중앙심사조정위원회 심의사례 공개 (총 3개 항목)

- 2016.8.31. 공개

연번	제 목	페이지
1	진료내역 참조, 나595-2 인유두종바이러스 유전자형검사 인정여부	1
2	갑상선암 수술 후 장기 추적관찰 중 재발 소견이 없음에도 불구하고 시행된 다종의 검사 인정여부	3
3	조혈모세포이식 요양급여대상 인정여부	6

지역심사평가위원회 심의사례 공개 (총 17개 항목)

- 2016.8.31. 공개

연번	제 목	페이지
4	진료내역 참조, 객혈을 동반한 화농성 객담과 기침을 주소로 내원한 환자에게 다빈도로 실시한 다245라 흉부CT 및 검사 등 인정여부	24
5	진료내역 참조, 자770가 결장경하 종양 수술-폴립 절제술 시 산정한 입원료 및 비경구 항생제 인정여부	29
6	국소마취제만 주입하며 일주일 이상의 간격으로 2~3회 이상 실시하고 있는 바25자 후지내측지 및 바25차 추간관절차단술의 인정여부	31
7	부신피질호르몬제를 사용하며 일주일 간격으로 실시한 바25자 후지내측지 및 바25차 추간관절차단술의 인정여부	33
8	진료내역 참조, 상세불명의 화농성중이염 상병에 투여된 세프트리악손주 및 3세대 세파계 경구항생제 인정여부	35
9	진료내역 및 영상자료 참조 자69-1 자가골연골이식술 인정여부	38
10	진료내역 및 영상자료 참조 자30-1다(1) 절골술 및 체내금속고정술(HTO) 인정여부	40
11	진료내역 및 영상자료 참조, 족관절에 실시한 자70다 사지관절절제술 및 자31 골편절채술 인정여부	42
12	진료내역 및 영상자료 등 참조, 자78 비관혈관절수동술 인정여부	44
13	진료내역 및 영상자료 참조 자93-1 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술 & 재료대 인정여부	46
14	자60 사지골절정복술 전, 후 촬영된 다245 일반전산화단층영상진단(CT)검사 인정여부	48
15	진료내역 및 영상자료 등 참조, 자71가(2)주 인공관절치환술[슬관절-복잡] 인정여부	50
16	진료내역 및 영상자료 등 참조, 자60-1 체외금속고정술 및 재료대 인정여부	51
17	진료내역 및 영상자료 참조, 골다공증성 압박골절(L1)에 시행한 자46 척추고정술 인정여부	52
18	악안면 교정수술 요양급여대상 인정여부	54
19	시술내역과 조직검사결과 참조, 자23가(1) 연부조직종양적출술 인정여부	55
20	65세 이상에게 내원 당일만 일률적으로 투여한 작약감초[탕] 인정여부	57

<중앙심사조정위원회 심의사례>

요양급여비용 사후 심사 건

1. 진료내역 참조, 나595-2 인유두종바이러스 유전자형검사 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/50세)

- 청구 상병명: 자궁경부의 염증성질환, 달리 분류되지 않은 중증 자궁경부이형성, 여성생식기관 검사물의 세포학적 이상소견
- 주요 청구내역

나595-2나 인유두종바이러스 유전자형검사 [PCR-제한효소절편 질량다형법] [진단검사의학과전문의 등 판독] 1*1.1*1

○ B사례(여/78세)

- 청구 상병명: 여성생식기관 검사물의 세포학적 이상소견
- 주요 청구내역

나595-2가 인유두종바이러스 유전자형검사 [DNA Microarray법] [진단검사의학과전문의 등 판독] 1*1.1*1

○ C사례(여/48세)

- 청구 상병명: 상세불명의 불규칙월경, 자궁경부의 염증성 질환, 외음 및 질의 칸디다증(N77.1*), 상세불명의 자궁경부의 이형성
- 주요 청구내역

나595-2가 인유두종바이러스 유전자형검사 [DNA Microarray법] [진단검사의학과전문의 등 판독] 1*1.1*1

■ 심의결과

○ 동 건(3사례)의 A사례는 자궁경부 세포진 검사 상 이상소견(ASCUS 이상)있는 경우로 이후 추적검사가 필요한 경우에 해당하므로 요양급여로 인정함. B사례의 경우 자궁경부 세포진 검사 상 이상소견(ASCUS 이상)있어 2주 후 인유두종바이러스 검사를 시행한 경우이므로 요양급여로 인정함. C사례의 경우 자궁경부 세포진 검사 상 이상소견(ASCUS 이상)의 결과가 확인되지 않은 상태에서 시행한 인유두종바이러스 검사로 요양급여로 인정하지 아니함.

■ 심의내용

○ 보건복지부 고시 제2011-124호에 의하면, 인유두종바이러스(HPV, Human Papilloma Virus)검사는 가)자궁경부 세포진 검사 상 이상 소견(ASCUS 이상)이 있는 경우, 나)조직검사 상 구인두암 또는 구인두전구암이 확인된 경우, 다) 상기 가) 또는 나) 이후 추적검사가 필요한 경우 등의 적응증에 해당하는 경우에 인정하도록 하고 있음.

○ 교과서, 임상문헌에 의하면, 자궁경부 세포진 검사 상 이상 소견[비정형편평상피세포(ASCUS이상)]이 나온 경우 인유두종바이러스 검사(Human Papilloma Virus, HPV)를 실시하도록 하고 있음.

○ 관련학회의견 및 임상진료지침에 따르면, 20세 이상의 여성에서 자궁경부세포진 검사(액상포함) 결과 비정형편평상피세포 (ASCUS) 또는 비정형선세포 (AGUS) 이상이 나온 경우(LSIL, CIN1, CIN2, CIN3 포함) HPV test를 실시하도록 함.

○ 따라서, 진료내역 등을 참조하여, 아래와 같이 사례 결정함.

- 아 래 -

▶ A사례(여/50세)

: A사례는 '15.9.19. 자궁질도말세포병리검사(Pap smear) 상 저등급상피세포변성(LSIL), '15.10.5. 병리조직검사 상 중증도 상피이형성증(Moderate dysplasia), 인유두종바이러스 유전자형검사 실시하여 고위험군 양성 유전자형 16번 나온 후 '16.3.22. 인유두종바이러스 유전자형검사 실시한 사례로 자궁경부 세포진 검사 상 이상소견(ASCUS 이상) 있어 이후 추적관찰을 위해 실시하였으므로 요양급여로 인정함.

▶ B사례(여/78세)

: B사례는 '16.3.3. 자궁질도말세포병리검사 상 비정형편평상피세포(ASCUS) 있어 2주 후인 '16.3.17. 인유두종바이러스 유전자형검사(HPV genotype) 시행하여 음성 나온 사례로 자궁경부 세포진 검사 상 이상소견(ASCUS 이상)으로 인유두종바이러스 검사를 실시하였으므로 요양급여로 인정함.

▶ C사례(여/48세)

: C사례는 '16.3.4. 부인과 세포병리(Gynecological cytology) 2등급(Class 2), 같은 날 시행한 인유두종바이러스 유전자형검사(HPV genotype) 음성 나온 사례로 자궁경부 세포진 검사 상 이상소견(ASCUS 이상)의 결과가 확인되지 않은 상태에서 시행한 인유두종바이러스 검사는 요양급여로 인정하지 아니함.

■ 참고

○ 인유두종바이러스 검사 인정기준 (보건복지부 고시 제2011-124호, 2011.11.1.)

○ 대한내과학회. HARRISON'S 내과학 제1권. 18판. MIP. 2013.

○ 대한진단검사의학회. 진단검사의학. 제4판. 이퍼블릭. 2009.

○ 민경진외. 자궁경부암 검진 권고안. J Korean Med Assoc. 2015.

○ 이은희,et al. 제한효소질량다형법을 이용한 인유두종바이러스 유전형 검사법의 임상적 유효성. J Lab Med Qual Assur 2008 ; 30 : 291-9.

○ Ted E. Schutzbank, et al. Detection of High-Risk Papilloma virus DNA with Commercial Invader-Technology-Based Analyte-Specific Reagents following Automated Extraction of DNA from Cervical Brushings in ThinPrep Me. J. Clin. Microbiol. December 2007 vol. 45 no. 12 4067-4069.

○ Anna K. Wong, et al. Invader Human Papilloma virus (HPV) Type 16 and 18 Assays as Adjuncts to HPV Screening of Cervical Papanicolaou Smears With Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance. Cancer 2009;115:823-32.

○ 질병관리본부. 감염병연구. 바이러스질환. 제21장 Human Papilloma Virus 감염증. 2012.

[2016.7.8. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

2. 갑상선암 수술 후 장기 추적관찰 중 재발 소견이 없음에도 불구하고 시행된 다종의 검사 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(남/61세)

- 청구 상병명: 갑상선의 악성 신생물
- 주요 청구내역

243 젠자임타이로젠주(티로트로핀알파)/B	1*1*1(2016.1.27)
243 젠자임타이로젠주(티로트로핀알파)/B	1*1*1(2016.1.28)
다305 침샘스캔	1*1*1(2016.1.27)
나335 싸이로글로불린	1*1*1(2016.1.28)
나742가(1) 갑상선기능검사-갑상선섭취율(옥소섭취율)	1*1*1(2016.1.29)
다328가 I131전신스캔 [핵의학과등전문의판독]	1*1*1(2016.1.29)
더310마 종양 단일광자전산화단층촬영(I123-MIBG)	1*1*1(2016.1.29)

○ B사례(남/38세)

- 청구 상병명: 갑상선의 악성 신생물
- 주요 청구내역

243 젠자임타이로젠주(티로트로핀알파)/B	1*1*1(2016.1.25)
243 젠자임타이로젠주(티로트로핀알파)/B	1*1*1(2016.1.27)
다305 침샘스캔	1*1*1(2016.1.25)
나335 싸이로글로불린	1*1*1(2016.1.27)
나742가(1) 갑상선기능검사-갑상선섭취율(옥소섭취율)	1*1*1(2016.1.28)
다328가 I131전신스캔 [핵의학과등전문의판독]	1*1*1(2016.1.28)
더310마 종양 단일광자전산화단층촬영(I123-MIBG)	1*1*1(2016.1.28)

■ 심의결과

○ 동 건(2사례)은 제출된 진료기록 등을 확인한 결과 갑상선전절제술 및 방사성요오드 치료 6~12개월 후 TSH 자극 상태에서 측정한 혈청 Thyroglobulin과 전신스캔 상 임상적 질환 없음(NED)에 해당되며, 주기적 장기 추적관찰 중 TSH 억제 상태에서 시행한 혈청 Thyroglobuin과 경부초음파 검사에서 재발 소견이 확인되지 않아 추가적으로 티로트로핀 주사제(품명:젠자임타이로젠주) 투여를 통한 TSH 자극 상태에서 시행한 혈청 Thyroglobulin, 전신스캔, SPECT-CT를 의학적 타당성 부족으로 인정하지 아니함.

○ 또한 재발소견 등이 없어 방사성요오드 치료계획이 없는 상태에서 시행한 갑상선섭취율 검사와, 진료기록부 상 침샘이상과 관련된 구체적 증상 기록 없이 시행한 침샘스캔검사를 시행 근거 부족으로 인정하지 아니함.

■ 심의내용

○ 동 건(2사례)은 장기 추적 관찰 중인 갑상선 미세유두암 환자로 2011년 갑상선전절제술 및 방사성요오드 잔여갑상선제거술 시행 후 재발 소견이 없음에도 불구하고 2016년 Thyrotropin 주사제(품명:젠자임타이로젠주) 투여 후 다종의 검사*를 시행하여 인정여부에 대하여 심의함.

*: 나335 싸이로글로불린, 다328가 I131전신스캔, 더310마 종양 단일광자전산화단층촬영(I123-MIBG)[SPECT-CT], 나742가(1) 갑상선기능검사-갑상선섭취율(옥소섭취율), 다305 침샘스캔

○ 교과서, 가이드라인에 따르면 갑상선 분화암 환자의 추적관찰은

- 갑상선전절제술 및 방사성요오드 치료 6~12개월 후 갑상선 자극 호르몬(Thyroid Stimulating Hormone, TSH) 자극 상태에서 혈청 Thyroglobulin과 전신스캔 검사를 시행하여 임상적 질환 없음(No evidence of disease, NED) 여부를 판정하여 질환 없음에 해당되면 TSH 억제 상태에서 혈청 Thyroglobulin 및 경부초음파로 경과를 관찰하도록 되어 있음.
- ▲SPECT-CT는 전신스캔의 평면 이미지에서 불확실한 병변이 관찰되거나 병변의 해부학적 위치가 명확하지 않은 경우 시행하며, ▲갑상선섭취율은 방사성동위원소 치료용량 설정을 위해 방사성요오드 치료 전에 측정하고, ▲침샘스캔은 고용량의 방사성요오드 치료를 받은 환자가 침샘이상 관련 증상을 호소할 경우 시행함.

○ 따라서 동 건(2사례)은 제출된 진료기록 등을 확인한 결과 갑상선전절제술 및 방사성요오드 치료 6~12개월 후 TSH 자극 상태에서 측정한 혈청 Thyroglobulin과 전신스캔 상 임상적 질환 없음(NED)에 해당되며, 주기적 추적관찰 중 TSH 억제 상태에서 시행한 혈청 Thyroglobuin과 경부초음파 검사에서 재발 소견이 확인되지 않아 추가적으로 티로트로핀 주사제(품명:젠자임타이로젠주) 투여를 통한 TSH 자극 상태에서 시행한 혈청 Thyroglobulin, 전신스캔, SPECT-CT를 의학적 타당성 부족으로 인정하지 아니함.

○ 또한 재발소견 등이 없어 방사성요오드 치료계획이 없는 상태에서 시행한 갑상선섭취율 검사와, 진료기록부 상 침샘이상과 관련된 구체적 증상 기록 없이 시행한 침샘스캔검사를 시행 근거 부족으로 인정하지 아니함. 사례별 상세 심사 내역은 아래와 같음.

- 아 래 -

▶ A사례(남/61세)

- 갑상선 미세유두암으로 갑상선전절제술 후 '11년 10월 8일 30mCi, '12년 3월 21일 100mCi 방사성요도드 치료 시행한 환자로 '12년 3월 23일 TSH 자극 상태에서 시행한 혈청 Thyroglobulin이 0.4ng/mL 이며 전신스캔에서 갑상선 이외의 병변 관찰되지 않으므로 임상적 질환이 없는(NED) 상태임. 이후 경과관찰 중 TSH 억제 상태에서 시행한 혈청 Thyroglobulin 및 경부초음파에서 음성으로 재발 소견 보이지 않았음.

- 따라서 2016년 Thyrotropin 주사제(품명:젠자임타이로젠주) 투여 후 시행한 나335 싸이로글로불린, 다328가 I131전신스캔, 더310마 종양 단일광자전산화단층촬영(I123-MIBG)[SPECT-CT]을 인정하지 아니하며 또한 방사성요오드 치료계획 없이 시행한 나742가(1) 갑상선기능검사-갑상선섭취율(옥소섭취율) 및 진료기록부 상 침샘이상과 관련된 증상이 없음에도 불구하고 시행한 다305 침샘스캔을 인정하지 아니함.

▶ B사례(남/48세)

- 갑상선 미세유두암으로 갑상선전절제술 후 '11년 8월 31일 30mCi 방사성요오드 치료 시행한 환자로 '12년 3월 14일 TSH 자극 상태에서 시행한 혈청 Thyroglobulin이 0.3ng/mL이며 '12년 3월 16일 전신스캔 상 음성으로 임상적으로 질환이 없는(NED) 상태임. 이후 경과관찰 중 TSH 억제 상태에서 측정한 혈청 Thyroglobulin 및 경부초음파에서 음성으로 재발 소견 보이지 않았음.

- 따라서 2016년 Thyrotropin 주사제(품명:젠자임타이로젠주) 투여 후 시행한 나335 싸이로글로불린, 다328가 I131전신스캔, 더310마 종양 단일광자전산화단층촬영(I123-MIBG)[SPECT-CT]를 인정하지 아니하며 또한 방사성요오드 치료계획 없이 시행한 나742가(1) 갑상선기능검사-갑상선섭취율(옥소섭취율) 및 진료기록부 상 침샘이상과 관련된 증상이 없음에도 불구하고 시행한 다305 침샘스캔을 인정하지 아니함.

■ 참고

○ Thyrotropin 주사제(품명: 젠자임타이로젠주)(보건복지부 고시 제 2015-184호, 2015.11.1.)
○ 방사성요오드 단일광자단층촬영-전산화단층촬영 Radio-iodine SPECT-CT (보건복지부 고시 제 2015-94호, 2015.6.15.)
○ 조보연 저. 임상갑상선학. 제4판. 고려의학. 2014.
○ 대한내분비학회 저. 내분비대사학. 제2판. 군자출판사. 2011.
○ 정준기 외 저. 고창순 핵의학. 제3판. 고려의학. 2008.
○ 2015 American Thyroid Association Management Guideline for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer
○ 2010 대한갑상선학회 갑상선결절 및 암 진료 권고안 개정안. Volume 3.
○ Ji Min Han, et al. Long-Term Clinical Outcome of Differentiated Thyroid Cancer Patients with Undetectable Stimulated Thyroglobulin Level One Year After Initial Treatment. Thyroid. 2012;22(8):784-90.

[2016.7.15. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

요양급여대상 사전 승인 건

2016.7월 조혈모세포이식분과위원회 심의사례 공개

조혈모세포이식은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.)에 따라 요양급여대상여부를 통보해주는 **조혈모세포이식 사전심의제도를 실시**하고 있습니다.

조혈모세포이식의 요양급여대상여부에 대하여 심의한 결과 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준에 적합한 자는 요양급여로 인정하고 있으며, 요양급여대상자(요양급여비용의 일부를 본인이 부담)로 결정되지 아니한 **환자가 조혈모세포이식을 시행받기 위해 입원한 경우, 이식과 직접 관련된 진료기간**(조혈모세포 주입 전 1주부터 주입 후 2주)의 요양급여비용(이식술료, 이식과 관련된 입원료[무균치료실료 포함], 시술 전·후 처치 등)**에 대하여는 100분의 50을 본인에게 부담**토록하고, **그 외의 기간에 이루어지는 진료비**(면역억제제 투여, 검사와 합병증 및 후유증 치료비 등)**에 대하여는 요양급여로 인정**하고 있습니다.
(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014.12.1.)

구분		계	동종	자가	제대혈	비고
총 접수건		303	139	158	6	-
처리결과	급여건	221	99	117	5	-
	선별급여건	81	40	40	1	-
	불가건	1	-	1	-	-

* 신청기관: 36개 요양기관

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
동종	총 139건	급여: 99건	급성골수성백혈병: 40건	(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: 25건	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: 9건	골수검사결과 세포충실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25%이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 ① 절대호중구 수(ANC)가 500/㎕ 이하 ② 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x10^9/L ③ 혈소판 20,000/㎕ 이하 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			골수형성이상증후군: 11건	(1) 골수형성이상증후군 예후분류법(IPSS, IPSS-R, WPSS)인 다음 중 하나에 해당되는 경우 (가) 고위험군인 경우 ① IPSS: Intermediate-2 또는 high ② IPSS-R, WPSS: high 또는 very high (나) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 ① 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/㎕ 이하이면서 혈소판 20,000/㎕ 이하 ② Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월이내 지속적인 수혈요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우 (2) 소아는 사례별로 결정함 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			만성골수성백혈병: 1건	WHO criteria에서 제시한 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우 (1) TKI 제제(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상)에

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우 (2) T315I mutation 확인된 경우 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			비호지킨림프종: 4건	(1) 비호지킨 림프종 (가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우 ② Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) ③ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함 ① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma ② Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma ③ Mantle Cell Lymphoma ④ Diffuse Large B Cell Lymphoma ⑤ Burkitt Lymphoma ⑥ Peripheral T-cell Lymphoma ⑦ Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome IIB 이상 ⑧ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma ⑨ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			다발성골수종: 1건	다음의 조건을 모두 만족하는 경우 ① ECOG 수행능력평가 0-1 ② 부분반응(Partial Response) 이상인 경우 ③ 만성신부전이 아닌 경우 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			Acute Bileneal Leukemia: 2건	Acute Bileneal Leukemia로 진단되어 1차 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출된 자료를 검토한 결과 완전관해로 확인되는 바 요양급여대상자로 인정함.
			Pure red cell aplasia: 1건	임상소견이나 유전적 검사로 진단된 선천성빈혈환자로서 다음의 경우 치료에 대한 반응을 고려하여 사례별로 인정함. (1) Diamond-Blackfan Anemia : 스테로이드에 불응성인 경우 (2) Congenital Dyserythropoietic Anemia(CDA) : 수혈의존성이 있는 경우 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			부신뇌백질이양증: 1건	동 건은 부신뇌백질이양증으로 진단받아 동종조혈모세포이식 예정으로, 환자의 현재 상태 및 영상자료를 참조하여 혈액종양내과II 분과위원회(조혈모세포이식)에서 논의한 결과 현재 상황이 이식이 필요하다고 판단되어 요양급여대상자로 인정함.
			모구형질세포양 수지상세포종양 (BPDCN): 1건	모구형질세포양수지상세포종양(BPDCN)으로 진단되어 2차 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출된 자료를 검토한 결과 완전관해로 확인되는 바 요양급여대상자로 인정함.
			일차골수섬유증: 2건	일차골수섬유증의 예후지표인 DIPSS plus risk category 중 고위험도(High risk, 예후인자수 ≥ 5항목)와 중등위험도-2 (Intermediate-2, 예후인자수 3항목 또는 4항목)에 해당하는 경우. 다만, 중등위험도-2에 해당하는 경우에는 질병의 중등도 등 환자상태를 고려하여 사례별로 인정함. 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			Chronic active EBV-infection, hydroa-like T-cell lymphoma: 1건	조혈모세포이식 분과위원회 심의사례를 토대로 Donor type, 나이, IPSS score, 수혈력, CBC 및 참고문헌 등 참고하여 이식의 적응증에 해당되는바 요양급여대상자로 인정함.
		선별급여: 40건	급성골수성백혈병: 15건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건은 현재 연령 초과되어 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-1)에 의하면 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우”로 되어 있음. 따라서 급성골수성백혈병으로 동종조혈모세포이식 예정인 동 건들은 골수검사와 말초혈액검사결과 및 영상검사 상 완전관해가 확인되지 않는 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidential)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.”고 명시되어 있음. 동 건은 급성골수성백혈병으로 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 골수검사결과와 말초혈액검사결과 완전관해가 확인되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				급성골수성백혈병으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				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. 동 건은 급성골수성백혈병으로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과 HLA가 일치하지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				급성골수성백혈병으로 진단되어 3차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 3차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			급성림프모구백혈병: 7건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-3)에 의하면 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 “혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 인정함 (1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 (2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 ② t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 ③ 염색체수 44 미만 (나) 진단시 1세미만 (다) 백혈구 수 100 X 109/L 이상 (라)진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① Poor Steroid Response ② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) ③ Early T cell Precursor Phenotype (3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 (4) 2차 이상 완전관해된 경우”요양급여 대상이나, 급성림프모구백혈병으로 진단되어 반일치 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 골수검사결과, 말초혈액검사결과 및 영상검사결과 완전관해가 확인되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				급성림프모구백혈병으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			골수형성이상증후군: 4건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				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. 동 건은 골수형성이상증후군으로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과 HLA가 일치하지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)은 “(1) 골수형성이상증후군 예후분류법(IPSS, IPSS-R, WPSS)인 다음 중 하나에 해당되는 경우 (가) 고위험군인 경우 ① IPSS: Intermediate-2 또는 high ② IPSS-R, WPSS: high 또는 very high (나) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 ① 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/㎕ 이하이면서 혈소판 20,000/㎕ 이하 ② Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우 (2) 소아는 사례별로 결정함” 요양급여 대상이다. 동 건은 골수형성이상증후군으로 진단되어 중간위험군에 해당되나 EPO, IST에 불응하거나 치료적응증에 해당되지 않는 자료미제출하여 고시기준에 해당되지 않아 현재 상황이 반드시 이식이 필요하다고 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건은 현재 연령 초과되어 환자

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				최근 골수상태를 확인할 수 있는 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태여부 판단이 곤란한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건은 현재 연령 초과되어 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Primary MyeloFibrosis: 2건	최근 골수상태를 확인할 수 있는 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태여부 판단이 곤란한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				동 건은 MyeloFibrosis로 진단되어 2차 동종조혈모세포이식이나 현재 동 상병에 대한 2차 동종조혈모세포이식에 대하여는 치료 성적 및 효과 등 의학적 타당성에 대한 근거가 미비하므로 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			악성림프종: 6건	악성림프종으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 현재 동 상병에 대한 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 치료 성적 및 효과 등 의학적 타당성에 대한 근거가 미비하므로 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				동 건은 악성림프종으로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표 2-가

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				-(7)에 의하면 악성림프종은 “(1) 비호지킨 림프종 (가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 (나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함 (2) 호지킨 림프종 : 자가조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 요양급여 대상이나 비호지킨 림프종으로 1차 동종조혈모세포이식이 신청된 동 건은 제출한 영상자료 상 부분반응 여부가 확인되지 않아 고시기준에 적합하지 아니한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				동 건은 악성림프종으로 진단되어 2차 동종조혈모세포이식이나 현재 동 상병에 대한 2차 동종조혈모세포이식에 대하여는 치료성적 및 효과 등 의학적 타당성에 대한 근거가 미비하므로 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표 2-가-(7)에 의하면 악성림프종은 “(1) 비호지킨 림프종 (가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 (나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함 (2) 호지킨 림프종 : 자가조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 요양급여 대상이나 동 건은 비호지킨림프종(Burkitt's lymphoma)으로 진단받고 1차 완전관해 소견으로, 1차 동종조혈모세포이식이 신청되어 고시기준에 적합하지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			혈구탐식성조직구증식증: 1건	동 건은 혈구탐식성조직구증으로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			만성육아종증: 2건	동 건은 만성육아종증으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 2차 반일치 동종조혈모세포

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			중증재생불량성빈혈: 3건	동 건은 중증재생불량성빈혈로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				중증재생불량성빈혈로 진단되어 반일치 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출된 말초혈액검사결과 Very severe Aplastic anemia에 해당되지 않고, 동 상병의 반일치 이식에 대한 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함. 또한, 최근 골수상태를 확인할 수 있는 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태여부 판단이 곤란한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				최근 골수상태를 확인할 수 있는 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태여부 판단이 곤란한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
제대혈	**총 6건**	**급여: 5건**	급성림프모구백혈병: 3건	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

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				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.
			급성골수성백혈병: 1건	㈀ PML/RARA 양성인 AML-M3을 제외한 1차 혈액학적 완전관해된 경우 ㈁ 재발된 급성골수성백혈병에서 2차 혈액학적 완전관해된 경우 다만, PML/RARA 양성인 AML-M3은 사례별로 인정함 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			중증재생불량성빈혈: 1건	골수검사결과 세포충실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25%이하이거나 25~50%이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여 대상임. ㈀ 절대호중구 수(ANC)가 500/㎕ 이하 ㈁ 교정 망상적혈구 1.0% 이하 ㈂ 혈소판 20,000/㎕ 이하 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
		선별급여: 1건	급성림프모구백혈병: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-3)에 의하면 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 “혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 인정함 (1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 (2) 진단시 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

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 (4) 2차 이상 완전관해된 경우" 요양급여 대상이나, 급성림프모구백혈병으로 진단되어 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 (16.07.09) 말초혈액검사결과 완전관해가 확인되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
자가	총 158건	급여: 117건	다발성골수종: 60건 다발성형질세포종: 1건	다발성골수종의 진단 기준에 맞고 이식 적응증에 적합한 경우 요양급여 대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.05.01.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>에서 다발성골수종은 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식으로 다음 각 호 1에 해당하는 경우 요양급여 대상임. ① 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response)이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함. ② 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우 : 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함. ③ 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종조혈모세포이식을 원칙으로 함. 따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.
			비호지킨림프종: 44건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표2-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 각 호의 1에 해당하는 경우 요양급여 대상임. ① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 ② Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 ③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) ④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) ⑤ Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) ⑥ Primary CNS Lymphoma

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 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 따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.
			급성골수성백혈병: 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2016-65호, 2015.4.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표2-나-2)에 의하면 (1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 혈액학적 완전관해인 경우 요양급여 대상임. 따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.
			호지킨림프종: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표2-나-1)-(2)에 의하면 호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분 반응이상인 경우 요양급여 대상임. 따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.
			포엠증후군: 1건 (POEMS syndrome)	포엠증후군(POEMS syndrome)은 IMWG에서 제시한 POEMS 진단기준에 적합한 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음. 포엠증후군(POEMS syndrome)으로 자가 조혈모세포이식예정인

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				동 건은 제출한 진료내역을 검토한 결과 포엠증후군의 필수적인 진단기준(mandatory criteria)과 주요 진단 기준(major criteria), 부수적 진단기준(minor criteria)을 모두 만족하므로 사례 인정함.
			신경모세포종ⓣ: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.5.1.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>은 가.신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT), 나. 다발성골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여 대상임. 또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표2-나-5)에 의하여 신경모세포종은 다음 각 호의 1에 해당하는 경우로 (1) 진단 시 1세 이상이면서 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 Stage IV 또는 N-myc 증폭(+)인 Stage II 이상인 경우 (2) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 때 따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.
			AL amyloidosis: 3건	AL type 유전분증(light chain 유전분증)은 자가조혈모세포이식이 효과적이라는 연구 자료들이 보고되고 있으므로 AL type의 유전분증을 확진 받은 경우 사례별로 자가조혈모세포이식을 인정함. 동 건들은 제출한 진료기록부를 검토한 결과 AL type 유전분증으로 확인되는 바 요양급여 대상자로 인정함
			원시신경외배엽종양(PNET)ⓣ: 2건	원시신경외배엽종양으로 진단된 동 건은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표) 2-나-6) 유윙종양, 말초원시성신경외배엽종양(Peripheral PNET) (1) 진단 시 다음 고위험군의 하나에 해당하며 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 (가) metastatic disease at diagnosis (나) bulky primary tumor (>200 ml) (다) axial site (2) 수술 후, 방사선 치료 및 통상적인 화학요법(6개월 또는 6회이상)을 병용하여 부분 반응이상을 보이나, 완전관해에 도달하지 않은 경우 (3) 재발 또는 불응성으로 구제 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우로 되어 있음. 따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			유윙육종: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표) 2-나-6) 유윙종양, 말초원시성신경외배엽종양(Peripheral PNET) (1) 진단 시 다음 고위험군의 하나에 해당하며 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 (가) metastatic disease at diagnosis (나) bulky primary tumor (>200 ml) (다) axial site (2) 수술 후, 방사선 치료 및 통상적인 화학요법(6개월 또는 6회이상)을 병용하여 부분 반응이상을 보이나, 완전관해에 도달하지 않은 경우 (3) 재발 또는 불응성으로 구제 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우로 되어 있음. 따라서 동 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함
		1차급여/ 2차선별급여 : 1건	Germ Cell tumorⓣ: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표) 2-나-(8)에 Germ cell tumor는 “재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우”로 되어 있음. 따라서 동 건은 Germ Cell Tumor 고시 기준에 적합하나 Tandem Transplantation 고시 기준에 적합하지 아니한바 1차 자가조혈모세포이식만을 요양급여 대상으로 인정함.
		선별급여: 40건	비호지킨림프종: 26건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제2016-65호,2016.5.1) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표) 2-나-(1)-(가)에 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 각 호의 1에 해당하는 경우 요양급여 대상임. ① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 ② Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 ③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) ④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) ⑤ Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) ⑥ Primary CNS Lymphoma 동 건들은 비호지킨림프종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 추적 검사결과 부분반응 확인 되지 않는바 환자 측의 요청에

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				최근 골수상태를 확인할 수 있는 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태여부 판단이 곤란한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			다발성골수종: 5건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만 65세 미만이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건은 연령초과 되어 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				다발성골수종 상병으로 자가조혈모세포이식 예정인 동 건들은 제출된 검사결과를 참조할 때 조혈모세포이식이 반드시 요구되는 다발성골수종의 범주에 포함된다고 판단하기 곤란한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Germ cell tumor: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표2-나-7)에 의하면 Germ Cell Tumor는 “재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 요양급여 대상자로 인정함. 따라서 동 건은 Germ Cell Tumor로 진단받고 재발 후 구제항암화학요법 후 부분반응이 확인되지 않아 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			호지킨림프종: 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(2)에 의하면 전형호지킨림프종(nodular sclerosis)은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암요법에 부분반응 이상인 경우 요양급여 대상임. 동 건은 호지킨림프종으로 진단되어 자가조혈모세포이식 예정이나 재발 후 구제항암화 학요법 후 병의 진행소견으로 부분반응 이상이 확인되지 아니한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				최근 골수상태를 확인할 수 있는 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태여부 판단이 곤란한 바 환자 측의 요청에

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Osteosarcoma: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-(10)에 골육종은 "다음 각호의 1에 해당된 때 (1)수술 및 항암치료 후 완전 관해된 경우 (2)재발 후 국소적 치료 및 구제 항암화학요법으로 2차 완전관해 된 때"로 되어있음. 동 건은 골육종(Osteosarcoma)으로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정으로 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 자가조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			AL Amyloidosis : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만 65세 미만이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건은 연령초과 되어 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Pineal gland tumor, malignantⓣ : 1건	Pineal gland tumor, malignant로 진단된 동 건은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)에 해당되지 않으나 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함
			High-grade Glioma ⓣ: 1건	High-grade Glioma로 진단된 동 건은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)에 해당되지 않으나 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함
			Pleomorphic sarcomaⓣ: 1건	Pleomorphic sarcoma로 진단된 동 건은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)에 해당되지 않으나 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함
			수모세포종 (Medulloblastomaⓣ: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.5.1.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>은 가.신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				기형/횡문근종양(AT/RT), 나. 다발성골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여 대상임. 또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표2-나-5)에 의하여 신경모세포종은 다음 각 호의 1에 해당하는 경우로 (1) 진단 시 1세 이상이면서 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 Stage IV 또는 N-myc 증폭(+)인 Stage II 이상인 경우 (2) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 때 동 건은 Meulloblastoma로 tandem 자가조혈모세포이식 예정이나 최근 골수상태가 확인되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
		불가: 1건	AL amyloidosis: 1건	Amyloidosis로 자가 조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출한 진료내역을 검토한 결과 현재상태에서는 진단에 대한 의문점 및 이식이 필요한 상황임을 판단하기 곤란한바 이식을 불가함.
계	303			

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

<지역심사평가위원회 심의사례>

요양급여비용 사후 심사 건

4. 진료내역 참조, 객혈을 동반한 화농성 객담과 기침을 주소로 내원한 환자에게 다빈도로 실시한 다245라 흉부CT 및 검사 등 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(남/43세)

- 청구 상병명: 객혈, 상세불명의 기관지폐렴
- 주요 청구내역

가1가(1)	초진진찰료-의원,보건의료원 내 의과 (AA154)	1*1*1
나759가	기관지경검사(기본) (E7590)	1*1*1
나405가	미생물배양및동정검사 (B4051)	1*1.1*1
나405나(1)	미생물배양및동정검사(항산균배양및동정검사)-고체배지 이용 (B4054)	1*1.1*1
너304	항산성형광염색 집균도말검사 (BX304)	1*2.2*1
나593가	체액세포병리일반검사 (C5930)	1*1.1*1
나595-1가	중합효소연쇄반응교잡반응법[결핵균] [진단검사의학과전문의 등 판독] (C6021006)	1*1.1*1
다121가	흉부[직접]1매 (G2101)	1*1*1
다245라(1)(나)	일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하지않는경우-기타의경우(HA434)	1*1*1
629	제이더블유레보플록사신주/B	1*1*1

○ B사례(여/53세)

- 청구 상병명: 객혈, 상세불명의 기관지폐렴, 상세불명의 폐렴
- 주요 청구내역

<2016.3.30.>

가1가(1)	초진진찰료-의원,보건의료원 내 의과 (AA154)	1*1*1
나759가	기관지경검사(기본) (E7590)	1*1*1
나405가	미생물배양및동정검사 (B4051)	1*1.1*1
나405나(1)	미생물배양및동정검사(항산균배양및동정검사)-고체배지 이용 (B4054)	1*2.2*1
너304	항산성형광염색 집균도말검사 (BX304)	1*2.2*1
나593가	체액세포병리일반검사 (C5930)	1*1.1*1
나595-1가	중합효소연쇄반응교잡반응법[결핵균] [진단검사의학과전문의 등 판독] (C6021006)	1*1.1*1
다121가	흉부[직접]1매 (G2101)	1*1*1
다245라(1)(나)	일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하지않는경우-기타의경우 (HA434)	1*1*1
629	제이더블유레보플록사신주/B	1*1*1

<2016.3.31.>

가1나(1)	재진진찰료-의원,보건의료원 내 의과 (AA254)	1*1*1
다245라(2)	일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하는경우 (HA464)	1*1*1
629	제이더블유레보플록사신주/B	1*1*1

○ C사례(남/64세)

- 청구 상병명: 객혈, 상세불명의 기관지폐렴
- 주요 청구내역

가1가(1) 초진진찰료-의원,보건의료원 내 의과 (AA154) 1*1*1
나759가 기관지경검사(기본) (E7590) 1*1*1
나405가 미생물배양및동정검사 (B4051) 1*1.1*1
나405나(1) 미생물배양및동정검사(항산균배양및동정검사)-고체배지 이용 (B4054) 1*1.1*1
너304 항산성형광염색 집균도말검사 (BX304) 1*2.2*1
나593가 체액세포병리일반검사 (C5930) 1*1.1*1
나595-1가 중합효소연쇄반응교잡반응법[결핵균] [진단검사의학과전문의 등 판독] (C6021006) 1*1.1*1
다121가 흉부[직접]1매 (G2101) 1*1*1
다245라(1)(나) 일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하지않는경우-기타의경우(HA434) 1*1*1
629 제이더블유레보플록사신주/B 1*1*1

○ D사례(남/38세)

- 청구 상병명: 객혈, 상세불명의 기관지폐렴
- 주요 청구내역

가(1) 초진진찰료-의원,보건의료원 내 의과 (AA154) 1*1*1
나759가 기관지경검사(기본) (E7590) 1*1*1
나601나 호흡기능검사-기류용적폐곡선[기본폐기능검사포함] (F6002) 1*1*1
나405가 미생물배양및동정검사 (B4051) 1*1.1*1
나405나(1) 미생물배양및동정검사(항산균배양및동정검사)-고체배지이용(B4054) 1*2.2*1
너304 항산성형광염색 집균도말검사 (BX304) 1*2.2*1
나593가 체액세포병리일반검사 (C5930) 1*1.1*1
다121가 흉부[직접]1매 (G2101) 1*1*1
다245라(1)(나)일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하지않는경우-기타의경우 (HA434) 1*1*1

○ E사례(여/66세)

- 청구 상병명: 객혈, 상세불명의 기관지폐렴, 점액화농성 만성 기관지염
- 주요 청구내역

<2016.3.29.>

가1가(1) 초진진찰료-의원,보건의료원 내 의과 (AA154) 1*1*1
다121가 흉부[직접]1매 (G2101) 1*1*1
다245라(1)(나) 일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하지않는경우-기타의경우(HA434) 1*1*1

<2016.3.31.>

가1나(1) 재진진찰료-의원,보건의료원 내 의과 (AA254) 1*1*1
나759가 기관지경검사(기본) (E7590) 1*1*1
나405가 미생물배양및동정검사 (B4051) 1*1.1*1
나405나(1) 미생물배양및동정검사(항산균배양및동정검사)-고체배지 이용 (B4054) 1*2.2*1
너304 항산성형광염색 집균도말검사 (BX304) 1*2.2*1
나593가 체액세포병리일반검사 (C5930) 1*1.1*1
629 제이더블유레보플록사신주/B 1*1*1

○ F사례(여/73세)

- 청구 상병명: 객혈, 상세불명의 폐렴, 기관지확장증
- 주요 청구내역

<2016.3.29.>

가1나(1)	재진진찰료-의원,보건의료원 내 의과 (AA254)	1*1*1
나405가	미생물배양및동정검사 (B4051)	1*1.1*1
나405나(1)	미생물배양및동정검사(항산균배양및동정검사)-고체배지 이용 (B4054)	1*1.1*1
너304	항산성형광염색 집균도말검사 (BX304)	1*1.1*1
다121가	흉부[직접]1매 (G2101)	1*1*1
다245라(1)(나)	일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하지않는경우-기타의경우 (HA434)	1*1*1
629	제이더블유레보플록사신주/B	1*1*1

<2016.3.30.>

가1나(1)	재진진찰료-의원,보건의료원 내 의과 (AA254)	1*1*1
나759가	기관지경검사(기본) (E7590)	1*1*1
나405가	미생물배양및동정검사 (B4051)	1*1.1*1
나405나(1)	미생물배양및동정검사(항산균배양및동정검사)-고체배지 이용 (B4054)	1*2.2*1 20160330
너304	항산성형광염색 집균도말검사 (BX304)	1*2.2*1
나593가	체액세포병리일반검사 (C5930)	1*1.1*1
나595-1가	중합효소연쇄반응교잡반응법[결핵균] [진단검사의학과전문의 등 판독](C6021006)	1*1.1*1
629	제이더블유레보플록사신주/B	1*1*1

■ 심의결과

- 관계 법령 등에 의거 검사는 환자의 증상 및 질병 경과에 따라 단계적이고 선별적으로 이루어져야 함으로 객혈을 동반한 화농성 객담과 기침을 주소로 내원한 환자에게 원인감별을 위한 타검사 없이 일률적으로 시행한 기관지경검사 및 미생물검사 등은 인정하지 아니함.
- 또한 일부 흉부CT는 흉부x-ray와 동시 실시함은 물론이고, 동 건들 모두 객혈의 원인진단 감별로 저선량 흉부CT 촬영 후 '다245라(1)(나) 일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하지않는경우-기타의 경우'로 청구하였으나, 저선량 흉부CT는 폐암 등의 선별검사로써 건강검진에서 주로 실시하는 것으로 폐질환의 감별진단검사로는 타당하지 않으므로 모두 인정하지 아니함.
- 아울러 levofloxacin(제이더블유레보플록사신주)은 폐렴 환자의 입원 등 지속적인 투여가 필요한 경우 사용하는 약제로써, 경구약제 투여가 가능한 외래 환자에게 1~2회의 단기투여는 적절하지 않으므로 동 약제는 모두 인정하지 아니함.

■ 심의내용

○ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법」에 의하면, "요양급여는 환자의 건강증진을 위하여 의학적으로 인정되는 범위안에서 최적의 방법으로 실시하고 경제적으로 비용효과적인 방법으로 행해져야 하며 각종 검사를 포함한 진단 및 치료행위는 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 하며 연구의 목적으로 하여서는 아니된다"라고 규정하고 있음.

○ 동 기관은 객혈을 동반한 화농성 객담과 기침을 주소로 내원한 환자에게 "객혈 및 상세불명의 기관지 폐렴" 등의 상병으로 청구하면서 ①나759가 기관지경검사(기본), ②나405가 미생물배양및동정검사, ③나405나(1) 미생물배양및동정검사(항산균배양및동정검사)-고체배지 이용, ④너304 항산성형광염색 집균도말검사, ⑤나593가 체액세포병리일반검사, ⑥나595-1가중합효소연쇄반응교잡반응법[결핵균], ⑦다121가 흉부[직접]1매, ⑧다245라(1)(나) 일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하지않는경우-기타의 경우, ⑨비경구 levofloxacin(제이더블유레보플록사신주)을 동시에 실시하거나 투여하는 경향임.

○ 동 기관의 진료기록부 및 영상자료 등 참조 시 상기 상병을 뒷받침할 만한 내역이 충분하지 아니하므로 사전 진단검사의 실효성과 검사과정의 의학적 타당성 등에 대하여 논의한 결과 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

○ 관계 법령 등에 의거 검사는 환자의 증상 및 질병 경과에 따라 단계적이고 선별적으로 이루어져야 함으로 객혈을 동반한 화농성 객담과 기침을 주소로 내원한 환자에게 동일날 흉부x-ray와 동시 실시한 흉부CT, 기관지경검사 및 bronchial washing 후 실시한 미생물검사 등(②~⑥검사)은 인정하지 아니함.

levofloxacin(제이더블유레보플록사신주)은 폐렴 환자의 입원 등 지속적인 투여가 필요한 경우 사용하는 약제로써, 동 건의 경구약제 투여가 가능한 외래 환자에게 1~2회의 단기투여는 적절하지 않으므로 동 약제는 모두 인정하지 아니함.

또한 6사례 모두 객혈의 원인진단 감별로 저선량흉부CT 촬영 후 '다245라(1)(나) 일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하지않는경우-기타의 경우' 로 청구하였으나, 저선량 흉부CT는 폐암 등의 선별검사로써 건강검진에서 주로 실시하는 것으로 폐질환의 감별진단검사로는 타당하지 않으므로 모두 인정하지 아니함.

- A사례(남자/43세)은 객혈, 상세불명의 기관지폐렴 상병으로 외래 1일 초진 내원하여 상기 ①~⑧의 검사 및 levofloxacin(제이더블유레보플록사신주)을 청구한 경우로, 동 환자는 진료기록부 상 기왕력 및 고위험군의 소견이 없는 환자로써 폐암을 의심할 만한 소견이 충분하지 아니하고, 그외 하루에 검사를 일률적으로 실시할 만한 환자 상태가 확인되지 않으므로 다121가 흉부[직접]1매는 인정 가능하나, 그 외 순차적으로 실시하지 않고 동시에 일률적으로 실시한 저선량 흉부CT 및 나759가 기관지경검사(기본), 미생물검사 등(②~⑥), levofloxacin(제이더블유레보플록사신주)은 인정하지 아니함.

- B사례(여자/53세)는 과거 유방암으로 좌측 유방절제술을 받은 환자로 객혈, 상세불명의 기관지폐렴 등의 상병으로 2일(3.30, 3.31.) 내원하여 초진 내원 시 상기 ①~⑧의 검사 및 levofloxacin(제이더블유레보플록사신주)를 청구하고, 익일 재진 내원 시 다245라(2) 일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하는경우 및 levofloxacin(제이더블유레보플록사신주)를 청구한 경우로, 첫날(3.30.) 실시한 기관지경검사 상 활동성출혈이 확인되고, 원외처방약제로 tranexamic acid(도란사민캅셀)를 처방하는 등 객혈에 대한 원인진단 감별위해 실시한 나759가 기관지경검사(기본) 및 다121가 흉부[직접]1매는 인정하고, 저선량 흉부CT 및 미생물 검사 등(②~⑥), levofloxacin(제이더블유레보플록사신주)은 인정하지 아니함.

- C사례(남자/64세)은 객혈, 상세불명의 기관지폐렴 상병으로 외래 1일 초진 내원하여 상기 ①~⑧의 검사 및 levofloxacin(제이더블유레보플록사신주)을 청구한 경우로, 초진에 흉부 x-ray와 동시에 실시한 나759가 기관지경검사(기본) 및 미생물 검사 등(②~⑥), levofloxacin(제이더블유레보플록사신주)은 인정하지 아니함. 흉부CT 상 섬유화 및 석회화된 결핵(fibro-calcified tbc), 반흔성 변화(cicatrical change) 등 이상소견은 확인되나 저선량 흉부CT이므로 다245라(1)(나) 일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하지않는경우-기타의 경우는 인정하지 아니함.

- D사례(남자/38세)은 객혈, 상세불명의 기관지폐렴 상병으로 외래 1일 초진 내원하여 상기 ①~⑤, ⑦~⑧의 검사, 나601나 호흡기능검사-기류용적폐곡선, 나761 상부소화관내시경검사, 나766 결장경검사 및 혈액검사 등을 청구한 경우로, 동 환자는 heavy smoker로 객혈의 원인진단 감별을 위해 상기 검사를 시행하였다고는 하나, 초진에 흉부x-ray와 동시 실시한 나759가 기관지경검사(기본), 저선량 흉부CT 및 미생물 검사 등(②~⑤)은 인정하지 아니함. 또한 객혈이 있는 상태에서 실시하는 나601나 호흡기능검사-기류용적폐곡선은 증상을 악화시킬 수 있으므로 의학적으로 적정하지 않다 판단되어 인정하지 아니함.

그 외 검사의 적정성 여부는 상근심사위원이 적의처리토록 함.

- E사례(여자/66세)은 객혈, 상세불명의 기관지폐렴 등의 상병으로 2일(3.29, 3.31.) 내원하여 초진 내원 시 상기 ⑦~⑧의 검사를 청구하고, 3.31. 재진 내원 시 상기 ①~⑤ 검사 및 levofloxacin(제이더블유레보플록사신주)를 청구한 경우로, 3.29. 실시한 저선량 흉부CT는 인정하지 아니하고, 항생제 치료 등 환자의 경과 관찰없이 이틀만에 기관지경검사를 실시할 만한 환자 상태 등이 확인되지 아니하므로 3.31. 실시한 나759가 기관지경검사(기본) 및 미생물 검사 등(②~⑤), levofloxacin(제이더블유레보플록사신주)는 인정하지 아니함.

- F사례(여자/73세)은 객혈, 상세불명의 기관지폐렴 등의 상병으로 2일(3.29, 3.30.) 내원하여 3.29.에 levofloxacin(제이더블유레보플록사신주), 객담으로 미생물 검사 등(②~④), 다121가 흉부[직접]1매, 다245라(1)(나) 일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를사용하지않는경우-기타의 경우를, 3.30.에 levofloxacin(제이더블유레보플록사신주), 기관지경검사 및 bronchial washing 후 실시한 미생물검사 등(②~⑥)을 청구한 경우로, 3.29. 객담으로 실시한 미생물 검사(②~④)는 인정 가능하나, 저선량 흉부CT는 인정하지 아니함.

  또한, 경과 관찰없이 익일날(3.30.) 바로 기관지경검사를 실시할 만한 환자 상태등이 확인되지 아니하므로 나759가 기관지경검사(기본) 및 미생물검사 등(②~⑥)은 인정하지 아니하고 levofloxacin(제이더블유레보플록사신주)은 이틀 모두 인정하지 아니함.

■ **참고**

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

○ 전산화단층영상진단(CT)의 산정기준(보건복지부 고시 제2015-99호, 2015.6.12.)

○ 대한결핵 및 호흡기학회, 기침 진료지침, 2014.

○ 해리슨내과학편집위원회, 질병정보해리슨내과학 17판, MIP, 2006.

[2016.6.22. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

5. 진료내역 참조, 자770가 결장경하 종양 수술-폴립 절제술 시 산정한 입원료 및 비경구항생제 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/68세)

- 청구 상병명: 결장의 상세불명 폴립, 기타 및 상세불명의 원발성 고혈압
- 주요 청구내역

가2가(3) 병원급 의·치과 4등급간호관리료적용기본입원료 [내,소,정신과] (AB304004)	1*1*1
자770가 결장경하 종양 수술-폴립 절제술 (Q7701)	1*1*1
자770가주 결장경하 종양 수술-폴립 절제술(1개 이상시 초과되는 폴립 1개당)(Q7702)	1*5*1
생검용 FORCEP (N0041005)	1*1*1

○ B사례(남/65세)

- 청구 상병명: 결장의 기타 폴립
- 주요 청구내역

가2가(3) 병원급 의·치과 4등급간호관리료적용기본입원료 [내,소,정신과] (AB304004)	1*1*1
자770가 결장경하 종양 수술-폴립 절제술 (Q7701)	1*1*1
절제용 SNARE (N0041003)	1*1*1

○ C사례(여/38세)

- 청구 상병명: 결장의 상세불명 폴립
- 주요 청구내역

가6마 낮병동입원료-의원,치과의원,보건의료원 의·치과 (AF400)	1*1*1
618 일동리보스타마이신주사1그람(황산리보스타마이신)/B	2*1*1
618 세테졸주1그람(세프테졸나트륨)(수출명:비세테졸주1그람)/B	2*1*1
자770가 결장경하 종양 수술-폴립 절제술 (Q7701)	1*1*1
자770나 결장경하 종양 수술-점막절제술 및 점막하종양절제술 (Q7703)	1*0.5*1
절제용 SNARE (N0041003)	1*1*1

○ D사례(여/71세)

- 청구 상병명: 결장의 상세불명 폴립
- 주요 청구내역

가6마 낮병동입원료-의원,치과의원,보건의료원 의·치과 (AF400)	1*1*1
618 일동리보스타마이신주사1그람(황산리보스타마이신)/B	2*1*1
618 세테졸주1그람(세프테졸나트륨)(수출명:비세테졸주1그람)/B	2*1*1
자770가 결장경하 종양 수술-폴립 절제술 (Q7701)	1*1*1
절제용 SNARE (N0041003)	1*1*1

■ 심의결과

- 다발성 용종이거나 용종의 크기가 큰 경우, 점막절제술을 시행한 경우는 합병증 발생에 대한 경과 관찰이 필요하다 판단되어 입원료 및 낮병동 입원료는 인정하고, 단발성 용종이거나 크기가 작은 용종에 대한 제거술에는 입원료를 인정하지 아니함.
- 또한, 폴립제거술 전처치로 투여하는 예방적 목적의 비경구항생제는 인정하지 아니함.

■ 심의내용

○ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법」에 의하면, “요양급여는 환자의 건강증진을 위하여 의학적으로 인정되는 범위안에서 최적의 방법으로 실시하고 경제적으로 비용효과적인 방법으로 행해져야 하며, 입원은 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하며 단순한 피로회복·통원불편 등을 이유로 입원지시를 하여서는 아니된다” 라고 규정하고 있음.

○ 자770가 결장경하 종양 수술-폴립 절제술 시 Ⅰ기관은 입원료를 다빈도 산정하는 경향이고, Ⅱ기관은 낮병동 입원료와 비경구 항생제 2종을 전처치로 투여하는 경향으로 이의 적정성에 대하여 논의한 결과 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

< Ⅰ기관>

- A사례(여자/68세)은 결장의 상세불명 폴립 등의 상병으로 2일간 입원하여 자770가 결장경하 종양 수술-폴립 절제술 *1, 자770가주 결장경하 종양 수술-폴립 절제술(1개 이상시 초과되는 폴립 1개당)*5을 청구한 경우로, 맹장과 상행결장에 다발성 용종(3㎜의 용종 6개)을 올가미로 제거 후 출혈이나 천공 등의 합병증 발생에 대한 경과 관찰이 필요하다 판단되어 입원료는 인정함.
- B사례(남자/65세)은 결장의 기타 폴립 등의 상병으로 2일간 입원하여 자770가 결장경하 종양 수술-폴립 절제술 *1을 청구한 경우로, 용종이 단발성이고 크기도 작아(0.7㎝ 용종 1개) 외래진료가 가능할 것으로 판단되어 입원료는 인정하지 아니함.

< Ⅱ기관>

- C사례(여자/38세)은 결장의 상세불명 폴립 등의 상병으로 낮병동 입원하여 자770가 결장경하 종양 수술-폴립 절제술*1, 자770나 결장경하 종양 수술-점막절제술 및 점막하종양절제술*0.5를 청구한 경우로, 내시경 결과지 참조, 실제 11개의 폴립에 대하여 폴립절제술 및 점막절제술을 시행함이 확인되어, 다발성 용종 제거 및 점막절제술 후에는 출혈이나 천공 등의 합병증 발생에 대한 경과 관찰이 필요하다 판단되어 낮병동 입원료는 인정함.
- D사례(여자/71세)는 결장의 상세불명 폴립 등의 상병으로 낮병동 입원하여 자770가 결장경하 종양 수술-폴립 절제술*1을 청구한 경우로, 내시경 결과지 참조, 용종이 단발성이며 크기도 작아 외래진료가 가능할 것으로 판단되어 낮병동 입원료는 인정하지 아니함.

- 두 사례 모두 폴립절제술 전처치에 투여한 황산리보스타마이신(일동리보스타마이신주사1그람) 및 세프테졸나트륨(세테졸주1그람)은 예방적 목적으로 비경구항생제를 투여하는 것은 타당하지 않다고 판단되어 모두 인정하지 아니함.

■ 참고

○ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
○ 입원료 및 낮병동 입원료 산정 시 기산점(보건복지부고시 제2015-241호(행위), 2016.1.1.)
○ 결장경하 폴립절제술 인정기준(보건복지부고시 제2007-46호(행위), 2007.5.28.)
○ 박재갑, 대장항문학 제2판, 일조각, 2001.
○ 김정룡, 소화기계 질환, 일조각, 2000.

[2016.6.22. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

6. 국소마취제만 주입하며 일주일 이상의 간격으로 2~3회 이상 실시하고 있는 바25자 후지내측지 및 바25차 추간관절차단술의 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/41세)

- 청구 상병명: 좌골신경통을 동반한 요통, 요추부(2016.2.2.)
  신경뿌리병증, 요추부(2016.2.12.)
  상세불명의 위염(2016.2.22.)
- 주요 청구내역

<2016.2.2./ 2016.2.12./ 2016.2.22.>

121 휴온스리도카인염산염수화물주사/B 0.2*1*1

바25자 척수신경총,신경근및신경절차단술-후지내측지(LA358) 1*2.5*1

○ B사례(여/55세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증, 경추
- 주요 청구내역

<2016.2.2./ 2016.2.11./ 2016.2.17.>

121 휴온스리도카인염산염수화물주사/B 2*1*1

바25차 척수신경총,신경근및신경절차단술-추간관절차단(LA359) 1*2.5*1

■ 심의결과

○ A사례(여/41세)

좌골신경통을 동반한 요통, 요추부 등의 상병으로 121 휴온스리도카인염산염수화물주사 0.2cc를 이용하여 바25자 척수신경총,신경근및신경절차단술-후지내측지(LA358) 250%를 3회 이상 시행한 환자임. 진료기록부 검토결과, 환자가 호소하는 주증상은 신경근통으로 바25자 척수신경총,신경근및신경절차단술-후지내측지(LA358)를 시행할 만한 증상에 해당하지 않고, 의학적 타당성이 없으므로 인정하지 아니함.

○ B사례(여/55세)

신경뿌리병증, 경추 등의 상병으로 121 휴온스리도카인염산염수화물주사 2cc를 이용하여 바25자 척수신경총, 신경근및신경절차단술-추간관절차단술(LA359) 250%를 3회 이상 시행한 환자임. 진료기록부 등 검토결과 환자가 호소하는 주증상은 바25자 척수신경총,신경근및신경절차단술-추간관절차단(LA359)을 시행할 만한 임상증상에 해당하지 않고, 시술을 시행할 만한 의학적 타당성이 없으므로 인정하지 아니함.

■ 심의내용

○ 동 기관은 국소마취제만을 사용하여 바25자 후지내측지 및 바25차 추간관절차단술을 3회 이상 지속적으로 실시하고 있는 경향으로, 환자마다 호소하는 증상이 다르고, 치료효과 등에 대해 명확히 규정할 수 없는 바, 국소마취제만 사용하여 실시한 바25자 후지내측지 및 바25차 추간관절차단술의 경우 진단목적으로 몇 회만 실시하는 것이 타당한지 일률적으로 정하기는 어렵다고 판단됨. 따라서 진료기록부 및 영상자료 등을 참조하여 사례별로 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

- A사례(여/41세): 좌골신경통을 동반한 요통, 요추부 등의 상병으로 121 휴온스리도카인염산염수화물주사 0.2cc를 이용하여 바25자 척수신경총,신경근및신경절차단술-후지내측지(LA358) 250%를 3회 이상 시행한 환자임.

진료기록부 검토 결과, 환자가 호소하는 주증상은 신경근통으로 바25자 척수신경총,신경근및신경절차단술-후지내측지(LA358)를 시행할 만한 증상에 해당하지 않고, 의학적 타당성이 없으므로 인정하지 아니함.

- **B사례(여/55세)**: 신경뿌리병증, 경추 등의 상병으로 121 휴온스리도카인염산염수화물주사 2cc를 이용하여 바25자 척수신경총,신경근및신경절차단술-추간관절차단(LA359) 250%를 3회 이상 시행한 환자임.

  진료기록부 등 검토결과 환자가 호소하는 주증상은 바25자 척수신경총,신경근및신경절차단술-추간관절차단(LA359)을 시행할 만한 임상증상에 해당하지 않고, 시술을 시행할 만한 의학적 타당성이 없으므로 인정하지 아니함.

■ **참고**

○ 대한척추신경외과학회. 척추학. 군자출판사. 2008.
○ 대한통증학회. 통증의학. 셋째판. 군자출판사. 2007.
○ 대한정위기능신경외과학회. 통증의 중재적 및 수술적 치료. 영창의학서적. 2005.

[2016.4.21. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

7. 부신피질호르몬제를 사용하며 일주일 간격으로 실시한 바25자 후지내측지 및 바25차 추간관절차단술의 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(남/69세)

- 청구 상병명: 기타 명시된 추간판전위
- 주요 청구내역

<2016.3.16.>

245 휴메딕스덱사메타손포스페이트이나트륨주사/B 1*1*1

바25자 척수신경총,신경근및신경절차단술-후지내측지(LA358) 1*1.5*1

※ 이전 신경차단술 실시내역

<2016.3.9.>

245 휴메딕스덱사메타손포스페이트이나트륨주사/B 1*1*1

바25자 척수신경총,신경근및신경절차단술-후지내측지(LA358) 1*2.5*1

○ B사례(여/55세)

- 청구 상병명: 기타 명시된 추간판전위
- 주요 청구내역

<2016.3.4. / 2016.3.11.>

245 휴메딕스덱사메타손포스페이트이나트륨주사/B 1*1*1

바25차 척수신경총,신경근및신경절차단술-추간관절차단(LA359) 1*1*1

■ 심의결과

○ A사례(남/69세)

기타 명시된 추간판전위 등의 상병으로 245 휴메딕스덱사메타손포스페이트이나트륨주사 5mg을 사용하여, 바25자 척수신경총, 신경근및신경절차단술-후지내측지 150%를 7일 간격으로 시행한 환자임.

진료기록부 및 영상자료 검토 결과, 부신피질호르몬제를 사용하며 7일 간격으로 신경차단술을 실시하였을 뿐 아니라, 경막외 신경차단술-천추(LA322)과 하위 신경에 바25자 척수신경총, 신경근및신경절차단술-후지내측지(LA358)을 동시에 실시한 것으로 확인되는 바 상위 신경에 시행된 epidural block만으로도 그 효과가 있다고 판단됨에 따라 하위 신경에 시행된 바25자 척수신경총, 신경근및신경절차단술-후지내측지(LA358)은 인정하지 아니함.

○ B사례(여/55세)

기타 명시된 추간판전위 등의 상병으로 245 휴메딕스덱사메타손포스페이트이나트륨주사 5mg을 사용하여, 바25자 척수신경총, 신경근및신경절차단술-추간관절차단 100%를 7일 간격으로 시행한 환자로, 부신피질호르몬제의 부작용 및 후유증 등을 고려하여 부신피질호르몬제를 사용하며 7일 간격으로 실시한 바25자 척수신경총, 신경근및신경절차단술-추간관절차단(LA359)은 인정하지 아니함.

■ 심의내용

○ 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법 요양급여의 일반원칙에서 요양급여는 가입자 등이 연령·성별·직업 및 심신상태 등의 특성을 고려하여 진료의 필요가 있다고 인정되는

경우에 정확한 진단을 토대로 하여 환자의 건강증진을 위하여 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시하여야 하고, 요양급여는 경제적으로 비용효과적인 방법으로 행하여야 한다고 규정하고 있음.

○ 바25 척수신경총, 신경근및신경절차단술- 후지내측지 및 추간관절차단술에 부신피질호르몬제를 단기간 반복해서 사용하는 것은 부작용과 후유증을 유발할 수 있으므로 최소 2주 이상의 간격을 두고 신경차단술을 시행하는 것이 타당하다고 판단됨.

○ 이에, 부신피질호르몬제를 사용하며 7일 간격으로 시행한 바25 척수신경총, 신경근및신경절차단술- 후지내측지 및 추간관절차단술은 불인정하기로 결정함.

■ 참고

○ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
○ 대한통증학회. 통증의학. 셋째판. 군자출판사. 2007.
○ 대한정위기능신경외과학회. 통증의 중재적 및 수술적 치료. 영창의학서적. 2005.

[2016.4.21. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

8. 진료내역 참조, 상세불명의 화농성 중이염 상병에 투여된 세프트리악손주 및 3세대 세파계 경구항생제 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(남/8세) 3일 내원(5/3, 5/9, 5/13)
- 청구 상병명 : 상세불명의 화농성중이염, 양쪽
  기타 앨러지비염, 감염성 기원의 기타 및 상세불명의 위장염 및 결장염, 구토, 설사
  급성 비인두염[감기]
- 주요 청구내역 : 가1가(1) 초진진찰료-의원,보건의료원 내 의과 1*1*1
  618 씨제이세프트리악손주1그람(수출명:트렉소핀주1그람) 1*1*1
  618 바난건조시럽50밀리그람(역가)/5ml(세프포독심프록세틸) 8*3*3

○ B사례(남/3세) 1일 내원(5/2)
- 청구 상병명: 상세불명의 화농성 중이염, 양쪽,
  기타앨러지비염, 감염성 기원의 기타 및 상세불명의 위장염 및 결장염, 구토, 탈수
- 주요 청구내역 : 가1나(1) 재진진찰료-의원,보건의료원 내 의과 [만6세미만] 1*1*1
  618 씨제이세프트리악손주1그람(수출명:트렉소핀주1그람) 1*1*1
  618 바난건조시럽50밀리그람(역가)/5ml(세프포독심프록세틸) 5*3*4

○ C사례(여/3세) 1일 내원(5/3)
- 청구 상병명 : 상세불명의 화농성 중이염, 양쪽
  기타 앨러지비염, 감염성 기원의 기타 및 상세불명의 위장염 및 결장염, 탈수, 구토
- 주요 청구내역 : 가1가(1) 초진진찰료-의원,보건의료원 내 의과 [만6세미만] 1*1*1
  618 씨제이세프트리악손주1그람(수출명:트렉소핀주1그람) 1*1*1
  618 바난건조시럽50밀리그람(역가)/5ml(세프포독심프록세틸) 5*3*3

○ D사례(남/3세) 1일 내원(5/31)
- 청구 상병명 : 상세불명의 화농성 중이염, 양쪽
  상세불명의 급성 기관지염, 기타 앨러지비염,
  감염성 기원의 기타 및 상세불명의 위장염 및 결장염, 탈수
- 주요 청구내역 : 가1가(1) 초진진찰료-의원,보건의료원 내 의과 [만6세미만] 1*1*1
  618 씨제이세프트리악손주1그람(수출명:트렉소핀주1그람) 1*1*1
  618 바난건조시럽50밀리그람(역가)/5ml(세프포독심프록세틸) 5*3*3

○ E사례(여/4세) 1일 내원(5/31)
- 청구 상병명 : 상세불명의 화농성 중이염, 양쪽
  상세불명의 급성 기관지염, 기타 앨러지비염,
  감염성 기원의 기타 및 상세불명의 위장염 및 결장염, 탈수
- 주요 청구내역 : 가1가(1) 초진진찰료-의원,보건의료원 내 의과 [만6세미만] 1*1*1
  618 씨제이세프트리악손주1그람(수출명:트렉소핀주1그람) 1*1*1
  618 보령메이액트세립(세프디토렌피복실)0.6*3*3

○ F사례(남/6세) 1일 내원(5/2)
- 청구 상병명 : 상세불명의 화농성 중이염, 양쪽

상세불명의 급성 기관지염, 기타 앨러지비염,
감염성 기원의 기타 및 상세불명의 위장염 및 결장염, 탈수
- 주요 청구내역 : 가1나(1) 재진진찰료-의원,보건의료원 내 의과 1*1*1
618 씨제이세프트리악손주1그람(수출명:트렉소핀주1그람) 1*1*1
618 바난건조시럽50밀리그람(역가)/5ml(세프포독심프록세틸) 6*3*3

○ **G사례(남/6세)** 2일 내원(5/2, 5/6)
- 청구 상병명 : 상세불명의 화농성 중이염, 양쪽
기타 앨러지비염, 감염성 기원의 기타 및 상세불명의 위장염 및 결장염, 탈수, 구토
- 주요 청구내역 : 가1가(1) 초진진찰료-의원,보건의료원 내 의과 1*1*1
618 씨제이세프트리악손주1그람(수출명:트렉소핀주1그람) 1*1*1
618 바난건조시럽50밀리그람(역가)/5ml(세프포독심프록세틸)6*3*4

○ **H사례(남/10세)** 2일 내원(5/22, 5/24)
- 청구 상병명 : 상세불명의 화농성 중이염, 양쪽
기타 앨러지비염, 감염성 기원의 기타 및 상세불명의 위장염 및 결장염, 구토, 탈수
- 주요 청구내역 : 가1가(1) 초진진찰료-의원,보건의료원 내 의과 [공휴일] 1*1*1
618 씨제이세프트리악손주1그람(수출명:트렉소핀주1그람) 1*1*1
618 바난건조시럽50밀리그람(역가)/5ml(세프포독심프록세틸) 8*3*3

○ **I사례(남/8세)** 1일 내원(5/2)
- 청구 상병명 : 상세불명의 화농성 중이염, 양쪽
기타 앨러지비염, 감염성 기원의 기타 및 상세불명의 위장염 및 결장염,
구토, 탈수, 감염성 피부염
- 주요 청구내역 : 가1가(1) 초진진찰료-의원,보건의료원 내 의과 1*1*1
618 씨제이세프트리악손주1그람(수출명:트렉소핀주1그람) 1*1*1
618 바난건조시럽50밀리그람(역가)/5ml(세프포독심프록세틸) 7*3*4

○ **J사례(여/7세)** 1일 내원(5/13)
- 청구 상병명 : 상세불명의 화농성 중이염, 양쪽
상세불명의 급성 기관지염, 기타 앨러지비염,
감염성 기원의 기타 및 상세불명의 위장염 및 결장염, 탈수
- 주요 청구내역 : 가1가(1) 초진진찰료-의원,보건의료원 내 의과 1*1*1
618 씨제이세프트리악손주1그람(수출명:트렉소핀주1그람)1*1*1
618 보령메이액트세립(세프디토렌피복실) 0.7*3*3

■ **심의결과**

상세불명의 화농성 중이염 상병에 투여된 세프트리악손주 및 3세대 세파계 경구항생제는 진료내역 검토결과 중이염과 관련된 증상, 이학적 소견 등 기록이 미비하여 인정하지 아니함.

■ **심의내용**

고시 제 2013-127호에 의거 항생제는 1. 전반적인 감염증에 사용토록 되어 있고 실제 임상에서 항생제 선택 시에는 적응증별 선택보다 약제감수성 검사에 따라 선택하고 있으므로 환자의 병력 등을 참조하여 허가사항 범위 내에서 1차 약제부터 단계적으로 사용해야 하고 2. 중증 감염증에는 경구 투약만으로 치료효과를 기대할 수 없는 경우 주사제와 병용하여 처방 투여 할 수 있도록 하고 있음.

동 기관은 소아청소년과 전문의 1인 기관으로, 유소아 급성 중이염 항생제처방률이 99.89%(동일평가군 평균 49.57%)이고, 이 중 3세대 세파계 이상 처방률이 93.96%로 동일평가군 평균처방률(8.74%)보다 10배 이상 월등히 높음. 또한 초진 내원시 항생제 처방비율이 50.2%, 3세대 세파계 처방 비율이 43.62%이며, 상세불명의 화농성중이염 등에 3세대 cephalosporins를 다빈도 처방하는 경향임.

또한 주사 CI지표('16.5월 : 13.48)가 매우 높은 기관으로 "상세불명의 화농성중이염" 등 상병에 주사제 투여시 약 88.8%를 cephalosporins계 3세대 항생제인 세프트리악손나트륨주 를 투여하는 경향임.

동 기관의 청구경향 및 진료기록부를 참조할 때 중이염에 대한 진단을 확인할 만한 객관적 소견이나 임상증상이 미흡하고 또한 세프트리악손주 및 바난, 메이액트, 옴니세프 등 3세대 세파계 항생제는 환자의 병력 등을 참조한 뒤 단계적으로 투여하는 것이 원칙이며 초진시부터 1차투여로 선택할 약제가 아니므로 3세대 세파계 항생제는 인정하지 아니함.

■ 참고

○ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
○ [일반원칙]항생제(보건복지부 고시 2013-127호, 2013.9.1.)
○ 소아과학 홍창의편. 완전개정 7판. 대한교과서주식회사. 2001.
○ 대한감염학회. 개정판 항생제의 길잡이. 광문출판사. 2000.

[2016.6.29. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

9. 진료내역 및 영상자료 참조, 자69-1 자가골연골이식술 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/75세)

- 청구 상병명: 오래된 찢김 또는 손상으로 인한 반달연골의 이상, 내측 반달연골
- 주요 청구내역

자69-1 자가골연골이식술	1*1*1
자82가 반월판연골절제술(내측 또는 외측)	1*0.5*1

○ B사례(여/72세)

- 청구 상병명: 기타 반달연골 이상, 내측반달연골
  양쪽 일차성 무릎관절증
  기타 반달연골 이상, 외측 반달연골
  내측 및 외측 반달연골의 찢김
- 주요 청구내역

자82나 반월판연골절제술(내외측 동시)	1*1*1
자69-1 자가골연골이식술	1*0.5*1

○ C사례(여/40세)

- 청구 상병명: 상세불명의 무릎의 내부 이상, 복합손상(반달연골, 십자인대, 측부인대, 후외측 구조물)
  양쪽 일차성 무릎관절증,
  (선천)원반상 반달연골, 외측반달 연골
  기타 반달연골 이상, 외측 반달 연골
- 주요 청구내역

자69-1 자가골연골이식술	1*1*1
자82가 반월판연골절제술(내측 또는 외측) [제2의수술]	1*1*1

■ 심의결과

○ A사례(여/75세)

- 반월상연골파열과 동반된 연골손상으로 연골손상의 크기가 1㎠미만임. 따라서, 반월판연골절제술에 포함되는 일련의 과정으로 볼 수 있어 자69-1 자가골연골이식술은 인정하지 아니함.

○ B사례(여/72세)

- 대퇴골 활차구의 병변이 미세천공술의 대상이 되고, 연골손상의 크기가 1.5㎠ 이상으로 자69-1 자가골연골이식술 인정하기로 함.

○ C사례(여/40세)

- 반월상연골파열과 동반된 연골손상으로 반월판연골절제술에 포함되는 일련의 과정으로 볼 수 있어 자69-1 자가골연골이식술은 인정하지 아니함.

■ 심의내용

연골성형술(Chondroplasty)의 수가 산정방법은 고시 제2012-153호에 의거 미세천공술(Microfracture) 또는 다발성 천공술(Multiple drilling)의 방법으로 연골손상의 크기가 1.5㎝ ² 이상인 경우에 시행시는 자69-1 자가골연골

이식술의 소정점수로 준용 산정토록 되어 있고, 연골손상의 크기가 1.5㎠ 미만인 경우 시행시는 자-70 사지 관절절제술의 소정점수로 준용하여 산정토록 되어 있음. 다만, 타 수술시 부수적으로 시행한 경우에는 별도 산정하지 아니하도록 되어 있어 영상자료 및 관절경 사진 등 참조하여 아래와 같이 사례별로 심사결정함.

- 아 래 -

○ **A사례(여/75세) :** 오래된 찢김 또는 손상으로 인한 반달연골의 이상, 내측 반달연골의 상병으로 관절경하 반월판연골절제술, 다발성 천공술(A/S partial meniscectomy & multiple drilling) 시행하고 자69-1 자가골연골이식술×1, 자82가 반월판연골절제술(내측 또는 외측)×0.5 청구한 건으로 제출된 영상자료 참조한 결과, 반월상연골파열과 동반된 연골손상으로 연골손상의 크기가 1㎠미만임. 따라서, 반월판연골절제술에 포함되는 일련의 과정으로 볼 수 있어 자69-1 자가골연골이식술은 인정하지 아니함.

○ **B사례(여/72세) :** 기타 반달연골 이상, 내측반달연골 상병으로 관절경하 반월판연골절제술, 미세골절술(Arthroscopic partial medial & lateral meniscectomy knee Rt., Abrasion chondroplasty and microfracture (×3)) 시행하고 자82나 반월판연골절제술(내외측동시)×1, 자69-1 자가골연골이식술×0.5 청구한 건으로 제출된 영상자료 참조한 결과, 대퇴골 활차구의 병변이 미세천공술의 대상이 되고, 연골손상의 크기가 1.5㎠ 이상으로 자69-1 자가골연골이식술 인정하기로 함.

○ **C사례(여/40세) :** 상세불명의 무릎의 내부이상, 복합손상 상병으로 관절경하 반월판연골절제술, 미세골절술(Arthroscopic subtotal lateral meniscectomy , Chondroplasty and microfracture(LTP & patella groove)) 시행하고, 자69-1 자가골연골이식술×1, 자82가 반월판연골절제술(내측 또는 외측)×0.5 청구한 건으로 제출된 영상자료 참조한 결과, 반월상연골파열과 동반된 연골손상으로 반월판연골절제술에 포함되는 일련의 과정으로 볼 수 있어 자69-1 자가골연골이식술은 인정하지 아니함.

■ **참고**

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

○ 슬관절 및 족관절에서의 자69-1 자가골연골이식술 인정기준(보건복지부 고시 제2009-200호, 2009.11.1.)

[2016.4.14. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

10. 진료내역 및 영상자료 참조, 자30-1다(1) 절골술 및 체내금속고정술(HTO) 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(남/41세)

- 청구 상병명: 기타 일차성 무릎관절증
  달리 분류되지 않은 내반변형, 아래다리
  오래된 찢김 또는 손상으로 인한 반달연골의 이상, 내측반달연골
- 주요 청구내역
  자30-1다(1) 절골술 및 체내금속고정술 1*1*1
  자82가 반월판연골절제술(내측 또는 외측)[제2의수술] 1*1*1

○ B사례(여/52세), C사례(여/58세), D사례(여/40세), E사례(여/53세)

- 청구 상병명: 오래된 찢김 또는 손상으로 인한 반달연골의 이상, 내측 반달연골
  기타 일차성 무릎관절증
- 주요 청구내역
  자82-1가주 반월상연골봉합술(내측 또는 외측)-복잡 1*1*1
  자30-1다(1) 절골술 및 체내금속고정술[제2의수술] 1*1*1

■ 심의결과

○ A사례(남/41세)

- 제출된 영상자료 참조한 결과 하지전장영상(orthogram)상 내반슬(varus) 변형이 심하지 않고 관절경상 내측 구획 관절 연골(articular cartilage)의 퇴행성 변화가 뚜렷하지 않으므로 절골술 및 체내금속고정술(HTO)과 관련 재료대는 인정하지 아니함.

○ B사례(여/52세), C사례(여/58세), D사례(여/40세), E사례(여/53세)

- 제출된 영상자료 참조한 결과 하지전장영상(orthogram)상 내반슬(varus) 변형 없고 관절경상 관절 연골(articular cartilage)의 손상이 명확하지 않아 절골술 및 체내금속고정술(HTO)과 관련 재료대는 인정하지 아니함..

■ 심의내용

기타 일차성 무릎관절증, 달리 분류되지 않은 내반변형 등 상병에 자30-1다(1) 절골술 및 체내금속고정술과 관절경하 시술(반월판연골절제술, 반월상연골봉합술)을 동시 시행한 사례들로, 진료내역 및 영상자료 참조하여 아래와 같이 사례별로 심사결정함.

- 아 래 -

○ A사례(남/41세) : 기타 일차성 무릎관절증, 달리 분류되지 않은 내반변형 상병에 A/S HTO & partial lateral meniscectomy 시행하고 자30-1다(1) 절골술 및 체내금속고정술×1, 자82가 반월판연골절제술(내측 또는 외측)×0.5 청구한 건으로 제출된 영상자료 참조한 결과, 하지전장영상(orthogram)상 내반슬(varus) 변형이 심하지 않고 관절경상 내측 구획 관절 연골(articular cartilage)의 퇴행성 변화가 뚜렷하지 않으므로 자30-1다(1) 절골술 및 체내금속고정술×1과 관련 재료대는 인정하지 아니함.

○ B사례(여/52세), C사례(여/58세), D사례(여/40세), E사례(여/53세) : 오래된 찢김 또는 손상으로 인한 반달연골의 이상 상병에 A/S HTO & medial meniscus repair 시행하고 자82-1가주 반월상연골봉합술(내측 또는 외측)×1,

자30-1다(1) 절골술 및 체내금속고정술×0.5 청구한 건으로 제출된 영상자료 참조한 결과, 하지전장영상(orthogram)상 내반슬(varus) 변형 없고 관절경상 관절 연골(articular cartilage)의 손상이 명확하지 않아 자30-1다(1) 절골술 및 체내금속고정술×1과 관련 재료대는 인정하지 아니함.

■ **참고**

○ 대한정형외과학회, 정형외과학, 최신의학사. 2013.

[2016.4.14. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

11. 진료내역 및 영상자료 참조, 족관절에 실시한 자70다 사지관절절제술 및 자31 골편절채술 인정여부

■ 청구내역(여/56세)

- 청구 상병명: 상세불명의 관절염, 발목 및 발, 달리 분류되지 않은 기타 골부착부병증, 발목 및 발 관절안의 유리체, 발목 및 발
- 주요 청구내역

자70다	사지관절절제술[활막절제를포함]-주관절,완관절,족관절 (N0703)	1*1*1
자31	골편절채술 (N0310)	1*0.5*1
자93가주	건및인대성형술-간단한것-근에 대한 봉합술,이식술,이행술,교환술을 실시한 경우(N0933)	1*1*1
자60-2주	지체내고정용금속제거술-골에삽입한금속핀이나금속정등을근막절개하에간단히제거한경우(N0978)	1*1*1
JUGGERKNOT SOFT ANCHOR 전규격 (D0303006)		1*2*1
관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용 (N0031003)		1*0.5*1

■ 진료내역

Preoperative diagnosis

우측 발목 관절염 내측

우측 발 후경골근 부착병증

우측 무지외반증 수술 후 상태

Operation name

1. Rt ankle arthro synovectomy curettage osteotomy
2. Rt 주상골 골조각 제거 및 후경골근 봉합술
3. 우측 발 핀 제거술

■ 심의결과

○ 만50세 이상의 거골 골연골증 환자에게 미세골절술(microfracture) 시행 후 청구한 자70다 사지관절절제술[활막절제를포함]-족관절, 부주상골(prehallux) 제거 후 청구한 자31 골편절채술(제2수술) 및 관련 재료대는 인정함.

■ 심의내용

○ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법」에 의하면, “요양급여는 환자의 건강증진을 위하여 의학적으로 인정되는 범위안에서 최적의 방법으로 실시하고 경제적으로 비용효과적인 방법으로 행해져야 한다” 라고 규정하고 있음.

○ 무릎 관절증 등의 상병에 실시한 관절경하 수술은「연골성형술(Chondroplasy) 수가 산정방법(고시 제2012-153호, 2012.11.27.시행)」,「슬관절 및 족관절에서의 자69-1 자가골연골이식술 인정기준(고시 제2009-200호, 2009.11.1.시행)」 등 관련고시 및 심사기준에 따라 의학적으로 타당한 범위내에서 실시하여야 함.

○ 동 건(여자/56세)은 상세불명의 관절염, 달리 분류되지 않은 기타 골부착부병증, 발목 및 발 등 상병으로 우측 발목 사지관절절제술, 소파술, 절골술(Rt ankle arthro synovectomy, curettage, osteotomy), 우측 주상골 골조각 제거 등을 실시하고 자70다 사지관절절제술[활막절제를포함]-족관절, 자31 골편절채술 및 관련 재료대 등을 청구한 경우로, 만50세 이상의 거골 골연골증 환자에게 미세골절술(microfracture) 시행 후 청구한 자70다 사지관절절제술[활막절제를포함]-족관절 및 부주상골(prehallux) 제거 후 청구한 자31 골편절채술(제2수술) 및 관련 재료대는 인정함.

■ 참고

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

○ 연골성형술(Chondroplasty) 수가 산정방법(보건복지부 고시 제2012-153호, 2012.11.27.)

○ 슬관절 및 족관절에서의 자69-1 자가골연골이식술 인정기준 (보건복지부 고시 제2009-200호, 2009.10.30.)

○ 대한정형외과학회. 정형외과학. 최신의학사. 2013.

○ 대한슬관절학회. 슬관절학. 비엠엠코리아. 2011.

[2016.5.26. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

12. 진료내역 및 영상자료 등 참조, 자78 비관혈관절수동술 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/45세), B사례(남/60세), C사례(여/68세), D사례(남/57세), F사례(여/42세), H사례(여/74세), I사례(남/42세), J사례(여/42세)

- 청구 상병명: 어깨의 유착성 관절낭염 상세불명의 관절증, 여러 부위
- 주요 청구내역 : 바2가(5) 상박신경총마취관리기본[1시간기준] (L1215) 1*1*1
  자78 비관혈관절수동술 (N0780) 1*1*1

○ E사례(여/54세), G사례(남/52세)

- 청구 상병명: 어깨의 유착성 관절낭염 상세불명의 관절증, 여러 부위
- 주요 청구내역: 바2가(5) 상박신경총마취관리기본[1시간기준] (L1215) 1*1*2
  자78 비관혈관절수동술 (N0780) 1*1*2

■ 심의결과

○ A사례(여/45세), B사례(남/60세), D사례(남/57세), F사례(여/42세), J사례(여/42세)

- 관련 진료내역 및 적절한 기간 동안의 보존적 치료가 확인되지 않아 비관혈관절수동술 모두 인정하지 아니함.

○ C사례(여/68세), H사례(여/74세)

- 타병원 진료내역 등 적절한 보존적 요법이 확인되고 시술을 시행할만한 병변이 확인되어 비관혈관절수동술은 인정함.

○ E사례(여/54세), G사례(남/52세), I사례(남/42세)

- 적극적인 보존적 치료로 보기에 불충분하므로 비관혈관절수동술 모두 불인정함이 타당함.

■ 심의내용

○ 비관혈관절수동술은 조영제를 이용해 Arthrogram을 하여 관절강 내 모양 및 부피를 확인한 후 수술 중 및 수술 후 통증완화를 목적으로 국소마취제와 스테로이드 혼합액을 관절강 내로 투여한 후 Manipulation 하는 행위로서, 3개월 이상의 보존적인 치료에도 호전이 없는 환자를 대상으로 시행하는 것이 타당할 것임.

○ 동 기관은 어깨의 유착성 관절낭염에 상박신경총마취하 자78 비관혈관절수동술을 실시한건으로, 진료기록상에는 타병원에서 물리치료 및 약물치료 등으로 증상의 호전이 없고 운동제한이 심하여 브리스만 관절 수동술을 시행 하였다고 일률적으로 기재되어 있으나, 대부분 환자에 있어 수진 내역상 보존적 치료가 없거나, 적극적인 보존적 치료 없이 시행한 것으로 판단됨.

○ 비관혈관절수동술은 환자의 나이, 관절수동술에 동반되는 합병증 등을 감안할 때 적어도 3개월 정도 보존적 요법이 선행되어야 할 것이므로 방사선, 초음파 소견 등 참조 아래와 같이 결정함.

- A, B, D, F, J사례는 관련 진료내역 및 적절한 기간 동안의 보존적 치료 여부가 확인되지 않아 비관혈관절수동술 모두 인정하지 아니함.
- C사례, H사례는 타병원 진료내역 등 적절한 보존적 요법의 시행이 확인되고 시술을 시행할만한 병변이 확인되어 비관혈관절수동술은 인정함.
- E, G, I사례는 적절한 기간 동안의 보존적 치료 여부가 확인되지 않아 비관혈관절수동술 모두 인정하지 아니함.

■ **참고**

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

○ 건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 9장

○ 한태륜, 방문석, 재활의학, 셋째판, 군자출판사, 2009.

[2016.6.7. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

13. 진료내역 및 영상자료 참조 자93-1 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술 & 재료대 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(남/59세), B사례(남/52세), C사례(남/59세)

- 청구 상병명: 회전근개증후군, 어깨의 충격증후군
- 주요 청구내역: 자93-1나(2) 견봉성형술 및 회전근개파열복원술(근 및 건성형이 동반된 경우) (N0937) 1*1*1
  ARTHREX BIOCOMPOSITE SUTURE ANCHOR 전규격 (D0302795) 1*4*1(A,C사례)
  ARTHREX BIOCOMPOSITE SUTURE ANCHOR 전규격 (D0302795) 1*5*1(B사례)

○ D사례(남/56세), E사례(남/20세)

- 청구 상병명: 회전근개증후군(D사례)/ 어깨의 상세불명 탈구(E사례)
- 주요 청구내역: 자93-1나(1) 견봉성형술 및 회전근개파열복원술(일차봉합술) (N0936) 1*1*1
  ARTHREX BIOCOMPOSITE SUTURE ANCHOR 전규격 (D0302795) 1*4*1

■ 심의결과

○ A사례(남/59세)

회전근개증후군, 어깨의 충격증후군에 Arthroscopic acromioplasty and rotator cuff repair, biceps tenotomy size 3.5cm * 1cm sized (Rt shoulder) 수술을 시행한 건으로, 회전근개의 파열과 이두박근건의 퇴행성 변화등이 관절경 사진상 확인되고 2.5cm 이상의 회전근개 파열이므로 자93-1나(2) 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술(근 및 건성형이 동반된 경우)(N0937)은 인정함.

○ B사례(남/52세)

회전근개증후군, 어깨의 충격증후군에 Rt shoulder Arthroscopic acromioplasty and rotator cuff repair 수술 후 자93-1나(2) 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술(근 및 건성형이 동반된 경우)(N0937)을 청구하였으나 영상자료 참조한 결과 full thickness & large size RCT로 보이지 않는바 자93-1나(1) 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술(일차봉합술)(N0936)로 인정하며, 관련재료대 anchor는 5개중 3개만 인정함.

○ C사례(남/59세)

회전근개증후군, 어깨의 충격증후군에 Lt shoulder Arthroscopic acromioplasty and rotator cuff repair 수술 후 자93-1나(2) 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술(근 및 건성형이 동반된 경우)(N0937)을 청구하였으나 영상자료 참조한 결과 large size RCT로 보이지 않는바 자93-1나(1) 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술(일차봉합술)(N0936)로 인정함.

○ D사례(남/56세)

회전근개증후군 상병에 Lt. shoulder Arthroscopic rotator cuff repair 수술을 시행한 건으로 영상자료상 회전근개 파열에 대하여 복원술을 실시하였음이 확인되어 자93-1나(1) 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술(일차봉합술)(N0936)은 인정함.

○ E사례(남/20세)

어깨의 상세불명의 탈구에 Lt shoulder arthroscopic Bankart repair and capsular plication 수술을 시행한 건으로 영상자료상 Bankart 병변 등이 확인되어 자93-1나(1) 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술(일차봉합술)(N0936)은 인정함.

■ 심의내용

- A사례(남/59세): 회전근개증후군, 어깨의 충격증후군 상병하에 Arthroscopic acromioplasty and rotator cuff repair, biceps tenotomy size 3.5cm * 1cm sized (Rt shoulder) 수술후 자93-1나(2) 견봉성형술 및

회전근개 파열복원술(근 및 건성형이 동반된 경우, N0937) 및 관련재료대(ARTHREX BIOCOMPOSITE SUTURE ANCHOR 전규격 *2, ARTHREX BIOCOMPOSITE SUTURE ANCHOR 전규격 *2, 관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용 *1)를 청구한 건임.
제출한 영상자료 참조한 결과 회전근개의 파열과 이두박근건의 퇴행성 변화등이 관절경 사진상 확인되고 2.5cm 이상의 회전근개 파열로 인한 수술로서 자93-1나(2) 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술(근 및 건성형이 동반된 경우, N0937) 및 관련재료대는 인정함.

- B사례(남/52세): 회전근개증후군, 어깨의 충격증후군에 Rt shoulder Arthroscopic acromioplasty and rotator cuff repair 3.5cm * 1.5cm sized 수술후 자93-1나(2) 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술(근 및 건성형이 동반된 경우, N0937) 및 관련재료대(ARTHREX BIOCOMPOSITE SUTURE ANCHOR 전규격 *3, ARTHREX BIOCOMPOSITE SUTURE ANCHOR 전규격 *2, 관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용 *1) 청구한 건임.
제출한 영상자료 참조한 결과 full thickness & large size RCT로 보이지 않아 수술료는 자93-1나(1) 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술(일차봉합술) (N0936)로 인정하며, 관련재료대 anchor는 5개중 3개만 인정함.

- C사례(남/59세): 회전근개증후군, 어깨의 충격증후군에 Lt shoulder Arthroscopic acromioplasty and rotator cuff repair 3cm * 1cm sized 수술후 자93-1나(2) 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술(근 및 건성형이 동반된 경우, N0937) 및 관련재료대(ARTHREX BIOCOMPOSITE SUTURE ANCHOR 전규격 *2, ARTHREX BIOCOMPOSITE SUTURE ANCHOR 전규격 *2, 관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용 *1) 청구한 건임.
제출한 영상자료 참조한 결과 large size RCT로 인정하기 어려우므로 수술료는 자93-1나(1) 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술(일차봉합술) (N0936)로 인정함(재료대 인정).

- D사례(남/56세): 회전근개증후군 상병에 Lt shoulder Arthroscopic rotator cuff repair 수술후 자93-1나(1) 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술(일차봉합술) (N0936) 및 관련재료대(ARTHREX BIOCOMPOSITE SUTURE ANCHOR 전규격 *2, ARTHREX BIOCOMPOSITE SUTURE ANCHOR 전규격 *2, 관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용 *1) 청구한 건임.
제출한 영상자료 참조한 결과 회전근개 파열에 대하여 복원술을 실시하였음이 확인되므로 청구한 자93-1나(1) 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술(일차봉합술) (N0936)은 인정함.

- E사례(남/20세): 어깨의 상세불명의 탈구에 Lt shoulder arthroscopic Bankart repair and capsular plication 수술후 자93-1나(1) 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술(일차봉합술) (N0936) 및 관련재료대(ARTHREX BIOCOMPOSITE SUTURE ANCHOR 전규격 *4, 관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용 *1)청구한 건임.
제출한 영상자료 참조한 결과 Bankart 병변등이 확인되는바 청구한 자93-1나(1) 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술(일차봉합술) (N0936)은 인정함.

■ 참고

○ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
○ 건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 9장
○ 대한정형외과학회. 대한정형외과학. 7판. 최신의학사. 2013.

[2016.6.7. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

14. 자60 사지골절정복술 전, 후 촬영된 다245 일반전산화단층영상진단(CT)검사 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(남/57세)

- 청구 상병명: 종골의 골절, 폐쇄성
- 주요 청구내역:

자60가(4)주 사지골절정복술[복잡골절포함]-관혈적-복잡-수근골,족근골 (N0614) 1*1*1

일반전산화단층영상진단-하지-조영제미사용 (HA458006) 1*1*2

○ B사례(여/49세)

- 청구 상병명: 상세불명의 요골하단의 골절, 폐쇄성
- 주요 청구내역:

자60가(3)(가)주 사지골절정복술-관혈적-복잡-전완골-요 · 척골중하나(N0617) 1*1*1

일반전산화단층영상진단-상지-조영제미사용 (HA457006) 1*1*2

■ 진료내역

○ A사례(남/57세)

'15.8.5.(초진)

[C.C] Rt. heel pain. 3m 높이에서 떨어짐.

[CT] Rt. ankle: Comminuted fracture of calcaneus

'15.8.8.

진단명: Rt. calcaneus Fx: intraarticular Fx. Anderson type 4

수술명: ORIF

[CT] Rt. calcaneus post-OP : Well maintained.

○ B사례(여/49세)

'15.11.11.(초진)

[C.C] Rt. wrist pain, 내원 전날 계단에서 넘어짐.
인근 병원에서 Rt. distal radius fracture 진단받고 내원함.

[CT] Rt. distal radius and ulnar styloid process Fx.

'15.11.12.

진단명: Rt. distal radius intraarticular fracture & joint depression injury with bone defect

수술명: ORIF

[CT] Rt. wrist post-OP: Well maintained.

■ 심의결과

○ 해부학적으로 복잡한 부위의 골절로, 수술 전 시행한 일반전산화단층영상진단(CT) 검사는 인정하고, 수술 후에는 단순 X-ray 검사로 내고정물 위치 평가 또는 골절 유합 평가가 어려운 경우 등에 단계적으로 CT 검사를 시행하는 것이 적절할 것으로 판단되어 단순 X-ray 검사 상 이상소견이 확인되지 않는 A,B 사례에서 수술 후 촬영된 CT 검사는 인정하지 아니함.

■ 심의내용

○ 사지골절정복술 시행 전, 후 일반전산화단층영상진단(Computed Tomography, CT) 검사를 시행한 사례로,

제출된 진료기록 및 영상자료 검토 결과, 두 사례 모두 관절강 내 골절로서 해부학적으로 복잡한 부위의 골절로 판단되어 수술 전 검사 시행은 인정하되, 수술 후에는 단순 X-ray 검사로 내고정물 위치 평가 또는 골절 유합 평가가 어려운 경우 등에 단계적으로 CT검사를 시행하는 것이 적절할 것으로 판단되어 단순 X-ray 검사 상 이상소견이 확인되지 않는 A, B 사례에서 수술 후 촬영된 CT검사는 인정하지 아니함.

■ 참고

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

○ 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제3장

○ 전산화단층영상진단(CT)의 산정기준(보건복지부 고시 제2015-99호, 2015.6.12.)

○ 대한정형외과학회. 정형외과학. 최신의학사. 2013.

[2016.6.17. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

15. 진료내역 및 영상자료 등 참조, 자71가(2)주 인공관절치환술[슬관절-복잡] 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/62세), B사례(여/77세), C사례(여/72세), E사례(여/69세), F사례(여/56세), G사례(여/68세), H사례(여/71세), L사례(여/84세)

- 청구상병명: 양쪽 일차성 무릎관절증, 기타 척추증, 요추부
- 주요청구내역

  자71가(2)주 인공관절치환술-전치환[슬관절]-복잡 (N2077) 1x2x1 (B, C, L사례: 1x1x2)

○ D사례(여/70세), K사례(여/79세)

- 청구상병명: 양쪽 일차성 무릎관절증, 폐경후 골다공증
- 주요청구내역

  자71가(2)주 인공관절치환술-전치환[슬관절]-복잡 (N2077) 1x1x1

  자71가(2) 인공관절치환술-전치환[슬관절] (N2072) 1x1x1

○ I사례(여/71세), J사례(여/70세)

- 청구상병명: 양쪽 일차성 무릎관절증, 기타 척추증, 요추부
- 주요청구내역

  자71가(2)주 인공관절치환술-전치환[슬관절]-복잡 (N2077) 1x1x1

■ 심의결과

- 동 건들(12사례)은 양쪽 일차성 무릎관절증 상병으로 인공관절치환술-전치환[슬관절](복잡)을 청구하였으며 검토사례 모두 슬관절 구축 20° 이하임.

  이중 골변형 15° 이상이 확인된 건들은 인공관절치환술-전치환[슬관절](복잡)을 인정하며, 골변형 15° 이하인 건들은 인공관절치환술-전치환[슬관절](단순)로 인정함.

■ 심의내용

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법에 의하면, '요양급여는 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시하여야 하며, 경제적으로 비용효과적인 방법으로 시행' 하여야 함.
- 동 기관의 12사례 모두 슬관절 구축 30° 이상으로 기재하「자71가(2)주 인공관절치환술- 전치환[슬관절]-복잡」으로 청구하였으나, 제출된 진료내역 및 영상자료 등 검토결과 검토사례 모두 슬관절 구축 20° 이하로 「행정해석 보험급여과-2502호, 인공관절치환술 복잡기준 중 (10) 관절구축이 20° 이상인 경우」에 해당되지 않음.
- 이중 일부건은 「행정해석 보험급여과-2502호,인공관절치환술 복잡기준 중 (8) 15° 이상의 골변형이 동반된 인공관절치환술」로 판단하여 인정함.

■ 참고

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

○ 자71 인공관절치환술 · 자71-1 인공관절재치환술/부분치환술 복잡기준에 해당하는 수술 시행시 수가 산정 방법(행정해석 보험급여과-2502호, 2014.8.1.)

[2016.6.29. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

16. 진료내역 및 영상자료 등 참조, 자60-1 체외금속고정술 및 재료대 인정여부

■ 청구내역(여/68세)

- 청구상병명 : 척골과 요골 모두의 하단의 골절, 폐쇄성, 팔꿈치의 타박상
- 주요청구내역

[수술료 및 재료대]

자60나(3)(가) 사지골절정복술[복잡골절포함]-Closed pinning[전완골,하퇴골] -요골과척골중하나, 경골과비골중하나 (N0993)	1x1x1
자60-1다 체외금속고정술(전완골) (N0983)	1x0.5x1
MULTIPLE EXTERNAL FIXATOR WRIST (C1003028)	1x1x1
MULTIPLE CORTICAL BONETYPE (A,B TYPE) 전규격 (C1606128)	1x4x1
SMALL HALF PIN 전규격 (C1605228)	1x3x1

[마취료]

바2가(5) 상박신경총마취관리기본[1시간기준] (L1215)	1x1x1
바2나(5) 상박신경총마취유지[1시간초과15분당] (L1225)	1x1x1

■ 심의결과

- 제출된 영상자료 등을 참조한 결과, 분쇄가 심하지 않고 또한 관절내 골절이 확인되지 않아 체외금속 고정술의 인정기준(고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행) 'Intra-articular comm. Fx (knee, ankle, wrist, elbow)'에 해당하지 않아 체외금속고정술 및 관련 재료대(MULTIPLE EXTERNAL FIXATOR WRIST x 1, MULTIPLE CORTICAL BONETYPE x 4)는 인정하지 아니함.

■ 심의내용

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

○ 동 건(여/68세)은 척골과 요골 모두의 하단의 골절 상병으로 Lt.wrist 부위에 자60나(3)(가) 사지골절정복술-Closed pinning x 1, 자60-1다 체외금속고정술(전완골) x 0.5 시행한 건으로 제출된 영상자료 등을 참조한 결과, 분쇄가 심하지 않고 또한 관절내 골절이 확인되지 않으므로「고시 제2014-126호 1.사.(1) Intra-articular comm. Fx」에 부합되지 않아 체외금속고정술 및 관련 재료대(MULTIPLE EXTERNAL FIXATOR WRIST x 1, MULTIPLE CORTICAL BONETYPE x 4)를 인정하지 아니함.

■ 참고

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

○ 체외금속 고정술의 인정기준(보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1.)

[2016.6.29. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

17. 진료내역 및 영상자료 참조, 골다공증성 압박골절(L1)에 시행한 자46 척추고정술 인정여부

■ 청구내역(여/70세)

- 청구 상병명 : L1 부위의 골절, 폐쇄성,
  기타 이차성 척주후만증, 흉요추부,
  병적 골절을 동반한 폐경후골다공증, 기타부분
- 주요 청구내역

자45다 척추체제거술(요추)	1*1*1
자46나(3)주2 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추-Cage를이용한추체간유합술	1*0.5*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류	1*1*1
EXOLENT SPINE 20G	1*2*1
FIXPINE II ROD 전규격	1*2*1
FIXPINE II SCREW SET 전규격	1*4*1
VLIFT SYSTEM 전규격	1*1*1
PEVERTY NEEDLE 전규격	1*2*1
CANCELLOUS COARSE 15CC	1*1*1

■ 진료내역

- '16.1.23
  C.C: 허리통증, 양측무릎으로도 아프다.
  P.I: 작년부터 허리가 아팠는데 1달전 넘어진후부터 허리통증이 심하고 다리가 저리다.

- T-L-spine MRI with C-T-L: R/O Recent compression fracture of L1 body with kyphosis and posterior bony protrusion into spinal canal with indentation of spinal cord and bone contusion on spinous processes of T12-L1 bodies.

- 골밀도 결과지 : T-score -4.8

- '16.1.29
  진단명 : 병적 골절을 동반한 골다공증
  척수병증을 동반한 허리척추뼈 및 기타 추간판 장애
  기타 이차성 척주후만증, 흉요추부

  수술명 : Lateral Corpectomy and Fusion L1
  PF(Posterior screw fixation) T12, L2
  PVP T12, L2

■ 심의결과

○ 동 건은 L1 부위의 골절, 폐쇄성, 병적 골절을 동반한 골다공증 상병하에 Lateral Corpectomy and Fusion L1, PF(Posterior screw fixation) T12, L2 시행한 경우로, 진료기록부 및 영상자료 확인결과 골다공증 압박골절 진단 후 적극적인 보존적 치료가 미흡하고 뚜렷한 신경학적 결손이 확인되지 않으며 병변의 진행소견이 뚜렷하지 않다고 판단되어 수술료 및 재료대는 인정하지 아니함.

■ 심의내용

○ 보건복지부 고시 제2015-139호('15.8.1.시행)에 따르면 골다공증성 골절(T-score ≤ -2.5)에서 척추경나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술은 (1) 뚜렷한 신경학적 결손이 있는 경우, (2) 적절한 타 치료방법에도 불구하고 심한 통증이 장기간 지속되며, 변형의 진행으로 인해 교정이 필요한 경우 인정토록 하고 있음.

○ 동 건은 요추 1번 부위의 골절, 폐쇄성, 병적 골절을 동반한 골다공증 상병하에 요추1번 척추체제거술, 흉추12번, 요추 2번에 척추후방고정술(Lateral Corpectomy and Fusion L1, PF(Posterior screw fixation) T12, L2) 시행한 경우로, 진료기록부 및 영상자료 확인결과 골다공증 압박골절 진단 후 적극적인 보존적 치료가 미흡하고 뚜렷한 신경학적 결손이 확인되지 않으며 병변의 진행소견이 뚜렷하지 않다고 판단되어 수술료 및 재료대는 인정하지 아니함.

■ 참고

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

[2016.5.24. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

18. 악안면 교정수술 요양급여대상 인정여부

■ 심의배경

○ 악안면교정수술이 비급여로 처리되어 제기된 민원건으로 요양기관은 현행 고시 제 2007-37호(2007.5.1.)의 보험급여인정기준에 해당되지 않는다 하여 비급여처리 하였으나, 민원인(여/26세)은 현행 고시 '라' 항에 악안면교정수술을 위한 교정치료전 상하악 전후 교합차가 10㎜이상에 해당된다고 주장하여 구치부는 정상교합이면서 상악 치열의 혼잡에 의한 돌출이 심하여 수술을 실시한 경우에 보험급여가 가능한지에 대하여 논의함.

■ 진료내역(여/26세)

○ 진료기록부

- C.C : 돌출
- P.I : 앞니 튀어나옴.
- 수술명 : Lefort I osteotomy, Mn. horizontal osteotomy, genioplasty

○ 의사소견서

- 진단명 : 제1급 부정교합(상치돌출)
- 수술명 : 상하악골 이단술(2015.6.2.)
- 상기 진단명으로 인한 입돌출, 잇몸 웃음, 긴턱의 심미적 개선을 위하여 상기일 전신마취하에 상하악골에 대한 구강외과적인 관혈적 수술을 시행하였음. 골격성 부정교합이 아니고 상악 치열의 혼잡에 의한 치아 돌출로 치열 교정만으로도 교합개선이 가능한 경우였음. 수술로 교합의 변화는 거의 주지 않았음.

■ 심의결과

- 기능개선 여부를 확인할 수 있는 제1대구치의 위치변화가 크지 않고 구치부는 정상교합이며 상악 전치부전돌에 의한 윗니돌출, 잇몸웃음 및 긴턱의 교정 등 외모개선목적으로 판단되어 악안면 교정수술은 비급여가 타당함.

■ 심의내용

- 보건복지부 고시 제2007-37호('07.5.1.시행)에 의하면, 외모개석 목적이 아닌 저작 또는 발음 기능 개선목적으로 시행한 경우 보험급여 하되, 교정치료전 상하악 전후 교합차가 10㎜이상인 경우 보험급여의 적응증은 별도로 명시하고 있음.

- 동 건(여/26세)은 상치 돌출이 심하여 악안면교정수술을 실시한 건으로 해당 기관에서 보험기준에 해당되지 않는다는 사유로 비급여 처리하여 민원이 제기된바 골격성 부정교합이 아니고 상악 치열의 혼잡에 의한 돌출이 심하여 수술을 실시한 경우 보험급여가 가능한지에 대하여 논의함.

- 전반적인 진료내역 및 관련자료를 검토한 결과, 전치부의 교합차가 10㎜에 해당하긴 하나 수술 전후를 비교해보면, 기능개선 여부를 확인할 수 있는 제1대구치의 위치변화가 크지 않고 구치부는 정상교합이며 상악 전치부 전돌에 의한 윗니돌출, 잇몸웃음 및 긴턱의 교정 등 외모개선목적으로 판단되어 악안면 교정수술은 비급여가 타당함.

■ 참고

○ 악안면 교정수술(신장술 포함) 보험급여 인정기준(보건복지부 고시 제2007-37호, 2007.4.27.)
○ 구강악안면외과학회. 구강악안면외과학, 의치학사. 2005.

[2016.5.19. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

19. 시술내역과 조직검사결과 참조, 자23가(1) 연부조직종양적출술 인정여부

■ **청구내역(여/40세)**

- 청구 상병명: 복부의 결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물
- 주요 청구내역

611 휴메딕스린코마이신염산염주사600mg/B 1*1*1

121 명문염산부피바카인헤비주사0.5%(수출명:ALCAINE(Bupivacaine·HClHeavyInj0.5%)/B 1*1*1

바24자 척수신경말초지차단술-늑간신경(LA248) 1*1*1

자23가(1) 연부조직종양적출술(지방종,혈관종,섬유종,거대세포종,화골성근염등)-피하양성종양 [외과 전문의](N0233100) 1*1*1

■ **진료내역**

조직검사결과 : Epidermal cyst

■ **심의결과**

- 동 건(여/40세)은 표피낭종 주위의 염증으로 일부 유착된 연부조직을 제거하여 자23가(1) 연부조직종양적출술-피하양성종양으로 산정하였다고 하나, 표피 낭종은 해부학적으로 피부 표피에 생긴 종양이므로 연부조직종양이라고 볼 수 없어 자23가(1) 연부조직종양적출술-피하양성종양은 자14가 피부양성종양적출술-간단한 것(표재성인 것)으로 인정하기로 함. 또한, 마취목적의 신경차단술은 표피낭종의 크기를 고려할 때 리도카인을 이용한 침윤마취만으로도 충분할 것으로 판단되므로 바24자 척수신경말초지차단술-늑간신경 100%는 인정하지 아니함.

■ **심의내용**

○ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표 1] 요양급여의 적용기준 및 방법(제5조제1항관련)」요양급여의 일반원칙에 의하면 “요양급여는 가입자 등의 연령 · 성별 · 직업 및 심신상태 등의 특성을 고려하여 진료의 필요가 있다고 인정되는 경우에 정확한 진단을 토대로 하여 환자의 건강증진을 위하여 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법을 실시하여야 하고, 경제적으로 비용효과적인 방법으로 행하여야 한다.” 라고 규정하고 있음.

○ 또한, 행정해석 지방종제거술 관련 질의에 대한 회신(급여65720-135호)「지방종제거술의 진료수가 산정방법」에 따르면 “지방종은 주로 피하조직에서 발생하며 발생크기와 부위 등에 따라 시술 난이도가 매우 다양한 점을 감안할 때, 지방종 제거에 대한 수가 산정기준을 일률적으로 정하여 운영하기는 무리가 있으므로 현행대로 지방종의 발생부위(피부로부터의 깊이; depth)나 크기, 시술난이도, 조직검사결과 등을 참조하여 사례별로 ‘피부양성종양적출술(자-14)’ 또는 ‘연부조직종양적출술(자-23)’ 을 산정하는 것이 타당” 하다고 명시함.

○ 동 기관은 지방종 또는 표피낭종 제거술 후 자23 연부조직종양적출술을 다빈도 산정하고, 마취목적으로 신경차단술을 일률적으로 실시하는 경향임.

○ 동 건(여/40세)은 복부의 결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물 상병으로 외래로 내원하여 오른쪽 허리의 표피낭종 제거 후 바24자 척수신경말초지차단술-늑간신경 100%, 자23가(1) 연부조직종양적출술-피하양성종양 100%를 청구한 건으로,

표피낭종 주위의 염증으로 일부 유착된 연부조직을 제거하여 자23가(1) 연부조직종양적출술-피하양성종양으로 산정하였다고 하나, 표피 낭종은 해부학적으로 피부 표피에 생긴 종양이므로 연부조직종양이라고 볼 수 없어 자23가(1) 연부조직종양적출술-피하양성종양은 자14가 피부양성종양적출술-간단한 것(표재성인 것)으로

인정하기로 함. 또한, 마취목적의 신경차단술은 표피낭종의 크기를 고려할 때 리도카인을 이용한 침윤마취만으로도 충분할 것으로 판단되므로 바24자 척수신경말초지차단술-늑간신경 100%는 인정하지 아니함.

■ **참고**

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

○ 지방종제거술의 진료수가 산정방법(급여 65720-135호, 2003.2.4.)

○ 대한피부과학회 교과서 편찬위원회, 피부과학. 제5판, 여문각, 2008.

[2016.6.13. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

20. 65세 이상에게 내원 당일만 일률적으로 투여한 작약감초[탕] 인정여부

■ 청구내역

○ A사례 (여/67세): 13일 내원(3/11, 3/14, 3/16, 3/17, 3/18, 3/21, 3/22, 3/24, 3/25, 3/28, 3/29, 3/30, 3/31)
- 청구 상병명: 경추통, 상세불명의 부위
- 주요 청구내역
  작약감초탕 : 기화작약엑스산 1.85 ×13, 기화감초엑스산 1.85 ×13

○ B사례 (여/69세): 13일 내원 (3/8, 3/9, 3/10, 3/11, 3/14, 3/16, 3/17, 3/18, 3/21, 3/22, 3/25, 3/28, 3/29)
- 청구 상병명: 요통, 상세불명의 부위
- 주요 청구내역
  작약감초탕 : 기화작약엑스산 1.85 ×12, 기화감초엑스산 1.85 ×12
  작약감초 : 기화작약엑스산 3.7 ×1, 기화감초엑스산 3.7 ×1

○ C사례 (여/69세): 12일 내원(3/2, 3/4, 3/9, 3/10, 3/11, 3/15, 3/17, 3/18, 3/21, 3/23, 3/24, 3/25)
- 청구 상병명: 좌골신경통을 동반한 요통, 요천추
- 주요 청구내역
  작약감초탕 : 기화작약엑스산 1.85 ×12, 기화감초엑스산 1.85 ×12

○ D사례 (남/77세): 12일 내원(3/2, 3/4, 3/7, 3/10, 3/14, 3/16, 3/18, 3/21, 3/23, 3/28, 3/30, 3/31)
- 청구 상병명: 사지의 통증, 위팔 , 경추통, 상세불명의 부위
- 주요 청구내역
  작약감초탕 : 기화작약엑스산 1.85 ×12, 기화감초엑스산 1.85 ×12

○ E사례 (남/77세): 12일 내원(3/4, 3/7, 3/9, 3/11, 3/14, 3/18, 3/21, 3/22, 3/23, 3/24, 3/25, 3/28)
- 청구 상병명: 사지의 통증, 아래다리
- 주요 청구내역
  작약감초탕 : 기화작약엑스산 1.85 ×12, 기화감초엑스산 1.85 ×12

○ F사례 (여/75세): 11일 내원(3/2, 3/4, 3/7, 3/9, 3/11, 3/14, 3/16, 3/18, 3/21, 3/23, 3/25)
- 청구 상병명: 사지의 통증, 아래다리
- 주요 청구내역
  작약감초탕 : 기화작약엑스산 1.85 ×11, 기화감초엑스산 1.85 ×11

○ G사례 (여/70세): 10일 내원(3/4, 3/8, 3/11, 3/15, 3/18, 3/21, 3/23, 3/25, 3/28, 3/30)
- 청구 상병명: 좌골신경통을 동반한 요통,요천추
- 주요 청구내역
  작약감초탕 : 기화작약엑스산 1.85 ×10, 기화감초엑스산 1.85 ×10

○ H사례 (남/76세): 10일 내원(3/2, 3/7, 3/10, 3/14, 3/16, 3/18, 3/21, 3/24, 3/28, 3/31)
- 청구 상병명: 사지의 통증, 아래다리, 사지의통증, 위팔
- 주요 청구내역
  작약감초탕 : 기화작약엑스산 1.85 ×10, 기화감초엑스산 1.85 ×10

○ I사례 (여/64세->65세): 8일 내원(3/4, 3/9, 3/10, 3/15, 3/18, 3/21, 3/24, 3/25)

- 청구 상병명: 사지의 통증, 아래다리
- 주요 청구내역
  작약감초탕 : 기화작약엑스산 1.85 ×2, 기화감초엑스산 1.85 ×2

○ **J사례 (여/74세):** 8일 내원(3/2, 3/4, 3/8, 3/10, 3/17, 3/25, 3/28, 3/31)
- 청구 상병명: 경추통,상세불명의 부위
- 주요 청구내역
  작약감초탕 : 기화작약엑스산 1.85 ×8, 기화감초엑스산 1.85 ×8

○ **K사례 (여/80세):** 3일 내원(3/11, 3/18, 3/31)
- 청구 상병명: 벨마비
- 주요 청구내역
  작약감초탕 : 기화작약엑스산 1.85 ×3, 기화감초엑스산 1.85 ×3

■ 심의결과

상병 및 질환의 치료 상황, 급만성 질환 특성 등을 고려하지 않고 작약감초 및 탕을 일률적으로 처방함은 해당 환자의 치료를 위한 적정 투약으로 보기 어려우므로 투약 전체를 인정하지 아니함.

■ 심의내용

○ 외래로 내원하는 65세 이상의 수진자 모두에게 작약감초 및 탕을 일률적으로 1일분씩만 처방·청구하는 기관임.

○ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1]에 의하면 “요양급여는 가입자 등의 연령·성별·직업 및 심신상태 등의 특성을 고려하여 진료의 필요가 있다고 인정되는 경우에 <중략> 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시하여야 한다.”고 규정하고 있음.

○ 또한 전문가에 따르면 투약 처방 시에는 질환의 치료 상황, 급만성 질환 등 수진자별 특성을 고려하여 약제, 용량, 투약기간 등을 결정하여야함.

○ 동기관의 경우 청구 내역 상 65세 미만 환자에 대해서는 유사한 투약처방이 없음은 이해하기 곤란하며, 동 건들(A~K사례)의 상병 및 경과기록상으로도 작약감초탕이 무조건 필요하다고 판단할 근거가 부족함.

○ 따라서 상병 및 질환의 치료 상황, 급만성 질환 특성 등을 고려하지 않고 작약감초 및 탕을 일률적으로 처방함은 해당 환자의 치료를 위한 적정 투약으로 보기 어려우므로 투약 전체를 인정하지 아니함.

■ 참고

○ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
○ 국민건강보험법 시행 규칙【별표3】외래진료 등의 요양급여비용 총액에 관한 조건 및 본인 부담액
○ 한약제제 급여목록 및 상한금액표(보건복지부 고시 제2016-44호, 2016.3.29.)
○ 김호철. 한약약리학. 집문당. 2001.

[2016.5.25. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]