

진료심사평가위원회 심의사례 공개(총 8항목)

- 2023. 1. 27. 공개

연번	제 목	페이지
1	‘내시경적 경안와 접근법(endoscopic transorbital approach)을 이용한 뇌종양절제술’의 수가산정방법	1
2	외상 등의 사유로 시행한 입원 인정여부	4
3	심실 보조장치 치료술(VAD) 영양급여 대상여부	10
4	Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 영양급여 대상여부	16
5	Eculizumab주사제(품명: 솔리리스주) 및 Ravulizumab(품명: 울토미리스주) 영양급여 대상여부	19
6	면역관용요법(Immune Tolerance Induction) 영양급여 대상여부	32
7	통증조절을 위해 시행한 입원 인정여부	34
8	조혈모세포이식 영양급여 및 선별급여 대상여부	37

1. '내시경적 경안와 접근법(endoscopic transorbital approach)을 이용한 뇌종양 절제술'의 수가산정방법

■ 청구내역

○ 사례A (61세/여)

- 청구 상병명:

주) 뇌막의 양성 신 생물

- 주요 청구내역:

자480-1가 S4801D00 뇌기저부수술[경막을 이용한 이식포함]-전두개와 [신경외과전문의] 1*1*1

○ 사례B (74세/남)

- 청구 상병명:

주) 뇌신경의 양성 신 생물

- 주요 청구내역:

자480-1나 S4802D00 뇌기저부수술[경막을 이용한 이식포함]-중두개와 [신경외과전문의] 1*1*1

■ 심의내용 및 결과

○ 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제9장 제1절 [산정지침](3)에 따라 제1절에 기재되지 아니한 처치 및 수술로서 [산정지침](2)에 해당되지 아니하는 처치 및 수술료는 제1절에 기재되어 있는 처치 및 수술 중에서 가장 비슷한 처치 및 수술 분류항목의 소정점수에 의하여 산정함.

- 또한, 보건복지부 고시 제2007-139호('08.1.1.시행)에 의거 Endoscopy(복강·흉강·비강 내시경 등) 하에 실시한 수술의 행위료는 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 등으로 고시되어 있는 해당 관혈적 수술의 소정점수로 산정하되, 별도 산정토록 정해진 경우는 그 금액으로 산정하도록 되어 있음.

○ 뇌종양 절제술 관련 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」는 ①'자463 종양절제를 위한 개두술' ②'자474 뇌내시경 수술' ③'자480-1 뇌기저부수술' 등 항목으로 분류되어 있음.

- '자463 종양절제를 위한 개두술'은 두개골을 절개 후 뇌를 노출하여 종양을 절제하는 수술로, 관련 급여기준(보건복지부 고시 제2021-323호, '22.1.1.시행)에 의하여 '천막상부(복잡), 천막하부(복잡), 경비적 뇌하수체종양 적출술(복잡)'으로 산정함.

- '자474다 뇌내시경 수술(종양 또는 낭종절제)'는 천두술 후 뇌내시경을 뇌실내에 삽입하여 종양 및 낭종 등을 제거하는 수술임.

- '자480-1 뇌기저부수술'은 두개강내 뇌기저부에 위치한 종양을 제거함에 있어 뇌의 주요 구조물인 뇌간, 뇌신경, 뇌혈관을 보호하면서 외과적 손상(surgical trauma)을 최소화하기 위해 두개저 접근방법(skull base approach)으로 두개저부 골조직을 상당부분 제거하고 그 부위의 종양 등을 제거함으로써 뇌기능을 최대한 보존하는 수술기법임. '주'사항에 따라 뇌기저부의 종양, 감염성병변, 혈관성병변, 뇌동맥류 등의 수술을 한 경우에 산정하도록 되어 있음.

○ 교과서 및 분과위원회 전문가에 따르면, '내시경적 경안와 접근법(endoscopic transorbital approach)을 이용한 뇌종양절제술'은 안와 주변의 작은 피부절개를 통하여 안와골(orbital bone) 제거 및 경막 절개로 병소에 접근하여

내시경 하에 병변을 제거하는 최소 침습적 수술로, 행위 급여·비급여 목록으로 분류되지 않아 병변의 위치, 수술방법 등을 고려하여 유사한 수술료 분류항목으로 산정함이 타당하며, 사례별 심사가 필요하다는 의견임.

- 요양급여대상·비급여대상 여부 확인 결과, ‘내시경적 경안와 접근법(endoscopic transorbital approach)을 이용한 뇌종양 절제술’은 기존행위인 ‘자-463 종양절제를 위한 개두술 가. 천막상부, 나. 천막하부’와 대상 및 목적, 방법이 유사함으로 확인됨.
- 이에, ‘내시경적 경안와 접근법(endoscopic transorbital approach)으로 뇌종양절제술’을 시행한 동 건(2사례)의 수가 산정방법에 대하여 요양급여대상·비급여대상 여부 결과, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부 제9장 [산정지침](3), 진료내역 등을 참조하여 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

- A사례(여/61세):

뇌막의 양성 신생물 상병으로 뇌수막종(cerebral meningioma)의 치료를 위해 내시경적 경안와 접근법(endoscopic transorbital approach)으로 뇌종양 절제(brain tumor resection)를 시행하고 ‘자480-1가 뇌기저부수술[경막을 이용한 이식포함]-전두개와’로 청구함.

요양급여대상·비급여대상 여부 확인 결과 및 진료내역 참조, 오른쪽 측두부의 접형능선 수막종(sphenoid ridge meningioma)로 해면정맥동(cavernous sinus)에 위치하나 뇌의 주요 구조물을 침범 또는 압박하는 소견은 확인되지 아니하여 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부 제9장 [산정지침](3)에 의거 ‘자463가(2) 종양절제를 위한 개두술-천막상부(복잡)’으로 인정함.

- B사례(남/74세):

뇌신경 및 뇌막의 양성 신생물 상병으로 삼차신경초종(trigeminal schwannoma)의 치료를 위해 내시경적 경안와 접근법(endoscopic transorbital approach)을 이용하여 뇌종양 절제술을 시행하고 ‘자480-1나 뇌기저부수술 [경막을 이용한 이식 포함]-중두개와’로 청구함.

요양급여대상·비급여대상 여부 결과 및 진료내역, 영상자료 등을 참조, 삼차신경초종이 천막상부와 천막하부에 걸쳐져 있으나, 대부분의 종양(3cm이상)이 천막하부에 위치함이 확인됨. 이에, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부 제9장 [산정지침](3)에 의거 ‘자480-1나 뇌기저부수술[경막을 이용한 이식 포함]-중두개와’는 ‘자463나(2) 종양절제를 위한 개두술-천막하부(복잡)’으로 인정함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제1부 1.일반기준 제3호 및 제1편 제2부 제9장 제1절 산정지침 (2), (3)
- Endoscopy(복강내시경, 흉강내시경, 비강내시경 등)하에 실시한 수술료 산정방법(보건복지부 고시 제2007-139호, 2008.1.1.시행)
- 자463 중앙절제를 위한 개두술의 복잡 급여기준(보건복지부 고시 제2021-323호, 2022.1.1.시행)
- 대한두개저외과학회. 두개저외과학 제2판. 군자출판사. 2012.

[2022.4.15. 신경외과 분과위원회]

[2022.6.14. 중앙심사조정위원회]

[2022.12.27. 중앙심사조정위원회]

2. 외상 등의 사유로 시행한 입원 인정여부

■ 청구내역

○ 사례2(남/58세)

- 청구 상병명: 요통, 요추부
- 주요 청구내역:

가2마(4) 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 4인실 입원료 1*1*9
가2마(4) 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 2인실 입원료 1*1*8

○ 사례3(남/61세)

- 청구 상병명: 요통, 요추부
- 주요 청구내역:

가2마(4) 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 2인실 입원료 1*1*11
가2마(4) 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 4인실 입원료 1*1*6

○ 사례4(남/48세)

- 청구 상병명: 요추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역: 가2다(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 4인실입원료 1*1*20

○ 사례5(남/41세)

- 청구 상병명: 경추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역: 가2다(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 4인실입원료 1*1*21

○ 사례6(여/43세)

- 청구 상병명: 요추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역: 가2다(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 4인실입원료 1*1*20

○ 사례7(여/68세)

- 청구 상병명: 요추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역: 가2다(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 4인실입원료 1*1*21

○ 사례9(여/57세)

- 청구 상병명: 요추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역: 가2다(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 4인실입원료 1*1*15

○ 사례10(여/50세)

- 청구 상병명: 요추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역: 가2다(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 4인실입원료 1*1*18

○ 사례11(여/52세)

- 청구 상병명: 요추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역: 가2다(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 4인실입원료 1*1*19

○ 사례12(여/57세)

- 청구 상병명: 경추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역: 가2다(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 4인실입원료 1*1*19

○ 사례13(여/18세)

- 청구 상병명: 요추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역: 가2다(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 4인실입원료 1*1*18

○ 사례14(남/54세)

- 청구 상병명: 요추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역: 가2다(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료 1*1*21

○ 사례15(남/79세)

- 청구 상병명: 요통, 요추부
- 주요 청구내역: 가2다(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료 1*1*16

○ 사례16(여/48세)

- 청구 상병명: 요통, 요추부
- 주요 청구내역: 가2다(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료 1*1*14

○ 사례17(여/44세)

- 청구 상병명: 흉추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역: 가2다(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료 1*1*14

○ 사례18(여/13세)

- 청구 상병명: 경추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역: 가2다(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료 1*1*14

■ 심의내용 및 결과

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법」 및 「입원료 일반원칙 (고시 제2021-4호, 2021.2.1. 시행)」에 의하면 입원은 질환의 특성 및 환자상태 등을 고려하여 임상적·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(16사례)은 ‘요추의 염좌 및 긴장’ 등 상병으로 통증조절을 위하여 입원한 건으로, 진료내역을 참조하여 다음과 같이 사례별로 결정함.

- 다 음 -

○ 사례2(남/58세)

내원 약 2달 전 1미터 높이에서 뛰어내리다 수상하여 양 종골골절로 타 기관에서 사지골절관혈적정복술 시행 후 동 기관으로 전원하여 18일 입원 진료 후 ‘가2마(4) 15477 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 4인실 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 아니함.**

○ 사례3(남/61세)

내원 2일 전 세탁실 청소 중 낙상하여 18일 입원 진료 후 ‘가2마(4) 15377 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 2인실 입원료’등을 청구한 사례임.

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

○ 사례4(남/48세)

내원 4일 전 집에서 솔단지 옮기다가 미끄러져 넘어진 후 ‘요추의 염좌 및 긴장’ 등 상병으로 21일 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 4인실입원료’를 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(남/41세)

5일 전 눈이 쌓인 언덕길 올라가다가 미끄러져 넘어진 후 경추, 양어깨, 요추 통증 호소하며 22일 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 4인실입원료’를 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/43세)

1일 전 화분 옮기다가 삐끗한 느낌이 심해지는 증상 호소하며 21일 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 4인실입원료’를 청구한 사례임.

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

○ 사례7(여/68세)

3일 전 주방에서 미끄러지며 싱크대에 부딪힌 후 우측 늑골, 요추 통증을 주호소로 22일 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 4인실입원료’를 청구한 사례임.

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

○ 사례9(여/57세)

수상일을 알 수 없으며, 김장하며 무거운 물건 들다가 삐끗한 후 등허리 통증으로 16일 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15357 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 4인실입원료’를 청구한 사례임.

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

○ 사례10(여/50세)

며칠 전 넘어지며 허리 통증, 우측 무릎, 양 어깨 만성 통증 호소하며 19일 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15357 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 4인실입원료’를 청구한 사례임.

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

○ 사례11(여/52세)

2일 전 하산하면서 삐끗한 후 뒷목, 허리, 좌측 무릎 통증 호소하며 20일 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15357 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 4인실입원료’를 청구한 사례임.

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

○ 사례12(여/57세)

3일 전 샤워하다 삐끗한 후 뒷목, 등 통증 등을 주호소로 20일 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15357 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 4인실입원료’를 청구한 사례임.

외상 후 통증으로 인한 수면장애를 호소하였으나, 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.**

○ 사례13(여/18세)

지난 주 산에서 미끄러진 후 허리, 좌측 발목 통증을 주호소로 19일 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15357 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 4인실입원료’를 청구한 사례임.

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

○ 사례14(남/54세)

2일 전 김치통 들다가 넘어진 후 요추 통증으로 22일 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료’를 청구한 사례임.

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

○ 사례15(남/79세)

1일 전 욕실에서 넘어져 허리 통증을 주소로 17일 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료’를 청구한 사례임.

외상 후 통증조절을 위하여 입원 진료를 시행하였으나, 제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적이고 객관적인 기록이 미비하여 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않음. 다만, 고령의 환자로 급성기 통증의 완화여부 관찰이 필요한 경우로 판단되어 **청구된 입원료 중 2일만 인정하고 그 외 입원료는 인정하지 아니하며 심사사례지침으로 공고하기로 함.**

○ 사례16(여/48세)

3일 전 화장실에서 목욕하다 넘어진 후 허리 통증을 주소로 15일 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료’를 청구한 사례임.

외상 후 통증조절을 위하여 입원 진료를 시행하였으나, 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.**

○ 사례17(여/44세)

3일 전 자전거 타다 넘어진 후 양쪽 어깨 통증 등을 호소하며 15일 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료’를 청구한 사례임.

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

○ 사례18(여/13세)

1일 전 보행 중 넘어지며 경추, 어깨 통증을 주소로 15일 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료’를 청구한 사례임.

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

■ 참고

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

[2022.9.29. 전주지원 지역분과위원회]

[2022.12.1. 입원료심사조정위원회]

[2022.12.27. 중앙심사조정위원회]

3. 심실 보조장치 치료술(VAD*) 요양급여 대상여부

- 우리원에서는 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2018. 9. 28.시행)에 따라 심실 보조장치 치료술 요양급여 여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2018. 9. 28.시행)에 의거하여
 1. 실시기관은 심실 보조장치 치료술 대상자 사전승인 신청에 대하여 대상자로 결정하는 결과통보(심의일자 기준) 후 3개월 이내에 심실 보조장치 치료술을 실시하여야 함. 다만, 3개월을 경과하여 실시하고자 하는 경우에는 재심의를 신청하여야 함.
 2. 심실 보조장치 치료술(VAD)의 승인을 받은 실시기관은 시술 후 환자상태, 합병증 발생유무, 시술 성공 여부 등에 대한 임상자료를 축적하여 아래 각 경우의 정해진 시점부터 30일 이내에 건강보험 심사평가원장에게 제출하여야 함. 다만, 사망, 심장이식 실시 또는 환자 추적 곤란 등으로 더 이상의 임상자료 제출이 어려운 경우에는 사유서를 사유 발생일로부터 30일 이내에 제출하여야 함.
 - 이식형 좌심실 보조장치 치료술: 퇴원 시, 시술 후 6개월, 시술 후 1년 이내, 시술 1년 이후 매 1년마다
 - 체외형 심실 보조장치 치료술: 시술 후 3개월, 이후 퇴원 시까지 매 3개월마다

* VAD: Ventricular Assist Device

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

(단위: 건)

총계	실시기관 승인신청				요양급여 승인신청							
	이식형		체외형		이식형				체외형			
	승인	불승인	승인	불승인	계	승인	불승인	자료보완	계	승인	불승인	자료보완
17	-	-	-	-	17	14	3	-	-	-	-	-

□ 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상 여부(총 17사례)

- 「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(17사례)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
A	남/36세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 2018년 심인성 쇼크 및 심근염으로 당시 좌심실구혈률(LVEF)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			26% 확인되었으며 이후 지속적으로 약물치료 시행하였음에도 LVEF 20%대 지속됨. 2022년 11월 심인성 쇼크로 입원하여 정맥강심제 사용하며 체외순환막형산화요법 유지 중으로 NYHA class IV, Intermacs level 1의 말기 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
B	남/33세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증(DCMP) 환자로 2014년 진단 당시 좌심실구혈률(LVEF) 12% 확인됨. 2022년 11월 심인성 쇼크로 입원하여 정맥강심제 사용 중으로 좌심실구혈률 13%, NYHA class IV, Intermacs level 2 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
C	남/70세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식이 적합하지 않은 허혈성 심근병증 환자로 2022년 10월 초 심근경색 발생하여 관상동맥중재술 시행함. 이후 좌심실 기능부전으로 인한 부정맥 발생하는 등 정맥강심제 의존적인 상태로 좌심실구혈률 21.2%, NYHA class III, Intermacs level 등의 중증 심부전 상태 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
D	남/78세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식이 적합하지 않은 확장성 심근병증 환자로 2019년 심장재동기화치료 시행함. 호흡곤란 등의 심부전 증상으로 2022년 입·퇴원 지속적으로 반복하였으며 현재, 입원하여 정맥강심제 의존적으로 심장지수 2.12L/min/m ² , NYHA class IV, Intermacs level 3 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
E	남/18세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 뒤센 근위축증(Duchenne muscular dystrophy, DMD)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			진단 후 확장성 심근병증 확인된 환자임. 2010년 DMD 진단 당시 심장초음파 상 특이 소견 없었으나 2016년 심기능 감소 및 승모판막폐쇄부전(MR) 확인되어 약물치료 시작하였음. 2022년 10월 심부전 증상 악화로 입원하여 정맥강심제 의존적으로 NYHA class IV, Intermacs level 3 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심장이식이 적합하지 않은 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
F	남/40세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 심근염 환자로 2022년 11월 심인성 쇼크로 체외순환막형산화요법(ECMO) 시행함. 정맥강심제 유지 중으로 심장초음파 상 좌심실구혈률 20% 확인되며 ECMO 제거 시도 시 심부전 악화 진행되는 양상으로 ECMO 지속하여 유지중임. NYHA class IV, Intermacs level 1 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
G	남/69세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로 2005년 심장초음파상 좌심실구혈률 35% 확인되어 심부전 약물치료 시작함. 2009년 관상동맥우회술 시행하였으며 당시 체외순환막형산화요법 적용하였음. 2017년 삽입형 제세동기 시행함. 2022년 11월 호흡곤란 등의 증상으로 입원하여 정맥강심제 유지 중으로 심장지수 1.75L/min/m ² , NYHA class III, Intermacs level 3 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
H	남/57세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로 2011년부터 심부전 약물치료 시작함. 2022년 8월 ST분절 상승 심근경색으로 관상동맥중재술 후 삽입형 제세동기 시행함. 정맥강심제 의존적으로 좌심실구혈률 16%, NYHA class IV, Intermacs level 2 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
I	남/39세	승인 (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 2013년 좌심실구혈률(LVEF) 18%의 DCMP 진단받음. 2022년 9월 호흡곤란 등으로 입원하여 2022년 11월 삽입형 제세동기 적용 후 퇴원하였으나 일주일 후 재입원하여 정맥강심제 의존적인 상태임. LVEF 25%, NYHA class IV, Intermacs level 2 등의 말기 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>
J	여/32세	승인 (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 기능성 단심실 환자로 1993년 폰탄(Fontan) 수술 후 2004년 승모판막성형술 등을 시행함. 2020년 심방세동으로 인한 심정지 후 삽입형 제세동기 적용함. 2021년 6월부터 현재까지 지속적으로 입원치료 중으로 정맥강심제 의존적이며 NYHA class IV, Intermacs level 2의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>
K	남/29세	승인 (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) 환자임. 2005년 골육종 제거술 및 항암치료 후 경과관찰 하던 중 확장성 심근병증 진단받고 지속적으로 약물치료 시행함. 2021년 10월 삽입형 제세동기 적용함. 정맥강심제 유지 중으로 심장지수 1.84L/min/m², NYHA class III, Intermacs level 3 등의 중증 심부전 소견 확인됨. 또한, 골육종 관련하여 특히 소견 없이 추적관찰 중으로 [별표2] 2. 금기증의 바.에 해당되지 않는다고 판단되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>
L	남/69세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p>

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로 2018년 심근경색으로 관상동맥중재술 시행 당시 좌심실구혈률(LVEF) 20% 확인됨. 2022년 8월 삽입형 체세동기 시행 후에도 심부전 증상으로 입·퇴원 반복중임. 좌심실구혈률 18%, NYHA class III, Intermacs level 3 등의 말기 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
M	남/72세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식이 적합하지 않은 허혈성 심근병증 환자임. 2011년 좌심실구혈률(LVEF) 42% 확인되었으며 2019년부터 지속적으로 약물치료 시행함. LVEF 9.9%, NYHA class IV, Intermacs level 4 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
N	남/19세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 2013년 심근염으로 심인성 쇼크 발생하여 체외순환막형산화요법(ECMO) 적용 후 심부전 약물 치료 시작함. 2022년 8월 심부전 약화로 입원치료 후 퇴원하였으며 2022년 12월 18일 심인성 쇼크로 재입원하여 ECMO 적용 중임. 정맥강심제 사용중으로 좌심실구혈률 21.1%, NYHA class IV, Intermacs level 1 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
O	남/54세	불승인	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 급성 심근경색 환자로 2022년 11월 28일 관상동맥중재술 시행 중 체외순환막형산화요법 적용하여 지속적으로 유지중임. 정맥강심제 사용 중으로 좌심실구혈률 10%, NYHA class 4 등의 중증 심부전 소견 확인됨. 하지만, 제출된 진료기록 등을 확인한 결과 심근염 진단 후 충분한 시일이 경과하지 않아 비가역적인 말기 심부전 상태로 판단하기 어려워 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 불승인함.

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
P	남/54세	불승인	<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 허혈성 심근병증 환자로 2016년, 2021년 두 차례 관상동맥중재술 시행함. 2021년 당시 좌심실구혈률(LVEF) 20%, 현재 18%로 정맥강심제 의존적이며 NYHA class III, Intermacs level 1 등의 중증 심부전 소견 확인됨. 제출된 진료기록 등의 자료를 확인한 결과 해당 사례는 심장이식 대기자로 등록된 비가역적인 말기 심부전 환자로 관련 기준 [별표2] 2. 금기증 ①의 나. 비가역적인 장기부전에 부합된다고 판단되는 바, 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 불승인 함.</p>
Q	남/59세	불승인	<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 ST분절 상승 심근경색 환자로 2022년 11월 28일 흉통으로 응급실 방문하여 심정지로 체외순환막형산화요법(ECMO) 적용 하에 관상동맥중재술 시행하고 ECMO 유지 중임. 정맥강심제에 의존적으로 좌심실구혈률 14%, NYHA class IV 등의 심부전 소견 확인됨. 그러나 심근경색 발생 후 약 3주 가량의 기간이 소요된 점 등을 고려하여 해당 고시 [별표2]의 1. 적응증의 말기심부전에 해당된다고 볼 수 없어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 불승인함.</p>

[2022.12.7. 심실 보조장치 치료술 분과위원회]

[2022.12.14. 심실 보조장치 치료술 분과위원회]

[2022.12.27. 중앙심사조정위원회]

[2022.12.19.~22. 심실 보조장치 치료술 분과위원회(서면)]

[2022.12.27. 심실 보조장치 치료술 분과위원회(서면)]

[2023.1.10. 중앙심사조정위원회]

4. Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 영양급여 대상 여부

- 우리원에서는 「**영양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)**」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 따라 스피라자주 영양급여 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 영양급여를 신청하고자 하는 경우에는 별지 제1호 서식에 따른 스피라자주 영양급여 신청서를 제출하여야 함(제3조제1항).
 2. 스피라자주 영양급여를 승인받은 경우 4개월마다 유지용량 투여 전 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 제출하여야 함(제7조제1항).
 3. 사전승인 신청기관은 영양급여대상으로 승인받은 경우 심의결과를 통보 받은 날부터 60일 이내에 스피라자주를 투여하여야 하고, 60일을 경과하여 투여하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함(제3조제3항).

□ 스피라자주 영양급여 대상여부(37사례)

(단위: 건)

전체	영양급여 신청				투여 모니터링 보고				이의신청			
	소계	승인	자료 보완	불승인	소계	승인	자료 보완	불승인	소계	인정	자료 보완	기각
37	2	1	1	0	35	33	0	2	-	-	-	-

1. 스피라자주 영양급여 신청(2사례)

심의년월	사례	성별	나이	SMA type	심의 결과	심의내용
2022. 12.	A	남	3개월	1	승인	영양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8. 시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목에서는 스피라자주의 투여대상으로 5q 척수성 근위축증 환자로써 1) 5q SMN-1 유전자의 결손 또는 변이의 유전학적 진단, 2) 만 3세 이하에 SMA 관련 임상 증상과 징후 발현, 3) 영구적 인공 호흡기를 사용하고 있지 않는 경우 모두를 만족 하는 경우에 인정하고 있음. 이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스피라자주 영양급여 대상으로 승인함.
	B	여	24세	2	자료 보완	이 건은 최근 혈액검사 상 헤모글로빈 수치가 낮은 환자(Hb, 6.5g/dL)로 이에 대한 확인이 필요하여 anemia evaluation 및 적절한 처치 후 치료 경과를 제출토록 함.

2. 스피라자주 투여 모니터링 보고-투여 유지여부(35사례)

심의년월	사례	성별	나이	SMA type	최초투여일	예정 차수	심의 결과	심의내용
2022. 12.	A	여	2년 3개월	1	'21.01.21.	9	승인	이 건은 제출된 운동 기능평가 결과 직전 평가시점과 비교하여 운동기능의 유지 또는 개선이 확인되는 등 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시(2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다. 목에서 정한 중단기준에 해당하지 아니하여, 급여기준에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 승인함.
	B	여	5년 2개월	1	'19.03.07.	15	승인	
	C	남	6년 7개월	1	'18.05.23.	17	승인	
	D	남	3년 11개월	2	'20.11.12.	10	승인	
	E	남	4년 8개월	2	'19..7.25.	14	승인	
	F	여	5년 3개월	2	'19.07.03.	14	승인	
	G	남	5년 7개월	2	'19.05.14.	14	승인	
	H	여	6년 10개월	2	'19.05.28.	14	승인	
	I	여	6년 8개월	2	'19.06.03.	14	승인	
	J	여	7년 6개월	2	'19.06.21.	14	승인	
	K	여	7년 6개월	2	'19.06.20.	14	승인	
	L	남	7년 9개월	2	'19.07.09.	14	승인	
	M	여	7년 8개월	2	'18.07.09.	17	승인	
	N	여	8년 11개월	2	'19.05.29.	14	승인	
	O	여	11년 11개월	2	'19.05.21.	14	승인	
	P	여	11년 7개월	2	'19.10.31.	13	승인	
	Q	여	12년 9개월	2	'19.07.02.	14	승인	
	R	여	13년 10개월	2	'19.10.29.	13	승인	
	S	남	13년 7개월	2	'19.06.27.	14	승인	
	T	남	15년 1개월	2	'19.07.21.	14	승인	
U	남	14년 7개월	2	'19.07.17.	14	승인		
V	여	14년 7개월	2	'19.06.04.	14	승인		

심의년월	사례	성별	나이	SMA type	최초투여일	예정 차수	심의 결과	심의내용
	W	남	15년 6개월	2	'19.06.27.	14	승인	
	X	여	19세	2	'22.07.27.	5	승인	
	Y	여	20세	2	'20.01.14.	12	승인	
	Z	남	20세	2	'19.07.12.	14	승인	
	Z1	남	20세	2	'19.07.03.	14	승인	
	Z2	남	25세	2	'22.07.16.	5	승인	
	Z3	여	30세	2	'21.06.22.	8	승인	
	Z4	남	3년	3	'22.06.28.	5	승인	
	Z5	남	19세	3	'19.06.21.	14	승인	
	Z6	남	40세	3	'22.03.10.	6	승인	
	Z7	남	6년 7개월	2	'18.07.06.	17	승인	<p>이 것은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시(2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별 지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다.목에서 정한 중단기준에 해당하지 아니하여 <u>스핀라자주를 요양급여 대상으로 승인함.</u></p> <p><u>다만, 다음 모니터링 시 신기능 관련 검사결과 제출을 요함.</u></p> <p><u>* 세부항목 eGFR, Cr, UA(Pr/Cr)</u></p>
	Z8	여	22세	2	'20.06.30.	11	불승인	<p>제출된 자료로는 스펀라자주 투여에 따른 운동기능의 유지 또는 개선이라고 판단할 수 없음.</p>
	Z9	여	24세	3	'19.12.04.	12	불승인	<p>이에, 이 것은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시(2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별 지2의 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>

[2022.12.14. 스펀라자주 분과위원회]

[2022.12.27. 중앙심사조정위원회]

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

- 우리원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행 및 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행)에 따라 솔리리스주 및 울토미리스주 요양급여 대상여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- 「Eculizumab(품명: 솔리리스주) 사전승인에 관한 방법 및 절차」(건강보험심사평가원 공고 제2018-165호, 2018. 7. 1. 시행) 및 「Ravulizumab(품명: 울토미리스주) 사전승인 등에 관한 방법 및 절차」(건강보험심사평가원 공고 제2021-165호, 2021. 6. 7. 시행)에 의거하여
 1. 사전승인 신청기관은 사전승인 신청에 대한 심의결과를 통보 받은 날부터 60일 이내에 솔리리스주 또는 울토미리스주를 투여하여야 함. 다만, 60일을 경과하여 투여하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함(제4조제2항).
 2. 솔리리스주 또는 울토미리스주의 요양급여 승인을 받은 요양기관은 6개월마다 위 공고 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 작성하여 우리원에 제출하여야 함. 또한, 솔리리스주 비정형 용혈성 요독 증후군의 경우 위 공고 별지 제3호 서식에 따라 치료 시작 후 2개월에 초기 모니터링 보고서를 추가 제출하여야 함(제8조제1항). 모니터링 보고서를 부득이한 사유로 제출 할 수 없는 경우에는 1회(15일)에 한하여 자료제출 기간을 연장할 수 있음(제8조제2항).

□ 심의결과

(단위: 사례)

심의년월	약제명	상병명	전체	승인신청		재심의 승인신청		이의신청		모니터링		보고
				승인	불승인	승인	불승인	인정	기각	승인	불승인	
총계			42	0	4	2	0	0	1	30	3	2
2022. 12.	솔리리스주	발작성 야간 혈색소뇨증	8	0	1	0	0	0	1	4	2	0
		비정형 용혈성 요독 증후군	12	0	3	1	0	0	0	7	0	1
	울토미리스주	발작성 야간 혈색소뇨증	22	0	0	1	0	0	0	19	1	1

[Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 대상여부]

□ 발작성 야간 혈색소뇨증(PNH: paroxysmal nocturnal hemoglobinuria)

○ 승인신청(1사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2022. 12.	A	남/61	<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) 제1호가목은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 PNH 과립구 클론 크기 22.21%, LDH 3139IU/L 인 환자로서 동반질환 평활근연축으로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 마약성 진통제가 필요한 중증의 재발성 통증 에피소드가 확인되지 않으며, PNH와 통증과의 연관성이 명확하지 않아 위 고시 제1호가목1)투여대상 라)평활근 연축에 적합하지 않다고 판단되어 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인

○ 모니터링 심의(4사례)

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수		심의결과	심의내용
2022. 12.	A	여/50	7	42개월	지속투여 승인	<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) 제1호가목3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 치료효과 평가 기준을 명시하고 있고, 이 사례는 위 고시 제1호가목3) 나)에서 정한 투여 유지 기준에 적합하여 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 지속 투여를 승인함.</p>
	B	여/57	12	72개월	지속투여 승인	
	C	여/42	13	78개월	지속투여 승인	
	D	남/41	17	102개월	지속투여 승인	

○ 투여중지 모니터링(3사례)

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수	심의결과	심의내용
2022. 12.	A	남/65	14차	급여 투여중지 모니터링 지속	「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) 제1호가목3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 치료효과 평가 기준을 명시하고 있고, 위 고시 제1호가목3) 나) (2)는 의학적 정당한 이유없이 솔리리스주 투여를 6개월에 3회 이상 받지 않은 경우는 투여를 지속할 수 없다고 규정하고 있음. 이 사례들은 임상시험 전환 대상으로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 급여로 투여하는 것은 중단하나, 이와 유사한 효능의 약제사용이 지속되므로 추후 6개월마다 모니터링을 지속함. 단, 급여로 재투여하고자 할 때는 본 위원회의 심의를 거쳐 그 결정에 따라야 함.
	B	여/42	16차		
	C	여/45	17차		

○ 보고사항(1사례)

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수	심의결과	보고내용
2022. 12.	A	여/35	6차	투여종료	이 사례는 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 승인 대상자로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 종료함.

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

○ 승인신청(3사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2022. 12.	A	여/58	<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 오심, 구토, 설사 등으로 입원 후 시행한 검사 상 혈소판 감소증, 미세혈관병성 용혈, 신기능 악화 등의 소견으로 혈액 투석 시행하며 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 혈소판수 정상 하한치 이상으로 위 고시 제1호나목 1)투여대상 가)에서 정한 활성형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않음. 또한, 항혈소판제제 사용 등으로 인한 혈전미세혈관병증 및 감염 등으로 인한 이차성 용혈성 요독 증후군으로 판단되어 위 고시 제1호나목 2)제외대상 마) 및 자)에 해당되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인
	B	남/58	<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 부종, 단백뇨 등의 증상으로 입원 후 시행한 검사 상 혈전미세혈관병증 소견으로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 혈소판수 정상 하한치 이상, LDH 정상 상한치의 1.5배 미만으로 위 고시 제1호나목 1)투여대상 가)에서 정한 활성형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않음. 또한, 당뇨병성 신증에 의한 말기신부전 양상 및 감염 등으로 인한 이차성 용혈성 요독 증후군으로 판단되어 위 고시 제1호나목 2)제외대상 자)에 해당되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
	C	여/43	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 초정성 분절성 사구체 경화증으로 인한 만성신부전으로 2022년 10월 생체 신장이식 후 급성 신부전, 혈소판 저하, LDH 증가 등의 활성형 혈전미세혈관병증 소견으로 혈액투석 및 혈장교환술 시행하였으나 신기능 악화 지속되어 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 분열적혈구 음성으로 위 고시 제1호나목 1)투여대상 가)에서 정한 활성형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않으며, 최근 혈청 크레아티닌 정상 상한치 미만으로 위 고시 제1호나목 1)투여대상 나)에서 정한 신장손상에 적합하지 않음. 혈장교환 및 혈장주입 시행 후 ADAMTS-13 활성이 시행되어 위 고시 제1호나목 1)투여대상 다)에서 정한 혈장교환 또는 혈장주입을 하기 이전의 혈액샘플에서 ADAMTS-13 활성 10% 이상에 적합하지 않음. 또한, 면역억제제 사용으로 인한 혈전미세혈관병증, 감염 및 이식거부반응에 수반된 이차성 용혈성 요독 증후군으로 판단되어 위 고시 제1호나목 2)제외대상자)에 해당하므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인

○ 재심의 승인신청(1사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2022. 12.	A	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 이 사례는 지난 분과위원회(2022년 11월)에서 LDH 정상 상한치 1.5배 미만으로 급여기준 투여대상에서 정한 활성형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않고 감염, 쇼크 등으로 인한 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 급여기준 제외대상)에 해당되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인한 사례임. 이후 혈장교환술 시행에도 신장 손상 및 혈전성 미세혈관</p>	승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
			<p>병증 악화, 신경 증상 발생하여 추가 자료 첨부하여 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 재심의 승인 신청함.</p> <p>추가 제출된 진료 기록을 확인한 결과, 위 고시 제1호나목 1)투여대상에 적합하며, 위원회에서 의학적 판단으로 투여의 필요성이 인정되어 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 승인하며, 투여 후 2개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>	

○ 이의신청(1사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2022. 12.	A	남/75	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-337호, 2022. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 지난 분과위원회(2022년 10월 18일, 11월 4일, 11월 28일)에서 IgE 상승에 대한 추가 검사 결과가 확인되지 않는 등 자가면역질환으로 인한 이차성 혈전미세혈관병증이 배제되지 않으며, 항혈소판제제 사용과 관련된 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 급여기준 제외 대상에 해당하므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인한 사례임.</p> <p>이후 추가 소견서 및 협진기록 등 자료 첨부하여 분과위원회 결정에 대하여 이의를 제기함.</p> <p>추가 제출된 소견서 및 자료를 재검토한 결과, IgE 상승 및 호산구과다증후군에 의한 이차성 용혈성 요독 증후군 배제되지 않아 위 고시 제1호나목 2)제외대상 자)에 해당됨. 따라서 기존 분과위원회의 불승인 결정이 타당하다고 판단되므로 이의신청을 기각함.</p>	기각

○ 모니터링 심의(6사례)

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수		심의결과	심의내용
2022. 12.	A	남/62	1	2개월	지속투여 승인	<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)</p>

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수		심의결과	심의내용
						<p>제1호나목3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된 환자로 CFHR2 유전자 변이가 확인된 요양급여 승인 환자임.</p> <p>Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 신장투석 지속 유지해야 하나, 혈소판수, haptoglobin 정상화 확인되는 등 6개월까지 지속 투여 필요하다고 판단되어 지속투여를 승인하며, 추후('23년 4월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>
	B	여/58	3	12개월	지속투여 승인	<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)</p> <p>제1호나목3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된 이후 비정형 용혈성 요독 증후군과 관련된 유전자 변이가 확인되지 않은 요양급여 승인 환자임. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, haptoglobin, LDH 정상화 및 신장 기능 개선 확인되어 지속 투여를 승인하며, 추후('23년 6월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>
	C	남/68	3	12개월	지속투여 승인	<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)</p> <p>제1호나목3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된 이후 비정형 용혈성 요독 증후군과 관련된 유전자 변이가 확인되지 않은 요양급여 승인 환자임. Eculizumab</p>

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수		심의결과	심의내용
						<p>주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, LDH 정상화 및 신장 기능 유지 확인되어 지속 투여를 승인하며, 추후('23년 6월) 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.</p>
	D	남/73	4	18개월	지속투여 불승인	<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) 제1호나목3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된 이후 비정형 용혈성 요독 증후군과 관련된 유전자 변이가 확인되지 않은 요양급여 승인 환자임.</p> <p>Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, haptoglobin, LDH 정상화 및 신기능 개선 등 안정적인 임상 경과 유지되는 상태로, 급여기준 제1호나목 4)위원회에서 증상이 호전되어 투여를 중단한 대상으로 결정·통보함.</p> <p>따라서, 이후 재발 시 사전신청서(ADAMTS-13, STEC 결과 생략 가능) 제출 후 즉시 투여 가능하며, 심의 결과 통보 전까지 투여분을 요양급여함을 안내함.</p>
	E	여/39	5	24개월	지속투여 불승인	<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) 제1호나목3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된 이후 CFH 유전자 변이가 확인된 요양급여 승인 환자임.</p> <p>Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, haptoglobin, LDH 정상화 및 신기능 개선 등 안정적인 임상 경과 유지되는 상태로, 급여기준 제1호나목 4)위원회에서 증상이 호전</p>

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수		심의결과	심의내용
						되어 투여를 중단한 대상으로 결정·통보함. 따라서, 이후 재발 시 사전신청서(ADAMTS-13, STEC 결과 생략 가능) 제출 후 즉시 투여 가능하며, 심의 결과 통보 전까지 투여분을 요양급여함을 안내함.
	F	여/7	6	30개월	지속투여 승인	<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) 제1호나목3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 급여기준 투여대상에 적합하여 승인된 이후 비정형 용혈성 요독 증후군과 관련된 유전자 변이가 확인되지 않은 요양급여 승인 환자임.</p> <p>Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 혈소판수, haptoglobin, LDH 정상화 및 신장 기능 개선 확인되어 지속투여를 승인하며, 추후 ('23년 6월) 6개월 모니터링 보고서를 제출도록 함.</p>

[Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 대상여부]

□ 발작성 야간 혈색소뇨증(PNH: paroxysmal nocturnal hemoglobinuria)

○ 재심의 승인신청(1사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2022. 12.	A	여/57	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호는 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 승인 후 6개월 이상 투여 지속하며 LDH 정상 상한치 1.5배 이하인 환자로서 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, monocyte PNH 클론크기 10% 이상으로 확인되어 위 고시 제1호1)투여대상 나)에 적합하다고 판단되므로 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 승인 신청을 승인하며, 투여 후 6개월 모니터링 보고서를 제출토록 함. 또한 추후('23년 2월 또는 23년 4월) 솔리리스주 투여종료 보고서를 제출토록 함.</p>	승인

○ 모니터링 심의(20사례)

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수		심의결과	심의내용
2022. 12.	A	남/40	1	6개월	지속투여 불승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 치료효과 평가기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 사례는 동반질환 혈전증으로 요양급여 승인 후 2022년 6월부터 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 투여 중인 환자로서 울토미리스주 투여에도 LDH가 정상 상한치 1.5배 이하로 지속적으로 감소하지 않아 지속 투여를 불승인함.</p>
	B	남/82	2	12개월	지속투여 승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시</p>

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수	심의결과	심의내용
					제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 치료효과 평가기준을 명시하고 있음. 이 사례는 동반질환 폐부전으로 요양급여 승인 후 2021년 11월부터 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 투여 중인 환자로서 monocyte PNH 클론크기 10% 이상으로 확인되어 지속투여를 승인함.
	C	여/56	1	6개월	지속투여 승인 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부 사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 치료효과 평가기준을 명시하고 있음. 이 사례는 위 고시 제1호3) 나)에서 정한 투여 유지 기준에 적합하여 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 지속 투여를 승인하며, 추후 모니터링 시 Ferritin 혈액검사 결과 제출토록 함.
	D	여/71	2	12개월	지속투여 승인
	E	남/49	2	12개월	지속투여 승인
	F	여/27	2	12개월	지속투여 승인 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부 사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 치료효과 평가기준을 명시하고 있음. 이 사례들은 위 고시 제1호3) 나)에서 정한 투여 유지 기준에 적합하여 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 지속 투여를 승인함.
	G	남/56	2	12개월	지속투여 승인 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부 사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 치료효과 평가기준을 명시하고 있음.

심의년월	사례	성별/나이	모니터링 차수		심의결과	심의내용
						이 사례는 위 고시 제1호3) 나)에서 정한 투여 유지 기준에 적합하여 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 지속 투여를 승인하며, 추후 모니터링 시 급여기준 제1호3)치료효과평가 나) (3)에 따라 LDH 검사 주기는 6~10주로 하여 제출토록 함.
	H	남/61	2	12개월	지속투여 승인	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부 사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주)”의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2021-161호, 2021. 6. 7. 시행) 제1호3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 치료효과 평가기준을 명시하고 있음. 이 사례들은 위 고시 제1호3) 나)에서 정한 투여 유지 기준에 적합하여 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 지속 투여를 승인함.
	I	남/46	2	12개월	지속투여 승인	
	J	남/46	2	12개월	지속투여 승인	
	K	남/49	2	12개월	지속투여 승인	
	L	남/53	2	12개월	지속투여 승인	
	M	남/28	2	12개월	지속투여 승인	
	N	남/49	2	12개월	지속투여 승인	
	O	남/28	2	12개월	지속투여 승인	
	P	남/56	3	18개월	지속투여 승인	
	Q	여/59	3	18개월	지속투여 승인	
	R	남/82	3	18개월	지속투여 승인	
	S	여/45	3	18개월	지속투여 승인	
	T	남/67	3	18개월	지속투여 승인	

○ 보고사항(1사례)

심의년월	사례	성별/나이	승인통보일	미투여보고 일	심의결과	보고내용
2022. 12.	A	남/74	2022-06-24	2022-12-02	미투여 확인	이 사례는 Ravulizumab 주사제(품명: 울토미리스주) 요양급여 승인 대상자로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 종료함.

[2022.12.14.~19. 솔리리스주 분과위원회(서면)]

[2022.12.27. 중앙심사조정위원회]

[2022.12.22. 솔리리스주 및 울토미리스주 분과위원회]

[2022.12.29.~2023.1.4. 솔리리스주 분과위원회(서면)]

[2023.1.10. 중앙심사조정위원회]

6. 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-정기 보고서 제출 건(6사례)

(단위: 건)

개최년도	개최분기	계	승인	불승인	종료
2022	4분기	6	6	-	-

○ 세부내역

- 「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험 심사평가원 공고 제2022-150호, 2022. 7. 4. 시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기 보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 면역관용요법 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양 급여의 종료 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음.

개최년도	개최분기	성별/나이	진단명	심의결과	심의내용
2022년	4분기	A사례 (남/5세)	혈우병A	승인	이 건은 면역관용요법 30개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 건으로, 그린모노주로 50 IU/kg/dose를 주 3회 투여 중임. 최근 항체가 음성으로 유지되고 있으며, 회복률 1.12%/ \bar{u} /kg('22. 11. 28.)임. 3개월 간 3회의 출혈력 있었으며, 출혈 시 그린모노주 투여함. 이에 면역관용요법 계속 시행을 인정함.
		B사례 (남/10세)	혈우병A	승인	이 건은 면역관용요법 24개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 건으로, 이뮤네이트주 94.4 IU/kg를 하루 2회로 투여 중으로, 최근 항체가 28.8 BU/ml('22. 11. 25.)이며, 3개월간 18회의 출혈력 있음. 면역조정제 병용을 권고함에 따라 MMF 병용 중임. 이에 면역관용요법 계속 시행을 인정함.

개최년도	개최분기	성별/나이	진단명	심의결과	심의내용
		C사례 (남/3세)	혈우병A	승인	이 건은 면역관용요법 16개월 시행 후 정기보고서가 제출된 것으로, 애드베이트주를 감량(69.7 → 47.4 IU/kg/dose, '22. 8. 29.)하여 주 3회 투여 중으로, 최근 항체가 음성('22. 11. 28.)임. 3개월간 4회의 출혈력 있음. 이에 면역관용요법 계속 시행을 인정함.
		D사례 (남/3세)	혈우병A	승인	이 건은 면역관용요법 15개월 시행 후 정기보고서가 제출된 것으로, 애드베이트주를 감량(100 → 85 IU/kg/dose, '22. 10. 28.)하여 주 3회 투여 중으로, 최근 항체가 음성('22. 10. 31.)로 3개월간 출혈력 없음. 이에 면역관용요법 계속 시행을 인정함.
		E사례 (남/5세)	혈우병A	승인	이 건은 면역관용요법 16개월 시행 후 정기보고서가 제출된 것으로, 애드베이트주 88IU/kg를 격일 투여 중으로, 최근 항체가 음성('22. 11. 1.)이고 3개월간 출혈력 없음. 이에 면역관용요법 계속 시행을 인정함.
		F사례 (남/28세)	혈우병A	승인	이 건은 면역관용요법 13개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 것으로, 애드베이트주 95 IU/kg/dose를 매일 투여 중임. 최근 항체가 26.11 BU/ml('22. 11. 12.)로 상승하여 면역억제 위해 경구 스테로이드 2주간 복용함. 3개월간 출혈력 없음. 이에 면역관용요법 계속 시행을 인정함.

[2022.12.15. 면역관용요법 분과위원회]

[2022.12.27. 중앙심사조정위원회]

7. [척추한방] 통증조절을 위해 시행한 입원 인정여부

■ 청구내역

○ 사례1(여/62세)

- 청구 상병명: 요통, 요추부
- 주요 청구내역: 가2라(4) 15367 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 3인실 입원료 1*1*19

○ 사례2(여/34세)

- 청구 상병명: 요통, 요추부
- 주요 청구내역:
가2마(4) 15377 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 2인실 입원료 1*1*9
가2라(4) 15367 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 3인실 입원료 1*1*12

○ 사례4(남/62세)

- 청구 상병명: 요통, 요추부
- 주요 청구내역: 가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실 입원료 1*1*15

○ 사례5(여/54세)

- 청구 상병명: 요통, 요추부
- 주요 청구내역: 가2마(4) 15477 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 4인실 입원료 1*1*15

○ 사례8(남/68세)

- 청구 상병명: 요통, 요추부
- 주요 청구내역: 가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실 입원료 1*1*21

○ 사례9(여/78세)

- 청구 상병명: 요통, 요추부
- 주요 청구내역: 가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실 입원료 1*1*16

○ 사례10(남/75세)

- 청구 상병명: 요통, 요추부
- 주요 청구내역: 가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실 입원료 1*1*15, 1*1*3

○ 사례11(남/33세)

- 청구 상병명: 요통, 요추부
- 주요 청구내역: 가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실 입원료 1*1*15

○ 사례12(남/70세)

- 청구 상병명: 요통, 요추부

- 주요 청구내역: 가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실 입원료 1*1*15

■ 심의내용 및 결과

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법 및 「입원료 일반원칙 (고시 제2021-4호, 2021.2.1. 시행)」에 의하면 입원은 질환의 특성 및 환자상태 등을 고려하여 임상적·의학 적 필요성이 있다고 판단되는 경우에 실시하여야 하며 단순한 피로회복, 통원불편 등을 이유로 입원지시를 하여서는 아니 됨. 또한 입원료는 환자 질환 및 상태에 대한 적절한 치료 및 지속적인 관찰이 필요한 경우 인정 하며, 입원 필요성이 있는 환자상태에 대한 임상적 소견 등이 진료기록부상에 기록되어야 함.
- 이 건(9사례)은 ‘요통, 요추부’ 등 상병으로 통증조절을 위하여 입원진료를 시행한 것으로, 진료내역을 참조하여 다음과 같이 사례별로 결정함.

- 다 음 -

○ 사례1(여/62세)

‘요통, 요추부’ 주상병으로 20일 입원 진료 후 ‘가2라(4) 15367 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 3인실 입원료’를 청구한 사례임.

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

○ 사례2(여/34세)

‘요통, 요추부’ 주상병으로 22일 입원 진료 후 ‘가2라(4) 15367 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 3인실 입원료’ 등을 분리 청구한 사례임.(입원료 5일은 기인정 됨)

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(남/62세)

‘요통, 요추부’ 주상병으로 16일 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료’를 청구한 사례임.

통증 척도에 대한 기술은 있으나, 잦은 외출을 시행하는 등 통증으로 인한 일상생활의 제한 및 지속적 치료와 관찰이 필요한 사유가 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 인정하지 아니하며 심사사례지침으로 공고하기로 함.**

○ 사례5(여/54세)

‘요통, 요추부’ 주상병으로 16일 입원 진료 후 ‘가2마(4) 15477 한방병원, 병원·정신병원 내 한의과 4인실 입원료’를 청구한 사례임.

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

○ 사례8(남/68세)

‘요통, 요추부’ 주상병으로 22일 입원 진료 후 ‘가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과

7등급 간호관리료 적용 4인실입원료'를 청구한 사례임.

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

○ 사례9(여/78세)

'요통, 요추부' 주상병으로 17일 입원 진료 후 '가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료'를 청구한 사례임.

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

○ 사례10(남/75세)

'요통, 요추부' 주상병으로 19일 입원 진료 후 '가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료'를 청구한 사례임.

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

○ 사례11(남/33세)

'요통, 요추부' 주상병으로 16일 입원 진료 후 '가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료'를 청구한 사례임.

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

○ 사례12(남/70세)

'요통, 요추부' 주상병으로 16일 입원 진료 후 '가2다(4) 15347 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 적용 4인실입원료'를 청구한 사례임.

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

■ 참고

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

[2022.4.21. 광주지원 지역분과위원회]

[2022.5.19. 광주지원 지역분과위원회]

[2022.12.15. 입원료심사조정위원회]

[2023.1.10. 중앙심사조정위원회]

8. 조혈모세포이식 영양급여 및 선별급여 대상여부

조혈모세포이식 실시기관 변경승인 여부 (2 기관)

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

요양기관명	요양기호	인력	시설	장비	승인여부
삼성서울병원	11100958	-	충족	-	승인
고려대학교의과대학 부속구로병원	11100494	-	충족	-	승인

조혈모세포이식 영양급여 및 선별급여 대상 여부

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

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

- 선별급여대상 환자가 조혈모세포이식을 시행받기 위해 입원한 경우, 「조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준 (보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행)」 제4조제3항 [별표3] 선별급여대상자 영양급여비용 산정방법에 따라 이식과 직접 관련된 진료기간(조혈모세포 주입 전 1주부터 주입 후 2주)의 영양급여비용 (이식술료, 이식과 관련된 입원료[무균 치료실료 포함], 시술 전·후 처치 등)에 대하여는 100분의 50을 본인에게 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	362	202	2	158	-	
처리결과	요양급여	274	150	2	122	-
	선별급여	88	52	0	36	-
	취하	0	0	0	0	-

※ 신청기관 : 40개 요양기관

○ 심의내용

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
동종	총 202건	요양급여 : 150건	급성골수성백혈병 : 53건	<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) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			만성골수성백혈병 : 1건	<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) 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 : 38건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Aucte Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 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 (가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 (나) t(v:11q23) 또는 MLL 재배열 (다) 염색체수 44 미만 (2) 진단시 1세 미만 (3) 백혈구 수 100 X 10⁹/L 이상 (4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) Poor Steroid Response</p>

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

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 한다.</p> <p>(가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma (나) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma (다) Mantle Cell Lymphoma (라) Diffuse Large B Cell Lymphoma (마) Burkitt Lymphoma (바) Peripheral T-cell Lymphoma (사) Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상 (아) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (자) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 1차 표준항암화학요법 후 부분 반응 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 : 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 500/μl 이하 나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x10⁹/L 다) 혈소판 20,000/μl 이하</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하 및 혈소판 20,000/μl 이하 등이 확인되어 요양급여대상으로 승인함.</p>
			일차골수섬유증 : 5건	<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	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2]</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			: 1건	<p>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 확인되어 요양급여대상으로 승인함.</p>
			다발골수종 : 3건	<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 다발골수종의 2차 동종 조혈모세포이식 예정으로 1차 이식으로 진행성 소견을 보이지 않으면서 VGPR이상의 반응에 도달하지 않았거나, 1차 이식으로 VPGR이상의 반응을 보였지만 경과 관찰에서 진행성 소견이 있는 경우, 또는 1차 이식으로 진행성 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR이상의 반응 유지 기간이 12개월인 경우에 해당하여 요양급여 대상자로 승인함.</p>
			만성육아종증 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-15)에 의하면, 만성육아종증(Chronic Granulomatous Disease, CGD)은 임상 양상 및 유전자검사 또는 질환의 특이 검사 등으로 진단된 만성육아종증으로 중증감염이 반복되는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>이 건은 제출된 자료로 만성육아중증의 진단과 반복되는 중증 감염이 확인되어 요양급여 대상자로 승인함.</p>
			<p>선천성철적모구빈혈 : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)제4항에 의하면 별표2의 요건을 충족하지 못하나 진료심사평가위원회가 심의를 통해 요양급여의 필요성을 인정하는 경우에는 제3항에도 불구하고 요양급여대상으로 승인하고 있음.</p> <p>이 건은 [별표2] 조혈모세포이식 요양급여의 대상자 기준의 질병에 해당하지 않으나, 진료심사평가위원회가 제출된 자료를 참고하여 심의를 한 결과 요양급여의 필요성이 있다고 인정된 경우에 해당하여 요양급여 대상으로 승인함.</p>
		<p>선별급여 : 52건</p>	<p>급성골수성백혈병 : 20건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</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>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 - 1 locus 불일치까지 인정한다. 나) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다. 다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우 - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다. 제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>불일치까지 인정한다.</p> <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 영양급여 기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 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 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 적합한 비혈연 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 반일치 동종조혈모세포이식에 해당되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 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 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1. 시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>급성림프모구백혈병 : 11건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Aucte Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 (나) t(v:11q23) 또는 MLL 재배열 (다) 염색체수 44 미만</p> <p>(2) 진단시 1세 미만 (3) 백혈구 수 100 X 10⁹/L 이상 (4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>(가) Poor Steroid Response (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) (다) Early T cell Precursor Phenotype 라) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <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> <hr/> <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 - 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</p> <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우 - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다. 제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우로, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 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>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>이 건은 비혈연관계로 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우지만 1 allele 불일치를 초과하는 경우로, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만70세 이상으로 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			만성골수성백혈병 : 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상)[별표2] 1-나에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</p> <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우 - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.</p> <p>제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 적합한 비혈연 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 반일치 동종조혈모세포이식에 해당되지 않아 기준에 적합하지 아니한 바, 제4조(선별급여대상)제3항에 따라 진료 담당 의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			<p>골수형성이상증후군 : 8건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelo dysplastic Syndrome)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음(소아는 사례별로 결정함).</p> <p>(1) 고위험군인 경우 (가) IPSS: Intermediate-2 또는 high (나) IPSS-R, WPSS: high 또는 very high (2) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Inter mediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 (가) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하 이면서 혈소판 20,000/μl 이하 (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) 500/μl 이하이면서 혈소판 20,000/μl 이하 등을 만족하는 중간위험군으로 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표 2] 1-다에 의하면 조혈모세포 2차 이식은 "조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다"고 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군(MDS)상병에서 2차 동종조혈모세포이식 예정으로 요양급여 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-나에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. 가) 혈연관계에 있는 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다. 나) 비혈연관계에 있는 경우</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>- 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</p> <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haplodiential)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> <p>이 건은 적합한 비혈연 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 반일치 동종조혈모세포이식에 해당되지 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>
				<p>이 건은 비혈연관계로 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우지만 1 allele 불일치를 초과하는 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 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>
			비호지킨림프종 : 7건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 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>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>(다) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (2) 표준항암화학요법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 한다. (가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma (나) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma (다) Mantle Cell Lymphoma (라) Diffuse Large B Cell Lymphoma (마) Burkitt Lymphoma (바) Peripheral T-cell Lymphoma (사) Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상 (아) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (자) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>이 건은 1차 표준항암화학요법 및 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-나에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. 가) 혈연관계에 있는 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다. 나) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다. 다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우 - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다. 제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우로, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 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
				<p>접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			호지킨림프종 : 2건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상) [별표 2]-2-가-7)-나)에 의하면, 호지킨림프종은 자가 조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 자가 조혈모세포이식 후 재발이 확인되지 않아 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시. 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상)[별표2] 1-나)에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</p> <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우 - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.</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 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 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 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			중증재생불량성빈혈 : 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상) [별표2] 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)은 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서 (cellularity가 25% 이하이거나 25 ~ 50% 이더라도 조혈관련세</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 절대호중구수(ANC)가 500/μl 이하 나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x10⁹/L 다) 혈소판 20,000/μl 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>일차골수섬유증 : 1건</p>	<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)로 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>신경모세포종 : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표 2] 1-다)에 의하면 조혈모세포 2차 이식은 "조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다"고 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 신경모세포종 상병에서 3차 동종조혈모세포이식 예정으로 요양급여 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 2건	요양급여 : 2건	급성골수성백혈병 :1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>은 다음에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p> <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 나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고 위험군 중 하나에 해당하는 경우 (1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 (나) t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 (다) 염색체수 44 미만 (2) 진단시 1세 미만 (3) 백혈구 수 100 X 10⁹/L 이상 (4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 (가) Poor Steroid Response (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수 검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) (다) Early T cell Precursor Phenotype 라) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 (가) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단 시 15세 이상으로 1차 완전관해된 경우, 2차 완전관해된 경우 또는 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 위 고시된 고위험군 중 하나에 해당한 경우 등 중 어느 하나에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
자가	총 158건	요양급여 : 122건	다발골수종 : 71건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-4)-가)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				이 건은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하여 요양급여대상으로 승인함.
			AL 아밀로이드증 : 4건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-4)-나)에 의하면, AL 아밀로이드증(AL amyloidosis)은 IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증(AL amyloidosis) 진단기준에 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 : 1건	<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 : 36건	<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 (나) Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 (다) Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) (라) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) (마) Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) (바) Primary CNS Lymphoma</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 (나) Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름) (다) Mantle Cell Lymphoma (라) Diffuse Large B Cell Lymphoma (마) Burkitt Lymphoma</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				(바) Peripheral T-cell Lymphoma (사) Extranodal NK/T-cell Lymphoma (아) Primary CNS Lymphoma 이 건은 비호지킨림프종으로 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이면서 위 (1)의 (가)~(바) 중 어느 하나에 해당하거나, 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 위 (2)의 (가)~(아) 중 어느 하나에 해당하므로 영양급여대상으로 승인함.
			급성골수성백혈병 : 3건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상)[별표2] 2-나-2)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 영양급여 인정기준은 다음과 같음. 가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우 나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 혈액학적 완전관해인 경우 이 건은 위 기준 가)급성전골수성백혈병에서 2차 분자생물학적 관해된 경우에 해당하거나 나)급성골수모구성백혈병에서 1차 혈액학적 완전관해인 경우에 해당하여 영양급여대상으로 승인함.
			생식세포종 : 2건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상) [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 영양급여 대상자로 인정하고 있음. 이 건은 생식세포종으로 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 영양급여대상으로 승인함.
			신경모세포종 : 1건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상) [별표2] 2-나-5)에 의하면, 신경모세포종(Neuromblastoma)은 다음의 경우 영양급여로 인정하고 있음. 가) 진단 시 다음 중 하나에 해당하며 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상인 경우 (1) 진단 시 1세 이상이면서 stage IV (2) N-myc 증폭(+)인 stage II 이상 나) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 경우 이 건은 신경모세포종으로 진단 시 위 가)의 (1)~(2)에 해당

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>하며 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상이거나, 나) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			유령종양 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-6)에 의하면, 유령종양은 다음의 경우 요양급여로 인정하고 있음.</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 (>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 유령종양으로 진단되어 위 다)의 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			소아뇌종양 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-9)에 의하면, 소아뇌종양은 다음의 경우 요양급여로 인정하고 있음.</p> <p>가) 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) 수모세포종(Medulloblastoma)</p> <p>(가) 진단 시 3세 이하</p> <p>(나) 수술 후 잔여 종괴가 1.5cm² 이상인 경우</p> <p>(다) 두개강 내 전이가 있는 경우</p> <p>(라) Anaplastic type</p> <p>(2) 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT)</p> <p>(3) Germ Cell Tumor와 Anaplastic Ependymoma : 3세 미만인 경우</p> <p>나) 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>이 건은 소아뇌종양으로 진단되어 위 가)-(3) 3세 미만의 경우와 나)재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			송과아세포종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)제4항에</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>의하면 별표2의 요건을 충족하지 못하나 진료심사평가위원회가 심의를 통해 요양급여의 필요성을 인정하는 경우에는 제3항에도 불구하고 요양급여대상으로 승인하고 있음.</p> <p>이 건은 [별표2] 조혈모세포이식 요양급여 인정기준에는 부합하지 아니하나 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)제4항에 따라 진료심사평가위원회가 제출된 자료를 참고하여 심의를 한 결과 요양급여의 필요성이 있다고 인정한 경우에 해당하여 요양급여 대상으로 승인함.</p>
		선별급여 : 36건	비호지킨림프종 : 11건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 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 (나) Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 (다) Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) (라) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) (마) Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) (바) Primary CNS Lymphoma</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 (나) Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름) (다) Mantle Cell Lymphoma (라) Diffuse Large B Cell Lymphoma (마) Burkitt Lymphoma≡ (바) Peripheral T-cell Lymphoma (사) Extranodal NK/T-cell Lymphoma (아) Primary CNS Lymphoma</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>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<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 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종의 상병에 대한 진단이 확인되지 않아 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 제출자료 확인 결과 의학적으로 자가 조혈모세포이식에 적합한 골수상태가 확인되지 않아 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 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 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			다발골수종 : 14건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-4)-가에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단 근거가 확인되지 않아 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호,</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>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 나.의 2차 자가 조혈모세포이식으로 1차 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 유지하는 것으로 보여 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포 이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당 의사의 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>
			AL 아밀로이드증 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-4)-나)에 의하면, AL 아밀로이드증(AL amyloidosis)은 IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증(AL amyloidosis) 진단기준</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>에 만족하는 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증(AL amyloidosis) 진단 근거가 확인되지 않아 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포 이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			POEMS증후군 : 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만70세 이상으로 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			생식세포종 : 2건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상)[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 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 생식세포종 상병에서 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			유형종양 : 3건	<p>이 건은 제출자료 확인 결과 의학적으로 자가 조혈모세포이식에 적합한 골수상태가 확인되지 않아 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</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 하나</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>에 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 유령종양 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>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 다음의 경우 요양급여로 인정하고 있음.</p> <p>가) 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) 수모세포종(Medulloblastoma)</p> <p>(가) 진단 시 3세 이하</p> <p>(나) 수술 후 잔여 종괴가 1.5cm² 이상인 경우</p> <p>(다) 두개강 내 전이가 있는 경우</p> <p>(라) Anaplastic type</p> <p>(2) 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT)</p> <p>(3) Germ Cell Tumor와 Anaplastic Ependymoma : 3세 미만인 경우</p> <p>나) 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>이 건은 (1)의 소아뇌종양으로 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>함. 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>신경모세포종 : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-5)에 의하면, 신경모세포종(Neuropblastoma)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 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상이 확인되지 않아 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>Choroid plexus carcinoma : 2건</p>	<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)</p>
			<p>Rhabdo myosarcoma : 1건</p>	<p>제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
계	362건			

[별첨] 조혈모세포이식 대상자 승인 결과

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
1	동종조혈모	남	67	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
2	동종조혈모	여	64	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
3	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
4	동종조혈모	여	56	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	선별급여
5	동종조혈모	남	41	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
6	동종조혈모	남	61	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
7	동종조혈모	남	59	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
8	동종조혈모	남	72	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
9	동종조혈모	남	7	신경모세포종(Neuroblastoma)	선별급여
10	동종조혈모	남	49	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
11	동종조혈모	남	64	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
12	동종조혈모	남	27	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
13	동종조혈모	여	11	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
14	동종조혈모	여	12	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
15	동종조혈모	여	49	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
16	동종조혈모	남	38	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	선별급여
17	동종조혈모	여	24	호지킨림프종	선별급여
18	동종조혈모	여	53	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
19	동종조혈모	남	25	만성골수성백혈병(CML)	선별급여
20	동종조혈모	여	68	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
21	동종조혈모	남	60	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	선별급여
22	동종조혈모	남	67	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
23	동종조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
24	동종조혈모	남	55	일차골수성유증(Primarymyelofibrosis)	선별급여
25	동종조혈모	남	61	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
26	동종조혈모	남	16	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
27	동종조혈모	남	52	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
28	동종조혈모	여	61	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
29	동종조혈모	여	34	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
30	동종조혈모	남	30	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
31	동종조혈모	남	22	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
32	동종조혈모	여	71	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
33	동종조혈모	남	44	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	선별급여
34	동종조혈모	여	53	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
35	동종조혈모	남	57	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
36	동종조혈모	여	38	비호지킨림프종(T-lymphoblastic lymphoma)	선별급여
37	동종조혈모	여	59	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
38	동종조혈모	남	54	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
39	동종조혈모	남	70	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
40	동종조혈모	남	65	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
41	동종조혈모	여	52	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
42	동종조혈모	남	28	호지킨림프종	선별급여
43	동종조혈모	여	1	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
44	동종조혈모	남	44	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
45	동종조혈모	여	67	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
46	동종조혈모	남	64	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
47	동종조혈모	여	48	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
48	동종조혈모	남	62	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
49	동종조혈모	남	32	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
50	동종조혈모	여	12	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별급여
51	동종조혈모	남	65	BPCDN	선별급여
52	동종조혈모	여	53	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
53	동종조혈모	남	64	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
54	동종조혈모	남	16	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
55	동종조혈모	여	64	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
56	동종조혈모	남	57	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
57	동종조혈모	남	56	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
58	동종조혈모	남	65	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
59	동종조혈모	여	63	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
60	동종조혈모	남	34	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
61	동종조혈모	남	60	급성골수성백혈병(AML)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
62	동종조혈모	남	28	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
63	동종조혈모	남	53	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
64	동종조혈모	남	36	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
65	동종조혈모	여	52	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
66	동종조혈모	여	49	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
67	동종조혈모	남	57	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
68	동종조혈모	여	66	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
69	동종조혈모	여	61	다발골수증(MM)	요양급여
70	동종조혈모	남	49	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
71	동종조혈모	여	31	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
72	동종조혈모	남	18	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
73	동종조혈모	여	68	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
74	동종조혈모	남	19	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
75	동종조혈모	남	63	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
76	동종조혈모	여	44	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
77	동종조혈모	남	2	만성육아종증(CGD)	요양급여
78	동종조혈모	남	68	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
79	동종조혈모	남	67	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
80	동종조혈모	여	32	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
81	동종조혈모	여	67	MDS/MPN	요양급여
82	동종조혈모	여	56	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
83	동종조혈모	남	21	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
84	동종조혈모	여	62	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
85	동종조혈모	여	57	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	요양급여
86	동종조혈모	남	17	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
87	동종조혈모	여	55	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
88	동종조혈모	여	39	atypical CML	요양급여
89	동종조혈모	여	15	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
90	동종조혈모	남	33	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
91	동종조혈모	남	66	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
92	동종조혈모	여	41	급성골수성백혈병(AML)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
93	동종조혈모	여	55	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
94	동종조혈모	남	21	선천성철적모구빈혈(Congenitalsideroblasticanemia)	요양급여
95	동종조혈모	남	43	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
96	동종조혈모	여	56	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
97	동종조혈모	여	63	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
98	동종조혈모	여	47	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
99	동종조혈모	남	65	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
100	동종조혈모	여	55	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
101	동종조혈모	여	63	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
102	동종조혈모	남	56	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
103	동종조혈모	남	60	다발골수종(MM)	요양급여
104	동종조혈모	여	59	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
105	동종조혈모	여	9M	혈구포식림프조직구증(HLH)	요양급여
106	동종조혈모	여	38	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
107	동종조혈모	여	33	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
108	동종조혈모	남	37	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
109	동종조혈모	남	51	T세포형의전림프구성백혈병(Mature T cell and NK-cell neoplasm)	요양급여
110	동종조혈모	남	46	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
111	동종조혈모	남	53	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
112	동종조혈모	여	31	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
113	동종조혈모	여	58	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
114	동종조혈모	여	12	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
115	동종조혈모	여	42	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
116	동종조혈모	여	61	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
117	동종조혈모	여	61	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
118	동종조혈모	여	54	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
119	동종조혈모	여	52	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
120	동종조혈모	남	9	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
121	동종조혈모	남	28	비호지킨림프종(T-lymphoblastic lymphoma)	요양급여
122	동종조혈모	여	56	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
123	동종조혈모	여	51	급성골수성백혈병(AML)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
124	동종조혈모	여	44	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
125	동종조혈모	여	8	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
126	동종조혈모	여	35	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
127	동종조혈모	여	22	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
128	동종조혈모	남	11	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
129	동종조혈모	남	41	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
130	동종조혈모	여	22	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
131	동종조혈모	남	18	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
132	동종조혈모	남	14	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
133	동종조혈모	남	64	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
134	동종조혈모	여	58	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
135	동종조혈모	여	43	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
136	동종조혈모	남	50	일차골수성유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
137	동종조혈모	남	53	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
138	동종조혈모	여	67	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
139	동종조혈모	남	30	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
140	동종조혈모	여	54	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
141	동종조혈모	남	41	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
142	동종조혈모	남	63	일차골수성유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
143	동종조혈모	여	22	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
144	동종조혈모	남	49	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
145	동종조혈모	남	62	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
146	동종조혈모	여	61	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
147	동종조혈모	남	59	일차골수성유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
148	동종조혈모	여	60	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
149	동종조혈모	남	55	비호지킨림프종(B-lymphoblastic lymphoma)	요양급여
150	동종조혈모	여	45	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
151	동종조혈모	남	13	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
152	동종조혈모	여	39	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
153	동종조혈모	남	20	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
154	동종조혈모	여	60	다발골수증(MM)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
155	동종조혈모	여	58	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
156	동종조혈모	여	62	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
157	동종조혈모	여	68	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
158	동종조혈모	남	26	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
159	동종조혈모	여	3	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
160	동종조혈모	여	57	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
161	동종조혈모	남	53	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
162	동종조혈모	남	40	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
163	동종조혈모	여	56	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
164	동종조혈모	여	56	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
165	동종조혈모	여	45	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
166	동종조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
167	동종조혈모	여	36	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
168	동종조혈모	남	41	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
169	동종조혈모	남	57	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
170	동종조혈모	남	45	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
171	동종조혈모	남	29	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
172	동종조혈모	남	28	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
173	동종조혈모	여	45	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
174	동종조혈모	남	47	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
175	동종조혈모	남	56	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
176	동종조혈모	남	41	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
177	동종조혈모	여	37	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
178	동종조혈모	남	38	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
179	동종조혈모	여	57	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
180	동종조혈모	남	7	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
181	동종조혈모	남	28	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
182	동종조혈모	여	62	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
183	동종조혈모	남	61	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
184	동종조혈모	남	51	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
185	동종조혈모	남	50	급성골수성백혈병(AML)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
186	동종조혈모	남	37	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
187	동종조혈모	남	49	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
188	동종조혈모	남	59	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
189	동종조혈모	남	42	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
190	동종조혈모	여	59	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
191	동종조혈모	남	48	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
192	동종조혈모	여	47	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
193	동종조혈모	남	18	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
194	동종조혈모	남	24	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
195	동종조혈모	여	56	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
196	동종조혈모	남	54	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
197	동종조혈모	남	19	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
198	동종조혈모	여	4	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
199	동종조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
200	동종조혈모	남	33	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
201	동종조혈모	여	37	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
202	동종조혈모	남	42	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
203	제대혈조혈모	여	53	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
204	제대혈조혈모	여	23	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
205	자가 후 자가	남	62	다발골수종(MM)	선별급여
206	자가조혈모	남	30	비호지킨림프종	선별급여
207	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	선별급여
208	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종(Extranodal marginal zone lymphoma)	선별급여
209	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
210	자가 후 자가	남	1	Rhabdoidtumor	선별급여
211	자가조혈모	여	50	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	선별급여
212	자가 후 자가	여	66	다발골수종(MM)	선별급여
213	자가 후 자가	남	62	다발골수종(MM)	선별급여
214	자가조혈모	여	4	신경모세포종(Neuroblastoma)	선별급여
215	자가조혈모	여	63	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
216	자가조혈모	남	73	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
217	자가조혈모	남	69	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
218	자가 후 자가	남	16	유령종양	선별급여
219	자가 후 자가	남	12	유령종양	선별급여
220	자가 후 자가	여	6	유령종양	선별급여
221	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	선별급여
222	자가조혈모	남	70	다발골수종(MM)	선별급여
223	자가 후 자가	여	64	다발골수종(MM)	선별급여
224	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	선별급여
225	자가조혈모	남	56	AL아밀로이드증(ALamyloidosis)	선별급여
226	자가조혈모	여	47	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma)	선별급여
227	자가조혈모	여	54	생식세포종(Germcelltumor)	선별급여
228	자가조혈모	남	7	비호지킨림프종(Burkitt lymphoma)	선별급여
229	자가조혈모	남	71	POEMS증후군	선별급여
230	자가조혈모	여	52	다발골수종(MM)	선별급여
231	자가조혈모	여	76	다발골수종(MM)	선별급여
232	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	선별급여
233	자가조혈모	여	58	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
234	자가조혈모	여	55	다발골수종(MM)	선별급여
235	자가조혈모	여	70	다발골수종(MM)	선별급여
236	자가조혈모	남	2	Choroidplexuscarcinoma	선별급여
237	자가조혈모	여	70	다발골수종(MM)	선별급여
238	자가조혈모	남	70	다발골수종(MM)	선별급여
239	자가조혈모	남	51	생식세포종(Germcelltumor)	선별급여
240	자가 후 자가	남	1	Choroidplexuscarcinoma	선별급여
241	자가조혈모	여	43	다발골수종(MM)	요양급여
242	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	요양급여
243	자가조혈모	남	59	다발골수종(MM)	요양급여
244	자가조혈모	남	43	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
245	자가조혈모	여	56	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
246	자가조혈모	여	69	다발골수종(MM)	요양급여
247	자가 후 자가	여	15	신경모세포종(Neurolblastoma)†	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
248	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	요양급여
249	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	요양급여
250	자가조혈모	남	53	비호지킨림프종(Follicular lymphoma)	요양급여
251	자가조혈모	남	59	다발골수종(MM)	요양급여
252	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	요양급여
253	자가조혈모	남	52	다발골수종(MM)	요양급여
254	자가 후 자가	남	65	다발골수종(MM)	요양급여
255	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	요양급여
256	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	요양급여
257	자가조혈모	남	59	다발골수종(MM)	요양급여
258	자가 후 자가	여	58	다발골수종(MM)	요양급여
259	자가조혈모	여	53	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
260	자가조혈모	남	69	다발골수종(MM)	요양급여
261	자가조혈모	남	40	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
262	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
263	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
264	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
265	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	요양급여
266	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	요양급여
267	자가조혈모	남	65	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
268	자가조혈모	여	14	유형종양	요양급여
269	자가조혈모	남	70	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
270	자가조혈모	여	44	다발골수종(MM)	요양급여
271	자가조혈모	여	60	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
272	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	요양급여
273	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	요양급여
274	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
275	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	요양급여
276	자가조혈모	남	56	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	요양급여
277	자가조혈모	여	48	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
278	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
279	자가조혈모	남	69	다발골수종(MM)	요양급여
280	자가조혈모	남	54	다발골수종(MM)	요양급여
281	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	요양급여
282	자가조혈모	남	69	다발골수종(MM)	요양급여
283	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
284	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	요양급여
285	자가조혈모	여	46	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
286	자가조혈모	여	53	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
287	자가조혈모	여	48	다발골수종(MM)	요양급여
288	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	요양급여
289	자가조혈모	여	55	다발골수종(MM)	요양급여
290	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	요양급여
291	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	요양급여
292	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	요양급여
293	자가조혈모	남	49	다발골수종(MM)	요양급여
294	자가조혈모	여	59	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	요양급여
295	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
296	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	요양급여
297	자가조혈모	여	59	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
298	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	요양급여
299	자가조혈모	여	62	POEMS증후군	요양급여
300	자가조혈모	남	59	다발골수종(MM)	요양급여
301	자가조혈모	여	68	다발골수종(MM)	요양급여
302	자가 후 자가	여	67	다발골수종(MM)	요양급여
303	자가조혈모	남	64	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	요양급여
304	자가조혈모	여	69	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
305	자가조혈모	남	5M	송과체아세포종(Pineoblastoma)	요양급여
306	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
307	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종(histiocyte-rich large B-cell lymphoma)	요양급여
308	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	요양급여
309	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
310	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	요양급여
311	자가조혈모	남	21	생식세포종(Germcelltumor)	요양급여
312	자가조혈모	여	46	다발골수종(MM)	요양급여
313	자가조혈모	남	69	다발골수종(MM)	요양급여
314	자가조혈모	여	59	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
315	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
316	자가조혈모	남	64	AL아밀로이드증(ALamyloidosis)	요양급여
317	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
318	자가조혈모	남	47	다발골수종(MM)	요양급여
319	자가조혈모	남	65	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	요양급여
320	자가조혈모	여	63	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
321	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	요양급여
322	자가조혈모	남	42	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
323	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	요양급여
324	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	요양급여
325	자가조혈모	남	69	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
326	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	요양급여
327	Tadcm(자마자)	남	4	CNS embryonal tumor [†]	요양급여
328	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
329	자가조혈모	여	51	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
330	자가조혈모	남	49	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
331	자가조혈모	여	55	다발골수종(MM)	요양급여
332	자가조혈모	여	48	다발골수종(MM)	요양급여
333	자가조혈모	여	56	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
334	Tadcm(자마자)	남	8	수모세포종(Medulloblastoma) [†]	요양급여
335	자가조혈모	남	47	다발골수종(MM)	요양급여
336	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
337	자가조혈모	여	65	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
338	자가조혈모	남	68	다발골수종(MM)	요양급여
339	자가조혈모	여	63	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
340	자가 후 자가	여	28	다발골수종(MM)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
341	자가조혈모	남	49	다발골수종(MM)	요양급여
342	자가조혈모	여	36	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
343	자가조혈모	남	25	비호지킨림프종(Burkitt lymphoma)	요양급여
344	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	요양급여
345	자가조혈모	남	50	다발골수종(MM)	요양급여
346	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	요양급여
347	자가조혈모	여	67	다발골수종(MM)	요양급여
348	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	요양급여
349	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
350	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
351	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	요양급여
352	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	요양급여
353	자가조혈모	남	34	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
354	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여
355	자가조혈모	남	69	다발골수종(MM)	요양급여
356	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	요양급여
357	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	요양급여
358	자가조혈모	남	27	비호지킨림프종(Subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma)	요양급여
359	자가조혈모	여	69	다발골수종(MM)	요양급여
360	자가조혈모	남	18	생식세포종(Germcelltumor)	요양급여
361	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	요양급여
362	자가조혈모	남	68	다발골수종(MM)	요양급여

[2022.12.28. 조혈모세포이식 분과위원회]

[2023.1.10. 중앙심사조정위원회]