

진료심사평가위원회 심의사례 공개 (총 4개 항목)

- 2019. 3. 29. 공개

연 번	제 목	페이지
1	진료내역 참조 음경의 기타 선천 기형 등의 상병에 동시 시행된 「자381-1 음경음낭전위교정술」 및 「자381 음경성형술」 인정여부	1
2	심실 보조장치 치료술(VAD) 실시기관 승인 및 요양급여대상 인정여부	2
3	Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여대상 인정여부	4
4	조혈모세포이식 요양급여대상 인정여부	11

## 1. 진료내역 참조 음경의 기타 선천 기형 등의 상병에 동시 시행된 「자381-1 음경음낭전위교정술」 및 「자381 음경성형술」 인정여부

### ■ 청구내역

#### ○ A사례(남/2세)

- 청구 상병명: 음경의 기타 선천기형, 고환 및 음낭의 기타 선천기형
- 주요 청구내역

자381-1 음경음낭전위교정술[(상급종합병원·종합병원)만1세이상~만6세미만](R3815005) 1\*1\*1

자381 음경성형술 [(상급종합병원·종합병원)만1세이상~만6세미만 제2의수술(종병이상)](R3810008) 1\*1\*1

### ■ 심의결과

- 관련 교과서, 관련 문헌, 전문가 의견, 진료내역 등을 참조하여 사례별로 결정함.

### ■ 심의내용

- 이 건은 음경의 기타 선천 기형과 고환 및 음낭의 기타 선천 기형의 상병에 「자381-1 음경음낭전위교정술」과 「자381 음경성형술」이 동시 시행된 사례로 인정여부에 대하여 심의함.
- 관련 교과서와 임상연구문헌에 의하면 잠복음경은 외관상 혹은 기능상의 문제가 있을 경우 수술적 교정을 하고, 음경음낭전위는 선천성 기형이 아주 심한 경우(complete form) 정상적인 음경, 음낭 모양으로 회복하기 위해 수술적 교정이 필요하다고 함.
- 또한 관련 학회 및 전문가에 따르면, 음낭근막이 덮여서 생기는 잠복음경의 경우 음낭근막을 충분히 분리하여 고정시키는 과정에서 경한 정도의 음경음낭전위의 교정이 가능하다는 의견임.
- 따라서 이 사례의 경우 잠복음경이 확인되나, 음경음낭전위는 경한 상태로 수술적 교정이 필요하지 않으며, 음경성형술로도 교정이 가능한 것으로 판단되어 자381-1 음경음낭전위교정술은 인정하지 아니함.

### ■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법
- 대한비뇨기과학회. 비뇨기과학. 5판. 일조각. 2014
- Thomas Tailly MD, et al. Campbell-Walsh Urology. 11th. Elsevier. 2016.
- Robert M, et al. Nelson TEXT BOOK of PEDIATRICS. 20th. Elsevier. 2016.
- Mohamed A. Baky Fahmy et al. Spectrum of penoscrotal positional anomalies in children. International Journal of Surgery 2014;12:983-988

[2019. 3. 26. 진료심사평가위원회]

## 2. 심실 보조장치 치료술(VAD<sup>1)</sup>) 실시기관 승인 및 요양급여대상 인정여부

- 우리원에서는 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2018. 9. 28.시행)에 따라 심실 보조장치 치료술 실시기관 승인 및 대상자 요양급여 여부를 결정하는 사전심의제도를 실시하고 있음.
- 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2018-210호, 2018. 9. 28.시행)에 의거하여,
  1. 실시기관은 심실 보조장치 치료술 대상자 사전승인 신청에 대한 심의 결과통보(심의일자 기준) 후 3개월 이내에 심실 보조장치 치료술을 실시하여야 함. 다만, 3개월을 경과하여 실시하고자 하는 경우에는 재심의를 신청하여야 함.
  2. 심실 보조장치 치료술(VAD)의 승인을 받은 실시기관은 시술 후 환자상태, 합병증 발생유무, 시술 성공 여부 등에 대한 임상자료를 축적하여 아래 각 호의 정해진 시점부터 30일 이내에 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 퇴원시까지 매 3개월마다

### □ 심실 보조장치 치료술(VAD) 실시기관 승인(총 1기관)

연번	구분	요양기관명	승인일자
1	이식형	서울대학교병원	2019. 2. 13.
	체외형		

### □ 심실 보조장치 치료술(VAD) 대상자 요양급여 여부(총 2사례)

#### ○ 이식형 좌심실 보조장치 치료술(2사례)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
1	남/75	승인 (급여)	<p>이식형 심실 보조장치 치료술의 적응증 및 금기증에 대하여는 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제5조, 제6조 및 별표2에서 정하고 있음</p> <p>이 사례는 확장성 심근병증 상병의 심장이식이 적합하지 않은 말기심부전 환자로, 좌심실구혈률(LVEF<sup>4)</sup>) 17%, 약물치료에도 불구하고 심한 증상이 2개월 이상 지속되고, 정맥 강심제에 의존적인 상태 보이는바, 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 나.목 ‘심장이식이 적합하지 않은 말기심부전 환자에서 약물치료에도 불구하고 심한 증상이 2개월 이상 지속’ 되고, 2) ‘정맥 강심제에 의존적인 상태로 투여를 중단할 수 없는 경우’ 등에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함</p>

2	남/46	승인 (급여)	<p>이식형 심실 보조장치 치료술의 적응증 및 금기증에 대하여는 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제5조, 제6조 및 별표2에서 정하고 있음</p> <p>이 사례는 20년 전 확장성 심근병증 진단받은 환자로 심실세동 심정지(VF<sup>5)</sup> arrest) 이후 2013년 심율동 전환 제세동기(ICD<sup>6)</sup>) 삽입, 반복되는 ICD shock으로 부정맥고주파절제술과 입퇴원을 반복하였으며, 2018년 심장재동기화치료(CRT-D<sup>7)</sup>) 삽입하였으나 재발되는 심실빈맥과 실신, 심부전 증상으로 심장이식 대기자로 등록되었음</p> <p>또한, 좌심실구혈률(LVEF) 19.7%, 폐동맥 수축기/이완기압 66/30mmHg, 평균 폐동맥쇄기압 39mmHg, 심장지수 1.96L/min/M2 및 잦은 심실빈맥 발생으로 인한 정맥 강심제 사용이 제한되는 상태의 말기 심부전 소견 확인되는바, 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 ‘심장이식 대기자로 등록된 말기심부전환자의 심장이식 가교 치료시’에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함</p>
---	------	------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 3. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여대상 인정여부

- 위원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1.시행)에 따라 요양급여 대상여부를 결정하는 솔리리스주 사전심의제도를 실시하고 있음.
- 「Eculizumab(품명: 솔리리스주) 사전 승인에 관한 방법 및 절차」(건강보험심사평가원 공고 제2018-165호, 2018. 7. 1.시행)에 의거하여,
1. 사전승인 신청기관은 사전승인 신청에 대한 심의결과를 통보 받은 날(심의일자 기준)부터 60일 이내에 솔리리스주를 투여하여야 한다. 다만, 60일을 경과하여 투여하고자 하는 경우에는 재신청하여야 한다.
  2. 솔리리스주의 요양급여 승인을 받은 요양기관은 6개월마다 상병별로 구분하여 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 작성하여 원장에게 제출하여야 한다. 또한, 비정형 용혈성 요독 증후군의 경우 별지 제3호 서식에 따라 치료 시작 후 2개월에 초기 모니터링 보고서를 추가 제출하여야 한다. 모니터링 보고서를 부득이한 사유로 제출 할 수 없는 경우에는 1회(15일)에 한하여 자료제출 기간을 연장할 수 있다.

#### □ 심의결과

심의년·월	구분	접수건	승인신청		모니터링	
			승인	불승인	승인	불승인
총계		51	0	3	48	0
2019. 2.	발작성 야간 혈색소뇨증	44	0	1	43	0
	비정형 용혈성 요독 증후군	7	0	2	5	0

#### □ 발작성 야간 혈색소뇨증(PNH: Paroxysmal Nocturnal Hemoglobinuria)

##### ○ 승인신청

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2019. 2.	A사례	남/37	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부고시 제2018-120호, 2018. 7. 1.시행) Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 세부인정기준 1호 가목은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 발작성 야간 혈색소뇨증 과립구 클론 크기 34.53%, LDH 1251IU/L인 환자로서 동반 질환 혈전증, 평활근 연속으로 승인 신청되었음.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 영상 자료에서 혈전증이 확인되지 않고, 복통 호소 시 LDH 상승이 뚜렷하지 않으므로 복통이 용혈과 연관성이 있다고 판단되지 않는 바 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여를 요양급여로 불승인함.</p>	불승인

○ 모니터링

심의년월	구분		성별/나이	모니터링 차수		심의내용	심의결과
2019.2.	모니 터링	A사례	여/66	12차	72개월	지속 투여는 승인하나 direct coombs' test 시행을 권고함	지속투여 승인
		이 외 26사례	남/75	4차	24개월	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부고시 제2018-120호, 2018. 7. 1.시행) Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 1-가-3)-나) 투여 유지 기준에 부합하여 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 지속 투여를 승인함.	지속투여 승인
			남/79	5차	27개월		
			여/50	12차	72개월		
			여/49	6차	36개월		
			여/67	7차	42개월		
			남/85	8차	48개월		
			남/70	10차	60개월		
			남/60	11차	66개월		
			남/53	6차	36개월		
			남/38	12차	72개월		
			남/69	4차	24개월		
			여/30	8차	48개월		
			남/79	12차	72개월		
			남/52	12차	72개월		
			남/69	11차	66개월		
			남/53	12차	72개월		
			남/20	4차	24개월		
			남/45	4차	24개월		
			여/41	4차	24개월		
			여/50	12차	72개월		
			여/76	12차	72개월		
			남/79	12차	72개월		
			남/49	12차	72개월		
			남/42	6차	36개월		
			남/32	1차	6개월		
			여/43	1차	6개월		
	투여 중지 모니 터링	14사례	남/38	11차	66개월	이 건들은 임상시험 전환 대상으로 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 급여로 투여하는 것은 중단하나, 이와 유사한 효능의 약제 사용이 지속되므로 추후 6개월마다 모니터링을 지속함. 단, 급여로 재투여하고자 할 때는 본 위원회의 심의를 거쳐 그 결정에 따라야 함.	급여 투여중지 모니터링 지속
			남/44	6차	36개월		
			여/37	11차	66개월		
			남/52	12차	72개월		
			남/33	12차	72개월		
			남/42	12차	72개월		
			남/42	12차	72개월		
			남/45	7차	42개월		
			남/53	12차	72개월		
			여/65	12차	72개월		
			여/55	7차	42개월		
			여/51	12차	72개월		
			여/66	12차	72개월		
			여/55	12차	72개월		
	투여 중지	A사례	남/65	7차	42개월	동반질환 신부전, 평활근 연축으로 요양급여 승인되어 2015. 10. 29.부터 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여하였음. 2019. 1월 갑작스러운 복통으로 응급실 내원	투여중지 보고

심의년월	구분	성별/나이	모니터링 차수		심의내용	심의결과
					하였고, 복부 전산화단층촬영 검사상 급성 신우신염, 방광염, 직장염 의심되는 소견 관찰되었음. 이후 지속적 혈압저하 및 대사성 산증 진행되었고 패혈증 쇼크로 사망하여 투여 중지함.	
	B사례	여/35	2차	12개월	임신으로 요양급여 승인되어 2018. 2. 13.부터 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 하였음. 현재 출산(2018. 9. 18.) 후 3개월이 경과하여 투여 중지함.	

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

○ 승인신청

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2019. 2.	A사례	남/68	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부고시 제2018-120호, 2018. 7. 1.시행) Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 세부인정기준 1호 나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 만성 신부전 환자로 2018. 3월 혈청 크레아티닌 및 LDH 증가, 혈소판 감소증, 분열적혈구 양성 소견을 보였으나 당시 과다 호산구 증후군(hypereosinophilic syndrome)에 의한 신장 침범으로 판단하여 스테로이드 치료하였고, 상태 호전되어 경과 관찰하였음.</p> <p>이후 2019. 1월 혈청 크레아티닌 증가 및 혈소판 감소증 소견을 보여 비정형 용혈성 요독 증후군 의심 하에 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 승인 신청된 건임.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 과다 호산구 증가증과 관련된 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 세부인정기준의 제외대상 중 ‘자) 기타 이차성 용혈성 요독 증후군’에 해당됨.</p> <p>또한, 현재 분열적혈구 음성으로 용혈 소견이 없어 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여가 필요한 상황으로 판단되지 않아 불승인함.</p>	불승인
	B사례	남/15	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부고시 제2018-120호, 2018. 7. 1.시행) Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 세부인정기준 1호 나목은</p>	불승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
			<p>비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제 (품명:솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 만성 신부전 환자로 2019. 1월 신기능 악화되어 수액치료 및 신장 이식 고려를 위해 입원하였음.</p> <p>원인 불명열 및 급성 체장염으로 치료 중 빈혈, 혈소판 감소증, LDH 증가, 분열적혈구 양성 소견으로 비정형 용혈성 요독 증후군 의심 하에 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 승인 신청된 건임.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 원인 불명열, 급성 체장염, 파종성 혈관내 응고 등과 관련된 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 세부인정기준의 제외대상 중 ‘자) 기타 이차성 용혈성 요독증후군’에 해당됨.</p> <p>또한, 현재 분열적혈구 음성으로 용혈 소견이 없어 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여가 필요한 상황으로 판단되지 않아 불승인함.</p> <p>추후 신장 이식 시에는 유전자검사 시행을 권고하며, 비정형 용혈성 요독 증후군과 관련된 유전자검사 또는 항체검사에서 확진되거나, 용혈성 요독 증후군이 재발하는 경우 재심의 가능성.</p>	



○ 모니터링

심의년월	구분	성별/나이	모니터링 차수		심의내용	심의결과
2019. 2.	A사례	남/7	1차	2개월	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부고시 제2018-120호, 2018. 7. 1. 시행) Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 세부인정기준 1-나-3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료 효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여대상에 부합하고, CFHR1<sup>1)</sup> 동형접합체 결실(homozygous deletion) 및 항 CFH<sup>2)</sup> 자가항체(Anti-CFH autoantibody) 양성으로 요양급여 승인된 사례로, eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 초기 용량으로 2회 투여 후 항체가(Anti-CFH autoantibody titer) 감소하여 투여 중지함.</p> <p>※ 재투여가 필요한 경우 사전신청서 제출 후 즉시 요양급여 가능함.</p>	투여중지
	B사례	여/65	1차	2개월	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부고시 제2018-120호, 2018. 7. 1.시행) Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 세부인정기준 1-나-3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여대상에 부합하고 CFH 유전자 변이가 관찰되어 요양급여로 승인된 사례임.</p> <p>eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 용혈 현상 호전 및 신기능 상태 유지되어 추가 투여를 승인하며 6개월 모니터링을 제출토록 함.</p>	지속투여 승인
	C사례	여/36	1차	2개월	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부고시 제2018-120호, 2018. 7. 1.시행) Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 세부인정기준 1-나-3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 치료효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 이차성 원인에 의한 비정형 용혈성</p>	지속투여 승인

심의년월	구분	성별/나이	모니터링 차수		심의내용	심의결과
					<p>요독 증후군에 해당되지 않고, 용혈현상이 반복적으로 발생하여 요양급여로 승인된 사례임.</p> <p>유전자 검사 결과 thrombomodulin 변이가 확인되어 지속 투여를 승인하나, 용혈 현상 및 신기능의 개선 효과가 뚜렷하지 않은 바 2개월 뒤 모니터링 보고서를 추가 제출토록 함.</p>	
	D사례	여/2	2차*	6개월	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부고시 제2018-120호, 2018. 7. 1.시행) Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 세부인정기준 1-나-3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제 (품명: 솔리리스주) 치료효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 2016. 12. 27.부터 전액본인부담으로 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 중으로 투여 전 상태가 급여기준에 합당하고 C3 유전자 변이 관찰되어 요양급여로 승인된 사례임.</p> <p>eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 용혈 현상 및 신기능 개선 효과가 확인되어 지속 투여를 승인하며, 추후 약제 투여 중단에 대해 고려해볼 것을 권고함. 약제 투여 중단 후 재투여가 필요한 경우에는 사전신청서 제출 후 즉시 요양급여 가능함.</p>	지속투여 승인
	E사례	남/49	2차*	6개월	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부고시 제2018-120호, 2018. 7. 1.시행) Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 세부인정기준 1-나-3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제 (품명: 솔리리스주) 치료효과 평가 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 2016. 8. 11.부터 전액본인부담으로 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 중으로 투여 전 상태가 급여기준에 합당하고 CFH 유전자 변이 관찰되어 요양급여로 승인된 사례임.</p> <p>eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여 후 용혈 현상 및 신기능 개선 효과가 확인되어 지속 투여를 승인하며, 추후 약제 투여 중단에</p>	지속투여 승인

심의년월	구분	성별/나이	모니터링 차수		심의내용	심의결과
					대해 고려해볼 것을 권고함. 약제 투여 중단 후 재투여가 필요한 경우에는 사전신청서 제출 후 즉시 요양급여 가능함.	

\*기존 솔리리스주 투약 환자로 1차(2개월) 모니터링 생략

- 1) CFHR1: complement factor H-related protein 1
- 2) CFH: complement factor H

#### 4. 조혈모세포이식 영양급여대상 인정여부

우리원에서는 「조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행)」에 따라 조혈모세포이식 영양급여 대상자에 대해 영양급여 대상여부를 결정하는 **조혈모세포이식 사전심의제도**를 실시하고 있습니다.

심의 결과 관련 기준에 적합한 경우는 영양급여로 인정하며, 적합하지 않은 경우에는 비승인 되어 선별급여로 결정합니다. 선별급여 대상 환자가 **조혈모세포이식을 시행받기 위해 입원한 경우**, 「비승인 조혈모세포이식 환자의 영양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)」에 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 부담토록하고, 그 외의 기간에 이루어지는 진료비**(면역억제제 투여, 검사와 합병증 및 후유증 치료비 등)에 대하여는 **영양급여로 인정**하고 있습니다.

#### ■ 심의 결과

구분		계	동종	제대혈	자가	비고
<b>총 접수</b>		<b>291</b>	<b>157</b>	<b>6</b>	<b>128</b>	
처리결과	급여	205	108	5	92	
	선별급여	56	36	-	20	
	자료보완	14	8	-	6	
	불가	-	-	-	-	
	취하	16	5	1	10	

\* 신청기관 : 36개 영양기관

#### ■ 심의내용

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
동종	총 157건	급여: 108건	급성골수성백혈병 : 41건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (영양급여대상자기준)별표 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우”에 영양급여 대상자로 인정됨.  이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.
			일차골수성유증 : 2건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (영양급여대상자기준)별표 2-가-9)에 의하면, 일차골수성유증의 영양급여대상자는 다음과 같음.  일차골수성유증의 예후지표인 DIPSS plus risk category

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>중고위험도(High risk, 예후인자수 <math>\geq</math> 5항목)와 중등위험도-2(Intermediate-2, 예후인자수 3항목 또는 4항목)에 해당하는 경우.</p> <p>다만, 중등위험도-2에 해당하는 경우에는 질병의 중등도 등 환자상태를 고려하여 사례별로 인정함.</p>
			<p>급성림프모구백혈병 : 20건</p>	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병은 혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>(1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우</p> <p>(2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성</p> <p>② t(v;11q23) 또는 MLL 재배열</p> <p>③ 염색체수 44 미만</p> <p>(나) 진단시 1세미만</p> <p>(다) 백혈구 수 <math>100 \times 10^9/L</math> 이상</p> <p>(라)진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우</p> <p>(마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① Poor Steroid Response</p> <p>② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)</p> <p>③ Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>(3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>(4) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			<p>골수형성이상증후군 : 16건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-5)에 의하여 골수형성이상증후군을 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 골수형성이상증후군 예후분류법(IPSS, IPSS-R, WPSS)인 다음 중 하나에 해당되는 경우</p> <p>(가) 고위험군인 경우</p> <p>① IPSS: Intermediate-2 또는 high</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>② IPSS-R, WPSS: high 또는 very high</p> <p>(나) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우</p> <p>① 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu</math>l 이하 이면서 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하</p> <p>② Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy (IST)에 불응하거나 치료적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p> <p>(2) 소아는 사례별로 결정함</p>
			다발골수종 : 3건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-6)에 의하면 다발골수종(Multiple Myeloma)은 “다음의 조건을 모두 만족하는 경우”로 되어 있음.</p> <p>① ECOG 수행능력평가 0-1</p> <p>② 부분반응(Partial Response) 이상인 경우</p> <p>③ 만성신부전이 아닌 경우</p>
			비호지킨림프종 : 8건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-7)에 의하면, 비호지킨림프종의 요양급여대상자는 다음과 같음.</p> <p>(1) 비호지킨 림프종</p> <p>(가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우</p> <p>② Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외)</p> <p>③ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로써 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함</p> <p>① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma</p> <p>② Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma</p> <p>③ Mantle Cell Lymphoma</p> <p>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				⑤ Burkitt Lymphoma ⑥ Peripheral T-cell Lymphoma ⑦ Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상 ⑧ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma ⑨ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)  이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			중증재생불량성빈혈 : 16건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈은 골수검사결과 세포총실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25% 이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여대상자로 인정하고 있음. ① 절대호중구 수(ANC)가 500/ $\mu$ l 이하 ② 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 60x10 <sup>9</sup> /L ③ 혈소판 20,000/ $\mu$ l 이하  이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			중증복합면역결핍증 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-14-(2))에 의하면, 중증복합면역결핍증은 임상양상 및 유전자 검사 또는 질환의 특이검사 등으로 진단된 경우 사례별 요양급여대상자로 인정하고 있음.  이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			연소기골수단구성백혈병 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-8)에 의하면, 연소기골수단구성백혈병은 WHO에서 제시한 연소기골수단구성백혈병의 진단기준을 만족하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.  이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
	자료보완: 8		급성골수성백혈병 : 5건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Pro myelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전 관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우”에 요양급여 대상자로 인정됨.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				이 건은 CBC에서 완전관해 확인 어려우므로, 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.
			만성골수성백혈병 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-2)에 의하면, 만성골수성백혈병은 “WHO criteria 에서 제시한 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우 (1) TKI 제제(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우, (2) T315I mutation 확인된 경우” 에 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 TKI 제제(2개 이상)에 실패, 불내성(intolerance) 또는 T315I mutation 확인이 어려우므로, 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
			중증재생불량성빈혈 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈은 골수 검사결과 세포충실도가 심하게 낮으면서, 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>① 절대호중구 수(ANC)가 <math>500/\mu\text{l}</math> 이하            ② 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 <math>60 \times 10^9/\text{L}</math>            ③ 혈소판 <math>20,000/\mu\text{l}</math> 이하</p> <p>이건은 말초혈액검사 결과 2개 이상의 소견이 확인 되지 않으므로, 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 자료가 필요하므로 자료 보완토록 함.</p>
		선별급여: 36건	만성육아종증 : 3건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로</p>



구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>심의하여 결정한다.” 고 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>다발골수종 골수형성이상증후군 : 2건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 라고, (별표)1-다에 의하면 조혈모세포 2차 이식은 “조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다” 라고 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 다발골수종 또는 골수형성이상증후군으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인 바, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식은 사례별로 심의하여 결정하고 있으나, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>급성림프모구백혈병 : 3건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 고 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인 바, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식은 사례별로 심의하여 결정하고 있으나 제출된 자료에서 급성림프모구백혈병의 유전자 고위험 소견 확인되지 않으며, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>급성골수성백혈병 급성림프모구백혈병 : 11건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우” 에 요양급여 대상자로 인정함.</p> <p>이 건은 동종조혈모세포이식 예정으로, 골수검사와 말초혈액검사 및 영상검사 결과 완전관해가 확인되지 않기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>급성림프모구백혈병은 혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>(1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우</p> <p>(2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성</p> <p>② t(v;11q23) 또는 MLL 재배열</p> <p>③ 염색체수 44 미만</p> <p>(나) 진단시 1세미만</p> <p>(다) 백혈구 수 <math>100 \times 10^9/L</math> 이상</p> <p>(라)진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우</p> <p>(마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① Poor Steroid Response</p> <p>② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)</p> <p>③ Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>(3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>(4) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 동종조혈모세포이식 예정으로, 골수검사와 말초혈액검사 및 영상검사 결과 완전관해로 볼 수 없기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			급성골수성백혈병 :2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>심의하여 결정한다. (2) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다” 라고 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 비혈연 동종조혈모세포이식 예정이나, HLA 1 locus 불일치로 기준에 해당하지 않고, 비혈연 동종조혈모세포이식 대한 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-다에 의하면 조혈모세포 2차 이식은 “조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다” 라고 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 2차 동종조혈모세포이식 예정으로, 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우로 볼 수 없고, 2차 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			중증재생불량성빈혈 :1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.”로 규정하고 있음.</p> <p>한편, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈은 골수검사결과 세포총실도가 심하게 낮으면서, 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때에 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>① 절대호중구 수(ANC)가 <math>500/\mu\text{l}</math> 이하          ② 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 <math>60 \times 10^9/\text{L}</math>          ③ 혈소판 <math>20,000/\mu\text{l}</math> 이하</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식은 사례별로 severe Aplastic anemia여부를 심의하여 결정하고 있으나, 이 건은 severe Aplastic anemia로 확인되지 않음. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>골수형성이상증후군          급성골수성백혈병          급성림프모구백혈병          비호지킨림프종          :8건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 의하면 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.”로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 현재 만 65세 이상이기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>골수형성이상증후군          : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-5)에 의하여 골수형성이상증후군을 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 골수형성이상증후군 예후분류법(IPSS, IPSS-R, WPSS)인 다음 중 하나에 해당되는 경우</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>(가) 고위험군인 경우</p> <p>① IPSS: Intermediate-2 또는 high</p> <p>② IPSS-R, WPSS: high 또는 very high</p> <p>(나) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우</p> <p>① 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu</math>l 이하 이면서 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하</p> <p>② 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>(2) 소아는 사례별로 결정함</p> <p>이 건은 동종조혈모세포이식 예정으로, 소아가 아니고 골수형성이상증후군으로 진단이 확인되지 않기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제 2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			비호지킨림프종 :3건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자 기준)별표 2-가-7)에 의하면, 비호지킨림프종의 요양급여대상자는 다음과 같음.</p> <p>(1) 비호지킨 림프종</p> <p>(가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우</p> <p>② Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외)</p> <p>③ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로써 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함</p> <p>① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma</p> <p>② Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma</p> <p>③ Mantle Cell Lymphoma</p> <p>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				⑤ Burkitt Lymphoma ⑥ Peripheral T-cell Lymphoma ⑦ Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상 ⑧ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma ⑨ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)  이 건은 동종조혈모세포이식 예정으로, 부분반응 이상의 결과가 확인되지 않기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			다발성골수종 :1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-6)에 의하면 다발골수종(Multiple Myeloma)은 “다음의 조건을 모두 만족하는 경우”로 되어 있음. ① ECOG 수행능력평가 0-1 ② 부분반응(Partial Response) 이상인 경우 ③ 만성신부전이 아닌 경우  이 건은 동종조혈모세포이식 예정으로, 부분반응 이상으로 볼 수 없기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			PNH :1건	발작성야간혈색소뇨증으로 진단된 동 건은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)에 해당되는 상병이 아니므로, 제출된 자료 참고하여 사례별 요양급여 대상자로 인정여부를 결정하고 있음.  이 건은 동종조혈모세포이식 예정으로, 이 사례에 대한 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
		취하:5건		
제대혈	총 6건	급여: 5건	급성림프모구백혈병: 4건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병은 혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>(1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우</p> <p>(2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성</p> <p>② t(v;11q23) 또는 MLL 재배열</p> <p>③ 염색체수 44 미만</p> <p>(나) 진단시 1세미만</p> <p>(다) 백혈구 수 <math>100 \times 10^9/L</math> 이상</p> <p>(라) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우</p> <p>(마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① Poor Steroid Response</p> <p>② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)</p> <p>③ Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>(3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>(4) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			급성골수성백혈병: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우” 에 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			취하:1건	



구분	건수	결정사항	상병	결정내역
자가	총 128건	급여: 92건	AL 아밀로이드증: 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(2)에 의하면, AL 아밀로이드증(AL amyloidosis)에 대한 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증(AL amyloidosis) 진단 기준에 만족하는 경우</p> <p>다만, ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하면서 장기부전(심·신·간·폐부전)이 아닌 경우</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			다발골수종: 43건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(1)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 “IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우”에 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			비호지킨림프종: 36건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)2-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상</li> <li>② Diffuse Large B Cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>- LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우</li> </ul> </li> <li>③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외)</li> <li>④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외)</li> <li>⑤ Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)</li> <li>⑥ Primary CNS Lymphoma</li> </ol> <p>또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia</li> </ol>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름) ③ Mantle Cell Lymphoma ④ Diffuse Large B Cell Lymphoma ⑤ Burkitt Lymphoma ⑥ Peripheral T-cell Lymphoma ⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma ⑧ Primary CNS Lymphoma  이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			수모세포종㉔: 3건	<2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016. 5. 1.시행)에 의하면, 수모세포종(Medulloblastoma)은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여 대상자 기준)의 기준 별표 2-나-9)-(1)-(가)에 의하여 수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 경우로서 “① 진단 시 3세 이하 ② 수술 후 잔여종괴가 1.5㎤ 이상인 경우 ③ 두개강내 전이가 있는 경우 ④ Anaplastic type” 중 하나에 해당하는 경우에 적합하다고 판단되는 경우이어야 하고, 또한 위 인정기준에 적합하여 시행하는 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)에 대하여는 “가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT): 1차, 2차 자가조혈모 세포이식, 나. 다발골수종: 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식” 중 어느 하나에 해당하는 경우이어야 요양급여대상자로 인정됨.  이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			신경모세포종㉔: 1건	<2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016. 5. 1. 시행)에 의하면, 신경모세포종은 조혈모세포 이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여 대상자 기준)의 기준 별표 2-나-9)-(1)-(가)에 의하여 (1) 진단 시 1세 이상이면서 수술 또는 항암제 등으로 부분반응이상을 보이는 Stage IV 또는 N-myc 증폭(+)인 Stage II 이상인 경우 (2) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 경우(※ N-myc증폭(+)인 경우 나이에 상관없이 고위험군에 해당) 중 하나에 해당하는 경우에 적합하다고 판단되는 경우이어야 하고, 또한 위 인정기준에 적합하여 시행하는 2회 연속적인 고용량

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)에 대하여는 “가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT): 1차, 2차 자가조혈모 세포이식, 나. 다발골수종: 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식” 중 어느 하나에 해당하는 경우이어야 영양급여대상자로 인정됨.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
			생식세포종: 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (영양급여대상자기준) 별표 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” 에 영양급여 대상자로 인정됨.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
			유방종양: 2건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(영양급여대상자기준)(별표)2-나-6)에 의하면 유방종양의 영양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>(1) 진단 시 다음 고위험군의 하나에 해당하며 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우  (가) metastatic disease at diagnosis  (나) bulky primary tumor( &gt;200ml)  (다) axial site</p> <p>(2) 수술 후, 방사선 치료 및 통상적인 화학요법(6개월 또는 6회 이상)을 병용하여 부분 반응이상을 보이거나, 완전관해에 도달하지 않은 경우</p> <p>(3) 재발 또는 불응성으로 구제 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
			호지킨림프종: 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (영양급여대상자기준) 별표 2-나-1)-(2)에 의하면, 전형호지킨 림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)은 “표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 에 영양급여 대상자로 인정됨.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여 대상자로 인정함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			비정형기형/황문근종양: 3건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표)2-나-9)에 비정형기형/황문근종양(AT/RT)은 "수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우"로 되어 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
		자료보완: 6건	비호지킨림프종: 4건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)2-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상</li> <li>② Diffuse Large B Cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>- LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우</li> </ul> </li> <li>③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외)</li> <li>④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) <ul style="list-style-type: none"> <li>(단, stage I 완전관해 제외)</li> </ul> </li> <li>⑤ Peripheral T-cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>(단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)</li> </ul> </li> <li>⑥ Primary CNS Lymphoma</li> </ol> <p>또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma, Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia</li> <li>② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)</li> <li>③ Mantle Cell Lymphoma</li> <li>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</li> <li>⑤ Burkitt Lymphoma</li> <li>⑥ Peripheral T-cell Lymphoma</li> <li>⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma</li> <li>⑧ Primary CNS Lymphoma</li> </ol> <p>이 건의 경우 1차 자가조혈모세포이식 예정으로 최근 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태여부</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>판단이 곤란함. 따라서 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 골수 검사가 필요하므로 자료보완토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)2-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상</li> <li>② Diffuse Large B Cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> <li>- LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우</li> </ul> </li> <li>③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외)</li> <li>④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외)</li> <li>⑤ Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)</li> <li>⑥ Primary CNS Lymphoma</li> </ul> <p>또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia</li> <li>② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)</li> <li>③ Mantle Cell Lymphoma</li> <li>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</li> <li>⑤ Burkitt Lymphoma</li> <li>⑥ Peripheral T-cell Lymphoma</li> <li>⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma</li> <li>⑧ Primary CNS Lymphoma</li> </ul> <p>이 건은 1차 자가조혈모세포이식 예정이나, 부분반응 이상여부를 판단할 수 있는 자료가 제출되지 않아 확인이 어려움. 따라서 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
			다발골수종: 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(1)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>은 “IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단 기준에 만족하는 경우”에 영양급여 대상자로 인정됨.</p> <p>다발골수종 상병으로 자가조혈모세포이식 예정인 이 건은 제출된 검사결과를 참조할 때 IMWG에서 제시한 다발골수종 진단기준에 만족하는지 여부를 판단하기 위해 추가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
			비호지킨림프종, 다발골수종, AL아말로이드증: 5건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(영양급여대상자기준)(별표)1-가에 의하면 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.”로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 현재 기준 연령을 초과하기 때문에 영양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 영양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
	선별급여: 20건		비호지킨림프종, 수모세포종, 생식세포종, Anaplastic Ependymoma: 4건	<p>영양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016. 5. 1.시행) 마105 조혈모세포이식에 따르면 &lt;2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)&gt;에 의하면 다음 각 호 1에 해당하는 경우 영양급여 대상임.</p> <p>가. 신경모세포종, 소모세포종(Medulloblastoma), 원시성 신경외배엽조양(PNET), 비정형기형/황문근조양(AT/RT) : 1차, 2차 자가조혈모세포이식</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</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>동종조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>이 건은 자가조혈모세포이식을 시행하였으나 재발하여 2차 이상의 자가조혈모세포이식 신청하였으므로 &lt;2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)&gt; 세부인정사항 2. 가. 또는 나.의 각 호 어디에도 해당하지 않음. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1. 시행)에 따라 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			비호지킨림프종: 3건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나1)-(1)-(가)-②에 의하면 Diffuse Large B cell lymphoma는 “LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV인 경우”에 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)로 진단받고 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 Ann Arbor stage III이상, LDH가 정상보다 높은 경우로 확인되지 않음. 따라서 고시기준을 충족하지는 못하나 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			다발골수종: 4건	<p>요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016. 5. 1.시행) 마105 조혈모세포이식에 따르면 &lt;2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)&gt; 2. 나.에서 다발골수종은 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식으로 다음 각 호 1에 해당하는 경우 요양급여 대상임.</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</p> <p>: 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<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 동종조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>다발골수종 상병으로 자가조혈모세포이식 예정인 이 건은 제출된 검사결과를 참조할 때 1차 이식 후 VGPR 이상의 반응의 유지기간이 12개월 미만일 때 또는 1차 이식 후 CR 상태일 때 2차 자가 조혈모세포이식 신청하였으므로 &lt;2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)&gt; 세부인정사항 2. 나.의 각 호 어디에도 해당하지 않음.</p> <p>다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			Astroblastoma, Anaplastic Astrocytoma: 2건	<p>이 건은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제 4조(요양급여대상자기준)</p> <p>(별표)의 각 상병 어디에도 해당되지 않으며, 현재까지 동 상병에 대한 조혈모세포이식의 임상연구 및 치료성적 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			Anaplastic Ependymoma: 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-9)-(다)에 Germ Cell Tumor와 Anaplastic Ependymoma는 “수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상이 있는 경우: 3세 미만인 경우”로 규정되어 있음.</p> <p>이 건은 Anaplastic ependymoma로 진단시 3세 이상으로 고시 기준에 해당하지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이</p>



구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			신경모세포종①: 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (영양급여대상자기준)(별표)2-나-5)에 신경모세포종은 "(1) 진단시 1세 이상 이면서 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 stageⅣ 또는 N-myc 증폭(+)인 stageⅡ 이상인 경우, (2) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 경우"로 되어 있음.</p> <p>이 건은 신경모세포종 상병에 Tandem Transplantation을 예정하고 있는 건으로 진단 당시 3세이고 stage Ⅰ에 해당되어 고시 기준에 해당하지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 영양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
		취하: 10건		
계	291			
①: tandem transplantation (2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 자가 조혈모세포이식)				

[별첨] 조혈모세포이식 요양급여대상 결정현황

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
1	동종조혈모	여	50	급성골수성백혈병(AML)	급여
2	동종조혈모	남	55	골수형성이상증후군(MDS)	급여
3	동종조혈모	남	46	급성골수성백혈병(AML)	급여
4	동종조혈모	여	46	급성골수성백혈병(AML)	급여
5	동종조혈모	여	54	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
6	동종조혈모	남	61	다발골수종(MM)	급여
7	동종조혈모	남	36	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
8	동종조혈모	남	27	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
9	동종조혈모	여	59	급성골수성백혈병(AML)	급여
10	동종조혈모	남	53	골수형성이상증후군(MDS)	급여
11	동종조혈모	남	63	골수형성이상증후군(MDS)	급여
12	동종조혈모	남	47	급성골수성백혈병(AML)	급여
13	동종조혈모	여	34	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
14	동종조혈모	여	62	골수형성이상증후군(MDS)	급여
15	동종조혈모	여	25	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
16	동종조혈모	남	14	골수형성이상증후군(MDS)	급여
17	동종조혈모	남	41	골수형성이상증후군(MDS)	급여
18	동종조혈모	여	60	다발골수종(MM)	급여
19	동종조혈모	남	60	급성골수성백혈병(AML)	급여
20	동종조혈모	남	30	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
21	동종조혈모	남	51	일차골수성유증(Primarymyelofibrosis)	급여
22	동종조혈모	남	46	급성골수성백혈병(AML)	급여
23	동종조혈모	여	54	급성골수성백혈병(AML)	급여
24	동종조혈모	여	63	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
25	동종조혈모	여	56	비호지킨림프종	급여
26	동종조혈모	여	64	다발골수종(MM)	급여
27	동종조혈모	여	44	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
28	동종조혈모	여	60	급성골수성백혈병(AML)	급여
29	동종조혈모	여	21	급성골수성백혈병(AML)	급여
30	동종조혈모	남	33	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
31	동종조혈모	남	0	급성골수성백혈병(AML)	급여
32	동종조혈모	남	62	급성골수성백혈병(AML)	급여
33	동종조혈모	남	49	비호지킨림프종	급여
34	동종조혈모	남	63	골수형성이상증후군(MDS)	급여
35	동종조혈모	여	22	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
36	동종조혈모	남	58	골수형성이상증후군(MDS)	급여
37	동종조혈모	남	34	급성골수성백혈병(AML)	급여
38	동종조혈모	여	53	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
39	동종조혈모	남	45	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
40	동종조혈모	남	5	급성골수성백혈병(AML)	급여
41	동종조혈모	남	13	골수형성이상증후군(MDS)	급여
42	동종조혈모	남	47	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
43	동종조혈모	남	59	골수형성이상증후군(MDS)	급여
44	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	급여
45	동종조혈모	여	4	급성골수성백혈병(AML)	급여
46	동종조혈모	남	1	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
47	동종조혈모	남	55	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
48	동종조혈모	남	0	중증복합면역결핍증(SCIDs)	급여
49	동종조혈모	여	18	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
50	동종조혈모	남	19	비호지킨림프종	급여
51	동종조혈모	남	56	비호지킨림프종	급여
52	동종조혈모	남	47	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
53	동종조혈모	남	10	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
54	동종조혈모	남	11	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
55	동종조혈모	남	64	비호지킨림프종	급여
56	동종조혈모	여	58	골수형성이상증후군(MDS)	급여
57	동종조혈모	남	30	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
58	동종조혈모	남	52	MPN	급여
59	동종조혈모	여	62	골수형성이상증후군(MDS)	급여
60	동종조혈모	남	24	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
61	동종조혈모	남	57	급성골수성백혈병(AML)	급여
62	동종조혈모	남	9	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
63	동종조혈모	남	48	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
64	동종조혈모	남	25	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
65	동종조혈모	여	45	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
66	동종조혈모	남	62	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
67	동종조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	급여
68	동종조혈모	남	20	급성골수성백혈병(AML)	급여
69	동종조혈모	여	44	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
70	동종조혈모	여	55	급성골수성백혈병(AML)	급여
71	동종조혈모	여	46	골수형성이상증후군(MDS)	급여
72	동종조혈모	여	45	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
73	동종조혈모	남	53	비호지킨림프종	급여
74	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	급여
75	동종조혈모	남	4	연소기골수단구성백혈병(JMML)	급여
76	동종조혈모	여	54	급성골수성백혈병(AML)	급여
77	동종조혈모	남	20	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
78	동종조혈모	여	36	급성골수성백혈병(AML)	급여
79	동종조혈모	여	55	골수형성이상증후군(MDS)	급여
80	동종조혈모	여	18	급성골수성백혈병(AML)	급여
81	동종조혈모	여	24	급성골수성백혈병(AML)	급여
82	동종조혈모	여	58	비호지킨림프종	급여
83	동종조혈모	여	16	급성골수성백혈병(AML)	급여
84	동종조혈모	남	16	급성골수성백혈병(AML)	급여
85	동종조혈모	여	48	골수형성이상증후군(MDS)	급여
86	동종조혈모	남	55	급성골수성백혈병(AML)	급여
87	동종조혈모	남	46	급성골수성백혈병(AML)	급여
88	동종조혈모	여	54	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
89	동종조혈모	여	39	급성골수성백혈병(AML)	급여
90	동종조혈모	여	36	급성골수성백혈병(AML)	급여
91	동종조혈모	남	57	급성골수성백혈병(AML)	급여
92	동종조혈모	남	50	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
93	동종조혈모	남	25	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
94	동종조혈모	남	61	급성골수성백혈병(AML)	급여
95	동종조혈모	여	55	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
96	동종조혈모	여	50	급성골수성백혈병(AML)	급여
97	동종조혈모	남	26	급성골수성백혈병(AML)	급여
98	동종조혈모	여	13	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
99	동종조혈모	남	60	골수형성이상증후군(MDS)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
100	동종조혈모	여	6	급성골수성백혈병(AML)	급여
101	동종조혈모	남	50	급성골수성백혈병(AML)	급여
102	동종조혈모	남	47	급성골수성백혈병(AML)	급여
103	동종조혈모	남	59	급성골수성백혈병(AML)	급여
104	동종조혈모	여	55	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
105	동종조혈모	남	44	비호지킨림프종	급여
106	동종조혈모	남	28	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
107	동종조혈모	여	61	급성골수성백혈병(AML)	급여
108	동종조혈모	남	57	급성골수성백혈병(AML)	급여
109	동종조혈모	남	48	만성골수성백혈병(CML)	자료보완
110	동종조혈모	여	60	급성골수성백혈병(AML)	자료보완
111	동종조혈모	여	59	만성골수성백혈병(CML)	자료보완
112	동종조혈모	여	59	급성골수성백혈병(AML)	자료보완
113	동종조혈모	남	25	급성골수성백혈병(AML)	자료보완
114	동종조혈모	남	37	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	자료보완
115	동종조혈모	여	38	급성골수성백혈병(AML)	자료보완
116	동종조혈모	여	60	급성골수성백혈병(AML)	자료보완
117	동종조혈모	남	15	골수형성이상증후군(MDS)	선별
118	동종조혈모	여	55	급성골수성백혈병(AML)	선별
119	동종조혈모	여	34	급성골수성백혈병(AML)	선별
120	동종조혈모	남	40	급성골수성백혈병(AML)	선별
121	동종조혈모	남	67	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
122	동종조혈모	남	66	골수형성이상증후군(MDS)	선별
123	동종조혈모	남	48	비호지킨림프종	선별
124	동종조혈모	남	23	급성골수성백혈병(AML)	선별
125	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	선별
126	동종조혈모	여	38	급성골수성백혈병(AML)	선별
127	동종조혈모	남	28	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
128	동종조혈모	여	6	급성골수성백혈병(AML)	선별
129	동종조혈모	남	46	골수형성이상증후군(MDS)	선별
130	동종조혈모	여	4	급성골수성백혈병(AML)	선별
131	동종조혈모	남	3	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
132	동종조혈모	남	49	급성골수성백혈병(AML)	선별
133	동종조혈모	남	55	다발골수종(MM)	선별
134	동종조혈모	여	30	비호지킨림프종	선별
135	동종조혈모	여	59	PNH	선별
136	동종조혈모	남	67	급성골수성백혈병(AML)	선별
137	동종조혈모	여	68	골수형성이상증후군(MDS)	선별
138	동종조혈모	여	55	급성골수성백혈병(AML)	선별
139	동종조혈모	여	66	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
140	동종조혈모	남	46	다발골수종(MM)	선별
141	동종조혈모	여	42	급성골수성백혈병(AML)	선별
142	동종조혈모	남	23	만성육아종증(CGD)	선별
143	동종조혈모	남	26	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
144	동종조혈모	남	69	비호지킨림프종	선별
145	동종조혈모	남	5	만성육아종증(CGD)	선별
146	동종조혈모	남	57	급성골수성백혈병(AML)	선별
147	동종조혈모	여	53	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별
148	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	선별
149	동종조혈모	남	34	급성골수성백혈병(AML)	선별

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
150	동종조혈모	여	41	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
151	동종조혈모	남	21	만성육아종증(CGD)	선별
152	동종조혈모	남	40	비호지킨림프종	선별
153	동종조혈모	남	39	만성골수성백혈병(CML)	취하
154	동종조혈모	여	49	다발골수종(MM)	취하
155	동종조혈모	남	63	급성림프모구백혈병(ALL)	취하
156	동종조혈모	남	55	급성림프모구백혈병(ALL)	취하
157	동종조혈모	여	52	급성골수성백혈병(AML)	취하
158	제대혈조혈모	남	13	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
159	제대혈조혈모	여	46	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
160	제대혈조혈모	남	64	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
161	제대혈조혈모	여	7	급성골수성백혈병(AML)	급여
162	제대혈조혈모	남	2	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
163	제대혈조혈모	여	55	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	취하
164	자가조혈모	남	10	비호지킨림프종	급여
165	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	급여
166	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	급여
167	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	급여
168	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종	급여
169	자가조혈모	남	50	다발골수종(MM)	급여
170	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	급여
171	Tandem(자가-자가)	여	3	수모세포종(Medulloblastoma)①	급여
172	자가 후 자가	남	58	다발골수종(MM)	급여
173	자가조혈모	여	15	유원종양	급여
174	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종	급여
175	자가조혈모	남	59	다발골수종(MM)	급여
176	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	급여
177	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
178	자가조혈모	남	50	다발골수종(MM)	급여
179	Tandem(자가-자가)	남	1	비정형기형/황문근종양(AT/RT)①	급여
180	자가조혈모	여	37	비호지킨림프종	급여
181	자가조혈모	여	55	비호지킨림프종	급여
182	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
183	Tandem(자가-자가)	여	8	신경모세포종(Neuroblastoma)①	급여
184	자가조혈모	여	58	비호지킨림프종	급여
185	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종	급여
186	자가조혈모	여	51	다발골수종(MM)	급여
187	Tandem(자가-자가)	남	10	수모세포종(Medulloblastoma)①	급여
188	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	급여
189	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
190	Tandem(자가-자가)	남	0	비정형기형/황문근종양(AT/RT)①	급여
191	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	급여
192	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종	급여
193	자가조혈모	남	41	비호지킨림프종	급여
194	자가조혈모	남	53	다발골수종(MM)	급여
195	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종	급여
196	자가조혈모	남	53	다발골수종(MM)	급여
197	자가조혈모	남	34	다발골수종(MM)	급여
198	자가조혈모	남	11	비정형기형/황문근종양(AT/RT)	급여
199	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
200	자가조혈모	여	63	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	급여
201	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	급여
202	자가조혈모	여	64	비호지킨림프종	급여
203	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종	급여
204	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
205	자가조혈모	여	30	비호지킨림프종	급여
206	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	급여
207	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	급여
208	자가조혈모	여	47	비호지킨림프종	급여
209	자가조혈모	남	30	생식세포종(Germcelltumor)	급여
210	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	급여
211	자가조혈모	남	56	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	급여
212	자가조혈모	여	63	비호지킨림프종	급여
213	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	급여
214	자가조혈모	여	46	다발성형질세포종	급여
215	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	급여
216	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
217	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종	급여
218	자가조혈모	남	52	다발골수종(MM)	급여
219	자가 후 자가	남	64	다발골수종(MM)	급여
220	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	급여
221	자가조혈모	남	52	다발골수종(MM)	급여
222	자가조혈모	여	63	비호지킨림프종	급여
223	자가조혈모	남	17	호지킨림프종	급여
224	자가조혈모	여	50	비호지킨림프종	급여
225	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종	급여
226	자가조혈모	남	48	다발골수종(MM)	급여
227	자가조혈모	여	33	유방종양	급여
228	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종	급여
229	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	급여
230	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종	급여
231	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	급여
232	자가조혈모	남	41	비호지킨림프종	급여
233	자가조혈모	여	42	비호지킨림프종	급여
234	자가조혈모	남	35	비호지킨림프종	급여
235	자가조혈모	여	45	다발골수종(MM)	급여
236	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종	급여
237	자가조혈모	여	51	비호지킨림프종	급여
238	자가조혈모	여	59	비호지킨림프종	급여
239	자가조혈모	여	41	비호지킨림프종	급여
240	자가조혈모	여	57	비호지킨림프종	급여
241	자가조혈모	여	57	다발골수종(MM)	급여
242	Tandem(자가-자가)	여	18	수모세포종(Medulloblastoma)①	급여
243	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	급여
244	자가조혈모	남	53	다발골수종(MM)	급여
245	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	급여
246	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종	급여
247	자가조혈모	남	48	비호지킨림프종	급여
248	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	급여
249	자가조혈모	남	27	비호지킨림프종	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
250	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	급여
251	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종	급여
252	자가조혈모	남	56	비호지킨림프종	급여
253	자가조혈모	남	49	비호지킨림프종	급여
254	자가조혈모	여	53	비호지킨림프종	급여
255	자가조혈모	여	47	다발골수종(MM)	급여
256	자가조혈모	남	46	비호지킨림프종	자료보완
257	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	자료보완
258	자가 후 자가	남	57	다발골수종(MM)	자료보완
259	자가조혈모	여	25	비호지킨림프종	자료보완
260	자가조혈모	여	59	비호지킨림프종	자료보완
261	자가조혈모	남	53	비호지킨림프종	자료보완
262	자가조혈모	남	48	비호지킨림프종	선별
263	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	선별
264	자가조혈모	여	69	다발골수종(MM)	선별
265	자가 후 자가	남	65	다발골수종(MM)	선별
266	자가조혈모	여	50	비호지킨림프종	선별
267	자가 후 자가	남	45	다발골수종(MM)	선별
268	자가 후 자가	여	52	다발골수종(MM)	선별
269	자가조혈모	남	65	비호지킨림프종	선별
270	자가조혈모	남	69	비호지킨림프종	선별
271	자가 후 자가	남	3	수모세포종(Medulloblastoma)	선별
272	자가조혈모	남	54	비호지킨림프종	선별
273	자가 후 자가	여	2	AnaplasticEpendymoma	선별
274	자가 후 자가	남	61	다발골수종(MM)	선별
275	자가 후 자가	남	32	생식세포종(Germcelltumor)	선별
276	자가조혈모	남	69	AL아밀로이드증(ALamyloidosis)	선별
277	자가조혈모	남	56	비호지킨림프종	선별
278	자가조혈모	여	3	AnaplasticEpendymoma	선별
279	Tandem(자가-자가)	여	3	신경모세포종(Neuroblastoma)①	선별
280	자가조혈모	여	20	Astroblastoma	선별
281	자가조혈모	여	18	AnaplasticAstrocytoma	선별
282	자가조혈모	여	8	Paraganglioma	취하
283	Tandem(자가-자가)	여	4	신경모세포종(Neuroblastoma)①	취하
284	자가조혈모	남	53	비호지킨림프종	취하
285	자가조혈모	남	52	급성골수성백혈병(AML)	취하
286	자가조혈모	여	52	다발골수종(MM)	취하
287	자가조혈모	여	63	비호지킨림프종	취하
288	자가조혈모	여	61	AL아밀로이드증(ALamyloidosis)	취하
289	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	취하
290	Tandem(자가-자가)	남	64	다발골수종(MM)	취하
291	자가조혈모	여	51	POEMS증후군	취하