

진료심사평가위원회 심의사례 공개 (총 4개 항목)

- 2020. 2. 28. 공개

연번	제 목	페이지
1	심실 보조장치 치료술(VAD*) 영양급여 대상 여부	1
2	Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 영양급여 대상 여부	4
3	Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 영양급여 대상 여부	13
4	조혈모세포이식 대상자 승인 여부	16

1. 심실 보조장치 치료술(VAD*) 요양급여 대상 여부

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

* VAD: Ventricular Assist Device

□ 심실 보조장치 치료술(VAD) 대상자 요양급여 여부(총 4사례)

○ 이식형 좌심실 보조장치 치료술(4사례)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
A	남/68세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식이 적합하지 않은 확장성 심근병증 환자로, 약물치료 지속하던 중 심부전 증상 악화되어 급성 비보상성 심부전(ADHF¹⁾) 및 심인성쇼크로 입원하였으며, 심부전 악화와 동반된 다발성 장기부전으로 치료 지속하였음. 약물치료에도 불구하고 정맥 강심제에 의존적인 상태이며, NYHA Class IV, INTERMACS Level 3, 좌심실구혈률(LVEF) 18.4%, 심장지수(Cardiac Index) 1.83L/min/M², Peak VO₂ 11.3mL/Kg/min 등 말기 심부전 소견 보임. 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’, 1) ‘LVEF < 25% 이거나 이에 준하는 심실 기능부전의 증거가 있으면서, peak VO₂ < 12mL/Kg/min 혹은 동등한 운동능력 검사 결과가 있는 경우’, 2) ‘정맥 강심제에 의존적인 상태로 투여를 중단할 수 없는 경우’에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.</p>

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
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 허혈성 심근병증 환자로, 2007년 심근경색 발생 후 2011년 심방세동 및 대동맥판막 협착증으로 대동맥판막치환술 시행받았음. 2019년 1월 시행한 심초음파 검사결과 좌심실구혈률(LVEF) 18% 확인되었으며, 지속적인 외래치료 및 약물치료에도 불구하고 증상 호전되지 않고, 정맥 강심제에 의존적인 상태임. 또한 NYHA Class IV, INTERMACS Level 3, 좌심실구혈률 (LVEF) 20%, 좌심실수축기내경(LVESD) 7.3cm, 좌심실이완기내경(LVEDD) 7.9cm, 평균폐동맥쇄기압(PAWP) 26mmHg, 폐혈관 저항(PVR) 0.66 wood units 등 말기 심부전 소견 보임.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제6조 [별표2] 1.- ① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 ‘심장이식 대기자로 등록된 말기심부전 환자의 심장이식 가교 치료시’에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.</p>
C	여/73세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식이 적합하지 않은 확장성 심근병증 환자로, 급성심근경색으로 관상동맥중재술 시행하고, 2016년부터 호흡곤란 증상 및 심초음파 검사결과 EF 23% 확인되어 약물치료 하였으나, 최근 1년간 심부전 악화되어 입·퇴원 반복중인 상태임. 또한 약물치료에도 불구하고 정맥 강심제에 의존적인 상태이며, NYHA Class IV, INTERMACS Level 3 등 말기 심부전 소견 보임.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제6조 [별표2] 1.- ① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 나.목 ‘심장이식이 적합하지 않은 말기심부전 환자에서 약물치료에도 불구하고 심한 증상이 2개월 이상 지속되고’, 2) ‘정맥 강심제에 의존적인 상태로 투여를 중단할 수 없는 경우’에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.</p>
D	남/59세	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, 좌전하행동맥 폐쇄로 인한 심근경색으로 관상동맥중재술 시행하고, 체외순환막형산화요법(ECMO²⁾) 후 제거하였으나, 상태 악화되어 재시행하였음. 이후 지속성 심실빈맥 반복되어 우관상동맥 만성폐색병변의 관상동맥우회술 시행하고, 체외순환막형산화요법(ECMO) 제거 시도하였으나, 심정지 발생하여 유지중인 상태임. 또한 약물치료와 체외순환막형산화요법(ECMO)에도 불구하고 증상</p>

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			<p>호전되지 않고, NYHA Class IV, INTERMACS Level 2 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>

1) ADHF: Acute Decompensated Heart Failure,

2) ECMO: Extra Corporeal Membrane Oxygenation

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

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

□ 스피라자주 요양급여 대상 여부

(단위: 건)

심의년월	계	스피라자주 요양급여 신청					스피라자주 투여 모니터링 보고				
		접수	승인	조건부 승인	불승인	자료 보완	접수	승인	조건부 승인	불승인	자료 보완
2020. 1.	34	8	7	-	1	-	26	24	2	-	-

○ 스피라자주 요양급여 신청(8사례)

심의년월	사례	성별/나이	심의결과	심의내용
2020. 1.	A	남/39세	승인	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목에서는 스피라자주의 투여대상으로 5q 척수성 근위축증 환자로서 1) 5q SMN-1 유전자의 결손 또는 변이의 유전자적 진단, 2) 만 3세 이하에 SMA 관련 임상 증상과 징후 발현, 3) 영구적 인공호흡기를 사용하고 있지 않는 경우 모두를 만족하는 경우에 인정하고 있음. 이 건은 척추측만증에 대한 수술력이 있으나, 척수조영술을 시행하여 요추천자를 통한 약제의 경막내 지속 투여가 가능함을 확인하였고, 가.목이 정한 투여대상의 조건에 모두 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	B	여/22세	승인	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목에서는 스피라자주의 투여대상으로 5q 척수성 근위축증 환자로서 1) 5q SMN-1 유전자의 결손 또는 변이의 유전자적 진단, 2) 만 3세 이하에 SMA 관련 임상 증상과 징후 발현, 3) 영구적 인공호흡기를

심의년월	사례	성별/나이	심의결과	심의내용
				<p>사용하고 있지 않는 경우 모두를 만족하는 경우에 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 가.목이 정한 투여대상의 조건에 모두 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.</p>
	C	여/35세	불승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목에서는 스피라자주의 투여대상으로 5q 척수성 근위축증 환자로서 1) 5q SMN-1 유전자의 결손 또는 변이의 유전자적 진단, 2) 만 3세 이하에 SMA 관련 임상 증상과 징후 발현, 3) 영구적 인공호흡기를 사용하고 있지 않는 경우 모두를 만족하는 경우에 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 제출된 자료만으로는 만3세(36개월) 이하에 척수성 근위축증 관련 증상과 징후 발현이 명확하게 확인되지 않고, 객관적으로 입증되지 않아 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정하지 아니함.</p>
	D	남/1세	승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목에서는 스피라자주의 투여대상으로 5q 척수성 근위축증 환자로서 1) 5q SMN-1 유전자의 결손 또는 변이의 유전자적 진단, 2) 만 3세 이하에 SMA 관련 임상 증상과 징후 발현, 3) 영구적 인공호흡기를 사용하고 있지 않는 경우 모두를 만족하는 경우에 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 가.목이 정한 투여대상의 조건에 모두 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.</p>
	E	여/2개월	승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목에서는 스피라자주의 투여대상으로 5q 척수성 근위축증 환자로서 1) 5q SMN-1 유전자의 결손 또는 변이의 유전자적 진단, 2) 만 3세 이하에 SMA 관련 임상 증상과 징후 발현, 3) 영구적 인공호흡기를 사용하고 있지 않는 경우 모두를 만족하는 경우에 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 가.목이 정한 투여대상의 조건에 모두 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.</p>
	F	남/29세	승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목에서는 스피라자주의 투여대상으로 5q 척수성 근위축증 환자로서 1) 5q SMN-1</p>

심의년월	사례	성별/나이	심의결과	심의내용
				<p>유전자의 결손 또는 변이의 유전자적 진단, 2) 만 3세 이하에 SMA 관련 임상 증상과 징후 발현, 3) 영구적 인공호흡기를 사용하고 있지 않는 경우 모두를 만족하는 경우에 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 가.목이 정한 투여대상의 조건에 모두 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.</p>
	G	여/25세	승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목에서는 스피라자주의 투여대상으로 5q 척수성 근위축증 환자로서 1) 5q SMN-1 유전자의 결손 또는 변이의 유전자적 진단, 2) 만 3세 이하에 SMA 관련 임상 증상과 징후 발현, 3) 영구적 인공호흡기를 사용하고 있지 않는 경우 모두를 만족하는 경우에 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 척추측만증에 대한 수술력이 있으나, 척수조영술을 시행하여 요추천자를 통한 약제의 경막내 지속 투여가 가능함을 확인하였고, 가.목이 정한 투여대상의 조건에 모두 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.</p>
	H	남/24세	승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목에서는 스피라자주의 투여대상으로 5q 척수성 근위축증 환자로서 1) 5q SMN-1 유전자의 결손 또는 변이의 유전자적 진단, 2) 만 3세 이하에 SMA 관련 임상 증상과 징후 발현, 3) 영구적 인공호흡기를 사용하고 있지 않는 경우 모두를 만족하는 경우에 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 척추측만증에 대한 수술력이 있으나, 척수조영술을 시행하여 요추천자를 통한 약제의 경막내 지속 투여가 가능함을 확인하였고, 가.목이 정한 투여대상의 조건에 모두 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.</p>

○ 스피라자주 투여 모니터링 보고(26사례)

심의년월	사례	성별/나이	최초 투여일	투여차수	심의결과	심의내용
2020. 1.	I	여/11세	'19. 8. 28.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가시점과 비교하여 운동기능의 유지가 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	J	여/3세	'18. 4. 9.	9	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	K	여/2세	'19. 7. 22.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	L	여/16세	'19. 7. 23.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	M	남/17세	'19. 7. 12.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의

심의년월	사례	성별/나이	최초 투여일	투여차수	심의결과	심의내용
						세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단 기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	N	남/10세	'19. 6. 27.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단 기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	O	남/12세	'19. 6. 27.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단 기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	P	남/4세	'19. 7. 9.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단 기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	Q	남/11세	'19. 7. 17.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단 기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를

심의년월	사례	성별/나이	최초 투여일	투여차수	심의결과	심의내용
						요양급여 대상으로 인정함.
	R	남/10세	'19. 6. 28.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단 기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	S	남/8세	'19. 7. 13.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단 기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	T	여/12세	'19. 8. 5.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단 기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	U	여/7세	'19. 7. 29.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단 기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	V	여/23세	'19. 8. 5.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의

심의년월	사례	성별/나이	최초 투여일	투여차수	심의결과	심의내용
						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.
	W	여/3세	'19. 8. 5.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시 (제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단 기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	X	여/13세	'19. 8. 12.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시 (제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단 기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	Y	남/11세	'19. 8. 8.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시 (제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 유지가 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단 기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	Z	여/6세	'19. 8. 9.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시 (제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단

심의년월	사례	성별/나이	최초 투여일	투여차수	심의결과	심의내용
						기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	Z1	남/2세	'19. 7. 24.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	Z2	여/11세	'19. 7. 29.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가시점과 비교하여 운동기능의 유지가 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	Z3	남/12세	'19. 7. 22.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	Z4	남/2세	'18. 4. 7.	9	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	Z5	남/31세	'19. 7. 30.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시

심의년월	사례	성별/나이	최초 투여일	투여차수	심의결과	심의내용
						(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단 기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	Z6	남/28세	'19. 7. 22.	5	승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시 (제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단 기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	Z7	남/18세	'19. 7. 30.	5	조건부 승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시 (제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단 기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함. 단, 투여 전 인공호흡기 사용 및 호흡 기능에 대한 관련분야 전문의(주치의 제외) 소견 제출을 조건으로 함.
	Z8	여/34세	'19. 8. 13.	5	조건부 승인	이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시 (제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목이 정한 투여대상에 여전히 속하고, 직전 평가 시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 동 호 다.목에서 정한 중단 기준에 해당하지 아니하여, 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함. 단, 투여 전 인공호흡기 사용 및 호흡 기능에 대한 관련분야 전문의(주치의 제외) 소견 제출을 조건으로 함.

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		4	2	2	0	0
2020. 1.	발작성 야간 혈색소뇨증	0	-	-	-	-
	비정형 용혈성 요독 증후군	4	2	2	-	-

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

○ 승인신청(1사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2020. 1.	A사례	남/3개월	「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. 이 건은 출생 시부터 혈소판 감소증이 있던 환자로 혈소판 감소증 악화, 빈혈, LDH상승, 간효소 수치 증가 등 소견으로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 승인 신청되었음. 제출된 진료기록을 확인한 결과, 위 목 1)의 나에서 정한 신장손상과 다)에서 정한 ADAMTS-13 활성 10% 이상이 확인	불승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
			되지 않아 투여대상에 부합하지 않음. 따라서 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.	

○ 재심의 승인신청(3사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2020. 1.	B사례	여/56세	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1. 시행) 제1호 나.목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 지난 분과위원회(2019년 7월)에서 CFH¹⁾, CFHR2²⁾의 유전자 변이가 확인되었으나 혈소판 수가 정상으로 급여기준의 투여대상에 해당되지 않아 불승인된 건임. 이후 두 차례 감기와 함께 재발한 용혈성 빈혈 및 신기능 저하 소견으로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 재심의 승인 신청되었음.</p> <p>추가 제출된 진료기록을 확인한 결과, 비정형 용혈성 요독 증후군의 임상소견을 보이며 혈소판 감소증 등 위 목 1)의 가)에서 정한 활성형 혈전 미세혈관병증이 확인되어 급여기준에 해당하다고 판단되는 바 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 재심의 신청을 승인함. 투여 2개월 후 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>	승인
	C사례	남/57세	<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 지난 분과위원회에서(2019년 10월) CEA상승, PT/aPTT 지연, fibrinogen감소 등 이차성 혈전 미세혈관병증을 완전히 배제하기는 어려운 상태이며, 말기신부전으로 인해 투석을 진행 중인 환자로 Eculizumab(품명: 솔리리스주) 투여 효과를 기대할 수 없는 상태로 판단되어 불승인된 건임. 이후 CFB³⁾ 유전자 변이 확인 및 최근 용혈성 요독 증후군의 재발 소견으로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 재심의 승인 신청되었음.</p> <p>추가 제출된 진료기록을 확인한 결과, 분열적혈구 관찰 소견이 불분명하고 LDH가 회복된 상태로 위목 1)의 가)에서</p>	불승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
			<p>정한 활성형 혈전 미세혈관병증에 해당되지 않음. 또한, 지난 심의결과에서 언급하였듯이, 말기신부전 환자로 Eculizumab(품명: 솔리리스주) 투여 효과를 기대할 수 없는 상태로 판단되는 바 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 재심의 신청을 불승인함.</p>	
	C사례	남/57세	<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 지난 승인신청에서(2019년 10월) CEA상승, PT/aPTT 지연, fibrinogen감소 등 이차성 혈전 미세혈관병증을 완전히 배제하기는 어려운 상태이며, 말기신부전으로 인해 투석을 진행 중인 환자로 Eculizumab(품명: 솔리리스주) 투여 효과를 기대할 수 없는 상태로 판단되어 불승인되었음. 이후 CFB³⁾ 유전자 변이 확인 및 최근 용혈성 요독 증후군의 재발 소견으로 재심의 승인 신청(2020년 1월)되었으나 분열적혈구 관찰 소견이 불분명하고 LDH가 회복된 상태로 위 목 1)의 가)에서 정한 활성형 혈전 미세혈관병증에 해당되지 않아 불승인 되었고, 이후 분열적혈구 관찰 증가 및 LDH 상승 소견을 추가 첨부하여 재심의 승인신청 되었음.</p> <p>추가 제출된 진료기록을 확인한 결과, 분열적혈구 관찰이 증가되었고, LDH 상승 등 위 목 1)의 가)에서 정한 활성형 혈전 미세혈관병증이 추가 확인되어 투여대상에 해당하다고 판단됨. 또한, 말기신부전 환자로 신기능이 회복되어 투석이 중단될 가능성은 낮지만 솔리리스 투여로 지속적인 수혈과 다른 장기의 합병증 발생을 예방할 수 있다고 판단되는 바 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 재심의 신청을 승인함. 투여 2개월 후인 2020년 4월에 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>	승인

1) CFH: complement factor H
2) CFHR: complement factor H related
3) CFB: complement factor B

4. 조혈모세포이식 대상자 승인 여부

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

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

□ 조혈모세포이식 대상자 승인 여부

○ 심의 결과

구분		계	동종	제대혈	자가	비고
총 접수		356	198	5	153	
처리결과	요양급여	270	137	5	128	
	선별급여	73	55	0	18	
	취하	13	6	0	7	

* 신청기관 : 36개 요양기관

○ 심의내용

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
동종	총 198건	요양급여 : 137건	급성골수성백혈병 : 45건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 영양급여대상자로 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 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.
			급성림프모구백혈병 : 27건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acte

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 (나) t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 (다) 염색체수 44 미만</p> <p>(2) 진단시 1세 미만 (3) 백혈구 수 $100 \times 10^9/L$ 이상 (4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Poor Steroid Response (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수 검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) (다) Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>라) 2차 이상 완전관해된 경우</p>
			<p>골수형성이상증후군 : 38건</p>	<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-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 고위험군인 경우 (가) IPSS: Intermediate-2 또는 high (나) IPSS-R, WPSS: high 또는 very high</p> <p>(2) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) $500/\mu l$ 이하이면서 혈소판 $20,000/\mu l$ 이하 (나) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			중증재생불량성빈혈 : 8건	<p>나) 소아는 사례별로 결정한다.</p> <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 나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x10⁹/L 다) 혈소판 20,000/μl 이하</p>
			비호지킨 림프종 : 5건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 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</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				(아) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (자) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)
			만성골수성백혈병 : 2건	이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-2)에 의하면, 만성골수성백혈병(Chronic Myeloid Leukemia)은 WHO criteria에서 제시한 만성골수성 백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음. 가) 티로신 키나제 억제제(TKI)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상) 나) T315I mutation 확인된 경우
			일차골수성유증 : 4건	이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-9)에 의하면, 일차골수성유증(Primary Myelofibrosis)은 일차골수성유증의 예후지표인 DIPSS(Dynamic International Prognostic Scoring System) plus risk category 중 고위험도(High risk)와 중등위험도-2 (Intermediate-2)에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음. 다만, 중등위험도-2에 해당하는 경우에는 질병의 중증도 등 환자상태를 고려하여 사례별로 인정함.
			다발골수종 : 1건	이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 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. 가) ECOG 수행능력평가 0-1 나) 부분반응(Partial Response) 이상인 경우 다) 만성신부전이 아닌 경우
			혈구포식림프조직구증 : 3건	이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-10)에 의하면, 혈구포식림프조직구증

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				(Hemophagocytic Lymphohistiocytosis, HLH)은 The Histiocyte Society에서 제시된 진단기준(2004년 제정)을 만족하는 혈구포식림프조직구증 환자 중 가족성(유전적) 또는 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 확인된 경우 영양급여대상자로 인정하고 있음. 다만, 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증 중에서 호전된 경우는 사례별로 인정함.
			Congenital pure redcell anemia : 1건	이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-12)에 의하면, 선천성빈혈(Congenital pure redcell anemia)는 임상 소견이나 유전적 검사로 진단된 선천성빈혈환자로서 다음의 경우 치료에 대한 반응을 고려하여 사례별로 인정한다. 가) Diamond-Blackfan Anemias : 스테로이드에 불응성인 경우 나) Congenital Dyserythropoietic Anemia : 수혈의존성이 있는 경우
			중증복합면역결핍증 : 1건	이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-14)-나)에 의하면, 중증 복합면역결핍증은 임상 양상 및 유전자검사 또는 질환의 특이검사 등으로 진단된 경우 사례별로 인정하고 있음.
			XIAP deficiency : 2건	이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) 제4항에 의하면 별표2의 요건을 충족하지 못하나 진료심사평가위원회가 심의를 통해 영양급여의 필요성을 인정하는 경우에는 제3항에도 불구하고 영양급여대상자로 승인하고 있음. 이 건은 진료심사평가위원회 심의를 통해 영양급여대상자로 인정함.
				조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 1-나)에 의하면, 다음에 해당하는 경우 영양급여대상자로 인정하고 있음. 1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여 하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 locus 불일치까지 인정한다. <p>나) 비혈연관계에 있는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다. <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다. <p>2) 제대혈 이식</p> <ul style="list-style-type: none"> - HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.
		선별급여 : 55건	<p>급성골수성백혈병, 급성림프모구백혈병, 골수형성이상증후군, 급성골수성백혈병, 급성림프모구백혈병, 다발골수종, 연소기골수단구성백혈병, 중증재생불량성빈혈, 혈구포식림프조직구증 : 20건</p>	<p>이 건은 급성골수성백혈병으로 진단받아 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료 성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 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 1차 동종 조혈모세포이식 예정이나, 공여자 1: HLA B 1 allele, DR 1 allele mismatch, 공여자 2: HLA C 확인불가로 기준에 해당하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단받아 2차 동종 조혈모세포이식 예정인바, HLA C 1 locus 또는 DR 2 locus 불일치로 기준에 해당하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<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 1차 반일치 동종 조혈모세포이식 예정이나, 적합한 혈연 또는 비혈연 공여자가 없는 경우에 해당하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)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>
				<p>이 건은 골수형성이상증후군으로 진단받아 3차 반일치 동종 조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 3차 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 연소기골수단구성백혈병으로 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(선별급</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>여대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모 세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 진단받아 1차 반일치 동종 조혈모세포이식 예정이나, 적합한 혈연 또는 비혈연 공여자가 없는 경우에 해당하지 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>이 건은 다발골수종으로 진단받아 2차 반일치 동종 조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 2차 반일치 동종 조혈모세포이식에 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 혈구포식림프조직구증으로 진단받아 1차 반일치 동종 조혈모세포이식 예정이나, 환자 및 공여자의 HLA확인불가로 기준에 해당하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모 세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>급성림프모구백혈병 : 7건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 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</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>(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 (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 급성림프모구성백혈병으로 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>급성골수성백혈병 : 18건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음. (가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 진단받아 동종조혈모세포 이식 예정인바, 골수검사 및 말초혈액검사 결과 완전관해로 볼 수 없기 때문에 요양급여기준에 해당 되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>이 건은 급성골수성백혈병으로 진단받아 동종조혈모세포 이식 예정인바, 3차 혈액학적 완전관해 된 경우로 기준에 해당하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1. 시행) 제4조 (선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>골수형성이상증후군 : 3건</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 (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 이하 이면서 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 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.시</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>행) 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 골수형성이상증후군으로 진단받아 동종조혈모세포이식 예정인바, 소아가 아니고 저위험군에 해당하나, “말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하이면서 혈소판 20,000/μl 이하” 또는 “Erythropoietin 제제, 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 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>
			비호지킨 림프종 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(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> <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	결정사항	상병	결정내역
				<p>(아) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (자) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>이 건은 비호지킨 림프종(mantle cell lymphoma)으로 진단받아 동종조혈모세포이식 예정이나, 표준항암화학요법 후 부분반응 이상으로 구제항암화학요법을 시행하지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 비호지킨 림프종(T lymphoblastic lymphoma)으로 진단받아 동종조혈모세포이식 예정이나, 표준항암화학요법 후 부분반응 이상으로 구제항암화학요법을 시행하지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			호지킨 림프종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 2-가-7)-나)에 의하면, 호지킨 림프종은 자가 조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분 반응이상인 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 호지킨 림프종으로 진단받아 동종조혈모세포이식 예정이나, 자가 이식을 시행하지 않고 표준항암화학요법 후 부분반응 이상으로 구제항암화학요법을 시행하지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			중증재생불량성빈혈 : 1건	<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), 말초혈</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <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 중증재생불량성빈혈로 진단받아 동종조혈모세포 이식 예정인바, 말초혈액검사 결과 2개 이상의 소견이 확인되지 아니하여 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>골수형성이상증후군, 급성골수성백혈병 : 3건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 1-가에 의하면, “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만70세 미만 이어야한다.” 로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만 70세 이상이기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 조혈모세포 이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모 세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
		취하: 6건		
제대혈	총 5건	요양급여 : 5건	급성림프모구백혈병 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 (나) t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 (다) 염색체수 44 미만</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>(2) 진단시 1세 미만</p> <p>(3) 백혈구 수 $100 \times 10^9/L$ 이상</p> <p>(4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우</p> <p>(5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Poor Steroid Response</p> <p>(나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수 검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)</p> <p>(다) Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>라) 2차 이상 완전관해된 경우</p>
			급성골수성백혈병 : 2건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 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)</p> <p>- 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>(나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외)</p> <p>- 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p>
			골수형성이상증후군 : 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-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</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) $500/\mu l$ 이하이면서 혈소판 $20,000/\mu l$ 이하</p> <p>(나) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p> <p>나) 소아는 사례별로 결정한다.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			만성골수성백혈병 :1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(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(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>
			다발골수종 : 59건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 나-4)-가)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 “IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우”에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
자가	총 153건	요양급여 : 128건	다발골수종① : 3건	<p><2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행) 및 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 나-4)-가)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 “IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우”에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			비호지킨림프종 : 44건	<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</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>(나) Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우</p> <p>(다) Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외)</p> <p>(라) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외)</p> <p>(마) Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)</p> <p>(바) Primary CNS Lymphoma</p> <p>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</p> <p>(나) Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)</p> <p>(다) Mantle Cell Lymphoma</p> <p>(라) Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>(마) Burkitt Lymphoma</p> <p>(바) Peripheral T-cell Lymphoma</p> <p>(사) Extranodal NK/T-cell Lymphoma</p> <p>(아) Primary CNS Lymphoma</p>
			호지킨림프종 : 7건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여 대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 나-1)-나)에 의하면, 전형호지킨 림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)은 “표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 에 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p>
			AL 아밀로이드증 : 2건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여 대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 나-4)-나)에 의하면, AL 아밀로이드증(AL amyloidosis)은 “IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증(AL amyloidosis) 진단기준에 만족하는 경우. 다만, ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하면서 장기부전(심·신·간·폐부전)이 아닌 경우” 에 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			POEMS 증후군 : 1건	이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 나-4)-다)에 의하면, POEMS 증후군은 “IMWG에서 제시한 POEMS 증후군 진단 기준에 만족하는 경우” 에 요양급여 대상자로 인정하고 있음. 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			신경모세포종① : 3건	<2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식 (tandem transplantation)>(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행) 및 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 나-5)에 의하면, 신경모세포종(Neuropblastoma)의 요양급여 인정기준은 다음과 같음. 가) 진단 시 다음 중 하나에 해당하며 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상인 경우 (1) 진단 시 1세 이상이면서 stageⅣ (2) N-myc 증폭(+)인 stageⅡ 이상 나) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 경우 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			수모세포종① : 1건	<2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식 (tandem transplantation)>(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행) 및 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 나-9)-가)-(1)에 의하면, 수모세포종(Medulloblastoma)의 요양급여 인정기준은 다음과 같음. 가) 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 다음 중 하나에 해당하는 경우 (1) 수모세포종(Medulloblastoma) (가) 진단 시 3세 이하 (나) 수술 후 잔여 종괴가 1.5cm ² 이상인 경우 (다) 두개강 내 전이가 있는 경우 (라) Anaplastic type 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			급성골수성백혈병 : 4건	이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 2-나-2)에 의

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우 <p>나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1차 혈액학적 완전관해인 경우 <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			망막모세포종 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 2-나-11)에 의하면, 망막모세포종(Retinoblastoma)은 “수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상을 보이는 다음 중 하나에 해당하는 경우” 에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 재발 및 진단 시 전이가 있거나 안구 외(extraocular)에 침범된 편측성 망막모세포종</p> <p>나) 양측성 망막모세포종</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			골육종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 2-나-10)에 의하면, 골육종(Osteosarcoma)은 다음 중 하나에 해당하는 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 수술 및 항암치료 후 완전관해된 경우</p> <p>나) 재발 후 국소적 치료 및 구제 항암화학요법으로 2차 완전관해 된 때</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			간모세포종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 나-12)에 의하면, 간모세포종(Hepatoblastoma)은 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상이거나 재발되어 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 사례별로 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
		선별급여 : 18건	생식세포종 : 2건	<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 구제항암</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우”에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 생식세포종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나, 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이 확인되지 않아 요양급여 대상에 해당하지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</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 : 7건	<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> <ul style="list-style-type: none"> (가) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 (나) Diffuse Large B Cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> - 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) <ul style="list-style-type: none"> (단, stage I 완전관해 제외) (마) Peripheral T-cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) (바) Primary CNS Lymphoma <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, malignant T-cell lymphoma, NOS)으로 1차 자가조혈모세포 이식 예정이나 골수검사에서 골수 침범여부가 불명확하여, 자가조혈모세포이식을 위한 적절한 상태인지 확인할 수 없음. 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>이 건은 비호지킨림프종(Anaplastic large cell lymphoma)으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 표준치료에 부분반응이상이 확인되지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1.시행) 제4조(선별기준대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 LDH 정상 수치로 고위험 소견이 없어 요양급여 대상에 해당하지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1.시행) 제4조(선별기준대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종(Primary mediastinal large B Cell lymphoma)으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 Ann Arbor Stage II로 고위험 소견이 없어 요양급여 대상에 해당하지 않음. 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
				<p>판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 진단받고 표준항암치료 후 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 조직검사결과 요양급여대상자 기준에 해당하는지 여부가 확인되지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1.시행) 제4조(선별기준대상)제3항에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>다발골수종 : 4건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 나-4)-가)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 “IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우”에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 다발골수종으로 진단받고 표준항암치료 후 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 진단 근거가 명확하지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1.시행) 제4조(선별기준대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p><2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행)에 의하면, 조혈모세포이식은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준 [별표2]의 기준에 적합하다고 판단되는 경우에 한하여 급여하고 있음.</p> <p>또한 위 인정기준에 적합하여 시행하는 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)에 대하여 “2. 나. 다발골수종은 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식으로 다음 각 호 1에 해당하는 경우 요양급여 대상임.</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) 이</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>상의 반응을 보인 경우 : 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함. ③ 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종조혈모세포이식을 원칙으로 함.” 라고 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 다발골수종 상병으로 2차 자가조혈모세포이식 예정이나 제출된 검사결과를 참조할 때 1차 이식 후 현재 VGPR 이상의 반응 유지 중으로, 2차 자가조혈모세포이식이 반드시 필요하다고 판단하기 곤란함. 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>
			골육종 : 1건	<p><2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)에 대하여 “가. 신경모세포종, 수모세포종 (Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양 (AT/RT) : 1차, 2차 자가조혈모세포이식 나. 다발골수종은 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식” 중 어느 하나에 해당하는 경우이어야 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 골육종으로 2차 자가조혈모세포이식 예정이나 이상병에 대한 2차 자가조혈모 세포이식에 대하여는 임상연구, 치료 성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			급성골수성백혈병 : 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2] 2-나-2)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 영양급여 인정기준은 다음과 같음. 가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia)</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<ul style="list-style-type: none"> - 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우 나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 혈액학적 완전관해인 경우 <p>이 건은 급성전골수성백혈병으로 진단받고 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 1차 분자생물학적 관해 되어 요양급여 대상에 해당하지 않음. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1. 시행) 제4조(선별기준대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			Rhabdomyosarcoma : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2]조혈모세포이식 요양급여의 대상자 기준에 해당하는 상병은 아니나 제4조 제1항에 의하면, 제3조에도 불구하고 가입자들에게 조혈모세포이식이 진료 상 필요하다고 판단하는 경우, 심사평가원장에게 선별급여 대상 여부를 신청해야한다.</p> <p>이 상병에 대한 조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별기준대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			Anaplastic Pleomorphic Xanthoastrocytoma : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) [별표2]조혈모세포이식 요양급여의 대상자 기준에 해당하는 상병은 아니나 제4조 제1항에 의하면, 제3조에도 불구하고 가입자들에게 조혈모세포이식이 진료 상 필요하다고 판단하는 경우, 심사평가원장에게 선별급여 대상 여부를 신청해야한다.</p> <p>이 상병에 대한 조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별기준대상)제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담 토록 함.
		취하: 7건		
계	356			
①: tandem transplantation (2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 자가 조혈모세포이식)				

[별첨] 조혈모세포이식 요양급여대상 결정현황

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
1	동종조혈모	남	31	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	취하
2	동종조혈모	여	11	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
3	동종조혈모	여	35	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	선별
4	동종조혈모	여	54	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
5	동종조혈모	남	61	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	선별
6	동종조혈모	여	38	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
7	동종조혈모	남	60	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
8	동종조혈모	남	64	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
9	동종조혈모	여	59	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	선별
10	동종조혈모	여	27	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
11	동종조혈모	남	30	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
12	동종조혈모	남	43	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
13	동종조혈모	남	73	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	선별
14	동종조혈모	남	19	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	선별
15	동종조혈모	남	71	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	선별
16	동종조혈모	남	71	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
17	동종조혈모	여	33	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	선별
18	동종조혈모	남	36	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	선별
19	동종조혈모	남	28	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
20	동종조혈모	여	10	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	선별
21	동종조혈모	여	61	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
22	동종조혈모	남	39	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	선별
23	동종조혈모	남	17	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	선별
24	동종조혈모	남	69	호지킨림프종	선별
25	동종조혈모	여	58	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	선별
26	동종조혈모	남	47	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	선별
27	동종조혈모	여	45	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	선별
28	동종조혈모	남	50	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
29	동종조혈모	여	4	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	선별
30	동종조혈모	여	12	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
31	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
32	동종조혈모	여	8	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
33	동종조혈모	남	52	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	선별
34	동종조혈모	여	45	다발골수종(Multiple Myeloma)	선별
35	동종조혈모	남	18	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
36	동종조혈모	남	50	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	선별
37	동종조혈모	여	55	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
38	동종조혈모	남	24	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	선별
39	동종조혈모	남	6	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
40	동종조혈모	남	5	연소기골수단구성백혈병(Juvenile myelomonocytic leukemia)	선별
41	동종조혈모	여	57	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
42	동종조혈모	남	46	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	선별
43	동종조혈모	여	46	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	선별
44	동종조혈모	여	5	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	선별
45	동종조혈모	남	1	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
46	동종조혈모	남	49	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	선별
47	동종조혈모	여	56	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
48	동종조혈모	여	13	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	선별
49	동종조혈모	남	16	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	선별
50	동종조혈모	남	18	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
51	동종조혈모	여	22	비호지킨림프종(T lymphoblastic lymphoma)	선별
52	동종조혈모	여	68	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
53	동종조혈모	남	16	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	선별
54	동종조혈모	남	53	다발골수종(Multiple Myeloma)	선별
55	동종조혈모	남	12	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
56	동종조혈모	남	6M	혈구포식림프조직구증(Hemophagocytic lymphohistiocytosis)	선별
57	동종조혈모	여	27	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
58	동종조혈모	여	60	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
59	동종조혈모	여	46	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
60	동종조혈모	남	65	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
61	동종조혈모	남	53	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
62	동종조혈모	남	46	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
63	동종조혈모	남	59	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
64	동종조혈모	여	32	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
65	동종조혈모	남	42	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
66	동종조혈모	여	60	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
67	동종조혈모	여	42	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
68	동종조혈모	남	31	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
69	동종조혈모	여	40	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
70	동종조혈모	남	41	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
71	동종조혈모	여	52	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
72	동종조혈모	여	66	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
73	동종조혈모	여	66	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
74	동종조혈모	여	33	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
75	동종조혈모	남	65	비호지킨림프종(Peripheral T cell lymphoma)	급여
76	동종조혈모	여	55	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
77	동종조혈모	여	59	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
78	동종조혈모	남	51	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
79	동종조혈모	여	57	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
80	동종조혈모	여	64	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
81	동종조혈모	남	36	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
82	동종조혈모	남	61	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
83	동종조혈모	여	22	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
84	동종조혈모	남	26	Granulocytic sarcoma	급여
85	동종조혈모	여	43	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
86	동종조혈모	여	2	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	급여
87	동종조혈모	여	54	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
88	동종조혈모	남	52	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
89	동종조혈모	여	65	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
90	동종조혈모	여	58	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
91	동종조혈모	여	10	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	급여
92	동종조혈모	남	40	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
93	동종조혈모	남	23	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
94	동종조혈모	남	61	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
95	동종조혈모	남	67	만성골수단구성백혈병(Chronic Myelomonocytic Leukemia)	급여
96	동종조혈모	남	53	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
97	동종조혈모	여	42	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
98	동종조혈모	남	63	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
99	동종조혈모	여	10M	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
100	동종조혈모	남	43	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
101	동종조혈모	여	1	혈구포식림프조직구증(Hemophagocytic lymphohistiocytosis)	급여
102	동종조혈모	남	55	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
103	동종조혈모	남	69	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
104	동종조혈모	남	29	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
105	동종조혈모	여	6	선천성빈혈(Congenital pure red cell anemia)	급여
106	동종조혈모	남	61	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
107	동종조혈모	남	57	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
108	동종조혈모	남	44	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
109	동종조혈모	남	57	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	급여
110	동종조혈모	여	59	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	급여
111	동종조혈모	남	14	XIAP deficiency	급여
112	동종조혈모	여	46	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
113	동종조혈모	여	39	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
114	동종조혈모	여	15	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
115	동종조혈모	남	62	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
116	동종조혈모	남	49	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
117	동종조혈모	여	58	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
118	동종조혈모	남	54	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
119	동종조혈모	남	24	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
120	동종조혈모	여	50	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
121	동종조혈모	남	59	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
122	동종조혈모	여	55	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
123	동종조혈모	남	68	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
124	동종조혈모	남	53	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
125	동종조혈모	남	12	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
126	동종조혈모	남	42	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
127	동종조혈모	남	65	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	급여
128	동종조혈모	남	64	만성골수성백혈병(Chronic myeloid leukemia)	급여
129	동종조혈모	여	45	혈구포식림프조직구증(Hemophagocytic lymphohistiocytosis)	급여
130	동종조혈모	남	63	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
131	동종조혈모	여	10	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	급여
132	동종조혈모	여	25	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
133	동종조혈모	여	56	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
134	동종조혈모	남	63	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
135	동종조혈모	남	65	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
136	동종조혈모	여	38	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
137	동종조혈모	남	60	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
138	동종조혈모	여	43	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	급여
139	동종조혈모	남	49	만성골수성백혈병(Chronic myeloid leukemia)	급여
140	동종조혈모	남	51	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
141	동종조혈모	여	52	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
142	동종조혈모	여	68	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
143	동종조혈모	여	35	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
144	동종조혈모	여	39	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
145	동종조혈모	여	54	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	급여
146	동종조혈모	여	17	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
147	동종조혈모	남	47	비호지킨림프종(NK/T cell lymphoma)	급여
148	동종조혈모	남	64	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
149	동종조혈모	남	57	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
150	동종조혈모	남	42	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
151	동종조혈모	남	65	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	급여
152	동종조혈모	남	54	비호지킨림프종(Cutaneous T cell lymphoma)	급여
153	동종조혈모	남	42	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	급여
154	동종조혈모	여	37	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
155	동종조혈모	남	54	만성골수단구성백혈병(Chronic Myelomonocytic Leukemia)	급여
156	동종조혈모	여	19	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
157	동종조혈모	여	55	Acute Bilineal Leukemia	급여
158	동종조혈모	남	47	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	급여
159	동종조혈모	여	62	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
160	동종조혈모	여	53	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
161	동종조혈모	여	57	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
162	동종조혈모	남	15	XIAP deficiency	급여
163	동종조혈모	여	10M	혈구포식림프조직구증(Hemophagocytic lymphohistiocytosis)	급여
164	동종조혈모	남	6	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
165	동종조혈모	여	21	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
166	동종조혈모	여	63	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
167	동종조혈모	여	49	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
168	동종조혈모	남	50	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
169	동종조혈모	남	42	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
170	동종조혈모	남	55	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
171	동종조혈모	여	68	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
172	동종조혈모	남	61	일차골수성유증(Primary myelofibrosis)	급여
173	동종조혈모	여	58	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
174	동종조혈모	남	59	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
175	동종조혈모	남	56	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
176	동종조혈모	여	45	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
177	동종조혈모	남	63	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
178	동종조혈모	남	60	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
179	동종조혈모	여	60	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
180	동종조혈모	남	6M	중증복합면역결핍증(SCIDs)	급여
181	동종조혈모	남	37	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
182	동종조혈모	남	65	비호지킨림프종(Peripheral T cell lymphoma)	급여
183	동종조혈모	남	66	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
184	동종조혈모	여	63	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
185	동종조혈모	여	7	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
186	동종조혈모	남	8	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
187	동종조혈모	남	26	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
188	동종조혈모	여	47	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
189	동종조혈모	여	59	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	급여
190	동종조혈모	남	3	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
191	동종조혈모	남	49	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
192	동종조혈모	남	36	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
193	동종조혈모	여	28	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
194	동종조혈모	여	32	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	취하
195	동종조혈모	남	64	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	취하
196	동종조혈모	여	1	혈구포식림프조직구증(Hemophagocytic lymphohistiocytosis)	취하
197	동종조혈모	남	61	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	취하
198	동종조혈모	여	53	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	취하
199	제대혈조혈모	여	58	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
200	제대혈조혈모	남	26	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
201	제대혈조혈모	여	65	골수형성이상증후군(Myelodysplastic syndrome)	급여
202	제대혈조혈모	남	54	급성림프모구백혈병(Acute lymphoblastic leukemia)	급여
203	제대혈조혈모	남	16	만성골수성백혈병(Chronic myeloid leukemia)	급여
204	자가조혈모	남	4	Anaplastic Pleomorphic Xanthoastrocytoma	선별
205	자가조혈모	여	43	POEMS증후군	급여
206	자가 후 자가	남	52	다발골수종(Multiple Myeloma)	선별
207	자가조혈모	여	18	Rhabdomyosarcoma	선별
208	자가조혈모	남	20	germ cell tumor	선별
209	자가조혈모	여	4	비호지킨림프종(Anaplastic large cell lymphoma)	선별

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
210	자가조혈모	남	47	다발골수종(Multiple Myeloma)	선별
211	자가조혈모	남	32	비호지킨림프종(Primary mediastinal large B Cell lymphoma)	선별
212	자가조혈모	여	63	다발골수종(Multiple Myeloma)	선별
213	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)	선별
214	자가 후 자가	여	15	생식세포종(Germ cell tumor)	선별
215	자가조혈모	여	12	Rhabdomyosarcoma	선별
216	자가조혈모	여	36	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	선별
217	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종(Malignant T-cell lymphoma, NOS)	선별
218	자가조혈모	남	68	다발골수종(Multiple Myeloma)	선별
219	자가조혈모	남	40	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별
220	자가 후 자가	남	21	골육종(Osteosarcoma)	선별
221	자가조혈모	여	64	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별
222	자가조혈모	남	44	비호지킨림프종(r/o PCNS lymphoma)	선별
223	자가조혈모	여	59	비호지킨림프종(Peripheral T cell lymphoma)	급여
224	자가조혈모	남	61	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
225	자가조혈모	남	57	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
226	자가조혈모	여	60	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	급여
227	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)	급여
228	자가조혈모	남	63	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
229	자가조혈모	여	49	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
230	자가조혈모	남	67	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
231	Tandem(자가자가)	남	4	신경모세포종(Neuoblastoma)Ⓣ	급여
232	Tandem(자가자가)	남	6	신경모세포종(Neuoblastoma)Ⓣ	급여
233	자가조혈모	여	65	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
234	자가조혈모	남	35	호지킨림프종	급여
235	자가조혈모	남	48	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
236	자가조혈모	여	58	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
237	자가조혈모	남	42	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
238	자가조혈모	남	35	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
239	자가조혈모	여	60	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
240	자가 후 자가	남	56	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
241	자가조혈모	여	37	비호지킨림프종(Splenic marginal zone lymphoma)	급여
242	자가조혈모	여	63	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)	급여
243	자가조혈모	남	65	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
244	자가조혈모	남	64	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
245	자가조혈모	남	50	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T cell lymphoma)	급여
246	자가조혈모	남	34	호지킨림프종	급여
247	자가조혈모	여	53	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
248	자가조혈모	남	57	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
249	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)	급여
250	자가조혈모	여	60	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
251	자가조혈모	여	59	AL아밀로이드증(AL amyloidosis)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
252	자가조혈모	남	47	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
253	자가조혈모	남	64	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
254	자가조혈모	남	36	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
255	자가조혈모	남	60	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
256	자가조혈모	남	54	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
257	자가조혈모	여	45	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
258	자가조혈모	남	51	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
259	자가조혈모	남	47	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	급여
260	자가조혈모	남	65	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
261	자가조혈모	여	60	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
262	자가조혈모	남	61	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
263	자가 후 자가	남	65	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
264	자가조혈모	여	59	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
265	자가조혈모	여	64	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
266	자가조혈모	남	55	호지킨림프종	급여
267	자가조혈모	남	68	비호지킨림프종(Peripheral T cell lymphoma)	급여
268	자가조혈모	남	44	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
269	자가조혈모	여	63	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
270	자가조혈모	여	60	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
271	자가조혈모	남	47	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
272	자가조혈모	여	67	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
273	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
274	자가조혈모	남	50	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
275	자가 후 자가	남	57	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
276	자가조혈모	남	2	망막모세포종(Retinoblastoma)	급여
277	자가조혈모	남	11	골육종(Osteosarcoma)	급여
278	Tandem(자가-자가)	남	20	수모세포종(Medulloblastoma)Ⓣ	급여
279	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
280	자가조혈모	남	47	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
281	자가조혈모	남	64	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
282	자가조혈모	남	58	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
283	자가조혈모	남	51	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
284	자가조혈모	여	54	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
285	자가조혈모	남	67	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
286	자가조혈모	남	56	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
287	자가조혈모	남	59	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
288	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종(Peripheral T cell lymphoma)	급여
289	자가조혈모	남	51	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
290	자가조혈모	여	48	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
291	자가조혈모	남	67	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
292	자가조혈모	여	61	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
293	자가조혈모	남	69	AL아밀로이드증(AL amyloidosis)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
294	자가조혈모	남	55	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
295	자가조혈모	남	49	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
296	자가조혈모	남	65	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
297	자가조혈모	남	64	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
298	자가조혈모	남	49	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
299	자가조혈모	여	67	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
300	자가조혈모	여	67	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
301	자가조혈모	남	56	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
302	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종(Peripheral T cell lymphoma)	급여
303	자가조혈모	여	27	호지킨림프종	급여
304	자가조혈모	여	28	비호지킨림프종(Primary mediastinal large B-cell lymphoma)	급여
305	자가조혈모	여	65	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	급여
306	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
307	자가조혈모	여	64	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
308	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
309	자가조혈모	남	61	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
310	자가조혈모	여	4	망막모세포종(Retinoblastoma)	급여
311	자가조혈모	남	60	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
312	자가조혈모	여	50	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
313	Tandem(자가-자가)	남	7	신경모세포종(Neuoblastoma)†	급여
314	자가조혈모	여	65	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
315	자가조혈모	남	54	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
316	자가조혈모	남	50	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
317	자가조혈모	남	61	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
318	자가조혈모	남	41	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
319	자가조혈모	남	39	급성골수성백혈병(Acute myeloid leukemia)	급여
320	자가조혈모	여	67	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
321	자가조혈모	남	46	비호지킨림프종(Peripheral T cell lymphoma)	급여
322	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
323	자가조혈모	여	57	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
324	자가조혈모	남	58	호지킨림프종	급여
325	자가조혈모	남	69	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
326	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
327	자가조혈모	여	54	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
328	자가조혈모	남	69	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
329	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종(Peripheral T cell lymphoma)	급여
330	자가조혈모	남	47	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
331	자가조혈모	여	42	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
332	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종(Marginal zone B-cell lymphoma)	급여
333	자가조혈모	남	55	호지킨림프종	급여
334	자가조혈모	남	2	간모세포종(Hepatoblastoma)	급여
335	자가조혈모	남	56	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
336	자가조혈모	남	35	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
337	자가조혈모	남	63	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
338	자가조혈모	남	23	비호지킨림프종(B-lymphoblastic lymphoma/leukemia)	급여
339	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종(Angio immunoblastic T-cell lymphoma)	급여
340	자가조혈모	남	54	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
341	자가조혈모	여	69	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
342	자가조혈모	남	57	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
343	자가조혈모	남	45	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
344	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	급여
345	자가조혈모	남	53	다발골수종(Multiple Myeloma)	급여
346	자가조혈모	여	28	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
347	자가조혈모	남	48	비호지킨림프종(Nodal marginal zone lymphoma)	급여
348	자가조혈모	여	64	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	급여
349	자가조혈모	남	26	호지킨림프종	급여
350	자가조혈모	여	60	비호지킨림프종	취하
351	자가조혈모	남	68	비호지킨림프종	취하
352	자가조혈모	여	43	POEMS증후군	취하
353	자가조혈모	여	27	호지킨림프종	취하
354	자가조혈모	남	55	호지킨림프종	취하
355	자가조혈모	남	65	비호지킨림프종	취하
356	자가조혈모	남	56	비호지킨림프종	취하