

진료심사평가위원회 심의사례 공개(총 5 항목)

- 2021. 4. 30. 공개

연번	제 목	페이지
1	Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 영양급여 대상 여부	1
2	심실 보조장치 치료술(Ventricular Assist Device) 영양급여 대상 여부	5
3	Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 영양급여 대상 여부	9
4	면역관용요법(Immune Tolerance Induction) 영양급여 대상 여부	12
5	조혈모세포이식 영양급여 및 선별급여 대상 여부	18

## 1. Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 대상 여부

- 위원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부 고시 제2020-305호, 2021. 1. 1. 시행)에 따라 솔리리스주 요양급여 대상 여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- 「Eculizumab(품명: 솔리리스주) 사전승인에 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 함. 다만, 60일을 경과하여 투여하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함(제4조제2항).
  2. 솔리리스주의 요양급여 승인을 받은 요양기관은 6개월마다 상병별로 구분하여 위 공고 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 작성하여 위원에 제출하여야 함. 또한, 비정형 용혈성 요독 증후군의 경우 위 공고 별지 제3호 서식에 따라 치료 시작 후 2개월에 초기 모니터링 보고서를 추가 제출하여야 함(제8조제1항). 모니터링 보고서를 부득이한 사유로 제출 할 수 없는 경우에는 1회(15일)에 한하여 자료제출 기간을 연장할 수 있음(제8조제2항).

### □ 심의결과

심의년월	구분	접수건	승인신청		재심의 승인신청		모니터링	
			승인	불승인	승인	불승인	승인	불승인
총계		6	0	6	0	0	0	0
2021. 3.	발작성 야간 혈색소뇨증	0	0	0	-	-	-	-
	비정형 용혈성 요독 증후군	6	0	6	-	-	-	-

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

○ 승인신청(6사례)

심의년월	사례	성별/나이	결정결과	결정내용
2021. 3.	A	여/42세	불승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2020-305호, 2021. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 갑작스러운 의식장애로 내원한 환자로서 혈전 미세혈관병증 소견으로 혈장교환술 등 시행하였으나 용혈성빈혈 및 신기능 악화가 지속되어 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 혈소판수가 정상범위로 회복되어 위 고시 제1호나목1) 가)에서 정한 활성형 혈전 미세혈관병증에 적합하지 않으며, 감염, 파종성혈관내응고증으로 인한 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목2) 사)와 자)에 따른 제외대상에 해당하므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>
	B	여/55세	불승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2020-305호, 2021. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 2018년 신장이식 후 반복적인 혈전미세혈관병증 및 신기능 악화 소견을 보인 환자로서 이식 후 신장조직검사에서 항체매개성 거부반응이 확인되어 보존적 치료 하던 중, 2021년 재시행한 신장조직검사에서 혈전미세혈관병증 소견이 확인되고 신기능 악화가 지속되어 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, LDH 수치가 정상 상한치의 1.5배 미만으로 회복되어 위 고시 제1호나목1) 가)에서 정한 활성형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않으며, 2020.10.28.~11.2. 3회의 혈장교환 후 2020.11.2. ADAMTS-13 활성이 시행되어 위 고시 제1호나목1) 다)에서 정한 혈장교환을 하기 이전의 혈액 샘플에서 ADAMTS-13 활성 10% 이상에 적합하지 않음. 또한, 면역억제제 사용 및 이식거부반응에 수반된 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목2) 마)와 자)에 따른 제외대상에 해당하므로 Eculizumab 주사제</p>

심의년월	사례	성별/나이	결정결과	결정내용
				(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.
	C	여/41세	불승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2020-305호, 2021. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 뇌경색 치료 중 신기능 저하 소견을 보이고 혈전미세혈관병증 및 갑상선암이 진단된 환자로서, 갑상선암 수술이 예정되어 수술이 환자상태를 악화시킬 수 있다며 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 혈소판수 정상, 분열적혈구 음성, 헤모글로빈 10g/dL 이상, LDH 정상으로 위 고시 제1호나목1) 가)에서 정한 활성형 혈전미세혈관병증에 적합하지 않으므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>
	D	남/50세	불승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2020-305호, 2021. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 20년 6월 동종조혈모세포 이식 후 12월 면역억제제를 중단한 환자로서, 21년 2월 복통으로 입원 후 치료하던 중 혈전미세혈관병증 및 신기능 악화소견으로 혈장교환술을 시행하였으나 임상경과 호전 없이 신손상이 지속되어 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 3.1 혈장교환 후 3.2. ADAMTS-13 활성이 시행되어 위 고시 제1호나목1) 다)에서 정한 혈장교환을 하기 이전의 혈액 샘플에서 ADAMTS-13 활성 10% 이상에 적합하지 않음. 또한, 감염, 약물사용 등으로 인한 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목 2) 마)와 자)에 따른 제외대상에 해당하므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>
	E	남/14세	불승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2020-305호, 2021. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형</p>

심의년월	사례	성별/나이	결정결과	결정내용
				<p>용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 20년 3월 동종조혈모세포 이식 후 이식편대숙주병 및 당뇨 등에 대한 치료 외 혈액검사 결과 정상으로 유지하던 환자로서, 21년 2월 호흡곤란으로 입원 후 소변량 감소 및 혈전미세혈관병증 소견이 확인되어 혈장교환술을 시행하였으나 다발성 장기부전을 보여 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 조혈모세포이식 후 이식편대숙주병, 면역억제제를 포함한 약물 사용, 감염 등으로 인한 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목 2) 마)와 자)에 따른 제외대상에 해당하므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>
	F	여/66세	불승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 약제 [639] 기타의 생물학적 제제 “Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)” 의 세부인정기준 및 방법(보건복지부 고시 제2020-305호, 2021. 1. 1. 시행) 제1호나목은 비정형 용혈성 요독 증후군에 대한 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 기준을 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 20년 9월 신장이식 후 거대세포바이러스 및 BK 바이러스 감염, 급성면역거부반응을 보여 20년 12월~21년 2월 입원치료 후 경과관찰 중이던 환자로서 21년 3월 발열, 전신통증으로 입원 후 급성 신손상 및 혈전미세혈관병증, 요로감염 소견으로 투석 등 보존적 치료를 시행하였으나 임상경과가 호전되지 않아 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주)를 요양급여 승인 신청함.</p> <p>제출된 진료기록을 확인한 결과, 항체 매개성 거부반응, 감염, 파중성혈관내응고증 등으로 인한 이차성 혈전미세혈관병증으로 판단되어 위 고시 제1호나목 2) 사)와 자)에 따른 제외대상에 해당하므로 Eculizumab 주사제(품명: 솔리리스주) 요양급여 신청을 불승인함.</p>

2. 심실 보조장치 치료술(VAD\*) 요양급여 대상 여부

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

\* VAD: Ventricular Assist Device

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

계	심의결과	실시기관 승인신청		대상자 승인신청	
		이식형	체외형	이식형	체외형
8	승인	1	-	5	2
	불승인	-	-	0	0

□ 심실 보조장치 치료술(VAD) 실시기관 승인 여부(총 1기관)

요양기관명(요양기호)	구분	인력기준	장비기준	심장이식술 청구건수*	심의결과
인천세종병원(31101267)	이식형	충족	충족	4	승인

\*청구건수: 심사년월(2019.2.~2021.1.), 지급, 보험자구분 전체, 심장이식술(Q8080) 청구건수

□ 심실 보조장치 치료술(VAD) 요양급여 대상 여부(총 7사례)

○ 이식형 좌심실 보조장치 치료술(5사례)

사례	성별/나이	결정결과	결정내용
A	남/61세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로 2017년 2월 심초음파상 확장성 심근병증 확인되어 약물치료 시작하였으나 2020년 12월부터 증상 악화되어 정맥강심제 의존적이며 INTERMACS III, NYHA Class IV로 말기 심부전 소견 보임.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한기준」 제6조에 따른 [별표2]1.-① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 ‘심장이식 대기자로 등록된 말기 심부전환자의 심장이식 가교 치료시’에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 심실 보조장치 치료술(VAD)의 요양급여를 인정함.</p>
B	여/68세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 허혈성 심근병증 환자로, 2016년 관상동맥우회술, 2018년 관상동맥중재술 시행 후 약물 치료에도 불구하고 좌심실구혈률 지속적으로 감소하여 2019년 5월 심율동 전환 제세동기 거치술 시행함. 심부전 악화로 수차례 입퇴원을 반복하고 있고 2021년 2월 좌심실구혈률 21%이며 현재 정맥강심제 중단이 불가능한 INTERMACS III 말기 심부전에 해당함.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한기준」 제6조에 따른 [별표2]1.-① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 ‘심장이식 대기자로 등록된 말기 심부전환자의 심장이식 가교 치료시’에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 심실 보조장치 치료술(VAD)의 요양급여를 인정함.</p>
C	남/72세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식이 적합하지 않은 허혈성 심근병증 환자로 2008년 관상동맥우회술 시행 후 심부전 악화되어 2017년 6월 좌심실구혈률 20%로 감소함. 2017년 8월 심실세동으로 제세동 후 심장재동기화치료 시행하였고 지속적인 약물치료에도 불구하고 증상 악화되어 정맥강심제 유지 중인 INTERMACS III 말기 심부전에 해당함.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제6조에 따른 [별표2] 1.- ① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 나.목 ‘심장이식이 적합하지 않은 말기심부전 환자에서 약물치료에도 불구하고 심한 증상이 2개월 이상</p>

사례	성별/나이	결정결과	결정내용
			<p>지속되고’, 2) ‘정맥 강심제에 의존적인 상태로 투여를 중단할 수 없는 경우’에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 심실 보조장치 치료술(VAD)의 요양급여 인정함.</p>
D	남/78세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식이 적합하지 않은 허혈성 심근병증 환자로, 2009년 관상동맥중재술(PCI) 시행 후 경과관찰 하였으나, 2021년 1월 23일 ST분절 상승 심근경색(STEMI)으로 심정지 발생하여 PCI 재시행하였고, 체외순환막형산화요법(ECMO) 치료 지속중임. 약물치료 및 ECMO 치료에도 불구하고 증상 호전되지 않고 정맥 강심제에 의존적이며, NYHA Class IV, INTERMACS Level 1, 좌심실구혈률(LVEF) 20%, 좌심실수축기내경(LVESD) 51mm, 좌심실 이완기내경(LVEDD) 55mm 등 말기 심부전 소견 보임.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제6조에 따른 [별표2] 1.- ① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 나. 목 ‘심장이식이 적합하지 않은 말기심부전 환자에서 약물치료 (베타 차단제 등) 또는 기계순환보조(IABP, ECMO) 치료에도 불구하고 심한 증상이 2개월 이상 지속되고’, 2) ‘정맥 강심제에 의존적인 상태로 투여를 중단할 수 없는 경우’에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.</p>
E	남/61세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 확장성 심근병증 환자로, 2021년 1월 ST분절 상승 심근경색(STEMI)으로 관상동맥중재술(PCI) 시행 후 경과 관찰하던 중 호흡곤란으로 입원하여 심부전치료 지속중임. NYHA Class IV, INTERMACS Level 2, 좌심실구혈률(LVEF) 24%, 좌심실수축기내경(LVESD) 49mm, 좌심실 이완기내경(LVEDD) 54mm, 심장지수(Cardiac Index) 1.92L/min/m<sup>2</sup> 등 말기 심부전 소견 보임.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제6조에 따른 [별표2] 1.- ① 이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 ‘심장이식 대기자로 등록된 말기심부전 환자의 심장이식 가교 치료시’에 해당하고, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.</p>

○ 체외형 좌심실 보조장치 치료술(2사례)

사례	성별/나이	결정결과	결정내용
A	여/2세	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 심장이식 대기자로 등록된 제한성 심근병증 환자로 2020년 10월 진단 후 약물치료 하였으나 4개월 만에 심방 확장, 판막역류, 심부전, 성장 정지 등 임상 증상이 빠르게 악화되는 소견 보임. 또한 심방성 부정맥 동반되어 심정지 가능성 있음.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제6조에 따른 [별표2] 1.-② 체외형 심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 ‘재태연령 37주 이상이고 체중 3kg 이상인 경우부터 18세 미만의 심장이식 대기자로 등록된 중증 심부전 환자’, 1) ‘최대한의 심부전 치료에도 불구하고 NYHA IV 수준의 심부전이 지속되고, 강심제에 의존하며 전신 장기기능이 진행성으로 악화된 경우’에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 심실 보조장치 치료술(VAD)의 요양급여를 인정함.</p>
B	남/2개월	승인 (급여)	<p>「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음.</p> <p>이 사례는 생후 2개월, 체중 4.7kg, 심장이식 대기자로 등록된 환자로, 이중출구우심실, 단절된 대동맥, Taussing-Bing anomaly로 심실중격결손·심방중격결손수술, 대동맥궁단절 수술 등 시행하고, 이후 심기능 저하 및 심인성쇼크로 체외순환막형산화요법 (ECMO) 치료중임. 약물치료 및 ECMO 치료에도 불구하고 증상 호전되지 않고 정맥 강심제에 의존적이며, NYHA Class IV, INTERMACS Level 1, 좌심실구혈률(LVEF) 15%, 등 중증 심부전 소견 보임.</p> <p>따라서 「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」 제6조에 따른 [별표2] 1.- ② 체외형 심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 ‘재태연령 37주 이상이고 체중 3kg 이상인 경우부터 18세 미만의 심장이식 대기자로 등록된 중증 심부전 환자’, 1) ‘최대한의 심부전 치료에도 불구하고 NYHA IV 수준의 심부전이 지속되고, 강심제에 의존하며 전신 장기기능이 진행성으로 악화된 경우’에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함.</p>

### 3. Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 요양급여 대상 여부

- 우리원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8.시행)에 따라 스피라자주 요양급여 여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- 「Nusinersen sodium 주사제(품명: 스피라자주) 사전승인 등에 관한 세부사항」 건강보험심사평가원 공고(제2019-107호, 2019. 4. 8.시행)에 의거하여
  1. 스피라자주의 요양급여를 신청하고자 하는 경우에는 별지 제1호 서식에 따른 스피라자주 요양급여 신청서를 제출하여야 함(제3조제1항).
  2. 스피라자주 요양급여를 승인받은 경우 4개월마다 유지용량 투여 전 별지 제2호 서식에 따른 모니터링 보고서를 제출하여야 함(제7조제1항).
  3. 사전승인 신청기관은 요양급여대상으로 승인받은 경우 심의결과를 통보 받은 날부터 60일 이내에 스피라자주를 투여하여야 하고, 60일을 경과하여 투여하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함(제3조제3항).

#### □ 스피라자주 요양급여 대상 여부(36사례)

(단위: 건)

합계	스피라자주 요양급여 신청					스피라자주 투여 모니터링 보고					
	소계	승인	조건부 승인	불승인	자료 보완	소계	승인	조건부 승인	불승인	자료 보완	종료
36	1	1	-	-	-	35	35	-	-	-	-

#### ○ 스피라자주 요양급여 신청(1사례)

심의년월	사례	성별/나이	진단명	결정결과	결정내용
2021. 3.	A	남/2개월	SMA (type I)	승인	<p>「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 (약제)」 보건복지부 고시(제2019-69호, 2019. 4. 8. 시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 가.목에서는 스피라자주의 투여대상으로 5q 척수성 근위축증 환자로서 1) 5q SMN-1 유전자의 결손 또는 변이의 유전자적 진단, 2) 만 3세 이하에 SMA 관련 임상 증상과 징후 발현, 3) 영구적 인공 호흡기를 사용하고 있지 않는 경우 모두를 만족 하는 경우에 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 투여대상의 조건에 모두 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.</p>

○ 투여 유지여부(35사례)

심의년월	사례	성별/나이	진단명	최초투여일	예정차수	결정결과	결정내용
2021. 3.	B	여/7개월	SMA (type I)	'20. 10. 19.	5	승인	이 건은 제출된 운동 기능평가 결과 직전 평가시점과 비교하여 운동기능의 유지가 확인되는 등 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(2019-69호, 2019. 4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다.목에서 정한 중단기준에 해당하지 아니하여, 급여기준에 부합하므로 스피라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	C	남/14세	SMA (type II)	'20. 5. 14.	6	승인	
	D	남/16세	SMA (type III)	'19. 12. 16.	7	승인	
	E	여/26세	SMA (type II)	'20. 1. 9.	7	승인	
	F	남/25세	SMA (type III)	'20. 1. 20.	7	승인	
	G	남/6세	SMA (type II)	'19. 9. 30.	8	승인	
	H	여/13세	SMA (type II)	'19. 8. 5.	8	승인	
	I	남/17세	SMA (type II)	'19. 10. 1.	8	승인	
	J	여/3세	SMA (type II)	'19. 5. 15.	9	승인	
	K	남/17세	SMA (type II)	'19. 6. 4.	9	승인	
	L	여/6세	SMA (type II)	'19. 5. 31.	9	승인	
	M	남/33세	SMA (type II)	'20. 10. 8.	5	승인	
	N	남/30세	SMA (type II)	'20. 1. 15.	7	승인	
	O	남/24세	SMA (type II)	'19. 9. 5.	8	승인	
	P	남/37세	SMA (type II)	'19. 10. 22.	8	승인	
	Q	남/32세	SMA (type II)	'19. 7. 30.	8	승인	
	R	남/11세	SMA (type II)	'19. 5. 28.	9	승인	
	S	여/7세	SMA (type II)	'18. 5. 21.	12	승인	
	T	남/1세	SMA (type I)	'20. 6. 2.	6	승인	
	U	여/18세	SMA (type II)	'20. 1. 14.	7	승인	
V	남/15세	SMA (type II)	'20. 1. 16.	7	승인		

심의년월	사례	성별/나이	진단명	최초투여일	예정차수	결정결과	결정내용
	W	여/22세	SMA (type II)	'20. 1. 15.	7	승인	4. 8.시행) 별지2의 세부인정기준 및 방법 제1호 다.목에서 정한 중단기준에 해당하지 아니하여, 급여기준에 부합하므로 스펀라자주를 요양급여 대상으로 인정함.
	X	여/23세	SMA (type II)	'20. 2. 7.	7	승인	
	Y	여/24세	SMA (type I)	'19. 9. 27.	8	승인	
	Z	여/12세	SMA (type II)	'19. 8. 28.	8	승인	
	Z1	여/26세	SMA (type II)	'19. 10. 26.	8	승인	
	Z2	여/11세	SMA (type II)	'19. 5. 31.	9	승인	
	Z3	여/15세	SMA (type II)	'19. 6. 4.	9	승인	
	Z4	여/6세	SMA (type I)	'19. 5. 27.	9	승인	
	Z5	여/12세	SMA (type II)	'19. 6. 4.	9	승인	
	Z6	여/8세	SMA (type II)	'19. 5. 15.	9	승인	
	Z7	남/3세	SMA (type II)	'19. 5. 14.	9	승인	
	Z8	여/3세	SMA (type II)	'19. 5. 14.	9	승인	
	Z9	여/8세	SMA (type II)	'19. 5. 27.	9	승인	
	Z10	여/14세	SMA (type II)	'19. 9. 24.	8	승인	

#### 4. 면역관용요법(Immune Tolerance Induction) 요양급여 대상 여부

- 우리원에서는 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」 보건복지부 고시(제2013-127호, 2013. 9. 1.시행 / 제2018-97호, 2018. 6. 1.시행 / 제2018-280호, 2019. 1. 1.시행 / 제2020-107호, 2020. 6. 1.시행)에 따라 면역관용요법 요양급여 여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- 「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준」 건강보험심사평가원 공고(제2020-164호, 2020. 6. 1.시행)에 의거하여
  1. 요양급여 대상 여부의 심의의뢰는 실시기관이 면역관용요법을 하고자 하는 경우에는 별지 제1호 또는 제3호 서식에 따른 면역관용요법 요양급여 신청서를 원장에게 제출하여 심의의뢰 하여야 하며,
  2. 심의의뢰에 대하여 원장으로부터 요양급여 대상으로 인정통보 받은 날부터 60일 이내에 면역관용요법을 실시하여야 하며, (다만 60일을 경과하여 실시하고자 하는 경우에는 재신청하여야 함.)
  3. 실시기관이 면역관용요법을 시행하는 경우에는 3개월마다 별지 제2호 또는 제4호 서식에 따른 보고서를 작성하여 원장에게 제출하여 함.

#### □ 면역관용요법 요양급여 대상 여부-신청서 제출 건(2사례)

(단위: 건)

개최년도	개최분기	계	승인	불승인	종료
2021	1분기	2	2	-	-

#### ○ 세부내역

개최년도	사례	성별/나이	진단명	결정결과	결정내용
2021 (1분기)	A	남/8세	혈우병A	승인	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제2020-164호, 2020. 6. 1. 시행)」은 제4조 및 별표에서 면역관용요법의 요양급여 적용 기준에 대하여 정하고 있음.  이 건은 2012년 3월 혈우병A 진단받고 항체 발견(16.4 BU/ml, '12. 11. 6.)된 환아로, 최고 항체가는 144.1 BU/ml('14. 7. 22.), 최근 항체가는 21.2 BU/ml('21. 2. 16.)이고, 주요 출혈 빈도는 연평균 5회임. 면역관용요법은 이뮤네이트주 100 IU/kg를 주3회 투여할 계획임. 출혈력이 있어 면역관용요법 요양급여를 인정함. 단, 항체가가 높으므로 면역관용요법 성공률을 높이기 위하여 이뮤네이트 주 100 IU/kg를 매일 투여 및 면역조정을 위한 약제 투여를 권고함.
	B	남/8세	혈우병B	승인	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제2020-164호, 2020. 6. 1. 시행)」은 제4조 및 별표에서 면역관용요법의 요양급여 적용 기준에 대하여 정하고 있음.

개최년도	사례	성별/나이	진단명	결정결과	결정내용
					이 건은 2012년 11월 혈우병B 진단받고 항체 발견(13.2 BU/ml, '13. 7. 5.)된 환아로, 최고 항체가는 177.22 BU/ml('16. 6. 22.), 최근 항체가는 0.6 BU/ml('21. 2. 5.)이고, 주요 출혈 빈도는 연평균 30회임. 제9인자 제제 투여 후 가슴 답답함, 기침, 복통 창백 등의 알려지 반응력이 있어 면역관용요법 시 면역조정을 시행할 예정으로, 고용량 제9인자 제제(베네피스주 100 IU/kg, 하루 1-2회)와 함께 rituximab(375 mg/m2, 주1회, 총4주), IVIG(1g/kg x 2회, 1주/3주차), dexamethasone(2 x 12mg/m2/일, 1주/3주차), MMF(2 x 300 mg/m2, 경구, 약 2개월) 등을 투여할 계획임. 연 30회 정도의 잦은 출혈력이 있어 면역관용요법 대상자 기준에 부합하므로 면역관용요법 요양급여를 인정함.

□ 면역관용요법 요양급여 대상 여부-정기 보고서 제출 건(11사례)

(단위: 건)

개최년도	개최분기	계	승인	불승인	종료
2021	1분기	11	10	-	1

○ 세부내역

개최년도	사례	성별/나이	진단명	결정결과	결정내용
2021 (1분기)	A	남/44세	혈우병A	승인	<p>「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험 심사평가원 공고 제2020-164호, 2020. 6. 1. 시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기 보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 면역관용요법 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양 급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 면역관용요법 83개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 건으로, 그린에이트주 40.7 IU/kg를 격일 투여 중임. 최근 항체가 0.8 BU/ml('21. 3. 5.)이고 출혈력 없으므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.</p>

개최년도	사례	성별/나이	진단명	결정결과	결정내용
	B	남/36세	혈우병A	승인	<p>「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제2020-164호, 2020. 6. 1. 시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기 보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 면역관용요법 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양 급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 면역관용요법 79개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 건으로, 이뮤네이트주를 감량(60.8 → 51 IU/kg, '21. 2. 16.)하여 격일 투여 중임. 최근 항체가 0.08 BU/ml이고, 제8인자 회복률 2.0 %/IU/kg('21. 3. 3.)이므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.</p>
	C	남/11세	혈우병A	승인	<p>「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제2020-164호, 2020. 6. 1. 시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기 보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 면역관용요법 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양 급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 면역관용요법 75개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 건으로, 이뮤네이트주를 증량(161.9 → 167 IU/kg, '21.)하여 격일 투여 중임. 최근 항체가 1.61 BU/ml('21. 2. 17.)이며 출혈력 없으므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.</p>
	D	남/5세	혈우병A	승인	<p>「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제2020-164호, 2020. 6. 1. 시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기 보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 면역관용요법 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양 급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 면역관용요법 33개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 건으로, 이뮤네이트주를 감량(100 → 50 IU/kg, '20. 12. 15.)하여 주3회 투여 중임. 항체가 음성으로 유지되고 제8인자 회복률 1.71 %/IU/kg('21. 2. 15.)이며</p>

개최년도	사례	성별/나이	진단명	결정결과	결정내용
					출혈력 없으므로 이뮤네이트주를 감량하여 면역관용요법 계속 시행을 인정함. 단, 다음 정기 보고 시 용량 감량, 지속 기간 등 면역관용요법의 계획 제출을 요함.
	E	남/8세	혈우병A	승인	<p>「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제2020-164호, 2020. 6. 1. 시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기 보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 면역관용요법 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 면역관용요법 33개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 건으로, 이뮤네이트주를 감량(50 → 46 IU/kg)하여 격일 투여 중임. 최근 항체가 0.1 BU/ml, 제8인자 회복률 2.34 %/IU/kg ('21. 2. 15.) 이므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함. 단, 항체가 음성인 안정적으로 유지되므로 용량 감량을 권고함.</p>
	F	남/5세	혈우병A	종료	<p>「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제2020-164호, 2020. 6. 1. 시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기 보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 면역관용요법 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 면역관용요법 27개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 건으로, 이뮤네이트주 44.8 IU/kg에서 약제 변경 및 용량 감량(애드베이트 30.4 IU/kg, '20. 12. 28.)하여 격일 투여함. 감량 후 최근 항체가 0.25 BU/ml, 제8인자 회복률 1.5 %/IU/kg('21. 3. 6.)로 항체가 상승 없이 출혈 없음. 면역관용요법을 종료함.</p>
	G	남/11세	혈우병A	승인	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제2020-164호, 2020. 6. 1. 시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기 보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 면역관용요법 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록

개최년도	사례	성별/나이	진단명	결정결과	결정내용
					<p>규정하고 있음.</p> <p>이 건은 면역관용요법 24개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 것으로, 애드베이트주를 감량(55 → 41 IU/kg, '21. 2.)하여 주3회 투여 중임. 항체가 음성으로 유지되고 출혈력 없으므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.</p>
	H	남/3세	혈우병A	승인	<p>「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험 심사평가원 공고 제2020-164호, 2020. 6. 1. 시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기 보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 면역관용요법 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양 급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 면역관용요법 23개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 것으로, 최근 항체가 0.32 BU/ml('21. 3. 3.)로 이뮤네이트주 63 IU/kg, 격일 투여에서 63 IU/kg ↔ 43 IU/kg, 격일 교대 투여('21. 3. 3.)로 감량 중임. 항체가 감소 중으로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.</p>
	I	남/4세	혈우병A	승인	<p>「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험 심사평가원 공고 제2020-164호, 2020. 6. 1. 시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기 보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 면역관용요법 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양 급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 면역관용요법 9개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 것으로, 이뮤네이트주 100 IU/kg를 주3회 투여 중임. 최근 항체가 5.3 BU/ml, 제8인자 회복률 0.85 %/IU/kg('21. 2. 9.)임. 면역관용요법 계속 시행을 인정함.</p>
	J	남/9세	혈우병A	승인	<p>「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험 심사평가원 공고 제2020-164호, 2020. 6. 1. 시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기 보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 면역관용요법 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양 급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음.</p>

개최년도	사례	성별/나이	진단명	결정결과	결정내용
					이 건은 면역관용요법 2개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 것으로, 이뮤네이트주(94.4 IU/kg, 하루 2회)하여 투여 중임. 최근 항체가 103.4 BU/ml로 감소중으로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.
	K	남/6세	혈우병B	승인	<p>「면역관용요법의 영양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제2020-164호, 2020. 6. 1. 시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기 보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 면역관용요법 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 영양 급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 면역관용요법 6개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 것으로, 베네픽스주 감량(71 → 53 IU/kg, '21. 2. 27.)하여 격일 투여함. 매일 투여에서 격일 투여 시 알려지성 두드러기 발생하는 양상으로 Mycophenolate mofetil 300 mg/m<sup>2</sup> 추가면역조절 시행('20. 11. 24.~'21. 1. 13.)하였음. 항체가 음성으로 유지되고, 제9인자 회복률 0.7 %/IU/kg('21. 3. 5.)이며 출혈력 없으므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.</p>

### 5. 조혈모세포이식 영양급여 및 선별급여 대상 여부

- 우리원에서는 「조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준」 보건복지부 고시(제2019-189호, 2019. 9. 1.시행)에 따라 조혈모세포이식 영양급여 또는 선별급여 여부를 결정하는 사전승인제도를 실시하고 있음.
- 조혈모세포이식 실시 대상자는 진료심사평가위원회의 심의 결과 영양급여 기준에 적합한 경우는 영양급여대상으로 인정하며, 적합하지 않은 경우에도 선별급여대상으로 인정 할 수 있음.
  - 선별급여대상 환자가 조혈모세포이식을 시행받기 위해 입원한 경우, 「조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행)」 제4조제3항 [별표3] 선별급여대상자 영양급여비용 산정방법에 따라 이식과 직접 관련된 진료기간(조혈모세포 주입 전 1주부터 주입 후 2주)의 영양급여비용(이식술료, 이식과 관련된 입원료[무균 치료실료 포함], 시술 전·후 처치 등)에 대하여는 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
  - 그 외의 기간에 이루어지는 진료비(검사와 합병증 및 후유증 진료비 등)에 대하여는 국민건강보험법 시행령 [별표2] 및 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준에 따라 본인부담률을 적용함.

#### □ 조혈모세포이식 대상자 승인

##### ○ 심의결과

구분		계	동종	제대혈	자가	비고
총 접수		318	164	5	149	
처리결과	요양급여	268	135	4	129	
	선별급여	47	28	1	18	
	취하	3	1	-	2	

※ 신청기관 : 35개 요양기관

##### ○ 심의내용

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
동종	총 164건	요양급여 : 135건	급성골수성백혈병 : 60건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음. 가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우  이 건은 급성골수성백혈병으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우에 해당하여 영양급여대상으로 승인함.

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			급성림프모구백혈병 : 22건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우  나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우  (가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성  (나) t(v;11q23) 또는 MLL 재배열  (다) 염색체수 44 미만</p> <p>(2) 진단시 1세 미만  (3) 백혈구 수 100 X 10<sup>9</sup>/L 이상  (4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우  (5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Poor Steroid Response  (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사서 백혈병세포가 존재하는 경우)  (다) Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단 시 15세 이상으로 1차 또는 2차 완전관해 된 경우이거나, 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되었으나 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 등에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			골수형성이상증후군 : 24건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음(소아는 사례별로 결정함).</p> <p>(1) 고위험군인 경우  (가) IPSS: Intermediate-2 또는 high  (나) IPSS-R, WPSS: high 또는 very high</p> <p>(2) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>(가) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu</math>l 이하 이면서 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하</p> <p>(나) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 고위험군인 경우이거나, 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu</math>l 이하이면서 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하 등을 만족하는 중간위험군에 해당하여 영양급여대상으로 승인함.</p>
			비호지킨림프종 : 7건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상) [별표2] 2-가-7)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우</p> <p>(나) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외)</p> <p>(다) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(2) 표준항암화학요법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 한다.</p> <p>(가) Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma</p> <p>(나) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma</p> <p>(다) Mantle Cell Lymphoma</p> <p>(라) Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>(마) Burkitt Lymphoma</p> <p>(바) Peripheral T-cell Lymphoma</p> <p>(사) Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상</p> <p>(아) Adult T-cell Leukemia/Lymphoma</p> <p>(자) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이면서 위 (1)의 (가)~(다)에 해당하거나, 표준항암화학요법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				위 (2)의 (가)~(자) 등에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.
			중증재생불량성빈혈 : 12건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)은 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25% 이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액 검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 절대호중구수(ANC)가 500/<math>\mu</math>l 이하  나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 <math>60 \times 10^9/L</math>  다) 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하</p> <p>이 건은 중증재생불량성빈혈로 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu</math>l 이하 및 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하 등이 확인되어 요양급여대상으로 승인함.</p>
			일차골수섬유증 : 7건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-9)에 의하면, 일차골수섬유증(Primary Myelofibrosis)은 일차골수섬유증의 예후지표인 DIPSS(Dynamic International Prognostic Scoring System) plus risk category 중 고위험도(High risk)와 중등위험도-2 (Intermediate-2)에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 일차골수섬유증으로 DIPSS plus risk category 중 고위험도(High risk) 또는 중등위험도-2(Intermediate-2)에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			만성골수성백혈병 : 3건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-2)에 의하면, 만성골수성백혈병(Chronic Myeloid Leukemia)은 WHO criteria에서 제시한 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 티로신 키나제 억제제(TKI)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상)  나) T315I mutation 확인된 경우</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>이 건은 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 티로신 키나제 억제제(TKI) 2개에 실패하거나 불내성을 보이는 경우 등에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
		<p><b>선별급여 : 28건</b></p>	<p><b>급성골수성백혈병 : 9건</b></p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 완전관해가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만 70세 이상으로 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
				<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-나에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>- 1 locus 불일치까지 인정한다.  나) 비혈연관계에 있는 경우  - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.  다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우  - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.  제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우에 해당하나, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 진단 근거가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			급성림프모구백혈병 : 8건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우  나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우  (1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우  (가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성  (나) t(v;11q23) 또는 MLL 재배열  (다) 염색체수 44 미만  (2) 진단시 1세 미만</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>(3) 백혈구 수 <math>100 \times 10^9/L</math> 이상</p> <p>(4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우</p> <p>(5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) Poor Steroid Response</p> <p>(나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)</p> <p>(다) Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 완전관해가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상 [별표2] 1-다에 의하면, 조혈모세포 2차 이식은 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병에 해당하나, 재발 후 다시 관해 된 때에 실시하는 조혈모세포 2차 이식에 해당되지 않아 위의 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만 70세 이상으로</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-나에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</p> <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우 - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.</p> <p>제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우에 해당하나, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상 [별표2] 1-다에 의하면, 조혈모세포 2차 이식은 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>이 건은 급성림프모구백혈병에 해당하나, 2차가 아닌 3차 조혈모세포이식을 실시하는 경우이므로 위의 요양급여기준에 해당하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>골수형성이상증후군 : 6건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-5)에 의하면 골수형성이상증후군(Myelodysplastic Syndrome)은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음(소아는 사례별로 결정함).</p> <p>(1) 고위험군인 경우 (가) IPSS: Intermediate-2 또는 high (나) IPSS-R, WPSS: high 또는 very high (2) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 (가) 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu</math>l 이하 이면서 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하 (나) Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료 적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우</p> <p>이 건은 성인으로 고위험군 또는 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/<math>\mu</math>l 이하이면서 혈소판 20,000/<math>\mu</math>l 이하 등을 만족하는 중간위험군으로 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만 70세 이상으로 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상 [별표2] 1-다에 의하면, 조혈모세포 2차 이식은 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군 상병에서 2차 조혈모세포이식 예정인 것으로써, 위의 급성골수성백혈병, 급성림프모구백혈병, 중증재생불량성빈혈에 해당하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-나에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사 결과 HLA A, B, C, DR형이 일치해야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다.</p> <p>가) 혈연관계에 있는 경우 - 1 locus 불일치까지 인정한다.</p> <p>나) 비혈연관계에 있는 경우 - 가족 내에서 HLA가 일치하는 공여자를 찾을 수 없는 경우 1 allele 불일치까지 인정한다.</p> <p>다) 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)하는 경우 - 상기 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종조혈모세포이식은 인정한다.</p> <p>제대혈 이식은 HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개 불일치까지 인정한다.</p> <p>이 건은 혈연관계에서 2 ~ 4 loci 불일치(Haploidentical)</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				하는 경우에 해당하나, 위의 가) 또는 나)에 해당하는 공여자가 없는 경우에 실시하는 1차 동종 조혈모세포이식에 해당하지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			비호지킨림프종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상 [별표2] 1-다에 의하면, 조혈모세포 2차 이식은 조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종 상병에서 2차 조혈모세포이식 예정인 건으로써, 위의 급성골수성백혈병, 급성림프모구백혈병, 중증재생불량성빈혈에 해당하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			중증재생불량성빈혈 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)은 골수검사 결과 세포충실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25% 이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액 검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 절대호중구수(ANC)가 <math>500/\mu\text{l}</math> 이하  나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 <math>60 \times 10^9/L</math>  다) 혈소판 <math>20,000/\mu\text{l}</math> 이하</p> <p>이 건은 말초혈액검사 결과 위 가)~다) 중 2개 이상의 소견이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			<p>일차골수섬유증 : 2건</p>	<p>조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만 70세 이상으로 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>만성골수성백혈병 : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-가-2)에 의하면, 만성골수성백혈병(Chronic Myeloid Leukemia)은 WHO criteria에서 제시한 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 티로신 키나제 억제제(TKI)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상)</p> <p>나) T315I mutation 확인된 경우</p> <p>이 건은 만성골수성백혈병의 급성기에 해당하므로 아래의 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia) 영양급여대상 기준을 만족하면 영양급여 인정하고 있음.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p> <p>나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				이 건은 완전관해가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
		취하: 1건		
제대혈	총 5건	요양급여 : 4건	급성골수성백혈병 : 3건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 다음에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</li> </ul> <p>나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우</li> </ul> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			급성림프모구백혈병 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병(Acute Lymphoblastic Leukemia)은 혈액학적 완전관해 상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우</p> <p>나) 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 <ul style="list-style-type: none"> <li>(가) t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성</li> <li>(나) t(v;11q23) 또는 MLL 재배열</li> <li>(다) 염색체수 44 미만</li> </ul> </li> <li>(2) 진단시 1세 미만</li> <li>(3) 백혈구 수 100 X 10<sup>9</sup>/L 이상</li> <li>(4) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우</li> <li>(5) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</li> </ul>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>(가) Poor Steroid Response  (나) SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)  (다) Early T cell Precursor Phenotype  다) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우  라) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단 시 15세 이상으로 1차 또는 2차 완전관해 된 경우이거나, 진단 시 15세 미만에서 1차 완전관해 되었으나 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 등에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
		선별급여 : 1건	중증재생불량성빈혈 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈(Severe Aplastic Anemia)은 골수검사 결과 세포총실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25% 이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액 검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 절대호중구수(ANC)가 <math>500/\mu\text{l}</math> 이하  나) 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 <math>60 \times 10^9/L</math>  다) 혈소판 <math>20,000/\mu\text{l}</math> 이하</p> <p>이 건은 말초혈액검사 결과 위 가)~다) 중 2개 이상의 소견이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
자가	총 149건	요양급여 : 129건	다발골수종 : 66건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표 2] 2-나-4)-가)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하여 요양급여대상으로 승인함.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
			비호지킨림프종 : 48건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상)[별표2] 2-나-1)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 (1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 (나) Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 (다) Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) (라) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) (마) Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) (바) Primary CNS Lymphoma</p> <p>또한, (2) 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia (나) Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름) (다) Mantle Cell Lymphoma (라) Diffuse Large B Cell Lymphoma (마) Burkitt Lymphoma (바) Peripheral T-cell Lymphoma (사) Extranodal NK/T-cell Lymphoma (아) Primary CNS Lymphoma</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이면서 위 (1)의 (가)~(바)에 해당하거나, 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 위 (2)의 (가)~(아) 등에 해당하므로 영양급여대상으로 승인함.</p>
			급성골수성백혈병 : 4건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상)[별표2] 2-나-2)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 영양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>가) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우 나) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia,</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>APL 제외) - 1차 혈액학적 완전관해인 경우</p> <p>이 건은 급성전골수성백혈병에서 2차 분자생물학적 관해된 경우에 해당하거나 급성골수모구성백혈병에서 1차 혈액학적 완전관해인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			호지킨림프종 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-1)-나)에 의하면, 전형호지킨 림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 호지킨림프종으로 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			신경모세포종 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-5)에 의하면, 신경모세포종(Neuropblastoma)은 다음의 경우 요양급여로 인정하고 있음.</p> <p>가) 진단 시 다음 중 하나에 해당하며 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상인 경우 (1) 진단 시 1세 이상이면서 stage IV (2) N-myc 증폭(+)인 stage II 이상 나) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 경우</p> <p>이 건은 신경모세포종으로 진단 시 위 가)의 (1)~(2)에 해당하며 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상이거나, 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			AL 아밀로이드증 : 3건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-4)-나)에 의하면, AL 아밀로이드증(AL amyloidosis)은 IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증(AL amyloidosis) 진단기준에 만족하는 경우. 다만, ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하면서 장기부전(심·신·간·폐부전)이 아닌 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 AL 아밀로이드증(AL amyloidosis)</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				진단기준에 만족하고 ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하면서 장기부전(심·신·간·폐부전)이 아닌 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.
			생식세포종 : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-7)에 의하면, 생식세포종(Germ Cell Tumor)은 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 생식세포종으로 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
			소아뇌종양 : 3건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상) [별표2] 2-나-9)에 의하면, 소아뇌종양은 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가) 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(1) 수모세포종(Medulloblastoma)</p> <p>(가) 진단 시 3세 이하</p> <p>(나) 수술 후 잔여 종괴가 1.5cm<sup>2</sup> 이상인 경우</p> <p>(다) 두개강 내 전이가 있는 경우</p> <p>(라) Anaplastic type</p> <p>(2) 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT)</p> <p>(3) Germ Cell Tumor와 Anaplastic Ependymoma : 3세 미만인 경우</p> <p>나) 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>이 건은 소아뇌종양으로 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상이면서 위 (1)~(3) 중 하나에 해당하여 요양급여대상으로 승인함.</p>
		선별급여 : 18건	비호지킨림프종 : 6건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 2-나-1)-가)에 의하면, 비호지킨림프종은 (1) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>(나) Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우</p> <p>(다) Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) (라) Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) (마) Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) (바) Primary CNS Lymphoma</p> <p>또한, (2) 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(가) Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia</p> <p>(나) Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름) (다) Mantle Cell Lymphoma (라) Diffuse Large B Cell Lymphoma (마) Burkitt Lymphoma (바) Peripheral T-cell Lymphoma (사) Extranodal NK/T-cell Lymphoma (아) Primary CNS Lymphoma</p> <p>이 건은 1차 표준항암화학요법 및 구제항암화학요법에 부분반응 이상이 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 자가조혈모세포이식에 적합한 골수상태가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 진단 근거가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행)</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)은 다음 중 하나에 해당하는 경우에 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모세포이식</p> <p>나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식</p> <p>1) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함.</p> <p>2) 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우: 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함.</p> <p>3) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>이 건은 2차 자가 조혈모세포이식으로 대상 질병에 해당하지 않아 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>다발골수종 : 7건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표 2] 2-나-4)-가)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>이 건은 IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단 근거가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)은 다음 중 하나에 해당하는 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모세포이식</p> <p>나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식</p> <p>1) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함.</p> <p>2) 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우: 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함.</p> <p>3) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>이 건은 2차 자가 조혈모세포이식으로 1차 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 유지하고 있거나, VGPR 유지기간이 12개월 미만에 해당하여 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(영양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만 70세 이상으로 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>생식세포종 : 1건</p>	<p>2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)은 다음 중 하나에 해당하는 경우에 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성 신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/횡문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모세포이식</p> <p>나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식</p> <p>1) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함.</p> <p>2) 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우: 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함.</p> <p>3) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>이 건은 2차 자가 조혈모세포이식으로 대상 질병에 해당하지 않아 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			급성골수성백혈병 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제3조(요양급여대상)[별표2] 1-가에 의하면, 조혈모세포이식을 받고자 하는 자의 연령은 시술일 현재 만70세 미만으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 조혈모세포이식 시술일 기준 만 70세 이상으로 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			신경모세포종 : 1건	이 건은 자가조혈모세포이식에 적합한 골수상태가 확인되지 않아 요양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			윌름스종양 : 1건	<p>2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)은 다음 중 하나에 해당하는 경우에 요양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성 신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모세포이식</p> <p>나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식</p> <p>1) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함.</p> <p>2) 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우: 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함.</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				<p>3) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>이 건은 2차 자가 조혈모세포이식으로 대상 질병에 해당하지 않아 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>소아뇌종양 : 1건</p>	<p>2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)(보건복지부 고시 제2019-315호, 2020.1.1. 시행)에 의하면, 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)은 다음 중 하나에 해당하는 경우에 영양급여 대상자로 인정하고 있음.</p> <p>가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성 신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모세포이식</p> <p>나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식</p> <p>1) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함.</p> <p>2) 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우: 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함.</p> <p>3) 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종 조혈모세포이식을 원칙으로 함.</p> <p>이 건은 2차 자가 조혈모세포이식으로 대상 질병에 해당하지 않아 영양급여기준에 적합하지 아니함. 다만, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2019-189호, 2019. 9. 1.시행) 제4조(선별급여대상) 제3항에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모</p>

구분	건수	결정결과	상병	결정내용
				세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
		취하: 2건		
계	318			

[별첨] 조혈모세포이식 대상자 승인 결정현황

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
1	동종조혈모	여	63	급성골수성백혈병(AML)	급여
2	동종조혈모	여	15	급성골수성백혈병(AML)	선별
3	동종조혈모	여	60	급성골수성백혈병(AML)	선별
4	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	선별
5	동종조혈모	여	48	급성골수성백혈병(AML)	선별
6	동종조혈모	남	72	급성골수성백혈병(AML)	선별
7	동종조혈모	여	14	급성골수성백혈병(AML)	선별
8	동종조혈모	남	66	골수형성이상증후군(MDS)	선별
9	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	선별
10	동종조혈모	남	7	급성골수성백혈병(AML)	선별
11	동종조혈모	여	50	비호지킨림프종(Mycosis fungoides)	선별
12	동종조혈모	남	57	골수형성이상증후군(MDS)	선별
13	동종조혈모	여	41	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
14	동종조혈모	여	25	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
15	동종조혈모	여	63	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
16	동종조혈모	남	47	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
17	동종조혈모	남	44	급성골수성백혈병(AML)	선별
18	동종조혈모	여	43	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
19	동종조혈모	남	71	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	선별
20	동종조혈모	여	61	골수형성이상증후군(MDS)	선별
21	동종조혈모	남	72	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	선별
22	동종조혈모	여	39	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별
23	동종조혈모	남	74	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
24	동종조혈모	남	25	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
25	동종조혈모	남	72	골수형성이상증후군(MDS)	선별
26	동종조혈모	남	26	만성골수성백혈병(CML)	선별
27	동종조혈모	남	59	골수형성이상증후군(MDS)	선별
28	동종조혈모	여	74	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
29	동종조혈모	여	63	골수형성이상증후군(MDS)	선별
30	동종조혈모	여	30	급성골수성백혈병(AML)	급여
31	동종조혈모	남	49	급성골수성백혈병(AML)	급여
32	동종조혈모	남	38	급성골수성백혈병(AML)	급여
33	동종조혈모	여	16	급성골수성백혈병(AML)	급여
34	동종조혈모	남	41	급성골수성백혈병(AML)	급여
35	동종조혈모	여	59	급성골수성백혈병(AML)	급여
36	동종조혈모	여	59	급성골수성백혈병(AML)	급여
37	동종조혈모	여	12	급성골수성백혈병(AML)	급여
38	동종조혈모	여	42	급성골수성백혈병(AML)	급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
39	동종조혈모	남	54	급성골수성백혈병(AML)	급여
40	동종조혈모	남	2	급성골수성백혈병(AML)	급여
41	동종조혈모	남	51	급성골수성백혈병(AML)	급여
42	동종조혈모	남	26	급성골수성백혈병(AML)	급여
43	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	급여
44	동종조혈모	여	36	급성골수성백혈병(AML)	급여
45	동종조혈모	남	30	급성골수성백혈병(AML)	급여
46	동종조혈모	남	55	급성골수성백혈병(AML)	급여
47	동종조혈모	여	35	급성골수성백혈병(AML)	급여
48	동종조혈모	여	37	급성골수성백혈병(AML)	급여
49	동종조혈모	여	50	급성골수성백혈병(AML)	급여
50	동종조혈모	남	53	급성골수성백혈병(AML)	급여
51	동종조혈모	남	22	급성골수성백혈병(AML)	급여
52	동종조혈모	여	22	급성골수성백혈병(AML)	급여
53	동종조혈모	여	52	급성골수성백혈병(AML)	급여
54	동종조혈모	남	29	급성골수성백혈병(AML)	급여
55	동종조혈모	남	56	급성골수성백혈병(AML)	급여
56	동종조혈모	여	50	급성골수성백혈병(AML)	급여
57	동종조혈모	여	17	급성골수성백혈병(AML)	급여
58	동종조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	급여
59	동종조혈모	여	36	급성골수성백혈병(AML)	급여
60	동종조혈모	남	30	급성골수성백혈병(AML)	급여
61	동종조혈모	여	20	급성골수성백혈병(AML)	급여
62	동종조혈모	여	51	급성골수성백혈병(AML)	급여
63	동종조혈모	여	61	급성골수성백혈병(AML)	급여
64	동종조혈모	여	48	급성골수성백혈병(AML)	급여
65	동종조혈모	여	42	급성골수성백혈병(AML)	급여
66	동종조혈모	남	63	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
67	동종조혈모	여	24	급성골수성백혈병(AML)	급여
68	동종조혈모	여	41	급성골수성백혈병(AML)	급여
69	동종조혈모	남	13	급성골수성백혈병(AML)	급여
70	동종조혈모	남	34	급성골수성백혈병(AML)	급여
71	동종조혈모	남	53	급성골수성백혈병(AML)	급여
72	동종조혈모	여	54	급성골수성백혈병(AML)	급여
73	동종조혈모	남	60	급성골수성백혈병(AML)	급여
74	동종조혈모	남	55	급성골수성백혈병(AML)	급여
75	동종조혈모	여	68	급성골수성백혈병(AML)	급여
76	동종조혈모	남	42	급성골수성백혈병(AML)	급여
77	동종조혈모	여	47	급성골수성백혈병(AML)	급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
78	동종조혈모	남	44	급성골수성백혈병(AML)	급여
79	동종조혈모	남	51	급성골수성백혈병(AML)	급여
80	동종조혈모	남	58	급성골수성백혈병(AML)	급여
81	동종조혈모	남	36	급성골수성백혈병(AML)	급여
82	동종조혈모	남	46	급성골수성백혈병(AML)	급여
83	동종조혈모	남	50	급성골수성백혈병(AML)	급여
84	동종조혈모	여	25	급성골수성백혈병(AML)	급여
85	동종조혈모	남	62	급성골수성백혈병(AML)	급여
86	동종조혈모	여	49	급성골수성백혈병(AML)	급여
87	동종조혈모	여	60	급성골수성백혈병(AML)	급여
88	동종조혈모	남	29	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
89	동종조혈모	남	29	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
90	동종조혈모	여	14	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
91	동종조혈모	남	40	비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)	급여
92	동종조혈모	남	51	골수형성이상증후군(MDS)	급여
93	동종조혈모	남	52	골수형성이상증후군(MDS)	급여
94	동종조혈모	여	54	골수형성이상증후군(MDS)	급여
95	동종조혈모	남	15	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
96	동종조혈모	여	30	비호지킨림프종(T cell lymphoblastic lymphoma)	급여
97	동종조혈모	남	63	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
98	동종조혈모	남	63	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
99	동종조혈모	여	64	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
100	동종조혈모	남	10	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
101	동종조혈모	여	65	골수형성이상증후군(MDS)	급여
102	동종조혈모	여	41	골수형성이상증후군(MDS)	급여
103	동종조혈모	남	68	골수형성이상증후군(MDS)	급여
104	동종조혈모	여	55	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
105	동종조혈모	남	57	mycosis fungoides(mycosis fungoides)	급여
106	동종조혈모	여	65	골수형성이상증후군(MDS)	급여
107	동종조혈모	남	59	골수형성이상증후군(MDS)	급여
108	동종조혈모	여	33	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
109	동종조혈모	남	46	골수형성이상증후군(MDS)	급여
110	동종조혈모	여	55	골수형성이상증후군(MDS)	급여
111	동종조혈모	여	50	골수형성이상증후군(MDS)	급여
112	동종조혈모	여	65	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
113	동종조혈모	여	64	골수형성이상증후군(MDS)	급여
114	동종조혈모	남	61	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
115	동종조혈모	여	68	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	급여
116	동종조혈모	남	63	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
117	동종조혈모	여	63	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
118	동종조혈모	여	56	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
119	동종조혈모	남	28	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
120	동종조혈모	남	59	골수형성이상증후군(MDS)	급여
121	동종조혈모	남	36	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
122	동종조혈모	남	30	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
123	동종조혈모	남	60	골수형성이상증후군(MDS)	급여
124	동종조혈모	여	63	골수형성이상증후군(MDS)	급여
125	동종조혈모	남	67	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	급여
126	동종조혈모	여	62	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	급여
127	동종조혈모	남	55	골수형성이상증후군(MDS)	급여
128	동종조혈모	남	44	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
129	동종조혈모	여	28	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
130	동종조혈모	남	67	골수형성이상증후군(MDS)	급여
131	동종조혈모	여	62	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	급여
132	동종조혈모	남	46	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
133	동종조혈모	남	45	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
134	동종조혈모	남	16	Acute Bileneal Leukemia	급여
135	동종조혈모	여	11	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
136	동종조혈모	여	42	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
137	동종조혈모	여	54	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
138	동종조혈모	남	34	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
139	동종조혈모	여	24	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
140	동종조혈모	남	8	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
141	동종조혈모	여	35	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
142	동종조혈모	남	19	비호지킨림프종(Subcutaneous panniculitis-like T-cell lymphoma)	급여
143	동종조혈모	남	52	급성골수성백혈병(AML)	급여
144	동종조혈모	남	38	비호지킨림프종(Chronic active EBV infection, T cell lineage vs. systemic EBV+ T cell lymphoma)	급여
145	동종조혈모	남	21	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
146	동종조혈모	여	51	만성골수성백혈병(CML)	급여
147	동종조혈모	여	64	골수형성이상증후군(MDS)	급여
148	동종조혈모	남	23	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
149	동종조혈모	남	22	비호지킨림프종(Burkitt lymphoma)	급여
150	동종조혈모	여	6	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
151	동종조혈모	남	47	골수형성이상증후군(MDS)	급여
152	동종조혈모	남	57	골수형성이상증후군(MDS)	급여
153	동종조혈모	여	66	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	급여
154	동종조혈모	남	61	골수형성이상증후군(MDS)	급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
155	동종조혈모	여	8	골수형성이상증후군(MDS)	급여
156	동종조혈모	여	68	골수형성이상증후군(MDS)	급여
157	동종조혈모	남	16	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
158	동종조혈모	남	59	비호지킨림프종(Follicular lymphoma)	급여
159	동종조혈모	여	59	골수형성이상증후군(MDS)	급여
160	동종조혈모	남	49	만성골수성백혈병(CML)	급여
161	동종조혈모	여	8	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
162	동종조혈모	남	56	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	급여
163	동종조혈모	남	66	만성골수성백혈병(CML)	급여
164	동종조혈모	여	61	급성골수성백혈병(AML)	취하
165	제대혈조혈모	남	50	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별
166	제대혈조혈모	여	19	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
167	제대혈조혈모	남	26	Acute Undifferentiated Leukemia	급여
168	제대혈조혈모	남	62	Acute Bileneal Leukemia	급여
169	제대혈조혈모	여	32	급성골수성백혈병(AML)	급여
170	자가조혈모	남	7	유원종양	급여
171	자가조혈모	남	53	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별
172	자가조혈모	남	72	다발골수종(MM)	선별
173	자가 후 자가	남	2	생식세포종(Germcelltumor)	선별
174	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	선별
175	자가조혈모	남	72	급성골수성백혈병(AML)	선별
176	자가 후 자가	여	8	Diffuse midline Glioma	선별
177	Tandem(자가-자가)	남	2	신경모세포종(Neuroblastoma)†	선별
178	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별
179	자가 후 자가	여	4	윌름스종양(Wilmstumor)	선별
180	자가 후 자가	여	58	다발골수종(MM)	선별
181	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	선별
182	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종(Primary intestinal gamma-delta T-cell lymphoma)	선별
183	자가조혈모	여	70	다발골수종(MM)	선별
184	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	선별
185	자가조혈모	여	71	다발골수종(MM)	선별
186	자가조혈모	남	54	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	선별
187	자가 후 자가	여	52	다발골수종(MM)	선별
188	자가 후 자가	남	62	다발골수종(MM)	선별
189	자가 후 자가	여	66	다발골수종(MM)	급여
190	자가조혈모	여	48	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	급여
191	자가조혈모	남	54	다발골수종(MM)	급여
192	자가조혈모	남	46	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	급여
193	자가조혈모	여	67	다발골수종(MM)	급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
194	자가조혈모	남	56	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	급여
195	자가조혈모	남	54	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
196	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종(T-lymphoblastic leukemia/lymphoma)	급여
197	자가조혈모	여	59	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
198	자가조혈모	남	25	생식세포종(Germcelltumor)	급여
199	자가조혈모	남	54	다발골수종(MM)	급여
200	자가조혈모	남	59	다발골수종(MM)	급여
201	자가조혈모	여	2	송과체아세포종(Pineoblastoma)	급여
202	Tandem(자가자가)	여	2	신경모세포종(Neuromblastoma)①	급여
203	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	급여
204	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	급여
205	자가조혈모	남	46	다발골수종(MM)	급여
206	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	급여
207	자가조혈모	여	46	다발골수종(MM)	급여
208	자가조혈모	여	43	다발골수종(MM)	급여
209	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	급여
210	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
211	자가조혈모	남	40	비호지킨림프종(T-lymphoblastic leukemia/lymphoma)	급여
212	자가 후 자가	남	61	다발골수종(MM)	급여
213	자가조혈모	여	34	비호지킨림프종(Follicular lymphoma)	급여
214	자가조혈모	남	41	다발골수종(MM)	급여
215	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	급여
216	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
217	자가조혈모	여	70	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	급여
218	자가조혈모	남	69	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	급여
219	자가조혈모	여	50	호지킨림프종	급여
220	자가조혈모	남	47	다발골수종(MM)	급여
221	자가조혈모	남	11	생식세포종(Germcelltumor)	급여
222	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	급여
223	자가조혈모	여	38	다발골수종(MM)	급여
224	자가조혈모	여	69	비호지킨림프종(Monomorphic epitheliotropic intestinal T-cell lymphoma)	급여
225	자가조혈모	여	57	다발골수종(MM)	급여
226	자가조혈모	여	60	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	급여
227	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
228	자가조혈모	남	53	다발골수종(MM)	급여
229	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	급여
230	자가조혈모	남	28	비호지킨림프종(Anaplastic large cell lymphoma)	급여
231	자가조혈모	남	57	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	급여
232	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
233	자가조혈모	남	29	호지킨림프종	급여
234	자가조혈모	남	50	다발골수종(MM)	급여
235	자가조혈모	남	50	비호지킨림프종(Burkitt lymphoma)	급여
236	자가조혈모	남	65	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
237	자가조혈모	여	65	비호지킨림프종(Mantle cell lymphoma)	급여
238	Tandem(자가-자가)	남	9M	비정형기형/황문근종양(AT/RT)①	급여
239	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
240	자가조혈모	남	68	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	급여
241	자가조혈모	남	50	다발골수종(MM)	급여
242	자가조혈모	여	67	다발골수종(MM)	급여
243	자가조혈모	여	52	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	급여
244	자가조혈모	여	45	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
245	자가조혈모	남	20	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
246	자가 후 자가	여	60	다발골수종(MM)	급여
247	자가조혈모	남	69	다발골수종(MM)	급여
248	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	급여
249	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	급여
250	자가조혈모	남	45	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
251	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	급여
252	자가조혈모	남	53	다발골수종(MM)	급여
253	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	급여
254	자가조혈모	여	49	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	급여
255	자가조혈모	여	64	비호지킨림프종(Anaplastic large cell lymphoma)	급여
256	자가조혈모	남	67	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
257	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	급여
258	자가조혈모	남	64	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
259	자가조혈모	남	36	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	급여
260	자가조혈모	남	54	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
261	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	급여
262	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	급여
263	자가조혈모	남	31	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	급여
264	자가조혈모	여	26	다발골수종(MM)	급여
265	자가조혈모	여	67	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	급여
266	자가조혈모	여	22	비호지킨림프종(Primary mediastinal large B-cell lymphoma)	급여
267	자가조혈모	여	55	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	급여
268	자가조혈모	여	66	다발골수종(MM)	급여
269	자가조혈모	여	33	다발골수종(MM)	급여
270	자가조혈모	남	65	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	급여
271	자가조혈모	남	50	다발골수종(MM)	급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
272	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	급여
273	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	급여
274	자가조혈모	여	67	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	급여
275	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	급여
276	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	급여
277	자가조혈모	여	55	다발골수종(MM)	급여
278	자가조혈모	여	40	다발골수종(MM)	급여
279	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	급여
280	자가조혈모	여	54	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	급여
281	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	급여
282	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	급여
283	자가조혈모	남	68	다발골수종(MM)	급여
284	자가조혈모	남	54	다발골수종(MM)	급여
285	자가조혈모	여	49	다발골수종(MM)	급여
286	자가조혈모	남	52	다발골수종(MM)	급여
287	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	급여
288	자가조혈모	남	66	다발골수종(MM)	급여
289	자가조혈모	여	22	급성골수성백혈병(AML)	급여
290	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	급여
291	자가조혈모	남	52	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
292	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	급여
293	자가 후 자가	남	49	다발골수종(MM)	급여
294	자가조혈모	여	44	다발골수종(MM)	급여
295	자가조혈모	여	64	급성골수성백혈병(AML)	급여
296	자가조혈모	남	36	다발골수종(MM)	급여
297	자가조혈모	남	42	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
298	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	급여
299	자가조혈모	남	42	다발골수종(MM)	급여
300	자가조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	급여
301	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	급여
302	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	급여
303	자가조혈모	남	68	다발골수종(MM)	급여
304	자가조혈모	남	61	급성골수성백혈병(AML)	급여
305	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	급여
306	자가조혈모	남	27	비호지킨림프종(Angioimmunoblastic T-cell lymphoma)	급여
307	자가조혈모	남	67	비호지킨림프종(Extranodal NK/T cell lymphoma, nasal type)	급여
308	자가조혈모	남	57	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	급여
309	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	급여
310	자가조혈모	여	57	다발골수종(MM)	급여

연번	신청구분	성별	나이(세)	진단명	결정결과
311	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	급여
312	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종(Diffuse large B-cell lymphoma)	급여
313	자가조혈모	여	53	비호지킨림프종(Primary CNS lymphoma)	급여
314	자가조혈모	남	68	비호지킨림프종(Peripheral T-cell lymphoma, NOS)	급여
315	자가조혈모	여	64	AL아밀로이드증(ALAmyloidosis)	급여
316	자가조혈모	여	49	다발골수종(MM)	급여
317	자가조혈모	남	50	비호지킨림프종	취하
318	자가조혈모	남	66	비호지킨림프종	취하