

진료심사평가위원회 심의사례 공개 (총 3개 항목)

- 2019. 4. 30. 공개

연번	제 목	페이지
1	면역관용요법(Immune Tolerance Induction) 영양급여대상 인정여부	1
2	심실 보조장치 치료술(VAD ¹⁾) 실시기관 승인 및 영양급여대상 인정여부	7
3	조혈모세포이식 영양급여대상 인정여부	8

1. 면역관용요법(Immune Tolerance Induction) 요양급여대상 인정여부

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

□ 면역관용요법 요양급여 인정여부 ('19. 1분기)

(단위: 건)

개최년도	개최분기	계	승인	불승인
2019	1분기	2	1	1

○ 세부내역

개최년	개최분기	성별/나이	심의내용	심의결과
2019	1분기	A사례 (남/1세)	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제 2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제4조 및 별표에서 면역관용요법의 요양급여 적용 기준에 대하여 정하고 있음. 이 사례는 ' 17. 9. 12. 혈우병A 진단받고 ' 18. 12. 5. 항체 발견된 환자로, 최초 항체가 3.99BU/ml(' 18. 12. 5.), 최고 항체가 9.22BU/ml(' 19. 1. 21.), 최근 항체가 8.46BU/ml(' 19. 2. 21.)이고, 주요 출혈 빈도는 연평균 10회이며, 면역관용요법은 이뮤네이트주 100IU/kg/dose 를 격일 투여할 계획임. - 과거 항체가가 10BU/ml를 초과하지 않았고, 항체 발견 후 1년이 경과하지 않았으며, 뇌출혈 등의 심각한	불승인

개최년	개최분기	성별/나이	심의내용	심의결과
			출혈력이 없는 등 별표 상 대상자 기준에 부합하지 않으므로 면역관용요법 요양급여를 인정하지 아니함.	
		B사례 (남/1세)	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제 2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제4조 및 별표에서 면역관용요법의 요양급여 적용 기준에 대하여 정하고 있음. 이 사례는 ' 17. 10. 24. 혈우병A 진단받고 ' 18. 3. 5. 항체 발견된 환자로, 최초 항체가 17.27BU/ml(' 18. 3. 5.), 최고 항체가 65BU/ml(' 18. 4. 21.), 최근 항체가 10.4BU/ml(' 19. 2. 25.)이고, 주요 출혈 빈도는 연평균 20회이며, 면역관용요법은 면역조정(경구 스테로이드)과 함께 이뮤네이트주 100IU/kg/dose를 격일 투여할 계획임. - 과거 항체가 10BU/ml를 초과하였다가 최근 항체가 10BU/ml 가까이 감소한 상태로 경구 스테로이드를 투여할 예정이고, 항체 발견 후 1년경과 5년 이내인바, 별표 1.대상자 기준 중 1) 면역관용요법 시행 시 가장 효과가 좋을 것으로 예상되는 환자에 해당된다고 판단되므로 면역관용요법 요양급여를 인정함.	승인

□ 면역관용요법 요양급여 계속 인정여부-정기 보고서 ('19. 1분기)

(단위: 건)

개최년도	개최분기	계	승인	불승인	종료
2019	1분기	10	9	-	1

○ 세부내역

개최년	개최분기	성별/나이	심의내용	심의결과
2019	1분기	A사례 (남/42세)	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제 2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 혈우병 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음. - 이 사례는 58개월 시행 후 정기보고서가 제출된	승인

개최년	개최분기	성별/나이	심의내용	심의결과
			건으로서, 그린에이트주 격일 투여 중 항체가 증가하여 다시 매일 투여로 변경(82IU/kg 격일 → 37IU/kg 매일, ' 18. 12. 14.) 후 항체가 감소 (0.77U/ml, ' 18. 12. 8. → 0.54BU/ml, ' 19. 2. 16.) 확인되므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.	
		B사례 (남/9세)	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제 2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 혈우병 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음. - 이 사례는 면역관용요법 70개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 건으로서, 이뮤네이트주 증량(42 → 100IU/kg, ' 18. 4. 27.)하여 주 3회 투여 중으로 최근 항체가 음성(' 19. 3. 5.)으로 확인되므로 이뮤네이트주를 감량하여 면역관용요법 계속 시행을 인정함.	승인
		C사례 (남/34세),	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제 2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 혈우병 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음. - 이 사례는 면역관용요법 54개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 건으로서, 이뮤네이트주 감량 (53 → 50IU/kg, ' 19. 1. 31.)하여 매일 투여 중으로 최근 항체가 0.49BU/ml(' 19. 2. 11.)이고, 출혈력 없는 상태 이므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.	승인
		D사례 (남/9세)	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제 2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 혈우병 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음. - 이 사례는 면역관용요법 51개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 건으로서, 이뮤네이트주 매일 투여 어려워 격일 투여로 변경(44IU/kg 매일 → 89IU/kg 격일, ' 19. 1. 29.)하여 투여 중으로 마지막 항체가 0.7BU/ml(' 19. 2. 21.)이므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.	승인

개최년	개최분기	성별/나이	심의내용	심의결과
		E사례 (남/4세)	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제 2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 혈우병 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음. - 이 사례는 면역관용요법 40개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 건으로서, 이뮤네이트주 감량(80 → 60IU/kg, ' 18. 9. 19.)하여 주 3회 투여 중 항체가 0.7BU/ml 미만(' 18. 12. 24., ' 19. 2. 13.)으로 유지되고 출혈 없어 최근 용량 감량(60 → 30IU/kg, ' 19. 2. 13.) 하였으므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.	승인
		F사례 (남/3세)	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제 2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 혈우병 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음. - 이 사례는 면역관용요법 26개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 건으로서, 이뮤네이트주 100IU/kg 매일 투여 중 항체가 높게(30~110BU/ml) 유지되어 이뮤네이트주 증량(100IU/kg 1 → 2회/일, ' 18. 10. 1.) 및 경구 스테로이드 추가(' 18.10.10.)하였으나, 최근 항체가 25BU/ml(' 19. 2. 20.)로 계속 높게 유지되고, 환자의 순응도가 낮아 면역관용요법을 지속하기 어려우므로 면역관용요법을 중단하기로 함.	중단
		G사례 (남/3세)	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제 2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 혈우병 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음. - 이 사례는 면역관용요법 9개월 시행 후 정기 보고서가 제출된 건으로서, 이뮤네이트주 100IU/kg 주 3회 투여 중으로 항체가 감소(68BU/ml, ' 18. 12. 7. → 0.38BU/ml, ' 19. 2. 26.) 확인되므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.	승인

개최년	개최분기	성별/나이	심의내용	심의결과
		H사례 (남/6세)	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제 2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 혈우병 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음. - 이 사례는 면역관용요법 9개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로서, 이뮤네이트주 76IU/kg 격일 투여 중으로 항체가 낮게(0.2~0.3BU/ml) 유지되고, 약제 투여 30분 후 제8인자 활성도도 높게 유지되므로 이뮤네이트주 감량하여 면역관용 요법 계속 시행을 인정함.	승인
		I사례 (남/3세)	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제 2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 혈우병 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음. - 이 사례는 면역관용요법 3개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로서, ' 18. 11. 10.부터 이뮤네이트주 91.5IU/kg 격일 투여 시작 후 항체가 증가(210.62 BU/ml, ' 19. 1. 5.) 하였으나 최근 항체가 35.88BU/ml ('19. 2. 23.)로 감소하였으므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.	승인
		J사례 (남/9세)	「면역관용요법의 요양급여에 관한 기준(건강보험심사평가원 공고 제 2012-96호, 2012. 5. 31.시행)」은 제6조 및 제9조에서 실시기관이 정기보고서를 제출하도록 규정되어 있고, 혈우병 분과위원회는 제출된 정기보고서에 따른 요양급여의 중단 또는 계속 인정여부를 심의하도록 규정하고 있음. - 이 사례는 면역관용요법 2개월 시행 후 정기보고서가 제출된 건으로서, ' 19. 1. 7.부터 애드베이트주 100 IU/kg 매일 투여 시작 후 항체가 음성(' 19. 2. 2., ' 19. 3. 2.)으로 유지되고 있으므로 면역관용요법 계속 시행을 인정함.	승인

2. 심실 보조장치 치료술(VAD¹⁾) 실시기관 승인 및 요양급여대상 인정여부

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

□ 심실 보조장치 치료술(VAD) 실시기관 승인(총 1기관)

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

□ 심실 보조장치 치료술(VAD) 대상자 요양급여 여부(총 2사례)

○ 이식형 좌심실 보조장치 치료술(2사례)

사례	성별/나이	심의결과	결정 사유
A	남/75세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음 이 사례는 확장성 심근병증 상병의 심장이식이 적합하지 않은 말기심부전 환자로, 좌심실구혈률(LVEF⁴⁾) 17%, 약물치료에도 불구하고 심한 증상이 2개월 이상 지속되고, 정맥 강심제에 의존적인 상태 보이는 바, 별표2 1.적응증 ①이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 나.목 ‘심장이식이 적합하지 않은 말기심부전 환자에서 약물치료에도 불구하고 심한 증상이 2개월 이상 지속’에 해당되고, 2) ‘정맥 강심제에 의존적인 상태로 투여를 중단할 수 없는 경우’ 등에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함

B	남/46세	승인 (급여)	「심실 보조장치 치료술의 요양급여에 관한 기준」은 제6조 및 별표2에서 심실 보조장치 치료술의 요양급여 대상자 기준 및 본인부담률을 정하고 있음 이 사례는 20년 전 확장성 심근병증 진단받은 환자로 심실세동 심정지(VF⁵⁾ arrest) 이후 2013년 심율동 전환 제세동기(ICD⁶⁾) 삽입, 반복되는 ICD shock으로 부정맥고주파절제술과 입퇴원을 반복하였으며, 2018년 심장재동기화치료(CRT-D⁷⁾) 삽입하였으나 재발되는 심실빈맥과 실신, 심부전 증상으로 심장이식 대기자로 등록되었고, 좌심실구혈률(LVEF) 19.7%, 폐동맥 수축기/이완기압 66/30mmHg, 평균 폐동맥쇄기압 39mmHg, 심장지수 1.96L/min/M2 및 잦은 심실빈맥 발생으로 인한 정맥 강심제 사용이 제한되는 상태의 말기 심부전 소견 확인되는 바, 별표2 1.적응증 ①이식형 좌심실 보조장치 치료술 적응증 중 가.목 ‘심장이식 대기자로 등록된 말기심부전환자의 심장이식 가교 치료시’에 해당하며, 금기증이 달리 확인되지 않으므로 급여 인정함
---	-------	------------	---

1) VAD: Ventricular Assist Device 2) DT: Destination Therapy 3) BTT: Bridge To Transplant 4) LVEF: Left Ventricular Ejection Fraction
5) VF: Ventricular Fibrillation 6) ICD: Implantable Cardioverter Defibrillator 7) CRT-D: Cardiac Resynchronization Therapy-Defibrillator

3. 조혈모세포이식 영양급여대상 인정여부

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

심의 결과 관련 기준에 적합한 경우는 영양급여로 인정하며, 적합하지 않은 경우에는 비승인 되어 선별급여로 결정합니다. 선별급여 대상 환자가 **조혈모세포이식을 시행받기 위해 입원한 경우**, 「비승인 조혈모세포이식 환자의 영양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)」에 따라 **이식과 직접 관련된 진료기간(조혈모세포 주입 전 1주부터 주입 후 2주)의 영양급여비용(이식술료, 이식과 관련된 입원료 [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 영양급여로 인정**하고 있습니다.

■ 심의 결과

구분		계	동종	제대혈	자가	비고
총 접수		286	154	3	129	
처리결과	급여	197	101	2	94	
	선별급여	58	43	1	14	
	자료보완	13	2	-	11	
	불가	-	-	-	-	
	취하	18	8	-	10	

* 신청기관 : 37개 영양기관

■ 심의내용

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
동종	총 154건	급여: 101건	급성골수성백혈병 : 41건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (영양급여대상자기준)별표 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우”에 영양급여 대상자로 인정됨.
			급성림프모구백혈병 : 19건	이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (영양급여대상자기준)별표 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병은 혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여대상자로 인정함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				(1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 (2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 ② t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 ③ 염색체수 44 미만 (나) 진단시 1세미만 (다) 백혈구 수 $100 \times 10^9/L$ 이상 (라)진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① Poor Steroid Response ② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) ③ Early T cell Precursor Phenotype (3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 (4) 2차 이상 완전관해된 경우 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			골수형성이상증후군 : 15건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-5)에 의하여 골수형성이상증후군을 요양급여대상자로 인정하고 있음. (1) 골수형성이상증후군 예후분류법(IPSS, IPSS-R, WPSS)인 다음 중 하나에 해당되는 경우 (가) 고위험군인 경우 ① IPSS: Intermediate-2 또는 high ② IPSS-R, WPSS: high 또는 very high (나) 중간위험군(IPSS: Intermediate-1 ; IPSS-R, WPSS: Intermediate)이면서 다음 하나에 해당하는 경우 ① 말초혈액검사 결과 절대호중구수(ANC) $500/\mu l$ 이하 이면서 혈소판 $20,000/\mu l$ 이하 ② Erythropoietin제제, Immuno-Suppressive Therapy (IST)에 불응하거나 치료적응증에 해당되지 않으면서 혈색소 7.0g/dl을 유지하기 위해 최근 6개월 이내 지속적인 수혈 요구로 6units 이상의 수혈이 필요한 경우 (2) 소아는 사례별로 결정함 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			비호지킨림프종 : 5건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-7)에 의하면, 비호지킨림프종의 요양급여대상자는 다음과 같음. (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)
			만성골수성백혈병 : 5건	이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 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.
			다발골수종 : 1건	이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-6)에 의하면 다발골수종(Multiple Myeloma)은 “다음의 조건을 모두 만족하는 경우” 로 되어 있음. ① ECOG 수행능력평가 0-1

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				② 부분반응(Partial Response) 이상인 경우 ③ 만성신부전이 아닌 경우 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			중증재생불량성빈혈 : 12건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈은 골수검 사결과 세포총실도가 심하게 낮으면서(cellularity가 25% 이하이거나 25~50% 이더라도 조혈관련세포가 남아있는 세포 30% 이하), 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때 요양급여대상자로 인정하고 있음. ① 절대호중구 수(ANC)가 $500/\mu\text{l}$ 이하 ② 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 $60 \times 10^9/\text{L}$ ③ 혈소판 $20,000/\mu\text{l}$ 이하 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			연소기골수단구성백혈병 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-8)에 의하면, 연소기골수단구성백혈병은 WHO에서 제시한 연소기골수단구성백혈병의 진단기준을 만족하는 경우 요양급여대상자로 인정하고 있음. 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			혈구포식림프조직구증 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-10)에 의하면 혈구포식림프조직구증(Hemophagocytic Lymphohistiocytosis, HLH)은 “The Histiocyte Society에서 제시된 진단기준을 만족하는 혈구포식림프조직구증 환자 중 가족성(유전적) 또는 비가족성(비유전적) 혈구포식림프조직구증으로 확인 된 경우” 로 되어 있음. 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			PNH : 1건	발작성야간혈색소뇨증으로 진단된 동 건은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)에 해당되는 상병이 아니므로, 제출된 자료 참고하여 사례별 요양급여 대상자로 인정여부를 결정하고 있음. 이 건은 사례별 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			급성골수성백혈병 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우” 에 요양급여 대상자로 인정됨. 이 건은 CBC에서 완전관해 확인이 어려우므로, 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.
		자료보완: 2건	비호지킨림프종 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-7)에 의하면, 비호지킨림프종의 요양급여대상자는 다음과 같음. (1) 비호지킨 림프종 (가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우 ② Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) ③ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로써 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함 ① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma ② Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma ③ Mantle Cell Lymphoma ④ Diffuse Large B Cell Lymphoma ⑤ Burkitt Lymphoma ⑥ Peripheral T-cell Lymphoma ⑦ Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상 ⑧ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma ⑨ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) 이 건은 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성이 아니며 부분반응 이상의 확인이 어려워, 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
		선별급여: 43건	골수섬유화증, 일차골수섬유증, 비호지킨림프종 : 3건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(영양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.” 고 명시하고 있음. 이 건은 골수섬유화증, 일차골수섬유증 또는 비호지킨림프종으로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만 비승인 조혈모세포이식 환자의 영양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014.12.1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			급성골수성백혈병, 급성림프모구백혈병, 골수형성이상증후군 : 8건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(영양급여대상자기준)(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-나, 다에 의하면 조혈모세포 2차 이식은 “조혈모세포이식을 시행한 후 재발하여 시행하는 동종 조혈모세포이식의 경우 급성골수성백혈병과 급성림프모구백혈병의 경우에는 재발 후 다시 관해된 때와 중증재생불량성빈혈에서 이식 후 생착에 실패한 경우에 인정한다.” 라고 명시하고 있음. 이 건은 급성골수성백혈병, 급성림프모구백혈병, 또는 골

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				수형성이상증후군으로 진단되어 2차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인 바, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식은 사례별로 심의하여 결정하고 있으나, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1. 시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			급성림프모구백혈병 : 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.”고 명시하고 있음. 이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 1차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인 사례로, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식은 사례별로 심의하여 결정하고 있는 바, 제출된 자료에서 급성림프모구백혈병의 유전자 고위험 소견 확인되지 않으며, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식에 대하여는 임상연구, 치료성적 및 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니하였으므로, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			급성골수성백혈병 급성림프모구백혈병 : 7건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우”에 요양급여 대상자로 인정함. 이 건은 급성골수성백혈병으로 진단되어 동종조혈모세포 이식 예정으로, 골수검사와 말초혈액검사 및 영상검사 결과 완전관해가 확인되지 않기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함. 급성림프모구백혈병은 혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정함. (1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 (2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 ② t(v:11q23) 또는 MLL 재배열 ③ 염색체수 44 미만 (나) 진단시 1세미만 (다) 백혈구 수 $100 \times 10^9/L$ 이상 (라)진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① Poor Steroid Response ② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) ③ Early T cell Precursor Phenotype (3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 (4) 2차 이상 완전관해된 경우 이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 동종조혈모세포이식 예정으로, 골수검사와 말초혈액검사 및 영상검사 결과 완전관해로 볼 수 없기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			골수형성이상증후군 급성골수성백혈병 :10건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 의하면 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.”로 규정하고 있음. 이 건은 조혈모세포이식을 받고자 하는 자가 시술일 현재 만 65세 이상이기 때문에 영양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 영양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1. 시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			중증재생불량성빈혈 :2건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-나에 의하면 “1) 조혈모세포이식을 받고자 하는 자와 조혈모세포를 공여하고자 하는 자는 조직형 검사결과 HLA A, B, C, DR형이 일치하여야 한다. 다만, 다음의 경우에도 실시할 수 있다. (1) 혈연관계에 있는 경우 ① 1 locus 불일치까지 인정한다. ② 2~4 loci 불일치(haploidentical)하는 경우 - 혈연 또는 비혈연(국내외)에서 적합한 공여자가 없거나 적합한 제대혈(5/6)을 찾을 수 없는 경우에는 골수형성이상증후군과 완전관해 상태의 급성골수성백혈병에서 인정하고, 그 외 상병은 사례별로 심의하여 결정한다.”로 규정하고 있음. 한편, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-4)에 의하면, 중증재생불량성빈혈은 골수검사결과 세포충실도가 심하게 낮으면서, 말초혈액검사 결과 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 때에 영양급여대상자로 인정하고 있음. ① 절대호중구 수(ANC)가 $500/\mu\text{l}$ 이하 ② 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 $60 \times 10^9/\text{L}$ ③ 혈소판 $20,000/\mu\text{l}$ 이하 이 건은 중증재생불량성빈혈로 1차 반일치 동종조혈모세포이식 또는 3차 반일치 동종조혈모세포이식 예정인바, 이 상병에 대한 반일치 동종조혈모세포이식은 사례별로 결정하고 있으나, 이 건은 절대호중구 수(ANC)가 $200/\mu\text{l}$ 이하로 확인되지 않음. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 영양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			비호지킨림프종, 호지킨림프종 :7건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자 기준)별표 2-가-7)에 의하면, 비호지킨림프종의 요양급여대상자는 다음과 같음. (1) 비호지킨 림프종 (가) 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma del(17p) 또는 del(11q)인 경우 ② Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) ③ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma (나) 표준항암화학요법이나 자가조혈모세포이식 후에 재발 또는 불응성인 경우로써 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우를 원칙으로 함 ① Chronic Lymphocytic Leukemia/Small Lymphocytic Lymphoma ② Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma ③ Mantle Cell Lymphoma ④ Diffuse Large B Cell Lymphoma ⑤ Burkitt Lymphoma ⑥ Peripheral T-cell Lymphoma ⑦ Mycosis Fungoides/Sezary Syndrome II B 이상 ⑧ Adult T-cell Leukemia/Lymphoma ⑨ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) 이 건은 비호지킨림프종으로 진단되어 동종조혈모세포이식 예정으로, 부분반응 이상의 결과가 확인되지 않기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자 기준)별표 2-가-7)에 의하면, 호지킨림프종의 요양급여

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				대상자는 다음과 같음. (2) 호지킨 림프종 자가조혈모세포이식 후 재발된 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우를 원칙으로 함. 이 건은 호지킨림프종으로 진단되어 동종조혈모세포이식 예정으로, 부분반응 이상의 결과가 확인되지 않기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			급성골수성백혈병 급성림프모구백혈병 : 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우”에 요양급여 대상자로 인정함. 이 건은 급성골수성백혈병으로 진단되어 동종조혈모세포이식 예정으로, 3차 혈액학적 완전관해된 경우로 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함. 급성림프모구백혈병은 혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여대상자로 인정함. (1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 (2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 ② t(v:11q23) 또는 MLL 재배열 ③ 염색체수 44 미만 (나) 진단시 1세미만 (다) 백혈구 수 $100 \times 10^9/L$ 이상

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				(라)진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① Poor Steroid Response ② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) ③ Early T cell Precursor Phenotype (3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 (4) 2차 이상 완전관해된 경우 이 건은 급성림프모구성백혈병으로 진단되어 동종조혈모세포이식 예정으로, 3차 혈액학적 완전관해된 경우로 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			급성골수성백혈병 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우” 에 요양급여 대상자로 인정함. 이 건은 급성골수성백혈병으로 진단되어 2차 동종조혈모세포이식 예정으로, 1차 동종조혈모세포이식 이후 재발되었고 관해가 확인되지 않기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			만성골수성백혈병 : 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				준)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 영양급여대상자로 인정하고 있음. 이 건은 만성골수성백혈병으로 진단된 18세 이상 환자로, TKI 제제(2개 이상)에 실패여 부의 확인이 어려우므로, 영양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포 이식 환자의 영양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 영양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
		취하:8건		
제대혈	총 3건	급여: 2건	급성골수성백혈병 :1건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-1)에 의하면, 급성골수성백혈병(Acute Myeloid Leukemia)은 “(1) 급성전골수성백혈병(Acute Promyelocytic Leukemia) - 표준치료 후 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성으로 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우 (2) 급성골수모구성백혈병(Acute Myeloblastic Leukemia, APL 제외) - 1차 또는 2차 혈액학적 완전관해된 경우”에 영양급여 대상자로 인정됨. 이 건은 고시 기준에 적합하여 영양급여대상자로 인정함.
			급성림프모구백혈병: 1건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 2-가-3)에 의하면, 급성림프모구백혈병은 혈액학적 완전관해상태로 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여대상자로 인정함. (1) 진단시 15세 이상에서 1차 완전관해된 경우 (2) 진단시 15세 미만에서 1차 완전관해 되고 다음 고위험군 중 하나에 해당하는 경우 (가) 염색체 검사에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① t(9:22) 혹은 BCR/ABL 유전자 양성 ② t(v;11q23) 또는 MLL 재배열 ③ 염색체수 44 미만 (나) 진단시 1세미만 (다) 백혈구 수 $100 \times 10^9/L$ 이상

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
자가	총 129건	급여: 94건		(라) 진단 후 첫 주기(cycle) 관해 유도에 실패한 경우 (마) T세포 급성림프모구성백혈병에서 다음 중 하나에 해당하는 경우 ① Poor Steroid Response ② SER(Slow Early Response)(7일 또는 14일째 골수검사에서 백혈병세포가 존재하는 경우) ③ Early T cell Precursor Phenotype (3) 1차 완전관해 유지 중 분자생물학적 재발(Molecular Relapse) 또는 미세잔류암(Minimal Residual Disease) 양성인 경우 (4) 2차 이상 완전관해된 경우 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			선별:1건 급성림프모구백혈병: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)별표 1-다)에 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 인정함. 이 건은 급성림프모구백혈병으로 진단되어 4차 제대혈 조혈모세포이식 예정으로, 4차 혈액학적 완전관해된 경우로 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			골육종: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-(10)에 골육종은 "다음 각 호의 1에 해당된 때 (1)수술 및 항암치료 후 완전 관해된 경우 (2)재발 후 국소적 치료 및 구제 항암화학요법으로 2차 완전 관해된 때"로 되어있음. 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
자가	총 129건	급여: 94건	다발골수종: 45건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(1)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 "IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우"에 요양급여 대상자로 인정됨. 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			비호지킨림프종: 32건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정됨. ① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 ② Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 ③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) ④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type)(단, stage I 완전관해 제외) ⑤ Peripheral T-cell Lymphoma(단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) ⑥ Primary CNS Lymphoma 또한, 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 요양급여 대상자로 인정됨. ① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia ② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름) ③ Mantle Cell Lymphoma ④ Diffuse Large B Cell Lymphoma ⑤ Burkitt Lymphoma ⑥ Peripheral T-cell Lymphoma ⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma ⑧ Primary CNS Lymphoma 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			수모세포종①: 4건	<2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016. 5. 1.시행)에 의하면, 수모세포종(Medulloblastoma)은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여 대상자 기준)의 기준 별표 2-나-9)-(1)-(가)에 의하여 수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 경우로서 “① 진단 시 3세 이하 ② 수술 후 잔여종괴가 1.5cm³ 이상인 경우 ③ 두 개강내 전이가 있는 경우 ④ Anaplastic

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				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. 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			신경모세포종①: 3건	<2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016. 5. 1.시행)에 의하면, 신경모세포종은 조혈모 세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여 대상자 기준)의 기준 별표 2-나-9)-(1)-(가)에 의하여 (1) 진단 시 1세 이상이면서 수술 또는 항암제 등으로 부분반응이상을 보이는 Stage IV 또는 N-myc 증폭(+)인 Stage II 이상인 경우 (2) 국소적으로 재발한 경우 수술 또는 항암제 등으로 부분반응 이상을 보이는 경우(※ N-myc증폭(+)인 경우 나이에 상관없이 고위험군에 해당) 중 하나에 해당하는 경우에 적합하다고 판단되는 경우이어야 하고, 또한 위 인정기준에 적합하여 시행하는 2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포 이식(tandem transplantation)에 대하여는 “가. 신경모세포종, 수모세포종(Medulloblastoma), 원시성신경외배엽종양(PNET), 비정형기형/황문근종양(AT/RT) : 1차, 2차 자가조혈모 세포이식, 나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식” 중 어느 하나에 해당하는 경우이어야 요양급여대상자로 인정됨. 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			생식세포종: 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자 기준) 별표 2-나-7)에 의하면, 생식세포종(Germ Cell Tumor)은 “재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 표준항암화학요법에 반응하지 않는 refractory case로 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우”에 요양급여 대상자로 인정됨. 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			POEMS증후군: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(3)에 의하면, POEMS 증후군은 “IMWG에서 제시한 POEMS 증후군 진단기준에 만족하는 경우”에 요양급여 대상자로 인정됨. 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.
			호지킨림프종: 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-1)-(2)에 의하면, 전형호지킨 림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)은 “표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우”에 요양급여 대상자로 인정됨. 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여 대상자로 인정함.
			비정형기형/황문근종양 ㉠: 2건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준 (보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준)(별표)2-나-9)에 비정형기형/황문근종양(AT/RT)은 "수술이나 항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 또는 재발 후 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우"로 되어 있음. 이 건은 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			송과체아세포종:1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016. 5. 1.시행)에 의하면 "2회 연속적인 고용량 항암화학요법 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 고시 기준에 적합하여 요양급여대상자로 인정함.
			결합조직성 소원형세포 종양: 1건	Desmoplastic small round cell tumor으로 진단된 동건은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)에 해당되는 상병이 아니므로, 제출된 자료 참고하여 사례별 요양급여 대상자로 인정여부를 결정하고 있음. 이 건은 자가조혈모세포이식에 대한 예후가 양호할 것으로 판단되므로 동 사례에 대하여 요양급여대상자로 인정함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
		자료보완: 11건	비호지킨림프종: 6건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)2-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정됨. ① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 ② Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 ③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) ④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) ⑤ Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) ⑥ Primary CNS Lymphoma 또한, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정됨. ① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia ② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름) ③ Mantle Cell Lymphoma ④ Diffuse Large B Cell Lymphoma ⑤ Burkitt Lymphoma ⑥ Peripheral T-cell Lymphoma ⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma ⑧ Primary CNS Lymphoma 비호지킨림프종으로 진단된 이 건의 경우 1차 자가조혈모세포이식 예정으로 최근 골수검사가 제출되지 아니하여 이식에 적합한 골수상태여부 판단이 곤란함. 따라서 영양급여 대상 여부를 결정하기 위해 골수 검사가 필요하므로 자료보완토록 함. 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준) (별표)2-나-1)-(1)-(가)에 의하면 비호지킨림프종은 1차 표준항암화학요법 후 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정됨.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				① Mantle Cell Lymphoma stage II bulky 이상 ② Diffuse Large B Cell Lymphoma - LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV 인 경우 ③ Burkitt Lymphoma(단, low risk 완전관해 제외) ④ Extranodal NK/T-cell Lymphoma(Nasal type) (단, stage I 완전관해 제외) ⑤ Peripheral T-cell Lymphoma (단, ALK(+), Anaplastic Large Cell Lymphoma 제외) ⑥ Primary CNS Lymphoma 또한, 조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(1)-(나)에 의하면 비호지킨림프종은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상이며 다음 중 하나에 해당하는 경우 영양급여 대상자로 인정됨. ① Follicular Lymphoma, Marginal Zone Lymphoma Lymphoplasmacytic lymphoma/Waldenstrom's Macroglobulinemia ② Lymphoblastic Lymphoma(WHO 진단기준에 따름) ③ Mantle Cell Lymphoma ④ Diffuse Large B Cell Lymphoma ⑤ Burkitt Lymphoma ⑥ Peripheral T-cell Lymphoma ⑦ Extranodal NK/T-cell Lymphoma ⑧ Primary CNS Lymphoma 비호지킨림프종으로 진단된 이 건은 1차 자가조혈모세포 이식 예정이나, 부분반응 이상여부를 판단할 수 있는 자료가 제출되지 않아 확인이 어려움. 따라서 영양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.
			다발골수종: 2건	조혈모세포이식의 영양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(1)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 “IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우”에 영양급여 대상자로 인정됨. 다발골수종 상병으로 자가조혈모세포이식 예정인 이 건은 제출된 검사결과를 참조할 때 조혈모세포이식이 반드시 요구되는 다발골수종의 범주에 포함된다고 판단하기 곤란한 바 영양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가 자료가 필요하므로 자료보완토록 함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
			AL아밀로이드증: 1건	<2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016. 5. 1.시행)에 의하면, 수모세포종(Medulloblastoma)은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여 대상자 기준)의 기준 별표 2-나-9)-(1)-(가)에 의하여 수술이나 항암화학요법에 부분반응이 있는 경우로서 “① 진단 시 3세 이하 ② 수술 후 잔여종괴가 1.5cm³ 이상인 경우 ③ 두 개강내 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. 이 건은 AL amyloidosis로 진단되어 1차 자가조혈모세포 이식 예정으로 조직검사 상 congo red 결과가 확인되지 아니하여 이식에 적합한 상태여부의 판단이 곤란함. 따라서 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 조직검사 상 congo red 결과 확인이 필요하므로 자료보완토록 함.
			호지킨림프종: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나-1)-(2)에 의하면 전형호지킨림프종(Classical Hodgkin Lymphoma)은 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암요법에 부분반응 이상인 경우 요양급여 대상임. 이 건은 호지킨림프종으로 진단되어 1차 자가조혈모세포 이식 예정이나 요양기관에서 제출한 영상 검사 상 부분반응 이상 확인되지 않음. 따라서 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 추가자료가 필요하므로 자료보완토록 함.
			POEMS증후군: 1건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(3)에 의하면, POEMS 증후군은 “IMWG에서 제시한 POEMS 증후군 진단기준에 만족하는 경우”에 요양급여 대상자로 인정됨.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				POEMS syndrome으로 자가 조혈모세포이식예정인 이 건은 제출한 진료내역을 검토한 결과 IMWG 진단기준을 만족할 수 있는 자료가 충분치 않다고 판단됨. 따라서 요양급여 대상 여부를 결정하기 위해 자료보완토록 함.
			비호지킨림프종, 다발골수종: 5건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)1-가에 의하면 “조혈모세포이식을 받고자 하는 자는 시술일 현재 만65세 미만이어야 한다.”로 규정하고 있음. 이 건은 조혈모세포이식을 받고자 하는 자가 시술일 현재 만 65세 이상이기 때문에 요양급여기준에 해당되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
		선별급여: 14건	Rhabdomyosarcoma: 1건	이 건은 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제 4조(요양급여대상자기준) (별표)2-나에 해당되지 않으며, 현재까지 동 상병에 대한 조혈모세포이식의 임상연구 및 치료성적 효과 등에 대한 자료가 충분히 축적되지 아니함. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			비호지킨림프종: 4건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나1)-(1)-(가)-②에 의하면 Diffuse Large B cell lymphoma는 “LDH가 정상보다 높고 Ann Arbor stage III 또는 IV인 경우”에 요양급여 대상자로 인정됨. 이 건은 비호지킨림프종(Diffuse large B cell lymphoma)로 진단받고 1차 자가조혈모세포이식 예정이나 Ann Arbor stage III이상, LDH가 정상보다 높은 경우로 확인되지 않음. 따라서 고시기준을 충족하지는 못하나 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조(요양급여대상자기준)(별표)2-나1)-(1)-(나)-②에 의하면 Lymphoplasmacytic Lymphoma는 표준항암화학요법 후 재발 또는 불응성인 경우로서 구제항암화학요법에 부분반응 이상인 경우 “에 요양급여 대상자로 인정함. 비호지킨림프종으로 진단되어 1차 자가(동종)조혈모세포 이식 예정인 이 건은 제출한 골수검사결과 골수침범이 확인되어 이식에 적합한 골수상태로 판단하기 곤란함. 따라서 고시기준을 충족하지는 못하나 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제 2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
			다발골수종: 4건	조혈모세포이식의 요양급여에 관한기준(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016. 5. 1.시행)에 따르면 <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)> 세부인정사항 2. 나.에서 다발골수종은 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식으로 다음 각 호 1에 해당하는 경우 요양급여 대상임. ① 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response)이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함. ② 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우 : 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함. ③ 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종조혈모세포이식을 원칙으로 함. 다발골수종 상병으로 자가조혈모세포이식 예정인 이 건은 제출된 검사결과를 참조할 때 1차 이식 후 6개월이 경과되지 않은 시점에서 VGPR 이상의 상태일 때 2차 자가 조혈모세포이식 신청하였음. 다만, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제 2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				을 실시하는 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여 비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함. 조혈모세포이식의 요양급여에 관한 기준(보건복지부 고시 제2016-65호, 2016. 5. 1.시행) 제4조 (요양급여대상자기준) 별표 2-나-4)-(1)에 의하면, 다발골수종(Multiple Myeloma)은 “IMWG에서 제시한 다발골수종(Multiple Myeloma) 진단기준에 만족하는 경우”에 요양급여 대상자로 인정됨. 다발골수종 상병으로 자가조혈모세포이식 예정인 이 건은 IMWG에서 제시한 다발골수종의 범주에 포함된다고 판단하기 곤란함. 따라서 고시기준을 충족하지는 못하나 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함. 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(보건복지부 고시 제2016-64호, 2016. 5. 1.시행) 마105 조혈모세포이식에 따르면 <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)>에 의하면 다음 각 호 1에 해당하는 경우 요양급여 대상임. 가. 신경모세포종, 소모세포종(Medulloblastoma), 원시성 신경외배엽조양(PNET), 비정형기형/황문근조양(AT/RT) : 1차, 2차 자가조혈모세포이식 나. 다발골수종 : 1차는 자가, 2차는 자가 또는 동종 조혈모세포이식 ① 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이지 않으면서 VGPR(Very Good Partial Response)이상의 반응에 도달하지 않은 경우는 6개월 이내에 2차 이식(자가 또는 동종) 시행을 원칙으로 함. ② 1차 이식으로 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응을 보인 경우 : 경과관찰에서 진행성(progressive) 소견을 보이는 경우에 한하여 2차 이식(자가 또는 동종)을 시행함. ③ 1차 이식으로 진행성(progressive) 소견을 보이거나 1차 자가 이식 후 VGPR(Very Good Partial Response) 이상의 반응유지 기간이 12개월 미만일 때 2차 이식은 동종조혈모세포이식을 원칙으로 함. 이 건은 다발골수종이 동반된 PR상태의 relapsed DLBCL에

구분	건수	결정사항	상병	결정내역
				대한 2차 자가조혈모세포이식으로, <2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 조혈모세포이식(tandem transplantation)> 세부 인정사항 2. 가. 또는 나.의 각 호 어디에도 해당하지 않음. 따라서 위 고시 기준을 충족하지는 못하나, 비승인 조혈모세포이식 환자의 요양급여 비용 산정 방법(보건복지부 고시 제2014-196호, 2014. 12. 1.시행)에 따라 환자 측의 요청과 진료 담당의사의 의학적인 판단에 의해 조혈모세포이식술을 실시한 경우, 이식과 직접 관련된 3주간의 요양급여비용 100분의 50을 본인에게 부담토록 함.
		취하: 10건		
계	286			
①: tandem transplantation (2회 연속적인 고용량 항암화학요법 및 자가 조혈모세포이식)				

[별첨] 조혈모세포이식 요양급여대상 결정현황

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

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
51	동종조혈모	여	46	급성골수성백혈병(AML)	급여
52	동종조혈모	여	50	급성골수성백혈병(AML)	급여
53	동종조혈모	남	60	급성골수성백혈병(AML)	급여
54	동종조혈모	남	26	급성골수성백혈병(AML)	급여
55	동종조혈모	남	43	급성골수성백혈병(AML)	급여
56	동종조혈모	남	31	급성골수성백혈병(AML)	급여
57	동종조혈모	남	37	급성골수성백혈병(AML)	급여
58	동종조혈모	남	18	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
59	동종조혈모	여	32	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
60	동종조혈모	남	17	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
61	동종조혈모	여	48	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
62	동종조혈모	남	28	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
63	동종조혈모	남	51	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
64	동종조혈모	남	46	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
65	동종조혈모	남	48	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
66	동종조혈모	남	11	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
67	동종조혈모	여	20	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
68	동종조혈모	여	41	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
69	동종조혈모	남	34	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
70	동종조혈모	남	17	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
71	동종조혈모	남	65	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
72	동종조혈모	남	57	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
73	동종조혈모	남	62	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
74	동종조혈모	여	9	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
75	동종조혈모	남	22	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
76	동종조혈모	여	25	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
77	동종조혈모	여	49	다발골수종(MM)	급여
78	동종조혈모	남	48	만성골수성백혈병(CML)	급여
79	동종조혈모	남	62	만성골수성백혈병(CML)	급여
80	동종조혈모	남	47	만성골수성백혈병(CML)	급여
81	동종조혈모	남	54	만성골수성백혈병(CML)	급여
82	동종조혈모	남	31	만성골수성백혈병(CML)	급여
83	동종조혈모	남	47	비호지킨림프종(angioimmunoblastic T cell lymphoma)	급여
84	동종조혈모	남	62	비호지킨림프종(mantle cell lymphoma)	급여
85	동종조혈모	남	44	비호지킨림프종(peripheral T cell lymphoma)	급여
86	동종조혈모	남	56	비호지킨림프종(T-cell/histiocyte-rich large B cell lymphoma)	급여
87	동종조혈모	남	27	비호지킨림프종(T-lymphoblastic lymphoma)	급여
88	동종조혈모	남	19	연소기골수단구성백혈병(JMML)	급여
89	동종조혈모	여	6	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
90	동종조혈모	여	46	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
91	동종조혈모	남	17	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
92	동종조혈모	여	34	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
93	동종조혈모	남	39	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
94	동종조혈모	남	62	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
95	동종조혈모	남	37	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
96	동종조혈모	여	8	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
97	동종조혈모	남	12	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
98	동종조혈모	여	44	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
99	동종조혈모	남	48	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
100	동종조혈모	남	42	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	급여
101	동종조혈모	여	2	혈구포식림프조직구증(HLH)	급여
102	동종조혈모	여	60	급성골수성백혈병(AML)	자료보완
103	동종조혈모	남	60	비호지킨림프종	자료보완
104	동종조혈모	여	63	골수섬유화증	선별
105	동종조혈모	남	68	골수형성이상증후군(MDS)	선별
106	동종조혈모	남	57	골수형성이상증후군(MDS)	선별
107	동종조혈모	여	66	골수형성이상증후군(MDS)	선별
108	동종조혈모	남	67	골수형성이상증후군(MDS)	선별
109	동종조혈모	여	66	골수형성이상증후군(MDS)	선별
110	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	선별
111	동종조혈모	남	36	급성골수성백혈병(AML)	선별
112	동종조혈모	여	69	급성골수성백혈병(AML)	선별
113	동종조혈모	여	62	급성골수성백혈병(AML)	선별
114	동종조혈모	남	50	급성골수성백혈병(AML)	선별
115	동종조혈모	여	63	급성골수성백혈병(AML)	선별
116	동종조혈모	남	58	급성골수성백혈병(AML)	선별
117	동종조혈모	여	70	급성골수성백혈병(AML)	선별
118	동종조혈모	남	48	급성골수성백혈병(AML)	선별
119	동종조혈모	남	59	급성골수성백혈병(AML)	선별
120	동종조혈모	여	65	급성골수성백혈병(AML)	선별
121	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	선별
122	동종조혈모	남	66	급성골수성백혈병(AML)	선별
123	동종조혈모	남	23	급성골수성백혈병(AML)	선별
124	동종조혈모	여	60	급성골수성백혈병(AML)	선별
125	동종조혈모	여	33	급성골수성백혈병(AML)	선별
126	동종조혈모	남	17	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
127	동종조혈모	남	13	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
128	동종조혈모	남	40	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
129	동종조혈모	남	24	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
130	동종조혈모	여	58	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
131	동종조혈모	남	20	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
132	동종조혈모	남	38	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
133	동종조혈모	여	11	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
134	동종조혈모	여	21	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
135	동종조혈모	여	59	만성골수성백혈병(CML)	선별
136	동종조혈모	남	50	비호지킨림프종	선별
137	동종조혈모	남	24	비호지킨림프종	선별
138	동종조혈모	여	51	비호지킨림프종	선별
139	동종조혈모	여	40	비호지킨림프종	선별
140	동종조혈모	남	48	비호지킨림프종	선별
141	동종조혈모	남	54	비호지킨림프종	선별
142	동종조혈모	남	46	비호지킨림프종	선별
143	동종조혈모	남	52	일차골수섬유증(Primarymyelofibrosis)	선별
144	동종조혈모	남	15	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별
145	동종조혈모	여	17	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	선별
146	동종조혈모	여	18	호지킨림프종	선별
147	동종조혈모	남	62	AcuteBilenealLeukemia	취하

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
148	동종조혈모	남	27	Diamond-Blackfanemia	취하
149	동종조혈모	여	30	골수형성이상증후군(MDS)	취하
150	동종조혈모	여	9	골수형성이상증후군(MDS)	취하
151	동종조혈모	여	60	급성골수성백혈병(AML)	취하
152	동종조혈모	남	26	급성골수성백혈병(AML)	취하
153	동종조혈모	남	6	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	취하
154	동종조혈모	여	43	중증재생불량성빈혈(Severeaplasticanemia)	취하
155	제대혈조혈모	남	56	급성골수성백혈병(AML)	급여
156	제대혈조혈모	여	54	급성림프모구백혈병(ALL)	급여
157	제대혈조혈모	남	24	급성림프모구백혈병(ALL)	선별
158	자가조혈모	여	4	Extrarenalmalignantrhabdoidtumor	급여
159	자가조혈모	남	46	POEMS증후군	급여
160	자가조혈모	남	9	결합조직성소원형세포종양 (DesmoplasticSmallRoundCellTumor)	급여
161	자가조혈모	남	13	골육종(Osteosarcoma)	급여
162	자가조혈모	여	32	다발골수종(MM)	급여
163	자가조혈모	남	40	다발골수종(MM)	급여
164	자가조혈모	여	60	다발골수종(MM)	급여
165	자가조혈모	여	55	다발골수종(MM)	급여
166	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	급여
167	자가조혈모	남	49	다발골수종(MM)	급여
168	자가조혈모	여	45	다발골수종(MM)	급여
169	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	급여
170	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	급여
171	자가조혈모	여	57	다발골수종(MM)	급여
172	자가조혈모	남	50	다발골수종(MM)	급여
173	자가조혈모	남	52	다발골수종(MM)	급여
174	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	급여
175	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	급여
176	자가 후 자가	남	57	다발골수종(MM)	급여
177	자가조혈모	남	59	다발골수종(MM)	급여
178	자가 후 자가	여	53	다발골수종(MM)	급여
179	자가조혈모	남	41	다발골수종(MM)	급여
180	자가조혈모	남	49	다발골수종(MM)	급여
181	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	급여
182	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	급여
183	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	급여
184	자가 후 자가	여	61	다발골수종(MM)	급여
185	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	급여
186	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	급여
187	자가조혈모	여	48	다발골수종(MM)	급여
188	자가조혈모	남	51	다발골수종(MM)	급여
189	자가조혈모	남	53	다발골수종(MM)	급여
190	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	급여
191	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	급여
192	자가조혈모	남	64	다발골수종(MM)	급여
193	자가조혈모	여	49	다발골수종(MM)	급여
194	자가조혈모	남	56	다발골수종(MM)	급여
195	자가조혈모	남	46	다발골수종(MM)	급여
196	자가조혈모	남	60	다발골수종(MM)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
197	자가조혈모	여	58	다발골수종(MM)	급여
198	자가조혈모	여	49	다발골수종(MM)	급여
199	자가조혈모	여	53	다발골수종(MM)	급여
200	자가 후 자가	여	62	다발골수종(MM)	급여
201	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	급여
202	자가조혈모	남	57	다발골수종(MM)	급여
203	자가조혈모	남	58	다발골수종(MM)	급여
204	자가조혈모	남	63	다발골수종(MM)	급여
205	자가조혈모	남	65	다발골수종(MM)	급여
206	자가조혈모	여	62	다발골수종(MM)	급여
207	Tandem(자가-자가)	여	2	비정형기형/황문근종양(AT/RT)	급여
208	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종	급여
209	자가조혈모	여	55	비호지킨림프종	급여
210	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종	급여
211	자가조혈모	남	49	비호지킨림프종	급여
212	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종	급여
213	자가조혈모	여	59	비호지킨림프종	급여
214	자가조혈모	여	55	비호지킨림프종	급여
215	자가조혈모	남	46	비호지킨림프종	급여
216	자가조혈모	여	59	비호지킨림프종	급여
217	자가조혈모	여	64	비호지킨림프종	급여
218	자가조혈모	남	61	비호지킨림프종	급여
219	자가조혈모	남	22	비호지킨림프종	급여
220	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종	급여
221	자가조혈모	남	48	비호지킨림프종	급여
222	자가조혈모	남	55	비호지킨림프종	급여
223	자가조혈모	남	36	비호지킨림프종	급여
224	자가조혈모	남	51	비호지킨림프종	급여
225	자가조혈모	여	50	비호지킨림프종	급여
226	자가조혈모	남	49	비호지킨림프종	급여
227	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종	급여
228	자가조혈모	남	58	비호지킨림프종	급여
229	자가조혈모	여	56	비호지킨림프종	급여
230	자가조혈모	남	47	비호지킨림프종	급여
231	자가조혈모	여	60	비호지킨림프종	급여
232	자가조혈모	여	49	비호지킨림프종	급여
233	자가조혈모	여	56	비호지킨림프종	급여
234	자가조혈모	여	25	비호지킨림프종	급여
235	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종	급여
236	자가조혈모	남	53	비호지킨림프종	급여
237	자가조혈모	남	49	비호지킨림프종	급여
238	자가조혈모	여	61	비호지킨림프종	급여
239	자가조혈모	남	46	비호지킨림프종	급여
240	자가조혈모	남	15	생식세포종(Germcell tumor)	급여
241	자가조혈모	남	39	생식세포종(Germcell tumor)	급여
242	자가조혈모	남	34	송과체아세포종(Pineoblastoma)	급여
243	Tandem(자가-자가)	여	5	수모세포종(Medulloblastoma)	급여
244	Tandem(자가-자가)	남	11	수모세포종(Medulloblastoma)	급여
245	Tandem(자가-자가)	남	9	수모세포종(Medulloblastoma)	급여
246	Tandem(자가-자가)	남	2	수모세포종(Medulloblastoma)	급여

연번	신청구분	성별	나이 (세)	진단명	결정사항
247	Tandem(자가-자가)	남	3	신경모세포종(Neurolblastoma)	급여
248	Tandem(자가-자가)	여	3	신경모세포종(Neurolblastoma)	급여
249	Tandem(자가-자가)	여	4	신경모세포종(Neurolblastoma)	급여
250	자가조혈모	남	37	호지킨림프종	급여
251	자가조혈모	남	50	호지킨림프종	급여
252	자가조혈모	남	63	AL아밀로이드증(ALamyloidosis)	자료보완
253	자가조혈모	여	51	POEMS증후군	자료보완
254	자가조혈모	남	61	Waldenstrommacroglobulinamia	자료보완
255	자가조혈모	남	64	WaldenstromMacroglobulinemia	자료보완
256	자가조혈모	여	56	다발골수종(MM)	자료보완
257	자가조혈모	여	59	다발골수종(MM)	자료보완
258	자가조혈모	여	57	비호지킨림프종	자료보완
259	자가조혈모	남	43	비호지킨림프종	자료보완
260	자가조혈모	여	48	비호지킨림프종	자료보완
261	자가조혈모	여	51	비호지킨림프종	자료보완
262	자가조혈모	남	48	호지킨림프종	자료보완
263	자가 후 자가	남	9	Rhabdomyosarcoma	선별
264	자가조혈모	여	44	다발골수종(MM)	선별
265	자가조혈모	남	67	다발골수종(MM)	선별
266	자가 후 자가	남	57	다발골수종(MM)	선별
267	자가조혈모	여	67	다발골수종(MM)	선별
268	자가조혈모	남	54	다발골수종(MM)	선별
269	자가 후 자가	여	61	다발골수종(MM)	선별
270	자가조혈모	여	57	비호지킨림프종	선별
271	자가조혈모	여	22	비호지킨림프종	선별
272	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종	선별
273	자가조혈모	여	69	비호지킨림프종	선별
274	자가조혈모	여	66	비호지킨림프종	선별
275	자가조혈모	남	56	비호지킨림프종	선별
276	자가조혈모	남	65	비호지킨림프종	선별
277	자가조혈모	남	46	다발골수종(MM)	취하
278	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	취하
279	자가조혈모	여	61	다발골수종(MM)	취하
280	자가조혈모	남	59	다발골수종(MM)	취하
281	자가조혈모	남	62	비호지킨림프종	취하
282	자가조혈모	남	60	비호지킨림프종	취하
283	자가조혈모	여	63	비호지킨림프종	취하
284	자가조혈모	남	56	비호지킨림프종	취하
285	자가조혈모	남	63	비호지킨림프종	취하
286	자가조혈모	남	59	비호지킨림프종	취하