

진료심사평가위원회 심의사례 공개(총 5항목)

- 2022. 8. 31. 공개

연번	제 목	페이지
1	심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상여부(12사례)	1
2	Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 대상여부(6사례)	6
3	Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 요양급여 대상여부(36사례)	11
4	Asfotase alfa 주사제(품명: 스트렌식주) 요양급여 대상여부(2사례)	15
5	조혈모세포이식 요양급여 및 선별급여 대상여부(356사례)	17

1. 심실 보조장치 치료술(VAD*) 요양급여 대상여부

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

* VAD: Ventricular Assist Device

□ 심실 보조장치 치료술(VAD) 실시기관 및 요양급여 대상 여부 심의결과 총괄

(단위: 건)

총계	실시기관 승인신청				요양급여 승인신청							
	이식형		체외형		이식형				체외형			
	승인	불승인	승인	불승인	계	승인	불승인	자료보완	계	승인	불승인	자료보완
12	-	-	-	-	11	10	1	-	1	1	-	-

□ 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상 여부(총 12사례)

- 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2018.9.28.시행) 제6조 [별표2] 1. 적응증 ① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 가. 심장이식 대기자로 등록된 말기심부전 환자의 심장이식 가교 치료시, 나. 심장이식이 적합하지 않은 말기 심부전 환자(중략), ② 체외형 심실 보조장치 치료술 및 [별표2] 2. 금기증에 따라 부합 여부를 판단하여 인정하고 있음.

○ 이식형 좌심실 보조장치 치료술(11사례)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
A	남/54세	승 인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인 부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증(DCMP) 환자로 2002년 DCMP 진단받고 2020년 삽입형 제세동기(ICD) 적용함. 정맥강심제 의존적으로 좌심실구혈률(LVEF) 17%, NYHA

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			Class III, INTERMACS LEVEL 3 등의 말기심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
B	남/60세	승 인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인 부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 2008년부터 심부전 약물치료 지속하였음. 2021년 10월 좌심실 구혈률(LVEF) 16% 확인되었으며 증상 악화로 2022년 6월 입원하여 시행한 검사에서 LVEF 14% 확인됨. 정맥강심제 유지 중으로 NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 3 등의 말기심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>
C	남/61세	승 인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인 부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로 2022년 3월 대동맥 박리로 체외순환막형산화요법(ECMO) 적용하에 벤탈(Bentall) 수술 및 관상동맥우회술(CABG) 시행하였음. 이후 ECMO 지속적으로 유지 중으로 정맥강심제 의존적이며 좌심실 구혈률 10~15%, NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 2 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>
D	남/62세	승 인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인 부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 2013년부터 심부전 치료 시행함. 2022년 4월 호흡곤란 악화로 입원하여 치료 중 2022년 6월 심인성 쇼크로 체외순환막형산화요법(ECMO) 시행하여 유지 중임. 좌심실구혈률 12%, NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 1 등의 말기심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>
E	여/70세	승 인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인 부담률을 정하고 있음.

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			이 사례는 심장이식이 적합하지 않은 심부전 환자로 2004년 이중 판막치환술 시행 후 2007년 인공심박조율기 삽입함. 정맥강심제 의존적으로 좌심실구혈률 21%, NYHA Class III, INTERMACS Level 3 등의 말기심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
F	남/69세	승 인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인 부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 비후성 심근병증 환자로 2014년 삽입형 제세동기, 2020년 심장재동기화치료 시행함. 호흡 곤란 악화로 입원하여 정맥강심제 의존적으로 심장지수 1.33L/min/m ² , NYHA Class IV, INTERMACS Level 3 등의 말기 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
G	남/69세	승 인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인 부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 2012년부터 심부전 약물치료 시작하였으며 2022년 6월부터 증상 악화되어 입·퇴원 반복함. 정맥강심제 의존적으로 좌심실구혈률 25%, NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 3 등의 말기심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
H	남/51세	승 인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인 부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로 2021년 10월 심근경색으로 관상동맥중재술(PCI) 후 심부전 증상 호전되지 않아 2022년 5월 PCI 재시행 및 삽입형 제세동기 적용함. 정맥강심제 의존적으로 심장지수 1.28L/min/m ² , NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 3 등의 말기심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
I	남/64세	승 인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인 부담률을 정하고 있음.

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 2016년 삽입형 제세동기 시행함. 심부전 악화로 입·퇴원 반복중으로 좌심실구혈률 25%, NYHA Class III, INTERMACS LEVEL 3 등의 말기심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
J	남/69세	승 인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인 부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로 2022년 5월 호흡곤란 등의 증상으로 치료하였으며, 2022년 6월부터 두 차례의 심인성 쇼크로 인하여 체외순환막형산화요법(ECMO) 적용 하에 관상동맥중재술(PCI) 시행함. 정맥강심제 의존적으로 좌심실구혈률 20%, NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 2 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
K	남/56세	불승인	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인 부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 심근염 환자로 2022년 6월 30일 심근염 진단 후 체외순환막형산화요법 적용중으로 정맥강심제 의존적임. 제출된 진료기록 등을 확인한 결과 감염으로 인하여 항생제 치료를 지속하고 있으며, 심근염 진단 후 충분한 시일이 경과되지 않아 비가역적인 말기 심부전으로 판단하기 어려워 위 고시 [별표2]의1.적응증에 해당된다고 볼 수 없어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 불승인함.

○ 체외형 좌심실 보조장치 치료술(1사례)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
A	여/10세	승 인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인 부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 2015년 좌심실구혈률(LVEF) 25~40%의 심부전 확인됨. 2022년 1월 심부전 악화로 입원하여 정맥강심제 사용하며 경과 관찰하였으나 2022년 6월 체외순환막형산화요법(ECMO) 적용함.

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			정맥강심제 의존적으로 LVEF 25%, NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 1 등의 말기심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.

[2022.6.30.~7.4. 심실 보조장치 치료술(VAD) 분과위원회, 2022.7.5.~7. 심실 보조장치 치료술(VAD) 분과위원회
2022.7.26. 중앙심사조정위원회]

[2022.7.18.~21. 심실 보조장치 치료술(VAD) 분과위원회, 2022.7.25.~26. 심실 보조장치 치료술(VAD) 분과위원회,
2022.8.9. 중앙심사조정위원회]

2. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 대상여부

- 우리원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행 및 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행)에 따라 솔리리스주 및 울토미리스주 요양급여 대상여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- 「Eculizumab(품명: 솔리리스주) 사전승인에 관한 방법 및 절차」(건강보험심사평가원 공고 제2018-165호, 2018. 7. 1. 시행) 및 「Ravulizumab(품명: 울토미리스주) 사전승인 등에 관한 방법 및 절차」(건강보험심사평가원 공고 제2021-165호, 2021. 6. 7. 시행)에 의거하여
 1. 사전승인 신청기관은 사전승인 신청에 대한 심의결과를 통보 받은 날부터 60일 이내에 솔리리스주 또는 울토미리스주를 투여하여야 함. 다만, 60일을 경과하여 투여하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함(제4조제2항).
 2. 솔리리스주 또는 울토미리스주의 요양급여 승인을 받은 요양기관은 6개월마다 위 공고 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 작성하여 우리원에 제출하여야 함. 또한, 솔리리스주 비정형 용혈성 요독 증후군의 경우 위 공고 별지 제3호 서식에 따라 치료 시작 후 2개월에 초기 모니터링 보고서를 추가 제출하여야 함(제8조제1항). 모니터링 보고서를 부득이한 사유로 제출 할 수 없는 경우에는 1회(15일)에 한하여 자료제출 기간을 연장할 수 있음(제8조제2항).

□ 심의결과

(단위: 사례)

심의년월	약제명	상병명	접수	승인신청		재심의 승인신청		모니터링	
				승인	불승인	승인	불승인	승인	불승인
총계			6	2	2	1	1	-	-
2022. 7.	솔리리스주	비정형 용혈성 요독 증후군	6	2	2	1	1	-	-

[Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 대상여부]

☐ 비정형 용혈성 요독 증후군(aHUS: atypical Hemolytic Uremic Syndrome)

☒ 승인신청(4사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2022. 7.	A	남/49	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 다리 부종 등으로 입원 후 시행한 검사 상 활성화형 혈전미세혈관병증 및 신기능 저하 소견으로 비정형 용혈성 요독 증후군을 의심하며 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 자료를 확인한 결과, LDH 정상상한치의 1.5배 미만으로 위 고시 제1호나목 1)투여대상에서 정한 활성화형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않으며, 신장 기능 저하는 당뇨병성 만성 신부전의 경과로 판단됨. 또한, IgE 상승과 관련된 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목 2)제외대상에 해당되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인
	B	남/74	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 설사 증상으로 장염치료를 받던 중 신기능 악화, 의식변화 등으로 입원 후 시행한 검사 상 혈전미세혈관병증 소견으로 투석 및 혈장교환술 시행하며 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 위 고시 제1호나목 1)투여대상에 적합하고 위 고시 제1호나목 2)제외대상에 해당되지 않으므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 승인하며, 투여 후 2개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>	승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
	C	여/11개월	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 구토, 식이량 감소, 발열 등 증상으로 입원 후 시행한 검사 상 혈전미세혈관병증 소견으로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 혈청 크레아티닌 정상 상한치 미만으로 회복되어 위 고시 제1호나목 1)투여대상에서 정한 활성형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않음. 또한 발열 및 혈액검사 상 감염 관련 수치 상승 등 참고하여 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목 2)제외대상에 해당되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함</p>	불승인
	D	여/50	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 질출혈, 하복부 통증, 구역, 구토 및 무뇨 증상으로 입원 후 시행한 검사 상 Uterine adenomyosis, 혈전미세혈관병증 및 신기능 저하 소견으로 전자궁적출술 시행 이후에도 빈혈 및 신손상 호전되지 않아 비정형 용혈성 요독 증후군 의심하며 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 진단 당시 위 고시 제1호나목 1)투여대상에 적합하고 위 고시 제1호나목 2)제외대상에 해당되지 않으므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 승인하며, 투여 후 2개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>	승인

○ 재심의 승인신청(2사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2022. 7.	A	남/36	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 지난 분과위원회에서(2022년 5월) 혈장교환술 시행하며 혈소판수 정상하한치 이상에서 정상하한치 미만으로 감소됨과 더불어 LDH 정상 상한치 1.5배 미만으로 회복되어 급여기준 투여대상에서 정한 활성형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않고 자가면역항체 양성 소견 및 신장조직검사결과 등 참고하여 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 급여기준 제외대상에 해당하므로 불승인한 건임. 이후 용혈 증상 지속 및 신기능 호전 없어 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 재심의 승인 신청함.</p> <p>추가 제출된 진료기록을 확인한 결과, 혈소판수 정상 하한치 이상, 헤모글로빈 10g/dL 이상으로 위 고시 제1호나목 1)투여대상에서 정한 활성형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않음. 또한, 신장조직검사 결과 활성형 혈전미세혈관병증에 해당하지 않아 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인
	B	남/45	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 지난 분과위원회(2022년 7월)에서 면역억제제 사용, 항체 매개성 거부반응, 감염 등으로 발생한 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 급여기준 제외대상에 해당하므로 불승인한 건임. 이후 면역억제제 변경 및 혈장반출술 지속에도 intravascular hemolysis가 지속되는 소견으로, 신장이식 후 비정형 용혈성 요독 증후군 재발로 인한 신기능 감소 의심하며 2013년 신부전 및 혈전미세혈관병증 발현 당시 의무기록 및 유전자검사 결과 추가하여 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 재심의 승인 신청함.</p> <p>추가 제출된 진료기록을 확인한 결과, 과거력에서 비정형 용혈성 요독 증후군을 시사함이 확인되어 이식 후 비정형 용혈성 요독 증후군 재발로 판단됨. 또한, 진단 당시 위 고시</p>	승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
			제1호나목 1)투여대상에 적합하고 위 고시 제1호나목 2)제외대상에 해당하지 않아 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 승인하며, 투여 후 2개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.	

[2022.7.8.~ 13. 솔리리스주 분과위원회, 2022.7.26. 중앙심사조정위원회]

[2022.7.15.~19. 솔리리스주 분과위원회, 2022.7.26.~28. 솔리리스주 분과위원회, 2022.8.9. 중앙심사조정위원회]

3. Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 영양급여 대상여부

- 우리원에서는 「**영양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)**」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 따라 스피라자주 영양급여 여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- 「**Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 사전승인 등에 관한 세부사항**」 건강보험심사평가원 공고(제2019-107호, 2019. 4. 8.시행)에 의거하여
 1. 스피라자주의 영양급여를 신청하고자 하는 경우에는 별지 제1호 서식에 따른 스피라자주 영양급여 신청서를 제출하여야 함(제3조제1항).
 2. 스피라자주 영양급여를 승인받은 경우 4개월마다 유지용량 투여 전 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 제출하여야 함(제7조제1항).
 3. 사전승인 신청기관은 영양급여대상으로 승인받은 경우 심의결과를 통보 받은 날부터 60일 이내에 스피라자주를 투여하여야 하고, 60일을 경과하여 투여하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함(제3조제3항).

□ 스피라자주 영양급여 대상여부(36사례)

(단위: 건)

전체		신청			모니터링			이의신청		
		소계	승인	불승인	소계	승인	불승인	소계	인정	기각
스피라자주	36	1	1	0	34	32	2	1	0	1

1. 스피라자주 영양급여 대상여부(35사례)

가. 스피라자주 투여 영양급여 신청(1사례)

심의년월	사례	성별	나이	SMA type	심의 결과	심의내용
2022. 7.	A	여	19세	2	승인	<p>영양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시 (제2019-69호, 2019. 4. 8. 시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목에서는 스피라자주의 투여대상으로 5q 척수성 근위축증 환자로서 1) 5q SMN-1 유전자의 결손 또는 변이의 유전자적 진단, 2) 만 3세 이하에 SMA 관련 임상 증상과 징후 발현, 3) 영구적 인공 호흡기를 사용하고 있지 않는 경우 모두를 만족 하는 경우에 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 <u>스피라자주 영양급여 대상으로 승인함.</u></p>

나. 스피라자주 투여 모니터링 보고-투여 유지여부(34사례)

심의년월	사례	성별	나이	SMA type	최초투여일	예정 차수	심의 결과	심의내용
2022. 7.	B	남	18m	1	'21. 02. 19.	8	승인	<p>이 건은 제출된 운동 기능평가 결과 직전 평가시점과 비교하여 운동기능의 유지 또는 개선이 확인되는 등 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시(2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다. 목에서 정한 중단기준에 해당하지 아니하여, 급여기준에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.</p>
	C	여	22m	1	'21. 01. 21.	8	승인	
	D	여	22m	1	'20. 10. 19.	9	승인	
	E	남	25m	1	'20. 10. 16.	9	승인	
	F	여	7세	1	'19. 05. 27.	13	승인	
	G	남	15m	2	'22. 02. 14.	5	승인	
	H	여	22세	2	'22. 02. 15.	5	승인	
	I	여	22세	2	'22. 01. 07.	5	승인	
	J	남	31세	2	'22. 01. 05.	5	승인	
	K	남	21m	2	'21. 09. 29.	6	승인	
	L	남	15세	2	'20. 05. 14.	10	승인	
	M	여	23세	2	'20. 01. 15.	11	승인	
	N	여	24세	2	'20. 02. 07.	11	승인	
	O	여	9세	2	'19. 10. 21.	12	승인	
	P	여	11세	2	'19. 10. 31.	12	승인	
	Q	여	14세	2	'19. 08. 05.	12	승인	
	R	여	14세	2	'19. 08. 28.	12	승인	
	S	여	16세	2	'19. 09. 24.	12	승인	
	T	남	19세	2	'19. 10. 01.	12	승인	
	U	여	28세	2	'19. 10. 26.	12	승인	
	V	여	4세	2	'19. 05. 14.	13	승인	
	W	여	6세	2	'19. 05. 30.	13	승인	
	X	여	8세	2	'19. 05. 31.	13	승인	
	Y	여	9세	2	'19. 06. 20.	13	승인	
	Z	여	13세	2	'19. 05. 31.	13	승인	
	Z1	여	14세	2	'19. 06. 04.	13	승인	
	Z2	여	16세	2	'19. 06. 04.	13	승인	
	Z3	남	18세	2	'19. 06. 04.	13	승인	
	Z4	여	42세	3	'20. 06. 12.	10	승인	
	Z5	남	26세	3	'20. 01. 20.	11	승인	
	Z6	여	26m	2	'22. 02. 09.	5	승인	<p>이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시(2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호</p>

심의년월	사례	성별	나이	SMA type	최초투여일	예정 차수	심의 결과	심의내용
								<p>다.목에서 정한 중단기준에 해당하지 아니하여 <u>스핀라자주를 요양급여 대상으로 승인함.</u></p> <p><u>다만, 다음 모니터링 시 신기능 관련 검사 결과 제출을 요함.</u></p> <p>* 세부항목: eGFR, Cr, UA(Pr/Cr)</p>
	Z7	남	11세	2	'19. 08. 01.	11	승인	<p>이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시(2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다.목에서 정한 중단기준에 해당하지 아니하여 <u>스핀라자주를 요양급여 대상으로 승인함.</u></p> <p><u>다만, 다음 모니터링 시 혈액검사결과 제출을 요함.</u></p> <p>* 세부항목: Liver function test, Calcium, Phosphorus</p>
	Z8	남	24세	2	'21. 06. 18.	7	불승인	<p><u>제출된 운동기능평가(HFMSE) 결과 2회 이상 0점으로 이는 운동 기능의 유지로 볼 수 없다는 전문가의 의견이 있음.</u></p> <p>이에, 이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시(2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다.목에서 정한 중단기준 중 운동 기능의 유지 또는 개선을 2회 연속 입증하지 못하였으므로 <u>스핀라자주를 요양급여 대상으로 인정하지 아니함.</u></p>
	Z9	여	49세	3	'20. 06. 10.	9	불승인	<p><u>이 건은 퇴행성 요추병증 및 척추측만증이 있는 환자로 제출자료 확인 시 요추천자를 통한 경막내 약제 투여의 지속 가능성 및 안전성을 확인할 수 없다고 판단되어 스핀라자주를 요양급여 대상으로 인정하지 아니함.</u></p>

2. 스피라자주 요양급여 대상여부-이의신청(1사례)

가. 스피라자주 투여 모니터링 보고-이의신청(1사례)

심의년월	사례	성별	나이	SMA type	최초투여일	예정차수	심의결과	심의내용
2022. 7.	Z10	남	32세	2	'20.5.13.	10	기각 (불승인)	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시(2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다.목에 의하면, 운동기능의 유지 또는 개선을 2회 연속 입증하지 못하는 경우 스피라자주 투여를 중단토록 정하고 있으며, 이 때 운동기능평가 도구는 HINE-2 또는 HFMSE를 사용토록 함.</p> <p>이 건은 제출된 자료로는스핀라자주 투여에 따른 운동기능의 유지 또는 개선이라고 판단할 수 없어 불승인 된 건임.</p> <p><u>이의신청 시 추가로 제출한 자료에서도 운동기능의 유지 또는 개선이 입증되지 않아 요양급여 대상으로 인정하지 아니함.</u></p>

4. Asfotase alfa 주사제(품명: 스트렌식주) 요양급여 대상여부

- 우리원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 Asfotase alfa 주사제(품명: 스트렌식주40mg/mL 등) 보건복지부 고시(제2020-107호(약제), 2020. 6. 1.시행)에 따라 요양급여 여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- 「Asfotase alfa 주사제(품명: 스트렌식주) 사전승인 등에 관한 세부사항」 건강보험심사평가원 공고 (제2020-166호, 2020. 6.1. 시행)에 따라
1. 스트렌식주의 요양급여를 신청하고자 하는 경우에는 별지 제1호 서식에 따른 스트렌식주 요양급여 사전승인 신청서를 제출하여야 함(제3조제1항).
 2. 스트렌식주 요양급여를 승인받은 요양기관은 치료시작 후 3개월, 6개월, 이후에는 6개월마다 유지용량 투여 전 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 제출하여야 함(제7조제1항)
 3. 사전승인 신청기관은 요양급여대상으로 승인받은 경우 심의결과를 통보받은 날부터 60일 이내에 스트렌식주를 투여하여야 하고, 60일을 경과하여 투여하게 되는 경우에는 재신청하여야 함(제3조제2항).

□ 스트렌식주 요양급여 대상여부 심의결과 총괄

(단위: 건)

심의년월	합계	스트렌식주 요양급여 신청					스트렌식주 투여 모니터링 보고					
		소계	승인 (급여)	전액 본인부담	불승인	자료 보완	소계	승인 (급여)	전액 본인부담	불승인	자료 보완	종료
2022.7.	2	-	-	-	-	-	2	2	-	-	-	-

□ 스트렌식주 투여 모니터링 보고-투여 유지여부(2사례)

사례	성별/나이	최초 투여일	투여예정 (급여)차수	심의결과	심의내용
A	남/8세	'16.1.11	15(5)	승 인 (급여)	「스트렌식주 급여기준(보건복지부 고시 제 2020-107호, 2020.6.1.시행)」 1-라-1) 치료 시작 1년 후 환자군별 투여 중지 기준에서 '그 외 만18세 이하 환자'는 1) 키의 소실이 일어나거나 감소, 2) 6분보행검사에서 개선이 없거나 기대치를 달성하지 못한 경우(치료 전 검사 대비 <25m 또는 <10% 증가) 혹은 Bleck 점수가 1단계 이상 하락한 경우, 3) 진통제 투여 횟수의 유의한 감소를 달성하지 못했거나 PedsQL로 측정한 삶의 질에서 개선을 달성하지 못한 경우 중 2개 이상에 해당하는 경우 투약을 중지하여야 한다고 정하고 있음. 이 사례는 직전 평가 시점과 비교하여 최근 6개월간

사례	성별/나이	최초 투여일	투여예정 (급여)차수	심의결과	심의내용
					키 0.6cm 성장, 통증 scale 0, Bleck score 호전(1→3), PedsQL(대상자) 호전(1,450→1,475), PedsQL(보호자) 호전(1,425→1,525) 등이 확인되어 급여기준에 부합하므로 스트렌식주 영양급여 대상으로 승인함.
B	남/6세	'16.6.22	14(5)	승 인 (급여)	<p>「스트렌식주 급여기준(보건복지부 고시 제 2020-107호, 2020. 6. 1.시행)」 1-라-1) 치료 시작 1년 후 환자군별 투여 중지 기준에서 ‘그 외 만18세 이하 환자’는 1) 키의 소실이 일어나거나 감소, 2) 6분보행검사에서 개선이 없거나 기대치를 달성하지 못한 경우(치료 전 검사 대비 <25m 또는 <10% 증가) 혹은 Bleck 점수가 1단계 이상 하락한 경우, 3) 진통제 투여 횟수의 유의한 감소를 달성하지 못했거나 PedsQL로 측정된 삶의 질에서 개선을 달성하지 못한 경우 중 2개 이상에 해당하는 경우 투약을 중지하여야 한다고 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 직전 평가 시점과 비교하여 최근 6개월간 키 3.5cm 성장, Bleck score 9, 통증 scale 0, PedsQL(대상자) 호전(2,000→2,050), PedsQL(보호자) 호전(1,950→2,000) 등이 확인되어 급여기준에 부합하므로 스트렌식주 영양급여 대상으로 승인함.</p>

[2022.7.18.~21. 스트렌식주 분과위원회, 2022.8.9. 중앙심사조정위원회]

5. 조혈모세포이식 요양급여 및 선별급여 대상여부

○ 우리원에서는 「조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2019-189호, 2019. 9. 1.시행)에 따라 조혈모세포이식 요양급여 또는 선별급여 여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.

○ 조혈모세포이식 실시 대상자는 진료심사평가위원회의 심의 결과 요양급여 기준에 적합한 경우는 요양급여대상으로 인정하며, 적합하지 않은 경우에도 선별급여대상으로 인정 할 수 있음.

- 선별급여대상 환자가 **조혈모세포이식을 시행받기 위해 입원한 경우**, 「조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조제3항 [별표3] 선별급여대상자 요양급여비용 산정방법에 따라 이식과 직접 관련된 진료기간(조혈모세포 주입 전 1주부터 주입 후 2주)의 요양급여비용 (이식술료, 이식과 관련된 입원료[무균 치료실료 포함], 시술 전·후 처치 등)에 대하여는 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
- 그 외의 기간에 이루어지는 진료비(검사와 합병증 및 후유증 진료비 등)에 대하여는 국민건강보험법 시행령 [별표2] 및 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준에 따라 본인부담률을 적용함.

□ 조혈모세포이식 대상자 승인

○ 심의결과

구분		계	동종	제대혈	자가	비고
총 접수		356	191	6	159	-
처리결과	요양급여	272	142	5	125	-
	선별급여	83	48	1	34	-
	취하	1	1	0	0	-

※ 신청기관 : 39개 요양기관

○ 심의내용

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
동종	총 191건	요양급여 : 142건	급성골수성백혈병 : 47건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia)</p> <p>- 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외)</p> <p>- 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			급성림프모구백혈병 : 29건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해진 경우 나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고 위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 (나) t(v:11q23) 또는 MLL 재배열 (다) 염색체수 44 미만</p> <p>(2) 진단시 1세 미만 (3) 백혈구 수 $100 \times 10^9/L$ 이상 (4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Poor Steroid Response (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수 검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) (다) Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>라) 2차 이상 완전관해진 경우</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단 시 15세 이상으로 1차 완전관해진 경우, 2차 완전관해진 경우 또는 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 위 고시된 고위험군 중 하나에 해당한 경우 등 어느 하나에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			골수형성이상증후군 : 36건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음(소아는 사례별로 결정함).</p> <p>(1) 고위험군인 경우 (가) IPSS: Intermediate-2 또는 high (나) IPSS-R, WPSS: high 또는 very high</p> <p>(2) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 (가) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) $500/\mu l$ 이하이면서 혈소판 $20,000/\mu l$ 이하 (나) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈색소</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 고위험군인 경우 또는 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하이면서 혈소판 20,000/μl 이하 등을 만족하는 중간위험군에 해당하여 영양급여대상으로 승인함.</p>
			비호지킨림프종 : 2건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상) [별표2] 2-가-7)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우</p> <p>(나) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>(단, stage I 완전관해 제외)</p> <p>(다) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(2) 표준항암화학요법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 한다.</p> <p>(가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma</p> <p>(나) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma</p> <p>(다) Mantle Cell Lymphoma</p> <p>(라) Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>(마) Burkitt Lymphoma</p> <p>(바) Peripheral T-cell Lymphoma</p> <p>(사) Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상</p> <p>(아) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(자) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이면서 위 (1)의 (가)~(다)에 해당하거나, 표준항암화학요법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 위 (2)의 (가)~(자) 중 어느 하나에 해당하여 영양급여대상으로 승인함.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			중증재생불량성빈혈 : 10건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)은 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서 (cellularity가 25% 이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 절대호중구수(ANC)가 $500/\mu\text{l}$ 이하 나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 $60 \times 10^9/\text{L}$ 다) 혈소판 $20,000/\mu\text{l}$ 이하</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서 절대호중구수(ANC) $500/\mu\text{l}$ 이하 및 혈소판 $20,000/\mu\text{l}$ 이하 등이 확인되어 요양급여대상으로 승인함.</p>
			연소기골수단구성백혈병 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-8)에 의하면, 연소기골수단구성백혈병(Juvenile Myelomonocytic Leukemia, JMML)은 WHO에서 제시한 연소기골수단구성백혈병의 진단기준을 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 일차골수섬유증으로 DIPSS plus risk category 중 고위험도(High risk) 또는 중등위험도-2(Intermediate-2)에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			일차골수섬유증 : 8건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-9)에 의하면, 일차골수섬유증(Primary Myelofibrosis)은 일차골수섬유증의 예후지표인 DIPSS(Dynamic International Prognostic Scoring System) plus risk category 중 고위험도(High risk)와 중등위험도-2 (Intermediate-2)에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 일차골수섬유증으로 DIPSS plus risk category 중 고위험도(High risk) 또는 중등위험도-2(Intermediate-2)에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			만성골수성백혈병 : 4건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-2)에 의하면, 만성골수성백혈병(Chronic Myeloid Leukemia)은 WHO criteria에서 제시한 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 티로신 키나제 억제제(TKI)에 실패하거나 불내성</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>(intolerance)을 보이는 경우(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상)</p> <p>나) T315I mutation 확인된 경우</p> <p>이 건은 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 티로신 키나제 억제제(TKI) 2개에 실패하거나 불내성을 보이는 경우 등에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>혈구포식림프조직구증 : 4건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 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) 혈구포식림프조직구증으로 확인된 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있으며, 비가족성(비유전적)혈구포식림프조직구증 중에서 호전된 경우는 사례별로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 확인된 경우에 해당하며, 호전되지 않아 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>Adreno leukodystrophy : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)제4항에 의하면 별표2의 요건을 충족하지 못하나 진료심사평가위원회가 심의를 통해 요양급여의 필요성을 인정하는 경우에는 제3항에도 불구하고 요양급여대상으로 승인하고 있음.</p> <p>이 건은 [별표2] 조혈모세포이식 요양급여의 대상자 기준의 질병에 해당하지 않으나, 진료심사평가위원회가 제출된 자료를 참고하여 심의를 한 결과 요양급여의 필요성이 있다고 인정한 경우에 해당하여 요양급여 대상으로 승인함.</p>
	선별급여 : 48건		<p>급성골수성백혈병 : 20건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia)</p> <p>- 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외)</p> <p>- 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-나에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우</p> <p>- 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우</p> <p>- 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</p> <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우</p> <p>- 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.</p> <p>제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p>
				<p>이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우이나, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>이 건은 비혈연관계에서 1 allele 이상 불일치하는 경우로, 위의 나) 비혈연관계에 있는 경우 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정하는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만70세 이상으로 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1. 시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>급성림프모구백혈병 : 10건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1. 시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) t(9;22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 (나) t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 (다) 염색체수 44 미만 (2) 진단시 1세 미만 (3) 백혈구 수 $100 \times 10^9/L$ 이상 (4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) Poor Steroid Response (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) (다) Early T cell Precursor Phenotype 다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 1차, 2차 완전관해된 경우 또는 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우임이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1. 시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 3차 이상 완전관해 및 CART 치료 후 동종 조혈모세포 이식의 효과에 대한 근거가 부족하여 기준에 적합하지 아니함</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>이 건은 3차 이상 완전관해로 확인되어 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표 2] 1-다에 의하면 조혈모세포 2차 이식은 "조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증 재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다"고 규정하고 있음. 따라서, 급성림프모구백혈병(ALL)상병에서 3차 동종조혈모세포이식 예정인 이 건은 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만70세 이상으로 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1. 시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			만성골수성백혈병 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표 2] 2-가-2)에 의하면 만성골수성백혈병(Chronic Myeloid Leukemia) 요양급여대상 기준은 "WHO criteria에서 제시한 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>가) 티로신 키나제 억제제(TKI)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상)</p> <p>나) T315I mutation 확인된 경우로 규정하고 있음.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>이 건은 급성기에 해당하여 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia) 요양급여대상 기준을 만족하면 요양급여 인정하고 있으나, 급성골수성백혈병의 요양급여기준인 완전관해가 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>골수형성이상증후군 : 8건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelo dysplastic Syndrome)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음(소아는 사례별로 결정함).</p> <p>(1) 고위험군인 경우 (가) IPSS: Intermediate-2 또는 high (나) IPSS-R, WPSS: high 또는 very high (2) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 (가) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) $500/\mu\text{l}$ 이하 이면서 혈소판 $20,000/\mu\text{l}$ 이하 (나) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p> <p>이 건은 성인으로 고위험군 또는 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) $500/\mu\text{l}$ 이하이면서 혈소판 $20,000/\mu\text{l}$ 이하 등을 만족하는 중간위험군으로 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표 2] 1-나-1)에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. 가) 혈연관계에 있는 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다. 나) 비혈연관계에 있는 경우- 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다. 다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우- 상기가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다”고 규정하고 있음. 이 건은 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 해당하여 기준에 적합하지</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표 2] 1-다에 의하면 조혈모세포 2차 이식은 "조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증 재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다"고 규정하고 있음. 따라서, 골수형성이상증후군(MDS)상병에서 2차 동종조혈모세포이식 예정인 이 건은 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			비호지킨림프종 : 4건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 여대상자로 인정하고 있음.2-가-7)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우</p> <p>(나) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>(단, stage I 완전관해 제외)</p> <p>(다) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(2) 표준항암화학요법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 한다.</p> <p>(가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma</p> <p>(나) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma</p> <p>(다) Mantle Cell Lymphoma</p> <p>(라) Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>(마) Burkitt Lymphoma</p> <p>(바) Peripheral T-cell Lymphoma</p> <p>(사) Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상</p> <p>(아) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(자) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>이 건은 1차 표준항암화학요법 및 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시. 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표 2] 2-가-3)에 의하면 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia) 요양급여 대상 기준은 "혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 인정한다. 가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 (나) t(v:11q23) 또는 MLL 재배열 (다) 염색체수 44 미만 (2) 진단 시 1세 미만 (3) 백혈구 수 $100 \times 10^9/L$ 이상 (4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) Poor Steroid Response (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사서 백혈병세포가 존재하는 경우) (다) Early T cell Precursor Phenotype 다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 라) 2차 이상 완전관해된 경우"로 규정하고 있음. 이 건은 Lymphoblastic Lymphoma로 진단받고 동종조혈모세포이식 예정으로 이 상병은 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia) 요양급여대상 기준을 만족하면 급여 인정하고 있음. 이 건은 완전관해가 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			중증재생불량성빈혈 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)은 골수검사 결과 세포충실도가 심하게 낮으면서 (cellularity가 25% 이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 절대호중구수(ANC)가 $500/\mu l$ 이하 나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 $60 \times 10^9/L$ 다) 혈소판 $20,000/\mu l$ 이하</p> <p>이 건은 중증재생불량성 빈혈에 대한 진단 근거가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 골수검사 상 세포총실도 및 말초혈액검사 결과가 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			일차골수섬유증 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-9)에 의하면, 일차골수섬유증(Primary Myelofibrosis)은 일차골수섬유증의 예후지표인 DIPSS(Dynamic International Prognostic Scoring System) plus risk category 중 고위험도 (High risk)와 중등위험도-2 (Intermediate-2)에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 DIPSS plus risk category의 고위험도 및 중등위험도-2를 확인할 수 없어 기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			혈구포식림프조직구증 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표 2] 2-가-10)에 의하면 혈구포식림프조직구증(Hemophagocytic Lymphohistiocytosis, HLH) 요양급여대상 기준은 "The Histiocyte Society에서 제시된 진단기준(2004년 제정)을 만족하는 혈구포식림프조직구증 환자 중 가족성(유전적) 또는 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 확인된 경우 다만, 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증 중에서 호전된 경우는 사례별로 인정한다"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 "The Histiocyte Society에서 제시된 진단기준(2004년 제정)을 충족시키는 자료를 제출하지 않아, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
		취하: 1건		
제대혈	총 6건	요양급여 : 5건	급성골수성백혈병 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia)</p> <p>- 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외)</p> <p>- 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			급성림프모구백혈병 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우</p> <p>나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고 위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성</p> <p>(나) t(v:11q23) 또는 MLL 재배열</p> <p>(다) 염색체수 44 미만</p> <p>(2) 진단시 1세 미만</p> <p>(3) 백혈구 수 $100 \times 10^9/L$ 이상</p> <p>(4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우</p> <p>(5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Poor Steroid Response</p> <p>(나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수 검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)</p> <p>(다) Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단 시 15세 이상으로 1차 완전관해된 경우, 2차 완전관해된 경우 또는 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 위 고시된 고위험군 중 하나에 해당한 경우 등 중 어느 하나에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				인함.
			만성골수성백혈병 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-2)에 의하면, 만성골수성백혈병(Chronic Myeloid Leukemia)은 WHO criteria에서 제시한 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 티로신 키나제 억제제(TKI)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상)</p> <p>나) T315I mutation 확인된 경우</p> <p>이 건은 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 티로신 키나제 억제제(TKI) 2개에 실패하거나 불내성을 보이는 경우 등에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			중증재생불량성빈혈 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)은 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서 (cellularity가 25% 이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 절대호중구수(ANC)가 500/μl 이하</p> <p>나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x10⁹/L</p> <p>다) 혈소판 20,000/μl 이하</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하 및 혈소판 20,000/μl 이하 등이 확인되어 요양급여대상으로 승인함.</p>
		선별급여 : 1건	급성골수성백혈병 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia)</p> <p>- 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외)</p> <p>- 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 완전관해가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
자가	총 159건	요양급여 : 125건	다발골수종 : 65건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-4)-가)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			비호지킨림프종 : 50건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-1)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상</p> <p>(나) Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>- LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우</p> <p>(다) Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외)</p> <p>(라) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>(단, stage I 완전관해 제외)</p> <p>(마) Peripheral T-cell Lymphoma</p> <p>(단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)</p> <p>(바) Primary CNS Lymphoma</p> <p>(2) 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma, Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia</p> <p>(나) Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)</p> <p>(다) Mantle Cell Lymphoma</p> <p>(라) Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>(마) Burkitt Lymphoma</p> <p>(바) Peripheral T-cell Lymphoma</p> <p>(사) Extranodal NK/T-cell Lymphoma</p> <p>(아) Primary CNS Lymphoma</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이면서 위 (1)의 (가)~(바) 중 어느 하나에 해당하거나, 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 위 (2)의 (가)~(아) 중 어느 하나에 해당하므로 요양급여대상으로 승인함.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			급성골수성백혈병 : 4건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-2)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우 나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 혈액학적 완전관해인 경우</p> <p>이 건은 급성전골수성백혈병에서 2차 분자생물학적 관해된 경우에 해당하거나 급성골수모구성백혈병에서 1차 혈액학적 완전관해인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			호지킨림프종 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-1)-나)에 의하면, 전형호지킨 림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 호지킨림프종으로 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			소아뇌종양 : 3건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-9)에 의하면, 소아뇌종양은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 다음 중 하나에 해당하는 경우 (1) 수모세포종(Medulloblastoma) (가) 진단 시 3세 이하 (나) 수술 후 잔여 종괴가 1.5cm² 이상인 경우 (다) 두개강 내 전이가 있는 경우 (라) Anaplastic type (2) 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) (3) Germ Cell Tumor와 Anaplastic Ependymoma : 3세 미만인 경우 나) 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>이 건은 소아뇌종양으로 위 기준 가)수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우이면서 위 (1)~(3) 중 하나에 해당하거나, 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			신경모세포종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-5)에 의하면, 신경모세포종(Neuroblastoma)은 다음의 경우 요양급여로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 다음 중 하나에 해당하며 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상인 경우</p> <p>(1) 진단 시 1세 이상이면서 stage IV</p> <p>(2) N-myc 증폭(+)인 stage II 이상</p> <p>나) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 경우</p> <p>이 건은 신경모세포종으로 진단 시 위 가)의 (1)~(2)에 해당하며 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상이거나, 나) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
	선별급여 : 34건		비호지킨림프종 : 10건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-1)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상</p> <p>(나) Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>- LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우</p> <p>(다) Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외)</p> <p>(라) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>(단, stage I 완전관해 제외)</p> <p>(마) Peripheral T-cell Lymphoma</p> <p>(단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)</p> <p>(바) Primary CNS Lymphoma</p> <p>(2) 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma, Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia</p> <p>(나) Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)</p> <p>(다) Mantle Cell Lymphoma</p> <p>(라) Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>(마) Burkitt Lymphoma</p> <p>(바) Peripheral T-cell Lymphoma</p> <p>(사) Extranodal NK/T-cell Lymphoma</p> <p>(아) Primary CNS Lymphoma</p> <p>이 건은 1차 표준항암화학요법 및 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 Diffuse Large B Cell Lymphoma로 LDH나 Ann Arbor stage 등 고위험군 소견을 확인 할 수 없어 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 진단 근거가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 제출자료 확인 결과 의학적으로 자가조혈모세포이식에 적합한 골수상태가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만70세 이상으로 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			다발골수증 : 12건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-4)-가)에 의하면, 다발골수증(Multiple Myeloma)은 IMWG에서 제시한 다발골수증(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>이 건은 IMWG에서 제시한 다발골수증(Multiple Myeloma) 진단 근거가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)은 다음 중 하나에 해당하는 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모세포이식</p> <p>나. 다발골수증 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식</p> <p>1) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함.</p> <p>2) 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우: 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함.</p> <p>3) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>이 건은 2차 자가 조혈모세포이식으로 1차 이식 후 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않고 6개월 이내에 시행하거나, VGPR 이상의 반응을 보이면서 경과관찰에서 진행성 소견을 보이거나, VGPR 유지기간이 12개월 미만에 해당하여 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			호지킨림프종 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-1)-나)에 의하면, 전형호지킨 림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>소아뇌종양 : 6건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-9)에 의하면, 소아뇌종양은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) 수모세포종(Medulloblastoma)</p> <p>(가) 진단 시 3세 이하</p> <p>(나) 수술 후 잔여 종괴가 1.5cm² 이상인 경우</p> <p>(다) 두개강 내 전이가 있는 경우</p> <p>(라) Anaplastic type</p> <p>(2) 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT)</p> <p>(3) Germ Cell Tumor와 Anaplastic Ependymoma : 3세 미만인 경우</p> <p>나) 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>이 건은 소아뇌종양의 Germ cell tumor로 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상에 해당하지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)은 다음 중 하나에 해당하는 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모세포이식</p> <p>나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식</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) 소</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>건을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함.</p> <p>3) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>이 건은 3차 자가 조혈모세포이식 예정으로 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>골육종 : 1건</p>	<p>「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법 제1호(요양급여의 일반원칙) 가목에서 요양급여는 "가입자 등의 연령·성별·직업 및 심신상태 등의 특성을 고려하여 진료의 필요가 있다고 인정되는 경우에 정확한 진단을 토대로 하여 환자의 건강증진을 위하여 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시하여야 한다"고 규정하고 있고, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1.시행)[별표 2]에 의하여 조혈모세포이식 요양급여대상은 대상 질병별 기준에 해당하는 경우로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 제출자료 확인 결과 의학적으로 자가조혈모세포이식에 적합한 골수상태가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>Rhabdoid tumor of liver : 1건</p>	<p>이 건은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표2] 조혈모세포이식 요양급여의 대상자 기준의 질병에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>Follicular dendritic cell sarcoma : 1건</p>	
			<p>Choroid plexus carcinoma : 1건</p>	
계	356건			

[별첨] 조혈모세포이식 대상자 승인 결과

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
1	동종조혈모	남	46	혈구포식림프조직구증(HLH)	선별급여
2	동종조혈모	남	9	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
3	동종조혈모	남	16	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
4	동종조혈모	남	62	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
5	동종조혈모	남	63	CMML-1	선별급여
6	동종조혈모	남	29	비호지킨림프종(B-lymphoblastic lymphoma)	선별급여
7	동종조혈모	남	38	혈구포식림프조직구증(HLH)	선별급여
8	동종조혈모	남	39	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
9	동종조혈모	여	36	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
10	동종조혈모	여	50	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
11	동종조혈모	남	28	만성골수성백혈병(CML)	선별급여
12	동종조혈모	남	34	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
13	동종조혈모	여	66	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
14	동종조혈모	남	4	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
15	동종조혈모	여	58	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
16	동종조혈모	남	9	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
17	동종조혈모	남	18	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
18	동종조혈모	남	71	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
19	동종조혈모	남	30	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	선별급여
20	동종조혈모	남	51	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
21	동종조혈모	남	30	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
22	동종조혈모	남	60	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
23	동종조혈모	남	38	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
24	동종조혈모	남	63	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
25	동종조혈모	남	38	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	선별급여
26	동종조혈모	남	16	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
27	동종조혈모	남	69	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
28	동종조혈모	여	71	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
29	동종조혈모	남	26	중증재생불량성빈혈(severe aplastic anemia)	선별급여
30	동종조혈모	여	51	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
31	동종조혈모	남	50	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
32	동종조혈모	여	62	중증재생불량성빈혈(severe aplastic anemia)	선별급여
33	동종조혈모	남	20	비호지킨림프종(T-lymphoblastic lymphoma)	선별급여
34	동종조혈모	남	68	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
35	동종조혈모	여	65	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
36	동종조혈모	남	61	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
37	동종조혈모	여	54	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
38	동종조혈모	남	68	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
39	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
40	동종조혈모	남	39	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
41	동종조혈모	남	42	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
42	동종조혈모	남	59	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
43	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
44	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
45	동종조혈모	남	59	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
46	동종조혈모	남	44	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
47	동종조혈모	여	62	CMML	선별급여
48	동종조혈모	남	62	Post-essential Thrombocythemia Myelofibrosis	선별급여
49	동종조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
50	동종조혈모	남	23	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
51	동종조혈모	여	62	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
52	동종조혈모	여	45	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
53	동종조혈모	남	53	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
54	동종조혈모	남	66	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
55	동종조혈모	여	52	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
56	동종조혈모	남	47	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
57	동종조혈모	남	66	CMML-2	요양급여
58	동종조혈모	남	68	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
59	동종조혈모	남	11	중증재생불량성빈혈(severe aplastic anemia)	요양급여
60	동종조혈모	여	53	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
61	동종조혈모	여	60	중증재생불량성빈혈(severe aplastic anemia)	요양급여
62	동종조혈모	여	41	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
63	동종조혈모	남	62	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
64	동종조혈모	여	41	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
65	동종조혈모	남	58	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
66	동종조혈모	남	60	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
67	동종조혈모	남	48	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
68	동종조혈모	여	50	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
69	동종조혈모	여	66	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
70	동종조혈모	여	65	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
71	동종조혈모	여	34	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
72	동종조혈모	남	20	혈구포식림프조직구증(HLH)	요양급여
73	동종조혈모	여	11	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
74	동종조혈모	남	2	Adrenoleukodystrophy	요양급여
75	동종조혈모	남	43	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
76	동종조혈모	남	11	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
77	동종조혈모	여	5	중증재생불량성빈혈(severe aplastic anemia)	요양급여
78	동종조혈모	여	49	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
79	동종조혈모	여	46	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
80	동종조혈모	남	67	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
81	동종조혈모	남	39	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
82	동종조혈모	여	52	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
83	동종조혈모	여	15	중증재생불량성빈혈(severe aplastic anemia)	요양급여
84	동종조혈모	남	49	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
85	동종조혈모	남	45	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
86	동종조혈모	남	37	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
87	동종조혈모	남	61	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
88	동종조혈모	남	21	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
89	동종조혈모	남	31	Atypical CML	요양급여
90	동종조혈모	남	63	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
91	동종조혈모	여	23	중증재생불량성빈혈(severe aplastic anemia)	요양급여
92	동종조혈모	남	27	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
93	동종조혈모	남	69	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
94	동종조혈모	여	64	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
95	동종조혈모	여	35	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
96	동종조혈모	남	59	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
97	동종조혈모	남	39	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
98	동종조혈모	남	52	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
99	동종조혈모	남	66	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
100	동종조혈모	남	62	Post-Essential Thrombocythemia Myelofibrosis	요양급여
101	동종조혈모	남	61	중증재생불량성빈혈(severe aplastic anemia)	요양급여
102	동종조혈모	남	29	중증재생불량성빈혈(severe aplastic anemia)	요양급여
103	동종조혈모	남	9M	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
104	동종조혈모	여	46	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
105	동종조혈모	여	61	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
106	동종조혈모	여	32	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
107	동종조혈모	남	27	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
108	동종조혈모	남	64	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
109	동종조혈모	남	20	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
110	동종조혈모	여	21	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
111	동종조혈모	남	61	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
112	동종조혈모	여	66	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
113	동종조혈모	여	67	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
114	동종조혈모	여	26	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
115	동종조혈모	여	44	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
116	동종조혈모	남	64	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
117	동종조혈모	남	69	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
118	동종조혈모	남	57	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
119	동종조혈모	남	65	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
120	동종조혈모	남	65	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
121	동종조혈모	남	50	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
122	동종조혈모	여	47	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
123	동종조혈모	남	25	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
124	동종조혈모	남	59	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
125	동종조혈모	남	10	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
126	동종조혈모	남	61	만성골수성백혈병(CML)	요양급여
127	동종조혈모	여	23	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
128	동종조혈모	여	10M	연소기골수단구성백혈병(JMML)	요양급여
129	동종조혈모	남	60	만성골수성백혈병(CML)	요양급여
130	동종조혈모	여	47	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
131	동종조혈모	여	53	만성골수성백혈병(CML)	요양급여
132	동종조혈모	남	61	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
133	동종조혈모	여	10	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
134	동종조혈모	남	64	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
135	동종조혈모	여	62	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
136	동종조혈모	남	60	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
137	동종조혈모	여	64	혈구포식림프조직구증(HLH)	요양급여
138	동종조혈모	남	57	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
139	동종조혈모	남	40	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
140	동종조혈모	남	18	혈구포식림프조직구증(HLH)	요양급여
141	동종조혈모	남	58	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
142	동종조혈모	여	63	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
143	동종조혈모	여	7	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
144	동종조혈모	남	68	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
145	동종조혈모	여	57	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
146	동종조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
147	동종조혈모	여	7M	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
148	동종조혈모	여	12	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
149	동종조혈모	남	64	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
150	동종조혈모	남	50	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
151	동종조혈모	남	65	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
152	동종조혈모	여	61	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
153	동종조혈모	남	64	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
154	동종조혈모	남	68	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
155	동종조혈모	남	62	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
156	동종조혈모	여	9	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
157	동종조혈모	여	39	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
158	동종조혈모	여	68	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
159	동종조혈모	여	61	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
160	동종조혈모	여	54	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
161	동종조혈모	남	34	중증재생불량성빈혈(severe aplastic anemia)	요양급여
162	동종조혈모	여	55	Acute Bileneal Leukemia	요양급여
163	동종조혈모	남	40	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
164	동종조혈모	여	54	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
165	동종조혈모	여	54	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
166	동종조혈모	여	55	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
167	동종조혈모	남	37	중증재생불량성빈혈(severe aplastic anemia)	요양급여
168	동종조혈모	여	57	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
169	동종조혈모	남	69	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
170	동종조혈모	남	61	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
171	동종조혈모	여	65	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
172	동종조혈모	남	13	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
173	동종조혈모	여	27	Acute Bileneal Leukemia	요양급여
174	동종조혈모	남	43	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
175	동종조혈모	남	58	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
176	동종조혈모	여	61	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
177	동종조혈모	남	64	일차골수성유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
178	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
179	동종조혈모	남	58	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
180	동종조혈모	여	51	중증재생불량성빈혈(severe aplastic anemia)	요양급여
181	동종조혈모	여	2	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
182	동종조혈모	여	64	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
183	동종조혈모	여	19	비호지킨림프종(Hepatosplenic T-cell lymphoma)	요양급여
184	동종조혈모	남	53	혈구포식림프조직구증(HLH)	요양급여
185	동종조혈모	여	42	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
186	동종조혈모	여	64	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
187	동종조혈모	여	53	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
188	동종조혈모	여	62	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
189	동종조혈모	여	18	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
190	동종조혈모	남	63	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
191	동종조혈모	남	51	골수형성이상증후군(MDS)	취하
192	제대혈조혈모	여	27	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
193	제대혈조혈모	여	37	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
194	제대혈조혈모	남	64	만성골수성백혈병(CML)	요양급여
195	제대혈조혈모	여	19	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
196	제대혈조혈모	여	56	중증재생불량성빈혈(severe aplastic anemia)	요양급여
197	제대혈조혈모	여	24	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
198	자가조혈모	여	54	Follicular dendritic cell sarcoma	선별급여
199	자가조혈모	남	53	다발골수종(MM)	선별급여
200	자가조혈모	여	51	다발골수종(MM)	선별급여
201	자가조혈모	여	41	비호지킨림프종(Subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma)	선별급여
202	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
203	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	선별급여
204	자가조혈모	남	25	생식세포종(Germcelltumor)	선별급여
205	자가조혈모	여	52	다발골수종(MM)	선별급여
206	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
207	자가조혈모	남	10M	Rhabdoidtumorofliver	선별급여
208	자가조혈모	남	70	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	선별급여
209	자가조혈모	남	46	다발골수종(MM)	선별급여
210	자가 후 자가	여	3	비정형기형/횡문근종양(AT/RT)	선별급여
211	자가 후 자가	여	4	수모세포종(Medulloblastoma)	선별급여
212	자가조혈모	남	30	생식세포종(Germcelltumor)	선별급여
213	자가조혈모	남	43	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
214	자가조혈모	여	59	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	선별급여
215	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	선별급여
216	자가조혈모	여	63	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
217	자가조혈모	남	54	호지킨림프종	선별급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
218	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	선별급여
219	자가조혈모	여	10	골육종(Osteosarcoma)	선별급여
220	자가조혈모	남	54	호지킨림프종	선별급여
221	자가조혈모	남	12	Choroidplexuscarcinoma	선별급여
222	자가 후 자가	여	65	다발골수종(MM)	선별급여
223	자가 후 자가	남	41	다발골수종(MM)	선별급여
224	자가 후 자가	여	57	다발골수종(MM)	선별급여
225	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
226	자가조혈모	남	9	Diffusehighgradeglioma	선별급여
227	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종(Waldenstrom macroglobulinemia)	선별급여
228	Tandem(자가-자가)	여	2	Embryonaltumorwithmultilayeredrosettes	선별급여
229	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	선별급여
230	자가 후 자가	남	6	Diffusemidlineglioma	선별급여
231	자가 후 자가	남	63	다발골수종(MM)	선별급여
232	Tandem(자가-자가)	여	7	수모세포종(Medulloblastoma)①	요양급여
233	자가 후 자가	남	54	다발골수종(MM)	요양급여
234	자가조혈모	남	69	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
235	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
236	자가조혈모	남	47	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	요양급여
237	자가조혈모	여	64	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
238	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	요양급여
239	자가조혈모	여	19	비호지킨림프종(Anaplastic large cell lymphoma, ALK(+))	요양급여
240	자가조혈모	여	57	다발골수종(MM)	요양급여
241	자가조혈모	남	33	비호지킨림프종(T-lymphoblastic lymphoma)	요양급여
242	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	요양급여
243	자가조혈모	여	52	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
244	자가조혈모	여	60	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
245	자가조혈모	남	48	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
246	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	요양급여
247	Tandem(자가-자가)	여	3	수모세포종(Medulloblastoma)①	요양급여
248	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
249	자가조혈모	여	60	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
250	자가 후 자가	여	64	다발골수종(MM)	요양급여
251	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
252	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	요양급여
253	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
254	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	요양급여
255	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	요양급여
256	자가조혈모	여	66	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
257	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	요양급여
258	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	요양급여
259	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	요양급여
260	자가조혈모	남	38	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
261	자가조혈모	여	51	다발골수종(MM)	요양급여
262	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	요양급여
263	자가조혈모	여	32	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
264	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	요양급여
265	자가 후 자가	여	59	다발골수종(MM)	요양급여
266	자가조혈모	여	55	다발골수종(MM)	요양급여
267	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여
268	자가조혈모	여	59	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
269	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
270	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
271	자가조혈모	남	44	비호지킨림프종(Follicular lymphoma)	요양급여
272	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
273	자가조혈모	남	53	다발골수종(MM)	요양급여
274	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	요양급여
275	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
276	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
277	자가조혈모	남	47	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
278	Tandem(자가-자가)	여	11	수모세포종(Medulloblastoma)	요양급여
279	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
280	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	요양급여
281	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	요양급여
282	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
283	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
284	자가조혈모	여	57	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
285	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	요양급여
286	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	요양급여
287	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	요양급여
288	자가조혈모	여	54	다발골수종(MM)	요양급여
289	자가조혈모	여	57	다발골수종(MM)	요양급여
290	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
291	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종(Follicular lymphoma)	요양급여
292	자가조혈모	여	68	다발골수종(MM)	요양급여
293	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
294	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	요양급여
295	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
296	자가조혈모	여	53	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
297	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
298	자가조혈모	여	46	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
299	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	요양급여
300	자가조혈모	여	60	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
301	자가조혈모	여	32	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
302	자가 후 자가	남	64	다발골수종(MM)	요양급여
303	자가조혈모	남	46	다발골수종(MM)	요양급여
304	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	요양급여
305	자가조혈모	여	53	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
306	자가조혈모	여	6	비호지킨림프종(Anaplastic large cell lymphoma)	요양급여
307	자가조혈모	남	52	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
308	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여
309	자가조혈모	남	18	비호지킨림프종(T-lymphoblastic lymphoma)	요양급여
310	자가조혈모	여	68	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
311	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	요양급여
312	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	요양급여
313	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	요양급여
314	자가조혈모	여	55	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
315	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
316	자가조혈모	남	51	다발골수종(MM)	요양급여
317	Tandem(자가-자가)	남	1	신경모세포종(Neuroblastoma)	요양급여
318	자가조혈모	남	69	다발골수종(MM)	요양급여
319	자가조혈모	남	55	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
320	자가조혈모	여	65	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
321	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	요양급여
322	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	요양급여
323	자가 후 자가	남	43	다발골수종(MM)	요양급여
324	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	요양급여
325	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	요양급여
326	자가조혈모	남	50	다발골수종(MM)	요양급여
327	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	요양급여
328	자가조혈모	남	54	호지킨림프종	요양급여
329	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
330	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
331	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	요양급여
332	자가조혈모	남	52	호지킨림프종	요양급여
333	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
334	자가조혈모	남	43	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
335	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
336	자가조혈모	여	50	다발골수종(MM)	요양급여
337	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
338	자가조혈모	여	55	다발골수종(MM)	요양급여
339	자가조혈모	남	68	다발골수종(MM)	요양급여
340	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	요양급여
341	자가조혈모	남	53	다발골수종(MM)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
342	자가조혈모	여	52	다발골수종(MM)	요양급여
343	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
344	자가조혈모	여	63	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
345	자가조혈모	여	68	다발골수종(MM)	요양급여
346	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	요양급여
347	자가조혈모	여	60	비호지킨림프종(Monomorphic epitheliotropic intestinal T-cell lymphoma)	요양급여
348	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	요양급여
349	자가조혈모	여	27	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
350	자가조혈모	남	50	다발골수종(MM)	요양급여
351	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	요양급여
352	자가조혈모	여	58	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
353	자가조혈모	여	63	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
354	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	요양급여
355	자가조혈모	남	38	비호지킨림프종(intestinal T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
356	자가조혈모	남	48	비호지킨림프종(Burkitt lymphoma)	요양급여

[2022.7.27. 조혈모세포이식 분과위원회, 2022.8.9. 중앙심사조정위원회]