

중앙심사조정위원회 심의사례 공개 (총 12개 항목)

- 2015.11.30.공개

연번	제 목	페이지
1	ST분절 상승 심근경색 환자에 시행한 Staged PCI 인정여부	1
2	작은 관상동맥질환(small vessel coronary artery disease)에 시행한 PCI 인정여부	3
3	분지병변(bifurcation lesion)에 시행한 PCI(two stent technique) 인정여부	5
4	진료내역 등 참조, 유방의 악성 신생물 상병에 선행화학요법에 대한 효과판정을 위해 실시한 PET-CT 인정여부	7
5	실신의 원인감별을 위해 약제(Isoproterenol) 투여 없이 시행한 자율신경계이상검사-기립경사테이블검사의 인정여부 및 추가산정방법	9
6	근관치료 후 비우식성 치아결손 치경부 마모증에 실시한 차-6 즉일충전처치 인정여부	11
7	체장암 환자에게 시행한 내시경 유두괄약근절개술 실패시 추가산정방법	12
8	위장관 시술(EMR)로 인해 발생된 oozing에 시행한 출혈지혈법 인정여부 및 추가산정방법	13
9	위장관 시술(EMR)시와 이차확인 내시경검사로 익일 발견된 의인성 혈관노출 등에 시행한 출혈지혈법 인정여부 및 추가산정방법	15
10	위장관 시술(ESD)시와 이차확인 내시경검사로 익일 발견된 의인성 궤양 등에 시행한 출혈지혈법 인정여부 및 추가산정방법	17
11	위장관에 Polypectomy 및 EMR 동시 시술후 발생한 출혈에 시행한 출혈지혈법 인정여부 및 추가산정방법	19
12	조혈모세포이식 영양급여대상 인정여부	21

지역심사평가위원회 심의사례 공개 (총 27개 항목)

- 2015.11.30.공개

연번	제 목	페이지
13	T11 및 T12 부위의 골절, 폐쇄성 상병에 시행한 자46나(2) 척추고정술[기기,기구사용고정 포함]-후방고정-흉추 인정여부	41
14	'기타 명시된 척추병증, 흉추부' 등 상병에 시행한 자49-1나 척추후궁절제술-흉추 및 자46나(2) 척추고정술[기기,기구사용고정 포함]-후방고정-흉추 인정여부	43
15	C5-6 척수병증 진단하에 보존적 치료 없이 조기 시행한 자46가(1)(다) 척추고정술-전방고정-경추-기타의 경우 및 자49가(1) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술 포함]-경추 인정여부	45
16	진료내역 및 영상자료 등 참조, 자49가(1) 관혈적 추간판제거술-경추 및 자46가(1)(다) 척추고정술-전방고정-경추 인정여부	46
17	진료내역 및 영상자료 등 참조, 자47 경피적 척추성형술 인정여부	47
18	진료내역 및 영상자료 등 참조, 적절한 보존적 치료 없이 시행한 자49가 관혈적 추간판제거술 등 인정여부	49
19	추간판탈출증 수술 후 발생한 추간판염(discitis) 부위에 시행한 자49가(3) 관혈적 추간판제거술-요추 및 자46가(3) 척추고정술-전방고정-요추 인정여부	51
20	진료기록 등 참조, 자472나 뇌척수액루수술-척추강내 인정여부	53
21	자514 망막열공냉동응고술과 자516-1 안구내삼관레이저광응고술 동시 실시 인정여부	54
22	콩다래끼 등 상병에 투여한 Levofloxacin 경구제(품명:레사신정) 인정여부	55
23	안과 수술 중 안구에 주입된 Vancomycin 주사제(품명:반코마이신주 등) 인정여부	56
24	기타 명시된 추체외로 및 운동장애 상병에 실시한 나252주 웨리틴-핵의학적 방법 인정여부	57
25	'상세불명의 천식' 부상병 하에 실시한 자4-1 하기도 증기흡입치료 인정여부	58
26	진료내역 참조, 경구 항생제와 동시 투여한 비경구 항생제 인정여부	61
27	진료내역 참조, 자4-1 하기도 증기흡입치료 인정여부	62
28	진료내역 참조, 자4-1 하기도 증기흡입치료 인정여부	64

연번	제 목	페이지
29	진료내역 참조, 상세불명의 천식 부상병으로 소아에게 투여한 덱사메타손주(성분명: dexamethasone sodium phosphate) 및 아미노필린주(성분명:aminophylline) 인정여부	66
30	진료내역 등 참조, 상세불명의 사지마비 등 상병에 시행한 사123 작업치료 인정여부	67
31	뇌손상 환자에게 장기간 시행한 사122 중추신경계발달재활치료 등 전문재활치료료 인정여부	69
32	다빈도 시행한 하부 요로생식기 및 성매개 감염 원인균검사인 나589-1(가) Multiplex Real-time PCR 및 나595-5(라) Multiplex PCR 인정여부	71
33	진료내역 참조, 자궁의 평활근종 상병에 투여한 249 이니시아정(성분명:올리프리스탈 아세테이트) 인정여부	73
34	선천성 근성사경 상병에 실시한 악안면교정수술 보험급여 인정여부	75
35	진료내역 참조, 자197가 파노라마촬영-일반 및 차23-1가 치석제거-1/3약당 인정여부	76
36	진료내역 및 검사결과지 참조, 스트레스요실금 상병에 시행한 자356가(2) 요실금수술 및 자362 방광류교정술 인정여부	80
37	양쪽 일차성 무릎관절증 등 상병에 'Dextrose(50%)(품명:50% 포도당주)'를 이용하여 시행한 마9 관절강내주사 인정여부	83
38	C-arm 투시가 필요한 신경차단술에 C-arm 자료를 제출하지 않은 경우 바25라 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술-선택적 신경근 등 인정여부	85
39	시술 부위 등 참조, 백반증 상병에 실시한 자13 피부레이저광선치료[1회당] 인정여부	86

<중앙심사조정위원회 심의사례>

요양급여비용 사후 심사 건

1. ST분절 상승 심근경색 환자에 시행한 Staged PCI 인정여부

■ 청구내역(남/46세)

- 청구 상병명: 상세불명 부위의 급성 심내막하 심근경색증, (울혈성) 심부전을 동반한 고혈압성 심장병, 상세불명의 고지질혈증

- 주요 청구내역

자656가 경피적관상동맥스텐트삽입술-단일혈관 (M6561)	1*1*1 ('15.8.24.)
다267 관상동맥조영[두 번째 혈관 촬영부터 양측 혈관인 경우] (HA670030)	1*1*1 ('15.8.24.)
PROMUS PREMIER STENT SYSTEM 전규격 (J5083401)	1*2*1 ('15.8.24.)
J-BALLOON CATHETER 전규격 (J4081028)	1*1*1 ('15.8.24.)
자656나 경피적관상동맥스텐트삽입술-추가혈관 (M6562)	1*1*1 ('15.8.26.)
PROMUS PREMIER STENT SYSTEM 전규격 (J5083401)	1*1*1 ('15.8.26.)
RESOLUTE INTEGRITY 전규격 (J5083206)	1*1*1 ('15.8.26.)
NIMBUS PTCA BALLOON CATHETER 전규격 (J4081158)	1*1*1 ('15.8.26.)

■ 심의내용

- 경피적 관상동맥 스텐트 삽입술은 인정기준(고시 제2015-137호, 2015.07.29. 시행)에 의거 '증상, 예후, 심장기능의 개선 또는 사망률의 감소와 같은 임상적 유용성이 있는 경우'에 시행함을 원칙으로 함.
 - 동 건은 내원일 휴식 도중 발생한 흉통으로 인해 상세불명 부위의 급성 심근경색증 상병으로 응급실 내원함. 이후 2회 (2015.08.24, 08.26.)의 관상동맥 스텐트 삽입술(staged PCI)을 시행한 건으로 이에 대한 의학적 타당성 및 인정여부에 대하여 논의함.
- 관련 교과서, 가이드라인 및 학회, 전문가들의 의견을 참고하여 staged PCI에 대해,
 - ST분절 상승 심근경색(STEMI) 환자의 경우는
 - 일반적으로 응급 관상동맥시술을 시행할 때에는 경색관련 혈관 이외의 중재시술은 오히려 환자의 예후에 좋지 않다고 알려져 있어,
 - 2013 ACC/AHA 심근경색증 가이드라인에서는 심근경색 유발 주 병변(culprit lesion)에 대해서 관상동맥재개통술을 우선 시행하도록 권고하고 있음. 학회 및 전문가에 따르면 primary PCI후에 나머지 병변(noninfarct related coronary artery)이 있는 혈관에 대해서는 유의한 협착(70%)이 있거나 또는 70% 미만이라도 심근허혈 증상이 있거나 비침습적 검사에서 심근허혈이 증명된 경우 staged PCI를 사례별로 인정가능하다는 의견임.
 - ST분절 상승 심근경색(STEMI) 이외에 staged PCI를 인정하는 경우는
 - Staged PCI를 실시 할 때에는 환자상태 및 혈관 상태를 고려하여 사례별로 인정하나, staged PCI를 시행한 구체적 사유(조영제가 다량 사용되어 renal failure등 합병증 발생이 높은 경우, 좌심실 구혈 감소, 복합병변[complex lesion], 시술에 대한 합병증 발생으로 관찰이 필요한 경우)를 진료기록부에 남기도록 함.

○ 따라서, 동 건은 진료내역 등을 참조하여 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

- 동 건(남/46세)은 2015.08.24. 관상동맥 조영술 시행 결과 2 vessel disease로, distal RCA (right coronary artery: 우관상동맥)의 완전폐색, proximal LAD(left anterior descending: 좌전하행동맥)의 80% 협착이 확인되어 dRCA에 스텐트 2개(4.0x28mm, 4.0x12mm, 총40mm)를 삽입하였고 non-culprit artery라고 판단한 pLAD에 대해서는 staged PCI로 2015.08.26. 스텐트(3.0x22mm, 3.0x12mm, 총 34mm)삽입술을 시행함.
- 제출된 영상자료 등 검토결과, 동 건에 시행한 staged PCI는 ST분절 상승 심근경색에서 culprit artery인 dRCA에 대해 PCI를 시행 후 혈역학적으로 안정적인 상태에서 경색관련혈관 이외의 혈관인 pLAD lesion에 유의한 협착(80%)이 있어 staged PCI를 시행한 것으로 타당하다고 판단됨. 따라서 경피적관상동맥 스텐트삽입술-단일혈관 「자656가」, 경피적관상동맥스텐트삽입술-추가혈관 「자656나」 및 치료재료대는 인정함.

※ STEMI : ST분절 상승 심근경색(ST segment Elevation Myocardial Infarction)

■ 참고

- 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙(보건복지부령 제207호, 일부개정 '13.9.13.)
- 건강보험요양급여비용 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 제1절
- 경피적 관상동맥 확장술시 치료재료 인정기준(보건복지부 고시 제2015-137호, '15.07.29.)
- Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine 10th Edition, 2015
- 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction
- 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization
- 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. European Heart Journal Advance Access published September 11, 2015

[2015.10.5. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

2. 작은 관상동맥질환(small vessel coronary artery disease)에 시행한 PCI 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(남/78세)

- 청구 상병명: 하벽의 급성 심내막하 심근경색증, 전벽의 급성 심내막하 심근경색증, 달리 분류되지 않은 흉막삼출액, 기타 급성 신부전, 만성 신장질환(5기), 합병증을 동반하지 않은 인슐린-비의존 당뇨병, 양성 고혈압, 파킨슨 병, 상세불명의 고지질혈증, 고칼륨혈증

- 주요 청구내역

자656가 경피적관상동맥스텐트삽입술-단일혈관 (M6561)	1*1*1 ('15.5.26.)
다267 관상동맥조영 [두 번째 혈관 촬영부터 양측 혈관인 경우] (HA670030)	1*1*1 ('15.5.26.)
XIENCE XPEDITION EVEROLIMUS ELUTING CORONARY STENT SYSTEM 전규격 (J5083240)	1*1*1 ('15.5.26.)
자656가 경피적관상동맥스텐트삽입술-단일혈관 (M6561)	1*1*1 ('15.6.01.)
PROMUS PREMIER STENT SYSTEM 전규격 (J5083401)	1*2*1 ('15.6.01.)

○ B사례(남/50세)

- 청구 상병명: 불안정 협심증, 합병증을 동반하지 않은 인슐린-비의존 당뇨병, 기타 명시된 만성 폐색성 폐질환, 상세불명의 고지질혈증, 관상동맥성형술 삽입물 및 이식편의 존재, 상세불명의 불안 장애, 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염, 상세불명의 가려움, 기타 및 상세불명의 요의 이상소견, 갑상선기능검사의 이상결과, 상세불명의 간질환

- 주요 청구내역

자656가 경피적관상동맥스텐트삽입술-단일혈관 (M6561)	1*1*1 ('15.8.04.)
다267 관상동맥조영 [두 번째 혈관 촬영부터 양측 혈관인 경우] (HA670030)	1*1*1 ('15.8.04.)
ORSIRO 전규격 (J5083094)	1*2*1 ('15.8.04.)
SEQUENT PLEASE 전규격 (J4080007)	1*1*1 ('15.8.04.)

■ 심의내용

- 경피적 관상동맥 스텐트 삽입술은 인정기준(고시 제2015-137호, 2015.07.29.시행)에 의거 '증상, 예후, 심장기능의 개선 또는 사망률의 감소와 같은 임상적 유용성이 있는 경우'에 시행함을 원칙으로 하며, 혈관의 직경이 2.5mm이상인 경우에 사용함을 원칙으로 하되, dissection이 심한 경우 등에는 2.5mm미만의 혈관에 대하여도 인정하고 있음. 또한, 경피적 관상동맥확장술시 사용하는 약물방출풍선카테터(SEQUENT PLEASE 등)는 인정기준 (고시 제2015-139호)에 의거 '스텐트내 재협착 병변(In-Stent Restenosis)이 있거나, 혈관직경 2.5 ± 0.25 mm의 작은 관상동맥 혈관질환(Small Vessel Disease)으로서 신생병변(De novo lesion)만 인정하고, 길이 10mm 이하 국소병변(focal lesion)은 제외' 하고 있음.

- 동 건(2사례)은 심근허혈이 증명되지 않은 작은 혈관(small vessel) 협착에 경피적 관상동맥 중재술 (Percutaneous Coronary Intervention, PCI) 및 경피적 관상동맥 확장술(Percutaneous Coronary Angioplasty, PTCA)을 시행한 건으로 이에 대한 의학적 타당성 및 인정여부에 대하여 논의함.

- 제출된 진료기록부 및 검사결과지 등을 참조하여 동 건의 small vessel coronary artery disease에 시행한 PCI는 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

▶ **A사례(남/78세)**

: 동 사례는 당뇨, 고혈압, 파킨슨병으로 내과 및 신경과 f/u중인 환자로 내원 1시간 전부터 호흡곤란이 있어 응급실 내원 후 2015.05.26. 시행한 관상동맥 조영술 시행 결과 mRCA 85% 협착으로 2.0x20mm balloon후 스텐트 1개(3.0x38mm)를 삽입하였음. 이후 2015.06.01. 2nd PCI로 LAD 100% 협착에 대해 1.25x15mm, 2.0x15mm balloon후 스텐트 2개(2.25x28mm, 2.5x32mm, 총 60mm)를 삽입한 건임.

: 영상 자료 등을 고려해볼 때 혈관 직경은 작지만 병변 원위부의 혈관이 길고(총 60mm) 좌심실에 혈류를 공급하는 영역(허혈 유발 범위)이 커서 유의한 허혈을 일으킨 병변으로 확인되어 LAD부위에 시행된 경피적 관상동맥 스텐트 삽입술은 적절한 것으로 판단되므로 사례로 인정하기로 함.

▶ **B사례(남/50세)**

: 동 사례는 2달 전부터 운동 시 흉통과 호흡곤란으로 외래진료 받던 중 운동부하검사에서 ST depression 및 심근 허혈소견을 보여 2015.08.04. 관상동맥 조영술 시행 결과 pLAD 80%, mLAD 80% 협착이 있어 각각 2.5 x 15mm balloon후 스텐트 2개(2.75x15mm, 3.0x18mm, 총33mm)를 삽입하였고, dLCX 80% 협착으로 2.5x15mm balloon후 약물방출 풍선카테터(DEB) 1개(2.5*17mm)를 삽입한 건임.

: 영상 자료 등을 고려해볼 때 circumflex lesion은 80%협착이 아닌 중증도(intermediate) 병변으로 객관적으로 유의한 허혈을 유발하는 혈관협착으로 판단하기 어려워 LCX부위에 시행한 약물방출 풍선카테터는 적절하지 않은 것으로 판단됨. 따라서 LCX병변에 시행한 약물 방출 풍선 카테터 1개는 인정하지 아니함.(불인정)

※ LAD: 좌전하행동맥(Left Anterior Descending Artery)

※ LCX: 좌회선동맥(Left Circumflex Artery)

※ RCA: 우관상동맥(Right Coronary Artery)

※ DEB: 약물방출 풍선카테터(Drug eluting balloon)

■ **참고**

- 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙(보건복지부령 제207호, 일부개정 '13.9.13.)
- 건강보험요양급여비용 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 제1절
- 경피적 관상동맥 확장술시 치료재료 인정기준(보건복지부 고시 제2015-137호, '15.07.29.)
- 경피적관상동맥 확장술시 사용하는 약물방출 풍선 카테터의 급여 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, '15.08.01.)
- Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine 10th Edition, 2015
- 2014 ESC/EACTS Guidelines onmyocardial revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). European Heart Journal August 29, 2014

[2015.10.5. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

3. 분지병변(bifurcation lesion)에 시행한 PCI(two stent technique) 인정여부

■ 청구내역 (여/60세)

- 청구 상병명: 상세불명의 혈관의 죽상경화성 심장병, 순수 고콜레스테롤혈증, 상세불명의 고혈압, 불안정 협심증, 상세불명의 흉통
- 주요 청구내역
 - 자656가 경피적관상동맥스텐트삽입술-단일혈관 (M6561) 1*1*1 ('15.6.24.)
 - 다267 관상동맥조영 [두 번째 혈관 촬영부터 양측 혈관인 경우] (HA670030) 1*1*1 ('15.6.24.)
 - BIOMATRIX FLEX BIOLIMUS A9 ELUTING CORONARY STENT SYSTEM 전규격 (J5083173) 1*1*1 ('15.6.24.)
 - RESOLUTE INTEGRITY 전규격 (J5083206) 1*1*1 ('15.6.24.)

■ 심의내용

- 경피적 관상동맥 스텐트 삽입술은 인정기준(고시 제2015-137호, 2015.07.29.시행)에 의거 '증상, 예후, 심장기능의 개선 또는 사망률의 감소와 같은 임상적 유용성이 있는 경우'에 시행함을 원칙으로 함.
 - 동 건은 분지병변(bifurcation lesion)에 two stent PCI(crushed stent technique)를 실시한 것으로 이에 대한 의학적 타당성 및 인정여부에 대하여 논의함.
- 관련 교과서, 가이드라인 및 학회, 전문가들의 의견에 따르면 분지병변(bifurcation lesion)의 경우 일반적으로 주 혈관에 스텐트를 거치하고 분지 혈관이 막히거나 협착이 심하면 kissing balloon을 통해 재개통을 시도하는 provisional stenting PCI를 우선하여 시행하고 있음.
- 또한 분지병변(bifurcation lesion)에는 provisional stenting PCI가 원칙이나 two stent technique이 필요한 경우가 있음.
 - Provisional stenting을 하다가 two stent를 하는 경우는
 - Kissing balloon 시술 후에도 가지 혈관의 혈류 개선이 이루어지지 않거나(TIMI flow grade 2 이하), 관류 영역 (territory)이 충분히 넓으며 심각한 협착(70% 이상)을 보일 경우,
 - Dissection(박리)등의 소견으로 향후 혈류장애 발생위험이 높은 경우에 사례별로 인정할 수 있음.
 - Intentional simultaneous two stent를 하는 경우는
 - 분지혈관이 2.5mm 이상으로 넓은 영역의 심근에 혈류공급을 하고 있는 경우에 가능하며 one stent technique으로 시술 할 경우에 분지혈관 폐색 위험이 높은 경우, 혈관의 해부학적인 특성상 side branch로의 wire re-crossing이 어려운 경우,
 - 급성관동맥증후군과 같은 응급상황에서 환자가 혈액학적으로 불안정하며 주혈관과 가지 혈관의 협착이 모두 심각할 경우 사례별로 인정할 수 있음.
- 따라서, 동 건은 진료내역 등을 참조하여 다음과 같이 결정함.
 - 동 건(여/60세)의 환자는 고혈압 이외 특이 병력 없는 환자로 내원 1개월 전부터 흉통이 있어오다 호전되지 않아 내원일 새벽 쥐어짜는 양상의 흉통으로 외래 경유하여 입원함. 2015.06.24. 관상동맥조영술 시행 결과 pLAD 및 mLAD에 90% 협착으로 3.0x34mm 스텐트를 삽입하였고, 첫 번째 대각선분지(first diagonal branch[D1])의 입구(ostium)에 80% 협착이 있어 2.5x12mm stent를 삽입하였음.

- 제출된 영상자료 참조결과 대각선분지(diagonal branch)가 critical한 병변이자 의미 있는 관류영역으로 사료되어 one stent technique을 이용하여 시술할 경우 분지혈관의 폐색 위험이 높은 경우로 판단됨. 따라서 동 건에서 시행한 two stent technique은 적절한 것으로 사료되어 경피적관상동맥스텐트삽입술-단일혈관 및 재료대는 인정함.

※ TIMI: Thrombolysis in Myocardial Infarction

※ LAD: 좌전하행동맥(Left Anterior Descending Artery)

■ 참고

- 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙(보건복지부령 제207호, 일부개정, '13.9.13.)
- 건강보험요양급여비용 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 제1절
- 경피적 관상동맥 확장술시 치료재료 인정기준(보건복지부 고시 제2015-137호, '15.07.29.)
- Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine 10th Edition, 2015
- Coronary Stenting, Matthew J., MD, Saunders, 2014
- Jens Flensted Lassen et al. Percutaneous coronary intervention for coronary bifurcation disease: consensus from the first 10 years of the European Bifurcation Club meetings. EuroIntervention 2014
- 2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions.

[2015.10.5. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

4. 진료내역 등 참조, 유방의 악성 신생물 상병에 선행화학요법에 대한 효과판정을 위해 실시한 PET-CT 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/47세)

- 청구 상병명: 상세불명의 유방의 악성 신생물, 왼쪽
- 주요 청구내역

다335가 F-18 FDG 양전자단층촬영-토르소	1*1*1 ('15.3.10.)
431 에프디지주사액(2-데옥시-2-플루오로-D-글루코스(18F)액)	1*10*1 ('15.3.10.)
다246가(5)(다)2 기본자기공명영상진단-흉부-유방-조영제주입전·후촬영판독	1*1*1 ('15.3.10.)
나942나 초음파검사-흉부-유방·액와부	1*1*1 ('15.3.10.)

○ B사례(여/62세)

- 청구 상병명: 상세불명의 유방의 악성 신생물, 왼쪽
- 주요 청구내역

다335가 F-18 FDG 양전자단층촬영-토르소	1*1*1 ('15.4.29.)
431 듀켄바이오 에프디지-10	10*1*1 ('15.4.29.)
다246가(5)(다)2 기본자기공명영상진단-흉부-유방-조영제주입전·후촬영판독	1*1*1 ('15.5.02.)
나942나 초음파검사-흉부-유방·액와부	1*1*1 ('15.5.06.)

■ 심의내용

- 보건복지부 고시 제2014-211호('14.12.1. 시행)에 의하면, 양전자단층촬영(F-18 FDG-PET)은 암질환(고형 종양)으로 치료 중 효과판정 시에는 '계획된 치료 과정의 반응을 평가하기 위하여 타 영상검사만으로는 결과가 확실하지 않은 경우 인정' 토록 되어 있음.
- 동 건들(2사례)은 유방의 악성 신생물 상병에 선행화학요법에 대한 효과판정을 위해 PET-CT를 시행한 사례들로, 상기 관련 고시내용 및 진료내역 등을 참조하여 각 사례에 대해서는 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

▶ A사례(여/47세)

: 동 건은 왼쪽 유방의 악성 신생물(stage IIIA, T2N2M0) 상병에 「AC('14.9/22, 10/13, 11/3, 11/28) → docetaxel('14.12/19, '15.1/9, 1/30, 2/23)」 선행화학요법 후 이에 대한 효과판정을 위해 '15.3.10. PET-CT를 시행한 사례임.('15.4.1. total mastectomy with axillary LN dissection, left)

진료내역 상, Breast MRI 시행하였으나 결과가 불충분하여 PET-CT(결과:Interval decreased but still remained hypermetabolic lesion in the upper center portion of left breast)를 시행하였다고 하나, 이미 '14.12.15.(항암제 투여 중)에 시행한 ① Breast MRI 상 "Decreased size of known malignant mass in left upper center(1.6cm→0.8cm)", ② Breast USG 상 "Decreased size of proven malignant mass in the left breast 1:00, Decreased size of FNA-proven metastatic lymph node at the left axillary area" 소견이었고,

또한, '15.3.10.(항암제 투여 후) PET-CT와 동시 시행한 ① Breast MRI 상 "No interval change of a 1.1cm known malignant mass in left upper center, left axilla lymph node는 크기가 작아져서 보이지 않음", ② Breast USG 상 "Increased size of known malignant mass in left 12:30, Disappeared known metastatic lymphadenopathy in left axilla" 소견으로 확인됨.

전반적인 진료내역 검토결과, '14.12.15. Breast MRI 및 Breast USG 상 "Decreased size" 등의 소견을 보인 상태에서 '15.3.10. 시행한 PET-CT는 관련 고시 상 '계획된 치료 과정의 반응을 평가하기 위하여 타 영상검사만으로는 결과가 확실하지 않은 경우'에 해당되지 않음.

따라서, 동 건의 경우 선행화학요법에 대한 효과판정을 위해 '15.3.10. 시행한 PET-CT는 인정하지 아니함.

▶ B사례(여/62세)

: 동 건은 왼쪽 유방의 악성 신생물(stage IIB, T2N1M0) 상병에 「AC('14.11/24, 12/15, '15.1/5, 2/2) → docetaxel('15.2/23, 3/16, 4/6, 4/27)」 선행화학요법 후 이에 대한 효과판정을 위해 '15.4.29. PET-CT를 시행한 사례임.('15.5.11. partial mastectomy with axillary LN dissection, left)

영상검사 결과, '15.2.17.(항암제 투여 중)에 시행한 Breast USG 상 "Proven malignancy in Lt. breast, with treatment responded" 소견이었고,

'15.4.29.(항암제 투여 후)에 PET-CT(결과:More than partial, less than near total tumor response of proven malignant tumor in the Lt breast outer portion and metastatic LN in the Lt axilla level 1)를 시행하였으며,

이후 '15.5.2. 시행한 Breast MRI 상 "Known malignancy at Lt breast with Lt axillary LN metastasis, showing response to neoadjuvant chemotherapy", '15.5.6. 시행한 Breast USG 상 "Proven malignancy in Lt breast, with response to chemotherapy" 소견으로 확인됨.

전반적인 진료내역 검토결과, '15.2.17. Breast USG 상 "with treatment responded" 등의 소견을 보인 상태에서 '15.4.29. 시행한 PET-CT는 관련 고시 상 '계획된 치료 과정의 반응을 평가하기 위하여 타 영상검사만으로는 결과가 확실하지 않은 경우'에 해당되지 않음.

따라서, 동 건의 경우 선행화학요법에 대한 효과판정을 위해 '15.4.29. 시행한 PET-CT는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 양전자단층촬영영상부산정기준(보건복지부 고시 제2014-211호, '14.12.1.)
- Current Surgical Therapy, 11th ed. 2014.
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Version 3. 2015.

[2015.10.8. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

5. 실신의 원인감별을 위해 약제(Isoproterenol) 투여 없이 시행한 자율신경계이상검사-기립경사테이블검사의 인정여부 및 수가산정방법

■ 청구내역

○ A사례(여/54세)

- 청구 상병명: 양성 발작성 현기증, 기립성 저혈압
- 주요 청구내역
나728가 자율신경계이상검사-기립경사테이블검사 (E7281) 1*1*1

○ B사례(남/76세)

- 청구 상병명: 상병명: 파킨슨 병, 기타 실신 및 허탈
- 주요 청구내역
나728가 자율신경계이상검사-기립경사테이블검사 (E7281) 1*1*1

■ 진료내역

○ A사례(여/54세)

- 주호소: 어지럼증
- 주요 검사결과: 2015.05.11. 자율신경계이상검사-기립경사테이블검사
- 검사진행 5분만에 종료 - 기립시 혈압반응: 정상 기립혈압
- 기립시 심박수반응: 정상

○ B사례(남/76세)

- 주호소: 반복되는 의식소실
- 주요 검사결과: 자율신경계이상검사-기립경사테이블검사
- 2014.06.20. 기립시 혈압반응: 비정상(양성)반응
- 2014.09.10. 기립시 혈압반응: 비정상(양성)반응
- 2015.03.17. 기립시 혈압반응: 비정상(양성)반응
- 2015.04.16. 기립시 혈압반응: 비정상(양성)반응
- 2015.05.14. 기립시 혈압반응: 정상 기립혈압 <현 청구분>
기립시 심박수반응: 30:15 ratio => 1.010

■ 심의내용

- ‘자율신경계이상검사-기립경사테이블검사’는 상대가치점수 행위정의, 교과서 및 관련문헌에 따르면, 실신의 원인을 감별하기 위해 시행하는 검사로 실시단계(30분간)별 반응을 확인하여 다음단계의 진행여부를 결정하고 단계에 따라서는 약제(Isoproterenol)를 투여하여 진행함.
- 동 검사의 양성반응(abnormal)은 경사테이블을 고정된 후 2분 간격으로 10분 이상 검사하였을 때, 혈압의 양성반응[Base line 기준 수축기혈압 $\geq 10\text{mmHg}$ 또는 이완기혈압 $\geq 10\text{mmHg}$ 감소되거나 수축기혈압 $<90\text{mmHg}$ 인 경우] 혹은 맥박의 양성반응[Base line 기준 심박수 20~25%(약 30회/분) 증가 또는 상승하지 못한 경우]이 확인된 경우임.
- 따라서, 동 건(2사례)은 전반적인 진료내역 등을 고려하여 다음과 같이 사례 결정하기로 함.

▶ A사례(여/54세)

: ‘양성 발작성 현기증’ 상병에 경사테이블 검사를 5분간 진행하고 음성(정상)이었으나 다음단계를 진행하지 않고 검사 종료한 건임. 진료기록부 및 검사결과지 등 참조, ‘기립경사테이블검사’의 적응증에 해당되지 않는 바, 동 건의 ‘나728가 자율신경계이상검사-기립경사테이블검사’는 요양급여 인정하지 아니함.

▶ B사례(남/76세)

: ‘파킨슨병’ 등의 상병에 실신이 반복되어 최근 1년간 5차례 동 검사를 시행한 것으로, 경사테이블 검사 결과를 심박수의 ‘30:15 ratio’로 표시하고 양성(abnormal)반응으로 판단하여 검사를 종료함. 제출된 진료기록부 및 검사결과지 등 참조, 동 건은 검사를 반복 시행해야하는 사유가 확인되지 않으며 기립경사테이블검사의 양성판단기준에 적합하지 아니한 바, ‘나728가 자율신경계이상검사-기립경사테이블검사’는 요양급여로 인정하지 아니함.

■ 참고

- 대한신경과학회, 신경학 NEUROLOGY, 군자출판사, 2007.
- Guidelines for the diagnosis and management of syncope. Eurogean Heart Journal (2009) 30, 2631-2671.
- Ki-Jong Park, et al. Guidelines for Autonomic Function Test. J Pain Auton Disord 2013;2:55-65.
- S.Q.Parry, et al. Head up tilt test in the diagnosis of neurocardiogenic syncope in childhood and adolescence. Neurology India. 2004 Jun;52(2):185-7.
- S.W.Parry, et al. Tilt table testing in the diagnosis of unexplained syncope. Q J Med 1999;92:623-629.

[2015.10.8. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

6. 근관치료 후 비우식성 치아결손 치경부 마모증에 실시한 차-6 즉일충전처치 인정여부

■ 청구내역(여/73세)

- 청구 상병명: 비가역적 치수염
- 주요 청구내역

[20120102] 차10 발수(1근관당) 1*1(#45)
[20120103] 차11 근관세척[1근관 1회당 1*1(#45)
[20120106] 차11 근관세척[1근관 1회당 1*1(#45)
[20120111] 차12나 가압근관충전(1근관당) 1*1(#45)
[20120116] 차15가 와동형성 [1치당]-1면) 1*1(#45)
[20120116] 차13가(1) 아말감 충전(1치당)-1면 1*1(#45)
[20120117] 차13-2 충전물연마 [1치당] 1*1(#45)
[20120120] 차6 즉일충전처치 [1치당] 1*1(#45)
[20120120] 차13나(1) 복합레진충전(글래스아이노머시멘트(II)충전포함)-1면 1*1 (#45)
[20120120] 차13-2 충전물연마 [1치당] 1*1(#45)

■ 진료내역

[20120116] 아말감충전(#45)
[20120117] 아말감 연마(#45)
[20120120] 글래스아이오노머 충전(치경부)(#45), 충전물 연마(#45)

■ 심의내용

- 건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수 제1편 제2부 제10장 제1절 ‘차-6 즉일충전처치’는 「주1. 초기우식증에 대하여 1일에 경조직처치(치수절단, 발수 등 제외)와 와동 형성을 완료하고 충전을 실시한 경우에 산정한다.」이었으나 ’12.7.1.부터 ‘초기우식증’이 삭제되어. 「주1. 1일에 경조직처치(치수절단, 발수 등 제외)와 와동 형성을 완료하고 충전을 실시한 경우에 산정한다.」로 고시가 변경 되었음.
- 교과서에 의하면 비우식성 치아 결손인 마모증은 치아와 외부의 물체 사이에 발생하는 직접적인 마모력이나 마모성 매개물이 있는 상태에서 접촉으로 치아 사이에 발생하는 마찰력에 의해 발생한 비정상적인 치아표면의 결손이며, 학회에서 제출된 행위정의에서 즉일충전처치는 수복물이 상실된 경우, 치질이 상실된 경우, 우식증으로 이환된 경우에 당일 와동형성을 완료하고 영구 충전물로 충전한 경우임.
- 이에 우식증, 마모증의 상병으로 당일에 충전처치를 완료한 경우 차-6 즉일충전처치 인정함.
그러나 동 사례는 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

- 동 건(여/73세)은 비가역적 치수염 상병으로 ’12.1.2.~ ’12.1.17.(6일간) 내원하여 근관치료를 완료하고 3일 뒤 비가역적 치수염 상병으로 즉일충전처치(복합레진충전)을 청구하였으나 와동형성으로 심사조정 되어 해당기관에서 마모증에 대한 상병이 누락되었다는 사유로 이의신청이 제기된 건임.
- 진료기록부 등 검토결과 동 건은 고시 제2012-66호(’12.7.1. 시행)시행 이전 진료분으로 ‘초기우식증’에 한하여 인정가능하므로 동건에 실시한 즉일충전처치는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수 제1편 제2부 제10장 치과 처치 및 수술료
- 대한치과보존학회, 치과보존학, 신흥인터넷서널, 2010.

[2015. 10. 16. 진료심사평가조정위원회(중앙심사조정위원회)]

7. 췌장암 환자에게 시행한 내시경 유두괄약근절개술 실패시 수가산정방법

■ 청구내역(여/76세)

- 청구 상병명: 췌장의 두부의 악성 신생물, 식도염을 동반한 위-식도역류병
- 주요 청구내역
자776가 역행성 담췌관 내시경 수술-유두괄약근절개술 (Q7761) 1*1*1

■ 심의내용

- 진료기록부('15.7.22.) 검토 결과 췌관에 guide wire를 삽입하고 담관의 개구부 방향으로 EST knife를 이용하여 septotomy를 종절개정도로 진행하였지만 담관에 선택적 삽관이 어려웠으며, 다음으로 ampullary roof에 needle knife를 이용한 infudibulotomy를 통한 삽관을 이차적으로 시도하였지만 양의 유두부 침윤으로 시술을 종료한 것으로 확인됨.
- 보건복지부 고시 제2015-25호('15.1.30. 시행) 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료의 [산정지침] (9)에 의하면, 수술은 개시하였으나 병상의 급변 등 부득이한 사유로 인하여 그 수술을 중도에 중단하여야 할 경우에는 '수술의 중단까지와 시술상태가 가장 비슷한 항목의 수술료를 산정' 하도록 되어 있음.
- 전문가 의견은 ERCP에서 시술 특성상 '시술 실패(선택적 삽관 및 예비절개술과 같은 rescue procedure)' 는 다른 시술에 비하여 빈도가 높아 이에 대한 수가 산정 기준이 필요하다는 의견임.
- 따라서, 동 건의 경우 내시경 유두괄약근절개술에 실패하여 예비절개술(Precut)까지 시행하였지만 최종적으로 삽관에 성공하지 못한 경우는 시술 실패로 전 과정을 수행하지 못한 것으로 보아, 시술 수기료는 자776가 역행성 담췌관 내시경 수술-유두괄약근절개술 소정점수의 50%를 인정하되, 이 때 사용한 치료재료대는 인정하기로 함.

■ 참고

- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 제1절
- 김정룡, 소화기계 질환, 제3판, 일조각, 2011.
- 대한췌담도학회, ERCP, 1판, 군자출판사, 2010.

[2015.10.21. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

8. 위장관 시술(EMR)로 인해 발생한 oozing에 시행한 출혈지혈법 인정여부 및 수가산정방법

■ 청구내역(남/59세)

- 청구 상병명: 위 부위의 양성 신생물
- 주요 청구내역
 - 자765나 내시경적 상부소화관종양수술-점막절제술 및 점막하종양절제술 1*1*1
 - 자762 내시경적 상부소화관출혈지혈법 [제2의수술] 1*1*1
 - 나761 상부소화관내시경검사 [내시경하 생검] 1*1*1
 - 생검 및 절제용 FORCEP (N0041002) 1*1*1

■ 진료내역

- 주요 시술결과: 2015.02. 위내시경적 점막절제술(EMR)
- Previous biopsy scar and raised mucosa on angel PW(posterior wall) aspect
 - indigocarmine spray후 6mm sized mucosal nodularity 확인함.
 - HTS injection 후 snare와 hot biopsy 이용하여 piecemeal로 EMR 진행함.
 - oozing 있어 EMR site ablation 시행 후 세 개의 clip이용하여 hemostasis 시행 후 더 이상 oozing 없음 확인 후 시술 종료함. (EMR Bx 1)
 - EMR site 직하방에 mucosal nodularity 관찰되어 bx 후 oozing 있어 clipping 시행함. (Bx1)

■ 심의내용

- 「자765나 내시경적 상부소화관종양수술-점막절제술 및 점막하종양절제술(EMR)」, 「자765다 내시경적 상부소화관종양수술-점막하박리절제술(ESD)」, 「자770가 결장경하폴립절제술」 및 「자770나 점막절제술 및 점막하종양절제술(EMR)」의 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 행위정의에 따르면, 각 시술 과정에서 발생한 출혈은 적절한 지혈이 필요하다고 제시되어 있음.
- 교과서, 관련학회 및 전문가에 의하면 시술[폴립절제술(Polypectomy), 점막절제술 및 점막하종양절제술(EMR), 점막하박리절제술(ESD)] 과정 중 상당수에서 출혈이 발생되나 시술자 및 병변의 위치 등에 따라 출혈의 빈도와 정도에 차이가 있을 수 있음.
- 따라서, 시술도중 발생한 출혈에 시행한 출혈지혈법은 원칙적으로 별도 인정하지 아니하나, 시술과정의 난이도 등을 고려하여 심한 섬유화·위분문부·상부위체부에 큰 병변 등으로 인한 다량의 출혈이 확인되거나 이차확인 내시경검사를 통해 활동성 출혈이 있는 경우 시행한 출혈지혈법은 사례별로 요양급여를 인정하기로 함.
- 동 건(남/59세)은 위 부위의 양성신생물 상병에 '자765나 내시경적 상부소화관종양수술-점막절제술 및 점막하종양절제술(EMR)' × 100%, '자762 내시경적 상부소화관출혈지혈법' × 50% 청구한 건임. 제출된 진료기록부, 수술기록지 및 영상자료 검토결과 내시경검사결과 위선종(angle posterior wall) 확인되어 EMR 시술하고 삼출성출혈(oozing)있어 출혈지혈을 시행한 것으로 확인됨에 따라 동 건에 산정된 내시경적 상부소화관출혈지혈법은 요양급여 인정하지 아니함.

■ 참고

- 대한소화기내시경학회 ESD연구회, 소화관종양 내시경치료술의 실제. 도서출판대한의학서적, 2009.
- 양석균 외, 대장내시경 진단 및 치료. 둘째판, 군자출판각, 2009.
- 대한소화기내시경학회, 치료 소화관 내시경 길잡이, 도서출판 의학문화사, 2004.
- 김현수, 대장내시경 시술 후 지연 출혈. 대한소화기내시경학회지 2007;72-6.

- 정진태, 폴립절제술 합병증에 대한 대책. 대한소화기내시경학회지 2014;113-6.
- Toshihiro N, et al. Second-look endoscopy after endoscopic submucosal dissection for gastric neoplasms. Digestive Endoscopy, 2015,27: 279-284.
- Mochizuki S1, et al. Scheduled second-look endoscopy is not recommended after endoscopic submucosal dissection for gastric neoplasms (the SAFE trial): a multicentre prospective randomised controlled non-inferiority trial. Gut. 2015 Mar;64(3):397-405.
- Choi CW1, et al. Clinical outcomes of second-look endoscopy after gastric endoscopic submucosal dissection: predictive factors with high risks of bleeding. Surg Endosc. 2014 Jul;28(7):2213-20.
- Ryu HY1, et al. Second-look endoscopy is not associated with better clinical outcomes after gastric endoscopic submucosal dissection: a prospective, randomized, clinical trial analyzed on an as-treated basis. Gastrointest Endosc. 2013 Aug;78(2):285-94.

[2015.10.21. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

9. 위장관 시술(EMR)시와 이차확인 내시경검사로 익일 발견된 의인성 혈관노출 등에 시행한 출혈지혈법 인정여부 및 수가산정방법

■ 청구내역(남/74세)

- 청구 상병명: 위 부위의 양성 신생물

- 주요 청구내역

[EMR 시술시]

765나 내시경적 상부소화관종양수술-점막절제술 및 점막하종양절제술	1*1*1
자762 내시경적 상부소화관출혈지혈법 [제2의수술(중병이상)]	1*1*1
SCLEROSING NEEDLE (J2301008)	1*1*1

[EMR 시술 익일]

자762 내시경적 상부소화관출혈지혈법	1*1*1
나761 상부소화관내시경검사 [내시경하 생검]	1*1*1
ARGON PROBE	1*1*2

■ 진료내역

- 주요 검사결과

· 2015.01.16. 시술시

[ENDOSCOPIC FINDING]

Stomach: There was single large polypoid mucosal lesion (about 35mm in diameter) with central depression at greater curvature and posterior wall of antrum. EMR was done. There noted multiple active bleeding and exposed vessel from resected ulcer base during EMR.

[THERAPEUTIC PROCEDURE]

EMR(endoscopic mucosal resection): with snare after saline injection was done. (with IT needle and Flex needle) Bipolar electrocautery was done. Hemoclipping (7 pieces) was done. Argon plasma coagulation was done. Cauter with coagulation was done. Cauter with coagropher was also done.

· 2015.01.17. 시술익일

[ENDOSCOPIC FINDING]

Stomach: There was large crated ulcer (diameter of 40* 40mm) with fresh even base at greater curvature and posterior wall of antrum. There noted multiple hemoclips on ulcer base. Also noted a few small exposed vessels and blood clots on ulcer base. So endoscopic hemostasis was done. Spray of lamina-G solution was also done.

[THERAPEUTIC PROCEDURE]

Bipolar electrocautery was done. Argon plasama coagulation was done.

■ 심의내용

- 「자765나 내시경적 상부소화관종양수술-점막절제술 및 점막하종양절제술(EMR)」, 「자765다 내시경적 상부소화관종양수술-점막하박리절제술(ESD)」, 「자770가 결장경하폴립절제술」 및 「자770나 점막절제술 및 점막하종양절제술(EMR)」의 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 행위정의에 따르면, 각 시술 과정에서 발생한 출혈은 적절한 지혈이 필요하다고 제시되어 있음.
- 교과서, 관련학회 및 전문가에 의하면 시술[폴립절제술(Polypectomy), 점막절제술 및 점막하종양절제술(EMR), 점막하박리절제술(ESD)] 과정 중 상당수에서 출혈이 발생되나 시술자 및 병변의 위치 등에 따라 출혈의 빈도와 정도에 차이가 있을 수 있음.

- 따라서, 시술도중 발생한 출혈에 시행한 출혈지혈법은 원칙적으로 별도 인정하지 아니하나, 시술과정의 난이도 등을 고려하여 심한 섬유화·위분문부·상부위체부에 큰 병변 등으로 인한 다량의 출혈이 확인되거나 이차확인 내시경 검사를 통해 활동성 출혈이 있는 경우 시행한 출혈지혈법은 사례별로 요양급여를 인정하기로 함.
- 동 건(남/74세)은 위 부위의 양성신생물 상병에 (2015.01.16.) '자765나 내시경적 상부소화관중양수술-점막절제술 및 점막하중양절제술(EMR)' × 100%, '자762 내시경적 상부소화관출혈지혈법' × 70%, (2015.01.17.) '자762 내시경적 상부소화관출혈지혈법' × 100%로 청구한 건임.
 제출된 진료기록부 및 수술기록지 검토결과 위전정부위의 병리조직검사상 위선종 확인되어 EMR 시술하고 다발의 활동성 출혈과 노출혈관있어 출혈지혈(Hemoclip 사용 등)을 시행함. 이후 시술 다음날 이차확인 내시경검사에서 시술로 인한 큰 분화구 모양의 궤양(diameter 40*40mm), 일부 작은혈관과 혈괴가 부착된 궤양에 전기소작과 APC이용하여 지혈한 것이 확인됨. 또한 영상자료 검토결과 위전정부의 용기된 병변에 대한 EMR로 시술관련 통상적인 출혈에 지혈을 실시한 것으로 보이며, 익일에는 활동성 출혈이 확인되지 않는 바 내시경적 상부소화관출혈지혈법과 재료대(ARGON PROBE)는 모두 요양급여 인정하지 아니함.

■ 참고

- 대한소화기내시경학회 ESD연구회, 소화관중양 내시경치료술의 실제. 도서출판대한의학서적, 2009.
- 양석균 외, 대장내시경 진단 및 치료. 둘째판, 군자출판각, 2009.
- 대한소화기내시경학회, 치료 소화관 내시경 길잡이, 도서출판 의학문화사, 2004.
- 김현수, 대장내시경 시술 후 지연 출혈. 대한소화기내시경학회지 2007;72-6.
- 정진태, 폴립절제술 합병증에 대한 대책. 대한소화기내시경학회지 2014;113-6.
- Toshihiro N, et al. Second-look endoscopy after endoscopic submucosal dissection for gastric neoplasms. Digestive Endoscopy, 2015,27: 279-284.
- Mochizuki S1, et al. Scheduled second-look endoscopy is not recommended after endoscopic submucosal dissection for gastric neoplasms (the SAFE trial): a multicentre prospective randomised controlled non-inferiority trial. Gut. 2015 Mar;64(3):397-405.
- Choi CW1, et al. Clinical outcomes of second-look endoscopy after gastric endoscopic submucosal dissection: predictive factors with high risks of bleeding. Surg Endosc. 2014 Jul;28(7):2213-20.
- Ryu HY1, et al. Second-look endoscopy is not associated with better clinical outcomes after gastric endoscopic submucosal dissection: a prospective, randomized, clinical trial analyzed on an as-treated basis. Gastrointest Endosc. 2013 Aug;78(2):285-94.

[2015.10.21. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

10. 위장관 시술(ESD)시와 이차확인 내시경검사로 익일 발견된 의인성 궤양 등에 시행한 출혈지혈법 인정여부 및 수가산정방법

■ 청구내역(여/64세)

- 청구 상병명: 위 부위의 양성 신생물

- 주요 청구내역

[ESD 시술시]

자765다 내시경적 상부소화관종양수술-점막하 박리절제술	1*1*1
자762 내시경적 상부소화관출혈지혈법 [제2의수술(중병이상)]	1*1*1
SCLEROSING-NEEDLE 전규격	1*1*1
CLEARCUT 0 KNIFE 전규격	1*1*1
CLEARCUT I KNIFE 전규격	1*1*1
ARGON PROBE	1*1*2

[ESD 시술익일]

자762 내시경적 상부소화관출혈지혈법 (Q7620)	1*1*1
------------------------------	-------

■ 진료내역

- 주요 검사결과

· 2015.01.08. 시술시

Bleeding control with APC/hemostatic forcep.

The specimen was collected by net snare.

Additional IT2/feex/hook/dual knife was needed d/t difficulty of approach and submucosal dhesion and huge mass size.

There was no acute complication during procedure.

Bleeding (+) 50cc

[DIAGNOSIS]

Stomach, low body, lesser curvature, endoscopic submucosal dissection

: Tubular adenoma, 2.0×0.8cm with no involvement of lateral and deep resection margins

· 2015.01.09. 시술익일

Stomach: post ESD ulcer with bleeding - APC ablation 시행

■ 심의내용

- 「자765나 내시경적 상부소화관종양수술-점막절제술 및 점막하종양절제술(EMR)」, 「자765다 내시경적 상부소화관종양수술-점막하박리절제술(ESD)」, 「자770가 결장경하폴립절제술」 및 「자770나 점막절제술 및 점막하종양절제술(EMR)」의 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 행위정의에 따르면, 각 시술 과정에서 발생한 출혈은 적절한 지혈이 필요하다고 제시되어 있음.
- 교과서, 관련학회 및 전문가에 의하면 시술[폴립절제술(Polypectomy), 점막절제술 및 점막하종양절제술(EMR), 점막하박리절제술(ESD)] 과정 중 상당수에서 출혈이 발생하나 시술자 및 병변의 위치 등에 따라 출혈의 빈도와 정도에 차이가 있을 수 있음.
- 따라서, 시술도중 발생한 출혈에 시행한 출혈지혈법은 원칙적으로 별도 인정하지 아니하나, 시술과정의 난이도 등을 고려하여 심한 섬유화·위분문부·상부위체부에 큰 병변 등으로 인한 다량의 출혈이 확인되거나 이차확인 내시경 검사를 통해 활동성 출혈이 있는 경우 시행한 출혈지혈법은 사례별로 요양급여를 인정하기로 함.

- 동 건(여/64세)은 위 부위의 양성신생물 상병으로 ('15.1.8.) '자765다 내시경적 상부소화관종양수술-점막하 박리절제술(ESD)' × 100%, '자762 내시경적 상부소화관출혈지혈법' × 70%, ('15.1.9.) '자762 내시경적 상부소화관출혈지혈법' × 100% 청구한 건임.

제출된 진료기록부, 수술기록지 및 영상자료 검토결과 병리조직검사상 위선종(Low Body/Lesser Curvature) 확인되어 ESD 시술하고 출혈있어 출혈지혈을 시행함. 이후 다음날 이차확인 내시경검사에서 발견된 ESD 궤양 출혈에 치료(ablation)한 것이 확인됨에 따라 익일에 산정한 출혈지혈법은 인정하나, 시술당일 산정한 출혈지혈법은 ESD 시술관련 통상적인 출혈에 지혈을 실시한 것으로 보이는 바, 내시경적 상부소화관출혈지혈법과 재료대(ARGON PROBE)는 요양급여 인정하지 아니함.

■ 참고

- 대한소화기내시경학회 ESD연구회, 소화관종양 내시경치료술의 실제. 도서출판대한의학서적, 2009.
- 양석균 외, 대장내시경 진단 및 치료. 둘째판, 군자출판각, 2009.
- 대한소화기내시경학회, 치료 소화관 내시경 길잡이, 도서출판 의학문화사, 2004.
- 김현수, 대장내시경 시술 후 지연 출혈. 대한소화기내시경학회지 2007;72-6.
- 정진태, 폴립절제술 합병증에 대한 대책. 대한소화기내시경학회지 2014;113-6.
- Toshihiro N, et al. Second-look endoscopy after endoscopic submucosal dissection for gastric neoplasms. Digestive Endoscopy, 2015,27: 279-284.
- Mochizuki S1, et al. Scheduled second-look endoscopy is not recommended after endoscopic submucosal dissection for gastric neoplasms (the SAFE trial): a multicentre prospective randomised controlled non-inferiority trial. Gut. 2015 Mar;64(3):397-405.
- Choi CW1, et al. Clinical outcomes of second-look endoscopy after gastric endoscopic submucosal dissection: predictive factors with high risks of bleeding. Surg Endosc. 2014 Jul;28(7):2213-20.
- Ryu HY1, et al. Second-look endoscopy is not associated with better clinical outcomes after gastric endoscopic submucosal dissection: a prospective, randomized, clinical trial analyzed on an as-treated basis. Gastrointest Endosc. 2013 Aug;78(2):285-94.

[2015.10.21. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

11. 위장관에 Polypectomy 및 EMR 동시 시술후 발생한 출혈에 시행한 출혈지혈법 인정여부 및 수가산정방법

■ 청구내역(남/64세)

- 청구 상병명: 상세불명의 결장의 양성 신생물

- 주요 청구내역

· Colon EMR 시술

자768 결장경하 출혈 지혈법 [제2의수술(중병이상)] 1*1*1

자770가 결장경하 종양 수술-폴립 절제술 1*1*1

자770나 결장경하 종양 수술-점막절제술 및 점막하종양절제술 [제2의수술(중병이상)] 1*1*1

자770가주 결장경하 종양 수술-폴립 절제술(1개 이상시 초과되는 폴립 1개당) 1*3*1

ARGON PROBE 1*1*1

절제용 SNARE 1*1*1

INJECTOR FORCE 전규격 1*1*1

■ 진료내역

- 주요 검사결과

· 2015.03. 시술시

Insertion upto terminal ileum, whole colon,

HF: about 15mm sized sessile polyp → EMR using strip-off biopsy technique(injection and snaring)

EMR 후 bleeding was controlled using APC

■ 심의내용

- 「자765나 내시경적 상부소화관종양수술-점막절제술 및 점막하종양절제술(EMR)」, 「자765다 내시경적 상부 소화관종양수술-점막하박리절제술(ESD)」, 「자770가 결장경하폴립절제술」 및 「자770나 점막절제술 및 점막하종양절제술(EMR)」의 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 행위정의에 따르면, 각 시술 과정에서 발생한 출혈은 적절한 지혈이 필요하다고 제시되어 있음.
- 교과서, 관련학회 및 전문가에 의하면 시술[폴립절제술(Polypectomy), 점막절제술 및 점막하종양절제술(EMR), 점막하박리절제술(ESD)] 과정 중 상당수에서 출혈이 발생되나 시술자 및 병변의 위치 등에 따라 출혈의 빈도와 정도에 차이가 있을 수 있음.
- 따라서, 시술도중 발생된 출혈에 시행한 출혈지혈법은 원칙적으로 별도 인정하지 아니하나, 시술과정의 난이도 등을 고려하여 심한 섬유화·위분문부·상부위체부에 큰 병변 등으로 인한 다량의 출혈이 확인되거나 이차확인 내시경 검사를 통해 활동성 출혈이 있는 경우 시행한 출혈지혈법은 사례별로 요양급여를 인정하기로 함.
- 동 건(남/64세)은 결장의 양성신생물 상병으로 ‘자770가 결장경하폴립절제술’ × 160%, ‘자770나 점막절제술 및 점막하종양절제술(EMR)’ × 70%, ‘자768 결장경하출혈지혈법’ × 70% 청구한 건임.
제출된 진료기록부, 수술기록지 검토결과 내시경상 다발성 결장의 용종, 병리조직검사 결장용종의 선종이 확인되어 폴립절제술 (S상결장 5mm/4mm, AV 20cm 10mm, IC valve 7mm)와 EMR(HF 15mm) 시술하고 출혈있어 지혈한 것이 확인되었으나, 출혈에 대한 구체적 언급이 없어 동 건에 실시한 결장경하출혈지혈법과 재료대(ARGON PROBE)는 요양급여 인정하지 아니함.

■ 참고

- 대한소화기내시경학회 ESD연구회, 소화관중양 내시경치료술의 실제. 도서출판대한의학서적, 2009.
- 양석균 외, 대장내시경 진단 및 치료. 둘째판, 군자출판각, 2009.
- 대한소화기내시경학회, 치료 소화관 내시경 길잡이, 도서출판 의학문화사, 2004.
- 김현수, 대장내시경 시술 후 지연 출혈. 대한소화기내시경학회지 2007;72-6.
- 정진태, 폴립절제술 합병증에 대한 대책. 대한소화기내시경학회지 2014;113-6.
- Toshihiro N, et al. Second-look endoscopy after endoscopic submucosal dissection for gastric neoplasms. Digestive Endoscopy, 2015,27: 279-284.
- Mochizuki S1, et al. Scheduled second-look endoscopy is not recommended after endoscopic submucosal dissection for gastric neoplasms (the SAFE trial): a multicentre prospective randomised controlled non-inferiority trial. Gut. 2015 Mar;64(3):397-405.
- Choi CW1, et al. Clinical outcomes of second-look endoscopy after gastric endoscopic submucosal dissection: predictive factors with high risks of bleeding. Surg Endosc. 2014 Jul;28(7):2213-20.
- Ryu HY1, et al. Second-look endoscopy is not associated with better clinical outcomes after gastric endoscopic submucosal dissection: a prospective, randomized, clinical trial analyzed on an as-treated basis. Gastrointest Endosc. 2013 Aug;78(2):285-94.

[2015.10.21. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

요양급여대상 사전심의건

2015. 10월 조혈모세포이식분과위원회 심의사례 공개

조혈모세포이식은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부고시 제2015-44호)에 따라 요양급여 대상 여부를 통보해주는 조혈모세포이식 사전심의제도를 실시하고 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 부담토록하고, 그 외의 기간에 이루어지는 진료비(면역억제제 투여, 검사와 합병증 및 후유증 치료비 등)에 대하여는 요양급여로 인정하고 있습니다.

(보건복지부 고시 제2014-196호)

구분	계	동종	자가	제대월
총 접수건	262	142	115	5
처리결과	인정	182	98	3
	불인정	79	44	2
	불가	1	-	-

* 신청기관 : 32개 요양기관

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
동종	총142건	인정: 98건	급성골수성백혈병 : 43건	(ㄱ) PML/RARA 양성인 AML-M3을 제외한 1차 혈액학적 완전 관해된 경우 (ㄴ) 재발된 급성골수성백혈병에서 2차 혈액학적 완전관해된 경우 다만, PML/RARA 양성인 AML-M3은 사례별로 인정함 따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			급성림프모구백혈병 : 19건	골수 검사 결과 아세포(blast)의 비율이 5% 이하이고 말초 혈액검사 결과 정상 범위인 완전 관해 된 때. 다만, 15세 미만의 소아에서 1차 완전관해 된 경우에는 혈액종양내과II 분과위원회(조혈모세포이식) 심의사례를 토대로 고위험군에 한함. 따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			중증재생불량성빈혈 : 8건	<p>골수검사결과 세포총실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25%이하이거나 25~50%이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여 대상임.</p> <p>(ㄱ) 절대호중구 수(ANC)가 500/μ 이하 (ㄴ) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 (ㄷ) 혈소판 20,000/μ 이하</p> <p>또한, 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정함.</p> <p>따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			골수이형성증후군 : 17건	<p>혈액종양내과분과위원회(조혈모세포이식) 심의사례를 토대로 Donor type, 나이, IPSS score, 수혈력, CBC 등 참고하여 이식의 적응증에 해당되는 바 요양급여대상자로 인정함.</p>
			악성림프종 : 4건	<p>자가조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상의 치료반응을 보이는 경우로 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			만성골수성백혈병 : 2건	<p>다음 각 호에 해당하는 가속기 또는 급성 발증의 소견이 아닌 만성기인 때</p> <p>(ㄱ) 빈혈정도가 심해짐 (ㄴ) Cytogenic clonal evolution (ㄷ) Blood or marrow blast 15~30% (ㄹ) Blood or marrow promyelocyte 30%이상 (ㄺ) Blood or marrow basophil 20%이상 (ㄻ) 혈소판 100,000/μ이하에 해당하는 가속기 또는 급성 발증의 소견이 아닌 만성기인 때</p> <p>따라서 동 건들은 고시 기준 적합여부, TKI 제제에 대한 치료 반응 등을 검토하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			모구형질세포양 수지상세포종양 (BPDCN) : 1건	<p>모구형질세포양수지상세포종양(BPDCN)으로 진단되어 1차 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출된 자료를 검토한 결과 완전관해로 확인되는 바 요양급여대상자로 인정함.</p>
			다발성골수종 : 2건	<p><2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식 (tandem transplantation)>에서 “다발성골수종은 1차는</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식에서 다음 각 호 1에 해당하는 경우 영양급여대상자로 인정함. (ㄱ) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR 이상의 반응에 도달하지 않은 경우 : 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종)을 원칙으로 하되, 동 기간을 초과하게 될 경우 사유서를 참조하여 사례별로 결정함. (ㄴ) 1차 이식으로 진행성의 (progressive) 소견을 보이는 경우 : 2차 이식으로 동종 조혈모세포이식 시행을 원칙으로 하여 사유서를 참조하여 사례별로 결정함. (ㄷ) 1차 이식으로 VGPR(very good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우 : 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 원칙으로 하여 사유서를 참조하여 사례별로 결정함”으로 되어 있음.</p> <p>또한, 다발성골수종은 “다음의 조건에 모두 부합되어야 함. (ㄱ) ECOG 0-1, (ㄴ) 부분관해 이상의 치료반응을 보인 경우, (ㄷ) 만성신부전이 아닌 경우”로 되어 있음.</p> <p>따라서 동 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
			연소기골수단핵구성백혈병: 1건	<p>WHO에서 제시한 연소기골수단구성백혈병의 진단기준을 만족하는 경우</p> <p>따라서 동 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
			혈구포식림프조직구증 : 1건	<p>The Histiocyte society에서 제시한 진단기준(2004년 제정)을 만족하는 혈구포식림프조직구증 환자 중 가족성(유전적) 또는 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 확인된 경우</p> <p>다만, 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증 중에서 호전된 경우는 사례별로 인정함.</p> <p>따라서 동 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
		불인정 : 44건	급성골수성백혈병 : 12건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조 (영양급여대상자기준) 별표 2-가-(1)에 의하면 급성골수성백혈병은 “(ㄱ)PML/RARA 양성인 AML-M3을 제외한 1차 혈액학적 완전 관해된 경우 (ㄴ)재발된 급성골수성백혈병에서 2차 혈액학적 완전관해된 경우 다만, PML/RARA 양성인 AML-M3은 사례별로 인정함”으로 되어 있음. 따라서 급성골수성백혈병으로 동종 조혈모세포이식 예정인 동 건들은 골수검사 및 말초혈액검사</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>결과 완전관해가 확인되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 (ㄱ) 1 locus 불일치까지 인정한다. (ㄴ) 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수이형성증후군과 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 공여자가 일치하지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>골수이형성증후군 : 5건</p>	<p>동 건은 급성골수성백혈병으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함</p>
				<p>골수이형성증후군으로 진단되어 동종조혈모세포이식 예정인 동 건들은 혈액종양내과II분과위원회(조혈모세포이식) 심의 사례를 토대로 제출된 자료 및 검사결과(나이, IPSS score, 수혈력, CBC 등)를 참조할 때 현재 상황이 반드시 이식이 필요하다고 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가-(1)에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만 65세 미만이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건들은 연령 초과되어 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-다에 의하면 “조혈모세포 2차 이식 - 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다.”고 명시되어 있음. 따라서 골수 이형성증후군으로 진단되어 1차 동종조혈모세포이식 후 graft failure로 2차 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>급성림프모구백혈병 : 8건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-(3)에 의하면 급성림프모구백혈병은 “골수검사결과 아세포(blast)의 비율이 5% 이하이고 말초혈액 검사 결과 정상 범위인 완전관해 된 때” 영양급여 대상이나, 급성림프모구 백혈병으로 진단되어 동종조혈모세포이식 예정인 동 건들은 골수검사결과 완전관해가 확인되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양 급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈 모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 (ㄱ) 1 locus 불일치까지 인정한다. (ㄴ) 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수이형성증후군과</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>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 급성림프모구백혈병으로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정이나 조직형 검사결과가 일치하지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>동 건들은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>동 건은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 1차 동종조혈모세포이식 후 graft failure로 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>악성림프종 : 4건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2008-150호, 2008.12.1) 제4조(요양급여대상자기준)별표 2-가-(7)에 의하면 악성림프종은 “자가조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상의 치료 반응을 보이는 경우” 요양급여 대상이나 동 건들은 비호지킨림프종으로 진단받고 1차 동종조혈모세포이식이 신청되어 고시 기준에 적합하지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>동 건은 비호지킨림프종으로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>중증재생불량성빈혈 : 6건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(영양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 (ㄱ) 1 locus 불일치까지 인정한다. (ㄴ) 2~4 loci 불일치(haplodiental)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수이형성 증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다. (2) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다. 2) 제대혈이식 - HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개(locus 혹은 allele) 불일치(4/6)까지 인정한다.”고 명시되어 있음. 동 건들은 중증재생불량성빈혈으로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정이나 조직형 검사결과가 일치하지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>aggressive NK-cell leukemia : 1건</p>	<p>동 건들은 중증재생불량성빈혈로 진단되어 1차 반일치 동종 조혈모세포이식 예정이나 말초혈액검사결과 Very severe Aplastic anemia에 해당되지 않고 최근 골수검사결과가 제출되지 않아 세포총실도를 확인할 수 없는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>동 건은 Aggressive NK-cell Leukemia로 진단되어 1차 동종 조혈모세포이식 예정이나 제출된 골수검사결과 'hypercellular marrow with infiltration of abnormal lymphoid cells', PET 검사결과 병의 진행상태로 확인되어 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>	

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			myeloid sarcoma : 1건	동 건은 myeloid sarcoma로 진단되어 1차 동종조혈모세포 이식 예정이나 제출된 L-spine MRI, abd.CT 검사결과 완전관해 확인되지 않은바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준) 별표 2-가-(6)에 의하면 다발성골수종은 “다음의 조건에 모두 부합되어야 함. (ㄱ) ECOG Scale 0-1, (ㄴ) 부분관해 이상의 치료반응을 보인 경우 (부분관해란 M 단백이 치료 전보다 50% 이상 감소되는 것을 의미함) (ㄷ) 만성신부전이 아닌 경우”로 되어 있음. 따라서 다발성골수종으로 진단되어 1차 자가 조혈모세포이식을 시행하였으나 재발하여 2차 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 부분반응 이상의 치료반응이 확인되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			다발성골수종 : 3건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2014-196호, 2014.12.1) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>에서 “다발성골수종은 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식에서 다음 각 호 1에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정함. (ㄱ) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(very good Partial Response, M단백이 치료 전보다 90%이상 감소되는 것을 의미) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우 : 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종)을 원칙으로 하되, 동 기간을 초과하게 될 경우 사유서를 참조하여 사례별로 결정함. (ㄴ) 1차 이식으로 진행성의 (progressive) 소견을 보이는 경우 : 2차 이식으로 동종 조혈모세포이식 시행을 원칙으로 하여 사유서를 참조하여 사례별로 결정함. (ㄷ) 1차 이식으로 VGPR(very good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우 : 경과관찰에서 진행성 (progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 원칙으로 하여 사유서를 참조하여 사례별로 결정함”으로 되어 있음. 동 건들은 다발성골수종으로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식을 시행하여 VGPR이상의 반응에 도달하였고 진행성 소견을 보이지 않으나 2차 동종조혈모세포이식 예정으로 고시 기준에 적합하지 않은바 환자 측의 요청에

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			신경모세포종 : 1건	동 건은 신경모세포종으로 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.
			유방육종 : 1건	동 건은 유방육종으로 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.
			beta-thalassemia : 1건	동 건은 beta-Thalassemia로 진단되어 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 제출된 제대혈 검색결과 총유핵세포수 또는 CD34+양성세포수가 제대혈조혈모세포이식에 적합하나 DR allele 검사를 시행하지 않아 검색된 제대혈에 대한 이식 적합여부를 우선적으로 고려하지 않았으며, 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.
			만성골수성백혈병 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-(3)에 의하면 만성골수성백혈병은 “(ㄱ)빈혈정도가 심해짐 (L)Cytogenic clonal evolution (ㄷ)Blood or marrow blast 15~30% (ㄹ)Blood or marrow promyelocyte 30%이상 (ㄴ)Blood or marrow basophil 20%이상 (ㄷ) 혈소판 100,000/μl이하에 해당하는 가속기 또는 급성 발증의 소견이 아닌 만성기인 때” 요양급여 대상이나 동 건은 제출된 골수검사결과 'insufficient for proper interpretation' 소견으로 만성기인 때로 확인되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
제대혈	총: 5건	인정 : 3건	급성골수성백혈병 : 2건	(ㄱ) PML/RARA 양성인 AML-M3을 제외한 1차 혈액학적 완전 관해된 경우 (ㄴ) 재발된 급성골수성백혈병에서 2차 혈액학적 완전관해된 경우 다만, PML/RARA 양성인 AML-M3은 사례별로 인정함 따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			급성림프모구백혈병 : 1건	골수 검사 결과 아세포(blast)의 비율이 5% 이하이고 말초 혈액검사 결과 정상 범위인 완전 관해 된 때. 다만, 15세 미만의 소아에서 1차 완전관해 된 경우에는 혈액종양내과분과 위원회(조혈모세포이식) 심의사례를 토대로 고위험군에 한함. 따라서 동 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함
		불인정: 2건	급성골수성백혈병 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-(1)에 의하면 급성골수성백혈병은 “(ㄱ)PML/RARA 양성인 AML-M3을 제외한 1차 혈액학적 완전관해된 경우 (ㄴ)재발된 급성골수성백혈병에서 2차 혈액학적 완전관해된 경우 다만, PML/RARA 양성인 AML-M3은 사례별로 인정함”으로 되어 있음. 따라서 급성골수성백혈병 진단되어 제대혈 조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출된 골수검사 및 말초 혈액검사결과 완전관해가 확인되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			호지킨림프종 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표 2-가-(7)에 의하면 악성림프종은“자가조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상의 치료 반응을 보이는 경우” 요양급여 대상임. 동 건은 호지킨림프종으로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 시행하였으나 재발되어 2차 제대혈조혈모세포이식 예정으로 제출된 neck CT 결과 부분반응이상의 치료반응이 확인되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
자가	총: 115건	인정: 79건	<p>다발성골수종 : 29건</p>	<p>다발성골수종의 진단 기준에 맞고 이식 적응증에 적합한 경우 요양급여 대상자로 인정함.</p> <p><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.</p> <p>(ㄱ) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면 서 VGPR(very good Partial Response, M단백이 치료 전 보다 90%이상 감소되는 것을 의미) 이상의 반응에 도달 하지 않은 경우 : 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종)을 원칙으로 하되, 동 기간을 초과하게 될 경우 사유서를 참조하여 사례별로 결정함.</p> <p>(ㄴ) 1차 이식으로 진행성의(progressive) 소견을 보이는 경우 : 2차 이식으로 동종 조혈모세포이식 시행을 원칙으로 하여 사유서를 참조하여 사례별로 결정함.</p> <p>(ㄷ) 1차 이식으로 VGPR(very good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우 : 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함을 원칙으로 하여 사유서를 참조하여 사례별로 결정함</p> <p>따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			<p>비호지킨림프종 : 34건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표2- 나-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 다음 각 호의 1에 해당하는 1차 항암화학요법에 반응이 있는 고위험군 또는 재발 후 구제항암화학요법에 부분 반응(종양의 크기가 전체적 으로 50% 이상 감소하고 2차적 병변의 악화가 없고 새로운 병변의 출현이 없는 상태가 4주 이상 지속되는 경우)이 있는 표준위험군의 경우 요양급여 대상임.</p> <p>(ㄱ) LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor Stage가 III 또는 IV인 경우</p> <p>(ㄴ) High grade subtype 상병인 경우</p> <p>(ㄷ) 표준항암화학요법에 반응을 보이지 않는 refractory case 중 salvage chemotherapy에 부분반응 이상을 보이는 경우</p> <p>따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			급성골수성백혈병 : 6건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표2-나-(2)에 의하면 급성골수성 백혈병은 골수 검사 결과 아세포(blast)의 비율이 5%이하이고 말초혈액검사 결과 정상 범위인 완전 관해 된 때 영양급여 대상임.</p> <p>따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 영양급여 대상자로 인정함.</p>
			자가면역질환 (Adult onset still's disease) : 1건	<p>자가면역질환에 자가조혈모세포이식 시 영양급여대상 여부(보건복지부 보험급여과 4230호, 2005.9.30)에 “자가면역질환 중 일부 질환은 임상성적이 충분하지 않으므로 질환별 임상성적 등을 고려하여 아래 일부 자가면역질환에만 제한적으로 영양급여대상으로 인정하되, 조혈모세포이식분과위원회에서 사례별로 자가조혈모세포이식의 인정여부를 결정토록 함. 이 경우 조혈모세포이식센터 소속 병원의 류마티스분과 전문의[부교수 이상] 소견서가 첨부되어야 함. 가. 대상질환은 Multiple sclerosis(다발성경화증), Systemic sclerosis(전신피부경화증), Rheumatoid arthritis(류마티스관절염), Systemic lupus erythematosus(전신홍반루푸스), 나.대상자 조건은 표준요법에 실패하여 생명이나 주요장기 기능이 위협될 정도의 중증 상태”로 되어있음.</p> <p>따라서 동 건은 류마티스 전문의 소견서가 있고, 고시에 준하여 Rheumatoid arthritis 계열의 질환에 해당되며 제출된 자료 및 검사결과를 참조할 때 환자의 현재 상황이 반드시 이식이 필요하다고 판단되어 영양급여대상자로 인정함.</p>
			수모세포종 ^① (Medulloblastoma) : 3건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2014-196호, 2014.12.1.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT), (나)다발성골수종 인정기준에 적합한 경우 영양급여 대상임.</p> <p>또한, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제2015-44호, 2015.4.1) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표) 2-나-(10)에 소아뇌종양은 “(ㄱ) 수모세포종(Medulloblastoma): 수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 다음 각 호의 1에 해당하는 경우 ① 진단 시 3세 이하 ② 수술 후 잔여 종괴가 1.5㎤ 이상인 경우 ③ 두 개강내 전이가 있는 경우</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				④ 재발 후 추가 방사선치료가 불가능한 때” 로 되어 있음. 따라서 동 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.
			AL Amyloidosis : 1건	AL type 유전분증(light chain 유전분증)은 자가조혈모세포 이식이 효과적이라는 연구 자료들이 보고되고 있으므로 AL type의 유전분증을 확진 받은 경우 사례별로 자가조혈모세포 이식을 인정함. 동 건은 제출한 진료기록부를 검토한 결과 AL type 유전분증으로 확인되는 바 요양급여 대상자로 인정함
			Germ cell tumor : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-(8)에 Germ cell tumor는 “재발 후 구제항암화학요법에 부분 반응 이상인 경우 또는 표준 항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 요양급여 대상으로 되어있음. 따라서 동 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.
			신경모세포종① : 3건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2014-196호, 2014.12.1.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT), (나)다발성골수종 인정 기준에 적합한 경우 요양급여 대상임. 또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표2-나-(6)에 의하여 신경모세포종은 다음 각 호의 1에 해당하는 경우로 (ㄱ) 1세 이상이면서 수술 또는 항암제 등으로 부분반응이상을 보이는 Stage IV 또는 완전절제가 불가능한 Stage III의 종양일 때 (ㄴ) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 때 요양급여 대상임. 따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.
			원시성신경외배엽종양① (PNET): 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2014-196호, 2014.12.1.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>및 조혈모세포이식(tandem transplantation)은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT), (나)다발성골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여 대상임.</p> <p>또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제2015-44호, 2015.4.1) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표) 2-나-(10)에 소아뇌종양은 “(ㄱ) 원시성신경외배엽종양(PNET): 수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 다음 각호의 1에 해당하는 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 진단 시 3세 이하 ② 수술 후 잔여 종괴가 1.5㎤ 이상인 경우 ③ 두 개강내 전이가 있는 경우 ④ 재발 후 추가 방사선치료가 불가능한 때” 로 되어 있음. <p>따라서 동 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
		1차 인정 2차 불인정 : 2건	비정형기형/황문근종양① (AT/RT) : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2014-196호, 2014.12.1.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT), (나)다발성골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여 대상임.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-(10)-(ㄴ) 비정형기형/황문근종양(AT/RT)은 “수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상을 보이는 경우” 요양급여 대상이나,</p> <p>최근 2~3년간의 문헌을 종합한 결과 이식의 성적을 높이기 위하여 tandem이식의 경우에도 1차이식후의 반응평가에 따라 2차이식의 인정여부를 달리하고자 하는 바 동 건은 AT/RT 진단되어 수술과 항암화학요법 후 부분반응이상이 확인되어 1차 자가이식에 한하여 요양급여 대상자로 인정하며 2차 자가이식은 추후 1차 이식의 결과에 따라 인정여부를 결정하기로 함.</p>
			Choriocarcinoma① : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-(8)에 의하면 Germ Cell Tumor는 “재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 요양급여 대상자로 인정함. 그러나 보건</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>복지부 고시 제2014-196호(2014.12.1.)에 의하면 "2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 자가 조혈모세포이식(Tandem Transplantation)은 (가) 신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT), (나) 다발성골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여토록 되어있음.</p> <p>따라서 동 건은 Germ Cell Tumor 고시 기준에 적합하나 Tandem Transplantation 고시 기준에 적합하지 아니한바 1차 자가조혈모세포이식만을 요양급여 대상으로 인정함.</p>
		<p>불인정: 33건</p>	<p>비호지킨림프종 : 16건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제2015-44호,2015.4.1) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표) 2-나-(1)-(가)에 비호지킨림프종은 “다음 각 호의 1에 해당하는 1차 항암요법에 반응이 있는 고위형군 또는 재발 후 구제 항암화학요법에 부분반응(종양의 크기가 전체적으로 50% 이상 감소하고 2차적 병변의 악화가 없고 새로운 병변의 출현이 없는 상태가 4주 이상 지속되는 경우)이 있는 표준위험군의 경우 (ㄱ)LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III또는 IV인 경우 (ㄴ)high grade subtype상병인 경우 (ㄷ)표준항암 화학요법에 반응을 보이지 않는 refractory case중 salvage chemotherapy에 부분반응 이상을 보이는 경우”로 되어있음.</p>
				<p>동 건들은 비호지킨림프종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 추적 검사결과 부분반응 확인 되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>동 건은 제출된 골수검사결과 골수침범 소견으로 이식에 적합한 골수상태로 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>비호지킨림프종(Extranodal NK/T-cell Lymphoma, Stage I) 진단받고 자가조혈모세포이식 예정인 동 건은 항암화학요법 후 추적 검사결과 완전반응으로 판단되어 현재 상황이 반드시 이식이 필요하다고 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>동 건은 비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)으로 진단</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>되어 자가조혈모세포이식 예정이나 항암화학요법 후 영상 검사 결과 완전반응이 명확하지 않아 현재 조혈모세포이식이 반드시 필요한 상황으로보기 곤란한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>동 건은 비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma), stage II로 진단받아 고위험군 소견에 해당되지 않는 바 환자 측의 요청에 따라 진료담당의사의 의학적인 판단에 의해 자가 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>동 건은 비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma) 진단 시 LDH가 정상보다 낮아 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>비호지킨림프종(Plasmablastic lymphoma, Stage I) 진단받고 자가조혈모세포이식 예정인 동 건은 항암화학요법 후 추적 검사결과 부분반응 상태로 현재 조혈모세포이식이 반드시 필요한 상황으로 판단키 곤란하므로 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>동 건은 관련자료(골수검사결과, 영상검사결과 등)가 충분히 제출되지 않아 조혈모세포이식 인정여부를 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1) 제4조(요양급여대상자기준)(별표) 1-가-(1)에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만 65세 미만이어야 한다.”로 되어 있음. 동 건은 이식예정 시 연령초과 되었으나 환자 측의 요청에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>다발성골수종 : 2건</p>	<p>다발성골수종 상병으로 자가조혈모세포이식 예정인 동 건들은 제출된 검사결과를 참조할 때 조혈모세포이식이 반드시 요구 되는 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.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			호지킨림프종 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표) 2-나-(1)-(나)에 의하면 호지킨림프종은 (ㄱ) 표준항암화학요법 후 완전관해에 도달하지 않는 경우 (ㄴ) 재발 후 구제항암화학요법에 부분 반응이상인 경우 요양급여 대상임. 동 건은 호지킨림프종으로 진단되어 자가조혈모세포이식 예정이나 재발 후 구제항암화학요법 후 최근 영상검사 상 부분반응 이상의 반응이 명확하지 아니한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Rhabdoid tumor : 1건	동 건(Rhabdoid tumor)은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제 4조(요양급여대상자기준) (별표)에 해당되지 않으며, 현재까지 동 상병에 대한 조혈모세포이식의 임상연구 및 치료성적 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Rhabdomyosarcoma① : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2014-196호, 2014.12.1.)에 의하면 "2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 자가 조혈모세포이식(tandem transplantation)은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT), (나) 다발성 골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여토록 되어있음. 동 건들은 Rhabdomyosarcoma 상병으로 Tandem transplantation 신청되었으나, 고시 인정기준 외로 동 상병에 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Amyloidosis : 2건	Amyloidosis로 자가 조혈모세포이식예정인 동 건들은 제출한 진료내역을 검토한 결과 AL type 유전분종으로 확인되지 아니하여 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 자가조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			신경모세포종 : 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2014-196호, 2014.12.1.)에 의하면 "2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 자가 조혈모세포이식(tandem transplantation)은

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			신경모세포종① : 1건	<p>(가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT), (나) 다발성 골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여토록 되어있음. 또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제2015-44호,2015.4.1) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표)2-나-(6)에 신경모세포종은 "다음 각 호의 1에 해당하는 경우 (ㄱ) 1세 이상이면서 수술 또는 항암제 등으로 부분반응이상을 보이는 StageⅣ 또는 완전절제가 불가능한 StageⅢ의 종양일 때, (ㄴ) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 때"로 되어 있음.</p> <p>동 건은 신경모세포종으로 진단되어 3차 자가조혈모세포이식 예정이나 현재 동 상병에 대한 3차 자가조혈모세포이식에 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.</p> <p>동 건은 신경모세포종 상병에 자가조혈모세포이식을 예정하고 있는 건으로 1차이식 후 5개월 뒤 relapse되어 2차 이식에 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.</p> <p>신경모세포종으로 진단되어 tandem 자가조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출한 골수검사결과 골수침범이 확인되어 이식에 적합한 골수상태로 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.</p>
			수모세포종 (Medulloblastoma) : 1건 수모세포종① (Medulloblastoma) : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표) 2-나-(10)-(ㄱ)에 수모세포종(medulloblastoma)은 “수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 다음 각 호의 1에 해당하는 경우 ①진단시 3세이하 ②수술후 잔여종괴가 1.5cm³ 이상인 경우 ③두개강내 전이가 있는 경우 ④재발 후 추가 방사선치료가 불가능한 때”로 되어 있음.</p> <p>동 건은 영상검사 상 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.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2014-196호, 2014.12.1.)에 의하면 "2회 연속적인 고용량 항암 화학요법 및 자가 조혈모세포이식(tandem transplantation)은 (가) 신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT), (나) 다발성 골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여토록 되어있음. 동 건은 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.</p>
			<p>골육종① (Osteosarcoma) : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-(11)에 골육종은 "다음 각호의 1에 해당된 때 (ㄱ)수술 및 항암치료 후 완전 관해된 경우 (ㄴ)재발 후 국소적 치료 및 구제 항암화학요법으로 2차 완전관해 된 때"로 되어있음. 동 건은 골육종(Osteosarcoma)으로 진단되어 자가조혈모세포이식 예정이나 영상검사결과 완전 관해가 명확하지 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>Anaplastic glioneuronal tumor① : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2014-196호, 2014.12.1.)에 의하면 "2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 자가 조혈모세포이식(Tandem Transplantation)은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT), (나) 다발성 골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여토록 되어있음. 동 건은 Anaplastic glioneuronal tumor 진단받고 Tandem transplantation 신청되었으나, 고시 인정기준 외로 동 상병에 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>급성골수성백혈병 : 2건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호,2015.4.1) 제4조 (요양급여대상자기준)별표2-나-(2)에 의하면 급성골수성백혈병은 골수 검사 결과 아세포(blast)의 비율이 5%이하이고 말초혈액검사 결과 정상 범위인 완전 관해 된 때 요양급여 대상임. 동 건들은 관련 자료가</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				불충분하여 이식적응의 상태가 확인되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			다발성형질세포종 : 1건	다발성형질세포종으로 자가 조혈모세포이식예정인 동 건은 제출한 진료내역을 검토하여 재발 시 조직검사결과 다발성형질세포종이 확진되지 아니하여 현재 조혈모세포이식이 반드시 요구되는 다발성형질세포종의 범주에 포함된다고 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 자가조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
		불가: 1건	다발성골수종 : 1건	자가 조혈모세포이식예정인 동 건은 제출한 진료내역을 검토한 결과 현재 제출한 자료로는 다발성골수종으로 판단하기보다는 MGUS에 준하는 상태로 현재 동 상병에 대한 자가조혈모세포이식에 대하여 치료 성적 및 효과 등에 대한 의학적 타당성에 대한 근거가 미비한 바 이식을 불가함.
계	262			

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

<지역심사평가위원회 심의사례>

요양급여비용 사후 심사 건

13. T11 및 T12 부위의 골절, 폐쇄성 상병에 시행한 자46나(2) 척추고정술[기기,기구사용 고정포함]-후방고정-흉추 인정여부

■ 청구내역(남/56세)

- 청구 상병명: T11 및 T12 부위의 골절, 폐쇄성, 척골과 요골 모두의 하단 골절, 폐쇄성, L3부위의 골절, 상세불명의 골다공증, 기타 부분
- 주요 청구내역
 - 자46나(2) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-흉추 1*1*1
 - CANCELLOUS COARSE 15CC 1*1*1
 - ILIAD SPINAL SYSTEM - SCREW SET 전규격 1*8*1
 - ILIAD SPINAL SYSTEM - ROD 전규격 1*2*1
 - 척추 및 척수수술에 사용한 BURR, SAW 등 절삭기류 1*1*1

■ 진료내역

○ '15.1.26.(초진)

C.C> 흉-요부 통증, 1/20 주저앉음

Lt. buttock ~ lateral thigh ~ calf ~ foot 저림

P.I> pain: 앉아 있다가 일어날 때(-) / 누워 있다가 일어날 때 (++)
걸을 때(+) / 앞으로 굽힐 때(-)

NIC: (-)

P.Hx> 타 병원 1/22~1/24일 입원 기간 동안 약복용, 신경차단술 1회 시행.

P.E> SLRT: (F/F) FNST: (-/-)

DTR: KJ (++) AJ (++)

bending limitation: forward (-) / backward (-)

VAS: 9점, toe walking, heel walking: 정상

BMD: -3.5 (L1,L2/2015.1.26)

MRI> T12 acute compression fracture. Multiple stenosis.

CT> T12 bursting fracture.

Imp> T12 bursting fracture.

○ '15.2.2.

진단명: T-spine fracture T12

수술명: Screw fixation T10-T11-T12-L1

Post fusion with bone chip

■ 심의내용

- 보건복지부 고시 제2012-39호('12.4.1.시행)에 따르면 골다공증성 골절(T-score ≤ -3)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 T11 및 T12 부위의 골다공증성 골절 병변에 Screw를 이용한 척추고정술을 T10-T11-T12-L1 부위에 시행('15.2.2.)한 사례로, 제출된 진료기록부 등을 검토한 결과, 적절한 타 치료방법이 선행되었다고 보기 어려우며, 뚜렷한 신경학적 결손이 확인되지 않아 척추고정술을 조기에 실시함은 적절하지 않다고 판단되어 수술료, 재료대 및 마취료는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장
- '척추경나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술의 인정기준'
(보건복지부 고시 제2012-39호, '12.4.1.시행)
- 대한척추신경외과학회, 척추학, 2008.

[2015.7.23. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

14. ‘기타 명시된 척추병증, 흉추부’ 등 상병에 시행한 자49-1나 척추후궁절제술-흉추 및 자46나(2) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-흉추 인정여부

■ 청구내역(여/47세)

- 청구 상병명: 기타 명시된 척추병증, 흉추부, 척수병증을 동반한 허리척추뼈 및 기타 추간판 장애

- 주요 청구내역

자46나(2) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-흉추	1*1*1
자49-1나 척추후궁절제술-흉추	1*1*1
CD HORIZON M8(M10) SCREW SET 전규격	1*6*1
CD HORIZON SMOOTH RODS 전규격	1*2*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류	1*1*1

■ 진료내역

○ '15.4.9.(초진)

C.C> 허리가 아프고 다리에 힘 없음(Rt.>Lt.)

양쪽 다리 시리고 감각 둔함, 걷기 힘들고 걸을 때 뒤뚱거리고 휘청거림.

P.I> 타기관에서 CT 촬영 후 OPLL 진단, 수술 권유 받고 내원.

수일 전부터 통증 심해 침치료, 물리치료 받았으나 호전 없음.

P.Hx> 타병원 1/22~1/24일 입원 기간 동안 약복용, 신경차단술 1회 시행.

P.E> SLRT: (F/F) NIC(+/-)

GTDF(3/3) GTPF(3/5)

ADF(3/5) APF(4/5)

Knee flexion(3/4) Knee extension(3/4)

Hip flexion(2/4) Hip extension(4/4)

Limping gait(+)

Gait disturbance: heel gait/toe gait/hoop gait : (+/+)

Dorsalis pedis: (+/+)

DTR: KJ(+++/+++), AJ(++/++)

Sensory: 양다리 감각 둔하고 남의 살 같다.

Bladder & bowel syndrome: 소변 시원하게 못 봄, 잔뇨감.

항문주위 감각 둔함, 항문 힘 빠짐.

MRI> C2-3 to C5-6 OPLL

C4-5, C5-6 disc herniation, spinal stenosis

C6-7 disc herniation

T5-6-7-8 level OPLL/ossified disc, cord compression,

T6-7 level cord IMH, compressive myelopathy

T9-10 bulging, OLF

○ '15.4.17.

진단명: OPLL, thoracic region.

수술명: Open thoracic laminectomy T5, T6, T7, T8

Posterior fusion T5-6, T6-7, T7-8

■ 심의내용

- 동 건은 기타 명시된 척수병증, 흉추부(OPLL) 상병으로 T5-6-7-8 부위에 자49-1나 척추후궁절제술-흉추 및 자46나(2) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-흉추를 시행한 사례임.
- 관련 교과서 등에 따르면, 후종인대골화증(Ossification of Posterior Longitudinal Ligament, OPLL)에서 후방접근감압술 시행 시 Facet joint를 50% 이상 제거할 경우 추후 불안정성이 올 수 있어 척추 유합술을 함께 시행하도록 권유하고 있으며, 제출된 영상자료 검토 결과 T5-6-7-8 부위 후관절의 광범위한 절제가 필요한 경우로 판단되므로 수술료 및 재료대는 모두 인정함이 타당함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1]요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장
- ‘척추경나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술의 인정기준’ (보건복지부 고시 제2012-39호, '12.4.1.)
- ‘척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준’ (보건복지부 고시 제2012-39호, '12.5.1.)
- 대한척추신경외과학회, 척추학

[2015.9.24. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

15. C5-6 척수병증 진단 하에 보존적 치료 없이 조기 시행한 자46가(1)(다) 척추고정술-전방고정-경추-기타의 경우 및 자49가(1) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술 포함]-경추 인정여부

■ 청구내역(여/61세)

- 청구 상병명: 척수병증을 동반한 기타 척추증, 경추부, 척추 협착, 흉요추부 아래허리통증, 척추의 여러부위, 경추통, 척추의 여러부위 관절통, 골반 부분 및 대퇴 상세불명의 흉막 병태

- 주요 청구내역

자46가(1)(다) 척추고정술-전방고정-경추-기타의 경우	1*1*1
자49가(1) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술 포함]-경추[제2의수술]	1*1*1
ATLANTIS ANTERIOR CERVICAL PLATE SET	1*1*1

■ 진료내역

- C.C: 왼쪽 엉덩이>오른쪽 사타구니, 양쪽 종아리 뒤 통증, 4년 걸다가 속도가 느려진다. 2011.협착증 시술했다.

Walk : +, NIC -, Tenderness -

big toe dorsiflexion 5/5

plantarflexion 5/5

ankle dorsiflexion 5/5,

plantarflexion 5/5

Hoffmann reflexion +/+, Brachioradialis reflexion +++/+++

Inverted branchioradialis reflexion +/+

Knee jerk +++/+++

- 수술 기록지

- 진단명: cervical myelopathy

- 수술명: autoiliac bone graft, ACDF C5-6 ('14.10.29)

■ 심의내용

- cervical myelopathy(C5-6) 진단 하에 보존적 치료 없이 '14.10/29 autoiliac bone graft, ACDF(Anterior cervical decompression fusion) C5-6 조기 시행 후, 자46가(1)(다) 척추고정술-전방고정-경추-기타의 경우 1*1*1, 자49가(1) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술 포함]-경추[제2의수술] 1*1*1 및 CERVICAL PLATE SET 1*1*1을 청구한 사례임.

- 제출된 진료기록 및 영상자료 참조, 병변부위에 cord signal change를 동반한 척수압박으로 myelopathy 소견이 보이고, 왼쪽 4, 5번째 손가락 저림 등 myelopathy와 관련된 증상 및 이에 대한 이학적 검사소견(상완요골근반사(+++/+++), Hoffman reflex(+/+)) 등이 확인되므로 수술료 및 재료대는 모두 인정함.

■ 참고

- 척추질환의 이해, 제7장 수술의 기본원리

[2015.9.17. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

16. 진료내역 및 영상자료 등 참조, 자49가(1) 관혈적 추간판제거술-경추 및 자46가(1)(다) 척추고정술-전방고정-경추 인정여부

■ 청구내역(여/49세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 경추간판 장애, 척추협착, 경추부
- 주요 청구내역

자46가(1)(다) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-경추-기타의 경우	1*1*1
자49가(1) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술 포함]-경추	1*0.5*1
ZERO-P SYSTEM 전규격	1*1*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류	1*1*1

■ 진료내역

- '14.12.29.
C.C> 목, 양 어깨가 아픴, 우측이 더 심함.
목 부위 신경주사 2회 맞음, 일시적 호전 있었음.
MRI> DDD with endplate change C5-6, protruded disc C5-6 Rt.
- '15.1.16.
Onset(Aggravation)> '14.12월 초부터
C.C> 젓가락질이 힘듦, 왼손 및 손가락으로 같이 먹어야 함. 힘이 빠짐
P.E> VAS: 9점
Shoulder Abduction: 5/5 Elbow Flexion: 4/5 Elbow Extension: 4/5
Hand grasp : 4/5 5th finger Abduction: 5/5
P.I> 12월 초부터 상기 증상 있어 인근 병원에서 도수치료 5회, 주사치료 2회 등 받았으나 증상 호전 없어 수술 위해 입원.
- '15.1.19.
- 진단명: Cervical spondylosis without myelopathy or radiculopathy, multiple sites
- 수술명: ACDF(C5-6)

■ 심의내용

- 보건복지부 고시 제2012-39호('12.5.1.시행)에 따르면, 고정기기(Cage 단독사용 또는 Cage와 pedicle screw system 병용사용)를 이용한 척추유합술은 적절한 보존적 요법에도 불구하고 임상증상의 호전이 없는 경우 인정토록 하고 있음.
- 동 건은 경추증 상병에 추간판제거술 및 ZERO-P SYSTEM을 이용한 척추고정술을 시행한 사례로, 진료내역 검토결과 수술 전 적절한 보존적 치료기간이 부족하고, 신경학적 이상 증상 등이 경미하며, 영상자료 검토결과 MRI 상 추간판 탈출증의 정도가 경미하므로 수술료, 재료대 및 마취료는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장
- '척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준' (보건복지부 고시 제2012-39호, '12.5.1.시행)
- 대한척추신경외과학회, 척추학

[2015.3.26. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

17. 진료내역 및 영상자료 등 참조, 자47 경피적 척추성형술 인정여부

■ 청구내역(여/49세)

- 청구 상병명: T11 및 T12 부위의 골절, 폐쇄성, L1부위의 골절, 폐쇄성, L3부위의 골절, 폐쇄성
외상성 척추병증, 흉추부
- 주요 청구내역

(11/12) 자47가 경피적척추성형술[방사선료포함]-제1부위	1*1*1
자47나 경피적척추성형술[방사선료포함]-제2부위부터[1부위당]	1*1*1
PEVERTY NEEDLE 전규격	1*3*1
CMW BONE CEMENT 40G	1*1*1
(11/13) 자47가 경피적척추성형술[방사선료포함]-제1부위	1*1*1
PEVERTY NEEDLE 전규격	1*2*1
CMW BONE CEMENT 40G	1*1*1

■ 진료내역

- '14.11.11.(초진)
 - C.C> onset:2013년 3월경, aggravation:2014.10.17 VAS :8점
허리통증, 누웠다 일어날 때 및 자세 변경 시 통증 심함. 앉거나 서기 힘들
 - P.I> 2013년 3월 철봉에서 떨어지며 정형외과의원(약물치료), 종합병원(입원 '14.10/20~10/27)에서
치료하였으나 증상호전 없어 본원 외래 통해 입원.
 - P.E> NIC(-)
 - Motor: gait disturbance(heel gait / toe gait / hoop gait 불가)
 - lumbar extension/flexion 불가
 - Tenderness(+)
 - BMD: L (-4.5) / F /(-3.0)
 - MRI> (11/12) 1. Compression fracture, recent, L1 body.
2. Compression fracture with vacuum cleft, T12 body; r/o Kummell's disease
 - Imp> T12 Kummell's disease
Compression fracture, L1
- '14.11.12.
 - 진단명: fracture of T11 and T12 level, closed
fracture of L1 level, closed
traumatic spondylopathy, thoracic region(Kummell's disease)
 - 수술명: VP(요추1번, 흉추12번)
- '14.11.13.
 - 진단명: fracture of L3 level, closed
 - 수술명: VP(요추3번)

■ 심의내용

- 보건복지부 고시 제2012-153호('12.12.1.시행)에 따르면, 경피적척추성형술(Vertebroplasty)은 '가. 골다공증성 압박골절로서 2주 이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고 심한 배통이 지속되는 경우(단, 울혈성 심부전, 폐렴, 혈전성 정맥염, 약물로 잘 조절되지 않는 당뇨병환자, 투석을 받는 만성신부전환자, 80세 이상인 환자는 조기시행 가능), 나. 종양에 의한 골절, 다. Kummell's disease' 의 경우 인정토록 하고 있음.

- 동 건은 T11, T12, L1 및 L3 부위의 골절로 T12, L1, L3 부위에 경피적척추성형술을 시행한 사례로, 제출된 MRI 등을 검토한 결과, T12 부위는 Kummell's disease가 확인되므로 수술료(자47가 경피적척추성형술-제1부위 1x1x1) 및 재료대(PEVERTY NEEDLE 전규격 1x2x1, CMW BONE CEMENT 40G 1x1x1)를 인정하고, L1, L3 부위는 척추체 압박이 확인되지 않으므로 L1, L3에 시행한 수술료 및 재료대는 인정하지 않음.

■ 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 제2012-153호, '12.12.1.시행)
- 대한척추신경외과학회, 척추학

[2015.3.26. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

18. 진료내역 및 영상자료 등 참조, 적절한 보존적 치료 없이 시행한 자49가 관혈적 추간판제거술 등 인정여부

■ 청구내역(여/58세)

- 청구 상병명: 척추협착, 경추부, 기타 명시된 척추병증, 경추부, 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애

- 주요 청구내역

자49가(1) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술 포함]-경추	1*1.5*1
자46가(1)(다) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-경추	1*0.5*1
경추전방고정술용 재료 ATLANTIS ANTERIOR CERVICAL PLATE SET	1*1*1
경추전방고정술용 재료 ATLANTIS CANCELLOUS SCREW	1*1*2
척추 및 척추수술에 사용한 BURR, SAW 등 절삭기류	1*1*1

■ 진료내역

- C.C: 경부 통증, 왼쪽 어깨 통증, 목줄기가 심하게 아프다. 통증척도 VAS 9
(on set : 10년전부터)
- P.I: 10년전부터 상기증상 있어 타병원에서 약물치료, 본원에서 약물치료와 통증클리닉에서 주사치료 하였으나 호전없어 내원함.
- P.H: 2012년 타병원 허리고주파 수술 시행함.
2014년 6월 척추후궁절제술 시행함(Rt. L4-5)
- C-SPINE CT 판독지(2014.6.11)
: suggestive OPLL at C4-C7 level
C3/4 - hard disc, central protrusion, mild both neural protrusion
C4/5 - central canal stenosis with susp, cord impingement
mild both neural foraminal stenosis.
C5/6 - hard disc, central foraminal stenosis
C6/7 - hard disc, Lt. central protrusion
degenerative change at C-spine.
straightened curvature.
- 치료내역
2013.10.23 /10.30 => 타병원 : 경구 투약
2014.3.5 /3.28 => 타병원 : 경구 투약

<수술기록지>(2014.9.11)

- 진단명: cervical degenerative stenosis, OPLL(Ossification of posterior longitudinal ligament)(C4-5-6)
- 수술명: anterior cervical disectomy fusion(ACDF) (C4-5-6)

■ 심의내용

- 동 건은 경추의 퇴행성 협착, 후종인대골화증(C4-5-6) 상병 하에 관혈적 추간판제거술 및 척추고정술(C4-5-6)을 시행한 사례로,
진료내역 및 영상자료 확인결과, 수술전 조기 수술을 요할만한 척수증 증세에 대한 기록이 미비하며, 신경병증을 유발할 만한 신경압박 소견이 거의 없고, 수술전 보존적 치료가 미비하므로 수술료, 재료대 및 마취료는 모두 인정하지 아니함.

■ 참고

- ‘척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준’ (보건복지부 고시 제2012-39호, '12.5.1.시행)
- ‘추간판제거술 및 척추고정술 동시 시행시 수기료 산정방법’ (보건복지부 고시 제2014-126호, '14.8.1.시행)
- 척추질환의 이해, 제11장 척추관 협착증
- 척추외과학, 자.마미증후군

[2015.5.26. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

19. 추간판탈출증 수술 후 발생한 추간판염(discitis) 부위에 시행한 자49가(3) 관혈적 추간판제거술-요추 및 자46가(3) 척추고정술-전방고정-요추 인정여부

■ 청구내역(여/71세)

- 청구 상병명: 상세불명의 염증성 척추병증, 요추부, 상세불명의 추간판염, 요추부

- 주요 청구내역

자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술 포함]-요추	1*1*1
자46가(3) 척추고정술[기기, 기구사용 고정포함]-전방고정-요추[제2의수술]	1*1*1
척추고정용 재료 GSS ROD	1*1*2
척추고정용 재료 GSS PEDICLE SCREW	1*1*4
척추고정용 재료 WSH CAGE C TYPE	1*1*1
인조골 재료 CANCELLOUS CHIPS 158CC	1*1*1

■ 진료내역

- C.C: 허리통증(Low back pain)
 - on set : 2014.10월 허리수술후/ 지속됨
 - Aggravation : 누웠다 일어날 때
 - mode of injury ; none
- P.I: 상기 증상으로 수술 위해서 입원함.
- PH : 4년 전 척추수술 시행(2010.5.19: 자47가 경피적척추성형술 *1(L1))
 - 2개월 전 척추수술 시행(2014.10.7: 자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추 *1(L4,5))
- 운동기능평가 ankle dorsiflexion V/III
G. toe dorsiflexion IV/0
ankle planta flexion V/V
- T-L SPINE MRI 판독지
 - : spondylodiscitis with paraspinal abscess, L4/5
 - newly developed infection spondylodiscitis at L4-5 since oct 8,2014
 - band like bone marrow enhancement in lower portion of L4 body and upper portion L5 body.
 - with enhancing epidural thickening, left side -> suggestion epidural phlegmon
 - localized fluid collection in left sided pasos muscle region supraspinous ligament region, and just posterior to left transvetse process L4 with wall enhancement impression) spondylodiscitis with paraspinal abscess, L4/5
- 수술기록지(2014.12.24)
 - 진단명: spondylitis & discitis, L4-5
 - P/S microdisectomy & ligamentoplasty L4-5
 - 수술명: Anterior lumbar interbody fusion(ALIF) + Percutaneous pedicle screw fixation(PPF) L4-5 wound revision & device removal(artificial ligament)
- 주요 Lab 결과
 - ESR: 31(12/23), 31(12/24), 27(12/25), 57(12/26), 44(12/27)

■ 심의내용

- 척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준(보건복지부 고시 제2012-39호, '12.5.1.시행)에 의하면, 고정기기(Cage 단독사용 또는 Cage와 pedicle screw system 병용사용)를 이용한 척추유합술은 적절한 보존적 요법에도 불구하고 임상증상의 호전이 없는 경우에 인정하며, 금기증으로는 '감염성 질환, 이전의 추체간 유합술 부위, 골다공증(Cage 단독사용 시에만 해당)' 이 해당됨.
- 동 건은 '14.10.7. 척추 수술 후 수술부위에 감염이 발생한 사례로, 운동기능 평가시 weakness 및 마비가 동반된 상태로 수술 적응증에는 해당됨.
그러나, 감염된 추간내에 금속 cage를 이용한 추체간 고정술은 관련 고시 상 “금기증(감염성 질환)” 에 해당되므로 수술료, 재료대 및 마취료는 모두 인정하지 아니함.

■ 참고

- '척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준' (보건복지부 고시 제2012-39호, '12.5.1.시행)
- 척추외과학, 최소 침습적 척추 수술
- 척추질환의 이해, 제7장 수술의 기본원리, 제12장 척추의 감염

[2015.5.26. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

20. 진료내역 등 참조, 자472나 뇌척수액루수술-척추강내 인정여부

■ 청구내역(남/64세)

- 청구 상병명: 기타 명시된 척추병증, 경추부
- 주요 청구내역

자45가 척추체제거술-경추	1*2*1
자49가(1) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술 포함]-경추	1*0.5*1
자472나 뇌척수액루수술-척추강내	1*0.5*1
NEURO PATCH 6CM X 14CM (생체조직접착제)	1*1*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류	1*1*1

■ 심의내용

- 건강보험요양급여비용 제1편 제2부 제9장 제1절 처치및수술료 산정지침에 의하면, 동일 피부 절개 하에 2가지 이상 수술을 동시에 시술한 경우 주된 수술은 소정점수에 의하여 산정하고, 제2의 수술부터는 해당 수술 소정점수의 50%, 상급종합병원·종합병원은 해당 수술 소정점수의 70%를 산정하며, 주된 수술 시에 부수적으로 동시에 실시하는 수술의 경우에는 주된 수술의 소정점수만 산정토록 되어 있음.
- 동 건(남/64세)은 후종인대골화증(Ossification of Posterior Longitudinal Ligament, OPLL) 상병에 척추 수술 및 동 수술을 시행하던 중 발생한 경막 손상에 대한 수술 시행 후 ‘자45가 척추체제거술-경추 200%, 자49가(1) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술 포함]-경추 50%, 자472나 뇌척수액루수술-척추강내 50% 및 재료대’ 를 청구한 사례임.

수술 기록 등 진료내역 검토결과, 경막을 봉합한 기록이 확인되지 않으며, 시행한 수술의 난이도 등을 고려 시 ‘자472나 뇌척수액루수술-척추강내’ 는 주된 수술 시에 부수적으로 동시에 실시한 수술로 판단 되므로 인정하지 아니함. (단, 생체조직접착제 재료대는 별도 인정)

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- ‘건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수’ (보건복지부 고시 제2015-25호, '15.1.1.시행)
- 척추외과학 제3판, 3.치료의 합병증

[2015.5.21. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

21. 자514 망막열공냉동응고술과 자516-1 안구내삽관레이저광응고술 동시 실시 인정여부

■ 청구내역(남/52세)

- 청구 상병명: 기타 유리체혼탁, 노년성 초기 백내장, 녹내장 의심
- 주요 청구내역

자512가	유리체절제술-전절제	1*1*1
자511-1가(1)	인공수정체삽입술-일차[백내장수술과동시실시시]	1*1*1
자514-1	망막주위막제거술	1*0.5*1
자511나	백내장및수정체수술-수정체유화술	1*0.5*1
자516-1	안구내삽관레이저광응고술	1*0.5*1
자514	망막열공냉동응고술	1*0.5*1

■ 심의내용

- 2011년 1월 심사지침(망막질환에 자514 망막열공냉동응고술 및 자516-1 안구내삽관레이저광응고술 동시 시행시 인정여부)에 의하면 자514 망막열공냉동응고술과 자516-1 안구내삽관레이저광응고술이 동일 목적임을 감안하여 동시 시행은 인정하지 아니하나, 동공이 너무 작은 경우 등 망막 주변부 치료가 어려운 특수한 경우에는 망막열공냉동응고술 시행이 추가적으로 필요하므로 동시 시행 인정여부는 사례별로 판단하도록 하고 있음.
- 동 건은 기타 유리체혼탁, 노년성 초기 백내장(오른쪽), 녹내장 의심(오른쪽) 상병으로 수술 후 “자512가 유리체절제술-전절제 100%, 자511-1가(1) 인공수정체삽입술-일차 100%, 자514-1 망막주위막제거술 50%, 자511나 백내장및수정체수술-수정체유화술 50%, 자516-1 안구내삽관레이저광응고술 50%, 자514 망막열공냉동응고술 50%” 를 청구한 사례임.

진료내역 검토결과, 동공의 크기, 유착과 관련된 처치 등의 기록이 확인되지 않으며 자516-1 안구내삽관레이저광응고술로 충분한 치료가 가능하므로 자514 망막열공냉동응고술 50%는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 망막질환에 자-514 망막열공냉동응고술 및 자516-1 안구내삽관레이저 광응고술 동시 시행시 인정여부 ('11.1월 심사지침)
- 임상안과학, 5판, 제12장 망막박리

[2015.2.11. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

22. 콩다래끼 등 상병에 투여한 Levofloxacin 경구제(품명:레사신정) 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/45세)

- 청구 상병명: 아데노바이러스에 의한 각막결막염, 각막의 이물, 노시안, 녹내장 의심, 양쪽

- 주요 청구내역

(2/2~2/16) 131 레보카신점안액 (levofloxacin) 10*1*1

629 레사신정(levofloxacin) 1*3*19

○ B사례(여/36세)

- 청구 상병명: 콩다래끼, 소화불량

- 주요 청구내역

(2/7~2/10) 629 레사신정(levofloxacin) 1*3*7

■ 심의내용

- 항생제의 일반원칙(보건복지부 고시 제2013-127호, '13.9.1.)에 의하면, 항생제는 환자의 병력 등을 참조하여 허가사항 범위 내에서 1차 약제부터 단계적으로 사용해야 하며,

Levofloxacin 경구제(품명:레보펙신정 등) 인정기준(보건복지부 고시 제2013-127호, 2013.9.1.)에 의하면, 동 약제는 허가사항 범위 내에서 1차 약제 투여로 증상이 호전되지 않는 환자에게 투여하는 것을 원칙으로 하며, 다만 타 항생제에 내성이 있는 환자, 면역기능이 저하된 환자, 중증 감염환자, 심부 장기감염 환자 등에서는 1차 약제로 투여 시에도 요양급여를 인정하고 있음.

- 동 기관은 각막결막염, 콩다래끼 등 질환에 Levofloxacin 경구제(품명:레사신정)를 처방하는 경향으로, 제출된 진료기록 검토 결과, A,B사례 모두 바이러스에 의한 각막결막염, 콩다래끼 등 경증 안질환에 Levofloxacin 경구제를 1차로 투여한 것으로 확인되므로 레사신정(성분명:Levofloxacin)은 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 식품의약품 안전처장 허가사항
- '[일반원칙] 항생제' (보건복지부 고시 제2013-127호, '13.9.1.)
- 'Levofloxacin 경구제 (품명:레보펙신정 등) 인정기준' (보건복지부 고시 제2013-127호, '13.9.1.)
- 안과학 제9판

[2015.4.29. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

23. 안과수술중 안구에 주입된 Vancomycin 주사제(품명: 반코마이신주 등) 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/64세)

- 청구 상병명: 황반의 낭, 구멍 또는 거짓구멍, 노년성 초기백내장, 왼쪽, 기타 유리체혼탁
- 주요 청구내역

611 휴온스반코마이신염산염주사(성분명:vancomycin HCl)	1*1*1
자511-1가(1) 인공수정체삽입술-일차[백내장수술과동시실시시]	1*1*1
자511나 백내장및수정체수술-수정체유화술 [제2의수술]	1*1*1
자512가 유리체절제술-전절제	1*1*1
자514-1 망막주위막제거술 [제2의수술]	1*1*1

○ B사례(여/52세)

- 청구 상병명: 당뇨병성 망막병증, 기타 노년성 초기백내장, 양쪽, 유리체출혈, 망막부종
- 주요 청구내역

611 휴온스반코마이신염산염주사(성분명:vancomycin HCl)	1*1*1
자511-1가(1) 인공수정체삽입술-일차[백내장수술과동시실시시]	1*1*1
자511나 백내장및수정체수술-수정체유화술 [제2의수술]	1*1*1
자512가 유리체절제술-전절제	1*1*1
자514-1 망막주위막제거술 [제2의수술]	1*1*1
자516-1 안구내삽관레이저광응고술 [제2의수술]	1*1*1

■ 심의내용

- 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법에 의하면, 요양급여는 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시하여야 하며, 의약품은 약사법령에 의하여 허가 또는 신고된 사항(효능·효과 및 용법·용량 등)의 범위 안에서 환자의 증상 등에 따라 필요·적절하게 처방·투여하여야 함.

식품의약품안전처장 허가사항에 의하면 Vancomycin 주사제는 정맥 점적투여만 명시되어 있고,

보건복지부 고시 제2013-127호('13.9.1.시행)에 의하면, Vancomycin 주사제(품명:반코마이신주 등)는 감염예방목적으로 사용하는 경우에는 요양급여를 인정하지 아니하며, 안구내역의 경우에는 다른 항생제의 사전 투여없이 동 약제를 바로 투여했을 때에도 요양급여를 인정하며, 원인균이 동정되면 감수성결과에 따라 약제를 변경 투여하여야 한다고 되어 있음.

- 진료내역 검토결과, 동 건들(2사례)은 안과 수술 중 반코마이신염산염주사를 혼합한 관류액을 안구에 주입한 사례들로, 반코마이신염산염주사의 식품의약품 안전처장 허가사항 외로 투여되었고, 검사결과지상 안구내역이 확인되지 않은 점을 고려할 때 감염예방목적으로 사용한 경우로 판단되는 바, 안과 수술 중 안구에 주입된 반코마이신염산염주사(성분명:vancomycin HCl)는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 식품의약품 안전처장 허가사항
- 'Vancomycin 주사제(품명:반코마이신주 등)' (보건복지부 고시 제2013-127호, '13.9.1.)

[2015.4.30. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

24. 기타 명시된 추체외로 및 운동장애 상병에 실시한 나252주 웨리틴-핵의학적 방법 인정여부

■ 청구내역(남/57세)

- 청구 상병명: 코선반의 비대

기타 명시된 추체외로 및 운동장애

- 주요 청구내역

나101 혈색소[광전비색법]	1*1.1*1	나102 헤마토크리트	1*1.1*1
나104 적혈구수	1*1.1*1	나105 백혈구수	1*1.1*1
나106 혈소판수	1*1.1*1	나151 출혈시간	1*1.1*1
나252주 웨리틴-핵의학적 방법	1*1.1*1		

■ 진료내역

○ 현재 병력: 수면중 다리불편

■ 심의내용

○ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법에 의하면, 각종 검사를 포함한 진단 및 치료행위는 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 하며 연구의 목적으로 하여서는 아니된다고 규정하고 있음.

○ 동 건은 “기타 명시된 추체외로 및 운동장애” 상병에 나252주 웨리틴-핵의학적 방법을 실시한 것으로, 하지 불안증의 원인으로 low ferritin level이 관여한다는 교과서 내용을 고려한다면 웨리틴 검사는 시행 가능하나, 제출된 진료기록부 검토결과 ‘수면 중 다리불편’이라는 환자 증상만으로는 “기타 명시된 추체외로 및 운동장애” 상병을 뒷받침하기에 미비하다고 판단되므로 나252주 웨리틴-핵의학적 방법은 인정하지 아니함.

■ 참고

○ 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법

○ 대한신경과학회, 신경학 제2판, 하지불안증후군과 주기사지운동장애

[2015.9.17. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

25. '상세불명의 천식' 부상병 하에 실시한 자4-1 하기도 증기흡입치료 인정여부

■ 청구내역

[A 기관]

○ A사례(여/39세)

- 청구 상병명: 상세불명의 급성 기관지염, 상세불명의 급성 인두염, 기타 알레르기비염, 상세불명의 천식
- 주요 청구내역
자4-1 하기도 증기흡입치료[1일당] 1*1*1
222 폴리칸분무용현탁액(미분화부데소니드) 1*1*1

○ B사례(여/38세)

- 청구 상병명: 상세불명의 급성 기관지염, 상세불명의 급성 인두염, 기타 알레르기비염, 상세불명의 천식
- 주요 청구내역
자4-1 하기도 증기흡입치료[1일당] 1*1*1
222 폴리칸분무용현탁액(미분화부데소니드) 1*1*1

[B 기관]

○ C사례(남/26세)

- 청구 상병명: 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염, 상세불명의 알레르기비염, 막힌 귀지, 상세불명의 천식
- 주요 청구내역
자4-1 하기도 증기흡입치료[1일당] 1*1*1

○ D사례(남/26세)

- 청구 상병명: 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염, 상세불명의 알레르기비염, 상세불명의 천식
- 주요 청구내역
자4-1 하기도 증기흡입치료[1일당] 1*1*1

[C 기관]

○ E사례(여/85세)

- 청구 상병명: 메니에르병, 기타 명시된 말초혈관 질환, 상세불명의 천식
- 주요 청구내역
자4-1 하기도 증기흡입치료[1일당] 1*1*1

○ F사례(여/91세)

- 청구 상병명: 급성후두염, 상세불명의 천식
- 주요 청구내역
자4-1 하기도 증기흡입치료[1일당] 1*1*1

○ G사례(남/89세)

- 청구 상병명: 상세불명의 불안장애, 상세불명의 천식
- 주요 청구내역
자4-1 하기도 증기흡입치료[1일당] 1*1*1

[D 기관]

○ H사례(여/8세)

- 청구 상병명: 상세불명의 급성 기관지염, 상세불명의 알레르기비염, 상세불명의 천식
- 주요 청구내역
자4-1 하기도 증기흡입치료[1일당] 1*1*1

○ I사례(여/7세)

- 청구 상병명: 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염, 상세불명의 알레르기비염, 상세불명의 천식
- 주요 청구내역
자4-1 하기도 증기흡입치료[1일당] 1*1*1

■ 진료내역

[A 기관]

○ A사례(여/39세)

- C.C: 아직 안났고 기침-> 잠자기 힘들고 숨차다
가래-> 거품 많고 whitish
목소리 변함, 목이 아파요

○ B사례(여/38세)

- C.C: 기침 더 심해지고 목이 아파요 계속, 몸살기운 좀, 가래, 애성

[B 기관]

○ C사례(남/26세)

- 현재 병력: 기침도 시작함

○ D사례(남/26세)

- 현재 병력: 콧물, 재채기, 기침 약간, 새벽에 약간 색색 소리남, 천식 의심됨

[C 기관]

○ E사례(여/85세)

- 현재 병력: 기침, 일단 기침약 처방없이 증기치료만...

○ F사례(여/91세)

- 현재 병력: symptom improved, clear, cough, sputum, 호흡기 치료만...

○ G사례(남/89세)

- 현재 병력: symptom improved, 장기 치료하기로...기침가래,,약 추가없이 호흡기치료만..

[D 기관]

○ H사례(여/8세)

- fever(+), coarse BS, crackle, wheezing

○ I사례(여/7세)

- cough, rhinorrhea, mild fever

■ 심의내용

- 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법에 의하면, 요양급여는 의학적으로 인정되는 범위안에서 최적의 방법으로 실시하여야 하며 각종 검사를 포함한 진단 및 치료 행위는 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 함.
- 자4-1 하기도 증기흡입치료는 일반 혹은 초음파형 네블라이저에 기관지확장제로 교감신경자극제, 항콜린제제와 항생제, 점막분해제 스테로이드나, cromolyn sodium 등의 항염제 액체 용액을 넣어 흡입하는 행위로, 보건복지부 고시 제2007-77호('07.8.30.시행)에 의거 천식이나 만성 폐쇄성 폐질환의 급성 악화기, 급성 세기관지염의 호흡곤란 치료에 실시시 인정하고 있음.
- 동 기관들(4개 기관)은 '상세불명의 천식' 부상병 하에 하기도 증기흡입치료를 다빈도 청구하는 경향으로, 제출된 진료기록부 등을 참조하여 각 사례는 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

▶ A사례(여/39세), B사례(여/38세)

: 상세불명의 천식 부상병 하에 풀미칸분무용현탁액(미분화부데소니드)으로 하기도 증기흡입치료를 실시한 사례로, 제출된 진료기록부 검토결과, 천식상병을 뒷받침할만한 진료기록이 미비하므로 하기도 증기흡입치료 및 약제는 인정하지 아니함.

▶ C사례(남/26세), E사례(여/85세), F사례(여/91세), G사례(남/89세), H사례(여/8세), I사례(여/7세)

: 상세불명의 천식 부상병 하에 하기도 증기흡입치료를 청구한 사례로, 제출된 진료기록부 검토결과, 천식 상병을 뒷받침할만한 진료기록이 미비하며, 하기도 증기흡입치료에 사용되는 약제 청구가 없으므로 하기도 증기흡입치료에 해당하지 않아 하기도 증기흡입치료는 인정하지 아니함.

▶ D사례(남/26세)

: 제출된 진료기록부 검토결과, 천식 상병 및 증상 기재는 되어 있으나, 하기도 증기흡입치료에 사용되는 약제 청구가 없으므로 하기도 증기흡입치료에 해당하지 않아 하기도 증기흡입치료는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- '자4-1 하기도 증기흡입치료 인정기준' (보건복지부 고시 제2007-77호, '07.8.30.시행)

[2015.9.17. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

26. 진료내역 참조, 경구 항생제와 동시 투여한 비경구 항생제 인정여부

■ 청구내역(여/53세)

- 청구 상병명: 미만성 외이도염, 상세불명의 만성 위염, 기타 만성 화농성 중이염, 한쪽 또는 상세불명
- 주요 청구내역
 - 611 휴메딕스린코마이신염산염주사600mg(성분명:lincomycin HCl) 1*1*5
 - 618 세푸틴정(성분명:cefuroxime axetil(as cefuroxime)) 1*2*12

■ 진료내역

- 2015.07.16
현재 병력: 중증도 이상의 외이도염, 투약, 주사
- 2015.07.18
현재 병력: 중증도 이상의 외이도염
- 2015.07.20 ~ 2015.07.23
현재 병력: 호전

■ 심의내용

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법에 의하면, 주사는 경구 투약을 할 수 없는 경우, 경구투약시 위장장애 등의 부작용을 일으킬 염려가 있는 경우, 경구투약으로 치료효과를 기대할 수 없는 경우 또는 응급환자에게 신속한 치료효과를 기대할 필요가 있는 경우에 한한다고 되어 있음.
- 보건복지부 고시 제2013-127호('13.9.1.)에 의거, 항생제는 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, 중증 감염증에는 경구 투약만으로 치료효과를 기대할 수 없는 경우 주사제와 병용하여 처방 투여할 수 있다고 되어 있음.
- 동 기관은 경구 항생제와 비경구 항생제를 다빈도 병용 투여하는 기관으로, 청구 상병 및 진료내역 등 검토결과, 위장장애 등의 부작용 등 경구투약을 할 수 없는 경우나 경구 항생제 투약의 치료효과 미비 등과 같은 주사제를 투여할만한 진료내역이 확인되지 않으므로 경구 항생제와 동시 투여한 비경구 항생제는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- '[일반원칙] 항생제' (보건복지부 고시 제2013-127호, '13.9.1.)

[2015.9.17. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

27. 진료내역 참조, 자4-1 하기도 증기흡입치료 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(남/9개월)

- 청구 상병명: 상세불명의 급성 세기관지염
- 주요 청구내역

자4-1 하기도 증기흡입치료[1일당] 1*1*14
222 아트로벤트흡입액유디비(프롬화이프라트로피움일수화물) 1*1*14

○ B사례(남/7세)

- 청구 상병명: 바이러스가 확인되지 않은, 기타 호흡기 증상을 동반한 인플루엔자, 상세불명의 급성 세기관지염
- 주요 청구내역

자4-1 하기도 증기흡입치료[1일당] 1*1*11
222 아트로벤트흡입액유디비(프롬화이프라트로피움일수화물) 1*1*11

○ C사례(여/4세)

- 청구 상병명: 주로 알레르기성 천식, 주로 알레르기성 천식을 동반한 천식지속상태
- 주요 청구내역

자4-1 하기도 증기흡입치료[1일당] 1*1*7
222 풀리칸분무용현탁액(미분화부테소니드) 1*1*7

○ D사례(여/7세)

- 청구 상병명: 기타 명시된 병원체에 의한 급성 기관지염, 주로 알레르기성 천식
- 주요 청구내역

자4-1 하기도 증기흡입치료[1일당] 1*1*6
222 풀리칸분무용현탁액(미분화부테소니드) 1*1*6

○ E사례(남/13세)

- 청구 상병명: 재발의 언급이 없는 급성 상악동염, 상세불명의 천식
- 주요 청구내역

자4-1 하기도 증기흡입치료[1일당] 1*1*4
222 벤토린흡입액(살부타몰황산염) 1*1*4

■ 심의내용

- 의료법 제22조에 의료인은 각각 진료기록부·조산기록부 또는 간호기록부를 비치하여 그 의료행위에 관한 사항과 소견을 상세히 기록하고 서명하여야 하며 의료법 시행규칙 제14조에 의하면 진료기록부에는 진료를 받은 자의 주소·성명·주민등록번호·병력 및 가족력, 주된 증상, 진단결과, 진료경과 및 예견, 치료내용(주사, 투약, 처치 등)을 한글과 한자로 기재하여야 함.

국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1]요양급여의 적용기준 및 방법에 의하면, 요양급여는 의학적으로 인정되는 범위안에서 최적의 방법으로 실시하여야 하며 각종 검사를 포함한 진단 및 치료행위는 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 함.

하기도 증기흡입치료는 보건복지부 고시 제2007-77호('07.8.30.시행)에 의거 천식이나 만성폐쇄성폐질환의 급성 악화기, 급성 세기관지염의 호흡곤란치료에 실시시 인정하고 있음.

- 동 건들(5사례)은 천식 및 급성 세기관지염에 하기도 증기흡입치료를 시행한 사례들로 관련 요양급여기준 및 의학적 근거에 합당한 경우만 인정하며 각 사례에 대해서 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

▶ **A사례(남/9개월)**

: 진료내역을 검토한 결과 4세의 이하의 연령으로 천명, 건성수포음 등 증상이 확인되나 통상적으로 바이러스성 질환인 급성 세기관지염의 발병기간은 2주를 넘지 않고 7일 정도 경과하면 호전되는 점을 감안하여 하기도 증기흡입치료 및 약제는 7회 인정함.

▶ **B사례(남/7세)**

: 7세 연령을 감안할 때 급성 세기관지염 진단의 신빙성이 결여되며, 진료내역을 검토한 결과 폐렴 및 인플루엔자에 대한 진료로 확인되므로 하기도 증기흡입치료 및 약제는 인정하지 아니함.

▶ **C사례(여/4세)**

: 진료내역을 검토한 결과 4세 이하의 연령으로 기침, 건성수포음, 거친 호흡음, 천명 등 증상이 확인되고 고시 제2007-77호에 의거 천식의 급성악화기에 인정가능하므로 증상경과를 고려하여 하기도 증기흡입치료 및 약제는 인정함.

▶ **D사례(여/7세)**

: 진료내역을 검토한 결과 천명 등 천식에 합당한 진료기록이 미비하여 하기도 증기흡입치료 및 약제는 인정하지 아니함.

▶ **E사례(남/13세)**

: 진료내역을 검토한 결과 천식 및 급성 세기관지염 상병을 뒷받침할만한 환자의 증상 및 의학적 검사 소견 등 객관적 근거가 미비하므로 하기도 증기흡입치료 및 약제는 인정하지 아니함.

■ **참고**

- 의료법 제22조(진료기록부 등)
- 의료법 시행규칙 제14조(진료기록부 등의 기재사항)
- 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- '자4-1 하기도 증기흡입치료 인정기준' (보건복지부 고시 제2007-77호, '07.8.30.시행)
- 흉창의 소아과학, 9판, 제14장 호흡기질환
- 천식과 알레르기질환, III 각론: 흔한 알레르기질환

[2015.7.14. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

28. 진료내역 참조, 자4-1 하기도 증기흡입치료 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(남/6세)

- 청구 상병명: 상세불명의 급성 세기관지염, 상세불명의 호흡곤란, 상세불명의 알레르기비염
- 주요 청구내역

자4-1 하기도 증기흡입치료[1일당]	1*1*1
222 풀미칸분무용현탁액(미분화부데소니드)	0.5*1*1
222 벤토린흡입액(살부타몰황산염)	0.5*1*1

○ B사례(남/10세)

- 청구 상병명: 급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염, 상세불명의 알레르기비염, 상세불명의 천식
- 주요 청구내역

자4-1 하기도 증기흡입치료[1일당]	1*1*1
222 부데코트흡입액(미분화부데소니드)	1*1*1
222 벤토린흡입액(살부타몰황산염)	1*1*1

■ 진료내역

○ A사례(남/6세)

C.C: J0190 Acute sinusitis unspecified, Not specified as recurrent
J209 Acute bronchitis, unspecified
1일전부터 기침, 인후통, 콧물

○ B사례(남/10세)

C.C: 기침 심함 구토 할 정도, TM(-/-), CBS

■ 심의내용

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법에 의하면, 요양급여는 진료의 필요가 있다고 인정되는 경우에 정확한 진단을 토대로 하여, 환자의 건강증진을 위하여 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시하여야 함.

자4-1 하기도 증기흡입치료는 고시 제2007-77호('07.8.30.시행)에 의거 천식이나 만성 폐쇄성 폐질환의 급성 악화기, 급성 세기관지염의 호흡곤란 치료에 실시시 인정하기로 하며, 각 사례는 진료내역 등을 참조하여 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

▶ A사례(남/6세)

: 동 건은 진료기록 검토결과, '재발의 언급이 없는 상세불명의 급성 부비동염, 상세불명의 급성 기관지염'으로 기재되어 있으나, '상세불명의 급성 세기관지염'으로 청구한 것으로 확인됨.
또한, 2세 이상의 연령은 급성 세기관지염 호발연령이 아니고, 기록상 '상세불명의 급성 세기관지염'을 뒷받침할 만한 환자의 증상 등이 확인되지 않으므로 하기도 증기흡입치료 및 약제는 인정하지 아니함.

▶ B사례(남/10세)

: 동 건은 상세불명의 천식 상병에 하기도 증기흡입치료를 시행한 것으로, 진료기록상 천식 상병을 뒷받침할 만한 증상이나 이학적 검사소견 등 객관적 근거가 미비하므로 하기도 증기흡입치료 및 약제는 인정하지 아니함.

■ 참고

- '자4-1 하기도 증기흡입치료 인정기준' (보건복지부 고시 제2007-77호, '07.8.30.시행)
- 흥창의 편, 소아과학 7판, 제14장 호흡기 질환, 제22장 알레르기 질환

[2015.8.27. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

29. 진료내역 참조, 상세불명의 천식 부상병으로 소아에게 투여한 덱사메타손주(성분명: dexamethasone sodium phosphate) 및 아미노필린주(성분명: aminophylline) 인정여부

■ 청구내역(여/3세)

- 청구 상병명: 상세불명의 급성 기관지염, 급성 폐쇄성 후두염, 상세불명의 천식, 기타 명시된 열

- 주요 청구내역

211 휴온스아미노필린주사액(성분명:aminophylline)	1*1*1
245 휴온스덱사메타손디나트륨인산염주사액(성분명:dexamethasone sodium phosphate)	1*1*1
323 씨제이5%포도당주사액 200밀리리터(성분명:dextrose(5%))	1*1*1

■ 진료내역

○ C.C: 아직 기침→3 Days, 가래,콧물→rare

■ 심의내용

○ 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법에 의하면, 항생제·스테로이드제제 등 오남용의 폐해가 우려되는 의약품은 환자의 병력·투약력 등을 고려하여 신중하게 처방·투여하여야 하며, 주사제는 경구투약을 할 수 없는 경우, 경구투약시 위장장애 등의 부작용을 일으킬 염려가 있는 경우, 경구투약으로 치료효과를 기대할 수 없는 경우 또는 응급환자에게 신속한 치료효과를 기대할 필요가 있는 경우에 한한다라고 되어 있음.

○ 식품의약품안전처 허가사항에 의하면, 덱사메타손주는 알레르기 질환의 경우 기관지 천식, 접촉성 피부염, 아토피성 피부염 등에 투여하도록 되어 있고, 아미노필린주는 기관지 천식, 천식성 기관지염 등의 기도 폐쇄성 장애에 의한 호흡곤란 등 여러 증상의 완화에 투여하도록 되어 있음.

○ 동 기관은 “상세불명의 천식” 상병을 부상병으로 다빈도 청구하는 경향으로, 천식 상병에서 덱사메타손주 및 아미노필린주의 사용은 천식 지속상태로 천명과 호흡곤란이 심한 급성기 때 사용함이 원칙이나, 진료기록상 ‘기침, 가래, 콧물 등’ 으로 기재되어 있는 등 천식이 심한 급성기에 해당하는 환자의 증상 및 경과를 확인할 수 없으므로 덱사메타손주 및 아미노필린주는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 식품의약품안전처장 허가사항

[2015.8.27. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

30. 진료내역 등 참조, 상세불명의 사지마비 등 상병에 시행한 사123 작업치료 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/83세)

- 청구 상병명: 상세불명의 사지마비, 기타 대뇌동맥의 상세불명 폐쇄 또는 협착에 의한 뇌경색증, 파킨슨병, 상세불명의 알츠하이머병에서의 치매, 조음장애 및 무조음증
- 주요 청구내역
[포괄내역 및 질병군분류내역] 요2가 의료고도 ADL 17-20, 의사1(전문의수50%이상)·간호1등급 [입원361일부터] 1*1*16
[이학요법료] 사123가 작업치료-단순작업치료 1*1*12

○ B사례(남/80세)

- 청구 상병명: 강직성 사지마비, 두개내 열린 상처가 없는 외상성 경막하 출혈, 상세불명의 수두증, 언어장애 및 실어증
- 주요 청구내역
[포괄내역 및 질병군분류내역] 요2가 의료고도 ADL 17-20, 의사1(전문의수50%이상)·간호1등급 [입원361일부터] 1*1*30
[이학요법료] 사122 중추신경계발달재활치료 1*1*22
사130가 재활기능치료-매트및이동치료 1*1*25
사123다 작업치료-특수작업치료 1*1*16
사123나 작업치료-복잡작업치료 1*1*7

■ 심의내용

- 건강보험요양급여비용 제1편 제2부 제7장 제3절 사-123 작업치료 주.사항에 의하면 사-123 작업치료의 실시시간 및 방법 등을 정하고 있으며,

뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등) 환자에게 장기간 시행하는 전문재활치료의 인정기준(심사지침, '12.7.1. 시행)에 의하면, 뇌성마비와 파킨슨 질환은 환자의 개별 증상이 다양하고, 장기적으로 지속적인 전문재활 치료가 필요하므로 환자의 개별 상태 등을 고려하여 사례별로 심사토록 하고 있음.
- 동 건들(2사례)은 발병 후 4년이 경과된 환자에게 사지마비 등 상병으로 사-123 작업치료를 청구한 사례들로 환자평가표 및 제출된 진료기록부 등 참조하여 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

▶ A사례 (여/83세)

: 상세불명의 사지마비, 기타 대뇌동맥의 상세불명 폐쇄 또는 협착에 의한 뇌경색증, 조음장애 및 무조음증 등 상병으로 사-123가 작업치료-단순작업치료 1x1x12 청구한 사례로, 제출된 작업치료 기록상 도구나 기계를 사용하지 않고 단순 관절운동만 시행한 것으로 확인되므로 사-123가 작업치료-단순작업치료는 인정하지 아니함.

▶ B사례 (남/80세)

: 강직성 사지마비, 두개내 열린 상처가 없는 외상성 경막하 출혈, 언어장애 및 실어증 등 상병으로 사-123나 작업치료-복합작업치료 1x1x7, 사-123다 작업치료-특수작업치료 1x1x16 청구한 사례로, 실어증이 있어도 작업치료는 가능하나, 동 환자는 eye contact 및 obey가 불가하고 ADL 20점의 외상 상태로 30분 이상 지속적인 집중이 어려운 상태로 판단되므로 청구된 사-123다 작업치료-특수작업치료는 사-123나 작업치료-복합작업치료로 인정함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- '뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등) 환자에게 장기간 시행하는 전문재활치료의 인정기준' (심사지침, '12.7.1.시행)
- 재활의학, 셋째판, 제10장 작업치료

[2015.7.21. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

31. 뇌손상 환자에게 장기간 시행한 사122 중추신경계발달재활치료 등 전문재활치료료 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(남/59세)

- 청구 상병명: 강직성 편마비
- 주요 청구내역

사122	중추신경계발달재활치료	1*1*4, 1*2*18
사123다	작업치료-특수작업치료	1*1*4, 1*2*18
사126	기능적전기자극치료	1*1*20
사130가	재활기능치료-매트및이동치료	1*1*4, 1*2*18

○ B사례(여/56세)

- 청구 상병명: 상세불명의 편마비
- 주요 청구내역

사122	중추신경계발달재활치료	1*1*5, 1*2*16
사123다	작업치료-특수작업치료	1*1*2, 1*2*19
사126	기능적전기자극치료	1*1*19
사130가	재활기능치료-매트및이동치료	1*1*5, 1*2*16

■ 진료내역

○ A사례(남/59세)

- 뇌경색 발병일: 2013.11.20
- 동 기관 입원일수
 - * 기 청구: 2014.8.6. ~ 2015.1.2.(150일 입원)
 - * 현 청구: 2015.1.6. ~ 2015.1.31.(22일 입원)

○ B사례(여/56세)

- 뇌경색 발병일: 2013.12.20
- 동 기관 입원일수
 - * 기 청구: 2014.2.6. ~ 2014.7.18.(163일 입원), 2014.7.22. ~ 2014.12.31.(163일 입원),
 - * 현 청구: 2015.1.5. ~ 2015.1.31.(27일 입원)

■ 심의내용

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법에 의하면, 요양급여는 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시하여야 하며, 경제적으로 비용효과적인 방법으로 시행하여야 함.
- 뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등) 환자에게 장기간 시행하는 전문재활치료의 인정기준(심사지침, '12.7.1.시행)에 의하면, 뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등) 환자에게 시행하는 전문재활치료는 발병 후 2년 정도 인정하는 것으로 하되, 발병 후 2년 이내라도 환자의 기능적 회복이 3개월 동안 확인되지 않는 경우에는 필요한 전문재활치료를 1일 1회만 인정토록 되어 있음.

- 동 건들(2사례)은 뇌출혈 수술 후(A사례) 또는 뇌경색 후(B사례) 1년이 경과된 환자로, 편마비, 혈관성 치매 등 상병에 장기간 전문재활치료를 시행하였으나, 입원 기간 중 정기적인 기능 평가가 제대로 이뤄지지 않았고, 경과기록상 환자의 증상만 기록되어 있어 기능적 호전 여부 및 환자 상태의 변화 등이 확인되지 않으므로 2사례 모두 1일 2회 청구한 중추신경계발달재활치료 등 전문재활치료는 1일 1회 인정함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- ‘뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등) 환자에게 장기간 시행하는 전문재활치료의 인정기준’ (심사지침, '12.7.1.시행)

[2015.6.9. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

32. 다빈도 시행한 하부 요로생식기 및 성매개 감염 원인균검사인 나589-1(가) Multiplex Real-time PCR 및 나595-5(라) Multiplex PCR 인정여부

■ 청구내역

[A기관]

○ A사례(여/39세)

- 청구 상병명: 외음 및 질의 칸디다증(초진)
- 주요 청구내역
나589-1가 하부요로생식기 및 성매개감염원인균 1*1*1

○ B사례(여/81세)

- 청구 상병명: 외음 및 질의 칸디다증(초진)
- 주요 청구내역
나589-1가 하부요로생식기 및 성매개감염원인균 1*1*1

[B기관]

○ C사례(여/57세)

- 청구 상병명: 외음 및 질의 칸디다증(초진)
- 주요 청구내역
나595-5라 하부요로생식기 및 성매개감염원인균 1*1*1

○ D사례(여/52세)

- 청구 상병명: 외음 및 질의 칸디다증(초진)
- 주요 청구내역
나595-5라 하부요로생식기 및 성매개감염원인균 1*1*1

■ 심의내용

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1]에 의하면 요양급여는 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법 및 경제적으로 비용효과적인 방법으로 행하여야 하며, 각종 검사를 포함한 진단 및 치료행위는 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 하며 연구의 목적으로 하여서는 아니된다고 명시하고 있으며,
- 의료법 제22조에 의료인은 각각 진료기록부·조산기록부 또는 간호기록부를 비치하여 그 의료행위에 관한 사항과 소견을 상세히 기록하고 서명하여야 하며 의료법 시행규칙 제17조에 의하면 진료기록부에는 진료를 받은 자의 주소·성명·주민등록번호·병력 및 가족력, 주된 증상, 진단결과, 진료경과 및 예견, 치료내용(주사, 투약, 처치 등)을 한글과 한자로 기재하여야 한다 라고 규정하고 있음.
- 동 요양기관들(2개 기관)은 하부요로생식기 및 성매개 감염 원인균검사가 '14.11.1. 신의료기술에서 급여 수가로 신설된 이후 검사료 및 수진자당 진료비가 급등한 기관으로 성매개 감염균 검사를 다빈도로 시행하는 경향임.
진료기록부 검토 결과, 진료 내용이 일률적으로 기재되어 있어 의학적 타당성 및 신빙성이 결여된다고 판단되고, 검사는 정도에 따라 순차적으로 시행함이 타당하므로 초진에 시행한 나589-1(가)하부 요로생식기 및 성매개 감염 원인균[다중 중합효소연쇄반응법]검사, 나595-5(라)하부 요로생식기 및 성매개 감염 원인균 [다중 실시간 중합 효소연쇄반응법] 검사는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 의료법 제22조(진료기록부 등)

[2015.7.8. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

33. 진료내역 참조, 자궁의 평활근종 상병에 투여한 249 이니시아정(성분명:울리프리스탈아세테이트) 인정여부

■ 청구내역

[A기관(여/40세)]

- 청구 상병명: 자궁의 벽내 평활근종
- 주요 청구내역
249 이니시아정(울리프리스탈아세테이트) 1*1*1 (28정/1팩)

[B기관]

○ A사례(여/49세)

- 청구 상병명: 상세불명의 자궁의 평활근종, 상세불명의 철결핍성 빈혈
- 주요 청구내역
249 이니시아정(울리프리스탈아세테이트) 1*1*1 (28정/1팩)
322 헤로바-유서방정(건조황산제일철) 1*2*30

○ B사례(여/31세)

- 청구 상병명: 상세불명의 자궁의 평활근종
- 주요 청구내역
249 이니시아정(울리프리스탈아세테이트) 1*1*1 (28정/1팩)

○ C사례(여/28세)

- 청구 상병명: 상세불명의 자궁의 평활근종
- 주요 청구내역
249 이니시아정(울리프리스탈아세테이트) 1*1*1 (28정/1팩)

○ D사례(여/26세)

- 청구 상병명: 상세불명의 자궁의 평활근종
- 주요 청구내역
249 이니시아정(울리프리스탈아세테이트) 1*1*1 (28정/1팩)

○ E사례(여/34세)

- 청구 상병명: 상세불명의 자궁의 평활근종
- 주요 청구내역
249 이니시아정(울리프리스탈아세테이트) 1*1*1 (28정/1팩)

■ 진료내역

[A기관(여/40세)]

○ 초진

- C.C: 원래는 규칙적주기(양은 적었음) - 6개월 정도 무월경 / 5월2일날 생리양상 출혈이 시작되었다가 멈춘다음 다시 5월30일날 - 6월13일까지 부정혈 양상이 지속되고 있으며, 양이 덩어리처럼 많이 나오는 날도 있었다고 함.-> 출혈 원인 규명으로 초음파와 호르몬 검사 필요성 설명드림.

○ 재진(현 청구분)

- C.C: 이니시아정 처방.

[B기관]

○ A사례(여/49세)

- C.C: dysmenorrhea (++) , hypermenorrhea (++)
타병원에서 웨로바 유서방정 처방 받음.
mass size: 11.62cm × 8.03cm (sono상)

○ B사례(여/31세)

- C.C: dysmenorrhea (++) , hypermenorrhea (++)
mass size: 12.49cm × 7.72cm (sono상)
혈액검사 결과: Hemoglobin 13.5

○ C사례(여/28세)

- C.C: dysmenorrhea (++) , hypermenorrhea (++)
전일 타병원에서 이니시아정 3개월 처방 받음.
mass size: 5.28cm × 3.60cm (sono상)
혈액검사 결과: Hemoglobin 13.4

○ D사례(여/26세)

- C.C: dysmenorrhea (++) , hypermenorrhea (++)
3월에 타병원에서 근종 15cm 진단.
3,4,5월 3회 루크린 주사 => 주사 6회 후 개복수술 권유받음.
mass size: 14.05cm × 9.71cm (sono상)

○ E사례(여/34세)

- C.C: dysmenorrhea (++) , hypermenorrhea (++)
2014.1월 근종 8cm, 7cm - 타병원에서 진단
mass size: 11.69cm × 8.21cm (sono상)

■ 심의내용

- 식품의약품안전처 허가사항에 의하면, 이니시아정(성분명:울리프리스탈아세테이트)은 ‘가임기 성인 여성에서 중등도-중증 증상을 가진 자궁근종 환자의 수술 전 치료’에 사용하도록 되어 있음.

동 약제 투여 건들의 진료기록 내역 및 검사결과지 등을 검토한 결과, 상세불명의 자궁의 평활근종, 자궁경부의 염증성 질환 상병 등에 249 이니시아정(울리프리스탈아세테이트)(28정/1팩)을 처방한 경우로, 진료기록상 dysmenorrhea, hypermenorrhea 로 일률적으로 기재되어 있고, 철분제제, 진통소염제 등 투약소견도 없으며, “출혈로 인한 빈혈, 압통, 자궁근종이 커지면서 생기는 비뇨기과 증상 등” 자궁근종의 중증도 증상이 확인되지 않아 이니시아정(울리프리스탈아세테이트)은 인정하지 아니함.

다만, B기관 A사례는 빈혈소견과 빈혈 치료제인 322 웨로바-유서방정이 처방(타병원(Hgb 8.8)에서 이미 복용중임)된 점을 참조할 때, 중등도-중증 증상을 가진 자궁근종 환자로 판단되어 이니시아정(울리프리스탈아세테이트)은 인정하며,

B기관 D사례는 타 병원에서 자궁근종 진단 후 3회의 루크린주사 투여 및 개복수술 계획 등 내용을 참조하여 이니시아정(울리프리스탈아세테이트)은 인정함.

■ 참고

- 부인과학, 제4판, 제5장 여성 생식기의 양성질환

[2015.8.12. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

34. 선천성 근성사경 상병에 실시한 악안면교정수술 보험급여 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/22세)은 외모개선목적이 아닌 선천성 근성사경으로 인해 수술받은 경우라 주장하여 현행 인정기준 중 “가” 항의 선천성 악안면 기형의 범주에 선천성 근성사경을 포함할 수 있는지에 대하여 논의함.

■ 진료내역(여/22세)

- OR note
 - pre-op Dx : Mandibular prognathism facial asymmetry
 - Post-Op.Dx : same as above
 - op name : Orthognathic surgery(2-Jaw, IVRO + Genioplasty)
 - Mx.: LeFort I osteotomy
 - P.I.=1.5mm(CR='A'point)
 - Setback = 2.0mm
 - Canting correction Rt.up 2.5, Lt.down 2.5
 - DML correction to Rt. 1.5mm
 - Mn.: B-IVRO, adjust to Mx
 - Zygoma reduction = 3.0mm with setback
 - Chin: Aug.=2.0mm
 - Adv.=3.0mm shift to Rt. 2.0mm

■ 심의내용

- 보건복지부 고시 제2007-37호('07.5.1.시행)에 의하면, 외모개선 목적이 아닌 저작 또는 발음 기능개선 목적으로 시행한 경우 보험급여 하되, 선천성 악안면 기형으로 인한 악골발육장애 등 보험급여의 적응증은 별도로 명시하고 있음.
- 동 건(여/22세)은 외모개선 목적이 아닌 선천성 근성사경으로 안면비대칭이 발생하였고 이에 악안면교정 수술을 실시하고 비급여로 1,170만원을 지불하였음. 해당 기관에서는 보험기준에 해당되지 않는다는 사유로 비급여 처리되어 민원이 제기된 바, 「선천성 근성사경」이라는 상병을 선천성 악안면 기형의 범주에 포함가능 여부 및 급여여부에 대하여 논의함.
- 전반적인 진료내역 및 관련자료를 검토한 결과, 선천성 근성사경으로 진단받은 환자로 2회에 걸쳐 종합 병원에서 근성사경에 대한 수술을 시행한 것이 관련자료 등에서 확인되었으며, 사경증은 근육 발달의 좌우 불균형으로 인해 두개저의 비대칭을 유발하는 선천성 악골발육장애의 범주에 포함시킬수 있다는 관련 학회 의견 등을 참고할 때, 선천성 근성사경은 선천성 악안면 기형으로 인한 악골발육장애 범주에 포함되므로 보험급여가 타당함.

■ 참고

- '악안면교정수술(신장술 포함) 보험급여 인정기준'(보건복지부 고시 제2007-37호, '07.5.1.시행)
- 구강악안면외과학회, 구강악안면외과학, 2005.

[2015.7.16. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

35. 진료내역 참조, 다197가 파노라마촬영-일반 및 차23-1가 치석제거-1/3약당 인정여부

■ 심의배경

- 교정진단을 실시하고 제3대구치의 매복 또는 급·만성 치관주위염 등 상병으로 파노라마 촬영료를 청구하였고, 교정치료를 시작한 수진자에 대하여 정기적으로 내원시 전악치석제거를 실시한 후 부분치석제거 1/3약당으로 1회씩 산정되어 해당 기관의 교정진단시 촬영한 파노라마 촬영료와 교정시작후 정기적으로 내원하여 실시한 치석제거의 인정여부에 대하여 논의함.

■ 청구내역

○ A사례(여/14세)

- 청구 상병명: 하악 제3대구치의 매복
- 주요 청구내역(2015.2.13)
다197가 파노라마촬영-일반 1*1*1

○ B사례(여/30세)

- 청구 상병명: 하악 제3대구치의 매복
- 주요 청구내역(2015.2.11)
다197가 파노라마촬영-일반 1*1*1

○ C사례(여/24세)

- 청구 상병명: 급성 치관주위염
- 주요 청구내역(2014.7.25)
차23-1가 치석제거-1/3약당 1*1*1

○ D사례(여/16세)

- 청구 상병명: 만성 치관주위염
- 주요 청구내역(2015.2.16)
차23-1가 치석제거-1/3약당 1*1*1

○ E사례(여/19세)

- 청구 상병명: 만성 치관주위염
- 주요 청구내역(2015.2.11)
차23-1가 치석제거-1/3약당 1*1*1

○ F사례(여/14세)

- 청구 상병명: 급성 치관주위염
- 주요 청구내역(2015.2.26)
차23-1가 치석제거-1/3약당 1*1*1

○ G사례(남/17세)

- 청구 상병명: 만성 치관주위염
- 주요 청구내역(2015.2.23)
차23-1가 치석제거-1/3약당 1*1*1

■ 진료내역

○ A사례(여/14세)

C.C: 치열이 고르지 않고 입도 좀 나왔어요. 잇몸에서 가끔 피가 나요.

2015.2/13 #14,24,34,44 ext 2yr 예정, photo, 3D+imp, Panex

2015.2/24 <견적상담> DBS 014NiTi, #17-27 sc, pumice, sand, etching, bonding, #14,24 ext

2015.2/27 #17-27 sc, pumice, sand, etching, bonding, #35,45 ext

○ B사례(여/30세)

C.C: 돌출치아, 윗니가 많이 나왔어요. 사랑니가 낫는데 뺄 수 있나요? 음식물 끼고 씹었어요.

2015.2/11 #14,24,35,45 ext 20-24yr, 예비상담, 진단, 작업(3D, imp&bite, E/O), panex, #38 impaction

2015.2/12 진단상담, Full DBS, #17-27 sc, pumice, sand, etching, bonding, 상악 DBS 014NiTi

2015.2/16 하악 DBS 014NiTi, #37-47 sc, pumice, sand, etching, bonding

2015.3/3 하악 014NiTi

2015.3/17 적응되어 불편 없어요. sc(하악 전치 calculus), 016NiTi

○ C사례(여/24세)

C.C: 치열 불규칙, 얼굴 비대칭, 잇몸 붓고 피나요.

2014.7/15 I/O Photo, Alginate imp, E/O photo,3D, 비대칭 개선, #14,25,34,45 ext 예정 2yr

2014.7/16 (견적상담),#45 ext 4-5M후, pin3-4개

2014.7/18 sc, pumice, DBS 014NiTi

2014.7/25 sc, pumice, sand, etching, bonding, sc 동의서, 설문지 받음. pin주의사항 설명, 상악 DBS 014NiTi

2014.8/4 치아 사이가 까맣게 보여요. 치석보임.

2014.8/21 불편한곳 없어요. 전치부 simple sc

2014.8/29 #47 브라켓 탈락, Re DBS #47

2014.9/19 전악 SC, Re DBS #12,41

2014.10/24 철사 빠지고 많이 시려요. 전악 SC, 상하악 016NiTi

2014.11/7 #12,22 base:G.I/R/F, #12 Re DBS

2014.11/21 전악 SC(#33-43 calculus, bleeding)

2014.12/23 불편한곳 없어요. 잇몸에서 피는 계속 남. 전악 SC

2015.1/27 전악 SC, EXT 주의사항 설명. #45 ext

2015.2/23 불편없음. 전악SC(#21-27 calculus, bleeding)

2015.3/20 전악 SC

○ D사례(여/16세)

C.C: 돌출입, 전체 충치 있는 곳도 알려주세요. 잇몸에서 붓고 피나요.

2014.5/2 #14,24,35,45 2yr, 진단작업(I/O, imp, E/O, x-ray, 3D촬영), panex, d/c #17,37,45,46

2014.5/16 진단상담, Full DBS, #14,24,35,45 ext, #35,45 ext은 4-5M후, pin 2개 예정, 투약 3일

DBS 상악 014NiTi, #14,24 ext, sc, pumice, 주의사항(발치 교정) 설명, TBI

2014.5/23 DBS 하악 016NiTi, #46 b pit RF, sc pumice, TBI

2014.6/7 #35장치가 떨어졌어요. 돈까스 먹다가 re DBS #35

2014.6/19 상악 016NiTi 하악 Re ege, SC, TBI

2014.7/21 불편없었어요. Re DBS #12,36,37,46,47, 상.하악 016NiTi

2014.8/19 Re DBS #22& DBS #27, 016*022 NiTi, #26,27 EXT, 약처방 1일, 발치주의사항 설명

2014.9/25 Re DBS #34-44, 하악016*022 NiTi, SC

2014.10/27 하악 017*025, SC(양치잘할 것)(#40번대 calculus. bleeding)
 2014.11/24 #10,40번대 잇몸 아파요. SC, TBI(치간솔안증)
 2014.12/22 불편없어요. 상악 016*022, SC 양치불량, (#30번대 calculus. bleeding)
 2015.1/2 고바야시 re
 2015.1/19 고무줄 잘 걸었어요. SC
 2015.2/16 전악SC(#20번대 calculus. bleeding), #46RF
 2015.3/16 #17 DBS, 상악 016NiTi, 전악 SC

○ E사례(여/19세)

C.C: 입이 좀 나오고 덧니도 있어요. 잇몸 부었어요.
 2014.9/3 #14,24,34,44 or 15,25,35,45 ext, I/O, x-ray
 2014.9/10 진단작업(3D촬영, E/O, ceph재촬영, 상하imp)
 2014.9/15 진단작업, #15,25,35,45 ext 2yr, pin 2개, 투약 3일, #15,25 EXT, 발치. 교정 주의사항 설명
 2014.9/17 상악 우측 철사가 찢려요. #17 wire cutting
 2014.9/22 #36,46 b pit RF, 하악 014NiTi, #35,45 EXT
 2014.10/6 철사 빠졌어요.
 2014.10/13 #16,17 R.inlay prep&imp
 2014.10/20 #16,17 Resin inlay setting, #37 b.pit RF, SC(#40번대 calculus. bleeding)
 2014.10/23 하악 철사가 찢려요. 앞니 부분이 헐었어요.
 2014.11/17 Re DBS #12,22,32 014NiTi
 2014.12/8 #40번대 철사가 찢려요.
 2014.12/15 SC(30번대 calculus. bleeding)
 2015.1/12 상.하악 016*022 NiTi, SC
 2015.2/11 bite #36,46 완전제거, 하악 016*022NiTi, SC(20번대 calculus. bleeding)

○ F사례(여/14세)

C.C: 돌출입, 잇몸 붓고 가끔 피나요.
 2014.8/13 #14,24,34,44 ext 20M, o: gingivitis Tx필요, 진단작업(I/O, imp. x-ray,3D촬영)
 2014.8/14 진단상담, pin 상악 2개, 상악 sc, pumice, sand, etching, Bonding, TBI
 투약-2일, DBS 하악 014 NiTi, #14,24 EXT
 2014.10/2 상.하악 016*022NiTi, SC, TBI(#10번대 bleeding)
 2014.11/3 SC, #25 re DBS, #36,37,46,47 bite 제거
 2014.12/2 불편없어요. #26 RF, 하악 017*022, SC(40번대 calculus. bleeding)
 2015.1/2 #15 Rf, 전악 SC
 2015.1/27 불편없었어요. wax있어요. SC
 2015.2/26 가만히 있을 때 치아 무는 위치가 어딘지 모르겠어요. SC(20번대 calculus. bleeding)

○ G사례(남/17세)

C.C : 앞니가 튀어나왔어요. 아래쪽도 덧니가 있어요. 잇몸 붓고 피나요.
 2014.4/16 #14,24,34,44 ext, ceph, panex, PA, I/O, photo
 2014.4/21 진단작업(E/O, imp, 3D 촬영), DBS시 #46제외
 2014.4/24 진단상담, pin 2-4개, 자주 씹어서 먼저 빼고 싶어요. #14,44 ext, DBS 상악 014 NiTi, sc, pumice
 발치 후 교정주의 사항 설명& TBI
 2014.5/1 하악 DBS 014 NiTi, #24,34,ext, sc, pumice, #37,47 bite

2014.5/14 아래양쪽 철사 빠짐.
 2014.5/21 위에 철사가 빠졌어요.
 2014.5/29 위에 철사가 빠진 것 같아요. DBS #46, 하악 016 NiTi, 2 pin #15,16,25,26, SC
 2014.6/25 불편 없었고 30번대 bite 떨어진지 2주정도 됨. 나사심고도 괜찮았어요. Re DBS #12
 2014.7/17 철사가 빠졌어요. 왼쪽 아래 철사 빠짐. 위쪽도 찢리는 것 같긴 한데 잘 모르겠어요.
 월치료는 따로 오기로 함.
 2014.7/23 SC, 40번대 철사가 3일전에 빠짐. 016NiTi*022
 2014.8/26 불편한곳 없었어요. 하악 016*022, SC(10번대 calculus. bleeding)
 2014.9/23 IAW act wax 안씀. 상악 016*022, SC
 2014.10/27 SC, 2 pin on #31,32,33,34, pin 주의사항
 2014.11/24 나사 심은데도 괜찮고 불편 크게 없었어요. 전악SC, 하악 016*022, DBS #17,27 016*022
 2014.12/22 나사 흔들리는 거 같아요. 상악 016*022, 전악SC(40번대 calculus. bleeding)
 2015.1/21 괜찮았어요.re-DBS#35-43, 하악016*022NiTi, SC(20번대 calculus. bleeding)
 2015.2/23 불편없었어요. 괜찮았어요. 상악017*025 TMA IAW, 전악SC(30번대 calculus. bleeding), PC
 2015.3/23 sc, Re DBS #17 탈락 & DBS

■ **심의내용**

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조제1항 [별표2] 비급여대상 3항 다목.에 의하면 구취제거, 치아착색물질, 치아교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거는 비급여 대상으로 하여야함.
 또한, 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조제1항[별표2] 비급여대상 2항 라목.에 저작 또는 발음기능개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 악안면교정수술 및 교정치료는 비급여 대상으로 하여야 함.
- 동 기관은 교정진단을 실시한 수진자에 대하여 제3대구치의 매복 또는 급·만성 치관주위염 등 상병으로 파노라마 촬영을 청구하였고, 정기적으로 교정 체크시 전악치석제거를 실시한 후 부분치석제거 1/3약당 1회씩 산정되어 해당 기관의 교정진단시 촬영한 파노라마 촬영료와 교정시작후 정기적으로 내원하여 실시한 치석제거의 요양급여인정여부에 대하여 논의함.
- 청구된 모든 환자는 교정 중인 환자로 파노라마 촬영의 경우 교정치료를 위한 일련의 진단검사 (Panorama, Cephalo, Impression 등)를 위해 촬영한 행위로 제3대구치 매복 및 치주염 등의 상태확인을 위해 청구하였으나 교정진단을 위한 일련의 과정에 포함된 파노라마촬영으로 판단되어 불인정기로 함.
- 또한, 교정치료 전 치은염 또는 치주염의 치료목적으로 실시하는 치석제거의 경우 급여대상이나 교정치료 중 정기적으로 실시하는 치석제거는 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2] 3항 다. 목에 의한 비급여 대상이므로 교정치료 중 정기적으로 실시한 치석제거도 불인정함.

■ **참고**

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항 [별표2] 비급여대상
- '치석제거후 동일부위에 치석제거를 재실시하는 경우 수기로 산정방법' (보건복지부 고시 제2005-61호, '05.9.9.시행)
- '치과에서 비급여 진료시 진찰료 등 인정여부 안내'(행정해석 보험급여과-3024호, '10.12.20.시행)

[2015.7.16. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

36. 진료내역 및 검사결과지 참조, 스트레스요실금 상병에 시행한 자356가(2) 요실금 수술 및 자362 방광류교정술 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/61세)

- 청구 상병명: 스트레스 요실금, 방광류
- 주요 청구내역

자356가(2) 요실금수술-질강을 통한 수술-기타의 경우	1*1*1
자362 방광류교정술	1*1*1
요실금치료용 재료 A.M.I.TOA SLING 전규격	1*1*1

○ B사례(여/31세)

- 청구 상병명: 스트레스 요실금, 방광류
- 주요 청구내역

자356가(2) 요실금수술-질강을 통한 수술-기타의 경우	1*1*1
자362 방광류교정술	1*1*1
요실금치료용 재료 A.M.I.TOA SLING 전규격	1*1*1

○ C사례(여/50세)

- 청구 상병명: 스트레스 요실금, 방광류
- 주요 청구내역

자356가(2) 요실금수술-질강을 통한 수술-기타의 경우	1*1*1
자362 방광류교정술	1*1*1
요실금치료용 재료 A.M.I.TOA SLING 전규격	1*1*1

○ D사례(여/50세)

- 청구 상병명: 스트레스 요실금, 방광류
- 주요 청구내역

자356가(2) 요실금수술-질강을 통한 수술-기타의 경우	1*1*1
자362 방광류교정술	1*1*1
요실금치료용 재료 A.M.I.TOA SLING 전규격	1*1*1

○ E사례(여/48세)

- 청구 상병명: 스트레스 요실금, 방광류
- 주요 청구내역

자356가(2) 요실금수술-질강을 통한 수술-기타의 경우	1*1*1
자362 방광류교정술	1*1*1
요실금치료용 재료 A.M.I.TOA SLING 전규격	1*1*1

○ F사례(여/46세)

- 청구 상병명: 스트레스 요실금, 방광류
- 주요 청구내역

자356가(2) 요실금수술-질강을 통한 수술-기타의 경우	1*1*1
자362 방광류교정술	1*1*1
요실금치료용 재료 A.M.I.TOA SLING 전규격	1*1*1

○ G사례(여/41세)

- 청구 상병명: 스트레스 요실금, 방광류
- 주요 청구내역

자356가(2) 요실금수술-질강을 통한 수술-기타의 경우	1*1*1
자362 방광류교정술	1*1*1
요실금치료용 재료 A.M.I.TOA SLING 전규격	1*1*1

■ 진료내역

○ A사례(여/61세)

- C.C: 기침, 재채기 - 소변 샌다
긴장성 요실금(++)
- 수술 기록
11:30AM T.O.A (transobturator adjustable) + Ant. repair c sling + profol 80ml

○ B사례(여/31세)

- C.C: 기침, 재채기 - 소변 샌다
긴장성 요실금(+)
- 수술 기록
11:30AM T.O.A (transobturator adjustable) + Ant. repair c sling + profol 80ml

○ C사례(여/50세)

- C.C: 기침, 재채기 - 소변 샌다 (on set: 몇 개월 전부터) + 방광류
긴장성 요실금(+)
- 수술 기록
10:40AM T.O.A (transobturator adjustable) + Ant. repair c sling + profol 80ml

○ D사례(여/50세)

- C.C: urgency(++)
- 수술 기록
12MD T.O.A (transobturator adjustable) + Ant. repair c sling + profol 60ml

○ E사례(여/48세)

- C.C: 기침, 재채기 - 소변 샌다
긴장성 요실금(++)
- 수술 기록
12:20PM T.O.A (transobturator adjustable) + Ant. repair c sling + profol 60ml + mlmidazolam 1/2^㉔

○ F사례(여/46세)

- C.C: 기침, 재채기 - 소변 샌다
- 수술 기록
11AM T.O.A (transobturator adjustable) + Ant. repair c sling + profol 60ml

○ G사례(여/41세)

- C.C: 기침, 재채기 - 소변 샌다
긴장성 요실금(+)
- 수술 기록
11AM T.O.A (transobturator adjustable) + Ant. repair c sling + profol 60ml + mlmidazolam

■ 심의내용

- 동 요양기관은 요실금수술과 방광류교정술을 전건 동시 시행하는 경향으로, 스트레스 요실금, 방광류 상병하에 요실금수술(transobturator adjustable, TOA), 방광류교정술(Cystocele repair(Ant. repair))을 시행하고 자356가(2) 요실금수술-질강을 통한 수술-기타의 경우 1*1*1, 자362 방광류교정술 1*1*1을 청구한 사례임.
- 전반적인 진료내역 검토결과, 자356가(2) 요실금수술은 요류역학검사상 수술적 치료가 필요하다고 판단되므로 인정하나, 자362 방광류교정술은 진료기록상 방광류에 대한 객관적인 근거(grade, 의학적 사진, 방광류 조영술 등)가 확인되지 않으므로 인정하지 아니함.

■ 참고

- 배뇨장애와 요실금, 제2판, 29장 여성 요실금의 분류와 역학, 30장 여성 요실금의 진단, 34장 여성 요실금의 수술치료, 38장 골반장기탈출증의 진단

[2015.8.12. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

37. 양쪽 일차성 무릎관절증 등 상병에 'Dextrose(50%)(품명: 50%포도당주)'를 이용하여 시행한 마9 관절강내주사 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/55세)

- 청구 상병명: 양쪽 일차성 무릎관절증, 기타 경추간판변성
- 주요 청구내역
323 대한50%포도당주 100mL(dextrose(50%)) 0.5*1*1
마9 관절강내주사 1*1*1

○ B사례(남/70세)

- 청구 상병명: 상세불명의 고혈압, 합병증 미동반 당뇨병, 양쪽 일차성 무릎관절증, 일과성 대뇌허혈발작
- 주요 청구내역
323 대한50%포도당주 100mL(dextrose(50%)) 0.5*1*1
마9 관절강내주사 1*1*1

○ C사례(여/75세)

- 청구 상병명: 척추협착, 양쪽 일차성 무릎관절증, 기타 관절의 일차성 관절증,어깨 부분
- 주요 청구내역
323 대한50%포도당주 100mL(dextrose(50%)) 0.5*1*1
마9 관절강내주사 1*1*1

○ D사례(여/62세)

- 청구 상병명: 양쪽 일차성 무릎관절증
- 주요 청구내역
323 대한50%포도당주 100mL(dextrose(50%)) 0.5*1*1
마9 관절강내주사 1*1*1

■ 심의내용

- 동 기관은 무릎관절증 상병에 Dextrose(50%)(품명: 50%포도당주)을 이용하여 관절강내주사를 시행하는 경향으로, 이에 대한 인정여부에 대하여 심의함.
- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법에 의하면, 요양급여는 정확한 진단을 토대로 하여 환자의 건강증진을 위하여 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시하여야 하며, 의약품은 약사 법령에 의하여 허가 또는 신고된 사항(효능·효과 및 용법·용량 등)의 범위 안에서 환자의 증상 등에 따라 필요·적절하게 처방·투여하여야 함.
- Dextrose(50%)(품명: 50%포도당주)는 고칼륨혈증, 순환허탈, 저혈당 시의 에너지 보급 등을 위해 정맥 주사로 투여하도록 허가된 약제로서, 동 약제를 이용하여 관절강내주사를 시행하는 것은 의학적으로 타당한 진료로 보기 어려움.

따라서, A~D사례는 양쪽 일차성 무릎관절증 등 상병에 Dextrose(50%)(품명: 50%포도당주)를 이용하여 관절강내주사를 시행한 경우로 관절강내주사 및 관련 약제는 모두 불인정함이 타당함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제5장
- 식품의약품 안전처장 허가사항
- 대한정형외과학회, 정형외과학 제7판

[2015.6.12. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

38. C-arm 투시가 필요한 신경차단술에 C-arm 자료를 제출하지 않은 경우 바25라 척수 신경총,신경근및신경절차단술-선택적신경근 등 인정여부

■ 청구내역(남/49세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증, 요추부

- 주요 청구내역

바25라 척수신경총,신경근및신경절차단술-선택적신경근 1*2*1 (1/5)

바25자 척수신경총,신경근및신경절차단술-후지내측지 1*1.5*1 (1/12)

■ 심의내용

- 의료법 제21조 제2항에 의하면, 제1항에도 불구하고 의료인이나 의료기관 종사자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 기록을 열람하거나 그 사본을 교부하는 등 그 내용을 확인할 수 있게 하여야 하고, 그 중 4호는 「국민건강보험법」 제14조, 제47조, 제48조 및 제63조에 따라 급여비용 심사·지급·대상여부확인·사후관리 및 요양급여의 적정성 평가·가감지급 등을 위하여 국민건강보험공단 또는 건강보험심사평가원에 제공하는 경우라고 규정하고 있음.

또한, 국민건강보험법 요양급여비용 심사·지급업무 처리기준 제5조(심사관련 보완자료의 요청) ① 심사평가원은 제2조의 규정에 의하여 요양기관으로부터 제출받은 자료만으로 요양급여비용의 심사가 곤란하다고 인정되는 경우에는 진료기록부, 수진자에게 발행된 진료비 계산서 사본 등 요양급여비용 심사에 필요한 보완자료의 제출을 요청할 수 있다고 규정하고 있음.

보건복지부 고시 제2007-92호('07.11.1.시행)에 의하면, C-arm 등 투시가 반드시 필요한 신경차단술에 대하여 정하고 있으며, 동 신경차단술을 C-arm 등 투시 없이 실시한 경우에는 인정하지 않도록 하고 있음.

- 동 사례(남/49세)는 신경뿌리병증, 요추부 등의 상병으로 바25라 척수신경총, 신경근및신경절차단술-선택적신경근, 바25자 척수신경총,신경근및신경절차단술-후지내측지를 청구한 사례로,

요양기관으로부터 제출받은 자료만으로 요양급여비용의 심사가 곤란하여 C-arm 영상자료를 요청하였으나 요양기관에서 C-arm 영상자료를 제출하지 않았고, 제출된 의무기록만으로는 신경차단술이 적절하게 시행되었는지 여부를 확인할 수 없으므로 바25라 척수신경총, 신경근및신경절차단술-선택적신경근, 바25자 척수신경총,신경근및신경절차단술-후지내측지는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 의료법 제21조(기록 열람 등)
- 의료법 시행규칙 제15조(진료에 관한 기록의 보존)
- 국민건강보험 요양급여비용 심사·지급업무 처리기준 제5조(심사관련 보완자료의 요청)
- 'C-arm 등 투시가 반드시 필요한 신경차단술에 대하여' (보건복지부 고시 제2007-92호, '07.11.1.시행)
- '척수신경총, 신경근 및 신경절차단술 수가 산정방법' (보건복지부 고시 제2008-40호, '08.6.1.시행)
- '신경차단술의 산정기준' (보건복지부 고시 제2009-180호, '09.10.1.시행)

[2015.5.21. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

39. 시술 부위 등 참조, 백반증 상병에 실시한 자13 피부레이저광선치료[1회당] 인정여부

■ 청구내역(남/28세)

- 청구 상병명: 백반증
- 주요 청구내역

자13나 피부레이저광선치료[1회당]-10cm²이상 50cm²미만의 피부병변 1*1*1

■ 심의내용

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법에 의하면, 요양급여는 진료의 필요가 있다고 인정되는 경우에 정확한 진단을 토대로 하여 환자의 건강증진을 위하여 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시하여야 하며,

같은 규칙 [별표2] 비급여대상에 의하면, 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료는 비급여대상임.

보건복지부 고시 제2013-69호('13.4.30.시행)에 의하면, 백반(또는 백납)은 후천적으로 피부의 색소가 소실되는 전신성 질환으로, 특효 치료법이 없고 업무 또는 일상생활을 함에 있어 신체적 기능장애가 없는 질환에 해당하여 비급여 대상으로 하여 왔으나, 노출부위에 병소가 있는 경우에는 환자가 수치감을 갖게 되고 타인에게 혐오감을 주는 등 사회생활에 영향을 받게 되므로 얼굴, 목, 손, 팔, 무릎이하의 노출부위와 이와 연결된 병소에 대한 치료를 하는 경우에는 급여대상으로 하고 있음.

- 동 건은 귀 뒤, 손의 백반증으로 자13나 피부레이저광선치료를 청구한 사례로, 귀 뒤 및 손의 백반증은 병변의 위치가 노출 부위로 수치감을 가질 수 있고 타인에게 혐오감을 주어 일상생활에 지장을 초래할 것으로 판단되므로 자13나 피부레이저광선치료[1회당]-10cm²이상 50cm²미만은 인정함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법, [별표2] 비급여대상
- '백반 또는 백납에 대한 치료의 급여여부' (보건복지부 고시 제2013-69호, '13.4.30.시행)
- 피부과학 개정4판, 제20장 색소이상증

[2015.4.20. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]