

# 오젠티픽프리필드펜주 급여기준 관련 질의응답

(보건복지부 고시 제2026-24호, 2026. 2. 1.시행)

연번	질의	답변
1	“[일반원칙] 당뇨병용제”와 별개의 급여기준 신설 사유	<p>○ 동일성분의 비급여 품목(위고비프리필드펜)이 체중 관리를 위한 보조제로 허가되어 처방 중에 있어, 동약제를 허가사항인 제2형 당뇨병에 적절하게 처방될 수 있도록 [일반원칙] 당뇨병용제 GLP-1 수용체 작용제 급여기준에 투여대상, 평가방법, 처방기간 등을 추가하여 개별 고시를 신설함.</p> <p>※동 약제를 체중관리에 처방 시 허가사항 범위 초과에 해당함</p>
2	급여범위 이외의 제2형 당뇨병 환자에게 동약제 투여하는 경우 요양급여 여부	○ 허가사항에는 해당되나 신설되는 급여범위 이외의 제2형 당뇨병에 투여시에는 비급여 또는 약값 전액 본인부담에 해당되지 아니함.
3	<p>투여대상 관련 객관적자료* 제출방법 및 3개월마다 평가해야 하는 검사</p> <p>* (객관적자료) 약제투여과거력, HbA1C, BMI 결과</p>	<p>○ &lt;최초 투여&gt;</p> <p>- 급여기준에 따라 투여이력* 확인 가능한 내용, HbA1C 검사결과지 제출 또는 검사 결과, BMI 결과를 청구명세서 특정내역(JX999, MX999)에 기재토록 함.</p> <p>* (투여이력) Metformin+Sulfonylurea 병용요법 해당여부, Insulin±Metformin 해당여부</p> <p>○ &lt;유지 투여&gt;</p> <p>- 3개월마다 의료기관에서 당뇨환자의 HbA1C를 평가토록 함</p>
4	기존 GLP-1 수용체 작용제를 투여하던 환자가 오젠티픽프리필드펜으로 변경 투여하는 경우, 1회 최대 처방량	<p>○ 동일 계열의 GLP-1 수용체 작용제 간 변경 투여에 해당하므로, GLP-1 수용체 작용제 최초 투여시 환자 상태가 현행 급여 기준에 해당하는 경우 동약제 급여 인정 가능함.</p> <p>○ 오젠티픽프리필드펜으로 변경 투여 시 용량 증감이 필요하지 않다고 의료진이 판단하는 경우에는 초기 용량 증감 단계에 미해당 되어, 최초 처방 시 부터 1회 처방기간을 최대 3개월분까지 인정 가능함.</p>