

## 지역심사평가위원회 심의사례 공개 (총 23개 항목)

- 2018. 3. 30. 공개

연번	제 목	페이지
1	급성화농성중이염 등의 상병에 처방한 세파 3세대 경구 항생제 요양급여 인정여부	1
2	치매 상병에 시행한 246가(7) 기본자기공명영상진단-혈관-경부혈관 및 다246가(1) 기본 자기공명영상진단-뇌·해마-뇌 등의 요양급여 인정여부	3
3	이명 상병으로 초진에 다중 시행한 검사료 요양급여 인정여부	5
4	일부 발달되지 않은 부비동을 포함하여 시행한 자113주 전부비강근본수술 등 요양급여 인정여부	7
5	진료내역 참조 변증기술료 요양급여 인정여부	8
6	진료내역 참조 일률적으로 주1회 청구한 변증기술료 요양급여 인정여부	11
7	상병 및 진료기록부 참조 변증기술료 요양급여 인정여부	14
8	환자상태 및 진료내역 참조 외래 장기내원, 주사제 등 요양급여 인정여부	17
9	자656다 만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술 요양급여 인정여부	19
10	진료내역 등 참조 요통, 관절증 등 근골격계 질환 등에 실시한 사117 운동점차단술 요양급여 인정여부	20
11	진료내역 및 영상자료 등 참조 자-71가 인공관절전치환술 요양급여 인정여부	23
12	진료내역 및 영상자료 등 참조 자-71나 인공관절부분치환술 요양급여 인정여부	24
13	진료내역 및 영상자료 참조, 자49가 관혈적추간판제거술, 자49-1 척추후궁절제술 요양급여 인정여부	26
14	진료내역 및 영상자료 참조, 척추경나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추수술 요양급여 인정여부	28
15	골다공증성 압박골절에 시행한 자47-1가 경피적척추후궁골풍선복원술 요양급여 인정여부	32
16	경추부 다분절에 시행한 자49-2 경추후궁성형술 요양급여 인정여부	34
17	진료내역 및 영상자료 참조, 자46 척추고정술 등 인정여부	35
18	진료내역 및 영상자료 참조, 수회 시행한 척추수술 요양급여 인정여부	38
19	진료내역 및 영상자료 참조, 자46 척추고정술 등 요양급여 인정여부	41
20	진료내역 및 영상자료 참조, 자46 척추고정술 및 재료대 요양급여 인정여부	42
21	Kummell's disease진단 하에 시행된 경피적척추후궁골풍선복원술 요양급여 인정여부	43
22	기존 경피적척추성형술 시행 후 척추후만변형에 시행한 척추고정술 요양급여 인정여부	44
23	괴사성 근막염 상병에 시행한 자46-1나 척추체내고정용금속제거술 요양급여 인정여부	46

중앙심사조정위원회 심의사례 공개 (총 3개 항목)

- 2018. 3. 30. 공개

연번	제 목	페이지
24	2도 방실차단에 시행한 자200나 경정맥 체내용 심박기거치술 요양급여 인정여부	47
25	Eculizumab(품명: 솔리리스주) 요양급여대상 인정여부	49
26	조혈모세포이식 요양급여대상 인정여부	52

<지역심사평가위원회 심의사례>

요양급여비용 사후 심사 건

1. 급성화농성종이염 등의 상병에 처방한 세파3세대 경구항생제 요양급여 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(남/5세)

- 청구 상병명: 재발성으로 명시되어 있지 않은 상세불명의 급성편도염, 상세불명의 알러지비염, 자발적 고막파열을 동반하지 않은 급성 화농성 중이염 양쪽 등
- 주요 청구내역:
  - 가1나(1) 재진진찰료 1\*1\*1
  - 나2 요일반검사7종까지 1\*1\*1
  - 나4 요침사현미경검사 1\*1\*1
  - 141 씨잘액(레보세티리진염산염) 2.5\*2\*3
  - 239 포리부틴드라이시럽(트리메부틴) 4\*3\*3
  - 618 세픽스산(세픽심수화물) 0.75\*2\*3

○ B사례(남/4세)

- 청구 상병명: 귀두포피염, 자발적 고막파열을 동반하지 않은 급성 화농성 중이염 양쪽, 비수포성 농가진
- 주요 청구내역:
  - 가1가(1) 초진진찰료 1\*1\*1
  - 269 에스로반연고(무피로신) 1\*1\*1
  - 618 세픽스산(세픽심수화물) 1\*2\*5

○ C사례(남/2세)

- 청구 상병명: 상세불명의 급성 기관지염, 자발적 고막파열을 동반하지 않은 급성 화농성 중이염 양쪽
- 주요 청구내역:
  - 가1가(1) 초진진찰료 1\*1\*1
  - 117 아디팜정(히드록시진염산염) 0.5\*3\*4
  - 222 유테란과립200밀리그램(아세틸시스테인) 0.5\*3\*4
  - 222 암브로콜시럽\_(1000mL) 5\*3\*4
  - 395 유코라제정(스트렙토키나제·스트렙토도르나제분말) 0.5\*3\*4
  - 618 세포독심건조시럽(세프포독심프록세틸) 6\*3\*4

○ D사례(남/8세)

- 청구 상병명: 상세불명의 급성 기관지염, 자발적 고막파열을 동반하지 않은 급성 화농성 중이염 양쪽
- 주요 청구내역:
  - 가1가(1) 초진진찰료 1\*1\*1
  - 114 맥시부펜시럽(덱시부프로펜) 10\*4\*3
  - 222 유테란캡슐200밀리그램(아세틸시스테인) 1\*3\*4
  - 395 바다라제정(스트렙토키나제·스트렙토도르나제)1\*3\*4
  - 618 바난정(세프포독심프록세틸) 1.5\*2\*4

■ 진료내역

○ A사례(남/5세)

[진료일] 2017.9.12: fever lengthening, rhinorrhea, headache -, oral intake =, cough -, pharyngeal injection, PND, J0190, UA-WNL, micro-WNL, cefix, fever long hx+ 열이나면 오래가는 경향이 있고 급성 부비동염과 요로감염(?)을 완전히 배제할 수 없어 3세대 cefa를 사용함.

2017.9.14: last antipyretic 1day 8PM, rhinorrhea +(yellow), 37.7도

○ B사례(남/4세)

[임상증상] phallus pain, redness +

○ C사례(남/2세)

[임상증상] rhinorrhea +(yellowish), cough ++

○ D사례(남/8세)

[임상증상] fever ++ 1day, sore throat +, head ache +, cough -, pharyngeal injection ++, 39.2도

■ 심의결정 및 심의내용

○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제) [일반원칙] 항생제(보건복지부 고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행)에 의하면 항생제는 전반적인 감염증에 사용토록 되어 있고, 약제감수성 검사에 따라 선택하고 있으므로 환자의 병력 등을 참조하여 허가사항 범위 내에서 1차 약제부터 단계적으로 사용토록 되어 있음.

○ A사례(남/5세), B사례(남/4세), C사례(남/2세), D사례(남/8세)는 진료내역 등을 검토한 결과 급성화농성 중이염의 증상 및 이학적 소견이 확인되지 않으며, 1차 약제로 3세대 cephalosporins 항생제를 투여할만한 객관적인 사유가 확인되지 않으므로 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】 요양급여의 적용 기준 및 방법
- 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제) [일반원칙] 항생제(보건복지부 고시 제2013-127호, 2013.9.1. 시행)
- 홍창의 저. 소아과학. 제9판. 대한교과서(주). 2007.

[2017.11.21. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 2. 치매 상병에 시행한 246가(7) 기본자기공명영상진단-혈관-경부혈관 및 다246가(1) 기본자기공명영상진단-뇌·해마-뇌 등의 요양급여 인정여부

### ■ 청구내역

#### ○ A사례(남/78세)

- 상병명: 상세불명의 치매
- 주요 청구내역:

다246가(1) 기본자기공명영상진단-뇌·해마-뇌-일반(HE101006)	1*0.5*1
다246가(7) 기본자기공명영상진단-혈관-뇌혈관-일반(HE135006)	1*1*1
다246가(7) 기본자기공명영상진단-혈관-경부혈관-일반(HE136006)	1*0.5*1

#### ○ B사례(여/81세)

- 상병명: 피질하 혈관성 치매
- 주요 청구내역:

다246가(1) 기본자기공명영상진단-뇌·해마-뇌-일반(HE101006)	1*0.5*1
다246가(7) 기본자기공명영상진단-혈관-뇌혈관-일반(HE135006)	1*1*1
다246가(7) 기본자기공명영상진단-혈관-경부혈관-일반(HE136006)	1*0.5*1

#### ○ C사례(남/65세)

- 상병명: 기타 약물유발 이차성 파킨슨증
- 주요 청구내역:

다246가(1) 기본자기공명영상진단-뇌·해마-뇌-일반(HE101006)	1*1*1
다246나(1)주 특수자기공명영상진단-확산-기본검사와동시 실시(HF201006)	1*1*1

### ■ 심의 내용 및 결과

이 건(3사례)은 치매상병으로 246가(7) 기본자기공명영상진단-혈관-경부혈관 및 다246가(1) 기본자기공명영상진단-뇌·해마-뇌 등의 검사를 시행한 건으로 진료내역 등 검토결과 아래와 같이 심사 결정함.

- 아 래 -

#### ○ A사례(남/78세)

상세불명의 치매 상병에 다246가(1) 기본자기공명영상진단-뇌·해마-뇌, 다246가(7) 기본자기공명영상진단-혈관-뇌혈관, 다246가(7) 기본자기공명영상진단-혈관-경부혈관을 시행한 사례로 2년 전부터 기억력저하 등의 인지기능 저하 있으나, 다246가(7) 기본자기공명영상진단-혈관-경부혈관까지 시행할 만한 신경학적 이상소견 등 의학적 타당성이 확인되지 않으므로 다246가(7) 기본자기공명영상진단-혈관-경부혈관은 인정하지 아니함.

#### ○ B사례(여/81세)

피질하 혈관성 치매상병에 다246가(1) 기본자기공명영상진단-뇌·해마-뇌, 다246가(7) 기본자기공명영상진단-혈관-뇌혈관, 다246가(7) 기본자기공명영상진단-혈관-경부혈관을 시행한 사례로 진료내역 등 검토결과 다246가(7) 기본자기공명영상진단-혈관-경부혈관까지 동시에 시행할 만한 신경학적 이상소견 등 촬영사유에 대한 의학적 타당성이 확인되지 않으므로 다246가(7) 기본자기공명영상진단-혈관-경부혈관은 인정하지 아니함.

○ C사례(남/65세)

3개월 전부터 기억력저하 증상으로 다246가(1) 기본자기공명영상진단-뇌·해마·뇌, 다246나(1)주 특수자기공명영상진단-확산을 동시에 시행한 사례로 진료내역 검토결과 급성기 혈관성 병변으로 판단하기 어렵고 뇌혈관질환을 의심할 만한 기타 신경 이상소견 등이 확인되지 않으므로, 다246나(1)주 특수자기공명영상진단-확산은 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 【별표1】 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 요양급여비용 행위 급여·비급여 목록 및 상대가치점수 제1편 제2부 제3장 제4절 방사선치료료
- 자기공명영상진단(MRI)의 급여기준(보건복지부고시 제2016-275호, 2016.12.30. 시행)

[2017.10.25. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

### 3. 이명 상병으로 초진에 다종 시행한 검사료 요양급여 인정여부

#### ■ 청구내역

##### ○ A사례(여/53세)

- 청구 상병명: 이명, 전정기능의 기타장애
- 주요 청구내역

나630 언어청각검사(F6300)	1*1*1
나631 평형기능검사[직립및편의검사](F6310)	1*1*1
나634가 순음청력계기에의한검사-표준순음청력검사(F6341)	1*1*1
나640 청성뇌간반응역치검사(F6400)	1*1*1
나618라 뇌유발전위검사-청각유발전위(FA183)	1*1*1

##### ○ B사례(여/39세)

- 청구 상병명: 이명, 전정기능의 기타장애
- 주요 청구내역

나630 언어청각검사(F6300)	1*1*1
나631 평형기능검사[직립및편의검사](F6310)	1*1*1
나634가 순음청력계기에의한검사-표준순음청력검사(F6341)	1*1*1
나640 청성뇌간반응역치검사(F6400)	1*1*1
나618라 뇌유발전위검사-청각유발전위(FA183)	1*1*1

##### ○ C사례(남/72세)

- 청구 상병명: 이명, 전정기능의 기타장애, 중추기원의 현기증
- 주요 청구내역

나630 언어청각검사(F6300)	1*1*1
나631 평형기능검사[직립및편의검사](F6310)	1*1*1
나634가 순음청력계기에의한검사-표준순음청력검사(F6341)	1*1*1
나640 청성뇌간반응역치검사(F6400)	1*1*1
나618라 뇌유발전위검사-청각유발전위(FA183)	1*1*1

#### ■ 진료내역

##### ○ A사례(여/53세)

[진료일] 2017.9.16. Both ear stuffiness for months  
Romberg test: Rt. vestibulopathy

##### ○ B사례(여/39세)

[진료일] 2017.9.22. Rt. tinnitus for 4yrs  
Romberg test: no tilting

##### ○ C사례(남/72세)

[진료일] 2017.9.25. Rt. knee induced tinnitus for 4 months  
9.26. tinnitus more good

■ **심의결과 및 심의내용**

- 이 사례(A-C사례)는 이명, 전정기능의 기타장애 등의 상병 하에 초진 진료에 나630 언어청각검사, 나631 평형기능검사[직립및편의검사], 나634가 순음청력계기예의한검사-표준순음청력검사, 나640 청성뇌간반응역치검사, 나618라 뇌유발전위검사 등의 다종의 검사를 시행한 사례임.
  
- A, B, C사례: 진료내역 등을 검토한 결과 이명과 동반된 현훈이나 난청을 의심할 만한 의학적 소견이 확인되지 않고, 이명을 주소로 내원한 환자에게 이명도 검사를 실시하지도 않은 상태에서 다종의 검사를 실시하는 것은 과잉진료로 판단되는 바, 나630 언어청각검사, 나631 평형기능검사[직립및편의검사], 나634가 순음청력계기예의한검사-표준순음청력검사의 검사만 인정함.

■ **참고**

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 **【별표1】** 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 요양급여비용 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제2장 검사료

[2017.11.28. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

#### 4. 일부 발달되지 않은 부비동을 포함하여 시행한 자113주 전부비강근본수술 등 요양급여 인정여부

##### ■ 청구내역(남/42세)

- 청구 상병명: 만성 범부비동염, 코선반의 비대, 상세불명의 코폴립
- 주요 청구내역

자113주 전부비강근본수술-내시경하에서 실시한 경우	1*1*1
자95나주2 비용적출술(범발성)-내시경하에서 실시한 경우-복잡[제2의수술(중병이상)]	1*1*1
자101주 하비갑개절제술[중비갑개절제술 포함]-내시경하에서 실시한 경우[제2의수술(중병이상)]	1*1*1

##### ■ 심의결과 및 내용

- 자113 전부비강근본수술의 인정기준(보건복지부 고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행)에 의하면 자113 전부비강근본수술은 상악동, 사골동, 접형골동, 전두동의 근본수술을 동시에 시술하는 경우에 인정함이라고 고시하고 있으므로 4개의 부비동 중 일부 발달되지 않은 부비동을 포함하여 전부비강근본수술을 시행한 경우 해당 부비강을 제외한 수가로 인정하는 것이 타당함.
- 이 사례(남/42세)는 만성 범부비동염, 코선반의 비대, 상세불명의 코폴립 등의 상병으로 왼쪽부위에 자113주 전부비강근본수술-내시경하에서 실시한 경우, 자95나주2 비용적출술(범발성)-내시경하에 실시한 경우-복잡[제2의수술(중병이상)], 자102주 하비갑개점막하절제술[중비갑개점막하 절제술 포함]-내시경하에서 실시한 경우[제2의수술(중병이상)] 청구한 사례임.
- 제출된 진료내역 및 영상자료 검토결과 전두동이 발달되지 않은 상태이므로 수술료는 자115주2 상악동사골동접형골동근본수술-내시경하에서 실시한 경우-복잡, 자95나주2 비용적출술(범발성)-내시경하에 실시한 경우-복잡[제2의수술(중병이상)], 자102주 하비갑개점막하절제술[중비갑개점막하 절제술 포함]-내시경하에서 실시한 경우[제2의수술(중병이상)]로 인정함.

##### ■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 【별표1】 요양급여의 적용기준 및 방법
- 자113 전부비강근본수술의 인정기준(보건복지부 고시 제2007-46호, 2007.6.1. 시행)
- 건강보험 요양급여비용 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료

[2017.11.28. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 5. 진료내역 참조 변증기술료 요양급여 인정여부

### ■ 청구내역

#### ○ A사례 (여/49세)

- 청구 상병명: 기타 명시된 추간판장애, 요추의 염좌 및 긴장

- 주요 청구내역

가1 재진진찰료 1\*3 하40 변증기술료 1\*3

- 진료내역

2017.8. 2.: 오늘은 좀 아프다. 조금 나아진 것 같긴 한데, 우측 둔부 통증. 변증: 한응혈어증

2017.8.10.: 아프다. 우측 둔부 대퇴부 ~ 발등까지 찌리. 변증: 한응혈어증

2017.8.19.: 저림이 조금씩 줄어든다. 허리 가운데 약간 빠근. 우측 다리 괜찮다. 변증: 한응혈어증

#### ○ B사례(여/53세)

- 청구 상병명: 경추통, 요통

- 주요 청구내역

가1 재진진찰료 1\*3 하40 변증기술료 1\*3

- 진료내역

2017.8. 5.: 목의 통증은 크게 없으나 우측 목과 어깨도 조금 불편하다. 변증: 한응혈어증

2017.8.12.: 목의 통증은 크게 없으나 우측 목과 어깨도 조금 불편하다. 전반적인 현재 증상 비슷. 변증: 한응혈어증

2017.8.19.: 목의 통증은 크게 없으나 우측 목과 어깨도 조금 불편하다. 지속적 호전이 보인다. 변증: 한응혈어증

#### ○ C사례(남/31세)

- 청구 상병명: 기타 명시된 추간판전위

- 주요 청구내역

가1 재진진찰료 1\*3 하40 변증기술료 1\*3

- 진료내역

2017.8. 1.: 양측 허리 통증, 간헐적으로 양측 허벅지 저림, 변증: 습담조체증

2017.8. 8.: 양측 허리 통증, 간헐적으로 양측 허벅지 저림, 허리 빠근함. 변증: 습담조체증

2017.8.15.: 양측 허리 통증, 간헐적으로 양측 허벅지 저림, 허리 빠근함. 다리 저림 아직 있음. 변증: 습담조체증

#### ○ D사례(여/53세)

- 청구 상병명: 무릎의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장

- 주요 청구내역

가1 초진진찰료 1\*1 가1 재진진찰료 1\*1 하40 변증기술료 1\*2

- 진료내역

2017.8.12.: 양쪽 무릎통증(우측>좌측), 느낌상 붓기 증상 있음. 변증: 한응혈어증

2017.8.19.: 양쪽 무릎통증(우측>좌측), 느낌상 붓기 증상 있음. 지난 치료 후 많이 좋아짐. 변증: 한응혈어증

#### ○ E사례(남/57세)

- 청구 상병명: 요통, 요추부, 위증

- 주요 청구내역

가1 재진진찰료 1\*3 하40 변증기술료 1\*3

- 진료내역

2017.8. 5.: 여전하다. 우측 무릎, 양쪽 어깨(승모근), 우측 발뒤꿈치 외측, 변증: 한응혈어증  
2017.8.19.: 비슷하다. 우측 무릎, 양쪽 어깨(승모근), 우측 발뒤꿈치 외측, 변증: 한응혈어증

○ F사례(여/62세)

- 청구 상병명: 손가락의 상세불명 부분의 염좌 및 긴장, 요추의 염좌 및 긴장

- 주요 청구내역

가1 초진진찰료 1\*1 가1 재진진찰료 1\*1 하40 변증기술료 1\*2

- 진료내역

2017.8. 3.: 양측 손목~손가락 마디 통증 허리골반통증. 변증: 습담조체증

2017.8.14.: 양측 손목~손가락 마디 통증 허리골반통증. 통증은 덜함. 변증: 습담조체증

○ G사례(여/62세)

- 청구 상병명: 무릎의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장

- 주요 청구내역

가1 초진진찰료 1\*1 가1 재진진찰료 1\*1 하40 변증기술료 1\*2

- 진료내역

2017.8.11.: 양측 무릎 통증(좌>우). 좌측 무릎이 시큰거려 걸을 때 불편. 변증: 한응혈어증

2017.8.18.: 양측 무릎 통증(좌>우). 좌측 무릎이 시큰거려 걸을 때 불편. 호전이 보이나 시큰함이 지속. 변증: 한응혈어증

○ H사례(여/51세)

- 청구 상병명: 요통, 요추부

- 주요 청구내역

가1 재진진찰료 1\*2 하40 변증기술료 1\*2

- 진료내역

2017.8. 2.: 다리가 덜 저린다. 어혈. 담다색백. 심하비. 맥활. 변증: 습담조체증

2017.8.21.: 좋아지고 있다. 어깨와 허리는 불편하다. 어혈. 흥부민. 맥활. 변증: 습담조체증

○ I사례(남/37세)

- 청구 상병명: 턱의 염좌 및 긴장, 기타 명시된 추간판전위, 요추의 염좌 및 긴장

- 주요 청구내역

가1 재진진찰료 1\*1 하40 변증기술료 1\*1

- 진료내역

2017.8.30.: 왼쪽 턱관절 통증. 양측 턱관절에서 소리남. 변증: 습담조체증

○ J사례(남/41세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애

- 주요 청구내역

가1 재진진찰료 1\*1 하40 변증기술료 1\*1

- 진료내역

2017.8.30.: 허리통증. 요통은 심하지 않음. 변증: 어열호결증

○ K사례(남/86세)

- 청구 상병명: 기타 명시된 추간판전위

- 주요 청구내역

가1 초진진찰료 1\*1 하40 변증기술료 1\*1

- 진료내역

2017.8.30.: 허리 통증. 약 2개월 전 장시간 차 타고 난 후 증상 발현. 변증: 습담조체증.

○ L사례(여/60세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애

- 주요 청구내역

가1 재진진찰료 1\*1 하40 변증기술료 1\*1

- 진료내역

2017.8.30.: 요통, 허리 구부리고 일어날 때 좌측 골반 앞쪽, 허벅지 앞쪽으로 찌릿함. 변증: 어열호결증.

■ 심의결과 및 심의내용

하40(변증기술료) 산정 시 진료기록부상 변증(辨證)으로 인정할 수 있는 기록내용(보건복지부 고시 제2007-77호, 2007.8.30. 시행)에 의하면 진료기록부상 환자의 임상증상과 증후를 수집하여 종합적인 분석을 통해 주차와 진위를 판별하여 각 증후 사이의 내재 관계와 병인 병기를 파악할 수 있는 변증 기록이 확인되는 경우 인정하므로 변증 확인을 위해서는 ① 문(聞)-문(問)진 중 하나 ② 망진(설진 등), ③ 절진(맥진 등) 세 가지(①~③) 중 최소한 두 가지 이상의 기록으로 변증 진단이 설명되어야 하고 변증 진단명 기록이 있는 경우 변증기술료를 인정기로 함.

따라서, 심의사례(A-L사례)에 대하여는 아래와 같이 결정함.

- 아 래 -

○ 이 사례(A-L사례)에 대하여 진료기록부 등을 면밀히 검토한 결과, A~G사례, I~L사례의 경우 변증 진단명은 기록되어 있으나 각 증후 사이의 내재 관계와 병인 병기를 파악할 수 있는 상기의 변증 기록이 확인되지 않으므로 11사례에 대하여는 변증기술료를 인정하지 아니함.

다만, H사례의 경우 병인 병기를 파악할 수 있는 문진(심하비, 흉부민), 절진(맥활)등의 두 가지 이상의 변증 진단이 설명되어 있고 변증 진단명이 기록되어 있어 인정함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 【별표1】 요양급여의 적용기준 및 방법
- 의료법 제2장 제2절 권리와 의무 제22조(진료기록부 등)
- 하40(변증기술료) 산정 시 진료기록부상 변증으로 인정할 수 있는 기록내용(보건복지부 고시 제2007-77호, 2007.8.30. 시행)
- 김규열 외. 한의학개론. 성보사. 2010.
- 전국한 의과대학 병리학교실. 한방병리학. 일중사. 2002.

[2017.11.23. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 6. 진료내역 참조 일률적으로 주1회 청구한 변증기술료 요양급여 인정여부

### ■ 청구내역

#### ○ A사례(남/49세)

- 청구 상병명: 경추통, 척추의 여러 부위

- 주요 청구내역

가1 재진진찰료 1\*4 하40 변증기술료 1\*4

- 진료내역

2017.8. 4.: 뒷목통증, 왼쪽팔이 찌릿찌릿함. 변증: 어혈경통견비통 설홍 맥삼

C-spine MR 외부의뢰: HNP of C5-6 disc, Lt. laterally, mild to moderate degree.

Bulging disc in C6-7 disc, mild degree.

2017.8.11.: 뒷목통증, 왼쪽팔이 찌릿찌릿함. 지속호전중. 변증: 어혈경통견비통 설홍 맥삼

C-spine MR 외부의뢰: 8/4 내용과 동일

2017.8.19.: 뒷목통증, 왼쪽팔이 찌릿찌릿함. 지속호전. 변증: 어혈경통견비통 설홍 맥삼

C-spine MR 외부의뢰: 8/4 내용과 동일

2017.8.28.: 뒷목통증, 왼쪽팔이 찌릿찌릿함. 지속호전중. 변증: 어혈경통견비통 설홍 맥삼

C-spine MR 외부의뢰: 8/4 내용과 동일

#### ○ B사례(여/70세)

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

- 주요 청구내역

가1 초진진찰료 1\*1 가1 재진진찰료 1\*3 하40 변증기술료 1\*4

- 진료내역

2017.8. 8.: 우측 기립근, 장요근, 둔근 경결 및 압통 심함. 우측 하지 감각 다소 저하됨. 허리 MRI상 L5 전방전위, L4-5,

L5-S1 HIVD 변증: 설질건조 태백 맥미세 기허혈허요통

2017.8.15.: 우측 기립근, 장요근, 둔근 경결 및 압통 심함. 우측 하지 감각 다소 저하됨. 기력저하. 피로감. 소화불량.

구갈 다음수. 상복부 촉진시 딱 막힌 느낌. 허리 MRI상 L5 전방전위, L4-5, L5-S1 HIVD

변증: 설질건조 태백 맥미세 기허혈허요통

2017.8.22.: 우측 기립근, 장요근, 둔근 경결 및 압통 심함. 우측 하지 감각 다소 저하됨. 기력저하. 피로감. 소화불량.

허리 MRI상 L5 전방전위, L4-5, L5-S1 HIVD 변증: 설질건조 태백 맥미세 기허혈허요통

2017.8.29.: 처음 내원시보다 30% 정도 호전됨. 보행시 절뚝이고 발 끄는 증세 많이 호전됨. 허리 MRI상 L5 전방전위, L4-5,

L5-S1 HIVD. 변증: 설질건조 태백 맥미세 기허혈허요통

#### ○ C사례(여/32세)

- 청구 상병명: 경추통, 경부, 근막통증증후군, 어깨부분

- 주요 청구내역

가1 초진진찰료 1\*1 가1 재진진찰료 1\*2 하40 변증기술료 1\*3

- 진료내역

2017.8.10.: 뒤목, 어깨 통증(우>좌) NRS 8. 설홍 맥부활 습열담음경항통

경추 CT상: 1. C5-6 HIVD. Rt. paracentral, moderate degree

2. C6-7 Bulging disc

3. C4-5 HIVD, central, mild degree

4. Posterior osteophyte induced spinal canal stenosis in C3 body and C3-4 disc

2017.8.18.: 좌측 경향부 통증 약간 호전됨. 설황 맥부활 습열담음경향통  
경추 CT상: 8.10 내용과 동일.

2017.8.25.: 좌측 경향부 통증 어제부터 다시 심해짐. 설황 맥부활 습열담음경향통  
경추 CT상: 8.10 내용과 동일

○ **D사례(여/50세)**

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애

- 주요 청구내역

가1 재진진찰료 1\*4 하40 변증기술료 1\*4

- 진료내역

2017.8. 4.: 허리 우측 다리 컨디션 좋았다. 오른쪽 다리 당기고 불편한 느낌 약간. r/o 요추추간판탈출증. 경추통  
L-spine MRI(마디병원에서 검사함). 변증:신허요통 설황 맥활

2017.8.11.: 허리 우측 다리 컨디션 호전됨. 오른쪽 다리 당기고 불편한 느낌 약간. r/o 요추추간판탈출증. 경추통  
L-spine MRI(마디병원에서 검사함). 변증:신허요통 설황 맥활

2017.8.18.: 스트레스 받을 일 많아지고 몸이 영향 받는다. 몸이 무거운 느낌. 요양관 부위 먹먹한 느낌. 종이 찢인 듯한  
느낌 줄었다. 생리 두달만에 생리 양 많다. r/o 요추추간판탈출증. 경추통. L-spine MRI(마디병원에서 검사함).  
변증:신허요통 설황 맥활

2017.8.25.: 허리 우측 다리 컨디션 좋았다. 오른쪽 다리 당기고 불편한 느낌 약간. r/o 요추추간판탈출증. 경추통  
L-spine MRI(마디병원에서 검사함). 변증:신허요통 설황 맥활

■ **심의결과 및 심의내용**

하40(변증기술료) 산정 시 진료기록부상 변증(辨證)으로 인정할 수 있는 기록내용 인정기준(보건복지부 고시 제2007-77호, 2007.8.30. 시행)에 의하면 진료기록부상 환자의 임상증상과 징후를 수집하여 종합적인 분석을 통해 주차와 진위를 판별하여 각 증후 사이의 내재 관계와 병인 병기를 파악할 수 있는 변증 기록이 확인되는 경우에 인정되나, 이 사례(A-D사례)의 경우 주호소, 경과 기록, CT 또는 MRI 결과, 치료내역 등이 유사하거나 반복 기록되어 있어 한방 변증에 대한 내용을 신뢰할 수 없으므로 변증기술료를 인정하지 아니하며 사례별로 아래와 같이 결정함.

- 아 래 -

○ **A사례(남/49세)**: 2017.8월 재진으로 4회(4, 11, 19, 28일) 내원한 이 건은 11, 19, 28일 산정한 변증기술료의 경우 환자의 증상, 변증 내역의 큰 변화 없이 동일하거나 유사한 내용을 반복 기록하였으므로 변증기술료는 인정하지 아니하나, 8.4일 산정한 변증기술료는 전문심사위원이 초진 등 이전 기록을 확인하여 결정하기로 함.

※ 전문심사위원 결정내용: 8.4일 이전 초진 등 진료내역을 확인한 결과 증상 및 변증 내용의 큰 변화 없이 동일하거나 유사한 내용을 반복 기록하였으므로 8. 4일 산정한 변증기술료는 인정하지 아니함.

○ **B사례(여/70세)**: 2017.8월 초진으로 4회(8, 15, 22, 29일) 내원한 이 건은 8, 15, 29일 산정한 변증기술료의 경우 진료기록부상 각 증후 사이의 내재 관계와 병인 병기를 파악할 수 있는 변증 기록 및 변증의 변화에 대한 기록이 확인되므로 인정하나, 22일 산정한 변증기술료는 증상 및 변증 내용의 큰 변화 없이 동일하거나 유사한 내용을 반복 기록 하였으므로 인정하지 아니함.

○ **C사례(여/32세)**: 2017.8월 초진으로 3회(10, 18, 25일) 내원한 이 건은 10일 산정한 변증기술료의 경우 진료기록부상 각 증후 사이의 내재 관계와 병인 병기를 파악할 수 있는 변증 기록이 확인되므로 인정하나, 18, 25일 산정한 변증기술료는 이전 기록 내용의 큰 변화 없이 동일하거나 유사한 내용을 반복 기록 하였으므로 인정하지 아니함.

○ **D사례(여/50세)**: 2017.8월 재진으로 4회(4, 11, 18, 25일) 내원한 이 건은 11, 25일 산정한 변증기술료의 경우 환자의 증상이나 변증 내역의 큰 변화 없이 동일하거나 유사한 내용을 반복 기록하였으므로 인정하지 아니하나, 18일은 증후기록에 대한 변화가 있으므로 인정함.

다만, 8.4일에 산정한 변증기술료는 전문심사위원이 초진 등 이전 기록을 확인하여 결정하기로 함.

※ 전문심사위원 결정내용: 8.4일 이전 초진 등 진료내역을 확인한 결과 환자의 증상이나 변증 내역의 큰 변화 없이 동일하거나 유사한 내용을 반복 기록하였으므로 8.4일 변증기술료는 인정하지 아니함.

## ■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 【별표1】 요양급여의 적용기준 및 방법
- 하40(변증기술료) 산정 시 진료기록부상 변증으로 인정할 수 있는 기록내용 (보건복지부 고시 제2007-77호, 2007.8.30. 시행)
- 김규열 외. 한의학개론. 성보사. 2010.
- 전국한의과대학 병리학교실. 한방병리학. 일중사. 2002.

[2017.11.23. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 7. 상병 및 진료기록부 참조 변증기술료 요양급여 인정여부

### ■ 청구내역

#### ○ A사례(남/57세)

- 청구 상병명: 기타 명시된 추간판장애
- 주요 청구내역
  - 가1나(10) 재진진찰료-한방병원 1\*1\*4
  - 가1나(10) 재진진찰료-한방병원[야간] 1\*1\*2
  - 하40 변증기술료 1\*1\*5

#### ○ B사례(남/55세)

- 청구 상병명: 상세불명의 경추간판장애
- 주요 청구내역
  - 가1나(10) 재진진찰료-한방병원 1\*1\*2
  - 하40 변증기술료 1\*1\*2

#### ○ C사례(남/25세)

- 청구 상병명: 요추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역
  - 가1가(10) 초진진찰료-한방병원 1\*1\*1
  - 가1나(10) 재진진찰료-한방병원 1\*1\*1
  - 하40 변증기술료 1\*1\*1

#### ○ D사례(여/17세)

- 청구상병명: 식적  
상세불명의 월결통
- 주요 청구내역
  - 가1가(9) 초진진찰료 1\*1\*1
  - 가1가(9) 초진진찰료-한의원,보건의료원 내 한의과 [토요09-13] 1\*1\*1
  - 하40 변증기술료 1\*1\*1

#### ○ E사례(여/54세)

- 청구상병명: 상세불명의 배경망막병증
- 주요 청구내역
  - 가1나(9) 재진진찰료 1\*1\*3
  - 하40 변증기술료 1\*1\*3

### ■ 진료내역

#### ○ A사례(남/57세)

- 2017.7. 5.  
요통-좌측, 하부요추 통증 (NRS 6), 4일 전에 오래 앉아 있고 난 후 허리 통증 시작  
어깨 등산 후 왼다리 당김, 어깨는 외회전시 통증, 전반적인 현재증상: 비슷  
변증: 한응혈어증(寒凝血瘀證)

- 2017.7. 8.  
요통-좌측, 하부요추 통증 (NRS 6), 전반적인 현재증상: 비슷  
변증: 한응혈어증(寒凝血瘀證)

○ B사례(남/55세)

- 2017.10.14.  
많이 좋아짐, 웬만한 거 다 좋아짐, 잠을 자고 일어났는데 목이 뻣뻣  
맥활, 설태백  
변증: 한응혈어증, 어열호결증
- 2017.10.21.  
목 뻣뻣한 느낌 많이 줄어들었다  
맥활, 설태백  
변증: 한응혈어증(寒凝血瘀證), 어열호결증(瘀熱互結證)

○ C사례(남/25세)

- 2017.10.16.  
요통-양측, 하부요추 통증 (NRS 5), 전반적인 현재증상: 증가  
변증: 어열호결증(瘀熱互結證)

○ D사례(여/17세)

- 2017.10.28.  
소화불량, 장약, 생리통, 두중통, 복통  
2017년 초 상담치료

○ E사례(여/54세)

- 2017.10.17.  
안피로, 눈곱이 계속 끼인다
- 2017.10.24.  
안피로, 눈곱이 계속 끼인다, 전보다 완화됐다
- 2017.10.31.  
눈피로 건조감

■ 심의내용 및 심의결과

- 하40(변증기술료) 산정 시 진료기록부상 변증(辨證)으로 인정할 수 있는 기록내용 인정기준(보건복지부 고시 제2007-77호, 2007.8.30. 시행)에 의하면 진료기록부상 환자의 임상증상과 증후를 수집하여 종합적인 분석을 통해 주차와 진위를 판별하여 각 증후 사이의 내재 관계와 병인 병기를 파악할 수 있는 변증 기록이 확인되는 경우 인정하므로 변증 확인을 위해서는 ① 문(聞)-문(問)진 중 하나 ② 망진(설진 등), ③ 절진(맥진 등) 세 가지(①~③) 중 최소한 두 가지 이상의 기록으로 변증 진단이 설명되어야 하고 변증 진단명 기록이 있는 경우 변증기술료를 인정기로 함.
- B사례는 망진(설태백) 등, 절진(맥활)의 두가지 이상의 변증진단이 설명되어 있고, 변증진단명이 기록되어 있어 변증기술료를 인정함.
- A사례, C-E사례는 주소와 발병일, 현병력과 이학적 소견만으로 한의변증진단명에 충족되지 못한 것으로

사료되어 변증기술료를 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 【별표1】 요양급여의 적용기준 및 방법
- 변증기술료 산정 시 진료기록부상 변증으로 인정할 수 있는 기록내용(보건복지부 고시 제2007-77호, 2007.8.30. 시행)
- 김규열 외. 한의학개론. 성보사. 2010.
- 전국한 의과대학 병리학교실. 한방병리학. 일중사. 2002.

[2017.11.23. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 8. 환자상태 및 진료내역 참조 외래 장기내원, 주사제 등 요양급여 인정여부

### ■ 청구내역

#### ○ A사례(남/42세)

- 청구 상병명: 기타 크론병, 상세불명, 상세불명의 신경증성 장애  
여러 약물 사용 및 기타 정신활성물질의 의존증후군
- 주요 청구내역:  
외래 37회 내원  
가1나(3) 재진진찰료-종합병원 (AA256) 1\*1\*26  
가1나(3) 재진진찰료-종합병원 [야간] (AA256010) 1\*1\*6  
가1나(3) 재진진찰료-종합병원 [공휴일] (AA256050) 1\*1\*5  
V1300 응급의료관리료-지역응급의료센터(B등급) 1\*1\*5  
V7000 응급환자 중증도 분류 및 선별료 1\*1\*11  
331 씨제이0.9%생리식염수주사액\_(4.5g/500mL) 1\*1\*23  
811 명문모르핀염산염수화물주사\_(10mg/1mL) 1\*2\*2  
811 명문모르핀염산염수화물주사\_(10mg/1mL) 1\*1\*34

#### ○ B사례(남/62세)

- 청구 상병명: 달리 분류되지 않은 약물유발 두통, 기타 명시된 두통증후군 등
- 주요 청구내역:  
외래 29회 내원  
가1나(3) 재진진찰료-종합병원 (AA256) 1\*1\*24  
가1나(3) 재진진찰료-종합병원 [공휴일] (AA256050) 1\*1\*5  
V1300 응급의료관리료-지역응급의료센터(B등급) 1\*1\*4  
V7000 응급환자 중증도 분류 및 선별료 1\*1\*4  
811 씨·아이·에이캡슐\_(1캡슐) 1\*3\*28  
821 타진서방정 5/2.5mg\_(1정) 1\*2\*28  
117 아티반주사(로라제팜) (4mg/1mL) 1\*1\*1  
114 신평트라마돌염산염주 (50mg/1mL) 1\*1\*29  
M0077 기타관장 1\*1\*29

### ■ 심의결정 및 심의내용

- A사례(남/42세): 기타 크론병 상병에 통증 조절 목적으로 '17.6월 37회 외래 장기 내원하여 매일 모르핀 주사를 투여하고 재진진찰료 1\*1\*37, 응급의료관리료 1\*1\*5, 모르핀주 1\*1\*38@을 청구한 사례임.
- 크론병으로 인한 통증의 경우, 크론병 질환자체의 치료가 우선이며 진통제는 필요에 따라 적절한 양만 사용되어야 하나, 제출된 진료내역 및 진료정보자료 검토결과 '17.1~5월 까지 매월 27~43회 내원하여 모르핀 주사를 투여한 사실이 확인되는바, 경구 및 경피적 진통제, 비마약성 진통제 등 통증조절의 다양한 방법이 가능함에도 진통을 위한 다른 시도 없이 장기간 모르핀주사를 투여하는 것은 opioid(아편 비슷한 작용을 하는 합성·진통 마취제) 중독이 우려되는 상황으로, 이는 의학적으로 타당한 진료로 보기 어려워 관련 진찰료 및 모르핀주 등 모두 인정하지 아니함.

- B사례(남/62세): 달리 분류되지 않은 약물유발 두통, 출구기능장애가 동반된 서행성 변비 상병으로 '17.6월 29회 외래 내원하여 트라마돌주 투여와 관장을 매일 시행하고 재진진찰료 1\*1\*29, 응급의료관리료 1\*1\*4, 트라마돌주 1\*1\*29, 관장 1\*1\*29를 청구한 사례임.
- 제출된 진료내역 및 진료정보자료 검토결과 '17.1~5월 까지 매월 30~51회 내원하여 트라마돌주 투여 및 관장을 시행한 사례로 질환의 원인에 대한 진단과정 및 임상증상, 질병의 경과 등이 확인되지 않으며, 장기투여에 의한 내약성으로 정신적, 육체적 의존성이 발생할 수 있는 트라마돌주를 내원시마다 투여하고, 매일 관장을 시행하는 것은 의학적으로 타당한 진료로 보기 어려우므로 주 2회만 인정기로 함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】 요양급여의 적용 기준 및 방법
- 대한통증의학. 통증의학(셋째판). 군자출판사, 2007
- 대한마취과학회. 마취통증의학. 여문각, 2003

[2017.10.25. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 9. 자656다 만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술 요양급여 인정여부

### ■ 청구내역

#### ○ A사례(여/61세)

- 청구 상병명: 불안정협심증
- 주요 청구내역

자656다 경피적관상동맥스텐트삽입술-만성폐쇄성병변에대한 경피적관상동맥스텐트삽입술(M6566) 1\*1\*1  
(Stent) ORSIRO 전규격 (J5083094) 1\*1\*1  
(Balloon)IKAZUCHI ZERO 전규격 (J4081642) 1\*1\*1

### ■ 심의내용 및 결과

- A사례(여/61세): 불안정협심증 상병으로 CAG 상 후하행분지 near total 협착 소견 확인되어 스텐트 (2.5\*26mm) 삽입 후 「자656다 만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술 (M6566)」을 청구한 사례임.

진료내역 및 영상자료를 검토한 결과, 후하행분지혈관에 심근 허혈은 확인 되나 임상적으로 만성 폐쇄성 병변으로 확인되지 않아 「자656다 만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술(M6566)」을 불인정 하 되 「자655가 단일혈관-경피적 관상동맥확장술(M6551)」과 시술에 사용된 balloon catheter 1개는 인정함.

### ■ 참고

- 건강보험 요양급여비용 행위 급여·비급여 목록 및 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료
- 경피적 관상동맥 확장술(PTCA) 시 치료재료 급여기준(보건복지부 고시 제2016-226호, '16.12.1. 시행)
- 경피적 관상동맥 스텐트 삽입술 시 스텐트 인정기준(보건복지부 고시 제2015-161호, '15.10.1. 시행)

[2017.12.22. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

10. 진료내역 등 참조 요통, 관절증 등 근골격계 질환 등에 실시한 사117 운동점차단술 요양급여 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/31세)

- 청구 상병명: 요통-척추의 여러부위
- 주요 청구내역:

[ 2017.10.1. ]

가1가(1)초진진찰료-의원,보건의료원 내 의과 [공휴일] (AA154050) 1\*1\*1  
 사117 운동점차단술[근육당](MM161) 1\*6\*1

○ B사례(여/35세)

- 청구 상병명: 요통, 척추의 여러부위
- 주요 청구내역:

[2017.10.18.]

가1가(1)초진진찰료-의원,보건의료원 내 의과 (AA154) 1\*1\*1  
 사117 운동점차단술[근육당](MM161) 1\*5\*1

○ C사례(남/61세)

- 청구 상병명: 요통, 척추의 여러부위
- 주요 청구내역:

[2017.10.1.]

가1가(1)초진진찰료-의원,보건의료원 내 의과 (AA154) 1\*1\*1  
 사117 운동점차단술[근육당](MM161) 1\*5\*1

○ D사례(여/26세)

- 청구 상병명: 상세불명의 무릎관절증
- 주요 청구내역:

[2017.10.1.]

가1가(1)초진진찰료-의원,보건의료원 내 의과 (AA154) 1\*1\*1  
 사117 운동점차단술[근육당](MM161) 1\*2\*1

○ E사례(여/59세)

- 청구 상병명: 상세불명의 관절증, 아래다리증
- 주요 청구내역:

[2017.10.1.]

가1가(1)초진진찰료-의원,보건의료원 내 의과 (AA154) 1\*1\*1  
 사117 운동점차단술[근육당](MM161) 1\*3\*1

○ F사례(남/68세)

- 청구 상병명: 엉덩이의 타박상
- 주요 청구내역:

[2017.10.20.]

가1가(1)초진진찰료-의원,보건의료원 내 의과 (AA154) 1\*1\*1  
사117 운동점차단술[근육당](MM161) 1\*1\*1

○ **G사례(여/60세)**

- 청구 상병명: 엉덩이의 타박상

- 주요 청구내역:

[2017.10.20.]

가1가(1)초진진찰료-의원,보건의료원 내 의과 (AA154) 1\*1\*1  
사117 운동점차단술[근육당](MM161) 1\*2\*1

○ **H사례(여/58세)**

- 청구 상병명: 경추통, 척추의 여러 부위

- 주요 청구내역:

[2017.10.17]

가1가(1)초진진찰료-의원,보건의료원 내 의과 (AA154) 1\*1\*1  
사117 운동점차단술[근육당](MM161) 1\*1\*1

○ **I사례(여/67세)**

- 청구 상병명: 관절통, 어깨부분

- 주요 청구내역:

[2017.10.30.]

가1가(1)초진진찰료-의원,보건의료원 내 의과 (AA154) 1\*1\*1  
사117 운동점차단술[근육당](MM161) 1\*1\*1

○ **J사례(여/49세)**

- 청구 상병명: 어깨의 회전근개의 근육 및 힘줄의 손상, 기타 및 상세불명의 손상

- 주요 청구내역:

[2017.10.17.]

가1나(1)재진진찰료-의원,보건의료원 내 의과 (AA254) 1\*1\*1  
사117 운동점차단술[근육당](MM161) 1\*2\*1

■ **심의결과 및 심의내용**

○ 이 사례(A~J사례)는 근골격계 등의 상병으로 외래 내원하여 사117 운동점차단술을 실시한 사례임.

○ 운동점차단술은 관련 문헌 및 전문가 의견에 따르면, 뇌질환(뇌졸중, 외상성 뇌손상, 뇌성마비 등) 등과 같은 중추신경계의 손상 후 나타나는 근경직 등을 줄이기 위해 신경근연접(neuromuscular junction)에 신경파괴제를 사용하여 신경차단을 유도하는 시술임.

○ 제출된 진료내역 및 소견서 등을 검토한 결과 lidocaine을 이용하여 해당근육에서 압통을 유발하는 부위에 근육내 주사(intramuscular injection)를 시행하는 것으로 소명하였으나 시술방법 및 적응증에 해당되지 않아 모두 인정하지 아니함.

■ **참고**

○ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 【별표1】 요양급여의 적용 기준 및 방법

- 건강보험 요양급여비용 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2부 제7장 이학요법료
- 한태륜 외. 재활의학. 5판. 군자출판사. 2014.

[2017.12.21. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 11. 진료내역 및 영상자료 등 참조 자-71가 인공관절전치환술 요양급여 인정여부

### ■ 청구내역(여/56세)

- 청구 상병명: 양쪽 원발성 무릎관절증, 당뇨병성 다발신경병증을 동반한 기타 명시된 당뇨병 등

- 주요 청구내역:

자71가(2) 인공관절치환술-전치환[슬관절] (N2072)	1*1*1
A3 FEMORAL CONDYLE	1*1*1
A3 TIBIAL TRAY(FIXED/ACCK) 1*1*1	
A3 TIBIAL INSERT(PS/ACCK)	1*1*1
DOUJET 40P 40G + 항생제	1*2*1
MULTI-FIX VACCUM MIXER	1*1*1
사지 및 관절수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류	1*1*1

### ■ 진료내역

CC: Rt knee pain aggravated, back pain so so

O: K-L Gr III, diffuse tenderness+, swelling+

P: Rt knee MRI recommend, Adm & OP

[수술일] 2017.3.29.

[진단명] OA knee Rt

[수술명] TKA Rt

### ■ 심의결정 및 심의내용

- 양쪽 원발성 무릎관절증 등 상병으로 우측 슬관절 부위에 자71가(2) 인공관절치환술-전치환[슬관절] 시행하고 수술료 및 관련 재료대, 마취료를 청구한 사례임.
- 제출된 진료내역 및 영상자료 등을 검토한 결과 환자의 나이가 56세이며 단순 방사선 사진 상 Kellgren Lawrence grade III로 판단되며, 외측 대퇴과 연골결손이 국소적이고 내측 및 활차연골이 비교적 양호한 상태로 관절보존치료를 우선적으로 고려해야 할 상황으로 판단되어 인공관절치환술(슬관절)의 인정기준(보건복지부 고시 제2010-56호, 2010.8.1. 시행)에 해당되지 않아 인정하지 아니함.

### ■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】 요양급여의 적용 기준 및 방법
- 인공관절치환술(슬관절)의 인정기준(보건복지부 고시 제2010-56호, 2010.8.1. 시행)
- 대한정형외과학회. 정형외과학. 2013.

[2017.12.21. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 12. 진료내역 및 영상자료 등 참조 자-71나 인공관절부분치환술 요양급여 인정여부

### ■ 청구내역

#### ○ A사례(여/42세)

- 청구 상병명: 뼈의 특발성 무균괴사, 골반 부분 및 대퇴, 대퇴골전자간골절, 폐쇄성 등
- 주요 청구내역:

[2017.7.31.]

자71나(1) 인공관절치환술-부분치환술[고관절] (N0715)	1*1*1
ECOFIT STEM CEMENTLESS	1*1*1
IC HEAD CERAMIC (BIOLOX FORTE)	1*1*1
IC-BIPOLAR HEAD COCRMO	1*1*1
사지 및 관절수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류	1*1*1

[2017.8.9.]

자60가(1) 사지골절정복술[복잡골절포함]-관혈적[대퇴골] (N0601)	1*1*1
APIS CABLE WITH SLEEVE SET	1*2*1

#### ○ B사례(여/67세)

- 청구 상병명: 기타 원발성 무릎관절증, 척추협착 등
- 주요 청구내역:

자71나(3) 인공관절치환술-부분치환술[슬관절] (N2712)	1*1*1
MIS MILLER/GALANTE UNICOMPARTMENTAL KNEE SYSTEM	1*1*1
MIS MILLER/GALANTE UNICOMPARTMENTAL KNEE SYSTEM	1*1*1
MIS MILLER/GALANTE UNICOMPARTMENTAL KNEE SYSTEM	1*1*1
SIMPLEX ANTIBIOTIC BONE CEMENT 40G + 항생제	1*1*1
HIVAC BOWL BONE CEMENT MIXING SYSTEM BOWL TYPE	1*1*1
사지 및 관절수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류	1*1*1

### ■ 진료내역

#### ○ A사례(여/42세)

- 2017.7. 5. Lt hip painful LOM, more aggravated
- 2017.8. 9. Lt hip painful LOM, 오늘 넘어졌다.

[수술일] 2017.7.31.

[진단명] Avascular necrosis hip left

[수술명] Bipolar hemiarthroplasty

[수술일] 2017.8. 9.

[진단명] Fracture,femur prxo.(periprosthetic, type I), Lt

[수술명] OR and IF with Dal Miles cable wires

#### ○ B사례(여/67세)

- Rt knee pain, 보름전 운동 한 뒤부터, 걸을 때 무릎 앞쪽이 저리고 아프다.

[수술일] 2017.10.23.

[진단명] 양쪽성 원발성 무릎관절증

[수술명] Medial UKA Rt

## ■ 심의결정 및 심의내용

### ○ A사례(여/42세)

- 뼈의 특발성 무균괴사, 골반부분 및 대퇴 등 상병으로 2017.7.31. 좌측 고관절 부위에 자71가(1) 인공관절치환술-부분치환[고관절] 시행하였고, 2017.8. 9. 넘어져 좌측 대퇴 골절로 자60가(1) 사지골절정복술을 시행하고 수술료 및 관련재료대, 마취료를 청구한 사례임.
- 제출된 진료내역 및 영상자료 등을 검토한 결과 MRI 및 방사선 사진상 대퇴골두 체중부하면에 연골하골절이나 함몰 소견 없어 Ficat stage IIb로 판단하기 어렵고, 나이(42세) 및 체중부하 부위가 유지되는 점을 고려할 때 인공관치환술(고관절)의 인정기준에 해당되지 않아 인정하지 아니함.
- 단, 골절로 인한 2차 수술은 인정함.

### ○ B사례(여/67세)

- 기타 원발성 무릎관절증 등 상병으로 우측 슬관절 부위에 자71나(3) 인공관절치환술-부분치환[슬관절] 시행하고, 수술료 및 관련 재료대, 마취료를 청구한 사례임.
- 제출된 진료내역 및 영상자료 등을 검토한 결과 Kellgren Lawrence grade I 로 판단되어 인공관절부분치환술(슬관절)의 급여기준(보건복지부 고시 제2017-173호 '가.1.나')에 해당되지 않아 인정하지 아니함.

## ■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 【별표1】 요양급여의 적용 기준 및 방법
- 인공관절치환술(고관절)의 인정기준(보건복지부 제2014-79호(행위), 2014.6.1. 시행)
- 인공관절부분치환술(슬관절)의 급여기준(보건복지부 고시 제2017-173호, 2017.10.1.시행)
- 대한정형외과학회. 정형외과학. 2013.

[2017.12.21. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

### 13. 진료내역 및 영상자료 참조, 자49가 관혈적추간판제거술, 자49-1 척추후궁절제술 요양급여 인정여부

#### ■ 청구내역

##### ○ A사례(여/63세)

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

자49-1다 척추후궁절제술-요추 (N1499) 1\*1\*1  
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류 (N0051006) 1\*1\*1

##### ○ B사례(남/65세)

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

자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추 (N1493) 1\*1\*1  
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류 (N0051006) 1\*1\*1

#### ■ 진료내역

##### ○ A사례(여/63세)

[입원일] 2016.10.14.

[주호소] Both leg paresthesia

[현병력] 만4년전 상급종합병원에서 L4/5 DS에 대한 OP시행. OP 이후에도 양엉치, 다리저림 통증 지속되어 1년 전까지 계속 상급종합병원에서 약물치료하다 다시 수술 권유 받고 지내다가 Sx more aggravation 되어 양하퇴부 저림, 발바닥 감각저하 악화되어 10.7일 외래 방문 후 당일 수술 위해 입원

[임상소견] Lateral recess syndrome both L4/5

[MRI] 2016.10.7. L spine MRI: Both lat.recess narrowing d/t L4 inf. articular facet

[수술일] 2016.10.14.

[진단명] 척추협착 요추부

[수술명] Bilateral decompressive laminectomy, L4/5

##### ○ B사례(남/65세)

[입원일] 2016.12.18.

[주호소] LBP for 2달, Rt.buttock ~ post thigh ~ calf pain

누워 있으면 잠자기 힘들다. 걸으면 낫다

앉아서 식사하기, 차타기 힘들다. 서서히 점점 더 심해진다

앉으면 다리가 너무 지리하고 아파서 견디기 힘들다

밥을 서서 먹은지는 한달정도 됐다. 밤에 잠도 거의 못잔다

VAS: 6

[이학적검사] forward bending limitation(-)/ backward bending limitation(+)

direct tenderness(-)/ paravertebral tenderness(-/-)/ iliolumbar jt.tenderness(-/-)

SLRT F/F

DTR: 정상

B/S(-/-) A/C(-/-)

Motor: Rt.GTDF weakness

Sensory: intact

Abnormal reflex(-)

[임상소견] HLD L5-S1, Rt

[MRI] 2016.12. 6. L-spine MRI: L5-S1 Foraminal to extraforaminal stenosis

[수술일] 2016.12.19.

[진단명] HLD L5-S1 Rt

[수술명] PHL on L5, Rt(lat) , M.D on L5-S1 Rt (Rt paramedian approach)

## ■ 심의결과 및 심의내용

### ○ A사례(여/63세)

2012년 타병원에서 제4-5요추 부위 유합술을 받은 환자로, 동일부위에 척추후궁절제술(Laminectomy) 시행 후 자49-1다 척추후궁절제술-요추×100% 및 치료재료를 청구하였으나,

제출한 진료기록 및 영상자료 등 검토결과, 환자의 주증상이 양측하지 저림(paresthesia) 수준으로 마비소견은 확인되지 않으며, 수술 전 촬영한 MRI에서 후방감압 수술을 시행할 정도의 신경압박소견 확인되지 않아 수술료 및 관련 치료재료 등을 인정하지 아니함.

### ○ B사례(남65세)

우측 제5요추-1천추 부위 척추협착 상병으로 우측 제5요추-1천추 부위 관혈적미세현미경추간판제거술(Microdisectomy)과 우측 제5요추 부위 부분후궁절제술(Partial Hemilaminectomy) 시행후 자49가(3) 관혈적추간판제거술-요추×100% 및 치료재료 청구한 사례로,

제출한 진료기록 및 영상자료 등 검토결과, 적극적인 보존적치료 확인되며, MRI 영상에서 제5요추-제1천추(우측) 간 극외측 추간판탈출증과 이에 합당한 신경학적 증상이 확인되어 수술료 및 관련 치료재료 등을 인정함.

## ■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 【별표1】 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료
- 대한척추신경외과학회 저. 척추학. 제2판. 군자출판사. 2013.
- 석세일저. 척추외과학. 제4판. 최신의학사. 2017.

[2017.9.29. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 14. 진료내역 및 영상자료 참조, 척추경나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추수술 요양급여 인정여부

### ■ 청구내역

#### ○ A사례(남/49세)

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

자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추	(N1493)	1*1*1
자46나(3)주2 척추고정술[기기,기구고정]-후방고정-요추-Cage를이용한추체간유합술	(N2470)	1*0.5*1
CAPSTONE 전규격 (길이: 22/26MM)	(F0101272)	1*1*1
4CIS SOLAR SYSTEM 전규격	(F0018142)	1*4*1
4CIS SPINAL ROD 전규격	(F0016142)	1*2*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류	(N0051006)	1*1*1

#### ○ B사례(여/69세)

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

자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추	(N1493)	1*1*1
자49-1다 척추후궁절제술-요추 [제2의수술]	(N1499001)	1*1*1
자46나(3) 척추고정술[기기,기구고정]-후방고정-요추 [제2의수술]	(N0469001)	1*1*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류	(N0051006)	1*1*1
MIGHTMUS-L 전규격	(F0101903)	1*2*1
LUMFIX SCREW SET 전규격	(F0018110)	1*4*1
LUMFIX ROD 전규격	(F0016110)	1*2*1

#### ○ C사례(여/79세)

- 청구 상병명: 기타 감염성 척추병증, 요추부
- 주요 청구내역:

자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추	(N1493)	1*1*1
자46나(3) 척추고정술[기기,기구고정]-후방고정-요추 [제2의수술(중병이상)]	(N0469004)	1*1*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류	(N0051006)	1*1*1
ZENIUS SPINAL SYSTEM-SCREW SET 전규격	(F0018353)	1*13*1
ZENIUS SPINAL SYSTEM - ROD 전규격	(F0016353)	1*2*1
ZENIUS SPINAL SYSTEM-CROSS LINK 전규격	(F0019273)	1*1*1
CANCELLOUS COARSE 30cc	(TBA04001)	1*3*1

### ■ 진료내역

#### ○ A사례(남/49세)

[입원일] 2016.3. 8.

[주호소] 허리통증, 좌측 골반통증, 좌측 허벅지(앞) 통증, 기침하면 왼다리 터져 나간다. 자다가 아파서 깬다, 계단 올라가기 힘들다. 좌측 허벅지 감각 무덤, 원무릎 바깥, 발목 외측으로 감각 무덤 소변이 시원하지 않다, 왼쪽으로만 못 눕는다. 우측으로만 누워 잔다

VAS 9

[현병력] 2-3년전부터 통증 있어 주사치료하면서 지냈고 2.25일 산비탈에서 쇠파이프 뽑다 넘어지며 엉덩방아 찢으면서 증상 생겨 개인병원에서 주사치료 1회 하였으나 호전 없어 본원 입원치료 받았던 자로 증상 호전 없고 통증 더 심해져 내원

[과거력] 척수수술(+) 1988년 L2-3. Rt c L4-5 Bi op(울산소재병원)

[이학적검사] Motor: GTDF 5/3                      GTPF 5/5

ADF 5/4                      APF 5/5

Knee Flexion 5/4      Knee Extension 5/5

Hip Flexion 5/5      Hip Extension 5/5

감각이상(+): Sensory- 좌하지 감각 무덤

Bladder & bowel syndrome- 소변 불편감

[임상소견] HLD with radiculopathy

Lumbar and other intervertebral disc disorders with radiculopathy

HNP with radiculopathy, lumbar region

[MRI] 2016.1. 4. L-Spine MRI:

Right L1 facet process edema, Bulging, L1-2

Previous right L2-3 laminectomy

Right central to left central disc herniation at L2-3, moderate thecal compression

Bulging, L3-4

Previous bilateral L4-5 laminectomy

Central to right central, left central disc herniation at L4-5, facet OA, lateral recess stenosis(L>R)

[수술일] 2016.3. 9.

[진단명] Lumbar and other intervertebral disc disorders with radiculopathy

HLD with radiculopathy, lumbar region

[수술명] TLIF [ L2-3(Lt)]

## ○ B사례(여/69세)

[진료일] 2016.9.20.

[현병력] 3년 전에 왼쪽 다리 바깥쪽이 불편해 협착증으로 허리 수술함(타병원)

올해 2월부터 같은자리가 다시 아프다

다시 수술한 병원에서 투약/주사 하면서 호전 없으면 수술 받자고 설명

STE L5, Lt

[진료일] 2016.9.27

[현병력] 증상 차도가 없다

[소견] 10.5일 입원 -> 10.6일 수술(5-1 FUSION/ 4-5 Decom)예정

[MRI] 2016.9.20. L-Spine MRI: HLD L4-5 Rt, Foraminal stenosis L5-S1,Lt

[수술일] 2016.10. 7.

[진단명] Lumbar and other intervertebral disc disorders with radiculopathy  
HLD with radiculopathy, lumbar region

[수술명] PLIF L5-S1/ DPL L4-5

○ C사례(여/79세)

[입원일] 2017.2.10.

[주호소] both leg pain

[현병력] 내원2일전부터 both leg pain 발생하여 누워 지냈다고 하며 LMC에서 W/U상 infection, impending cauda equina syndrome 의심되어 전원됨.

[과거력] 2014년 척추수술(+)

[이학적검사] compression tenderness at L3-5 level/ percussion tenderness at L3-5 level  
SLR(F/F)

Both lower extremity sensory: intact

ADF 5/5                      APF 5/5

Knee Flexion 5/5    Knee Extension 5/5

Hip Flexion 5/5    Hip Extension 5/5

CMS of toss: intact

[임상소견] R/O Pyogenic spondylitis

[수술일] 2017.2.16.

[진단명] R/O Pyogenic spondylitis

[수술명] Open decompression(L3-4) & fixation c interbody fusion(T12-S1) & BG from Rt.PSIS

■ 심의결과 및 심의내용

○ A사례(남/49세)

신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애, 척추협착 상병으로 좌측 제2-3 요추부위 경추간공 요추 추체간 유합술(TLIF, Transforaminal Lumbar Interbody Fusion) 시행후 자49가(3) 관혈적추간판제거술-요추 × 100%, 자46나(3)주2 척추고정술-요추-Cage를이용한추체간유합술 × 50% 및 치료재료를 청구한 사례로,

제출한 영상자료 등 검토결과, 과거 우측 제2-3요추 부위 후궁절제술 시행 및 동일부위에 광범위한 감압이 필요한 중증도 이상의 신경공 협착이 확인되어 청구된 수술료 및 관련 치료재료 등을 인정함.

○ B사례(여/69세)

요추부 척추협착, 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애 상병으로 제4-5 요추부위 부분후궁절제술, 제5요추-1천추 부위 후방 요추체간 유합술(PLIF, Posterior Lumbar Interbody Fusion) 시행 후 자49가(3) 관혈적추간판제거술-요추 × 100%, 자49-1다 척추후궁절제술-요추[제2의수술] × 100%, 자46나(3) 척추고정술-요추[제2의수술] × 100% 및 치료재료를 청구한 사례로,

제출한 영상자료 등 검토결과, 좌측 외측 함요부(lat. recess)부터 추간공의 협착증(foraminal stenosis)이

동반되어 광범위한 후방감압이 필요한 경우로 확인되어 청구된 수술료 및 관련 치료재료 등을 인정함.

○ C사례(여/79세)

요추부 기타 감염성 척추병증 상병으로 제3-4요추 부위 관혈적추간판절제술, 제12흉추-제1천추 부위 추체간 유합술 시행 후 자49가(3) 관혈적추간판제거술-요추 × 100%, 자46나(3)주2 척추고정술-후방고정-요추-Cage를이용한 추체간유합술[제2의수술(중병)] × 100% 및 치료재료를 청구한 사례로,

제출한 진료기록 및 수술전 MRI영상에서 척추염(spondylodiscitis)이 의심되어 적절한 항생제 치료 등의 내과적 치료를 우선적으로 실시한 후 수술여부를 결정하는 것이 바람직할 것으로 판단됨. 따라서 적절한 보존적 치료 선행 없이 조기 시행한 감압술 및 고정술의 타당성 없어 청구된 수술료 및 관련 치료재료 등을 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료
- 척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)
- 척추경나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)
- 석세일. 척추외과학. 제4판. 최신의학사. 2017.
- 대한척추신경외과학회. 척추학. 제2판. 군자출판사. 2013.

[2017.9.29. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

15. 골다공증성 압박골절에 시행한 자47-1가 경피적척추후골풍선복원술 요양급여 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(남/66세)

- 청구 상병명: L3 부위의 골절, 폐쇄성, L5 부위의 골절, 폐쇄성
- 주요 청구내역

자47-1가 경피적척추후골풍선복원술[방사선료포함]-제1부위	1*1*1
자47-1나 경피적척추후골풍선복원술[방사선료포함]-제2부위부터[1부위당]	1*1*1
BIOMET CEMENT V 26G(E5100006)	1*2*1
SPASY KIT T2 전규격(F1411104)	1*2*1
SPASY 전규격(F1412004)	1*4*1

○ B사례(남/87세)

- 청구 상병명: L2 부위의 골절, 폐쇄성
- 주요 청구내역

자47-1가 경피적척추후골풍선복원술[방사선료포함]-제1부위	1*1*1
BIOMET CEMENT V 26G(E5100006)	1*1*1
SPASY KIT T2 전규격(F1411104)	1*1*1
SPASY 전규격(F1412004)	1*2*1

■ 진료내역

○ A사례(남/66세)

[주호소] LBP (NRS: 6)  
 [현병력] 내원 이틀전 물건 들다가 삐끗함.  
 [이학적검사] Motor, Sensory: Intact  
 Tenderness ++++ Pain agg on motion  
 [MRI] recent Fx. comp. L3,5  
 [BMD] (DEX): -4.4 (L1-2)  
 [진단명] Fx. comp. L3,5  
 [수술명] Percutaneous balloon kyphoplasty, L3,5

○ B사례(남/87세)

[주호소] LBP (NRS: 4)  
 [현병력] 내원 한달전부터 spont. / 타병원 최근 MRI상 Fx.(-), stenosis(+)  
 증상 호전 없이 지속됨  
 [이학적검사] Motor/Sensory/DTR: n-s  
 tenderness - no definite, pain agg. on motion  
 [X-ray] multiple collapse & DA  
 [임상소견] spinal stenosis with arthrosis R/O Fx. comp. T-L spine  
 [MRI] Fx. bursting L2, spinal stenosis L5-S1  
 [진단명] Fx. bursting, L2  
 [수술명] Percutaneous balloon kyphoplasty, L2

■ **심의결과 및 심의내용**

○ **A사례(남/66세)**

이 건(남/66세)은 L3, L5 부위의 골절, 폐쇄성 상병에 Percutaneous balloon kyphoplasty, L3,5 시행하고 자47-1가 경피적척추후궁풍선복원술[방사선료포함]-제1부위 1×1, 자47-1나 경피적척추후궁풍선복원술[방사선료포함]-제2부위부터[1부위당] 1×1, 방사선료는 요추부 골극, 신전 X-ray 1×5, 흉요추부 골극, 신전 X-ray 1×4 청구한 경우임.

제출된 영상자료 참조, 경피적척추후궁풍선복원술의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호)에 의거 요추 3번은 급성 압박골절로 압박변형이 47%로 확인되어 인정하기로 하며, 요추 5번은 영상 소견상 급성 압박골절로 확인되지 않아 인정하지 아니함.

○ **B사례(남/87세)**

이 건(남/87세)은 L2 부위의 골절, 폐쇄성 상병에 Percutaneous balloon kyphoplasty, L2 시행하고 자47-1가 경피적척추후궁풍선복원술[방사선료포함]-제1부위 1×1, 방사선료는 요추부 골극, 신전 X-ray 1×1, 흉요추부 골극, 신전 X-ray 1×1 청구한 경우임.

제출된 영상자료 참조 압박변형을 측정결과 골절부위 압박변형이 30%미만으로 확인되어 경피적척추후궁풍선복원술의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호)에 의거 인정하지 아니함.

※ 또한 A, B사례 모두 급성 압박골절 진단 후 경과관찰 중에 골극, 신전 F/U X-ray는 압박을 진행시킬 수 있어 검사를 지양해야 하므로 조정하기로 하고 해당 요양기관에 안내기로 함.

■ **참고**

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

[2017.10.25. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 16. 경추부 다분절에 시행한 자49-2 경추후궁성형술 요양급여 인정여부

### ■ 청구내역(남/40세)

- 청구 상병명: 척수병증을 동반한 경추간판장애
- 주요 청구내역:

자49-2가 경추후궁성형술-제1부위	(N2491)	1*1*1
자49-2나 경추후궁성형술-제2부위부터[1부위당]	(N2492)	1*2*1
CENTERPIECE PLATE 전규격	(F0463072)	1*3*1
CENTERPIECE SCREW 전규격	(F0464072)	1*12*1

### ■ 진료내역

[주호소] Lt shoulder weakness

[현병력] 7.4일 오후8시경 미끄러지면서 문틀에 수상

[이학적검사] Spurling test -/+?

Shoulder Abd 5/0, Elbow flex 5/4-, Wrist ext 5/5,

Shoulder passive ROM 시 some pain +

[MRI] Canal stenosis C3-4-5-6 c cord compression

HCD C4-5 Lt, HCD C5-6 Rt

[수술일] 2017.7.14.

[진단명] Cervical Spondylotic Myelopathy

HCD C4-5 Lt, HCD C5-6 Rt, C5 nerve palsy Lt

[수술명] Open door laminoplasty C4-5-6 (Medtronics, center piece sys.)

Foraminotomy C5-6 Rt, Partial laminectomy C3,7

### ■ 심의결과 및 심의내용

- 경추 척수병증 및 제4-5, 제5-6 경추부위 추간판탈출증으로 우측 제5-6 경추부위 추간공절개술, 제3, 제7 경추부위 부분후궁절제술, 제4-5-6 경추부위 경추후궁성형술 시행 후 자49-2 경추후궁성형술-제1부 × 100%, 제2부위 × 200% 및 치료재료를 청구한 사례임.
- 진료기록부 및 영상자료 등 검토결과, 좌측 어깨의 동통 및 위약감 외에 척수병증이 의심되는 임상증상이나 척수병증을 일으킬만한 영상소견이 확인되지 않고, 제5경추 신경근 마비에 대한 감압이 필요할 것으로 생각되나, 병변과 일치되는 부위에 적절한 감압이 이루어진 것으로 볼 수 없어 청구된 수술료, 마취료 및 관련 치료재료 모두 인정하지 아니함.

### ■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 【별표1】 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 요양급여비용 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료
- 석세일저. 척추외과학. 제4판. 최신의학사. 2017.
- 대한척추신경외과학회 저. 척추학. 제2판. 군자출판사. 2013.

[2017.12.1. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 17. 진료내역 및 영상자료 참조, 자46 척추고정술 등 요양급여 인정여부

### ■ 청구내역

#### ○ A사례(남/73세)

- 청구 상병명: 경부척수의 기타 및 상세불명의 손상, 경부 척추협착, 상세불명의 사지마비
- 주요 청구내역:

자49-1가 척추후궁절제술-경추 [야간 제2의수술(중병이상)]	(N1497014)	1*1.5*1
자46나(1)(다) 척추고정술[기기,기구고정]-후방고정-경추-기타의경우 [야간]	(N2469010)	1*1*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류	(N0051006)	1*1*1
OASYS ROD 전규격	(F0038101)	1*2*1
OASYS POLYAXIAL SCREW SET 전규격	(F0039001)	1*6*1

#### ○ B사례(남/29세)

- 청구 상병명: 목의 상세불명 부분의 골절, 폐쇄성, 경부 경추통
- 주요 청구내역:

자45가 척추체제거술(경추)	(N0451)	1*1*1
자46가(1)(다) 척추고정술[기기,기구고정]-전방고정-경추-기타의경우 [제2의수술(중병이상)]	(N2463004)	1*1*1
자46나(1)(다) 척추고정술[기기,기구고정]-후방고정-경추-기타의경우 [제2의수술(중병이상)]	(N2469004)	1*1*1
OASYS ROD 전규격	(F0038101)	1*2*1
OASYS POLYAXIAL SCREW SET 전규격	(F0039001)	1*6*1
SYNMESH ROUND MESH 전규격	(F0104203)	1*1*1
VECTRA 전규격	(F0001203)	1*1*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류	(N0051006)	1*1*1

#### ○ C사례(남/62세)

- 청구 상병명: T11 및 T12 부위의 골절, 폐쇄성, 척추불안정, 흉추부  
신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애, 마비성 보행
- 주요 청구내역:

자46나(2) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-흉추	(N0468)	1*1*1
EXOLENT SPINE 20G	(E5100040)	1*1*1
ULC SPINAL ROD 전규격	(F0016162)	1*2*1
DTPS II SYSTEM SCREW SET 전규격	(F0018025)	1*2*1
FIXPINE III SCREW SET 전규격	(F0018566)	1*6*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류	(N0051006)	1*1*1
EXCELOS(TCPGE) 10CC(본인부담80%)	(C0409011)	1*2*1

■ 진료내역

○ A사례(남/73세)

[주호소] Quadriplegia (Onset: 6/14일 11pm)

[현병력] 6월14일 저녁식사 무렵부터 양팔에 불편감 느꼈고 밤11시경부터 진행되는 양상의 양상지, 좌하지 마비를 주소로 응급실 통해 입원함

[이학적검사] Both upper ext.motor Gr.1

Lt.lower ext.motor Gr.2 & Rt.lower ext.motor Gr.4

[MRI] Neural foraminal stenosis in bilateral C2-5, 6-7 with facet atrophy

Minimal disc bulging in C6-7

Cervical spondylosis with kyphotic curvature

Mild spinal canal compression in C2-5

[수술일] 2017.6.15.

[진단명] Spinal stenosis, cervical region

Injury of cervical spinal cord(cervical cord injury c cervical stenosis)

[수술명] Decompressive laminectomy[decompressive laminectomy on C3,4,5 & Lat.mass screw fixation

○ B사례(남/29세)

[주호소] Neck pain

[현병력] 2017.7.27. 17:30분경 1.5M 높이에서 다이빙하여 바닥에 frontal area 둔상이후 post neck pain 지속되어 further evaluation 및 manage 위해 응급실 통해 입원

[이학적검사] shoulder abduction/adduction Rt.(G5/G5), Lt.(R5/G5)

DTR(++/++)

Babinski's sign(-/-)

ankle clonus(-/-)

[MRI] C4 vertebral body fracture with paraspinal soft tissue injury

[수술일] 2017.9.11.

[진단명] C4 VB Fx

[수술명] C4 Corpectomy

ACDF with plate fixation, cervical spine

○ C사례(남/62세)

[주호소] LBP severe, radiating to Rt.

[현병력] 16.9.9.TA, 17.5.6. TA 환자로 심한 요통 및 양하지 방사통으로 타병원에서 치료 받았으나 증상 호전 없이 악화소견으로 본원 내원

[MRI] Acute compression fracture of T12 spine with minimal retropulsion

Bulging disc at L2/3, 4/5 levels

Degenerated spondylosis

[수술일] 2017.8.16.

[진단명] T11,12 Comp Fx, subacute

[수술명] PLIF T10-L1 (Fusion T10-L1 screw fixation, T11,12,L1 Bone fusion)

## ■ 심의결과 및 심의내용

### ○ A사례(남/73세)

경부척수의 손상 및 경부 척추협착으로 제3-4-5 경추부위에 감압술 및 척추고정술 시행 후 자46나(1) 척추 고정술-후방고정-경추×100%, 자49-1가 척추후궁절제술-경추×50% 및 치료재료를 청구한 사례로,

진료기록부 및 영상자료 등 검토결과, 상하지 근력약화 소견은 확인되나 경추부 MRI에서 사지마비를 일으킬 만한 경수 압박소견 확인되지 않아 청구된 수술료, 마취료, 치료재료 모두 인정하지 아니함

### ○ B사례(남/29세)

제4 경추부위 척추체 골절상병으로 제4 경추부위 척추체제거술과 제3-4 및 제4-5 경추간 전·후방 척추고정술 시행 후 자45가 척추체제거술-경추×100%, 자46가(1)(다) 척추고정술-전방고정-경추[제2의수술]×100%, 자46나(1)(다) 척추고정술-후방고정-경추[제2의수술]×100% 및 치료재료를 청구한 사례임.

일반적으로 기기를 이용한 고정술은 주된 병변이 있는 편측(전방 또는 후방)을 시행하고 있으며, 어느 한쪽 수술만으로 안정된 고정을 얻기 어려울 경우에 한하여 전·후방 고정술 병행이 보편타당하나, 이 사례의 경우에는 진료기록부 및 영상자료 등에서 전·후방 고정술을 병행할 만한 병소 등이 확인되지 않음.

따라서 척추체제거술 및 전방고정술만 인정하고 병행된 후방고정술(치료재료 포함)은 인정하지 아니함

### ○ C사례(남/62세)

제11 및 제12 흉추부위 압박골절 상병으로 제11흉추-제1요추간 후방 요추체간 유합술(PLIF, Posterior Lumbar Interbody Fusion) 시행 후 자46나(2) 척추고정술-후방고정-흉추×100% 및 치료재료 청구한 사례로,

진료기록부 및 영상자료 등에서 근력저하를 포함한 뚜렷한 신경학적 손상이나, 척추후만 증가 소견, 또는 분절간 불안정성이 확인되지 않아 수술료, 마취료, 치료재료 모두 인정하지 아니함

## ■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 요양급여비용 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료
- 동시에 2가지이상의 척추수술 시행시 진료수가 산정방법(보건복지부 고시 제2016-204호, 2016.11.1. 시행)
- 척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)
- 척추경나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)
- 척추고정술을 동일병소에 대하여 같은 날 전·후방으로 시술시 진료수가 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행)
- 석세일. 척추외과학. 제4판. 최신의학사. 2017.
- 대한척추신경외과학회 저. 척추학. 제2판. 군자출판사. 2013.

[2017.12.1. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 18. 진료내역 및 영상자료 참조, 수회 시행한 척추수술 요양급여 인정여부

### ■ 청구내역

#### ○ A사례(남/62세)

- 청구 상병명: C4/C5 경추의 탈구, 잠김증후군, 상세불명의 척수압박
- 주요 청구내역:

[2017.9.20.]

자49가(1) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-경추 [응급야간 제2의수술(중병이상)] (N1491034) 1\*1\*1  
 자46가(1)(다) 척추고정술[기기,기구고정]-전방고정-경추-기타의경우 [응급 야간] (N2463030) 1\*1\*1  
 SKYLINE ANTERIOR CERVICAL PLATE SYSTEM 전규격 (F0001017) 1\*1\*1

[2017.9.26.]

자46나(1)(다) 척추고정술[기기,기구고정]-후방고정-경추-기타의 경우 (N2469) 1\*1\*1  
 SYNAPSE ROD 전규격 (F0038503) 1\*2\*1  
 SYNAPSE SCREW SET 전규격 (F0039103) 1\*6\*1

[2017.9.28.]

자29다 골수염또는골농양수술[골천공술,골개창술,배형성형술,골부분절제술포함]-기타 (N0023) 1\*1\*1

#### ○ B사례(남/69세)

- 청구 상병명: 척추협착, 경부, 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애  
추간공의 결합조직 및 원반 협착, 경추부위, 척추불안정, 경부
- 주요 청구내역:

[2017.5.17.]

자49가(1) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-경추 (N1491) 1\*1\*1  
 자46가(1)(다) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-경추-기타의 경우 (N2463) 1\*1\*1  
 VECTRA 전규격 (F0001203) 1\*1\*1  
 VECTRA SCREW 전규격 (F0002103) 1\*2\*1  
 척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류 (N0051006) 1\*1\*1

[2017.5.24.]

자46나(1)(다) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-경추-기타의 경우 (N2469) 1\*1\*1  
 SYNAPSE SCREW SET 전규격 (F0039103) 1\*6\*1  
 SYNAPSE ROD 전규격 (F0038503) 1\*2\*1  
 SYNAPSE TRANSVERSE BAR SET 전규격 (F0040103) 1\*2\*1  
 척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류 (N0051006) 1\*1\*1

[2017.6. 1.]

자2나(3) 창상봉합술(안면과경부이외, 창상창소및변연절제만 실시한 경우) (SC027) 1\*1\*1

### ■ 진료내역

#### ○ A사례(남/62세)

- [주호소] neck pain c both arm weakness G IV

[현병력] 일하던중 덤프트럭에서 떨어지면서 C4/5 Lt facet dislocation c ruptured HNP cord compression  
상태로 수술적 치료 필요하여 내원

[MRI] Hyperflexion injury of C4 & C5 vertebra level and left facet dislocation  
Spinal cord compression in C4 & C5 vertebra level.→ R/O Compressive myelopathy.  
Interspinous ligament injury in C3-4 & C4-5 disc level  
Both neural foramen stenosis in C4-5 & C5-6 disc level

[수술일] 2017.9.20.

[진단명] C4/5 dislocation c ruptured disc , locked facet Lt

[수술명] ACDF C4/5 c plating

[수술일] 2017.9.26.

[진단명] C4/5 dislocation c ruptured disc , locked facet Lt

[수술명] Lat.mass screw fixation C3-5

[수술일] 2017.9.28.

[진단명] C4/5 dislocation c ruptured disc , locked facet Lt

[수술명] plate re-position

#### ○ B사례(남/69세)

[주호소] 뒷목통증, 양어깨-상완 바깥쪽 통증, 양손 통증

[현병력] 몇 년전부터 통증 있어 여러병원 약복용, 물리치료 꾸준히 받아 왔으나 호전 없고 약 안먹으면 견  
딜수 없을만큼 통증 지속되어 내원

[과거력] 척추수술: 20115.8.19 요추 1번 PVP(동기관)

[이학적검사] Motor: Intact

Sensory: Intact

DTR: Normoactive

[MRI] Bilateral C5-6 foraminal stenosis

Right C6-7 foraminal stenosis

Bilateral C4-5, left C6-7, bilateral C7-T1 foraminal narrowing

[수술일] 2017.5.17.

[진단명] Foraminal stenosis, C5-6 Lt, C6-7 Lt

DDD C5-6

[수술명] ACDF C5-6, C6-7

[수술일] 2017.5.24.

[진단명] Foraminal stenosis, C5-6 Lt, C6-7 Lt

DDD C5-6

[수술명] Foraminotomy\_Posterior C6-7(Bilateral), Posterior Fixation C5,6,7

[수술일] 2017.6.1.

[진단명] Foraminal stenosis, C5-6 Lt, C6-7 Lt

[수술명] Only Cleaning or debridement of Wound

## ■ 심의결과 및 심의내용

### ○ A사례(남/62세)

제4 및 제5 경추부위 탈구 상병에 날짜를 달리하여 순차적으로 전방고정술(2017.9.20.)과 후방고정술(2017.9.26.)을 실시하고, 이후 금속판이 이완되어(plate loosening) 금속판 재고정(plate re-position) 후 자49가(1) 관혈적추간판제거술-경추[제2의수술]×100%, 자46가(1)(다) 척추고정술-전방고정-경추×100%, 자46나(1)(다) 척추고정술-후방고정-경추×100%, 자29다 골수염또는골농양수술-기타×100% 및 치료재료를 청구한 사례로,

진료기록부 및 영상자료 등 검토결과, 디스크파열을 동반한 제4-5 경추부위 탈구로 전방고정술을 시행 후 고정장치 불안정성으로 후방고정술 및 금속판 재고정술 시행한 것이 확인되므로 청구된 수술료 및 관련 치료재료 등을 모두 인정함.

### ○ B사례(남/69세)

제5-6 및 제6-7 경추간 신경공협착증 상병에 2017.5.17. 경추 전방고정술, 5.24. 제6-7 경추간 신경공절개술 및 제5-6-7 경추간 후방고정술을 시행하고, 이후 6.1. 이전 수술부위 cleansing & debridement 후 자49가(1) 관혈적추간판제거술-경추×100%, 자46가(1)(다) 척추고정술-전방고정-경추×100%, 자46나(1)(다) 척추고정술-후방고정-경추×100%, 자2나(3) 창상봉합술(안면과경부이외)-창상및변연절제만실시한경우×100% 및 치료재료를 청구한 사례로,

진료기록부 및 영상자료 등을 참조, 제5-6-7 경추간 신경공협착이 확인되어 시행한 1차 전방고정술 후 제6-7 경추간에 삽입된 동종골 침하로 인한 신경공협착으로 후방고정술을 시행하고, 이어 후방고정술 후 통증이 지속되고 기구고정 부위 연부조직 부종이 악화되어 불가피하게 변연절제술을 시행한 것으로 판단되므로 수술료 및 관련 치료재료 등을 모두 인정함

## ■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 【별표1】 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료
- 척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)
- 척추경나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)
- 석세일. 척추외과학. 제4판. 최신의학사. 2017.
- 대한척추신경외과학회. 척추학. 제2판. 군자출판사. 2013.

[2017.12.1. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 19. 진료내역 및 영상자료 참조, 자46 척추고정술 등 요양급여 인정여부

### ■ 청구내역(남/83세)

- 청구 상병명: 척추협착, 요추부
- 주요 청구내역

자49-1다 척추후궁절제술-요추 [제2의수술] (N1499)	1*1.5*1
자49나(3) 척추고정술후방고정-요추- [제2의수술] (N2470)	1*1*1
C0422001 CERAFORM 15CC	1*1*1
F0016242 4CIS APOLLON ROD 전규격	1*2*1
F0018442 4CIS APOLLON SCREW SET 전규격	1*4*1
N0051006 척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류	1*1*1

### ■ 진료내역

[주호소] rt. buttock pain, rt. lat. thigh to calf numbness

[현병력] 약 보름 전 계단에서 넘어진 후 상기 증상 발현 후 내원 3일 전 급성 악화로 발을 디디면 저린감 더 심해지고 누워있어도 증상이 유발될 정도로 일상생활 지장이 생겨 내원

[이학적검사] tenderness(+), radiating pain(+),

NRS score: spine 6, leg 8

NIC (+)

SLR: 70/free

DTR: physiologic babinski reflex(-/-), ankle clonus(-/-)

### ■ 심의 내용 및 결과

- 진료내역 및 영상자료 참조, 현재의 증상은 보름 전 외상으로 인하여 발현된 증상인 바, 증상이 악화된 시점으로부터 시행된 적극적 보존치료 확인되지 않고, 조기수술을 시행할 만한 신경학적 소견 확인되지 않아 청구된 수술료 및 관련 치료재료 등을 인정하지 아니함.

### ■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 【별표1】 요양급여의 적용기준 및 방법
- 척추경 나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술의 인정기준 (고시 제2015-139호, 2015.8.1.시행)

[2017.12.8. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 20. 진료내역 및 영상자료 참조, 자46 척추고정술 및 재료대 요양급여 인정여부

### ■ 청구내역(여/73세)

- 청구 상병명: L1 부위의 골절, 폐쇄성  
L3 부위의 골절, 폐쇄성  
천골의 골절, 폐쇄성
- 주요 청구내역
  - 자46나(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추 1\*1\*1
  - E5100031 SPINEPLEX BONE CEMENT 20G 1\*1\*1
  - TBA04402 BONE CHIP(CANCELLOUS/CRUSHED CANCELLOUS) 30CC 1\*1\*1
  - F0016101 XIA ROD 전규격 1\*2\*1
  - F0018032 XIA SCREW SET 전규격 1\*8\*1
  - F0019101 M.A.C 전규격(흉요추용 횡고정 SET (잠금장치 포함)) 1\*1\*1

### ■ 진료내역

- [현병력] (2016.12.1.) 30분전 계단 내려오던 중, 3계단 높이에서 넘어져 LBP, both leg weakness 주호소로 응급실 내원함.  
침상안정 및 약물치료에도 심한 요통으로 자세변경 힘들고 보행 불가하며 신경증상의 동반이 발생되는 상태였음.
- [L-spine MRI] L1, acute burst fracture, left lamina fracture.  
ant. epidural hematoma at T11-L2 displaced both L1 nerve root

### ■ 심의 내용 및 결과

- 이 사례(여/73세)는 L1, L3부위의 골절, 폐쇄성 상병으로 T11/12, L2/3 post decompression, pedicle screw fixation & L3 Vertebroplasty 시행하고 자46나(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추×100 및 재료대 등을 심사 청구한 사례임.
- 진료내역 및 영상자료 확인 결과 제1요추 방출성 골절 및 제3요추 압박골절에 불안정성 확인되어 청구된 수술료 및 관련 치료재료 인정함.

### ■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
- 척추경 나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)

[2017. 12. 8. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 21. Kummell's disease 진단 하에 시행된 경피적 척추 후궁풍선복원술 요양급여 인정여부

### ■ 청구내역(여/55세)

- 청구 상병명: L1 부위의 골절, 폐쇄성
- 주요 청구내역

자47-1가 경피적 척추 후궁풍선복원술[방사선료포함]-제1부위	1*1*1
F1411229 PCD SYSTEM 전규격	1*1*1
E5100040 EXOLENT SPINE 20G	1*1*1
F1412029 TYPHOON 전규격	1*1*1

### ■ 진료내역

[주호소] BLP, both leg pain

[현병력] 6개월전 넘어지면서 통증으로 개인의원 치료해도 증상 호전되다 악화되어 수술위해 금일 외래 통해 입원

[이학적검사] C/M/S: intact

ROM: limited due to pain

[영상소견] 1. L1 comp. fx

2. Foraminal stenosis L4-5

3. HNP L2-3 Lt.

[BMD] 2017.5.10.: T-score -2.5/DXA

### ■ 심의 내용 및 결과

- L1 부위의 골절, 폐쇄성 상병으로 kyphoplasty L1 시행하고 자47-1가 경피적 척추 후궁풍선복원술 및 재료 대 등을 심사 청구한 사례임.

진료내역 및 영상자료 등 확인결과, 30%이상~60%미만의 압박변형과 Kummell's disease 소견 확인되므로, 경피적 척추 후궁풍선복원술 인정기준에 의거 수술료 및 관련 치료재료 등을 인정하기로 함.

### ■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
- 경피적 척추 후궁풍선복원술(Kyphoplasty)인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호. 2015.8.1. 시행)

[2017.12.8. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 22. 기존 경피적척추성형술 시행 후 척추후만변형에 시행한 척추고정술 요양급여 인정여부

### ■ 청구내역(여/83세)

- 청구 상병명: 기타 및 상세불명의 척추후만증, 흉요추부, 척수병증을 동반한 기타 척추증, 척추의 여러부위
- 주요 청구내역

#### ① 1차 수술

자44나(1) 척추변형에척추관절후방고정[기기,기구사용고정포함]-7구간(척추분절)미만	1*1*1
자49-1나 척추후궁절제술-흉추 [제2의수술(중병이상)]	1*1*1
FIXPINE III ROD STRAIGHT 전규격(F0016466)	1*2*1
FIXPINE III SCREW SET 전규격(F0018566)	1*10*1
GLOBAL SPINE HOOK SET(WITH LOCKING DEVICE) 전규격(F0020121)	1*2*1
CANCELLOUS (CHIP/COARSE/CRUSHED/CUBE) 30CC(TBA04105)	1*1*1
EXOLENT SPINE 20G(E5100040)	1*1*1
ESS ASSISTANT TOOL KIT 전규격(F1411081)	1*1*1
척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류(N0051006)	1*1*1

#### ② 2차 수술

자46가(2)(다) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-흉추-기타의경우	1*1*1
자49가(2) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-흉추	1*0.5*1
자45나 척추체제거술(흉추) [제2의수술(중병이상)]	1*1*1
SYNEX 전규격(F0204003)	1*1*1
CGDBM 100 PUTTY 1CC(TBC83009)	1*1*1

### ■ 진료내역

[주호소] Back pain, both leg rad. pain

[현병력] Radiating pain on the (Rt=Lt 5:5) buttock, thigh/calf lat. foot dorsum & sole area (L5 root symptom, resting pain+)

[과거력] 2012년 L3, L5 VP(경피적척추성형술)  
L4-5-S1 감압술(척추후궁절제술)  
2013년 T12 VP(경피적척추성형술)

[이학적검사] prev. op scar.

td -

hypoesthesia -

Motor EHL Gr. IV0/IV0

FHL Gr. IV-/IV0

others full

gait disturbance

tandem gait +

- [MRI] 1. S/P Vertebroplasty, T12, L3 and L5  
2. Old compression fracture, T9, T11 and L1  
3. Diffuse bulging and central extruded disc with inferior migration, T12-L1  
-> Spinal and both foraminal stenosis  
4. Diffuse bulging disc, L4-5 and L5-S1

-> Both lateral recess and both foraminal stenosis

5. Bulging disc with ligamentum flavum thickening, T10-11

6. Mild bulging disc, L2-3 and L3-4

7. Others, no remarkable findings.

[임상소견] spinal stenosis, T12-L1, L5-S1

foraminal stenosis, L5-S1, both

Kummell's disease, T12 (H/L 60%, BMD -3,4, VP)

▶ ①차 수술

[진단명] kyphotic deformity, myelopathy, T12-L1, Kummell's disease, T12 (s/p Vertebroplasty)

[수술명] posterior decompression, T12-L1 by unilateral laminectomy bilateral decompression(UBF technique)

posterior instrumentation, T9-10-11-L1-2-3 with 10ea pedicle screw & 2ea spinal hook

posterior fusion, T9-10-11-12-L1-2-3

▶ ②차 수술

[진단명] kyphotic deformity, myelopathy, T12-L1, Kummell's disease, T12 (s/p Vertebroplasty)

[수술명] anterior total corpectomy, T12 by Hodgson approach (transpleural retroperitoneal approach)

total discectomy, T11-12, 12-L1

anterior interbody fusion, T11-L1 with A0 synthes expendable cage

■ **심의결과 및 심의내용**

○ 이 건(여/83세)은 기타 및 상세불명의 척추후만증, 흉요추부 상병에 1차 수술(2017.6.29.) 1) posterior decompression, T12-L1 by unilateral laminectomy bilateral decompression 2) posterior instrumentation, T9-10-11-L1-2-3 with 10ea pedicle screw & 2ea spinal hook 3) posterior fusion, T9-10-11-12-L1-2-3 시행 후 자44나(1) 척추변형에 척추관절후방고정[기기,기구사용고정포함]-7구간(척추분절)미만 1\*1, 자49-1나 척추후궁절제술-흉추 [제2의수술(중병이상)] 1\*1 청구하고, 2차 수술(2017.7.31.) 1) anterior total corpectomy, T12 by Hodgson approach (transpleural retroperitoneal approach) 2) total discectomy, T11-12, 12-L1 3) anterior interbody fusion, T11-L1 with A0 synthes expendable cage 시행 후 자46가(2)(다) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-흉추-기타의경우 1\*1, 자49가(2) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-흉추 0.5\*1, 자45나 척추체제거술(흉추) [제2의수술(중병이상)] 1\*1 청구한 경우임.

○ 제출된 진료기록 및 영상자료 참조, 병변부에 의한 신경학적 이상소견 뚜렷하지 않고 교정이 필요할 정도의 진행성 후만 변형 소견 확인되지 않아, 전방감압 및 후방고정의 수술료 및 관련 치료재료 등을 모두 인정하지 아니함.

■ **참고**

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 요양급여비용 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료
- 척추경나사를 이용한 척추고정술의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)
- 척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)
- 석세일. 척추외과학. 제4판. 최신의학사. 2017.
- 대학척추신경외과학회. 척추학. 제2판. 군자출판사. 2013.

[2017.12.20. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 23. 괴사성 근막염 상병에 시행한 자46-1나 척추체내고정용금속제거술 요양급여 인정여부

### ■ 청구내역(여/63세)

- 청구 상병명: 괴사성 근막염, 기타 부분, 척추의 골수염, 요추부, 기타 부위의 연조직염
- 주요 청구내역
  - ① 1차 수술  
자46-1나 척추체내고정용금속제거술-후방 1\*1\*1  
자29다 골수염또는골농양수술[골천공술,골개창술,배형성형술,골부분절제술포함]-기타 1\*0.7\*1
  - ② 2차 수술  
자29다주 골수염또는골농양수술[골천공술,골개창술,배형성형술,골부분절제술포함]-복잡-기타 1\*1\*1  
SIMPLEX ANTIBIOTIC BONE CEMENT 40G + 항생제(E5002002) 1\*2\*1

### ■ 진료내역

[주호소] fever, back pain

[현병력] 내원전 상기 증상 발생하여 내원, 넘어졌다.

[V/S] 150/80, 40°

WBC(\*10<sup>3</sup>) 2.9, ESR 46, CRP 35.01

[MRI] imited evaluation d/t metallic artifact

grossly, no significant bone marrow edema

grossly, no definite evidence of intradural/epidural extension

It facet arthritis, L4-5, with mild periarticular inflammation

otherwise, no additional finding since previous enhanced L spine CT

#### ▶ ①차 수술

[수술명] 척추기기 제거술, 근육 및 근막 절제술, 골수염 수술

#### ▶ ②차 수술

[수술명] Debridement: 5cm 이상 \* 1범위 (배부), OP. for Osteomyelitis (Pelvis, Femur, Tibia)

### ■ 심의결과 및 심의내용

- 이 건(여/63세)은 괴사성 근막염, 기타부분, 척추의 골수염, 요추부 상병에 1차 수술(2017.8.18.) ① 척추기기 제거술 ② 근육 및 근막 절제술, 골수염 수술 시행후 자46-1나 척추체내고정용금속제거술-후방 1\*1, 자29다 골수염또는골농양수술[골천공술,골개창술,배형성형술,골부분절제술포함]-기타 0.7\*1 청구하고, 2차 수술(2017.9.2.) Debridement 시행후 자29다주 골수염또는골농양수술[골천공술,골개창술,배형성형술,골부분절제술포함]-복잡-기타 1\*1 청구한 경우임.

- 제출된 진료기록 및 영상자료 참조, 기존 척추 수술부위의 주변 영증 소견에 시행한 수술로 모두 인정함.

### ■ 참고

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

[2017.12.20. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

<중앙심사조정위원회 심의사례>

요양급여비용 사후 심사 건

24. 2도 방실차단에 시행한 자200나 경정맥 체내용 심박기거치술 요양급여 인정여부

■ 청구내역(여/77세)

- 청구 상병명: 방실차단, 2도, 심장막의 상세불명의 질환, 경동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증의 후유증, 기타 및 상세불명의 원발성 고혈압, 당뇨병성 다발신경병증을 동반한 2형 당뇨병, 당뇨병성 다발 신경병증, 상세불명의 편마비

- 주요 청구내역

자200나(1)(가)2) 경정맥 체내용심박기거치술	
-심박기거치술(심방 및 심실 전극을 삽입하는 경우) (00204)	1*1*1
CAPSURESENSE MRI LEAD 전규격 (G8101503)	1*1*1
ADVISA DR MRI 전규격 (G8205403)	1*1*1
CAPSUREFIX NOVUS MRI LEAD 전규격 (G8101403)	1*1*1

■ 심의결과

○ 이 건은 증상과 서맥 사이의 연관성을 인정하기 어렵고 2도 1형 방실차단(Wenckebach AV block)은 ‘고도 2도 방실차단’으로 볼 수 없는바, 자200나 경정맥 체내용심박기거치술을 요양급여로 인정하지 아니함.

■ 심의내용

- 이 건(여/77세)은 2도 방실차단 상병으로 호흡곤란, 전신 쇠약감 등의 증상을 주호소로 입원하여 영구형 심박동기 삽입(2016.7.7.) 후 자200나 경정맥 체내용 심박기거치술을 청구한 건으로, 2도 방실차단에 시행한 자200나 경정맥 체내용 심박기거치술의 요양급여 인정여부에 대하여 심의함.
- 방실차단에 시행하는 심박기 거치술은 관련 급여기준(보건복지부 고시 제2011-87호, 2011.9.1. 시행)<sup>1)</sup>에 의거, 증상이 있는 서맥이나 심실성 부정맥을 초래하는 3도 또는 고도 2도 방실차단, 방실차단 부위와 관계없이 서맥으로 인한 증상이 있는 2도 방실차단 등에 요양급여를 인정하며, 증상을 호전시키는 치료방법임을 입증할 수 있는 근거가 있는 경우에 시행함을 원칙으로 함.

1) 심박기 거치술 인정기준(보건복지부 고시 제2011-87호, 2011.9.1. 시행)

<방실차단 (Atrioventricular Block)>

- 가. 증상이 있는 서맥이나 심실성 부정맥을 초래하는 3도 또는 고도 2도 방실차단
- 나. 부정맥 또는 다른 의학적 상태로 인하여 증상이 있는 서맥을 유발할 수 있는 약물치료가 필요한 3도 또는 고도 2도 방실차단
- 다. 각성상태에서 증상이 없는 3도 또는 고도 2도 방실차단에서 (1) 3초 이상 무수축 심정지가 증명, (2) 이탈박동이 40회 미만, (3) 방실결절 아래 부위에서 나오는 이탈박동이 있는 경우
- 라. 각성상태에서 증상이 없는 심방세동에서 5초 이상의 무수축 심정지가 증명된 경우
- 마. 방실결합부에 대한 전극도자절제술을 시행 후 발생한 3도 또는 고도 2도 방실차단
- 바. 심장수술 후 발생한 3도 또는 고도 2도 방실차단이 호전되기를 기대하기 어렵거나, 수술 후 지속되는 경우
- 사. 근긴장성 근이형증, Kearns-Sayre 증후군, Erb 근이형성증, 비골 근위축증과 같은 근신경계 질환과 동반된 3도 또는 고도 2도 방실차단
- 아. 방실차단 부위와 관계 없이 서맥으로 인한 증상이 있는 2도 방실차단
- 자. 각성상태에서 평균 심실박동수가 40회/분 이상인 무증상의 지속성 3도 방실차단에서 (1) 심비대, (2) 좌심실 기능저하, (3) 방실결절 아래 부위의 차단이 있는 경우
- 차. 심근허혈 소견이 없이 운동 중 발생한 2도 또는 3도 방실차단
- 카. 긴(long) PR 간격을 보이는 1도 또는 2도 방실차단으로 방실 부조화로 인한 심박동기 증후군이나 혈액학적 증상이 있는 경우

- 해당 요양기관에서는 2도 2형 방실차단(Morbitz type II)으로 판단하여 심박기거치술을 시행하였으나, 제출된 진료기록을 검토한 결과 24시간 심전도 검사(2016.7.6.)에서 2도 1형 방실차단(Wenckebach AV block) 소견을 보였고, 서맥 관련 증상(어지러움, 전신 쇠약감)은 기록되어 있으나, 증상 발생 시각이 심전도 상 서맥 발생 시각과 일치하지 않았음.
- 따라서 이 건은 증상과 서맥 사이의 연관성을 인정하기 어렵고 2도 1형 방실차단(Wenckebach AV block)은 ‘고도 2도 방실차단’으로 볼 수 없는바, 자200나 경정맥 체내용심박기거치술을 요양급여로 인정하지 아니함.

■ 참고

- 심박기 거치술 인정기준(보건복지부 고시 제2011-87호, 2011.9.1. 시행)
- 대한내과학회. Harrison's 내과학. Volume 2. 제18판. MIP. 2017.
- Mann Duglass L, et al. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 10th Edition. Saunders. 2015.
- ESC Guidelines on cardiac pacing and cardiac resynchronization therapy. 2013.
- ACCF/AHA/HRS Focused Update Incorporated Into the ACCF/AHA/HRS 2008 Guidelines for Device-Based Therapy of Cardiac Rhythm Abnormalities. 2012.

[2018.2.23. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

## 요양급여대상 사전 승인 건

### 25. Eculizumab(품명: 솔리리스주) 요양급여대상 인정여부

- 우리원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부 고시 제2016-173호, 2016.9.1. 시행)에 따라 요양급여 대상여부를 결정하는 솔리리스주 사전심의제도를 실시하고 있음.
- 「Eculizumab(품명: 솔리리스주) 사전 승인에 관한 방법 및 절차」(건강보험심사평가원 공고 제2016-241호, 2016.9.1. 시행)에 의거하여,
  1. 승인받은 환자는 요양급여대상으로 인정통보를 받은 날부터 60일 이내에 솔리리스주를 투여하여야 하며 60일을 경과하여 투여하고자 하는 경우에는 재신청하여야 하고,
  2. 승인을 받은 요양기관은 6개월마다 위 공고 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 정확하게 작성하여 약제투여 개시일이 포함된 월을 기준하여 6개월이 경과된 익월 15일 이내에 우리원에 제출하여야 함.

#### □ 사전승인

구분	성별/나이	심의내용	심의결과
A사례	여/36	2012년 3월에 발작성야간혈색소뇨증 진단받아 2016년 2월 PNH clone size 97.5%확인됨. 2017년 1월 LDH 3973(정상치 8.6배)임. 2017년 2월부터 임상시험 약제 투여 중 2018년 2월 임신이 확인됨. 2018년 2월 PNH clone size 97.3%로 유지 요법을 요양급여대상으로 승인. 다만, 추후 모니터링을 통해 투여기간은 재논의.	승인
B사례	남/31	PNH clone size, LDH 수치 그리고 적혈구 수혈 등의 요건은 충족하나, 발작성야간혈색소뇨증과 연관된 폐부전으로 숨가쁨(New York Heart Association Class) 및 proBNP수치 등이 충족되지 않고, 제출한 진료내역을 볼 때, 평활근 연속과 관련된 입원이나 마약성 진통제가 필요한 중증의 재발성 통증에 해당하지 않으며, 신기능의 지속적인 저하가 없고 급성신부전 당시 투석을 시행하지 않았으며 신부전 기준에 충족되지 않는 등 세부요건을 충족하지 못해 불승인.	불승인

#### □ 모니터링

구분	성별/나이	모니터링 차수	모니터링 차수	심의내용	심의결과	
모 니 터 링	A사례	여/66	30개월	2.5년	지속투여 승인. 다만, 앞으로 추적관찰 시, 골수 검사 결과에서 확인한 골수형성이상증후군의 변화추이에 대한 관찰이 필요함.	지속투여승인
	B사례	여/75	60개월	5년	지속투여 승인. 솔리리스주 모니터링 시, 폐 병변 부위에 대한 변화추이를 관찰할 필요가 있음.	지속투여승인
	C사례	남/72	42개월	3.5년	지속투여 승인. 현재는 위암 수술 후 상태로	지속투여승인

구분	성별/나이	모니터링 차수		심의내용	심의결과	
				추후 모니터링 시, 이에 대한 추적 관찰한 자료 제출이 필요할 것으로 판단됨.		
	D사례	남/48	60개월	5년	지속투여 승인. 감소된 삶의 질 점수는 당시 상기도 감염에 의한 것으로 보임.	지속투여승인
	이 외 22사례	남/52	60개월	5년	솔리리스주 지속 투여가 필요하여 승인	지속투여승인
		남/52	24개월	2년		
		남/84	36개월	3년		
		남/69	48개월	4년		
		남/78	60개월	5년		
		여/48	24개월	2년		
		남/37	60개월	5년		
		남/75	12개월	1년		
		여/65	60개월	5년		
		남/44	12개월	1년		
		여/48	60개월	5년		
		여/30	36개월	3년		
		남/51	60개월	5년		
		남/78	60개월	5년		
		여/40	12개월	1년		
		남/68	54개월	4.5년		
		남/69	15개월	1.25년		
		남/68	12개월	1년		
		남/59	54개월	4.5년		
		남/19	12개월	1년		
		여/49	60개월	5년		
		남/41	24개월	2년		
투여 중지	1사례	여/57	54개월	4.5년	급성 골수성 백혈병이 진단되어 치료 당시 솔리리스주 투여를 중단했고 2018.1월에 사망하여 솔리리스주 투여 중지함.	투여중지
투여 중지 모니 터링	15사례	남/59	54개월	4.5년	이 건들은 임상시험 전환 대상으로 솔리리스주를 급여로 투여하는 것은 중단하나, 솔리리스주와 유사한 효능의 억제사용이 지속되므로 추후 6개월마다 모니터링을 지속함. 단, 솔리리스주를 급여로 재투여하고자 할때는 본 위원회의 심의를 거쳐 그 결정에 따라야 함.	급여 투여중지 모니터링 지속
		남/57	24개월	2년		
		여/30	60개월	5년		
		남/57	60개월	5년		
		여/30	60개월	5년		
		남/57	60개월	5년		
		여/30	30개월	2.5년		
		남/57	60개월	5년		

구분		성별/나이	모니터링 차수		심의내용	심의결과
		여/30	60개월	5년		
		남/57	30개월	2.5년		
		여/30	54개월	4.5년		
		남/57	60개월	5년		
		여/30	60개월	5년		
		남/57	60개월	10차		
		여/30	30개월	5차		

**26. 조혈모세포이식 요양급여대상 인정여부**

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

심의 결과 관련 기준에 적합한 경우는 요양급여로 인정하며, 적합하지 않은 경우에는 비승인 되어 선별급여로 결정합니다. 선별급여 대상 환자가 **조혈모세포이식을 시행받기 위해 입원한 경우**, 「비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014.12.1.시행)」에 따라 **이식과 직접 관련된 진료기간(조혈모세포 주입 전 1주부터 주입 후 2주)의 요양급여비용(이식술료, 이식과 관련된 입원료 [무균치료실료 포함], 시술 전·후 처치 등)에 대하여는 100분의 50을 본인에게 부담토록하고, 그 외의 기간에 이루어지는 진료비(면역억제제 투여, 검사와 합병증 및 후유증 치료비 등)에 대하여는 요양급여로 인정**하고 있습니다.

**■ 심의 결과**

구분	계	동종	제대혈	자가	비고
<b>총 접수</b>	<b>287</b>	<b>152</b>	<b>3</b>	<b>132</b>	
처리결과	급여	206	105	2	99
	자료보완	21	4	0	17
	선별급여	51	40	1	10
	불가	-	-	-	-
	취하	9	3	0	6

\* 신청기관 : 33개 요양기관

**■ 심의내용**

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
동종	총 152건	급여: 105건	급성골수성백혈병: 38건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우”에 요양급여 대상자로 인정됨.
			급성림프모구백혈병: 19건	이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병은 혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정함. (1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 (2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>(가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성</li> <li>② t(v;11q23) 또는 MLL 재배열</li> <li>③ 염색체수 44 미만</li> </ul> <p>(나) 진단시 1세미만</p> <p>(다) 백혈구 수 <math>100 \times 10^9/L</math> 이상</p> <p>(라) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우</p> <p>(마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Poor Steroid Response</li> <li>② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)</li> <li>③ Early T cell Precursor Phenotype</li> </ul> <p>(3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>(4) 2차 이상 완전관해된 경우</p>
			중증재생불량성빈혈: 11건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈은 골수검사결과 세포 충실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25%이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 절대호중구 수(ANC)가 <math>500/\mu l</math> 이하</li> <li>② 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 <math>60 \times 10^9/L</math></li> <li>③ 혈소판 <math>20,000/\mu l</math> 이하</li> </ul>
			골수형성이상증후군: 20건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-5)에 의하여 골수형성이상증후군을 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 골수형성이상증후군 예후분류법(IPSS, IPSS-R, WPSS)인 다음 중 하나에 해당되는 경우</p> <p>(가) 고위험군인 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① IPSS: Intermediate-2 또는 high</li> <li>② IPSS-R, WPSS: high 또는 very high</li> </ul> <p>(나) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>① 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu</math>l 이하이면서 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하</p> <p>② Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p> <p>(2) 소아는 사례별로 결정함</p>
			만성골수성백혈병: 4건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (영양급여대상자기준)별표 2-가-2)에 의하면, 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우 (1) TKI 제제(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우, (2) T315I mutation 확인된 경우”에 영양급여대상자로 인정하고 있음.</p>
			비호지킨림프종: 6건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (영양급여대상자기준)별표 2-가-7)에 의하면, 비호지킨림프종의 영양급여대상자는 다음과 같음.</p> <p>(1) 비호지킨 림프종</p> <p>(가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우</p> <p>② Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외)</p> <p>③ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로써 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함</p> <p>① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma</p> <p>② Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma</p> <p>③ Mantle Cell Lymphoma</p> <p>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>⑤ Burkitt Lymphoma</p> <p>⑥ Peripheral T-cell Lymphoma</p> <p>⑦ Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상</p> <p>⑧ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				⑨ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)
			일차골수섬유증: 2건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-9)에 의하면, 일차성골수섬유증의 요양급여대상자는 다음과 같음.</p> <p>일차골수섬유증의 예후지표인 DIPSS plus risk category 중 고위험도(High risk, 예후인자수 ≥ 5항목)와 중등위험도-2(Intermediate-2, 예후인자수 3항목 또는 4항목)에 해당하는 경우. 다만, 중등위험도-2에 해당하는 경우에는 질병의 중등도 등 환자상태를 고려하여 사례별로 인정함.</p>
			중증선천성호중구감소증 :1건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-13)-(4)에 의하면 중증선천성호중구감소증은 “임상양상, 유전자검사, 기타 질환의 특이검사 등으로 진단된 중증선천성호중구감소증으로 G-CSF에 반응이 없는 경우(호중구가 1,000/mm<sup>3</sup> 이상으로 상승하지 않는 경우) 또는 심각한 감염이 반복되는 경우” 에 요양급여 대상자로 인정됨.</p>
			연소기골수단구성 백혈병(JMML): 1건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-8)에 의하면, 연소기골수단구성백혈병의 요양급여대상자는 다음과 같음.</p> <p>WHO에서 제시한 연소기골수단구성백혈병의 진단기준을 만족하는 경우에 인정하고 있음.</p>
			호지킨림프종: 1건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-1)-(2)에 의하면, 전형호지킨 림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)은 “표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 에 요양급여 대상자로 인정됨.</p>
			Krabbe: 1건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p> <p>이 건은 Krabbe로 1차 동종조혈모세포이식 예정인 건으로 크라베병은 진행되면서 중추신경 및 말초신경증상을 일으켜 조기 사망하는 희귀 퇴행성 질환으로, 심각한 신경학적 합병증이</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			Diamond-Blackfan anemia: 1건	<p>동반되지 않은 현상태에서 동종조혈모세포이식이 필요하다고 판단되므로 영양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(영양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 선천성빈혈에서 영양급여 인정기준은 다음과 같음. 임상소견이나 유전적 검사로 진단된 선천성빈혈환자로서 다음의 경우 치료에 대한 반응을 고려하여 사례별로 인정함. (1) Diamond-Blackfan Anemia: 스테로이드에 불응성인 경우 (2) Conenital dyserytheipoietic Anemia(CDA): 수혈의존성이 있는 경우</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
			발작성야간혈색소뇨증 (PNH) : 1건	<p>이 건은 발작성야간혈색소뇨증(PNH)으로 진단받아 동종조혈모세포이식 예정으로, 최근 발작성야간혈색소뇨증(PNH) 검사 및 혈액검사 등이 확인되지 않아 이식여부 판단이 곤란하므로 영양급여 대상 여부를 결정하기 위해 자료보완토록 함.</p>
			중증복합면역결핍증 (SCIDs): 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (영양급여대상자기준) 별표 2-가-14)에 의하면 중증복합면역결핍증은 임상 양상 및 유전자 검사 또는 질환의 특이검사 등으로 진단된 경우 사례별로 인정하고 있음. 이 건은 중증복합면역결핍증으로 동종조혈모세포이식 예정이나 유전검사 제출하지 아니하여 판단이 곤란함. 따라서 영양급여 대상 여부를 결정하기 위해 유전자검사 자료보완토록 함.</p>
		자료보완: 4건	비호지킨림프증: 2건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (영양급여대상자기준)별표 2-가-7)에 의하면, 비호지킨림프종의 영양급여대상자는 다음과 같음.</p> <p>(1) 비호지킨 림프종 (가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우 ② Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) ③ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로써 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함 ① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma ② Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma ③ Mantle Cell Lymphoma ④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<ul style="list-style-type: none"> <li>⑤ Burkitt Lymphoma</li> <li>⑥ Peripheral T-cell Lymphoma</li> <li>⑦ Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome IIB 이상</li> <li>⑧ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</li> <li>⑨ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</li> </ul> <p>이 건의 경우 동종조혈모세포이식 예정으로 measure 및 영상자료가 제출되지 않아 부분반응 판정이 어려워 이식에 적합한 상태를 판단하기 곤란함. 따라서 영양급여 대상 여부를 결정하기 위해 부분반응 이상 확인이 필요하므로 자료보완토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (영양급여대상자기준)별표 2-가-7)에 의하면, 비호지킨림프종의 영양급여대상자는 다음과 같음.</p> <p>(1) 비호지킨 림프종</p> <p>(가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우</li> <li>② Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외)</li> <li>③ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</li> </ul> <p>(나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로써 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma</li> <li>② Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma</li> <li>③ Mantle Cell Lymphoma</li> <li>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</li> <li>⑤ Burkitt Lymphoma</li> <li>⑥ Peripheral T-cell Lymphoma</li> <li>⑦ Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome IIB 이상</li> <li>⑧ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</li> <li>⑨ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</li> </ul> <p>이 건의 경우 동종조혈모세포이식 예정으로 measure 및 영상자료가 제출되지 않아 완전관해 판정이 어려워 이식에 적합한 상태를 판단하기 곤란함. 따라서 영양급여 대상 여부를 결정하기 위해 완전관해 확인이 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
		선별급여: 40건	급성골수성백혈병: 17건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (영양급여대상자기준) 별표

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>2-가-1)에 의하면 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 영양급여인정기준은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전 관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우” 로 규정하고 있음.</p> <p>급성골수성백혈병으로 동종조혈모세포이식 예정인 이 건은 골수검사와 말초혈액검사 및 영상검사 결과 완전관해가 확인되지 않음. 따라서 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 의하면 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.” 로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 시술일 현재 준 연령을 초과하여 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우이므로 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 라고, (별표)1-다에 의하면 “조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다” 라고 각 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이므로, 조혈모세포 2차 이식의 요건을</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>충족하지 못하였음. 또한, 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-1)에 의하면 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 요양급여인정기준은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우” 로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사가 일치하지 않는바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			급성림프모구백혈병: 7건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-1)에 의하면 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 요양급여인정기준은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우” 로 규정하고 있음.</p> <p>급성림프모구백혈병으로 2차 동종조혈모세포이식 예정인 이 건은 3차 혈액학적 완전관해임. 따라서 ‘대상 질병별 기준’ 에 해당되지 않아 요양급여 대상이 될 수 없으나, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 라고 , (별표)1-다에 의하면 “조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성 백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다” 라고 각 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 2차 반일치 동종 조혈모세포이식 예정이므로, 조혈모세포 2차 이식의 요건을 충족하지 못하였음. 또한, 이 상병에 대한 2차 반일치 동종 조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR 형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 고 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 1차 반일치 동종 조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식은 사례별로 심의하여 결정하고 있으나 제출된 자료에서 ALL 고위험 소견 확인되지 않으며, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병은 혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>(1) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전 관해된 경우</p> <p>(2) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성</p> <p>② t(v;11q23) 또는 MLL 재배열</p> <p>③ 염색체수 44 미만</p> <p>(나) 진단시 1세미만</p> <p>(다) 백혈구 수 <math>100 \times 10^9/L</math> 이상</p> <p>(라) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우</p> <p>(마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① Poor Steroid Response</p> <p>② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)</p> <p>③ Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>(3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>(4) 2차 이상 완전관해된 경우로 규정하고 있음.</p> <p>급성림프모구백혈병으로 동종조혈모세포이식 예정인 이 건은 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해로 확인되나, 고위험군 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			골수형성이상증후군: 4건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)은 “(1) 골수형성이상증후군 예후분류법(IPSS, IPSS-R, WPSS)인 다음 중 하나에 해당되는 경우 (가) 고위험군인 경우 ① IPSS: Intermediate-2 또는 high ② IPSS-R, WPSS: high 또는 very high (나) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 ① 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) <math>500/\mu l</math> 이하이면서 혈소판 <math>20,000/\mu l</math> 이하 ② Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료적응증에 해당되지 않으면서 혈색소</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우 (2) 소아는 사례별로 결정함” 영양급여 대상임.</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 진단되어 중간위험군에 해당되나 말초혈액검사 결과나 수혈요구도가 고시 기준에 해당되지 않아 현재 상황이 반드시 이식이 필요하다고 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관계 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 라고 , (별표)1-다에 의하면 “조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다” 라고 각 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 진단되어 2차 반일치 동종 조혈모세포이식 예정이므로, 조혈모세포 2차 이식의 요건을 충족하지 못하였음. 또한, 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 의하면 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.” 로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 시술일 현재 준 연령을 초과하여 환자 측의 요청과</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우이므로 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			비호지킨림프종: 7건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표 2-가-7)-(1)에 의하면 비호지킨림프종의 영양급여인정기준은 “(가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 (나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함” 으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 동종조혈모세포이식 예정이나 추적 검사결과 부분반응 이상 확인 되지 않음. 따라서 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 라고 , (별표)1-다에 의하면 “조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다” 라고 각 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이므로, 조혈모세포 2차 이식의 요건을 충족하지 못하였음. 또한, 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.”고 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 진단되어 3차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 현재 3차 조혈모세포이식 인정 기준이 존재하지 아니함. 또한, 3차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표 2-가-7)-(1)에 의하면 비호지킨림프종의 영양급여인정기준은 “(가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 (나) 표준항암화학요법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함”으로 규정하고 있음.</p> <p>Lymphoblastic lymphoma/leukemia으로 동종조혈모세포이식 예정인 건으로 WHO 진단기준에 따라 ALL의 인정기준에 준하여 사례별로 심의하고 있음. 이 건은 제출된 자료에서 ALL cytogenetics 고위험 소견 확인되지 않으며, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여 비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			중증재생불량성빈혈: 1건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈은 골수검사결과 세포

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>총살도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25%이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>① 절대호중구 수(ANC)가 500/<math>\mu</math>l 이하            ② 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x10<sup>9</sup>/L            ③ 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈과 관련한 최근 골수검사결과 확인되지 않음. 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			만성육아종증: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증 후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 만성육아종증으로 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인바, 이 상병의 반일치 이식에 대한 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			만성골수성백혈병 (CML): 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증 후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 로 규정하고 있음.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				이 건은 만성골수성백혈병으로 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인바, 이 상병의 반일치 이식에 대한 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Mucopolysaccharidosis typeIV: 1건	이 건은 Mucopolysaccharidosis typeIV로 진단되어 1차 혈연간 동종조혈모세포이식 예정인 건으로 유전자 검사 결과 진단 확인되나, 현재까지 동 상병에 대한 조혈모세포이식의 임상연구 및 치료성적 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
		취하: 3건		
제대혈	총 3건	급여: 2건	급성골수성백혈병 : 1건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-1)에 의하면 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 영양급여인정기준은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전 관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우” 로 규정하고 있음.
			골수형성이상증후군: 1건	고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-5)에 의하여 골수형성이상증후군을 영양급여대상자로 인정하고 있음. (1) 골수형성이상증후군 예후분류법(IPSS, IPSS-R, WPSS)인 다음 중 하나에 해당되는 경우 (가) 고위험군인 경우 ① IPSS: Intermediate-2 또는 high ② IPSS-R, WPSS: high 또는 very high (나) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 ① 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/ $\mu$ l 이하이면서 혈소판 20,000/ $\mu$ l 이하 ② Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료적응증에 해당되지 않으면서 혈색소

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우 (2) 소아는 사례별로 결정함</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
		선별급여 : 1건	급성골수성백혈병 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-1)에 의하면 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 요양급여인정기준은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우” 로 규정하고 있음.</p> <p>급성골수성백혈병으로 제대혈조혈모세포이식 예정인 이 건은 골수검사와 말초혈액검사 및 영상검사 결과 완전관해가 확인되지 않음. 따라서 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
자가	총 132건	급여: 99건	비호지킨림프종: 34건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-1)-(1)-(나))에 의하면, 자가조혈모세포이식 중 비호지킨림프종에 대한 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상임.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상</li> <li>② Diffuse Large B Cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>- LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우</li> </ul> </li> <li>③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외)</li> <li>④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) <ul style="list-style-type: none"> <li>(단, stage I 완전관해 제외)</li> </ul> </li> <li>⑤ Peripheral T-cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>(단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)</li> </ul> </li> <li>⑥ Primary CNS Lymphoma</li> </ul> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-1)-(1)-(나))에 의하면, 자가조혈모세포이식 중 비호</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>지킨림프종에 대한 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상임.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenström's Macroglobulinemia</li> <li>② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)</li> <li>③ Mantle Cell Lymphoma</li> <li>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</li> <li>⑤ Burkitt Lymphoma</li> <li>⑥ Peripheral T-cell Lymphoma</li> <li>⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma</li> <li>⑧ Primary CNS Lymphoma</li> </ul> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			다발골수종: 43건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(1)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 “IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우”에 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <p>IMWG에서 제시한 다발골수종의 진단기준에 해당되어 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			호지킨림프종: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-1)-(2)에 의하면, 전형호지킨 림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)은 “표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우”에 요양급여 대상자로 인정됨.</p>
			급성골수성백혈병 : 5건	<p>고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-2)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)에 대한 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우</li> </ul> </li> <li>(2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1차 혈액학적 완전관해인 경우 요양급여 대상임.</li> </ul> </li> </ul> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			급성림프모구백혈병(A LL): 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)에 대한 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>혈액학적 1차 완전관해 상태이면서 적절한 국내 공여자(혈연 일치, 비혈연 일치, 제대혈)가 없으며 다음 중 하나에 해당하는 경우 인정함.</p> <p>(1) 진단시 15세 이상에서 다음 고위험군에 해당하지 않는 경우</p> <p>(가) 고위험 염색체군</p> <p>① 염색체수 44 미만</p> <p>② t(v;11q23)</p> <p>③ BCR/ABL 유전자 양성</p> <p>④ 복합염색체(5개 이상)</p> <p>(나) 진단 당시 상승된 백혈구수</p> <p>① B세포급성림프모구성백혈병 <math>30 \times 10^9/L</math></p> <p>② T세포급성림프모구성백혈병 <math>50 \times 10^9/L</math></p> <p>(2) 진단시 15세 미만에서 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성</p> <p>② t(v;11q23) 또는 MLL 재배열</p> <p>(나) 진단시 1세 미만</p> <p>(다) 백혈구 수 <math>100 \times 10^9/L</math> 이상</p> <p>(라) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우</p> <p>(마) T 세포 급성림프모구백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① Poor Steroid Response</p> <p>② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)</p> <p>③ Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			비정형기형/횡문근종양(AT/RT)㉔: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.5.1.) &lt;2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)&gt;은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT), (나)다발골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여 대상임. 또한, 조혈모</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-9)-(1)-(나) 비정형기형/횡문근종양(AT/RT)은 “수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상을 보이는 경우” 요양급여 대상이나, 최근 2~3년간의 문헌을 종합한 결과 이식의 성적을 높이기 위하여 tandem이식의 경우에도 1차이식후의 반응 평가에 따라 2차이식의 인정여부를 달리하고자 하는 바 이 기준은 AT/RT 진단되어 수술과 항암화학요법 후 부분반응이상이 확인되어 1차 자가이식에 한하여 요양급여 대상자로 인정하며 2차 자가이식은 추후 1차 이식의 결과에 따라 인정 여부를 결정하기로 함.
			비정형기형/횡문근종양(AT/RT): 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-9)-(1)-(나)에 의하면 비정형기형/횡문근종양(AT/RT)은 “수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상을 보이는 경우” 요양급여 대상임. 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			유형종양: 4건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-6)에 의하면 유형종양의 요양급여 인정기준은 다음과 같음. (1) 진단 시 다음 고위험군의 하나에 해당하며 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 (가) metastatic disease at diagnosis (나) bulky primary tumor( >200ml) (다) axial site (2) 수술 후, 방사선 치료 및 통상적인 화학요법(6개월 또는 6회이상)을 병용하여 부분 반응이상을 보이나, 완전관해에 도달하지 않은 경우 (3) 재발 또는 불응성으로 구제 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			수모세포종(Medulloblastoma)㉠: 2건	<2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.5.1.)에 의하면, 수모세포종(Medulloblastoma)은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여 대상자 기준)의 기준 별표 2-나-9)-(1)-(가)에 의하여 수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 경우로서 “① 진단 시 3세 이하 ② 수술 후 잔여종괴가 1.5cm <sup>3</sup> 이상인 경우 ③ 두개강내 전이가 있는 경우 ④ Anaplastic type” 중 하나에 해당하는 경우에 적합하다고 판단되는 경우이어야 하고, 또한 위 인정기준에 적합하여 시행하는 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>조혈모세포 이식(tandem transplantation)에 대하여는 “가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성 신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가조혈모 세포이식, 나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식” 중 어느 하나에 해당하는 경우이어야 요양급여대상자로 인정됨.</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			<p>생식세포종 (Germ cell tumor) : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-1)-(2)에 의하면, 생식세포종(Germ Cell Tumor)은 “재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 에 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			<p>신경모세포종 (Neuroblastoma)① : 2건</p>	<p>&lt;2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)&gt;(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.5.1.)에 의하면, 신경모세포종은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여 대상자 기준)의 기준 별표 2-나-9)-(1)-(가)에 의하여 (1) 진단 시 1세 이상이면서 수술 또는 항암제 등으로 부분반응이상을 보이는 Stage IV 또는 N-myc 증폭(+)인 Stage II 이상인 경우 (2) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 경우(※ N-myc증폭(+)인 경우 나이에 상관없이 고위험군에 해당) 중 하나에 해당하는 경우에 적합하다고 판단되는 경우이어야 하고, 또한 위 인정기준에 적합하여 시행하는 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)에 대하여는 “가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가조혈모 세포이식, 나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식” 중 어느 하나에 해당하는 경우이어야 요양급여대상자로 인정됨.</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			<p>AL 아밀로이드증 (AL amyloidosis) : 4건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(2)에 의하면, AL 아밀로이드증(AL amyloidosis)에 대한 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증(AL amyloidosis) 진단기</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>준에 만족하는 경우</p> <p>다만, ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하면서 장기부전(심·신·간·폐부전)이 아닌 경우</p> <p>고시 기준에 적합하여 영양급여 대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(영양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정됨.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상</li> <li>② Diffuse Large B Cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>- LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우</li> </ul> </li> <li>③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외)</li> <li>④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) <ul style="list-style-type: none"> <li>(단, stage I 완전관해 제외)</li> </ul> </li> <li>⑤ Peripheral T-cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>(단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)</li> </ul> </li> <li>⑥ Primary CNS Lymphoma</li> </ul> <p>또한, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(영양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정됨.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma, Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenström's Macroglobulinemia</li> <li>② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)</li> <li>③ Mantle Cell Lymphoma</li> <li>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</li> <li>⑤ Burkitt Lymphoma</li> <li>⑥ Peripheral T-cell Lymphoma</li> <li>⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma</li> <li>⑧ Primary CNS Lymphoma</li> </ul> <p>이 건의 경우 1차 자가조혈모세포이식 예정으로 최근 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태여부 판단이 곤란함. 따라서 영양급여 대상 여부를 결정하기 위해 골수검사가 필요하므로 자료보완토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호,</p>
		자료보완 : 17건	비호지킨림프종: 11건	

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상</li> <li>② Diffuse Large B Cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>- LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우</li> </ul> </li> <li>③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외)</li> <li>④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) <ul style="list-style-type: none"> <li>(단, stage I 완전관해 제외)</li> </ul> </li> <li>⑤ Peripheral T-cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>(단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)</li> </ul> </li> <li>⑥ Primary CNS Lymphoma</li> </ul> <p>또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia</li> </ul> </li> <li>② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)</li> <li>③ Mantle Cell Lymphoma</li> <li>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</li> <li>⑤ Burkitt Lymphoma</li> <li>⑥ Peripheral T-cell Lymphoma</li> <li>⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma</li> <li>⑧ Primary CNS Lymphoma</li> </ul> <p>이 건은 비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정이나, 부분반응 이상 여부를 확인할 수 있는 자료가 제출되지 않아 PR 판정이 어려움. 따라서 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
			<p>생식세포종 (germ cell tumor) : 2건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-7)에 의하면, 생식세포종(Germ Cell Tumor)은 “재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 에 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <p>이 건은 생식세포종(germ cell tumor)로 진단되어 1차 자가</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>조혈모세포이식 예정으로 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태여부 판단이 곤란함. 따라서 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 골수 검사가 필요하므로 자료보완토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-7)에 의하면, 생식세포종(Germ Cell Tumor)은 “재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 에 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <p>이 건은 생식세포종(germ cell tumor)으로 진단받고 1차 자가 조혈모세포이식 예정이나 '17.12.20. 시행한 PET CT상에서 'r/o metastasis of RUL lesion'소견으로 PR 판단하기 곤란함. 따라서 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 measure 및 영상 자료 등의 추가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
			다발 골수종: 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(1)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 “IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우” 에 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <p>다발골수종 상병으로 자가조혈모세포이식 예정인 이 건은 제출된 검사결과를 참조할 때 조혈모세포이식이 반드시 요구되는 다발골수종의 범주에 포함된다고 판단하기 곤란한바 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
			POEMS 증후군: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(3)에 의하면, POEMS 증후군은 “IMWG에서 제시한 POEMS 증후군 진단기준에 만족하는 경우” 에 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <p>POEMS syndrome으로 자가 조혈모세포이식예정인 이 건은 제출한 진료내역을 검토한 결과 IMWG 진단기준을 만족할 수 있는 자료가 충분치 않다고 판단됨. 따라서 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 자료보완토록 함.</p>
			신경모세포종 (Neuroblastoma)Ⓢ: 1건	<p>&lt;2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식 (tandem transplantation)&gt;(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.5.1.)에 의하면, 신경모세포종(Neuroblastoma)은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여 대상자 기준)의 기준 별표 2-나-5)에 의하여 (1)진단시 1세 이상이면서 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 stageⅣ 또는 N-myc 증폭(+)인 stageⅡ 이상인 경우 (2) 국소적</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 경우에 적합하다고 판단되어야 하고, 또한 위 인정기준에 적합하여 시행하는 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)에 대하여는 “가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가조혈모 세포이식, 나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식” 중 어느 하나에 해당하는 경우이어야 요양급여대상자로 인정됨.</p> <p>이 건은 신경모세포종(Neuroblastoma)로 진단되어 Tandem 조혈모세포이식 예정이나, Bone lesion의 PR여부를 확인할 수 있는 자료가 제출되지 않아 PR 판정이 어려움. 따라서 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
		선별급여 : 10건	비호지킨림프종: 3건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상</li> <li>② Diffuse Large B Cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>- LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우</li> </ul> </li> <li>③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외)</li> <li>④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) <ul style="list-style-type: none"> <li>(단, stage I 완전관해 제외)</li> </ul> </li> <li>⑤ Peripheral T-cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>(단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)</li> </ul> </li> <li>⑥ Primary CNS Lymphoma</li> </ul> <p>또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenström's Macroglobulinemia</li> </ul> </li> <li>② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)</li> <li>③ Mantle Cell Lymphoma</li> <li>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</li> </ul>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<ul style="list-style-type: none"> <li>⑤ Burkitt Lymphoma</li> <li>⑥ Peripheral T-cell Lymphoma</li> <li>⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma</li> <li>⑧ Primary CNS Lymphoma</li> </ul> <p>이 건은 비호지킨림프종(Peripheral T cell lymphoma)으로 진단되어 자가조혈모세포이식 예정으로 ('18.1.30.) 시행한 (PET CT) 영상검사 상 'Residual heterogenous mid hypermetabolic lesions in paraspinal muscles bilateral shoulder, upper arms, chest wall, buttocks, hips, upper thigh muscles (Deauville score 4)' 소견으로 확인되어 PR 이상으로 판단키 곤란하므로 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정됨.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상</li> <li>② Diffuse Large B Cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>- LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우</li> </ul> </li> <li>③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외)</li> <li>④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) <ul style="list-style-type: none"> <li>(단, stage I 완전관해 제외)</li> </ul> </li> <li>⑤ Peripheral T-cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>(단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)</li> </ul> </li> <li>⑥ Primary CNS Lymphoma</li> </ul> <p>또한, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정됨.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenström's Macroglobulinemia</li> </ul> </li> <li>② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)</li> <li>③ Mantle Cell Lymphoma</li> <li>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</li> </ul>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<ul style="list-style-type: none"> <li>⑤ Burkitt Lymphoma</li> <li>⑥ Peripheral T-cell Lymphoma</li> <li>⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma</li> <li>⑧ Primary CNS Lymphoma</li> </ul> <p>이 건은 비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)으로 진단되어 자가조혈모세포이식 예정으로 Stage II로 확인되어 고시 기준에 충족하지 못함. 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상</li> <li>② Diffuse Large B Cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>- LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우</li> </ul> </li> <li>③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외)</li> <li>④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) <ul style="list-style-type: none"> <li>(단, stage I 완전관해 제외)</li> </ul> </li> <li>⑤ Peripheral T-cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>(단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)</li> </ul> </li> <li>⑥ Primary CNS Lymphoma</li> </ul> <p>또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenström's Macroglobulinemia</li> </ul> </li> <li>② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)</li> <li>③ Mantle Cell Lymphoma</li> <li>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</li> <li>⑤ Burkitt Lymphoma</li> <li>⑥ Peripheral T-cell Lymphoma</li> <li>⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma</li> <li>⑧ Primary CNS Lymphoma</li> </ul>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			다발골수종: 2건	<p>이 건은 비호지킨림프종(Splenic marginal zone lymphoma)로 진단받고 1차 자가 조혈모세포이식 예정이나 표준항암화학요법 후 현재 CR상태로 기준에 해당하지 않음. 따라서 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 일반기준에 의하면, “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.”에 해당 될 때 영양급여 대상자로 인정됨. 이 건은 현재 기준 연령을 초과하여 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우이므로 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			생식세포종 (Germ Cell Tumor) : 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-7)에 Germ cell tumor는 “재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우”로 되어 있음.</p> <p>재발된 Germ cell tumor으로 자가조혈모세포이식을 예정하고 있는 이 건은 구제항암화학요법 이후 부분반응 이상으로 확인되지 않아 기준에 해당하지 않음. 따라서 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			Rhabdomyosarcoma: 1건	<p>이 건은 Rhabdomyosarcoma로 진단받고 자가 조혈모세포이식 예정이나, 이 상병은 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제 4조(요양급여대상자기준)(별표)에 해당되지 않으며, 현재까지 이 상병에 대한 조혈모세포이식의 임상연구 및 치료성적 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			호지킨림프종: 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(2)에 의하면 전형호지킨림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암요법에 부분반응 이상인 경우 영양급여 대상임.</p> <p>이 건은 전형호지킨림프종으로 진단되어 자가조혈모세포이</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>식 예정이나 요양기관에서 제출한 tumor size measure 상 PR 이상의 반응이 명확하지 아니하여 기준에 해당하지 않음. 따라서 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>비정형기형/횡문근종양(AT/RT)①: 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-9)-(1)-(나) 비정형기형/횡문근종양(AT/RT)은 “수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상을 보이는 경우” 요양급여 대상이나, 이 건은 수술이나 항암화학요법에 대한 부분반응이상의 판단이 곤란한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.5.1.) &lt;2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)&gt;은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT), (나)다발골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여 대상이나, 최근 2~3년간의 문헌을 종합한 결과 이식의 성적을 높이기 위하여 tandem이식의 경우에도 1차이식후의 반응평가에 따라 2차이식의 인정여부를 달리하고자 하는 바 이 건은 1차 자가이식에 한하여 선별급여 대상자로 인정하며 2차 자가이식은 추후 1차 이식의 결과에 따라 인정여부를 결정하여야하므로 2차 자가이식 전 재심의 신청을 요함.</p>
			<p>Choroid Plexus Carcinoma: 1건</p>	<p>이 건은 Choroid plexus carcinoma로 진단되어 2차 자가조혈모세포이식 예정인 사례로 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제 4조(요양급여대상자기준) (별표)에 해당되지 않으며, 현재까지 동 상병에 대한 2차 자가조혈모세포이식의 임상연구 및 치료성적 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
		<p>취하: 6건</p>		
계	287			

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

[별첨] 조혈모세포이식 요양급여대상 결정현황

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
1	동종조혈모	여	10	Diamond-Blackfanemia	급여
2	동종조혈모	남	48	급성골수성백혈병(AML)	급여
3	동종조혈모	남	60	급성골수성백혈병(AML)	급여
4	동종조혈모	남	33	골수형성이상증후군(MDS)	급여
5	동종조혈모	여	28	급성골수성백혈병(AML)	급여
6	동종조혈모	여	57	급성골수성백혈병(AML)	급여
7	동종조혈모	여	47	급성골수성백혈병(AML)	급여
8	동종조혈모	남	45	골수형성이상증후군(MDS)	급여
9	동종조혈모	남	23	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
10	동종조혈모	여	52	골수형성이상증후군(MDS)	급여
11	동종조혈모	여	44	급성골수성백혈병(AML)	급여
12	동종조혈모	여	34	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
13	동종조혈모	남	5M	연소기골수단구성백혈병(JMML)	급여
14	동종조혈모	남	45	비호지킨림프종	급여
15	동종조혈모	여	51	급성골수성백혈병(AML)	급여
16	동종조혈모	남	61	골수형성이상증후군(MDS)	급여
17	동종조혈모	남	49	만성골수성백혈병(CML)	급여
18	동종조혈모	여	55	급성골수성백혈병(AML)	급여
19	동종조혈모	여	25	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
20	동종조혈모	남	2	krabbe	급여
21	동종조혈모	여	45	골수형성이상증후군(MDS)	급여
22	동종조혈모	남	57	급성골수성백혈병(AML)	급여
23	동종조혈모	여	60	골수형성이상증후군(MDS)	급여
24	동종조혈모	여	47	만성골수성백혈병(CML)	급여
25	동종조혈모	남	38	급성골수성백혈병(AML)	급여
26	동종조혈모	여	56	만성골수성백혈병(CML)	급여
27	동종조혈모	남	58	골수형성이상증후군(MDS)	급여
28	동종조혈모	여	57	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
29	동종조혈모	남	44	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
30	동종조혈모	남	57	급성골수성백혈병(AML)	급여
31	동종조혈모	여	34	골수형성이상증후군(MDS)	급여
32	동종조혈모	여	61	급성골수성백혈병(AML)	급여
33	동종조혈모	남	33	급성골수성백혈병(AML)	급여
34	동종조혈모	남	27	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
35	동종조혈모	남	58	만성골수성백혈병(CML)	급여
36	동종조혈모	남	56	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
37	동종조혈모	여	48	급성골수성백혈병(AML)	급여
38	동종조혈모	여	18	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
39	동종조혈모	남	59	골수형성이상증후군(MDS)	급여
40	동종조혈모	남	46	비호지킨림프종	급여
41	동종조혈모	남	36	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
42	동종조혈모	남	10	비호지킨림프종	급여
43	동종조혈모	남	1	중증선천호중구감소증(Kostmannsyndrome)	급여
44	동종조혈모	남	17	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
45	동종조혈모	여	22	비호지킨림프종	급여
46	동종조혈모	남	31	골수형성이상증후군(MDS)	급여
47	동종조혈모	여	31	호지킨림프종	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
48	동종조혈모	남	55	일차골수성유증(Primarymyelofibrosis)	급여
49	동종조혈모	남	20	급성골수성백혈병(AML)	급여
50	동종조혈모	남	53	급성골수성백혈병(AML)	급여
51	동종조혈모	여	55	급성골수성백혈병(AML)	급여
52	동종조혈모	여	35	급성골수성백혈병(AML)	급여
53	동종조혈모	여	8	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
54	동종조혈모	남	27	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
55	동종조혈모	여	9	급성골수성백혈병(AML)	급여
56	동종조혈모	남	24	골수형성이상증후군(MDS)	급여
57	동종조혈모	여	62	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
58	동종조혈모	남	50	급성골수성백혈병(AML)	급여
59	동종조혈모	남	51	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
60	동종조혈모	남	34	급성골수성백혈병(AML)	급여
61	동종조혈모	남	61	비호지킨림프종	급여
62	동종조혈모	남	40	급성골수성백혈병(AML)	급여
63	동종조혈모	남	19	급성골수성백혈병(AML)	급여
64	동종조혈모	여	46	골수형성이상증후군(MDS)	급여
65	동종조혈모	남	49	일차골수성유증(Primarymyelofibrosis)	급여
66	동종조혈모	남	31	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
67	동종조혈모	여	14	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
68	동종조혈모	여	38	급성골수성백혈병(AML)	급여
69	동종조혈모	여	52	급성골수성백혈병(AML)	급여
70	동종조혈모	여	59	급성골수성백혈병(AML)	급여
71	동종조혈모	남	47	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
72	동종조혈모	남	52	급성골수성백혈병(AML)	급여
73	동종조혈모	남	35	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
74	동종조혈모	남	54	골수형성이상증후군(MDS)	급여
75	동종조혈모	여	36	급성골수성백혈병(AML)	급여
76	동종조혈모	남	12	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
77	동종조혈모	여	53	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
78	동종조혈모	여	58	급성골수성백혈병(AML)	급여
79	동종조혈모	남	64	골수형성이상증후군(MDS)	급여
80	동종조혈모	여	25	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
81	동종조혈모	남	2	급성골수성백혈병(AML)	급여
82	동종조혈모	남	60	골수형성이상증후군(MDS)	급여
83	동종조혈모	남	49	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
84	동종조혈모	남	46	급성골수성백혈병(AML)	급여
85	동종조혈모	여	61	급성골수성백혈병(AML)	급여
86	동종조혈모	남	15	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
87	동종조혈모	여	28	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
88	동종조혈모	남	18	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
89	동종조혈모	남	23	급성골수성백혈병(AML)	급여
90	동종조혈모	여	44	골수형성이상증후군(MDS)	급여
91	동종조혈모	남	17	비호지킨림프종	급여
92	동종조혈모	남	28	급성골수성백혈병(AML)	급여
93	동종조혈모	여	17	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
94	동종조혈모	여	58	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
95	동종조혈모	남	54	골수형성이상증후군(MDS)	급여
96	동종조혈모	남	41	급성골수성백혈병(AML)	급여
97	동종조혈모	남	52	급성림프모구백혈병(ALL)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
98	동종조혈모	여	14	골수형성이상증후군(MDS)	급여
99	동종조혈모	남	56	골수형성이상증후군(MDS)	급여
100	동종조혈모	남	37	급성골수성백혈병(AML)	급여
101	동종조혈모	남	36	급성골수성백혈병(AML)	급여
102	동종조혈모	여	60	골수형성이상증후군(MDS)	급여
103	동종조혈모	여	25	급성골수성백혈병(AML)	급여
104	동종조혈모	여	46	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
105	동종조혈모	남	28	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
106	동종조혈모	여	1	중증복합면역결핍증(SCIDs)	자료보완
107	동종조혈모	여	50	발작성야간혈색소뇨증(PNH)	자료보완
108	동종조혈모	여	11	비호지킨림프종	자료보완
109	동종조혈모	남	58	비호지킨림프종	자료보완
110	동종조혈모	남	48	CMML	선별급여
111	동종조혈모	여	1	MucopolysaccharidosistypelV	선별급여
112	동종조혈모	남	22	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
113	동종조혈모	남	14	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
114	동종조혈모	여	37	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
115	동종조혈모	여	43	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
116	동종조혈모	남	15	만성육아종증(CGD)	선별급여
117	동종조혈모	남	53	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
118	동종조혈모	남	68	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
119	동종조혈모	남	68	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
120	동종조혈모	남	28	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
121	동종조혈모	남	72	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
122	동종조혈모	남	23	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
123	동종조혈모	여	23	비호지킨림프종	선별급여
124	동종조혈모	남	43	비호지킨림프종	선별급여
125	동종조혈모	남	58	비호지킨림프종	선별급여
126	동종조혈모	남	27	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
127	동종조혈모	여	20	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
128	동종조혈모	여	6	비호지킨림프종	선별급여
129	동종조혈모	남	59	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
130	동종조혈모	남	63	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
131	동종조혈모	남	36	만성골수성백혈병(CML)	선별급여
132	동종조혈모	남	12	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
133	동종조혈모	남	10	B-cellymphoblasticleukemia/lymphoma	선별급여
134	동종조혈모	남	35	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
135	동종조혈모	여	27	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
136	동종조혈모	남	60	비호지킨림프종	선별급여
137	동종조혈모	여	61	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
138	동종조혈모	남	70	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
139	동종조혈모	여	37	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
140	동종조혈모	여	57	비호지킨림프종	선별급여
141	동종조혈모	남	62	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
142	동종조혈모	남	20	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별급여
143	동종조혈모	남	24	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
144	동종조혈모	남	24	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
145	동종조혈모	남	57	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
146	동종조혈모	남	27	만성골수성백혈병(CML)	선별급여
147	동종조혈모	여	56	급성골수성백혈병(AML)	선별급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
148	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
149	동종조혈모	남	45	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
150	동종조혈모	여	50	급성림프모구백혈병(ALL)	취하
151	동종조혈모	남	61	골수형성이상증후군(MDS)	취하
152	동종조혈모	여	41	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	취하
153	제대혈조혈모	여	26	골수형성이상증후군(MDS)	급여
154	제대혈조혈모	남	45	급성골수성백혈병(AML)	급여
155	제대혈조혈모	여	34	급성골수성백혈병(AML)	선별
156	Tandem(자가-자가)	남	1	비정형기형/황문근종양(AT/RT)①	급여
157	자가조혈모	여	32	급성골수성백혈병(AML)	급여
158	자가조혈모	남	14	생식세포종(Germcelltumor)	급여
159	자가조혈모	남	53	다발골수종(MM)	급여
160	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	급여
161	자가조혈모	남	48	다발골수종(MM)	급여
162	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종	급여
163	자가조혈모	여	54	다발골수종(MM)	급여
164	자가조혈모	여	57	비호지킨림프종	급여
165	자가조혈모	여	55	비호지킨림프종	급여
166	자가조혈모	남	49	다발골수종(MM)	급여
167	Tandem(자가-자가)	여	2	수모세포종(Medulloblastoma)①	급여
168	자가조혈모	남	42	호지킨림프종	급여
169	자가조혈모	남	33	비호지킨림프종	급여
170	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	급여
171	자가조혈모	여	44	비호지킨림프종	급여
172	자가조혈모	여	36	비호지킨림프종	급여
173	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	급여
174	자가조혈모	여	57	다발골수종(MM)	급여
175	자가조혈모	남	55	급성골수성백혈병(AML)	급여
176	자가조혈모	여	32	비호지킨림프종	급여
177	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종	급여
178	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	급여
179	자가조혈모	여	52	비호지킨림프종	급여
180	자가조혈모	여	46	비호지킨림프종	급여
181	자가조혈모	남	44	비호지킨림프종	급여
182	자가조혈모	여	48	다발골수종(MM)	급여
183	자가 후 자가	남	11M	비정형기형/황문근종양(AT/RT)	급여
184	자가조혈모	남	10	비호지킨림프종	급여
185	자가조혈모	여	49	AL아밀로이드증(ALamyloidosis)	급여
186	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	급여
187	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	급여
188	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	급여
189	자가조혈모	여	46	다발골수종(MM)	급여
190	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종	급여
191	자가조혈모	여	36	급성골수성백혈병(AML)	급여
192	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종	급여
193	자가조혈모	여	57	비호지킨림프종	급여
194	자가조혈모	남	52	비호지킨림프종	급여
195	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종	급여
196	자가조혈모	여	54	급성골수성백혈병(AML)	급여
197	자가조혈모	남	59	다발골수종(MM)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
198	자가조혈모	남	48	다발성형질세포종	급여
199	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	급여
200	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
201	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
202	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종	급여
203	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	급여
204	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	급여
205	자가조혈모	여	38	비호지킨림프종	급여
206	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	급여
207	자가조혈모	남	59	다발골수종(MM)	급여
208	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종	급여
209	자가조혈모	여	23	비호지킨림프종	급여
210	자가조혈모	남	59	다발골수종(MM)	급여
211	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	급여
212	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	급여
213	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	급여
214	자가조혈모	여	14	유원종양	급여
215	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	급여
216	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	급여
217	자가조혈모	남	52	다발골수종(MM)	급여
218	자가조혈모	남	9	유원종양	급여
219	자가조혈모	남	31	비호지킨림프종	급여
220	자가조혈모	남	2	유원종양	급여
221	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종	급여
222	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	급여
223	자가조혈모	남	30	비호지킨림프종	급여
224	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	급여
225	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	급여
226	자가조혈모	남	43	다발골수종(MM)	급여
227	자가조혈모	여	57	비호지킨림프종	급여
228	자가조혈모	남	59	다발골수종(MM)	급여
229	자가조혈모	남	49	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	급여
230	자가조혈모	남	52	비호지킨림프종	급여
231	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	급여
232	자가조혈모	남	29	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
233	자가조혈모	남	18	유원종양	급여
234	자가조혈모	남	63	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	급여
235	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종	급여
236	Tandem(자가-자가)	남	3	신경모세포종(Neuroblastoma)①	급여
237	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	급여
238	자가조혈모	여	59	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	급여
239	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종	급여
240	자가조혈모	남	51	다발골수종(MM)	급여
241	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종	급여
242	자가조혈모	여	55	다발골수종(MM)	급여
243	자가조혈모	남	65	급성골수성백혈병(AML)	급여
244	자가조혈모	남	56	비호지킨림프종	급여
245	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종	급여
246	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종	급여
247	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
248	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	급여
249	자가조혈모	여	55	비호지킨림프종	급여
250	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	급여
251	Tandem(자가-자가)	남	10	신경모세포종(Neuropblastoma)①	급여
252	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	급여
253	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종	급여
254	Tandem(자가-자가)	남	12	수모세포종(Medulloblastoma)①	급여
255	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	자료보완
256	자가조혈모	여	50	비호지킨림프종	자료보완
257	자가조혈모	남	29	생식세포종(Germcelltumor)	자료보완
258	자가조혈모	남	38	비호지킨림프종	자료보완
259	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	자료보완
260	자가조혈모	여	29	비호지킨림프종	자료보완
261	자가조혈모	남	22	비호지킨림프종	자료보완
262	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종	자료보완
263	자가조혈모	남	51	비호지킨림프종	자료보완
264	자가조혈모	남	45	비호지킨림프종	자료보완
265	자가조혈모	남	50	비호지킨림프종	자료보완
266	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종	자료보완
267	자가조혈모	여	19	생식세포종(Germcelltumor)	자료보완
268	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종	자료보완
269	자가조혈모	남	52	비호지킨림프종	자료보완
270	Tandem(자가-자가)	남	4	신경모세포종(Neuropblastoma)①	자료보완
271	자가조혈모	남	60	POEMS증후군	자료보완
272	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종	선별급여
273	자가조혈모	남	38	비호지킨림프종	선별급여
274	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	선별급여
275	자가조혈모	남	19	생식세포종(Germcelltumor)	선별급여
276	자가조혈모	남	1	Rhabdomyosarcoma	선별급여
277	자가조혈모	남	68	다발골수종(MM)	선별급여
278	자가 후 자가	남	3	ChoroidPlexusCarcinoma	선별급여
279	자가조혈모	여	45	호지킨림프종	선별급여
280	자가조혈모	여	55	비호지킨림프종	선별급여
281	Tandem(자가-자가)	여	39	비정형기형/황문근종양(AT/RT)①	선별급여
282	자가조혈모	남	45	다발골수종(MM)	취하
283	자가조혈모	남	54	비호지킨림프종	취하
284	자가조혈모	남	56	비호지킨림프종	취하
285	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	취하
286	자가조혈모	여	24	호지킨림프종	취하
287	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종	취하

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