

<붙임 1>

주요 공고개정 내역

□ 항암화학요법 개정내역

○ 변경: 2항목

구분	개 정 사 항
항암화학요법 급여기준 변경	○ 비소세포페암에 'pemetrexed' 단독요법(유지요법) - 투여대상 확대 관련
암성 통증 치료제의 마약성 진통제 사용원칙 변경	○ 점막흡수 펜타닐 구연산 제제(transmucosal fentanyl citrate)에 인스타닐나잘스프레이 제품 추가

<붙임 2>

건강보험심사평가원 공고 제 2014-265호

「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조 제3항 규정에 의하여 암환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 약제 (보건복지부 고시 제2014-210호, '14.11.27)에 대한 '요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(건강보험심사평가원 공고 제2014-238호, '14.11.28.)'을 다음과 같이 개정 공고합니다.

2014년 12월 30일

건강보험심사평가원장

암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 중 개정

암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항을 다음과 같이 변경한다.

부 칙

이 공고는 2015년 1월 1일부터 시행한다.

공고개정 내역

- 다음의 암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 '요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항' 공고
 - 비소세포페암에 'pemetrexed' 단독요법(유지요법) 변경
 - 투여대상 확대 관련
 - 점막흡수 펜타닐 구연산 제제(transmucosal fentanyl citrate)에 인스타닐나잘스프레이 제품 추가

변 경

I. 항암화학요법

□ 주요 암종별 항암화학요법

구분	세부인정사항		
2.비소세포폐암 [2군 항암제를 포함한 요법]	4. 유지요법(maintenance)		
	연번	항암요법	투여대상
	2	pemetrexed	백금계 약물을 기본으로 하는 1차 화학요법의 4주기 이후 질병진행이 없는 안정병변(stable disease) 이상의 비편평상피세포인 stage IV ※ 단, 'pemetrexed'를 포함한 1차 화학요법 투여 후 질병상태가 SD인 환자는 ECOG 수행능력평가(PS: Perfomance Status)가 0 또는 1인 경우에 한하여 급여 인정함.

III. 암성통증 치료제

□ 성인 암성 통증의 약물요법

구 분	세부인정기준 및 방법
나. 투여약제 (1) 마약성 진통제	◇ 사용원칙 ○ 마약성진통제를 ... (중략) ... 아주 드물 ○ 마약성진통제는 ... (중략) ...의미하지는 않음 (중략) ○ 'oxycodone(경구제, 주사제)' ... (중략) ...진료의사의 의학적 판단에 따름 ○ 점막흡수 펜타닐 구연산 제제(transmucosal fentanyl citrate: 액틱구강정, 펜토라박칼정, 앱스트랄설하정, <u>인스타닐나잘스프레이</u> 등)은 <현재 지속성 통증에 대한 아편양 제제 약물 치료를 받고 있는 암 환자의 돌발성 통증에 연하곤란 등으로 경구약제를 투여할 수 없는 경우>에 투여 시 요양급여를 인정함.