

심장재동기화치료 (CRT) 급여기준

(고시 2016-151호와 공고 2020-340호를 참고로 작성함. 작성일: 2021-07-13)

1. 심장재동기화치료(CRT, Cardiac Resynchronization Therapy)는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함.

- 다 음 -

가. CRT-P(CRT-Pacemaker)

3개월 이상의 적절한 약물치료에도 불구하고 증상이 지속되는 아래의 심부전 환자

(1) 동율동(Sinus Rhythm)의 경우 (가) QRS duration \geq 130ms인 좌각차단(LBBB)으로 심구혈률(EF) \leq 35%이고 NYHA class II, III 또는 거동이 가능한 class IV에 해당되는 경우 (나) QRS duration \geq 150ms인 비 좌각차단(NON-LBBB)으로 심구혈률(EF) \leq 35%이고 NYHA class III 또는 거동이 가능한 class IV에 해당되는 경우
(2) 영구형 심방세동(Permanent atrial fibrillation)의 경우 (가) QRS duration \geq 130ms으로 심구혈률(EF) \leq 35%이고 NYHA class III 또는 거동이 가능한 class IV에 해당되는 경우 (나) 심구혈률(EF) \leq 35%인 환자에서 심박수 조절을 위해 방실결절차단술(AV junction ablation)이 필요한 경우
(3) 기존의 심박동기(Pacemaker)나 심율동 전환 제세동기(ICD)의 기능 향상이 필요한 경우 - 심구혈률(EF) \leq 35%이고 NYHA class III 또는 거동이 가능한 class IV 환자에서 심조율의 비율이 40% 이상인 경우
(4) 심박동기(Pacemaker)의 적응증에 해당하는 경우 - 심구혈률(EF) \leq 40%인 환자에서 심조율의 비율이 40% 이상으로 예상되는 경우(3개월 이상의 적절한 약물치료가 없는 경우에도 인정 가능함.)

나. CRT-D(CRT-Defibrillator)는 CRT-P와 ICD 기준에 모두 적합한 경우에 인정하되, 상기가(1)에 해당되면서 NYHA class II인 경우에는 QRS duration \geq 130ms인 좌각차단(LBBB)이고 심구혈률(EF) \leq 30%인 경우에 인정함.

다. 상기 가, 나항의 적응증 이외 심장재동기화치료가 반드시 필요한 경우 진료내역 및 담당의사의 소견서 등을 참조하여 사례별로 인정함.

2. 수가산정방법

- CRT-P(CRT-Pacemaker)를 실시하는 경우에는 경정맥 체내용 심박기 거치술로, CRT-D(CRT-Defibrillator)를 실시한 경우에는 심율동 전환 제세동기 거치술[경정맥]로 산정함.

3. 상기 1항 급여대상 중 필요한 경우 요양급여 인정여부에 대하여 사전승인 신청을 통해 심사할 수 있음. 이 경우 사전승인 절차 및 방법 등에 대하여는 건강보험심사평가원장이 정함.

4. 심율동전환제세동기 거치술 및 심장재동기화 치료의 「적절한 약물치료」에 대한 적용기준 (공고 2020-340호)

* 심율동전환제세동기 거치술 급여기준 및 심장재동기화치료 급여기준의 '심부전에서 적절한 약물치료'에는 레닌-앤지오텐신계 차단제와 베타차단제가 모두 포함하여야 함. 다만, 환자상태가 상기 약물을 사용할 수 없는 임상적 소견이 확인되는 경우 예외적으로 인정함

5. 심장재동기화치료(CRT)에서 거동이 가능한 NYHA Class IV에 해당되는 경우 (또는 환자)의 적용기준 (공고 제2020-340호)

심장재동기화치료 급여기준 중 '거동이 가능한 NYHA Class IV에 해당되는 경우(또는 환자)'는 다음의 조건을 모두 충족하는 경우에 적용함

- 다 음 -

가. 급성 관상동맥 증후군을 보이지 않는 경우

나. 정맥 강심제를 사용하고 있지 않은 경우

다. 대한심장학회의 최신 만성 심부전 진료지침에 따른 적절한 약물치료 중인 경우* (Guideline-Directed Medical Therapy, GDMT)