

진료심사평가위원회 심의사례 공개 (총 4개 항목)

- 2020. 3. 31. 공개

연번	제 목	페이지
1	Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 영양급여 대상 여부	1
2	Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 영양급여 대상 여부	7
3	심실 보조장치 치료술(VAD*) 영양급여 대상 여부	16
4	조혈모세포이식 대상자 승인 여부	18

1. Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 요양급여 대상 여부

- 우리원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8. 시행)에 따라 요양급여 여부를 결정하는 사전승인제도를 운영하고 있음.
- 「Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 사전승인 등에 관한 세부사항」 건강보험심사평가원 공고(제2019-107호, 2019. 4. 8. 시행)에 의거하여,
 1. 스피라자주의 요양급여를 신청하고자 하는 경우에는 별지 제1호 서식에 따른 스피라자주 요양급여 신청서를 제출하여야 함(제3조 제1항).
 2. 스피라자주 요양급여를 승인받은 경우 4개월마다 유지용량 투여 전 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 제출하여야 함(제7조 제1항).
 3. 사전승인 신청기관은 요양급여대상으로 승인받은 경우 심의결과를 통보 받은 날부터 60일 이내에 스피라자주를 투여하여야 하고, 60일을 경과하여 투여하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함(제3조 제3항).

□ 스피라자주 요양급여 대상 여부

(단위: 건)

심의년월	계	스피라자주 요양급여 신청					스피라자주 투여 모니터링 보고				
		접수	승인	조건부 승인	불승인	자료 보완	접수	승인	조건부 승인	불승인	자료 보완
2020. 2.	15	5	4	-	-	1	10	10	-	-	-

○ 스피라자주 요양급여 신청(5사례)

심의년월	사례	성별/나이	심의결과	심의내용
2020. 2.	A	여/40세	자료보완	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목에서는 스피라자주의 투여대상으로 5q 척수성 근위축증 환자로서 1) 5q SMN-1 유전자의 결손 또는 변이의 유전자적 진단, 2) 만 3세 이하에 SMA 관련 임상 증상과 징후 발현, 3) 영구적 인공호흡기를 사용하고 있지 않는 경우 모두를 만족하는 경우에 인정하고 있음. 이 건은 만3세(36개월) 이하에 척수성 근위축증 관련 증상과 징후 발현 여부에 대한 근거자료가 불충분하므로 관련 자료의 보완을 요구함.
	B	여/17세	승인	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목에서는 스피라자주의 투여대상으로 5q 척수성 근위축증 환자로서 1) 5q SMN-1 유전자의 결손 또는 변이의 유전자적 진단, 2) 만 3세 이하에 SMA 관련 임상 증상과 징후 발현, 3) 영구적 인공호흡기를 사용하고 있지 않는 경우 모두를 만족하는 경우에 인정하고 있음.

심의년월	사례	성별/나이	심의결과	심의내용
				이 건은 가.목이 정한 투여대상의 조건에 모두 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	C	여/2개월	승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목에서는 스피라자주의 투여대상으로 5q 척수성 근위축증 환자로서 1) 5q SMN-1 유전자의 결손 또는 변이의 유전자적 진단, 2) 만 3세 이하에 SMA 관련 임상 증상과 징후 발현, 3) 영구적 인공호흡기를 사용하고 있지 않는 경우 모두를 만족하는 경우에 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 가.목이 정한 투여대상의 조건에 모두 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.</p>
	D	여/23세	승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목에서는 스피라자주의 투여대상으로 5q 척수성 근위축증 환자로서 1) 5q SMN-1 유전자의 결손 또는 변이의 유전자적 진단, 2) 만 3세 이하에 SMA 관련 임상 증상과 징후 발현, 3) 영구적 인공호흡기를 사용하고 있지 않는 경우 모두를 만족하는 경우에 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 척추측만증에 대한 수술력이 있으나, 척수조영술을 시행하여 요추천자를 통한 약제의 경막내 지속 투여가 가능함을 확인하였고, 가.목이 정한 투여대상의 조건에 모두 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.</p>
	E	여/15세	승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목에서는 스피라자주의 투여대상으로 5q 척수성 근위축증 환자로서 1) 5q SMN-1 유전자의 결손 또는 변이의 유전자적 진단, 2) 만 3세 이하에 SMA 관련 임상 증상과 징후 발현, 3) 영구적 인공호흡기를 사용하고 있지 않는 경우 모두를 만족하는 경우에 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 척추측만증에 대한 수술력이 있으나, 척수조영술을 시행하여 요추천자를 통한 약제의 경막내 지속 투여가 가능함을 확인하였고, 가.목이 정한 투여대상의 조건에 모두 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.</p>

○ 스피라자주 투여 모니터링 보고-투여 유지여부(10사례)

심의년월	사례	성별/나이	최초 투여일	투여예정 차수	심의결과	심의내용
2020. 2.	F	남/9세	'19. 8. 1.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시 (제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단 기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	G	남/22세	'19. 9. 2.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시 (제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단 기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	H	여/20세	'19. 9. 10.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시 (제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단 기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	I	여/2세	'18. 8. 30.	8	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시 (제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단 기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	J	여/10개월	'19. 10. 11.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시

심의년월	사례	성별/나이	최초 투여일	투여예정 차수	심의결과	심의내용
						(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단 기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	K	여/16세	'19. 8. 27.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시 (제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 유지가 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단 기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	L	남/16세	'19. 10. 1.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시 (제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단 기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	M	남/3세	'18. 9. 13.	8	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시 (제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단 기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	N	남/23세	'19. 9. 5.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시 (제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가

심의년월	사례	성별/나이	최초 투여일	투여예정 차수	심의결과	심의내용
						시점과 비교하여 운동기능의 유지 또는 개선을 1회 입증하지 못하였지만 동 호 다.목에서 정한 중단기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	○	여/21세	'19. 9. 10.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시 (제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 유지가 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단 기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.

* 스피라자주 투여 유지 여부는 최초 투여 전, 도입용량(4회) 투여 후 5회 전, 이후 매 투여 전에 임상평가(발달단계, 운동기능, 호흡기능 등)를 실시하여 심의함

□ 스피라자주 요양급여 대상여부-이의신청

○ 스피라자주 투여 모니터링 보고-투여 유지여부

심의년월	사례	성별/나이	최초 투여일	투여차수	심의결과	심의내용
2020. 2.	P	여/8세	'18. 5. 23.	8	인정 (승인)	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다.목에서는 스피라자주의 중단기준을 1) 영구적 인공호흡기 사용이 필요한 경우 또는, 2) 운동기능의 유지 또는 개선을 2회 연속 입증하지 못하는 경우(직전 평가시점의 운동기능평가와 비교)로 정하고 있음.</p> <p>이 건은 제출된 운동기능평가(HINE-2) 결과 최초 투여 전부터 이번 평가까지 모두 0점으로, 이는 운동기능의 유지로 볼 수 없다는 전문가 의견이 있어 불승인 된 건임.</p> <p>그러나 이의신청 시 제출한 재평가(HINE-2) 결과 1점으로 증가하여 운동기능의 개선이 확인되므로, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.</p>

* 스피라자주 투여 유지 여부는 최초 투여 전, 도입용량(4회) 투여 후 5회 전, 이후 매 투여 전에 임상평가(발달단계, 운동기능, 호흡기능 등)를 실시하여 심의함

2. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 대상 여부

- 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
총계		52	3	1	47	1
2020. 2.	발작성 야간 혈색소뇨증	43	3	0	40	0
	비정형 용혈성 요독 증후군	9	0	1	7	1

□ 발작성 야간 혈색소뇨증(PNH: paroxysmal nocturnal hemoglobinuria)

○ 승인신청(3사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2020. 2.	A사례	남/76세	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1. 시행) 제1호 가.목은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 PNH 과립구 클론 크기 95.1%, LDH 2343U/L인 환자로서 동반 질환 혈전증으로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 승인 신청되었음.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 치료적 항응고제 요법이 필요한 혈전증이 확인되어 위 고시 제1호 가.목 1)의 가)에서 정한 요양급여 투여대상에 부합하다고 판단되는 바 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 승인함.</p>	승인
	B사례	여/32세	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1. 시행) 제1호 가.목은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 PNH 과립구 클론 크기 99.6%, LDH 11480U/L인 환자로서 동반 질환 평활근 연속으로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 승인 신청되었음.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 입원, 마약성 진통제가 필요한 중증의 재발성 통증 에피소드가 확인되어 위 고시 제1호 가.목 1)의 라)에서 정한 요양급여 투여대상에 부합하다고 판단되는 바 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 승인함.</p>	승인
	C사례	여/56세	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1. 시행) 제1호 가.목은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 PNH 과립구 클론 크기 85.98%, LDH 840U/L인 환자로서 동반 질환 신부전, 평활근 연속으로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 승인 신청되었음.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 급성 신부전으로 인해</p>	승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
			투석을 시행한 과거력과 입원, 마약성 진통제가 필요한 중증의 재발성 통증 에피소드가 확인되어 위 고시 제1호 가.목 1)의 다)와 라)에서 정한 요양급여 투여대상에 부합하다고 판단되는 바 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 승인함.	

○ 모니터링(24사례)

심의년월	구분	성별/나이	모니터링 차수	심의내용	심의결과		
2020. 2.	모 니 터 링	24사례	여/68세	9차	54개월	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부 인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1. 시행) 제1호 가.목 3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Eculizumab 주사제 (품명: 솔리리스주) 치료효과 평가 기준을 명시하고 있고, 이 건은 위 고시 제1호 가.목 3)의 나)에서 정한 투여 유지 기준에 부합하여 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 지속 투여를 승인함.	지 속 투 여 승 인
			남/76세	6차	36개월		
			남/86세	10차	60개월		
			남/39세	14차	84개월		
			여/44세	3차	18개월		
			여/51세	14차	84개월		
			남/70세	13차	78개월		
			남/50세	14차	84개월		
			남/54세	14차	84개월		
			남/46세	6차	36개월		
			남/70세	6차	36개월		
			남/43세	8차	48개월		
			여/77세	14차	84개월		
			남/71세	12차	72개월		
			남/40세	1차	6개월		
			여/50세	14차	84개월		
			남/61세	13차	78개월		
			남/79세	14차	84개월		
			남/80세	14차	84개월		
			여/50세	8차	48개월		
			여/42세	6차	36개월		
			남/54세	8차	48개월		
			여/32세	10차	60개월		
			남/33세	3차	18개월		
	투 여 중 지 모 니 터 링	15사례	여/56세	14차	84개월	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부 인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1. 시행) 제1호 가.목 3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Eculizumab 주사제 (품명: 솔리리스주) 치료효과 평가 기준을 명시하고 있고,	급 여 투 여 중 지 모 니 터 링 지 속
			남/54세	14차	84개월		
			남/39세	13차	78개월		
			여/38세	13차	78개월		
			남/43세	14차	84개월		

심의년월	구분		성별/나이	모니터링 차수		심의내용	심의결과
			남/45세	8차	48개월	<p>위 고시 제1호 가.목 3)의 나)의 (2)는 의학적 정당한 이유 없이 솔리리스주 투여를 6개월에 3회 이상 받지 않은 경우는 투여를 지속할 수 없다고 규정하고 있음.</p> <p>이 건들은 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.</p>	
		여/52세	14차	84개월			
		남/43세	14차	84개월			
		여/66세	14차	84개월			
		여/56세	9차	54개월			
		남/53세	14차	84개월			
		남/34세	14차	84개월			
		여/67세	14차	84개월			
		남/50세	14차	84개월			
		남/46세	9차	54개월			
	투여종료부과	D사례	남/59세	4차	20개월	<p>이 건은 동반 질환 혈전증으로 요양급여 승인되어 2018.5.17.부터 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여하였음. 이후 Eculizumab 투여 시작하면서 LDH 정상화 및 추적 CT결과 혈전증이 모두 소실된 안정 상태를 보였으나 2주간격의 지속적인 수혈이 필요하여 2019년 12월 12일 시행한 골수검사결과 소견에 따라 조혈모세포이식 준비 중으로 2020년 1월 23일부터 Eculizumab 투여 종료함.</p>	투여종료

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

○ 승인신청(1사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2020. 2.	A사례	여/67세	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1. 시행) 제1호 나.목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 오심, 구토로 응급실 내원 후 혈소판 감소증, 빈혈, 분열적혈구 관찰 및 급성신부전으로 인해 입원한 환자로 스테로이드 투여와 혈장교환술 시행 후에도 지속되는 혈전 미세혈관병증 소견으로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 승인 신청되었음.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 분열적혈구 관찰 및 혈소판 감소증 소견이 위 고시 제1호 나.목 1)의 가)에서 정한 활성화형 혈전 미세혈관병증에 부합하지 않음. 따라서 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인

○ 모니터링(8사례)

심의년월	구분	성별/나이	모니터링 차수		심의내용	심의결과	
2020. 2.	모니 터링	B사례	남/23세	2차	6개월	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1. 시행) 제1호 나.목 3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급여기준 투여대상에 부합하고 C3 유전자 변이가 확인된 요양급여 승인 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, haptoglobin, LDH의 정상화 및 신기능 개선이 확인되어 위 고시 나.목 3)의 다)에서 정한 투여 유지 기준에 부합하므로 지속 투여를 승인하며, 추후(‘20년 8월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>	지속투여 승인
		C사례	남/50세	3차	18개월	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1. 시행) 제1호 나.목 3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급여기준 투여대상에 부합하고 CFH¹⁾ 유전자 변이가 확인된 요양급여 승인 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, haptoglobin, LDH의 정상화 및 신기능 개선이 확인되어 위 고시 나.목 3)의 다)에서 정한 투여 유지 기준에 부합하므로 지속 투여를 승인하며, 추후(‘20년 8월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>	지속투여 승인
		D사례	여/36세	3차	7개월	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한</p>	지속투여

심의년월	구분	성별/나이	모니터링 차수		심의내용	심의결과
					<p>세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1. 시행) 제1호 나.목 3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급여기준 투여대상에 부합하여 승인된 환자로서 이후 CFB²⁾ 유전자 변이가 확인되었음. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, haptoglobin, LDH의 정상화 및 신기능 개선이 확인되어 위 고시 나.목 3)의 다)에서 정한 투여 유지 기준에 부합하므로 지속 투여를 승인하며, 추후(‘20년 8월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>	승인
	E사례	남/50세	3차	7개월	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1. 시행) 제1호 나.목 3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급여기준 투여대상에 부합하고 비정형 용혈성 요독 증후군의 재발 및 가족력이 확인된 요양급여 승인 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, haptoglobin, LDH의 정상화 및 신기능 개선이 확인되어 위 고시 나.목 3)의 다)에서 정한 투여 유지 기준에 부합하므로 지속 투여를 승인하며, 추후(‘20년 8월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>	지속투여 승인
	F사례	여/37세	2차	4개월	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1. 시행) 제1호</p>	불승인

심의년월	구분	성별/나이	모니터링 차수		심의내용	심의결과
					<p>나.목 3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 신기능 개선이 확인되지 않아 투여 효과가 없어 중단한 이후 재투여 승인신청에서 비정형 용혈성 요독 증후군이 재발되었다고 할 수는 없으나, 최근 환자의 LDH 상승, haptoglobin 감소가 확인되어 재투여 승인한 환자임.</p> <p>Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 재투여 후 haptoglobin은 정상 이 되었으나, 혈소판수, LDH 중 한 가지 이상의 정상화가 확인되지 않아 위 고시 나.목 3)의 다)에서 정한 투여 유지 기준에 부합하지 않으므로 위원회에서 투여 중지가 필요하다고 판단한 바 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 투여 중단토록 함.</p>	
	G사례	남/30세	3차	6개월	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1. 시행) 제1호 나.목 3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급여기준 투여대상에 부합하여 승인된 환자로서 이후 CFH¹⁾ 유전자 변이가 확인되었음. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, haptoglobin, LDH의 정상화 및 신기능 개선이 확인되어 위 고시 나.목 3)의 다)에서 정한 투여 유지 기준에 부합하므로 지속 투여를 승인하며, 추후('20년 8월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>	지속투여 승인
	H사례	여/3세	3차	18개월	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한	지속투여

심의년월	구분		성별/나이	모니터링 차수		심의내용	심의결과
						<p>세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 ‘Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)’ 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1. 시행) 제1호 나.목 3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급여기준 투여대상에 부합하고 C3 유전자 변이가 확인된 요양급여 승인 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, haptoglobin의 정상화 및 신기능 개선이 확인되어 위 고시 나.목 3)의 다)에서 정한 투여 유지 기준에 부합하므로 지속 투여를 승인하며, 추후(’20년 8월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>	승인
	투여 종료	I 사례	남/58세	2차	4개월	<p>이 건은 신이식 후 비정형 용혈성 요독 증후군의 임상소견을 보이며 신기능 악화가 급속히 진행되었던 환자로서 2019.10.17.부터 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여하였음. 이후 폐렴 악화 및 패혈성 쇼크로 사망하여 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 종료함.</p>	투여종료

1) CFH: complement factor H
2) CFB: complement factor B

3. 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 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

* VAD: Ventricular Assist Device

□ 심실 보조장치 치료술(VAD) 대상자 요양급여 여부(총 4사례)

○ 이식형 좌심실 보조장치 치료술(4사례)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
A	남/33세	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 비후성 심근병증 환자로, 2010년 호흡곤란 및 흉통으로 약물치료 지속하였으나, 2019년 12월부터 심부전 악화되는 상태임. 또한, 약물치료에도 불구하고 증상 호전되지 않고 정맥 강심제에 의존적이며, NYHA Class III, INTERMACS Level 3, 좌심실구혈률(LVEF) 25%, 폐동맥 수축기압(PASP) 74mmHg, 평균 폐동맥쇄기압(PAWP) 34mmHg, 폐혈관 저항(PVR) 4.1wood units, 심장지수(Cardiac Index) 1.77L/min/M2 등 말기 심부전 소견 보임.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제6조 [별표2] 1.- ① 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>
B	남/60세	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, 2014년 허혈성심장질환에 대하여 약물치료 하였으며, 2015년</p>

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			<p>심장재동기화치료 하였으나 증상 악화되어 입·퇴원 반복중임. 또한, 지속적인 약물치료에도 불구하고 증상 호전되지 않고, NYHA Class III, INTERMACS Level 4, 좌심실구혈율(LVEF) 12.3%, 좌심실수축기내경(LVESD) 8.46cm, 좌심실이완기내경(LVEDD) 8.76cm, 평균 폐동맥 뿔기압(PAWP) 29mmHg, 심장지수(Cardiac Index) 1.62 L/min/M² 등 말기 심부전 소견 보임.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제6조 [별표2] 1.- ① 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>
C	여/65세	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 판막성심장병 환자로, 1989년 대동맥판성형술(Aortic Valve Repair), 승모판치환술(Mitral Valve Replacement), 삼첨판륜성형술(Tricuspid Annuloplasty) 받고, 2018년 심율동전환 제세동기거치술 시행하였음. 이후 지속적인 치료에도 불구하고 비보상성심부전 증상 악화되었으며, 2019년 1월부터 호흡곤란 증상으로 입·퇴원 반복 치료중임. 또한, 도부타민 투약 후 실시한 심초음파결과 좌심실구혈률(LVEF) 20%, 대동맥판협착(severe AS), 승모판역류(Mild to moderate MR), 삼첨판역류(moderate TR) 소견 보여 재수술 시행 예정이며, 정맥 강심제에 의존적이고, NYHA Class IV, INTERMACS Level 3 등 말기 심부전 소견 보임</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제6조 [별표2] 1.- ① 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>
D	남/61세	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, 2013년 확장성 심근병증 진단받은 후 약물치료 지속하였으나 증상 호전되지 않고, 정맥 강심제에 의존적이며, 호흡곤란 악화되어 입·퇴원 반복중인 상태임. 또한 심부전으로 인해 신기능 악화되는 소견 보이며, NYHA Class III, INTERMACS Level 3, 좌심실수축기내경(LVESD) 6.99cm, 좌심실이완기내경(LVEDD) 7.38cm, 폐동맥 수축기압/이완기압(PASP/PADP) 45/20mmHg, 평균 폐동맥 뿔기압(PAWP) 22mmHg, 심장지수(Cardiac Index) 2.01L/min/M², peak VO₂ Max 9.5mL/kg/min 등 말기 심부전 소견 보임.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제6조 [별표2] 1.- ① 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. 조혈모세포이식 대상자 승인 여부

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

진료심사평가위원회의 심의 결과 요양급여 기준에 적합한 경우는 요양급여대상으로 인정하며, 적합하지 않은 경우에는 선별급여대상으로 인정합니다. 선별급여대상 환자가 **조혈모세포이식을 시행받기 위해 입원한 경우**, 「조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행)」 제4조 제3항 [별표3] 선별급여대상자 요양급여비용 산정방법에 따라 **이식과 직접 관련된 진료기간(조혈모세포 주입 전 1주부터 주입 후 2주)의 요양급여비용(이식술료, 이식과 관련된 입원료[무균 치료실료 포함], 시술 전·후 처치 등)에 대하여는 100분의 50을 본인에게 부담토록하고, 그 외의 기간에 이루어지는 진료비(검사와 합병증 및 후유증 진료비 등)에 대하여는 국민건강보험법 시행령 [별표 2] 및 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준에 따라 본인부담률을 적용하고 있습니다.**

□ 조혈모세포이식 대상자 승인 여부

○ 심의 결과

구분		계	동종	제대혈	자가	비고
총 접수		285	158	6	121	
처리결과	요양급여	218	110	5	103	
	선별급여	56	41	1	14	
	취하	11	7	0	4	

* 신청기관 : 39개 요양기관

○ 심의내용

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
동종	총 158건	요양급여 : 110건	급성골수성백혈병 : 53건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 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 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류양(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>(나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			급성림프모구백혈병 : 26건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상)</p>

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 $100 \times 10^9/L$ 이상 (4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) Poor Steroid Response (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수 검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) (다) Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류양(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			<p>골수형성이상증후군 : 15건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelo dysplastic 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) $500/\mu l$ 이하 이면서 혈소판 $20,000/\mu l$ 이하 (나) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>나) 소아는 사례별로 결정한다.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			<p>중증재생불량성빈혈 : 5건</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 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 절대호중구수(ANC)가 500/μl 이하 나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 $60 \times 10^9/\text{L}$ 다) 혈소판 20,000/μl 이하</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			<p>비호지킨 림프종 : 3건</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 (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) (단, stage I 완전관해 제외) (다) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (2) 표준항암화학요법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 한다. (가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma (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 II B 이상 (아) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				(자) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			만성골수성백혈병 : 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-2)에 의하면, 만성골수성백혈병(Chronic Myeloid Leukemia)은 WHO criteria에서 제시한 만성골수성 백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음. 가) 티로신 키나제 억제제(TKI)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상) 나) T315I mutation 확인된 경우 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			일차골수성유증 : 4건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-9)에 의하면, 일차골수성유증(Primary Myelofibrosis)은 일차골수성유증의 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. 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			혈구포식림프조직구증 : 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 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 요양급여대상자로 인정하고 있음. 다만, 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증 중에서 호전된 경우는 사례별로 인정함. 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 1-나에 의하면,

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
		<p>선별급여 : 41건</p>	<p>급성골수성백혈병, 급성림프모구백혈병, 다발골수종, 중증재생불량성빈혈, PK deficiency anemia, 만성골수성백혈병 : 20건</p>	<p>다음에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우</p> <p style="padding-left: 20px;">- 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우</p> <p style="padding-left: 20px;">- 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</p> <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우</p> <p style="padding-left: 20px;">- 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.</p> <p>2) 제대혈 이식</p> <p style="padding-left: 20px;">- HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병, 급성림프모구백혈병, 다발골수종으로 진단받아 2차 반일치 동종 조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 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 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모 세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 진단받아 1차 동종 조혈모세포이식 예정이나, HLA A 1 locus, C 1 locus 불일치로 기준에 해당하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1. 시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병, 만성골수성백혈병으로 진단받아 1차 반일치 동종 조혈모세포이식 예정이나, 적합한 혈연 또는 비혈연 공여자가 없는 경우에 해당하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단받아 1차 동종 조혈모세포이식 예정인바, HLA C 1 locus 불일치로 기준에 해당하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모 세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 진단받아 1차 동종 조혈모세포이식 예정이나, HLA C 1 locus 불일치로 기준에 해당하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 PK deficiency anemia로 진단받아 1차 동종 조혈모세포이식 예정이나, HLA C 1 locus, DR 1 allele 불일치로 기준에 해당하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>급성골수성백혈병 : 10건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease)양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>(나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 진단받아 동종조혈모세포 이식 예정인바, 골수검사 및 말초혈액검사 결과 완전관해가</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>확인되지 않아 요양급여기준에 해당 되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조 (선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 진단받아 동종조혈모세포이식 예정인바, 3차 혈액학적 완전관해 및 3차 이식으로 기준에 해당하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조 (선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 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</p> <p>(1) 고위험군인 경우</p> <p>(가) IPSS: Intermediate-2 또는 high</p> <p>(나) IPSS-R, WPSS: high 또는 very high</p> <p>(2) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하 이면서 혈소판 20,000/μl 이하</p> <p>(나) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p> <p>나) 소아는 사례별로 결정한다.</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 진단받아 동종조혈모세포이식 예정인바, 소아가 아니고 중간위험군에 해당하나, “말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하이면서 혈소판 20,000/μl 이하” 또는 “Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우” 로 확인되지 않아 급여기준에 해당되지 아니함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 진단하였으나 급성골수성 백혈병으로 진행된 사례로 동종조혈모세포이식 예정인바, 급성골수성백혈병의 영양급여기준에 따라 골수검사 및 말초혈액검사 결과 완전관해가 확인되지 않아 영양급여기준에 해당 되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1. 시행) 제4조 (선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			비호지킨 림프종 : 4건	<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)</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 비호지킨 림프종(Angioimmunoblastic T cell lymphoma,</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				Diffuse large B cell lymphoma, Follicular lymphoma)으로 진단받아 동종조혈모세포이식 예정이나, 표준항암화학요법 후 부분반응 이상으로 구제항암화학요법을 시행하지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			급성림프모구백혈병, 비호지킨 림프종 : 2건	<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 급성림프모구백혈병, 비호지킨 림프종으로 진단받아 동종조혈모세포이식 예정이나, 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 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모 세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
		취하: 7건		
제대혈	총 6건	요양급여 : 5건	급성림프모구백혈병 : 4건	<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 (1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 (나) t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 (다) 염색체수 44 미만 (2) 진단시 1세 미만 (3) 백혈구 수 100 X 10⁹/L 이상 (4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>(5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Poor Steroid Response</p> <p>(나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수 검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)</p> <p>(다) Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			급성골수성백혈병 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 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 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia)</p> <p>- 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>(나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외)</p> <p>- 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
		선별급여 : 1건	급성골수성백혈병 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 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 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia)</p> <p>- 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>(나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외)</p> <p>- 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 진단받아 동종조혈모세포 이식 예정인바, 골수검사 및 말초혈액검사 결과 완전관해가 확인되지 않아 요양급여기준에 해당 되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조 (선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
자가	총 121건	요양급여 : 103건	다발골수종 : 52건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 나-4)-가)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 “IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우” 에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			비호지킨 림프종 : 41건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 나-1)-가)-(1)에 의하면, 비호지킨 림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 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>또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) (별표)2-나-1)-가)-(2)에 의하면 비호지킨 림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정됨.</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>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			호지킨 림프종 : 1건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 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>
			AL 아밀로이드증 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 나-4)-나)에 의하면, AL 아밀로이드증(AL amyloidosis)은 “IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증(AL amyloidosis) 진단기준에 만족하는 경우. 다만, ECOG 수행능력평가 0-2에 해당 하면서 장기부전(심·신·간·폐부전)이 아닌 경우” 에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			POEMS 증후군 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 나-4)-다)에 의하면, POEMS 증후군은 “IMWG에서 제시한 POEMS 증후군 진단기준에 만족하는 경우” 에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			급성골수성백혈병 : 3건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 2-나-2)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <ul style="list-style-type: none"> 가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우 나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 혈액학적 완전관해인 경우 <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			생식세포종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 나-7)에 의하면,</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>생식세포종은 “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 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			유형종양 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 나-6)에 의하면, 유원종양의 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>가) 진단 시 다음 고위험군의 하나에 해당하며 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>(1) metastatic disease at diagnosis</p> <p>(2) bulky primary tumor (>200 ml)</p> <p>(3) axial site</p> <p>나) 수술 후, 방사선 치료 및 통상적인 화학요법(6개월 또는 6회 이상)을 병용하여 부분반응 이상을 보이거나, 완전관해에 도달하지 않은 경우</p> <p>다) 재발 또는 불응성으로 구제 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
		선별급여 : 14건	다발골수종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 1-가)에 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 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모 세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			비호지킨 림프종 : 3건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1.시행) [별표2] 나-1)-가)-(1)에 의하면 비호지킨 림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상</p> <p>(나) Diffuse Large B Cell Lymphoma</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>- 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>또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1.시행) [별표2] 나-1)-가)-(2)에 의하면 비호지킨 림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia (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 림프종(Diffuse large B cell lymphoma)으로 진단받고 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 LDH가 정상 수치로 확인되어 요양급여 대상에 해당하지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019.9.1.시행) 제4조(선별기준대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 비호지킨 림프종(OU-PIOL)으로 진단받고 1차 자가 조혈모세포이식 예정이나 림프종 확진 및 세부 분류 확인 되지 않아 요양급여 대상에 해당하지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019.9.1.시행) 제4조(선별기준대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			다발골수종 : 6건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 나-4)-가)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 “IMWG에서 제시한</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우”에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 다발골수종으로 진단받고 표준항암치료 후 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 진단 근거가 명확하지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1.시행) 제4조(선별기준대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			급성골수성백혈병 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 2-나-2)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우 나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 혈액학적 완전관해인 경우</p> <p>이 건은 급성전골수성백혈병으로 진단받고 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 1차 분자생물학적 관해가 확인 되어 요양급여 대상에 해당하지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1.시행) 제4조(선별기준대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			AL 아밀로이드증 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 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 경우”에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 AL 아밀로이드증으로 진단받고 1차 자가조혈모세포 이식 예정이나 진단 근거가 명확하지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1.시행) 제4조(선별기준대상)</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			골육종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 나-10)에 의하면, 골육종(Osteosarcoma)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 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 진단받고 1차 자가조혈모세포 이식 예정이나 항암치료 후 완전관해가 확인되지 않아 영양급여 대상에 해당하지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1.시행) 제4조(선별기준대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			High grade Glioneuronal Tumor : 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 조혈모세포이식 영양급여의 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 상병에 대한 조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별기준대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
		취하: 4건		
계	285			

[별첨] 조혈모세포이식 요양급여대상 결정현황

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
1	동종조혈모	남	12	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
2	동종조혈모	여	66	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
3	동종조혈모	남	27	만성골수성백혈병(Chronic myeloid leukemia)	선별
4	동종조혈모	남	66	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T cell lymphoma)	선별
5	동종조혈모	남	71	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)	선별
6	동종조혈모	여	61	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)	선별
7	동종조혈모	남	36	Myeloid sarcoma	선별
8	동종조혈모	남	45	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
9	동종조혈모	남	49	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
10	동종조혈모	남	6	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
11	동종조혈모	여	59	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
12	동종조혈모	여	63	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)	선별
13	동종조혈모	여	35	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	선별
14	동종조혈모	여	51	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	선별
15	동종조혈모	여	46	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	선별
16	동종조혈모	여	13	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
17	동종조혈모	여	52	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
18	동종조혈모	여	59	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	선별
19	동종조혈모	남	49	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
20	동종조혈모	남	57	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
21	동종조혈모	여	2	PK deficiency anemia	선별
22	동종조혈모	남	30	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	선별
23	동종조혈모	남	50	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
24	동종조혈모	남	73	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	선별
25	동종조혈모	남	23	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	선별
26	동종조혈모	남	47	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
27	동종조혈모	여	48	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
28	동종조혈모	여	64	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
29	동종조혈모	여	63	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
30	동종조혈모	여	45	다발골수종(Multiple Myeloma)	선별
31	동종조혈모	남	38	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	선별
32	동종조혈모	남	37	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
33	동종조혈모	여	51	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	선별
34	동종조혈모	남	53	다발골수종(Multiple Myeloma)	선별
35	동종조혈모	남	54	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	선별
36	동종조혈모	여	46	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
37	동종조혈모	여	64	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
38	동종조혈모	여	28	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	선별
39	동종조혈모	남	12	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
40	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
41	동종조혈모	여	51	비호지킨림프종(Follicular lymphoma)	선별
42	동종조혈모	여	69	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
43	동종조혈모	남	17	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
44	동종조혈모	여	38	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
45	동종조혈모	여	12	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
46	동종조혈모	여	23	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
47	동종조혈모	여	56	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
48	동종조혈모	남	62	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
49	동종조혈모	남	69	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
50	동종조혈모	여	5	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
51	동종조혈모	남	45	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
52	동종조혈모	남	58	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
53	동종조혈모	남	65	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
54	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
55	동종조혈모	남	44	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
56	동종조혈모	남	67	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
57	동종조혈모	여	45	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
58	동종조혈모	남	22	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
59	동종조혈모	여	48	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
60	동종조혈모	여	56	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
61	동종조혈모	남	12	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
62	동종조혈모	여	40	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
63	동종조혈모	남	18	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
64	동종조혈모	남	2	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
65	동종조혈모	남	51	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
66	동종조혈모	여	38	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
67	동종조혈모	여	46	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
68	동종조혈모	여	42	비호지킨림프종(B lymphoblastic lymphoma)	급여
69	동종조혈모	여	27	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
70	동종조혈모	여	54	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
71	동종조혈모	여	23	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	급여
72	동종조혈모	여	51	만성골수성백혈병(Chronic myeloid leukemia)	급여
73	동종조혈모	남	43	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
74	동종조혈모	남	24	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
75	동종조혈모	남	63	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	급여
76	동종조혈모	여	45	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
77	동종조혈모	여	62	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
78	동종조혈모	남	57	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
79	동종조혈모	남	52	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
80	동종조혈모	여	34	만성골수성백혈병(Chronic myeloid leukemia)	급여
81	동종조혈모	여	35	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
82	동종조혈모	남	15	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
83	동종조혈모	여	34	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
84	동종조혈모	남	21	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
85	동종조혈모	남	49	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
86	동종조혈모	여	11	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
87	동종조혈모	여	62	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	급여
88	동종조혈모	여	60	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
89	동종조혈모	여	53	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
90	동종조혈모	남	19	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
91	동종조혈모	여	53	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
92	동종조혈모	여	41	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
93	동종조혈모	남	54	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
94	동종조혈모	남	60	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
95	동종조혈모	여	55	Acute Bileneal Leukemia	급여
96	동종조혈모	남	48	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
97	동종조혈모	여	32	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
98	동종조혈모	여	26	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
99	동종조혈모	여	65	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
100	동종조혈모	남	54	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
101	동종조혈모	여	59	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
102	동종조혈모	여	39	Acute Bileneal Leukemia	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
103	동종조혈모	남	27	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
104	동종조혈모	여	55	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
105	동종조혈모	남	48	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
106	동종조혈모	여	49	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
107	동종조혈모	남	60	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
108	동종조혈모	남	27	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
109	동종조혈모	남	31	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
110	동종조혈모	여	13	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
111	동종조혈모	여	33	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
112	동종조혈모	여	43	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
113	동종조혈모	여	49	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
114	동종조혈모	남	60	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
115	동종조혈모	남	64	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
116	동종조혈모	남	30	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	급여
117	동종조혈모	남	46	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	급여
118	동종조혈모	여	39	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
119	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
120	동종조혈모	남	18	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	급여
121	동종조혈모	남	52	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
122	동종조혈모	여	27	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
123	동종조혈모	남	34	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
124	동종조혈모	남	21	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
125	동종조혈모	여	57	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
126	동종조혈모	여	50	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
127	동종조혈모	여	22	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
128	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
129	동종조혈모	여	64	혈구포식림프조직구증(Hemophagocytic Lymphohistiocytosis)	급여
130	동종조혈모	여	1	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	급여
131	동종조혈모	남	59	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
132	동종조혈모	남	31	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
133	동종조혈모	남	3	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
134	동종조혈모	남	36	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
135	동종조혈모	여	40	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
136	동종조혈모	남	48	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T cell lymphoma)	급여
137	동종조혈모	여	13	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	급여
138	동종조혈모	여	46	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
139	동종조혈모	남	58	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
140	동종조혈모	남	53	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
141	동종조혈모	남	21	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
142	동종조혈모	여	65	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	급여
143	동종조혈모	여	61	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
144	동종조혈모	여	58	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
145	동종조혈모	여	65	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
146	동종조혈모	남	63	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
147	동종조혈모	여	9	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
148	동종조혈모	남	57	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
149	동종조혈모	남	7M	혈구포식림프조직구증(Hemophagocytic Lymphohistiocytosis)	급여
150	동종조혈모	여	67	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
151	동종조혈모	여	58	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
152	동종조혈모	여	40	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	취하
153	동종조혈모	남	60	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	취하
154	동종조혈모	여	59	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	취하

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
155	동종조혈모	여	13	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	취하
156	동종조혈모	남	6	IL10 deficiency	취하
157	동종조혈모	여	13	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	취하
158	동종조혈모	남	7M	혈구포식림프조직구증(Hemophagocytic Lymphohistiocytosis)	취하
159	제대혈조혈모	남	56	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
160	제대혈조혈모	남	1	Chronic Active EBV infection, B-cell Lymphoma	급여
161	제대혈조혈모	여	24	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
162	제대혈조혈모	여	61	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
163	제대혈조혈모	여	15	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
164	제대혈조혈모	남	4	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
165	자가조혈모	남	49	골육종(Osteosarcoma)	선별
166	자가조혈모	여	68	다발골수종(Multiple Myeloma)	선별
167	자가조혈모	여	8M	High grade Glioneuronal Tumor	선별
168	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종(OU-PIOL)	선별
169	자가조혈모	여	70	다발골수종(Multiple Myeloma)	선별
170	자가조혈모	남	59	다발골수종(Multiple Myeloma)	선별
171	자가조혈모	남	69	다발골수종(Multiple Myeloma)	선별
172	자가조혈모	남	59	AL 아밀로이드증(AL amyloidosis)	선별
173	자가조혈모	남	68	다발골수종(Multiple Myeloma)	선별
174	자가조혈모	남	67	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)	선별
175	자가조혈모	여	66	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)	선별
176	자가조혈모	남	51	다발골수종(Multiple Myeloma)	선별
177	자가조혈모	남	51	다발골수종(Multiple Myeloma)	선별
178	자가조혈모	남	26	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
179	자가조혈모	여	59	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	급여
180	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)	급여
181	자가조혈모	여	55	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
182	자가조혈모	여	44	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)	급여
183	자가조혈모	여	37	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)	급여
184	자가조혈모	남	54	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
185	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	급여
186	자가조혈모	남	68	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)	급여
187	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)	급여
188	자가조혈모	여	57	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
189	자가조혈모	여	66	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
190	자가조혈모	남	52	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
191	자가조혈모	남	56	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
192	자가조혈모	남	61	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
193	자가조혈모	남	63	POEMS증후군	급여
194	자가조혈모	남	54	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
195	자가조혈모	남	50	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
196	자가조혈모	여	58	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	급여
197	자가조혈모	남	68	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
198	자가조혈모	여	67	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
199	자가조혈모	여	64	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	급여
200	자가조혈모	여	57	호지킨림프종(Nodular lymphocyte dominant type)	급여
201	자가조혈모	여	67	비호지킨림프종(Peripheral T cell lymphoma)	급여
202	자가조혈모	남	65	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
203	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)	급여
204	자가조혈모	여	60	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T cell lymphoma)	급여
205	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	급여
206	자가조혈모	여	68	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
207	자가조혈모	여	65	비호지킨림프종(Monomorphic epitheliotropic intestinal T cell lymphoma)	급여
208	자가조혈모	여	49	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
209	자가조혈모	남	50	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma)	급여
210	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)	급여
211	자가조혈모	여	60	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
212	자가조혈모	여	18	유령종양	급여
213	자가조혈모	여	65	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
214	자가조혈모	남	64	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
215	자가조혈모	남	56	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
216	자가조혈모	여	64	비호지킨림프종(Monomorphic epitheliotropic intestinal T cell lymphoma)	급여
217	자가조혈모	여	46	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
218	자가조혈모	남	39	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)	급여
219	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)	급여
220	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma, EBV(+))	급여
221	자가조혈모	남	68	비호지킨림프종(B cell lymphoma, high grade, unclassified)	급여
222	자가조혈모	남	63	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
223	자가조혈모	여	65	비호지킨림프종(Peripheral T cell lymphoma)	급여
224	자가조혈모	여	50	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
225	자가조혈모	여	44	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma)	급여
226	자가조혈모	여	59	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
227	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	급여
228	자가조혈모	여	69	POEMS증후군	급여
229	자가조혈모	남	48	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
230	자가조혈모	남	67	AL 아밀로이드증(AL amyloidosis)	급여
231	자가조혈모	남	41	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
232	자가조혈모	남	64	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
233	자가조혈모	여	53	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
234	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)	급여
235	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)	급여
236	자가조혈모	여	45	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
237	자가조혈모	남	66	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
238	자가조혈모	여	65	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)	급여
239	자가조혈모	남	65	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
240	자가조혈모	남	64	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
241	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종(Peripheral T cell lymphoma)	급여
242	자가조혈모	남	59	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
243	자가조혈모	여	4	비호지킨림프종(Anaplastic large cell lymphoma, ALK positive)	급여
244	자가조혈모	여	36	생식세포종(Germcell tumor)	급여
245	자가조혈모	남	65	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
246	자가조혈모	남	65	비호지킨림프종(Burkitt lymphoma)	급여
247	자가 후 자가	여	68	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
248	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)	급여
249	자가조혈모	남	60	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
250	자가조혈모	여	65	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
251	자가조혈모	여	62	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
252	자가조혈모	남	67	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
253	자가조혈모	남	59	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
254	자가조혈모	남	67	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
255	자가조혈모	여	55	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
256	자가조혈모	남	64	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
257	자가조혈모	남	69	AL 아밀로이드증(AL amyloidosis)	급여
258	자가조혈모	여	67	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
259	자가조혈모	여	52	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
260	자가조혈모	남	52	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
261	자가조혈모	남	55	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
262	자가조혈모	여	47	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
263	자가조혈모	여	53	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
264	자가조혈모	여	53	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T cell lymphoma)	급여
265	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma)	급여
266	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)	급여
267	자가조혈모	남	42	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)	급여
268	자가조혈모	여	40	비호지킨림프종(Primary CNS DLBCL)	급여
269	자가조혈모	여	53	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)	급여
270	자가조혈모	여	65	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
271	자가조혈모	남	65	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	급여
272	자가조혈모	남	69	비호지킨림프종(Plasmablastic lymphoma)	급여
273	자가조혈모	여	65	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)	급여
274	자가조혈모	남	63	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
275	자가조혈모	남	53	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
276	자가조혈모	여	61	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
277	자가조혈모	남	65	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
278	자가조혈모	남	64	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
279	자가조혈모	여	43	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
280	자가조혈모	여	61	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
281	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)	급여
282	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종	취하
283	자가조혈모	남	52	비호지킨림프종(Anaplastic large cell lymphoma, ALK-positive)	취하
284	자가조혈모	남	67	다발골수종(Multiple Myeloma)	취하
285	자가조혈모	남	50	비호지킨림프종(Nasal NK/T cell lymphoma)	취하