

진료심사평가위원회 심의사례 공개 (총 8개 항목)

- 2018. 8. 31. 공개

연번	제 목	페이지
1	Eculizumab(품명: 솔리리스주) 요양급여대상 인정여부	1
2	유전성대장암 진단을 위해 시행한 유전성 유전자검사 -염기서열분석 요양급여 인정여부	2
3	전립선암 수술 후 시행한 면역조직(세포)화학검사 요양급여 인정여부	5
4	비ST분절상승 급성 심근경색증 상병에 시행한 자656나 경피적 관상 동맥스텐트삽입술 요양급여 인정여부	7
5	관상동맥 만성완전폐쇄 진단하에 시행한 경피적관상동맥중재술 요양급여 인정여부	8
6	조혈모세포이식 요양급여대상 인정여부	11
7	너933 동기능적교합검사의 적정실시 횟수 및 실시간격 등에 대한 요양급여 인정여부	46
8	우식부위 치료를 위한 치은조직을 절제하는 경우 수가 산정방법에 대한 요양급여 인정여부	48

1. Eculizumab(품명: 솔리리스주) 요양급여대상 인정여부

- 우리원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 6. 27.)에 따라 요양급여 대상여부를 결정하는 솔리리스주 사전심의제도를 실시하고 있음.
- 「Eculizumab(품명: 솔리리스주) 사전 승인에 관한 방법 및 절차」(건강보험심사평가원 공고 제2018-165호, 2018. 6. 28.)에 의거하여,
 1. 사전승인 신청기관은 사전승인 신청에 대한 심의결과를 통보 받은 날(심의일자 기준)부터 60일 이내에 솔리리스주를 투여하여야 한다. 다만, 60일을 경과하여 투여하고자 하는 경우에는 재신청하여야 한다.
 2. 솔리리스주의 요양급여 승인을 받은 요양기관은 6개월마다 상병별로 구분하여 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 작성하여 원장에게 제출하여야 한다. 또한, 비정형 용혈성 요독 증후군의 경우 별지 제3호 서식에 따라 치료 시작 후 2개월에 초기 모니터링 보고서를 추가 제출하여야 한다. 모니터링 보고서를 부득이한 사유로 제출 할 수 없는 경우에는 1회(15일)에 한하여 자료제출 기간을 연장할 수 있다.

○ 비정형 용혈성 요독 증후군

구분	성별/나이	심의내용	심의결과
A사례	남/52세	급여기준 제외대상인 신장이식과 면역억제제 사용 등으로 이와 관련된 활성형 혈전미세혈관병증을 배제하기 어렵고 신장기능 저하로 인한 용혈과의 연관성이 떨어져(당시 LDH와 분열적혈구 등 참조) 불승인. 추가적으로 비정형 용혈성 요독증후군과 관련된 유전자 검사 또는 항체검사로 확진되는 경우에는 재논의하겠음. Eculizumab 주사제(보건 복지부 고시 제2018-120호, 2018. 6. 27.시행)에 의거 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.	불승인
B사례	여/44세	급여기준 제외대상인 자가면역질환과 관련한 약제사용 등으로 이와 관련된 활성형 혈전미세혈관병증을 배제하기 어려워 불승인. 추가적으로 비정형 용혈성 요독증후군과 관련된 유전자 검사 또는 항체검사로 확진되는 경우에는 재논의하겠음. Eculizumab 주사제(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 6. 27.시행)에 의거 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.	불승인
C사례	여/2세	2016. 12. 27.부터 전액본인부담으로 솔리리스주 투여중임. 투여전 상태가 급여기준에 합당하고 유전적 소견이 확인되어 (사전신청서 제출일 2018. 7. 9.부터) 요양급여로 승인함. 이 건은 유지요법 중이므로 투여 후 2개월 모니터링은 생략하고 6개월 모니터링 자료 제출토록 함.	승인
D사례	남/60세	급여기준 제외대상인 신장이식과 면역억제제 사용 등으로 이와 관련된 활성형 혈전미세혈관병증을 배제하기 위해 추가적으로 시행한 비정형 용혈성 요독증후군과 관련된 유전자 검사에서 유전적 소견이 확인되어 (사전신청서 제출일 2018. 7. 10.부터) 요양급여로 승인함.	승인

2. 유전성대장암 진단을 위해 시행한 유전성 유전자검사-염기서열분석 요양급여 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/49세)

- 청구 상병명: 상행결장의 악성 신생물, 신생물질환에서의 빈혈(C00-D48+)
- 주요 청구내역

나580다(3) 유전성 유전자검사-염기서열분석-염기서열반응 20회 초과 40회 이하 (C580819C) 1*1*1
[MLH1 Gene][진단검사 질가산(2%) 진단검사의학과전문의 등 판독]

나580다(3) 유전성 유전자검사-염기서열분석-염기서열반응 20회 초과 40회 이하 (C580820C) 1*1*1
[MSH2 Gene][진단검사 질가산(2%) 진단검사의학과전문의 등 판독]

○ B사례(남/46세)

- 청구 상병명: 상행결장의 악성 신생물
- 주요 청구내역

나580다(3) 유전성 유전자검사-염기서열분석-염기서열반응 20회 초과 40회 이하 (C580819C) 1*1*1
[MLH1 Gene][진단검사 질가산(2%) 진단검사의학과전문의 등 판독]

나580다(3) 유전성 유전자검사-염기서열분석-염기서열반응 20회 초과 40회 이하 (C580820C) 1*1*1
[MSH2 Gene][진단검사 질가산(2%) 진단검사의학과전문의 등 판독]

■ 심의결과

- A사례(여/49): 환자 나이 50세 미만에는 해당하나, 가계 내 연관암 환자가 2명으로 암스테르담 진단기준 II에 부합하지 않고, 수정된 베데스다 지침에는 부합하지만 유전자 발현 이상이나 현미부수체 불안정성을 확인하지 않았으므로 '나580다 유전성 유전자검사-염기서열분석[(19)MLH1 gene, (20)MSH2 gene]'은 인정하지 아니함.
- B사례(남/46): 환자 나이 50세 미만이고 가계 내 연관암 환자가 3명 이상이나, 그 중 1명이 다른 1명에 대하여 1대 관계에 해당하지 않으므로 암스테르담 진단기준 II에 부합하지 않음. 한편, 수정된 베데스다 지침에 부합하지만 유전자검사(MLH1 gene, MSH2 gene)를 시행하기 전에 유전자 발현의 이상이나 현미부수체 불안정성을 확인하지 않았으므로 '나580다 유전성 유전자검사-염기서열분석[(19)MLH1 gene, (20)MSH2 gene]'은 인정하지 아니함.

■ 심의내용

- 이 건(2사례)은 상행결장의 악성신생물 상병으로 유전성 대장암 진단을 목적으로 '나580다 유전성 유전자검사-염기서열분석[(19)MLH1 gene, (20)MSH2 gene]'을 시행한 건임.

유전자검사는 돌연변이 유전자의 유무를 확인하여 유전성질환의 진단, 치료를 위해 시행하는 검사로, 유전성 대장암의 경우 국제적으로 사용되는 진단기준이 다양하여 환자의 나이, 동반질환, 가계도 분석에 따라 유전자검사의 필요여부가 달라질 수 있으므로 꼭 필요한 경우 선별적으로 시행해야 함. 이에, 유전성 대장암 진단을 목적으로 시행한 '나580다 유전성 유전자검사-염기서열분석[(19)MLH1 gene, (20)MSH2 gene]' 인정여부에 대하여 심의함.

- 「유전성 비용종증 대장암 국제협력기구」가 제시한 암스테르담 진단기준 II에 따르면, 유전성 비용종증

대장암 진단기준은 ①한 가계 내에 조직학적으로 증명된 유전성 비용종증 대장암의 연관암(대장암, 소장암, 자궁내막암, 요관암, 신우암) 환자가 3명 이상 존재하고, ②이들 중 1명은 나머지 2명에 대하여 1대 관계(부모자식, 형제자매)여야 하며, ③이들은 가계 내에서 연속된 2대에 걸쳐 존재해야 함. 또한 ④이 중 1명은 진단 시 연령이 50세 미만이어야 함.

- 관련 학회 의견에 따르면, 유전성 비용종증 대장암 진단을 위하여 시행하는 ‘나580다 유전성 유전자검사-염기서열분석[(19)MLH1 gene, (20)MSH2 gene]’은 ①「암스테르담 진단기준 II에 해당하는 경우」 또는 ②「수정된 베데스다 지침*에 부합하는 환자 중 ‘복제실수교정 유전자에 대한 면역조직(세포)화학검사 결과 관련 유전자 발현의 이상’이 확인되거나 ‘DNA를 이용한 현미부수체 불안정성 검사 결과 고빈도 현미부수체 불안정성(MSI-H)’으로 확인된 경우」에 시행할 수 있다는 의견임.

※ 수정된 베데스다 지침: 본인이 대장암 환자이면서, ①~⑤중 한 개 이상 해당해야 함.

- ① 50세 미만에 대장암 진단을 받은 경우, ② ‘이시성 또는 동시성 대장암’ 이거나 ‘이시성 또는 동시성 HNPCC 관련암**’ 인 경우, ③60세 미만에 대장암 진단을 받고, MSI-H에 특징적인 병리소견**을 보이는 경우, ④50세 이전에 1대 관계(부모자식, 형제자매) 가족구성원이 HNPCC 관련암으로 진단된 경우, ⑤연령에 상관없이 1대 혹은 2대 관계 가족구성원이 HNPCC 관련암으로 진단된 경우

* HNPCC 관련암: 대장암, 소장암, 자궁내막암, 위암, 난소암, 췌장암, 담도암, 요관암, 신우암, 교모세포종, 피지선종, 각질가시세포종

** MSI-H에 특징적인 조직소견: 종양 내 고도의 림프구 침윤소견, 크론양 염증반응, 점액성암, 인환세포암, 수질암

- 따라서 이 건(2사례)은 진료내역, 관련 학회 의견 등을 참조하여 아래와 같이 결정함.

- 아 래 -

▶ A사례(여/49세)

- 상행결장의 악성 신생물 상병으로 ‘나580다 유전성 유전자검사-염기서열분석[(19)MLH1 gene, (20)MSH2 gene]’을 청구한 것으로, 진료기록부 확인 결과, 진단시 환자 나이 49세, 환자 가족 중 어머니가 대장암 진단 받은 것으로 확인되어 MLH1 gene, MSH2 gene을 시행한 것으로 보임.
- 환자 나이 50세 미만에는 해당하나, 가계 내 연관암 환자가 2명으로 암스테르담 진단기준 II에 부합하지 않고, 수정된 베데스다 지침에는 부합하지만 유전자 발현 이상이나 현미부수체 불안정성을 확인하지 않았으므로 ‘나580다 유전성 유전자검사-염기서열분석[(19)MLH1 gene, (20)MSH2 gene]’은 인정하지 아니함.

▶ B사례(남/46세)

- 상행결장의 악성 신생물 상병으로 ‘나580다 유전성 유전자검사-염기서열분석[(19)MLH1 gene, (20)MSH2 gene]’을 청구한 것으로, 진료기록부 확인 결과, 진단시 환자 나이 46세, 환자 가족 중 아버지와 당숙이 대장암 진단을 받은 것이 확인되고, 12.6. 염기서열분석(MLH1 gene, MSH2 gene), 12.12. 면역조직(세포)화학검사 등을 시행하였음.
- 환자 나이 50세 미만이고 가계 내 연관암 환자가 3명 이상이나, 그 중 1명이 다른 1명에 대하여 1대 관계에 해당하지 않으므로 암스테르담 진단기준 II에 부합하지 않음. 한편, 수정된 베데스다 지침에

부합하지만 유전자검사(MLH1 gene, MSH2 gene)를 시행하기 전에 유전자 발현의 이상이나 현미부수체 불안정성을 확인하지 않았으므로 ‘나580다 유전성 유전자검사-염기서열분석[(19)MLH1 gene, (20)MSH2 gene]’은 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 박재갑. 대장항문학. 일조각. 2012.
- Vasen HF, Watson P, Mecklin JP, Lynch HT. New clinical criteria for hereditary nonpolyposis colorectal cancer(HNPCC, Lynch Syndrome) proposed by the International Collaborative Group on HNPCC. Gastroenterology. 1999;116:1453-1456.
- Umar A, Boland CR, Terdiman JP, et al. 수정된 베데스다 지침 for hereditary nonpolyposis colorectal cancer(Lynch Syndrome) and microsatellite instability. J Natl Cancer Inst. 2004; 96: 261-268.

[2018. 7. 27. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

3. 전립선암 수술 후 시행한 면역조직(세포)화학검사 요양급여 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(남/69세)

- 청구 상병명: 전립선의 악성 신생물, 기타 및 상세불명 변비, 상세불명의 급성 세기관지염, 상세불명의 통증
- 주요 청구내역

나557 면역조직(세포)화학검사[종목당] (C557500F) 1*6*1
[병리검사 질가산(4%) 진단검사의학과 전문의 등 판독]
나550라(1) 병리조직검사[1장기당]-조직구축학적검사(림프절청소를포함하는 경우) (C5505008) 1*1*1
[병리검사 질가산(4%)]
나550나(1) 병리조직검사[1장기당]-절편이필요한경우(파라핀블록:6개이하) (C5916008) 1*1*1
[병리검사 질가산(4%)]

■ 심의결과

- 이 건은 임상적·조직학적인 특이소견이 기술되어 있지 않고, 병리조직검사결과 “adenocarcinoma, Gleason’s score 7(3+4)점”으로 확인되는바, 이는 중간위험군(5~7점)에 해당하여 잠재적으로 치료 가능한 경우가 대부분이므로, 추가적인 진단 및 예후평가를 위한 면역조직(세포)화학검사를 시행하는 것은 필수적인 검사로 보기 어려우므로 ‘나557 면역조직(세포)화학검사’ 6종(AR, ERG, PTEN, Chromogranin, BLC-2, Ki-67)은 인정하지 아니함.

■ 심의내용

- 이 건은 전립선의 악성 신생물 상병으로 전립선절제술을 시행하고, 수술 시 절제 검체로 ‘나557 면역조직(세포)화학검사’ 6종(AR, ERG, PTEN, Chromogranin, BLC-2, Ki-67)을 시행하고 청구한 건임. 이에, 전립선 수술 후 시행한 ‘나557 면역조직(세포)화학검사’ 인정여부에 대하여 심의함.

※ ‘나557 면역조직(세포)화학검사(C5575)’는 제2차 상대가치점수 개편 및 검체검사 영역 내 행위 재분류로 ‘나567 면역조직(세포)화학검사(C5670)’로 개정되었음[보건복지부 고시 제2017-222호, 2018. 1. 1.시행]

- ‘나557 면역조직(세포)화학검사’는 종양의 감별진단 및 수술 후 예후 평가, 치료에 대한 반응을 예측하기 위해 시행하는 검사로, 질환 및 실시 목적에 따라 검사 종목과 개수가 매우 다양하여 적정 실시종목 수에 대하여는 사례별로 심사 적용하고 있음.

- NCCN 가이드라인 및 임상연구문헌에 따르면, 이 환자에게 시행된 면역조직(세포)화학검사 6종(AR, ERG, PTEN, chromogranin, BCL-2, Ki-67)은 악성종양의 예후평가와 관련이 있는 마커(Marker)로는 확인되나, 전립선암에 대하여는 국제적으로 널리 인정되는 표준화된 예후마커(prognosis marker)는 아님.

다만, 전문가 의견에 따르면, 전립선암에서 조직학적으로 신경내분비세포종양의 분화가 의심되는 등 임상적으로 특이한 소견을 보이거나, 절제된 전립선암 조직의 절제면에 주변 장기로의 침범이 의심되는 경우에는 수 종목의 면역조직(세포)화학검사를 시행할 수 있다는 의견임.

- 진료기록부 확인 결과, 이 건은 임상적·조직학적인 특이소견이 기술되어 있지 않으며, 병리조직검사결과 “adenocarcinoma, Gleason’s score 7(3+4)점”으로 확인되는바, 이는 중간위험군(5~7점)에 해당하여 잠재적으로 치료 가능한 경우가 대부분이므로, 추가적인 진단 및 예후평가를 위한 면역조직

(세포)화학검사를 시행하는 것은 필수적인 검사로 보기 어려움.

따라서 이 건에서 전립선암 수술 후 시행한 ‘나557 면역조직(세포)화학검사’ 6종(AR, ERG, PTEN, Chromogranin, BLC-2, Ki-67)은 인정하지 않음.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- NCCN(National Comprehensive Cancer Network) Guidelines Version 3. Prostate Cancer. 2018.
- 대한비뇨기과학회. 비뇨기과학. 제5판. 일조각. 2014.

[2018. 7. 27. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

4. 비ST분절상승 급성 심근경색증 상병에 시행한 자656나 경피적 관상동맥스텐트삽입술 요양급여 인정여부

■ 청구내역(여/76세)

- 청구 상병명: 급성 심내막하 심근경색증, 죽상경화성 심장병
- 주요 청구내역:
자656나 경피적관상동맥스텐트삽입술[응급 공휴일] -급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적 관상동맥
스텐트삽입술 1*1*1

■ 심의결과

- 이 건은 진료기록 및 영상자료를 검토한 결과, 비전형 흉통이 동반된 비ST분절상승 급성 심근경색증으로 확인되는바, 초고위험도 기준(Very high risk criteria)에 해당되지 않은 비ST분절상승 급성 심근경색증으로 「자656나 경피적 관상동맥스텐트 삽입술 - 급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술[일차적중재술 등](M6565)」을 「자656가 경피적 관상동맥스텐트 삽입술 - 단일혈관(M6561)」으로 인정함.

■ 심의내용

- 관련 교과서에 따르면 급성 심근경색증은 심전도에서의 ST 분절 상승 여부에 따라 ST분절상승 급성심근경색증(ST elevation myocardial infarction; STEMI)과 비ST분절상승 급성 관동맥증후군(non-ST elevation acute coronary syndrome; NSTEMI)으로 분류하고, ST분절상승 급성 심근경색증(STEMI)의 경우 일차적 중재술(primary PCI)을 시행하도록 권장되고 있음.
- 한편, 임상진료지침에서는 비ST분절상승 급성 관동맥증후군(NSTEMI) 중 초고위험도 기준(Very-high risk criteria)은 1) 혈액학적 불안정 혹은 심인성 쇼크, 2) 약물치료에 반응하지 않고 20분 이상 지속되는 흉통 혹은 흉통이 재발할 때, 3) 생명을 위협하는 중증 부정맥 혹은 심정지, 4) 심근경색증에 의한 기계적 합병증, 5) 급성심부전, 6) ST분절 및 T파의 급성 변화(특히 간헐적 ST 분절 상승이 동반된 경우)를 포함하며, 이는 즉시 침습적 시술[immediate invasive strategy(<2hr)]을 시행하도록 권고하고 있음(Class I).
- 따라서 임상진료지침에 따라, 비ST분절상승 급성 심근경색증(NSTEMI) 환자 중 초고위험도 기준(Very-high risk criteria)으로 분류된 환자에게 경피적 관상동맥스텐트삽입술을 시행한 경우는 「자656나 급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술[일차적중재술 등](M6565)」으로 인정할 수 있다는 의견임.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment. 2015.

[2018. 8. 14. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

5. 관상동맥 만성완전폐쇄 진단하에 시행한 경피적관상동맥중재술 요양급여 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(남/47세)

- 청구 상병명: 불안정 협심증, 지질단백대사의 상세불명 장애, 기타 형태의 협심증
- 주요 청구내역:

자655다 경피적관상동맥확장술 - 만성폐쇄성병변에 대한 경피적관상동맥확장술 1*1*1

○ B사례(남/76세)

- 청구 상병명: 무증상성 심근허혈, 상세불명의 심부전, 기타 및 상세불명의 원발성 고혈압
- 주요 청구내역:

자656다 경피적 관상동맥스텐트삽입술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적관상동맥스텐트삽입술 1*1*1

○ C사례(여/78세)

- 청구 상병명: 기타 형태의 협심증, 기타 및 상세불명의 원발성 고혈압
- 주요 청구내역:

자655다 경피적관상동맥확장술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적관상동맥확장술 1*1*1

■ 심의결과

○ A사례(남/47세)는 CAG 상 LAD CTO, LCX 85% 협착 소견으로 LAD CTO와 pLCX 병변에 관동맥풍선성형술 시행하고 「자655다 경피적 관상동맥확장술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥확장술(M6554)」을 청구하였으나, 관상동맥 촬영 소견 상 부분 폐쇄가 확인되는 등을 근거로 「자655가 경피적 관상동맥확장술 단일혈관(M6551)」으로 인정함.

○ B사례(남/76세)는 CAG상 OM CTO, dLCX 95% 미만성협착 소견으로 '17. 10. 30. LCX 스텐트(2.75*15mm, 2.5*38mm) 삽입과 OM에 관동맥풍선성형술 시행 후 「자656다 경피적 관상동맥스텐트삽입술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술(M6566)」을 청구하였으나, 허혈 범위가 전체 심근의 10% 미만으로 시술에 따른 임상 경과 개선을 기대하기 어려운 사정 등을 근거로 「자656가 단일혈관-경피적 관상동맥스텐트삽입술(M6561)」으로 인정함.

○ C사례(여/78세)는 CAG상 proximal LCX CTO 소견으로 재관류 시술을 시도하였으나 풍선카테터가 통과하지 못하고 「자655다 경피적 관상동맥확장술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥확장술(M6554)」을 청구하였는바, 경피적 관상동맥확장술(PTCA)시 실패한 경우의 수가 산정방법(보건복지부 고시 제2007-46호, '2007. 6. 1. 시행)에 따라 「자655다 경피적 관상동맥확장술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥확장술(M6554)」 소정점수의 50%로 인정함.

■ 심의내용

○ 자656 경피적 관상동맥스텐트삽입술은 '17. 7. 1. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등에 가. 단일혈관(M6561), 나. 급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적 관상동맥 스텐트삽입술[일차적중재술 등](M6565), 다. 만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥 스텐트삽입술(M6566), 라. 추가혈관(M6562)으로 시술 난이도에 따라 행위가 재분류되어 개정 고시(보건복지부 고시 제2017-92호, 2017. 7. 1.시행)됨.

- 관련 교과서 및 임상진료지침에 따르면 관상동맥 만성완전폐쇄성(CTO)병변은 혈관 폐쇄 기간이 3개월 이상 이면서 TIMI 0 flow의 완전 혈관 폐쇄가 있는 경우로 정의하며, 만성 폐쇄성 병변에서 관상동맥 중재술은 병변과 관련된 증상이 있고, 심근 허혈 범위(myocardial ischemic burden) 및 생존능(viability)을 고려하여 시행하도록 권고하고 있음.
- 이 건(3사례)은 협심증 등의 상병으로 관상동맥 만성완전폐쇄성(Chronic total occlusion, CTO)병변에 경피적 관상동맥중재술을 시행 후 청구한 행위료의 요양급여 인정여부에 대해 관련 교과서, 임상진료지침, 진료내역 등을 참조하여 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

○ A사례(남/47세)

‘11년 3월 불안정 협심증으로 LAD and LCX에 스텐트 삽입술을 시행하였고, 추적 관상동맥촬영상 ‘11년 12월 스텐트내 재협착이 있어 관동맥풍선성형술 시행한 환자임. ‘17. 11. 2. 흉통으로 재입원하여 시행한 CAG 상 LAD CTO, LCX 85% 협착 소견으로 LAD CTO와 pLCX 병변에 관동맥풍선성형술 시행 후 「자655다 경피적 관상동맥확장술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥확장술(M6554)」을 청구함.

진료기록 및 영상자료를 검토한 결과, 관상동맥 촬영 소견상 LAD 병변은 순행성 혈류를 가진 부분 폐색으로 완전 혈관 폐쇄가 있다고 보기 어렵고 또한 흉통 시작 시점이 내원당일 오전 8시경으로 만성 폐쇄성 병변에 의한 증상으로 보기 어려워 「자655다 경피적 관상동맥확장술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥확장술(M6554)」을 「자655가 경피적 관상동맥확장술 단일혈관(M6551)」으로 인정함.

○ B사례(남/76세)

‘17. 10. 27. 무증상성 심근허혈과 심부전으로 입원하여 시행한 CAG상 OM CTO, dLCX 95%미만성협착 소견으로 ‘17. 10. 30. LCX 스텐트(2.75*15mm, 2.5*38mm) 삽입과 OM에 관동맥풍선 성형술 시행 후 「자656다 경피적 관상동맥 스텐트삽입술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술(M6566)」을 청구함.

진료기록 및 영상자료를 검토한 결과, OM에 발생한 CTO에 대한 시술로 허혈 범위가 전체 심근의 10% 미만으로 시술에 따른 임상 경과 개선을 기대하기 어려워 「자656다 만성폐쇄성 병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술(M6566)」을 「자656가 단일혈관-경피적 관상동맥스텐트삽입술(M6561)」로 인정함.

○ C사례(여/78세)

‘17. 11. 6. 내원 2주전부터 발생한 흉통으로 입원하여 CAG상 proximal LCX CTO 소견으로 재관류 시술을 시도하였으나 풍선카테터가 통과하지 못하고 「자655다 경피적 관상동맥확장술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥확장술(M6554)」을 청구함.

진료기록 및 영상자료를 검토한 결과, 심근 범위(Myocardial burden) 10% 이상을 혈액 공급하는 pLCX CTO에 대한 시술로 시행 후 임상 경과 개선 효과가 있을 것으로 판단됨. 비록 유도 철선(Guide Wire) 통과 후 풍선 카테터(Catheter)가 병소를 통과하지 못하여 경피적 관상동맥확장술에 실패하였으나 경피적 관상동맥 확장술(PTCA)시 실패한 경우의 수가 산정방법(보건복지부 고시 제2007-46호, ‘2007. 6. 1.시행)에 따라 「자655다 경피적 관상동맥 확장술-만성폐쇄성병변에 대한 경피적관상동맥확장술(M6554)」 소정점수의 50%로 인정함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료(보건복지부 고시 제2017-92호, 2017. 7. 1.시행)
- 경피적 관상동맥확장술(PTCA)시 실패한 경우의 수가 산정방법(보건복지부 고시 제2007-46호, 2007. 6. 1.시행)
- ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment. 2015.

[2018. 8. 14. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

6. 조혈모세포이식 영양급여대상 인정여부

우리원에서는 「조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행)」에 따라 조혈모세포이식 영양급여 대상자에 대해 영양급여 대상여부를 결정하는 **조혈모세포이식 사전심의 제도**를 실시하고 있습니다.

심의 결과 관련 기준에 적합한 경우는 영양급여로 인정하며, 적합하지 않은 경우에는 비승인 되어 선별급여로 결정합니다. 선별급여 대상 환자가 **조혈모세포이식을 시행받기 위해 입원한 경우**, 「비승인 조혈모세포이식 환자의 영양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)」에 따라 **이식과 직접 관련된 진료기간(조혈모세포 주입 전 1주부터 주입 후 2주)의 영양급여비용(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 영양급여로 인정**하고 있습니다.

■ 심의 결과

구분		계	동종	제대혈	자가	비고
총 접수		305	164	5	136	
처리결과	급여	208	100	3	105	
	선별급여	69	52	1	16	
	자료보완	13	5	0	8	
	불가	-	-	-	-	
	취하	15	7	1	7	

* 신청기관 : 36개 요양기관

■ 심의내용

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
동종	총 164건	급여: 100건	급성골수성백혈병: 52건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (영양급여대상자기준)별표 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준 치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병 (Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우”에 영양급여 대상자로 인정됨. 이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.
			급성림프모구백혈병: 15건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (영양급여대상자기준)별표 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병은 혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여대상자로 인정함. (1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 (2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성</p> <p>② t(v;11q23) 또는 MLL 재배열</p> <p>③ 염색체수 44 미만</p> <p>(나) 진단시 1세미만</p> <p>(다) 백혈구 수 $100 \times 10^9/L$ 이상</p> <p>(라) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우</p> <p>(마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① Poor Steroid Response</p> <p>② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)</p> <p>③ Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>(3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>(4) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			중증재생불량성빈혈: 8건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈은 골수검사결과 세포충실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25%이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>① 절대호중구 수(ANC)가 $500/\mu l$ 이하</p> <p>② 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 $60 \times 10^9/L$</p> <p>③ 혈소판 $20,000/\mu l$ 이하</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			골수형성이상증후군: 17건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016 .5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-5)에 의하여 골수형성이상증후군을 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 골수형성이상증후군 예후분류법(IPSS, IPSS-R, WPSS)인 다음 중 하나에 해당되는 경우</p> <p>(가) 고위험군인 경우</p> <p>① IPSS: Intermediate-2 또는 high</p> <p>② IPSS-R, WPSS: high 또는 very high</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>(나) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우</p> <p>① 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하이면서 혈소판 20,000/μl 이하</p> <p>② Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p> <p>(2) 소아는 사례별로 결정함</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			비호지킨림프종: 3건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-7)에 의하면, 비호지킨림프종의 요양급여대상자는 다음과 같음.</p> <p>(1) 비호지킨 림프종</p> <p>(가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우</p> <p>② Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외)</p> <p>③ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로써 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함</p> <p>① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma</p> <p>② Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma</p> <p>③ Mantle Cell Lymphoma</p> <p>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>⑤ Burkitt Lymphoma</p> <p>⑥ Peripheral T-cell Lymphoma</p> <p>⑦ Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상</p> <p>⑧ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>⑨ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			만성골수성백혈병: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-2)에 의하면, 만성골수성백혈병은 “WHO criteria에서 제시한 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>하는 경우 (1) TKI 제제(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우, (2) T315I mutation 확인된 경우” 에 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			일차골수섬유증: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-9)에 의하면, 일차골수섬유증의 요양급여대상자는 다음과 같음.</p> <p>일차골수섬유증의 예후지표인 DIPSS plus risk category 중 고위험도(High risk, 예후인자수 ≥ 5항목)와 중등위험도-2(Intermediate-2, 예후인자수 3항목 또는 4항목)에 해당하는 경우. 다만, 중등위험도-2에 해당하는 경우에는 질병의 중등도 등 환자상태를 고려하여 사례별로 인정함.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			다발골수증: 2건	<p><2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016. 5. 1.시행)에 의하면, 다발골수증은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여 대상자 기준) 2-가-6)의 기준에 적합하다고 판단되는 경우에 한하여 급여하고 있고, 동 인정기준에 적합하여 시행한 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)에 대하여는 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>“다발골수증: 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식 중 어느 하나에 해당하는 경우이어야 요양급여대상자로 인정됨.</p> <p>① 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종)을 원칙으로 함.</p> <p>② 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우: 경과관찰에서 진행성(Progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함</p> <p>③ 1차 이식으로 진행성(Progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응 유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종조혈모세포 이식을 원칙으로 함.”</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.
			만성육아종증: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-15)에 의하면 만성육아종증(CGD)은 임상 양상 및 유전자 검사 또는 질환의 특이검사등으로 진단된 만성육아종증으로 중증감염이 반복되는 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.
		자료보완: 5건	급성골수성백혈병: 1건	이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우”에 요양급여 대상자로 인정됨.
			골수형성이상증후군: 1건	이 건은 골수검사와 말초혈액검사 상 완전관해 확인 어려우므로, 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-5)에 의하여 골수형성이상증후군을 요양급여 대상자로 인정하고 있음. (1) 골수형성이상증후군 예후분류법(IPSS, IPSS-R, WPSS)인 다음 중 하나에 해당되는 경우 (가) 고위험군인 경우 ① IPSS: Intermediate-2 또는 high ② IPSS-R, WPSS: high 또는 very high (나) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 ① 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/ μ l 이하이면서 혈소판 20,000/ μ l 이하 ② Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>(2) 소아는 사례별로 결정함</p> <p>이 건은 최근 골수검사결과가 첨부되지 아니하여 판단이 곤란함. 따라서 영양급여 대상 여부를 결정하기 위해 최근 골수검사결과 자료를 자료보완토록 함.</p>
			중증재생불량성빈혈: 2건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (영양급여대상자기준) 별표 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈은 골수검사결과 세포충실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25%이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 영양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>① 절대호중구 수(ANC)가 500/μl 이하 ② 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x10⁹/L ③ 혈소판 20,000/μl 이하</p> <p>이 건은 최근 골수검사결과가 첨부되지 아니하여 판단이 곤란함. 따라서 영양급여 대상 여부를 결정하기 위해 최근 골수검사결과 자료를 자료보완토록 함.</p>
			비호지킨림프종: 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (영양급여대상자기준) 별표 2-가-7)에 의하면, 비호지킨림프종의 영양급여대상자는 다음과 같음.</p> <p>(1) 비호지킨 림프종 (가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우 ② Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) ③ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로써 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함 ① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma ② Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma ③ Mantle Cell Lymphoma ④ Diffuse Large B Cell Lymphoma ⑤ Burkitt Lymphoma ⑥ Peripheral T-cell Lymphoma ⑦ Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>⑧ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>⑨ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>이 건의 경우 1차 동종조혈모세포이식 예정으로 최근 영상검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 상태를 판단하기 곤란함. 따라서 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 골수검사가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
				<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-1)에 의하면 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 요양급여인정기준은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우” 로 규정하고 있음.</p> <p>급성골수성백혈병으로 동종조혈모세포이식 예정인 이 건은 골수검사와 말초혈액검사 및 영상검사 결과 완전관해가 확인되지 않음. 따라서 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
		선별급여: 52건	급성골수성백혈병: 26건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)1-가에 의하면 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.” 로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 시술일 현재 준 연령을 초과하여 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우이므로 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical) 하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 라고, (별표)1-다에 의하면 “조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해된 때와 중증 재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다” 라고 각 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 진단되어 2차 반일치 동종 조혈모세포이식 예정이므로, 조혈모세포 2차 이식의 요건을 충족하지 못하였음. 또한, 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치 (haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성 백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 라고, (별표)1-다에 의하면 “조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다” 라고 각 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 진단되어 3차 반일치 동종조혈모세포이식 예정으로, 3차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical) 하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 라고, (별표)1-다에 의하면 “조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다” 라고 각 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 진단되어 비혈연 동종 조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사가 일치하지 않는바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			급성림프구백혈병: 11건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(영양급여대상자기준) (별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical) 하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 라고, (별표)1-다에 의하면 “조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다” 라고 각 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급성림프구백혈병으로 진단되어 비혈연 동종 조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사가 일치하지 않는바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 고 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 1차 반일치 동종 조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식은 사례별로 심의하여 결정하고 있으나 제출된 자료에서 급성림프모구백혈병의 유전자 고위험 소견 확인되지 않으며, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-1)에 의하면 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 요양급여인정기준은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우” 로 규정하고 있음.</p> <p>급성림프모구백혈병으로 동종조혈모세포이식 예정인 이 건은 골수검사와 말초혈액검사 및 영상검사 결과 완전관해가 확인되지 않음. 따라서 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)</p>

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

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>조혈모세포이식 예정으로 3차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>골수형성이상증후군: 2건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 의하면 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.”로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 시술일 현재 준 연령을 초과하여 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우이므로 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>비호지킨림프종: 8건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준) 별표 2-가-7)-(1)에 의하면 비호지킨림프종의 요양급여인정 기준은 “(가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 (나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함”으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 동종조혈모세포이식 예정이나 추적 검사결과 부분반응 이상 확인 되지 않음. 따라서 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical) 하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.”라고,</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>(별표)1-다에 의하면 “조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다” 라고 각 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 진단되어 반일치 동종조혈모세포 이식 예정이므로, 조혈모세포 반일치 이식의 요건을 충족하지 못하였음. 또한, 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 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 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical) 하는 경우 - 혈연또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 라고, (별표)1-다에 의하면 “조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다” 라고 각 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사가 일치하지 않는바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준) 별표 2-가-7)에 의하면 악성림프종은 “(1) 비호지킨 림프종 (가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>(나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함 (2) 호지킨 림프종 : 자가조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 요양급여 대상임.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종(peripheral T cell lymphoma)으로 진단받고 1차 동종조혈모세포이식이 신청되었음. 현재 이상병에 대해서는 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상일 경우 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			일차골수섬유증: 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상 증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.”고 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 골수섬유증으로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 1차 반일치 동종조혈모세포이식은 기준에 해당하지 않음. 또한, 1차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 의하면 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.”로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 시술일 현재 준 연령을 초과하여 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>실시한 경우이므로 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			중증선천호중구감소증: 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(영양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.”로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 중증선천성호중구감소증으로 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 1차 반일치 동종조혈모세포이식은 기준에 해당하지 않음. 또한, 1차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			중증재생불량성빈혈: 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(영양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.”라고, (별표)1-다에 의하면 “조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다”라고 각 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 진단되어 비혈연 동종조혈</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			판코니빈혈: 1건	<p>모세포이식 예정으로 조직형 검사가 일치하지 않는바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical) 하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 라고, (별표)1-다에 의하면 “조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다” 라고 각 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 판코니빈혈로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이므로, 조혈모세포 2차 이식의 요건을 충족하지 못하였음. 또한, 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
제대혈	총 5건	급여: 3건	급성골수성백혈병 : 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우”에 영양급여 대상자로 인정됨.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			급성림프모구백혈병: 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병은 혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여대상자로 인정함.</p> <p>(1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 (2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 ② t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 ③ 염색체수 44 미만 (나) 진단시 1세미만 (다) 백혈구 수 $100 \times 10^9/L$ 이상 (라) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① Poor Steroid Response ② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) ③ Early T cell Precursor Phenotype (3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 (4) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
			판코니빈혈: 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준) 별표 2-가-13)에 의하면 판코니빈혈은 세포유전학검사나 분자유전학적검사 등으로 판코니빈혈로 진단이 확인 된 경우 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
		선별급여 :1건	비호지킨림프종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준) 별표 2-가-7)에 의하면 악성림프종은 “(1) 비호지킨 림프종 (가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 (나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함 (2) 호지킨 림프종 : 자가조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우”</p> <p>요양급여 대상이나 비호지킨림프종 (Angioimmunoblastic T cell lymphoma) 상병으로 제대혈이식이 신청된 이 건은 부분반응 여부가 확인되지 않아 고시기준에 적합하지 아니한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
		취하: 1건		
자가	총 136건	급여: 106건	비호지킨림프종: 38건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-1)-(1)-(나))에 의하면, 자가조혈모세포이식 중 비호지킨림프종에 대한 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상임.</p> <ul style="list-style-type: none"> ① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 ② Diffuse Large B Cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 ③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) ④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) <ul style="list-style-type: none"> (단, stage I 완전관해 제외) ⑤ Peripheral T-cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) ⑥ Primary CNS Lymphoma <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-1)-(1)-(나))에 의하면, 자가조혈모세포이식 중 비호지킨림프종에 대한 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상임.</p> <ul style="list-style-type: none"> ① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia ② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름) ③ Mantle Cell Lymphoma ④ Diffuse Large B Cell Lymphoma

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				⑤ Burkitt Lymphoma ⑥ Peripheral T-cell Lymphoma ⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma ⑧ Primary CNS Lymphoma
			다발골수종: 50건	고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(1)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 “IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우” 에 요양급여 대상자로 인정됨.
			호지킨림프종: 4건	IMWG에서 제시한 다발골수종의 진단기준에 해당되어 요양급여 대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-1)-(2)에 의하면, 전형호지킨 림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)은 “표준항암화학요법 후 재발 또는 불응 성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 에 요양급여 대상자로 인정됨.
			POEMS증후군: 1건	고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(3)에 의하면, POEMS 증후군은 “IMWG에서 제시한 POEMS 증후군 진단기준에 만족하는 경우” 에 요양급여 대상자로 인정됨.
			생식세포종: 1건	고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-7)에 의하면, 생식세포종(Germ Cell Tumor)은 “재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 에 요양급여 대상자로 인정됨.
			신경모세포종 ① : 5건	고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함. <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식 (tandem transplantatation)>(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016. 5. 1.시행)에 의하면, 신경모세포종은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여 대상자 기준)의 기준 별표 2-나

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>-9)-(1)-(가)에 의하여 (1) 진단 시 1세 이상이면서 수술 또는 항암제 등으로 부분반응이상을 보이는 Stage IV 또는 N-myc 증폭(+인 Stage II 이상인 경우 (2) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 경우 (※ N-myc증폭(+인 경우 나이에 상관없이 고위험군에 해당) 중 하나에 해당하는 경우에 적합하다고 판단되는 경우이어야 하고, 또한 위 인정기준에 적합하여 시행하는 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)에 대하여는 “가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT): 1차, 2차 자가조혈모 세포이식, 나. 다발골수종: 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식” 중 어느 하나에 해당하는 경우이어야 요양급여대상자로 인정됨.</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			AL 아밀로이드증: 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(2)에 의하면, AL 아밀로이드증(AL amyloidosis)에 대한 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증(AL amyloidosis) 진단기준에 만족하는 경우</p> <p>다만, ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하면서 장기부전(심·신·간·폐부전)이 아닌 경우</p>
			윌름스 종양: 1건	<p>고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) (별표)2-나-8)에 윌름스종양(Wilms Tumor)은 "재발 후 구제항암 화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우"로 되어 있음.</p>
			Anaplastic ependymoma: 1건	<p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) (별표)2-나-9)에 Anaplastic ependymoma은 "3세 미만에서 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우"로 되어 있음.</p>
			Glioblastomamultiforme	<p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>Glioblastomamultiforme는 조혈모세포이식의 요양급여에 관한</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			:1건	<p>기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표)에 해당하지 않는 상병이나, WHO grade 4에 해당하는 뇌종양이므로 사례별 급여 인정하고 있음.</p> <p>동 건은 Glioblastomamultiforme 진단받고 1차 자가조혈모 세포이식 예정인 건으로 자가조혈모세포이식에 대한 예후가 양호할 것으로 판단되고 재발 또는 불응성에 해당하여 고위험 소견 확인되므로 동 사례에 대하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			수모세포종 ①: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)의 기준 별표 2-나-9)-(1)-(가)에 의하여 수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 경우로서 “① 진단 시 3세 이하 ② 수술 후 잔여 종괴가 1.5㎢ 이상인 경우 ③ 두개강내 전이가 있는 경우 ④ Anaplastic type” 중 하나에 해당하는 경우에 적합하다고 판단되는 경우이어야 하고, 또한 위 인정 기준에 적합하여 시행하는 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)에 대하여는 “가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성 신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가조혈모 세포이식, 나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식” 중 어느 하나에 해당하는 경우이어야 요양급여대상자로 인정됨.</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
		자료보완 : 8건	다발골수종: 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(1)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 “IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우”에 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <p>다발골수종 상병으로 1차 자가조혈모세포이식 예정인 이 건은 제출된 검사결과를 참조할 때, 조혈모세포이식이 요구되는 다발골수종의 진단을 판단하기 곤란한 바 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 다발골수종을 판단할 수 있는 추가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
			호지킨림프종: 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(2)에 의하면 전형호지킨림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암요법에 부분반응 이상인 경우 요양</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>급여 대상임.</p> <p>이 건은 호지킨림프종으로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 요양기관에서 제출한 영상 검사 상 부분 반응 이상 확인되지 않음. 따라서 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가자료가 필요하므로 자료보완토록 함.</p> <p>이 건은 호지킨림프종으로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정으로 최근 골수 검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태여부 판단이 곤란함. 따라서 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 골수 검사가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
			비호지킨림프종: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행)제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <ul style="list-style-type: none"> ① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 ② Diffuse Large B Cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 ③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) ④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) <ul style="list-style-type: none"> (단, stage I 완전관해 제외) ⑤ Peripheral T-cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) ⑥ Primary CNS Lymphoma <p>또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <ul style="list-style-type: none"> ① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia ② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름) ③ Mantle Cell Lymphoma ④ Diffuse Large B Cell Lymphoma ⑤ Burkitt Lymphoma ⑥ Peripheral T-cell Lymphoma ⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma ⑧ Primary CNS Lymphoma

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>이 건의 경우 1차 자가조혈모세포이식 예정으로 최근 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태여부 판단이 곤란함. 따라서 영양급여 대상 여부를 결정하기 위해 골수검사가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
			<p>비정형기형/황문근종양 ①: 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(영양급여대상자기준)의 기준 별표 2-나-9)-(1)-(가)에 의하여 수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 경우로서 “① 진단 시 3세 이하 ② 수술 후 잔여종괴가 1.5cm³ 이상인 경우 ③ 두개강내 전이가 있는 경우 ④ Anaplastic type” 중 하나에 해당하는 경우에 적합하다고 판단되는 경우이어야 하고, 또한 위 인정기준에 적합하여 시행하는 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)에 대하여는 “가. 신경모세포종, 수모세포종 (Medulloblastoma), 원시성 신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양 (AT/RT) : 1차, 2차 자가조혈모 세포이식, 나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식” 중 어느 하나에 해당하는 경우이어야 영양급여대상자로 인정됨.</p> <p>이 건의 경우 1차 자가조혈모세포 이식 예정이나, 최근 골수검사 제출되지 않아 이식에 적합한 골수상태여부를 판단하기 곤란함. 따라서 영양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
			<p>수모세포종 ①: 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(영양급여대상자기준)의 기준 별표 2-나-9)-(1)-(가)에 의하여 수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 경우로서 “① 진단 시 3세 이하 ② 수술 후 잔여종괴가 1.5cm³ 이상인 경우 ③ 두개강내 전이가 있는 경우 ④ Anaplastic type” 중 하나에 해당하는 경우에 적합하다고 판단되는 경우이어야 하고, 또한 위 인정기준에 적합하여 시행하는 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)에 대하여는 “가. 신경모세포종, 수모세포종 (Medulloblastoma), 원시성 신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양 (AT/RT) : 1차, 2차 자가조혈모 세포이식, 나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식” 중 어느 하나에 해당하는 경우이어야 영양급여대상자로 인정됨.</p> <p>이 건은 수모세포종(Medulloblastoma)으로 진단되어 1차 자가 조혈모세포이식 예정이나, 최근 골수검사 제출되지 않아 이식에</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				적합한 골수상태여부를 판단하기 곤란함. 따라서 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.
			CNS embryonal tumor : 1건	<p><2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식 (tandem transplantation)>(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016. 5. 1.시행)에 의하면, 원시성신경외배엽종양(PNET)은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자 기준)의 기준 별표2-나-9)-(1)-(나)에 의하여 수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 경우에 적합하다고 판단되는 경우이어야 하고, 또한 위 인정기준에 적합하여 시행하는 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)에 대하여는 “가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가조혈모 세포이식, 나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식” 중 어느 하나에 해당하는 경우이어야 요양급여대상자로 인정됨.</p> <p>CNS embryonal tumor는 2016 WHO classification에 따라 고시기준의 CNS PNET에 준하는 상병으로, 고시기준에 만족하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 CNS embryonal Tumor로 진단되어 2차 자가조혈모세포이식 진행 후 3차 자가조혈모세포이식 예정이나, 최근 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태여부 판단이 곤란함. 따라서 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 골수 검사가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
		선별급여 : 16건	비호지킨림프종: 7건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)2-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 1차 표준 항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <ol style="list-style-type: none"> ① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 ② Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 ③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) ④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) ⑤ Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) ⑥ Primary CNS Lymphoma

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>또한, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정됨.</p> <ol style="list-style-type: none"> ① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia ② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름) ③ Mantle Cell Lymphoma ④ Diffuse Large B Cell Lymphoma ⑤ Burkitt Lymphoma ⑥ Peripheral T-cell Lymphoma ⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma ⑧ Primary CNS Lymphoma <p>이 건은 비호지킨림프종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 추적 검사결과 병의 진행이 확인 되어 현재 조혈모세포이식이 반드시 필요한 상황으로 판단키 곤란하므로 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 일반기준에 의하면, “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.”에 해당 될 때 영양급여 대상자로 인정됨. 이 건은 현재 기준 연령을 초과 하였음에도 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우이므로 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정됨.</p> <ol style="list-style-type: none"> ① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia ② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<ul style="list-style-type: none"> ③ Mantle Cell Lymphoma ④ Diffuse Large B Cell Lymphoma ⑤ Burkitt Lymphoma ⑥ Peripheral T-cell Lymphoma ⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma ⑧ Primary CNS Lymphoma <p>이 건은 비호지킨림프종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로 판단기 곤란하므로 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			다발골수종: 6건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (영양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(1)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 “IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우” 에 영양급여 대상자로 인정됨.</p> <p>다발골수종 상병으로 자가조혈모세포이식 예정인 이 건은 IMWG에서 제시한 다발골수종의 범주에 포함된다고 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(영양급여대상자기준) (별표)1-가에 일반기준에 의하면, “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만 65세 미만이어야 한다.” 에 해당 될 때 영양급여 대상자로 인정됨. 이 건은 현재 기준 연령을 초과 하였음에도 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우이므로 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			생식세포종: 2건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(영양급여대상자기준) (별표)2-나-7)에 생식세포종(Germ cell tumor)는 “재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 로 되어 있음.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				이 건은 생식세포종으로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정으로 제출된 자료를 검토한 결과 부분 반응 이상으로 판단하기 곤란한 바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Choroidplexuscarcinoma : 1건	이 건은 Choroidplexuscarcinoma로 진단받고 자가 조혈모세포 이식 예정이나, 이 상병은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) (별표)에 해당되지 않으며, 현재까지 이 상병에 대한 조혈모세포이식의 임상연구 및 치료 성적 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
		취하: 7건		
계	305			

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

[별첨] 조혈모세포이식 요양급여대상 결정현황

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
1	동종조혈모	여	10m	Mevalonicaciduria	급여
2	동종조혈모	남	34	급성골수성백혈병(AML)	급여
3	동종조혈모	남	56	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
4	동종조혈모	여	2	AcuteBilenealLeukemia	급여
5	동종조혈모	남	64	급성골수성백혈병(AML)	급여
6	동종조혈모	남	26	급성골수성백혈병(AML)	급여
7	동종조혈모	남	50	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
8	동종조혈모	남	25	급성골수성백혈병(AML)	급여
9	동종조혈모	남	44	급성골수성백혈병(AML)	급여
10	동종조혈모	여	10	골수형성이상증후군(MDS)	급여
11	동종조혈모	남	49	급성골수성백혈병(AML)	급여
12	동종조혈모	남	42	급성골수성백혈병(AML)	급여
13	동종조혈모	남	61	골수형성이상증후군(MDS)	급여
14	동종조혈모	여	50	Myeloidsarcoma	급여
15	동종조혈모	여	56	급성골수성백혈병(AML)	급여
16	동종조혈모	여	44	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
17	동종조혈모	남	13	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
18	동종조혈모	여	18	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
19	동종조혈모	여	64	급성골수성백혈병(AML)	급여
20	동종조혈모	남	61	급성골수성백혈병(AML)	급여
21	동종조혈모	여	37	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
22	동종조혈모	여	62	골수형성이상증후군(MDS)	급여
23	동종조혈모	남	27	급성골수성백혈병(AML)	급여
24	동종조혈모	여	6	골수형성이상증후군(MDS)	급여
25	동종조혈모	여	37	골수형성이상증후군(MDS)	급여
26	동종조혈모	남	20	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
27	동종조혈모	여	58	SecondaryMyelofibrosis	급여
28	동종조혈모	여	55	급성골수성백혈병(AML)	급여
29	동종조혈모	여	59	다발골수종(MM)	급여
30	동종조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	급여
31	동종조혈모	남	54	골수형성이상증후군(MDS)	급여
32	동종조혈모	남	11	급성골수성백혈병(AML)	급여
33	동종조혈모	남	62	급성골수성백혈병(AML)	급여
34	동종조혈모	여	28	급성골수성백혈병(AML)	급여
35	동종조혈모	남	52	급성골수성백혈병(AML)	급여
36	동종조혈모	남	62	급성골수성백혈병(AML)	급여
37	동종조혈모	여	1	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
38	동종조혈모	남	38	급성골수성백혈병(AML)	급여
39	동종조혈모	여	45	급성골수성백혈병(AML)	급여
40	동종조혈모	여	42	급성림프모구백혈병(ALL)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
41	동종조혈모	여	61	골수형성이상증후군(MDS)	급여
42	동종조혈모	여	62	골수형성이상증후군(MDS)	급여
43	동종조혈모	여	59	급성골수성백혈병(AML)	급여
44	동종조혈모	남	41	급성골수성백혈병(AML)	급여
45	동종조혈모	남	37	급성골수성백혈병(AML)	급여
46	동종조혈모	남	62	골수형성이상증후군(MDS)	급여
47	동종조혈모	여	39	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
48	동종조혈모	남	50	급성골수성백혈병(AML)	급여
49	동종조혈모	남	8	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
50	동종조혈모	남	24	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
51	동종조혈모	여	34	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
52	동종조혈모	여	54	골수형성이상증후군(MDS)	급여
53	동종조혈모	여	14	급성골수성백혈병(AML)	급여
54	동종조혈모	남	41	다발골수종(MM)	급여
55	동종조혈모	남	61	골수형성이상증후군(MDS)	급여
56	동종조혈모	남	49	급성골수성백혈병(AML)	급여
57	동종조혈모	여	57	만성골수성백혈병(CML)	급여
58	동종조혈모	여	63	급성골수성백혈병(AML)	급여
59	동종조혈모	남	37	급성골수성백혈병(AML)	급여
60	동종조혈모	남	18	급성골수성백혈병(AML)	급여
61	동종조혈모	남	36	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
62	동종조혈모	남	10	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
63	동종조혈모	여	59	급성골수성백혈병(AML)	급여
64	동종조혈모	여	61	골수형성이상증후군(MDS)	급여
65	동종조혈모	여	21	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
66	동종조혈모	여	60	급성골수성백혈병(AML)	급여
67	동종조혈모	여	43	비호지킨림프종	급여
68	동종조혈모	남	56	급성골수성백혈병(AML)	급여
69	동종조혈모	여	59	급성골수성백혈병(AML)	급여
70	동종조혈모	여	53	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
71	동종조혈모	남	28	급성골수성백혈병(AML)	급여
72	동종조혈모	여	51	급성골수성백혈병(AML)	급여
73	동종조혈모	남	14	급성골수성백혈병(AML)	급여
74	동종조혈모	여	47	급성골수성백혈병(AML)	급여
75	동종조혈모	남	26	급성골수성백혈병(AML)	급여
76	동종조혈모	여	49	급성골수성백혈병(AML)	급여
77	동종조혈모	여	61	급성골수성백혈병(AML)	급여
78	동종조혈모	남	42	비호지킨림프종	급여
79	동종조혈모	여	10	골수형성이상증후군(MDS)	급여
80	동종조혈모	여	45	골수형성이상증후군(MDS)	급여
81	동종조혈모	남	39	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
82	동종조혈모	여	9	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
83	동종조혈모	여	20	급성골수성백혈병(AML)	급여
84	동종조혈모	남	45	비호지킨림프종	급여
85	동종조혈모	여	24	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
86	동종조혈모	남	5	만성육아종증(CGD)	급여
87	동종조혈모	남	14	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
88	동종조혈모	여	64	급성골수성백혈병(AML)	급여
89	동종조혈모	여	17	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
90	동종조혈모	남	61	골수형성이상증후군(MDS)	급여
91	동종조혈모	남	36	급성골수성백혈병(AML)	급여
92	동종조혈모	여	64	급성골수성백혈병(AML)	급여
93	동종조혈모	여	53	급성골수성백혈병(AML)	급여
94	동종조혈모	남	63	PRCA	급여
95	동종조혈모	여	59	골수형성이상증후군(MDS)	급여
96	동종조혈모	남	58	급성골수성백혈병(AML)	급여
97	동종조혈모	남	60	골수형성이상증후군(MDS)	급여
98	동종조혈모	남	9	급성골수성백혈병(AML)	급여
99	동종조혈모	남	41	급성골수성백혈병(AML)	급여
100	동종조혈모	여	55	급성골수성백혈병(AML)	급여
101	동종조혈모	남	59	골수형성이상증후군(MDS)	자료보완
102	동종조혈모	여	43	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	자료보완
103	동종조혈모	여	57	급성골수성백혈병(AML)	자료보완
104	동종조혈모	여	63	비호지킨림프종	자료보완
105	동종조혈모	남	16	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	자료보완
106	동종조혈모	여	56	비호지킨림프종	선별급여
107	동종조혈모	남	63	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
108	동종조혈모	남	25	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
109	동종조혈모	남	17	비호지킨림프종	선별급여
110	동종조혈모	여	21	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
111	동종조혈모	남	19	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
112	동종조혈모	남	40	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
113	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
114	동종조혈모	남	6	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
115	동종조혈모	남	66	일차골수성유증(Primarymyelofibrosis)	선별급여
116	동종조혈모	여	5	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
117	동종조혈모	여	69	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
118	동종조혈모	남	8	중증선천호중구감소증(Kostmannsyndrome)	선별급여
119	동종조혈모	남	6	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
120	동종조혈모	남	23	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
121	동종조혈모	여	43	비호지킨림프종	선별급여
122	동종조혈모	남	2	급성골수성백혈병(AML)	선별급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
123	동종조혈모	남	71	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
124	동종조혈모	여	53	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
125	동종조혈모	남	39	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
126	동종조혈모	남	67	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
127	동종조혈모	남	44	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
128	동종조혈모	남	22	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
129	동종조혈모	남	16	비호지킨림프종	선별급여
130	동종조혈모	여	34	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별급여
131	동종조혈모	여	56	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
132	동종조혈모	남	52	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
133	동종조혈모	남	54	일차골수성유증(Primarymyelofibrosis)	선별급여
134	동종조혈모	남	3	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
135	동종조혈모	남	68	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
136	동종조혈모	남	53	비호지킨림프종	선별급여
137	동종조혈모	여	49	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
138	동종조혈모	여	52	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
139	동종조혈모	남	43	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
140	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
141	동종조혈모	남	16	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
142	동종조혈모	여	6	판코니빈혈(Fanconianemia)	선별급여
143	동종조혈모	여	16	비호지킨림프종	선별급여
144	동종조혈모	남	71	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
145	동종조혈모	남	19	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
146	동종조혈모	남	34	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
147	동종조혈모	여	70	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
148	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
149	동종조혈모	남	41	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
150	동종조혈모	여	53	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
151	동종조혈모	남	16	비호지킨림프종	선별급여
152	동종조혈모	남	20	비호지킨림프종	선별급여
153	동종조혈모	여	33	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
154	동종조혈모	여	56	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
155	동종조혈모	여	36	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
156	동종조혈모	남	59	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
157	동종조혈모	남	66	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
158	동종조혈모	남	14	급성골수성백혈병(AML)	취하
159	동종조혈모	남	64	급성림프모구백혈병(ALL)	취하
160	동종조혈모	남	25	비호지킨림프종	취하
161	동종조혈모	남	18	급성림프모구백혈병(ALL)	취하
162	동종조혈모	여	58	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	취하
163	동종조혈모	여	57	급성골수성백혈병(AML)	취하

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
164	동종조혈모	남	59	급성골수성백혈병(AML)	취하
165	제대혈조혈모	남	45	급성골수성백혈병(AML)	급여
166	제대혈조혈모	여	14	판코니빈혈(Fanconianemia)	급여
167	제대혈조혈모	여	49	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
168	제대혈조혈모	남	63	비호지킨림프종	선별급여
169	제대혈조혈모	남	5	신경모세포종(Neuroblastoma)	취하
170	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종	급여
171	자가조혈모	여	49	다발골수종(MM)	급여
172	Tandem(자가-자가)	남	6	신경모세포종(Neuroblastoma)①	급여
173	자가조혈모	남	59	다발골수종(MM)	급여
174	자가조혈모	남	25	생식세포종(Germcelltumor)	급여
175	자가조혈모	남	48	비호지킨림프종	급여
176	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	급여
177	자가조혈모	남	37	비호지킨림프종	급여
178	자가조혈모	남	59	다발골수종(MM)	급여
179	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	급여
180	Tandem(자가-자가)	여	2	신경모세포종(Neuroblastoma)①	급여
181	자가조혈모	여	4	윌름스종양(Wilmstumor)	급여
182	자가조혈모	여	14	비호지킨림프종	급여
183	자가조혈모	여	7	AnaplasticEpendymoma	급여
184	자가조혈모	남	52	비호지킨림프종	급여
185	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	급여
186	자가조혈모	남	51	비호지킨림프종	급여
187	자가조혈모	남	29	비호지킨림프종	급여
188	자가조혈모	남	36	비호지킨림프종	급여
189	자가조혈모	남	36	호지킨림프종	급여
190	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종	급여
191	자가조혈모	여	20	비호지킨림프종	급여
192	자가조혈모	남	35	호지킨림프종	급여
193	자가조혈모	남	48	다발골수종(MM)	급여
194	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	급여
195	자가조혈모	여	51	비호지킨림프종	급여
196	자가조혈모	남	50	다발골수종(MM)	급여
197	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
198	자가조혈모	남	53	다발골수종(MM)	급여
199	자가조혈모	남	25	비호지킨림프종	급여
200	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
201	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
202	자가조혈모	여	54	다발골수종(MM)	급여
203	자가조혈모	여	58	비호지킨림프종	급여
204	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
205	자가 후 자가	여	4	신경모세포종(Neurolblastoma)	급여
206	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종	급여
207	자가조혈모	남	54	다발골수종(MM)	급여
208	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	급여
209	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	급여
210	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	급여
211	자가조혈모	여	53	다발골수종(MM)	급여
212	자가조혈모	남	20	비호지킨림프종	급여
213	자가조혈모	남	59	POEMS증후군	급여
214	자가조혈모	여	53	다발골수종(MM)	급여
215	자가조혈모	남	52	비호지킨림프종	급여
216	자가조혈모	남	53	비호지킨림프종	급여
217	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	급여
218	자가조혈모	남	63	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	급여
219	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
220	자가조혈모	남	45	호지킨림프종	급여
221	자가조혈모	남	55	호지킨림프종	급여
222	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	급여
223	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	급여
224	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	급여
225	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	급여
226	자가조혈모	남	0	Glioblastomamultiforme	급여
227	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	급여
228	자가조혈모	남	19	비호지킨림프종	급여
229	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	급여
230	자가조혈모	여	47	비호지킨림프종	급여
231	자가조혈모	남	51	비호지킨림프종	급여
232	자가조혈모	남	50	비호지킨림프종	급여
233	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종	급여
234	Tandem(자가-자가)	여	7	수모세포종(Medulloblastoma)①	급여
235	자가조혈모	남	45	다발골수종(MM)	급여
236	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종	급여
237	자가 후 자가	남	61	다발골수종(MM)	급여
238	자가조혈모	남	28	비호지킨림프종	급여
239	자가조혈모	남	45	비호지킨림프종	급여
240	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	급여
241	자가조혈모	여	54	다발골수종(MM)	급여
242	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종	급여
243	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	급여
244	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	급여
245	자가조혈모	여	50	다발골수종(MM)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
246	자가조혈모	여	58	비호지킨림프종	급여
247	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	급여
248	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	급여
249	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종	급여
250	자가조혈모	여	50	다발골수종(MM)	급여
251	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종	급여
252	자가조혈모	남	51	비호지킨림프종	급여
253	Tandem(자가-자가)	남	2	신경모세포종(Neuroblastoma)①	급여
254	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종	급여
255	자가조혈모	여	43	다발골수종(MM)	급여
256	Tandem(자가-자가)	남	4	신경모세포종(Neuroblastoma)①	급여
257	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종	급여
258	자가조혈모	여	49	비호지킨림프종	급여
259	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	급여
260	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	급여
261	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종	급여
262	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종	급여
263	자가조혈모	남	19	비호지킨림프종	급여
264	자가조혈모	남	43	다발골수종(MM)	급여
265	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	급여
266	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	급여
267	자가조혈모	여	64	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	급여
268	자가조혈모	남	54	다발골수종(MM)	급여
269	자가 후 자가	남	58	다발골수종(MM)	급여
270	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	급여
271	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	급여
272	자가조혈모	여	48	비호지킨림프종	급여
273	자가조혈모	남	46	비호지킨림프종	급여
274	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	급여
275	자가조혈모	남	45	다발골수종(MM)	자료보완
276	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	자료보완
277	Tandem(자가-자가)	여	2	수모세포종(Medulloblastoma)①	자료보완
278	자가조혈모	남	58	호지킨림프종	자료보완
279	자가조혈모	남	5	CNSembryontumor	자료보완
280	자가조혈모	남	26	호지킨림프종	자료보완
281	Tandem(자가-자가)	남	1	비정형기형/횡문근종양(AT/RT)①	자료보완
282	자가조혈모	여	63	비호지킨림프종	자료보완
283	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	선별급여
284	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종	선별급여
285	자가조혈모	남	65	비호지킨림프종	선별급여
286	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	선별급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
287	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종	선별급여
288	자가조혈모	남	54	비호지킨림프종	선별급여
289	자가조혈모	남	5	Choroidplexuscarcinoma	선별급여
290	자가조혈모	남	68	다발골수종(MM)	선별급여
291	자가조혈모	여	65	비호지킨림프종	선별급여
292	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종	선별급여
293	자가조혈모	남	69	다발골수종(MM)	선별급여
294	자가 후 자가	남	32	생식세포종(Germcelltumor)	선별급여
295	자가조혈모	여	40	비호지킨림프종	선별급여
296	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	선별급여
297	자가 후 자가	남	35	생식세포종(Germcelltumor)	선별급여
298	자가 후 자가	남	66	다발골수종(MM)	선별급여
299	자가조혈모	남	56	비호지킨림프종	취하
300	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	취하
301	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	취하
302	자가조혈모	남	49	비호지킨림프종	취하
303	자가조혈모	여	29	비호지킨림프종	취하
304	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	취하
305	자가 후 자가	여	16	생식세포종(Germcelltumor)	취하

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

7. 너933 동기능적교합검사의 적정 실시 횟수 및 실시간격 등에 대한 요양급여 인정여부

■ 청구내역

○ A사례 (남/58세)

- 청구 상병명: 만성 복합치주염, 치아위치의 기타 명시된 이상

○ B사례 (여/52세)

- 청구 상병명: 상아질의 우식

○ C사례 (남/59세)

- 청구 상병명: 달리 분류되지 않은 턱관절의 통증

■ 진료내역

○ A사례 (남/58세)

#16i old filling removed

G.I filling(screw hole)

#11~47 T-Scan

Scaling, periodontitis

○ B사례 (여/52세)

#13~23, 34~37, 44~47 RP

#11~47 T-Scan

#31,32,33,34,41,42 SE bond

#35 polished

○ C사례 (남/59세)

#11~47 PTC TBI, bite조정.

#16,17,46,47 T-Scan(우측bite 약간 높음)

■ 심의내용 및 결과

○ A사례 (남/58세)

만성 복합치주염, 치아위치의 기타 명시된 이상 상병으로, 2018. 3. 5. 초진으로 너933 동기능적교합검사 1회, 차29 교합조정술[1치당] 4치, 차23-1 치석제거[1/3약당] 6회가 청구됨.

2017년 진료내역 확인한 결과 6월~11월까지 2~3개월 간격으로 4회에 걸쳐 동기능적교합검사와 교합조정술을 반복적으로 실시하는 것은 너933 동기능적교합검사 및 차29 교합조정술[1치당]을 인정하지 아니함.

○ B사례 (여/52세)

상아질의 우식, 만성 복합치주염 등 상병으로, 2018. 3. 20. 재진으로 너933 동기능적교합검사 1회, 차29 교합조정술[1치당] 4치가 청구됨.

2018. 2. 21. 동기능적교합검사와 교합조정술을 실시한 후 2018. 3. 20. 해당 검사와 처치를 반복적으로

재실시하는 것은 보편적인 진료로 볼 수 없어 너933 동기능적교합검사 및 차29 교합조정술[1치당]을 인정하지 아니함.

○ C사례 (남/59세)

달리 분류되지 않은 턱관절의 통증 등 상병으로 재진 4회 너933 동기능적교합검사 1회, 차29 교합조정술[1치당] 4치 등을 청구한 것으로, 한 달 동안 약 7일 간격으로 반복 실시하는 사례로, 2018. 5. 3., 5. 10. 에 실시한 동기능적교합검사와 교합조정술은 교합부조화 등이 확인되어 인정하며, 5. 16., 5. 24. 에 실시한 동기능적교합검사는 검사결과지 미제출 되었으며 교합변화의 객관적인 평가 후에 실시된 진료로 볼 수 없어 너933 동기능적교합검사 및 차29 교합조정술[1치당]을 인정하지 아니함.

■ 참고

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

[2018. 7. 4. 지역심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

8. 우식부위 치료를 위한 치은조직을 절제하는 경우 수가 산정방법에 대한 요양급여 인정여부

■ 청구내역

- A사례 (여/27세)
 - 청구 상병명: 기타 치아우식
- B사례 (여/35세)
 - 청구 상병명: 기타 치아우식
- C사례 (여/30세)
 - 청구 상병명: 기타 치아우식
- D사례 (여/59세)
 - 청구 상병명: 비가역적 치수염
- E사례 (남/57세)
 - 청구 상병명: 상아질의 우식
- F사례 (남/64세)
 - 청구 상병명: 비가역적 치수염

■ 진료내역

- A사례 (여/27세)
 - #27 B/A(1) G.cr prep
 - gingivectomy(치은연하우식제거)
- B사례 (여/35세)
 - #16기존 Inlay제거, B/A(1).
 - G.cr.prep+imp, Distal 하방 우식 확인 ⇨ ketac Core
 - gingivectomy(치은연하우식)
- C사례 (여/30세)
 - #17 core prep imp. 치관확장술 중 치은절제술
 - (치관길이연장, 치은연하 마진)전달마취, 앰플1개 mesial. 임시 치아없이 퀵플러워로 지대치 커버함
- D사례 (여/59세)
 - #16 GP Cone filling & X-ray taking
 - G-I filling(M0), gingivectomy

○ E사례 (남/57세)

#47 G-I filling(DO Rx1)

#45 Inlay Prep (Rx1), gingivectomy, subgingival C2

#37 Antiphlogisis, Root planing

○ F사례 (남/64세)

#26 gingivectomy, prep(metal)

■ 심의내용 및 결과

○ A사례 ~ C사례

기타 치아우식 등 상병으로 차101 치관확장술[1치당] 가. 치은절제술이 청구된 사례로 관련영상자료에서 A사례, C사례는 치은연하 우식병소 치료를 위한 치은조직제거가 확인되어 청구된 차101 치관확장술[1치당] 가. 치은절제술로 인정하고, B사례는 치아우식와동 상병으로 증식된 치은조직을 절제한 것으로 확인되어 차66 치은판절제술로 인정함.

○ D사례 ~ F사례

비가역적치수염 상병으로 차104 치은절제술[1/3약당]이 청구된 사례로 관련영상자료에서 D~F사례는 치은연하 우식병소를 제거하고 수복치료를 실시한 것으로 확인되어 청구된 차104 치은절제술[1/3약당]을 인정함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 차66 치은판절제술 산정기준[보건복지부고시 제2016-30호, 1 '6. 3. 1.시행]
- 차104치은절제술[1/3약당] 수가산정방법[보건복지부고시 제2016-224호, '16. 11. 30.시행]
- 대한치과보존학회. 치과보존학. (주)예남아이앤씨, 2015.
- 치주성형-재건술, 김병옥외, 대한나래출판사, 2008.
- 최신 고정성 보철학제4판 ,우이형외, 대한나래출판사. 2008.

[2018. 7.4. 지역심사평가위원회(지역심사평가위원회)]