진료심사평가위원회 심의사례 공개 (총 7개 항목)

- 2020. 12. 31. 공개

연번	제 목	구분	담당자	페이지
1	Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 대상 여부	본원	심유나	1
2	소아에서 요도하열성형술과 동시에 시행한 음경음낭전위교정술 및 음경성형술 인정여부(2사례)	본원	황선주	5
3	소아에서 동시에 시행한 고환고정술, 서혜부허니아근본수술 및 음경성형술 인정여부(1사례)	본원	황선주	7
4	Nusinersen sodium 주사제(품명: 스핀라자주) 요양급여 대상 여부	본원	양한나	9
5	심실 보조장치 치료술(VAD*) 요양급여 대상 여부	본원	권서현 최혜리	13
6	척골신경에 SETS(Supercharged End-to-side) 방법으로 시행한 신경봉합술 인정여부 및 심사적용 방법(2사례)	본원	김효연	18
7	조혈모세포이식 대상자 승인 여부	본원	김진미 박은경 신민정	21

* VAD: Ventricular Assist Device

1. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 대상여부

○ 우리원에서는 **「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」**(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1. 시행)에 따라 요양급여 대상여부를 결정하는 **솔리리스주 사전심의제도**를 실시하고 있음.

○ 위 고시 및 이에 따른 , **「Eculizumab(품명: 솔리리스주) 사전 승인에 관한 방법 및 절차」(건강보험심사평가원 공고 제2018-165호, 2018. 7. 1. 시행)**에 의거하여,

1. 사전승인 신청기관은 사전승인 신청에 대한 심의결과를 통보 받은 날(심의일자 기준)부터 60일 이내에 솔리리스주를 투여하여야 함. 다만, 60일을 경과하여 투여하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함.(제4조제2항)
2. 솔리리스주의 요양급여 승인을 받은 요양기관은 6개월마다 상병별로 구분하여 위 공고 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 작성하여 우리원에 제출하여야 함. 또한, 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

심의년월	구분	접수건	승인신청		재심의 승인신청		모니터링	
			승인	불승인	승인	불승인	승인	불승인
총계		6	1	5	0	0	0	0
2020. 11.	발작성 야간 혈색소뇨증	0	-	-	-	-	-	-
	비정형 용혈성 요독 증후군	6	1	5	-	-	-	-

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

○ 승인신청(6사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2020. 11.	A사례	여/55세	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 "Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)"의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음. 이 건은 항문암 진단 후 2020년 8월까지 항암&방사선 치료를 시행한 환자로서 혈구감소증이 진행하여 입원 치료 중 혈전미세혈관병증이 확인되었고, 혈장교환술 등을 하였으나 신기능 악화가 지속되어 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함. 제출된 진료기록을 확인한 결과, 활동성 악성종양 및 항암제로 인한 이차성 혈전미세혈관병증으로 위 고시 제1호나목2)나)와 마)에 따른 제외대상에 해당하는 바 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.	불승인
	B사례	남/64세	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 "Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)"의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음. 이 건은 2008년 신장이식 후 2019년 신기능이 급격히 악화되었고, 최근 심한 부종으로 입원 후 불안정 협심증이 진단된 환자로서 혈전미세혈관병증 소견으로 tacrolimus를 중단하였으나 혈전미세혈관병증이 지속되고 퇴원 3일만에 심정지로 재입원하여 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함. 제출된 진료기록을 확인한 결과, 비정형 용혈성 요독 증후군 진단 시 혈소판수 정상 하한치 이상, LDH 정상 상한치 1.5배 이하, eGFR 20% 이하 감소 등 위 고시 제1호나목1)에서 정한 활성형 혈전미세혈관병증 및 신장손상에 적합하지 않음. 따라서 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.	불승인
	C사례	여/68세	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 "Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)"의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1. 시행) 제1호나목은 비정형	불승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
			용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음. 이 건은 오토바이 사고 후 파종성혈관내응고증 가능성이 있어 적극적 수혈과 골절 교정 수술을 시행한 환자로서 수술 후 파종성혈관내응고증 관련 검사결과는 호전되었으나 신기능 손상이 지속되어 비정형 용혈성 요독 증후군을 의심하며 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함. 제출된 진료기록을 확인한 결과, 혈장주입 후 시행한 ADAMTS-13 활성이 10% 이상으로 위 고시 제1호나목1) 다)에서 정한 혈장주입을 하기 이전의 혈액 샘플에서 ADAMTS-13 활성 10% 이상에 적합하지 않음. 또한, 비정형 용혈성 요독 증후군 진단 전 파종성혈관내응고증 소견이 확인되어 위 고시 제1호나목2)사)에 따른 제외 대상인 이차성 혈전미세혈관병증에 해당하는 바 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.	
	D사례	여/37세	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음. 이 건은 특이 과거력 없이 고혈압으로 내원한 후 빈혈, 혈소판 감소증, LDH 상승 및 급성 신기능 손상이 확인된 환자로서 항고혈압제 투여로 혈압이 강하된 후에도 혈전미세혈관병증 소견을 보이며 신기능이 급격히 악화되어 비정형 용혈성 요독 증후군으로 진단되었고, 혈액투석과 혈장교환술을 시행하며 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함. 제출된 진료기록을 확인한 결과, 위 고시 제1호나목1)에서 정한 투여대상에 적합하고 제1호나목2)에 따른 제외대상에 해당하지 않는 바 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 승인하며 투여 후 2개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.	승인
	E사례	남/64	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.	불승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
			이 건은 당뇨병에 동반된 말기 신질환으로 2020년 7월 신이식 받은 환자로, 녹농균에 의한 괴사성 근막염 치료 중 신기능 악화로 혈액투석 시작하고 10월 8일 이식신 제거하였으나 혈전미세혈관병증이 지속되며 이식신 조직검사에서 혈전증이 발견되어 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함. 제출된 진료기록을 확인한 결과, 10월 13일 이후 LDH 정상 상한치 1.5배 미만으로 유지되어 위 고시 제1호나목1)가)에서 정한 활성형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않고, 감염, 면역억제제, 파종성 혈관내응고증 등에 의한 이차성 혈전미세혈관병증으로 위 고시 제1호나목2)에 따른 제외대상에 해당하는 바 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.	
	F사례	여/37	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음. 이 건은 임신중독증 및 태반조기박리로 2020년 11월 6일 제왕절개 후 혈압 저하 및 심정지 발생하여 치료 중 급성 신손상 및 혈전미세혈관병증 발생하여 혈액투석 및 혈장교환술 시행한 환자로, 전반적인 호전에도 신기능이 회복되지 않아 비정형 용혈성 요독 증후군을 의심하여 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함. 제출된 진료기록을 확인한 결과, 혈장주입 및 혈장교환술 후 시행한 ADAMTS-13 활성이 21.8%로 위 고시 제1호나목1)다)에서 정한 혈장주입을 하기 이전의 혈액 샘플에서 ADAMTS-13 활성 10% 이상에 적합하지 않음. 또한 고혈압성 신손상 가능성이 높고, SGOT/SGPT 상승은 비정형 용혈성 요독 증후군에서 흔히 관찰되는 소견이 아닌 점 등을 고려할 때 헬프증후군, 파종성 혈관내응고증 등에 의한 이차성 혈전미세혈관병증으로 위 고시 제1호나목2)사)에 따른 제외대상에 해당하는 바 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.	불승인

2. 소아에서 요도하열성형술과 동시에 시행한 음경음낭전위교정술 및 음경성형술 인정여부(2사례)

■ 청구내역

○ A사례(남/3Y5M)

- 청구 상병명: 상세불명의 요도하열, 음경의 기타 선천기형
- 주요 청구내역 [수술일: 2019. 7.]

  자369다 요도하열성형술(음경부)[(상급종합병원·종합병원)만 1세 이상~만 6세 미만] 1*1*1

  자369가 요도하열성형술(삭대절제)[(상급종합병원·종합병원)만 1세 이상~만 6세 미만 제2의 수술(종병이상)] 1*1*1

  자381 음경성형술[(상급종합병원·종합병원)만 1세 이상~만 6세 미만 제2의 수술(종병이상)] 1*1*1

○ B사례(남/9M)

- 청구 상병명: 상세불명의 불확정 성, 태아 및 신생아의 상세불명의 (비외상성) 뇌실내출혈, 재발성으로 명시되어 있지 않은 폐색 또는 괴저가 없는 한쪽 또는 상세불명의 사타구니탈장, 병원 외부에서 출생한 단생아
- 주요 청구내역 [수술일: 2020. 6.]

  자369라 요도하열성형술(회음부)[(상급종합병원·종합병원)만 1세 미만] 1*1*1

  자381-1 음경음낭전위교정술[(상급종합병원·종합병원)만 1세 미만 제2의 수술(종병이상)] 1*1*1

■ 심의결과

○ 제출된 진료기록부, 전문가 및 학회 의견 등을 종합적으로 고려하여 A사례는 요도하열성형술(음경부)과 음경성형술은 인정하고 요도하열성형술(삭대절제)은 인정하지 아니하며, B사례는 요도하열성형술(회음부)과 음경음낭전위교정술을 인정함.

■ 심의내용

○ 전문가에 따르면 단순 음경 굽음이 아닌 음경 염전이 동반된 요도하열에서, 요도하열성형술만으로 음경 염전을 교정할 수 없으며, 음경 염전을 교정하기 위해서는 음경부 고정과 피부 봉합 등에 많은 노력이 필요하다고 함.

○ 학회 의견에 따르면 음경음낭전위의 중증도에 따른 단계를 나눈다면 음낭 융합여부에 따라 완전 음경음낭전위와 불완전 음경음낭전위로 나눌 수 있으며, 수술이 필수적으로 요구되는 단계에 대해서는 현재까지 명확한 지침이 없다고 함. 또한 중증 타입인 음경음낭부 요도하열 또는 회음부의 요도하열과 음경음낭전위가 동반된 경우 음경음낭전위교정술과 요도하열성형술을 동시에 시행할 수 있다는 의견임.

○ 따라서 이 건(2사례)은 아래와 같이 결정함.

- 아 래 -

▶ A사례(남/3Y5M)

- 상세불명의 요도하열, 음경의 기타 선천 기형의 상병으로「자369다 요도하열성형술(음경부)」, 「자369가 요도하열성형술(삭대절제)[제2의수술]」, 「자381 음경성형술[제2의수술]」을 청구한 건임.

- 진료기록부 검토 결과, 「자369다 요도하열성형술(음경부)」는 인정하고, 「자369가 요도하열성형술(삭대절제)[제2의수술]」은 수술기록지상 수술 과정이 확인이 되지 않아 인정하지 아니함.

- 또한, 수술 전 사진 및 수술기록지 검토 결과, 음경염전이 심하여 수술적 교정이 필요한 상태로 판단되며 그에 따른 수술 과정이 확인되어「자381 음경성형술[제2의수술]」은 인정함.

▶ B사례(남/9M)

- 상세불명의 불확정 성 등의 상병으로「자369라 요도하열성형술(회음부)」과 「자381-1 음경음낭전위교정술[제2의수술]」을 청구한 건임.

- 제출된 경과기록지와 수술기록지 검토 결과, 회음부 요도하열과 음경음낭전위를 교정하지 않으면 향후 배뇨 및 성생활에 문제를 유발하여 일상생활에 지장을 줄 수 있는 중한 상태인 것으로 판단되어「자369라 요도하열성형술(회음부)」와 「자381-1 음경음낭전위교정술[제2의수술]」을 인정함.

■ 참고

○ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조 요양급여의 적용기준 및 방법

○ 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 산정지침

○ Nesbit OP (Repair of Congenital Penile Ventral Cuvature) 수가 산정방법 (보건복지부 고시 제2007-46호,2007.6.1시행)

○ 비뇨의학. 군자출판사. 2018

○ 대한비뇨기과학회편. 비뇨기과학. 제5판. 일조각. 2014

○ Partin, Alan W MD. Campbell-Walsh-Wein Urology. 12th edition. 2020

○ Mohamed A. Baky Fahmy et al. Spectrum of penoscrotal positional anomalies in children. International Journal of Surgery 2014;12:983-988

○ Fatma Beyazit, Eren Oek, and Hakan Aylanc. A rare case of complete penoscrotal transposition with hypospadias in a new born. Turk J Obstet Gynecol. 2017 Mar;14(1): 74-75

○ F. Arena, C.Romeo, A.Manganaro, S. Arena, B. Zucarello, G. Romeo. Surgical correction of penoscrotal transposition associated with hypospadias and bifid scrotum: our experience of two-stage repair. Journal of Pediatric Urology (2005) 1, 289-294

○ 음경음낭전위의 중증도에 대한 대한비뇨의학회 의견 (대비뇨 2020-(19)-보219호, 2020.9.29.)

[2020.11.5. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

3. 소아에서 동시에 시행한 고환고정술, 서혜부허니아근본수술 및 음경성형술 인정여부(1사례)

■ 청구내역

○ 남/1Y1M

- 청구 상병명: 고환 및 음낭의 기타 선천기형, 두개골의 기타 출산손상, 두피의 기타 출산손상, 음경의 기타 선천기형, 재발성으로 명시되어 있지 않은, 폐색 또는 괴저가 없는 한쪽 또는 상세불명의 사타구니 탈장

- 주요청구내역 [수술일: 2019.7.]

자275나(1) 서혜부허니아근본수술(기타의것,고위결찰만하는경우) [(상급종합병원·종합병원)만1세이상~만6세미만] 1*1*1

자381 음경성형술 [(상급종합병원·종합병원)만1세이상~만6세미만] 1*1*1

자388나 고환고정술-서혜부및음낭고환 [(상급종합병원·종합병원)만1세이상~만6세미만] 1*1*1

■ 심의결과

○ 제출된 진료기록부 및 전문가 의견 등을 종합적으로 고려하여 고환고정술은 인정하고 서혜부허니아근본수술과 음경성형술은 인정하지 아니함.

■ 심의내용

○ 관련 교과서에 따르면 잠복고환은 고환이 음낭으로 완전히 내려오지 않고 복부 또는 사타구니에 머무는 것을 말하고 정류고환이라고도 하며 60~80%에서 서혜관에 위치함.

숨은 음경(concealed penis)은 실제 음경의 길이는 정상인데 주위의 두꺼운 지방조직에 묻혀서 작게 보이는 것이며 아이가 크면서 음경이 커지고 치골 부위 지방이 줄어들면서 정상 음경의 모양을 되찾게 됨. 또한 수술이 꼭 필요한 질환은 아니나 소변이 흩어져 배뇨가 곤란하거나 이로 인해 정신적인 문제가 생기면 수술을 하기도 함.

○ 전문가에 따르면 고환고정술시 고환을 음낭으로 하강시키기 위해서는 허니아 낭을 분리하는 과정이 필요하며 이는 고환고정술 과정의 일부로 보아야 한다는 의견임.

○ 따라서 이 건(1사례)은 아래와 같이 결정함.

- 아 래 -

- 숨은 음경, 잠복고환 상병의 1Y1M 남아로,「자388나 고환고정술-서혜부및음낭고환, 자275나(1) 서혜부허니아근본수술(기타의것,고위결찰만하는 경우), 자381 음경성형술」을 청구한 건임.

- 의사소견서에는 고환고정술 수술 중 허니아 낭이 열려 있어 서혜부 절개로 결찰하였다고 하나, 허니아낭을 분리하는 과정은 고환고정술 과정의 일부로 보아야 한다는 전문가 의견에 따라 「자388나 고환고정술-서혜부및음낭고환」은 인정하고, 「자275나(1) 서혜부허니아근본수술(기타의것,고위결찰만하는경우)」는 인정하지 아니함.

- 또한, 연령 및 수술기록지, 수술 전 사진을 참고한 결과, 경증의 숨은 음경으로 판단되어 수술에 대한 의학적 타당성이 확인되지 않으므로 숨은 음경에 시행한「자381 음경성형술」은 인정하지 아니함.

■ 참고

○ 잠복 음경(concealed penis) 수기료 산정 방법 (보건복지부 고시 제2007-46호)

○ 비뇨의학. 군자출판사. 2018

○ 대한비뇨기과학회편. 비뇨기과학. 제5판. 일조각. 2014
○ 초음파영상의학. 한미의학. 2014
○ Partin, Alan W MD. Campbell-Walsh-Wein Urology. 12th edition. 2020
○ 조원열. Concealed Penis.숨은 음경. Korean journal of Pediatric Urology Vol 1. No. 2:87-93,2009

[2020.11.5. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

4. Nusinersen sodium 주사제(품명: 스핀라자주) 요양급여 대상 여부

○ 우리원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 따라 요양급여 여부를 결정하는 사전승인제도를 운영하고 있음.

○ 「Nusinersen sodium 주사제(품명: 스핀라자주) 사전승인 등에 관한 세부사항」 건강보험심사평가원 공고(제2019-107호, 2019. 4. 8.시행)에 의거하여,

1. 스핀라자주의 요양급여를 신청하고자 하는 경우에는 위 공고 별지 제1호 서식에 따른 스핀라자주 요양급여 신청서를 제출하여야 함(제3조제1항).
2. 스핀라자주 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 스핀라자주를 투여하여야 하고, 60일을 경과하여 투여하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함(제3조제3항).

□ 스핀라자주 요양급여 대상 여부

(단위: 건)

심의 년월	합계	스핀라자주 요양급여 신청					스핀라자주 투여 모니터링 보고					
		소계	승인	조건부 승인	불승인	자료 보완	소계	승인	조건부 승인	불승인	자료 보완	종료
2020. 11.	40	6	5	1	-	-	34	32	-	1	1	-

○ 스핀라자주 요양급여 신청(6사례)

심의년월	사례	성별/나이	진단명	심의결과	심의내용
2020. 11.	A	여/16세	SMA (type Ⅱ)	승인	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8. 시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호가목에서는 스핀라자주의 투여대상으로 5q 척수성 근위축증 환자로서 1) 5q SMN-1 유전자의 결손 또는 변이의 유전자적 진단, 2) 만 3세 이하에 SMA 관련 임상 증상과 징후 발현, 3) 영구적 인공호흡기를 사용하고 있지 않는 경우를 모두 만족하는 경우에 인정하고 있음. 이 건은 척추측만증에 대한 수술력이 있어 척수강조영술을 시행하여 요추천자를 통한 약제의 경막내 지속투여가 가능함을 확인하였고, 가목이 정한 투여대상의 조건에 모두 부합하므로 스핀라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	B	여/29세	SMA (type Ⅲ)	승인	

심의년월	사례	성별/나이	진단명	심의결과	심의내용
	C	남/28세	SMA (type Ⅱ)	조건부 승인	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8. 시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호가목에서는 스핀라자주의 투여대상으로 5q 척수성 근위축증 환자로서 1) 5q SMN-1 유전자의 결손 또는 변이의 유전자적 진단, 2) 만 3세 이하에 SMA 관련 임상 증상과 징후 발현, 3) 영구적 인공호흡기를 사용하고 있지 않는 경우를 모두 만족하는 경우에 인정하고 있음. 이 건은 척추측만증에 대한 수술력이 있어 척수강조영술을 시행하여 요추천자를 통한 약제의 경막내 지속투여가 가능함을 확인하였고, 가목이 정한 투여대상의 조건에 모두 부합하므로 스핀라자주를 요양급여 대상으로 인정함. 단, 척수강조영술 영상자료 제출을 조건으로 함.
	D	남/6개월	SMA (type Ⅰ)	승인	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8. 시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호가목에서는 스핀라자주의 투여대상으로 5q 척수성 근위축증 환자로서 1) 5q SMN-1 유전자의 결손 또는 변이의 유전자적 진단, 2) 만 3세 이하에 SMA 관련 임상 증상과 징후 발현, 3) 영구적 인공호흡기를 사용하고 있지 않는 경우를 모두 만족하는 경우에 인정하고 있음. 이 건은 가목이 정한 투여대상의 조건에 모두 부합하므로 스핀라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	E	남2개월	SMA (type Ⅰ)	승인	
	F	여/1세	SMA (type Ⅱ)	승인	

○ 스핀라자주 투여 모니터링 보고-투여 유지여부(34사례)

심의년월	사례	성별/나이	진단명	최초 투여일	투여 예정차수	심의결과	심의내용
2020. 11.	G	남/25세	SMA (type Ⅲ)	’20. 1. 20.	6	승인	이 건은 제출된 운동기능평가 결과 직전 평가시점과 비교하여 운동기능의 유지가 확인되는 등 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8. 시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호다목에서 정한 중단
	H	남/15세	SMA (type Ⅱ)	’20. 1. 16.	6	승인	
	I	여/26세	SMA (type Ⅱ)	’20. 1. 9.	6	승인	
	J	남/17세	SMA (type Ⅱ)	’19. 10. 1.	7	승인	

심의년월	사례	성별/나이	진단명	최초 투여일	투여 예정차수	심의결과	심의내용
	K	남/6세	SMA (type II)	'19. 9. 30.	7	승인	기준에 해당하지 아니하므로 스핀라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	L	여/3세	SMA (type II)	'19. 5. 15.	8	승인	
	M	여/3세	SMA (type II)	'19. 5. 14.	8	승인	
	N	남/3세	SMA (type II)	'19. 5. 14.	8	승인	
	O	여/7세	SMA (type II)	'19. 5. 15.	8	승인	
	P	여/9세	SMA (type II)	'19. 5. 21.	8	승인	
	Q	남/24세	SMA (type II)	'19. 9. 5.	7	승인	
	R	남/10세	SMA (type II)	'19. 5. 28.	8	승인	
	S	남/7세	SMA (type II)	'18. 5. 24.	11	승인	
	T	여/7세	SMA (type II)	'18. 5. 21.	11	승인	
	U	남/1세	SMA (type I)	'20. 6. 2.	5	승인	이 건은 제출된 운동기능평가 결과 직전 평가시점과 비교하여 운동기능의 개선이 확인되는 등 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8. 시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호다목에서 정한 중단 기준에 해당하지 아니하므로 스핀라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	V	남/14세	SMA (type II)	'20. 5. 14.	5	승인	
	W	여/25세	SMA (type III)	'20. 1. 9.	6	승인	
	X	여/23세	SMA (type II)	'20. 2. 7.	6	승인	
	Y	여/18세	SMA (type II)	'20. 1. 14.	6	승인	
	Z	여/23세	SMA (type I)	'19. 9. 26.	7	승인	
	Z1	여/12세	SMA (type II)	'19. 8. 28.	7	승인	
	Z2	여/11세	SMA (type II)	'19. 5. 31.	8	승인	
	Z3	여/4세	SMA (type II)	'19. 6. 3.	8	승인	
	Z4	여/6세	SMA (type II)	'19. 5. 29.	8	승인	
	Z5	여/4세	SMA (type II)	'19. 5. 28.	8	승인	
	Z6	여/5세	SMA (type I)	'19. 5. 27.	8	승인	
	Z7	여/8세	SMA (type II)	'19. 5. 27.	8	승인	

심의년월	사례	성별/나이	진단명	최초 투여일	투여 예정차수	심의결과	심의내용
	Z8	여/11세	SMA (type Ⅱ)	'19. 6. 4.	8	승인	
	Z9	여/15세	SMA (type Ⅱ)	'19. 6. 4.	8	승인	
	Z10	여/6세	SMA (type Ⅱ)	'19. 5. 31.	8	승인	
	Z11	남/16세	SMA (type Ⅱ)	'19. 6. 4.	8	승인	
	Z12	여/14세	SMA (type Ⅱ)	'19. 9. 24.	7	승인	
	Z13	여/1세	SMA (type Ⅰ)	'19. 10. 11.	7	자료보완	이 건은 스핀라자주 유지용량 투여 중 졸겐스마주(1회 투여 척수성 근위축증 치료제)를 식품의약품안전처의 임상시험용 의약품의 치료목적 사용승인을 받아 투여한 건으로, 동일한 효과를 갖는 두 약제의 중복 투여에 대한 임상적 필요성과 유용성 및 안전성, 스핀라자주의 투여 지속여부 결정을 위한 객관적 효과 평가 가능여부 등에 대한 주치의 소견을 요구함.
	Z14	남/1세	SMA (type Ⅰ)	'20. 1. 15.	6	불승인	이 건은 제출된 운동기능평가(HINE-2) 결과 최초 투여 전부터 이번 평가까지 모두 0점으로, 이는 운동기능의 유지로 볼 수 없다는 전문가 의견이 있음. 따라서 운동기능의 유지 또는 개선을 2회 연속 입증하지 못하여 「요양급여의 적용 기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호다목에서 정한 중단 기준에 해당 하므로 스핀라자주를 요양급여 대상으로 인정하지 아니함.

5. 심실 보조장치 치료술(VAD*) 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 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) 대상자 요양급여 대상여부 심의결과 총괄

계	심의결과	실시기관 승인신청		대상자 승인신청	
		이식형	체외형	이식형	체외형
10	승인	1	-	6	2
	불승인	-	-	1	-

□ 심실 보조장치 치료술(VAD) 실시기관 승인 여부(총 1기관)

요양기관명(요양기호)	구분	인력기준	장비기준	심장이식술 청구건수*	심의결과
전남대학교병원(36100013)	이식형	충족	충족	3	승인

*청구건수: 심사년월(2018. 11~2020. 10), 지급, 보험자구분 전체, 심장이식술(Q8080) 청구건수

□ 심실 보조장치 치료술(VAD) 대상자 요양급여 여부(총 9사례)

○ 이식형 좌심실 보조장치 치료술(7사례)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
A	남/68세	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, 2020년 9월 급성 심근경색(AMI) 발생하여 관상동맥중재술(PCI) 시도하였으나 실패하였고, 심인성 쇼크로 인한 심정지 발생하여

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			심폐소생술 후 관상동맥우회술(CABG) 및 체외순환막형산화요법(ECMO) 시행하였음. 이후 상태 호전되어 ECMO 제거하였으나 폐부종 및 좌심실 기능저하와 동반된 급성신부전으로 ECMO 재시행하였으며, 약물치료에도 불구하고 정맥 강심제 의존적임. 또한, NYHA Class Ⅳ, INTERMACS Level 3, 좌심실구혈률(LVEF) <20% 등 말기 심부전 소견 보임. 따라서「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제6조 [별표2]1.-① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 '심장이식 대기자로 등록된 말기 심부전환자의 심장이식 가교 치료 시'에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.
B	남/30세	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 비후성 심근병증 환자로, 2019년 5월부터 호흡곤란 악화되어 지속적으로 약물치료 하였으나 증상 호전되지 않고, 정맥강심제에 의존적인 상태임. 또한, NYHA Class Ⅳ, INTERMACS Level 3, 좌심실구혈률(LVEF) 21.3%, 좌심실 수축기내경(LVESD) 63.1mm, 좌심실이완기내경(LVEDD) 73.8mm, 폐동맥수축기압(PASP)/폐동맥이완기압(PADP) 64/30mmHg, 심장지수(Cardiac Index) 1.3L/min/M², peak VO_2 Max 9ml/kg/min 등 말기 심부전 소견 보임. 따라서「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한기준」 제6조 [별표2]1.-① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 '심장이식 대기자로 등록된 말기 심부전환자의 심장이식 가교 치료 시'에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.
C	여/75세	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 호흡곤란 증상 및 좌심실구혈률(LVEF) 21%, 좌심실 기능저하 확인되었으며, 2018년 관상동맥중재술(PCI) 시행 후 약물치료 지속하였음. 2020년 9월부터 호흡곤란 악화되어 입·퇴원 반복중이며, 정맥강심제 의존적인 상태임. 또한, NYHA Class Ⅳ, INTERMACS Level 3, NT pro-BNP 31,197pg/mL, 좌심실수축기내경(LVESD) 47.5mm, 좌심실이완기내경(LVEDD) 69.1mm, 평균 폐동맥 쐐기압(PAWP) 24mmHg 등 말기 심부전 소견 보임. 따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」제6조 [별표2] 1.- ① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 나.목 '심장이식이 적합하지 않은 말기심부전 환자에서 약물치료에도 불구하고 심한 증상이 2개월 이상 지속되고', 2) '정맥 강심제에 의존적인 상태로 투여를 중단할 수 없는 경우'에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
D	남/49세	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 비후성 심근병증 환자로, 2013년 심실빈맥(VT) 확인되어 심율동전환제세동기거치술(ICD) 삽입 후 지속적으로 약물치료 시행함. 2020년 8월 체외순환막형 산화요법(ECMO) 시행 후 호전되어 ECMO 제거하였으나, 2020년 10월 발생한 심인성 쇼크로 ECMO 재시행함. 약물치료에도 불구하고 호전되지 않고 정맥강심제에 의존적이며, NYHA Class IV, INTERMACS level 1 등 말기심부전 소견 보임. 따라서「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제6조 [별표2]1.-① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 '심장이식 대기자로 등록된 말기 심부전환자의 심장이식 가교 치료시' 에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.
E	남/72세	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 2006년 급성 심근경색 발생하여 관상동맥중재술(PCI) 시행 및 2016년 심율동전환제세동기거치술(ICD) 시행하였음. 약물치료에도 불구하고 증상 호전되지 않고, 정맥 강심제 의존적이며, NYHA Class III, INTERMACS Level 2, 좌심실구혈률(LVEF) 20%, 좌심실 수축기내경(LVESD) 52mm, 좌심실이완기내경(LVEDD) 75mm, 폐동맥수축기압(PASP)/폐동맥이완기압(PADP) 41/18 mmHg, 평균 폐동맥 쐐기압(PAWP) 42mmHg 등 말기심부전 소견 보임. 따라서「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한기준」 제6조 [별표2]1.-① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 '심장이식 대기자로 등록된 말기 심부전환자의 심장이식 가교 치료시'에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.
F	남/77세	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 확장성 심근병증 환자로 1984년 심근경색, 1998년 승모판 협착 진단받고 2004년, 2007년 심실빈맥(VT) 발생하여 심율동전환술(cardioverison) 시행하였음. 지속적인 약물치료에도 불구하고 호흡곤란 발생하여 2019년 12월 심율동전환제세동기거치술(ICD) 삽입하였으나, 최근 증상 악화로 입·퇴원 반복중이며, 정맥 강심제에 의존적인 상태임. 또한, NYHA Class III, NTERMACS Level 3, 좌심실구혈률(LVEF) 23%, 좌심실 수축기내경(LVESD)/좌심실이완기내경(LVEDD) 68/74mm, peak VO_2 6.1mL/kg/min 등 말기심부전 소견 보임.

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제6조 [별표2] 1.- ① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 나.목 '심장이식이 적합하지 않은 말기심부전 환자에서 약물치료에도 불구하고 심한 증상이 2개월 이상 지속되고', 2) '정맥 강심제에 의존적인 상태로 투여를 중단할 수 없는 경우'에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.
G	남/46세	불승인	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 이전에 특이병력 없던 환자로, 2020년 10월 21일 흉통을 주호소로 응급실 내원하였고, ST분절 상승 심근경색(STEMI)으로 관상동맥조영술(CAG), 관상동맥중재술(PCI) 및 대동맥내풍선펌프(IABP) 시행하였음. 이후 상태 호전되지 않아 10월 23일부터 체외순환막형산화요법(ECMO) 및 지속적신대체요법(CRRT) 시행중이며, 10월 24일 심장이식 대기 등록하였음. 제출된 진료기록 등을 확인한 결과, 현 시점(2020.11.3.)은 ST분절 상승 심근경색(STEMI) 발생 이후 충분한 시간이 경과되지 않은 상태로, 심실 보조장치 치료술(VAD) 후 회복여부를 판단하기 어렵고, 경과관찰 후 추가적인 평가가 필요한 것으로 보임. 따라서 대상자의 전반적인 상태를 고려하여 현 시점에서 심실 보조장치 치료술(VAD)을 시행하는 것은 적절한 시기가 아니라고 판단되는바, 심실 보조장치 치료술(VAD)의 요양급여 신청을 불승인함. 아울러, 추후 환자 상태를 재평가하여 재신청하도록 권고함.

○ 체외형 좌심실 보조장치 치료술(2사례)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
A	남/6세	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 만 6세, 체중 21.3kg, 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로, 2020년 9월 9일 BNP 3,698pg/mL, Troponin I 0.11로 상승소견 보이고, 흉부 X-ray상 심장가슴비(cardiothoracic ratio) 0.63으로 심장비대 동반된 양상 보이며, 급성 심근염, 확장성 심근병증으로 중환자실 치료 받았음. 약물치료 및 체외순환막형산화요법(ECMO) 치료에도 불구하고 증상 호전되지 않고, 정맥 강심제에 의존적이며, NYHA Class Ⅳ, INTERMACS Level 2, 좌심실구혈률(LVEF) 16.6%, BNP 4,562pg/mL 등 중증 심부전 소견 보임. 따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제6조 [별표2] 1.- ② 체외형 심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 '재태연령 37주 이상이고 체중 3kg 이상인 경우부터 18세 미만의

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			심장이식 대기자로 등록된 중증 심부전 환자', 1) '최대한의 심부전 치료에도 불구하고 NYHA Ⅳ 수준의 심부전이 지속되고, 강심제에 의존하며 전신 장기기능이 진행성으로 악화된 경우'에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.
B	여/11세	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 만 11세, 체중 28.7kg, 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로, 2011년 확장성 심근병증 진단받고, 약물치료 및 체외순환막형산화요법(ECMO) 치료에도 불구하고 증상 호전되지 않고, 정맥 강심제에 의존적이며, NYHA Class Ⅳ, INTERMACS Level 1, 좌심실구혈률(LVEF) 10%, NT pro-BNP 35,852pg/mL 등 중증 심부전 소견 보임. 따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」제6조 [별표2] 1.- ② 체외형 심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 '재태연령 37주 이상이고 체중 3kg 이상인 경우부터 18세 미만의 심장이식 대기자로 등록된 중증 심부전 환자', 1) '최대한의 심부전 치료에도 불구하고 NYHA Ⅳ 수준의 심부전이 지속되고, 강심제에 의존하며 전신 장기기능이 진행성으로 악화된 경우'에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.

6. 척골신경에 SETS(Supercharged End-to-side) 방법으로 시행한 신경봉합술 인정여부 및 심사적용 방법(2사례)

■ 청구내역

○ A사례 (여/71세)

청구 상병명: 척골신경의 병변
기타 급성 위염, 합병증을 동반하지 않은 상세불명의 당뇨병

주요 청구내역: 자93가 건및인대성형술-간단한 것[절제, 봉합, 박리](N0931) 1*1*1
자459다 신경성형술[감압,박리등]-중요말초신경[사지부, 구간 등]
[제2의 수술(종병이상)] (S4595004) 1*1*1
자93나 건및인대성형술-복잡한 것[이식, 이전, 교환, 인공건성형](N0932) 1*1*1
자460-1다 신경봉합술-중요말초신경[사지부, 구간 등]
[제2의 수술(종병이상)] (S4603004) 1*1*1

○ B사례 (남/56세)

청구 상병명: 척골신경의 병변
비골 골절(모든 부분)을 동반한 경골 하단의 골절, 폐쇄성
만성 신장병(5기)
합병증을 동반하지 않은 상세불명의 당뇨병

주요 청구내역: 자460-1다 신경봉합술-중요말초신경[사지부, 구간 등] (S4603) 1*1*1
자459다 신경성형술[감압, 박리 등]-중요말초신경[사지부, 구간 등]
[제2의 수술(종병이상)] (S4595004) 1*1*1

■ 심의결과

○ 손목부위에 SETS(Supercharged End-to-side) 방법으로 시행한 정중신경-척골신경 봉합술은 '자460-1다 신경봉합술-중요말초신경 [사지부,구간등]' 100%를 인정하고, Guyon's canal 부위에 시행한 '자93 건 및 인대성형술'은 일련의 과정으로 별도 인정하지 아니함.

■ 심의내용

○ 척골신경에 SETS(Supercharged End-to-side) 방법으로 시행하는 신경봉합술은 절단, 압박 등 척골신경 손상으로 인해 손의 운동기능이 저하된 환자에게 기능 회복을 위해 손목부위의 정중신경의 운동가지 일부를 척골신경에 End-to-side 방법으로 연결하는 수술임.

○ 관련 논문 및 교과서 등에서 척골신경 손상 환자에게 SETS(Supercharged End-to-side) 방법으로 시행한 신경봉합술(이하 'Supercharged 수술')은 손상된 손의 운동기능 회복에 효과적임을 확인할 수 있으며, 심한 신경 손상으로 손의 내재근 위축 등 운동능력 저하가 발생한 환자의 삶의 질 향상을 위해 시도해 볼 수 있는 수술 방법 중 하나임.

○ 그러나 현재 팔꿈치터널 증후군 환자에게 척골신경 감압술만 시행한 환자를 대조군으로 하여 감압술과 Supercharged 수술을 함께 시행한 환자의 수술 후 운동기능 회복 정도에 대해 비교분석한 논문은 없으며 절단 등 외상으로 인해 손상된 척골신경의 운동기능 회복 효과는 명확한 반면, 팔꿈치 터널 증후군 등 신경압박으로 인해 손상된 척골신경의 운동기능 회복 효과는 상대적으로 미미하다는 논문 결과 등을 참조할 때 Supercharged 수술 대상자 선정에 신중을 기할 필요가 있다고 생각되는 바,

○ Supercharged 수술은 단순 감압술 시행만으로는 척골신경의 운동기능 회복을 기대하기 어려운 환자에게 시행하여야 하며, 전문가 및 학회에서 제시한 수술의 적응증은 다음과 같음.

1. 심한 팔꿈치 터널 증후군 환자 (손의 내재근 위축의 회복을 기대하기 어려운 경우)
2. C8-T1 신경근 손상 환자
3. Brachial plexus medial cord가 손상된 환자
4. 손목 근위부와 팔꿈치 사이에서 신경이 손상된 경우

○ 또한 '자93 건 및 인대성형술'은 Supercharged 수술 시 Guyon's canal 부위의 건 및 인대성형술이 반드시 필요한 바, 일련의 과정으로 별도 수가를 인정하지 아니함. 다만 Guyon's canal 부위에 결절, 종양 등의 병소가 있어 추가적인 제거술이 필요한 경우에는 '자93 건 및 인대성형술'을 별도로 인정할 수 있음.

○ 이 건(2사례)은 척골신경(ulnar nerve) 압박으로 인해 신경손상이 발생한 환자에게 팔꿈치 부위에 신경감압술 시행 후 '자459다 신경성형술[감압, 박리 등]'을 단독으로 청구하거나 주수술로 '자93가 건및인대성형술-간단한 것', 제2의 수술로 '자459다 신경성형술[감압, 박리 등]'을 청구하고

○ 손목부위에 SETS(Supercharged End-to-side) 방법으로 신경봉합술 시행 후 '자460-1다 신경봉합술-중요말초신경[사지부,구간등]'을 단독으로 청구하거나 주수술로 '자93나 건및인대성형술-복잡한 것', 제2의 수술로 '자460-1다 신경봉합술-중요말초신경[사지부,구간등]'을 청구한 건으로 관련 논문, 전문가 및 학회 의견을 참조하여 각 사례는 아래와 같이 결정함.

- 아 래 -

▶ **A사례(여/71세)**: 이 사례는 척골신경의 병변 상병으로 팔꿈치부위 신경감압술 시행 후 주수술로 '자93가 건및인대성형술-간단한 것', 제2의 수술로 '자459다 신경성형술[감압, 박리 등]'을 청구하고, 손목부위에 SETS(Supercharged end-to-side) 방법으로 신경봉합술 시행 후 주수술로 '자93나 건및인대성형술-복잡한 것', 제2의 수술로 '자460-1다 신경봉합술-중요말초신경[사지부, 구간 등]'을 청구한 사례임.

요양기관에서 제출한 수술 전 사진에서 손가락을 벌렸을 때 엄지손가락 근육의 오목한 파임이 확인됨. 이는 Supercharged 수술의 적응증인 '손의 내재근 위축의 회복을 기대하기 어려운 심한 팔꿈치 터널 증후군 환자'에 해당되는 바,

손목부위에 시행한 정중신경-척골신경 봉합술은 '자460-1다 신경봉합술-중요말초신경 [사지부, 구간 등]' 100%를 인정하고, 함께 청구한 '자93나 건및인대성형술-복잡한 것'은 일련의 과정으로 별도 인정하지 아니함.

또한 제출한 근전도 검사결과 및 신체사정 등을 참조하였을 때 팔꿈치 부위의 척골신경의 압박이 확인되는 바, 팔꿈치에 시행한 신경감압술은 '자459다 신경성형술[감압,박리등]' 100%를 인정하며 함께 청구한 '자93가 건및인대성형술-간단한 것'은 척골신경 감압술 일련의 과정으로 별도 인정하지 아니함.

▶ **B사례(남/56세)**: 이 사례는 척골신경의 병변 상병으로 팔꿈치부위 신경감압술, 손목부위 SETS (Supercharged end-to-side)방법으로 정중신경-척골신경 봉합술 시행 후 주수술로 '자460-1다 신경봉합술-중요말초신경[사지부, 구간 등]', 제2의수술로 '자459다 신경성형술[감압, 박리 등]'을 청구한 사례임.

수술 전 촬영한 사진에서 손가락을 벌렸을 때 엄지손가락 근육의 오목한 파임으로 내재근 위축이 발생하여 Supercharged 수술 적응증인 '손의 내재근 위축의 회복을 기대하기 어려운 심한 팔꿈치

터널 증후군 환자’에 해당되며, 제출한 근전도 및 신체사정 등에서 팔꿈치부위의 척골신경 압박이 확인되는 바,

요양기관의 청구대로 주수술 자460-1다 신경봉합술-중요말초신경[사지부, 구간 등]’, 제2의수술 ‘자459다 신경성형술[감압, 박리 등]’을 인정함.

■ 참고

○ 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제1부 행위 급여 일반원칙

○ 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등

○ John Barbour MD et al. Supercharged End-to-Side Anterior Interosseous to Ulnar Motor Nerve Transfer for Intrinsic Musculature Reinnervation. Journal of Hand Surgery. 2012;37;2150-2159

○ Eslam Koriem et al. Comparison Between Supercharged Ulnar Nerve Repair by Anterior Interosseous Nerve Transfer and Isolated Ulnar Nerve Repair in Proximal Ulnar Nerve Injuries. J Hand Surg Am.2020;45;104-110

○ John C Dunn et al. Supercharge End-to-Side Nerve Transfer: Systematic Review. Hand (N Y). 2019.

○ Heather Baltzer et al. Comparison of Ulnar Intrinsic Function following Supercharge End-to-Side Anterior Interosseous-to- Ulnar Motor Nerve Transfer: A Matched Cohort Study of Proximal Ulnar Nerve Injury Patients. Plast Reconstr Surg.2016;138;1264-1272

[2020.11.19. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

7. 조혈모세포이식 대상자 승인 여부

우리원에서는 「조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행)」에 따라 조혈모세포이식 실시기관 승인 및 실시 대상자에 대해 요양급여 또는 선별급여 여부를 인정하는 **조혈모세포이식 사전 승인 제도**를 실시하고 있습니다.
조혈모세포이식 실시 대상자는 진료심사평가위원회의 심의 결과 요양급여 기준에 적합한 경우는 요양급여 대상으로 인정하며, 적합하지 않은 경우라도 선별급여대상으로 인정 할 수 있습니다. 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 부담**토록하고, **그 외의 기간에 이루어지는 진료비** (검사와 합병증 및 후유증 진료비 등)**에 대하여는 국민건강보험법 시행령 [별표 2] 및 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준에 따라 본인부담률을 적용**하고 있습니다.

□ 조혈모세포이식 대상자 승인

○ 심의 결과

구분		계	동종	제대혈	자가	비고
총 접수		396	199	7	190	
처리결과	요양급여	295	142	5	148	
	선별급여	92	53	2	37	
	취하	9	4	-	5	

※ 신청기관 : 40개 요양기관

○ 심의내용

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
동종	총 199건	요양급여 : 142건	급성골수성백혈병 : 44건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음. (가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 이 건은 급성골수성백혈병으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			급성림프모구백혈병 : 35건	[별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Aucte Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음. 가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 (나) t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 (다) 염색체수 44 미만 (2) 진단시 1세 미만 (3) 백혈구 수 100 X 10^9/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 다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 라) 2차 이상 완전관해된 경우 이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단 시 15세 이상으로 1차 또는 2차 완전관해 된 경우이거나, 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되었으나 고위험군 중 하나에 해당한 경우 등에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.
			골수형성이상증후군 : 26건	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 요양급여대상자로 인정하고 있음(소아는 사례별로 결정함). (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/㎕ 이하이면서 혈소판 20,000/㎕ 이하 (나) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우 이 건은 골수형성이상증후군으로 고위험군인 경우이거나, 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/㎕ 이하이면서 혈소판 20,000/㎕ 이하 등을 만족하는 중간위험군에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.
			중증재생불량성빈혈 : 14건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)은 골수검사 결과 세포충실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25% 이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여 대상자로 인정하고 있음. 가) 절대호중구수(ANC)가 500/㎕ 이하 나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 $60x10^9$/L 다) 혈소판 20,000/㎕ 이하 이 건은 중증재생불량성빈혈로 골수검사 결과 세포충실도가 심하게 낮으면서 절대호중구수(ANC) 500/㎕ 이하 및 혈소판 20,000/㎕ 이하 등이 확인되어 요양급여대상으로 승인함.
			비호지킨림프종 : 5건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-7)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음. (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 Lymphoma (나) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				(다) Mantle Cell Lymphoma (라) Diffuse Large B Cell Lymphoma (마) Burkitt Lymphoma (바) Peripheral T-cell Lymphoma (사) Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome IIB 이상 (아) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (자) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) 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) 등에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.
			일차골수섬유증 : 13건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-9)에 의하면, 일차골수섬유증(Primary Myelofibrosis)은 일차골수섬유증의 예후지표인 DIPSS(Dynamic International Prognostic Scoring System) plus risk category 중 고위험도(High risk)와 중등위험도-2 (Intermediate-2)에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음. 이 건은 일차골수섬유증으로 DIPSS plus risk category 중 고위험도(High risk) 또는 중등위험도-2 (Intermediate-2)에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.
			만성골수성백혈병 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-2)에 의하면, 만성골수성백혈병(Chronic Myeloid Leukemia)은 WHO criteria에서 제시한 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음. 가) 티로신 키나제 억제제(TKI)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상) 나) T315I mutation 확인된 경우 이 건은 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 티로신 키나제 억제제(TKI) 2개에 실패하거나 불내성을 보이는 경우 등에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.
			CMML-2 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)제4항에 의하면 별표2의 요건을 충족하지 못하나 진료심사평가위원회가 심의를 통해 요양급여의 필요성을 인정하는 경우

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				에는 제3항에도 불구하고 요양급여대상으로 승인하고 있음. 이 건은 [별표2] 조혈모세포이식 요양급여의 대상자 기준의 질병에 해당하지 않으나, 제출된 자료를 참고하여 진료심사평가위원회의 심의를 통해 요양급여의 필요성이 인정되는 경우에 해당하므로 요양급여대상으로 승인함.
			다발골수종 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-6)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 다음의 조건을 모두 만족하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음. 가) ECOG 수행능력평가 0-1 나) 부분반응(Partial Response) 이상인 경우 다) 만성신부전이 아닌 경우 이 건은 다발골수종으로 ECOG 수행능력평가 0-1, 부분반응 이상, 만성신부전이 아닌 경우에 모두 해당하여 요양급여대상으로 승인함.
			혈구포식림프조직구증 : 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-10)에 의하면, 혈구포식림프조직구증(Hemophagocytic Lymphohistiocytosis, HLH)은 The Histiocyte Society에서 제시된 진단기준(2004년 제정)을 만족하는 혈구포식림프조직구증 환자 중 가족성(유전적) 또는 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 확인된 경우 요양급여대상자로 인정하고 있으며, 비가족성(비유전적)혈구포식림프조직구증 중에서 호전된 경우는 사례별로 인정하고 있음. 이 건은 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 호전되지 않아 요양급여대상으로 승인함.
		선별급여 : 53건	급성골수성백혈병 : 10건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음. (가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				이 건은 완전관해가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				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. 이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만 70세 이상으로 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			급성림프모구백혈병 : 9건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Aucte Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음. 가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 (나) t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 (다) 염색체수 44 미만 (2) 진단시 1세 미만 (3) 백혈구 수 100 X 10^9/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 다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				경우 라) 2차 이상 완전관해된 경우 이 건은 완전관해가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019 -189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				이 건은 3차 조혈모세포이식으로 [별표2] 조혈모세포이식 요양급여의 대상자 기준에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			비호지킨림프종 : 3건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-7)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음. (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 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 ⅡB 이상 (아) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (자) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				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)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				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. 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(Haploidential)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 불일치 까지 인정한다. 이 건은 적합한 비혈연 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 반일치 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			B-lymphoblastic lymphoma, Blastic Plasmacytoid Dendritic Cell Neoplasm : 2건	이 질병은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표2] 조혈모세포이식 요양급여의 대상자 기준의 질병에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			호지킨림프종 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-7)-나)에 의하면, 호지킨 림프종은 자가 조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분 반응 이상인 경우 요앙급여대상자로 인정하고 있음. 이 건은 자가 조혈모세포이식 후 재발된 경우에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			급성골수성백혈병, 급성림프모구백혈병 : 3건	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. 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(Haploidential)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 불일치 까지 인정한다. 이 건은 비혈연 공여자이나, HLA 1 locus 불일치 등 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			골수형성이상증후군 : 9건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				[별표2] 2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelo dysplastic Syndrome)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음(소아는 사례별로 결정함). (1) 고위험군인 경우 (가) IPSS: Intermediate-2 또는 high (나) IPSS-R, WPSS: high 또는 very high (2) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Inter mediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 (가) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/㎕ 이하이면서 혈소판 20,000/㎕ 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 이 건은 성인으로 고위험군 또는 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/㎕ 이하이면서 혈소판 20,000/㎕ 이하 등을 만족하는 중간위험군으로 확인되지 않아 요양급여 기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				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. 이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만 70세 이상으로 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				이 건은 진단 근거가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상 [별표2] 1-다에 의하면, 조혈모세포 2차 이식은 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음. 이 건은 2차 조혈모세포이식 예정으로 2차 이식 대상 질병에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			급성골수성백혈병, 급성림프모구백혈병, 비호지킨림프종, 중증재생불량성빈혈, 호지킨림프종 : 7건	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. 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(Haploidential)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. 이 건은 2차 이상 반일치 동종 조혈모세포이식에 해당하여 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)은 골수검사 결과 세포충실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25% 이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여 대상자로 인정하고 있음. 가) 절대호중구수(ANC)가 500/㎕ 이하 나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 $60x10^9$/L 다) 혈소판 20,000/㎕ 이하 이 건은 진단 근거가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			중증재생불량성빈혈 : 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)은 골수검사 결과 세포충실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25% 이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여 대상자로 인정하고 있음. 가) 절대호중구수(ANC)가 500/㎕ 이하 나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 $60x10^9$/L 다) 혈소판 20,000/㎕ 이하 이 건은 말초혈액검사 결과 2개 이상의 소견이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			일차골수섬유증, 만성골수성백혈병 : 4건	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

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음. 이 건은 2차 동종 조혈모세포이식 예정으로 일차골수섬유증 및 만성골수성백혈병은 2차 조혈모세포이식 대상 질병에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			신경모세포종, 유윙종양 : 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상 [별표2] 1-다에 의하면, 조혈모세포 2차 이식은 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음. 이 건은 3차 조혈모세포이식으로 [별표2] 조혈모세포이식 요양급여의 대상자 기준에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Immune thrombocytopenic purpura : 1건	이 질병은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표2] 조혈모세포이식 요양급여의 대상자 기준의 질병에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
		취하: 4건		
제대혈	총 7건	요양급여 : 5건	급성림프모구백혈병 : 5건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Aucte Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음. 가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 (나) t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 (다) 염색체수 44 미만 (2) 진단시 1세 미만 (3) 백혈구 수 100 X 10^9/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 다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 라) 2차 이상 완전관해된 경우 이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단 시 15세 이상으로 1차 또는 2차 완전관해 된 경우이거나, 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되었으나 고위험군 중 하나에 해당한 경우 등에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.
		선별급여 : 2건	급성림프모구백혈병 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Aucte Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음. 가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 (나) t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 (다) 염색체수 44 미만 (2) 진단시 1세 미만 (3) 백혈구 수 100 X 10^9/L 이상

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				(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 다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 라) 2차 이상 완전관해된 경우 이 건은 완전관해가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019 -189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			비호지킨림프종 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-7)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음. (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 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 ⅡB 이상 (아) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				(자) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) 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)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
자가	총 190건	요양급여 : 148건	다발골수종 : 73건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-4)-가)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음. 이 건은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하여 요양급여대상으로 승인함.
			비호지킨림프종 : 53건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-1)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음. (가) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 (나) Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 (다) Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) (라) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) (마) Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) (바) Primary CNS Lymphoma 또한, 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음. (가) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia (나) Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름) (다) Mantle Cell Lymphoma (라) Diffuse Large B Cell Lymphoma (마) Burkitt Lymphoma ㄹ

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				(바) Peripheral T-cell Lymphoma (사) Extranodal NK/T-cell Lymphoma (아) Primary CNS Lymphoma 이 건은 비호지킨림프종으로 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이면서 위 (1)의 (가)~(바)에 해당하거나, 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 위 (2)의 (가)~(아) 등에 해당하므로 요양급여대상으로 승인함.
			급성골수성백혈병 : 6건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-2)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 요양급여 인정기준은 다음과 같음. 가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우 나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 혈액학적 완전관해인 경우 이 건은 급성전골수성백혈병에서 2차 분자생물학적 관해된 경우에 해당하거나 급성골수모구성백혈병에서 1차 혈액학적 완전관해인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.
			AL 아밀로이드증 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-4)-나)에 의하면, AL 아밀로이드증(AL amyloidosis)은 IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증(AL amyloidosis) 진단기준에 만족하는 경우. 다만, ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하면서 장기부전(심·신·간·폐부전)이 아닌 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음. 이 건은 IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증 (AL amyloidosis) 진단기준에 만족하고 ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하면서 장기부전(심·신·간·폐부전)이 아닌 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.
			POEMS 증후군 : 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 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. 이 건은 IMWG에서 제시한 POEMS 증후군 진단기준에 만족하여 요양급여대상으로 승인함.
			소아뇌종양	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			: 1건	제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-9)에 의하면, 소아뇌종양은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음. 가) 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 다음 중 하나에 해당하는 경우 (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 (2) 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT) (3) Germ Cell Tumor와 Anaplastic Ependymoma : 3세 미만인 경우 나) 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 이 건은 소아뇌종양으로 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.
			신경모세포종 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) 별표 2-나-5)에 의하면, 신경모세포종(Neuroblastoma)은 다음의 경우 요양급여로 인정하고 있음. 가) 진단 시 다음 중 하나에 해당하며 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상인 경우 (1) 진단 시 1세 이상이면서 stage Ⅳ (2) N-myc 증폭(+)인 stage Ⅱ 이상 나) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 경우 이 건은 신경모세포종으로 진단 시 1세 이상이면서 stage Ⅳ이며 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.
			호지킨림프종 : 5건	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. 이 건은 호지킨림프종으로 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.
			생식세포종 : 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				[별표2] 2-나-7)에 의하면, 생식세포종(Germ Cell Tumor)은 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음. 이 건은 생식세포종으로 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.
			수모세포종, 비정형기형/횡문근종양 : 4건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) 별표 2-나 및 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. 가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성 신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모세포이식 이 건은 수모세포종, 비정형기형/횡문근종양으로 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.
		선별급여 : 37건	비호지킨림프종 : 12건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-1)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음. (가) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 (나) Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 (다) Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) (라) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) (마) Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) (바) Primary CNS Lymphoma 또한, 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음. (가) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia (나) Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름) (다) Mantle Cell Lymphoma (라) Diffuse Large B Cell Lymphoma (마) Burkitt Lymphoma (바) Peripheral T-cell Lymphoma (사) Extranodal NK/T-cell Lymphoma (아) Primary CNS Lymphoma 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)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				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. 이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만 70세 이상으로 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				이 건은 자가조혈모세포이식에 적합한 골수상태가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				이 건은 비호지킨림프종(Diffuse Large B Cell Lymphoma)으로 “LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV” 에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			호지킨림프종 : 2건	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 경우”에 요양급여 대상자로 인정하고 있음. 이 건은 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			다발골수종 : 9건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-4)-가)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음. 이 건은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단근거가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				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. 가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성 신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모세포이식 나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				1) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함. 2) 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우: 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함. 3) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함. 이 건은 2차 자가 조혈모세포이식으로 1차 이식 후 VGPR (Very Good Partial Response) 이상의 반응을 유지하고 있어 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			신경모세포종 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) 별표 2-나-5)에 의하면, 신경모세포종(Neuroblastoma)은 다음의 경우 요양급여로 인정하고 있음. 가) 진단 시 다음 중 하나에 해당하며 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상인 경우 (1) 진단 시 1세 이상이면서 stage Ⅳ (2) N-myc 증폭(+)인 stage Ⅱ 이상 나) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 경우 이 건은 최근 골수검사 상 골수침범이 있어 자가 조혈모세포이식이 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			생식세포종 : 4건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-7)에 의하면, 생식세포종(Germ Cell Tumor)

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				은 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음. 이 건은 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				이 건은 최근 골수검사가 제출되지 않아 자가 조혈모세포이식에 적합한 골수 상태 여부를 확인 할 수 없음. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			망막모세포종 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-11)에 의하면, 망막모세포종(Retinoblastoma)은 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상을 보이는 다음 중 하나에 해당하는 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음. 가) 재발 및 진단 시 전이가 있거나 안구 외(extraocular)에 침범된 편측성 망막모세포종 나) 양측성 망막모세포종 이 건은 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Anaplastic Ependymoma, POEMS증후군 : 2건	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.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성 신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모세포이식 나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식 1) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함. 2) 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우: 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함. 3) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함. 이 건은 2차 자가 조혈모세포이식으로 대상 질병에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			소아뇌종양 : 3건	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. 가) 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 다음 중 하나에 해당하는 경우 (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 (2) 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT) (3) Germ Cell Tumor와 Anaplastic Ependymoma : 3세 미만인 경우 나) 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 이 건은 자가조혈모세포이식에 적합한 골수상태가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				2019-189호, 2019.9.1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				이 건은 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Chordoma of Clivus, Rhabdomyosarcoma, Ovariancancer(RO) small cell carcinoma : 3건	이 질병은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표2] 조혈모세포이식 요양급여의 대상자 기준의 질병에 해당하지 않아 요양급여 기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제1항 및 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
		취하: 5건		
계	396			

[별첨] 조혈모세포이식 대상자 승인 결정현황

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정사항
1	동종조혈모	여	52	Immune thrombocytopenic purpura	선별급여
2	동종조혈모	남	22	호지킨림프종	선별급여
3	동종조혈모	남	31	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
4	동종조혈모	여	18	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
5	동종조혈모	여	44	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
6	동종조혈모	여	64	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
7	동종조혈모	여	56	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
8	동종조혈모	여	63	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
9	동종조혈모	남	35	비호지킨림프종(Peripheral T cell lymphoma, NOS)	선별급여
10	동종조혈모	남	59	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	선별급여
11	동종조혈모	여	73	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
12	동종조혈모	남	50	만성골수성백혈병(CML)	선별급여
13	동종조혈모	여	32	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
14	동종조혈모	여	63	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
15	동종조혈모	남	59	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
16	동종조혈모	여	27	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
17	동종조혈모	여	71	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
18	동종조혈모	남	43	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
19	동종조혈모	여	65	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
20	동종조혈모	남	9	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
21	동종조혈모	남	9	신경모세포종(Neuroblastoma)	선별급여
22	동종조혈모	여	33	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
23	동종조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
24	동종조혈모	여	50	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
25	동종조혈모	남	39	비호지킨림프종(B-lymphoblastic lymphoma)	선별급여
26	동종조혈모	남	47	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
27	동종조혈모	남	69	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	선별급여
28	동종조혈모	여	49	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
29	동종조혈모	남	67	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
30	동종조혈모	남	64	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
31	동종조혈모	여	50	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
32	동종조혈모	남	57	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
33	동종조혈모	남	23	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
34	동종조혈모	남	10	유윙종양	선별급여
35	동종조혈모	남	31	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
36	동종조혈모	여	65	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
37	동종조혈모	여	61	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
38	동종조혈모	남	45	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	선별급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정사항
39	동종조혈모	남	71	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
40	동종조혈모	여	68	비호지킨림프종(Subcutanous panniculitis-like T-cell lymphoma)	선별급여
41	동종조혈모	여	59	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	선별급여
42	동종조혈모	남	64	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
43	동종조혈모	남	50	비호지킨림프종(Blastic Plasmacytoid Dendritic Cell Neoplasm)	선별급여
44	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
45	동종조혈모	남	32	호지킨림프종	선별급여
46	동종조혈모	여	50	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	선별급여
47	동종조혈모	여	58	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
48	동종조혈모	남	26	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	선별급여
49	동종조혈모	여	46	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
50	동종조혈모	남	56	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
51	동종조혈모	여	61	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
52	동종조혈모	남	60	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
53	동종조혈모	남	68	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
54	동종조혈모	여	31	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
55	동종조혈모	남	63	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
56	동종조혈모	여	61	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
57	동종조혈모	여	56	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
58	동종조혈모	여	36	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
59	동종조혈모	남	52	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
60	동종조혈모	남	35	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
61	동종조혈모	남	3	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
62	동종조혈모	여	43	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
63	동종조혈모	여	60	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
64	동종조혈모	남	61	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
65	동종조혈모	여	29	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
66	동종조혈모	여	27	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
67	동종조혈모	여	26	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
68	동종조혈모	여	5	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
69	동종조혈모	남	26	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
70	동종조혈모	남	57	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
71	동종조혈모	여	49	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
72	동종조혈모	남	28	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
73	동종조혈모	남	14	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
74	동종조혈모	여	40	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
75	동종조혈모	남	38	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
76	동종조혈모	남	46	Acute Bileneal Leukemia	요양급여
77	동종조혈모	남	21	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정사항
78	동종조혈모	여	45	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
79	동종조혈모	남	16	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma, EVB+)	요양급여
80	동종조혈모	여	13	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
81	동종조혈모	여	58	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
82	동종조혈모	여	30	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
83	동종조혈모	남	62	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
84	동종조혈모	남	25	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
85	동종조혈모	여	48	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
86	동종조혈모	남	24	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
87	동종조혈모	남	60	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
88	동종조혈모	남	37	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
89	동종조혈모	남	65	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
90	동종조혈모	남	46	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
91	동종조혈모	남	59	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
92	동종조혈모	남	27	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
93	동종조혈모	남	58	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
94	동종조혈모	남	57	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
95	동종조혈모	여	11M	혈구포식림프조직구증(HLH)	요양급여
96	동종조혈모	여	57	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
97	동종조혈모	남	58	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
98	동종조혈모	여	5	비호지킨림프종(Anaplastic large cell lymphoma, ALK-positive)	요양급여
99	동종조혈모	여	58	만성골수성백혈병(CML)	요양급여
100	동종조혈모	여	65	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
101	동종조혈모	남	10	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
102	동종조혈모	여	57	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
103	동종조혈모	여	36	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
104	동종조혈모	남	26	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
105	동종조혈모	남	44	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)	요양급여
106	동종조혈모	남	53	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
107	동종조혈모	남	41	다발골수종(MM)	요양급여
108	동종조혈모	여	62	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
109	동종조혈모	여	44	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
110	동종조혈모	여	51	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
111	동종조혈모	남	50	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
112	동종조혈모	남	41	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
113	동종조혈모	남	55	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
114	동종조혈모	남	50	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
115	동종조혈모	여	5	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
116	동종조혈모	남	63	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정사항
117	동종조혈모	여	18	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
118	동종조혈모	남	59	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
119	동종조혈모	남	65	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
120	동종조혈모	여	42	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
121	동종조혈모	여	23	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
122	동종조혈모	남	30	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
123	동종조혈모	남	9	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
124	동종조혈모	여	47	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
125	동종조혈모	남	1	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
126	동종조혈모	남	19	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
127	동종조혈모	여	49	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
128	동종조혈모	남	46	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
129	동종조혈모	여	46	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
130	동종조혈모	여	56	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
131	동종조혈모	남	64	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
132	동종조혈모	남	21	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
133	동종조혈모	남	40	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
134	동종조혈모	남	45	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
135	동종조혈모	남	4	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
136	동종조혈모	여	56	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
137	동종조혈모	남	68	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
138	동종조혈모	남	52	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
139	동종조혈모	여	65	혈구포식림프조직구증(HLH)	요양급여
140	동종조혈모	여	6	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
141	동종조혈모	남	60	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
142	동종조혈모	여	9	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
143	동종조혈모	남	44	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
144	동종조혈모	여	10	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
145	동종조혈모	남	45	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
146	동종조혈모	여	13	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
147	동종조혈모	남	42	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
148	동종조혈모	여	63	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
149	동종조혈모	여	43	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
150	동종조혈모	남	54	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
151	동종조혈모	여	33	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
152	동종조혈모	여	39	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
153	동종조혈모	여	37	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
154	동종조혈모	여	66	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
155	동종조혈모	여	68	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정사항
156	동종조혈모	여	24	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
157	동종조혈모	남	30	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
158	동종조혈모	여	43	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
159	동종조혈모	남	54	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
160	동종조혈모	남	64	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
161	동종조혈모	남	61	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
162	동종조혈모	여	47	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
163	동종조혈모	여	62	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
164	동종조혈모	남	18	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
165	동종조혈모	남	13	Atypical chronic myeloid leukemia	요양급여
166	동종조혈모	남	62	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
167	동종조혈모	남	47	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
168	동종조혈모	여	35	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
169	동종조혈모	남	60	CMML-2	요양급여
170	동종조혈모	남	31	비호지킨림프종(T-lymphoblastic lymphoma)	요양급여
171	동종조혈모	여	65	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
172	동종조혈모	여	58	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
173	동종조혈모	여	58	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
174	동종조혈모	여	52	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
175	동종조혈모	여	62	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
176	동종조혈모	남	40	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
177	동종조혈모	여	13	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
178	동종조혈모	남	65	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
179	동종조혈모	여	45	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
180	동종조혈모	남	50	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
181	동종조혈모	여	50	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
182	동종조혈모	남	52	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
183	동종조혈모	남	44	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
184	동종조혈모	남	5	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
185	동종조혈모	남	45	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
186	동종조혈모	남	63	일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)	요양급여
187	동종조혈모	남	27	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
188	동종조혈모	여	57	중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)	요양급여
189	동종조혈모	남	43	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
190	동종조혈모	여	66	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
191	동종조혈모	여	51	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
192	동종조혈모	남	56	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
193	동종조혈모	여	39	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
194	동종조혈모	남	56	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정사항
195	동종조혈모	여	21	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
196	동종조혈모	남	23	Acute Bileneal Leukemia	취하
197	동종조혈모	남	61	골수형성이상증후군(MDS)	취하
198	동종조혈모	여	51	급성골수성백혈병(AML)	취하
199	동종조혈모	여	58	비호지킨림프종	취하
200	제대혈조혈모	여	62	비호지킨림프종(Peripheral T cell lymphoma, NOS)	선별급여
201	제대혈조혈모	여	25	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
202	제대혈조혈모	남	34	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
203	제대혈조혈모	여	19	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
204	제대혈조혈모	여	9M	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
205	제대혈조혈모	여	26	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
206	제대혈조혈모	여	26	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
207	자가조혈모	여	21	Ovariancancer(RO) small cell carcinoma	선별급여
208	자가조혈모	남	37	비호지킨림프종(T-lymphoblastic lymphoma)	선별급여
209	자가조혈모	남	56	호지킨림프종	선별급여
210	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
211	자가조혈모	남	23	생식세포종(Germcell tumor)	선별급여
212	자가조혈모	남	21	생식세포종(Germcell tumor)	선별급여
213	자가조혈모	남	2	Chordoma of Clivus	선별급여
214	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
215	자가조혈모	남	68	다발골수종(MM)	선별급여
216	자가조혈모	여	47	POEMS증후군	선별급여
217	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	선별급여
218	Tandem(자가-자가)	여	1	신경모세포종(Neuroblastoma)ⓣ	선별급여
219	자가조혈모	남	70	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
220	자가조혈모	남	14	생식세포종(Germcelltumor)	선별급여
221	자가조혈모	여	51	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
222	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	선별급여
223	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	선별급여
224	자가조혈모	남	50	다발골수종(MM)	선별급여
225	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	선별급여
226	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	선별급여
227	Tandem(자가-자가)	남	11M	원시성신경외배엽종양(PNET)ⓣ	선별급여
228	자가조혈모	남	56	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
229	Tandem(자가-자가)	남	5M	비정형기형/횡문근종양(AT/RT)ⓣ	선별급여
230	자가조혈모	남	29	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
231	자가조혈모	남	29	비호지킨림프종(T-lymphoblastic lymphoma)	선별급여
232	자가조혈모	여	4	망막모세포종(Retinoblastoma)	선별급여
233	자가조혈모	남	4	Rhabdomyosarcoma	선별급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정사항
234	자가 후 자가	남	53	다발골수종(MM)	선별급여
235	자가조혈모	남	26	생식세포종(Germcell tumor)	선별급여
236	자가조혈모	남	47	다발골수종(MM)	선별급여
237	자가조혈모	남	14	Diffusemidline Glioma	선별급여
238	자가조혈모	남	69	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
239	자가 후 자가	남	57	다발골수종(MM)	선별급여
240	자가조혈모	남	65	비호지킨림프종(malignant lymphoma T-cell lineage(skin))	선별급여
241	자가 후 자가	남	2	Anaplastic Ependymoma	선별급여
242	자가조혈모	여	19	호지킨림프종	선별급여
243	자가 후 자가	여	50	다발골수종(MM)	선별급여
244	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	요양급여
245	자가조혈모	여	20	호지킨림프종	요양급여
246	자가조혈모	남	45	다발골수종(MM)	요양급여
247	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	요양급여
248	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
249	자가조혈모	남	42	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
250	자가조혈모	여	67	다발골수종(MM)	요양급여
251	자가조혈모	남	48	비호지킨림프종(Follicular T-cell lymphoma)	요양급여
252	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
253	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	요양급여
254	자가조혈모	여	43	비호지킨림프종(Anaplastic large cell lymphoma)	요양급여
255	자가조혈모	남	69	다발골수종(MM)	요양급여
256	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	요양급여
257	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	요양급여
258	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	요양급여
259	자가조혈모	남	61	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
260	자가조혈모	남	11	비호지킨림프종(B-lymphoblastic lymphoma)	요양급여
261	자가조혈모	남	35	비호지킨림프종(Anaplastic large cell lymphoma)	요양급여
262	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	요양급여
263	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	요양급여
264	자가조혈모	남	53	다발골수종(MM)	요양급여
265	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
266	자가 후 자가	남	54	다발골수종(MM)	요양급여
267	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	요양급여
268	자가조혈모	남	54	다발골수종(MM)	요양급여
269	자가조혈모	남	38	다발골수종(MM)	요양급여
270	자가조혈모	여	41	다발골수종(MM)	요양급여
271	자가조혈모	남	51	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
272	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종(T-cell/histiocyte-rich large B-cell lymphoma)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정사항
273	자가조혈모	여	39	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
274	자가 후 자가	여	55	다발골수종(MM)	요양급여
275	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma)	요양급여
276	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	요양급여
277	자가조혈모	남	38	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
278	자가조혈모	남	37	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
279	자가조혈모	남	5	교모세포종(Glioblastoma)	요양급여
280	Tandem(자가-자가)	남	1	비정형기형/횡문근종양(AT/RT)ⓣ	요양급여
281	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	요양급여
282	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	요양급여
283	자가조혈모	남	20	비호지킨림프종(Burkitt lymphoma)	요양급여
284	자가조혈모	여	51	다발골수종(MM)	요양급여
285	자가조혈모	여	69	다발골수종(MM)	요양급여
286	자가조혈모	여	67	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
287	자가조혈모	남	54	다발골수종(MM)	요양급여
288	자가조혈모	여	24	호지킨림프종	요양급여
289	자가조혈모	남	41	다발골수종(MM)	요양급여
290	자가조혈모	여	48	다발골수종(MM)	요양급여
291	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
292	자가조혈모	여	43	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma)	요양급여
293	자가조혈모	남	54	다발골수종(MM)	요양급여
294	자가조혈모	남	67	POEMS증후군	요양급여
295	자가조혈모	여	62	Plasmacytoma	요양급여
296	Tandem(자가-자가)	남	11	수모세포종(Medulloblastoma)ⓣ	요양급여
297	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	요양급여
298	자가조혈모	여	29	비호지킨림프종(Primary mediastinal large B-cell lymphoma)	요양급여
299	자가조혈모	여	68	다발골수종(MM)	요양급여
300	자가조혈모	남	48	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
301	자가조혈모	여	47	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
302	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	요양급여
303	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	요양급여
304	자가조혈모	남	68	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
305	자가조혈모	남	69	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	요양급여
306	자가조혈모	여	51	다발골수종(MM)	요양급여
307	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
308	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
309	자가조혈모	남	27	호지킨림프종	요양급여
310	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	요양급여
311	자가조혈모	여	63	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정사항
312	자가조혈모	여	58	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
313	자가조혈모	여	39	다발골수종(MM)	요양급여
314	자가조혈모	여	67	다발골수종(MM)	요양급여
315	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
316	자가조혈모	남	51	다발골수종(MM)	요양급여
317	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	요양급여
318	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	요양급여
319	자가조혈모	여	56	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
320	자가조혈모	여	51	다발골수종(MM)	요양급여
321	자가조혈모	남	39	다발골수종(MM)	요양급여
322	자가조혈모	남	49	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
323	자가조혈모	여	54	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
324	자가조혈모	남	67	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
325	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	요양급여
326	자가조혈모	여	69	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
327	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	요양급여
328	자가조혈모	남	67	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
329	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	요양급여
330	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	요양급여
331	자가조혈모	여	47	다발골수종(MM)	요양급여
332	자가조혈모	남	68	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
333	자가조혈모	남	2	생식세포종(Germcelltumor)	요양급여
334	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
335	자가조혈모	남	49	생식세포종(Germcell tumor)	요양급여
336	Tandem(자가-자가)	남	19	수모세포종(Medulloblastoma)ⓣ	요양급여
337	자가조혈모	여	68	다발골수종(MM)	요양급여
338	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
339	자가조혈모	남	3	신경모세포종(Neuroblastoma)	요양급여
340	자가조혈모	여	48	다발골수종(MM)	요양급여
341	자가조혈모	여	57	비호지킨림프종(Follicular lymphoma)	요양급여
342	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
343	자가조혈모	남	47	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
344	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	요양급여
345	자가조혈모	여	69	다발골수종(MM)	요양급여
346	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	요양급여
347	자가조혈모	남	20	호지킨림프종	요양급여
348	자가조혈모	여	48	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
349	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
350	자가조혈모	남	65	POEMS증후군	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정사항
351	자가조혈모	남	53	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
352	자가조혈모	여	69	다발골수종(MM)	요양급여
353	자가 후 자가	남	63	다발골수종(MM)	요양급여
354	자가조혈모	남	42	호지킨림프종	요양급여
355	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	요양급여
356	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	요양급여
357	자가조혈모	여	48	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
358	자가조혈모	여	55	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
359	자가조혈모	남	65	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
360	자가조혈모	남	54	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
361	자가조혈모	여	55	다발골수종(MM)	요양급여
362	자가조혈모	여	66	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
363	자가조혈모	여	67	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
364	자가조혈모	남	66	AL아밀로이드증(ALamyloidosis)	요양급여
365	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	요양급여
366	자가조혈모	남	69	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	요양급여
367	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	요양급여
368	자가조혈모	남	25	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
369	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
370	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
371	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	요양급여
372	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	요양급여
373	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
374	자가조혈모	남	45	비호지킨림프종(T-lymphoblastic lymphoma)	요양급여
375	자가조혈모	여	53	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
376	자가조혈모	여	64	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
377	자가조혈모	남	48	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
378	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
379	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	요양급여
380	자가조혈모	여	58	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
381	자가 후 자가	남	63	다발골수종(MM)	요양급여
382	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	요양급여
383	자가조혈모	여	51	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
384	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	요양급여
385	자가조혈모	여	29	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
386	자가조혈모	여	68	다발골수종(MM)	요양급여
387	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
388	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	요양급여
389	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정사항
390	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	요양급여
391	Tandem(자가-자가)	남	7	수모세포종(Medulloblastoma)ⓣ	요양급여
392	자가조혈모	남	3	신경모세포종(Neuroblastoma)	취하
393	자가조혈모	남	57	호지킨림프종	취하
394	Tandem(자가-자가)	남	63	다발골수종(MM)ⓣ	취하
395	Tandem(자가-자가)	남	57	다발골수종(MM)ⓣ	취하
396	Tandem(자가-자가)	남	63	다발골수종(MM)ⓣ	취하