

진료심사평가위원회 심의사례 공개(총 12항목)

- 2023. 7. 28. 공개

연번	제 목	페이지
1	Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 및 Ravulizumab(품명: 울토미리스주) 영양급여 대상여부	1
2	심실 보조장치 치료술(VAD) 영양급여 대상여부	13
3	암종별 항암요법 인정여부	19
4	암종별 항암요법 인정여부	22
5	면역관용요법(Immune Tolerance Induction) 영양급여 대상여부	24
6	Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 영양급여 대상여부	26
7	치매 등 상병에 치매검사와 너701 증상 및 행동 평가 척도검사 등 인정여부	30
8	크리스비타주 영양급여 대상 여부	38
9	외상 등의 사유로 시행한 입원 인정여부-이의신청	41
10	FIMS 기술을 시행한 입원 인정여부	43
11	관절조영 인정여부	46
12	조혈모세포이식 영양급여 및 선별급여 대상 여부	50

1. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 및 Ravulizumab(품명: 울토미리스주) 요양급여 대상여부

- 우리원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행 및 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행)에 따라 솔리리스주 및 울토미리스주 요양급여 대상여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- 「Eculizumab(품명: 솔리리스주) 사전승인에 관한 방법 및 절차」(건강보험심사평가원 공고 제2018-165호, 2018. 7. 1. 시행) 및 「Ravulizumab(품명: 울토미리스주) 사전승인 등에 관한 방법 및 절차」(건강보험심사평가원 공고 제2021-165호, 2021. 6. 7. 시행)에 의거하여
 1. 사전승인 신청기관은 사전승인 신청에 대한 심의결과를 통보 받은 날부터 60일 이내에 솔리리스주 또는 울토미리스주를 투여하여야 함. 다만, 60일을 경과하여 투여하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함(제4조제2항).
 2. 솔리리스주 또는 울토미리스주의 요양급여 승인을 받은 요양기관은 6개월마다 위 공고 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 작성하여 우리원에 제출하여야 함. 또한, 솔리리스주 비정형 용혈성 요독 증후군의 경우 위 공고 별지 제3호 서식에 따라 치료 시작 후 2개월에 초기 모니터링 보고서를 추가 제출하여야 함(제8조제1항). 모니터링 보고서를 부득이한 사유로 제출 할 수 없는 경우에는 1회(15일)에 한하여 자료제출 기간을 연장할 수 있음(제8조제2항).

□ 심의결과

(단위: 사례)

심의년월	약제명	상병명	전체	승인신청		이의신청		모니터링		보고
				승인	불승인	인정	기각	승인	불승인	
총계			42	2	5	0	1	31	2	1
2023. 6.	솔리리스주	비정형 용혈성 요독 증후군	12	0	5	0	1	4	2	0
		발작성 야간 혈색소뇨증	7	-	-	-	-	6	0	1
	울토미리스주	발작성 야간 혈색소뇨증	23	2	0	-	-	21	0	0

[Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 대상여부]

□ 비정형 용혈성 요독 증후군(aHUS: atypical Hemolytic Uremic Syndrome)

○ 승인신청(5사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2023. 6.	A	여/33	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 2006년 전신성 홍반성 루프스 진단받고 2017년부터 루프스 신염으로 혈액투석 받으신 분으로 2023년 5월 15일 신장이식 후 신기능 악화 소견으로 투석 및 혈장교환술 시행하며 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료 기록을 확인한 결과, 최근 LDH 정상 상한치의 1.5 배 미만으로 위 고시 제1호나목 1)투여대상에서 정한 활성형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않음. 또한, 위 고시 제1호나목 2)제외대상에서 정하고 있는 마)약물(면역억제제 투여), 자)기타(자가면역 질환)에 의한 이차성 혈전미세혈관병증을 배제할 수 없어 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인
	B	남/33	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 알포트 증후군으로 인한 만성신부전으로 2023년 6월 신장이식 시행 후 신장기능이 지속적으로 호전되지 않고 빈혈, 혈소판감소증 동반되어 시행한 검사 상 활성형 혈전미세혈관병증 소견으로 혈장교환술 시행하며 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, ADAMTS-13 활성 결과 확인 전 혈소판 수 $30 \times 10^9/L$ 미만으로 위 고시 제1호나목 1)투여대상에 적합하지 않음. 또한, 위 고시 제1호나목 2)제외대상에서 정하고 있는 마)약물(면역억제제 투여)에 의한 이차성 혈전미세혈관병증이 배제되지 않아 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인
	C	여/42	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”</p>	불승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
			<p>의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 만성신부전으로 2023년 4월 신장이식 시행 후 육안적 혈뇨 및 급성 신손상과 빈혈, 혈소판감소증 동반되어 시행한 검사 상 활성화형 혈전미세혈관병증 소견으로 혈장교환술 시행하며 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 위 고시 제1호나목 2)제외대상에서 정하고 있는 마)약물(면역억제제 투여), 자)기타(감염) 등으로 인한 이차성 혈전미세혈관병증이 배제되지 않아 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	
	D	여/23	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 특이 과거력 없는 환자로 구역감, 구토 및 소변량 감소 등을 주소로 내원 후 시행한 검사 상 활성화형 혈전미세혈관병증 및 신기능 저하 소견으로 투석 시행하며 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인 한 결과, 신장 조직검사 등을 참고하여 신장 기능 저하는 말기 신부전 양상으로 판단되며 활성화형 혈전미세혈관병증에 의한 신장 손상으로 판단하기 어려워 급여기준 투여대상에 해당되지 않으므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인
	E	여/54	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 내과적 과거력 없는 환자로 CRP상승, Acute colitis, infectious 소견으로 입원치료 중 AKI, 빈혈, 혈소판감소증 동반되어 시행한 검사상 활성화형 혈전미세혈관병증 소견으로 혈장교환술</p>	불승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
			<p>시행하였으나 증상 호전 없어 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 최근 신기능 호전 양상으로 위 고시 제1호나목 1)투여대상 나)에서 정한 신장손상에 적합하지 않음. 또한, 위 고시 제1호나목 2)제외대상에서 정하고 있는 자)기타(감염) 등으로 인한 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	

○ 이의신청(1사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2023. 6.	A	여/33	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 지난 분과위원회(2023년 6월 2일)에서 최근 LDH 정상 상한치의 1.5배 미만으로 급여기준 투여대상에서 정한 활성형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않고 자가면역질환 및 면역억제제 투여에 의한 이차성 혈전미세혈관병증을 배제할 수 없어 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인한 사례임.</p> <p>이후 추가 소견서등 자료 첨부하여 분과위원회 결정에 대하여 이의를 제기함.</p> <p>추가 제출된 소견서 및 자료를 재검토한 결과, LDH 정상 상한치의 1.5배 미만으로 위 고시 제1호나목 1)투여대상에서 정한 활성형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않음. 또한, 위 고시 제1호나목 2)제외대상에서 정하고 있는 마)약물(면역억제제 투여), 자)기타(자가면역질환)에 의한 이차성 혈전미세혈관병증 배제되지 않아 급여기준 제외대상에 해당됨. 따라서 기존 분과위원회의 불승인 결정이 타당하다고 판단되므로 이의신청을 기각함.</p>	기각

○ 모니터링 심의(6사례)

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수		심의결과	심의내용
2023. 6.	A	여/38	1	2개월	지속투여 승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된 이후 CFH 유전자 변이가 확인된 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, LDH 정상화 및 신장 기능 개선 확인되어 지속 투여를 승인하며, 추후(‘23년 10월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>
	B	여/60	2	6개월	지속투여 승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된 환자로 CFH 유전자 변이가 확인된 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, haptoglobin, LDH 정상화 및 신장 기능 개선 확인되어 지속 투여를 승인하며, 추후(‘23년 12월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>
	C	남/63	2	6개월	지속투여 불승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된</p>

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수		심의결과	심의내용
						이후 비정형 용혈성 요독 증후군과 관련된 유전자 변이가 확인되지 않은 요양급여 승인 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, haptoglobin, LDH 정상화 및 혈액투석이 필요하지 않을 정도의 신기능 유지 등 임상경과를 참고하여 위원회에서 투여중지가 필요하다고 판단되므로 지속투여를 불승인함.
	D	남/68	4	18개월	지속투여 승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된 이후 비정형 용혈성 요독 증후군과 관련된 유전자 변이가 확인되지 않은 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, LDH 정상화 및 신장 기능 유지 확인되어 지속 투여를 승인하며, 추후('23년 12월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>
	E	여/58	4	18개월	지속투여 승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된 이후 비정형 용혈성 요독 증후군과 관련된 유전자 변이가 확인되지 않은 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, haptoglobin, LDH 정상화 및 신장 기능 개선 확인되어 지속 투여를 승인하며, 추후('23년 12월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>
	F	여/8	7	36개월	지속투여	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수		심의결과	심의내용
					불승인	<p>세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 「Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)」 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>사례는 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된 이후 비정형 용혈성 요독 증후군과 관련된 유전자 변이가 확인되지 않은 환자임.</p> <p>Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, haptoglobin, LDH 정상화 및 신기능 개선 등 안정적인 임상 경과 유지되는 상태로, 급여기준 제1호나목 4)위원회에서 증상이 호전되어 투여를 중단한 대상자로 결정·통보함.</p> <p>따라서, 이후 재발 시 사전신청서(ADAMTS-13, STEC 결과 생략 가능) 제출 후 즉시 투여 가능하며, 심의 결과 통보 전까지 투여분을 요양 급여함을 안내함.</p>

□ 발작성 야간 혈색소뇨증(PNH: paroxysmal nocturnal hemoglobinuria)

○ 모니터링 심의(3사례)

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수		심의결과	심의내용
2023. 6.	A	여/51	8	48개월	지속투여 승인	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호가목3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 치료효과 평가 기준을 명시하고 있고, 이 사례는 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 유지 기준에 적합하여 지속투여를 승인함.
	B	여/43	14	84개월	지속투여 승인	
	C	남/42	18	108개월	지속투여 승인	

○ 투여중지 모니터링(3사례)

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수	심의결과	심의내용
2023. 6.	A	남/65	15차	급여 투여중지 모니터링 지속	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호가목3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 치료효과 평가 기준을 명시하고 있고, 위 고시 제1호가목3) 나) (2)는 의학적 정당한 이유없이 솔리리스주 투여를 6개월에 3회 이상 받지 않은 경우는 투여를 지속할 수 없다고 규정하고 있음.
	B	여/43	17차		

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수	심의결과	심의내용
	C	여/45	18차		이 사례들은 임상시험 전환 대상으로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 급여로 투여하는 것은 중단하나, 이와 유사한 효능의 약제사용이 지속되므로 추후 6개월마다 모니터링을 지속함. 단, 급여로 재투여하고자 할 때는 본 위원회의 심의를 거쳐 그 결정에 따라야 함.

○ 투여종료 보고(1사례)

심의년월	연번	성별/나이	최초투여일	종료보고일	심의내용
2023. 6.	A	여/58	2016-11-24	2023-06-09	이 사례는 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 승인 대상자로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 종료함.

[Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 대상여부]

□ 발작성 야간 혈색소뇨증(PNH: paroxysmal nocturnal hemoglobinuria)

○ 승인신청(2사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2023. 6.	A	남/70	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제 2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호는 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 PNH 과립구 클론 크기 98.79%, LDH 2614IU/L인 환자로서 동반질환 신부전으로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 신부전 병력(eGFR≤60mL/min/1.73m²) 확인되어 위 고시 제1호1)투여대상 가) (3)신부전에 적합하다고 판단되므로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 신청을 승인하며, 투여 후 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>	승인
	B	여/65	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제 2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호는 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 PNH 과립구 클론 크기 94.32%, LDH 1725IU/L인 환자로서 동반질환 혈전증으로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 치료적 항응고제 요법이 필요한 혈전, 색전증 기왕력 확인되어 위 고시 제1호1)투여대상 가) (1)혈전증에 적합하다고 판단되므로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 신청을 승인하며, 투여 후 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>	승인

○ 모니터링 심의(21사례)

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수		심의결과	심의내용
2023. 6.	A	남/61	1	6개월	지속투여 승인	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명:울토미리스주) 치료효과 평가기준을 명시하고 있음. Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 투여 유지 기준에 적합하여 지속투여를 승인함.
	B	여/35	1	6개월	지속투여 승인	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명:울토미리스주) 치료효과 평가기준을 명시하고 있음. 이 사례는 동반질환 폐부전 및 평활근 연속으로 요양급여 승인 후 2022년 5월부터 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 투여 중인 환자로서 투여유지기준 적합하여 지속투여를 승인함. 단, 추후 모니터링 시 PNH 클론크기 추적검사 결과 제출토록 함.
	C	여/57	2	12개월	지속투여 승인	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명:울토미리스주) 치료효과 평가기준을 명시하고 있음. 이 사례는 동반질환 폐부전 및 평활근 연속으로 요양급여 승인 후 2022년 5월부터 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 투여 중인 환자로서 투여유지기준 적합하여 지속투여를 승인함. 단, 추후 모니터링 시 PNH 클론크기 추적검사 결과 제출토록 함.
	D	여/71	3	18개월	지속투여 승인	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명:울토미리스주) 치료효과 평가기준을 명시하고 있음. Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 투여 유지 기준에 적합하여 지속투여를 승인함.
	E	남/49	3	18개월	지속투여 승인	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명:울토미리스주) 치료효과 평가기준을 명시하고 있음. Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 투여 유지 기준에 적합하여 지속투여를 승인함.
	F	여/28	3	18개월	지속투여 승인	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명:울토미리스주) 치료효과 평가기준을 명시하고 있음. Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 투여 유지 기준에 적합하여 지속투여를 승인함.
	G	남/57	3	18개월	지속투여 승인	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명:울토미리스주) 치료효과 평가기준을 명시하고 있음. Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 투여 유지 기준에 적합하여 지속투여를 승인함.
	H	남/61	3	18개월	지속투여 승인	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명:울토미리스주) 치료효과 평가기준을 명시하고 있음. Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 투여 유

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수		심의결과	심의내용
						지 기준에 적합하여 지속투여를 승인하며, 추후 모니터링 시 마약성 진통제 중단 등 평활근 연속 호전을 확인할 수 있는 소견서를 제출토록 함.
	I	남/47	3	18개월	지속투여 승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명:울토미리스주) 치료효과 평가기준을 명시하고 있음.</p> <p>Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 투여 유지 기준에 적합하여 지속투여를 승인함.</p>
	J	남/47	3	18개월	지속투여 승인	
	K	남/49	3	18개월	지속투여 승인	
	L	남/82	3	18개월	지속투여 승인	
	M	남/53	3	18개월	지속투여 승인	
	N	남/29	3	18개월	지속투여 승인	
	O	남/50	3	18개월	지속투여 승인	
	P	남/29	3	18개월	지속투여 승인	
	Q	남/56	4	24개월	지속투여 승인	
	R	여/59	4	24개월	지속투여 승인	
	S	남/83	4	24개월	지속투여 승인	
	T	여/45	4	24개월	지속투여 승인	
	U	남/68	4	24개월	지속투여 승인	

[2023. 5. 31.~ 6. 2. 슬리리스주 분과위원회(서면)]

[2023. 6. 27. 중앙심사조정위원회]

[2023. 6. 29. 슬리리스주 분과위원회(대면)]

[2023. 7. 11. 중앙심사조정위원회]

2. 심실 보조장치 치료술(VAD*) 요양급여 대상여부

- 우리원에서는 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2018. 9. 28.시행)에 따라 심실 보조장치 치료술 요양급여 여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2018. 9. 28.시행)에 의거하여
 1. 실시기관은 심실 보조장치 치료술 대상자 사전승인 신청에 대하여 대상자로 결정하는 결과통보(심의일자 기준) 후 3개월 이내에 심실 보조장치 치료술을 실시하여야 함. 다만, 3개월을 경과하여 실시하고자 하는 경우에는 재심의를 신청하여야 함.
 2. 심실 보조장치 치료술(VAD)의 승인을 받은 실시기관은 시술 후 환자상태, 합병증 발생유무, 시술 성공 여부 등에 대한 임상자료를 축적하여 아래 각 경우의 정해진 시점부터 30일 이내에 건강보험심사평가원장에게 제출하여야 함. 다만, 사망, 심장이식 실시 또는 환자 추적 곤란 등으로 더 이상의 임상자료 제출이 어려운 경우에는 사유서를 사유 발생일로부터 30일 이내에 제출하여야 함.
 - 이식형 좌심실 보조장치 치료술: 퇴원 시, 시술 후 6개월, 시술 후 1년 이내, 시술 1년 이후 매 1년마다
 - 체외형 심실 보조장치 치료술: 시술 후 3개월, 이후 퇴원 시까지 매 3개월마다

* VAD: Ventricular Assist Device

□ 심실 보조장치 치료술(VAD) 실시기관 및 요양급여 대상 여부 심의결과 총괄

(단위: 건)

총계	실시기관 승인신청				요양급여 승인신청							
	이식형		체외형		이식형				체외형			
	승인	불승인	승인	불승인	계	승인	불승인	자료보완	계	승인	불승인	자료보완
12	-	-	-	-	11	11	-	-	1	1	-	-

□ 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상 여부(총 12사례)

- 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2018.9.28.시행) 제6조 [별표2] 1. 적응증 ① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 가. 심장이식 대기자로 등록된 말기심부전 환자의 심장이식 가교 치료시, 나. 심장이식이 적합하지 않은 말기 심부전 환자(중략), ② 체외형 심실 보조장치 치료술 및 [별표2] 2. 금기증에 따라 부합 여부를 판단하여 인정하고 있음.
- 이식형 좌심실 보조장치 치료술(11사례)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
A	남/60세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 [별표2]에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로 과거병력에서 폐결핵 외에 기저질환 없었으나 2023년 4월부터 시작된 호흡곤란으로 인해 2023년 5월에 입원하여 급성심근경색증으로 관상동맥중재술(PCI) 시행 받고 심인성쇼크로 체외순환막형산

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			<p>화요법(ECMO) 적용중이며 현재 정맥내강심제에 의존적인 상태로 좌심실구혈률 19%, NYHA class IV, INTERMACS level 1 등의 비가역적인 말기 심부전소견 확인됨.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 영양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2018.9.28.시행) 제6조 [별표2] 1.적응증 ①의 가.에 해당된다고 판단되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 영양급여 대상으로 승인함.</p>
B	남/71세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 영양급여에 관한 기준」은 제6조 및 [별표2]에서 심실 보조장치 치료술의 영양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 급성심근염 환자로 2023년 5월 11일 저혈압을 동반한 심실빈맥 발생하여 심장율동전환(cardioversion) 후 체외순환막형산화요법(ECMO) 및 지속적인대체요법(CRRT) 적용함. 적극적인 약물치료 및 중재적 시술에도 불구하고 심부전으로 인한 2차적인 신장과 간장의 기능 부전이 있으며 좌심실구혈률 15~20%, NYHA class IV, INTERMACS level 3 등 비가역적인 말기 심부전소견 확인됨.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 영양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2018.9.28.시행) 제6조 [별표2] 1.적응증 ①의 가.에 해당된다고 판단되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 영양급여 대상으로 승인함.</p>
C	남/69세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 영양급여에 관한 기준」은 제6조 및 [별표2]에서 심실 보조장치 치료술의 영양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성심근병증 환자로 2023년 4월 급성심근경색 및 심인성쇼크 발생하여 관상동맥중재술(PCI) 시행 받고 체외순환막형산화요법(ECMO) 및 지속적인대체요법(CRRT) 적용하여 치료중임. 지속적인 치료에도 불구하고 현재 좌심실구혈률 약 15~20%, NYHA class IV, INTERMACS level 2 등 비가역적인 말기 심부전소견 확인됨.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 영양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2018.9.28.시행) 제6조 [별표2] 1.적응증 ①의 가.에 해당된다고 판단되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 영양급여 대상으로 승인함.</p>

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
D	남/61세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 [별표2]에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로 1990년대부터 2023년 3월까지 총 4차례 관상동맥중재술 시행 받았으나 2023년 3월 호흡곤란 동반한 심부전증상 악화되어 입원하여 치료중이며 현재 정맥내강심체에 의존적인 상태로 심장지수(Cardiac Index) 1.42 L/min/m², NYHA class IV, INTERMACS level 2 등 비가역적인 말기 심부전소견 확인됨.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2018.9.28.시행) 제6조 [별표2] 1.적응증 ①의 가.에 해당된다고 판단되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>
E	남/28세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 [별표2]에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 2014년 진단받고 지속적인 약물치료 하였으나 호흡곤란 동반한 심부전증상 악화되어 2023년 5월 입원하여 치료중이며 현재 정맥내강심체에 의존적인 상태로 좌심실구혈률 21%, 심장지수(Cardiac Index) 1.5 L/min/m², NYHA class III~IV, INTERMACS level 2~3 등 말기 심부전소견 확인됨.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2018.9.28.시행) 제6조 [별표2] 1.적응증 ①의 가.에 해당된다고 판단되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>
F	남/73세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 [별표2]에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식이 적합하지 않은 경우의 확장성 심근병증 환자로 2021년 진단받고 2022년 심장재동기화치료술(CRT) 시행 받고 약물치료를 지속하였으나 심부전증상 악화되어 입·퇴원 반복하였으며 현재 정맥내강심체에 의존적인 상태로 심장지수(Cardiac Index) 1.8 L/min/m², NYHA class IV, INTERMACS level 3 등 말기심부전 소견 확인됨.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2018.9.28.시행) 제6조 [별표2] 1.적응증 ①의 나.에 해당된다고 판단되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
G	남/60세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 [별표2]에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로 2017년에 진단받고 약물치료 하였지만 2023년 5월 NYHA class IV의 호흡곤란 동반한 심부전 증상 악화로 입원하여 인공호흡기 치료 중이며 심박출량 저하로 인한 급성신부전 발생하여 지속적인 대체요법(CRRT) 적용중임. 지속적인 치료에도 현재 정맥내강심제에 의존적인 상태이며 좌심실구혈률 16%, NYHA class IV, INTERMACS level 2 등 비가역적인 말기 심부전 소견 확인됨.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2018.9.28.시행) 제6조 [별표2] 1.적응증 ①의 가.에 해당된다고 판단되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>
H	남/42세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 [별표2]에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성심근병증 환자로 2003년 진단받고 2010년 전극도자절제술(RFCA) 및 인공심박동기(PPM) 삽입 받았으며 2017년 심장재동기화치료술(CRT) 시행 받고 약물치료 지속 하였으나 현재 정맥내강심제에 의존적인 상태로 심장지수(Cardiac Index) 0.92 L/min/m², NYHA class IV, INTERMACS level 4 등 말기 심부전 소견 확인됨.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2018.9.28.시행) 제6조 [별표2] 1.적응증 ①의 가.에 해당된다고 판단되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>
I	남/55세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 [별표2]에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성심근병증 환자로 2022년 3월에 진단받고 약물치료 하였으나 호흡곤란을 동반한 심부전증상 악화로 인해 입·퇴원 반복중이며 현재 정맥내강심제에 의존적인 상태로 좌심실구혈률 22%, NYHA class IV, INTERMACS level 2 등 말기 심부전소견 확인됨.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2018.9.28.시행) 제6조 [별표2] 1.적응증 ①의 가.에 해당된다고 판단되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
J	남/63세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 [별표2]에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 심장성쇼크 환자로 2023년 4월 대동맥판막협착으로 대동맥판막치환술(AVR) 시행받고 체외순환막형산화요법(ECMO) 적용하여 치료중인 상태로 현재 체외순환막형산화요법(ECMO) 기기의 이탈이 어려우며 정맥내강심제에 의존적이고 좌심실구혈률 26%, NYHA class IV, INTERMACS level 2 등 말기 심부전 소견 확인됨.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2018.9.28.시행) 제6조 [별표2] 1.적응증 ①의 가.에 해당된다고 판단되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>
K	남/62세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 [별표2]에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성심근병증 환자로 2023년 1월 관상동맥중재술(PCI) 시행 받고 약물치료 하였지만 심부전증상 악화되어 입·퇴원 반복중이며 정맥내강심제에 의존적인 상태로 좌심실구혈률 25%, NYHA class III~IV, INTERMACS level 3 등 말기 심부전 소견 확인됨.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2018.9.28.시행) 제6조 [별표2] 1.적응증 ①의 가.에 해당된다고 판단되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>

○ 체외형 좌심실 보조장치 치료술(1사례)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
A	남/8세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 [별표2]에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성심근병증 환자로 생후 7일에 동맥관개존증 수술 받고 심부전 약물치료 지속하였으며 2023년 5월 심장성 쇼크 발생하여 체외순환막형산화요법(ECMO) 적용하여 치료중임. 지속적인 치료에도 심기능에 호전이 없고 정맥내강심제에 의존적인 상태로 좌심실구혈률 28%, NYHA class IV, INTERMACS level 1 등 중증 심부전 소견 확인됨.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 보건복지</p>

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			지부 고시(제2018-210호, 2018.9.28.시행) 제6조 [별표2] 1.적응 증 ②의 가.에 해당된다고 판단되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.

[2023. 6. 1. 심실 보조장치 치료술 분과위원회(서면)]

[2023. 6. 2. ~ 6. 8. 심실 보조장치 치료술 분과위원회(서면)]

[2023. 6. 27. 중앙심사조정위원회]

[2023. 6. 14. ~ 6. 15. 심실 보조장치 치료술 분과위원회(서면)]

[2023. 6. 19. ~ 6. 22. 심실 보조장치 치료술 확대 분과위원회(서면)]

[2023. 7. 11. 중앙심사조정위원회]

3. 암종별 항암요법 인정여부(5사례)

■ 청구내역

○ A사례(여/60세)

- 청구 상병명:

주) C569 난소의 악성 신생물, 상세불명 쪽

- 주요 청구내역:

696300550 제졸라캡슐100밀리그램(니라파립토실산염일수화물)_(0.1594g/1캡슐)/A 2*1*7

○ B사례(여/53세)

- 청구 상병명:

주) C5091 상세불명의 유방의 악성 신생물, 왼쪽

- 주요 청구내역:

052300061 엑스지바주(데노수맙)_(0.12g/1.7mL)/B 1*1*1

○ C사례(남/65세)

- 청구 상병명:

주) C220 간세포암종의 악성 신생물

- 주요 청구내역:

645000671 아바스틴주(베바시주맙)_(0.4g/16mL)/B 3*1*1

645001441 티쎌트릭주(아테졸리주맙)_(1.2g/20mL)/B 1*1*1

○ D사례(여/80세)

- 청구 상병명:

주) C220 간세포암종의 악성 신생물

- 주요 청구내역:

645000671 421 아바스틴주(베바시주맙)_(0.4g/16mL)/B 2.5*1*1

645001441 421 티쎌트릭주(아테졸리주맙)_(1.2g/20mL)/B 1*1*1

○ E사례(남/72세)

- 청구 상병명:

주) C220 간세포암종의 악성 신생물

- 주요 청구내역:

051500081 온베브지주(베바시주맙)_(0.1g/4mL)/B 2*1*1

051500082 온베브지주(베바시주맙)_(0.4g/16mL)/B 2*1*1

645001441 티쎌트릭주(아테졸리주맙)_(1.2g/20mL)/B 1*1*1

■ 심의내용 및 결과

○ A사례(여/60세)는 난소암 환자로, 2020년 6월 유전자 검사 당시에 BRCA gene의 이형접합자(heterozygote)가 불확실한 의미의 변이(variation of unknown significance, 이하 'VUS')였으나 2022년 3월부터 niraparib(품명: 제졸라캡슐)을 투여한 사례임.

- 논의 결과, 병인성 유전자 변이(likely pathogenic variant)는 niraparib 공고에 부합하나 요양기관에서 병인

성 유전자 변이를 확인할 수 있는 업데이트된 검사결과를 제출하지 않아 이 사례의 요양급여를 불인정함.

○ B사례(여/53세)는 유방암 환자로, zoledronic acid(품명: 조메타레디주) 투여 이후 denosumab(품명: 엑스지바주)로 변경 투여하였으나, 약제 변경 사유가 확인되지 않은 사례임.

- 이 사례는 2017년 4월부터 2018년 12월까지 zoledronic acid 투여하였으나, 2019년 1월부터 내원하지 않았으며, 2021년 6월 재내원하여 시행한 영상검사서에서 골전이 악화가 확인되어 denosumab을 투여함.

- denosumab 투여 시점('21.6.)의 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 공고에 따르면, zoledronic acid와 denosumab은 유방암에 대해 허가사항 범위 내에서 필요·적절하게 투여 시 요양급여를 인정함.

- 논의 결과, 2018년 12월 zoledronic acid 투여 당시 denosumab은 급여로 공고되어 있지 않았으며, 모두 식약처 허가사항 범위 내이고, zoledronic acid 투여 후 상당기간(2.5년)이 경과한 점을 고려하여 이 사례의 요양급여를 인정함.

○ C사례(남/65세)는 간암 환자로, 경동맥화학색전술(transarterial chemoembolization, 이하 'TACE') 반복 시행 후 'atezolizumab(품명: 티쎌트릭주)+bevacizumab(품명: 아바스틴주)' 병용요법을 투여한 사례임.

- 이 사례는 2016년 11월 고주파열치료 및 2018년 11월 TACE 후 2019년 6월에 간 부분절제술 및 담낭 절제술을 시행하였으나 재발하여 2021년 6월에 간 구역 절제술을 시행함. 이후 TACE 2회(①'21.11., ②'22.8.) 후 시행한 영상검사(Liver MRI)에서 다발성 병변 소견을 보여 'atezolizumab + bevacizumab' 병용요법을 투여함.

- 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 공고에 따르면, 'atezolizumab+bevacizumab' 병용요법은 고식적요법 1차 약제로 투여대상은 수술 또는 국소치료가 불가능한 진행성 간세포암 환자로 정하고 있음.

- 논의 결과, TACE 반복 시행 및 간절제술에도 불구하고 간내 다발성 병변이 존재하여 더 이상 국소치료에 효과를 기대하기 어려우므로 전신치료로 전환하는 것이 의학적으로 타당함,

- 이에, 'atezolizumab+bevacizumab' 병용요법의 투여 대상인 '국소치료 불가능'에 부합하므로 이 사례의 요양급여를 인정함.

○ D사례(여/80세)는 간암 환자로, 경동맥화학색전술(transarterial chemoembolization, 이하 'TACE') 4차 시행 후 'atezolizumab(품명: 티쎌트릭주)+bevacizumab(품명: 아바스틴주)' 투여한 사례임.

- 이 사례는 2022년 1월부터 5월까지 TACE 4차례 시행하였으며, 이후 2022년 6월 시행한 영상검사서에서 'Slightly increased viable HCC in S7 dome' 소견 보여 'atezolizumab+bevacizumab' 병용요법을 투여함.

- 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 공고에 따르면, 'atezolizumab+bevacizumab' 병용요법은 고식적요법의 1차 약제로 투여대상은 수술 또는 국소치료가 불가능한 진행성 간세포암 환자로 정하고 있음.

- 논의 결과, 영상검사서에서 단일 병변으로 확인되어 전신치료보다 다른 국소치료를 시도해 볼 수 있음.

- 이에, 'atezolizumab+bevacizumab' 병용요법의 투여 대상인 '국소치료 불가능'에 해당하지 않으므로 이 사례의 요양급여를 불인정함.

- E사례(남/72세)는 간암 환자로, 경동맥화학색전술(transarterial chemoembolization, 이하 ‘TACE’) 반복 시행 후 ‘atezolizumab(품명: 티쎌트릭주)+bevacizumab(품명: 온베브지주)’ 투여한 사례임
- 이 사례는 2017년부터 2022년까지 TACE를 총 7회(마지막 TACE: ’ 22.5.3.) 시행하였으며, CT검사(’ 22.5.31.) 및 진료기록(재진기록)에서 다발 부위의 ‘infiltrative hepatocellular carcinoma’, ‘Bile duct invasion should be considered’ 소견을 보여 ‘atezolizumab+bevacizumab’ 병용요법을 투여함.
- 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 공고에 따르면, ‘atezolizumab+bevacizumab’ 병용요법은 고식적요법의 1차 약제로 투여대상은 수술 또는 국소치료가 불가능한 진행성 간세포암 환자로 정하고 있음.
- 논의 결과, 다발 부위의 종양이 침윤성이고 담관 침범이 의심된다면 국소치료에 효과를 기대하기 어려우며 전신 치료가 필요함.
- 이에, ‘atezolizumab+bevacizumab’ 병용요법의 투여 대상인 ‘국소치료 불가능’ 에 부합하므로 이 사례의 요양 급여를 인정함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」
- 식품의약품안전처 허가사항

[2023. 6. 9. 제5차 혈액종양내과 II 분과위원회]

[2023. 6. 27. 중앙심사조정위원회]

4. 암종별 항암요법 인정여부(3사례)

■ 청구내역

○ A사례(남/75세)

- 청구 상병명:

주) Z511 신생물에 대한 화학요법기간을 위하여 보건서비스와 접하고 있는 사람
부) C3411 상엽, 기관지 또는 폐의 악성 신생물, 왼쪽

- 주요 청구내역:

655501901 키트루다주(펴브롤리주맙,유전자재조합)_ (0.1g/4mL)/B	2*1*1
670800141 알림타주500밀리그램(페메트렉시드이나트륨칠수화물)_ (0.69895g/1병)/B	2*1*1

○ B사례(남/55세)

- 청구 상병명:

주) C719 상세불명의 뇌의 악성 신생물

- 주요 청구내역:

655500980 테모달캡슐100밀리그램(테모졸로미드)_ (0.1g/1캡슐)/A	1*1*21
655501010 테모달캡슐20밀리그램(테모졸로미드)_ (20mg/1캡슐)/A	2*1*21

○ C사례(여/42세)

- 청구 상병명:

주) C5091 상세불명의 유방의 악성 신생물, 왼쪽
부) C795 골 및 골수의 이차성 악성 신생물
부) C787 간 및 간내 담관의 이차성 악성 신생물

- 주요 청구내역:

052300061 엑스지바주(데노수맙)_ (0.12g/1.7mL)/B	1*1*1
--	-------

■ 심의내용 및 결과

○ A사례(남/75세)는 비소세포폐암 환자로, ‘pembrolizumab(품명: 키트루다주)+pemetrexed(품명: 알림타주)’를 투여 하였으나, 질병진행(progressive disease, PD) 소견에도 약제 변경 없이 지속 투여함.

- 이 사례는 ‘pembrolizumab+pemetrexed+platinum(품명: 네오플라틴주)’ 4차 투여('22.1.18.~3.24.) 후 ‘pembrolizumab+pemetrexed’를 투여('22.4.14.~9.13.)하고 시행한 영상 검사에서 질병진행(progressive disease, PD) 소견 보였으나, pseudoprogression으로 보고 ‘pembrolizumab+pemetrexed’를 8차('22.10.4.) 투여함.

- 논의결과, 항암화학요법과 면역항암제를 7차까지 병용 투여하였고 영상검사에서 골 전이와 폐 병변 크기의 증가는 pseudoprogression으로 보기 어려운 바, 항암요법 변경이 타당하므로 약제를 변경하지 않고 지속 투여한 이 사례의 요양급여를 불인정함.

○ B사례(남/55세)는 중추신경계암 환자로, 조직학적 진단 없이 CCRT with temozolomide(품명: 테모달캡슐) 투여 함.

- 이 사례는 병변이 뇌간(brain stem)에 위치하여 위험하다는 사유로 조직학적 진단 없이 4회 방사선치료 ('21.10.22.~10.27.) 후 영상검사에서 ‘Increased extent of high grade glioma’ 소견으로 CCRT with

temozolomide('22.10.29.) 투여함.

- 논의결과, 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 공고의 일반원칙에 따르면 항암 치료는 '암을 확진하게 된 조직학적 검사(원발부위에 대한 평가)' 등에 근거하여 결정함.
 - 중추신경계암에 대한 NCCN 가이드라인에서도 병리(pathology)를 확인 후 방사선 치료 및 항암제를 투여하도록 권고하고 있음.
 - 이에 조직학적 진단 없이 투여한 temozolomide의 요양급여를 불인정함.
- C사례(여/42세)는 유방암 환자로, zoledronic acid(품명: 조메타레디주) 투여('18.4.2.~'20.3.23.) 후 denosumab(품명: 엑스지바주)으로 변경 투여('21.6.9.)하였으나, 약제 변경 사유가 확인되지 않음.
- Denosumab 투여 시점('21.6.)의 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 공고에 따르면, zoledronic acid와 denosumab은 유방암에 대해 허가사항 범위 내에서 필요·적절하게 투여 시 요양급여를 인정함.
 - 논의 결과, 두 약제 모두 식약처 허가사항 범위 내이고, zoledronic acid 투여 후 상당기간(1.3년)이 경과한 점을 고려하여 denosumab의 요양급여를 인정함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」
- 식품의약품안전처 허가사항
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Central Nervous System Cancer Version 1. 2023. (B사례 관련)

[2023. 6. 30. 제6차 혈액종양내과 II 분과위원회]

[2023. 7. 11. 제13차 중앙심사조정위원회]

5. 면역관용요법(Immune Tolerance Induction) 요양급여 대상여부

- 우리원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2013-127호, 2013. 9. 1.시행 / 제2018-97호, 2018. 6. 1.시행 / 제2018-280호, 2019. 1. 1.시행 / 제2020-107호, 2020. 6. 1.시행/ 제2022-131호, 2022. 5. 31.시행)에 의거, 요양급여 여부를 결정하는 사전심의제도를 운영하고 있음.
- 「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준」 건강보험심사평가원 공고(제2022-150호, 2022. 7. 4.시행)에 의거,
 1. 요양급여대상여부의 심의의뢰는 실시기관이 면역관용요법을 하고자 하는 경우에는 별지 제1호 또는 제3호 서식에 따른 면역관용요법 요양급여 신청서를 원장에게 제출하여 심의의뢰 하여야 하며,
 2. 심의의뢰에 대하여 원장으로부터 요양급여대상으로 인정통보 받은 날부터 60일 이내에 면역관용요법을 실시하여야 하며, (다만 60일을 경과하여 실시하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함.)
 3. 실시기관이 면역관용요법을 시행하는 경우에는 3개월마다 별지 제2호 또는 제4호 서식에 따른 보고서를 작성하여 원장에게 제출하여 함.

□ 면역관용요법 요양급여 대상여부-정기 보고서 제출 건(5사례)

(단위: 건)

개최년도	개최분기	계	승인	불승인	종료
2023	2분기	5	5	-	-

○ 세부내역

- 「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험 심사평가원 공고 제2022-150호, 2022. 7. 4. 시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기 보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 면역관용요법 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양 급여의 종료 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음.

개최년도	개최분기	성별/나이	진단명	심의결과	심의내용
2023년	2분기	A사례 (남/6세)	혈우병A	승인	이 건은 면역관용요법 35개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 건으로, 그린모노주로 50 IU/kg/dose를 주 3회 투여 중임. 최근 항체가 음성으로 유지되고 있으며, 회복률 1.18%/ \bar{u} /kg('23. 4. 24.)임. 3개월 출혈력 없음. 이에 면역관용요법 계속 시행을 인정함.
		B사례 (남/3세)	혈우병A	승인	이 건은 면역관용요법 22개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 건으로, 애드베이트주를 감량(85 → 60 IU/kg/dose, '23. 5. 10.)하여 주 3회 투여 중임. 최근 항체가 음성으로 유지되고 있으며, 회복률 1.0 %/ \bar{u} /kg('23. 5. 10.)임. 3개월간 출혈력 없음. 이에 면역관용요법 계속 시행을 인정함.

개최년도	개최분기	성별/나이	진단명	심의결과	심의내용
		C사례 (남/5세)	혈우병A	승인	이 건은 면역관용요법 21개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로, 애드베이트주 65 IU/kg를 주 3회 투여 중임. 최근 항체가 음성으로 유지되고 있으며, 회복률 1.2%/ \bar{u} /kg('23. 4. 4.)임. 3개월간 출혈력 없음. 이에 면역관용요법 계속 시행을 인정함.
		D사례 (남/29세)	혈우병A	승인	이 건은 면역관용요법 19개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로, 애드베이트주 95 IU/kg/dose를 하루 2회 투여 중임(1일 1회 → 1일 2회, '23. 1. 17.). 최근 항체가 24.34 BU/ml('23. 5. 9.)임. 3개월간 1회의 출혈력 있었으며, 출혈 시 웨이바주 투여함. '23. 5월 상기도 감염으로 인해 경구약 복용하였으며, 비특이적 항체가 상승 가능성 있음. 이에 면역관용요법 계속 시행을 인정함.
		E사례 (남/11세)	혈우병B	승인	이 건은 면역관용요법 5개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로, 알프로릭스주 70 IU/kg/dose를 4일마다 투여 중임('22.11.29. q 24hrs → '23. 2. 16. q 48hrs → '23. 3. 29. q 3 days → '23. 5. 10. q 4 days). 최근 항체가 음성으로 유지되고 있음. 3개월 간 출혈력 없음. 이에 면역관용요법 계속 시행을 인정함.

[2023. 6. 12.~ 6. 15. 면역관용요법 분과위원회]

[2023. 6. 27. 중앙심사조정위원회]

6. Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 영양급여 대상 여부

- 우리원에서는 「**요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)**」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 따라 스피라자주 영양급여 여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- 「**Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 사전승인 등에 관한 세부사항**」 건강보험심사평가원 공고(제2019-107호, 2019. 4. 8. 시행)에 의거하여
 1. 스피라자주의 영양급여를 신청하고자 하는 경우에는 별지 제1호 서식에 따른 스피라자주 영양급여 신청서를 제출하여야 함(제3조제1항).
 2. 스피라자주 영양급여를 승인받은 경우 4개월마다 유지용량 투여 전 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 제출하여야 함(제7조제1항).
 3. 사전승인 신청기관은 영양급여대상으로 승인받은 경우 심의결과를 통보 받은 날부터 60일 이내에 스피라자주를 투여하여야 하고, 60일을 경과하여 투여하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함(제3조제3항).

□ 스피라자주 영양급여 대상여부(35사례)

(단위: 건)

전체		신청				모니터링					이의신청			
		소계	승인	불승인	자료보완	소계	승인	불승인	자료보완	종료	소계	인정	기각	자료보완
스피라자주	35	3	3	0	0	31	30	0	1	0	1	0	1	0

1. 스피라자주 영양급여 대상여부(34사례)

가. 스피라자주 투여 영양급여 신청(3사례)

심의년월	사례	성별	나이	SMA type	심의 결과	심의내용
2023. 6.	A	여	14년 1개월	2	승인	<p>이 건은 임상연구 종료에 따라 지속투여에 대한 요양급여 적용을 신청한 사례로 직전 운동기능평가점수 대비 4점 감소됨. 스피라자주 요양급여는 승인하되, 요양급여 신청 이전의 스피라자주 투약 당시의 운동기능평가 점수를 연계하여 운동기능평가점수의 유지 또는 개선 여부를 2회 연속 입증하지 못하는 경우 중단기준에 따라 중단을 고려할 수 있음.</p> <p>이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스피라자주 요양급여 대상으로 승인함.</p>
	B	여	8년 7개월	1	승인	<p>이 건은 임상연구 종료에 따라 지속투여에 대한 요양급여 적용을 신청한 사례로 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스피라자주 요양급여 대상으로 승인함.</p>
	C	남	8년 9개월	2	승인	<p>이 건은 임상연구 종료에 따라 지속투여에 대한 요양급여 적용을 신청한 사례로 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스피라자주 요양급여 대상으로 승인함.</p> <p>다만, 다음 모니터링 시 운동기능 저하(2020년 7월, HFMSE 19점 → 2022년 6월 이후 8점)에 대한 소견서를 제출토록 함.</p>

나. 스피라자주 투여 모니터링 보고-투여 유지여부(31사례)

심의년월	사례	성별	나이	SMA type	최초투여일	예정 차수	심의 결과	심의내용
2023. 6.	D	여	5년 6개월	1	'18.08.30.	18	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제 2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스피라자주 요양급여 대상으로 승인함.
	E	남	6년 8개월	1	'18.09.13.	18	승인	
	F	여	3년 0개월	2	'21.12.29.	8	승인	
	G	여	6년 1개월	2	'19.05.15.	16	승인	
	H	남	12년 1개월	2	'19.07.13.	15	승인	
	I	남	13년 3개월	2	'19.05.28.	16	승인	
	J	남	14년 0개월	2	'19.06.28.	15	승인	
	K	남	17년 9개월	2	'20.01.16.	14	승인	
	L	남	18세	2	'20.05.06.	13	승인	
	M	여	19세	2	'20.12.02.	11	승인	
	N	남	20세	2	'20.04.22.	13	승인	
	O	여	20세	2	'19.07.23.	15	승인	
	P	여	21세	2	'20.01.08.	14	승인	
	Q	남	23세	2	'20.05.21.	13	승인	
	R	여	23세	2	'22.01.07.	8	승인	
	S	여	23세	2	'19.09.10.	14	승인	
	T	남	26세	2	'19.09.02.	15	승인	
	U	여	28세	2	'20.03.03.	12	승인	
	V	여	29세	2	'20.01.09.	14	승인	
	W	남	31세	2	'20.12.02.	11	승인	
	X	남	32세	2	'19.07.22.	14	승인	
	Y	여	41세	2	'21.06.29	9	승인	
	Z	남	6년 2개월	3	'22.08.19.	6	승인	
	Z1	남	24세	3	'20.04.21.	13	승인	
	Z2	여	26세	3	'19.08.05.	15	승인	
Z3	여	26세	3	'19.07.02.	15	승인		
Z4	여	28세	3	'20.01.09.	14	승인		
Z5	여	31세	3	'20.12.02.	11	승인		

심의년월	사례	성별	나이	SMA type	최초투여일	예정 차수	심의 결과	심의내용
	Z6	여	41세	3	'19.07.08.	15	승인	
	Z7	여	10년 0개월	2	'18.05.21.	19	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제 2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스피라자주 요양급여 대상으로 승인함. 다만, 다음 모니터링 시 운동기능평가를 시행하는 동영상 촬영하여 제출하도록 하고, 획득된 운동기능점수를 정확하게 확인할 수 있도록 검사 및 촬영을 요함.
	Z8	여	22세	2	'20.04.08.	12	자료 보완	이 건은 제출한 동영상 자료에서, 획득됐다고 제출한 운동기능이 확인되지 않아 운동기능을 확인할 수 있는 동영상 자료 (팔을 들어올린 상태에서 시행한 Plinth/chair sitting과 Long sitting이 확인 가능하도록 충분한 시간으로 촬영)를 추가 제출하도록 함.

2. 스피라자주 투여 모니터링 보고-이의신청(1사례)

심의년월	사례	성별	나이	SMA type	최초투여일	예정 차수	심의 결과	심의내용
2023. 6.	Z9	여	26세	2	'19.09.27.	13	기각	이 건은 이전까지 제출된 자료로는 스피라자주 투여에 따른 운동기능의 유지 또는 개선이라고 판단할 수 없어 불승인된 건임. 이의신청 시 제출한 동영상 자료 등을 평가한 결과 획득됐다고 제출된 운동기능이 확인되지 않는 등 스피라자주 투여로 인한 운동기능의 유지 또는 개선으로 볼 수 없다는 다수 전문가의 의견에 따라, 기존 분과위원회의 불승인 결정이 타당하다고 판단되므로 이의신청을 기각함.

[2023. 6. 14. 스피라자주 분과위원회]

[2023. 6. 27. 중앙심사조정위원회]

7. 치매 등 상병에 치매검사와 너701 증상 및 행동 평가 척도검사 등 인정여부

■ 청구내역

○ 사례1(남/64세)

- 청구 상병명: 혼합형 불안 및 우울장애
- 주요 청구내역:

나621나 F6216 인성검사-간이정신진단검사

나622나 F6222 치매척도검사[CDR]

너683다 FY685 치매관련 척도 및 선별검사-치매일상생활력척도

너683라 FY686 치매관련 척도 및 선별검사-치매정신증상척도

너701다 FY753030 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [해밀턴 불안 검사 HAM-A]

너701다 FY753010 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [레보비츠 사회 불안 척도 LSAS]

너701다 FY753040 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [해밀턴 우울 검사 HAM-D]

너701다 FY753220 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [우울증 증상 평가 척도 IDS]

너701다 FY753240 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [코벨치매우울척도 CSDD]

너701다 FY753140 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [Young 조증 평가 척도 YMRS]

너701다 FY753190 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [양극성 우울 평정 척도 BDRS]

너701마 FY755010 증상 및 행동 평가 척도 - Level V [사고장애평가 PANSS]

너701다 FY753150 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [건강 성과 척도 HoNOS]

나614가(2) FA141010 각성뇌파검사-18채널이상

나614나(2)주 FA144010 수면뇌파검사-18채널이상(각성뇌파검사와동시에실시한경우)

○ 사례2(남/59세)

- 청구 상병명: 혼합형 불안 및 우울장애
- 주요 청구내역:

너701다 FY753020 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [공황장애 평가 척도 PDSS]

너701다 FY753010 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [레보비츠 사회 불안 척도 LSAS]

너701다 FY753220 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [우울증 증상 평가 척도 IDS]

너701다 FY753170 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [상태-특성 분노 표현 척도검사 STAXI]

너701다 FY753190 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [양극성 우울 평정 척도 BDRS]

너701다 FY753150 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [건강 성과 척도 HoNOS]

○ 사례3(여/32세)

- 청구 상병명: 기타 비기질성 정신병장애
- 주요 청구내역:

너701다 FY753010 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [레보비츠 사회 불안 척도 LSAS]

너701다 FY753220 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [우울증 증상 평가 척도 IDS]

너701다 FY753140 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [Young 조증 평가 척도 YMRS]

너701다 FY753190 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [양극성 우울 평정 척도 BDRS]

너701나 FY752350 증상 및 행동 평가 척도 - Level II [피츠버그 수면의 질 척도 PSQI]

너701마 FY755010 증상 및 행동 평가 척도 - Level V [사고장애평가 PANSS]

너701다 FY753150 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [건강 성과 척도 HoNOS]

아3가 NN031 가족치료(개인치료)

○ 사례4(남/26세)

- 청구 상병명: 상세불명의 조현병
- 주요 청구내역:

너701다 FY753030 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [해밀톤 불안 검사 HAM-A]
너701다 FY753020 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [공황장애 평가 척도 PDSS]
너701다 FY753010 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [레보비츠 사회 불안 척도 LSAS]
너701다 FY753220 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [우울증 증상 평가 척도 IDS]
너701다 FY753040 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [해밀톤 우울 검사 HAM-D]
너701다 FY753170 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [상태-특성 분노 표현 척도검사 STAXI]
너701다 FY753190 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [양극성 우울 평정 척도 BDRS]
너701다 FY753140 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [Young 조증 평가 척도 YMRS]
너701마 FY755010 증상 및 행동 평가 척도 - Level V [사고장애평가 PANSS]
너701다 FY753150 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [건강 성과 척도 HoNOS]

○ 사례5(여/19세)

- 청구 상병명: 상세불명의 비기질성 정신병
- 주요 청구내역:

너701다 FY753020 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [공황장애 평가 척도 PDSS]
너701다 FY753010 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [레보비츠 사회 불안 척도 LSAS]
너701다 FY753170 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [상태-특성 분노 표현 척도검사 STAXI]
너701마 FY755010 증상 및 행동 평가 척도 - Level V [사고장애평가 PANSS]
나614가(2) FA141010 각성뇌파검사-18채널이상
나614나(2)주 FA144010 수면뇌파검사-18채널이상(각성뇌파검사와동시에실시한경우)

○ 사례6(여/60세)

- 청구 상병명: 혼합형 불안 및 우울장애
- 주요 청구내역:

나621나 F6216 인성검사-간이정신진단검사
나622나 F6222 치매척도검사[CDR]
너683다 FY685 치매관련 척도 및 선별검사-치매일상생활력척도
너683라 FY686 치매관련 척도 및 선별검사-치매정신증상척도
너701다 FY753030 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [해밀톤 불안 검사 HAM-A]
너701다 FY753020 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [공황장애 평가 척도 PDSS]
너701다 FY753010 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [레보비츠 사회 불안 척도 LSAS]
너701다 FY753220 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [우울증 증상 평가 척도 IDS]
너701다 FY753240 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [코넬치매우울척도 CSDD]
너701다 FY753140 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [Young 조증 평가 척도 YMRS]
너701다 FY753190 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [양극성 우울 평정 척도 BDRS]
너701다 FY753170 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [상태-특성 분노 표현 척도검사 STAXI]
너701마 FY755010 증상 및 행동 평가 척도 - Level V [사고장애평가 PANSS]
너701다 FY753150 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [건강 성과 척도 HoNOS]
너701다 FY753130 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [이상 불수의 운동 척도 AIMS]
나614가(2) FA141010 각성뇌파검사-18채널이상
나614나(2)주 FA144010 수면뇌파검사-18채널이상(각성뇌파검사와동시에실시한 경우)

○ 사례7(남/73세)

- 청구 상병명: 만기발병 알츠하이머병에서의 치매

- 주요 청구내역:

나621나 F6216 인성검사-간이정신진단검사

나622나 F6222 치매척도검사[CDR]

너683다 FY685 치매관련 척도 및 선별검사-치매일상생활력척도

너683라 FY686 치매관련 척도 및 선별검사-치매정신증상척도

너701나 FY752080 증상 및 행동 평가 척도 - Level II [백 불안 척도 BAI]

너701다 FY753030 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [해밀톤 불안 검사 HAM-A]

너701다 FY753010 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [레보비츠 사회 불안 척도 LSAS]

너701다 FY753020 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [공황장애 평가 척도 PDSS]

너701나 FY752060 증상 및 행동 평가 척도 - Level II [백 우울 평가 BDI]

너701다 FY753040 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [해밀톤 우울 검사 HAM-D]

너701다 FY753220 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [우울증 증상 평가 척도 IDS]

너701다 FY753240 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [코널치매우울척도 CSDD]

너701다 FY753140 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [Young 조증 평가 척도 YMRS]

너701다 FY753190 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [양극성 우울 평정 척도 BDRS]

너701마 FY755010 증상 및 행동 평가 척도 - Level V [사고장애평가 PANSS]

너701다 FY753150 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [건강 성과 척도 HoNOS]

너701다 FY753170 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [상태-특성 분노 표현 척도검사 STAXI]

아3가 NN031 가족치료(개인치료)

나614가(2) FA141010 각성뇌파검사-18채널이상

나614나(2)주 FA144010 수면뇌파검사-18채널이상(각성뇌파검사와동시에실시한경우)

○ 사례8(남/64세)

- 청구 상병명: 조기발병 알츠하이머병에서의 치매

- 주요 청구내역:

나621나 F6216 인성검사-간이정신진단검사

나622나 F6222 치매척도검사[CDR]

너683다 FY685 치매관련 척도 및 선별검사-치매일상생활력척도

너683라 FY686 치매관련 척도 및 선별검사-치매정신증상척도

너701다 FY753030 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [해밀톤 불안 검사 HAM-A]

너701다 FY753010 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [레보비츠 사회 불안 척도 LSAS]

너701다 FY753020 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [공황장애 평가 척도 PDSS]

너701다 FY753040 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [해밀톤 우울 검사 HAM-D]

너701다 FY753220 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [우울증 증상 평가 척도 IDS]

너701다 FY753240 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [코널치매우울척도 CSDD]

너701다 FY753140 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [Young 조증 평가 척도 YMRS]

너701다 FY753190 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [양극성 우울 평정 척도 BDRS]

너701마 FY755010 증상 및 행동 평가 척도 - Level V [사고장애평가 PANSS]

너701다 FY753150 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [건강 성과 척도 HoNOS]

너701다 FY753170 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [상태-특성 분노 표현 척도검사 STAXI]

너701다 FY753130 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [이상 불수의 운동 척도 AIMS]

나614가(2) FA141010 각성뇌파검사-18채널이상

○ 사례9(여/22세)

- 청구 상병명: 혼합형 불안 및 우울장애

- 주요 청구내역:

- 너701다 FY753030 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [해밀톤 불안 검사 HAM-A]
- 너701다 FY753010 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [레보비츠 사회 불안 척도 LSAS]
- 너701다 FY753020 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [공황장애 평가 척도 PDSS]
- 너701다 FY753040 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [해밀톤 우울 검사 HAM-D]
- 너701다 FY753220 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [우울증 증상 평가 척도 IDS]
- 너701다 FY753170 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [상태-특성 분노 표현 척도검사 STAXI]

○ 사례10(여/40세)

- 청구 상병명: 재발성 우울장애

- 주요 청구내역:

- 너701다 FY753030 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [해밀톤 불안 검사 HAM-A]
- 너701다 FY753010 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [레보비츠 사회 불안 척도 LSAS]
- 너701다 FY753020 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [공황장애 평가 척도 PDSS]
- 너701다 FY753040 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [해밀톤 우울 검사 HAM-D]
- 너701다 FY753220 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [우울증 증상 평가 척도 IDS]
- 너701다 FY753140 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [Young 조증 평가 척도 YMRS]
- 너701다 FY753190 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [양극성 우울 평정 척도 BDRS]
- 너701다 FY753050 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [간편 정신상태 평정척도 검사 BPRS]
- 너701마 FY755010 증상 및 행동 평가 척도 - Level V [사고장애평가 PANSS]
- 너701다 FY753150 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [건강 성과 척도 HoNOS]
- 너701다 FY753170 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [상태-특성 분노 표현 척도검사 STAXI]
- 너701다 FY753230 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [자살하지 않는 이유 척도 RFL]

○ 사례11(남/73세)

- 청구 상병명: 만기발병 알츠하이머병에서의 치매

- 주요 청구내역:

- 나621나 F6216 인성검사-간이정신진단검사
- 나622나 F6222 치매척도검사[CDR]
- 너683다 FY685 치매관련 척도 및 선별검사-치매일상생활력척도
- 너683라 FY686 치매관련 척도 및 선별검사-치매정신증상척도
- 너701다 FY753030 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [해밀톤 불안 검사 HAM-A]
- 너701다 FY753010 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [레보비츠 사회 불안 척도 LSAS]
- 너701다 FY753020 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [공황장애 평가 척도 PDSS]
- 너701다 FY753040 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [해밀톤 우울 검사 HAM-D]
- 너701다 FY753220 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [우울증 증상 평가 척도 IDS]
- 너701다 FY753240 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [코넬치매우울척도 CSDD]
- 너701다 FY753140 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [Young 조증 평가 척도 YMRS]
- 너701다 FY753190 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [양극성 우울 평정 척도 BDRS]
- 너701마 FY755010 증상 및 행동 평가 척도 - Level V [사고장애평가 PANSS]

너701다 FY753150 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [건강 성과 척도 HoNOS]
 너701다 FY753170 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [상태-특성 분노 표현 척도검사 STAXI]
 아3가 NN031 가족치료(개인치료)
 나614가(2) FA141010 각성뇌파검사-18채널이상
 나614나(2)주 FA144010 수면뇌파검사-18채널이상(각성뇌파검사와동시에실시한경우)

○ 사례12(여/71세)

- 청구 상병명: 만기발병 알츠하이머병에서의 치매
- 주요 청구내역:
 - 나621나 F6216 인성검사-간이정신진단검사
 - 나622나 F6222 치매척도검사[CDR]
 - 너683다 FY685 치매관련 척도 및 선별검사-치매일상생활력척도
 - 너683라 FY686 치매관련 척도 및 선별검사-치매정신증상척도
 - 너701다 FY753030 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [해밀톤 불안 검사 HAM-A]
 - 너701다 FY753010 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [레보비츠 사회 불안 척도 LSAS]
 - 너701다 FY753020 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [공황장애 평가 척도 PDSS]
 - 너701다 FY753040 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [해밀톤 우울 검사 HAM-D]
 - 너701다 FY753220 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [우울증 증상 평가 척도 IDS]
 - 너701다 FY753240 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [코넬치매우울척도 CSDD]
 - 너701다 FY753140 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [Young 조증 평가 척도 YMRS]
 - 너701다 FY753190 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [양극성 우울 평정 척도 BDRS]
 - 너701다 FY753050 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [간편 정신상태 평정척도 검사 BPRS]
 - 너701마 FY755010 증상 및 행동 평가 척도 - Level V [사고장애평가 PANSS]
 - 너701다 FY753150 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [건강 성과 척도 HoNOS]
 - 너701다 FY753170 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [상태-특성 분노 표현 척도검사 STAXI]
 - 아3가 NN031 가족치료(개인치료)

○ 사례13(남/57세)

- 청구 상병명: 재발성 우울장애
- 주요 청구내역:
 - 나621나 F6216 인성검사-간이정신진단검사
 - 나622나 F6222 치매척도검사[CDR]
 - 너683다 FY685 치매관련 척도 및 선별검사-치매일상생활력척도
 - 너683라 FY686 치매관련 척도 및 선별검사-치매정신증상척도
 - 너701다 FY753030 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [해밀톤 불안 검사 HAM-A]
 - 너701다 FY753020 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [공황장애 평가 척도 PDSS]
 - 너701다 FY753010 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [레보비츠 사회 불안 척도 LSAS]
 - 너701다 FY753040 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [해밀톤 우울 검사 HAM-D]
 - 너701다 FY753220 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [우울증 증상 평가 척도 IDS]
 - 너701다 FY753240 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [코넬치매우울척도 CSDD]
 - 너701다 FY753170 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [상태-특성 분노 표현 척도검사 STAXI]
 - 너701다 FY753190 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [양극성 우울 평정 척도 BDRS]
 - 너701다 FY753140 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [Young 조증 평가 척도 YMRS]
 - 너701다 FY753130 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [이상 불수의 운동 척도 AIMS]

- 너701다 FY753150 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [건강 성과 척도 HoNOS]
- 너701나 FY752350 증상 및 행동 평가 척도 - Level II [피츠버그 수면의 질 척도 PSQI]
- 너701다 FY753050 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [간편 정신상태 평정척도 검사 BPRS]
- 너701마 FY755010 증상 및 행동 평가 척도 - Level V [사고장애평가 PANSS]
- 너701다 FY753230 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [자살하지 않는 이유 척도 RFL]

○ 사례14(남/70세)

- 청구 상병명: 만기발병 알츠하이머병에서의 치매
- 주요 청구내역:
 - 나621나 F6216 인성검사-간이정신진단검사
 - 나622나 F6222 치매척도검사[CDR]
 - 너683다 FY685 치매관련 척도 및 선별검사-치매일상생활력척도
 - 너683라 FY686 치매관련 척도 및 선별검사-치매정신증상척도
 - 너701다 FY753030 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [해밀톤 불안 검사 HAM-A]
 - 너701다 FY753020 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [공황장애 평가 척도 PDSS]
 - 너701다 FY753010 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [레보비츠 사회 불안 척도 LSAS]
 - 너701다 FY753220 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [우울증 증상 평가 척도 IDS]
 - 너701다 FY753240 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [코넬치매우울척도 CSDD]
 - 너701다 FY753170 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [상태-특성 분노 표현 척도검사 STAXI]
 - 너701나 FY752350 증상 및 행동 평가 척도 - Level II [피츠버그 수면의 질 척도 PSQI]
 - 너701다 FY753150 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [건강 성과 척도 HoNOS]
- 아3가 NN031 가족치료(개인치료)

○ 사례15(여/70세)

- 청구 상병명: 조기발병 알츠하이머병에서의 치매
- 주요 청구내역:
 - 나621나 F6216 인성검사-간이정신진단검사
 - 나622나 F6222 치매척도검사[CDR]
 - 너683다 FY685 치매관련 척도 및 선별검사-치매일상생활력척도
 - 너683라 FY686 치매관련 척도 및 선별검사-치매정신증상척도
 - 너701다 FY753030 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [해밀톤 불안 검사 HAM-A]
 - 너701다 FY753020 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [공황장애 평가 척도 PDSS]
 - 너701다 FY753010 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [레보비츠 사회 불안 척도 LSAS]
 - 너701다 FY753040 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [해밀톤 우울 검사 HAM-D]
 - 너701다 FY753220 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [우울증 증상 평가 척도 IDS]
 - 너701다 FY753240 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [코넬치매우울척도 CSDD]
 - 너701다 FY753170 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [상태-특성 분노 표현 척도검사 STAXI]
 - 너701다 FY753140 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [Young 조증 평가 척도 YMRS]
 - 너701마 FY755010 증상 및 행동 평가 척도 - Level V [사고장애평가 PANSS]
 - 너701다 FY753150 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [건강 성과 척도 HoNOS]
 - 너701다 FY753190 증상 및 행동 평가 척도 - Level III [양극성 우울 평정 척도 BDRS]
- 아3가 NN031 가족치료(개인치료)
- 나614가(2) FA141010 각성뇌파검사-18채널이상
- 나614나(2)주 FA144010 수면뇌파검사-18채널이상(각성뇌파검사와동시에실시한경우)

■ 심의내용 및 결과

- 해당 A, B기관은 '21년 동일 중별 대비 너701 증상 및 행동 평가 척도검사 다중 실시 상위기관('21년 평균 18종 실시)으로 치매 등 상병 하 수진자의 증상 및 상태변화 유·무에 관계없이 치매검사 4종(MMSE, CDR, ADL, NPI) 및 너701 증상 및 행동 평가 척도검사 등을 반복 시행하는 기관임.
- '22년 제1차 충청·전라권역 정신건강의학과 확대분과위원회를 통해 심의사례 외부공개('22.5.30.)이후 청구된 '23년 8~10월(3개월) 진료분의 너701 증상 및 행동 평가 척도 검사는 평균 18종에서 4종 이내 실시로 진료경향이 개선되기는 하였으나 여전히 전국 평균대비 높고 대부분 Level III 검사로 청구함.
- 이에, '22년 8~10월(3개월) 진료내역 상 맞은 내원, A, B기관을 번갈아가며 내원하여 치매검사 다빈도 실시 및 너701 증상 및 행동 평가 척도검사 등을 반복 실시한 사례에 대해 다음과 같이 논의함.

- 다 음 -

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조제1항 [별표1] 제2호가목 '각종 검사를 포함한 진단 및 치료 행위는 진료 상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 한다.'라고 명시하고 있음.

<치매검사>

- 치매검사(MMSE, CDR, ADL, NPI)는 환자 상태 변화를 고려하여 6~12개월에 1회 인정하는 것이 보편타당함. 따라서 치매검사 4종을 실시한 사례(사례1, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15)는 약제변화가 거의 없는 등 비교적 안정된 상태로, 최근 6개월 이내 치매검사를 실시하였으므로 모두 인정하지 아니함.

<가족치료>

- 가족치료는 한 환자의 가족을 대상으로 치료를 행하는 경우로서, 치료행위에 관한 내용을 진료기록부에 기록해야함. 하지만 A, B기관의 경우 제출된 기록부 검토결과 가족치료와 관련된 기록을 전혀 확인할 수 없어 청구된 가족치료는 모두 인정하지 아니함.

<뇌파검사>

- 각성뇌파검사(18채널이상) 및 수면뇌파검사(18채널이상)의 경우, 뇌의 이상이 있거나 병변이 의심되는 경우 실시하는 것이 타당하나, 사례 1, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 14, 15 중 사례 1, 5, 6, 7, 8, 11, 15의 경우 뇌의 기질적 이상을 의심할 만한 진단이나 진료 소견 등을 확인할 수 없음. 따라서 상병 등을 고려하여 사례 4, 14에 청구된 각성뇌파검사 및 수면뇌파검사는 인정하고 그 외 사례에 청구된 각성뇌파검사 및 수면뇌파검사는 모두 인정하지 아니함.

<척도검사>

- 환자의 주요문제(증상 및 행동)와 상관없이 검사의 종류, 실시 횟수 및 간격 등을 일률적·반복적 적용하는 것은 타당하지 아니함. A, B기관의 경우 환자의 주요문제와 관계가 없거나 중복되는 검사를 포함한 너701 증상 및 행동 평가 척도검사 4종을 매월 1회 이상 반복적으로 실시하는 경향임. 대부분의 사례가 비교적 안정기 또는 만성화 상태로서 검사의 횟수가 통상적인 진료보다 과다함.
- 따라서 진단, 처방내역, 환자의 주요문제 등과 상응하는 영역의 척도검사를 중심으로 인정하고, 중복되거나 과도하게 반복 실시되는 검사는 인정하지 아니함.

- 또한, A, B기관을 번갈아 진료를 받는 사례(사례11~15)는 동일 검사를 짧은 간격(1주일 이내)으로 반복하여 (기관별 매월 1회 이상) 실시하는 경향으로 이는 통상적인 진료행태를 벗어나고 있음. 따라서 중복검사에 대해서는 A, B기관의 전체 청구내역을 검토하여 주 치료기관의 검사를 위주로 사례별로 심의함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조제1항 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 너701 증상 및 행동 평가 척도의 급여기준 [고시 제2020-163호, 2020.8.1.]
- 민성길, 최신정신의학. 제3판. 일조각. 2015.
- 대한신경과학회. 신경학. 제3판. 범문에듀케이션. 2017.
- 대한뇌신경재활학회. 치매와 인지재활. 군자출판사. 2017.
- 대한치매학회. 치매 임상적 접근. 제3판. 도서출판대한의학. 2020.

[2023. 6. 8. 광주지원 지역분과위원회]

[2023. 7. 11. 중앙심사조정위원회]

8. 크리스비타주 요양급여 대상 여부

- 우리원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 Burosumab 주사제(품명: 크리스비타주사액) 보건복지부 고시(제2023-82호, 2023.5.1.시행)에 따라 요양급여 여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- 「Burosumab 주사제(품명: 크리스비타주사액) 사전승인 등에 관한 세부사항」 건강보험심사평가원 공고 (제2023 - 130호, 2023. 5.3.시행)에 따라
 1. 크리스비타주의 요양급여를 신청하고자 하는 경우에는 별지 제1호 서식에 따른 크리스비타주 요양급여 사전승인 신청서를 제출하여야 함(제3조제1항).
 2. 크리스비타주 요양급여를 승인받은 요양기관은 치료시작 후 12개월 마다 유지용량 투여 전 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 제출하여야 함(제4조제1항).
 3. 사전승인 신청기관은 요양급여대상으로 승인받은 경우 심의결과를 통보받은 날부터 60일 이내에 크리스비타주를 투여하여야 하고, 60일을 경과하여 투여하게 되는 경우에는 재신청하여야 함(제3조제2항).

□ 크리스비타주 요양급여 대상여부 심의결과 총괄

(단위: 건)

합계	크리스비타주 요양급여 신청				크리스비타주 투여 모니터링 보고				
	소계	승인 (급여)	불승인	자료 보완	소계	승인 (급여)	불승인	자료 보완	종료
21	21	14	4	3	-	-	-	-	-

□ 크리스비타주 요양급여 대상여부 - 승인신청(21사례)

사례	성별	나이	최초 투여일	심의 결과	심의내용
1	여	만10세 2개월	'23.6.29	자료보완	이 건은 질병관리청의 '국가 바이오 빅데이터 시범사업 전장유전체(WGS) 분석 보고서 생산' 사업의 일환으로 시행된 유전자검사결과임. WGS의 활용은 연구용으로 허가되어 있으며 추가 검증을 시행하여 변이를 확인한 것이 아니므로 유전자검사 관련 자료보완을 요청함.
2	남	만4세 6개월	'23.6.29	승인 (급여)	이 건은 유전자검사 결과 PHEX gene mutation이며 임상증상, RSS 2.5점, 신장 인 소실 확인 등 급여기준을 충족하며 제외대상 조건에 해당되지 않으므로 요양급여 대상으로 승인함.
3	남	만8세 7개월	'23.7.11	승인 (급여)	이 건은 유전자검사 결과 PHEX gene mutation이며 임상증상, RSS 2.5점, 신장 인 소실 확인 등 급여기준을 충족하며 제외대상 조건에 해당되지 않으므로 요양급여 대상으로 승인함.
4	여	만7세 6개월	'23.7.11	승인 (급여)	이 건은 유전자검사 결과 PHEX gene mutation이며 임상증상, RSS 2.5점, 신장 인 소실 확인 등 급여기준을 충족하며 제외대상 조건에 해당되지 않으므로 요양급여 대상으로 승인함.

사례	성별	나이	최초 투여일	심의 결과	심의내용
5	여	만8세 7개월	'23.7.11	승인 (급여)	이 건은 유전자검사 결과 PHEX gene mutation이며 임상증상, RSS 2.5점, 신장 인 소실 확인 등 급여기준을 충족하며 제외대상 조건에 해당되지 않으므로 요양급여 대상으로 승인함.
6	남	만7세 4개월	'23.7.11	승인 (급여)	이 건은 유전자검사 결과 PHEX gene mutation이며 임상증상, RSS 2점, 신장 인 소실 확인 등 급여기준을 충족하며 제외대상 조건에 해당되지 않으므로 요양급여 대상으로 승인함.
7	여	만2세 7개월	'23.7.11	승인 (급여)	이 건은 유전자검사 결과 PHEX gene mutation이며 임상증상, RSS 6.5점, 신장 인 소실 확인 등 급여기준을 충족하며 제외대상 조건에 해당되지 않으므로 요양급여 대상으로 승인함.
8	여	만5세 3개월	'23.7.24	승인 (급여)	이 건은 유전자검사 결과 PHEX gene mutation이며 임상증상, RSS 3점, 신장 인 소실 확인 등 급여기준을 충족하며 제외대상 조건에 해당되지 않으므로 요양급여 대상으로 승인함.
9	남	만7세 4개월	'23.7.24	승인 (급여)	이 건은 유전자검사 결과 PHEX gene mutation이며 임상증상, RSS 2.5점, 신장 인 소실 확인 등 급여기준을 충족하며 제외대상 조건에 해당되지 않으므로 요양급여 대상으로 승인함.
10	여	만9세 10개월	'23.7.24	자료보완	이 건은 유전자검사결과 관련 분야 전문가가 분석하고 판정한 변이의 임상적 해석이 미비하여 질병에 대한 변이의 병원성(pathogenicity) 유무 등을 확인하기 어려우므로 유전자검사 관련 자료보완을 요청함.
11	여	만8세 10개월	'23.7.24	승인 (급여)	이 건은 유전자검사 결과 PHEX gene mutation이며 임상증상, RSS 3점, 신장 인 소실 확인 등 급여기준을 충족하며 제외대상 조건에 해당되지 않으므로 요양급여 대상으로 승인함.
12	여	만2세 11개월	'23.7.24	승인 (급여)	이 건은 유전자검사 결과 PHEX gene mutation이며 임상증상, RSS 2.5점, 신장 인 소실 확인 등 급여기준을 충족하며 제외대상 조건에 해당되지 않으므로 요양급여 대상으로 승인함.
13	남	만10세 8개월	'23.7.24	불승인	이 건은 급여기준에서 정한 제외대상인 '12개월 이내 성장 호르몬 치료를 받은 경우'에 해당되므로 요양급여 신청을 불승인함.
14	여	만11세 3개월	'23.7.24	불승인	이 건은 급여기준에서 정한 제외대상인 '12개월 이내 성장 호르몬 치료를 받은 경우'에 해당되므로 요양급여 신청을 불승인함.
15	여	만8세 10개월	'23.7.24	자료보완	이 건은 유전자검사결과 관련 분야 전문가가 분석하고 판정한 변이의 임상적 해석이 미비하여 질병에 대한 변이의 병원성(pathogenicity) 유무 등을 확인하기 어려우므로 유전자검사 관련 자료보완을 요청함.
16	남	만7세 6개월	'23.6.29	승인 (급여)	이 건은 유전자검사 결과 PHEX gene mutation이며 임상증상, RSS 2.5점, 신장 인 소실 확인 등 급여기준을 충족하며 제외대상 조건에 해당되지 않으므로 요양급여 대상으로 승인함.
17	남	만5세 4개월	'23.6.29	승인 (급여)	이 건은 유전자검사 결과 PHEX gene mutation이며 임상증상, RSS 3점, 신장 인 소실 확인 등 급여기준을 충족하며 제외대상 조건에 해당되지 않으므로 요양급여 대상으로 승인함.
18	여	만7세 11개월	'23.6.26	승인 (급여)	이 건은 유전자검사 결과 PHEX gene mutation이며 임상증상, RSS 2점, 신장 인 소실 확인 등 급여기준을 충족하며 제외대상 조건에 해당되지 않으므로 요양급여 대상으로 승인함.

사례	성별	나이	최초 투여일	심의 결과	심의내용
19	여	만12세 3개월	'23.6.30	불승인	이 건은 만12세 초과 대상자로 성 성속도 3점, 골성장은 약 2.2cm/년으로 epiphysis(골단)의 일부가 닫혀가고 growth spurt은 이미 지나 약제효과를 기대하기 어려운 경우로 판단되어 요양급여 신청을 불승인함.
20	여	만9세 4개월	'23.6.30	승인 (급여)	이 건은 유전자검사 결과 PHEX gene mutation이며 임상증상, RSS 4점, 신장 인 소실 확인 등 급여기준을 충족하며 제외대상 조건에 해당되지 않으므로 요양급여 대상으로 승인함.
21	여	만11세 1개월	'23.6.29	불승인	이 건은 급여기준에서 정한 제외대상인 '12개월 이내 성장 호르몬 치료를 받은 경우'에 해당되므로 요양급여 신청을 불승인함.

[2023. 6. 21. 크리스비타주 분과위원회]

[2023. 7. 11. 중앙심사조정위원회]

9. 외상 등의 사유로 시행한 입원 인정여부-이의신청

■ 청구내역

○ 사례1(여/62세)

- 청구 상병명: 요추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역: 가2다(4) 15357 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 4인실입원료 1*1*15

○ 사례2(남/45세)

- 청구 상병명: 경추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역: 가2다(4) 15357 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 4인실입원료 1*1*13

○ 사례3(여/63세)

- 청구 상병명: 요추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역: 가2다(4) 15357 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 4인실입원료 1*1*16

○ 사례4(여/75세)

- 청구 상병명: 무릎의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역: 가2다(4) 15357 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 4인실입원료 1*1*15

○ 사례5(여/60세)

- 청구 상병명: 무릎의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역: 가2다(4) 15357 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 4인실입원료 1*1*14

■ 심의내용 및 결과

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법」 및 「입원료 일반원칙 (고시 제2021-4호, 2021.2.1. 시행)」에 의하면 입원은 질환의 특성 및 환자상태 등을 고려하여 임상적·의학적 필요성이 있다고 판단되는 경우에 실시하여야 하며 단순한 피로회복, 통원불편 등을 이유로 입원지시를 하여서는 아니 됨. 또한 입원료는 환자 질환 및 상태에 대한 적절한 치료 및 지속적인 관찰이 필요한 경우 인정하며, 입원 필요성이 있는 환자상태에 대한 임상적 소견 등이 진료기록부상에 기록되어야 함.

- 이 건(5사례)은 외상 후 ‘요추, 경추의 염좌 및 긴장, 무릎의 염좌 및 긴장’ 등 상병으로 통증조절을 위하여 입원한 것으로, 제15차 입원료심사조정위원회(2022.11.3.) 및 제2차 입원료심사조정위원회 소위원회(2023.2.2.)에서 심의 후 각각 입원료가 조정/일부인정 되었고, 추가 소명자료 제출 없이 이의신청된 사례임. 진료내역 등을 참조하여 청구된 입원료 인정여부에 대하여 다음과 같이 논의함.

- 다 음 -

- 사례1(여/62세)는 내원 1일 전 허리 빼끗한 이후 ‘요추의 염좌 및 긴장’을 주상병으로 16일 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15357 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 4인실입원료’를 청구한 사례로,

심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적인 기록 미비로 청구된 입원료는 인정하지 아니하여야 한다는 내부위원 의견과 진료기록에서 “굴신불리” 등에 대한 기록이 확인되고 통증 경감 여부 및 환자 상태에 대한 경과 관찰이 필요하므로 청구된 입원료 중 1일을 인정하여야 한다는 외부위원 의견이 있었음. 이에, 입원료 조정 미합의로 입원료 일부인정(1박2일)되어 이의신청한 건임.

- 사례2(남/45세)는 내원 2일 전 침대에서 낙상한 후 ‘경추의 염좌 및 긴장’을 주상병으로 14일 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15357 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 4인실입원료’를 청구한 사례로, 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적인 기록 미비로 입원료 전체 조정되어 이의신청한 건임.
- 사례3(여/63세)는 내원 3주 전 개에 좌측 손 물리며 넘어진 후 ‘요추의 염좌 및 긴장’을 주상병으로 17일 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15357 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 4인실입원료’를 청구한 사례로, 급성기 경과 관찰을 위한 적절한 시간이 경과하였고 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적인 기록 미비로 입원료 전체 조정되어 이의신청한 건임.
- 사례4(여/75세)는 내원 4일 전 우측 발목에 걸려 넘어진 후 ‘무릎의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장’을 주상병으로 16일 입원 진료 후 ‘가2다(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 4인실입원료’를 청구한 사례로, 급성기 경과 관찰을 위한 적절한 시간이 경과하였고 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적인 기록 미비로 입원료 전체 조정되어 이의신청한 건임.
- 사례5(여/60세)는 내원 4일 전 빙판길에서 넘어진 후 ‘무릎의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장’을 주상병으로 15일 입원 진료 후 ‘가2다(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 4인실입원료’를 청구한 사례로, 급성기 경과 관찰을 위한 적절한 시간이 경과하였고 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적인 기록 미비로 입원료 전체 조정되어 이의신청한 건임.
- 논의 결과, 상기 5사례는 입원료를 추가적으로 인정할만한 소명자료도 제출하지 않았고 환자 상태에 대한 지속적 치료와 관찰이 필요한 사유가 확인되지 않는 바, 이의신청을 기각함.

■ 참고

- 「입원료 일반원칙」 고시 제2021-4호, 2021.2.1.
- 「척추의 염좌 및 긴장, 배부동통에 대한 입원료 인정기준」(심사지침, 공고 제2021-243호, 2021.11.1.)
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1]

[2022. 5. 24. 전주지원 지역분과위원회]

[2023. 6. 22. 제6차 입원료심사조정위원회]

[2023. 7. 11. 중앙심사조정위원회]

10. FIMS 기술을 시행한 입원 인정여부

■ 청구내역

○ 사례1(남/49세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증, 경부
- 주요 청구내역: 가2다(3) AB347 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 4인실
입원료 1*1*1

○ 사례2(여/64세)

- 청구 상병명: 척추 불안정, 요추부
- 주요 청구내역: 가2다(3) AB347 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 4인실
입원료 1*1*1

○ 사례3(여/53세)

- 청구 상병명: 기타 척추증, 요추부
- 주요 청구내역: 가2다(3) AB347 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 4인실
입원료 1*1*1

○ 사례6(여/53세)

- 청구 상병명: 척추불안정, 요추부
- 주요 청구내역: 가6다 AF300 낮병동입원료-병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1*1*1

○ 사례7(여/54세)

- 청구 상병명: 어깨의 충격증후군
- 주요 청구내역: 가2다(3) AB347 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 4인실
입원료 1*1*1

○ 사례8(여/41세)

- 청구 상병명: 어깨의 유착성 관절낭염
- 주요 청구내역: 가2다(3) AB347 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 4인실
입원료 1*1*1

○ 사례9(여/63세)

- 청구 상병명: 무릎뼈의 연골연화
- 주요 청구내역: 가2다(3) AB347 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 4인실
입원료 1*1*1

○ 사례10(여/50세)

- 청구 상병명: 아킬레스힘줄염
- 주요 청구내역: 가2다(3) AB347 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 4인실
입원료 1*1*1

■ 심의내용 및 결과

- 이 건(10사례)은 ‘경부 신경뿌리병증’ 등 상병에 FIMS 및 단기입원(1~3일)을 시행한 것으로, 관련 문헌 및 전

문가 의견에 따르면 FIMS는 일반적으로 입원이 필요한 시술로 확인되지 않으며, 외래에서 시행 가능함.

- 다만, 입원의 적응증 판단에는 심한통증 등 환자의 상태가 중요하며, 시술과 관련하여 출혈, 감염 등 입원이 필요할 정도의 합병증이 발생한 경우와 합병증이 생길 가능성이 상당히 높아 경과관찰 필요성이 객관적으로 인정되는 경우 입원이 필요하다고 논의됨.
- 제출된 진료기록부 등에서 환자의 합병증 및 시술 후 경과관찰의 필요성 등이 확인되지 않아 청구된 입원료는 적절하지 않다고 판단함.
- 또한, 해당 요양기관에서 시행하는 FIMS 행위에 대해 기존기술 여부 확인이 필요하다는 의견도 있었으나, 입원료심사조정위원회는 입원의 적정성을 판단하는 위원회로 기존기술 여부에 대한 판단여부를 요양기관이 신청하도록 안내하며, 본 위원회에서는 이에 대해 논외로 하고 입원의 적정성에 대해서만 논의하였음.
- 따라서, 이 건(10사례)은 다음과 같이 결정하고, 사례 1~3, 6~10은 심사사례지침으로 공고하기로 함.

- 다 음 -

○ 사례1(남/49세)

‘신경뿌리병증, 경부’ 상병으로 입원 당일 FIMS 시행하고 2일 입원 진료 후 ‘가2다(3) AB347 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 4인실 입원료’를 청구한 사례임.

제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적인 기록이 미비하고, 시술 후 지속적인 환자 상태 관찰을 필요로 하는 출혈이나 신경학적 증상 등의 합병증 발생과 그에 대한 처치가 확인되지 않음. 이에, **청구된 입원료는 인정하지 아니함.**

○ 사례2(여/64세)

‘척추 불안정, 요추부’ 상병으로 입원 당일 FIMS 시행하고 2일 입원 진료 후 ‘가2다(3) AB347 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 4인실 입원료’를 청구한 사례임.

항혈전제 복용 중으로 출혈 등의 가능성은 있으나, 침습적인 처치였다면 합병증의 우려가 있는 약물은 복용을 중단하고 시행하는 것이 통상적임. 제출된 진료기록부 등에서 시술 후 지속적인 환자 상태 관찰을 필요로 하는 출혈이나 신경학적 증상 등의 합병증 발생과 그에 대한 처치가 확인되지 않고, 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적인 기록이 미비함. 이에, **청구된 입원료는 인정하지 아니함.**

○ 사례3(여/53세)

‘기타 척추증, 요추부’ 상병으로 입원 당일 FIMS 시행하고 2일 입원 진료 후 ‘가2다(3) AB347 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 4인실 입원료’를 청구한 사례임.

제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적인 기록이 미비하고, 시술 후 지속적인 환자 상태 관찰을 필요로 하는 출혈이나 신경학적 증상 등의 합병증 발생과 그에 대한 처치가 확인되지 않음. 이에, **청구된 입원료는 인정하지 아니함.**

○ 사례6(여/53세)

‘척추불안정, 요추부’ 상병으로 입원 당일 FIMS 시행하고 1일 입원 진료 후 ‘가6다 AF300 낮병동입원료-병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과’를 청구한 사례임.

제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적인 기록이

미비하고, 시술 후 지속적인 환자 상태 관찰을 필요로 하는 출혈이나 신경학적 증상 등의 합병증 발생과 그에 대한 처치가 확인되지 않음. 이에, **청구된 입원료는 인정하지 아니함.**

○ 사례7(여/54세)

‘어깨의 충격증후군’ 상병으로 입원 당일 FIMS 시행하고 2일 입원 진료 후 ‘가2다(3) AB347 병원, 정신병원, 치과 병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 4인실 입원료’를 청구한 사례임.

제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적인 기록이 미비하고, 시술 후 지속적인 환자 상태 관찰을 필요로 하는 출혈이나 신경학적 증상 등의 합병증 발생과 그에 대한 처치가 확인되지 않음. 이에, **청구된 입원료는 인정하지 아니함.**

○ 사례8(여/41세)

‘어깨의 유착성 관절낭염’ 상병으로 입원 당일 FIMS 시행하고 2일 입원 진료 후 ‘가2다(3) AB347 병원, 정신 병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 4인실 입원료’를 청구한 사례임.

제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적인 기록이 미비하고, 시술 후 지속적인 환자 상태 관찰을 필요로 하는 출혈이나 신경학적 증상 등의 합병증 발생과 그에 대한 처치가 확인되지 않음. 이에, **청구된 입원료는 인정하지 아니함.**

○ 사례9(여/63세)

‘무릎뼈의 연골연화’ 상병으로 입원 당일 FIMS 시행하고 2일 입원 진료 후 ‘가2다(3) AB347 병원, 정신병원, 치과 병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 4인실 입원료’를 청구한 사례임.

제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적인 기록이 미비하고, 시술 후 지속적인 환자 상태 관찰을 필요로 하는 출혈이나 신경학적 증상 등의 합병증 발생과 그에 대한 처치가 확인되지 않음. 이에, **청구된 입원료는 인정하지 아니함.**

○ 사례10(여/50세)

‘아킬레스힘줄염’ 상병으로 입원 당일 FIMS 시행하고 2일 입원 진료 후 ‘가2다(3) AB347 병원, 정신병원, 치과 병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 4인실 입원료’를 청구한 사례임.

제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적인 기록이 미비하고, 시술 후 지속적인 환자 상태 관찰을 필요로 하는 출혈이나 신경학적 증상 등의 합병증 발생과 그에 대한 처치가 확인되지 않음. 이에, **청구된 입원료는 인정하지 아니하며, 심사사례지침으로 공고하기로 함.**

■ 참고

- 「입원료 일반원칙」 (고시 제2021-4호, 2021.2.1.)
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1]

[2023. 4. 17. 서울지원 지역분과위원회]

[2023. 5. 18. 입원료심사조정위원회]

[2023. 6. 22. 입원료심사조정위원회]

[2023. 7. 11. 중앙심사조정위원회]

11. 관절조영 인정 여부

■ 청구내역

- 사례1(여/39세)
 - 청구 상병명: 요추의 염좌 및 긴장
 - 주요 청구내역: 다228 HA280 관절조영 1*1*1

- 사례2(여/58세)
 - 청구 상병명: 고관절의 기타 윤희낭염
 - 주요 청구내역: 다228 HA280 관절조영 1*1*1

- 사례3(여/61세)
 - 청구 상병명: 좌골신경통을 동반한 요통, 요추부
 - 주요 청구내역: 다228 HA280 관절조영 1*1*1

- 사례4(남/62세)
 - 청구 상병명: 양쪽 원발성 무릎관절증
 - 주요 청구내역: 다228 HA280 관절조영 1*1*1

- 사례5(남/62세)
 - 청구 상병명: 양쪽 원발성 무릎관절증
 - 주요 청구내역: 다228 HA280 관절조영 1*1*1

- 사례6(남/62세)
 - 청구 상병명: 양쪽 원발성 무릎관절증
 - 주요 청구내역: 다228 HA280 관절조영 1*1*1

- 사례7(여/46세)
 - 청구 상병명: 상세불명의 무릎관절증
 - 주요 청구내역: 다228 HA280 관절조영 1*1*1

- 사례8(여/80세)
 - 청구 상병명: 양쪽 원발성 무릎관절증
 - 주요 청구내역: 다228 HA280 관절조영 1*1*1

- 사례9(여/25세)
 - 청구 상병명: 양쪽 원발성 무릎관절증
 - 주요 청구내역: 다228 HA280 관절조영 1*1*1

- 사례10(여/68세)
 - 청구 상병명: 양쪽 원발성 무릎관절증
 - 주요 청구내역: 다228 HA280 관절조영 1*1*1

- 사례11(남/54세)

- 청구 상병명: 양쪽 원발성 무릎관절증
- 주요 청구내역: 다228 HA280 관절조영 1*1*1

○ 사례12(남/60세)

- 청구 상병명: 상세불명의 관절염, 골반 부분 및 대퇴
- 주요 청구내역: 다228 HA280 관절조영 1*1*1

■ **심의내용 및 결과**

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조제1항 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법에는 ‘각종 검사를 포함한 진단 및 치료행위는 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 한다.’라고 명시하고 있음.
- 이 건(12사례)은 2022.5.~2023.3.(심사년월, 11개월)까지 관절조영 청구건수 대비 고관절 및 슬관절 상병에 실시하는 비율이 평균 38% 이상인 기관으로 진료내역 및 영상자료 등을 참조하여 각 사례는 아래와 같이 결정함.

- 아 래 -

<고관절>

○ 사례1(여/39세)

- ‘요추의 염좌 및 긴장’ 주상병에 왼쪽 고관절 통증 주호소로 관절조영 시행한 사례로, 제출된 진료기록부에서 관절조영을 시행한 사유 확인할 수 없고 영상 자료에서도 관절조영을 증명할 수 있는 영상이 확인되지 않아 인정하지 아니함.

○ 사례2(여/58세)

- ‘고관절의 기타 윤행낭염’ 주상병에 왼쪽 고관절 통증 주호소로 관절조영 시행한 사례로, 제출된 진료기록부에서 관절조영을 시행한 사유 확인할 수 없고 영상 자료에서도 관절조영을 증명할 수 있는 영상이 확인되지 않음. 또한 관절강내주사와 동일 부위에 실시한 관절조영은 침습적 행위의 정확도를 높이기 위한 일련의 과정으로 판단되며, 진단목적의 관절조영으로 타당하지 않아 인정하지 아니함.

○ 사례12(남/60세)

- ‘상세불명의 관절염, 골반 부분 및 대퇴’ 주상병에 오른쪽 고관절 통증 주호소로 관절조영 시행한 사례로, 제출된 진료기록부에서 관절조영을 시행한 사유 확인할 수 없고 영상 자료에서도 관절조영을 증명할 수 있는 영상이 확인되지 않아 인정하지 아니함.

<슬관절>

○ 사례3(여/61세)

- ‘좌골신경통을 동반한 요통, 요추부’ 주상병에 오른쪽 무릎 통증 주호소로 관절조영 시행한 사례로, 제출된 진료기록부에서 관절조영을 시행한 사유 확인할 수 없고 영상 자료에서도 관절조영을 증명할 수 있는 영상이 확인되지 않아 인정하지 아니함.

○ 사례4(남/62세)

- ‘양쪽 원발성 무릎관절증’ 주상병에 양쪽 무릎 통증 주호소로 관절조영 시행한 사례로, 제출된 진료기록부에서 관절조영을 시행한 사유 확인할 수 없고 영상 자료에서도 관절조영을 증명할 수 있는 영상이 확인되지 않음. 또한 관절강내주사와 동일 부위에 실시한 관절조영은 침습적 행위의 정확도를 높이기 위한 일련의 과정으로 판단되며, 진단목적의 관절조영으로 타당하지 않아 인정하지 아니함.

○ 사례5(남/62세)

- ‘양쪽 원발성 무릎관절증’주상병에 양쪽 무릎 통증 주호소로 관절조영 시행한 사례로, 제출된 진료기록부에서 관절조영을 시행한 사유 확인할 수 없고 영상 자료에서도 관절조영을 증명할 수 있는 영상이 확인되지 않음. 또한 관절강내주사와 동일 부위에 실시한 관절조영은 침습적 행위의 정확도를 높이기 위한 일련의 과정으로 판단되며, 진단목적의 관절조영으로 타당하지 않아 인정하지 아니함.

○ 사례6(남/62세)

- ‘양쪽 원발성 무릎관절증’주상병에 양쪽 무릎 통증 주호소로 관절조영 시행한 사례로, 제출된 진료기록부에서 관절조영을 시행한 사유 확인할 수 없고 영상 자료에서도 관절조영을 증명할 수 있는 영상이 확인되지 않음. 또한 관절강내주사와 동일 부위에 실시한 관절조영은 침습적 행위의 정확도를 높이기 위한 일련의 과정으로 판단되며, 진단목적의 관절조영으로 타당하지 않아 인정하지 아니함.

○ 사례7(여/46세)

- ‘상세불명의 무릎관절증’주상병에 오른쪽 무릎 통증 주호소로 관절조영 시행한 사례로, 제출된 진료기록부에서 관절조영을 시행한 사유 확인할 수 없고 영상 자료에서도 관절조영을 증명할 수 있는 영상이 확인되지 않아 인정하지 아니함.

○ 사례8(여/80세)

- ‘양쪽 원발성 무릎관절증’주상병에 왼쪽 무릎 통증으로 주호소로 관절조영 시행한 사례로, 제출된 진료기록부에서 관절조영을 시행한 사유 확인할 수 없고 영상 자료에서도 관절조영을 증명할 수 있는 영상이 확인되지 않음. 또한 관절강내주사와 동일 부위에 실시한 관절조영은 침습적 행위의 정확도를 높이기 위한 일련의 과정으로 판단되며, 진단목적의 관절조영으로 타당하지 않아 인정하지 아니함.

○ 사례9(여/25세)

- ‘양쪽 원발성 무릎관절증’주상병에 양쪽 무릎 통증 주호소로 관절조영 시행한 사례로, 제출된 진료기록부에서 관절조영을 시행한 사유 확인할 수 없고 영상 자료에서도 관절조영을 증명할 수 있는 영상이 확인되지 않음. 또한 관절강내주사와 동일 부위에 실시한 관절조영은 침습적 행위의 정확도를 높이기 위한 일련의 과정으로 판단되며, 진단목적의 관절조영으로 타당하지 않아 인정하지 아니함.

○ 사례10(여/68세)

- ‘양쪽 원발성 무릎관절증’주상병에 오른쪽 무릎 통증 주호소로 관절조영 시행한 사례로, 제출된 진료기록부에서 관절조영을 시행한 사유 확인할 수 없고 영상 자료에서도 관절조영을 증명할 수 있는 영상이 확인되지 않음. 또한 관절강내주사와 동일 부위에 실시한 관절조영은 침습적 행위의 정확도를 높이기 위한 일련의 과정으로 판단되며, 진단목적의 관절조영으로 타당하지 않아 인정하지 아니함.

○ 사례11(남/54세)

- ‘양쪽 원발성 무릎관절증’주상병에 양쪽 무릎 통증 주호소로 관절조영 시행한 사례로, 제출된 진료기록부에서 관절조영을 시행한 사유 확인할 수 없고 영상 자료에서도 관절조영을 증명할 수 있는 영상이 확인되지 않음. 또한 관절강내주사와 동일 부위에 실시한 관절조영은 침습적 행위의 정확도를 높이기 위한 일련의 과정으로 판단되며, 진단목적의 관절조영으로 타당하지 않아 인정하지 아니함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법

[2023. 6. 23. 수원지원 지역분과위원회]

[2023. 7. 11. 중앙심사조정위원회]

12. 조혈모세포이식 영양급여 및 선별급여 대상 여부

- 우리원에서는 「조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2022-313호, 2023. 1. 1.시행)에 따라 조혈모세포이식 영양급여 또는 선별급여 여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- 조혈모세포이식 실시 대상자는 진료심사평가위원회의 심의 결과 영양급여 기준에 적합한 경우는 영양급여대상으로 인정하며, 적합하지 않은 경우에도 선별급여대상으로 인정 할 수 있음.
 - 선별급여대상 환자가 **조혈모세포이식을 시행받기 위해 입원한 경우**, 「조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준 (보건복지부 고시 제2022-313호, 2023. 1. 1.시행)」 [별표3] 선별급여대상자 영양급여비용 산정방법에 따라 **이식과 직접 관련된 진료기간(조혈모세포 주입 전 1주부터 주입 후 2주)의 영양급여비용 (이식술료, 이식과 관련된 입원료[무균 치료실료 포함], 시술 전·후 처치 등)에 대하여는 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.**
 - 그 외의 기간에 이루어지는 진료비(검사와 합병증 및 후유증 진료비 등)에 대하여는 **국민건강보험법 시행령 [별표2] 및 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준에 따라 본인부담률을 적용함.**

□ 조혈모세포이식 대상자 승인

○ 심의결과

구분		계	동종	제대혈	자가
총 접수		107	49	1	57
처리결과	요양급여(필수)	92	38	1	53
	선별급여	15	11	0	4

※ 신청기관 : 27개 요양기관

○ 심의내용

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
병 종	총 49건	요양급여 : 38건	급성골수성백혈병 : 16건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-가에 의하면 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 요양급여대상 기준은 "1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 1차 또는 2차 혈액학적으로 완전관해 되고, 미세잔류암(Minimal Residual Disease)이 양성인 경우 2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적으로 완전관해 된 경우"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 1차 혈액학적 완전관해 된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 2차 혈액학적 완전관해 된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			급성림프모구백혈병 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-다-1)-가에 의하면 진단 시 15세 이상인 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)의 요양급여대상 기준은 "진단 시 15세 이상에서 1차 또는 2차 혈액학적으로 완전관해 된 경우"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단 시 15세 이상에서 1차 혈액학적 완전관해 된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단 시 15세 이상에서 2차 혈액학적 완전관해 된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			골수형성이상증후군 : 11건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-마에 의하면 골수형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)의 요양급여대상 기준은 "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/μl 이하 이면서 혈소판 20,000/μl 이하 (2) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 6units 이상의 적혈구 수혈이 필요한 경우 2) 진단 시 18세 미만 소아는 사례별로 결정한다."로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 가) 고위험군인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 (나) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 절대호중구수 500/μl 이하, 혈소판 20,000/μl 이하인 경우에 해당</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>하여 요양급여대상으로 승인함.</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 (나) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 최근 6개월 이내 6units 이상의 적혈구 수혈을 시행한 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			비호지킨림프종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-사-1)-(나)에 의하면 비호지킨 림프종의 요양급여대상 기준은 "표준항암화학요법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 한다. (1) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma (2) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma (3) Mantle Cell Lymphoma (4) Diffuse Large B Cell Lymphoma (5) Burkitt Lymphoma (6) Peripheral T-cell Lymphoma 중 일부 (7) Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상+G43 (8) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (9) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 Peripheral T-cell Lymphoma 중 일부로 표준항암화학요법 후에 재발인 경우로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함</p>
			중증재생불량성빈혈 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-라에 의하면 중증 재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)의 요양급여대상 기준은 "1년 이내 골수검사 결과 세포충실도가 심하게 낮으면서 (cellularity가 25% 이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 가) 절대호중구수(ANC)가 500/μl 이하 나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x10⁹/L 다) 혈소판 20,000/μl 이하"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 제4조 2항에 따라 진료심사평가위원회가 심의를 통해 급성골수성백혈병의 1차 이식 시행 후 complete chimerism을 유지하고 있지만 생착 실패에 대한 소견을 6개월 이상 보이고 임상양상 및 골수검사, 혈액검사 소견이 중증 재생불량성빈혈의 요양급여 기준을 충족하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			일차골수섬유증 : 3건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-자에 의하면 일차

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>골수섬유증(Primary Myelofibrosis)의 영양급여대상 기준은 "일차골수섬유증의 예후지표인 DIPSS(Dynamic International Prognostic Scoring System) plus risk category 중 고위험도(High risk)와 중등위험도-2 (Intermediate-2)에 해당하는 경우"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 일차골수섬유증으로 DIPSS plus risk category 중 중등위험도-2(Intermediate-2)에 해당하여 영양급여대상으로 승인함.</p> <p>이 건은 일차골수섬유증으로 DIPSS plus risk category 중 위험도(High risk)에 해당하여 영양급여대상으로 승인함.</p>
			연소기골수단구성백혈병 : 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-아에 의하면 연소기골수단구성백혈병(Juvenile Myelomonocytic Leukemia, JMML)의 영양급여대상 기준은 "WHO에서 제시한 연소기골수단구성백혈병의 진단기준을 만족하는 경우"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 연소기골수단구성백혈병으로 WHO에서 제시한 연소기골수단구성백혈병의 진단기준을 만족하는 경우에 해당하여 영양급여대상으로 승인함.</p>
			혈구포식림프조직구증 : 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-차에 의하면 혈구포식림프조직구증(Hemophagocytic Lymphohistiocytosis, HLH)의 영양급여대상 기준은 "The Histiocyte Society에서 제시된 진단기준(2004년 제정)을 만족하는 혈구포식림프조직구증 환자 중 가족성(유전적) 또는 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 확인된 경우. 다만, 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증 중에서 호전된 경우는 사례별로 인정한다."로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 혈구포식림프조직구증으로 The Histiocyte Society에서 제시된 진단기준을 만족하고, 비가족성으로 확인된 경우에 해당하여 영양급여대상으로 승인함.</p> <p>이 건은 혈구포식림프조직구증으로 발열/비장비대/혈구감소증/저성유소원혈증/혈구포식소견/NK 세포 활성화도 저하 또는 부재/혈청 Ferritin>500μg/l로 The Histiocyte Society에서 제시된 진단기준을 만족하고, 비가족성으로 확인된 경우에 해당하여 영양급여대상으로 승인함.</p>
			중증복합면역결핍증 : 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-하에 의하면 1차면역결핍질환(Primary Immunodeficiencies)의 영양급여대상 기준은 "1) Wiskott-Aldrich Syndrome - 임상 양상 및 유전자검사 또는 질환의 특이검사 등으로 진단된 경우 2) 중증 복</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>합면역결핍증(Severe Combined Immunodeficiencies, SCIDs) - 임상 양상 및 유전자검사 또는 질환의 특이검사 등으로 진단된 경우 사례별로 인정한다."로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 CHD7유전자 이상을 확인한 CHARGE syndrome이 동반된 immune deficiency 사례로 임상 양상 및 유전자검사 결과 중증복합면역결핍증에 해당되므로 고시 기준을 충족하여 사례별 심의를 통해 요양급여대상으로 승인함.</p>
			자가면역질환 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) 제4조 제2항에 따라 제1항에도 불구하고, 별표 1 및 별표 2의 기준을 충족하지 못하나, 진료 심사평가위원회가 심의를 통해 요양급여의 필요성을 인정하는 경우에는 요양급여 대상으로 인정할 수 있다.</p> <p>이 건은 IPEX syndrome으로 면역억제치료의 한계가 명확하고 동종 조혈모세포이식을 통한 완치율이 높게 보고된 희귀질환인 바, 조혈모세포이식을 통한 치료적 기대효과가 인정되어 고시 제4조 2항에 따라 진료심사평가위원회가 심의를 통해 요양급여의 필요성을 인정하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
		선별급여 : 11건	급성골수성백혈병 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-가에 의하면 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 요양급여대상 기준은 "1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 1차 또는 2차 혈액학적으로 완전관해 되고, 미세잔류암(Minimal Residual Disease)이 양성인 경우 2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적으로 완전관해 된 경우"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 말초혈액검사 상 혈액학적 완전관해가 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 선별급여를 하며 이 경우 제4조제3항에 따라 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			급성림프모구백혈병 : 3건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 1] 3에 의하면 2차 조혈모세포이식의 요양급여대상 기준은 "가. 조혈모세포이식은 1차 이식에 한하여 인정한다. 나. 2차 조혈모세포이식은 각 질병별 고시 기준을 따른다."로 규정하고 있음.</p> <p>따라서 급성림프모구백혈병 상병에서 3차 동종 조혈모세포이식 예정인 이 건은 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-다-2)에 의하면 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)의 2차 조혈모세포이식 영양급여대상 기준은 "1차 이식 후 재발하여 다시 관해 되고, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준에 적합하다고 판단되는 경우에 한하여 동종 조혈모세포이식 인정"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 1차 조혈모세포이식 후 재발되어 23년 2월 CAR-T therapy를 통하여 2차 관해를 확인한 환자임. CAR-T therapy를 통한 완전관해 이후 동종 조혈모세포이식 시행에 대한 근거가 부족한 바, 제4조(영양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			중증재생불량성빈혈 : 2건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-라에 의하면 중증재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)의 영양급여대상 기준은 "1년 이내 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서 (cellularity가 25% 이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 가) 절대호중구수(ANC)가 500/μl 이하, 나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x10⁹/L, 다) 혈소판 20,000/μl 이하"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 말초혈액검사 상 ANC 1620, PLT 286K로 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(영양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 22년 12월~ 23년 3월 IST를 시행하였으며, 3개월 정도 이후의 IST 반응평가가 필요할 것으로 보임. 이에 제4조(영양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			골수형성이상증후군 : 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-마에 의하면 골수형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)의 영양급여대상 기준은 "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 경</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>우 (1) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하이면서 혈소판 20,000/μl 이하 (2) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 6units 이상의 적혈구 수혈이 필요한 경우 2) 진단시 18세 미만 소아는 사례별로 결정한다."로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 중간위험군에 해당함. 그러나 Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않는 것으로 보기 어려워 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			비호지킨림프종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-사-1)에 의하면 비호지킨 림프종의 요양급여대상 기준은 "(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 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 한다. (1) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma (2) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma (3) Mantle Cell Lymphoma (4) Diffuse Large B Cell Lymphoma (5) Burkitt Lymphoma (6) Peripheral T-cell Lymphoma 중 일부(7) Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상 (8) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (9) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>이 건은 Mycosis fungoides로 구제항암화학요법 후 부분반응 이상이 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			유형종양 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 1] 3)에 의하면 2차 조혈모세포이식의 요양급여대상 기준은 "가. 조혈모세포이식은 1차 이식에 한하여 인정한다. 나. 2차 조혈모세포이식은 각 질병별 고시 기준을 따른다."로 규정하고 있음.</p> <p>따라서 유형종양 상병에서 3차 동종 조혈모세포이식 예정인</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				이 건은 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Hydroavacciniform-like lympho proliferative disorder : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 1] 2-가에 의하면 조혈모세포 공여자와의 조직형 일치 정도 요양급여대상 기준은 "조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. 1) 혈연 공여자의 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다. 2) 비혈연 공여자의 경우 - 상기 가)에 해당하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다. 3) 혈연 공여자에서 반일치(Haploidentical)하는 경우 - 상기 1) 또는 2)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 조혈모세포이식에 한하여 인정한다."로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 2차 반일치 동종 조혈모세포이식에 해당하여 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
제대혈	총 1건	요양급여 : 1건	중증재생불량성빈혈 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-라에 의하면 중증재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)의 요양급여대상 기준은 "1년 이내 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서 (cellularity가 25% 이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 가) 절대호중구수(ANC)가 500/μl 이하 나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x10⁹/L 다) 혈소판 20,000/μl 이하"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 1년 이내 골수검사 결과 세포총실도가 25%이하이면서 절대호중구수가 500/μl 이하, 교정 망상적혈구 1.0% 이하, 혈소판 20,000/μl 이하 등으로 확인되어 요양급여대상으로 승인함.</p>
자가	총 57건	요양급여 : 53건	다발골수종 : 20건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-4)-가)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하여 요양급여대상으로 승인함.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-라-1)-나)에 의하면 다발골수종(Multiple Myeloma)의 2차 자가 조혈모세포이식 영양급여대상 기준은 "(1) 1차 이식 후 VGPR 이상의 반응을 12개월 이상 유지한 경우 - 재발 시 인정, (2) 1차 이식 후 VGPR 이상의 반응에 도달하지 않고 진행성(progressive) 소견이 아닌 경우 - 6개월 이내에 시행한 경우 인정"으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 다발골수종으로 1차 이식 후 VGPR 이상의 반응을 12개월 이상 유지 후 재발한 경우에 해당하여 영양급여대상으로 승인함.</p>
			AL 아밀로이드증 : 2건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-라-2)에 의하면, AL 아미로이드증(AL amyloidosis)의 영양급여대상 기준은 "IMWG에서 제시한 AL아밀로이드증(AL amyloidosis) 진단기준에 만족하는 경우 다만, ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하면서 장기부전(심/신/간/폐 부전)이 아닌 경우"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 AL아밀로이드증으로 IMWG에서 제시한 AL아밀로이드증 진단기준에 만족하는 경우에 해당하여 영양급여대상으로 승인함.</p>
			POEMS 증후군 : 2건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-라-3)에 의하면, POEMS 증후군의 영양급여대상 기준은 "IMWG에서 제시한 POEMS 증후군 진단기준에 만족하는 경우"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 POEMS증후군으로 IMWG에서 제시한 POEMS증후군 진단기준에 만족하는 경우에 해당하여 영양급여대상으로 승인함.</p>
			급성골수성백혈병 : 2건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-나-2)에 의하면 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외)의 영양급여대상 기준은 "1차 혈액학적으로 완전관해인 경우"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 1차 혈액학적 완전관해된 경우에 해당하여 영양급여대상으로 승인함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-나-1)에 의하면 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia)의 영양급여대</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>상 기준은 "2차 분자생물학적으로 관해(Molecular Remission)된 경우"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 급성전골수성백혈병으로 2차 분자생물학적으로 관해된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			비호지킨림프종 : 22건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-가-1)-(가)에 의하면 비호지킨 림프종의 요양급여대상 기준은 "(가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 (1) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 (2) Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV인 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 중 일부(단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) (6) Primary CNS Lymphoma"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 (1) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상으로 표준항암화학요법에 부분반응 이상에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> <p>이 건은 (2) Diffuse Large B Cell Lymphoma로 LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III이상 이면서 표준항암화학요법 후 부분반응 이상에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> <p>이 건은 (5) Peripheral T-cell Lymphoma 중 일부(단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)로 표준항암화학요법에 부분반응 이상에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> <p>이 건은 (6) Primary CNS Lymphoma로 표준항암화학요법에 부분반응 이상에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-가-1)-(나)에 의하면 비호지킨 림프종의 요양급여대상 기준은 "(나) 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 한다. (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 중 일부 (7) Extranodal NK/T-cell Lymphoma (8) Primary CNS Lymphoma"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 (1) Follicular Lymphoma로 구제항암화학요법 후 부분반응 이상에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>이 건은 (4) Diffuse Large B Cell Lymphoma로 구제항암화학요법 후 부분반응 이상에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> <p>이 건은 (6) Peripheral T-cell Lymphoma 중 일부로 구제항암화학요법 후 부분반응 이상에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			호지킨림프종 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-가-2)에 의하면 전형호지킨 림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)의 요양급여대상 기준은 "표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 전형호지킨림프종으로 구제항암화학요법 후 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			신경모세포종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-마에 의하면, 신경모세포종의 요양급여대상 기준은 "1) 다음 중 하나에 해당하는 경우 인정한다. (가) 진단 시 다음 중 하나에 해당하며 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상인 경우 (1) 진단 시 1세 이상 이면서 stageⅣ (2) N-myc 증폭(+인 stageⅡ 이상 (나) 국소적으로 재발한 경우 수술로 부분반응 이상을 보이는 경우 (다) 재발한 경우 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 경우 2) 2회 연속적인 자가 조혈모세포이식(tandem transplation) - 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준에 적합하다고 판단되는 경우 1차, 2차 자가 조혈모세포이식 인정"으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 신경모세포종으로 진단 시 1세 이상이면서 stageⅣ이며 N-myc 증폭인 stageⅡ 이상이고 수술 또는 항암제에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 1차, 2차 요양급여대상으로 승인함.</p>
			유령종양 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-바에 의하면, 유령종양의 요양급여대상 기준은 "1) 진단 시 다음 고위험군의 하나에 해당하며 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 (가) metastatic disease at diagnosis (나) bulky primary tumor (>200 ml) (다) axial site 2) 수술 후, 방사선 치료 및 통상적인 화학요법(6개월 또는 6회 이상)을 병용하여 부분반응 이상을 보이나, 완전관해에 도달하지 않은 경우 3) 재발 또는 불응성으로 구제 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 유령종양으로 진단 시 metastatic disease이면서 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			Ependymoma : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-자에 의하면, 중추신경계 배아암종(CNS Embryonal tumor)과 비정형기형/황문근종양(AT/RT)의 요양급여대상 기준은 "가) 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 (2) 중추신경계 배아암종(CNS Embryonal tumor), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) 나) 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 2) 2회 연속적인 자가 조혈모세포이식(tandem transplation) - 수모세포종(Medulloblastoma), 중추신경계 배아암종(CNS Embryonal tumor), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) 질병에 대하여 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준에 적합하다고 판단되는 경우 1차, 2차 자가 조혈모세포이식 인정"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 중추신경계 배아암종으로 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 1차, 2차 요양급여대상으로 승인함.</p>
		선별급여 : 4건	비호지킨림프종 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-가-1)에 의하면 비호지킨 림프종의 요양급여대상 기준은 "(가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 (1) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 (2) Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV인 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 중 일부(단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) (6) Primary CNS Lymphoma (나) 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 한다. (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 중 일부 (7) Extranodal NK/T-cell Lymphoma (8) Primary CNS Lymphoma"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 Peripheral T-cell Lymphoma 중 일부로 구제항암화학요법 후 부분반응 이상이 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2에 의하면 자가 조혈모세포이식 요양급여대상 기준은 "자가 조혈모세포이식을 시행하기 전 골수검사 상 종양 침범 없음을 확인하여야 한다. 단, 형질세포질환은 제외한다."로 규정하고 있음.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				이 건은 자가 조혈모세포이식을 시행하기 전 골수검사 상 종양 침범 없음이 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함
			다발골수종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-라-1)에 의하면 다발골수종(Multiple Myeloma)의 요양급여대상 기준은 "IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 다발골수종으로 IMWG에서 제시한 다발골수종 진단기준에 만족하지 못하여 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			송과체아세포종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-자에 의하면, 수모세포종(Medulloblastoma)의 요양급여대상 기준은 "가) 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 (1) 수모세포종(Medulloblastoma) (가) 진단 시 3세 이하 (나) 수술 후 잔여종괴가 1.5cm² 이상인 경우 (다) 두개강 내 전이가 있는 경우 (라) Anaplastic type 나) 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 2) 2회 연속적인 자가 조혈모세포이식(tandem transplantation) - 수모세포종(Medulloblastoma), 중추신경계 배아암종(CNS Embryonal tumor), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) 질병에 대하여 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준에 적합하다고 판단되는 경우 1차, 2차 자가 조혈모세포이식 인정"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 송과체아세포종(Pineoblastoma)으로 진단받고 자가 조혈모세포이식 예정으로 이 상병은 수모세포종(Medulloblastoma)의 요양급여대상 기준을 만족하면 요양급여로 인정하고 있음.(고시 제2022-313호, 조혈모세포이식 고시 개정관련 질의·응답-사례별 상병-15)</p> <p>이 건은 (가) 진단 시 3세 이하, (나) 수술 후 잔여 종괴가 1.5cm² 이상인 경우, (다) 두개강 내 전이가 있는 경우, (라) Anaplastic type이 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
계	107건			

[별첨] 조혈모세포이식 대상자 승인 결과

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
1	동종조혈모	남	11M	자가면역질환	요양급여
2	동종조혈모	여	61	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
3	동종조혈모	여	10M	중증복합면역결핍증(SCIDs)	요양급여
4	동종조혈모	여	42	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
5	동종조혈모	남	57	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	선별급여
6	동종조혈모	여	11	유형종양	선별급여
7	동종조혈모	남	49	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
8	동종조혈모	남	3	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	선별급여
9	동종조혈모	남	8	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
10	동종조혈모	남	14	Hydroavacciniform-like lympho proliferative disorder	선별급여
11	동종조혈모	남	35	비호지킨림프종	선별급여
12	동종조혈모	남	27	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
13	동종조혈모	남	44	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
14	동종조혈모	여	53	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
15	동종조혈모	여	67	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
16	동종조혈모	여	65	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
17	동종조혈모	남	67	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
18	동종조혈모	남	60	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
19	동종조혈모	남	23	혈구포식림프조직구증(HLH)	요양급여
20	동종조혈모	남	30	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
21	동종조혈모	남	56	비호지킨림프종	요양급여
22	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
23	동종조혈모	여	44	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
24	동종조혈모	남	33	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
25	동종조혈모	여	38	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
26	동종조혈모	여	66	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
27	동종조혈모	남	58	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
28	동종조혈모	남	47	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
29	동종조혈모	남	40	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
30	동종조혈모	남	63	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
31	동종조혈모	남	7M	JMML	요양급여
32	동종조혈모	남	60	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
33	동종조혈모	여	68	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
34	동종조혈모	여	44	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
35	동종조혈모	남	45	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
36	동종조혈모	여	44	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
37	동종조혈모	여	47	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
38	동종조혈모	여	63	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
39	동종조혈모	남	58	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
40	동종조혈모	여	66	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
41	동종조혈모	남	41	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
42	동종조혈모	여	66	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
43	동종조혈모	여	58	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
44	동종조혈모	여	60	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
45	동종조혈모	여	44	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
46	동종조혈모	여	62	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
47	동종조혈모	남	46	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
48	동종조혈모	남	5	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
49	동종조혈모	남	47	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
50	체대혈조혈모	여	1	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
51	자가조혈모	여	55	비호지킨림프종	선별급여
52	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	선별급여
53	자가조혈모	남	15	송과체아세포종(Pineoblastoma)	선별급여
54	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종	선별급여
55	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여
56	자가조혈모	남	39	다발골수종(MM)	요양급여
57	자가조혈모	남	43	다발골수종(MM)	요양급여
58	자가조혈모	남	69	다발골수종(MM)	요양급여
59	자가조혈모	남	50	비호지킨림프종	요양급여
60	자가조혈모	남	28	비호지킨림프종	요양급여
61	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
62	자가조혈모	남	55	호지킨림프종	요양급여
63	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종	요양급여
64	자가조혈모	남	69	다발골수종(MM)	요양급여
65	Tumor(종양)	남	2	신경모세포종(Neurolblastoma)①	요양급여
66	자가조혈모	여	57	다발골수종(MM)	요양급여
67	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종	요양급여
68	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종	요양급여
69	자가조혈모	남	42	비호지킨림프종	요양급여
70	자가조혈모	남	48	비호지킨림프종	요양급여
71	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종	요양급여
72	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	요양급여
73	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종	요양급여
74	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	요양급여
75	자가조혈모	여	66	POEMS증후군	요양급여
76	자가조혈모	여	65	비호지킨림프종	요양급여
77	자가조혈모	남	69	다발골수종(MM)	요양급여
78	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	요양급여
79	자가조혈모	여	47	비호지킨림프종	요양급여
80	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종	요양급여
81	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종	요양급여
82	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	요양급여
83	자가조혈모	남	61	AL아밀로이드증(AL amyloidosis)	요양급여
84	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	요양급여
85	자가조혈모	남	69	비호지킨림프종	요양급여
86	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종	요양급여
87	자가조혈모	여	53	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
88	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종	요양급여
89	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
90	자가조혈모	여	66	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
91	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종	요양급여
92	자가조혈모	여	1	Ependymoma	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
93	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	요양급여
94	자가조혈모	여	2	유령종양	요양급여
95	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	요양급여
96	자가조혈모	여	55	다발골수종(MM)	요양급여
97	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	요양급여
98	자가조혈모	남	50	다발골수종(MM)	요양급여
99	자가조혈모	여	57	비호지킨림프종	요양급여
100	자가조혈모	남	30	호지킨림프종	요양급여
101	자가조혈모	여	64	AL아밀로이드증(AL amyloidosis)	요양급여
102	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여
103	자가조혈모	여	60	비호지킨림프종	요양급여
104	자가조혈모	여	49	비호지킨림프종	요양급여
105	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종	요양급여
106	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종	요양급여
107	자가조혈모	남	64	POEMS증후군	요양급여

[2023.6.26.~6.28. 조혈모세포이식 분과위원회]

[2023.7.11. 중앙심사조정위원회]