

진료심사평가위원회 심의사례 공개 (총 5개 항목)

- 2019. 10. 31. 공개

연번	제 목	페이지
1	Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 영양급여대상 인정여부	1
2	면역관용요법(Immune Tolerance Induction) 영양급여대상 인정여부	3
3	조혈모세포이식 영양급여대상 인정여부	6
4	심실 보조장치 치료술(VAD) 실시기관 승인 및 영양급여대상 인정여부	37
5	Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 영양급여대상 인정여부	41

# 1. Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 요양급여대상 인정여부

- 위원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 따라 요양급여 여부를 결정하는 사전심의제도를 운영하고 있음.
- 「Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 사전승인 등에 관한 세부사항」 건강보험심사평가원 공고(제2019-107호, 2012. 4. 8.시행)에 의거하여,
  1. 스피라자주의 요양급여를 신청하고자 하는 경우에는 별지 제1호 서식에 따른 스피라자주 요양급여 신청서를 제출하여야 함.
  2. 스피라자주 요양급여를 승인받은 경우 4개월마다 유지용량 투여 전 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 제출하여야 함.
  3. 심의결과를 통보 받은 날부터 60일 이내에 스피라자주를 투여하여야 하고, 60일을 경과하여 투여하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함.

## □ 스피라자주 요양급여 대상여부

(단위: 건)

심의년월	계	도입용량 투여					유지용량 투여				
		접수	승인	조건부 승인	불승인	자료 보완	접수	승인	조건부 승인	불승인	자료 보완
2019. 9.	7	5	5	-	-	-	2	2	-	-	-

### ○ 도입용량 투여

심의년월	사례	나이/성별	심의결과	심의내용
2019. 9.	A	남/10세	승인	이 건 환자는 척추축만증에 대한 수술력이 있으나, 척수조영술 시행 결과 요추천자를 통한 약제의 경막내 지속투여가 가능하다는 소견을 받은 자로, 위 고시 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가목이 정한 투여대상에 모두 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	B	남/3세	승인	이 건 환자는 위 고시 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가목이 정한 투여대상에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	C	여/10세	승인	이 건 환자는 위 고시 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가목이 정한 투여대상에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	D	여/6세	승인	이 건 환자는 위 고시 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가목이 정한 투여대상에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	E	남/16세	승인	이 건 환자는 위 고시 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가목이 정한 투여대상에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.

○ 유지용량 투여

심의년월	사례	나이/성별	투여차수	심의결과	심의내용
2019. 9.	F	여/2세	8	승인	이 건 환자는 2018. 4. 9.부터 스피라자주 투여 시작하여 2019. 10. 8차 투여 예정으로, 위 고시 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 나목에서 정한 중단기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	G	남/1세	8	승인	이 건 환자는 2018. 4. 7.부터 스피라자주 투여 시작하여 2019. 10. 8차 투여 예정으로, 위 고시 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 나목에서 정한 중단기준에 해당되지 아니하여 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.

## 2. 면역관용요법(Immune Tolerance Induction) 요양급여대상 인정여부

- 우리원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2013-127호, 2013. 9. 1.시행 및 제2018-97호, 2018. 6. 1.시행 및 제2018-280호, 2019. 1. 1.시행)에 의거, 요양급여 여부를 결정하는 사전심의제도를 운영하고 있음.
- 「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준」 건강보험심사평가원 공고(제2012-96호, 2012. 5. 31.시행)에 의거,
  1. 요양급여대상여부의 심의의뢰는 실시기관이 면역관용요법을 하고자 하는 경우에는 별지 제1호 서식에 따른 면역관용요법 요양급여 신청서를 원장에게 제출하여 심의의뢰 하여야 하며,
  2. 심의의뢰에 대하여 원장으로부터 요양급여대상으로 인정통보 받은 날부터 60일 이내에 면역관용요법을 실시하여야 하며, (다만 60일을 경과하여 실시하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함.)
  3. 실시기관이 면역관용요법을 시행하는 경우에는 3개월마다 별지 제2호 서식에 따른 보고서를 작성하여 원장에게 제출하여 함.

### □ 면역관용요법 요양급여 계속 인정여부-정기 보고서 ('19. 3분기)

(단위: 건)

개최년도	개최분기	계	승인	불승인	종료
2019	3분기	9	9	-	-

### ○ 세부내역

개최년	개최분기	성별/나이	심의내용	심의결과
2019	3분기	A사례 (남/43세)	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 혈우병 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음. 이 사례는 면역관용요법 65개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로서, 그린에이트주 격일로 변경 (30.3IU/kg 매일 → 60IU/kg 격일, '19 .9. 10.)하여 투여 중으로, 최근 항체가 증가(0.75BU/ml, '19. 5. 25. → 0.8BU/ml, '19. 9. 10.) 확인되나 출혈력 없으므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.	승인
		B사례 (남/9세)	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 혈우병 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음. 이 사례는 면역관용요법 76개월 시행 후 정기보고서가	승인

개최년	개최분기	성별/나이	심의내용	심의결과
			제출된 건으로서, 이뮤네이트주 감량(85 → 46IU/kg, '19. 9. 3.)하여 주 3회 투여 중으로, 최근 항체가 음성('19. 8. 23.)이고 추후 용량 감량(25IU/kg) 예정이므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.	
		C사례 (남/34세),	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 혈우병 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음. 이 사례는 면역관용요법 61개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로서, 이뮤네이트주 격일로 변경(36.3IU/kg 매일 → 74.7IU/kg 격일, '19 .9. 9.)하여 투여 중으로, 최근 항체가 증가(0.37BU/ml, '19. 6. 1. → 1.06BU/ml, '19. 9. 7.) 확인되나, 출혈력 없으므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.	승인
		D사례 (남/9세)	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 혈우병 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음. 이 사례는 면역관용요법 58개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로서, 이뮤네이트주 격일로 변경(44IU/kg 매일 → 89IU/kg 격일, '19. 1. 29.)하여 투여 후 항체가 증가(0.62BU/ml, '19. 1. 28. → 1.29BU/ml, '19. 9. 6.) 확인되나, 심각한 출혈력 없으므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.	승인
		E사례 (남/3세)	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 혈우병 분과위원회는 제출된 정기 보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음. 이 사례는 면역관용요법 15개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로서, 이뮤네이트주 100IU/kg 주 3회 투여 중으로 항체가 감소(1.8BU/ml, '19. 5. 22. → 0.9BU/ml, '19. 8. 14.) 확인되므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.	승인
		F사례 (남/6세)	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기보고서를 제출하도록 규정	승인

개최년	개최분기	성별/나이	심의내용	심의결과
			<p>되어 있고, 혈우병 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음.</p> <p>이 사례는 면역관용요법 15개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로서, 이뮤네이트주 감량 후 항체가 증가하여 다시 용량 증량(54 → 108~110IU/kg, '19. 5. 30.)하여 격일 투여 중으로, 이후 항체가 감소(4.8BU/ml, '19. 5. 24. → 0BU/ml, '19. 8. 30.) 확인되므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.</p>	
		G사례 (남/4세)	<p>「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 혈우병 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음.</p> <p>이 사례는 면역관용요법 9개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로서, 이뮤네이트주 107IU/kg 격일 투여 중으로 항체가 감소(8.7BU/ml, '19. 6. 1. → 5.02BU/ml, '19. 8. 30.) 확인되므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.</p>	승인
		H사례 (남/9세)	<p>「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 혈우병 분과위원회는 제출된 정기 보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음.</p> <p>이 사례는 면역관용요법 8개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로서, 애드베이트주 감량(100IU/kg 매일 → 100IU/kg 격일, '19. 8. 6.) 후에도 항체가 음성으로 유지되고 있으므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.</p>	승인
		I사례 (남/2세)	<p>「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 혈우병 분과위원회는 제출된 정기 보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음.</p> <p>이 사례는 면역관용요법 5개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로서, 이뮤네이트주 증량(95.7 → 115.7IU/kg, '19 .9. 9.)하여 격일 투여 중으로, 항체가 증가(10BU/ml, '19. 5. 30. → 22.11BU/ml, '19. 9. 10.) 확인되나 최근 불응성 출혈이 없고, 추후 매일 투여를 고려하고 있으므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.</p>	승인

### 3. 조혈모세포이식 영양급여대상 인정여부

우리원에서는 「조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행)」에 따라 조혈모세포이식 실시 대상자에 대해 영양급여 또는 선별급여 여부를 인정하는 **조혈모세포이식 사전 승인 제도**를 실시하고 있습니다.

진료심사평가위원회의 심의 결과 영양급여 기준에 적합한 경우는 영양급여대상으로 인정하며, 적합하지 않은 경우에는 선별급여대상으로 인정합니다. 선별급여대상 환자가 **조혈모세포이식을 시행받기 위해 입원한 경우**, 「조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행)」 제4조 제3항 [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 부담토록하고, 그 외의 기간에 이루어지는 진료비(검사와 합병증 및 후유증 진료비 등)에 대하여는 영양급여로 인정**하고 있습니다.

#### ■ 심의 결과

구분		계	동종	제대혈	자가	비고
<b>총 접수</b>		<b>348</b>	<b>193</b>	<b>4</b>	<b>151</b>	
처리결과	요양급여	263	135	3	125	
	선별급여	57	39	-	18	
	불가	-	-	-	-	
	취하	28	19	1	8	

\* 신청기관 : **37개** 요양기관

#### ■ 심의내용

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
동종	총 : 193건	급여 : 135건	급성골수성백혈병 : 49건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 영양급여대상자로 인정 하고 있음.</p> <p>(가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</li> </ul> <p>(나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</li> </ul> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
			급성림프모구백혈병 : 29건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상)

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>[별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 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 <math>100 \times 10^9/L</math> 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 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			<p>골수형성이상증후군 : 16건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(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 요양급여대상자로 인정하고 있음.</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) <math>500/\mu l</math> 이하이면서 혈소판 <math>20,000/\mu l</math> 이하  (나) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p> <p>나) 소아는 사례별로 결정한다.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			<p>중증재생불량성빈혈 : 16건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 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 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 절대호중구수(ANC)가 500/<math>\mu</math>l 이하</p> <p>나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x10<sup>9</sup>/L</p> <p>다) 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			<p>비호지킨 림프종 : 8건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-7)-가)에 의하면, 비호지킨 림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 비호지킨 림프종</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>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>(나) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma  (다) Mantle Cell Lymphoma  (라) Diffuse Large B Cell Lymphoma  (마) Burkitt Lymphoma  (바) Peripheral T-cell Lymphoma  (사) Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome IIB 이상  (아) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma  (자) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
			<p>일차골수섬유증  : 10건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (영양급여대상) [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 영양급여대상자로 인정하고 있음.  다만, 중등위험도-2에 해당하는 경우에는 질병의 중증도 등 환자상태를 고려하여 사례별로 인정함.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
			<p>Hereditary Sideroblastic Anemia  : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 제4항에 의하면, 심사평가원장은 가입자등이 [별표2]의 요건을 충족하지 못하나 진료심사평가위원회가 심의를 통해 영양급여의 필요성을 인정하는 경우에는 제3항에도 불구하고 영양급여 대상으로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 제출된 자료를 검토 하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
			<p>다발골수종  : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (영양급여대상) [별표2] 2-가-6)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 다음의 조건을 모두 만족하는 경우 영양급여대상자로 인정하고 있음.  가) ECOG 수행능력평가 0-1  나) 부분반응(Partial Response) 이상인 경우  다) 만성신부전이 아닌 경우</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			반성고면역글로블린 M증후군 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 제4항에 의하면, 심사평가원장은 가입자등이 [별표2]의 요건을 충족하지 못하나 진료심사평가위원회가 심의를 통해 요양급여의 필요성을 인정하는 경우에는 제3항에도 불구하고 요양급여대상으로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 제출된 자료를 검토 하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			판코니빈혈 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-13)-가)에 의하면 판코니빈혈(Fanconi Anemia, Constitutional Aplastic Anemia, Constitutional Hypo plastic Anemia)은 세포유전학검사나 분자유전학적 검사 등으로 판코니빈혈로 진단이 확인된 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			혈구포식림프조직구증 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-10)에 의하면, 혈구포식림프조직구증(Hemophagocytic Lymphohistiocytosis)은 The Histiocyte Society에서 제시된 진단기준(2004년 제정)을 만족하는 혈구포식림프조직구증 환자 중 가족성(유전적) 또는 비가족성(비유전적) 혈구포식 림프조직구증으로 확인된 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>다만, 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증 중에서 호전된 경우는 사례별로 인정함.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			Granulocytic aplasia : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 제4항에 의하면, 심사평가원장은 가입자등이 [별표2]의 요건을 충족하지 못하나 진료심사평가위원회가 심의를 통해 요양급여의 필요성을 인정하는 경우에는 제3항에도 불구하고 요양급여 대상으로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 제출된 자료를 검토 하여 요양급여대상자로 인정함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			<p>급성골수성백혈병, : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 1-가에 의하면, “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만70세 미만 이어야한다.” 로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만 70세 이상이기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 조혈모세포 이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모 세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
		<p>선별급여 : 39건</p>	<p>급성림프모구백혈병, 중증재생불량성빈혈, 급성골수성백혈병, 골수형성이상증후군, 비호지킨 림프종, 다발성골수종 : 11건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 1-나에 의하면, 다음에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여 하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR 형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</p> <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우 - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.</p> <p>2) 제대혈 이식 - HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단받아 1차 또는 2차 동종조혈모세포이식 예정인바, 적합한 비혈연공여자가 없는 경우에 실시한 1차 또는 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 해당하지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 진단받아 1차 동종조혈모세포이식 예정인바, 적합한 비혈연공여자가 없는 경우에 실시한 1차 반일치 동종조혈모세포이식에 해당하지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>이 건은 급성골수성백혈병으로 진단받아 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료 성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인판단에 의해 조혈모 세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>이 건은 골수형성이상증후군으로 진단받아 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료 성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>이 건은 비호지킨 림프종으로 진단받아 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 2차 반일치 동종 조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료 성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019 -189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 다발성골수종으로 진단받아 3차 반일치 동종조혈모 세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 3차 반일치 동종조혈모 세포이식에 대하여는 임상연구, 치료 성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>급성림프모구백혈병 : 3건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우에 요양급여대상자로 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 <math>100 \times 10^9/L</math> 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 라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단받아 동종조혈모세포 이식 예정인바, 말초혈액검사 결과 완전관해로 볼 수 없기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 조혈모</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단받아 동종조혈모세포 이식 예정인바, 15세 미만 고위험군에 해당하지 아니하여 영양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>급성골수성백혈병 : 10건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 영양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) <ul style="list-style-type: none"> <li>- 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</li> </ul> </li> <li>(나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</li> </ul> </li> </ul> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 진단받아 동종조혈모세포 이식 예정인바, 골수검사와 말초혈액검사 및 영상검사 결과 완전관해로 볼 수 없기 때문에 영양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조 (선별급여대상)제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>만성골수성백혈병 : 2건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 2-가-2)에 의하면, 만성골수성백혈병(Chronic Myeloid Leukemia)은 WHO criteria에서 제시한 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>가) 티로신 키나제 억제제(TKI)에 실패하거나 불내성</li> </ul>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>(intolerance)을 보이는 경우(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상)  나) T315I mutation 확인된 경우</p> <p>이 건은 만성골수성백혈병으로 진단받아 동종조혈모세포 이식 예정인바, 가) 또는 나)에 해당하지 않아 영양급여 기준에 해당되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>중증재생불량성빈혈  : 2건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)은 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25% 이하 이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아 있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 영양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 절대호중구수(ANC)가 500/<math>\mu</math>l 이하  나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 <math>60 \times 10^9/L</math>  다) 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 진단받아 동종조혈모세포 이식 예정인바, 말초혈액검사 결과 2개 이상의 소견이 확인되지 아니하여 영양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 1-다)에 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</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>실패한 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 진단받아 2차 동종조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 2차 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 환자측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모 세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>골수형성이상증후군 : 5건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 골수형성이상증후군 예후분류법(IPSS, IPSS-R, WPSS)인 다음 중 하나에 해당되는 경우  (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/<math>\mu</math>l 이하 이면서 혈소판 20,000/<math>\mu</math>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>나) 소아는 사례별로 결정한다.</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 진단받아 동종조혈모세포이식 예정인바, 소아가 아니고 중간위험군에 해당하나, “말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu</math>l 이하이면서 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하” 또는 “Erythropoietin 제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>하기 위해 최근 6개월이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우” 로 확인되지 않아 급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 진단받아 동종조혈모세포이식 예정인바, 소아가 아니고 저위험군으로 확인되어 영양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			비호지킨 림프종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 2-가-7)-가)에 의하면, 비호지킨 림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중하나에 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>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>이 건은 비호지킨림프종으로 진단받아 동종조혈모세포이식 예정인바, 영상검사 결과 완전관해로 볼 수 없기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>일차골수섬유증 : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [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 요양급여대상자로 인정하고 있음. 다만, 중등위험도-2에 해당하는 경우에는 질병의 중증도 등 환자상태를 고려하여 사례별로 인정함.</p> <p>이 건은 일차골수섬유증으로 진단받아 동종조혈모세포이식 예정인바, 일차골수섬유증의 예후지표인 DIPSS plus risk category 중 중등위험도-1으로 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>중증복합면역결핍증 : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 별표1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR 형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치 까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 고 명시하고 있음.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>이 건은 중증복합면역결핍증으로 진단받아 2019.9.1.이 전반일치 동종조혈모세포이식을 시행한 경우로, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행)에 의하면 4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우에 해당하여 요양급여대상이 아님. 다만 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>신경모세포종 : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2]조혈모세포이식 요양급여의 대상자 기준에 해당하는 상병은 아니나 제4조 제1항에 의하면, 제3조에도 불구하고 가입자들에게 조혈모세포이식이 진료 상 필요하다고 판단하는 경우, 심사평가원장에게 선별급여 대상 여부를 신청해야한다.</p> <p>이 건은 신경모세포종으로 진단받아 동종조혈모세포이식 예정 인바, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>CLL : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2]조혈모세포이식 요양급여의 대상자 기준에 해당하는 상병은 아니나 제4조 제1항에 의하면, 제3조에도 불구하고 가입자들에게 조혈모세포이식이 진료 상 필요하다고 판단하는 경우, 심사평가원장에게 선별급여 대상 여부를 신청해야한다.</p> <p>이 건은 만성림프구성백혈병으로 진단받아 동종조혈모세포이식 예정인바, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
		취하: 19건		
제대혈	총 :4건	급여 : 3건	급성림프모구백혈병 : 2건	<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 요양급여대상자로 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 X 10<sup>9</sup>/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 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 라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			비호지킨 림프종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-7)-가)에 의하면, 비호지킨 림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 비호지킨 림프종</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우 (나) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<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 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
		취하 : 1건		
자가	총 : 151건	급여 : 125건	다발골수종 : 60건	<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) 진단 기준에 만족하는 경우”에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			비호지킨 림프종 : 42건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상9)[별표2] 2-나-1)-가)에 의하면 비호지킨 림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상</p> <p>(나) Diffuse Large B Cell Lymphoma - 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>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>(단, stage I 완전관해 제외)</p> <p>(마) Peripheral T-cell Lymphoma (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 경우를 원칙으로 한다.</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 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			<p>수모세포종① : 3건</p>	<p>&lt;2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식 (tandem transplantation)&gt;(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016. 5. 1.시행) 및 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-9)-가)-(1)에 의하면 수모세포종은 "수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 다음 중 하나에 해당하는 경우"에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) 진단시 3세이하</p> <p>(나) 수술 후 잔여종괴가 1.5cm<sup>2</sup> 이상인 경우</p> <p>(다) 두개강내 전이가 있는 경우</p> <p>(라) Anaplastic type</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			<p>POEMS증후군 : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-나-4)-다)에 의하면, POEMS 증후군은 "IMMG에서 제시한 POEMS 증후군 진단기준에 만족하는 경우" 에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			호지킨 림프종 : 1건	<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 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			급성골수성백혈병 : 7건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-나-2)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)에 대한 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 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			AL 아밀로이드증 : 5건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-나-4)-나)에 의하면, AL 아밀로이드증(AL amyloidosis)에 대한 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증(AL amyloidosis) 진단 기준에 만족하는 경우 다만, ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하면서 장기부전(심·신·간·폐부전)이 아닌 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			유형종양 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-6)에 의하면 유형종양의 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>가) 진단 시 다음 고위험군의 하나에 해당하며 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 (1) metastatic disease at diagnosis</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>(2) bulky primary tumor( &gt;200ml)  (3) axial site  나) 수술 후, 방사선 치료 및 통상적인 화학요법(6개월 또는 6회이상)을 병용하여 부분 반응이상을 보이거나, 완전관해에 도달하지 않은 경우  다) 재발 또는 불응성으로 구제 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			<p>원시성신경외배엽종양①,  비정형기형/황문근종양  (AT/RT)①  : 2건</p>	<p>&lt;2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)&gt;(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016. 5. 1.시행) 및 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-9)에 의하면 원시성신경외배엽종양의 요양급여 인정기준은 다음과 같음.  가) 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			<p>생식세포종  : 3건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상)[별표2] 2-나-7)에 의하면, 생식세포종(GermCell Tumor)은 “재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우”에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
		<p>선별급여  : 18건</p>	<p>비호지킨 림프종  : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 가에 의하면 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만70세 미만이어야 한다.”로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만 70세 이상이기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			<p>생식세포종 : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 2-나-7)에 의하면, 생식세포종(Germ Cell Tumor)은 “재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 생식세포종으로 2차 자가조혈모세포이식 예정으로 항암요법 이후 부분반응 이상을 보였으나, &lt;2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)&gt;(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016. 5. 1.시행) 상병에 해당하지 않음. 따라서 고시기준을 충족하지는 못하나 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조 (선별급여대상) 제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>비호지킨 림프종 : 9건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상9)[별표2] 2-나-1)-가)에 의하면 비호지킨 림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(가) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상</li> <li>(나) Diffuse Large B Cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>- LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우</li> </ul> </li> <li>(다) Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외)</li> <li>(라) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) <ul style="list-style-type: none"> <li>(단, stage I 완전관해 제외)</li> </ul> </li> <li>(마) Peripheral T-cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>(단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)</li> </ul> </li> <li>(바) Primary CNS Lymphoma</li> </ul> <p>(2) 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 한다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(가) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma, Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia</li> </ul>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>(나) Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)  (다) Mantle Cell Lymphoma  (라) Diffuse Large B Cell Lymphoma  (마) Burkitt Lymphoma  (바) Peripheral T-cell Lymphoma  (사) Extranodal NK/T-cell Lymphoma  (아) Primary CNS Lymphoma</p> <p>이 건은 비호지킨 림프종으로 진단받고 표준항암치료 후 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 조직검사를 시행하지 않아 위 요양급여대상자 기준에 해당하는지 여부가 확인되지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1.시행) 제4조(선별기준대상)제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>이 건은 비호지킨 림프종(Plasmoblastic lymphoma, Diffuse large B cell lymphoma )으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 최근 골수검사 결과가 없어, 자가조혈모세포이식을 위한 적절한 상태인지 확인 할 수 없음. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1.시행) 제4조(선별기준대상)제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>이 건은 비호지킨 림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, Diffuse large B cell lymphoma)으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 표준치료에 부분반응이상을 보이지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1.시행) 제4조(선별기준대상)제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>이 건은 비호지킨 림프종(Diffuse large B cell lymphoma)으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 LDH가 정상보다 낮고, Stage II 또는 Stage IV인 경우에 해당하여 요양급여 대상에 해당하지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1.시행) 제4조 (선별기준대상)제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			다발골수종 : 5건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조 (선별급여대상) 별 표 2-나-4)-가)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 “IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단 기준에 만족하는 경우”에 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 다발골수종으로 진단받고 표준항암치료 후 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 진단 근거가 명확하지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1.시행) 제4조(선별기준대상)제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>&lt;2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식 (tandem transplantation)&gt;(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016. 5. 1.시행)에 의하면, 조혈모세포이식은 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준 [별표2]의 기준에 적합하다고 판단되는 경우에 한하여 급여하고 있음.</p> <p>또한 위 인정기준에 적합하여 시행하는 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)에 대하여 “2. 나. 다발골수종은 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식으로 다음 각 호 1에 해당하는 경우 영양급여 대상임.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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.</li> <li>③ 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종조혈모세포이식을 원칙으로 함.” 라고 규정하고</li> </ol>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				있음.  다발골수종 상병으로 2차 자가조혈모세포이식 예정인 이 건은 제출된 검사결과를 참조할 때 1차 이식 후 현재 VGPR 이상의 반응 유지 중으로, 2차 자가조혈모세포이식이 반드시 필요하다고 판단하기 곤란함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별기준대상)제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Anaplastic Astroblastoma : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2]조혈모세포이식 요양급여의 대상자 기준에 Anaplastic Astroblastoma에 대한 기준이 없으며 이 상병에 대한 조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별기준대상)제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			신경모세포종① : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 나-5)에 의하면 신경모세포종의 요양급여 인정기준은 다음과 같음. 가) 진단 시 다음 중 하나에 해당하며 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상인 경우 (1) 진단 시 1세 이상이면서 stageⅣ (2) N-myc 증폭(+)인 stageⅡ 이상 나) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 경우  이 건은 신경모세포종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나, 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상의 소견을 보여야 하나 부분반응이상의 소견을 보이지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1.시행) 제4조(선별기준대상)제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
		취하: 8건		
계	348			
①: tandem transplantation (2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 자가 조혈모세포이식)				

[별첨] 조혈모세포이식 요양급여대상 결정현황

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
1	동종조혈모	남	20	granulocyt icaplasia	급여
2	동종조혈모	남	67	급성골수성백혈병(AML)	급여
3	동종조혈모	남	70	급성골수성백혈병(AML)	급여
4	동종조혈모	남	20	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
5	동종조혈모	남	61	중증재생불량성빈혈(Severeaplast icanemia)	선별
6	동종조혈모	남	59	다발골수종(MM)	선별
7	동종조혈모	남	16	만성골수성백혈병(CML)	선별
8	동종조혈모	여	23	만성골수성백혈병(CML)	선별
9	동종조혈모	남	49	BPDCN	선별
10	동종조혈모	남	21	비호지킨림프종	선별
11	동종조혈모	여	49	CLL	선별
12	동종조혈모	남	48	비호지킨림프종	선별
13	동종조혈모	여	5	골수형성이상증후군(MDS)	선별
14	동종조혈모	남	1	급성골수성백혈병(AML)	선별
15	동종조혈모	남	2	신경모세포종(Neuroblastoma)	선별
16	동종조혈모	남	75	급성골수성백혈병(AML)	선별
17	동종조혈모	남	29	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
18	동종조혈모	남	60	골수형성이상증후군(MDS)	선별
19	동종조혈모	여	27	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
20	동종조혈모	여	46	골수형성이상증후군(MDS)	선별
21	동종조혈모	남	24	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
22	동종조혈모	여	61	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
23	동종조혈모	여	55	급성골수성백혈병(AML)	선별
24	동종조혈모	여	60	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
25	동종조혈모	남	60	급성골수성백혈병(AML)	선별
26	동종조혈모	여	38	급성골수성백혈병(AML)	선별
27	동종조혈모	남	14	골수형성이상증후군(MDS)	선별
28	동종조혈모	여	60	급성골수성백혈병(AML)	선별
29	동종조혈모	여	62	골수형성이상증후군(MDS)	선별
30	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	선별
31	동종조혈모	여	57	급성골수성백혈병(AML)	선별
32	동종조혈모	남	1	급성골수성백혈병(AML)	선별
33	동종조혈모	여	60	급성골수성백혈병(AML)	선별
34	동종조혈모	남	47	급성골수성백혈병(AML)	선별
35	동종조혈모	남	58	중증재생불량성빈혈(Severeaplast icanemia)	선별
36	동종조혈모	남	29	중증재생불량성빈혈(Severeaplast icanemia)	선별
37	동종조혈모	남	65	급성골수성백혈병(AML)	선별
38	동종조혈모	여	11	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
39	동종조혈모	남	20	골수형성이상증후군(MDS)	선별
40	동종조혈모	남	8M	중증복합면역결핍증(SCIDs)	선별
41	동종조혈모	남	52	골수형성이상증후군(MDS)	선별
42	동종조혈모	여	50	일차골수섬유증(Prim arymyelofibrosis)	선별
43	동종조혈모	여	61	급성골수성백혈병(AML)	선별
44	동종조혈모	여	64	비호지킨림프종	급여
45	동종조혈모	여	55	비호지킨림프종	급여
46	동종조혈모	여	69	일차골수섬유증(Pr imarymyelofibrosis)	급여
47	동종조혈모	여	57	비호지킨림프종	급여
48	동종조혈모	여	23	급성골수성백혈병(AML)	급여
49	동종조혈모	남	66	일차골수섬유증(Pr imarymyelofibrosis)	급여
50	동종조혈모	여	10M	혈구포식림프조직구증(HLH)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
51	동종조혈모	남	11	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
52	동종조혈모	남	59	급성골수성백혈병(AML)	급여
53	동종조혈모	여	60	골수형성이상증후군(MDS)	급여
54	동종조혈모	남	9	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
55	동종조혈모	여	48	비호지킨림프종	급여
56	동종조혈모	여	58	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	급여
57	동종조혈모	남	61	골수형성이상증후군(MDS)	급여
58	동종조혈모	남	5	반성고면역글로불린M증후군(HyperIgMsyndrome)	급여
59	동종조혈모	여	2	혈구포식림프조직구증(HLH)	급여
60	동종조혈모	여	17	HereditarySideroblasticAnemia	급여
61	동종조혈모	여	4	판코니빈혈(Fanconianemia)	급여
62	동종조혈모	여	60	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	급여
63	동종조혈모	여	18	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
64	동종조혈모	여	47	급성골수성백혈병(AML)	급여
65	동종조혈모	여	38	비호지킨림프종	급여
66	동종조혈모	남	14	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
67	동종조혈모	여	54	급성골수성백혈병(AML)	급여
68	동종조혈모	남	47	비호지킨림프종	급여
69	동종조혈모	남	59	골수형성이상증후군(MDS)	급여
70	동종조혈모	여	49	비호지킨림프종	급여
71	동종조혈모	남	57	다발골수종(MM)	급여
72	동종조혈모	여	58	비호지킨림프종	급여
73	동종조혈모	남	65	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	급여
74	동종조혈모	여	58	급성골수성백혈병(AML)	급여
75	동종조혈모	여	56	급성골수성백혈병(AML)	급여
76	동종조혈모	남	65	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	급여
77	동종조혈모	남	65	급성골수성백혈병(AML)	급여
78	동종조혈모	여	68	골수형성이상증후군(MDS)	급여
79	동종조혈모	여	64	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	급여
80	동종조혈모	남	65	골수형성이상증후군(MDS)	급여
81	동종조혈모	여	64	골수형성이상증후군(MDS)	급여
82	동종조혈모	여	25	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
83	동종조혈모	남	22	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
84	동종조혈모	남	67	급성골수성백혈병(AML)	급여
85	동종조혈모	남	44	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
86	동종조혈모	남	34	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
87	동종조혈모	남	1	급성골수성백혈병(AML)	급여
88	동종조혈모	남	56	급성골수성백혈병(AML)	급여
89	동종조혈모	남	23	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
90	동종조혈모	남	56	급성골수성백혈병(AML)	급여
91	동종조혈모	남	49	골수형성이상증후군(MDS)	급여
92	동종조혈모	남	67	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	급여
93	동종조혈모	남	60	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
94	동종조혈모	여	59	급성골수성백혈병(AML)	급여
95	동종조혈모	남	25	급성골수성백혈병(AML)	급여
96	동종조혈모	남	55	급성골수성백혈병(AML)	급여
97	동종조혈모	여	64	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	급여
98	동종조혈모	여	40	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
99	동종조혈모	남	60	골수형성이상증후군(MDS)	급여
100	동종조혈모	남	63	골수형성이상증후군(MDS)	급여
101	동종조혈모	남	24	급성림프모구백혈병(ALL)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
102	동종조혈모	남	58	BPDCN	급여
103	동종조혈모	남	39	급성골수성백혈병(AML)	급여
104	동종조혈모	남	52	급성골수성백혈병(AML)	급여
105	동종조혈모	여	58	급성골수성백혈병(AML)	급여
106	동종조혈모	남	48	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
107	동종조혈모	여	24	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
108	동종조혈모	여	21	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
109	동종조혈모	여	9	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
110	동종조혈모	여	48	골수형성이상증후군(MDS)	급여
111	동종조혈모	여	50	급성골수성백혈병(AML)	급여
112	동종조혈모	남	47	골수형성이상증후군(MDS)	급여
113	동종조혈모	남	62	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
114	동종조혈모	남	7	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
115	동종조혈모	남	30	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
116	동종조혈모	남	21	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
117	동종조혈모	여	57	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
118	동종조혈모	여	51	골수형성이상증후군(MDS)	급여
119	동종조혈모	남	23	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
120	동종조혈모	남	45	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
121	동종조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	급여
122	동종조혈모	여	58	급성골수성백혈병(AML)	급여
123	동종조혈모	남	19	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
124	동종조혈모	남	60	급성골수성백혈병(AML)	급여
125	동종조혈모	남	55	급성골수성백혈병(AML)	급여
126	동종조혈모	남	52	급성골수성백혈병(AML)	급여
127	동종조혈모	남	3	급성골수성백혈병(AML)	급여
128	동종조혈모	여	15	급성골수성백혈병(AML)	급여
129	동종조혈모	남	64	급성골수성백혈병(AML)	급여
130	동종조혈모	여	40	급성골수성백혈병(AML)	급여
131	동종조혈모	여	43	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
132	동종조혈모	여	14	급성골수성백혈병(AML)	급여
133	동종조혈모	여	19	골수형성이상증후군(MDS)	급여
134	동종조혈모	남	44	급성골수성백혈병(AML)	급여
135	동종조혈모	남	19	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
136	동종조혈모	여	67	급성골수성백혈병(AML)	급여
137	동종조혈모	남	51	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
138	동종조혈모	남	51	급성골수성백혈병(AML)	급여
139	동종조혈모	남	21	골수형성이상증후군(MDS)	급여
140	동종조혈모	여	39	급성골수성백혈병(AML)	급여
141	동종조혈모	남	52	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	급여
142	동종조혈모	남	26	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
143	동종조혈모	남	49	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
144	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	급여
145	동종조혈모	남	57	급성골수성백혈병(AML)	급여
146	동종조혈모	여	63	급성골수성백혈병(AML)	급여
147	동종조혈모	남	33	급성골수성백혈병(AML)	급여
148	동종조혈모	여	50	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
149	동종조혈모	남	59	급성골수성백혈병(AML)	급여
150	동종조혈모	여	29	급성골수성백혈병(AML)	급여
151	동종조혈모	여	36	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
152	동종조혈모	여	60	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
153	동종조혈모	남	18	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
154	동종조혈모	남	65	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
155	동종조혈모	여	52	급성골수성백혈병(AML)	급여
156	동종조혈모	남	5	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
157	동종조혈모	남	18	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
158	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	급여
159	동종조혈모	여	27	급성골수성백혈병(AML)	급여
160	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	급여
161	동종조혈모	남	27	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
162	동종조혈모	여	59	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
163	동종조혈모	남	24	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
164	동종조혈모	여	53	급성골수성백혈병(AML)	급여
165	동종조혈모	남	7	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
166	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	급여
167	동종조혈모	남	22	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
168	동종조혈모	남	45	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
169	동종조혈모	여	60	급성골수성백혈병(AML)	급여
170	동종조혈모	남	27	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
171	동종조혈모	남	66	골수형성이상증후군(MDS)	급여
172	동종조혈모	여	56	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
173	동종조혈모	남	35	급성골수성백혈병(AML)	급여
174	동종조혈모	남	58	골수형성이상증후군(MDS)	급여
175	동종조혈모	남	59	다발골수종(MM)	취하
176	동종조혈모	여	16	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	취하
177	동종조혈모	여	22	급성림프모구백혈병(ALL)	취하
178	동종조혈모	여	24	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	취하
179	동종조혈모	남	4M	Wiskott-Aldrichsyndrome	취하
180	동종조혈모	여	47	급성골수성백혈병(AML)	취하
181	동종조혈모	남	45	급성골수성백혈병(AML)	취하
182	동종조혈모	남	35	급성골수성백혈병(AML)	취하
183	동종조혈모	남	60	급성림프모구백혈병(ALL)	취하
184	동종조혈모	남	31	급성림프모구백혈병(ALL)	취하
185	동종조혈모	남	12	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	취하
186	동종조혈모	여	61	급성림프모구백혈병(ALL)	취하
187	동종조혈모	여	9	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	취하
188	동종조혈모	여	14	급성골수성백혈병(AML)	취하
189	동종조혈모	여	67	급성골수성백혈병(AML)	취하
190	동종조혈모	여	25	급성골수성백혈병(AML)	취하
191	동종조혈모	남	29	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	취하
192	동종조혈모	남	65	급성골수성백혈병(AML)	취하
193	동종조혈모	남	8M	중증복합면역결핍증(SCIDs)	취하
194	제대혈조혈모	여	58	비호지킨림프종	취하
195	제대혈조혈모	여	43	비호지킨림프종	급여
196	제대혈조혈모	남	18	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
197	제대혈조혈모	여	9	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
198	자가조혈모	남	50	비호지킨림프종	선별
199	자가조혈모	여	67	비호지킨림프종	선별
200	자가조혈모	남	34	비호지킨림프종	선별
201	자가 후 자가	여	53	다발골수종(MM)	선별

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
202	자가 후 자가	남	15	생식세포종(Germcell tumor)	선별
203	자가조혈모	여	25	비호지킨림프종	선별
204	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종	선별
205	자가 후 자가	남	59	다발골수종(MM)	선별
206	자가조혈모	여	23	비호지킨림프종	선별
207	자가조혈모	남	70	비호지킨림프종	선별
208	자가조혈모	여	52	비호지킨림프종	선별
209	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	선별
210	자가조혈모	남	56	비호지킨림프종	선별
211	자가 후 자가	남	51	다발골수종(MM)	선별
212	자가조혈모	남	47	다발골수종(MM)	선별
213	Tandem(자가-자가)	여	7	신경모세포종(Neurolblastoma)①	선별
214	자가조혈모	여	9	Anaplastic Astroblastoma	선별
215	자가조혈모	남	67	비호지킨림프종	선별
216	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	급여
217	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	급여
218	자가조혈모	여	66	비호지킨림프종	급여
219	자가조혈모	남	45	비호지킨림프종	급여
220	자가조혈모	여	57	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	급여
221	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	급여
222	자가조혈모	남	53	다발골수종(MM)	급여
223	자가조혈모	여	49	다발골수종(MM)	급여
224	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	급여
225	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	급여
226	자가조혈모	여	67	다발골수종(MM)	급여
227	자가조혈모	여	29	비호지킨림프종	급여
228	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종	급여
229	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	급여
230	자가조혈모	남	43	다발골수종(MM)	급여
231	자가조혈모	남	65	비호지킨림프종	급여
232	자가조혈모	남	44	다발골수종(MM)	급여
233	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종	급여
234	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종	급여
235	자가조혈모	남	69	비호지킨림프종	급여
236	자가조혈모	여	69	다발골수종(MM)	급여
237	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	급여
238	Tandem(자가-자가)	여	2	원시성신경외배엽종양(PNET)①	급여
239	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	급여
240	자가조혈모	남	8	유령종양	급여
241	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	급여
242	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종	급여
243	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	급여
244	자가조혈모	여	57	다발골수종(MM)	급여
245	자가조혈모	남	58	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	급여
246	Tandem(자가-자가)	남	2	수모세포종(Medulloblastoma)①	급여
247	자가조혈모	남	49	다발골수종(MM)	급여
248	자가조혈모	남	39	생식세포종(Germcell tumor)	급여
249	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종	급여
250	자가조혈모	여	46	비호지킨림프종	급여
251	Tandem(자가-자가)	남	9M	수모세포종(Medulloblastoma)①	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
252	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	급여
253	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	급여
254	자가조혈모	여	57	다발골수종(MM)	급여
255	자가조혈모	남	68	다발골수종(MM)	급여
256	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종	급여
257	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	급여
258	자가조혈모	여	55	다발골수종(MM)	급여
259	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	급여
260	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	급여
261	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	급여
262	자가조혈모	남	67	비호지킨림프종	급여
263	자가조혈모	남	51	비호지킨림프종	급여
264	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	급여
265	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	급여
266	자가조혈모	여	67	비호지킨림프종	급여
267	자가조혈모	여	65	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	급여
268	자가조혈모	여	65	비호지킨림프종	급여
269	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종	급여
270	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	급여
271	자가조혈모	여	12	생식세포종(Germcell tumor)	급여
272	자가조혈모	남	54	다발골수종(MM)	급여
273	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	급여
274	자가조혈모	남	37	급성골수성백혈병(AML)	급여
275	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종	급여
276	자가 후 자가	남	63	다발골수종(MM)	급여
277	자가조혈모	남	34	급성골수성백혈병(AML)	급여
278	자가조혈모	여	57	다발골수종(MM)	급여
279	자가조혈모	남	37	다발골수종(MM)	급여
280	자가조혈모	여	56	POEMS증후군	급여
281	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
282	Tandem(자가-자가)	여	3	비정형기형/황문근종양(AT/RT)①	급여
283	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	급여
284	자가조혈모	남	53	비호지킨림프종	급여
285	자가 후 자가	여	58	다발골수종(MM)	급여
286	자가조혈모	남	61	급성골수성백혈병(AML)	급여
287	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	급여
288	자가조혈모	남	59	다발골수종(MM)	급여
289	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	급여
290	자가조혈모	남	48	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	급여
291	자가조혈모	남	16	호지킨림프종	급여
292	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	급여
293	자가조혈모	남	46	비호지킨림프종	급여
294	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	급여
295	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	급여
296	자가조혈모	남	43	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	급여
297	자가조혈모	남	41	비호지킨림프종	급여
298	자가조혈모	남	20	생식세포종양	급여
299	자가조혈모	여	54	다발골수종(MM)	급여
300	Tandem(자가-자가)	남	7	수모세포종(Medulloblastoma)①	급여
301	자가조혈모	남	44	비호지킨림프종	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
302	자가조혈모	여	67	비호지킨림프종	급여
303	자가조혈모	여	64	비호지킨림프종	급여
304	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	급여
305	자가조혈모	남	54	비호지킨림프종	급여
306	자가 후 자가	남	65	다발골수종(MM)	급여
307	자가조혈모	남	37	비호지킨림프종	급여
308	자가조혈모	남	68	다발골수종(MM)	급여
309	자가조혈모	남	41	비호지킨림프종	급여
310	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	급여
311	자가조혈모	여	49	다발골수종(MM)	급여
312	자가조혈모	여	47	비호지킨림프종	급여
313	자가조혈모	여	69	비호지킨림프종	급여
314	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	급여
315	자가조혈모	여	38	비호지킨림프종	급여
316	자가조혈모	여	50	다발골수종(MM)	급여
317	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	급여
318	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	급여
319	자가조혈모	남	52	비호지킨림프종	급여
320	자가조혈모	여	59	비호지킨림프종	급여
321	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	급여
322	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종	급여
323	자가조혈모	여	27	급성골수성백혈병(AML)	급여
324	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종	급여
325	자가조혈모	여	49	DLBCL	급여
326	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	급여
327	자가조혈모	여	60	급성골수성백혈병(AML)	급여
328	자가조혈모	여	67	급성골수성백혈병(AML)	급여
329	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	급여
330	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종	급여
331	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
332	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종	급여
333	자가조혈모	남	32	비호지킨림프종	급여
334	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	급여
335	자가조혈모	여	55	비호지킨림프종	급여
336	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	급여
337	자가조혈모	여	64	비호지킨림프종	급여
338	자가조혈모	남	42	비호지킨림프종	급여
339	자가조혈모	여	66	급성골수성백혈병(AML)	급여
340	자가조혈모	여	66	비호지킨림프종	급여
341	자가조혈모	남	45	비호지킨림프종	취하
342	자가조혈모	여	12	생식세포종(Germcell tumor)	취하
343	자가조혈모	남	48	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	취하
344	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	취하
345	자가조혈모	여	69	비호지킨림프종	취하
346	자가조혈모	여	66	비호지킨림프종	취하
347	자가조혈모	여	60	급성골수성백혈병(AML)	취하
348	자가조혈모	여	53	다발골수종(MM)	취하

#### 4. 심실 보조장치 치료술(VAD) 실시기관 승인 및 요양급여대상 인정여부

- 우리원에서는 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2018. 9. 28.시행)에 따라 심실 보조장치 치료술 실시기관 승인 및 대상자 요양급여 여부를 결정하는 사전심의제도를 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 대한 심의 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 호의 정해진 시점부터 30일 이내에 건강보험 심사평가원장에게 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 퇴원시까지 매 3개월마다

#### □ 심실 보조장치 치료술(VAD) 대상자 요양급여 여부(총 6사례)

##### ○ 이식형 좌심실 보조장치 치료술(5사례)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
1	남/66세	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 허혈성 심근병증 환자로, 급성 심근경색으로 관상동맥풍선성형술 시행하고, 심초음파상 EF 28%, 국소적 벽 운동 이상(RWMA<sup>1)</sup>) 확인되어 관상동맥우회술 시행하였음. 이후 안정적인 상태로 지내던 중 내원 2개월 전부터 급성 비보상성 심부전(ADHF<sup>2)</sup>) 발생하여 약물치료중이나, 증상 호전되지 않고, 정맥 강심제에 의존적이며, NYHA class IV, INTERMACS level 1, 좌심실구혈률 (LVEF) 14% 등 말기 심부전 소견 보이는 상태임. 따라서 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 ‘심장이식 대기자로 등록된 말기심부전 환자의 심장이식 가교 치료시’에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.</p>
2	남/62세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p>

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			<p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로, 심근경색 발생하여 관상동맥풍선성형술 시행하고, 관상동맥 조영술 결과 만성동맥폐쇄증(CTO<sup>3)</sup>) 소견으로 약물치료 하면서 경과관찰 하였음. 2019년 7월부터 심부전 증상 악화되어 입원치료중이며, 약물치료에도 불구하고 증상 호전되지 않고 정맥 강심제에 의존적인 상태임. 또한, NYHA class IV, INTERMACS level 3, 폐동맥 수축기압/이완기압(PASP/PADP) 56/23mmHg, 평균 폐동맥뿔기압(PAWP) 22mmHg, 심장지수(Cardiac Index) 1.55L/min/M<sup>2</sup> 등 말기 심부전 소견 보임. 따라서 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 ‘심장이식 대기자로 등록된 말기심부전 환자의 심장이식 가교 치료시’에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.</p>
3	여/70세	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, 심장재동기화치료 시행하였으나 심방세동 지속되고, 약물치료에도 불구하고 증상 호전되지 않으며, 정맥 강심제에 의존적인 상태임. 또한, NYHA class III, INTERMACS level 3, 폐동맥 수축기압/ 이완기압(PASP/PADP) 56/23mmHg, 평균 폐동맥 뿔기압(PAWP) 22mmHg, 심장지수(Cardiac Index) 1.55L/min/M<sup>2</sup> 등 말기 심부전 소견 보임.</p> <p>따라서 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 ‘심장이식 대기자로 등록된 말기심부전 환자의 심장이식 가교 치료시’에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.</p>
4	남/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 심장이식이 적합하지 않은 확장성 심근병증 환자로, 2004년 확장성 심근병증으로 약물치료 하였으나 2019년 4월부터 심부전 증상 악화되었으며, 약물치료에도 불구하고 심한 증상이 2개월 이상 지속되는 상태임. 또한, 급성 비보상성 심부전 (ADHF<sup>2)</sup>)으로 인해 급성 신부전 동반되었으나 정맥 강심제 사용 시 신기능 호전 소견 보이고, 정맥 강심제에 의존적인 상태로 투여를 중단할 수 없으며, NYHA class IV, INTERMACS level 3, 좌심실구혈률(LVEF) 25%, 심장지수(Cardiac Index) 1.87L/min/M<sup>2</sup>, peak VO<sub>2</sub> Max 5.3mL/kg/min 등 말기 심부전 소견 보임.</p>

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			따라서 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 나.목 '심장이식이 적합하지 않은 말기심부전 환자에서 약물치료에도 불구하고 심한 증상이 2개월 이상 지속되고', 2) '정맥 강심제에 의존적인 상태로 투여를 중단할 수 없는 경우', 에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.
5	여/46세	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 확장성 심근병증 환자로, 2010년부터 심부전 증상으로 경과관찰 하던 중 2018년 7월 심초음파 및 MRI 검사결과 확장성 심부전 소견 보여 베타차단제 및 안지오텐신 수용체 차단제 등의 약물치료와 심율동전환 제세동기 거치술 시행하였음. 이후 2019년 8월 심장이식 대기등록 되었고, 베타차단제 및 안지오텐신 수용체 차단제 등의 약물치료 유지중이며, 정맥 강심제를 사용하고 있지 않은 INTERMACS level 4에 해당하는 환자임. 또한, 검사결과 평균 우심방압 5mmHg, NT pro-BNP 538pg/mL, 운동기능평가 결과 6 minute walk 385.9m, peak VO<sub>2</sub> Max 14.3mL/kg/min 확인됨. 제출된 진료기록 등을 확인한 결과, 환자의 현 상태는 말초혈관부종 및 폐울혈 소견이 충분하지 않고, 정맥 강심제를 사용할 정도의 불가역적인 심장기능 상태로 판단되지 않으므로, 약물치료를 지속하면서 경과관찰한 후 더 이상의 심기능 호전을 기대하기 어려울 때 재신청하도록 함.</p> <p>따라서 현 시점에서 심실 보조장치 치료술(VAD)을 시행하는 것은 적절한 시기가 아니라고 판단되는바, 심실 보조장치 치료술(VAD)의 요양급여 신청을 불승인함.</p>

1) RWMA: Regional Wall Motion Abnormality,  
3) CTO: Chronic Total Occlusion

2) ADHF: Acute Decompensated Heart Failure

○ 체외형 심실 보조장치 치료술(1사례)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
1	여/2개월	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조와 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 생후 2개월, 체중 4.3kg, 심장이식대기자로 등록된 특발성 제한성 심근병증 상병의 영아 환자로, 급성 비보상성 심부전(ADHF<sup>2</sup>)으로 체외순환막형산화요법(ECMO) 시행 및 좌심실 보조장치 삽입 중인 환자임. 심실 보조장치 치료술 후 우심실 기능 저하 및 중증의 삼첨판 기능 부전 심화되고, NYHA class</p>

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			<p>IV, INTERMACS level 1, 수준의 심부전 지속되는 상태임. 간기능 부전 및 정맥 강심제에 의존적인 말기 심부전 상태 이므로, 체외형 심실 보조장치 치료술 적응증 가.목 '재태연령 37주 이상이고 체중 3kg 이상인 경우부터 18세 미만의 심장이식 대기자로 등록된 중증 심부전 환자', 1) '최대한의 심부전 치료에도 불구하고 NYHA IV 수준의 심부전이 지속되고, 강심제에 의존하며 전신 장기기능이 진행성으로 악화된 경우', 2) '악성 심근염 등으로 보조순환기가 장착되어 중지가 어려운 경우'에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.</p>

## 5. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여대상 인정여부

- 위원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1. 시행)에 따라 요양급여 대상여부를 결정하는 솔리리스주 사전심의제도를 실시하고 있음.
- 위 고시 및 이에 따른, 「Eculizumab(품명: 솔리리스주) 사전 승인에 관한 방법 및 절차」(건강보험심사평가원 공고 제2018-165호, 2018. 7. 1. 시행)에 의거하여,
  1. 사전승인 신청기관은 사전승인 신청에 대한 심의결과를 통보 받은 날(심의일자 기준)부터 60일 이내에 솔리리스주를 투여하여야 함. 다만, 60일을 경과하여 투여하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함.(제4조 제2항)
  2. 솔리리스주의 요양급여 승인을 받은 요양기관은 6개월마다 상병별로 구분하여 위 공고 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 작성하여 위원에 제출하여야 함. 또한, 비정형 용혈성 요독 증후군의 경우 위 공고 별지 제3호 서식에 따라 치료 시작 후 2개월에 초기 모니터링 보고서를 추가 제출하여야 함.(제8조 제1항). 모니터링 보고서를 부득이한 사유로 제출 할 수 없는 경우에는 1회(15일)에 한하여 자료제출 기간을 연장할 수 있음.(제8조 제2항)

### □ 심의결과

심의년월	구분	접수건	승인신청		모니터링	
			승인	불승인	승인	불승인
2019. 9.	비정형 용혈성 요독 증후군	1	0	1	-	-

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

#### ○ 승인신청(1사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2019. 9.	A사례	여/76세	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”의 세부인정기준 및 방법 제1호 나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건의 환자는 분만 후 과다 출혈로 자궁 절제술을 시행하였고, 이후 미세혈관병증 용혈성 빈혈, 혈소판 감소증, 신기능 저하 소견으로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 승인 신청되었음.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, PT, aPTT 연장, 섬유소원 감소, d-dimer 증가 등 응고 이상을 동반하여 파종성 혈관 내 응고 소견을 보였고, 분만 후 과다 출혈 및 대량의 수혈과 관련된 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 목 2) 사)에서 정한 요양급여 제외대상에</p>	불승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
			<p>해당됨 .  또한, 치료 과정에서 LDH 감소 소견과 혈소판 수가 정상으로 호전되는 양상으로 현재 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여가 필요한 상황으로 판단되지 않는 바 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	