

중앙심사조정위원회 심의사례 공개 (총 3개 항목)

- 2018. 5. 31. 공개

연번	제 목	페이지
1	삼각섬유연골복합체(TFCC) 봉합술시 자93 건 및 인대성형술, 자70라 사지관절절제술, 관절경 치료재료비용 인정여부	1
2	Eculizumab(품명: 솔리리스주) 요양급여대상 인정여부	4
3	조혈모세포이식 요양급여대상 인정여부	6

## 지역심사평가위원회 심의사례 공개 (총 10개 항목)

- 2018. 5. 31. 공개

연번	제 목	페이지
4	진료내역 참조 관절경하 시행한 수술 및 치료재료 요양급여 인정여부	37
5	골의 이차성 악성 신 생물 상병에 시행한 종양병소제거술 및 척추고정술 요양급여 인정여부	41
6	경미한 척추협착 부위에 시행한 자46 척추고정술 요양급여 인정여부	43
7	진료내역 및 영상자료 참조, 기타 명시된 추간판 변성(요추)에 시행된 척추수술 요양급여 인정여부	45
8	동일 부위에 시행한 「자-49나 내시경하 추간판제거술」 요양급여 인정여부	46
9	진료기록 및 영상자료 참조, 「자45-1가 인대골화증제거술-전방접근 후종인대골화증제거술[척추체제거술 포함]」 요양급여 인정여부	48
10	진료기록 및 영상자료 참조, 「자45-1나 인대골화증제거술-후방접근 황색인대골화증제거술[척추후궁절제술 포함]」 요양급여 인정여부	50
11	추간판장애 등 상병에 시행한 척추고정술 요양급여 인정여부	51
12	척추협착 등 상병에 시행한 관혈적추간판제거술 및 척추후궁절제술 요양급여 인정여부	53
13	척추골절 상병에 시행한 자47가 경피적척추성형술 요양급여 인정여부	54

<중앙심사조정위원회 심의사례>

요양급여비용 사후 심사 건

1. 삼각섬유연골복합체(TFCC) 봉합술시 자93 건 및 인대성형술, 자70라 사지관절절제술, 관절경 치료재료비용 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(남/40세)

- 청구 상병명: 손목의 기타 부분의 염좌 및 긴장, 상세불명의 위염, 간의 기타 및 상세불명의 경변증, 상세불명
- 주요 청구내역

자70라 사지관절절제술[활막절제를포함]-주관절,완관절,족관절	(N0703)	1*1*1
자93가 건및인대성형술-간단한것[절제,봉합,박리](제2의수술)	(N0931)	1*0.7*1
관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용	(N0031003)	1*0.5*1

○ B사례(남/21세)

- 청구 상병명: 손목의 기타 부분의 염좌 및 긴장, 상세불명의 위염, 구토를 동반한 구역
- 주요 청구내역

자93나 건및인대성형술-복잡한 것[이식,이전,교환,인공건성형]	(N0932)	1*1*1
자70라 사지관절절제술[활막절제를포함]-주관절,완관절,족관절(제2의수술)	(N0703)	1*0.7*1
관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용	(N0031003)	1*0.5*1

■ 심의결과

- 삼각섬유연골복합체(TFCC) 봉합술시 활막절제는 삼각섬유연골복합체(TFCC) 봉합술의 일련의 과정이므로 「자70라 사지관절절제술[활막절제를 포함]-주관절,완관절,족관절」은 인정하지 아니하고, 「자93 건및인대성형술-가.간단한 것」으로 인정함. 또한 삼각섬유연골복합체(TFCC) 봉합술시 사용한 관절경 치료재료비용(완관절, N0031003의 1/2)은 관련 급여기준[보건복지부고시 제2010-86호, '10.11.1.시행]에 의거하여 인정함.

■ 심의내용

- 이 건(2사례)은 손목의 기타 부분의 염좌 및 긴장 등 상병으로 관절경하 삼각섬유연골복합체(triangular fibrocartilage complex, TFCC) 봉합술 등을 시행한 후 「자93 건및인대성형술[ '가. 간단한 것' 또는 '나. 복잡한 것' ]」과 「자70라 사지관절절제술[활막절제를포함]-주관절, 완관절, 족관절」, 관절경 치료재료비용을 청구한 건으로, 삼각섬유연골복합체(TFCC) 봉합술시 건 및 인대성형술, 사지관절절제술, 관절경 치료재료비용 인정여부에 대하여 심의함.
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(제1편 제2부 제9장 제1절)」에 의하면, 자93 건및인대성형술은 수술방법 및 난이도 등에 따라 분류되어 절제·봉합·박리를 시행한 경우에는 '가. 간단한 것', 이식·이전·교환·인공건 성형의 경우에는 '나. 복잡한 것'으로 구분되어 있음.
- 자93 건및인대성형술의 진료수가산정방법[보건복지부고시 제2017-118호, '17.7.1. 시행]에 의하면, 수개의 건·인대에 대한 봉합, 박리, 절제술시 동일 부위에 절개선이 다른 경우 각각의 수술로 인정하고, 동일 피부 절개인 경우 건·인대의 개수에 따라 간단한 것 또는 복잡한 것으로 수가를 산정토록 하고 있음.

- 교과서, 관련문헌 및 전문가 의견 등에 따르면, 삼각섬유연골복합체(TFCC) 봉합술은 활막절제를 시행한 후, 봉합사로 봉합하거나 골 터널(bone tunnel)에 봉합사를 통과시키는 방법(경 골 봉합술, transosseous technique)을 이용하여 기존 부위에 부착시키는 수술로, 활막절제는 삼각섬유연골복합체(TFCC) 봉합술의 일련의 과정이므로 「자70라 사지관절절제술[활막절제를 포함]-주관절,완관절,족관절」은 인정하지 아니하며, 삼각섬유연골 복합체(TFCC) 봉합술은 「자93 건및인대성형술-가.간단한 것」으로 인정함.
- 또한, 급여기준[보건복지부고시 제2010-86호, '10.11.1.시행]에 의하면 관절경하 수술시 사용하는 치료재료비용은 관절경 시술부위에 따라 달리 산정하되, 이물제거술 및 추벽제거술, 부분활막제거술 등 간단한 시술을 단독으로 시행한 경우에는 별도 인정하지 않고 있고, 족관절, 주관절, 완관절은 관절경 치료재료비용의 1/2만 인정하고 있음.  
따라서, 삼각섬유연골복합체(TFCC) 봉합술시 사용한 관절경 치료재료비용(완관절, N0031003의 1/2)은 급여기준에 의거하여 인정함.
- 따라서 이 건(2사례)은 진료내역, 급여기준, 전문가 의견 등을 참조하여 아래와 같이 결정함.

- 아 래 -

▶ **A사례(남/40세)**

- 손목의 기타 부분의 염좌 및 긴장 등 상병으로 관절경하 삼각섬유연골 복합체(TFCC) 봉합술 등을 시행하고, 「자70라 사지관절절제술 [활막절제를포함]-주관절,완관절,족관절」, 「자93가 건및인대성형술-간단한것[절제,봉합,박리]」(제2의수술), 관절경 치료재료비용을 청구한 것으로, 진료내역 검토 결과, 골 터널(bone tunnel)을 이용한 경 골 봉합술(transosseous technique)을 시행한 것으로 확인되는바, 「자70라 사지관절절제술[활막절제를포함]」은 삼각섬유연골복합체(TFCC) 봉합술의 일련의 과정이므로 인정하지 아니하고, 「자93가 건및인대성형술-간단한 것[절제,봉합,박리]」 및 수술시 사용한 관절경 치료재료비용(완관절, N0031003의 1/2)은 인정함.

▶ **B사례(남/21세)**

- 손목의 기타 부분의 염좌 및 긴장 등 상병으로 관절경하 소절개(mini-open) 삼각섬유연골복합체(TFCC) 봉합술 등을 시행하고, 「자93나 건및인대성형술-복잡한 것[이식,이전,교환,인공건성형]」, 「자70라 사지관절절제술[활막절제를포함]-주관절,완관절,족관절」(제2의수술), 관절경 치료재료비용을 청구한 것으로, 진료내역 검토 결과, 골 터널(bone tunnel)을 이용한 경 골 봉합술(transosseous technique)을 시행한 것으로 확인되는바, 「자70라 사지관절절제술[활막절제를포함]」은 삼각섬유연골복합체(TFCC) 봉합술의 일련의 과정이므로 인정하지 아니하고, 「자93가 건및인대성형술-간단한 것[절제,봉합,박리]」으로 인정하며, 수술시 사용한 관절경 치료재료비용 (완관절, N0031003의 1/2)은 인정함.

■ **참고**

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 자93 건 및 인대 성형술의 진료수가 산정방법(보건복지부고시 제2017-118호, '17.7.1. 시행)
- 관절경 등의 수술 및 진단적 경경사에 사용된 치료재료비용의 산정방법(보건복지부고시 제2010-86호, '10.11.1. 시행)
- 대한정형외과학회. 정형외과학. 제7판. 최신의학사. 2013.
- S. Terry Canale, James H. Beath, et al. Campbell's operative orthopedics. Elsevier. 2012.

○ Scott W. Wolfe, et al. Green's Operative Hand Surgery. The 7th edition. Elsevier Science Health Science. 2016.

[2018.4.12. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

## 요양급여대상 사전 승인 건

### 2. 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 사전심의제도를 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 기준으로 6개월이 경과된 익월 15일 이내에 우리원에 제출하여야 함.

#### □ 사전승인

구분	성별/나이	심의내용	심의결과
A사례	남/57	이 건은 발작성야간혈색소뇨증 환자로서 혈전증이 확인되고, 여타 투여대상 급여기준에 충족되므로 승인함.	승인
B사례	여/74	이 건은 발작성야간혈색소뇨증 환자로서 신부전이 확인되고, 여타 투여대상 급여기준에 충족되므로 승인함.	승인
C사례	여/38	이 건은 발작성야간혈색소뇨증 환자로서 평활근 연속이 확인되고, 여타 투여대상 급여기준에 충족되므로 승인함.	승인
D사례	남/54	이 건은 발작성야간혈색소뇨증 환자로서 신부전이 확인되고, 여타 투여대상 급여기준에 충족되므로 승인함.	승인
E사례	남/19	이 건은 발작성야간혈색소뇨증 환자로서 평활근 연속이 확인되고, 여타 투여대상 급여기준에 충족되므로 승인함.	승인

#### □ 모니터링

구분	성별/나이	모니터링 차수	심의내용	심의결과	
모 니 터 링	A사례	여/52	42개월 3.5년	이 건은 솔리리스주 지속 투여 기준에 적합하여 지속투여 승인. 다만, 다음 모니터링 제출 시 지속적으로 상승된 LDH에 대한 주치의 소견이 필요하고, 분과위원회에서 추가검사(polymorphism)가 필요하다는 의견이 있었음.	지속투여승인
	이 외 14사 례	남/68	18개월 1.5년	솔리리스주 지속 투여 기준에 적합하여 지속 투여 승인	지속투여승인
		여/40	42개월 3.5년		
		여/49	36개월 3년		
		남/56	60개월 5년		
		남/39	30개월 2.5년		

구분		성별/나이	모니터링 차수		심의내용	심의결과
		남/66	24개월	2년		
		남/63	6개월	0.5년		
		남/69	36개월	3년		
		남/65	6개월	0.5년		
		남/61	24개월	2년		
		남/55	18개월	1.5년		
		남/56	42개월	3.5년		
		여/23	60개월	5년		
		여/34	54개월	4.5년		
투여 중지 모니 터링	3사례	남/60	30개월	2.5년	이 건들은 임상시험 전환 대상으로 솔리리스 주를 급여로 투여하는 것은 중단하나, 솔리리스주와 유사한 효능의 약제사용이 지속되므로 추후 6개월마다 모니터링을 지속함. 단, 솔리리스주를 급여로 재투여하고자 할때는 본 위원회의 심의를 거쳐 그 결정에 따라야 함.	급여 투여중지 모니터링 지속
		여/45	24개월	2년		
		남/26	42개월	3.5년		

### 3. 조혈모세포이식 영양급여대상 인정여부

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

심의 결과 관련 기준에 적합한 경우는 영양급여로 인정하며, 적합하지 않은 경우에는 비승인 되어 선별급여로 결정합니다. 선별급여 대상 환자가 **조혈모세포이식을 시행받기 위해 입원한 경우**, 「비승인 조혈모세포이식 환자의 영양급여 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 영양급여비용(이식술료, 이식과 관련된 입원료 [무균치료실료 포함], 시술 전·후 처치 등)에 대하여는 100분의 50을 본인에게 부담토록하고, 그 외의 기간에 이루어지는 진료비(면역억제제 투여, 검사와 합병증 및 후유증 치료비 등)에 대하여는 영양급여로 인정**하고 있습니다.

#### ■ 심의 결과

구분	계	동종	제대혈	자가	비고	
<b>총 접수</b>	<b>296</b>	<b>148</b>	<b>6</b>	<b>142</b>		
처리결과	급여	221	106	4	111	
	선별급여	51	34	1	16	
	자료보완	11	4	-	7	
	불가	-	-	-	-	
	취하	13	4	1	8	

\* 신청기관 : 38개 영양기관

#### ■ 심의내용

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
동종	총 148건	급여: 106건	급성골수성백혈병: 41건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류양(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우”에 영양급여 대상자로 인정됨.  이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.
			급성림프모구백혈병: 30건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병은 혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여대상자로 인정함. (1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 (2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성</p> <p>② t(v:11q23) 또는 MLL 재배열</p> <p>③ 염색체수 44 미만</p> <p>(나) 진단시 1세미만</p> <p>(다) 백혈구 수 <math>100 \times 10^9/L</math> 이상</p> <p>(라) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우</p> <p>(마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① Poor Steroid Response</p> <p>② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)</p> <p>③ Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>(3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>(4) 2차 이상 완전관해된 경우</p>
			중증재생불량성빈혈: 5건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈은 골수검사결과 세포 충실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25%이하이거나 25-50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>① 절대호중구 수(ANC)가 <math>500/\mu l</math> 이하</p> <p>② 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 <math>60 \times 10^9/L</math></p> <p>③ 혈소판 <math>20,000/\mu l</math> 이하</p>
			골수형성이상증후군: 16건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-5)에 의하여 골수형성이상증후군을 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 골수형성이상증후군 예후분류법(IPSS, IPSS-R, WPSS)인 다음 중 하나에 해당되는 경우</p> <p>(가) 고위험군인 경우</p> <p>① IPSS: Intermediate-2 또는 high</p> <p>② IPSS-R, WPSS: high 또는 very high</p> <p>(나) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS:</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우</p> <p>① 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu\text{l}</math> 이하이면서 혈소판 20,000/<math>\mu\text{l}</math> 이하</p> <p>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</p> <p>(2) 소아는 사례별로 결정함</p>
			비호지킨림프종: 4건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (영양급여대상자기준)별표 2-가-7)에 의하면, 비호지킨림프종의 영양급여대상자는 다음과 같음.</p> <p>(1) 비호지킨 림프종</p> <p>(가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우</p> <p>② Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외)</p> <p>③ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로써 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함</p> <p>① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma</p> <p>② Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma</p> <p>③ Mantle Cell Lymphoma</p> <p>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>⑤ Burkitt Lymphoma</p> <p>⑥ Peripheral T-cell Lymphoma</p> <p>⑦ Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상</p> <p>⑧ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>⑨ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p>
			일차골수섬유증: 4건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (영양급여대상자기준)별표 2-가-9)에 의하면, 일차성골수섬유증의 영양급여대상자는 다음과 같음.</p> <p>일차골수섬유증의 예후지표인 DIPSS plus risk category 중고위험도(High risk, 예후인자수 <math>\geq</math> 5항목)와 중등위험도</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>-2(Intermediate-2, 예후인자수 3항목 또는 4항목)에 해당하는 경우. 다만, 중등위험도-2에 해당하는 경우에는 질병의 중등도 등 환자상태를 고려하여 사례별로 인정함.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
			연소기골수단구성 백혈병(JMML): 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-8)에 의하면, 연소기골수단구성백혈병의 영양급여대상자는 다음과 같음.</p> <p>WHO에서 제시한 연소기골수단구성백혈병의 진단기준을 만족하는 경우에 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
			발작성야간혈색소뇨증 (PNH) : 2건	<p>이 건은 발작성야간혈색소뇨증(PNH)으로 진단받아 동종조혈 모세포이식 예정으로, 진료심사평가위원회 논의한 결과 PNH test 혈액검사 상 진단 확인되고, 현재 상황이 이식이 필요하다고 판단되어 영양급여대상자로 인정함.</p>
			Hereditary sideroblastic anemia: 1건	<p>이 건은 Hereditary sideroblastic anemia로 진단받고 동종 조혈모세포이식 예정인 건으로, 선천성질환으로 ALAS2 mutation 확진되었으며, 약물치료에 반응하지 않고 지속적인 수혈이 요구되는 등 현재 환자의 상태를 진료심사평가위원회에서 논의한 결과 현재 상황이 이식이 필요하다고 판단되어 사례별 영양급여대상자로 인정함.</p>
			만성육아종증(CGD): 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-15)에 의하면 만성육아종증(CGD)은 임상 양상 및 유전자 검사 또는 질환의 특이검사등으로 진단된 만성유아종증으로 중증감염이 반복되는 경우에 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여 대상자로 인정함.</p>
			Idiopathic Hypereosinophilic Syndrome: 1건	<p>동 건은 Idiopathic Hypereosinophilic Syndrome으로 진단받아 1차 동종조혈모세포이식 예정인 건으로, 진료심사평가위원회에서 논의한 결과 골수검사에서 진단되었으며, 약물치료에 반응하지 않는 등 현재 상황이 이식이 필요하다고 판단되어 사례별 영양급여대상자로 인정함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
		자료보완: 4건	급성골수성백혈병: 2건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (영양급여대상자기준)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”에 영양급여 대상자로 인정됨.</p> <p>이 건은 골수검사와 말초혈액검사 및 영상검사 결과 등 완전 관해를 확인 할 수 있는 자료가 첨부되지 아니하여 판단이 곤란함. 따라서, 영양급여 대상 여부를 결정하기 위해 최근 CBC 등의 자료를 자료보완토록 함.</p>
			중증재생불량성빈혈: 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (영양급여대상자기준)별표 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈은 골수검사결과 세포 충실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25%이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 영양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>① 절대호중구 수(ANC)가 500/<math>\mu</math>l 이하          ② 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x10<sup>9</sup>/L          ③ 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하</p> <p>이 건은 최근 골수검사결과가 첨부되지 아니하여 판단이 곤란함. 따라서 영양급여 대상 여부를 결정하기 위해 최근 골수검사결과 자료를 자료보완토록 함.</p>
			골수형성이상증후군: 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (영양급여대상자기준)별표 2-가-5)에 의하여 골수형성이상증후군을 영양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(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/<math>\mu</math>l 이하이면서 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>② Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우 (2) 소아는 사례별로 결정함</p> <p>이 건은 최근 골수검사결과가 첨부되지 아니하여 판단이 곤란함. 따라서 영양급여 대상 여부를 결정하기 위해 최근 골수검사결과 자료를 자료보완토록 함.</p>
		선별급여: 34건	급성골수성백혈병: 12건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-1)에 의하면 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 영양급여인정기준은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전 관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우” 로 규정하고 있음.</p> <p>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 영양급여 비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 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.</p> <p>이 건은 시술일 현재 기준 연령을 초과하여 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우이므로 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여 비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 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(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수 형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 라고, (별표)1-다에 의하면 “조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다” 라고 각 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이므로, 조혈모세포 2차 이식의 요건을 충족하지 못하였음. 또한, 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 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(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수 형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 라고, (별표)1-다에 의하면 “조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다” 라고 각 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 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.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			<p>급성림프모구백혈병: 8건</p>	<p>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(haploidentical)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.” 라고 , (별표)1-다에 의하면 “조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성 백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다” 라고 각 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 비혈연 동종 조혈모세포이식 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.</p> <p>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(haploidentical)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.</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 1차 반일치 동종 조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식은 사례별로 심의하여 결정하고 있으나 제출된 자료에서 급성림프모구백혈병의 유전자 고위험 소견 확인 되지 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 이</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-1)에 의하면 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 영양급여인정기준은 “(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.</p> <p>급성림프모구백혈병으로 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 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			골수형성이상증후군: 2건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 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.</p> <p>이 건은 시술일 현재 기준 연령을 초과하여 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우이므로 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			비호지킨림프종: 6건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표 2-가-7)-(1)에 의하면 비호지킨림프종의 영양급여인정기준은 “(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.</p> <p>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 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>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(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 라고 , (별표)1-다에 의하면 “조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다” 라고 각 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 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.</p> <p>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(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 고 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 현재 1차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>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(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.”고 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 현재 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 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 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함”으로 규정하고 있음.</p> <p>Lymphoblastic lymphoma/leukemia으로 동종조혈모세포이식 예정인 건으로 WHO 진단기준에 따라 ALL의 인정기준에 준하여 사례별로 심의하고 있음. 이 건은 골수검사와 말초혈액검사 및 영상검사 결과 완전관해가 확인되지 않음. 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여 비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			중증재생불량성빈혈 : 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증 후군과 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 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			일차골수성유증: 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 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(haploidentical)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.” 라고 , (별표)1-다에 의하면 “조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성 백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다” 라고 각 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 일차골수성유증으로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사가 일치하지 않는바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			만성육아종증(CGD): 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증 후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 로 규정하고 있음. 이 건은 만성육아종증으로 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 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			중증선천호중구감소증 (Kostmannsyndrome): 1건	조혈모세포이식의 영양급여에 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(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증 후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 로 규정하고 있음. 이 건은 중증선천성호중구감소증으로 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 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			만성골수성백혈병(CML) : 1건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-2)에 의하면, 만성골수성백혈병은 “WHO criteria에서 제

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>시한 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우 (1) TKI 제제(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우, (2) T315I mutation 확인된 경우”에 영양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 만성기 또는 가속기에 해당하지 아니한바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
		취하: 4건		
제대혈	총 6건	급여: 4건	급성림프모구백혈병 : 2건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병은 혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여대상자로 인정함.</p> <p>(1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우</p> <p>(2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성</p> <p>② t(v;11q23) 또는 MLL 재배열</p> <p>③ 염색체수 44 미만</p> <p>(나) 진단시 1세미만</p> <p>(다) 백혈구 수 <math>100 \times 10^9/L</math> 이상</p> <p>(라) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우</p> <p>(마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① Poor Steroid Response</p> <p>② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)</p> <p>③ Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>(3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>(4) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
			급성골수성백혈병 : 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-1)에 의하면 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>의 요양급여인정기준은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전 관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우” 로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			비호지킨림프종: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-7)에 의하면, 비호지킨림프종의 요양급여대상자는 다음과 같음.</p> <p>(1) 비호지킨 림프종</p> <p>(가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우</p> <p>② Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외)</p> <p>③ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로써 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함</p> <p>① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma</p> <p>② Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma</p> <p>③ Mantle Cell Lymphoma</p> <p>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>⑤ Burkitt Lymphoma</p> <p>⑥ Peripheral T-cell Lymphoma</p> <p>⑦ Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상</p> <p>⑧ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>⑨ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
		선별급여 :1건	급성골수성백혈병 : 1건	<p>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 완전 관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우” 로 규정하고 있음.</p> <p>급성골수성백혈병으로 제대혈조혈모세포이식 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 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
자가	총 142건	급여: 111건	비호지킨림프종: 42건	<p>취하: 1건</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-1)-(1)-(나))에 의하면, 자가조혈모세포이식 중 비호지킨림프종에 대한 영양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상임.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상</li> <li>② Diffuse Large B Cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>- LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우</li> </ul> </li> <li>③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외)</li> <li>④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) <ul style="list-style-type: none"> <li>(단, stage I 완전관해 제외)</li> </ul> </li> <li>⑤ Peripheral T-cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>(단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)</li> </ul> </li> <li>⑥ Primary CNS Lymphoma</li> </ul> <p>고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-1)-(1)-(나))에 의하면, 자가조혈모세포이식 중 비호지킨림프종에 대한 영양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상임.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia</li> </ul> </li> <li>② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)</li> <li>③ Mantle Cell Lymphoma</li> <li>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</li> <li>⑤ Burkitt Lymphoma</li> <li>⑥ Peripheral T-cell Lymphoma</li> </ul>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma ⑧ Primary CNS Lymphoma  고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			다발골수종: 48건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 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.  IMWG에서 제시한 다발골수종의 진단기준에 해당되어 요양급여 대상자로 인정함.
			호지킨림프종: 6건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 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 : 6건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 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.
			유원 종양: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표) 2-나-6)에 의하면 유원종양은 (1) 진단 시 다음 고위험군의 하나에 해당하며 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 조혈모세포이식 요양급여 대상자임 (가) metastatic disease at diagnosis (나) bulky primary tumor ( >200 ml ) (다) axial site (2) 수술 후, 방사선 치료 및 통상적인 화학요법(6개월 또는 6회이상)을 병용하여 부분 반응이상을 보이나, 완전관해에 도달하지 않은 경우 (3) 재발 또는 불응성으로 구제 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우  고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			수모세포종 (Medulloblastoma)① : 2건	<p>&lt;2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식 (tandem transplantation)&gt;(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), 원시성신경 외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모 세포이식, 나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식” 중 어느 하나에 해당하는 경우 이어야 요양급여대상자로 인정됨.</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			송과체아세포종: (Pineoblastoma):1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(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/황문근종양(AT/RT), (나) 다발골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여토록 되어있음.</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			신경모세포종 (Neuroblastoma)① : 4건	<p>&lt;2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식 (tandem transplantation)&gt;(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 경우 이어야 하고, 또한 위 인정기준에 적합하여 시행하는 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)에 대하여는 “가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가조혈모 세포이식, 나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모 세포이식” 중 어느 하나에 해당하는 경우이어야 요양급여대상자로 인정됨.</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			비정형기형/황문근종양(AT/RT)①:1건	<p>&lt;2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)&gt;(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.5.1.)에 의하면, 비정형기형/황문근종양(AT/RT)은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여 대상자 기준)의 기준별표 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/황문근종양 (AT/RT) : 1차, 2차 자가조혈모 세포이식, 나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모 세포이식” 중 어느 하나에 해당하는 경우이어야 요양급여대상자로 인정됨.</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
		자료보완 : 7건	비호지킨림프종: 1건	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상</li> <li>② Diffuse Large B Cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>- LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우</li> </ul> </li> <li>③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외)</li> <li>④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) <ul style="list-style-type: none"> <li>(단, stage I 완전관해 제외)</li> </ul> </li> <li>⑤ Peripheral T-cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>(단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)</li> </ul> </li> <li>⑥ Primary CNS Lymphoma</li> </ul> <p>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</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정됨.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia</li> <li>② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)</li> <li>③ Mantle Cell Lymphoma</li> <li>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</li> <li>⑤ Burkitt Lymphoma</li> <li>⑥ Peripheral T-cell Lymphoma</li> <li>⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma</li> <li>⑧ Primary CNS Lymphoma</li> </ol> <p>이 건의 경우 비호지킨림프종으로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정으로 최근 골수검사가 제출되지 아니한 바 이식에 적합한 골수상태여부 판단이 곤란함. 따라서 영양급여 대상 여부를 결정하기 위해 골수 검사가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
			<p>생식세포종 (germ cell tumor) : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (영양급여대상자기준) 별표 2-나-7)에 의하면, 생식세포종(Germ Cell Tumor)은 “재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 에 영양급여 대상자로 인정됨.</p> <p>이 건은 생식세포종(germ cell tumor)로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정으로 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태여부 판단이 곤란함. 따라서 영양급여 대상 여부를 결정하기 위해 골수 검사가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
			<p>호지킨림프종: 2건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (영양급여대상자기준) 별표 2-나-1)-(2)에 의하면, 전형호지킨 림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)은 “표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 에 영양급여 대상자로 인정됨.</p> <p>이 건은 호지킨림프종(Mixed cellularity type)으로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정이나, 최근 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태여부 판단이 곤란함. 따라서 영양급여 대상 여부를 결정하기 위해 골수 검사가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			급성골수성백혈병 (AML):1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-2)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)에 대한 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>(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.</p> <p>이 건은 급성전골수성백혈병(APL)로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정이나, 1차 Molecular Remission확인 자료가 제출되지 않아 고시기준에 따른 2차 분자생물학적관해를 확인할 수 없음. 따라서 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
			Glioblastoma:1건	<p>Glioblastoma는 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)에 해당하지 않는 상병이나, WHO classification에서 grade 4로 고위험군에 해당하는 뇌종양이므로 사례별로 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 Glioblastoma로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태여부 판단이 곤란함. 따라서 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 골수 검사가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
			CNS embryonal tumor ①:1건	<p>&lt;2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)&gt;(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.5.1.)에 의하면, 원시성신경외배엽종양(PNET)은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여 대상자 기준)의 기준 별표2-나-9)-(1)-(나)에 의하여 수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 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/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가조혈모 세포이식, 나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모 세포이식” 중 어느 하나에 해당하는 경우이어야 요양급여대상자로 인정됨.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>CNS embryonal tumor는 2016 WHO classification에 따라 고시기준의 CNS PNET에 준하는 상병으로, 고시기준에 만족하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 CNS embryonal Tumor로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정이나, 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태여부 판단이 곤란함. 따라서 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 골수 검사가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
		선별급여 : 16건	비호지킨림프종: 10건	<p>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.</p>
				<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상</li> <li>② Diffuse Large B Cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>- LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우</li> </ul> </li> <li>③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외)</li> <li>④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) <ul style="list-style-type: none"> <li>(단, stage I 완전관해 제외)</li> </ul> </li> <li>⑤ Peripheral T-cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>(단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)</li> </ul> </li> <li>⑥ Primary CNS Lymphoma</li> </ul>
				<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic Lymphoma/Waldenström's Macroglobulinemia</li> </ul>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<ul style="list-style-type: none"> <li>② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)</li> <li>③ Mantle Cell Lymphoma</li> <li>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</li> <li>⑤ Burkitt Lymphoma</li> <li>⑥ Peripheral T-cell Lymphoma</li> <li>⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma</li> <li>⑧ Primary CNS Lymphoma</li> </ul> <p>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 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 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 영양급여 대상자로 인정됨.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종 (Diffuse Large B cell lymphoma)으로 진단받았으나 Stage III 이상인 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 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나1)-(1)-(가)-①에 Mantle cell lymphoma는 “Stage II bulky이상인 경우”로 되어있으나, 이 건의 경우 비호지킨림프종 (Mantle cell lymphom)으로 진단받고 (stage II bulky 이상 높은 경우)로 확인되지 않음. 따라서 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정됨.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상</li> </ul>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>② Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우</p> <p>③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외)</p> <p>④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외)</p> <p>⑤ Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)</p> <p>⑥ Primary CNS Lymphoma</p> <p>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.</p> <p>① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenström's Macroglobulinemia</p> <p>② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)</p> <p>③ Mantle Cell Lymphoma</p> <p>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>⑤ Burkitt Lymphoma</p> <p>⑥ Peripheral T-cell Lymphoma</p> <p>⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma</p> <p>⑧ Primary CNS Lymphoma</p> <p>비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)으로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정인 이 건은 제출한 초기 골수검사결과상 골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)으로 확인되어 이식에 적합한 골수상태로 판단하기 곤란한 바(골수검사진단 소견 변경요함), 환자 측의 요청에 따라 진료담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			다발골수종: 5건	<p>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.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>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.</p> <p>이 건은 다발골수종 상병으로 자가조혈모세포이식 예정으로 제출된 검사결과를 참조할 때 CRAB sign 확인 되지 아니한 바 조혈모세포이식이 반드시 요구되는 다발골수종의 범주에 포함된다고 판단하기 곤란함. 따라서 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			유령 종양:1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표) 2-나-6)에 의하면 유령종양은 (1) 진단 시 다음 고위험군의 하나에 해당하며 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 조혈모세포이식 요양급여 대상자임 (가) metastatic disease at diagnosis (나) bulky primary tumor ( &gt;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 경우에 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <p>이 건은 유령종양 상병으로, 최근 골수상태를 확인할 수 있는 골수검사가 제출되지 아니한 바 이식에 적합한 골수상태 여부 판단이 곤란함. 따라서 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
계	296	취하: 8건		

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

[별첨] 조혈모세포이식 요양급여대상 결정현황

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
1	동종조혈모	여	47	AdultT-cellLeukemia/Lymphoma	급여
2	동종조혈모	남	2	Hereditarysideroblasticanemia	급여
3	동종조혈모	여	17	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
4	동종조혈모	남	53	비호지킨림프종	급여
5	동종조혈모	여	63	급성골수성백혈병(AML)	급여
6	동종조혈모	남	59	골수형성이상증후군(MDS)	급여
7	동종조혈모	남	36	급성골수성백혈병(AML)	급여
8	동종조혈모	여	44	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
9	동종조혈모	여	30	급성골수성백혈병(AML)	급여
10	동종조혈모	남	59	비호지킨림프종	급여
11	동종조혈모	남	56	골수형성이상증후군(MDS)	급여
12	동종조혈모	여	63	급성골수성백혈병(AML)	급여
13	동종조혈모	남	17	급성골수성백혈병(AML)	급여
14	동종조혈모	남	56	골수형성이상증후군(MDS)	급여
15	동종조혈모	여	57	일차골수성유증(Primarymyelofibrosis)	급여
16	동종조혈모	여	63	급성골수성백혈병(AML)	급여
17	동종조혈모	여	43	급성골수성백혈병(AML)	급여
18	동종조혈모	여	35	급성골수성백혈병(AML)	급여
19	동종조혈모	남	27	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
20	동종조혈모	남	56	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
21	동종조혈모	남	39	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
22	동종조혈모	여	37	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
23	동종조혈모	남	40	급성골수성백혈병(AML)	급여
24	동종조혈모	남	48	골수형성이상증후군(MDS)	급여
25	동종조혈모	여	50	발작성야간혈색소뇨증(PNH)	급여
26	동종조혈모	남	5	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
27	동종조혈모	남	32	골수형성이상증후군(MDS)	급여
28	동종조혈모	여	38	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
29	동종조혈모	남	24	급성골수성백혈병(AML)	급여
30	동종조혈모	여	16	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
31	동종조혈모	여	3	급성골수성백혈병(AML)	급여
32	동종조혈모	여	59	급성골수성백혈병(AML)	급여
33	동종조혈모	여	32	골수형성이상증후군(MDS)	급여
34	동종조혈모	남	62	급성골수성백혈병(AML)	급여
35	동종조혈모	남	60	일차골수성유증(Primarymyelofibrosis)	급여
36	동종조혈모	남	45	blasticplasmacytoiddendriticcellneoplasm	급여
37	동종조혈모	남	40	급성골수성백혈병(AML)	급여
38	동종조혈모	남	59	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
39	동종조혈모	여	57	급성골수성백혈병(AML)	급여
40	동종조혈모	남	48	골수형성이상증후군(MDS)	급여
41	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	급여
42	동종조혈모	남	16	IdiopathicHypereosinophilicSyndrome	급여
43	동종조혈모	여	53	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
44	동종조혈모	여	32	급성골수성백혈병(AML)	급여
45	동종조혈모	남	14	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
46	동종조혈모	여	19	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
47	동종조혈모	남	33	급성림프모구백혈병(ALL)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
48	동종조혈모	남	36	급성골수성백혈병(AML)	급여
49	동종조혈모	남	8개월	만성육아종증(CGD)	급여
50	동종조혈모	여	61	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
51	동종조혈모	남	7	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
52	동종조혈모	여	55	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
53	동종조혈모	남	63	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
54	동종조혈모	남	64	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
55	동종조혈모	여	54	급성골수성백혈병(AML)	급여
56	동종조혈모	남	11	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
57	동종조혈모	여	33	급성골수성백혈병(AML)	급여
58	동종조혈모	남	45	급성골수성백혈병(AML)	급여
59	동종조혈모	여	52	비호지킨림프종	급여
60	동종조혈모	남	9	연소기골수단구성백혈병(JMML)	급여
61	동종조혈모	남	16	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
62	동종조혈모	여	49	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
63	동종조혈모	남	55	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	급여
64	동종조혈모	여	47	골수형성이상증후군(MDS)	급여
65	동종조혈모	여	58	골수형성이상증후군(MDS)	급여
66	동종조혈모	남	25	급성골수성백혈병(AML)	급여
67	동종조혈모	여	8	급성골수성백혈병(AML)	급여
68	동종조혈모	남	47	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
69	동종조혈모	여	38	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
70	동종조혈모	여	61	골수형성이상증후군(MDS)	급여
71	동종조혈모	여	26	급성골수성백혈병(AML)	급여
72	동종조혈모	여	41	급성골수성백혈병(AML)	급여
73	동종조혈모	여	7개월	급성골수성백혈병(AML)	급여
74	동종조혈모	남	22	급성골수성백혈병(AML)	급여
75	동종조혈모	여	51	골수형성이상증후군(MDS)	급여
76	동종조혈모	여	57	골수형성이상증후군(MDS)	급여
77	동종조혈모	여	58	급성골수성백혈병(AML)	급여
78	동종조혈모	남	40	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
79	동종조혈모	남	36	발작성야간혈색소뇨증(PNH)	급여
80	동종조혈모	남	42	급성골수성백혈병(AML)	급여
81	동종조혈모	남	54	급성골수성백혈병(AML)	급여
82	동종조혈모	남	25	골수형성이상증후군(MDS)	급여
83	동종조혈모	여	43	급성골수성백혈병(AML)	급여
84	동종조혈모	여	36	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
85	동종조혈모	남	39	급성골수성백혈병(AML)	급여
86	동종조혈모	남	29	급성골수성백혈병(AML)	급여
87	동종조혈모	여	28	급성골수성백혈병(AML)	급여
88	동종조혈모	여	45	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
89	동종조혈모	남	51	급성골수성백혈병(AML)	급여
90	동종조혈모	여	49	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
91	동종조혈모	여	53	급성골수성백혈병(AML)	급여
92	동종조혈모	여	43	급성골수성백혈병(AML)	급여
93	동종조혈모	남	13	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
94	동종조혈모	여	19	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
95	동종조혈모	여	57	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
96	동종조혈모	남	37	급성골수성백혈병(AML)	급여
97	동종조혈모	남	41	급성골수성백혈병(AML)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
98	동종조혈모	여	63	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
99	동종조혈모	남	20	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
100	동종조혈모	남	17	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
101	동종조혈모	여	55	골수형성이상증후군(MDS)	급여
102	동종조혈모	여	48	일차골수성유증(Primarymyelofibrosis)	급여
103	동종조혈모	남	53	골수형성이상증후군(MDS)	급여
104	동종조혈모	여	16	급성골수성백혈병(AML)	급여
105	동종조혈모	남	9	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
106	동종조혈모	여	58	골수형성이상증후군(MDS)	급여
107	동종조혈모	여	63	급성골수성백혈병(AML)	자료보완
108	동종조혈모	남	44	급성골수성백혈병(AML)	자료보완
109	동종조혈모	남	45	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	자료보완
110	동종조혈모	남	56	골수형성이상증후군(MDS)	자료보완
111	동종조혈모	남	3	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
112	동종조혈모	남	46	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
113	동종조혈모	남	38	만성골수성백혈병(CML)	선별급여
114	동종조혈모	남	31	비호지킨림프종	선별급여
115	동종조혈모	여	60	일차골수성유증(Primarymyelofibrosis)	선별급여
116	동종조혈모	남	9	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
117	동종조혈모	남	19	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별급여
118	동종조혈모	남	28	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
119	동종조혈모	남	48	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
120	동종조혈모	여	7	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
121	동종조혈모	남	1	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
122	동종조혈모	남	69	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
123	동종조혈모	여	2	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
124	동종조혈모	남	37	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별급여
125	동종조혈모	남	28	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
126	동종조혈모	여	57	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
127	동종조혈모	남	58	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
128	동종조혈모	여	37	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
129	동종조혈모	남	46	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
130	동종조혈모	남	29	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
131	동종조혈모	남	22	비호지킨림프종	선별급여
132	동종조혈모	남	8	중증선천호중구감소증(Kostmannsyndrome)	선별급여
133	동종조혈모	남	68	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
134	동종조혈모	남	21	비호지킨림프종	선별급여
135	동종조혈모	남	45	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
136	동종조혈모	남	38	비호지킨림프종	선별급여
137	동종조혈모	남	40	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
138	동종조혈모	여	23	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
139	동종조혈모	여	68	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
140	동종조혈모	여	23	비호지킨림프종	선별급여
141	동종조혈모	여	29	비호지킨림프종	선별급여
142	동종조혈모	여	62	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
143	동종조혈모	여	56	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
144	동종조혈모	남	17	만성육아종증(CGD)	선별급여
145	동종조혈모	여	46	급성골수성백혈병(AML)	취하
146	동종조혈모	남	2	비호지킨림프종	취하
147	동종조혈모	남	60	골수형성이상증후군(MDS)	취하

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
148	동종조혈모	남	42	골수형성이상증후군(MDS)	취하
149	제대혈조혈모	여	41	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
150	제대혈조혈모	남	56	비호지킨림프종	급여
151	제대혈조혈모	남	24	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
152	제대혈조혈모	여	55	급성골수성백혈병(AML)	급여
153	제대혈조혈모	남	50	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
154	제대혈조혈모	여	59	급성골수성백혈병(AML)	취하
155	자가조혈모	여	57	비호지킨림프종	급여
156	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종	급여
157	자가조혈모	남	65	비호지킨림프종	급여
158	Tandem(자가-자가)	여	1	비정형기형/황문근종양(AT/RT)①	급여
159	Tandem(자가-자가)	남	4	신경모세포종(Neurolblastoma)①	급여
160	Tandem(자가-자가)	여	5	수모세포종(Medulloblastoma)①	급여
161	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종	급여
162	Tandem(자가-자가)	여	40	신경모세포종(Neurolblastoma)①	급여
163	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종	급여
164	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
165	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	급여
166	자가조혈모	여	50	다발골수종(MM)	급여
167	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	급여
168	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종	급여
169	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종	급여
170	자가조혈모	여	57	비호지킨림프종	급여
171	자가조혈모	여	43	비호지킨림프종	급여
172	자가조혈모	남	21	호지킨림프종	급여
173	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	급여
174	자가조혈모	여	58	비호지킨림프종	급여
175	자가조혈모	남	37	비호지킨림프종	급여
176	자가조혈모	남	56	비호지킨림프종	급여
177	자가조혈모	남	56	비호지킨림프종	급여
178	자가조혈모	남	56	비호지킨림프종	급여
179	자가조혈모	여	50	비호지킨림프종	급여
180	자가조혈모	남	45	비호지킨림프종	급여
181	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	급여
182	자가조혈모	남	54	비호지킨림프종	급여
183	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	급여
184	자가조혈모	여	54	급성골수성백혈병(AML)	급여
185	자가조혈모	여	23	비호지킨림프종	급여
186	Tandem(자가-자가)	여	6	수모세포종(Medulloblastoma)①	급여
187	자가조혈모	남	48	다발골수종(MM)	급여
188	자가조혈모	남	34	호지킨림프종	급여
189	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종	급여
190	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종	급여
191	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종	급여
192	자가조혈모	남	59	급성골수성백혈병(AML)	급여
193	자가조혈모	남	48	다발골수종(MM)	급여
194	자가조혈모	남	62	호지킨림프종	급여
195	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
196	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	급여
197	자가조혈모	남	49	다발골수종(MM)	급여
198	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
199	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	급여
200	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	급여
201	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	급여
202	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	급여
203	자가조혈모	남	54	비호지킨림프종	급여
204	자가조혈모	남	49	비호지킨림프종	급여
205	자가조혈모	남	27	호지킨림프종	급여
206	자가조혈모	여	58	비호지킨림프종	급여
207	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	급여
208	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종	급여
209	자가조혈모	남	50	비호지킨림프종	급여
210	자가조혈모	여	5	송과체아세포종	급여
211	자가조혈모	여	23	호지킨림프종	급여
212	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종	급여
213	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	급여
214	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종	급여
215	자가조혈모	여	49	급성골수성백혈병(AML)	급여
216	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	급여
217	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	급여
218	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	급여
219	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	급여
220	자가조혈모	남	50	다발골수종(MM)	급여
221	자가조혈모	여	54	비호지킨림프종	급여
222	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종	급여
223	자가조혈모	여	50	호지킨림프종	급여
224	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종	급여
225	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	급여
226	자가조혈모	여	49	비호지킨림프종	급여
227	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	급여
228	자가조혈모	남	21	비호지킨림프종	급여
229	자가조혈모	여	53	다발골수종(MM)	급여
230	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종	급여
231	자가조혈모	여	64	급성골수성백혈병(AML)	급여
232	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
233	자가조혈모	남	34	비호지킨림프종	급여
234	자가조혈모	남	38	비호지킨림프종	급여
235	자가조혈모	남	51	다발골수종(MM)	급여
236	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	급여
237	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종	급여
238	자가조혈모	남	40	다발골수종(MM)	급여
239	Tandem(자가-자가)	남	1	신경모세포종(Neuroblastoma)①	급여
240	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	급여
241	자가조혈모	남	49	비호지킨림프종	급여
242	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	급여
243	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	급여
244	자가조혈모	남	52	다발골수종(MM)	급여
245	자가조혈모	남	51	급성골수성백혈병(AML)	급여
246	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	급여
247	자가조혈모	남	42	비호지킨림프종	급여
248	자가조혈모	남	62	급성골수성백혈병(AML)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
249	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	급여
250	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종	급여
251	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	급여
252	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	급여
253	자가조혈모	여	51	다발골수종(MM)	급여
254	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	급여
255	자가조혈모	남	48	다발골수종(MM)	급여
256	Tandem(자가-자가)	남	3	신경모세포종(Neuroblastoma)①	급여
257	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
258	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
259	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	급여
260	자가조혈모	여	54	비호지킨림프종	급여
261	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	급여
262	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	급여
263	자가조혈모	남	16	유잉종양	급여
264	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종	급여
265	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	급여
266	자가조혈모	남	35	호지킨림프종	자료보완
267	자가조혈모	남	70	비호지킨림프종	자료보완
268	자가조혈모	남	48	급성골수성백혈병(AML)	자료보완
269	자가조혈모	남	23	호지킨림프종	자료보완
270	자가조혈모	남	25	germcelltumor	자료보완
271	Tandem(자가-자가)	여	6개월	CNS embryonal tumor①	자료보완
272	자가조혈모	남	7개월	Glioblastoma	자료보완
273	자가조혈모	남	8	유잉종양	선별급여
274	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종	선별급여
275	자가조혈모	남	23	비호지킨림프종	선별급여
276	자가조혈모	남	67	비호지킨림프종	선별급여
277	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	선별급여
278	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	선별급여
279	자가조혈모	남	45	비호지킨림프종	선별급여
280	자가조혈모	여	60	비호지킨림프종	선별급여
281	자가조혈모	여	54	비호지킨림프종	선별급여
282	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	선별급여
283	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	선별급여
284	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종	선별급여
285	자가조혈모	남	22	비호지킨림프종	선별급여
286	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종	선별급여
287	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	선별급여
288	자가조혈모	여	54	비호지킨림프종	선별급여
289	자가조혈모	남	56	호지킨림프종	취하
290	자가조혈모	여	43	비호지킨림프종	취하
291	자가조혈모	여	50	비호지킨림프종	취하
292	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종	취하
293	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종	취하
294	자가조혈모	남	56	비호지킨림프종	취하
295	자가조혈모	남	45	비호지킨림프종	취하
296	자가조혈모	남	22	비호지킨림프종	취하

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

<지역심사평가위원회 심의사례>

요양급여비용 사후 심사 건

4. 진료내역 참조 관절경하 시행한 수술 및 치료재료 요양급여 인정여부

■ 청구내역

○ A사례 (남/73세)

- 청구 상병명: 오래된 찢김 또는 손상으로 인한 반달연골의 장애, 내측반달연골
- 주요 청구내역
  - 자82-1가주 반월상연골봉합술(내측 또는 외측)-복잡 1\*1\*1
  - 자70나 사지관절절제술[활막절제를포함]-견관절, 슬관절 1\*0.5\*1
  - 관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용 1\*1\*1

○ B사례 (남/62세)

- 청구 상병명: 연골연화 아래다리, 오래된 찢김 또는 손상으로 인한 반달연골의 장애, 내측반달연골
- 주요 청구내역
  - 82가 반월판연골절제술(내측 또는 외측) 1\*1\*1
  - 자70나 사지관절절제술[활막절제를포함]-견관절, 슬관절 1\*0.5\*1
  - 관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용 1\*1\*1

○ C사례 (여/63세)

- 청구 상병명: 오래된 찢김 또는 손상으로 인한 반달연골의 장애, 내측반달연골  
오래된 찢김 또는 손상으로 인한 반달연골의 장애, 외측반달연골
- 주요 청구내역
  - 자82나 반월판연골절제술(내외측 동시) 1\*1\*1
  - 자69-1 자가골연골이식술 1\*0.5\*1
  - 관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용 1\*1\*1

○ D사례 (여/56세)

- 청구 상병명: 현존 무릎관절연골의 찢김  
오래된 찢김 또는 손상으로 인한 반달연골의 장애, 외측반달연골
- 주요 청구내역
  - 자70나 사지관절절제술[활막절제를포함]-견관절, 슬관절 1\*1\*1
  - 자82가 반월판연골절제술(내측 또는 외측) 1\*0.5\*1
  - 관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용 1\*1\*1

## ■ 진료내역

### ○ A사례 (남/73세)

[주호소] Lt. knee pain.

[진단명] 1.MM Root tear, knee, Lt.

2.Cartilage injury of MFC & Trochlea, knee, Lt.(MFC: G3/4, Trochlea: G4)

[수술명] 1. Arthroscopic MM root repair, knee, Lt. c 2 Fastfix

2. Arthroscopic chondroplasty of MFC & Trochlea, knee, Lt.(1.5cm<sup>2</sup>이상)

### ○ B사례 (남/62세)

[주호소] Lt. knee pain

[Lt. knee MRI] MM tear

[진단명] 1.MM Root tear, knee, Lt.(Body~PH complex: Radial + Transverse)

2. Chondromalacia of trochlea, knee, Lt.(G4)

[수술명] 1. Arthroscopic subtotal medial menisectomy, knee, Lt.

2. Arthroscopic microFx of trochlea, knee, Lt.

### ○ C사례 (여/63세)

[주호소] both knee pain

[Lt. knee MRI] chondral lesion and LM & MM tear

[진단명] 1. MM tear, knee, Lt. (Body Deg)

2. LM tear, knee, Lt. (Body Deg)

3. Chondromalacia of LTP, knee, Lt.(G4)

[수술명] 1. Arthroscopic partial medial & lateral menisectomy, knee, Lt.

2. Arthroscopic microFx of LTP, knee, Lt. (3.5cm<sup>2</sup>) (복잡)

### ○ D사례 (여/56세)

[주호소] Rt knee pain

[Rt. knee MRI] MM & LM tear

[진단명] 1. LM tear, knee, Rt.

2. Chondral lesion, knee, Rt.

[수술명] 1. Arthroscopic partial lat menisectomy, Rt.

2. Arthroscopic micro Fx, knee, Rt.

## ■ 심의내용 및 결과

### ○ A사례 (남/73세)

이 건(남/73세)은 오래된 찢김 또는 손상으로 인한 반달연골의 장애, 내측반달연골과 연골연화, 아래다리 등 상병으로 관절경하 반월상연골봉합술(Arthroscopic MM root repair, knee, Lt.) 및 연골성형술(Arthroscopic chondroplasty of MFC & Trochlea, knee, Lt.) 시행 후 자82-1가주 반월상연골봉합술(내측 또는 외측)-복잡 1×1×1, 자70나 사지관절절제술[활막절제를포함]-견관절,슬관절 1×0.5×1 및 관련 재료대(관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용포함)를 청구한 사례임.

73세 고령의 환자이나 진료기록부 및 영상자료 등 검토결과 관절경상 내측 구획의 퇴행정도가 심하지 않고, 내측 반월상 연골판의 상태도 양호하며, suture Anchor나 transosseous tunnel등을 사용하지 않고, Fast fix 만 이용하여 봉합한 것으로 확인됨.

따라서, 슬개골과 활차부의 연골성형술은 관절경상 확인되지 않아 자70나 사지관절절제술[활막절제를포함]-견관절,슬관절은 인정하지 아니하고, 수술방법의 난이도를 고려하여 자82-1가주 반월상 연골봉합술(내측 또는 외측)-복잡은 자82-1가 반월상연골봉합술(내측 또는 외측)로 인정하고, 관련 치료재료대(관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용포함) 등은 인정함.

○ B사례 (남/62세)

이 건(남/62세)은 연골연화, 아래다리 와 오래된 찢김 또는 손상으로 인한 반달연골의 장애, 내측반달연골 등 상병으로 관절경하 반월상연골절제술(Arthroscopic subtotal medial menisectomy, knee, Lt.) 및 미세천공술(Arthroscopic microFx of trochlea, knee, Lt.) 시행 후 자82가 반월판연골절제술(내측 또는 외측) 1×1×1, 자70나 사지관절절제술[활막절제를포함]-견관절,슬관절 1×0.5×1 및 관련 치료재료대(관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용포함)를 청구한 사례임.

자70나 사지관절절제술[활막절제를포함]-견관절,슬관절은 대퇴골 내과의 관절연골 병변은 미세천공술의 시행이 확인되지 않으며, 연골성형술 수가 산정방법(보건복지부 고시 제2012-153호) 참조 타 수술시 부수적으로 시행한 경우에는 별도 산정할 수 없으므로 인정하지 아니함. 그러나, 관절경상 내측 연골판의 절제술 시행이 확인된 자82가 반월상 연골절제술과 관련 치료재료대(관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용포함)는 인정함

○ C사례 (여/63세)

이 건(여/63세)은 오래된 찢김 또는 손상으로 인한 반달연골의 장애, 내측반달연골 및 외측반달연골과 연골연화, 아래다리 등 상병으로 관절경하 반월상연골절제술(Arthroscopic partial medial & lateral menisectomy, knee, Lt.) 및 미세천공술(Arthroscopic micro Fx. of LTP, knee, Lt.)시행 후 자82나 반월상연골절제술(내외측 동시) 1×1×1, 자69-1 자가골연골이식술 1×0.5×1 및 관련 치료재료대(관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용포함)를 청구한 사례임.

첨부된 진료기록부 및 영상자료 참조 lateral tibial의 micro fx는 의학적 타당성이 있다고 볼 수 없어 자69-1 자가골연골이식술은 인정하지 아니함.

그러나, 심한 관절염상태에서 meniscus degenerative tear에 대한 술기는 간단한 변연절제술로 확인되어 자82나 반월상연골절제술(내외측 동시)은 자70 사지관절절제술로 인정하고 관련 치료재료대(관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용포함)를 인정함.

○ D사례 (여/56세)

이 건(여/56세)은 현존 무릎관절연골의 찢김과 오래된 찢김 또는 손상으로 인한 반달연골의 장애, 내측반달연골 등 상병으로 관절경하 반월상 연골 부분절제술(Arthroscopic partial lat menisectomy, Rt.) 및 미세천공술(Arthroscopic micro Fx, Rt knee.)시행 후 자70나 사지관절절제술[활막절제를포함]-견관절,슬관절 1×1×1, 자82가 반월판연골절제술(내측 또는 외측) 1×0.5×1 및 관련 치료재료대(관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용포함)를 청구한 사례임.

미세천공술(micro Fx)의 병변 크기 및 난이도를 고려 자70나 사지관절절제술[활막절제를포함]-견관절,슬관절은 인정하나 수술 전 MRI 및 관절경 상 뚜렷한 반월판 연골(meniscus)의 파열 병변이 확인되지 않고, marginal trimming만 시행하여 자82가 반월판연골절제술(내측 또는 외측)은 인정하지 아니함.

또한, 관절경 등의 수술 및 진단적 경검사에 사용된 치료비용 비용의 산정방법(보건복지부 고시 2010-86호, 2010.11.1. 시행) 가.(1)에 의하면 간단한 시술을 단독으로 시행한 경우에는 별도 인정하지 아니하므로 관련 치료재료대(관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용포함)등은 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1]
- 연골성형술(Chondroplasty) 수가 산정방법 (보건복지부 고시 제2012-153호, 2012.12.1. 시행)
- 관절경 등의 수술 및 진단적 경검사에 사용된 치료재료비용의 산정방법 (보건복지부 고시 제2010-86호, 2010.11.1. 시행)
- 대한정형외과학회. 정형외과학. 제6판. 최신의학사. C. 국소적 정형외과 문제
- 대한슬관절학회. 슬관절학. (주)비엠엠코리아. 2011.

[2018.2.19. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 5. 골의 이차성 악성 신생물 상병에 시행한 종양병소제거술 및 척추고정술 요양급여 인정여부

### ■ 청구내역 (남/58세)

- 청구 상병명: 간세포암종의 악성 신생물, 골의 이차성 악성 신생물
- 주요 청구내역

자470다(1) 척수경막외종양및병소절제술[요추]-척추경또는척추체를포함하는경우	1*1*1
자46나(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추 [제2의수술(종병이상)]	1*1*1
CD HORIZON SMOOTH RODS 전규격(F0016172)	1*2*1
CD HORIZON M8(M10) SCREW SET 전규격(F0018202)	1*2*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류(N0051006)	1*1*1

### ■ 진료내역

[입원일] '17.9.25.~10.10.

[주호소] Both leg pain - 2017.09.21

- [과거력] ▶ '16.4월: abdomen CT상 distal rectal cancer (T2/3 N0) 및 Liver cirrhosis, R/O HCC 이 후 Pre op CCRT with Xeloda ( '16.6.9 - 6.16.) 및 TACE
- ▶ '16.8월: Lap-LAR c ileostomy
  - ▶ '17.4월: 6차례 Adjuvant LF 시행
  - ▶ '17.5월: 다리가 아파 보행이 힘들어서 외래 진료
  - ▶ '17.6월: L3,4 laminectomy, L3,4 post fixation, tumor removal 시행
  - ▶ '17.9월: 양측 엉치 및 하지통증 심해져 걷기 힘들 정도로 악화

[Motor] Hip flexion	4/4
Knee extension	4/4
Ankle dorsiflexion	5/5
Ankle plantarflexion	5/5
Great toe extension	3/3

- [MRI] 1. Newly developed nodular enhancing lesion involving L2 spinous process and posterior epidural space => Metastasis
2. Laminectomy and posterior instrumentation of L3,L4 with partial tumor removal in posterior element (Limited evaluation d/t metallic artifact)  
Newly developed circumferential epidural lesion at L3 pedicle level, resulting severe central canal stenosis: R/O Aggravation of metastasis

[조직검사] ▶ epidural mass: Suggestive of metastatic hepatocellular carcinoma.

[진단명] Spinal cord metastasis

- [수술명] 1. L2 total laminectomy & epidural tumor removal
2. Lt. L3 pediclectomy & partial corpectomy
3. fusion extension L2-3-4

■ **심의결과 및 심의내용**

- 이 건(남/58세)은 간세포암종의 악성 신생물, 골의 이차성 악성 신생물 상병에 ( '17.9.28.) L2-3 경막외 종양 제거술과 L2-4 후방고정술 시행 후, 자470다(1) 척추경막외종양및병소절제술[요추]-척추경또는척추체를 포함하는 경우 1\*1, 자46나(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추[제2의수술(종병이상)] 1\*1 청구한 경우임.
- 제출한 진료기록부 및 영상자료 검토 결과, 원발 간세포암종의 제2-3 요추 경막외에 전이 병소가 확인되어 병소제거술 및 후방고정술과 관련 치료재료 등을 모두 인정함

■ **참고**

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장.
- 척추경나사를 이용한 척추고정술의 인정기준 (보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)
- 척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준 (보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)
- 석세일. 척추외과학. 제4판. 최신의학사. 2017.
- 대학척추신경외과학회. 척추학. 2nd Edition. 군자출판사. 2013.

[2018.2.21. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 6. 경미한 척추협착 부위에 시행한 자46 척추고정술 요양급여 인정여부

### ■ 청구내역 (여/48세)

- 청구 상병명: 척추협착, 요추부, 척추전방전위증, 요추부
- 주요 청구내역

자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추	1*1*1
자46나(3)주2 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추-cage를 이용한 추체간유합술[제2의수술(중병이상)]	1*1*1
SEXTANT PRE-BENT ROD 전규격(F0016372)	1*2*1
SEXTANT MULTI-AXIAL SCREW SET 전규격(F0018072)	1*4*1
LYDESDALE DLIF CAGE 전규격(F0100672)	1*1*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류(N0051006)	1*1*1

### ■ 진료내역

- [입원일] '17.9.26~10.5.
- [주호소] 참기 힘든 요통
- [현병력] '15.2월부터 L4/5 DDD 및 modic change로 지속적으로 반복적인 요통으로 수차례 블록 및 외래에서 Opioid 처방 받아 오던 분으로 수술 위해 입원
- [진단명] Lumbar DDD
- [MRI] L1/2: Unremarkable  
L2/3: Mild disc bulging with annular fissure  
L3/4: Left asymmetric disc bulging annular fissure  
L4/5: Diffuse disc bulging with vacuum change, hard disc subchondral erosion with sclerotic change at left lateral side possibly degenerative endplate change  
L5/S1: Mild diffuse disc bulging with annular fissure
- [수술일] '17.9.27.
- [진단명] Spinal stenosis, lumbar region
- [수술명] OLIF and PPF at L4/5

### ■ 심의결과 및 심의내용

- 이 건(여/48세)은 척추협착, 요추부, 척추전방전위증, 요추부 상병에 ('17.9.27.) L4-5 부위 감압술과 후방고정술 시행 후 자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추 1\*1, 자46나(3)주2 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추-cage를 이용한 추체간유합술 [제2의수술(중병이상)] 1\*1 청구한 경우임.
- 제출한 진료기록부 및 영상자료 검토 결과, 척추협착과 척추 전방전위증 진단하에 전후방고정술을 시행하였으나 영상에서 전방전위증이나 척추협착 소견이 뚜렷하지 않으며, 진료기록부에 기재된 퇴행성 추간판 질환(DDD)에서의 유합술은 추간판 조영술 등의 검사로 확진이 된 경우에 인정할 수 있어 이 사례에서는 진단이 확정되지 않아 수술료 및 관련 치료재료 등 모두 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장.
- 척추경나사를 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 외부공개)
- 석세일. 척추외과학. 제4판. 최신의학사. 2017.
- 대학척추신경외과학회. 척추학. 2nd Edition. 군자출판사. 2013.

[2017.12.20. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 7. 진료내역 및 영상자료 참조, 기타 명시된 추간판 변성(요추)에 시행된 척추수술 요양급여 인정여부

### ■ 청구내역 (여/73세)

- 청구 상병명: 기타 명시된 추간판 변성, 척추협착, 요추부

- 주요 청구내역

자46나(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추	1*1*1
자49-1다 척추후궁절제술-요추 [제2의수술]	1*1*1
자49-1다 척추후궁절제술-요추 [제2의수술(중병이상)]	1*1*1
TYCHE PEDICLE SCREW SYSTEM 전규격(F0018315)	1*4*1
TYCHE CROSS CONNECTOR 전규격(F0019115)	1*1*1
TYCHE ROD 전규격 (F0016315)	1*2*1
척추 및 척추수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류 (N0051006)	1*1*1

### ■ 진료내역

[입원일] '17.11.19.~12.31.

[주호소] 요통 및 양하지통(L>R). - Onset: 1년전부터 악화

[현병력] 1년전부터 상기 증상 악화되어 보존적치료 받았으나 호전 없어 입원

[과거력] 2015년 허리수술 (L4-5 fusion op)

[진단명] adjacent segment degenerative, lumbar

[수술명] posterior lumbar interbody fusion(PLIF) 2-3-4

### ■ 심의결과 및 심의내용

- 이 건((여/73세)은 기타 명시된 추간판변성, 요추부 척추협착 등의 상병으로 Posterior lumbar interbody fusion L2-3-4(11/21) 시행 후 자46나(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추 1\*1\*1와 자49-1다 척추후궁절제술-요추[제2의수술] 1\*2\*1을 청구한 사례임.
- 제출한 진료기록부 및 영상자료 검토 결과, 협착증 소견 관찰되나 환자의 진료내역 조회에서 보존적 치료가 미비하고, 또한 기타 신경학적 결손 등과 같은 조기 수술이 불가피한 경우로 볼 수 없어 수술료 및 관련 치료재료 모두 인정하지 아니함.

아울러 43일 입원기간 중 수술 후 2주간의 입원료는 인정하고, 그 외 기간은 주2회 외래로 조정함.

### ■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 【별표1】 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장.
- 척추경나사를 이용한 척추고정술의 인정기준 (고시 제2015-139호, 2015.8.1.시행)
- 척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준 (고시 제2015-139호, 2015.8.1.시행)
- 석세일. 척추외과학. 제4판. 최신의학사. 2017.
- 대학척추신경외과학회. 척추학. 2nd Edition. 군자출판사. 2013.

[2018.2.21. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 8. 동일 부위에 시행한 「자-49나 내시경하 추간판제거술」 요양급여 인정여부

### ■ 청구내역 (남/72세)

○ 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애(G55.1\*)

○ 주요 청구내역:

[수술일] `17.11.16.

[수술명] 자49나 내시경하추간판제거술[척추후궁절제술포함](N1494) 1\*1\*1

LASER KIT (N0071001) 1\*1\*1

[수술일] `17.11.21.

[수술명] 자49나내시경하추간판제거술[척추후궁절제술포함](N1494) 1\*1\*1

LASER KIT (N0071001) 1\*1\*1

### ■ 진료내역

○ 경과기록

[입원일] `17.11.15.

- C.C: “2~3개월 전부터 우측 허리, 엉치, 다리가 외측으로 걸으면 저리고 피가 몰리듯 당긴다”

- P.I: 2주 전 미끄러져 넘어진 뒤 타 병원에서 치료해도 통증이 매우 심함.

- P/E or N/E:

\* SLRT: F/F \* 근력약화: 유(+)

\* 운동장애: 유(+) \* 마비: 유(+)

Motor) Rt/Lt GTDF/ADF: 4/5 5/5

Rt/Lt GTPF/APF: 4/5 5/5

Rt/Lt Knee Fx/Ex: 4/5 3/5

Rt/Lt Hip Fx/Ex: 3/5 5/5

Limping gait: (+)

Gait disturbance: heel gait/toe gait/hoop gait impossible

Lumbar Flex./Ext.: -/+

Dorsalis pedis: +/+

\* DTR: KJ) ++/++ AJ) ++/++

\* 감각이상: 무(+)

Sensory: intact

Bladder & bowel syndrome: (-)

- L-spine MRI & CTL:

L3-4 Right Central to right subarticular disc herniation with inferior migration

- Central spinal stenosis, right lateral recess stenosis

`17.11.20.

- C.C: 금요일 저녁에 일어나면서 허리에서 뚝소리에 났다. 이후 우측 엉치, 대퇴 전면으로 수술 전처럼 다시 아프다.

- L-spine MRI-2 Series without Enhance

: S/P PELD(Percutaneous Endoscopic Lumbar Discectomy), Rt. L3-4

L3-4: Left Central to left subarticular disc herniation

Left lateral recess stenosis, central spinal stenosis

○ 수술기록

[수술일] `17.11.16.

[진단명] HNP(Hernia Nucleus Pulposus) with Radiculopathy, Lumbar Region

[수술명] PELD(Percutaneous Endoscopic Lumbar Discectomy [요추 3-4 사이(Rt.)])

[수술일] `17.11.21.

[진단명] HNP(Hernia Nucleus Pulposus) with Radiculopathy, Lumbar Region

[수술명] PELD(Percutaneous Endoscopic Lumbar Discectomy [요추 3-4 사이(Rt.)])

■ 심의내용 및 심의결과

- A사례(남/72세): 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애 등의 상병으로 `17.11.16. 요추 오른쪽 제3-4번 부위에 경피적 내시경 요추간판 절제술(Percutaneous Endoscopic Lumbar Discectomy, PELD)을 시행 후 `17.11.21. 동일부위에 재수술하여 「자-49나 내시경하추간판제거술×200%, Laser Kit×2 및 관련 마취료」를 청구한 사례임.

- 제출한 진료기록부 및 영상자료 검토 결과, 수술( `17.11.16.) 전 MRI 영상에서 추간판 탈출로 인한 신경근 압박소견은 확인되나 협착증이 동반된 경우로 요추부의 최소침습추간판제거술의 급여기준(보건복지부 고시 제 2007-139호) 금기증에 해당되며,

또한 수술 후 MRI 영상에서 재수술( `17.11.21.)을 시행할 만한 소견이 확인되지 않으므로, 자49나 내시경하추간판제거술[척추후궁절제술 포함](N1494)×200%와 관련 치료재료 및 마취료 등은 모두 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장
- 요추부의 최소침습추간판제거술(자49나 내시경하 추간판제거술, 자49다 척추수핵 용해술, 자49라 척추수핵흡인술 등)의 급여기준(보건복지부 고시 제2017-152호, `17.9.1.시행)
- 석세일., 척추외과학. 제3판. 최신의학사. 2011.

[2018.2.22. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 9. 진료기록 및 영상자료 참조, 「자45-1가 인대골화증제거술-전방접근 후종인대골화증제거술[척추체제거술 포함] 요양급여 인정여부

### ■ 청구내역

#### ○ A사례(남/43세)

- 청구 상병명: 기타 명시된 척추병증, 경부
- 주요 청구내역:

자45-1가 인대골화증제거술-전방접근 후종인대골화증제거술[척추체제거술 포함] (N0454) 1\*1\*1

#### ○ B사례(여/68세)

- 청구 상병명: 기타 명시된 척추병증, 경부
- 주요 청구내역:

자45-1가 인대골화증제거술-전방접근 후종인대골화증제거술[척추체제거술 포함](N0454) 1\*1.5\*1

### ■ 진료내역

#### ○ A사례(남/43세)

[입원일]: `17.11.8.

C.C: 상완외측, 전완외측, 손등이 찌릿함(간헐적)  
오른팔 위약감, 목, 양팔이 아프고, 저릿하다”

P.I: 2달 전부터 왼쪽 증상 악화되어 침, 주사치료 받으면서, 수술 필요성 들음.

1달 전부터 오른팔 불편해지기 시작하여 본원 내원하여, 주사치료 3회 후 수술위해 입원함.

P/E: Motor: ROM 가능, Graping Power 5/4+

C-Spine CT(`17.10.18.)

: OPLL at C3/4, left central zone.  
Severe left cord compression.

[수술일]: `17.11.09

[진단명]: Ossification of Posterior Longitudinal Ligament, Cervical Region  
HNP with radiculopathy, cervical region

[수술명]: Digital OPLL removal- anterior approach With 0-arm [경추 3-4 사이(Lt.)

#### ○ B사례(여/68세)

[입원일] `17.11.15.

경과기록

C.C: “양 어깨 무겁고 오른쪽 견갑부와 등 부위가 아프다”

P.I: 오른쪽 견갑부와 팔 부위에 주사 치료받았으나 호전 없어 수술 고려하여 내원

N/E: Right ankle Gr. IV, Right elbow ext. Gr. III, Right finger ext. weak Gr. III  
C-Spine CT(2017.11.9.)

: OPLL (mixed type) at C4/5-C6.  
Moderate central canal stenosis at C4/5-C5/6  
Both uncovertebral hypertrophy at C5/6  
Disc collapse, both foraminal stenosis  
Both C6 nerve root compression

[수술일]: `17.11.17.

[진단명]: HCD with Myelopathy

OPLL(Ossification of Posterior Longitudinal Ligament), Cervical Region

[수술명]: Digital OPLL removal-anterior approach with 0-arm(경추5-6번, Rt.)

#### ■ 심의결과 및 심의내용

- 동 건(2사례)은 기타 명시된 척추병증, 경부 등의 상병으로 경추부후종인대골화증(Ossification of Posterior Longitudinal Ligament, OPLL) Removal-Anterior Approach With 0-arm 시행하여 자45-1가 인대골화증 제거술-전방접근 후종인대골화증 제거술[척추체제거술 포함] (N0454) 및 관련 치료재료, 마취료를 청구함.
- A사례(남/43세)제출한 진료기록부 및 영상자료 검토 결과, 제 3-4경추간판 후방에 골화된 후종인대에 의한 척수압박 확인되나 추체 부분절제술을 시행하고 추간판과 골화된 후종인대 일부를 제거한 경우로, 상·하추간판을 포함한 척추체 전절제와 후종인대 전절제를 시행한 경우에 해당되지 않아 자45-1가 인대골화증 제거술-전방접근 후종인대골화증 제거술[척추체제거술 포함](N0454)를 자49가(1) 추간판제거술 100%로 조정함
- B사례(여/68세) 제출한 진료기록부 및 영상자료 검토 결과, 제 5-6경추간판 후방에 골화된 후종인대에 의한 척수압박 확인되나 추체 부분절제술을 시행하고 추간판과 골화된 후종인대 일부를 제거한 경우로, 상·하추간판을 포함한 척추체 전절제와 후종인대 전절제를 시행한 경우에 해당되지 않아 자45-1가 인대골화증 제거술-전방접근 후종인대골화증 제거술[척추체제거술 포함] (N0454)를 자49가(1) 추간판제거술 100%로 조정함

#### ■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장
- 석세일. 척추외과학. 제3판. 최신의학사. 2011.

[2018.2.22. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 10. 진료기록 및 영상자료 참조, 「자45-1나 인대골화증제거술-후방접근 황색인대골화증제거술[척추후궁절제술 포함]」 요양급여 인정여부

### ■ 청구내역(여/55세)

- 청구 상병명: 기타 명시된 척추병증, 흉추부
- 주요 청구내역:  
자45-1나 인대골화증제거술-후방접근 황색인대골화증제거술[척추후궁절제술 포함](N0455) 1\*2\*1

### ■ 진료내역

- 경과기록  
[입원일]: `17.10.26.
  - C.C: "오른쪽 배꼽이 아프고 콧콕 쑤시고, 오른쪽 허리, 엉치도 살짝 아파요 "
  - P.I: 오른쪽 배꼽 아픈지는 10년 정도 됐으나 신경쪽 문제라고 생각하지 못하고 다양한 검사 하다가, 타 병원에서 신경문제로 수술 권유 받아 내원함.
  - N/E: Motor: GTDF 4+/5 SLRT F/F
  - T-Spine CT
    - : OLF at both T8/9-T11/12, left T12/L1
    - : Both cord compression at T10/11
- 수술기록  
[수술일]: `17.10.27.  
[진단명]: OLF(Ossific Ligament Flavum), Thoracic Region  
[수술명]: Digital OLF Removal-Anterior Approach With 0-arm [흉추 9-10-11-12 사이(Rt.)]

### ■ 심의결과 및 심의내용

- A사례(여/55세): 기타 명시된 척추병증, 흉추부 등의 상병으로 2017.10.27. 흉추 오른쪽 제9-10-11-12번 부위에 황색인대골화증(Ossification Of Ligament Flavum, OLF) Removal-Posterior Approach With 0-arm 시행하여 자45-1나 인대골화증제거술-후방접근 황색인대골화증제거술[척추후궁절제술 포함](N0455) ×200% 및 관련 치료재료, 마취료를 청구한 사례임.
- 제출한 진료기록부 및 영상자료 검토 결과, 기타 명시된 척추병증, 흉추부 등의 상병으로 흉추 제 9-10-11-12번 부위에 황색인대골화증을 후방에서 제거한 사례로 척추 압박에 따른 신경학적 증상과 CT 영상에서 척추 압박소견 확인되어 수술료, 관련 치료재료대 및 마취료를 모두 인정함.

### ■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장
- 석세일. 척추외과학. 제3판. 최신의학사. 2011.

[2018.2.22. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 11. 추간판장애 등 상병에 시행한 척추고정술 요양급여 인정여부

### ■ 청구내역

(여/56세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애
- 주요 청구내역

자49가(1) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-경추 [제2의수술(중병이상)]	1*1*1
자46가(1)(다) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-경추-기타의 경우	1*1*1
ANYPLUS CERVICAL PEEK CAGE 전규격	1*1*1

### ■ 진료내역

[진료일] 2017.6.26.

[주호소] 통증, 위약감

통증이 너무 심해 잠도 못 잤다. 약을 먹어도 통증이 심하다. 상지위약감은 비슷한 양상

[이학적검사] 척추신경학적 검사

- Motor: shoulder abduction 2-3/5(어깨를 수평 이상 올리지 못하고 팔을 굽힌 상태에서 올리 지 못함)
- Sensory: deltoid hypesthesia & hypalgesia 3-4/10
- Reflex: upper and lower ext. (+/++)

[과거력] 2017.6.29. 신경성형술 시행

2017.7.01. 신경성형술 후 통증은 많이 호전

근력 아직 Gr 3/5로 팔을 올리기가 힘들어서 잘 못 올림

2017.7.05. 통증은 많이 호전. 근력 저하 지속]

[수술일] 2017.7.11.

[진단명] 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애, 경추 4-5번 추간판탈출증

[수술명] 전방 경유 추간판제거술 및 척추고정술

[CT] : Disc herniation, C4-5, Left subarticular  
Disc bulge, C5-6

[MRI]: Disc herniation, C4-5, left sunarticular

### ■ 심의결과 및 심의내용

- 이 건은 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애 상병으로 상지 위약감이 동반되어 2017.7.11. 경추 4-5번에 전방경유 척추고정술을 시행하고 자46가(1)(다) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-경추-기타의 경우 ×100%, 자49가(1) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-경추 ×70%, peek cage 1개를 청구한 사례임.

제출된 진료기록 및 영상자료 검토결과, 수술 전 충분한 보존적 치료가 이루어지지 않는으나 제 4-5경 추간판 탈출(좌) 확인되며 좌측 상지 외전력 위약감(III/V)보여 조기에 시행한 수술료, 치료재료대 및 마취료 등을 인정함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1]요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장.
- 척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준 (보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1.시행)

[2018.2.22. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 12. 척추협착 등 상병에 시행한 관혈적추간판제거술 및 척추후궁절제술 요양급여 인정여부

### ■ 청구내역(남/56세)

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

자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추	1*1*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류	1*1*1

### ■ 진료내역

[수술일] '17.10.30.

[주호소] 우측 하지 근력 약화, 우측 엉치 통증 심함.

지속적으로 한방 및 통증 치료했으나 호전 안됨

[수술일] '17.10.30.

[진단명] 요추 5번 -천추 1번 극외방 추간판 탈출증

[수술명] discectomy L5-S1, Rt.

### ■ 심의결과 및 심의내용

- 이 건(남/56세)은 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애 상병으로 2017.10.30. 요추 5번-천추 1번에 추간판제거술을 시행 후 자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추×100% 및 관련 치료재료대를 청구한 사례임.

제출된 진료기록 및 영상자료 검토결과 제 5요추-제 1천추간 극외측 추간판탈출증으로 감압술 시행하였으나, 환자의 진료내역 조회에서 적절한 보존적치료 확인되지 않고 기타 신경학적 결손 등과 같은 조기수술이 불가피한 소견 확인되지 않아 수술료 및 관련 치료재료대 및 마취료 등을 인정하지 아니함.

### ■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장

[2018.2.22. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

### 13. 척추골절 상병에 시행한 자47가 경피적척추성형술 요양급여 인정여부

#### ■ 청구내역(여/76세)

○ 청구 상병명: T11 및 T12 부위의 골절, 폐쇄성, 병적 골절을 동반한 기타 골다공증, 기타 부분

○ 주요 청구내역

자47가 경피적척추성형술[방사선료포함]-제1부위	1*1*1
자47나 경피적척추성형술[방사선료포함]-제2부위부터[1부위당]	1*1*1
SPINOFILL 20G	1*2*1
BLUE PECKER 전규격	1*4*1

#### ■ 진료내역

[입원일] '17.6.26.

[현병력] 2주 전에 넘어짐.

[MRI] 타병원 (2017.6.22.): T11, 12 compression fracture

[검사] 골밀도검사(이중 에너지 방사선 흡수법): T-score -4.1

[수술명] '17.7. 7.

[진단명] T11 및 T12 부위의 골절, 폐쇄성

[수술명] 경피적척추성형술, 흉추 제 11번, 12번

#### ■ 심의결과 및 심의내용

○ 이 건은 T11 및 T12 부위의 골절, 폐쇄성 상병으로 2017.7.7. 흉추 11번, 12번 부위에 자47가 경피적 척추성형술을 청구한 사례임.

제출된 진료기록 및 영상자료 검토결과 제12 흉추는 골다공증성 압박골절과 2주 이상의 보존적 치료가 확인되므로 경피적척추성형술 인정되며, 제11흉추는 압박골절 소견이 보이지 않는 추체의 좌상으로 판단되어 제11흉추에 시행된 경피적척추성형술의 수술료 및 관련 치료재료대 등은 인정하지 아니함.

#### ■ 참고

○ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 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)

[2018.2.22. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]