

진료심사평가위원회 심의사례 공개 (총 4개 항목)

- 2019. 12. 31. 공개

| 연번 | 제 목 | 페이지 |
|----|---------------------------------------------|-----|
| 1 | Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 영양급여 대상 여부 | 1 |
| 2 | 심실 보조장치 치료술(VAD ¹⁾) 영양급여 대상 여부 | 9 |
| 3 | Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 영양급여 대상 여부 | 14 |
| 4 | 조혈모세포이식 영양급여 대상 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 대상여부

(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 |
| 2019. 11. | 29 | 9 | 6 | 1 | 1 | 1 | 20 | 19 | - | 1 | - |

○ 스피라자주 요양급여 신청

| 심의년월 | 사례 | 성별/나이 | 심의결과 | 심의내용 |
|-----------|----|-------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2019. 11. | A | 여/24세 | 승인 | 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부 인정기준 및 방법 제1호 가.목에서는 스피라자주의 투여 대상으로 5q 척수성 근위축증 환자로서 1) 5q SMN-1 유전자의 결손 또는 변이의 유전자적 진단, 2) 만 3세 이하에 SMA관련 임상 증상과 징후 발현, 3)영구적 인공호흡기를 사용하고 있지 않은 경우 모두를 만족하는 경우에 인정하고 있음. 이 건 환자는 척추측만증에 대한 수술력이 있으나, 척수 조영술을 시행하여 요추천자를 통한 약제의 경막내 지속 투여가 가능함을 확인하였고, 가.목이 정한 투여대상의 조건에 모두 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함. |
| | B | 여/25세 | 승인 | 이 건 환자는 척추측만증에 대한 수술력이 있으나, 척수조영술을 시행하여 요추천자를 통한 약제의 경막내 지속 투여가 가능함을 확인하였고, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 |

| 심의년월 | 사례 | 성별/나이 | 심의결과 | 심의내용 |
|------|----|-------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함. |
| | C | 여/25세 | 승인 | 이 건 환자는 척추측만증에 대한 수술력이 있으나, 척수조영술을 시행하여 요추천자를 통한 약제의 경막내 지속 투여가 가능함을 확인하였고, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함. |
| | D | 여/45세 | 자료보완 | 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목에서는 스피라자주의 투여 대상으로 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. |
| | E | 여/24세 | 조건부 승인 | 이 건 환자는 척추측만증에 대한 수술력이 있으나, 척수조영술을 시행하여 요추천자를 통한 약제의 경막내 지속 투여가 가능함을 확인하였고, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부 사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함. 단, 모니터링 보고 시 SMN2 copy 수 제출을 조건으로 함. |
| | F | 여/17세 | 승인 | 이 건 환자는 척추측만증에 대한 수술력이 있으나, 척수조영술을 시행하여 요추천자를 통한 약제의 경막내 지속 투여가 가능함을 확인하였고, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부 사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함. |
| | G | 여/21세 | 승인 | 이 건 환자는 척추측만증에 대한 수술력이 있으나, 척수조영술을 시행하여 요추천자를 통한 약제의 경막내 지속 투여가 가능함을 확인하였고, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부 사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함. |
| | H | 남/28세 | 승인 | 이 건 환자는 척추측만증에 대한 수술력이 있으나, 척수조영술을 시행하여 요추천자를 통한 약제의 경막내 지속 투여가 가능함을 확인하였고, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부 |

| 심의년월 | 사례 | 성별/나이 | 심의결과 | 심의내용 |
|------|----|-------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | 사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함. |
| | I | 남/14세 | 불승인 | <p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부 인정기준 및 방법 제1호 가.목 에서는 스피라자주의 투여 대상으로 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 건에서 제출된 자료만으로는 환자가 만3세(36개월) 이하에 척수성 근위축증 관련 임상 증상과 징후 발현이 되었는지 여부가 명확하게 확인되지 않고, 객관적으로 입증되지 않으므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정하지 아니함.</p> |

○ 스피라자주 투여 모니터링 보고

| 심의년월 | 사례 | 성별/나이 | 최초 투여일 | 투여차수 | 심의결과 | 심의내용 |
|-----------|----|-------|-----------|------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2019. 11. | J | 여/4세 | '19.5.30. | 5 | 승인 | 이 건 환자는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지 2의 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 요양 급여 대상으로 인정함. |
| | K | 여/5세 | '19.5.29. | 5 | 승인 | 이 건 환자는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지 2의 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 요양 급여 대상으로 인정함. |
| | L | 여/3세 | '19.5.28. | 5 | 승인 | 이 건 환자는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 |

| 심의년월 | 사례 | 성별/나이 | 최초 투여일 | 투여차수 | 심의결과 | 심의내용 |
|------|----|-------|-----------|------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | | 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지 2의 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 | 여/3세 | '19.6.3. | 5 | 승인 | 이 건 환자는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지 2의 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 요양 급여 대상으로 인정함. |
| | N | 여/10세 | '19.5.31. | 5 | 승인 | 이 건 환자는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지 2의 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 요양 급여 대상으로 인정함. |
| | O | 여/8세 | '19.5.21. | 5 | 승인 | 이 건 환자는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지 2의 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 요양 급여 대상으로 인정함. |
| | P | 여/14세 | '19.6.4. | 5 | 승인 | 이 건 환자는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지 2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 개선이 |

| 심의년월 | 사례 | 성별/나이 | 최초 투여일 | 투여차수 | 심의결과 | 심의내용 |
|------|----|-------|-----------|------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | | 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단 기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함. |
| | Q | 여/4세 | '19.5.27. | 5 | 승인 | 이 건 환자는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지 2의 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. |
| | R | 여/10세 | '19.6.4. | 5 | 승인 | 이 건 환자는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지 2의 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. |
| | S | 여/7세 | '19.5.27. | 5 | 승인 | 이 건 환자는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지 2의 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. |
| | T | 남/2세 | '19.5.14. | 5 | 승인 | 이 건 환자는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지 2의 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 요양 급여 대상으로 인정함. |
| | U | 여/2세 | '19.5.14. | 5 | 승인 | 이 건 환자는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 |

| 심의년월 | 사례 | 성별/나이 | 최초 투여일 | 투여차수 | 심의결과 | 심의내용 |
|------|----|-------|-----------|------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | | 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지 2의 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 영양 급여 대상으로 인정함. |
| | V | 여/6세 | '19.5.15. | 5 | 승인 | 이 건 환자는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지 2의 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 영양 급여 대상으로 인정함. |
| | W | 여/2세 | '19.5.15. | 5 | 승인 | 이 건 환자는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지 2의 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 영양 급여 대상으로 인정함. |
| | X | 여/6세 | '18.5.21. | 8 | 승인 | 이 건 환자는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지 2의 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 영양 급여 대상으로 인정함. |
| | Y | 여/7세 | '18.4.19. | 8 | 불승인 | 이 건 환자는 운동기능평가(HINE-2) 결과 최초 투여 전부터 이번 평가까지 모두 0점으로, 이는 운동기능의 유지로 볼 수 없다는 전문가 의견이 있음. 따라서 운동 기능의 유지 또는 개선을 2회 연속 입증 |

| 심의년월 | 사례 | 성별/나이 | 최초 투여일 | 투여차수 | 심의결과 | 심의내용 |
|------|----|-------|-----------|------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | | 하지 못하였으므로 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8. 시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다.목에서 정한 중단기준에 해당 하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정하지 아니함. |
| | Z | 여/5세 | '19.5.31. | 5 | 승인 | 이 건 환자는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지 2의 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 요양 급여 대상으로 인정함. |
| | Z1 | 남/15세 | '19.6.4. | 5 | 승인 | 이 건 환자는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지 2의 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 요양 급여 대상으로 인정함. |
| | Z2 | 남/9세 | '19.5.28. | 5 | 승인 | 이 건 환자는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지 2의 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 요양 급여 대상으로 인정함. |
| | Z3 | 여/10세 | '19.6.6. | 5 | 승인 | 이 건 환자는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지 2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 개선이 |

| 심의년월 | 사례 | 성별/나이 | 최초 투여일 | 투여차수 | 심의결과 | 심의내용 |
|------|----|-------|--------|------|------|-------------------------------------------------------------|
| | | | | | | 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단 기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양 급여 대상으로 인정함. |

□ 스피라자주 요양급여 대상여부-이의신청

○ 스피라자주 요양급여 신청

| 심의년월 | 사례 | 성별/나이 | 심의결과 | 심의내용 |
|-----------|----|-------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2019. 11. | Z4 | 여/47세 | 자료보완 | <p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목 에서는 스피라자주의 투여 대상으로 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 만3세(36개월) 이하에 척수성 근위축증 관련 증상과 징후 발현 여부에 대한 근거자료가 불충분하므로 관련 자료의 보완을 요구함.</p> |

2. 심실 보조장치 치료술(VAD²⁾) 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

□ 심실 보조장치 치료술(VAD) 대상자 요양급여 여부(총 9사례)

○ 이식형 좌심실 보조장치 치료술(8사례)

| 사례 | 성별/나이 | 심의결과 | 결정 사유 |
|----|-------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 여/66세 | 승인 (급여) | 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로, 약물치료에도 불구하고 증상 호전되지 않고, 정맥 강심제에 의존적임 상태임. 또한, 좌심실구혈률(LVEF) 14%, NYHA Class IV, INTERMACS Level 2, 폐동맥 수축기압/이완기압(PASP/PADP) 50/36mmHg, 평균 폐동맥쇄기압(PAWP) 30mmHg, 심장지수(Cardiac Index) 2L/min/M ² , peak VO ₂ Max 5.2ml/kg/min 등 말기 심부전 소견 보임. 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. |
| 2 | 남/67세 | 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 허혈성 심근병증 환자로, 약물치료에도 불구하고 증상 호전되지 않고, 정맥 강심제에 |

²⁾ VAD: Ventricular Assist Device, ** VPC: Ventricular Premature Contraction

| 사례 | 성별/나이 | 심의결과 | 결정 사유 |
|----|-------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | <p>의존적인 상태임. 제출된 정신과 진료기록 등을 확인한 결과, 이 사례는 현재 우울 및 불안증상이 심하고, 자살위험성이 높으며, 정신과적 증상 조절을 위해 추가적인 약물 사용이 필요한 상태로 확인되므로, 약물치료를 지속하면서 주기적인 정신과 진료를 보는 등 환자 상태를 경과관찰한 후 재신청하도록 함.</p> <p>따라서 현 시점에서 심실 보조장치 치료술(VAD)을 시행하는 것은 적절한 시기가 아니라고 판단되는바, 심실 보조장치 치료술(VAD)의 요양급여 신청을 불승인함.</p> |
| 3 | 남/68세 | 승 인 (급여) | <p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로, ST분절 상승 심근경색(STEMI)으로 경피적관상동맥중재술(PCI) 시행 후 지속성 심실빈맥(sustained VT) 발생하여 체외순환막형산화요법(ECMO) 시행하였음. 이후 좌심실 기능부전 지속되어 입·퇴원치료 하였으며, 약물치료에도 불구하고 증상 호전되지 않고 정맥 강심제에 의존적인 상태임.</p> <p>또한, 좌심실구혈률(LVEF) 18%, NYHA Class III, INTERMACS Level 3, 폐동맥 수축기압/이완기압(PASP/PADP) 59/25mmHg, 평균 폐동맥쇄기압(PAWP) 31mmHg 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 | 남/58세 | 승 인 (급여) | <p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식이 적합하지 않은 허혈성 심근병증 환자로, 반복적인 심정지로 심율동전환제세동기거치술(ICD) 및 관상동맥 중재술(PCI)을 시행에도 잦은 심부전 및 안정 시 호흡곤란이 발생되며, 약물치료에도 불구하고 증상 호전되지 않고 정맥 강심제에 의존적인 상태임.</p> <p>또한, 좌심실구혈률(LVEF) 15%, NYHA Class IV, INTERMACS Level 3, 폐동맥 수축기압(PASP)/ 이완기압(PADP) 55/26mmHg, 평균 폐동맥쇄기압(PAWP) 21mmHg, 심장지수(Cardiac Index) 1.9L/min/m², peak VO₂ Max 9.4ml/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 나.목 ‘심장이식이 적합하지 않은 말기심부전 환자에서 약물치료에도 불구하고 심한 증상이 2개월 이상 지속되고’, 2) ‘정맥 강심제에 의존적인 상태로 투여를 중단할 수 없는 경우’ 등에 해당하며, 금기</p> |

| 사례 | 성별/나이 | 심의결과 | 결정 사유 |
|----|-------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | 증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함. |
| 5 | 남/73세 | 승 인 (급여) | <p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식이 적합하지 않은 허혈성 심근병증 환자로, 2006년 관상동맥중재술(PCI) 이후 지속적인 약물치료 받았으나 점진적으로 악화되어, 최근 입원 중 심실세동에 의한 심정지가 발생됨.</p> <p>또한, 폐동맥 수축기압(PASP)/ 이완기압(PADP) 59/26mmHg, 평균 폐동맥쇄기압 (PAWP) 21mmHg, 폐혈관저항(PVR) 6.4Wood Units, NYHA Class IV, INTERMACS Level 3, 심장지수(Cardiac Index) 1.66L/min/M², peak VO₂ Max 3.4ml/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 나.목 ‘심장이식이 적합하지 않은 말기심부전 환자에서 약물치료에도 불구하고 심한 증상이 2개월 이상 지속되고’, 2) ‘정맥 강심제에 의존적인 상태로 투여를 중단할 수 없는 경우’ 등에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.</p> |
| 6 | 남/62세 | 승 인 (급여) | <p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로, 2016년부터 심부전약물 복용한 분으로, 2017년 심율동 전환 제세동기거치술(ICD) 시술을 받은바 있음.</p> <p>또한, 2018년 7월부터 2019년 11월까지 4차례 반복적 입원 있었고, 좌심실구혈률(LVEF) 14%, NYHA Class IV, INTERMACS Level 3, 폐동맥 수축기압(PASP)/이완기압(PADP) 33/13mmHg, 평균 폐동맥쇄기압 (PAWP) 15mmHg, 심장지수(Cardiac Index) 2.00L/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> |
| 7 | 여/64세 | 승 인 (급여) | <p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로, 2010년 급성심근경색으로 인한 관상동맥중재술(PCI) 받고 10년간 약물치료 중이며, 2019년 3월 심실빈맥 및 심실세동으로 심율동 전환 제세동기거치술(ICD) 시술을 받은바 있음.</p> <p>또한, 2018년 7월부터 2019년 11월까지 6차례 반복적 입원 있었고,</p> |

| 사례 | 성별/나이 | 심의결과 | 결정 사유 |
|----|-------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | <p>정맥 강심제에 의존적인 상태이며, 좌심실구혈률(LVEF) 10~15%, NYHA Class IV, INTERMACS Level 3, 폐동맥 수축기압(PASP)/이완기압(PADP) 67/32mmHg, 평균 폐동맥쇄기압 (PAWP) 33mmHg, 폐혈관저항(PVR) 8Wood Units, 심장지수(Cardiac Index) 1.8L/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> |
| 8 | 여/68세 | 승인 (급여) | <p>심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인 부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로, 좌심실구혈률(LVEF) 23%, 폐동맥 수축기압(PASP)/ 이완기압(PADP) 59/27mmHg, 평균 폐동맥쇄기압 (PAWP) 23mmHg, peak VO₂ Max 12.2ml/kg/min, NYHA Class III, INTERMACS LEVEL 3 등 좌심실 기능저하 및 말기 심부전 소견 보임. 또한, 약물치료에도 불구하고 증상 호전되지 않고, 정맥 강심제에 의존적인 상태임.</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> |

○ 체외형 심실 보조장치 치료술(1사례)

| 사례 | 성별/나이 | 심의결과 | 결정 사유 |
|----|--------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 여/30개월 | 승인 (급여) | <p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조와 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인 부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 30개월, 체중 11kg, 심장이식대기자로 등록된 좌심형 성부전증 소아로, 대동맥폐쇄 진단받고, 무기력 및 기침으로 중환자실 입원하였고, 강심제 약물치료 지속하였으나, 증상 호전되지 않아 ‘19년 11월 28일 긴급심의 신청된 사례임.</p> <p>또한, 좌심실구혈률(LVEF) 15%, NYHA Class IV, INTERMACS Level 1, 폐동맥 수축기압(PASP)/ 이완기압(PADP) 12/11mmHg, 평균 폐동맥쇄기압 (PAWP) 12mmHg, 심장지수(Cardiac Index) 1.4L/min/M² 등 말기 심부전 소견을 보임.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제6조 [별표2] 1.- ② 체외형 심실 보조장치 치료술 적응증 가.목 ‘재태 연령 37주 이상이고 체중 3kg 이상인 경우부터 18세 미만의 심장이식 대기자로 등록된 중증 심부전 환자’, 1) ‘최대한의 심부전</p> |

| 사례 | 성별/나이 | 심의결과 | 결정 사유 |
|----|-------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | <p>치료에도 불구하고 NYHA IV 수준의 심부전이 지속되고, 강심제에 의존하며 전신 장기 기능이 진행성으로 악화된 경우'에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 「심실 보조장치 치료술(VAD) 실시기관 및 대상자 사전승인 등에 관한 세부사항」 제3조 사전 승인 회의 운영 등②,③에 의거 긴급으로 급여 인정함.</p> |

3. 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 | | 6 | 1 | 5 | 0 | 0 |
| 2019. 11. | 발작성 야간 혈색소뇨증 | 0 | - | - | - | - |
| | 비정형 용혈성 요독 증후군 | 6 | 1 | 5 | - | - |

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

○ 승인신청

| 심의년월 | 구분 | 성별/나이 | 심의내용 | 심의결과 |
|-----------|-----|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 2019. 11. | A사례 | 여/61세 | <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 PRCA³⁾로 2019년 3월 동종조혈모세포이식을 받은 환자로서 이식 후 209일째부터 발생한 LDH 상승, 혈소판 감소증, 신기능 저하 소견으로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 승인 신청되었음.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, LDH 상승이 심하지 않고, 투석이나 혈장교환술 없이 신기능이 유지되고 있음. 또한, 조혈모세포이식 후 이식편대숙주반응 및 감염 등으로 인한 이차성 혈전미세혈관병증 가능성이 높은 상태이므로 위 목 2)의 라)에서 정한 요양급여 제외대상에 해당됨. 따라서 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p> | 불승인 |
| | B사례 | 남/49세 | <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 말기신부전으로 2019년 10월 혈액형 불일치 신장 이식을 시행한 환자로서 이식 후 보존적 치료에도 불구하고 반복되는 혈전미세혈관병증 및 신기능 저하 소견으로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 승인 신청되었음.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 신이식과 면역억제제 사용 후 혈전미세혈관병증이 발생 하였지만, 비정형 용혈성 요독 증후군의 임상 소견을 보이며, 혈액투석과 혈장교환술에 큰 반응 없이 혈전 미세혈관병증이 지속되고 있어 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여가 도움이 될 것으로 판단됨. 따라서 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 승인함. 추후 유전자 검사 결과 및 2개월 모니터링 보고서를 제출토록 하며, 임상 경과에 따라 투여 유지 여부를 결정하겠음.</p> | 승인 |
| | C사례 | 여/35세 | <p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명:</p> | 불승인 |

| 심의년월 | 구분 | 성별/나이 | 심의내용 | 심의결과 |
|------|-----|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| | | | <p>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 계류유산으로 D&C 시행한 환자로서 LDH 상승, 혈소판 감소증, 신기능 저하 소견으로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 승인 신청되었음.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 빈혈, PT 연장, D-dimer 상승 등 DIC소견을 보이며 자가면역항체(FANA, ANCA)가 양성인 점을 고려할 때 자가면역질환, D&C, DIC 등으로 인해 발생한 이차성 혈전미세혈관병증으로 위 목 2)의 바)와 사)에서 정한 요양급여 제외대상에 해당됨. 따라서 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p> | |
| | D사례 | 남/82세 | <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 급성신부전으로 응급실 내원한 환자로서 혈전미세혈관병증 및 신기능 저하 소견으로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 승인 신청되었음.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 혈소판 감소증이 악화되지 않고 있으며, LDH 상승이 심하지 않아 위 목 1)에서 정한 투여대상에 부합하지 않음. 또한, 자가면역항체(FANA) 양성, PT/aPTT 연장, 패혈증 등의 소견을 보이고 있어 감염으로 인한 이차성 혈전미세혈관병증으로 위 목 2)의 바)와 아)에서 정한 요양급여 제외대상에 해당됨. 따라서 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p> | 불승인 |
| | E사례 | 여/70세 | <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 intracranial hemorrhage로 입원한 환자로서 혈전미세혈관병증 및 신기능 저하 소견으로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 승인 신청되었음.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 스테로이드 투여와 혈장교환술 시행 후 신기능 및 분열적혈구 관찰 소견이 호전되는 양상으로</p> | 불승인 |

| 심의년월 | 구분 | 성별/나이 | 심의내용 | 심의결과 |
|------|-----|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| | | | 비정형 용혈성 요독 증후군 보다는 위 목 2)에서 정한 요양급여 제외대상인 이차성 혈전미세혈관병증 가능성이 높다고 판단됨. 또한, 영상검사 상 intracranial hemorrhage가 확인된 환자의 신경학적 증상 원인을 혈전미세혈관병증으로 보기는 어려우며, 혈장교환술 시행 후 환자 상태가 호전되고 있어 현재 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 투여해야 할 상황으로 판단되지 않음. 따라서 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함. | |
| | F사례 | 여/34세 | <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 status epilepticus 환자로서 입원 치료 중 발생한 미세혈관병용혈빈혈, 신손상을 비롯한 다발성 장기부전 소견으로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 승인 신청되었음.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 뇌염 및 간질 치료 중 혈전 미세혈관병증이 발생하였고, CRP상승, PT/aPTT 연장, D-dimer 상승이 확인됨. 비정형 용혈성 요독 증후군의 가족력이 없고, 내원 전 혈전미세혈관병증 관련 증상이 없었으나, 입원 치료 중 증상이 발생한 것은 감염, 투약 등에 의한 이차성 혈전 미세혈관병증 가능성이 높다고 판단되므로 위 목 2)의 마)에서 정한 요양급여 제외대상에 해당됨. 따라서 Eculizumab 주사제 (품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p> | 불승인 |

3) PRCA: pure red cell aplasia

4. 조혈모세포이식 요양급여 대상 여부

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

조혈모세포이식을 실시하려는 기관은 조혈모세포이식 실시기관 승인을 받아야 합니다. 다만, 고시 시행 이전 조혈모세포이식 실시기관 기준 적합 확인을 받은 요양기관은 2019년 12월 31일까지 실시기관 승인을 받은 경우 이 고시 시행일로부터 승인을 받은 것으로 인정합니다.

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)」 제 4조 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 본인일부 부담금 산정특례에 관한 기준에 따라 본인부담률을 적용하고 있습니다.**

□ 조혈모세포이식 실시기관 승인(총 14기관)

| 연번 | 요양기관명 | 요양기호 | 승인일자 |
|----|-----------------------|----------|-----------|
| 1 | 가톨릭대학교 은평성모병원 | 11100150 | 19.11.27. |
| 2 | 건국대학교병원 | 11100435 | 19.11.27. |
| 3 | 경상대학교병원 | 38100215 | 19.11.27. |
| 4 | 고려대학교의과대학부속구로병원 | 11100494 | 19.11.27. |
| 5 | 고신대학교복음병원 | 21100039 | 19.11.27. |
| 6 | 대구가톨릭대학교병원 | 37100092 | 19.11.27. |
| 7 | 부산대학교병원 | 21100021 | 19.11.27. |
| 8 | 분당서울대학교병원 | 31100813 | 19.11.27. |
| 9 | 이화여자대학교의과대학부속목동병원 | 11100915 | 19.11.27. |
| 10 | 인제대학교부산백병원 | 21100063 | 19.11.27. |
| 11 | 인하대학교의과대학부속병원 | 31100554 | 19.11.27. |
| 12 | 전북대학교병원 | 35100010 | 19.11.27. |
| 13 | 학교법인 울산공업학원 울산대학교병원 | 38100231 | 19.11.27. |
| 14 | 학교법인가톨릭학원가톨릭대학교서울성모병원 | 11100338 | 19.11.27. |

※ 고시 시행 이전 실시기관 기준 적합 확인을 받은 요양기관으로 고시 개정에 따라 실시기관 승인함

□ 조혈모세포이식 대상자 승인 여부

○ 심의 결과

| 구분 | 계 | 동종 | 제대혈 | 자가 | 비고 |
|-------------|------------|------------|----------|------------|-----|
| 총 접수 | 333 | 173 | 5 | 155 | |
| 처리결과 | 요양급여 | 270 | 129 | 5 | 136 |
| | 선별급여 | 51 | 36 | - | 15 |
| | 불가 | - | - | - | - |
| | 취하 | 12 | 8 | - | 4 |

* 신청기관 : 38개 요양기관

○ 심의내용

| 구분 | 건수 | 결정사항 | 상병 | 결정내역 |
|----|-----------|----------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 동종 | 총 173건 | 요양급여 : 129건 | 급성골수성백혈병 : 42건 | <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 인정 하고 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> |
| | | | 급성림프모구백혈병 : 33건 | <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우</p> <p>나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고 위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성</p> <p>(나) t(v;11q23) 또는 MLL 재배열</p> <p>(다) 염색체수 44 미만</p> <p>(2) 진단시 1세 미만</p> <p>(3) 백혈구 수 100 X 10⁹/L 이상</p> |

| 구분 | 건수 | 결정사항 | 상병 | 결정내역 |
|----|----|------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | <p>(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 다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> |
| | | | <p>골수형성이상증후군 : 32건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 고위험군인 경우 (가) IPSS: Intermediate-2 또는 high (나) IPSS-R, WPSS: high 또는 very high (2) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 (가) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하이면서 혈소판 20,000/μl 이하 (나) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p> <p>나) 소아는 사례별로 결정한다.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> |
| | | | <p>중증재생불량성빈혈 : 6건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)은 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25% 이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> |

| 구분 | 건수 | 결정사항 | 상병 | 결정내역 |
|----|----|------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | <p>가) 절대호중구수(ANC)가 500/μl 이하 나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x10⁹/L 다) 혈소판 20,000/μl 이하</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> |
| | | | 비호지킨 림프종 : 3건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-7)-가)에 의하면, 비호지킨 림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 비호지킨 림프종</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우 (나) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) (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 (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 (자) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> |
| | | | 만성골수성백혈병 : 2건 | <p>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 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 티로신 키나제 억제제(TKI)에 실패하거나 불내성</p> |

| 구분 | 건수 | 결정사항 | 상병 | 결정내역 |
|----|----|------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | <p>(intolerance)을 보이는 경우(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상)</p> <p>나) T315I mutation 확인된 경우</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> |
| | | | <p>일차골수섬유증 : 6건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 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 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>다만, 중등위험도-2에 해당하는 경우에는 질병의 중증도 등 환자상태를 고려하여 사례별로 인정함.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> |
| | | | <p>연소기골수단구성백혈병 : 2건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-8)에 의하면, 연소기골수단구성백혈병 (Juvenile Myelomonocytic Leukemia, JMML)은 WHO에서 제시한 연소기골수단구성백혈병의 진단기준을 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> |
| | | | <p>다발골수종 : 2건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-6)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 다음의 조건을 모두 만족하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) ECOG 수행능력평가 0-1 나) 부분반응(Partial Response) 이상인 경우 다) 만성신부전이 아닌 경우</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> |
| | | | <p>혈구포식림프조직구증 : 1건</p> | <p>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)</p> |

| 구분 | 건수 | 결정사항 | 상병 | 결정내역 |
|----|----|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | <p>또는 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 확인된 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음. 다만, 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증 중에서 호전된 경우는 사례별로 인정함.</p> |
| | | | <p>급성골수성백혈병, 골수형성이상증후군 : 2건</p> | <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 1-가에 의하면, “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만70세 미만 이어야한다.” 로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만 70세 이상이기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 조혈모세포 이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모 세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | <p>선별급여 : 36건</p> | <p>골수형성이상증후군, 비호지킨림프종, 급성골수성백혈병, 급성림프모구백혈병, 중증재생불량성빈혈, 신경모세포종 : 8건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 1-나에 의하면, 다음에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여 하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR 형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</p> <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우 - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.</p> <p>2) 제대혈 이식 - HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 진단받아 1차 반일치 동종 조혈모세포이식 예정이나, 적합한 혈연 또는 비혈연 공여자가 없는 경우에 해당하지 않음. 다만, 조혈모세포</p> |

| 구분 | 건수 | 결정사항 | 상병 | 결정내역 |
|----|----|------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | <p>이식의 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 비호지킨림프종으로 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 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 급성림프모구백혈병으로 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 골수형성이상증후군으로 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> |

| 구분 | 건수 | 결정사항 | 상병 | 결정내역 |
|----|----|------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 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 신경모세포종으로 진단받아 3차 반일치 동종조혈모 세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 3차 반일치 동종조혈모 세포이식에 대하여는 임상연구, 치료 성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | <p>급성림프모구백혈병 : 2건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우에 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 (나) t(v:11q23) 또는 MLL 재배열 (다) 염색체수 44 미만</p> <p>(2) 진단시 1세 미만 (3) 백혈구 수 100 X 10⁹/L 이상 (4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Poor Steroid Response (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수 검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) (다) Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> |

| 구분 | 건수 | 결정사항 | 상병 | 결정내역 |
|----|----|------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단받아 동종조혈모세포 이식 예정인바, 골수검사 및 말초혈액검사 결과 완전관해로 볼 수 없기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | 급성골수성백혈병 : 12건 | <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, 골수검사와 말초혈액검사 및 영상검사 결과 완전관해로 볼 수 없기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조 (선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 진단받아 동종조혈모세포 이식 예정인바, 4차 혈액학적 완전관해 된 경우로 기준에 해당하지 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.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 진단받아 동종조혈모세포 이식 예정이나, 3차 혈액학적 완전관해 된 경우로 기준에 해당하지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당의사의</p> |

| 구분 | 건수 | 결정사항 | 상병 | 결정내역 |
|----|----|------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | <p>골수형성이상증후군 : 7건</p> | <p>의학적인 판단에 의해 조혈모 세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여대상자로 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. 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 진단받아 2차 동종 조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 2차 동종조혈모세</p> |

| 구분 | 건수 | 결정사항 | 상병 | 결정내역 |
|----|----|------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | <p>포이식에 대하여는 임상연구, 치료 성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 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 요양급여 비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | <p>만성골수성백혈병 : 2건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 2-가-2)에 의하면, 만성골수성백혈병(Chronic Myeloid Leukemia)은 WHO criteria에서 제시한 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 티로신 키나제 억제제(TKI)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상)</p> <p>나) T315I mutation 확인된 경우</p> <p>이 건은 만성골수성백혈병으로 진단받아 동종조혈모세포 이식 예정인바, 가) 또는 나)에 해당하지 않아 요양급여 기준에 해당되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | <p>비호지킨 림프종 : 3건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 2-가-7)-가)에 의하면, 비호지킨 림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) 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> |

| 구분 | 건수 | 결정사항 | 상병 | 결정내역 |
|-----|------|-----------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | <p>(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 (자) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 진단받아 동종조혈모세포이식 예정인바, 영상검사 결과 완전관해로 볼 수 없기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | 취하: 8건 | | |
| 제대혈 | 총 5건 | 요양급여 : 5건 | 급성림프모구백혈병 : 3건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 (나) t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 (다) 염색체수 44 미만</p> <p>(2) 진단시 1세 미만 (3) 백혈구 수 100 X 10⁹/L 이상 (4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Poor Steroid Response (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수 검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)</p> |

| 구분 | 건수 | 결정사항 | 상병 | 결정내역 |
|----|-----------|----------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | <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> |
| | | | 중증재생불량성빈혈 : 1건 | <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)은 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25% 이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 절대호중구수(ANC)가 500/μl 이하</p> <p>나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 $60 \times 10^9/L$</p> <p>다) 혈소판 20,000/μl 이하</p> |
| | | | Diamond-Blackfan Anemia : 1건 | <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가12)에 의하면, 선천성빈혈(Congenital Pure Red Cell Anemia) 임상 소견이나 유전적 검사로 진단된 선천성빈혈환자로서 다음의 경우 치료에 대한 반응을 고려하여 사례별로 인정하고 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) Diamond-Blackfan Anemia : 스테로이드에 불응성인 경우</p> <p>나) Congenital Dyserythropoietic Anemia(CDA) : 수혈의 존성이 있는 경우</p> |
| 자가 | 총 155건 | 요양급여 : 136건 | 다발골수종 : 62건 | <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상)[별표2] 나-4)-가)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 “IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단 기준에 만족하는 경우”에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> |

| 구분 | 건수 | 결정사항 | 상병 | 결정내역 |
|----|----|------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | 비호지킨림프종 : 56건 | <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상9)[별표 2] 나-1)-가)-(1)에 의하면 비호지킨림프종은 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>또한, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)(별표)2-나-1)-나)-(2)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 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> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p> |
| | | | POEMS증후군 : 1건 | <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 나-4)-다)에 의하면, POEMS 증후군은 “IMWG에서 제시한 POEMS 증후군 진단기준에 만족하는 경우”에 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여 대상자로 인정함.</p> |

| 구분 | 건수 | 결정사항 | 상병 | 결정내역 |
|----|----|------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | 호지킨림프종 : 2건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [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> |
| | | | 급성골수성백혈병 : 3건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) 별표 2-나-2)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)에 대한 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우 나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 혈액학적 완전관해인 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> |
| | | | AL 아밀로이드증 : 2건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상9) 별표 2-나-4)-나)에 의하면, AL 아밀로이드증(AL amyloidosis)에 대한 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증(AL amyloidosis) 진단 기준에 만족하는 경우 다만, ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하면서 장기부전(심·신·간·폐부전)이 아닌 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> |
| | | | 윌름스 종양 : 1건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)(별표)2-나-8)에 의하면 윌름스 종양(Wilms Tumor)의 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case 로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> |

| 구분 | 건수 | 결정사항 | 상병 | 결정내역 |
|----|----|------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | Anaplastic Ependymoma : 1건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)(별표)2-나-9)에 의하면 Anaplastic Ependymoma의 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>가) 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 다음 중 하나에 해당하는 경우 (3) 3세 미만인 경우</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> |
| | | | 신경모세포종① : 3건 | <p><2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016. 5. 1.시행) 및 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 나-5)에 의하면 신경모세포종의 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>가) 진단 시 다음 중 하나에 해당하며 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상인 경우 (1) 진단 시 1세 이상이면서 stageⅣ (2) N-myc 증폭(+)인 stageⅡ 이상 나) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 경우</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> |
| | | | 골육종 : 2건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 나-10)에 의하면 골육종의 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>가) 수술 및 항암치료 후 완전관해 된 경우 나) 재발 후 국소적 치료 및 구제 항암화학요법으로 2차 완전관해된 때</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> |
| | | | 비정형기형/횡문근종양(AT/RT)① : 3건 | <p><2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016. 5. 1.시행) 및 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 나-9)에 의하면 비정형기형/횡문근종양의 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>가) 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> |

| 구분 | 건수 | 결정사항 | 상병 | 결정내역 |
|----|----|---------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. |
| | | 선별급여 : 15건 | 생식세포종 : 1건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 2-나-7)에 의하면, 생식세포종(Germ Cell Tumor)은 “재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 생식세포종으로 2차 자가조혈모세포이식 예정이나, 이 상병에 대한 2차 자가조혈모 세포이식에 대하여는 임상연구, 치료 성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우, 이 식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | 비호지킨림프종 : 8건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행)[별표2] 나-1)-(가)-(1)에 의하면 비호지킨림프종은 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) [별표2] 나-1)-(가)-(2)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> |

| 구분 | 건수 | 결정사항 | 상병 | 결정내역 |
|----|----|------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | <p>(가) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenström'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 비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 최근 골수검사서 골수 침범여부가 불명확하여, 자가조혈모세포이식을 위한 적절한 상태인지 확인 할 수 없음. 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> <p>이 건은 비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 최근 골수검사가 없어, 자가조혈모세포이식을 위한 적절한 상태인지 확인 할 수 없음. 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> <p>이 건은 비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma, Extranodal NK/T cell lymphoma)으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 표준치료에 부분반응이상을 보이지 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> <p>이 건은 비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 LDH 정상 수치로 고위험 소견이 없어 영양급여 대상에 해당하지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별기준대상)</p> |

| 구분 | 건수 | 결정사항 | 상병 | 결정내역 |
|----|----|------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | 제3장에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함. |
| | | | 다발골수종 : 2건 | <p>이 건은 비호지킨림프종(Nodal marginal zone lymphoma)으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 표준항암화학요법 후 부분반응 이상을 보여 재발 또는 불응성으로 구제항암요법을 시행하지 않아 요양급여 대상에 해당하지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별기준대상) 제3장에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 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) 제4조 (선별급여대상) 별표 2-나-4)-가)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 “IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단 기준에 만족하는 경우”에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 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)3장에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | 호지킨림프종 : 1건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [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 호지킨림프종(Classic Hodgkin lymphoma, mixed cellularity)으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 표준항암화학요법 후 부분반응 이상을 보여 재발 또는 불응성으로 구제항암요법을 시행하지 않아 요양급여 대상에 해당하지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1.시행) 제4조(선별기준대상)제3장에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게</p> |

| 구분 | 건수 | 결정사항 | 상병 | 결정내역 |
|----|----|------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | <p>송과체아세포종 : 1건</p> | <p>게 부담토록 함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 나-9)에 의하면 송과체아세포종의 요양급여 인정기준은 다음과 같음. 가) 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) 진단 시 3세 이하 (나) 수술 후 잔여 종괴가 1.5cm² 이상인 경우 (다) 두개강 내 전이가 있는 경우 (라) Anaplastic type</p> <p>이 건은 송과체아세포종으로 2차 자가조혈모세포이식 예정이나 본 상병에 대한 2차 조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1.시행) 제4조(선별기준대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
| | | | <p>유형종양 : 1건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)(별표)2-나-6)에 의하면 유형종양의 요양급여 인정기준은 다음과 같음. 가) 진단 시 다음 고위험군의 하나에 해당하며 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 (1) metastatic disease at diagnosis (2) bulky primary tumor(>200ml) (3) axial site 나) 수술 후, 방사선 치료 및 통상적인 화학요법(6개월 또는 6회이상)을 병용하여 부분 반응이상을 보이거나, 완전관해에 도달하지 않은 경우 다) 재발 또는 불응성으로 구제 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>이 건은 유형종양으로 2차 자가조혈모세포이식 예정이나 본 상병에 대한 2차 조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별기준대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인</p> |

| 구분 | 건수 | 결정사항 | 상병 | 결정내역 |
|-------------------------------------------------------------|-----|--------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함. |
| | | | Anaplastic Ependymoma : 1건 | <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상)(별표)2-나-9)에 의하면 Anaplastic Ependymoma의 영양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>가) 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 다음에 해당하는 경우</p> <p>(3) 3세 미만인 경우</p> <p>이 건은 Anaplastic Ependymoma으로 2차 자가조혈모세포이식 예정이나 3세 이상으로 영양급여 대상에 해당하지 않음. 본 상병에 대한 2차 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 | 333 | | | |
| ①: tandem transplantation (2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 자가 조혈모세포이식) | | | | |

[별첨] 조혈모세포이식 요양급여대상 결정현황

| 연번 | 신청구분 | 성별 | 나이 (세) | 진단명 | 결정사항 |
|----|-------|----|-----------|-----------------------------------|------|
| 1 | 동종조혈모 | 남 | 39 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별 |
| 2 | 동종조혈모 | 남 | 18 | 비호지킨림프종 | 선별 |
| 3 | 동종조혈모 | 남 | 57 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별 |
| 4 | 동종조혈모 | 여 | 59 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별 |
| 5 | 동종조혈모 | 남 | 42 | 비호지킨림프종 | 선별 |
| 6 | 동종조혈모 | 남 | 21 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별 |
| 7 | 동종조혈모 | 남 | 8 | 신경모세포종(Neurolblastoma) | 선별 |
| 8 | 동종조혈모 | 여 | 52 | 만성골수성백혈병(CML) | 선별 |
| 9 | 동종조혈모 | 여 | 25 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별 |
| 10 | 동종조혈모 | 남 | 59 | CMML | 선별 |
| 11 | 동종조혈모 | 남 | 71 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별 |
| 12 | 동종조혈모 | 여 | 65 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별 |
| 13 | 동종조혈모 | 남 | 16 | 만성골수성백혈병(CML) | 선별 |
| 14 | 동종조혈모 | 여 | 39 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별 |
| 15 | 동종조혈모 | 여 | 51 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 선별 |
| 16 | 동종조혈모 | 남 | 57 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별 |
| 17 | 동종조혈모 | 여 | 54 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별 |
| 18 | 동종조혈모 | 여 | 20 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별 |
| 19 | 동종조혈모 | 여 | 12 | 비호지킨림프종 | 선별 |
| 20 | 동종조혈모 | 여 | 57 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별 |
| 21 | 동종조혈모 | 남 | 34 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별 |
| 22 | 동종조혈모 | 여 | 62 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별 |
| 23 | 동종조혈모 | 남 | 17 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 선별 |
| 24 | 동종조혈모 | 여 | 25 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 선별 |
| 25 | 동종조혈모 | 남 | 16 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별 |
| 26 | 동종조혈모 | 남 | 7 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별 |
| 27 | 동종조혈모 | 여 | 56 | 비호지킨림프종 | 선별 |
| 28 | 동종조혈모 | 남 | 70 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별 |
| 29 | 동종조혈모 | 남 | 53 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별 |
| 30 | 동종조혈모 | 남 | 46 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별 |
| 31 | 동종조혈모 | 여 | 64 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별 |
| 32 | 동종조혈모 | 남 | 55 | 골수형성이상증후군(MDS) | 선별 |
| 33 | 동종조혈모 | 남 | 49 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별 |
| 34 | 동종조혈모 | 여 | 13 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별 |
| 35 | 동종조혈모 | 남 | 55 | 중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia) | 선별 |
| 36 | 동종조혈모 | 남 | 2 | 급성골수성백혈병(AML) | 선별 |
| 37 | 동종조혈모 | 여 | 62 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 38 | 동종조혈모 | 여 | 49 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 39 | 동종조혈모 | 여 | 53 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 40 | 동종조혈모 | 남 | 44 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 41 | 동종조혈모 | 여 | 60 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 42 | 동종조혈모 | 여 | 19 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 43 | 동종조혈모 | 남 | 43 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 44 | 동종조혈모 | 남 | 33 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 45 | 동종조혈모 | 여 | 38 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 46 | 동종조혈모 | 남 | 61 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 47 | 동종조혈모 | 여 | 52 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 48 | 동종조혈모 | 남 | 38 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 49 | 동종조혈모 | 남 | 60 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 50 | 동종조혈모 | 여 | 59 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |

| 연번 | 신청구분 | 성별 | 나이 (세) | 진단명 | 결정사항 |
|-----|-------|----|-----------|-----------------------------------|------|
| 51 | 동종조혈모 | 남 | 23 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 52 | 동종조혈모 | 남 | 48 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 53 | 동종조혈모 | 남 | 52 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 54 | 동종조혈모 | 남 | 63 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 55 | 동종조혈모 | 남 | 41 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 56 | 동종조혈모 | 여 | 63 | 일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis) | 급여 |
| 57 | 동종조혈모 | 남 | 35 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 58 | 동종조혈모 | 남 | 58 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 59 | 동종조혈모 | 남 | 10 | 중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia) | 급여 |
| 60 | 동종조혈모 | 남 | 57 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 61 | 동종조혈모 | 여 | 47 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 62 | 동종조혈모 | 남 | 45 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 63 | 동종조혈모 | 남 | 58 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 64 | 동종조혈모 | 여 | 50 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 65 | 동종조혈모 | 여 | 55 | 일차골수섬유증(Primary myelofibrosis) | 급여 |
| 66 | 동종조혈모 | 여 | 30 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 67 | 동종조혈모 | 남 | 53 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 68 | 동종조혈모 | 남 | 28 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 69 | 동종조혈모 | 남 | 11 | 중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia) | 급여 |
| 70 | 동종조혈모 | 여 | 22 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 71 | 동종조혈모 | 남 | 64 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 72 | 동종조혈모 | 여 | 57 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 73 | 동종조혈모 | 남 | 42 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 74 | 동종조혈모 | 남 | 54 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 75 | 동종조혈모 | 남 | 24 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 76 | 동종조혈모 | 여 | 31 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 77 | 동종조혈모 | 여 | 43 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 78 | 동종조혈모 | 여 | 23 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 79 | 동종조혈모 | 남 | 42 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 80 | 동종조혈모 | 여 | 64 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 81 | 동종조혈모 | 남 | 56 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 82 | 동종조혈모 | 여 | 61 | 만성골수성백혈병(CML) | 급여 |
| 83 | 동종조혈모 | 남 | 46 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 84 | 동종조혈모 | 여 | 55 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 85 | 동종조혈모 | 남 | 8 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 86 | 동종조혈모 | 여 | 32 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 87 | 동종조혈모 | 남 | 40 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 88 | 동종조혈모 | 남 | 67 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 89 | 동종조혈모 | 남 | 58 | 일차골수섬유증(Primary myelofibrosis) | 급여 |
| 90 | 동종조혈모 | 남 | 64 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 91 | 동종조혈모 | 남 | 51 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 92 | 동종조혈모 | 남 | 34 | 만성골수성백혈병(CML) | 급여 |
| 93 | 동종조혈모 | 남 | 55 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 94 | 동종조혈모 | 남 | 33 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 95 | 동종조혈모 | 남 | 57 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 96 | 동종조혈모 | 남 | 27 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 97 | 동종조혈모 | 남 | 26 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 98 | 동종조혈모 | 여 | 36 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 99 | 동종조혈모 | 여 | 47 | 중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia) | 급여 |
| 100 | 동종조혈모 | 여 | 23 | 중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia) | 급여 |
| 101 | 동종조혈모 | 여 | 65 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |

| 연번 | 신청구분 | 성별 | 나이 (세) | 진단명 | 결정사항 |
|-----|-------|----|-----------|-----------------------------------|------|
| 102 | 동종조혈모 | 남 | 47 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 103 | 동종조혈모 | 남 | 67 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 104 | 동종조혈모 | 남 | 17 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 105 | 동종조혈모 | 여 | 57 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 106 | 동종조혈모 | 여 | 63 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 107 | 동종조혈모 | 남 | 65 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 108 | 동종조혈모 | 남 | 65 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 109 | 동종조혈모 | 남 | 5 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 110 | 동종조혈모 | 여 | 37 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 111 | 동종조혈모 | 남 | 54 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 112 | 동종조혈모 | 여 | 62 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 113 | 동종조혈모 | 남 | 67 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 114 | 동종조혈모 | 여 | 65 | 일차골수섬유증(Primary myelofibrosis) | 급여 |
| 115 | 동종조혈모 | 남 | 18 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 116 | 동종조혈모 | 남 | 64 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 117 | 동종조혈모 | 여 | 29 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 118 | 동종조혈모 | 여 | 45 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 119 | 동종조혈모 | 여 | 12 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 120 | 동종조혈모 | 여 | 22 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 121 | 동종조혈모 | 여 | 8M | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 122 | 동종조혈모 | 남 | 16 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 123 | 동종조혈모 | 여 | 19 | 혈구포식림프조직구증(HLH) | 급여 |
| 124 | 동종조혈모 | 남 | 16 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 125 | 동종조혈모 | 여 | 52 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 126 | 동종조혈모 | 남 | 66 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 127 | 동종조혈모 | 여 | 45 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 128 | 동종조혈모 | 여 | 63 | 일차골수섬유증(Primary myelofibrosis) | 급여 |
| 129 | 동종조혈모 | 여 | 8 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 130 | 동종조혈모 | 여 | 59 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 131 | 동종조혈모 | 남 | 16 | 중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia) | 급여 |
| 132 | 동종조혈모 | 남 | 57 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 133 | 동종조혈모 | 남 | 30 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 134 | 동종조혈모 | 여 | 11M | 연소기골수단구성백혈병(JMML) | 급여 |
| 135 | 동종조혈모 | 여 | 23 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 136 | 동종조혈모 | 남 | 36 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 137 | 동종조혈모 | 남 | 19 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 138 | 동종조혈모 | 남 | 62 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 139 | 동종조혈모 | 남 | 39 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 140 | 동종조혈모 | 남 | 46 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 141 | 동종조혈모 | 여 | 59 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 142 | 동종조혈모 | 남 | 53 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 143 | 동종조혈모 | 여 | 16 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 144 | 동종조혈모 | 여 | 39 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 145 | 동종조혈모 | 여 | 54 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 146 | 동종조혈모 | 여 | 60 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 147 | 동종조혈모 | 여 | 50 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 148 | 동종조혈모 | 남 | 66 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 149 | 동종조혈모 | 여 | 32 | Acute Bileneal Leukemia | 급여 |
| 150 | 동종조혈모 | 여 | 34 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 151 | 동종조혈모 | 남 | 68 | 일차골수섬유증(Primary myelofibrosis) | 급여 |
| 152 | 동종조혈모 | 여 | 7 | 중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia) | 급여 |

| 연번 | 신청구분 | 성별 | 나이 (세) | 진단명 | 결정사항 |
|-----|---------|----|-----------|-----------------------------------|------|
| 153 | 동종조혈모 | 여 | 52 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 154 | 동종조혈모 | 남 | 67 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 155 | 동종조혈모 | 여 | 7 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 156 | 동종조혈모 | 여 | 61 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 157 | 동종조혈모 | 남 | 53 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 158 | 동종조혈모 | 남 | 25 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 159 | 동종조혈모 | 여 | 36 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 160 | 동종조혈모 | 남 | 53 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 161 | 동종조혈모 | 남 | 10M | 연소기골수단구성백혈병(JMML) | 급여 |
| 162 | 동종조혈모 | 여 | 64 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 163 | 동종조혈모 | 남 | 19 | 골수형성이상증후군(MDS) | 급여 |
| 164 | 동종조혈모 | 여 | 55 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 165 | 동종조혈모 | 여 | 45 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 166 | 동종조혈모 | 남 | 67 | 골수형성이상증후군(MDS) | 취하 |
| 167 | 동종조혈모 | 남 | 62 | 골수형성이상증후군(MDS) | 취하 |
| 168 | 동종조혈모 | 여 | 65 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 취하 |
| 169 | 동종조혈모 | 남 | 7 | 급성골수성백혈병(AML) | 취하 |
| 170 | 동종조혈모 | 여 | 42 | 골수형성이상증후군(MDS) | 취하 |
| 171 | 동종조혈모 | 여 | 44 | 급성골수성백혈병(AML) | 취하 |
| 172 | 동종조혈모 | 여 | 59 | 급성골수성백혈병(AML) | 취하 |
| 173 | 동종조혈모 | 여 | 55 | 급성골수성백혈병(AML) | 취하 |
| 174 | 제대혈조혈모 | 남 | 1 | Diamond-Blackfan anemia | 급여 |
| 175 | 제대혈조혈모 | 남 | 19 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 176 | 제대혈조혈모 | 남 | 48 | 중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia) | 급여 |
| 177 | 제대혈조혈모 | 여 | 7 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 178 | 제대혈조혈모 | 여 | 9 | 급성림프모구백혈병(ALL) | 급여 |
| 179 | 자가조혈모 | 남 | 54 | 다발골수종(MM) | 선별 |
| 180 | 자가조혈모 | 여 | 61 | 비호지킨림프종 | 선별 |
| 181 | 자가 후 자가 | 남 | 5 | Anaplastic Ependymoma | 선별 |
| 182 | 자가조혈모 | 여 | 52 | 비호지킨림프종 | 선별 |
| 183 | 자가조혈모 | 남 | 60 | 다발골수종(MM) | 선별 |
| 184 | 자가 후 자가 | 남 | 23 | 유형종양 | 선별 |
| 185 | 자가조혈모 | 남 | 53 | 비호지킨림프종 | 선별 |
| 186 | 자가조혈모 | 여 | 42 | 비호지킨림프종 | 선별 |
| 187 | 자가조혈모 | 남 | 59 | 호지킨림프종 | 선별 |
| 188 | 자가조혈모 | 남 | 55 | 비호지킨림프종 | 선별 |
| 189 | 자가조혈모 | 남 | 41 | 비호지킨림프종 | 선별 |
| 190 | 자가조혈모 | 남 | 66 | 비호지킨림프종 | 선별 |
| 191 | 자가 후 자가 | 남 | 17 | 생식세포종(Germcell tumor) | 선별 |
| 192 | 자가 후 자가 | 남 | 26 | 송과체아세포종(Pineoblastoma) | 선별 |
| 193 | 자가조혈모 | 남 | 68 | 비호지킨림프종 | 선별 |
| 194 | 자가조혈모 | 남 | 69 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 195 | 자가조혈모 | 여 | 61 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 196 | 자가조혈모 | 여 | 62 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 197 | 자가조혈모 | 남 | 58 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 198 | 자가조혈모 | 여 | 64 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 199 | 자가조혈모 | 남 | 52 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 200 | 자가조혈모 | 여 | 53 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 201 | 자가조혈모 | 남 | 65 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 202 | 자가 후 자가 | 남 | 47 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 203 | 자가조혈모 | 여 | 63 | 비호지킨림프종 | 급여 |

| 연번 | 신청구분 | 성별 | 나이 (세) | 진단명 | 결정사항 |
|-----|---------------|----|-----------|---------------------------|------|
| 204 | 자가조혈모 | 남 | 50 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 205 | 자가 후 자가 | 남 | 61 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 206 | 자가조혈모 | 여 | 65 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 207 | 자가조혈모 | 여 | 61 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 208 | 자가조혈모 | 남 | 26 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 209 | 자가조혈모 | 남 | 66 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 210 | 자가조혈모 | 여 | 64 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 211 | 자가조혈모 | 남 | 65 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 212 | 자가조혈모 | 남 | 51 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 213 | 자가조혈모 | 남 | 68 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 214 | 자가조혈모 | 남 | 66 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 215 | 자가조혈모 | 여 | 62 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 216 | 자가조혈모 | 남 | 64 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 217 | 자가조혈모 | 남 | 51 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 218 | 자가조혈모 | 남 | 31 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 219 | 자가조혈모 | 남 | 65 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 220 | 자가조혈모 | 여 | 57 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 221 | 자가조혈모 | 여 | 66 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 222 | 자가조혈모 | 여 | 54 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 223 | 자가조혈모 | 여 | 41 | 호지킨림프종 | 급여 |
| 224 | 자가조혈모 | 남 | 65 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 225 | 자가조혈모 | 남 | 49 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 226 | 자가조혈모 | 여 | 65 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 227 | 자가조혈모 | 남 | 16 | 골육종(Osteosarcoma) | 급여 |
| 228 | 자가조혈모 | 여 | 2 | 윌름스종양(Wilmstumor) | 급여 |
| 229 | 자가조혈모 | 남 | 61 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 230 | 자가조혈모 | 여 | 61 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 231 | 자가조혈모 | 여 | 54 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 232 | 자가조혈모 | 남 | 68 | 다발성형질세포종 | 급여 |
| 233 | 자가조혈모 | 여 | 65 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 234 | 자가조혈모 | 여 | 58 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 235 | 자가조혈모 | 여 | 67 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 236 | 자가조혈모 | 여 | 38 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 237 | Tandem(자가-자가) | 여 | 3 | 비정형기형/황문근종양(AT/RT)① | 급여 |
| 238 | 자가 후 자가 | 여 | 65 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 239 | 자가조혈모 | 여 | 64 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 240 | 자가조혈모 | 여 | 59 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 241 | 자가조혈모 | 남 | 57 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 242 | 자가조혈모 | 남 | 59 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 243 | 자가조혈모 | 여 | 52 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 244 | 자가조혈모 | 여 | 68 | AL 아밀로이드증(AL amyloidosis) | 급여 |
| 245 | 자가조혈모 | 남 | 59 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 246 | 자가조혈모 | 여 | 46 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 247 | 자가조혈모 | 남 | 62 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 248 | 자가조혈모 | 남 | 69 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 249 | 자가조혈모 | 남 | 67 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 250 | 자가조혈모 | 여 | 53 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 251 | 자가조혈모 | 남 | 57 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 252 | Tandem(자가-자가) | 남 | 3 | 비정형기형/황문근종양(AT/RT)① | 급여 |
| 253 | 자가조혈모 | 남 | 51 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 254 | 자가조혈모 | 남 | 60 | 다발골수종(MM) | 급여 |

| 연번 | 신청구분 | 성별 | 나이 (세) | 진단명 | 결정사항 |
|-----|---------------|----|-----------|---------------------------|------|
| 255 | 자가조혈모 | 남 | 61 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 256 | 자가조혈모 | 남 | 68 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 257 | 자가조혈모 | 남 | 65 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 258 | 자가조혈모 | 남 | 10 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 259 | 자가조혈모 | 남 | 61 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 260 | 자가조혈모 | 여 | 67 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 261 | Tandem(자가-자가) | 여 | 5 | 신경모세포종(Neuroblastoma)Ⓣ | 급여 |
| 262 | 자가조혈모 | 남 | 63 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 263 | 자가조혈모 | 남 | 61 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 264 | 자가조혈모 | 남 | 66 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 265 | 자가조혈모 | 남 | 62 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 266 | 자가조혈모 | 여 | 50 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 267 | 자가조혈모 | 여 | 69 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 268 | 자가조혈모 | 남 | 47 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 269 | 자가조혈모 | 남 | 39 | 호지킨림프종 | 급여 |
| 270 | 자가조혈모 | 남 | 56 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 271 | 자가조혈모 | 남 | 67 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 272 | 자가조혈모 | 남 | 49 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 273 | 자가조혈모 | 여 | 46 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 274 | 자가조혈모 | 여 | 59 | AL 아밀로이드증(AL amyloidosis) | 급여 |
| 275 | 자가조혈모 | 여 | 70 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 276 | 자가조혈모 | 여 | 67 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 277 | 자가조혈모 | 여 | 57 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 278 | 자가조혈모 | 남 | 66 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 279 | 자가조혈모 | 여 | 42 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 280 | 자가조혈모 | 여 | 59 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 281 | 자가조혈모 | 남 | 57 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 282 | Tandem(자가-자가) | 남 | 2 | 신경모세포종(Neuroblastoma)Ⓣ | 급여 |
| 283 | Tandem(자가-자가) | 여 | 4 | 비정형기형/황문근종양(AT/RT)Ⓣ | 급여 |
| 284 | 자가조혈모 | 남 | 56 | POEMS증후군 | 급여 |
| 285 | 자가조혈모 | 남 | 1 | Anaplastic Ependymoma | 급여 |
| 286 | 자가조혈모 | 여 | 57 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 287 | 자가조혈모 | 여 | 47 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 288 | 자가조혈모 | 여 | 51 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 289 | 자가조혈모 | 여 | 58 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 290 | 자가조혈모 | 남 | 54 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 291 | 자가조혈모 | 여 | 51 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 292 | 자가조혈모 | 여 | 62 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 293 | 자가조혈모 | 남 | 53 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 294 | 자가조혈모 | 남 | 52 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 295 | 자가조혈모 | 남 | 43 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 296 | 자가조혈모 | 여 | 67 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 297 | 자가조혈모 | 여 | 50 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 298 | 자가조혈모 | 여 | 51 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 299 | 자가조혈모 | 여 | 53 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 300 | 자가조혈모 | 남 | 62 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 301 | 자가조혈모 | 여 | 62 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 302 | 자가조혈모 | 남 | 58 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 303 | 자가조혈모 | 남 | 57 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 304 | 자가조혈모 | 여 | 44 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 305 | 자가조혈모 | 남 | 15 | 골육종(Osteosarcoma) | 급여 |

| 연번 | 신청구분 | 성별 | 나이 (세) | 진단명 | 결정사항 |
|-----|---------------|----|-----------|-------------------------|------|
| 306 | Tandem(자가-자가) | 여 | 3 | 신경모세포종(Neurolblastoma)① | 급여 |
| 307 | 자가조혈모 | 남 | 58 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 308 | 자가조혈모 | 남 | 58 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 309 | 자가조혈모 | 남 | 62 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 310 | 자가조혈모 | 남 | 66 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 311 | 자가조혈모 | 남 | 64 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 312 | 자가조혈모 | 남 | 60 | 급성골수성백혈병(AML) | 급여 |
| 313 | 자가조혈모 | 여 | 67 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 314 | 자가조혈모 | 여 | 64 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 315 | 자가조혈모 | 여 | 59 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 316 | 자가조혈모 | 여 | 46 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 317 | 자가조혈모 | 여 | 58 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 318 | 자가조혈모 | 남 | 66 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 319 | 자가조혈모 | 남 | 58 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 320 | 자가조혈모 | 여 | 54 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 321 | 자가조혈모 | 남 | 58 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 322 | 자가조혈모 | 남 | 56 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 323 | 자가조혈모 | 남 | 63 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 324 | 자가조혈모 | 남 | 69 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 325 | 자가조혈모 | 남 | 48 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 326 | 자가조혈모 | 여 | 67 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 327 | 자가조혈모 | 여 | 58 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 328 | 자가조혈모 | 남 | 52 | 다발골수종(MM) | 급여 |
| 329 | 자가조혈모 | 남 | 54 | 비호지킨림프종 | 급여 |
| 330 | 자가조혈모 | 남 | 26 | 비호지킨림프종 | 취하 |
| 331 | 자가조혈모 | 여 | 64 | 다발골수종(MM) | 취하 |
| 332 | 자가조혈모 | 남 | 36 | 급성골수성백혈병(AML) | 취하 |
| 333 | 자가조혈모 | 여 | 66 | 비호지킨림프종 | 취하 |