

I

주요 근거 법령 등

▶ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

【별표 1】 요양급여의 적용기준 및 방법

1. 요양급여의 일반원칙

가. 요양급여는 가입자 등의 연령·성별·직업 및 심신상태 등의 특성을 고려하여 진료의 필요가 있다고 인정되는 경우에 정확한 진단을 토대로 하여 환자의 건강증진을 위하여 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시하여야 한다.

2. 진찰·검사, 처치·수술 기타의 치료

가. 각종 검사를 포함한 진단 및 치료행위는 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 한다.

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(중략).

(5) 항생제·스테로이드제 등 오남용의 폐해가 우려되는 의약품은 환자의 병력·투약력 등을 고려하여 신중하게 처방·투여하여야 한다.

(6) 진료상 2품목 이상의 의약품을 병용하여 처방·투여하는 경우에는 1품목의 처방·투여로는 치료효과를 기대하기 어렵다고 의학적으로 인정되는 경우에 한한다.

▶ 보건복지부 고시

- 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(행위, 약제 등)
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수
- 요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령

II

상병전산심사 적용기준 보완에 따른 안내

- 이 사례는 2018년도 의과 외래 상병전산심사 적용기준 보완에 따른 급여기준 초과 청구 등 다빈도 조정 예상 사례 유형을 발췌한 내용임을 알려드리오니 참고하시기 바랍니다.
- 사례에 언급된 약제는 요양기관의 이해를 돕기 위하여 해당 성분 중 예시로 발췌한 것임을 알려드립니다.

1 의과 외래 의료행위

▶ 검사료

① 누-000나

일반혈액검사(CBC)

[혈구세포-장비측정]

- 적혈구 분포계수(D000202),
혈소판 분포계수(D000206)

사례

「기타 급성 위염」 상병에 시행한 적혈구 분포계수, 혈소판 분포계수는 현행 급여기준(고시 제2017-265호)을 참조하여 인정하지 아니함

관련 근거 (복지부 고시 제2017-265호, 2018.1.1.)

〈적혈구 분포계수 및 혈소판 분포계수의 적용증〉

누-000나 일반혈액검사(CBC)[혈구세포-장비측정]-적혈구 분포계수는 빈혈의 감별진단에 실시하고, 누-000나 일반혈액검사(CBC)[혈구세포-장비측정]-혈소판 분포계수는 혈소판질환 등 혈액질환의 감별진단에 실시하는 검사로 동 검사의 적용증이 아닌 질환에 기존 CBC 항목에 추가하여 일률적으로 Set화하여 산정할 수는 없음

② 누-013가

분변 칼프로텍틴[일반면역검사]
(D0131, D0132),

누-013나

분변 칼프로텍틴[정밀면역검사]
(D0133)

사례

「기능성 소화불량」 상병에 시행한 분변 칼프로텍틴 검사는 현행
급여기준(고시 제2017-265호) 등을 참조하여 인정하지 아니함

관련 근거 (복지부 고시 제2017-265호, 2018.1.1.)

〈분변 칼프로텍틴 검사의 급여기준〉

누013 분변 칼프로텍틴 검사는 염증성 장질환과 비염증성 장질환의
감별진단 또는 염증성 장질환 환자에서의 질병 활성도 평가
목적으로 실시하고, 감별 진단 시 급여기준은 다음과 같이 함

- 다 음 -

가. 적응증 : 4주 이상의 만성설사 또는 복통, 혈변 등 하부
위장관 증상이 있는 염증성 장질환 의심환자

나. 실시횟수 : 위 '가' 적응증에 해당하는 경우 정성 또는 정량
검사 1회

③ 누-100

응고기능기본검사

가. 출혈시간(D1001)

나. 응고시간(D1002)

다. 프로트롬빈시간(D1003)

라. 활성화부분

트롬보플라스틴시간

(D1004)

사례

「신경부리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애, L2 부위의
골절」 등 상병에 출혈성 질환을 선별하거나 출혈성 경향이 의심
되어 응고기능기본검사(누100)를 동시에 4종 시행한 경우에는
관련 심사지침을 참조하여 누100나를 인정하지 아니함

관련 근거 (심사지침, 2018.1.18.)

〈누100가 응고기능기본검사-출혈시간, 누100다 응고기능기본
검사-프로트롬빈시간, 누100라 응고기능기본검사-활성화부분
트롬보플라스틴시간 검사와 동시 시행된 누100나 응고기능기본
검사-응고시간검사 인정여부〉

출혈성질환을 선별하거나 출혈성경향이 의심되는 경우에 시행하는
응고검사(누100가 출혈시간, 누100나 응고시간, 누100다 프로
트롬빈시간, 누100라 활성화부분트롬보플라스틴시간)중 누100나
응고시간과 누100라 활성화부분트롬보플라스틴시간은 내인계

혈액 응고과정이상에 대한 선별검사를 위해 실시하는 검사로, 검사 실시 목적이 동일함
또한, 누100나 응고시간은 통상 출혈성질환의 선별 목적으로 활용되지 않으며, 출혈성경향이 있는 환자의 응급수술 전 선별검사로 일부 필요하나 재현성 및 민감도가 낮아 유용성이 떨어짐
따라서, 누100가 출혈시간, 누100나 응고시간, 누100다 프로트롬빈시간, 누100라 활성화부분트롬보플라스틴시간을 동시 시행한 경우 누100나 응고시간은 인정하지 아니함

④ 누-189
γ-GTP
[화학반응-장비측정]
(D1890)

사례

「신경부리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애, 병감 및 피로」 상병에 시행한 γ-GTP 검사는 담도의 계통이상을 진단하는 검사로써, 청구내역 등을 참조하여 인정하지 아니함

참고 <국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙>

[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법

2. 진찰·검사, 처치·수술 기타의 치료

가. 각종 검사를 포함한 진단 및 치료행위는 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 한다.

⑤ 누-692가
트레포네마검사
- 매독감작 혈구응집
[일반면역검사](정성)
(D6921)

사례

「어지럼증 및 어지럼」 상병에 매독감작혈구응집 검사를 청구한 경우에는 인정할 만한 관련 상병, 선행검사 등이 확인되지 않으므로 인정하지 아니함

참고 <국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙>

[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법

2. 진찰·검사, 처치·수술 기타의 치료

가. 각종 검사를 포함한 진단 및 치료행위는 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 한다.

⑥ 누-744

항원특이면역글로불린
[정밀면역검사]_IgE
(D744001, D744101)

사례

「기타 앨러지비염, 상세불명의 천식」 상병에 항원특이면역글로불린 IgE(누-744)검사와 MAST법에 의한 면역글로불린E(누-746) 검사를 동시 청구한 경우에는 진료상 동시 시행의 필요성에 대한 사유 기재 내역(특정내역, JX999)이 확인되는 경우에 인정함

참고 <국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙>

[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법

2. 진찰·검사, 처치·수술 기타의 치료

가. 각종 검사를 포함한 진단 및 치료행위는 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 한다.

⑦ 누-500

골대사효소[정밀면역검사]
- 골특이성 알칼리성
포스파타제
(D5000)

사례

「비골 골절을 동반한 경골 하단의 골절, 폐쇄성」 상병에 산정한 골특이성 알칼리성 포스파타제는 관련 급여기준 및 상병 참조하여 인정하지 아니함

관련 근거 (복지부 고시 제2018-193호, 2018.10.1.)

<골다공증에 실시한 생화학적 골표지자 검사의 인정기준>

골다공증에 실시한 생화학적 골표지자검사는 다음과 같은 경우에 골흡수표지자검사와 골형성표지자검사를 각 1종씩 인정함

- 다 음 -

가. 골다공증 약물치료 시작 전 1회

나. 골다공증 약물치료 3~6개월 후 약제 효과 판정을 위해 실시 시 1회

※ 골흡수표지자

- 누501 골흡수표지자[정밀면역검사]- C-telopeptide of Collagen Type 1 (CTX), N-telopeptide of Collagen Type 1 (NTX), 디옥시피리디놀린

※ 골형성표지자

- 누500 골대사효소[정밀면역검사]-골특이성 알카리성 포스파타제
- 누503 골형성표지자[정밀면역검사]-오스테오칼신, N-terminal propeptide of type 1 procollagen (P1NP)

⑧ 누-589라

Helicobacter pylori검사
- 요소호흡검사
[정밀분광-질량분석]
(D5896)

사례

「기타 경추간판장애, 만성 위축성 위염」 등 상병에 산정한 요소호흡검사는 관련 급여기준 및 진료내역 참조 인정하지 아니함

※ 요소호흡검사의 H.pylori의 박멸치료 후 효과판정을 위해 실시하는 경우 또는 H.pylori 감염여부 확인을 위해 실시 시 특정내역(JX999)에 반드시 기재하거나 검사결과지를 첨부하여 주시기 바랍니다.

관련 근거 (복지부 고시 제2017-263호, 2018.1.1.)

〈누589라 요소호흡검사(Urea Breath Test)급여기준〉

누589라 요소호흡검사(Urea Breath Test)는 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정하며, 그 외에는 비급여함.

- 다 음 -

가. H.pylori의 박멸치료 후 효과판정을 위해 실시하는 경우
박멸치료 후 4주(Proton-Pump Inhibitor 제제를 계속 투여하는 경우에는 약제 투여 중단 후 2주)가 경과한 후 검사 시행 시 1회 인정하며, 균이 박멸되지 않아 추가 치료를 한 경우 1회에 한하여 추가 인정

나. H.pylori 감염여부 확인을 위해 실시하는 경우

- 1) 내시경 등으로 위 및 십이지장의 소화성궤양(반흔기 포함)이 확인된 환자로서
 - 가) 항응고제 또는 항혈전제 투여를 중단할 수 없는 고위험군 심뇌혈관질환 등으로 출혈경향이 높은 경우
 - 나) 출혈 경향이 높은 질환(간경변증, 혈액 투석 중 신장질환자 등)에서 생검으로 인하여 출혈위험이 있는 경우
- 2) 특발성 혈소판감소성 자반(증)

Idiopathic Thrombocytopenic Purpura, ITP) 환자

⑨ 나-610가
신경학적검사-일반검사
(F6101)

사례

「견새관절의 염좌 및 긴장, 요추의 염좌 및 긴장」 상병에 신경학적 검사-일반검사를 청구한 경우에는 관련 급여기준을 참조하여 인정하지 아니함

관련 근거 (복지부 고시 제2018-193호, 2018.10.1)

〈1-2개의 단편적인 신경검사 시 나610가 신경학적검사(일반검사) 인정여부〉

나610가 신경학적 검사(일반검사)란 신경계통(중추신경계 및 말초신경계)의 이상유무 및 진행과정을 객관적으로 가려내기 위한 검사로서 정신기능, 뇌신경운동기능, 지각기능, 반사자율 신경계 및 자세, 보행, 실화 등의 순서로 전 신체 신경부위에 대하여 시행하였을 경우를 뜻하며 1~2개의 단편적인 신경을 검사하는 경우 즉 Muscle Tonus, Muscle Power, D.T.R, Sensory Joint Coordination 등을 관찰하는 것은 신경학적 검사의 한 부분적인 검사로서 이 경우에는 기본진료료에 포함됨

① 다-245다

일반 전산화단층영상진단

- 경부

(HA453, HA463, HA473)

사례

「편도주위농양, 어지럼증 및 어지럼」 상병에 시행한 일반 전산화 단층영상진단-경부는

- 복지부 고시에서 정하고 있는 급여기준을 참조하여 일반 전산화단층영상진단-경부 촬영의 필요성에 대한 사유 기재 내역(특정내역, JX999 등)이 확인되는 경우에 인정함

「식도염을 동반하지 않은 위-식도역류병」 상병에 일반 전산화 단층영상진단-경부를 청구한 경우에는 현행 급여기준(고시 제2015-99호) 참조 인정하지 아니함

관련 근거 (복지부 고시 제2015-99호, 2015.6.15.)

〈전산화단층영상진단(CT)의 산정기준〉

[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

[경부 Neck CT]

1. 원인불명의 심부 림프선 종대
2. 기도폐쇄의 원인진단 및 범위결정

[기 타]

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

② 다-245바

일반 전산화단층영상진단

- 척추

(HA456, HA466, HA476, HA459, HA469, HA479)

사례

「기타 경추간판장애」 상병에 시행한 일반 전산화단층영상진단-척추는

- 복지부 고시에서 정하고 있는 급여기준을 참조하여 일반 전산화단층영상진단-척추 촬영의 필요성에 대한 사유 기재 내역(특정내역, JX999 등)이 확인되는 경우에 인정함

「상세불명의 관절염, 상세불명 부분」 상병에 일반 전산화단층영상진단-척추를 청구한 경우에는 현행 급여기준(고시 제2015-99호)을 참조하여 인정하지 아니함

관련 근거 (복지부 고시 제2015-99호, 2015.6.15.)

〈전산화단층영상진단(CT)의 산정기준〉

[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

[척추 spine CT]

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

[기 태]

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

③ 다-245나(3)

일반 전산화단층영상진단

- 안면 및 두개기저-측두골

(HA409, HA410,
HA411, HA412)

사례

「상세불명의 중이염」 상병에 시행한 일반 전산화단층영상진단-안면 및 두개기저-측두골은

- 복지부 고시에서 정하고 있는 급여기준을 참조하여 일반 전산화단층영상진단-안면 및 두개기저-측두골 촬영의 필요성에 대한 사유 기재 내역(특정내역, JX999 등)이 확인되는 경우에 인정함

관련 근거 (복지부 고시 제2015-99호, 2015.6.15.)

<전산화단층영상진단(CT)의 산정기준>

[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

[안면 및 두개기저 Face CT or Skull Base CT]

1. 종괴형성, 안와염증, 안구돌출(갑상선 기능항진증 등)
2. 타액선 결석
3. 임상 소견상 수술을 요할 정도의 부비동염
4. 터키안내 양성종양, 낭종(선천성, 후천성) 또는 염증성 질환, 뇌하수체호르몬 이상 시, 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)

[기 타]

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

① 사104
경피적 전기신경자극
치료[TENS]
(MM070)

사례

「기능성 소화불량, 외이의 연조직염」등 상병에 산정한 경피적 전기신경자극치료는 관련 급여기준 및 청구내역 등을 참조하여 인정하지 아니함

관련 근거 (복지부 고시 제2009-55호, 2009.4.1.)

〈사104 경피적 전기신경자극치료의 인정기준 및 기간〉

경피적 전기신경자극치료 및 간섭파전류치료, 재활저출력레이저치료는 근골격계 통증 및 신경통증의 완화를 위해 시행하는 요법으로서 관절염에는 2주, 염좌·좌상 등에는 1주, 추간판 탈출증에는 3주 이내로 실시함을 원칙으로 하되, 상태 호전이 있는 등 연장 실시가 반드시 필요한 경우에는 주 2~3회로 산정함

② 사119
압박치료[1일당]
(MM190)

사례

「상세불명의 부종」 상병에 시행한 압박치료[1일당]는 현행 심사지침 및 청구내역 등을 참조하여 인정하지 아니함

관련 근거 (심사지침, 2011.1.24.)

〈사-119 압박치료의 세부인정범위〉

사-119 압박치료는 기구 내에 삽입된 상지 및 하지를 순차적으로 압박하여 조직사이의 압력을 증가시켜 조직사이에 고여 있는 림프액의 순환을 증진시킴으로써 환자의 팔과 다리의 림프부종을 감소시킬 수 있는 치료방법으로 동 치료의 인정범위는 다음과 같이 함

- 다 음 -

가. 인정대상

- 수술 후 혹은 방사선 치료 후 등에 생긴 림프부종
- 정맥염, 심부정맥혈전증, 말초혈관질환 등 혈관성질환에 생긴 국한부종

나. 그 외 전신부종, 상세불명의 부종, 척추상병, 상·하지 상병, 마비상병 등에는 인정하지 아니함

① 마9
관절강내 주사
(KK090)

사례

「양쪽 원발성 무릎관절증」등 상병에 부신피질호르몬제 없이 리도카인만을 사용하여 시행한 관절강내 주사는 관련 급여기준을 참조하여 인정하지 아니함

※ 관절강내 주사 시 부신피질호르몬제 등을 비급여로 사용한 경우에는 반드시 사유를 기재(특정내역, JX999)하여 주시기 바랍니다.

관련 근거 (복지부 고시 제2007-92호, 2007.11.1.)

〈국소마취제(lidocaine)만으로 시행한 관절강내 주사 인정여부〉

국소마취제를 부신피질호르몬제 등 타약제와 병용하여 관절강내로 주입하는 것은 타당한 방법이므로 마9 관절강내 주사를 인정하되, 국소마취제만을 관절강내로 주입하는 것은 인정하지 아니함

② 자4-1
하기도 증기흡입치료[1일당]
(M0045)

사례

「만성후두염」 등 상병에 실시한 하기도 증기흡입치료는 관련 급여 기준등을 참조하여 인정하지 아니함

관련 근거 (복지부 고시 제2017-152호, 2017.9.1.)

〈자4-1 하기도 증기흡입치료 급여기준〉

1. 자4-1 하기도 증기흡입치료(Nebulizer Treatment of Lower Airway)는 천식이나 만성폐쇄성 폐질환의 급성악화기, 급성세기관지염의 호흡곤란치료에 실시함을 원칙으로 함.
2. 상기 1. 기준 이외에도 다음과 같은 경우에 요양급여 함 (이하생략)

▶ 약제

① Lomefloxacin 경구제 (로맥사신정 등)

사례

「방광염, 연조직염, 급성 질염」 등 상병에 투여한 Lomefloxacin 경구제는

- 복지부 고시에서 정하고 있는 급여기준을 참조하여 Lomefloxacin 경구제를 투여할 만한 필요성에 대한 사유를 기재(특정내역, JX999 등)한 경우 사례별로 인정함

관련 근거 (복지부 고시 제2013-127호, 2013.9.1.)

〈Lomefloxacin 경구제(품명: 로맥사신정 등)〉

1. 허가사항 범위 내에서 1차 약제 투여로 증상이 호전되지 않는 환자에게 투여하는 것을 원칙으로 함.
2. 타 항생제에 내성이 있는 환자, 면역기능이 저하된 환자, 중증 감염환자, 객관적으로 증명된 심부 장기감염(예: 폐렴, 급성신우신염) 등의 경우에 1차 약제로 인정함.

〈식약처 허가사항(효능·효과)〉

1. 모낭염, 농포성 여드름, 종기, 큰종기, 얇은연조직염(단독), 연조직염, 림프관(절)염, 손끝염(표저), 화농성 손·발톱주위염, 피하농양, 화농성땀샘염, 응괴성 여드름, 감염성 죽종, 만성농피증, 항문주위농양, 유선염, 외상·열상·수술창 등의 표재성 2차감염
2. 급성 기관지염, 만성 기관지염, 만성 기관염의 급격한 악화, 기관지 확장증(감염시), 만성 호흡기질환의 2차 감염, 미만성범세기관지염, 폐렴, 폐농양
3. 단순요로감염증, 복합 및 재발성 요로감염증, 신우신염, 방광염, 전립선염, 임균성요도염
4. 세균성 이질, 장(대장)염
5. 바르톨린샘염, 자궁부속기염, 자궁내감염
6. 눈꺼풀염, 다래끼, 안검농양, 누낭염, 검판선염, 각막궤양
7. 중이염, 부비동염
8. 치주조직염, 치관주위염, 악염

② Deflazacort 경구제
(캘코트정 등)

사례

「류마티스관절염, 골다공증, 기관지확장증, 알러지성 비염」 등 상병에 투여한 Deflazacort 경구제는

- 복지부 고시에서 정하고 있는 급여기준 등을 참조하여 Deflazacort 경구제를 투여할 만한 필요성에 대한 사유를 기재(특정내역, JX999 등)한 경우 사례별로 인정함

관련 근거 (복지부 고시 제2013-127호, 2013.9.1.)

〈Deflazacort 경구제(품명: 캘코트정 등)〉

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

- 아 래 -

가. 소아 신증후군 환자의 경우

- 소아신증후군 환자가 성인이 된 후에도 동 약제의 투여가 필요한 경우 인정함

나. 골다공증이 심한 이식환자

- 부신피질호르몬제를 장기 투여하는 환자 중에서 골다공증이 심한 환자(검사결과 T-Score가 2.5 이하로 확인된 경우)에게 1차적으로 동 약제를 투여한 경우에 인정함.

다. 부신피질호르몬제를 투여할 필요성이 있는 환자 중 타 부신피질 호르몬제 투여로 다음과 같은 심각한 부작용이 나타나, 투여 소견서가 첨부된 경우에 한하여 인정함 (이하생략)

〈식약처 허가사항(효능·효과)〉

1. 류마티스성 장애 및 교원성 질환
2. 피부 질환
3. 알레르기성 질환 : 기관지 천식
4. 호흡기 질환
5. 안과 질환 : 맥락막염, 맥락망막염, 홍채염, 홍채모양체염
6. 조혈계 질환
7. 위장관 질환 : 궤양성 대장염, 크론병
8. 간 질환 : 만성 활동성 간염(자가면역성)
9. 신장 질환 : 신증후군

③ Gabapentin 경구제
(뉴론틴캡슐 등)

사례

「기타 척추병증, 흉추 신경궁의 골절」등 상병에 투여한 Gabapentin 경구제는

- 복지부 고시에서 정하고 있는 급여기준을 참조하여 투여사유 (특정내역, JX999 등)가 확인되지 않은 경우에 인정하지 아니함

「기타 두통증후군, 말초신경계통의 기타 장애」 상병에 Gabapentin 경구제를 투여한 경우에는 식약처 허가사항을 참조하여 인정하지 아니함

관련 근거 (복지부 고시 제2016-31호, 2016.3.1.)

〈Gabapentin 경구제(품명: 뉴론틴캡슐 등)〉

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

- 아 래 -

1. 간질(Epilepsy) : 각 약제의 허가사항 범위 내 인정
2. 신경병증성 통증(Neuropathic pain)

- 다 음 -

가. 당뇨병성 말초 신경병증성 통증

- 1) Thioctic acid(또는 α -lipoic acid) 경구제와 병용투여 시 요양급여를 인정함
- 2) 당뇨병성 말초 신경병증성 통증치료제(예 : Pregabalin 경구제, Duloxetine 경구제 등)간의 병용투여는 인정하지 아니함

나. 대상포진 후 신경통(Post-herpetic neuralgia) : Lidocaine 패취제(품명: 리도탑카타플라스마 등)와 병용투여 시 저렴한 약제의 약값 전액을 환자가 부담토록 함. 단, 2~4주 치료 후에도 증세의 호전이 없어 병용투여 시에는 요양급여를 인정함

다. 척수손상에 따른 신경병증성 통증(Spinal cord injury)

라. 복합부위 통증증후군(CRPS, Compelx Regional Pain Syndrome)

- 마. 다발성 경화증(Multiple sclerosis), 파브리병(Fabry's disease)
- 바. 척추 수술후 통증증후군(Post spinal surgery syndrome)
- 사. 절단 등으로 인한 신경병성 통증 (환상통, 단단통)
- 아. 삼차신경통(1차적으로 다른 약제에 반응하지 않거나 부작용으로 인해 사용하기 어려운 경우)
- 자. 암성 신경병증성 통증 (건강보험심사평가원장이 공고한 「암성 통증 관련 사용 권고안」참조 인정)
- 차. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염인의 신경병성 통증

〈식약처 허가사항(효능·효과)〉

1. 간질

- 1) 단독요법(새롭게 발작으로 진단된 환자의 치료 포함) : 만 13세 이상 청소년 혹은 성인에서의 2차적 전신증상을 동반하거나 동반하지 않은 단순/복합 부분발작
- 2) 부가요법 : 만 3세 이상 어린이 혹은 성인에서의 2차적 전신증상을 동반하거나 동반하지 않은 부분발작

2. 신경병증성 통증

④ Pregabalin 경구제
(리리카캡슐 등)

사례

「추간판의 전위로 인한 요통, 기타 명시된 추간판 장애」 등 상병에 투여한 Pregabalin 경구제는

- 복지부 고시에서 정하고 있는 급여기준을 참조하여 투여사유(특정내역, JX999 등)가 확인되지 않은 경우에 인정하지 아니함

「무릎관절증, 두통, 수면장애」 등 상병에 Pregabalin 경구제를 투여한 경우에는 식약처 허가사항을 참조하여 인정하지 아니함

관련 근거 (복지부 고시 제2016-31호, 2016.3.1.)

〈Pregabalin 경구제(품명: 리리카캡슐 등)〉

각 약제별 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함

가. 간질(Epilepsy): 허가사항 범위 내에서 인정

나. 신경병증성 통증(Neuropathic pain)

1) 당뇨병성 말초 신경병증성 통증

가) Thioctic acid(또는 α -lipoic acid) 경구제와 병용투여 시
요양급여를 인정함

나) 당뇨병성 말초 신경병증성 통증치료제(예: Gabapentin
경구제, Duloxetine 경구제 등)간의 병용투여는 인정하지
아니함

2) 대상포진 후 신경통 (Post-herpetic neuralgia): Lidocaine
패취제(품명: 리도탑카타플라스마 등)와 병용투여 시 투약
비용이 저렴한 약제의 약값 전액을 환자가 부담토록 함. 단,
2~4주 치료 후에도 증세의 호전이 없어 병용투여시에는 요양
급여를 인정함

3) 척수손상에 따른 신경병증성 통증(Spinal cord injury)

4) 복합부위 통증증후군(CRPS; Complex Regional Pain Syndrome)

5) 암성 신경병증성 통증 (「암환자에게 처방투여하는 약제에 대한
요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」의 ‘Ⅲ. 암성통증
치료제’ 범위 내에서 인정)

6) 척추수술 후 통증증후군(Post spinal surgery syndrome)

다. 섬유근육통(Fibromyalgia)에는 다음과 같이 요양급여를 인정함
(이하생략)

〈식약처 허가사항(효능·효과)〉

1. 성인에서 말초와 중추 신경병증성 통증의 치료

2. 간질

- 성인에서 이차적 전신증상을 동반하거나 동반하지 않은 부분
발작의 보조제

3. 섬유근육통의 치료

⑤ 스테로이드 주사제
(제일 텍사메타손주사액 등)

사례

「정맥내일시주사[1일당]」등으로 투여한 triamcinolone acetonide 주사제(트리암시놀론주사 등)는 복지부 고시 및 식약처 허가사항 참조하여 인정하지 아니함

「경막외신경차단술-일회성차단」등으로 투여한 betamethasone sodium phosphate 주사제(베타메타손 주사액 등)는 복지부 고시 및 식약처 허가사항 참조하여 인정하지 아니함

관련 근거 (복지부 고시 제2018-158호, 2018.8.1.)

〈스테로이드 주사제(품명: 제일텍사메타손주사액 등)

1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함
2. 허가사항 범위(효능·효과, 용법·용량)를 초과하여 아래와 같은 경우에도 영양급여를 인정함

- 아 래 -

가. 신경차단술 시 사용한 경우

나. 추간관절차단(Facet joint block/injection) 시 사용된 Triamcinolone acetonide 주사제는 1 level당 20mg으로 최대 3 level (60mg)까지, 양측은 각각 최대 2 level(80mg)까지 인정

※ 단, 사용상의 주의사항에 따라,

- Triamcinolone acetonide는 정맥, 척수강 내, 경막 외, 경막 내로 투여하지 않고,
- Methylprednisolone sodium succinate는 수막공간 내, 경막 외 투여하지 않으며,
- Betamethasone sodium phosphate, Hydrocortisone sodium succinate는 경막 외로 투여하지 않음

⑥ Pentoxifylline 경구제
(트렌탈정400 등)

사례

「두통, 어지럼증 및 어지럼」 등 상병에 Pentoxifylline 경구제를 투여한 경우 복지부 고시 및 식약처 허가사항을 참조하여 전액 본인부담으로 인정함

「상세불명의 말초혈관질환을 동반한 당뇨병」 등 상병에 Pentoxifylline 경구제를 투여한 경우 복지부 고시 및 식약처 허가사항등을 참조하여 인정함

관련 근거 (복지부 고시 제2013-127호, 2013.9.1.)

〈Pentoxifylline 경구제(품명: 트렌탈정400 등)〉

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

- 아 래 -

말초동맥순환장애(간혈성파행, 휴식시 동통, 당뇨병성혈관병증, 위축증, 혈관신경병증)

2. 허가사항 범위를 초과하여 다음과 같이 투여하는 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함

- 다 음 -

가. 투여대상: 분별함수 점수가 32점 이상인 중증 알코올성 간염환자

나. 투여용량 및 기간: 1회 400mg을 1일 3회, 최대 4주 이내

〈식약처 허가사항 (효능·효과)〉

1. 뇌순환장애(허혈 및 뇌졸중후증상, 어지러움·두통·건망증 등 뇌동맥경화증 증상)

2. 눈의 혈류순환장애

3. 말초동맥순환장애(간혈성파행, 휴식시 동통, 당뇨병성혈관병증, 위축증, 혈관신경병증)