진료심사평가위원회 심의사례 공개 (총 5개 항목)

- 2015.10.30.공개

연번	제 목	페이지
1	상병명 및 진료기록 참조, 이니시아정 인정여부	1
2	동일악 또는 근접부위에 치주관련 처치(치석제거, 치근활택술, 치주소파술 등)와 발치 후의 수술후처치(단순처치)를 동시에 시행한 경우 인정여부	3
3	근디스트로피 등 상병에 외래에서 시행한 나723 경피적혈액산소포화도측정(E7230) 및 나604 호기말이산화탄소분압감시(F6040) 인정여부	8
4	이비인후과 영역에서 설단순절제술 및 연부조직종양적출술(지방종 등)-피하양성종양 등에 사용한 초음파 절삭기(Harmonic scalpel 등) 인정여부	10
5	조혈모세포이식 요양급여대상 인정여부	12

요양급여비용 사후 심사 건

1. 상병명 및 진료기록 참조, 이니시아정 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/44세)

- 청구 상병명: 상세불명의 자궁의 평활근종, 불규칙적 주기를 가진 과다 및 빈발월경
- 주요 청구내역

249 이니시아정(울리프리스탈아세테이트)/A(648506760) (ulipristal acetate) 1*1*28

○ B사례(여/42세)

- 청구 상병명: 상세불명의 자궁의 평활근종, 상세불명의 하복부 통증, 상세불명의 복통
- 주요 청구내역

114 유한폰탈정500밀리그람(메페남산)/A (mefenamic acid) 3*7

249 이니시아정(울리프리스탈아세테이트)/A(648506760) (ulipristal acetate) 1*1*28

■ 진료내역

○ A사례(여/44세)

- 주요 검사결과: 2015.01.09. Hemoglobin 9.4g/㎗ ▼ (경과기록에 언급)
  2015.04.23. ultra sono ① 5.3×5.0cm
  ② 2.9×3.4cm
  ③ 2.5×2.1cm
  ④ 1.7×1.5cm
- 복약(경과기록에 언급): 2015.01.16. 베노훼럼 2@
  2015.04.23. 베노훼럼 2@

○ B사례(여/42세)

- 주요 검사결과: 2015.05.28. Hemoglobin 9.9g/㎗ ▼
  2014.11.29. ultra sono ① 6.7×4.4cm
  ② 3.2×4.8cm
- 임상증상(경과기록에 언급): 심한 생리통

■ 심의내용

○ 이니시아정(울리프리스탈아세테이트)은 식약처 허가사항의 효능·효과에 따르면

- 가임기 성인 여성에서 중등도-중증 증상을 가진 자궁근종 환자의 수술 전 치료
- 가임기 성인 여성에서 중등도-중증 증상을 가진 자궁근종 환자의 간헐적인 치료에 사용하도록 규정하고 있음.(2015.08.28. 변경)

○ 동 건은 '상세불명의 자궁의 평활근종' 상병으로 출혈이나 통증이 있어 수술 전 치료를 위해 투여한 이니시아정의 인정여부에 대하여 산부인과 분과위원회에서 논의한 결과,

○ 교과서, 임상문헌에 의하면 자궁근종은 가임여성의 절반이상에서 발생되는 종양으로 증상이 없는 경우가 다수로 자궁 평활근종을 가진 여성의 20~50%만이 증상을 보이고 있으며 종양의 수, 크기 및 위치에 따라 다양한 증상이 나타남.

자궁평활근종과 관련된 증상은 월경과다를 포함한 비정상적인 자궁출혈이 가장 흔하며 골반동통 또는 압박, 방광용적 감소(비뇨기 증상), 변비, 그 외 생식기능 이상 등으로 다양하고, 이니시아정은 출혈과 동통 조절 및 크기를 감소시켜 수술 전 치료로 사용할 수 있음.

○ 따라서, 동 건의 2사례는 임상증상(자궁출혈, 골반동통 또는 압박 등) 및 약제투여내역 등 전반적인 진료내역을 고려하여 아래와 같이 사례 결정하기로 함.

- 아 래 -

▶ A사례(여/44세)

: 상세불명의 자궁의 평활근종, 불규칙적 주기를 가진 과다 및 빈발월경 상병 하에 수술전 치료법으로 이니시아정(울리프리스탈아세테이트) (28정/팩)을 원외처방한 건으로 진료기록부 등을 검토한 결과, 혈액검사결과 혈색소 9.4g/㎗, 어지럼증(수차례의 철분제 투약) 및 배뇨곤란 등의 임상증상과 초음파 검사결과 5.3×5.0㎝ 외 3개의 자궁근종이 확인되어 중등도-중증 증상을 가진 자궁근종 환자로 판단되므로 동 건의 이니시아정은 요양급여로 인정함.

▶ B사례(여/42세)

: 상세불명의 자궁의 평활근종, 상세불명의 하복부 통증, 상세불명의 복통 상병 하에 수술전 치료법으로 이니시아정(울리프리스탈아세테이트) (28정/팩)을 원외처방한 건으로 진료기록부 등을 검토한 결과, 혈액검사결과 혈색소 9.9g/㎗, 심한 생리통으로 인한 진통제 투약이력 등의 임상증상과 초음파검사 결과 6.7*4.4㎝을 포함한 두 개의 자궁근종이 확인되어 중등도-중증 증상을 가진 자궁근종 환자로 판단되므로 동 건의 이니시아정은 요양급여로 인정함.

■ 참고

○ 대학산부인과학회 교과서편찬위원회, 부인과학 제4판, 고려의학, 2008

○ Lisa N.Abaid, et al. Berek & Novak's Gynecology. 15th Edition. Lippincott Williams & Wilkins, Walters Kluwer Health. 2014 Apr;395-396, 160

○ Philippe Bouchard. et al. Selective progesterone receptor modulators in reproductive medicin: pharmacology, clinical efficacy and safety. Fertility and Sterility 2011 Nov;96(5): 1175-1189.

○ Fred F. Ferri. Clinical Advisor 2016. F.A.C.P. 2016; 1271-1272.

○ Jacques Donnez, et al. Ulipristal Acetate versus Leuprolide Acetate for Uterine Fibroids. N Engl J Med 2012; 366:421-432.

[2015.9.4. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

2. 동일악 또는 근접부위에 치주관련 처치(치석제거, 치근활택술, 치주소파술 등)와 발치 후의 수술후처치(단순처치)를 동시에 시행한 경우 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/68세)

- 청구 상병명: 상세불명의 치아의 파절, 단순 변연부 만성치은염
- 주요 청구내역

[20150205] 차41라 발치술[1치당]-난발치 1*1 (#25)
[20150206] 차21가 수술후처치[1일당]-단순처치 1*1 (#25)
차23-1나 치석제거[전악] 1*1

○ B사례(남/67세)

- 청구 상병명: 만성 근단치주염
- 주요 청구내역

[20150317] 차41다 발치술[1치당]-구치 2*1 (#15, #18)
차41라 발치술[1치당]-난발치 1*1 (#17)
[20150318] 차21가 수술후처치[1일당]-단순처치 1*1 (#15, #17, #18)
차23-1가 치석제거[1/3악당] 6*1

○ C사례(남/76세)

- 청구 상병명: 만성 근단치주염
- 주요 청구내역

[20150311] 차23-1나 치석제거[전악] 1*1
차41다 발치술[1치당]-구치 1*1 (#27)
[20150312] 차21가 수술후처치[1일당]-단순처치 1*1 (#27)
차24 치근활택술[1/3악당] 1*1 (#13~#23)

○ D사례(여/65세)

- 청구 상병명: 만성 단순치주염
- 주요 청구내역

[20150313] 차23-1가 치석제거[1/3악당] 2*1 (#11~#15, #41~#47)
차41다 발치술[1치당]-구치 3*1 (#16~#18)
[20150320] 차21가 수술후처치[1일당]-단순처치 1*1 (#16~#18)
차23-1가 치석제거[1/3악당] 3*1 (#21~#27, #31~#37)

○ E사례(남/37세)

- 청구 상병명: 만성 단순치주염
- 주요 청구내역

[20150313] 차23-1가 치석제거[1/3악당] 6*1
차41다 발치술[1치당]-구치 (U4413) *2*1 (#17, #18)
[20150316] 차21가 수술후처치[1일당]-단순처치 (U2211) 1*1 (#17, #18)
차101 치주소파술[1/3악당] 1*1 (#14~#16)

○ F사례(여/49세)

- 청구 상병명: 만성 단순치주염
- 주요 청구내역

[20150309] 차41다 발치술[1치당]-구치 2*1 (#16, #17)
차101 치주소파술[1/3악당] 1*1 (#13~#23)
[20150316] 차101 치주소파술[1/3악당] 1*1 (#44~#48)
차21가 수술후처치[1일당]-단순처치 1*1 (#16, #17)

○ G사례(남/68세)

- 청구 상병명: 만성 단순치주염
- 주요 청구내역

[201503011] 차101 치주소파술[1/3악당] 1*1 (#24~#27)
차41라 발치술[1치당]-난발치 1*1 (#26)
[20150318] 차21가 수술후처치[1일당]-단순처치 1*1 (#26)
차101 치주소파술[1/3악당] 1*1 (#34~#37)

○ H사례(남/65세)

- 청구 상병명: 만성 단순치주염, 만성복합치주염
- 주요 청구내역

[20150401] 차41다 발치술[1치당]-구치 1*1 (#48)
차41라 발치술[1치당]-난발치 1*1 (#36)
차101 치주소파술[1/3악당] 1*1 (#34~#37)
[20150408] 차21가 수술후처치[1일당]-단순처치 1*1 (#36,#48)
차101 치주소파술[1/3악당] 1*1 (#24~#27)
차22가 치주치료후처치[1구강1회당]-치주수술후 1*1 (#34 ~#37)

■ 진료내역

○ A사례(여/68세)

[20150205] CR& ROOT FX
I/A X 2 난발치(치근만곡 및 유착) ⇒ 치근분할 발치(Surgical bur) (#25)
[20150206] Scaling (전악)
#25 N/S

○ B사례(남/67세)

[20150317] #15,#17,#18 Extraction under B-A(Lido 1A), #17 난발치(치근분리 유착 bur 사용)
[20150318] Scaling (전악)
#15, #17, #18 dressing H2O2

○ C사례(남/76세)

[20150311] #27 발치 원함.(아스피린, 플라빅스) 약 1주일 중단 중
Scaling (전악)
#27 Extraction under B-A(Lido 1A)
[20150312] #27 dressing
#13~#23 Root planing

○ D사례(여/65세)

[20150313] #10,40 Scaling
#16,#17,#18 Extraction under B-A(Lido 2A), suture w 3-0 b/s
[20150320] Scaling (#20~#30)
Stitch-out (#16, #17, #18)

○ E사례(남/37세)

[20150313] probing, photo taking, 전악 스케링
#17,18 Ext under B-A(Lido 3A)
ateloplugM 1, SUTURE/C 4-0 Polysorb, gauze bite
NEXT: Dressing
[20150316] #17, #18 dressing
#14~#16 Cu under B-A(Lido 1A)⇒ #17.18 mob(+)
Next: #44~#47 Cu

○ F사례(여/49세)

[20150309] #13~#23 Cu (Lido 2A), #16,#17 Ext suture 4-0 polysorb
Next: S-OUT
[20150316] #16,#17 dressing

○ G사례(남/68세)

[201503011] #24, #25, #27 Cu (Lido 1A)
#26 Ext 치관파절되어 있음. 남은 Root 제거
[201503018] Tretment: #26 dressing
#34~#37 Cu(Lido 1A)

○ H사례(남/65세)

[20150401] #36 발치-난발치, #38 구치발치, 전월 치석제거 시행(#34~#37)
[20150408] #24~#27 치주소파술(Subgingival Curettage)
#36, #38 발치-후처치(간단) 후처치(단순처치)
#34, #35, #37 치주치료-치주후처치(간단)

■ 심의내용

○ 건강보험요양급여비용 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제10장에 의하면 치과 처치 및 수술료 항목의 수가산정 시 경조직은 〔1치당〕·〔1근관당〕 등으로, 연조직은 〔1/3악당〕·〔1일당〕 등으로 구분하고 있으며, 제10장 산정지침(4항)에 주된 수술 시에 부수적으로 동시에 실시하는 수술의 경우에는 주된 수술의 소정점수만 산정하도록 규정하고 있음.

- 중앙심사조정위원회(2010.3.29.)에서 사례 관련, 질의하여 검토한 결과 치주관련처치를 시행하는 경우 염증을 유발하는 국소자극요인을 제거하는 초기 치료과정을 거쳐야 하고 수술후처치는 간단히 dressing하는 행위로 주된 수술시에 부수적으로 동시에 실시하는 수술의 경우 주된 수술의 소정점수만 산정 가능하므로 1일에 수술후처치와 치주관련처치를 시행하는 경우 동일악 중에 연결된 1/3악 범위가 아니더라도 주된 수술의 소정점수만 인정하기로 함.

- 같은 날 동일악에 치주치료 또는 치주치료후처치와 발치후단순처치를 실시한 경우 주된 시술만 인정하는 것은 적절하지 않다는 의견이 있어 동 건의 8사례에 대하여 부의하여 논의함.

○ 관련 교과서 및 임상문헌, 전문가에 의하면 구강은 특이한 미생물 서식처로서 각기 다른 종류의 세균이 서식할 수 있는 환경을 형성하고 독특한 생태학적 조건을 이루고 있으며, 치석제거 및 치근활택술 후 처치는 시술부위를 세척하고 잔존치석이나 치태의 유무를 관찰하여야 하고, 수술후처치는 간단한 구강연조직 질환의 처치와는 다르게 수술한 부위에 대하여 창상치유 및 환자의 상태 등을 관찰하여 종합적으로 평가하기 위해서 실시하는 행위임.

- 국소적 병변(1/3악)인 경우 구강구조의 특성상 입안 전체를 소독한 후 시술하기 보다는 통상 병변부위만 소독하는 경우가 다수이고 치과 처치 및 수술시 1/3악당의 인정기준은 1악을 1/3로 구분하므로 해당 부위별로 시술을 하였다면 각각의 시술을 산정하는 것이 바람직하다는 의견임.

- 동일악 중에 연결된 1/3악 범위내(인접한 치아 3~4개 이내 범위)에서 처치 및 수술을 행한 경우는 주된 시술 및 처치만 산정하는 것이 타당하다는 의견이 제시되어 전반적 진료 내역 및 심사기준 등 참조 동일악중 1/3악 또는 동일악 중에 연결된 1/3악 범위내(인접한 치아 3~4개 이내 범위)에서 치주치료 또는 치주치료 후 처치와 수술 후 단순처치를 시술한 경우 주된 수술 및 처치의 소정점수만 인정하기로 하고, 근접한 치아에 대하여는 사례별로 결정하기로 함. 동 건의 8사례는 아래와 같이 결정함.

- 아 래 -

▶ A사례(여/68세)

: 단순 변연부 만성치은염 상병으로 난발치(#25)를 실시하고 익일 전악치석제거와 상악좌측소구치(#25) 부위에 수술후처치-단순처치를 산정한 건으로 주된 수술 시에 부수적으로 동시에 실시하는 수술의 경우에는 주된 수술의 소정점수만 산정하므로, 동일부위에 해당하는 차21-가 수술후처치-단순처치는 인정하지 아니함.

▶ B사례(남/67세)

: 만성근단치주염 상병으로 난발치와 구치발치를 실시하고 익일 전악치석제거와 상악우측구치(#15,#17,#18) 부위에 수술후처치-단순처치를 산정한 건으로, 주된 수술시에 부수적으로 동시에 실시하는 경우에는 주된 수술의 소정점수만 산정가능 하므로, 동일부위에 해당하는 차21-가 수술후처치-단순처치는 인정하지 아니함.

▶ C사례(남/76세)

: 만성근단치주염 상병으로 구치발치를 실시하고 익일 상악 전치(#13~#23)부위에 치근활택술을 실시하고 동일악(#27) 부위에 수술후처치-단순처치를 산정한 건으로, 치근활택술(1/3악당)을 상악전치(#13~#23) 부위에 시행하는 경우 구강전체를 반드시 소독할 필요는 없으며, 1/3악범위에 해당되지 않아 차21-가 수술후처치-단순처치는 인정하기로함.

▶ D사례(여/65세)

: 만성단순치주염 상병으로 구치발치를 실시하고 1주뒤 좌측 치아부위(#21~#27, #31~#37)에 치석제거와 상악우측구치(#16~#18)부위에 Stitch-out을 실시하고 수술후처치-단순처치를 산정한 건으로, 치석제거술(1/3악당)을 좌측 치아부위(#21~#27, #31~#37)에 시행하는 경우 구강전체를 반드시 소독할 필요가 없으며, 1/3악범위에 해당되지 않아 차21-가수술후처치-단순처치는 인정하기로함.

▶ E사례(남/37세)

: 만성단순치주염 상병으로 전악치석제거와 상악우측구치(#17,#18)부위에 구치발치를 시행하고 3일 후 상악우측구치(#14~#16)부위 치주소파술을 실시한 후 동일부위(#17,#18)에 수술후처치-단순처치를 산정한 건으로 치주소파술(1/3악당)부위와 동일부위(상악우측구치부위)에 산정된 수술후처치-단순처치는 인정하지 아니함.

▶ F사례(여/49세)

: 만성단순치주염 상병으로 구치발치를 실시하고 일주일후 하악우측구치(#44~#48)부위에 치주소파술과 상악우측구치부(#16,#17)부위에 수술후처치-단순처치 산정건으로 치주소파술(1/3악당) 하악우측구치(#44~#48)부위 시행하는 경우 구강전체를 반드시 소독할 필요는 없으며, 1/3악범위에 해당되지 않아 차21-가수술후처치-단순처치는 인정하기로함.

▶ G사례(남/68세)

: 만성단순치주염 상병으로 난발치를 시행하고 일주일 후 하악좌측구치부(#34~#37)부위에 치주소파술과 상악좌측구치부(#26)부위에 수술후처치-단순처치를 산정한 건으로 치주소파술(1/3악당) 하악좌측구치부(#34~#37)부위 시행하는 경우 구강전체를 반드시 소독할 필요는 없으며, 1/3악범위에 해당되지 않아 차21-가 수술후처치-단순처치는 인정하기로함.

▶ H사례(남/65세)

: 동 건은 제출된 진료기록부 검토결과 만성단순치주염, 만성복합치주염 상병으로 난발치를 시행하고 일주일후 상악좌측구치(#24,#25,#27)부위에 치주소파술과 하악좌측구치(#36,#38)부위에 수술후처치-단순처치와 하악좌측구치(#34,#35,#37)부위에 치주치료후처치를 산정한 건으로 동일부위하악좌측구치부(#34~#38)에 차22치주치료후처치와 차21-가수술후처치-단순처치는 주된 처치인 수술후 처치만 인정하기로 함.

■ 참고

○ 건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수 제1편 제2부 제10장 치과 처치 및 수술료
○ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 제10장 치과 처치 및 수술료 등(보건복지부 고시 제2013-185호)
○ 전국치주과학교수협의회, 치주과학 제6판, 군자출판사, 2015

[2015.8.31. 진료심사평가조정위원회(중앙심사조정위원회)]

3. 근디스트로피 등 상병에 외래에서 시행한 나723 경피적혈액산소포화도측정(E7230) 및 나604 호기말이산화탄소분압감시(F6040) 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(남/19세)

- 청구 상병명: 근디스트로피, 만성 호흡부전, 상세불명의 척주측만증_상세불명의 부위, 확장성 심근병증, 위조루술 상태, 상세불명의 골다공증_상세불명 부분
- 주요 청구내역

나723 경피적혈액산소포화도측정[1일당] (E7230)	1*1*1
나604 호기말이산화탄소분압감시[Capnography][1일당] (F6040)	1*1*1
나601가 호흡기능검사-기본폐기능검사[기류용적폐검사를하지않는 경우] (F6001)	1*1*1
나601카 호흡기능검사-최고호기유량측정(휴대용)[1일당] (FX661)	1*1*1
나661가 도수근력검사(상지 또는 하지[체간포함]) (E6611)	1*1*1

○ B사례(여/55세)

- 청구 상병명: 근디스트로피, 기관절개 상태, 만성 호흡부전, 기관절개에 대한 처치를 위하여 보건서비스와 접하고 있는 사람, 상세불명의 만성 폐색성 폐질환, 상세불명의 폐성 심장병, 상세불명의 고혈압, 삼킴곤란, 상세불명의 요실금, 상세불명의 골밀도 및 구조의 장애_상세불명 부분, 발성장애, 상세불명의 관절증_상세불명 부분, 급성 인후두염, 기운 목_상세불명의 부위
- 주요 청구내역

나723 경피적혈액산소포화도측정[1일당] (E7230)	1*1*1
나604 호기말이산화탄소분압감시[Capnography][1일당] (F6040)	1*1*1
나601가 호흡기능검사-기본폐기능검사[기류용적폐검사를하지않는 경우] (F6001)	1*1*1
나601카 호흡기능검사-최고호기유량측정(휴대용)[1일당] (FX661)	1*1*1
나661가 도수근력검사(상지 또는 하지[체간포함]) (E6611)	1*1*1

○ C사례(남/19세)

- 청구 상병명: 만성 호흡부전, 근디스트로피, 상세불명의 척주측만증_상세불명의 부위, 기타 호흡이상, 삼킴곤란, 상세불명의 골다공증_상세불명 부분, 근막통증증후군_다발 부분, 확장성 심근병증, 상세불명의 폐렴, 상세불명의 철결핍빈혈
- 주요 청구내역

나723 경피적혈액산소포화도측정[1일당] (E7230)	1*1*1
나604 호기말이산화탄소분압감시[Capnography][1일당] (F6040)	1*1*1
나601나 호흡기능검사-기류용적폐곡선[기본폐기능검사포함] (F6002)	1*1*1
나601카 호흡기능검사-최고호기유량측정(휴대용)[1일당] (FX661)	1*1*1
나661가 도수근력검사(상지 또는 하지[체간포함]) (E6611)	1*1*1

■ 심의내용

○ 동 건(A-C사례)은 근디스트로피 등 상병으로 외래에서 '나601가 호흡기능검사-기본폐기능검사', '나601카 호흡기능검사-최고호기유량측정'과 동시에 '나723 경피적혈액산소포화도측정(E7230)', '나604 호기말이산화탄소분압감시(F6040)'를 시행한 건으로, 진료내역 참조하여 상기검사 인정여부에 대하여 심의함.

○ 전문가 의견에 의하면 갑작스러운 발병이나 질환의 악화로 호흡부전이 발생하는 경우와는 달리 신경근육계 질환 환자의 경우 서서히 진행되는 호흡근육 마비로 발생되는 호흡부전은 환자들이 보상기전을 통해 적응을

하기 때문에 저환기로 인한 고탄산혈증이나 산소포화도 저하가 있어도 증상이 나타나지 않는 경우가 많으므로, 근디스트로피 상병으로 인공호흡기를 적용하고 있는 외래 환자에게 환기부전 증상 확인 및 호흡기능검사 뿐만 아니라, 호흡부전 정도의 평가, 인공호흡기 세팅의 적절성 확인과 사용시간의 조정을 위해 경피적혈액산소포화도측정 및 호기말이산화탄소분압감시를 시행하는 것이 타당하다는 의견임.

○ 다만, 근디스트로피 등 상병으로 내원한 모든 환자에게 동일한 검사를 일률적으로 시행하는 것은 바람직하지 않으며, 외래에서 동 검사 시행 시 관련 장비 및 인력이 수반된 적절한 모니터링이 이루어져야 함.
또한, 인공호흡기를 적용하고 있는 근디스트로피 환자의 경우 일반적으로 3개월 이상의 간격으로 검사를 시행하는 것이 타당함.

○ 따라서, 위 논의를 바탕으로 각 사례는 아래와 같이 결정함.

- 아 래 -

▶ **A사례(남/19세), B사례(여/55세), C사례(남/19세)**

: 근디스트로피, 만성 호흡부전 등의 상병으로 외래에서 '나601가 호흡기능검사-기본폐기능검사(F6001)', '나601카 호흡기능검사-최고호기유량측정(FX661)', '나723 경피적혈액산소포화도측정(E7230)', '나604 호기말이산화탄소분압감시(F6040)' 를 시행한 사례임.

'경피적혈액산소포화도측정과 '호기말이산화탄소분압감시' 가 1일당 수가이긴 하나 해당 기관의 외래에서 장비 및 인력이 수반된 적절한 모니터링이 이루어지고 있는 것으로 판단되고, 뚜렷한 환기부전 증상(CO_2 retention)은 없으나 비침습적 양압 환기법(Non-invasive Positive Pressure Ventilation, NIPPV)을 시행하고 있는 환자로 인공호흡기 세팅의 적절성 확인과 사용시간의 조정을 위해 호흡기능검사 뿐만 아니라 경피적혈액산소포화도측정 및 호기말이산화탄소분압감시를 시행하는 것이 필수적이라는 의견이며, 3개월 이상 간격으로 검사를 시행한 것으로 확인됨.

따라서, A, B, C사례에서 시행한 '나601가 호흡기능검사-기본폐기능검사(F6001)', '나601카 호흡기능검사-최고호기유량측정(FX661)', '나723 경피적혈액산소포화도측정(E7230)', '나604 호기말이산화탄소분압감시(F6040)' 를 인정함.

■ **참고**

○ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
○ 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제2장
○ Vincent, Jean-Louis, Textbook of Critical Care, Elsevier, 2011
○ 대한중환자의학회, 중환자의학 제2판, 군자출판사, 2012
○ 박창일 등, 재활의학, 한미의학, 2012
○ Capnography guidelines. Intensive Care Society. Capnography guidelines. London (UK): Intensive Care Society; 2011.
○ Bushby K1 et al, Diagnosis and management of Duchenne muscular dystrophy, part 2: implementation of multidisciplinary care.; DMD Care Considerations Working Group. Lancet Neurol. 2010 Feb;9(2)
○ Finder JD1 et al, Respiratory care of the patient with Duchenne muscular dystrophy: ATS consensus statement.; American Thoracic Society. Am J Respir Crit Care Med. 2004 Aug 15;170(4)
○ 근디스트로피 상병에 시행한 검사관련 학회의견
- 대한재활의학회 [제2015-374호, 2015.8.18.]
- 대한결핵및호흡기학회 [제2015-303호, 2015.9.1.]

[2015.9.3. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

4. 이비인후과 영역에서 설단순절제술 및 연부조직종양적출술(지방종 등)-피하양성종양 등에 사용한 초음파 절삭기(Harmonic scalpel 등) 인정여부

■ 청구내역

○ 사례A(여/65세)

- 청구 상병명: 상병명: 혀의 질환
- 주요 청구내역

자218-2가 설단순절제술[거설증등]-1/2미만 (Q2188) 1*1*1
HARMONIC SCALPEL 전규격 (M2043008) 1*1*1

○ 사례B(남/64세)

- 청구 상병명: 머리, 얼굴 및 목의 피부 및 피하조직의 양성 지방종성 신생물
- 주요 청구내역

자23가(1)연부조직종양적출술(지방종,혈관종,섬유종,거대세포종,화골성근염등)-피하양성종양 (N0233) 1*1*1
HARMONIC SCALPEL 전규격 (M2043008) 1*1*1

○ 사례C(남/52세)

- 청구 상병명: 몸통의 피부종양
- 주요 청구내역

자91 건,인대피하단열수술 (N0911) 1*1*1
자130가 관혈적기관절개술 (01300) 1*1*1
HARMONIC FOCUS PLUS SHEARS 전규격 (M2043208) 1*1*1

■ 진료내역

○ 사례A(여/65세)

- 진단명: Tongue disease
- 수술명: Lt. partial glossectomy

○ 사례B(남/64세)

- 진단명: neck lipoma
- 수술명: excision (Lt.)

○ 사례C(남/52세)

- 진단명: Deep neck infection
- 수술명: Incisinon and drainage (I&D)

■ 심의내용

○ 초음파절삭기(Harmonic scalpel 등) 및 전파절삭기(Ligasure 등)는 국정과제인 4대 중증질환관련(고시 제2015-43호, '15.4.1. 시행) 치료재료 목록으로 등재(본인부담률 80% 적용)됨에 따라 기존 고시가 삭제되어 급여로 인정되고 있음.

국민건강보험법 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법에 의하면 요양급여는 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시하여야 하며, 경제적으로 비용효과적인 방법으로 행하여야 함.

동 건(A-C사례)은 이비인후과 영역에서 시행하는 설단순절제술, 연부조직종양적출술(지방종 등)-피하양성종양 등에 치료재료로 초음파 및 전파절삭기(Harmonic scalpel 등)를 사용하여 수술한 건으로 치료재료 인정여부에 대하여 이비인후과I 분과위원회에서 논의한 결과,

○ 교과서, 임상연구문헌, 학회의견(대한이비인후과학회) 및 전문가에 의하면 초음파 및 전파절삭기(Harmonic scalpel 등)는 기존에 사용하던 전기수술기와 동일한 기능을 나타내면서 낮은 열로 조직을 박리, 절제 및 지혈함에 따라 열에 의한 주변조직 손상을 최소화하여 수술시간이나 출혈량 감소 등의 이점이 있음. 그러나 고가의 비용이 소요되어 비용 효과적이지 않음.

○ 따라서 악성종양의 수술이나 이하선수술, 타액선 수술 또는 2/3 이상을 절제하는 설 절제수술, 혈관종양 수술 등에는 유용하나 작은 크기의 주위와 경계가 명확한 양성종양수술, 배농목적의 수술 등에는 초음파절삭기(Harmonic scalpel 등)가 반드시 필요하지 않다는 의견으로 동 건의 3사례는 아래와 같이 사례 결정함.

- 아 래 -

○ A사례(여/65세)는 혀의 질환 상병 하에 Ulcer 및 Inflammation으로 진단받고 초음파절삭기(Harmonic scalpel)를 사용하여 혀의 mass(1.5cm)를 Excision하고 자218-2가 설단순절제술(Simple Excision of Tongue)을 청구하였고,
B사례(남/64세)는 머리, 얼굴 및 목의 피부·피하조직의 양성 지방종성 신생물 상병에 초음파절삭기(Harmonic scalpel)를 사용하여 Lipoma(Lt. Posterior Neck)를 excision한 후 자23가(1) 연부조직종양적출술(지방종,혈관종,섬유종,거대세포종,화골성근염등)-피하양성종양(Subcutaneous Benign Tumor)로 청구하였으며,
C사례(남/52세)는 몸통의 피부농양 상병에 Deep Neck Infection으로 진단받고 전신마취하에 Harmonic Focus Shears를 이용하여 I&D(Incision & Drainage)하고 suture한 후 자91 건·인대피하단열수술로 준용하여 청구함.

○ 진료기록부 및 수술기록지 등 전반적인 진료내역 등 참조할 때 동 수술시 초음파 절삭기가 반드시 필요한 경우로 보기 어려워 Harmonic Scalpel 및 Harmonic Focus Shears는 인정하지 아니함.

■ 참고

○ 대한이비인후과학회, 이비인후과학-두경부외과학, 일조각 2009
○ 대한피부과학회 교과서 편찬위원회, 피부과학,2008
○ Int J Surg Oncol. 2013;2013:369345. doi: 10.1155/2013/369345. Epub 2013 Dec 22.
○ Laryngoscope. 2013 Apr;123(4):904-9. doi: 10.1002/lary.23704. Epub 2012 Dec 3.
○ Salami A et al. Med Sci Monit. 2008 May;14(5):PI1-5.
○ Blankenship DR1 et al. Otolaryngol Head Neck Surg. 2004 Oct;131(4):397-400.
○ Jatin Shah's Head and Neck Surgery and Oncology Fourth Edition 2012
○ Kozomara D et al. Coll Antropo.l March 1, 2010; 34 Suppl 1 (); 105-12
○ Zanghi A, et al. Eur Rev Med Pharmacol Sci - December 1, 2014; 18 (2 Suppl); 54-9

[2015.9.25. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

요양급여대상 사전심의건

2015.9월 조혈모세포이식분과위원회 심의사례 공개

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

조혈모세포이식의 요양급여대상여부에 대하여 심의한 결과 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준에 적합한 자는 요양급여로 인정하고 있으며, 요양급여대상자(요양급여비용의 일부를 본인이 부담)로 결정되지 아니한 **환자가 조혈모세포이식을 시행받기 위해 입원한 경우, 이식과 직접 관련된 진료기간**(조혈모세포 주입 전 1주부터 주입 후 2주)의 요양급여비용(이식술료, 이식과 관련된 입원료[무균치료실료 포함], 시술 전·후 처치 등)**에 대하여는 100분의 50을 본인에게 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)

구분		계	동종	자가	제대혈
총 접수건		231	116	108	7
처리결과	인정	169	83	83	3
	불인정	62	33	25	4

*** 신청기관 : 33개 요양기관**

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
동종	총116건	인정: 83건	급성골수성백혈병 : 28건	㈀ PML/RARA 양성인 AML-M3을 제외한 1차 혈액학적 완전관해된 경우 ㈁ 재발된 급성골수성백혈병에서 2차 혈액학적 완전관해된 경우 다만, PML/RARA 양성인 AML-M3은 사례별로 인정함 따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			급성림프모구백혈병 : 20건	골수 검사 결과 아세포(blast)의 비율이 5% 이하이고 말초혈액검사 결과 정상 범위인 완전 관해 된 때. 다만, 15세 미만의 소아에서 1차 완전관해 된 경우에는 혈액종양내과II 분과위원회(조혈모세포이식) 심의사례를 토대로 고위험군에 한함. 따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			중증재생불량성빈혈 : 9건	골수검사결과 세포충실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25%이하이거나 25~50%이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				소견이 확인되는 때 요양급여 대상임. ㉠ 절대호중구 수(ANC)가 500/㎕ 이하 ㉡ 교정 망상적혈구 1.0% 이하 ㉢ 혈소판 20,000/㎕ 이하 또한, 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정함. 따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			골수이형성증후군 : 16건	혈액종양내과II분과위원회(조혈모세포이식) 심의사례를 토대로 Donor type, 나이, IPSS score, 수혈력, CBC 등 참고하여 이식의 적응증에 해당되는 바 요양급여대상자로 인정함.
			악성림프종 : 3건	자가조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상의 치료반응을 보이는 경우로 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
				동 건은 anaplastic large cell lymphoma, STAGE IV로 골수, 말초혈액 및 CNS 침범된 후 현재 부분반응 이상의 치료반응을 보이고 있고 제출된 reference, 국제임상진료지침 등 참고하여 혈액종양내과II분과위원회(조혈모세포이식)에서 논의한 결과 환자의 현재상황이 동종조혈모세포이식이 반드시 필요한 경우로 판단되는 바 사례별 요양급여대상자로 인정함.
			만성골수성백혈병 : 1건	다음 각 호에 해당하는 가속기 또는 급성 발증의 소견이 아닌 만성기인 때 ㉠ 빈혈정도가 심해짐 ㉡ Cytogenic clonal evolution ㉢ Blood or marrow blast 15~30% ㉣ Blood or marrow promyelocyte 30%이상 ㉤ Blood or marrow basophil 20%이상 ㉥ 혈소판 100,000/㎕이하에 해당하는 가속기 또는 급성 발증의 소견이 아닌 만성기인 때 따라서 동 건은 고시 기준 적합여부, TKI 제제에 대한 치료반응 등을 검토하여 요양급여대상자로 인정함.
			Acute Bileneal Leukemia : 2건	Acute Bileneal leukemia로 진단되어 1차 동종조혈모세포이식 예정인 동 건들은 골수검사 및 말초혈액검사결과 완전관해로

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				확인되는 바 요양급여대상자로 인정함.
			다발성골수종 : 3건	<2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>에서 “다발성골수종은 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식에서 다음 각 호 1에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정함. ㉠ 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR 이상의 반응에 도달하지 않은 경우 : 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종)을 원칙으로 하되, 동 기간을 초과하게 될 경우 사유서를 참조하여 사례별로 결정함. ㉡ 1차 이식으로 진행성의(progressive) 소견을 보이는 경우 : 2차 이식으로 동종조혈모세포이식 시행을 원칙으로 하여 사유서를 참조하여 사례별로 결정함. ㉢ 1차 이식으로 VGPR(very good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우 : 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 원칙으로 하여 사유서를 참조하여 사례별로 결정함”으로 되어 있음. 또한, 다발성골수종은 “다음의 조건에 모두 부합되어야 함. (ㄱ) ECOG 0-1, (ㄴ) 부분관해 이상의 치료반응을 보인 경우, (ㄷ) 만성신부전이 아닌 경우”로 되어 있음. 따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			Myeloid sarcoma : 1건	Myeloid sarcoma로 진단되어 1차 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 항암치료 후 완전관해로 확인되는 바 요양급여대상자로 인정함.
		불인정 : 33건	급성골수성백혈병 : 14건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-(1)에 의하면 급성골수성백혈병은 “(ㄱ)PML/RARA 양성인 AML-M3을 제외한 1차 혈액학적 완전관해된 경우 (ㄴ)재발된 급성골수성백혈병에서 2차 혈액학적 완전관해된 경우 다만, PML/RARA 양성인 AML-M3은 사례별로 인정함”으로 되어 있음. 따라서 급성골수성백혈병으로 동종조혈모세포이식 예정인 동 건들은 골수검사결과 및 말초혈액검사결과 완전관해가 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.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 (ㄱ) 1 locus 불일치까지 인정한다. (ㄴ) 2~4 loci 불일치(haploidential)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수이형성증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.”고 명시되어 있음. 동 건들은 급성골수성백혈병으로 1차 반일치 동종 조혈모세포이식 예정이나 완전관해가 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.
				동 건들은 급성골수성백혈병으로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과가 일치하지 않는 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)1-가-(1)에“조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만 65세 미만이어야 한다.”로 되어 있으나 동 건은 이식 예정 시 연령 66세 10개월로 연령 초과되었으며, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) (별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다.”고 명시되어 있으나 공여자 HLA 검사결과지가 제출되지 않아 조직형 일치정도가 확인되지 아니하여 추후 추가 제출 시 재논의 하기로 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)1-다에 의하면 “조혈모세포 2차 이식 - 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다.”고 명시되어 있음. 따라서 급성골수성백혈병으로 진단되어 1차 동종조혈모세포이식 후 재발되어 2차 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 완전관해 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.
				동 건은 급성골수성백혈병으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대한 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			골수이형성증후군 : 2건	골수이형성증후군으로 진단되어 동종조혈모세포이식 예정인 동 건들은 혈액종양내과II분과위원회(조혈모세포이식) 심의 사례를 토대로 제출된 자료 및 검사결과(나이, IPSS score, 수혈력, CBC 등)를 참조할 때 현재 상황이 반드시 이식이 필요하다고 판단하기 곤란한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			급성림프모구백혈병 : 6건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-(3)에 의하면 급성림프모구백혈병은 “골수검사결과 아세포(blast)의 비율이 5% 이하이고 말초혈액 검사결과 정상 범위인 완전관해 된 때” 요양급여 대상이나, 급성림프모구백혈병으로 진단되어 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출된 골수검사결과 'aspiration-dilution with PB, biopsy section - poor for evaluation'으로 완전관해가 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.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 (ㄱ) 1 locus 불일치까지 인정한다. (ㄴ) 2~4 loci 불일치(haploidential) 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 - 가족 내에서 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 급성림프모구백혈병으로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과가 일치하지 않는 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				동 건들은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병에 반일치 이식에 대한 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			악성림프종 : 4건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2008-150호, 2008.12.1) 제4조(요양급여대상자기준)별표 2-가-(7)에 의하면 악성림프종은 “자가조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상의 치료반응을 보이는 경우” 요양급여 대상이나 동 건은 비호지킨림프종으로 진단받고 1차 동종조혈모세포이식이 신청되어 고시 기준에 적합하지 아니한 바 요양급여대상자로 인정하지 아니함.
				동 건은 비호지킨림프종(Primary cutaneous gamma/delta T-cell lymphoma)으로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 시행하였으나 재발되어 2차 동종조혈모세포이식 예정으로 제출된 최근 PET CT 결과 부분반응이상의 치료반응이 확인되지 아니한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				동 건들은 비호지킨림프종으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 동 상병의 반일치 동종조혈모세포이식에 대한 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			중증재생불량성빈혈 : 3건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) (별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다.”고 명시되어 있으나 동 건은 공여자 HLA 검사결과지가 제출되지 않아 조직형 일치정도가 확인되지 아니하여 추후 추가 제출 시 재논의하기로 함.
				동 건은 중증재생불량성빈혈로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 말초혈액검사결과 Very severe Aplastic anemia에 해당되지 않고 최근 골수검사결과가 제출되지 않아 세포충실도를 확인할 수 없는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			혈구탐식성조직구증식증 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 (ㄱ) 1 locus 불일치까지 인정한다. (ㄴ) 2~4 loci 불일치(haploidential)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

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다. 2) 제대혈 이식 - HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개(locus 혹은 allele) 불일치(4/6)까지 인정한다."고 명시되어 있음. 동 건은 혈구탐식성조직구증식증으로 진단되어 비혈연 동종조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과 HLA C 1 locus가 일치하지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			다발성골수종 : 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준) 별표 2-가-(6)에 의하면 다발성골수종은 "다음의 조건에 모두 부합되어야 함. (ㄱ) ECOG Scale 0-1, (ㄴ) 부분관해 이상의 치료반응을 보인 경우 (부분관해란 M 단백이 치료 전보다 50% 이상 감소되는 것을 의미함) (ㄷ) 만성신부전이 아닌 경우"로 되어 있음. 따라서 다발성골수종으로 진단되어 ('12.8월) 1차 자가조혈모세포이식을 시행하였으나 재발하여 2차 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 부분반응 이상의 치료반응이 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.
				동 건은 다발성골수종으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 현재 동 상병에 대한 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 치료 성적 및 효과 등 의학적 타당성에 대한 근거가 미비한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			MyeloFibrosis : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)1-다에 의하면 "조혈모세포 2차 이식 - 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다."고 명시되어 있음. 따라서 MyeloFibrosis로 진단되어 ('15.04월) 1차 동종조혈모세포이식 후 2차 동종조혈모세포이식 예정인 동 건은 환자 측의

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
제대혈	총: 7건	인정 : 3건	급성골수성백혈병 : 2건	㈀ PML/RARA 양성인 AML-M3을 제외한 1차 혈액학적 완전관해된 경우 ㈁ 재발된 급성골수성백혈병에서 2차 혈액학적 완전관해된 경우 다만, PML/RARA 양성인 AML-M3은 사례별로 인정함 따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			Fanconianemia : 1건	세포유전학검사나 분자유전학적검사 등으로 판코니빈혈로 진단이 확인된 경우에 요양급여 대상임. 따라서 동 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
		불인정: 4건	급성골수성백혈병 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-(1)에 의하면 급성골수성백혈병은 “(ㄱ)PML/RARA 양성인 AML-M3을 제외한 1차 혈액학적 완전관해된 경우 (ㄴ)재발된 급성골수성백혈병에서 2차 혈액학적 완전관해된 경우 다만, PML/RARA 양성인 AML-M3은 사례별로 인정함.” 으로 되어 있음. 따라서 급성골수성백혈병 진단되어 제대혈 조혈모세포이식 예정인 동 건은 제출된 말초혈액검사결과 완전관해가 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.
			급성림프모구백혈병 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) (별표)1-나-2)제대혈 이식에 의하면“HLA A, B의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치(4/6)까지 인정한다.”고 명시되어 있으나 동 건은 공여자 HLA DR allele 검사결과지가 제출되지 않아 조직형 일치정도가 확인되지 아니하여 추후 추가 제출 시 재논의하기로 함.
			중증재생불량성빈혈	동 건은 (‘15.7월) 중증재생불량성빈혈으로 진단받고 면역

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			: 1건	억제요법 시행하여 약 2개월이 경과되었으나 지속적이 수혈이 요구되고, 말초혈액검사결과 고시 기준에 모두 부합되어 자가 제대혈과 타인 제대혈을 함께 주입하는 1차 제대혈조혈모세포이식 예정이나 혈액종양내과II분과위원회(조혈모세포이식)에서 논의한 결과, 동 건에 대한 이식을 시행함에 앞서 fanconi anemia등의 선천성 골수부전질환에 대한 감별검사가 반드시 선행되어져야 한다고 판단되어 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			호지킨림프종 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 (ㄱ) 1 locus 불일치까지 인정한다. (ㄴ) 2~4 loci 불일치(haploidential)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 호지킨림프종(nodular sclerosis)으로 진단받고 (‘14.2월) 자가이식 후 재발되어 제대혈 동종 조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사결과 첫 번째 공여자는 HLA DR 1 locus, 두 번째 공여자는 HLA B & DR 1 locus가 일치하지 않는 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
자가	총: 108건	인정: 83건	다발성골수종 : 32건	다발성골수종의 진단 기준에 맞고 이식 적응증에 적합한 경우 요양급여 대상자로 인정함. <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>에서 다발성골수종은 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식으로 다음 각 호 1에

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				해당하는 경우 요양급여 대상임. ㉠ 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(very good Partial Response, M단백이 치료 전보다 90%이상 감소되는 것을 의미) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우 : 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종)을 원칙으로 하되, 동 기간을 초과하게 될 경우 사유서를 참조하여 사례별로 결정함. ㉡ 1차 이식으로 진행성의(progressive) 소견을 보이는 경우 : 2차 이식으로 동종 조혈모세포이식 시행을 원칙으로 하여 사유서를 참조하여 사례별로 결정함. ㉢ 1차 이식으로 VGPR(very good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우 : 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함을 원칙으로 하여 사유서를 참조하여 사례별로 결정함 따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.
			비호지킨림프종 : 36건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표2-나-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 다음 각 호의 1에 해당하는 1차 항암화학요법에 반응이 있는 고위험군 또는 재발 후 구제항암화학요법에 부분 반응(종양의 크기가 전체적으로 50% 이상 감소하고 2차적 병변의 악화가 없고 새로운 병변의 출현이 없는 상태가 4주 이상 지속되는 경우)이 있는 표준위험군의 경우 요양급여 대상임. ㉠ LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor Stage가 III 또는 IV인 경우 ㉡ High grade subtype 상병인 경우 ㉢ 표준항암화학요법에 반응을 보이지 않는 refractory case 중 salvage chemotherapy에 부분반응 이상을 보이는 경우 따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.
			급성골수성백혈병 : 3건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표2-나-(2)에 의하면 급성골수성 백혈병은 골수 검사 결과 아세포(blast)의 비율이 5%이하이고 말초혈액검사 결과 정상 범위인

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				완전 관해 된 때 요양급여 대상임. 따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.
			호지킨림프종 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표2-나-(1)-(나)에 의하면 호지킨림프종은 ㈀ 표준항암화학요법 후 완전관해에 도달하지 않는 경우 ㈁ 재발 후 구제항암화학요법에 부분 반응이상인 경우 요양급여 대상임. 따라서 동 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.
			수모세포종ⓣ (Medulloblastoma) : 4건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014.12.1.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>은 (가) 신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT), (나)다발성골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여 대상임. 또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제2015-44호, 2015.4.1) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표) 2-나-(10)에 소아뇌종양은 “(ㄱ) 수모세포종(Medulloblastoma): 수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 다음 각 호의 1에 해당하는 경우 ① 진단시 3세 이하 ② 수술 후 잔여종괴가 1.5㎠ 이상인 경우 ③ 두개강내 전이가 있는 경우 ④ 재발 후 추가 방사선치료가 불가능한 때”로 되어 있음. 따라서 동 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.
			AL Amyloidosis : 1건	AL type 유전분증(light chain 유전분증)은 자가조혈모세포이식이 효과적이라는 연구 자료들이 보고되고 있으므로 AL type의 유전분증을 확진 받은 경우 사례별로 자가조혈모세포이식을 인정함. 동 건은 제출한 진료기록부를 검토한 결과 AL type 유전분증으로 확인되는 바 요양급여 대상자로 인정함
			Germ cell tumor	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			: 1건	2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-(8)에 Germ cell tumor는 “재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준 항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 요양급여 대상으로 되어있음. 따라서 동 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.
			골육종 (Osteosarcoma) : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-나-(11)에 의하면 골육종은 (ㄱ) 수술 및 항암치료 후 완전관해된 경우 (ㄴ) 재발 후 국소적 치료 및 구제 항암화학요법으로 2차 완전관해 된 때 요양급여 대상임. 따라서 동 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.
			급성림프모구백혈병 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-나-(3)에 의하면 급성림프모구백혈병은 골수 검사 결과 아세포(blast)의 비율이 5% 이하이고 말초혈액검사 결과 정상범위인 완전 관해 된 때. 다만, 15세 미만의 소아에서 1차 완전관해 된 경우에는 조혈모세포이식 분과위원회 심의사례를 토대로 고위험군에 한함. 따라서 동 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.
			신경모세포종ⓣ : 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014.12.1.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>은 (가) 신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT), (나)다발성골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여 대상임. 또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-나-(6)에 의하여 신경모세포종은 다음 각 호의 1에 해당하는 경우로 ㈀ 1세 이상이면서 수술 또는 항암제 등으로 부분반응이상을 보이는 StageIV 또는 완전절제가 불가능한 Stage III의 종양일 때 ㈁ 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				이상을 보이는 때 요양급여 대상임. 따라서 동 건들은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.
			PNETⓣ : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014.12.1.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>은 (가) 신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT), (나)다발성골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여 대상임. 또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제2015-44호, 2015.4.1) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표) 2-나-(10)에 소아뇌종양은 "(ㄱ) 원시성신경외배염종양(PNET): 수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 다음 각 호의 1에 해당하는 경우 ① 진단시 3세 이하 ② 수술 후 잔여종괴가 1.5㎠ 이상인 경우 ③ 두개강내 전이가 있는 경우 ④ 재발 후 추가 방사선치료가 불가능한 때" 로 되어 있음. 따라서 동 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.
		불인정: 25건	비호지킨림프종 : 12건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제2015-44호,2015.4.1) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표) 2-나-(1)-(가)에 비호지킨림프종은 "다음 각 호의 1에 해당하는 1차 항암요법에 반응이 있는 고위험군 또는 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응(종양의 크기가 전체적으로 50%이상 감소하고 2차적 병변의 악화가 없고 새로운 병변의 출현이 없는 상태가 4주 이상 지속되는 경우)이 있는 표준위험군의 경우 (ㄱ)LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III또는 IV인 경우 (ㄴ)high grade subtype상병인 경우 (ㄷ) 표준항암 화학요법에 반응을 보이지 않는 refractory case중 salvage chemotherapy에 부분반응 이상을 보이는 경우"로 되어있음.
				동 건들은 비호지킨림프종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 추적 검사결과 부분반응 확인 되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				동 건은 제출된 골수검사결과 골수침범 소견으로 이식에 적합한 골수상태로 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				비호지킨림프종(Extranodal NK/T-cell Lymphoma, Stage I) 진단받고 자가조혈모세포이식 예정인 동 건은 항암화학요법 후 추적 검사결과 완전반응으로 판단되어 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.
				동 건은 진단 시 LDH가 정상보다 높게 확인되지 않아 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				동 건은 관련자료(골수검사결과, 영상검사결과 등)가 충분히 제출되지 않아 조혈모세포이식 인정여부를 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2015-44호, 2015.4.1) 제4조(요양급여대상자기준)(별표) 1-가-(1)에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만 65세 미만이어야 한다.”로 되어 있음. 동 건은 이식 예정 시 연령초과 되었으나 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Hepatoblastoma : 1건	동 건은 Hepatoblastoma으로 진단받고 1차 자가조혈모세포 이식 예정이나 최근 골수상태를 확인할 수 있는 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태여부 판단이 곤란한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			호지킨림프종 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표) 2-나-(1)-(나)에 의하면 호지킨림프종은 ㈀ 표준항암화학

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				요법 후 완전관해에 도달하지 않는 경우 ㈏ 재발 후 구제항암화학요법에 부분 반응이상인 경우 요양급여 대상임. 동 건은 호지킨림프종으로 진단되어 자가조혈모세포이식 예정이나 재발 후 구제항암화학요법 후 최근 영상검사 상 부분반응 이상의 반응이 명확하지 아니한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Rhabdomyosarcomaⓣ : 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014.12.1.)에 의하면 "2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 자가 조혈모세포이식(tandem transplantation)은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT), (나) 다발성 골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여토록 되어있음. 동 건들은 Rhabdomyosarcoma 상병으로 Tandem transplantation 신청되었으나, 고시 인정기준 외로 동 상병에 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Embryonal tumor with abundant neuropils and true rosettesⓣ : 1건	동 건은 Embryonal tumor with abundant neuropils and true rosettes으로 진단받고 Tandem transplantation 예정이나 최근 골수상태를 확인할 수 있는 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태여부 판단이 곤란한 바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Amyloidosis : 1건	Amyloidosis로 자가 조혈모세포이식예정인 동 건은 제출한 진료내역을 검토한 결과 AL type 유전분증으로 확인되지 아니하여 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 자가조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			신경모세포종ⓣ : 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014.12.1.)에 의하면 "2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 자가 조혈모세포이식(tandem transplantation)은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT), (나) 다발성 골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여토록 되어있음. 또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				고시 제2015-44호,2015.4.1) 제4조 (요양급여대상자기준) (별표)2-나-(6)에 신경모세포종은 "다음 각 호의 1에 해당하는 경우 (ㄱ) 1세 이상이면서 수술 또는 항암제 등으로 부분반응이상을 보이는 StageIV 또는 완전절제가 불가능한 StageIII의 종양일 때, (ㄴ) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 때"로 되어 있음. 동 건들은 관련자료(골수검사결과, 영상검사결과 등)가 충분히 제출되지 않아 조혈모세포이식 인정여부를 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			수모세포종 (Medulloblastoma) : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표) 2-나-(10)-(ㄱ)에 수모세포종(medulloblastoma)은 “수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 다음 각 호의 1에 해당하는 경우 ①진단시 3세이하 ②수술후 잔여종괴가 1.5㎠ 이상인 경우 ③두개강내 전이가 있는 경우 ④재발 후 추가 방사선치료가 불가능한 때”로 되어 있으나 동 건은 medulloblastoma로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 고위험군이 확인되지 않아 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			수모세포종ⓣ (Medulloblastoma) : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014.12.1.)에 의하면 "2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 자가 조혈모세포이식(tandem transplantation)은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT), (나) 다발성 골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여토록 되어있음. 또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)2-나-(10)-(ㄱ)에 수모세포종(medulloblastoma)은 “수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 다음 각 호의 1에 해당하는 경우 ①진단시 3세이하 ②수술후 잔여종괴가 1.5㎠ 이상인 경우 ③두개강내 전이가 있는 경우 ④재발 후 추가 방사선치료가 불가능한 때”로 되어 있으나 동 건은 고위험군이 확인되지 않아 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우,

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Germ cell tumor : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표) 2-나-(8)에 Germ cell tumor는 “재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우”로 되어 있음. 따라서 Germ cell tumor 진단되어 자가조혈모세포이식을 예정하고 있는 동 건은 재발이나 refractory가 아닌 고시 인정기준 외로 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			급성골수성백혈병 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2015-44호,2015.4.1) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-나-(2)에 의하면 급성골수성백혈병은 골수 검사 결과 아세포(blast)의 비율이 5%이하이고 말초혈액검사 결과 정상범위인 완전 관해 된 때 요양급여 대상임. 동 건은 급성골수성백혈병으로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 최근 시행한 말초혈액 검사결과 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.
			POEMS : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2015-44호, 2015.4.1) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가-(1)에 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만 65세 미만이어야 한다.”로 되어 있음. 동 건은 이식 예정 시 연령초과 되었으나 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
계	231			

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