

진료심사평가위원회 심의사례 공개(총 5항목)

- 2021. 10. 27. 공개

연번	제 목	페이지
1	심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상 여부(11사례)	1
2	Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 및 Ravulizumab(품명: 울토미리스주) 요양급여 대상여부(4사례)	6
3	조혈모세포이식 요양급여 및 선별급여 대상 여부(382사례)	10
4	면역관용요법 요양급여 대상 여부(14사례)	53
5	Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 요양급여 대상 여부(45사례)	57

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

* VAD: Ventricular Assist Device

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

계	심의결과	실시기관 승인신청		대상자 승인신청	
		이식형	체외형	이식형	체외형
총 11사례	승인	-	-	11	-
	불승인	-	-	-	-

□ 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상 여부(총 11사례)

○ 이식형 좌심실 보조장치 치료술(11사례)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
A	남/65세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로, 2011년 심근경색(MI)로 관상동맥중재술(PCI) 후 약물치료 지속함. 2015년 심율동전환제세동기거치술(ICD), 2019년 전극도자절제술(RFCA) 및 심장재동기화치료(CRT-D) upgrade 시행함. 정맥중심제 의존적인 상태로, NYHA Class III, INTERMACS LEVEL 3, 좌심실 구혈률(LVEF) 21% 등 말기 심부전 소견 보임. 따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제6조 [별표2] 1.-① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 '심장이식 대기자로 등록된 말기 심부전환자의 심장이식 가교 치료 시'에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
B	여/66세	승 인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 비후성 심근병증 환자로 20년전 비후성 심근병증 진단 후 이에 대한 지속적인 치료에도 불구하고 심부전 악화되어 체외순환막형산화요법(ECMO) 유지 중임. NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 1, 심장지수(Cardiac Index) 1.79L/min/m² 등 말기 심부전 소견 보임.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제6조 [별표2] 1.-① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 ‘심장이식 대기자로 등록된 말기 심부전환자의 심장이식 가교 치료 시’에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.</p>
C	남/45세	승 인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 2019년 심율동전환제세동기(ICD) 시행함. 지속적인 약물치료에도 불구하고 정맥강심제 의존적이며 체외순환막형산화요법(ECMO) 유지 중임. NYHA Class IV, INTERMACS level 1, 좌심실 구혈률(LVEF) 12%, 좌심실수축기내경(LVESD) 74mm, 좌심실이완기내경(LVEDD) 83mm 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 치료 시’에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.</p>
D	남/72세	승 인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로 2001년 관상동맥우회술(CABG), 2020년 관상동맥중재술(PCI) 및 풍선혈관성형술(POBA) 시행함. 2021년 7월 호흡곤란 악화되어 약물조절 하면서 경과 관찰하였으나 심인성 쇼크 발생하여 입원 치료 중으로 정맥강심제 의존적인 상태임. NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 3, 좌심실 구혈률(LVEF) 17%, 심장지수(Cardiac Index) 1.41L/min/m² 등 말기 심부전 소견 보임.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제6조 [별표2] 1.-① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 ‘심장이식 대기자로 등록된 말기 심부전환자의 심장이식 가교 치료 시’에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.</p>
E	남/34세	승 인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p>

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			<p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 2014년 확장성 심근병증 진단 후 지속적으로 약물치료 시행함. 2020년 심방세동으로 인하여 전극도자술(ablation) 시행 후 2021년 5월 전극도자술 재시행함. 심한 호흡곤란 등의 증상으로 입원중으로 NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 4, Peak VO2 Max 10.06mL/kg/min 등의 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	여/76세	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 2019년 심장재동기화치료(CRT-D) 시행 후에도 입퇴원 반복하며 약물치료 지속함. 2021년 8월 급성 비보상성 심부전으로(ADHF)로 입원하여 정맥강심제 의존적으로 체외순환막형산화요법(ECMO) 유지 중임. NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 2, 심장지수(Cardiac index) 1.47L/min/m² 등의 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>
G	남/50세	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 2006년 확장성 심근병증 진단 후 지속적으로 약물치료 시행함. 2021년 초부터 호흡곤란 등의 증상 악화되었으며 심방세동(VF) 반복적으로 재발되어 심장재동기화치료(CRT-D) 시행하였으나 증상 호전 없으며, 정맥 강심제 의존적임. NYHA Class III, INTERMACS LEVEL 2, 좌심실 구혈률(LVEF) 17%, 좌심실수축기내경(LVESD) 80mm, 좌심실이완기내경(LVEDD) 88mm 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 심실 보조장치 치료술(VAD)의 요양급여를 인정함.</p>
H	남/52세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및</p>

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			<p>본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 2005년 확장성 심근병증 진단받고 대동맥판막폐쇄부전증(severe AR)으로 대동맥판막치환술(AVR), 2020년 심장재동기화치료(CRT-D) 시행함. 2021년 7월 호흡곤란으로 입원치료 후 퇴원하였으나, 9월 재입원하여 정맥강심제 의존적인 상태임. NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 3, 좌심실 구혈률(LVEF) 16% 등 말기 심부전 소견 보임. 따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제6조 [별표2] 1.-① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 '심장이식 대기자로 등록된 말기 심부전환자의 심장이식 가교 치료 시'에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 심실 보조장치 치료술(VAD)의 요양급여를 인정함.</p>
I	여/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 확장성 심근병증 환자로 2007년 postpartum CMP 진단, 2017년 심율동전환제세동기전환술(ICD) 시행함. 지속적인 약물치료에도 불구하고 심부전으로 인한 입·퇴원 반복중이며, NYHA Class III, INTERMACS LEVEL 4, 심장지수(Cardiac Index) 1.9L/min/m² 등 말기 심부전 소견 보임. 따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제6조 [별표2] 1.-① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 '심장이식 대기자로 등록된 말기 심부전환자의 심장이식 가교 치료 시'에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 심실 보조장치 치료술(VAD)의 요양급여를 인정함.</p>
J	남/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 심장이식 대기자로 적합하지 않은 울혈성 심부전 환자로 1991년 대동맥판막치환술(AVR), 2003년 승모판막치환술(MVR), 삼첨판막성형술(TAP), 2019년 심장재동기화치료(CRT-D) 등을 시행함. 정맥 강심제 의존적으로 NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 2, 좌심실구혈률(LVEF) 16%, 심장지수(Cardiac Index) 1.5L/min/m² 등등 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', 2) '정맥 강심제에 의존적인 상태로 투여를 중단할 수 없는 경우'에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.</p>
K	남/72세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및</p>

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			<p>본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 2014년 심부전 진단 후 약물치료 지속함. 심방세동(AF) 소견으로 2021년 8월 심율동전환제세동기거치술(ICD) 시행함. 정맥강심제 의존적으로 NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 2, 심장지수 (Cardiac Index) 1.8L/min/m² 등 말기 심부전 소견 보임.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제6조 [별표2] 1.-① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 ‘심장이식 대기자로 등록된 말기 심부전환자의 심장이식 가교 치료시’에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 심실 보조장치 치료술(VAD)의 요양급여를 인정함.</p>

2. 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	구분	접수	승인신청		재심의 승인신청		모니터링	
			승인	불승인	승인	불승인	승인	불승인
총계		4	0	3	0	1	0	0
2021. 6.	발작성 야간 혈색소뇨증	0	0	0	-	-	-	-
	비정형 용혈성 요독 증후군	4	0	3	-	1	-	-

[Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 대상여부]

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

○ 승인신청(3사례)

심의년월	사례	성별/나이	결정결과	결정내용
2021. 9.	A	여/61	불승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제 2020-305호, 2021. 1. 1. 시행) 제1호 나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 코로나백신 접종 후 혈뇨로 응급실 내원 후 혈전미세혈관병증이 확인된 환자로서 비정형 용혈성 요독 증후군과 동일한 임상양상으로 판단되어 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 혈소판수 정상 하한치 이상 및 헤모글로빈 $\geq 10\text{g/dL}$으로 회복되어 위 고시 제1호 나목 1) 가)에서 정한 활성형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않고, 파종성혈관내응고증 소견 등 참고하여 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호 나목 2) 사) 섬유소 혈전증에 해당되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>
	B	여/19	불승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제 2020-305호, 2021. 1. 1. 시행) 제1호 나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 발열과 혈뇨로 연속된 입원 후 시행한 검사에서 혈전미세혈관병증 소견 및 비정형 용혈성 요독 증후군 관련 유전자 변이가 의심되는 환자로서 비정형 용혈성 요독 증후군의 재발 가능성이 높을 것이라며 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 혈소판수 정상 하한치 이상 및 헤모글로빈 $\geq 10\text{g/dL}$으로 회복, 분열적혈구 음성으로 위 고시 제1호 나목 1) 가)에서 정한 활성형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않음. 또한 혈청 크레아티닌이 정상 상한치 미만으로 위 고시 제1호 나목 1) 나) 에서 정한 신장손상에 적합하지 않으므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>

심의년월	사례	성별/나이	결정결과	결정내용
	C	여/68	불승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2020-305호, 2021. 1. 1. 시행) 제1호 나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 대동맥 치환술 후 빈혈과 혈소판 감소 및 급성신손상으로 혈전미세혈관병증 진단하며 혈장교환술 등 치료를 하였으나 임상경과 호전되지 않아 Eculizumab(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, LDH 정상 상한치 1.5배 미만으로 회복되어 위 고시 제1호 나목 1) 가)에서 정한 활성형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않고, 8/29 혈장 주입 후 9/7 ADAMTS-13 활성이 시행되어 위 고시 제1호 나목 1) 다)에서 정한 혈장주입을 하기 이전의 혈액 샘플에서 ADAMTS-13 활성 10%이상에 적합하지 않음. 또한, 대동맥치환술 후 파종성혈관내응고증 소견 등 혈액검사결과 참고하여 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호 나목 2) 사) 섬유소 혈전증에 해당되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>

○ 재심의 승인신청(1사례)

심의년월	사례	성별/나이	결정결과	결정내용
2021. 9.	A	여/62	불승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2020-305호, 2021. 1. 1. 시행) 제1호 나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 2021년 8월 분과위원회에서 혈소판 수 정상 하한치 이상 및 LDH 정상 상한치 1.5배미만으로 회복되어 위 고시 제1호 나목 1) 가)에서 정한 활성형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않아 Eculizumab(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인한 사례임. 이후 신기능 악화로 추가 자료를 첨부하여 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 재심의 승인 신청함. 추가 제출된 진료기록을 확인한 결과, 1차 승인신청 결과 통보 이후 혈소판수 정상 하한치 이상, LDH 정상 상한치 1.5배 미만 유지 중으로 위 고시 제1호 나목 1) 가)에서 정한 활성형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않음. 또한 만성간질환과 연관된 용혈성 빈혈 가능성 등</p>

심의년월	사례	성별/나이	결정결과	결정내용
				<p>제출된 혈액내과 협진기록 참고하여 고시 제1호 나목 2) 자) 기타 이차성 용혈성 요독 증후군으로 판단되어 급여기준 제외대상에 해당되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 재심의 신청을 불승인함.</p>

3. 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	
총 접수	382	205	7	170		
처리결과	영양급여	289	144	6	139	
	선별급여	93	61	1	31	
	취하	0	0	0	0	

※ 신청기관 : 41개 영양기관

○ 심의내용

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
동종	총 205건	영양급여 : 144건	급성골수성백혈병 : 49건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상) [별표2] 2-가1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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>이 건은 급성골수성백혈병으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우에 해당하여 영양급여대상으로 승인함.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			<p>급성림프모구백혈병 : 35건</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 $100 \times 10^9/L$ 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>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단 시 15세 이상으로 1차 완전관해된 경우, 2차 완전관해된 경우 또는 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 위 고시된 고위험군 중 하나에 해당한 경우 등 중 어느 하나에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>골수형성이상증후군 : 35건</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>

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/μl 이하이면서 혈소판 20,000/μl 이하</p> <p>(나) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 고위험군인 경우 또는 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하이면서 혈소판 20,000/μl 이하 등을 만족하는 중간위험군에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>비호지킨림프종 : 3건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-7)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우</p> <p>(나) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (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>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<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 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>중증재생불량성빈혈 : 9건</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/μl 이하 나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x109/L 다) 혈소판 20,000/μl 이하</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하 및 혈소판 20,000/μl 이하 등이 확인되어 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>일차골수섬유증 : 6건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-9)에 의하면, 일차골수섬유증(Primary Myelofibrosis)은 일차골수섬유증의 예후지표인 DIPSS(Dynamic International Prognostic Scoring System) plus risk category 중 고위험도(High risk)와 중등위험도-2 (Intermediate-2)에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 일차골수섬유증으로 DIPSS plus risk category 중 고위험도(High risk) 또는 중등위험도-2(Intermediate-2)에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<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</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>(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 경우 등에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>혈구포식림프조직구증 : 2건</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>
			<p>선천성빈혈 : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 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.</p> <p>가) Diamond-Blackfan Anemis : 스테로이드에 불응성인 경우 나) Congenital Dyserythropoietic Anemia : 수혈의존성이 있는 경우</p> <p>이 건은 임상 소견이나 유전적 검사로 진단된 선천성빈혈로서 가) 또는 나)에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>만성육아종증 : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-15)에 의하면, 만성육아종증(Chronic Granulomatous Disease, CGD)은 임상 양상 및 유전자검사 또는 질환의 특이검사 등으로 진단된 만성육아종증으로 중증감염이 반복되는 경우 인정 하고 있음.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용	
				<p>이 건은 임상 양상 및 유전자검사로 진단된 만성육아종 증으로 중증감염이 반복되는 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>	
		<p>선별급여 : 61건</p>	<p>급성골수성백혈병 : 29건</p>	<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) - 표준치료 후 미세잔류양(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 완전관해가 확인되지 않아 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 3차 이상 완전관해에 해당하여 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
					<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 1-다에 의하면, 조혈모세포 2차 이식은 조혈모세포 이식을 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.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>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>체대혈 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] 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</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			급성림프모구백혈병 : 7건	<p>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 완전관해진 경우 나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 (나) t(v:11q23) 또는 MLL 재배열 (다) 염색체수 44 미만</p> <p>(2) 진단시 1세 미만 (3) 백혈구 수 $100 \times 10^9/L$ 이상 (4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) Poor Steroid Response (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수 검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) (다) Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 라) 2차 이상 완전관해진 경우</p> <p>이 건은 완전관해가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 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>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<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>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상 [별표2] 1-다에 의하면, 조혈모세포 2차 이식은 조혈모세포 이식을 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 급성림프모구백혈병에 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>골수형성이상증후군 : 4건</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/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>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>이 건은 성인으로 고위험군 또는 말초혈액검사 결과 절대 호중구수(ANC) 500/μl 이하이면서 혈소판 20,000/μl 이하 등을 만족하는 중간위험군으로 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-다에 의하면, 조혈모세포 2차 이식은 조혈모세포 이식을 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 골수형성이상증후군 상병에서 2차 조혈모세포이식 예정인 건으로서, 위의 급성골수성백혈병, 급성림프모구백혈병, 중증재생불량성빈혈에 해당하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식을 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>
			일차골수성유증 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상 [별표2] 1-다에 의하면, 조혈모세포 2차 이식은 조혈모세포</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>이식을 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 일차골수섬유증 상병에서 2차 조혈모세포이식 예정인 건으로서, 위의 급성골수성백혈병, 급성림프모구백혈병, 중증재생불량성빈혈에 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>
			다발골수증 : 1건	<p>2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)은 다음 중 하나에 해당하는 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모세포이식</p> <p>나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 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. 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>이 건은 2차 동종 조혈모세포이식으로 1차 이식 후 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR (Very Good Partial Response)에 도달하지 않고 6개월 이내에 2차 이식 시행을 하지 아니한 경우이므로 요양급여기준에</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				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.
			비호지킨림프종 : 9건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 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> <p>(아) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(자) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>이 건은 1차 표준항암화학요법 및 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시. 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 Lymphoblastic lymphoma로 조혈모세포이식의 요</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표2] 조혈모세포이식 요양급여의 대상자 기준의 질병에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 Primary cutaneous gamma-delta T cell lymphoma 로 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부고시 제2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표2] 조혈모세포이식 요양급여의 대상자 기준의 질병에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			호지킨림프종 : 1건	<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>체대혈 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,</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>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>중증재생불량성빈혈 : 3건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 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 영양급여 대상자로 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 진단근거가 확인되지 않아 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-나)에 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. 제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>개 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] 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>
			만성골수성백혈병 : 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>[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)</p> <p>나) T315I mutation 확인된 경우</p> <p>이 건은 만성골수성백혈병 급성기에 해당하여 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-나)에 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 조혈</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			신경모세포종 : 2건	<p>모세포이식을 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 조혈모세포 이식을 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 신경모세포종 상병에서 3차 조혈모세포이식 예정인 건으로써, 위의 급성골수성백혈병, 급성림프모구백혈병, 중증재생불량성빈혈에 해당하지 아니함. 다만, 조혈모세포 이식의 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>
			만성육아종증 : 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상 [별표2] 1-다에 의하면, 조혈모세포 2차 이식은 조혈모세포 이식을 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 만성육아종증 상병에서 2차 조혈모세포이식 예정인 건으로써, 위의 급성골수성백혈병, 급성림프모구백혈병, 중증재생불량성빈혈에 해당하지 아니함. 다만, 조혈모세포 이식의 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>
			연소기골수단구성백혈병 : 1건	<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 경우에 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>- 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우</p> <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>
제대혈	총 7건	요양급여 : 6건	급성림프모구백혈병 : 5건	<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</p> <p>나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성</p> <p>(나) t(v:11q23) 또는 MLL 재배열</p> <p>(다) 염색체수 44 미만</p> <p>(2) 진단시 1세 미만</p> <p>(3) 백혈구 수 $100 \times 10^9/L$ 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>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>(다) Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단 시 15세 이상으로 1차 완전관해된 경우, 2차 완전관해된 경우 또는 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 위 고시된 고위험군 중 하나에 해당한 경우 등 중 어느 하나에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			골수형성이상증후군 : 1건	<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</p> <p>(가) IPSS: Intermediate-2 또는 high</p> <p>(나) IPSS-R, WPSS: high 또는 very high</p> <p>(2) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하이면서 혈소판 20,000/μl 이하</p> <p>(나) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 고위험군인 경우 또는 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하이면서 혈소판 20,000/μl 이하 등을 만족하는 중간위험군에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
		선별급여 : 1건	비호지킨림프종 : 1건	<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</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우 (나) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) (다) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (2) 표준항암화학요법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분 반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 한다. (가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma (나) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma (다) Mantle Cell Lymphoma (라) Diffuse Large B Cell Lymphoma (마) Burkitt Lymphoma (바) Peripheral T-cell Lymphoma (사) Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상 (아) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (자) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>이 건은 1차 표준항암화학요법 및 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시. 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
자가	총 170건	요양급여 : 139건	<p>다발골수종 : 83건</p> <p>비호지킨림프종 : 36건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 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 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하여 영양급여대상으로 승인함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-1)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여대상자로 인정하고 있음. (1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정하</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>고 있음.</p> <p>(가) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 (나) Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 (다) Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) (라) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) (마) Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) (바) Primary CNS Lymphoma</p> <p>(2) 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma, Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia (나) Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름) (다) Mantle Cell Lymphoma (라) Diffuse Large B Cell Lymphoma (마) Burkitt Lymphoma (바) Peripheral T-cell Lymphoma (사) Extranodal NK/T-cell Lymphoma (아) Primary CNS Lymphoma</p> <p>이 건은 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>
			<p>급성골수성백혈병 : 2건</p>	<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.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우 나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 혈액학적 완전관해인 경우</p> <p>이 건은 급성전골수성백혈병에서 2차 분자생물학적 관해</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				된 경우에 해당하거나 급성골수모구성백혈병에서 1차 혈액학적 완전관해인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.
			호지킨림프종 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-1)-나)에 의하면, 전형호지킨 림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 호지킨림프종으로 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			AL 아밀로이드증 : 1건	<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) 진단기준을 만족하고 ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하면서 장기부전(심·신·간·폐부전)이 아닌 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			POEMS증후군 : 4건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-4)-다)에 의하면, POEMS증후군은 IMWG에서 제시한 POEMS 증후군 진단기준에 만족하는 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 POEMS 증후군 진단기준을 만족하는 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			생식세포종 : 2건	<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 : 1건</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 1.5cm² 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 경우이면서 위 (1)~(3) 중 하나에 해당하거나, 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>유방종양 :3건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-6)에 의하면, 유방종양의 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>가) 진단 시 다음 고위험군의 하나에 해당하며 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>(1) metastatic disease at diagnosis</p> <p>(2) bulky primary tumor (>200 ml)</p> <p>(3) axial site</p> <p>나) 수술 후, 방사선 치료 및 통상적인 화학요법(6개월 또는 6회 이상)을 병용하여 부분반응 이상을 보이거나, 완전관해에 도달하지 않은 경우</p> <p>다) 재발 또는 불응성으로 구제 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>이 건은 유방종양으로 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 : 3건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-10)에 의하면, 골육종(Osteosarcoma)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 수술 및 항암치료 후 완전관해된 경우 나) 재발 후 국소적 치료 및 구제 항암화학요법으로 2차 완전관해 된 때</p> <p>이 건은 골육종으로 수술 및 항암치료 후 완전관해된 경우 또는 재발 후 국소적 치료 및 구제 항암화학요법으로 2차 완전관해 된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			신경모세포종 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-5)에 의하면, 신경모세포종(Neuoblastoma)은 다음의 경우 요양급여로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 다음 중 하나에 해당하며 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상인 경우 (1) 진단 시 1세 이상이면서 stage IV (2) N-myc 증폭(+)인 stage II 이상 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>
		선별급여 : 31건	비호지킨림프종 : 10건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-1)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 (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)</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>(바) Primary CNS Lymphoma</p> <p>(2) 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma, Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia</p> <p>(나) Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)</p> <p>(다) Mantle Cell Lymphoma</p> <p>(라) Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>(마) Burkitt Lymphoma</p> <p>(바) Peripheral T-cell Lymphoma</p> <p>(사) Extranodal NK/T-cell Lymphoma</p> <p>(아) Primary CNS Lymphoma</p> <p>이 건은 1차 표준항암화학요법 및 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종(Diffuse Large B Cell Lymphoma)으로 “LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV”에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 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>
			호지킨림프종 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-1)-나)에 의하면, 전형호지킨 림프종

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>(Classical Hodgkin Lymphoma)은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포 이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 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>
			다발골수종 : 5건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-4)-가)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단 근거가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)은 다음 중 하나에 해당하는 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</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)</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>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 1차 이식 후 VGPR (Very Good Partial Response) 이상의 반응을 유지하고 있거나, VGPR 유지기간이 12개월 미만에 해당하여 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만70세 이상으로 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			급성골수성백혈병 : 1건	<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>
			POEMS증후군 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>[별표2] 2-나-4)-다)에 의하면, POEMS증후군은 IMWG에서 제시한 POEMS 증후군 진단기준에 만족하는 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 POEMS 증후군 진단기준이 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>
			AL 아밀로이드증 : 2건	<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) 진단기준이 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>
			생식세포종 : 3건	<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, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>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/횡문근종양(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>
			<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 1.5cm² 이상인 경우</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>(다) 두개강 내 전이가 있는 경우 (라) Anaplastic type (2) 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) (3) Germ Cell Tumor와 Anaplastic Ependymoma : 3세 미만인 경우 나) 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>이 건은 소아뇌종양으로 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상이면서 위 (1)~(3) 중 하나에 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>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 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. 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. 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 제</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)은 다음 중 하나에 해당하는 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</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 3차 자가조혈모세포이식에 해당하여 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			유령종양 : 1건	<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>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			<p>윌름스종양 : 2건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-8)에 의하면, 윌름스종양(Wilms Tumor)은 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 윌름스종양으로 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 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>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/횡문근종양(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 해당</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 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.
			Pleomorphic xantastrocytoma : 1건	이 질병은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부고시 제2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표2] 조혈모세포이식 요양급여의 대상자 기준의 질병에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
계	382			

[별첨] 조혈모세포이식 대상자 승인 결과

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
1	동종조혈모	남	65	만성골수단핵구성백혈병	요양급여
2	동종조혈모	여	56	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별급여
3	동종조혈모	남	15	비호지킨림프종(T-lymphoblastic lymphoma)	선별급여
4	동종조혈모	남	60	비호지킨림프종(T-lymphoblastic lymphoma)	선별급여
5	동종조혈모	여	48	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
6	동종조혈모	남	7	만성육아종증(CGD)	선별급여
7	동종조혈모	여	53	Histiocytic sarcoma	선별급여
8	동종조혈모	남	14	비호지킨림프종(B-lymphoblastic lymphoma)	선별급여
9	동종조혈모	남	13	연소기골수단구성백혈병(JMML)	선별급여
10	동종조혈모	여	44	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	선별급여
11	동종조혈모	여	32	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	선별급여
12	동종조혈모	남	61	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	선별급여
13	동종조혈모	남	41	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	선별급여
14	동종조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
15	동종조혈모	남	31	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별급여
16	동종조혈모	남	37	만성골수성백혈병(CML)	선별급여
17	동종조혈모	여	39	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
18	동종조혈모	남	48	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
19	동종조혈모	남	79	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
20	동종조혈모	남	46	급성골수성백혈병(AML)	선별급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
21	동종조혈모	여	57	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
22	동종조혈모	여	28	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
23	동종조혈모	남	71	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
24	동종조혈모	여	37	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별급여
25	동종조혈모	남	32	비호지킨림프종(T-lymphoblastic lymphoma)	선별급여
26	동종조혈모	여	42	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	선별급여
27	동종조혈모	남	39	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
28	동종조혈모	여	38	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
29	동종조혈모	남	12	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
30	동종조혈모	여	13	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
31	동종조혈모	남	49	호지킨림프종	선별급여
32	동종조혈모	남	59	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
33	동종조혈모	남	32	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
34	동종조혈모	여	63	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
35	동종조혈모	남	53	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
36	동종조혈모	남	62	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
37	동종조혈모	남	24	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
38	동종조혈모	남	24	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
39	동종조혈모	여	41	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
40	동종조혈모	남	72	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
41	동종조혈모	여	23	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
42	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
43	동종조혈모	남	73	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
44	동종조혈모	여	13	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
45	동종조혈모	여	60	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
46	동종조혈모	남	32	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
47	동종조혈모	남	70	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
48	동종조혈모	남	34	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
49	동종조혈모	남	56	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
50	동종조혈모	여	59	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
51	동종조혈모	남	43	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
52	동종조혈모	남	46	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
53	동종조혈모	남	42	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
54	동종조혈모	남	56	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
55	동종조혈모	여	60	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
56	동종조혈모	남	50	만성골수성백혈병(CML)	선별급여
57	동종조혈모	남	44	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
58	동종조혈모	남	3	신경모세포종(Neurolblastoma)	선별급여
59	동종조혈모	남	62	다발골수종(MM)	선별급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
60	동종조혈모	남	52	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
61	동종조혈모	여	6	신경모세포종(Neurolblastoma)	선별급여
62	동종조혈모	여	55	비호지킨림프종(Primary cutaneous gamma-delta T cell lymphoma)	선별급여
63	동종조혈모	여	37	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
64	동종조혈모	남	61	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
65	동종조혈모	남	48	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
66	동종조혈모	남	4	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
67	동종조혈모	남	60	일차골수성유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
68	동종조혈모	여	29	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
69	동종조혈모	남	18	선천성빈혈(Congenitalpureredcellanemia)	요양급여
70	동종조혈모	여	32	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
71	동종조혈모	남	10	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
72	동종조혈모	남	51	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
73	동종조혈모	남	63	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
74	동종조혈모	남	22	혈구포식림프조직구증(HLH)	요양급여
75	동종조혈모	여	64	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
76	동종조혈모	남	49	만성골수성백혈병(CML)	요양급여
77	동종조혈모	여	52	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
78	동종조혈모	남	33	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
79	동종조혈모	남	16	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
80	동종조혈모	남	66	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
81	동종조혈모	여	45	만성골수성백혈병(CML)	요양급여
82	동종조혈모	남	42	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
83	동종조혈모	남	52	만성골수성백혈병(CML)	요양급여
84	동종조혈모	남	22	만성육아종증(CGD)	요양급여
85	동종조혈모	남	67	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
86	동종조혈모	남	63	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
87	동종조혈모	여	10	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
88	동종조혈모	남	12	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
89	동종조혈모	여	69	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
90	동종조혈모	남	11	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
91	동종조혈모	여	40	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
92	동종조혈모	남	13	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
93	동종조혈모	여	7	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
94	동종조혈모	남	63	만성골수단핵구성백혈병	요양급여
95	동종조혈모	여	60	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
96	동종조혈모	남	66	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
97	동종조혈모	여	23	일차골수성유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
98	동종조혈모	여	58	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
99	동종조혈모	남	65	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
100	동종조혈모	여	41	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
101	동종조혈모	남	54	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
102	동종조혈모	남	66	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
103	동종조혈모	여	30	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
104	동종조혈모	여	52	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
105	동종조혈모	남	52	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
106	동종조혈모	남	39	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
107	동종조혈모	여	60	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
108	동종조혈모	남	49	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
109	동종조혈모	여	8	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
110	동종조혈모	남	56	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
111	동종조혈모	여	53	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
112	동종조혈모	여	65	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
113	동종조혈모	여	64	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
114	동종조혈모	남	62	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
115	동종조혈모	여	56	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
116	동종조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
117	동종조혈모	여	60	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
118	동종조혈모	남	56	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
119	동종조혈모	남	51	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
120	동종조혈모	여	31	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
121	동종조혈모	남	30	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
122	동종조혈모	여	11	혈구포식림프조직구증(HLH)	요양급여
123	동종조혈모	남	62	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
124	동종조혈모	여	66	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
125	동종조혈모	여	58	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
126	동종조혈모	남	60	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
127	동종조혈모	남	56	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
128	동종조혈모	남	48	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
129	동종조혈모	여	50	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
130	동종조혈모	여	66	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
131	동종조혈모	남	24	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
132	동종조혈모	남	65	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
133	동종조혈모	여	5	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
134	동종조혈모	여	45	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
135	동종조혈모	남	26	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
136	동종조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
137	동종조혈모	여	26	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
138	동종조혈모	여	34	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
139	동종조혈모	여	61	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
140	동종조혈모	남	69	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
141	동종조혈모	여	51	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
142	동종조혈모	여	54	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
143	동종조혈모	남	9	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
144	동종조혈모	남	27	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
145	동종조혈모	여	39	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
146	동종조혈모	남	41	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
147	동종조혈모	남	65	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
148	동종조혈모	여	46	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
149	동종조혈모	남	31	비호지킨림프종(T-lymphoblastic lymphoma)	요양급여
150	동종조혈모	여	66	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
151	동종조혈모	여	49	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
152	동종조혈모	남	32	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
153	동종조혈모	남	53	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
154	동종조혈모	여	68	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
155	동종조혈모	남	37	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
156	동종조혈모	남	4	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
157	동종조혈모	남	67	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
158	동종조혈모	남	62	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
159	동종조혈모	남	67	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
160	동종조혈모	남	44	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
161	동종조혈모	남	36	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
162	동종조혈모	남	69	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
163	동종조혈모	여	56	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
164	동종조혈모	남	35	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
165	동종조혈모	남	47	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
166	동종조혈모	여	11M	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
167	동종조혈모	남	51	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
168	동종조혈모	남	27	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
169	동종조혈모	남	9	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
170	동종조혈모	여	50	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
171	동종조혈모	남	59	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
172	동종조혈모	남	60	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
173	동종조혈모	여	2	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
174	동종조혈모	남	62	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
175	동종조혈모	남	18	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
176	동종조혈모	남	42	급성골수성백혈병(AML)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
177	동종조혈모	남	31	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
178	동종조혈모	여	38	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
179	동종조혈모	여	46	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
180	동종조혈모	여	65	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
181	동종조혈모	남	42	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
182	동종조혈모	여	47	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
183	동종조혈모	여	69	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
184	동종조혈모	남	16	일차골수성유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
185	동종조혈모	남	37	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
186	동종조혈모	남	58	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
187	동종조혈모	남	62	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
188	동종조혈모	남	44	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
189	동종조혈모	여	31	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
190	동종조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
191	동종조혈모	여	12	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
192	동종조혈모	여	39	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
193	동종조혈모	남	59	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
194	동종조혈모	남	38	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
195	동종조혈모	여	32	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
196	동종조혈모	여	55	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
197	동종조혈모	남	38	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
198	동종조혈모	여	45	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
199	동종조혈모	남	52	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
200	동종조혈모	남	61	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
201	동종조혈모	남	53	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
202	동종조혈모	남	38	비호지킨림프종(Burkitt lymphoma)	요양급여
203	동종조혈모	여	22	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
204	동종조혈모	여	1	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
205	동종조혈모	여	59	일차골수성유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
206	제대혈조혈모	여	27	비호지킨림프종(Systemic EBV positive T cell lymphoma of childhood)	선별급여
207	제대혈조혈모	남	55	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
208	제대혈조혈모	여	41	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
209	제대혈조혈모	여	31	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
210	제대혈조혈모	남	23	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
211	제대혈조혈모	남	44	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
212	제대혈조혈모	여	45	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
213	자가조혈모	남	44	호지킨림프종	선별급여
214	자가조혈모	남	15	Yolksac tumor	선별급여
215	자가조혈모	여	17	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
216	자가조혈모	남	70	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
217	자가조혈모	남	48	비호지킨림프종(Anaplastic large cell lymphoma, ALK(-))	선별급여
218	자가 후 자가	남	1	비정형기형/횡문근종양(AT/RT)	선별급여
219	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	선별급여
220	자가 후 자가	남	34	생식세포종(Germcell tumor)	선별급여
221	자가 후 자가	남	65	다발골수종(MM)	선별급여
222	자가조혈모	남	63	POEMS증후군	선별급여
223	자가조혈모	여	74	다발골수종(MM)	선별급여
224	자가 후 자가	여	5	윌름스종양(Wilmstumor)	선별급여
225	자가조혈모	여	37	유령종양	선별급여
226	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종(Waldenstrom macroglobulinemia)	선별급여
227	자가조혈모	여	67	다발골수종(MM)	선별급여
228	자가 후 자가	남	2	Anaplastic Ependymoma	선별급여
229	자가조혈모	여	54	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
230	자가조혈모	남	57	AL아밀로이드증(AL amyloidosis)	선별급여
231	자가조혈모	남	12	윌름스종양(Wilmstumor)	선별급여
232	자가 후 자가	남	53	다발골수종(MM)	선별급여
233	자가조혈모	여	64	AL아밀로이드증(AL amyloidosis)	선별급여
234	Tandem(자가-자가)	남	15	수모세포종①(Medulloblastoma)	선별급여
235	자가 후 자가	남	14	Pleomorphic xanthoastrocytoma	선별급여
236	자가조혈모	여	57	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
237	자가조혈모	남	47	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
238	자가조혈모	남	27	생식세포종(Germcell tumor)	선별급여
239	자가조혈모	남	52	POEMS증후군	선별급여
240	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
241	자가조혈모	남	45	비호지킨림프종(ALK positive large B-cell lymphoma)	선별급여
242	자가조혈모	남	40	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
243	자가 후 자가	여	58	다발골수종(MM)	선별급여
244	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여
245	자가 후 자가	여	57	다발골수종(MM)	요양급여
246	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	요양급여
247	자가조혈모	남	53	비호지킨림프종(Follicular lymphoma)	요양급여
248	자가조혈모	여	49	다발골수종(MM)	요양급여
249	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
250	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
251	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	요양급여
252	자가조혈모	여	55	다발골수종(MM)	요양급여
253	자가조혈모	남	68	다발골수종(MM)	요양급여
254	자가조혈모	여	50	다발골수종(MM)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
255	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	요양급여
256	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	요양급여
257	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	요양급여
258	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	요양급여
259	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
260	Tandem(자가-자가)	여	7	원시성신경외배엽종양①(PNET)	요양급여
261	자가조혈모	여	67	다발골수종(MM)	요양급여
262	자가조혈모	여	66	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
263	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	요양급여
264	자가조혈모	남	42	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
265	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	요양급여
266	자가조혈모	여	52	다발골수종(MM)	요양급여
267	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	요양급여
268	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
269	자가조혈모	남	26	생식세포종(Germcell tumor)	요양급여
270	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	요양급여
271	자가조혈모	남	59	다발골수종(MM)	요양급여
272	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
273	자가 후 자가	여	64	다발골수종(MM)	요양급여
274	자가조혈모	남	12	골육종(Osteosarcoma)	요양급여
275	자가조혈모	남	16	골육종(Osteosarcoma)	요양급여
276	자가조혈모	남	66	POEMS증후군	요양급여
277	자가조혈모	여	57	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
278	자가조혈모	남	68	다발골수종(MM)	요양급여
279	자가조혈모	여	57	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
280	자가조혈모	남	14	유방종양	요양급여
281	자가조혈모	여	69	다발골수종(MM)	요양급여
282	자가조혈모	남	42	다발골수종(MM)	요양급여
283	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
284	자가조혈모	남	46	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
285	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여
286	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	요양급여
287	자가조혈모	남	69	다발골수종(MM)	요양급여
288	자가조혈모	여	53	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
289	자가조혈모	남	69	다발골수종(MM)	요양급여
290	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	요양급여
291	자가조혈모	여	57	다발골수종(MM)	요양급여
292	자가조혈모	남	54	다발골수종(MM)	요양급여
293	자가조혈모	남	47	급성골수성백혈병(AML)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
294	자가조혈모	남	27	비호지킨림프종(Nodal peripheral T cell lymphoma with T follicular helper phenotype)	요양급여
295	자가조혈모	여	7	유형종양	요양급여
296	자가조혈모	남	15	골육종(Osteosarcoma)	요양급여
297	자가조혈모	남	51	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
298	자가조혈모	남	69	다발골수종(MM)	요양급여
299	자가조혈모	여	69	다발골수종(MM)	요양급여
300	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
301	자가조혈모	남	15	유형종양	요양급여
302	자가조혈모	여	50	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
303	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
304	자가조혈모	남	67	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	요양급여
305	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	요양급여
306	자가조혈모	남	50	POEMS증후군	요양급여
307	Tandem(자가-자가)	남	2	신경모세포종(†)(Neuroblastoma)	요양급여
308	자가조혈모	남	55	POEMS증후군	요양급여
309	자가조혈모	여	57	다발골수종(MM)	요양급여
310	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	요양급여
311	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
312	Tandem(자가-자가)	여	5	신경모세포종(†)(Neuroblastoma)	요양급여
313	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
314	자가조혈모	남	39	다발골수종(MM)	요양급여
315	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	요양급여
316	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
317	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	요양급여
318	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
319	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
320	자가조혈모	여	69	다발골수종(MM)	요양급여
321	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	요양급여
322	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	요양급여
323	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	요양급여
324	자가조혈모	남	49	다발골수종(MM)	요양급여
325	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	요양급여
326	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	요양급여
327	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	요양급여
328	자가조혈모	남	45	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
329	자가조혈모	남	29	생식세포종(Germcell tumor)	요양급여
330	자가조혈모	남	50	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
331	자가조혈모	남	70	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
332	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
333	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	요양급여
334	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	요양급여
335	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	요양급여
336	자가조혈모	여	68	다발골수종(MM)	요양급여
337	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	요양급여
338	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	요양급여
339	자가조혈모	여	60	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	요양급여
340	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	요양급여
341	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	요양급여
342	자가조혈모	남	32	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
343	자가조혈모	남	52	다발골수종(MM)	요양급여
344	자가조혈모	여	55	다발골수종(MM)	요양급여
345	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	요양급여
346	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
347	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	요양급여
348	자가조혈모	남	30	호지킨림프종	요양급여
349	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	요양급여
350	자가조혈모	여	20	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
351	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	요양급여
352	자가조혈모	남	14	호지킨림프종	요양급여
353	자가조혈모	여	55	POEMS증후군	요양급여
354	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	요양급여
355	자가조혈모	남	33	비호지킨림프종(T-lymphoblastic lymphoma)	요양급여
356	자가조혈모	여	67	다발골수종(MM)	요양급여
357	자가조혈모	여	50	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
358	자가조혈모	남	53	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
359	자가조혈모	남	43	AL아밀로이드증(ALamyloidosis)	요양급여
360	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여
361	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	요양급여
362	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	요양급여
363	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	요양급여
364	자가조혈모	여	67	다발골수종(MM)	요양급여
365	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
366	자가조혈모	여	60	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
367	자가조혈모	여	52	다발골수종(MM)	요양급여
368	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	요양급여
369	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
370	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	요양급여
371	자가조혈모	여	68	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
372	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
373	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	요양급여
374	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	요양급여
375	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여
376	자가조혈모	남	65	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
377	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	요양급여
378	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	요양급여
379	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
380	자가조혈모	여	41	비호지킨림프종(Extranodal marginal zone lymphoma)	요양급여
381	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	요양급여
382	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여

4. 면역관용요법(Immune Tolerance Induction) 요양급여 대상여부

- 우리원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2013-127호, 2013. 9. 1.시행 / 제2018-97호, 2018. 6. 1.시행 / 제2018-280호, 2019. 1. 1.시행 / 제2020-107호, 2020. 6. 1.시행)에 의거, 요양급여 여부를 결정하는 사전심의제도를 운영하고 있음.
- 「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준」 건강보험심사평가원 공고(제2020-164호, 2020. 6. 1.시행)에 의거,
 1. 요양급여대상여부의 심의의뢰는 실시기관이 면역관용요법을 하고자 하는 경우에는 별지 제1호 또는 제3호 서식에 따른 면역관용요법 요양급여 신청서를 원장에게 제출하여 심의의뢰 하여야 하며,
 2. 심의의뢰에 대하여 원장으로부터 요양급여대상으로 인정통보 받은 날부터 60일 이내에 면역관용요법을 실시하여야 하며, (다만 60일을 경과하여 실시하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함.)
 3. 실시기관이 면역관용요법을 시행하는 경우에는 3개월마다 별지 제2호 또는 제4호 서식에 따른 보고서를 작성하여 원장에게 제출하여 함.

□ 면역관용요법 요양급여 대상여부-신청서 제출 건(1사례)

(단위: 건)

개최년도	개최분기	계	승인	불승인	종료
2021	3분기	1	1	-	-

○ 세부내역

개최년도	개최분기	성별/나이	진단명	심의결과	심의내용
2021	3분기	A사례 (남/27세)	혈우병A	승인	<p>「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제2020-164호, 2020. 6. 1.시행)」은 제4조 및 별표에서 면역관용요법의 요양급여 적용 기준에 대하여 정하고 있음.</p> <p>이 건은 1994년 9월 혈우병A 진단받고 항체 발견(26.2 BU/ml, '97. 5. 16.)된 환아임. 최고 항체가 116.8 BU/ml('12. 10. 5.), 최근 항체가 0.97 BU/ml('21. 9. 10.)이고, 주요 출혈 빈도는 연평균 30~40회임. 2011. 1.~2013. 3.까지 면역관용요법 실시 후 약품 수급 문제 등으로 중단한 환자로, 항체 보유기간 등 고려하여 면역관용요법으로 애드베이트주 200 IU/kg를 q48hrs 투여할 계획임. 평균 이상 잦은 출혈이 있는 자로 면역관용요법 요양급여를 승인함. 단, 용량 관련 100 IU/kg 매일 투여를 권고함.</p>

□ 면역관용요법 영양급여 대상여부-정기 보고서 제출 건(13사례)

(단위: 건)

개최년도	개최분기	계	승인	불승인	종료
2021	3분기	13	11	-	2

○ 세부내역

- 「면역관용요법의 영양급여에 관한 기준(건강보험 심사평가원 공고 제2020-164호, 2020. 6. 1. 시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기 보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 면역관용요법 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 영양 급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음.

개최년도	개최분기	성별/나이	진단명	심의결과	심의내용
2021	3분기	A사례 (남/45세)	혈우병A	승인	이 건은 면역관용요법 88개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 건으로, 그린에이트주 40.5 IU/kg를 격일 투여 중임. 최근 항체가 0.8 BU/ml('21. 8. 19.)이고 출혈력 없으므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함. 단, 다음 정기보고 시 제8인자 회복률을 제출토록 함.
		B사례 (남/36세)	혈우병A	승인	이 건은 면역관용요법 85개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 건으로, 이뮤네이트주를 감량(48.6 → 37.6 IU/kg, '21. 7. 2.)하여 격일 투여 중임. 최근 항체가 0.09 BU/ml이고, 출혈력 없으므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.
		C사례 (남/11세)	혈우병A	승인	이 건은 면역관용요법 81개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 건으로, 이뮤네이트주 163 IU/kg 격일 투여 중임. 최근 항체가 1.46 BU/ml('21. 8. 20.)이고, 출혈력 없으므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함. 단, 면역관용요법 중단 및 추후 치료계획에 대하여 환자 및 보호자와 논의 후 제출토록 함.
		D사례 (남/5세)	혈우병A	종료	이 건은 면역관용요법 37개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 건으로, 이뮤네이트주 50 IU/kg 주3회 투여하였음. 항체가 지속적으로 음성 유지되고 제8인자 회복률 2.49 %/IU/kg('21. 6. 16.)이며 출혈력 없어 면역관용요법을 종료함.
		E사례 (남/8세)	혈우병A	승인	이 건은 면역관용요법 39개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 건으로, 이뮤네이트주 33 IU/kg('21. 8. 30.) 격일 투여 중임. 최근 항체가 0.1 BU/ml('21. 8. 30.)이고, 출혈력 없으므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.

개최년도	개최분기	성별/나이	진단명	심의결과	심의내용
		F사례 (남/11세)	혈우병A	종료	이 건은 면역관용요법 30개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 것으로, 애드베이트주 41 IU/kg 주3회 투여 중이었음. 지속적으로 항체 음성으로 유지되어 2019. 8.부터 애드베이트주 용량 감량 시작함. 2021. 6. ~ 7. 반감기 확인 후 면역관용요법 종료함.
		G사례 (남/4세)	혈우병A	승인	이 건은 면역관용요법 29개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 것으로, 이뮤네이트주 47 IU/kg에서 애드베이트주 32 IU/kg, 로 약제 변경 및 용량 감량('21. 5. 3.)하여 격일 투여 중임. 항체가 음성('21. 9. 4.)으로 2021. 8. 1회 출혈이 있었음. 감량 진행 중으로 면역관용요법 계속 시행을 인정함. 단, 다음 정기보고 시 제8인자 회복률을 제출토록 함.
		H사례 (남/4세)	혈우병A	승인	이 건은 면역관용요법 16개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 것으로, 이뮤네이트주 100 IU/kg를 주3회 투여 중임. 최근 항체가 1.2 BU/ml, 제8인자 회복률 0.61 %/IU/kg('21. 9. 6.)로 3개월간 14회의 출혈력 있음. 면역관용요법 계속 시행을 인정함.
		I사례 (남/9세)	혈우병A	승인	이 건은 면역관용요법 8개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 것으로, 6월 동 분과위원회에서 항체가 높은 상태로 급격한 용량 보다는 동일용량 하루 2회 유지 권고 받음. 이에 이뮤네이트주 94.4 IU/kg를 하루 1회에서 하루 2회로 증량하여 투여 중으로, 최근 항체가 42.6 BU/ml('21. 8. 25.)임. 면역관용요법 계속 시행을 인정함.
		J사례 (남/9세)	혈우병A	승인	이 건은 면역관용요법 5개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 것으로, 이뮤네이트주 증량(100 → 160 IU/kg, '21. 7. 7.)하여 주 5회 투여 중이었음. '21. 8. 11. 항체가 277.1 BU/ml로 증가하여 '21. 8. 27. 이뮤네이트주 200 IU/kg, 매일 투여로 증량함. 또한 prednisolone 1mg/kg 추가 투여 시작함. 최근 항체가 175.6 BU/ml('21. 8. 30.)이며 3개월간 9회의 출혈력 있음. 이에 면역관용요법 계속 시행을 인정함. 단, 환자 상태에 따라 이뮤네이트주 100 IU/kg, 하루 2회 투여를 권고함.

개최년도	개최분기	성별/나이	진단명	심의결과	심의내용
		K사례 (남/2세)	혈우병A	승인	이 건은 2021. 3. 30.까지 헴리브라주 투여한 환자로 면역관용요법 시행 전 항체가 음성('21. 7. 8.)임. 헴리브라주 잔존 약효를 고려하여 '21. 7. 10. 애드베이트주 74.8 IU/kg, 주3회 투여로 면역관용요법 시작함. 면역관용요법 3개월 시행 후 정기보고서가 제출된 것으로, 헴리브라주 투여 5개월 경과 시점 애드베이트주 100 IU/Kg로 증량('21. 8. 14.)하였으며, 2개월간 5회의 출혈력 있음. 면역관용요법 계속 시행을 인정함.
		L사례 (남/2세)	혈우병A	승인	이 건은 면역관용요법 시행 전 항체가 14.8 BU/mL('21. 7. 2.)으로 '21. 7. 2. 애드베이트주 100 IU/kg, 격일 투여로 면역관용요법 시작함. 면역관용요법 3개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 것으로, 최근 항체가 2.2 BU/mL('21. 8. 24.)로 2개월간 1회의 출혈력 있음. 면역관용요법 계속 시행을 인정함.
		M사례 (남/3세)	혈우병A	승인	2021. 1. 까지 헴리브라주 투여한 환자로 면역관용요법 시행 전 항체가 음성('21. 7. 2.)임. '21. 7. 2. 애드베이트주 100 IU/kg, 격일 투여로 면역관용요법 시작함. 면역관용요법 3개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 것으로, 최근 항체가 음성('21. 8. 27.)으로 2개월간 3회의 출혈력 있음. 면역관용요법 계속 시행을 인정함.

5. 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 스피라자주 요양급여 여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- 「Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 사전승인 등에 관한 세부사항」 건강보험심사평가원 공고(제2019-107호, 2019. 4. 8.시행)에 의거하여
 1. 스피라자주의 요양급여를 신청하고자 하는 경우에는 별지 제1호 서식에 따른 스피라자주 요양급여 신청서를 제출하여야 함(제3조제1항).
 2. 스피라자주 요양급여를 승인받은 경우 4개월마다 유지용량 투여 전 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 제출하여야 함(제7조제1항).
 3. 사전승인 신청기관은 요양급여대상으로 승인받은 경우 심의결과를 통보 받은 날부터 60일 이내에 스피라자주를 투여하여야 하고, 60일을 경과하여 투여하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함(제3조제3항).

□ 스피라자주 요양급여 대상여부(45사례)

(단위: 건)

합계	스피라자주 요양급여 신청					스피라자주 투여 모니터링 보고						스피라자주 투여 모니터링 보고-이의신청				
	소계	승인	조건부 승인	불승인	자료보완	소계	승인	조건부 승인	불승인	자료보완	종료	소계	승인	조건부 승인	불승인	자료보완
45	4	2	-	1	1	40	40	-	-	-	-	1	-	-	1	-

가. 스피라자주 요양급여 신청(4사례)

- 「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	SMA type	심의결과	심의내용
2021. 9.	A	남/9개월	I	승인	- 이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」(보건복지부 고시 제 2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법에 부합하므로 스피라자주 요양급여 대상으로 승인함.
	B	여/21세	II	자료보완	- 이 건은 질병 경과가 오래 되었고 척추축만증에 대한 수술력이 있는 환자로, 현재 휠체어에 의존해 생활하고 있고 안정적으로 intrathecal injection을 받을 수 있는지 확인이 필요하여 자료보완을 요구함 1. 최근(진단 시) 운동기능검사(HFMSE) 결과지 2. 척수강 조영술(Myelography) 사진 및 판독 결과 및 척수강내 지속투여 가능성에 대한 소견

심의년월	사례	성별/나이	SMA type	심의결과	심의내용
	C	남/11개월	II	승인	- 이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」(보건복지부 고시 제 2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법에 부합하므로 스피라자주 요양급여 대상으로 승인함.
	D	남/39세	III	불승인	- 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」(보건복지부 고시 제 2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법에 의하면, 스피라자주가 요양급여로 인정되기 위해서는 만 3세 이하에 SMA 관련 임상 증상과 징후 발현이 확인되어야 함. - 이 건은 제출된 자료만으로는 만 3세 이하에 척수성 근위축증 관련 임상 증상과 징후 발현 여부가 명확하게 확인이 되지 않고, 객관적으로 입증되지 않음. - 이에 위 급여기준(보건복지부 고시 제 2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하지 않아 불승인함.

나. 스피라자주 투여 모니터링 보고-투여 유지여부(40사례)

심의년월	사례	성별/나이	SMA type	최초투여일	예정차수	심의결과	심의내용
2021. 8.	E	여/17세	II	'20.12.2.	6	승인	이 건은 제출된 운동 기능평가 결과 직전 평가시점과 비교하여 <u>운동기능의 유지 또는 개선이 확인되는 등 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」</u> 보건복지부 고시(2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다.목에서 정한 중단기준에 해당하지 아니하여, <u>급여기준에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.</u>
	F	여/2세	II	'20.11.25.	6	승인	
	G	여/1세	I	'20.11.27.	6	승인	
	H	여/30세	III	'20.12.2.	6	승인	
	I	여/2세	II	'20.7.27.	7	승인	
	J	여/18세	II	'20.4.1.	8	승인	
	K	여/10세	II	'20.4.8.	8	승인	
	L	여/6세	II	'19.10.29.	9	승인	
	M	여/8세	III	'19.10.29.	9	승인	
	N	남/5세	II	'19.12.13.	9	승인	
	O	남/10세	II	'19.7.13.	10	승인	

심의년월	사례	성별/나이	SMA type	최초투여일	예정 차수	심의 결과	심의내용
	P	남/12세	II	'19.6.28.	10	승인	이 건은 제출된 운동기능평가 결과 직전 평가시점과 비교하여 <u>운동기능</u> 의 유지 또는 개선이 확인되는 등 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시(2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다.목에서 정한 중단기준에 해당하지 아니하여, 급여기준에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	Q	여/10세	II	'19.5.21.	10	승인	
	R	여/39세	III	'19.7.8.	10	승인	
	S	남/12세	II	'19.6.27.	10	승인	
	T	여/14세	II	'19.8.12.	10	승인	
	U	남/4세	II	'19.7.24.	10	승인	
	V	여/9세	III	'19.7.29.	10	승인	
	W	여/5세	II	'19.8.5.	10	승인	
	X	여/13세	II	'19.7.29.	10	승인	
	Y	여/4세	II	'19.7.22.	10	승인	
	Z	여/9세	II	'19.7.2.	10	승인	
	Z1	남/18세	III	'19.6.21.	10	승인	
	Z2	여/4세	I	'18.4.9.	14	승인	
	Z3	여/29세	II	'20.4.1.	8	승인	
	Z4	남/30세	II	'19.7.22.	10	승인	
	Z5	남/13세	II	'19.7.21.	10	승인	
	Z6	남/3세	I	'18.4.7.	14	승인	
	Z7	여/16세	III	'20.7.14.	7	승인	
	Z8	여/22세	III	'19.12.4.	8	승인	
	Z9	여/20세	II	'20.4.8.	8	승인	
	Z10	남/18세	II	'20.4.14.	8	승인	
	Z11	남/22세	III	'20.4.21.	8	승인	
	Z12	남/40세	II	'20.4.9.	8	승인	
	Z13	여/36세	II	'19.11.20.	9	승인	
	Z14	여/35세	II	'19.11.20.	9	승인	

심의년월	사례	성별/나이	SMA type	최초투여일	예정 차수	심의 결과	심의내용
	Z15	여/26세	II	'19.12.18.	9	승인	다만, 스피라자주의 효과 및 지속 치료의 타당성에 대한 보호자 및 환자의 숙의가 필요하며, 투약의 필요성에 대하여 신중한 고려가 필요하함. 추후 필요시 치료 계획에 대한 요청할 수 있음.
	Z16	여/27세	II	'19.12.19.	9	승인	
	Z17	여/36세	III	'19.8.13.	10	승인	이 것은 제출된 운동기능평가 결과 (HINE-2), 직전 평가시점과 비교하여 <u>운동기능의 유지 또는 개선이 확인되는 등 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시(2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다.목에서 정한 중단 기준에 해당하지 아니하여, <u>급여기준에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.</u></u>
	Z18	남/20세	II	'19.7.30.	10	승인	

다. 스피라자주 투여 모니터링 보고-투여 유지여부(1사례)

심의년월	사례	성별 /나이	SMA type	최초 투여일	투여 예정차수	심의결과	심의내용
2021.9.	Z19	여/26세	III	'20.11.11.	6	기각 (불승인)	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」(보건복지부 고시 제 2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법에 의하면, 운동기능의 유지 또는 개선을 2회 연속 입증하지 못하는 경우 스피라자주 투여를 중단토록 정하고 있음.</p> <p>이 건은 운동기능평가 결과(HFMSE) 최초 투여 전부터 이번 평가까지 모두 0점으로, 이는 운동기능의 유지로 볼 수 없고, 따라서 운동기능의 유지 또는 개선을 2회 연속 입증하지 못하여 불승인 된 건임.</p> <p><u>이의신청 시 제출한 운동기능평가 결과(HINE-2) 2점이나 이전에 제출된 HINE-2 검사 결과가 없어 비교가 불가하므로 2회 연속 운동기능의 유지 또는 개선이 입증되지 않아 요양급여 대상으로 인정하지 아니함.</u></p>