

## 진료심사평가위원회 심의사례 공개 (총 개 항목)

- 2019. 8. 30. 공개

연번	제 목	페이지
1	Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 요양급여 대상여부	1
2	심하복벽 천공지유리피판을 이용한 유방재건술과 동시에 청구한 혈관성형술의 요양급여 인정여부	5
3	유리피판을 이용한 유방재건 시 시행된 「자460-1(다) 신경봉합술-중요말초신경[사지부, 구간등]」 인정여부	7
4	복합이식을 이용한 유두재건 시 청구된 「저21 자가 지방 혹은 진피-지방 이식술」 또는 「자17가(3)(가) 식피술-전층피부이식술(기타)-25cm2미만」 인정여부	9
5	견봉쇄골관절 수술에 사용한 AC TIGHTROPE 치료재료 인정여부	11
6	Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 요양급여 대상여부	13
7	심실 보조장치 치료술(VAD) 실시기관 승인 및 요양급여대상 인정여부	18
8	조혈모세포이식 요양급여대상 인정여부	22

# 1. Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 요양급여 대상여부

- 우리원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 따라 요양급여 여부를 결정하는 사전심의제도를 운영하고 있으며, 스피라자주 사전심의 제도의 투명성·수용성 확보위해 결과를 공개함.
- 「Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 사전승인 등에 관한 세부사항」 건강보험심사평가원 공고(제2019-107호, 2012. 4. 8.시행)에 의거하여,
  1. 스피라자주의 요양급여를 신청하고자 하는 경우에는 별지 제1호 서식에 따른 스피라자주 요양급여 신청서를 제출하여야 함.
  2. 스피라자주 요양급여를 승인받은 경우 4개월마다 유지용량 투여 전 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 제출하여야 함.
  3. 심의결과를 통보 받은 날부터 60일 이내에 스피라자주를 투여하여야하고, 60일을 경과하여 투여하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함.

## □ 스피라자주 요양급여 대상여부

(단위: 건)

심의년월	계	도입용량 투여					유지용량 투여		
		접수	승인	조건부 승인	불승인	자료보완	접수	승인	조건부 승인
2019.7.	27	24	15	2	1	6	3	2	1

## ○ 도입용량 투여

심의년월	사례	나이/성별	심의결과	심의내용
2019.7.	1	남/28세	승인	○ 이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	2	여/36세	불승인	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 세부인정기준 1.호-가.목에서는 스피라자주의 투여대상을 명시하고 있음.  이 건은 제출된 자료만으로는 만3세(36개월) 이하에 척수성 근위축증 관련 증상과 징후 발현이 명확하게 확인되지 않고, 객관적으로 입증되지 않아 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정하지 아니함.
	3	여/34세	조건부 승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함. 단, 투여 전 SMN2 copy 수를 확인하여 모니터링 보고 시 관련 자료를 함께 제출하여야 함.

4	남/30세	조각부 승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스펀라자주를 요양급여 대상으로 인정함. 단, 투여 전 SMN2 copy 수를 확인하여 모니터링 보고 시 관련 자료를 함께 제출하여야 함.
5	남/11세	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스펀라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
6	여/22세	자료보완	이 건은 척추측만증에 대한 수술력이 있는 환자로, 척추의 변형교정 및 유합술을 시행한 경우에는 후방구조물의 변화 등으로 척수강내 투여가 어려운 경우가 많으므로 척수 조영술을 시행하여 요추천자를 통한 경막내 투여 가능 여부를 미리 확인하여야 함. 또한 이 약제는 도입용량 4회 투여 후 4개월마다 유지용량 투여가 필요하므로 약제의 지속투여 가능성에 대한 소견을 제출하여야 함.
7	여/46세	자료보완	이 건은 만3세(36개월) 이하에 척수성 근위축증 관련 증상과 징후 발현에 대한 근거자료가 불충분하므로 관련 자료를 보완하여야 함.
8	여/6세	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스펀라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
9	여/22세	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스펀라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
10	남/18세	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8. 시행)에 부합하므로 스펀라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
11	여/24세	자료보완	이 건은 척추측만증에 대한 수술력이 있는 환자로, 척추의 변형교정 및 유합술을 시행한 경우에는 후방구조물의 변화 등으로 척수강내 투여가 어려운 경우가 많으므로 척수 조영술을 시행하여 요추천자를 통한 경막내 투여 가능 여부를 미리 확인하여야 함. 또한 이 약제는 도입용량 4회 투여 후 4개월마다 유지용량 투여가 필요하므로 약제의 지속투여 가능성에 대한 소견을 제출하여야 함.
12	여/25세	자료보완	이 건은 척추측만증에 대한 수술력이 있는 환자로, 척추의 변형교정 및 유합술을 시행한 경우에는 후방구조물의 변화 등으로 척수강내 투여가 어려운 경우가 많으므로 척수 조영술을 시행하여 요추천자를 통한 경막내 투여 가능 여부를 미리 확인하여야 함. 또한 이 약제는 도입용량 4회 투여 후 4개월마다 유지용량 투여가 필요하므로 약제의 지속투여 가능성에 대한 소견을 제출하여야 함.
13	여/25세	자료보완	이 건은 척추측만증에 대한 수술력이 있는 환자로, 척추의 변형교정 및 유합술을 시행한 경우에는 후방구조물의 변화 등으로 척수강내 투여가 어려운 경우가 많으므로 척수

			조영술을 시행하여 요추천자를 통한 경막내 투여 가능 여부를 미리 확인하여야 함. 또한 이 약제는 도입용량 4회 투여 후 4개월마다 유지용량 투여가 필요하므로 약제의 지속투여 가능성에 대한 소견을 제출하여야 함.
14	여/13세	자료보완	이 건은 척추측만증에 대한 수술력이 있는 환자로, 척추의 변형교정 및 유합술을 시행한 경우에는 후방구조물의 변화 등으로 척수강내 투여가 어려운 경우가 많으므로 척수 조영술을 시행하여 요추천자를 통한 경막내 투여 가능 여부를 미리 확인하여야 함. 또한 이 약제는 도입용량 4회 투여 후 4개월마다 유지용량 투여가 필요하므로 약제의 지속투여 가능성에 대한 소견을 제출하여야 함.
15	남/11세	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
16	남/14개월	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
17	여/3세	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
18	남/5세	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
19	남/11세	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
20	여/5세	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
21	여/11세	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
22	남/8세	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
23	여/26개월	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
24	남/4세	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.

○ 유지용량 투여

심의년월	사례	나이/성별	투여차수	심의결과	심의내용
2019.7.	25	여/5세	7	승인	이 건은 2018. 5. 21.부터 스피라자주 투여 시작하여 2019. 7. 29. 7차 투여 예정인 건으로, 급여기준 (보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하고, 직전 평가시점과 비교하여 운동기능의 유지가 확인되므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	26	여/6세	7	승인	이 건은 2018. 4. 19.부터 스피라자주 투여 시작하여 2019. 7. 15. 7차 투여 예정인 건으로, 급여 기준 (보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함. 그러나 운동기능 평가 결과 최초투여 전부터 이번 평가까지 모두 0점(HINE-2)으로 확인되므로, 다음 모니터링 보고 시 운동기능의 유지 여부 및 약제의 지속 투여에 대한 논의가 필요함.
	27	남/6세	7	조건부 승인	이 건은 2018. 5. 24.부터 스피라자주 투여 시작하여 2019. 8. 9. 7차 투여 예정인 건으로, 급여기준 (보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하고, 직전 평가시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함. 단, 현재 호흡보조장치를 사용 중으로, 투여 전 호흡기능에 대한 호흡기계 관련분야 전문의 (주치의 제외) 소견을 제출하여야 함.

## 2. 심하복벽 천공지유리피판을 이용한 유방재건술과 동시에 청구한 혈관성형술의 요양급여 인정여부

### ■ 청구내역

○ 수진자(여/33세)

- 청구 상병명: 상세불명의 유방의 악성 신생물, 상세불명 쪽

- 주요 청구내역

자713나(2)(나) 유방절제술-악성-전체절제-액와림프절 청소술 포함하지 않는 것[외과전문의](N7139100) 1\*1\*1

자714가(3) 유방재건-자가조직을 이용한 경우-심하복벽천공지유리피판[성형외과전문의](N7147400) 1\*1\*1

자163가(3) 혈관성형술(직접봉합)-기타(OA633) 1\*0.7\*1

### ■ 심의결과

○ 유리피판을 이용한 유방재건술시 추가로 시행된 supercharging(혈관을 추가로 문합하는 행위)은 유방재건술의 행위정의 중 미세혈관문합술에 포함된 일련의 과정으로 판단하여 청구된 '자163가(3) 혈관성형술(직접봉합)-기타' 은 인정하지 아니함.

### ■ 심의내용

○ 자가조직을 이용하는 유방재건의 다양한 피판술 중 심하복벽천공지유리피판은 심하복벽동맥에서 복직근을 뚫고 피부로 올라오는 천공지혈관과 이로 인해 혈류를 공급받는 피부 및 피하지방조직을 혈관경이 붙은 상태로 떼어낸 후 수혜부에 옮기고 미세혈관수술을 통해 이어주는 수술임.

○ 이 건은 유방의 악성 신생물 상병에 유방절제술 후 「자714가(3) 유방재건-자가조직을 이용한 경우-심하복벽천공지유리피판」을 이용한 유방재건시 supercharging(혈관을 추가로 문합하는 행위)을 시행하고 「자163가(3) 혈관성형술(직접봉합)-기타」를 청구한 건으로 수술기록지 참조하여 인정여부에 대해 심의함.

○ 관련 교과서에 따르면 천공지 피판을 이용한 유리피판술은 원하는 크기의 다양한 피판을 얻을 수 있으며 수술 후 회복이 빠르다는 장점을 가지고 있어 유방재건과 같은 결손의 크기가 큰 경우 매우 유용하나, 한 개의 동맥과 정맥의 문합만으로 피판의 혈행이 충분치 못할 경우 피판의 일부가 괴사 될 수 있다는 단점을 가지고 있음. 따라서, 위 술식은 supercharging(혈관을 추가로 문합하는 행위)과 같이 피판에 혈류를 증가시키는 변형된 방법들이 개발됨.

학회 및 전문가에 따르면 공여부에 비해 재건할 유방이 큰 경우 양측 심하복벽 혈관을 준비하여 supercharging(혈관을 추가로 문합하는 행위)을 시행하면 보형물의 추가삽입이나 다른 공여부의 피판 없이 단일 공여부로 수술을 할 수 있는 장점이 있다는 의견임.

그러나 유방재건술 수가가 등재될 당시 이미 supercharging(혈관을 추가로 문합하는 행위)에 대한 검토가 있었으나 별도의 행위로 분류되지 않은 점과, 유방재건술 행위정의에 미세혈관문합이 일련의 과정으로 포함되어 있는 점을 미루어 볼 때 supercharging(혈관을 추가로 문합하는 행위)은 유방재건술 수가에 포함되어 있다고 판단됨.

따라서, 유리피판을 이용한 유방재건술시 추가로 시행된 supercharging(혈관을 추가로 문합하는 행위)은

유방재건술의 행위정의 중 미세혈관문합술에 포함된 일련의 과정으로 판단하여 청구된 ‘자163가(3) 혈관성형술(직접봉합)-기타’ 은 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 【별표1】 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 [산정지침]
- 대한성형외과학회. 표준성형외과학.2010년.

[2019. 8. 13. 진료심사평가위원회]

### 3 유리피판을 이용한 유방재건 시 시행된 「자460-1(다) 신경봉합술-중요말초신경[사지부, 구간등]」 인정여부

#### ■ 청구내역

○ 수진자(여/37세)

- 청구 상병명: 상세불명의 유방의 악성 신생물, 상세불명 쪽

- 주요 청구내역

자713나(2)(나) 유방절제술-악성-전체절제-액와림프절 청소술 포함하지 않는 것[외과전문의](N7139100) 1\*1\*1

자714가(2)(라) 유방재건-자가조직을 이용한 경우-횡복직근-유리 횡복직근보존피판[성형외과전문의](N7146400) 1\*1\*1

자460-1다 신경봉합술-중요말초신경[사지부, 구간등][제2의수술(중병이상)](S4603004) 1\*1\*1

#### ■ 심의결과

○ 이 건은 유방재건술과 함께 신경봉합술을 시행하였으나 감각회복의 차이가 뚜렷하지 않은 점과 시간이 경과함에 따라 자연적으로 감각이 회복되는 경우가 많은바 유방재건술과 함께 시행한 ‘자460-1(다) 신경봉합술-중요말초신경[사지부, 구간등]’은 인정하지 아니함.

#### ■ 심의내용

○ 이 건(1사례)은 유방의 악성 신생물 상병에 유방절제술 후 「자714가(2)(라) 유방재건-자가조직을 이용한 경우-횡복직근-유리 횡복직근보존피판」을 시행하며 늑간신경과 피판신경을 봉합하고 「자460-1(다) 신경봉합술-중요말초신경[사지부, 구간등]」을 청구한 것으로 수술기록지 참조하여 인정여부에 대해 심의함.

○ 관련 학회에 따르면 유두유륜과 피부가 함께 절제되는 단순 유방전절제술과 유두유륜복합체가 절제되는 피부 보존 유방전절제술 후 유방재건술시 시행되는 신경봉합술은 감각회복에 도움이 될 수 있다는 의견임.

그러나 현재 유방재건술 후 감각회복에 관한 연구가 부족한 상태이고, 일부 임상연구문헌에서는 신경봉합술을 시행한 피판과 시행하지 않은 피판의 감각회복의 차이가 뚜렷하지 않고, 신경봉합술을 시행하지 않은 유방재건에서도 감각회복이 관찰되기 때문에 신경봉합술을 시행할 필요가 없다고 함.

관련 전문가에 따르면 신경봉합술시 피판의 감각회복에 도움이 될 수 있으나, 수술 후 시간이 경과함에 따라 자연적으로 감각이 회복되는 경우도 많아 임상적 유효성은 적다는 의견임.

따라서 관련 임상연구문헌, 전문가 의견 등을 종합적으로 고려하여 유방재건술과 함께 시행한 ‘자460-1(다) 신경봉합술-중요말초신경[사지부, 구간등]’은 인정하지 아니함.

#### ■ 참고

○ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 【별표1】 요양급여의 적용기준 및 방법

○ 한국유방암학회. 유방학 제2판. 2008년

○ Courtney M. Townsend JR, et al. Sabiston Textbook of Surgery. 20th Edition. Philadelphia: Elsevier; 2016.

○ Fu-Chan Wei MD,FACS, et al. FLAPS AND RECONSTRUCTIVE SURGERY. Second Edition. Elsevier; 2017.

- J.Michael Dixon, et al. BREAST SURGERY. 6th Edition. Elsevier; 2017.
- J.Beugels, et al. Sensory recovery of the breast after innervated and non-innervated autologous breast reconstructions: A systematic review, British Association of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgeons.2017;1230-1239
- Anna Zhou MD, et al. Sensory restoration of breast reconstruction – The search for the ideal approach continues. J Surg Oncol.2018;118:780-792
- Puonti HK, Jaaskelainen SK, et al. Improved sensory recovery with a novel dual neurotomy technique for breast reconstruction with free muscle sparing TRAM flap technique. Microsurgery. 2017 Jan;37(1):21-28

[2019. 8. 13. 진료심사평가위원회]

#### 4. 복합이식을 이용한 유두재건 시 청구된 「저21 자가 지방 혹은 진피-지방이식술」 또는 「자17가(3)(가) 식피술-전층피부이식술(기타)-25cm2미만」 인정여부

##### ■ 청구내역

###### ○ A사례(여/49세)

- 청구 상병명: 상세불명의 유방의 악성 신생물, 상세불명 쪽

- 주요 청구내역

자714다(1) 유방재건-유두·유륜재건-유두재건(N7152) 1\*1\*1

저21 자가 지방 혹은 진피-지방이식술[제2의수술(중병이상)](NX021004) 1\*1\*1

###### ○ B사례(여/45세)

- 청구 상병명: 상세불명의 유방의 악성 신생물, 상세불명 쪽

- 주요 청구내역

자714다(1) 유방재건-유두·유륜재건-유두재건(N7152) 1\*1\*1

자17가(3)(가) 식피술-전층피부이식술(기타)-25cm2미만(S0175) 1\*1\*1

###### ○ C사례(여/41세)

- 청구 상병명: 상세불명의 유방의 악성 신생물, 상세불명 쪽

- 주요 청구내역

자714다(1) 유방재건-유두·유륜재건-유두재건(N7152) 1\*1\*1

저21 자가 지방 혹은 진피-지방이식술(NX021) 1\*1\*1

##### ■ 심의결과

○ 관련 교과서, 전문가 의견, 진료내역 등을 참조하여 사례별로 결정함.

##### ■ 심의내용

○ 이 건(3사례)은 유방의 악성 신생물 상병에, 유방절제술 후 복합이식방법으로 「자714다(1) 유방재건-유두·유륜재건-유두재건」을 하면서 「저21 자가 지방 혹은 진피-지방이식술」 또는 「자17가(3)(가) 식피술-전층피부이식술」을 추가로 청구한 것으로 수술기록지 참조하여 인정여부에 대해 심의함.

관련 교과서 및 학회에 따르면, 유두재건술은 통상 국소피판술을 가장 대표적으로 사용하나, 정상쪽 유방의 유두가 클 경우에는 그 일부를 절제하여 이식해주는 복합조직이식방법을 사용하고 있음.

관련 전문가에 따르면 유두재건술시 반대편 유두분할법, 복합조직이식법, 국소피판술 등 다양한 방법이 있으며 모두 유두재건 방법의 일종이므로 별도의 행위로 인정하기 어렵다는 의견임.

또한, 국소피판을 이용한 유두재건시에 유두의 높이를 유지하기 위해 진피조직, 연골, 인공진피 등을 국소피판 내에 이식하는 경우가 있으나, 이것은 유두재건술의 일련의 과정이며 시술의 난이도를 고려할 때 별도의 행위로 인정하기 어렵다는 의견임.

따라서 이 건(3사례)은 수술기록지 등을 참조하여 아래와 같이 결정함.

- 아 래 -

- ▶ A사례(여/49세): 이 사례는 상세불명의 유방의 악성 신생물 상병에 유두재건술을 시행하고 ‘자714다(1) 유방재건-유두·유륜재건-유두재건’과 ‘저21 자가 지방 혹은 진피-지방이식술[제2의수술(종병이상)]을 청구한 사례임.

제출된 수술기록지 검토 결과, 반대편 유두분할법을 이용한 composite graft를 시행한 것으로 유두재건술의 일련의 과정으로 보아 ‘저21 자가 지방 혹은 진피-지방이식술[제2의수술(종병이상)]은 인정하지 아니함.

- ▶ B사례(여/45세): 이 사례는 상세불명의 유방의 악성 신생물 상병에 유두재건술을 시행하고 ‘자714다(1) 유방재건-유두·유륜재건-유두재건’과 ‘자17가(3)(가) 식피술-전층피부이식술(기타)-25cm2미만’을 청구한 사례임.

제출된 수술기록지 검토 결과, 유두재건시 유두의 높이를 유지하기 위해 반대편 유두를 분할하여 국소피판 내에 이식한 것으로, 유두재건술의 일련의 과정으로 보아 ‘자17가(3)(가) 식피술-전층피부이식술(기타)-25cm2미만’은 인정하지 아니함.

- ▶ C사례(여/41세): 상세불명의 유방의 악성 신생물 상병에 유두재건술을 시행하고 ‘자714다(1) 유방재건-유두·유륜재건-유두재건’과 ‘저21 자가 지방 혹은 진피-지방이식술’을 청구한 사례임.

제출된 수술기록지 검토 결과, 유두재건시 유두의 높이를 유지하기 위해 반대편 유두를 분할하여 국소피판 내에 이식한 것으로, 유두재건술의 일련의 과정으로 보아 저21 자가 지방 혹은 진피-지방이식술’은 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 【별표1】 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 [산정지침]
- 한국유방암학회. 유방학 제2판. 2008년

[2019. 8. 13. 진료심사평가위원회]

## 5. 견봉쇄골관절 수술에 사용한 AC TIGHTROPE 치료재료 인정여부

### ■ 청구내역(여/49세)

- 청구 상병명: 어깨 및 위팔 부위의 기타 근육 및 힘줄의 손상, 기타 및 상세불명의 손상, 견쇄관절의 염좌 및 긴장, 견쇄관절의 탈구, 상완골 대거친면의 골절, 폐쇄성, 경추의 다발성 골절, 폐쇄성, 상세불명의 천식
- 주요 청구내역  
자93나 건 및 인대 성형술-복잡한 것[이식,이전,교환,인공건성형][권역외상센터중증외상](N0932090)) 1\*1\*1  
AC TIGHTROPE 전규격(C2011195) 1\*1\*1

### ■ 심의결과

○ 진료기록 및 수술기록지 검토 결과 견봉쇄골인대와 오구쇄골인대의 완전 파열(Rockwood typeIII)이 있을 뿐만 아니라 폐쇄성 상완골 대거친면의 골절 및 폐쇄성 경추의 다발성 골절이 확인되는 등 중증외상으로 인해 환자 자신의 인대나 근육 이식 또는 재건할 수 없는 경우에 해당하므로 청구된 AC TIGHTROPE 치료재료는 인정하기로 함.

○ 다만, 관절경하 오구쇄골간 고정술을 시행하며 청구한 「자93나 건 및 인대 성형술-복잡한 것[이식,이전,교환,인공건성형]」은 「자91 건·인대 피하단열수술, 자93 건 및 인대 성형술의 진료수가 산정방법(보건복지부 고시 제2017-118호, 2017. 7. 1.시행)」에 의거 「자93나 건 및 인대 성형술-간단한 것[절제,봉합,박리]」으로 인정함.

### ■ 심의내용

○ 이 건은 어깨 및 위팔 부위의 기타 근육 및 힘줄의 손상 상병에 건 및 인대 성형술을 시행하며 관련 치료재료인 AC TIGHTROPE를 청구한 건임.

○ 식품의약품안전처 허가사항에 의하면 ‘AC TIGHTROPE’는 오구쇄골인대(Coracoclavicular Ligament) 파열로 생긴 급성 견봉쇄골 분리(Acromioclavicular separation)를 고정하는 이식형 결찰사로 인조인대로 분류되어 있으며 「인조인대 및 인대 지지재료 별도산정여부(보건복지부 고시 제2010-56호, 2010. 8. 1.시행)」에 의해 “건 및 인대 성형술시 환자 자신의 인대나 근육 이식 또는 재건할 수 없는 경우”에 사용할 경우, 별도 산정이 가능함.

○ 진료기록 및 수술기록지 검토 결과 견봉쇄골인대와 오구쇄골인대의 완전 파열(Rockwood typeIII)이 있을 뿐만 아니라 폐쇄성 상완골 대거친면의 골절 및 폐쇄성 경추의 다발성 골절이 확인되는 등 중증외상으로 인해 환자 자신의 인대나 근육 이식 또는 재건할 수 없는 경우에 해당하므로 청구된 AC TIGHTROPE 치료재료는 인정하기로 함.

○ 다만, 관절경하 오구쇄골간 고정술을 시행하며 청구한 「자93나 건 및 인대 성형술-복잡한 것 [이식,이전,교환,인공건성형]」은 「자91 건·인대 피하단열수술, 자93 건 및 인대 성형술의 진료수가 산정방법(보건복지부 고시 제2017-118호, 2017. 7. 1.시행)」에 의거 「자93나 건 및 인대 성형술-간단한 것」으로 인정함.

○ 한편, AC TIGHTROPE의 경우 적용 부위가 견봉하 공간으로 「관절경 등의 수술 및 진단적 경검사에 사용된 치료재료비용의 산정방법(보건복지부 고시 제2019-97호, 2019. 6. 1.시행)」에 의거, 이 건과 같이 관절이외 적용은 관절경 치료재료로 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수, 제2부 제9장 처치 및 수술료 등
- 대한정형외과학회. 정형외과학 제7판. 2013.
- David N. Collins, et al. Rockwood and Matsen' s The Shoulder. Fifth Edition. Elsevier. 2017.
- Connor G. Ziegler, et al. DeLee, Drez & Miller' s Orthopaedic Spors Medicine. Fifth Edition. Elsevier. 2019.
- Marco Spoliti, et al. All arthroscopic stabilization of acute acromioclavicular joint dislocation with fiberwire and endobutton system. Muscle, Ligaments and Tendons Journal. 2014;4(4): 398-403
- Deepak Chaudhary, et al. Arthroscopic fixation for acute acromioclavicular joint disruption using the TightRope device. Journal of Orthopaedic Surgery 2015;23(3):309-14
- Yong Gun Kim, et al. A Comparison of Results between AO Hook Plate and TightRope for Acute Acromioclavicular Joint Dislocation. J Korean Fract Soc 2017;30(1)16-23.

[2019. 7. 18. 진료심사평가위원회]

**6. 심실 보조장치 치료술(VAD<sup>1)</sup>) 실시기관 승인 및 요양급여대상 인정여부**

- 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 심사평가원장에게 제출하여야 함. 다만, 사망, 심장이식 실시 또는 환자 추적 곤란 등으로 더 이상의 임상자료 제출이 어려운 경우에는 사유서를 사유 발생일로부터 30일 이내에 제출하여야 함.
    - 이식형 좌심실 보조장치 치료술: 퇴원 시, 시술 후 6개월, 시술 후 1년 이내, 시술 1년 이후 매 1년마다
    - 체외형 심실 보조장치 치료술: 시술 후 3개월, 이후 퇴원시까지 매 3개월마다

**□ 심실 보조장치 치료술(VAD) 대상자 요양급여 여부(총 10사례)**

**○ 이식형 좌심실 보조장치 치료술(8사례)**

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
1	남/63세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 [별표2]에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로, 급성 ST분절 상승 심근경색(STEMI*)으로 경피적관상동맥중재술(PCI*) 시행하고, 심인성쇼크(cardiogenic shock)로 체외순환막형산화요법(ECMO*) 시행 후 제거하였으나, 2시간 후 상태 악화되어 ECMO 재시행 하였음. 또한 좌심실구혈률(LVEF*) 20%, NYHA Class IV, INTERMACS Level 1, CT 상 좌심실 심근층의 전반적 위축(diffuse thinning) 확인되는 등 약물치료에도 불구하고 증상 호전되지 않고, 정맥 강심제에 의존적인 말기 심부전 소견 보임. 따라서 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 '심장이식 대기자로 등록된 말기심부전환자의 심장이식 가교 치료시'에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.
2	여/71세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 [별표2]에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및

1) VAD: Ventricular Assist Device, STEMI: ST Elevation Myocardial Infarction, PCI: Percutaneous Coronary Intervention  
ECMO: Extra Corporeal Membrane Oxygenation, LVEF: Left Ventricular Ejection Fraction

			<p>본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로, 2008년부터 확장성 심근병증 치료 지속하였고, 2019년 2월부터 심부전 증상 악화되어 입퇴원 반복하였음. 이후 약물치료 및 체외순환막형산화요법(ECMO) 치료에도 불구하고 증상 호전되지 않고, 정맥 강심제에 의존적이며, NYHA Class IV, INTERMACS Level 1, 좌심실구혈률(LVEF) 19% 등 말기 심부전소견 보임.</p> <p>따라서 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>
3	남/72세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 영양급여에 관한 기준」은 제6조 및 [별표2]에서 심실 보조장치 치료술의 영양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식이 적합하지 않은 허혈성 심근병증 환자로, 2019년 1월 ST분절 상승 심근경색(STEMI)으로 경피적관상동맥중재술(PCI) 시행 후 심부전 및 폐부종 증상 조절 위해 입·퇴원 반복하였으며, 약물치료에도 불구하고 심한 증상이 2개월 이상 지속되고, 정맥 강심제에 의존적인 상태임. NYHA Class IV, INTERMACS Level 3, 좌심실구혈률(LVEF) 24%, Peak VO<sub>2</sub> 12.5mL/kg/min 등 말기 심부전 소견 보이므로, 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 나.목 ‘심장이식이 적합하지 않은 말기심부전 환자에서 약물치료에도 불구하고 심한 증상이 2개월 이상 지속되고’, 2) ‘정맥 강심제에 의존적인 상태로 투여를 중단할 수 없는 경우’ 등에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.</p>
4	남/72세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 영양급여에 관한 기준」은 제6조 및 [별표2]에서 심실 보조장치 치료술의 영양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식이 적합하지 않은 허혈성 심근병증 환자로, 2012년 ST분절 미상승 심근경색(NSTEMI<sup>2)</sup>)으로 경피적관상동맥중재술(PCI) 시행 받았고, 2019년 4월부터 호흡곤란 악화되어 심부전치료 지속하였음. 이후 약물치료에도 불구하고 심한 증상이 2개월 이상 지속되고, 정맥 강심제에 의존적이며, NYHA Class IV, INTERMACS Level 2, 좌심실구혈률(LVEF**) 25%, 폐동맥 수축기압/이완기압 39/20mmHg, 평균 폐동맥쇄기압(PAWP) 26mmHg, 심장지수(Cardiac Index) 1.11L/min/M<sup>2</sup>, 말기 심부전 소견 보이는 등 심기능 악화로 인해 점진적으로 신기능 및 간기능 악화되는 상태임.</p> <p>따라서 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 나.목 ‘심장이식이 적합하지 않은 말기심부전 환자에서 약물치료에도 불구하고 심한 증상이 2개월 이상 지속되고’, 2) ‘정맥 강심제에 의존적인 상태로 투여를 중단할 수 없는 경우’ 등에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.</p>

5	남/65세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 [별표2]에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로, 과거 좌전하행지 중간부 병변경색(midLAD** total occlusion)으로 경과관찰 하던 중 좌회선지동맥경색(left circumflex artery total occlusion) 발생하여 경피적관상동맥중재술(PCI) 시행하였음. 시술 직후 심실부정맥으로 상태 악화되어 체외순환막형산화요법(ECMO) 시행하였으며, 약물치료에도 불구하고 증상 호전되지 않고 정맥 강심제에 의존적인 상태임. 좌심실구혈률(LVEF) 9%, NYHA Class IV, INTERMACS Level 1 등 말기 심부전 소견 보이므로, 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 ‘심장이식 대기자로 등록된 말기심부전환자의 심장이식 가교 치료시’에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.</p>
6	여/58세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 [별표2]에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로, 20년 전부터 확장성 심근병증으로 약물치료 하던 중 6개월 전부터 증상 악화되어 입원치료중이며, 약물치료에도 불구하고 증상 호전되지 않고, 정맥 강심제에 의존적인 상태임. 강심제 감량시 심부전 증상 악화 및 급성 신부전(AKI**) 반복되고, NYHA Class IV, INTERMACS Level 3, 좌심실구혈률(LVEF) 12%, 폐동맥 수축기압/이완기압(PASP/PADP) 57/21mmHg, 평균 폐동맥쇄기압(PAWP) 29mmHg, 심장지수(Cardiac Index) 1.48L/min/M<sup>2</sup> 등 말기 심부전 소견 보이므로, 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 ‘심장이식 대기자로 등록된 말기심부전환자의 심장이식 가교 치료시’에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.</p>
7	여/73세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 [별표2]에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식이 적합하지 않은 확장성 심근병증 환자로, 2007년 관상동맥질환으로 약물치료 하던 중 2016년 불안정 협심증 발생하여 경피적관상동맥중재술(PCI) 시행하였고, 2018년 11월 급성 심부전으로 입원하여 현재까지 입퇴원 치료 반복중임. 약물치료에도 불구하고 증상 호전되지 않고, 정맥 강심제에 의존적이며, 좌심실구혈률(LVEF) 25%, NYHA Class IV, INTERMACS Level 3, 폐동맥 수축기압(PASP)/이완기압(PADP) 46/25mmHg, 평균 폐동맥쇄기압(PAWP) 31mmHg, 심장지수(Cardiac Index) 1.4L/min/M<sup>2</sup> 등 말기 심부전 소견 보이므로, 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 나.목 ‘심장이식이 적합하지 않은 말기심부전 환자에서 약물치료에도 불구하고 심한</p>

			증상이 2개월 이상 지속되고’, 2) ‘정맥 강심제에 의존적인 상태로 투여를 중단할 수 없는 경우’ 등에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.
8	남/65세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 [별표2]에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로, 2017년부터 확장성 심근병증 진단받고, 이후 심기능 지속적으로 저하되었으며, 최근 심초음파검사 결과 심한 대동맥판협착 및 역류(severe ASR**), 좌심실구혈률(LVEF) 9%, 지속적인 폐부종 확인되었음. 약물치료 및 체외순환막형산화요법(ECMO) 치료에도 불구하고 증상 호전되지 않고, 정맥 강심제에 의존적이며, NYHA Class IV, INTERMACS Level 2 등 말기 심부전 소견 보이므로, 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 ‘심장이식 대기자로 등록된 말기심부전 환자의 심장이식 가교 치료시’에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.

○ 체외형 심실 보조장치 치료술(2사례)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
1	남/6세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 [별표2]에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 나이 6세, 체중 28kg, 심장이식 대기자로 등록된 비후성 심근병증 소아 환자로, 생후 2년 6개월부터 비후성 심근병증 소견 관찰되어 심부전 치료 지속하였고, 최근 심장 MRI 상 좌심실유출경로협착(LVOTO**)을 동반한 좌심실비대, 승모판 수축기 전방운동(SAM**) 악화, 좌심실 동맥류(LV aneurysm) 내경 증가 확인되었으며, Holter 검사결과 NSVT** 관찰되어 ICD 삽입하였음. 또한, NYHA Class III, INTERMACS Level 2, 좌심실구혈률(LVEF) 80% 등 약물치료에도 불구하고 증상 호전되지 않고, 정맥 강심제에 의존적인 말기 심부전 소견 보임. 따라서 체외형 심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 ‘재태연령 37주 이상이고 체중 3kg 이상인 경우부터 18세 미만의 심장이식 대기자로 등록된 중증 심부전 환자’, 3) ‘치료 불가능한 치명적인 부정맥이 지속되는 경우’에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.
2	남/5세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 [별표2]에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및

\*\* NSTEMI: Non ST Elevation Myocardial Infarction,  
ASR: Aortic Stenosis and Regurgitation,  
NSVT: Non-Sustained Ventricular Tachycardia

midLAD: midline Left Anterior Descending branch,  
LVOTO: Left Ventricular Outflow Tract Obstruction,

AKI: Acute Kidney Injury  
SAM: Systolic Anterior Motion

		<p>본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 나이 만 5세, 체중 15.8kg, 심장이식 대기자로 등록된 심장판막질환 및 급성 심근염 상병의 소아 환자로, 심초음파검사 결과 심한 대동맥판 역류(severe AR<sup>***</sup>), 좌심실구혈률(LVEF) 25%, 좌심방 혈전 확인되어 대동맥판막치환술(AVR<sup>***</sup>) 시행하였으나 심기능 호전되지 않고, 저심박출량증후군 지속되며, 체외순환막형산화요법(ECMO) 및 약물치료에도 불구하고 좌심실구혈률(LVEF) 10%, 전신 장기기능이 진행성으로 악화되는 소견 보임.</p> <p>따라서 체외형 심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 '재태연령 37주 이상이고 체중 3kg 이상인 경우부터 18세 미만의 심장이식 대기자로 등록된 중증 심부전 환자', 2) '악성 심근염 등으로 보조순환기가 장착되어 중지가 어려운 경우'에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.</p>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

\*\*\* AR: Aortic Regurgitation,

AVR: Aortic Valve Replacement

**7. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여대상 인정여부**

- 위원에서는 보건복지부 고시 제2018-120호, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보험약제과, 2018. 7. 1.시행)에 따라 요양급여 대상여부를 결정하는 솔리리스주 사전심의제도를 실시하고 있음.
- 「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
2019. 7.	비정형 용혈성 요독 증후군	7	4	3	0	0

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

○ 승인신청

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2019. 7.	A사례	남/23세	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법 제1호 나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음. 이 건은 환자가 혈변(melena) 양상의 설사로 내원 후 혈소판 감소증, 급성 신부전, 미세혈관병증 용혈성 빈혈 소견을 보여 비정형 용혈성 요독 증후군 의심 하에 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 승인 신청된 건임. 제출된 진료기록을 확인한 결과, Anti-ENA antibody 양성으로 lupus 소견을 보여 위 목 2) 바)에서 정한 요양급여 제외대상인 자가면역으로 인한 혈관염 또는 감염으로 인한 혈전미세혈관병증에 해당되는 바 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.	불승인
	B사례	남/50세	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제	승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
			<p>[639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”의 세부인정기준 및 방법 제1호 나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음. 이 건은 환자가 2017년 3월 혈소판 감소증, 급성 신부전, 혈전성 미세혈관병증 소견으로 입원하여 혈장교환술 및 혈액투석 시행 후 상태 호전되어 퇴원하였으나, 이후 2019년 7월 혈소판 감소증 및 급성 신부전 소견으로 재입원 후 비정형 용혈성 요독 증후군 의심 하에 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 승인 신청된 건임. 제출된 진료기록을 확인한 결과, 위 목 1) 투여대상에 부합하며, 비정형 용혈성 요독 증후군의 재발 소견을 보였음. 또한, 2017년 11월 환자의 조카에서 비정형 용혈성 요독 증후군(혈장교환술 및 혈액투석 시행)의 가족력이 확인되었고, 위 목 2)에서 정한 요양급여 제외대상에 해당되지 않아 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 승인함. 유전자 검사결과 및 치료효과 확인을 위해 투여 후 1개월 시점의 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>	
	C사례	남/15세	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”의 세부인정기준 및 방법 제1호 나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음. 이 건의 환자는 재생불량성 빈혈/골수 형성 이상증후군으로 동종 조혈모세포 이식을 시행하였으나('19. 2. 22.), 이후 이식과 관련된 혈전성 미세혈관병증 발생되어 허가초과 약제 비급여 사용 신청 후 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 투여('19. 3. 20.~)하던 중 비정형 용혈성 요독 증후군을 배제할 수 없다는 소견으로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 승인 신청된 건임. 제출된 진료기록을 확인한 결과, 위 목 1) 투여대상에 부합하며 조혈모세포 이식 후 CF1<sup>1)</sup> mutation이 확인되어 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 승인함. 다만, 투여 후 치료 효과가 뚜렷지 않아 1개월 후 모니터링 보고서를 통해 지속투여 여부를 결정키로 함.</p>	승인
	D사례	남/46세	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”의 세부인정기준 및 방법 제1호 나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab</p>	승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
			<p>주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음. 이 건의 환자는 ITP<sup>2)</sup> 상병으로 면역억제제 치료 중 용혈성 빈혈 소견과 혈소판 감소증 및 신장 기능 저하로 내원하였으며, 입원 후 TTP<sup>3)</sup>에 준하여 혈장교환술 시행 후 ADAMTS-13 활성도 102%로 확인되어 비정형 용혈성 요독 증후군 의심 하에 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 승인 신청된 건임.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 비정형 용혈성 요독 증후군의 임상 소견이 확인되어 위 목 1) 투여대상에 부합하며, 위 목 2)에서 정한 요양급여 제외대상에 해당되지 않아 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 승인함.</p> <p>다만, 혈소판 감소증이 심한 바 이에 대한 혈청학적 검사 추가 시행이 권장되며, 유전자 검사결과 및 치료효과 확인을 위해 투여 후 1개월 시점의 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>	
	E사례	여/65세	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법 제1호 나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음. 이 건은 환자가 급성 골수성 백혈병으로 동종 반일치 조혈모 세포 이식 시행('19. 5. 9.) 후 혈소판 감소증, 미세혈관병증 용혈성 빈혈, 급성 신기능 저하 소견 관찰되어 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 승인 신청된 건임.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 조혈모세포 이식 후 발생한 혈전미세혈관병증으로 위 목 2) 라)에서 정한 요양급여 제외대상에 해당되는 바 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인
	F사례	여/36세	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법 제1호 나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음. 이 건은 기저질환 없던 환자가 치루 수술 후 발생한 구역, 구토, 설사를 주호소로 내원하여 시행한 검사에서 혈소판 감소증, 미세혈관병증 용혈성 빈혈, 급성 신기능 저하 소견 관찰되어 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 승인 신청된 건임.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 비정형 용혈성 요독 증후군의 임상 소견을 보여 위 목 1) 투여대상에</p>	승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
			부합하며, 위 목 2) 에서 정한 요양급여 제외대상에 해당되지 않아 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 승인함. 유전자 검사 결과 확인을 위해 투여 후 1개월 시점의 모니터링 보고서를 제출토록 함.	
	G사례	여/56세	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법 제1호 나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음. 이 건은 당뇨병성 신장질환으로 인한 만성 신부전 환자로 anti-VEGF<sup>4)</sup> 주사제 투여[루센티스주('19. 2. 20.). 아일리아주('19. 4. 29.)] 후 미세혈관병증 용혈성 빈혈 소견 및 신기능 악화되어 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 승인 신청된 건임.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, CFH<sup>5)</sup>, CFHR2<sup>6)</sup>의 유전자 변이가 확인되었으나 혈소판 수가 해당 요양기관의 정상 하한치 미만으로 위 목 1) 가) (1)을 충족하지 못하여 투여대상에 해당되지 않는 바 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인

1) CFI: complement factor I

2) ITP: idiopathic thrombocytopenic purpura, 특발성 혈소판 감소성 자반증

3) TTP: thrombotic thrombocytopenic purpura, 혈전성 혈소판 감소성 자반증

4) anti-VEGF: anti vascular endothelial growth factor 항 혈관내피성장인자

5) CFH: complement factor H

6) CFHR2: complement factor H related proteins 2

## 8. 조혈모세포이식 영양급여대상 인정여부

우리원에서는 「조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행)」에 따라 조혈모세포이식 영양급여 대상자에 대해 영양급여 대상여부를 결정하는 **조혈모세포이식 사전심의제도**를 실시하고 있습니다.

심의 결과 관련 기준에 적합한 경우는 영양급여로 인정하며, 적합하지 않은 경우에는 비승인 되어 선별급여로 결정합니다. 선별급여 대상 환자가 **조혈모세포이식을 시행받기 위해 입원한 경우**, 「비승인 조혈모세포이식 환자의 영양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)」에 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(면역억제제 투여, 검사와 합병증 및 후유증 치료비 등)에 대하여는 영양급여로 인정**하고 있습니다.

### ■ 심의 결과

구분		계	동종	제대혈	자가	비고
<b>총 접수</b>		<b>323</b>	<b>161</b>	<b>4</b>	<b>158</b>	
처리결과	급여	240	111	3	126	
	선별급여	71	47	1	23	
	자료보완	5	2	-	3	
	불가	-	-	-	-	
	취하	7	1	-	6	

\* 신청기관 : 35개 영양기관

### ■ 심의내용

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
동종	총 161건	급여 : 111건	급성골수성백혈병 : 45건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (영양급여대상자기준)별표 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양상으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우”에 영양급여 대상자로 인정하고 있음.  이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.
			급성림프모구백혈병 : 27건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (영양급여대상자기준)별표 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병은 혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우  (2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우  (가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우  ① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성  ② t(v;11q23) 또는 MLL 재배열  ③ 염색체수 44 미만  (나) 진단시 1세미만  (다) 백혈구 수 <math>100 \times 10^9/L</math> 이상  (라) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우  (마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우  ① Poor Steroid Response  ② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사서 백혈병세포가 존재하는 경우)  ③ Early T cell Precursor Phenotype  (3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우  (4) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			<p>골수형성이상증후군 : 22건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-5)에 의하면, 골수형성이상증후군은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 골수형성이상증후군 예후분류법(IPSS, IPSS-R, WPSS)인 다음 중 하나에 해당되는 경우  (가) 고위험군인 경우  ① IPSS: Intermediate-2 또는 high  ② IPSS-R, WPSS: high 또는 very high  (나) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우  ① 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) <math>500/\mu l</math> 이하 이면서 혈소판 <math>20,000/\mu l</math> 이하  ② Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy (IST)에 불응하거나 치료적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우  (2) 소아는 사례별로 결정함</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			중증재생불량성빈혈 : 7건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈은 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25%이하이거나 25-50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>① 절대호중구 수(ANC)가 500/<math>\mu</math>l 이하          ② 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 <math>60 \times 10^9/L</math>          ③ 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하</p>
			다발골수종 : 2건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-6)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 다음의 조건을 모두 만족하는 경우에 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>① ECOG 수행능력평가 0-1          ② 부분반응(Partial Response) 이상인 경우          ③ 만성신부전이 아닌 경우</p>
			비호지킨림프종 : 4건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-7)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 비호지킨 림프종          (가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우          ① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우          ② Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외)          ③ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma          (나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로써 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함          ① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma          ② Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<ul style="list-style-type: none"> <li>③ Mantle Cell Lymphoma</li> <li>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</li> <li>⑤ Burkitt Lymphoma</li> <li>⑥ Peripheral T-cell Lymphoma</li> <li>⑦ Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상</li> <li>⑧ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</li> <li>⑨ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</li> </ul> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
			만성골수성백혈병 : 2건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (영양급여대상자기준) 별표 2-가-2)에 의하면, 만성골수성백혈병은 'WHO criteria 에서 제시한 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) TKI 제제(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우</li> <li>(2) T315I mutation 확인된 경우</li> </ul> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
			연소기골수단구성백혈병 : 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (영양급여대상자기준) 별표 2-가-8)에 의하면, 연소기골수단구성백혈병의 진단기준을 만족하는 경우 영양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
			일차골수섬유증 : 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (영양급여대상자기준) 별표 2-가-9)에 의하면, 일차골수섬유증의 예후지표인 DIPSS plus risk category 중 고위험도(High risk, 예후인자수 5항목 이상)와 중등위험도-2( Intermediate-2, 예후인자 수 2항목 또는 4항목)에 해당하는 경우 영양급여대상자로 인정하고 있음.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
		자료보완 : 2건	급성골수성백혈병 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)별표 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우”에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 진단되어 1차 동종조혈모세포이식 예정이나, 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 결과가 확인되지 아니하여 요양급여 대상 여부 판단이 곤란함. 따라서 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해서는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 결과가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
		선별급여 : 47건	<p>급성골수성백혈병, 급성림프모구백혈병, 골수형성이상증후군, 일차골수섬유증 : 10건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)별표 1-가)에 의하면 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.”로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만 65세 이상이기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			급성림프모구백혈병 : 6건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)별표 1-나)에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2-4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>의하여 결정한다.(2) 비혈연관계에 있는 경우- 가족내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을수 없는 경우 1allele 불일치까지 인정한다.” 고 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단받아 1차 또는 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)별표 1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2-4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다. (2) 비혈연관계에 있는 경우- 가족내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을수 없는 경우 1allele 불일치까지 인정한다.” 고 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단받아 비혈연 동종조혈모세포이식 예정이나, HLA 1 locus 불일치로 기준에 해당하지 않고, 비혈연 동종조혈모세포이식 대한 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병은 혈액학적 완</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>(1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우</p> <p>(2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성</p> <p>② t(v;11q23) 또는 MLL 재배열</p> <p>③ 염색체수 44 미만</p> <p>(나) 진단시 1세미만</p> <p>(다) 백혈구 수 <math>100 \times 10^9/L</math> 이상</p> <p>(라) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우</p> <p>(마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① Poor Steroid Response</p> <p>② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)</p> <p>③ Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>(3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>(4) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성림프모구성백혈병으로 진단받아 동종조혈모세포이식 예정인 바, 골수검사와 말초혈액검사 및 영상검사 결과 완전관해로 볼 수 없기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>만성골수성백혈병 : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)별표 1-다에 의하면 조혈모세포 2차 이식은 " 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구성백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 한다. " 고 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 만성골수성백혈병으로 진단받아 동종조혈모세포</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>이식 예정인 바, 만성기 또는 가속기가 아닌 급성기에 해당되어 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>급성골수성백혈병 : 10건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)별표 1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2-4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 고 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 진단받아 2차 반일치 동종 조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양상으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우” 에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 진단받아 동종조혈모세포</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>이식 예정인 바, 골수검사와 말초혈액검사 결과 완전관해로 볼 수 없기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>중증재생불량성빈혈 : 3건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준) 별표1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.”로 규정하고 있음.</p> <p>한편, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈은 골수검사결과 세포총실도가 심하게 낮으면서, 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때에 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 절대호중구 수(ANC)가 500/μℓ 이하</li> <li>② 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x10<sup>9</sup>/L</li> <li>③ 혈소판 20,000/μℓ 이하</li> </ul> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식은 사례별로 심의하여 결정하고 있으나, 이 건은 요양급여대상기준에 해당하지 않음. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>골수형성이상증후군</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			: 8건	<p>제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-5)에 의하여 골수형성이상증후군을 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 골수형성이상증후군 예후분류법(IPSS, IPSS-R, WPSS) 인 다음 중 하나에 해당되는 경우</p> <p>(가) 고위험군인 경우</p> <p>① IPSS: Intermediate-2 또는 high</p> <p>② IPSS-R, WPSS: high 또는 very high</p> <p>(나) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우</p> <p>① 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu\text{l}</math> 이하 이면서 혈소판 20,000/<math>\mu\text{l}</math> 이하</p> <p>② 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>(2) 소아는 사례별로 결정함</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 진단받아 동종조혈모세포이식 예정인 바, 소아가 아니고 IPSS-R INT, IPSS/WPSS LOW 군으로 확인되어 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1. 시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준) 별표1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 고 명시하고 있음.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>이 건은 골수형성이상증후군으로 진단받아 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만 비승인 조혈모세포이식 환자의 영양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (영양급여대상자기준) 별표 1-다)에 의하면, 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정하고 있음.</p>
				<p>이 건은 골수형성이상증후군으로 진단받아, 2차 동종조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 2차 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만 비승인 조혈모세포이식 환자의 영양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(영양급여대상자기준)별표 1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다. (2) 비혈연관계에 있는 경우- 가족내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을수 없는 경우 1allele 불일치까지 인정한다.” 고 명시하고 있음.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단받아 비혈연 동종조혈모세포이식 예정이나, HLA 1 locus 불일치로 기준에 해당하지 않고, 비혈연 동종조혈모세포이식 대한 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만 비승인 조혈모세포이식 환자의 영양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1. 시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			비호지킨림프종 : 5건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-7)-(1)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 비호지킨 림프종</p> <p>(가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우</li> <li>② Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외)</li> <li>③ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</li> </ul> <p>(나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma</li> <li>② Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma</li> <li>③ Mantle Cell Lymphoma</li> <li>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</li> <li>⑤ Burkitt Lymphoma</li> <li>⑥ Peripheral T-cell Lymphoma</li> <li>⑦ Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상</li> <li>⑧ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</li> <li>⑨ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</li> </ul> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 진단받아 동종조혈모세포이식 예정인 바, 부분반응 이상의 결과가 확인되지 않기 때문에 영양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 영양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준) 별표1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 고 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 진단받아 1차 또는 3차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			호지킨림프종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-7)-(2)에 의하면, 호지킨림프종은 다음 에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(2) 비호지킨 림프종 자가조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 호지킨림프종으로 진단받아 1차 동종조혈모세포이식 예정이나, 표준항암요법에 반응한 경우로 재발된 경우가 아니므로 요양급여 대상이 아님. 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제 2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			<p style="text-align: center;">Hereditary Sideroblastic Anemia : 1건</p>	<p>여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준) 별표1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 고 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 진단받아 1차 반일치 동종 조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 반일치 동종 조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만 비승인 조혈모세포이식 환자의 영양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p style="text-align: center;">일차골수섬유증 : 2건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-9)에 의하면, 일차골수섬유증의 예후지표인 DIPSS plus risk category 중 고위험도(High risk, 예후인자수 5항목 이상)와 중등위험도-2( Intermediate-2, 예후인자 수 2항목 또는 4항목)에 해당하는 경우 영양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 일차골수섬유증으로 진단받아 1차 동종조혈모세포이식 예정인바, 일차골수섬유증의 예후지표인 DIPSS plus risk category 중 중등위험도-1으로 영양급여기준에 해당되지 아니함. 다만 비승인 조혈모세포이식 환자의 영양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)별표 1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치 (haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.(2) 비혈연관계에 있는 경우- 가족내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을수 없는 경우 1allele 불일치까지 인정한다.” 고 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단받아 비혈연 동종조혈모세포이식 예정이나, HLA 1 locus 불일치로 기준에 해당하지 않고, 비혈연 동종조혈모세포이식 대한 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만 비승인 조혈모세포이식 환자의 영양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1. 시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
		<p>취하:1건</p>		
<p>제대혈</p>	<p>총 4건</p>	<p>급여 : 3건</p>	<p>급성림프모구백혈병 : 3건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병은 혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 (2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 ② t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 ③ 염색체수 44 미만 (나) 진단시 1세미만</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>(다) 백혈구 수 <math>100 \times 10^9/L</math> 이상  (라) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우  (마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① Poor Steroid Response</li> <li>② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)</li> <li>③ Early T cell Precursor Phenotype</li> </ol> <p>(3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우  (4) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
		<b>선별급여</b> : 1건	<b>급성골수성백혈병</b> : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우” 에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 진단받아 제대혈조혈모세포이식 예정인 바, 골수검사와 말초혈액검사 결과 완전관해로 볼 수 없기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1. 시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
<b>자가</b>	<b>총</b> <b>158건</b>	<b>급여</b> <b>: 126건</b>	<b>골육종</b> <b>: 1건</b>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)2-나-(10)에 골육종은 "다음 각 호의 1에 해당된 때 (1)수술 및 항암치료 후 완전 관해된 경우 (2)재발 후 국소적 치료 및 구제 항암화학요법으로 2차 완전 관해된 때"</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				로 되어있음.
			다발골수종 : 56건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(1)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 요양급여대상자로 인정함.</p>
			비호지킨림프종 : 45건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)2-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상</li> <li>② Diffuse Large B Cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>- LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우</li> </ul> </li> <li>③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외)</li> <li>④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) <ul style="list-style-type: none"> <li>(단, stage I 완전관해 제외)</li> </ul> </li> <li>⑤ Peripheral T-cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>(단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)</li> </ul> </li> <li>⑥ Primary CNS Lymphoma</li> </ul> <p>또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia</li> <li>② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)</li> <li>③ Mantle Cell Lymphoma</li> <li>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</li> <li>⑤ Burkitt Lymphoma</li> <li>⑥ Peripheral T-cell Lymphoma</li> <li>⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma</li> <li>⑧ Primary CNS Lymphoma</li> </ul>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			수모세포종 : 4건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-9)-(1)에 의하면, 수모세포종(Medulloblastoma)은 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인면서 다음 중 하나에 해당 하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>① 진단시 3세이하 ② 수술 후 잔여종괴가 1.5cm<sup>2</sup> 이상인 경우 ③ 두개강내 전이가 있는 경우 ④ Anaplastic type</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			POEMS증후군 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(3)에 의하면, POEMS 증후군은 “IMWG에서 제시한 POEMS 증후군 진단기준에 만족하는 경우” 에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			호지킨림프종 : 3건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-1)-(2)에 의하면, 전형호지킨 림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)은 “표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			비정형기형/황문근종양: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준 (보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) (별표)2-나-9)에 비정형기형/황문근종양(AT/RT)은 "수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우"에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			비정형기형/황문근종양① : 2건	<p>&lt;2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)&gt;(보건복지부 고시 제2016-64호,</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>2016. 5. 1.시행)에 의하면, 비정형기형/황문근종양은 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여 대상자 기준)의 기준 별표 2-나-9)에 비정형기형/황문근종양(AT/RT)은 "수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우이어야 하고, 또한 위 인정기준에 적합하여 시행하는 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)에 대하여는 “가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가조혈모 세포이식, 나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포 이식” 중 어느 하나에 해당하는 경우이어야 영양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
			급성골수성백혈병 : 5건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-2)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)에 대한 영양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우</p> <p>(2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 혈액학적 완전관해인 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
			AL 아밀로이드증 : 6건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(2)에 의하면, AL 아밀로이드증(AL amyloidosis)에 대한 영양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증(AL amyloidosis) 진단 기준에 만족하는 경우</p> <p>다만, ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하면서 장기부전(심·신·간·폐부전)이 아닌 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
			생식세포종 : 2건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준 (보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) (별표)2-나-7)에 생식세포종(Germ cell tumor)은 "수술이나</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우"에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
		<p>자료보완 : 3건</p>	<p>비호지킨림프종 : 2건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1. 시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상</li> <li>② Diffuse Large B Cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>- LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우</li> </ul> </li> <li>③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외)</li> <li>④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외)</li> <li>⑤ Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)</li> <li>⑥ Primary CNS Lymphoma</li> </ol> <p>또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia</li> <li>② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)</li> <li>③ Mantle Cell Lymphoma</li> <li>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</li> <li>⑤ Burkitt Lymphoma</li> <li>⑥ Peripheral T-cell Lymphoma</li> <li>⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma</li> <li>⑧ Primary CNS Lymphoma</li> </ol> <p>이 건의 경우 1차 자가조혈모세포이식 예정으로 최근 영상 자료 또는 최근 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 상태여부 판단이 곤란함. 따라서 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 영상 자료 또는 골수검사결과가 필</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			다발골수종 : 1건	<p>요하므로 자료보완토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(1)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 “IMMG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우” 에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>다발골수종 상병으로 자가조혈모세포이식 예정인 이 건은 최근 조직검사 및 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 상태여부 판단이 곤란함. 따라서 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 조직검사 및 골수검사결과가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
			비호지킨림프종, 다발골수종, AL 아밀로이드증, 급성골수성백혈병 : 9건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)1-가에 의하면 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.” 로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만 65세 이상이기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
		선별급여 : 23건	생식세포종 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-7)에 의하면, 생식세포종(Germ Cell Tumor)은 “재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 생식세포종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나, 항암요법 이후 부분반응 이상을 보이지 않음. 따라서 고시기준을 충족하지는 못하나 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014.12.1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			Anaplastic Ependymoma : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>별표 2-나-9)(1)-(다)에 의하면, Anaplastic Ependymoma은 3세 미만인 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 Anaplastic Ependymoma으로 1차 자가조혈모세포이식을 시행예정이나, Anaplastic Ependymoma 진단일 기준 만 3세 1개월이기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			Anaplastic Astrocytoma : 1건	<p>&lt;2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)&gt;(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016. 5. 1.시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)에 대하여는 “가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성 신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가조혈모 세포이식, 나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식” 중 어느 하나에 해당하는 경우이어야 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 Anaplastic Astrocytoma으로 1차 자가조혈모세포 이식을 시행하였으나 2차 자가조혈모세포이식 예정인 바, 2차 이식에 대한 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제 2014-196호, 2014. 2. 1.시행)에 따라, 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			비호지킨림프종 : 5건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상</li> <li>② Diffuse Large B Cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>- LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우</li> </ul> </li> <li>③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외)</li> <li>④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) <ul style="list-style-type: none"> <li>(단, stage I 완전관해 제외)</li> </ul> </li> </ul>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>⑤ Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)</p> <p>⑥ Primary CNS Lymphoma</p> <p>또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenström's Macroglobulinemia</p> <p>② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)</p> <p>③ Mantle Cell Lymphoma</p> <p>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>⑤ Burkitt Lymphoma</p> <p>⑥ Peripheral T-cell Lymphoma</p> <p>⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma</p> <p>⑧ Primary CNS Lymphoma</p> <p>이 건은 비호지킨림프종(Malignant lymphoma, Atypical paracortical hyperplasia)로 진단받고 표준항암치료 후 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 진단 근거가 명확하지 않음. 따라서 고시기준을 충족하지는 못하나 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014.12.1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종(Peripheral T cell lymphoma)으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 항암요법 이후 부분반응 이상을 보이지 않음. 따라서 고시기준을 충족하지는 못하나 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014.12.1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 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 진단시 LDH가 정상보다 높은 경우 급여 인정이나, 진단시 LDH결과가 확인되지 않음. 다</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 2. 1.시행)에 따라, 환자측의 요청과 진료 담당의사의 의학적 판단에 따라 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 Ann Arbor stage II로 급여기준에 해당하지 않음. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 2. 1.시행)에 따라, 환자측의 요청과 진료 담당의사의 의학적 판단에 따라 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>다발골수종 : 5건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(1)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. 따라서 고시기준을 충족하지는 못하나 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014.12.1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>&lt;2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)&gt;(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016. 5. 1.시행)에 의하면, 조혈모세포이식은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준 제4조(요양급여대상자 기준)의 기준에 적합하다고 판단되는 경우에 한하여 급여하고 있음. 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>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<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 동종조혈 모세포이식을 원칙으로 함.” 라고 규정하고 있음.</p> <p>다발골수종 상병으로 2차 자가조혈모세포이식 예정인 이 건은 제출된 검사결과를 참조할 때 1차 이식 후 현재 VGPR이상의 반응 유지 중으로, 2차 자가조혈모세포이식이 반드시 필요하다고 판단하기 곤란함. 다만, 비승인 조혈 모세포이식 환자의 영양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
계	323	취하: 6건		
Ⓢ: tandem transplantation (2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 자가 조혈모세포이식)				

[별첨] 조혈모세포이식 영양급여대상 결정현황

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
1	동종조혈모	남	47	Atypicalchronicmyeloidleukemia	선별
2	동종조혈모	여	17	Heredit arySideroblasticAnemia	선별
3	동종조혈모	남	57	골수형성이상증후군(MDS)	급여
4	동종조혈모	남	52	골수형성이상증후군(MDS)	급여
5	동종조혈모	남	56	골수형성이상증후군(MDS)	급여
6	동종조혈모	여	16	골수형성이상증후군(MDS)	급여
7	동종조혈모	여	51	골수형성이상증후군(MDS)	급여
8	동종조혈모	여	45	골수형성이상증후군(MDS)	급여
9	동종조혈모	남	26	골수형성이상증후군(MDS)	급여
10	동종조혈모	여	63	골수형성이상증후군(MDS)	급여
11	동종조혈모	남	55	골수형성이상증후군(MDS)	급여
12	동종조혈모	남	52	골수형성이상증후군(MDS)	급여
13	동종조혈모	여	60	골수형성이상증후군(MDS)	급여
14	동종조혈모	여	64	골수형성이상증후군(MDS)	급여
15	동종조혈모	남	40	골수형성이상증후군(MDS)	급여
16	동종조혈모	여	62	골수형성이상증후군(MDS)	급여
17	동종조혈모	여	60	골수형성이상증후군(MDS)	급여
18	동종조혈모	남	63	골수형성이상증후군(MDS)	급여
19	동종조혈모	여	44	골수형성이상증후군(MDS)	급여
20	동종조혈모	남	5	골수형성이상증후군(MDS)	급여
21	동종조혈모	여	5	골수형성이상증후군(MDS)	급여
22	동종조혈모	남	41	골수형성이상증후군(MDS)	급여
23	동종조혈모	남	62	골수형성이상증후군(MDS)	급여
24	동종조혈모	남	58	골수형성이상증후군(MDS)	급여
25	동종조혈모	남	65	골수형성이상증후군(MDS)	선별
26	동종조혈모	남	46	골수형성이상증후군(MDS)	선별
27	동종조혈모	남	35	골수형성이상증후군(MDS)	선별
28	동종조혈모	남	41	골수형성이상증후군(MDS)	선별
29	동종조혈모	여	31	골수형성이상증후군(MDS)	선별
30	동종조혈모	남	51	골수형성이상증후군(MDS)	선별
31	동종조혈모	여	62	골수형성이상증후군(MDS)	선별
32	동종조혈모	여	66	골수형성이상증후군(MDS)	선별
33	동종조혈모	여	20	골수형성이상증후군(MDS)	선별
34	동종조혈모	남	69	골수형성이상증후군(MDS)	선별
35	동종조혈모	남	53	급성골수성백혈병(AML)	급여
36	동종조혈모	남	25	급성골수성백혈병(AML)	급여
37	동종조혈모	남	46	급성골수성백혈병(AML)	급여
38	동종조혈모	남	57	급성골수성백혈병(AML)	급여
39	동종조혈모	남	22	급성골수성백혈병(AML)	급여
40	동종조혈모	여	61	급성골수성백혈병(AML)	급여
41	동종조혈모	여	52	급성골수성백혈병(AML)	급여
42	동종조혈모	여	61	급성골수성백혈병(AML)	급여
43	동종조혈모	여	10	급성골수성백혈병(AML)	급여
44	동종조혈모	남	60	급성골수성백혈병(AML)	급여
45	동종조혈모	남	48	급성골수성백혈병(AML)	급여
46	동종조혈모	남	61	급성골수성백혈병(AML)	급여
47	동종조혈모	여	58	급성골수성백혈병(AML)	급여
48	동종조혈모	여	28	급성골수성백혈병(AML)	급여
49	동종조혈모	여	39	급성골수성백혈병(AML)	급여
50	동종조혈모	여	60	급성골수성백혈병(AML)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
51	동중조혈모	남	61	급성골수성백혈병(AML)	급여
52	동중조혈모	남	37	급성골수성백혈병(AML)	급여
53	동중조혈모	여	60	급성골수성백혈병(AML)	급여
54	동중조혈모	여	6	급성골수성백혈병(AML)	급여
55	동중조혈모	남	17	급성골수성백혈병(AML)	급여
56	동중조혈모	여	63	급성골수성백혈병(AML)	급여
57	동중조혈모	남	64	급성골수성백혈병(AML)	급여
58	동중조혈모	남	54	급성골수성백혈병(AML)	급여
59	동중조혈모	남	52	급성골수성백혈병(AML)	급여
60	동중조혈모	여	59	급성골수성백혈병(AML)	급여
61	동중조혈모	여	58	급성골수성백혈병(AML)	급여
62	동중조혈모	남	41	급성골수성백혈병(AML)	급여
63	동중조혈모	남	64	급성골수성백혈병(AML)	급여
64	동중조혈모	여	24	급성골수성백혈병(AML)	급여
65	동중조혈모	남	56	급성골수성백혈병(AML)	급여
66	동중조혈모	여	53	급성골수성백혈병(AML)	급여
67	동중조혈모	여	56	급성골수성백혈병(AML)	급여
68	동중조혈모	여	61	급성골수성백혈병(AML)	급여
69	동중조혈모	남	62	급성골수성백혈병(AML)	급여
70	동중조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	급여
71	동중조혈모	남	11M	급성골수성백혈병(AML)	급여
72	동중조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	급여
73	동중조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	급여
74	동중조혈모	여	48	급성골수성백혈병(AML)	급여
75	동중조혈모	남	30	급성골수성백혈병(AML)	급여
76	동중조혈모	여	50	급성골수성백혈병(AML)	급여
77	동중조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	급여
78	동중조혈모	남	37	급성골수성백혈병(AML)	급여
79	동중조혈모	여	14	급성골수성백혈병(AML)	급여
80	동중조혈모	남	55	급성골수성백혈병(AML)	선별
81	동중조혈모	남	65	급성골수성백혈병(AML)	선별
82	동중조혈모	남	59	급성골수성백혈병(AML)	선별
83	동중조혈모	여	72	급성골수성백혈병(AML)	선별
84	동중조혈모	여	18	급성골수성백혈병(AML)	선별
85	동중조혈모	남	49	급성골수성백혈병(AML)	선별
86	동중조혈모	남	30	급성골수성백혈병(AML)	선별
87	동중조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	선별
88	동중조혈모	여	48	급성골수성백혈병(AML)	선별
89	동중조혈모	남	65	급성골수성백혈병(AML)	선별
90	동중조혈모	남	65	급성골수성백혈병(AML)	선별
91	동중조혈모	여	47	급성골수성백혈병(AML)	선별
92	동중조혈모	남	42	급성골수성백혈병(AML)	선별
93	동중조혈모	여	58	급성골수성백혈병(AML)	선별
94	동중조혈모	남	52	급성골수성백혈병(AML)	자료보완
95	동중조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	자료보완
96	동중조혈모	여	29	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
97	동중조혈모	남	57	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
98	동중조혈모	여	48	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
99	동중조혈모	남	39	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
100	동중조혈모	여	51	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
101	동중조혈모	여	5	급성림프모구백혈병(ALL)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
102	동종조혈모	남	64	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
103	동종조혈모	여	63	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
104	동종조혈모	남	3	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
105	동종조혈모	남	20	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
106	동종조혈모	남	46	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
107	동종조혈모	남	57	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
108	동종조혈모	남	58	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
109	동종조혈모	남	30	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
110	동종조혈모	남	34	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
111	동종조혈모	여	43	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
112	동종조혈모	여	45	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
113	동종조혈모	여	57	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
114	동종조혈모	남	35	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
115	동종조혈모	남	21	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
116	동종조혈모	남	16	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
117	동종조혈모	여	45	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
118	동종조혈모	여	54	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
119	동종조혈모	여	45	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
120	동종조혈모	여	11	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
121	동종조혈모	남	28	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
122	동종조혈모	여	64	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
123	동종조혈모	여	52	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
124	동종조혈모	남	26	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
125	동종조혈모	남	25	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
126	동종조혈모	여	15	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
127	동종조혈모	여	20	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
128	동종조혈모	여	67	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
129	동종조혈모	남	9	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
130	동종조혈모	남	29	다발골수종(MM)	급여
131	동종조혈모	남	53	다발골수종(MM)	급여
132	동종조혈모	여	39	만성골수성백혈병(CML)	급여
133	동종조혈모	남	63	만성골수성백혈병(CML)	급여
134	동종조혈모	남	35	만성골수성백혈병(CML)	선별
135	동종조혈모	남	62	비호지킨림프종	급여
136	동종조혈모	남	45	비호지킨림프종	급여
137	동종조혈모	남	58	비호지킨림프종	급여
138	동종조혈모	남	64	비호지킨림프종	급여
139	동종조혈모	여	57	비호지킨림프종	선별
140	동종조혈모	남	35	비호지킨림프종	선별
141	동종조혈모	남	35	비호지킨림프종	선별
142	동종조혈모	남	50	비호지킨림프종	선별
143	동종조혈모	남	49	비호지킨림프종	선별
144	동종조혈모	남	2	연소기골수단구성백혈병(JMML)	급여
145	동종조혈모	남	62	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	급여
146	동종조혈모	여	62	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	선별
147	동종조혈모	남	66	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	선별
148	동종조혈모	여	67	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	선별
149	동종조혈모	여	50	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	선별
150	동종조혈모	남	23	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
151	동종조혈모	여	15	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
152	동종조혈모	남	33	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
153	동종조혈모	여	7	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
154	동종조혈모	남	8	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
155	동종조혈모	여	25	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
156	동종조혈모	남	5	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
157	동종조혈모	여	37	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별
158	동종조혈모	여	10	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별
159	동종조혈모	여	12	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별
160	동종조혈모	여	19	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	취하
161	동종조혈모	여	19	호지킨림프종	선별
162	제대혈조혈모	남	39	급성골수성백혈병(AML)	선별
163	제대혈조혈모	남	21	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
164	제대혈조혈모	여	36	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
165	제대혈조혈모	여	7	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
166	자가조혈모	여	53	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	급여
167	자가조혈모	남	36	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	급여
168	자가조혈모	남	36	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	급여
169	자가조혈모	남	58	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	급여
170	자가조혈모	여	64	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	급여
171	자가조혈모	여	51	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	급여
172	자가조혈모	여	65	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	선별
173	자가조혈모	남	5	AnaplasticEpendymoma	선별
174	자가조혈모	남	55	POEMS증후군	급여
175	자가조혈모	여	5	Rhabdomyosarcoma	취하
176	자가조혈모	남	58	Waldenstrommacroglobulinemia	급여
177	자가조혈모	여	13	골육종(Osteosarcoma)	급여
178	자가조혈모	남	49	급성골수성백혈병(AML)	급여
179	자가조혈모	여	42	급성골수성백혈병(AML)	급여
180	자가조혈모	남	47	급성골수성백혈병(AML)	급여
181	자가조혈모	남	28	급성골수성백혈병(AML)	급여
182	자가조혈모	남	52	급성골수성백혈병(AML)	급여
183	자가조혈모	여	66	급성골수성백혈병(AML)	선별
184	자가조혈모	남	61	급성림프모구백혈병(ALL)	취하
185	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	급여
186	자가조혈모	남	50	다발골수종(MM)	급여
187	자가조혈모	남	50	다발골수종(MM)	급여
188	자가조혈모	남	49	다발골수종(MM)	급여
189	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	급여
190	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	급여
191	자가조혈모	남	54	다발골수종(MM)	급여
192	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	급여
193	자가조혈모	남	54	다발골수종(MM)	급여
194	자가조혈모	여	52	다발골수종(MM)	급여
195	자가조혈모	남	53	다발골수종(MM)	급여
196	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	급여
197	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	급여
198	자가조혈모	남	50	다발골수종(MM)	급여
199	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	급여
200	자가조혈모	여	52	다발골수종(MM)	급여
201	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
202	자가조혈모	여	55	다발골수종(MM)	급여
203	자가조혈모	남	40	다발골수종(MM)	급여
204	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	급여
205	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	급여
206	자가조혈모	남	53	다발골수종(MM)	급여
207	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	급여
208	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
209	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	급여
210	자가조혈모	남	51	다발골수종(MM)	급여
211	자가조혈모	여	52	다발골수종(MM)	급여
212	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	급여
213	자가조혈모	남	44	다발골수종(MM)	급여
214	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
215	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	급여
216	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	급여
217	자가조혈모	남	53	다발골수종(MM)	급여
218	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	급여
219	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	급여
220	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
221	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
222	자가조혈모	여	50	다발골수종(MM)	급여
223	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
224	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	급여
225	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	급여
226	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	급여
227	자가조혈모	남	50	다발골수종(MM)	급여
228	자가조혈모	남	59	다발골수종(MM)	급여
229	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	급여
230	자가조혈모	여	52	다발골수종(MM)	급여
231	자가조혈모	여	48	다발골수종(MM)	급여
232	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	급여
233	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	급여
234	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	급여
235	자가조혈모	남	54	다발골수종(MM)	급여
236	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	급여
237	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	급여
238	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	급여
239	자가조혈모	남	52	다발골수종(MM)	급여
240	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	급여
241	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	선별
242	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	선별
243	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	선별
244	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	선별
245	자가조혈모	여	71	다발골수종(MM)	선별
246	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	자료보완
247	자가조혈모	여	11M	비정형기형/횡문근종양(AT/RT)	급여
248	자가조혈모	남	40	비호지킨림프종	급여
249	자가조혈모	여	40	비호지킨림프종	급여
250	자가조혈모	여	28	비호지킨림프종	급여
251	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
252	자가조혈모	남	51	비호지킨림프종	급여
253	자가조혈모	남	36	비호지킨림프종	급여
254	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종	급여
255	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종	급여
256	자가조혈모	남	34	비호지킨림프종	급여
257	자가조혈모	남	51	비호지킨림프종	급여
258	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종	급여
259	자가조혈모	남	65	비호지킨림프종	급여
260	자가조혈모	남	54	비호지킨림프종	급여
261	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종	급여
262	자가조혈모	여	58	비호지킨림프종	급여
263	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종	급여
264	자가조혈모	남	46	비호지킨림프종	급여
265	자가조혈모	여	63	비호지킨림프종	급여
266	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종	급여
267	자가조혈모	남	54	비호지킨림프종	급여
268	자가조혈모	남	53	비호지킨림프종	급여
269	자가조혈모	남	20	비호지킨림프종	급여
270	자가조혈모	남	24	비호지킨림프종	급여
271	자가조혈모	여	59	비호지킨림프종	급여
272	자가조혈모	여	50	비호지킨림프종	급여
273	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종	급여
274	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종	급여
275	자가조혈모	여	58	비호지킨림프종	급여
276	자가조혈모	남	24	비호지킨림프종	급여
277	자가조혈모	여	52	비호지킨림프종	급여
278	자가조혈모	여	44	비호지킨림프종	급여
279	자가조혈모	여	55	비호지킨림프종	급여
280	자가조혈모	남	56	비호지킨림프종	급여
281	자가조혈모	남	33	비호지킨림프종	급여
282	자가조혈모	여	60	비호지킨림프종	급여
283	자가조혈모	여	63	비호지킨림프종	급여
284	자가조혈모	여	55	비호지킨림프종	급여
285	자가조혈모	여	49	비호지킨림프종	급여
286	자가조혈모	남	41	비호지킨림프종	급여
287	자가조혈모	여	25	비호지킨림프종	급여
288	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종	급여
289	자가조혈모	여	56	비호지킨림프종	급여
290	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종	급여
291	자가조혈모	여	43	비호지킨림프종	급여
292	자가조혈모	여	68	비호지킨림프종	선별
293	자가조혈모	여	59	비호지킨림프종	선별
294	자가조혈모	남	67	비호지킨림프종	선별
295	자가조혈모	여	60	비호지킨림프종	선별
296	자가조혈모	남	53	비호지킨림프종	선별
297	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종	선별
298	자가조혈모	남	54	비호지킨림프종	선별
299	자가조혈모	남	69	비호지킨림프종	선별
300	자가조혈모	여	67	비호지킨림프종	선별
301	자가조혈모	남	30	비호지킨림프종	자료보완

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
302	자가조혈모	남	51	비호지킨림프종	자료보완
303	자가조혈모	남	51	비호지킨림프종	취하
304	자가조혈모	남	27	비호지킨림프종	취하
305	자가조혈모	남	36	생식세포종(Germcell tumor)	급여
306	자가조혈모	남	11	생식세포종(Germcell tumor)	급여
307	자가조혈모	여	12	생식세포종(Germcell tumor)	선별
308	자가조혈모	남	16	생식세포종(Germcell tumor)	선별
309	자가조혈모	남	26	송과체아세포종(Pineoblastoma)	급여
310	자가조혈모	남	49	호지킨림프종	급여
311	자가조혈모	남	27	호지킨림프종	급여
312	자가조혈모	남	48	호지킨림프종	급여
313	자가 후 자가	여	19	Anaplastic Astrocytoma	선별
314	자가 후 자가	남	55	다발골수종(MM)	선별
315	자가 후 자가	여	55	다발골수종(MM)	선별
316	자가 후 자가	남	61	다발골수종(MM)	선별
317	자가 후 자가	여	48	다발골수종(MM)	취하
318	Tandem(자가-자가)	여	48	다발골수종(MM)ⓧ	취하
319	Tandem(자가-자가)	남	1	비정형기형/횡문근종양(AT/RT)ⓧ	급여
320	Tandem(자가-자가)	여	1	비정형기형/횡문근종양(AT/RT)ⓧ	급여
321	Tandem(자가-자가)	여	20	수모세포종(Medulloblastoma)ⓧ	급여
322	Tandem(자가-자가)	남	10M	수모세포종(Medulloblastoma)ⓧ	급여
323	Tandem(자가-자가)	남	23	수모세포종(Medulloblastoma)ⓧ	급여