

진료심사평가위원회 심의사례 공개(총 7항목)

- 2021. 11. 30. 공개

연번	제 목	페이지
1	신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애 등 상병에 실시한 입원 인정여부(2사례)	1
2	요추의 염좌 및 긴장 등 상병에 실시한 입원 인정여부(5사례)	2
3	신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애 등 상병에 실시한 입원 인정여부(2사례)	5
4	Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 및 Ravulizumab(품명: 울토리리스주) 요양급여 대상여부(53사례)	7
5	심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상 여부(16사례)	17
6	Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 요양급여 대상 여부(28사례)	21
7	조혈모세포이식 요양급여 및 선별급여 대상 여부(295사례)	24

## 1. 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애 등 상병에 실시한 입원 인정여부(2사례)

### ■ 청구내역

#### ○ A사례(남/61세)

- 청구 상병명: 척추협착, 경부, 관절통, 어깨부분
- 주요 청구내역:

가2다(5) 의원,치과의원,보건의료원 의·치과 4인실입원료 1\*1\*1

#### ○ B사례(여/67세)

- 청구 상병명: 척추전방전위증, 요추부, 좌골신경통을 동반한 요통, 요추부
- 주요 청구내역:

가2다(5) 의원,치과의원,보건의료원 의·치과 4인실입원료 1\*1\*1

### ■ 심의내용 및 결과

- 「입원료 일반원칙」(고시 제2021-4호, 2021.2.1.)에 따르면 입원은 질환의 특성 및 환자상태 등을 고려하여 임상적·의학적 필요성이 있다고 판단되는 경우에 실시함을 원칙으로 함. 또한 입원료는 환자 질환 및 상태에 대한 적절한 치료 및 지속적인 관찰이 필요한 경우 인정하며, 입원 필요성이 있는 환자상태에 대한 임상적 소견 등이 진료기록부 상에 기록되어야 함
- 입원은 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여 실시해야 하며 단순한 피로회복, 통원불편 등을 이유로 입원 지시를 하여서는 아니됨 (「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1])
- 이 건(2사례)은 ‘신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애’ 등 상병으로 2일 단기입원을 시행한 것으로 진료내역 등을 참조하여 각 사례는 다음과 같이 결정함

- 다 음 -

- A사례는 제출된 진료기록부에서 입원을 요하는 환자 상태나 임상적 소견이 확인되지 않는 바, 청구한 ‘가2다(5) 의원,치과의원,보건의료원 의·치과 4인실입원료’는 인정하지 아니함
- B사례는 제출된 진료기록부에서 입원을 요하는 환자 상태나 임상적 소견이 확인되지 않는 바, 청구한 ‘가2다(5) 의원,치과의원,보건의료원 의·치과 4인실입원료’는 인정하지 아니함

### ■ 참고

- 입원료 일반원칙 [고시 제2021-4호, 2021.2.1.]
- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법, 6. 입원
- 건강보험요양급여행위 및 그 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침]

[2021.6.8. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

## 2. 요추의 염좌 및 긴장 등 상병에 실시한 입원 인정여부(5사례)

### ■ 청구내역

#### ○ A사례(남/48세)

- 청구 상병명: 요추의 염좌 및 긴장, 무릎의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역:
  - 가2가(5) 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과 입원료 1\*1\*15
  - 가2가(5) 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과 입원료 [입원16일-30일까지] 1\*1\*5

#### ○ B사례(여/58세)

- 청구 상병명: 요추의 염좌 및 긴장, 경추의 염좌 및 긴장, 어깨관절의 염좌 및 긴장, 흉추의 염좌 및 긴장, 아래등 및 골반의 타박상
- 주요 청구내역:
  - 가2가(5) 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과 입원료 1\*1\*15
  - 가2가(5) 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과 입원료 [입원16일-30일까지] 1\*1\*5

#### ○ C사례(여/45세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애, 상세불명의 어깨병변
- 주요 청구내역:
  - 가2가(5) 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과 입원료 1\*1\*15
  - 가2가(5) 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과 입원료 [입원16일-30일까지] 1\*1\*5

#### ○ D사례(남/32세)

- 청구 상병명: 경추통, 경부, 요통, 상세불명의 부위
- 주요 청구내역:
  - 가2가(5) 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과 입원료 1\*1\*15
  - 가2가(5) 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과 입원료 [입원16일-30일까지] 1\*1\*5

#### ○ E사례(여/55세)

- 청구 상병명: 경추통, 경부, 요통, 상세불명의 부위  
기타 윤행막염 및 힘줄윤행막염, 아래팔, 외측상과염
- 주요 청구내역:
  - 가2가(5) 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과 입원료 1\*1\*15
  - 가2가(5) 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과 입원료 [입원16일-30일까지] 1\*1\*5

## ■ 심의내용 및 결과

- 입원은 질환의 특성 및 환자상태 등을 고려하여 임상적·의학적 필요성이 있다고 판단되는 경우에 실시하여야 하며 (「입원료 일반원칙」 고시 제2021-4호, 2021.2.1.) 단순한 피로회복, 통원불편 등을 이유로 입원지시를 하여서는 아니 됨 (「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1])
- 또한 입원료는 환자 질환 및 상태에 대한 적절한 치료 및 지속적인 관찰이 필요한 경우 인정하며, 입원 필요성이 있는 환자상태에 대한 임상적 소견 등이 진료기록부상에 기록되어야 함 (「입원료 일반원칙」 고시 제2021-4호, 2021.2.1.)
- 이 건(5사례)은 ‘요추의 염좌 및 긴장’ 등 상병으로 통증을 주호소로 입원하여 21일 장기입원을 시행한 것으로 진료내역 등을 참조하여 각 사례는 다음과 같이 결정함

### - 다 음 -

- A사례(남/48세)
  - 일주일 전 수상 후 허리, 골반 등의 통증을 주호소로 21일 입원 진료 후 ‘가2가(5) AB400 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과 입원료’ 와 ‘가2가(5) AB400800 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과 입원료 [입원16일-30일까지]’ 를 청구한 사례임
  - 수상으로 인해 발생한 허리, 골반 등의 통증으로 입원 진료를 시행하였으나, 수상 후 일주일이 경과 된 시점에 내원하여 경구 진통제만으로 충분한 통증 조절이 가능하였기에 입원이 필요한 정도의 급성기 통증으로 보기 어려움. 또한 제출된 진료기록부 등에서 환자의 심한 통증 및 통증 조절을 위한 추가 진통제 투약 기록 등이 확인되지 않는 바, 청구된 ‘가2가(5) AB400 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과 입원료’ 와 ‘가2가(5) AB400800 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과 입원료 [입원16일-30일까지]’ 는 인정하지 아니함
- B사례(여/58세)
  - 내원 전일 계단에서 수상 후 어깨, 허리 통증을 주호소로 21일 입원 진료 후 ‘가2가(5) AB400 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과 입원료’ 와 ‘가2가(5) AB400800 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과 입원료 [입원16일-30일까지]’ 를 청구한 사례임
  - 수상 직후 통증 양상 및 환자 상태에 대한 관찰이 필요하였을 것으로 판단되나 제출된 진료기록부 등에서 환자의 심한 통증이 확인되지 않으며 입원 당일 및 신경차단술 시행일 외에 투약된 진통제는 없음. 또한 신경차단술 시행 이후 환자 상태 관찰을 필요로 하는 출혈이나 신경학적 증상 등이 발생하지 않아 장기간 입원을 통한 환자 상태 관찰은 필요하지 않다고 판단되어 청구된 ‘가2가(5) AB400 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과 입원료’ 7일을 인정함
- C사례(여/45세)
  - 신경차단술 등 시행 후에도 완화되지 않는 허리 및 어깨 통증을 주호소로 21일 입원 진료 후 ‘가2가(5) AB400 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과 입원료’ 와 ‘가2가(5) AB400800 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과 입원료 [입원16일-30일까지]’ 를 청구한 사례임
  - 신경차단술 등 통증 치료 이후에도 완화되지 않는 통증으로 인해 입원 후에도 진통제 투약 및 추가 신경차단술을 시행한 것이 확인됨. 그러나 추가 진통제 투약 횟수가 감소되는 추세이며 제출된 진료기록부 등에서 통증으로 인한 일상생활이나 거동의 제한 등은 확인되지 않음. 이에 장기간 입원을 통한 환자 상태 관찰이 필요하지 않다고 판단되어 청구된 ‘가2가(5) AB400 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과 입원료’ 7일을 인정함
- D사례(남/32세)
  - 경추통, 요통 등 상병으로 21일 입원 진료 후 ‘가2가(5) AB400 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과 입원료’ 와 ‘가2가(5) AB400800 의원, 치과의원, 보건의료원 의·치과 입원료 [입원16일-30일까지]’ 를 청구한 사례임

- 허리와 목의 통증으로 입원 진료를 시행하였으나, 경구 진통제만으로 충분한 통증 조절이 가능하였으며 제출된 진료기록부 등에서 환자의 통증 및 통증 조절을 위한 추가 진통제 투약 기록 등이 확인되지 않음. 이에 입원이 필요한 정도의 심한 통증 및 기타 입원의 사유가 확인되지 않는 바, 청구된 ‘가2가(5) AB400 의원,치과의원,보건의료원 의·치과 입원료’와 ‘가2가(5) AB400800 의원,치과의원,보건의료원 의·치과 입원료 [입원16일-30일까지]’는 인정하지 아니함

○ E사례(여/55세)

- 경추통, 요통 등 상병으로 21일 입원 진료 후 ‘가2가(5) AB400 의원,치과의원,보건의료원 의·치과 입원료’와 ‘가2가(5) AB400800 의원,치과의원,보건의료원 의·치과 입원료 [입원16일-30일까지]’를 청구한 사례임  
 밤잠을 못 이룰 정도의 허리와 목의 통증으로 입원 진료를 시행하였으나, 경구 진통제만으로 충분한 통증 조절이 가능하였으며 제출된 진료기록부 등에서 환자의 통증 및 통증 조절을 위한 추가 진통제 투약 기록 등이 확인되지 않음. 이에 입원이 필요한 정도의 심한 통증 및 기타 입원의 사유가 확인되지 않는 바, 청구된 ‘가2가(5) AB400 의원,치과의원,보건의료원 의·치과 입원료’와 ‘가2가(5) AB400800 의원,치과의원,보건의료원 의·치과 입원료 [입원16일-30일까지]’는 인정하지 아니함

■ 참고

- 입원료 일반원칙 [고시 제2021-4호, 2021.2.1.]
- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법, 6. 입원
- 건강보험요양급여행위 및 그 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침]

[2021.5.25. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

### 3. 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판 장애 등 상병에 실시한 입원 인정여부(2사례)

#### ■ 청구내역

- A사례(여/48세)
  - 청구 상병명: 결절종, 골반 부분 및 대퇴, 요통, 요추부, 상세불명의 통풍, 골반 부분 및 대퇴
  - 주요 청구내역:  
가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 4인실입원료 1\*1\*1
- B사례(여/52세)
  - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애, 내측상과염, 추통증, 흉추부
  - 주요 청구내역:  
가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 4인실입원료 1\*1\*1

#### ■ 심의내용 및 결과

- 입원은 질환의 특성 및 환자상태 등을 고려하여 임상적·의학적 필요성이 있다고 판단되는 경우에 실시하여야 하며 (「입원료 일반원칙」 고시 제2021-4호, 2021.2.1.) 단순한 피로회복, 통원불편 등을 이유로 입원지시를 하여서는 아니 됨 (「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1])
- 또한 입원료는 환자 질환 및 상태에 대한 적절한 치료 및 지속적인 관찰이 필요한 경우 인정하며, 입원 필요성이 있는 환자상태에 대한 임상적 소견 등이 진료기록부상에 기록되어야 함 (「입원료 일반원칙」 고시 제2021-4호, 2021.2.1.)
- 이 건(2사례)은 ‘신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애’ 등 상병으로 2일 단기입원을 시행한 것으로 진료내역 등을 참조하여 각 사례는 다음과 같이 결정함

- 다 음 -

- A사례(여/48세)
  - 우측 골반 통증을 주호소로 2일 입원 진료 후 ‘가2다(3) AB340 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 4인실입원료’를 청구한 사례임
  - 검사 및 통증 치료를 위해 입원 진료를 시행하였으나, 경구 진통제만으로 충분한 통증 조절이 가능하였으며 제출된 진료기록부 등에서 환자의 통증 및 통증 조절을 위한 추가 진통제 투약 또는 처치 등이 확인되지 않음. 이에 입원이 필요한 정도의 심한 통증 및 기타 입원의 사유가 확인되지 않는 바, 청구된 ‘가2다(3) AB340 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 4인실입원료’는 인정하지 아니함
- B사례(여/52세)
  - 목과 허리 통증을 주호소로 2일 입원 진료 후 ‘가2다(3) AB340 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 4인실입원료’를 청구한 사례임
  - 목과 허리의 통증치료와 경과관찰을 위해 입원 진료를 시행하였으나, 경구 진통제만으로도 충분한 통증 조절이 가능하였으며 제출된 진료기록부 등에서 환자의 통증 호소 및 통증 조절을 위한 추가 진통제 투약 또는 처치 등이 확인되지 않음
  - 또한 입원 중 시행한 ‘사127 근막동통유발점주사자극치료[1일당]’의 시행 부위(주관절)가 입원 사유 병변과 일치하지 않는 점 등을 고려할 때 입원이 필요한 정도의 목과 허리의 통증 및 기타 사유가 확인되지 않는

바, 청구된 ‘가2다(3) AB340 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 4인실입원료’는 인정하지 아니함

## ■ 참고

- 입원료 일반원칙 [고시 제2021-4호, 2021.2.1.]
- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법, 6. 입원
- 건강보험요양급여행위 및 그 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침]

[2021.5.25. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

#### 4. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 및 Ravulizumab(품명: 울토미리스주) 요양급여 대상여부

- 위원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부 고시 제2020-305호, 2021. 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 제출할 수 없는 경우에는 1회(15일)에 한하여 자료제출 기간을 연장할 수 있음(제8조제2항).

#### □ 심의결과

(단위: 사례)

심의년월	약제명	상병명	전체	승인신청		재심의 승인신청		모니터링	
				승인	불승인	승인	불승인	승인	불승인
총계			53	6	6	3	1	36	1
2021. 10.	솔리리스주	발작성 야간 혈색소뇨증	33	-	-	-	-	33	0
		비정형 용혈성 요독 증후군	6	0	2	0	1	2	1
	울토미리스주	발작성 야간 혈색소뇨증	14	6	4	3	0	1	0

[Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 대상여부]

□ 발작성 야간 혈색소뇨증(PNH: paroxysmal nocturnal hemoglobinuria)

○ 모니터링 보고(6사례)

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수		심의결과	심의내용
2021. 10.	A	남/48	1차	6개월	지속투여 승인	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2020-305호, 2021. 1. 1. 시행) 제1호가목3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 치료효과 평가 기준을 명시하고 있고, 이 사례들은 위 고시 제1호가목3) 나)에서 정한 투여 유지 기준에 적합하여 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 지속 투여를 승인함.
	B	여/34	3차	18개월		
	C	남/55	1차	6개월		
	D	여/74	12차	72개월		
	E	여/52	13차	78개월		
	F	남/64	11차	66개월		

○ 투여중지 모니터링(3사례)

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수	심의결과	심의내용
2021. 10.	A	남/60	14차	급여 투여중지 모니터링 지속	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2020-305호, 2021. 1. 1. 시행) 제1호가목3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 치료효과 평가 기준을 명시하고 있고, 위 고시 제1호가목3) 나) (2)는 의학적 정당한 이유없이 솔리리스주 투여를 6개월에 3회 이상 받지 않은 경우는 투여를 지속할 수 없다고 규정하고 있음. 이 사례들은 임상시험 전환 대상으로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 급여로 투여하는 것은 중단하나, 이와 유사한 효능의 약제사용이 지속되므로 추후 6개월마다 모니터링을 지속함. 단, 급여로 재투여하고자 할 때는 본 위원회의 심의를 거쳐 그 결정에 따라야 함.
	B	남/58	2차		
	C	남/78	3차		

○ 투여종료 보고(24사례)

사례	성별/나이	모니터링 차수	심의결과	심의내용																																												
A	여/37	1차	투여종료	이 사례는 산후 3개월 이내(출산일: 2021.6.25.)로 요양급여 승인되어 2021.8.13.부터 산후 3개월인 2021.9.24.까지 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 종료함.																																												
B	여/31	2차		투여종료																																												
C	남/22	7차				투여종료																																										
D	남/58	10차						투여종료																																								
E	여/55	2차								투여종료																																						
F	여/67	16차										투여종료																																				
G	남/56	11차												투여종료																																		
H	남/47	11차														투여종료																																
I	여/80	5차																투여종료																														
J	남/74	13차																		투여종료																												
K	여/57	5차																				투여종료																										
L	남/47	8차																						투여종료																								
M	남/70	11차																								투여종료																						
N	여/48	14차																										투여종료																				
O	여/69	18차																												투여종료																		
P	남/78	10차																														투여종료																
Q	남/42	12차																																투여종료														
R	남/76	4차																																		투여종료												
S	여/78	17차																																				투여종료										
T	남/72	6차																																						투여종료								
U	여/38	16차																																								투여종료						
V	남/74	17차																																										투여종료				
W	남/20	4차																																												투여종료		
X	남/72	10차																																														투여종료
			투여종료																																													

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

○ 승인신청(2사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2021. 10.	A	여/89	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2020-305호, 2021. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 육아중증 다발혈관염으로 면역치료 후 활성화형 혈전미세혈관병증이 발생해 혈장교환술 등 시행했으나 임상경과 호전되지 않아 Eculizumab(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, LDH 정상 상한치 1.5배 미만으로 회복되어 위 고시 제1호나목1)투여대상에서 정한 가)활성형미세혈관병증에 적합하지 않고, 9/9 혈장교환술 시행 후 9/15 ADAMTS-13 활성이 시행되어 위 고시 제1호나목다)혈장교환을 하기 이전의 혈액 샘플에서 ADAMTS-13 활성이 10% 이상에 적합하지 않음.</p> <p>또한, 활동성 ANCA 혈관염 등에 관련된 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시1호나목 2)제외대상에 해당되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인
	B	남/68	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2020-305호, 2021. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 2018년 8월 신장이식을 시행한 환자로서, 부종 등을 주호소로 내원 후 시행한 검사 상 혈소판 감소증, 빈혈 등 확인되어 스테로이드 투여하였으나 용혈의 호전이 없어 비정형 용혈성 요독 증후군 의심 하 Eculizumab(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 분열적혈구 음성, 헤모글로빈 10g/dL이상, LDH 정상 상한치 1.5배 미만으로 위 고시 제1호나목1)투여대상에서 정한 가)활성형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않으므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함. 또한, 신부전은 면역억제제 사용으로 인한 것으로 판단됨.</p>	불승인

○ 재심의 승인신청(1사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2021. 10.	A	여/68	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2020-305호, 2021. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 2021년 9월 분과위원회에서 LDH 정상 상한치 1.5배 미만으로 회복, ADAMTS-13 활성 미충족 등 급여기준 투여대상에서 정한 활성형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않고, 대동맥치환술 후 파종성 혈관 내 응고 소견 등 혈액검사결과 참고하여 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 급여기준 제외대상에 해당되므로 Eculizumab(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인한 사례임.</p> <p>이후 이후 유전자 검사 등 추가 자료를 첨부하여 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 재심의 승인 신청함. 추가 제출된 진료기록을 확인한 결과, LDH 정상 상한치 1.5배 미만으로 회복 및 분열적혈구 음성으로 위 고시 제1호나목1)투여대상에서 정한 가)활성형미세혈관병증에 적합하지 않고, 8/29 혈장 주입 후 9/7 ADAMTS-13 활성이 시행되어 위 고시 제 1호 나목 다)혈장교환을 하기 이전의 혈액 샘플에서 ADAMTS-13 활성이 10% 이상에 적합하지 않음.</p> <p>또한, 파종성 혈관 내 응고 소견 등 참고하여 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 1호나목2)제외대상에 해당되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 재심의 신청을 불승인함.</p>	불승인

○ 모니터링(3사례)

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수		심의결과	심의내용
2021. 10.	A	남/67	3차	12개월	지속투여 승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2020-305호, 2021. 1. 1. 시행) 제1호나목3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하여</p>

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수		심의결과	심의내용
						승인된 이후 Anti CFH antibody positive가 확인된 요양급여 승인 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, haptoglobin, LDH 정상화 및 신기능 개선이 확인되어 지속 투여를 승인하며, 추후('22년 4월) 6개월 모니터링 보고 시 Anti CFH antibody 추적검사 결과를 함께 제출토록 함.
	B	남/62	5차	24개월	지속투여 불승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2020-305호, 2021. 1. 1. 시행) 제1호나목3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하고 CFB 및 CD46 유전자 변이가 확인된 요양급여 승인 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여에도 신기능이 악화되어 주 3회 혈액투석을 지속하고 있어 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 위 고시 제1호나목3)라) 투여중단기준에 해당되므로 지속투여를 불승인함.</p>
	C	여/10	7차	30개월	지속투여 승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2020-305호, 2021. 1. 1. 시행) 제1호나목3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된 이후 Anti CFH antibody positive가 확인된 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, haptoglobin, LDH 정상화 및 신기능 개선이 확인되어 지속 투여를 승인하며, 추후('22년 4월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>

[Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 대상여부]

□ 발작성 야간 혈색소뇨증(PNH: paroxysmal nocturnal hemoglobinuria)

○ 승인신청(10사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2021.10.	A	남/60	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호는 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 PNH 과립구 클론 크기 43.98%, LDH 905IU/L인 환자로서 동반질환 평활근 연속으로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 마약성 진통제가 필요한 중증의 재발성 통증 에피소드가 확인되어 위 고시 제1호1)투여대상가)(4)평활근 연속에 적합하다고 판단되므로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 신청을 승인하며, 투여 후 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>	승인
	B	남/27	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호는 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 PNH 과립구 클론 크기 84.3%, LDH 3486IU/L인 환자로서 동반질환 폐부전으로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 정상적인 활동의 제한을 초래하는 흉통, 숨가쁨(New York Heart Association Class III), 폐동맥 고혈압이 확인되어 위 고시 제1호1)투여대상가)(2)폐부전에 적합하다고 판단되므로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 신청을 승인하며, 투여 후 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>	승인
	C	남/62	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2020-305호, 2021. 1. 1. 시행) 제1호가목은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음. 또한, 「요양급여의</p>	불승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
			<p>적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호는 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 승인 후 6개월 이상 투여지속하며 LDH 정상 상한치 1.5배 이하인 환자로서 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여에도 신기능이 악화되어 혈액투석을 지속하고 있어 위 고시 투여중단기준인 제1호3)치료 효과평가나)4)약제 투여에도 신기능이 악화되어 지속적인 신장투석요법을 유지해야하는 경우에 해당되므로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	
	D	남/55	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호는 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p>	승인
	E	남/48	<p>이 사례는 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 승인 후 6개월 이상 투여지속하며 LDH 정상 상한치 1.5배 이하인 환자로서 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p>	승인
	F	남/48	<p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 위 고시 제1호1)투여대상 나) 솔리리스주를 6개월 이상 투여하고 있는 환자로서 유산 탈수효소(LDH)가 정상 상한치의 1.5배 이하인 경우에 적합하고 2)제외대상에 해당되지 않으므로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 신청을 승인하며, 투여 후 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함. 또한 추후('21년 12월 또는 '22년 2월) 솔리리스주 투여종료 보고서를 제출토록 함.</p>	승인
	G	여/70		승인
	H	여/30	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호는 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)</p>	불승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
			<p>요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 임상연구 참여 후 무상공급 투여 지속하며 PNH 과립구 클론 크기 93.9%, LDH 420IU/L인 환자로서 동반질환 평활근 연속으로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 임상연구 참여 전 입원, 마약성 진통제가 필요한 중증의 재발성 통증 에피소드가 확인되지 않아 위 고시 제1호1)투여대상가)(4)평활근연축에 적합하지 않다고 판단되므로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	
	I	남/45	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호는 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 임상연구 참여 후 무상공급 투여 지속하며 PNH 과립구 클론 크기 59.9%, LDH 158IU/L인 환자로서 동반질환 신부전 및 평활근 연속으로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 임상연구 참여 전 급성 신부전으로 인한 투석, hemosiderin 침착 등 확인되지 않고 입원, 마약성 진통제가 필요한 중증의 재발성 통증 에피소드가 확인되지 않아 위 고시 제1호1)투여대상가)(3)신부전 및 (4)평활근 연속에 적합하지 않다고 판단되므로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인
	J	여/57	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호는 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 임상연구 참여 후 무상공급 투여 지속하며 PNH 과립구 클론 크기 99.84%, LDH 441IU/L인 환자로서 동반질환 신부전으로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)를</p>	불승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
			<p>요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 임상연구 참여 전 급성 신부전으로 인한 투석, hemosiderin 침착 등 확인되지 않아 위 고시 제1호1)투여대상가)(3)신부전에 적합하지 않다고 판단되므로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	

○ 재심의 승인신청(3사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2021. 10.	A	남/27	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호는 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p>	승인
	B	남/80	<p>이 사례는 지난 분과위원회(2021년 6월)에서 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 승인되었으나 결과를 통보 받은 날부터 60일이 경과하여 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)를 요양급여 재심의 승인 신청함.</p>	승인
	C	남/52	<p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 위 고시 제1호1)투여대상 나) 솔리리스주를 6개월 이상 투여하고 있는 환자로서 유산 탈수효소(LDH)가 정상 상한치의 1.5배 이하인 경우에 적합하고 2)제외대상에 해당되지 않으므로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 신청을 승인하며, 투여 후 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함. 또한 추후('21년 12월 또는 '22년 2월) 솔리리스주 투여종료 보고서를 제출토록 함.</p>	승인

○ 투여종료 보고(1사례)

사례	성별/나이	모니터링 차수	심의결과	심의내용
A	남/40	1차	투여종료	<p>이 사례는 Ravulizumab(품명: 울토미리스주) 요양급여 승인되어 2021.7.14.부터 투여 시작하였고, 2021.9.9.부터 임상연구로 전환하여 Ravulizumab(품명: 울토미리스주) 투여 종료함.</p>

## 5. 심실 보조장치 치료술(VAD\*) 요양급여 대상 여부

- 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		
	계	승인	불승인	계	승인	불승인	계	승인	불승인	계	승인	불승인
10	-	-	-	-	-	-	9	9	-	1	-	1

## □ 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상 여부(총 10사례)

- 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2021.9.28.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(9사례)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
A	남/62세	승 인 (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 2014년 확장성 심근병증 진단 후 지속적인 약물치료에도 불구하고 증상 호전 없어 2021년 5월 심율동전환제세동기거치술(ICD) 시행함. 정맥강심제 의존적으로 NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 3, 좌심실 구혈률(LVEF) 20% 등의 말기 심부전 소견 보여 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
B	남/64세	승 인 (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 적절한 약물 치료에도 불구하고 증상 악화되어 입·퇴원 반복중임. 정맥강심제 의존적이며 NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 3, 좌심실 구혈률(LVEF) 21% 등 말기 심부전 소견 보여 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
C	남/60세	승 인 (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 비후성 심근병증 환자로 2001년 비후성 심근병증 진단받고 치료 시작함. 2019년 심율동 전환제세동기거치술(ICD) 시행하였으며 최근 8개월간 증상 악화로 네 차례 입·퇴원 후 2021년 9월 재입원함. 정맥강심제 의존적이며 NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 3 등의 말기 심부전 소견 보여 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
D	남/66세	승 인 (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 허혈성 심근병증 환자로 2004년, 2009년 두 차례 관상동맥우회술(CABG), 2017년 심율동 전환제세동기거치술(ICD) 시행함. 정맥강심제 의존적으로 NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 2, 심장 지수(Cardiac Index) 1.24L/min/m <sup>2</sup> 등의 말기 심부전 소견 보여 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
E	남/65세	승 인 (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
			2008년 확장성 심근병증 진단받고 2013년 심장재동기화치료(CRT-D) 시행함. 지속적인 치료에도 불구하고 정맥강심제 의존적이며 NYHA Class III, INTERMACS LEVEL 3, 좌심실 구혈률(LVEF) 12% 등 말기 심부전 소견 보여 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
F	여/74세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식이 적합하지 않은 확장성 심근병증 환자로 2019년 관상동맥중재술(PCI) 시행 당시 좌심실 구혈률(LVEF) 26%로 심부전 치료를 시작함. 2021년 5월부터 호흡곤란 등의 증상 악화되어 입·퇴원 반복중이며 정맥강심제 의존적으로 NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 3, 좌심실 구혈률(LVEF) 24% 등 말기 심부전 소견 보여 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
G	남/64세	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 허혈성 심근병증 환자로 2015년, 2018년 관상동맥중재술(PCI) 시행함. 2021년 5월 ST분절 비상승 심근경색(NSTEMI)로 입원치료 후 퇴원하였으나 10월 흉부 불편감 및 호흡곤란 등의 증상으로 재입원함. NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 4, 심장지수(Cardiac Index) 1.99L/min/m <sup>2</sup> 등의 말기 심부전 소견 보여 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
H	남/71세	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 적합하지 않은 확장성 심근병증 환자로 2020년 관상동맥중재술(PCI) 시행하고 2021년 7월부터 급성비보상성심부전(ADHF)으로 입·퇴원 반복함. 정맥강심제 의존적으로 NYHA Class III, INTERMACS LEVEL 3, 좌심실구혈률(LVEF) 21% 등의 말기 심부전 소견 보여 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
I	남/64세	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 허혈성 심근병증 환자로 2012년 관상동맥중재술(PCI) 후 약물치료 지속하였으나 2021년

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			9월 ST분절상승심근경색(STEMI)으로 관상동맥중재술(PCI), 체외순환막형산화요법(ECMO), 지속적신대체요법(CRRT) 시행함. 이후 ECMO 제거하였으나 심기능 악화로 ECMO 재시행하였으며, 정맥강심제 의존적인 NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 2의 말기 심부전 소견 보여 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.

○ 체외형 좌심실 보조장치 치료술(1사례)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
A	남/1세	불승인	「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 기능적 단심실(FSV) 환자로 교정술 시행하며 경과관찰 하던 중 방실판막폐쇄부전(severe AVV regurgitation) 확인되어 2021년 9월 판막치환술 및 체외순환막형산화요법(ECMO) 시행함. 이후 ECMO 제거하였으나 심정지 발생으로 ECMO 재시행하여 현재 적용 중으로 정맥강심제 의존적인 NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 1의 심부전 상태임. 다만, 뇌파 검사(EEG) 결과 severe cerebral dysfunction 소견 확인되는 등 뇌손상의 가능성을 배제할 수 없으므로 현 상태에서 대상자의 심실 보조장치 치료술(VAD) 시행은 적절하지 아니한 것으로 판단하여 요양급여 신청을 불승인함.

## 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(28사례)

(단위: 건)

합계	스피라자주 영양급여 신청					스피라자주 투여 모니터링 보고					
	소계	승인	조건부 승인	불승인	자료 보완	소계	승인	조건부 승인	불승인	자료 보완	종료
28	3	1	-	-	2	25	23	-	2	-	-

#### 가. 스피라자주 영양급여 신청(3사례)

- 「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 환자로써 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	심의결과	심의내용
2021. 10.	A	여/1세	2	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법에 부합하므로 스피라자주 영양급여 대상으로 승인함.
	B	남/37세	3	자료보완	이 건은 5q SMN-1 유전자 결손이 확인된 사례로, 제출된 자료만으로는 만 3세 이하에 척수성 근위축증 관련 임상 증상과 징후 발현 여부가 명확하게 확인이 되지 않아 이에 대한 자료보완을 요함.
	C	남/30세	2	자료보완	이 건은 5q SMN-1 유전자 결손이 확인된 사례로,

심의년월	사례	성별/나이	SMA type	심의결과	심의내용
					환자 질병 경과가 오래 되었고, Scoliosis 있으므로, 안정적으로 intrathecal injection을 받을 수 있는지 확인이 필요하여 자료보관을 요구함. 1. 척수강 조영술(Myelography) 사진 및 판독 결과 2. 최근(진단 시) 운동기능검사(HFMSE) 결과지 또한, SMN2 copy 수 확인이 불가하므로 제출을 요함.

나. 스피라자주 투여 모니터링 보고-투여 유지여부(25사례)

심의년월	사례	성별/나이	SMA type	최초투여일	예정차수	심의결과	심의내용
2021. 10.	D	여/3세	1	'18.8.30.	13	승인	이 건은 제출된 운동 기능평가 결과 직전 평가시점과 비교하여 운동기능의 유지 또는 개선이 확인되는 등 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시(2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다.목에서 정한 중단기준에 해당하지 아니하여, 급여기준에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	E	남/4세	1	'18.9.13.	13	승인	
	F	여/1세	1	'00.1.0.	5	승인	
	G	여/4세	2	'19.5.15.	11	승인	
	H	남/11세	2	'19.5.28.	11	승인	
	I	여/18세	2	'19.7.22.	10	승인	
	J	남/13세	2	'19.8.8.	10	승인	
	K	여/8세	2	'19.8.9.	10	승인	
	L	남/10세	2	'19.8.1.	9	승인	
	M	남/24세	2	'19.9.2.	10	승인	
	N	여/22세	2	'20.1.15.	9	승인	
	O	남/16세	2	'20.1.16.	9	승인	
	P	여/27세	2	'20.3.3.	8	승인	
	Q	남/17세	2	'20.5.6.	8	승인	
	R	남/18세	2	'20.4.22.	8	승인	
	S	남/21세	2	'20.5.21.	8	승인	
	T	남/31세	2	'20.5.13.	8	승인	
	U	여/25세	3	'19.7.2.	10	승인	
	V	여/24세	3	'19.8.5.	10	승인	
	W	여/26세	3	'20.1.9.	9	승인	
X	남/17세	3	'19.12.16.	9	승인		
Y	여/10세	1	'18.5.23.	13	승인	이 건은 제출된 운동기능평가 결과 직전 평가시점과 비교하여 운	

심의년월	사례	성별/나이	SMA type	최초투여일	예정 차수	심의 결과	심의내용
							<p>동기능의 유지 또는 개선이 확인되는 등 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」(보건복지부 고시 2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다.목에서 정한 중단기준에 해당하지 아니하여, <u>급여기준에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.</u></p> <p>다만, 스피라자주의 효과 및 지속 치료의 타당성에 대한 보호자 및 환자와의 숙의가 필요하며, 투약의 필요성에 대하여 신중한 고려가 필요함. 또한 다음 모니터링 시 앞으로의 치료 계획을 제출토록 함.</p>
	Z	여/19세	2	'20.1.8.	9	승인	
	Z1	여/17세	2	'19.8.27.	10	불승인	<p>제출된 운동기능평가 (HFMSE) 결과 <u>2회 이상 0점</u>으로, 이는 <u>운동 기능의 유지로 볼 수 없다</u>는 전문가의 의견이 있음.</p> <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 2회 연속 입증하지 못하였으므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정하지 아니함.</u></p>
	Z2	남/30세	2	'20.1.15.	9	불승인	

## 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 [별표 2] 및 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준에 따라 본인부담률을 적용함.

### □ 조혈모세포이식 대상자 승인

#### ○ 심의결과

구분		계	동종	제대혈	자가	비고
총 접수		295	149	6	140	
처리결과	영양급여	228	108	4	116	
	선별급여	66	41	2	23	
	취하	1	0	0	1	

※ 신청기관 : 37개 요양기관

#### ○ 심의내용

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
동종	총 149건	영양급여 : 108건	급성골수성백혈병 : 41건	<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 미세잔류양(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
			<p>급성림프모구백혈병 : 15건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 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 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고 위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(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 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 영양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>골수형성이상증후군 : 16건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelo dysplastic Syndrome)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음(소아는 사례별로 결정함).</p> <p>(1) 고위험군인 경우</p> <p>(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</p> <p>(가) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) <math>500/\mu l</math> 이하이</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>면서 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 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/<math>\mu</math>l 이하이면서 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하 등을 만족하는 중간위험군에 해당하여 영양급여대상으로 승인함.</p>
			비호지킨림프종 : 6건	<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 승인함.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			호지킨림프종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-7)-나)에 의하면, 호지킨림프종은 자가 조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 호지킨림프종으로 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되어 요양급여대상으로 승인함.</p>
			중증재생불량성빈혈 : 15건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)은 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서 (cellularity가 25% 이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련 세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 절대호중구수(ANC)가 500/<math>\mu</math>l 이하 나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x10<sup>9</sup>/L 다) 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu</math>l 이하 및 혈소판 20,000/<math>\mu</math>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 : 2건	<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>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>가) 티로신 키나제 억제제(TKI)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상)</p> <p>나) T315I mutation 확인된 경우</p> <p>이 건은 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 티로신 키나제 억제제(TKI) 2개에 실패하거나 불내성을 보이는 경우 등에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>혈구포식림프조직구증 : 3건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-10)에 의하면, 혈구포식림프조직구증(Hemophagocytic Lymphohistiocytosis, HLH)은 The Histiocyte Society에서 제시된 진단기준(2004년 제정)을 만족하는 혈구포식림프조직구증 환자 중 가족성(유전적) 또는 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 확인된 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있으며, 비가족성(비유전적)혈구포식림프조직구증 중에서 호전된 경우는 사례별로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 확인된 경우에 해당하며, The Histiocyte Society에서 제시된 진단기준(2004년 제정)을 만족하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>다발골수증 : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-6)에 의하면, 다발골수증(Multiple Myeloma)은 다음의 조건을 모두 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) ECOG 수행능력평가 0-1 나) 부분반응(Partial Response) 이상인 경우 다) 만성신부전이 아닌 경우</p> <p>이 건은 다발골수증으로 ECOG 수행능력평가 0-1, 부분반응 이상, 만성신부전이 아닌 경우에 모두 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>판코니빈혈 : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-13)-가)에 의하면 판코니빈혈(Fanconi Anemia, Constitutional Aplastic Anemia, Constitutional Hypoplastic Anemia)은 세포유전학검사나 분자유전학검사로 판코니빈혈로 진단이 확인된 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				이 건은 판코니빈혈로 세포유전학검사에서 진단이 확인되어 영양급여대상으로 승인함.
			만성호산구성백혈병, IL10RA deficiency, 부신뇌백질이양증, 발작성야간혈색소뇨증 : 4건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 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 [별표2] 조혈모세포이식 영양급여의 대상자 기준의 질병에 해당하지 않으나, 제출된 자료를 참고하여 진료심사평가위원회의 심의를 통해 영양급여의 필요성을 인정하는 경우에 해당하므로 영양급여대상으로 승인함.</p>
		선별급여 : 41건	급성골수성백혈병 : 16건	<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) - 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 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>이 건은 3차 이상 완전관해에 해당하여 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 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상 [별표2] 1-다)에 의하면, 조혈모세포 2차 이식은 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 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 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 - 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>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 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</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>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>급성림프모구백혈병 : 6건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 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 영양급여 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 <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 골수검사서 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 완전관해가 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>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>이 건은 3차 이상 완전관해된 경우에 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> <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 - 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>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 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>골수형성이상증후군 : 9건</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 요양급여 대상자로 인정하고 있음(소아는 사례별로 결정함).</p> <p>(1) 고위험군인 경우 (가) IPSS: Intermediate-2 또는 high</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>(나) IPSS-R, WPSS: high 또는 very high</p> <p>(2) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Inter mediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu</math>l 이하 이면서 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 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 필요 한 경우</p> <p>이 건은 성인으로 고위험군 또는 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu</math>l 이하이면서 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 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>이 건은 상병에 대한 진단근거가 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(요양급여대상 [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 실패한 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군 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>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<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 - 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>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 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 비혈연관계에서 1 locus가 불일치하는 경우로, 위의 나) 비혈연관계에 있는 경우 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정하는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<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>일차골수섬유증 : 2건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 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 영양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 DIPSS plus risk category 중 고위험도(High risk) 또는 중등위험도-2 (Intermediate-2)에 해당하지 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(요양급여대상 [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 실패한 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p>
				<p>이 건은 일차골수섬유증 상병에서 2차 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>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			<p>다발골수종 : 1건</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) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>이 건은 2차 동종 조혈모세포이식으로 1차 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 유지하고 있거나, VGPR 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만에 해당하여 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>비호지킨림프종 : 3건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-7)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우</p> <p>(나) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>(단, stage I 완전관해 제외)</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<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>이 건은 Lymphoblastic lymphoma로 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표2] 조혈모세포이식 요양급여의 대상자 기준의 질병에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>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 - 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.</li> </ul> <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 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>중증재생불량성빈혈 : 3건</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> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 locus 불일치까지 인정한다.</li> </ul> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</li> </ul> <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.</li> </ul> <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 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>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만70세 이상으로 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>자가면역질환 : 1건</p>	<p>이 질병은 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표2] 조혈모세포이식 영양급여의 대상자 기준의 질병에 해당하지 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>제대혈</p>	<p>총 6건</p>	<p>요양급여 : 4건</p>	<p>급성림프모구백혈병 : 4건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 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 영양급여 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 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</p> <p>(가) Poor Steroid Response (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수 검</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)  (다) Early T cell Precursor Phenotype  다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우  라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단 시 15세 이상으로 1차 완전관해된 경우, 2차 완전관해된 경우 또는 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 위 고시된 고위형군 중 하나에 해당한 경우 등 중 어느 하나에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
		선별급여 : 2건	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  나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위형군 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 골수검사서 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 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 의</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-7)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우</p> <p>(나) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>(단, stage I 완전관해 제외)</p> <p>(다) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(2) 표준항암화학요법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 한다.</p> <p>(가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma</p> <p>(나) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma</p> <p>(다) Mantle Cell Lymphoma</p> <p>(라) Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>(마) Burkitt Lymphoma</p> <p>(바) Peripheral T-cell Lymphoma</p> <p>(사) Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상</p> <p>(아) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(자) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>이 건은 1차 표준항암화학요법 및 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 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>
자가	총 140건	요양급여 : 116건	다발골수종 : 60건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 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 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하여 영양급여대상으로 승인함.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			비호지킨림프종 : 41건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 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 영양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 (나) Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 (다) Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) (라) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) (마) Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) (바) Primary CNS Lymphoma</p> <p>(2) 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia (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 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 영양급여대상으로 승인함.</p>
			급성골수성백혈병 : 4건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-2)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 영양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우 나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia,</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>APL 제외) - 1차 혈액학적 완전관해인 경우</p> <p>이 건은 급성전골수성백혈병에서 2차 분자생물학적 관해된 경우에 해당하거나 급성골수모구성백혈병에서 1차 혈액학적 완전관해인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>호지킨림프종 : 4건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-1)-나)에 의하면, 전형호지킨 림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 호지킨림프종으로 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>AL 아밀로이드증 : 3건</p>	<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>
			<p>골육종 : 2건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-10)에 의하면, 골육종(Osteosarcoma)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 수술 및 항암치료 후 완전관해된 경우 나) 재발 후 국소적 치료 및 구제 항암화학요법으로 2차 완전관해 된 때</p> <p>이 건은 골육종으로 수술 및 항암치료 후 완전관해된 경우 또는 재발 후 국소적 치료 및 구제 항암화학요법으로 2차 완전관해 된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>신경모세포종 : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-5)에 의하면, 신경모세포종(Neuoblastoma)은 다음의 경</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>우 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 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> <p>이 건은 신경모세포종으로 진단 시 위 가)의 (1)~(2)에 해당하며 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>윌름스종양 : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-8)에 의하면, 윌름스종양(Wilms Tumor)은 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 윌름스종양으로 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
		<p>선별급여 : 23건</p>	<p>비호지킨림프종 : 6건</p>	<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 - 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) (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 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<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 표준항암화학요법에 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>이 건은 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>이 건은 비호지킨림프종(Diffuse Large B Cell Lymphoma)으로 “LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV” 에 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>이 건은 제출자료 확인 결과 의학적으로 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-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만70세 이상으로 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>호지킨림프종 : 2건</p>	<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 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 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>다발골수종 : 8건</p>	<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. 가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>경외배엽종양(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 반응 유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>이 건은 2차 자가 조혈모세포이식으로 1차 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 유지하고 있거나, 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> <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>
			생식세포종 : 3건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [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 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>이 건은 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 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>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 영양급여 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 2차 자가 조혈모세포이식으로 대상 질병에 해당하지 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>골육종 : 2건</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 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<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 2차 자가 조혈모세포이식으로 대상 질병에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			신경모세포종 : 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</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응 유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.
			월름스종양 : 1건	이 건은 3차 자가조혈모세포이식에 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.
		취하: 1건		조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-8)에 의하면, 월름스종양(Wilms Tumor)은 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.
				이 건은 월름스종양으로 재발 후 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.
계	295			

[별첨] 조혈모세포이식 대상자 승인 결과

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
1	동종조혈모	남	31	만성호산구성백혈병	요양급여
2	동종조혈모	여	64	myeloid sarcoma	선별급여
3	동종조혈모	남	56	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	선별급여
4	동종조혈모	남	61	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
5	동종조혈모	남	69	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
6	동종조혈모	남	7M	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
7	동종조혈모	남	46	다발골수종(MM)	선별급여
8	동종조혈모	남	73	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
9	동종조혈모	여	27	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
10	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
11	동종조혈모	여	54	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
12	동종조혈모	여	48	자가면역질환	선별급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
13	동종조혈모	여	55	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
14	동종조혈모	남	17	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별급여
15	동종조혈모	남	38	비호지킨림프종(T-lymphoblastic lymphoma)	선별급여
16	동종조혈모	남	62	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
17	동종조혈모	남	9	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
18	동종조혈모	여	64	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
19	동종조혈모	여	55	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
20	동종조혈모	여	24	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
21	동종조혈모	남	50	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
22	동종조혈모	남	72	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
23	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
24	동종조혈모	여	58	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
25	동종조혈모	여	38	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
26	동종조혈모	남	50	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	선별급여
27	동종조혈모	남	49	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	선별급여
28	동종조혈모	여	64	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
29	동종조혈모	남	38	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
30	동종조혈모	남	9	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
31	동종조혈모	남	69	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
32	동종조혈모	여	64	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
33	동종조혈모	여	44	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
34	동종조혈모	여	66	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
35	동종조혈모	남	52	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
36	동종조혈모	남	23	비호지킨림프종(Systemic EBV positive T cell lymphoma of childhood)	선별급여
37	동종조혈모	여	49	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별급여
38	동종조혈모	남	69	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
39	동종조혈모	남	60	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
40	동종조혈모	남	70	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
41	동종조혈모	남	59	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
42	동종조혈모	남	73	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별급여
43	동종조혈모	남	43	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
44	동종조혈모	여	31	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
45	동종조혈모	남	68	혈구포식림프조직구증(HLH)	요양급여
46	동종조혈모	남	66	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
47	동종조혈모	여	43	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
48	동종조혈모	여	42	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
49	동종조혈모	남	33	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
50	동종조혈모	여	21	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
51	동종조혈모	여	67	급성골수성백혈병(AML)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
52	동종조혈모	여	66	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
53	동종조혈모	여	66	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
54	동종조혈모	여	41	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
55	동종조혈모	남	1	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
56	동종조혈모	여	22	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
57	동종조혈모	남	65	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
58	동종조혈모	남	29	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
59	동종조혈모	여	60	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
60	동종조혈모	여	31	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
61	동종조혈모	여	20	비호지킨림프종(Systemic EBV positive T cell lymphoma of childhood)	요양급여
62	동종조혈모	남	47	만성골수성백혈병(CML)	요양급여
63	동종조혈모	남	55	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
64	동종조혈모	남	61	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
65	동종조혈모	여	48	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
66	동종조혈모	여	11	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
67	동종조혈모	여	9	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
68	동종조혈모	여	43	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
69	동종조혈모	여	12	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
70	동종조혈모	남	53	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
71	동종조혈모	남	19	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
72	동종조혈모	남	33	호지킨림프종	요양급여
73	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
74	동종조혈모	여	13	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
75	동종조혈모	여	33	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
76	동종조혈모	여	13	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
77	동종조혈모	남	49	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
78	동종조혈모	여	25	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
79	동종조혈모	여	69	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
80	동종조혈모	남	27	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
81	동종조혈모	여	56	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
82	동종조혈모	남	65	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
83	동종조혈모	남	53	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	요양급여
84	동종조혈모	남	47	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
85	동종조혈모	남	23	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
86	동종조혈모	남	47	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
87	동종조혈모	남	25	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
88	동종조혈모	남	59	Blastic Plasmacytoid Dendritic Cell Neoplasm	요양급여
89	동종조혈모	여	35	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
90	동종조혈모	여	26	급성골수성백혈병(AML)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
91	동종조혈모	여	30	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
92	동종조혈모	여	45	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
93	동종조혈모	남	59	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
94	동종조혈모	남	20	Chronic myelomonocytic leukemia	요양급여
95	동종조혈모	여	36	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
96	동종조혈모	여	36	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
97	동종조혈모	여	43	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
98	동종조혈모	남	68	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
99	동종조혈모	남	12	발작성아간혈색소뇨증(PNH)	요양급여
100	동종조혈모	남	54	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
101	동종조혈모	남	23	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
102	동종조혈모	여	62	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
103	동종조혈모	남	47	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
104	동종조혈모	여	57	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
105	동종조혈모	여	60	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
106	동종조혈모	여	62	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
107	동종조혈모	남	38	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
108	동종조혈모	남	49	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
109	동종조혈모	여	20	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
110	동종조혈모	여	51	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
111	동종조혈모	여	67	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
112	동종조혈모	남	6M	IL10RA deficiency	요양급여
113	동종조혈모	여	59	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
114	동종조혈모	남	32	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
115	동종조혈모	남	61	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
116	동종조혈모	여	58	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
117	동종조혈모	남	41	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
118	동종조혈모	여	40	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
119	동종조혈모	여	63	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
120	동종조혈모	여	45	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
121	동종조혈모	남	57	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
122	동종조혈모	남	26	혈구포식림프조직구증(HLH)	요양급여
123	동종조혈모	여	44	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
124	동종조혈모	남	15	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
125	동종조혈모	남	57	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
126	동종조혈모	남	5	판코니빈혈(Fanconianemia)	요양급여
127	동종조혈모	남	58	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
128	동종조혈모	여	65	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
129	동종조혈모	남	7M	혈구포식림프조직구증(HLH)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
130	동종조혈모	여	53	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
131	동종조혈모	남	58	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
132	동종조혈모	남	14	비호지킨림프종(B-lymphoblastic lymphoma)	요양급여
133	동종조혈모	남	39	만성골수성백혈병(CML)	요양급여
134	동종조혈모	남	59	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
135	동종조혈모	남	30	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
136	동종조혈모	남	48	부신뇌백질이양증	요양급여
137	동종조혈모	남	27	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
138	동종조혈모	여	45	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
139	동종조혈모	남	54	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
140	동종조혈모	여	55	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
141	동종조혈모	여	37	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
142	동종조혈모	여	54	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
143	동종조혈모	남	50	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
144	동종조혈모	여	61	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
145	동종조혈모	남	43	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
146	동종조혈모	여	54	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
147	동종조혈모	남	61	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
148	동종조혈모	여	34	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
149	동종조혈모	남	62	다발골수종(MM)	요양급여
150	제대혈조혈모	남	64	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	선별급여
151	제대혈조혈모	여	64	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
152	제대혈조혈모	남	6	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
153	제대혈조혈모	남	34	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
154	제대혈조혈모	여	50	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
155	제대혈조혈모	남	35	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
156	자가 후 자가	여	11	골육종(Osteosarcoma)	선별급여
157	자가조혈모	여	40	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
158	자가조혈모	여	40	다발골수종(MM)	선별급여
159	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	선별급여
160	자가 후 자가	남	14	골육종(Osteosarcoma)	선별급여
161	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	선별급여
162	자가 후 자가	여	61	다발골수종(MM)	선별급여
163	자가조혈모	남	54	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
164	자가 후 자가	남	8	신경모세포종(Neuoblastoma)	선별급여
165	자가조혈모	여	6	윌름스종양(Wilmstumor)	선별급여
166	자가조혈모	남	25	호지킨림프종	선별급여
167	자가조혈모	여	19	호지킨림프종	선별급여
168	자가조혈모	여	52	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
169	자가조혈모	여	78	다발골수종(MM)	선별급여
170	자가 후 자가	남	48	다발골수종(MM)	선별급여
171	자가조혈모	남	67	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	선별급여
172	자가조혈모	여	55	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
173	자가조혈모	남	52	다발골수종(MM)	선별급여
174	자가 후 자가	여	7	생식세포종(Germcell tumor)	선별급여
175	자가조혈모	남	29	생식세포종(Germcell tumor)	선별급여
176	자가조혈모	여	72	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
177	자가 후 자가	여	59	다발골수종(MM)	선별급여
178	자가 후 자가	남	15	생식세포종(Germcell tumor)	선별급여
179	자가조혈모	남	15	골육종(Osteosarcoma)	요양급여
180	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
181	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여
182	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	요양급여
183	자가조혈모	남	65	비호지킨림프종(Plasmablastic lymphoma)	요양급여
184	자가조혈모	여	54	다발골수종(MM)	요양급여
185	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	요양급여
186	자가 후 자가	여	40	다발골수종(MM)	요양급여
187	Tandem(자가-자가)	남	4	신경모세포종 <sup>†</sup> (Neuroblastoma)	요양급여
188	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
189	자가조혈모	남	52	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	요양급여
190	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	요양급여
191	자가조혈모	남	68	다발골수종(MM)	요양급여
192	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	요양급여
193	자가조혈모	여	50	다발골수종(MM)	요양급여
194	자가조혈모	남	52	다발골수종(MM)	요양급여
195	자가조혈모	여	63	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
196	자가 후 자가	여	53	다발골수종(MM)	요양급여
197	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	요양급여
198	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	요양급여
199	자가조혈모	남	27	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
200	자가조혈모	남	54	다발골수종(MM)	요양급여
201	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
202	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
203	자가조혈모	남	44	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
204	자가조혈모	여	69	비호지킨림프종(Follicular T-cell lymphoma)	요양급여
205	자가조혈모	여	67	다발골수종(MM)	요양급여
206	자가조혈모	남	48	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
207	자가조혈모	남	53	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
208	자가조혈모	여	67	다발골수종(MM)	요양급여
209	자가조혈모	여	59	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
210	자가조혈모	여	64	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
211	자가조혈모	여	57	다발골수종(MM)	요양급여
212	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
213	자가조혈모	여	47	비호지킨림프종(Follicular lymphoma)	요양급여
214	자가조혈모	여	59	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
215	자가조혈모	여	55	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	요양급여
216	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	요양급여
217	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	요양급여
218	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	요양급여
219	자가조혈모	남	53	다발골수종(MM)	요양급여
220	자가 후 자가	여	64	다발골수종(MM)	요양급여
221	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	요양급여
222	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	요양급여
223	자가조혈모	남	69	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	요양급여
224	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	요양급여
225	자가조혈모	여	51	다발골수종(MM)	요양급여
226	자가 후 자가	남	63	다발골수종(MM)	요양급여
227	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
228	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	요양급여
229	자가조혈모	여	68	다발골수종(MM)	요양급여
230	자가조혈모	여	60	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
231	자가조혈모	여	21	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
232	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
233	자가조혈모	여	60	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
234	자가조혈모	여	33	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
235	자가조혈모	여	58	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
236	자가조혈모	여	68	다발골수종(MM)	요양급여
237	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여
238	자가조혈모	남	49	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
239	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	요양급여
240	자가조혈모	여	57	다발골수종(MM)	요양급여
241	자가조혈모	남	48	비호지킨림프종(Anaplastic large cell lymphoma, AKL(-))	요양급여
242	자가조혈모	여	12	골육종(Osteosarcoma)	요양급여
243	자가조혈모	남	68	다발골수종(MM)	요양급여
244	자가조혈모	여	37	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
245	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여
246	자가조혈모	여	68	다발골수종(MM)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
247	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	요양급여
248	자가조혈모	남	57	AL아밀로이드증(ALamyloidosis)	요양급여
249	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	요양급여
250	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
251	자가조혈모	남	12	윌름스종양(Wilmstumor)	요양급여
252	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	요양급여
253	자가조혈모	남	67	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	요양급여
254	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	요양급여
255	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	요양급여
256	자가조혈모	여	68	비호지킨림프종(Extranodal marginal zone B cell lymphoma)	요양급여
257	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	요양급여
258	자가조혈모	여	44	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
259	자가조혈모	여	65	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
260	자가조혈모	여	52	다발골수종(MM)	요양급여
261	자가조혈모	남	52	다발골수종(MM)	요양급여
262	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
263	자가조혈모	여	64	AL아밀로이드증(ALamyloidosis)	요양급여
264	자가조혈모	여	54	호지킨림프종	요양급여
265	자가조혈모	여	69	다발골수종(MM)	요양급여
266	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
267	자가조혈모	여	34	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
268	자가조혈모	여	57	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
269	자가조혈모	여	37	다발골수종(MM)	요양급여
270	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
271	자가조혈모	남	53	PCL	요양급여
272	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
273	자가조혈모	여	47	다발골수종(MM)	요양급여
274	자가조혈모	여	37	호지킨림프종(Nodular sclerosis classic Hodgkin lymphoma)	요양급여
275	자가조혈모	남	52	다발골수종(MM)	요양급여
276	자가조혈모	남	26	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
277	자가조혈모	남	21	비호지킨림프종(Burkitt lymphoma)	요양급여
278	자가조혈모	여	54	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
279	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	요양급여
280	자가조혈모	남	49	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
281	자가조혈모	여	48	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
282	자가조혈모	여	60	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
283	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	요양급여
284	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	요양급여
285	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
286	자가조혈모	남	61	호지킨림프종(Mixed cellularity classic Hodgkin lymphoma)	요양급여
287	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종(Nodal peripheral T cell lymphoma with T follicular helper phenotype)	요양급여
288	자가조혈모	남	59	다발골수종(MM)	요양급여
289	자가조혈모	남	53	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	요양급여
290	자가조혈모	여	60	호지킨림프종	요양급여
291	자가조혈모	남	63	다발성형질세포종	요양급여
292	자가조혈모	여	46	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
293	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	요양급여
294	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
295	자가조혈모	여	37	호지킨림프종	취하