

진료심사평가위원회 심의사례 공개 (총 6개 항목)

- 2017.1.31. 공개

연번	제 목	페이지
1	자200나 심박기거치술 인정여부	1
2	출혈이 있는 급성위궤양에 시행한 자762 내시경적 상부소화관출혈지혈법의 시술 횟수와 지혈방법(병합요법)의 인정여부	3
3	크론병으로 수술한 환자에서 1년 6개월 휴약 후 투여한 Infliximab(품명 : 레미케이드 주 등) 인정여부	5
4	뼈 전이된 유방암 환자에게 아로마타제 저해제(AI) 투여위해 실시한 인공폐경수술 인정여부	7
5	Eculizumab(품명: 솔리리스주) 요양급여대상 인정여부	9
6	조혈모세포이식 요양급여대상 인정여부	10

요양급여비용 사후 심사 건

1. 자200나 심박기거치술 인정여부

■ 청구내역 (여/81세)

- 청구 상병명: 동기능부전증후군, 상세불명의 심방세동 및 심방조동, 기타 및 상세불명의 원발성 고혈압, 상세불명의 고지질혈증, 상세불명의 뇌경색증
- 주요 청구내역: 자200나(1)(가)2 경정맥 체내용심박기거치술-심박기거치술(심방 및 심실 전극을 삽입하는 경우) (00204) 1*1*1
 INGEVITY PACING LEAD 전극격 (G8101425) 1*2*1
 INGENIO MRI & ACCOLADE MRI DR PACEMAKER 전극격 (G8205625) 1*1*1

■ 심의결과

○ 제출된 진료기록부(경과기록지, 검사결과, 약제투약내역 등) 참조결과, 실신과 어지럼증 등의 증상은 있으나, 실신을 유발할 정도의 심한 서맥은 발견되지 않았음. 그러나 각성상태에서 40회 미만의 서맥과 운동부하검사에서 심박수변동부전(chronotropic incompetence)이 확인되었고, 심방세동 상병으로 소타롤염산염(품명: 소타론정) 복용 중이었음.

동 건은 보건복지부 고시 제2011-87호 “라” 항 「서맥과 관련된 임상적으로 의미 있는 증상은 있지만 증상과 서맥과의 관련성이 검사에서 입증되지 않았을 때 각성상태에서 심박수가 40회/분 미만인 경우」로 판단되어 시술 및 관련 재료대는 인정함.

■ 심의내용

○ 동 건(여/81세)은 5년 전 심방세동으로 고주파절제술 시행하였고, 2016.4.20. 심계항진 및 실신으로 내원하여 서맥 및 심박수변동부전으로 판단하여 2016.5.16. 심박기거치술 시행 후 자200나(1)(가)2 경정맥 체내용심박기거치술-심박기거치술(심방 및 심실 전극을 삽입하는 경우)을 청구하였으나, 증상과 연관된 심전도 확인되지 않아 심박기거치술 및 관련 재료대의 인정여부에 대해 논의함.

○ 「심박기 거치술 인정기준(보건복지부고시 제2011-87호, 2011.9.1. 시행)」에 의하면 심박기거치술은 서맥성 부정맥 등 환자에서 증상을 호전시키는 치료방법임을 입증할 수 있는 근거가 있는 경우에 시행함을 원칙으로 하며, 1. 굴기능 부전 (Sinus Node Dysfunction)에서 가. 증상을 동반한 서맥이나 증상을 동반한 동휴지가 각성상태에서 입증된 경우, 나. 증상을 동반한 심박수변동 부전(chronotropic incompetence)이 있는 경우, 다. 의학적 상태로 인하여 투여가 필요한 약물에 의해 증상을 동반한 서맥이 각성상태에서 입증된 경우, 라. 서맥과 관련된 임상적으로 의미 있는 증상은 있지만 증상과 서맥과의 관련성이 검사에서 입증되지 않았을 때 각성상태에서 심박수가 40회/분 미만인 경우 등에 해당되는 경우에는 요양급여(일부본인부담)를 인정하고 있음.

○ 2016.4.21. 24시간 심전도검사결과 최대 심박 수 76회, 최저 심박 수 40회였으며, 오전 11시45분의 맥박이 40회/분, 39회/분, 40회/분, 40회/분, 40회/분, 40회/분으로 측정됨. 2016.4.21. 운동부하검사결과 1단계에서 심한 어지럼증을 호소하였으며, 안정시 맥박수 43회/분, 최대 심박수는 70회/분 측정되었음. 2016.5.16 심박기거치술 이후 2016.6.27. 시행한 운동부하검사결과는 안정시 맥박수 65회, 최대 심박수 88회/분으로 측정되었음.

○ 제출된 진료기록부(경과기록지, 검사결과, 약제투약내역 등) 참조결과, 실신과 어지럼증 등의 증상은 있으나, 실신을 유발할 정도의 심한 서맥은 발견되지 않았음. 그러나 각성상태에서 40회 미만의 서맥과 운동부하검사에서 심박수변동부전(chronotropic incompetence)이 확인되었고, 심방세동 상병으로 소타롤염산염(품명: 소타론정) 복용 중이었음.

○ 따라서, 동 건은 보건복지부 고시 제2011-87호 “라” 항 「서맥과 관련된 임상적으로 의미 있는 증상은 있지만 증상과 서맥과의 관련성이 검사에서 입증되지 않았을 때 각성상태에서 심박수가 40회/분 미만인 경우」로 판단되어 시술 및 관련 재료대는 인정함.

■ 참고

- 심박기 거치술의 인정기준(보건복지부 고시 제2011-87호, 2011.9.1. 시행)
- Douglas L. Mann. et.al.Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, Tenth Edition, Elsevier Saunders. 2015
- 2012 ACCF/AHA/HRS Focused Update Incorporated Into the ACCF/AHA/HRS 2008 Guidelines for Device-Based Therapy of Cardiac Rhythm Abnormalities: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society

[2016.12.16. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

2. 출혈이 있는 급성위궤양에 시행한 자762 내시경적 상부소화관출혈지혈법의 시술 횟수와 지혈방법(병합요법)의 인정여부

■ 청구내역 (남/59세)

- 청구 상병명: 출혈이 있는 급성 위궤양, 상세불명의 위장출혈, 식도염을 동반한 위-식도역류병

- 주요 청구내역

- 자762 내시경적 상부소화관출혈지혈법 [야간] (Q7620010)
- 자762 내시경적 상부소화관출혈지혈법 (Q7620) 1*1*2
- 자762 내시경적 상부소화관출혈지혈법 (Q7620) 1*0.5*1
- 634 베리플라스트-피콤비세트 1mL/C(655300050) 1*2*1
- 634 베리플라스트-피콤비세트 1mL/C(655300050) 1*1*2

■ 심의결과

○ 동 건은 헤모클립 및 베리플라스트 등 병합요법으로 지혈하였으나, 출혈이 반복되어 '16.6.22. 좌위 동맥 색전술(Lt Gastric A Embolization) 시행하였고, 그 후에도 출혈이 발생하여 헤모클립 + 베리플라스트 병합 치료한 바, 내시경 지혈술 4회는 사례로 인정하며, 베리플라스트는 시술당 1개만 인정함.

■ 심의내용

○ 동 건(남/59세)은 출혈이 있는 급성 위궤양으로 입원하여 총 4차례 헤모클립과 베리플라스트 등을 이용하여 내시경적 지혈술을 시행하였음. 6/14 1차 내시경 지혈술(헤모클립*3), 6/15 2차 내시경 지혈술(헤모클립*10, 베리플라스트), 6/22 3차 내시경 지혈술[헤모클립*9, 아르곤 플라즈마 응고소작술(Argon plasma coagulation, APC), 고온 생검술(Hot-biopsy), 베리플라스트] 중 지혈이 잘 되지 않아 좌위 동맥 색전술(Lt Gastric A Embolization) 하였으며, 마지막으로 6/26 4차 내시경 지혈술(헤모클립*8, 베리플라스트) 시행함.

○ 국소지혈제의 고시기준(보건복지부 고시 제2014-140호, 2014.9.1. 시행)에 의하면, 수술범위를 정하여 수술 당 국소지혈제 1종을 인정하고, 그 외의 수술이나 용량을 초과한 경우 또는 국소지혈제를 2종 이상 투여한 경우는 투여소견서 참조하여 인정함.

○ 외국 가이드라인 및 관련문헌에 따르면, 상부 위장관 출혈 지혈법으로는 국소주입법(에피네프린, 베리플라스트 등), 열 응고법[아르곤 플라즈마 응고소작술(Argon plasma coagulation, APC), 지혈경자(Coagrasper) 등], 기계적 지혈법(헤모클립 등) 등이 있고, 이들의 단독요법보다는 병합요법을 권장하고 있음. 또한 내시경 지혈술에 실패시 경도관 동맥 색전술(Transcatheter arterial embolization, TAE) 또는 수술을 고려할 수 있음.

○ 관력학회에서 베리플라스트는 자연 출혈 또는 재출혈 위험이 높다고 판단되는 경우 출혈부에 도포하여 물리적 장벽을 형성하는 것을 목적으로 사용하며, 상부소화관출혈(Non Varix UGI bleeding)시 ①임상적 유의한 수준의 출혈이 지속되는 환자에서 내시경적 지혈술로 적절한 수준의 지혈에 도달하지 못할 때 ②환자의 상태가 내시경 지혈술에 적합하지 않을 때, TAE 또는 수술을 시행할 수 있다는 의견임.

○ 동 건은 헤모클립 및 베리플라스트 등 병합요법으로 지혈하였으나, 출혈이 반복되어 '16.6.22. Lt Gastric A Embolization 시행하였고, 그 후에도 출혈이 발생하여 헤모클립 + 베리플라스트 병합 치료한 바, 내시경 지혈술 4회는 사례로 인정하며, 베리플라스트는 시술당 1개만 인정함.

■ 참고

- [일반원칙]국소지혈제(보건복지부 제2014-140호, 2014.9.1.시행)
- 김정룡 et al. 소화기계질환. 제 4판. 일조각. 2016.
- 대한소화기내시경학회 ESD 연구회. 소화관중앙 내시경치료술의 실제. 대한의학서적. 2009.
- Mitsuhiro Fujishiro et al. Guidelines for endoscopic management of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. Japan Gastroenterological Endoscopy Society. 2016.
- Ian M. Gralnek et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. 2015.
- Alison A. et al. THE MANAGEMENT OF ACUTE UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING: A COMPARISON OF CURRENT CLINICAL GUIDELINES AND BEST PRACTICE. European medical journal. 2014.
- 김병욱. 상부위장관 출혈 가이드라인에서 쟁점 사항: 소화성궤양 출혈을 중심으로. 2016년 소화기연관학회 춘계학술대회. 2016.
- 전승민. 지혈술. 제 53회 대한소화기내시경학회 세미나. 2015.
- 정일권. 소화성 궤양 출혈의 내시경적 치료. 2015년 소화기연관학회 춘계학술대회. 2015.

[2016. 12. 1. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

3. 크론병으로 수술한 환자에서 1년 6개월 휴약 후 투여한 Infliximab(품명 : 레미케이드 주 등) 인정여부

■ 청구내역 (남/33세)

- 청구 상병명: 소장외 크론병 상세불명, 상세불명의 장폐색증, 앨러지성 두드러기, 부신의 상세불명 장애
- 주요 청구내역: 439 레미케이드주사 100mg(인플릭시맵)(단클론항체, 유전자재조합)/B infliximab 3*1*1

■ 심의결과

- 동 건은 장 절제 수술력과 azathioprine(품명: 아자프린정 등), mesalamine(품명: 펜타사서방정 등) 사용한 과거력이 있는 환자로, '16.7.13. 내원 후 복부 CT 검사 상 소장의 다발성 활동성 염증 소견과 크론병 활성도(Crohn's disease Activity Index, CDAI) 223점으로 나타난 바, TNF-α inhibitor 투여는 인정하기로 함.

■ 심의내용

- 동 건(남/33세)은 2005년 크론병 진단받고 2009년, 2011년 크론병으로 우측 결장절제술과 소장절제술을 시행 받았으며, 2014년 12월 증상 악화로 입원 치료하여 Adalimumab(품명: 휴미라주 등) 4회 투여한 환자로, 이후 1년 6개월 추적관찰 소실되었다가, 2016년 7월 복통, 구토로 내원하여 복부 CT 검사상 소장의 다발성 활동성 염증 소견 및 크론병 활성도(CDAI) 223점으로 Infliximab(품명: 레미케이드 주 등)을 0, 2주, 6주 300mg씩 관해 유도요법으로 투여함.
- 크론병의 infliximab 제제(품명: 레미케이드 주 등)(보건복지부 고시 제 2015-239호, 2016.1.1. 시행)는 보편적인 치료(2가지 이상의 약제: 코르티코스테로이드제나 면역억제제 등)에 반응이 없거나 내약성이 없는 경우 또는 이러한 치료법이 금기인 중증의 활성크론병(크론병활성도(CDAI) 220이상)의 경우 인정하고 있으나, 수술 후 치료에 대해서는 언급 없음.
- 관련 가이드라인에 따르면, 크론병 수술 후에는 재발율이 높기 때문에(수술 후 1년 경과시 60%이상 재발) 재발방지를 위한 예방 목적으로 thiopurine(azathiopurine 등), 6-MP(6-mercaptopurine), mesalamine(품명: 펜타사서방정 등)을 사용하거나, TNF-α inhibitor를 장기간 사용하도록 권고 하고 있음.
- 학회 및 전문가에 따르면 크론병 수술 후 적절한 생물학적 제제(TNF-α inhibitor) 사용은, ① 크론병 수술 전 thiopurine 사용력이 없는 환자는 thiopurine 사용 후 6-12개월 내 내시경 재발이 확인될 때 ② 수술 전 사용한 thiopurine에 반응이 없는 경우 ③ 수술 전 고위험 인자[장 절제 수술력, 관통형 질환(누공, 농양, 장 천공), 광범위 소장절제 등]가 하나 이상 있을 때, TNF-α inhibitor를 시작하도록 권고하고 있음.
- 따라서, 동 건은 장 절제 수술력과 azathioprine(품명: 아자프린정 등), mesalamine(품명: 펜타사서방정 등) 사용한 과거력이 있는 환자로, '16.7.13. 내원 후 복부 CT 검사 상 소장의 다발성 활동성 염증 소견과 크론병 활성도(CDAI) 223점으로 나타난 바, 0, 2주, 6주 300mg씩 관해 유도요법으로 투여한 TNF-α inhibitor 투여는 인정하기로 함.

■ 참고

- infliximab 제제(품명: 레미케이드 주 등)(보건복지부 제2015-239호, 2016.1.1. 시행)
- 레미케이드주사 100mg(인플릭시맵)(단클론항체, 유전자재조합)(식품의약품안전처 허가사항)

- Najja N. Mahmoud et al. Sabistone Textbook of surgery. Twentieth Edition. Elsevier Science Health Science. 2017.
- 김정룡 et al. 소화기계질환. 제 4판. 일조각. 2016.
- Fernando Gomollón et al. 3. EUROPEAN Evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease 2016: Part 1: Diagnosis and medical management. ECCO CD guidelines 2016.
- Paolo Gionchetti et al. 3. EUROPEAN Evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease 2016: Part 2: Surgical management and special situations. ECCO CD guidelines 2016.
- Charles Bernstein et al. Inflammatory Bowel Disease. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. 2015.
- John Mayberry et al. crohn's disease. NICE guideline. 2014.
- 예병덕 외. 크론병 치료 가이드라인. 대한장연구학회 IBD 연구회. 2012.
- Pharmacologic Therapies for the Management of Crohn's Disease: Comparative Effectiveness Executive Summary. Comparative Effectiveness Review Number 131. 2014.

[2016. 12. 1. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

4. 뼈 전이된 유방암 환자에게 아로마타제 저해제(AI) 투여위해 실시한 인공폐경수술 인정여부

■ 진료내역 (여/45세)

- 상 병 명 : 상세불명의 유방의 악성 신생물
- 주요 진료내역
 전자궁적출술, 단순 1*1
 부속기양성종양적출술-난소를 전적출하는 경우 0.7*1

■ 심의결과

- 폐경 전 호르몬 수용체 양성인 전이성 유방암 환자에게 양측 난관-난소 절제술(BSO)은 호르몬 요법(아로마타제 저해제 등)을 위하여 선택적으로 실시할 수 있다고 판단되므로 동 건(여/45세)에 실시한 양측 난관-난소 절제술(Bilateral Salpingo-Oophorectomy, BSO)은 인정하기로 함.
 다만, 복강경하 질식 자궁적출술(Laparoscopic-assisted Vaginal Hysterectomy, LAVH)은 실시할 만한 적응증이 확인되지 않아 인정하지 아니함.

■ 심의내용

- 식약처 허가사항 및 암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(건강보험심사평가원 공고 제2015-291호, 2016.1.1. 시행)에 의하면, 유방암 항암치료를 위해 사용되는 2군 항암제 중 아로마타제 저해제(Aromatase Inhibitor, AI)인 Letrozole(품명: 페마라징 등), Anastrozole(품명: 아리미덱스정 등), exemestane(품명: 아로마신정)은 폐경기 이후 여성의 유방암 치료에 사용하도록 되어 있음.
- 동 건(여/45세)은 폐경전 전이성 유방암 환자로 폐경기 이후 사용할 수 있는 2군 항암제 투여의 목적으로 폐경상태를 유도하기 위한 복강경하 양측 난관-난소 절제술(Bilateral Salpingo-Oophorectomy, BSO) 및 질식 자궁적출술(Laparoscopic-assisted Vaginal Hysterectomy, LAVH)을 실시하였음.
 이에 인공적으로 폐경상태를 유도하기 위해 실시한 BSO와 LAVH 인정여부에 대하여 심의함.
- 관련 교과서 및 임상진료지침에 의하면, 전이성 유방암 환자에게 호르몬 요법(endocrine therapy)은 치료의 첫 번째 선택이 될 수 있고, 호르몬 수용체가 발현되고, 무병기간이 길고, 증상이 없는 경우 등에 실시할 수 있음.
 또한, 폐경 전 호르몬 수용체 양성인 전이성 유방암 환자는 호르몬요법으로 난소기능억제(ovarian function suppression)를 시행할 수 있고, 난소기능억제를 위해 생식샘자극호르몬방출호르몬작용제(Gonadotropin-releasing hormone agonist, GnRH agonist) 및 외과적(Oophorectomy) 또는 방사선 요법(radiotherapy)을 통한 난소절제(ovarian ablation)를 시행할 수 있음.
- 동 건(여/45세)은 좌측 유방암[T2N1, ER/PR(+/+), HER-2(-)] 진단받고 2010년 9월 유방사분역절제술(quadrantectomy) 시행 받은 환자로, tamoxifen(품명: 타목시펜정 등) 등 투여 후 2012년 12월 뼈 전이 확인되어 goserelin(품명: 졸라덱스대포주사 등) 등 투여하였음.
 이후 2014년 11월 양측 유방암으로 진행되어 capecitabine(품명: 켈로다정 등)을 투여하였으나 2016년 5월 우측 유방에 새로운 병변 확인되어 폐경 후 상태를 유도하여 호르몬 요법을 시행하기 위한 목적으로 복강경하 양측 난관-난소 절제술(BSO)을 실시하였고 질식 자궁적출술(LAVH)도 동시 실시한 것으로 확인됨.

○ 진료기록 및 관련 문헌 등을 검토한 결과, 폐경 전 호르몬 수용체 양성인 전이성 유방암 환자에게 양측 난관-난소 절제술(BSO)은 호르몬 요법(아로마타제 저해제 등)을 위하여 선택적으로 실시할 수 있다고 판단됨.

○ 따라서, 동 건(여/45세)에 실시한 양측 난관-난소 절제술(Bilateral Salpingo-Oophorectomy, BSO)은 인정하기로 함.

다만, 복강경하 질식 자궁적출술(Laparoscopic-assisted Vaginal Hysterectomy, LAVH)은 실시할 만한 적응증이 확인되지 않아 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험법 제41조
- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표 2] 비급여대상(제9조제1항관련)
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 제1절 처치 및 수술료[산정지침](3)
- 동일 피부 절개 하에 2가지 이상 수술시 수가 산정방법(보건복지부 고시 제 2014-126호, 2014.8.1. 시행)
- Goldman, Lee, et al. Goldman-Cecil Medicine, 25th ed. Elsevier. 2016.
- Dennis Kasper, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine, 19th ed. McGraw-Hill Professional Publishing. 2015.
- John E. Niederhuber, et al. Abeloff's Clinical Oncology. 5th Ed. W B Saunders Co. 2014.
- Philip J., et al. Clinical Gynecologic Oncology. 8th Ed. Mosby. 2012.
- Endocrine Therapy for Hormone Receptor Positive Metastatic Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology Guideline. 2016.
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Breast Cancer. Version 2. 2016.
- ESO-ESMO 2nd international consensus guidelines for advanced breast cancer (ABC2). 2014.
- NICE Clinical guideline. Advanced breast cancer: diagnosis and treatment. Last updated July 2014.
- 학회 의견(대암학 제 2016-157호, 2016.12.9.)

[2016.12.12. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

요양급여대상 사전 승인 건

2016.12월 솔리리스주 사전심의 분과위원회 심의사례 공개

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

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

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

구분	계	1차 심의(승인)	분과위원회		
			승인	불승인	기타
사전심의	7	0	3	4	-

※ 신청기관: 20기관

○ 사전심의 건

연번	성별/나이	심의결과	비고
A사례	여/64	불승인	수혈력 기준이 충족되지 않았으며, 신부전, 평활근연축의 근거가 명확하지 않아 불승인
B사례	남/43	불승인	수혈력 기준이 충족되지 않았으며, 평활근연축의 근거가 명확하지 않아 불승인
C사례	남/18	승인	발작성야간혈색소뇨증과 연관된 평활근연축 등 급여기준이 충족하여 승인 덧붙여 조혈모세포이식을 준비중이라면 이에 대해 분과에서 긍정적 논의가 있었음을 통보
D사례	남/42	불승인	평활근연축의 근거가 명확하지 않아 불승인
E사례	여/36	불승인	수혈력 기준이 충족되지 않았으며, 평활근연축의 발생이 반복적인 것으로 판단되지 않아 불승인
F사례	남/43	승인	수혈력 기준이 충족되고 진행성 신부전으로 판단되어 승인
G사례	남/73	승인	진폐증과 상관없이 폐부전의 PNH 연관성이 확인되고 신부전이 진행성으로 판단되어 승인

2016. 12월 조혈모세포이식분과위원회 심의사례 공개

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

조혈모세포이식의 요양급여대상여부에 대하여 심의한 결과 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준에 적합한 자는 요양급여로 인정하고 있으며, 요양급여대상자(요양급여비용의 일부를 본인이 부담)로 결정되지 아니한 환자가 **조혈모세포이식을 시행받기 위해 입원한 경우, 이식과 직접 관련된 진료기간**(조혈모세포 주입 전 1주부터 주입 후 2주)의 요양급여비용(이식술료, 이식과 관련된 입원료[무균치료실료 포함], 시술 전·후 처치 등)에 대하여는 **100분의 50을 본인에게 부담**토록하고, 그 외의 기간에 이루어지는 진료비(면역억제제 투여, 검사와 합병증 및 후유증 치료비 등)에 대하여는 **요양급여로 인정**하고 있습니다.
(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014.12.1)

■ 심의 결과

구분	계	동종	제대혈	자가	비고
총 접수건	232	124	2	106	-
처리결과	급여건	88	1	77	-
	선별급여건	66	36	29	-

* 신청기관 : 34개 요양기관

■ 심의내용

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
동종	총 124건	급여: 88건	급성골수성백혈병: 31건	(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			급성림프모구백혈병: 21건	혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 인정함 (1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 (2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 ② t(v:11q23) 또는 MLL 재배열 ③ 염색체수 44 미만

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				(나) 진단시 1세미만 (다) 백혈구 수 100 X 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 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			중증재생불량성빈혈: 3건	골수검사결과 세포총실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25%이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 ① 절대호중구 수(ANC)가 500/μl 이하 ② 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x10 ⁹ /L ③ 혈소판 20,000/μl 이하 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			골수형성이상증후군: 16건	(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 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			만성골수성백혈병: 3건	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 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			악성림프종: 8건	(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 경우로서 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) 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			다발골수종: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-64호, 2016.05.01.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)> 세부인정사항 2. 나. 에서 다발골수종은 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포 이식으로 다음 각 호 1에 해당하는 경우 요양급여 대상임. ① 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response)이상의 반응에 도달 하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함. ② 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				: 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에만 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함. ③ 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종조혈모 세포이식을 원칙으로 함. 동 건은 1차 자가조혈모세포 이식 후 고시 기준에 적합하므로 요양급여 대상자로 인정함. 일차골수성유증의 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. 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 발작성야간혈색소뇨증 상병에 동종조혈모세포이식을 계획중인 동 건은 빈혈이 쉽게 호전되지 않으며 향후 합병증이 생길 가능성이 높은 점 등을 고려한바 이식이 필요한 상태로 판단된다는 결정에 따라 사례별로 요양급여대상자로 인정함.
			일차골수성유증: 2건	세포유전학검사나 분자유전학적검사 등으로 판코니빈혈로 진단이 확인된 경우에 요양급여 대상임.
			발작성야간혈색소뇨증: 1건	고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. The Histiocyte society에서 제시한 진단기준(2004년 제정)을 만족하는 혈구포식림프조직구증 환자 중 가족성(유전적) 또는 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 확인된 경우 다만, 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증 중에서 호전된 경우는 사례별로 인정함.
			판코니빈혈: 1건	고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			혈구포식림프조직구증: 1건	동 건은 가족성(유전적) 혈구포식림프조직구증이 확인되어 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
		선별급여: 36건	급성골수성백혈병: 13건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-1)에 의하면 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성 백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우”로 되어 있음. 따라서 급성 골수성백혈병으로 동종조혈모세포이식 예정인 동 건들은 골수

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>검사와 말초혈액검사결과 및 영상검사 상 완전관해가 확인되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건은 현재 연령 초과되어 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-1)에 의하면 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우”로 되어 있음. 따라서 급성골수성백혈병으로 2차 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 2차 재발 후 현재 3차 완전관해 확인되었으나 동 상병에 3차 완전관해 시 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 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.”고 명시되어 있음. 동 건들은 급성골수성백혈병으로 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 골수검사결과와 말초혈액검사결과 완전관해가 확인되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>동 건들은 (급성골수성백혈병)으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>동 건은 (급성골수성백혈병)으로 진단되어 3차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 현재 동 상병에 대한 3차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 치료 성적 및 효과 등 의학적 타당성에 대한 근거가 미비하므로 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-3)에 의하면 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 “혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 인정함 (1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 (2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 ② t(v:11q23) 또는 MLL 재배열 ③ 염색체수 44 미만 (나) 진단시 1세미만 (다) 백혈구 수 100 X 10⁹/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 골수검사서 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” 요양급여 대상이나, 급성림프모구백혈병으로 진단되어 동종조혈모세포이식 예정인 동 건들은 3차 이상 완전관해가 확인되어, 동 상병에 3차 이상의 완전관해시 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 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-3)에 의하면 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은</p>
			급성림프모구백혈병: 11건	

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>“혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 인정함 (1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 (2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위형군 중 하나에 해당하는 경우 (가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 ② t(v:11q23) 또는 MLL 재배열 ③ 염색체수 44 미만 (나) 진단시 1세미만 (다) 백혈구 수 100 X 10⁹/L 이상 (라)진단 후 첫 주기 (cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (마) T세포 급성림프모구성 백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① Poor Steroid Response ② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사서 백혈병세포가 존재하는 경우) ③ Early T cell Precursor Phenotype (3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류양(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 (4) 2차 이상 완전관해된 경우” 요양급여 대상임. 급성림프모구백혈병으로 진단되어 동종조혈모세포이식 예정인 동 건들은 골수검사와 말초혈액검사결과 및 영상검사 상 완전관해가 확인되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>급성림프모구백혈병으로 진단되어 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-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 심의 하여 결정한다. (2) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치 까지 인정한다. 2) 제대혈이식 - HLA A, B형의 locus와 DR 형의 allele 중 2개(locus 혹은 allele) 불일치(4/6)까지 인정 한다.”고 명시되어 있음. 동 건들은 급성림프모구백혈병으로</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과 HLA가 일치하지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-3)에 의하면 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 “혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 인정함 (1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 (2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위형군 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) 진단 시 1세미만 (다) 백혈구 수 100 X 10⁹/L 이상 (라)진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (마) T세포 급성림프모구성 백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① Poor Steroid Response ② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사서 백혈병세포가 존재하는 경우) ③ Early T cell Precursor Phenotype (3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류양(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 (4) 2차 이상 완전관해된 경우” 요양급여 대상이나, 급성림프모구백혈병으로 진단되어 동종조혈모세포 이식 예정인 동 건은 15세 미만으로 고위형군이 확인되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만 이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건은 현재 연령 초과되어 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모 세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양 급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)은 “(1) 골수형성이상증후군 예후분류법(IPSS, IPSS-R, WPSS)인 다음 중 하나에 해당되는 경우 (가) 고위형군인 경우 ① IPSS: Intermediate-2 또는 high ② IPSS-R, WPSS: high 또는 very high (나) 중간위형군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는</p>
			골수형성이상증후군: 2건	

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>경우 ① 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하 이면서 혈소판 20,000/μl 이하 ② Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우 (2) 소아는 사례별로 결정함” 요양급여 대상임. 동 건은 골수 형성이상증후군으로 진단되어 중간위험군에 해당되나 IST, EPO에 불응하다는 자료가 확인되지 않아 현재 상황이 반드시 이식이 필요하다고 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>동 건은 (골수형성이상증후군)으로 진단되어 2차 반일치 동종 조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 2차 반일치 동종 조혈모세포이식에 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>
			악성림프종: 5건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 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 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함 (2) 호지킨 림프종 : 자가조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 요양급여 대상이나 비호지킨림프종 상병으로 동종조혈모세포이식이 신청된 동 건들은 추적 검사결과 부분반응 이상 확인 되지 않는 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>동 건은 비호지킨림프종(Burkitt lymphoma)로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>동 건은 비호지킨림프종(Lymphoplasmacytic lymphoma)으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>대한 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 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 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함 (2) 호지킨 림프종 : 자가조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 요양급여 대상이나, 동 건은 비호지킨림프종(Hepatosplenic T cell lymphoma)으로 진단받고 1차 동종조혈모세포이식이 신청되었으나 재발 또는 불응성에 해당하지 않아 고시 기준에 적합하지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			일차골수성유증: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연 (국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의 하여 결정한다. (2) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치 까지 인정한다. 2) 제대혈이식 - HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개(locus 혹은 allele) 불일치(4/6)까지 인정한다.”고 명시되어 있음. 동 건은 일차골수성유증으로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과 HLA가 일치하지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			중증재생불량성빈혈: 3건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표2-가-4)에 의하면 중증재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)은</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>“골수검사결과 세포총실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25%이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 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” 요양급여 대상이나 동 건은 말초혈액검사결과 2개 이상의 소견이 확인되지 아니한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-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 골수형성이상중추군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다. (2) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다. 2) 제대혈이식 - HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개(locus 혹은 allele) 불일치(4/6)까지 인정한다.” 고 명시되어 있음. 동 건들은 중증재생불량성빈혈로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과 HLA가 일치하지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			다발성골수종: 1건	<p>다발성골수종으로 진단되어 Tandem 조혈모세포이식을 시행하였으나 재발하여 3차 동종조혈모세포이식 예정으로 신청된 동 건은 현재 동 상병에 대한 3차 동종조혈모세포이식에 대하여는 치료 성적 및 효과 등 의학적 타당성에 대한 근거가 미비하므로 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
제대혈 총 2건	급여: 1건		급성골수성백혈병: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표2-가-1)에 의하면</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>(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</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
		선별급여: 1건	급성림프모구백혈병: 1건	<p>혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 인정함 (1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 (2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 ② t(v:11q23) 또는 MLL 재배열 ③ 염색체수 44 미만 (나) 진단시 1세미만 (다) 백혈구 수 100 X 10⁹/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>동 건은 급성림프모구백혈병으로 1차 동종조혈모세포이식 예정이나 골수검사와 말초혈액검사결과 및 영상검사 상 완전관해가 확인되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
자가	총 106건	급여: 77건	다발성골수종: 38건	<p>다발성골수종의 진단 기준에 맞고 이식 적응증에 적합한 경우 요양급여 대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-64호, 2016.05.01.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)> 세부인정사항</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>2. 나.에서 다발골수종은 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈 모세포이식으로 다음 각 호 1에 해당하는 경우 요양급여 대상임.</p> <p>① 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response)이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함.</p> <p>② 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우 : 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함.</p> <p>③ 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			비호지킨림프종: 26건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표2-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 각 호의 1에 해당하는 경우 요양급여 대상임.</p> <p>① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 ② Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 ③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) ④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) ⑤ Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) ⑥ Primary CNS Lymphoma</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상임.</p> <p>① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenström's Macroglobulinemia ② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름) ③ Mantle Cell Lymphoma ④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>⑤ Burkitt Lymphoma ⑥ Peripheral T-cell Lymphoma ⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma ⑧ Primary CNS Lymphoma</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			급성골수성백혈병: 3건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표2-나-3)-(2)에 의하면 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 혈액학적 완전관해인 경우 요양급여 대상임.</p>
			급성전골수성백혈병: 1건	<p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표2-나-2)에 의하면 (1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우</p>
			호지킨림프종: 2건	<p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표2-나-1)-(2)에 의하면 호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분 반응이상인 경우 요양급여 대상임.</p>
			수모세포종①: 3건	<p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.5.1.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>은 가.신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT), 나. 다발성골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여 대상임.</p> <p>또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표2-나-9)-(1)-(가)에 수모세포종(Medulloblastoma)은 수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상임.</p> <p>① 진단 시 3세 이하 ② 수술 후 잔여종괴가 1.5cm³ 이상인 경우 ③ 두개강내 전이가 있는 경우 ④ Anaplastic type</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			AL 아밀로이드증: 1건	AL 아밀로이드증은 IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증 진단 기준에 적합하며, ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하면서 장기 부전(심·신·간·폐부전) 아닌 요양급여 대상자로 인정하고 있음. AL 아밀로이드증으로 자가조혈모세포이식예정인 동 건은 제출한 진료내역을 검토한 결과 AL 아밀로이드증의 급여기준에 충족하므로 요양급여 대상자로 인정함.
			유형종양: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표) 2-나-6) 유형종양, 말초원시성신경외배엽종양(Peripheral PNET) (1) 진단 시 다음 고위형군의 하나에 해당하며 수술이나 항암 화학요법에 부분반응 이상인 경우 (가) metastatic disease at diagnosis (나) bulky primary tumor (>200 ml) (다) axial site (2) 수술 후, 방사선 치료 및 통상적인 화학요법(6개월 또는 6회이상)을 병용하여 부분 반응이상을 보이거나, 완전관해에 도달하지 않은 경우 (3) 재발 또는 불응성으로 구제 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우로 되어 있음. 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			POEMS증후군: 1건	포엡증후군(POEMS syndrome)은 IMWG에서 제시한 POEMS 진단기준에 적합한 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음. 포엡증후군(POEMS syndrome)으로 자가 조혈모세포이식예정인 동 건은 제출한 진료내역을 검토한 결과 포엡증후군의 필수적인 진단기준(mandatory criteria)과 주요 진단 기준(major criteria), 부수적 진단기준(minor criteria)을 모두 만족하므로 요양급여 대상자로 인정함.
			골육종: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-(10)에 골육종은 "다음 각호의 1에 해당된 때 (1)수술 및 항암 치료 후 완전 관해된 경우 (2)재발 후 국소적 치료 및 구제 항암 화학요법으로 2차 완전관해 된 때"로 되어있음. 동 건은 골육종(Osteosarcoma)으로 진단되어 1차 자가조혈모 세포이식 예정으로 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.
		선별급여: 29건	비호지킨림프종: 14건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준 (보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표) 2-나-1)-(1)-(가)에 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분 반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상임. ① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<ul style="list-style-type: none"> 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, (별표2)-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준 항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상임.</p> <ul style="list-style-type: none"> ① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenström'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>동 건들은 비호지킨림프종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 추적 검사결과 부분반응 이상 확인 되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적 판단에 의해 조혈모 세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표) 2-나-1)-(1)-(나)에 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함.</p> <ul style="list-style-type: none"> ① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic Lymphoma/Waldenström'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>동 건들은 비호지킨림프종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로 확인 되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (영양급여대상자기준)(별표) 2-나-1)-(1)-(가)-②에 Diffuse Large B Cell Lymphoma은 LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 영양급여 대상임. 동 건은 진단시 Ann Arbor stage가 III 이상인 경우로 확인되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (영양급여대상자기준)(별표) 2-나-1)-(1)-(나)-⑧에 Primary CNS lymphoma는 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 영양급여 대상임. 동 건은 3차례 high-dose MTX 및 방사선 치료 후 CR 확인되어, 현재 이식이 반드시 필요한 상황으로 보기 어려워 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>Primary cutaneous gamma delta T cell lymphoma는 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제 4조(영양급여대상자기준) (별표)에 해당되지 않으며, 현재까지 동 상병에 대한 조혈모세포이식의 임상연구 및 치료성적 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 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1) 제4조(영양급여대상자기준)(별표)1-가에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만 65세 미만이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건들은 연령초과 되어 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>동 건은 최근 골수 상태를 확인할 수 있는 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태 여부를 판단하기 곤란한 바,</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-64호, 2016.5.1) [별지2] <2회 연속적인 고용량 항암 화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)> 세부 인정사항 2-나. 다발성골수종에서 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식을 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함.</p> <p>①1차 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>②1차 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>③1차 이식으로 진행성(Progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>동 건은 다발성골수종 진단 받고 1차 자가조혈모세포이식 후 VGPR 이상의 반응에 도달하지 않았으나 2차 자가조혈모세포 이식 예정으로, 1차 자가조혈모세포이식 후 6개월을 초과한 상태로 현 인정기준에 해당하지 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>동 건은 수모세포종으로 tandem(자가-자가)조혈모세포이식 예정이나 추적 검사결과 부분반응 이상 확인 되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>동 건은 최근 골수 상태를 확인할 수 있는 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태 여부를 판단하기 곤란한 바, 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-64호, 2016.5.1.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>은 가.신경모세포종,</p>
			다발성골수종: 2건	
			수모세포종①: 5건	

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT), 나. 다발성골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여 대상임.</p> <p>또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1) 제4조 (요양급여대상자기준)별표2-나-9)-(1)-(가)에 수모세포종(Medulloblastoma)은 수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상임.</p> <p>① 진단 시 3세 이하 ② 수술 후 잔여종괴가 1.5cm³ 이상인 경우 ③ 두개강내 전이가 있는 경우 ④ Anaplastic type</p> <p>동 건은 수술 후 잔여종괴 1.05cm³ 이며, 이 외에도 고위험소견 확인되지 않아, 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			급성전골수성백혈병: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만 65세 미만이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건은 연령초과 되어 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			Germ cell tumor: 2건	<p>최근 골수 상태를 확인할 수 있는 골수검사 결과가 없어 이식에 적합한 골수상태 여부 판단하기 곤란하며, 부분반응을 확인할 수 있는 자료가 제출되지 않아 부분반응 이상 확인되지 않는바, 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			Choroid plexus carcinoma: 1건	<p>동 건은 Choroid plexus carcinoma으로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정으로 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)에 해당되지 않으며, 현재까지 동 상병에 대한 조혈모세포이식의 임상연구 및 치료성적 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>
			Glioblastoma: 1건	<p>동 건은 Glioblastoma으로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정으로 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)에 해당되지 않으며, 부분반응 이상 확인되지 않는 바, 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			Desmoplastic small round cell tumor: 1건	<p>Desmoplastic small round cell tumor으로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식을 시행 후 2차 자가조혈모세포이식 예정인 동 건은 2차 이식에 대한 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>
			Rhabdoid tumor: 2건	<p>동 건은 Rhabdomyosarcoma으로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정으로 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)에 해당되지 않으며, 현재까지 동 상병에 대한 조혈모세포이식의 임상연구 및 치료성적 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>
계	232			

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