

## 진료심사평가위원회 심의사례 공개(총 15항목)

- 2022. 10. 31. 공개

| 연번 | 제 목                                                                 | 페이지 |
|----|---------------------------------------------------------------------|-----|
| 1  | 외상 등 사유로 시행한 입원 인정여부(1사례)                                           | 1   |
| 2  | 통증조절을 위해 시행한 입원 인정여부(5사례)                                           | 3   |
| 3  | GnRH agonist 주사제 인정여부(3사례)                                          | 6   |
| 4  | Atosiban 주사제(품명: 트랙토실주 등) 인정여부(1사례)                                 | 8   |
| 5  | 진료내역 참조, 뇌전증 진단을 위한 전극 삽입술의 수가산정방법(1사례)                             | 10  |
| 6  | 진료내역 참조, 낭종 및 혈종 등 제거에 시행함 Omayo reservoir 삽입 및 제거<br>수기로 산정방법(2사례) | 12  |
| 7  | 진료내역 참조, 동일 피부 절개(개두술) 하 시행한 종양절제술(2부위)의 수가산정<br>방법(1사례)            | 14  |
| 8  | 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상여부(6사례)                                     | 16  |
| 9  | Eculizumab주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 대상여부(7사례)                             | 19  |
| 10 | Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 요양급여 대상여부(42사례)                    | 24  |
| 11 | Onasemnogene abeparvovec 주사제(품명: 줄겐스마주) 요양급여 대상여부(5사례)              | 28  |
| 12 | 면역관용요법(Immune Tolerance Induction) 요양급여 대상여부(9사례)                   | 31  |
| 13 | [척추한방] 통증조절을 위해 시행한 입원 인정여부(4사례)                                    | 34  |
| 14 | [척추한방] 외상 등 사유로 시행한 입원 인정여부(13사례)                                   | 37  |
| 15 | 조혈모세포이식 요양급여 및 선별급여 대상여부(356사례)                                     | 43  |

## 1. 외상 등 사유로 시행한 입원 인정여부

### ■ 청구내역

#### ○ 사례1(여/69세)

- 청구 상병명: 요추의 염좌 및 긴장

상세불명의 흉통, 출혈 또는 천공이 없는 급성인지 만성인지 상세불명인 위미란, 상세불명의 위염

- 주요 청구내역:

AB357004 가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료4인실입원료-의료취약지역, 서울특별시및광역시구지역소재요양기관이아닌경우 [내,소,정신과] 1\*1\*14

AB357804 가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료4인실입원료-의료취약지역, 서울특별시및광역시구지역소재요양기관이아닌경우 [입원16일-30일까지 내,소,정신과] 1\*1\*13

AB397004 가2마(3) 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료-의료취약지역, 서울특별시및광역시구지역소재요양기관이아닌경우 [내,소,정신과] 1\*1\*1

### ■ 심의내용 및 결과

○ 이 건은 외상 후 ‘요추의 염좌 및 긴장 등’ 상병으로 통증조절 및 경과관찰을 위해 29일 입원한 건으로, 청구 및 진료내역 참조하여 입원 인정여부에 대해 논의함.

○ 「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.

○ 이 건은 제10차, 제11차 입원료심사조정위원회에서 2차례 논의한 결과 입원이 필요한 사유가 확인되지 않아 청구된 입원료 모두 인정하지 아니하여야 한다는 내부위원 의견과 내원 전일 고령의 환자가 외상 후 두통, 오심 등의 증상을 호소하고 있어 경증 외상성 뇌진탕의 위험성이 높다고 판단되는 점을 고려하여 청구된 입원료 중 6일을 인정하여야 한다는 외부위원 의견이 있어 미합의 됨. 이에, 중앙심사조정위원회에서 다음과 같이 심의함.

- 다 음 -

○ 이 건(여/69세)은 내원 1일 전 넘어진 후 발생한 허리통증을 주호소로 29일 입원 진료 후 ‘가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료4인실입원료’ 등을 청구한 사례임.

69세 고령의 환자에게 내원 전일 발생한 외상임을 고려할 때 환자가 호소하는 두통, 오심 등의 증상은 두부외상이 의심되는 상황으로 추정되어 감별진단 등을 위한 일정기간 경과관찰 필요성이 있다는 입원료심사조정위원회 소수위원들의 주장이 제기되었으나, 제출된 진료기록부 등에서 두부외상에 대한 기록이 없고 뇌진탕을 시사하는 소견에 대한 기록과 임상적으로 의심되어 시행한 검사 내역이 확인되지 않아 환자의 증상(두통, 어지럼증, 오심)이 뇌진탕으로 인한 증상으로 판단하는 것은 무리가 있다고 판단됨. 또한 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활의 제한 등에 대한 기록이 미비하고 입원기간 중 잦은 외출을 시행하는 등 입원의 필요성을 확인할 수 없음. 이에, 청구된 입원료를 모두 인정하지 아니함.

■ 참고

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

[2022.8.25. 입원료심사조정위원회]

[2022.9.6. 중앙심사조정위원회]

[2022.9.8. 입원료심사조정위원회]

[2022.9.27. 중앙심사조정위원회]

2. 통증조절을 위해 시행한 입원 인정여부

■ 청구내역

○ 사례1(여/52세)

- 청구 상병명: 척추협착, 요추부  
방아쇠손가락, 손

- 주요 청구내역:

|                                                   |        |
|---------------------------------------------------|--------|
| 가2마(3) 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료 | 1*1*15 |
| 가2마(3) 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료 | 1*1*5  |

○ 사례2(여62세)

- 청구 상병명: 척추협착, 요추부  
근근막통증후군, 골반 부분 및 대퇴

- 주요 청구내역:

|                                                   |        |
|---------------------------------------------------|--------|
| 가2가(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료기본입원료  | 1*1*1  |
| 가2마(3) 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료 | 1*1*14 |
| 가2마(3) 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료 | 1*1*6  |

○ 사례3(여/62세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애  
양쪽 원발성 무릎관절증  
국소부종  
합병증을 동반하지 않은 2형 당뇨병

- 주요 청구내역:

|                                                   |        |
|---------------------------------------------------|--------|
| 가2마(3) 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료 | 1*1*15 |
| 가2마(3) 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료 | 1*1*6  |

○ 사례4(여/39세)

- 청구 상병명: 기타 척추증, 경부  
근근막통증후군, 어깨부분  
설사 위주의 과민대장증후군

- 주요 청구내역:

|                                                   |        |
|---------------------------------------------------|--------|
| 가2마(3) 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료 | 1*1*15 |
| 가2마(3) 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료 | 1*1*5  |

○ 사례5(여70세)

- 청구 상병명: 발바닥근막성 섬유종증  
상세불명의 관절증, 발목 및 발  
양쪽 원발성 무릎관절증  
상세불명의 척추측만증, 요추부

- 주요 청구내역:

|                                                   |        |
|---------------------------------------------------|--------|
| 가2마(3) 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료 | 1*1*15 |
| 가2마(3) 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료 | 1*1*5  |

■ 심의내용 및 결과

○ 이 건(5사례)은 ‘척추협착’ 등 상병으로 통증조절을 위하여 15~22일 입원한 건으로, 진료내역을 참조하여 청구된 입원료 인정여부에 대하여 심의하고자 함.

○ 「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 인정 하며, 입원 필요성이 있는 환자상태에 대한 임상적 소견 등이 진료기록부상에 기록되어야 함.

○ 사례1(여/52세)

2달 전부터 발생한 허리통증을 주호소로 21일 입원 진료 후 ‘가2마(3) 병원, 정신병원, 한방병원 내 의·치과 7 등급간호관리료적용 2인실입원료’를 청구한 사례임.

통증 조절을 위해 입원 진료를 시행하였으나, 제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증을 확인할 수 있는 척도 및 양상에 대한 구체적인 기록이 미비하고, 입원 중 약물 조절 등의 적절한 치료 및 검사를 시행한 내역이 확인되지 않음. 이에, 환자 상태에 대한 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 모두 인정하지 아니함.**

○ 사례2(여/62세)

1년 전부터 발생한 허리 및 골반통증을 주호소로 22일 입원 진료 후 ‘가2가(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료기본입원료’ 등을 청구한 사례임.

통증 조절을 위해 입원 진료를 시행하였으나, 제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증을 확인할 수 있는 척도 및 양상에 대한 구체적인 기록이 미비하고, 입원 중 약물 조절 등의 적절한 치료 및 검사를 시행한 내역이 확인되지 않음. 이에, 환자 상태에 대한 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 모두 인정하지 아니함.**

○ 사례3(여/62세)

5년 전부터 발생한 허리 및 골반통증을 주호소로 22일 입원 진료 후 ‘가2마(3) 병원, 정신병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료’를 청구한 사례임.

통증 조절을 위해 입원 진료를 시행하였으나, 제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증을 확인할 수 있는 척도 및 양상에 대한 구체적인 기록이 미비하고, 입원 중 약물 조절 등의 적절한 치료 및 검사를 시행한 내역이 확인되지 않음. 이에, 환자 상태에 대한 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 모두 인정하지 아니함.**

○ 사례4(여/39세)

2달 전부터 발생한 목 및 어깨 통증을 주호소로 21일 입원 진료 후 ‘가2마(3) 병원, 정신병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료’를 청구한 사례임.

통증 조절을 위해 입원 진료를 시행하였으나, 제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증을 확인할 수 있는 척도 및 양상에 대한 구체적인 기록이 미비하고, 입원 중 약물 조절 등의 적절한 치료 및 검사를 시행한 내역이 확인되지 않음. 이에, 환자 상태에 대한 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 모두 인정하지 아니함.**

○ 사례5(여/70세)

‘발바닥근막성 섬유종증’ 상병으로 양발바닥 통증을 주소로 21일 입원 진료 후 ‘가2마(3) 병원, 정신병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료’를 청구한 사례임.

환자가 호소하는 다리 저림 및 발바닥 감각이상 증상은 spinal tumor 등의 감별진단을 위한 단기 입원이 필요한 상태로 보인다는 의견이 있었으나, 그에 따른 검사 및 입원을 필요로 하는 적절한 치료를 시행한 내역이 확인되지 않음. 또한, 제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증을 확인할 수 있는 척도 및 양상에 대한 구체적인 기록이 미비하여 환자 상태에 대한 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 모두 인정하지 아니함.**

■ 참고

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

[2022.9.8. 입원료심사조정위원회]

[2022.9.27. 중앙심사조정위원회]

### 3. GnRH agonist 주사제 인정여부

## ■ 청구내역

## ○ 사례 1(여/28세)

- 청구 상병명: 상세불명의 이상 자궁 및 질 출혈  
남성 자궁내막의 증식증
- 주요 청구내역: 650700481 421 졸라덱스데포주사(초산고세렐린)\_(3.78mg/1관)/B 1\*1\*1

## ○ 사례2(여/20세)

- 청구 상병명: 자궁내막선종식증, 자궁내막의 증식증 NOS
- 주요 청구내역: 696300401 421 루프린디피에스주11.25밀리그램(루프로렐린아세트산염) (11.25mg/1관)/B 1\*1\*1

## ○ 사례3(여/36세)

- 청구 상병명: 자궁의 자궁내막증, 선근증
- 주요 청구내역: 681400031 421 디페렐린피알3.75밀리그램주(초산트립토텐린) (3.75mg/1병)/B 1\*1\*1

## ■ 심의결과

- 이 건(3사례)은 급여기준 외 ‘GnRH agonist 주사제’를 투여하여 심사조정된 건으로, 재심사조정청구 및 이의 제기되어 관련 급여기준, 약제 허가사항, 진료내역 등을 참조하여 동 약제의 인정여부에 대해 논의한 결과,
- 사례1은 추가 제출한 초음파판독지에서 자궁근종이 확인되어 식품의약품안전처 허가사항 및 영양급여기준에 부합하여 인정하고, 사례2 및 사례3은 각 약제별 식품의약품안전처 허가사항 및 영양급여기준을 초과하여 인정하지 않음.

## ■ 심의내용

- 생식샘자극호르몬방출호르몬작용제(gonadotropin releasing hormone agonist, GnRH agonist)는 보건복지부 고시 제2018-253호('18.12.1. 시행)에 의거 허가사항 범위 내에서 별도의 인정기준으로 투여시 요양급여를 인정하며, 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 하고 있고, 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 별도의 인정기준으로 투여한 경우 등에도 요양급여를 인정하고 있음.
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」[별표2] 비급여대상에 의하면 8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하면 비급여로 사용할 수 있고,
  - 「허가 또는 신고범위 초과 약제 비급여 사용승인에 관한 기준 및 절차」(보건복지부 고시 제2019-218호, '19.10.8. 시행)에 따라 약제를 허가초과 사용하고자 하는 경우 요양기관이 위원회에 신청하는 절차가 마련되어 있음.
- 이 건은 상세불명의 이상 자궁 및 질 출혈, 자궁내막의 증식증, 자궁선근증 상병명에 'GnRH agonist 주사제'를 투여한 것으로,
  - 교과서 및 임상연구문헌에서 GnRH agonist는 GnRH 수용체를 계속 활성화 시킬 수 있는 유도체로 과배란유도시 자연적인 LH 분비폭발을 억제하여 주기를 조절하고 조발 사춘기, 난소의 안드로겐 과다증, 자궁근종, 자궁내막증, 성호르몬 의존 악성 종양의 치료에 사용되며,
  - 자궁내막증식증의 치료에 프로게스틴 투여요법, 자궁내막소파술, 수술적 치료가 있으며 GnRH agonists는 치료로 사용한 보고가 있지만 아직 효과가 있다고 판단하기에는 자료가 부족하다고 나와 있음.

자궁선근증은 비수술적 치료로 GnRH agonist가 있으며, 일시적으로 자궁선근증의 퇴행을 유도하고 증상을 향상시킬 수 있다고 기재되어 있음.

○ 위 내용을 참조하여 이 건(3사례)은 아래와 같이 결정함.

- 아 래 -

- 사례1(여/28세)은 상세불명의 이상 자궁 및 질 출혈 상병으로 ‘졸라덱스데포주사(초산고세렐린)\_(3.78mg/1관)’를 청구한 사례로, 요양기관에서 추가로 제출한 초음파판독지상 자궁근종이 확인되어 GnRH agonist 급여기준 1. 3) 자궁근종 가) 가임여성 중 임신을 원하는 경우(자궁보존이 필요한 경우)에 부합하므로 졸라덱스데포주는 인정함.
- 사례2(여/20세)는 자궁내막의 증식증 상병으로 ‘루프린디피에스11.25밀리그램(류프로렐린아세트산염)\_(11.25mg/1관)’을 청구한 사례로, 심혈관질환 과거병력으로 항혈전제 복용하여 경구호르몬제 금기이며 자궁내장치 치료에도 복통 및 질출혈 증상이 지속되어 동 약제를 투여하였다고 하나, 항혈전제 복용 중단 후 출혈 유무를 확인하는 것이 우선 필요하며 식품의약품안전처 허가사항 및 요양급여기준을 초과하여 투여한 루프린주는 인정하지 아니함.
- 사례3(여/36세)은 자궁선근증 진단하에 ‘디페렐린피알3.75밀리그램주(초산트립토헤린)\_(3.75mg/1병)’를 청구한 사례로, 교과서 등에 자궁선근증의 치료로 GnRH agonist가 확인되지만, 식품의약품안전처 허가사항 및 요양급여기준을 초과하여 투여한 디페렐린피알주 심사조정에 대한 이의신청은 기각함.

## ■ 참고

- 식품의약품안전처 허가사항
- 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙[별표2] 비급여대상
- 「허가 또는 신고범위 초과 약제 비급여 사용승인에 관한 기준 및 절차」(보건복지부 고시 제2019-218호, '19.10.8.시행)
- 「GnRH agonist 주사제」(보건복지부 고시 제2018-253호, '18.12.1.시행)
- 「자412-2자궁선근증감축술[복부접근] 산정기준 및 산정방법」(보건복지부 고시 제2021-58호, '21.3.1.시행)
- 대한산부인과학회. 산부인과학 지침과 개요. 군자출판사. 2015.
- 대한산부인과학회. 부인과학 제5판. 고려의학. 2015.
- Roger P. Smith MD. Netter's Obstetrics and Gynecology 3<sup>rd</sup> Edition. Elsevier. 2018.
- Lauren S. Prescott, et al. Sabiston Textbook of Surgery Twenty First Edition. Elsevier. 2022.
- L Roger P. Smith MD et al. Netter's Obstetrics and Gynecology Third Edition. Elsevier. 2018.
- A. Pontis, et al. Adenomyosis: a systematic review of medical treatment. Gynecological Endocrinology, 2016;32:9, 696-700

[2022.8.25. 산부인과 확대분과위원회]

[2022.9.27. 중앙심사조정위원회]

4. Atosiban 주사제(품명: 트랙토실주 등) 인정여부

■ 청구내역

○ 사례1(여/30세, 임신주수 35주)

- 청구 상병명: 출혈을 동반한 전치태반
- 주요 청구내역

|                   |           |     |                                            |       |
|-------------------|-----------|-----|--------------------------------------------|-------|
| · (2021. 12. 30.) | 644900701 | 259 | 라보파주(염산리토드린)(수출명:Yutoparinj.)_(50mg/5mL)/B | 2*1*2 |
|                   | 652500181 | 259 | 트랙토실주(아토시반아세트산염)_(7.1577mg/0.9mL)/B        | 1*1*1 |
|                   | 652500191 | 259 | 트랙토실주(아토시반아세트산염)_(39.765mg/5mL)/B          | 1*1*1 |
|                   | 652500191 | 259 | 트랙토실주(아토시반아세트산염)_(39.765mg/5mL)/B          | 2*4*1 |
| · (2022. 1. 1.)   | 644900701 | 259 | 라보파주(염산리토드린)(수출명:Yutoparinj.)_(50mg/5mL)/B | 1*1*9 |
|                   | 652500181 | 259 | 트랙토실주(아토시반아세트산염)_(7.1577mg/0.9mL)/B        | 1*1*4 |
|                   | 652500191 | 259 | 트랙토실주(아토시반아세트산염)_(39.765mg/5mL)/B          | 1*1*4 |
|                   | 652500191 | 259 | 트랙토실주(아토시반아세트산염)_(39.765mg/5mL)/B          | 2*4*4 |

■ 심의내용 및 결과

- Atosiban 주사제(품명: 트랙토실주 등)는 임부의 조산방지에 허가받은 약제로 ‘임신 24주 미만 또는 33주를 초과하는 임신부’, ‘임신 30주 이상에서 조기양막파열이 발생한 환자’, ‘전치태반 환자’ 등 환자는 투여하지 말 것으로 되어 있음.
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 의하면 의약품은 ‘약사법령에 의하여 허가 또는 신고된 사항(효능·효과 및 용법·용량 등)의 범위 안에서 환자의 증상 등에 따라 필요·적절하게 처방·투여하여야 하며, 「허가 또는 신고범위 초과 약제 비급여 사용승인에 관한 기준 및 절차」(보건복지부 고시 제2019-218호, '19.10.8. 시행)에 따라 약제를 허가초과 사용하고자 하는 경우 요양기관이 위원회에 신청하는 절차가 마련되어 있음.
- 이에 사례1(여/30세)은 출혈을 동반한 전치태반 상병으로 임신주수 35주에 Atosiban 주사제를 투여한 사례로, 투여시기가 식품의약품안전처 허가범위(효능·효과)에 해당하지 않고, 금기사항에 해당하므로 투여한 Atosiban 주사제는 인정하지 아니함.

■ 참고

- 식품의약품안전처 허가사항
- 유럽의약품청(EMA) 허가사항
- 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙[별표2] 비급여대상
- 「허가 또는 신고범위 초과 약제 비급여 사용승인에 관한 기준 및 절차」(보건복지부 고시 제2019-218호, '19.10.8.시행)
- 「Atosiban 주사제(품명: 트랙토실주 등)」(보건복지부 고시 제2015-184호, '15.11.1.시행)
- 대한산부인과학회. 산부인과학 지침과 개요. 군자출판사. 2015.
- 대한산부인과학회. 산과학. 군자출판사. 2015.
- Cunningham FG, et al. Williams Obstetrics, 25e, McGraw-Hill, 2018.
- Hyagriv N. Simhan, et al. Gabbe's Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies Eighth Edition. Elsevier. 2021.
- Venu Jain et al. Guideline No. 402: Diagnosis and Management of Placenta Previa. SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE VOLUME 42, ISSUE 7, P906-917.E1, JULY 01, 2020.

- ERM Jauniaux et al. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management. RCOG Green-top Guideline. 27 September 2018.
- Frederick Morfaw et al. Using tocolysis in pregnant women with symptomatic placenta praevia does not significantly improve prenatal, perinatal, neonatal and maternal outcomes: a systematic review and meta-analysis. Syst Rev. 2018 Dec 27;7(1):249.

[2022.8.25. 산부인과 확대분과위원회]

[2022.9.27. 중앙심사조정위원회]

## 5. 진료내역 참조, 뇌전증 진단을 위한 전극 삽입술의 수가산정방법

### ■ 청구내역

#### ○ 사례(여/26세)

- 청구 상병명: 주) 난치성 뇌전증을 동반한 복합부분발작을 동반한 국소화-관련(초점성)(부분적) 증상성 뇌전증 및 뇌전증 증후군

#### - 주요 청구내역:

|                                                       |         |
|-------------------------------------------------------|---------|
| 자473가(1)(가) S4731 뇌전증 수술-진단을 위한 전극삽입 및 제거(전극삽입술)(관혈적) | 1*1.5*1 |
| 자485가 S4851 무탐침정위기법(기본) / B항(본인부담률80%)                | 1*1*1   |

### ■ 심의내용 및 결과

- 교과서 및 참고문헌에 따르면, 측두엽 뇌전증 및 측두엽외 뇌전증의 병소 국재화, 또는 측두엽외 뇌전증에서 영상학적 으로 이상이 관찰되지 않거나 주요기능영역(eloquent area)에 인접해있는 경우 기능적 지도화(functional mapping) 과정을 통하여 기능을 보존하면서 뇌전증 발생부위를 절제하기 위해 두개강 내에 전극삽입을 실시함. 전극삽입을 통하여 수 일간에 걸쳐 발작간(interictal) 또는 발작 당시의(ictal) 뇌파를 분석함.
- 두개강 내 삽입-설치되는 전극은 뇌표면에 접촉하게 하는 경막하 전극(subdural grid or strip)과 뇌실질 속에 삽입 하는 심부전극(depth electrode)이 있음. 두개강 내 전극 삽입 시에는 정위장치를 이용하여 정확히 삽입토록 함.
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 뇌전증 진단을 위한 전극삽입술은 ①‘자473가(1)(가) 뇌전증 수술-진단을 위한 전극삽입 및 제거(전극삽입술)(관혈적)’과 ②‘자473가(1)(나) 뇌전증 수술-진단을 위한 전극삽입 및 제거(전극삽입술)(뇌정위적 심부삽입)’이 있음.
- ‘자473가(1)(가) 뇌전증 수술-진단을 위한 전극삽입 및 제거(전극삽입술)(관혈적)’의 행위정의에 따르면, 개두술을 시행하여, 경막을 절개하여 뇌를 노출하고, 간질병소 예상 부위를 ‘Grid, Strip, Depth’ 전극을 충분히 이용하여 포함시키도록 되어 있음.
- ‘자473가(1)(나) 뇌전증 수술-진단을 위한 전극삽입 및 제거(전극삽입술)(뇌정위적 심부삽입)’의 행위정의에 따르면 정위기구를 고정한 채로 MRI를 시행하며, 수술실에서 정위기구를 고정하고 간질병소 예상 부위의 두개골을 천공 한 후 경막을 절개하여 전극삽입토록 되어 있음.
- 관련 학회 전문가는 신경외과 뇌 수술에서 무탐침정위기법(Navigation)이 임상적으로 많이 사용되고 유용성도 확인됨. 무탐침정위기법을 사용하여 뇌전증 진단을 위한 심부전극 삽입 시 정위기구와 비교하여 정확도도 비슷하며, 임상적 유용성이 있으므로 무탐침정위기법을 사용하여 심부전극 삽입 시 ‘자473가(1)(나) 뇌전증 수술-진단을 위한 전극삽입 및 제거(전극삽입술)(뇌정위적 심부삽입)’으로 준용 산정이 필요하다는 의견이나,
- ‘자473가(1)(나) 뇌전증 수술-진단을 위한 전극삽입 및 제거(전극삽입술)(뇌정위적 심부삽입)’에는 정위기구 사용에 대한 상대가치점수가 포함된 행위료이므로 무탐침정위기법을 이용한 뇌전증 진단을 위한 심부전극삽입에 대한 방법, 난이도 등을 고려하여 수치료와 기구 사용료에 대해 분류가 필요하고,
- 또한, ‘자473가(1)(가) 뇌전증 수술-진단을 위한 전극삽입 및 제거(전극삽입술)(관혈적)’의 행위정의를 참고하면, 개두술을 시행하여 판전극(grid electrode), 끈전극(strip electrode)과 동시에 심부전극(depth electrode) 삽입을 하는 경우 부수적으로 동시에 실시하는 경우이므로 별도 산정할 수 없으나, 각각의 절개를 통해 수술하는 경우에는 주수술과 부수술로 산정해야한다는 것이 다수의 의견임.

- 더불어, 전문가에 따르면 「자485 무탐침정위기법의 급여기준」의 ‘가. 기본 무탐침정위기법의 급여대상’의 ‘사) 뇌전증병소 제거술 또는 mapping으로 판단이 불가능한 뇌전증수술’은 ‘자473나 뇌전증수술(뇌엽절제술)’ 시행 시 적용되는 경우이므로, ‘자473가 뇌전증수술(진단을 위한 전극삽입 및 제거)’시 무탐침정위기법 행위료는 본인 부담률 80%(선별급여) 적용이 타당하다는 의견임.
- 이에, 이 건(1사례)은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부 제9장 [산정지침](3) 및 진료내역, 행위정의, 관련 급여기준, 전문가 의견 등을 참조하여 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

#### - 사례(여/26세):

뇌전증 유발 병소의 진단을 위해 무탐침정위기법 하에 개두술을 시행하여 판전극(grid electrode)과 끈전극(strip electrode)을 삽입하고 심부전극(depth electrode)을 뇌섬엽(insular)에 4개 삽입하여, ‘자473가(1)(가) 뇌전증 수술-진단을 위한 전극삽입 및 제거(전극삽입술)(관혈적) 150%’를 청구한 건임. ‘자473가(1)(가) 뇌전증 수술-진단을 위한 전극삽입 및 제거(전극삽입술)(관혈적) 50%’가 조정되어 이의신청함.

각각의 수술기록지, 행위정의 및 난이도 등을 검토한 결과, 개두술 후 무탐침정위기법을 이용하여 판전극과 동시에 시행한 심부전극 삽입은 ‘자473가(1)(가) 뇌전증 수술-진단을 위한 전극삽입 및 제거(전극삽입술)(관혈적)’에 포함되는 부수적 행위로 판단되어 ‘자473가(1)(가) 뇌전증 수술-진단을 위한 전극삽입 및 제거(전극삽입술)(관혈적) 50%’는 조정함이 적절하여 이의신청은 기각함.

#### ■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조의 2
- 「신의료기술평가위원회 운영에 관한 규정」 [별표] 신의료기술평가 심의기준
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제1부 1-3. 및 제2부 제9장 [산정지침] (2), (3)
- 「뇌전증 수술 중 진단을 위한 전극 삽입 및 제거의 수가 산정방법」(고시 제2020-220호, 20.10.1.시행)
- 대한뇌전증학회. 임상뇌전증학 3판. 범문에듀케이션. 2018년.
- 대한소아신경외과학회. 소아청소년 신경외과학. 대한의학서적. 2018년.
- 대한정위기능신경외과학회. 정위기능신경외과학 제2판. 아이비기획. 2017년.
- 대한소아신경외과학회. 소아신경외과학. 닥터스북. 2011년.
- H.Winn, Youmans and Winn Neurological Surgery 8 edition, Elsevier, 2022년.
- Martin Ortler 외. Frame-based vs frameless placement of intrahippocampal depth electrodes in patients with refractory epilepsy: a comparative in vivo (application) study. Neurosurgery. 2011 Apr;68(4):881-7.
- Ashesh D Mehta 외. Frameless stereotactic placement of depth electrodes in epilepsy surgery. J Neurosurg. 2005 Jun;102(6):1040-5.

[2022.8.30. 신경외과 분과위원회]

[2022.9.27. 중앙심사조정위원회]

6. 진료내역 참조, 낭종 및 혈종 등 제거에 시행함 Ommaya reservoir 삽입 및 제거 수기로 산정방법

■ 청구내역

○ A사례 (여/67세)

- 청구 상병명: 주) 뇌의 이차성 악성 신생물
- 주요 청구내역:

자475가 S4756 중추신경계정위수술-생검, 흡인, 병소절제, 혈종제거

1\*1\*1

○ B사례 (여/80세)

- 청구 상병명: 주) 열린 두개내상처가 없는 외상성 경막하출혈  
부) 열린 두개내상처가 없는 미만성 뇌손상

- 주요 청구내역:

자471가(2) S4712 단락술 또는 측로조성술-삽입술(뇌실과 타부위간)

1\*0.25\*1

■ 심의내용 및 결과

- 교과서 및 관련 문헌에 따르면, Ommaya reservoir는 두피아래에 저장소를 두고 측뇌실에 관으로 연결하여 저장소에 지속적으로 뇌척수액이 차있게 됨. 손쉽게 뇌척수액을 반복해서 얻을 수 있고, 저장소내로 직접 약물을 투여하여 뇌척수액내에 일정한 약물농도를 유지할 수 있는 장점으로 중추신경계 감염, 악성종양의 수막 침범, 뇌종양의 낭제거 등의 치료에 많이 이용됨.

- 관련 심사기준으로는 「말기암 동통 완화 목적으로 실시한 Reservoir 삽입 수기로 산정방법(고시 제2020-220호, '20.10.1. 시행)」이 있으며, 말기암에 동통완화 목적으로 염산 몰핀제제를 Reservoir를 통해 주입하는 방법인 Ventriculostomy Reservoir insertion의 수기로는 자471가(2) 단락술 또는 측로조성술-삽입술(뇌실과 타부위간) 소정점수의 50%로 준용하여 산정함.

- 전문가에 따르면, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 상 ‘자32다 천두술-기타의것[도관, Reservoir, ICP monitoring삽입 등]’의 분류가 있으나 행위정의를 참고하였을 때 Ommaya reservoir 삽입 방법과는 차이가 있음.

- 낭종 및 혈종 제거 등의 목적으로 삽입하는 Ommaya reservoir의 수기로는 방법 및 난이도 등을 고려하였을 때, 「말기암 동통 완화 목적으로 실시한 Reservoir 삽입 수기로 산정방법(고시 제2020-220호, '20.10.1. 시행)」에 따라 ‘자471가(2) 단락술 또는 측로조성술-삽입술(뇌실과 타부위간) 50%’로 준용 산정이 타당하다는 의견임.

- 이에, 이 건(2사례)의 낭종, 혈종 제거 등의 목적으로 시행한 Ommaya reservoir의 삽입 및 제거 수기로에 대하여 논의한 결과, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부 제9장 [산정지침](3) 및 「말기암 동통 완화 목적으로 실시한 Reservoir 삽입 수기로 산정방법(고시 제2020-220호, '20.10.1. 시행)」, 진료내역, 관련 급여기준, 행위정의, 전문가 의견 등을 참조하여 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

- A사례(여/67세):

뇌의 이차성 악성 신생물 상병으로 무탐침정위기법 하에 낭종성 뇌종양 내 Ommaya catheter를 넣고 ‘자475가 중추신경계정위수술-생검, 흡인, 병소절제, 혈종제거’ 100%를 청구한 건으로, 「말기암 동통 완화 목적으로

실시한 Reservoir 삽입 수기로 산정방법(고시 제2020-220호, '20.10.1. 시행)」에 의거 '자471가(2) 단락술 또는 측로 조성술-삽입술(뇌실과 타부위간)' 50%로 조정되어 이의신청 함.

각각의 진료내역, 관련 급여기준, 행위정의, 전문가 의견 등을 검토한 결과, 낭종, 혈종 제거 등의 목적으로 시행한 Ommaya reservoir 삽입료는 「말기암 동통 완화 목적으로 실시한 Reservoir 삽입 수기로 산정방법(고시 제2020-220호, '20.10.1. 시행)」에 따라 '자471가(2) 단락술 또는 측로조성술-삽입술(뇌실과 타부위간) 50%'로 준용 산정이 타당하므로 이의신청은 기각함.

– B사례(여/80세):

외상성 경막하수종 진단 하 삽입하였던 ommaya reservoir를 국소마취 하에 제거 후 '자471가(2) 단락술 또는 측로조성술-삽입술(뇌실과 타부위간) 25%'로 청구한 건임.

각각의 진료내역, 난이도, 행위정의, 그간 수가변천과정 등을 전반적으로 고려하여, ommaya reservoir catheter의 제거 수기료를 별도 인정이 타당함. 제거료 관련 급여기준을 참고 시, 삽입 수기로 소정점수의 50%를 산정하므로 동 건은 삽입 준용 수기로 '자471가(2) 단락술 또는 측로조성술-삽입술(뇌실과 타부위간) 50%'의 50%인 '자471가(2) 단락술 또는 측로조성술-삽입술(뇌실과 타부위간) 25%'로 인정함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제1부 1-3. 및 제2부 제9장 [산정지침] (2), (3)
- 「말기암에 동통 완화 목적으로 실시한 Reservoir 삽입 수기로 산정방법」 (고시 제2020-220호, '20.10.1.시행)
- H.Winn, Youmans and Winn Neurological Surgery 8 eddition, Elsevier, 2022.
- Yuji Yamanaka 외. Ommaya reservoir placement followed by Gamma Knife surgery for large cystic metastatic brain tumors. J Neurosurg, 2006 Dec;105 Suppl:79-81.
- Tae-Young Jung 외. Alternative treatment of stereotactic cyst aspiration and radiosurgery for cystic brain metastases. Stereotact Funct Neurosurg. 2014;92(4):234-41.
- Federico Frio 외. Ommaya Reservoir System for the Treatment of Cystic Craniopharyngiomas: Surgical Results in a Series of 11 Adult Patients and Review of the Literature. World Neurosurg. 2019 Dec;132:e869-e877.

[2022.8.30. 신경외과 분과위원회]

[2022.9.27. 중앙심사조정위원회]

## 7. 진료내역 참조, 동일 피부 절개(개두술) 하 시행한 종양절제술(2부위)의 수가산정방법

### ■ 청구내역

#### ○ A사례 (여/33세)

- 청구 상병명:

주) 상세포종의 뇌의 악성 신생물

- 주요 청구내역:

자463가(2) S4635 종양절제를 위한 개두술(천막상부)-복잡

1\*1\*1

자463가(2) S4635 종양절제를 위한 개두술(천막상부)-복잡[제2의수술]

1\*1\*1

### ■ 심의내용 및 결과

○ 「동일 피부 절개 하 동일 수술을 여러 부위에 하는 경우 수가 산정방법(고시 제2017-118호, '17.7.1. 시행)」에 따라 동일 피부 절개(또는 동일 경로) 하 동일 수술을 여러 부위에 하는 경우는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료[산정지침](5)에 적용되지 않는 사항으로, 제1부위는 100%, 제2부위부터는 50% 산정을 원칙으로 함. 다만, 최대산정범위 및 산정방법에 대해 별도 고시가 있는 경우에는 해당 고시를 적용함.

- 전문가에 따르면 동일 개두술을 시행하여 여러 부위를 수술하는 경우, 인접부위 병변은 동일 엽(lobe)을 기준으로 하며 각각의 엽(lobe)에 존재하는 병변에 대해서는 개별적으로 보아야 한다는 의견임.

○ 교과서 등에 따르면, 교모세포종(Glioblastoma)은 WHO grade IV의 악성종양으로 진단 시 CT나 MRI 상 종양 내의 괴사로 인한 저밀도와 종괴가 불규칙적으로 조영 증강되는 소견이 있으며, 수술적 치료로 신경계 및 뇌 손상 없이 최대한 종양을 적출하고 방사선 및 항암제 치료를 병행토록 되어 있음.

○ 이에, 이 건(1사례)은 진료내역, 관련 급여기준, 전문가 의견 등을 참조하여 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

#### - 사례(여/33세):

상세포종의 뇌의 악성 신생물(교모세포종) 상병으로 좌측 대뇌반구에 동일 피부 절개 하 뇌성엽(insular)과 전두 두정엽(fronto-parietal)의 부위에 종양절제를 시행하고, 제1의 수술로 '자463가(2) 종양절제를 위한 개두술(천막상부)-복잡 100%', 제2의 수술로 '자463가(2) 종양절제를 위한 개두술(천막상부)-복잡 70%'를 청구하였으나, 동일골편에 존재하며 인접부위 수술로 주수술의 일련의 과정의 사유로 제2의 수술로 청구된 '자463가(2) 종양절제를 위한 개두술(천막상부)-복잡 70%'가 조정되어 이의신청함.

수술기록 및 영상자료를 검토한 결과, 왼쪽 뇌성엽(insular)과 전두 두정엽(fronto-parietal)의 부위에 분리된 각각의 종양을 제거하기 위해 통상적인 개두술 크기보다 넓게 동일 골편으로 크게 개두술 하였으나, 뇌손상을 최소화하기 위해 각각의 엽(lobe)의 있는 종양을 다른 접근경로를 이용하여 제거한 것으로 판단되며, '자463 종양절제를 위한 개두술(천막상부)-복잡'의 행위정의 적응증을 참고하였을 때, 2부위 종양 모두 직경이 3cm 이상인 측내 종양으로 '자463가(2) 종양절제를 위한 개두술(천막상부)-복잡'에 해당함\*.

\* 관련기준: 자463 종양절제를 위한 개두술의 복잡 급여기준(고시 제2021-323호, '22.1.1. 시행)

이에, 「동일 피부 절개 하 동일 수술을 여러 부위에 하는 경우 수가 산정방법(고시 제2017-118호, '17.7.1. 시행)」의거하여 제1의 수술로 '자463가(2) 종양절제를 위한 개두술(천막상부)-복잡 100%'를 인정하며, 제2의 수술로 청구한

‘자463가(2) 종양절제를 위한 개두술(천막상부)-복잡 70%’에 대해 ‘자463가(2) 종양절제를 위한 개두술(천막상부)-복잡 50%’로 일부 인정함.

## ■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제1부 1-3. 및 제2부 제9장 [산정지침] (5), (7)
- 「동일 피부 절개 하 동일 수술을 여러 부위에 하는 경우 수가 산정방법」 (고시 제2017-118호, '17.7.1.시행)
- 「자463 종양절제를 위한 개두술의 복잡 급여기준」 (고시 제2021-323호, '22.1.1. 시행)
- 김영준 외. 신경외과학 4판. 엠엘커뮤니케이션. 2012.
- NCCN Guideline Central Nervous System Cancer, Version 3. 2020.
- EANO guidelines on the diagnosis and treatment of diffuse gliomas of adulthood. 2020.

[2022.8.30. 신경외과 분과위원회]

[2022.9.27. 중앙심사조정위원회]

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

\* VAD: Ventricular Assist Device

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

(단위: 건)

| 총계 | 실시기관 승인신청 |     |     |     | 요양급여 승인신청 |    |     |      |     |    |     |      |
|----|-----------|-----|-----|-----|-----------|----|-----|------|-----|----|-----|------|
|    | 이식형       |     | 체외형 |     | 이식형       |    |     |      | 체외형 |    |     |      |
|    | 승인        | 불승인 | 승인  | 불승인 | 계         | 승인 | 불승인 | 자료보완 | 계   | 승인 | 불승인 | 자료보완 |
| 6  | -         | -   | -   | -   | 6         | 6  | -   | -    | -   | -  | -   | -    |

### □ 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상 여부(총 6사례)

- 「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(6사례)

| 사례 | 성별/나이 | 심의결과       | 결정 사유                                                                                                                                                         |
|----|-------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A  | 남/66세 | 승인<br>(급여) | 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.<br>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 재신청 사례임. 2022년 7월 |

| 사례 | 성별/나이 | 심의결과        | 결정 사유                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----|-------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |       |             | 관상동맥중재술 후 심정지 발생하여 체외순환막형산화요법 적용하여 지속적으로 유지 중으로 좌심실구혈률 15~20%, NYHA class IV, Intermacs level 2 상태의 중증 심부전 소견 확인됨. 이전 심의에서 중증 뇌손상 여부를 배제할 수 없어 불승인 되었으나, 추가로 제출된 검사결과 등의 자료를 검토한 결과 해당 사례는 위 고시의 [별표2] 금기증 중증 뇌손상에 부합하지 않는다고 판단되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.                                                  |
| B  | 남/60세 | 승 인<br>(급여) | 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.<br>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로 2012년 관상동맥중재술 당시 좌심실구혈률 22% 확인됨. 2022년 8월 호흡곤란 악화로 입원하여 치료 중으로 좌심실구혈률 18%, NYHA class IV 등의 말기 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.                                                   |
| C  | 여/56세 | 승 인<br>(급여) | 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.<br>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 2009년부터 지속된 약물치료에도 불구하고 좌심실구혈률(LVEF) 2021년 20~25% 확인됨. 2022년 4월 삽입형 제세동기 시행하였으며 현재 LVEF 13%, NYHA class IV 등의 말기 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.                                 |
| D  | 남/80세 | 승 인<br>(급여) | 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.<br>이 사례는 심장이식이 적합하지 않은 확장성 심근병증 환자로 2018년 심부전 진단 후 약물치료 지속함. 이후 심부전 증상 호전되지 않고 2022년 7월 이후 반복적인 입원치료 받았으며 정맥강심제 의존적으로 심장 자기공명영상 상 좌심실구혈률 24%, NYHA class IV, Intermacs level 3 등의 말기 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함. |

| 사례 | 성별/나이 | 심의결과        | 결정 사유                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|-------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| E  | 여/60세 | 승 인<br>(급여) | <p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 2017년 좌심실구혈률(LVEF) 16% 확인되어 심부전 약물치료 시작함. 최근 호흡곤란 악화로 입원하여 정맥강심제 의존적으로 LVEF 18%, NYHA class III, Intermacs level 3 등의 말기 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>                             |
| F  | 남/72세 | 승 인<br>(급여) | <p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증(DCMP) 환자로 2011년 DCMP 진단받았으며 2016년 삽입형 제세동기 시행함. 심실빈맥으로 전극도자절제술 여러 차례 시행하였으나 이후에도 부정맥 반복되어 현재 입원치료 중임. 좌심실구혈률 24%, NYHA class IV, Intermacs level 2 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p> |

[2022.8.30.~9.1., 2022.9.5.~7. 심실 보조장치 치료술(VAD) 분과위원회]

[2022.9.27. 중앙심사조정위원회]

[2022.9.19.~21. 심실 보조장치 치료술(VAD) 분과위원회]

[2022.10.11. 중앙심사조정위원회]

9. Eculizumab주사제(품명: 솔리리스주) 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 |     | 재심의 승인신청 |     | 모니터링 |     |
|----------|-------|-------------------|----|------|-----|----------|-----|------|-----|
|          |       |                   |    | 승인   | 불승인 | 승인       | 불승인 | 승인   | 불승인 |
| 총계       |       |                   | 7  | 0    | 7   | -        | -   | -    | -   |
| 2022. 9. | 솔리리스주 | 비정형 용혈성<br>요독 증후군 | 7  | 0    | 7   | -        | -   | -    | -   |

[Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 대상여부]

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

☐ 승인신청(7사례)

| 심의년월     | 구분 | 성별/나이 | 심의내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 심의결과 |
|----------|----|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 2022. 9. | A  | 남/66  | <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 혈뇨, 황달 증세로 입원 후 시행한 검사 상 활성화형 혈전미세혈관병증 및 신기능 저하 소견으로 투석 시행하며 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 혈소판 수 정상하한치 이상으로 회복되어 위 고시 제1호나목 1)투여대상에서 정한 활성화형 미세혈관병증에 적합하지 않음. 또한, 약물, 감염에 의한 이차성 혈전미세혈관병증 및 신기능 저하로 판단되어 위 고시 제1호나목 2)제외대상에 해당하므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>                                                                                                                                                                                                                     | 불승인  |
|          | B  | 남/62  | <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 2018년 11월 혈액형 부적합 신장이식 후 2022년 8월 혈소판 감소, 신기능 저하, 간기능 이상 소견으로 입원 및 혈장교환술 시행, 폐렴 악화로 인공호흡기 적용 및 CRRT 시행하며 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, LDH 정상 상한치의 1.5배 미만으로 위 고시 제1호나목 1)투여대상에서 정한 활성화형 미세혈관병증에 적합하지 않으며, 신장손상의 정도가 명확하지 않아 위 고시 제1호나목 1) 나)에서 정한 신장손상에 적합하지 않음. 8/26, 8/29, 8/30 혈장교환 시행 후 9/5 ADAMTS-13 활성 검사가 시행되어 위 고시 제1호나목 1) 다)에서 정한 혈장교환을 하기 이전의 혈액 샘플에서 ADAMTS-13 활성 10% 이상에 적합하지 않음. 또한, 면역억제제 투여, 감염 등으로 인한 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목 2)제외대상에 해당하므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)</p> | 불승인  |

| 심의년월 | 구분 | 성별/나이 | 심의내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 심의결과 |
|------|----|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|      |    |       | 요양급여 신청을 불승인함.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |
|      | C  | 남/63  | <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 2022년 7월 신장이식 후 신장 손상, 혈소판 감소, LDH 상승 소견으로 비정형 용혈성 요독증후군 의심되어 혈액투석 및 혈장교환술 시행하며 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 7/24 FFP 주입, 8/8~8/19 혈장교환술 시행 후 8/29 ADAMTS-13 활성 검사가 시행되어 위 고시 제1호나목 1) 다)에서 정한 혈장교환을 하기 이전의 혈액 샘플에서 ADAMTS-13 활성 10% 이상에 적합하지 않음. 또한 감염, 면역억제제 투여 및 항체 매개성 거부반응 등에 의한 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목 2)제외대상에 해당하므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>                                                      | 불승인  |
|      | D  | 남/54  | <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 2022년 8월 신장이식 후 혈청 크레아티닌 상승으로 시행한 신장조직검사 상 항체 매개성 거부반응 소견으로 혈장교환술 및 IVIG 시행하였으나 지속적인 혈소판 감소, LDH 증가 소견으로 비정형 용혈성 요독증후군 의심되어 혈장교환술 시행하며 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, LDH 정상 상한치의 1.5배 미만으로 위 고시 제1호나목 1)투여대상에서 정한 활성형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않으며 8/13 FFP 주입, 8/26~8/31 혈장교환술 시행 후 9/2 ADAMTS-13 활성 검사가 시행되어 위 고시 제1호나목 1) 다)에서 정한 혈장교환을 하기 이전의 혈액 샘플에서 ADAMTS-13 활성 10% 이상에 적합하지 않음. 또한 면역억제제 투여 및 항체 매개성 거부반응에 의한 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위</p> | 불승인  |

| 심의년월 | 구분 | 성별/나이 | 심의내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 심의결과 |
|------|----|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|      |    |       | 고시 제1호나목 2)제외대상에 해당하므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |
|      | E  | 여/59  | <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 2012년 조기위암 완치 후 정규 외래 시 anemia 소견으로 입원 후 시행 한 검사상 비정형 용혈성 요독증후군 의심되어 혈장교환술 시행하였으나 혈소판, LDH 등 호전되지 않아 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, LDH 정상 상한치의 1.5배 미만, 혈소판 수 정한하한치 이상으로 위 고시 제1호나목 1)투여대상에서 정한 활성형 미세혈관병증에 적합하지 않으며, 혈청 크레아티닌 정상 상한치 미만으로 위 고시 제1호나목 1) 나)에서 정한 신장손상에 적합하지 않아 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p> | 불승인  |
|      | F  | 남/33  | <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 IgAN ESRD로 2021년 12월 신장이식 후 2022년 8월 발열로 입원하여 시행한 검사 상 빈혈, 혈소판 감소 등 혈전미세혈관병증 소견으로 CRRT 및 혈장교환술 시행하였으나 호전되지 않아 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 면역억제제 및 감염에 의한 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목 2)제외대상에 해당하므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>                                                                        | 불승인  |
|      | G  | 여/78  | <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: 솔리</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 불승인  |

| 심의년월 | 구분 | 성별/나이 | 심의내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 심의결과 |
|------|----|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
|      |    |       | <p>리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 2003년 편측 신장 절제술 시행 및 2005년 만성 신부전으로 진단되어 추적 검사 하던 중, 2022년 8월 호흡곤란으로 입원 후 시행한 검사 상 신기능 저하 및 용혈성 빈혈 등 혈전미세혈관병증 소견으로 혈장교환술 시행했으나 신기능 회복되지 않아 비정형 용혈성 요독 증후군 의심하며 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, LDH 정상 상한치의 1.5배 미만으로 위 고시 제1호나목 1)투여대상에서 정한 활성화 미세혈관병증에 적합하지 않음. 또한 폐렴 등 감염에 의한 이차성 혈전미세혈관병증 배제되지 않아 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p> |      |

[2022.8.31.~9.5., 2022.9.15.~19. 솔리리스주 분과위원회]

[2022.9.27. 중앙심사조정위원회]

[2022.9.22.~27. 솔리리스주 분과위원회]

[2022.10.11 중앙심사조정위원회]

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

- 우리원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 따라 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(42사례)

(단위: 건)

| 전체    |    | 신청 |    |     | 모니터링 |    |      |     |    |
|-------|----|----|----|-----|------|----|------|-----|----|
|       |    | 소계 | 승인 | 불승인 | 소계   | 승인 | 자료보완 | 불승인 | 종료 |
| 스피라자주 | 42 | 0  | 0  | 0   | 42   | 34 | 2    | 1   | 5  |

## 1. 스피라자주 요양급여 대상여부(42사례)

### 가. 스피라자주 투여 모니터링 보고

#### ○ 투여 유지여부(37사례)

| 심의년월     | 사례 | 성별 | 나이  | SMA type | 최초투여일      | 예정 차수 | 심의 결과 | 심의내용                                                                                                                                                                                                         |
|----------|----|----|-----|----------|------------|-------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2022. 9. | A  | 여  | 5세  | I        | '18.04.09. | 17    | 승인    | 이 건은 제출된 운동 기능평가 결과 직전 평가시점과 비교하여 운동기능의 유지 또는 개선이 확인되는 등 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시(2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다. 목에서 정한 중단기준에 해당하지 아니하여, 급여기준에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함. |
|          | B  | 남  | 4세  | I        | '18.04.07. | 17    | 승인    |                                                                                                                                                                                                              |
|          | C  | 남  | 24세 | II       | '22.03.31. | 5     | 승인    |                                                                                                                                                                                                              |
|          | D  | 남  | 24세 | II       | '22.04.06. | 5     | 승인    |                                                                                                                                                                                                              |
|          | E  | 여  | 27세 | II       | '21.12.23. | 6     | 승인    |                                                                                                                                                                                                              |
|          | F  | 여  | 4세  | II       | '21.07.27. | 7     | 승인    |                                                                                                                                                                                                              |
|          | G  | 남  | 20세 | II       | '21.08.05. | 7     | 승인    |                                                                                                                                                                                                              |
|          | H  | 여  | 3세  | II       | '20.11.25. | 9     | 승인    |                                                                                                                                                                                                              |
|          | I  | 여  | 3세  | II       | '20.07.27. | 10    | 승인    |                                                                                                                                                                                                              |
|          | J  | 여  | 11세 | II       | '20.04.08. | 11    | 승인    |                                                                                                                                                                                                              |
|          | K  | 여  | 19세 | II       | '20.04.01. | 11    | 승인    |                                                                                                                                                                                                              |

| 심의년월 | 사례 | 성별 | 나이  | SMA type | 최초투여일      | 예정 차수 | 심의 결과 | 심의내용                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------|----|----|-----|----------|------------|-------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | L  | 남  | 19세 | II       | '20.04.22. | 11    | 승인    |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|      | M  | 여  | 30세 | II       | '20.04.01. | 11    | 승인    |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|      | N  | 남  | 6세  | II       | '19.12.13. | 12    | 승인    |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|      | O  | 여  | 7세  | II       | '19.10.29. | 12    | 승인    |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|      | P  | 여  | 25세 | II       | '19.09.27. | 12    | 승인    |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|      | Q  | 여  | 27세 | II       | '19.12.18. | 12    | 승인    |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|      | R  | 여  | 28세 | II       | '19.12.19. | 12    | 승인    |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|      | S  | 여  | 36세 | II       | '19.11.20. | 12    | 승인    |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|      | T  | 여  | 37세 | II       | '19.11.20. | 12    | 승인    |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|      | U  | 남  | 5세  | II       | '19.07.24. | 13    | 승인    |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|      | V  | 여  | 5세  | II       | '19.07.22. | 13    | 승인    |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|      | W  | 여  | 6세  | II       | '19.08.05. | 13    | 승인    |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|      | X  | 여  | 8세  | II       | '19.08.09. | 13    | 승인    |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|      | Y  | 여  | 10세 | II       | '19.07.02. | 13    | 승인    |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|      | Z  | 여  | 14세 | II       | '19.07.29. | 13    | 승인    |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|      | Z1 | 여  | 15세 | II       | '19.08.12. | 13    | 승인    |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|      | Z2 | 여  | 17세 | III      | '20.07.14. | 10    | 승인    |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|      | Z3 | 남  | 23세 | III      | '20.04.21. | 11    | 승인    |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|      | Z4 | 여  | 9세  | III      | '19.10.29. | 12    | 승인    |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|      | Z5 | 여  | 10세 | III      | '19.07.29. | 13    | 승인    |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|      | Z6 | 여  | 25세 | III      | '19.08.05. | 13    | 승인    |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|      | Z7 | 여  | 9세  | I        | '18.04.19. | 16    | 승인    | <p>이 건은 제출된 자료 확인 결과 <u>투약에 대한 반응을 추가적으로 관찰할 필요가 있다는 분과위원회의 의견에 따라 스피라자주를 요양급여 대상으로 승인함.</u></p> <p>다만, <u>운동기능평가(HFMSE) 점수가 2회 이상 0점으로 지속적으로 운동기능의 변화가 없을 경우 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시(2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다.목에서 정한 중단기준에 따라 중단을 고려 할 수 있음.</u></p> |

| 심의년월 | 사례  | 성별 | 나이  | SMA type | 최초투여일      | 예정 차수 | 심의 결과 | 심의내용                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------|-----|----|-----|----------|------------|-------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | Z8  | 남  | 41세 | II       | '20.04.09. | 11    | 승인    | <p>이 건은 「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 <u>스핀라자주를 요양급여 대상으로 승인함.</u></p> <p>다만, 다음 모니터링 시 운동기능평가 (HFMSE)에서 <u>획득된 점수를 확인할 수 있는 동영상 자료를 제출토록 함.</u> (운동기능평가도구에서 정한 점수 획득 기준을 준수하여 검사를 요함.)</p>  |
|      | Z9  | 남  | 24세 | II       | '21.08.04. | 7     | 자료보완  | <p>이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시(2019-69호, 2019. 4. 8. 시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다.목에서 정한 중단기준 중 <u>운동 기능의 유지 또는 개선을 2회 연속 입증할만한 추가적인 자료가 필요하다고 판단함.</u></p> <p>이에, 운동기능평가에서 <u>획득된 점수를 확인할 수 있는 동영상 자료를 제출토록 함.</u> (운동기능평가도구에서 정한 점수 획득 기준을 준수하여 검사를 요함.)</p> |
|      | Z10 | 남  | 14세 | II       | '19.08.08. | 13    | 자료보완  | <p>이 건은 최근 척추측만증에 대한 수술력이 있는 환자로 <u>요추천자를 통한 경막내 약제 투여의 지속 가능성 및 안전성에 대한 확인이 필요하여 척수강 조영술 (Myelography) 사진 및 판독 결과를 제출토록 함.</u></p>                                                                                                                                            |
|      | Z11 | 남  | 13세 | II       | '19.10.30. | 12    | 불승인   | <p>이 건은 제출된 운동기능평가 결과 <u>최초 투약전 운동기능평가(HFMSE) 보다 점수가 감소되었고 2회 연속 0점으로, 이는 운동 기능의 유지 또는 개선이라고 판단</u></p>                                                                                                                                                                        |

| 심의년월 | 사례 | 성별 | 나이 | SMA type | 최초투여일 | 예정 차수 | 심의 결과 | 심의내용                                                                                                                                                                                              |
|------|----|----|----|----------|-------|-------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      |    |    |    |          |       |       |       | <p>할 수 없음.</p> <p>이에, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시(2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다.목에서 정한 중단기준 중 운동 기능의 유지 또는 개선을 2회 연속 입증하지 못하였으므로 <u>스핀라자주를 요양급여 대상으로 불승인함.</u></p> |

○ 종료보고(5사례)

| 심의년월     | 사례  | 성별 | 나이  | SMA type | 최초투여일      | 최종 투여 차수 | 보고결과                                   |
|----------|-----|----|-----|----------|------------|----------|----------------------------------------|
| 2022. 9. | Z12 | 남  | 21m | I        | '21.08.17. | 6        | 이 건은 <u>졸겐스마주 교체투여로 스핀라자주 투여를 종료함.</u> |
|          | Z13 | 여  | 24m | I        | '21.04.22. | 7        |                                        |
|          | Z14 | 남  | 20m | I        | '21.02.19. | 7        |                                        |
|          | Z15 | 여  | 24m | I        | '20.10.19. | 8        |                                        |
|          | Z16 | 여  | 24m | I        | '20.11.27. | 8        |                                        |

[2022.9. 14. 스핀라자주 분과위원회]  
[2022.9.27. 중앙심사조정위원회]

11. Onasemnogene abeparvovec 주사제(품명:줄겐스마주) 요양급여 대상여부

- 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.

○ Onasemnogene 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(5사례)

(단위: 사례)

| 전체    |   | 요양급여 신청 |    |     |      | 교체투여 신청 |    |     |      |
|-------|---|---------|----|-----|------|---------|----|-----|------|
|       |   | 소계      | 승인 | 불승인 | 자료보완 | 소계      | 승인 | 불승인 | 자료보완 |
| 줄겐스마주 | 5 | 1       | 1  | -   | -    | 4       | 3  | 1   | -    |

○ 줄겐스마주 요양급여 대상여부

- 줄겐스마주 교체투여 신청(2사례)

| 심의년월     | 사례 | 성별 | 나이   | 심의<br>결과 | 심의내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------|----|----|------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2022. 8. | A  | 남  | 20개월 | 승인       | 이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」(보건복지부 고시 제2022-181호, 2022. 8. 1. 시행) (경과규정) Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주)를 투여하고 있는 환자의 교체투여 인정 조건에 명시된 급여개시일(2022.8.1.) 이전부터 Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주)를 투여하고 있는 환자로서 가.투여대상 조건을 모두 만족하고, 나. 제외기준에 해당하지 않으므로 Onasemnogene abeparvovec 주사제(품명: 줄겐스마주)로의 교체 투여를 승인함. |
|          | B  | 남  | 20개월 | 승인       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

[2022. 8. 24. 줄겐스마주 분과위원회]

[2022. 9. 27. 중앙심사조정위원회]

○ 줄겐스마주 요양급여 대상여부

- 줄겐스마주 교체투여 신청(1사례)

| 심의년월     | 사례 | 성별 | 나이   | 심의<br>결과 | 심의내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------|----|----|------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2022. 9. | A  | 여  | 18개월 | 승인       | 이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부 사항 (약제)」 (보건복지부 고시 제2022-181호, 2022. 8. 1.시행) (경과규정) Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주)를 투여하고 있는 환자의 교체투여 인정 조건에 명시된 급여개시일(2022.8.1.) 이전부터 Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주)를 투여하고 있는 환자로서 가. 투여대상 조건을 모두 만족하고, 나. 제외기준에 해당하지 않으므로 Onasemnogene abeparvovec 주사제(품명: 줄겐스마주)로의 교체 투여를 승인함. |

[2022. 9. 14. 줄겐스마주 분과위원회]

[2022. 9. 27. 중앙심사조정위원회]

○ 줄겐스마주 요양급여 대상여부

- 줄겐스마주 교체투여 신청(1사례)

| 심의년월     | 사례 | 성별 | 나이   | 심의<br>결과 | 심의내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------|----|----|------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2022. 9. | A  | 남  | 23개월 | 불승인      | <p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 (보건복지부 고시 제2022-181호, 2022. 8. 1.시행) (경과규정) Nusinersen sodium 주사제 (품명: 스피라자주)를 투여하고 있는 환자의 교체투여 인정 조건에 의하면, 5q SMN1 유전자의 결손 또는 변이의 유전자적 진단 및 제 1형 척수성 근위축증의 임상적 진단을 받은 환자를 투여대상으로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 증상발현 시기 및 잔여운동기능(목가누기, 혼자 앉기)등을 종합해 제 2형 척수성 근위축증으로 확인되어 경과규정 상의 가.투여대상 조건에 해당하지 아니하므로 Onasemnogene abeparvovec 주사제(품명: 줄겐스마주)로의 요양급여 신청을 불승인함.</p> |

[2022. 9. 27. 줄겐스마주 분과위원회]

[2022. 10. 11. 중앙심사조정위원회]

○ 졸겐스마주 요양급여 대상여부

- 졸겐스마주 요양급여 신청(1사례)

| 심의년월     | 사례 | 성별 | 나이  | 심의<br>결과 | 심의내용                                                                                                                                                                     |
|----------|----|----|-----|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2022. 9. | A  | 여  | 2개월 | 승인       | 이 건은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부 사항 (약제)」(보건복지부 고시 제2022-181호, 2022. 8. 1.시행)에 따라, 가.투여대상 조건을 모두 만족하고, 나.제외기준에 해당하지 않으므로 Onasemnogene abeparvovec 주사제(품명: 졸겐스마주)의 요양급여를 승인함. |

[2022. 9. 30. 졸겐스마주 분과위원회]

[2022. 10. 11. 중앙심사조정위원회]

## 12. 면역관용요법(Immune Tolerance Induction) 요양급여 대상여부

- 우리원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2013-127호, 2013. 9. 1.시행 / 제2018-97호, 2018. 6. 1.시행 / 제2018-280호, 2019. 1. 1.시행 / 제2020-107호, 2020. 6. 1.시행/ 제2022-131호, 2022. 5. 31.시행)에 의거, 요양급여 여부를 결정하는 사전심의제도를 운영하고 있음.
- 「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준」 건강보험심사평가원 공고(제2022-150호, 2022. 7. 4.시행)에 의거,
1. 요양급여대상여부의 심의의뢰는 실시기관이 면역관용요법을 하고자 하는 경우에는 별지 제1호 또는 제3호 서식에 따른 면역관용요법 요양급여 신청서를 원장에게 제출하여 심의의뢰 하여야 하며,
  2. 심의의뢰에 대하여 원장으로부터 요양급여대상으로 인정통보 받은 날부터 60일 이내에 면역관용요법을 실시하여야 하며, (다만 60일을 경과하여 실시하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함.)
  3. 실시기관이 면역관용요법을 시행하는 경우에는 3개월마다 별지 제2호 또는 제4호 서식에 따른 보고서를 작성하여 원장에게 제출하여 함.

### □ 면역관용요법 요양급여 대상여부-신청서 제출 건(2사례)

(단위: 건)

| 개최년도 | 개최분기 | 계 | 승인 | 불승인 | 종료 |
|------|------|---|----|-----|----|
| 2022 | 3분기  | 2 | 1  | 1   | -  |

#### ○ 세부내역

- 「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험 심사평가원 공고 제2022-150호, 2022. 7. 4. 시행)」은 제4조 및 별표에 서 면역관용요법의 요양급여 적용 기준에 대하여 정하고 있음.

| 개최년도  | 개최분기 | 성별/나이          | 진단명  | 심의결과 | 심의내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------|------|----------------|------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2022년 | 3분기  | A사례<br>(남/40세) | 혈우병A | 승인   | 이 건은 1990년 혈우병 A 진단 받고 항체 발견(2.4 BU/ml, '93. 8. 23.)되었음. 최고 항체가 288 BU/ml('05. 1. 4.), 최근 항체가는 20.75 BU/ml('22. 8. 13.)임. 뇌출혈('90., '96.), 장출혈('93.) 등 있었으며, 출혈 빈도는 연평균 20회임.<br>이뮤네이트주 100 IU/kg/dose를 q 48hrs 180일 동안 투여할 계획임. 이에 면역관용요법 요양급여를 승인함. 단, 성공률이 높지 않을 것으로 예상되어 100 IU/kg 매일 투여와 면역관용요법 시행 전 면역조절제 사용을 권고함. |
|       |      | B사례<br>(남/73세) | 혈우병A | 불승인  | 이 건은 2017년 경증 혈우병 A 진단 받고 2021년 10월 29일 항체 발견됨(13.83 BU/ml). 최고 항체가는 33.17 BU/ml('21. 11. 15.), 최근 항체가는 0.48 BU/ml('22. 8. 17.)임. 이뮤네이트주 100 IU/kg/dose를 q 48hrs 180일 동안 투여할 계획으로 신청함. 항체                                                                                                                                |

| 개최년도 | 개최분기 | 성별/나이 | 진단명 | 심의결과 | 심의내용                                                                                                        |
|------|------|-------|-----|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      |      |       |     |      | 발현 직후 장요근 출혈 있었으나, 2022년 출혈력 많지 않고, 항체가 감소하여 요양급여를 불승인함. 다만, 향후 항체가 변동 및 출혈빈도 모니터링 후 필요 시 재신청하도록 요양기관에 안내함. |

□ 면역관용요법 요양급여 대상여부-정기 보고서 제출 건(7사례)

(단위: 건)

| 개최년도 | 개최분기 | 계 | 승인 | 불승인 | 종료 |
|------|------|---|----|-----|----|
| 2022 | 3분기  | 7 | 6  | -   | 1  |

○ 세부내역

- 「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험 심사평가원 공고 제2022-150호, 2022. 7. 4. 시행)」은 제6조 및 제9조에  
서 실시기관이 정기 보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 면역관용요법 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양 급여  
의 종료 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음.

| 개최년도  | 개최분기 | 성별/나이          | 진단명  | 심의결과 | 심의내용                                                                                                                                                                                                               |
|-------|------|----------------|------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2022년 | 3분기  | A사례<br>(남/5세)  | 혈우병A | 승인   | 이 건은 면역관용요법 27개월 시행 후 정기<br>보고서가 제출된 건으로, 그린모노주로 50<br>IU/kg/dose를 주 3회 투여 중임. 최근 항체가<br>음성으로 유지되고 있으며, 회복률 0.98%/ $\bar{u}$ /kg('22.<br>8. 22.)임. 3개월 간 3회의 출혈력 있었으며, 출혈<br>시 그린모노주 투여함. 이에 면역관용요법 계속<br>시행을 인정함. |
|       |      | B사례<br>(남/10세) | 혈우병A | 승인   | 이 건은 면역관용요법 21개월 시행 후 정기<br>보고서가 제출된 건으로, 이뮤네이트주 94.4<br>IU/kg를 하루 2회로 투여 중으로, 최근 항체가 43.7<br>BU/ml('22. 8. 12.)이며, 3개월간 13회의 출혈력<br>있음. 이에 면역관용요법 계속 시행을 인정함. 단,<br>면역조정제 병용을 권고함.                                |
|       |      | C사례<br>(남/3세)  | 혈우병A | 승인   | 이 건은 면역관용요법 13개월 시행 후 정기보고서가<br>제출된 건으로, 애드베이트주를 감량(82.2 → 69.7<br>IU/kg/dose, '22. 8. 29.)하여 주 3회 투여 중으로,<br>최근 항체가 음성('22. 8. 9.)임. 3개월간 출혈력<br>없음. 이에 면역관용요법 계속 시행을 인정함.                                        |
|       |      | D사례<br>(남/3세)  | 혈우병A | 승인   | 이 건은 면역관용요법 12개월 시행 후<br>정기보고서가 제출된 건으로, 애드베이트주 100<br>IU/kg/dose를 주 3회 투여 중으로 최근 항체가                                                                                                                              |

| 개최년도 | 개최분기 | 성별/나이          | 진단명  | 심의결과       | 심의내용                                                                                                                                         |
|------|------|----------------|------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      |      |                |      |            | 음성('22. 7. 4.)로 3개월간 출혈력 없음. 이에 면역관용요법 계속 시행을 인정함.                                                                                           |
|      |      | E사례<br>(남/5세)  | 혈우병A | 승인         | 이 건은 면역관용요법 13개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로, 애드베이트주 88IU/kg를 격일 투여 중으로 최근 항체가 음성('22. 8. 24.)이고 3개월간 출혈력 없음. 이에 면역관용요법 계속 시행을 인정함.                  |
|      |      | F사례<br>(남/28세) | 혈우병A | 승인         | 이 건은 면역관용요법 10개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 건으로, 애드베이트주 95 IU/kg/dose를 매일 투여 중으로 최근 항체가 14.85 BU/ml('22. 8. 4.)로 3개월간 출혈력 없음. 이에 면역관용요법 계속 시행을 인정함.    |
|      |      | G사례<br>(남/46세) | 혈우병A | 종료<br>(승인) | 이 건은 면역관용요법 99개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로, 그린에이트주 44.7 IU/kg/dose를 격일 투여 중임. 최근 항체가 0.62 BU/ml('22. 8. 25.)임. 출혈 없이 부분 성공으로 9월 17일 면역관용요법 종료 예정임. |

[2022.9.15. 면역관용요법 분과위원회]

[2022.9.27. 중앙심사조정위원회]

### 13. [척추한방] 통증조절을 위해 시행한 입원 인정여부

#### ■ 청구내역

##### ○ 사례1(여/60세)

- 청구 상병명: (주) 요통, 요추부  
(부) 1. 양쪽 원발성 무릎관절증, 2. 경추통, 경추, 3. 신음허증(腎陰虛證)
- 주요 청구내역:  
가2가(6) 15400 한의원,보건의료원 내 한의과 입원료 1\*1\*15  
가2가(6) 15400800 한의원,보건의료원 내 한의과 입원료 [입원16-30일] 1\*1\*5

##### ○ 사례2(남/58세)

- 청구 상병명: (주) 요통, 요추부  
(부) 1. 기타 원발성 무릎관절증, 2. 관절통, 위팔, 3. 신음허증(腎陰虛證)
- 주요 청구내역:  
가2가(6) 15400 한의원,보건의료원 내 한의과 입원료 1\*1\*15  
가2가(6) 15400800 한의원,보건의료원 내 한의과 입원료 [입원16-30일] 1\*1\*6

##### ○ 사례3(여/64세)

- 청구 상병명: (주) 요통, 요추부  
(부) 1. 경추통, 경부, 2. 어지럼증 및 어지럼, 3. 신음허증(腎陰虛證)
- 주요 청구내역:  
가2가(6) 15400 한의원,보건의료원 내 한의과 입원료 1\*1\*15  
가2가(6) 15400800 한의원,보건의료원 내 한의과 입원료 [입원16-30일] 1\*1\*5

##### ○ 사례4(여/55세)

- 청구 상병명: (주) 요통, 요추부  
(부) 1. 관절통, 어깨부분, 2. 관절통, 골반 부분 및 대퇴, 3. 신음허증(腎陰虛證)
- 주요 청구내역:  
가2가(6) 15400 한의원,보건의료원 내 한의과 입원료 1\*1\*15  
가2가(6) 15400800 한의원,보건의료원 내 한의과 입원료 [입원16-30일] 1\*1\*2

#### ■ 심의내용 및 결과

- 이 건(4사례)은 ‘요통, 요추부’ 등 상병으로 통증조절을 위하여 입원한 것으로, 진료내역을 참조하여 청구된 입원료 인정여부에 대하여 심의함.
- 「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 인정 하며, 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 의 거, 해당 상병으로 입원진료 하는 경우는 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한통증이 있거나 타 질환을 의심 할만한 임상적 소견이 있어 감별진단이 필요한 경우로 세부 인정기준을 정하고 있음.

- 이 건(4사례)은 ‘요통, 요추부’ 등 상병으로 통증조절을 위하여 입원한 건으로, 진료내역을 참조하여 다음과 같이 사례별로 결정함.

- 다 음 -

#### ○ 사례1(여/60세)

2~3개월 전부터 심해진 요통을 주호소로 21일 입원 진료 후 ‘가2가(6) 한의원, 보건의료원 내 한의과 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.**

#### ○ 사례2(남/58세)

요통을 주호소로 22일 입원 진료 후 ‘가2가(6) 한의원, 보건의료원 내 한의과 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.**

#### ○ 사례3(여/64세)

요통을 주호소로 21일 입원 진료 후 ‘가2가(6) 한의원, 보건의료원 내 한의과 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.**

#### ○ 사례4(여/55세)

2달 전 발생한 요통을 주호소로 18일 입원 진료 후 ‘가2가(6) 한의원, 보건의료원 내 한의과 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.**

### ■ 참고

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

[2022.4.28. 서울지원 지역분과위원회, 2022.6.29. 서울지원 지역분과위원회]  
[2022.9.22. 입원료심사조정위원회]  
[2022.10.11. 중앙심사조정위원회]

#### 14. [척추한방] 외상 등 사유로 시행한 입원 인정여부

##### ■ 청구내역

###### ○ 사례1(여/66세)

- 청구 상병명: (주) 요천추[관절][인대]의 염좌 및 긴장  
(부) 1. 손목의 기타 부분의 염좌 및 긴장, 2. 고관절의 기타 명시된 부위의 염좌 및 긴장,  
3. 혈어증(血瘀證)
- 주요 청구내역:  
가2가(6) 15400 한의원,보건의료원 내 한의과 입원료 1\*1\*14  
가2가(6) 15400800 한의원,보건의료원 내 한의과 입원료 [입원16-30일] 1\*1\*5

###### ○ 사례2(여/54세)

- 청구 상병명: (주) 요천추[관절][인대]의 염좌 및 긴장  
(부) 1. 머리의 기타 부분의 표재성 손상, 2. 어깨관절의 염좌 및 긴장, 3. 고관절의 기타 명시된 부위의 염좌 및 긴장, 4. 혈어증(血瘀證)
- 주요 청구내역:  
가2가(6) 15400 한의원,보건의료원 내 한의과 입원료 1\*1\*15  
가2가(6) 15400800 한의원,보건의료원 내 한의과 입원료 [입원16-30일] 1\*1\*4

###### ○ 사례3(남/37세)

- 청구 상병명: (주) 요천추[관절][인대]의 염좌 및 긴장  
(부) 1. 무릎의 타박상, 2. 혈어증(血瘀證)
- 주요 청구내역:  
가2가(6) 15400 한의원,보건의료원 내 한의과 입원료 1\*1\*15  
가2가(6) 15400800 한의원,보건의료원 내 한의과 입원료 [입원16-30일] 1\*1\*5

###### ○ 사례4(여/59세)

- 청구 상병명: (주) 요천추[관절][인대]의 염좌 및 긴장  
(부) 1. 무릎의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장, 2. 혈어증(血瘀證)
- 주요 청구내역:  
가2가(6) 15400 한의원,보건의료원 내 한의과 입원료 1\*1\*15

###### ○ 사례5(여/49세)

- 청구 상병명: (주) 요천추[관절][인대]의 염좌 및 긴장  
(부) 1. 고관절의 기타 명시된 부위의 염좌 및 긴장, 2. 혈어증(血瘀證)
- 주요 청구내역:  
가2가(6) 15400 한의원,보건의료원 내 한의과 입원료 1\*1\*12

###### ○ 사례6(여/80세)

- 청구 상병명: (주) 요추의 염좌 및 긴장  
(부) 1. 어깨관절의 염좌 및 긴장, 2. 어깨의 회전근개의 근육 및 힘줄의 손상, 열상,  
3. 요골측부인대의 염좌 및 긴장, 4. 혈어증(血瘀證)

- 주요 청구내역:

가2가(6) 15400 한의원,보건의료원 내 한의과 입원료 1\*1\*15

가2가(6) 15400800 한의원,보건의료원 내 한의과 입원료 [입원16-30일] 1\*1\*5

○ 사례7(여/52세)

- 청구 상병명: (주) 요추 및 골반의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장

(부) 1. 경추의 염좌 및 긴장, 2. 팔꿈치의 상세불명 부분의 염좌 및 긴장, 3. 고관절의 기타 명시된 부위의 염좌 및 긴장, 4. 혈어증(血瘀證)

- 주요 청구내역:

가2가(6) 15400 한의원,보건의료원 내 한의과 입원료 1\*1\*15

가2가(6) 15400800 한의원,보건의료원 내 한의과 입원료 [입원16-30일] 1\*1\*5

○ 사례8(남/67세)

- 청구 상병명: (주) 요추의 염좌 및 긴장

(부) 1. 어깨관절의 염좌 및 긴장, 2. 혈어증(血瘀證)

- 주요 청구내역:

가2가(6) 15400 한의원,보건의료원 내 한의과 입원료 1\*1\*14

○ 사례9(여/57세)

- 청구 상병명: (주) 요추의 염좌 및 긴장

(부) 1. 경추의 염좌 및 긴장, 2. 어깨관절의 염좌 및 긴장, 3. 팔꿈치의 기타 부분의 염좌 및 긴장, 4. 혈어증(血瘀證)

- 주요 청구내역:

가2가(6) 15400 한의원,보건의료원 내 한의과 입원료 1\*1\*15

○ 사례10(여/64세)

- 청구 상병명: (주) 요추의 염좌 및 긴장

(부) 1. 경추의 염좌 및 긴장, 2. 흉추의 염좌 및 긴장, 3. 발목의 기타 부분의 염좌 및 긴장, 4. 혈어증(血瘀證)

- 주요 청구내역:

가2가(6) 15400 한의원,보건의료원 내 한의과 입원료 1\*1\*10

○ 사례11(여/67세)

- 청구 상병명: (주) 요천추[관절][인대]의 염좌 및 긴장

(부) 1. 어깨관절의 염좌 및 긴장, 2. 고관절의 기타 명시된 부위의 염좌 및 긴장, 3. 혈어증(血瘀證)

- 주요 청구내역:

가2가(6) 15400 한의원,보건의료원 내 한의과 입원료 1\*1\*10

○ 사례12(남/60세)

- 청구 상병명: (주) 요천추[관절][인대]의 염좌 및 긴장

(부) 1. 팔꿈치의 기타 부분의 염좌 및 긴장, 2. 혈어증(血瘀證)

- 주요 청구내역:

가2가(6) 15400 한의원,보건의료원 내 한의과 입원료 1\*1\*13

○ 사례13(여/69세)

- 청구 상병명: (주) 요추 및 골반의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장  
(부) 1. 어지럼증 및 어지럼, 2. 아래다리의 기타 및 상세불명 부분의 타박상,  
3. 혈어증(血瘀證)
- 주요 청구내역:  
가2가(6) 15400 한의원,보건의료원 내 한의과 입원료 1\*1\*13

■ 심의내용 및 결과

- 이 건(13사례)은 ‘요추의 염좌 및 긴장’ 등 상병으로 통증조절을 위하여 입원한 것으로, 진료내역을 참조하여 청구된 입원료 인정여부에 대하여 심의함.
- 「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 인정 하며, 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 의 거, 해당 상병으로 입원진료 하는 경우는 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한통증이 있거나 타 질환을 의심 할만한 임상적 소견이 있어 감별진단이 필요한 경우로 세부 인정기준을 정하고 있음.
- 이 건(13사례)은 ‘요추의 염좌 및 긴장’ 등 상병으로 통증조절을 위하여 입원한 것으로, 진료내역을 참조하여 다음과 같이 사례별로 결정함.

- 다 음 -

○ 사례1(여/66세)

내원 약 2달 전 전 자전거를 타다가 넘어진 후 허리 및 골반통증 등을 주호소로 20일 입원 진료 후 ‘가2가(6) 한의원, 보건의료원 내 한의과 입원료’ 등을 청구한 사례임.  
외상 후 통증조절을 위하여 입원 진료를 시행하였으나, 급성기 경과 관찰을 위한 적절한 시간이 경과하였고 제 출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적이고 객관적 인 기록이 미비함. 이에 입원이 필요할 정도의 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 인정하지 아니하며 심사사례지침으로 공고하기로 함.**

○ 사례2(여/54세)

내원 3일 전 자전거를 타다가 넘어진 후 허리 및 우측 어깨 통증 등을 주호소로 20일 입원 진료 후 ‘가2가(6) 한의원, 보건의료원 내 한의과 입원료’ 등을 청구한 사례임.  
외상 후 통증조절을 위하여 입원 진료를 시행하였으나, 급성기 경과 관찰을 위한 적절한 시간이 경과하였고 제 출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적이고 객관적 인 기록이 미비함. 이에 입원이 필요할 정도의 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 인정하지 아니하며 심사사례지침으로 공고하기로 함.**

○ 사례3(남/37세)

내원 4일 전 자전거를 타다가 넘어진 후 허리 및 무릎 통증을 주호소로 21일 입원 진료 후 ‘가2가(6) 한의원, 보건의료원 내 한의과 입원료’ 등을 청구한 사례임.

외상 후 통증조절을 위하여 입원 진료를 시행하였으나, 급성기 경과 관찰을 위한 적절한 시간이 경과하였고 제출된 진료기록부 등에서 환자의 심한 통증과 이로 인한 일상생활에 제한 등에 대한 기록이 미비함. 이에 입원이 필요할 정도의 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 인정하지 아니함.**

○ 사례4(여/59세)

내원 약 5일 전 물건 들다가 넘어진 후 허리 및 무릎 통증을 주호소로 16일 입원 진료 후 ‘가2가(6) 한의원, 보건의료원 내 한의과 입원료’ 등을 청구한 사례임.

외상 후 통증조절을 위하여 입원 진료를 시행하였으나, 급성기 경과 관찰을 위한 적절한 시간이 경과하였고 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.**

○ 사례5(여/49세)

내원 5일 전 계단에서 넘어진 후 허리 및 골반 통증을 주호소로 13일 입원 진료 후 ‘가2가(6) 한의원, 보건의료원 내 한의과 입원료’ 등을 청구한 사례임.

외상 후 통증조절을 위하여 입원 진료를 시행하였으나, 급성기 경과 관찰을 위한 적절한 시간이 경과하였고 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.**

○ 사례6(여/80세)

내원 22일 전 눈 쓸다가 미끄러져 넘어진 후 허리 및 어깨 통증 등을 주호소로 21일 입원 진료 후 ‘가2가(6) 한의원, 보건의료원 내 한의과 입원료’ 등을 청구한 사례임.

외상 후 타 기관에서 19일 입원 진료를 시행한 환자로, 급성기 경과 관찰을 위한 적절한 시간이 경과하였고 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/52세)

내원 약 40일 전 캠핑장 사다리에서 미끄러져 넘어진 후 허리 및 엉치 통증 등을 주호소로 21일 입원 진료 후 ‘가2가(6) 한의원, 보건의료원 내 한의과 입원료’ 등을 청구한 사례임.

외상 후 타 기관에서 25일 입원 진료를 시행한 환자로, 급성기 경과 관찰을 위한 적절한 시간이 경과하였고 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.**

○ 사례8(남/67세)

내원 당일 자전거 타다가 넘어진 후 허리 및 어깨 통증을 주호소로 15일 입원 진료 후 ‘가2가(6) 한의원, 보건의료원 내 한의과 입원료’ 등을 청구한 사례임.

제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적이고 객관적인 기록이 미비하여 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않음. 다만, 급성기 통증의 완화여부 관

찰이 필요한 경우로 판단되어 **청구된 입원료 중 2일만 인정하고 그 외 입원료는 인정하지 아니하며 심사사례 지침으로 공고하기로 함.**

○ 사례9(여/57세)

내원 3일 전 넘어진 후 허리 및 어깨 통증 등을 주호소로 16일 입원 진료 후 ‘가2가(6) 한의원, 보건의료원 내 한의과 입원료’ 등을 청구한 사례임.

외상 후 통증조절을 위하여 입원 진료를 시행하였으나, 급성기 경과 관찰을 위한 적절한 시간이 경과하였고 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/64세)

내원 약 3달 전 계단에서 넘어진 후 허리 및 엉치 통증 등을 주호소로 11일 입원 진료 후 ‘가2가(6) 한의원, 보건의료원 내 한의과 입원료’ 등을 청구한 사례임.

제출된 진료기록부 등에서 “걸을 때 허리, 우측 엉치 쪽으로 통증이 있으면서 힘이 빠진다”는 점으로 볼 때 감별진단 등의 필요성이 있다는 의견이 있었으나, 이에 따른 진료 및 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.**

○ 사례11(여/67세)

내원 약 3달 전 넘어진 후 허리 및 엉치 통증 등을 주호소로 11일 입원 진료 후 ‘가2가(6) 한의원, 보건의료원 내 한의과 입원료’ 등을 청구한 사례임.

외상 후 통증조절을 위하여 입원 진료를 시행하였으나, 급성기 경과 관찰을 위한 적절한 시간이 경과하였고 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.**

○ 사례12(남/60세)

내원 1일 전 계단에서 넘어진 후 허리 및 팔꿈치 통증 등을 주호소로 14일 입원 진료 후 ‘가2가(6) 한의원, 보건의료원 내 한의과 입원료’ 등을 청구한 사례임.

제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적이고 객관적인 기록이 미비하여 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않음. 다만, 급성기 통증의 완화여부 관찰이 필요한 경우로 판단되어 **청구된 입원료 중 2일 인정하고 그 외 입원료는 인정하지 아니함.**

○ 사례13(여/69세)

내원 19일 전 새벽에 화장실 가다가 넘어진 후 엉치 및 하지 통증 등을 주호소로 14일 입원 진료 후 ‘가2가(6) 한의원, 보건의료원 내 한의과 입원료’ 등을 청구한 사례임.

외상 후 통증조절을 위하여 입원 진료를 시행하였으나, 급성기 경과 관찰을 위한 적절한 시간이 경과하였고 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.**

## ■ 참고

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

[2022.4.28. 서울지원 지역분과위원회, 2022.6.29. 서울지원 지역분과위원회]

[2022.9.22. 입원료심사조정위원회]

[2022.10.11. 중앙심사조정위원회]

15. 조혈모세포이식 요양급여 및 선별급여 대상여부

조혈모세포이식 실시기관 승인 여부 (1기관)

○ 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1. 시행)에 따라 조혈모세포 이식을 실시하려는 기관은 인력, 시설 및 장비를 갖추 건강보험심사평가원장의 조혈모세포이식 실시기관 승인을 받아야 함.

| 요양기관명      | 요양기호     | 인력 | 시설 | 장비 | 승인여부 |
|------------|----------|----|----|----|------|
| 한림대학교 성심병원 | 31100627 | 충족 | 충족 | 충족 | 승인   |

조혈모세포이식 요양급여 및 선별급여 대상 여부

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

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

- 선별급여대상 환자가 조혈모세포이식을 시행받기 위해 입원한 경우, 「조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준 (보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행)」 제4조제3항 [별표3] 선별급여대상자 요양급여비용 산정방법에 따라 이식과 직접 관련된 진료기간(조혈모세포 주입 전 1주부터 주입 후 2주)의 요양급여비용 (이식술료, 이식과 관련된 입원료[무균 치료실료 포함], 시술 전·후 처치 등)에 대하여는 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.

- 그 외의 기간에 이루어지는 진료비(검사와 합병증 및 후유증 진료비 등)에 대하여는 국민건강보험법 시행령 [별표2] 및 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준에 따라 본인부담률을 적용함.

□ 조혈모세포이식 대상자 승인

○ 심의결과

| 구분   |      | 계   | 동종  | 제대혈 | 자가  | 비고 |
|------|------|-----|-----|-----|-----|----|
| 총 접수 |      | 355 | 191 | 6   | 158 | -  |
| 처리결과 | 요양급여 | 278 | 146 | 4   | 128 | -  |
|      | 선별급여 | 77  | 45  | 2   | 30  | -  |
|      | 취하   | 0   | 0   | 0   | 0   | -  |

※ 신청기관 : 39개 요양기관

○ 심의내용

| 구분 | 건수        | 결정결과           | 상병                 | 결정내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----|-----------|----------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 동종 | 총<br>191건 | 요양급여<br>: 146건 | 급성골수성백혈병<br>: 52건  | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia)</p> <p>- 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외)</p> <p>- 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>                                                                                                                                                                |
|    |           |                | 만성골수성백혈병<br>: 3건   | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-2)에 의하면, 만성골수성백혈병(Chronic Myeloid Leukemia)은 WHO criteria에서 제시한 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 티로신 키나제 억제제(TKI)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상)</p> <p>나) T315I mutation 확인된 경우</p> <p>이 건은 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 티로신 키나제 억제제(TKI) 2개에 실패하거나 불내성을 보이는 경우 등에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>                                                                                                                                                                                    |
|    |           |                | 급성림프모구백혈병<br>: 42건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우</p> <p>나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고 위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) t(9;22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성</p> <p>(나) t(v;11q23) 또는 MLL 재배열</p> <p>(다) 염색체수 44 미만</p> <p>(2) 진단시 1세 미만</p> <p>(3) 백혈구 수 <math>100 \times 10^9/L</math> 이상</p> <p>(4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우</p> <p>(5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Poor Steroid Response</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병                 | 결정내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|----|------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |    |      |                    | <p>(나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수 검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)</p> <p>(다) Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단 시 15세 이상으로 1차 완전관해된 경우, 2차 완전관해된 경우 또는 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 위 고시된 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 등 중 어느 하나에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|    |    |      | 골수형성이상증후군<br>: 28건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음(소아는 사례별로 결정함).</p> <p>(1) 고위험군인 경우</p> <p>(가) IPSS: Intermediate-2 또는 high</p> <p>(나) IPSS-R, WPSS: high 또는 very high</p> <p>(2) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu</math>l 이하이면서 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하</p> <p>(나) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 고위험군인 경우 또는 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu</math>l 이하이면서 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하 등을 만족하는 중간위험군에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
|    |    |      | 비호지킨림프종<br>: 4건    | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-7)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우</p> <p>(나) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>(단, stage I 완전관해 제외)</p> <p>(다) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(2) 표준항암화학요법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병                | 결정내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|----|------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |    |      |                   | <p>또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 한다.</p> <p>(가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma<br/> (나) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma<br/> (다) Mantle Cell Lymphoma<br/> (라) Diffuse Large B Cell Lymphoma<br/> (마) Burkitt Lymphoma<br/> (바) Peripheral T-cell Lymphoma<br/> (사) Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상<br/> (아) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma<br/> (자) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이면서 위 (1)의 (가)~(다)에 해당하거나, 표준항암화학요법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 위 (2)의 (가)~(자) 중 어느 하나에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
|    |    |      | 중증재생불량성빈혈<br>: 8건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)은 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서 (cellularity가 25% 이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 절대호중구수(ANC)가 <math>500/\mu\text{l}</math> 이하<br/> 나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 <math>60 \times 10^9/\text{L}</math><br/> 다) 혈소판 <math>20,000/\mu\text{l}</math> 이하</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서 절대호중구수(ANC) <math>500/\mu\text{l}</math> 이하 및 혈소판 <math>20,000/\mu\text{l}</math> 이하 등이 확인되어 요양급여대상으로 승인함.</p>                                     |
|    |    |      | 일차골수섬유증<br>: 4건   | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-9)에 의하면, 일차골수섬유증(Primary Myelofibrosis)은 일차골수섬유증의 예후지표인 DIPSS(Dynamic International Prognostic Scoring System) plus risk category 중 고위험도(High risk)와 중등위험도-2(Intermediate-2)에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 일차골수섬유증으로 DIPSS plus risk category 중 고위험도(High risk) 또는 중등위험도-2(Intermediate-2)에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>                                                                                                                                                                                                                                            |
|    |    |      | 혈구포식림프조직구증        | 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병                | 결정내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|----|------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |    |      | : 1건              | <p>2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-10)에 의하면, 혈구포식림프조직구증(Hemophagocytic Lymphohistiocytosis, HLH)은 The Histiocyte Society에서 제시된 진단기준(2004년 제정)을 만족하는 혈구포식림프조직구증 환자 중 가족성(유전적) 또는 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 확인된 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있으며, 비가족성(비유전적)혈구포식림프조직구증 중에서 호전된 경우는 사례별로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 확인된 경우에 해당하며, 호전되지 않아 요양급여대상으로 승인함.</p>             |
|    |    |      | 다발골수종<br>: 2건     | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-6)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 다음의 조건을 모두 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) ECOG 수행능력평가 0-1<br/>나) 부분반응(Partial Response) 이상인 경우<br/>다) 만성 신부전이 아닌 경우</p> <p>이 건은 다발골수종으로 ECOG 수행능력평가 0-1, 부분반응 이상, 만성 신부전이 아닌 경우에 모두 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>                                                      |
|    |    |      | 선천성빈혈<br>: 1건     | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-12)에 의하면, 선천성빈혈(Congenital pure redcell anemia)은 임상 소견이나 유전적 검사로 진단된 선천성빈혈환자로서 다음의 경우 치료에 대한 반응을 고려하여 사례별로 인정한다.</p> <p>가) Diamond-Blackfan Anemia : 스테로이드에 불응성인 경우<br/>나) Congenital Dyserythropoietic Anemia : 수혈의존성이 있는 경우</p> <p>이 건은 임상 소견이나 유전적 검사로 진단된 선천성빈혈로서 가) 또는 나)에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
|    |    |      | 중증복합면역결핍증<br>: 1건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조 (요양급여대상) [별표2] 2-가-14)-나)에 의하면, 중증 복합면역결핍증(Severe Combined Immunodeficiencies, SCIDs)는 임상 양상 및 유전자검사 또는 질환의 특이검사 등으로 진단된 경우 사례별로 인정한다.</p>                                                                                                                                                                                |

| 구분 | 건수 | 결정결과          | 상병                | 결정내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|----|---------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |    |               |                   | 이 건은 임상 양상 및 유전자검사 또는 질환의 특이검사가 중증복합면역결핍증에 해당되어 요양급여대상으로 승인함.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|    |    | 선별급여<br>: 45건 | 급성골수성백혈병<br>: 24건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia)</p> <p>- 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외)</p> <p>- 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 나)의 경우로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
|    |    |               |                   | <p>이 건은 가)의 경우로 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 확인되지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|    |    |               |                   | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-나에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우</p> <p>- 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우</p> <p>- 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</p> <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우</p> <p>- 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.</p> <p>제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p>                                                                                                        |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병                | 결정내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----|----|------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |    |      |                   | <p>이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haplodiential)하는 경우로, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여 기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만70세 이상으로 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1. 시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>                                                                                                                                                   |
|    |    |      | 급성림프모구백혈병<br>: 7건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우<br/>나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우<br/>(가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성<br/>(나) t(v:11q23) 또는 MLL 재배열<br/>(다) 염색체수 44 미만</p> <p>(2) 진단시 1세 미만<br/>(3) 백혈구 수 <math>100 \times 10^9/L</math> 이상<br/>(4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우<br/>(5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Poor Steroid Response<br/>(나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)<br/>(다) Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|----|------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |    |      |    | <p>이 건은 1차, 2차 완전관해된 경우 또는 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우임이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만70세 이상으로 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-나에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우<br/>- 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우<br/>- 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</p> <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우<br/>- 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.</p> <p>제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우로, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병                | 결정내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|----|------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |    |      |                   | 접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|    |    |      | 골수형성이상증후군<br>: 5건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelo dysplastic Syndrome)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음(소아는 사례별로 결정함).</p> <p>(1) 고위험군인 경우<br/> (가) IPSS: Intermediate-2 또는 high<br/> (나) IPSS-R, WPSS: high 또는 very high<br/> (2) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우<br/> (가) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) <math>500/\mu\text{l}</math> 이하 이면서 혈소판 <math>20,000/\mu\text{l}</math> 이하<br/> (나) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST) 에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl 을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요 한 경우</p> <p>이 건은 성인으로 고위험군 또는 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) <math>500/\mu\text{l}</math> 이하이면서 혈소판 <math>20,000/\mu\text{l}</math> 이하 등을 만족하는 중간위험군으로 확인되지 않아 요양급여기준에 적합 하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준 (보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주 간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표 2] 1-다에 의하면 조혈 모세포 2차 이식은 "조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성 림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증 재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다" 고 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군(MDS)상병에서 2차 동종조혈모 세포이식 예정으로 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만70세 이상으로 요양</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병                | 결정내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|----|------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |    |      |                   | 급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1. 시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|    |    |      | 비호지킨림프종<br>: 1건   | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 여대상자로 인정하고 있음.2-가-7)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우</p> <p>(나) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>(단, stage I 완전관해 제외)</p> <p>(다) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(2) 표준항암화학요법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 한다.</p> <p>(가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma</p> <p>(나) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma</p> <p>(다) Mantle Cell Lymphoma</p> <p>(라) Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>(마) Burkitt Lymphoma</p> <p>(바) Peripheral T-cell Lymphoma</p> <p>(사) Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상</p> <p>(아) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(자) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>이 건은 1차 표준항암화학요법 및 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
|    |    |      | 중증재생불량성빈혈<br>: 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 조혈관세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여 대상자로 인정하고 있음.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병              | 결정내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----|----|------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |    |      |                 | <p>가) 절대호중구수(ANC)가 500/<math>\mu</math>l 이하<br/> 나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x109/L<br/> 다) 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈의 진단 근거가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표 2] 1-나-1)에 의하면 “1) 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(Haploidentical)하는 경우- 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다”고 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 해당하여 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
|    |    |      | 일차골수섬유증<br>: 4건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(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 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 DIPSS plus risk category의 고위험도 및 중등위험도-2를 확인할 수 없어 기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2]</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병            | 결정내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|----|------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |    |      |               | <p>1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만70세 이상으로 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1. 시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표 2] 1-나-1)에 의하면 “1) 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(Haploidentical)하는 경우- 상기가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다”고 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 해당하여 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
|    |    |      | 다발골수종<br>: 2건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표 2] 1-나-1)에 의하면 “1) 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(Haploidentical)하는 경우- 상기가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다”고 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 해당하여 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 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 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2]</p>                                                                                                                                                                                                              |

| 구분  | 건수      | 결정결과         | 상병                | 결정내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----|---------|--------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |         |              |                   | <p>2-가-6)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 다음의 조건을 모두 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) ECOG 수행능력평가 0-1<br/> 나) 부분반응(Partial Response) 이상인 경우<br/> 다) 만성 신부전이 아닌 경우</p> <p>이 건은 다발골수종으로 부분반응 이상이 확인되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 제대혈 | 총<br>6건 | 요양급여<br>: 4건 | 급성골수성백혈병<br>: 1건  | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia)<br/> - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우<br/> 나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외)<br/> - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>                                                                                                                                                                                                                       |
|     |         |              | 급성림프모구백혈병<br>: 2건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우<br/> 나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고 위험군 중 하나에 해당하는 경우<br/> (1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우<br/> (가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성<br/> (나) t(v;11q23) 또는 MLL 재배열<br/> (다) 염색체수 44 미만<br/> (2) 진단시 1세 미만<br/> (3) 백혈구 수 <math>100 \times 10^9/L</math> 이상<br/> (4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우<br/> (5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우<br/> (가) Poor Steroid Response<br/> (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수 검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과      | 상병             | 결정내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|----|-----------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |    |           |                | <p>(다) Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단 시 15세 이상으로 1차 완전관해된 경우, 2차 완전관해된 경우 또는 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 위 고시된 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 등 중 어느 하나에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |    |           | 골수형성이상증후군 : 1건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음(소아는 사례별로 결정함).</p> <p>(1) 고위험군인 경우</p> <p>(가) IPSS: Intermediate-2 또는 high</p> <p>(나) IPSS-R, WPSS: high 또는 very high</p> <p>(2) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu\text{l}</math> 이하이면서 혈소판 20,000/<math>\mu\text{l}</math> 이하</p> <p>(나) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 고위험군인 경우 또는 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu\text{l}</math> 이하이면서 혈소판 20,000/<math>\mu\text{l}</math> 이하 등을 만족하는 중간위험군에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
|    |    | 선별급여 : 2건 | 급성골수성백혈병 : 1건  | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia)</p> <p>- 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외)</p> <p>- 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 완전관해가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

| 구분 | 건수     | 결정결과        | 상병             | 결정내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|--------|-------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |        |             |                | 상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|    |        |             | 급성림프모구백혈병 : 1건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우</p> <p>나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고 위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성</p> <p>(나) t(v:11q23) 또는 MLL 재배열</p> <p>(다) 염색체수 44 미만</p> <p>(2) 진단시 1세 미만</p> <p>(3) 백혈구 수 <math>100 \times 10^9/L</math> 이상</p> <p>(4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우</p> <p>(5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Poor Steroid Response</p> <p>(나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수 검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)</p> <p>(다) Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 3차 이상 완전관해로 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
|    |        |             | 다발골수종 : 59건    | <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>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 자가 | 총 158건 | 요양급여 : 128건 | AL 아밀로이드증 : 2건 | 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-4)-나)에 의하면, AL 아밀로이드증(AL amyloidosis)은 IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증(AL amyloidosis) 진단기준                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병               | 결정내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|----|------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |    |      |                  | <p>에 만족하여야한다.</p> <p>단, ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하며 장기부전(심·신·간·폐부전)이 아닌 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증(AL amyloidosis) 진단기준에 만족하며 ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하며 장기부전이 확인되지 않아 요양급여대상으로 승인함.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|    |    |      | POEMS증후군<br>: 3건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-4)-다)에 의하면, POEMS증후군은 IMWG에서 제시한 POEMS증후군 진단기준에 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 POEMS증후군 진단기준에 만족하여 요양급여대상으로 승인함.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|    |    |      | 비호지킨림프종<br>: 52건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-1)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상</p> <p>(나) Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>- LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우</p> <p>(다) Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외)</p> <p>(라) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>(단, stage I 완전관해 제외)</p> <p>(마) Peripheral T-cell Lymphoma</p> <p>(단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)</p> <p>(바) Primary CNS Lymphoma</p> <p>(2) 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma, Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia</p> <p>(나) Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)</p> <p>(다) Mantle Cell Lymphoma</p> <p>(라) Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>(마) Burkitt Lymphoma</p> <p>(바) Peripheral T-cell Lymphoma</p> <p>(사) Extranodal NK/T-cell Lymphoma</p> <p>(아) Primary CNS Lymphoma</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이면서 위 (1)의 (가)~(바) 중 어느 하나에 해당하거</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병               | 결정내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|----|------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |    |      |                  | 나, 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 위 (2)의 (가)~(아) 중 어느 하나에 해당하므로 요양급여대상으로 승인함.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|    |    |      | 호지킨림프종<br>: 4건   | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-1)-나)에 의하면, 전형호지킨 림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 호지킨림프종으로 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|    |    |      | 급성골수성백혈병<br>: 1건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-2)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia)<br/>- 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우<br/>나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외)<br/>- 1차 혈액학적 완전관해인 경우</p> <p>이 건은 급성전골수성백혈병에서 2차 분자생물학적 관해된 경우에 해당하거나 급성골수모구성백혈병에서 1차 혈액학적 완전관해인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>                                                                                                                                                                                    |
|    |    |      | 소아뇌종양<br>: 2건    | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-9)에 의하면, 소아뇌종양은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) 수모세포종(Medulloblastoma)<br/>(가) 진단 시 3세 이하<br/>(나) 수술 후 잔여 종괴가 1.5cm<sup>2</sup> 이상인 경우<br/>(다) 두개강 내 전이가 있는 경우<br/>(라) Anaplastic type<br/>(2) 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT)<br/>(3) Germ Cell Tumor와 Anaplastic Ependymoma : 3세 미만인 경우<br/>나) 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>이 건은 소아뇌종양으로 위 기준 가)수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우이면서 위 (1)~(3) 중 하나에 해당하거나, 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병             | 결정내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----|----|------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |    |      | 유방종양<br>: 2건   | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-6)에 의하면, 유방종양의 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>가) 진단 시 다음 고위험군의 하나에 해당하며 수술이나 항암 화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>(1) metastatic disease at diagnosis</p> <p>(2) bulky primary tumor ( &gt;200 ml )</p> <p>(3) axial site</p> <p>나) 수술 후, 방사선 치료 및 통상적인 화학요법(6개월 또는 6회 이상)을 병용하여 부분반응 이상을 보이거나, 완전관해에 도달하지 않은 경우</p> <p>다) 재발 또는 불응성으로 구제 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>이 건은 유방종양으로 진단 시 (1)~(3)의 고위험군에 해당하며 부분반응 이상을 보이거나, 위 나) 또는 다)의 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> |
|    |    |      | 생식세포종<br>: 1건  | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-7)에 의하면, 생식세포종(Germ Cell Tumor)은 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 생식세포종으로 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>                                                                                                                                                                    |
|    |    |      | 신경모세포종<br>: 1건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-5)에 의하면, 신경모세포종(Neuroblastoma)은 다음의 경우 요양급여로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 다음 중 하나에 해당하며 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상인 경우</p> <p>(1) 진단 시 1세 이상이면서 stage IV</p> <p>(2) N-myc 증폭(+)인 stage II 이상</p> <p>나) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 경우</p> <p>이 건은 신경모세포종으로 진단 시 위 가)의 (1)~(2)에 해당하며 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상이거나, 나) 국소</p>                                                                                                                         |

| 구분 | 건수 | 결정결과          | 상병               | 결정내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----|----|---------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |    |               |                  | 적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|    |    |               | 골육종<br>: 1건      | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-10)에 의하면, 골육종(Osteosarcoma)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 수술 및 항암치료 후 완전관해된 경우<br/>나) 재발 후 국소적 치료 및 구제 항암화학요법으로 2차 완전관해 된 때</p> <p>이 건은 골육종으로 수술 및 항암치료 후 완전관해된 경우 또는 재발 후 국소적 치료 및 구제 항암화학요법으로 2차 완전관해 된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|    |    | 선별급여<br>: 30건 | 비호지킨림프종<br>: 14건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-1)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상<br/>(나) Diffuse Large B Cell Lymphoma<br/>- LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우<br/>(다) Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외)<br/>(라) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)(단, stage I 완전관해 제외)<br/>(마) Peripheral T-cell Lymphoma(단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)<br/>(바) Primary CNS Lymphoma</p> <p>(2) 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제 항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma, Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia<br/>(나) Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)<br/>(다) Mantle Cell Lymphoma<br/>(라) Diffuse Large B Cell Lymphoma<br/>(마) Burkitt Lymphoma<br/>(바) Peripheral T-cell Lymphoma<br/>(사) Extranodal NK/T-cell Lymphoma<br/>(아) Primary CNS Lymphoma</p> <p>이 건은 1차 표준항암화학요법 및 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병            | 결정내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----|----|------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |    |      |               | <p>시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 1차 표준항암화학요법으로 해당하는 고위험군 소견을 확인 할 수 없어 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 진단 근거가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 제출자료 확인 결과 의학적으로 자가 조혈모세포이식에 적합한 골수상태가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만70세 이상으로 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
|    |    |      | 다발골수증<br>: 8건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-4)-가)에 의하면, 다발골수증(Multiple Myeloma)은 IMWG에서 제시한 다발골수증(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 다발골수증(Multiple Myeloma) 진단 근거가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병 | 결정내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|----|------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |    |      |    | <p>100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)은 다음 중 하나에 해당하는 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모세포이식</p> <p>나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식</p> <p>1) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함.</p> <p>2) 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우: 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함.</p> <p>3) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>이 건은 2차 자가 조혈모세포이식으로 1차 이식 후 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않고 6개월 이내에 시행하지 않거나, VGPR 이상의 반응을 보이면서 경과관찰에서 진행성 소견을 보이거나, VGPR 유지기간이 12개월 미만에 해당하여 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만70세 이상으로 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직</p> |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병            | 결정내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----|----|------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |    |      |               | 접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|    |    |      | 생식세포종<br>: 3건 | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-7)에 의하면, 생식세포종(Germ Cell Tumor)은 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 생식세포종으로 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인 되지 않는 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상임이 확인되지 않는 경우에 해당하여 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 생식세포종으로 재발이나 refractory case임이 확인 되지 않는 경우에 해당하여 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
|    |    |      |               | <p>2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)은 다음 중 하나에 해당하는 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모세포이식</p> <p>나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식</p> <p>1) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함.</p> <p>2) 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우: 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함.</p> <p>3) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차</p>                                                                                                                                      |
|    |    |      |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

| 구분 | 건수 | 결정결과 | 상병                | 결정내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----|----|------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |    |      |                   | <p>자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>이 건은 생식세포종 상병에서 2차 자가 조혈모세포이식 예정으로 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|    |    |      | <p>유원종양 : 1건</p>  | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-6)에 의하면, 유원종양의 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>가) 진단 시 다음 고위험군의 하나에 해당하며 수술이나 항암 화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>(1) metastatic disease at diagnosis</p> <p>(2) bulky primary tumor ( &gt;200 ml )</p> <p>(3) axial site</p> <p>나) 수술 후, 방사선 치료 및 통상적인 화학요법(6개월 또는 6회 이상)을 병용하여 부분반응 이상을 보이거나, 완전관해에 도달하지 않은 경우</p> <p>다) 재발 또는 불응성으로 구제 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>이 건은 유원종양으로 진단 시 (1)~(3)의 고위험군에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
|    |    |      | <p>소아뇌종양 : 1건</p> | <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-9)에 의하면, 소아뇌종양은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) 수모세포종(Medulloblastoma)</p> <p>(가) 진단 시 3세 이하</p> <p>(나) 수술 후 잔여 종괴가 1.5cm<sup>2</sup> 이상인 경우</p> <p>(다) 두개강 내 전이가 있는 경우</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| 구분 | 건수   | 결정결과 | 상병                               | 결정내용                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|------|------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |      |      |                                  | <p>(라) Anaplastic type<br/> (2) 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT)<br/> (3) Germ Cell Tumor와 Anaplastic Ependymoma : 3세 미만인 경우<br/> 나) 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>이 건은 소아뇌종양으로 위 기준 가)수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우이면서 위 (1)~(3) 중 하나에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> |
|    |      |      | 윌름스종양<br>: 1건                    | <p>이 건은 제출자료 확인 결과 의학적으로 자가조혈모세포이식에 적합한 골수상태가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>                                                                                                                                                                                              |
|    |      |      | Diffuse midline glioma<br>: 1건   | <p>이 건은 제출자료 확인 결과 의학적으로 자가조혈모세포이식에 적합한 골수상태가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>                                                                                                                                                                                              |
|    |      |      | Choroid plexus carcinoma<br>: 1건 | <p>이 건은 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) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>                                                                                                                                            |
| 계  | 355건 |      |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

[별첨] 조혈모세포이식 대상자 승인 결과

| 연번 | 신청구분  | 성별 | 나이(세) | 진단명                                   | 승인결과 |
|----|-------|----|-------|---------------------------------------|------|
| 1  | 동종조혈모 | 여  | 71    | 일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)        | 선별급여 |
| 2  | 동종조혈모 | 남  | 70    | 일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)        | 선별급여 |
| 3  | 동종조혈모 | 남  | 61    | 다발골수종(MM)                             | 선별급여 |
| 4  | 동종조혈모 | 남  | 8     | 급성림프모구백혈병(ALL)                        | 선별급여 |
| 5  | 동종조혈모 | 여  | 65    | 급성골수성백혈병(AML)                         | 선별급여 |
| 6  | 동종조혈모 | 남  | 20    | 급성골수성백혈병(AML)                         | 선별급여 |
| 7  | 동종조혈모 | 남  | 44    | 급성골수성백혈병(AML)                         | 선별급여 |
| 8  | 동종조혈모 | 여  | 37    | 급성골수성백혈병(AML)                         | 선별급여 |
| 9  | 동종조혈모 | 여  | 66    | 급성림프모구백혈병(ALL)                        | 선별급여 |
| 10 | 동종조혈모 | 여  | 57    | 골수형성이상증후군(MDS)                        | 선별급여 |
| 11 | 동종조혈모 | 남  | 24    | 급성골수성백혈병(AML)                         | 선별급여 |
| 12 | 동종조혈모 | 여  | 28    | 급성림프모구백혈병(ALL)                        | 선별급여 |
| 13 | 동종조혈모 | 여  | 45    | 비호지킨림프종(Nodal marginal zone lymphoma) | 선별급여 |
| 14 | 동종조혈모 | 여  | 71    | 급성림프모구백혈병(ALL)                        | 선별급여 |
| 15 | 동종조혈모 | 남  | 40    | 급성림프모구백혈병(ALL)                        | 선별급여 |
| 16 | 동종조혈모 | 남  | 55    | 일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)        | 선별급여 |
| 17 | 동종조혈모 | 남  | 59    | 급성골수성백혈병(AML)                         | 선별급여 |
| 18 | 동종조혈모 | 여  | 49    | 다발골수종(MM)                             | 선별급여 |
| 19 | 동종조혈모 | 남  | 34    | 급성골수성백혈병(AML)                         | 선별급여 |
| 20 | 동종조혈모 | 남  | 46    | 중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)     | 선별급여 |
| 21 | 동종조혈모 | 남  | 64    | 급성골수성백혈병(AML)                         | 선별급여 |
| 22 | 동종조혈모 | 여  | 56    | 급성골수성백혈병(AML)                         | 선별급여 |
| 23 | 동종조혈모 | 남  | 67    | 급성골수성백혈병(AML)                         | 선별급여 |
| 24 | 동종조혈모 | 여  | 20    | 급성골수성백혈병(AML)                         | 선별급여 |
| 25 | 동종조혈모 | 여  | 26    | 급성림프모구백혈병(ALL)                        | 선별급여 |
| 26 | 동종조혈모 | 여  | 51    | 급성골수성백혈병(AML)                         | 선별급여 |
| 27 | 동종조혈모 | 남  | 76    | 급성골수성백혈병(AML)                         | 선별급여 |
| 28 | 동종조혈모 | 여  | 29    | 중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)     | 선별급여 |
| 29 | 동종조혈모 | 여  | 52    | 급성골수성백혈병(AML)                         | 선별급여 |
| 30 | 동종조혈모 | 남  | 50    | 급성골수성백혈병(AML)                         | 선별급여 |

| 연번 | 신청구분  | 성별 | 나이(세) | 진단명                               | 승인결과 |
|----|-------|----|-------|-----------------------------------|------|
| 31 | 동종조혈모 | 남  | 31    | 급성림프모구백혈병(ALL)                    | 선별급여 |
| 32 | 동종조혈모 | 남  | 70    | 급성골수성백혈병(AML)                     | 선별급여 |
| 33 | 동종조혈모 | 남  | 71    | 골수형성이상증후군(MDS)                    | 선별급여 |
| 34 | 동종조혈모 | 남  | 74    | 골수형성이상증후군(MDS)                    | 선별급여 |
| 35 | 동종조혈모 | 남  | 50    | 급성골수성백혈병(AML)                     | 선별급여 |
| 36 | 동종조혈모 | 여  | 70    | 급성골수성백혈병(AML)                     | 선별급여 |
| 37 | 동종조혈모 | 남  | 57    | 골수형성이상증후군(MDS)                    | 선별급여 |
| 38 | 동종조혈모 | 여  | 65    | 급성골수성백혈병(AML)                     | 선별급여 |
| 39 | 동종조혈모 | 남  | 51    | 급성골수성백혈병(AML)                     | 선별급여 |
| 40 | 동종조혈모 | 여  | 58    | 일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)    | 선별급여 |
| 41 | 동종조혈모 | 남  | 42    | 골수형성이상증후군(MDS)                    | 선별급여 |
| 42 | 동종조혈모 | 남  | 58    | 급성골수성백혈병(AML)                     | 선별급여 |
| 43 | 동종조혈모 | 여  | 62    | 급성골수성백혈병(AML)                     | 선별급여 |
| 44 | 동종조혈모 | 남  | 18    | 급성골수성백혈병(AML)                     | 선별급여 |
| 45 | 동종조혈모 | 여  | 17    | Therapyrelatedmyeloidneoplasm     | 선별급여 |
| 46 | 동종조혈모 | 남  | 51    | 중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia) | 요양급여 |
| 47 | 동종조혈모 | 남  | 28    | 만성골수성백혈병(CML)                     | 요양급여 |
| 48 | 동종조혈모 | 여  | 9     | 만성골수성백혈병(CML)                     | 요양급여 |
| 49 | 동종조혈모 | 여  | 65    | 급성골수성백혈병(AML)                     | 요양급여 |
| 50 | 동종조혈모 | 여  | 64    | 일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)    | 요양급여 |
| 51 | 동종조혈모 | 남  | 17    | 급성림프모구백혈병(ALL)                    | 요양급여 |
| 52 | 동종조혈모 | 여  | 21    | 급성림프모구백혈병(ALL)                    | 요양급여 |
| 53 | 동종조혈모 | 남  | 19    | 비호지킨림프종(T-lymphoblastic lymphoma) | 요양급여 |
| 54 | 동종조혈모 | 여  | 67    | 일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)    | 요양급여 |
| 55 | 동종조혈모 | 여  | 36    | 골수형성이상증후군(MDS)                    | 요양급여 |
| 56 | 동종조혈모 | 여  | 66    | 급성림프모구백혈병(ALL)                    | 요양급여 |
| 57 | 동종조혈모 | 여  | 16    | 중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia) | 요양급여 |
| 58 | 동종조혈모 | 남  | 48    | Atypical CML                      | 요양급여 |
| 59 | 동종조혈모 | 여  | 20    | 급성림프모구백혈병(ALL)                    | 요양급여 |
| 60 | 동종조혈모 | 여  | 49    | 다발골수증(MM)                         | 요양급여 |
| 61 | 동종조혈모 | 남  | 61    | 일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)    | 요양급여 |

| 연번 | 신청구분  | 성별 | 나이(세) | 진단명                                    | 승인결과 |
|----|-------|----|-------|----------------------------------------|------|
| 62 | 동종조혈모 | 남  | 7     | 중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)      | 요양급여 |
| 63 | 동종조혈모 | 여  | 34    | 급성골수성백혈병(AML)                          | 요양급여 |
| 64 | 동종조혈모 | 남  | 62    | 급성골수성백혈병(AML)                          | 요양급여 |
| 65 | 동종조혈모 | 여  | 55    | 일차골수섬유증(Primary myelofibrosis)         | 요양급여 |
| 66 | 동종조혈모 | 여  | 32    | 골수형성이상증후군(MDS)                         | 요양급여 |
| 67 | 동종조혈모 | 여  | 13    | 중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)      | 요양급여 |
| 68 | 동종조혈모 | 남  | 67    | 골수형성이상증후군(MDS)                         | 요양급여 |
| 69 | 동종조혈모 | 남  | 58    | 급성골수성백혈병(AML)                          | 요양급여 |
| 70 | 동종조혈모 | 남  | 52    | 급성골수성백혈병(AML)                          | 요양급여 |
| 71 | 동종조혈모 | 여  | 65    | 급성골수성백혈병(AML)                          | 요양급여 |
| 72 | 동종조혈모 | 여  | 61    | 급성골수성백혈병(AML)                          | 요양급여 |
| 73 | 동종조혈모 | 여  | 58    | 급성림프모구백혈병(ALL)                         | 요양급여 |
| 74 | 동종조혈모 | 여  | 62    | 급성림프모구백혈병(ALL)                         | 요양급여 |
| 75 | 동종조혈모 | 남  | 63    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 76 | 동종조혈모 | 남  | 61    | 골수형성이상증후군(MDS)                         | 요양급여 |
| 77 | 동종조혈모 | 여  | 41    | 골수형성이상증후군(MDS)                         | 요양급여 |
| 78 | 동종조혈모 | 남  | 55    | 급성림프모구백혈병(ALL)                         | 요양급여 |
| 79 | 동종조혈모 | 남  | 57    | 급성림프모구백혈병(ALL)                         | 요양급여 |
| 80 | 동종조혈모 | 남  | 28    | 급성림프모구백혈병(ALL)                         | 요양급여 |
| 81 | 동종조혈모 | 남  | 8     | 급성골수성백혈병(AML)                          | 요양급여 |
| 82 | 동종조혈모 | 남  | 64    | 급성골수성백혈병(AML)                          | 요양급여 |
| 83 | 동종조혈모 | 남  | 33    | 급성림프모구백혈병(ALL)                         | 요양급여 |
| 84 | 동종조혈모 | 남  | 47    | 급성림프모구백혈병(ALL)                         | 요양급여 |
| 85 | 동종조혈모 | 남  | 65    | 골수형성이상증후군(MDS)                         | 요양급여 |
| 86 | 동종조혈모 | 남  | 59    | 급성림프모구백혈병(ALL)                         | 요양급여 |
| 87 | 동종조혈모 | 여  | 58    | 급성골수성백혈병(AML)                          | 요양급여 |
| 88 | 동종조혈모 | 남  | 58    | 골수형성이상증후군(MDS)                         | 요양급여 |
| 89 | 동종조혈모 | 남  | 52    | 급성골수성백혈병(AML)                          | 요양급여 |
| 90 | 동종조혈모 | 여  | 36    | 골수형성이상증후군(MDS)                         | 요양급여 |
| 91 | 동종조혈모 | 여  | 67    | 골수형성이상증후군(MDS)                         | 요양급여 |
| 92 | 동종조혈모 | 여  | 44    | 급성골수성백혈병(AML)                          | 요양급여 |

| 연번  | 신청구분  | 성별 | 나이(세) | 진단명                                   | 승인결과 |
|-----|-------|----|-------|---------------------------------------|------|
| 93  | 동종조혈모 | 남  | 44    | 급성림프모구백혈병(ALL)                        | 요양급여 |
| 94  | 동종조혈모 | 남  | 50    | 급성림프모구백혈병(ALL)                        | 요양급여 |
| 95  | 동종조혈모 | 여  | 35    | 급성림프모구백혈병(ALL)                        | 요양급여 |
| 96  | 동종조혈모 | 여  | 69    | 급성골수성백혈병(AML)                         | 요양급여 |
| 97  | 동종조혈모 | 여  | 35    | 골수형성이상증후군(MDS)                        | 요양급여 |
| 98  | 동종조혈모 | 남  | 61    | 골수형성이상증후군(MDS)                        | 요양급여 |
| 99  | 동종조혈모 | 남  | 68    | 골수형성이상증후군(MDS)                        | 요양급여 |
| 100 | 동종조혈모 | 남  | 40    | 급성골수성백혈병(AML)                         | 요양급여 |
| 101 | 동종조혈모 | 여  | 21    | 급성림프모구백혈병(ALL)                        | 요양급여 |
| 102 | 동종조혈모 | 여  | 46    | 급성림프모구백혈병(ALL)                        | 요양급여 |
| 103 | 동종조혈모 | 여  | 2M    | 중증복합면역결핍증(SCIDs)                      | 요양급여 |
| 104 | 동종조혈모 | 남  | 58    | 중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)     | 요양급여 |
| 105 | 동종조혈모 | 남  | 61    | 급성림프모구백혈병(ALL)                        | 요양급여 |
| 106 | 동종조혈모 | 여  | 65    | 골수형성이상증후군(MDS)                        | 요양급여 |
| 107 | 동종조혈모 | 여  | 66    | 급성골수성백혈병(AML)                         | 요양급여 |
| 108 | 동종조혈모 | 남  | 51    | 골수형성이상증후군(MDS)                        | 요양급여 |
| 109 | 동종조혈모 | 남  | 38    | 골수형성이상증후군(MDS)                        | 요양급여 |
| 110 | 동종조혈모 | 남  | 69    | 골수형성이상증후군(MDS)                        | 요양급여 |
| 111 | 동종조혈모 | 남  | 19    | 급성림프모구백혈병(ALL)                        | 요양급여 |
| 112 | 동종조혈모 | 남  | 63    | 골수형성이상증후군(MDS)                        | 요양급여 |
| 113 | 동종조혈모 | 남  | 61    | 급성림프모구백혈병(ALL)                        | 요양급여 |
| 114 | 동종조혈모 | 남  | 60    | 급성골수성백혈병(AML)                         | 요양급여 |
| 115 | 동종조혈모 | 남  | 56    | 만성골수성백혈병(CML)                         | 요양급여 |
| 116 | 동종조혈모 | 여  | 32    | 급성림프모구백혈병(ALL)                        | 요양급여 |
| 117 | 동종조혈모 | 여  | 42    | 급성림프모구백혈병(ALL)                        | 요양급여 |
| 118 | 동종조혈모 | 남  | 66    | 급성림프모구백혈병(ALL)                        | 요양급여 |
| 119 | 동종조혈모 | 여  | 68    | 급성골수성백혈병(AML)                         | 요양급여 |
| 120 | 동종조혈모 | 남  | 3     | 선천성빈혈(Congenital pure redcell anemia) | 요양급여 |
| 121 | 동종조혈모 | 남  | 64    | 급성골수성백혈병(AML)                         | 요양급여 |
| 122 | 동종조혈모 | 여  | 48    | 다발골수증(MM)                             | 요양급여 |
| 123 | 동종조혈모 | 여  | 61    | 급성골수성백혈병(AML)                         | 요양급여 |

| 연번  | 신청구분  | 성별 | 나이(세) | 진단명                               | 승인결과 |
|-----|-------|----|-------|-----------------------------------|------|
| 124 | 동종조혈모 | 여  | 50    | 급성골수성백혈병(AML)                     | 요양급여 |
| 125 | 동종조혈모 | 남  | 66    | 급성골수성백혈병(AML)                     | 요양급여 |
| 126 | 동종조혈모 | 여  | 25    | 급성림프모구백혈병(ALL)                    | 요양급여 |
| 127 | 동종조혈모 | 남  | 59    | 급성골수성백혈병(AML)                     | 요양급여 |
| 128 | 동종조혈모 | 여  | 45    | 급성골수성백혈병(AML)                     | 요양급여 |
| 129 | 동종조혈모 | 남  | 52    | 급성림프모구백혈병(ALL)                    | 요양급여 |
| 130 | 동종조혈모 | 여  | 28    | 중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia) | 요양급여 |
| 131 | 동종조혈모 | 남  | 48    | 급성골수성백혈병(AML)                     | 요양급여 |
| 132 | 동종조혈모 | 여  | 42    | 골수형성이상증후군(MDS)                    | 요양급여 |
| 133 | 동종조혈모 | 남  | 42    | 급성골수성백혈병(AML)                     | 요양급여 |
| 134 | 동종조혈모 | 여  | 45    | MyeloidSarcoma                    | 요양급여 |
| 135 | 동종조혈모 | 여  | 22    | 급성골수성백혈병(AML)                     | 요양급여 |
| 136 | 동종조혈모 | 남  | 67    | 골수형성이상증후군(MDS)                    | 요양급여 |
| 137 | 동종조혈모 | 남  | 45    | 골수형성이상증후군(MDS)                    | 요양급여 |
| 138 | 동종조혈모 | 남  | 20    | 급성림프모구백혈병(ALL)                    | 요양급여 |
| 139 | 동종조혈모 | 남  | 61    | 골수형성이상증후군(MDS)                    | 요양급여 |
| 140 | 동종조혈모 | 여  | 56    | 급성림프모구백혈병(ALL)                    | 요양급여 |
| 141 | 동종조혈모 | 남  | 42    | 급성골수성백혈병(AML)                     | 요양급여 |
| 142 | 동종조혈모 | 여  | 25    | 급성골수성백혈병(AML)                     | 요양급여 |
| 143 | 동종조혈모 | 남  | 38    | 혈구포식림프조직구증(HLH)                   | 요양급여 |
| 144 | 동종조혈모 | 여  | 67    | 골수형성이상증후군(MDS)                    | 요양급여 |
| 145 | 동종조혈모 | 여  | 67    | 골수형성이상증후군(MDS)                    | 요양급여 |
| 146 | 동종조혈모 | 여  | 45    | 급성골수성백혈병(AML)                     | 요양급여 |
| 147 | 동종조혈모 | 남  | 60    | 급성골수성백혈병(AML)                     | 요양급여 |
| 148 | 동종조혈모 | 여  | 68    | 골수형성이상증후군(MDS)                    | 요양급여 |
| 149 | 동종조혈모 | 남  | 47    | 비호지킨림프종(T-lymphoblastic lymphoma) | 요양급여 |
| 150 | 동종조혈모 | 남  | 45    | 급성림프모구백혈병(ALL)                    | 요양급여 |
| 151 | 동종조혈모 | 여  | 50    | 중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia) | 요양급여 |
| 152 | 동종조혈모 | 남  | 57    | 급성골수성백혈병(AML)                     | 요양급여 |
| 153 | 동종조혈모 | 남  | 53    | 급성림프모구백혈병(ALL)                    | 요양급여 |
| 154 | 동종조혈모 | 남  | 17    | 골수형성이상증후군(MDS)                    | 요양급여 |

| 연번  | 신청구분  | 성별 | 나이(세) | 진단명                                                | 승인결과 |
|-----|-------|----|-------|----------------------------------------------------|------|
| 155 | 동종조혈모 | 남  | 56    | 비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type) | 요양급여 |
| 156 | 동종조혈모 | 남  | 59    | 급성골수성백혈병(AML)                                      | 요양급여 |
| 157 | 동종조혈모 | 남  | 59    | 골수형성이상증후군(MDS)                                     | 요양급여 |
| 158 | 동종조혈모 | 여  | 52    | 급성골수성백혈병(AML)                                      | 요양급여 |
| 159 | 동종조혈모 | 여  | 51    | 급성골수성백혈병(AML)                                      | 요양급여 |
| 160 | 동종조혈모 | 남  | 7     | 급성림프모구백혈병(ALL)                                     | 요양급여 |
| 161 | 동종조혈모 | 여  | 27    | 급성골수성백혈병(AML)                                      | 요양급여 |
| 162 | 동종조혈모 | 남  | 11    | 급성골수성백혈병(AML)                                      | 요양급여 |
| 163 | 동종조혈모 | 여  | 25    | 급성림프모구백혈병(ALL)                                     | 요양급여 |
| 164 | 동종조혈모 | 남  | 5     | 급성림프모구백혈병(ALL)                                     | 요양급여 |
| 165 | 동종조혈모 | 남  | 35    | 중증재생불량성빈혈(Severe aplastic anemia)                  | 요양급여 |
| 166 | 동종조혈모 | 남  | 52    | 급성림프모구백혈병(ALL)                                     | 요양급여 |
| 167 | 동종조혈모 | 여  | 16    | 급성골수성백혈병(AML)                                      | 요양급여 |
| 168 | 동종조혈모 | 남  | 46    | 급성골수성백혈병(AML)                                      | 요양급여 |
| 169 | 동종조혈모 | 남  | 35    | 급성골수성백혈병(AML)                                      | 요양급여 |
| 170 | 동종조혈모 | 여  | 62    | 급성림프모구백혈병(ALL)                                     | 요양급여 |
| 171 | 동종조혈모 | 여  | 32    | 급성골수성백혈병(AML)                                      | 요양급여 |
| 172 | 동종조혈모 | 남  | 49    | 급성림프모구백혈병(ALL)                                     | 요양급여 |
| 173 | 동종조혈모 | 여  | 44    | 급성골수성백혈병(AML)                                      | 요양급여 |
| 174 | 동종조혈모 | 남  | 50    | 급성림프모구백혈병(ALL)                                     | 요양급여 |
| 175 | 동종조혈모 | 여  | 24    | 급성골수성백혈병(AML)                                      | 요양급여 |
| 176 | 동종조혈모 | 남  | 41    | 골수형성이상증후군(MDS)                                     | 요양급여 |
| 177 | 동종조혈모 | 남  | 54    | 급성골수성백혈병(AML)                                      | 요양급여 |
| 178 | 동종조혈모 | 남  | 22    | 급성림프모구백혈병(ALL)                                     | 요양급여 |
| 179 | 동종조혈모 | 남  | 6     | 급성림프모구백혈병(ALL)                                     | 요양급여 |
| 180 | 동종조혈모 | 남  | 54    | 골수형성이상증후군(MDS)                                     | 요양급여 |
| 181 | 동종조혈모 | 남  | 30    | 급성림프모구백혈병(ALL)                                     | 요양급여 |
| 182 | 동종조혈모 | 남  | 52    | 급성골수성백혈병(AML)                                      | 요양급여 |
| 183 | 동종조혈모 | 남  | 41    | 급성림프모구백혈병(ALL)                                     | 요양급여 |
| 184 | 동종조혈모 | 남  | 65    | 급성림프모구백혈병(ALL)                                     | 요양급여 |
| 185 | 동종조혈모 | 남  | 8     | 급성림프모구백혈병(ALL)                                     | 요양급여 |

| 연번  | 신청구분    | 성별 | 나이(세) | 진단명                                      | 승인결과 |
|-----|---------|----|-------|------------------------------------------|------|
| 186 | 동종조혈모   | 남  | 47    | 급성골수성백혈병(AML)                            | 요양급여 |
| 187 | 동종조혈모   | 여  | 14    | 급성골수성백혈병(AML)                            | 요양급여 |
| 188 | 동종조혈모   | 남  | 54    | 급성골수성백혈병(AML)                            | 요양급여 |
| 189 | 동종조혈모   | 남  | 14    | 급성골수성백혈병(AML)                            | 요양급여 |
| 190 | 동종조혈모   | 남  | 30    | 급성골수성백혈병(AML)                            | 요양급여 |
| 191 | 동종조혈모   | 남  | 11    | 급성골수성백혈병(AML)                            | 요양급여 |
| 192 | 제대혈조혈모  | 여  | 35    | 급성골수성백혈병(AML)                            | 선별급여 |
| 193 | 제대혈조혈모  | 여  | 43    | 급성림프모구백혈병(ALL)                           | 선별급여 |
| 194 | 제대혈조혈모  | 남  | 31    | 급성림프모구백혈병(ALL)                           | 요양급여 |
| 195 | 제대혈조혈모  | 여  | 42    | 골수형성이상증후군(MDS)                           | 요양급여 |
| 196 | 제대혈조혈모  | 남  | 44    | 급성림프모구백혈병(ALL)                           | 요양급여 |
| 197 | 제대혈조혈모  | 남  | 44    | 급성골수성백혈병(AML)                            | 요양급여 |
| 198 | 자가조혈모   | 남  | 7     | 윌름스종양(Wilmstumor)                        | 선별급여 |
| 199 | 자가조혈모   | 여  | 67    | 다발골수종(MM)                                | 선별급여 |
| 200 | 자가조혈모   | 남  | 74    | 다발골수종(MM)                                | 선별급여 |
| 201 | 자가 후 자가 | 남  | 59    | 다발골수종(MM)                                | 선별급여 |
| 202 | 자가 후 자가 | 남  | 63    | 다발골수종(MM)                                | 선별급여 |
| 203 | 자가조혈모   | 남  | 50    | 생식세포종(Germcelltumor)                     | 선별급여 |
| 204 | 자가조혈모   | 남  | 59    | 비호지킨림프종(Nodal marginal zone lymphoma)    | 선별급여 |
| 205 | 자가조혈모   | 여  | 61    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)   | 선별급여 |
| 206 | 자가조혈모   | 남  | 25    | 생식세포종(Germcelltumor)                     | 선별급여 |
| 207 | 자가조혈모   | 여  | 66    | 비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS) | 선별급여 |
| 208 | 자가조혈모   | 여  | 72    | 다발골수종(MM)                                | 선별급여 |
| 209 | 자가 후 자가 | 남  | 27    | 생식세포종(Germcelltumor)                     | 선별급여 |
| 210 | 자가조혈모   | 여  | 12    | Diffuse midline glioma                   | 선별급여 |
| 211 | 자가조혈모   | 남  | 16    | 유형종양                                     | 선별급여 |
| 212 | 자가조혈모   | 남  | 54    | 비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS) | 선별급여 |
| 213 | 자가조혈모   | 남  | 60    | 비호지킨림프종(PCNSL)                           | 선별급여 |
| 214 | 자가조혈모   | 여  | 49    | 비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)            | 선별급여 |
| 215 | 자가조혈모   | 남  | 62    | 비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)            | 선별급여 |
| 216 | 자가조혈모   | 남  | 65    | 비호지킨림프종(Hepatosplenic T cell lymphoma)   | 선별급여 |

| 연번  | 신청구분          | 성별 | 나이(세) | 진단명                                         | 승인결과 |
|-----|---------------|----|-------|---------------------------------------------|------|
| 217 | 자가조혈모         | 남  | 64    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)      | 선별급여 |
| 218 | 자가조혈모         | 여  | 52    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)      | 선별급여 |
| 219 | 자가조혈모         | 여  | 71    | 비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)    | 선별급여 |
| 220 | 자가조혈모         | 여  | 58    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)      | 선별급여 |
| 221 | Tandem(자가-자가) | 남  | 10    | 수모세포종(Medulloblastoma)①                     | 선별급여 |
| 222 | 자가조혈모         | 남  | 60    | 다발골수종(MM)                                   | 선별급여 |
| 223 | 자가조혈모         | 여  | 35    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)      | 선별급여 |
| 224 | 자가조혈모         | 여  | 66    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)      | 선별급여 |
| 225 | 자가조혈모         | 여  | 71    | 다발골수종(MM)                                   | 선별급여 |
| 226 | 자가 후 자가       | 여  | 61    | 다발골수종(MM)                                   | 선별급여 |
| 227 | 자가 후 자가       | 남  | 1     | Choroidplexuscarcinoma                      | 선별급여 |
| 228 | 자가조혈모         | 남  | 55    | 다발골수종(MM)                                   | 요양급여 |
| 229 | 자가조혈모         | 남  | 67    | 비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)    | 요양급여 |
| 230 | 자가조혈모         | 남  | 69    | 다발골수종(MM)                                   | 요양급여 |
| 231 | 자가조혈모         | 남  | 52    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)      | 요양급여 |
| 232 | 자가조혈모         | 남  | 62    | 다발골수종(MM)                                   | 요양급여 |
| 233 | 자가 후 자가       | 남  | 58    | 다발골수종(MM)                                   | 요양급여 |
| 234 | 자가조혈모         | 남  | 38    | POEMS증후군                                    | 요양급여 |
| 235 | 자가조혈모         | 남  | 40    | 다발골수종(MM)                                   | 요양급여 |
| 236 | 자가조혈모         | 남  | 63    | 다발골수종(MM)                                   | 요양급여 |
| 237 | 자가조혈모         | 남  | 54    | 호지킨림프종                                      | 요양급여 |
| 238 | 자가조혈모         | 여  | 55    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)      | 요양급여 |
| 239 | 자가조혈모         | 여  | 69    | 다발골수종(MM)                                   | 요양급여 |
| 240 | 자가조혈모         | 남  | 61    | 다발골수종(MM)                                   | 요양급여 |
| 241 | 자가조혈모         | 여  | 57    | 다발골수종(MM)                                   | 요양급여 |
| 242 | 자가조혈모         | 남  | 61    | 비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)               | 요양급여 |
| 243 | 자가조혈모         | 남  | 53    | 다발골수종(MM)                                   | 요양급여 |
| 244 | 자가조혈모         | 남  | 65    | 다발골수종(MM)                                   | 요양급여 |
| 245 | 자가조혈모         | 남  | 59    | 다발골수종(MM)                                   | 요양급여 |
| 246 | 자가조혈모         | 남  | 67    | 다발골수종(MM)                                   | 요양급여 |
| 247 | 자가조혈모         | 남  | 58    | 비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma) | 요양급여 |

| 연번  | 신청구분          | 성별 | 나이(세) | 진단명                                                | 승인결과 |
|-----|---------------|----|-------|----------------------------------------------------|------|
| 248 | 자가조혈모         | 남  | 52    | 비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type) | 요양급여 |
| 249 | 자가조혈모         | 남  | 63    | 다발골수종(MM)                                          | 요양급여 |
| 250 | 자가조혈모         | 남  | 44    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)             | 요양급여 |
| 251 | 자가조혈모         | 남  | 66    | 비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)                      | 요양급여 |
| 252 | 자가조혈모         | 남  | 66    | 다발골수종(MM)                                          | 요양급여 |
| 253 | 자가조혈모         | 남  | 59    | 다발골수종(MM)                                          | 요양급여 |
| 254 | 자가조혈모         | 남  | 49    | 다발골수종(MM)                                          | 요양급여 |
| 255 | Tandem(자가-자가) | 남  | 3     | 신경모세포종(Neuropblastoma)①                            | 요양급여 |
| 256 | 자가조혈모         | 남  | 59    | 비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)           | 요양급여 |
| 257 | 자가조혈모         | 남  | 58    | 다발골수종(MM)                                          | 요양급여 |
| 258 | 자가조혈모         | 여  | 63    | 다발골수종(MM)                                          | 요양급여 |
| 259 | 자가조혈모         | 여  | 64    | 다발골수종(MM)                                          | 요양급여 |
| 260 | 자가조혈모         | 여  | 50    | 비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)           | 요양급여 |
| 261 | 자가조혈모         | 여  | 39    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)             | 요양급여 |
| 262 | 자가조혈모         | 여  | 64    | 다발골수종(MM)                                          | 요양급여 |
| 263 | 자가조혈모         | 남  | 67    | 다발골수종(MM)                                          | 요양급여 |
| 264 | 자가조혈모         | 여  | 64    | 다발골수종(MM)                                          | 요양급여 |
| 265 | 자가조혈모         | 남  | 52    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)             | 요양급여 |
| 266 | 자가조혈모         | 여  | 47    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)             | 요양급여 |
| 267 | 자가조혈모         | 여  | 58    | 비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type) | 요양급여 |
| 268 | 자가조혈모         | 여  | 54    | 다발골수종(MM)                                          | 요양급여 |
| 269 | 자가조혈모         | 남  | 68    | 비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)                      | 요양급여 |
| 270 | 자가조혈모         | 여  | 45    | 비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type) | 요양급여 |
| 271 | Tandem(자가-자가) | 남  | 10    | 수모세포종(Medulloblastoma)①                            | 요양급여 |
| 272 | 자가조혈모         | 남  | 58    | 다발골수종(MM)                                          | 요양급여 |
| 273 | 자가조혈모         | 여  | 63    | AL아밀로이드증(ALamyloidosis)                            | 요양급여 |
| 274 | 자가조혈모         | 남  | 64    | 비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)                      | 요양급여 |
| 275 | 자가조혈모         | 남  | 59    | 다발골수종(MM)                                          | 요양급여 |
| 276 | 자가조혈모         | 남  | 61    | 다발골수종(MM)                                          | 요양급여 |
| 277 | 자가조혈모         | 여  | 49    | 다발골수종(MM)                                          | 요양급여 |
| 278 | 자가조혈모         | 남  | 63    | 비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type) | 요양급여 |

| 연번  | 신청구분          | 성별 | 나이(세) | 진단명                                         | 승인결과 |
|-----|---------------|----|-------|---------------------------------------------|------|
| 279 | 자가조혈모         | 여  | 61    | 다발골수종(MM)                                   | 요양급여 |
| 280 | 자가조혈모         | 남  | 18    | 호지킨림프종                                      | 요양급여 |
| 281 | 자가조혈모         | 남  | 58    | 비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)               | 요양급여 |
| 282 | 자가조혈모         | 여  | 64    | 다발골수종(MM)                                   | 요양급여 |
| 283 | 자가조혈모         | 남  | 46    | 다발골수종(MM)                                   | 요양급여 |
| 284 | 자가조혈모         | 남  | 67    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)      | 요양급여 |
| 285 | 자가조혈모         | 여  | 41    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)      | 요양급여 |
| 286 | 자가조혈모         | 남  | 12    | 유령종양                                        | 요양급여 |
| 287 | 자가조혈모         | 여  | 62    | 다발골수종(MM)                                   | 요양급여 |
| 288 | 자가조혈모         | 여  | 51    | 다발골수종(MM)                                   | 요양급여 |
| 289 | 자가조혈모         | 남  | 66    | 다발골수종(MM)                                   | 요양급여 |
| 290 | 자가조혈모         | 여  | 64    | 다발골수종(MM)                                   | 요양급여 |
| 291 | 자가조혈모         | 여  | 61    | 다발골수종(MM)                                   | 요양급여 |
| 292 | 자가조혈모         | 여  | 6     | 유령종양                                        | 요양급여 |
| 293 | 자가조혈모         | 남  | 49    | 비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)    | 요양급여 |
| 294 | 자가조혈모         | 여  | 59    | 급성골수성백혈병(AML)                               | 요양급여 |
| 295 | 자가조혈모         | 여  | 64    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)      | 요양급여 |
| 296 | 자가조혈모         | 여  | 58    | 다발골수종(MM)                                   | 요양급여 |
| 297 | 자가조혈모         | 여  | 44    | 비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 298 | 자가조혈모         | 남  | 63    | 다발골수종(MM)                                   | 요양급여 |
| 299 | 자가조혈모         | 여  | 62    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)      | 요양급여 |
| 300 | 자가조혈모         | 남  | 68    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)      | 요양급여 |
| 301 | 자가조혈모         | 여  | 39    | 호지킨림프종                                      | 요양급여 |
| 302 | 자가조혈모         | 여  | 58    | 다발골수종(MM)                                   | 요양급여 |
| 303 | 자가조혈모         | 남  | 62    | 다발골수종(MM)                                   | 요양급여 |
| 304 | 자가조혈모         | 남  | 61    | 비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)               | 요양급여 |
| 305 | 자가조혈모         | 남  | 27    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)      | 요양급여 |
| 306 | Tandem(자가-자가) | 여  | 15    | 수모세포종(Medulloblastoma)①                     | 요양급여 |
| 307 | 자가조혈모         | 남  | 59    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)      | 요양급여 |
| 308 | 자가조혈모         | 여  | 63    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)      | 요양급여 |
| 309 | 자가조혈모         | 여  | 49    | 다발골수종(MM)                                   | 요양급여 |

| 연번  | 신청구분  | 성별 | 나이(세) | 진단명                                                     | 승인결과 |
|-----|-------|----|-------|---------------------------------------------------------|------|
| 310 | 자가조혈모 | 여  | 59    | POEMS증후군                                                | 요양급여 |
| 311 | 자가조혈모 | 여  | 66    | 다발골수종(MM)                                               | 요양급여 |
| 312 | 자가조혈모 | 남  | 65    | 다발골수종(MM)                                               | 요양급여 |
| 313 | 자가조혈모 | 여  | 32    | 호지킨림프종                                                  | 요양급여 |
| 314 | 자가조혈모 | 남  | 60    | 비호지킨림프종(Follicular lymphoma)                            | 요양급여 |
| 315 | 자가조혈모 | 여  | 64    | 다발골수종(MM)                                               | 요양급여 |
| 316 | 자가조혈모 | 여  | 59    | 비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)                | 요양급여 |
| 317 | 자가조혈모 | 여  | 69    | 다발골수종(MM)                                               | 요양급여 |
| 318 | 자가조혈모 | 남  | 61    | 다발골수종(MM)                                               | 요양급여 |
| 319 | 자가조혈모 | 여  | 34    | 비호지킨림프종(Subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma) | 요양급여 |
| 320 | 자가조혈모 | 남  | 52    | 다발골수종(MM)                                               | 요양급여 |
| 321 | 자가조혈모 | 남  | 59    | 다발골수종(MM)                                               | 요양급여 |
| 322 | 자가조혈모 | 여  | 55    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)                  | 요양급여 |
| 323 | 자가조혈모 | 여  | 60    | 다발골수종(MM)                                               | 요양급여 |
| 324 | 자가조혈모 | 남  | 69    | 비호지킨림프종(Extranodal marginal zone lymphoma)              | 요양급여 |
| 325 | 자가조혈모 | 남  | 69    | 비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)             | 요양급여 |
| 326 | 자가조혈모 | 여  | 66    | AL아밀로이드증(ALamyloidosis)                                 | 요양급여 |
| 327 | 자가조혈모 | 여  | 67    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)                  | 요양급여 |
| 328 | 자가조혈모 | 남  | 56    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)                  | 요양급여 |
| 329 | 자가조혈모 | 여  | 57    | 다발골수종(MM)                                               | 요양급여 |
| 330 | 자가조혈모 | 남  | 54    | 다발골수종(MM)                                               | 요양급여 |
| 331 | 자가조혈모 | 남  | 60    | 비호지킨림프종(Burkitt lymphoma)                               | 요양급여 |
| 332 | 자가조혈모 | 남  | 63    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)                  | 요양급여 |
| 333 | 자가조혈모 | 남  | 53    | 생식세포종(Germcelltumor)                                    | 요양급여 |
| 334 | 자가조혈모 | 남  | 59    | 다발골수종(MM)                                               | 요양급여 |
| 335 | 자가조혈모 | 여  | 40    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)                  | 요양급여 |
| 336 | 자가조혈모 | 남  | 59    | 다발골수종(MM)                                               | 요양급여 |
| 337 | 자가조혈모 | 남  | 68    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)                  | 요양급여 |
| 338 | 자가조혈모 | 남  | 62    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)                  | 요양급여 |
| 339 | 자가조혈모 | 여  | 57    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)                  | 요양급여 |
| 340 | 자가조혈모 | 남  | 68    | 다발골수종(MM)                                               | 요양급여 |

| 연번  | 신청구분  | 성별 | 나이(세) | 진단명                                                | 승인결과 |
|-----|-------|----|-------|----------------------------------------------------|------|
| 341 | 자가조혈모 | 여  | 59    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)             | 요양급여 |
| 342 | 자가조혈모 | 여  | 58    | 비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)                      | 요양급여 |
| 343 | 자가조혈모 | 남  | 64    | POEMS증후군                                           | 요양급여 |
| 344 | 자가조혈모 | 남  | 66    | 다발골수종(MM)                                          | 요양급여 |
| 345 | 자가조혈모 | 남  | 67    | 비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)           | 요양급여 |
| 346 | 자가조혈모 | 여  | 68    | 다발골수종(MM)                                          | 요양급여 |
| 347 | 자가조혈모 | 여  | 66    | 다발골수종(MM)                                          | 요양급여 |
| 348 | 자가조혈모 | 여  | 64    | 다발골수종(MM)                                          | 요양급여 |
| 349 | 자가조혈모 | 남  | 28    | 비호지킨림프종(Anaplastic large cell lymphoma)            | 요양급여 |
| 350 | 자가조혈모 | 남  | 11    | 골육종(Osteosarcoma)                                  | 요양급여 |
| 351 | 자가조혈모 | 남  | 65    | 비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type) | 요양급여 |
| 352 | 자가조혈모 | 여  | 59    | 다발골수종(MM)                                          | 요양급여 |
| 353 | 자가조혈모 | 여  | 43    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)             | 요양급여 |
| 354 | 자가조혈모 | 여  | 61    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)             | 요양급여 |
| 355 | 자가조혈모 | 남  | 59    | 비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)             | 요양급여 |

[2022.9.28. 조혈모세포이식 분과위원회]

[2022.10.11. 중앙심사조정위원회]