

중앙심사조정위원회 심의사례 공개 (총 3개 항목)

- 2016.11.30. 공개

연번	제 목	페이지
1	C형간염 유전자형 변경(1b→2a)에 따른 Sofosbuvir 경구제(품명: 소발디정) 투여 인정여부	1
2	Eculizumab(품명: 솔리리스주) 요양급여대상 인정여부	3
3	조혈모세포이식 요양급여대상 인정여부	4

## 지역심사평가위원회 심의사례 공개 (총 16개 항목)

- 2016.11.30. 공개

연번	제 목	페이지
4	대상포진으로 내원한 환자에게 초진에 시행한 선택적 경추간공 경막외 조영술(STE) 인정여부	22
5	진료내역 및 영상자료 참조, 바25자 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술-후지내측지 인정여부	23
6	진료내역 및 영상자료 참조, 일률적으로 산정된 바25라 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술-선택적신경근 인정여부	25
7	상병 및 진료내역 참조, 다245나(1) 일반전산화단층영상진단(안와 CT) 인정여부	27
8	굴절이상 질환에 시행한 나678나(3) 프리즘가림검사 및 나687 각막곡률측정검사 인정여부	29
9	진료내역 및 영상자료 등 참조, 자71가(1) 인공관절치환술 - 전치환[고관절] 인정여부	31
10	진료내역 및 영상자료 등 참조, 자71가(2) 인공관절치환술 - 전치환[슬관절] 인정여부	33
11	진료내역 및 영상자료 참조, 자47-1가 경피적척추후궁골봉선복원술 인정여부	35
12	진료내역 및 영상자료 참조, 적절한 보존적치료 없이 시행된 척추수술 인정여부	37
13	진료내역 및 영상자료 참조, 척추협착, 신경뿌리병증을 동반한 추간판장애에 실시한 Steroid Intra Discal Therapy(SIDT) 인정여부	39
14	진료내역 참조, 경피적 경막외강 신경성형술(PEN) 등 척추부위 시술(비급여) 관련 입원의 적정성 여부	41
15	요추1 부위의 골절-폐쇄성 상병에 척추경나사(Pedicle screw system)를 이용하여 시행한 자46나(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추 요양급여 인정여부	43
16	척추전방전위증-요추부 상병에 Cage와 Pedicle screw system 사용하여 시행한 자46나(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추 요양급여 인정여부	45
17	기타 명시된 척추병증-흉요추부, 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애 상병에 시행한 자49-1 척추후궁절제술-복잡 요양급여 인정여부	47
18	진료내역 및 영상자료 참조, 자47가 경피적척추성형술 인정여부	49
19	진료내역 및 영상자료 참조, 적절한 보존적 치료 없이 시행된 자49가(3) 관혈적 추간판 제거술 인정여부	50

## <중앙심사조정위원회 심의사례>

### 요양급여비용 사후 심사 건

#### 1. C형간염 유전자형 변경(1b→2a)에 따른 Sofosbuvir 경구제(품명: 소발디정) 투여 인정여부

##### ■ 청구내역 (남/67세)

- 청구 상병명: 만성 바이러스 C형간염, 식도염을 동반한 위-식도역류병
- 주요 청구내역

629 바이라미드캡셀(리바비린)/A(655400430)(ribavirin)	1*2*7
629 바이라미드캡슐200mg(리바비린)/A(655400440)(ribavirin)	2*2*7
629 소발디정(소포스부비르)/A(625900050)(sofosbuvir)	1*1*7

##### ■ 심의결과

- 동 건은 '09년 시행한 유전자형 검사결과(1b)와 '15년 유전자형 검사결과(2a)가 상이하여 '16년 유전자형 재검사를 시행하였고, 재검사결과 유전자형이 2a로 확인됨에 따라 Sofosbuvir 경구제(품명: 소발디정)와 Ribavirin (품명: 바이라미드캡셀 등) 병용투여를 시행한 것은 적절한 진료 과정으로 판단되어 인정함.

##### ■ 심의내용

- 동 건(남/67세)은 만성 C형간염 환자로 '09년 C형간염 유전자형 검사 결과 1b로 Peginterferon alfa-2a 1회 투여하였으나 절대호중구수 저하로 치료 중단함. 이후 '15년 11월, '16년 6월 유전자형 재검사 결과 2a로 확인되어 '16년 7월부터 Sofosbuvir 경구제(품명: 소발디정)와 Ribavirin(품명: 바이라미드캡셀 등) 병용 투여를 시작함. 이에 유전자형 변경에 따른 약제 투여 급여 인정 여부에 대하여 심의함.

- Sofosbuvir 경구제(품명: 소발디정)는 해당 청구 당시 급여기준\*에 의거, 성인의 유전자형 1b형을 제외한 1형 만성 C형 간염 환자에서는 Sofosbuvir, Ribavirin, Peginterferon alfa를 병용하여 12주간 요양급여를 인정하고, 유전자형 2형 환자에서는 Sofosbuvir, Ribavirin을 병용하여 12주간 요양급여를 인정함.

\* 보건복지부 고시 제 2016-66호, 2016.05.01.

- 교과서에 따르면 C형간염 유전자형은 항바이러스 치료반응을 예측하는 중요한 인자로 치료 전 반드시 검사해야 하고, 유전자형 오류(genotype error)는 5~8%, 유전자아형 오류(subgenotype error)는 15~20% 정도 발생함. 통상적으로 동일 환자에서 C형간염 유전자형은 재검증이 되지 않는 한 변하지 않으나 경미한 유전자변이(Quasispecies)는 일어날 수 있다고 알려져 있음.

- 관련 학회\*에서는 동 건의 경우 한 개 이상의 유전자형에 감염(mixed infection) 되었을 가능성이 있으며, 표준 유전자형 검사는 우세형(dominant strain)만을 검출하므로 '09년 당시 우세형인 1b 유전자형이 검출되었고, 1b에 대한 치료 후 '16년 재검사에서 잔존해있던 2a 유전자형이 우세형으로 검출되었을 것이라는 의견임. 또한 유전자형 중복감염은 전체 C형간염의 5~25.3%에서 보고되며, 이에 대한 표준 치료법은 현재 정해진 바가 없다고 함.

\* 대한간학회(대간학 2016-244호, 2016.10.19.)

- 따라서 동 건은 '09년 시행한 유전자형 검사결과(1b)와 '15년 검사결과(2a)가 상이하여 '16년 유전자형 재검사를 시행하였고, 재검사결과 유전자형이 2a로 확인됨에 따라 Sofosbuvir 경구제(품명: 소발디정)와 Ribavirin(품명: 바이라미드캡셀 등) 병용투여를 시행한 것은 적절한 진료 과정으로 판단되므로 급여를 인정함.

■ 참고

- Sofosbuvir 경구제(품명: 소발디정)(보건복지부 고시 제2013-75호, 2016.5.1.)
- 김정룡 외 저. 김정룡 소화기계 질환. 제4판. 일조각. 2016.
- 서동진 외 저. Liver Update 2016. 간질환의 모든 것. 제1판. 움트. 2016.
- Feldman, et al. Gastrointestinal and Liver Disease. Saunders. 2016.
- 2015 대한간학회 C형간염 가이드라인
- 대한간학회 의견(대간학 2016-244호, 2016.10.19.)

[2016.10.25. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

## 요양급여대상 사전 승인 건

### 2016.10월 솔리리스주 사전심의 분과위원회 심의사례 공개

솔리리스주 사전 승인은 「Eculizumab(품명: 솔리리스주) 사전 승인에 관한 방법 및 절차」(건강보험심사평가원 공고 제2016-241호, 2016.09.01.시행)와 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부 고시 제2016-173호, 2016.09.01.시행)에 따라 요양급여대상여부를 통보해주는 솔리리스주 사전 심의제도를 실시하고 있습니다.

※ 「Eculizumab(품명: 솔리리스주) 사전 승인에 관한 방법 및 절차」(건강보험심사평가원 공고 제2016-241호, 2016.09.01. 시행)에 의거하여,

1. 승인받은 환자는 요양급여대상으로 인정통보를 받은 날부터 60일 이내에 솔리리스주를 투여하여야 하며 60일을 경과하여 투여하고자 하는 경우에는 재신청하여야 한다.
2. 승인을 받은 요양기관은 6개월마다 위 공고 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 정확하게 작성하여 약제투여 개시일이 포함된 월을 기준으로 하여 6개월이 경과된 익월 15일 이내에 우리원에 제출하여야 한다.

구분	계	1차 심의(승인)	분과위원회		
			승인	불승인	기타
사전심의	8	0	3	4	1*

\* : 조건부승인

※ 신청기관: 16기관

### ○ 사전심의 건

연번	성별/나이	심의결과	비고
A사례	남/69세	조건부승인 (투약 3개월 후 재심의)	심질환의 과거력이 있으나 발작성야간혈색소뇨증 진단 후 악화되는 소견을 보여 투여 승인하고 3개월 후 모니터링을 통해 호전 여부를 확인하여 지속 투여여부 결정기로 함.
B사례	여/58세	불승인	수혈력 기준이 충족되지 않으며, 혈전증과 발작성야간혈색소뇨증의 연관성이 명확하지 않아 불승인
C사례	여/51세	승인	발작성야간혈색소뇨증과 연관된 혈전증 등 급여기준이 충족되어 승인
D사례	남/67세	승인	발작성야간혈색소뇨증과 연관된 평활근 연축 등 급여기준이 충족되어 승인
E사례	여/66세	불승인	발작성야간혈색소뇨증과 연관된 폐부전 기준이 충족되지 않아 불승인
F사례	여/68세	불승인	치료에 대한 반응을 저하시킬 것으로 예측되는 다른 의학적 상태가 존재하며 발작성야간혈색소뇨증과 연관된 폐부전으로 보기에는 이전 상태와 큰 변화가 없어 불승인
G사례	여/85세	승인	솔리리스 급여기준 충족(혈전증 연관), 저위험 골수형성이상 증후군을 입증할 만한 객관적 자료(최근 시행한 골수검사 제출) 확인되어 승인
H사례	남/72세	불승인	진폐증이 있어 폐부전이 불명확하고, 발작성야간혈색소뇨증과의 연관성 및 진행성 신부전의 근거가 불충분하여 불승인

## 2016. 10월 조혈모세포이식분과위원회 심의사례 공개

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

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

(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1)

### ■ 심의 결과

구분		계	동종	자가	제대혈	비고
총 접수건		233	110	117	6	-
처리결과	급여건	172	75	91	6	-
	선별급여건	60	35	25	0	-
	불가건	1	0	1	0	-

\* 신청기관 : 32개 요양기관

### ■ 심의내용

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
동종	총 110건	급여: 75건	급성골수성백혈병: 32건	(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			급성림프모구백혈병: 10건	혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 인정함 (1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 (2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 ② t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 ③ 염색체수 44 미만

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>(나) 진단시 1세미만</p> <p>(다) 백혈구 수 <math>100 \times 10^9/L</math> 이상</p> <p>(라) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우</p> <p>(마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① Poor Steroid Response</p> <p>② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)</p> <p>③ Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>(3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>(4) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			중증재생불량성빈혈: 11건	<p>골수검사결과 세포총실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25%이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때</p> <p>① 절대호중구 수(ANC)가 <math>500/\mu l</math> 이하</p> <p>② 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 <math>60 \times 10^9/L</math></p> <p>③ 혈소판 <math>20,000/\mu l</math> 이하</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			골수형성이상증후군: 9건	<p>(1) 골수형성이상증후군 예후분류법(IPSS, IPSS-R, WPSS)인 다음 중 하나에 해당되는 경우</p> <p>(가) 고위험군인 경우</p> <p>① IPSS: Intermediate-2 또는 high</p> <p>② IPSS-R, WPSS: high 또는 very high</p> <p>(나) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우</p> <p>① 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) <math>500/\mu l</math> 이하이면서 혈소판 <math>20,000/\mu l</math> 이하</p> <p>② Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p> <p>(2) 소아는 사례별로 결정함</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			만성골수성백혈병: 3건	<p>WHO criteria에서 제시한 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>(1) TKI 제제(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우</p> <p>(2) T315I mutation 확인된 경우</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			악성림프종: 4건	<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 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함</p> <p>① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma</p> <p>② Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma</p> <p>③ Mantle Cell Lymphoma</p> <p>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>⑤ Burkitt Lymphoma</p> <p>⑥ Peripheral T-cell Lymphoma</p> <p>⑦ Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상</p> <p>⑧ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>⑨ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			다발골수종: 3건	<p>다음의 조건을 모두 만족하는 경우</p> <p>① ECOG 수행능력평가 0-1</p> <p>② 부분반응(Partial Response) 이상인 경우</p> <p>③ 만성신부전이 아닌 경우</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-64호, 2016.05.01.) &lt;2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)&gt; 세부인정사항 2. 나. 에서 다발골수종은 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포 이식으로 다음 각 호 1에 해당하는 경우 요양급여 대상임.</p> <p>① 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response)이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함.</p>



구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>② 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우 : 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함.</p> <p>③ 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>동 건은 1차 자가조혈모세포 이식 후 고시 기준에 적합하므로 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			발작성야간혈색소뇨증 : 1건	발작성야간혈색소뇨증 상병에 동종조혈모세포이식을 계획중인 동 건은 약물치료에도 불구하고 용혈성 빈혈이 쉽게 호전되지 않으며 향후 합병증이 생길 가능성이 높은 점 등을 고려한바 이식이 필요한 상태로 판단된다는 결정에 따라 사례별로 요양급여대상자로 인정함.
			혈구포식림프조직구증: 1건	<p>The Histiocyte society에서 제시한 진단기준(2004년 제정)을 만족하는 혈구포식림프조직구증 환자 중 가족성(유전적) 또는 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 확인된 경우 다만, 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증 중에서 호전된 경우는 사례별로 인정함.</p> <p>동 건은 가족성(유전적) 혈구포식림프조직구증이 확인되어 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			판코니빈혈: 1건	<p>세포유전학검사나 분자유전학적검사 등으로 판코니빈혈로 진단이 확인된 경우에 요양급여 대상임.</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
		선별급여: 35건	급성골수성백혈병: 14건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(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”로 되어 있음. 따라서 급성골수성백혈병으로 동종조혈모세포이식 예정인 동 건들은 골수검사와 말초혈액검사결과 및 영상검사 상 완전관해가 확인되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>급성골수성백혈병으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 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. (2) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다. 2) 제대혈이식 - HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개(locus 혹은 allele) 불일치(4/6)까지 인정한다.”고 명시되어 있음. 동 건은 급성골수성백혈병으로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과 HLA가 일치하지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>급성림프모구백혈병: 5건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-3)에 의하면 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 “혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 인정함 (1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 (2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 ② t(v:11q23) 또는 MLL 재배열 ③ 염색체수 44 미만 (나) 진단시 1세미만 (다) 백혈구 수 100 X 10<sup>9</sup>/L 이상 (라)진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (마) T세포 급성림프모구성 백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① Poor Steroid Response ② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사서 백혈병세포가 존재하는 경우) ③ Early T cell Precursor Phenotype (3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				Disease) 양성인 경우 (4) 2차 이상 완전관해된 경우” 요양급여 대상이나, 급성림프모구백혈병으로 진단되어 1차 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 완전관해가 확인되지 않은 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				급성림프모구백혈병으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포 이식 예정이나 동 상병에 대한 2차 반일치 동종조혈모세포 이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건은 현재 연령 초과되어 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			골수형성이상증후군: 5건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)은 “(1) 골수형성이상증후군 예후분류법(IPSS, IPSS-R, WPSS)인 다음 중 하나에 해당되는 경우 (가) 고위험군인 경우 ① IPSS: Intermediate-2 또는 high ② IPSS-R, WPSS: high 또는 very high (나) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 ① 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/ $\mu$ l 이하이면서 혈소판 20,000/ $\mu$ l 이하 ② Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우 (2) 소아는 사례별로 결정함” 요양급여 대상이다. 동 건은 골수형성이상증후군으로 진단되어 중간위험군에 해당되나 EPO, IST에 불응하거나 치료적응증에 해당되지 않고 수혈력이 충분하지 않아 고시 기준에 해당되지 않아 현재 상황이 반드시 이식이 필요하다고 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표2-

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)은 “(1) 골수형성이상증후군 예후분류법(IPSS, IPSS-R, WPSS)인 다음 중 하나에 해당되는 경우 (가) 고위험군인 경우 ① IPSS: Intermediate-2 또는 high ② IPSS-R, WPSS: high 또는 very high (나) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 ① 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu</math>l 이하 이면서 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하 ② Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우 (2) 소아는 사례별로 결정함” 요양급여 대상이나 동 건은 제출된 자료 및 검사결과(나이, IPSS score, 수혈력, CBC 등)를 참조 시 현재 상황이 반드시 이식이 필요하다고 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>동 건은 골수형성이상증후군으로 진단되어 2차 동종조혈모세포 이식이나 현재 동 상병에 대한 2차 동종조혈모세포이식에 대하여는 치료 성적 및 효과 등 의학적 타당성에 대한 근거가 미비하므로 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만 이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건은 현재 연령 초과되어 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모 세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양 급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>동 건은 최근 골수 상태를 확인할 수 있는 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태 여부를 판단하기 곤란한 바, 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			악성림프종: 3건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표 2-가-(7)에 의하면 악성림프종은 “(1) 비호지킨림프종 (가) 1차 표준항암화학 요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 (나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함 (2) 호지킨 림프종 : 자가</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분 반응 이상인 경우” 요양급여 대상이나 동 건은 비호지킨림프종 (Mycosis Fungoides)으로 진단받고 1차 동종조혈모세포이식 예정이나 병의 진행 소견으로 고시 기준에 적합하지 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>동 건은 비호지킨림프종으로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 1차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			선천성호산구증가증: 1건	<p>동 건은 선천성호산구증가증으로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 1차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 사례별 인정이나 반일치 이식에 대한 조건에 해당하지 아니하여 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			CMML: 1건	<p>동 건은 CMML으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여 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>
			다발성골수종: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-64호, 2016.5.1.) &lt;2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)&gt;에서 “다발성골수종은 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식 ① 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response)이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함. ② 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우 : 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함. ③ 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종조혈모세포이식을 원칙으로 함.”으로 되어 있음. 동 건은 다발성골수종으로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식을 시행하였으나 재발하여 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				이나 동 상병에 대한 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			형문근종양: 1건	동 건은 형문근종양으로 진단되어 3차 반일치 동종조혈모세포 이식 예정이나 동 상병에 대한 3차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			만성골수성백혈병: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-2)에 의하면 만성골수성백혈병(Chronic Myeloid Leukemia)은 “WHO criteria에서 제시한 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” 요양급여 대상이나 동 건은 골수검사결과 만성골수성백혈병 진단 후 추적검사에서 Granulocytic sarcoma 확인 후 현재 악화된 소견으로 판단되는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Chronic Lymphocytic Leukemia: 1건	동 건은 Chronic Lymphocytic Leukemia 진단받고 최근 반응 평가가 되지않은 상태로 현재 반응 유지여부를 확인할 수 없는 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			신경모세포종: 2건	동 건들은 신경모세포종으로 진단되어 3차 반일치 동종조혈모세포 이식 예정이나 현재 동 상병에 대한 3차 반일치 동종조혈모세포 이식에 대하여 치료 성적 및 효과 등 의학적 타당성에 대한 근거가 미비하므로 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
제대혈	총 6건	급여: 6건	급성림프모구백혈병: 3건	혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 인정함 (1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 (2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위형군 중 하나에 해당하는 경우 (가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>② t(v:11q23) 또는 MLL 재배열</p> <p>③ 염색체수 44 미만</p> <p>(나) 진단시 1세미만</p> <p>(다) 백혈구 수 <math>100 \times 10^9/L</math> 이상</p> <p>(라) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우</p> <p>(마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① Poor Steroid Response</p> <p>② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)</p> <p>③ Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>(3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>(4) 2차 이상 완전관해된 경우</p>
			중증재생불량성빈혈: 1건	<p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>골수검사결과 세포충실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25%이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때</p> <p>① 절대호중구 수(ANC)가 <math>500/\mu l</math> 이하</p> <p>② 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 <math>60 \times 10^9/L</math></p> <p>③ 혈소판 <math>20,000/\mu l</math> 이하</p>
			급성골수성백혈병: 2건	<p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia)</p> <p>- 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>(2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외)</p> <p>- 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p>
자가	총 117건	급여: 91건	다발성골수종: 35건	<p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
				<p>다발성골수종의 진단 기준에 맞고 이식 적응증에 적합한 경우 요양급여 대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-64호, 2016.05.01.) &lt;2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)&gt; 세부인정사항 2. 나. 에서 다발골수종은 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포 이식으로 다음 각 호 1에 해당하는 경우 요양급여 대상임.</p> <p>① 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>VGPR(Very Good Partial Response)이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함.</p> <p>② 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우 : 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함.</p> <p>③ 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
				<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표2-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 각 호의 1에 해당하는 경우 요양급여 대상임.</p> <p>① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상</p> <p>② Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우</p> <p>③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외)</p> <p>④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외)</p> <p>⑤ Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)</p> <p>⑥ Primary CNS Lymphoma</p>
			비호지킨림프종: 44건	<p>따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p> <p>비호지킨림프종 상병으로 1차 자가조혈모세포이식 위해 신청된 건으로, 제출된 자료를 검토한 결과 조직검사 결과지의 세부적 진단이 명확하지 않아 심의한 결과, 조직의 immunohistochemistry 결과가 T cell lymphoma에 합당한 것으로 판단되어 요양급여 대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상임.</p> <p>① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia</p> <p>② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)</p> <p>③ Mantle Cell Lymphoma</p>



구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				④ Diffuse Large B Cell Lymphoma ⑤ Burkitt Lymphoma ⑥ Peripheral T-cell Lymphoma ⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma ⑧ Primary CNS Lymphoma
			급성전골수성백혈병: 2건	<p>따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별 표2-나-2)에 의하면</p> <p>(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우</p> <p>따라서 동 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함. 급성전골수성백혈병에 3차분자생물학적 관해 후 1차 자가조혈모세포이식 신청된 사례로, 동종이식이 권유되나 donor가 없으며, 분자생물학적 관해 확인되어 사례별 급여 인정함.</p>
			신경모세포종①: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-64호, 2016.5.1.) &lt;2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)&gt;은 가.신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT), 나. 다발성골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여 대상임.</p> <p>또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표2-나-5)에 의하여 신경모세포종은 다음 각 호의 1에 해당하는 경우로</p> <p>(1) 진단 시 1세 이상이면서 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 Stage IV 또는 N-myc 증폭(+)인 Stage II 이상인 경우 (2) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 때</p>
			호지킨림프종: 1건	<p>따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표2-나-1)-(2)에 의하면 호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분 반응이상인 경우 요양급여 대상임.</p>
			Medulloblastoma①: 1건	<p>따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-64호, 2016.5.1.) &lt;2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)&gt;은 가.신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET),</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>비정형기형/황문근종양(AT/RT), 나. 다발성골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여 대상임.</p> <p>또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1) 제4조 (요양급여대상자기준)별표2-나-9)-(1)-(가)에 수모세포종(Medulloblastoma)은 수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상임.</p> <p>① 진단 시 3세 이하            ② 수술 후 잔여종괴가 1.5㎤ 이상인 경우            ③ 두개강내 전이가 있는 경우            ④ Anaplastic type</p> <p>따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			골육종: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-(10)에 골육종은 "다음 각호의 1에 해당된 때 (1)수술 및 항암 치료 후 완전 관해된 경우 (2)재발 후 국소적 치료 및 구제 항암 화학요법으로 2차 완전관해 된 때"로 되어있음.</p> <p>동 건은 골육종(Osteosarcoma)으로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정으로 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			포ئم증후군: 1건 (POEMS syndrome)	<p>포ئم증후군(POEMS syndrome)은 IMWG에서 제시한 POEMS 진단기준에 적합한 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>포ئم증후군(POEMS syndrome)으로 자가 조혈모세포이식예정인 동 건은 제출한 진료내역을 검토한 결과 포ئم증후군의 필수적인 진단기준(mandatory criteria)과 주요 진단 기준(major criteria), 부수적 진단기준(minor criteria)을 모두 만족하므로 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			AL 아밀로이드증: 2건	<p>AL 아밀로이드증은 IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증 진단 기준에 적합하며, ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하면서 장기 부전(심·신·간·폐부전) 아닌 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>AL 아밀로이드증으로 자가조혈모세포이식예정인 동 건은 제출한 진료내역을 검토한 결과 AL 아밀로이드증의 급여기준에 충족하므로 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			Pineoblastoma: 1건	<p>조직검사 결과 Pineoblastoma로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정인 건으로, 동 상병은 PNET의 variant 이며, 고위험 소견 확인되어 1차 자가조혈모세포이식을 인정함.</p>
			유령종양: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표) 2-나-6) 유령종양, 말초원시성신경외배엽종양(Peripheral PNET)</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>(1) 진단 시 다음 고위험군의 하나에 해당하며 수술이나 항암 화학요법에 부분반응 이상인 경우  (가) metastatic disease at diagnosis  (나) bulky primary tumor ( &gt;200 ml )  (다) axial site  (2) 수술 후, 방사선 치료 및 통상적인 화학요법(6개월 또는 6회이상)을 병용하여 부분 반응이상을 보이거나, 완전관해에 도달하지 않은 경우  (3) 재발 또는 불응성으로 구제 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우로 되어 있음.</p> <p>따라서 동 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			Diffuse midline glioma, H3K27M-mutant: 1건	요양기관에서 제출한 조직검사와 참고문헌을 참고 시 Diffuse midline glioma, H3K27M-mutant는 WHO grade IV에 해당하는 소아뇌종양으로 사례별 요양급여 대상자로 인정함.
	선별급여: 25건		비호지킨림프종: 10건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표) 2-나-1)-(1)-(가)에 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분 반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상임.</p> <p>① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상  ② Diffuse Large B Cell Lymphoma  - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우  ③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외)  ④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)  (단, stage I 완전관해 제외)  ⑤ Peripheral T-cell Lymphoma  (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)  ⑥ Primary CNS Lymphoma</p> <p>또한, (별표2)-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준 항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상임.</p> <p>① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma  Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia  ② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)  ③ Mantle Cell Lymphoma  ④ Diffuse Large B Cell Lymphoma  ⑤ Burkitt Lymphoma  ⑥ Peripheral T-cell Lymphoma  ⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma  ⑧ Primary CNS Lymphoma</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>동 건들은 비호지킨림프종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 추적 검사결과 부분반응 이상 확인 되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표) 2-나-1)-(1)-(나)에 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic Lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia</li> <li>② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)</li> <li>③ Mantle Cell Lymphoma</li> <li>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</li> <li>⑤ Burkitt Lymphoma</li> <li>⑥ Peripheral T-cell Lymphoma</li> <li>⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma</li> <li>⑧ Primary CNS Lymphoma</li> </ul> <p>동 건들은 비호지킨림프종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로 확인 되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표) 2-나-1)-(1)-(가)-②에 Diffuse Large B Cell Lymphoma은 “LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우” 요양급여 대상임. 동 건들은 진단시 LDH 검사결과가 확인되지 않거나 Ann Arbor stage가 III 이상인 경우로 확인되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>DLBCL 1차 PR이며 LDH가 정상범위이나 double rearrangement(+)가 있었던 사례로, 현 고시에서 LDH가 정상보다 높은 경우 급여 가능함. 요양기관에서 제출한 reference를 토대로 심의한 결과, double rearrangement(+)가 있는 DLBCL에 대한 자가조혈모세포 이식의 임상연구, 치료성적 및 효과 등의 자료가 충분치 않다고 판단되어 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 자가조혈모세포</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>최근 골수 상태를 확인할 수 있는 골수검사 결과가 불확실하여 이식에 적합한 골수상태 여부 판단하기 곤란한 바, 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만 65세 미만이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건들은 연령초과 되어 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			다발성골수종: 7건	<p>다발성골수종 상병으로 자가조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출된 검사결과를 참조할 때 조혈모세포이식이 반드시 요구되는 다발성골수종의 범주에 포함된다고 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-64호, 2016.5.1) [별지2] &lt;2회 연속적인 고용량 항암 화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)&gt; 세부 인정사항 2-나. 다발성골수종에서 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식을 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종)을 원칙으로 함.</li> <li>② 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우 : 경과관찰에서 진행성(Progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함</li> <li>③ 1차 이식으로 진행성(Progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.</li> </ol> <p>동 건은 다발성골수종 진단 받고 1차 자가조혈모세포이식 후 VGPR 이상의 반응에 도달하지 않았으나 2차 자가조혈모세포이식 예정으로, 1차 자가조혈모세포이식 후 6개월을 초과한 상태로 현 인정기준에 해당하지 아니한바 환자 측의 요청에</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만 65세 미만 이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건은 연령초과 되어 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Medulloblastoma①: 3건	동 건은 최근 골수 상태를 확인할 수 있는 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태 여부를 판단하기 곤란한 바, 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함. 동 건은 수모세포종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 추적 검사결과 부분반응 이상 확인 되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Germ cell tumor: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표2-나-7)에 의하면 Germ Cell Tumor는 “재발 후 구제항암화학 요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응 하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 요양급여 대상자로 인정함. 그러나 동 건은 재발이나 refractory case에 해당하지 않아 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			급성전골수성백혈병: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표2-나-2)-(1)에 의하면 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia)은 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우 요양급여 대상임. 동 건은 2차 분자생물학적 관해 (Molecular Remission)된 경우로 확인되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여 비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			AL Amyloidosis: 1건	Amyloidosis로 1차 자가 조혈모세포이식예정인 동 건은 제출한 진료내역을 검토한 결과 병리학적 진단 근거가 부족하여 환자

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 자가조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Pineoblastoma: 1건	동 건은 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제 4조(영양급여대상자기준)(별표)에 해당되지 않으며, 진단 시 고위험 소견이 확인되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			POEMS증후군: 1건	POEMS syndrome의 경우 동 상병의 진단기준에 합당한 경우 사례별로 인정하고 있음. 포엠증후군(POEMS syndrome)으로 자가 조혈모세포이식예정인 동 건은 제출한 진료내역을 검토한 결과 필수적인 진단 기준을 만족할 수 있는 자료가 충분치 않다고 판단되는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
		불가: 1건	AL아밀로이드증 :1건	AL Amyloidosis로 자가 조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출한 진료내역을 검토한 결과 현재 상태에서는 진단에 대한 의문점 및 이식이 필요한 상황임을 판단하기 곤란한바 이식에 대한 급여 결정이 불가함.
계	233			

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

## <지역심사평가위원회 심의사례>

### 요양급여비용 사후 심사 건

#### 4. 대상포진으로 내원한 환자에게 초진에 시행한 선택적 경추간공 경막외 조영술(STE) 인정여부

##### ■ 청구내역

- A사례(여/56세), B사례(남/63세), C사례(여/55세)
  - 청구 상병명: 기타 신경계통 침범을 동반한 대상포진
  - 주요 청구내역  
다210나 척추-경막외조영(HA102) 1\*1\*1

##### ■ 심의결과

- 선택적 경추간공 경막외 조영술(Selective Transforaminal Epidurography, STE)은 투약 및 타 치료방법을 먼저 시행하고 효과가 없을 때 2차적으로 실시하는 것이 타당하므로 초진에 시행한 선택적 경추간공 경막외 조영술(STE)은 인정하지 아니함.

##### ■ 심의내용

- 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표 1] 요양급여의 적용기준 및 방법 1. 요양급여의 일반원칙에 따르면 요양급여는 가입자 등이 연령·성별·직업 및 심신상태 등의 특성을 고려하여 진료의 필요가 있다고 인정되는 경우에 정확한 진단을 토대로 하여 환자의 건강증진을 위하여 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시하여야 하고, 요양급여는 경제적으로 비용효과적인 방법으로 행하여야 한다고 규정하고 있음.
- 동 사례들은 기타 신경계통 침범을 동반한 대상포진 상병으로 내원하여 초진에 선택적 경추간공 경막외 조영술(STE)을 실시하고 다210나 척추-경막외조영을 청구한 건으로, 선택적 경추간공 경막외 조영술(STE)은 2주 이상의 투약 및 물리치료 등 타 치료방법에 효과가 없을 때 2차적으로 실시하는 것이 타당하므로 제출된 진료기록부 및 영상자료 등을 참조하여 아래와 같이 심사 결정함.
  - A사례(여/56세), B사례(남/63세), C사례(여/55세): 신경차단술을 시행할 경우에는 일차적으로 투약 및 타 치료방법을 먼저 시행하고 효과가 없을 때 2차적으로 선택적 경추간공 경막외 조영술(STE)을 시행하는 것이 타당하므로 초진에 시행한 선택적 경추간공 경막외 조영술(STE)은 인정하지 아니함.

##### ■ 참고

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

[2016.9.22. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]



## 5. 진료내역 및 영상자료 참조, 바25자 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술-후지내측지 인정여부

### ■ 청구내역

#### ○ A사례(남/58세)

- 청구 상병명: 어깨의 충격증후군
- 주요 청구내역

가1가(2) 초진진찰료-병원, 요양병원·한방병원·치과병원 내 의과(AA155)	1*1*1
바25자 척수신경총, 신경근및신경절차단술-후지내측지(LA358)	1*3*1
245 트리암시놀론주사40밀리그램(트리암시놀론아세토니드)/B(645903000)triamcinolone acetonide	1*1*1

#### ○ B사례(남/56세)

- 청구 상병명: 경추통, 후두환측부
- 주요 청구내역

바25자 척수신경총, 신경근및신경절차단술-후지내측지(LA358)	1*3*1
245 트리암시놀론주사40밀리그램(트리암시놀론아세토니드)/B(645903000)triamcinolone acetonide	1*1*1

#### ○ C사례(여/49세)

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

가1가(2) 초진진찰료-병원, 요양병원·한방병원·치과병원 내 의과(AA155)	1*1*1
바25자 척수신경총, 신경근및신경절차단술-후지내측지(LA358)	1*3*1
245 트리암시놀론주사40밀리그램(트리암시놀론아세토니드)/B(645903000)triamcinolone acetonide	1*1*1

#### ○ D사례(여/40세)

- 청구 상병명: 요통, 요추부
- 주요 청구내역

바25자 척수신경총, 신경근및신경절차단술-후지내측지(LA358)	1*2*1
245 트리암시놀론주사40밀리그램(트리암시놀론아세토니드)/B(645903000)triamcinolone acetonide	1*1*1

### ■ 진료내역

#### ○ A사례(남/58세)

목과 어깨 통증, 타 병원에서 목디스크 있다는 이야기를 들음. 척추측만증으로 타병원에서 치료. 경추디스크 진단(R/O), 후지내측지 차단술 (양측 C4,5,6)

#### ○ B사례(남/56세)

경추기원성 두통, 후지내측지 차단술 (양측 C3,4,5)

#### ○ C사례(여/49세)

하부요통(2주전부터 허리가 빠근), 오래 앉아 있으면 아픔  
요추4,5번 퇴행성 척추전방전위증, 후지내측지 차단술(양측 L4,5,S1)

#### ○ D사례(여/40세)

3일전 넘어짐. 양쪽 엉덩이 통증(VAS 8-9)  
후지내측지 차단술(양측 L4,5,S1)

## ■ 심의결과

### ○ A사례(남/58세), C사례(여/49세)

진료내역 및 영상자료 참조, 주사침(needle)의 위치가 부적절하게 자입된 것으로 확인되어 바25자 척수 신경총, 신경근 및 신경절차단술-후지내측지는 모두 인정하지 아니함.

### ○ B사례(남/56세)

진료내역 및 영상자료 참조, 환자의 증상과 신경차단술을 실시한 부위가 일치하지 않으며 주사침(needle)의 위치 또한 부적절하게 자입된 것으로 확인되어 바25자 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술-후지내측지는 인정하지 아니함.

### ○ D사례(여/40세)

진료내역 및 영상자료 참조, 환자의 증상 등을 고려할 때, 바25자 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술-후지내측지(양측 L4,5,S1)는 시행할 수 있으나, 영상자료 상 두 부위만 주사침(needle)의 위치가 정확하게 자입된 것으로 확인되어 바25자 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술-후지내측지는 150%만 인정하기로 함.

## ■ 심의내용

- 동 기관은 어깨의 충격증후군, 경추통, 후두환축부, 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애 등의 상병으로 바25자 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술-후지내측지 차단술을 동일한 부위에 다분절 시행하는 경향으로 제출된 진료기록부 및 영상자료 등을 참조하여 아래와 같이 결정함.

- 아 래 -

### - A사례(남/58세), C사례(여/49세)

진료내역 및 영상자료 참조, 주사침(needle)의 위치가 부적절하게 자입된 것으로 확인되어 바25자 척수 신경총, 신경근 및 신경절차단술-후지내측지는 모두 인정하지 아니함.

### - B사례(남/56세)

진료내역 및 영상자료 참조, 환자의 증상과 신경차단술을 실시한 부위가 일치하지 않으며 주사침(needle)의 위치 또한 부적절하게 자입된 것으로 확인되어 바25자 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술-후지내측지는 인정하지 아니함.

### - D사례(여/40세)

진료내역 및 영상자료 참조, 환자의 증상 등을 고려할 때, 바25자 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술-후지내측지(양측 L4,5,S1)는 시행할 수 있으나, 영상자료 상 두 부위만 주사침(needle)의 위치가 정확하게 자입된 것으로 확인되어 바25자 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술-후지내측지는 150%만 인정하기로 함.

- 또한, 신경차단술 시행 시에는 환자의 증상과 관련된 부위에 적절한 신경차단술을 선택하여 실시하여야 하고, 반복적으로 신경차단술을 시행하는 경우에는 환자의 증상 및 경과 변화에 대해 기록하여야 함을 기관에 주의통보 하기로 함.

## ■ 참고

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

[2016.9.22. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 6. 진료내역 및 영상자료 참조, 일률적으로 산정된 바25라 척수신경총, 신경근 및 신경절 차단술-선택적신경근 인정여부

### ■ 청구내역

#### ○ A사례(여/61세)

- 청구 상병명: 외반무지
- 주요 청구내역 (2016.7.20. / 2016.7.27.)  
바25라 척수신경총, 신경근및신경절차단술-선택적신경근(LA354) 1\*2.5\*1  
245 휴메딕스텍사메타손포스페이트이나트륨주사 0.1\*1\*1

#### ○ B사례(남/39세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
- 주요 청구내역 (2016.7.1. / 2016.7.8. / 2016.7.22.)  
바25라 척수신경총, 신경근및신경절차단술-선택적신경근(LA354) 1\*2.5\*1  
245 휴메딕스텍사메타손포스페이트이나트륨주사 0.1\*1\*1

#### ○ C사례(여/38세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
- 주요 청구내역 (2016.7.1. / 2016.7.6. / 2016.7.13.)  
바25라 척수신경총, 신경근및신경절차단술-선택적신경근(LA354) 1\*2.5\*1  
245 휴메딕스텍사메타손포스페이트이나트륨주사 0.1\*1\*1

### ■ 진료내역

#### ○ A사례(여/61세)

하부요통, 왼쪽 엉덩이, 허벅지, 종아리 통증  
오른쪽 종아리 통증  
선택적신경근차단술(Rt 4,5,S1/ Lt S1) 실시

#### ○ B사례(남/39세)

하부요통, 왼쪽 엉덩이, 허벅지, 종아리 통증  
방사통  
선택적신경근차단술(Lt 4,5,S1/ Rt S1) 실시

#### ○ C사례(여/38세)

하부요통, 왼쪽 엉덩이, 허벅지, 종아리 통증  
허벅지 방사통  
선택적신경근차단술(Rt 4,5,S1/Lt S1) 실시

### ■ 심의결과

- 선택적 신경근차단술은 환자의 증상과 관련한 특정부위를 선별하여 시술하여야 하나, 진료내역 및 영상자료를 확인한 결과 A사례(여/61세)는 동 시술을 다분절에 시행할 만한 의학적 타당성이 없으며, B사례(남/39세), C사례(여/38세)는 증상에 적합한 신경차단술 부위로 보기 어렵고 다분절에 실시할 만한 의학적 타당성이 없으며, 주사침(needle)의 위치도 부적절하게 자입된 것으로 확인되어 동 사례들의 바25라 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술-선택적신경근은 모두 인정하지 아니함.

## ■ 심의내용

- 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙[별표 1] 요양급여의 적용기준 및 방법 1. 요양급여의 일반원칙에서 요양급여는 가입자 등이 연령·성별·직업 및 심신상태 등의 특성을 고려하여 진료의 필요가 있다고 인정되는 경우에 정확한 진단을 토대로 환자의 건강증진을 위하여 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시하여야 한다고 규정하고 있음.
- 동 기관은 대부분의 수진자에게 바25라 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술-선택적신경근을 일률적·반복적으로 다분절 시행하는 경향으로, 신경차단술 시행 시에는 환자의 증상과 관련된 부위에 적절한 신경차단술을 선택하여 실시하고, 반복적으로 신경차단술을 시행하는 경우에는 환자 증상 및 경과 변화에 대하여 기록하도록 주의통보 하기로 하며, 다음 사례에 대하여는 아래와 같이 결정함.

- 아 래 -

- 선택적 신경근차단술은 환자의 증상과 관련한 특정부위를 선별하여 시술하여야 하나 진료내역 및 영상 자료를 확인한 결과 A사례(여/61세)는 동 시술을 다분절에 시행할 만한 의학적 타당성이 없으며, B사례(남/39세), C사례(여/38세)는 증상에 적합한 신경차단술 부위로 보기 어렵고 다분절에 실시할 만한 의학적 타당성이 없으며, 주사침(needle)의 위치도 부적절하게 자입된 것으로 확인되어 동 사례들의 바25라 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술-선택적신경근은 모두 인정하지 아니함.

## ■ 참고

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

[2016.9.22. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 7. 상병 및 진료내역 참조, 다245나(1) 일반전산화단층영상진단(안와 CT) 인정여부

### ■ 청구내역

#### ○ A사례(여/53세)

- 청구 상병명: 상세불명의 누낭염

- 주요 청구내역

가1가(2) 초진진찰료-병원, 요양병원·한방병원·치과병원 내 의과 1\*1\*1

다2절주4 영상저장및전송시스템(FULL PACS)이용(특수영상)-병원급 의·치과 1\*1\*1

다245나(1)(가) 일반전산화단층영상진단-안면및두개기저-안와-조영제를사용하지않는경우[영상의학과전문의판독] 1\*1\*1

#### ○ B사례(여/54세)

- 청구 상병명: 상세불명의 누낭염

- 주요 청구내역

다2절주4 영상저장및전송시스템(FULL PACS)이용(특수영상)-병원급 의·치과 1\*1\*1

다245나(1)(가) 일반전산화단층영상진단-안면및두개기저-안와-조영제를사용하지않는경우[영상의학과전문의판독] 1\*1\*1

#### ○ C사례(여/54세)

- 청구 상병명: 비루관의 후천적 협착

상세불명의 누낭염

- 주요 청구내역

가1가(2) 초진진찰료-병원, 요양병원·한방병원·치과병원 내 의과(AA155) 1\*1\*1

다2절주4 영상저장및전송시스템(FULL PACS)이용(특수영상)-병원급 의·치과(HB031) 1\*1\*1

다245나(1)(가) 일반전산화단층영상진단-안면및두개기저-안와-조영제를사용하지않는경우[영상의학과전문의판독] 1\*1\*1

다233 누낭조영[영상의학과전문의판독](HA330006) 1\*1\*1

### ■ 진료내역

#### ○ B사례(여/54세)

- 2015.11.2. 누낭조영술 결과

Rt DCG

Complete obstruction of the NLD at the junction of the sac and duct.

Stenosis of the canaliculi, sup. & inf.

Lt DCG

Diffuse narrowing lumen of the NLD, entire portion

Stenosis of the canaliculi, sup.&inf.

DCR 수술 필요함. orbital CT(보험- dacryocystitis)

### ■ 심의결과

#### ○ A사례(여/53세), C사례(여/58세)

- 「전산화단층영상진단의 산정기준」(고시 제2015-99호, 2015.6.15.)에 의거 누낭염 상병에 안와 CT를 촬영할 만한 필요성이 확인되지 않으므로 안와 CT는 인정하지 아니함.

#### ○ B사례(여/54세)

- 누낭조영술에서 양쪽 눈의 비루관 협착이 확인되어 누낭비강문합술(DCR) 수술을 계획한 환자이나 뼈의 이상(Bony abnormality) 등 안와 CT를 촬영할 만한 필요성이 확인되지 않으므로 안와 CT는 인정하지 아니함.

## ■ 심의내용

- 일반전산화단층영상진단(CT)는 보건복지부 고시 「전산화단층영상진단(CT)의 산정기준」(제2015-99호, 2015.6.15. 시행)에 의거 요양급여범위를 정하고 있음. 그중 안와 CT는 “종괴형성, 안와염증, 안구돌출 등”에 요양급여를 인정하며, 요양급여기준에 명시되지 않은 경우라 하더라도 진단 및 치료방향 설정을 위한 CT 촬영의 필요성에 관련된 자료와 소견서를 첨부하여 그 필요성이 인정된 경우에는 요양급여로 인정하고 있음.
- 동 사례는 누낭염 상병에 안와 CT를 촬영하거나, 누낭조영술을 실시하고 안와CT를 촬영한 것으로 진료내역을 참조하여 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

### - A사례(여/53세), C사례(여/58세)

「전산화단층영상진단의 산정기준」(고시 제2015-99호, 2015.6.15.)에 의거 누낭염 상병에 안와 CT를 촬영할 만한 필요성이 확인되지 않으므로 안와 CT는 인정하지 아니함.

### - B사례(여/54세)

누낭조영술에서 양쪽 눈의 비루관 협착이 확인되어 누낭비강문합술(DCR) 수술을 계획한 환자이나 뼈의 이상(Bony abnormality) 등 안와 CT를 촬영할 만한 필요성이 확인되지 않으므로 안와 CT는 인정하지 아니함.

## ■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
- 전산화단층영상진단(CT)의 산정기준(보건복지부 고시 제2015-99호, 2015.6.15. 시행)

[2016.7.27. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 8. 굴절이상 질환에 시행한 나678나(3) 프리즘가림검사 및 나687 각막곡률측정검사 인정여부

### ■ 청구내역

#### ○ A사례(남/14세)

- 청구 상병명: 규칙난시, 눈 및 시력의 검사
- 주요 청구내역

나671	굴절및조절검사[안경처방전포함]	(E6710)	1*1*1
나678나(3)	안근기능검사및폭주검사-프리즘가림검사	(E6784)	1*1*1
나681	세극등현미경검사	(E6810)	1*1*1
나687	각막곡률측정	(E6870)	1*1*1

#### ○ B사례(여/4세)

- 청구 상병명: 급성 아토피결막염, 원시, 눈 및 시력의 검사
- 주요 청구내역

나667-2	전안부촬영[편측]	(E6672)	1*1*1
나671	굴절및조절검사[안경처방전포함]	(E6710)	1*1*1
나678나(3)	안근기능검사및폭주검사-프리즘가림검사	(E6784)	1*1*1
나681	세극등현미경검사	(E6810)	1*1*1
나687	각막곡률측정	(E6870)	1*1*1

#### ○ C사례(남/34세)

- 청구 상병명: 근시, 건성안증후군, 기타 각막결막염, 눈 및 시력의 검사
- 주요 청구내역

나667가	기본 안저촬영[편측]	(E6670)	1*2*1
나669나	자동시야검사[편측]	(E6691)	1*2*1
나671	굴절및조절검사[안경처방전포함]	(E6710)	1*1*1
나675다	안압측정-기타	(E6752)	1*1*2
나678나(3)	안근기능검사및폭주검사-프리즘가림검사	(E6784)	1*1*1
나681	세극등현미경검사	(E6810)	1*1*1
나683가	눈물분비기능검사	(E6831)	1*1*1
나687	각막곡률측정	(E6870)	1*1*1

#### ○ D사례(남/3세)

- 청구 상병명: 근시, 눈 및 시력의 검사, 결막낭의 이물, 급성 아토피결막염
- 주요 청구내역

나671	굴절및조절검사[안경처방전포함]	(E6710)	1*1*1
나678나(3)	안근기능검사및폭주검사-프리즘가림검사	(E6784)	1*1*1
나681	세극등현미경검사	(E6810)	1*1*1
나687	각막곡률측정	(E6870)	1*1*1

### ■ 심의결과

- 사시, 안구운동장애 등 프리즘가림 검사를 시행해야 할 사유 확인되지 않아 프리즘가림 검사는 인정하지 않고, 굴절 및 조절검사 결과 각막곡률측정검사가 필요한 경우로 판단되지 않아 각막곡률측정검사 또한 인정하지 아니함.

## ■ 심의내용

- 「근시」, 「원시」 등 굴절이상 질환에 나678나(3) 프리즘가림검사 및 나687 각막곡률측정검사를 초진에 다빈도 시행하는 기관으로 그 인정여부에 대하여 심의함.
- 프리즘가림검사는 사시(사위), 안구운동장애소견이 있는 경우 사시각을 측정하기 위해 시행하는 검사로서 한눈가림검사 등의 사전검사로 이상소견이 있는 경우 선별적으로 시행하는 것이 타당하나, A-D사례 모두 사시, 안구운동장애 등 프리즘가림 검사를 시행해야 할 사유 확인되지 않아 프리즘가림 검사는 인정하지 않고, 굴절 및 조절검사 결과 각막곡률측정검사가 필요한 경우로 판단되지 않아 각막곡률측정검사 또한 인정하지 아니함.

## ■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 【별표1】 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제2장
- 이진학 등. 안과학 제9판. 일조각. 2011.
- 엄부섭 등. 안과검사 제2판. 도서출판 내외학술. 2008.

[2016.8.31. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]



## 9. 진료내역 및 영상자료 등 참조, 자71가(1) 인공관절치환술-전치환[고관절] 인정여부

### ■ 청구내역 (여/50세)

- 청구 상병명: 뼈의 특발성 무균괴사, 골반 부분 및 대퇴, 기타 일차성 고관절증

- 주요 청구내역

자71가(1) 인공관절치환술-전치환[고관절]	1*1*1
BIOCONTACT CEMENTLESS STEM 전규격	1*1*1
BIOLOX HEAD 전규격	1*1*1
PLASMA CUP(SC,S) 전규격	1*1*1
BIOLOX CERAMIC LINER 전규격	1*1*1
PLASMA CUP FIXATION SCREW 전규격	1*2*1
사지 및 관절수술에 사용한 BURR,SAW등 절삭기류	1*1*1

### ■ 진료내역

- C.C: inguinal pain Rt

- PI: 상기 환자는 뇌수막종으로 방사선치료, 약물치료 등 받았던 분임. 약 6주전부터 발생한 우측 서혜부 통증으로 침치료, 주사치료, 물리치료 등 시행하였으며, 증상의 호전이 없고 절독 걸으며 참기 힘든 정도로 통증이 악화되어 내원함. 방사선 검사에서 우측 대퇴골두 무혈성 괴사 확인하였으며 일상생활의 제한이 있는 심한 통증으로 수술적 치료 위해 입원함.

- PHx: drinking, smoking

- physical examination: Partrik test(+), LOM d/t pain

- Motor: hip flexion: normal, knee extension: normal

ankle DF: normal, ankle PF: normal, G.toe DF: normal

- 진단명: AVN.hip, both(Rt>Lt)

- 수술명(2015.9.18): THR Rt

### ■ 심의결과

○ 제출된 진료내역 및 영상자료 참조 결과 우측 대퇴골두 Femoral head flattening, subchondral collapse 및 crescent sign 확인되지 않아, 「인공관절치환술(고관절)의 인정기준」(고시 제2014-79호, 2014.6.1. 시행) 1. 나. Ficat stage IIb에 해당되지 않으므로 자71가(1) 인공관절치환술-전치환[고관절] 및 재료대는 인정하지 아니함.

### ■ 심의내용

○ 뼈의 특발성 무균괴사, 골반 부분 및 대퇴, 기타 일차성 고관절증 상병하에 우측 고관절전치환술(Total hip Replacement Arthroplasty, THRA) 시행 후 수술료(자71가(1) 인공관절치환술-전치환[고관절]) 및 재료대(BIOCONTACT CEMENTLESS STEM, BIOLOX HEAD 전규격, PLASMA CUP 전규격, BIOLOXCERAMIC LINER 전규격, PLASMA CUP FIXATION SCREW 전규격) 청구한 건임.

○ 제출된 진료내역 및 영상자료 참조 결과 우측 대퇴골두 Femoral head flattening, subchondral collapse 및 crescent sign 확인되지 않아, 「인공관절치환술(고관절)의 인정기준」(고시 제2014-79호, 2014.6.1. 시행) 1. 나. Ficat stage IIb에 해당되지 않으므로 수술료(자71가(1) 인공관절치환술-전치환[고관절]) 및 재료대는 인정하지 아니함.

## ■ 참고

- 인공관절치환술(고관절)의 인정기준(보건복지부 고시 제2014-79호(행위), 2014.6.1. 시행)
- 대한정형외과학회. 정형외과학. 최신의학사. 2006.

[2016.7.20. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 10. 진료내역 및 영상자료 등 참조, 자71가(2) 인공관절전치환술[슬관절] 인정여부

### ■ 청구내역 (여/72세)

- 청구 상병명: 양쪽 원발성 무릎관절증

- 주요 청구내역

자71가(2) 인공관절치환술-전치환[슬관절]	1*1*2
OPTIVAC VACUUM MIXING SYSTEM SYRINGE TYPE	1*1*2
VANGUARD FEMORAL COMPONENTS 전규격	1*1*2
I-BEAM TIBIAL TRAY 전규격	1*1*2
VANGUARD TIBIA BEARING 전규격	1*1*2
REFOBACIN BONE CEMENT R 40G + 항생제	1*2*2
사지 및 관절수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류-슬관절	1*1*2

### ■ 진료내역

- C.C: Rt knee pain이 지속되요 - 심하게 아파서 못 걸겠어요.

- PI: 3년전부터 both knee pain 있어 연골주사,PT후 증상 지속되어 금일 외래 통해 입원함.

- PHx: 20년전 당뇨 진단. PO먹다가 최근 2개월전부터 인슐린주사 치료중임.

15년전 맹장수술중 대장 혹 제거술

10년 천식 진단 받고 환절기나 운동시에 숨찬 증상 있음(약 안먹음).

2~3년전 고혈압 진단 받은 후 약 복용중임.

- R/O septic knee Rt. Lab+Rt knee MRI

- MRI('16.5.6) : severe osteonecrosis MFC (Rt.knee)

- PLAN) TKR, BOTH

- 수술기록지 :

· 1차 ( '16.5.10) 진단명: severe osteonecrosis MFC

수술명: Rt.TKR

· 2차 ( '16.5.17) 진단명: severe OA knee Lt

수술명: Lt.TKR

### ■ 심의결과

- 제출된 진료내역 및 영상자료 참조한 결과 양측 슬관절 관절간격 협소 소견이 Kellgren Lawrence grade II 정도의 퇴행 변화로 확인되므로 인공관절치환술(슬관절)의 인정기준(고시 제2010-56호 '1.가.(2)')에 해당되지 않아 양측으로 청구된 수술료(자71가(2)인공관절치환술-전치환[슬관절]\*200%) 및 관련 재료대는 인정하지 아니함.

### ■ 심의내용

- 양쪽 원발성 무릎관절증 상병하에 양측슬관절전치환술 시행후 수술료(자71가(2) 인공관절치환술-전치환[슬관절]\*200%) 및 재료대(OPTIVAC VACUUM MIXING SYSTEM SYRINGE TYPE\*2,VANGUARD FEMORAL COMPONENTS전규격\*2, I-BEAM TIBIAL TRAY 전규격 \*2,VANGUARD TIBIA BEARING 전규격\*2,REFOBACIN BONE CEMENT R 40G + 항생제1\*2\*2,사지 및 관절수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류-슬관절\*2) 청구한 건임.

- 제출된 진료내역 및 영상자료 참조한 결과 양측 슬관절 관절간격 협소 소견이 Kellgren Lawrence grade II 정도의 퇴행 변화로 확인되므로 인공관절치환술(슬관절)의 인정기준(고시 제2010-56호 '1.가.(2)')에 해당되지 않아 양측으로 청구된 수술료(자71가(2)인공관절치환술-전치환[슬관절]\*200%) 및 관련 재료대는 인정하지 아니함.

#### ■ 참고

- 인공관절치환술(슬관절)의 인정기준(보건복지부 고시 제2010-56호(행위), 2010.8.1. 시행)
- 대한정형외과학회. 정형외과학. 최신의학사. 2006.

[2016.7.20. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 11. 진료내역 및 영상자료 참조, 자47-1가 경피적척추후골풍선복원술 인정여부

### ■ 청구내역(여/84세)

- 청구 상병명: L3 부위의 골절, 폐쇄성 기타 골다공증, 다발부분 척추협착, 상세불명의 부위
- 주요 청구내역: 자47-1가 경피적척추후골풍선복원술[방사선료포함]-제1부위 (N0473) 1\*1\*1  
EXOLENT SPINE 20G (E5100040) 1\*1\*1  
GUARDIAN-KIT 전규격 (F1411098) 1\*2\*1  
GUARDIAN 전규격 (F1412098) 1\*2\*1

### ■ 진료내역

- 입원일자: 2015.11.04~11.20
- 2015.10.22 L3 부위의 골절, 폐쇄성 osteoporosis(T: -4.8)  
진단명: L3 compression FX, 수술명: Kyphoplasty, L3 (2015.11.06)

### ■ 심의결과

- 제3요추 골다공증성 압박골절로, 제3요추 전방추체의 압박률이 제4요추에 비해 30% 미만이므로 경피적 척추후골풍선복원술을 인정하지 아니함.

### ■ 심의내용

- 경피적척추후골풍선복원술은 고시(제2012-153호)에 의거 압박변형이 30%~60%인 경우로서 3주 이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고 심한 배통이 지속되는 골다공증성 압박골절(단, 윗혈성심부전, 폐렴, 혈전성정맥염, 약물로 잘 조절 되지 않는 당뇨병환자, 투석을 받는 만성신부전환자, 80세 이상인 환자는 조기 시행가능) 시 인정하고 있음.
- 척추수술(척추성형술, 척추후골풍선성형술)시 골다공증에 의한 압박골절을 확인하는 골밀도검사 측정값은 심사지침에 의거 WHO 기준에 따라 정상치보다 2.5표준편차 이상 감소된 경우(T-Score  $\leq$  -2.5)를 골다공증으로 인정하고 있음.
- 척추 골다공증성 압박골절시 압박변형을 측정방법은 심사지침에 의거 단순 방사선 측면영상(plain X-ray lateral view)에서 측정하는 것을 원칙으로 하며, 인접 상·하부 추체에 진구성 골절이 없는 경우에는 인접 상·하부 전방 추체높이의 평균에 대한 압박골절 추체의 전방높이 감소 비 또는 인접 상부 또는 하부의 전방 추체높이에 대한 압박골절 추체의 전방높이 감소 비로 측정하고 인접 상·하부 추체에 진구성 골절이 있거나 다발성 골절인 경우에는 인접한 상부 또는 하부의 정상추체 전방높이에 대한 압박골절 추체의 전방 높이 감소 비로 측정하고 있음.
- 동 건(여/84세)은 L3 compression Fx. 진단 하에 Kyphoplasty 시행하고 자47-1가 경피적척추후골풍선복원술[방사선료포함]-제1부위 및 관련 재료대(EXOLENT SPINE 20G x1, GUARDIAN-KITx2, GUARDIAN x2)를 청구한 건으로 진료내역 및 영상자료를 검토한 결과 제3요추 골다공증성 압박골절로, 제3요추 전방추체의 압박률이 제4요추에 비해 30% 미만이므로 경피적척추후골풍선복원술을 인정하지 아니함.

### ■ 참고

- 경피적척추후골풍선복원술(Kyphoplasty) 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)

- 골다공증을 확인하는 다-334 골밀도 검사의 적용기준(심사지침, 2011.3.1. 시행)
- 경피적척추후골풍선복원술(Kyphoplasty) 시 골다공증성 압박골절의 압박변형을 측정방법(심사지침, 2009.1.1. 시행)

[2016.7.12. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 12. 진료내역 및 영상자료 참조, 적절한 보존적 치료 없이 시행된 척추수술 인정여부

### ■ 청구내역

#### ○ A사례(남/41세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애, 척수병증을 동반한 경추간판장애  
상세불명의 다발신경병증
- 주요 청구내역
  - 자46가(1)(다) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-경추-기타의경우 1\*1\*1
  - 자49가(1) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-경추 [제2의수술] 1\*1\*1
  - ANYPLUS CERVICAL PEEK CAGE 전규격 1\*1\*1
  - 척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류 1\*1\*1

#### ○ B사례(남/21세)

- 청구 상병명: 요추 간판의 외상성 파열
- 주요 청구내역
  - 자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추 1\*1\*1
  - 척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류 1\*1\*1

### ■ 진료내역

#### ○ A사례(남/41세)

‘15.8.29

- C.C: 양쪽 손이 저리다, 양쪽 다리에 힘이 없다. 걸을 때 뒤통거린다. gait disturbance (+)
  - \*on set : 2-3wks
  - \*aggravated : 지속적
  - \*aggravating factor : 걷기
  - \*mode of injury : none
- P.I: 울산소재 ○○○ 정형외과에서 목 CT 촬영하고 척수병증 의심하였고 물리치료 3회 받고 약 복용하였다..
- N/Ex:
  - Pain on flexion and extension
  - Knocking tenderness on back
  - 감각기능평가(Sensory) : both elbow ~ hand hypesthesia
  - 운동기능평가(Motor) : C5 quadriparesis (GIV)
  - 심부건반사평가(DTR) : BJ(++/++), TJ(++/++), KJ(++/++), AJ(++/++)
  - 상하지직거상검사(SLRT) (+) F/F
  - 간혈적파행평가(NIC) (-)
  - Spurling (+)
  - Other : Hoffman (+/+)
- Impression : C4-5 myelopathy
- C-Spine MRI(2015.8.29) :
  - : \*C4-5 Herniated disc at Rt. central zone and Lt. paracentral zone, uncovertebral hypertrophy, posterior osteophyte, cord signal change.
  - > severe ventral cord compression with compressive myelopathy
  - severe bilateral neural foraminal stenosis

○ B사례(남/21세)

'15.8.1

- C.C: LBP with Lt. leg tingling
- P.I: 한달 전부터 상기 증상 있었고 특별한 치료 받지 않고 지내다 호전없고 통증 심해져 금일 외래 통해 입원함.
- Impression: HNP L5-S1 Lt. with spondylolisthesis
- L-spine MRI (2015.7.29)
  - : 1. Spondylolytic spondylolisthesis of L5 on S1. Grade I
  - 2. Lt. subarticular protruded L5-S1 disc with HIZ.

■ 심의결과

○ A사례(남/41세)

- 제출된 진료기록 및 영상자료 참조, severe한 cord compression과 이로 인한 cord signal change 소견, 신경근 압박으로 인한 환자의 임상증상 및 이학적 소견이 확인되어 수술료 및 재료대 모두 인정함.

○ B사례(남/21세)

- 제출된 진료기록 및 영상자료 참조, 수술 전 충분하고 적극적인 보존적 치료 확인되지 않으며 또한 보존적 치료 없이 조기 시행해야 할 의학적 소견 확인되지 않아 수술료 및 재료대를 인정하지 아니함.

■ 심의내용

- A사례(남/41세): C-HNP with myelopathy C4-5 진단하에 ACDF C4-5 with cage DBM 시행하고 자46가(1)(다) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-전방고정-경추×1 , 자49가(1) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-경추×0.5 청구한 경우로 제출된 진료기록 및 영상자료 참조, severe한 cord compression과 이로 인한 cord signal change 소견 및 신경근 압박으로 인한 환자의 임상증상 및 이학적 소견이 확인되어 수술료 및 재료대 모두 인정함.

- B사례(남/21세): HNP L5-S1 Lt. with spondylolisthesis 진단하에 MLD L5-S1 시행하고 자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추×1 청구한 경우로 제출된 진료기록 및 영상자료 참조, 수술 전 충분하고 적극적인 보존적 치료 확인되지 않고, 보존적 치료 없이 조기 시행해야 할 의학적 소견 확인되지 않아 수술료 및 재료대를 인정하지 아니함.

■ 참고

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

[2016.7.29. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]



### 13. 진료내역 및 영상자료 참조, 척추협착, 신경뿌리병증을 동반한 추간판장애에 실시한 Steroid Intra Discal Therapy(SIDT) 인정여부

#### ■ 청구내역(남/65세)

- 청구 상병명: 척추협착, 요추부 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
  - 1일 외래 내원(2016.6.1.)
  - 주요 청구내역
- |         |                                 |         |
|---------|---------------------------------|---------|
| 자49다    | 추간판제거술-척추수핵용해술[방사선포함] (N1495)   | 1*1*1   |
| 바22가(2) | 경막외신경차단술-일회성차단(요추및천추) (LA322)   | 1*1*1   |
| 바25라    | 척수신경총,신경근및신경절차단술-선택적신경근 (LA354) | 1*1.5*1 |

#### ■ 진료내역

Plan IDT w PDRN on L23 34 45 5S1 + SNRB L3 both transforaminal + EDB on L2-3 (2)

#### ■ 심의결과

- Steroid Intra Discal Therapy(SIDT)에 대한 의학적 타당성 및 임상적 유용성이 회의적이라는 학회의견을 고려하여 신경차단술과 동시에 시행한 SIDT(준용수가 자49다 추간판제거술-척추수핵용해술)를 인정하지 않음.

#### ■ 심의내용

- Steroid Intra Discal Therapy(SIDT)[보건복지부고시 제2000-73호(행위), 2000.12.30.]는 Lumbar Disc Herniation, 요부동통, 퇴행성 척추증 등에 척추간 Disc내로 Betamethasone, Triamcinolone 등 Steroid 약물을 주입하여 Disc의 Pressure를 감소시켜 통증을 완화시키는 방법으로 자49다 척추수핵용해술의 50%로 준용 산정하며, 동시에 2부위이상 시술한 경우 제2부위이상의 수기료는 동 소정금액의 50%(자49다 소정금액의 25%)로 산정하되 최대 3부위이내로 산정하는 것으로 되어 있음.
- 동 사례(남/65세)는 척추협착, 요추부, 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애 상병하에 외래 1일 내원하여 트리암시놀론아세트니드주사, 생리식염수주사액, 염산부피바카인헤비주사를 섞어 척추간(L2-3 3-4 4-5 L5-S1) 디스크내 주사 및 양측 요추3번 선택적 신경근 차단술(Selective nerve root block on L3, both), 요추2-3번 경막외신경차단술(Epidural block on L2-3)을 동시 실시하고 자49다 추간판제거술-척추수핵용해술\*1, 바22가(2) 경막외신경차단술-일회성차단(요추및천추)\*1, 바25라 척수신경총,신경근및신경절차단술-선택적신경근\*1.5를 청구함.
- Steroid Intra Discal Therapy(SIDT)에 대한 의학적 타당성 및 임상적 유용성이 회의적이라는 학회의견을 고려하여 신경차단술과 동시에 시행한 SIDT(준용수가 자49다 추간판제거술-척추수핵용해술)를 인정하지 않음.

#### ■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 【별표1】 요양급여의 적용기준 및 방법
- Steroid Intra Discal Therapy(SIDT)시 진료수가 산정방법 (보건복지부 고시 제2000-73호(행위), 2000.12.30. 시행)
- Cao P, et al. Intradiscal injection therapy for degenerative chronic discogenic low back pain with end plate Modic changes, The Spine Journal 2011;11:100~106.

- Stefan Muzin, et al. The role of intradiscal steroids in the treatment of discogenic low back pain, Curr Rev Musculoskelet Med 2008; 1:103-07.
- Khot A, et al. The use of intradiscal steroid therapy for lumbar spinal discogenic pain: a randomized controlled trial, Spine (Phila Pa 1976), 2004 Apr 15;29(8):833-6; discussion 837.

[2016.8.25. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

#### 14. 진료내역 참조, 경피적경막외강신경성형술(PEN) 등 척추부위 시술(비급여) 관련 입원의 적정성 여부

##### ■ 청구내역

###### ○ A사례(남/46세)

- 청구 상병명: 기타 명시된 추간판 장애
- 3일 입원, (2016.5.19. ~ 5.21.)
- 주요 청구내역

가2가(3) 병원급 의·치과 기본입원료 1\*1\*2

사101주2 표층열치료(심층열동시), 사102 심층열치료[1일당] 1\*1\*1

다245바(1) 일반전산화단층영상진단-척추-조영제를사용하지않는 경우 [영상의학과전문의판독] 1\*1\*1

###### ○ B사례(여/50세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
- 3일 입원, (2016.5.28. ~ 5.30.)
- 주요 청구내역

가2가(3) 병원급 의·치과 기본입원료 1\*1\*2

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

##### ■ 심의결과

- 경피적경막외강신경성형술(percutaneous epidural neuroplasty, PEN) 등 통상적으로 국소마취 하에 경피적으로 실시되는 시술의 입원여부는 환자의 상태에 따라 사례별로 판단해야 함. 동 건들은 시술 후 뚜렷한 합병증 등 입원을 요하는 증상이나 소견이 확인되지 않는바 입원료를 인정하지 아니함.

##### ■ 심의내용

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법」에 의하면, “요양급여는 환자의 건강증진을 위하여 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시하고 경제적으로 비용효과적인 방법으로 행해져야 하며, 입원은 진료 상 필요하다고 인정되는 경우에 한하고 단순한 피로 회복·통원불편 등을 이유로 입원지시를 하여서는 아니된다”라고 규정하고 있음.
- 경피적경막외강신경성형술(PEN) 등 통상적으로 국소마취 하에 경피적으로 실시되는 척추시술 후 뚜렷한 합병증 등 입원을 요하는 증상이나 소견이 확인되지 않는 경우에는 외래에서 시술하는 것이 타당하다고 판단되므로, 진료내역 등 참조하여 각 사례에 대하여 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

- **A사례(남/46세):** 기타 명시된 추간판 장애 등의 상병에 국소마취 하 경피적경막외강신경성형술(PEN)을 시행하고, 삽입된 카테터를 통해 2일에 걸쳐 약제를 수회 주입하며 3일간 입원가료를 하였으나 2일간의 카테터 유지가 필요한 사유가 명확하지 않고 의학적인 타당성도 확립되어 있지 않으므로 입원료를 인정하지 아니함.
- **B사례(여/50세):** 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애 등 상병에 국소마취 하 SELD(sacral epiduroscopic laser decompression)를 시행하고 3일간 입원한 사례로, 입원을 요하는 증상이나 소견이 확인되지 않아 입원료를 인정하지 아니함.

## ■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 【별표1】 요양급여의 적용기준 및 방법
- 대한통증학회. 통증수기의 정석. 메디안북. 2016.
- 대한마취통증학회. 마취통증의학(제3판). 여문각, 2014.
- 고용. 통증의 중재적 및 수술적 치료. 영창의학서적. 2005.

[2016.8.25. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

15. 요추1 부위의 골절-폐쇄성 상병에 척추경나사(Pedicle screw system)를 이용하여 시행한 자46나(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추 요양급여 인정여부

■ 청구내역 (여/81세)

- 청구 상병명: 요추1 부위의 골절-폐쇄성, 척추협착-요추부, 척추불안정-요추부

- 주요 청구내역

N0469 자46나(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추	1*0.5*1
N1499 자49-1다 척추후궁절제술-요추	1*1*1
E5100051 SPINEFIX(HYDROXYAPATITE BONE CEMENT) 21G	1*1*1
F0016298 GALAXY MIS SCREW SYSTEM(ROD) 전규격	1*2*1
F0018398 GALAXY MIS SCREW SYSTEM(SCREW SET) 전규격	1*4*1
F1401004 BLUE PECKER 전규격	1*4*1
N0051006 척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류	1*1*1
L1211400 바2가(1) 기관내삽관에의한폐쇄순환식전신마취관리기본[1시간기준] [만70세이상]	1*1*1
L1221400 바2나(1) 기관내삽관에의한폐쇄순환식전신마취유지[1시간초과15분당] [만70세이상]	1*12*1

■ 진료내역

○ 진료기록(금년 01.14.)

- C.C.: 좌측 옆구리 통증, 좌하지 방사통, 보행불능, 좌측 서혜부 통증

- P.I.: 허리 아픈지 오래되어 장유 ○○병원에서 3년전 MRI 촬영함.

2년전 가을 ○○○병원에서 신경성형술 시술하였고 척추 측만증 심하여 이후에도 큰 호전 없고 좌측 엉치 뒤가 아파서 잠 못 자며 위가 헐어서 진통제도 못 먹는 상태임.

○ 진단명: 요추1 부위의 골절-폐쇄성, 척추협착 요추1/2, 척추불안정증 요추1/2

○ 수술명: Laminectomy and percutaneous screw L1/2 (cement augmentation L1) Lt, Discectomy(금년 01.19.)

■ 심의결과

○ 제출된 진료기록 및 영상자료 참조, 제1,2요추간 신경공 협착은 확인되나 제1요추의 골절 및 제1,2요추간 불안정성이 확인되지 않아 자49-1다 척추후궁절제술(요추)은 인정하나, 자46나(3) 척추고정술-후방고정(요추) 및 관련 재료대는 인정하지 아니함.

■ 심의내용

○ 동 건(여/81세)은 요추1 부위의 골절, 척추협착-요추부, 척추불안정-요추부 상병으로 Laminectomy and fusion L1/2(cement augmentation L1) and discectomy 시행하고 자49-1다 척추후궁절제술(요추)×1, 자46나(3) 척추고정술-후방고정(요추)×0.5 및 관련 재료대(SPINEFIX(HYDROXYAPATITE BONE CEMENT) 21G×1, GALAXY MIS SCREW SYSTEM(ROD) 전규격×2, GALAXY MIS SCREW SYSTEM(SCREW SET) 전규격×4, BLUE PECKER 전규격×4, 절삭기류×1)를 청구한 사례임.

○ 제출한 MRI상 degenerative foraminal stenosis는 확인되나 제1요추의 골절 및 제1,2요추의 불안정성은 확인되지 않아 요추1/2부위의 자46나(3) 척추고정술-후방고정(요추) 및 관련 재료대(SPINEFIX(HYDROXYAPATITE BONE CEMENT) 21G×1, GALAXY MIS SCREW SYSTEM(ROD) 전규격×2, GALAXY MIS SCREW SYSTEM(SCREW SET) 전규격×4, BLUE PECKER 전규격×4)를 인정하지 아니함.

## ■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 【별표1】 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장
- 척추경나사(Pedicle screw system)를 이용한 척추고정술의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)
- 대한척추신경외과학회. 척추학. 군자출판사. 2013.

[2016.9.23. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

16. 척추전방전위증-요추부 상병에 Cage와 Pedicle screw system 사용하여 시행한 자46나(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추 요양급여 인정여부

■ 청구내역 (여/66세)

- 청구 상병명: 척추전방전위증-요추부, 척추협착-요추부, 추간공의 결합조직 및 원반 협착-요추부위

- 주요 청구내역

N1493 자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추 (N1493)	1*1.5*1
N2470 자46나(3)주2 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추-Cage를이용한추체간유합술	1*0.5*1
F0101001 PEEK CAGE 전규격	1*4*1
F0018101 MANTIS SCREW SET 전규격	1*6*1
F0016301 MANTIS ROD 전규격	1*2*1
N0051006 척추 및 척수수술에 사용한 BURR,SAW 등 절삭기류	1*1*1
L1221 바2나(1) 기관내삽관에의한폐쇄순환식전신마취유지[1시간초과15분당]	1*24*1
L1211 바2가(1) 기관내삽관에의한폐쇄순환식전신마취관리기본[1시간기준]	1*1*1

■ 진료내역

○ 진료기록(금년 01.14.)

- C.C.: 허리 및 양 엉치 골반 통증, 양 다리 저림
- P.I.: 10년 전부터 허리통증 있고 서있으면 다리가 당김  
신경성 하지 파행으로 오래전부터 보행 장애 있고 양측 무릎 통증

○ 진단명: 척추전방전위증 요추3/4,4/5, 척추협착 요추3/4, 4/5

○ 수술명: PLIF(Posterior Lumbar Interbody fusion) L3-4, 4-5  
PSF(Pedicle Screw Fixation) L3/4, L4/5 (금년 01.21.)

■ 심의결과

○ 제출된 진료기록 및 영상자료 참조, 제3,4요추와 제4,5요추에 관혈적 추간판제거술과 척추고정술을 시행하였으나 제4,5요추에는 척추전방전위증 또는 중등도 이상의 광범위한 후방감압술이 필요한 정도의 협착증이 확인되지 않는바 척추고정술 관련 재료대 일부(PEEK CAGE X 2, MANTIS SCREW SET X 2)는 인정하지 아니함.

■ 심의내용

○ 동 건(여/66세)은 척추전방전위증-요추부, 척추협착-요추부, 추간공의 결합조직 및 원반 협착-요추부위 상병으로 PLIF(Posterior Lumbar Interbody fusion) L3/4, 4/5 and PSF(Pedicle Screw Fixation) L3/4, L4/5 시행하고 자49가(3) 관혈적 추간판제거술×1.5, 자46나(3)주 척추고정술-후방고정(요추)×0.5 및 관련재료대(PEEK CAGE 전규격×4, MANTIS SCREW SET 전규격×6, MANTIS ROD 전규격×2, 절삭기류×1)를 청구한 사례임.

○ 제출한 MRI 상 제4,5요추에는 척추전방전위증 또는 중등도 이상의 광범위한 후방감압술이 필요한 정도의 협착증이 확인되지 않는바 척추고정술 관련 재료대 일부(PEEK CAGE 전규격 X 2, MANTIS SCREW SET 전규격 X 2)는 인정하지 아니함.

## ■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 【별표 1】 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장
- 척추 유합술시 사용하는 고정기기의 인정기준(보건복지부 고시 제2015-139호, 2015.8.1.시행)
- 대한척추신경외과학회. 척추학. 군자출판사. 2013.

[2016.9.23. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]



17. 기타 명시된 척추병증-흉요추부, 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애 상병에 시행한 자49-1 척추후궁절제술-복잡 요양급여 인정여부

■ 청구내역 (남/62세)

- 청구 상병명: 기타 명시된 척추병증-흉요추부, 척추협착-흉요추부, 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애

- 주요 청구내역

N2498 자49-1나주 척추후궁절제술-복잡-흉추	1*1*1
N2499 자49-1다주 척추후궁절제술-복잡-요추	1*0.5*1
N0051006 척추 및 척수수술에 사용한 BURR, SAW 등 절삭기류	1*1*1
L1211 바2가(1) 기관내삽관에의한폐쇄순환식전신마취관리기본[1시간기준]	1*1*1
L1221 바2나(1) 기관내삽관에의한폐쇄순환식전신마취유지[1시간초과15분당]	1*3*1

■ 진료내역

○ 진료기록 (금년 02.15.)

- C.C.: 허리 통증이 있으면서 양쪽 무릎부터 발등과 발바닥까지 저리고 감각이 떨어져요(Rt=Lt). 발바닥에 모래알 뿌려 놓은 듯이 자글자글 거려요 양쪽 다리에 힘이 없어서 자꾸 넘어져요. Gait disturbance: (+) 휘청거리면서 걷는다.
- P.I.: 3-4년 전부터 상기 증상 발현되었고 타원에서 통증클리닉 주사치료 2회 정도 시행하고 경과 관찰하며 지내다 1년 전부터 다리에 힘이 없어지면서 한 번씩 통증 심할 때마다 한의원 침치료 시행하였음. 이후에도 점점 더 다리에 힘빠지는 증상 심해져 입원함.

○ 진단명 : T12-L1 OYL(Ossification of Yellow Ligament, 황색인대골화증) with myelopathy(척수병증)

○ 수술명 : T12 En-block laminectomy & L1 En-block laminectomy (금년 02.16.)

■ 심의결과

- 제출된 진료기록 및 영상자료 참조, 척수병증(myelopathy)이 동반된 황색인대 골화증은 확인되나 입원 전과 비교 시 척수마비 진행은 확인되지 않아 자49-1 척추후궁절제술-복잡(N2498, N2499)을 자49-1 척추후궁절제술(N1498, N1499)로 인정함.

■ 심의내용

- 행정해석 (보험급여과-2502, 2014.7.22.)에 의하면 진행성 척수마비 환자는 자49-1 척추후궁절제술(경·흉·요) 복잡기준에 해당하여 인정토록 하고 있음.
- 동 건(남/62세)은 척추협착- 흉요추부, 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애, 신경병성 척추병증 상병으로 T12 En-block laminectomy & L1 En-block laminectomy 시행하고 자49-1나 주 척추후궁절제술-복잡-흉추×1, 자49-1주 척추후궁절제술-복잡-요추×0.5를 청구한 사례임.
- 제출한 영상자료에서 척수병증(myelopathy)이 동반된 황색인대 골화증은 확인되나 진료기록부에서 입원전과 비교 시 척수마비의 진행은 확인되지 않아 자49-1 척추후궁절제술-복잡(N2498, N2499)은 자49-1 척추후궁절제술(N1498, N1499)로 인정함.

## ■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 【별표 1】 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장
- 자46가(3)/자46나(3)척추고정술(요추)·자49-1 척추후궁절제술(경·흉·요)(행정해석 보험급여과-2502, 2014.8.1. 시행)
- 대한척추신경외과학회. 척추학. 군자출판사. 2013.

[2016.9.23. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 18. 진료내역 및 영상자료 참조, 자47가 경피적척추성형술 인정여부

### ■ 청구내역 (여/74세)

- 청구 상병명: L3 부위의 골절, 폐쇄성 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
- 주요 청구내역: 자47가 경피적척추성형술[방사선료포함]-제1부위 1\*1\*1

### ■ 진료내역

- '16.6.28 허리통증. 넘어짐. 5개월 경과. 타병원에서 골절소견 들음  
2016.6.22 외부 MRI acute compression Fx. L3, disc collapse, L5/S1  
P : PVP, L3 and L-Racz
- '16.6.29 PVP

### ■ 심의결과

- 제출된 진료기록 및 영상자료 참조, 급성기 골절 소견은 확인되나 골절 진단 후 2주 이상의 적극적인 보존치료가 확인되지 않아 자47가 경피적척추성형술 및 관련 재료대는 인정하지 아니함.

### ■ 심의내용

- L3 부위의 골절, 폐쇄성 상병하에 경피적척추성형술 시행후 자47가 경피적척추성형술-제1부위 1\*1\*1, KYPHON HV-R BONE CEMENT 20G 1\*1\*1, OCN(OSTEO CEMENT NEEDLE) 1\*1\*1 청구한 건으로 제출된 진료기록 및 영상자료 참조, 급성기 골절 소견 확인되나 골절 진단 후 2주 이상의 적극적인 보존치료가 확인되지 않아 자47가 경피적척추성형술 및 관련 재료대는 인정하지 아니함.

### ■ 참고

- 경피적척추성형술(Vetebroplasty) 인정기준(보건복지부고시 제2015-139호, 2015.8.1. 시행)
- 석세일. 척추외과학. 최신의학사. 2004.
- 대한척추신경외과학회. 척추학. 군자출판사. 2008.

[2016.9.28. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

## 19. 진료내역 및 영상자료 참조, 적절한 보존적 치료 없이 시행된 자49가(3) 관혈적 추간판제거술 인정여부

### ■ 청구내역 (여/26세)

- 청구 상병명: 척추 협착, 척추의 여러부위, 기타 명시된 추간판전위, 상세불명의 하지의 단일신경병증, 상세불명의 마비증후군
- 주요 청구내역  
자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추 1\*1\*1

### ■ 진료내역

- '16.3.22. 허리통증 및 좌측 하지 방사통 지속. 하지 저림 심해 걷기 힘들다. 걸을 때 좌측 발이 끌린다.  
Lt ADF, BTDF GrII+, SLR(70/20)  
일상 생활이 힘들정도의 통증 및 좌측 발목 및 발가락 미비 증상 진행되는 양상으로 수술적 치료  
rec L4-5 Lt MLD 설명함.
- 3.23. OP : L4-5 Lt MLD
- 3.24. Lt ADF Gr IV -, BTDF Gr III  
JP removal, pain control
- 3.28. walking ambulation well
- 3.29. Lt ADF Gr IV +, BTDF Gr III+

### ■ 심의결과

- 제출된 진료기록 및 영상자료 참조, 좌측 족관절 및 족지 마비 등 grade II의 근력저하가 확인되며 증상과 일치하는 병변이 보여 조기에 시행된 자49가(3) 관혈적 추간판제거술(요추) 및 관련 재료대는 인정함.

### ■ 심의내용

- 척추 협착, 척추의 여러 부위 상병하에 Lt. MLD(Micro Laser Discectomy) L4-5 시행후 자49가(3)관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술 포함]-요추 1\*1\*1 청구된 경우로 제출된 진료기록 및 영상자료 참조, 좌측 족관절 및 족지 마비 등 grade II의 근력저하가 확인되며 증상과 일치하는 병변이 보여 조기에 시행된 자49가(3) 관혈적 추간판제거술(요추) 및 관련 재료대는 인정함.

### ■ 참고

- 석세일. 척추외과학. 최신의학사. 2004.
- 대한척추신경외과학회. 척추학. 군자출판사. 2008.

[2016.9.28. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]