

진료심사평가위원회 심의사례 공개 (총 3개 항목)

- 2018. 6. 29. 공개

연번	제 목	페이지
1	간엽절제술과 동시에 청구한 담낭절제술의 영양급여 인정여부	1
2	간 및 담도계암에서 간엽절제술 및 3구역절제술과 함께 시행한 미상엽절제술(S1)의 별도 인정여부	3
3	조혈모세포이식 영양급여대상 인정여부	5

요양급여비용 사후 심사 건

1. 간엽절제술과 동시에 청구한 담낭절제술의 요양급여 인정여부

■ 청구내역

- 청구 상병명: 담관의 제자리암종, 만성 담낭염, 폐색의 언급이 없는 담관염 또는 담낭염이 없는 담관결석, 기타 및 상세불명의 뇌혈관질환의 후유증
- 주요 청구내역:

자722라 간엽절제술-간엽절제 [외과전문의]	1*1*1
자738 담낭절제술 [외과전문의 제2의수술(중병이상)]	1*1*1

■ 심의결과

- 이 건은 좌간절제술(Left hemihepatectomy)과 담낭절제술(Cholecystectomy)을 함께 시행하여 「자722라 간엽절제」와 「자738 담낭절제술」(제2의수술)을 청구한 건으로, 관련 급여기준, 교과서 및 전문가 의견 등을 종합적으로 고려할 때, 담낭절제술은 간엽절제의 일련의 수술과정이므로 「자722라 간엽절제」만을 요양급여로 인정하며, 「자738 담낭절제술」(제2의수술)은 인정하지 아니함.

■ 심의내용

- 우리원 심사지침 「간엽절제술시 부수적으로 이루어지는 담낭절제술에 대한 해부병리조직검사」에 따라 우간절제술과 동시에 이루어지는 담낭절제술은 우간절제의 일련의 과정으로 요양급여로 인정하지 않으나, 이 건은 담관의 제자리암종 상병으로 담낭절제술(Cholecystectomy) 후 좌간절제(Left hemihepatectomy)를 시행하여 「자722라 간엽절제」와 「자738 담낭절제술」(제2의수술)을 청구한 건임.
- 관련 전문가 의견에 따르면 간엽절제를 시행하는 경우 담낭과 간의 해부학적인 위치를 고려, 담낭을 절제해야 간절제를 시행할 수 있는 시야를 확보할 수 있기 때문에 간엽절제 시에 담낭절제는 반드시 시행해야 한다는 의견임.
- 관련 교과서에서는 좌간절제술 및 우간절제술의 수술방법으로 간문부 처리 시에 담낭절제술을 시행하는 것으로 기재되어 있고, 특히 미국의 수가지침에서도 간절제술 시 담낭절제술은 별도 산정이 불가한 것으로 되어 있음.
- 따라서, 담낭절제술은 간엽절제의 일련의 수술과정으로 판단되므로 「자722라 간엽절제」만을 요양급여로 인정하며, 「자738 담낭절제술」(제2의수술)은 요양급여로 인정하지 아니함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험요양급여비용 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 [산정지침]
- 동일 피부 절개 하에 2가지 이상 수술시 수가 산정방법(보건복지부 고시 제2016-204호, 2016.11.1. 시행)
- 간엽절제술시 부수적으로 이루어지는 담낭절제술에 대한 해부병리조직검사(2001.2.5. 심사지침)
- Munemasa Ryu. 간외과 해부학. 제2판. 바이오메디북. 2015.
- Takayama Tadatoshi. 간외과 요점과 맹점. 제2판. 바이오메디북. 2014.
- 김선희 외. 간담체외과학. 제3판. 의학문화사. 2013.

- Zollinger et al. Zollinger's Atlas of Surgical Operations. ninth edition. McGraw-Hill. 2010.
- CMS-For national correct coding initiative policy manual for medicare services(2017.1.1.)

[2018.5.29. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

2. 간 및 담도계암에서 간엽절제술 및 3구역절제술과 함께 시행한 미상엽절제술(S1)의 별도 인정여부

■ 청구내역

○ A사례(여/65세)

- 청구 상병명: 간내담관암종의 악성신생물, 간외담관의 악성신생물, 식도염을 동반하지 않은 위-식도역류병, 기타 및 상세불명 변비

- 주요 청구내역:

자734나 담도종양수술-악성 [근치적담도절제술][외과전문의] 1*1*1

자722라 간절제술-간엽절제 [외과전문의 제2의수술(종병이상)] 1*1*1

자722나 간절제술-구역절제 [외과전문의 제2의수술(종병이상)] 1*1*1

○ B사례(여/64세)

- 청구 상병명: 외담관의 악성 신생물, 기타 및 상세불명의 원발성 고혈압

- 주요 청구내역:

자734나 담도종양수술-악성 [근치적담도절제술][외과전문의] 1*1*1

자722라 간절제술-간엽절제 [외과전문의 제2의수술(종병이상)] 1*1*1

자722나 간절제술-구역절제 [외과전문의 제2의수술] 1*1*1

■ 심의결과

○ A사례(여/65세)는 간문부담관암(Klatskin tumor)에서 우간절제술(S5,6,7,8) 및 미상엽절제술(S1)을 시행하고, 「자722라 간엽절제(Lobectomy)」, 「자722나 구역절제(Segmentectomy)」(제2의수술)로 청구하여 「자722마 3구역절제(Trisegmentectomy)」로 인정함.

○ B사례(여/64세)는 간문부담관암(Klatskin tumor)에서 좌간절제술(S2,3,4) 및 미상엽절제술(S1)을 시행하고, 「자722라 간엽절제(Lobectomy)」, 「자722나 구역절제(Segmentectomy)」(제2의수술)로 청구하여 「자722마 3구역절제(Trisegmentectomy)」로 인정함.

■ 심의내용

○ 자722 간절제술(Hepatectomy)은 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 상대가치점수에 의거, 「가. 부분절제(Wedge resection)」, 「나. 구역절제(Segmentectomy)」, 「다. 2구역절제(Bisegmentectomy)」, 「라. 간엽절제(Lobectomy)」, 「마. 3구역절제(Trisegmentectomy)」로 분류되어 있음.

○ 이 건(2사례)은 간문부담관암(Klatskin tumor) 상병에 좌측 간엽절제술을 시행하면서 미상엽절제술(S1)을 시행하거나, 우측 간엽절제술을 시행하면서 미상엽절제술(S1)을 동시에 실시한 것으로 미상엽절제술(S1)의 수기료를 「자722나 구역절제(Segmentectomy)」(제2의수술)를 별도 청구한 건임.

○ 간문부담관암(Klatskin tumor)은 담관을 통해 미상엽 내로 침범하기 때문에 미상엽 절제를 반드시 시행하여야 하며, 미상엽의 해부학적 위치가 하대정맥과 간문맥 사이에 위치하여 미상엽 절제는 난이도가 있는 수술임. 따라서 간엽절제술과 동시에 시행한 미상엽절제술의 수기료는 별도 인정하여야 하므로 진료내역, 전문가 의견, 관련 문헌 등을 참조하여 각 사례에 대하여 다음과 같이 결정함.

- 다 음 -

▶ A사례(여/65세)

- 간문부담관암(Klatskin tumor)에서 우간절제술(S5,6,7,8) 및 미상엽절제술(S1)을 시행하고, 「자722라 간엽절제(Lobectomy)」, 「자722나 구역절제(Segmentectomy)」(제2의수술)을 청구한 것으로 수술기록지, 병리검사결과 등에서 절제한 간의 크기(14x12.5x9.8cm), 무게(422gm), 종양의 크기(2.1x1.8x1.8cm) 등이 확인되고 담관을 통해 미상엽 내로 침범하는 질환의 특성 등을 감안할 때 우간(S5, S6, S7, S8)과 미상엽(S1)을 동시에 절제한 것으로 판단되므로 수기료는 「자722마 3구역절제(Trisegmentectomy)」로 인정함.

▶ B사례(여/64세)

- 간문부담관암(Klatskin tumor)에서 좌간절제술(S2,3,4) 및 미상엽절제술(S1)을 시행하고, 「자722라 간엽절제(Lobectomy)」, 「자722나 구역절제(Segmentectomy)」(제2의수술)을 청구한 것으로 수술기록지, 병리검사결과 등에서 절제한 간의 크기(11x9x6cm), 종양의 크기(2.5x2.0x0.5cm) 등이 확인되고 담관을 통해 미상엽 내로 침범하는 질환의 특성 등을 감안할 때 좌간(S2, S3, S4)과 미상엽(S1)을 동시에 절제한 것으로 판단되므로 수기료는 「자722마 3구역절제(Trisegmentectomy)」로 인정함.

■ 참고

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 대한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법
- 건강보험요양급여비용 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 [산정지침]
- F, Charles Brunicaudi, et al. Schwartz's Principles of Surgery. 10e. McGraw-Hill Educations. 2015.
- 김선희 외. 간담체외과학. 제3판. 의학문화사. 2013.
- 원발성 간암 규약집. 대한간암학회. 2016.
- Liver Resection Guidelines. IHPBA(International Hepato-Pancreato-Biliary Association). 2000.

[2018.5.29. 진료심사평가위원회(중앙심사조정위원회)]

요양급여대상 사전 승인 건

1. 조혈모세포이식 요양급여대상 인정여부

우리원에서는 「조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부고시 제2016-65호, 2016.5.1.시행)」에 따라 조혈모세포이식 요양급여 대상자에 대해 요양급여 대상여부를 결정하는 **조혈모세포이식 사전심의 제도**를 실시하고 있습니다.

심의 결과 관련 기준에 적합한 경우는 요양급여로 인정하며, 적합하지 않은 경우에는 비승인 되어 선별급여로 결정합니다. 선별급여 대상 환자가 **조혈모세포이식을 시행받기 위해 입원한 경우**, 「비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 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 요양급여비용(이식술료, 이식과 관련된 입원료 [무균치료실료 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	324	169	5	150	
처리결과	급여	226	111	3	112
	선별급여	76	51	2	23
	자료보완	13	1	0	12
	불가	-	-	-	-
	취하	9	6	0	3

* 신청기관 : 34개 요양기관

■ 심의내용

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
동종	총 148건	급여: 111건	급성골수성백혈병: 48건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우”에 요양급여 대상자로 인정됨.
			급성림프모구백혈병: 21건	이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병은 혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>(1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우</p> <p>(2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① t(9;22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성</p> <p>② t(v;11q23) 또는 MLL 재배열</p> <p>③ 염색체수 44 미만</p> <p>(나) 진단시 1세미만</p> <p>(다) 백혈구 수 $100 \times 10^9/L$ 이상</p> <p>(라) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우</p> <p>(마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① Poor Steroid Response</p> <p>② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)</p> <p>③ Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>(3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>(4) 2차 이상 완전관해된 경우</p>
			중증재생불량성빈혈: 10건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈은 골수검사결과 세포 충실도가 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.</p> <p>① 절대호중구 수(ANC)가 $500/\mu l$ 이하</p> <p>② 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 $60 \times 10^9/L$</p> <p>③ 혈소판 $20,000/\mu l$ 이하</p>
			골수형성이상증후군: 25건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-5)에 의하여 골수형성이상증후군을 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 골수형성이상증후군 예후분류법(IPSS, IPSS-R, WPSS)인 다음 중 하나에 해당되는 경우</p> <p>(가) 고위험군인 경우</p> <p>① IPSS: Intermediate-2 또는 high</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>② IPSS-R, WPSS: high 또는 very high (나) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 ① 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) 500/μl 이하이면서 혈소판 20,000/μl 이하 ② Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우 (2) 소아는 사례별로 결정함</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
			비호지킨림프종: 2건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-7)에 의하면, 비호지킨림프종의 영양급여대상자는 다음과 같음.</p> <p>(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)</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
			연소기골수단구성 백혈병(JMML): 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-8)에 의하면, 연소기골수단구성백혈병의 영양급여대상자는 다음과 같음.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				WHO에서 제시한 연소기골수단구성백혈병의 진단기준을 만족하는 경우에 인정하고 있음.
			만성골수성백혈병 (CML): 2건	<p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-2)에 의하면, 만성골수성백혈병은 “WHO criteria에서 제시한 만성골수성백혈병 만성기 또는 가속기로 다음 중 하나에 해당하는 경우 (1) TKI 제제(18세 미만은 1개 이상, 18세 이상은 2개 이상)에 실패하거나 불내성(intolerance)을 보이는 경우, (2) T315I mutation 확인된 경우” 에 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			다발골수종(MM): 2건	<p><2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.5.1.)에 의하면, 다발골수종은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여 대상자 기준) 2-가-6)의 기준에 적합하다고 판단되는 경우에 한하여 급여하고 있고, 동 인정기준에 적합하여 시행한 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)에 대하여는 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>“다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식 중 어느 하나에 해당하는 경우이어야 요양급여대상자로 인정됨.</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)을 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 동종조혈모세포이식을 원칙으로 함.”</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
		자료보완: 1건	급성골수성백혈병 (AML): 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우”에 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <p>이 건은 골수검사와 말초혈액검사 상 완전관해 확인어려므로, 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
		선별급여: 51건	급성골수성백혈병: 24건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-1)에 의하면 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 요양급여인정기준은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전 관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우” 로 규정하고 있음.</p> <p>급성골수성백혈병으로 동종조혈모세포이식 예정인 이 건은 골수검사와 말초혈액검사 및 영상검사 결과 완전관해가 확인되지 않음. 따라서 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여 비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 의하면 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.” 로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 시술일 현재 준 연령을 초과하여 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우이므로 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 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</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 라고, (별표)1-다에 의하면 “조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다” 라고 각 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이므로, 조혈모세포 2차 이식의 요건을 충족하지 못하였음. 또한, 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 라고, (별표)1-다에 의하면 “조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다” 라고 각 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 진단되어 3차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 이 상병에 대한 3차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 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 인정됨.</p> <p>급성골수성백혈병(APL)으로 동종조혈모세포이식 예정인 이 건은 1차 완전관해 유지 중 미세잔류암 음성으로 확인되는 바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>급성림프모구백혈병: 14건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 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 - 혈연또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 라고 , (별표)1-다에 의하면 “조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다” 라고 각 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 비혈연 동종 조혈모세포이식 예정으로 조직형 검사가 일치하지 않는바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR 형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 고 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 1차 반일치 동종 조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식은 사례별로 심의하여 결정하고 있으나 제출된 자료에서 급성림프모구백혈병의 유전자 고위험 소견 확인되지 않으며, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-1)에 의하면 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 요양급여인정기준은 “(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” 로 규정하고 있음.</p> <p>급성림프모구백혈병으로 동종조혈모세포이식 예정인 이 건은 골수검사와 말초혈액검사 및 영상검사 결과 완전관해가 확인되지 않음. 따라서 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 의하면 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.” 로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 시술일 현재 준 연령을 초과하여 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>실시한 경우이므로 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병은 혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>(1) 진단 시 15세 이상에서 1차 완전 관해된 경우 (2) 진단 시 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 미세잔류양(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 (4) 2차 이상 완전관해된 경우로 규정하고 있음.</p> <p>급성림프모구백혈병으로 진단되어 동종조혈모세포이식 예정인 이 건은 15세 미만으로 고위험군이 확인되지 않는바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 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</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 라고 , (별표)1-다에 의하면 “조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성 백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해 된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다” 라고 각 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 2차 반일치 동종 조혈모세포이식 예정이므로, 조혈모세포 2차 이식의 요건을 충족하지 못하였음. 또한, 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>골수형성이상증후군: 3건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-5)에 의하여 골수형성이상증후군을 요양급여대상자로 인정하고 있음.</p> <p>(1) 골수형성이상증후군 예후분류법(IPSS, IPSS-R, WPSS)인 다음 중 하나에 해당되는 경우 (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 이하이면서 혈소판 20,000/μl 이하 ② Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy(IST)에 불응하거나 치료적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우 (2) 소아는 사례별로 결정함</p> <p>이 건은 골수형성이상증후군으로 진단되어 중간위험군에 해당되나 말초혈액검사 결과나 수혈요구도가 고시 기준에 해당되지 않아 현재 상황이 반드시 이식이 필요하다고 판단하기 곤란한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>2016-65호, 2016.5.1.) 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 골수이형성증후군과 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. 2) 제대혈이식 - HLA A, B형의 locus와 DR형의 allele 중 2개(locus 혹은 allele) 불일치(4/6)까지 인정한다.” 고 명시되어 있음.</p> <p>이 건은 MDS로 진단되어 1차 반일치 혈연동종조혈모세포이식 예정이나 국내외 공여자 검색을 시행하지 않은바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			비호지킨림프종: 6건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)별표 2-가-7)-(1)에 의하면 비호지킨림프종의 요양급여인정기준은 “(가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 (나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함” 으로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 동종조혈모세포이식 예정이나 추적 검사결과 부분반응 이상 확인 되지 않음. 따라서 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 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)하</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 라고 , (별표)1-다에 의하면 “조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다” 라고 각 명시하고 있음.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이므로, 조혈모세포 2차 이식의 요건을 충족하지 못하였음. 또한, 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(영양급여대상자기준)별표 2-가-7)-(1)에 의하면 비호지킨림프종의 영양급여인정기준은 “(가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 (나) 표준항암화학요법이나 자가 조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함” 으로 규정하고 있음.</p> <p>Lymphoblastic lymphoma/leukemia으로 동종조혈모세포 이식 예정인 건으로 WHO 진단기준에 따라 ALL의 인정기준에 준하여 사례별로 심의하고 있음. 이 건은 골수검사와 말초혈액검사 및 영상검사 결과 완전관해가 확인되지 않음. 동종 조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여 비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			다발골수종(MM): 2건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 의하면 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.” 로 규정하고 있음.</p> <p>이 건은 시술일 현재 준 연령을 초과하여 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우이므로 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>다발성골수종으로 진단되어 1, 2차 자가조혈모세포이식을 시행하였으나 재발하여 3차 동종조혈모세포이식 예정으로 현재 이 상병에 대한 3차 동종조혈모세포이식에 대하여는 치료 성적 및 효과 등 의학적 타당성에 대한 근거가 부족하므로 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			호지킨림프종: 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 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.</p> <p>이 건은 호지킨림프종으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 2차 반일치 동종조혈모세포이식은 기준에 해당하지 않음. 또한, 2차 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			XIAP efficiency: 1건	이 건은 primary immune deficiency(XIAP exon 2-3 결실)로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정이나 고시기준에 해당하지 않음. XIAP efficiency 상병 및 이 상병의 1차 반일치 이식에 대한 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
		취하: 6건		
제대혈	총 5건	급여: 3건	급성림프모구백혈병 : 3건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병은 혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여대상자로 인정함.</p> <p>(1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우</p> <p>(2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>(가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성</p> <p>② t(v;11q23) 또는 MLL 재배열</p> <p>③ 염색체수 44 미만</p> <p>(나) 진단시 1세미만</p> <p>(다) 백혈구 수 $100 \times 10^9/L$ 이상</p> <p>(라) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우</p> <p>(마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>① Poor Steroid Response</p> <p>② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우)</p> <p>③ Early T cell Precursor Phenotype</p> <p>(3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류양(Minimal Residual Disease) 양성인 경우</p> <p>(4) 2차 이상 완전관해된 경우</p> <p>이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
		선별급여 :2건	급성골수성백혈병 : 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-가-1)에 의하면 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)의 영양급여인정기준은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류양(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우” 로 규정하고 있음.</p> <p>급성골수성백혈병으로 제대혈조혈모세포이식 예정인 이 건은 골수검사와 말초혈액검사 및 영상검사 결과 완전관해가 확인되지 않음. 따라서 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			연소기골수단구성백혈병(JMML): 1건	<p>이 건은 (JMML)로 진단되어 3차 제대혈조혈모세포이식 예정이나 현재 3차 제대혈조혈모세포이식은 기준에 해당하지 않으므로 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우에는 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
		취하: 0건		
자가	총 150건	급여: 112건	비호지킨림프종: 38건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-1)-(1)-(나))에 의하면, 자가조혈모세포이식 중 비호지킨림프종에 대한 영양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상임.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-1)-(1)-(나))에 의하면, 자가조혈모세포이식 중 비호지킨림프종에 대한 영양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>우 요양급여 대상임.</p> <p>① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic Lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia</p> <p>② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름)</p> <p>③ Mantle Cell Lymphoma</p> <p>④ Diffuse Large B Cell Lymphoma</p> <p>⑤ Burkitt Lymphoma</p> <p>⑥ Peripheral T-cell Lymphoma</p> <p>⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma</p> <p>⑧ Primary CNS Lymphoma</p>
			다발골수종: 56건	<p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(1)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 “IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우” 에 요양급여 대상자로 인정됨.</p>
			호지킨림프종: 1건	<p>IMWG에서 제시한 다발골수종의 진단기준에 해당되어 요양급여 대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 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 인정됨.</p>
			급성골수성백혈병 : 3건	<p>고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-2)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)에 대한 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우</p> <p>(2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 혈액학적 완전관해인 경우 요양급여 대상임.</p>
			수모세포종 (Medulloblastoma)† : 2건	<p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p> <p><2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식 (tandem transplantation)>(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.5.1.)에 의하면, 수모세포종(Medulloblastoma)은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여 대상자 기준)의 기준 별표 2-나-9)-(1)-(가)에 의하여 수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 경우로서 “① 진단 시 3세 이하 ② 수술 후 잔여종괴가 1.5㎢ 이상인 경우 ③ 두개강내 전이가 있는 경우 ④ Anaplastic type” 중 하나에 해당하는 경우에 적합하다고 판단되는 경우이어야 하고, 또한 위 인정기준에 적합하여 시행하는 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)에 대하여는 “가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가 조혈모 세포이식, 나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식” 중 어느 하나에 해당하는 경우이어야 요양급여대상자로 인정됨.</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			<p>신경모세포종 (Neuroblastoma)① : 2건</p>	<p><2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.5.1.)에 의하면, 신경모세포종은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여 대상자 기준)의 기준 별표 2-나-9)-(1)-(가)에 의하여 (1) 진단 시 1세 이상이면서 수술 또는 항암제 등으로 부분반응이상을 보이는 Stage IV 또는 N-myc 증폭(+인 Stage II 이상인 경우 (2) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 경우(※ N-myc증폭(+인 경우 나이에 상관없이 고위험군에 해당) 중 하나에 해당하는 경우에 적합하다고 판단되는 경우이어야 하고, 또한 위 인정기준에 적합하여 시행하는 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)에 대하여는 “가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가조혈모 세포이식, 나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모 세포이식” 중 어느 하나에 해당하는 경우이어야 요양급여대상자로 인정됨.</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			<p>AL 아밀로이드증 (AL amyloidosis) : 2건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 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) 진단기준에 만족하는 경우</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>다만, ECOG 수행능력평가 0-2에 해당하면서 장기부전(심·신·간·폐부전)이 아닌 경우</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			POEMS 증후군 : 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(3)에 의하면, POEMS 증후군은 “IMWG에서 제시한 POEMS 증후군 진단기준에 만족하는 경우” 에 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			비정형기형/ 황문근종양 (AT/RT): 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-64호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-9)-(1)-(나) 비정형기형/황문근종양(AT/RT)은 “수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상을 보이는 경우” 요양급여 대상임. 또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.5.1.) <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT), (나)다발골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여 대상임.</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.</p>
			유령종양 (Ewing' s sarcoma) : 2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부고시 제 2015-44호, 2015.4.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-6)에 의하면 유령종양의 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>(1) 진단 시 다음 고위험군의 하나에 해당하며 수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>(가) metastatic disease at diagnosis</p> <p>(나) bulky primary tumor(>200ml)</p> <p>(다) axial site</p> <p>(2) 수술 후, 방사선 치료 및 통상적인 화학요법(6개월 또는 6회이상)을 병용하여 부분 반응이상을 보이나, 완전관해에 도달하지 않은 경우</p> <p>(3) 재발 또는 불응성으로 구제 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우</p> <p>고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.</p>
			DESMOPLASTICSMALLRO UNDCELLTUMOR:1건	<p>동 건은 Desmoplastic small round cell tumor 진단받고 1차 자가조혈모세포이식 예정인 건으로 자가조혈모세포이식에 대한 예후가 양호할 것으로 판단되고 재발 또는 불응성에 해당하여 고위험소견 확인되므로 동 사례에 대하여 요양급여대상자로 인정함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			자가면역질환: 1건	<p>보건복지부 보험급여과 4230호(2005.9.30.)의 조혈모세포이식 영양급여의 대상자 기준 관련 질의·답변에 따르면 ‘자가면역질환에 자가조혈모세포이식시 영양급여대상 여부’는 자가면역질환중 일부 질환은 임상성적이 충분하지 않으므로 질환별 임상성적 등을 고려하여 아래 일부 자가면역질환에만 제한적으로 영양급여대상으로 인정하되, 조혈모세포이식분과 위원회에서 사례별로 인정여부를 결정토록 함.</p> <p>이 경우 조혈모세포이식센터 소속 병원의 류마티스분과 전문의[부교수 이상] 소견서가 첨부되어야 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 대상질환: Multiple sclerosis(다발성경화증), Systemic sclerosis(전신피부경화증), Rumatoid arthritis(류마티스관절염), Systemic lupus erythematosus(전신홍반루푸스)</p> <p>나. 대상자 조건: 표준요법에 실패하여 생명이나 주요장기 기능이 위협될 정도의 중증상태</p> <p>Systemic sclerosis로 1차 자가조혈모세포이식 예정인 이 건은 제출된 검사결과를 확인하여 동 사례에 대하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
			골육종 (Osteosarcoma) : 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (영양급여대상자기준)(별표) 2-나-10)에 의하면 골육종에 대한 영양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>‘(1) 수술 및 항암치료 후 완전 관해된 경우 (2) 재발 후 국소적 치료 및 구제 항암화학요법으로 2차 완전관해 된 때’ 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.</p>
		자료보완 : 12건	다발골수종: 1건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (영양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(1)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 “IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우” 에 영양급여 대상자로 인정됨.</p> <p>다발골수종 상병으로 1차 자가조혈모세포이식 예정인 이 건은 제출된 검사결과를 참조할 때 조혈모세포이식이 반드시 요구되는 다발골수종의 범주에 포함된다고 판단하기 곤란한바 영양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
			비호지킨림프종: 10건	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(영양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정됨.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<ul style="list-style-type: none"> ① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 ② Diffuse Large B Cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> - 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) <ul style="list-style-type: none"> (단, stage I 완전관해 제외) ⑤ Peripheral T-cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) ⑥ Primary CNS Lymphoma <p>또한, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암 화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정됨.</p> <ul style="list-style-type: none"> ① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>이 건의 경우 1차 자가조혈모세포이식 예정으로 최근 골수 검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태여부 판단이 곤란함. 따라서 영양급여 대상 여부를 결정하기 위해 골수 검사가 필요하므로 자료보완토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정됨.</p> <ul style="list-style-type: none"> ① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 ② Diffuse Large B Cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> - 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) <ul style="list-style-type: none"> (단, stage I 완전관해 제외) ⑤ Peripheral T-cell Lymphoma <ul style="list-style-type: none"> (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외)

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>⑥ Primary CNS Lymphoma</p> <p>또한, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정됨.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>이 건의 경우 1차 자가조혈모세포이식 예정이나, 부분반응 이상여부를 확인할 수 있는 자료가 제출되지 않아 PR 판정이 어려움. 따라서 영양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
				<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정됨.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>또한, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정됨.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<ul style="list-style-type: none"> 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 <p>이 건은 비호지킨림프종(Anaplastic large B cell lymphoma)로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정이나, 최근영상자료가 제출되지 않아 PR 판정이 어려움. 따라서 영양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.</p>
			<p>POEMS 증후군 : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(3)에 의하면, POEMS 증후군은 “IMWG에서 제시한 POEMS 증후군 진단기준에 만족하는 경우” 에 영양급여 대상자로 인정됨.</p> <p>POEMS syndrome으로 자가 조혈모세포이식예정인 이 건은 제출한 진료내역을 검토한 결과 IMWG 진단기준을 만족할 수 있는 자료가 충분치 않다고 판단됨. 따라서 영양급여 대상 여부를 결정하기 위해 자료보완토록 함.</p>
		<p>선별급여 : 23건</p>	<p>비호지킨림프종: 8건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 1차 표준항암 화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정됨.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>또한, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>이 건은 비호지킨림프종으로 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 추적 검사결과 부분반응 이상의 반응을 보인 것으로 판단하기 어려움. 이 건의 경우는 위 기준을 충족하지는 못하나 환자측의 요청과 진료 담당의사의 의학적 판단에 따라 조혈모세포이식술을 실시한 경우이므로 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 비호지킨림프종 진단 후 1차 자가조혈모세포이식 예정으로 ('18.04.06) 시행한 (PET CT) 영상검사 상 'New/increased metabolism of multiple hypermetabolic lymphnodes in left cervical level IV~V, left axillary areas.' PD소견으로 확인되어 현재 조혈모세포이식이 반드시 필요한 상황으로 판단키 곤란하므로 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 Mycosis fungoides로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정인 사례로 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제 4조(요양급여대상자기준) (별표)에 해당되지 않으며, 현재까지 동 상병에 대한 조혈모세포이식의 임상연구 및 치료성적 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 일반기준에 의하면, “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.”에 해당 될 때 요양급여대상자로 인정됨. 이 건은 현재 기준 연령을 초과하였음에도 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우이므로 이식과 직접 관련된 3주간의</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>이 건은 Diffuse large B cell lymphoma로 진단되어 2차 자가조혈모세포이식 예정인 사례로 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)에 해당되지 않으며, 현재까지 동 상병에 대한 조혈모세포이식의 임상연구 및 치료성적 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			다발골수종: 4건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(1)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 “IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우” 에 요양급여 대상자로 인정됨.</p> <p>이 건은 IMWG에서 제시한 다발골수종 진단기준을 만족하지 않아 기준에 해당하지 않음. 따라서 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>다발골수종 상병으로 2차 자가조혈모세포이식 예정인 이 건은 제출된 검사결과를 참조할 때 1차 이식 후 현재 VGPR 이상의 반응유지 중으로, 조혈모세포 2차 이식이 반드시 필요하다고 판단하기 곤란한 바, 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			생식세포종 (Germ Cell Tumor):4건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-7)에 Germ cell tumor는 “재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우” 로 되어 있음.</p> <p>이 건은 Germ cell tumor로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정으로 제출된 자료를 검토한 결과 부분반응 이상으로 판단하기 어려움. 그러므로 기준에 해당하지 않으나, 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>Germ cell tumor로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식을 예정하고 있는 이 건은 ('18.04.07.) AP-CT 영상 검사 상, 'Interval increased size and extent of seeding mass along the Rt.lower abdominal fascial plane, extending to</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>suprapubic region and inguinal~scrotal wall.'소견으로 PD로 확인 됨. 따라서 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p> <p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-64호, 2016.5.1.)에 의하면 "2회 연속적인 고용량 항암 화학요법 및 자가 조혈모세포이식(Tandem Transplantation)은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT), (나) 다발골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여토록 되어있음. 이 건은 Germcell tumor로 진단받고 1차 자가조혈모세포이식 후 2차 자가조혈모세포이식 위해 신청되었으나, 고시 인정기준 외로 이 상병에 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한 바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>망막모세포종: (Retinoblastoma) : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-64호, 2016.5.1.)에 의하면 "2회 연속적인 고용량 항암 화학요법 및 자가 조혈모세포이식(Tandem Transplantation)은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT), (나) 다발골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여토록 되어있음. 이 건은 망막모세포종(Retinoblastoma)으로 진단받고 1차 자가조혈모세포이식 후 2차 자가조혈모세포이식 위해 신청되었으나, 고시 인정기준 외로 이 상병에 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한 바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>급성골수성백혈병 : 1건</p>	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-65호, 2016.5.1.) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-2)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)에 대한 요양급여 인정기준은 다음과 같음.</p> <p>(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 2차 분자생물학적 관해(Molecular Remission)된 경우</p> <p>(2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 혈액학적 완전관해인 경우 요양급여 대상임.</p> <p>이 건은 급성골수성백혈병으로 진단되어 자가조혈모세포이식 예정으로 국제임상지침 등을 참조하여 환자의 현재상태가 이식시기에 부적절하여 조혈모세포이식이 반드시 필요한 상황</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				<p>으로 판단키 곤란하므로 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>골육종 (Osteosarcoma) :1건</p>	<p>조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(영양급여대상자기준)(별표)2-나-(10)에 골육종은 "다음 각호의 1에 해당된 때 (1)수술 및 항암치료 후 완전 관해된 경우 (2)재발 후 국소적 치료 및 구제 항암화학요법으로 2차 완전관해 된 때"로 되어있음.</p> <p>이 건은 골육종(Osteosarcoma)으로 진단되어 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 완전 관해가 명확하지 아니한바 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			<p>신경모세포종 (Neuroblastoma)① :1건</p>	<p><2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016.5.1.)에 의하면, 신경모세포종은 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016.5.1.) 제4조(영양급여 대상자 기준)의 기준 별표 2-나-9)-(1)-(가)에 의하여 (1) 진단 시 1세 이상이면서 수술 또는 항암제 등으로 부분반응이상을 보이는 Stage IV 또는 N-myc 증폭(+인 Stage II 이상인 경우 (2) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 경우(※ N-myc증폭(+인 경우 나이에 상관없이 고위험군에 해당) 중 하나에 해당하는 경우에 적합하다고 판단되는 경우이어야 하고, 또한 위 인정기준에 적합하여 시행하는 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)에 대하여는 “가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가조혈모 세포이식, 나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모 세포이식” 중 어느 하나에 해당하는 경우이어야 영양급여대상자로 인정됨.</p> <p>이 건은 신경모세포(Neuroblastoma) 진단받고 Tandem Transplantation)을 예정하고 있는 건으로 ('18.5.8.) 시행한 (AP-CT) 영상검사 상 'no significant interval change Lt. adrenal neuroblastoma.' 소견으로 PPI이상 확인 되지 않음. 현재 조혈모세포이식이 반드시 필요한 상황으로 판단키 곤란하므로 환자 측의 요청에 따라 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			Rhabdomyosarcoma :2건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-64호, 2016.5.1.)에 의하면 "2회 연속적인 고용량 항암 화학요법 및 자가 조혈모세포이식(Tandem Transplantation)은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외 배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT), (나) 다발골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여토록 되어있음.</p> <p>이 건은 Rhabdomyosarcoma로 진단받고 1차 자가조혈모세포이식 후 2차 자가조혈모세포이식 위해 신청되었으나, 고시 인정 기준 외로 이 상병에 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이 식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
			유령종양 (Ewing's sarcoma): 1건	<p>조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제 2016-64호, 2016.5.1.)에 의하면 "2회 연속적인 고용량 항암 화학요법 및 자가 조혈모세포이식(Tandem Transplantation)은 (가)신경아세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시신경외 배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT), (나) 다발골수종 인정기준에 적합한 경우 요양급여토록 되어있음.</p> <p>이 건은 유령종양(Ewing's sarcoma)으로 진단받고 1차 자가 조혈모세포이식 후 2차 자가조혈모세포이식 위해 신청되었으나, 고시 인정기준 외로 이 상병에 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니한 바 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이 식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.</p>
		취하: 3건		
계	324			

①: tandem transplantation (2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 자가 조혈모세포이식)

[별첨] 조혈모세포이식 요양급여대상 결정현황

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
1	동종조혈모	여	46	급성골수성백혈병(AML)	급여
2	동종조혈모	남	47	다발골수종(MM)	급여
3	동종조혈모	남	3	연소기골수단구성백혈병(JMML)	급여
4	동종조혈모	여	29	급성골수성백혈병(AML)	급여
5	동종조혈모	여	55	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
6	동종조혈모	여	36	급성골수성백혈병(AML)	급여
7	동종조혈모	남	45	골수형성이상증후군(MDS)	급여
8	동종조혈모	남	44	급성골수성백혈병(AML)	급여
9	동종조혈모	남	63	골수형성이상증후군(MDS)	급여
10	동종조혈모	여	60	급성골수성백혈병(AML)	급여
11	동종조혈모	남	44	급성골수성백혈병(AML)	급여
12	동종조혈모	남	49	골수형성이상증후군(MDS)	급여
13	동종조혈모	남	34	급성골수성백혈병(AML)	급여
14	동종조혈모	남	51	급성골수성백혈병(AML)	급여
15	동종조혈모	여	38	다발골수종(MM)	급여
16	동종조혈모	여	54	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
17	동종조혈모	남	60	급성골수성백혈병(AML)	급여
18	동종조혈모	남	62	골수형성이상증후군(MDS)	급여
19	동종조혈모	남	9	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
20	동종조혈모	남	59	골수형성이상증후군(MDS)	급여
21	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	급여
22	동종조혈모	여	54	급성골수성백혈병(AML)	급여
23	동종조혈모	남	31	급성골수성백혈병(AML)	급여
24	동종조혈모	남	55	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
25	동종조혈모	여	49	골수형성이상증후군(MDS)	급여
26	동종조혈모	여	37	급성골수성백혈병(AML)	급여
27	동종조혈모	남	18	급성골수성백혈병(AML)	급여
28	동종조혈모	여	29	급성골수성백혈병(AML)	급여
29	동종조혈모	여	55	골수형성이상증후군(MDS)	급여
30	동종조혈모	여	65	급성골수성백혈병(AML)	급여
31	동종조혈모	여	31	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
32	동종조혈모	남	48	골수형성이상증후군(MDS)	급여
33	동종조혈모	남	55	골수형성이상증후군(MDS)	급여
34	동종조혈모	남	57	급성골수성백혈병(AML)	급여
35	동종조혈모	남	42	급성골수성백혈병(AML)	급여
36	동종조혈모	여	28	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
37	동종조혈모	남	45	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
38	동종조혈모	남	29	급성골수성백혈병(AML)	급여
39	동종조혈모	남	39	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
40	동종조혈모	여	18	급성골수성백혈병(AML)	급여
41	동종조혈모	여	51	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
42	동종조혈모	남	19	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
43	동종조혈모	남	58	급성골수성백혈병(AML)	급여
44	동종조혈모	남	61	pureredcellaplasia	급여
45	동종조혈모	남	7	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
46	동종조혈모	여	47	급성골수성백혈병(AML)	급여
47	동종조혈모	남	55	급성골수성백혈병(AML)	급여
48	동종조혈모	남	48	골수형성이상증후군(MDS)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
49	동종조혈모	남	35	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
50	동종조혈모	여	63	급성골수성백혈병(AML)	급여
51	동종조혈모	남	10	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
52	동종조혈모	여	59	급성골수성백혈병(AML)	급여
53	동종조혈모	여	63	급성골수성백혈병(AML)	급여
54	동종조혈모	여	59	급성골수성백혈병(AML)	급여
55	동종조혈모	여	2	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
56	동종조혈모	여	47	급성골수성백혈병(AML)	급여
57	동종조혈모	여	63	급성골수성백혈병(AML)	급여
58	동종조혈모	남	61	골수형성이상증후군(MDS)	급여
59	동종조혈모	여	43	급성골수성백혈병(AML)	급여
60	동종조혈모	여	40	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
61	동종조혈모	여	42	급성골수성백혈병(AML)	급여
62	동종조혈모	남	45	급성골수성백혈병(AML)	급여
63	동종조혈모	남	22	급성골수성백혈병(AML)	급여
64	동종조혈모	남	26	급성골수성백혈병(AML)	급여
65	동종조혈모	여	18	골수형성이상증후군(MDS)	급여
66	동종조혈모	남	6	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
67	동종조혈모	남	53	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
68	동종조혈모	남	22	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
69	동종조혈모	남	15	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
70	동종조혈모	남	62	급성골수성백혈병(AML)	급여
71	동종조혈모	여	58	급성골수성백혈병(AML)	급여
72	동종조혈모	여	8m	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
73	동종조혈모	여	63	급성골수성백혈병(AML)	급여
74	동종조혈모	여	49	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
75	동종조혈모	여	23	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
76	동종조혈모	여	53	급성골수성백혈병(AML)	급여
77	동종조혈모	여	20	골수형성이상증후군(MDS)	급여
78	동종조혈모	여	38	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
79	동종조혈모	남	22	만성골수성백혈병(CML)	급여
80	동종조혈모	남	49	골수형성이상증후군(MDS)	급여
81	동종조혈모	남	17	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
82	동종조혈모	남	61	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
83	동종조혈모	남	2	비호지킨림프종	급여
84	동종조혈모	남	60	골수형성이상증후군(MDS)	급여
85	동종조혈모	남	64	급성골수성백혈병(AML)	급여
86	동종조혈모	남	51	골수형성이상증후군(MDS)	급여
87	동종조혈모	여	28	비호지킨림프종	급여
88	동종조혈모	여	64	골수형성이상증후군(MDS)	급여
89	동종조혈모	여	13	급성골수성백혈병(AML)	급여
90	동종조혈모	남	43	급성골수성백혈병(AML)	급여
91	동종조혈모	여	58	급성골수성백혈병(AML)	급여
92	동종조혈모	남	37	골수형성이상증후군(MDS)	급여
93	동종조혈모	남	56	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
94	동종조혈모	남	57	골수형성이상증후군(MDS)	급여
95	동종조혈모	여	47	급성골수성백혈병(AML)	급여
96	동종조혈모	여	17	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
97	동종조혈모	남	65	골수형성이상증후군(MDS)	급여
98	동종조혈모	남	5	급성림프모구백혈병(ALL)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
99	동종조혈모	남	30	급성골수성백혈병(AML)	급여
100	동종조혈모	남	46	급성골수성백혈병(AML)	급여
101	동종조혈모	여	57	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
102	동종조혈모	남	12	급성골수성백혈병(AML)	급여
103	동종조혈모	여	47	골수형성이상증후군(MDS)	급여
104	동종조혈모	남	43	골수형성이상증후군(MDS)	급여
105	동종조혈모	남	63	급성골수성백혈병(AML)	급여
106	동종조혈모	여	59	골수형성이상증후군(MDS)	급여
107	동종조혈모	남	57	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
108	동종조혈모	남	55	급성골수성백혈병(AML)	급여
109	동종조혈모	여	51	골수형성이상증후군(MDS)	급여
110	동종조혈모	남	60	만성골수성백혈병(CML)	급여
111	동종조혈모	남	57	골수형성이상증후군(MDS)	급여
112	동종조혈모	여	19	급성골수성백혈병(AML)	자료보완
113	동종조혈모	남	49	비호지킨림프종	선별급여
114	동종조혈모	남	13	XIAPdeficiency	선별급여
115	동종조혈모	남	19	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
116	동종조혈모	남	18	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
117	동종조혈모	남	32	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
118	동종조혈모	남	53	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
119	동종조혈모	여	71	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
120	동종조혈모	여	2	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
121	동종조혈모	남	30	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
122	동종조혈모	남	61	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
123	동종조혈모	남	6	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
124	동종조혈모	여	25	비호지킨림프종	선별급여
125	동종조혈모	여	41	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
126	동종조혈모	남	31	호지킨림프종	선별급여
127	동종조혈모	남	23	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
128	동종조혈모	남	49	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
129	동종조혈모	여	68	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
130	동종조혈모	남	65	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
131	동종조혈모	남	20	비호지킨림프종	선별급여
132	동종조혈모	여	56	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
133	동종조혈모	여	35	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
134	동종조혈모	여	54	비호지킨림프종	선별급여
135	동종조혈모	남	44	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
136	동종조혈모	남	12	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
137	동종조혈모	남	28	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
138	동종조혈모	여	57	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
139	동종조혈모	남	48	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
140	동종조혈모	남	56	비호지킨림프종	선별급여
141	동종조혈모	여	22	비호지킨림프종	선별급여
142	동종조혈모	여	59	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
143	동종조혈모	여	63	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
144	동종조혈모	남	35	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
145	동종조혈모	여	59	다발골수종(MM)	선별급여
146	동종조혈모	여	58	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
147	동종조혈모	여	54	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
148	동종조혈모	여	57	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
149	동종조혈모	남	67	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
150	동종조혈모	여	48	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
151	동종조혈모	여	67	다발골수종(MM)	선별급여
152	동종조혈모	남	56	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
153	동종조혈모	여	36	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
154	동종조혈모	여	40	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
155	동종조혈모	여	57	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
156	동종조혈모	남	19	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
157	동종조혈모	남	59	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
158	동종조혈모	여	24	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
159	동종조혈모	남	27	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
160	동종조혈모	남	45	골수형성이상증후군(MDS)	선별급여
161	동종조혈모	남	34	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
162	동종조혈모	여	23	급성림프모구백혈병(ALL)	선별급여
163	동종조혈모	여	51	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
164	동종조혈모	여	19	급성골수성백혈병(AML)	취하
165	동종조혈모	여	50	급성림프모구백혈병(ALL)	취하
166	동종조혈모	남	8	급성골수성백혈병(AML)	취하
167	동종조혈모	남	16	골수형성이상증후군(MDS)	취하
168	동종조혈모	여	33	급성골수성백혈병(AML)	취하
169	동종조혈모	남	64	골수형성이상증후군(MDS)	취하
170	제대혈조혈모	남	50	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
171	제대혈조혈모	남	22	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
172	제대혈조혈모	남	57	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
173	제대혈조혈모	남	4	연소기골수단구성백혈변(JMML)	선별
174	제대혈조혈모	남	44	급성골수성백혈병(AML)	선별
175	자가조혈모	여	31	자가면역질환	급여
176	자가조혈모	여	4	신경모세포종(Neuoblastoma)	급여
177	자가조혈모	남	12	비호지킨림프종	급여
178	자가조혈모	여	51	비호지킨림프종	급여
179	자가조혈모	남	11	비정형기형/황문근종양(AT/RT)	급여
180	자가조혈모	여	56	비호지킨림프종	급여
181	Tandem(자가-자가)	남	57	다발골수종(MM)①	급여
182	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	급여
183	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종	급여
184	자가조혈모	남	46	AL아밀로이드증(ALamyloidosis)	급여
185	자가조혈모	여	39	비호지킨림프종	급여
186	자가조혈모	여	64	비호지킨림프종	급여
187	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	급여
188	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종	급여
189	자가조혈모	여	51	비호지킨림프종	급여
190	자가조혈모	여	64	비호지킨림프종	급여
191	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	급여
192	자가조혈모	남	49	비호지킨림프종	급여
193	자가조혈모	남	53	비호지킨림프종	급여
194	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	급여
195	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	급여
196	자가조혈모	여	51	다발골수종(MM)	급여
197	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
198	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	급여
199	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	급여
200	자가조혈모	여	54	다발골수종(MM)	급여
201	자가조혈모	남	38	다발골수종(MM)	급여
202	자가조혈모	남	59	POEMS증후군	급여
203	자가조혈모	남	41	급성골수성백혈병(AML)	급여
204	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	급여
205	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	급여
206	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	급여
207	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	급여
208	자가조혈모	남	34	다발골수종(MM)	급여
209	자가조혈모	여	54	다발골수종(MM)	급여
210	자가조혈모	남	48	급성골수성백혈병(AML)	급여
211	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	급여
212	자가조혈모	여	48	다발골수종(MM)	급여
213	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종	급여
214	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	급여
215	자가조혈모	여	52	다발골수종(MM)	급여
216	자가조혈모	남	1	비정형기형/횡문근종양(AT/RT)	급여
217	자가 후 자가	남	59	다발골수종(MM)	급여
218	자가조혈모	남	45	비호지킨림프종	급여
219	자가조혈모	여	52	다발골수종(MM)	급여
220	자가조혈모	남	61	다발골수종(MM)	급여
221	자가조혈모	남	48	다발골수종(MM)	급여
222	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	급여
223	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	급여
224	자가조혈모	여	55	다발골수종(MM)	급여
225	자가조혈모	남	51	다발골수종(MM)	급여
226	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	급여
227	자가조혈모	남	27	비호지킨림프종	급여
228	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종	급여
229	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	급여
230	자가조혈모	여	51	다발골수종(MM)	급여
231	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	급여
232	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	급여
233	자가조혈모	여	36	비호지킨림프종	급여
234	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	급여
235	Tandem(자가-자가)	남	40	다발골수종(MM)Ⓣ	급여
236	자가조혈모	남	48	비호지킨림프종	급여
237	자가조혈모	여	50	다발골수종(MM)	급여
238	자가조혈모	남	46	AL아밀로이드증(ALamyloidosis)	급여
239	자가조혈모	여	50	비호지킨림프종	급여
240	자가조혈모	남	24	호지킨림프종	급여
241	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	급여
242	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종	급여
243	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	급여
244	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	급여
245	자가조혈모	남	53	비호지킨림프종	급여
246	자가조혈모	남	7	유형종양	급여
247	자가조혈모	남	51	다발골수종(MM)	급여
248	자가조혈모	남	20	비호지킨림프종	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
249	자가조혈모	남	18	DESMOPLASTICSMALLROUNDCELLTUMOR	급여
250	Tandem(자가-자가)	여	13	수모세포종(Medulloblastoma)①	급여
251	자가조혈모	여	49	비호지킨림프종	급여
252	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	급여
253	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
254	자가조혈모	남	48	비호지킨림프종	급여
255	자가조혈모	남	33	비호지킨림프종	급여
256	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종	급여
257	자가조혈모	여	64	다발골수종(MM)	급여
258	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종	급여
259	Tandem(자가-자가)	남	20	수모세포종(Medulloblastoma)①	급여
260	자가조혈모	여	48	다발골수종(MM)	급여
261	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	급여
262	자가조혈모	남	50	비호지킨림프종	급여
263	자가조혈모	남	27	비호지킨림프종	급여
264	자가조혈모	여	25	비호지킨림프종	급여
265	자가조혈모	남	11	유령종양	급여
266	자가 후 자가	여	57	다발골수종(MM)	급여
267	자가조혈모	남	41	비호지킨림프종	급여
268	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
269	자가조혈모	여	45	비호지킨림프종	급여
270	자가조혈모	남	43	비호지킨림프종	급여
271	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종	급여
272	자가조혈모	남	52	비호지킨림프종	급여
273	자가조혈모	여	12	골육종(Osteosarcoma)	급여
274	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종	급여
275	자가조혈모	남	62	다발골수종(MM)	급여
276	자가조혈모	남	54	다발골수종(MM)	급여
277	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	급여
278	자가조혈모	여	43	다발골수종(MM)	급여
279	자가조혈모	여	63	다발골수종(MM)	급여
280	Tandem(자가-자가)	남	7	신경모세포종(Neuroblastoma)①	급여
281	자가조혈모	여	42	비호지킨림프종	급여
282	자가조혈모	남	44	비호지킨림프종	급여
283	자가조혈모	남	28	급성골수성백혈병(AML)	급여
284	자가조혈모	여	49	다발골수종(MM)	급여
285	자가조혈모	남	42	비호지킨림프종	급여
286	자가조혈모	여	65	다발골수종(MM)	급여
287	자가조혈모	남	39	비호지킨림프종	자료보완
288	자가조혈모	남	66	Waldenstrommacroglobulinemia	자료보완
289	자가조혈모	남	59	POEMS증후군	자료보완
290	자가조혈모	남	54	비호지킨림프종	자료보완
291	자가조혈모	남	65	비호지킨림프종	자료보완
292	자가조혈모	남	47	비호지킨림프종	자료보완
293	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종	자료보완
294	자가조혈모	여	62	비호지킨림프종	자료보완
295	자가조혈모	남	52	비호지킨림프종	자료보완
296	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종	자료보완
297	자가조혈모	남	48	비호지킨림프종	자료보완
298	자가조혈모	남	59	다발골수종(MM)	자료보완
299	자가조혈모	여	46	다발골수종(MM)	선별급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
300	자가조혈모	여	14	유령종양	선별급여
301	자가조혈모	남	36	급성골수성백혈병(AML)	선별급여
302	자가조혈모	여	24	비호지킨림프종	선별급여
303	Tandem(자가-자가)	여	45	다발골수종(MM)	선별급여
304	자가조혈모	여	14	골육종(Osteosarcoma)	선별급여
305	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	선별급여
306	자가조혈모	남	29	생식세포종(Germcelltumor)	선별급여
307	Tandem(자가-자가)	여	55	다발골수종(MM)	선별급여
308	자가 후 자가	여	12	망막모세포종(Retinoblastoma)	선별급여
309	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종	선별급여
310	자가조혈모	남	43	비호지킨림프종	선별급여
311	자가조혈모	남	34	germcelltumor	선별급여
312	자가조혈모	남	22	비호지킨림프종	선별급여
313	자가 후 자가	남	2	Rhabdomyosarcoma	선별급여
314	자가조혈모	여	71	비호지킨림프종	선별급여
315	자가조혈모	남	65	비호지킨림프종	선별급여
316	자가 후 자가	남	2	Rhabdomyosarcoma	선별급여
317	자가 후 자가	남	64	비호지킨림프종	선별급여
318	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종	선별급여
319	Tandem(자가-자가)	여	2	신경모세포종(Neurolblastoma)①	선별급여
320	자가 후 자가	남	11	생식세포종(Germcelltumor)	선별급여
321	자가 후 자가	여	11	생식세포종(Germcelltumor)	선별급여
322	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	취하
323	자가조혈모	여	29	비호지킨림프종	취하
324	자가조혈모	남	32	생식세포종(Germcelltumor)	취하

①: tandem transplantation (2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 자가 조혈