

진료심사평가위원회 심의사례 공개(총 8항목)

- 2023. 2. 28. 공개

연번	제 목	페이지
1	[척추한방] 통증조절을 위해 시행한 입원 인정여부	1
2	[척추한방] 외상 등의 사유로 시행한 입원 인정여부	4
3	Eculizumab주사제(품명: 솔리리스주) 및 Ravulizumab(품명: 울토미리스주) 요양급여 대상여부	8
4	심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상여부	11
5	Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 요양급여 대상여부	17
6	Onasemnogene abeparvovec 주사제(품명: 졸겐스마주) 요양급여 대상여부	21
7	스트렌식주 요양급여 대상여부	23
8	조혈모세포이식 요양급여 및 선별급여 대상여부	25

1. [척추한방] 통증조절을 위해 시행한 입원 인정여부

■ 청구내역

- 사례1(여/60세)
  - 청구 상병명: 요통, 요천부
  - 주요 청구내역: 가2가(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 기본입원료 1\*1\*16
- 사례2(여/67세)
  - 청구 상병명: 요추 및 골반의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장
  - 주요 청구내역: 가2가(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 기본입원료 1\*1\*16
- 사례3(여/62세)
  - 청구 상병명: 상세불명의 등통증, 흉추부
  - 주요 청구내역: 가2다(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료 1\*1\*15
- 사례4(여/58세)
  - 청구 상병명: 요통, 요추부
  - 주요 청구내역: 가2다(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료 1\*1\*20
- 사례5(여/39세)
  - 청구 상병명: 요통, 요추부
  - 주요 청구내역:
    - 가2다(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료 1\*1\*4
    - 가2마(4) 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료 1\*1\*11
- 사례6(여/15세)
  - 청구 상병명: 요통, 요추부
  - 주요 청구내역:
    - 가2다(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료 1\*1\*1
    - 가2마(4) 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료 1\*1\*14
- 사례7(남/32세)
  - 청구 상병명: 기타 등통증, 경흉추부
  - 주요 청구내역: 가2가(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 기본입원료 1\*1\*16
- 사례8(여/49세)
  - 청구 상병명: 기타 등통증, 경흉추부
  - 주요 청구내역: 가2가(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 기본입원료 1\*1\*16

■ 심의내용 및 결과

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법」 및 「입원료 일반원칙(고시 제2021-4호, 2021.2.1. 시행)」에 의하면 입원은 질환의 특성 및 환자상태 등을 고려하여 임상적·의학 적 필요성이 있다고 판단되는 경우에 실시하여야 하며 단순한 피로회복, 통원불편 등을 이유로 입원지시를 하여서는 아니 됨. 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.

- 「척추의 염좌 및 긴장, 배부동통에 대한 입원료 인정기준」(심사지침, 공고 제2021-243호, 2021.11.1.)에 의거, 해당 상병으로 입원진료 하는 경우는 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한통증이 있거나 타 질환을 의심할만한 임상적 소견이 있어 감별진단이 필요한 경우로 세부 인정기준을 정하고 있음.

- 이 건(8사례)은 ‘요통, 요추부’ 등 상병으로 통증조절을 위하여 입원한 것으로, 진료내역을 참조하여 다음과 같이 사례별로 결정함.

- 다 음 -

- 사례1(여/60세)  
‘요통, 요천부’ 주상병으로 17일 입원 진료 후 ‘가2가(4) 15307 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 기본입원료’를 청구한 사례임.

제출된 진료기록부 등에서 “보행불리” 증상은 입원이 필요한 상태로 보인다는 의견이 있었으나, 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적이고 객관적인 기록이 미비함. 또한, 입원기간 중 잦은 외출 시행으로 입원이 필요할 정도의 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 인정하지 아니하며 심사사례지침으로 공고하기로 함.**

- 사례2(여/67세)  
‘요추 및 골반의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장’ 주상병으로 17일 입원 진료 후 ‘가2가(4) 15307 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 기본입원료’를 청구한 사례임.

통증조절을 위하여 입원 진료를 시행하였으나, 제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적이고 객관적인 기록이 미비하고 입원이 필요할 정도의 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 인정하지 아니하며 심사사례지침으로 공고하기로 함.**

- 사례3(여/62세)  
‘상세불명의 등통증, 흉추부’ 주상병으로 16일 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료’를 청구한 사례임.

통증조절을 위하여 입원 진료를 시행하였으나, 제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적이고 객관적인 기록이 미비하고 입원이 필요할 정도의 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 인정하지 아니하며 심사사례지침으로 공고하기로 함.**

- 사례4(여/58세)  
‘요통, 요추부’ 주상병으로 21일 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료’를 청구한 사례임.

통증조절을 위하여 입원 진료를 시행하였으나, 제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적이고 객관적인 기록이 미비하고 입원이 필요할 정도의 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 인정하지 아니하며 심사사례지침으로 공고하기로 함.**

- 사례5(여/39세)  
‘요통, 요천부’ 주상병으로 16일 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료’등을 청구한 사례임.

통증조절을 위하여 입원 진료를 시행하였으나, 제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적이고 객관적인 기록이 미비함. 또한, 입원기간 중 잦은 외출 시행으로 입원이 필요

할 정도의 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 인정하지 아니하며 심사사례지침으로 공고하기로 함.**

- 사례6(여/15세)  
‘요통, 요추부’ 주상병으로 15일 입원 진료 후 ‘가2마(4) 15377 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 7등급 간호관리료적용 2인실 입원료’등을 청구한 사례임.

통증조절을 위하여 입원 진료를 시행하였으나, 제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적이고 객관적인 기록이 미비하고 입원이 필요할 정도의 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 인정하지 아니하며 심사사례지침으로 공고하기로 함.**

- 사례7(남/32세)  
‘기타 등통증, 경흉추부’ 주상병으로 17일 입원 진료 후 ‘가2가(4) 15307 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 기본입원료’를 청구한 사례임.

통증조절을 위하여 입원 진료를 시행하였으나, 제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적이고 객관적인 기록이 미비하고 입원이 필요할 정도의 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 인정하지 아니하며 심사사례지침으로 공고하기로 함.**

- 사례8(여/49세)  
‘기타 등통증, 경흉추부’ 주상병으로 17일 입원 진료 후 ‘가2가(4) 15307 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 기본입원료’를 청구한 사례임.

통증조절을 위하여 입원 진료를 시행하였으나, 제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적이고 객관적인 기록이 미비하고 입원이 필요할 정도의 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 인정하지 아니하며 심사사례지침으로 공고하기로 함.**

## ■ 참고

- 「입원료 일반원칙」(고시 제2021-4호, 2021.2.1.)
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」[별표1]

[2022. 6. 23. 광주지원 지역분과위원회]

[2023. 1. 5. 입원료심사조정위원회]

[2023. 1. 31. 중앙심사조정위원회]

## 2. [척추한방] 외상 등의 사유로 시행한 입원 인정여부

### ■ 청구내역

- 사례1(여/64세)
  - 청구 상병명: 요추의 염좌 및 긴장
  - 주요 청구내역: 가2나(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 5인실입원료 1\*1\*14
- 사례2(여/71세)
  - 청구 상병명: 요추의 염좌 및 긴장
  - 주요 청구내역: 가2다(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료 1\*1\*15
- 사례3(여/33세)
  - 청구 상병명: 요추의 염좌 및 긴장
  - 주요 청구내역: 가2나(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 5인실입원료 1\*1\*14
- 사례4(남/65세)
  - 청구 상병명: 요추의 염좌 및 긴장
  - 주요 청구내역: 가2라(4) 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 7등급간호관리료적용 3인실 입원료 1\*1\*14
- 사례5(남/56세)
  - 청구 상병명: 요추의 염좌 및 긴장
  - 주요 청구내역: 가2나(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 5인실입원료 1\*1\*15
- 사례6(남/66세)
  - 청구 상병명: 요추의 염좌 및 긴장
  - 주요 청구내역: 가2다(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료 1\*1\*14
- 사례7(여/22세)
  - 청구 상병명: 요추의 염좌 및 긴장
  - 주요 청구내역:
    - 가2마(4) 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 4인실 입원료 1\*1\*14
    - 가2다(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료[입원16-30일] 1\*1\*3
- 사례9(여/69세)
  - 청구 상병명: 요천추[관절][인대]의 염좌 및 긴장
  - 주요 청구내역: 가2다(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료 1\*1\*15
- 사례10(여/40세)
  - 청구 상병명: 요추의 염좌 및 긴장
  - 주요 청구내역: 가2다(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료 1\*1\*14
- 사례11(남/17세)
  - 청구 상병명: 요통, 요추부
  - 주요 청구내역: 가2다(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료 1\*1\*14

### ■ 심의내용 및 결과

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법」 및 「입원료 일반원칙(고시 제2021-4호, 2021.2.1. 시행)」에 의하면 입원은 질환의 특성 및 환자상태 등을 고려하여 임상적·의학적 필요성이 있다고 판단되는 경우에 실시하여야 하며 단순한 피로회복, 통원불편 등을 이유로 입원지시를 하여서는 아니 됨. 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.
- 「척추의 염좌 및 긴장, 배부동통에 대한 입원료 인정기준」(심사지침, 공고 제2021-243호, 2021.11.1.)에 의거, 해당 상병으로 입원진료 하는 경우는 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한통증이 있거나 타 질환을 의심할만한 임상적 소견이 있어 감별진단이 필요한 경우로 세부 인정기준을 정하고 있음.
- 이 건(10사례)은 ‘요추의 염좌 및 긴장’ 등 상병으로 통증조절을 위하여 입원한 것으로, 진료내역을 참조하여 다음과 같이 사례별로 결정함.
  - 다 음 -
- 사례1(여/64세)
 

내원 2일 전 김장하다 허리 뼈가 터진 후 요통 등을 주소로 15일 입원 진료 후 ‘가2가(4) 15307 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 기본입원료’를 청구한 사례임.

통증 척도(NRS)에 대한 기술은 있으나, 일반적인 통증 평가가 아닌 동 기관만의 입원 시 환자 통증을 기준으로 한 사정 방법으로 확인되며 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적인 기록이 미비함. 잦은 외출을 시행하는 등 입원이 필요할 정도의 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 인정하지 아니함.**
- 사례2(여/71세)
 

내원 2일 전 의료가 침대에서 내려오다 떨어진 후 요통 등을 주소로 16일 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료’를 청구한 사례임.

통증 척도(NRS)에 대한 기술은 있으나, 일반적인 통증 평가가 아닌 동 기관만의 입원 시 환자 통증을 기준으로 한 사정 방법으로 확인되며 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적인 기록이 미비함. 다만, 고령 및 외상으로 인한 통증으로 일정기간 통증경감 여부 및 환자 상태에 대한 경과관찰 기간이 필요하므로 **청구된 입원료 중 1일을 인정하고 그 외의 입원료는 인정하지 아니함.**
- 사례3(여/33세)
 

내원 4일 전 첩봉 운동 중 붓을 놓치면서 수상 후 요통 등을 주소로 15일 입원 진료 후 ‘가2나(4) 15327 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 5인실입원료’를 청구한 사례임.

통증 척도(NRS)에 대한 기술은 있으나, 일반적인 통증 평가가 아닌 동 기관만의 입원 시 환자 통증을 기준으로 한 사정 방법으로 확인되며 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적인 기록이 미비함. 이에, 입원이 필요할 정도의 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 인정하지 아니함.**
- 사례4(남/65세)
 

내원 5일 전 경사면에서 넘어진 후 요통 등을 주소로 17일 입원 진료 후 ‘가2라(4) 15367 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 7등급간호관리료적용 3인실 입원료’를 청구한 사례임.

통증 척도(NRS)에 대한 기술은 있으나, 일반적인 통증 평가가 아닌 동 기관만의 입원 시 환자 통증을 기준으로

로 한 사정 방법으로 확인되며 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적인 기록이 미비함. 이에, 입원이 필요할 정도의 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 인정하지 아니함.**

○ 사례5(남/56세)

내원 3일 전 넘어진 후 요통 등을 주소로 17일 입원 진료 후 '가2나(4) 15327 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 5인실입원료'를 청구한 사례임.

통증 척도(NRS)에 대한 기술은 있으나, 일반적인 통증 평가가 아닌 동 기관만의 입원 시 환자 통증을 기준으로 한 사정 방법으로 확인되며 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적인 기록이 미비함. 이에, 입원이 필요할 정도의 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 인정하지 아니함.**

○ 사례6(남/66세)

내원 5일 전 탁구 치던 중 넘어진 후 요통 등을 주소로 15일 입원 진료 후 '가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료'를 청구한 사례임.

외상 후 통증조절을 위하여 입원 진료를 시행하였으나, 제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적이고 객관적인 기록이 미비함. 이에 입원이 필요할 정도의 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 인정하지 아니하며 심사사례지침으로 공고하기로 함.**

○ 사례7(여/22세)

내원 2일 전 보도블럭에 걸려 넘어진 후 요통 등을 주소로 18일 입원 진료 후 '가2마(4) 15477 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 4인실 입원료'등을 청구한 사례임.

'외상 후 통증조절을 위하여 입원 진료를 시행하였으나, 제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적이고 객관적인 기록이 미비함. 이에 입원이 필요할 정도의 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 인정하지 아니하며 심사사례지침으로 공고하기로 함.**

○ 사례9(여/69세)

내원 1일 전 가구 옮기다가 수상 후 요통 등을 주소로 16일 입원 진료 후 '가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료'를 청구한 사례임.

외상 후 통증조절을 위하여 입원 진료를 시행하였으나, 제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적이고 객관적인 기록이 미비함. 이에 입원이 필요할 정도의 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 인정하지 아니하며 심사사례지침으로 공고하기로 함.**

○ 사례10(여/40세)

내원 2일 전 미끄러지면서 낙상 후 요통 등을 주소로 15일 입원 진료 후 '가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료'를 청구한 사례임.

통증조절을 위하여 입원 진료를 시행하였으나, 제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적이고 객관적인 기록이 미비하고 입원이 필요할 정도의 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 인정하지 아니하며 심사사례지침으로 공고하기로 함.**

○ 사례11(남/17세)

내원 1일 전 빙판에서 미끄러진 후 요통 등을 주소로 15일 입원 진료 후 '가2다(4) 15347 한방병원, 병원·

정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료'를 청구한 사례임.

통증 척도(Pain ratio)에 대한 기술은 있으나, 통상적으로 사용하는 객관적인 통증 평가 사정 방법으로 판단할 수 없고 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적인 기록이 미비함. 이에, 입원이 필요할 정도의 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 인정하지 아니함.**

■ 참고

- 「입원료 일반원칙」 (고시 제2021-4호, 2021.2.1.)
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1]

[2022. 6. 23. 광주지원 지역분과위원회]

[2023. 1. 5. 입원료심사조정위원회]

[2023. 1. 31. 중앙심사조정위원회]

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

- 우리원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 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		모니터링	
				승인	불승인	승인	불승인
총계			3	0	3	-	-
2023. 1.	솔리리스주	비정형 용혈성 요독 증후군	3	0	3	-	-

[Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 대상여부]

- 비정형 용혈성 요독 증후군(aHUS: atypical Hemolytic Uremic Syndrome)
  - 승인신청(3사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2023. 1.	A	남/3	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음. 이 사례는 타 병원에서 자가면역성 용혈성 빈혈에 준해 대증 치료 중 eGFR 감소 등의 소견으로 전원 후 시행한 검사 상 용혈성빈혈 및 신기능 악화 지속되어 혈액투석 시행하며 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함. 제출된 진료기록을 확인한 결과, 자가면역항체 양성 소견 등 참고하여 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목 2)제외대상 자)에 해당하므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.	불승인
	B	남/61	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음. 이 사례는 만성 신장 질환으로 2022년 12월 신장이식 후 펄노, 혈소판 감소, 크레아티닌 상승 등의 혈전 미세혈관병증 소견으로 혈액투석 및 혈장교환술 시행하였으나 무뇨 및 혈소판 감소 악화 등 지속되어 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함. 제출된 진료기록을 확인한 결과, 신장이식 후 면역억제제 사용, 항체 매개성 거부반응에 의한 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목 2)제외대상 마) 및 자)에 해당되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.	불승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
	C	여/43	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 지난 분과위원회 소위원회(2022년 1월)에서 분열적혈구 음성, 최근 혈청 크레아티닌 정상 상한치 미만, 혈장교환 및 혈장주입 시행 후 ADAMTS-13 활성이 시행되어 급여기준 투여대상에 적합하지 않고, 감염, 면역억제제 사용 및 이식거부반응에 의한 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 급여기준 제외대상에 해당하여 불승인된 사례임. 이후 신기능 악화, 단백뇨 증가 등의 소견으로 혈액검사 및 소견서 등 추가 자료 첨부하여 승인신청함. 추가 제출된 자료를 확인한 결과, 면역억제제 사용 및 이식거부반응에 의한 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목 2)제외대상 마) 및 자)에 해당되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p> <p>요양기관에서는 C3 유전자 변이를 사유로 요양급여 승인 요청을 하였으나 C3 유전자 변이는 비정형 용혈성 요독 증후군과의 연관성이 명확하지 않으며, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” (보건복지부 고시 제2021-337호, 2022.1.1.)의 세부인정기준 상 위 유전자와 관련된 고시 기준은 규정되어 있지 않음을 요양기관 측에 안내함.</p>	불승인

[2023. 1. 6.~11. 솔리리스주 분과위원회 소위원회(서면)]

[2023. 1. 31. 중앙심사조정위원회]

[2023. 1. 27.~2. 1. 솔리리스주 분과위원회 소위원회(서면)]

[2023. 2. 14. 중앙심사조정위원회]

#### 4. 심실 보조장치 치료술(VAD\*) 요양급여 대상여부

- 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 건강보험 심사평가원장에게 제출하여야 함. 다만, 사망, 심장이식 실시 또는 환자 추적 곤란 등으로 더 이상의 임상자료 제출이 어려운 경우에는 사유서를 사유 발생일로부터 30일 이내에 제출하여야 함.
    - 이식형 좌심실 보조장치 치료술: 퇴원 시, 시술 후 6개월, 시술 후 1년 이내, 시술 1년 이후 매 1년마다
    - 체외형 심실 보조장치 치료술: 시술 후 3개월, 이후 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	자료 보완	계	승인	불승인	자료 보완
19	1	-	-	-	15	15	-	-	3	3	-	-

#### □ 심실 보조장치 치료술(VAD) 실시기관 승인 여부(총 1기관)

연번	요양기관명(요양기호)	구분	인력기준	장비기준	심장이식술 청구건수	심의결과
1	중앙대학교병원(11100052)	이식형	충족	충족	3건	승인

\*청구건수: 심사년월(2021.2. ~ 2023.1.), 지급, 보험자구분 전체, 심장이식술(Q8080) 청구건수

#### □ 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상 여부(총 18사례)

- 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2018.9.28.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(15사례)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
A	여/58세	승인	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
		(급여)	별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 2019년 좌심실구혈률(LVEF) 41% 소견 확인됨. 2022년 7월부터 호흡곤란 등의 증상으로 입·퇴원 반복하였으며 당시 LVEF 27% 확인됨. 현재 입원하여 정맥강심제 의존적으로 NYHA class IV, Intermacs level 3 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
B	여/67세	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 확장성 심근병증 환자로 2020년부터 심부전 약물치료 지속하였으며 2022년 8월 삽입형 제세동기 적용함. 정맥강심제 의존적으로 좌심실구혈률 22.4%, NYHA class IV, Intermacs level 3 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
C	여/58세	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 유전자 변이 동반되어 있는 확장성 심근병증 환자(Familial DCMP)로 2020년 12월 삽입형 제세동기 시행 후에도 심부전 악화 지속되어 2022년 10월 심장재동기화치료 시행함. 심장지수 1.88L/min/m <sup>2</sup> , NYHA class IV, Intermacs level 2 등의 말기 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
D	여/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 확장성 심근병증 환자로 2018년 2월 심장초음파 상 좌심실구혈률(LVEF) 19% 확인됨. 2022년 8월부터 심부전 증상으로 입·퇴원 반복하며 약물조절하였으나 12월 호흡곤란 악화로 재입원하여 정맥강심제 의존적으로 LVEF 19%, NYHA class IV, Intermacs level 3 등의 말기 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
E	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.

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 2016년부터 심부전 약물치료 지속하던 중 2019년 부정맥 지속되어 삽입형 제세동기 시행함. 심장초음파 상 좌심실구혈률 24%, NYHA class IV, Intermacs level 2 등의 말기 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
F	남/55세	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 2022년 10월 심정지로 체외순환막형산화요법(ECMO) 적용 하에 관상동맥중재술 시행함. ECMO 지속하여 유지 중으로 정맥강심제 의존적이며 좌심실구혈률 16%, NYHA class IV, Intermacs level 1 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
G	남/67세	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 심부전 환자로 2005년 급성 심근경색으로 관상동맥중재술 시행함. 2009년 심장초음파상 좌심실구혈률 35% 확인됨. 이후 관련 약물치료 지속하였으나 2022년 2월부터 심부전 증상으로 4차례 입원치료 반복하였음. 정맥강심제 의존적으로 좌심실구혈률 23.5%, NYHA class IV, Intermacs level 3 등의 말기 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
H	남/47세	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 2021년 7월 급성 심근경색으로 관상동맥우회술 시행함. 당시 좌심실구혈률(LVEF) 22% 확인됨. 2022년 1월 호흡곤란으로 입원시 LVEF 18%, 현재 14%로 정맥강심제 의존적이며 NYHA class III, Intermacs level 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
I	여/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 확장성 심근병증 환자로 2020년 호흡곤란 주호소로 응급실 방문하여 시행한 심장초음파 상 좌심실구혈률(LVEF) 29.3% 확인됨. 이후 지속적인 약물치료

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			에도 불구하고 심부전 호전되지 않아 입원치료 중임. 정맥강심에 의존적으로 LVEF 19.9%, NYHA class IV, Intermacs level 3 등의 말기 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
J	남/72세	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 허혈성 심근병증 환자로 2021년 관상동맥질환 확인되었으나 대상자 상태 고려하여 약물치료 지속함. 2022년 12월 심근경색으로 체외순환막형산화요법(ECMO) 적용 하에 관상동맥중재술 시행함. 이후 ECMO 지속 적용 중으로 좌심실구혈률 14%, NYHA class IV, Intermacs level 1 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
K	남/75세	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 허혈성 심근병증 환자로 2020년 심근경색으로 관상동맥중재술 후 2022년 4월 심장재동기화치료 시행함. 이후에도 심부전 증상으로 입·퇴원 반복하였으며 정맥강심제 의존적으로 좌심실구혈률 22%, NYHA class IV, Intermacs level 3 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
L	여/75세	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 허혈성 심근병증 및 심장판막질환 동반된 환자로 2011년 관상동맥중재술, 2019년 관상동맥우회술 및 대동맥판막치환술 등을 시행함. 반복되는 부정맥으로 인하여 2019년 삼입형 제세동기 적용 후 2022년 3월 심장재동기화치료로 전환함. 정맥강심제 사용 중으로 좌심실구혈률 21.9%, NYHA class III, Intermacs level 3 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
M	여/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 심장이식이 적합하지 않은 확장성 심근병증 환자로

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			2004년 좌심실구혈률(LVEF) 38% 확인됨. 2021년부터 심부전 악화 진행되었으며 2022년 11월 LVEF 18.1% 확인됨. 2022년 12월 입원하여 정맥강심제 사용 후 퇴원하였으나 심인성 쇼크 발생하여 체외순환막형산화요법 적용하에 입원 중임. NYHA class IV, Intermacs level 1 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
N	남/68세	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 환자로 2014년부터 약물치료 시작 후 좌심실구혈률(LVEF) 20% 유지하였으나 2022년부터 심부전 증상 악화됨. 2023년 1월 실신으로 입원치료 하던 중 무맥성 심실빈맥 발생하여 심폐소생술 시행하고 현재까지 정맥강심제 유지하여 입원 중으로 LVEF 17%, NYHA class IV, Intermacs level 3 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
O	남/62세	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 2013년 관상동맥중재술, 2022년 5월 삼입형 제세동기 시행함. 정맥강심제 의존적으로 NYHA class III, Intermacs level 2 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.

○ 체외형 좌심실 보조장치 치료술(3사례)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
P	남/1세	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 환자로 재태연령 37주로 출생함. 산전진단으로 대동맥 축착과 심실중격결손 확인되었으며 2021년 3월 출생 후 관련 교정술 시행함. 이후 심비대, 좌심실구혈률(LVEF) 17.7% 소견으로 약물치료 시작하였으나 심부전 증상 지속됨. 정맥강심제 의존적으로 LVEF 16.3%, NYHA class IV, Intermacs level 3 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
Q	남/4세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 심실대혈관연결불일치 환자로 산전초음파 상 수정 대혈관 전위, 심실중격결손 등이 확인되어 출생 후 지속적으로 교정술 시행함. 2022년 3월 심방치환술(Rastelli) 시행 후 완전방실차단 발생하여 인공심박동기 적용함. 지속적으로 입원치료 중으로 정맥강상제 의존적으로 NYHA class IV, Intermacs level 1 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
R	여/12세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증(DCMP) 환자로 2022년 5월 흉통으로 DCMP 진단 당시 좌심실구혈률(LVEF) 32% 확인됨. 2023년 1월 호흡곤란 등의 증상으로 시행한 초음파 상 LVEF 12%로 정맥강상제 적용 하에 입원 중임. NYHA class IV, Intermacs level 3 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.

[2023. 1. 9.~12. 심실 보조장치 치료술 분과위원회(서면)]

[2023. 1. 31. 중앙심사조정위원회]

[2023. 1. 19.~1. 20. 심실 보조장치 치료술 분과위원회(서면)]

[2023. 1. 25.~1. 27. 심실 보조장치 치료술 분과위원회(서면)]

[2023. 2. 14. 중앙심사조정위원회]

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

- 우리원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 따라 스피라자주 요양급여 여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- 「Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 사전승인 등에 관한 세부사항」 건강보험심사평가원 공고(제2019-107호, 2019. 4. 8.시행)에 의거하여
  1. 스피라자주의 요양급여를 신청하고자 하는 경우에는 별지 제1호 서식에 따른 스피라자주 요양급여 신청서를 제출하여야 함(제3조제1항).
  2. 스피라자주 요양급여를 승인받은 경우 4개월마다 유지용량 투여 전 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 제출하여야 함(제7조제1항).
  3. 사전승인 신청기관은 요양급여대상으로 승인받은 경우 심의결과를 통보 받은 날부터 60일 이내에 스피라자주를 투여하여야 하고, 60일을 경과하여 투여하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함(제3조제3항).

### □ 스피라자주 요양급여 대상여부(37사례)

(단위: 건)

전체	요양급여 신청				투여 모니터링 보고				이의신청			
	소계	승인	자료 보완	불승 인	소계	승인	자료 보완	불승 인	소계	인정	자료 보완	가각
37	0	0	0	0	36	32	0	4	1	0	0	1

### 1. 스피라자주 투여 모니터링 보고-투여 유지여부(36사례)

심의년월	사례	성별	나이	SMA type	최초투여일	예정 차수	심의 결과	심의내용
2023. 1.	A	여	6년 2개월	1	'18.04.09.	18	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 승인함.
	B	남	5년 1개월	1	'18.04.07.	18	승인	
	C	여	8년 5개월	2	'19.07.09	14	승인	
	D	여	16년	2	'19.08.12.	14	승인	
	E	남	5년 6개월	2	'19.07.24.	14	승인	
	F	여	6년 9개월	2	'19.08.05.	14	승인	
	G	여	14년 11개월	2	'19.07.29.	14	승인	
	H	여	5년 8개월	2	'19.07.22.	14	승인	

심의년월	사례	성별	나이	SMA type	최초투여일	예정 차수	심의 결과	심의내용
	I	여	8년 2개월	2	'19.10.29.	13	승인	
	J	여	28세	2	'19.12.18.	13	승인	
	K	여	28세	2	'19.12.19.	13	승인	
	L	남	6년 9개월	2	'19.12.13.	13	승인	
	M	여	20세	2	'20.04.01.	12	승인	
	N	여	12년 2개월	2	'20.04.08.	12	승인	
	O	여	26세	2	'20.03.04	12	승인	
	P	여	18세	2	'20.03.04	12	승인	
	Q	여	30세	2	'20.04.01	12	승인	
	R	여	30세	2	'20.04.01.	12	승인	
	S	여	4년 1개월	2	'20.07.27.	11	승인	
	T	여	3년 11개월	2	'20.11.25.	10	승인	
	U	여	41세	2	'21.06.29	8	승인	
	V	여	4년 8개월	2	'21.07.27.	8	승인	
	W	여	27세	2	'21.12.23.	7	승인	
	X	남	25세	2	'22.03.31.	6	승인	
	Y	남	25세	2	'22.04.06.	6	승인	
	Z	여	1년 6개월	2	22.08.11.	5	승인	
	Z1	여	10년 6개월	3	'19.07.29.	14	승인	
	Z2	여	10년 3개월	3	'19.10.29.	13	승인	
	Z3	여	18세	3	'20.07.14.	11	승인	
	Z4	남	25세	2	'21.08.04.	8	승인	이 것은 제출된 운동 기능평가 결과 직전 평가시점과 비교하여 운동기능의 유지 또는 개선이 확인되는 등 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건 복지부 고시(2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다.

심의년월	사례	성별	나이	SMA type	최초투여일	예정 차수	심의 결과	심의내용
								목에서 정한 중단기준에 해당하지 아니하여, 급여기준에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 승인함.
								다만, 다음 모니터링 시 약제가 환자의 치료에 도움을 주고 있는 부분에 대한 진료계획서, 운동기능평가에서 획득된 점수 (Right hip flexion in supine 및 Left hip flexion in supine 등)를 확인할 수 있는 영상 및 스피라자주 투여 후 호전되었다고 주관적으로 느끼는 운동기능을 확인할 수 있는 동영상 자료를 제출토록 함. (운동기능평가도구에서 정한 점수 획득 기준을 준수하여 검사를 요하며, 제출된 점수가 동영상에서 확인되지 않거나 점수 변화가 없을 경우 중단이 고려될 수 있다는 전문가 의견임.)
	Z5	남	23세	3	'20.04.21.	12	승인	이 것은 「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 스피라자주를 요양급여 대상으로 승인함.
	Z6	남	21세	2	'21.08.05.	8	승인	다만, 다음 모니터링 시 운동기능평가에서 획득된 점수를 확인할 수 있는 동영상 자료를 제출토록 함. (운동기능평가도구에서 정한 점수 획득 기준을 준수하여 검사를 요함.)
	Z7	여	25세	2	'19.09.27.	13	불승인	이 것은 제출된 자료로는 스피라자주 투여에 따른 운동기능의 유지 또는 개선이라고 판단할 수 없음.
	Z8	여	37세	2	'19.11.20.	13	불승인	이에, 이 것은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건 복지부 고시(2019-69호, 2019. 4. 8. 시행) 별지 2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다.목에서 정한 중단기준 중 운동 기능의 유지 또는 개선을 2회 연속 입증하지 못하였으므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정하지 아니함.
	Z9	여	36세	2	'19.11.20.	13	불승인	

심의년월	사례	성별	나이	SMA type	최초투여일	예정차수	심의결과	심의내용
	Z10	남	42세	2	'20.04.09.	12	불승인	<p>이 건은 제출된 동영상 에서 한 손으로 지지하고 앉아 있는 상태로 운동기능 평가(HFMSE)의 총점은 2점에 해당될 것으로 보여, 제출된 자료로는 스피라자주 투여에 따른 운동기능의 유지 또는 개선이라고 판단할 수 없음.</p> <p>이에, 이 건은 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제) 보건복지부 고시(2019-69호, 2019. 4. 8. 시행) 별지 2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다.목에서 정한 중단기준 중 운동 기능의 유지 또는 개선을 2회 연속 입증하지 못하였으므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정하지 아니함.</p>

2. 스피라자주 투여 모니터링 보고-이의신청(1사례)

심의년월	사례	성별	나이	S M A type	최초투여일	예정차수	심의결과	심의내용
2023. 1.	Z11	여	22세	2	'20.06.30.	11	기각	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(2019-69호, 2019. 4. 8. 시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다.목에 의하면, 운동기능의 유지 또는 개선을 2회 연속 입증하지 못하는 경우 스피라자주 투여를 중단토록 정하고 있으며, 이 때 운동기능평가도구는 HINE2 또는 HFMSE를 사용토록 함.</p> <p>이 건은 제출된 자료로는 스피라자주 투여에 따른 운동기능의 유지 또는 개선이라고 판단할 수 없어 불승인된 건임.</p> <p>이의신청 시 추가로 제출한 자료에서도 스피라자주 투여에 따른 운동기능의 유지 또는 개선이 입증되지 않음, 따라서 기존 분과 위원회의 불승인 결정이 타당하다고 판단되므로 이의신청을 기각함.</p>

[2023. 1. 11. 스피라자주 분과위원회]

[2023. 1. 31. 중앙심사조정위원회]

6. Onasemnagene abeparvovec 주사제(품명: 줄겐스마주) 요양급여 대상 여부

- 우리원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 (보건복지부고시 제2022-181호, 2022. 8. 1.시행) 및 (경과규정) Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주)를 투여하고 있는 환자의 교체투여 인정 조건에 따라 줄겐스마주 요양급여 여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- Onasemnagene abeparvovec 주사제(품명: 줄겐스마주) 사전승인 등에 관한 세부사항」 (건강보험심사평가원 공고 2022-189호, 2022. 8. 1.시행)에 의거하여
  1. 줄겐스마주의 요양급여를 신청하고자 하는 경우에는 별지 제1호 서식에 따른 줄겐스마주 요양급여 신청서를 제출하여야 함(제3조제1항).
  2. 줄겐스마주 요양급여를 승인받은 경우 6개월마다 별지 제3호 서식에 따른 모니터링 보고서를 제출하여야 함(제7조).

□ 줄겐스마주 요양급여 대상여부(2사례)

(단위: 사례)

전체	요양급여 신청			
	소계	승인	불승인	자료보완
줄겐스마주	2	2	-	-

- 줄겐스마주 요양급여 대상여부
  - 줄겐스마주 요양급여 신청(2사례)

심의년월	사례	성별	나이	심의결과	심의내용
2023. 1.	A	여	4개월	승인	<p>이 사례는 생후 2개월부터 목가누기가 안되고 움직임이 적어지는 증상으로 22년 12월 시행한 유전자검사 결과에서 SMN1 유전자 결손이 확인되어 Onasemnagene abeparvovec 주사제(품명: 줄겐스마주)의 요양급여를 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 (보건복지부 고시 제2022-181호, 2022. 8. 1.시행)에 따라, 가.투여대상 조건을 모두 만족하고, 나.제외기준에 해당하지 않으므로 Onasemnagene abeparvovec 주사제(품명: 줄겐스마주)의 요양급여를 승인함.</p>

	B	남	10개월	승인	<p>이 사례는 생후 5개월부터 뒤집기가 불가능하며 이후 대근육 발달이 진행되지 않아 22년 12월 시행한 유전자검사 결과에서 SMN1 유전자 결손이 확인되어 Onasemnogene abeparvovec 주사제(품명: 줄겐스마주)의 요양급여를 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 「요양급여의 적용 기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」(보건복지부 고시 제2022-181호, 2022. 8. 1.시행)에 의한 제외 기준에는 해당하지 않으며, 투약시점 기준 생후 10개월로 환자 상태 등을 고려하여 이득이 있을 것으로 판단되는 등 투여대상 조건을 모두 만족하여 Onasemnogene abeparvovec 주사제(품명: 줄겐스마주)의 요양급여를 승인함.</p>
--	---	---	------	----	---

[2023. 1. 25. 줄겐스마주 분과위원회]

[2023. 1. 31. 중앙심사조정위원회]

## 7. 스트렌식주 요양급여 대상 여부

- 우리원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 Asfotase alfa 주사제(품명: 스트렌식주40mg/mL 등) 보건복지부 고시(제2020-107호(약제), 2020. 6. 1.시행)에 따라 요양급여 여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- 「Asfotase alfa 주사제(품명: 스트렌식주) 사전승인 등에 관한 세부사항」 건강보험심사평가원 공고(제2020-166호, 2020. 6.1. 시행)에 따라
  1. 스트렌식주의 요양급여를 신청하고자 하는 경우에는 별지 제1호 서식에 따른 스트렌식주 요양급여 사전승인 신청서를 제출하여야 함(제3조제1항).
  2. 스트렌식주 요양급여를 승인받은 요양기관은 치료시작 후 3개월, 6개월, 이후에는 6개월마다 유지용량 투여 전 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 제출하여야 함(제7조제1항)
  3. 사전승인 신청기관은 요양급여대상으로 승인받은 경우 심의결과를 통보받은 날부터 60일 이내에 스트렌식주를 투여하여야 하고, 60일을 경과하여 투여하게 되는 경우에는 재신청하여야 함(제3조제2항).

### □ 스트렌식주 요양급여 대상여부 심의결과 총괄

(단위: 건)

심의년월	합계	스트렌식주 요양급여 신청					스트렌식주 투여 모니터링 보고					
		소계	승인(급여)	전액 본인부담	불승인	자료 보완	소계	승인(급여)	전액 본인부담	불승인	자료 보완	종료
2023. 1.	2	-	-	-	-	-	2	2	-	-	-	-

### □ 스트렌식주 투여 모니터링 보고-투여 유지여부(2사례)

사례	성별/나이	최초 투여일	투여예정(급여)차수	심의결과	심의내용
A	남/8세	'16.1.11	16(6)	승인(급여)	<p>「스트렌식주 급여기준(보건복지부 고시 제 2020-107호, 2020.6.1.시행)」 1-라-1) 치료 시작 1년 후 환자군별 투여 중지 기준에서 '그 외 만18세 이하 환자'는 1) 키의 소실이 일어나거나 감소, 2) 6분보행검사에서 개선이 없거나 기대치를 달성하지 못한 경우(치료 전 검사 대비 &lt;25m 또는 &lt;10% 증가) 혹은 Bleck 점수가 1단계 이상 하락한 경우, 3) 진통제 투여 횟수의 유의한 감소를 달성하지 못했거나 PedsQL로 측정된 삶의 질에서 개선을 달성하지 못한 경우 중 2개 이상에 해당하는 경우 투약을 중지하여야 한다고 규정하고 있음.</p> <p>이 사례는 직전 평가 시점과 비교하여 최근 6개월간</p>

사례	성별/나이	최초 투여일	투여예정(급여)차수	심의결과	심의내용
					키 3cm 성장, 통증 scale 0, Bleck score 3, PedsQL (대상자) 호전(1,475→1,600) 등이 확인되어 급여기준에 부합하므로 스트렌식주 지속투여 요양급여 대상으로 인정함.
B	남/6세	'16.6.22	15(6)	승인(급여)	「스트렌식주 급여기준(보건복지부 고시 제 2020-107호, 2020. 6. 1.시행)」 1-라-1) 치료 시작 1년 후 환자군별 투여 중지 기준에서 '그 외 만18세 이하 환자'는 1) 키의 소실이 일어나거나 감소, 2) 6분보행검사에서 개선이 없거나 기대치를 달성하지 못한 경우(치료 전 검사 대비 <25m 또는 <10% 증가) 혹은 Bleck 점수가 1단계 이상 하락한 경우, 3) 진통제 투여 횟수의 유의한 감소를 달성하지 못했거나 PedsQL로 측정된 삶의 질에서 개선을 달성하지 못한 경우 중 2개 이상에 해당하는 경우 투약을 중지하여야 한다고 규정하고 있음. 이 사례는 직전 평가 시점과 비교하여 최근 6개월간 키 3cm 성장, 통증 scale 0, Bleck score 9, PedsQL (대상자) 호전(2,050→2,100), PedsQL(보호자) 호전(2,000→2,075) 등이 확인되어 급여기준에 부합하므로 스트렌식주 지속투여 요양급여 대상으로 인정함.

[2023. 1. 16.~19. 스트렌식주 분과위원회(서면)]  
[2023. 2. 14. 중앙심사조정위원회]

### 8. 조혈모세포이식 요양급여/선별급여 대상여부

#### □ 조혈모세포이식 요양급여 및 선별급여 대상 여부

- 우리원에서는 「조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2022-313호, 2023. 1. 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 인정할 수 있음.
  - 선별급여대상 환자가 **조혈모세포이식을 시행받기 위해 입원한 경우**, 「조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준」(보건복지부 고시 제2022-313호, 2023. 1. 1.시행) [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**토록 함.
  - 그 외의 기간에 이루어지는 진료비(경사와 합병증 및 후유증 진료비 등)에 대하여는 **국민건강보험법 시행령 [별표2] 및 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준에 따라 본인부담률을 적용**함.

#### □ 조혈모세포이식 대상자 승인

##### ○ 심의결과

구분		계	동종	제대혈	자가
<b>총 접수</b>		<b>262</b>	<b>135</b>	<b>1</b>	<b>126</b>
처리결과	요양급여	196	94	1	101
	선별급여	66	41	0	25

※ 신청기관 : 38개 요양기관

○ 심의내용

구분	건수	결정결과	상병	결정내용	
해 중	총 135건	요양급여 : 94건	급성골수성백혈병 : 35건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-가에 의하면 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 요양급여대상 기준은 "1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 1차 또는 2차 혈액학적으로 완전관해 되고, 미세잔류암(Minimal Residual Disease)이 양성인 경우 2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적으로 완전관해 된 경우"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 1차 혈액학적 완전관해 된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 2차 혈액학적 완전관해 된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> <p>이 건은 Acute Bileneal Leukemia으로 진단받고 동종 조혈모세포이식 예정으로 이 상병은 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 요양급여대상 기준을 만족하면 요양급여로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 Acute Bileneal Leukemia으로 1차 혈액학적 완전관해 된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> <p>이 건은 혼합표현형급성백혈병으로 1차 혈액학적 완전관해 된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>	
				만성골수성백혈병 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-나에 의하면 만성골수성백혈병(Chronic Myeloid Leukemia) 요양급여대상 기준은 "WHO criteria에서 제시한 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우 1) 티로신 키나제 억제제(TKI)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우 (18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상) 2) T3151 mutation 확인된 경우"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 만성골수성백혈병으로 1차 혈액학적 완전관해 된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> <p>또한, 조혈모세포이식 고시 개정 관련 질의응답(보건복지부 고시 제2022-313호, 2023.1.1. 시행)의 사례별 상병-2에 의하면 Atypical CML 인정기준은 '진단 시 인정 가능'으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 만성골수성백혈병으로 18세 이상에서 Atypical CML로 진단 받아 사례별 심의를 통해 요양급여대상으로 승인함.</p>
					급성림프모구백혈병 : 30건

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>또는 2차 혈액학적으로 완전관해 된 경우"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단 시 15세 이상에서 1차 혈액학적 완전관해 된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단 시 15세 이상에서 2차 혈액학적 완전관해 된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-다-1-나)에 의하면 진단 시 15세 미만이고, 고위험군에 해당하는 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)의 요양급여대상 기준은 "진단 시 15세 미만이고 다음 고위험군 중 하나에 해당하며, 1차 또는 2차 혈액학적으로 완전관해 된 경우 (1) 염색체 검사 (가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 (나) t(v:11q23) 또는 MLL 재배열 (다) 염색체수 44 미만 (2) 연령 - 진단 시 1세 미만 (3) 백혈구 수 - 100 X 10<sup>9</sup>/L 이상 (4) 치료반응 - 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (5) T세포 급성림프모구백혈병 (가) Poor Steroid Response (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사서서 백혈병세포가 존재하는 경우) (다) Early T cell Precursor Phenotype"으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단 시 15세 미만이고, 고위험군에 해당하면서 1차 혈액학적 완전관해 된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단 시 15세 미만이고, 고위험군에 해당하면서 2차 혈액학적 완전관해 된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-다-1-다)에 의하면 진단 시 15세 미만이고, 고위험군에 해당하지 않는 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)의 요양급여대상 기준은 "진단 시 15세 미만이고 고위험군이 아니면서, 다음 중 하나에 해당하는 경우 (1) 1차 혈액학적으로 완전관해 유지 중이면서 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 (2) 2차 또는 3차 혈액학적으로 완전관해 된 경우"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단 시 15세 미만이고, 고위험군이 아니면서 2차 혈액학적 완전관해인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			골수형성이상증후군 : 15건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-마에 의하면 골수</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)의 요양급여대상 기준은 "1) 골수형성이상증후군 예후분류법(IPSS, IPSS-R, WPSS)인 다음 중 하나에 해당되는 경우 가) 고위험군인 경우 (1) IPSS: Intermediate-2 또는 high (2) IPSS-R, WPSS: high 또는 very high (나) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 (1) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu\text{l}</math> 이하 이면서 혈소판 20,000/<math>\mu\text{l}</math> 이하 (2) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응 증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 6units 이상의 적혈구 수혈이 필요한 경우 2) 진단 시 18세 미만 소아는 사례별로 결정한다."로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 가) 고위험군인 경우에 해당 하여 요양급여대상으로 승인함.</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 (나) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 절대 호중구수 500/<math>\mu\text{l}</math> 이하, 혈소판 20,000/<math>\mu\text{l}</math> 이하인 경우에 해당 하여 요양급여대상으로 승인함.</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 (나) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy에 불응하 거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 최근 6개월 이내 6units 이상의 적혈구 수혈을 시행한 경우에 해당하여 요양급 여대상으로 승인함.</p>
			비호지킨림프종 : 3건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-사-1)-(가)에 의하 면 비호지킨 림프종의 요양급여대상 기준은 "(가) 1차 표준항 암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 (1) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우 (2) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제 외) (3) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 Lymphoblastic T cell lymphoma로 표준항암화학요 법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승 인함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-사-1)-(나)에 의하 면 비호지킨 림프종의 요양급여대상 기준은 "표준항암화학요 법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로 서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해 당하는 경우를 원칙으로 한다. (1) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma (2) Follicular</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma (3) Mantle Cell Lymphoma+G43 (4) Diffuse Large B Cell Lymphoma (5) Burkitt Lymphoma (6) Peripheral T-cell Lymphoma 중 일부 (7) Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome IIB 이상+G43 (8) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (9) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 (4) Diffuse Large B Cell Lymphoma의 자가 조혈모 세포이식 재발인 경우로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			중증재생불량성빈혈 : 6건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-라에 의하면 중증 재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)의 요양급여대상 기 준은 "1년 이내 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서 (cellularity가 25% 이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세 포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 가) 절대호중구수(ANC)가 500/<math>\mu\text{l}</math> 이하 나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상 적혈구 60x109/L 다) 혈소판 20,000/<math>\mu\text{l}</math> 이하"로 규정하고 있 음.</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 1년 이내 골수검사 결과 세포 총실도가 25%이하이면서 교정 망상적혈구 1.0% 이하, 혈소 판 20,000/<math>\mu\text{l}</math> 이하로 확인되어 요양급여대상으로 승인함.</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 1년 이내 골수검사 결과 세포 총실도가 25%이하이면서 절대호중구수가 500/<math>\mu\text{l}</math> 이하, 혈소 판 20,000/<math>\mu\text{l}</math> 이하로 확인되어 요양급여대상으로 승인함.</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 1년 이내 골수검사 결과 세포 총실도가 25%이하이면서 절대 망상적혈구 60x109/L 이하, 혈소판 20,000/<math>\mu\text{l}</math> 이하로 확인되어 요양급여대상으로 승인함.</p>
			일차골수성유증 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-차에 의하면 일차 골수성유증(Primary Myelofibrosis)의 요양급여대상 기준은 " 일차골수성유증의 예후지표인 DIPSS(Dynamic International Prognostic Scoring System) plus risk category 중 고위험도 (High risk)와 중등위험도-2 (Intermediate-2)에 해당하는 경 우"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 일차골수성유증으로 DIPSS plus risk category 중 Intermediate-2에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			활성화된PI3K델타증후군 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-하에 의하면 1차 면역결핍 질환(Primary Immunodeficiencies)의 요양급여대상 기준은 "1) Wiskott-Aldrich Syndrome - 임상 양상 및 유전자검사 또는 질환의 특이검사 등으로 진단된 경우 2) 중증 복합면역결핍증(Severe Combined Immunodeficiencies, SCIDs) - 임상 양상 및 유전자검사</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				또는 질환의 특이검사 등으로 진단된 경우 사례별로 인정한다."로 규정하고 있음.  이 건은 중증 복합면역결핍증(Severe Combined Immunodeficiencies, SCIDs)에 준하여 사례별 심의를 통해 요양급여대상으로 승인함.
		선별급여 : 41건	급성골수성백혈병 : 12건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-가에 의하면 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 요양급여대상 기준은 "1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 1차 또는 2차 혈액학적으로 완전관해 되고, 미세잔류암(Minimal Residual Disease)이 양성인 경우 2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적으로 완전관해 된 경우"로 규정하고 있음.  이 건은 급성골수성백혈병으로 골수검사 상 완전관해가 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.  이 건은 급성골수성백혈병으로 말초혈액검사 상 혈액학적 완전관해가 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.  조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 1] 2-가에 의하면 조혈모세포 공여자와의 조직형 일치 정도 요양급여대상 기준은 "조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. 1) 혈연 공여자의 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다. 2) 비혈연 공여자의 경우 - 상기 가)에 해당하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다. 3) 혈연 공여자에서 반일치(Haploidentical)하는 경우 - 상기 1) 또는 2)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 조혈모세포이식에 한하여 인정한다."로 규정하고 있음.  이 건은 2차 반일치 동종 조혈모세포이식에 해당하여 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.  조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 1] 1에 의하면 시술 예

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				정자의 연령 요양급여대상 기준은 "조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만70세 미만 이어야한다."로 규정하고 있음.  이 건은 시술 예정자의 연령이 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			급성림프모구백혈병 : 11건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-다-1-가)에 의하면 진단 시 15세 이상인 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)의 요양급여대상 기준은 "진단 시 15세 이상에서 1차 또는 2차 혈액학적으로 완전관해 된 경우"로 규정하고 있음.  이 건은 진단 시 15세 이상의 급성림프모구백혈병으로 완전관해가 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.  이 건은 급성골수성백혈병으로 말초혈액검사 상 혈액학적 완전관해가 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.  이 건은 Lymphoblastic Lymphoma/Leukemia로 진단받고 동종 조혈모세포이식 예정으로 이 상병은 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia) 요양급여대상 기준을 만족하면 요양급여 인정하고 있음.  이 건은 Lymphoblastic Lymphoma로 골수검사 및 상병의 완전관해가 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.  조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-다-2)에 의하면 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)의 2차 조혈모세포이식 요양급여대상 기준은 "1차 이식 후 재발하여 다시 관해 되고, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준에 적합하다고 판단되는 경우에 한하여 동종 조혈모세포이식 인정"로 규정하고 있음.  이 건은 급성림프모구백혈병으로 1차 조혈모세포이식 후 재발

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>되어 2차 동종 조혈모세포이식 예정으로 완전관해가 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 1] 2-가에 의하면 조혈모세포 공여자와의 조직형 일치 정도 요양급여대상 기준은 "조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. 1) 혈연 공여자의 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다. 2) 비혈연 공여자의 경우 - 상기 가)에 해당하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다. 3) 혈연 공여자에서 반일치(Haploidentical)하는 경우 - 상기 1) 또는 2)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 조혈모세포이식에 한하여 인정한다."로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 2차 반일치 동종 조혈모세포이식에 해당하여 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 1] 1에 의하면 시술 예정자의 연령 요양급여대상 기준은 "조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만70세 미만 이어야한다."로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 시술 예정자의 연령이 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			만성골수성백혈병 : 3건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-나에 의하면 만성골수성백혈병(Chronic Myeloid Leukemia) 요양급여대상 기준은 "WHO criteria에서 제시한 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우 1) 티로신 키나제 억제제(TKI)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우 (18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상) 2) T3151 mutation 확인된 경우"로 규정하고 있음.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>이 건은 만성골수성백혈병으로 18세 이상에서 2개 이상 TKI 불내성이 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 만성골수성백혈병 급성기로 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia) 요양급여대상 기준을 만족하면 요양급여 인정하고 있으나, 말초혈액검사 상 혈액학적 완전관해가 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			골수형성이상증후군 : 6건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-마에 의하면 골수형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)의 요양급여대상 기준은 "1) 골수형성이상증후군 예후분류법(IPSS, IPSS-R, WPSS)인 다음 중 하나에 해당되는 경우 가) 고위험군인 경우 (1) IPSS: Intermediate-2 또는 high (2) IPSS-R, WPSS: high 또는 very high (나) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 (1) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu</math>l 이하 이면서 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하 (2) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응 중에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 6units 이상의 적혈구 수혈이 필요한 경우 2) 진단 시 18세 미만 소아는 사례별로 결정한다."로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 중간위험군이면서 말초혈액검사 상 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu</math>l 이하이면서 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하에 해당하지 않으며, EPO제제와 IST 치료에 대한 불응성이 확인되지 않고, 최근 6개월 이내 6units 이상 적혈구 수혈력이 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 중간위험군이면서 말초혈액검사 상 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu</math>l 이하이면서 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하에 해당하지 않으며, 최근 6개월 이내 6units 이상 적혈구 수혈력이 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>이 건은 골수형성이상증후군으로 Low risk에 해당하여 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 CMML로 진단받고 동종 조혈모세포이식 예정으로 이 상병은 골수형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)의 요양급여대상 기준을 만족하면 요양급여로 인정하고 있으나, 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 1] 2-가에 의하면 조혈 모세포 공여자와의 조직형 일치 정도 요양급여대상 기준은 " 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. 1) 혈연 공여자의 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다. 2) 비혈연 공여자의 경우 - 상기 가)에 해당하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다. 3) 혈연 공여자에서 반일치 (Haploidentical)하는 경우 - 상기 1) 또는 2)에 해당하는 공 여자가 없는 경우에 실시하는 1차 조혈모세포이식에 한하여 인정한다."로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 2차 반일치 동종 조혈모세포이식에 해당하여 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			비호지킨림프종 : 4건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-사-1)에 의하면 비호지킨 림프종의 요양급여대상 기준은 "(가) 1차 표준항암 화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 (1) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우 (2) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) (3) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (나) 표준항암화학 요법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 한다. (1) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma (2) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma (3) Mantle Cell Lymphoma+G43 (4) Diffuse Large B Cell Lymphoma (5) Burkitt Lymphoma (6) Peripheral T-cell Lymphoma 중 일부 (7) Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상+G43 (8) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (9) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 Primary cutaneous CD 8 positive aggressive epidermotropic T cell lymphoma으로 구제항암화학요법 후 부분반응 이상이 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 Mycosis Fungoides로 구제항암화학요법 후 부분반응 이상이 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2의 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			중증재생불량성빈혈 : 1건	<p>이 건은 (6) Peripheral T-cell Lymphoma 중 일부로 구제항 암화학요법 후 부분반응 이상이 확인되지 않아 기준에 적합하 지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2 에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50 을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-라에 의하면 중증재 생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)의 요양급여대상 기준은 "1년 이내 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서 (cellularity가 25% 이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포 가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2 개 이상의 소견이 확인되는 때 가) 절대호중구수(ANC)가 500/<math>\mu</math>l 이하 나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x109/L 다) 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하"로 규정하고 있음.</p>
			일차골수성유증	<p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 골수검사 상 세포총실도를 확 인할 수 없어 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대 상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간 의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-자에 의하면 일차 골수섬유증(Primary Myelofibrosis)의 요양급여대상 기준은 "일차골수섬유증의 예후지표인 DIPSS(Dynamic International Prognostic Scoring System) plus risk category 중 고위험도(High risk)와 중등위험도-2 (Intermediate-2)에 해당하는 경우"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 일차골수섬유증으로 karyotype 관련 자료 미제출 등으로 DIPSS plus risk category 의 고위험도/중등위험도-2를 확인할 수 없어 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여 대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			: 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 1] 2-가에 의하면 조혈모세포 공여자와의 조직형 일치 정도 요양급여대상 기준은 "조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. 1) 혈연 공여자의 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다. 2) 비혈연 공여자의 경우 - 상기 가)에 해당하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다. 3) 혈연 공여자에서 반일치(Haploidentical)하는 경우 - 상기 1) 또는 2)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 조혈모세포이식에 한하여 인정한다."로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 2차 반일치 동종 조혈모세포이식에 해당하여 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			혈구포식림프조직구증 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-자에 의하면 혈구포식림프조직구증(Hemophagocytic Lymphohistiocytosis, HLH)의 요양급여대상 기준은 "The Histiocyte Society에서 제시된 진단기준(2004년 제정)을 만족하는 혈구포식림프조직구증 환자 중 가측성(유전적) 또는 비가측성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 확인된 경우. 다만, 비가측성(비유전적) 혈구포식림프조직구증 중에서 호전된 경우는 사례별로 인정한다."로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 진단근거가 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2의 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 1] 2-가에 의하면 조혈모세포 공여자와의 조직형 일치 정도 요양급여대상 기준은 "조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. 1) 혈연 공여자의 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다. 2) 비혈연 공여자의 경우 - 상기 가)에 해당하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다. 3) 혈연 공여자에서 반일치(Haploidentical)하는 경우 - 상기 1) 또는 2)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 조혈모세포이식에 한하여 인정한다."로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 2차 반일치 동종 조혈모세포이식에 해당하여 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
제대혈	총 1건	요양급여 : 1건	판코니빈혈 : 1건	
			비호지킨림프종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 1-사-1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종의 요양급여대상 기준은 "표준항암화학요법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불완성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 한다. (1) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma (2) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma (3) Mantle Cell Lymphoma+G43 (4) Diffuse Large B Cell Lymphoma (5) Burkitt Lymphoma (6) Peripheral T-cell Lymphoma 중 일부 (7) Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상+G43 (8) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (9) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 T lymphoblastic leukemia/lymphoma로 표준항암화학요법 후에 재발인 경우로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
자가	총 126건	요양급여 : 101건	다발골수종 : 58건	<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> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하여 요양급여대상으로 승인함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-라-1)-(나)에 의하면 다발골수종(Multiple Myeloma)의 2차 자가 조혈모세포이식 요양급여대상 기준은 "(1) 1차 이식 후 VGPR 이상의 반응을 12개월 이상 유지한 경우 - 재발 시 인정, (2) 1차 이식 후 VGPR 이상의 반응에 도달하지 않고 진행성(progressive) 소견이 아닌 경우 - 6개월 이내에 시행한 경우 인정"으로 규정하고 있음.  이 것은 다발골수종으로 1차 이식 후 VGPR 이상의 반응을 12개월 이상 유지 후 재발한 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.
			AL 아밀로이드증 : 6건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-라-2)에 의하면, AL 아밀로이드증(AL amyloidosis)의 요양급여대상 기준은 "IMWG에서 제시한 AL아밀로이드증(AL amyloidosis) 진단기준에 만족하는 경우 다만, ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하면서 장기부전(심/신/간/폐 부전)이 아닌 경우"로 규정하고 있음.  이 것은 IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증(AL amyloidosis) 진단기준에 만족하며 ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하며 장기부전이 확인되지 않아 요양급여대상으로 승인함.
			비호지킨림프종 : 33건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-가-1)-(가)에 의하면 비호지킨 림프종의 요양급여대상 기준은 "(가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 (1) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 (2) Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV인 경우 (3) Burkitt Lymphoma (단, low risk 완전관해 제외) (4) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) (5) Peripheral T-cell Lymphoma 중 일부(단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) (6) Primary CNS Lymphoma"로 규정하고 있음.  이 것은 (1) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상으로 표준항암화학요법에 부분반응 이상에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.  이 것은 (2)Diffuse Large B Cell Lymphoma로 LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III이상 이면서 표준항암화학요법 후 부분반응 이상에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.  이 것은 (3) Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외)로 표준항암화학요법에 부분반응 이상에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.  이 것은 (4) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)(단, stage I 완전관해 제외)로 표준항암화학요법에 부분반응

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				이상에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.  이 것은 (5) Peripheral T-cell Lymphoma 중 일부(단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)로 표준항암화학요법에 부분반응 이상에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.  이 것은 (6) Primary CNS Lymphoma로 표준항암화학요법에 부분반응 이상에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.  조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-가-1)-(가)에 의하면 비호지킨 림프종의 요양급여대상 기준은 "(가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 (1) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 (2) Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV인 경우 (3) Burkitt Lymphoma (단, low risk 완전관해 제외) (4) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) (5) Peripheral T-cell Lymphoma 중 일부(단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) (6) Primary CNS Lymphoma"로 규정하고 있음.  또한, 조혈모세포이식 고시 개정 관련 질의응답(보건복지부 고시 제2022-313호, 2023.1.1. 시행)의 사례별 상병-4에 의하면 Plasmablastic lymphoma 인정기준은 '(자가 조혈모세포이식)1차 표준항암화학요법 후 부분반응인 경우'으로 규정하고 있음.  이 것은 Plasmablastic lymphoma로 표준항암화학요법에 부분반응 이상에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.  조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-가-1)-(나)에 의하면 비호지킨 림프종의 요양급여대상 기준은 "(나) 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 한다. (1) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic Lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia (2) Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단 기준에 따름) (3) Mantle Cell Lymphoma (4) Diffuse Large B Cell Lymphoma (5) Burkitt Lymphoma (6) Peripheral T-cell Lymphoma 중 일부 (7) Extranodal NK/T-cell Lymphoma (8) Primary CNS Lymphoma"로 규정하고 있음.  이 것은 (6) Peripheral T-cell Lymphoma 중 일부로 구제항암화학요법 후 부분반응 이상에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.  이 것은 (4) Diffuse Large B Cell Lymphoma로 구제항암화학요법 후 부분반응 이상에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			호지킨림프종 : 1건	이 건은 (7) Extranodal NK/T-cell Lymphoma로 구제항암화학요법 후 부분반응 이상에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.  조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-가-2)에 의하면 전형호지킨 림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)의 요양급여대상 기준은 "표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우"로 규정하고 있음.  이 건은 전형호지킨 림프종으로 구제항암화학요법 후 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.
			신경모세포종 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-마에 의하면, 신경모세포종의 요양급여대상 기준은 "1) 다음 중 하나에 해당하는 경우 인정한다. (가) 진단 시 다음 중 하나에 해당하며 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상인 경우 (1) 진단 시 1세 이상이면서 stageⅣ (2) N-myc 증폭(+인) stageⅡ 이상 (나) 국소적으로 재발한 경우 수술로 부분반응 이상을 보이는 경우 (다) 재발한 경우 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 경우 2) 2회 연속적인 자가 조혈모세포이식(tandem transplation) - 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준에 적합하다고 판단되는 경우 1차, 2차 자가 조혈모세포이식 인정"으로 규정하고 있음.  이 건은 신경모세포종으로 진단 시 1세 이상이면서 stageⅣ이고 재발하여 항암제로 부분반응 이상인 경우에 해당하여 1차, 2차 요양급여대상으로 승인함.
			유형종양 : 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-바에 의하면, 유형종양의 요양급여대상 기준은 "1) 진단 시 다음 고위험군의 하나에 해당하며 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 (가) metastatic disease at diagnosis (나) bulky primary tumor ( >200 ml ) (다) axial site 2) 수술 후, 방사선 치료 및 통상적인 화학요법(6개월 또는 6회 이상)을 병용하여 부분반응 이상을 보이나, 완전관해에 도달하지 않은 경우 3) 재발 또는 불응성으로 구제 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우"로 규정하고 있음.  이 건은 유형종양으로 진단 시 axial site이면서 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.
		선별급여 : 25건	비호지킨림프종 : 9건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-가-1)에 의하면 비호지킨 림프종의 요양급여대상 기준은 "(가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 (1)

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				Mantle Cell Lymphoma stage Ⅱ bulky 이상 (2) Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage Ⅲ 또는 Ⅳ인 경우 (3) Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) (4) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) (5) Peripheral T-cell Lymphoma 중 일부(단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) (6) Primary CNS Lymphoma (나) 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 한다. (1) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic Lymphoma/Waldenström's Macroglobulinemia (2) Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단 기준에 따름) (3) Mantle Cell Lymphoma (4) Diffuse Large B Cell Lymphoma (5) Burkitt Lymphoma (6) Peripheral T-cell Lymphoma 중 일부 (7) Extranodal NK/T-cell Lymphoma (8) Primary CNS Lymphoma"로 규정하고 있음.  이 건은 (가) 1차 표준항암화학요법의 경우로 (2)Diffuse Large B Cell Lymphoma에 해당하지만 LDH가 정상보다 높지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포 이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				이 건은 (가) 1차 표준항암화학요법의 경우로 (1) Follicular Lymphoma로 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포 이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				이 건은 (가) 1차 표준항암화학요법의 경우로 (4) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외)로 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				이 건은 (나) 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우의 구제항암화학요법의 경우로 (4) Diffuse Large B Cell Lymphoma에 해당하지만 구제항암화학요법 후 부분반응 이상이 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
				이 건은 비호지킨림프종의 확진 및 세부 분류가 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포 이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 1] 1에 의하면 시술 예정자의 연령 요양급여대상 기준은 "조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만70세 미만 이어야한다."로 규정하고 있음. 이 것은 시술 예정자의 연령이 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2에 의하면 자가 조혈모세포이식 요양급여대상 기준은 "자가 조혈모세포이식을 시행하기 전 골수검사 상 중양 침범 없음을 확인하여야 한다. 단, 형질세포침범은 제외한다."로 규정하고 있음.</p> <p>이 것은 자가 조혈모세포이식을 시행하기 전 골수검사 상 중양 침범 없음이 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			호지킨림프종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-가-2)에 의하면 전형호지킨 림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)의 요양급여대상 기준은 "표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우"로 규정하고 있음.</p> <p>이 것은 전형호지킨 림프종으로 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			다발골수종 : 8건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-라-1)에 의하면 다발골수종(Multiple Myeloma)의 요양급여대상 기준은 "IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우"로 규정하고 있음.</p> <p>이 것은 다발골수종으로 IMWG에서 제시한 다발골수종 진단기준에 만족하지 못하여 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-라-1)-나)에 의하면 다발골수종(Multiple Myeloma)의 2차 자가 조혈모세포이식 요양급여대상 기준은 "(1) 1차 이식 후 VGPR 이상의 반응을 12개월 이상 유지한 경우 - 재발 시 인정, (2) 1차 이식 후 VGPR 이상의 반응에 도달하지 않고 진행성(progressive) 소견이 아닌 경우 - 6개월 이내에 시행한 경우 인정"으로 규정하고 있음.</p> <p>이 것은 다발골수종으로 1차 이식 후 VGPR 유지 중인 상태에서 시행하는 2차 자가 조혈모세포이식으로 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 것은 다발골수종으로 1차 이식 후 VGPR 또는 진행성 소견이 아니면서 6개월이 경과한 상태에서 시행하는 2차 자가 조혈모세포이식으로 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 1] 1에 의하면 시술 예정자의 연령 요양급여대상 기준은 "조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만70세 미만 이어야한다."로 규정하고 있음. 이 것은 시술 예정자의 연령이 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			AL 아밀로이드증 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-라-2)에 의하면, AL 아미로이드증(AL amyloidosis)의 요양급여대상 기준은 "IMWG에서 제시한 AL아미로이드증(AL amyloidosis) 진단기준에 만족하는 경우 다만, ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하면서 장기부전(심/신/간/폐 부전)이 아닌 경우"로 규정하고 있음.</p> <p>이 것은 AL아미로이드증으로 조직검사 상 AL Amyloidosis 확인되지 않고 IMWG에서 제시한 진단 근거를 만족하지 못해 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			생식세포종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-사에 의하면, 생식세포종(Germ Cell Tumor)의 요양급여대상 기준은 "재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 생식세포종(Germ Cell Tumor)의 진단근거가 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			골육종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2에 의하면 자가 조혈모세포이식 요양급여대상 기준은 "자가 조혈모세포이식을 시행하기 전 골수검사 상 종양 침범 없음을 확인하여야 한다. 단, 형질세포질환은 제외한다."로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 자가 조혈모세포이식을 시행하기 전 골수검사 상 종양 침범 없음이 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			소아뇌종양 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-자에 의하면, 수모세포종(Medulloblastoma)의 요양급여대상 기준은 "가) 수술이 나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 (1) 수모세포종(Medulloblastoma) (가) 진단 시 3세 이하 (나) 수술 후 잔여 종괴가 1.5cm<sup>2</sup> 이상인 경우 (다) 두개강 내 전이가 있는 경우 (라) Anaplastic type 나 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 2) 2회 연속적인 자가 조혈모세포이식(tandem transplation) - 수모세포종(Medulloblastoma), 중추신경계 배아양종(CNS Embryonal tumor), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) 질병에 대하여 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준에 적합하다고 판단되는 경우 1차, 2차 자가 조혈모세포이식 인정"로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 부분반응 이상이 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 Diffuse midline Glioma으로 진단받고 자가조혈모세포이식 예정으로 소아뇌종양 요양급여대상 기준을 만족하면 급여 인정하고 있으나 정확한 진단을 확인할 수 없어 기준에</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			신경모세포종 : 1건	<p>적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2-마에 의하면, 신경모세포종의 요양급여대상 기준은 "1) 다음 중 하나에 해당하는 경우 인정한다. (가) 진단 시 다음 중 하나에 해당하며 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상인 경우 (1) 진단 시 1세 이상 이면서 stageⅣ (2) N-myc 증폭(+인 stageⅡ 이상 (나) 국소적으로 재발한 경우 수술로 부분반응 이상을 보이는 경우 (다) 재발한 경우 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 경우 2) 2회 연속적인 자가 조혈모세포이식(tandem transplation) - 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준에 적합하다고 판단되는 경우 1차, 2차 자가 조혈모세포이식 인정"으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상이 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			윌름스종양 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2022-313호, 2023.1.1. 시행) [별표 2] 2에 의하면 자가 조혈모세포이식 요양급여대상 기준은 "자가 조혈모세포이식을 시행하기 전 골수검사 상 종양 침범 없음을 확인하여야 한다. 단, 형질세포질환은 제외한다."로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 자가 조혈모세포이식을 시행하기 전 골수검사 상 종양 침범 없음이 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(요양급여대상)에 따라 별표 1 및 별표 2에 따른 기준을 충족하지 못하고 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
계	262건			

[별첨] 조혈모세포이식 대상자 승인 결과

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
1	동종조혈모	여	6	활성화된PI3K델타2증후군	요양급여
2	동종조혈모	여	1	판코니빈혈(Fanconianemia)	선별급여
3	동종조혈모	남	59	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	선별급여
4	동종조혈모	남	31	Atypical CML	선별급여
5	동종조혈모	남	38	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
6	동종조혈모	남	10	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
7	동종조혈모	여	64	CMML-2	선별급여
8	동종조혈모	여	16	비호지킨림프종(T-lymphoblastic lymphoma)	선별급여
9	동종조혈모	여	51	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
10	동종조혈모	여	38	비호지킨림프종(T-lymphoblastic lymphoma)	선별급여
11	동종조혈모	남	64	만성골수성백혈병(CML)	선별급여
12	동종조혈모	남	53	CMML	선별급여
13	동종조혈모	여	8	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
14	동종조혈모	남	65	BPCDN	선별급여
15	동종조혈모	남	59	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	선별급여
16	동종조혈모	남	28	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별급여
17	동종조혈모	여	60	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
18	동종조혈모	여	43	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
19	동종조혈모	남	57	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
20	동종조혈모	여	68	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
21	동종조혈모	여	26	HLH	선별급여
22	동종조혈모	남	24	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
23	동종조혈모	남	49	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
24	동종조혈모	여	36	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
25	동종조혈모	여	74	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
26	동종조혈모	남	19	만성골수성백혈병(CML)	선별급여
27	동종조혈모	여	60	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
28	동종조혈모	남	10	비호지킨림프종(primary cutaneous CD positive aggressive epidermotropic T cell lymphoma)	선별급여
29	동종조혈모	여	56	비호지킨림프종(Mycosis Fungoides)	선별급여
30	동종조혈모	여	60	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
31	동종조혈모	여	70	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
32	동종조혈모	남	80	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
33	동종조혈모	남	55	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
34	동종조혈모	남	53	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
35	동종조혈모	여	36	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
36	동종조혈모	여	67	Myelofibrosis	선별급여
37	동종조혈모	남	48	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
38	동종조혈모	남	57	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
39	동종조혈모	여	25	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
40	동종조혈모	남	61	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
41	동종조혈모	남	69	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
42	동종조혈모	여	66	일차골수성유증(Primarymyelofibrosis)	선별급여
43	동종조혈모	여	54	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
44	동종조혈모	여	51	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
45	동종조혈모	남	18	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
46	동종조혈모	여	65	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
47	동종조혈모	여	63	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
48	동종조혈모	여	62	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
49	동종조혈모	여	54	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
50	동종조혈모	남	35	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
51	동종조혈모	남	56	만성골수성백혈병(CML)	요양급여
52	동종조혈모	남	33	일차골수성유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
53	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
54	동종조혈모	남	28	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
55	동종조혈모	남	15	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
56	동종조혈모	남	66	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
57	동종조혈모	남	19	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
58	동종조혈모	여	68	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
59	동종조혈모	남	25	만성골수성백혈병(CML)	요양급여
60	동종조혈모	여	68	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
61	동종조혈모	여	14	AcuteBilenealLeukemia	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
62	동종조혈모	남	65	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
63	동종조혈모	남	49	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
64	동종조혈모	남	56	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
65	동종조혈모	남	67	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
66	동종조혈모	남	63	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
67	동종조혈모	남	52	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
68	동종조혈모	여	42	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
69	동종조혈모	남	40	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
70	동종조혈모	남	53	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
71	동종조혈모	남	27	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
72	동종조혈모	여	12	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
73	동종조혈모	남	64	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
74	동종조혈모	여	58	일차골수성유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
75	동종조혈모	남	59	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
76	동종조혈모	남	46	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
77	동종조혈모	남	62	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
78	동종조혈모	남	60	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
79	동종조혈모	여	61	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
80	동종조혈모	남	62	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
81	동종조혈모	남	30	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
82	동종조혈모	여	29	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
83	동종조혈모	여	56	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
84	동종조혈모	여	52	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
85	동종조혈모	남	38	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
86	동종조혈모	남	63	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
87	동종조혈모	여	59	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
88	동종조혈모	여	13	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
89	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
90	동종조혈모	남	40	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
91	동종조혈모	여	46	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
92	동종조혈모	남	18	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
93	동종조혈모	남	65	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
94	동종조혈모	여	61	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
95	동종조혈모	여	68	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
96	동종조혈모	남	39	비호지킨림프종(DLBCL)	요양급여
97	동종조혈모	여	69	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
98	동종조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
99	동종조혈모	여	53	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
100	동종조혈모	여	59	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
101	동종조혈모	여	31	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
102	동종조혈모	여	54	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
103	동종조혈모	남	63	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
104	동종조혈모	여	58	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
105	동종조혈모	여	68	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
106	동종조혈모	여	51	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
107	동종조혈모	남	54	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
108	동종조혈모	여	3	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
109	동종조혈모	남	47	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
110	동종조혈모	남	22	비호지킨림프종(Lymphoblastic T cell lymphoma)	요양급여
111	동종조혈모	여	50	혼합표현형급성백혈병	요양급여
112	동종조혈모	남	30	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
113	동종조혈모	여	25	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
114	동종조혈모	남	58	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
115	동종조혈모	여	68	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
116	동종조혈모	남	62	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
117	동종조혈모	남	2	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
118	동종조혈모	남	68	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
119	동종조혈모	남	66	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
120	동종조혈모	여	62	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
121	동종조혈모	남	14	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
122	동종조혈모	남	55	비호지킨림프종(mantle cell lymphoma)	요양급여
123	동종조혈모	여	23	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
124	동종조혈모	여	59	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
125	동종조혈모	여	59	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
126	동종조혈모	여	28	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
127	동종조혈모	남	40	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
128	동종조혈모	여	69	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
129	동종조혈모	여	36	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
130	동종조혈모	남	64	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
131	동종조혈모	남	58	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
132	동종조혈모	남	50	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
133	동종조혈모	여	42	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
134	동종조혈모	남	42	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
135	동종조혈모	여	21	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
136	제대혈조혈모	남	19	비호지킨림프종(T lymphoblastic leukemia/lymphoma)	요양급여
137	자가조혈모	여	59	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	선별급여
138	자가조혈모	여	24	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
139	자가 후 자가	남	50	다발골수종(MM)	선별급여
140	자가조혈모	여	9	골육종(Osteosarcoma)	선별급여
141	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
142	자가조혈모	남	35	비호지킨림프종(Atypical lymphoproliferative lesion)	선별급여
143	자가(자기자)	여	3	신경모세포종(Neuoblastoma)①	선별급여
144	자가 후 자가	남	50	다발골수종(MM)	선별급여
145	자가조혈모	남	70	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	선별급여
146	자가조혈모	여	57	다발골수종(MM)	선별급여
147	자가조혈모	남	50	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	선별급여
148	자가조혈모	여	45	비호지킨림프종(Follicular lymphoma)	선별급여
149	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
150	자가 후 자가	남	64	다발골수종(MM)	선별급여
151	자가조혈모	남	70	다발골수종(MM)	선별급여
152	자가조혈모	여	60	비호지킨림프종(hepatocytes with cystic change)	선별급여
153	자가(자기자)	남	10	수모세포종(Medulloblastoma)①	선별급여
154	자가조혈모	남	46	다발골수종(MM)	선별급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
155	자가조혈모	남	28	생식세포종(Germcelltumor)	선별급여
156	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
157	자가조혈모	남	36	호지킨림프종	선별급여
158	자가조혈모	여	9	Diffusegliomaofbrain	선별급여
159	자가조혈모	여	69	Lightchaincastnephropaty	선별급여
160	자가조혈모	여	53	다발골수종(MM)	선별급여
161	자가조혈모	여	6	윌름스종양(Wilmstumor)	선별급여
162	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	요양급여
163	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
164	자가조혈모	여	63	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
165	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	요양급여
166	자가조혈모	남	57	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	요양급여
167	자가조혈모	남	29	비호지킨림프종(Burkitt lymphoma)	요양급여
168	자가조혈모	남	48	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
169	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
170	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	요양급여
171	자가조혈모	여	52	다발골수종(MM)	요양급여
172	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
173	자가조혈모	여	43	다발골수종(MM)	요양급여
174	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	요양급여
175	자가조혈모	여	50	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	요양급여
176	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여
177	자가조혈모	남	45	다발골수종(MM)	요양급여
178	자가조혈모	여	60	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
179	자가조혈모	여	51	다발골수종(MM)	요양급여
180	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	요양급여
181	자가조혈모	남	67	비호지킨림프종(Follicular T-cell lymphoma)	요양급여
182	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	요양급여
183	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여
184	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
185	자가조혈모	남	63	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
186	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
187	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
188	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	요양급여
189	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	요양급여
190	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여
191	자가조혈모	남	45	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
192	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	요양급여
193	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	요양급여
194	자가조혈모	남	40	다발골수종(MM)	요양급여
195	자가조혈모	남	68	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	요양급여
196	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여
197	자가조혈모	남	43	비호지킨림프종(Plasmablastic lymphoma)	요양급여
198	자가조혈모	남	54	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	요양급여
199	자가조혈모	여	2	유령종양	요양급여
200	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	요양급여
201	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	요양급여
202	자가조혈모	여	59	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
203	자가조혈모	여	69	다발골수종(MM)	요양급여
204	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
205	자가조혈모	남	59	다발골수종(MM)	요양급여
206	자가조혈모	여	54	다발골수종(MM)	요양급여
207	자가조혈모	남	43	다발골수종(MM)	요양급여
208	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종(Burkitt lymphoma)	요양급여
209	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
210	자가조혈모	남	49	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
211	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
212	자가조혈모	여	65	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
213	자가조혈모	여	65	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
214	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	요양급여
215	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	요양급여
216	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
217	자가조혈모	여	49	다발골수종(MM)	요양급여
218	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	요양급여
219	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	요양급여
220	자가조혈모	여	47	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
221	자가조혈모	남	51	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
222	자가조혈모	여	58	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
223	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	요양급여
224	자가조혈모	남	65	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
225	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	요양급여
226	자가 후 자가	남	50	다발골수종(MM)	요양급여
227	자가조혈모	여	67	다발골수종(MM)	요양급여
228	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	요양급여
229	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	요양급여
230	자가조혈모	여	41	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
231	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
232	자가조혈모	여	56	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
233	자가조혈모	여	66	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
234	자가조혈모	남	69	다발골수종(MM)	요양급여
235	자가조혈모	남	28	호지킨림프종	요양급여
236	자가조혈모	남	68	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	요양급여
237	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
238	자가조혈모	여	58	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
239	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
240	태아(자궁내)	여	6	신경모세포종(Neurolblastoma)①	요양급여
241	자가조혈모	남	57	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	요양급여
242	자가조혈모	남	54	다발골수종(MM)	요양급여
243	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여
244	자가조혈모	남	31	다발골수종(MM)	요양급여
245	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	요양급여
246	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	요양급여
247	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
248	자가조혈모	남	68	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	요양급여
249	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	요양급여
250	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	요양급여
251	자가조혈모	여	6	유형종양	요양급여
252	자가조혈모	남	58	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	요양급여
253	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
254	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	요양급여
255	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	요양급여
256	자가조혈모	여	68	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
257	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
258	자가조혈모	남	37	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
259	자가조혈모	여	44	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
260	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종(Extranodal marginal zone lymphoma)	요양급여
261	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	요양급여
262	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	요양급여

[2023.1.25. 조혈모세포이식 분과위원회]

[2023.2.14. 중앙심사조정위원회]