

심사기준조회

개최일/시행일	2020- 02- 01	일련번호	03- 05	관련근거	고시 제2020- 17호(약제)
구분	고시	심사지침개최일			
제목	Teriparatide 주사제(품명: 포스테오주 등)				

결정사항/복지부 행정해석 내용

■ 고시 개정 전체내용

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

- 아 래 -

가. 투여대상

기존 골흡수억제제(alendronate, risedronate, etidronate 등) 중 한 가지 이상에 효과가 없거나※ 사용할 수 없는 환자로 다음의 조건을 모두 만족하는 경우

- 다 음 -

1) 65세 이상

2) 중심골[Central bone: 요추, 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 이중 에너지 방사선 흡수계측(Dual- Energy X- ray Absorptiometry: DEXA)으로 측정된 골밀도 검사결과 T- score - 2.5 SD 이하

3) 골다공증성 골절이 2개 이상 발생(과거에 발생한 골절에 대해서는 골다공증성 골절에 대한 자료를 첨부하여야 함.)

나. 투여기간

최대 24개월. 한 환자의 일생에서 24개월 과정을 반복해서는 안됨.

다. Teriparatide acetate 주사제(품명: 테리본피하주사)와 교체투여는 급여로 인정하지 아니함.

※ 효과가 없는 경우란 1년 이상 충분한 투여에도 불구하고 새로운 골절이 발생한 경우를 의미함.

■ 고시 개정 고시번호(시행일자)

고시 제2020- 17호(2020.2.1.)

■ 고시 개정 사유

○ ‘테로사카트리지주’ 1품목이 신규 등재 예정임에 따라, 해당 개별 고시의 품명에 “등” 추가.

■ 변경 전 고시번호(시행일자)

고시 제2017- 17호(2017.2.1.)



건강보험심사평가원

HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

첨부파일 목록

1. 고시 제2020- 17호 Teriparatide 주사제.hw

