

진료심사평가위원회 심의사례 공개(총 7항목)

- 2022. 6. 30. 공개

연번	제 목	페이지
1	외상 등 사유로 시행한 입원 인정여부(1사례)	1
2	진료내역 참조, 미분류된 수술 행위에 대한 수가산정방법 1) 자485가 무탐침정위기법(기본)하에 시행한 생검, 흡인, 병소 절제, 혈종 제거의 수가산정방법(3사례)	2-3
3	진료내역 참조, 2가지 이상 수술을 동시에 시행한 경우 제 2의 수술 인정여부 및 수가산정방법 1) 모야모야병에 시행한 자466 두개강내 혈관문합술 인정여부 및 수가산정 방법(2사례) 2) 뇌척수액 누출에 시행한 자472다 뇌척수액루수술-비강접근 수술 시 Nasoseptal flap 행위 인정여부(1사례) 3) 자가혈관을 사용하여 중대뇌동맥의 폐쇄 및 협착에 시행한 자466가 두개강내 혈관문합술-직접법의 수술 시 자가혈관채취료 인정여부(1사례)	4-7
4	Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 대상여부(5사례)	8-11
5	심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상여부(13사례)	12-16
6	Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 요양급여 대상여부(40사례)	17-22
7	조혈모세포이식 요양급여 및 선별급여 대상여부(330사례)	23-57

1. 외상 등 사유로 시행한 입원 인정여부

■ 청구내역

○ 사례1(남/45세)

- 청구 주상병명: 무릎의 타박상
- 주요 청구내역:

가2다(3) AB357 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료4인실입원료 1*1*15

가2다(3) AB357800 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료4인실입원료 1*1*5

■ 심의내용 및 결과

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법」 및 「입원료 일반원칙 (고시 제2021-4호, 2021.2.1. 시행)」에 의하면 입원은 질환의 특성 및 환자상태 등을 고려하여 임상적·의학 적 필요성이 있다고 판단되는 경우에 실시하여야 하며 단순한 피로회복, 통원불편 등을 이유로 입원지시를 하여서는 아니 됨. 또한 입원료는 환자 질환 및 상태에 대한 적절한 치료 및 지속적인 관찰이 필요한 경우 인정 하며, 입원 필요성이 있는 환자상태에 대한 임상적 소견 등이 진료기록부상에 기록되어야 함.

- 따라서, 이 건은 다음과 같이 결정함.

○ 사례1(남/45세)

- 이 사례는 ‘무릎의 타박상’ 등 상병으로 21일 입원 진료 후 ‘가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급 간호관리료 4인실 입원료’를 청구한 사례임.
- 내원 6일 전 넘어지며 발생한 무릎 및 목 통증을 주호소로 입원 진료를 시행하였으나, 외상 후 급성기 경과관 찰을 위한 적절한 시간이 경과하였고 제출된 진료기록부 등에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제 한 및 환자 상태에 대한 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우가 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 모두 인정하 지 아니함.**

[2022.7.29. 지역심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

2. 진료내역 참조, 미분류된 수술 행위에 대한 수가산정방법

1) 자485가 무탐침정위기법(기본)하에 시행한 생검, 흡인, 병소절제, 혈종제거의 수가산정방법(3사례)

■ 청구내역

○ 사례1(남/53세)

- 청구 상병명: 상세불명의 뇌의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물
- 주요 청구내역:

자475가 S4756 중추신경계정위수술-생검, 흡인, 병소절제, 혈종제거	1*1*1
자485가 S4851 무탐침정위기법(기본)	1*1*1

○ 사례2(남/63세)

- 청구 상병명: 상세불명의 뇌의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물
- 주요 청구내역:

자475가 S4756 중추신경계정위수술-생검, 흡인, 병소절제, 혈종제거	1*1*1
자485가 S4851 무탐침정위기법(기본)	1*1*1

○ 사례3(여/75세)

- 청구 상병명: 상세불명의 뇌내출혈
- 주요 청구내역:

자475가 S4756 중추신경계정위수술-생검, 흡인, 병소절제, 혈종제거	1*1*1
자485가 S4851 무탐침정위기법(기본)	1*1*1

■ 심의내용 및 결과

- 교과서 및 참고문헌에 따르면, 정위수술은 CT나 MRI로 뇌 속 표적(target)의 삼차원적 좌표를 구한 다음 뇌 속 목표 부위에 정확히 도달하게 하여 치료효과를 얻는 방법으로, ①머리에 고정하는 정위기구(Frame)를 이용하는 방법과 ②영상획득 단계에서 정위기구를 이용하지 않는 무틀정위수술 혹은 항법술(Navigation) 두가지 기법으로 나뉨. 이런 정위수술은 진단에 필요한 조직을 얻거나, 혈종이나 농양을 배액하기 위한 치료에 널리 이용되고 있음.
- 위 관련행위의 상대가치점수는 행위정의를 참고하여, ①머리에 고정하는 정위기구(Frame)를 이용해서 생검 등을 실시한 경우는 ‘자475가 중추신경계정위수술-생검,흡인,병소절제,혈종제거’의 소정점수(정위수술료와 생검 등 수기로 포함)를 산정하며, ②영상획득 단계에서 정위기구를 이용하지 않는 항법술(Navigation) 혹은 항법장치는 ‘자485가 무탐침정위기법(정위수술료만 포함)’이며 생검, 혈종제거 등의 수기로는 별도 산정함.
- 한편, ‘자32나(2) 천두술(농종,혈종,농양의 제거 및 배액)-뇌실질내’의 행위정의에 따르면, 적응증은 ‘뇌실질내 출혈의 배액, 뇌농양의 배액, 뇌실질내 종괴의 진단을 위한 조직검사’이며, 두개골과 경막을 관통하는 소천공을 만들어 도관을 삽입하고 배액장치를 연결하여 피부를 봉합하는 방법으로 정위술에 대한 내용은 포함하지 않음.
- 이에, 이 건(3사례)의 ‘자485가 무탐침정위기법(기본)’ 하에 시행한 생검, 혈종제거 등의 수술시 수가산정방법에 대해 논의한 결과, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부 제9장 [산정지침](3) 및 진료내역, 행위정의, 전문가 의견 등을 참조하여 다음과 같이 결정함.

- 사례1(남/53세):

상세불명의 뇌의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 상병으로 Navigation system guided open biopsy를 시행하고, ‘자485가 무탐침정위기법(기본)’과 ‘자475가 중추신경계정위수술-생검, 흡인, 병소절제, 혈종제거’를 청구하였으나, 1차 심사에서 ‘자475가 중추신경계정위수술-생검, 흡인, 병소절제, 혈종제거’이 ‘자32나(2) 천두술(낭종, 혈종, 농양제거 및 배액)-뇌실질내’로 조정되어 이의신청함.

각각의 행위정의 및 수술과정, 난이도 등을 검토한 결과 ‘자475가 중추신경계정위수술-생검, 흡인, 병소절제, 혈종제거’는 ‘자32나(2) 천두술(낭종, 혈종, 농양제거 및 배액)-뇌실질내’와 유사한 시술로 판단되어 준용하여 인정함이 적절하여 이의신청은 기각함.

- 사례2(남/63세):

상세불명의 뇌의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 상병으로 Navigation system guided open biopsy를 시행하고, ‘자485가 무탐침정위기법(기본)’과 ‘자475가 중추신경계정위수술-생검, 흡인, 병소절제, 혈종제거’를 청구하였으나, 1차 심사에서 ‘자475가 중추신경계정위수술-생검, 흡인, 병소절제, 혈종제거’이 ‘자32나(2) 천두술(낭종, 혈종, 농양제거 및 배액)-뇌실질내’로 조정되어 이의신청함.

각각의 행위정의 및 수술과정, 난이도 등을 검토한 결과 ‘자475가 중추신경계정위수술-생검, 흡인, 병소절제, 혈종제거’는 ‘자32나(2) 천두술(낭종, 혈종, 농양제거 및 배액)-뇌실질내’와 유사한 시술로 판단되어 준용하여 인정함이 적절하여 이의신청은 기각함.

- 사례3(여/75세):

상세불명의 뇌내출혈 상병으로 Navigation system guided hematoma aspiration을 시행하고 ‘자485가 무탐침정위기법(기본)’과 ‘자475가 중추신경계정위수술-생검, 흡인, 병소절제, 혈종제거’를 청구함.

‘자485가 무탐침정위기법(기본)’은 급여기준에 의거하여 인정하며, ‘자475가 중추신경계정위수술-생검, 흡인, 병소절제, 혈종제거’는 각각의 행위정의 및 수술과정, 난이도 등을 검토한 바 ‘자32나(2) 천두술(낭종, 혈종, 농양제거 및 배액)-뇌실질내’와 유사한 시술로 판단되어 준용하여 인정함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제 1-3 및 제1편 제2부 제9장 [산정지침] (2), (3)
- 김영준 외. 신경외과학 4판. 엠엘커뮤니케이션. 2012
- 대한정위기능신경외과학회, 정위기능신경외과학 2판, 아이비기획. 2017

[2022.4.15. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

3. 진료내역 참조, 2가지 이상 수술을 동시에 시행한 경우 제 2의 수술 인정여부 및 수가산정방법
1) 모야모야병에 시행한 자466 두개강내 혈관문합술 인정여부 및 수가산정방법(2사례)

■ 청구내역

○ 사례1(여/57세)

- 청구 상병명: 모야모야병
- 주요 청구내역:

자466가 두개강내 혈관문합술-직접법[신경외과전문의]	1*1*1
자466나 두개강내 혈관문합술-간접법[EDAS, EMAS 등]	1*0.5*1

○ 사례2(여/5세)

- 청구 상병명: 모야모야병
- 주요 청구내역:

자466나 두개강내 혈관문합술-간접법[EDAS, EMAS 등]	1*1*1
자466나 두개강내 혈관문합술-간접법[EDAS, EMAS 등]	1*1*1

■ 심의내용 및 결과

- 교과서 및 참고문헌 등에서 모야모야병은 윌리스 환(circle of Willis) 주요 분지의 한쪽 혹은 양쪽의 협착 또는 폐색을 보이는 뇌기저부에 비정상적인 미세한 측부 순환의 망을 형성하는 것을 특징으로 하는 대뇌혈관 폐쇄성 질환이며,
 - 두개강내 혈관문합술은 모야모야병으로 반복적인 허혈증상이 있는 경우 직-간접으로 두개내-외 혈관문합술을 통해 뇌허혈 부위에 측부순환을 증가시켜 뇌경색 예방에 권장하는 치료이고, 수술방법은 ①직접혈관을 이어주는 직접 재혈관화 수술과 ②혈관을 뇌의 표면에 얹어주어 자연스러운 측부순환의 형성을 기대하는 간접 재혈관화 수술로 나뉨.
- ‘자466 두개강내 혈관문합술 관련 급여기준[고시 제2020-330호(’20.6.1.시행)]’에 따라 두개강내 혈관문합술은 표재성측두동맥(Superficial temporal artery)의 2개 혈관 분지 (frontal branch와 parietal branch)를 이용하여 ①대뇌혈관에 직접 문합하는 방법은 ‘자466가 두개강내 혈관문합술-직접법’으로, ②대뇌 표면에 얹어 주는 방법은 ‘자466나 두개강내 혈관문합술-간접법[EDAS,EMAS 등]’으로 동시에 문합하는 경우 150% 산정이 가능함.
- 다만, 전문가들은 ‘자466 두개강내 혈관문합술’은 공여 혈관을 기준으로 행위분류되어 있어, 공여조직(경막, 근육, 두피근막 등)에 따른 간접법(EDS, EGS, EMS, EGPS 등) 수술 시 ‘자466나 두개강내 혈관문합술-간접법’ 수가산정이 어렵고,
 - ‘자466나 두개강내 혈관문합술-간접법’은 공여 혈관을 이용하여 ‘간접 재혈관화 수술’을 할 수 없는 경우 ‘공여 조직을 이용한 간접 재혈관화 수술’ 시 산정 가능하나, 동일경로(Craniotomy)하에서 ‘직접 재혈관화 수술’과 동시에 공여조직을 이용한 ‘간접 재혈관화 수술’을 한 경우는 주된 수술의 일련의 과정으로 별도 수가 산정할 수 없다는 의견임.
- 이에, 이 건(2사례)은 모야모야병의 두개강내 혈관문합술의 적절한 수가적용방법에 대해 논의한 결과 진료내역, 관련 급여기준, 전문가 의견 등을 참조하여 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

– 사례1(여/57세):

모야모야 병으로 동일 개두술 하에 좌측 표재성측두동맥(Superficial temporal artery)의 한분지(parietal branch)를 이용하여 ‘직접 뇌혈관 문합술(STA-MCA anastomosis)’ 한 후 Close 시 공여조직을 이용한 간접 재혈관화 수술인 EDGS(Encephalo-duro-arterial-synangiosis)를 시행하고 ‘자466가 두개강내 혈관문합술-직접법 100%’ 및 ‘자466나 두개강내 혈관문합술-간접법 50%’를 청구하였으나, 1차 심사에서 주된 수술의 부수적으로 동시에 실시하는 수술로 ‘자466나 두개강내 혈관문합술-간접법 50%’가 조정되어 이의신청함.

진료내역 참조, 개두술(Craniotomy) 후 경막을 절개하여 하나의 혈관분지(parietal branch)로 직접 혈관문합술을 시행 후 Close 과정에서 경막을 뒤집고 모상건막(galea flap)을 이용하여 경막을 봉합함. Indirect EDGS는 주된 수술의 부수적으로 동시에 실시하여 일련의 과정으로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부 제9장 [산정지침](5)에 의거 ‘자466나 두개강내 혈관문합술-간접법 50%’ 심사조정에 대한 이의신청은 기각함.

– 사례2(여/5세):

모야모야 병으로 좌측 측두부위(Lt. temporal)를 절개하여 좌측 표재성측두동맥(Superficial temporal artery)을 이용한 간접법 EDAS(Encephalo-duro-arterial-synangiosis)를 시행하고, 좌측 전두부위(Lt. frontal)를 절개하여 전대뇌동맥 분포영역에 혈액 공급 부족을 개선시키고자 공여조직을 이용한 간접법 EGPS(EDAS with bifrontal encephalo-galeo-periosteal-synangiosis) 한 후 각각 산정하여 ‘자466나 두개강내 혈관문합술-간접법 200%’를 청구하였으나, 1차 심사에서 모야모야병 하나의 상병에 대한 치료를 위한 수술이므로 ‘자466나 두개강내 혈관문합술-간접법 150%’로 조정됨. 해당 의료기관은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부 제9장 [산정지침](5)에 의거 제2의 수술에서 상급종합병원·종합병원은 해당 수술 소정점수의 70% 인정이 필요하다고 이의신청함.

진료내역 참조, 좌측 측두, 전두(Lt temporal, frontal) 부위에 각각의 개두술(craniotomy) 후 접근하여 수술을 하였으나 절개를 달리하였더라도 동일 병소에 대하여 동일 마취하에 연속으로 수술한 경우임. 따라서, 「동일 피부 절개 하 동일 수술을 여러 부위에 하는 경우 수가 산정방법」에 의거 ‘자466나 두개강내 혈관문합술-간접법 150%’로 인정하므로, 제2의 수술에서 상급종합병원·종합병원은 해당 수술 소정점수의 70% 인정에 대한 이의신청은 기각함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제 1-3 및 제1편 제2부 제9장 [산정지침] (5)
- 대한뇌혈관외과학회 교과서편찬위원회. 뇌혈관외과학 제2판. 대한뇌혈관외과학회. 2018
- E. Nossek, D. Langer. How I do it: combined direct (STA-MCA) and indirect (EDAS) EC-IC bypass. Acta Neurochirurgica. 2014 Nov;156(11):2079-84

[2022.4.15. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

2) 뇌척수액 누출에 시행한 자472다 뇌척수액루수술-비강접근 수술 시 Nasoseptal flap 행위 인정여부

■ 청구내역

○ 사례3(남/59세)

- 청구 상병명: 모야모야병

- 주요 청구내역:

자472다 뇌척수액루수술-비강접근

1*1*1

자16가 피판작성술-피부-국소(기타)

1*1*1

■ 심의내용 및 결과

○ 교과서 및 참고문헌에 따르면, 경비중격 접근법으로 재 수술 시 비중격이 얇아져 있는 등 두개저 결손을 보강 하는데 필요한 재료가 부족한 경우 내시경 시야에서 상대적으로 쉽게 시행할 수 있는 비중격 피판(nasoseptal flap)이 많이 사용됨.

○ 이 건은 진료내역 상 타 병원에서 경비적 뇌하수체종양 적출술 후 뇌척수액 비루가 있어 내시경으로 경비적 접근하여 비중격 피판(nasoseptal flap)을 만들어 뇌척수액 누출부위를 재건한 사례임. 이와 관련, ‘자472다 뇌척수액루수술-비강접근 100%’와 비중격 피판(nasoseptal flap)에 대해 ‘자16가(1)(나) 피판작성술-피부-국소(기타) 100%’를 청구하였으나, 1차 심사에서 ‘자16가(1)(나) 피판작성술-피부-국소(기타) 100%’가 조정되어 이의신청함.

- 이에, ‘자472다 뇌척수액루수술-비강접근’ 행위정의에 의하면 ‘경막결손 확인 및 경막결손 복원(경막 및 인조경막제 이용)’과정을 포함하고, 해당 비중격피판(Nasoseptal flap)은 동일 절개(또는 동일 경로) 하 동일 수술로, 경막결손 복원 및 두개저 재건의 위한 일련의 과정이므로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부 제9장 [산정지침](5)에 의거 ‘자16가(1)(나) 피판작성술-피부-국소(기타) 100%’ 심사조정에 대한 이의신청은 기각함.

■ 참고

○ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법

○ 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제 1-3 및 제1편 제2부 제9장 [산정지침] (2), (3), (5)

○ 대한두개저외과학회. 두개저외과학 제2판. 군자출판사. 2012

○ Kun Hee Lee and Chul Won Yang. Endoscopic Endonasal Skull Base Repair with Nasoseptal Flap. Korean J Otorhinolaryngol-Head Neck surg. 2015. 58(1):7-11.

○ Kyoung Su Sung, Jaejoon Lim, Minkyun Na, Sanghun Lee, Ju-Seong Kim, Je Beom Hong, Chang-Ki Hong & Ju Hyung Moon. Anterior skull base reconstruction using nasoseptal flap: cadaveric feasibility study and clinical implication. Journal of Otolaryngology - Head & Neck Surgery volume 49, Article number: 67 (2020)

[2022.4.15. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

3) 자가혈관을 사용하여 중대뇌동맥의 폐쇄 및 협착에 시행한 자466가 두개강내 혈관문합술-직접법의 수술 시 자가혈관채취료 인정여부

■ 청구내역

○ 사례4(여/57세)

- 청구 상병명: 중대뇌동맥의 폐쇄 및 협착
- 주요 청구내역:

자466가 두개강내 혈관문합술-직접법

1*1*1

자207다 혈관결찰술(기타)

1*1*1

■ 심의내용 및 결과

- 교과서 및 전문가 의견에 따르면, 두개강내 혈관문합술 시 표재성측두동맥(Superficial temporal artery)를 사용하여 문합하지만 측두동맥이 파손되었거나 너무 가늘어 뇌허혈부위에 많은 혈액 공급이 어려울 경우 요골동맥 및 대복제 정맥을 이용하여 이식 문합수술을 시행함.
- 이 건은 진료내역 상 중대뇌동맥의 폐쇄 및 협착으로 인해 흉부외과에서 별도로 우측요골동맥채취(Rt. radial artery harvest)를 통해 획득한 동맥으로 ‘좌측 표재성측두동맥-요골동맥-중대뇌동맥 문합술(Left. STA-RA-M1 interposition direct bypass)’ 실시하고, ‘자466가 두개강내 혈관문합술-직접법 100%’와 ‘자207다 혈관결찰술(기타) 100%’를 별도 청구한 사례임. 1차 심사에서 직접 혈관문합술을 시행하여 혈관획득에 대한 것을 별도 산정 할 수 없다는 사유로 ‘자207다 혈관결찰술(기타) 100%’가 조정되어 이의신청함.
- 이에, ‘자466가 두개강내 혈관문합술-직접법’의 행위정의를 참조하면 ‘타부위에서 혈관채취 하여 혈관문합술’에 대한 과정이 포함되어 있지 않으며, 현재, 혈관채취술에 대한 별도 수가가 없음. 타부위에서 별도 혈관채취에 대한 행위료는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부 제9장 산정지침(3) 및 ‘자88 십자인대 성형술시 Tendon 채취 수기로 산정방법[고시 제2017-118호(’17.7.1.시행)], 난이도, 소요시간 및 위험도 등을 고려하여 ‘자207다 혈관결찰술(기타) 100%’로 준용 인정함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제 1-3 및 제1편 제2부 제9장 [산정지침] (2), (3), (5)
- 대한뇌혈관외과학회 교과서편찬위원회. 뇌혈관외과학 제2판. 대한뇌혈관외과학회. 2018

[2022.4.15. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

4. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 대상여부

- 위원에서는 「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 위원에 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			5	0	4	-	1	-	-
2022. 5.	솔리리스주	비정형 용혈성 요독 증후군	5	0	4	-	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. 5.	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 호흡곤란 및 신장 기능 저하로 입원하여 시행한 검사 상 활성형 혈전미세혈관병증 소견으로 보존적 치료 시행하였으나 혈장교환술 의존적인 반응 보여 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 혈장교환술 시행하며 혈소판수 정상하한치 이상에서 정상하한치 미만으로 감소됨과 더불어 LDH 정상 상한치 1.5배 미만으로 회복되어 위 고시 제1호나목 1)투여대상에서 정한 활성형 미세혈관병증에 적합하지 않음. 또한, 자가면역항체 양성 소견 및 신장조직검사결과 등 참고하여 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목 2)제외대상에 해당하므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인
	B	남/53	<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 피부근염으로 면역억제제 복용하던 중 오심으로 복용 중단 후 근위약 진행하여 내원한 환자로서, 활성형 혈전미세혈관병증 소견으로 투석 및 혈장교환술 시행하였으나 용혈 지속 및 신장 기능 호전되지 않아 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 자가면역질환의 진행과 관련된 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목 2)제외대상에 해당하므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
	C	남/78	<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 신장 기능 악화 및 전신부종 소견으로 입원 후 시행한 신장 조직검사 상 활성화형 혈전미세혈관병증 소견으로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 혈소판수 정상하한치 이상 및 LDH 정상상한치의 1.5배 미만, 헤모글로빈 10g/dL이상으로 위 고시 제1호나목 1)투여대상에서 정한 활성화형 미세혈관병증에 적합하지 않음. 또한, 자가면역항체 양성 소견으로 이차성 혈전미세혈관병증의 가능성 높아 위 고시 제1호나목 2)제외대상에 해당하므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인
	D	남/82	<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 호흡곤란, 흉수 증상으로 입원 후 혈액검사 결과 상 활성화형 혈전미세혈관병증 소견 보여 혈장교환술 시행하였으나 호전되지 않아 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, LDH 정상 상한치 1.5배 미만 및 신장 기능 호전으로 위 고시 제1호나목 1)투여대상에서 정한 활성화형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않음. 또한, 진료기록지 상 폐렴 및 감염관련 수치 상승 등 참고하여 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목 2)제외대상에 해당되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인

○ 재심의 승인신청(1사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2022. 5.	A	여/64세	<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 4월) 자가면역 관련 검사 양성 등을 참고하여 자가면역 질환, 면역억제제 사용과 관련된 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 급여기준 제외대상에 해당되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인한 사례임. 이후 보존적 치료에도 혈액학적 불균형 지속되어 추가 자료 첨부하여 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 재심의 승인 신청함.</p> <p>추가 제출된 진료 기록을 확인한 결과, 진단 당시 혈소판 수치가 정상하한치 이상이며, 혈장교환술 이후 LDH 수치가 정상 상한치의 1.5배 미만으로 회복되면서 혈소판 수치가 정상하한치 미만으로 감소하여, 위 고시 제1호나목 1)투여대상에서 정한 활성형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않음. 또한, 자가면역질환 및 면역억제제 사용과 관련된 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 급여기준 위 고시 제1호나목 2)제외대상에 해당되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인

5. 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
13	-	-	-	-	11	10	1	-	2	2	-	-

□ 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상 여부(총 13사례)

- 「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/52세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			2017년 승모판막성형술 시행 후 지속적으로 약물치료 시행함. 심방조동, 좌심실구혈률(LVEF) 13% 등 확인되어 체외순환막형산화요법 적용하였으나 정맥강심제 의존적으로 LVEF 18%, NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 1 등의 말기 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
B	남/62세	승 인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로 2019년 심근경색으로 관상동맥중재술(PCI) 시행함. 2020년 심율동 전환제세동기거치술(ICD) 후 약물치료 지속하였으나 호흡곤란 등의 증상으로 입원하여 정맥강심제 의존적으로 좌심실구혈률 25~30%, peak VO2 5.5mL/kg/min, NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 3 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>
C	남/51세	승 인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로 2020년 관상동맥우회술(CABG) 후 심율동전환제세동기거치술(ICD) 시행함. 현재 정맥강심제 의존적으로심장지수(Cardiac Index) 1.56L/min/m², NYHA Class III, INTERMACS LEVEL 2 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>
D	남/72세	승 인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 ST분절 상승 심근경색 환자로 2022년 3월 18일 관상동맥중재술(PCI) 시행 후 체외순환막형산화요법(ECMO) 적용함. 이후 심기능 호전되지 않아 ECMO 지속하여 유지 중으로 좌심실 구혈률(LVEF) 7%, NYHA Class IV 등의 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
E	여/29세	승 인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 지속되는 호흡곤란으로 시행한 심장초음파 상 좌심실구혈률 20% 확인되어 약물치료 시작함. 2022년 4월 심부전 증상 악화로 입원하여 정맥강심제 적용하였으나 호전 없어 체외순환막형산화요법(ECMO) 시행하여 유지중임. 심장지수(Cardiac Index) 2.0L/min/m², NYHA Class IV 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>
F	남/59세	승 인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 2018년 삽입형 제세동기(ICD) 후 2021년 심장재동기화치료(CRT) upgrade 시행함. 정맥강심제 의존적으로 좌심실구혈률 23.1%, NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 3 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>
G	남/43세	승 인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증(DCMP) 환자로 2016년 DCMP 진단받고 삽입형 제세동기(ICD) 시행함. 정맥강심제 의존적으로 심장초음파 상 좌심실구혈률 18%, NYHA Class III, INTERMACS LEVEL 3 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>
H	남/78세	승 인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장 이식이 적합하지 않은 허혈성 심근병증 환자로 2021년 11월 관상동맥중재술(PCI) 시행 당시 심장초음파에서 좌심실구혈률 17% 확인되어 심부전 약물치료 시작하였으나 이후에도 호흡곤란 등의 증상으로 입·퇴원 반복함. 정맥강심제</p>

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			의존적으로 NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 3 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
I	여/77세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장 이식이 적합하지 않은 확장성 심근병증 환자로 2018년 4월 삽입형 제세동기(ICD) 삽입함. 이후 심부전 약물치료 지속하였으나 현재 입원하여 정맥강심제 의존적인 상태로 심장지수(Cardiac Index) 1.57L/min/m², NYHA Class IV 등 말기 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>
J	남/68세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 2009년부터 심부전 관련 약물치료 지속하였으나 2022년 4월 호흡곤란 악화 등의 증상으로 입원함. 정맥강심제를 포함한 약물치료 시행 중에도 심인성 쇼크 발생하는 등 심부전 악화되어 체외순환막형산화요법(ECMO) 적용 중임. 좌심실구혈률 24%, NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 2 등의 말기 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>
K	남/62세	불승인	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 비후성 심근병증 환자로 2011년 삽입형 제세동기(ICD) 후 지속적으로 약물치료 시행함. 현재 정맥강심제 사용 중으로 NYHA Class III의 심부전 상태이나 제출된 검사 기록 등을 검토한 결과 좌심실구혈률 38% 확인되는 등 비가역적인 말기 심부전 상태로 판단하기 어려워 위 고시 [별표2] 1.적응증에 해당한다고 볼 수 없는바 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 신청을 불승인함.</p>

○ 체외형 좌심실 보조장치 치료술(2사례)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
A	여/13세	승 인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 2022년 3월 어지러움 등의 증상으로 시행한 심장초음파 상에서 좌심실구혈률(LVEF) 10% 확인됨. 정맥강심제 의존적으로 LVEF 18%, NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 1 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>
B	여/1세	승 인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 2021년 2월 재태연령 38주 4일, 2.83kg로 출생하였음. 2022년 4월 호흡곤란 등의 증상으로 시행한 심장초음파에서 좌심실구혈률 20% 확인됨. 현재 정맥강심제 의존적으로 NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 2 등의 중증 심부전 상태 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>

6. Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 영양급여 대상 여부

- 우리원에서는 「요양급여의 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(40사례)

(단위: 건)

전체		신청				모니터링				이의신청			
		소계	승인	자료 보완	불승인	소계	승인	자료 보완	불승인	소계	인정	자료 보완	기각
스피라자주	40	1	0	1	0	37	36	1	0	2	0	0	2

1. 스피라자주 영양급여 대상여부(38사례)

가. 스피라자주 영양급여 신청(1사례)

- 「요양급여의 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.

심의년월	사례	성별	나이	SMA type	심의 결과	심의내용
2022. 5.	A	남	29m	3	자료보완	<u>이 건은 최초 투여 전 운동기능평가(HINE-2 와 HFMSE)를 시행하여 제출토록 함.</u>

나. 스피라자주 투여 모니터링 보고-투여 유지여부(37사례)

심의년월	사례	성별	나이	SMA type	최초투여일	예정차수	심의결과	심의내용
2022. 5.	B	여	21m	1	'20.11.27.	8	승인	이 건은 제출된 운동 기능평가 결과 직전 평가시점과 비교하여 운동기능의 유지 또는 개선이 확인되는 등 「요양급여의 적용 기준 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>급여기준에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.</u>
	C	여	5세	1	'18.4.9.	16	승인	
	D	남	4세	1	'18.4.7.	16	승인	
	E	여	22m	2	'21.12.29.	5	승인	
	F	여	4세	2	'21.7.27.	6	승인	
	G	여	3세	2	'20.11.25.	8	승인	
	H	여	3세	2	'20.7.27.	9	승인	
	I	여	19세	2	'20.4.1.	10	승인	
	J	여	11세	2	'20.4.8.	10	승인	
	K	여	30세	2	'20.4.1.	10	승인	
	L	여	36세	2	'19.11.20.	11	승인	
	M	여	35세	2	'19.11.20.	11	승인	
	N	여	7세	2	'19.10.29.	11	승인	
	O	여	27세	2	'19.12.18.	11	승인	
	P	여	28세	2	'19.12.19.	11	승인	
	Q	남	6세	2	'19.12.13.	11	승인	
	R	여	7세	2	'19.7.9.	12	승인	
	S	여	15세	2	'19.8.12.	12	승인	
	T	남	4세	2	'19.7.24.	12	승인	
	U	여	6세	2	'19.8.5.	12	승인	
	V	여	8세	2	'19.8.9.	12	승인	

심의년월	사례	성별	나이	SMA type	최초투여일	예정차수	심의결과	심의내용
	W	여	14세	2	'19.7.29.	12	승인	
	X	여	5세	2	'19.7.22.	12	승인	
	Y	여	9세	2	'19.7.2.	12	승인	
	Z	여	17세	3	'20.7.14.	9	승인	
	Z1	여	23세	3	'19.12.4.	10	승인	
	Z2	남	23세	3	'20.4.21.	10	승인	
	Z3	여	9세	3	'19.10.29.	11	승인	
	Z4	여	40세	3	'19.7.8.	12	승인	
	Z5	여	9세	3	'19.7.29.	12	승인	
	Z6	여	9세	1	'18.4.19.	15	승인	
	Z7	여	26세	2	'21.12.23.	5	승인	
								<p>이 건은 제출된 운동 기능평가 결과 직전 평가시점과 비교하여 운동기능의 유지 또는 개선이 확인되는 등 「요양급여의 적용 기준 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>스핀라자</u> 주를 <u>요양급여</u> 대상으로 승인함.</p> <p><u>다만, 운동기능평가(HFMSE) 점수가 2회 이상 0점으로 다음 모니터링 시 운동기능의 변화가 없을 경우 중단을 고려 할 수 있음.</u> <u>아울러, 다음 모니터링 시 호흡기 전문의 소견서 첨부토록 함.</u></p>

심의년월	사례	성별	나이	SMA type	최초투여일	예정차수	심의결과	심의내용
								<p>기준 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>스핀라자</u> 주를 <u>요양급여</u> 대상으로 승인함.</p> <p><u>다만, 다음 모니터링 시 신기능 관련 검사결과 제출을 요함.</u></p> <p>* 세부항목: eGFR, Cr, UA(Pr/Cr)</p>
	Z8	남	20세	2	'21.8.5.	6	승인	<p>이 건은 제출된 운동 기능평가 결과 직전 평가시점과 비교하여 운동기능의 유지 또는 개선이 확인되는 등 「요양급여의 적용 기준 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>스핀라자</u> 주를 <u>요양급여</u> 대상으로 승인함.</p>
	Z9	남	24세	2	'21.8.4.	6	승인	<p><u>다만, 다음 모니터링 시 재활의학과 전문의의 운동기능 평가 소견서를 첨부토록 함.</u></p>
	Z10	남	41세	2	'20.4.9.	10	승인	<p>이 건은 제출된 운동 기능평가 결과 직전 평가시점과 비교하여 운동기능의 유지 또는 개선이 확인되는 등 「요양급여의 적용 기준 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>스핀라자</u> 주를 <u>요양급여</u> 대상으로 승인함.</p> <p><u>다만, 다음 모니터링 시 운동기능 평가(HFMSE)에서 획득된 점수를</u></p>

심의년월	사례	성별	나이	SMA type	최초투여일	예정차수	심의결과	심의내용
								<p><u>확인할 수 있는 동영상 자료를 제출토록 함.</u></p> <p><u>(운동기능평가도구에서 정한 점수 획득 기준을 준수하여 검사를 요함.)</u></p>
	Z11	여	25세	2	'19.9.27.	11	승인	<p>이 건은 제출된 운동 기능평가 결과 직전 평가시점과 비교하여 운동기능의 유지 또는 개선이 확인되는 등 「요양급여의 적용 기준 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>스핀라자 주를 요양급여 대상으로 승인함.</u></p> <p><u>다만, 동 환자는 추후 모니터링마다 획득된 운동기능을 확인할 수 있는 동영상 자료를 제출토록 함.</u></p> <p><u>(운동기능평가도구에서 정한 점수 획득 기준을 준수하여 검사를 요함.)</u></p>
	Z12	여	21세	2	'20.4.8.	10	자료보완	<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 중단기준 중 <u>운동 기능의 유지 또는 개선을 2 회 연속 입증할만한 추가적인 자료가 필요하다고 판단함.</u></p> <p><u>이에, 운동기능평가(HFMSE)에서 획득된 점수를 확인할 수 있는 동영상 자료를 제출토록 함.</u></p> <p><u>(운동기능평가도구에서 정한 점수 획득 기준을 준수하여 검사를 요함.)</u></p>

2. 스피라자주 요양급여 대상여부-이의신청(2사례)

가. 스피라자주 투여 모니터링 보고-이의신청(2사례)

심의년월	사례	성별	나이	SMA type	최초투여일	예정차수	심의결과	심의내용
2022. 5.	Z13	여	37	2	'20. 10. 23.	7	기각 (불승인)	<p>급여기준(보건복지부 고시 제 2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 에 의하면, 운동기능의 유지 또는 개선을 2회 연속 입증하지 못하는 경우 스피라자주 투여를 중단토록 함.</p> <p>이 건은 제출된 운동기능평가점수가 스피라자주 투여로 인한 운동기능의 유지 또는 개선이라고 판단할 수 없어 불승인된 건임.</p>
	Z14	남	26	2	'20. 7. 1.	8	기각 (불승인)	<p><u>이의신청 시 추가로 제출한 자료로는 스피라자주 투여에 따른 운동기능의 유지 또는 개선으로 볼 수 없다고 판단되어 기각함.</u></p>

7. 조혈모세포이식 영양급여 및 선별급여 대상 여부

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

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

- 선별급여대상 환자가 조혈모세포이식을 시행받기 위해 입원한 경우, 「조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준 (보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행)」 제4조제3항 [별표3] 선별급여대상자 영양급여비용 산정방법에 따라 이식과 직접 관련된 진료기간(조혈모세포 주입 전 1주부터 주입 후 2주)의 영양급여비용 (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		330	162	4	164	-
처리결과	영양급여	253	113	4	136	-
	선별급여	77	49	0	28	-
	취하	0	0	0	0	-

※ 신청기관 : 39개 요양기관

○ 심의내용

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
동종	총 162건	영양급여 : 113건	급성골수성백혈병 : 51건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 영양급여 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 영양급여대상으로 승인함.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			급성림프모구백혈병 : 18건	<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 해당하는 경우 등 중 어느 하나에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			골수형성이상증후군 : 24건	<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</p> <p>(가) IPSS: Intermediate-2 또는 high</p> <p>(나) IPSS-R, WPSS: high 또는 very high</p> <p>(2) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>(가) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하이면서 혈소판 20,000/μl 이하</p> <p>(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 골수형성이상증후군으로 고위험군인 경우 또는 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하이면서 혈소판 20,000/μl 이하 등을 만족하는 중간위험군에 해당하여 영양급여대상으로 승인함.</p>
			비호지킨림프종 : 3건	<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) (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 승인</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				함.
			중증재생불량성빈혈 : 9건	<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 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 $500/\mu\text{l}$ 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 세포충실도가 심하게 낮으면서 절대호중구수(ANC) $500/\mu\text{l}$ 이하 및 혈소판 $20,000/\mu\text{l}$ 이하 등이 확인되어 요양급여대상으로 승인함.</p>
			일차골수섬유증 : 3건	<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 : 3건	<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) 나) T315I mutation 확인된 경우</p> <p>이 건은 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 티로신 키나제 억제제(TKI) 2개에 실패하거나 불내성을 보이는 경우 등</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.
			Congenital Dyserythropoietic anemia(CDA) : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-12)-나)에 의하면 Congenital Dyserythropoietic Anemia(CDA)는 임상 소견이나 유전적 검사로 진단된 선천성빈혈환자로서 수혈의존성이 있는 경우, 치료에 대한 반응을 고려하여 사례별로 인정한다.</p> <p>이 건은 Congenital Dyserythropoietic Anemia(CDA)로 진단 후 수혈의존성이 입증되어 요양급여대상으로 승인함.</p>
			B-cell Prolymphocytic Leukemia : 1건	<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, 제출된 자료를 참고하여 진료심사평가위원회의 심의를 통해 요양급여의 필요성이 인정되는 경우에 해당하므로 요양급여대상으로 승인함.</p>
		선별급여 : 49건	급성골수성백혈병 : 19건	<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) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 완전관해가 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 완전관해로 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 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-다에 의하면, 조혈모세포 2차 이식은 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병에 해당하나, 2차가 아닌 3차 조혈모세포이식을 실시하는 경우이므로 위의 요양급여기준에 해당하지 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-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> <ul style="list-style-type: none"> - 1 locus 불일치까지 인정한다. <p>나) 비혈연관계에 있는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다. <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다. <p>제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 비혈연관계에서 2 allele 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 요양급</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>여에 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>
			<p>급성림프모구백혈병 : 10건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(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</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 골수검사에서 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>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 완전관해가 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 완전관해로 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 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> <ul style="list-style-type: none"> - 1 locus 불일치까지 인정한다. <p>나) 비혈연관계에 있는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다. <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다. <p>제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우로, 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>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>이 건은 비혈연관계에서 1 locus 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 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1. 시행) 제3조(요양급여대상 [별표2] 1-다에 의하면, 조혈모세포 2차 이식은 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병에 해당하나, 이식 후 생착에 실패하여 실시하는 경우로 위의 요양급여기준에 해당하지 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>
			골수형성이상증후군 : 5건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 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 (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>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>이 건은 성인으로 고위험군 또는 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하이면서 혈소판 20,000/μl 이하 등을 만족하는 중간위험군으로 확인되지 않아 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 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 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만70세 이상으로 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 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 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상 [별표2] 1-다에 의하면, 조혈모세포 2차 이식은 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 CMML 상병에서 3차 조혈모세포이식 예정인 건으로서, 위의 급성골수성백혈병, 급성림프모구백혈병, 중증재생불량성빈혈에 해당하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 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 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			비호지킨림프종 : 6건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상) [별표2] 여대상자로 인정하고 있음.2-가-7)-가)에 의하면, 비호지킨림

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>프종은 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) 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-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 경</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>우 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 경우로, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여 기준에 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>
			중증재생불량성빈혈 : 2건	<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 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 $500/\mu\text{l}$ 이하</p> <p>나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 $60 \times 10^9/\text{L}$</p> <p>다) 혈소판 $20,000/\mu\text{l}$ 이하</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>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 있</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 locus 불일치까지 인정한다. <p>나) 비혈연관계에 있는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다. <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다. <p>제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우로, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여 기준에 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>
			일차골수섬유증 : 4건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상 [별표2] 1-다에 의하면, 조혈모세포 2차 이식은 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 일차골수섬유증 상병에서 2차 조혈모세포이식 예정인 건으로써, 위의 급성골수성백혈병, 급성림프모구백혈병, 중증재생불량성빈혈에 해당하지 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]</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>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 제2019-189호, 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>
			<p>신경모세포종 : 2건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상 [별표2] 1-다에 의하면, 조혈모세포 2차 이식은 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 신경모세포종 상병에서 3차 조혈모세포이식 예정인 건으로써, 위의 급성골수성백혈병, 급성림프모구백혈병, 중증재생불량성빈혈에 해당하지 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>중증복합면역결핍증 : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상 [별표2] 1-다에 의하면, 조혈모세포 2차 이식은 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 중증복합면역결핍증 상병에서 2차 조혈모세포이식 예정인 건으로써, 위의 급성골수성백혈병, 급성림프모구백혈병, 중증재생불량성빈혈에 해당하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				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.
제대혈	총 4건	요양급여 : 4건	급성림프모구백혈병 : 1건	<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 해당하는 경우 등 중 어느 하나에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			골수형성이상증후군 : 2건	<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</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>(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/μl 이하이면서 혈소판 20,000/μl 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 골수형성이상증후군으로 고위험군인 경우 또는 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하이면서 혈소판 20,000/μl 이하 등을 만족하는 중간위험군에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			중증복합면역결핍증 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-14)-나)에 의하면 중증 복합면역결핍증(Severe Combined Immunodeficiencies, SCIDs)은 임상 양상 및 유전자 검사 또는 질환의 특이검사 등으로 진단된 경우 사례별로 인정한다.</p> <p>이 건은 제출된 자료로 중증 복합면역결핍증(Severe Combined Immunodeficiencies, SCIDs)으로 진단되어 요양급여대상으로 승인함.</p>
자가	총 164건	요양급여 : 136건	다발골수종 : 54건	<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 : 58건	<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. (가) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 (나) Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>우</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>
			급성골수성백혈병 : 6건	<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)</p> <p>- 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우</p> <p>나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외)</p> <p>- 1차 혈액학적 완전관해인 경우</p> <p>이 건은 급성전골수성백혈병에서 2차 분자생물학적 관해진 경우에 해당하거나 급성골수모구성백혈병에서 1차 혈액학적 완전관해인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			호지킨림프종 : 4건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2]</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>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>
			AL 아밀로이드증 : 5건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-4)-나)에 의하면, AL 아밀로이드증(AL amyloidosis)은 IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증(AL amyloidosis) 진단기준에 만족하는 경우. 다만, ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하면서 장기부전(심·신·간·폐부전)이 아닌 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증 (AL amyloidosis) 진단기준을 만족하고 ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하면서 장기부전(심·신·간·폐부전)이 아닌 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			POEMS 증후군 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-4)-나)에 의하면, POEMS 증후군은 IMWG에서 제시한 POEMS 증후군 진단기준에 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 POEMS 증후군 진단기준을 만족하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			소아뇌종양 : 5건	<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>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>(3) Germ Cell Tumor와 Anaplastic Ependymoma : 3세 미만인 경우</p> <p>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>
			신경모세포종 : 3건	<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 : 28건	비호지킨림프종 : 12건	<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 해당</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>하는 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 부분 반응 이상이 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 조혈모세포 이식을 실시한 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>이 건은 LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV인 경우가 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>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>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<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>
			다발골수종 : 9건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 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) 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. 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) 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) 이상</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>의 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>
			POEMS증후군 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1.)[별표2] 2-나-4)-다)에 의하면 POEMS증후군 요양급여 대상자 기준은 "IMWG에서 제시한 POEMS 증후군 진단기준에 만족하는 경우"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 POEMS증후군 진단 근거가 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>
			급성골수성백혈병 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1.)[별표2] 2-나-2)에 의하면 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia) 요양급여 대상자 기준은 "가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우, 나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 혈액학적 완전관해인 경우" 로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 1차 동종조혈모이식 후 재발한 경우로, 재발 후 2차 혈액학적 완전관해에 해당하여 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>
			생식세포종 : 1건	<p>2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)은 다음 중 하나에 해당하는 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성 신경외배엽종양(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) 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 재발에 대한 근거 및 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행), 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식을 실시하는 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>
			신경모세포종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-5)에 의하면, 신경모세포종(Neuoblastoma)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>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<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 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상이 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>
			골육종 : 1건	<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) 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 골육종 상병에서 2차 자가조혈모세포이식 예정인 이 건은 기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 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>
계	330건			

[별첨] 조혈모세포이식 대상자 승인 결과

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
1	동종조혈모	여	66	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	선별급여
2	동종조혈모	남	21	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
3	동종조혈모	여	73	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
4	동종조혈모	여	39	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
5	동종조혈모	여	39	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
6	동종조혈모	남	60	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
7	동종조혈모	남	51	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	선별급여
8	동종조혈모	여	43	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
9	동종조혈모	남	53	CMML-1	선별급여
10	동종조혈모	남	29	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
11	동종조혈모	여	51	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
12	동종조혈모	남	31	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
13	동종조혈모	여	64	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
14	동종조혈모	남	72	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
15	동종조혈모	여	24	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
16	동종조혈모	남	51	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
17	동종조혈모	남	60	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
18	동종조혈모	남	52	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	선별급여
19	동종조혈모	남	55	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
20	동종조혈모	여	11	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
21	동종조혈모	남	55	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
22	동종조혈모	남	3	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	선별급여
23	동종조혈모	남	8	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
24	동종조혈모	남	35	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	선별급여
25	동종조혈모	남	54	CMML	선별급여
26	동종조혈모	남	72	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
27	동종조혈모	남	40	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
28	동종조혈모	남	72	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
29	동종조혈모	남	71	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
30	동종조혈모	남	31	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
31	동종조혈모	여	43	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	선별급여
32	동종조혈모	남	36	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
33	동종조혈모	여	33	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	선별급여
34	동종조혈모	여	58	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
35	동종조혈모	남	60	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	선별급여
36	동종조혈모	남	44	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
37	동종조혈모	남	23	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
38	동종조혈모	남	25	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
39	동종조혈모	여	20	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
40	동종조혈모	여	73	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
41	동종조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
42	동종조혈모	남	9	신경모세포종(Neuroblastoma)	선별급여
43	동종조혈모	남	40	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
44	동종조혈모	남	10	신경모세포종(Neuroblastoma)	선별급여
45	동종조혈모	남	69	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	선별급여
46	동종조혈모	남	57	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	선별급여
47	동종조혈모	남	23	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
48	동종조혈모	남	57	비호지킨림프종(Anaplastic large cell lymphoma, ALK-negative)	선별급여
49	동종조혈모	남	2	중증복합면역결핍증(SCIDs)	선별급여
50	동종조혈모	남	12	Congenital Dyserythropoietic anemia(CDA)	요양급여
51	동종조혈모	남	40	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
52	동종조혈모	여	45	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
53	동종조혈모	남	46	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
54	동종조혈모	남	60	만성골수성백혈병(CML)	요양급여
55	동종조혈모	남	69	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
56	동종조혈모	남	46	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
57	동종조혈모	여	52	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
58	동종조혈모	여	44	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
59	동종조혈모	여	59	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
60	동종조혈모	여	63	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
61	동종조혈모	남	46	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
62	동종조혈모	남	60	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
63	동종조혈모	남	69	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
64	동종조혈모	여	55	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
65	동종조혈모	남	35	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
66	동종조혈모	여	52	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
67	동종조혈모	여	66	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
68	동종조혈모	남	20	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
69	동종조혈모	남	65	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
70	동종조혈모	남	43	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
71	동종조혈모	여	49	비호지킨림프종(Mycosis fungoides)	요양급여
72	동종조혈모	남	11	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma)	요양급여
73	동종조혈모	남	27	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
74	동종조혈모	여	58	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
75	동종조혈모	남	44	Acute Bileneal Leukemia	요양급여
76	동종조혈모	여	56	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
77	동종조혈모	여	47	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
78	동종조혈모	여	18	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
79	동종조혈모	남	23	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
80	동종조혈모	여	62	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
81	동종조혈모	남	36	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
82	동종조혈모	여	65	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
83	동종조혈모	여	65	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
84	동종조혈모	여	36	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
85	동종조혈모	남	48	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
86	동종조혈모	남	46	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
87	동종조혈모	여	68	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
88	동종조혈모	여	33	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
89	동종조혈모	여	35	만성골수성백혈병(CML)	요양급여
90	동종조혈모	여	25	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
91	동종조혈모	남	26	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
92	동종조혈모	여	20	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
93	동종조혈모	여	69	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
94	동종조혈모	남	65	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
95	동종조혈모	남	61	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
96	동종조혈모	남	4	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
97	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
98	동종조혈모	남	63	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
99	동종조혈모	여	54	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
100	동종조혈모	남	17	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
101	동종조혈모	남	38	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
102	동종조혈모	여	54	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
103	동종조혈모	남	62	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
104	동종조혈모	남	67	Acute Bileneal Leukemia	요양급여
105	동종조혈모	남	36	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
106	동종조혈모	남	55	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
107	동종조혈모	여	51	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
108	동종조혈모	여	42	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
109	동종조혈모	남	60	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
110	동종조혈모	남	16	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
111	동종조혈모	여	25	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
112	동종조혈모	여	65	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
113	동종조혈모	여	44	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
114	동종조혈모	남	24	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
115	동종조혈모	남	69	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
116	동종조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
117	동종조혈모	여	49	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
118	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
119	동종조혈모	여	12	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
120	동종조혈모	여	47	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
121	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
122	동종조혈모	여	52	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
123	동종조혈모	남	19	급성골수성백혈병(AML)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
124	동종조혈모	여	50	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
125	동종조혈모	여	42	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
126	동종조혈모	여	45	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
127	동종조혈모	여	42	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
128	동종조혈모	남	38	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
129	동종조혈모	남	40	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
130	동종조혈모	남	38	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
131	동종조혈모	여	58	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
132	동종조혈모	남	68	B-cell Prolymphocytic Leukemia	요양급여
133	동종조혈모	여	13	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
134	동종조혈모	여	62	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
135	동종조혈모	여	58	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
136	동종조혈모	여	48	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
137	동종조혈모	남	50	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
138	동종조혈모	남	48	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
139	동종조혈모	여	60	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
140	동종조혈모	남	56	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
141	동종조혈모	여	69	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
142	동종조혈모	남	59	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
143	동종조혈모	여	61	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
144	동종조혈모	여	69	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
145	동종조혈모	남	42	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
146	동종조혈모	남	58	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
147	동종조혈모	여	27	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
148	동종조혈모	남	69	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
149	동종조혈모	남	61	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
150	동종조혈모	남	24	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
151	동종조혈모	남	52	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
152	동종조혈모	남	8	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
153	동종조혈모	남	64	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
154	동종조혈모	여	69	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
155	동종조혈모	여	65	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
156	동종조혈모	남	60	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
157	동종조혈모	남	40	만성골수성백혈병(CML)	요양급여
158	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
159	동종조혈모	남	61	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
160	동종조혈모	남	57	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
161	동종조혈모	남	68	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
162	동종조혈모	여	50	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
163	제대혈조혈모	남	20	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
164	제대혈조혈모	남	62	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
165	제대혈조혈모	남	68	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
166	제대혈조혈모	여	4	중증복합면역결핍증(SCIDs)	요양급여
167	자가조혈모	여	41	비호지킨림프종(Subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma)	선별급여
168	자가 후 자가	남	54	다발골수종(MM)	선별급여
169	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	선별급여
170	자가조혈모	여	53	비호지킨림프종(non Hodgkin lymphoma, ALK(-))	선별급여
171	자가 후 자가	남	65	다발골수종(MM)	선별급여
172	자가조혈모	남	23	비호지킨림프종(Burkitt lymphoma)	선별급여
173	자가 후 자가	남	64	다발골수종(MM)	선별급여
174	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	선별급여
175	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	선별급여
176	자가조혈모	남	70	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	선별급여
177	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	선별급여
178	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	선별급여
179	자가조혈모	남	39	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
180	자가조혈모	여	24	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	선별급여
181	자가조혈모	남	46	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	선별급여
182	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
183	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	선별급여
184	자가조혈모	남	48	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
185	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	선별급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
186	자가 후 자가	남	65	다발골수종(MM)	선별급여
187	자가조혈모	여	7	골육종(Osteosarcoma)	선별급여
188	자가조혈모	남	33	POEMS증후군	선별급여
189	자가조혈모	남	31	생식세포종(Germcell tumor)	선별급여
190	자가조혈모	여	59	비호지킨림프종(Nodal marginal zone lymphoma)	선별급여
191	Tandem(자가-자가)	여	5	신경모세포종(Neuoblastoma)	선별급여
192	자가조혈모	여	15	비호지킨림프종(Burkitt lymphoma)	선별급여
193	자가조혈모	남	56	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
194	자가조혈모	남	27	생식세포종(Germcell tumor)	선별급여
195	자가조혈모	남	31	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
196	자가조혈모	여	45	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
197	자가조혈모	여	45	다발골수종(MM)	요양급여
198	자가조혈모	남	42	비호지킨림프종(Follicular lymphoma)	요양급여
199	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	요양급여
200	자가조혈모	여	56	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
201	자가조혈모	남	53	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
202	자가조혈모	여	27	호지킨림프종	요양급여
203	자가조혈모	남	15	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
204	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	요양급여
205	자가조혈모	남	49	다발골수종(MM)	요양급여
206	자가조혈모	여	56	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
207	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	요양급여
208	Tandem(자가-자가)	남	5	신경모세포종(Neuoblastoma)	요양급여
209	자가조혈모	여	59	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
210	자가조혈모	남	42	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
211	자가조혈모	여	67	다발골수종(MM)	요양급여
212	자가조혈모	여	56	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	요양급여
213	자가조혈모	여	26	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
214	자가조혈모	여	67	다발골수종(MM)	요양급여
215	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
216	자가조혈모	여	51	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
217	Tandem(자가-자가)	여	4	신경모세포종(Neuoblastoma)①	요양급여
218	Tandem(자가-자가)	남	12	수모세포종(Medulloblastoma)①	요양급여
219	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
220	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	요양급여
221	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
222	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종(Monomorphic epitheliotropic intestinal T-cell lymphoma)	요양급여
223	자가조혈모	남	48	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
224	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma of TFH phenotype)	요양급여
225	자가조혈모	여	52	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
226	자가조혈모	남	56	비호지킨림프종(Monomorphic epitheliotropic intestinal T-cell lymphoma)	요양급여
227	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여
228	자가조혈모	남	18	생식세포종(Germcell tumor)	요양급여
229	자가조혈모	남	68	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
230	자가조혈모	남	57	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
231	자가조혈모	여	52	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
232	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	요양급여
233	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
234	자가 후 자가	남	57	다발골수종(MM)	요양급여
235	Tandem(자가-자가)	남	8	수모세포종(Medulloblastoma)	요양급여
236	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	요양급여
237	자가조혈모	남	45	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
238	자가조혈모	남	53	호지킨림프종	요양급여
239	자가조혈모	남	56	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	요양급여
240	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
241	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
242	자가조혈모	여	59	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
243	자가 후 자가	남	58	다발골수종(MM)	요양급여
244	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	요양급여
245	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	요양급여
246	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
247	자가조혈모	남	51	다발골수종(MM)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
248	자가조혈모	여	47	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
249	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
250	자가 후 자가	남	47	다발골수종(MM)	요양급여
251	자가조혈모	여	47	비호지킨림프종(Hepatosplenic T cell lymphoma)	요양급여
252	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	요양급여
253	자가조혈모	남	45	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
254	Tandem(자가-자가)	남	9	수모세포종(Medulloblastoma)	요양급여
255	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	요양급여
256	자가조혈모	여	52	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
257	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	요양급여
258	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
259	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	요양급여
260	자가조혈모	남	69	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
261	자가조혈모	여	50	다발골수종(MM)	요양급여
262	자가조혈모	남	51	다발골수종(MM)	요양급여
263	자가조혈모	남	50	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
264	자가조혈모	남	44	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
265	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
266	자가조혈모	남	49	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
267	자가조혈모	여	67	다발골수종(MM)	요양급여
268	자가조혈모	여	42	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
269	자가조혈모	남	64	AL아밀로이드증(AL amyloidosis)	요양급여
270	자가조혈모	여	47	호지킨림프종	요양급여
271	자가조혈모	여	55	다발골수종(MM)	요양급여
272	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	요양급여
273	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	요양급여
274	자가조혈모	여	67	다발골수종(MM)	요양급여
275	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	요양급여
276	자가조혈모	남	68	다발골수종(MM)	요양급여
277	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종(Peripheral T cell lymphoma with T follicular helper phenotype)	요양급여
278	자가조혈모	여	64	비호지킨림프종(High grade B cell lymphoma)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
279	자가조혈모	남	49	다발성형질세포종	요양급여
280	자가조혈모	남	49	POEMS증후군	요양급여
281	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	요양급여
282	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	요양급여
283	자가조혈모	여	68	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	요양급여
284	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	요양급여
285	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	요양급여
286	자가조혈모	남	53	다발골수종(MM)	요양급여
287	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
288	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	요양급여
289	자가조혈모	여	52	다발골수종(MM)	요양급여
290	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	요양급여
291	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
292	자가조혈모	남	69	다발골수종(MM)	요양급여
293	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	요양급여
294	Tandem(자가-자가)	여	11	신경모세포종(Neuroblastoma)	요양급여
295	자가조혈모	여	54	다발골수종(MM)	요양급여
296	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	요양급여
297	자가조혈모	남	58	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
298	자가조혈모	여	55	비호지킨림프종(Anaplastic large cell lymphoma, ALK(-))	요양급여
299	자가조혈모	여	1	AnaplasticEpendymoma	요양급여
300	자가조혈모	남	46	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
301	자가조혈모	남	36	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
302	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
303	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	요양급여
304	자가조혈모	여	54	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	요양급여
305	자가조혈모	남	53	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	요양급여
306	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	요양급여
307	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	요양급여
308	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
309	자가조혈모	남	31	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
310	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	요양급여
311	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	요양급여
312	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
313	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
314	자가조혈모	여	69	다발골수종(MM)	요양급여
315	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	요양급여
316	자가조혈모	남	56	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
317	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	요양급여
318	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	요양급여
319	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	요양급여
320	자가조혈모	여	65	AL아밀로이드증(ALamyloidosis)	요양급여
321	자가조혈모	남	53	다발골수종(MM)	요양급여
322	자가조혈모	남	47	AL아밀로이드증(ALamyloidosis)	요양급여
323	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
324	자가조혈모	여	17	호지킨림프종(Nodular sclerosis classic Hodgkin lymphoma)	요양급여
325	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
326	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
327	자가조혈모	남	52	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
328	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	요양급여
329	자가조혈모	남	68	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
330	자가조혈모	여	67	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여