

진료심사평가위원회 심의사례 공개(총 8항목)

- 2021. 8. 27. 공개

연번	제 목	구분	작성자	페이지
			검토자	
1	척추부위에 발생한 혈종 제거술에 대한 추가적용방법	본원	안혜숙	1
			박아현 변호사	
2	척추부위의 경막외 농양 제거술에 대한 추가적용방법	본원	안혜숙	3
			박아현 변호사	
3	척추수술 후 재감압(내시경하 수술 포함) 시 추가적용방법	본원	안혜숙	6
			박아현 변호사	
4	심실 보조장치 치료술(VAD) 영양급여 대상 여부	본원	최혜리	7
			박아현 변호사	
5	Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 및 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 영양급여 대상 여부	본원	심유나	13
			박아현 변호사	
6	Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 영양급여 대상 여부	본원	박은아	19
			박아현 변호사	
7	스트렌식주 영양급여 대상여부	본원	최혜리	22
			박아현 변호사	
8	조혈모세포이식 영양급여/선별급여 대상여부	본원	인희정	24
			신민정 조예서 변호사	

## 1. 척추부위에 발생한 혈종 제거술에 대한 수가적용방법 (3사례)

### ■ 청구내역

#### ○ A사례 (여/70세)

청구 상병명: L2 부위의 골절, 폐쇄성

L4 부위의 골절, 폐쇄성

주요 청구내역: 자470다(2) 척수경막외 종양 및 병소절제[요추]-척추경 또는 척추체를 포함하지 아니한 경우  
1\*1\*1

#### ○ B사례 (남/71세)

청구 상병명: 기타 명시된 추간판전위

달리 분류된 질환에서의 척수병증

기타 명시된 마비증후군

척수의 양성 신생물

주요 청구내역: 자469다(1) 척수경막내종양및병소절제술[요추]-3구간 미만 1\*1\*1

자49-1다주 척추후궁절제술-복잡-요추[제2의수술(중병이상)] 1\*1.2\*1

#### ○ C사례 (여/78세)

청구 상병명: 추간공의 결합조직 및 원반 협착, 요추부위

신경뿌리병증, 요추부

척추협착, 요추부

주요 청구내역: 자46나(3)주3 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추-복잡-Cage를 이용한 추체간  
유합술 1\*1\*1

자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추[제2의수술(중병이상)] 1\*1\*1

자29다 골수염또는골농양수술[골천공술,골개창술,배형성형술,골부분절제술포함]-기타 1\*1\*1

### ■ 진료내역

#### ○ A사례 (여/70세)

[진단명] 1. T12/L1/2/3 경막외 혈종

2. L1,3(old), L2,4(acute) Compression Fx. spondylitis, L1-2 with epidural abscess

[수술명] L1/2 PD, hematoma removal

#### ○ B사례 (남/71세)

[진단명] HNP, lumbar

[수술명] L5-S1 Decompression

[수술소견] 1. darkish hematoma was inside the thecal sac

2. several times of saline irrigation was done

#### ○ C사례 (여/78세)

- 수술일: 2020. 12. 12.

[진단명] Radiculopathy lumbar region

[수술명] Interbody fusion, lumbar and lumbosacral spine

- 수술일: 2020. 12. 16.

[진단명] Radiculopathy lumbar region

[수술명] Evacuation of spinal hematoma

[수술소견] L4-5 fusion state with hematoma formation

→ hematoma evacuation

1. previous incision site로 incision 시행
2. dark bloody hematoma 관찰됨

## ■ 심의결과

- 외상 또는 자연적으로 발생한 경막외 혈종(epidural hematoma)을 제거하는 행위는 수술의 난이도, 소요시간, 위험도 및 수술방법 등을 고려하여 ‘자49-1 척추후궁절제술’에 준하여 산정하고, 여러 level에 시행 시 level 당 산정하여 제1부위는 100%, 제2부위부터는 50%씩 산정하되 최대 200%까지 인정함. 경막내 혈종(intradural hematoma)은 종양 및 그에 준하는 병소에 해당하는 바, ‘자469 척수 경막내 종양 및 병소절제술’로 산정하며, 척추수술 후 동일 부위에 발생한 혈종제거 시 ‘자29다 골수염 또는 골농양수술-기타’로 산정하기로 함.

## ■ 심의내용

- 이 건(3사례)은 척추 부위에 발생한 혈종(Hematoma)으로서 혈종 제거술의 적절한 수가적용방법에 대하여 진료 내역, 관련 급여기준, 전문가 의견 등을 참조하여 논의한 결과 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

- ▶ **A사례** : 제2요추 및 제4요추 폐쇄골절과 제12흉추-제3요추 부위 경막외 혈종 상병으로 제1-2요추간 전후궁절제술(total laminectomy)과 후관절절제술(facetectomy) 시행하고, 동일 부위의 혈종 제거 후 ‘자470다(2) 척수 경막외 종양 및 병소절제술[요추]-척추경 또는 척추체를 포함하지 아니한 경우’를 청구한 것으로, 척추골절 후 발생한 경막외 혈종 제거술이므로 ‘자49-1다 척추후궁절제술-요추 150%’로 인정함.
- ▶ **B사례** : 제5요추-제1천추간 추간판 탈출증 상병으로 제5요추-제1천추 후궁절제술 및 경막절개 후 경막내 혈종을 제거하고 ‘자469다(1) 척수 경막내 종양 및 병소절제술[요추]-3구간 미만’으로 청구한 것으로, 경막내 혈종은 경막내 종양 및 그에 준하는 병소에 해당하는 바, ‘자469다(1) 척수 경막내 종양 및 병소절제술[요추]-3구간 미만’은 인정하나, 제5요추-제1천추간 후궁절제술은 척수 경막내 종양 및 병소절제술을 시행하는 일련의 과정으로 ‘자49-1다주 척추후궁절제술-복잡-요추[제2의수술(중병이상)] 1\*1.2\*1’은 인정하지 아니함.
- ▶ **C사례** : 제4-5요추간 후궁절제 및 유합술 후 발생한 혈종을 수술 4일 후 동일절개 하 제거하고 ‘자29다 골수염 또는 골농양수술-기타’를 청구한 것으로, 수술 후 혈종이 발생하여 재수술을 시행하고 청구한 ‘자29다 골수염 또는 골농양수술-기타’를 인정함.

## ■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (2), (3)

[2021.7.27. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

## 2. 척추부위의 경막외 농양 제거술에 대한 수가적용방법 (3사례)

### ■ 청구내역

#### ○ A사례 (여/73세)

청구 상병명: 추간공의 결합조직 및 원반 협착, 요추부위  
척추협착, 상세불명의 부위  
기타 명시된 추간판전위  
기타 형태의 척추측만증, 요추부

주요 청구내역: 자31 골편절제술 1\*1\*1  
자31-1 골이식술 1\*1\*1  
자46나(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추 1\*1\*1  
자49가(3) 관혈적 추간판제거술[척추후궁절제술포함]-요추[제2의수술(중병이상)] 1\*1\*1  
자49-1다 척추후궁절제술-요추 0.5\*1\*1  
자84가 근농양배농술(요장근농양) 1\*1\*1

#### ○ B사례 (남/81세)

청구 상병명: 척추의 결핵  
육창궤양 및 압박부위 제3단계  
척추내 농양 및 육아종

주요 청구내역: 자46나(3) 척추고정술[기기,기구사용고정포함]-후방고정-요추[제2의수술(중병이상)] 1\*1\*1  
자470다(2) 척수경막외종양및병소절제술[요추]-척추경또는척추체를포함하지아니한 경우 1\*1\*1

#### ○ C사례 (여/71세)

청구 상병명: 척추내 농양 및 육아종  
기타 감염성 척추병증, 요천부  
척추협착, 요천부

주요 청구내역: 자49-1다주 척추후궁절제술-복잡-요추 1\*1.5\*1

### ■ 진료내역

#### ○ A사례 (여/73세)

- 수술일: 2021. 2. 3.

[진단명] 1. Spinal stenosis L3-4-5  
2. Herniated lumbar disc L2-3-4-5  
3. Foraminal stenosis L4  
4. Old compression fracture, T11

[수술명] 1. Posterior decompression by laminectomy L3-4-5, discectomy L4-5, facetectomy L3-4-5, and foraminotomy L4,5 roots  
2. Posterior instrumentation L2-3-4-5 with Iliad pedicle screw system  
3. Posterolateral fusion L2-3-4-5 and posterior lumbar interbody fusion L4-5 with autologous laminar bone and iliac bone graft

- 수술일 : 2021. 2. 17.

[진단명] 1. Postoperative wound separation with discharge  
2. Postoperative status, posterolateral fusion L2-3-4-5, posterior lumbar interbody fusion L4-5

[수술명] 1. Irrigation

2. Debridement

3. Secondary closure

[수술소견] 1. Old operative incision scar at lumbar spine area with discharge was noted

2. Some friable muscle tissue was noted.

3. Serosanguinous fluid collection was noted at previous operation site.

4. No definite pus was noted.

5. No CSF leakage was noted.

6. Mainly reactive tissue fluid and some muscle necroses was noted.

#### ○ B사례 (남/81세)

[진단명] Tbc spondylitis, L1-2 with epidural abscess

[수술명] 1. Percutaneous screws fixation, T12-L3 with cement augmentation

2. Hemilaminectomy of L2, left and removal of abscess

[수술소견] Relatively clear discharge and granulation tissue from epidural space and disc space, L2-3

#### ○ C사례 (여/71세)

[진단명] 1. Infectious spondylitis with epidural abscess formation, L4-5-S1

2. Other infective spondylopathies, lumbar region

[수술명] 1. Decompressive laminectomy

2. Decompressive hemilaminectomy L4-5-S1 Lt. Abscess removal

### ■ 심의결과

- 척추염 등의 원인으로 발생한 경막외 농양(Epidural abscess)을 제거하는 행위는 수술의 난이도 및 소요시간, 위험도, 수술방법 등을 고려하여 자49-1 척추후궁절제술'에 준하여 산정하고, 여러 level에 시행 시 level 당 산정하여 제1부위는 100%, 제2부위부터는 50%씩 산정하되 최대 200%까지 인정함. 척추수술 후 동일 부위에 발생한 농양제거 시 '자29다 골수염 또는 골농양수술-기타'로 산정하기로 함.

### ■ 심의내용

- 이 건(3사례)은 척추 부위에 발생한 경막외 농양(Epidural abscess)으로서 농양 제거술의 적절한 수가적용방법에 대하여 진료내역, 관련 급여기준, 전문가 의견 등을 참조하여 논의한 결과 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

- ▶ A사례 : 후궁절제술, 추간판 제거술 및 유합술을 시행한 2주 후 수술 부위에서 농양을 포함한 분비물(discharge)이 나와 절개 및 배농술, 2차 봉합술 시행하고 '자84가 근농양배농술(요장근농양)'을 청구하여 인정함.
- ▶ B사례 : 결핵성 척추염(Tbc Spondylitis) 상병으로 제2요추 편측 후궁절제술(hemilaminectomy) 후 경막외 농양 제거술과 제12흉추-제3요추간 고정술 시행하였으며, 경막외 농양 제거술에 대해 '자470다(2) 척추 경막외 종양 및 병소절제[요추]-척추경 또는 척추체를 포함하지 아니한 경우'를 청구한 사례로, 농양은 종양이나 그에 준하는 병소에 해당되지 않으므로 '자49-1다 척추후궁절제술-요추 [제2의수술(중병이상)]'로 인정함.

- ▶ **C사례** : 제4요추-제1천추 부위의 감염성 척추병증과 경막외 농양 상병으로 2 level 후궁절제술과 세척 (irrigation)하고 ‘자49-1다 척추후궁절제술-요추 150%’ 청구한 사례로, 경막외 발생한 농양을 배농하기 위해 ‘자49-1 척추후궁절제술’로 적용하는 것이 타당하여 인정함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (2), (3)

[2021.7.27. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

### 3. 척추수술 후 재감압(내시경하 수술 포함) 시 추가적용방법 (1사례)

#### ■ 청구내역

##### ○ A사례 (여/34세)

청구 상병명: 요추간판의 외상성 파열

신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애

요추의 염좌 및 긴장

주요 청구내역: 자49나 내시경하추간판제거술[척추후궁절제술포함] 1\*1\*1

자29다 골수염또는골농양수술[골천공술, 골개창술, 배형성형술, 골부분절제술포함]-기타 1\*1\*1

#### ■ 진료내역

##### ○ A사례 (여/34세)

- 수술일: 2021. 3. 2.

[진단명] Ruptured HNP at L5/S1

[수술명] Biportal Endoscopic Spine Surgery at L5/S1, LT

- 수술일 : 2021. 3. 3.

[진단명] Recurrent & Remained HNP at L5/S1

[수술명] WD Revision & Removal of Recurrent & Remained HNP

#### ■ 심의결과

- 1차 추간판제거술 후 일정기간 무증상(symptom free) 기간 없이 재수술 시에는 불완전한 1차 수술에 대한 재수술에 해당하여 '자29다 골수염 또는 골농양수술-기타'로 산정하며, 1차 수술 후 무증상 기간이 확인된 경우에는 재발로 인한 2차 수술로 보아 1차 수술과는 별개의 수술이므로 '자49 추간판제거술'을 인정토록 함.

#### ■ 심의내용

- 이 건은 제5요추-제1천추간 추간판 탈출증 상병으로 내시경을 이용한 추간판 제거술을 시행하였으나, 증상이 계속되어 다음 날 동일 부위에 탈출된 잔여 추간판 제거 후 '① 자49나 내시경하 추간판제거술과 ② 자29다 골수염 또는 골농양수술-기타'를 청구한 것으로,
- 이 건의 경우 1차 내시경하 추간판제거술 다음날까지 증상이 지속되어 재수술을 시행한 경우로, 2차 수술은 불완전한 1차 수술에 대한 재수술에 해당하므로 '자29다 골수염 또는 골농양수술-기타'로 인정함.

#### ■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (2), (3)

[2021.7.27. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

#### 4. 심실 보조장치 치료술(VAD\*) 요양급여 대상 여부

- 우리원에서는 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2018. 9. 28.시행)에 따라 심실 보조장치 치료술 요양급여 여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2018. 9. 28.시행)에 의거하여
  1. 실시기관은 심실 보조장치 치료술 대상자 사전승인 신청에 대하여 대상자로 결정하는 결과통보(심의일자 기준) 후 3개월 이내에 심실 보조장치 치료술을 실시하여야 함. 다만, 3개월을 경과하여 실시하고자 하는 경우에는 재심의를 신청하여야 함(제8조제7항).
  2. 심실 보조장치 치료술(VAD)의 승인을 받은 실시기관은 시술 후 환자상태, 합병증 발생유무, 시술 성공 여부 등에 대한 임상자료를 축적하여 아래 각 경우의 정해진 시점부터 30일 이내에 건강보험 심사평가원 장에게 제출하여야 함. 다만, 사망, 심장이식 실시 또는 환자 추적 곤란 등으로 더 이상의 임상자료 제출이 어려운 경우에는 사유서를 사유 발생일로부터 30일 이내에 제출하여야 함(제9조제2항).
    - 이식형 좌심실 보조장치 치료술: 퇴원 시, 시술 후 6개월, 시술 후 1년 이내, 시술 1년 이후 매 1년마다
    - 체외형 심실 보조장치 치료술: 시술 후 3개월, 이후 퇴원 시까지 매 3개월마다

\* VAD: Ventricular Assist Device

#### □ 심실 보조장치 치료술(VAD) 실시기관 및 요양급여 대상 여부 심의결과 총괄

심의년월	계	심의결과	실시기관 승인신청		대상자 승인신청	
			이식형	체외형	이식형	체외형
2021.7.	13	승인	-	-	11	1
		불승인	-	-	1	-

□ 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상 여부(총 13사례)

○ 이식형 좌심실 보조장치 치료술(12사례)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
A	남/57세	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, 2012년 ST 분절 상승 심근경색(STEMI)으로 관상동맥중재술(PCI) 시행하고 경과 관찰하였으며, 2020년 11월부터 호흡곤란 악화되는 등 약물치료에도 불구하고 증상 호전되지 않고 정맥 강심제에 의존적임. NYHA class III, INTERMACS level 3, LVEF 14%, LVESD 64mm, LVEDD 75mm 등 말기 심부전 소견 보임.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한기준」 제6조 [별표2]1.-① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 '심장이식 대기자로 등록된 말기 심부전환자의 심장이식 가교 치료시'에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.</p>
B	남/64세	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, 1998년 확장성 심근병증 진단받고 2015년 심장재동기화치료(CRT) 시행하였으며, 이후 심부전 증상 악화되어 입·퇴원 반복중임. 약물치료에도 불구하고 증상 호전되지 않고 정맥 강심제에 의존적이며, NYHA class IV, INTERMACS level 3, LVEF 23%, LVESD 81mm, LVEDD 91mm 등 말기 심부전 소견 보임.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한기준」 제6조 [별표2]1.-① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 '심장이식 대기자로 등록된 말기 심부전환자의 심장이식 가교 치료시'에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.</p>
C	남/66세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로, 2018년 확장성 심근병증 진단받고, 2019년 심율동 전환 제세동기 거치술(ICD) 삽입 후 경과 관찰하였으나 상태 악화되었으며, 약물치료에도 불구하고 증상 호전되지 않고 정맥 강심제에 의존적임. NYHA class IV, INTERMACS level 2, LVEF 15%, LVESD 77mm, LVEDD 84mm 등 말기 심부전 소견 보임.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한기준」 제6조 [별표2]1.-① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 '심장이식 대기자로 등록된 말기 심부전환자의 심장이식 가교 치료시'에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.</p>

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
D	남/48세	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, 2010년 확장성 심근병증 진단받고, 2016년 심율동 전환 제세동기 거치술(ICD) 삽입하고, 2019년 심장재동기화치료(CRT) 시행 후 약물치료에도 불구하고 증상 호전되지 않고, 급성 비보상성 심부전(ADHF) 및 sustained VT로 인한 ICD shock 반복되는 상태임. NYHA class IV, INTERMACS level 2, LVEF 17%, LVESD 91mm, LVEDD 87.2mm 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 말기 심부전환자의 심장이식 가교 치료시에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.</p>
E	남/53세	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, 2008년 확장성 심근병증 진단받고, 약물치료하면서 경과관찰 하였으나 심부전 증상 악화되어 입·퇴원 반복하였으며, 2021년 5월 급성 비보상성 심부전(ADHF)으로 입원하여 심율동 전환 제세동기 거치술(ICD) 삽입하였음. 지속적인 치료에도 불구하고 증상 호전되지 않고 정맥 강심제에 의존적이며, NYHA class IV, INTERMACS level 2, LVEF 18%, LVESD 76mm, LVEDD 84mm 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 말기 심부전환자의 심장이식 가교 치료시'에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.</p>
F	남/69세	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, 2009년 6월 관상동맥 중재술(PCI) 후 심부전 진단받고 2018년 3월 심장재동기화치료(CRT-D), 2019년 11월 관상동맥우회술(CABG) 시행함. 적극적 약물치료에도 불구하고 증상 악화되어 현재 좌심실구혈률 25%, 정맥강심제 의존적이며 NYHA class IV, INTERMACS level 3의 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 말기 심부전환자의 심장이식 가교</p>

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			치료시'에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 심실 보조장치 치료술(VAD)의 요양급여를 인정함.
G	남/52세	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, 2014년 심부전 진단받고 약물치료 시작함. 2021년 6월부터 호흡곤란, 부종 악화되어 현재 정맥강심제 의존적이고 NYHA class IV, INTERMACS level 3, stage D의 말기 심부전 소견 보이며 우심도자상 폐고혈압 확인됨.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제6조 [별표2]1.-① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 '심장이식 대기자로 등록된 말기 심부전환자의 심장이식 가교 치료시'에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 심실 보조장치 치료술(VAD)의 요양급여를 인정함.</p>
H	여/55세	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, 2013년부터 약물치료 하였으나 호흡곤란, 좌심실 기능부전으로 인한 저혈압 지속됨. 2021년 6월 입원 시 심실빈맥에 의한 심정지 발생하여 심폐소생술 시행하였고 현재 정맥강심제 의존적이며, NYHA class IV, INTERMACS level 3의 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 말기 심부전환자의 심장이식 가교 치료시'에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 심실 보조장치 치료술(VAD)의 요양급여를 인정함.</p>
I	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 확장성 심근병증 환자로, 2012년 10월 심율동 전환 제세동기 거치술(ICD) 시행 후 안정적 경과 보임. 2021년 4월 심부전 악화되어 현재 좌심실 구혈률 16%, 정맥강심제 의존적이고 NYHA class III, INTERMACS level 3의 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 말기 심부전환자의 심장이식 가교 치료시'에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 심실 보조장치 치료술(VAD)의 요양급여를 인정함.</p>

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
J	남/64세	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 진단받고 약물치료 중 2019년 심인성 실신으로 심율동 전환 제세동기 거치술(ICD) 시행함. 최근 심부전 악화되어 중환자실 입원하였고 심인성 쇼크 진행 중이며 빈맥으로 인해 추가적 강심제 투여 어려운 상태로 NYHA class IV, INTERMACS level 2의 말기 심부전 소견 보임.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한기준」 제6조 [별표2]1.-① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 ‘심장이식 대기자로 등록된 말기 심부전환자의 심장이식 가교 치료시’에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 심실 보조장치 치료술(VAD)의 요양급여를 인정함.</p>
K	남/49세	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, 2020년 3월 심근경색으로 관상동맥중재술(PCI) 후 약물 치료 중임. 최근 2개월간 심부전 악화로 2차례 입퇴원 반복하였고 현재 좌심실구혈률 22%, 중증 폐고혈압, 정맥강심제 의존적이며 NYHA class IV, INTERMACS level 3의 말기 심부전 소견 보임.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한기준」 제6조 [별표2]1.-① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 ‘심장이식 대기자로 등록된 말기 심부전환자의 심장이식 가교 치료시’에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 심실 보조장치 치료술(VAD)의 요양급여를 인정함.</p>
L	남/61세	불승인	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로, 2020년 7월 경피적 관상동맥성형술(PTCA) 시행 후 추적관찰 중 상태 악화되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 승인 신청 하였음. 제출된 진료기록 등을 확인한 결과, 2020년 7월 발병 이후 관상동맥 상태 확인을 비롯한 전반적인 검사가 이루어지지 않았고, 말기심부전으로 판단할만한 객관적 소견을 찾을 수 없으며, 최근 악화된 심부전에 대한 치료기간이 불명확함.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한기준」 제6조 [별표2]1.-① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 ‘심장이식 대기자로 등록된 말기 심부전환자의 심장이식 가교 치료시’에 해당하지 않으므로 심실 보조장치 치료술(VAD)의 요양급여를 인정하지 아니함.</p>

○ 체외형 좌심실 보조장치 치료술(1사례)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
A	남/6개월	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 팔로네징후 진단받은 생후 6개월 환아로, 생후 4개월 교정술 후 좌심실 기능 저하로 체외막 산소공급(ECMO) 치료함. 현재 확장성 심근병증 급성 악화로 좌심 기능부전 지속되면서 정맥강심제 및 기계환기 유지 중이며 NYHA class IV, INTERMACS level 1의 말기 심부전 소견 보임.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제6조 [별표2] 1.- ② 체외형 심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 ‘재태연령 37주 이상이고 체중 3kg 이상인 경우부터 18세 미만의 심장이식 대기자로 등록된 중증 심부전 환자’, 1) ‘최대한의 심부전 치료에도 불구하고 NYHA IV 수준의 심부전이 지속되고, 강심제에 의존하며 전신 장기기능이 진행성으로 악화된 경우’에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.</p>

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

- 위원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부 고시 제2020-305호, 2021. 1. 1. 시행 및 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행)에 따라 솔리리스주 및 울토미리스주 요양급여 대상여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- 「Eculizumab(품명: 솔리리스주) 사전승인에 관한 방법 및 절차」(건강보험심사평가원 공고 제2018-165호, 2018. 7. 1. 시행) 및 「Ravulizumab(품명: 울토미리스주) 사전승인 등에 관한 방법 및 절차」(건강보험심사평가원 공고 제2021-165호, 2021. 6. 7. 시행)에 의거하여
  1. 사전승인 신청기관은 사전승인 신청에 대한 심의결과를 통보 받은 날부터 60일 이내에 솔리리스주 또는 울토미리스주를 투여하여야 함. 다만, 60일을 경과하여 투여하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함(제4조제2항).
  2. 솔리리스주 또는 울토미리스주의 요양급여 승인을 받은 요양기관은 6개월마다 위 공고 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 작성하여 위원에 제출하여야 함. 또한, 솔리리스주 비정형 용혈성 요독 증후군의 경우 위 공고 별지 제3호 서식에 따라 치료 시작 후 2개월에 초기 모니터링 보고서를 추가 제출하여야 함(제8조제1항). 모니터링 보고서를 부득이한 사유로 제출할 수 없는 경우에는 1회(15일)에 한하여 자료제출 기간을 연장할 수 있음(제8조제2항).

### □ 심의결과

(단위: 사례)

심의년월	약제명	상병명	접수	승인신청		재심의 승인신청		모니터링	
				승인	불승인	승인	불승인	승인	불승인
총계			44	40	4	-	-	-	-
2021. 7.	솔리리스주	비정형 용혈성 요독 증후군	3	0	3	-	-	-	-
	울토미리스주	발작성 야간 혈색소뇨증	41	40	1	-	-	-	-

[Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 대상여부]

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

○ 승인신청(3사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2021. 7.	A	남/37	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2020-305호, 2021. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 2021년 5월 악성고혈압으로 입원치료 중 시행한 신장조직검사에서 고혈압성 신장병이 확인된 환자로서, 6월 23일 호흡곤란으로 재입원 후 비정형 용혈성 요독 증후군으로 진단하며 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 분열적혈구 관찰 소견이 호전되어 위 고시 제1호나목1)투여대상에서 정한 가)활성형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않음. 또한, WBC 및 CRP 상승, 신장조직검사 소견 등 참고하여 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목2) 자)기타 이차성 용혈성 요독 증후군에 따른 제외대상에 해당되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인
	B	남/90	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2020-305호, 2021. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 전이성 신장암으로 항암치료 중인 환자로서, 전신 위약감으로 입원 후 혈전미세혈관병증 소견이 확인되어 지속적신대체요법, 혈장교환술을 시행하였으나 임상경과가 호전되지 않아 비정형 용혈성 요독 증후군으로 진단하며 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, eGFR이 정상으로 회복되어 위 고시 제1호나목1)투여대상에서 정한 나)신장손상에 적합하지 않으며, 악성종양, 항암제 등 약물로 인한 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목2) 나) 활동성 악성종양 및 마)약물에 따른 제외대상에 해당되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
	C	남/45	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2020-305호, 2021. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 구토, 경련 등으로 내원하여 시행한 검사 상 다발성 뇌경색으로 진단된 환자로서 혈전미세혈관병증 및 신기능 저하 소견 확인되어 혈장교환술 등 시행하였으나 임상경과가 호전되지 않아 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, LDH 정상 상한치 1.5배 미만으로 위 고시 제1호나목1)투여대상에서 정한 가)활성형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않으며, 자가면역항체 양성, 파종성혈관내응고증 소견 등 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목2) 자)기타 이차성 용혈성 요독 증후군에 따른 제외대상에 해당되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인

[Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 대상여부]

□ 발작성 야간 혈색소뇨증(PNH: paroxysmal nocturnal hemoglobinuria)

○ 승인신청(41사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2021.7.	A	여/34	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호는 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 승인 후 투여 중 임상연구로 전환하여 6개월마다 모니터링을 지속하던 환자로서 2021.6.24. 솔리리스주 및 울토미리스주 분과위원회 심의결과 임상연구 기간 동안 LDH 정상 상한치 1.5배 초과 지속여부를 확인할 수 없으므로 자료보완 후 재심의기로 한 사례임.</p> <p>추가로 제출된 진료기록을 확인한 결과, 위 고시 제3호에서 정한 위원회의 의학적 판단에 따른 결정으로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 승인 신청을 승인 하며, 투여 후 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함. 또한 추후('21년 8월 또는 10월) Eculizumab 주사제 투여종료 보고서를 제출토록 함.</p>	승인
	B	남/59	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호는 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 승인 후 6개월 이상 투여 지속 중인 환자로서 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, LDH 정상 상한치의 1.5배 초과로 위 고시 제1호 발작성 야간 혈색소뇨증 1)투여대상 나)에 적합하지 않으므로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)를 요양급여 승인 신청을 불승인함.</p>	불승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
	C	남/88	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호는 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 승인 후 6개월 이상 투여 지속하며 LDH 정상 상한치 1.5배 이하인 환자로서 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 위 고시 제1호 발작성 야간 혈색소뇨증 1)투여대상에 적합하고 2)제외대상에 해당되지 않으므로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 승인 신청을 승인하며, 투여 후 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함. 또한 추후('21년 8월 또는 10월) 솔리리스주 투여종료 보고서를 제출토록 함.</p>	승인
	D	남/72		
	E	남/42		
	F	여/44		
	G	남/42		
	H	여/74		
	I	남/71		
	J	여/80		
	K	여/52		
	L	남/40		
	M	여/67		
	N	남/56		
	O	여/30		
	P	남/44		
	Q	여/52		
	R	남/55		
	S	여/38		
	T	남/58		
	U	여/55		
	V	남/34		
	W	남/59		
	X	남/81		
	Y	남/54		
	Z	여/57		
	Z1	남/81		

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
	Z2	여/43		
	Z3	남/66		
	Z4	남/41		
	Z5	여/33		
	Z6	여/26		
	Z7	여/19		
	Z8	여/52		
	Z9	여/33		
	Z10	남/72		
	Z11	남/60		
	Z12	남/20		
	Z13	남/77		
	Z14	남/70		
	Z15	남/46		

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

- 우리원에서는「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 따라 스피라자주 영양급여 여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- 「Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 사전승인 등에 관한 세부사항」건강보험심사평가원 공고 (제 2019-107호, 2019. 4. 8.시행)에 의거하여
  1. 스피라자주의 영양급여를 신청하고자 하는 경우에는 별지 제1호 서식에 따른 스피라자주 영양급여 신청서를 제출하여야 함(제3조제1항).
  2. 스피라자주 영양급여를 승인받은 경우 4개월마다 유지용량 투여 전 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 제출하여야 함(제7조제1항).
  3. 사전승인 신청기관은 영양급여대상으로 승인받은 경우 심의결과를 통보 받은 날부터 60일 이내에 스피라자주를 투여하여야 하고, 60일을 경과하여 투여하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함(제3조제2항).

### □ 스피라자주 영양급여 대상여부(37사례)

(단위: 건)

합계	스피라자주 영양급여 신청					스피라자주 투여 모니터링 보고					
	소계	승인	조건부 승인	불승인	자료 보완	소계	승인	조건부 승인	불승인	자료 보완	종료
37	3	2	-	1	-	34	34	-	-	-	-

#### 가. 스피라자주 영양급여 신청(3사례)

- 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시 (제2019-69호, 2019. 4. 8. 시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목에서는 스피라자주의 투여대상으로 5q 척수성 근위축증 환자로서 1) 5q SMN-1 유전자의 결손 또는 변이의 유전자적 진단, 2) 만 3세 이하에 SMA 관련 임상 증상과 징후 발현, 3) 영구적 인공 호흡기를 사용하고 있지 않는 경우 모두를 만족 하는 경우에 인정하고 있음.

심의년월	사례	성별/나이	진단명	심의결과	심의내용
2021. 7.	A	여/3세	SMA type II	승인	이 건은 급여기준의 투여대상 조건에 부합하므로 스피라자주를 영양급여 대상으로 승인함.
	B	남/36세	SMA type III	불승인	이 건은 제출된 자료로 만3세(36개월) 이하에 척수성 근위축증 관련 증상과 징후 발현이 명확하게 확인되지 않아 스피라자주를 영양급여 대상으로 승인하지 아니함.
	C	남/19세	SMA type II	승인	이 건은 급여기준의 투여대상 조건에 부합하므로 스피라자주를 영양급여 대상으로 승인함.

○ 투여 유지여부(34사례)

심의년월	성명	성별/나이	진단명	최초투여일	예정차수	심의결과	심의내용
2021. 7.	D	남/14세	SMA type II	'20. 5. 14.	7	승인	이 건은 제출된 운동 기능평가 결과 직전 평가시점과 비교하여 운동 기능의 유지가 확인되는 등 「요양 급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」보건복지부 고시 (2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2 의 세부인정기준 및 방법 제1호 다. 목에서 정한 중단기준에 해당하지 아니하여, 급여기준에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	E	여/22세	SMA type II	'20. 1. 15.	8	승인	
	F	남/25세	'SMA type III	'20. 1. 20.	8	승인	
	G	남/15세	SMA type II	'20. 1. 16.	8	승인	
	H	남/16세	'SMA type III	'19. 12. 16.	8	승인	
	I	여/13세	SMA type II	'19. 8. 5.	9	승인	
	J	남/7세	SMA type II	'19. 9. 30.	9	승인	
	K	여/24세	SMA type I	'19. 9. 27.	9	승인	
	L	여/13세	SMA type II	'19. 8. 28.	9	승인	
	M	남/18세	SMA type II	'19. 10. 1.	9	승인	
	N	여/27세	SMA type II	'19. 10. 26.	9	승인	
	O	여/4세	SMA type II	'19. 5. 15.	10	승인	
	P	여/8세	SMA type II	'19. 5. 15.	10	승인	
	Q	여/3세	SMA type II	'19. 5. 14.	10	승인	
	R	여/15세	SMA type II	'19. 6. 4.	10	승인	
	S	여/7세	SMA type II	'19. 5. 31.	10	승인	
	T	남/17세	SMA type II	'19. 6. 4.	10	승인	
	U	여/11개월	SMA type I	'21. 1. 21.	5	승인	
	V	남/33세	SMA type II	'20. 10. 8.	6	승인	

심의년월	성명	성별/나이	진단명	최초투여일	예정차수	심의결과	심의내용
	W	남/30세	SMA type II	'20. 1. 15.	8	승인	이 건은 제출된 운동 기능평가 결과 직전 평가시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되는 등 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」보건복지부 고시(2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다.목에서 정한 중단기준에 해당하지 아니하여, 급여기준에 부합하므로 스핀라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	X	여/15세	SMA type II	'19. 9. 24.	9	승인	
	Y	남/37세	SMA type II	'19. 10. 22.	9	승인	
	Z	남/32세	SMA type II	'19. 7. 30.	9	승인	
	Z1	여/12세	SMA type II	'19. 6. 6.	10	승인	
	Z2	여/8세	SMA type II	'18. 5. 21.	13	승인	
	Z3	남/1세	SMA type I	'20. 6. 2.	7	승인	
	Z4	여/27세	SMA type II	'20. 1. 9.	8	승인	
	Z5	여/18세	SMA type II	'20. 1. 14.	8	승인	
	Z6	여/23세	SMA type II	'20. 2. 7.	8	승인	
	Z7	여/6세	SMA type I	'19. 5. 27.	10	승인	
	Z8	여/8세	SMA type II	'19. 5. 27.	10	승인	
	Z9	여/13세	SMA type II	'19. 6. 4.	10	승인	
	Z10	여/12세	SMA type II	'19. 5. 31.	10	승인	
	Z11	여/11개월	SMA type I	'20. 10. 19.	6	승인	

## 7. 스트렌식주 영양급여 대상 여부

- 우리원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 Asfotase alfa 주사제(품명: 스트렌식주40mg/mL 등) 보건복지부 고시(제2020-107호(약제), 2020. 6. 1.시행)에 따라 요양급여 여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- 「Asfotase alfa 주사제(품명: 스트렌식주) 사전승인 등에 관한 세부사항」 건강보험심사평가원 공고(제2020-166호, 2020. 6.1. 시행)에 따라
  1. 스트렌식주의 영양급여를 신청하고자 하는 경우에는 별지 제1호 서식에 따른 스트렌식주 영양급여 사전승인 신청서를 제출하여야 함(제3조제1항).
  2. 스트렌식주 영양급여를 승인받은 요양기관은 치료시작 후 3개월, 6개월, 이후에는 6개월마다 유지용량 투여 전 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 제출하여야 함(제7조제1항)
  3. 사전승인 신청기관은 요양급여대상으로 승인받은 경우 심의결과를 통보받은 날부터 60일 이내에 스트렌식주를 투여하여야 하고, 60일을 경과하여 투여하게 되는 경우에는 재신청하여야 함(제3조제2항).

### □ 스트렌식주 영양급여 대상여부 심의결과 총괄

(단위: 건)

심의년월	합계	스트렌식주 영양급여 신청					스트렌식주 투여 모니터링 보고					
		소계	승인 (급여)	전액 본인부담	불승인	자료 보완	소계	승인 (급여)	전액 본인부담	불승인	자료 보완	종료
2021. 7.	2	-	-	-	-	-	2	2	-	-	-	-

### □ 스트렌식주 투여 모니터링 보고-투여 유지여부(2사례)

사례	성별/나이	최초 투여일	투여예정 (급여)차수	심의결과	심의내용
A	남/7세	'16.1.11	13(3)	승인 (급여)	「스트렌식주 급여기준(보건복지부 고시 제 2020-107호, 2020.6.1.시행)」 1-라-1) 치료 시작 1년 후 환자군별 투여 중지 기준에서 '그 외 만18세 이하 환자' 는 1) 키의 소실이 일어나거나 감소, 2) 6분보행검사에서 개선이 없거나 기대치를 달성하지 못한 경우(치료 전 검사 대비 <25m 또는 <10% 증가) 혹은 Bleck 점수가 1단계 이상 하락한 경우, 3) 진통제 투여 횟수의 유의한 감소를 달성하지 못했거나 PedsQL로 측정된 삶의 질에서 개선을 달성하지 못한 경우 중 2개 이상에 해당하는 경우 투약을 중지하여야 한다고 정하고 있음. 이 사례는 직전 평가 시점과 비교하여 최근 6개월간 키 2.3cm 성장, Bleck score 1, 통증 scale 0, PedsQL

사례	성별/나이	최초 투여일	투여예정 (급여)차수	심의결과	심의내용
					(대상자) 호전(1,250→1,400), PedsQL(보호자) 호전(550→1,375) 등이 확인되어 투여 중지기준에 해당하지 않으므로 스트렌식주 영양급여 대상으로 승인함.
B	남/5세	'16.6.22	12(3)	승 인 (급여)	<p>「스트렌식주 급여기준(보건복지부 고시 제 2020-107호, 2020. 6. 1.시행)」 1-라-1) 치료 시작 1년 후 환자군별 투여 중지 기준에서 ‘그 외 만18세 이하 환자’는 1) 키의 소실이 일어나거나 감소, 2) 6분보행검사에서 개선이 없거나 기대치를 달성하지 못한 경우(치료 전 검사 대비 &lt;25m 또는 &lt;10% 증가) 혹은 Bleck 점수가 1단계 이상 하락한 경우, 3) 진통제 투여 횟수의 유의한 감소를 달성하지 못했거나 PedsQL로 측정된 삶의 질에서 개선을 달성하지 못한 경우 중 2개 이상에 해당하는 경우 투약을 중지하여야 한다고 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 직전 평가 시점과 비교하여 최근 6개월간 키 4.6cm 성장, 6분보행검사 호전(294.5m→327.2m), 통증 scale 0, PedsQL(보호자) 호전(1,825→1,950) 등이 확인되어 투여 중지기준에 해당하지 않으므로 스트렌식주 영양급여 대상으로 승인함.</p>

## 8. 조혈모세포이식 영양급여 및 선별급여 대상 여부

- 우리원에서는 「조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2019-189호, 2019. 9. 1.시행)에 따라 조혈모세포이식 영양급여 또는 선별급여 여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- 조혈모세포이식 실시 대상자는 진료심사평가위원회의 심의 결과 영양급여 기준에 적합한 경우는 영양급여대상으로 인정하며, 적합하지 않은 경우에도 선별급여대상으로 인정 할 수 있음.
  - 선별급여대상 환자가 **조혈모세포이식을 시행받기 위해 입원한 경우**, 「조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행)」 제4조제3항 [별표3] 선별급여대상자 영양급여비용 산정방법에 따라 **이식과 직접 관련된 진료기간(조혈모세포 주입 전 1주부터 주입 후 2주)의 영양급여비용(이식술료, 이식과 관련된 입원료[무균 치료실료 포함], 시술 전·후 처치 등)에 대하여는 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.**
  - 그 외의 기간에 이루어지는 진료비(검사와 합병증 및 후유증 진료비 등)에 대하여는 **국민건강보험법 시행령 [별표2] 및 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준에 따라 본인부담률을 적용함.**

### □ 조혈모세포이식 대상자 승인

#### ○ 심의결과

구분	계	동종	제대혈	자가	비고
<b>총 접수</b>	347	203	8	136	
처리결과	요양급여	140	7	116	
	선별급여	59	1	20	
	취하	4	4	-	-

※ 신청기관 : 40개 요양기관

#### ○ 심의내용

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
동종	총 203건	요양급여 : 140건	급성골수성백혈병 : 51건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음. 가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우  이 건은 급성골수성백혈병으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우에 해당하여 영양급여대상으로 승인함.

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			<p>급성림프모구백혈병 : 34건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 (나) t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 (다) 염색체수 44 미만</p> <p>(2) 진단시 1세 미만 (3) 백혈구 수 <math>100 \times 10^9/L</math> 이상 (4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (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 급성림프모구백혈병으로 진단 시 15세 이상으로 1차 완전관해된 경우, 2차 이상 완전관해 된 경우 또는 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 위 고시된 고위험군 중 하나에 해당한 경우 등 중 어느 하나에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>골수형성이상증후군 : 21건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음(소아는 사례별로 결정함).</p> <p>(1) 고위험군인 경우 (가) IPSS: Intermediate-2 또는 high (나) IPSS-R, WPSS: high 또는 very high</p> <p>(2) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 (가) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) <math>500/\mu l</math> 이하</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>이면서 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하</p> <p>(나) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 고위험군인 경우 또는 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu</math>l 이하이면서 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하 등을 만족하는 중간위험군에 해당하여 영양급여대상으로 승인함.</p>
			비호지킨림프종 : 8건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상) [별표2] 2-가-7)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우</p> <p>(나) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외)</p> <p>(다) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(2) 표준항암화학요법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 한다.</p> <p>(가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma</p> <p>(나) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma</p> <p>(다) Mantle Cell Lymphoma</p> <p>(라) Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>(마) Burkitt Lymphoma</p> <p>(바) Peripheral T-cell Lymphoma</p> <p>(사) Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상</p> <p>(아) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(자) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이면서 위 (1)의 (가)~(다)에 해당하거나, 표준항암화학요법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 위 (2)의 (가)~(자) 중 어느 하나에 해당하여 영양급</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			<p>중증재생불량성빈혈 : 12건</p>	<p>여대상으로 승인함.</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), 말초혈액 검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 절대호중구수(ANC)가 500/<math>\mu</math>l 이하  나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x10<sup>9</sup>/L  다) 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu</math>l 이하 및 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하 등이 확인되어 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>일차골수섬유증 : 8건</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 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 일차골수섬유증으로 DIPSS plus risk category 중 고위험도(High risk) 또는 중등위험도-2(Intermediate-2)에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>만성골수성백혈병 : 3건</p>	<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 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 티로신 키나제 억제제(TKI)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상)  나) T315I mutation 확인된 경우</p> <p>이 건은 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 티로신 키나제 억제제(TKI) 2개에 실패하거나 불내성을 보이는</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			혈구포식림프조직구증 : 1건	<p>경우 등에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</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) 또는 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 확인된 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있으며, 비가족성(비유전적)혈구포식림프조직구증 중에서 호전된 경우는 사례별로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 확인된 경우에 해당하며, 호전되지 않아 요양급여대상으로 승인함.</p>
			다발골수종 : 1건	<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 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) ECOG 수행능력평가 0-1 나) 부분반응(Partial Response) 이상인 경우 다) 만성신부전이 아닌 경우</p> <p>이 건은 다발골수종으로 ECOG 수행능력평가 0-1, 부분반응 이상, 만성신부전이 아닌 경우에 모두 해당하여 요양급여 대상으로 승인함.</p>
			Chronic neutrophilic leukemia : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 제4항에 의하면, 심사평가원장은 가입자등이 [별표2]의 요건을 충족하지 못하나 진료심사평가위원회가 심의를 통해 요양급여의 필요성을 인정하는 경우에는 제3항에도 불구하고 요양급여 대상으로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 [별표2] 조혈모세포이식 요양급여의 대상자 기준의 질병에 해당하지 않으나, 제출된 자료를 참고하여 진료심사평가위원회의 심의를 통해 요양급여의 필요성을 인정하는 경우에 해당하므로 요양급여대상으로 승인함.</p>
	선별급여 : 59건		급성골수성백혈병 : 29건	<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 요양급여 대</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>상자로 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 완전관해가 확인되지 않아 영양급여기준에 적합하지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-나에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</p> <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우 - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.</p> <p>제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우에 해당하나, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 영양급여기준에 적합하지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상 [별표2] 1-다에 의하면, 조혈모세포 2차 이식은 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병에 해당하나, 2차가 아닌 3차 조혈모세포이식을 실시하는 경우이므로 위의 요양급여기준에 해당하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만70세 이상으로 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			급성림프모구백혈병 : 8건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-나에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</p> <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우 - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.  제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 비혈연관계에서 1 locus가 불일치하는 경우로, 위의 나) 비혈연관계에 있는 경우 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정하는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우  나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우  (가) t(9;22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성  (나) t(v;11q23) 또는 MLL 재배열  (다) 염색체수 44 미만</p> <p>(2) 진단시 1세 미만  (3) 백혈구 수 <math>100 \times 10^9/L</math> 이상  (4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우  (5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Poor Steroid Response  (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사서 백혈병세포가 존재하는 경우)  (다) Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 3차 이상 완전관해된 경우에 해당하여 요양급여기</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1. 시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1. 시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만70세 이상으로 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1. 시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>골수형성이상증후군 : 7건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1. 시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음(소아는 사례별로 결정함).</p> <p>(1) 고위험군인 경우  (가) IPSS: Intermediate-2 또는 high  (나) IPSS-R, WPSS: high 또는 very high</p> <p>(2) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우  (가) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu\text{l}</math> 이하 이면서 혈소판 20,000/<math>\mu\text{l}</math> 이하  (나) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p> <p>이 건은 성인으로 고위험군 또는 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu\text{l}</math> 이하이면서 혈소판 20,000/<math>\mu\text{l}</math> 이하 등을 만족하는 중간위험군으로 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상 [별표2] 1-다에 의하면, 조혈모세포 2차 이식은 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군 상병에서 2차 조혈모세포이식 예정인 건으로써, 위의 급성골수성백혈병, 급성림프모구백혈병, 중증재생불량성빈혈에 해당하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만70세 이상으로 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-나에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우  - 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>- 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>- 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.</p> <p>제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우에 해당하나, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			비호지킨림프종 : 8건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-7)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우</p> <p>(나) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (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>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>(아) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (자) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>이 건은 1차 표준항암화학요법 및 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-나에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</p> <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우 - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.</p> <p>제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우에 해당하나, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			중증재생불량성빈혈 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-나에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 locus 불일치까지 인정한다.</li> </ul> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</li> </ul> <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.</li> </ul> <p>제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우에 해당하나, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 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), 말초혈액 검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 절대호중구수(ANC)가 500/<math>\mu</math>l 이하</p> <p>나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x10<sup>9</sup>/L</p> <p>다) 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으나 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu</math>l 이하 및 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하 등 말초혈액검사 결과 중 2개 이상의 소견이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>다발성골수종 : 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 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) ECOG 수행능력평가 0-1 나) 부분반응(Partial Response) 이상인 경우 다) 만성신부전이 아닌 경우</p> <p>이 건은 부분반응 이상이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-나에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다. 나) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다. 다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우 - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.</p> <p>제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 공여자의 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형의 일치 여부 및 위 가)~다)를 확인할 수 없어 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			신경모세포종 : 2건	<p>행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상 [별표2] 1-다에 의하면, 조혈모세포 2차 이식은 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 신경모세포종 상병에서 3차 조혈모세포이식 예정으로써, 위의 급성골수성백혈병, 급성림프모구백혈병, 중증 재생불량성빈혈에 해당하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				Sideroblastic anemia : 1건
			취하 : 4건	
제대혈	총 8건	요양급여 : 7건	급성골수성백혈병 : 2건	<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 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</li> </ul> <p>나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</li> </ul> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 1차 또는 2차 혈액학적 완</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			<p>급성림프모구백혈병 : 3건</p>	<p>전관해된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.  조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.  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 10<sup>9</sup>/L 이상  (4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우  (5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우  (가) Poor Steroid Response  (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수 검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)  (다) Early T cell Precursor Phenotype  다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우  라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단 시 15세 이상으로 1차 완전관해된 경우 또는 2차 이상 완전관해 된 경우 또는 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 위 고시된 고위험군 중 하나에 해당한 경우 등 중 어느 하나에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>골수형성이상증후군 : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음(소아는 사례별로 결정함).  (1) 고위험군인 경우  (가) IPSS: Intermediate-2 또는 high  (나) IPSS-R, WPSS: high 또는 very high</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>(2) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu</math>l 이하 이면서 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하</p> <p>(나) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 고위험군인 경우 중 WPSS high에 해당하여 영양급여대상으로 승인함.</p>
			1차 면역결핍질환 : 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상) [별표2] 2-가-14)에 의하면, 1차 면역결핍질환(Primary Immunodeficiencies)은 다음에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) Wiskott-Aldrich Syndrome 임상 양상 및 유전자검사 또는 질환의 특이검사 등으로 진단된 경우</p> <p>나) 중증 복합면역결핍증(Severe Combined Immunodeficiencies, SCIDs) 임상 양상 및 유전자검사 또는 질환의 특이검사 등으로 진단된 경우 사례별로 인정한다.</p> <p>이 건은 1차 면역결핍질환으로 임상 양상 및 유전자 검사 또는 질환의 특이검사 등으로 진단된 경우에 해당하여 영양급여대상으로 승인함.</p>
		선별급여 : 1건	급성림프모구백혈병 : 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우</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>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>(3) 백혈구 수 100 X 10<sup>9</sup>/L 이상  (4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우  (5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우  (가) Poor Steroid Response  (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수 검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)  (다) Early T cell Precursor Phenotype  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 <b>혈액학적 완전관해 상태가 아니며</b>, 급성림프모구 백혈병으로 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
자가	총 136건	요양급여 : 116건	다발골수종 : 57건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-4)-가)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.  이 건은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하여 요양급여대상으로 승인함.
			비호지킨림프종 : 34건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-1)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 (1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음. (가) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 (나) Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 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

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>(단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)  (바) Primary CNS Lymphoma  또한, (2) 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.  (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<sup>≡</sup>  (바) Peripheral T-cell Lymphoma  (사) Extranodal NK/T-cell Lymphoma  (아) Primary CNS Lymphoma</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이면서 위 (1)의 (가)~(바) 중 어느 하나에 해당하거나, 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 위 (2)의 (가)~(아) 중 어느 하나에 해당하므로 요양급여대상으로 승인함.</p>
			급성골수성백혈병 : 5건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-2)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 요양급여 인정기준은 다음과 같음.  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 급성전골수성백혈병에서 2차 분자생물학적 관해된 경우에 해당하거나 급성골수모구성백혈병에서 1차 혈액학적 완전관해인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			호지킨림프종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-1)-나)에 의하면, 전형호지킨 림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>이 건은 호지킨림프종으로 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>신경모세포종 : 4건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-5)에 의하면, 신경모세포종(Neurolblastoma)은 다음의 경우 요양급여로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 다음 중 하나에 해당하며 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상인 경우</p> <p>(1) 진단 시 1세 이상이면서 stage IV</p> <p>(2) N-myc 증폭(+인 stage II 이상</p> <p>나) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 경우</p> <p>이 건은 신경모세포종으로 진단 시 위 가)의 (1)~(2)에 해당하며 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상이거나, 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>AL 아밀로이드증 : 3건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-4)-나)에 의하면, AL 아밀로이드증(AL amyloidosis)은 IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증(AL amyloidosis) 진단기준에 만족하는 경우. 다만, ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하면서 장기부전(심·신·간·폐부전)이 아닌 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증 (AL amyloidosis) 진단기준에 만족하고 ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하면서 장기부전(심·신·간·폐부전)이 아닌 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>생식세포종 : 2건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-7)에 의하면, 생식세포종(Germ Cell Tumor)은 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 생식세포종으로 재발 후 구제항암화학요법에 부</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>소아뇌종양 : 3건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-9)에 의하면, 소아뇌종양은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) 수모세포종(Medulloblastoma)</p> <p>(가) 진단 시 3세 이하</p> <p>(나) 수술 후 잔여 종괴가 1.5cm<sup>2</sup> 이상인 경우</p> <p>(다) 두개강 내 전이가 있는 경우</p> <p>(라) Anaplastic type</p> <p>(2) 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT)</p> <p>(3) Germ Cell Tumor와 Anaplastic Ependymoma : 3세 미만인 경우</p> <p>나) 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>이 건은 소아뇌종양으로 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우이면서 위 (1)~(3) 중 하나에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>유령종양 : 3건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-6)에 의하면, 유령종양의 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 ( &gt;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 유령종양으로 진단 시 (1)~(3)의 고위험군에 해당하며 부분반응 이상을 보이거나, 위 나) 또는 다)의 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			골육종 : 4건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상) [별표2] 2-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 수술 및 항암치료 후 완전관해된 경우 또는 재발 후 국소적 치료 및 구제 항암화학요법으로 2차 완전관해 된 경우에 해당하여 영양급여대상으로 승인함.</p>
	선별급여 : 20건		비호지킨림프종 : 11건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상)[별표2] 2-나-1)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 (1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 (나) Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 (다) Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) (라) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) (마) Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) (바) Primary CNS Lymphoma</p> <p>또한, (2) 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma, Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia (나) Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름) (다) Mantle Cell Lymphoma (라) Diffuse Large B Cell Lymphoma (마) Burkitt Lymphoma (바) Peripheral T-cell Lymphoma (사) Extranodal NK/T-cell Lymphoma (아) Primary CNS Lymphoma</p> <p>이 건은 비호지킨림프종(Diffuse Large B Cell Lymphoma)</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>으로 “LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV” 에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 자가조혈모세포이식에 적합한 골수상태가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 1차 표준항암화학요법 및 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만 70세 이상으로 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			호지킨림프종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-1)-나)에 의하면, 전형호지킨 림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>이 건은 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포 이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>다발골수종 : 3건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-4)-가)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단 근거가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>생식세포종 : 3건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-7)에 의하면, 생식세포종(Germ Cell Tumor)은 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포 이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)은 다음 중 하나에 해당하는 경우에 요양급여 대상자로</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>인정하고 있음.</p> <p>가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성 신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모세포이식</p> <p>나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식</p> <p>1) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함.</p> <p>2) 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우: 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함.</p> <p>3) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>이 건은 2차 자가 조혈모세포이식으로 대상 질병에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			신경모세포종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-5)에 의하면, 신경모세포종(Neurolblastoma)은 다음의 경우 요양급여로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 다음 중 하나에 해당하며 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상인 경우</p> <p>(1) 진단 시 1세 이상이면서 stage IV</p> <p>(2) N-myc 증폭(+)인 stage II 이상</p> <p>나) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 경우</p> <p>이 건은 진단 시 1세 미만이었으며 N-myc 증폭(-)에 해당하여 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			<p>유령종양 : 1건</p>	<p>한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)은 다음 중 하나에 해당하는 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성 신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모세포이식</p> <p>나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식</p> <p>1) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함.</p> <p>2) 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우: 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함.</p> <p>3) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>이 건은 2차 자가 조혈모세포이식으로 대상 질병에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
계	347			

[별첨] 조혈모세포이식 대상자 승인 결과

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
1	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
2	동종조혈모	남	61	다발골수종(MM)	선별급여
3	동종조혈모	여	41	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
4	동종조혈모	여	11	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
5	동종조혈모	남	8	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
6	동종조혈모	남	69	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
7	동종조혈모	남	29	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	선별급여
8	동종조혈모	남	67	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
9	동종조혈모	여	10	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
10	동종조혈모	남	23	호지킨림프종	선별급여
11	동종조혈모	여	61	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
12	동종조혈모	여	41	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
13	동종조혈모	여	58	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
14	동종조혈모	남	56	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
15	동종조혈모	남	45	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
16	동종조혈모	여	42	비호지킨림프종(Mycois fugooides)	선별급여
17	동종조혈모	남	57	다발골수종(MM)	선별급여
18	동종조혈모	남	7	신경모세포종(Neuoblastoma)	선별급여
19	동종조혈모	남	55	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
20	동종조혈모	남	68	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
21	동종조혈모	남	38	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
22	동종조혈모	여	60	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
23	동종조혈모	여	75	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
24	동종조혈모	남	64	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
25	동종조혈모	여	8	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
26	동종조혈모	여	16	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
27	동종조혈모	여	33	histiocytic sarcoma	선별급여
28	동종조혈모	남	73	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
29	동종조혈모	여	46	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
30	동종조혈모	남	43	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
31	동종조혈모	여	45	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
32	동종조혈모	남	36	Sideroblastic anemia	선별급여
33	동종조혈모	남	65	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
34	동종조혈모	남	22	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
35	동종조혈모	남	16	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
36	동종조혈모	남	58	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
37	동종조혈모	남	18	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별급여
38	동종조혈모	남	28	급성골수성백혈병(AML)	선별급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
39	동종조혈모	여	72	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
40	동종조혈모	남	48	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
41	동종조혈모	여	48	비호지킨림프종(Follicular lymphoma)	선별급여
42	동종조혈모	여	71	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
43	동종조혈모	남	28	호지킨림프종	선별급여
44	동종조혈모	남	34	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma)	선별급여
45	동종조혈모	남	16	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별급여
46	동종조혈모	남	41	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
47	동종조혈모	남	51	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
48	동종조혈모	남	8	신경모세포종(Neuroblastoma)	선별급여
49	동종조혈모	남	59	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
50	동종조혈모	남	15	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
51	동종조혈모	여	43	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
52	동종조혈모	여	50	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
53	동종조혈모	남	20	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
54	동종조혈모	여	51	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
55	동종조혈모	여	13	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
56	동종조혈모	여	46	CMML-1	선별급여
57	동종조혈모	남	65	CMML-1	선별급여
58	동종조혈모	남	27	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
59	동종조혈모	여	46	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
60	동종조혈모	여	58	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
61	동종조혈모	여	60	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
62	동종조혈모	여	69	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
63	동종조혈모	여	64	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
64	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
65	동종조혈모	남	19	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
66	동종조혈모	남	50	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
67	동종조혈모	남	61	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
68	동종조혈모	남	28	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
69	동종조혈모	남	62	일차골수성유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
70	동종조혈모	남	16	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
71	동종조혈모	여	50	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
72	동종조혈모	남	59	Blastic Plasmacytoid Dendritic Cell Neoplasm	요양급여
73	동종조혈모	여	52	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
74	동종조혈모	여	45	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
75	동종조혈모	여	49	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
76	동종조혈모	남	23	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
77	동종조혈모	남	47	급성골수성백혈병(AML)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
78	동종조혈모	남	49	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
79	동종조혈모	여	12	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
80	동종조혈모	남	23	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
81	동종조혈모	남	36	비호지킨림프종(Anaplastic large cell lymphoma)	요양급여
82	동종조혈모	여	45	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
83	동종조혈모	남	58	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
84	동종조혈모	남	25	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
85	동종조혈모	남	15	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
86	동종조혈모	남	65	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
87	동종조혈모	여	48	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
88	동종조혈모	여	51	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
89	동종조혈모	남	64	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
90	동종조혈모	남	55	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
91	동종조혈모	남	54	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
92	동종조혈모	남	55	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
93	동종조혈모	남	69	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
94	동종조혈모	여	56	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
95	동종조혈모	여	42	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
96	동종조혈모	남	68	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
97	동종조혈모	남	57	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
98	동종조혈모	여	35	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
99	동종조혈모	여	40	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
100	동종조혈모	남	62	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
101	동종조혈모	남	47	만성골수성백혈병(CML)	요양급여
102	동종조혈모	남	13	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
103	동종조혈모	남	45	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
104	동종조혈모	여	36	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
105	동종조혈모	남	27	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
106	동종조혈모	남	50	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
107	동종조혈모	남	23	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
108	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
109	동종조혈모	남	69	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
110	동종조혈모	남	28	비호지킨림프종(T-lymphoblastic lymphoma)	요양급여
111	동종조혈모	남	42	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
112	동종조혈모	남	65	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
113	동종조혈모	여	53	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
114	동종조혈모	여	59	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
115	동종조혈모	남	54	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
116	동종조혈모	여	50	급성골수성백혈병(AML)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
117	동종조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
118	동종조혈모	여	42	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
119	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
120	동종조혈모	여	49	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
121	동종조혈모	남	39	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
122	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
123	동종조혈모	여	56	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
124	동종조혈모	남	63	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
125	동종조혈모	여	25	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
126	동종조혈모	남	16	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
127	동종조혈모	여	31	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
128	동종조혈모	남	55	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
129	동종조혈모	남	36	만성골수성백혈병(CML)	요양급여
130	동종조혈모	남	54	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
131	동종조혈모	여	65	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
132	동종조혈모	남	41	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
133	동종조혈모	여	42	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
134	동종조혈모	여	66	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
135	동종조혈모	남	65	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
136	동종조혈모	남	63	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
137	동종조혈모	여	61	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
138	동종조혈모	여	69	CMML	요양급여
139	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
140	동종조혈모	여	56	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
141	동종조혈모	남	45	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
142	동종조혈모	여	27	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
143	동종조혈모	남	67	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
144	동종조혈모	남	66	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
145	동종조혈모	남	40	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
146	동종조혈모	여	51	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
147	동종조혈모	여	43	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
148	동종조혈모	남	69	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
149	동종조혈모	남	57	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
150	동종조혈모	남	61	Myeloproliferative Neoplasm	요양급여
151	동종조혈모	여	56	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
152	동종조혈모	여	2	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
153	동종조혈모	여	41	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
154	동종조혈모	남	56	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
155	동종조혈모	여	39	급성골수성백혈병(AML)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
156	동종조혈모	여	59	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
157	동종조혈모	남	54	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
158	동종조혈모	여	56	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
159	동종조혈모	남	47	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
160	동종조혈모	여	17	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
161	동종조혈모	남	26	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
162	동종조혈모	남	61	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
163	동종조혈모	여	65	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
164	동종조혈모	남	61	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
165	동종조혈모	남	24	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
166	동종조혈모	남	5	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
167	동종조혈모	남	49	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
168	동종조혈모	남	56	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
169	동종조혈모	남	57	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
170	동종조혈모	여	33	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
171	동종조혈모	여	27	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
172	동종조혈모	여	59	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
173	동종조혈모	여	34	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
174	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
175	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
176	동종조혈모	남	35	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
177	동종조혈모	남	53	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
178	동종조혈모	여	52	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
179	동종조혈모	남	57	CNL	요양급여
180	동종조혈모	남	63	비호지킨림프종(Monomorphic epitheliotropic intestinal T-cell lymphoma)	요양급여
181	동종조혈모	남	53	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
182	동종조혈모	남	16	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
183	동종조혈모	남	58	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
184	동종조혈모	여	64	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
185	동종조혈모	여	61	혈구포식림프조직구증(HLH)	요양급여
186	동종조혈모	남	57	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
187	동종조혈모	여	61	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
188	동종조혈모	여	39	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
189	동종조혈모	여	37	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
190	동종조혈모	여	43	다발골수종(MM)	요양급여
191	동종조혈모	여	38	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
192	동종조혈모	남	17	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
193	동종조혈모	남	66	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
194	동종조혈모	남	2	급성골수성백혈병(AML)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
195	동종조혈모	여	45	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
196	동종조혈모	남	28	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
197	동종조혈모	남	62	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
198	동종조혈모	여	34	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
199	동종조혈모	남	58	만성골수성백혈병(CML)	요양급여
200	동종조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	취하
201	동종조혈모	남	62	급성골수성백혈병(AML)	취하
202	동종조혈모	남	45	급성골수성백혈병(AML)	취하
203	동종조혈모	여	59	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	취하
204	제대혈조혈모	여	41	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
205	제대혈조혈모	남	3	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
206	제대혈조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
207	제대혈조혈모	여	58	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
208	제대혈조혈모	남	36	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
209	제대혈조혈모	남	43	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
210	제대혈조혈모	남	62	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
211	제대혈조혈모	남	1	중증복합면역결핍증(SCIDs)	요양급여
212	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	선별급여
213	Tandem(자가-자가)	남	1	신경모세포종(Neurolblastoma)①	선별급여
214	자가조혈모	남	23	생식세포종(Germcell tumor)	선별급여
215	자가조혈모	여	44	비호지킨림프종(Plasmablastic lymphoma)	선별급여
216	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	선별급여
217	자가조혈모	여	55	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	선별급여
218	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
219	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	선별급여
220	자가조혈모	여	50	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	선별급여
221	자가조혈모	여	67	다발골수종(MM)	선별급여
222	자가조혈모	여	49	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
223	자가조혈모	남	32	생식세포종(Germcell tumor)	선별급여
224	자가조혈모	남	71	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	선별급여
225	자가조혈모	남	35	호지킨림프종	선별급여
226	자가 후 자가	남	11	생식세포종(Germcell tumor)	선별급여
227	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
228	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	선별급여
229	자가 후 자가	남	3	유형종양	선별급여
230	자가조혈모	남	56	다발성형질세포종	선별급여
231	자가조혈모	여	60	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	선별급여
232	자가조혈모	여	63	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
233	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
234	자가조혈모	여	53	다발골수종(MM)	요양급여
235	자가조혈모	남	67	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
236	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
237	자가조혈모	여	11	유령종양	요양급여
238	자가조혈모	남	25	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
239	Tandem(자가-자가)	여	2	수모세포종(Medulloblastoma)①	요양급여
240	자가조혈모	남	59	다발성형질세포종	요양급여
241	자가조혈모	남	45	다발골수종(MM)	요양급여
242	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종(Follicular lymphoma)	요양급여
243	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
244	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여
245	자가조혈모	여	11	골육종(Osteosarcoma)	요양급여
246	자가조혈모	남	69	다발골수종(MM)	요양급여
247	Tandem(자가-자가)	남	2	신경모세포종(Neurolblastoma)①	요양급여
248	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
249	자가조혈모	여	69	다발골수종(MM)	요양급여
250	자가조혈모	남	68	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	요양급여
251	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	요양급여
252	자가조혈모	남	48	다발골수종(MM)	요양급여
253	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	요양급여
254	자가조혈모	남	17	유령종양	요양급여
255	자가조혈모	남	13	골육종(Osteosarcoma)	요양급여
256	자가조혈모	남	59	다발골수종(MM)	요양급여
257	자가조혈모	남	53	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
258	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	요양급여
259	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	요양급여
260	자가조혈모	여	55	다발골수종(MM)	요양급여
261	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여
262	자가조혈모	여	57	다발골수종(MM)	요양급여
263	자가조혈모	여	59	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
264	자가조혈모	남	53	다발골수종(MM)	요양급여
265	자가조혈모	여	56	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	요양급여
266	자가조혈모	여	68	다발골수종(MM)	요양급여
267	자가조혈모	여	45	다발골수종(MM)	요양급여
268	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	요양급여
269	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	요양급여
270	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	요양급여
271	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	요양급여
272	자가조혈모	여	53	다발골수종(MM)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
273	자가조혈모	남	52	다발골수종(MM)	요양급여
274	자가조혈모	여	35	비호지킨림프종(Mediastinal large B-cell lymphoma)	요양급여
275	자가조혈모	남	52	호지킨림프종	요양급여
276	자가조혈모	남	56	비호지킨림프종(Waldenstrom macroglobulinemia)	요양급여
277	Tandem(자가-자가)	남	1	신경모세포종(Neurolblastoma)①	요양급여
278	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
279	자가조혈모	남	65	AL아밀로이드증(ALamyloidosis)	요양급여
280	자가조혈모	남	49	다발골수종(MM)	요양급여
281	자가조혈모	여	69	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
282	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
283	자가조혈모	여	66	Plasma Cell Leukemia	요양급여
284	자가조혈모	남	54	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
285	자가 후 자가	여	59	다발골수종(MM)	요양급여
286	자가조혈모	남	22	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
287	자가조혈모	여	50	다발골수종(MM)	요양급여
288	자가조혈모	여	67	다발골수종(MM)	요양급여
289	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
290	자가조혈모	남	65	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
291	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	요양급여
292	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	요양급여
293	자가조혈모	남	69	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
294	자가조혈모	남	55	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
295	자가조혈모	여	68	다발골수종(MM)	요양급여
296	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	요양급여
297	자가조혈모	남	64	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
298	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	요양급여
299	자가조혈모	남	67	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
300	자가조혈모	남	26	생식세포종(Germcell tumor)	요양급여
301	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	요양급여
302	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	요양급여
303	자가조혈모	여	66	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
304	자가조혈모	여	52	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
305	자가조혈모	남	46	다발골수종(MM)	요양급여
306	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
307	자가조혈모	남	18	골육종(Osteosarcoma)	요양급여
308	자가조혈모	남	45	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
309	자가조혈모	남	68	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
310	자가조혈모	남	53	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
311	Tandem(자가-자가)	남	6	신경모세포종(Neurolblastoma)①	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
312	자가조혈모	남	53	다발골수종(MM)	요양급여
313	자가조혈모	여	53	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
314	자가조혈모	여	53	다발골수종(MM)	요양급여
315	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	요양급여
316	자가조혈모	남	47	다발골수종(MM)	요양급여
317	Tandem(자가-자가)	남	7	수모세포종(Medulloblastoma)①	요양급여
318	자가조혈모	남	34	비호지킨림프종(Follicular lymphoma)	요양급여
319	자가조혈모	여	19	골육종(Osteosarcoma)	요양급여
320	자가조혈모	남	68	다발골수종(MM)	요양급여
321	자가조혈모	여	64	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
322	자가조혈모	여	68	다발골수종(MM)	요양급여
323	자가조혈모	남	59	다발골수종(MM)	요양급여
324	자가조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
325	자가조혈모	여	67	다발골수종(MM)	요양급여
326	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	요양급여
327	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
328	자가조혈모	여	9	유령종양	요양급여
329	Tandem(자가-자가)	남	3	신경모세포종(Neurolblastoma)①	요양급여
330	자가조혈모	남	44	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	요양급여
331	Tandem(자가-자가)	남	3	비정형기형/횡문근종양(AT/RT)①	요양급여
332	자가조혈모	여	69	다발골수종(MM)	요양급여
333	자가조혈모	남	41	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
334	자가조혈모	여	68	다발골수종(MM)	요양급여
335	자가조혈모	남	68	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	요양급여
336	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	요양급여
337	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	요양급여
338	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종(Anaplastic large cell lymphoma)	요양급여
339	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
340	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	요양급여
341	자가조혈모	여	69	다발골수종(MM)	요양급여
342	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
343	자가조혈모	남	59	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	요양급여
344	자가조혈모	남	18	생식세포종(Germcell tumor)	요양급여
345	자가조혈모	여	64	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
346	자가조혈모	여	43	다발골수종(MM)	요양급여
347	자가조혈모	남	37	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여