

진료심사평가위원회 심의사례 공개 (총 6개 항목)

- 2016.3.31. 공개

연번	제 목	페이지
1	역행성 담체관 내시경 및 중재적 방사선 시술을 복합 시행한 경우 추가산정 방법	1
2	반복 시행한 역행성 담체관 내시경 시술 등(ENBD, ERBD, EPBD) 추가산정 방법	3
3	유두괄약근절개술과 동시 시행한 체관배액술(ERPD) 인정여부 및 추가산정 방법	5
4	만성바이러스 C형간염에서 DAA(Direct Acting Antivirals)를 사용하기 위한 페그인터페론 제제 치료실패의 범위와 C형간염 핵산검사(HCV RNA) 실시간격에 대하여	6
5	만성바이러스 C형간염 및 간세포암종 동반된 환자에게 간종양 동맥 색전술과 고주파 열치료로 간암 치료 후 투여한 다클라타스비어(품명: 다클린자정)와 아수나프레비르(품명: 순베프라캡슐) 인정여부	8
6	조혈모세포이식 요양급여대상 인정여부	9

요양급여비용 사후 심사 건

1. 역행성 담체관 내시경 및 중재적 방사선 시술을 복합 시행한 경우 수가산정 방법

■ 청구내역

○ A사례(남/72세)

- 청구 상병명: 간외담관의 악성신생물, 신생물성 질환에서의 다발신경병증

- 주요 청구내역

자776가	역행성 담체관 내시경 수술-유두괄약근절개술 (Q7761)	1*1*1
나762가	내시경적역행성담(체)관조영술 [내시경하 생검] (E7621010)	1*1*1
자667	경피경간담즙배액술[유도료별도산정] (M6670)	1*1*1
자668나	경피적담도협착확장술-스텐트에의한것 (M6682)	1*1*1

○ B사례(여/81세)

- 청구 상병명: 담관염을 동반한 담관결석, 폐색의 언급이 없는, 기타 급성 췌장염

- 주요 청구내역

자776나	역행성 담체관 내시경 수술-담(체)관배액술 (Q7762)	1*1*1
자776나	역행성 담체관 내시경 수술-담(체)관배액술 (Q7762)	1*0.5*2
자667	경피경간담즙배액술[유도료별도산정] (M6670)	1*0.5*1
자670	경피적담석제거술 (M6700)	1*0.5*2

■ 심의내용

○ 동 건(2사례)은 담관암 및 담관결석 상병에 역행성 담체관 내시경 시술 후 중재적 방사선 시술(자667 경피경간담즙배액술, 자668 경피적담도협착확장술, 자670 경피적담석제거술)을 복합 시행한 건으로 수가산정 방법에 대해 심의함.

○ 보건복지부 고시 제2007-46호('07.6.1. 시행) 'Both Heatric Duct에 Stent 삽입시 수기로 산정방법' 에 의하면, 동일한 root를 이용한 경우 자668나 경피적담도협착확장술-스텐트에의한것 100%와 50%로 산정하도록 되어 있으며,

○ 보건복지부 고시 제2007-92호('07.11.1. 시행) '치료기간 중 수회 실시한 자667 경피경간담즙배액술, 자670 경피적담석제거술 및 자776 내시경하담석제거술 실시시 수가산정방법' 에 의하면 담석결석 상병에 3가지 시술은 동일 치료목적의 재시술로 보아 최초로 실시한 시술료는 100%, 그 후 시술료는 50%를 산정하며 복합 시행할 경우 최대 300%(100, 50, 50, 50, 50%) 범위내로 산정하도록 되어있으며 횟수를 초과한 경우 사례별로 인정하도록 되어있음.

○ 따라서 동 건(2사례)은 ▶ 역행성 담체관 내시경 시술의 재시술은 기 형성된 경로를 이용하는 것이고 ▶ 경피적담도협착확장술은 경피경간담즙배액술로 기 형성된 경로를 통해 협착부위에 스텐트를 삽입하는 것이므로, 첫 번째 시술과 동일한 시술 노력, 시간 등이 투입되지 않는바 역행성 담체관 내시경 및 중재적 방사선 시술에 대한 동일 목적·경로의 재시술로 보아 각 소정점수의 50%로 인정함.

- 다만 경피경간담즙배액술 후 시행한 경피적담도협착확장술은 고시 제2007-46호에 의하여 자668나 경피적담도협착확장술-스텐트에의한것 100%로 인정하되 초회시술에 한함.

○ 아울러 사례별 인정내용은 아래와 같음.

▶ **A사례(남/72세)**

: 간외담관의 악성신생물 상병으로 (4/15) 유두괄약근절개술을 시행하여 총담관 생검(biopsy) 결과 선암(Adenocarcinoma)으로 확인되어, (4/22) 경피경간담즙배액술(Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage, PTBD)을 시행하고 (4/24) 기존의 PTBD 경로를 통해 폐쇄된 총담관을 경유하여 금속 스텐트를 삽입한 것으로, 스텐트 삽입에 대하여 경피적담도협착확장술 초회 시술이므로 자668나 경피적담도협착확장술-스텐트에의한 것 100%로 인정함.

▶ **B사례(여/81세)**

: 담관결석 상병으로 결석제거를 위해 복합 시술을 총 6회 시행함.

① (10/30) 유두괄약근절개술(EST) 및 내시경 경비 담관배액술(ENBD) 후 환자가 관을 제거하여 ② (10/31) 내시경 경비 담관배액술을 재시행함. ③ (11/4) 유두괄약근절개술 및 내시경 유두부 풍선확장술(EPBD)을 시행하였으나 결석제거에 실패하여 내시경 경비 담관배액술 후 시술을 종료함. 영상의학과 의뢰하여 ④ (11/6) 경피경간담즙배액술(PTBD) 후 ⑤,⑥ (11/13, 17) stone basket 이용하여 총담관내 잔류 담석을 제거함.

따라서 자776나 역행성 담체관 내시경 수술-담(체)관 배액술 ① 100%, ②,③ 각 50% ③ 자667 경피경간담즙배액술 50%, 자670 경피적담석제거술 ④,⑤ 50%로 총 350%를 인정함.

※ EST: 내시경 유두괄약근절개술 (Endoscopic Sphincterotomy)

※ ENBD: 내시경 경비 담관배액술 (Endoscopic Nasobiliary Drainage)

※ ERBD: 내시경 역행성 담관배액술 (Endoscopic Retrograde Biliary Drainage)

※ EPBD: 내시경 유두부 풍선확장술 (Endoscopic Papillary Balloon Dilatation)

※ PTBD: 경피경간 담즙 배액술 (Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage)

■ **참고**

- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료
- Both Hepatic Duct에 Stent 삽입시 수기로 산정방법(보건복지부 고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
- 치료기간 중 수회 실시한 자667 경피경간담즙배액술, 자670 경피적담석제거술 및 자776 내시경하담석제거술 실시시 수가산정방법(보건복지부 고시 제2007-92호, '07.11.1. 시행)
- 김정룡. 소화기계 질환. 제3판. 일조각. 2011.

[2016.2.1. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

2. 반복 시행한 역행성 담체관 내시경 시술 등(ENBD, ERBD, EPBD) 수가산정 방법

■ 청구내역

○ A사례(여/45세)

- 청구 상병명: 담낭의 악성 신생물, 상세불명의 림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물, 담관의 폐색
- 주요 청구내역

자776나 역행성 담체관 내시경 수술-담(체)관 배액술 (Q7762)	1*1*4
자776나 역행성 담체관 내시경 수술-담(체)관 배액술 (Q7762)	1*1*1

○ B사례(여/78세)

- 청구 상병명: 간외담관의 악성 신생물, 담관염, 급성 담낭염
- 주요 청구내역

자776가 역행성 담체관 내시경 수술-유두괄약근절개술 (Q7761)	1*1*1
자776다 역행성 담체관 내시경 수술-내시경적 담(체)관 협착확장술 (Q7763)	1*1*1
자776다 역행성 담체관 내시경 수술-내시경적 담(체)관 협착확장술 (Q7763)	1*0.7*2

○ C사례(여/54세)

- 청구 상병명: 간내 담관암종, 담관의 폐색, 간의 농양
- 주요 청구내역

자776다 역행성 담체관 내시경 수술-내시경적 담(체)관 협착확장술 (Q7763)	1*1*1.5
자776다 역행성 담체관 내시경 수술-내시경적 담(체)관 협착확장술 (Q7763)	1*1*1
자776다 역행성 담체관 내시경 수술-내시경적 담(체)관 협착확장술 (Q7763)	1*1*1.5

○ D사례(남/66세)

- 청구 상병명: 바터팬대부의 악성 신생물, 상세불명의 독성 간질환
- 주요 청구내역

자776다 역행성 담체관 내시경 수술-내시경적 담(체)관 협착확장술 (Q7763)	1*1*1
---	-------

■ 심의내용

- 동 건(4사례)은 담낭암, 담관암, 바터팬대부암 환자에게 역행성 담체관 내시경 시술을 여러 차례 시행한 건으로 수가산정방법에 대해 심의함.
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 ‘자776 역행성 담체관 내시경 수술’ 주항에 의하면, 2가지 이상의 시술을 동시에 실시한 경우에는 주된 시술의 소정점수만 산정하도록 되어있으며,
- 보건복지부 고시 제2007-46호(’07.6.1. 시행) ‘동일입원기간 중 내시경적 비·담도배액법(ENBD)과 내시경적 역행성 담도배액법(ERBD) 각각 시행시 인정여부’ 에 의하면 치료(입원) 기간 중 환자상태에 따라 순차적으로 실시하는 ENBD와 ERBD는 각각 인정하도록 되어있으며, ‘Both Hepatic Duct에 Stent 삽입시 수기로 산정방법’ 에 의하면 역행성담체관 내시경하 양측 Hepatic Duct 스텐트 삽입술을 시행 할 경우 자776다 역행성 담체관 내시경 수술-내시경적 담(체)관 협착확장술 100%와 50%로 산정하도록 되어 있음.
- 따라서 동 건(4사례)은 역행성 담체관 내시경 시술로 재시술시 기 형성된 경로를 이용하므로 1차와 동일한 시술 노력, 시간 등이 투입되지 않는바 고시 등을 참고하여 자776 역행성 담체관 내시경 시술에 대해 ▶ 2가지 이상 동시 실시시 주된(소정점수가 높은) 시술의 소정점수만 산정하고, ▶ 재시술의 수기료는 50%를 산정하기로 결정하며 사례별 세부 인정내용은 아래와 같음.

▶ **A사례(여/45세)**

: 담낭의 악성 신생물 상병으로 담관의 출혈 및 종양으로 인한 담관 폐색이 지속되어 총 5회의 시술을 시행함.
① (9/22) ENBD(Rt.IHD) / ERBD(CBD) with metal stent ② (9/30) ENBD(Lt.IHD) ③ (10/5) ENBD(Rt.IHD)
④ (10/13) ENBD(Rt.IHD) ⑤ (10/20) ERBD(Rt.IHD) with metal stent
따라서 자776나 역행성 담체관 내시경수술-담(체)관 배액술 ① 100%, ②~④ 각 50%, ⑤ 자776다 역행성
담체관 내시경 수술-내시경적 담(체)관 협착확장술 50%로 총 300%를 인정함.

▶ **B사례(여/78세)**

: 간외담관의 악성신생물 상병으로 치료목적의 소화기내시경 시술을 총 4회 시행함.
① (7/6) EST / ERBD(Lt.IHD) with plastic stent ② (7/10) ERBD(Rt.IHD) with plastic stent ③ (7/20)
EPBD by balloon catheter / ERBD with plastic stent ④ (7/22) ERBD(Rt.IHD) with metal stent
따라서 ① 자776가 역행성 담체관 내시경수술-유두괄약근절개술 100%, ②~④ 자776다 역행성 담체관
내시경 수술-내시경적 담(체)관 협착확장술 각 50%로 총 250%를 인정함.

▶ **C사례(여/54세)**

: 간내담관암종 상병으로 ① (9/10) 양쪽 간내담관에 플라스틱 스텐트 삽입 후 ② (9/21) 배액관
이탈(Distal migration)로 왼쪽 간내담관의 스텐트를 교환하고, ③ (10/26) 양쪽 간내담관의 스텐트를
금속 스텐트로 교환함.
따라서 자776다 역행성 담체관 내시경 수술-내시경적 담(체)관 협착확장술 ① 100%와 50% ② 50% ③
50%와 50%로 총 300%를 인정함.

▶ **D사례(남/66세)**

: 바터팬대부의 악성신생물 상병으로 유두괄약근절개술(EST) 및 내시경 경비담관배액술(ENBD) 후 시행한
담관내 스텐트 삽입(ERBD with metal stent) 대하여 자776다 역행성 담체관 내시경 수술-내시경적 담(체)관
협착확장술 50%를 인정함

- ※ EST: 내시경 유두괄약근절개술 (Endoscopic Sphincterotomy)
- ※ ENBD: 내시경 경비 담관배액술 (Endoscopic Nasobiliary Drainage)
- ※ ERBD: 내시경 역행성 담관배액술 (Endoscopic Retrograde Biliary Drainage)
- ※ EPBD: 내시경 유두부 풍선확장술 (Endoscopic Papillary Balloon Dilatation)
- ※ IHD: 간내담관 (Intra Hepatic Duct)
- ※ CBD: 총담관 (Common Bile Duct)

■ **참고**

- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료
- 동일입원기간 중 내시경적 비·담도배액법(ENBD)과 내시경적 역행성 담도배액법(ERBD) 각각 시행시 인정여부(보건복지부 고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
- Both Hepatic Duct에 Stent 삽입시 수기로 산정방법(보건복지부 고시 제2007-46호, '07.6.1. 시행)
- 정재복. 담도학. 군자출판사. 2008.
- 대한체담도학회. ERCP. 군자출판사. 2010.

[2016.2.1. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

3. 유두괄약근절개술과 동시 시행한 췌관배액술(ERPD) 인정여부 및 수가산정 방법

■ 청구내역(남/84세)

- 청구 상병명: 폐색의 언급이 없는 급성 담낭염을 동반한 담낭의 결석, 상세불명의 급성 췌장염
- 주요 청구내역
자776가 역행성 담췌관 내시경 수술-유두괄약근절개술 (Q7761) 1*1.5*1

■ 심의내용

- 동 건(남/84세)은 담낭의 결석 상병 하에 유두괄약근절개술 및 담관내 플라스틱 스텐트 삽입 후 담석제거 시술에 따른 합병증 최소화를 위해 내시경 역행성 췌관배액술(Endoscopic Retrograde Pancreatic Drainage, ERPD)을 시행하고, 자776가 역행성 담췌관 내시경 수술-유두괄약근절개술(Q7761) 150%를 청구함.
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 ‘자776 역행성 담췌관 내시경 수술’ 주항에 의하면, 2가지 이상의 시술을 동시에 실시한 경우에는 주된 시술의 소정점수만 산정하도록 되어있음.
- 관련 교과서 및 전문가에 따르면 담관내 스텐트 삽입을 위해 유두괄약근절개술 시행시 guide wire 및 조영제 등으로 담관과 인접한 췌관 개구부가 자극되어 췌장염의 위험성이 높아질 수 있어 내시경 역행성 췌관배액술을 시행한다고 함.
- 따라서 동 건(남/84세)은 췌장염 등 합병증의 최소화를 위해 췌관배액술이 필요하다고 판단되나 자776 역행성 담췌관 내시경 수술 주항에 의하여 ‘자776가 역행성 담췌관 내시경 수술-유두괄약근절개술(Q7761)’ 과 ‘자776다 역행성 담췌관 내시경 수술-내시경적 담(췌)관 협착확장술(Q7763)’ 중 주된 시술인 자776가 역행성 담췌관 내시경 수술-유두괄약근절개술 100%만 인정하기로 함.

■ 참고

- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료
- 김정룡. 소화기계 질환. 제3판. 일조각. 2011.
- 정재복. 담도학. 군자출판사. 2008.

[2016.2.16. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

4. 만성바이러스 C형간염에서 DAA(Direct Acting Antivirals)를 사용하기 위한 페그인터페론 제제 치료실패의 범위와 C형간염 핵산검사(HCV RNA) 실시간격에 대하여

■ 청구내역(남/68세)

- 청구 상병명: 상세불명 만성 바이러스 C형 간염, 상세불명의 위의 악성 신생물
- 주요 청구내역
 - 629 다클린자정60밀리그램(다클라타스비르 염산염) 1*1*14
 - 629 순베프라캡슐100밀리그램(아수나프레비르) 1*2*14

■ 진료내역

- 2009.8.3. HCV GENOTYPE 1b
- 2010.2.24. ~ 2011.9. 폐가시스주 투여
- 2012.2.20. HCV PCR (+)
- 2015.8.25. HCV RNA Qn't - Real time HCV IU/ml 3.93×10^6 IU/ml
Copies/ml 10,621,563 Copies/ml

■ 심의내용

- 항바이러스 치료제 DAA [다클라타스비어(품명:다클린자정), 아수나프레비르(품명:순베프라캡슐)]를 사용하기 위한 페그인터페론제제(Peginterferon alfa-2a, alfa-2b) 치료실패의 범위, C형간염 핵산검사(HCV RNA) 검사 실시간격, C형간염 핵산(HCV RNA) 기저검사 및 DAA 약제 투여중단시기에 대하여 논의한 결과,
- 만성C형 바이러스 간염에서 DAA 약제를 사용하기 위한 페그인터페론 치료실패의 범위는 페그인터페론 부작용이나 낮은 순응도로 인한 사용중지, 치료 무반응 또는 부분반응, 재발, 바이러스 돌파현상의 경우로 함.
- DAA 치료시 C형간염 핵산검사(HCV RNA) 모니터링 간격은 2015 대한간학회 C형간염 진료 가이드라인에 준하여 「치료시작부터 종료까지의 기간 중 3~4회」 인정함.
- 만성C형 간염에서 C형간염 핵산(HCV RNA) 기저검사는 투약 전에 실시함이 원칙이나, 투약 전 1년 이내 검사 까지 사례별 인정하고 추후 근거문헌이 나오면 재검토 예정임.
- 한편, DAA 약제는 치료 4주째 C형간염 핵산검사(HCV RNA)가 검출(양성)된 경우 치료 6주째 또는 8주째 재검사하여 C형간염 핵산검사(HCV RNA) 검출(양성)되거나 상승이 확인되면 약제를 중단해야함.

■ 참고

- 다클라타스비어 경구제, 아수나프레비르 경구제(보건복지부고시 제2015-134호, 2015.8.1.)
- 2015 대한간학회 C형 간염 진료가이드라인
- EASL Recommendation on Treatment of Hepatitis C 2015
- AASLD PRACTICE GUIDELINES, HEPATOLOGY
Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C: Updated December 11, 2015
- JSH Guidelines for the Management of Hepatitis C Virus Infection: A 2014 Update for Genotype 1
Drafting Committee for Hepatitis Management Guidelines, the Japan Society of Hepatology

- Manns et al. All-oral daclatasvir plus asunaprevir for hepatitis C virus genotype 1b: a multinational, phase 3, multicohort study. Lancet 2014 Nov 1;384(9954):1597-607
- HCV 치료실패 등 관련 학회의견 - (대간학 2016-28, 2016.2.4.)

[2016.3.8. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

5. 만성바이러스 C형간염 및 간세포암종 동반된 환자에게 간종양 동맥 색전술과 고주파 열치료로 간암 치료 후 투여한 다클라타스비어(품명:다클린자정)와 아수나프레비르(품명:순베프라캡슐) 인정여부

■ 청구내역(여/71세)

- 청구 상병명: 간세포암종, 만성바이러스 C형 간염, 합병증을 동반하지 않은 기타 및 상세불명의 간의 경화증, 상세불명의 당뇨병
- 주요 청구내역
 - 629 다클린자정60밀리그램(다클라타스비르 염산염) 1*1*14
 - 629 순베프라캡슐100밀리그램(아수나프레비르) 1*2*14

■ 진료내역

- 2015.7.30. HCV RQ-PCR 정량 1.98×10^6 IU/mL
- 2015.8.20. HCV Genotyping 1b
- 2015.9.1. 다클린자정/순베프라캡슐 최초 투여
- 2015.9.25. child-pugh A (5점)

■ 심의내용

- 임상문헌, 관련학회 및 전문가 의견에 따르면, 간세포암 환자가 항바이러스 치료로 지속바이러스반응(sustained virological response, SVR)에 도달하는 경우 간세포암의 재발이 줄고 생존율이 호전될 수 있어 간세포암의 예후와 이로 인한 기대 여명을 고려하여 치료 여부를 결정하도록 권고하고 있음.
- 그러므로, 만성바이러스 C형간염과 동반된 간세포암종에서 간세포암종에 대한 치료(근치치료, 근치에 준하는 치료) 후 투여한 DAA(Direct Acting Antivirals)약제는 요양급여로 인정하고, 간세포암종에 대한 치료를 하지 않거나 치료반응이 없는 경우에는 인정하지 아니함.
- 따라서, 간세포암종 치료 후(간종양 동맥 색전술과 고주파 열치료 등) 호전된 상태에서 투여한 DAA 약제는 요양급여로 인정함.

■ 참고

- 다클라타스비어 경구제, 아수나프레비르 경구제(보건복지부고시 제2015-134호, 2015.8.1.)
- 2015 대한간학회 C형 간염 진료가이드라인
- EASL Recommendation on Treatment of Hepatitis C 2015
- AASLD PRACTICE GUIDELINES, HEPATOLOGY
Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C: Updated December 11, 2015
- JSH Guidelines for the Management of Hepatitis C Virus Infection: A 2014 Update for Genotype 1
Drafting Committee for Hepatitis Management Guidelines, the Japan Society of Hepatology
- 대한간학회 · 국립암센터 2014 간세포암종 진료 가이드라인
- HCV가 동반된 간암 치료에서 DAA 치료 관련 학회의견 - (대간학 2016-28, 2016.2.4.)

[2016.3.8. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

요양급여대상 사전 승인 건

2016.2월 조혈모세포이식분과위원회 심의사례 공개

조혈모세포이식은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부고시 제2015-44호)에 따라 요양급여 대상여부를 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 인정**하고 있습니다.

(보건복지부 고시 제2014-196호)

구분		계	동종	자가	제대혈	비고
총 접수건		253	127	121	5	-
처리결과	인정건	188	90	93	5	-
	불인정건	64	37	27	0	-
	불가건	1	0	1	0	-

* 신청기관 : 30개 요양기관

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
동종	총127건	인정: 90건	급성골수성백혈병: 29건	(ㄱ) PML/RARA 양성인 AML-M3을 제외한 1차 혈액학적 완전관해된 경우 (ㄴ) 재발된 급성골수성백혈병에서 2차 혈액학적 완전관해된 경우 다만, PML/RARA 양성인 AML-M3은 사례별로 인정함 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			급성림프모구백혈병: 26건	골수 검사 결과 아세포(blast)의 비율이 5% 이하이고 말초혈액 검사 결과 정상 범위인 완전 관해 된 때. 다만, 15세 미만의 소아에서 1차 완전관해 된 경우에는 조혈모세포이식 분과위원회 심의 사례를 토대로 고위험군에 한하여 인정함.
			중증재생불량성빈혈: 7건	고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 골수검사결과 세포총실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25%이하이거나 25~50%이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여 대상임. (ㄱ) 절대호중구 수(ANC)가 500/ μ l 이하

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>(ㄴ) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 (ㄷ) 혈소판 20,000/μl 이하</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			골수이형성증후군: 10건	<p>조혈모세포이식 분과위원회 심의사례를 토대로 Donor type, 나이, IPSS score, 수혈력, CBC 등 참고하여 이식의 적응증에 해당되는바 요양급여대상자로 인정함.</p>
			만성골수성백혈병: 2건	<p>다음 각 호에 해당하는 가속기 또는 급성 발증의 소견이 아닌 만성기인 때</p> <p>(ㄱ) 빈혈정도가 심해짐 (ㄴ) Cytogenetic clonal evolution (ㄷ) Blood or marrow blast 15~30% (ㄹ) Blood or marrow promyelocyte 30%이상 (ㅁ) Blood or marrow basophil 20%이상 (ㅂ) 혈소판 100,000/μl 이하에 해당하는 가속기 또는 급성 발증의 소견이 아닌 만성기인 때</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			다발성골수종: 2건	<p><2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식 (tandem transplantation)>에서 “다발성골수종은 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식에서 다음 각 호 1에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정함. (ㄱ) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(very good Partial Response, M단백이 치료 전보다 90%이상 감소되는 것을 의미) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우 : 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종)을 원칙으로 하되, 동 기간을 초과하게 될 경우 사유서를 참조하여 사례별로 결정함. (ㄴ) 1차 이식으로 진행성의(progressive) 소견을 보이는 경우 : 2차 이식으로 동종 조혈모세포이식 시행을 원칙으로 하여 사유서를 참조하여 사례별로 결정함. (ㄷ) 1차 이식으로 VGPR(very good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우 : 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 원칙으로 하여 사유서를 참조하여 사례별로 결정함”으로 되어 있음.</p> <p>또한 다발성골수종은 “다음의 조건에 모두 부합되어야 함. (ㄱ) ECOG Scale 0-1, (ㄴ) 부분관해 이상의 치료반응을 보인 경우 (부분관해란 M 단백질이 치료 전보다 50% 이상 감소되는 것을 의미함) (ㄷ) 만성신부전이 아닌 경우”로 되어 있음.</p> <p>동 건들은 1차 이식으로 VGPR 이상의 반응을 보인 후 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보였으나 이후 항암치료에</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				부분관해(M단백이 치료 전보다 50% 이상 감소되는 것을 의미함) 이상의 치료반응을 보이고 있는바 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.
			Acute Bileneal Leukemia: 1건	Acute Bileneal Leukemia로 진단되어 1차 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출된 자료를 검토한 결과 완전관해로 확인되는 바 요양급여대상자로 인정함.
			Chronic myelomonocytic Leukemia: 1건	CMMoL-1으로 진단되어 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출된 자료 및 검사결과(나이, IPSS score, 수혈력, CBC 등)를 토대로 혈액종양내과분과위원회(조혈모세포이식)에서 심의한 결과, 현재 상황이 반드시 이식이 필요하다고 판단되는 바 요양급여 대상자로 인정함.
			MyeloFibrosis: 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준) [별표] 2-가-(9)에 의하면 일차골수섬유증은 “일차골수섬유증의 예후지표인 DIPSS plus risk category 중 고위험도(High risk, 예후인자수 ≥ 5 항목)와 중등위험도-2(Intermediate-2, 예후인자수 3항목 또는 4 항목)에 해당하는 경우. 다만, 중등위험도-2에 해당하는 경우에는 질병의 중등도 등 환자상태를 고려하여 사례별로 인정함.”으로 되어 있음. 따라서 동 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			악성림프종: 7건	자가조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상의 치료반응을 보이는 경우에 해당하여 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			혈구탐색성조직구증 2건	The Histiocyte society에서 제시한 진단기준(2004년 제정)을 만족하는 혈구탐색성조직구증 환자 중 가족성(유전적) 또는 비가족성(비유전적) 혈구탐색성조직구증으로 확인된 경우 다만, 비가족성(비유전적) 혈구탐색성조직구증 중에서 호전된 경우는 사례별로 인정함. 따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			만성육아종증: 1건	임상 양상 및 유전자 검사 또는 질환의 특이검사 등으로 진단된 만성육아종증으로 중증감염이 반복되는 경우 따라서 동 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
불인정 : 37건	급성골수성백혈병: 8건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준) 별표 2-가-(1)에 의하면 급성골수성백혈병은 “(ㄱ)PML/RARA 양성인 AML-M3을 제외한 1차 혈액학적 완전관해된 경우 (ㄴ) 재발된 급성골수성백혈병에서 2차 혈액학적 완전관해된 경우		

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>다만, PML/RARA 양성인 AML-M3은 사례별로 인정함”으로 되어 있음. 따라서 급성골수성백혈병으로 동종조혈모세포이식 예정인 동 건들은 골수검사결과 및 말초혈액검사결과 완전관해가 확인되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-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) 혈연 관계에 있는 경우 (ㄱ) 1 locus 불일치까지 인정한다. (ㄴ) 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수이형성증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.”고 명시되어 있음. 동 건은 급성골수성백혈병으로 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 골수검사결과 및 말초혈액검사결과 완전관해가 확인되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>동 건들은 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 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>최근 골수상태를 확인할 수 있는 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태여부 판단이 곤란한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다.”고 명시되어 있으나 동 건은 공여자 HLA 검사결과지가</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>제출되지 않아 조직형 일치정도가 확인되지 아니하여 추후 추가 제출 시 재논의하기로 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가-(1)에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만 65세 미만이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건은 연령 초과되어 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			만성골수성백혈병: 1건	<p>최근 골수상태를 확인할 수 있는 골수검사, 말초혈액검사결과가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태여부 판단이 곤란한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			급성림프모구백혈병: 9건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준) 별표 2-가-(3)에 의하면 급성림프모구백혈병은 “골수검사결과 아세포(blast)의 비율이 5% 이하이고 말초혈액 검사 결과 정상 범위인 완전관해 된 때” 요양급여 대상이나, 급성림프모구백혈병으로 진단되어 동종조혈모세포이식 예정인 동 건들은 골수검사 결과 및 말초혈액검사결과 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.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가-(1)에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만 65세 미만이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건들은 연령 초과 되어 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-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) 혈연 관계에 있는 경우 (ㄱ) 1 locus 불일치까지 인정한다. (ㄴ) 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수이형성증후군과 완전관해 상태의 급성</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다. (2) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다. 2) 제대혈이식 - HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개(locus 혹은 allele) 불일치(4/6)까지 인정한다.”고 명시되어 있음. 동 건들은 1차 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과 HLA가 일치하지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>동 건은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다.”고 명시되어 있으나 동 건들은 공여자 HLA 검사 결과지가 제출되지 않아 조직형 일치정도가 확인되지 아니하여 추후 추가 제출 시 재논의하기로 함.</p> <p>동 건은 급성림프모구백혈병으로 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 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			골수이형성증후군: 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 (ㄱ) 1 locus 불일치까지 인정한다. (ㄴ) 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수이형성증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다. (2) 비혈연관계에 있는</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>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 골수이형성증후군으로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과 HLA C 1 locus가 일치하지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다.”고 명시되어 있으나 동 건은 공여자 HLA 검사 결과지가 제출되지 않아 조직형 일치정도가 확인되지 아니하여 추후 추가 제출 시 재논의하기로 함.</p>
			중증재생불량성빈혈: 7건	<p>중증재생불량성빈혈로 진단되어 반일치 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출된 말초혈액검사결과 Very severe Aplastic anemia에 해당되지 않고, 동 상병의 반일치 이식에 대한 임상 연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준) 별표2-가-(4)에 의하면 중증재생불량성빈혈은 “골수검사결과 세포충실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25%이하이거나 25~50%이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 (⊖)절대호중구 수(ANC)가 500/μl 이하 (⊖) 교정 망상 적혈구 1.0% 이하 (⊖) 혈소판 20,000/μl 이하 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때” 요양급여 대상이나 동 건은 말초혈액검사 결과 2개 이상의 소견이 확인되지 아니한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준) 별표2-가-(4)에 의하면 중증재생불량성빈혈은 “골수검사결과 세포충실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25%이하이거나 25~50%이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>결과 (ㄱ)절대호중구 수(ANC)가 500/μl 이하 (ㄴ) 교정 망상 적혈구 1.0% 이하 (ㄷ) 혈소판 20,000/μl 이하 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때” 요양급여 대상이나 동 건은 말초혈액검사 결과를 제출하지 않아 2개 이상의 소견이 확인되지 아니한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 (ㄱ) 1 locus 불일치까지 인정한다. (ㄴ) 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수이형성증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다. (2) 비혈연 관계에 있는 경우 - 가족내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다. 2) 제대혈이식 - HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개(locus 혹은 allele) 불일치 (4/6)까지 인정한다.”고 명시되어 있음. 동 건들은 중증재생불량성 빈혈로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과 HLA가 일치하지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>중증재생불량성 빈혈로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포 이식 예정이나 동 상병의 2차 반일치 이식에 대한 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양 급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다.”고 명시되어 있으나 동 건은 공여자 HLA C, DR 검사결과지가 제출되지 않아 조직형 일치정도가 확인되지 아니하여 추후 추가 제출 시 재논의하기로 함.</p>
			악성림프종: 3건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표 2-가

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>-(7)에 의하면 악성림프종은 “자가조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상의 치료반응을 보이는 경우” 요양급여 대상이나 동 건은 비호지킨림프종(T-cell lymphoma)으로 진단받고 1차 자가조혈모세포이식을 시행 후 재발되어 2차 동종조혈모세포이식 예정으로 영상검사 소견으로 부분반응 확인되지 않아 고시 기준에 적합하지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 (ㄱ) 1 locus 불일치까지 인정한다. (ㄴ) 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수이형성증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다. (2) 비혈연 관계에 있는 경우 - 가족내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다. 2) 제대혈이식 - HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개(locus 혹은 allele) 불일치(4/6)까지 인정한다.”고 명시되어 있음. 동 건들은 호지킨림프종으로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과 HLA C 1 locus가 일치하지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표 2-가-(7)에 의하면 악성림프종은 “자가조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상의 치료반응을 보이는 경우” 요양급여 대상이나 동 건은 호지킨림프종(mixed cellularity)으로 진단받고 1차 동종조혈모세포이식이 신청되어 고시 기준에 적합하지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			다발성골수종: 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2014-196호,2014.12.1) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>에서 “다발성골수종은</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식에서 다음 각 호 1에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정함. (㉠) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(very good Partial Response, M단백이 치료 전보다 90%이상 감소되는 것을 의미) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우 : 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종)을 원칙으로 하되, 동 기간을 초과하게 될 경우 사유서를 참조하여 사례별로 결정함. (㉡) 1차 이식으로 진행성의(progressive) 소견을 보이는 경우 : 2차 이식으로 동종 조혈모세포이식 시행을 원칙으로 하여 사유서를 참조하여 사례별로 결정함. (㉢) 1차 이식으로 VGPR(very good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우 : 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 원칙으로 하여 사유서를 참조하여 사례별로 결정함”으로 되어 있음.</p> <p>동 건은 다발성골수종으로 진단되어 동종조혈모세포이식 예정으로 Serum M-peak가 최근에 증가하여 부분반응 이상의 치료반응이 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>동 건은 다발성골수종으로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식을 시행하여 VGPR이상의 반응에 도달하였고 진행성 소견을 보이지 않으나 2차 동종조혈모세포이식 예정으로 고시 기준에 적합하지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			CMMoL-1: 1건	<p>CMMoL-1으로 진단되어 1차 동종조혈모세포이식 예정으로 제출된 검사결과(나이, IPSS score, 수혈력, CBC 등), 소견서 및 참고문헌 등을 참조하여 혈액종양내과II분과위원회(조혈모세포이식)에서 논의한 결과 현재 상황이 반드시 이식이 필요하다고 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			MyeloFibrosis: 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준) 별표 2-가-(9)에 의하면 일차골수성유증은 “일차골수성유증의 예후 지표인 DIPSS plus risk category 중 고위험도(High risk, 예후인자수 ≥ 5항목)와 중등위험도-2(Intermediate-2, 예후인자수 3항목 또는 4항목)에 해당하는 경우로서, 다만, 중등위험도-2에 해당하는 경우에는 질병의 중등도 등 환자상태를</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				고려하여 사례별로 인정함.”으로 되어 있음. 따라서 일차골수섬유증으로 1차 동종조혈모세포이식 예정인 동 건들은 제출된 자료 참조 DIPSS plus risk category의 예후인자수 4항목 이하에 해당되는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			혈구탐식성조직구증식증: 2건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표 2-가-(10)에 의하면 혈구포식림프조직구증은 “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 인정함.”으로 되어 있음. 따라서 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 진단되어 초기치료 후 호전소견인 동 건은 혈액종양내과II분과위원회(조혈모세포이식)에서 논의한 결과 현재 상황이 반드시 이식이 필요하다고 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				동 건은 혈구탐식성조직구증식증으로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
제대혈	총: 5건	인정: 5건	급성골수성백혈병: 1건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준) 별표 2-가-(1)에 의하면 급성골수성백혈병은 “(ㄱ)PML/RARA 양성인 AML-M3을 제외한 1차 혈액학적 완전관해된 경우 (ㄴ)재발된 급성골수성백혈병에서 2차 혈액학적 완전관해된 경우 다만, PML/RARA 양성인 AML-M3은 사례별로 인정함”으로 되어 있음. 따라서 동 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			급성림프모구백혈병: 3건	골수 검사 결과 아세포(blast)의 비율이 5% 이하이고 말초혈액검사 결과 정상 범위인 완전 관해 된 때. 다만, 15세 미만의 소아에서 1차 완전관해 된 경우에는 혈액종양내과II분과위원회(조혈모세포이식) 심의사례를 토대로 고위험군에 한함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			Pure red cell Anemia/ 중증재생불량성빈혈: 1 건	따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함. 골수검사결과 세포총실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25%이하이거나 25~50%이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 영양급여 대상임. (ㄱ) 절대호중구 수(ANC)가 500/ μ l 이하 (ㄴ) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 (ㄷ) 혈소판 20,000/ μ l 이하 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.
자가	총:121건	인정: 87건	다발성골수종: 37건 다발성형질세포종: 3건	다발성골수종의 진단 기준에 맞고 이식 적응증에 적합한 경우 영양급여 대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2014-196호, 2014.11.1.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>에서 다발성골수종은 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식으로 다음 각 호 1에 해당하는 경우 영양급여 대상임. (ㄱ) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(very good Partial Response, M단백이 치료 전보다 90%이상 감소되는 것을 의미) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우 : 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종)을 원칙으로 하되, 동 기간을 초과하게 될 경우 사유서를 참조하여 사례별로 결정함. (ㄴ) 1차 이식으로 진행성의(progressive) 소견을 보이는 경우 : 2차 이식으로 동종 조혈모세포이식 시행을 원칙으로 하여 사유서를 참조하여 사례별로 결정함. (ㄷ) 1차 이식으로 VGPR(very good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우 : 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에만 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함을 원칙으로 하여 사유서를 참조하여 사례별로 결정함 따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 영양급여 대상자로 인정함.
			비호지킨림프종: 27건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(영양급여대상자기준)별표2-나-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 다음 각 호의 1에 해당하는 1차 항암화학요법에 반응이 있는 고위험군 또는 재발 후 구제항암화학요법에 부분 반응(종양의 크기가 전체적으로 50% 이상 감소하고 2차적 병변의 악화가 없고 새로운 병변의

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>출현이 없는 상태가 4주 이상 지속되는 경우)이 있는 표준 위험군의 경우 요양급여 대상임.</p> <p>(ㄱ) LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor Stage가 III 또는 IV인 경우</p> <p>(ㄴ) High grade subtype 상병인 경우</p> <p>(ㄷ) 표준항암화학요법에 반응을 보이지 않는 refractory case중 salvage chemotherapy에 부분반응 이상을 보이는 경우</p> <p>따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			급성골수성백혈병: 7건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표2-나-(2)에 의하면 급성골수성백혈병은 골수 검사 결과 아세포(blast)의 비율이 5%이하이고 말초혈액검사 결과 정상 범위인 완전 관해 된 때 요양급여 대상임.</p> <p>따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			호지킨림프종: 3건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2014-171호, 2014.10.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표2-나-(1)-(나)에 의하면 호지킨림프종은</p> <p>(ㄱ) 표준항암화학요법 후 완전관해에 도달하지 않는 경우</p> <p>(ㄴ) 재발 후 구제항암화학요법에 부분 반응이상인 경우 요양급여 대상임.</p> <p>따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			신경모세포종①: 5건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표2-나-(6)에 의하여 신경모세포종은 다음 각 호의 1에 해당하는 경우로</p> <p>(ㄱ) 1세 이상이면서 수술 또는 항암제 등으로 부분반응이상을 보이는 Stage IV 또는 완전절제가 불가능한 Stage III의 종양일 때</p> <p>(ㄴ) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 때 요양급여 대상임.</p> <p>따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			AL amyloidosis: 1건	<p>AL type 유전분증(light chain 유전분증)은 자가조혈모세포 이식이 효과적이라는 연구 자료들이 보고되고 있으므로 AL type의 유전분증을 확진 받은 경우 사례별로 자가조혈모세포 이식을 인정함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>동 건들은 제출한 진료기록부를 검토한 결과 AL type 유전분증으로 확인되는 바 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			생식세포종: 1건 (Germ Cell Tumor)	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2014-171호, 2014.10.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표2-나-(8)에 의하면 Germ Cell Tumor는 “재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 요양급여대상임.</p> <p>따라서 동 건은 Germ Cell Tumor 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			망막모세포종: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제 2015-44호,2015.4.1) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-(13)에 망막모세포종은 “수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상을 보이는 다음 각 호에 해당하는 경우 (ㄱ) 재발 및 진단 시 전이가 있거나 안구 외(extraocular)에 침범된 편측성 망막모세포종, (ㄴ) 양측성 망막모세포종”으로 되어 있음.</p> <p>동 건은 항암화학요법을 시행 후 재발된 부위의 반응평가 상 부분반응 이상이 확인되어 요양급여대상자로 인정하도록 함.</p>
			Medulloblastoma: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2014-196호, 2014.12.1.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT), (나)다발성골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여 대상임.</p> <p>또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제2015-44호, 2015.4.1) 제4조(요양급여대상자기준)(별표) 2-나-(10)에 소아뇌종양은 “(ㄱ) 수모세포종(Medulloblastoma): 수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 다음 각 호의 1에 해당하는 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 진단시 3세 이하 ② 수술 후 잔여종괴가 1.5cm³ 이상인 경우 ③ 두개강내 전이가 있는 경우 ④ 재발 후 추가 방사선치료가 불가능한 때” 로 되어 있음. <p>따라서 동 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			Myeloid sarcoma: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표2-나</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>-(2)에 의하면 급성골수성백혈병은 골수 검사 결과 아세포(blast)의 비율이 5%이하이고 말초혈액검사 결과 정상 범위인 완전 관해된 때 요양급여 대상임.</p> <p>따라서 동 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
		1차 인정/ 2차 불인정 : 6건	비정형기형/황문근종양 ① (AT/RT): 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2014-196호, 2014.12.1.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT), (나)다발성골수종 인정 기준에 적합한 경우 요양급여 대상임.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-(10)-(ㄴ) 비정형기형/황문근종양(AT/RT)은 “수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상을 보이는 경우” 요양급여 대상이나,</p> <p>최근 2~3년간의 문헌을 종합한 결과 이식의 성적을 높이기 위하여 tandem이식의 경우에도 1차이식후의 반응평가에 따라 2차 이식의 인정여부를 달리하고자 하는 바 동 건은 AT/RT 진단되어 수술과 항암화학요법 후 부분반응이상인 확인되어 1차 자가이식에 한하여 요양급여 대상자로 인정하며 2차 자가이식은 추후 1차 이식의 결과에 따라 인정여부를 결정하기로 함.</p>
			간모세포종①: 1건	표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암요법에 부분반응 이상이거나 재발되어 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 사례별로 인정함.
			망막모세포종①: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제 2015-44호,2015.4.1) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-(13)에 망막모세포종은 “수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상을 보이는 다음 각 호에 해당하는 경우 (ㄱ) 재발 및 진단 시 전이가 있거나 안구 외(extraocular)에 침범된 편측성 망막모세포종, (ㄴ) 양측성 망막모세포종”으로 되어 있음.</p> <p>동 건은 수술 후 반응평가에서 부분반응 이상이 확인되어 1차 자가이식에 한하여 요양급여 대상자로 인정하며 2차 자가이식은 추후 1차 이식의 결과에 따라 인정여부를 결정하기로 함.</p>
			생식세포종①: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2014-171호, 2014.10.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표2-나-(8)에 의하면 Germ Cell Tumor는 “재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 요양급여대상임.</p> <p>그러나 보건복지부 고시 제2014-171호('14.12.1)에 의하면 "2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 자가 조혈모세포이식 (Tandem Transplantation)은 (가)신경아세포종, 수모세포종 (Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT), (나) 다발성골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여토록 되어있음.</p> <p>따라서 동 건은 Germ Cell Tumor 고시 기준에 적합하나 Tandem Transplantation 고시 기준에 적합하지 아니한바 1차 자가조혈모세포이식은 인정하고, 2차 자가이식은 추후 1차 이식의 결과에 따라 인정여부를 결정하기로 함.</p>
			Anaplastic ependymoma①: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제 2015-44호,2015.4.1) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-(10)에 소아뇌종양은 “(ㄱ) 원시신경외배엽종양(PNET) : 수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 다음 각 호의 1에 해당하는 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 진단시 3세 이하 ② 수술후 잔여종괴가 1.5cm³ 이상인 경우 ③ 두개강내 전이가 있는 경우 ④ 재발 후 추가 방사선치료가 불가능한 때”로 되어 있음 <p>동 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
		불인정: 27건	비호지킨림프종: 12건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제 2015-44호,2015.4.1) 제4조(요양급여대상자기준)(별표) 2-나-(1)-(가)에 비호지킨림프종은 “다음 각 호의 1에 해당하는 1차 항암요법에 반응이 있는 고위험군 또는 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응(종양의 크기가 전체적으로 50%이상 감소하고 2차적 병변의 악화가 없고 새로운 병변의 출현이 없는 상태가 4주 이상 지속되는 경우)이 있는 표준위험군의 경우 (ㄱ)LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III또는 IV인 경우 (ㄴ)high grade subtype상병인 경우 (ㄷ)표준항암 화학요법에 반응을 보이지 않는 refractory case중 salvage chemotherapy에 부분반응 이상을 보이는 경우”로 되어있음.</p> <p>동 건들은 비호지킨림프종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 추적 검사결과 부분반응 확인 되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>동 건은 제출된 골수검사결과 골수침범 소견으로 이식에 적합한 골수상태로 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제 2014-171호, 2014.10.1) 제4조(영양급여대상자기준)(별표)2-나-(1)-(가)에 비호지킨림프종은 다음 각 호의 1에 해당하는 1차 항암요법에 반응이 있는 고위험군 또는 재발 후 구제항암 화학요법에 부분반응(종양의 크기가 전체적으로 50%이상 감소하고 2차적 병변의 악화가 없고 새로운 병변의 출현이 없는 상태가 4주 이상 지속되는 경우)이 있는 표준위험군의 경우 (ㄱ) LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV인 경우 (ㄴ) high grade subtype상병인 경우 (ㄷ) 표준항암화학요법에 반응을 보이지 않는 refractory case 중 salvage chemotherapy에 부분반응 이상을 보이는 경우"로 되어있음.</p> <p>동 건의 경우 Diffuse large B cell lymphoma, stage II로 진단받고 LDH가 정상보다 높은 검사소견을 제출하지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 자가조혈모세포 이식술을 실시한 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			다발성골수종: 5건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1) 제4조(영양급여대상자기준)(별표)1-가-(1)에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만 65세 미만이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건은 연령초과 되어 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>다발성골수종 상병으로 자가조혈모세포이식 예정인 동 건들은 제출된 검사결과를 참조할 때 조혈모세포이식이 반드시 요구되는 다발성골수종의 범주에 포함된다고 판단하기 곤란한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			Anaplastic Ependymoma [Ⓣ] :	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			1건	<p>2015-44호, 2015.4.1) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-(10)에 소아뇌종양은 “(ㄱ) 원시신경외배엽종양(PNET) : 수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 다음 각 호의 1에 해당하는 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 진단시 3세 이하 ② 수술후 잔여종괴가 1.5cm³ 이상인 경우 ③ 두개강내 전이가 있는 경우 ④ 재발 후 추가 방사선치료가 불가능한 때”로 되어 있음 <p>동 건은 (AnaplasticEpendymoma)로 진단받고 Tandem transplantation 신청되었으나, 고시 인정기준 외로 동 상병에 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			Wilms'tumor: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표2-나-(9)에 의하면 윌름스 종양은 재발후 구제항암화학요법에 부분 반응 이상인 경우 또는 표준 항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 요양급여 대상임.</p> <p>따라서 동 건은 윌름스 종양으로 진단받고 현재 고시 기준에 적합하지 아니한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우로서, 이 식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			Rhabdomyosarcoma ①: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2014-196호, 2014.12.1.)에 의하면 "2회 연속적인 고용량 항암 화학요법 및 자가 조혈모세포이식(tandem transplantation)은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경 외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT), (나) 다발성 골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여토록 되어있음.</p> <p>동 건들은 Rhabdomyosarcoma 상병으로 Tandem transplantation 신청되었으나, 고시 인정기준 외로 동 상병에 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모 세포이식술을 실시한 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			신경모세포종①: 2건	<p>신경모세포종으로 진단되어 tandem 자가조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출한 골수검사결과 골수침범이 확인되어</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>이식에 적합한 골수상태로 판단하기 곤란한 바, 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>유형 종양: 1건 유형 종양①: 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제 2015-44호,2015.4.1) 제4조(요양급여대상자기준)(별표) 2-나-(7)에 의하면 유형 종양은</p> <p>(ㄱ) 진단 시 다음 각 호의 1에 해당하는 고위험군으로 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>① metastatic disease at diagnosis ② bulky primary tumor (>100ml) ③ axial site</p> <p>(ㄴ) 재발 후 구제 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우로 되어있음.</p> <p>동 건은 유형육종으로 진단받고 병의 진행소견으로 구제항암치료 후 부분반응이상으로 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>Medulloblastoma: 1건 Medulloblastoma①: 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표) 2-나-(10)-(ㄱ)에 수모세포종(medulloblastoma)은 “수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 다음 각 호의 1에 해당하는 경우 ①진단시 3세이하 ②수술후 잔여종괴가 1.5㎤ 이상인 경우 ③두개강내 전이가 있는 경우 ④재발 후 추가 방사선 치료가 불가능한 때”로 되어 있음.</p> <p>동 건은 영상검사 상 부분반응이 확인되지 않아 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>Pineoblastoma①: 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제 2015-44호,2015.4.1) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-(10)에 소아뇌종양은 “(ㄱ) 원시신경외배엽종양(PNET) : 수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 다음 각 호의 1에 해당하는 경우</p> <p>① 진단시 3세 이하 ② 수술후 잔여종괴가 1.5㎤ 이상인 경우 ③ 두개강내 전이가 있는 경우</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				④ 재발 후 추가 방사선치료가 불가능한 때”로 되어 있음. 동 건은 원시성신경외배엽종양(PNET)으로 진단받고 Tandem transplantation 예정이나 고위험군 확인되지 않아 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우로서, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
		불가: 1건	autoimmune disease: 1건	자가 조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출한 진료내역을 검토한 결과 현재 제출한 자료로는 자가면역질환으로 판단하기 어려워 현재 동 상병에 대한 자가조혈모세포이식에 대하여 치료 성적 및 효과 등에 대한 의학적 타당성에 대한 근거가 미비한 바 이식이 불가함.
계	253			

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