

What is the Future Direction of Health Policy on the Diabetic Foot

Hag Joo Kim

Health Insurance Review & Assessment Service

2013.2.22

목 차

I

당뇨병 청구 현황

II

급여기준 및 사례

III

Q & A

발병변의 역학

당뇨발병변 진료지침보건복지부지정 2형 당뇨병 임상연구센터(2007)

- 비외상성 하지절단의 약 40~60%는 당뇨 환자에게 실시된다. (Ia, A)
- 당뇨병과 관련된 하지절단의 약 85%에서 발궤양이 선행된다. (Ia, A)
- 당뇨 환자 발궤양의 4/5는 외적 손상에 의해 일어난다. (IIb, B)
- 발궤양의 유병률은 당뇨병 인구의 약 4~10%이다. (Ia, B)
- 통상적으로 인구의 약 5-10%가 당뇨병 환자이다.

| . 당뇨병 청구 현황

인슐린 의존형 당뇨병(E10)

기준연도	환자수	내원일수	진료비
2012	78,260	432,021	21,204,818
2011	107,217	836,872	37,944,030
2010	97,573	893,452	35,344,884
2009	101,352	846,461	33,954,651
2008	108,824	857,472	31,078,482

인슐린 비의존형 당뇨병(E11)

기준연도	환자수	내원일수	진료비
2012	1,585,569	7,586,053	202,032,882
2011	1,860,782	15,125,984	402,496,117
2010	1,719,221	14,702,115	375,369,259
2009	1,618,701	13,989,948	346,414,684
2008	1,524,750	13,091,666	315,789,725

영양실조 관련 당뇨병(E12)

기준연도	환자수	내원일수	진료비
2012	2,518	9,041	253,869
2011	4,308	20,375	492,383
2010	4,883	30,797	501,554
2009	5,740	26,483	459,384
2008	10,487	47,819	671,045

기타명시된 당뇨병(E13)

기준연도	환자수	내원일수	진료비
2012	56,935	237,153	6,937,648
2011	77,935	439,011	11,541,277
2010	59,665	348,058	8,147,243
2009	59,068	337,487	7,558,326
2008	55,162	312,311	6,557,897

상세불명의 당뇨병(E14)

기준연도	환자수	내원일수	진료비
2012	314,747	1,193,353	37,960,849
2011	414,564	2,291,991	69,474,434
2010	371,413	2,108,741	57,910,200
2009	361,031	2,169,552	62,533,194
2008	347,149	1,988,923	52,773,014

당뇨병(E10~14)

기준연도	환자수	내원일수	진료비
2012	2,038,029	9,457,620	268,390,066
2011	2,464,806	18,714,233	521,948,241
2010	2,252,755	18,029,163	477,273,140
2009	2,145,892	17,369,931	450,920,239
2008	2,046,372	16,298,191	406,870,163

II. 급여기준 및 사례

급여기준

▣ 당뇨병용제[일반원칙] << 고시 제2012-173호, 2013.1.1 >>

인슐린 비의존성 당뇨병(제2형 당뇨병) 환자에게 투여하는 당뇨병치료제는 아래와 같은 기준으로 투여시 영양급여를 인정하고, 허가사항 범위이지만 아래 인정기준 이외 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담함.

- 아 래 -

가. 경구용 당뇨병치료제

1) 단독요법

○ 다음의 하나에 해당하는 경우 Metformin 단독투여를 인정함.

- 다 음 -

·HbA1C가 $\geq 6.5\%$

·공복혈장혈당 $\geq 126\text{mg/dl}$

·당뇨의 전형적인 증상과 임의혈장혈당 $\geq 200\text{mg/dl}$

·75g 경구당부하검사 후 2시간 혈장혈당 $\geq 200\text{mg/dl}$

- Metformin 투여 금기 환자 또는 부작용으로 Metformin을 투여할 수 없는 경우에는 Sulfonylurea계 약제의 단독 투여를 인정하며, 이 경우 투여소건을 첨부하여야 함.

급여기준

▣ 당뇨병용제[일반원칙]

2) 병용요법

① 2제요법

○ 단독요법으로 2-4개월 이상 투약해도 다음의 하나에 해당하는 경우 다른 기전의 당뇨병 치료제 1종을 추가한 병용요법을 인정함.

- 다 음 -

·HbA1C가 $\geq 7.0\%$

·공복혈당 $\geq 130\text{mg/dl}$

·식후혈당 $\geq 180\text{mg/dl}$

○ HbA1C $\geq 7.5\%$ 경우에는 Metformin을 포함한 2제요법을 처음부터 인정함.

- Metformin 투여 금기 환자 또는 부작용으로 Metformin을 투여할 수 없는 경우에는 Sulfonylurea계 약제를 포함한 2제요법을 처음부터 인정하며, 이 경우 투여소건을 첨부하여야 함

○ Metformin 또는 Sulfonylurea계 약제가 포함되지 않은 아래의 약제조합인 경우에는 1일 투약비용이 저렴한 1종의 약값 전액을 환자가 부담토록 함

- Meglitinide계 약제 + Thiazolidinedione계 약제

- DPP-IV inhibitor계 약제 + Thiazolidinedione계 약제

- Meglitinide계 약제 + α -glucosidase inhibitor계 약제

○ 인정 가능 2제요법(표 복사 안되어 관련고시 파일 첨부해드립니다)

구 분 Metformin Sulfonylurea Meglitinide α -glucosidase inhibitor Thiazolidinedione DPP-IV

inhibitor Metformin 인 정인 정인 정인 정인 정 Sulfonylurea 인 정인 정인 정인 정 Meglitinide 인 정1종 본인

부담1종 본인부담 α -glucosidase inhibitor 인 정인 정1종 본인부담 Thiazolidinedione 인 정인 정1종 본인부담

1종 본인부담 DPP-IV inhibitor 인 정인 정1종 본인부담

※ 회색표시 부분은 1일 투약비용이 저렴한 약제의 약값을 환자가 전액 부담하는 병용요법

○ 2제요법 투여대상으로 2제요법 인정 가능 성분 중 1종만 투여한 경우도 인정함

급여기준

▣ 당뇨병용제[일반원칙]

② 3제요법

- 2제요법을 2-4개월 이상 투여해도 HbA1C \geq 7% 이상인 경우에는 다른 기전의 당뇨병 치료제 1종을 추가할 수 있음(3제요법). 단, 2제요법에서 인정되지 않는 약제의 조합이 포함되어서는 안됨.
- 3제요법에 아래의 약제조합이 포함된 경우에는 아래 약제조합 중 1일 투약비용이 저렴한 1종의 약값 전액을 환자가 부담토록 함.
 - Meglitinide계 약제 + Thiazolidinedione계 약제
 - DPP-IV inhibitor계 약제 + Thiazolidinedione계 약제
 - Meglitinide계 약제 + α -glucosidase inhibitor계 약제

나. Insulin 요법

1) 단독요법

- 초기 HbA1C가 9% 이상인 경우, 성인의 지연형 자가면역당뇨병(LADA), 제1형 당뇨병과 감별이 어려운 경우, 고혈당과 관련된 급성합병증, 신장·간손상, 심근경색증, 뇌졸중, 급성질환 발병시, 수술 및 임신한 경우 등에는 Insulin 주사제 투여를 인정함.
- 경구용 당뇨병 치료제 병용투여에도 HbA1C가 7% 이상인 경우 insulin요법을 인정함.

2) 경구제와 병용요법

- Insulin 단독요법 또는 경구용 당뇨병치료제 투여에도 HbA1C가 7% 이상인 경우 Insulin과 경구용 당뇨병 치료제의 병용요법을 인정함.
 - Insulin과 경구용 당뇨병치료제 2종까지 병용요법을 인정하며, 경구용 당뇨병치료제 2종을 병용하는 경우 1일 투약비용이 저렴한 경구제 1종의 약값 전액은 환자가 부담함. 단, 『Metformin + Sulfonylurea계 약제 + Insulin』 병용요법은 모두 인정함.
 - Rosiglitazone 및 DPP-IV inhibitor계 약제는 Insulin 주사제와 병용을 인정하지 아니함.

급여기준

▣ 당뇨병용제[일반원칙]

다. Exenatide 주사제 투여

○ 투여대상

Metformin+Sulfonylurea계 약제 병용투여로 충분한 혈당조절을 할 수 없는 환자 중

- BMI \geq 30 kg/m²인 비만환자 또는
- Insulin 요법을 할 수 없는 환자

○ 투여방법

3종 병용요법(Metformin+Sulfonylurea+Exenatide)을 인정하되 1일 투약비용이 저렴한 경구제 1종의 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

라. 각 단계에서 명시한 기간에 해당하지 않더라도 신속한 변경을 요하는 경우에는 투여소건 첨부시 사례별로 인정함.

마. 복합제는 복합된 성분수의 약제를 투여한 것으로 인정함.

바. 급여 인정용량: 각 약제별 용법? 용량 범위내에서 급여하되, 다음의 인정용량을 초과한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 다 음 -

- Repaglinide 경구제 : 1일 최대 6mg
- Pioglitazone 경구제(복합제 포함): 1일 최대 30mg
- Rosiglitazone 경구제(복합제 포함): 1일 최대 4mg
- Metformin 성분이 포함된 복합제에 Metformin 단일제 추가투여시(복합제와 동일 제형으로 추가시 인정) : 일반형은 1일 최대 2500mg, 서방형은 1일 최대 2000mg(복합제 용량 포함)

< 당뇨병용제 인정 가능 2제요법 표 >

당뇨병용제 일반원칙 및 세부인정기준 및 방법

보건복지부 고시 제2011-60호 (2011년 7월 1일 시행)

구 분	Metformin	Sulfonylurea (Glibenclamide, Gliclazide, Glimepiride, Glipizide)	Meglitinide (Repaglinide노보넵, Nateglinide파스텍, Mitiglinide calcium hydrate글루패스트)	α -glucosidase inhibitor (Acarbose, Voglibose)	Thiazolidinedione (Pioglitazone HCl 엑토스, 엑피오, Rosiglitazone maleate 아반디아)	DPP-IV inhibitor (Sitagliptin phosphate 자누비아, Vildagliptin 가브스)
Biguanide계 (Metformin)		인 정	인 정	인 정	인 정	인 정
Sulfonylurea계	인 정			인 정	인 정	인 정
Meglitinide계	인 정			1종 본인부담	1종 본인부담	
α -glucosidase inhibitor계	인 정	인 정	1종 본인부담			
Thiazolidinedione계	인 정	인 정	1종 본인부담			1종 본인부담
DPP-IV inhibitor계	인 정	인 정			1종 본인부담	
insulin주사제+경구2종 투여 시 지가 100/100	인정	인정	1종 본인부담	1종 본인부담	1종 본인부담	1종 본인부담
					아반디아 (조정)	가브스 조정

급여기준

■Pentoxifylline 경구제(품명: 트렌탈정400 등) << 고시 제2012-105호, 2012.11.1 >>

1. 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투여하는 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

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

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

- 아 래 -

가. 투여대상: 분별합수※ 점수가 32점 이상인 중증 알코올성 간염환자

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

급여기준

▣ Pregabalin 경구제(품명: 리리카캡슐 등) << 고시 제2012-37호, 2012.4.1 >>

각 약제별 허가사항대로 사용함을 원칙으로 하고 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며, 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

1. 간질(Epilepsy) : 허가사항 범위내 인정
2. 신경병성통증 중 다음 각호 중 하나에 해당하는 경우

가. 당뇨병성 말초 신경병증성 통증

○ thioctic acid(또는 α -lipoic acid) 경구제와 병용투여 시 pregabalin 경구제 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

○ 당뇨병성 말초 신경병증성 통증치료제(예: gabapentin 경구제, duloxetine 경구제 등)간의 병용투여는 인정하지 아니함
나. 대상포진 후 신경통 : lidocaine 패취제(품명: 리도탑패취)와 병용투여 시 아래와 같이 요양급여를 인정함.

- 아 래 -

- 병용 약제 중 투약비용이 저렴한 약제의 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

다. 척수손상에 따른 신경병증성 통증(spinal cord injury)

라. 복합부위 통증증후군(CRPS, Complex regional pain syndrome)

마. 암성 신경병증성 통증 (건강보험심사평가원장이 공고한 「암성통증 관련 사용 권고안」 참조 인정)

3. 섬유근육통(fibromyalgia)에는 아래와 같이 요양급여를 인정함.

- 아 래 -

가. 섬유근육통으로 확진되고 삼환계 항우울제(TCA : amitriptyline, nortriptyline 등) 또는 허가사항 중 근골격계 질환에 수반하는 동통의 증상완화에 사용할 수 있는 근이완제(cyclobenzaprine 등)를 적어도 1달 이상 사용하였음에도 효과가 불충분한 경우

나. Duloxetine(품명: 심발타캡슐)과의 병용투여는 인정하지 아니함.

※ 섬유근육통 확진은 2010년 미국 류마티스학회 발표 진단기준에 부합하고 FIQ(Fibromyalgia Impact Questionnaire) 점수가 40점 이상이며 pain VAS(visual analog scale)가 40mm 이상인 경우로 하며, 투여개시 13주 후 pain VAS와 FIQ의 호전이 없는 경우 투여중단을 고려해야 함.

급여기준

■ Duloxetine 경구제(품명:심발타캡슐) << 고시 제2011-89호, 2011.9.1 >>

1. 허가사항 범위내에서 환자의 증상 등에 따라 필요·적절하게 투여시 요양급여함을 원칙으로 함.

2. 허가사항 중 우울병에 투여한 경우에는 아래와 같이 요양급여를 인정함.

○ 정신과에서 우울병(Major Depressive Disorder)으로 확진된 경우에는 허가사항 범위내에서 환자의 증상 등에 따라 필요·적절하게 투여시 요양급여를 인정함.

다만, 만 24세 이하인 자의 우울병에 투여하는 경우에는 허가사항 중 사용상의 주의사항(경고, 이상반응, 일반적주의 항목 등)을 반드시 참고하여 임상적 필요성이 위험성보다 높은지 신중하게 고려하여 투여하여야 함.

○ 정신과 이외의 타과에서 기타 질환으로 인한 우울병(Major Depressive Disorder)에 투여시에는 아래의 우울증상이 지속적으로 2주 이상 계속되는 경우 상용량으로 60일 범위내에서 인정함. 상기 용량 또는 기간을 초과하여 약제투여가 요구되는 경우에는 정신과에 consult 함이 바람직함. 다만, 암환자의 경우 상병 특성을 고려하여 60일 이상 장기투여가 필요하다고 판단되는 경우 인정함.

※ 우울증상에 대한 기준

- 3가지 전형적 증상 ① 우울한 기분 ② 흥미나 관심 소실 ③ 피곤감/활동저하 중 최소한 2가지와

- 7가지 증상 ① 집중력, 주의력 저하 ② 자신감 저하 ③ 죄책감 ④ 비관, 염세적 사고 ⑤ 자살사고 ⑥ 수면장애 ⑦ 식욕감퇴)중 최소한 2가지가 있어야 함.

3. 당뇨병성 말초 신경병증성 통증의 경우 허가사항 범위 내에서 필요·적절히 투여시 요양급여를 인정함.

○ thioctic acid(또는 α -lipoic acid) 경구제와 병용투여시 Duloxetine 경구제의 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

○ 당뇨병성 말초 신경병증성 통증치료제(예: gabapentin 경구제, pregabalin 경구제 등)간의 병용투여는 인정하지 아니함.

4. 섬유근육통(Fibromyalgia)에는 아래와 같이 요양급여를 인정함.

- 아 래 -

○ 섬유근육통으로 확진되고 삼환계 항우울제(TCA : amitriptyline, nortriptyline 등) 또는 허가사항 중 근골격계 질환에 수반하는 동통의 증상완화에 사용할 수 있는 근이완제(cyclobenzaprine 등)를 적어도 1달 이상 사용하였음에도 효과가 불충분한 경우

○ Pregabalin(품명: 리리카캡슐)과의 병용투여는 인정하지 아니함.

※ 섬유근육통 확진은 2010년 미국 류마티스학회 발표 진단기준에 부합하고 FIQ(Fibromyalgia Impact Questionnaire) 점수가 40점 이상이며 pain VAS(visual analog scale)가 40mm 이상인 경우로 하며, 투여개시 13주 후 pain VAS와 FIQ의 호전이 없는 경우 투여중단을 고려해야 함.

급여기준

▣ Gabapentin경구제 << 고시 제2009-59호, 2009.4.1 >>

아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며, 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

1. 간질(Epilepsy) - 각 약제의 허가사항 범위내 인정
2. 신경병성통증 중 다음 각호 중 하나에 해당하는 경우

가. 당뇨병성 말초 신경병증(Diabetic neuropathy)

○ thioctic acid(또는 α -lipoic acid) 경구제와 병용투여시 gabapentin 경구제의 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

○ 당뇨병성 말초 신경병증성 통증치료제(예 : pregabalin 경구제, duloxetine 경구제 등)간의 병용투여는 인정하지 아니함.

나. 대상포진후 신경통(post-herpetic neuralgia) : lidocaine 패취제(품명:리도탑패취)와 병용투여 시 아래와 같이 요양급여를 인정함.

- 아 래 -

- 병용 약제 중 투약비용이 저렴한 약제의 약값 전액을 환자가 부담토록 함

- 다. 척수손상에 따른 신경병증성 통증(spinal cord injury)
- 라. 복합부위 통증증후군(CRPS, Complex regional pain syndrome)
- 마. 다발성 경화증, 파브리병
- 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「암성통증 관련 사용 권고안」참조 인정)
- 차. HIV 감염인의 신경병성 통증

급여기준

▣ α -lipoic acid (또는 thioctic acid) 경구제 << 고시 제2009-59호, 2009.4.1 >>

허가사항 범위 내에서 필요적절히 투여시 영양급여함을 원칙으로 하며,

당뇨병성 말초 신경병증성 통증치료제(예: gabapentin 경구제, pregabalin 경구제, duloxetine 경구제 등)와의 병용투여시 통증치료제의 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

급여기준

▣alprostadiil 주사제 (품명 : 에글란딘주 등) <<고시 제2007-83호, 2007.10..1 >>

1. 허가사항 범위내에서 환자의 증상 등에 따라 필요·적절하게 투여시 요양급여함을 원칙으로 함. 다만, 만성동맥 폐색증 (버거씨병, 폐색성동맥경화증)에 의한 사지궤양 및 안정시 통증의 개선을 위해 투여한 경우에는 아래와 같이 요양급여 인정하며, 동 인정기준 이외 허가사항 범위내에서 동 상병에 투여하는 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

가. 투여기간 및 용량 : 1일 5~10 μ g씩 4주 범위 내에서 투여

나. 안정시 통증의 개선을 위해 투여시 투여기준

(1) 임상증상 및 이학적소견등

- 임상증상 : 통증, 둔통, 경련, 지각둔화, 근육의 피로감 등
- 이학적소견
 - 시진 : 거상하수시험에 따른 혈액층만속도
 - 촉진, 청진 : 혈관촉진 및 청진에 따른 맥박의 약화 및 소실, 혈관잡음 확인, 냉감, 근육약화 등
- 검사방법 :
 - 침습적 검사방법(혈관조영술)
 - 비침습적 검사방법(도플러 등)

※ 위 3가지 항목 중 2가지 이상은 충족되어야 함.

(2) 외래에서 1차적으로 경구용 혈류개선제를 사용하였으나 통증이 소실되지 않아 입원하여 경구용제로 2-3회 조절이 안되는 경우 사용하는 것을 원칙으로 함

(타 혈류개선제와의 병용투여는 인정하지 아니함)

급여기준

▣Becaplermin 외용제(품명: 리그라넥스겔 0.01%) <<고시 제2011-163호, 2012.1.1 >>

아래와 같은 기준으로 투여시 영양급여를 인정하며, 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

- 피하조직이나 그 이상으로 퍼진(IAET StageⅢ 이상) 당뇨병성 신경병성 족부궤양으로 허혈성 궤양(ischemic ulcer)이 아니어야 하며,
- 족부의 동맥(posterior tibial artery or dorsalis pedis artery) 축진, 도플러 검사 또는 pulse oxymeter를 이용한 말초산소분압 측정 등을 통하여 적절한 혈액공급이 확인되는 경우로서 변연절제술(debridement) 등으로 necrotic tissue나 infected tissue 제거 후 사용해야 하고, 용량은 우선 10주에 15g tube 1개 정도 인정하며, 10주 치료 후 궤양의 크기가 30% 정도 감소된 경우에 한하여 계속 투여를 인정하며, 최대 20주까지 인정함을 원칙으로 함.

급여기준

■ Recombinant human epidermal growth factor 500mcg(6×10^5 IU) 외용제
(품명: 이지에프외용액0.00%) <<고시 제2011-163호, 2012.1.1 >>

용량은 우선 6주에 20ml 1개 정도로 하고, 6주 치료 후 궤양의 크기가 40% 정도 감소된 경우에 한하여 계속 투여를 인정하며, 최대 12주까지 인정함을 원칙으로 함.

다만, 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

급여기준

■ 당뇨병성 족부병변시 포비돈요오드액 담금처치의 급여기준

<<고시 제2005-44호, 2005.7.1 >>

당뇨병성 족부병변(Diabetic Foot)에 포비돈요오드(Povidone Iodine)액 담금처치(Soaking)를 실시하는 경우 수기료는자2-1-가(2) 염증성처치로 산정하며, 사용된 포비돈 요오드액, 주사용멸균증류수 또는 생리식염수의 비용은 소정금액에 포함되어 별도 산정하지 아니함.

(단, 생리식염수의 총 사용량이 500ml 이상인 경우는 별도 산정).

급여기준

▣ 불투명, 투명드레싱류(습윤드레싱)의 인정기준 << 고시 제2008-169호, 2009.1.1 >>

Hydrocolloid재질 등의 습윤드레싱(Moist wound healling dressing)은 창상부위의 삼출액 흡수 및 습윤환경을 주어 상처 치유시간을 줄이는 등의 장점을 감안하여 다음의 경우에 인정하되, 적응증 및 인정개수를 초과한 경우에 치료재료 비용은 본인이 부담함.

- 다음 -

가. 적응증

- 심한화상(삼출액이 많은 심부2도 이상 화상)의 경우
- 만성궤양 등 장기적 드레싱을 요하는 경우
- 수포성 표피박리증(Epidermolysis bullosa)의 경우

나. 인정개수

- 3개/주, 4주간 인정함.
- 다만, 20%이상의 심한화상의 경우에는 7개/주, 4주간 인정하고, 수포성표피박리증(Epidermolysis bullosa)의 경우에는 3개/주, 실사용 기간으로 인정함.

급여기준

▣진공음압창상처치시 사용되는 치료재료 인정기준 << 고시 제2012-135호, 2012.11.1 >>

진공음압창상처치(창상부위를 진공상태로 만든 후 음압장비와 연결하여 불순물을 흡인하는 치료방법)에 사용하는 치료재료의 인정기준은 다음과 같음.

- 다 음 -

가. 적응증 및 인정개수

(1) 만성창상(Chronic Open Wound) 중에서 **당뇨병성 궤양**, 압박성 궤양

- 창상피복재: 3개 이내/주, 3주 이내로 인정, 인정개수 초과 시 전액본인부담
- 일회용 삼출물 흡인통 : 치료기간 중 1개 인정. 인정개수 초과 시 전액본인부담

(2) 그물망형 이식(Meshed graft), 피판(Flap)

- 창상피복재: 3개 이내/주, 2주 이내로 인정, 인정개수 초과 시 전액본인부담
- 일회용 삼출물 흡인통: 치료기간 중 1개 인정. 인정개수 초과 시 전액본인부담

나. 금기증

- 딱지가 있는 괴저성 조직
- 아직 치료를 받고 있지 않은 골수염
- 장(腸)이 아닌 진료하지 않은 루(瘻) (Non-enteric and unexplored fistulas)
- 악성 상처(Malignancy in the wound)
- 노출된 맥관(脈管)
- 노출된 신경(Nerves)
- 노출된 문합부위(Anastomotic site)
- 노출된 장기(Organs)
- 상처부위에 암(cancer)이 있는 경우

급여기준

■ 너687 F파 신경전도검사의 인정기준 << 고시 제2007-139호, 2008.1.1 >>

너687 F파 신경전도검사는 관련 임상증상 및 신경학적 검사상 다음과 같은 상병이 의심되는 경우에 인정함.

- 다 음 -

가. 당뇨병성 다발성 신경병증, Guillain-Barre syndrome 등을 포함한 모든 대사성, 약물성, 유전성, 염증성 다발성 신경병증(polyneuropathy)

나. 상하지 경추 및 요천추 신경근병증, 상완신경총손상, 요천추 신경총손상, 근위부에 발생한 단독신경병증(mononeuropathy) 등 모든 유형의 상하지 근위부 신경병증(proximal neuropathy)

심사 사례

1. 당뇨병성 신경병증에 시행한 척수신경자극기설치술 인정여부 ?
2. 당뇨병성족부병증에 사용한 인공피부(PELNAC) 인정여부 ?
3. 진료내역 참조 DM foot에 산정된 자586 고압산소처치 인정 여부 ?

III. Q & A



감사합니다