

# 2015년 선별집중심사 대상 항목 안내

- 의과 분야 -

2014. 12.



## I. '15년 의과 선별집중심사항목

- 총 16항목 : 신규 4항목, 유지 12항목
  - 신규항목 : 양전자단층촬영(PET), 중재적방사선시술, 갑상선수술, 내시경하 부비동 근본수술(복잡)

### ○ 의과 선별집중심사 관리항목

| 구분        | 항목수 | 대상항목   | 비고                               |
|-----------|-----|--|----------------------------------|
| 진료비 증가 항목 | 6   | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 양전자단층촬영(PET)</li> <li>· 신 항응고제</li> <li>· 전문재활치료</li> <li>· 척추수술</li> <li>· 경피적관상동맥중재술(PCI)</li> <li>· 중재적방사선시술</li> </ul>                              | 신규<br>유지<br>유지<br>유지<br>유지<br>신규 |
| 사회적 이슈 항목 | 5   | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 갑상선검사(4종 이상)</li> <li>· 전산화단층영상진단(CT 2회 이상)</li> <li>· 항정신성의약품 장기처방(31일 이상)</li> <li>· 약제다품목처방</li> <li>· 갑상선 수술</li> </ul>                             | 유지<br>유지<br>유지<br>유지<br>신규       |
| 심사상 문제 항목 | 5   | <ul style="list-style-type: none"> <li>· 의료급여 장기입원</li> <li>· 뇌 자기공명영상진단(Brain MRI)</li> <li>· 2군 항암제(대장암·유방암·폐암)</li> <li>· 수술의 예방적 항생제 사용(슬관절·고관절·견관절)</li> <li>· 내시경하 부비동 근본수술(복잡)</li> </ul> | 유지<br>유지<br>유지<br>유지<br>신규       |

## II. 항목별 세부내역

### 1. 의료급여 장기입원

#### 선정사유

- 본인일부부담금이 없거나 본인부담률이 낮은 의료급여의 특성 상 불필요한 장기입원사례가 계속 확인되어 지속적인 관리 필요

#### 집중심사 대상

- 종합병원이상 의료급여 의과입원 청구명세서

#### 관련 심사기준

##### ○ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법(제5조 제1항 관련)

###### 6. 입원

- 가. 입원은 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하며 단순한 피로회복·통원불편 등을 이유로 입원지시를 하여서는 아니된다.
- 나. 퇴원은 의학적 타당성과 퇴원계획의 충분성 등을 신중하게 고려하여 적절한 시기에 행하여져야 한다.

### 2. 갑상선검사(4종 이상)

#### 선정사유

- 갑상선질환 증가로 수종의 갑상선 스크리닝 검사 실시 사례가 계속 확인되어 지속적인 관리 필요

#### 집중심사 대상

- 전체 진료분야 의과외래, 갑상선검사(4종 이상) 청구명세서

#### 관련 심사기준

- **정신건강의학과 상병에 실시한 갑상선기능검사의 인정기준(고시 제2012-39호, '12.3.27.)**
  - 1. 정신건강의학과 상병에 실시한 나329 트리요도타이로닌(T3), 나333 싸이로틴(T4), 나336 갑상선자극호르몬(TSH)검사의 인정기준
    - 가. 우울증, 조울증, 정신분열증 등의 정신과 상병 치료초기에 갑상선질환과의 감별진단 목적으로 실시한 경우
    - 나. 갑상선비대(Thyroid Hypertrophy) 등이 발생할 수 있는 Lithium 약제 투여를 투여한 경우
  - 2. 다만, 나495 항마이크로솜항체(Antimicrosome Ab)검사, 나494 항갑상선글로불린항체(Antithyroglobulin Ab)검사는 T3, T4, TSH검사상 이상이 있어 시행한 경우 인정함.
- **갑상선 Screening Test(고시 제2007-92호, '07.11.1.)**  
갑상선질환이 의심되어 산정하는 갑상선Screening 검사로는 T3, T4 혹은 Free T4, TSH 3종을 인정함
- **T3, T4, Free T4, TSH검사 동시 실시시 인정여부(고시 제2007-92호, '07.11.1.)**  
갑상선질환 추적 검사시나333 싸이로틴(T4)과 나334 유리싸이로틴( Free T4) 검사는 갑상선 호르몬결합글로불린(TBG)결핍증 이외에는 동시에 검사할 필요가 없으므로 TBG결핍증이 확인되지 않을 경우 나333 싸이로틴(T4)과 나334 유리싸이로틴(Free T4) 동시 실시시 1종만 인정함.
- **나330 Free T3 검사와 나334 Free T4검사 동시 실시 시 인정여부(고시 제2007-92호, '07.11.1.)**  
나330 Free T3 검사는 갑상선기능 항진 또는 저하증을 평가하며, 특히 심한 급성 비갑상선 질환을 동반한 갑상선기능 이상을 평가하는 검사로, 대부분 나334 유리싸이로틴(Free T4) 검사로 감별이 어려운 경우에 실시하므로 나334 유리싸이로틴(Free T4)과 동시 실시시는 인정하지 아니함.

○ 나338 갑상선호르몬결합글로불린검사(TBG : Thyroxine Binding Globulin) 인정기준  
(고시 제2007-92호, '07.10.26.)

나338 갑상선호르몬결합글로불린검사(TBG : Thyroxine Binding Globulin)는 유전성 TBG 증가 및 감소증, 임신중의 갑상선질환, 갑상선기능저하증에 실시시 인정함.

○ 나339 갑상선자극면역글로불린검사(TSI : Thyroid Stimulating Immunoglobulin, TSI) 인정기준  
(고시 제2007-92호, '07.10.26.)

나339 갑상선자극면역글로불린(TSI : Thyroid Stimulating immunoglobulin)검사는 그레이브스 병, 하시모토병, 일차성 갑상선 기능저하증의 진단·치료효과 평가·예후 추적 등에 실시한 경우 인정함. 다만, 그레이브스병 병력이 있는 임신부의 임신 3기에 실시시 1회 인정함.

○ Neonatal T4, Neonatal TSH검사의 급여여부(고시 제2005-101호, '06.1.1.)

Neonatal T4, Neonatal TSH검사는 신생아의 선천성 갑상선 기능저하증을 조기 진단하는데 유일한 검사로 나333 싸이록신검사, 나336 갑상선자극호르몬 검사로 각각 준용함.

### 3. 전산화단층영상진단(CT)

#### □ 선정사유

- CT 촬영건의 지속적인 증가는 피폭의 위험 등 환자안전 문제와도 직결되므로 이에 대한 집중관리를 통해 적정진료 유도 필요

#### □ 집중심사 대상

- 전체 진료분야 의과입원·외래 전산화단층영상진단(CT) 청구명세서

#### □ 관련 심사기준

○ 전산화단층영상진단(CT)의 선정기준(고시 제2012-119호, '12.10.1.)

< 일반기준 >

1. 악성종양과 감별을 요하는 종괴성질환(양성종양, 육아종, 비전형적인 낭종, 농양 등)의 진단, 감별진단
2. 악성종양의 병기 결정 및 추적검사
3. 급성외상(뇌, 흉부, 복부, 골반강, 척추 등)
4. 수술 또는 치료 후 호전되지 않거나 심부 합병증이 의심될 때
5. 선천성질환 중 해부학적 구조 확인이 필요한 경우 (뇌, 안구, 안면, 측두골, 척추 및 체부의 심부)
6. 대동맥질환, 동맥류

< 두부 Brain CT >

1. 뇌혈관질환(뇌졸중, 뇌동정맥기형, 뇌동맥류, 뇌출혈, 뇌허혈증, 뇌경색)
2. 뇌막염, 뇌염, 뇌농양 등 염증성 질환.(진균 및 기생충질환 포함)
3. 대사성질환, 퇴행성질환 및 희백질 질환, 저산소증으로 인한 뇌증의 진단.
4. 간질
5. 수두증의 진단, 감별진단.
6. 합당한 증상 또는 신경학적 소견이 있어 뇌신경질환이 의심되는 경우.

< 안면 및 두개기저 Face CT or Skull Base CT >

1. 종괴형성, 안외염증, 안구돌출.(갑상선 기능항진증 등)
2. 타액선 결석.
3. 임상소견상 수술을 요할 정도의 부비동염.
4. 터키안내 양성종양, 낭종(선천성, 후천성) 또는 염증성 질환, 뇌하수체호르몬 이상시, Empty Sella.
5. 중이염에서 진주종, 뇌막염 등의 합병증이 의심될 때.
6. 내이(inner ear)의 정밀 해부학적 구조 파악이 필수적일 때.(혈관성 또는 원인불명의 이명, 원인불명의 청각장애 등)

<경부 Neck CT>

1. 원인불명의 심부 림프선 종대
2. 기도폐쇄의 원인진단 및 범위 결정

<흉부 Chest CT>

1. 비만성 간질 폐질환, 원인불명의 기흉, (폐기)종, 세기관지 질환, 기관계 이형성증
2. 중격동 질환의 감별진단
3. 단순 X선 사진으로는 감별이 어려운 폐결절의 감별진단
4. 단순 X선 사진으로는 진단이 어려운 기관지확장증의 확진 또는 수술전 해부학적 범위 결정
5. 원인불명의 각혈, 무기폐, 늑막삼출액
6. 종양과 감별이 어려운 소방형성 늑막삼출, 폐경화 등
7. 기관지 이물
8. 단순X선 사진상 폐문종대가 있어 감별진단을 필요로 할 때
9. 단순흉부 X선 및 객담검사상 폐결핵의 활동성 여부를 결정하기 어려울 때
10. 심장 전산화단층영상진단(Cardiac CT)은 64채널(channel)이상의 CT로 촬영한 경우에 요양급여로 인정하며, 세부인정기준은 다음과 같음. 다만, 자.-타.는 64채널(Channel)미만의 CT로 촬영한 경우에도 인정함.

- 다 음 -

- 가. 급성 흉통으로 응급실에 내원한 환자를 대상으로 급성 관동맥 증후군을 감별하기 위하여 촬영한 경우로서 다음 요건을 모두 충족하는 경우
- (1) 관상동맥질환의 위험이 저위험도이거나 중등도 위험도이면서 이전에 관상동맥질환을 진단받은 적이 없는 환자
  - (2) 심전도 검사결과 허혈성 소견이 없는 환자
  - (3) 심근표지자 검사가 진단적이지 않은 환자
- 나. 관상동맥질환의 발병 위험이 저위험도이거나 중등도 위험도이면서 이전에 관상동맥질환을 진단받은 적이 없고 안정형 흉통이 있는 환자를 대상으로 촬영한 경우로서 다음요건 중 하나이상을 충족하는 경우
- (1) 선행부하검사 결과 관상동맥질환의 판정이 곤란한 경우
  - (2) 기저심전도검사 결과 이상이 있어 운동부하검사 판독이 곤란한 경우
  - (3) 환자의 상태가 운동부하검사를 실시할 수 없는 객관적인 소견이 있는 경우
- 다. 관상동맥 우회로 수술 후 흉통이 있는 환자를 대상으로 이식 혈관의 개통성을 평가하기위하여 촬영하는 경우
- 라. 좌주간지 관상동맥 중재시술(직경 3mm 이상 스텐트 삽입)을 받은 환자를 대상으로 혈관의 개통성을 평가하기 위하여 촬영하는 경우
- 마. 임상적으로 유의한 선천성 관상동맥 기형 평가
- 바. 심실재동기화치료(cardiac resynchronization therapy, CRT)전 관상정맥의 해부학적 평가를 위하여 촬영하는 경우
- 사. 관상동맥질환의 발병위험이 중등도위험도인 환자를 대상으로 다음의 수술을 시행하기 전에 관상동맥질환 여부를 진단하기 위하여 촬영하는 경우

- (1) 비관상동맥 심장질환수술 또는 대동맥 수술
  - (2) 죽상경화성 말초동맥폐쇄성질환의 우회로 (Bypass graft) 수술
- 아. 관상동맥질환을 진단받은 적이 없고, 새롭게 심부전(좌심실 구혈률 35%이하)을 진단받은 환자를 대상으로 심부전의 원인을 감별하기 위하여 촬영하는 경우
- 자. 교착성 심낭염
- 차. 심낭재수술시 흉벽과 심낭사이의 유착확인
- 타. 복잡 선천성 심장기형의 구조 평가

\*관상동맥질환의 위험도 분류는 교과서(Brauwald's heart diseases 등), 임상진료지침 참고

<복부[골반포함] abdomen CT>

1. 만성간염, 간경화증으로 조기 암이 의심될 때
2. TIPS(간내 문맥정맥간 단락술)시
3. 합병증이 의심되는 담관 또는 췌관의 확장
4. 원인불명의 담도 또는 췌관의 확장
5. 선행 검사상 원인을 알 수 없는 혈뇨
6. 선행 검사상 원인을 알 수 없는 요로폐쇄
7. 심부 헤르니아
8. 허혈성 장질환
9. 자궁내막증
10. 자궁외임신
11. 정류고환

<상지 및 하지 upper or lower extremity CT>

1. 해부학적으로 복잡한 부위의 골절(관절, 수족골, 안면, 두개기저, 측두골, 척추 등)
2. 관절내 유리골편의 확인
3. 염증 또는 외상 후 관절내 이상소견의 치료 전 평가 및 치료 후 경과 관찰
4. 골연골종의 수술 전 진단 및 범위 결정
5. 수술후 내고정물의 정확한 위치 평가
6. 골수염의 활동성 여부 결정
7. 단순 X선 사진상 골절 유합의 평가가 어려울 때
8. 만성관절염, 척추분리증의 수술여부 정밀 평가

<척추 spine CT>

1. 척수의 염증성, 기생충 질환
2. 합당한 증상 또는 신경학적 증상이 있는 추간판탈출증, 척추강협착증, 퇴행성질환, 추간판 팽윤증 등의 진단 및 감별진단

<기 타>

위 항목에 포함되지 않는 질환들 중 진료담당의사의 진단 및 치료방향 설정을 위해 부득이 촬영했을 때는 합당한 관련 자료와 소견서를 첨부하여 촬영의 필요성이 인정된 경우

#### 4. 뇌 자기공명영상진단(Brain MRI)

##### □ 선정사유

- 암질환 및 고령화에 의한 뇌혈관 질환의 증가와 더불어 뇌MRI 청구의 지속적 증가로 적정진료 유도 필요

##### □ 집중심사 대상

- 내과분야(신경과) 및 외과분야, 의과외래, 뇌 MRI 청구명세서

##### □ 관련 심사기준

###### ○ MRI 세부산정 기준(고시 제2013-180호, '13.12.1.)

###### 1. 일반원칙

자기공명영상진단(MRI)은 질환별 급여 대상 및 산정 기준에 해당하지 않는 경우에는 요양급여하지 아니함. (비급여)

###### 2. 질환별 급여대상

###### 가. 암

###### (1) 원발성 암(부위별)

- 뇌종양, 두경부암, 연조직 육종 및 골 육종, 척추(척수)를 침범한 경우, 생식기관암

###### (2) 전이성 암 (원발종양에 관계없이 전이 혹은 침범된 부위별)

- 뇌, 척추(척수), 연조직 및 골, 생식기관

###### (3) 타 진단방법 이후 2차적으로 시행한 경우

- 간암, 담낭암, 췌장암, 요로계암, 내분비샘암, 직장암 등

###### (4) 폐, 위, 소장, 대장, 유방 부위의 원발성 암 진단시에는 타 진단방법을 우선 시행함을 원칙

다만, 진료담당의사가 필요하다고 판단하여 MRI를 2차적으로 시행할 필요가 있는 경우에는 소견서를 첨부하여야 한다.

###### 나. 뇌양성 종양 및 뇌혈관 질환

###### (1) 두개강내 양성종양(대뇌양종포함)

###### (2) 뇌혈관 질환 : 뇌경색, 두개강내출혈(만성기), 기타 뇌혈관 질환(뇌지주막하출혈, 모야모야병 등)

###### (3) 타 진단방법 이후 2차적으로 시행한 경우 : 두개골의 양성 신생물, 두개강내출혈(급성기) 등

###### 다. 간질, 뇌염증성 질환 및 치매 등

###### (1) 간질(단순 열성경련, 전형적인 소발작은 제외)

###### (2) 중추신경계통의 탈수초성 질환 및 퇴행성 질환

###### (3) 다발성 경화증

###### (4) 중추신경계의 염증성 질환(낭미충증포함)

###### (5) 경증, 중등도 치매

###### (6) 파킨슨병

###### (7) 수두증

###### (8) 신경계의 기타 선천 기형

라. ~ 아. : 생략

###### 3. 산정횟수

###### 가. 진단시

1회 인정하되, 진료상 추가촬영의 필요성이 있는 경우 별도 인정함.

###### 나. 추적검사

(1) 추적검사는 아래와 같이 시행함을 원칙으로 하되, 그 외에 환자상태 변화가 있어 추가적으로 촬영시에도 인정함.

- 아 래 -

###### (가) 수술후(중재적시술 포함) : 1개월 경과 후 1회

다만, 뇌종양·뇌동정맥기형(AVM), 척수농양, 혈관성 척수병증, 척수기형 등을 수술 또는 시술 후 잔여 병변을 확인하기 위해 48시간이내 촬영한 경우 인정함.

###### (나) 방사선치료 후(뇌정위적방사선수술 포함) : 3개월 경과 후 1회

###### (다) 항암치료중 : 2-3주기(cycle) 간격

###### (라) 위 (가)~(다)항 이후의 장기추적검사

1) 양성종양 : 매1년마다 1회씩 2년간, 그 이후부터 매2년마다 1회씩 4년간

2) 악성종양 : 매1년마다 2회씩 2년간, 그 이후부터 매1년마다 1회씩

(마) 수술, 방사선·항암 치료 등을 시행하지 않은 종양, 뇌혈관질환의 경우는 위 (라)-1) 양성 종양의 장기추적검사와 동일하게 적용함.

(2) 위 (1)이외에도 진료상 추적촬영의 필요성이 있는 경우 인정함.

다. ~ 마. : 생략

4. 기타 보건복지부 장관이 정하여 고시한 질병군 진료 시 시행된 MRI는 질환별 급여 대상 및 산정 기준에 해당되는 경우 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2편 제2부 각 장에 분류된 질병군 상대가치점수에 포함되어 별도 산정할 수 없으며, 질환별 급여 대상 및 산정기준에 해당하지 않는 경우에는 요양급여하지 아니함.(비급여)

## 5. 양전자단층촬영(PET)

### □ 선정사유

- '14.12.1일 4대 중증질환 보장성 강화에 따라 비급여로 적용되던 부분이 급여확대 됨에 따라 청구건수의 증가가 예상되고 기준에 의한 적정진료 유도 필요

### □ 집중심사 대상

- 전체 진료분야 의과외래 양전자단층촬영(PET) 청구명세서

### □ 관련 심사기준

#### ○ 양전자단층촬영(F-18 FDG-PET)의 급여기준 (고시 제2014-211호, '14.12.1일 시행)

- 다 음 -

1. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)」 [별표 3(중증질환)]의 구분 1~3과 [별표 4(희귀난치성 질환)]으로 분류된 질환범주(암, 뇌혈관, 심장, 희귀난치성 질환)의 경우에는 아래의 범위 내에서 요양급여를 인정함. 다만, 상기 분류된 질환의 범주이지만 아래의 적용대상(가, 나)으로 언급되지 아니한 질환의 경우에는 진료내역 등을 고려하여 임상적으로 의학적 필요성이 인정되는 경우 사례별로 인정할 수 있음.

- 아 래 -

#### 가. 고형종양, 악성림프종, 혈질세포종

- (1) 일반원칙: 각 단계별 다음에 해당되는 경우에 요양급여를 인정함.

다만, 갑상선암, 간암의 경우에는 1.가.(2). 세부원칙에 의거 요양급여를 인정함.

#### (가) 진단 시

- 암 진단 목적으로는 시행하지 않는 것이 원칙임. 다만, 조직학적 진단이 어렵고 타 검사방법만으로 치료방향을 결정하기 어려운 경우에 인정함

#### (나) 병기설정

- 병기설정을 포함한 치료방향 결정을 위하여 촬영이 필요한 경우

#### (다) 치료 중 효과판정

- 계획된 치료 과정의 반응을 평가하기 위하여 타 영상검사만으로는 결과가 확실하지 않은 경우 인정함. 다만, 타 영상검사로서 얻어지는 결과가 치료방향 결정에 불충분할 것으로 예상되는 경우에는 타 영상검사를 대체하여 실시할 수 있음

#### (라) 병기 재설정

- 1) 치료 후 완치여부 판정

- 치료완료 후 타 영상검사 결과로만으로는 잔여병소 확인이 어려운 경우 인정함.

다만, 타 영상검사로서 얻어지는 결과가 잔여병소 확인에 불충분할 것으로 예상되는 경우에는 타 영상검사를 대체하여 실시할 수 있음

#### 2) 재발판정

- 재발이 의심되는 증상, 증후 등이 있거나 재발의 범위를 결정하기 위해 촬영한 경우 인정함. 재발의 임상적 소견 없이 촬영한 경우는 이에 해당되지 아니함

#### (2) 세부 원칙

##### (가) 갑상선암

#### 1) 병기설정

- 갑상선암으로 진단된 환자 중 예후가 나쁜 세포형 (poorly differentiated, Hurthle cell, anaplastic, 유두암의 Diffuse sclerosing variant, Columnar cell variant, Tall cell variant, Solid variant 및 여포암의 Widely invasive type 등)이거나 타 부위로 전이(원격전이)가 의심되는 경우에 타 영상검사로 결과가 확실하지 아니하여 촬영한 경우 인정함

#### 2) 재발판정

- 혈중 thyroglobulin이 높으면서(>2ng/mL), 재발이 의심되는 경우 추가로 할 수 있음

##### (나) 간암

- 간이식술 또는 간절제술 예정인 환자 중 간 이외에 타 부위 전이를 확인하기 위해 시행한 타 영상검사 결과만으로는 전이여부 감별이 어려운 경우 인정함. 다만, 타 영상검사로서 얻어지는 결과가 타 부위 전이 확인에 불충분할 것으로 예상되는 경우에는 타 영상검사를 대체하여 실시할 수 있음

##### (다) 방사선치료 계획 시

- 방사선치료 대상 환자에서 방사선치료 계획 수립을 위해 시행하는 경우 인정하되, 타 영상검사 결과로 확실하지 아니하여 촬영한 경우 인정함

나. 허혈성 심질환에서 심근의 생존능 평가 : 치료 전, 치료 후 각각 1회로 인정함

2. 부분성 간질 (partial-onset seizure) : 수술 전, 수술 후 각각 1회로 인정함

3. 상기 1, 2항 이외의 질환인 경우에는 임상적으로 의학적 필요성이 있는 경우에 한하여 실시하되, 양전자단층촬영비용(F-18 FDG PET)은 전액 본인이 부담함

#### 4. 기타

보건복지부 장관이 정하여 고시한 질병군 진료시 시행한 양전자단층촬영(F-18 FDG-PET)은 급여대상 및 급여 인정기준에 해당되는 경우 ?건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2편 제2부 각 장에 분류된 질병군 상대가치점수에 포함되므로 별도 산정할 수 없음. 다만, 상기 1, 2항 이외의 질환인 경우에는 임상적으로 의학적 필요성이 있는 경우에 한하여 실시하되, 양전자단층촬영비용(F-18 FDG-PET)은 전액 본인이 부담함

※ 보건복지부 고시 제2014-174호 부칙 제3조를 다음과 같이 신설한다.

제3조(경과조치) 이 고시의 개정규정도 불구하고 2014년 9월 30일 이전에 양전자단층촬영(F-18 FDG-PET)예약을 마친 자에 대하여는 이 고시 시행일 이후부터 2016년 9월 30일까지 양전자단층촬영을 행한 경우 1회 촬영분에 한하여 종전의 규정을 적용할 수 있다.

○ F-18 플루오리드 뼈 양전자단층촬영의 급여기준 (신설 고시) - 고시 제2014-123호( '14.8.1일 시행)  
 약성종양의 뼈 전이 여부를 확인하기 위해 영상검사(골스캔 등)를 실시하였으나, 그 결과가 확실하지 아니하여 향후 치료방향 결정을 위해 추가적으로 시행하는 경우에 요양급여를 인정함  
 (타 영상검사에서 뼈 전이 여부가 확인된 경우는 인정하지 아니함)  
 ☞ 4대 중증질환 보장성 강화 관련 비급여에서 선별급여(80%)로 전환됨에 따라 기준설정

○ F-18 FP-CIT 뇌 양전자단층촬영 및 I-123 FP-CIT 뇌 단일광자단층촬영의 급여기준(신설 고시)  
 - 고시 제2014-136호 ( '14.9.1일 시행)

- 다 음 -

- 가. 적응증 : 파킨슨증(서동이 있으면서, 경직·진전·자세불안정의 3가지 증상 중에 한가지 이상을 동반)을 가진 환자 중에 도파민 신경세포의 손상 여부를 판단이 필요한 경우  
 나. 실시횟수 : 진단 시 1회 인정함. 다만, 동 검사로 도파민 신경세포의 손상이 없는 것으로 진단된 후, 지속적인 치료를 하였으나 증상 악화 등 도파민 신경세포의 손상이 의심되는 경우 추가 실시할 수 있으며, 이 경우 사례별로 인정함  
 ☞ 신설사유: 정부의 "4대중증질환 보장성 강화정책"과 관련하여 선별급여 항목으로 전환됨에 따라 기준을 설정함

## 6. 향정신성의약품 장기처방(31일 이상)

### □ 선정사유

- 향정신성약물은 장기간 투여 시 내성 발생과 오남용의 위험성이 높은 약물로 급여기준에 맞는 적정진료 유도 필요

### □ 집중심사 대상

- 전체 진료분야 의과외래 향정신성의약품 고시성분(49개 성분코드) 원외처방내역(31일 이상진)

### □ 관련 심사기준

#### ○ [일반원칙] 향정신성약품 (고시 제2013-210호, 시행일: 2014.1.1)

1. 허가사항 범위 내에서 1품목 투여를 원칙으로 하며, 1품목의 처방으로 치료 효과를 기대하기 어려운 경우에는 2품목 이상의 병용 처방을 인정함.
2. 1회 처방 시 30일까지 요양급여를 인정하며, 아래와 같은 경우에는 1회 처방 시 최대 90일 까지 인정 가능함.

- 아 래 -

- 가. 말기환자, 중증 신체장애를 가진 환자, 중증 신경학적질환자, 중증 정신질환자  
 나. 선원, 장기출장, 여행 등으로 인하여 장기처방이 불가피한 경우  
 3. 2항에도 불구하고, 허가사항 등에서 치료기간을 제한하고 있는 약제는 아래와 같이 요양급여 인정함.

- 아 래 -

- 가. Triazolam(품명:할시온정 등) : 1회 처방시 3주 이내  
 나. Chloral hydrate(품명: 포크랄시럽 ) : 1회 처방시 2주 이내  
 다. Zolpidem 10mg(품명: 스틸녹스정10밀리그램 등) : 1회 처방 시 4주 이내  
 4. 3개월 이상 향정신성 약물을 장기 복용할 경우 6~12개월마다 혈액검사(간·신기능검사 포함) 및 환자상태를 추적·관찰하여 부작용 및 의존성여부 등을 평가하도록 권고함.  
 5. Benzodiazepine계열 등은 투여를 중지할 경우 금단 증후군(Withdrawal syndrome)을 일으킬 수 있어 환자상태에 따라 4~16주 기간 동안 1~2주마다 10~25%를 감량하면서 투여하도록 권고함.

※ 대상성분 :

Alprazolam, Bromazepam, Brotizolam, Chlordiazepoxide, Clobazam, Clorazepate  
 Clotiazepam, Diazepam, Ethyl loflazepate, Etizolam, Flurazepam, Lorazepam, Mexazolam,  
 Midazolam, Pinazepam, Triazolam, Zolpidem.

## 7. 약제다품목처방

### □ 선정사유

- 약제다품목 처방으로 인한 약물의 오남용 방지와 부작용 예방을 위하여 적절한 약물투여가 이루어지도록 지속적인 관리 필요

### □ 집중심사 대상

- 전체 진료분야 의과외래 원외처방약제
  - 19세 이상: 12품목이상 원외처방건
  - 18세 이하: 9품목이상 원외처방건

### □ 관련 심사기준

#### ○ 국민건강보험 요양급여의 기준에관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법

3. 약제의 지급 가. 처방·조제
- (2) 의약품은 약사법령에 의하여 허가 또는 신고된 사항(효능·효과 및 용법·용량 등)의 범위 안에서 환자의 증상 등에 따라 필요·적절하게 처방·투여하여야 한다.
  - (6) 진료상 2품목 이상의 의약품을 병용하여 처방·투여하는 경우에는 1품목의 처방·투여로는 치료효과를 기대하기 어렵다고 의학적으로 인정되는 경우에 한한다.

## 8. 신 항응고제

### □ 선정사유

- '13.1.1일자로 비급여에서 급여로 전환되면서 사용량이 증가하는 추세로 집중관리를 통한 적정진료 유도 필요

### □ 집중심사 대상

- 내과분야 의과입원·의과외래 신 항응고제 청구명세서

### □ 관련 심사기준

- **Apixaban 경구제(품명: 엘리퀴스정 2.5밀리그램, 5밀리그램)(고시 제2014-127, '14.8.1시행)**  
허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

가. 생~략

나. 비판막성 심방세동 환자에서 뇌졸중 및 전신 색전증의 위험 감소

- 비판막성 심방세동 환자 중 다음의 고위험군에서 와파린을 사용할 수 없는 경우(와파린에 과민반응, 금기, INR 조절 실패 등)로 투여소견서를 첨부토록 함.

- 다 음 -

- 1) 뇌졸중, 일과성허혈발작, 혈전색전증의 과거력이 있거나 75세 이상 환자 또는
- 2) 6가지 위험인자(심부전, 고혈압, 당뇨, 혈관성질환, 65-74세, 여성) 중 2가지 이상의 조건을 가지고 있는 환자

- **Dabigatran 경구제(품명: 프라닥사렘솔 110, 150mg)(고시 제2014-127, '14.8.1시행)**

1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

- 비판막성 심방세동 환자 중 다음의 고위험군에서 와파린을 사용할 수 없는 경우(와파린에 과민반응, 금기, INR 조절 실패 등)로 투여소견서를 첨부토록 함.

- 다 음 -

가. 뇌졸중, 일과성허혈발작, 혈전색전증의 과거력이 있거나 75세 이상 환자 또는

나. 6가지 위험인자(심부전, 고혈압, 당뇨, 혈관성질환, 65-74세, 여성) 중 2가지 이상의 조건을 가지고 있는 환자

2. 허가사항 중 사용상 주의사항을 참조하여 임상적으로 유의한 출혈환자, 중증 신장에 환자 (CrCl<30ml/min) 등에는 투여하지 말아야 함.

○ Rivaroxaban 경구제(품명: 자렐토정 2.5밀리그램, 10밀리그램, 15밀리그램, 20밀리그램)  
(고시 제2014-127, '14.8.1시행)

허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

가. 생~략

나. 비판막성 심방세동 환자에서 뇌졸중 및 전신 색전증의 위험 감소

○ 비판막성 심방세동 환자 중 다음의 고위험군에서 와파린을 사용할 수 없는 경우(와파린에 과민반응, 급기, INR 조절 실패 등)로 투여소견서를 첨부토록 함.

- 다 음 -

- 1) 뇌졸중, 일과성허혈발작, 혈전색전증의 과거력이 있거나 75세 이상 환자 또는
- 2) 6가지 위험인자(심부전, 고혈압, 당뇨, 혈관성질환, 65-74세, 여성) 중 2가지 이상의 조건을 가지고 있는 환자

다. 심재성 정맥혈전증, 폐색전증의 치료 및 재발위험 감소

○ 투여기간

- 1) 급성 심재성 정맥혈전증 및 폐색전증 치료 초기: 3주 이내
  - 2) 심재성 정맥혈전증 및 폐색전증 치료(초기치료 이후 유지)와 재발 위험 감소: 6개월 이내
- ※ 허가사항 중 사용상 주의사항을 참조하여 임상적으로 유의한 출혈 환자, 임상적 연관성이 있는 출혈 위험을 유발할 수 있는 혈액응고장애와 관련된 간질환 환자 등에는 투여하지 말아야 함.

## 9. 2군 항암제(대장암·유방암·폐암)

### □ 선정사유

- 암 발생 증가와 더불어 불필요한 항암제 사용은 환자안전에 직결되는 문제이며 적정성평가 항목이므로 연계관리를 통해 적정진료 유도 필요

### □ 집중심사 대상

- 전체 진료분야 의과입원·의과외래 「대장암·유방암·폐암」에 투여된 2군 항암제 청구명세서

### □ 관련 심사기준

○항암화학요법의 투여기준

(개정 제2010-12호 : 2010.12.15. 시행, 개정 제2013-187호 : 2013.12.1. 시행)

가. 일반사항

- (1) "항암화학요법"에 사용되는 약제는 식약처 허가사항 범위 내에서 사용함을 원칙으로 함 (「국민건강 요양급여의 기준에 관한 규칙」 별표1, 제3호 가목)
  - 단 "항암화학요법"으로 급여범위를 별도로 정하는 경우는 해당 급여범위 내에서 인정되며 허가사항 범위 내에서 공고한 세부인정범위 이외에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담함
- (2) 심사평가원장이 공고한 식약처 허가사항을 초과한 항암화학요법의 경우 공고한 범위 안에서 인정함
- (3) 식약처 허가사항 초과(효능·효과 초과) 및 2항의 범위 외로 처방·투여코자 하는 경우에는 별도의 신청서식에 의해 사전신청하여야 함(다 학제적 위원회 구성기관에 한함)

나. 항암화학요법의 투여대상, 투여단계, 투여요법 적용 기준

- 1군 항암제의 경우에는 진료의사의 의학적 판단에 따라 사용하되, 수술 후 보조요법은 각 암종별 가이드라인에 명시된 경우에 한하여 사용토록 함
- 2군 항암제의 경우에는 각 암종별 "항암화학요법"에 명시된 투여대상, 투여단계, 투여요법을 적용함
- 2군 항암제는 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항암화학요법제(분류번호 245, 247, 249, 313, 339, 392, 399, 421, 429, 617, 639)중 각 약제의 개발시기·재심사대상·회귀 의약품 등을 기준으로 암질환심의회에서 2군으로 분류한 약제임
  - 위 분류에 해당하지 아니하는 경우는 1군으로 분류됨

[2군 항암제]

|  |                        |   |
|--|------------------------|---|
| (개정 제2009-6호:2009.10.1 시행)<br>(식제 제2013-78호:2013.6.1 시행) | 류스타틴주사<br>(cladribine) | 케릭스주<br>(liposomal doxorubicin HCl)<br>(개정 제2012-196호:2013.1.1시행) |
|--|------------------------|---|

|   |   |  |
|---|---|--|
| 탁솔주 등 (paclitaxel)  | (삭제 제2011-106호:2011.10.1 시행)                              | 자베도스캡슐, 주 등 (idarubicin HCl)                               |
| 젠타주 등(gemcitabine)  | 센라빈주 등(enocitabine)                                       | 아그릴린캡슐(anagrelide)   |
| 탁소텔주 등(docetaxel)   | 이레사정(gefitinib)   | 페마라정 등(tetrozole)  |
| 엘록사틴주 등(oxaliplatin)  | 프로류킨주(aldesleukin-2)                                      | 아리미덱스정 등(anastrozole)                                      |
| 캄푸토주 등(irinotecan)  | 플루다라정, 주 등(fludarabine)                                   | 매테라주(rituximab)  |
| 젤로다정 등(capecitabine)<br>(개정 제2013-187호:2013.12.1 시행)            | (삭제 제2008-3호:2008.5.1 시행)                                 | 허셀틴주(trastuzumab)  |
| 부실팩스주(busulfan)   | 아로마신정(exemestane)   | 타세바정 등(erlotinib)<br>(개정 제2013-187호:2013.12.1 시행)          |
| 캄토벨주(belotecan)   | 테모달캡슐 (temozolomide)                                      | 제비린키투주(briturumab<br>tuxeta) <sup>주1</sup>                 |
| 티에스원캡셀(tegafur + gimeracil + oteracil potassium)                | 벨케이드주(bortezomib)   | 아바스틴주(bevacizumab) <sup>주1</sup>                           |
| 글리베크필름코팅정 등 (imatinib mesylate)<br>(개정 제2013-187호:2013.12.1 시행) | 헵타플라주 (heptaplatin)                                       | 얼비투스주 (cetuximab) <sup>주1</sup>                            |
| 비다자주 (azacitidine)<br>(신설 제2006-6호:2006.8.1 시행)                 | 하이캄틴캡슐, 주 등 (topotecan)<br>(개정 제2009-6호:2009.10.1 시행)     | (삭제 제2010-12호:2010.12.15 시행)                               |
| (삭제 제2010-13호:2011.1.1 시행)                                      | 알렘투잠주 (alemtuzumab) <sup>주1</sup>                         | 알림타주 (pemetrexed)<br>(신설 제2006-8호:2006.10.1 시행)            |
| 넥사바정(sorafenib)<br>(신설 제2007-3호:2007.4.1 시행)                    | 세엘진탈리도마이드캡슐 등 (thalidomide)<br>(신설 제2006-10호:2007.1.1 시행) | 수텐캡셀(sunitinib)<br>(신설 제2007-2호:2007.3.1 시행)               |
| 아브락산주 (albumin-bound paclitaxel)<br>(신설 제2009-4호:2009.8.1 시행)   | 스프라이셀정(dasatinib)<br>(신설 제2008-4호:2008.6.1 시행)            | 다코젠주(decitabine)<br>(신설 제2008-6호:2008.8.1 시행)              |
| 토리셀주(temsirolimus)<br>(신설 제2011-4호:2011.6.1 시행)                 | 타이커브정 (lapatinib ditosylate)<br>(신설 제2010-5호:2010.3.1 시행) | 보트리엔트정 (pazopanib)<br>(신설 제2011-3호:2011.5.1 시행)            |
| 타시그나캡셀(nilotinib)<br>(신설 제2011-106호:2011.12.1 시행)               | 트리세독스주(arsenic trioxide)<br>(신설 제2011-4호:2011.6.1 시행)     | 아피니토정(everolimus)<br>(신설 제2011-90호:2011.8.1 시행)            |
|   | 슈펙트캡슐(radotinib)<br>(신설 제2012-126호:2012.9.1 시행)           | 산도스타틴라르주사 (octreotide LAR)<br>(신설 제2013-139호:2013.10.1 시행) |

주1.급여로 등재되지 않은 항암제

- 투여대상은 각 항암화학요법의 투여 시점(stage 등)을 의미하며 병기분류(stage)로 명확히 구분되어 있지 않는 경우(예: invasive, advanced, metastases 등)에는 교과서 등에 의해 보편적으로 사용되는 시기를 적용함
- 투여단계는 first-line, second-line, third-line을 의미함
- 투여요법은 선행화학요법(neoadjuvant), 수술 후 보조요법(adjunct), 고식적요법(palliative), 구제요법(salvage), 관해유도요법(induction), 관해공고요법(consolidation), 관해유지요법(maintenance), 강화요법(intensification), 중추신경예방요법(CNS prophylaxis)을 의미함

## 10. 수술의 예방적 항생제 사용(슬관절·고관절·견관절)

### □ 선정사유

- 수술부위의 감염예방을 위해 적절한 항생제(정확한 용법·용량, 적절한 기간) 사용이 중요하며 적정성 평가 결과, 기관 간 변이가 크고 장기사용 경향이 있어 집중관리를 통한 적정진료 유도 필요

### □ 집중심사 대상

- 외과분야 외과입원 슬관절·고관절·견관절 수술 후 투여된 항생제 (경구&비경구) 청구명세서

### □ 관련 심사기준

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙【별표1】요양급여의 적용기준 및 방법

#### 3. 약제의 지급

##### 가. 처방·조제

- (5) 항생제, 스테로이드제제 등 오남용의 폐해가 우려되는 의약품은 환자의 병력, 투약력 등을 고려하여 신중 하에 처방·투여하여야 한다.

- 항생제 일반원칙(고시 제2013-127호, 2013.9.1.시행)

1. 전반적인 감염증에 사용토록 되어 있고, 실제 임상에서 항생제 선택 시에는 적응증별 선택보다 약제감수성 검사에 따라 선택하고 있으므로 환자의 병력 등을 참조하여 허가 사항 범위 내에서 1차 약제부터 단계적으로 사용해야 함.
2. 중증 감염증에는 경구 투약만으로 치료효과를 기대할 수 없는 경우 주사제와 병용하여 처방 투여 할 수 있음.

## 11. 전문재활치료

### □ 선정사유

- 인구의 고령화 및 뇌혈관 질환이 증가하면서 재활치료의 청구건수도 지속적으로 증가하여 집중관리를 통한 적정진료 유도 필요

### □ 집중심사 대상

- 내과(신경과)·외과(재활의학과)분야 의과입원 전문재활치료(사-122, 사-123, 사-124, 사-126, 사-130) 청구명세서

### □ 관련 심사기준

**○뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등) 환자에게 장기간 시행하는 전문재활치료의 인정기준 (심사지침, 2012.06.01.)**

뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등) 환자에게 장기간 시행한 전문재활치료는 다음과 같이 심사적용하며, 뇌성마비와 파킨슨 질환은 환자의 개별 증상이 다양하고, 장기적으로 지속적인 전문재활치료가 필요하므로 환자의 개별상태 등을 고려하여 사례별로 심사토록 함.

- 다 음 -

가. 뇌손상(뇌졸중, 외상성 뇌손상 등) 환자에게 시행하는 전문재활치료는 발병 후 2년 정도 인정하는 것으로 하되, 환자 기능회복 및 호전여부 등을 고려하여 아래와 같이 적용함.

- 아 래 -

- 1) 발병 후 2년 이내라도 환자의 기능적 회복이 3개월 동안 확인되지 않는 경우에는 필요한 전문재활치료를 1일 1회만 인정함.
- 2) 발병 후 2년이 경과한 경우에는 환자의 기능 상태 유지를 위하여 사-122 중추신경계 발달재활치료, 사-123 작업치료, 사-130 재활기능치료만 1일 1회 인정하나, 2년이 경과하였음에도 환자상태의 지속적인 호전이 있는 경우에는 3개월마다 기능회복 및 호전 상태를 평가하여 필요한 전문재활치료를 인정함.
- 3) Vegetative state(식물인간 상태 등)는 발병기간에 관계없이 사례별로 필요한 전문재활치료만 인정함.

나. 발병 후 적정기간이 경과하였으나 부적절한 치료(전문재활치료를 중단한 경우 등)를 받은 경우 약 3개월 정도 전문재활치료를 실시하고, 기능 회복 및 호전여부 등에 따라 상기 가.항과 동일하게 적용함.

다. 재활기능치료 중 사130-가 매트 및 이동치료와 사130-나 보행치료는 단계적으로 시행하여야 하므로 동일일 실시 시 1종만 인정함.

라. 사-124 일상생활동작훈련치료는 인지기능이 있는 환자에게 실시하여야 하며, 1-2종목만 실시하는 등 1일당 수가로 인정하기 곤란한 경우 주 2회 인정함.

마. 작업치료는 환자상태에 따라 사123-가 단순작업치료, 사123-나 복합작업치료, 사123-다 특수작업치료 중 한 항목을 선택하여 실시하여야 하므로 동일일 다른(단순작업치료 + 특수작업치료 등) 작업치료를 실시하였을 경우 1종만 인정함.

바. 사-141 연하장애재활치료는 발병 후 객관적 소견 없이 6개월 정도 인정하며 그 이후는 객관적 소견(연하장애평가검사 등)이 있는 경우 추가 인정함.

사. 사-126 기능적전기자극치료는 기능 호전을 목적으로 하는 재활치료이므로 발병 후 2년이내에 1일 2회 인정가능하나 지속적인 치료에도 불구하고 근력이나, 기능적인 호전이 없는 경우 등에는 발병 후 6개월까지는 1일 2회 인정하고 6개월 이후에는 1일 1회 인정하며, 2년 이후에는 인정하지 아니함.

※ 환자상태에 대한 기능적 회복 및 호전여부는 K-MBI, MRS, FIM, DRS, 근력, 경직, 관절운동범위, 감각상실 변화, 균형 및 보행기능, 인지 및 언어기능, 연하기능 등을 평가하여 판단함.

## 12. 척추수술

### □ 선정사유

- 척추수술은 응급상황이 아닌 경우, 급여기준에 정한 기간 동안 보존적 치료를 우선 실시 후 수술을 고려해야 하는 등 급여기준에 따른 적정진료 유도 필요

### □ 집중심사 대상

- 외과분야 의과입원 척추수술(자44~자49-2) 청구명세서

### □ 관련 심사기준

| 항목    | 제목                                | 관련근거                          | 인정기준   |
|-------|-----------------------------------|-------------------------------|--|
| 자47   | 경피적척추<br>성형술<br>(Vertebroplasty)  | 고시<br>제2007-77호<br>2007.8.30  | 1. 골다공증 압박골절로서 2주 이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고 심한 통증이 지속되는 경우(단, 폐렴, 혈전성 정맥염, 약물로 잘 조절되지 않는 당뇨병환자, 투석을 받는 만성신부전환자, 80세 이상인 환자는 조기시행가능)<br>2. 종양에 의한 골절<br>3. Kummell's disease<br>※ 확인방법<br>가. MRI 검사 또는 CT와 동위원소 검사에서 증상을 유발하고 있는 병소임이 확인된 경우<br>나. 단순 방사선 사진의 비교 검사에서 진행성 또는 새로 발생한 압박골절을 분명히 관찰할 수 있는 경우          |
| 자47-1 | 경피적척추후굴<br>동선복원술<br>(Kyphoplasty) | 고시<br>제2012-153호<br>2012.12.1 | 자47-1 경피적 척추후굴동선복원술(Kyphoplasty)은 압박변형이 30-60%인 경우로서 다음과 같은 경우에 인정함. 다만, 골다공증성 방출성 골절은 압박변형이 60%이상인 경우에도 인정함.<br>- 다 음 -<br>가. 3주 이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고 심한 통증이 지속되는 골다공증성 압박골절<br>(단, 울혈성심부전, 폐렴, 혈전성 정맥염, 약물로 잘 조절되지 않는 당뇨병환자, 투석을 받는 만성신부전환자, 80세 이상인 환자는 조기시행가능)<br>나. 종양에 의한 압박골절<br>다. Kummell's disease |

| 항목    | 제목                                | 관련근거                           | 인정기준  |
|-------|-----------------------------------|--------------------------------|---|
|       |                                   |                                | ※ 확인방법<br>(1) MRI 검사 또는 CT와 동위원소 검사에서 증상을 유발하고 있는 병소임이 확인된 경우<br>(2) 단순 방사선 사진의 비교 검사에서 진행성 또는 새로 발생한 압박골절을 분명히 관찰할 수 있는 경우   |
| 자49   | 요추부의 최소<br>침습추간판<br>제거술<br>(PELD) | 고시<br>제2007-139호<br>2007.12.28 | 가. 적응증 : 6주이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고 심한 방사통이 지속되는 환자에서 추간판탈출로 인한 신경근 압박 소견이 확인되는 경우에 인정하되, 조기시행이 필요한 경우에는 의사소견서를 첨부하여야 함.<br>나. 금기증 : 협착증이 동반된 경우  |
| 자49   | 경추부의 최소<br>침습성추간판<br>제거술          | 고시<br>제2007-77호<br>2007.8.30   | 가. 경추부의 자49나 내시경하 추간판제거술은 후외측(postero-lateral)으로 전위된 심한 연성 추간판탈출증으로 인한 신경근 압박소견이 명확하고 12주 이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고 상지방사통이 있는 경우에 인정함.<br>나. 경추부에 실시한 자49다 척추수핵용해술, 자49라 척추수핵흡입술은 인정하지 아니함.  |
| 자46-가 | 척추전방<br>고정술                       | 고시 제<br>제2010-31호<br>2010.5.28 | 1. 경추 추간판전치환술<br>가. 적응증<br>18세 이상의 환자에서 제3-4경추간부위 제6-7경추간 사이의 한 분절 또는 인접한 두 분절에 국한된 병변으로 6주이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고, 연성추간판탈출에 의한 심한 신경근성 통증의 지속이 확인되는 경우(병변이 분명하게 확인되는 경우에 한하여 최대 2분절까지 시행 가능)<br>나. 금기증 :<br>(1) 감염성 질환<br>(2) 골다공증(T-score -3.0이하) : 골밀도 검사에서 같은 성, 젊은 연령의 정상치보다 3표준편차 이상(QCT의 경우 110mg/cm <sup>3</sup> 이상) 감소된 경우<br>(3) 골신 방사선 사진상 해당 분절의 불인정성이 있거나, 분절 운동이 3도 이하인 경우<br>(4) 해당 분절에 골극형성이나 후방 증인데, 후관절 또는 황색인대의 비후 소견이 있는 경우<br>(5) 추간판의 퇴행성 변화가 다분절 (세분절 이상)에서 나타나는 경우<br>다. 치료재료 : 경추 인공디스크(cervical disc prosthesis)는 치료재료 급여, 비급여목록및급여상한금액표에 의한 비급여대상임.<br>2. 요추 추간판전치환술<br>가. 적응증 : 25세 ~ 60세의 환자에서 6개월 이상의 적극적인 보존적 치료에도 불구하고 심한 요통이 지속되며, L4-5 또는 L5-S1 중 단일 분절에 국한된 퇴행성 추간판 질환이 MRI와 통증유발 |

| 항목  | 제목  | 관련근거                    | 인정기준  |
|-----|---|-------------------------|---|
|     |   |                         | <p>추간판조영술에서 확인되는 경우<br/> (※MRI의 T2 시상면 영상에서 추간판의 신호강도 저하 소견이 L4-5 또는 L5-S1중 단일 분절에만 국한하여 확인되고, 추간판조영술 검사 상 동 분절에서 동형 통증이 발생하는 경우)<br/> 나. 금기증<br/> (1) 골다공증(T-score -3.0 이하)<br/> (2) 신경근 압박 소견이 있는 경우<br/> (3) 척추분리증, 척추 탈위증 또는 척추관 협착증<br/> (4) 후관절의 퇴행성 변화 또는 후궁 전절제술 후 상태<br/> 다. 치료재료 : 요추인공디스크(Lumbar disc prosthesis)는 치료재료 급여, 비급여 목록및급여상한금액표에 의한 비급여대상임</p>  |
| 지46 | 척추유합술시 사용하는 고정 기기 (cage단독사용 또는 cage와 Pedicle screw system 병용 사용)의 인정 기준 | 고시 제2011-37호 2011.04.01 | <p>고정기기(Cage 단독사용 또는 Cage와 pedicle screw system 병용사용)를 이용한 척추유합술은 적절한 보존적 요법에도 불구하고 임상증상의 호전이 없는 다음의 경우에 인정함.<br/> 가. 적응증<br/> (1) 척추전방전위증<br/> (2) 임상증상이 동반된 중등도(MRI상 신경공의 perineural fat의 소실이 확인된 경우)이상의 추간공협착증<br/> (3) 광범위한 후방압박(편측 후관절의 전절제 및 양측 후관절의 각1/2 이상 절제)이 불가피한 다음의 질환<br/> 1) 척추관협착증<br/> 2) 관혈적 수술후 재발한 추간판탈출증<br/> (4) 3개월 이상의 적절한 보존적 요법에도 불구하고 심한 요통이 지속되는 퇴행성 추간판질환 중<br/> 1)MRI상 퇴행성 변화가 1-2개 분절에만 국한되어 있으며, 뚜렷한 추간간격 협소가 동반되고 추간판조영술(discography)상 병변이 확인된 경우<br/> 2) 분절간 불안정성이 확인된 경우<br/> 나. 금기증<br/> (1) 감염성 질환<br/> (2) 이전의 추체간 유합술 부위<br/> (3) 골다공증 (Cage 단독사용시에만 해당)<br/> ※ 상기 기준은 모두 종류의 cage에 적용됨.</p> |

### 13. 내시경하 부비동 근본수술(복잡)

#### □ 선정사유

- 이비인후과 내시경하부비동근본수술(복잡)은 '14.8월 신설된 수가로 수가에 대한 올바른 이해와 착오 청구 방지를 위해 적정진료 유도 필요

#### □ 집중심사 대상

- 이비인후과 의과입원·의과외래 내시경하 부비동 근본수술(복잡) (자115주·자116주·자117주·자117-1주·자118주) 청구명세서

#### □ 관련 심사기준

- 자115주·자116주·자117주·자117-1주·자118주 내시경하부비동근본수술 (행정해석, 2014.8.1일 시행)

복잡기준에 해당하는 경우는 아래와 같으며, 제시한 기준 중 하나이상을 만족하는 경우 산정할 수 있음

- 아 래 -

- 재수술인 경우
- 심한 부비동염이나 광범위한 용종, 비강내 반전성 유두종 등의 양성 종양으로 정상적인 해부학적 지표가 없거나 소실된 경우
- 병변이 접합동 또는 전두동을 침범한 부비동 질환의 경우

## 14. 갑상선 수술

### □ 선정사유

- 갑상선암 환자의 증가와 더불어 갑상선수술의 지속적 증가로 집중관리를 통한 적정진료 유도 필요

### □ 집중심사 대상

- 외과분야· 이비인후과분야 의과입원 갑상선암 수술(자454-나, 자455, 자456) 청구명세서

### □ 관련 심사기준

- 간암 및 갑상선 양성결절에 사용하는 고주파열치료술용 전극(ELECTRODE)의 급여여부  
(고시제2011-144호(치료재료), 2011.9.1 적용)

- 간암 및 갑상선 양성결절에 사용하는 고주파 열치료술용 전극(ELECTRODE)은 관련 행위와 동일하게 "간암에 실시하는 고주파 열치료술"에 사용시는 급여대상으로 하며, "증상이 있는 갑상선 양성 결절의 고주파열치료술"에 사용시는 비급여대상으로 함. 다만, 비급여 행위에 사용하는 경우 치료재료 코드는 「치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한금액표」에 의한 비급여코드를 따름

- 양측 장기에 대한 나550 병리조직검사 수가산정방법(고시 제2009-55호, 2009.4.1 시행)

가. 유방, 신장, 고환, 부신, 안구, 경부림프절청소를 양측으로 절제 또는 적출한 경우 : 나550 병리조직검사의 소정점수를 양측으로 각각 산정함.

나. 상기 "가"를 제외한 양측 장기에 대한 수술 후 실시하는 나550 병리조직검사는 양측의 파라핀블록 수를 합하여 나550의 소정점수로 산정함.

- 관혈적 갑상선수술시 Harmonic Scalpel 및 Ligasure 산정기준  
(고시제2011-87호(치료재료), 2011.9.1 시행)

- 초음파절삭기인 Harmonic Scalpel 및 전파절삭기 Ligasure는 관혈적 갑상선 수술시 비급여임.

## 15. 경피적관상동맥중재술(PCI)

### □ 선정사유

- 노인인구 증가 및 서구식 식생활의 영향 등으로 PCI 시술건수의 지속적 증가 및 적정성 평가 대상으로 연계관리를 통한 적정진료 유도 필요

### □ 집중심사 대상

- 내과분야 의과입원 경피적관상동맥중재술(PCI) 청구명세서

### □ 관련 심사기준

- 경피적 관상동맥 스텐트 삽입술시 스텐트 인정기준  
(고시 제 2014-174호(치료재료), 2014.12.1 시행)

경피적 관상동맥 스텐트 삽입술은 증상, 예후, 심장기능의 개선 또는 사망률의 감소와 같은 임상적 유용성이 있는 경우에 시행함을 원칙으로 함.

1. 경피적 관상동맥 스텐트삽입술시 스텐트는 아래와 같은 경우에 요양급여를 인정함.

가. 적용 대상

- (1). 경피적 혈관성형술(PTC, Atherectomy 등) 후 급성폐쇄 혹은 임박폐쇄
- (2). 경피적 혈관성형술(PTC, Atherectomy 등) 후 잔여협착이 35%이상인 경우
- (3). 경피적 혈관성형술(PTC, Atherectomy 등) 후 재협착 병변
- (4). 관동맥우회로술 시행환자에서 이식부위 혈관병변
- (5). 혈관직경이 3.0mm이상으로 분기부병변 (bifurcation)이 아닌 굴곡이 없고 석회화 침착이 없는 협착이 심한 병변에 일차적(direct)으로 시행하는 경우

나. 혈관크기

혈관의 직경이 2.5mm이상인 경우에 사용함을 원칙으로 하되, dissection이 심한 경우 등에는 2.5mm미만의 혈관에 대하여도 인정함.

2. 상기 1에도 불구하고 아래의 경우에는 심장통합진료(Heart care team approach, 이하 동일)를 통해 치료방침을 결정한 경우에 사례별로 요양급여를 인정함. 다만, 혈액학적으로 불안정한 응급 상황인 경우에는 심장통합진료를 거치지 않더라도 사례별로 인정함

가. 보호되지 않은 좌주관상동맥(Unprotected Left Main Coronary Artery(UPLM))질환

: 좌주관상동맥의 협착부위 이하에 부행순환(collateral circulation)이나 우회로(bypass graft)가 없어서 협착부위 이하 심근에 혈류공급을 할 수 없는 상태

나. 다혈관(multiple coronary artery, complex CAD)질환 : 3혈관 질환(3-vessel disease with or without proximal LAD disease) 또는 근위부 좌전하행혈관 병변이 있는 2혈관 질환(2-vessel disease with proximal LAD disease)

3. 상기 2에 의한 심장통합진료는 아래와 같이 실시하여야 함

가. 구 성 : 순환기내과 전문의 및 관상동맥우회로술을 실시하는 흉부외과 전문의 각 1인 이상으로 구성하되, 각 전문의의 숫자는 같은 수로 구성

나. 운영 및 기록

- 상기 2에 해당하는 질환에 대하여 관상동맥조영술 후 심장통합진료를 통해 치료방침을 결정
- 심장통합진료 시간, 참여의사 성명 및 서명, 치료방침 결정결과 및 결정사유 등을 진료기록부에 기록

다. 경피적 관상동맥 중재술(PCI)만 실시가능한 요양기관은 인근 관상동맥 우회술이 가능한 요양기관(Mentor cardiac surgery center)과 의료협약(MOU)을 체결하고 심장통합진료를 운영하여야 함

(1) 의료협약(MOU) 가능 요양기관은 아래 요건을 모두 만족하여야 함

- 90분 이내 응급 관상동맥 우회술 실시 가능 요양기관
- 자-192 대동맥내풍선펌프(IABP, Intraaortic balloon pump) 관련 장비 및 운용 인력 등을 보유한 요양기관

(2) 심장통합진료의 구성, 운영 및 기록은 상기 가 및 나와 동일. 단, 진료기록 원본은 환자를 진료한 요양기관에서 보관하고, 참여 요양기관은 사본을 보관함.

○ 관상동맥내 압력측정술(FFR)시 사용하는 압력철선의 인정기준

(고시제2013-69호, 2013.5.1시행)

1. 압력철선은 관상동맥 내 압력측정술(FFR: Fractional Flow Reserve)시 사용하는 치료재료로 경피적 관상동맥중재술(PCI) 여부를 판단하기 위해 다음의 경우에 시행 시 인정함.

- 다 음 -

가. 2.5mm 이상의 혈관에서 정량관상동맥조영술(QCA:Quantitative Coronary Angiography) 측정상 50~70%의 중등도(intermediate) 협착이 확인되며

- (1) 다혈관 질환 또는
- (2) 심근허혈의 객관적 증거가 없는 병변 또는
- (3) 단일혈관 내 두 개 이상의 병변이 있는 경우

나. 분지병변(bifurcation lesion)에서 주간지(main branch) 스텐트 삽입 후 곁가지(side branch, 2.5mm 이상의 혈관)에서 추가 시술 여부 판단이 필요한 경우

2. 경피적 관상동맥중재술 없이 압력철선을 이용한 관상동맥 내 압력측정술만 시행시 사용한 치료재료(guiding catheter 좌 . 우측 각1개, Y-connector 1개, G-wire 1개, Introducer 1개)는 인정함.

○ 경피적 관상동맥확장술시 사용한 약물방출풍선카테터(SEQUENT PLEASE 등) 인정기준

(고시제2012-135호, 2012.11.1 시행)

경피적 관상동맥확장술시 사용하는 약물방출풍선카테터(SEQUENT PLEASE 등)는 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에 인정함.

- 다 음 -

가. 스텐트내 재협착 병변(In-Stent Restenosis)

나. 혈관직경  $2.5 \pm 0.25$  mm의 작은 관상동맥 혈관질환(Small Vessel Disease)으로서 신생병소(De novo lesion)만 인정하며, 국소병변(focal lesion)은 제외

○ 경피적 관상동맥 스텐트 삽입 후 post adjunctive balloon catheter의 인정기준

(고시제2011-10호, 2011.2.1 시행)

경피적 관상동맥 스텐트 삽입 후 post adjunctive balloon catheter는 다음의 경우에 한하여 인정하며 그 비용은 전액본인이 부담함.

- 다 음 -

가. 스텐트내 잔여협착이 30% 이상 잔존하는 경우(석회화 병변, 긴 병변, overlapping stent, 스텐트내 재협착 병변 등)

나. 근위부 참조혈관과 원위부 참조혈관의 직경 차이가 1.0mm 이상인 경우

## 16. 중재적방사선시술

### □ 선정사유

- 혈관조영장비 등 의료장비와 기술이 발달함에 따라 최근 청구건수가 지속적으로 증가하여 적정진료 유도 필요

### □ 집중심사 대상

- 내과분야 · 외과분야, 의과입원 · 외래 중재적방사선시술(자659, 자660, 자663, 자664) 청구명세서

### □ 관련 심사기준

- **같은날 동일 혈관에 혈관조영술과 중재적시술을 시행하는경우 수기로 산정방법**  
(고시 제2007-77호, 2007.8.30.)  
동일에 진단목적의 혈관조영술과 중재적 시술의 수기로는 각각 산정하되, 혈관조영촬영은 해당 혈관의 소정점수의 50%로 산정하며 최대 3혈관까지 산정함. 다만, 간암 상병에 화학색전술을 반복하여 실시하는 경우 2회째부터의 색전술 시술 혈관에 시행한 혈관조영촬영은 별도 산정하지 아니하며 중재적 시술료만 산정함.
- **간의 악성신생물 상병에 실시한 혈관색전술 수기로 산정방법**  
(고시 제2007-77호, 2007.8.30.)  
간의 악성신생물(원발성)상병에서 동일에 2개이상 Feeding artery를 embolization한 경우에 최대 2 개혈관까지 인정하여 자664나 혈관색전술(기타혈관)의 소정점수의 150%를 산정하고 시술시 소요된 치료재료는 별도 인정함.
- **동시에 다혈관에 혈관조영(Angiography) 실시시 수기로 산정방법**  
(고시 제2007-139호, 2007.12.28.)  
동시에 여러 개의 혈관(동·정맥)에 조영촬영을 시행하는 경우 장기별로 200% 범위 내에서 산정하되, 여러 장기에 실시하더라도 최대 300% 범위 내에서 산정함. 이때 장기별 구분은 건강보험요양급여행위및상대가치점수 제2부 제3장 혈관조영촬영의 각 분류번호를 한 장기로 간주하며, 소정점수가 높은 혈관조영촬영을 100%로 산정(양측인 경우 150%)하고 두 번째 혈관조영촬영부터는 소정점수의 50%(양측인 경우 75%)로 산정함.
- **Super selection용 Catheter 및 Guide Wire의 급여기준**  
(고시제2008-110호, 2008.09.26.)  
Super selection용 Catheter와 Guide Wire는 중재적 방사선 시술시 대동맥에서 3차 이상의 가는 혈관을 초선택하는 경우, 두경부의 혈관을 초선택하는 경우, 종양으로 인하여 혈관의 해부학적 변이가 있는 경우 및 Bronchial artery, Intercostal artery, Lumbar artery, Spinal artery, Phrenic artery, Adrenal artery 에 별도 산정할 수 있음.

- **동정맥루 폐색 상병에 자663가(3) 경피적 혈전제거술(혈전용해술-기타혈관)과 자659마 경피적 풍선혈관성형술(기타혈관) 동시 산정 시 인정여부(외부공개, 12-07-31)**

- 동 건들은 혈전을 동반한 좌측 동정맥루 폐색 상병 하에 thrombolysis(UK or heparin) + balloon PTA(Percutaneous transluminal angioplasty)를 시행하고 자663가(3) 경피적 혈전제거술-혈전용해술-기타혈관\*100% + 자659마 경피적 풍선혈관성형술-기타혈관\*50%를 청구한 사례임.
- 자663가(3) 경피적 혈전제거술-혈전용해술-기타혈관은 혈전용해제를 주입하는 동안 수차례의 혈관조영술을 시행하여 혈전제거 경과를 관찰하면서 용해제를 장시간 동안 계속 주입하는 경우 산정할 수 있는 수기로, 혈전용해제는 인정 가능하나, bolus의 형태로 단순 주입하여 시행하고 청구한 자663가(3) 경피적 혈전제거술-혈전용해술-기타혈관은 인정하지 아니함.
- 따라서, 자659마 경피적 풍선혈관성형술-기타혈관\*100%로 인정함.

- **혈전성 약물방출미세구의 인정기준(고시 제2012-71호, 2012.6.25.)**

혈전성 약물방출미세구는 과혈관화된 악성종양(간세포암)에 공급되는 혈액을 막고, 종양에 국소적이고 통제적인 방법으로 지속적인 용량의 약물(항암제)을 전달하기 위하여 사용하는 혈관색전재료로서 다음과 같이 인정함.

- 다 음 -

#### 가. 적응증

: 아래의 조건을 모두 충족한 간세포암

- (1) 65세 이상의 고령환자
  - (2) 종양의 크기가 10cm 이하인 경우
  - (3) 경피적 동맥화학 색전술(TACE : Transcatheter Arterial Chemoembolization) 를 고려하는 환자 중 잔존 간기능이 저하되어 차일드-피 점수가(Child-Pugh Score: 잔여간기능검사 분류법) B등급인 경우
  - (4) 침윤형(Infiltrative type)이 아닌 경우
  - (5) 주요혈관의 침범(Hepatic vein or portal vein invasion)이 없는 경우
  - (6) 심한 동문맥단락(Massive arterioportal shunt)이 없는 경우
  - (7) 담관-장관문합수술(Bilioenteric surgery)의 과거력이 없는 경우
- 나. 인정개수
- (1) 1회 시술(TACE) 당 1vial 사용을 원칙으로 하되, 종양 크기 등에 따라 추가 사용 가능함.
  - (2) 환자 1인당 총 4vial 인정함(평생개념)

- **Detachable coil 인정기준(고시 제2014 - 66호, 2014.5.10.)**

- 혈관색전술시 사용하는 Detachable Coil은 허가사항 범위 내에서 다음의 경우에 요양급여를 인정함.

- 다 음 -

#### 1. 적응증

가. 뇌동맥류

나. 직접 경동맥해면동정맥루(Direct Carotid Cavernous Fistula) 또는 동 정맥루(Arteriovenous Fistula)

다. 두개강내 또는 두개강외(경동맥과 추골동맥)의 모동맥 혈관폐색

라. 선천성 관상동맥의 동정맥루

#### 2. 인정개수 :

가. 뇌동맥류 및 두개강내 모동맥 혈관폐색

- 최대 직경 1.0mm당 1개 사용을 원칙으로 하되,

- 4.0mm초과 8.0mm미만은 해당 직경당 인정개수에 2개를 추가하여 산정가능하며,
- 8.0mm이상은 해당직경당 인정개수에 4개를 추가하여 산정 할수있음.
- 다만, 고난이도의 병변의 경우에는 인정개수 이외 8.0mm 미만은 2개, 8.0mm이상은 4개를 추가하여 산정 할 수 있음.

나. 직접 경동맥해면동정맥루(Direct Carotid Cavemous Fistula) 또는 동정맥루(Arteriovenous Fistula)

- 율혈성 심부전이 있는 fistula : 10개
- 그 외 fistula : 5개

다. 두개강외 모동맥의 혈관폐색 : 3개

라. 선천성 관상동맥의 동정맥루 : 10개

※ 고난이도 병변이란 목이 넓거나(Dome to neck ratio 1.50이하 혹은 neck size 4mm이상) lobulation이 있는 경우

○ 2가지 이상의 수술시 수기로 산정방법(고시 제2014-126호, 2014.7.30.)

동일 피부 절개하에 해당과를 달리하여 각각 다른 병변을 수술한 경우, 진료전문과목이 다르더라도 동일 마취하에 연속하여 수술을 하는 것이므로 제9장 처치 및 수술료 등[산정지침] (6)항에 의거 주된 수술 100%, 그외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%]를 산정함.

○ 경피적 두개강내 동맥 스텐트 삽입술의 급여 기준 (고시 제2014-168호, '14.10.1.)

두개강내 동맥(intracranial artery)스텐트 삽입술은 다음의 경우에 요양 급여를 인정함.

- 다 음 -

가. 유증상의 70% 이상 두개강내 대혈관 협착 (내경동맥(Internal carotid artery), 중대뇌동맥(Middle cerebral artery), 척추동맥(Vertebral artery), 기저동맥(Basilar artery))

나. 혈관내막박리가 있는 경우

○ 혈관 Penetrating Catheter 의 급여기준 (고시 제2014-168호, '14.10.1.)

말초혈관의 완전 폐쇄 병변(CTO(Chronic Total Occlusion))의 개통 및 진입을 위해 사용하는 혈관 Penetrating Catheter(혈관내막 Penetrating Catheter, 폐쇄혈관 Penetrating Catheter)는 다음 조건을 모두 충족시 인정함.

- 다 음 -

가. CTO 병변에 일반적인 가이드와이어 및 카테터 진입이 실패하여 2차 적으로 시행할 경우

나. CTO 병변의 범위

- 혈관내막 Penetrating Catheter  
: 복부대동맥에서 슬와동맥 사이에 있는 CTO 병변
- 폐쇄혈관 Penetrating Catheter  
: 장골동맥에서 슬와동맥 사이에 있는 CTO 병변

다. CTO 병변길이가 10cm 이상

※ 혈관내막 Penetrating Catheter와 폐쇄혈관 Penetrating Catheter의 병용 사용은 인정하지 아니함.