

진료심사평가위원회 심의사례 공개 (총 4개 항목)

- 2017.3.31. 공개

연번	제 목	페이지
1	진료내역 참조, 갑상선암 환자의 추적 검사시 투여된 thyrotropin 주사제(품명: 젠자임 타이로젠주) 인정여부	1
2	갑상선전절제술 후 1차 방사성요오드 잔여갑상선제거술을 시행한 환자의 2차 방사성요오드 잔여갑상선제거술시 사용된 thyrotropin 주사제(품명: 젠자임타이로젠주) 인정여부	3
3	Eculizumab(품명: 솔리리스주) 영양급여대상 인정여부	6
4	조혈모세포이식 영양급여대상 인정여부	7

## 요양급여비용 사후 심사 건

### 1. 진료내역 참조, 갑상선암 환자의 추적 검사시 투여된 thyrotropin 주사제(품명: 젠자임 타이로젠주) 인정여부

#### ■ 청구내역(여/42세)

- 청구 상병명: 갑상선의 악성 신생물
- 주요 청구내역

243 젠자임타이로젠주(티로트로핀알파)/B	1*1*1	('16.10.6.)
243 젠자임타이로젠주(티로트로핀알파)/B	1*1*1	('16.10.7.)

#### ■ 심의결과

- 당시 충분한 기간의 갑상선호르몬 중단이 이루어지지 않아 TSH 수치가 상승하지 못하였고, 검사 결과와 부합되지 않는 부작용 기록을 근거로 추적 검사시 투여된 thyrotropin 주사제(품명: 젠자임타이로젠주)는 요양급여로 인정하지 아니함.

#### ■ 심의내용

- 동 건(여/42세)은 갑상선유두암으로 갑상선전절제술 후 방사성요오드 치료 전 충분한 기간의 갑상선호르몬 중단 없이 전신스캔검사를 실시한 환자로서, 당시 갑상선호르몬중단으로 인한 부작용(변비, 근육통, 두통 등)을 호소하여, 방사성요오드 치료 후 추적 검사시 thyrotropin 주사제(품명: 젠자임타이로젠주)를 투여한 사례로, 진료내역 참조하여 thyrotropin 주사제(품명: 젠자임타이로젠주)의 요양급여 인정여부에 대하여 심의함.
- 갑상선암으로 수술을 받고 방사성요오드 치료를 받은 환자의 추적 검사시 투여되는 thyrotropin 주사제(품명: 젠자임타이로젠주)는 현행 급여기준(보건복지부 고시 제2015-184호, 2015.11.1. 시행)에 의거 ①수술 후 추적검사에서 4주간 T<sub>4</sub> 중단 후 전신스캔검사를 시도하는 중에 T<sub>4</sub> 중단으로 인해 객관적으로 갑상선 기능 저하에 따른 심한 부작용이 입증된 환자, ②65세 이상의 노인, 심폐기능 저하환자, 뇌하수체 기능 저하환자, 과거 갑상선암의 증식이 빠르다는 객관적인 증거가 있는 환자를 대상으로 요양급여를 1회 인정하며, 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 하고 있음.
- 교과서 및 임상진료지침에 따르면, 방사성요오드 치료나 전신스캔 시행을 위해 혈청 갑상선 자극 호르몬(Thyroid Stimulating Hormone, TSH)의 농도를 30mIU/mL 이상으로 충분히 상승시켜야 하며, 내인성 TSH 농도를 높이기 위해 T<sub>4</sub>를 3주 이상 중지하거나, T<sub>4</sub>를 T<sub>3</sub>로 바꾸어 2~3주간 사용한 후 최소한 2주간 중단하도록 되어 있음.
- 진료내역을 확인한 결과, 동 건은 갑상선유두암으로 갑상선전절제술 후 방사성요오드 치료 전 T<sub>4</sub>를 T<sub>3</sub>로 변경하여 2주 투여 후 1주간 중단하였고, TSH 3.34mIU/mL로 적절하게 상승하지 못한 상태에서 갑상선호르몬 중단으로 인한 부작용에 대한 기록을 남긴 후 thyrotropin 주사제(품명: 젠자임타이로젠주)를 투여하여 방사성요오드 치료를 시행하였으며, 추적 검사시 이전에 부작용을 호소하였음을 사유로 thyrotropin 주사제(품명: 젠자임타이로젠주)를 투여하였음.
- 따라서 당시 충분한 기간의 갑상선호르몬 중단이 이루어지지 않아 TSH 수치가 상승하지 못하였고, 검사 결과와 부합되지 않는 부작용 기록을 근거로 추적 검사시 투여된 thyrotropin 주사제(품명: 젠자임타이로젠주)는 요양급여로 인정하지 아니함.

■ 참고

- Thyrotropin 주사제(품명: 젠자임타이로젠주) (보건복지부 고시 제2015-184호, 2015.11.1. 시행)
- 김성연 외. 민현기 임상 내분비학. 제3판. 고려의학. 2016.
- Melmed, et al. Williams Textbook of Endocrinology. 13th edition. Elsevier. 2016.
- Dennis Kasper, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 19edition. McGraw-Hill Education. 2015.
- 안병철. 갑상샘 핵의학. 고려의학. 2014.
- 대한내분비학회. 내분비대사학. 제2판. 군자출판사. 2011.
- 대한갑상선학회. 갑상선결절 및 암 진료 권고안 개정안. Volume 3. 2016.
- American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid nodules and Differentiated Thyroid Cancer. 2015.

[2017.2.10. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

## 2. 갑상선전절제술 후 1차 방사성요오드 잔여갑상선제거술을 시행한 환자의 2차 방사성요오드 잔여갑상선제거술시 사용된 thyrotropin 주사제(품명: 젠자임타이로젠주) 인정여부

### ■ 청구내역

#### ○ A사례(여/39세)

- 청구 상병명: 갑상선의 악성 신생물
- 주요 청구내역

243 젠자임타이로젠주(티로트로핀알파)/B	1*1*1	('15.12.14.)
243 젠자임타이로젠주(티로트로핀알파)/B	1*1*1	('15.12.15.)

#### ○ B사례(남/50세)

- 청구 상병명: 갑상선의 악성 신생물, 순수 고콜레스테롤혈증
- 주요 청구내역

243 젠자임타이로젠주(티로트로핀알파)/B	1*1*1	('16.3.7.)
243 젠자임타이로젠주(티로트로핀알파)/B	1*1*1	('16.3.8.)

#### ○ C사례(여/51세)

- 청구 상병명: 갑상선의 악성 신생물
- 주요 청구내역

243 젠자임타이로젠주(티로트로핀알파)/B	1*1*1	('16.5.18.)
243 젠자임타이로젠주(티로트로핀알파)/B	1*1*1	('16.5.19.)

#### ○ D사례(여/54세)

- 청구 상병명: 갑상선의 악성 신생물
- 주요 청구내역

243 젠자임타이로젠주(티로트로핀알파)/B	1*1*1	('15.3.30.)
243 젠자임타이로젠주(티로트로핀알파)/B	1*1*1	('15.3.31.)

### ■ 심의결과

- 관련 급여기준(보건복지부 고시 제2015-184호, 2015.11.1. 시행), 교과서, 임상진료지침, 진료내역 등을 참조하여 사례별로 결정함.

### ■ 심의내용

- 동 건(A-D사례)은 분화 갑상선암으로 갑상선전절제술 및 1차 방사성요오드 잔여갑상선제거술 이후 6개월~2년경과 시점에서 2차 방사성요오드 잔여갑상선제거술을 시행하기 위해 thyrotropin 주사제(품명: 젠자임타이로젠주)를 투여한 사례임. 1차 방사성요오드 잔여갑상선제거술 후 시행한 경부초음파 및 혈청 갑상선글로불린 결과 잔여 병변이 없는 것으로 판단되는 상황에서, 2차 방사성요오드 잔여갑상선제거술을 시행하기 위해 투여된 thyrotropin 주사제(품명: 젠자임타이로젠주)의 요양급여 인정여부에 대하여 심의함.
- Thyrotropin 주사제(품명: 젠자임타이로젠주)는 현행 급여기준(보건복지부 고시 제2015-184호, 2015.11.1. 시행)에 의거 전이성 갑상선암의 증거가 없는 분화 갑상선암으로 갑상선전절제술을 시행한 환자에서 잔재 갑상선 조직이 있는 경우, 이를 제거하기 위해 투여 시 요양급여를 1회 인정함(그 외 전액 본인부담).
- 교과서에 따르면 방사성요오드 잔여갑상선제거술 후 시행한 전신스캔에서 갑상선 부위에만 방사성요오드의 섭취가 관찰되는 경우에는 경과 관찰을 시행하며, 3개월 후 갑상선 자극 호르몬(Thyroid Stimulating

Hormone, TSH)-억제 갑상선글로불린과 경부초음파 검사를 시행하고, 6~12개월 후 TSH-자극 갑상선글로불린과 진단 목적의 전신스캔을 시행하여 치료에 대한 반응을 확인하도록 되어 있음.

또한 혈청 갑상선글로불린은 갑상선전절제술과 방사성요오드 잔여갑상선제거술을 시행한 경우 잔재 갑상선 조직을 발견하는데 있어 민감도와 특이도가 매우 높으며, 림프절 전이만 있을 경우 드물게 위음성 결과가 있을 수 있으나 이는 경부초음파 검사를 통해 발견할 수 있고, 전신 스캔은 민감도가 낮아 최근에는 일차 치료 후 잔재 갑상선 조직 제거가 되었는지 확인하는 목적으로만 이용하는 추세임.

- 임상진료지침에서는 갑상선전절제술과 방사성요오드 잔여갑상선제거술을 시행 받은 환자에서 ‘잔여 병소 없음’은 ①임상적으로 종양이 발견되지 않고, ②진단 영상에서 종양이 발견되지 않으며(첫 번째 치료 후 전신스캔 또는 최근의 진단스캔에서 갑상선 부위 이외의 섭취가 없거나, 경부초음파에서 음성), ③갑상선글로불린 항체 음성인 상태에서 측정된 TSH-억제 갑상선글로불린 <0.2ng/mL, TSH-자극 갑상선글로불린 <1ng/mL의 조건을 모두 만족하는 경우로 정의하고 있음.
- 관련 학회에서는 저위험군 환자에서 1차 방사성요오드 잔여갑상선제거술 후 추적 관찰 중 시행한 경부 초음파 및 TSH-억제 갑상선글로불린 결과 음성인 경우 일반적으로 2차 방사성요오드 잔여갑상선제거술은 일률적으로 권고되지 않는다는 의견이었으며, 전문가 의견에 따르면 1차 방사성요오드 잔여갑상선제거술 후 잔재 갑상선 조직이 완전히 제거되는데 6개월 정도의 기간이 필요하므로, 1차 방사성요오드 잔여갑상선제거술 후 시행한 전신스캔에서는 대부분 잔여 병변 소견이 관찰된다는 의견임.
- 이에, 동 건(A-D사례)은 관련 급여기준(보건복지부 고시 제2015-184호, 2015.11.1. 시행), 교과서, 임상진료지침, 진료내역 등을 참조하여 사례별로 아래와 같이 결정함.

- 아 래 -

▶ **A사례(여/39세)**

- 동 사례는 갑상선미세유두암으로 갑상선전절제술('15.4.3.) 및 1차 30mCi 방사성요오드 잔여갑상선제거술 ('15.6.26.) 후 2차 100mCi 방사성요오드 잔여갑상선제거술('15.12.16.) 시 thyrotropin 주사제(품명: 젠자임타이로젠주)를 투여한 사례임. 1차 방사성요오드 잔여갑상선제거술 후 추적 관찰 중('15.9.30.) 경부초음파 및 Chest CT 음성, TSH-억제 갑상선글로불린 0.3ng/mL으로 측정되었음.
- 따라서 1차 방사성요오드 잔여갑상선제거술 후 잔재 갑상선 조직이 없는 것으로 판단되므로, 2차 방사성요오드 잔여갑상선제거술 시 투여된 thyrotropin 주사제(품명: 젠자임타이로젠주)를 요양급여로 인정하지 아니함.

▶ **B사례(남/50세)**

- 동 사례는 갑상선미세유두암으로 갑상선전절제술('15.6.15.) 및 1차 30mCi 방사성요오드 잔여갑상선제거술 ('15.8.21.) 후 2차 30mCi 방사성요오드 잔여갑상선제거술('16.3.9.) 시 thyrotropin 주사제(품명: 젠자임타이로젠주)를 투여한 사례임. 1차 방사성요오드 잔여갑상선제거술 후 추적 관찰 중('15.11.18.) 경부초음파 음성, TSH-억제 갑상선글로불린 <0.1ng/mL으로 측정되었음.
- 따라서 1차 방사성요오드 잔여갑상선제거술 후 잔재 갑상선 조직이 없는 것으로 판단되므로, 2차 방사성요오드 잔여갑상선제거술 시 투여된 thyrotropin 주사제(품명: 젠자임타이로젠주)를 요양급여로 인정하지 아니함.

▶ **C사례(여/51세)**

- 동 사례는 갑상선미세유두암으로 갑상선전절제술('15.3.24.) 및 1차 100mCi 방사성요오드 잔여갑상선제거술 ('15.6.10.) 후 2차 30mCi 방사성요오드 잔여갑상선제거술('16.5.20.) 시 thyrotropin 주사제(품명:

젠자임타이로젠주)를 투여한 사례임. 1차 방사성요오드 잔여갑상선제거술 시 TSH가 18.17mIU/mL로 적절하게 상승하지 않았고, 추적 관찰 중('15.12.11.) 경부초음파 음성, TSH-억제 갑상선글로불린 0.5ng/mL으로 측정되었음.

- 1차 방사성요오드 잔여갑상선제거술 시 TSH 자극이 충분하게 이루어지지 않아 치료 효과가 의심되는 상황으로, 1차 치료의 반응 확인을 위한 진단 목적의 전신스캔 및 TSH-자극 갑상선글로불린 검사의 시행 없이 2차 방사성요오드 잔여갑상선제거술을 시행한 것은 적절한 진료 과정으로 보기 어려우므로, 이를 위해 투여된 thyrotropin 주사제(품명: 젠자임타이로젠주)를 요양급여로 인정하지 아니함.

#### ▶D사례(여/54세)

- 동 사례는 갑상선유두암으로 갑상선전절제술('14.2.28.) 및 1차 150mCi 방사성요오드 잔여갑상선제거술 ('14.5.16.) 후 2차 30mCi 방사성요오드 잔여갑상선제거술('16.4.1.) 시 Thyrotropin 주사제(품명: 젠자임타이로젠주)를 투여한 사례임. 1차 방사성요오드 잔여갑상선제거술 후 추적 관찰 중('15.12.30.) 경부초음파 음성, TSH-억제 갑상선글로불린 <0.1ng/mL으로 측정되었음.
- 따라서 1차 방사성요오드 잔여갑상선제거술 후 잔재 갑상선 조직이 없는 것으로 판단되므로, 2차 방사성요오드 잔여갑상선 제거술 시 투여된 thyrotropin 주사제(품명: 젠자임타이로젠주)를 요양급여로 인정하지 아니함.

#### ■ 참고

- Thyrotropin 주사제(품명: 젠자임타이로젠주) (보건복지부 고시 제2015-184호, 2015.11.1. 시행)
- 김성연 외. 민현기 임상 내분비학. 제3판. 고려의학. 2016.
- Melmed, et al. Williams Textbook of Endocrinology. 13th edition. Elsevier. 2016.
- 조보연. 임상갑상선학. 제4판. 고려의학. 2014.
- 안병철. 갑상샘 핵의학. 고려의학. 2014.
- 대한내분비학회. 내분비대사학. 제2판. 군자출판사. 2011.
- 대한갑상선학회 갑상선결절 및 암 진료 권고안 개정안. Volume 3. 2016.
- American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid nodules and Differentiated Thyroid Cancer. 2015.
- NCCN Clinical Practice Guidelines In Oncology. Thyroid Carcinoma. Version 2. 2014.
- Thyrotropin 주사제(품명: 젠자임타이로젠주) 인정 여부에 대한 핵의학회 의견 (대핵의 2017-018호, 2017.1.25.)

[2017.2.10. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

## 요양급여대상 사전 승인 건

### 2017.2월 솔리리스주 사전심의 분과위원회 심의사례 공개

- 우리원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부 고시 제2016-173호, 2016.9.1. 시행)에 따라 요양급여 대상여부를 결정하는 솔리리스주 사전심의제도를 실시하고 있습니다.
- 「Eculizumab(품명: 솔리리스주) 사전 승인에 관한 방법 및 절차」(건강보험심사평가원 공고 제2016-241호, 2016.9.1. 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.

#### ○ 사전심의

구분	계	승인	불승인	기타
사전심의	5	1	4	0

※ 신청기관: 5기관

#### ▶ 세부내역

연번	성별/나이	심의결과	비고
A사례	여/39	승인	발작성야간혈색소뇨증과 연관된 동반질환 혈전증으로 급여 기준 충족
B사례	남/47	불승인	수혈력 기준이 충족되지 않았으며, 현상태는 신부전이 진행성인 것으로 보이지 않고, 평활근연축의 발생이 반복적인 것으로 판단되지 않아 불승인
C사례	남/59	불승인	현상태는 신부전이 진행성인 것으로 보이지 않고, 평활근연축의 발생이 반복적인 것으로 판단되지 않아 불승인
D사례	남/42	불승인	평활근연축의 발생이 반복적인 것으로 판단되지 않아 불승인
E사례	여/36	불승인	수혈력 기준이 충족되지 않았으며, 평활근연축과 발작성 야간혈색소뇨증의 연관성이 명확하지 않아 불승인

## 2017.2월 조혈모세포이식분과위원회 심의사례 공개

우리원에서는 「조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부고시 제2016-65호, 2016.5.1.시행)」에 따라 조혈모세포이식 영양급여 대상자에 대해 영양급여 대상여부를 결정하는 **조혈모세포이식 사전심의 제도**를 실시하고 있습니다.

심의 결과 관련 기준에 적합한 경우는 영양급여로 승인하고 있습니다. 다만, 선별급여로 결정된 환자가 **조혈모세포이식을 시행받기 위해 입원한 경우**, 「비승인 조혈모세포이식 환자의 영양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014.12.1.시행)」에 따라 **이식과 직접 관련된 진료기간**(조혈모세포 주입 전 1주부터 주입 후 2주)의 영양급여비용(이식술료, 이식과 관련된 입원료[무균치료실료 포함], 시술 전·후 처치 등)에 대하여는 100분의 50을 본인에게 부담토록하고, 그 외의 기간에 이루어지는 진료비(면역억제제 투여, 검사와 합병증 및 후유증 치료비 등)에 대하여는 **영양급여로 인정**하고 있습니다.

### ■ 심의 결과

구분		계	동종	제대혈	자가	비고
<b>총 접수건</b>		<b>249</b>	<b>133</b>	<b>1</b>	<b>115</b>	-
처리결과	급여건	195	104	1	90	-
	선별급여건	54	29	0	25	-
	불가건	-	-	-	-	-

\* 신청기관 : 37개 요양기관

### ■ 심의내용

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
동종	총 133건	급여: 104건	급성골수성백혈병: 33건	(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류양(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 영양급여대상자로 인정함.
			급성림프모구백혈병: 26건	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 10 <sup>9</sup> /L 이상



구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>(라) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우  (마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① Poor Steroid Response  ② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)  ③ Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>(3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우  (4) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			중증재생불량성빈혈: 9건	<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</p> <p>① 절대호중구 수(ANC)가 500/<math>\mu</math>l 이하  ② 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x10<sup>9</sup>/L  ③ 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			골수형성이상증후군: 16건	<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  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/<math>\mu</math>l 이하이면서 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하  ② Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p> <p>(2) 소아는 사례별로 결정함</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			악성림프종: 6건	<p>(1) 비호지킨 림프종</p> <p>(가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<ul style="list-style-type: none"> <li>① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우</li> <li>② Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외)</li> <li>③ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</li> </ul> <p>(나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma</li> <li>② Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma</li> <li>③ Mantle Cell Lymphoma</li> <li>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</li> <li>⑤ Burkitt Lymphoma</li> <li>⑥ Peripheral T-cell Lymphoma</li> <li>⑦ Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상</li> <li>⑧ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</li> <li>⑨ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</li> </ul> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			다발골수종: 4건	<p>다음의 조건을 모두 만족하는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① ECOG 수행능력평가 0-1</li> <li>② 부분반응(Partial Response) 이상인 경우</li> <li>③ 만성신부전이 아닌 경우</li> </ul> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>동 건은 다발골수종으로 진단되어 일란성쌍생아로부터 1차 조혈모세포이식 위해 신청된 사례로, 기저질환이 없는 일란성 쌍생아로부터 조혈모세포이식 시 자가이식과 마찬가지로 효과적일 것으로 생각되어 자가조혈모세포이식 기준에 준하여 요양급여 대상자로 인정함. 향후 tandem 및 재발 시 자가조혈모세포 급여 기준에 준하여 심의기로 함.</p>
			일차골수섬유증: 3건	<p>일차골수섬유증의 예후지표인 DIPSS plus risk category 중 고위험도(High risk, 예후인자수 ≥ 5항목)와 중등위험도-2(Intermediate-2, 예후인자수 3항목 또는 4항목)에 해당하는 경우.</p> <p>다만, 중등위험도-2에 해당하는 경우에는 질병의 중등도 등 환자상태를 고려하여 사례별로 인정함.</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			Acute Bileneal Leukemia: 1건	<p>Acute Bileneal Leukemia로 진단되어 1차 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출된 자료를 검토한 결과 완전관해가 확인되는 바 요양급여대상자로 인정함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			만성육아종증(CGD): 1건	임상 양상 및 유전자 검사 또는 질환의 특이검사 등으로 진단된 만성육아종증으로 중증감염이 반복되는 경우  고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			연소기골수단구성백혈병 (Juvenile Myelomonocytic Leukemia, JMML): 1건	WHO에서 제시한 연소기골수단구성백혈병의 진단기준을 만족하는 경우  고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			혈구포식림프조직구증 : 1건	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.  동 건은 가족성(유전적) 혈구포식림프조직구증이 확인되어 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			발작성야간혈색소뇨증 : 1건	발작성야간혈색소뇨증 상병에 동종조혈모세포이식을 계획 중인 동 건은 빈혈이 쉽게 호전되지 않으며 향후 합병증이 생길 가능성이 높은 점 등을 고려한바 이식이 필요한 상태로 판단되어 사례별로 요양급여대상자로 인정함.
			Hyper IgM syndrome: 1건	Hyper-IgM syndrome은 면역결핍 질환으로, 제출된 자료를 참조하여 현재 상황에서 이식이 필요하다고 판단되어 요양급여대상자로 인정함.
			선천성호중구감소증 -WHIM syndrome(Warts, Hypogammaglobulin emia, infections, myelokathesis): 1건	WHIM syndrome은 선천성호중구감소증 category에 포함되는 질환으로 제출된 자료에서 CXCR4 mutation으로 인한 WHIM syndrome 확인되며, 요양기관에서 제출한 문헌에서 이식의 유용성 인정되어 요양급여 대상자로 인정함.
		선별급여: 29건	급성골수성백혈병: 9건	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 미세잔류양(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 동종조혈모세포이식 예정인 동 건들은 골수검사와 말초혈액검사결과 및 영상검사 상 완전관해가 확인되지 않는바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>조혈모세포이식의 영양급여에 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 건들은 현재 연령 초과되어 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 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 골수검사결과 및 말초혈액검사결과 완전관해가 확인되지 않는바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 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 건은 급성골수성백혈병으로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과 HLA가 일치하지 않는바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>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 골수이형성증후군과 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 건은 (급성골수성백혈병)으로 진단되어 1차 반일치 혈연동종조혈모세포이식 예정이나 국내외 공여자 검색을 시행하지 않은바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			급성림프모구백혈병: 8건	<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 10<sup>9</sup>/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 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 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</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>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. 2) 제대혈이식 - HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개(locus 혹은 allele) 불일치(4/6)까지 인정한다.”고 명시되어 있음. 동 건은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과 HLA가 일치하지 않는바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 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 10<sup>9</sup>/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 고위험군이 확인되지 않는바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>동 건은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 2차 반일치 동종조혈모세포 이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>급성림프모구백혈병으로 진단되어 반일치 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출된 자료에서 ALL 고위험 소견 확인되지 않으며, 동 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			골수형성이상증후군: 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 심의하여 결정한다.”고 명시되어 있음. 동 건은 골수형성이상증후군으로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과 HLA가 일치하지 않는바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 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 않는바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>동 건들은 비호지킨림프종으로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모 세포이식 예정이나 동 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 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. (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 건은 비호지킨림프종으로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과 HLA가 일치하지 않는바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만 65세 미만이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건들은 현재 연령 초과되어 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			중증재생불량성빈혈: 2건	<p>중증재생불량성빈혈로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출된 말초혈액검사결과 Very severe Aplastic anemia에 해당되지 않고, 동 상병의 반일치 이식에 대한 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 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</p>



구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haplodiential)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. 2) 제대혈이식 - HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개(locus 혹은 allele) 불일치(4/6)까지 인정한다.”고 명시되어 있음. 동 건은 중증재생불량성빈혈로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과 HLA가 일치하지 않는바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>만성골수성백혈병: 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-2)에 의하면 만성골수성백혈병(Chronic Myeloid Leukemia)은 “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” 요양급여 대상이나 동 건은 TKI 제제에 실패하거나 불내성을 보이는 경우로 확인되지 않는바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>CMML(Chronic myelomonocytic leukemia): 1건</p>	<p>동 건은 Chronic myelomonocytic leukemia으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 대한 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>혈구포식림프조직구증: 2건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표 2-가-10)에 의하면 혈구포식림프조직구증(Hemophagocytic Lymphohistiocytosis, HLH)은 “The Histiocyte Society에서 제시된 진단기준(2004년 제정)을 만족하는 혈구포식림프조직구증 환자 중 가족성(유전적) 또는 비가족성(비유전적) 혈구포식림프</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>조직구증으로 확인된 경우 다만, 비가족성(비유전적) 혈구포식 림프조직구증 중에서 호전된 경우는 사례별로 인정함."으로 되어 있음.</p> <p>비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 진단되어 동종 조혈모세포이식 신청된 동 건은 추가 유전자 검사 통해 가족성 HLH 여부의 감별 필요성 있으며, 비가족성인 경우 최근 상태가 호전되는 양상으로 판단되는 바, 환자 측의 요청과 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 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. (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 건은 혈구포식림프조직구증으로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과 HLA가 일치하지 않는바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
제대혈	총 1건	급여: 1건	급성골수성백혈병: 1건	<p>(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양상으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>(2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
자가	총 115건	급여: 90건	다발골수종: 40건	<p>IMWG에서 제시한 다발골수종의 진단 기준에 맞고 이식 적응증에 적합한 경우 영양급여 대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-64호, 2016.05.01.) &lt;2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)&gt; 세부인정사항 2. 나.에서</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>다발골수종은 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식으로 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 경우에만하여 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: 35건	<p>1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 각 호의 1에 해당하는 경우 요양급여 대상임.</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>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>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/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>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			급성골수성백혈병: 5건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-나-2)에 의하면</p> <p>(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우</p> <p>(2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 혈액학적 완전관해인 경우 요양급여 대상임.</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			AL 아밀로이드증: 2건	<p>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.</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			POEMS증후군: 3건	<p>포엠증후군(POEMS syndrome)은 IMWG에서 제시한 POEMS 진단기준에 적합한 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>포엠증후군(POEMS syndrome)으로 자가 조혈모세포이식에정인 동 건은 제출한 진료내역을 검토한 결과 포엠증후군의 필수적인 진단기준(mandatory criteria)과 주요 진단 기준(major criteria), 부수적 진단기준(minor criteria)을 모두 만족하므로 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			수모세포종①: 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-64호, 2016.5.1.) &lt;2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)&gt;은 가.신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT), 나. 다발골수종 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 1.5cm<sup>3</sup> 이상인 경우 ③ 두개강내 전이가 있는 경우 ④ Anaplastic type</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			신경모세포종①: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-64호, 2016.5.1.) &lt;2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)&gt;은 가.신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET),</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>비정형기형/횡문근종양(AT/RT), 나. 다발골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여 대상임.</p> <p>또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표2-나-5)에 의하여 신경모세포종은 다음 각 호의 1에 해당하는 경우로</p> <p>(1) 진단 시 1세 이상이면서 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 Stage IV 또는 N-myc 증폭(+)인 Stage II 이상인 경우</p> <p>(2) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 때</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			호지킨림프종: 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2016-65호, 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> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
		선별급여: 25건	비호지킨림프종: 7건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (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.</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, (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/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>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma ⑧ Primary CNS Lymphoma</p> <p>동 건들은 비호지킨림프종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 추적 검사결과 부분반응 이상 확인 되지 않는바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 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> <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 ⑤ Burkitt Lymphoma ⑥ Peripheral T-cell Lymphoma ⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma ⑧ Primary CNS Lymphoma</p> <p>동 건들은 비호지킨림프종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로 확인 되지 않는바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 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)-(가)-②에 Diffuse Large B Cell Lymphoma은 LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 요양급여 대상임. 동 건들은 비호지킨림프종 (Diffuse Large B cell lymphoma)으로 진단받고 LDH정상 수치로 확인됨에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 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)-⑧에 Primary CNS lymphoma는 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 요양급여 대상임. 동 건은 3차례 high-dose MTX 및 방사선 치료 후 CR 확인되어, 현재 이식이 반드시 필요한 상황으로</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>보기 어려워 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만 65세 미만이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건들은 연령초과 되어 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			다발골수종: 3건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만 65세 미만이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건들은 연령초과 되어 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			수모세포종①: 2건	<p>동 건은 수모세포종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 추적 검사결과 부분반응 이상 확인 되지 않는바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			신경모세포종①: 2건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표)2-나-5)에 신경모세포종은 "(1) 진단시 1세이상이면서 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 stageⅣ 또는 N-myc 증폭(+인 stageⅡ 이상인 경우, (2) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 경우"로 되어 있음. 동 건은 신경모세포종 상병에 Tandem Transplantation을 예정하고 있는 건으로 stageⅣ 또는 N-myc증폭(+인 stageⅡ 이상에 해당되지 않아 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			생식세포종①: 2건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-64호, 2016.5.1.)에 의하면 "2회 연속적인 고용량 항암 화학요법 및 자가 조혈모세포이식(Tandem Transplantation)은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT), (나) 다발골수종 인정기준에 적합한 경우 영양급여토록 되어있음. 동 건은 (생식세포종) 진단받고 자가 후 자가이식 신청되었으나, 고시 인정기준 외로 동 상병에 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한 바 환자 측의 요청과 진료 담당</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			AL아밀로이드증: 1건	Amyloidosis로 자가 조혈모세포이식에정인 동 건은 제출한 진료 내역을 검토한 결과 AL type 유전분종으로 확인되지 아니하여 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Rhabdoidtumor: 1건	동 건은 Rhabdoidtumor으로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정으로 조혈모세포이식의 영양급여에 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 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Retinoblastoma①: 1건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표)2-나-11)에 의하여 망막모세포종은 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상을 보이면서 다음 각 호의 1에 해당하는 경우로 (1) 재발 및 진단 시 전이가 있거나 안구 외(extraocular)에 침범된 편측성 망막모세포종 (2) 양측성 망막모세포종을 인정하고 있음. 동 건은 tandem 자가조혈모세포이식을 예정하고 있는 건으로 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제 4조(요양급여대상자기준) (별표)에 해당되지 않는 바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Diffuse midline glioma, H3K27M-mutant: 1건	동 건은 Diffuse midline glioma, H3K27M-mutant으로 진단되어 2차 자가조혈모세포이식 예정으로 조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) (별표)에 해당되지 않으며, 2차 이식에 대한 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Osteosarcoma: 1건	조혈모세포이식의 영양급여에 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 항암치료 후 완전 관해된 경우 (2)재발 후 국소적 치료 및 구제 항암화학요법으로 2차 완전관해 된 때"로 되어 있음. 동 건은 골수검사 및 부분 반응 이상 확인되지 않는 바, 환자 측의 요청과



구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Pineoblastoma①: 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-64호, 2016.5.1.)에 의하면 "2회 연속적인 고용량 항암 화학요법 및 자가 조혈모세포이식(Tandem Transplantation)은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외 배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT), (나) 다발 골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여토록 되어있음. 동 건은 고시 인정기준 외이며, 부분반응이상 확인되지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모 세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여 비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			간모세포종: 1건	동 건은 간모세포종으로 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제 4조(요양 급여대상자기준) (별표)2-나-12)의 표준항암화학요법에 반응 하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상이거나 재발되어 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 사례별로 인정하고 있으나, 동 건은 최근까지 크기가 증가하는 등 항암화학요법의 효과가 명확하지 않아 자기이식의 필요성을 판단하기 곤란한 바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
계	249			

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