

진료심사평가위원회 심의사례 공개 (총 4개 항목)

- 2019. 1. 31. 공개

연번	제 목	페이지
1	심실 보조장치 치료술(VAD) 실시기관 승인 및 대상자 요양급여 여부	1
2	면역관용요법(Immune Tolerance Induction) 요양급여대상 인정여부	5
3	조혈모세포이식 요양급여대상 인정여부	9
4	Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여대상 인정여부	35
5	상병 및 진료내역 참조, 「차13나 복합레진충전(글래스아이오노머시멘트(II)충전포함)」의 적정여부	41
6	보철 치경부 변연부위를 다듬은(trimming) 후 「차19나 치관수복물 또는 보철물의 제거[1치당]-복잡한 것」으로 산정한 것의 인정여부	43

1. 심실 보조장치 치료술(VAD) 실시기관 승인 및 대상자 요양급여 여부

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

□ 심실 보조장치 치료술(VAD) 실시 승인기관(총 2기관)

구분	연번	요양기관명	심의일자
이식형	1	부산대학교병원	2018. 12. 10.
	2	양산부산대학교병원	2018. 12. 26.

□ 심실 보조장치 치료술(VAD) 대상자 요양급여 여부(총 11사례)

가. 이식형 좌심실 보조장치 치료술(8사례)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
1	여/57세	승인 (급여)	이식형 좌심실 보조장치 치료술의 적응증 및 금기증에 대하여는 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제5조, 제6조 및 별표2에서 정하고 있음 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로, 좌심실 구혈률 23.9%, peak $\dot{V}O_2$ Max 9.5/kg/min, 폐동맥 수축기/이완기압 51/29mmHg, 평균 폐동맥쇄기압 29mmHg, 심장지수 2.15L/min/M ² 및 정맥 강심제에 의존적인 상태의 말기 심부전 소견 확인되는데, 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.항 “심장이식 대기자로 등록된 말기 심부전환자의 심장이식 가교 치료”에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함
2	남/57세	승인 (급여)	이식형 좌심실 보조장치 치료술의 적응증 및 금기증에 대하여는 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제5조, 제6조 및 별표2에서 정하고 있음

			<p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로, thallium SPECT 결과 좌심실의 광범위한 관류결손(perfusion defect)을 보이고, 좌심실구혈률 24%, 폐동맥 수축기/이완기압 78/28mmHg, 평균 폐동맥폐기압 34mmHg, 심장지수 2.11L/min/M2 및 정맥 강심제에 의존적인 상태의 말기 심부전 소견 확인되는바, 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.항 “심장이식 대기자로 등록된 말기심부전환자의 심장이식 가교 치료”에 해당함</p> <p>또한 특별한 기저질환이 없고, 심부전 상태 호전시 신기능 회복이 확인되며, 입원시 간 기능 검사 결과 상승 소견 보였으나 강심제 투여 후 정상범위로 호전되어 이식형 좌심실 보조장치 치료술 금기증 중 나.항 “비가역적 장기부전”에 해당되지 않는 점 등 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함</p>
3	남/67세	승인 (급여)	<p>이식형 좌심실 보조장치 치료술의 적응증 및 금기증에 대하여는 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제5조, 제6조 및 별표2에서 정하고 있음</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로, thallium SPECT 결과 좌심실의 광범위한 관류결손(perfusion defect)을 보이고, 좌심실구혈률 16%, 심장지수 1.9L/min/M2, Peak V02 Max 7.51mL/kg/min 및 심장 MRI상 말기 심부전 소견 확인되는바, 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.항 “심장이식 대기자로 등록된 말기심부전 환자의 심장이식 가교 치료”에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함</p>
4	남/54세	승인 (급여)	<p>이식형 좌심실 보조장치 치료술의 적응증 및 금기증에 대하여는 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제5조, 제6조 및 별표2에서 정하고 있음</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 좌심실구혈률 15%, 심장지수 1.9L/min/M2 및 정맥 강심제에 의존적인 상태의 말기 심부전 소견 확인되는바, 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.항 “심장이식 대기자로 등록된 말기심부전환자의 심장이식 가교 치료”에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함</p>
5	남/66세	승인 (급여)	<p>이식형 좌심실 보조장치 치료술의 적응증 및 금기증에 대하여는 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제5조, 제6조 및 별표2에서 정하고 있음</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 좌심실구혈률 21.7%, 폐동맥 수축기압/이완기압 92/31mmHg, 평균 폐동맥폐기압 36mmHg, 평균 우심방압 18mmHg, 심장지수 1.8L/min/M2, Peak V02 Max 7.7mL/kg/min 및 정맥 강심제에 의존적인 상태의 말기 심부전 소견 확인되는바, 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.항 “심장이식 대기자로 등록된 말기심부전환자의 심장이식 가교 치료”에 해당함</p> <p>또한 특별한 기저 폐질환이 없고, 심부전 상태 호전시 신기능 회복이 확인되어 이식형 좌심실 보조장치 치료술 금기증 중 나.항 “비가역적 장기부전”에 해당되지 않는 점 등 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함</p>

6	남/36세	승인 (급여)	<p>이식형 좌심실 보조장치 치료술의 적응증 및 금기증에 대하여는 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제5조, 제6조 및 별표2에서 정하고 있음</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 좌심실 구혈률 20%, 폐동맥 수축기압/이완기압 65/33mmHg, 평균 폐동맥쇄기압 25mmHg, 평균 우심방압 19mmHg, 심장지수 1.43L/min/M2 및 정맥 강심제에 의존적인 상태의 말기 심부전 소견 확인되는바, 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.항 “심장이식 대기자로 등록된 말기심부전환자의 심장이식 가교 치료”에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함</p>
7	남/37세	승인 (급여)	<p>이식형 좌심실 보조장치 치료술의 적응증 및 금기증에 대하여는 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제5조, 제6조 및 별표2에서 정하고 있음</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 폐동맥 수축기압/이완기압 40/25mmHg, 평균 폐동맥쇄기압 13mmHg, 평균 우심방압 12mmHg, 심장지수 1.95L/min/M2 및 정맥 강심제에 의존적인 상태의 말기 심부전 소견 확인되는바, 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.항 “심장이식 대기자로 등록된 말기심부전환자의 심장이식 가교 치료”에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함</p>
8	남/59세	승인 (급여)	<p>이식형 좌심실 보조장치 치료술의 적응증 및 금기증에 대하여는 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제5조, 제6조 및 별표2에서 정하고 있음</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 좌심실 구혈률 26%, 폐동맥 수축기압/이완기압 35/31mmHg, 평균 폐동맥쇄기압 25mmHg, 평균 우심방압 15mmHg, 심장지수 2.1L/min/M2, Peak V02 Max 14mL/kg/min 및 정맥 강심제에 의존적인 상태의 말기 심부전 소견 확인되는바, 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.항 “심장이식 대기자로 등록된 말기심부전환자의 심장이식 가교 치료”에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함</p>

나. 체외형 심실 보조장치 치료술(3사례)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
1	남/15세	승인 (급여)	<p>체외형 심실 보조장치 치료술의 적응증 및 금기증에 대하여는 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제5조, 제6조 및 별표2에서 정하고 있음</p> <p>이 사례는 나이 만 15세, 체중 30kg, 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 소아 환자로, 여러 약물치료에도 불구하고 좌심실구혈률 17%, NYHA IV 수준의 심부전이 지속되고, 강심제에 의존하며 전신 장기기능이 진행성으로 악화되는 등 체외형 심실 보조장치 치료술의 적응증에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함</p>

2	여/34개월	승인 (급여)	<p>체외형 심실 보조장치 치료술의 적응증 및 금기증에 대하여는 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제5조, 제6조 및 별표2에서 정하고 있음</p> <p>이 사례는 나이 생후 34개월, 체중 10.3kg, 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 소아 환자로, 여러 약물치료에도 불구하고 좌심실구혈률 22%, NYHA IV 수준의 심부전이 지속되고, 강심제에 의존하며 전신 장기기능이 진행성으로 악화되어 보조순환기(ECMO) 적용 중인 상태로, 체외형 심실 보조장치 치료술의 적응증에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함</p>
3	여/6개월	승인 (급여)	<p>체외형 심실 보조장치 치료술의 적응증 및 금기증에 대하여는 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제5조, 제6조 및 별표2에서 정하고 있음</p> <p>이 사례는 나이 생후 6개월, 체중 5kg, 심장이식 대기 등록된 소아 환자로, 선천성 승모판막역류, 삼첨판막역류로 4차례 판막성형술과 판막치환술을 시행하였으나 호전되지 않고, NYHA IV 수준의 심부전이 지속되며, 강심제 의존 및 전신 장기기능 진행성으로 악화되는 등 체외형 심실 보조장치 치료술의 적응증에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함</p>

2. 면역관용요법(Immune Tolerance Induction) 요양급여대상 인정여부

- 우리원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2013-127호, 2013. 9. 1.시행 및 제2016-110호, 2016. 7. 1.시행)에 의거 면역관용요법 요양급여 대상여부를 결정하는 사전심의제도를 운영하고 있으며, 면역관용요법 사전심의 제도의 투명성·수용성 확보위해 결과를 공개함.
 - * 최초 고시: 제2007-112호, 2007. 11. 27.시행
- 「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준」 건강보험심사평가원 공고(제2012-96호, 2012. 5. 31.시행)에 의거하여,
 - * 최초 공고: 제2007-1호, 2007. 12. 1.시행
- 1. 요양급여대상여부의 심의의뢰는 실시기관이 면역관용요법을 하고자 하는 경우에는 별지 제1호 서식에 따른 면역관용요법 요양급여 신청서를 원장에게 제출하여 심의의뢰 하여야 하며,
- 2. 심의의뢰에 대하여 원장으로부터 요양급여대상으로 인정통보 받은 날부터 60일 이내에 면역관용요법을 실시하여야 하며, (다만 60일을 경과하여 실시하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함.)
- 3. 실시기관이 면역관용요법을 시행하는 경우에는 3개월마다 별지 제2호 서식에 따른 보고서를 작성하여 원장에게 제출하여 함.

□ 면역관용요법 요양급여 인정여부 ('18.4분기)

(단위: 건)

개최년도	개최분기	계	승인	불승인
2018	4분기	2	1	1

○ 세부내역

개최년	개최분기	성별/나이	심의내용	심의결과
2018	4분기	A사례 (남/8세)	이 건은 면역관용요법을 시행하고자 면역관용요법 요양급여 신청서가 제출된 건으로서, 면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제 2012-96호, 2012. 5. 31.시행) 제6조 제1항 제2호에 의거, 같은 기준 제5조 제1항에 따라 제출된 신청서에 따른 요양급여의 인정여부를 심의함. '11. 11월 혈우병A 진단받고 '11. 12. 21. 항체 발견되어 28개월간('13. 1. 7.~ '15. 5. 6.) 면역관용요법 시행 받고 항체 제거되었던 환자임. '17. 4. 28. 항체가 재발견(1.6BU/m)되었고, 최고 항체가 21BU/ml('18. 1. 5.), 최근 항체가 음성 ('18. 11. 26.)임. 주요 출혈 빈도는 연평균 10회임. 면역관용요법은 면역조정(corticosteroid)과 함께 이뮤네이트주 또는 애드베이트주 100IU/kg/dose를 매일 투여할 계획임. 잦은 출혈로 우회인자를 투여중이고, 면역관용요법에 성공했던 환자로 재시행에도 효과가 있을 것으로 예상되며, 고향체(21BU/ml)의	면역관용 요법 승인

개최년	개최분기	성별/나이	심의내용	심의결과
			기왕력이 있어 항체가 자연적으로 사라질 가능성이 거의 없다는 전문가의 의견이 있으므로 면역관용요법 요양급여를 인정함.	
		B사례 (남/4세)	이 건은 면역관용요법을 시행하고자 면역관용요법 요양급여 신청서가 제출된 것으로서, 면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제 2012-96호, 2012. 5. 31.시행) 제6조 제1항 제2호에 의거, 같은 기준 제5조 제1항에 따라 제출된 신청서에 따른 요양급여의 인정여부를 심의함. '15. 3월 혈우병B 진단받고 '15. 12. 15. 항체 발견된 환자로, 최초 항체가 1.43BU/ml('15. 12. 15.), 최고 항체가 5.4BU/ml('16. 1. 5.), 최근 항체가 음성('18. 7. 5.)임. 주요 출혈 빈도는 연평균 10회임. 면역관용요법 요양급여에 관한 기준에 의하면 혈우병A 항체 환자의 면역관용요법만을 요양급여로 인정하고 있으므로 면역관용요법 요양급여를 인정하지 아니함.	면역관용 요법 불승인

□ 면역관용요법 요양급여 계속 인정여부-정기 보고서 ('18.4분기)

(단위: 건)

개최년도	개최분기	계	승인	불승인	종료
2018	4분기	9	8	-	1

○ 세부내역

개최년	개최분기	성별/나이	심의내용	심의결과
2018	4분기	A사례 (남/21세)	이 건은 면역관용요법 19개월 시행 후 정기보고서가 제출된 것으로서, 면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제2012-96호, 2012. 5. 31.시행) 제6조 제1항 제3호에 의거, 같은 기준 제9조 제1항에 따라 제출된 정기보고서에 따른 요양급여 계속 인정여부를 심의함. 그린에이트주 감량(39.6 → 30IU/kg, '18. 5. 18.) 이후에도 항체가 0.6BU/ml 이하로 유지되고, 최근 항체가 및 제8인자 회복률(0.17BU/ml, 1.6%/ū/kg, '18. 11. 15.)이 면역관용요법 성공에 합당하므로 면역관용요법 종료를 인정함.	종료 승인
		B사례 (남/42세)	이 건은 면역관용요법 55개월 시행 후 정기보고서가 제출된 것으로서, 면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제2012-96호, 2012. 5.	지속투여 승인

개최년	개최분기	성별/나이	심의내용	심의결과
			31.시행) 제6조 제1항 제3호에 의거, 같은 기준 제9조 제1항에 따라 제출된 정기보고서에 따른 영양급여 계속 인정여부를 심의함. 그린에이트주 감량(53IU/kg 매일 → 52IU/kg 격일, '18. 4. 7.) 후 항체가 증가 확인되어 다시 용량 증량(52 → 80IU/kg, '18. 6. 12.) 하여 투여 중이나, 격일 투여 후 출혈 증가하고 최근 항체가 0.75BU/ml('18. 11. 10.)로, 용량 변경 (80IU/kg 격일 → 40IU/kg 매일)을 고려중이므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.	
		C사례 (남/8세),	이 건은 면역관용요법 67개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로서, 면역관용요법의 영양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제2012-96호, 2012. 5. 31.시행) 제6조 제1항 제3호에 의거, 같은 기준 제9조 제1항에 따라 제출된 정기보고서에 따른 영양급여 계속 인정여부를 심의함. 이유네이트주 증량(42 → 100IU/kg, '18. 4. 27.)하여 주 3회 투여 중으로, 항체가 감소(1.9BU/ml, '18. 3. 27. → 0.6BU/ml, '18. 11. 27.) 확인되므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.	지속투여 승인
		D사례 (남/33세)	이 건은 면역관용요법 51개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로서, 면역관용요법의 영양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제2012-96호, 2012. 5. 31.시행) 제6조 제1항 제3호에 의거, 같은 기준 제9조 제1항에 따라 제출된 정기보고서에 따른 영양급여 계속 인정여부를 심의함. 이유네이트주 감량(75 → 53IU/kg, '18. 8. 27.)하여 매일 투여 중으로, 최근 항체가 다소 증가(0.99 → 2.7BU/ml, '18. 11. 15.) 하였으나 심각한 출혈이 없는 상태이므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.	지속투여 승인
		E사례 (남/9세)	이 건은 면역관용요법 48개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 건으로서, 면역관용요법의 영양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제2012-96호, 2012. 5. 31.시행) 제6조 제1항 제3호에 의거, 같은 기준 제9조 제1항에 따라 제출된 정기보고서에 따른 영양급여 계속 인정여부를 심의함. 이유네이트주 감량(68 → 43IU/kg, '18. 8. 23.) 이후 명이 증가하고 제8인자 회복률이 낮아 ($1.3\%/\bar{u}/\text{kg}$) 다시 용량 증량(43 → 63.9IU/kg, '18. 9. 15.)하여 매일 투여 중임. 마지막 항체가 0.38BU/ml이고, 제8인자 회복률 확인 후 용량 감량 예정이므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.	지속투여 승인
		F사례 (남/4세)	이 건은 면역관용요법 37개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로서, 면역관용요법의 영양급여에 관한 기준	지속투여 승인

개최년	개최분기	성별/나이	심의내용	심의결과
			(건강보험심사평가원 공고 제2012-96호, 2012. 5. 31.시행) 제6조 제1항 제3호에 의거, 같은 기준 제9조 제1항에 따라 제출된 정기보고서에 따른 요양급여 계속 인정여부를 심의함. 이뮤네이트주 감량(120 → 80IU/kg, '18. 4. 18.)하여 주 3회 투여 중이고, 최근 항체가 0.7BU/ml('18. 11. 12.)로 높지 않으므로 면역 관용 요법 계속 시행을 인정함.	
		G사례 (남/2세)	이 건은 면역관용요법 22개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로서, 면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제2012-96호, 2012.5.31. 시행) 제6조 제1항 제3호에 의거, 같은 기준 제9조 제1항에 따라 제출된 정기보고서에 따른 요양급여 계속 인정여부를 심의함. 이뮤네이트주 100IU/kg 매일 투여 중 항체가 높게(30~110BU/ml) 유지되어 '18. 7. 25. 부터 6주간 경구 스테로이드 투여하였음. 그러나 이후에도 항체가 계속 높게(80BU/ml, '18. 9. 20.) 유지되어 이뮤네이트주 증량(100IU/kg 하루 1회 → 하루 2회, '18. 10. 1.) 및 경구 스테로이드 추가하여('18. 10. 10.) 투여 중으로, 이후 항체가 감소(22BU/ml, '18. 11. 8.) 확인되므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.	지속투여 승인
		H사례 (남/2세)	이 건은 면역관용요법 6개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로서, 면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제2012-96호, 2012. 5. 31.시행) 제6조 제1항 제3호에 의거, 같은 기준 제9조 제1항에 따라 제출된 정기보고서에 따른 요양급여 계속 인정여부를 심의함. 이뮤네이트주 100IU/kg 주 3회 투여 중으로, 항체가 감소(24U/ml, '18. 8. 31. → 12BU/ml, '18. 11. 4.) 확인되므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.	지속투여 승인
		I사례 (남/5세)	이 건은 면역관용요법 6개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로서, 면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제2012-96호, 2012. 5. 31.시행) 제6조 제1항 제3호에 의거, 같은 기준 제9조 제1항에 따라 제출된 정기보고서에 따른 요양급여 계속 인정여부를 심의함. 이뮤네이트주 76IU/kg 격일 투여 중으로, 항체가 감소(0.5U/ml, '18. 9. 17. → 0.1BU/ml, '18. 11. 12.) 확인되므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.	지속투여 승인

3. 조혈모세포이식 요양급여대상 인정여부

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

심의 결과 관련 기준에 적합한 경우는 요양급여로 인정하며, 적합하지 않은 경우에는 비승인 되어 선별급여로 결정합니다. 선별급여 대상 환자가 **조혈모세포이식을 시행받기 위해 입원한 경우**, 「비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)」에 따라 **이식과 직접 관련된 진료기간(조혈모세포 주입 전 1주부터 주입 후 2주)의 요양급여비용(이식술료, 이식과 관련된 입원료 [무균치료실료 포함], 시술 전·후 처치 등)에 대하여는 100분의 50을 본인에게 부담토록하고, 그 외의 기간에 이루어지는 진료비(면역억제제 투여, 검사와 합병증 및 후유증 치료비 등)에 대하여는 요양급여로 인정**하고 있습니다.

■ 심의 결과

구분		계	동종	제대혈	자가	비고
총 접수		319	194	4	121	
처리결과	급여	222	129	3	90	
	선별급여	75	60	-	15	
	자료보완	6	1	-	5	
	불가	-	-	-	-	
	취하	16	4	1	11	

* 신청기관 : 33개 요양기관

■ 심의내용

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
동종	총 194건	급여: 129건	만성골수성백혈병 : 4건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-2)에 의하면, 만성골수성백혈병은 “WHO criteria에서 제시한 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우 (1) TKI 제제(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우, (2) T315I mutation 확인된 경우”에 요양급여대상자로 인정하고 있음.
			일차골수성유증 : 3건	이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-9)에 의하면, 일차성유골수성유증의 요양급여대상자는 다음과 같음. 일차골수성유증의 예후지표인 DIPSS plus risk category 중 고위험도(High risk, 예후인자수 ≥ 5항목)와 중등위험도-2(Intermediate-2, 예후인자수 3항목 또는 4항목)에 해당

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>하는 경우. 다만, 중등위험도-2에 해당하는 경우에는 질병의 중등도 등 환자상태를 고려하여 사례별로 인정함.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병은 혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 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 미세잔류양(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 (4) 2차 이상 완전관해된 경우</p>
			급성림프모구백혈병 : 29건	
			Wiskott-Aldrich syndrome : 1건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-14)에 의하면 Wiskott-Aldrich Syndrome은 "임상양상 및 유전자 검사 또는 질환의 특이검사 등으로 진단된 경우"로 되어 있음.</p>
			골수형성이상증후군 : 27건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-5)에 의하여 골수형성이상증후군을 요양급여대상</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>자로 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> <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 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p> <p>(2) 소아는 사례별로 결정함</p>
			급성골수성백혈병 : 49건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 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>
			다발골수종 : 1건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-6)에 의하면 다발골수종(Multiple Myeloma)은 “다음의 조건을 모두 만족하는 경우” 로 되어 있음.</p> <p>① ECOG 수행능력평가 0-1</p> <p>② 부분반응(Partial Response) 이상인 경우</p> <p>③ 만성신부전이 아닌 경우</p>
			만성육아종증 : 1건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-15)에 의하면 만성육아종증(Chronic Granulomatous Disease, CGD)은 “임상 양상 및 유전자 검사 또는 질환의 특이검사 등으로 진단된 만성육아종증으로 중증감염이 반복</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				되는 경우” 로 되어 있음.
			비호지킨림프종 : 5건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-7)에 의하면, 비호지킨림프종의 요양급여대상자는 다음과 같음.</p> <p>(1) 비호지킨 림프종 (가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 ⑧ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma ⑨ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)
			연소기골수단구성백혈병 : 1건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-8)에 의하면 연소기골수단구성백혈병(Juvenile Myelomonocytic Leukemia, JMML)은 “WHO에서 제시한 연소기골수단구백혈병의 진단기준을 만족하는 경우”로 되어 있음.</p>
			중증재생불량성빈혈 : 8건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈은 골수검사결과 세포총실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25%이하이</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>거나 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/μl 이하 ② 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x10⁹/L ③ 혈소판 20,000/μl 이하</p>
		자료보완: 1건	급성골수성백혈병 : 1건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(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.</p> <p>이 건은 골수검사와 말초혈액검사 상 완전관해 확인 어려우므로, 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
		선별급여: 60건	만성육아종증 비호지킨림프종 일차골수성유증 : 3건	<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 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>골수형성이상증후군 급성골수성백혈병 급성림프모구백혈병 비호지킨림프종 : 6건</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 , (별표)1-다에 의하면 조혈모세포 2차 이식은 “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 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정으로, 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>급성림프모구백혈병 : 6건</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</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>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, 비승인 조혈모세포이식 환자의 영양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>급성골수성백혈병 비호지킨림프종 : 10건</p>	<p>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) - 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 인정되며, 비호지킨림프종의 영양급여대상자는 다음과 같음.</p> <p>(1) 비호지킨 림프종</p> <p>(가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우</p> <p>② Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외)</p> <p>③ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로써 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함</p> <p>① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma</p> <p>② Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma</p> <p>③ Mantle Cell Lymphoma</p> <p>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>⑤ Burkitt Lymphoma</p> <p>⑥ Peripheral T-cell Lymphoma</p> <p>⑦ Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상</p> <p>⑧ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>⑨ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>이 건은 동종조혈모세포이식 예정으로, 골수검사와 말초혈액검사 및 영상검사 결과 완전관해가 확인되지 않기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포 이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제 2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>골수형성이상증후군 :7건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)은 “(1) 골수형성이상증후군 예후분류법(IPSS, IPSS-R, WPSS)인 다음 중 하나에 해당되는 경우 (가) 고위험군인 경우 ① IPSS: Intermediate-2 또는 high ② IPSS-R, WPSS: high 또는 very high (나) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 ① 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하이면서 혈소판 20,000/μl 이하 ② Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우 (2) 소아는 사례별로 결정함” 요양급여 대상임.</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 진단되어 중간위험군에 해당되나 “말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하이면서 혈소판 20,000/μl 이하” 또는 “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” 로 확인되지 않아 현재 상황이 반드시 이식이 필요하다고 판단하기 곤란함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 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-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치 (haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다. (2) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다” 라고 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 비혈연 동종조혈모세포이식 예정이나, HLA 1 locus 불일치로 기준에 해당하지 않음. 따라서, 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만 비승인 조혈모세포이식 환자의 영양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 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-다에 의하면 조혈모세포 2차 이식은 “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 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 2차 동종조혈모세포이식 예정으로, 2차 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만 비승인 조혈모세포이식 환자의 영양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			비호지킨림프종 : 3건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-7)에 의하면, 비호지킨림프종의 영양급여대상자는 다음과 같음.</p> <p>(1) 비호지킨 림프종</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>(가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>(나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로써 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 ⑧ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma ⑨ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) <p>이 건은 비호지킨림프종으로 동종조혈모세포이식 예정이나 추적 검사결과 부분반응 이상 확인 되지 아니한바, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 B cell Lymphoma로 진단되어 동종조혈모세포이식 예정이나, Lymphoma의 subtype이 명확하지 아니한바, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 Burkitt Lymphoma로 진단되어 1차 동종조혈모세포이식 예정이나, 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우에 해당하지 않음. 따라서, 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			중증재생불량성빈혈	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			:3건	<p>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.” 로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 1차 반일치 동종조혈모세포 이식 예정인바, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식은 사례별로 Very severe Aplastic anemia여부를 심의하여 결정하고 있으나, 이 건은 Very severe Aplastic anemia로 확인되지 않음. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014.12.1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>CLL 골수형성이상증후군 급성골수성백혈병 비호지킨림프종 일차골수성유증 :17건</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 현재 기준 연령을 초과하기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014.12.1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>골수형성이상증후군 급성골수성백혈병 급성림프모구백혈병 판코니빈혈 :5건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-다에 의하면 조혈모세포 2차 이식은 “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 명시하고 있</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				음. 이 건은 3차 동종조혈모세포이식 예정으로, 3차 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만 비승인 조혈모세포이식 환자의 영양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
		취하: 4건		
제대혈	총 4건	급여: 3건	급성골수성백혈병: 1건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (영양급여대상자기준) 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. 이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.
			급성림프모구백혈병: 2건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 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 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)

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<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>
		취하: 1건		
자가	총 121건	급여: 90건	급성골수성백혈병: 4건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-2)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)에 대한 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우 <p>(2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1차 혈액학적 완전관해인 경우 요양급여 대상임. <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			다발골수종: 44건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(1)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 “IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단 기준에 만족하는 경우”에 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			비호지킨림프종: 33건	<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> <ol 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 IV인 경우 ③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) ④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) ⑤ Peripheral T-cell Lymphoma (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(요양급여대상</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>자기준)(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 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
			AL아밀로이드증: 2건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <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>
			신경모세포종①: 3건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p><2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>(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-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 세포</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				이식, 나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식” 중 어느 하나에 해당하는 경우이어야 영양급여대상자로 인정됨.
			POEMS증후군: 1건	이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (영양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(3)에 의하면, POEMS 증후군은 “IMWG에서 제시한 POEMS 증후군 진단기준에 만족하는 경우”에 영양급여 대상자로 인정됨.
			호지킨림프종: 3건	이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여 대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (영양급여대상자기준) 별표 2-나-1)-(2)에 의하면, 전형호지킨 림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)은 “표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우”에 영양급여 대상자로 인정됨.
	자료보완: 5건		비호지킨림프종: 4건	이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여 대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(영양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정됨. 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 또한, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(영양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정됨. ① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia</p> <p>② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)</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 Extranodal NK/T-cell Lymphoma</p> <p>⑧ Primary CNS Lymphoma</p> <p>이 건의 경우 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> <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> <p>① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상</p> <p>② Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우</p> <p>③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외)</p> <p>④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외)</p> <p>⑤ Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)</p> <p>⑥ Primary CNS Lymphoma</p> <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> <p>① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia</p> <p>② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)</p> <p>③ Mantle Cell Lymphoma</p> <p>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>⑤ Burkitt Lymphoma</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<ul style="list-style-type: none"> ⑥ Peripheral T-cell Lymphoma ⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma ⑧ Primary CNS Lymphoma <p>이 건은 1차 자가조혈모세포이식 예정이나, 부분반응 이상 여부를 판단할 수 있는 자료가 제출되지 않아 확인이 어려움. 따라서 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
			다발골수종: 1건	<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 자가조혈모세포이식 예정인 이 건은 제출된 검사결과를 참조할 때 조혈모세포이식이 반드시 요구되는 다발골수종의 범주에 포함된다고 판단하기 곤란한바 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
		선별급여: 15건	비호지킨림프종, 급성골수성백혈병, 다발골수종: 5건	<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 현재 기준 연령을 초과하기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			횡문근종양: 1건	<p>이 건은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제 4조(요양급여대상자기준) (별표)에 해당되지 않으며, 현재까지 동 상병에 대한 조혈모세포이식의 임상연구 및 치료성적 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제 2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			수모세포종①: 1건	<2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>(tandem transplantation)>(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016. 5. 1.시행)에 의하면, 수모세포종(Medulloblastoma)은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여 대상자 기준)의 기준 별표 2-나-9)-(1)-(가)에 의하여 수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 경우로서 “① 진단 시 3세 이하 ② 수술 후 잔여종괴가 1.5㎢ 이상인 경우 ③ 두 개강 내 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), 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>이 건은 수모세포종으로 tandem(자가-자가)조혈모세포이식 예정이나 부분반응 이상 확인 되지 않음. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>생식세포종, CHOROID PLEXUS CARCINOMA,WHO grade III, 월름스종양, Anaplastic Ependymoma: 5건</p>	<p>1차 자가조혈모세포이식을 시행하였으나 재발하여 2차 자가 조혈모세포이식 예정인 이 건은 2차 이식에 대한 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니 함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>비호지킨림프종: 2건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자 기준)(별표)2-나1)-(1)-(가)-②에 의하면 Diffuse Large B cell lymphoma는 “LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV인 경우”에 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)로 진단받고 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 Ann Arbor stage III이상인 경우로 확인되지 않음. 따라서 고시기준을</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>충족하지는 못하나 비승인 조혈모세포이식 환자의 영양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 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 2016-64호, 2016. 5. 1.시행)에 따르면 <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)> 세 부인정사항 2. 나.에서 다발골수종은 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식으로 다음 각 호 1에 해당하는 경우 영양급여 대상임.</p> <p>① 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response)이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함.</p> <p>② 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우 : 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함.</p> <p>③ 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>다발골수종 상병으로 자가조혈모세포이식 예정인 이 건은 제출된 검사결과를 참조할 때 1차 이식 후 VGPR 이상의 반응의 유지기간이 6개월을 초과, 12개월 미만일 때 2차 자가 조혈모세포이식 신청하였음. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 영양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제 2014-196호, 2014.12.1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			다발골수종: 1건	
		취하: 11건		
계	319			

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

[별첨] 조혈모세포이식 요양급여대상 결정현황

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
1	동종조혈모	여	35	만성골수성백혈병(CML)	급여
2	동종조혈모	남	55	급성골수성백혈병(AML)	급여
3	동종조혈모	남	54	골수형성이상증후군(MDS)	급여
4	동종조혈모	남	14	급성골수성백혈병(AML)	급여
5	동종조혈모	여	0	연소기골수단구성백혈병(JMML)	급여
6	동종조혈모	여	23	급성골수성백혈병(AML)	급여
7	동종조혈모	남	56	급성골수성백혈병(AML)	급여
8	동종조혈모	남	30	급성골수성백혈병(AML)	급여
9	동종조혈모	남	52	골수형성이상증후군(MDS)	급여
10	동종조혈모	남	23	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
11	동종조혈모	남	35	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
12	동종조혈모	남	31	급성골수성백혈병(AML)	급여
13	동종조혈모	여	59	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
14	동종조혈모	남	42	골수형성이상증후군(MDS)	급여
15	동종조혈모	여	50	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
16	동종조혈모	여	53	급성골수성백혈병(AML)	급여
17	동종조혈모	여	26	급성골수성백혈병(AML)	급여
18	동종조혈모	남	49	급성골수성백혈병(AML)	급여
19	동종조혈모	남	58	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	급여
20	동종조혈모	여	26	급성골수성백혈병(AML)	급여
21	동종조혈모	남	56	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
22	동종조혈모	남	21	T-lymphoblasticlymphoma,stageIVB	급여
23	동종조혈모	여	52	급성골수성백혈병(AML)	급여
24	동종조혈모	남	30	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
25	동종조혈모	여	58	급성골수성백혈병(AML)	급여
26	동종조혈모	남	61	급성골수성백혈병(AML)	급여
27	동종조혈모	여	51	급성골수성백혈병(AML)	급여
28	동종조혈모	남	58	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
29	동종조혈모	남	38	비호지킨림프종	급여
30	동종조혈모	남	50	골수형성이상증후군(MDS)	급여
31	동종조혈모	남	58	골수형성이상증후군(MDS)	급여
32	동종조혈모	남	47	골수형성이상증후군(MDS)	급여
33	동종조혈모	여	46	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
34	동종조혈모	남	58	만성골수성백혈병(CML)	급여
35	동종조혈모	여	28	골수형성이상증후군(MDS)	급여
36	동종조혈모	여	64	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
37	동종조혈모	여	25	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
38	동종조혈모	남	18	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
39	동종조혈모	남	29	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
40	동종조혈모	남	54	급성골수성백혈병(AML)	급여
41	동종조혈모	여	55	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
42	동종조혈모	여	55	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
43	동종조혈모	여	64	급성골수성백혈병(AML)	급여
44	동종조혈모	여	16	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
45	동종조혈모	남	25	비호지킨림프종	급여
46	동종조혈모	남	64	골수형성이상증후군(MDS)	급여
47	동종조혈모	남	60	급성골수성백혈병(AML)	급여
48	동종조혈모	남	48	급성골수성백혈병(AML)	급여
49	동종조혈모	남	56	급성골수성백혈병(AML)	급여
50	동종조혈모	여	34	급성림프모구백혈병(ALL)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
51	동종조혈모	남	19	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
52	동종조혈모	남	35	급성골수성백혈병(AML)	급여
53	동종조혈모	여	20	골수형성이상증후군(MDS)	급여
54	동종조혈모	여	33	만성골수성백혈병(CML)	급여
55	동종조혈모	남	14	급성골수성백혈병(AML)	급여
56	동종조혈모	여	59	급성골수성백혈병(AML)	급여
57	동종조혈모	남	20	골수형성이상증후군(MDS)	급여
58	동종조혈모	여	45	골수형성이상증후군(MDS)	급여
59	동종조혈모	남	53	급성골수성백혈병(AML)	급여
60	동종조혈모	남	62	급성골수성백혈병(AML)	급여
61	동종조혈모	남	40	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
62	동종조혈모	남	21	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
63	동종조혈모	남	48	골수형성이상증후군(MDS)	급여
64	동종조혈모	남	46	급성골수성백혈병(AML)	급여
65	동종조혈모	여	48	post-essential thrombocythemia myelofibrosis	급여
66	동종조혈모	남	53	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	급여
67	동종조혈모	여	50	골수형성이상증후군(MDS)	급여
68	동종조혈모	여	56	급성골수성백혈병(AML)	급여
69	동종조혈모	남	9	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
70	동종조혈모	남	35	골수형성이상증후군(MDS)	급여
71	동종조혈모	여	43	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
72	동종조혈모	여	18	만성육아종증(CGD)	급여
73	동종조혈모	여	57	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
74	동종조혈모	여	13	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
75	동종조혈모	남	21	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
76	동종조혈모	남	14	골수형성이상증후군(MDS)	급여
77	동종조혈모	남	57	골수형성이상증후군(MDS)	급여
78	동종조혈모	남	57	다발골수종(MM)	급여
79	동종조혈모	남	54	골수형성이상증후군(MDS)	급여
80	동종조혈모	남	49	급성골수성백혈병(AML)	급여
81	동종조혈모	남	5	골수형성이상증후군(MDS)	급여
82	동종조혈모	남	60	골수형성이상증후군(MDS)	급여
83	동종조혈모	남	64	급성골수성백혈병(AML)	급여
84	동종조혈모	여	63	급성골수성백혈병(AML)	급여
85	동종조혈모	남	17	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
86	동종조혈모	여	44	골수형성이상증후군(MDS)	급여
87	동종조혈모	남	10	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
88	동종조혈모	남	64	골수형성이상증후군(MDS)	급여
89	동종조혈모	남	60	골수형성이상증후군(MDS)	급여
90	동종조혈모	남	59	Chronic myelomonocytic leukemia	급여
91	동종조혈모	남	39	급성골수성백혈병(AML)	급여
92	동종조혈모	남	10	비호지킨림프종	급여
93	동종조혈모	남	47	급성골수성백혈병(AML)	급여
94	동종조혈모	남	10	Wiskott-Aldrich syndrome	급여
95	동종조혈모	남	43	급성골수성백혈병(AML)	급여
96	동종조혈모	남	17	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
97	동종조혈모	남	38	급성골수성백혈병(AML)	급여
98	동종조혈모	남	20	급성골수성백혈병(AML)	급여
99	동종조혈모	여	11	골수형성이상증후군(MDS)	급여
100	동종조혈모	여	63	급성골수성백혈병(AML)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
101	동종조혈모	여	6	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
102	동종조혈모	여	22	급성골수성백혈병(AML)	급여
103	동종조혈모	여	49	비호지킨림프종	급여
104	동종조혈모	여	35	급성골수성백혈병(AML)	급여
105	동종조혈모	남	43	급성골수성백혈병(AML)	급여
106	동종조혈모	남	52	급성골수성백혈병(AML)	급여
107	동종조혈모	여	49	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
108	동종조혈모	여	56	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
109	동종조혈모	여	51	급성골수성백혈병(AML)	급여
110	동종조혈모	남	56	급성골수성백혈병(AML)	급여
111	동종조혈모	남	48	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
112	동종조혈모	여	29	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
113	동종조혈모	여	18	급성골수성백혈병(AML)	급여
114	동종조혈모	남	60	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
115	동종조혈모	남	14	급성골수성백혈병(AML)	급여
116	동종조혈모	남	24	급성골수성백혈병(AML)	급여
117	동종조혈모	남	54	급성골수성백혈병(AML)	급여
118	동종조혈모	남	54	골수형성이상증후군(MDS)	급여
119	동종조혈모	여	52	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
120	동종조혈모	여	48	급성골수성백혈병(AML)	급여
121	동종조혈모	남	45	비호지킨림프종	급여
122	동종조혈모	남	48	급성골수성백혈병(AML)	급여
123	동종조혈모	남	55	골수형성이상증후군(MDS)	급여
124	동종조혈모	여	57	골수형성이상증후군(MDS)	급여
125	동종조혈모	여	49	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
126	동종조혈모	여	45	급성골수성백혈병(AML)	급여
127	동종조혈모	여	55	급성골수성백혈병(AML)	급여
128	동종조혈모	남	19	골수형성이상증후군(MDS)	급여
129	동종조혈모	여	54	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
130	동종조혈모	남	54	급성골수성백혈병(AML)	자료보완
131	동종조혈모	남	23	급성골수성백혈병(AML)	선별
132	동종조혈모	남	14	만성육아종증(CGD)	선별
133	동종조혈모	여	68	급성골수성백혈병(AML)	선별
134	동종조혈모	남	55	급성골수성백혈병(AML)	선별
135	동종조혈모	남	68	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	선별
136	동종조혈모	남	68	급성골수성백혈병(AML)	선별
137	동종조혈모	남	66	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	선별
138	동종조혈모	남	68	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	선별
139	동종조혈모	남	26	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
140	동종조혈모	여	55	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별
141	동종조혈모	여	54	골수형성이상증후군(MDS)	선별
142	동종조혈모	남	70	비호지킨림프종	선별
143	동종조혈모	여	15	급성골수성백혈병(AML)	선별
144	동종조혈모	남	41	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
145	동종조혈모	여	45	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별
146	동종조혈모	남	36	급성골수성백혈병(AML)	선별
147	동종조혈모	남	69	CLL	선별
148	동종조혈모	여	71	골수형성이상증후군(MDS)	선별
149	동종조혈모	여	41	골수형성이상증후군(MDS)	선별
150	동종조혈모	남	57	비호지킨림프종	선별

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
151	동종조혈모	남	19	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
152	동종조혈모	여	40	급성골수성백혈병(AML)	선별
153	동종조혈모	여	57	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	선별
154	동종조혈모	남	65	급성골수성백혈병(AML)	선별
155	동종조혈모	여	63	급성골수성백혈병(AML)	선별
156	동종조혈모	남	59	비호지킨림프종	선별
157	동종조혈모	여	6	판코니빈혈(Fanconianemia)	선별
158	동종조혈모	여	66	골수형성이상증후군(MDS)	선별
159	동종조혈모	남	22	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
160	동종조혈모	남	54	골수형성이상증후군(MDS)	선별
161	동종조혈모	남	29	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
162	동종조혈모	남	36	골수형성이상증후군(MDS)	선별
163	동종조혈모	여	69	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	선별
164	동종조혈모	남	60	골수형성이상증후군(MDS)	선별
165	동종조혈모	여	50	골수형성이상증후군(MDS)	선별
166	동종조혈모	여	58	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
167	동종조혈모	여	66	골수형성이상증후군(MDS)	선별
168	동종조혈모	여	59	골수형성이상증후군(MDS)	선별
169	동종조혈모	남	6	급성골수성백혈병(AML)	선별
170	동종조혈모	남	14	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별
171	동종조혈모	남	67	급성골수성백혈병(AML)	선별
172	동종조혈모	남	49	급성골수성백혈병(AML)	선별
173	동종조혈모	여	65	급성골수성백혈병(AML)	선별
174	동종조혈모	남	35	급성골수성백혈병(AML)	선별
175	동종조혈모	남	8	비호지킨림프종	선별
176	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	선별
177	동종조혈모	남	42	급성골수성백혈병(AML)	선별
178	동종조혈모	여	31	비호지킨림프종	선별
179	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	선별
180	동종조혈모	여	35	급성골수성백혈병(AML)	선별
181	동종조혈모	남	46	골수형성이상증후군(MDS)	선별
182	동종조혈모	남	27	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
183	동종조혈모	남	52	비호지킨림프종	선별
184	동종조혈모	남	64	급성골수성백혈병(AML)	선별
185	동종조혈모	여	48	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
186	동종조혈모	남	55	급성골수성백혈병(AML)	선별
187	동종조혈모	여	67	급성골수성백혈병(AML)	선별
188	동종조혈모	남	37	골수형성이상증후군(MDS)	선별
189	동종조혈모	남	65	비호지킨림프종	선별
190	동종조혈모	여	61	비호지킨림프종	선별
191	동종조혈모	여	25	급성골수성백혈병(AML)	취하
192	동종조혈모	여	16	급성골수성백혈병(AML)	취하
193	동종조혈모	남	63	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	취하
194	동종조혈모	남	61	골수형성이상증후군(MDS)	취하
195	제대혈조혈모	여	34	급성골수성백혈병(AML)	급여
196	제대혈조혈모	여	35	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
197	제대혈조혈모	남	1	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
198	제대혈조혈모	여	7	급성골수성백혈병(AML)	취하
199	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	급여
200	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
201	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종	급여
202	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
203	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종	급여
204	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	급여
205	자가조혈모	남	50	비호지킨림프종	급여
206	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종	급여
207	자가조혈모	여	21	비호지킨림프종	급여
208	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	급여
209	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	급여
210	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종	급여
211	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
212	자가조혈모	남	31	비호지킨림프종	급여
213	자가조혈모	남	46	비호지킨림프종	급여
214	자가조혈모	여	59	비호지킨림프종	급여
215	자가조혈모	남	44	다발골수종(MM)	급여
216	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
217	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	급여
218	자가조혈모	남	53	다발골수종(MM)	급여
219	자가조혈모	남	54	다발골수종(MM)	급여
220	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	급여
221	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종	급여
222	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	급여
223	자가조혈모	여	45	다발골수종(MM)	급여
224	자가조혈모	여	54	다발골수종(MM)	급여
225	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	급여
226	자가조혈모	남	42	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	급여
227	Tandem(자가-자가)	남	5	신경모세포종(Neuoblastoma)	급여
228	자가조혈모	여	63	비호지킨림프종	급여
229	자가조혈모	여	64	비호지킨림프종	급여
230	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	급여
231	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종	급여
232	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종	급여
233	자가조혈모	여	57	다발골수종(MM)	급여
234	자가조혈모	남	50	POEMS증후군	급여
235	자가조혈모	여	50	비호지킨림프종	급여
236	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	급여
237	Tandem(자가-자가)	여	3	신경모세포종(Neuoblastoma)	급여
238	자가조혈모	남	28	비호지킨림프종	급여
239	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
240	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	급여
241	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종	급여
242	자가조혈모	남	52	비호지킨림프종	급여
243	자가조혈모	여	20	호지킨림프종	급여
244	자가조혈모	여	50	다발골수종(MM)	급여
245	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종	급여
246	자가조혈모	남	64	급성골수성백혈병(AML)	급여
247	자가조혈모	남	26	급성골수성백혈병(AML)	급여
248	자가조혈모	남	49	비호지킨림프종	급여
249	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	급여
250	자가조혈모	여	55	다발골수종(MM)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
251	자가조혈모	남	39	비호지킨림프종	급여
252	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	급여
253	자가조혈모	남	30	비호지킨림프종	급여
254	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	급여
255	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종	급여
256	자가조혈모	남	50	비호지킨림프종	급여
257	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	급여
258	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	급여
259	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	급여
260	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종	급여
261	자가조혈모	여	50	다발골수종(MM)	급여
262	자가 후 자가	남	52	다발골수종(MM)	급여
263	자가조혈모	여	21	신경모세포종(Neurolblastoma)	급여
264	자가조혈모	남	18	비호지킨림프종	급여
265	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종	급여
266	자가조혈모	남	45	비호지킨림프종	급여
267	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	급여
268	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	급여
269	자가조혈모	남	62	호지킨림프종	급여
270	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종	급여
271	자가조혈모	여	54	다발골수종(MM)	급여
272	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	급여
273	자가조혈모	여	54	다발골수종(MM)	급여
274	자가조혈모	여	58	급성골수성백혈병(AML)	급여
275	자가조혈모	남	37	다발골수종(MM)	급여
276	자가조혈모	남	22	급성골수성백혈병(AML)	급여
277	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	급여
278	자가조혈모	여	48	비호지킨림프종	급여
279	자가조혈모	여	54	다발골수종(MM)	급여
280	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종	급여
281	자가조혈모	남	50	다발골수종(MM)	급여
282	자가조혈모	남	54	다발골수종(MM)	급여
283	자가조혈모	여	64	호지킨림프종	급여
284	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
285	자가조혈모	남	43	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	급여
286	자가조혈모	남	52	비호지킨림프종	급여
287	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	급여
288	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종	급여
289	자가조혈모	남	37	비호지킨림프종	자료보완
290	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종	자료보완
291	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	자료보완
292	자가조혈모	남	52	비호지킨림프종	자료보완
293	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종	자료보완
294	자가조혈모	여	65	비호지킨림프종	선별
295	자가조혈모	여	68	비호지킨림프종	선별
296	Tandem(자가-자가)	남	8m	수모세포종(Medulloblastoma)	선별
297	자가 후 자가	남	16	생식세포종(Germcell tumor)	선별
298	자가조혈모	여	73	급성골수성백혈병(AML)	선별
299	자가조혈모	남	68	비호지킨림프종	선별
300	자가조혈모	남	1	횡문근종양(Rhabdoid tumor)	선별

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
301	자가조혈모	여	42	비호지킨림프종	선별
302	자가 후 자가	여	1	CHORODIPLXUSCARCINOMA,WHOgradeIII	선별
303	자가조혈모	남	30	생식세포종(Germcell tumor)	선별
304	자가 후 자가	여	4	윌름스종양(Wilmstumor)	선별
305	자가 후 자가	여	7	AnaplasticEpendymoma	선별
306	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종	선별
307	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	선별
308	자가조혈모	남	68	다발골수종(MM)	선별
309	자가조혈모	여	51	비호지킨림프종	취하
310	자가조혈모	여	53	비호지킨림프종	취하
311	Tandem(자가-자가)	남	3	AnaplasticEpendymoma	취하
312	자가조혈모	남	25	비호지킨림프종	취하
313	자가조혈모	여	54	비호지킨림프종	취하
314	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종	취하
315	자가조혈모	남	63	발덴스트롬마크로글로불린혈증	취하
316	자가조혈모	남	30	생식세포종(Germcell tumor)	취하
317	자가조혈모	남	32	생식세포종(Germcell tumor)	취하
318	자가조혈모	여	48	비호지킨림프종	취하
319	자가조혈모	남	54	다발골수종(MM)	취하

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

4. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여대상 인정여부

- 우리원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1.시행)에 따라 요양급여 대상여부를 결정하는 솔리리스주 사전심의제도를 실시하고 있음.
- 「Eculizumab(품명: 솔리리스주) 사전 승인에 관한 방법 및 절차」(건강보험심사평가원 공고 제2018-165호, 2018. 7. 1.시행)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.

□ 심의결과

심의년월	구분	접수건	승인신청		모니터링	
			승인	불승인	승인	불승인
총계		45	3	8	34	0
2018. 12.	PNH	37	1	3	33	0
	aHUS	8	2	5	1	0

□ 발작성 야간 혈색소뇨증(PNH; Paroxysmal Nocturnal Hemoglobinuria)

○ 승인신청

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2018. 12.	A사례	여/31	이 건은 범혈구감소증으로 내원하여 골수검사결과 재생불량성 빈혈로 진단되었고, 발작성 야간 혈색소뇨증 과립구 클론크기 10.5%로 확인되었음. 현재 임신 36주로 응급투여가 필요하다고 하나, LDH가 248IU/L(참고치: 135~225IU/L)로 정상 상한치의 1.5배 미만이므로 급여기준(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1.시행)의 투여대상에 부합하지 않고, 태아 및 임신부에 대한 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투약의 안전성이 명확하지 않아 요양급여를 불승인함.	불승인
	B사례	남/37	이 건은 발작성 야간 혈색소뇨증 과립구 클론 크기 34.53%, LDH 1251IU/L인 환자로서 동반 질환 혈전증, 평활근 연속으로 승인 신청되었음. 제출된 진료기록을 확인한 결과, 혈전증 및 마약성	불승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
			진통제가 필요한 중증의 재발성 평활근 연속의 객관적 근거가 부족하여 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여를 요양급여로 불승인함.	
	C사례	여/79	이 건은 발작성 야간 혈색소뇨증 과립구 클론 크기 66.69%, LDH 1371IU/L인 환자로서 동반 질환 혈전증, 폐부전으로 승인 신청되었음. 제출된 진료기록을 확인한 결과, 2017년 4월 심장판막 수술 시행 후 2017년 5월 뇌경색이 발생하여, 기저 심장 질환으로 인한 이차적 원인의 혈전증으로 판단됨. 또한, NYHA* class III의 숨가쁨이 확인되지 않아 폐부전의 진단 근거가 부족함. 따라서 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여를 요양급여로 불승인하며, 추후 적절한 혈전예방제 투여에도 불구하고 혈전증이 재발하는 경우 재심의 가능함.	불승인
	D사례	여/25	이 건은 발작성 야간 혈색소뇨증 과립구 클론크기 97.4%, LDH 2155IU/L인 환자로서 동반 질환 평활근 연속으로 승인 신청되었음. 제출된 진료기록을 확인한 결과, 2018년 10월 복통으로 입원치료 후 마약성 진통제를 투약하였음. 또한, 당시 LDH가 정상 상한치의 3배 이상으로 상승하여 복통과 용혈의 연관성이 있다고 판단되므로 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여를 요양급여로 승인함.	승인

* NYHA: newyork heart association

○ 모니터링

심의년월	구분	성별/나이	모니터링 차수	심의내용	심의결과		
2018. 12.	모니 터링 이 외 27사례	A사례	남/58	2차	12개월	지속 투여는 승인하나 운동중 호흡곤란에 대한 원인 검토가 필요함.	지속투여 승인
		B사례	남/71	11차	66개월	적혈구 수혈 외 용혈로 인한 합병증 관찰되지 않아 지속투여 승인	지속투여 승인
		이 외 27사례	여/41	7차	42개월	제출된 모니터링 자료를 확인한 결과, 급여기준(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1.시행)의 투여 유지 기준에 부합하여 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 지속 투여를 승인함.	지속투여 승인
			남/51	7차	42개월		
			여/64	10차	60개월		
			여/74	11차	66개월		
		여/38	5차	30개월			

심의년월	구분	성별/나이	모니터링 차수		심의내용	심의결과	
		여/71	7차	42개월			
		남/37	9차	54개월			
		여/53	4차	24개월			
		여/38	8차	48개월			
		여/28	2차	12개월			
		여/36	2차	12개월			
		남/58	5차	30개월			
		남/77	5차	30개월			
		여/45	8차	48개월			
		남/24	2차	12개월			
		남/32	9차	54개월			
		남/69	12차	72개월			
		남/43	2차	12개월			
		여/61	5차	30개월			
		남/65	9차	54개월			
		여/38	1차	6개월			
		남/55	1차	6개월			
		남/19	1차	6개월			
		남/61	6차	36개월			
		여/58	6차	36개월			
		남/66	9차	54개월			
		남/43	2차	12개월			
	투여 중지 모니 터링	4사례	남/57	7차	42개월	이 건들은 임상시험 전환 대상으로 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 급여로 투여하는 것은 중단하나, 이와 유사한 효능의 약제사용이 지속되므로 추후 6개월마다 모니터링을 지속함. 단, 급여로 재투여하고자 할때는 본 위원회의 심의를 거쳐 그 결정에 따라야 함.	급여 투여중지 모니터링 지속
			여/31	7차	42개월		
			남/43	11차	66개월		
			남/61	6차	36개월		

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

○ 승인신청

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2018. 12.	A사례	남/69	<p>이 건은 막성사구체신염으로 추적 관찰 중 설사 및 복통 증상으로 내원하였으며 패혈성 쇼크로 중환자실 입실 후 지속적 신대체요법 시행하였음. 이후 상태 호전되어 혈액투석으로 전환하였고, LDH가 정상 상한치의 1.5배 미만으로 감소하였으며 신장 기능 및 혈액학적 수치도 회복되었음.</p> <p>따라서 급여기준(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1.시행)의 제외대상인 감염으로 인한 이차성 활성화형 혈전미세혈관병증으로 판단되며, 용혈 현상이 호전되어 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여가 필요한 상황으로 판단되지 않아 요양급여를 불승인함.</p>	불승인
	B사례	남/7	<p>이 건은 기저질환 없이 혈뇨와 소변량 감소 증상으로 내원하여 비정형 용혈성 요독 증후군으로 진단되었음.</p> <p>혈소판 감소와 용혈성 빈혈 진행 소견으로 혈장교환술 및 스테로이드 치료를 시행하였으며, CFHR1¹⁾ homozygous mutation 및 anti-CFH²⁾ antibody 양성으로 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여를 요양급여로 승인함.</p> <p>추후 2개월 모니터링 시 추적 anti-CFH antibody titer를 제출하도록 함.</p>	승인
	C사례	남/42	<p>이 건은 식도파열 발생하여 수술 후 급성 신기능 저하로 지속적 신대체요법 시행하였고 이후 혈액투석 시행중임.</p> <p>신장 조직검사 결과 혈전미세혈관병증으로 진단되었으나, 현재 용혈 소견이 없고 혈소판 수 정상으로 급여기준(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1.시행)의 투여대상에 부합하지 않아 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여를 요양급여로 불승인함.</p> <p>추후 비정형 용혈성 요독증후군과 관련된 유전자검사 또는 항체검사에서 확진되거나, 용혈성 요독 증후군이 재발하는 경우 재심의의 가능성.</p>	불승인
	D사례	남/28	<p>이 건은 1형 당뇨 및 당뇨병성 신장 질환으로 추적 관찰 중 신기능 저하, 빈혈 소견으로 입원하여 혈액투석 시행중임.</p> <p>현재 용혈 소견이 없고 혈소판 수 정상으로 급여기준(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1.시행)의 투여대상에 부합하지 않아 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여를 요양급여로 불승인함.</p> <p>추후 비정형 용혈성 요독증후군과 관련된 유전자검사 또는 항체검사에서 확진되거나, 용혈성 요독 증후군이 재발하는</p>	불승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
			경우 재심의 가능성.	
	E사례	여/36	<p>기저질환 없던 환자로 오심 및 구토 증상으로 내원하였으며, 혈소판감소증, 미세혈관성 용혈성 빈혈, 신장 손상이 발생하였고, ADAMTS-13 10% 이상, STEC 음성으로 확인되었음.</p> <p>혈장교환술 시행 후 용혈 현상 및 혈소판 감소증이 호전되어 퇴원하였으나, 1주일 후 혈소판 감소, 빈혈, LDH 증가로 입원하여 혈장교환술 재시행하였음.</p> <p>따라서 이 건은 용혈현상이 반복적으로 발생하였고, 이차성 원인에 의한 비정형 용혈성 요독 증후군에 해당되지 않아 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여를 요양급여로 승인하며, 투여 후 2개월 시점의 모니터링을 제출토록 함.</p>	승인
	F사례	여/38	<p>기저질환 없던 환자로 급성 신기능저하, 혈소판감소증으로 내원하여 활성형 혈전미세혈관병증 소견이 관찰되었으며, ADAMTS-13 10% 이상, STEC 음성으로 확인되었음.</p> <p>이 건은 비정형 용혈성 요독 증후군으로 의심되나, 혈장교환술 시행 후 용혈 현상 및 신장 기능 이상이 호전되어 현재 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투약이 필요한 상황으로 판단되지 않아 불승인함.</p> <p>추후 용혈 현상 및 신장 기능 이상이 재발되거나 유전자 검사 또는 자가항체검사로 확진되는 경우 재심의 가능성.</p>	불승인
	G사례	남/68	<p>이 건은 당뇨병성 만성신장병증으로 2017년 12월 신장이식 시행 후 tacrolimus 제제 투약 중임. 따라서 급여기준(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1.시행)의 제외대상인 이식 및 면역억제제 투약으로 인한 이차성 비정형 용혈성 요독 증후군으로 추정되므로 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여로 불승인함.</p> <p>추후 유전자검사 또는 자가항체검사로 확진되는 경우 재심의 가능성.</p>	불승인

1) CFHR1: Complement factor H-related protein 1

2) CFH: complement factor H

○ 모니터링

심의년월	구분	성별/나이	모니터링 차수		심의내용	심의결과
2018. 12.	A사례	남/61	2차	4개월	이 건은 신장이식 2회 시행 후 CFH 유전자 변이 확인되어 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 2018. 7. 20.부터 요양급여로 투여하였음.	투여중지 승인

심의년월	구분	성별/나이	모니터링 차수	심의내용	심의결과
				<p>약제투여 후 용혈 현상 호전되어 2개월 모니터링 시 지속투여 승인되었으나, 신장 초음파검사에서 이식신으로 혈류가 소실되었고 조직검사에서 비가역적인 괴사 소견이 확인되어 이식신 절제를 시행하였으며, 2018. 10. 12. eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여를 중단하였음.</p> <p>따라서 투여 중지를 승인하며, 추후 비정형 용혈성 요독 증후군의 재발 또는 신장 재이식 시행으로 약제 투여가 필요한 경우 사전신청서 제출 후 즉시 투여가 가능함.</p>	

5. 상병 및 진료내역 참조, 「차13나 복합레진충전(글래스아이오노머시멘트(II)충전포함)」의
적정여부

○ A 사례 (여/65세)

- 청구 상병명: 상아질의 우식

- 주요 청구내역:

· 2018. 09. 17. 차6 U0060 즉일충전처치[1치당]	1*6*1
차13나(3) U0137 복합레진충전(글래스아이노머시멘트(II)충전포함)-3면	1*6*1
L7250161 FUJI II (1-1 pack) 분말 15G +액 10G	1*0.19*1

○ B 사례 (남/39세)

- 청구 상병명: 치아의 기타 명시된 마모, 상아질의 우식

- 주요 청구내역:

· 2018. 09. 14. 차6 U0060 즉일충전처치[1치당]	1*5*1
차13나(1) U0135 복합레진충전(글래스아이노머시멘트(II)충전포함)-1면	1*2*1
차13나(2) U0136 복합레진충전(글래스아이노머시멘트(II)충전포함)-2면	1*1*1
차13나(3) U0137 복합레진충전(글래스아이노머시멘트(II)충전포함)-3면	1*2*1
L7250161 FUJI II (1-1 pack) 분말 15G +액 10G	1*0.16*1

○ C 사례 (여/31세)

- 청구 상병명: 치아의 기타 명시된 마모, 상아질의 우식

- 주요 청구내역:

· 2018. 09. 14. 차6 U0060 즉일충전처치[1치당]	1*5*1
차13나(1) U0135 복합레진충전(글래스아이노머시멘트(II)충전포함)-1면	1*1*1
차13나(2) U0136 복합레진충전(글래스아이노머시멘트(II)충전포함)-2면	1*2*1
차13나(3) U0137 복합레진충전(글래스아이노머시멘트(II)충전포함)-3면	1*2*1
L7250161 FUJI II (1-1 pack) 분말 15G +액 10G	1*0.16*1

○ D 사례 (여/31세)

- 청구 상병명: 치아의 기타 명시된 마모, 상아질의 우식

- 주요 청구내역:

· 2018. 09. 8. 차6 U0060 즉일충전처치[1치당]	1*5*1
차13나(3) U0137 복합레진충전(글래스아이노머시멘트(II)충전포함)-3면	1*5*1
L7250161 FUJI II (1-1 pack) 분말 15G +액 10G	1*0.16*1

■ 심의내용 및 결과

- 관련학회와 전문가에 의하면 치경부의 결손부위 수복은 근심면, 원심면에서도 치질의 구조적 손상이 크고 명확할 때는 협면을 포함하여 3면 충전으로 인정할 수 있으나, 근심면과 원심면 등에서 치아의 구조적 손상이 크지 않거나 명확하지 않을 때는 일반적으로 협면에 해당하는 1면 충전이 적정한 것으로 판단됨.
- 또한 치경부의 결손부위 수복의 적응증은 경조직 손상, 경조직 변색, 치은퇴축 등에서 상병이 확인 되지 않아 의학적으로 타당한 진료로 볼 수 없는 경우 시행된 ‘차13나. 복합레진 충전(글래스아이오노머 시멘트(II)충전 포함)’은 인정하지 아니함.

- ‘차13나. 복합레진 충전(글래스아이오노머 시멘트(II)충전 포함)’의 대하여는 진료기록부와 시술 전·후 영상자료에서 해당치아의 치질 변화 및 근심면, 원심면, 협면 등의 치질의 손상 등을 고려하여 아래와 같이 결정함.

- 아 래 -

▶ A사례(여/65세)

- 치아의 기타 명시된 마모, 상아질의 우식상병으로 하악 전치 6개 치아부위에 차13나(3)복합레진 충전-3면(#31, 32, 33, 41, 42, 43)이 청구된 건으로 제출된 진료기록 및 시술 전·후 구강 내 사진 등을 검토한 결과, 교모증으로 실시한 것이 확인되나, 인접면 치질의 변화와 치질의 구조적 손상이 확인되지 않으므로 청구된 차13나(3) 복합레진 충전-3면(글래스아이오노머 시멘트(II)충전 포함) 치아(#31, 32, 33, 41, 42, 43)는 교합면 차13나(1) 복합레진 충전-1면(글래스아이오노머시멘트(II)충전 포함)으로 인정함.

▶ B사례(여/39세)

- 치아의 기타 명시된 마모, 상아질의 우식상병으로 상악 좌측 5개 치아부위에 차13나(1)복합레진 충전(글래스아이오노머시멘트(II)충전 포함)-1면(#24,25), 차13나(2)복합레진 충전(글래스아이오노머시멘트(II)충전 포함)-2면(#23), 차13나(3)복합레진 충전(글래스아이오노머시멘트(II)충전 포함)-3면(#26,27) 등이 청구된 건으로 제출된 진료기록 및 시술 전·후 구강 내 사진 등을 검토한 결과, #26치아는 근심면, 원심면, 협면에서 치질의 구조적 손상이 확인되어 차13나(3) 복합레진 충전(글래스아이오노머시멘트(II)충전 포함)-3면으로 인정하며, #23,24,25,27치아는 복합레진 충전의 적응증(경조직 손상, 경조직의 변색, 치은퇴축 등)에 해당되지 않으며, 의학적으로도 타당하지 아니하여 차13나(1)복합레진 충전(글래스아이오노머시멘트(II)충전 포함)-1면×2, 차13나(2)복합레진 충전(글래스아이오노머시멘트(II)충전 포함)-2면×1, 차13나.(3)복합레진 충전(글래스아이오노머시멘트(II)충전 포함)-3면은 인정하지 아니함.

▶ C사례(여/31세)

- 치아의 기타 명시된 마모, 상아질의 우식상병으로 하악 우측 5개 치아부위에 차13나(1)복합레진 충전(글래스아이오노머 시멘트(II)충전 포함)-1면(#43), 차13나(2)복합레진 충전(글래스아이오노머 시멘트(II)충전 포함)-2면(#44, 45), 차13나(3)복합레진 충전(글래스아이오노머 시멘트(II)충전 포함)-3면(#46, 47)등이 청구된 건으로 제출된 진료기록 및 시술 전·후 구강 내 사진 등을 검토한 결과, 복합레진 충전의 적응증(경조직 손상, 경조직 변색, 치은퇴축 등)에 해당되지 않으며, 의학적으로도 타당하지 아니하여 차13나(1)복합레진 충전(글래스아이오노머 시멘트(II)충전 포함)-1면×1, 차13나(2)복합레진 충전(글래스아이오노머 시멘트(II)충전 포함)-2면×2, 차13나(3)복합레진 충전(글래스아이오노머 시멘트(II)충전 포함)-3면×2는 인정하지 아니함.

▶ D사례(여/34세)

- 치아의 기타 명시된 마모, 상아질의 우식상병으로 상악 좌측 5개 치아부위에 차13나(3)복합레진 충전(글래스아이오노머 시멘트(II)충전 포함)-3면(#23, 24, 25, 26, 27) 등이 청구된 건으로 제출된 진료기록 및 시술 전·후 구강 내 사진 등을 검토한 결과, 복합레진 충전의 적응증(경조직 손상, 경조직 변색, 치은퇴축 등)에 해당되지 않으며, 의학적으로도 타당하지 아니하여 차13나(3)복합레진 충전(글래스아이오노머 시멘트(II)충전 포함)-3면×5는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 치과보존학, 대한치과보존학회, 신흥인터내셔널사, 2010.

[2018. 12. 18. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]

6. 보철의 치경부 변연부위를 다듬은 후(trimming) 「차19나 치관수복물또는보철물의제거[1치당]-복잡한 것」의 인정여부

■ 청구내역

○ A 사례 (남/70세)

- 청구 상병명: 치아의 기타 명시된 마모, 상아질의 우식
- 주요 청구내역:

· 2018-11-09 차6 U0060 즉일충전처치[1치당]	1*5*1
차13나(3) U0137 복합레진충전(글래스아이노머시멘트(II)충전포함)-3면	1*5*1
L7250161 FUJI II (1-1 pack) 분말 15G +액 10G	1*0.16*1
차19나 U2242 치관수복물또는보철물의제거[1치당]-복잡한것	1*1*1

○ B 사례 (여/64세)

- 청구 상병명: 치아의 기타 명시된 마모
- 주요 청구내역:

· 2018-11-7 차6 U0060 즉일충전처치[1치당]	1*4*1
차13나(3) U0137 복합레진충전(글래스아이노머시멘트(II)충전포함)-3면	1*4*1
L7250161 FUJI II (1-1 pack) 분말 15G +액 10G	1*0.13*1
차19가 U2241 치관수복물또는보철물의제거[1치당]-간단한것	1*2*1
차19나 U2242 치관수복물또는보철물의제거[1치당]-복잡한것	1*2*1

○ C 사례 (여/61세)

- 청구 상병명: 치아의 기타 명시된 마모
- 주요 청구내역:

· 2018-11-7 차6 U0060 즉일충전처치[1치당]	1*4*1
차13나(3) U0137 복합레진충전(글래스아이노머시멘트(II)충전포함)-3면	1*4*1
L7250161 FUJI II (1-1 pack) 분말 15G +액 10G	1*0.13*1
차19가 U2241 치관수복물또는보철물의제거[1치당]-간단한것	1*2*1
차19나 U2242 치관수복물또는보철물의제거[1치당]-복잡한것	1*2*1

■ 심의내용 및 결과

- 관련학회 및 전문가의견에 의하면 보철물(크라운)의 부분제거 또는 다듬은(Trimming) 경우는 ‘차19. 치관수복물 또는 보철물의 제거[1치당]’에 해당되지 않는 행위이며, 통상적인 진료행위로 보기 어려워 ‘차19나. 치관수복물 또는 보철물의 제거[1치당]-복잡한 것’은 인정하지 아니함.
- ‘차19나. 치관수복물 또는 보철물의 제거[1치당]-복잡한 것’에 대하여는 관련학회 및 전문가의견 참조하여 아래와 같이 결정함.

- 아 래 -

▶ A사례(여/65세)

- 보철물의 치경부 일부를 제거하거나 다듬은(Trimming)행위를 시행하고 ‘차19나. 치관수복물 또는 보철물의 제거[1치당]-복잡한 것’으로 청구된 건으로 진료기록 등을 검토한 결과,

차19 치관수복물또는보철물의제거[1치당]는 치아와 수복물 또는 보철물을 완전히 분리하는 행위이며, 간단한 것은 아말감, 복합레진, Sp Crown를 제거하는 경우, 복잡한 것은 Cast Crown, Onlay, Inlay를 제거하는 경우 산정가능 한 행위임.

따라서 보철물(크라운)의 부분제거 또는 다듬은(Trimming)행위는 ‘차19. 치관수복물 또는 보철물의 제거 [1치당]’의 시술방법과도 다르며, 일반적인 진료행위로도 볼 수 없어 ‘차19나. 치관수복물 또는 보철물의 제거[1치당]-복잡한 것’은 인정하지 아니함.

■ 참고

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

[2018. 12. 18. 진료심사평가위원회(지역심사평가위원회)]