

## 「피부염 및 백선」 외래 상병전산심사 점검기준 변경내역 안내

- 2012년 추구관리 결과 점검기준 초과청구 사례 유형 중심 -

※ 동 사례는 「피부염 및 백선」 분야의 상병전산심사 추구관리 검토결과 수정·보완이 필요한 전산점검기준 중 심사기준 초과가 다발생으로 예상되는 주요 유형을 발췌한 내용임.

### □ 검사·진료행위 일반원칙

[국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 (별표1) 요양급여의 적용기준 및 방법]

2.가. 검사를 포함한 진단 및 치료행위는 진료 상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 함

### ○ 보건복지부 고시 및 산정지침 범위를 초과하여 산정한 사례

심사기준	사 례
<p>○ <b>피부과적 자외선치료(MM331~4)</b></p> <p>(1) 건선, 수장족저 농포증, 균상 식육종(Early Patch Stage), 판상유건선, 태선양 비강진(급성, 만성), 장미색비강진, 백반증, 아토피 피부염에 인정</p> <p>(2) 지루 피부염, 화폐상 피부염, 손습진, 접촉 피부염, 결절성 양진, 다형일광 발진, 일광 두드러기, 하계수포증, 편평태선, 색소성 담마진, 윤상육아종, 원형탈모증, 여드름 등에 스테로이드 투여 등 타 치료에 효과가 없는 경우에 인정</p> <p>[고시 제 2007-46호('07.5.28)]</p>	<p>○ 「아토피피부염」 단독 상병에 산정한 피부과적 자외선치료(MM332) 인정</p> <p>○ 「기저귀 또는 냅킨 발진」 단독 상병에 산정한 피부과적 자외선치료 (MM331)는 상병 및 진료내역(특정내역 미기재) 비교 불인정</p> <p>○ 「상세불명의 접촉피부염, 가려움」 상병에 산정한 피부과적 자외선치료 (MM334)는 상병 및 진료내역(특정내역 미기재) 비교 불인정</p> <p>※ 고시 내용 중 적용증 (2) 해당 상병에 스테로이드 투여 등 타 치료에 효과가 없어 실시한 경우는 반드시 특정내역(줄번호 특정내역 등)을 기재하여 주시기 바랍니다.</p>

심 사 기 준	사 례
<p>○ 단순처치(M0111), 염증성처치(M0121)</p> <p>주: 1. 수술후 처치료는 수술 익일부터 산정한다</p> <p>2. 사용된 거즈, 탈지면, 붕대, 반창고의 비용은 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.</p> <p>3. 같은날 여러 부위에 실시한 경우에는 두부, 복부, 배부, 좌·우·상·하지 7부위로 구분하여 각 부위별로 소정점수를 1회만 산정한다.</p> <p>*단순처치: 수술창의 처치(경미한 염증 포함), 열상 및 좌상의 처치에 산정한다.</p> <p>*염증성처치: 수술창의 심한 염증 처치, 심한 욕창, 염증이 심한 상처의 처치에 산정한다.</p>	<p>○ 절개생검 당일 동일 부위에 실시한 단순 처치는 산정지침 비교 불인정</p> <p>○ 「발의 피부사상균증」 상병에 염증성처치 산정 시 산정지침 비교 단순처치로 인정</p>

## □ 약제지급의 일반원칙

### [국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 (별표1) 요양급여의 적용기준 및 방법]

- 3.가.(2) 의약품은 허가 또는 신고된 사항(효능·효과 및 용법·용량 등) 범위 안에서 환자의 증상에 따라 적절하게 처방·투여 하여야 함
- 3.가.(6) 진료상 2품목 이상의 의약품 병용 처방·투여는 1품목의 처방·투여로는 치료 효과를 기대하기 어렵다고 의학적으로 인정되는 경우에 한함

## ○ 보건복지부 고시 범위를 초과하여 산정한 사례

요양급여기준	사 례
<p>○ cyclosporine 경구제</p> <p>※ 고시 제2009-161호 (2009.9.1 시행)</p> <p>1. <u>허가사항 범위 내에서</u> 환자의 증상 등에 따라 필요·적절하게 투여시 요양급여함을 원칙으로 함. 다만, 건선, 신증후군, 류마티스성 관절염, 재생불량성빈혈에 대하여는 <u>허가받은 품목에 한하여</u> 아래와 같은 기준으로 투</p>	<p>○ 「아토피성 피부염」에 cyclosporine제제(임프란타연질캡셀, 산디문뉴오랄연질캡셀 등)를 2차적으로 투여 한 경우(특정내역 기재 참조) 고시 비교 인정</p> <p>○ 「기타 피부염, 건선」상병에 microemulsion cyclosporine 제제(사이폴</p>

요양급여기준	사 례
<p>여시 요양급여를 인정하며, 허가사항 범위가 지만 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <b>건선</b>: 기존의 전신치료제에 부작용이 있거나 효과가 없는 중증건선에 2차적으로 투여시</li> <li>· 신증후군, 류마티스관절염, 재생불량성빈혈 (중략)</li> </ul> <p>2. <b>허가사항 범위를 초과하여</b> 아래와 같은 기준 으로 투여한 경우에도 요양급여를 인정하되, 동일 성분 약제 중 보다 저렴한 약제를 사용 토록 함</p> <p>가. 아토피성 피부염 : 기존치료에 불응성인 중증 의 아토피성 피부염에 2차적으로 투여시 (중략)</p> <p>아. 기존 치료제에 불응인 만성특발성두드러기 환자 중 자가면역항체 양성인 경우 (후략)</p> <p>※ <b>효능·효과 (cyclosporine제)</b> 장기이식, 골수이식, 내인성포도막염</p> <p>※ <b>효능·효과 (microemulsion cyclosporine제)</b> 장기이식, 골수이식, 내인성포도막염, <u>건선(캡셀제에 한함)</u>, 신증후군, 류마티스관절염, 재생불량성 빈혈(중 근당 사이폴-엔 연질캡셀에 한함)</p>	<p>엔 연질캡셀, 산디문뉴오랄연질캡셀)를 2 차적으로 투여함이 확인이 되지 않을 경우 (특정내역 미기재) 고시 및 허가사항 비교 불인정</p> <p>○ 「기타 피부염, 건선」상병에 microemulsion cyclosporine 내복액제(사 이폴-엔내복액, 산디문뉴오랄내복액) 또는 cyclosporine제제(임프란타연질캡셀)를 투 여한 경우 고시 및 허가사항 비교 불인정</p> <p>※ 고시 내용 중 기존 치료에 불응 또는 건선으로 전신치료제에 부작용이 있어 2차적으로 투여한 경우에는 해당 사항은 반드시 특정내역(줄번호 특정내역 등)을 기재하여 주시기 바랍니다.</p>
<p>○ <b>ambroxol HCl 제제</b></p> <p>※ <b>고시 제2011-152호 ('12.3.1)</b></p> <p>아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하 며, 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투 여하는 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 점액분비장애로 인한 급·만성 호흡기질환 : 만성기관지염, 천식성기관지염, 기관지천식의 급성발작</li> <li>· 수술전·후 폐합병증의 예방 및 치료</li> </ul> <p>※ <b>효능·효과</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 점액분비장애로 인한 급·만성 호흡기질환 : 만성기관지염, 천식성기관지염, 기관지천식의 급성발작</li> <li>2. 조산아 및 신생아의 호흡곤란증후군</li> <li>3. 수술전·후 폐합병증의 예방 및 치료</li> </ol>	<p>○ 「알레르기성 접촉피부염」, 「쌍기도의 기타 질환 또는 급성 부비동염」 상병에 ambroxol HCl 제제(뮤코펙트주, 암브록 솔주, 로이솔주 등)를 투여한 경우 고시 및 허가사항 비교 불인정</p>

요양급여기준	사 례
<p>○ fluconazole, itraconazole 제제</p> <p>※ 고시 제2011-39호('11.4.1) (후코날크림 0.5%)</p> <p>아래의 허가사항 범위 내에서 환자의 증상 등에 따라 필요·적절하게 투여시 요양급여를 인정함</p> <p>- 피부사상균에 의한 표재성 피부진균 감염증의 국소적 치료 : 족부백선, 체부백선, 고부백선, 어루러기</p> <p>※ 효능·효과 (fluconazole제)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 급성 또는 재발성 질칸디다증</li> <li>2. 칸디다혈증, 파종성 칸디다증 및 그 외의 다른 침습성 칸디다감염증을 포함한 전신 칸디다증</li> <li>3. 면역기능이 정상인 환자 및 면역기능저하 환자(에이즈(AIDS), 장기이식 환자 또는 그 밖의 다른 면역억제요법을 받는 환자 등)의 크립토кок쿠스 수막염 및 폐, 피부 등 신체 다른 부위의 크립토кок쿠스증</li> <li>4. AIDS 환자의 크립토кок쿠스증의 재발을 방지하기 위한 유지요법</li> <li>5. 세포독성화학요법이나 방사선요법, 골수이식으로 인한 호중구감소증으로 인해 진균감염의 위험이 있는 면역기능저하 환자의 진균감염증 예방</li> <li>6. 손·발톱진균증, 무좀(족부백선), 체부백선, 완선(살백선), 어루러기 및 피부칸디다증을 포함한 피부진균 감염증</li> </ol> <p>※ 효능·효과 (itraconazole제)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 칸디다성 질염 2. 어루러기</li> <li>3. 피부사상균에 의한 체부백선, 고부백선(완선), 수부백선, 족부백선</li> <li>4. 구강칸디다증 5. 진균성각막염 6. 손·발톱진균증</li> <li>7. 다음과 같은 전신진균감염증 : 아스페르길루스증, 칸디다증, 크립토кок쿠스증(크립토кок쿠스 수막염 포함), 파라코시디오이드미시스증</li> </ol>	<p>○ 「질 칸디다증」 상병에 fluconazole제제(후코날크림 0.5%)를 투여한 경우 고시 및 허가사항 비교 불인정</p> <p>○ 「피부사상균증(백선) 또는 칸디다증」 상병에 fluconazole제제(푸루나졸정, 후코날캡셀 등) 또는 itraconazole제제(스포라녹스캡셀, 이코나졸정, 이트라정 등)를 투여한 경우 허가사항 비교 인정</p> <p>○ 「기타 피부염, 외음가려움」 상병에 fluconazole제제(푸루나졸정, 후코날캡셀 등)를 투여한 경우 허가사항 비교 불인정</p> <p>○ 「기타 피부염, 상세불명의 피부 및 피하조직의 국소감염」 상병에 itraconazole제제(스포라녹스캡셀, 이코나졸정, 이트라정 등)를 투여한 경우 허가사항 비교 불인정</p>

요양급여기준	사 례
<p><b>○ levofloxacin 제제</b></p> <p>※ 고시 제 2010-98호 (2010.12.1 시행)</p> <p>1. 허가사항 범위 내에서 투여하되, 1차 약제 투여로 증상이 호전되지 않는 환자에게 투여하는 것을 원칙으로 함. 다만, 아래와 같은 경우에는 1차 약제로 투여 시에도 요양급여를 인정함</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 타 항생제에 내성이 있는 환자, 면역기능이 저하된 환자, 중증 감염환자, 심부 장기감염환자(예: 폐렴, 급성 신우신염)</li> </ul> <p>2. (중략)</p> <p>3. 허가사항을 초과하여 아래와 같은 경우에도 투약할 수 있으며, 약값은 환자가 부담토록 함</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2차에 걸친 제균요법에도 효과가 없는 헬리코박터파일로리에 의한(H.pylori 균주확인) 소화성궤양에 3차 제균요법으로 10~14일간 투여한 경우</li> </ul>	<p>○ 「폐칸디다증 또는 칸디다 수막염」 상병에 levofloxacin 제제(레보펙신정, 레프록신정 등)를 투여한 경우 고시 비교 인정</p> <p>○ 「기타 피부염, 달리 분류되지 않은 기타 연조직 장애」 상병에 levofloxacin 제제(레복사신정, 크라비트정 등)를 1차 약제 투여로 증상이 호전되지 않음이 확인된 경우(특정내역 참조) 고시 비교 인정, 확인되지 않은 경우 불인정</p>
<p><b>○ ciprofloxacin HCl 제제</b></p> <p>※ 고시 제 2011-89호 (2011.9.1 시행)</p> <p>1. 허가사항 범위 내에서 투여하되, 1차 약제 투여로 증상이 호전되지 않는 환자에게 투여하는 것을 원칙으로 함. 다만, 아래와 같은 경우에는 1차 약제로 투여 시에도 요양급여를 인정함</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 타 항생제에 내성이 있는 환자, 면역기능이 저하된 환자, 중증 감염환자, 심부 장기감염환자(예: 폐렴, 급성 신우신염), 단순요로감염, 위장관감염증 (후략)</li> </ul>	<p>○ 「식도의 농양」 상병에 ciprofloxacin HCl 제제(사이톱신정, 씨프로바이정 등)를 투여한 경우 고시 비교 인정</p> <p>○ 「손발바닥 농포증」에 ciprofloxacin HCl 제제(사이톱신정, 씨프로바이정 등)를 1차 약제 투여로 증상이 호전되지 않음이 확인된 경우(특정내역 참조) 고시 비교 인정, 확인되지 않은 경우 불인정</p>

## ○ 식약청 허가사항 범위 초과하여 산정한 사례

의약품은 허가사항(효능·효과, 용법·용량 등) 범위 안에서 환자의 증상에 따라 적절하게 처방·투여 하여야 함

심 사 기 준	사 례
<p>○ meloxicam 제제</p> <p>※ 효능·효과</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 통증과 운동실조를 수반하는 골관절염(퇴행관절염)의 급성악화시 단기간의 증상치료</li> <li>2. 류마티스관절염의 증상치료</li> <li>3. 강직척추염의 증상치료</li> </ol>	<p>○ 「알레르기성 접촉피부염, 달리 분류되지 않은 기타 연조직장애」 상병에 meloxicam 제제(모빅캡슐 등)를 투여한 경우 허가사항 비교 불인정</p>
<p>○ ketotifen fumarate 점안제</p> <p>※ 효능·효과</p> <p>알러지성 결막염</p>	<p>○ 「기타 피부염, 점액화농성 결막염」 상병에 ketotifen fumarate 제제(자디텐점안액, 알러콘점안액 등)를 투여한 경우 허가사항 비교 불인정</p>
<p>○ fexofenadine 제제</p> <p>※ 효능·효과</p> <p>-30mg : 계절성 알레르기성 비염과 관련된 증상의 완화, 알레르기성 피부질환(만성특발성 담마진)과 관련된 증상의 완화</p> <p>-120mg : 알러지성 비염과 관련된 증상의 완화</p> <p>-180mg : 알레르기성 피부질환(만성특발성 담마진)과 관련된 증상의 완화</p>	<p>○ 「아토피피부염」 상병에 fexofenadine 120mg 제제(펙소나딘정 120밀리그램, 알레그라정 120밀리그램 등)를 투여한 경우 허가사항 비교 불인정</p> <p>○ 「알레르기성 비염」 상병에 fexofenadine 180mg 제제(펙소나딘정 180밀리그램, 알레그라정 180밀리그램 등)를 투여한 경우 허가사항 비교 불인정</p>
<p>○ eperisone 제제</p> <p>※ 효능·효과</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 근골격계 질환에 수반하는 동통성 근육연축 : 경견완증후군, 견관절주위염, 요통</li> <li>2. 신경계 질환에 의한 경직성 마비 : 뇌혈관장애, 경직성 척수마비, 경부척추증, 수술후 후유증(뇌·척수종양 포함), 외상후유증(척수손상, 두부외상), 근위축성 측색경화증, 뇌성마비, 척수소뇌변성증, 척수혈관장애, 아급성 척수시신경병변, 기타의 뇌척수질환</li> </ol>	<p>○ 「기타 피부염, 연조직염 또는 무릎관절증」 상병에 eperisone 제제(에페리손정, 미오날정, 뮤렉스정 등)를 투여한 경우 허가사항 비교 불인정</p>

심 사 기 준	사 례
<p>○ orphenadrine Hcl 제제</p> <p>※ 효능·효과</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 특발성 파킨슨증</li> <li>2. 기타의 파킨슨증(뇌염후, 동맥경화성)</li> <li>3. 골격근 연축의 진통</li> </ol>	<p>○ 「사지의 피부농양(종기), 상세불명의 무릎관절증」 상병에 orphenadrine Hcl 제제(스락신정, 오펜락신정, 닉신정 등)를 투여한 경우 허가사항 비교 불인정</p>
<p>○ tranilast 제제</p> <p>※ 효능·효과</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 기관지천식 예방</li> <li>2. 알레르기성 비염, 아토피성 피부염</li> <li>3. 켈로이드, 비후성 반흔</li> </ol>	<p>○ 「지루피부염, 기저귀 피부염」 상병에 tranilast 제제(중외리자벤캡슐, 트레노캡슐 등)를 투여한 경우 허가사항 비교 불인정</p>
<p>○ diflucortolone valerate 제제</p> <p>※ 효능·효과</p> <p>심상성건선(보통건선), 신경피부염(내인성 습진, 아토피피부염), 혈기성 편평태선, 원판상 홍반성 루푸스, 중증 만성습진</p>	<p>○ 「피부사상균증(백선), 칸디다증」 상병에 diflucortolone valerate 제제(디푸코로손, 네리소나연고 등)를 투여한 경우 허가사항 비교 불인정</p>
<p>○ famciclovir 750mg 경구제</p> <p>※ 효능·효과</p> <p>대상포진 바이러스 감염증</p>	<p>○ 「기타 피부염, 단순포진」 상병에 famciclovir 750mg제(팜시버정 750밀리그램, 팜비어정 750밀리그램 등)를 투여한 경우 허가사항 비교 불인정</p>

## ○ 기타 약제 허가사항 안내

의약품은 허가사항(효능·효과 등) 범위 안에서 환자의 증상에 따라 적절하게 처방·투여하여야함.

( ※ 2012.8.23 현재 식약청 허가사항 )

효능군	성분명 (상품명)	식약청 허가사항 (효능·효과)
111	ketamine HCl(케토민주 등)	1. 수술, 검사 및 외과적 처치시의 전신마취 2. 흡입마취의 유도 3. 기타 마취제 사용시의 보조
112	zolpidem(졸피아트정 등)	불면증
114	meloxicam(멜로칸캡슐 등)	1. 통증과 운동실조를 수반하는 관절염(퇴행관절염)의 급성악화시 단기간의 증상치료 2. 류마티스관절염의 증상치료 3. 강직척추염의 증상치료
	dexibuprofen (프리메정 등)	1. 만성 다발성 관절염, 류마티스관절염 2. 관절증 3. 강직척추염 4. 외상 및 수술 후 통증성 부종 또는 염증 5. 염증, 통증 및 발열을 수반하는 감염증의 치료보조
	diclofenac sodium 주 (디클로페낙주 등)	류마티양 관절염, 골관절염(퇴행성 관절질환), 강직성 척추염, 수술후·외상후 염증 및 동통, 급성통풍, 신 및 간산통
	piroxicam (피록시카캡슐 등)	이 약은 다른 비스테로이드 소염제에 불응성이거나 효과가 불충분한 다음의 경우에만 투여한다. 1. 류마티스 관절염, 골관절염, 강직성척추염 2. 만성에 한함 : 허리통증, 어깨관절주위염, 경견완증후군
	tramadol(타마돌주 등)	1. 중증 및 중등도의 급만성 동통(각종 암 등) 2. 진단 및 수술후 동통



효능군	성분명(상품명)	식약청 허가사항 (효능·효과)
117	bupirone HCl(부스파정 등)	불안장애의 치료 또는 불안증상의 단기완화
	hydroxyzine HCl (유시락스정 등)	(경구 : 정제, 시럽제) 1. 수술전·후, 신경증에서의 불안, 긴장, 초조 2. 두드러기, 피부질환에 수반하는 가려움(습진, 피부염, 피부가려움증) (주사제) 1. 수술전·후, 중증의 신경증에서의 불안, 긴장, 초조 2. 두드러기, 피부질환에 수반하는 가려움(습진, 피부염, 피부가려움증) 3. 수술전·후의 구역, 구토 4. 알코올 금단증상
122	orphenadrine HCl (스락신정 등)	1. 특발성 파킨슨증 2. 기타의 파킨슨증(뇌염후, 동맥경화성) 3. 골격근 연축의 진통
	chlorphenesin carbamate (린락사정 등)	근골격계 질환에 수반하는 동통성 연축 : 요배통증, 변형성척추증, 추간판헤르니아, 척추골다공증, 척추분리·전위증, 경견완증후군
123	bethanechol chloride (하이네콜정 등)	수술후·분만후 기능성 요정체, 방광의 신경성 근이완증
124	tropium chloride (트로파정 등)	다음 질환의 평활근 연축에 수반되는 동통 - 위·십이지장 궤양 - 담낭, 담도질환 - 뇨로결석증
141	ebastine (에코스틴정 등)	알레르기성 비염·결막염·피부염, 만성두드러기
	loratadine (노라핀정 등)	알레르기성 비염(재채기, 코막힘, 가려움, 눈의 작열감), 만성 특발성 두드러기
	chlorpheniramine maleate 복합제제(코벤시럽 등)	1. 감기 또는 알레르기성 및 혈관운동성 비염에 의한 다음 증상의 완화 : 재채기, 콧물, 코막힘, 눈물 2. 부비동염에 의한 비출혈의 일시적 완화

효능군	성분명(상품명)	식약청 허가사항 (효능·효과)
141	pseudoephedrine HCl 복합제제(엑티피드시럽 등)	코감기, 알레르기성 및 혈관운동성 비염에 의한 다음 증상의 완화 : 재채기, 콧물, 코막힘
149	$\gamma$ -linolenic acid (에보프림연질캡셀 등)	1. 아토피 습진으로 인한 가려움 완화 2. 당뇨병신경병증
210	ginkgo biloba ext. + ticlopidine HCl (유크리드정250/80밀리그램)	다음 질환에 대하여 티클로피딘염산염 단독요법으로 효과가 불충분한 경우, 티클로피딘염산염과 은행엽엑스 제제의 병용요법에 대한 대체요법 1. 만성 동맥폐색증에 수반되는 궤양, 동통 및 냉감등의 허혈성 제증상의 개선 2. 허혈성 뇌혈관 장애 (일과성 뇌허혈발작 (TIA), 뇌경색)에 수반되는 혈전·색전의 치료) 3. 관상동맥질환 (협심증, 심근경색)에 따른 혈전·색전의 예방, 치료 및 허혈성 제증상의 치료 4. 관상동맥내 스텐트 삽입시술 후 아급성 혈전의 예방
211	digoxin (디고신정 등)	(경구 : 정제, 엘릭실제)(주사제) 1. 울혈성심부전(폐부종, 심장천식 등 포함): 판막질환, 고혈압, 허혈성심질환(심근경색, 협심증 등), 선천성심질환, 폐성심(폐혈전, 색전증, 폐기종, 폐섬유증)에 의한 것. 2. 심방세동·조동에 의한 빈맥, 발작성심방성빈맥 3. 기타 심질환(심막염, 심근질환 등), 갑상선기능항진증 및 저하증 4. 심부전 또는 각종 빈맥의 예방 및 치료
	aminophylline (아미노필린정 등)	(경구 : 정제) 1. 다음 질환의 기도폐쇄성장애에 의한 호흡곤란 등 여러 증상의 완화 : 기관지천식, 천식성기관지염, 폐기종, 만성기관지염 2. 울혈성심부전, 심장천식(발작예방), 관상혈관장애, 신성부종

효능군	성분명(상품명)	식약청 허가사항 (효능·효과)
211	aminophylline (아미노필린정 등)	(주사제) 1. 다음 질환의 기도폐쇄성장장애에 의한 호흡곤란 등 여러 증상의 완화 : 기관지천식, 천식성기관지염, 폐기종, 만성기관지염 2. 울혈성심부전, 심장천식(발작예방), 관상혈관장애, 체인스톡스형호흡, 신성부종
213	hydrochlorothiazide (다이크로진정 등)	(경구 : 정제) 고혈압(본태성, 신성 등), 악성고혈압, 심성부종(울혈성심부전), 신성부종 간성부종, 월경전긴장증에 의한 부종, 부신피질호르몬, 페닐부타존, 에스트로겐에 의한 부종
	spironolactone (알닥톤필름 코팅정 등)	고혈압(본태성, 신성등), 원발성알도스테론증, 저칼륨혈증, 심성부종(울혈성 심부전), 신성부종, 간성부종, 특발성부종
214 259	terazosin HCl (하이트린정 등)	양성전립선비대에 의한 배뇨장애, 고혈압(경증-중등도)  ※ 1. 허가사항 범위내에서 환자의 증상 등에 따라 필요 적절하게 투여시 요양급여함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 신경인성 방광에 투여한 경우에도 요양급여를 인정함. (고시 제2004-81호, 2005.1.1 시행)
222	bromhexine HCl 주사제 (브롬헥신주 등)	1. 다음 질환에서의 객담배출곤란 : 급 만성기관지염, 폐결핵, 진폐증, 수술후, 기관지확장증 2. 기관지조영후 조영제의 배출촉진
232	cimetidine(시그나틴정 등)	1. 위·십이지장궤양, 역류성식도염, 재발성궤양, 문합부궤양, 2. Zollinger-Ellison 증후군, 3. 다음 질환의 위점막병변(미란, 출혈, 발적, 부종)의 개선 : 급성위염, 만성위염의 급성악화기

효능군	성분명(상품명)	식약청 허가사항 (효능·효과)
232	rabeprazole sodium (파라메트정 등)	1. 위궤양, 십이지장궤양 2. 미란성 또는 궤양성 위식도역류질환 3. 위식도역류질환의 증상 완화 4. 위식도역류질환의 장기간 유지요법 5. Helicobacter pylori에 감염된 소화기 궤양 환자에 대한 항생제 병용요법 6. Zollinger-Ellison 증후군
	pantoprazol sodium sesquihydrate(as pantoprazol) (판토라인정 등)	1. Helicobacter pylori에 감염된 위·십이지장궤양의 재발방지를 위한 항생제 병용요법 2. 위궤양 3. 십이지장궤양 4. 중(中)~중(重)증의 역류성 식도염 5. Zollinger-Ellison 증후군과 기타 병리학적 위산 과분비 상태
	omeprazole(오메존캡슐 등)	1. 위궤양, 십이지장궤양의 단기치료 2. 역류성 식도염 및 위식도 역류질환(GERD)의 증상(가슴앓이, 토출 등) 치료 3. 심한 역류성 식도염과 잘 치료되지 않는 소화성궤양의 유지요법 4. Zollinger-Ellison 증후군 5. Helicobacter pylori에 감염된 십이지장궤양의 재발 방지를 위한 항생제 병용요법 6. 비스테로이드성 소염진통제(NSAID) 투여로 인한 위·십이지장궤양 또는 미란의 치료 7. 위·십이지장 병변의 병력이 있는 비스테로이드성 소염진통제(NSAID) 장기투여 환자에서 NSAID 투여로 인한 위·십이지장궤양 또는 미란 및 소화불량증상의 예방 8. 역류성식도염의 재발방지
	esomeprazole(에소메드캡슐 등)	1. 위식도 역류질환(GERD) 2. Helicobacter pylori 박멸을 위한 항생제 병용요법 3. NSAID(COX-2 비선택성, 선택성) 투여와 관련된 상부 위장관 증상(통증, 불편감, 작열감) 치료의 단기요법 4. 지속적인 NSAID 투여가 필요한 환자 5. Zollinger-Ellison 증후군의 치료

효능군	성분명(상품명)	식약청 허가사항 (효능·효과)
232	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pantoprazole(판토록주 등)</li> <li>▪ Omeprazole(로섹주 등)</li> <li>▪ Esomeprazole(넥시움주 등)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1. 십이지장궤양 -위궤양 -중(中)~중(重)증의 역류성 식도염</li> <li>2. Zollinger-Ellison 증후군 및 기타 병리학적 위산 과분비 상태</li> <li>▪ 십이지장궤양, 위궤양 및 역류성 식도염, Zollinger-Ellison 증후군 환자중 경구투여가 불가능한 경우의 단기요법</li> <li>▪ 1. 경구 요법이 적절치 않을 때 경구 요법에 대한 대체요법으로서 식도염이 있는 역류성 식도질환 및 식도 역류에 따른 증상이 심한 경우</li> <li>2. 급성 출혈성 위궤양 또는 십이지장궤양의 내시경치료 후 재출혈의 예방</li> </ul> <p>※ 1. Omeprazole, Pantoprazole</p> <p>가. 허가사항 범위내에서 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며, 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p>- 아 래 -</p> <p>○ 소화성 궤양으로 인한 위장관 출혈</p> <p>- 경구투여가 불가능한 경우에 1일 80mg씩 3일 범위내에서 인정</p> <p>○ 십이지장궤양, 위궤양, 역류성 식도염, Zollinger-Ellison 증후군</p> <p>- 경구투여가 불가능하고 H<sub>2</sub> 수용체 길항 주사제(H<sub>2</sub> receptor antagonist) 투여에도 효과가 없는 경우에 1일 40mg씩 3일 범위내에서 인정</p> <p>나. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같이 투여한 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p>- 아 래 -</p> <p>-중략-</p> <p>2) 소화성 궤양으로 인한 위장관 출혈환자 중 활동성 출혈(active bleeding) 또는 재출혈(rebleeding) 고위험군인 경우에 초회 80mg을 bolus 주입 후 8mg/hr 3일간 지속점적(continuous infusion) 투여시 인정</p> <p>2. Esomeprazole</p> <p>허가사항 범위내에서 환자의 증상 등에 따라 필요 적절하게 투여시 요양급여함을 원칙으로 함. 다만, 「식도염이 있는 역류성 식도질환 및 식도역류에 따른 증상이 심한 경우」에 대하여는 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며, 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p>- 아 래 -</p> <p>○ 경구투여가 불가능하고 H<sub>2</sub> 수용체 길항주사제(H<sub>2</sub> receptor antagonist) 투여에도 효과가 없는 경우에 1일 40mg씩 3일 범위내에서 인정</p> <p>(고시 제2010-135호, 11.1.1 시행)</p>

효능군	성분명(상품명)	식약청 허가사항 (효능·효과)
255	clotrimazole(코마딘질정 등)	칸디다성 질염, 트리코모나스성 질염
	povidone iodide (포타딘질좌약 등)	1. 다음 경우의 국소치료: 칸디다성 질염, 트리코모나스성 질염, 비특이성 및 혼합감염에 의한 질염, 산부인과 수술전 처치 2. 살균성 질세정, 국소세척 및 방취(질세정액에 한함)
	neomycin sulfate (포리지질연질캡슐 등)	질칸디다증, 비특이성 세균성질염, 외음부염, 위 질환에 기인하는 화농성대하
	estriol +lactobacillus acidophilus (lyophilized)(지노프로질정)	1. 소독제 또는 항생물질로 국소 또는 전신치료 후 데데를라인균총의 정상화 2. 폐경기후의 질 세균총의 정상화(예로서 에스트로겐 대용제 사용할 때 병용요법제로 사용) 3. 가드넬렐라균 또는 칸디다 알비칸스에 의한 질염
259	propiverine HCl(비유피4정 등)	1. 하기질환 또는 아래 상태에 의한 빈뇨, 요실금 : 방광자극상태(만성방광염, 만성전립선염), 신경인성방광, 신경성빈뇨, 불안정방광 2. 절박뇨, 빈뇨, 절박성 요실금과 같은 과민성방광 증상
264	methylprednisolone aceponate (아드반탄크림 등)	습진(아토피피부염, 심상성습진 등)
265	clotrimazole(하네졸 크림 등)	1. 피부사상균, 효모, 곰팡이, 기타 진균에 의한 피부진균증 - 예 : 백선, 피부칸디다증, 어루러기 2. 상기 진균류에 중복감염된 피부질환
	ketoconazole(케토코나졸 크림 등)	(크림제)(겔제) 다음의 피부진균증 : 1. 백선 : 체부백선, 완선, 족부백선, 2. 피부칸디다증 3. 어루러기 4. 지루피부염
	terbinafine(라미실정 등)	1. 성인 1) 피부사상균에 의한 다음의 피부진균증 : 족부백선, 체부백선, 고부백선(완선) 2) 손·발톱 진균증 2. 소아 : 두부백선

효능군	성분명(상품명)	식약청 허가사항 (효능·효과)
339	sarpogrelate HCl (안플라그정 등)	만성 동맥폐색증(버거씨병, 폐색성 동맥경화증, 당뇨병성 말초혈관병증 등)에 의한 궤양, 동통 및 냉감 등의 허혈성 제증상 개선
	beraprost sodium(베라실정 등)	만성동맥폐색증(버거씨병, 폐색성 동맥경화증, 당뇨병성 말초혈관병증 등)에 따른 궤양, 동통 및 냉감의 개선, 원발성 폐고혈압증
	cilostazol(실로스탄정 등)	1. 만성 동맥폐색증(버거씨병, 폐색성 동맥경화증, 당뇨병성 말초혈관병증 등)에 따른 궤양, 동통 및 냉감 등 허혈성 제증상의 개선 2. 뇌경색(심인성뇌색전증 제외) 발증 후 재발억제
399	lactulose cone.(모니락시럽 등)	(액제) 1. 변비 1) 만성변비 2) 영·유아 및 소아의 변비 3) 분만 후의 변비 2. 만성 문맥계 뇌증(Chronic PSE)에 있어서의 간성혼수의 치료 및 예방
629	itraconazole(한트라졸정 등)	- 칸디다성 질염, 어루러기, 피부사상균에 의한 체부백선, 고부백선(완선), 수부백선, 족부백선, 구강칸디다증, 진균성각막염, 손발톱진균증 - 다음과 같은 전신진균감염증 : 아스페르길루스증, 칸디다증, 크립토코쿠스증(크립토코쿠스 수막염 포함), 파라콕시디오이드미시스증
	balofloxacin (큐록신정 등)	단순성 요로감염증(방광염, 요도염 등), 골반내 감염증, 자궁경관염

※ 동 안내문에 게재된 약제의 경우 해당 상품명 이외에 동일 성분의 약제는 동일하게 심사적용 되며, 안내문에 게재되지 않은 성분의 약제도 허가사항 및 고시 등 기준범위 초과시 심사적용 됨을 알려드립니다.