

진료심사평가위원회 심의사례 공개(총 11항목)

- 2021. 12. 31. 공개

연번	제 목	페이지
1	신경차단술 등 처치를 시행한 단기입원(2~4일) 사례 인정여부(15사례)	1
2	경피적경막외강신경성형술(PEN) 처치를 시행한 단기입원(2~4일) 사례 인정여부(18사례)	7
3	신경차단술 등 처치를 시행한 단기입원(2~4일) 사례 인정여부(2사례)	14
4	외상 등 사유로 시행한 단기입원(2~5일) 사례 인정여부(3사례)	16
5	통증조절을 위해 시행한 단기입원(2~4일) 사례 인정여부(4사례)	18
6	중장기입원(13일) 사례 인정여부(1사례)	20
7	장기입원(27~40일) 사례 인정여부(4사례)	21
8	Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 요양급여 대상 여부(36사례)	24
9	심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상 여부(9사례)	28
10	Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 및 Ravulizumab(품명: 울토미리스주) 요양급여 대상여부(2사례)	31
11	조혈모세포이식 요양급여명 및 선별급여 대상 여부(397사례)	34

1. 신경차단술 등 처치를 시행한 단기입원(2~4일) 사례 인정여부

■ 청구내역

- 사례1(남/31세)
 - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
 - 주요 청구내역:
 - 가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용5인실입원료 1*1*1
- 사례2(여/58세)
 - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
 - 주요 청구내역:
 - 가2가(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용기본입원료 1*1*1
- 사례3(여/64세)
 - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
 - 주요 청구내역:
 - 가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용4인실입원료 1*1*1
- 사례4(남/39세)
 - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애
 - 주요 청구내역:
 - 가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용5인실입원료 1*1*1
- 사례5(남/45세)
 - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애
 - 주요 청구내역:
 - 가2가(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용기본입원료 1*1*1
- 사례6(여/62세)
 - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애
 - 주요 청구내역:
 - 가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용4인실입원료 1*1*1
- 사례7(여/47세)
 - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애
 - 주요 청구내역:
 - 가2가(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용기본입원료 1*1*1
- 사례8(여/68세)
 - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애
 - 주요 청구내역:
 - 가2가(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용기본입원료 1*1*1

- 사례9(여/41세)
 - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애, 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
 - 주요 청구내역:
 - 가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용4인실입원료 1*1*1
- 사례10(여/41세)
 - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애, 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
 - 주요 청구내역:
 - 가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용4인실입원료 1*1*1
- 사례11(여/63세)
 - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애, 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
 - 주요 청구내역:
 - 가2가(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용기본입원료 1*1*1
- 사례12(남/41세)
 - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
 - 주요 청구내역:
 - 가2가(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용기본입원료 1*1*1
- 사례13(여/55세)
 - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
 - 주요 청구내역:
 - 가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용4인실입원료 1*1*2
- 사례14(여/47세)
 - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애
 - 주요 청구내역:
 - 가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용4인실입원료 1*1*1
- 사례15(여/68세)
 - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애
 - 주요 청구내역:
 - 가2가(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용기본입원료 1*1*1

■ 심의내용 및 결과

- 입원은 질환의 특성 및 환자상태 등을 고려하여 임상적·의학적 필요성이 있다고 판단되는 경우에 실시하여야 하며 (「입원료 일반원칙」 고시 제2021-4호, 2021.2.1.) 단순한 피로회복, 통원불편 등을 이유로 입원지시를 하여서는 아니 됨(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1])
- 또한 입원료는 환자 질환 및 상태에 대한 적절한 치료 및 지속적인 관찰이 필요한 경우 인정하며, 입원 필요성이 있는 환자상태에 대한 임상적 소견 등이 진료기록부상에 기록되어야 함(「입원료 일반원칙」 고시 제2021-4호, 2021.2.1.)
- 이 건(15사례)은 요추, 경추 통증 및 불편감 등 주소로 선택적 경추간공 경막외조영술/신경차단술 시행 후 단기 입원한 경우로, 진료내역 등을 참조하여 각 사례는 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

- 사례1(남/31세)
 - 3일 전 발생한 아래허리 통증을 주소로 2일 입원 진료 후 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용5인실입원료'를 청구한 사례임.
 - 통증 조절을 위하여 입원하였다고 하나, 입원 당일 시행한 신경차단술 외에 환자 통증 조절을 위한 다른 처치가 확인되지 않음. 또한 제출된 진료기록부 등에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한 및 환자 상태에 대한 지속적 치료 및 관찰이 필요한 경우에 해당되지 않는 바, 청구 된 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용5인실입원료'는 인정하지 아니함.
- 사례2(여/58세)
 - 7일 전 발생한 아래허리 통증을 주소로 2일 입원 진료 후 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용기본실입원료'를 청구한 사례임.
 - 통증 조절을 위하여 입원하였다고 하나, 입원 당일 시행한 신경차단술 외에 환자 통증 조절을 위한 다른 처치가 확인되지 않음. 또한 제출된 진료기록부 등에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한 및 환자 상태에 대한 지속적 치료 및 관찰이 필요한 경우에 해당되지 않는 바, 청구 된 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용기본입원료'는 인정하지 아니함.
- 사례3(여/64세)
 - 2주 전 심해진 오른다리 저림, 무덤 증상을 주소로 2일 입원 진료 후 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용4인실입원료'를 청구한 사례임.
 - 통증 조절을 위하여 입원하였다고 하나, 입원 당일 시행한 신경차단술 외에 환자 통증 조절을 위한 다른 처치가 확인되지 않음. 또한 제출된 진료기록부 등에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한 및 환자 상태에 대한 지속적 치료 및 관찰이 필요한 경우에 해당되지 않는 바, 청구 된 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용4인실입원료'는 인정하지 아니함.
- 사례4(남/39세)
 - 2일 전 발생한 두통과 뒷목, 양 어깨 통증을 주소로 2일 입원 진료 후 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용5인실입원료'를 청구한 사례임.
 - 통증 조절을 위하여 입원하였다고 하나, 입원 당일 시행한 신경차단술 외에 환자 통증 조절을 위한 다른 처치가 확인되지 않음. 또한 제출된 진료기록부 등에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한 및 환자 상태에 대한 지속적 치료 및 관찰이 필요한 경우에 해당되지 않는 바, 청구 된 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용5인실입원료'는 인정하지 아니함.

○ 사례5(남/45세)

- 1달 전부터 지속된 뒷목과 양 어깨 통증을 주호소로 2일 입원 진료 후 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용기본입원료'를 청구한 사례임.
- 통증 조절을 위하여 입원하였다고 하나, 입원 당일 시행한 신경차단술 외에 환자 통증 조절을 위한 다른 처치가 확인되지 않음. 또한 제출된 진료기록부 등에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한 및 환자 상태에 대한 지속적 치료 및 관찰이 필요한 경우에 해당되지 않는 바, 청구 된 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용기본입원료'는 인정하지 아니함.

○ 사례6(여/62세)

- 2주 전 심해진 뒷목, 양 어깨와 양 팔 통증을 주호소로 2일 입원 진료 후 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용4인실입원료'를 청구한 사례임.
- 통증 조절을 위하여 입원하였다고 하나, 입원 당일 시행한 신경차단술 외에 환자 통증 조절을 위한 다른 처치가 확인되지 않음. 또한 제출된 진료기록부 등에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한 및 환자 상태에 대한 지속적 치료 및 관찰이 필요한 경우에 해당되지 않는 바, 청구 된 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용4인실입원료'는 인정하지 아니함.

○ 사례7(여/47세)

- 1년간 지속된 뒷목과 등 결림을 주호소로 2일 입원 진료 후 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용기본입원료'를 청구한 사례임.
- 통증 조절을 위하여 입원하였다고 하나, 입원 당일 시행한 신경차단술 외에 환자 통증 조절을 위한 다른 처치가 확인되지 않음. 또한 제출된 진료기록부 등에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한 및 환자 상태에 대한 지속적 치료 및 관찰이 필요한 경우에 해당되지 않는 바, 청구 된 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용기본입원료'는 인정하지 아니함.

○ 사례8(여/68세) *사례15와 동일수진자임, 내원일 상이함

- 1년간 지속된 뒷목과 등 결림을 주호소로 2일 입원 진료 후 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용기본입원료'를 청구한 사례임.
- 통증 조절을 위하여 입원하였다고 하나, 입원 당일 시행한 신경차단술 외에 환자 통증 조절을 위한 다른 처치가 확인되지 않음. 또한 제출된 진료기록부 등에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한 및 환자 상태에 대한 지속적 치료 및 관찰이 필요한 경우에 해당되지 않는 바, 청구 된 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용기본입원료'는 인정하지 아니함.

○ 사례9(여/41세) *사례10과 동일수진자임, 내원일 상이함

- 2주전부터 심해진 뒷목과 양어깨, 아래허리 통증을 주호소로 2일 입원 진료 후 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용4인실입원료'를 청구한 사례임.
- 제출된 진료기록부 등에서 양 팔과 다리의 저림 증상 및 밤에 잠을 잘 수 없을 정도의 통증이 확인되고 통증 경감을 위한 신경차단술 시행 및 추가 진통제 투약이 확인됨. 이에 통증 경감 여부 및 환자 상태에 대한 지속적 관찰이 필요하다고 판단되는 바, 청구 된 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용4인실입원료'는 인정함.

○ 사례10(여/41세) *사례9와 동일수진자임, 내원일 상이함

- 7일 전 신경차단술 시행 후에도 지속되는 통증을 주호소로 재내원하여 2일 입원 진료 후 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용4인실입원료'를 청구한 사례임.
- 제출된 진료기록부 등에서 신경차단술 시행 뒤에도 지속되는 허리 및 전신 통증이 확인되고 통증 경감을 위한 신경차단술 시행 및 추가 진통제 투약이 확인됨. 이에 통증 경감 여부 및 환자 상태에 대한 지속적 관찰이 필요하다고 판단되는 바, 청구 된 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용4인실입원료'는 인정함.

○ 사례11(여/63세)

- 1년간 지속된 뒷목 통증 및 6개월 전 악화된 허리 통증을 주호소로 2일 입원 진료 후 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용기본입원료'를 청구한 사례임.
- 통증 조절을 위하여 입원하였다고 하나, 입원 당일 시행한 신경차단술 외에 환자 통증 조절을 위한 다른 처치가 확인되지 않음. 또한 제출된 진료기록부 등에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한 및 환자 상태에 대한 지속적 치료 및 관찰이 필요한 경우에 해당되지 않는 바, 청구 된 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용기본입원료'는 인정하지 아니함.

○ 사례12(남/41세)

- 1주 전 운동 중 발생한 아래허리 통증을 주호소로 2일 입원 진료 후 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용기본입원료'를 청구한 사례임.
- 제출된 진료기록부 및 영상자료에서 제4~5추간 추간판탈출로 인한 하지 직거상 검사의 제한이 확인됨. 또한 입원 당시의 심한 통증과 통증 조절을 위해 신경 차단술을 시행한 것이 확인되는 바, 적극적 통증 조절 및 환자 상태의 지속적 관찰을 위한 입원의 필요성이 확인되어 청구 된 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용기본입원료'는 인정함.

○ 사례13(여/55세)

- 1주일 전 발생한 왼쪽 엉덩이부터 발목까지의 저린감을 주호소로 3일 입원 진료 후 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용4인실입원료'를 청구한 사례임.
- 통증 조절을 위하여 입원하였다고 하나, 입원 당일 시행한 신경차단술 외에 환자 통증 조절을 위한 다른 처치가 확인되지 않음. 또한 제출된 진료기록부 등에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한 및 환자 상태에 대한 지속적 치료 및 관찰이 필요한 경우에 해당되지 않는 바, 청구 된 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용4인실입원료'는 인정하지 아니함.

○ 사례14(여/47세)

- 2달 전 발생한 목과 왼쪽 어깨 통증을 주호소로 2일 입원 진료 후 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용4인실입원료'를 청구한 사례임.
- 입원 전 동일 기관에서 어깨부위 증식치료 2회 시행하며 경과 관찰 하였으나 통증이 완화되지 않아 입원하여 통증 조절을 시행한 경우임. 외래에서 환자의 통증 양상에 대한 충분한 경과 관찰이 시행되었으며 조절되지 않는 통증 경감을 위한 적극적 치료가 필요한 경우라고 판단되는 바, 청구 된 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용4인실입원료'는 인정함.

○ 사례15(여/68세) *사례8과 동일수진자임. 내원일 상이함

- 1년간 지속된 뒷목과 왼쪽 어깨 통증을 주소로 2일 입원 진료 후 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용기본입원료'를 청구한 사례임.
- 시술 후 환자의 활력징후가 안정적이었으며 신경학적 증상이나 출혈 등 환자 상태 관찰이 필요한 부작용은 발생하지 않았음. 또한 제출된 진료기록부에서 진통제 정규 투약 외에 환자의 통증 호소나 통증 조절을 위한 추가 투약이나 처치는 확인되지 않았음. 이에 종합적인 환자 상태 및 경과에서 입원하여 관찰이 필요한 정도의 환자 상태 변화나 심한 통증으로 인한 일상생활의 제한 등이 확인되지 않는 바, 청구 된 '가2나(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 3등급간호관리료적용기본입원료'는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 입원료 일반원칙 [고시 제2021-4호, 2021.2.1.]
- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법, 6. 입원
- 건강보험요양급여행위 및 그 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침]

[2021.6.17. 지역심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

2. 경피적경막외강신경성형술(PEN) 처치를 시행한 단기입원(2~4일) 사례 인정여부

■ 청구내역

- 사례1(여/49세)
 - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
 - 주요 청구내역:
 - 가2나(3) 병원1등급간호관리료적용5인실입원료 1*1*2
- 사례2(남/35세)
 - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
 - 주요 청구내역:
 - 가2가(3) 병원1등급간호관리료적용기본입원료 1*1*1
- 사례3(여/57세)
 - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
 - 주요 청구내역:
 - 가2나(3) 병원1등급간호관리료적용5인실입원료 1*1*1
- 사례4(남/42세)
 - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
 - 주요 청구내역:
 - 가2가(3)병원1등급간호관리료적용기본입원료 1*1*1
- 사례5(남/53세)
 - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애
 - 주요 청구내역:
 - 가2가(3) 병원1등급간호관리료적용기본입원료 1*1*1
- 사례6(여/57세)
 - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
 - 주요 청구내역:
 - 가2가(3) 병원1등급간호관리료적용기본입원료 1*1*1
- 사례7(남/45세)
 - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애
 - 주요 청구내역:
 - 가2가(3) 병원1등급간호관리료적용기본입원료 1*1*1
- 사례8(남/56세)
 - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애
 - 주요 청구내역:
 - 가2가(3) 병원1등급간호관리료적용기본입원료 1*1*1
- 사례9(남/52세)
 - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애
 - 주요 청구내역:
 - 가2가(3) 병원1등급간호관리료적용기본입원료 1*1*1

○ 사례10(여/60세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
- 주요 청구내역:
 - 가2나(3) 병원1등급간호관리료적용5인실입원료 1*1*1

○ 사례11(남/42세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
- 주요 청구내역:
 - 가2라(3) 병원1등급간호관리료적용 3인실 입원료 1*1*1

○ 사례12(여/53세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
- 주요 청구내역:
 - 가2다(3) 병원1등급간호관리료적용4인실입원료 1*1*1

○ 사례13(여/38세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애
- 주요 청구내역:
 - 가2다(3) 병원1등급간호관리료적용4인실입원료 1*1*1

○ 사례14(여/54세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
- 주요 청구내역:
 - 가2다(3) 병원1등급간호관리료적용4인실입원료 1*1*1

○ 사례15(남/20세)

- 청구상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
- 주요 청구내역:
 - 가2가(3) 병원1등급간호관리료적용기본입원료 1*1*2

○ 사례16(여/57세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애, 척추협착
- 주요 청구내역:
 - 가2다(3) 병원1등급간호관리료적용4인실입원료 1*1*1

○ 사례17(남/38세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
- 주요 청구내역:
 - 가2다(3) 병원1등급간호관리료적용4인실입원료 1*1*1

○ 사례18(여/60세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
- 주요 청구내역:
 - 가2다(3) 병원1등급간호관리료적용4인실입원료 1*1*1

■ 심의내용 및 결과

- 입원은 질환의 특성 및 환자상태 등을 고려하여 임상적·의학적 필요성이 있다고 판단되는 경우에 실시하여야 하며 (「입원료 일반원칙」 고시 제2021-4호, 2021.2.1.) 단순한 피로회복, 통원불편 등을 이유로 입원지시를 하여서는 아니 됨(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1])
- 또한 입원료는 환자 질환 및 상태에 대한 적절한 치료 및 지속적인 관찰이 필요한 경우 인정하며, 입원 필요성이 있는 환자상태에 대한 임상적 소견 등이 진료기록부상에 기록되어야 함(「입원료 일반원칙」 고시 제 2021-4호, 2021.2.1.)
- 이 건(18사례)은 요추, 경추 통증 및 불편감 등 주소로 경피적경막외강신경성형술(PEN) 시행 후 단기 입원한 경우로, 진료내역 등을 참조하여 각 사례는 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

○ 사례1(여/49세)

- 1주전 다시 발생한 허리 통증을 주소로 3일 입원 진료 후 '가2나(3) AB321 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용5인실입원료'를 청구한 사례임.
- 시술 후 환자의 활력징후가 안정적이었으며 신경학적 증상이나 출혈 등 환자 상태 관찰이 필요한 부작용은 발생하지 않았음. 또한 제출된 진료기록부에서 진통제 정규 투약 외에 환자의 통증 호소나 통증 조절을 위한 추가 투약이나 처치는 확인되지 않았음. 이에 종합적인 환자 상태 및 경과에서 입원하여 관찰이 필요한 정도의 환자 상태 변화나 심한 통증으로 인한 일상생활의 제한 등이 확인되지 않는 바, 청구 된 '가2나(3) AB321 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용5인실입원료'는 인정하지 아니함.

○ 사례2(남/35세)

- 3일전 재발생한 허리 통증을 주소로 2일 입원 진료 후 '가2가(3) AB301 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용기본입원료'를 청구한 사례임.
- 시술 후 환자의 활력징후가 안정적이었으며 신경학적 증상이나 출혈 등 환자 상태 관찰이 필요한 부작용은 발생하지 않았음. 또한 제출된 진료기록부에서 진통제 정규 투약 외에 환자의 통증 호소나 통증 조절을 위한 추가 투약이나 처치는 확인되지 않았음. 이에 종합적인 환자 상태 및 경과에서 입원하여 관찰이 필요한 정도의 환자 상태 변화나 심한 통증으로 인한 일상생활의 제한 등이 확인되지 않는 바, 청구 된 '가2가(3) AB301 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용기본입원료'는 인정하지 아니함.

○ 사례3(여/57세)

- 3달간 지속된 왼쪽 엉덩이와 허벅지 통증을 주소로 2일 입원 진료 후 '가2나(3) AB321 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용5인실입원료'를 청구한 사례임.
- 시술 후 환자의 활력징후가 안정적이었으며 신경학적 증상이나 출혈 등 환자 상태 관찰이 필요한 부작용은 발생하지 않았음. 또한 제출된 진료기록부에서 진통제 정규 투약 외에 환자의 통증 호소나 통증 조절을 위한 추가 투약이나 처치는 확인되지 않았음. 이에 종합적인 환자 상태 및 경과에서 입원하여 관찰이 필요한 정도의 환자 상태 변화나 심한 통증으로 인한 일상생활의 제한 등이 확인되지 않는 바, 청구 된 '가2나(3) AB321 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용5인실입원료'는 인정하지 아니함.

○ 사례4(남/42세)

- 2개월 전 발생한 허리통증을 주소로 2일 입원 진료 후 '가2가(3) AB301 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용기본입원료'를 청구한 사례임.

- 시술 후 환자의 활력징후가 안정적이었으며 신경학적 증상이나 출혈 등 환자 상태 관찰이 필요한 부작용은 발생하지 않았음. 또한 제출된 진료기록부에서 진통제 정규 투약 외에 환자의 통증 호소나 통증 조절을 위한 추가 투약이나 처치는 확인되지 않았음. 이에 종합적인 환자 상태 및 경과에서 입원하여 관찰이 필요한 정도의 환자 상태 변화나 심한 통증으로 인한 일상생활의 제한 등이 확인되지 않는 바, 청구 된 '가2가(3) AB301 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용기본입원료'는 인정하지 아니함.

○ 사례5(남/53세)

- 목 통증과 우측어깨과 손의 저린감을 주소로 2일 입원 진료 후 '가2가(3) AB301 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용기본입원료'를 청구한 사례임.

- 시술 후 환자의 활력징후가 안정적이었으며 신경학적 증상이나 출혈 등 환자 상태 관찰이 필요한 부작용은 발생하지 않았음. 또한 제출된 진료기록부에서 진통제 정규 투약 외에 환자의 통증 호소나 통증 조절을 위한 추가 투약이나 처치는 확인되지 않았음. 이에 종합적인 환자 상태 및 경과에서 입원하여 관찰이 필요한 정도의 환자 상태 변화나 심한 통증으로 인한 일상생활의 제한 등이 확인되지 않는 바, 청구 된 '가2가(3) AB301 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용기본입원료'는 인정하지 아니함.

○ 사례6(여/57세)

- 우측 엉덩이 통증을 주소로 2일 입원 진료 후 '가2가(3) AB301 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용기본입원료'를 청구한 사례임.

- 시술 후 환자의 활력징후가 안정적이었으며 신경학적 증상이나 출혈 등 환자 상태 관찰이 필요한 부작용은 발생하지 않았음. 또한 제출된 진료기록부에서 진통제 정규 투약 외에 환자의 통증 호소나 통증 조절을 위한 추가 투약이나 처치는 확인되지 않았음. 이에 종합적인 환자 상태 및 경과에서 입원하여 관찰이 필요한 정도의 환자 상태 변화나 심한 통증으로 인한 일상생활의 제한 등이 확인되지 않는 바, 청구 된 '가2가(3) AB301 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용기본입원료'는 인정하지 아니함.

○ 사례7(남/45세)

- 우측 팔의 저린감을 주소로 2일 입원 진료 후 '가2가(3) AB301 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용기본입원료'를 청구한 사례임.

- 시술 후 환자의 활력징후가 안정적이었으며 신경학적 증상이나 출혈 등 환자 상태 관찰이 필요한 부작용은 발생하지 않았음. 또한 제출된 진료기록부에서 진통제 정규 투약 외에 환자의 통증 호소나 통증 조절을 위한 추가 투약이나 처치는 확인되지 않았음. 이에 종합적인 환자 상태 및 경과에서 입원하여 관찰이 필요한 정도의 환자 상태 변화나 심한 통증으로 인한 일상생활의 제한 등이 확인되지 않는 바, 청구 된 '가2가(3) AB301 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용기본입원료'는 인정하지 아니함.

○ 사례8(남/56세)

- 2주간 지속된 뒷목과 왼쪽 어깨부위 통증을 주소로 2일 입원 진료 후 '가2가(3) AB301 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용기본입원료'를 청구한 사례임.

-시술 후 환자의 활력징후가 안정적이었으며 신경학적 증상이나 출혈 등 환자 상태 관찰이 필요한 부작용은 발생하지 않았음. 또한 제출된 진료기록부에서 진통제 정규 투약 외에 환자의 통증 호소나 통증 조절을 위한 추가 투약이나 처치는 확인되지 않았음. 이에 종합적인 환자 상태 및 경과에서 입원하여 관찰이 필요한 정도의 환자 상태 변화나 심한 통증으로 인한 일상생활의 제한 등이 확인되지 않는 바, 청구 된 '가2가(3) AB301 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용기본입원료'는 인정하지 아니함.

○ 사례9(남/52세)

- 1주일간 지속된 목과 왼쪽 어깨 통증을 주소로 2일 입원 진료 후 '가2가(3) AB301 병원, 정신병원, 치

과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용기본입원료'를 청구한 사례임.

- 시술 후 환자의 활력징후가 안정적이었으며 신경학적 증상이나 출혈 등 환자 상태 관찰이 필요한 부작용은 발생하지 않았음. 또한 제출된 진료기록부에서 진통제 정규 투약 외에 환자의 통증 호소나 통증 조절을 위한 추가 투약이나 처치는 확인되지 않았음. 이에 종합적인 환자 상태 및 경과에서 입원하여 관찰이 필요한 정도의 환자 상태 변화나 심한 통증으로 인한 일상생활의 제한 등이 확인되지 않는 바, 청구 된 '가2가(3) AB301 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용기본입원료'는 인정하지 아니함.

○ 사례10(여/60세)

- 오른쪽 다리 통증을 주소로 2일 입원 진료 후 '가2가(3) AB301 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용기본입원료'를 청구한 사례임.

- 시술 후 환자의 활력징후가 안정적이었으며 신경학적 증상이나 출혈 등 환자 상태 관찰이 필요한 부작용은 발생하지 않았음. 또한 잠을 잘 수 없을 정도의 통증으로 인해 입원하였다고 하나 제출된 진료기록부에서 진통제 정규 투약 외에 환자의 통증 호소나 통증 조절을 위한 추가 투약은 확인되지 않았음. 이에 종합적인 환자 상태 및 경과에서 입원하여 관찰이 필요한 정도의 환자 상태 변화나 심한 통증으로 인한 일상생활의 제한 등이 확인되지 않는 바, 청구 된 '가2가(3) AB301 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용기본입원료'는 인정하지 아니함.

○ 사례11(남/42세)

- 6주 전 발생한 요통을 주소로 2일 입원 진료 후 '가2가(3) AB361 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용 3인실 입원료'를 청구한 사례임.

- 통증 조절을 위하여 입원하였다고 하나, 입원 당일 시행한 신경차단술 외에 환자 통증 조절을 위한 다른 처치가 확인되지 않음. 또한 제출된 진료기록부 등에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한 및 환자 상태에 대한 관찰이 필요한 근거저하, 신경학적 증상 등이 확인되지 않는바, 청구 된 '가2가(3) AB361 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용 3인실 입원료'는 인정하지 아니함.

○ 사례12(여/53세)

- 한 달 전부터 점점 심해지는 요통과 양 무릎 통증을 주소로 2일 입원 진료 후 '가2가(3) AB341 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용4인실입원료'를 청구한 사례임.

- 입원 당일 신경차단술 시행 하였으나 시술 직후 환자가 통증이 호전되었다고 표현하였고, 시술 익일 새벽 통증 조절 위해 진통제 1회 투약된 사실 있으나 그 외에 통증 경감을 위해 정기적으로 투여되는 진통제는 없었음. 또한 시술 직후 환자의 혈압, 맥박수 등 활력징후가 안정적인 점 등을 고려할 때, 입원하여 관찰이 필요한 정도의 신경학적 증상 또는 환자 상태 변화나 일상생활에 제한이 발생할 정도의 심한 통증이 확인되는 않는 바, 청구 된 '가2가(3) AB341 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용4인실입원료'는 인정하지 아니함.

○ 사례13(여/38세)

- 4개월 전 발생하여 호전되지 않는 경부통 주소로 2일 입원 진료 후 '가2가(3) AB341 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용4인실입원료'를 청구한 사례임.

- 제출된 진료기록부에서 Lhermitte's sign 양성 소견은 확인되나 척수증 감별을 위한 다른 검사를 시행하지 않았고 감각 이상, 근력 소실, 운동 실조, 병적 반사 등 이학적 검사 이상 기록도 확인되지 않음. 또한 입원 당일 시행한 신경차단술 외에 환자 통증 조절을 위한 다른 처치나 환자의 심한 통증 관련 기록도 확인되지 않는 바, 입원의 사유가 확인되지 않아 청구된 '가2가(3) AB341 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용4인실입원료'는 인정하지 아니함.

- 사례14(여/54세)
 - 3달전부터 악화된 요통을 주호소로 2일 입원 진료 후 '가2다(3) AB341 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용4인실입원료'를 청구한 사례임.
 - 시술 후 환자의 활력징후가 안정적이었으며 신경학적 증상이나 출혈 등 환자 상태 관찰이 필요한 부작용은 발생하지 않았음. 또한 제출된 진료기록부에서 진통제 정규 투약 외에 환자의 통증 호소나 통증 조절을 위한 추가 투약이나 처치는 확인되지 않았음. 이에 환자 상태 및 병력을 종합하여 볼 때 심한 통증으로 인해 일상생활의 제한이 있거나 입원하여 지속적인 관찰의 필요성이 확인되지 않는 바, 청구된 '가2다(3) AB341 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용4인실입원료'는 인정하지 아니함.
- 사례15(남/20세)
 - 5년간 지속된 요통을 주호소로 3일 입원 진료 후 '가2가(3) AB301 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용기본입원료'를 청구한 사례임.
 - 통증 조절을 위하여 입원하였다고 하나, 입원 당일 시행한 신경차단술 외에 환자 통증 조절을 위한 다른 처치가 확인되지 않음. 또한 제출된 진료기록부 등에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한 및 환자 상태에 대한 지속적 치료 및 관찰이 필요한 경우에 해당되지 않는 바, 청구된 '가2가(3) AB301 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용기본입원료'는 인정하지 아니함.
- 사례16(여/57세)
 - 2년 전 발생, 치료 후에도 호전되는 않는 허리통증을 주호소로 2일 입원 진료 후 '가2다(3) AB341 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용4인실입원료'를 청구한 사례임.
 - 시술 후 환자의 활력징후가 안정적이었으며 신경학적 증상이나 출혈 등 환자 상태 관찰이 필요한 부작용은 발생하지 않았음. 또한 제출된 진료기록부에서 진통제 정규 투약 외에 환자의 통증 호소나 통증 조절을 위한 추가 투약이나 처치는 확인되지 않았음. 이에 종합적인 환자 상태 및 경과에서 입원하여 관찰이 필요한 정도의 환자 상태 변화나 심한 통증으로 인한 일상생활의 제한 등이 확인되지 않는 바, 청구된 '가2다(3) AB341 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용4인실입원료'는 인정하지 아니함.
- 사례17(남/38세)
 - 3주전 발생한 허벅지 저림을 주호소로 2일 입원 진료 후 '가2다(3) AB341 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용4인실입원료'를 청구한 사례임.
 - 통증 조절을 위하여 입원하였다고 하나, 입원 당일 시행한 신경차단술 외에 환자 통증 조절을 위한 다른 처치가 확인되지 않음. 또한 제출된 진료기록부 등에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한 및 환자 상태에 대한 지속적 치료 및 관찰이 필요한 경우에 해당되지 않는 바, 청구된 '가2다(3) AB341 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용4인실입원료'는 인정하지 아니함.
- 사례18(여/60세)
 - 5개월 전 발생, 심해지는 골반통 및 다리 저림을 주호소로 2일 입원 진료 후 '가2다(3) AB341 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용4인실입원료'를 청구한 사례임.
 - 시술 후 환자의 활력징후가 안정적이었으며 신경학적 증상이나 출혈 등 환자 상태 관찰이 필요한 부작용은 발생하지 않았음. 또한 제출된 진료기록부에서 진통제 정규 투약 외에 환자의 통증 호소나 통증 조절을 위한 추가 투약이나 처치는 확인되지 않았음. 이에 종합적인 환자 상태 및 경과에서 입원하여 관찰이 필요한 정도의 환자 상태 변화나 심한 통증으로 인한 일상생활의 제한 등이 확인되지 않는 바, 청구된 '가2다(3) AB341 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용4인실입원료'는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 입원료 일반원칙 [고시 제2021-4호, 2021.2.1.]
- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법, 6. 입원
- 건강보험요양급여행위 및 그 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침]

[2021.6.18. 지역심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

3. 신경차단술 등 처치를 시행한 단기입원(2~4일) 사례 인정여부

■ 청구내역

- 사례1(남/34세)
 - 청구 상병명 : 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애
 - 주요 청구내역 : 가2가(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 2등급간호관리료적용기본입원료 1*1*3
- 사례2(여/38세)
 - 청구 상병명 : 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
 - 주요 청구내역 : 간호·간병 AO380 병원2인실입원관리료 1*1*3

■ 심의내용 및 결과

- 입원은 질환의 특성 및 환자상태 등을 고려하여 임상적·의학적 필요성이 있다고 판단되는 경우에 실시하여야 하며 (「입원료 일반원칙」 고시 제2021-4호, 2021.2.1.) 단순한 피로회복, 통원불편 등을 이유로 입원지시를 하여서는 아니 됨(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1])
- 또한 입원료는 환자 질환 및 상태에 대한 적절한 치료 및 지속적인 관찰이 필요한 경우 인정하며, 입원 필요성이 있는 환자상태에 대한 임상적 소견 등이 진료기록부상에 기록되어야 함(「입원료 일반원칙」 고시 제2021-4호, 2021.2.1.)
- 이 건(2사례)은 ‘신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애’ 등 상병으로 4일 단기입원을 시행하며 통증 조절, 신경차단술 등을 시행한 경우로 진료내역 등을 참조하여 각 사례는 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

- 사례1(남/34세)
 - 수개월 전 발생한 목통증을 주호소로 4일 입원 진료 후 ‘가2가(3) AB302 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 2등급간호관리료적용기본입원료’를 청구한 사례임.
 - 극심통으로 인하여 입원하였다고 하나, 경구 진통제만으로 충분한 통증 조절이 가능하였고 퇴원일 시행한 ‘바25자 LA358 척수신경총,신경근및신경절차단술’ 외에 환자 통증 조절을 위한 추가 처치 및 투약은 확인되지 않음. 또한 ‘바25자 LA358 척수신경총,신경근및신경절차단술’ 시행 당일 1시간 정도 경과 후 퇴원이 가능하였던 환자 상태 등을 고려할 때 환자 상태 변화 확인이 필요하거나 일상생활에 제한이 발생할 정도의 심한 통증은 없었던 것으로 판단되는 바, 입원의 사유가 확인되지 않아 청구 된 ‘가2가(3) AB302 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 2등급간호관리료적용기본입원료’는 인정하지 아니함.
- 사례2(여/38세)
 - 5일전 발생한 허리통증을 주호소로 4일 입원 진료 후 ‘간호·간병 AO380 병원2인실입원관리료’와 ‘간호·간병 AVA300Q0 (2인실)병원 간호사1:12간호조무사1:25 [야간전담가산적용 병동지원인력당환자수8명초과10명이하]’를 청구한 사례임.
 - 응급실을 경유하여 입원한 환자로 입원 후 통증 경감을 위해 신경차단술 등을 시행하였음. 또한 제출된 진료 기록부에서 자가 보행이 어려워 이동 보조가 필요하다는 기록 확인되는 바, 일상생활에 제한이 발생할 정도의

심한 통증 및 심한 통증 조절을 위한 적극적 처치가 확인되어 청구된 ‘간호·간병 AO380 병원2인실입원관리료’와 ‘간호·간병 AVA300Q0 (2인실)병원 간호사1:12간호조무사1:25 [야간전담가산적용 병동지원인력당환자수8명초과10명이하]’는 인정함.

■ 참고

- 입원료 일반원칙 [고시 제2021-4호, 2021.2.1.]
- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법, 6. 입원
- 건강보험요양급여행위 및 그 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침]

[2021.7.14. 지역심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

4. 외상 등 사유로 시행한 단기입원(2~5일) 사례 인정여부

■ 청구내역

- 사례1(남/43세)
 - 청구 상병명 : 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
 - 주요 청구내역 :
가2 병원 1인실 입원료 1*1*2
- 사례2(여/35세)
 - 청구 상병명 : 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
 - 주요 청구내역 :
가2마(3) 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용 2인실 입원료 1*1*2
- 사례3(여/53세)
 - 청구 상병명 : 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
 - 주요 청구내역 :
가2가(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 2등급간호관리료적용기본입원료 1*1*1

■ 심의내용 및 결과

- 입원은 질환의 특성 및 환자상태 등을 고려하여 임상적·의학적 필요성이 있다고 판단되는 경우에 실시하여야 하며 (「입원료 일반원칙」 고시 제2021-4호, 2021.2.1.) 단순한 피로회복, 통원불편 등을 이유로 입원지시를 하여서는 아니 됨(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1])
- 또한 입원료는 환자 질환 및 상태에 대한 적절한 치료 및 지속적인 관찰이 필요한 경우 인정하며, 입원 필요성이 있는 환자상태에 대한 임상적 소견 등이 진료기록부상에 기록되어야 함(「입원료 일반원칙」 고시 제2021-4호, 2021.2.1.)
- 이 건(3사례)은 ‘신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애’ 등 상병으로 2~4일 단기입원을 시행하며 통증조절, 신경차단술 등을 시행한 경우로 진료내역 등을 참조하여 각 사례는 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

- 사례1(남/43세)
 - 가벼운 물건 들다 빼앗겨 심해진 허리통증을 주소로 3일 입원 진료 후 ‘가2 AB902 병원 1인실 입원료’를 청구한 사례임.
 - 통증 조절을 위해 입원 진료를 시행하였으나, 정규 투약되는 진통제만으로 충분한 통증 조절이 가능하였으며 제출된 진료기록부 등에서 환자의 추가 통증 호소나 진통제 증량 요청 등이 확인되지 않음. 이에 심한 통증의 조절이나 일상생활의 제한 등으로 인한 환자 상태 관찰 등 입원의 사유가 확인되지 않아 청구 된 ‘가2 AB902 병원 1인실 입원료’는 인정하지 아니함.
- 사례2(여/35세)
 - 내원 전일 장시간 운전 후 심해진 허리통증을 주소로 3일 입원 진료 후 ‘가2마(3) AB371 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용 2인실 입원료’를 청구한 사례임.

- 내원 전일 갑자기 악화된 허리 통증으로 입원 진료를 시행하였다고 하나, 6개월 이상 지속된 만성 요통이며 입원 후 통증 조절을 위한 적극적인 치료는 시행하지 않았음. 또한 경우 진통제만으로 충분한 통증 조절이 가능하였으며 제출된 진료기록부 등에서 환자 상태에 대한 지속적인 관찰이 필요한 경우에 해당하지 않아, 청구 된 ‘가2마(3) AB371 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용 2인실 입원료’는 인정하지 아니함.

○ 사례3(여/53세)

- 2주 전 발생한 요통을 주소로 2일 입원 진료 후 ‘가2가(3) AB302 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 2등급간호관리료적용기본입원료’를 청구한 사례임.
- 통증 조절을 위해 입원 진료를 시행하였으나, 정규 투약되는 진통제만으로 충분한 통증 조절이 가능하였으며 제출된 진료기록부 등에서 환자의 추가 통증 호소나 진통제 증량 요청 등이 확인되지 않음. 이에 심한 통증의 조절이나 일상생활의 제한 등으로 인한 환자 상태 관찰 등 입원의 사유가 확인되지 않아 청구 된 ‘가2가(3) AB302 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 2등급간호관리료적용기본입원료’는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 입원료 일반원칙 [고시 제2021-4호, 2021.2.1.]
- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법, 6. 입원
- 건강보험요양급여행위 및 그 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침]

[2021.7.14. 지역심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

5. 통증조절을 위해 시행한 단기입원(2~4일) 사례 인정여부

■ 청구내역

- 사례1(여/65세)
 - 청구 상병명 : 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
 - 주요 청구내역 : 가2라(3) 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용 3인실 입원료 1*1*2
- 사례2(남/78세)
 - 청구 상병명 : 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
 - 주요 청구내역 : 가2가(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 2등급간호관리료적용기본입원료 1*1*1
- 사례3(여/15세)
 - 청구 상병명 : 요추의 염좌 및 긴장
 - 주요 청구내역 : 가2마(3) 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 2등급간호관리료적용 2인실 입원료 1*1*3
- 사례4(여/14세)
 - 청구 상병명 : 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
 - 주요 청구내역 : 가2가(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 2등급간호관리료적용기본입원료 1*1*3

■ 심의내용 및 결과

- 입원은 질환의 특성 및 환자상태 등을 고려하여 임상적·의학적 필요성이 있다고 판단되는 경우에 실시하여야 하며 (「입원료 일반원칙」 고시 제2021-4호, 2021.2.1.) 단순한 피로회복, 통원불편 등을 이유로 입원지시를 하여서는 아니 됨(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1])
- 또한 입원료는 환자 질환 및 상태에 대한 적절한 치료 및 지속적인 관찰이 필요한 경우 인정하며, 입원 필요성이 있는 환자상태에 대한 임상적 소견 등이 진료기록부상에 기록되어야 함(「입원료 일반원칙」 고시 제2021-4호, 2021.2.1.)
- 이 건(4사례)은 ‘신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애’ 등 상병으로 2~4일 단기입원을 시행하며 통증조절, 신경차단술 등을 시행한 경우로 진료내역 등을 참조하여 각 사례는 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

- 사례1(여/65세)
 - 내원 1~2년 전부터 악화된 허리통증을 주호소로 3일 입원 진료 후 ‘가2라(3) 병원, 정신병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용 3인실 입원료’를 청구한 사례임.
 - 통증 조절을 위하여 입원하였다고 하나, 증식치료 외 환자 통증 조절을 위한 적극적인 처치가 확인되지 않음. 또한 제출된 진료기록부 등에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한 및 환자 상태에 대한 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우가 확인되지 않는 바, 청구 된 입원료는 모두 인정하지 아니함.

- 사례2(남/78세)
 - 수개월 전 특별한 외상없이 발생한 허리통증 및 오른쪽 다리 통증을 주호소로 2일 입원 진료 후 ‘가2가(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 2등급간호관리료적용기본입원료’를 청구한 사례임.
 - 통증 조절을 위하여 입원하였다고 하나, 환자 통증 조절을 위해 경구진통제 외 적극적인 처치가 확인되지 않음. 또한 제출된 진료기록부 등에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한 및 환자 상태에 대한 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우가 확인되지 않는 바, 청구 된 입원료는 모두 인정하지 아니함.
- 사례3(여/15세)
 - 수개월 전 특별한 외상없이 발생한 허리통증을 주호소로 4일 입원 진료 후 ‘가2마(3) 병원, 정신병원, 한방병원 내 의·치과 2등급간호관리료적용 2인실 입원료’를 청구한 사례임.
 - 통증 조절을 위하여 입원하였다고 하나, 환자 통증 조절을 위해 경구진통제 외 적극적인 처치가 확인되지 않음. 또한 제출된 진료기록부 등에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한 및 환자 상태에 대한 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우가 확인되지 않는 바, 청구 된 입원료는 모두 인정하지 아니함.
- 사례4(여/14세)
 - 내원 2개월 전 발생한 허리통증을 주호소로 4일 입원 진료 후 ‘가2가(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 2등급간호관리료적용기본입원료’를 3일 청구한 사례임.
 - 제출된 진료기록부 상 ‘극심통’으로 입원이 필요하다는 의사의 소견과 입원 2개월 전 동일 부위의 통증을 주호소로 응급실 내원하여 통증조절을 시행한 점이 확인됨. 또한 ‘통증의 50% 호전’ 등 통증완화 및 경과에 대한 기록이 확인되는바, 급성기 통증의 완화여부 관찰이 필요한 경우로 판단되어 ‘가2가(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 2등급간호관리료적용기본입원료’ 1일을 인정함.

■ 참고

- 입원료 일반원칙 [고시 제2021-4호, 2021.2.1.]
- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법, 6. 입원
- 건강보험요양급여행위 및 그 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침]

[2021.7.14. 지역심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

6. 중장기입원(13일) 사례 인정여부

■ 청구내역

- 남/54세
 - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애, 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애
 - 주요 청구내역:
 - 가2다(2) 종합병원7등급간호관리료적용4인실입원료-의료취약지역,서울특별시및광역시구지역소재요양기관이아닌경우 1*1*12

■ 심의내용 및 결과

- 입원은 질환의 특성 및 환자상태 등을 고려하여 임상적·의학적 필요성이 있다고 판단되는 경우에 실시하여야 하며 (「입원료 일반원칙」 고시 제2021-4호, 2021.2.1.) 단순한 피로회복, 통원불편 등을 이유로 입원지시를 하여서는 아니 됨(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1])
- 또한 입원료는 환자 질환 및 상태에 대한 적절한 치료 및 지속적인 관찰이 필요한 경우 인정하며, 입원 필요성이 있는 환자상태에 대한 임상적 소견 등이 진료기록부상에 기록되어야 함(「입원료 일반원칙」 고시 제2021-4호, 2021.2.1.)
- 이 건(남/54세)은 ‘신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판 장애’등 상병으로 13일 입원 진료 후 ‘가2다(2) 종합병원7등급간호관리료적용4인실입원료-의료취약지역, 서울특별시및광역시구지역소재요양기관이 아닌 경우’를 청구한 사례임. 통증 조절을 위하여 입원하였다고 하나, 환자 통증 조절을 위한 적극적인 처치가 확인되지 않고 제출된 진료기록부 등에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한 및 환자 상태에 대한 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우가 확인되지 않는 바, 청구된 입원료는 모두 인정하지 아니함.

■ 참고

- 입원료 일반원칙 [고시 제2021-4호, 2021.2.1.]
- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법, 6. 입원
- 건강보험요양급여행위 및 그 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침]

[2021.7.27. 지역심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

7. 장기입원(27~40일) 사례 인정여부

■ 청구내역

- 사례1(여/54세)
 - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
 - 주요 청구내역:
 - 가2라(2) 종합병원7등급간호관리료적용3인실입원료-의료취약지역,서울특별시및광역시구지역소재요양기관이아닌경우 1*1*15
 - 가2라(2) 종합병원7등급간호관리료적용3인실입원료-의료취약지역,서울특별시및광역시구지역소재요양기관이아닌경우 [입원16일-30일까지] 1*1*11

- 사례2(여/58세)
 - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애, 경추의 염좌 및 긴장, 요추의 염좌 및 긴장
 - 주요 청구내역:
 - 가2다(2) 종합병원7등급간호관리료적용4인실입원료-의료취약지역,서울특별시및광역시구지역소재요양기관이아닌경우 1*1*15
 - 가2다(2) 종합병원7등급간호관리료적용4인실입원료-의료취약지역,서울특별시및광역시구지역소재요양기관이아닌경우 [입원16일-30일까지] 1*1*14

- 사례3(여/53세)
 - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애, 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애
 - 주요 청구내역:
 - 가2다(2) 종합병원7등급간호관리료적용4인실입원료-의료취약지역,서울특별시및광역시구지역소재요양기관이아닌경우 1*1*15
 - 가2다(2) 종합병원7등급간호관리료적용4인실입원료-의료취약지역,서울특별시및광역시구지역소재요양기관이아닌경우 [입원16일-30일까지] 1*1*14

- 사례4(여/61세)
 - 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
 - 주요 청구내역:
 - 가2다(2) 종합병원7등급간호관리료적용4인실입원료-의료취약지역,서울특별시및광역시구지역소재요양기관이아닌경우 1*1*15
 - 가2다(2) 종합병원7등급간호관리료적용4인실입원료-의료취약지역,서울특별시및광역시구지역소재요양기관이아닌경우 [입원16일-30일까지] 1*1*15
 - 가2다(2) 종합병원7등급간호관리료적용4인실입원료-의료취약지역,서울특별시및광역시구지역소재요양기관이아닌경우 [입원31일부터] 1*1*9

■ 심의내용 및 결과

- 입원은 질환의 특성 및 환자상태 등을 고려하여 임상적·의학적 필요성이 있다고 판단되는 경우에 실시하여야 하며 (「입원료 일반원칙」 고시 제2021-4호, 2021.2.1.) 단순한 피로회복, 통원불편 등을 이유로 입원지시를 하여서는 아니 됨(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1])
- 또한 입원료는 환자 질환 및 상태에 대한 적절한 치료 및 지속적인 관찰이 필요한 경우 인정하며, 입원 필요성이 있는 환자상태에 대한 임상적 소견 등이 진료기록부상에 기록되어야 함(「입원료 일반원칙」 고시 제2021-4호, 2021.2.1.)
- 이 건(4사례)은 ‘신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판 장애’ 등 상병으로 16일 이상 장기입원을 시행하며 통증조절 등을 시행한 경우로, 진료내역 등을 참조하여 각 사례는 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

- 사례1(여/54세)
 - 허리통증, 오른쪽 다리통증 과 어깨통증을 주소로 27일 입원 진료 후 ‘가2라(2) 종합병원7등급간호관리료 적용3인실입원료-의료취약지역, 서울특별시및광역시구지역소재요양기관이아닌 경우’ 15일과 ‘가2라(2) 종합병원 7등급간호관리료적용3인실입원료-의료취약지역, 서울특별시및광역시구지역소재요양기관이아닌 경우 [입원16일-30일까지]’ 11일 청구한 사례임.
 - 통증 조절을 위하여 입원하였다고 하나, 골반견인치료 외 환자 통증 조절을 위한 다른 처치가 확인되지 않음. 또한 제출된 진료기록부 등에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한 및 환자 상태에 대한 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우가 확인되지 않는 바, 청구된 입원료는 모두 인정하지 아니함.
- 사례2(여/58세)
 - 4월 19일 발생한 허리통증, 양 다리통증과 손,발 부음을 주소로 30일 입원 진료 후 ‘가2다(2) 종합병원7등급간호관리료적용4인실입원료-의료취약지역, 서울특별시및광역시구지역소재요양기관이아닌 경우’ 15일과 ‘가2다(2) 종합병원7등급간호관리료적용4인실입원료-의료취약지역, 서울특별시및광역시구지역소재요양기관이아닌 경우 [입원16일-30일까지]’ 14일 청구한 사례임.
 - 통증 조절을 위하여 입원하였다고 하나, 골반견인치료 외 환자 통증 조절을 위한 다른 처치가 확인되지 않음. 또한 제출된 진료기록부 등에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한 및 환자 상태에 대한 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우가 확인되지 않는 바, 청구된 입원료는 모두 인정하지 아니함.
- 사례3(여/53세)
 - 허리통증, 다리통증, 목통증, 팔 통증을 주소로 30일 입원 진료 후 ‘가2다(2) 종합병원7등급간호관리료적용4인실입원료-의료취약지역, 서울특별시및광역시구지역소재요양기관이아닌 경우’ 15일과 ‘가2다(2) 종합병원7등급간호관리료적용4인실입원료-의료취약지역, 서울특별시및광역시구지역소재요양기관이아닌 경우 [입원16일-30일까지]’ 14일 청구한 사례임.
 - 제출된 진료기록부에서 환자의 지속적 통증호소 및 이를 조절하기 위해 추가 진통제가 투약된 사실이 확인됨. 이에 통증완화여부 및 환자상태 관찰을 위한 일정기간의 입원치료가 필요하다고 판단되는 바, 청구된 ‘가2다(2) 종합병원 7등급간호관리료적용4인실입원료-의료취약지역, 서울특별시및광역시구지역소재요양기관이아닌 경우’는 7일 인정 하되, 이후의 입원료는 추후 지속적으로 입원해야할 사유가 관찰되지 않아 인정하지 아니함.
- 사례4(여/61세)
 - 허리통증, 오른쪽 무릎통증 과 팔, 다리 얼얼함을 주소로 40일 입원 진료 후 ‘가2다(2) 종합병원7등급간호관

리료적용4인실입원료-의료취약지역, 서울특별시및광역시구지역소재요양기관이아닌 경우’ 15일, ‘가2다(2) 종합병원7등급간호관리료적용4인실입원료-의료취약지역, 서울특별시및광역시구지역소재요양기관이아닌 경우 [입원16일-30일까지]’ 15일과 ‘가2다(2) 종합병원7등급간호관리료적용4인실입원료-의료취약지역, 서울특별시및광역시구지역소재요양기관이아닌 경우 [입원31일부터]’ 9일 청구한 사례임.

- 통증 조절을 위하여 입원하였다고 하나, 골반견인치료 외 환자 통증 조절을 위한 다른 처치가 확인되지 않음. 또한 제출된 진료기록부 등에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한 및 환자 상태에 대한 지속적 치료 및 관찰이 필요한 경우가 확인되지 않는 바, 청구 된 입원료는 모두 인정하지 아니함.

■ 참고

- 입원료 일반원칙 [고시 제2021-4호, 2021.2.1.]
- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법, 6. 입원
- 건강보험요양급여행위 및 그 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침]

[2021.7.27. 지역심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

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

- 위원회에서는 「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(36사례)

(단위: 건)

합계	스피라자주 요양급여 신청					스피라자주 투여 모니터링 보고						스피라자주 투여 모니터링 보고			
	소계	승인	조건부 승인	불승인	자료 보완	소계	승인	조건부 승인	불승인	자료 보완	종료	소계	인정(승인)	가각(불승인)	자료 보완
36	2	2	-	-	-	33	27	-	6	-	-	1	-	1	-

1. 스피라자주 요양급여 대상여부(35사례)

가. 스피라자주 요양급여 신청(3사례)

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

심의년월	사례	성별/나이	SMA type	심의결과	심의내용
2021. 11.	A	여/21	2	승인	이 건은 추가로 제출한 자료에서 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	B	남/30	2	승인	이 건은 추가로 제출한 자료에서 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함. 다만, 스피라자주 투여가 효과적이지 않을 것으로 예상된다는 분과위원회의 의견이 있음. 환자 및 보호자와의 협의가 필요하며, 투약의 필요성에 대하여 신중한 고려가 필요함.

나. 스피라자주 투여 모니터링 보고-투여 유지여부(33사례)

심의년월	사례	성별/나이	SMA type	최초투여일	예정차수	심의결과	심의내용
2021. 11.	C	여/8m	1	'00.1.0.	5	승인	이 건은 제출된 운동 기능평가 결과 직전 평가시점과 비교하여 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 중단기준에 해당하지 아니하여, 급여기준에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	D	여/1	1	'21.1.21.	6	승인	
	E	여/1	1	'20.10.19.	7	승인	
	F	남/1	1	'20.6.2.	8	승인	
	G	여/6	1	'19.5.27.	11	승인	
	H	남/24	2	'00.1.0.	5	승인	
	I	남/15	2	'20.5.14.	8	승인	
	J	여/27	2	'20.1.9.	9	승인	
	K	여/24	2	'20.2.7.	9	승인	
	L	남/7	2	'19.9.30.	10	승인	
	M	여/15	2	'19.9.24.	10	승인	
	N	여/13	2	'19.8.28.	10	승인	
	O	남/18	2	'19.10.1.	10	승인	
	P	여/27	2	'19.10.26	10	승인	
	Q	여/6	2	'19.5.30.	11	승인	
	R	여/8	2	'19.5.15.	11	승인	
	S	여/4	2	'19.5.14.	11	승인	
	T	여/12	2	'19.6.6.	11	승인	
	U	여/9	2	'19.5.27.	11	승인	
	V	여/16	2	'19.6.4.	11	승인	
	W	여/13	2	'19.6.4.	11	승인	
	X	여/7	2	'19.5.31.	11	승인	
Y	여/12	2	'19.5.31.	11	승인		
Z	남/17	2	'19.6.4.	11	승인		
Z1	여/8	2	'18.5.21.	14	승인		
Z2	남/26	3	'20.1.20.	9	승인		

심의년월	사례	성별/나이	SMA type	최초투여일	예정차수	심의결과	심의내용
	Z3	여/14	2	'19.8.5.	10	승인	이 건은 제출된 운동기능평가 결과 직전 평가시점과 비교하여 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 중단기준에 해당하지 아니하여, 급여기준에 부합하므로 스피라자주를 <u>요양급여 대상으로 인정함.</u> 다만, 스피라자주의 효과 및 지속 치료의 타당성에 대한 보호자 및 환자와의 <u>숙의가 필요하며, 투약의 필요성에 대하여 신중한 고려가 필요함.</u>
	Z4	여/24	2	'19.9.27.	10	불승인	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시(2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다.목에서 정한 중단기준에 따르면, 운동 기능의 유지 또는 개선을 2회 연속 입증하지 못하는 경우 스피라자주 중단사유에 해당함.
	Z5	남/33	2	'20.10.8.	7	불승인	이 건은 제출된 운동기능평가 점수(HFMSE)가 스피라자주 투여로 인한 유지 또는 개선이라고 판단할 수 없으므로 스피라자주를 <u>요양급여 대상으로 인정하지 아니함.</u>
	Z6	남/32	2	'19.7.30.	10	불승인	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시(2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다.목에서 정한 중단기준에 따르면, 운동 기능의 유지 또는 개선을 2회 연속 입증하지 못하는 경우 스피라자주 중단사유에 해당함.
	Z7	남/25	2	'19.9.5.	10	불승인	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시(2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다.목에서 정한 중단기준에 따르면, 운동 기능의 유지 또는 개선을 2회 연속 입증하지 못하는 경우 스피라자주 중단사유에 해당함.
	Z8	여/22	2	'19.9.10.	10	불승인	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시(2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다.목에서 정한 중단기준에 따르면, 운동 기능의 유지 또는 개선을 2회 연속 입증하지 못하는 경우 스피라자주 중단사유에 해당함.
	Z9	남/37	2	'19.10.22.	10	불승인	제출된 운동기능평가(HFMSE) 결과 2회 이상 0점으로 이는 운동 기능의 유지로 볼 수 없으므로 스피라자주를 <u>요양급여 대상으로 인정하지 아니함.</u>

2. 스피라자주 요양급여 대상여부-이의신청(1사례)

가. 스피라자주 투여 모니터링 보고-이의신청(1사례)

심의년월	사례	성별/나이	SMA type	최초투여일	예정차수	심의결과	심의내용
2021. 11.	Z10	남/30	2	'20.1.15.	9	기각 (불승인)	급여기준(보건복지부 고시 제 2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 에 의하면, 운동기능의 유지 또는 개선을 2회 연속 입증하지 못하는 경우 스피라자주 투여를 중단토록 정하고 있으며, 이 때 운동기능평가도구는 HINE-2 또는 HFMSE를 사용토록 함. 이 건은 운동기능평가 결과(HFMSE) 2회 이상 0점으로, 이는 운동기능의 유지로 볼 수 없다는 전문가 의견이 있어 불승인 된 건임. <u>이의신청 시 추가로 제출한 자료로는 운동기능의 유지 또는 개선이 입증되지 않아 이의신청을 기각함.</u>

10. 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

(단위: 건)

총계	실시기관 승인신청				요양급여 승인신청							
	이식형		체외형		이식형				체외형			
	승인	불승인	승인	불승인	계	승인	불승인	자료보완	계	승인	불승인	자료보완
9	-	-	-	-	9	9	-	-	-	-	-	-

□ 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상 여부(총 9사례)

- 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2021.9.28.시행) 제6조 [별표2] 1. 적응증 ① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 가. 심장이식 대기자로 등록된 말기심부전 환자의 심장이식 가교 치료시, 나. 심장이식이 적합하지 않은 말기 심부전 환자(중략), ② 체외형 심실 보조장치 치료술 및 [별표2] 2. 금기증에 따라 부합 여부를 판단하여 인정하고 있음.

○ 이식형 좌심실 보조장치 치료술(9사례)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
A	남/67세	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

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			1998년 관상동맥 우회술(CABG) 시행 후 2009년 좌심실구혈률(LVEF) 23% 등의 심부전 확인되어 약물치료 지속함. 2021년 10월 호흡곤란 주호소로 입원하여 LVEF 17%, 좌심실어완기내경(LVEDD) 85mm, NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 4 등의 말기 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여를 승인함.
B	남/70세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증(DCMP) 환자로 2018년 DCMP 진단 후 2020년 10월 심율동전환제세동기거치술(ICD), 2021년 8월 심장재동기화치료(CRT-D) 시행함. 정맥강심제 의존적이며 좌심실 구혈률(LVEF) 17%, NYHA Class III, INTERMACS LEVEL 3 등의 말기 심부전 소견보여 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여를 승인함.
C	여/11세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 선천성 심근병증 진단 받은 환자로 2016년 초 좌심방 확장 동반된 승모판 폐쇄부전(moderate to severe MR with LAE), 좌심실 비압축 심근병증(LV non compaction CMP, LVNC) 확인되어 약물 치료 지속하였으나 증상 호전되지 않고 심장지수(Cardiac Index) 1.9L/min/m ² , NYHA Class III, INTERMACS LEVEL 3 등의 말기 심부전 소견보여 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여를 승인함.
D	남/57세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식이 적합하지 않은 환자로 올해 9월 심근경색(MI)로 인하여 관상동맥중재술(PCI) 시행하였으며, 체외순환막형산화요법(ECMO) 적용중임. 정맥강심제 의존적으로 NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 1 등의 말기 심부전 소견 보여 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여를 승인함.
E	남/63세	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 심근경색(MI)로 인하여 2001, 2003, 2004년 관상동맥중재술(PCI), 2011년 심율동전환제세동기거치술(ICD) 시행함. 2001년부터 약물치료 지속하였으나 현재 정맥강심제 의존적으로 좌심실 구혈률(LVEF) 17%, NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 3 등의 말기 심부전 소견 보여 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여를 승인함.

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
F	남/61세	승 인 (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 2003년 급성 심근경색(AMI)로 관상동맥중재술(PCI) 시행 후 지속적으로 약물치료 시행함. 2021년 10월 이후 3회의 심정지(cardiac arrest) 발생하여 체외순환막형산화법(ECMO) 적용 중으로 정맥강심제 의존적이며 NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 2 등의 말기 심부전 소견 보여 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여를 승인함.
G	남/51세	승 인 (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 MYBPC3 유전자 변형 동반되어 있는 비후성 심근병증(Familial HCM) 환자로 2018년 AF arrest 발생하여 심율동전환제제동기거치술(ICD) 삽입하였으며 당시 좌심실 구혈률(LVEF) 30% 확인되었음. 호흡곤란 등의 증상으로 입·퇴원 반복중이며 NYHA Class III, INTERMACS LEVEL 4, 심장 지수(Cardiac index) 1.4L/min/m ² 등의 말기 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여를 승인함.
H	남/59세	승 인 (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 2001년 관상동맥중재술(PCI) 시행 후 2012년 심부전 진단받고 지속적으로 약물치료 하였으나 2021년 8월 VF arrest 발생하여 심율동전환제제동기거치술(ICD) 시행함. 정맥강심제 의존적으로 NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 3의 말기 심부전 소견보여 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여를 승인함.
I	남/74세	승 인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식이 적합하지 않은 허혈성 심근병증 환자로 2017년 관상동맥중재술(PCI), 심율동전환제제동기거치술(ICD) 시행함. 이후 지속적으로 약물치료 하였으나 증상 악화되어 정맥강심제 의존적이며 NYHA Class IV, INTERMACS LEVEL 3, 좌심실 구혈률(LVEF) 20%의 말기 심부전 소견보임. 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여를 승인함.

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

- 우리원에서는 「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 우리원에 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 제출 할 수 없는 경우에는 1회(15일)에 한하여 자료제출 기간을 연장할 수 있음(제8조제2항).

□ 심의결과

(단위: 사례)

심의년월	약제명	상병명	접수	승인신청		재심의 승인신청		모니터링	
				승인	불승인	승인	불승인	승인	불승인
총계			3	0	2	0	1	-	-
2021. 11.	솔리리스주	비정형 용혈성 요독 증후군	3	0	2	0	1	-	-
	울토미리스주	발작성 야간 혈색소뇨증	-	-	-	-	-	-	-

[Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 대상여부]

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

○ 승인신청(2사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2021. 11.	A	남/81	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2020-305호, 2021. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 무뇨, 복부 팽만, 오심/구토로 응급실 내원 후 혈소판 감소와 크레아티닌 상승이 확인된 환자로서 입원 후 혈액투석 및 수혈을 시행하였으나 혈전미세혈관병증 소견 및 신기능 악화가 지속되어 Eculizumab(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, CRP 상승, 혈액응고 검사 이상 등 감염 및 DIC로 인한 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목 2)제외대상 자)에 해당되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인
	B	여/40	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2020-305호, 2021. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 SLE CKD로 2021년 10월 신장이식을 시행한 환자로서 이식 후 혈소판 감소 및 빈혈, 크레아티닌 상승 등으로 비정형 용혈성 요독 증후군 진단 하 혈장교환술 시행과 면역억제제减量 후 임상증상 호전을 보여 혈장교환술을 중단 하였으나, 중단 후 혈소판 감소 등 임상적으로 재악화 가능성을 보여 Eculizumab(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 분열적혈구 음성, LDH 정상 상한치 1.5배 미만, 혈청 크레아티닌 정상 상한치 미만으로 위 고시 제1호나목 1) 투여대상에서 정한 가) 활성형 혈전미세혈관병증 및 나) 신장손상에 적합하지 않고, 면역억제제 등 약물로 인한 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목 2) 마)약물에 해당되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인

○ 재심의 승인신청(1사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2021. 11.	A	여/40	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2020-305호, 2021. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 지난 분과위원회에서(2021년 11월 12일) 분열적혈구 음성, LDH 정상 상한치 1.5배 미만, 혈청 크레아티닌 정상 상한치 미만으로 급여기준 투여대상에서 정한 활성형 혈전미세혈관병증 및 신장손상에 적합하지 않고, 면역억제제 등 약물로 인한 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 급여기준 제외대상에 해당되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인한 사례임. 이후 지속적인 혈장교환술에도 혈액학적 불균형이 완화되지 않는다면 유전자검사 결과 등 추가 자료를 첨부하여 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 재심의 승인 신청함. 추가 제출된 진료기록을 확인한 결과, 승인 신청 결과 통보 이후에도 분열적혈구 음성, 혈청 크레아티닌 정상 상한치 미만으로 위 고시 제1호나목 1) 투여대상에서 정한 가) 활성형 혈전미세혈관병증 및 나) 신장손상에 적합하지 않고, 면역억제제 등 약물로 인한 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목 2) 마)약물에 해당되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 재심의 신청을 불승인함.</p>	불승인

10. 조혈모세포이식 실시기관 승인 여부 (1 기관)

○ 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1. 시행)에 따라 조혈모세포 이식을 실시하려는 기관은 인력, 시설 및 장비를 갖춰 건강보험심사평가원장의 조혈모세포이식 실시기관 승인을 받아야 함.

요양기관명	요양기호	인력	시설	장비	승인여부
칠곡경북대학교병원	37100467	충족	충족	충족	승인

□ 조혈모세포이식 요양급여 및 선별급여 대상 여부

○ 우리원에서는 「조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2019-189호, 2019. 9. 1.시행)에 따라 조혈모세포이식 요양급여 또는 선별급여 여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.

○ 조혈모세포이식 실시 대상자는 진료심사평가위원회의 심의 결과 요양급여 기준에 적합한 경우는 요양급여대상으로 인정하며, 적합하지 않은 경우에도 선별급여대상으로 인정 할 수 있음.

- 선별급여대상 환자가 **조혈모세포이식을 시행받기 위해 입원한 경우**, 「조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조제3항 [별표3] 선별급여대상자 요양급여비용 산정방법에 따라 **이식과 직접 관련된 진료기간**(조혈모세포 주입 전 1주부터 주입 후 2주)의 요양급여비용(이식술료, 이식과 관련된 입원료[무균 치료실료 포함], 시술 전·후 처치 등)에 대하여는 **100분의 50을 본인에게 부담토록 함**.
- 그 외의 기간에 이루어지는 **진료비**(검사와 합병증 및 후유증 진료비 등)에 대하여는 **국민건강보험법 시행령 [별표 2] 및 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준에 따라 본인부담률을 적용함**.

□ 조혈모세포이식 대상자 승인

○ 심의결과

구분	계	동종	제대혈	자가	비고	
총 접수	396	195	4	197	-	
처리결과	요양급여	309	142	2	165	-
	선별급여	86	53	2	31	-
	취하	1	0	0	1	-

※ 신청기관 : 41개 요양기관

○ 심의내용

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
동종	총 195건	요양급여 : 142건	급성골수성백혈병 : 44건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 표준치료 후 미세잔류양(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 <p>나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전 관해된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			급성림프모구백혈병 : 43건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 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 고 위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 <ul style="list-style-type: none"> (가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 (나) t(v:11q23) 또는 MLL 재배열 (다) 염색체수 44 미만 (2) 진단시 1세 미만 (3) 백혈구 수 100 X 10⁹/L 이상 (4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 <ul style="list-style-type: none"> (가) Poor Steroid Response (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수 검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) (다) Early T cell Precursor Phenotype <p>다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류양(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>라) 2차 이상 완전관해된 경우</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				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.
			골수형성이상증후군 : 23건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelo dysplastic 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 (2) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Inter mediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 (가) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μ 이하이면서 혈소판 20,000/μ 이하 (나) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 고위험군인 경우 또는 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μ 이하이면서 혈소판 20,000/μ 이하 등을 만족하는 중간위험군에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			비호지킨림프종 : 5건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 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 (가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우 (나) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) (다) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (2) 표준항암화학요법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 한다. (가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>Lymphoma (나) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma (다) Mantle Cell Lymphoma (라) Diffuse Large B Cell Lymphoma (마) Burkitt Lymphoma (바) Peripheral T-cell Lymphoma (사) Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상 (아) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (자) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 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>
			중증재생불량성빈혈 : 16건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 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 조혈관련 세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여 대상자로 인정하고 있음. 가) 절대호중구수(ANC)가 500/μ 이하 나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x109/L 다) 혈소판 20,000/μ 이하</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서 절대호중구수(ANC) 500/μ 이하 및 혈소판 20,000/μ 이하 등이 확인되어 요양급여대상으로 승인함.</p>
			일차골수섬유증 : 3건	<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>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				이 건은 일차골수성유증으로 DIPSS plus risk category 중 고위험도(High risk) 또는 중등위험도-2(Intermediate-2)에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.
			만성골수성백혈병 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-2)에 의하면, 만성골수성백혈병(Chronic Myeloid Leukemia)은 WHO criteria에서 제시한 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 티로신 키나제 억제제(TKI)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상)</p> <p>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>
			혈구포식림프조직구증 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 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 확인되고, The Histiocyte Society에서 제시된 진단기준(2004년 제정)을 만족하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			다발골수종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-6)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 다음의 조건을 모두 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) ECOG 수행능력평가 0-1</p> <p>나) 부분반응(Partial Response) 이상인 경우</p> <p>다) 만성신부전이 아닌 경우</p> <p>이 건은 다발골수종으로 ECOG 수행능력평가 0-1, 부분반응 이상, 만성신부전이 아닌 경우에 모두 해당하여 요양급여대</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				상으로 승인함.
			Wiskott-Aldrich Syndrome : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-14-가)에 의하면, Wiskott-Aldrich Syndrome은 임상 양상 및 유전자검사 또는 질현의 특이검사 등으로 진단된 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 Wiskott-Aldrich Syndrome의 임상 양상, 유전자검사로 진단되어 요양급여대상으로 승인함.</p>
			부신뇌백질이양증 (Adreno leukodystropy) : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 제4항에 의하면, 심사평가위원장은 가입자들이 [별표2]의 요건을 충족하지 못하나 진료심사평가위원회가 심의를 통해 요양급여의 필요성을 인정하는 경우에는 제3항에도 불구하고 요양급여 대상으로 인정하고 있음.</p>
			만성호산구성백혈병 : 1건	<p>이 건은 [별표2] 조혈모세포이식 요양급여의 대상자 기준의 질병에 해당하지 않으나, 제출된 자료를 참고하여 진료심사평가위원회의 심의를 통해 요양급여의 필요성을 인정하는 경우에 해당하므로 요양급여대상으로 승인함</p>
		선별급여 : 53건	급성골수성백혈병 : 21건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia)</p> <p>- 표준치료 후 미세잔류양(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외)</p> <p>- 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <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(선</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>별급여대상) 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 경우로, 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 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>게 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 대상으로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 (나) t(v:11q23) 또는 MLL 재배열 (다) 염색체수 44 미만 (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 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) (다) Early T cell Precursor Phenotype (4) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류양(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 (5) 2차 이상 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 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해가 확인 되지만 고위험군에 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>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>이 건은 3차 이상 완전관해된 경우에 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-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 경우로, 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-다에 의하면, 조혈모세포 2차 이식은 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<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>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelo dysplastic 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> <p>골수형성이상증후군 : 6건</p> <p>이 건은 성인으로 고위험군 또는 말초혈액검사 결과 절대호중구수(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>이 건은 골수형성이상증후군(Myelo dysplastic Syndrome)에 대한 진단근거가 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>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 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 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-9)에 의하면, 일차골수성유증(Primary Myelofibrosis)은 일차골수성유증의 예후지표인 DIPSS(Dynamic International Prognostic Scoring System) plus risk category 중 고위험도(High risk)와 중등위험도-2(Intermediate-2)에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 DIPSS plus risk category 중 고위험도(High risk) 또는 중등위험도-2 (Intermediate-2)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>
			다발골수종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-6)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 다음의 조건을 모두 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) ECOG 수행능력평가 0-1 나) 부분반응(Partial Response) 이상인 경우 다) 만성신부전이 아닌 경우</p> <p>이 건은 1차 동종 조혈모세포이식으로 부분반응(Partial Response)이상인 경우를 확인 할 수 없고, 만성신부전이 아닌 경우를 만족하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>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 제 2019-189호, 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)</p> <p>(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 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 제 2019-189호, 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</p>
			비호지킨림프종 : 8건	

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>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. 제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우로, 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>
			호지킨림프종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-7)-나)에 의하면, 호지킨림프종은 자가 조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 자가 조혈모세포이식 후 재발된 경우에 해당하지 않고 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 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			중증재생불량성빈혈 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상 [별표2] 1-다)에 의하면, 조혈모세포 2차 이식은 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈에 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>
			자가면역질환 : 1건	<p>이 질병은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표2] 조혈모세포 이식 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>
			부신뇌백질이양증 (Adreno leukodystrophy) : 1건	<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. 제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우로, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				양급여에 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.
			만성호산구성백혈병 : 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상 [별표2] 1-다)에 의하면, 조혈모세포 2차 이식은 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 만성호산구성백혈병 상병에서 2차 조혈모세포이식 예정인 건으로써, 위의 급성골수성백혈병, 급성림프모구백혈병, 중증재생불량성빈혈에 해당하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			신경모세포종 : 2건	<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 2개</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				불일치까지 인정한다.
				이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우로, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 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.
제대혈	총 4건	요양급여 : 2건	급성림프모구백혈병 : 2건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 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 영양급여 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 (1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 (나) t(v:11q23) 또는 MLL 재배열 (다) 염색체수 44 미만 (2) 진단시 1세 미만 (3) 백혈구 수 $100 \times 10^9/L$ 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 다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단 시 15세 이상으로 1차 완전관해된 경우, 2차 완전관해된 경우 또는 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 위 고시된 고위험군 중 하나에 해당한 경우 등 중 어느 하나에 해당하여 영양급여대상으로</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			급성골수성백혈병 : 1건	<p>승인함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia)</p> <p>- 표준치료 후 미세잔류양(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외)</p> <p>- 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <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>
		선별급여 : 2건	골수형성이상증후군 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상 [별표2] 1-다)에 의하면, 조혈모세포 2차 이식은 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군 상병에서 2차 조혈모세포이식 예정인 것으로써, 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>
자가	총 197건	요양급여 : 165건	다발골수종 : 93건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 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>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			비호지킨림프종 : 58건	<p>이 건은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하여 요양급여대상으로 승인함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 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</p> <p>(나) Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>- LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우</p> <p>(다) Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외)</p> <p>(라) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>(단, stage I 완전관해 제외)</p> <p>(마) Peripheral T-cell Lymphoma</p> <p>(단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)</p> <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 비호지킨림프종으로 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이면서 위 (1)의 (가)-(바) 중 어느 하나에 해당하거나, 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 위 (2)의 (가)-(아) 중 어느 하나에 해당하므로 요양급여대상으로 승인함.</p>
			급성골수성백혈병 : 4건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 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)</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<ul style="list-style-type: none"> - 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우 나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 혈액학적 완전관해인 경우 <p>이 것은 급성전골수성백혈병에서 2차 분자생물학적 관해된 경우에 해당하거나 급성골수모구성백혈병에서 1차 혈액학적 완전관해인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			호지킨림프종 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 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 것은 호지킨림프종으로 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			AL 아밀로이드증 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 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 것은 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>
			POEMS 증후군 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-4)-다)에 의하면, POEMS 증후군은 IMWG에서 제시한 POEMS 증후군 진단기준에 만족하는 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 것은 IMWG에서 제시한 POEMS 증후군 진단기준에 만족하는 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			생식세포종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-7)에 의하면, 생식세포종(Germ Cell tumor)은 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 요양급여로 인정하고 있음.</p> <p>이 것은 생식세포종(Germ Cell tumor)은 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			소아뇌종양 : 3건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 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> <ul style="list-style-type: none"> (1) 수모세포종(Medulloblastoma) (가) 진단 시 3세 이하 (나) 수술 후 잔여 종괴가 1.5cm² 이상인 경우 (다) 두개강 내 전이가 있는 경우 (라) Anaplastic type <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 것은 소아뇌종양으로 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우이면서 위 (1)-(3) 중 하나에 해당하거나, 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
		선별급여 : 31건	비호지킨림프종 : 13건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 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> <ul style="list-style-type: none"> (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)

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 것은 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 조혈모세포 이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 것은 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 것은 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>이 것은 표준항암화학요법 후 재발로 인정되지 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</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 것은 제출자료 확인 결과 의학적으로 자가조혈모세포이식에 적합한 골수상태가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>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 것은 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 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 것은 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), 원시성신</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>경외배엽종양(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 반응 유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>이 것은 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>
			생식세포종 : 2건	<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 1</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>이 것은 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>
			AL 아밀로이드증 : 2건	<p>2회 연속조혈모세포이식의 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 것은 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>
			신경모세포종 : 1건	<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</p> <p>(1) 진단 시 1세 이상이면 stage IV</p> <p>(2) N-myc 증폭(+인 stage II 이상</p> <p>나) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 경우</p> <p>이 것은 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 경</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			유령종양 : 3건	<p>우, 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] 2-나-6)에 의하면, 유령종양의 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>가) 진단 시 다음 고위험군의 하나에 해당하며 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>(1) metastatic disease at diagnosis (2) bulky primary tumor (>200 ml) (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 것은 유령종양으로 진단 받았으나 재발로 시행한 구제 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우로 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) 소견을</p>
				<p>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 것은 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>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 것은 Anaplastic Ependymoma로 부분반응 이상이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함.</p> <p>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>취하: 1건</p>
계	396건			

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			Anaplastic Ependymoma : 2건	<p>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 것은 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>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 것은 Anaplastic Ependymoma로 부분반응 이상이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함.</p> <p>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>취하: 1건</p>
계	396건			

[별첨] 조혈모세포이식 대상자 승인 결과

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
1	동종조혈모	남	72	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
2	동종조혈모	남	52	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
3	동종조혈모	남	56	일차골수성유증(Primarymyelofibrosis)	선별급여
4	동종조혈모	남	1	부신뇌백질이양증	선별급여
5	동종조혈모	여	57	만성골수단핵구성백혈병	선별급여
6	동종조혈모	여	26	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
7	동종조혈모	여	38	비호지킨림프종	선별급여
8	동종조혈모	여	66	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
9	동종조혈모	여	57	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
10	동종조혈모	여	25	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별급여
11	동종조혈모	여	3	신경모세포종(Neuoblastoma)	선별급여
12	동종조혈모	남	5	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
13	동종조혈모	남	50	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
14	동종조혈모	남	5	XLDP-type1, Hodgikin lymphoma	선별급여
15	동종조혈모	남	50	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
16	동종조혈모	여	46	비호지킨림프종	선별급여
17	동종조혈모	여	46	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
18	동종조혈모	여	14	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
19	동종조혈모	남	25	비호지킨림프종	선별급여
20	동종조혈모	여	61	비호지킨림프종	선별급여
21	동종조혈모	남	68	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
22	동종조혈모	여	70	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
23	동종조혈모	남	70	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
24	동종조혈모	남	72	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
25	동종조혈모	남	51	비호지킨림프종	선별급여
26	동종조혈모	남	60	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
27	동종조혈모	남	24	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
28	동종조혈모	여	66	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
29	동종조혈모	남	6	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
30	동종조혈모	남	51	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
31	동종조혈모	남	41	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
32	동종조혈모	남	65	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
33	동종조혈모	남	57	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
34	동종조혈모	남	64	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
35	동종조혈모	남	55	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
36	동종조혈모	남	10	신경모세포종(Neuoblastoma)	선별급여
37	동종조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	선별급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
38	동종조혈모	남	15	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
39	동종조혈모	여	48	자가면역질환	선별급여
40	동종조혈모	여	42	다발골수종(MM)	선별급여
41	동종조혈모	남	54	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
42	동종조혈모	남	64	비호지킨림프종	선별급여
43	동종조혈모	남	50	비호지킨림프종	선별급여
44	동종조혈모	남	45	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
45	동종조혈모	여	60	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
46	동종조혈모	남	37	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
47	동종조혈모	남	44	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
48	동종조혈모	여	41	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
49	동종조혈모	남	47	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
50	동종조혈모	남	48	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
51	동종조혈모	남	25	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
52	동종조혈모	여	28	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
53	동종조혈모	남	34	비호지킨림프종	선별급여
54	동종조혈모	여	51	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
55	동종조혈모	남	64	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
56	동종조혈모	남	69	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
57	동종조혈모	남	55	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
58	동종조혈모	여	66	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
59	동종조혈모	남	6	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
60	동종조혈모	남	51	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
61	동종조혈모	여	53	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
62	동종조혈모	남	35	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
63	동종조혈모	여	64	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
64	동종조혈모	남	23	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
65	동종조혈모	남	55	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
66	동종조혈모	남	48	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
67	동종조혈모	남	65	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
68	동종조혈모	여	34	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
69	동종조혈모	남	69	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
70	동종조혈모	남	29	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
71	동종조혈모	남	31	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
72	동종조혈모	남	69	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
73	동종조혈모	여	61	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
74	동종조혈모	남	67	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
75	동종조혈모	남	46	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
76	동종조혈모	남	31	Chronic eosinophilic leukemia	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
77	동종조혈모	여	69	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
78	동종조혈모	남	56	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
79	동종조혈모	남	8M	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
80	동종조혈모	남	47	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
81	동종조혈모	여	14	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
82	동종조혈모	여	54	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
83	동종조혈모	남	57	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
84	동종조혈모	여	60	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
85	동종조혈모	여	55	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
86	동종조혈모	남	7	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
87	동종조혈모	여	65	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
88	동종조혈모	여	37	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
89	동종조혈모	남	59	Primary Myelofibrosis	요양급여
90	동종조혈모	남	15	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
91	동종조혈모	남	54	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
92	동종조혈모	남	45	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
93	동종조혈모	여	37	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
94	동종조혈모	남	59	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
95	동종조혈모	남	57	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
96	동종조혈모	여	5	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
97	동종조혈모	여	26	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
98	동종조혈모	여	14	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
99	동종조혈모	남	44	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
100	동종조혈모	남	51	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
101	동종조혈모	남	10M	혈구포식림프조직구증(HLH)	요양급여
102	동종조혈모	남	63	비호지킨림프종	요양급여
103	동종조혈모	남	61	비호지킨림프종	요양급여
104	동종조혈모	여	48	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
105	동종조혈모	남	30	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
106	동종조혈모	남	55	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
107	동종조혈모	남	27	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
108	동종조혈모	남	7	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
109	동종조혈모	여	33	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
110	동종조혈모	여	53	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
111	동종조혈모	여	62	일차골수성유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
112	동종조혈모	남	53	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
113	동종조혈모	남	30	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
114	동종조혈모	남	52	비호지킨림프종	요양급여
115	동종조혈모	여	57	급성골수성백혈병(AML)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
116	동종조혈모	여	58	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
117	동종조혈모	여	13	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
118	동종조혈모	남	40	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
119	동종조혈모	남	38	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
120	동종조혈모	남	60	일차골수성유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
121	동종조혈모	여	23	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
122	동종조혈모	남	55	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
123	동종조혈모	여	42	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
124	동종조혈모	남	27	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
125	동종조혈모	여	39	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
126	동종조혈모	여	35	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
127	동종조혈모	남	35	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
128	동종조혈모	여	52	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
129	동종조혈모	남	48	만성골수성백혈병(CML)	요양급여
130	동종조혈모	여	47	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
131	동종조혈모	여	45	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
132	동종조혈모	여	49	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
133	동종조혈모	여	67	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
134	동종조혈모	남	19	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
135	동종조혈모	남	2	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
136	동종조혈모	여	44	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
137	동종조혈모	여	61	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
138	동종조혈모	여	61	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
139	동종조혈모	여	21	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
140	동종조혈모	남	29	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
141	동종조혈모	남	18	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
142	동종조혈모	남	19	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
143	동종조혈모	남	4	Adreno leukodystrophy	요양급여
144	동종조혈모	남	51	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
145	동종조혈모	남	61	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
146	동종조혈모	남	58	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
147	동종조혈모	남	29	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
148	동종조혈모	남	20	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
149	동종조혈모	남	11	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
150	동종조혈모	남	1	Wiskott-Aldrich syndrome	요양급여
151	동종조혈모	남	65	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
152	동종조혈모	남	59	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
153	동종조혈모	여	50	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
154	동종조혈모	여	42	급성골수성백혈병(AML)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
155	동종조혈모	남	34	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
156	동종조혈모	여	59	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
157	동종조혈모	여	21	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
158	동종조혈모	남	64	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
159	동종조혈모	여	31	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
160	동종조혈모	여	44	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
161	동종조혈모	남	23	혈구포식림프조직구증(HLH)	요양급여
162	동종조혈모	여	62	다발골수증(MM)	요양급여
163	동종조혈모	남	61	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
164	동종조혈모	여	59	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
165	동종조혈모	남	44	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
166	동종조혈모	여	2	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
167	동종조혈모	여	34	Acute Bileneal Leukemia	요양급여
168	동종조혈모	여	57	만성골수성백혈병(CML)	요양급여
169	동종조혈모	남	31	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
170	동종조혈모	여	49	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
171	동종조혈모	남	39	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
172	동종조혈모	남	14	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
173	동종조혈모	여	66	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
174	동종조혈모	남	61	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
175	동종조혈모	여	67	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
176	동종조혈모	남	54	비호지킨림프종	요양급여
177	동종조혈모	남	10	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
178	동종조혈모	여	60	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
179	동종조혈모	남	59	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
180	동종조혈모	남	30	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
181	동종조혈모	여	19	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
182	동종조혈모	남	40	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
183	동종조혈모	여	42	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
184	동종조혈모	남	48	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
185	동종조혈모	여	51	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
186	동종조혈모	남	54	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
187	동종조혈모	남	66	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
188	동종조혈모	남	68	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
189	동종조혈모	여	20	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
190	동종조혈모	남	13	비호지킨림프종	요양급여
191	동종조혈모	여	35	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
192	동종조혈모	여	27	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
193	동종조혈모	여	65	급성골수성백혈병(AML)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
194	동종조혈모	여	27	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
195	동종조혈모	남	39	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
196	제대혈조혈모	남	46	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
197	제대혈조혈모	남	62	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
198	제대혈조혈모	남	36	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
199	제대혈조혈모	남	22	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
200	자가조혈모	여	63	비호지킨림프종	선별급여
201	자가조혈모	남	53	비호지킨림프종	선별급여
202	자가조혈모	여	58	비호지킨림프종	선별급여
203	자가 후 자가	남	16	생식세포종(Germcelltumor)	선별급여
204	자가조혈모	남	55	다발골수증(MM)	선별급여
205	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종	선별급여
206	자가 후 자가	여	11	유형종양	선별급여
207	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종	선별급여
208	자가 후 자가	여	9	유형종양	선별급여
209	자가조혈모	남	50	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	선별급여
210	자가조혈모	남	58	다발골수증(MM)	선별급여
211	자가 후 자가	남	13	생식세포종(Germcelltumor)	선별급여
212	자가조혈모	남	17	유형종양	선별급여
213	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종	선별급여
214	자가조혈모	남	65	비호지킨림프종	선별급여
215	자가조혈모	남	40	비호지킨림프종	선별급여
216	자가조혈모	남	60	호지킨림프종	선별급여
217	자가조혈모	남	4	신경모세포종(Neuoblastoma)	선별급여
218	자가조혈모	남	3	Anaplastic Ependymoma	선별급여
219	자가조혈모	남	54	다발골수증(MM)	선별급여
220	자가조혈모	여	58	비호지킨림프종	선별급여
221	자가조혈모	여	60	다발골수증(MM)	선별급여
222	자가조혈모	여	10	Anaplastic Ependymoma	선별급여
223	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종	선별급여
224	자가조혈모	여	50	비호지킨림프종	선별급여
225	자가조혈모	남	63	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	선별급여
226	자가 후 자가	여	61	다발골수증(MM)	선별급여
227	자가조혈모	남	47	다발골수증(MM)	선별급여
228	자가조혈모	여	66	다발골수증(MM)	선별급여
229	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종	선별급여
230	자가조혈모	남	41	비호지킨림프종	선별급여
231	자가조혈모	여	50	다발골수증(MM)	요양급여
232	자가조혈모	남	46	다발골수증(MM)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
233	자가조혈모	여	41	다발골수종(MM)	요양급여
234	자가조혈모	여	69	다발골수종(MM)	요양급여
235	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	요양급여
236	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	요양급여
237	자가조혈모	남	68	비호지킨림프종	요양급여
238	자가조혈모	남	68	다발골수종(MM)	요양급여
239	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	요양급여
240	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	요양급여
241	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	요양급여
242	자가조혈모	남	38	비호지킨림프종	요양급여
243	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	요양급여
244	자가조혈모	남	59	다발골수종(MM)	요양급여
245	자가조혈모	여	66	비호지킨림프종	요양급여
246	자가조혈모	남	45	비호지킨림프종	요양급여
247	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	요양급여
248	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종	요양급여
249	자가조혈모	남	69	다발골수종(MM)	요양급여
250	자가조혈모	남	40	비호지킨림프종	요양급여
251	자가조혈모	남	61	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
252	자가조혈모	여	50	다발골수종(MM)	요양급여
253	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	요양급여
254	자가조혈모	남	69	다발골수종(MM)	요양급여
255	자가조혈모	여	68	다발골수종(MM)	요양급여
256	자가조혈모	여	57	다발골수종(MM)	요양급여
257	Tandem(자가-자가)	남	21	비정형기형/흰문근종양(AT/RT)①	요양급여
258	자가조혈모	여	47	다발골수종(MM)	요양급여
259	자가조혈모	여	51	다발골수종(MM)	요양급여
260	자가조혈모	남	54	다발골수종(MM)	요양급여
261	자가조혈모	여	26	비호지킨림프종	요양급여
262	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	요양급여
263	자가조혈모	여	69	다발골수종(MM)	요양급여
264	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	요양급여
265	자가조혈모	여	67	다발골수종(MM)	요양급여
266	자가조혈모	여	66	비호지킨림프종	요양급여
267	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	요양급여
268	자가조혈모	남	51	다발골수종(MM)	요양급여
269	자가조혈모	여	63	비호지킨림프종	요양급여
270	자가조혈모	남	64	AL아밀로이드증(ALamyloidosis)	요양급여
271	자가조혈모	남	69	다발골수종(MM)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
272	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	요양급여
273	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
274	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	요양급여
275	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	요양급여
276	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종	요양급여
277	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	요양급여
278	자가조혈모	여	49	비호지킨림프종	요양급여
279	자가조혈모	남	49	비호지킨림프종	요양급여
280	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여
281	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종	요양급여
282	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종	요양급여
283	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여
284	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	요양급여
285	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종	요양급여
286	자가조혈모	여	56	비호지킨림프종	요양급여
287	자가조혈모	남	48	비호지킨림프종	요양급여
288	자가조혈모	남	17	호지킨림프종	요양급여
289	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	요양급여
290	자가조혈모	여	57	비호지킨림프종	요양급여
291	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종	요양급여
292	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종	요양급여
293	자가조혈모	여	69	다발골수종(MM)	요양급여
294	자가조혈모	여	63	비호지킨림프종	요양급여
295	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종	요양급여
296	자가조혈모	여	46	비호지킨림프종	요양급여
297	자가조혈모	여	68	다발골수종(MM)	요양급여
298	자가조혈모	여	53	다발골수종(MM)	요양급여
299	자가 후 자가	여	61	다발골수종(MM)	요양급여
300	Tandem(자가-자가)	남	9	수모세포종(Medulloblastoma)①	요양급여
301	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종	요양급여
302	자가조혈모	남	48	비호지킨림프종	요양급여
303	자가조혈모	여	53	다발골수종(MM)	요양급여
304	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	요양급여
305	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종	요양급여
306	자가조혈모	남	48	비호지킨림프종	요양급여
307	자가조혈모	남	49	Plasmacell leukemia	요양급여
308	자가조혈모	여	69	다발골수종(MM)	요양급여
309	자가조혈모	여	49	다발골수종(MM)	요양급여
310	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
311	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종	요양급여
312	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종	요양급여
313	자가조혈모	남	39	비호지킨림프종	요양급여
314	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	요양급여
315	자가조혈모	여	19	생식세포종(Germcell tumor)	요양급여
316	자가조혈모	남	61	호지킨림프종	요양급여
317	자가조혈모	남	69	다발골수종(MM)	요양급여
318	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	요양급여
319	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여
320	자가조혈모	여	53	다발골수종(MM)	요양급여
321	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종	요양급여
322	자가조혈모	남	70	비호지킨림프종	요양급여
323	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	요양급여
324	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여
325	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	요양급여
326	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종	요양급여
327	자가조혈모	남	56	비호지킨림프종	요양급여
328	자가조혈모	여	63	POEMS증후군	요양급여
329	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	요양급여
330	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	요양급여
331	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종	요양급여
332	자가조혈모	남	48	비호지킨림프종	요양급여
333	자가조혈모	여	65	비호지킨림프종	요양급여
334	자가조혈모	여	69	다발골수종(MM)	요양급여
335	자가조혈모	남	44	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
336	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	요양급여
337	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	요양급여
338	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	요양급여
339	자가조혈모	여	68	비호지킨림프종	요양급여
340	자가조혈모	여	65	비호지킨림프종	요양급여
341	자가조혈모	남	44	비호지킨림프종	요양급여
342	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	요양급여
343	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	요양급여
344	자가조혈모	남	52	다발골수종(MM)	요양급여
345	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	요양급여
346	자가조혈모	여	57	다발골수종(MM)	요양급여
347	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종	요양급여
348	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	요양급여
349	자가조혈모	여	69	다발골수종(MM)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
350	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	요양급여
351	자가조혈모	남	68	비호지킨림프종	요양급여
352	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	요양급여
353	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	요양급여
354	자가조혈모	남	67	비호지킨림프종	요양급여
355	Tandem(자가자가)	여	7	비정형기형/횡문근종양(AT/RT)①	요양급여
356	자가조혈모	여	57	비호지킨림프종	요양급여
357	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	요양급여
358	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	요양급여
359	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종	요양급여
360	자가조혈모	여	52	비호지킨림프종	요양급여
361	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	요양급여
362	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	요양급여
363	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	요양급여
364	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	요양급여
365	자가조혈모	여	55	다발골수종(MM)	요양급여
366	자가조혈모	남	29	비호지킨림프종	요양급여
367	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종	요양급여
368	자가조혈모	여	67	다발골수종(MM)	요양급여
369	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	요양급여
370	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종	요양급여
371	자가조혈모	남	64	POEMS증후군	요양급여
372	자가조혈모	남	66	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	요양급여
373	자가조혈모	여	54	다발골수종(MM)	요양급여
374	자가조혈모	남	54	다발골수종(MM)	요양급여
375	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종	요양급여
376	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	요양급여
377	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	요양급여
378	자가조혈모	여	67	다발골수종(MM)	요양급여
379	자가조혈모	여	41	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
380	자가조혈모	남	65	비호지킨림프종	요양급여
381	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
382	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종	요양급여
383	자가조혈모	여	57	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
384	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종	요양급여
385	자가조혈모	여	57	비호지킨림프종	요양급여
386	자가조혈모	남	49	다발골수종(MM)	요양급여
387	자가조혈모	여	51	다발골수종(MM)	요양급여
388	자가조혈모	여	64	비호지킨림프종	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
389	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	요양급여
390	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종	요양급여
391	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	요양급여
392	자가조혈모	여	57	비호지킨림프종	요양급여
393	자가조혈모	남	50	비호지킨림프종	요양급여
394	자가조혈모	남	69	다발골수종(MM)	요양급여
395	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	요양급여
396	자가조혈모	여	59	비호지킨림프종	취하