

진료심사평가위원회 심의사례 공개 (총 5개 항목)

- 2019. 7. 31. 공개

연번	제 목	페이지
1	면역관용요법(Immune Tolerance Induction) 요양급여대상 인정여부	1
2	Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 요양급여 대상여부	5
3	심실 보조장치 치료술(VAD) 실시기관 승인 및 요양급여대상 인정여부	9
4	Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여대상 인정여부	12
5	조혈모세포이식 요양급여대상 인정여부	17

1. 면역관용요법(Immune Tolerance Induction) 요양급여대상 인정여부

- 우리원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2013-127호, 2013. 9. 1.시행 및 제2016-110호, 2016. 7. 1.시행)에 의거 면역관용요법 요양급여 대상여부를 결정하는 사전심의제도를 운영하고 있으며, 면역관용요법 사전심의 제도의 투명성·수용성 확보위해 결과를 공개함.
* 최초 고시: 제2007-112호, 2007. 11. 27.시행
- 「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준」 건강보험심사평가원 공고(제2012-96호, 2012. 5. 31.시행)에 의거하여,
* 최초 공고: 제2007-1호, 2007. 12. 1.시행
 1. 요양급여대상여부의 심의의뢰는 실시기관이 면역관용요법을 하고자 하는 경우에는 별지 제1호 서식에 따른 면역관용요법 요양급여 신청서를 원장에게 제출하여 심의의뢰 하여야 하며,
 2. 심의의뢰에 대하여 원장으로부터 요양급여대상으로 인정통보 받은 날부터 60일 이내에 면역관용요법을 실시하여야 하며, (다만 60일을 경과하여 실시하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함.)
 3. 실시기관이 면역관용요법을 시행하는 경우에는 3개월마다 별지 제2호 서식에 따른 보고서를 작성하여 원장에게 제출하여 함.

□ 면역관용요법 요양급여 계속 인정여부-정기 보고서 ('19. 2분기)

(단위: 건)

개최년도	개최분기	계	승인	불승인	종료
2019	2분기	10	9	0	1

○ 세부내역

개최년도	개최분기	사례	성별/나이	심의내용	심의결과
2019	2분기	A사례	(남/42세)	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제 2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 혈우병 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음. 이 사례는 면역관용요법 61개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로서, 그린에이트주 감량(37 → 30.3IU/kg, '19. 4. 13.)하여 매일 투여 중으로 최근 항체가 0.75BU/ml('19. 5. 25.)이고, 출혈 없이 지속적 감량 중이므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.	승인
		B사례	(남/9세)	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제 2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 혈우병 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양급여의 중단 또는	승인

개최년도	개최분기	사례	성별/나이	심의내용	심의결과
				계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음. 이 사례는 면역관용요법 73개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로서, 이뮤네이트주 감량(100 → 85IU/kg, '19. 6. 24.)하여 주 3회 투여 중으로 최근 항체가 음성('19. 6 .4.)이고, 제8인자 회복률도 높으므로 이뮤네이트주를 감량하여 면역관용요법 계속 시행을 인정함.	
		C사례	(남/34세)	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제 2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 혈우병 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음. 이 사례는 면역관용요법 58개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로서, 이뮤네이트주 감량(50 → 36.3IU/kg, '19. 4. 25.)하여 매일 투여 중으로 감량 후에도 항체가 낮게 유지(0.37 ~ 0.4BU/ml)되므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.	승인
		D사례	(남/9세)	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제 2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 혈우병 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음. 이 사례는 면역관용요법 55개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로서, 이뮤네이트주 매일 투여 어려워 격일 투여로 변경(44IU/kg 매일 → 89IU/kg 격일, '19. 1. 29.) 후 항체가 증가(0.62BU/ml, '19. 1. 28. → 1.17BU/ml, '19. 6. 5.) 확인되나, 심각한 출혈력 없으므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.	승인
		E사례	(남/4세)	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제 2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 혈우병 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음.	종료

개최년도	개최분기	사례	성별/나이	심의내용	심의결과
				이 사례는 면역관용요법 41개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로서, 이뮤네이트주 감량(60 → 30IU/kg, '19. 2. 13.) 후 면역관용요법 종료('19. 3. 13.)하였고, 이후 항체가 음성, 제8인자 회복률 1.91%/ $\bar{u}$ /kg 확인('19. 4. 5.)되며 출혈력 없으므로 면역관용요법 종료를 인정함.	
		F사례	(남/3세)	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제 2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 혈우병 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음. 이 사례는 면역관용요법 12개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로서, 이뮤네이트주 100IU/kg 주 3회 투여 중으로 항체가 감소(6BU/ml, '18.12.7. → 1.8BU/ml, '19. 5. 22.) 확인되므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.	승인
		G사례	(남/6세)	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제 2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 혈우병 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음. 이 사례는 면역관용요법 12개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로서, 이뮤네이트주 감량(72 → 54IU/kg, '19. 4. 10.) 후 항체가 증가(0.2BU/ml, '19. 4. 10. → 4.8BU/ml, '19. 5. 24.)하여 다시 증량(54 → 108IU/kg, '19. 3. 30.)하여 투여 중이므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.	승인
		H사례	(남/3세)	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제 2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 혈우병 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음. 이 사례는 면역관용요법 6개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로서, 이뮤네이트주 108IU/kg 격일 투여	승인

개최년도	개최분기	사례	성별/나이	심의내용	심의결과
				중으로 항체가 감소(35.88BU/ml, '19. 2. 23. → 8.7BU/ml, '19. 6. 1.) 확인되므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.	
		I사례	(남/9세)	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제 2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 혈우병 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음. 이 사례는 면역관용요법 5개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로서, 애드베이트주 100IU/kg 매일 투여 중으로 항체가 음성으로 유지되고 있으나, 제8인자 회복률(1.09%/$\bar{u}$/kg, '19. 6. 1.)이 낮으므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.	승인
		J사례	(남/2세)	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제 2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 혈우병 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음. 이 사례는 면역관용요법 2개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로서, '19.4.3.부터 이뮤네이트주 95.7IU/kg 격일 투여 시작하였고, 항체가 감소(22.3BU/ml, '19. 4. 3. → 10BU/ml, '19. 5. 30.) 확인되므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.	승인

2. Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 요양급여 대상여부

- 우리원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 따라 요양급여 여부를 결정하는 사전심의제도를 운영하고 있으며, 스피라자주 사전심의 제도의 투명성·수용성 확보위해 결과를 공개함.
- 「Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 사전승인 등에 관한 세부사항」 건강보험심사평가원 공고(제2019-107호, 2012. 4. 8.시행)에 의거하여,
 1. 스피라자주의 요양급여를 신청하고자 하는 경우에는 별지 제1호 서식에 따른 스피라자주 요양급여 신청서를 제출하여야 함.
 2. 스피라자주 요양급여를 승인받은 경우 4개월마다 유지용량 투여 전 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 제출하여야 함.
 3. 심의결과를 통보 받은 날부터 60일 이내에 스피라자주를 투여하여야 하고, 60일을 경과하여 투여하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함.

□ 급여기준 관련 논의결과

- 환자의 연령과 운동기능을 고려하여 중단 기준에 대한 구체적인 논의가 필요함.
 - 관련 부서에 급여기준 개정 검토를 요청하기로 함(중단기준 마련 또는 분과위원회 위임 방식).
- 척추측만증에 대한 수술력이 있는 경우 환자의 상태에 따른 임상적 유용성과, 경막내 약제 투여의 지속 가능성 및 안전성 등이 고려되어야 함.
 - 요추천자를 통한 경막내 투여 가능 여부 확인을 위해 척수조영술 등을 시행하여 1년 이상 지속투여 가능성에 대한 소견이 필요함(도입용량 4회, 유지용량 2회 정도 투여하여야 약제의 효과 확인 가능).
- 호흡보조장치를 적용 중인 경우 영구적 인공호흡기 해당 여부 등 호흡기능에 대한 호흡기계 관련분야 전문의(주치의 제외) 소견이 필요함.
- 스피라자주 요양급여 대상 승인 후 실시기관 변경신청이 필요한 경우 환자 및 사전승인 신청기관의 동의하에 신청 가능함.

□ 스피라자주 요양급여 대상여부

심의년월	계	도입용량 투여(건)					유지용량 투여(건)		
		접수	승인	조건부 승인	불승인	자료보완	접수	승인	불승인
2019.6.	31	30	14	1	7	8	1	1	-

○ 도입용량 투여

심의년월	사례	나이/성별	심의결과	심의내용
2019.6.	1	20세/여	불승인	이 건은 척추측만증에 대한 수술력이 있는 환자로, 요추천자를 통한 경막내 약제 투여의 지속 가능성 및 안전성을 확인할 수 없고, 운동기능이 매우 악화되어 약제에 대한 임상적 유용성을 기대하기 어려우므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정하지 아니함.

	2	22세/여	자료보완	이 건은 척추측만증에 대한 수술력이 있는 환자로, 1년 이상 지속적인 경막내 약제 투여 가능 여부에 대한 판단이 필요함. 따라서 척수조영술 등을 시행하여 1년 이상 약제의 지속투여 가능성에 대한 소견을 제출하여야 함.
	3	10세/남	자료보완	이 건은 척추측만증에 대한 수술력이 있는 환자로, 1년 이상 지속적인 경막내 약제 투여 가능 여부에 대한 판단이 필요함. 따라서 척수조영술 등을 시행하여 1년 이상 약제의 지속투여 가능성에 대한 소견을 제출하여야 함.
	4	44세/남	불승인	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 세부인정기준 1.호-가. 목에서는 스피라자주의 투여대상을 명시하고 있음. 이 건은 제출된 자료만으로는 만3세(36개월) 이하에 척수성 근위축증 관련 증상과 징후 발현이 명확하게 확인되지 않고, 객관적으로 입증되지 않아 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정하지 아니함.
	5	37세/여	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8. 시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	6	36세/여	불승인	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 세부인정기준 1.호-가. 목에서는 스피라자주의 투여대상을 명시하고 있음. 이 건은 제출된 자료만으로는 만3세(36개월) 이하에 척수성 근위축증 관련 증상과 징후 발현이 명확하게 확인되지 않고, 객관적으로 입증되지 않아 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정하지 아니함.
	7	13세/남	불승인	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 세부인정기준 1.호-가. 목에서는 스피라자주의 투여대상을 명시하고 있음. 이 건은 제출된 자료만으로는 만3세(36개월) 이하에 척수성 근위축증 관련 증상과 징후 발현이 명확하게 확인되지 않고, 객관적으로 입증되지 않아 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정하지 아니함.
	8	28세/남	자료보완	이 건은 현재 호흡보조장치를 사용 중으로, 호흡기능에 대한 호흡기계 관련분야 전문의(주치의 제외) 소견을 제출하여야 함.
	9	43세/남	불승인	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 세부인정기준 1.호-가. 목에서는 스피라자주의 투여대상을 명시하고 있음.

			이 건은 제출된 자료만으로는 만3세(36개월) 이하에 척수성 근위축증 관련 증상과 징후 발현이 명확하게 확인되지 않고, 객관적으로 입증되지 않아 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정하지 아니함.
10	16세/남	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
11	49세/여	불승인	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 세부인정기준 1.호-가.목에서는 스피라자주의 투여대상을 명시하고 있음. 이 건은 제출된 자료만으로는 만3세(36개월) 이하에 척수성 근위축증 관련 증상과 징후 발현이 명확하게 확인되지 않고, 객관적으로 입증되지 않아 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정하지 아니함.
12	34세/여	자료보완	이 건은 만3세(36개월) 이하에 척수성 근위축증 관련 증상과 징후 발현에 대한 근거자료가 불충분하므로 관련 자료를 보완하여야 함. 또한 현재 호흡보조장치를 사용 중으로, 호흡기능에 대한 호흡기계 관련분야 전문의(주치의 제외) 소견을 제출하여야 함.
13	36세/여	자료보완	이 건은 만3세(36개월) 이하에 척수성 근위축증 관련 증상과 징후 발현에 대한 근거자료가 불충분하므로 관련 자료를 보완하여야 함.
14	22세/여	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
15	30세/남	자료보완	이 건은 현재 호흡보조장치를 사용 중으로, 호흡기능에 대한 호흡기계 관련분야 전문의(주치의 제외) 소견을 제출하여야 함.
16	35세/남	자료보완	이 건은 현재 호흡보조장치를 사용 중으로, 호흡기능에 대한 호흡기계 관련분야 전문의(주치의 제외) 소견을 제출하여야 함.
17	41세/남	불승인	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행) Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 세부인정기준 1.호-가.목에서는 스피라자주의 투여대상을 명시하고 있음. 이 건은 제출된 자료만으로는 만3세(36개월) 이하에 척수성 근위축증 관련 증상과 징후 발현이 명확하게 확인되지 않고, 객관적으로 입증되지 않아 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정하지 아니함.
18	4세/여	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
19	6세/여	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.

	20	6세/여	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8. 시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	21	11세/남	자료보완	이 건은 현재 호흡보조장치를 사용 중으로, 호흡기능에 대한 호흡기계 관련분야 전문의(주치의 제외) 소견을 제출하여야 함.
	22	16세/남	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8. 시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	23	10세/남	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8. 시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	24	12세/여	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8. 시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	25	23개월/남	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019.4.8. 시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	26	9세/여	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8. 시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	27	16세/남	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8. 시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	28	21개월/여	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8. 시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	29	16세/여	조건부 승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8. 시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함. 단, 투여 전 SMN2 copy 수를 확인하여 모니터링 보고 시 관련 자료를 함께 제출하여야 함.
	30	5세/남	승인	이 건은 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8. 시행)에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.

○ 유지용량 투여

심의년월	사례	성별/나이	투여차수	심의결과	심의내용
2019.6.	31	남/2세	6	승인	이 건은 2018. 9. 13.부터 스피라자주 투여 시작하여 2019. 7. 11. 6차 투여 예정인 건으로, 급여기준(보건복지부 고시 제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 부합하고, 직전 평가시점과 비교하여 운동기능의 유지가 확인되므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.

3. 심실 보조장치 치료술(VAD¹⁾) 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 성공여부 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) 대상자 요양급여 여부(총 5사례)

○ 이식형 좌심실 보조장치 치료술(4사례)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
A	남/75세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음 이 사례는 심장이식이 적합하지 않은 허혈성 심근병증 환자로 2003년 관상동맥 상중혈관병변으로 관상동맥우회술을 시행한 후, 2018년부터 심부전 악화로 병원 방문이 잦았으며 최근 4개월 간 2차례 입원치료 하였음. 또한 NYHA Fc IV* 및 정맥강심제에 의존적인 상태로 좌심실구혈률(LVEF*) 18%, Peak VO₂ 8.8mL/kg/min, 폐동맥 수축기/이완기압 70/22mmHg, 평균 폐동맥뺀기압 32mmHg, 심장지수 1.8L/min/m² 소견과 SPECT 및 FDG-PET 검사결과 광범위한 범위의 비생존 심근상태(non-viable myocardium)로 확인되는 등 회복 불가능한 말기 심부전 소견 확인되는바, 별표2의 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 나.목 ‘심장 이식이 적합 하지 않은 말기심부전 환자에서 약물치료에도 불구하고 심한 증상이 2개월 이상 지속되고’, 1)항부터 3)항 중 하나 이상을 충족하는 경우에 해당하며 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함

1) VAD: Ventricular Assist Device, NYHA Fc: New York Heart Association Functional Class 기능분류 지수 (I ~ IV)
LVEF: Left Ventricular Ejection Fraction

B	남/53세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로, 20년 전 확장성 심근병증 진단받고, 2017년부터 반복적 VT/VF²⁾ 발생하였으며, 약물치료에도 불구하고 증상 호전되지 않고 정맥 강심제에 의존적인 상태임. NYHA Class IV, INTERMACS Level 3, 좌심실구혈률(LVEF) 15%, 폐동맥 수축기압/이완기압 61/33mmHg, 평균 폐동맥쇄기압 33mmHg, 심장지수 1.26L/min/M² 등 말기 심부전소견 보이므로, 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 ‘심장이식 대기자로 등록된 말기심부전환자의 심장이식 가교 치료시’에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함
C	남/72세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음 이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로, 10년 전부터 확장성 심근병증으로 약물치료 하였고, 2010년 완전 방실차단(complete AV block)으로 심박동기(pacemaker) 삽입한 후 2018년 CRT-P(심장재동기화치료)로 전환하여 치료 지속하였으나, 3개월 전부터 급성 비보상성 심부전(Acute Decompensated Heart Failure, ADHF) 발생하여 입원 지속중이며, 약물치료에도 불구하고 증상 호전되지 않고, 정맥 강심제에 의존적인 상태임. NYHA Class IV, INTERMACS Level 3 좌심실구혈률(LVEF) 25%, 폐동맥 수축기압/이완기압 47/27mmHg, 평균 폐동맥쇄기압 27mmHg 등 말기 심부전소견 보이므로, 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 ‘심장이식 대기자로 등록된 말기심부전환자의 심장이식 가교 치료시’에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함
D	남/77세	불승인	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인 부담률을 정하고 있음 이 사례는 불안정 협심증으로 특이소견 없이 외래에서 약물치료 하던 환자로, 2019. 6. 17. 급성 ST분절 상승 심근경색(acute STEMI**)으로 응급실 내원하였으며, 관상동맥조영술 결과 좌주관상 동맥 완전 폐쇄(left main total occlusion)가 확인되어 관상동맥 중재술(PCI) 및 심인성쇼크(cardiogenic shock)에 대한 기계순환 보조(ECMO) 치료 시행하였음. 이후 점차적으로 좌심실 기능 저하 소견 보이고, 정맥강심제에 의존적인 상태이나, 심실 보조장치 치료술(VAD) 후 심실 흡인(ventricular suction)에 대한 위험성을 배제할 수 없고, 심부전에 의한 심실의 기하학적 형태 변화(cardiac remodelling)가 충분하지 않은 상태임. 또한, 좌심실구혈률 (LVEF) 27%, 심근경색 발생 이후 10일가량 경과한 점 등으로 보아 이식형 좌심실 보조

			장치 치료술 적응증 중 나.목 ‘심장이식이 적합하지 않은 말기심부전 환자에서 약물치료에도 불구하고 심한 증상이 2개월 이상 지속되고, 다음 중 하나 이상을 충족하는 경우’에 해당되지 않으므로 인정하지 아니함
--	--	--	---

○ 체외형 심실 보조장치 치료술(1사례)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
E	남/10세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음 이 사례는 10세, 체중 25.9kg의 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 2018년 10월 심부전 치료에도 상태 호전 없었으며, 2018년 11월 심방조동으로 부정맥고주파절제술(RFCA) 시행 후 동성서맥 지속되었고 2018년 11월 24일 심실세동 발생하여 심폐소생술을 통한 회복 후 영구형 인공심박동기(AAIR**) 삽입하였음. 2019년 2월 초부터 좌심실 기능 악화되어 중환자실 입원치료 중 비지속성 심실빈맥으로 2019년 2월 심율동전환 제세동기 거치술 후 최근 24시간 심전도에서 비지속성 심실빈맥이 지속적으로 보이는 등 심실세동에 의한 심정지 위험이 높은 상태로 확인됨. 또한 보존적인 경구약물 투여와 지속적인 정맥 강심제 투여에도 심초음파 검사결과 좌심실 및 우심실의 확장과 기능부전 소견(좌심실구혈률(LVEF) 18%, RV TAPSE** 6.9mm, TR* peak velocity 1.1m/s) 보이며 NYHA Fc IV*로 3개월 이상 정맥강심제에 의존적인 상태의 말기 심부전 소견 확인됨. 따라서 별표2의 체외형 심실 보조장치 치료술의 적응증 중 가.목 ‘재태연령 37주 이상이고 체중 3kg 이상인 경우부터 18세 미만의 심장이식 대기자로 등록된 중증 심부전 환자로, 1) 최대한의 심부전 치료에도 불구하고 NYHA* IV 수준의 심부전이 지속되고, 강심제에 의존하며 전신 장기기능이 진행성으로 악화된 경우’ 및 ‘3) 치료 불가능한 치명적인 부정맥이 지속되는 경우’에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함

2) VT/VF: Ventricular Tachycardia/Ventricular Fibrillation,
RFCA: Radio Frequency Catheter Ablation,
pacemaker
RV TAPSE: Right Ventricle Tricuspid Annular Plane Systolic Excursion, TR: Tricuspid valve regurgitation

STEMI: ST Elevation Myocardial Infarction
AAIR: an atrial demand inhibited

4. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여대상 인정여부

- 우리원에서는 「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

심의년월	구분	접수건	승인신청		모니터링	
			승인	불승인	승인	불승인
총계		43	2	2	39	0
2019. 6.	발작성 야간 혈색소뇨증	39	1	2	36	0
	비정형 용혈성 요독 증후군	4	1	0	3	0

□ 발작성 야간 혈색소뇨증(PNH: Paroxysmal Nocturnal Hemoglobinuria)

○ 승인신청

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
2019. 6.	A사례	남/40세	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부 고시 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. 이 건은 PNH 과립구 클론 크기 95.5%, LDH 2372IU/L인 환자로서 동반 질환 혈전증, 평활근 연속으로 승인 신청되었음. 제출된 진료기록을 확인한 결과, 입원 및 마약성 진통제가 필요한 중증의 재발성 평활근 연속의 객관적 근거는 부족하나 하지 정맥 초음파에서 심부정맥혈전증이 확인되어 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여를 요양급여로 승인함.	승인

심의년월	구분	성별/나이	심의내용	심의결과
	B사례	남/49세	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 (보건복지부 고시 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. 이 건은 PNH 과립구 클론 크기 87.7%, LDH 2193IU/L인 환자로서 동반 질환 신부전, 평활근 연속으로 승인 신청되었음. 제출된 진료기록을 확인한 결과, 입원 및 마약성 진통제가 필요한 중증의 재발성 평활근 연속의 객관적 근거가 부족함. 또한, 지속적인 creatinine 상승은 확인되나 만성 신부전과 PNH의 연관성을 확인하기 위한 신장 조직검사나 MRI 자료가 제출되지 않아 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여는 요양급여를 불승인함.	불승인
	C사례	남/37세	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 (보건복지부 고시 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. 이 건은 PNH 과립구 클론 크기 34.53%, LDH 674IU/L인 환자로서 동반 질환 혈전증, 평활근 연속으로 승인 신청되었음. 제출된 진료기록을 확인한 결과, 영상자료에서 혈전증이 확인되지 않았고, 반복적인 복통 호소 시 LDH 상승이 뚜렷하지 않아 복통이 용혈과 연관성이 있다고 판단되지 않으므로 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여는 요양급여를 불승인함.	불승인

○ 모니터링

심의년월	구분		성별/나이	모니터링 차수		심의내용	심의결과
2019.6.	모니 터링	A사례	남/66세	9차	54개월	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 (보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1.시행) Eculizumab 주사제 (품명: 솔리리스주)의 세부인정기준 1-가-3)은 발작성 야간 혈색소뇨증에 대한 eculizumab 주사제 (품명: 솔리리스주) 치료효과 평가 기준을 명시하고 있음.	지속투여 승인

심의년월	구분		성별/나이	모니터링 차수		심의내용	심의결과
						이 건은 지속 투여는 승인하나 혈관외용혈 (extravascular hemolysis) 확인을 위한 coombs' test 및 폐동맥 고혈압 추적 관찰 자료 제출을 요청함.	
		이 외 31사례	여/42세	8차	48개월	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부 고시 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/52세	8차	48개월		
			여/65세	11차	66개월		
			여/75세	12차	72개월		
			여/39세	6차	36개월		
			여/72세	8차	48개월		
			남/38세	10차	66개월		
			여/54세	5차	30개월		
			여/39세	9차	54개월		
			여/29세	3차	18개월		
			여/37세	3차	18개월		
			남/59세	6차	36개월		
			남/78세	6차	36개월		
			여/46세	9차	54개월		
			남/25세	3차	18개월		
			남/33세	10차	60개월		
			남/70세	13차	78개월		
			남/44세	3차	18개월		
			여/62세	6차	36개월		
			남/58세	2차	12개월		
			여/39세	2차	12개월		
			남/55세	2차	12개월		
			남/20세	2차	12개월		
			여/58세	7차	42개월		
			남/44세	3차	18개월		
			남/59세	3차	18개월		
			남/71세	12차	72개월		

심의년월	구분		성별/나이	모니터링 차수		심의내용	심의결과
			여/39세	1차	6개월		
			남/73세	1차	6개월		
			여/75세	1차	6개월		
			여/32세	1차	6개월		
	투여 중지 모니 터링	4사례	남/58세	8차	48개월	이 건들은 임상시험 전환 대상으로 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 급여로 투여하는 것은 중단하나, 이와 유사한 효능의 약제사용이 지속되므로 추후 6개월 마다 모니터링을 지속함. 단, 급여로 재투여하고자 할 때는 본 위원회의 심의를 거쳐 그 결정에 따라야 함.	급여 투여중지 모니터링 지속
			여/32세	8차	48개월		
			남/44세	12차	72개월		
			남/61세	7차	42개월		

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

○ 승인신청

심의년월	구분	성별/나이	심의내용		심의결과
2019. 6	A사례	여/65세	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 (보건복지부 고시 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. 이 건은 의식 저하로 내원하여 바이러스성 뇌염 의증으로 치료 중 용혈성 빈혈, 혈소판감소증, 급성 신부전 소견이 진행되어 혈장교환술을 시행하였음. 이후 상태 호전되어 보존적 치료 시행 중 비정형 용혈성 요독 증후군의 재발 소견을 보였고, 유전자 검사결과 THBD¹⁾ 변이가 확인되어 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 투여를 요양급여로 승인함. 추후 2개월 모니터링 보고서를 제출토록 함.		승인

○ 모니터링

심의년월	구분	성별/나이	모니터링 차수		심의내용	심의결과
2019. 6.	A사례	여/65세	2차	6개월	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 (보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1.시행) Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 세부 인정기준 1-나-3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에	지속투여 승인

심의년월	구분	성별/나이	모니터링 차수		심의내용	심의결과
					대한 eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료효과 평가 기준을 명시하고 있음. 이 건은 CFH²⁾ 유전자 변이가 보고되었고 용혈 및 신기능의 호전이 확인되어 지속투여를 승인함.	
	B사례	여/36세	3차	6개월	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 (보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1.시행) Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 세부 인정기준 1-나-3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료효과 평가 기준을 명시하고 있음. 이 건은 THBD 유전자 변이가 보고되었으나 효과 평가 기준인 혈소판수, haptoglobin, LDH 중 2가지 이상의 정상화가 확인되지 않아 2개월 후 추가 모니터링 보고서를 통해 지속투여 여부를 재논의하기로 함. 또한, 의미불명의 단세포군 감마글로불린병증 (MGUS³⁾)의 추적 관찰 자료를 제출토록 함.	지속투여 승인
	C사례	여/7세	1차	2개월	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 (보건복지부 고시 제2018-120호, 2018. 7. 1.시행) Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 세부 인정기준 1-나-3)은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)의 치료효과 평가 기준을 명시하고 있음. 이 건은 비정형 용혈성 요독 증후군의 전형적 소견이 확인되었으나 ADAMTS-13의 활성도가 확인되지 않아 조건부 요양급여로 승인된 건임. 이후 ADAMTS-13 활성도 97%로 확인되었고, 용혈 및 신기능의 호전이 있으나 유전자 검사와 anti-CFH antibody 결과가 제출되지 않아 2개월 후 추가 모니터링 보고서를 제출토록 함.	지속투여 승인

1) THBD: thrombomodulin

2) CFH: complement factor H

3) MGUS: monoclonal gammopathy of undetermined significance

5. 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 **요양급여로 인정**하고 있습니다.

■ 심의 결과

구분		계	동종	제대혈	자가	비고
총 접수		301	159	4	138	
처리결과	급여	220	106	4	110	
	선별급여	68	48	-	20	
	자료보완	9	2	-	7	
	불가	-	-	-	-	
	취하	4	3	-	1	

* 신청기관 : 34개 요양기관

■ 심의내용

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
동종	총 159건	급여 : 106건	급성골수성백혈병 : 42건	조혈모세포이식의 영양급여에 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 영양급여 대상자로 인정하고 있음.
			급성림프모구백혈병 : 29건	이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 영양급여에 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 영양급여

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				대상자로 인정하고 있음. (1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 (2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 ② t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 ③ 염색체수 44 미만 (나) 진단시 1세미만 (다) 백혈구 수 $100 \times 10^9/L$ 이상 (라) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① Poor Steroid Response ② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) ③ Early T cell Precursor Phenotype (3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 (4) 2차 이상 완전관해된 경우
			골수형성이상증후군 : 16건	이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-5)에 의하면, 골수형성이상증후군은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음. (1) 골수형성이상증후군 예후분류법(IPSS, IPSS-R, WPSS)인 다음 중 하나에 해당되는 경우 (가) 고위험군인 경우 ① IPSS: Intermediate-2 또는 high ② IPSS-R, WPSS: high 또는 very high (나) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 ① 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) $500/\mu l$ 이하 이면서 혈소판 $20,000/\mu l$ 이하 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 (2) 소아는 사례별로 결정함

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			중증재생불량성빈혈 : 4건	이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈은 골수검사 결과 세포충실도가 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 $500/\mu\text{l}$ 이하 ② 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 $60 \times 10^9/\text{L}$ ③ 혈소판 $20,000/\mu\text{l}$ 이하
			다발골수종 : 1건	이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 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 경우에 요양급여대상자로 인정하고 있음. ① ECOG 수행능력평가 0-1 ② 부분반응(Partial Response) 이상인 경우 ③ 만성신부전이 아닌 경우
			비호지킨림프종 : 5건	이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-7)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음. (1) 비호지킨 림프종 (가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우 ② Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) ③ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로써 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함 ① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma ② Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				③ Mantle Cell Lymphoma ④ Diffuse Large B Cell Lymphoma 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)
			만성육아종증 : 1건	이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-15)에 의하면, 만성육아종증은 임상 양상 및 유전자 검사 또는 질환의 특이검사 등으로 진단된 만성육아종증으로 중증감염이 반복되는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음. 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			만성골수성백혈병 : 4건	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 요양급여대상자로 인정하고 있음. (1) TKI 제제(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우 (2) T315I mutation 확인된 경우 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.
			혈구포식림프조직구증 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-10)에 의하면, 혈구포식림프조직구증은 The Histiocyte Society에서 제시된 진단기준(2004년 제정)을 만족하는 혈구포식림프조직구증 환자 중 가족성(유전적) 또는 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 확인된 경우 다

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				만, 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증 중에서 호전된 경우는 사례별 영양급여대상자로 인정하고 있음.
				이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.
			일차골수섬유증 : 1건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-9)에 의하면, 일차골수섬유증의 예후지표인 DIPSS plus risk category 중 고위험도(High risk, 예후 인자수 5항목 이상)와 중등위험도-2(Intermediate-2, 예후인자 수 2항목 또는 4항목)에 해당하는 경우 영양급여대상자로 인정하고 있음.
				이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.
			Diamond-Blackfan anemia: 1건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-12)에 의하면, 임상소견이나 유전적 검사로 진단된 선천성빈혈환자로서 다음의 경우 치료에 대한 반응을 고려하여 사례별로 인정하며 Diamond-Blackfan anemia 의 경우 스테로이드에 불응성인 경우 영양급여대상자로 인정하고 있음.
				이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.
	자료보완 : 2건		급성골수성백혈병 : 2건	조혈모세포이식의 영양급여에 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 심의하여 결정한다.” 고 명시하고 있음.
				이 건은 급성골수성백혈병으로 진단받아 1차 반일치 동종 조혈모세포이식 예정인 바, 혈연관계에 있는 경우 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 인정되나, 혈연관계에서 각 B locus 2개 불일치, C locus 2개 불일치로 haploidentical 해당하지 않아 일치하는 공여자를 찾아 재심의 하도록 자료보완토록 함.
	선별급여		급성림프모구백혈병	조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
		48건	: 6건	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 심의하여 결정한다. (2) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.” 고 명시하고 있음. 이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단받아 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인 바, 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. 이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단받아 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.
			만성골수성백혈병 : 1건	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 (1) TKI 제제(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우 (2) T315I mutation 확인된 경우 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				이 건은 만성골수성백혈병으로 진단받아 동종조혈모세포 이식 예정인 바, 만성기 또는 가속기가 아닌 급성기에 해당되어 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.
			급성골수성백혈병 : 8건	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.” 고 명시하고 있음. 이 건은 급성골수성백혈병으로 진단받아 1차, 2차 또는 3차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인 바, 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. 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 인정하고 있음.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				이 건은 급성골수성백혈병으로 진단받아 동종조혈모세포 이식 예정이나, 3차 혈액학적 완전관해된 경우로 기준에 해당하지 않고, 3차 동종조혈모세포이식 대한 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 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.
			중증재생불량성빈혈 : 2건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준) 별표1-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.”로 규정하고 있음. 한편, 조혈모세포이식의 영양급여에 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. ① 절대호중구 수(ANC)가 $500/\mu\text{l}$ 이하 ② 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 $60 \times 10^9/\text{L}$ ③ 혈소판 $20,000/\mu\text{l}$ 이하 이 건은 중증재생불량성빈혈로 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인 바, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식은 사례별로 심의하여 결정하고 있으나, 이 건은 영양급여대상기준에 해당하지 않음. 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.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				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 인정하고 있음. 이 건은 급성골수성백혈병으로 진단받아 동종조혈모세포 이식 예정인 바, 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.
			급성골수성백혈병, 급성림프모구성백혈병 : 14건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구성백혈병은 혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정함. (1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 (2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 ② t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 ③ 염색체수 44 미만 (나) 진단시 1세미만 (다) 백혈구 수 $100 \times 10^9/L$ 이상 (라)진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① Poor Steroid Response ② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) ③ Early T cell Precursor Phenotype (3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				(4) 2차 이상 완전관해된 경우 이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단받아 동종조혈모세포이식 예정인 바, 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.
			골수형성이상증후군, 급성골수성백혈병, : 6건	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. 이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 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.
			골수형성이상증후군 : 5건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-5)에 의하여 골수형성이상증후군을 요양급여대상자로 인정하고 있음. (1) 골수형성이상증후군 예후분류법 (IPSS, IPSS-R, WPSS) 인 다음 중 하나에 해당되는 경우 (가) 고위험군인 경우 ① IPSS: Intermediate-2 또는 high ② IPSS-R, WPSS: high 또는 very high (나) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 ① 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하 이면서 혈소판 20,000/μl 이하 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 (2) 소아는 사례별로 결정함

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				이 건은 골수형성이상증후군으로 진단받아 동종조혈모세포이식 예정인 바, 소아가 아니고 IPSS-R INT, IPSS/WPSS LOW 군으로 확인되어 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. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준) 별표1-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.” 고 명시하고 있음. 이 건은 골수형성이상증후군으로 진단받아 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인 바, 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. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 1-다)에 의하면, 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정하고 있음. 이 건은 골수형성이상증후군으로 진단받아, 2차 또는 3차 동종조혈모세포이식 예정인 바, 이 상병에 대한 2차 또는

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				3차 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 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.
			비호지킨림프종 : 5건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(영양급여대상자기준) 별표 2-가-7)-(1)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여대상자로 인정하고 있음. (1) 비호지킨 림프종 (가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우 ② Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) ③ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로써 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함 ① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma ② Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma ③ Mantle Cell Lymphoma ④ Diffuse Large B Cell Lymphoma 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 비호지킨림프종으로 진단받아 동종조혈모세포이식 예정인 바, 부분반응 이상의 결과가 확인되지 않기 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. 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(영양급여대상자기준)별

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				표1-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.” 고 명시하고 있음. 이 건은 비호지킨림프종으로 진단받아 1차 또는 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인 바, 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.
			일차골수섬유증 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준) 별표1-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.” 고 명시하고 있음. 이 건은 일차골수섬유증으로 진단받아 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인 바, 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 조

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
		취하:3건		
제대혈	총 4건	급여 : 4건	급성림프모구백혈병 : 2건	조혈모세포이식의 영양급여에 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 영양급여 대상자로 인정하고 있음. (1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 (2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 ② t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 ③ 염색체수 44 미만 (나) 진단시 1세미만 (다) 백혈구 수 $100 \times 10^9/L$ 이상 (라) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① Poor Steroid Response ② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) ③ Early T cell Precursor Phenotype (3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 (4) 2차 이상 완전관해된 경우 이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.
			골수형성이상증후군 : 2건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-5)에 의하면, 골수형성이상증후군은 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여대상자로 인정하고 있음. (1) 골수형성이상증후군 예후분류법(IPSS, IPSS-R, WPSS)인 다음 중 하나에 해당되는 경우 (가) 고위험군인 경우 ① IPSS: Intermediate-2 또는 high ② IPSS-R, WPSS: high 또는 very high (나) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS:

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 ① 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) $500/\mu\text{l}$ 이하 이면서 혈소판 $20,000/\mu\text{l}$ 이하 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 (2) 소아는 사례별로 결정함 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
자가	총 138건	급여 : 110건	골육종 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-(10)에 골육종은 "다음 각 호의 1에 해당된 때 (1)수술 및 항암치료 후 완전 관해된 경우 (2)재발 후 국소적 치료 및 구제 항암화학요법으로 2차 완전 관해된 때"로 되어있음. 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			다발골수종 : 56건	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 인정하고 있음. 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			비호지킨림프종 : 38건	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 인정하고 있음. ① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 ② Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 ③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) ④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) ⑤ Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) ⑥ Primary CNS Lymphoma

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준 항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정됨. ① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia 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.
			수모세포종 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-9)-(1)에 의하면, 수모세포종(Medulloblastoma)은 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상이면서 다음 중 하나에 해당 하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음. ① 진단시 3세이하 ② 수술 후 잔여종괴가 1.5cm² 이상인 경우 ③ 두개강내 전이가 있는 경우 ④ Anaplastic type 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			신경모세포종① : 2건	<2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016. 5. 1.시행)에 의하면, 신경모세포종은 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 (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 적

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				합하다고 판단되는 경우이어야 하고, 또한 위 인정기준에 적합하여 시행하는 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)에 대하여는 “가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성 신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가조혈모 세포이식, 나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식” 중 어느 하나에 해당하는 경우이어야 요양급여대상자로 인정하고 있음. 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			POEMS증후군 : 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(3)에 의하면, POEMS 증후군은 “IMWG에서 제시한 POEMS 증후군 진단기준에 만족하는 경우” 에 요양급여 대상자로 인정하고 있음. 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.
			호지킨림프종 : 3건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-1)-(2)에 의하면, 전형호지킨 림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)은 “표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 에 요양급여 대상자로 인정하고 있음. 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.
			비정형기형/황문근종양① : 1건	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"에 요양급여 대상자로 인정하고 있음. 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			급성골수성백혈병 : 5건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-2)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)에 대한 요양급여 인정기준은 다음과 같음.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 혈액학적 완전관해인 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음. 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			AL 아밀로이드증 : 1건	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. IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증(AL amyloidosis) 진단 기준에 만족하는 경우 다만, ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하면서 장기부전(심·신·간·폐부전)이 아닌 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음. 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
	자료보완 : 7건		비호지킨림프종 : 2건	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 인정하고 있음. ① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 ② Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 ③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) ④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) ⑤ Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) ⑥ Primary CNS Lymphoma 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 해

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음. ① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia 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 건의 경우 1차 자가조혈모세포이식 예정으로 최근 영상 자료가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 상태여부 판단이 곤란함. 따라서 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 영상 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.
			AL 아밀로이드증 : 2건	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)은 “IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증(AL amyloidosis) 진단기준에 만족하는 경우”에 요양급여 대상자로 인정하고 있음. 이 건은 AL amyloidosis로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 제출된 자료 상 진단기준에 미흡하여 이식에 적합한 상태인지 여부를 판단하기가 곤란함. 따라서 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 검사 결과 확인이 필요하므로 자료보완토록 함.
			다발골수종 : 2건	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 인정하고 있음. 다발골수종 상병으로 자가조혈모세포이식 예정인 이 건은 제출된 검사결과를 참조할 때 조혈모세포이식이 반드시 요구되는 다발골수종의 범주에 포함된다고 판단하기 곤란한 바 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 자료가

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			송과체아세포종 : 1건	필요하므로 자료보완토록 함. 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-9)-(1)에 의하면, 송과체아세포종은 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상아면서 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음. ① 진단시 3세이하 ② 수술 후 잔여종괴가 1.5cm 이상인 경우 ③ 두개강내 전이가 있는 경우 ④ Anaplastic type 이 건의 경우 1차 자가조혈모세포이식 예정으로 최근 영상 자료가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 상태여부 판단이 곤란함. 따라서 영양급여 대상 여부를 결정하기 위해 영상 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.
			비호지킨림프종, 다발골수종, POEMS증후군 : 8건	조혈모세포이식의 영양급여에 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. 이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만 65세 이상이기 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.
		선별급여 : 20건	생식세포종 : 3건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 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 인정하고 있음. 이 건은 생식세포종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나, 항암요법 이후 부분반응 이상을 보이지 않음. 따라서 고시 기준을 충족하지는 못하나 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 조혈모세포이식술

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함. 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법 제1호(요양급여의 일반원칙) 가목에서 요양급여는 가입자 등의 연령·성별·직업 및 심신상태 등의 특성을 고려하여 진료의 필요가 있다고 인정되는 경우에 정확한 진단을 토대로 하여 환자의 건강증진을 위하여 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시하여야 한다고 규정되어 있고, 조혈모세포 이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 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 요양급여 대상자로 인정하고 있음. 이 건은 생식세포종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나, 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응은 있으나, 최근 골수검사 상 골수침범이 있어 자가 조혈모세포이식이 적합한 상태가 아님. 따라서 고시 기준을 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.
			Anaplastic Ependymoma : 1건	<2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016. 5. 1.시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)에 대하여는 “가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성 신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가조혈모 세포이식, 나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식” 중 어느 하나에 해당하는 경우이어야 요양급여대상자로 인정하고 있음. 이 건은 Anaplastic Ependymoma으로 1차 자가조혈모세포이식을 시행하였으나 2차 자가조혈모세포이식 예정인 바, 2차 이식에 대한 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제 2014-196호, 2014. 2. 1.시행)에 따라, 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			Germinoma① : 1건	<2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016. 5. 1.시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)에 대하여는 “가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성 신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가조혈모 세포이식, 나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식” 중 어느 하나에 해당하는 경우이어야 요양급여대상자로 인정하고 있음. 이 건은 Germinoma으로 1차 자가조혈모세포이식을 시행하였으나 2차 자가조혈모세포이식 예정인 바, 2차 이식에 대한 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 2. 1.시행)에 따라, 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			비호지킨림프종 : 5건	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 인정하고 있음. ① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 ② Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 ③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) ④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) ⑤ Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) ⑥ Primary CNS Lymphoma 또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상 자기준)(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 인정하고 있음. ① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenström's Macroglobulinemia 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 비호지킨림프종(Malignant lymphoma)로 진단받고 표준항암치료 후 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 진단 근거가 명확하지 않음. 따라서 고시 기준을 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. 이 건은 비호지킨림프종(Subcutaneous panniculitis like T cell lymphoma)으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 표준 치료에 반응하여 재발 또는 불응성에 해당하지 않음. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 2. 1.시행)에 따라, 환자측의 요청과 진료 담당의사의 의학적 판단에 따라 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함. 이 건은 비호지킨림프종(Primary effusion lymphoma)으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 표준 치료에 반응하여 재발 또는 불응성에 해당하지 않음. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 2. 1.시행)에 따라, 환자측의 요청과 진료 담당의사의 의학적 판단에 따라 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함. 이 건은 비호지킨림프종(Marginal zone B cell lymphoma)으로

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				1차 자가조혈모세포이식 예정이나 항암요법 이후 부분반응 이상을 보이지 않음. 따라서 고시 기준을 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.
				이 건은 비호지킨림프종(T lymphoblastic lymphoma)으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 표준 치료에 반응하여 재발 또는 불응성에 해당하지 않음. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 2. 1.시행)에 따라, 환자측의 요청과 진료 담당의사의 의학적 판단에 따라 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			다발골수종 : 2건	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 인정하고 있음. 이 건은 다발골수종으로 진단받고 표준항암치료 후 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 진단 근거가 명확하지 않음. 따라서 고시 기준을 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.
		취하: 1건		
계	301			
①: tandem transplantation (2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 자가 조혈모세포이식)				

[별첨] 조혈모세포이식 요양급여대상 결정현황

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
1	동종조혈모	남	63	골수형성이상증후군(MDS)	급여
2	동종조혈모	남	64	골수형성이상증후군(MDS)	급여
3	동종조혈모	남	58	골수형성이상증후군(MDS)	급여
4	동종조혈모	남	40	골수형성이상증후군(MDS)	급여
5	동종조혈모	남	62	골수형성이상증후군(MDS)	급여
6	동종조혈모	남	53	골수형성이상증후군(MDS)	급여
7	동종조혈모	남	62	골수형성이상증후군(MDS)	급여
8	동종조혈모	여	57	골수형성이상증후군(MDS)	급여
9	동종조혈모	여	52	골수형성이상증후군(MDS)	급여
10	동종조혈모	남	64	골수형성이상증후군(MDS)	급여
11	동종조혈모	남	61	골수형성이상증후군(MDS)	급여
12	동종조혈모	남	56	골수형성이상증후군(MDS)	급여
13	동종조혈모	남	62	골수형성이상증후군(MDS)	급여
14	동종조혈모	여	62	골수형성이상증후군(MDS)	급여
15	동종조혈모	남	48	골수형성이상증후군(MDS)	급여
16	동종조혈모	남	47	골수형성이상증후군(MDS)	급여
17	동종조혈모	남	58	급성골수성백혈병(AML)	급여
18	동종조혈모	여	49	급성골수성백혈병(AML)	급여
19	동종조혈모	여	55	급성골수성백혈병(AML)	급여
20	동종조혈모	여	47	급성골수성백혈병(AML)	급여
21	동종조혈모	남	64	급성골수성백혈병(AML)	급여
22	동종조혈모	여	29	급성골수성백혈병(AML)	급여
23	동종조혈모	여	63	급성골수성백혈병(AML)	급여
24	동종조혈모	남	5	급성골수성백혈병(AML)	급여
25	동종조혈모	여	40	급성골수성백혈병(AML)	급여
26	동종조혈모	남	30	급성골수성백혈병(AML)	급여
27	동종조혈모	남	65	급성골수성백혈병(AML)	급여
28	동종조혈모	여	56	급성골수성백혈병(AML)	급여
29	동종조혈모	남	59	급성골수성백혈병(AML)	급여
30	동종조혈모	남	30	급성골수성백혈병(AML)	급여
31	동종조혈모	여	50	급성골수성백혈병(AML)	급여
32	동종조혈모	남	48	급성골수성백혈병(AML)	급여
33	동종조혈모	남	36	급성골수성백혈병(AML)	급여
34	동종조혈모	남	35	급성골수성백혈병(AML)	급여
35	동종조혈모	여	54	급성골수성백혈병(AML)	급여
36	동종조혈모	남	41	급성골수성백혈병(AML)	급여
37	동종조혈모	남	51	급성골수성백혈병(AML)	급여
38	동종조혈모	여	15	급성골수성백혈병(AML)	급여
39	동종조혈모	여	49	급성골수성백혈병(AML)	급여
40	동종조혈모	남	53	급성골수성백혈병(AML)	급여
41	동종조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	급여
42	동종조혈모	남	12	급성골수성백혈병(AML)	급여
43	동종조혈모	여	52	급성골수성백혈병(AML)	급여
44	동종조혈모	남	44	급성골수성백혈병(AML)	급여
45	동종조혈모	남	25	급성골수성백혈병(AML)	급여
46	동종조혈모	여	55	급성골수성백혈병(AML)	급여
47	동종조혈모	여	51	급성골수성백혈병(AML)	급여
48	동종조혈모	남	48	급성골수성백혈병(AML)	급여
49	동종조혈모	남	46	급성골수성백혈병(AML)	급여
50	동종조혈모	여	53	급성골수성백혈병(AML)	급여
51	동종조혈모	여	47	급성골수성백혈병(AML)	급여
52	동종조혈모	여	46	급성골수성백혈병(AML)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
53	동종조혈모	여	52	급성골수성백혈병(AML)	급여
54	동종조혈모	남	29	급성골수성백혈병(AML)	급여
55	동종조혈모	여	14	급성골수성백혈병(AML)	급여
56	동종조혈모	남	49	급성골수성백혈병(AML)	급여
57	동종조혈모	남	50	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
58	동종조혈모	여	51	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
59	동종조혈모	남	24	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
60	동종조혈모	남	56	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
61	동종조혈모	여	53	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
62	동종조혈모	여	24	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
63	동종조혈모	여	43	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
64	동종조혈모	남	25	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
65	동종조혈모	여	50	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
66	동종조혈모	여	59	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
67	동종조혈모	남	44	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
68	동종조혈모	남	17	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
69	동종조혈모	남	11	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
70	동종조혈모	여	13	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
71	동종조혈모	남	37	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
72	동종조혈모	남	49	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
73	동종조혈모	여	1	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
74	동종조혈모	여	43	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
75	동종조혈모	남	4	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
76	동종조혈모	남	52	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
77	동종조혈모	남	43	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
78	동종조혈모	여	53	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
79	동종조혈모	남	53	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
80	동종조혈모	남	17	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
81	동종조혈모	남	11	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
82	동종조혈모	남	50	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
83	동종조혈모	여	39	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
84	동종조혈모	남	47	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
85	동종조혈모	남	10	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
86	동종조혈모	여	60	다발골수종(MM)	급여
87	동종조혈모	남	50	만성골수성백혈병(CML)	급여
88	동종조혈모	남	49	만성골수성백혈병(CML)	급여
89	동종조혈모	남	47	만성골수성백혈병(CML)	급여
90	동종조혈모	남	23	만성골수성백혈병(CML)	급여
91	동종조혈모	여	22	만성육아종증(CGD)	급여
92	동종조혈모	남	35	비호지킨림프종	급여
93	동종조혈모	남	30	비호지킨림프종	급여
94	동종조혈모	남	50	비호지킨림프종	급여
95	동종조혈모	남	64	비호지킨림프종	급여
96	동종조혈모	남	57	비호지킨림프종	급여
97	동종조혈모	여	1	연소기골수단구성백혈병(JMML)	급여
98	동종조혈모	남	58	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	급여
99	동종조혈모	남	25	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
100	동종조혈모	남	54	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
101	동종조혈모	여	20	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
102	동종조혈모	여	6	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
103	동종조혈모	남	18	Acute Bileneal Leukemia	급여
104	동종조혈모	남	28	Diamond-Blackfanemia	급여
105	동종조혈모	남	45	MixedPhenotypeAcuteLeukemia	급여
106	동종조혈모	여	37	혈구포식림프조직구증(HLH)	급여
107	동종조혈모	여	57	골수형성이상증후군(MDS)	선별
108	동종조혈모	남	49	골수형성이상증후군(MDS)	선별
109	동종조혈모	남	58	골수형성이상증후군(MDS)	선별
110	동종조혈모	여	67	골수형성이상증후군(MDS)	선별
111	동종조혈모	여	45	골수형성이상증후군(MDS)	선별
112	동종조혈모	여	60	골수형성이상증후군(MDS)	선별
113	동종조혈모	남	46	급성골수성백혈병(AML)	선별
114	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	선별
115	동종조혈모	여	64	급성골수성백혈병(AML)	선별
116	동종조혈모	여	58	급성골수성백혈병(AML)	선별
117	동종조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	선별
118	동종조혈모	여	60	급성골수성백혈병(AML)	선별
119	동종조혈모	남	48	급성골수성백혈병(AML)	선별
120	동종조혈모	여	58	급성골수성백혈병(AML)	선별
121	동종조혈모	여	39	급성골수성백혈병(AML)	선별
122	동종조혈모	남	50	급성골수성백혈병(AML)	선별
123	동종조혈모	남	62	급성골수성백혈병(AML)	선별
124	동종조혈모	남	67	급성골수성백혈병(AML)	선별
125	동종조혈모	남	37	급성골수성백혈병(AML)	선별
126	동종조혈모	남	43	급성골수성백혈병(AML)	선별
127	동종조혈모	남	67	급성골수성백혈병(AML)	선별
128	동종조혈모	남	59	급성골수성백혈병(AML)	선별
129	동종조혈모	여	66	급성골수성백혈병(AML)	선별
130	동종조혈모	남	6	급성골수성백혈병(AML)	선별
131	동종조혈모	여	37	급성골수성백혈병(AML)	선별
132	동종조혈모	여	38	급성골수성백혈병(AML)	선별
133	동종조혈모	남	74	급성골수성백혈병(AML)	선별
134	동종조혈모	여	44	급성골수성백혈병(AML)	선별
135	동종조혈모	남	58	급성골수성백혈병(AML)	선별
136	동종조혈모	여	38	급성골수성백혈병(AML)	선별
137	동종조혈모	남	56	급성골수성백혈병(AML)	선별
138	동종조혈모	남	50	급성골수성백혈병(AML)	선별
139	동종조혈모	여	12	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
140	동종조혈모	남	27	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
141	동종조혈모	남	30	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
142	동종조혈모	남	22	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
143	동종조혈모	여	54	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
144	동종조혈모	여	51	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
145	동종조혈모	여	37	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
146	동종조혈모	여	22	만성골수성백혈병(CML)	선별
147	동종조혈모	남	45	비호지킨림프종	선별
148	동종조혈모	남	55	비호지킨림프종	선별
149	동종조혈모	여	30	비호지킨림프종	선별
150	동종조혈모	여	48	비호지킨림프종	선별
151	동종조혈모	남	23	비호지킨림프종	선별
152	동종조혈모	남	64	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	선별

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
153	동종조혈모	여	49	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별
154	동종조혈모	남	61	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별
155	동종조혈모	남	58	급성골수성백혈병(AML)	자료보완
156	동종조혈모	남	47	급성골수성백혈병(AML)	자료보완
157	동종조혈모	여	22	급성골수성백혈병(AML)	취하
158	동종조혈모	남	44	급성림프모구백혈병(ALL)	취하
159	동종조혈모	남	63	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	취하
160	제대혈조혈모	남	45	골수형성이상증후군(MDS)	급여
161	제대혈조혈모	여	59	골수형성이상증후군(MDS)	급여
162	제대혈조혈모	여	29	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
163	제대혈조혈모	남	16	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
164	자가조혈모	여	64	AL아밀로이드증(ALamyloidosis)	급여
165	자가조혈모	남	59	POEMS증후군	급여
166	자가조혈모	남	54	POEMS증후군	급여
167	자가조혈모	남	20	골육종(Osteosarcoma)	급여
168	자가조혈모	남	48	급성골수성백혈병(AML)	급여
169	자가조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	급여
170	자가조혈모	남	34	급성골수성백혈병(AML)	급여
171	자가조혈모	남	43	급성골수성백혈병(AML)	급여
172	자가조혈모	여	50	급성골수성백혈병(AML)	급여
173	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	급여
174	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	급여
175	자가조혈모	남	43	다발골수종(MM)	급여
176	자가조혈모	남	41	다발골수종(MM)	급여
177	자가조혈모	남	47	다발골수종(MM)	급여
178	자가조혈모	여	51	다발골수종(MM)	급여
179	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	급여
180	자가조혈모	여	52	다발골수종(MM)	급여
181	자가조혈모	남	54	다발골수종(MM)	급여
182	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	급여
183	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
184	자가조혈모	여	55	다발골수종(MM)	급여
185	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	급여
186	자가조혈모	여	57	다발골수종(MM)	급여
187	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	급여
188	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	급여
189	자가조혈모	남	55	다발골수종(MM)	급여
190	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	급여
191	자가조혈모	여	54	다발골수종(MM)	급여
192	자가조혈모	남	44	다발골수종(MM)	급여
193	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
194	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	급여
195	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	급여
196	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	급여
197	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	급여
198	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	급여
199	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	급여
200	자가조혈모	여	51	다발골수종(MM)	급여
201	자가조혈모	남	46	다발골수종(MM)	급여
202	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
203	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	급여
204	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	급여
205	자가조혈모	남	54	다발골수종(MM)	급여
206	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	급여
207	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	급여
208	자가조혈모	여	55	다발골수종(MM)	급여
209	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	급여
210	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	급여
211	자가조혈모	남	54	다발골수종(MM)	급여
212	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	급여
213	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	급여
214	자가조혈모	여	49	다발골수종(MM)	급여
215	자가조혈모	남	53	다발골수종(MM)	급여
216	자가조혈모	여	45	다발골수종(MM)	급여
217	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	급여
218	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	급여
219	자가조혈모	여	51	다발골수종(MM)	급여
220	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	급여
221	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	급여
222	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	급여
223	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	급여
224	자가조혈모	여	58	비호지킨림프종	급여
225	자가조혈모	여	45	비호지킨림프종	급여
226	자가조혈모	여	63	비호지킨림프종	급여
227	자가조혈모	여	60	비호지킨림프종	급여
228	자가조혈모	여	38	비호지킨림프종	급여
229	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종	급여
230	자가조혈모	남	45	비호지킨림프종	급여
231	자가조혈모	여	59	비호지킨림프종	급여
232	자가조혈모	여	55	비호지킨림프종	급여
233	자가조혈모	남	46	비호지킨림프종	급여
234	자가조혈모	여	45	비호지킨림프종	급여
235	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종	급여
236	자가조혈모	남	51	비호지킨림프종	급여
237	자가조혈모	여	47	비호지킨림프종	급여
238	자가조혈모	남	19	비호지킨림프종	급여
239	자가조혈모	여	55	비호지킨림프종	급여
240	자가조혈모	여	64	비호지킨림프종	급여
241	자가조혈모	여	52	비호지킨림프종	급여
242	자가조혈모	남	46	비호지킨림프종	급여
243	자가조혈모	남	34	비호지킨림프종	급여
244	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종	급여
245	자가조혈모	남	38	비호지킨림프종	급여
246	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종	급여
247	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종	급여
248	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종	급여
249	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종	급여
250	자가조혈모	여	42	비호지킨림프종	급여
251	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종	급여
252	자가조혈모	남	35	비호지킨림프종	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
253	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종	급여
254	자가조혈모	여	64	비호지킨림프종	급여
255	자가조혈모	여	57	비호지킨림프종	급여
256	자가조혈모	여	59	비호지킨림프종	급여
257	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종	급여
258	자가조혈모	남	51	비호지킨림프종	급여
259	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종	급여
260	자가조혈모	여	55	비호지킨림프종	급여
261	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종	급여
262	자가조혈모	남	7	수모세포종(Medulloblastoma)	급여
263	자가조혈모	남	37	호지킨림프종	급여
264	자가조혈모	남	14	호지킨림프종	급여
265	자가조혈모	여	59	호지킨림프종	급여
266	자가조혈모	남	66	POEMS증후군	선별
267	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	선별
268	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	선별
269	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	선별
270	자가조혈모	남	71	다발골수종(MM)	선별
271	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종	선별
272	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종	선별
273	자가조혈모	여	67	비호지킨림프종	선별
274	자가조혈모	남	4	비호지킨림프종	선별
275	자가조혈모	남	36	비호지킨림프종	선별
276	자가조혈모	남	65	비호지킨림프종	선별
277	자가조혈모	여	60	비호지킨림프종	선별
278	자가조혈모	여	73	비호지킨림프종	선별
279	자가조혈모	남	15	비호지킨림프종	선별
280	자가조혈모	여	66	비호지킨림프종	선별
281	자가조혈모	남	25	생식세포종(Germcelltumor)	선별
282	자가조혈모	남	36	생식세포종(Germcelltumor)	선별
283	자가조혈모	남	11	생식세포종(Germcelltumor)	선별
284	자가조혈모	여	53	AL아밀로이드증(ALamyloidosis)	자료보완
285	자가조혈모	여	51	AL아밀로이드증(ALamyloidosis)	자료보완
286	자가조혈모	여	57	Monoclonalgammopathy	자료보완
287	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	자료보완
288	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종	자료보완
289	자가조혈모	남	40	비호지킨림프종	자료보완
290	자가조혈모	남	26	송과체아세포종(Pineoblastoma)	자료보완
291	자가조혈모	남	47	급성골수성백혈병(AML)	취하
292	자가 후 자가	여	64	다발골수종(MM)	급여
293	자가 후 자가	남	50	다발골수종(MM)	급여
294	자가 후 자가	여	62	다발골수종(MM)	급여
295	자가 후 자가	남	64	다발골수종(MM)	급여
296	자가 후 자가	남	58	다발골수종(MM)	급여
297	자가 후 자가	여	4	Anaplastic Ependymoma	선별
298	Tandem(자가-자가)	남	3	비정형기형/황문근종양(AT/RT)①	급여
299	Tandem(자가-자가)	남	4	신경모세포종(Neuroblastoma)①	급여
300	Tandem(자가-자가)	남	5	신경모세포종(Neuroblastoma)①	급여
301	Tandem(자가-자가)	남	19	Germinoma①	선별