

## [별지 1]

### II. 약제 2. 약제별 세부인정 기준 및 방법 [신설]

#### [629] 기타의 화학요법제

구 분	세부인정기준 및 방법
[629]  Levofloxacin 주사제 (품명: 크라비트주 등)	1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항을 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. ○ 마크로라이드 불응성 마이코플라즈마 폐렴 1) 투여대상: 마크로라이드계 항생제 투여 3일 후에도 증상이 개선되지 않는 소아 2) 용법용량 ○ 5세 미만: 16~20 mg/kg/일, 12시간 간격 (최대 750mg/일) ○ 5세 이상: 8~10 mg/kg/일, 1일 1회 (최대 750mg/일) 3) 투여기간: 7~14일 이내 ※ 허가사항 중 사용상의 주의사항을 고려하여 임상적 유용성이 위험성보다 높은 경우에 한하여, 근골격계 등 이상반응에 대하여 환자(보호자)에게 충분히 설명 및 동의 후 사용

## [별지 2]

### II. 약제 2. 약제별 세부인정 기준 및 방법 [변경]

[615] 주로 그람음성균, 리케치아, 비루스에 작용하는 것

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[615] Doxycycline 50, 100mg 제제 (품명: 국제독시사이클 린하이클레이트 수화물캡슐100 밀리그램 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 허가사항을 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 요도염에 1일 200-300mg, 상기도염에 1일 200mg 투여 나. 마크로라이드 불응성 마이코플라즈마 폐렴 1) 투여대상: 마크로라이드계 항생제 투여 3일 후에도 증상이 개선 되지 않는 12세 미만 소아 2) 용법용량: 2~4mg/kg/일, 2회 분복(최대 200 mg/일) 3) 투여기간: 7~14일 이내 ※ 허가사항 중 사용상의 주의사항을 고려하여 임상적 유용성이 위험성보다 높은 경우에 한하여, 치아착색 등 이상반응에 대하여 환자(보호자)에게 충분히 설명 및 동의 후 사용</p> <p>3. 허가사항 범위를 초과하여 보조생식술에 아래와 같은 기준으로 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - ○ 보조생식술 중 난자채취 시 1일 2회, 최대 5일까지 복용</p>

[629] 기타의 화학요법제

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[629]</p> <p>Levofloxacin 경구제 (품명: 레보펙신정 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 1차 약제 투여로 증상이 호전되지 않는 환자에게 투여하는 것을 원칙으로 하며, 아래와 같은 경우에는 1차 약제로 투여 시에도 영양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 타 항생제에 내성이 있는 환자, 면역기능이 저하된 환자, 중증 감염환자, 심부 장기감염환자(예: 폐렴, 급성 신우신염)</p> <p>나. 중증 폐렴환자의 경우는 <math>\beta</math>-Lactam과 병용하여 투여 시에도 인정함.</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 결핵 환자 중 다음의 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) isoniazid 또는 rifampicin에 내성균이 확인된 결핵</p> <p>2) 균이 확인되지 않았더라도 3-6개월 투여 후 임상이가 치료실패로 적절히 판단하는 경우(투여소견서 첨부)</p> <p>3) 부작용으로 인해 기존 결핵약제의 지속적인 투여가 곤란한 경우</p> <p>4) 약물 상호작용이 우려되어 기존 결핵약제(리팜핀 등)의 투여가 곤란한 경우</p> <p>나. 헬리코박터 파일로리(H.pylori) 감염이 확인된 다음의 환자에서 3차 제균요법으로 10~14일간 투여한 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 소화성궤양</p> <p>2) 저등급 MALT(Mucosa Associated Lymphoid Tissue) 림프종</p> <p>3) 조기 위암 절제술 후</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>4) 특발성 혈소판 감소성 자반증(idiopathic thrombocytopenic purpura)</p> <p>5) 위선종의 내시경절제술 후</p> <p>다. 마크로라이드 불응성 마이코플라즈마 폐렴</p> <p>1) 투여대상: 마크로라이드계 항생제 투여 3일 후에도 증상이 개선되지 않는 소아</p> <p>2) 용법용량</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 5세 미만: 16~20 mg/kg/일, 2회 분복 (최대 750mg/일)</li> <li>○ 5세 이상: 8~10 mg/kg/일, 1일 1회 (최대 750mg/일)</li> <li>○ 근골격계 성숙이 이루어진청소년: 500 mg/일, 1일 1회</li> </ul> <p>3) 투여기간: 7~14일 이내</p> <p>※ 허가사항 중 사용상의 주의사항을 고려하여 임상적 유용성이 위험성보다 높은 경우에 한하여, 근골격계 등 이상반응에 대하여 환자(보호자)에게 충분히 설명 및 동의 후 사용</p> <p>3. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 헬리코박터 파일로리(H.pylori) 감염이 확인된 다음의 환자에서 3차 제균요법으로 10~14일간 투여한 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 위암 가족력[부모, 형제, 자매(first degree)의 위암까지]</li> <li>2) 위축성 위염</li> <li>3) 기타 진료상 제균요법이 필요하여 환자가 투여에 동의한 경우</li> </ol> <p>나. 헬리코박터 파일로리(H.pylori) 감염이 음성인 저등급 MALT(Mucosa Associated Lymphoid Tissue) 림프종 환자에게 3차 제균요법으로 10~14일간 투여한 경우</p>