

진료심사평가위원회 심의사례 공개(총 8항목)

- 2022. 12. 30. 공개

연번	제 목	페이지
1	‘상·하지의 염좌 및 긴장, 근통’ 상병으로 통증조절을 위한 입원 인정여부(4사례)	1
2	‘결장경하 종양수술-폴립절제술’ 실시 건의 입원료 적정성 인정여부(11사례)	3
3	추간판장애 등 상병으로 통증조절을 위해 비수술적 척추시술 시행 및 입원한 사례(11사례)	8
4	Eculizumab주사제(품명: 솔리리스주) 및 Ravulizumab(품명: 울토미리스주) 영양급여 대상여부(6사례)	12
5	심실 보조장치 치료술(VAD) 영양급여 대상여부(17사례)	17
6	Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 영양급여 대상여부 (37사례)	23
7	근골격계 상병에 실시한 관절조영 인정여부(29사례)	26
8	조혈모세포이식 영양급여 및 선별급여 대상여부(387사례)	31

1. '상·하지의 염좌 및 긴장, 근통' 상병으로 통증조절을 위한 입원 인정여부

■ 청구내역

○ 사례2(여/75세)

- 청구 상병명: 무릎의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역:

가2다(4) 15357 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 4인실입원료 1*1*15

○ 사례3(여/60세)

- 청구 상병명: 무릎의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역:

가2다(4) 15357 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 4인실입원료 1*1*14

○ 사례4(여/65세)

- 청구 상병명: 발목의 상세불명 부분의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역:

가2나(4) 15337 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 5인실입원료 1*1*13

가2나(4) 15320 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 5인실입원료 1*0.35*1

○ 사례6(여/49세)

- 청구 상병명: 무릎의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역:

가2다(4) 15357 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 4인실입원료 1*1*13

■ 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(4사례)은 '발목, 무릎, 어깨의 염좌 및 긴장' 등 상병으로 통증조절을 위하여 입원진료를 시행한 것으로, 진료내역을 참조하여 다음과 같이 사례별로 결정함.

- 다 음 -

○ 사례2(여/75세)

내원 4일 전 우측 발목에 걸려 넘어진 후 '무릎의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장' 주상병으로 16일 입원 진료 후 '가2다(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 4인실입원료'를 청구한 사례임.

외상 후 통증 조절을 위해 입원 진료를 시행하였으나, 급성기 경과 관찰을 위한 적절한 시간이 경과하였고 제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적이고 객관적 인 기록이 미비함. 이에 환자 상태에 대한 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 모두 인정하지 아니함.**

○ 사례3(여/60세)

내원 4일 전 빙판길에서 넘어진 후 ‘무릎의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장’ 주상병으로 15일 입원 진료 후 ‘가2다(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 4인실입원료’를 청구한 사례임. 외상 후 통증 조절을 위해 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 환자 상태에 대한 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 모두 인정하지 아니함.**

○ 사례4(여/65세)

내원 1일 전 걸어가다가 발목을 접질린 후 ‘발목의 상세불명 부분의 염좌 및 긴장’ 주상병으로 15일 입원 진료 후 ‘가2나(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 5인실입원료’를 청구한 사례임. 외상 후 통증 조절을 위해 입원 진료를 시행하였으나, 제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적이고 객관적인 기록이 미비함. 이에 환자 상태에 대한 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 모두 인정하지 아니함.**

○ 사례6(여/49세)

내원 1일 전 등산 중 미끄러져 넘어진 후 ‘무릎의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장’ 주상병으로 14일 입원 진료 후 ‘가2다(4) 한방병원, 병원·정신병원·치과병원 내 한의과 7등급 간호관리료 4인실입원료’를 청구한 사례임. 외상 후 통증 조절을 위해 입원 진료를 시행하였으나, 제출된 진료기록부 등에서 일상생활에 지장을 초래할 정도의 심한 통증이라 판단할 수 있는 구체적이고 객관적인 기록이 미비함. 이에 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. 5. 24. 전주지원 지역분과위원회]

[2022. 7. 7. 전주지원 지역분과위원회]

[2022. 11. 3. 입원료심사조정위원회]

[2022. 11. 22. 중앙심사조정위원회]

2. ‘결장경하 종양수술-폴립절제술’ 실시 건의 입원료 적정성 인정여부

■ 청구내역

○ 사례1(남/26세)

- 청구 상병명: 결장의 폴립
- 주요 청구내역:

가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료4인실입원료- [내,소,정신과] 1*1*2

○ 사례2(남/46세)

- 청구 상병명: 결장의 폴립
- 주요 청구내역:

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

○ 사례3(남/49세)

- 청구 상병명: 결장의 폴립
- 주요 청구내역:

가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료4인실입원료- [내,소,정신과] 1*1*4

○ 사례4(남/33세)

- 청구 상병명: 결장의 폴립
- 주요 청구내역:

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

○ 사례5(남/76세)

- 청구 상병명: 결장의 폴립
- 주요 청구내역:

가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료4인실입원료- [내,소,정신과] 1*1*4

○ 사례6(남/57세)

- 청구 상병명: 결장의 폴립
- 주요 청구내역:

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

○ 사례7(여/61세)

- 청구 상병명: 상세불명의 기능성 장장애
- 주요 청구내역:

가2마(3) 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료- [내,소,정신과] 1*1*8

○ 사례9(여/41세)

- 청구 상병명: 상세불명의 기능성 장장애
- 주요 청구내역:

가2마(3) 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료- [내,소,정신과] 1*1*5

○ 사례10(여/51세)

- 청구 상병명: 상세불명의 급성 기관지염

- 주요 청구내역:

가2가(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료기본입원료- [내,소,정신과] 1*1*13

○ 사례11(여/70세)

- 청구 상병명: 횡행결장의 양성 신생물

- 주요 청구내역:

가2가(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료기본입원료- [내,소,정신과] 1*1*1

○ 사례12(남/62세)

- 청구 상병명: 출혈이 있는 급성 위궤양

- 주요 청구내역:

가2가(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료기본입원료- [내,소,정신과] 1*1*2

■ 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(11사례)은 ‘결장경하 종양수술-폴립절제술’ 시행하며 입원을 시행한 건으로, 관련문헌 및 전문가 의견에 따르면 결장경하 폴립절제술은 통상적으로 주의사항에 대한 교육 후 외래진료 가능한 시술로 폴립절제술 후 출혈이나 천공 등과 같은 합병증이 발생하였거나 위험성이 높은 경우 일정기간 경과관찰을 위한 입원이 필요 하다고 논의됨.

○ 이에, 1cm 이상 크기, 경부(neck)가 없고 고착 상태의 모양, 다발성(6개 이상), cecum에 위치한 용종이 확인 되거나 고령, 고혈압, 심장 및 신장 질환, 혈액응고장애 등과 같은 위험인자가 확인되어 출혈이나 천공의 발생 가능성이 있는 경우 입원하여 관찰함이 타당하며, 이러한 임상적 소견 없이 일률적으로 시행한 입원 및 장기 관찰은 적절하지 않다고 판단함.

○ 따라서, 이 건(11사례)은 다음과 같이 사례별로 결정함.

- 다 음 -

○ 사례1(남/26세)

한 달 전부터 복통, 설사 증상을 주호소로 입원 당일 ‘자770가 결장경하 종양 수술-폴립 절제술’시행 후 1개 용종을 제거하고 3일 입원 진료 후 ‘가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료 4인실입원료’를 청구한 사례임.

제출된 진료기록부 등에서 용종의 크기가 0.5cm 이하로 작고 출혈이나 천공 등 합병증의 위험인자가 관찰되 지 않음. 선행된 설사로 인한 탈수 상태로 추정되어 입원이 필요하다는 의견도 있었으나, 주호소에 따른 내과 적 진찰이나 진단 등의 후속조치가 없어 입원을 요할만한 사유라고 보기 어려워, **청구된 입원료는 인정하지 아 니함.**

○ 사례2(남/46세)

‘결장의 폴립’ 상병으로 입원 당일 ‘자770가 결장경하 종양 수술-폴립 절제술’시행하고 2일 입원 진료 후 ‘가2

다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료 4인실입원료'를 청구한 사례임.
6개의 다발성 용종을 제거하였으나, 제출된 진료기록부 등에서 용종 각각의 크기가 0.5cm 이하로 작고 출혈이
나 천공 등 합병증의 위험인자가 관찰되지 않음. 이에, 환자 상태에 대한 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로
확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 인정하지 아니하며 심사사례지침으로 공고하기로 함.**

○ 사례3(남/49세)

'결장의 폴립' 상병으로 입원 당일 '자770가 결장경하 종양 수술-폴립 절제술' 시행 후 3개 용종을 제거하고 5
일 입원 진료 후 '가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료 4인실입원료'를
청구한 사례임.

제출된 진료기록부 등에서 용종의 크기가 0.5cm 이하로 작고 출혈이나 천공 등 합병증의 위험인자가 관찰되
지 않음. 또한, 같은 날 시행된 위내시경에 대해 경과기록 상 '위출혈, 다발성 위궤양'이라고 기재되어 있으나,
영상자료 검토 결과 궤양으로 보이는 병변 및 활동성 위출혈로 보일만한 소견이 확인되지 않으므로 **청구된 입
원료는 인정하지 아니하며 심사사례지침으로 공고하기로 함.**

○ 사례4(남/33세)

오른쪽 옆구리 통증을 주소로 입원 당일 '자770가 결장경하 종양 수술-폴립 절제술' 시행 후 4개 용종을 제
거하고 3일 입원 진료 후 '가2마(3) 병원·정신병원·한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실입원료'를
청구한 사례임.

제출된 진료기록부 등에서 용종의 크기가 0.5cm 이하로 작고 출혈이나 천공 등 합병증의 위험인자가 관찰되
지 않음. 또한, 같은 날 시행된 위내시경에 대해 경과기록 상 '위궤양, 위출혈'이라고 기재되어 있으나, 영상자
료 검토 결과 궤양으로 보이는 병변 및 활동성 위출혈로 보일만한 소견이 확인되지 않으므로 **청구된 입원료는
인정하지 아니하며 심사사례지침으로 공고하기로 함.**

○ 사례5(남/76세)

2년 전부터 소화불량감 등의 증상이 지속되어 입원 2일째에 '자770가 결장경하 종양 수술-폴립 절제술' 시행
후 2개 용종을 제거하고 5일 입원 진료 후 '가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간
호관리료 4인실입원료'를 청구한 사례임.

제출된 진료기록부 등에서 용종의 크기가 0.5cm 이하로 작고 출혈이나 천공 등 합병증의 위험인자가 관찰되
지 않음. 다만, 고령의 환자로 당뇨, 고혈압 등 기저질환이 있는 점을 고려하여 대장내시경 전 처치 및 경과관
찰이 필요할 것으로 판단되므로 **청구된 입원료 중 1일 인정하고 그 외의 입원료는 인정하지 아니함.**

○ 사례6(남/57세)

'결장의 폴립' 상병으로 입원 당일 '자770가 결장경하 종양 수술-폴립 절제술' 시행 후 1개 용종을 제거하고 4
일 입원 진료 후 '가2다(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료 4인실입원료'를
청구한 사례임.

제출된 진료기록부 등에서 용종의 크기가 0.5cm 이하로 작고 출혈이나 천공 등 합병증의 위험인자가 관찰되
지 않음. 또한, 같은 날 시행된 위내시경에 대해 경과기록 상 '다발성 위궤양, 위출혈'이라고 기재되어 있고 헤
모글로빈 수치가 감소한 소견이 보였으나, 5년 전 체장암으로 인한 whipple 수술 과거력으로 만성적 빈혈이
있을 수 있는 환자이고 영상자료 검토 결과 입원 경과 중 보인 헤모글로빈 수치 감소를 설명할 만한 상부 위
장관 출혈(위출혈 또는 melena 등) 소견이 확인되지 않음. 이에, 환자 상태에 대한 지속적 치료와 관찰이 필요
한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 인정하지 아니함.**

○ 사례7(여/61세)

좌측 가슴통증, 옆구리 통증을 주소로 입원 3일째 '자770가 결장경하 종양 수술-폴립 절제술' 시행 후 1개

용종을 제거하고 9일 입원 진료 후 ‘가2마(3) 병원·정신병원·한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료’를 청구한 사례임.

제출된 진료기록부 등에서 용종의 크기가 0.5cm 이하로 작고 출혈이나 천공 등 합병증의 위험인자가 관찰되지 않음. 다만, 입원기간 동안 조절되지 않는 혈당과 관련하여 대장내시경 전 처치 및 경과 관찰이 필요할 것으로 판단되나, 혈당조절에 대한 적절한 처치가 시행되지 않아 지속적인 관찰의 필요성이 확인되지 않음. 이에, **청구된 입원료 중 3일 인정하고 그 외의 입원료는 인정하지 아니함.**

○ 사례9(여/41세)

‘상세불명의 기능성 장장애’ 상병으로 입원 2일째 ‘자770가 결장경하 종양 수술-폴립 절제술’ 시행 후 1개 용종의 제거하고 6일 입원 진료 후 ‘가2마(3) 병원·정신병원·한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료적용 2인실 입원료’를 청구한 사례임.

제출된 진료기록부 등에서 용종의 크기가 0.5cm 이하로 작고 출혈이나 천공 등 합병증의 위험인자가 관찰되지 않음. 이에, 환자 상태에 대한 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 인정하지 아니하며 심사사례지침으로 공고하기로 함.**

○ 사례10(여/51세)

‘상세불명의 급성 기관지염’ 상병으로 입원 4일째 ‘자770가 결장경하 종양 수술-폴립 절제술’ 시행 후 1개 용종을 제거하고 14일 입원 진료 후 ‘가2가(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료기본입원료’를 청구한 사례임.

제출된 진료기록부 등에서 용종의 크기가 0.5cm 이하로 작고 출혈이나 천공 등 합병증의 위험인자가 관찰되지 않음. 다만, 기관지염 등 타상병 관련 치료 및 경과 관찰이 필요할 것으로 판단되므로 내시경을 시행할 정도의 상태 회복이 된 시점을 고려하여 **청구된 입원료 중 4일을 인정하고 그 외의 입원료는 인정하지 아니함.**

○ 사례11(여/70세)

‘횡행결장의 양성 신생물’ 상병으로 입원 당일 ‘자770가 결장경하 종양 수술-폴립 절제술’ 시행 후 5개 용종을 제거하고 2일 입원 진료 후 ‘가2가(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료기본입원료’를 청구한 사례임.

제출된 진료기록부 등에서 0.6~1cm의 용종을 절제하였다고 기록되어 있으나, 영상자료 검토 결과 용종의 크기가 0.5cm 이하로 작고 출혈이나 천공 등 합병증의 위험인자가 관찰되지 않음. 이에, 환자 상태에 대한 지속적 치료와 관찰이 필요한 경우로 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 인정하지 아니함.**

○ 사례12(남/62세)

‘출혈이 있는 급성 위궤양’ 상병으로 입원 당일 ‘자770가 결장경하 종양 수술-폴립 절제술’ 시행 후 1개 용종 제거하고 3일 입원 진료 후 ‘가2가(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 7등급간호관리료기본입원료’를 청구한 사례임.

제출된 진료기록부 등에서 1.2cm의 용종을 절제하였다고 기록되어 있으나, 영상자료 검토 결과 용종의 크기가 0.5cm 이하로 작고 폴립절제술 이후 병변의 절단면에 대한 영상 소견이 없음. 또한, Hemoclipping이 시행된 점으로 보아 추가적인 출혈의 위험이 높지 않을 것으로 판단되어 **청구된 입원료는 인정하지 아니하며 심사사례지침으로 공고하기로 함.**

■ 참고

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

[2022. 7. 20. 전주지원 지역분과위원회]
[2022. 11. 17. 입원료심사조정위원회]
[2022. 12. 13. 중앙심사조정위원회]

3. 추간판장애 등 상병으로 통증조절을 위해 비수술적 척추시술 시행 및 입원한 사례

■ 청구내역

○ 사례10(여/86세)

- 청구 상병명: 척추협착, 요추부
- 주요 청구내역:

가2라(3) AB361 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용 3인실 입원료 1*1*1

○ 사례16(남/41세)

- 청구 상병명: 기타 명시된 추간판변성
- 주요 청구내역:

간호·간병 AO340 병원4인실입원관리료 1*1*1

○ 사례22(남/61세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
- 주요 청구내역:

가2가(3) AB301 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용기본입원료 1*1*1

○ 사례23(여/48세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
- 주요 청구내역:

가2라(3) AB361 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용 3인실 입원료 1*1*1

○ 사례24(여/29세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애
- 주요 청구내역:

가2가(3) AB301 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용기본입원료 1*1*1

○ 사례25(여/58세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애
- 주요 청구내역:

가2다(5) AB440 의원,치과의원,보건의료원 의·치과 4인실입원료 1*1*1

○ 사례26(남/29세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애
- 주요 청구내역:

가2다(5) AB440 의원,치과의원,보건의료원 의·치과 4인실입원료 1*1*1

○ 사례28(남/51세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증을 동반한 경추간판장애
- 주요 청구내역:

가2다(5) AB440 의원,치과의원,보건의료원 의·치과 4인실입원료 1*1*1

○ 사례29(남/63세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증, 요추부

- 주요 청구내역:
가2다(5) AB440 의원,치과의원,보건의료원 의·치과 4인실입원료 1*1*13

○ 사례31(여/61세)

- 청구 상병명: 신경뿌리병증, 요추부
- 주요 청구내역:
가2다(5) AB440 의원,치과의원,보건의료원 의·치과 4인실입원료 1*1*14

○ 사례33(남/28세)

- 청구 상병명: 요추의 염좌 및 긴장
- 주요 청구내역:
가2가(2) AB201 종합병원1등급간호관리료적용기본입원료 1*1*15
가2가(2) AB201800 종합병원1등급간호관리료적용기본입원료 [입원16일-30일까지] 1*1*13

■ 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(11사례)은 ‘추간판장애’ 등 상병으로 통증조절을 위하여 비수술적 척추시술 시행 및 입원한 것으로, 진료 내역을 참조하여 다음과 같이 사례별로 결정함.

- 다 음 -

- 사례10(여/86세)은 허리, 양측 엉치통증을 주호소로 2일 입원 진료 후 ‘가2라(3) 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용 3인실 입원료’를 청구한 사례임.
고령의 환자로 제출된 진료기록부 등에서 VAS 7 및 limping gait 등 심한 통증과 통증으로 인한 일상생활의 제한이 확인됨. 이에 통증 경감 여부 및 환자 상태에 대한 경과 관찰이 필요하다고 판단되는 바, **청구된 입원료는 인정함.**
- 사례16(남/41세)은 허리통증을 주호소로 2일 입원 진료 후 ‘간호·간병 병원4인실입원관리료’를 청구한 사례임.
제출된 진료기록부 등에서 VAS 8 및 보행장애 등 심한 통증과 통증으로 인한 일상생활의 제한이 확인됨. 이에 통증 경감 여부 및 환자 상태에 대한 경과 관찰이 필요하다고 판단되는 바, **청구된 입원료는 인정함.**
- 사례22(남/61세)는 허리, 양쪽 어깨통증을 주호소로 2일 입원 진료 후 ‘가2가(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방 병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용기본입원료’를 청구한 사례임.
통증조절을 위해 입원하였다고는 하나, 제출된 진료기록부에서 환자의 심한 통증에 대한 구체적인 기록과 이로 인한 일상생활의 제한 이 확인되지 않음. 또한 통증조절을 위한 적극적인 처치가 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 모두 인정하지 아니함.**
- 사례23(여/48세)은 허리, 양쪽 엉치통증을 주호소로 2일 입원 진료 후 ‘가2라(3) 병원 · 정신병원 · 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용 3인실 입원료’를 청구한 사례임.
통증조절을 위해 입원하였다고는 하나, 제출된 진료기록부에서 환자의 심한 통증에 대한 구체적인 기록과 이로 인한 일상생활의 제한 이 확인되지 않음. 또한 통증조절을 위한 적극적인 처치가 확인되지 않는 바, **청구된 입**

원료는 모두 인정하지 아니함.

- 사례24(여/29세)는 허리통증을 주호소로 2일 입원 진료 후 ‘가2가(3) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과 1등급간호관리료적용기본입원료’를 청구한 사례임.
통증조절을 위해 입원하였다고는 하나, 제출된 진료기록부에서 환자의 심한 통증에 대한 구체적인 기록과 이로 인한 일상생활의 제한 이 확인되지 않음. 또한 통증조절을 위한 적극적인 처치가 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 모두 인정하지 아니함.**
- 사례25(여/58세)는 허리통증을 주호소로 2일 입원 진료 후 ‘가2다(5) 의원,치과의원,보건의료원 의·치과 4인실입원료’를 청구한 사례임.
제출된 진료기록부 등에서 심한 목통증 및 VAS 9 등의 기록이 확인됨. 이에 통증 경감 여부 및 환자 상태에 대한 경과 관찰이 필요하다고 판단되는 바, **청구된 입원료는 인정함.**
- 사례25(여/58세)는 허리통증을 주호소로 2일 입원 진료 후 ‘가2다(5) 의원,치과의원,보건의료원 의·치과 4인실입원료’를 청구한 사례임.
제출된 진료기록부 등에서 심한 목통증 및 VAS 9 등의 기록이 확인됨. 이에 통증 경감 여부 및 환자 상태에 대한 경과 관찰이 필요하다고 판단되는 바, **청구된 입원료는 인정함.**
- 사례28(남/51세)은 우측 팔통증을 주호소로 2일 입원 진료 후 ‘가가2다(5) 의원,치과의원,보건의료원 의·치과 4인실입원료’를 청구한 사례임.
제출된 진료기록부 등에서 우측 팔 저림 및 밤에 잠을 잘 수 없을 정도의 통증, VAS 10 등의 기록이 확인됨. 이에 통증 경감 여부 및 환자 상태에 대한 경과 관찰이 필요하다고 판단되는 바, **청구된 입원료는 인정함.**
- 사례29(남/63세)는 양측 무릎통증을 주호소로 14일 입원 진료 후 ‘가2다(5) 의원,치과의원,보건의료원 의·치과 4인실입원료’를 청구한 사례임.
제출된 진료기록부 등에서 통증으로 인한 일상생활의 제한이 있다 기록되어 있으나, 환자의 상태 및 통증에 대한 기록이 부족하여 통증으로 인한 일상생활의 제한을 구체적으로 확인하기 어려움. 이에 지속적 치료와 관찰 입원이 필요한 사유가 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 모두 인정하지 아니함.**
- 사례31(여/61세)은 양측 무릎통증을 주호소로 15일 입원 진료 후 ‘가2다(5) 의원,치과의원,보건의료원 의·치과 4인실입원료’를 청구한 사례임.
통증조절을 위하여 입원하였다고는 하나, 제출된 진료기록부에서 환자의 심한 통증에 대한 구체적인 기록 및 환자 상태에 대한 지속적 치료와 관찰 등 입원이 필요한 사유가 확인되지 않는 바, **청구된 입원료는 모두 인정하지 아니함.**
- 사례33(남/28세)은 등통증을 주호소로 29일 입원 진료 후 ‘가2가(2) 종합병원1등급간호관리료적용기본입원료’를 청구한 사례임.
통증조절을 위하여 응급실을 경유하여 입원 후 신경차단술 등을 시행하였음. 또한 통증이 심하다는 기록 확인되는 바, 지속적 치료와 관찰 등 입원이 필요한 사유가 확인됨. 그러나 외출을 시행하는 점 등 제출된 진료기록부 등에서 통증으로 인한 일상생활이나 거동의 제한 등은 확인되지 않음. 이에 장기간 입원을 통한 환자 상태 관찰이 필요하지 않다고 판단되어 **청구된 입원료 3일을 인정함.**

■ 참고

- 「척추의 염좌 및 긴장, 배부동통에 대한 입원료 인정기준」 (공고 제2021-243호, 2021.11.1.)
- 「입원료 일반원칙」 (고시 제2021-4호, 2021.2.1.)
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1]

[2022. 6. 10. 대구지원 입원료 지역분과위원회]

[2022. 6. 16. 대전지원 입원료 지역분과위원회]

[2022. 6. 23. 광주지원 입원료 지역분과위원회]

[2022. 8. 17. 창원지원 입원료 지역분과위원회]

[2022. 11. 3. 입원료심사조정위원회 소위원회]

[2022. 11. 22. 중앙심사조정위원회]

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

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

□ 심의결과

(단위: 사례)

심의년월	약제명	상병명	접수	승인신청		재심의 승인신청		모니터링	
				승인	불승인	승인	불승인	승인	불승인
총계			6	0	4	-	2	-	-
2022. 11.	솔리리스주	비정형 용혈성 요독 증후군	6	0	4	-	2	-	-

[Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 대상여부]

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

승인신청(4사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2022. 11.	A	여/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 1998년 말기신부전으로 1차, 2005년 2차 신장이식 후 이식 실패로 2022년 9월 3차 신장이식 수술 시행한 환자임. 이후, 신기능 회복되지 않고, 용혈성 빈혈 등 확인되어 혈액투석 및 혈장교환술 시행하였으나 호전되지 않아 비정형 용혈성 요독증후군 의심하며 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 혈장교환 및 혈장주입 시행 후 ADAMTS-13 활성 검사가 시행되어 위 고시 제1호나목 1)투여대상에서 정한 혈장교환 또는 혈장주입을 하기 이전의 혈액 샘플에서 ADAMTS-13 활성 10% 이상에 적합하지 않음. 또한, 항암제, 면역억제제 투여에 의한 혈전미세혈관병증 및 파종성혈관내응고증으로 인한 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목 2)제외대상 마) 및 사)에 해당하므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인
	B	남/48	<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 말기신부전으로 2022년 4월 신장이식 수술 시행한 환자로 9월 급성 항체성 거부반응 치료 후 회복되어 외래 추적관찰 하던 중 신기능 저하 및 용혈성 빈혈 등 확인되어 혈액투석 및 혈장교환술 시행하였으나 호전되지 않아 비정형 용혈성 요독증후군 의심하며 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 면역억제제 투여에 의한 혈전미세혈관병증 및 항체 매개성 거부반응, 감염에 의한 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목 2)제외대상 마) 및 자)에 해당하므로 Eculizumab 주사제(품명:</p>	불승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
			솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.	
	C	남/67	<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 2016년 방광암 진단되어 수술 및 항암 치료 후 추적 관찰하던 환자임. 이후 복통, 설사, 피뇨, 부종, 피부이상 등으로 내원하여 시행한 검사 상 급성 신부전, 활성화형 혈전미세혈관병증 소견으로 혈액투석 시행하며 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 파종성혈관내응고증으로 인한 혈전미세혈관병증 및 장염 등의 감염, 및 혈관염 등으로 인한 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목 2)제외대상 사) 및 자)에 해당하므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인
	D	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 운동 중 발생한 횡문근융해증 및 치료 중 NSAIDs 근육주사 후 발생한 쇼크로 입원하여 시행한 검사 상 급성 신손상, 활성화형 혈전미세혈관병증 소견으로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, LDH 정상 상한치 1.5배 미만으로 위 고시 제1호나목 1)투여대상에서 정한 활성화형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않음. 또한, 감염, 쇼크 등으로 인한 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목 2)제외대상 자)에 해당되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인

○ 재심의 승인신청(2사례)

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2022. 11.	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)에서 최근 LDH 정상상한치 1.5배 미만으로 급여기준 투여대상에서 정한 활성형 미세혈관병증에 적합하지 않으며, 혈장교환술 중단 이후 신기능 호전 양상으로 급여기준 투여대상에서 정한 신장손상에 적합하지 않고 자가면역 관련 검사 양성 등 참고하여 자가면역 질환과 관련된 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 급여기준 제외대상에 해당되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인한 사례임. 이후 신기능 악화, LDH 상승으로 추가자료 첨부하여 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 재심의 승인 신청함.</p> <p>추가 제출된 진료기록을 확인한 결과, 기존 신장기능이 저하되어있던 환자로 신장손상의 정도가 명확하지 않으며 자가면역 관련 검사 양성 등 참고하여 항혈소판제제 사용과 관련된 혈전미세혈관병증 및 자가면역 질환과 관련된 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목 2)제외대상 마) 및 자)에 해당되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>	불승인
	B	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 및 11월)에서 기존 신장기능이 저하되어있던 환자로 신장손상의 정도가 명확하지 않으며 자가면역 관련 검사 양성 등 참고하여 자가면역 질환 및 항혈소판제제 사용과 관련된 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 급여기준 제외대상에 해당되므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인한 사례임. 이후 급성 신손상의 악화 및 혈전성 미세혈관병증의 재악화로 추가 자료 첨부하여 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 재심의 승인 신청함.</p> <p>추가 제출된 진료 기록을 확인한 결과, IgE 상승에 대한 추가</p>	불승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
			검사 결과 확인되지 않는 등 자가면역질환으로 인한 이차성 혈전미세혈관병증 배제되지 않으며, 항혈소판제제 사용과 관련된 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목 2)제외대상 마) 및 자)에 해당하므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.	

[2022. 11. 1.~4. 솔리리스주 분과위원회(서면)]

[2022. 11. 22. 중앙심사조정위원회]

[2022. 11. 23.~28. 솔리리스주 분과위원회(서면)]

[2022. 12. 13. 중앙심사조정위원회]

5. 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
17	-	-	-	-	17	16	1	-	-	-	-	-

□ 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/54세	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 심근경색으로 체외순환막형산화요법(ECMO) 시행 후 관상동맥중

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			재술(PCI) 두 차례 시행함. ECMO 지속적으로 유지 중임. 정맥강심제 의존적으로 좌심실구혈률 15%, NYHA class IV, Intermacs level 1 등의 중증 심부전 소견 확인됨. 이에, 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
B	남/65세	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 2015년 두 차례 관상동맥중재술, 2018년 심장재동기화치료 시행함. 심부전 증상 악화로 입·퇴원 반복하던 중 2022년 10월 심인성 쇼크로 입원하여 체외순환막형산화요법 적용 중임. 정맥강심제 의존적으로 좌심실구혈률 17%, NYHA class III, Intermacs level 2 등의 말기 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
C	남/52세	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 심부전 환자임. 확장성 심근병증으로 1999년 심장이식 후 2007년부터 심기능 저하 지속되었으며, 2022년 7월 관상동맥중재술 시행함. 정맥강심제 의존적으로 좌심실구혈률 20%, NYHA class III, Intermacs level 3 등 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
D	남/58세	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 2008년 DCMP 진단, 2019년 심장재동기화치료 시행함. 정맥강심제 의존적으로 좌심실구혈률 18%, NYHA class IV, Intermacs level 2 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.
E	여/63세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 심근염 환자로 2022년 9

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			<p>월 17일부터 심근염으로 인한 심인성 쇼크로 체외순환막형산화요법 적용중임. 좌심실구혈률 10~15%, NYHA class IV, Intermacs level 1 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>
F	남/51세	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 환자로 2018년 심부전 진단받고 약물치료 시작하였으며 2019년 삽입형 제세동기 시행함. 심장초음파 상 좌심실구혈률 16%, NYHA class II, Intermacs level 4 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>
G	남/48세	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 허혈성 심근병증 환자로 2009년 심근경색으로 관상동맥중재술(PCI) 후 2019년 및 2021년 PCI 두 차례 추가 시행함. 2021년 좌심실구혈률 33% 확인된 후 지속적으로 좌심실부전 소견 확인됨. 심장지수 1.15L/min/m², NYHA class III, Intermacs level 3 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>
H	여/71세	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 심장이식이 적합하지 않은 심부전 환자로 2004년 이중판막치환술 시행 후 2007년 인공심박동기 삽입함. 정맥강심제의존적으로 좌심실구혈률 21%, NYHA Class III, INTERMACS Level 3 등의 말기심부전 소견 확인됨.</p> <p>해당 사례는 2022년 7월 VAD 요양급여 대상자로 승인되었으나 뇌경색 발생하여 고시 상에서 규정하고 있는 3개월의 기한 내 시행하지 못하여 재신청하였음. 제출된 신경과 소견, 검사결과, 경과기록 등의 진료기록을 확인한 결과 현재 대상자의 상태는 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상의 적응증에 해당된다고 판단하여, 요양급여를 승인함.</p>
I	남/68세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본</p>

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			<p>인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로 2022년 10월 심근경색으로 관상동맥중재술 및 풍선혈관성형술 시행 후 심인성 쇼크 발생하여 체외순환막형산화요법(ECMO) 적용함. 지속적으로 ECMO 이탈 시도하였으나 불가능하여 지속 유지중임. 정맥강심제 의존적으로 좌심실구혈률 22%, NYHA class III, Intermacs level 1 등의 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>
J	여/66세	승 인 (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 1996년 대동맥판막치환술, 2009년 Bentall 수술 및 상행대동맥 치환술 시행함. 2021년 삽입형 제세동기 시행 당시 좌심실구혈률 30% 확인됨. 정맥강심제 유지 중으로 NYHA class 3, Intermacs level 3 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술 (VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>
K	남/23세	승 인 (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 2018년 3년 삽입형 제세동기 시행함. 2016년부터 좌심실 구혈률 20% 이하로 유지되어 약물치료 지속하였음. 정맥강심제 의존적으로 좌심실구혈률 12%, NYHA class IV, Intermacs level 2 등의 말기 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>
L	남/54세	승 인 (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 제한성 심근병증 환자로 당시 시행한 유전자 검사 상 MELAS 증후군 진단받음. 2019년부터 심부전 약물치료 지속하였으나 심장지수 2022년 3월 2.66L/min/m²에서 2022년 11월 1.85L/min/m²로 감소되는 양상 확인되며, NYHA class III, Intermacs level 4 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
M	남/31세	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 유전자 변이가 확인된 확장성 심근병증(DCMP) 환자로 2020년 DCMP 진단, 2022년 1월 삽입형 제세동기 시행함. 2022년 11월 혈전제거술 및 풍선혈관 성형술 후 정맥강심제 의존적인 상태로 좌심실구혈률 15%, NYHA class III, Intermacs level 2 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>
N	남/67세	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 환자로 2012년부터 심부전 진단 후 약물치료 지속함, 2021년 6월 삽입형 제세동기 시행함. 심인성 쇼크로 입원하여 정맥강심제 유지 중으로 좌심실구혈률 15% NYHA class IV, Intermacs level 2 등의 말기 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>
O	남/70세	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 심장이식이 적합하지 않은 허혈성 심근병증 환자로 2005년부터 여러차례 관상동맥중재술 시행하였음. 반복되는 부정맥으로 인하여 2021년 1월 삽입형 제세동기 시행함. 2022년 8월 심부전으로 입원 후 퇴원하였으나, 11월 2일 재입원하여 약물치료 중으로 심장지수 1.85L/min/m², NYHA class III, Intermacs level 4 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.</p>
P	남/70세	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 심장이식이 적합하지 않은 허혈성 심근병증 환자로 2022년 10월 조기 위암 수술 다음날 심근경색 발생하여 관상동맥 중재술 시행함. 이후 10월 25일부터 좌심실 기능부전으로 인한 부정맥 발생하는 등 정맥강심제 의존적인 상태임. 좌심실구혈률 21.2%, NYHA class III, Intermacs level 2 등의 중증 심부전</p>

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
			상태 확인됨. 그러나 심근경색 발생 이후 약물치료 기간이 2개월이 경과되지 않아 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 기준의 적용증 ①나.에 부합하지 않으므로 요양급여 신청을 불승인함.
Q	남/71세	승 인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음. 이 사례는 심장이식이 적합하지 않은 확장성 심근병증 환자로 두 차례 풍선혈관성형술 시행 후 2018년부터 심부전 약물치료 시작함. 2020년 11월 삽입형 제세동기 시행함. 체외순환막형산화요법 유지 중으로 좌심실구혈률 22.1%, NYHA class III, Intermacs level 2 등의 중증 심부전 소견 확인되어 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상으로 승인함.

[2022. 10. 24.~28. 심실 보조장치 치료술 분과위원회(서면)]

[2022. 11. 4.~7. 심실 보조장치 치료술 분과위원회(서면)]

[2022. 11. 8.~11. 심실 보조장치 치료술 분과위원회(서면)]

[2022. 11. 22. 중앙심사조정위원회]

[2022. 11. 11.~14. 심실 보조장치 치료술 분과위원회(서면)]

[2022. 11. 18.~24. 심실 보조장치 치료술 분과위원회(서면)]

[2022. 12. 13. 중앙심사조정위원회]

6. Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 영양급여 대상여부

- 우리원에서는 「**요양급여의 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		신청			모니터링				
		소계	승인	불승인	소계	승인	자료보완	불승인	종료
스피라자주	37	1	1	0	36	36	0	0	0

1. 스피라자주 영양급여 대상여부(37사례)

가. 스피라자주 투여 영양급여 신청(1사례)

심의년월	사례	성별	나이	SMA type	심의 결과	심의내용
2022. 11.	A	여	5년 7개월	'17.03.18.	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 환자로서 1) 5q SMN-1 유전자의 결손 또는 변이의 유전자적 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 <u>영양급여 대상으로 승인함.</u>

나. 스피라자주 투여 모니터링 보고-투여 유지여부(36사례)

심의년월	사례	성별	나이	SMA type	최초투여일	예정 차수	심의 결과	심의내용
2022. 11.	B	남	2년 6개월	1	'20. 10. 16.	10	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.
	C	남	3년	1	'20. 06. 02.	11	승인	
	D	여	7년 9개월	1	'19. 05. 27.	14	승인	
	E	남	1년 7개월	2	'22. 02. 14.	6	승인	
	F	여	2년 6개월	2	'22. 02. 09.	6	승인	
	G	여	23세	2	'22. 02. 15.	6	승인	
	H	남	31세	2	'22. 01. 05.	6	승인	
	I	남	2년 1개월	2	'21. 09. 29.	7	승인	
	J	여	2년 2개월	2	'21. 10. 15.	7	승인	
	K	남	16년 3개월	2	'20. 05. 14.	11	승인	
	L	여	28세	2	'20. 03. 03.	11	승인	
	M	남	17년 1개월	2	'20. 01. 16.	12	승인	
	N	여	24세	2	'20. 01. 15.	12	승인	
	O	여	25세	2	'20. 02. 07.	12	승인	
	P	남	8년 5개월	2	'19. 09. 30.	13	승인	
	Q	여	9년 11개월	2	'19. 10. 21.	13	승인	
	R	여	14년 6개월	2	'19. 08. 28.	13	승인	
	S	여	16년 7개월	2	'19. 09. 24.	13	승인	
	T	남	19세	2	'19. 10. 01.	13	승인	
	U	여	28세	2	'19. 10. 26.	13	승인	
	V	여	5년 2개월	2	'19. 05. 14.	14	승인	
W	여	7년 4개월	2	'19. 05. 30.	14	승인		
X	여	8년 5개월	2	'19. 05. 31.	14	승인		
Y	여	9년 11개월	2	'19. 05. 15.	14	승인		
Z	여	9년 3개월	2	'19. 07. 01.	14	승인		
Z1	여	9년 11개월	2	'19. 06. 20.	14	승인		

심의년월	사례	성별	나이	SMA type	최초투여일	예정 차수	심의 결과	심의내용
	Z2	여	10년 2개월	2	'19. 05. 27.	14	승인	
	Z3	여	13년 8개월	2	'19. 06. 06.	14	승인	
	Z4	여	13년 8개월	2	'19. 05. 31.	14	승인	
	Z5	여	17년 2개월	2	'19. 06. 04.	14	승인	
	Z6	남	18세	2	'19. 06. 04.	14	승인	
	Z7	여	43세	3	'20. 06. 12.	11	승인	
	Z8	남	18세	3	'19. 12. 16.	12	승인	
	Z9	남	27세	3	'20. 01. 20.	12	승인	
	Z10	여	28세	2	'20. 01. 09.	12	승인	
	Z11	여	15년 2개월	2	'19. 08. 05.	13	승인	

[2022. 11. 9. 스펀라자주 분과위원회]

[2022. 11. 22. 중앙심사조정위원회]

7. 근골격계 상병에 실시한 관절조영 인정여부

■ 청구내역

-A기관

- 사례1(여/68세)
 - 청구 상병명: M5458 요통, 천추 및 천미추부
 - 주요 청구내역: 다228 HA280 관절조영 1*1*1

- 사례2(남/63세)
 - 청구 상병명: M170 양쪽 원발성 무릎관절증
 - 주요 청구내역:
 - 다228 HA280 관절조영 1*1*1
 - 다228 HA280 관절조영 1*1*1

- 사례3(여/55세)
 - 청구 상병명: M170 양쪽 원발성 무릎관절증
 - 주요 청구내역: 다228 HA280 관절조영 1*1*1

- 사례4(여/62세)
 - 청구 상병명: M5458 요통, 천추 및 천미추부
 - 주요 청구내역:
 - 다228 HA280 관절조영 1*1*1
 - 다228 HA280 관절조영 1*1*1

- 사례5(여/50세)
 - 청구 상병명: M2551 관절통, 어깨부분
 - 주요 청구내역:
 - 다228 HA280 관절조영 1*1*1
 - 다228 HA280 관절조영 1*1*1
 - 다228 HA280 관절조영 1*1*1

-B기관

- 사례1(여/67세)
 - 청구 상병명: M4806 척추협착, 요추부
 - 주요 청구내역: 다228 HA280 관절조영 1*1*1

- 사례2(여/66세)
 - 청구 상병명: M1391 상세불명의 관절염, 어깨부분
 - 주요 청구내역:
 - 다228 HA280 관절조영 1*1*1
 - 다228 HA280 관절조영 1*1*1

- 사례3(남/53세)

- 청구 상병명: M4722 신경뿌리병증을 동반한 기타 척추증, 경부
- 주요 청구내역:
 - 다228 HA280 관절조영 1*1*1
 - 다228 HA280 관절조영 1*1*1

○ 사례4(여/58세)

- 청구 상병명: M750 어깨의 유착성 관절낭염
- 주요 청구내역:
 - 다228 HA280 관절조영 1*1*1
 - 다228 HA280 관절조영 1*1*1

○ 사례5(남/58세)

- 청구 상병명: M4726 신경뿌리병증을 동반한 기타 척추증, 요추부
- 주요 청구내역:
 - 다228 HA280 관절조영 1*1*1
 - 다228 HA280 관절조영 1*1*1
 - 다228 HA280 관절조영 1*1*1

○ 사례6(남/55세)

- 청구 상병명: M752 이두근힘줄염
- 주요 청구내역:
 - 다228 HA280 관절조영 1*1*1
 - 다228 HA280 관절조영 1*1*1

-C기관

○ 사례1(여/66세)

- 청구 상병명: M170 양쪽 원발성 무릎관절증
- 주요 청구내역: 다228 HA280 관절조영 1*2*1

○ 사례2(여/73세)

- 청구 상병명: M170 양쪽 원발성 무릎관절증, M750 어깨의 유착성 관절낭염
- 주요 청구내역:
 - 다228 HA280 관절조영 1*2*1
 - 다228 HA280 관절조영 1*2*1
 - 다228 HA280 관절조영 1*1*1
 - 다228 HA280 관절조영 1*1*1

○ 사례3(남/54세)

- 청구 상병명: M170 양쪽 원발성 무릎관절증, M750 어깨의 유착성 관절낭염
- 주요 청구내역:
 - 다228 HA280 관절조영 1*2*1
 - 다228 HA280 관절조영 1*1*1
 - 다228 HA280 관절조영 1*1*1
 - 다228 HA280 관절조영 1*1*1

다228 HA280 관절조영 1*2*1

○ 사례4(여/66세)

- 청구 상병명: M750 어깨의 유착성 관절낭염

- 주요 청구내역:

다228 HA280 관절조영 1*1*1

다228 HA280 관절조영 1*1*1

다228 HA280 관절조영 1*1*1

다228 HA280 관절조영 1*1*1

○ 사례5(남/54세)

- 청구 상병명: M751 회전근개증후군

- 주요 청구내역:

다228 HA280 관절조영 1*1*1

다228 HA280 관절조영 1*1*1

다228 HA280 관절조영 1*1*1

다228 HA280 관절조영 1*1*1

○ 사례6(여/60세)

- 청구 상병명: M750 어깨의 유착성 관절낭염

- 주요 청구내역: 다228 HA280 관절조영 1*1*1

○ 사례7(여/45세)

- 청구 상병명: M750 어깨의 유착성 관절낭염

- 주요 청구내역: 다228 HA280 관절조영 1*2*1

○ 사례8(남/59세)

- 청구 상병명: M750 어깨의 유착성 관절낭염

- 주요 청구내역:

다228 HA280 관절조영 1*1*1

-D기관

○ 사례1(여/39세)

- 청구 상병명: M754 어깨의 충격증후군

- 주요 청구내역: 다228 HA280 관절조영 1*1*1

○ 사례2(여/70세)

- 청구 상병명: M1392 상세불명의 관절염, 위팔

- 주요 청구내역: 다228 HA280 관절조영 1*2*1

○ 사례3(남/54세)

- 청구 상병명: M750 어깨의 유착성 관절낭염, M170 양쪽 원발성 무릎관절증
- 주요 청구내역: 다228 HA280 관절조영 1*2*1

○ 사례4(여/70세)

- 청구 상병명: M170 양쪽 원발성 무릎관절증
- 주요 청구내역: 다228 HA280 관절조영 1*1*1

-E기관

○ 사례1(여/64세)

- 청구 상병명: M170 양쪽 원발성 무릎관절증
- 주요 청구내역: 다228 HA280 관절조영 1*1*1

○ 사례2(여/67세)

- 청구 상병명: M4807 척추협착, 요천부
- 주요 청구내역:
 - 다228 HA280 관절조영 1*1*1
 - 다228 HA280 관절조영 1*1*1

○ 사례3(여/53세)

- 청구 상병명: M6521 석회성 힘줄염, 어깨부분
- 주요 청구내역:
 - 다228 HA280 관절조영 1*1*1
 - 다228 HA280 관절조영 1*1*1

○ 사례4(여/35세)

- 청구 상병명: M753 어깨의 석회성 힘줄염
- 주요 청구내역: 다228 HA280 관절조영 1*1*1

○ 사례5(남/28세)

- 청구 상병명: M6593 상세불명의 윤활막염 및 힘줄윤활막염, 아래팔
- 주요 청구내역: 다228 HA280 관절조영 1*1*1

○ 사례6(여/80세)

- 청구 상병명: M5422 경추통, 경부, M4807 척추협착, 요천부
- 주요 청구내역:
 - 다228 HA280 관절조영 1*1*1
 - 다228 HA280 관절조영 1*1*1

■ 심의내용 및 결과

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조제1항 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법에는 ‘각종 검사를 포함한 진단 및 치료행위는 진료 상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 한다.’라고 명시하고 있음.
- 5개 기관(29사례)은 전국 의원급 요양기관과 비교 시 관절조영 실시율 상위기관임('22년 8개월 5개 기관 평균 20.6%). 또한 수진자당 동일 부위를 반복적 및 다빈도로 실시하며, 2종 이상 타시술(관절강내주사, 신경차단술 등)과 동시 청구하는 경향으로 진료내역, 제출된 영상자료 등 참조하여 아래와 같이 심의 결정함.

- 아 래 -

- 관절질환 진단을 위한 관절조영은 MRI 영상 기법 발달 및 침습적 행위로 인한 감염, 조영제 부작용, 방사선 위해성 등으로 인해 우선적으로 시행되기 보다는 비침습적 검사(자기공명영상진단, 초음파 등) 시행 후 병변이 확인되지 않거나 자기공명영상진단이 불가능한 경우 등에 주로 시행함.
- 해당 5기관(A, B, C, D, E)에서 실시한 관절조영술(무릎, 어깨 등)의 영상자료를 확인한 결과, 적정량의 조영제를 주입하여 관절영상을 획득하여야 하나, 관절강 내 주사바늘 위치 확인을 위한 소량의 조영제를 투여 후 영상으로 진단목적에 부합한 조영영상이 확보되지 않았음.
- 또한, 진료기록 및 소견서 상 타 시술(신경차단술, 관절강내주사 등)과 동일 부위에 실시한 관절조영은 침습적 행위의 정확도를 높이기 위한 일련의 과정으로 판단되며, 이때 시행된 관절조영은 진단 목적의 관절조영으로 인정하기엔 타당하지 않음.
- 이에, 관절조영술은 일반적으로 동일질환에 대해 1회 정도 실시함이 보편적이거나 진료기록 상 수술 등 단기간에 반복적으로 시행할만한 사유를 확인할 수 없었으므로 해당 5기관의 사례는 투시목적 하 실시된 관절조영 및 조영제 모두 인정하지 아니함. 다만, E안건 5사례(남/28)는 초진 내원 환자로, 손목 결절종 및 이와 관련된 손목 관절의 병변 여부를 진단하기 위한 목적의 조영술로 판단되어 관절조영을 인정함.

■ 참고

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1]
- 홍성한 등, 근골격영상의학 제2판, 범문에듀케이션(2020), 42~237p
- 통증의학회, 통증의학, 신원의학서적(2012), 200p

[2022. 11. 24. 광주지원 정형외과 지역분과위원회]

[2022. 12. 13. 중앙심사조정위원회]

8. 조혈모세포이식 영양급여 및 선별급여 대상여부

조혈모세포이식 실시기관 변경승인 여부 (1 기관)

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

요양기관명	요양기호	인력	시설	장비	승인여부
인하대학교 의과대학 부속병원	31100554	-	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	386	168	6	212	-	
처리결과	요양급여	311	129	4	178	-
	선별급여	75	39	2	34	-
	취하	0	0	0	0	-

※ 신청기관 : 44개 요양기관

○ 심의내용

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
동종	총 168건	요양급여 : 129건	급성골수성백혈병 : 41건	<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) 양상으로 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 : 5건	<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 : 27건	<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 (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</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>(가) Poor Steroid Response (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수 검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) (다) Early T cell Precursor Phenotype 다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단 시 15세 이상으로 1차 완전관해된 경우, 2차 완전관해된 경우 또는 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 위 고시된 고위험군 중 하나에 해당한 경우 등 중 어느 하나에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>골수형성이상증후군 : 28건</p>	<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>
			<p>비호지킨림프종 : 3건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-7)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 (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</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<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 (나) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma (다) Mantle Cell Lymphoma (라) Diffuse Large B Cell Lymphoma (마) Burkitt Lymphoma (바) Peripheral T-cell Lymphoma (사) Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상 (아) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (자) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이면서 위 (1)의 (가)~(다)에 해당하거나, 표준항암화학요법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 위 (2)의 (가)~(자) 중 어느 하나에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			호지킨림프종 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-7)-나)에 의하면, 호지킨림프종은 자가 조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 호지킨림프종으로 자가 조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			중증재생불량성빈혈 : 12건	<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 세포충실도가 심하게 낮으면서 (cellularity가 25% 이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</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 세포충실도가 심하게 낮으면서 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하 및 혈소판 20,000/μl 이하 등이 확인되어 요양급여대상으로 승인함.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			일차골수섬유증 : 8건	<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 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-10)에 의하면, 혈구포식림프조직구증(Hemophagocytic Lymphohistiocytosis, HLH)은 The Histiocyte Society에서 제시된 진단기준(2004년 제정)을 만족하는 혈구포식림프조직구증 환자 중 가족성(유전적) 또는 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 확인된 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있으며, 비가족성(비유전적)혈구포식림프조직구증 중에서 호전된 경우는 사례별로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 확인되어 요양급여대상으로 승인함.</p>
			발작성야간혈색소뇨증 : 1건	<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>
			CVID : 1건	<p>이 건은 [별표2] 조혈모세포이식 요양급여의 대상자 기준의 질병에 해당하지 않으나, 진료심사평가위원회가 제출된 자료를 참고하여 심의를 한 결과 요양급여의 필요성이 있다고 인정한 경우에 해당하여 요양급여 대상으로 승인함.</p>
	선별급여 : 39건		급성골수성백혈병 : 15건	<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>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<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.</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> <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>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
				<p>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.</p>
			<p>급성림프모구백혈병 : 11건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 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 (가) Poor Steroid Response (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) (다) Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 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-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 있</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>다.</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 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>골수형성이상증후군 : 4건</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 대상으로 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 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 3주</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>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 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 관한 기준(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 : 4건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(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 (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</p> <p>(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</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>(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 부분 반응 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.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</p> <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우 - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.</p> <p>제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우로, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 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>
			중증재생불량성빈혈 : 4건	<p>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 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>이 건은 골수검사 결과 세포충실도가 심하게 낮으면서 (cellularity가 25% 이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하)는 확인되지만, 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 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 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</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>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 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 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>다발골수종 : 1건</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 중증 재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다"고 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 다발골수종 상병에서 3차 동종조혈모세포이식 예정이므로 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>제대혈</p>	<p>총 6건</p>	<p>요양급여 : 4건</p>	<p>급성골수성백혈병 :1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(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>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>이 건은 급성골수성백혈병으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전 관해된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>급성림프모구백혈병 : 2건</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</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> <p>(가) Poor Steroid Response (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수 검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) (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 해당한 경우 등 중 어느 하나에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>판코니빈혈 : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-13)-가)에 의하면 판코니빈혈(Fanconi Anemia, Constitutional Aplastic Anemia, Constitutional Hypoplastic Anemia)은 세포유전학검사나 분자유전학적검사 등으로 판코니빈혈로 진단이 확인된 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 세포유전학검사나 분자유전학적검사 등으로 판코니빈혈로 진단이 확인되어 요양급여대상으로 승인함.</p>
		<p>선별급여 : 2건</p>	<p>급성골수성백혈병 : 1건</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</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>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 완전관해가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>골수형성이상증후군 : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1. 시행) [별표 2] 1-다에 의하면 조혈모세포 2차 이식은 "조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구성백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다"고 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군 상병에서 2차 동종조혈모세포이식 예정이므로 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>자가</p>	<p>총 212건</p>	<p>요양급여 : 178건</p>	<p>다발골수종 : 86건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-4)-가)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			<p>AL 아밀로이드증 : 7건</p>	<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) 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 장</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				기부전이 확인되지 않아 요양급여대상으로 승인함.
			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 : 68건	<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 (바) Peripheral T-cell Lymphoma (사) Extranodal NK/T-cell Lymphoma (아) Primary CNS Lymphoma</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이면서 위 (1)의 (가)~(바) 중 어느 하나에 해당하거나, 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 위 (2)의 (가)~(아) 중 어느 하나에 해당하므로 요양급여대상으로 승인함.</p>
			호지킨림프종 : 3건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2]

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>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 : 6건	<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) - 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우 나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 혈액학적 완전관해인 경우</p> <p>이 건은 위 기준 가)급성전골수성백혈병에서 2차 분자생물학적 관해된 경우에 해당하거나 나)급성골수모구성백혈병에서 1차 혈액학적 완전관해인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			생식세포종 : 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 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			신경모세포종 : 3건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-5)에 의하면, 신경모세포종(Neuromblastoma)은 다음의 경우 요양급여로 인정하고 있음.</p> <p>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</p> <p>이 건은 신경모세포종으로 진단 시 위 가)의 (1)~(2)에 해당</p>

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>
			Glioma : 1건	<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 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 : 34건	비호지킨림프종 : 13건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-1)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <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.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>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> <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 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>
			호지킨림프종 : 1건	<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>
			다발골수종 : 10건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상)[별표2] 2-나-4)-가)에 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, 2020.1.1. 시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)은 다음 중 하나에 해당하는 경우에 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>차, 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 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 유지하는 것으로 보여 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>
			AL 아밀로이드증 : 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-4)-나)에 의하면, AL 아밀로이드증(AL amyloidosis)은 IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증(AL amyloidosis) 진단기준에 만족하는 경우 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 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>급성골수성백혈병 : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019.9.1.)[별표2] 2-나-2)-가)에 의하면 급성 전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) 요양급여 대상자 기준은 "2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우" 로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 2차 분자생물학적 관해가 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>생식세포종 : 2건</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 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>이 건은 생식세포종의 상병에 대한 진단이 확인되지 않아 요</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				양급여기준에 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.
			유원종양 : 1건	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.
			소아뇌종양 : 1건	2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)은 다음 중 하나에 해당하는 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음. 가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모세포이식 나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식 1) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함. 2) 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우: 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함. 3) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함. 이 건은 소아뇌종양 상병에서 3차 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.
			골육종 : 1건	2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호,

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 골육종 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>
			신경모세포종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-5)에 의하면, 신경모세포종(Neurolblastoma)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>
			Choroid plexus	2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			carcinoma : 1건	<p>(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 Choroid plexus carcinoma 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>
			Rhabdo myosarcoma : 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	386건			

[별첨] 조혈모세포이식 대상자 승인 결과

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
1	동종조혈모	남	25	CVID	요양급여
2	동종조혈모	여	3	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
3	동종조혈모	남	65	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
4	동종조혈모	남	11	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별급여
5	동종조혈모	여	15	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
6	동종조혈모	남	67	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
7	동종조혈모	여	24	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별급여
8	동종조혈모	남	57	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
9	동종조혈모	여	5	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
10	동종조혈모	남	27	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
11	동종조혈모	남	70	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
12	동종조혈모	여	33	비호지킨림프종(Primary cutaneous gamma-delta T cell lymphoma)	선별급여
13	동종조혈모	여	41	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
14	동종조혈모	남	40	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별급여
15	동종조혈모	여	46	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
16	동종조혈모	남	62	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
17	동종조혈모	여	68	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
18	동종조혈모	남	49	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
19	동종조혈모	여	39	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
20	동종조혈모	남	52	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별급여
21	동종조혈모	여	52	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
22	동종조혈모	여	65	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
23	동종조혈모	남	16	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
24	동종조혈모	남	28	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
25	동종조혈모	남	21	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
26	동종조혈모	남	41	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
27	동종조혈모	남	50	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
28	동종조혈모	남	71	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
29	동종조혈모	남	66	다발골수종(MM)	선별급여
30	동종조혈모	여	53	급성골수성백혈병(AML)	선별급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
31	동종조혈모	남	42	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	선별급여
32	동종조혈모	여	27	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
33	동종조혈모	여	42	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
34	동종조혈모	남	28	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
35	동종조혈모	남	45	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	선별급여
36	동종조혈모	여	68	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
37	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
38	동종조혈모	남	46	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
39	동종조혈모	남	54	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
40	동종조혈모	남	51	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
41	동종조혈모	여	55	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
42	동종조혈모	남	52	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
43	동종조혈모	남	63	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
44	동종조혈모	남	64	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
45	동종조혈모	남	64	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
46	동종조혈모	남	65	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
47	동종조혈모	남	39	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
48	동종조혈모	남	49	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
49	동종조혈모	여	20	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
50	동종조혈모	여	47	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
51	동종조혈모	남	51	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
52	동종조혈모	남	64	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
53	동종조혈모	여	65	만성골수성백혈병(CML)	요양급여
54	동종조혈모	남	11	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
55	동종조혈모	남	68	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
56	동종조혈모	여	40	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
57	동종조혈모	여	65	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
58	동종조혈모	남	49	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
59	동종조혈모	여	59	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
60	동종조혈모	남	2	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
61	동종조혈모	남	15	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
62	동종조혈모	여	60	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
63	동종조혈모	여	59	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
64	동종조혈모	남	61	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
65	동종조혈모	여	55	호지킨림프종	요양급여
66	동종조혈모	여	14	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
67	동종조혈모	여	64	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
68	동종조혈모	여	64	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
69	동종조혈모	남	61	발작성야간혈색소뇨증(PNH)	요양급여
70	동종조혈모	여	26	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
71	동종조혈모	남	44	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
72	동종조혈모	여	58	비호지킨림프종(T-lymphoblastic lymphoma)	요양급여
73	동종조혈모	여	1	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
74	동종조혈모	여	25	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
75	동종조혈모	남	67	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
76	동종조혈모	여	48	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
77	동종조혈모	남	58	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
78	동종조혈모	여	43	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
79	동종조혈모	여	69	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
80	동종조혈모	여	64	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
81	동종조혈모	남	3	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
82	동종조혈모	여	63	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
83	동종조혈모	남	57	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
84	동종조혈모	남	51	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
85	동종조혈모	여	22	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
86	동종조혈모	남	66	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
87	동종조혈모	남	58	AtypicalChronicMyeloidLeukemia	요양급여
88	동종조혈모	여	43	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
89	동종조혈모	여	47	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
90	동종조혈모	남	44	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
91	동종조혈모	남	63	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
92	동종조혈모	여	34	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
93	동종조혈모	남	57	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
94	동종조혈모	여	42	AtypicalChronicMyeloidLeukemia	요양급여
95	동종조혈모	남	10	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
96	동종조혈모	여	26	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
97	동종조혈모	남	32	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
98	동종조혈모	여	48	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
99	동종조혈모	여	25	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
100	동종조혈모	남	58	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
101	동종조혈모	여	61	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
102	동종조혈모	남	56	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
103	동종조혈모	남	67	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
104	동종조혈모	남	58	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	요양급여
105	동종조혈모	남	63	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
106	동종조혈모	여	66	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
107	동종조혈모	여	56	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
108	동종조혈모	남	62	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
109	동종조혈모	남	39	만성골수성백혈병(CML)	요양급여
110	동종조혈모	남	12	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
111	동종조혈모	남	18	비호지킨림프종(T-lymphoblastic lymphoma)	요양급여
112	동종조혈모	남	26	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
113	동종조혈모	여	65	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
114	동종조혈모	여	51	만성골수성백혈병(CML)	요양급여
115	동종조혈모	남	24	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
116	동종조혈모	여	67	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
117	동종조혈모	남	11	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
118	동종조혈모	여	61	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
119	동종조혈모	여	12	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
120	동종조혈모	여	43	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
121	동종조혈모	남	68	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
122	동종조혈모	남	23	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
123	동종조혈모	남	42	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
124	동종조혈모	남	54	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
125	동종조혈모	남	25	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
126	동종조혈모	남	7	혈구포식림프조직구증(HLH)	요양급여
127	동종조혈모	여	66	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
128	동종조혈모	남	57	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
129	동종조혈모	남	69	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
130	동종조혈모	남	19	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
131	동종조혈모	남	69	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
132	동종조혈모	남	43	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
133	동종조혈모	여	47	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
134	동종조혈모	남	65	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
135	동종조혈모	남	58	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
136	동종조혈모	남	60	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
137	동종조혈모	남	34	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
138	동종조혈모	남	59	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
139	동종조혈모	남	34	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
140	동종조혈모	남	22	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
141	동종조혈모	남	69	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
142	동종조혈모	여	27	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
143	동종조혈모	여	57	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
144	동종조혈모	여	23	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
145	동종조혈모	여	60	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
146	동종조혈모	남	18	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	요양급여
147	동종조혈모	여	65	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
148	동종조혈모	남	29	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
149	동종조혈모	남	30	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
150	동종조혈모	여	60	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
151	동종조혈모	여	66	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
152	동종조혈모	남	51	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
153	동종조혈모	여	38	호지킨림프종	요양급여
154	동종조혈모	남	67	CMML-2	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
155	동종조혈모	여	28	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
156	동종조혈모	여	67	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
157	동종조혈모	남	20	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
158	동종조혈모	여	51	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	요양급여
159	동종조혈모	남	42	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
160	동종조혈모	남	67	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
161	동종조혈모	여	54	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
162	동종조혈모	남	50	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
163	동종조혈모	남	23	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
164	동종조혈모	여	49	골수형성이상증후군(MDS)	요양급여
165	동종조혈모	남	47	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
166	동종조혈모	여	56	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
167	동종조혈모	여	48	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
168	동종조혈모	남	37	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
169	제대혈조혈모	여	36	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
170	제대혈조혈모	남	69	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
171	제대혈조혈모	남	27	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
172	제대혈조혈모	남	29	급성림프모구백혈병(ALL)	요양급여
173	제대혈조혈모	여	1	판코니빈혈(Fanconianemia)	요양급여
174	제대혈조혈모	남	60	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
175	자가조혈모	여	23	생식세포종(Germcelltumor)	요양급여
176	자가조혈모	남	72	다발골수종(MM)	선별급여
177	자가조혈모	여	59	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
178	자가조혈모	여	49	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	선별급여
179	자가조혈모	남	28	생식세포종(Germcelltumor)	선별급여
180	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	선별급여
181	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
182	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종(Nodal marginal zone lymphoma)	선별급여
183	자가조혈모	여	59	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
184	자가조혈모	남	73	다발골수종(MM)	선별급여
185	자가조혈모	여	55	비호지킨림프종(Anaplastic large cell lymphoma)	선별급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
186	자가조혈모	남	53	비호지킨림프종(Follicular lymphoma)	선별급여
187	자가 후 자가	여	51	다발골수종(MM)	선별급여
188	자가조혈모	남	67	AL아밀로이드증(ALamyloidosis)	선별급여
189	자가조혈모	여	57	다발골수종(MM)	선별급여
190	자가조혈모	여	14	유형종양	선별급여
191	자가조혈모	여	50	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
192	자가조혈모	남	8	Rhabdomyosarcoma	선별급여
193	자가조혈모	남	70	다발골수종(MM)	선별급여
194	자가 후 자가	남	10	생식세포종(Germcelltumor)	선별급여
195	자가조혈모	여	54	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
196	자가조혈모	남	52	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
197	자가조혈모	여	64	비호지킨림프종(T-cell/histiocyte-rich large B-cell lymphoma)	선별급여
198	자가조혈모	남	74	다발골수종(MM)	선별급여
199	자가 후 자가	남	12	Choroidplexuscarcinoma	선별급여
200	자가조혈모	여	70	다발골수종(MM)	선별급여
201	자가조혈모	여	72	다발골수종(MM)	선별급여
202	자가 후 자가	여	8	비정형기형/황문근종양(AT/RT)	선별급여
203	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	선별급여
204	자가조혈모	여	63	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별급여
205	Tandem(자가자가)	여	5	신경모세포종(Neurolblastoma)†	선별급여
206	자가조혈모	남	53	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	선별급여
207	자가 후 자가	남	13	골육종(Osteosarcoma)	선별급여
208	자가조혈모	여	29	호지킨림프종	선별급여
209	자가조혈모	남	69	다발골수종(MM)	선별급여
210	자가조혈모	남	65	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
211	자가조혈모	남	64	AL아밀로이드증(ALamyloidosis)	요양급여
212	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	요양급여
213	자가조혈모	여	25	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
214	자가조혈모	남	49	비호지킨림프종(Anaplastic large cell lymphoma, ALK(-))	요양급여
215	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	요양급여
216	자가조혈모	여	52	다발골수종(MM)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
217	자가조혈모	남	56	다발성형질세포종	요양급여
218	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
219	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	요양급여
220	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종(Follicular lymphoma)	요양급여
221	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	요양급여
222	자가조혈모	남	48	다발골수종(MM)	요양급여
223	자가조혈모	남	41	호지킨림프종	요양급여
224	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
225	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	요양급여
226	자가조혈모	여	57	AL아밀로이드증(ALamyloidosis)	요양급여
227	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	요양급여
228	자가조혈모	여	51	다발골수종(MM)	요양급여
229	자가조혈모	남	32	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
230	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	요양급여
231	자가조혈모	남	47	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
232	자가조혈모	남	28	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
233	자가조혈모	남	68	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
234	자가조혈모	남	47	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
235	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	요양급여
236	자가조혈모	남	53	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
237	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	요양급여
238	자가조혈모	여	42	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
239	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
240	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종(Anaplastic large cell lymphoma, ALK(-))	요양급여
241	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	요양급여
242	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여
243	자가조혈모	남	54	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
244	자가조혈모	남	40	다발골수종(MM)	요양급여
245	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	요양급여
246	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	요양급여
247	자가조혈모	남	54	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
248	자가조혈모	남	59	다발골수종(MM)	요양급여
249	자가조혈모	남	48	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
250	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
251	Tanden(자가-자기)	여	4	신경모세포종(Neurolblastoma)†	요양급여
252	자가조혈모	남	49	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
253	자가조혈모	남	51	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
254	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	요양급여
255	자가조혈모	여	31	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
256	자가조혈모	여	53	다발골수종(MM)	요양급여
257	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	요양급여
258	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	요양급여
259	자가조혈모	남	47	다발골수종(MM)	요양급여
260	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
261	자가조혈모	남	52	다발골수종(MM)	요양급여
262	자가조혈모	남	70	다발골수종(MM)	요양급여
263	자가조혈모	남	39	비호지킨림프종(T-lymphoblastic lymphoma)	요양급여
264	자가조혈모	남	47	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
265	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	요양급여
266	자가 후 자가	남	56	다발골수종(MM)	요양급여
267	자가조혈모	여	56	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
268	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	요양급여
269	자가조혈모	남	54	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	요양급여
270	자가조혈모	여	65	AL아밀로이드증(ALamyloidosis)	요양급여
271	자가조혈모	여	52	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
272	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
273	자가 후 자가	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
274	자가조혈모	남	69	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
275	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	요양급여
276	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
277	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	요양급여
278	자가조혈모	남	68	다발골수종(MM)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
279	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
280	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	요양급여
281	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	요양급여
282	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
283	자가조혈모	남	54	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
284	자가조혈모	남	50	다발골수종(MM)	요양급여
285	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
286	자가조혈모	여	31	호지킨림프종	요양급여
287	자가조혈모	남	38	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
288	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	요양급여
289	자가조혈모	여	14	비호지킨림프종(Burkitt lymphoma)	요양급여
290	자가조혈모	남	45	호지킨림프종	요양급여
291	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	요양급여
292	자가조혈모	남	44	다발골수종(MM)	요양급여
293	자가조혈모	남	56	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
294	자가조혈모	남	49	다발골수종(MM)	요양급여
295	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
296	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	요양급여
297	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	요양급여
298	자가조혈모	남	57	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
299	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	요양급여
300	자가조혈모	여	48	다발골수종(MM)	요양급여
301	자가조혈모	남	54	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
302	자가조혈모	남	69	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
303	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	요양급여
304	자가조혈모	여	46	AL아밀로이드증(ALamyloidosis)	요양급여
305	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종(Monomorphic epitheliotropic intestinal T-cell lymphoma)	요양급여
306	자가조혈모	여	68	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
307	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	요양급여
308	자가조혈모	남	52	다발골수종(MM)	요양급여
309	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
310	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	요양급여
311	자가조혈모	남	58	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	요양급여
312	자가조혈모	남	68	다발골수종(MM)	요양급여
313	자가조혈모	남	49	다발골수종(MM)	요양급여
314	자가조혈모	남	59	다발골수종(MM)	요양급여
315	자가조혈모	여	55	다발골수종(MM)	요양급여
316	자가조혈모	여	32	생식세포종(Germcelltumor)	요양급여
317	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	요양급여
318	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
319	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	요양급여
320	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
321	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
322	자가조혈모	여	54	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
323	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	요양급여
324	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	요양급여
325	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	요양급여
326	자가조혈모	여	8M	Glioma(infant-type hemispheric glioma)	요양급여
327	자가조혈모	여	57	다발골수종(MM)	요양급여
328	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
329	자가조혈모	여	46	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
330	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	요양급여
331	자가조혈모	남	54	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	요양급여
332	자가조혈모	여	64	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
333	자가조혈모	여	51	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
334	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
335	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
336	자가조혈모	여	50	다발골수종(MM)	요양급여
337	자가조혈모	남	64	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	요양급여
338	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	요양급여
339	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여
340	자가조혈모	남	52	다발골수종(MM)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
341	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	요양급여
342	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	요양급여
343	자가조혈모	남	39	POEMS증후군	요양급여
344	자가조혈모	남	28	신경모세포종(Neurolblastoma)	요양급여
345	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	요양급여
346	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	요양급여
347	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	요양급여
348	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	요양급여
349	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	요양급여
350	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	요양급여
351	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	요양급여
352	자가조혈모	여	67	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
353	Tanden(자가자기)	남	5	신경모세포종(Neurolblastoma)†	요양급여
354	자가조혈모	여	67	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
355	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종(Monomorphic epithelotropic intestinal T-cell lymphoma)	요양급여
356	자가조혈모	남	68	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
357	자가조혈모	여	64	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	요양급여
358	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	요양급여
359	자가조혈모	여	41	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
360	자가조혈모	여	18	급성골수성백혈병(AML)	요양급여
361	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	요양급여
362	자가조혈모	여	48	다발골수종(MM)	요양급여
363	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	요양급여
364	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
365	자가조혈모	여	67	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
366	자가조혈모	남	68	다발성형질세포종	요양급여
367	자가조혈모	남	19	생식세포종(Germcelltumor)	요양급여
368	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	요양급여
369	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	요양급여
370	자가조혈모	남	47	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	요양급여
371	자가조혈모	남	51	다발골수종(MM)	요양급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	승인결과
372	자가조혈모	여	68	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	요양급여
373	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	요양급여
374	자가조혈모	남	67	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	요양급여
375	자가조혈모	남	68	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	요양급여
376	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	요양급여
377	자가조혈모	남	44	다발골수종(MM)	요양급여
378	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	요양급여
379	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	요양급여
380	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	요양급여
381	자가조혈모	여	60	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	요양급여
382	자가조혈모	여	59	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	요양급여
383	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	요양급여
384	자가조혈모	여	58	비호지킨림프종(T-cell/histiocyte-rich large B-cell lymphoma)	요양급여
385	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	요양급여
386	자가조혈모	남	68	다발골수종(MM)	요양급여

[2022.11.23. 조혈모세포이식 분과위원회]

[2022.12.13. 중앙심사조정위원회]