

발간등록번호

G000DB5-2022-73

요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)

2022년 7월판

요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)

2022년 7월판

일 러 두 기

본 책자는 보건복지부 고시사항인 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」과 진료심사평가위원회가 심의·결정한 「심사지침」을 수록함.

세부사항은 고시 제2001-28호(2001년 6월 8일부터 시행)부터 고시 제2022-160호(2022년 7월 1일부터 시행)까지 신설내용은 추가하고, 변경내용은 최종내용으로 수록하되, 삭제고시는 제외하고 분류번호순(효능군순)으로 정렬하였으며, 심사지침은 2011년 3월 및 2012년 8월부터 현재까지 공개된 내용을 수록하였음.

또한, 식품의약품안전처 고시 제2022-49호(2022년 6월 30일 시행, 의약품 병용금지 성분 등의 지정에 관한 규정) 및 보건복지부 고시 제2020-140호(2020년 7월 1일 시행), 허가 또는 신고범위 초과 약제 비급여 사용승인에 관한 기준 및 절차는 부록으로 수록함.

최종 고시 대호와 시행일을 괄호()안에 표기하였으니 업무에 참고하시기 바람.

2022년 7월

약제관리실 약제기준부

목 차

요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항

(보건복지부 고시 제2022-160호) 1

의약품등 분류번호에 관한 규정

(식품의약품안전처 예규 제148호) 11

I. 분류번호순 색인 19

◆ 약제 21

◆ 한약제제 39

II. 성분명순 색인 41

III. 품명순 색인 51

약제 61

한약제제 597

심사지침 611

※ 부 록

[부록 1]

의약품 병용금지 성분 등의 지정에 관한 규정

: 식품의약품안전처 고시 제2022-49호(22.6.30.) 619

[부록 2]

허가 또는 신고 범위 초과 약제 비급여 사용 승인에
관한 기준 및 절차

: 보건복지부 고시 제2020-140호(20.7.1.) 694

요양급여의적용기준및 방법에관한세부사항

◎ 보건복지부 고시 제2022-160호

제정 2000.12.30. 고시 제2000- 73호(2001. 1. 1. 시행)
개정 2001. 6. 8. 고시 제2001- 28호(2001. 6. 8. 시행)
개정 2001. 8. 8. 고시 제2001- 43호(2001. 8. 8. 시행)
개정 2001.10.19. 고시 제2001- 51호(2001.10.25. 시행)
개정 2001.12. 5. 고시 제2001- 64호(2001.12. 5. 시행)
개정 2001.12.31. 고시 제2001- 73호(2001.12.31. 시행)
개정 2002. 3. 8. 고시 제2002- 17호(2002. 3. 8. 시행)
개정 2002. 3.29. 고시 제2002- 26호(2002. 4. 1. 시행)
개정 2002. 5.15. 고시 제2002- 36호(2002. 6. 1. 시행)
개정 2002. 5.25. 고시 제2002- 38호(2002. 6. 1. 시행)
개정 2002. 6.28. 고시 제2002- 42호(2002. 7. 1. 시행)
개정 2002. 6.29. 고시 제2002- 45호(2002. 7. 1. 시행)
개정 2002. 7. 8. 고시 제2002- 48호(2002. 1. 1. 적용)
개정 2002. 8.14. 고시 제2002- 57호(2002. 9. 1. 시행)
개정 2002. 8.14. 고시 제2002- 58호(2002. 8.16. 시행)
개정 2002. 9.17. 고시 제2002- 65호(2002.10. 1. 시행)
개정 2002.11.14. 고시 제2002- 75호(2002.12. 1. 시행)
개정 2002.12.17. 고시 제2002- 90호(2003. 1. 1. 시행)
개정 2002.12.27. 고시 제2002- 93호(2003. 1. 1. 시행)
개정 2003. 1.29. 고시 제2003- 6호(2003. 2. 1. 시행)
개정 2003. 2.21. 고시 제2003- 11호(2003. 3. 1. 시행)
개정 2003. 3.28. 고시 제2003- 19호(2003. 4. 1. 시행)
개정 2003. 4.21. 고시 제2003- 21호(2003. 4.21. 시행)
개정 2003. 5.14. 고시 제2003- 28호(2003. 6. 1. 시행)
개정 2003. 5.31. 고시 제2003- 31호(2003. 6. 1. 시행)
개정 2003. 7. 2. 고시 제2003- 38호(2003. 7. 2. 시행)
개정 2003. 8. 1. 고시 제2003- 43호(2003. 8. 1. 시행)
개정 2003. 8.22. 고시 제2003- 45호(2003. 9. 1. 시행)
개정 2003. 9. 8. 고시 제2003- 50호(2003. 9. 8. 시행)
개정 2003. 9.29. 고시 제2003- 54호(2003.10. 1. 시행)
개정 2003.11. 1. 고시 제2003- 63호(2003.11. 1. 시행)
개정 2003.11.27. 고시 제2003- 71호(2003.12. 1. 시행)
개정 2003.11.29. 고시 제2003- 73호(2003.12. 1. 시행)
개정 2003.12.26. 고시 제2003- 84호(2004. 1. 1. 시행)
개정 2004. 1.16. 고시 제2004- 2호(2004. 1.16. 시행)
개정 2004. 1.26. 고시 제2004- 4호(2004. 2. 1. 시행)
개정 2004. 2.27. 고시 제2004- 13호(2004. 3. 1. 시행)
개정 2004. 3.13. 고시 제2004- 15호(2004. 3.13. 시행)
개정 2004. 3.29. 고시 제2004- 21호(2004. 4. 1. 시행)
개정 2004. 4.28. 고시 제2004- 28호(2004. 5. 1. 시행)
개정 2004. 6.28. 고시 제2004- 38호(2004. 7. 1. 시행)
개정 2004. 8. 9. 고시 제2004- 50호(2004. 8. 9. 시행)

개정 2004. 9. 1. 고시 제2004- 53호(2004. 9. 1. 시행)
개정 2004.10. 1. 고시 제2004- 61호(2004.10. 1. 시행)
개정 2004.12. 1. 고시 제2004- 74호(2004.12. 1. 시행)
개정 2004.12.23. 고시 제2004- 81호(2005. 1. 1. 시행)
개정 2005. 1.29. 고시 제2005- 5호(2005. 2. 1. 시행)
개정 2005. 3. 9. 고시 제2005- 17호(2005. 3.10. 시행)
개정 2005. 3.31. 고시 제2005- 22호(2005. 4. 1. 시행)
개정 2005. 5. 7. 고시 제2005- 27호(2005. 5.10. 시행)
개정 2005. 6.20. 고시 제2005- 40호(2005. 7. 1. 시행)
개정 2005. 7.29. 고시 제2005- 52호(2005. 8. 1. 시행)
개정 2005. 8.29. 고시 제2005- 57호(2005. 9. 1. 시행)
개정 2005. 9. 9. 고시 제2005- 61호(2005. 9.15. 시행)
개정 2005.10.17. 고시 제2005- 68호(2005.10.17. 시행)
개정 2005.10.21. 고시 제2005- 70호(2005.10.21. 시행)
개정 2005.10.31. 고시 제2005- 71호(2005.11. 1. 시행)
개정 2005.11.25. 고시 제2005- 82호(2005.12. 1. 시행)
개정 2005.12. 4. 고시 제2005- 84호(2005.12.15. 시행)
개정 2005.12.28. 고시 제2005- 97호(2006. 1. 1. 시행)
개정 2006. 1. 6. 고시 제2006- 2호(2006. 1. 9. 시행)
개정 2006. 1.30. 고시 제2006- 10호(2006. 2. 1. 시행)
개정 2006. 2.28. 고시 제2006- 17호(2006. 3. 1. 시행)
개정 2006. 3.29. 고시 제2006- 23호(2006. 4. 1. 시행)
개정 2006. 4.28. 고시 제2006- 33호(2006. 5. 1. 시행)
개정 2006. 7.27. 고시 제2006- 62호(2006. 8. 1. 시행)
개정 2006. 8.29. 고시 제2006- 68호(2006. 9. 1. 시행)
개정 2006.10.31. 고시 제2006- 82호(2006.11. 1. 시행)
개정 2006.11.13. 고시 제2006- 84호(2006.11.13. 시행)
개정 2006.11.30. 고시 제2006- 97호(2006.12. 1. 시행)
개정 2006.12.29. 고시 제2006-118호(2007. 1. 1. 시행)
개정 2007. 1. 5. 고시 제2007- 1호(2007. 1. 1. 시행)
개정 2007. 1.29. 고시 제2007- 7호(2007. 2. 1. 시행)
개정 2007. 2.28. 고시 제2007- 22호(2007. 3. 1. 시행)
개정 2007. 3.28. 고시 제2007- 26호(2007. 4. 1. 시행)
개정 2007. 4. 4. 고시 제2007- 28호(2007. 4. 5. 시행)
개정 2007. 4.26. 고시 제2007- 34호(2007. 5. 1. 시행)
개정 2007. 5.23. 고시 제2007- 42호(2007. 8. 1. 시행)
개정 2007. 5.29. 고시 제2007- 47호(2007. 6. 1. 시행)
개정 2007. 6.28. 고시 제2007- 54호(2007. 7. 1. 시행)
개정 2007. 7.26. 고시 제2007- 62호(2007. 8. 1. 시행)
개정 2007. 8.31. 고시 제2007- 78호(2007. 9. 1. 시행)
개정 2007. 9.27. 고시 제2007- 83호(2007.10. 1. 시행)
개정 2007.10.30. 고시 제2007- 97호(2007.11. 1. 시행)
개정 2007.11.27. 고시 제2007-112호(2007.12. 1. 시행)
개정 2007.12.27. 고시 제2007-132호(2008. 1. 1. 시행)
개정 2008. 1.30. 고시 제2008- 10호(2008. 2. 1. 시행)

개정 2008. 2.28. 고시 제2008- 28호(2008. 3. 1. 시행)
 개정 2008. 4.29. 보건복지가족부 고시 제2008- 28호(2008. 5. 1. 시행)
 개정 2008. 5.13. 보건복지가족부 고시 제2008- 35호(2008.10. 1. 시행)
 개정 2008. 5.28. 보건복지가족부 고시 제2008- 45호(2008. 6. 1. 시행)
 개정 2008. 6. 2. 보건복지가족부 고시 제2008- 49호(2008. 6. 1. 시행)
 개정 2008. 6.30. 보건복지가족부 고시 제2008- 69호(2008. 7. 1. 시행)
 개정 2008. 7.11. 보건복지가족부 고시 제2008- 73호(2008. 8. 1. 시행)
 개정 2008. 7.30. 보건복지가족부 고시 제2008- 82호(2008. 8. 1. 시행)
 개정 2008. 8.25. 보건복지가족부 고시 제2008- 90호(2008. 9. 1. 시행)
 개정 2008. 9. 2. 보건복지가족부 고시 제2008- 97호(2008. 9. 2. 시행)
 개정 2008. 9.30. 보건복지가족부 고시 제2008-112호(2008. 9.30. 시행)
 개정 2008.11. 4. 보건복지가족부 고시 제2008-131호(2008.11. 5. 시행)
 개정 2008.11.28. 보건복지가족부 고시 제2008-147호(2008.12. 1. 시행)
 개정 2008.12.30. 보건복지가족부 고시 제2008-174호(2009. 1. 1. 시행)
 개정 2009. 1.29. 보건복지가족부 고시 제2009- 13호(2009. 2. 1. 시행)
 개정 2009. 2.26. 보건복지가족부 고시 제2009- 27호(2009. 3. 1. 시행)
 개정 2009. 3.31. 보건복지가족부 고시 제2009- 28호(2009. 4. 1. 시행)
 개정 2009. 3.20. 보건복지가족부 고시 제2009- 50호(2009. 3.23. 시행)
 개정 2009. 3.31. 보건복지가족부 고시 제2009- 59호(2009. 4. 1. 시행)
 개정 2009. 4.22. 보건복지가족부 고시 제2009- 71호(2009. 6. 1. 시행)
 개정 2009. 4.22. 보건복지가족부 고시 제2009- 73호(2009. 4.27. 시행)
 개정 2009. 4.29. 보건복지가족부 고시 제2009- 79호(2009. 5. 1. 시행)
 개정 2009. 4.29. 보건복지가족부 고시 제2009- 80호(2009. 4.29. 시행)
 개정 2009. 5. 6. 보건복지가족부 고시 제2009- 82호(2009. 5. 6. 시행)
 개정 2009. 5.27. 보건복지가족부 고시 제2009- 95호(2009. 6. 1. 시행)
 개정 2009. 6.25. 보건복지가족부 고시 제2009-115호(2009. 7. 1. 시행)
 개정 2009. 7.28. 보건복지가족부 고시 제2009-138호(2009. 8. 1. 시행)
 개정 2009. 8.21. 보건복지가족부 고시 제2009-149호(2009. 8.21. 시행)
 개정 2009. 8.27. 보건복지가족부 고시 제2009-161호(2009. 9. 1. 시행)
 개정 2009. 9.30. 보건복지가족부 고시 제2009-183호(2009.10. 1. 시행)
 개정 2009.10.29. 보건복지가족부 고시 제2009-197호(2009.10.29. 시행)
 개정 2009.10.30. 보건복지가족부 고시 제2009-199호(2009.11. 1. 시행)
 개정 2009.11.30. 보건복지가족부 고시 제2009-214호(2010. 1. 1. 시행)
 개정 2009.11.30. 보건복지가족부 고시 제2009-215호(2009.12. 1. 시행)
 개정 2009.12.31. 보건복지가족부 고시 제2009-250호(2010. 1. 1. 시행)
 개정 2009.12.31. 보건복지가족부 고시 제2009-257호(2010. 1. 1. 시행)
 개정 2010. 1.29. 보건복지가족부 고시 제2010- 20호(2010. 2. 1. 시행)
 개정 2010. 2.26. 보건복지가족부 고시 제2010- 39호(2010. 3. 1. 시행)
 개정 2010. 3.31. 보건복지부 고시 제2010- 7호(2010. 4. 1. 시행)
 개정 2010. 4. 9. 보건복지부 고시 제2010- 10호(2010. 5. 1. 시행)
 개정 2010. 4.29. 보건복지부 고시 제2010- 20호(2010. 5. 1. 시행)
 개정 2010. 5.24. 보건복지부 고시 제2010- 27호(2010. 5.24. 시행)
 개정 2010. 5.27. 보건복지부 고시 제2010- 30호(2010. 6. 1. 시행)
 개정 2010. 6.25. 보건복지부 고시 제2010- 43호(2010. 7. 1. 시행)
 개정 2010. 6.30. 보건복지부 고시 제2010- 47호(2010. 7. 1. 시행)

개정 2010. 7.28. 보건복지부 고시 제2010- 57호(2010. 8. 1. 시행)
 개정 2010. 8.31. 보건복지부 고시 제2010- 69호(2010. 9. 1. 시행)
 개정 2010. 9.30. 보건복지부 고시 제2010- 80호(2010.10. 1. 시행)
 개정 2010.10.26. 보건복지부 고시 제2010- 87호(2010.11. 1. 시행)
 개정 2010.11.24. 보건복지부 고시 제2010- 98호(2010.12. 1. 시행)
 개정 2010.12.29. 보건복지부 고시 제2010-135호(2011. 1. 1. 시행)
 개정 2011. 1.13. 보건복지부 고시 제2011- 3호(2011. 1.14. 시행)
 개정 2011. 1.27. 보건복지부 고시 제2011- 10호(2011. 2. 1. 시행)
 개정 2011. 1.28. 보건복지부 고시 제2011- 11호(2011. 2. 1. 시행)
 개정 2011. 2.11. 보건복지부 고시 제2011- 16호(2011. 2.14. 시행)
 개정 2011. 2.28. 보건복지부 고시 제2011- 23호(2011. 3. 1. 시행)
 개정 2011. 3. 8. 보건복지부 고시 제2011- 25호(2011. 3. 9. 시행)
 개정 2011. 3.29. 보건복지부 고시 제2011- 39호(2011. 4. 1. 시행)
 개정 2011. 4.28. 보건복지부 고시 제2011- 49호(2011. 5. 1. 시행)
 개정 2011. 5.31. 보건복지부 고시 제2011- 60호(2011. 6. 1. 시행)
 (2011. 7. 1. 시행)
 개정 2011. 6.30. 보건복지부 고시 제2011- 74호(2011. 8. 1. 시행)
 (2011. 9. 1. 시행)
 (2011.10. 1. 시행)
 개정 2011. 8.10. 보건복지부 고시 제2011- 89호(2011. 9. 1. 시행)
 개정 2011. 8.29. 보건복지부 고시 제2011- 99호(2011. 9. 1. 시행)
 개정 2011. 9.16. 보건복지부 고시 제2011-116호(2011.10. 1. 시행)
 개정 2011. 9.28. 보건복지부 고시 제2011-122호(2011.10. 1. 시행)
 개정 2011.10.28. 보건복지부 고시 제2011-134호(2011.11. 1. 시행)
 (2012. 1. 1. 시행)
 개정 2011.12. 5. 보건복지부 고시 제2011-152호(2012. 3. 1. 시행)
 (2012. 1. 1. 시행)
 개정 2011.12.23. 보건복지부 고시 제2011-163호(2012. 1. 1. 시행)
 개정 2012. 2. 8. 보건복지부 고시 제2012- 19호(2012. 3. 1. 시행)
 (2012. 2.10. 시행)
 개정 2012. 3.26. 보건복지부 고시 제2012- 37호(2012. 4. 1. 시행)
 개정 2012. 5.30. 보건복지부 고시 제2012- 57호(2012. 6. 1. 시행)
 개정 2012. 6.27. 보건복지부 고시 제2012- 75호(2012. 7. 1. 시행)
 개정 2012. 7.31. 보건복지부 고시 제2012- 97호(2012. 8. 1. 시행)
 개정 2012. 8.28. 보건복지부 고시 제2012-105호(2012. 9. 1. 시행)
 (2012.11. 1. 시행)
 개정 2012. 9.27. 보건복지부 고시 제2012-125호(2012.10. 1. 시행)
 개정 2012.10.29. 보건복지부 고시 제2012-139호(2012.11. 1. 시행)
 개정 2012.11.29. 보건복지부 고시 제2012-155호(2012.12. 1. 시행)
 (2013. 1. 1. 시행)
 개정 2012.12.27. 보건복지부 고시 제2012-173호(2013. 1. 1. 시행)
 (2013. 2. 1. 시행)
 개정 2013. 2.27. 보건복지부 고시 제2013- 34호(2013. 3. 1. 시행)
 개정 2013. 3.27. 보건복지부 고시 제2013- 54호(2013. 4. 1. 시행)
 개정 2013. 4.26. 보건복지부 고시 제2013- 68호(2013. 5. 1. 시행)

개정 2013. 5.29. 보건복지부 고시 제2013- 75호(2013. 6. 1. 시행)
 개정 2013. 6.27. 보건복지부 고시 제2013-103호(2013. 7. 1. 시행)
 개정 2013. 7.26. 보건복지부 고시 제2013-113호(2013. 8. 1. 시행)
 개정 2013. 8.29. 보건복지부 고시 제2013-127호(2013. 9. 1. 시행)
 개정 2013. 9.27. 보건복지부 고시 제2013-151호(2013.10. 1. 시행)
 개정 2013.10.31. 보건복지부 고시 제2013-167호(2013.11. 1. 시행)
 개정 2013.11.28. 보건복지부 고시 제2013-183호(2013.12. 1. 시행)
 개정 2013.12.31. 보건복지부 고시 제2013-210호(2014. 1. 1. 시행)
 개정 2014. 1.28. 보건복지부 고시 제2014- 17호(2014. 2. 1. 시행)
 개정 2014. 2.26. 보건복지부 고시 제2014- 34호(2014. 3. 1. 시행)
 개정 2014. 3.26. 보건복지부 고시 제2014- 46호(2014. 4. 1. 시행)
 개정 2014. 4.28. 보건복지부 고시 제2014- 62호(2014. 5. 1. 시행)
 개정 2014. 5.26. 보건복지부 고시 제2014- 75호(2014. 6. 1. 시행)
 개정 2014. 6.27. 보건복지부 고시 제2014-102호(2014. 7. 1. 시행)
 개정 2014. 7.30. 보건복지부 고시 제2014-127호(2014. 8. 1. 시행)
 개정 2014. 8.27. 보건복지부 고시 제2014-140호(2014. 9. 1. 시행)
 개정 2014. 9.26. 보건복지부 고시 제2014-166호(2014.10. 1. 시행)
 개정 2014.10.27. 보건복지부 고시 제2014-190호(2014.11. 1. 시행)
 개정 2014.11.27. 보건복지부 고시 제2014-210호(2014.12. 1. 시행)
 개정 2014.12.30. 보건복지부 고시 제2014-242호(2015. 1. 1. 시행)
 개정 2015. 1.26. 보건복지부 고시 제2015- 18호(2015. 2. 1. 시행)
 개정 2015. 1.28. 보건복지부 고시 제2015- 21호(2015. 2. 1. 시행)
 개정 2015. 2.26. 보건복지부 고시 제2015- 38호(2015. 3. 1. 시행)
 개정 2015. 3.25. 보건복지부 고시 제2015- 51호(2015. 4. 1. 시행)
 개정 2015. 4.28. 보건복지부 고시 제2015- 68호(2015. 5. 1. 시행)
 개정 2015. 5.27. 보건복지부 고시 제2015- 81호(2015. 6. 1. 시행)
 개정 2015. 6. 8. 보건복지부 고시 제2015- 91호(2015. 6. 8. 시행)
 개정 2015. 6.29. 보건복지부 고시 제2015-118호(2015. 7. 1. 시행)
 개정 2015. 7.21. 보건복지부 고시 제2015-127호(2015. 7.21. 시행)
 개정 2015. 7.27. 보건복지부 고시 제2015-134호(2015. 8. 1. 시행)
 개정 2015. 8.28. 보건복지부 고시 제2015-154호(2015. 9. 1. 시행)
 개정 2015. 9.25. 보건복지부 고시 제2015-172호(2015.10. 1. 시행)
 개정 2015.10. 2. 보건복지부 고시 제2015-175호(2015.10. 3. 시행)
 개정 2015.10.28. 보건복지부 고시 제2015-184호(2015.11. 1. 시행)
 개정 2015.11.27. 보건복지부 고시 제2015-205호(2015.12. 1. 시행)
 개정 2015.12.29. 보건복지부 고시 제2015-239호(2016. 1. 1. 시행)
 개정 2016. 1.29. 보건복지부 고시 제2016- 21호(2016. 2. 1. 시행)
 개정 2016. 2.26. 보건복지부 고시 제2016- 31호(2016. 3. 1. 시행)
 개정 2016. 3.29. 보건복지부 고시 제2016- 49호(2016. 4. 1. 시행)
 개정 2016. 4.29. 보건복지부 고시 제2016- 66호(2016. 5. 1. 시행)
 개정 2016. 5.31. 보건복지부 고시 제2016- 83호(2016. 5. 4. 시행)
 (2016. 6. 1. 시행)
 개정 2016. 6.29. 보건복지부 고시 제2016-110호(2016. 7. 1. 시행)
 개정 2016. 7.29. 보건복지부 고시 제2016-145호(2016. 8. 1. 시행)
 개정 2016. 8.31. 보건복지부 고시 제2016-173호(2016. 9. 1. 시행)

개정 2019.10.30. 보건복지부 고시 제2019-240호(2019.11. 1. 시행)
 (2019.11. 8. 시행)
 (2020. 1. 1. 시행)
 개정 2019.11.27. 보건복지부 고시 제2019-252호(2019.12. 1. 시행)
 (2019.12. 5. 시행)
 개정 2019.12.27. 보건복지부 고시 제2019-313호(2020. 1. 1. 시행)
 개정 2019.12.31. 보건복지부 고시 제2019-341호(2020. 1. 1. 시행)
 정정 2019.12.31. 보건복지부 고시 제2019-342호(2020. 1. 1. 시행)
 개정 2020. 1.28. 보건복지부 고시 제2020- 17호(2020. 2. 1. 시행)
 개정 2020. 2. 3. 보건복지부 고시 제2020- 25호(2020. 1. 4. 시행)
 개정 2020. 2. 6. 보건복지부 고시 제2020- 28호(2020. 2.10. 시행)
 개정 2020. 2.20. 보건복지부 고시 제2020- 37호(2020. 1. 4. 시행)
 (2020. 3. 1. 시행)
 개정 2020. 3.26. 보건복지부 고시 제2020- 69호(2020. 4. 1. 시행)
 개정 2020. 4.28. 보건복지부 고시 제2020- 79호(2020. 5. 1. 시행)
 (2020. 5. 8. 시행)
 개정 2020. 5.27. 보건복지부 고시 제2020-107호(2020. 6. 1. 시행)
 개정 2020. 6.29. 보건복지부 고시 제2020-133호(2020. 7. 1. 시행)
 개정 2020. 7.29. 보건복지부 고시 제2020-161호(2020. 8. 1. 시행)
 개정 2020. 8.31. 보건복지부 고시 제2020-195호(2020. 9. 1. 시행)
 개정 2020. 9.25. 보건복지부 고시 제2020-217호(2020.10. 1. 시행)
 개정 2020.10. 3. 보건복지부 고시 제2020-244호(2020.11. 1. 시행)
 개정 2020.11.27. 보건복지부 고시 제2020-265호(2020.12. 1. 시행)
 개정 2020.11.30. 보건복지부 고시 제2020-271호(2020.12. 1. 시행)
 개정 2020.12.24. 보건복지부 고시 제2020-305호(2021. 1. 1. 시행)
 개정 2021. 1.15. 보건복지부 고시 제2021- 11호(2021. 1.16. 시행)
 개정 2021. 1.29. 보건복지부 고시 제2021- 26호(2021. 2. 1. 시행)
 개정 2021. 2.26. 보건복지부 고시 제2021- 65호(2021. 3. 1. 시행)
 개정 2021. 3.30. 보건복지부 고시 제2021-101호(2021. 4. 1. 시행)
 개정 2021. 4.27. 보건복지부 고시 제2021-127호(2021. 5. 1. 시행)
 개정 2021. 5.31. 보건복지부 고시 제2021-152호(2021. 6. 1. 시행)
 개정 2021. 6. 4. 보건복지부 고시 제2021-161호(2021. 6. 7. 시행)
 개정 2021. 7. 1. 보건복지부 고시 제2021-189호(2021. 7. 1. 시행)
 개정 2021. 7. 5. 보건복지부 고시 제2021-194호(2021. 7. 6. 시행)
 개정 2021. 7.30. 보건복지부 고시 제2021-207호(2021. 8. 1. 시행)
 개정 2021. 8.31. 보건복지부 고시 제2021-234호(2021. 9. 1. 시행)
 개정 2021. 9.30. 보건복지부 고시 제2021-245호(2021.10. 1. 시행)
 개정 2021.10.28. 보건복지부 고시 제2021-270호(2021.11. 1. 시행)
 개정 2021.11.30. 보건복지부 고시 제2021-294호(2021.12. 1. 시행)
 개정 2021.12.28. 보건복지부 고시 제2021-337호(2022. 1. 1. 시행)
 (2022. 1. 9. 시행)
 (2022. 2. 1. 시행)
 개정 2022. 1.27. 보건복지부 고시 제2022- 24호(2022. 2. 1. 시행)
 개정 2022. 2.28. 보건복지부 고시 제2022-56호(2022. 3. 1. 시행)
 (2022. 3.10. 시행)

(2022. 3.11. 시행)
개정 2022. 3.30. 보건복지부 고시 제2022-77호(2022. 4. 1. 시행)
개정 2022. 4.29. 보건복지부 고시 제2022-111호(2022. 5. 1. 시행)
개정 2022. 5.31. 보건복지부 고시 제2022-131호(2022. 6. 1. 시행)
개정 2022. 6.29. 보건복지부 고시 제2022-160호(2022. 7. 1. 시행)

「국민건강보험법」제41조제3항 및 제4항 및 「국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙」제5조제2항에 의한 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부 고시 제2022-131호(22.6.1.))을 다음과 같이 개정·발령합니다.

2022년 6월 29일
보 건 복 지 부 장 관

의약품등 분류번호에 관한 규정

의약품등 분류번호에 관한 규정

[시행 2020. 2. 25.] [식품의약품안전처 예규 제148호, 2020. 2. 25., 타법개정.]

제1조(의약품등 분류번호) 의약품등 분류번호를 별표와 같이 한다.

제2조(유효기간) 이 예규는 「훈령·예규 등의 발령 및 관리에 관한 규정」에 따라 이 예규를 발령한 후의 법령이나 현실 여건의 변화 등을 검토하여야 하는 2023년 2월 24일까지 효력을 가진다.

부 칙 <제148호, 2020. 2. 25.>

이 예규는 발령한 날부터 시행한다.

[별표]

□ 의약품분류표

분류번호	약효분류
100	신경계 감각기관용 의약품
110	중추신경계용약
111	전신마취제
112	최면진정제
113	항전간제
114	해열, 진통, 소염제
115	각성제, 흥분제
116	진혼제
117	정신신경용제
119	기타의 중추신경용약
120	말초신경계용약
121	국소마취제
122	골격근이완제
123	자율신경제
124	진경제
125	발한제, 지한제
129	기타의 말초신경용약
130	감각기관용약
131	안과용제
132	이비과용제
139	기타의 감각기관용약
140	알레르기용약
141	항히스타민제
142	자격료법제(비특이성 면역원제포함)
149	기타의 알레르기용약
190	기타의 신경계 및 감각기관용의약품
200	개개의 기관계용 의약품
210	순환계용약
211	강심제
212	부정맥용제
213	이뇨제
214	혈압강하제
215	혈관보강제
216	혈관수축제
217	혈관확장제
218	동맥경화용제

분류번호	약효분류
	219 기타의순환계용약
220	호흡기관용약
221	호흡촉진제
222	진해거담제
223	함소흡입제
229	기타의 호흡기관용약
230	소화기관용약
231	치과구강용약
232	소화성궤양용제
233	건위소화제
234	제산제
235	최토제, 진토제
236	이담제
237	정장제
238	하제, 완강제
239	기타의 소화기관용약
240	호르몬제(항호르몬제를 포함)
241	뇌하수체호르몬제
242	수액신호르몬제
243	갑상선, 부갑상선호르몬제
244	단백동화스테로이드제
245	부신호르몬제
246	남성호르몬제
247	난포호르몬제 및 황체호르몬제
248	혼합호르몬제
249	기타의 호르몬제(항호르몬제를 포함)
250	비뇨생식기관 및 항문용약
251	요로소독제
252	자궁수축제
253	통경제
254	피임제
255	비뇨생식기관용제(성병예방제포함)
256	치질용제
259	기타의 비뇨생식기관 및 항문용약
260	외피용약
261	외피용살균소독제
262	창상보호제
263	화농성질환용제
264	진통, 진양, 수렴, 소염제
265	기생성 피부질환용제
266	피부연화제(부식제를 포함)
267	모발용제(발모, 탈모, 염모, 양모제)

분류번호	약효분류
	268 옥제
	269 기타의 외파용약
	290 기타의 개개의 기관용 의약품
300 대사성 의약품	
310 비타민제	
	311 비타민A 및 D제
	312 비타민B제
	313 비타민B제(비타민B을 제외)
	314 비타민C 및 P제
	315 비타민E 및 K제
	316 혼합비타민제(비타민A,D 혼합제를 제외)
	319 기타의 비타민제
320 자양강장변질제	
	321 칼슘제
	322 무기질제제
	323 당류제
	324 유기산제제
	325 단백아미노산제제
	326 장기제제
	327 유유아용제
	329 기타의 자양강장변질제
330 혈액 및 체액용약	
	331 혈액대용제
	332 지혈제
	333 혈액응고저지제
	339 기타의 혈액 및 체액용약
340 인공관류용제	
	341 인공신장관류용제
	349 기타의 인공관류용제
390 기타의 대사성 의약품	
	391 간장질환용제
	392 해독제
	393 습관성중독용제
	394 통풍치료제
	395 호소제제
	396 당뇨병용제
	398 종합대사성제제
	399 따로 분류되지 않는 대사성 의약품
400 조직세포의 기능용 의약품	
410 조직부활용약	
	411 클로로필제제

분류번호	약효분류
	412 색소제제
	419 기타의 세포부활용약
420	중앙용약
	421 항악성중앙제
	429 기타의 중앙치료제
430	조직세포의 치료 및 진단 목적
	431 방사성 의약품
	439 기타의 조직세포의 치료 및 진단
	490 기타의 조직세포의 기능용의약품
600	항병원생물성 의약품
610	항생물질제제
	611 주로 그람양성균에 작용하는 것
	612 주로 그람음성균에 작용하는 것
	613 주로 항산성균에 작용하는 것
	614 주로 그람양성균, 리케치아, 비루스에 작용하는 것
	615 주로 그람음성균, 리케치아, 비루스에 작용하는 것
	616 주로 곰팡이, 원충에 작용하는 것
	617 주로 악성종양에 작용하는 것
	618 주로 그람양성, 음성균에 작용하는 것
	619 기타의 항생물질 제제(복합항생물질제제를 포함)
620	화학료법제
	621 설화제
	622 항결핵제
	623 치나제
	624 구매제
	625 후란계 제제
	629 기타의 화학료법제
630	생물학적 제제
	631 백신류
	632 독소류 및 독소이드류
	633 항독소 및 렙토스피라혈청류
	634 혈액제제류
	635 생물학적 시험용제제류
	636 생물학적 제제
	639 기타의 생물학적 제제
640	기생동물에 대한 의약품
	641 항원충제
	642 구충제
	649 기타의 기생동물에 대한 의약품
	690 기타의 병원생물에 대한 의약품

분류번호	약효분류
700 치료를 주목적으로 하지 않는 의약품 및 관련제품	
710 조제용약	
711 부형제	
712 연고기제	
713 용해제	
714 교미교취착색제	
715 유화제	
719 기타의 조제용약	
720 진단용약	
721 X선조영제	
722 일반검사용 시약	
723 혈액검사용 시약	
724 생화학적 검사용 시약	
725 면역혈청학적 검사용 시약	
726 세균학적 검사용제	
727 병리조직검사용 시약	
728 기능검사용 시약	
729 기타의 진단용약	
730 공중위생용약	
731 방부제	
732 방역용 살균소독제	
733 방충제	
734 살충제	
739 기타의 공중위생용약	
740 관련제품	
741 캡셀류	
790 기타의 치료를 주목적으로 하지 않는 의약품	
791 반창고	
799 따로 분류되지 않고 치료를 주목적으로 하지 않는 의약품	
800 마 약	
810 알칼로이드 마약(천연)	
811 아편알칼로이드계 제제	
812 코카알칼로이드계 제제	
819 기타의 알칼로이드계 마약(천연마약)	
820 비알칼로이드계 마약	
821 합성마약	
829 기타의 비알칼로이드계 마약	
890 기타의 마약	
(이후 생략)	

분류번호순 색인

분류번호순 색인

요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)

약제

성분명	품명	고시번호	시행일	페이지
* 일반원칙				
간장용제		고시 제2018-97호	18.6.1.	61
경구용 뇌대사개선제 (Neuroprotective agents)		고시 제2018-253호	18.12.1.	62
경구용 만성 B형간염치료제		고시 제2022-131호	22.6.1.	62
경구용 서방형제제 (정제, 캡슐제, 과립제) 분할 처방투여 기준		고시 제2020-69호	20.4.1	68
경구용 항뇌전증약		고시 제2019-191호	19.9.1	68
경구용 항혈전제 (항혈소판제 및 Heparinoid 제제)		고시 제2018-81호	18.5.1.	69
고지혈증치료제		고시 제2014-34호	14.3.1.	73
고혈압약제		고시 제2017-215호	17.12.1.	74
골다공증치료제		고시 제2018-253호	18.12.1.	77
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조제4항에 의하여 중증환자 중 암환자에게 처방·투여하는 약제로서 건강보험심사평가원장이 정하여 공고하는 약제의 범위 및 비용부담		고시 제2019-240호	19.11.1	79
국소지혈제		고시 제2019-88호	19.5.1.	80
기관지천식 치료용흡입제		고시 제2013-127호	13.9.1.	82
내용액제 (시럽 및 현탁액 등)		고시 제2017-215호	17.12.1.	82
뇌대사제제 및 뇌순환개용약 주사제		고시 제2013-127호	13.9.1.	82
당뇨병용제		고시 제2022-56호	22.3.1.	83
동일성분 의약품 중복처방 관리에 관한 기준		고시 제2013-127호	13.9.1.	89
마약성 진통제		고시 제2017-153호	17.9.1.	90
메르스 코로나바이러스 (MERS-CoV) 및 코로나바이러스 감염증 19 (COVID-19) 치료제		고시 제2022-56호	22.3.1.	91
병용금기 성분, 특정연령대 금기 성분 및 임부금기 성분		고시 제2017-109호	17.7.1.	94
보조생식술에 사용되는 호르몬 약제		고시 제2017-193호	17.11.1.	95
비결핵항산균 (NTM, Non-Tuberculous Mycobacteria) 치료제		고시 제2019-38호	19.3.1.	96
비용효과적인 할량 의약품 사용		고시 제2017-109호	17.7.1.	98
비타민제		고시 제2013-127호	13.9.1.	98
안연고		고시 제2016-145호	16.8.1.	98
암질환이 아닌 환자에서의 조절모세포이식 전처치요법 (Conditioning therapy)		고시 제2013-127호	13.9.1.	98
요오드 조영제		고시 제2018-174호	18.9.1.	99
주사제의 자가주사 및 장기처방		고시 제2013-127호	13.9.1.	99

성분명	품명	고시번호	시행일	페이지
진해거담제		고시 제2013-127호	13.9.1.	99
폐경 후 호르몬요법 인정기준		고시 제2013-127호	13.9.1.	100
폐경기증후군에 투여하는 약제		고시 제2013-127호	13.9.1.	100
폐동맥고혈압 약제		고시 제2022-24호	22.2.1.	101
필수경구약제		고시 제2013-127호	13.9.1.	103
항생제		고시 제2013-127호	13.9.1.	104
항생제 및 항원충제		고시 제2022-111호	22.5.1.	105
항진균제		고시 제2022-131호	22.6.1.	106
항파킨슨 약제		고시 제2018-253호	18.12.1.	109
항정신성약물		고시 제2021-337호	22.1.1.	110
허가 또는 신고 범위 초과 약제 비급여 사용 승인에 관한 기준 및 절차		고시 제2020-140호	20.7.1.	111
흡입마취에 사용되는 약제		고시 제2018-253호	18.12.1.	111
Probiotics (정장생균제)		고시 제2013-127호	13.9.1.	112
❖ 111 전신마취제				
Etomidate 주사제	에토미데이트리푸로주	고시 제2013-127호	13.9.1.	113
Ketamine HCl 주사제	휴온스 염산케타민주 등	고시 제2017-17호	17.2.1.	113
Propofol 주사제	포폴주사 등	고시 제2018-234호	18.11.1.	114
❖ 112 최면진정제				
Midazolam 주사제	바스캄주 등	고시 제2019-191호	19.9.1.	115
❖ 113 항전간제				
Cannabidiol	에피디올렉스 내복액	고시 제2021-101호	21.4.1.	117
Carbamazepine 경구제	테그레톨정 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	118
Clonazepam 경구제	리보트릴정 등	고시 제2018-18호	18.2.1.	118
Gabapentin 경구제	뉴론틴캡슐 등	고시 제2019-191호	19.9.1.	118
Lamotrigine 경구제	라미탈정 등	고시 제2019-191호	19.9.1.	120
Levetiracetam 주사제	큐팜주사500 밀리그램 등	고시 제2019-191호	19.9.1.	120
Primidone 경구제	대웅프리미돈정	고시 제2018-18호	18.2.1.	121
Rufinamide 경구제	이노베론필름코팅정 100mg 등	고시 제2019-240호	19.11.1.	121
Sodium valproate 주사제	데파킨주 등	고시 제2019-191호	19.9.1.	121
Stiripentol 경구제	디아코미트	고시 제2019-191호	19.9.1.	122
Tetrabenazine 경구제	세나진정	고시 제2013-127호	13.9.1.	122
❖ 114 해열진통소염제				
자오가우슬방풍두충구착흑두 건조엑스(20-1) 300mg	신바로캡슐 등	고시 제2014-140호	14.9.1.	123
편두통 치료제		고시 제2020-265호	20.12.1.	123
Celecoxib 경구제	셀레브렉스캡슐 200밀리그램 등	고시 제2017-215호	17.12.1.	123
Etoricoxib 경구제	알콕시아정 30밀리그램 등	고시 제2021-127호	21.5.1.	124
Methotrexate 프리필드시린지 주사제	메토렉트주	고시 제2016-145호	16.8.1.	124
Polmacoxib 경구제	아셀렉스캡슐 2밀리그램 등	고시 제2015-118호	15.7.1.	125
Propacetamol HCl 주사제	데노간주 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	126
❖ 115 각성제, 흥분제				
Methylphenidate HCl 서방형 경구제	콘서타 OROS 서방정 등	고시 제2019-252호	19.12.5.	127
Methylphenidate HCl 일반형 경구제	페니드정 10밀리그램 등	고시 제2019-252호	19.12.5.	128
❖ 117 정신신경용제				

성분명	품명	고시번호	시행일	페이지
Agomelatine 경구제	아고틴정 25밀리그램	고시 제2019-69호	19.4.27.	129
Aripiprazole 주사제	이빌리파이메인테나주사 300밀리그램 등	고시 제2019-21호	19.2.1.	130
Blonanserin 경구제	로나센정 2밀리그램 등	고시 제2017-180호	17.10.1.	130
Bupropion 100mg 경구제	월정	고시 제2013-127호	13.9.1.	130
Bupropion HCl 150mg 경구제	월부트린서방정 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	130
Clozapine 경구제	클로자릴정 등	고시 제2018-253호	18.12.1	131
Desvenlafaxine 경구제	프리스틱 서방정 등	고시 제2020-107호	20.6.1.	132
Duloxetine 경구제	심발타캡슐 등	고시 제2016-263호	17.1.1.	133
Fluvoxamine maleate	듀미록스정			
Imipramine HCl	이미프라민정 등			
Clomipramine HCl	그로민캡슐 등			
Amitriptyline HCl	에트라빌정 등	고시 제2018-18호	18.2.1.	135
Nortriptyline HCl	센시발정			
Amoxapine	아디센정			
Trazodone HCl	트리티코정 등			
Milnacipran HCl	익셀캡슐			
Levomepromazine maleate 경구제	티세르신정	고시 제2018-253호	18.12.1.	136
Lorazepam 주사제	아티반주	고시 제2019-191호	19.9.1.	136
Paliperidone palmitate 주사제	인베가서스티나 주사, 인베가트린자 주사	고시 제2019-38호	19.3.1.	136
Quetiapine fumarate 경구제	세로켈정 등	고시 제2018-18호	18.2.1.	136
Risperidone 주사제	리스퍼달콘스타 주사	고시 제2017-180호	17.10.1.	137
Sertraline HCl	졸로푸트정 등			
Paroxetine HCl	세로자트정 등			
Fluoxetine HCl	푸로작캡슐 등			
Mirtazapine	레메론정 등	고시 제2016-263호	17.1.1.	137
Citalopram HBr	시탈로프람정 20밀리그램			
Escitalopram oxalate	렉사프로정 등			
Escitalopram	렉사프로멜트구강붕해정			
Sulpiride 경구제	설피딘정 등	고시 제2017-180호	17.10.1.	138
Tandospirone 경구제	세디알정	고시 제2013-127호	13.9.1.	139
Venlafaxine HCl 서방경구제	이팩사엑스알서방캡슐 등	고시 제2016-263호	17.1.1.	139
Vortioxetine hydrobromide 경구제	브린텔릭스정 5밀리그램, 10밀리그램, 15밀리그램, 20밀리그램	고시 제2016-263호	17.1.1.	140
❖ 119 기타의 중추신경용약				
Alemtuzumab 주사제	렘트라다주	고시 제2021-26호	21.2.1.	142
Amantadine 경구제	피케이멜즈정 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	142
Amantadine 주사제	피케이멜즈인퓨전주	고시 제2018-253호	18.12.1.	143
Atomoxetine HCl 경구제	스트라테라캡슐 등	고시 제2019-252호	19.12.5.	143
Cladribine 경구제	마벤클리드정	고시 제2021-26호	21.2.1.	144
Clonidine hydrochloride 경구제	클램비서방정 0.1mg	고시 제2019-252호	19.12.5.	144
Dimethyl fumarate 경구제	텍피데라캡슐	고시 제2021-26호	21.2.1.	145
Donepezil 경구제	아리셉트정 등	고시 제2022-160호	22.7.1.	146
Fingolimod HCl 경구제	피터렉스캡슐 0.5밀리그램	고시 제2021-26호	21.2.1.	147
Galantamine 경구제	레미닐피알 서방캡슐 등	고시 제2019-21호	19.2.1.	148

성분명	품명	고시번호	시행일	페이지
Glatiramer acetate 주사제	코팍손프리필드주 20mg/1ml 등	고시 제2021-26호	21.2.1.	149
Memantine 경구제	에빅사액 등, 에빅사정 등	고시 제2019-21호	19.2.1.	150
Modafinil 200mg 경구제	프로비질정 등	고시 제2021-294호	21.12.1.	151
Armodafinil 경구제	누비질정			
Nusinersen sodium 주사제	스핀라자주	고시 제2019-69호	19.4.8.	152
Pitolisant hydrochloride 경구제	와릭스필름코팅정 5밀리그램 등	고시 제2021-294호	22.2.1.	153
Pregabalin 서방형 경구제	리리카 CR 서방정 등	고시 제2019-57호	19.4.1.	154
Pregabalin 일반형 경구제	리리카캡슐 등	고시 제2019-191호	19.9.1.	154
Rivastigmine 제제	엑셀론캡슐, 엑셀론패취 등	고시 제2019-21호	19.2.1.	156
Teriflunomide 경구제	오바지오필름코팅정 등	고시 제2021-26호	21.2.1.	158
❖ 121 국소마취제				
Levobupivacaine HCl 25mg 주사제	카이로케인주	고시 제2013-127호	13.9.1.	160
Lidocaine HCl 주사제	휴온스 리도카인 염산염 수화물주사 등	고시 제2020-161호	20.8.1.	160
❖ 122 골격근이완제				
Atracurium besylate 주사제	아트라주 등	고시 제2017-193호	17.11.1.	161
baclofen 주사제	리오레살주 10mg/5mL	고시 제2022-131호	22.6.1.	161
❖ 123 자율신경제				
Bethanechol chloride 경구제	마이토닌정 등	고시 제2017-193호	17.11.1.	163
Glycopyrrolate 주사제	모비눌주 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	163
Oxybutynin 경구제	동화디트로판정 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	163
❖ 124 진경제				
Hyoscine butylbromide 주사제	프리판주 등	고시 제2020-69호	20.4.1.	164
❖ 129 기타의 말초신경용약				
Tafamidis meglumine 경구제	빈다겔캡슐 20밀리그램	고시 제2018-200호	18.10.1.	165
❖ 131 안과용제				
Bilberry fruit dried ext. 경구제	알코딘연질캡슐 등	고시 제2016-187호	16.10.1.	166
Cyclosporin 0.05% 외용제	레스타시스점안액 등	고시 제2017-109호	17.7.1.	166
Cyclosporin 0.1% 외용제	아이커비스점안액	고시 제2017-109호	17.7.1.	166
Dexamethasone 700µg 이식제	오저덱사이식제 700µg	고시 제2018-253호	18.12.1.	167
Natamycin 외용제	나타신점안현탁액	고시 제2019-93호	19.6.7.	168
Omidenepeg isopropyl 외용제	에이버리스점안액0.002%	고시 제2021-26호	21.2.1.	168
Sodium hyaluronate 18mg/10ml 외용제	비스메드점안액	고시 제2013-127호	13.9.1.	168
Tafluprost 외용제	타플로탄점안액 0.0015% 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	168
Tosufloxacin tosylate 외용제	동아오젝스점안액	고시 제2013-127호	13.9.1.	169
Triamcinolone acetonide 주사제	마카이드주	고시 제2015-154호	15.9.1.	169
Verteporfin 주사제	비쥬다인주	고시 제2013-127호	13.9.1.	170
❖ 132 이비과용제				
Ciprofloxacin HCl + Dexamethasone 외용제	실로덱스점이현탁액	고시 제2013-127호	13.9.1.	171
Fluticasone furoate 외용제	아바미스나잘스프레이	고시 제2013-127호	13.9.1.	171
Micronized ciclesonide 외용제	옵나리스나잘스프레이	고시 제2013-127호	13.9.1.	171
❖ 141 항히스타민제				
Desloratadine 경구제	에리우스정	고시 제2013-127호	13.9.1.	172
Piprinhydrinate 제제	푸리롱 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	172

성분명	품명	고시번호	시행일	페이지
Rupatadine 경구제	루파핀정	고시 제2017-215호	17.12.1.	172
❖ 142 자격요법제(비특이성 면역원제 포함)				
Baricitinib 경구제	올루미엔트정 2밀리그램 등	고시 제2022-111호	22.5.1.	173
Basiliximab 주사제	씨물렉트주사	고시 제2020-17호	20.2.1.	175
Belimumab 주사제	벤리스타주 120밀리그램 등	고시 제2021-26호	21.2.1.	176
Cyclosporine 경구제	사이폴엔연질캡슐 등	고시 제2020-107호	20.6.1.	177
Cyclosporine 주사제	산디문주 등	고시 제2020-107호	20.6.1.	179
Dimethyl fumarate 경구제	스킬라렌스장용정 30밀리그램 등	고시 제2022-24호	22.2.1.	180
Dupilumab 주사제	듀피켄트프리필드주300밀리그램	고시 제2019-341호	20.1.1.	180
Everolimus 경구제	씨티칸정 등	고시 제2022-111호	22.5.1.	181
Golimumab 주사제	심퍼니프리필드시린지주 50밀리그램 등	고시 제2020-244호	20.11.1.	182
Guselkumab 주사제	트렘피어프리필드시린지주 등	고시 제2022-111호	22.5.1.	187
Ixekizumab 주사제	탈초프리필드시린지주 등	고시 제2022-111호	22.5.1.	190
Leflunomide 경구제	아라바정 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	194
Mycophenolate mofetil 경구제	셀셉트캡슐 등	고시 제2020-217호	20.10.1.	194
Mycophenolate sodium 경구제	마이폴틱장용정 등	고시 제2018-28호	18.3.1.	197
Rabbit anti-human thymocyte immunoglobulin 주사제	치모글로부린주	고시 제2019-210호	19.10.1.	197
Risankizumab 주사제	스카이리치 프리필드시린지주	고시 제2020-107호	20.6.1.	198
Secukinumab 주사제	코센틱스주사 등	고시 제2022-111호	22.5.1.	200
Sirolimus 경구제	리파문정 1밀리그램 등	고시 제2022-111호	22.5.1.	203
Tacrolimus 제제	프로그람캡슐·주사 등	고시 제2019-210호	19.10.1.	204
Tocilizumab 주사제	악템라주, 악템라피하주사 162밀리그램	고시 제2022-77호	22.4.1.	206
Tofacitinib 경구제	젤잔즈정 5밀리그램 등	고시 제2021-101호	21.4.1.	210
Upadacitinib 경구제	린버크서방정 15밀리그램	고시 제2022-111호	22.5.1.	213
Ustekinumab 주사제	스텔라라프리필드주 45mg 등	고시 제2022-111호	22.5.1.	216
❖ 149 기타의 알레르기용약				
Epinephrine 경구제	아르기정 등	고시 제2018-253호	18.12.1.	222
Leukotriene 조절제				
Montelukast 경구제	싱글레어정 등, 싱글레어츄정 등, 싱글레어세립 등, 싱글로드속봉정 등			
Montelukast 및 levocetirizine 복합제	몬테리진캡슐, 몬테리진츄정	고시 제2018-253호	18.12.1.	222
Pranlukast 경구제	프라카논정, 오논캡슐 등, 씨투스현탁정 등, 오논드라이시럽 등			
Zafirlukast 경구제	아콜레이트정 20밀리그램			
Petasites hybridus CO2 Extracts 경구제	코살린정			
Omalizumab 주사제	졸레어주사 등	고시 제2020-133호	20.7.1.	223
Pemrolast potassium 시럽제	알레기살드라이시럽 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	225
❖ 211 강심제				
Caffeine and sodium benzoate 주사제	메조카주사	고시 제2017-193호	17.11.1.	226
Ubidecarenone 경구제	데카키논캡슐	고시 제2019-191호	19.9.1.	226
❖ 212 부정맥용제				
Arotinolol HCl 경구제	알말정 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	227
Dronedaronone 경구제	말택정	고시 제2018-200호	18.10.1.	227

성분명	품명	고시번호	시행일	페이지
Esmolol HCl 주사제	브레비블록주 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	227
Pilsicainide HCl 경구제	썬리듬캡슐	고시 제2013-127호	13.9.1.	228
Propranolol HCl 경구제	인데놀정 등	고시 제2018-18호	18.2.1.	229
❖ 214 혈압강화제				
Ambrisentan 경구제	볼리브리스정 5밀리그램 등	고시 제2019-93호	19.6.7.	230
Azilsartan medoxomil potassium 경구제	이달비정 20밀리그램 등	고시 제2017-215호	17.12.1.	231
Bosentan hydrate 경구제	트라클리어정 62.5밀리그램 등	고시 제2020-217호	20.10.1.	231
Doxazosin 경구제	카달정 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	233
Fimasartan potassium 경구제	카나브정 30mg 등	고시 제2017-193호	17.11.1.	233
Iloprost 흡입액	벤티비스흡입액	고시 제2019-93호	19.6.7.	233
Macitentan 경구제	옵서미트정 10밀리그램	고시 제2019-93호	19.6.7.	235
Phenoxybenzamine 경구제	디벤지람캡슐	고시 제2019-171호	19.8.1.	236
Selexipag 경구제	엠프트라비정 200마이크로그램 등	고시 제2019-93호	19.6.7.	236
Sildenafil 경구제	파텐션정 20밀리그램 등	고시 제2019-93호	19.6.7.	237
Treprostinil 1mg/mL, 2.5mg/mL, 5mg/mL 주사제	레오돌린 주사	고시 제2019-93호	19.6.7.	239
Zofenopril calcium 경구제	조페닐정7.5밀리그램, 15밀리그램, 30밀리그램	고시 제2013-127호	13.9.1.	241
❖ 217 혈관확장제				
Efonidipine 경구제	핀테정 등	고시 제2017-193호	17.11.1.	242
Nifedipine 경구제	이달라트오로스정30 등	고시 제2020-161호	20.8.1.	242
Nimodipine 경구제	삼진니모디핀정 등	고시 제2019-132호	19.7.1.	242
Trimetazidine 경구제	바스티난엠알서방정, 바스티난정 등	고시 제2014-34호	14.3.1.	243
❖ 218 동맥경화용제				
Alirocumab 주사제	프랄런트펜주 75밀리그램 등	고시 제2021-161호	21.6.7	244
Clopidogrel 경구제	피도글정 등	고시 제2020-79호	20.5.1.	245
Clopidogrel+Aspirin 복합경구제	클로스윈캡슐 등	고시 제2018-28호	18.3.1.	247
Evolocumab 주사제	레파타주 프리필드펜	고시 제2019-342호	20.1.1.	248
Ezetimibe 경구제	이지트롤정 등	고시 제2016-66호	16.5.1.	250
Ezetimibe + Atorvastatin 복합경구제	아토젯정 등	고시 제2021-245호	21.10.1.	250
Ezetimibe + pitavastatin calcium 복합경구제	리바로젯정 등			
Ezetimibe + Rosuvastatin calcium 복합경구제	로수젯정 등			
Ezetimibe + Simvastatin 복합경구제	바이토린정 등			
Ezetimibe+Fenofibrate 복합경구제	에제페노정	고시 제2022-24호	22.2.1.	251
Lovastatin 경구제	로바로드정 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	251
Omega-3-acid ethyl esters 90 경구제	오마코연질캡슐 등	고시 제2015-18호	15.2.1.	252
Omega-3-acid ethyl esters 90 + atorvastatin 복합경구제	아트맥콤비젤연질캡슐	고시 제2021-101호	21.4.1.	253
Omega-3-acid ethyl esters 90 + Rosuvastatin 복합경구제	로수메가연질캡슐 등	고시 제2021-152호	21.6.1.	254
❖ 219 기타의 순환계용약				
고혈압치료제 + 고지혈증치료제 복합경구제		고시 제2022-111호	22.5.1.	255
Abciximab 주사제	클로티냅주 등	고시 제2018-253호	18.12.1.	256
Alprostadil 주사제	에글란딘주 등	고시 제2021-294호	21.12.1.	257
Alprostadil α -cyclodextrin 주사제	알푸로덱스주 20마이크로그램 등	고시 제2021-294호	21.12.1.	258

성분명	품명	고시번호	시행일	페이지
Alteplase 주사제	액티라제주사	고시 제2019-252호	19.12.1.	259
Argatroban 주사제	아가론주	고시 제2018-253호	18.12.1.	260
Aspirin 경구제	아스피린 프로텍트정 100밀리그램 등	고시 제2018-97호	18.6.1.	260
Aspirin 25mg + Dipyridamole 200mg 경구제	에디녹스캡슐 등	고시 제2018-18호	18.2.1.	262
Citicoline 경구제	소마지니정	고시 제2013-127호	13.9.1.	262
Citicoline 주사제	참시티콜린주 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	263
Dobesilate calcium 경구제	일성독시움정 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	263
Ginkgo biloba extract 경구제	타나민정, 기넥신에프정 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	263
Icatibant 주사제	피라지르프리필드시린지	고시 제2021-65호	21.3.1.	264
Ivabradine 경구제	프로코라란정	고시 제2019-93호	19.7.1.	264
Kallidinogenase 경구제	카나콜린정 등	고시 제2014-17호	14.2.1.	265
Lanthanum carbonate 경구제	포스레놀정 등	고시 제2018-174호	18.9.1.	265
L-Carnitine	엘칸정 엘칸주사 등	고시 제2019-191호	19.9.1.	265
Milrinone 주사제	프리마코주	고시 제2013-127호	13.9.1.	266
Nicergoline 5mg, 10mg 경구제	사미온정 등	고시 제2015-239호	16.1.1.	266
Pentoxifylline 경구제	트렌탈정400 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	266
Sacubitril-Valsartan 경구제	엔트레스토 필름코팅정 50mg 등	고시 제2022-56호	22.3.1.	267
Sevelamer HCl 400mg, 800mg 경구제	레나젤정 등	고시 제2018-174호	18.9.1.	268
Sevelamer carbonate 800mg 경구제	렌벨라산, 렌벨라정 등			
Sodium ozagrel 주사제	키산본에스주	고시 제2018-253호	18.12.1.	269
Sucroferric oxyhydroxide 경구제	벨포로츄어블정	고시 제2019-240호	20.1.1.	269
Tenecteplase 주사제	메탈라제주	고시 제2013-127호	13.9.1.	269
Tirofiban HCl	아그라스타트주	고시 제2013-127호	13.9.1.	269
Tolvaptan 경구제	삼스카정 15밀리그램 등	고시 제2021-207호	21.8.1.	270
Urokinase 주사제	녹십자유로키나제주 등	고시 제2019-38호	19.3.1.	272
vitis vinifera ext.	엔테론정 50밀리그램 등	고시 제2022-56호	22.3.11.	273
❖ 220 호흡기관용약				
Fluticasone propionate + Formoterol 흡입제	플루티폼흡입제	고시 제2014-34호	14.3.1.	274
Vilanterol trifenate + Fluticasone furoate 흡입제	렐바엘립타	고시 제2016-66호	16.5.1.	274
❖ 221 호흡촉진제				
Caffeine citrate 주사제	네오카프주 등	고시 제2018-280호	19.1.1.	275
Caffeine citrate 액제	네오카프액			
❖ 222 진해거담제				
Acetylcysteine 주사제	뮤코스텐주 등	고시 제2016-223호	16.12.1.	276
Acetylcysteine 흡입액	뮤코미스트액 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	276
Ambroxol HCl 주사제	엠브로주사 등	고시 제2017-193호	17.11.1.	276
Beclomethasone dipropionate + Formoterol 흡입제	포스터 100/6 에이치에프에이 등	고시 제2017-193호	17.11.1.	277
Ciclesonide 외용제	알베스코흡입제 160,80	고시 제2013-127호	13.9.1.	277
Fluticasone furoate 흡입제	아뉴이티 100엘립타 등	고시 제2018-28호	18.3.1.	278
Formoterol fumarate + (Micronized) Budesonide 흡입제	심비코트터부헬러 등	고시 제2015-184호	15.11.1.	278
Ivy leaf 30% ethanol dried ext. 시럽제	푸로스판 시럽 등	고시 제2019-21호	19.2.13.	278

성분명	품명	고시번호	시행일	페이지			
Salbutamol 경구제	부광살부타몰경 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	279			
Salbutamol sulfate 흡입액	벤토린흡입액 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	279			
Salmeterol xinafoate + Fluticasone propionate 흡입제	세레타이드 디스커스 등, 세레타이드 예보할러	고시 제2015-205호	15.12.1.	279			
❖ 229 기타의 호흡기관용약							
만성폐쇄성폐질환 흡입용 치료제		고시 제2022-56호	22.3.1.	280			
Indacaterol acetate+Glycopyrronium bromide+Mometasone furoate 흡입제	에너제어 흡입용캡슐 150/50/80 마이크로그램 등	고시 제2021-234호	21.9.1.	281			
Indacaterol acetate+Mometasone furoate 흡입제	어택트라 흡입용캡슐 150/80 마이크로그램 등	고시 제2021-234호	21.9.1.	281			
Lung surfactant (폐계면활성제) 주사제	서팩텐 등	고시 제2018-280호	19.1.1.	281			
Pirfenidone 경구제	피레스파정 200밀리그램 등	고시 제2018-280호	19.1.1.	283			
Roflumilast 경구제	닥사스정 500마이크로그램 등	고시 제2021-270호	21.11.1.	284			
Salmeterol xinafoate micronized + budesonide 흡입제	제피라스흡입용캡슐300/25마이크로그램 등	고시 제2019-191호	19.9.1.	285			
Sivelestat sodium hydrate 주사제	엘라스폴100주	고시 제2013-127호	13.9.1.	285			
Tiotropium 흡입제	스피리바흡입용캡슐 등 [헨디헬러콤비백, 리필], 스피리바리스피맷	고시 제2022-56호	22.3.1.	286			
Vilanterol trifenate + Fluticasone furoate + Umeclidinium 흡입제	트렐리지엘립타	고시 제2021-152호	21.6.1.	287			
❖ 231 치과구강용약							
가글 용제	헥사메딘가글액 등	고시 제2018-253호	18.12.1.	288			
Doxycycline hyclate 20mg 경구제	덴티스타캡슐	고시 제2022-160호	22.7.1.	288			
❖ 232 소화성궤양용제							
프로톤 펌프 억제 경구제		고시 제2022-111호	22.5.1.	289			
Omeprazole	유한로섹캡슐 등						
Lansoprazole	란스톤캡슐 등						
Pantoprazole	판토록정 등						
Rabeprazole	파리에트정 등						
Esomeprazol	넥시움정 등	고시 제2022-160호	22.7.1.	290			
프로톤 펌프 억제 주사제							
Pantoprazole sodium	판토록주사 등						
Esomeprazole	넥시움주 등	고시 제2014-75호	14.6.1.	292			
Artemisia asiatica 95% ethanol ext. 경구제	스티렌정 등						
Bismuth 경구제	데놀정				고시 제2022-111호	22.5.1.	293
Fexuprazan 경구제	펙수클루정 40밀리그램 등				고시 제2022-160호	22.7.1.	294
H2 수용체 길항 주사제(H2 receptor antagonist)		고시 제2018-174호	18.9.1.	294			
Cimetidine	타가메트주 등						
Famotidine	가스터주 등						
Ranitidine HCl	잔탁주 등						
Ilaprazole 경구제	놀텍정	고시 제2018-58호	18.4.1.	295			
Irsogladine maleate 경구제	가스론엔정 2mg 등, 4mg	고시 제2013-127호	13.9.1.	295			
Lafutidine 경구제	스토가정10mg 등	고시 제2013-210호	14.1.1.	296			
Polaprezinc 경구제	프로맥정 등	고시 제2019-252호	19.12.1.	296			
Roxatidine acetate HCl 경구제	룩산캡셀 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	296			

성분명	품명	고시번호	시행일	페이지
S-pantoprazole 경구제	레토프라정 등	고시 제2018-174호	18.9.1.	297
Sulglycotide 경구제	글립타이드정 200밀리그램	고시 제2013-127호	13.9.1.	297
Tegoprazan 경구제	케이캡정50밀리그램 등	고시 제2022-111호	22.5.1.	297
❖ 235 최토제, 진토제				
항구토제 (Aprepitant 제제, Granisetron HCl 제제, Ondansetron hydrochloride dihydrate 제제, Palonosetron HCl 제제, Ramosetron 제제)		고시 제2018-253호	18.12.1.	298
❖ 238 하제, 완장제				
Prucalopride succinate 경구제	루칼로정 등	고시 제2020-79호	20.5.1.	299
Sodium docusate, D-sorbitol 복합 제제	알액 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	299
❖ 239 기타의 소화기관용약				
Beclomethasone dipropionate 경구제	클리퍼지속성 장용정 5mg	고시 제2013-127호	13.9.1.	300
Calcium polycarbophil 경구제	실콘정 등	고시 제2017-193호	17.11.1.	300
Dexpanthenol 주사제	덱스테놀주 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	300
E.Coli strain Nisse 1917 동결건조물 14mg 경구제	뮤토플로캡슐	고시 제2017-193호	17.11.1.	300
Mesalazine 제제	펜타사 좌약 등	고시 제2017-193호	17.11.1.	301
Migalastat 경구제	갈라폴드캡슐	고시 제2021-245호	21.10.1.	301
Ramosetron HCl 2.5µg, 5µg 경구제	이리보정	고시 제2020-17호	20.2.1.	303
Somatostatin acetate 주사제	소마토산주 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	303
❖ 241 뇌하수체호르몬제				
Desmopressin acetate 경구제	미니린정 등	고시 제2020-107호	20.6.1.	304
Desmopressin acetate 주사제	미니린주사액	고시 제2018-253호	18.12.1.	304
Somatropin 서방형 주사제 (성장호르몬제)	유트로핀플러스주 등	고시 제2019-252호	19.12.5.	305
Somatropin 주사제 (성장호르몬제)	유트로핀주 등	고시 제2019-252호	19.12.5.	307
Terlipressin acetate 주사제	글라이프레신주 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	313
Vasopressin 20U 주사제	한림 바소프레신 주사액	고시 제2017-193호	17.11.1.	313
❖ 243 갑상선, 부갑상선호르몬제				
Teriparatide acetate 주사제	테리본피하주사	고시 제2017-17호	17.2.1.	314
Teriparatide 주사제	포스테오주 등	고시 제2020-17호	20.2.1.	315
Thyrotropin 주사제	타이로젠주 등	고시 제2019-171호	19.8.1.	316
❖ 244 단백질동화스테로이드제				
Oxymetholone 경구제	셀트리온 옥시메톨론정	고시 제2018-253호	18.12.1.	317
❖ 245 부신호르몬제				
스테로이드 주사제	제일덱사메타손주사액 등	고시 제2019-313호	20.1.1.	318
Budesonide (micronized) 2.3mg 제제	엔토코트	고시 제2022-160호	22.7.1.	319
Deflazacort 경구제	캘코트정 등	고시 제2019-252호	19.12.1.	319
Epinephrine bitartrate 주사제	젝스트프리필드펜주150마이크로그램 등	고시 제2019-313호	20.1.1.	320
Epinephrine 제제	제일에피네프린주사액 등	고시 제2019-93호	19.6.7.	320
Methylprednisolone sodium succinate 주사제	솔루메드롤주 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	321
Triamcinolone acetonide 주사제	트리암시놀론주 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	321
❖ 247 난포호르몬 및 황체호르몬제				
Danazol 경구제	영풍 다나졸캡슐 등	고시 제2018-253호	18.12.1.	322
Dienogest 경구제	비잔정 등	고시 제2018-253호	18.12.1.	322
Levonorgestrel 제제	미레나 20mcg	고시 제2013-127호	13.9.1.	323

성분명	품명	고시번호	시행일	페이지
Medroxyprogesterone acetate 경구제	프로베라정 등	고시 제2017-193호	17.11.1.	323
❖ 249 기타의 호르몬제(항호르몬제를 포함)				
난포자극호르몬 (FSH) 주사제		고시 제2022-111호	22.5.1.	324
태반성성선자극호르몬 (hCG) 주사제	아이비에프씨주 5000IU 등	고시 제2017-180호	17.10.1.	325
Clomiphene citrate 경구제	영풍 클로미펜시트르산염정	고시 제2017-180호	17.10.1.	325
Darbepoetin alpha 주사제	네스프프리필드시린지주 등	고시 제2019-57호	19.4.1.	325
Erythropoietin 주사제	에포카인주 등	고시 제2019-38호	19.3.1.	327
Follitropin-α + lutropin α(r-hLH) 복합주사제	피고베리스주	고시 제2017-193호	17.11.1.	328
GnRH antagonist 주사제		고시 제2018-28호	18.3.1.	329
Long-acting octreotide 주사제	산도스타틴라르주사10밀리그램 등	고시 제2019-210호	19.10.1.	329
Lutropin alpha (r-hLH) 주사제	루베리스주 75IU	고시 제2017-180호	17.10.1.	329
Menotrophin 주사제	아이비에에프엠주 75IU 등	고시 제2022-111호	22.5.1.	330
Menotrophin HP 주사제	아이비에에프엠 에이치피주 등			
Methoxy polyethylene glycol-epoetin β 주사제	미세라프리필드주	고시 제2019-38호	19.3.1.	331
Octreotide 주사제	산도스타틴주 등	고시 제2019-38호	19.3.1.	332
Pasireotide pamoate 주사제	시그니포 라르 주사 20,40,60 밀리그램	고시 제2017-193호	17.11.1.	333
Pegvisomant 주사제	소마버트 10밀리그램 등	고시 제2021-234호	21.9.1.	334
❖ 252 자궁수축제				
Methylergonovine maleate 주사제	에르빈주사액 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	335
❖ 259 기타의 비노생식기관 및 항문용약				
5α알파 환원효소 억제제 경구제 (finasteride 5mg, dutasteride 0.5mg)		고시 제2019-240호	19.11.8.	336
Alfuzosin 경구제	자트랄엑스엘정10밀리그램 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	336
Atosiban 주사제	트랙토실주 등	고시 제2015-184호	15.11.1.	337
dutasteride 0.5mg, tamsulosin hydrochloride 0.4mg 복합경구제	듀오다트캡슐	고시 제2022-56호	22.3.1.	337
Fesoterodine fumarate 경구제	토비아즈서방정 4mg, 8mg	고시 제2013-127호	13.9.1.	338
Mirabegron 경구제	베타미가서방정 등	고시 제2020-107호	20.6.1.	338
Naftopidil 경구제	플리바스정 등	고시 제2017-153호	17.9.1.	338
Potassium citrate 경구제	유로시트라케이 10mEq서방정	고시 제2019-191호	19.9.1.	338
Potassium citrate, Citric acid 경구제	유로시트라씨산 등	고시 제2019-191호	19.9.1.	339
Silodosin 경구제	트루파스캡슐 4mg 등	고시 제2017-62호	17.4.1.	339
Solifenacin 경구제	베시케이정 등	고시 제2016-223호	16.12.1.	339
Tamsulosin HCl 경구제	보령염산탐스로신캡슐0.2밀리그램 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	339
Terazosin HCl 경구제	고시 제2017-193호	17.11.1.	340	
Tolterodine 경구제	디트루시톨정 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	340
❖ 261 외피용살균소독제				
Povidone iodine 외용제	포타딘연고 등	고시 제2011-163호	12.1.1.	341
❖ 263 화농성질환용제				
Mafenide acetate 외용제	메페드크림 등	고시 제2017-193호	17.11.1.	342
Recombinant human epidermal growth factor 500mcg (6×10 ⁵ IU) 외용제	이지에프외용액 0.005%	고시 제2018-253호	18.12.1.	342
❖ 264 진통 진양 수렴소염제				
진통 진양 수렴 소염 외용제		고시 제2018-253호	18.12.1.	343

성분명	품명	고시번호	시행일	페이지
코르티코스테로이드 피부 도포제		고시 제2019-57호	19.4.1.	343
Ammonium lactate 외용제	타로암모늄락테이트로션 12% 등	고시 제2019-210호	19.10.1.	344
Buprenorphine 패취제	노스핀패취 5 μ g, 10 μ g, 20 μ g	고시 제2017-193호	17.11.1.	345
Capsaicin 외용제	다이악센크림 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	345
Lidocaine 패취제	리도탑 카타플라스마 등	고시 제2016-31호	16.3.1.	346
❖ 265 기생성 피부질환용제				
Fluconazole 외용제	후코날크림 0.5%	고시 제2018-253호	18.12.1.	347
❖ 266 피부연화제				
Imiquimod 12.5mg 외용제	알다라크림	고시 제2016-49호	16.4.1.	348
❖ 269 기타의 외피용약				
Calcipotriol 외용제	다이보넥스	고시 제2013-127호	13.9.1.	349
Penciclovir 외용제	펜시비어크림	고시 제2020-244호	20.11.1.	349
Pimecrolimus 외용제	엘리델크림 1%	고시 제2019-57호	19.4.1.	349
Tacalcitol 20.87mcg/g 외용제	본알파하이연고	고시 제2013-127호	13.9.1.	349
Tacrolimus 외용제	프로토픽연고 0.1%, 0.03% 등	고시 제2020-79호	20.5.1.	350
❖ 311 비타민 A 및 D제				
Calcitriol 경구제	분키연질캡슐 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	351
Calcitriol 주사제	분키주 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	351
Paricalcitol 주사제	점플라주 등	고시 제2020-161호	20.8.1.	352
❖ 316 혼합비타민제(비타민 A, D 혼합제를 제외)				
수용성비타민엽산 복합성분 경구제	레날민정, 네프비타정 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	353
❖ 322 무기질 제제				
액제형 철분제제	헤모골액 등	고시 제2020-79호	20.5.8.	354
철분주사제	베노웰림주 등	고시 제2020-79호	20.5.8.	355
Iron acetyl-transferrin 200mg 경구제	알부맥스캡셀 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	356
❖ 325 단백질아미노산 제제				
경장영양제	엔커버액 등	고시 제2019-93호	19.6.7.	358
단백아미노산 제제		고시 제2013-151호	13.10.1.	359
A액(Glucose), B액(Amino-acid), C액(Intralipid) 주사제	스모프카비벤주 등	고시 제2019-240호	19.11.1.	359
Glycyl-L-glutamine 주사제	글라민주 등	고시 제2019-240호	19.11.1.	360
L-leucine, L-phenylalanine, L-methionine 등 주사제	클리니믹스85주사	고시 제2013-127호	13.9.1.	360
N(2)-L-alanyl-L-glutamine 주사제	디펩티벤주 등	고시 제2019-240호	19.11.1.	361
α -Keto-DL-isoleucine calcium 67.0mg의 9중 경구제	케토스테릴정	고시 제2013-127호	13.9.1.	361
❖ 329 기타의 자양강장변질제				
Lipid 주사제	스모프리피드 20%주 등	고시 제2019-240호	19.11.1.	362
❖ 332 지혈제				
Eptacog alfa 주사제	노보세븐알티주	고시 제2019-252호	19.12.1.	363
Gelatin sponge 외용제	큐탄플라스트스폰지 등	고시 제2013-151호	13.10.1.	364
Idarucizumab 주사제	프라스비인드주사제	고시 제2019-21호	19.2.1.	364
Oxidized regenerated cellulose	에큐탑프 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	365
P-aminomethyl benzoic acid 주사제	에스빅스주 등	고시 제2018-253호	18.12.1.	365
Thrombin 제제		고시 제2013-127호	13.9.1.	365
Tranexamic acid 경구제	도란사민캡셀	고시 제2017-193호	17.11.1.	366

성분명	품명	고시번호	시행일	페이지
❖ 333 혈액응고저지제				
Apixaban 경구제	엘리퀴스정 등	고시 제2019-21호	19.2.1.	367
Dabigatran 경구제	프라다사캡슐 110밀리그램 등	고시 제2019-21호	19.2.1.	368
Dalteparin sodium 주사제	프로그민주 등	고시 제2018-97호	18.6.1.	369
Defibrotide 주사제	데피델리오주 200밀리그램	고시 제2019-93호	19.6.7.	370
Edoxaban Tosilate Hydrate 경구제	릭시아나정 15밀리그램 등	고시 제2019-21호	19.2.1.	372
Enoxaparin sodium 주사제	크렉산주 등	고시 제2018-97호	18.6.1.	373
Fondaparinux sodium 주사제	아릭스트라주	고시 제2019-191호	19.9.1.	374
Heparin 주사제		고시 제2013-127호	13.9.1.	374
Nadroparin 주사제	후락스파린주 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	374
Rivaroxaban 경구제	자렐토정 2.5밀리그램 등	고시 제2020-265호	20.12.1.	375
❖ 339 기타의 혈액 및 체액용약				
Cilostazol 경구제	프레탈정 등	고시 제2014-210호	14.12.1.	378
Eltrombopag olamine 경구제	레볼레이드정 25밀리그램 등	고시 제2022-56호	22.3.1.	378
Emicizumab 주사제	헴리브라피하주사 30mg 등	고시 제2021-234호	21.9.1.	380
G-CSF 주사제 filgrastim	그라신프리필드 시린지주 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	381
Lenograstim	뉴트로진주			
Hydroxyethyl starch 함유 제제	블루렌주, 블루라이트주, 테트라스판주, 헥스텐드주 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	382
Pentastarch 제제	제일펜타스타치 10%주	고시 제2017-193호	17.11.1.	383
Plerixafor 주사제	모조빌주	고시 제2021-294호	21.12.1.	383
Recombinant blood coagulation factor VIII 주사제	에드베이트주 등	고시 제2018-280호	19.1.1.	386
Beroctocog alfa	그린진에프주 등			
Moroctocog alfa	진타솔로퓨즈프리필드주 등			
Recombinant blood coagulation factor VIII-Fc fusion protein Efmoroctocog α 주사제	엘록테이트주 250 IU 등	고시 제2021-152호	21.6.1.	387
Recombinant blood coagulation factor VIII, Rurioctocog α pegol 주사제	에디노베이트주 250 IU 등			
Lonoctocog alfa 주사제	엡스틸라주 250 IU 등			
Recombinant blood coagulation factor IX 주사제	베네픽스주	고시 제2020-107호	20.6.1.	388
Recombinant blood coagulation factor IX-Fc fusion protein Eftrenonacog α 주사제	알프로릭스주 250 IU 등	고시 제2018-280호	19.1.1.	389
Recombinant blood coagulation factor IX Nonacog gamma 주사제	릭수비스주	고시 제2018-280호	19.1.1.	390
Romiplostim 주사제	로미플레이트주 250mcg	고시 제2022-56호	22.3.1.	391
Ticlopidine HCl 경구제	유유크리드정 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	392
❖ 341 인공신장관류용제				
복막투석액		고시 제2013-127호	13.9.1.	393
L-methionine 외 복막투석액	뉴트리날 피디-4액	고시 제2017-193호	17.11.1.	393
❖ 349 기타의 인공관류용제				
Calcium chloride 외 (안내수술용 평형염액)	비에스에스액 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	394
D-mannitol + D-sorbitol	유로솔액 등	고시 제2020-265호	20.12.1.	394
❖ 391 간장질환용제				
Lamivudine 100mg 경구제	제픽스정 등	고시 제2019-93호	19.6.7.	395
❖ 392 해독제				

성분명	품명	고시번호	시행일	페이지
구형흡착탄 경구제	크레메진세립 등	고시 제2022-131호	22.6.1.	396
Betaine anhydrous 180g 경구제	시스타단산 1그램	고시 제2014-17호	14.2.1.	396
Deferasirox 경구제	엑스자이드확산정 125밀리그램 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	397
Flumazenil 주사제	아넥세이트주 등	고시 제2017-35호	17.3.1.	397
Leucovorin calcium 주사제	페르본주사 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	398
Sodium thiosulfate 주사제	아메톡스주 25%	고시 제2013-127호	13.9.1.	398
Zinc acetate 경구제	윌리진캡슐 25밀리그램, 50밀리그램	고시 제2013-127호	13.9.1.	398
❖ 394 통풍치료제				
Colchicine 경구제	콜킨정 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	399
❖ 395 효소제제				
Agalsidase alfa 3.5mg 주사제	레프리카갈주	고시 제2019-313호	20.1.1.	400
Agalsidase β 37mg 주사제	파브라자임주 등	고시 제2020-17호	20.2.1.	401
Alglucosidase alfa 주사제	마이오자임주 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	403
Asfotase alfa 주사제	스트렌식주 40mg/mL 등	고시 제2020-107호	20.6.1.	403
Elosulfase alfa 5mg 주사제	비미짐주	고시 제2016-83호	16.6.1.	406
Galsulfase 주사제	나글라자임주	고시 제2013-127호	13.9.1.	408
Idursulfase 주사제	엘라프라제주 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	408
Rasburicase 주사제	패스터텍주	고시 제2018-253호	18.12.1.	408
❖ 396 당뇨병용제				
당뇨병용제 + 고지혈증 복합경구제				
Dapagliflozin 경구제		고시 제2018-174호	18.9.1.	410
Dapagliflozin 경구제	포시가정 10밀리그램	고시 제2021-234호	21.9.1.	410
Empagliflozin 경구제	자디양정 10밀리그램	고시 제2021-294호	21.12.1.	410
Metformin 경구제	다이아벡스정 등	고시 제2021-294호	21.12.1.	411
Pioglitazone 경구제	액토스정 등	고시 제2017-180호	17.10.1.	411
❖ 399 따로 분류되지 않는 대사성 의약품				
4:1 w/w mixed hydrogel of sodium hyaluronate gel crosslinked by divinyl sulfone and sodium hyaluronate 주사제	레시노원주 등	고시 제2022-56호	22.3.1.	412
Avocado soya unsaponifiables 경구제	이모튼캡슐	고시 제2021-194호	21.7.23.	412
BDDE bridged sodium hyaluronate 60mg 주사제	시노비안주, 하이하알원스주, 하이알원샷주	고시 제2020-79호	20.5.1.	412
Bromocryptine mesylate 경구제	팔로델정 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	413
Cabergoline 경구제	카버락틴정 등	고시 제2018-58호	18.4.1.	413
Carglumic acid 경구제	카바글루확산정200mg	고시 제2020-69호	20.4.1.	413
Cinacalcet HCl 경구제	레고프러정 등	고시 제2018-81호	18.5.1.	414
Denosumab 주사제	프롤리아 프리필드시린지	고시 제2019-57호	19.4.1.	414
Disodium etidronate 경구제	다이놀정	고시 제2017-193호	17.11.1.	415
Eliglustat tartrate 경구제	세레룰가캡슐 84밀리그램	고시 제2017-193호	17.11.1.	415
Lactulose 경구제 [전문약품] [일반약품]	듀파락시럽 등, 듀파락-이지시럽 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	416
Miglustat 경구제	자베스카캡슐 100밀리그램	고시 제2019-21호	19.2.1.	417
Nafamostat 주사제	주사용후탄 등, 주사용후탄 50 등	고시 제2020-161호	20.8.1.	418
Nitisinone 경구제	올파딘캡슐	고시 제2013-127호	13.9.1.	419
Pamidronate 제제	파노린주사 등	고시 제2018-253호	18.12.1.	419
Proteolytic peptide from porcine brain 주사제	세레브로리진주 등	고시 제2020-107호	20.6.1.	419
Romosozumab 주사제	이베니티주프리필드시린지	고시 제2020-271호	20.12.1.	420

성분명	품명	고시번호	시행일	페이지
S-adenosyl-L-methionine sulfate-P-toluene sulfonate 경구제	사데닌정 등	고시 제2022-56호	22.3.11.	421
Sodium alendronate 시럽제	마시본액 등	고시 제2020-133호	20.7.1.	421
Sodium hyaluronate 20mg 주사제	히루안플러스주 등	고시 제2020-79호	20.5.1.	421
Sodium hyaluronate 25mg 주사제	하이알주 등	고시 제2020-79호	20.5.1.	422
Thioctic acid 주사제	부광치옥타시드주 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	422
Zoledronic acid 5mg/100ml 주사제	대용졸레드론산 주사액 5밀리그램 /100밀리리터 등	고시 제2018-200호	18.10.1.	423
α-lipoic acid(또는 Thioctic acid)경구제		고시 제2016-31호	16.3.1.	424
❖ 421 항악성종양제				
상황균사체엑스 경구제	메시마캡셀 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	425
5-fluorouracil 주사제	중외 5-에프유 주 등	고시 제2017-193호	17.11.1.	425
6-Mercaptopurine 경구제	푸리네톤정 등	고시 제2018-253호	18.12.1.	425
Cyclophosphamide 제제		고시 제2020-107호	20.6.1.	425
Etoposide 제제		고시 제2013-127호	13.9.1.	426
GnRH agonist 주사제		고시 제2018-253호	18.12.1.	427
Ibrutinib 경구제	임브루비카캡슐 140밀리그램	고시 제2020-69호	20.4.1.	430
Interferon α-2a 주사제	로페론에이프리필드주	고시 제2015-118호	15.7.1.	430
Interferon α-2b 주사제	인트론에이멀티도스펜	고시 제2016-110호	16.7.1.	432
letrozole 경구제	페마라정 등	고시 제2019-93호	19.6.7.	434
Megestrol acetate	메게이스내복현탁액 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	434
Methotrexate 제제		고시 제2018-253호	18.12.1.	435
Mitoxantrone HCl 주사제	미트론주	고시 제2021-26호	21.2.1.	436
Rituximab 주사제	맙테라주 등	고시 제2020-244호	20.11.1.	437
Ruxolitinib phosphate 경구제	자카비정 5밀리그램 등	고시 제2022-131호	22.6.1.	442
Tamoxifen 경구제	놀바덱스정 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	442
Vincristin sulfate 주사제	빈크란주 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	442
❖ 429 기타의 종양치료제				
Anagrelide acetate	아그릴린캡셀 등	고시 제2019-240호	19.11.1.	443
Thymomodulin 경구제	로이콘시럽 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	443
❖ 431 방사성 의약품				
3,3-Diphosphono-1, 2-Propane Dicarboxylate(DPD), Tetrasodium 주사제	테세오스주 등	고시 제2014-166호	14.10.1.	444
Chromium(51Cr) edetate 1mCi	새한크롬이디티에이주사	고시 제2013-127호	13.9.1.	444
Exametazime 주사제	스타블라이지드세레텍주 등	고시 제2019-21호	19.2.1.	444
Indium chloride(111In) 3.3mCi, Pentetrotide 10mcg 주사제	옥트레오스캔주사	고시 제2013-127호	13.9.1.	444
Strontium chloride (Sr-89)	메타스트론주	고시 제2017-35호	17.3.1.	445
Thallium-201 주사제	한국원자력의학원영화탈륨(Th-201)주사액 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	445
❖ 439 기타의 조직세포의 치료 및 진단				
동종피부유래 각질세포	케라힐-알로	고시 제2018-115호	18.6.9.	446
사람유래 피부각질세포	칼로덤	고시 제2019-191호	19.9.1.	447
자가유래연골세포	콘드론	고시 제2019-88호	19.5.1.	448
자가 지방유래 중간엽줄기세포	큐피스스템주	고시 제2013-210호	14.1.1.	449
Abatacept 주사제	오렌시아주 250밀리그램,	고시 제2020-244호	20.11.1.	449

성분명	품명	고시번호	시행일	페이지
	오렌시아서브큐프리필드시린지 125밀리그램			
Adalimumab 주사제	휴미라주 등	고시 제2021-127호	21.5.1.	452
Aflibercept 주사제	아일리아주사, 아일리아프리필드시린지	고시 제2022-111호	22.5.1.	463
Anakinra	키너렛주	고시 제2013-127호	13.9.1.	465
Brolucizumab 주사제	비오뷰프리필드시린지	고시 제2021-101호	21.4.1.	465
Etanercept 주사제	엔브렐주사 등	고시 제2020-244호	20.11.1.	466
Infliximab 제제	레미케이드 주 등	고시 제2020-305호	21.1.1.	472
Ranibizumab 주사제	루센티스주, 루센티스프리필드시린지	고시 제2022-111호	22.5.1.	482
Vedolizumab 주사제	킨텔라스주	고시 제2020-161호	20.8.1.	483
❖ 611 주로 그람양성균에 작용하는 것				
Benzathine penicillin G 주사제	몰다민주 등	고시 제2017-136호	17.8.1.	487
Daptomycin 주사제	펜토신주 350밀리그램 등	고시 제2021-161호	21.6.7.	487
Linezolid 경구제	자이복스정 등	고시 제2020-265호	20.12.1.	488
Linezolid 2mg/ml 주사제	자이복스주 등			
Tedizolid 경구제	시벡스트로정 200mg 등	고시 제2018-253호	18.12.1.	488
Teicoplanin 주사제	타고시드주 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	489
Vancomycin 주사제	반코마이신주 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	490
❖ 612 주로 그람음성균에 작용하는 것				
Amikacin sulfate 주사제	아미킨주 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	491
Aztreonam 주사제	메작탐주사 등	고시 제2020-161호	20.8.1.	491
Colistimethate 주사제	후콜리스트메테이트주 등	고시 제2017-193호	17.11.1.	491
❖ 613 주로 항산성균에 작용하는 것				
Kanamycin sulfate 주사제	동이카나마이신항산염주	고시 제2013-127호	13.9.1.	493
Rifabutin 경구제	마이코부틴캡슐 등	고시 제2014-34호	14.3.1.	493
Rifampicin 경구제	리팜핀정 등	고시 제2018-174호	18.9.1.	494
❖ 614 주로 그람양성균, 리케치아, 비루스에 작용하는 것				
Azithromycin 경구제	지스로맥스정 등	고시 제2021-26호	21.2.1.	495
Erythromycin 경구제	보령에릭캡슐	고시 제2018-174호	18.9.1.	495
Roxithromycin 경구제	루리드정 등	고시 제2018-174호	18.9.1.	496
❖ 615 주로 그람음성균, 리케치아, 비루스에 작용하는 것				
Doxycycline hyclate 제제	바이브라마이신-엔 정 등	고시 제2017-180호	17.10.1.	497
❖ 616 주로 곰팡이, 원충에 작용하는 것				
Pentamidine isethionate 주사제	화이자펜타미딘이세티온산염주 300mg	고시 제2018-158호	18.8.1.	498
❖ 617 주로 악성종양에 작용하는 것				
Bleomycin HCl 주사제	브레오신주 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	499
Mitomycin-C 점안액 (조제실 제제에 한함)		고시 제2004-28호	04.5.1.	499
Mitomycin-C 주사제		고시 제2013-127호	13.9.1.	499
❖ 618 주로 그람양성, 음성균에 작용하는 것				
Amoxicillin + Clavulanate 경구제	오구멘틴정 등	고시 제2020-265호	20.12.1.	500
Cefazolin sod. 주사제	세파졸린주 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	500
Ceftazidime 주사제	포탐주 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	500
Ertapenem 주사제	인반즈주	고시 제2013-127호	13.9.1.	500
Gentamicin sulfate 주사제		고시 제2013-127호	13.9.1.	501

성분명	품명	고시번호	시행일	페이지
Imipenem + Cilastatin 제제	티에남주 등	고시 제2020-265호	20.12.1.	501
Meropenem 제제	유한메로펜주 등			
Doripenem 제제	피니박스주사 등			
Rifaximin 경구제	노르믹스정	고시 제2013-127호	13.9.1.	502
Tigecycline 주사제	타이가실주	고시 제2022-111호	22.5.1.	502
❖ 619 기타의 항생물질 제제				
Clarithromycin 경구제	클래리스드필름코팅정 250mg 등	고시 제2022-111호	22.5.1.	503
❖ 621 설파제				
Sulfadiazine 단일성분 경구제	설파디아진정	고시 제2013-127호	13.9.1.	504
Sulfamethoxazole 400mg, Trimethoprim 80mg 경구제	셉트린정, 셉트린시럽 등	고시 제2018-158호	18.8.1.	505
Sulfasalazine 경구제	사라조피린이엔정 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	505
❖ 622 항결핵제				
Bedaquiline fumarate 경구제	서튜러정 100mg	고시 제2020-265호	20.12.1.	506
Delamanid 경구제	델타비정 50mg	고시 제2020-265호	20.12.1.	507
❖ 623 치나제				
Dapsone 경구제	태준답손정 25mg 등	고시 제2018-253호	18.12.1.	508
❖ 629 기타의 화학요법제				
에이즈치료제		고시 제2015-184호	15.11.1.	509
Acyclovir 제제	조비락스 등	고시 제2019-38호	19.3.1.	509
Asunaprevir 경구제	순베프라캡슐 100밀리그램	고시 제2015-239호	16.1.1.	510
Balofloxacin 100mg	큐룩신정	고시 제2017-77호	17.5.1.	511
Ciprofloxacin 경구제	사이툼신정 등	고시 제2017-77호	17.5.1.	512
Daclatasvir 경구제	다클린자정 60밀리그램	고시 제2018-18호	18.2.1.	512
Darunavir ethanolate 433.64mg 경구제	프레지스타정 400mg	고시 제2013-127호	13.9.1.	514
Darunavir ethanolate 650.46mg 경구제	프레지스타정 600mg	고시 제2016-31호	16.3.1.	514
Darunavir ethanolate + Cobicistat silicon dioxide 복합제	프레즈코비스정	고시 제2016-31호	16.3.1.	514
Dasabuvir 경구제	엑스비라정	고시 제2017-93호	17.6.1.	514
Elbasvir + Grazoprevir 경구제	제파티어정	고시 제2017-77호	17.5.1.	516
Etravirine 경구제	인텔렌스정	고시 제2013-127호	13.9.1.	517
Famciclovir 250mg 경구제	팜비어정 250mg 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	517
Ganciclovir 주사제	싸이메빙정주 등	고시 제2015-205호	15.12.1.	517
Gemifloxacin mesylate 경구제	팍티브정	고시 제2013-127호	13.9.1.	518
Glecaprevir + Pibrentasvir 경구제	마비렛정	고시 제2021-65호	21.3.1.	519
Ledipasvir + Sofosbuvir 경구제	하보니정	고시 제2019-171호	19.8.1.	521
Letermovir 경구제	프레비미스정 240, 480밀리그램	고시 제2020-305호	21.1.1	523
Letermovir 주사제	프레비미스주 240, 480밀리그램			
Levofloxacin 경구제	레보펙신정 등	고시 제2022-111호	22.5.1.	523
Lomefloxacin 경구제	로맥스신정 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	525
Moxifloxacin 경구제	이벨록스정 등	고시 제2021-26호	21.2.1.	525
Nelfinavir mesylate 경구제	비리셋트필름코팅정	고시 제2017-215호	17.12.1.	526
Ofloxacin 제제	타리비드 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	526
Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir	비키라정	고시 제2017-93호	17.6.1.	527

성분명	품명	고시번호	시행일	페이지
경구제				
Oseltamivir 경구제	타미플루캡슐 등	고시 제2017-193호	17.11.1.	528
Palivizumab 주사제	시나지스주 등	고시 제2017-246호	18.1.1.	529
Raltegravir potassium 경구제	이센트레스정, 이센트레스에이치디정	고시 제2018-174호	18.9.1.	530
Sofosbuvir 경구제	소발디정	고시 제2018-18호	18.2.1.	530
Tenofovir disoproxil 경구제	비리어드정 등	고시 제2018-253호	18.12.1.	532
Tenofovir disoproxil + Emtricitabine 경구제	트루바다정	고시 제2019-93호	19.6.7.	532
Tosufloxacin 경구제	오젝스정	고시 제2013-127호	13.9.1.	532
Valacyclovir HCl 경구제	발트렉스정 250밀리그램 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	533
Valganciclovir 경구제	발사이트정 450밀리그램 등	고시 제2018-18호	18.2.1.	533
Zabofloxacin 경구제	자보란테정	고시 제2015-239호	16.1.1.	533
Zanamivir 외용제	리렌자로타디스크	고시 제2017-193호	17.11.1.	534
❖ 631 백신류-미허가 화귀의약품 관련				
Free-dried rabies vaccine produced on VERO cell line, Inactivated and purified>2.5I.U(or Whole-virus rabies antigen)주사제	베로랍주	고시 제2013-127호	13.9.1.	535
❖ 632 독소류 및 독소이드류				
Clostridium botulinum A toxin haemagglutinin complex 주사제	디스포트주	고시 제2019-210호	19.10.1.	536
Clostridium botulinum A toxin 주사제	보톡스주 등	고시 제2022-160호	22.7.1.	539
❖ 633 항독소 및 랩토스피라혈청류				
Antivenin agkistrodon halys	코박스건조 살무사항독소주	고시 제2016-49호	16.4.1.	543
❖ 634 혈액제제류				
Albumin 주사제		고시 제2016-145호	16.8.1.	544
Anti-inhibitor coagulant complex 주사제	웨이바주	고시 제2022-131호	22.6.1.	547
Antithrombin III, human 주사제	안티트롬빈III 주 등	고시 제2014-166호	14.10.1.	548
Human anti-hepatitis B immunoglobulin 경주용 주사제	정주용 헤파빅주 등	고시 제2015-134호	15.8.1.	549
Human blood coagulation factor VIII 250I.U, 500I.U 주사제	그린에이트주	고시 제2013-127호	13.9.1.	550
Human blood coagulation factor VIII 250I.U, 500I.U, 1,000I.U(as Von-Willebrand factor 125I.U, 250I.U, 500I.U) 주사제	이뮤네이트주	고시 제2013-127호	13.9.1.	550
Human blood coagulation factor VIII 주사제	그린노주 등	고시 제2018-280호	19.1.1.	551
Human immunoglobulin G 주사제	아이비글로불린에스엔주 등	고시 제2022-56호	22.3.1.	552
Human plasma fraction with a factor XIII (혈액응고 제 13인자)	피브로가민피	고시 제2021-65호	21.3.1.	562
IgM 고함유 사람면역글로불린 주사제	펜타글로빈주	고시 제2013-127호	13.9.1.	563
Immunoglobulin anti-D(Rh) 600, 1500, 5000IU 주사제	윈로에스티에프주	고시 제2013-127호	13.9.1.	563
Immunoglobulin G, Human cytomegalovirus 주사제	메갈로텍주	고시 제2013-127호	13.9.1.	565
Protein C Concentrate Lyophilized Powder	세프루틴	고시 제2019-93호	19.6.7.	566
❖ 635 생물학적 시험용제제류				

성분명	품명	고시번호	시행일	페이지
Tuberculin purified protein derivative	튜베르쿨린피피디알티23에스에스아이/APC	고시 제2013-127호	13.9.1.	567
❖ 636 생물학적 제제				
Rabies human immunoglobulin 300 IU 주사제	캄랍주	고시 제2013-127호	13.9.1.	568
❖ 639 기타의 생물학적 제제				
Eculizumab 주사제	솔리리스주	고시 제2021-337호	22.1.1.	569
Interferon β -1a 주사제	레비프프리필드주사, 레비도즈프리필드펜, 아보넥스주 등	고시 제2021-26호	21.2.1.	576
Peginterferon β -1a 주사제	플레그리디펜주 등			
Interferon β -1b	베타페론주사	고시 제2021-26호	21.2.1.	577
Interferon- γ 주사제	인터맥스감마주 200만단위	고시 제2016-21호	16.2.1.	578
Natalizumab 주사제	티사브리주	고시 제2021-26호	21.2.1.	579
Peginterferon alfa-2a 주사제	페가시스주, 페가시스프리필드주	고시 제2016-66호	16.5.1.	579
Ravulizumab 주사제	울토미리스주	고시 제2021-161호	21.6.7.	581
❖ 641 항원충제				
Atovaquone 250mg, Proguanil HCl 100mg 경구제	말라론정	고시 제2013-127호	13.9.1.	586
Metronidazole 주사제	트리젤주 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	586
Pyrimethamine	다라프림정	고시 제2013-127호	13.9.1.	586
Pyrimethamine + Sulfadoxine 복합경구제	팬시다정	고시 제2013-127호	13.9.1.	587
Pyronaridine + Artesunate 복합경구제	피라맥스정	고시 제2013-127호	13.9.1.	588
❖ 721 X선 조영제				
Barium sulfate 제제	솔로탑 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	589
Ethyl esters of the iodised fatty acids of poppyseed oil 주사제	리피오돌올트라액 등	고시 제2021-194호	21.7.6.	589
PEG3350 외	코리트산 등	고시 제2022-160호	22.7.1.	589
❖ 729 기타의 진단용약				
Corticotrelin trifluoroacetate	씨알에이치페링 등	고시 제2019-191호	19.9.1.	591
Somatorelin acetate	지에이치알에이치페링	고시 제2019-191호	19.9.1.	591
❖ 811 아편알카로이드계 제제				
Paracetamol 250mg, Ibuprofen 200mg, Codeine phosphate 10mg 복합 제제	마이폴캡슐 등	고시 제2018-253호	18.12.1.	592
❖ 821 합성마약				
Alfentanil HCl 주사제	알페닐주 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	593
Fentanyl citrate 주사제	구연산펜타닐주 등	고시 제2019-171호	19.8.1.	593
Oxycodone HCl 주사제	옥시넘주사 등	고시 제2017-193호	17.11.1.	594
Remifentanyl 주사제	올티발주 등	고시 제2016-203호	16.11.1.	595
Sufentanil citrate 주사제	수펜탈주사 등	고시 제2013-127호	13.9.1.	595

■ 한약제제

구 분	고시번호	시행일	페이지
❖ 일반사항			
같은 날에 2가지 이상 기준처방 동시 투약시 인정여부	고시 제2011-10호	11.2.1.	599
급여 한약제의 제형 변형에 따른 인정범주	고시 제2005-61호	05.9.15.	599
처방별 적응증	고시 제2009-214호	10.1.1.	599

성분명순 색인

성분명순 색인

3,3-Diphosphono-1, 2-Propane Dicarboxylate(DPD), Tetrasodium 주사제	444	Antivenin agkistrodon halys	543
4:1 w/w mixed hydrogel of sodium hyaluronate gel crosslinked by divinyl sulfone and sodium hyaluronate 주사제	412	Apixaban 경구제	367
5-fluorouracil 주사제	425	Argatroban 주사제	260
5알파 환원효소 억제제 경구제 (finasteride 5mg, dutasteride 0.5mg)	336	Aripiprazole 주사제	130
6-Mercaptopurine 경구제	425	Armodafinil 경구제	151
Abatacept 주사제	449	Arotinolol HCl 경구제	227
Abciximab 주사제	256	Artemisia asiatica 95% ethanol ext. 경구제	292
Acetylcysteine 주사제	276	Asfotase alfa 주사제	403
Acetylcysteine 흡입액	276	Aspirin 25mg + Dipyridamole 200mg 경구제	262
Acyclovir 제제	509	Aspirin 경구제	260
Adalimumab 주사제	452	Asunaprevir 경구제	510
Aflibercept 주사제	463	Atomoxetine HCl 경구제	143
Agalsidase alfa 3.5mg 주사제	400	Atosiban 주사제	337
Agalsidase β 37mg 주사제	401	Atovaquone 250mg, Proguanil HCl 100mg 경구제	586
Agomelatine 경구제	129	Atracurium besylate 주사제	161
Albumin 주사제	544	Avocado soya unsaponifiables 경구제	412
Alemtuzumab 주사제	142	Azilsartan medoxomil potassium 경구제	231
Alfentanil HCl 주사제	593	Azithromycin 경구제	495
Alfuzosin 경구제	336	Aztreonam 주사제	491
Alglucosidase alfa 주사제	403	A액(Glucose), B액(Amino-acid), C액(Intralipid) 주사제	359
Alirocumab 주사제	244	baclofen 주사제	161
Alprostadil α-cyclodextrin 주사제	258	Balofloxacin 100mg	511
Alprostadil 주사제	257	Baricitinib 경구제	173
Alteplase 주사제	259	Barium sulfate 제제	589
Amantadine 경구제	142	Basiliximab 주사제	175
Amantadine 주사제	143	BDDE bridged sodium hyaluronate 60mg 주사제	412
Ambrisentan 경구제	230	Beclomethasone dipropionate + Formoterol 흡입제	277
Ambroxol HCl 주사제	276	Beclomethasone dipropionate 경구제	300
Amikacin sulfate 주사제	491	Bedaquiline fumarate 경구제	506
Amitriptyline HCl	135	Belimumab 주사제	176
Ammonium lactate 외용제	344	Benzathine penicillin G 주사제	487
Amoxapine	135	Berectocog alfa	386
Amoxicillin + Clavulanate 경구제	500	Betaine anhydrous 180g 경구제	396
Anagrelide acetate	443	Bethanechol chloride 경구제	163
Anakinra	465	Bilberry fruit dried ext. 경구제	166
Anti-inhibitor coagulant complex 주사제	547	Bismuth 경구제	293
Antithrombin III, human 주사제	548	Bleomycin HCl 주사제	499
		Blonanserin 경구제	130
		Bosentan hydrate 경구제	231

Brolucizumab 주사제	465	Cyclosporin 0.1% 외용제	166
Bromocryptine mesylate 경구제	413	Cyclosporine 경구제	177
Budesonide (micronized) 2.3mg 제제	319	Cyclosporine 주사제	179
Buprenorphine 패취제	345	Dabigatran 경구제	368
Bupropion 100mg 경구제	130	Daclatasvir 경구제	512
Bupropion HCl 150mg 경구제	130	Dalteparin sodium 주사제	369
Cabergoline 경구제	413	Danazol 경구제	322
Caffeine and sodium benzoate 주사제	226	Dapagliflozin 경구제	410
Caffeine citrate 액제	275	Dapsone 경구제	508
Caffeine citrate 주사제	275	Daptomycin 주사제	487
Calcipotriol 외용제	349	Darbepoetin alpha 주사제	325
Calcitriol 경구제	351	Darunavir ethanolate + Cobicistat silicon dioxide 복합제	514
Calcitriol 주사제	351	Darunavir ethanolate 433.64mg 경구제	514
Calcium chloride 외 (안내수술용 평형염액)	394	Darunavir ethanolate 650.46mg 경구제	514
Calcium polycarbophil 경구제	300	Dasabuvir 경구제	514
Cannabidiol	117	Deferasirox 경구제	397
Capsaicin 외용제	345	Defibrotide 주사제	370
Carbamazepine 경구제	118	Deflazacort 경구제	319
Carglumic acid 경구제	413	Delamanid 경구제	507
Cefazolin sod. 주사제	500	Denosumab 주사제	414
Ceftazidime 주사제	500	Desloratadine 경구제	172
Celecoxib 경구제	123	Desmopressin acetate 경구제	304
Chromium(51Cr) edetate 1mCi	444	Desmopressin acetate 주사제	304
Ciclesonide 외용제	277	Desvenlafaxine 경구제	132
Cilostazol 경구제	378	Dexamethasone 700 μ g 이식제	167
cimetidine	294	Dexpanthenol 주사제	300
Cinacalcet HCl 경구제	414	Dienogest 경구제	322
Ciprofloxacin HCl + Dexamethasone 외용제	171	Dimethyl fumarate 경구제	145
Ciprofloxacin 경구제	512	Dimethyl fumarate 경구제	180
Citalopram HBr	137	Disodium etidronate 경구제	415
Citicoline 경구제	262	D-mannitol + D-sorbitol	394
Citicoline 주사제	263	Dobesilate calcium 경구제	263
Cladribine 경구제	144	Donepezil 경구제	146
Clarithromycin 경구제	503	Doripenem 제제	501
Clomiphene citrate 경구제	325	Doxazosin 경구제	233
Clomipramine HCl	135	Doxycycline hyclate 20mg 경구제	288
Clonazepam 경구제	118	Doxycycline hyclate 제제	497
Clonidine hydrochloride 경구제	144	Dronedaron 경구제	227
Clopidogrel 경구제	245	Duloxetine 경구제	133
Clopidogrel+Aspirin 복합경구제	247	Dupilumab 주사제	180
Clostridium botulinum A toxin haemagglutinin complex 주사제	536	dutasteride 0.5mg, tamsulosin hydrochloride 0.4mg 복합경구제	337
Clostridium botulinum A toxin 주사제	539	E.Coli strain Nissle 1917 동결건조물 14mg 경구제	300
Clozapine 경구제	131	Eculizumab 주사제	569
Colchicine 경구제	399	Edoxaban Tosilate Hydrate 경구제	372
Colistimethate 주사제	491	Efonidipine 경구제	242
Corticotropin trifluoroacetate	591	Elbasvir + Grazoprevir 경구제	516
Cyclophosphamide 제제	425		
Cyclosporin 0.05% 외용제	166		

Eliglustat tartrate 경구제	415	Fondaparinux sodium 주사제	374
Elosulfase alfa 5mg 주사제	406	Formoterol fumarate + (Micronized) Budesonide 흡입제	278
Eltrombopag olamine 경구제	378	Free-dried rabies vaccine produced on VERO cell line, Inactivated and purified \geq 2.5IU (or Whole-virus rabies antigen)주사제	535
Emicizumab 주사제	380	Gabapentin 경구제	118
Empagliflozin 경구제	410	Galantamine 경구제	148
Enoxaparin sodium 주사제	373	Galsulfase 주사제	408
Epinastine 경구제	222	Ganciclovir 주사제	517
Epinephrine bitartrate 주사제	320	G-CSF 주사제 filgrastim	381
Epinephrine 제제	320	Gelatin sponge 외용제	364
Eptacog alfa 주사제	363	Gemifloxacin mesylate 경구제	518
Ertapenem 주사제	500	Gentamicin sulfate 주사제	501
Erythromycin 경구제	495	Ginkgo biloba extract 경구제	263
Erythropoietin 주사제	327	Glatiramer acetate 주사제	149
Escitalopram	137	Glecaprevir+Pibrentasvir 경구제	519
Escitalopram oxalate	137	Glycopyrrolate 주사제	163
Esmolol HCl 주사제	227	Glycyl-L-glutamine 주사제	360
Esomeprazol	289	GnRH agonist 주사제	427
Esomeprazole	290	GnRH antagonist 주사제	329
Etanercept 주사제	466	Golimumab 주사제	182
Ethyl esters of the iodised fatty acids of poppyseed oil 주사제	589	Guselkumab 주사제	187
Etomidate 주사제	113	H2 수용체 길항 주사제(H2 receptor antagonist)	294
Etoposide 제제	426	Heparin 주사제	374
Etoricoxib 경구제	124	Human anti-hepatitis B immunoglobulin 정주용 주사제	549
Etravirine 경구제	517	Human blood coagulation factor VIII 250IU, 500IU 주사제	550
Everolimus 경구제	181	Human blood coagulation factor VIII 250IU, 500IU, 1,000IU (as Von-Willebrand factor 125IU, 250IU, 500IU) 주사제	550
Evolocumab 주사제	248	Human blood coagulation factor VIII 주사제	551
Exametazime 주사제	444	Human immunoglobulin G 주사제	552
Ezetimibe + Atorvastatin 복합경구제	250	Human plasma fraction with a factor XIII (혈액응고 제 13인자)	562
Ezetimibe + pitavastatin calcium 복합경구제	250	Hydroxyethyl starch 함유 제제	382
Ezetimibe + Rosuvastatin calcium 복합경구제	250	Hyoscine butylbromide 주사제	164
Ezetimibe + Simvastatin 복합경구제	250	Ibrutinib 경구제	430
Ezetimibe 경구제	250	Icatibant 주사제	264
Ezetimibe+Fenofibrate 복합경구제	251	Idarucizumab 주사제	364
Famciclovir 250mg 경구제	517	Idursulfase 주사제	408
Famotidine	294	IgM 고함유 사람면역글로블린 주사제	563
Fentanyl citrate 주사제	593	Ilaprazole 경구제	295
Fesoterodine fumarate 경구제	338	Iloprost 흡입액	233
Fexuprazan 경구제	294	Imipenem + Cilastatin 제제	501
Fimasartan potassium 경구제	233	Imipramine HCl	135
Fingolimod HCl 경구제	147	Imiquimod 12.5mg 외용제	348
Fluconazole 외용제	347	Immunglobulin anti-D(Rh) 600, 1500, 5000IU 주사제	563
Flumazenil 주사제	397		
Fluoxetine HCl	137		
Fluticasone furoate 외용제	171		
Fluticasone furoate 흡입제	278		
Fluticasone propionate + Formoterol 흡입제	274		
Fluvoxamine maleate	135		
Follitropin- α + Lutropin α (r-hLH) 복합주사제	328		

Immunoglobulin G, Human cytomegalovirus 주사제	565	Lomefloxacin 경구제	525
Indacaterol acetate+Glycopyrronium bromide+ Mometasone furoate 흡입제	281	Long-acting octreotide 주사제	329
Indacaterol acetate+Mometasone furoate 흡입제 ..	281	Lonococog alfa 주사제	387
Indium chloride(111In) 3.3mCi, Pentetreotide 10mcg 주사제	444	Lorazepam 주사제	136
Infliximab 제제	472	Lovastatin 경구제	251
Interferon α -2a 주사제	430	Lung surfactant (폐계면활성제) 주사제	281
Interferon α -2b 주사제	432	Lutropin alpha (r-hLH) 주사제	329
Interferon β -1a 주사제	576	Macitentan 경구제	235
Interferon β -1b	577	Mafenide acetate 외용제	342
Interferon- γ 주사제	578	Medroxyprogesterone acetate 경구제	323
Iron acetyl-transferrin 200mg 경구제	356	Megestrol acetate	434
Irsogladine maleate 경구제	295	Memantine 경구제	150
Ivabradine 경구제	264	Menotropin HP 주사제	330
Ivy leaf 30% ethanol dried ext. 시럽제	278	Menotropin 주사제	330
Ixekizumab 주사제	190	Meropenem 제제	501
Kallidinogenase 경구제	265	Mesalazine 제제	301
Kanamycin sulfate 주사제	493	Metformin 경구제	411
Ketamine HCl 주사제	113	Methotrexate 제제	435
Lactulose 경구제 [전문의약품] [일반의약품]	416	Methotrexate 프리팰드시린지 주사제	124
Lafutidine 경구제	296	Methoxy polyethylene glycol-epoetin β 주사제 ..	331
Lamivudine 100mg 경구제	395	Methylergonovine maleate 주사제	335
Lamotrigine 경구제	120	Methylphenidate HCl 서방형 경구제	127
Lansoprazole	289	Methylphenidate HCl 일반형 경구제	128
Lanthanum carbonate 경구제	265	Methylprednisolone sodium succinate 주사제 ..	321
L-Carnitine	265	Metronidazole 주사제	586
Ledipasvir + Sofosbuvir 경구제	521	Micronized ciclesonide 외용제	171
Leflunomide 경구제	194	Midazolam 주사제	115
Lenograstim	381	Migalastat 경구제	301
Letermovir 경구제	523	Miglustat 경구제	417
Letermovir 주사제	523	Milnacipran HCl	135
Letrozole 경구제	434	Milrinone 주사제	266
Leucovorin calcium 주사제	398	Mirabegron 경구제	338
Leukotriene 조절제	222	Mirtazapine	137
Levetiracetam 주사제	120	Mitomycin-C 점안액 (조제실 제제에 한함)	499
Levobupivacaine HCl 25mg 주사제	160	Mitomycin-C 주사제	499
Levofloxacin 경구제	523	Mitoxantrone HCl 주사제	436
Levomopromazine maleate 경구제	136	Modafinil 200mg 경구제	151
Levonorgestrol 제제	323	Montelukast 경구제	222
Lidocaine HCl 주사제	160	Montelukast 및 levocetirizine 복합제	222
Lidocaine 패취제	346	Morococog alfa	386
Linezolid 2mg/ml 주사제	488	Moxifloxacin 경구제	525
Linezolid 경구제	488	Mycophenolate mofetil 경구제	194
Lipid 주사제	362	Mycophenolate sodium 경구제	197
L-leucine, L-phenylalanine, L-methionine 등 주사제	360	N(2)-L-alanyl-L-glutamine 주사제	361
L-methionine 외 복막투석액	393	Nadroparin 주사제	374
		Nafamostat 주사제	418
		Naftopidil 경구제	338
		Natalizumab 주사제	579
		Natamycin 외용제	168

Nelfinavir mesylate 경구제	526	Pirfenidone 경구제	283
Nicergoline 5mg, 10mg 경구제	266	Pitolisant hydrochloride 경구제	153
Nifedipine 경구제	242	Plerixafor 주사제	383
Nimodipine 경구제	242	Polaprezinc 경구제	296
Nitisinone 경구제	419	Polmacoxib 경구제	125
Nortriptyline HCl	135	Potassium citrate 경구제	338
Nusinersen sodium 주사제	152	Potassium citrate, Citric acid 경구제	339
Octreotide 주사제	332	Povidone iodine 외용제	341
Ofloxacin 제제	526	Pranlukast 경구제	222
Omalizumab 주사제	223	Pregabalin 서방형 경구제	154
Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir 경구제	527	Pregabalin 일반형 경구제	154
Omega-3-acid ethyl esters 90 + atorvastatin 복합경구제	253	Primidone 경구제	121
Omega-3-acid ethyl esters 90 + Rosuvastatin 복합경구제	254	Probiotics (정장생균제)	112
Omega-3-acid ethyl esters 90 경구제	252	Propacetamol HCl 주사제	126
Omeprazole	289	Propofol 주사제	114
Omidenepag isopropyl 외용제	168	Propranolol HCl 경구제	229
Osetamivir 경구제	528	Protein C Concentrate Lyophilized Powder	566
Oxidized regenerated cellulose	365	Proteolytic peptide from porcine brain 주사제	419
Oxybutynin 경구제	163	Prucalopride succinate 경구제	299
Oxycodone HCl 주사제	594	Pyrimethamine	586
Oxymetholone 경구제	317	Pyrimethamine + Sulfadoxine 복합경구제	587
Paliperidone palmitate 주사제	136	Pyronaridine + Artesunate 복합경구제	588
Palivizumab 주사제	529	Quetiapine fumarate 경구제	136
Pamidronate 제제	419	Rabbit anti-human thymocyte immunoglobulin 주사제	197
P-aminomethyl benzoic acid 주사제	365	Rabeprazole	289
Pantoprazole	289	Rabies human immunoglobulin 300 I.U 주사제	568
Pantoprazole sodium	290	Raltegravir potassium 경구제	530
Paracetamol 250mg, Ibuprofen 200mg, Codeine phosphate 10mg 복합 제제	592	Ramosetron HCl 2.5 μ g, 5 μ g 경구제	303
Paricalcitol 주사제	352	Ranibizumab 주사제	482
Paroxetine HCl	137	Ranitidine HCl	294
Pasireotide pamoate 주사제	333	Rasburicase 주사제	408
PEG3350 외	589	Ravulizumab 주사제	581
Peginterferon alfa-2a 주사제	579	Recombinant blood coagulation factor VIII 주사제	386
Peginterferon β -1a 주사제	576	Recombinant blood coagulation factor VIII, Rurioctocog α pegol 주사제	387
Pegvisomant 주사제	334	Recombinant blood coagulation factor IX Nonacog gamma 주사제	390
Pemirolast potassium 시럽제	225	Recombinant blood coagulation factor IX 주사제	388
Penciclovir 외용제	349	Recombinant blood coagulation factor IX-Fc fusion protein Eftrenonacog α 주사제	389
Pentamidine isethionate 주사제	498	Recombinant blood coagulation factor VIII-Fc fusion protein Efmoroctocog α 주사제	387
Pentastarch 제제	383	Recombinant human epidermal growth factor 500mcg (6 \times 10 ⁵ IU) 외용제	342
Pentoxifylline 경구제	266	Remifentanil 주사제	595
Petasites hybridus CO2 Extracts 경구제	222	Rifabutin 경구제	493
Phenoxybenzamine 경구제	236	Rifampicin 경구제	494
Pilsicainide HCl 경구제	228		
Pimecrolimus 외용제	349		
Pioglitazone 경구제	411		
Piprinhydrinate 제제	172		

Rifaximin 경구제	502	Sucroferric oxyhydroxide 경구제	269
Risankizumab 주사제	198	Sufentanil citrate 주사제	595
Risperidone 주사제	137	Sulfadiazine 단일성분 경구제	504
Rituximab 주사제	437	Sulfamethoxazole 400mg, Trimethoprim 80mg 경구제	505
Rivaroxaban 경구제	375	Sulfasalazine 경구제	505
Rivastigmine 제제	156	Sulglycotide 경구제	297
Roflumilast 경구제	284	Sulpiride 경구제	138
Romiplostim 주사제	391	Tacalcitol 20.87mcg/g 외용제	349
Romosozumab 주사제	420	Tacrolimus 외용제	350
Roxatidine acetate HCl 경구제	296	Tacrolimus 제제	204
Roxithromycin 경구제	496	Tafamidis meglumine 경구제	165
Rufinamide 경구제	121	Tafloprost 외용제	168
Rupatadine 경구제	172	Tamoxifen 경구제	442
Ruxolitinib phosphate 경구제	442	Tamsulosin HCl 경구제	339
Sacubitril-Valsartan 경구제	267	Tandospirone 경구제	139
S-adenosyl-L-methionine sulfate-P-toluene sulfonate 경구제	421	Tedizolid 경구제	488
Salbutamol 경구제	279	Tegoprazan 경구제	297
Salbutamol sulfate 흡입액	279	Teicoplanin 주사제	489
Salmeterol xinafoate + Fluticasone propionate 흡입제	279	Tenecteplase 주사제	269
Salmeterol xinafoate micronized + budesonide 흡입제	285	Tenofovir disoproxil 경구제	532
Secukinumab 주사제	200	Tenofovir disoproxil + Emtricitabine 경구제	532
Selexipag 경구제	236	Terazosin HCl 경구제	340
Sertraline HCl	137	Teriflunomide 경구제	158
Sevelamer carbonate 800mg 경구제	268	Teriparatide acetate 주사제	314
Sevelamer HCl 400mg, 800mg 경구제	268	Teriparatide 주사제	315
Sildenafil 경구제	237	Terlipressin acetate 주사제	313
Sildenafil 경구제	339	Tetrabenazine 경구제	122
Sirolimus 경구제	203	Thallium-201 주사제	445
Sivelestat sodium hydrate 주사제	285	Thioctic acid 주사제	422
Sodium alendronate 시럽제	421	Thrombin 제제	365
Sodium docusate, D-sorbitol 복합 제제	299	Thymomodulin 경구제	443
Sodium hyaluronate 18mg/10ml 외용제	168	Thyrotropin 주사제	316
Sodium hyaluronate 20mg 주사제	421	Ticlopidine HCl 경구제	392
Sodium hyaluronate 25mg 주사제	422	Tigecycline 주사제	502
Sodium ozagrel 주사제	269	Tiotropium 흡입제	286
Sodium thiosulfate 주사제	398	Tirofiban HCl	269
Sodium valproate 주사제	121	Tocilizumab 주사제	206
Sofosbuvir 경구제	530	Tofacitinib 경구제	210
Solifenacin 경구제	339	Tolterodine 경구제	340
Somatorelin acetate	591	Tolvaptan 경구제	270
Somatostatin acetate 주사제	303	Tosufloxacin tosylate 외용제	169
Somatropin 서방형 주사제 (성장호르몬제)	305	Tosufloxacin 경구제	532
Somatropin 주사제 (성장호르몬제)	307	Tranexamic acid 경구제	366
S-pantoprazole 경구제	297	Trazodone HCl	135
Stiripentol 경구제	122	Treprostinil 1mg/mL, 2.5mg/mL, 5mg/mL 주사제	239
Strontium chloride (Sr-89)	445	Triamcinolone acetonide 주사제	169
		Triamcinolone acetonide 주사제	321

Trimetazidine 경구제	243	난포자극호르몬 (FSH) 주사제	324
Tuberculin purified protein derivative	567	내용액제 (시럽 및 현탁액 등)	82
Ubidecarenone 경구제	226	뇌대사제제 및 뇌순환계용약 주사제	82
Upadacitinib 경구제	213	단백아미노산 제제	359
Urokinase 주사제	272	당뇨병용제	83
Ustekinumab 주사제	216	당뇨병용제 + 고지혈증 복합경구제	410
Valacyclovir HCl 경구제	533	동일성분 의약품 중복처방 관리에 관한 기준	89
Valganciclovir 경구제	533	동종피부유래 각질세포	446
Vancomycin 주사제	490	마약성 진통제	90
Vasopressin 20U 주사제	313	만성폐쇄성폐질환 흡입용 치료제	280
Vedolizumab 주사제	483	메르스 코로나바이러스 (MERS-CoV) 및 코로나바이러스 감염증-19 (COVID-19) 치료제	91
Venlafaxine HCl 서방경구제	139	비용금기 성분, 특정연령대 금기 성분 및 임부금기 성분	94
Verteporfin 주사제	170	보조생식술에 사용되는 호르몬 약제	95
Vilanterol trifenate + Fluticasone furoate + Umeclidinium 흡입제	287	복막투석액	393
Vilanterol trifenate + Fluticasone furoate 흡입제	274	비결핵항산균 (NTM, Non-Tuberculous Mycobacteria) 치료제	96
Vincristin sulfate 주사제	442	비용효과적인 함량 의약품 사용	98
vitis vinifera ext.	273	비타민제	98
Vortioxetine hydrobromide 경구제	140	사람유래 피부각질세포	447
Zabofloxacin 경구제	533	상황근사체엑스 경구제	425
Zafirlukast 경구제	222	수용성비타민인산 복합성분 경구제	353
Zanamivir 외용제	534	스테로이드 주사제	318
Zinc acetate 경구제	398	안연고	98
Zofenopril calcium 경구제	241	암질환이 아닌 환자에서의 조혈모세포이식 전처치요법 (Conditioning therapy)	98
Zoledronic acid 5mg/100ml 주사제	423	액체형 철분제제	354
α-Keto-DL-isoleucine calcium 67.0mg의 9종 경구제	361	에이즈치료제	509
α-lipoic acid(또는 Thioctic acid)경구제	424	요오드 조영제	99
가글 용제	288	자가 지방유래 중간엽줄기세포	449
간장용제	61	자가유래연골세포	448
경구용 뇌대사개선펙제 (Neuroprotective agents)	62	자오가 우슬 방풍 두충 구척 흑두 건조엑스(20~1) 300mg	123
경구용 만성 B형간염치료제	62	주사제의 자가주사 및 장기처방	99
경구용 서방형제제 (정제, 캡슐제, 과립제) 분할 처방-투여 기준	68	진통-진양수렴-소염 외용제	343
경구용 항뇌전증약	68	진해거담제	99
경구용 항혈전제 (항혈소판제 및 Heparinoid 제제)	69	철분주사제	355
경장영양제	358	코르티코스테로이드 피부 도포제	343
고지혈증치료제	73	태반성성선저극호르몬 (hCG) 주사제	325
고혈압약제	74	편두통 치료제	123
고혈압치료제 + 고지혈증치료제 복합경구제	255	폐경 후 호르몬요법 인정기준	100
골다공증치료제	77	폐경기증후군에 투여하는 약제	100
구형흡착탄 경구제	396	폐동맥고혈압 약제	101
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조 제4항에 의하여 중증환자 중 암환자에게 처방- 투여하는 약제로서 건강보험심사평가원장이 정하여 공고하는 약제의 범위 및 비용부담	79	프로톤 펌프 억제 경구제	289
국소지혈제	80	프로톤 펌프 억제 주사제	290
기관지천식 치료용흡입제	82	필수경구약제	103
		항구토제 (Aprepitant 제제, Granisetron HCl 제제, Ondansetron hydrochloride dihydrate 제제,	

Palonosetron HCl 제제, Ramosetron 제제)	298
항생제	104
항생제 및 항원충제	105
항진균제	106
항파킨슨 약제	109
항경신성약물	110
허가 또는 신고 범위 초과 약제 비급여 사용 승인에 관한 기준 및 절차	111
흡입마취에 사용되는 약제	111

품명순 색인

품명순 색인

가스론엔정 2mg 등, 4mg	295	데카키논캡슐	226
가스터주 등	294	데파킨주 등	121
갈라폴드캡슐	301	데피텔리오주 200밀리그램	370
구연산펜타닐주 등	593	덱스테닐주 등	300
그라신프리필드 시린지주 등	381	덴티스타캡슐	288
그로민캡슐 등	135	델티바정 50mg	507
그린모노주 등	551	도란사민캡셀	366
그린에이트주	550	동아오렉스점안액	169
그린진에프주 등	386	동아카나마이신항산염주	493
글라민주 등	360	동화디트로판정 등	163
글라이프레신주 등	313	듀미룩스정	135
글립타이드정 200밀리그램	297	듀오다트캡슐	337
나글라자임주	408	듀파락시럽 등	416
나타신점안현탁액	168	듀파락-이지시럽 등	416
네스프프리필드시린지주 등	325	듀피젠트프리필드주300밀리그램	180
네오카프맥	275	디벤지란캡슐	236
네오카프주 등	275	디스포트주	536
넥시움정 등	289	디아코미트	122
넥시움주 등	290	디트루시톨정 등	340
노르믹스정	502	디펩티벤주 등	361
노보세븐알티주	363	라믹탈정 등	120
노스판페취 5 μ g, 10 μ g, 20 μ g	345	라파문정 1밀리그램 등	203
녹십자유로키나제주 등	272	란스톤캡슐 등	289
놀바덱스정 등	442	레고파라정 등	414
놀택정	295	레나젤정 등	268
누비질정	151	레날민정, 네프비타정 등	353
뉴론틴캡슐 등	118	레메론정 등	137
뉴트로진주	381	레모돌린 주사	239
뉴트리날 피다-4액	393	레미닐피알 서방캡슐 등	148
다라프림정	586	레미케이드 주 등	472
다이놀정	415	레보פק신정 등	523
다이보넥스	349	레볼레이드정 25밀리그램 등	378
다이어백스정 등	411	레비프프리필드주사, 레비도즈프리필드펜, 아보넥스주 등	576
다이어센크림 등	345	레스타시스정안액 등	166
다클린자정 60밀리그램	512	레시노원주 등	412
닥사스정 500마이크로그램 등	284	레토프라정 등	297
대웅줄레드론산 주사액 5밀리그램/100밀리리터 등	423	레파타주 프리필드펜	248
대웅프리미돈정	121	레프라갈주	400
데노간주 등	126	렉사프로멜트구강붕해정	137
데놀정	293		

렉사프로정 등	137	메타스트론주	445
렌벨라산, 렌벨라정 등	268	메탈라제주	269
렐바엘립타	274	메트렉트주	124
렐트라다주	142	메페드크림 등	342
로나센정 2밀리그램 등	130	모비놀주 등	163
로맥사신정 등	525	모조빌주	383
로미플레이트주 250mcg	391	몬테리진캡슐, 몬테리진츄정	222
로바로드정 등	251	몰다민주 등	487
로수메가연질캡슐 등	254	뮤코미스트액 등	276
로수젯정 등	250	뮤코스텐주 등	276
로이콘시럽 등	443	뮤타플로캡슐	300
로페론에이프리필드주	430	미니린정 등	304
록산캡슐 등	296	미니린주사액	304
루리드정 등	496	미레나 20mcg	323
루베리소주 75IU	329	미썰라프리필드주	331
루센티소주, 루센티스프리필드시린지	482	미트론주	436
루칼로정 등	299	바스캄주 등	115
루파핀정	172	바스티난엠알서방정, 바스티난정 등	243
리도탐 카티플라스마 등	346	바이브라마이신-엔 정 등	497
리렌자로타디스크	534	바이토린정 등	250
리리카 CR 서방정 등	154	반코마이신주 등	490
리리카캡슐 등	154	발싸이트정 450밀리그램 등	533
리바로젯정 등	250	발트렉스정 250밀리그램 등	533
리보트릴정 등	118	베네픽소주	388
리스페달콘스타 주사	137	베노웨림주 등	355
리오레살주 10mg/5mL	161	베로랍주	535
리팜핀정 등	494	베시케어정 등	339
리피오돌올트라액 등	589	베타미가서방정 등	338
릭수비스주	390	베타페론주사	577
릭시아나정 15밀리그램 등	372	벤리스타주 120밀리그램 등	176
린버크서방정 15밀리그램	213	벤타비스흡입액	233
마벤클라드정	144	벤토린흡입액 등	279
마비렛정	519	벨포로추어볼정	269
마시본액 등	421	보령에릭캡슐	495
마이오자임주 등	403	보령염산탐소신캡슐0.2밀리그램 등	339
마이코부틴캡슐 등	493	보톡소주 등	539
마이토닌정 등	163	본알파하이연고	349
마이플캡슐 등	592	본키연질캡슐 등	351
마이폴릭강용정 등	197	본키주 등	351
마카이드주	169	블루벤주, 블루라이트주, 테트라스판주, 헥스텐드주 등	382
말라론정	586	볼리브리스정 5밀리그램 등	230
맵테라주 등	437	부광살부타몰정 등	279
말택정	227	부광차옥타시드주 등	422
메갈로텍주	565	브레비블록주 등	227
메게이스내복현탁액 등	434	브레오신주 등	499
메시마캡슐 등	425	브린텔릭스정 5밀리그램, 10밀리그램, 15밀리그램, 20밀리그램	140
메작탐주사 등	491		
메조카주사	226		

비라셉트필름코팅정	526	스모프카비벤주 등	359
비리어드정 등	532	스카이리치 프리필드시린지주	198
비미짐주	406	스킬라렌스장용정 30밀리그램 등	180
비스메드점안액	168	스타빌라지드세레텍주 등	444
비에스에스액 등	394	스텔라라프리필드주 45mg 등	216
비오뷰프리필드시린지	465	스토가정10mg 등	296
비간정 등	322	스트라테라캡슐 등	143
비주다인주	170	스트렌식주 40mg/mL 등	403
비키라정	527	스티렌정 등	292
빈다켈캡슐 20밀리그램	165	스피리바흡입용캡슐 등 [한디헬러콤비팩, 리필], 스피리바캡슐	286
빈크란주 등	442	스핀라자주	152
사데닌정 등	421	시그니포 라르 주사 20,40,60 밀리그램	333
사라조피린이엔정 등	505	시나지스주 등	529
사미온정 등	266	시노비안주, 하이하알원스주, 하이알원샷주	412
사이툽신정 등	512	시벡스트로정 200mg 등	488
사이폴엔연질캡셀 등	177	시스타단산 1그램	396
산도스타틴라르주사10밀리그램 등	329	시탈로프람정 20밀리그램	137
산도스타틴주 등	332	신바로캡슐 등	123
산디문주 등	179	실로덱스점이현탁액	171
삼스카정 15밀리그램 등	270	실콘정 등	300
삼진니모디핀정 등	242	심발타캡슐 등	133
새한크롬이디티에이주사	444	심비코트터부헬러 등	278
서튜러정 100mg	506	심퍼니프리필드시린지주 50밀리그램 등	182
서팩텐 등	281	싱글레어정 등, 싱글레어츄정 등, 싱글레어세립 등, 싱글로드속봉정 등	222
설파디아진정	504	싸이메빈정주 등	517
설파딘정 등	138	써티칸정 등	181
세나진정	122	썬리듬캡슐	228
세디엘정	139	썬레브렉스캡슐 200밀리그램 등	123
세레델가캡슐 84밀리그램	415	썬로켈정 등	136
세레브로리진주 등	419	썬물렉트주사	175
세레타이드 디스커스 등, 세레타이드 예보할러	279	썬알에이치페링 등	591
세로자트정 등	137	아가룬주	260
세파콜린주 등	500	야고틴정 25밀리그램	129
세프로틴	566	야그라스타트주	269
센시발정	135	야그릴린캡셀 등	443
셀셉트캡슐 등	194	야넥세이트주 등	397
셀트리온 옥시메톨론정	317	야뉴이티 100엘립타 등	278
셉트린정, 셉트린시럽 등	505	야달라트오로스정30 등	242
소마바트 10밀리그램 등	334	야디눅스캡슐 등	262
소마지나정	262	야디센정	135
소마토산주 등	303	야라바정 등	194
소발디정	530	야르기정 등	222
솔로탑 등	589	야리셀트정 등	146
솔루메드롤주 등	321	야릭스트라주	374
솔리리스주	569	야메톡스주 25%	398
수펜탈주사 등	595	야미킨주 등	491
순베프라캡슐 100밀리그램	510		
스모프프리피드 20%주 등	362		

아바미스나잘스프레이	171	에포카인주 등	327
아벨록스정 등	525	에피디올렉스 내복액	117
아빌리파이메인테나주사 300밀리그램 등	130	엑셀론캡슐, 엑셀론패취 등	156
아셀렉스캡슐 2밀리그램 등	125	엑스비라정	514
아스피린 프로텍트정 100밀리그램 등	260	엑스자이드확산정 125밀리그램 등	397
아이브이에프씨주 5000IU 등	325	엔브렐주사 등	466
아이브이에프엠 에이치피주 등	330	엔커버액 등	358
아이브이에프엠주 75IU 등	330	엔테론정 50밀리그램 등	273
아이비글로볼린에스엔주 등	552	엔토코트	319
아이커비스점안액	166	엔트레스토 필름코팅정 50mg 등	267
아일리아주사, 아일리아프리필드시린지	463	엘라스폴100주	285
아콜레이트정 20밀리그램	222	엘라프라제주 등	408
아트젯정 등	250	엘록테이트주 250 IU 등	387
아트라주 등	161	엘리델크림 1%	349
아트맥콤비켈연질캡슐	253	엘리퀴스정 등	367
아티반주	136	엘칸정-엘칸주사 등	265
악템라주, 악템라피하주사 162밀리그램	206	영풍 다나졸캡슐 등	322
안티드롬빈III 주 등	548	영풍 클로미펜시트르산염정	325
알다라크림	348	오구멘틴정 등	500
알레기살드라이시럽 등	225	오렌시아주 250밀리그램, 오렌시아서브큐프리필드시린지 125밀리그램	449
알말정 등	227	오마코연질캡슐 등	252
알베스코흡입제 160,80	277	오바지오필름코팅정 등	158
알부맥스캡슐 등	356	오저텍스이식제 700µg	167
알코디연질캡슐 등	166	오젝스정	532
알록시아정 30밀리그램 등	124	옥시념주사 등	594
알페닐주 등	593	옥트레오스캔주사	444
알푸로덱스주 20마이크로그램 등	258	울루미언트정 2밀리그램 등	173
알프로릭스주 250 IU 등	389	올파딘캡슐	419
애드베이트주 등	386	오나리스나잘스프레이	171
애디노베이트주 250 IU 등	387	옵서미트정 10밀리그램	235
액토스정 등	411	와릭스필름코팅정 5밀리그램 등	153
액티라제주사	259	울토미리스주	581
엠브로주사 등	276	울티바주 등	595
엠스틸라주 250 IU 등	387	웰부트린서방정 등	130
알액 등	299	웰정	130
어택트라 흡입용캡슐 150/80 마이크로그램 등	281	윈로에스디에프주	563
업트라비정 200마이크로그램 등	236	윌리진캡슐 25밀리그램, 50밀리그램	398
에글란딘주 등	257	유로솔액 등	394
에너제어 흡입용캡슐 150/50/80 마이크로그램 등	281	유로시트라씨산 등	339
에르빈주사액 등	335	유로시트라케이 10mEq서방정	338
에리우스정	172	유유크리드정 등	392
에빅사액 등, 에빅사정 등	150	유트로핀주 등	307
에스빅스주 등	365	유트로핀플러스주 등	305
에이베리스점안액0.002%	168	유한로섹캡슐 등	289
에제페노정	251	유한메로펜주 등	501
에큐탐프 등	365	이노베론필름코팅정 100mg 등	121
에토미데이트리프로주	113	이달비정 20밀리그램 등	231
에트라빌정 등	135		

이리보정	303	치모글로부린주	197
이모튼캡슐	412	카나브정 30mg 등	233
이뮤네이트주	550	카나쿨린정 등	265
이미프라민정 등	135	카달정 등	233
이베니티주프리필드시린지	420	카바글루확산정200mg	413
이센트레스정, 이센트레스에이치디정	530	카버락틴정 등	413
이지에프외용액 0.005%	342	카이로케인주	160
이지트룰정 등	250	칼로덤	447
이팩사엑스알서방캡셀 등	139	캄랍주	568
익셀캡슐	135	캘코트정 등	319
인데놀정 등	229	케라할-알로	446
인반즈주	500	케이캡정50밀리그램 등	297
인베가서스티나 주사, 인베가트린자 주사	136	케토스테릴정	361
인터맥스감마주 200만단위	578	켄베이서방정 0.1mg	144
인텔렌스정	517	코리트산 등	589
인트론에이멀티도스펜	432	코박스건조 살무사항독소주	543
일성독시움정 등	263	코살린정	222
일양하이틴정 등	340	코센틱스주사 등	200
임브루버카캡슐 140밀리그램	430	코팩손프리필드주 20mg/1ml 등	149
자디양정 10밀리그램	410	콘드론	448
자델토정 2.5밀리그램 등	375	콘서타 OROS 서방정 등	127
자베스카캡슐 100밀리그램	417	쿨킨정 등	399
자보란테정	533	큐록신정	511
자이복스정 등	488	큐탄플라스트스폰지 등	364
자이복스주 등	488	큐팜주사500 밀리그램 등	120
자카비정 5밀리그램 등	442	큐피스템주	449
자트랄엑스엘정10밀리그램 등	336	크레메진세립 등	396
잔탁주 등	294	크렉산주 등	373
정주용 헤파빅주 등	549	클래리시드필름코팅정 250mg 등	503
제일덱사메타손주사액 등	318	클로스원캡슐 등	247
제일에피네프린주사액 등	320	클로자릴정 등	131
제일펜타타치 10%주	383	클로티넵주 등	256
제파티어정	516	클리니믹스85주사	360
제피러스흡입용캡슐300/25마이크로그램 등	285	클리퍼지속성 장용정 5mg	300
제픽스정 등	395	키너렛주	465
젝스트프리필드펜주150마이크로그램 등	320	키산본에스주	269
젤잔즈정 5밀리그램 등	210	킨텔레스주	483
젬플라주 등	352	타가메트주 등	294
조비락스 등	509	타고시드주 등	489
조페닐정7.5밀리그램, 15밀리그램, 30밀리그램	241	타나민정, 기백신에프정 등	263
졸레어주사 등	223	타로암모놀락테이트로션 12% 등	344
졸로푸트정 등	137	타리비드 등	526
주사용후단 등, 주사용후단 50 등	418	타미플루캡슐 등	528
중위 5-에프유 주 등	425	타이가실주	502
지스모랙스정 등	495	타이로젠주 등	316
지에이지말에이치페링	591	타플로탄점안액 0.0015% 등	168
진타솔로퓨즈프리필드주 등	386	탈츠프리필드시린지주 등	190
참시티콜린주 등	263	태준답손정 25mg 등	508

테그레톨정 등	118	푸로스판 시럽 등	278
테리본피하주사	314	푸로작캡셀 등	137
테세오스주 등	444	푸리네톤정 등	425
텍피데라캡슐	145	프라그민주 등	369
토비아즈서방정 4mg, 8mg	338	프라닥사캡셀 110밀리그램 등	368
튜베르쿨린피피디알티23에스에스아이/APC	567	프라카논정, 오논캡셀 등, 씨투스현탁정 등, 오논드라이시럽 등	222
트라클리어정 62.5밀리그램 등	231	프락스바인드주사제	364
트랙토실주 등	337	프랄런트펜주 75밀리그램 등	244
트렌탈정400 등	266	프레비미스정 240, 480밀리그램	523
트렐리지엘립타	287	프레비미스주 240, 480밀리그램	523
트렘피어프리필드시린지주 등	187	프레즈코빅스정	514
트루바다정	532	프레지스타정 400mg	514
트루패스캡슐 4mg 등	339	프레지스타정 600mg	514
트리암시놀론주 등	321	프레탈정 등	378
트리젤주 등	586	프로그랍캡셀 주사 등	204
트리티코정 등	135	프로맥정 등	296
티사브리주	579	프로베라정 등	323
티세르신정	136	프로비질정 등	151
티에남주 등	501	프로코라란정	264
파노린주사 등	419	프로토틱연고 0.1%, 0.03% 등	350
파리에트정 등	289	프롤리아 프리필드시린지	414
파브라자임주 등	401	프리마코주	266
파텐션정 20밀리그램 등	237	프리스틱 서방정 등	132
판토록정 등	289	프리판주 등	164
판토록주사 등	290	플레그리디펜주 등	576
팔로델정 등	413	플루티폼흡입제	274
팜비어정 250mg 등	517	플리바스정 등	338
패스터텍주	408	피니박스주사 등	501
팩티브정	518	피도글정 등	245
팬시다정	587	피라맥스정	588
피고베리주	328	피라지르프리필드시린지	264
페가시스주, 페가시스프리필드주	579	피레스파정 200밀리그램 등	283
페니드정 10밀리그램 등	128	피브로가민피	562
페르본주사 등	398	피케이멜즈인퓨전주	143
페마라정 등	434	피케이멜즈정 등	142
펙수클루정 40밀리그램 등	294	피타렉스캡슐 0.5밀리그램	147
펜시버어크림	349	핀테정 등	242
펜타글로빈주	563	하보니정	521
펜타사 좌약 등	301	하이알주 등	422
펜토신주 350밀리그램 등	487	한국원자력의학원화학탈륨(Tl-201)주사액 등	445
포스레놀정 등	265	한림 바소프레신 주사액	313
포스터 100/6 에이치에프에이 등	277	헤모콤액 등	354
포스테오주 등	315	핵사메딘가글액 등	288
포시가정 10밀리그램	410	헬리브라피하주사 30mg 등	380
포타딘연고 등	341	화이자펜타미딘이세티몬산염주 300mg	498
포텀주 등	500	후락시파린주 등	374
포폴주사 등	114	후코날크림 0.5%	347
푸라공 등	172		

후콜리스티메테이트주 등	491
웨이바주	547
휴미라주 등	452
휴온스 리도카인 염산염 수화물주사 등	160
휴온스 염산케타민주 등	113
히루안플러스주 등	421

일반원칙

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[일반원칙] 간장용제</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함 2. 허가사항 중 간질환에 투여하는 경우에는 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 가. 대상환자 <ol style="list-style-type: none"> 1) 투여개시 AST(Aspartate Transaminase) 또는 ALT (Alanine Transaminase) 수치가 60U/L이상인 경우 또는 AST 또는 ALT 수치가 40~60U/L인 경우는 3개월 이상 40U/L 이상으로 지속되는 경우 2) 투여 중 AST 또는 ALT 수치가 40U/L 미만이라 할지라도 환자의 상태나 투여소견에 따라 지속투여 인정 <p style="text-align: center;">※ 간암, 간경변 환자가 간염을 동반한 경우에도 동일한 기준 적용</p> 나. 투여방법 <ol style="list-style-type: none"> 1) 이담제를 포함하여 경구제 2종 이내 인정 2) “국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법 제3호 나목. 주사”의 조건에 적합한 경우에 한하여 비경구제 1종과 경구제 1종 인정 3. 항바이러스제(Lamivudine, Clevudine, Telbivudine, Entecavir, Adefovir, Tenofovir disoproxil, Tenofovir alafenamide, Besifovir, Asunaprevir, Daclatasvir, Sofosbuvir, Ledipasvir+Sofosbuvir, Elbasvir+Grazoprevir, Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir, Dasabuvir, Glecaprevir+Pibrentasvir 경구제, 인터페론제제, 페그인터페론제제)와 병용투여 시 1종은 약값 전액을 환자가 부담토록 함 <p style="text-align: right;">(고시 제2018-97호, '18.6.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[일반원칙] 경구용 뇌대사개선제 (Neuroprotective agents)</p>	<p>각 약제의 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 경구용 뇌대사개선제 중 1종만 영양급여를 인정을 원칙으로 함.</p> <p>나. 개별고시가 있는 약제는 해당 고시기준을 따름.</p> <p>※ 대상약제 Acetyl L-carnitine HCL, Citicoline, Oxiracetam, Choline alfoscerate, Ibudilast, Ifenprodil tartrate, Nicergoline</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-253호, '18.12.1.)</p>
<p>[일반원칙] 경구용 만성 B형간염치료제</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. 다만, 시럽제의 경우는 시럽제의 투여가 반드시 필요한 경우에 한함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 초치료 시</p> <p>1) 대상환자</p> <p>가) HBeAg(+)로서 HBV-DNA\geq20,000IU/mL 이거나 또는, HBeAg(-)로서 HBV-DNA\geq 2,000IU/mL인 만성활동성 B형간염 환자에서 AST(Aspartate Transaminase) 또는 ALT (Alanine Transaminase)가 80단위 이상인 환자</p> <p>나) 대상성 간경변을 동반한 만성활동성 B형간염 환자: HBV-DNA\geq2,000IU/mL인 경우</p> <p>다) 비대상성 간경변, 간세포암종을 동반한 만성활동성 B형간염 환자: HBV-DNA 양성인 경우</p> <p>- 단, Besifovir는 비대상성 간경변증에 인정</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>하지 아니하며, Tenofovir alafenamide 경구제는 비대상성 간경변증 환자에서 신기능 저하 또는 골다공증이 있는 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p>2) 투여방법</p> <p>가) Lamivudine, Clevudine, Telbivudine, Entecavir 0.5mg, Adefovir, Tenofovir disoproxil, Tenofovir alafenamide, Besifovir 경구제 중 1종</p> <p>나) Lamivudine 경구제는 만성 B형간염 치료를 처음으로 시작하는 환자로서 Lamivudine 제제보다 높은 유전적 장벽(genetic barrier)이 있는 다른 항바이러스제를 사용할 수 없거나 적절하지 않은 경우에 한하며, 투여소견서를 첨부하여야 함.</p> <p>다) Besifovir 경구제는 L-carnitine 660mg을 함께 투여함.</p> <p>라) 가. 초치료 시 1) 대상환자 기준조건을 충족하여 Tenofovir alafenamide 또는 Besifovir 경구제로 치료를 시작한 환자가 B형간염 치료 도중 간세포암종으로 진행한 경우에 한하여 치료 중인 각 약제의 지속투여를 인정함.</p> <p>나. 내성 발현 시</p> <p>1) 대상환자</p> <p>Lamivudine, Clevudine, Telbivudine, Entecavir, Adefovir 경구제 사용 후 다음과 같은 기준을 충족하는 내성 변이종 출현 환자</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) 바이러스돌파현상(Viral Breakthrough)*의 발현과 B형간염 바이러스 약제내성 돌연변이가 발현된 경우 또는</p>

구 분	세부인정기준 및 방법																																																																		
<p>나) B형간염 바이러스 약제내성 돌연변이가 발현된 경우(사례별로 인정)</p> <p>※ 바이러스돌파현상(Viral Breakthrough): 항바이러스 치료 중 HBV-DNA가 100배 이상 감소하는 바이러스 반응에 도달했다가 이후 혈청 HBV-DNA가 최저치에서 10배 이상 증가한 경우</p> <p>2) 투여방법</p>																																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="400 545 532 867" rowspan="3">내성 약제</th> <th colspan="5" data-bbox="532 545 980 578">치료약제</th> </tr> <tr> <th colspan="2" data-bbox="532 578 621 611">단독요법</th> <th colspan="3" data-bbox="621 578 980 611">병용요법</th> </tr> <tr> <th data-bbox="532 611 621 867">entecavir 1mg</th> <th data-bbox="621 611 716 867">tenofovir disoproxil 또는 tenofovir alafenamide</th> <th data-bbox="716 611 806 867">(lamivudine 또는 clevudine 또는 telbivudine) + (adefovir 또는 tenofovir disoproxil)</th> <th data-bbox="806 611 890 867">entecavir 0.5mg + (adefovir 또는 tenofovir disoproxil)</th> <th data-bbox="890 611 980 867">entecavir 1mg + (adefovir 또는 tenofovir disoproxil)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="400 867 442 991" rowspan="3">단독내성</td> <td data-bbox="442 867 532 900">lamivudine</td> <td data-bbox="532 867 621 900">인정</td> <td data-bbox="621 867 716 900">인정</td> <td data-bbox="716 867 806 900">인정</td> <td data-bbox="806 867 890 900">인정</td> <td data-bbox="890 867 980 900">인정</td> </tr> <tr> <td data-bbox="442 900 532 933">clevudine</td> <td data-bbox="532 900 621 933">인정</td> <td data-bbox="621 900 716 933">인정</td> <td data-bbox="716 900 806 933">인정</td> <td data-bbox="806 900 890 933">인정</td> <td data-bbox="890 900 980 933">인정</td> </tr> <tr> <td data-bbox="442 933 532 966">telbivudine</td> <td data-bbox="532 933 621 966">인정</td> <td data-bbox="621 933 716 966">인정</td> <td data-bbox="716 933 806 966">인정</td> <td data-bbox="806 933 890 966">인정</td> <td data-bbox="890 933 980 966">인정</td> </tr> <tr> <td data-bbox="400 991 442 1131" rowspan="3">다약제내성</td> <td data-bbox="442 991 532 1024">adefovir</td> <td data-bbox="532 991 621 1024">인정</td> <td data-bbox="621 991 716 1024">인정</td> <td data-bbox="716 991 806 1024">인정</td> <td data-bbox="806 991 890 1024">인정</td> <td data-bbox="890 991 980 1024">인정</td> </tr> <tr> <td data-bbox="442 1024 532 1057">entecavir 0.5mg</td> <td data-bbox="532 1024 621 1057">인정</td> <td data-bbox="621 1024 716 1057">인정</td> <td data-bbox="716 1024 806 1057">인정</td> <td data-bbox="806 1024 890 1057">인정</td> <td data-bbox="890 1024 980 1057">인정</td> </tr> <tr> <td data-bbox="442 1057 532 1090">entecavir 1mg</td> <td data-bbox="532 1057 621 1090">인정</td> <td data-bbox="621 1057 716 1090">인정</td> <td data-bbox="716 1057 806 1090">인정</td> <td data-bbox="806 1057 890 1090">인정</td> <td data-bbox="890 1057 980 1090">인정</td> </tr> <tr> <td data-bbox="442 1090 532 1131">adefovir</td> <td data-bbox="532 1090 621 1131">인정</td> <td data-bbox="621 1090 716 1131">인정</td> <td data-bbox="716 1090 806 1131">인정^주</td> <td data-bbox="806 1090 890 1131">인정</td> <td data-bbox="890 1090 980 1131">인정</td> </tr> </tbody> </table>							내성 약제		치료약제					단독요법		병용요법			entecavir 1mg	tenofovir disoproxil 또는 tenofovir alafenamide	(lamivudine 또는 clevudine 또는 telbivudine) + (adefovir 또는 tenofovir disoproxil)	entecavir 0.5mg + (adefovir 또는 tenofovir disoproxil)	entecavir 1mg + (adefovir 또는 tenofovir disoproxil)	단독내성	lamivudine	인정	인정	인정	인정	인정	clevudine	인정	인정	인정	인정	인정	telbivudine	인정	인정	인정	인정	인정	다약제내성	adefovir	인정	인정	인정	인정	인정	entecavir 0.5mg	인정	인정	인정	인정	인정	entecavir 1mg	인정	인정	인정	인정	인정	adefovir	인정	인정	인정 ^주	인정	인정
내성 약제		치료약제																																																																	
		단독요법		병용요법																																																															
		entecavir 1mg	tenofovir disoproxil 또는 tenofovir alafenamide	(lamivudine 또는 clevudine 또는 telbivudine) + (adefovir 또는 tenofovir disoproxil)	entecavir 0.5mg + (adefovir 또는 tenofovir disoproxil)	entecavir 1mg + (adefovir 또는 tenofovir disoproxil)																																																													
단독내성	lamivudine	인정	인정	인정	인정	인정																																																													
	clevudine	인정	인정	인정	인정	인정																																																													
	telbivudine	인정	인정	인정	인정	인정																																																													
다약제내성	adefovir	인정	인정	인정	인정	인정																																																													
	entecavir 0.5mg	인정	인정	인정	인정	인정																																																													
	entecavir 1mg	인정	인정	인정	인정	인정																																																													
adefovir	인정	인정	인정 ^주	인정	인정																																																														
<p>주) lamivudine(또는 clevudine 또는 telbivudine) 내성 이후 발현한 순차내성에 한해 tenofovir disoproxil 병용요법을 인정함.</p> <p>○ 나. 내성 발현 시 1) 대상환자 기준조건을 충족하여 Tenofovir alafenamide 경구제를 투여한 환자가 B형간염 치료 도중 간세포암종으로 진행된 경우에 한하여 Tenofovir alafenamide 경구제의 지속 투여를 인정함.</p>																																																																			

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>다. 투여연령 및 금기사항</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Telbivudine: 만 16세 이상 2) Clevudine: 만 18세 이상. 크레아티닌 클리어런스가 60mL/분 미만인 환자는 금기임. 3) Entecavir: 만 2세 이상 4) Adefovir: 만 18세 이상 5) Tenofovir disoproxil: 만 12세 이상 6) Tenofovir alafenamide: 만 18세 이상 7) Besifovir: 만 20세 이상 <p>라. 인터페론과 병용투여 시에는 인터페론만 인정함.</p> <p>마. Hepatotonics(Carduus marianus ext., Ursodeoxycholic acid 등) 병용투여 시, 항바이러스제를 요양급여(본인 일부부담)하는 경우는 Hepatotonics 약값 전액을 환자가 부담토록 하고, 항바이러스제 약값 전액을 환자가 본인 부담하는 경우는 Hepatotonics를 요양급여(본인일부부담)토록 함.</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같이 투여한 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. B형간염으로 간이식을 받은 환자: Lamivudine, Clevudine, Telbivudine, Entecavir 0.5mg, Adefovir, Tenofovir disoproxil 경구제 중 1종 (단, Lamivudine 경구제는 만성 B형간염 치료를 처음으로 시작하는 환자로서 Lamivudine 제제보다 높은 유전적 장벽(genetic barrier)이 있는 다른 항바이러스제를 사용할 수 없거나 적절하지 않은 경우에 한하며, 투여소견서를 첨부하여야 함)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나. 간이식 전에 Entecavir 1mg, Adefovir 또는 Tenofovir disoproxil를 투여 받은 환자로서 B형 간염으로 간이식을 받은 환자: Entecavir 1mg, Adefovir, Tenofovir disoproxil 경구제 중 1종</p> <p>- 단, 가. 초치료 시 1) 대상환자 조건을 충족하여 Tenofovir alafenamide로 치료를 시작한 환자 또는 나. 내성 발현 시 1) 대상환자 조건을 충족하여 Tenofovir alafenamide를 투여한 환자가 B형간염 치료 도중 간이식을 받게 된 경우에 한하여 Tenofovir alafenamide 경구제의 지속투여를 인정함.</p> <p>다. 소아환자</p> <p>1) 초치료 시</p> <p>가) 대상환자: 만 12세 이상 18세 미만 환자</p> <p>나) 투여방법: Adefovir 경구제</p> <p>2) 내성 발현 시</p> <p>가) 대상환자: Lamivudine에 내성변이종이 출현한 만 18세 미만 만성 B형간염 소아환자</p> <p>나) 투여방법</p> <p>○ Lamivudine과 Adefovir의 병용투여</p> <p>3. 허가사항을 초과하여 B형간염 예방요법으로서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. HBsAg(+) 또는 HBV-DNA(+)로서 B형간염 재활성화 위험이 중등도·고위험군에 해당하는 항암화학요법 (cytotoxic chemotherapy) 또는 면역억제요법을 받는 환자에게 투여 시 : 해당 요법 시행 동안 및 요법 종료 후 6개월까지</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나. anti-HBc(+)로서 rituximab을 포함하는 요법을 투여하는 환자에게 투여 시 : 해당 요법 시행 동안 및 요법 종료 후 12개월까지</p> <p>다. HBsAg(-), HBV-DNA(-), anti-HBc(+)로서 조혈모세포이식을 받는 만성 B형간염 환자에게 투여 시 : 총 18개월 투여까지</p> <p>라. anti-HBc(+)인 공여자로부터 간을 공여 받는 수혜자로서 human anti-hepatitis B immunoglobulin 제제를 투여하지 않는 환자에게 투여 시 : 면역억제 요법 시행 동안 및 요법 종료 후 6개월까지</p> <p>※ 대상 약제 Lamivudine, Clevudine, Telbivudine, Entecavir, Adefovir, Tenofovir disoproxil 경구제</p> <p>4. 허가사항을 초과하여 B형간염 예방요법으로서 아래와 같은 기준으로 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 3항의 각 투여기간 이후</p> <p>나. HBsAg(+) 또는 HBV-DNA(+)로서 B형간염 재활성화 위험이 저위험군에 해당하는 항암화학요법(cytotoxic chemotherapy) 또는 면역억제요법을 받는 환자에게 투여하는 경우</p> <p>※ 대상 약제 Lamivudine, Clevudine, Telbivudine, Entecavir, Adefovir, Tenofovir disoproxil 경구제</p> <p>5. B형간염 수직감염 예방 목적으로 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상 ○ HBsAg(+)인 임신부로서 HBV-DNA \geq 200,000</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>IU/mL인 경우</p> <p>나. 투여방법</p> <p>1) 투여용량: Tenofovir disoproxil 300mg를 1일 1회 경구 투여</p> <p>2) 투여기간: 임신 24주~32주에 투여를 시작하여 출산 후 최대 12주까지 급여 인정</p> <p>6. 교체투여는 내성, 치료반응 불충분 및 무반응, 임신, 객관적으로 증명된 심한 부작용에는 급여인정하며, 복약 순응도 개선 필요, 비용효과성 개선 등은 의학적 타당성을 감안하여 사례별로 급여인정함.</p> <p>(고시 제2022-131호, '22.6.1.)</p>
<p>[일반원칙]</p> <p>경구용 서방형제제 (정제, 캡슐제, 과립제) 분할 처방투여 기준</p>	<p>1. 모든 경구용 서방형 제제는 원칙적으로 분쇄(crush)해서는 아니됨.</p> <p>2. 경구용 서방형 제제 중 정제 및 캡슐제의 분할(split) 투여는 아래의 경우에만 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 허가사항에 분할투여가 명시되어 있는 경우</p> <p>(고시 제2020-69호, '20.4.1.)</p>
<p>[일반원칙]</p> <p>경구용 항뇌전증약</p>	<p>허가사항 중 뇌전증에 투여하는 경우에는 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여 시기</p> <p>1) 일반적으로 두 번째 뇌전증 발작 후 한 가지 약물로 시작함.</p> <p>2) 위험인자가 있는 경우 첫 발작이라도 약물 투여를 인정함 (예: 뇌파의 이상소견, 비정상적인 신경학적 소견,</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>심각한 뇌손상, 재발작의 위험 등)</p> <p>나. 병용요법</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 단독약물의 최고 용량에 발작이 충분히 조절되지 않거나, 부작용으로 증량이 어려울 때 작용 기전이 다른 약제의 병용을 고려함. 2) 난치성 뇌전증 등에는 최대 4종 이내 병용투여를 인정하며, 4종 초과 시 투여소견서를 첨부하여야 함. (※ Pregabalin을 항뇌전증약 목적으로 사용할 경우 병용개수에 포함됨) <p>다. 투여 중단</p> <p>뇌전증 종류 및 환자 상태에 따라 계획하여야 하며, 일반적으로 2~5년 발작이 없을 때 약물 중단을 고려함. (고시 제2019-191호, '19.9.1.)</p>
<p>[일반원칙]</p> <p>경구용 항혈전제 (항혈소판제 및 Heparinoid 제제)</p>	<p>각 약제의 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 단독요법</p> <p>심혈관 질환, 뇌혈관 질환, 말초동맥성 질환의 혈전 예방 및 치료를 위해서는 Aspirin을 우선 투여하여야 하며, 다음과 같은 경우에는 해당질환에 허가받은 항혈전제 1종을 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Aspirin에 효과가 없는 경우: 약제사용 중 심혈관 질환, 뇌혈관 질환, 말초동맥성 질환이 발생한 경우 2) Aspirin을 사용할 수 없는 경우: 알러지, 저항성, 심한 부작용(위장관 출혈 등) 3) 심혈관 질환 발병환자의 재발방지(2차 예방) 4) 뇌혈관 질환 발병환자의 재발방지(2차 예방)

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나. 심혈관 질환·뇌혈관질환·말초동맥성 질환 중 ST분절 상승 심근경색증, 급성관상동맥증후군, 재발성 뇌졸중, 중증 뇌졸중, 스텐트(Stent) 삽입환자(심혈관 질환·뇌혈관 질환·말초동맥성 질환)와 같은 고위험군에는 항혈전제 단독요법 뿐만 아니라 병용요법(2제 요법)으로 투여 시 급여를 인정함.</p> <p>1) 병용요법(2제 요법)의 급여인정 기간은 1년 이내로 하며, 1년 이상 투여가 필요한 경우 투여소견서를 참조하여 사례별로 인정. 병용요법 급여인정 기간 이후에는 항혈전제 단독요법으로 전환하여야 함.</p> <p>2) 병용요법(2제요법)은 병용약물 중 고가의 항혈전제 1종만 급여 인정함(투약비용이 저렴한 약제의 약값은 전액 환자가 부담). 단, Aspirin을 포함한 병용요법의 경우에는 모두 급여를 인정함.</p> <p>다. 3제 요법(Aspirin + Clopidogrel + Cilostazol)</p> <p>1) 대상(관상동맥 스텐트 시술한 경우로서)</p> <p>가) 당뇨병 환자의 재협착 방지</p> <p>나) 재협착 병변환자</p> <p>다) 다혈관 협착으로 다수의 스텐트를 시술 (Multiple-stenting)한 환자</p> <p>2) 투여기간</p> <p>가) 1년 이내로 하며(3제 요법 중 Cilostazol은 6개월까지만 급여인정)</p> <p>나) 급여인정 기간 이후에는 항혈전제 단독요법으로 전환하여야 함.</p> <p>다) 1년 이상 투여가 필요한 경우에는 투여소견서를 참조하여 사례별로 인정함</p> <p>라. Aspirin과 Prasugrel의 병용 경피적관상동맥중재술(PCI: Percutaneous Coronary Intervention)을 실시하였거나 실시할 다음의 급성</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>관상동맥증후군 환자에게 투여 시 1년 이내 요양 급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 불안정형 협심증, 비-ST 분절 상승 심근경색</p> <p>2) 일차적 또는 지연 관상동맥중재술(Primary or Delayed PCI)을 받는 ST 분절 상승 심근경색</p> <p>마. Clopidogrel과 Aspirin의 병용요법 심방세동 환자 중 고위험군에서 와파린을 사용할 수 없는 경우 : 와파린에 과민반응, 금기, 국제정상화비율 (INR: International Normalized Ratio) 조절실패 등</p> <p>※ 고위험군 기준</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 뇌졸중, 일과성허혈발작, 혈전색전증의 과거력이 있거나 75세 이상 환자 ○ 6가지 위험인자(심부전, 고혈압, 당뇨, 혈관성 질환, 65-74세, 여성) 중 2가지 이상의 조건을 가지고 있는 환자 <p>바. Ticagrelor와 Aspirin의 병용요법</p> <p>1) Ticagrelor 90mg, Aspirin 병용</p> <p>가) 투여대상 : 급성관상동맥증후군</p> <p>나) 투여기간 : 1년 이내</p> <p>2) Ticagrelor 60mg, Aspirin 병용</p> <p>가) 투여대상</p> <p>심근경색 발병 이후 Aspirin과 ADP 수용체 저해제(ticagrelor, clopidogrel, ticlopidine, prasugrel) 병용 투여를 유지하며 출혈 합병증이 없었던 환자로서, 아래 조건을 모두 만족하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>(1) 만 50세 이상</p> <p>(2) 최근 심근경색 발병으로부터 12개월 초과 24개월 이하</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>(3) 혈전성 심혈관 사건 발생 고위험군[※]에 1가지 이상 해당되는 경우</p> <p>※ 고위험군의 기준</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 만 65세 이상 ② 약물치료가 필요한 당뇨병 ③ 혈관조영술상으로 확인된 다혈관 관상동맥질환 ④ 2회 이상의 심근경색 병력 ⑤ CKD stage 3, 4에 해당하는 만성신부전 <p>나) 투여기간 : 3년 이내</p> <p>※ 대상약제 : 다음 성분을 포함한 단일제 및 복합제</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 뇌혈관질환 Aspirin, Cilostazol, Clopidogrel, Indobufen, Ticlopidine HCl, Triflusal, Mesoglycan sodium, Sulfomucopolysaccharide, Sulodexide, Ticlopidine HCl+ginkgo 복합제, Cilostazol+ ginkgo 복합제 2) 심혈관질환 Aspirin, Clopidogrel, Indobufen, Ticlopidine HCl, Triflusal, Mesoglycan sodium, Sulodexide, Prasugrel, Ticagrelor, Ticlopidine HCl+ ginkgo 복합제 3) 말초동맥성질환 Aspirin, Cilostazol, Clopidogrel, Indobufen, Ticlopidine HCl, Triflusal, Beraprost sodium, Limaprost alfadex, Mesoglycan sodium, Sarpogrelate HCl, Sulodexide, Ticlopidine HCl+ginkgo 복합제, Cilostazol+ginkgo 복합제 (고시 제2018-81호, '18.5.1.)

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[일반원칙]</p> <p>고지혈증치료제</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에 투여한 경우 에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 순수 고지밀도지단백콜레스테롤(LDL-C)혈증</p> <p>1) 투여대상</p> <p>가) 위험요인*이 0~1개인 경우: 혈중 LDL-C\geq160 mg/dL일 때</p> <p>나) 위험요인*이 2개 이상인 경우: 혈중 LDL-C\geq130 mg/dL일 때</p> <p>다) 관상동맥질환 또는 이에 준하는 위험(말초 동맥질환, 복부대동맥류, 증상이 동반된 경동맥질환, 당뇨병)인 경우: 혈중 LDL-C\geq 100 mg/dL일 때</p> <p>라) 급성 관동맥 증후군인 경우: 혈중 LDL-C\geq70 mg/dL일 때</p> <p>2) 해당 약제: HMG-CoA 환원효소억제제, 담즙산 제거제, Fibrate계열 약제 중 1종</p> <p>나. 순수 고트리글리세라이드(TG)혈증</p> <p>1) 투여대상</p> <p>가) 혈중 TG\geq500 mg/dL일 때</p> <p>나) 위험요인*또는 당뇨병이 있는 경우: 혈중 TG\geq200 mg/dL일 때</p> <p>2) 해당 약제: Fibrate 계열, Niacin 계열 중 1종</p> <p>다. 고LDL-C 및 고TG혈증 복합형</p> <p>1) 투여대상 “가. 순수 고LDL-C혈증”과 “나. 순수 고TG혈증”에 해당하는 경우</p> <p>2) 해당 약제 LDL-C 및 TG에 작용하는 약제별로 각각 1종씩 인정</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>라. 약제투여는 치료적 생활습관 변화(therapeutic lifestyle changes)를 병행하여 실시토록 권장함</p> <p>* 위험요인</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 흡연 ② 고혈압(BP≥140/90 mmHg 또는 항고혈압제 복용) ③ 낮은 고밀도지단백콜레스테롤(HDL-C)(<40 mg/dL) ④ 관상동맥질환 조기 발병의 가족력(부모, 형제자매 중 남자<55세, 여자<65세에서 관상동맥질환이 발병한 경우) ⑤ 연령(남자≥45세, 여자≥55세) <p>※ HDL-C≥60 mg/dL은 보호인자로 간주하여 총 위험요인 수에서 하나를 감한다.</p> <p>(고시 제2014-34호, '14.3.1.)</p>
<p>[일반원칙] 고혈압약제</p>	<p>동반질환 및 합병증이 없는 고혈압 환자에게 투여하는 혈압강하제는 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 약제 치료 시점</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 수축기혈압 140mmHg 이상 또는 이완기혈압 90mmHg 이상에서 약제 투여를 시작할 수 있음. 2) 심혈관질환 위험인자를 동반하지 않는 환자에서는 우선적으로 생활습관 개선을 권고함. <p>나. 약제 투여원칙</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 혈압강하제는 1종부터 투여하며, 수축기혈압이 160mmHg 이상 또는 이완기혈압이 100mmHg 이상일 경우 처음부터 2제 요법 인정 가능함.

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2) 혈압강하제를 투여해도 수축기혈압이 140mmHg 이상 또는 이완기혈압이 90mmHg 이상이면 다른 기전의 혈압강하제를 1종씩 추가할 수 있음. 다만, 4 성분군 이상 투여할 경우 투여조건 기재 시 사례별로 인정함.</p> <p>3) 2제 요법 시 다음의 병용 조합은 권장하지 아니하며, 타당한 사유 기재 시 사례별로 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) Diuretic + α Blocker 나) β Blocker + ACE inhibitor 다) β Blocker + Angiotensin II receptor antagonist 라) ACE inhibitor + Angiotensin II receptor antagonist</p> <p>4) 동일 성분군의 혈압강하제는 1종 투여하며, 복합제는 복합된 성분수의 약제를 투여한 것으로 인정함.</p> <p>※ 대상환자 : 아래의 동반질환 또는 합병증이 없는 고혈압 환자</p> <ul style="list-style-type: none"> · 심혈관계질환 : 협심증, 심근경색, 좌심실비대, 심부전, 허혈성 심질환 · 뇌혈관질환 · 만성신질환(단백뇨 포함) · 당뇨병 · 말초혈관질환

구 분	세부인정기준 및 방법	
※ 대상약제 : 아래의 성분을 포함하는 단일제 및 복합제		
성분군		성분명
안지오텐신 전환효소 억제제		Alacepril, Captopril, Cilazapril, Enalapril, Fosinopril, Imidapril, Lisinopril, Perindopril, Quinapril, Ramipril, Temocapril, Zofenopril 등
안지오텐신 수용체 차단제		Azilsartan, Candesartan, Eprosartan, Fimasartan, Irbesartan, Losartan, Olmesartan, Telmisartan, Valsartan 등
알파차단제		Doxazosin, Phenoxybenzamine 등
베타차단제 (알파 및 베타 차단제 포함)		Amosulalol, Arotinolol, Atenolol, Betaxolol, Bevantolol, Bisoprolol, Carteolol, Carvedilol, Celiprolol, Metoprolol, Nadolol, Nebivolol, Propranolol, S-Atenolol 등
칼슘 채널 차단 제	DHP	Amlodipine, s-Amlodipine, Barnidipine, Benidipine, Cilnidipine, Efonidipine, Felodipine, Isradipine, Lacidipine, Lercanidipine, Manidipine, Nicardipine, Nifedipine, Nisoldipine 등
	non-DHP	Diltiazem, Verapamil 등
중추신경계 작용약물		Moxonidine 등
이 뇨 제	thiazide계	Hydrochlorothiazide 등
	loop	Azosemide, Furosemide, Torasemide 등
	K+ sparing	Amiloride, Spironolactone 등
	기타	Chlorthalidone, Indapamide, Metolazone, Xipamide 등
혈관확장제		Cadralazine, Minoxidil, Hydralazine 등
(고시 제2017-215호, '17.12.1.)		

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[일반원칙] 골다공증치료제</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 -</p> <p>가. 칼슘 및 Estrogen제제 등의 약제 골밀도검사에서 T-score가 -1 이하인 경우(T-score ≤ -1.0)</p> <p>나. Elcatonin제제, Raloxifene제제, Bazedoxifene제제, 활성형 Vit D3제제 및 Bisphosphonate제제 등의 약제(검사지 등 첨부)</p> <p>1) 투여대상</p> <p>가) 중심골[Central bone; 요추, 대퇴(Ward's triangle 제외)]: 이중 에너지 방사선 흡수계측(Dual-Energy X-ray Absorptiometry: DEXA)을 이용하여 골밀도 측정시 T-score가 -2.5 이하인 경우 (T-score ≤ -2.5)</p> <p>나) 정량적 전산화 단층 골밀도 검사(QCT): 80mg/cm³ 이하인 경우</p> <p>다) 상기 가), 나)항 이외: 골밀도 측정시 T-score가 -3.0 이하인 경우(T-score ≤ -3.0)</p> <p>라) 방사선 촬영 등에서 골다공증성 골절이 확인된 경우</p> <p>2) 투여기간</p> <p>가) 투여대상 다)에 해당하는 경우에는 6개월 이내 나) 투여대상 가), 나)에 해당하는 경우에는 1년 이내, 라)에 해당하는 경우에는 3년 이내로 하며, 추적검사에서 T-score가 -2.5 이하(QCT 80mg/cm³ 이하)로 약제투여가 계속 필요한 경우는 급여토록 함.</p> <p>다. 단순 X-ray는 골다공증성 골절 확인 진단법으로만 사용할 수 있음</p> <p>2. 글루코코르티코이드(Glucocorticoid) 투여 환자의 경우 아래와 같은 기준으로 요양 급여를 인정함. - 아 래 -</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>가. 대상 약제 alendronate, risedronate 단일 제제 및 해당 성분과 cholecalciferol 복합제</p> <p>나. 투여대상 6개월 이내에 최소 90일을 초과하여 prednisolone을 총 450mg 이상(또는 그에 상응하는 글루코코르티코이드 약제 용량)을 투여 받은 환자로서</p> <p>1) 폐경 후 여성 및 만 50세 이상 남성: T-score* < -1.5 2) 폐경 전 여성 및 만 50세 미만 남성: Z-score* < -3.0 ※ 중심궤(Central bone; 요추, 대퇴(Ward's triangle 제외))을 이중 에너지 방사선 흡수계측(Dual-Energy X-ray Absorptiometry: DEXA)을 이용하여 측정해야 한다.</p> <p>다. 투여기간 1년 이내로 하며, 추적검사에서 나. 의 기준이 유지되고 약제투여가 계속 필요한 경우는 급여토록 함.</p> <p>3. 골다공증 치료제에는 호르몬요법(Estrogen, Estrogen derivatives 등)과 비호르몬요법(Bisphosphonate, Elcatonin, 활성형 Vit.D3, Raloxifene 및 Bazedoxifene제제 등)이 있으며, 호르몬요법과 비호르몬요법을 병용투여하거나 비호르몬요법 간 병용투여는 인정하지 아니함. 다만, 아래의 경우는 인정 가능함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 칼슘제제와 호르몬대체요법의 병용 나. 칼슘제제와 그 외 비호르몬요법의 병용 다. Bisphosphonate와 Vit.D 복합경구제(성분: Alendronate + Cholecalciferol 등)를 투여한 경우 라. Bisphosphonate 단일제와 활성형 Vit. D3 단일제 병용 마. SERM과 Vit.D 복합경구제(성분: Bazedoxifene + Cholecalciferol, Raloxifene + Cholecalciferol)를 투여한 경우 ※ SERM: Seletive Estrogen Receptor Modulator (선택적 에스트로젠 수용체 조절제)</p> <p>4. 특정조건 없이 단순히 골다공증 예방목적으로 투여하는 경우에는 비급여 함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-253호, '18.12.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[일반원칙]</p> <p>국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조제4항에 의하여 중증환자 중 암환자에게 처방·투여하는 약제로서 건강보험심사평가원장이 정하여 공고하는 약제의 범위 및 비용부담</p>	<p>1. 약제의 범위</p> <p>가. 항암요법제 사용 관련</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 245 부신히르몬제, 247 난포 및 황체호르몬제, 249 기타의 호르몬제(항호르몬제를 포함), 313 비타민B제(비타민B1을 제외), 339 기타의 혈액 및 체액용약, 392 해독제, 399 따로 분류되지 않는 대사성 의약품, 421 항악성종양제, 429 기타의 종양치료제, 431 방사성 의약품, 617 주로 악성종양에 작용하는 것, 639 기타의 생물학적 제제, 항암면역요법제 <p>나. 항구토제 사용 관련</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 235 최토제·진토제, 239 기타의 소화기관용약, 245부신히르몬제 <p>다. 암성통증치료제 사용 관련</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 112 최면진정제, 113 항전간제, 114 해열진통소염제, 117 정신신경용제, 119 기타의 중추신경용약, 124 진경제, 264 진통·진양·수렴·소염제, 811 아편 알칼로이드계 제제, 821 합성마약 <p>2. 비용부담</p> <p>상기 1.의 약제는「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. 다만, 아래에 해당하는 경우에는 약값의 전액 또는 일부를 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 허가사항 범위이지만 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」이외에 투여한 경우</p> <p>나. 허가사항 범위 초과이지만 의학적 타당성·비용효과성 등을 종합적으로 고려하여 전액본인부담 또는 일부 본인부담으로 인정한 범위 내에서 투여한 경우 (해당약제 심사평가원장이 공고하거나 또는 신청 및 신고기관에 국한하여 통보)</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2019-240호, '19.11.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[일반원칙] 국소지혈제</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 수술범위</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 간절제술(자722), 간파열봉합술(자724), 횡장수술(자751, 자752, 자754, 자756, 자757, 자758, 자759), 간, 췌, 십이지장절제술(자-723) 2) 개두술, 경막을 여는 수술(자462, 자462-1, 자463, 자464, 자465, 자466, 자468, 자471, 자472, 자473, 자473-1, 자476, 자477, 자478, 자479, 자480-1, 자480-2, 자34나, 자482나 척추신경근절제술 (Spinal Rhizotomy)) 3) 대동맥 및 폐동맥 등의 심혈관수술(자164, 자168, 자170, 자170-1, 자170-2, 자181, 자183, 자184), 개심술[인공 판막치환술(자179), 복잡심장수술(자180, 자185) 등 4) 척수수술(자469, 자467-1) 5) 장기이식(간절제술[이식용](생체) 등) <p>나. 한 수술 당 인정되는 국소지혈제 및 투여용량 범위 : 베리플라스트-피콤비세트 1ml 및 3ml, 그린플라스트키트 1ml, 아비텐압축형 1매(70×35×1mm), 타코실 1매(7.5cm² 및 23.04cm²), 티셀 2ml 및 4ml, 노바콜패드 1매(80×100mm), 그린플라스트큐 프리필드시린지키트 2ml 및 4ml, 예비셀 2ml 및 4ml</p> <p>다. 투여기준</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 상기 수술 및 용량 범위 내에서 한 수술 당 국소 지혈제 1종을 투여할 경우 요양급여를 인정함.

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2) 상기 '가'의 범위 이외의 수술이나 상기 '나'의 용량을 초과하여 투여한 경우와 상기 수술 및 용량범위 이내이나 국소지혈제를 2종 이상 중복 투여한 경우 또는 국소지혈제(약제)와 흡수성 체내용 지혈용품(치료재료)을 동시에 사용한 경우는 투여 소견서를 참조하여 인정함.</p> <p>라. 그간 인정사례</p> <p>1) 투여소견서 첨부 시 인정</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 청신경종양적출술(자574), 전정신경절제술(자479-가), 외림프누공수술, 신경이식술(자460), 이과적두개내수술, 인공와우이식술(자580) <p>2) 투여소견서 첨부 시 사례별 인정</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 고실성형술(자564), 이소골재건술(자579), 등골수술(자569), 후두마비수술(자126), 후두협착증수술(자127) <p>3) 투여소견서 참조 인정</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 폐절제술 후 발생한 기관지 늑막루중 열개부위가 비교적 적은 경우 ○ 수술 후 발생한 기관지 식도루 등에 내시경적 국소주입법으로 사용한 경우 ○ 위장관출혈, 내시경적 시술 후 발생한 출혈, 위장관누공, 기타 내시경적 시술의 보조요법 <p>4) 국소지혈제의 진료비 청구는 실사용량으로 함을 원칙으로 하며, 분할 사용이 불가능한 경우에는 사용 규격의 단위당 금액을 산정토록 함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2019-88호, '19.5.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[일반원칙] 기관지천식 치료용흡입제</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정하며, 천식의 치료원칙에 따른 효능군별로 증상의 정도에 따라 2-3종의 흡입제 병용투여 시에도 요양급여를 인정함.</p> <p>2. 기관지천식에 투여되는 흡입제 중 분무용 용액(Nebulizer solution)은 노인, 소아, 안면 마비환자, 의식불명 환자 등 일반적인 흡입제 사용이 곤란한 경우나 응급치료 시에만 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[일반원칙] 내용액제 (시럽 및 현탁액 등)</p>	<p>1. 동일성분의 정제 또는 캡슐제가 있는 내용액제(시럽 및 현탁액 등)는 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여로 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (개별 고시가 있는 내용액제는 해당 고시 기준을 따름)</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 만 12세 미만 소아에게 투여한 경우</p> <p>나. 고령, 치매 및 연하곤란 등으로 정제 또는 캡슐제를 삼킬 수 없는 경우</p> <p>2. 제산제, Sucralfate 제제 및 Sodium alginate 제제는 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p>(고시 제2017-215호, '17.12.1.)</p>
<p>[일반원칙] 뇌대사제제 및 뇌순환계용약 주사제</p>	<p>허가사항 범위 내에서 의식이 극히 저하된 급성기 중증의 뇌병증 환자에게 3주 범위에서 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[일반원칙] 당뇨병용제</p>	<p>인슐린 비의존성 당뇨병(제2형 당뇨병) 환자에게 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 경구용 당뇨병치료제</p> <p>1) 단독요법</p> <p>다음의 하나에 해당하는 경우 Metformin 단독 투여를 인정하고, Metformin 투여 금기 환자 또는 부작용으로 Metformin을 투여할 수 없는 경우에는 Sulfonylurea계 약제의 단독 투여를 인정하며, 이 경우 투여소건을 첨부하여야 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) 헤모글로빈A1C(HbA1C) $\geq 6.5\%$ 나) 공복혈장혈당 $\geq 126\text{mg/dl}$ 다) 당뇨의 전형적인 증상과 임의혈장혈당 $\geq 200\text{mg/dl}$ 라) 75g 경구당부하검사 후 2시간 혈장혈당 $\geq 200\text{mg/dl}$</p> <p>2) 병용요법</p> <p>가) 2제요법</p> <p>(1) 단독요법으로 2-4개월 이상 투약해도 다음의 하나에 해당하는 경우 다른 기전의 당뇨병 치료제 1종을 추가한 병용요법을 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>(가) HbA1C $\geq 7.0\%$ (나) 공복혈당 $\geq 130\text{mg/dl}$ (다) 식후혈당 $\geq 180\text{mg/dl}$</p>

구 분	세부인정기준 및 방법										
<p>(2) HbA1C \geq7.5% 경우에는 Metformin을 포함한 2제 요법을 처음부터 인정함.</p> <p>○ Metformin 투여 금기 환자 또는 부작용으로 Metformin을 투여할 수 없는 경우에는 Sulfonylurea계 약제를 포함한 2제 요법을 처음부터 인정하며, 이 경우 투여조건을 첨부하여야 함.</p> <p>(3) 인정 가능 2제 요법</p>											
	구 분	Metformin	Sulfonylurea	Meglitinide	α -glucosidase inhibitor	Thiazolidinedione	DPP-IV inhibitor	SGLT-2 inhibitor			
								dapagliflozin	ipragliflozin	empagliflozin	ertugliflozin
	Metformin	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정	인정
	Sulfonylurea	인정	X	X	인정	인정	인정	인정	X	X	X
	Meglitinide	인정	X	인정	X	인정	X	X	X	X	X
	α -glucosidase inhibitor	인정	인정	인정	X	X	X	X	X	X	X
	Thiazolidinedione	인정	인정	인정	X	X	인정	X	X	X	X
	DPP-IV inhibitor	인정	인정	X	X	인정	X	X	X	X	X
	SGLT-2 inhibitor	dapagliflozin	인정	인정	X	X	X	X	X	X	X
		ipragliflozin	인정	X	X	X	X	X	X	X	X
		empagliflozin	인정	X	X	X	X	X	X	X	X
		ertugliflozin	인정	X	X	X	X	X	X	X	X
<p>(4) 2제요법 투여대상으로 2제요법 인정 가능 성분 중 1종만 투여한 경우도 인정함.</p> <p>나) 3제요법</p> <p>○ 2제 요법을 2-4개월 이상 투여해도 HbA1C가 7% 이상인 경우에는 다른 기전의 당뇨병 치료제 1종을 추가한 병용요법을 인정함. 단, 2제 요법에서 인정되지 않는 약제의 조합이 포함되어서는 아니되나, Metformin+Sulfonylurea+Empagliflozin은 인정함.</p>											

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나. Insulin 요법</p> <p>1) 단독요법</p> <p>가) 초기 HbA1C가 9% 이상인 경우, 성인의 지연형 자가면역당뇨병(LADA), 제1형 당뇨병과 감별이 어려운 경우, 고혈당과 관련된 급성합병증, 신장·간손상, 심근경색증, 뇌졸중, 급성질환 발병 시, 수술 및 임신한 경우 등에는 Insulin 주사제 투여를 인정함.</p> <p>나) 경구용 당뇨병 치료제 병용투여에도 HbA1C가 7% 이상인 경우 Insulin요법을 인정함.</p> <p>2) 경구제와 병용요법</p> <p>Insulin 단독요법 또는 경구용 당뇨병치료제 투여에도 HbA1C가 7% 이상인 경우 Insulin과 경구용 당뇨병치료제의 병용요법을 인정함.</p> <p>가) Insulin과 경구용 당뇨병치료제 2종까지 병용요법을 인정함. 단, 경구용 당뇨병 치료제 2제 요법에서 인정되지 않는 약제의 조합이 포함되어서는 아니 됨.</p> <p>나) Ertugliflozin, Ipragliflozin은 Insulin 주사제와 병용시 인정하지 아니함.</p> <p>다. GLP-1 수용체 효능제</p> <p>1) 경구제와 병용요법</p> <p>가) 투여대상</p> <p>Metformin+Sulfonylurea계 약제 병용투여로 충분한 혈당조절을 할 수 없는 환자 중</p> <p>(1) 체질량지수(BMI: Body mass index)≥25kg/m² 또는</p> <p>(2) Insulin 요법을 할 수 없는 환자</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나) 투여방법</p> <p>(1) 3종 병용요법(Metformin + Sulfonylurea + GLP-1 수용체 효능제)을 인정</p> <p>(2) 3종 병용요법으로 현저한 혈당개선이 이루어진 경우 2종 병용요법(Metformin + GLP-1 수용체 효능제)을 인정</p> <p>2) Insulin과 병용요법(단일제)</p> <p>가) 투여대상</p> <p>기저 Insulin(Insulin 단독 또는 Metformin 병용) 투여에도 HbA1C가 7% 이상인 경우</p> <p>나) 투여방법</p> <p>기저 Insulin+GLP-1 수용체 효능제(+Metformin)을 인정</p> <p>3) Insulin과 병용요법(복합제)</p> <p>가) 투여대상</p> <p>기저 Insulin(Insulin 단독 또는 Metformin 병용) 투여에도 HbA1C가 7% 이상인 경우 (다만, Insulin degludec +Liraglutide의 경우에는 기저 Insulin과 Metformin 병용 시만 인정)</p> <p>나) 투여방법</p> <p>(1) Insulin glargine + Lixisenatide: 단독 또는 Metformin 병용 시 인정</p> <p>(2) Insulin degludec + Liraglutide: Metformin과 병용 시 인정</p> <p>라. 각 단계에서 명시한 기간에 해당하지 않더라도 신속한 변경을 요하는 경우에는 투여조건 첨부 시 사례별로 인정함.</p> <p>마. 복합제는 복합된 성분수의 약제를 투여한 것으로 인정함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>바. 급여 인정용량</p> <p>각 약제별 용법·용량 범위 내에서 급여하며, 다음의 인정용량을 초과한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) Repaglinide 경구제(복합제 포함): 1일 최대 6mg 2) Pioglitazone 경구제(복합제 포함): 1일 최대 30mg 3) Metformin 성분이 포함된 복합제에 Metformin 단일제 추가 투여 시(복합제 용량 포함) 가) 일반형: 1일 최대 2,550mg 나) 서방형: 1일 최대 2,000mg 다) 일반형과 서방형 병용: 1일 최대 2,550mg까지 인정하나, 서방형을 2,000mg까지 투여 시에는 추가투여 할 수 없음 4) Glimepiride 성분이 포함된 복합제에 Glimepiride 단일제 추가투여 시: 복합제 내 함량을 포함하여 1일 최대 8mg</p> <p>※ 대상약제</p> <p>[경구제 중 단일제]</p> <ul style="list-style-type: none"> ·Biguanide계 : Metformin HCl ·Sulfonylurea계 : Glibenclamide, Gliclazide, Glimepiride, Glipizide ·Meglitinide계 : Mitiglinide calcium hydrate, Nateglinide, Repaglinide ·α-glucosidase inhibitor계 : Acarbose, Miglitol, Voglibose ·Thiazolidinedione계 : Loxeplazone sulfate, Pioglitazone HCl ·DPP-IV inhibitor계 : Alogliptin, Anagliptin, Evogliptin, Gemigliptin, Linagliptin, Saxagliptin,

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>Sitagliptin phosphate, Tenzeligliptin, Vildagliptin Vildagliptin HCl, Vildagliptin nitrate</p> <p>·SGLT-2 inhibitor계 : Dapagliflozin, Empagliflozin, Ertugliflozin, Ipragliflozin</p> <p>[경구제 중 복합제]</p> <p>·Glibenclamide+Metformin HCl, Gliclazide+Metformin HCl, Glimepiride+ Metformin HCl</p> <p>·Mitiglinide calcium hydrate+Metformin HCl, Nateglinide+Metformin HCl, Repaglinide+Metformin HCl</p> <p>·Voglibose+Metformin HCl</p> <p>·Lobeglitazone sulfate+Metformin HCl, Pioglitazone HCl+Metformin HCl</p> <p>·Pioglitazone HCl+Glimepiride, Rosiglitazone maleate+Glimepiride</p> <p>·Alogliptin+Metformin HCl, Anagliptin+Metformin HCl, Evogliptin+ Metformin HCl, Gemigliptin+Metformin HCl, Linagliptin+Metformin HCl, Saxagliptin+Metformin HCl, Sitagliptin phosphate+Metformin HCl, Tenzeligliptin+Metformin HCl, Vildagliptin+Metformin HCl, Vildagliptin HCl+Metformin HCl, Vildagliptin nitrate+Metformin HCl</p> <p>·Alogliptin+Pioglitazone HCl</p> <p>·Dapagliflozin+Metformin HCl, Empagliflozin + Metformin HCl</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>[주사제]</p> <ul style="list-style-type: none"> ·Insulin 주사제 ·GLP-1 수용체 효능제(단일제) : Dulaglutide, Exenatide ·Insulin + GLP-1 수용체효능제 (복합제) : Insulin glargine + Lixisenatide, Insulin degludec + Liraglutide <p>(고시 제2022-56호, '22.3.1.)</p>
<p>[일반원칙]</p> <p>동일성분 의약품 중복처방 관리에 관한 기준</p>	<p>동일 요양기관에서 같은 환자에게 6개월 동안 동일성분 의약품의 투약일수가 214일을 초과하여 처방하는 경우 요양급여를 인정하지 아니하나, 아래에 해당하는 경우에는 예외로 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 환자가 장기출장이나 여행으로 인하여 의약품이 소진 되기 전 처방을 받아야 하는 경우</p> <p>나. 의약품 부작용, 용량 조절 등으로 약제 변경이 불가피 하거나, 파우더 형태의 조제 등으로 인하여 기존 처방 의약품 중 특정 성분만을 구분하여 별도 처방할 수 없는 경우</p> <p>다. 항암제 투여 중인 환자이거나, 소아환자로서 구토로 인해 약 복용 중 약제가 소실된 경우 등 환자의 귀책사유 없이 약제가 소실·변질된 경우</p> <p>※ “동일성분 의약품”이라 함은 국민건강보험법 시행령 제24조 제3항 및 ‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’ 제8조 제2항 에 의한 ‘약제급여목록 및 급여 상한금액표’상의 주성분코드를 기준으로, 1~4째 자리(주성분 일련번호)와 7째 자리(투여 경로)가 동일한 의약품을 말함.</p> <p>(예) 123101ATB, 123102ATB, 123102ATR, 123104ATR은 모두 동일 성분 의약품에 해당됨.</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법										
<p>[일반원칙] 마약성 진통제</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 암성통증 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」의 “Ⅲ. 암성통증 치료제” 범위 내에서 인정</p> <p>나. 비암성통증</p> <p>1) 투여대상</p> <p>가) 비스테로이드항염제(NSAIDs)의 환자별 최대용량에도 반응하지 않는 심한 통증에 허가사항 범위 내에서 투여함. 단, 일부약제는 허가사항 범위 내에서 다음 투여대상에 한하여 급여인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <table border="1" data-bbox="400 801 975 1120"> <thead> <tr> <th>대상 약제</th> <th>투여 대상</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Oxycodone 단일 및 복합 경구제</td> <td>골관절염, 하부요통, 신경병성통증, 만성 췌장염</td> </tr> <tr> <td>Hydromorphone 서방형 경구제</td> <td>골관절염, 하부요통</td> </tr> <tr> <td>Tapentadol</td> <td>골관절염, 하부요통, 신경병성통증</td> </tr> <tr> <td>Fentanyl 패취제</td> <td>골관절염, 하부요통, 신경병성통증, 만성 췌장염</td> </tr> </tbody> </table> <p>나) 수술 후 통증에 급여인정하되, 서방형제제 (Oxycodone 단일 및 복합제, Hydromorphone, Tapentadol, Fentanyl 패취제)는 인정하지 않음.</p> <p>2) 투여용량 다음 투여 용량을 초과하는 경우 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p>	대상 약제	투여 대상	Oxycodone 단일 및 복합 경구제	골관절염, 하부요통, 신경병성통증, 만성 췌장염	Hydromorphone 서방형 경구제	골관절염, 하부요통	Tapentadol	골관절염, 하부요통, 신경병성통증	Fentanyl 패취제	골관절염, 하부요통, 신경병성통증, 만성 췌장염
대상 약제	투여 대상										
Oxycodone 단일 및 복합 경구제	골관절염, 하부요통, 신경병성통증, 만성 췌장염										
Hydromorphone 서방형 경구제	골관절염, 하부요통										
Tapentadol	골관절염, 하부요통, 신경병성통증										
Fentanyl 패취제	골관절염, 하부요통, 신경병성통증, 만성 췌장염										

구 분	세부인정기준 및 방법												
	<p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">대상 약제</th> <th style="width: 50%;">투여 용량</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Oxycodone 단일 및 복합 경구제</td> <td>Oxycodone으로 1일당 60mg</td> </tr> <tr> <td>Hydromorphone</td> <td>1일당 24mg</td> </tr> <tr> <td>Tapentadol</td> <td>1일당 300mg</td> </tr> <tr> <td>Fentanyl 패취제</td> <td>3일당 37.5ug/h</td> </tr> <tr> <td>Morphine 경구제</td> <td>1일당 90mg</td> </tr> </tbody> </table> <p>3) 투여기간 1회 처방당 최대 30일까지 인정하며, 속효성제제는 단기간 투여를 원칙으로 함.</p> <p>※ 대상약제</p> <ul style="list-style-type: none"> · Oxycodone 단일 및 복합제, Hydromorphone 경구제, Tapentadol 경구제, Fentanyl 패취제, Morphine 경구제 <p style="text-align: right;">(고시 제2017-153호, '17.9.1.)</p>	대상 약제	투여 용량	Oxycodone 단일 및 복합 경구제	Oxycodone으로 1일당 60mg	Hydromorphone	1일당 24mg	Tapentadol	1일당 300mg	Fentanyl 패취제	3일당 37.5ug/h	Morphine 경구제	1일당 90mg
대상 약제	투여 용량												
Oxycodone 단일 및 복합 경구제	Oxycodone으로 1일당 60mg												
Hydromorphone	1일당 24mg												
Tapentadol	1일당 300mg												
Fentanyl 패취제	3일당 37.5ug/h												
Morphine 경구제	1일당 90mg												
<p>[일반원칙] 메르스 코로나바이러스 (MERS-CoV) 및 코로나바이러스 감염증-19 (COVID-19) 치료제</p>	<p>허가사항 범위를 초과하여 메르스(MERS) 및 코로나 바이러스감염증-19(COVID-19)에 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 메르스 코로나바이러스(MERS-CoV)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 투여대상 : 메르스 관련 증상이 있는 메르스 코로나 바이러스(MERS-CoV) 감염인 또는 감염이 의심되는 경우 2) 투여방법 : 대상약제의 병용 또는 단독투여 3) 투여기간 : 10~14일(단, 진로리가 필요하다고 판단한 경우 조정 가능) 												

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>※ 대상 약제</p> <ul style="list-style-type: none"> ·interferon 제제(peg interferon 제제 포함) ·ribavirin 제제(단독투여는 권고되지 않음) ·lopinavir+ritonavir 제제 <p>나. 코로나바이러스감염증-19(COVID-19)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 투여대상 코로나바이러스감염증-19가 확진된 환자 2) 투여방법: 대상약제의 병용 또는 단독투여 3) 투여기간: 7~14일 (단, 진료의가 필요하다고 판단한 경우 조정 가능) <p>※ 대상 약제</p> <ul style="list-style-type: none"> ·interferon 제제(peg interferon 제제 포함)(remdesivir 제제, corticosteroid 제제 등 임상진료지침에서 권고되는 치료법으로 효과가 불충분하거나 이러한 치료법을 사용할 수 없는 경우) ·human immunoglobulin G (IVIG) 제제(폐혈증 또는 급성 호흡곤란 증후군일 경우) ·oseltamivir 경구제, zanamivir 외용제(인플루엔자 감염이 합병되었거나 강하게 의심되는 경우) ·항생제(세균성 감염이 동반되어 있거나 의심되는 경우) ·코르티코스테로이드 제제(대상 성분: dexamethasone, prednisolone, methylprednisolone, hydrocortisone) (중증 이상의 경우) ·저분자량 헤파린(대상 성분: bemiparin, dalteparin, enoxaparin, nadroparin, fondaparinux)(코로나 바이러스감염증-19로 인해 입원한 환자에 투여한 경우) ·신항응고제(대상 성분: apixaban, edoxaban, rivaroxaban, dabigatran)(코로나바이러스감염증-19로 인해 입원한 환자 중 저분자량 헤파린을 투여할 수 없는 경우)

구 분	세부인정기준 및 방법				
	<p>·baricitinib 제제(“remdesivir(비급여) +코르티코 스테로이드제”를 투여할 수 없는 경우 대안으로 “remdesivir(비급여) + baricitinib”으로 투여하는 경우)</p> <p>·tocilizumab 제제(피하주사제 제외)를 다음과 같은 기준으로 투여 시 급여 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 대상 환자(만 2세 이상)</p> <p>가) 중환자실 혹은 중환자실에 해당하는 병실(예: 중증 치료 병상 등)에 입실한 지 48시간 이내인 환자이면서 고유량산소 비캐놀라(high-flow oxygen nasal cannula, 이하 HFNC) 이상의 호흡기 치료가 필요한 경우 또는</p> <p>나) 스테로이드요법과 저유량 산소요법으로 치료 받았음에도 HFNC 이상의 호흡기 치료가 필요한 상태로 급격히 악화되는 환자이면서, HFNC 이상의 호흡기 치료를 적용한 지 7일이 경과되지 않은 경우</p> <p>2) 용법 및 용량</p> <p>스테로이드 제제와 병용 투여하되, baricitinib 제제와는 병용투여하지 않고, 다음의 용량으로 (1회 투여 당 최대 800mg 까지) 60분 이상 동안 정맥 투여하며, 1회 투여를 원칙으로 함</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <table border="1" data-bbox="404 1235 972 1326"> <tr> <td data-bbox="404 1235 837 1281">몸무게가 30kg 미만인 환자</td> <td data-bbox="837 1235 972 1281">12mg/kg</td> </tr> <tr> <td data-bbox="404 1281 837 1326">몸무게가 30kg 이상인 환자</td> <td data-bbox="837 1281 972 1326">8mg/kg</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">(고시 제2022-56호, '22.3.1.)</p>	몸무게가 30kg 미만인 환자	12mg/kg	몸무게가 30kg 이상인 환자	8mg/kg
몸무게가 30kg 미만인 환자	12mg/kg				
몸무게가 30kg 이상인 환자	8mg/kg				

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[일반원칙]</p> <p>병용금지 성분, 특정연령대 금지 성분 및 임부금지 성분</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 식품의약품안전처장이 고시한 병용금지 성분 및 특정 연령대 금지 성분과 임부금지 성분에 대하여는 요양급여를 인정하지 아니함 <ul style="list-style-type: none"> 가. 이 경우 임부금지 성분은 고시 성분을 함유한 단일제와 복합제를 모두 포함함 2. 다만, 병용금지 성분, 특정연령대 금지 성분 및 임부금지 1등급 성분임에도 불구하고 부득이하게 처방·조제할 필요가 있다고 판단하여 사용하는 경우에는 예외로 할 수 있음. 이 경우 다음의 가, 나 모두에 처방·조제 사유를 의학적 근거와 함께 명시하여야 하며, 건강보험 심사평가원장이 그 사용이 적절하다고 인정하는 경우에 한함. <ul style="list-style-type: none"> 가. 보건복지부장관이 고시한 「요양급여비용 심사청구 소프트웨어 검사 등에 관한 기준」에 따라 설치한 「의약품 처방·조제 지원 소프트웨어」에 의해 컴퓨터 화면에 제공 (Pop-up)된 사유기재란 나. 보건복지부장관이 고시한 「요양급여비용 청구방법, 심사 청구서·명세서 서식 및 작성요령」에 따른 요양급여비용 명세서 3. 2호에도 불구하고 특정연령대 금지 성분인 “acetaminophen (encapsulated 포함)(서방형 제제에 한함)”등 서방형 제제, 장용성제제 등은 그 제제의 특성상 분할하거나 분말 형태로 처방·조제하여서는 안 됨 4. 임부금지 2등급에 해당하는 성분을 처방·조제할 때는 부득이하게 사용할 필요가 있다고 의학적 타당성을 판단한 경우에 한하여야 하며, 투약 이전에 반드시 환자에게 적절한 안내조치를 하여야 함 5. 급여기준 적용일: 식품의약품안전처장이 고시한 다음날부터 적용한다. <p style="text-align: right;">(고시 제2017-109호, '17.7.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[일반원칙] 보조생식술에 사용되는 호르몬 약제</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 각 약제의 허가사항 및 급여기준 범위 내에서 투여 시 영양급여를 인정함. 2. 허가사항 범위를 초과하여 보조생식술에 아래와 같은 기준으로 투여 시 「보조생식술 급여기준」 범위 내에서 영양급여를 인정하며, 비급여로 실시한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <ul style="list-style-type: none"> - 아 래 - 가. Prednisolone 경구제, Dexamethasone 경구제 <ul style="list-style-type: none"> ○ 투여 대상 <ol style="list-style-type: none"> 1) 반복 유산과 관련된 자가면역 질환이 있는 환자 2) 원인불명으로 3회 이상 반복하여 착상 실패를 경험한 환자 나. Estradiol valerate 경구제, Medroxyprogesterone acetate 경구제 3. 허가사항 범위를 초과하여 보조생식술에 아래와 같은 기준으로 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <ul style="list-style-type: none"> - 아 래 - 가. Micronized progesterone 경구제의 경우 투여. <ol style="list-style-type: none"> 1) 체외수정 시 Progesterone의 보충요법 2) Progesterone 결핍으로 인한 불임 여성의 난모세포 공여프로그램 3) 반복적인 유산(3회 이상)의 과거력이 있는 환자 나. 성장호르몬제(Growth hormone, Somatropin) <ul style="list-style-type: none"> ○ 체외수정을 시행하는 여성 중 다음 2가지 이상을 만족하는 경우 <ol style="list-style-type: none"> 1) 만 40세 초과 연령 2) 난소 예비능이 좋지 않은 과거력 3) 난소 기능검사 결과 기능저하

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>※ 대상약제: Estradiol valerate 경구제, Medroxyprogesterone acetate 경구제, Prednisolone 경구제, Dexamethasone 경구제, Micronized progesterone 경구제, Somatropin 서방형 주사제, Somatropin 주사제 (고시 제2017-193호, '17.11.1.)</p>
<p>[일반원칙] 비결핵항산균 (NTM, Non-Tuberculous Mycobacteria) 치료제</p>	<p>비결핵항산균 (NTM, Non-Tuberculous Mycobacteria) 질환 (폐질환, 림프절염, 파종성질환, 피부·연조직·골감염증 등)에 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 원인균이 미코박테륨아비움복합체 [Mycobacterium avium complex; MAC-M. avium, M. intracellulare 등]인 경우 1) Macrolide계(Clarithromycin, Azithromycin), Rifampicin, Ethambutol을 병용투여하며, 가) 환자상태를 고려하여 Streptomycin sulfate 또는 Amikacin sulfate를 추가할 수 있음. 나) Rifampicin을 투여할 수 없거나 임상적으로 악화된 경우 등에는 Rifabutin으로 변경할 수 있음. 2) Macrolide계(Clarithromycin, Azithromycin)에 내성이 있거나 Macrolide계(Clarithromycin, Azithromycin) 또는 Ethambutol을 투여할 수 없는 경우, 임상적으로 악화된 경우 등에는 Fluoroquinolone계 또는 Linezolid*로 변경하거나 추가할 수 있음.</p> <p>나. 원인균이 신속성장형 비결핵항산균(RGM, Rapid Growing Mycobacteria-M.abscessus, M.chelonae, M.fortuitum 등)인 경우 1) Cefoxitin sodium 또는 Imipenem monohydrate 중 1종과 Amikacin sulfate를 병용투여함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>- 단, Mabscessus로 인한 폐질환인 경우 Tigecycline* 을 6개월 이내로 투여할 수 있음.</p> <p>2) Macrolide계(Clarithromycin, Azithromycin), Fluoroquinolone계, Doxycycline, Trimethoprim/Sulfamethoxazole, Linezolid*로 변경하거나 추가할 수 있음.</p> <p>다. 원인균이 Mycobacterium kansasii인 경우</p> <p>1) Isoniazid 또는 Macrolide계 (Clarithromycin, Azithromycin) 중 1종, Rifampicin, Ethambutol을 병용투여함.</p> <p>- Rifampicin을 투여할 수 없거나 임상적으로 악화된 경우 등에는 Rifabutin으로 변경할 수 있음.</p> <p>2) Rifampicin 또는 Rifabutin에 내성이 있거나 투여할 수 없는 경우, 임상적으로 악화된 경우 등에는 Fluoroquinolone계, Streptomycin sulfate, Amikacin sulfate, Trimethoprim/Sulfamethoxazole, Linezolid*로 변경하거나 추가할 수 있음.</p> <p>라. 원인균이 상기 가, 나, 다 이외의 비결핵항산균 (NTM)인 경우에는 관련문헌 등을 참조하여 사례별로 인정함.</p> <p>※ 관련 전문가(호흡기내과, 결핵과, 감염내과, 소아청소년과 전문의)에 의하여 투여하며, Linezolid는 경구제 투여를 원칙으로 함.</p> <p>마. CD4 수가 50cells/mm³이하인 HIV 환자의 미코박테륨 아비움복합체(MAC; Mycobacterium Avium Complex) 감염예방에 Clarithromycin 경구제 또는 Azithromycin 경구제를 CD4 수가 100cells/mm³ 이상으로 3개월 정도 유지될 때까지 투여 시</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2019-38호, '19.3.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[일반원칙] 비용효과적인 합량 의약품 사용</p>	<p>동일한 제조업자(수입자)가 제조(수입)한 동일성분·동일제형이지만 합량이 다른 의약품이 여러 가지 있는 경우, 1회 투약량에 대하여 가장 비용효과적인 합량의 약제를 사용하여 처방·조제하여야 한다. 다만, 부득이한 경우에는 예외로 할 수 있으며, 이 경우 해당 사유를 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령(보건복지부 고시)」에서 정한 바에 따라 요양급여비용명세서에 명시하여 제출하여야 한다.</p> <p>(예) 25mg, 50mg 합량의 약제가 각각 등재된 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1회 투약량이 50mg인 경우 → 50mg 1정 처방 - 1회 투약량이 75mg 필요한 경우 → 50mg 1정과 25mg 1정 처방 <p>(고시 제2017-109호, '17.7.1.)</p>
<p>[일반원칙] 비타민제</p>	<p>소모성 질환에는 허가된 용량 범위 내에서 투약한 경우 요양급여를 인정하며, 비타민 결핍증에는 다량 투여가 필요하므로 허가된 용량을 초과한 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[일반원칙] 안연고</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위를 초과하여 수술 후 비강 점막 또는 두경부 점막 등 상처감염 예방목적에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함(단, 항바이러스안연고는 제외함) <p>(고시 제2016-145호, '16.8.1.)</p>
<p>[일반원칙] 암질환이 아닌 환자에서의 조혈모세포이식 전처치요법 (Conditioning therapy)</p>	<p>암질환이 아닌 환자(재생불량성빈혈 등)에서 조혈모세포이식 전처치요법을 하고자 하는 경우에는 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」의 “조혈모세포이식 전처치요법” 범위 내에서 인정함</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[일반원칙] 요오드 조영제</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. 다만, iodixanol 제제의 경우 정맥조영에 투여 시는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 비혈관성조영촬영에 투여 시에도 요양급여를 인정함. ※ 대상약제 ioxitalamic acid, ioxaglic acid, iohexol, iobitridol, iomeprol, iopamidol, iopromide, ioversol, iodixanol (고시 제2018-174호, '18.9.1.)</p>
<p>[일반원칙] 주사제의 자가주사 및 장기처방</p>	<p>주사제의 자가주사 처방 및 장기 처방의 경우에는 환자와 주사제의 제반 특성을 고려하여 최적의 진료가 될 수 있도록 하고, 심사 시에는 자가주사 등 진료의 특성을 고려하여 사례별로 인정함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[일반원칙] 진해거담제</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 경구 진해거담제는 약제의 성분, 약리작용 및 효능·효과, 환자의 증상에 따라 선별적으로 투여함을 원칙으로 하며,</p> <p>나. 상기도 질환에 시럽제를 포함하여 2종 이내, 그 이외의 호흡기질환 (천식 및 만성폐쇄성폐질환 제외)에는 시럽제를 포함하여 3종 이내로 인정함.</p> <p>다. 만6세 미만 소아의 경우에는 함량 및 성분 등이 과량 또는 중복되지 아니하는 범위 내에서 복합시럽제 1종을 추가로 인정함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>라. 식품의약품안전처장이 정한 의약품분류번호 222, 229에 해당되는 약제라도 약리작용이 진해, 거담, 기관지확장이 아닌 약제는 적용되지 아니함.</p> <p>마. 진해거담 주사제는 신속한 치료효과가 필요한 경우에 인정함.</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[일반원칙] 폐경 후 호르몬요법 인정기준</p>	<p>폐경기증후군 및 골다공증에 사용하는 호르몬요법은 허가범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 적응증</p> <p>1) 폐경기증후군의 증상완화와 골밀도검사에서 같은 성, 젊은 연령의 정상치보다 1표준편차 이상 감소된 경우에 골다공증의 예방 및 치료목적으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p>2) 심혈관계 질환의 예방 및 치료에는 인정하지 아니함.</p> <p>나. 재평가 기간 매 12개월마다 재평가를 실시하여야 함(환자의 전반적인 상태 및 필요성)</p> <p>다. 적정투여기간 60세까지 투여하며, 60세를 초과하여 호르몬 요법을 지속하는 경우에는 동 치료의 효과를 평가하여 지속투여 여부를 결정하여야 함.</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[일반원칙] 폐경기증후군에 투여하는 약제</p>	<p>갱년기장애(폐경기증후군) 증상의 발현 시 동 증상완화를 위하여 호르몬제나 칼슘제 등의 약제를 투여하는 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법												
<p>[일반원칙] 폐동맥고혈압 약제</p>	<p>각 약제의 허가사항 범위(폐동맥고혈압) 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정 기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 단독요법 각 약제*의 급여기준 범위(대상환자 및 투여방법 등) 내에서 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p>나. 병용요법</p> <p>1) 2제 요법 단독요법으로 3개월 이상 투여 후 임상적 반응이 충분하지 않을 때(다음의 ①~④항 소견 중 최소 1개와 ⑤~⑨항 중 최소 1개를 모두 만족), 작용 기전이 다른 약제* 1종을 추가한 병용요법을 인정함.</p> <p>2) 3제 요법 상기 1)의 2제 요법으로 3개월 이상 투여 후 임상적 반응이 충분하지 않을 때(다음의 ①~④항 소견 중 최소 1개와 ⑤~⑨항 중 최소 1개를 모두 만족), 2제 요법에서 사용되지 않은 작용기전이 다른 약제* 1종을 추가한 순차적 병용투여(sequential combination)를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <table border="1" data-bbox="397 1131 980 1412"> <thead> <tr> <th>지표</th> <th>기준</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>① 우심실부전의 임상적 증거(clinical evidence of RV failure)</td> <td>있음</td> </tr> <tr> <td>② 증상진행의 속도(Rate of progression of symptoms)</td> <td>빠름</td> </tr> <tr> <td>③ 실신(Syncope)</td> <td>있음</td> </tr> <tr> <td>④ WHO 기능분류(WHO-FC)</td> <td>Ⅲ단계 이상</td> </tr> <tr> <td>⑤ 6분 보행거리(6MWT)</td> <td>440m 이하</td> </tr> </tbody> </table>	지표	기준	① 우심실부전의 임상적 증거(clinical evidence of RV failure)	있음	② 증상진행의 속도(Rate of progression of symptoms)	빠름	③ 실신(Syncope)	있음	④ WHO 기능분류(WHO-FC)	Ⅲ단계 이상	⑤ 6분 보행거리(6MWT)	440m 이하
지표	기준												
① 우심실부전의 임상적 증거(clinical evidence of RV failure)	있음												
② 증상진행의 속도(Rate of progression of symptoms)	빠름												
③ 실신(Syncope)	있음												
④ WHO 기능분류(WHO-FC)	Ⅲ단계 이상												
⑤ 6분 보행거리(6MWT)	440m 이하												

구 분	세부인정기준 및 방법							
	⑥ 운동부하심폐검사 (Cardio-pulmonary exercise testing)	Peak O ₂ consumption ≤ 15mL/ min/kg						
	⑦ BNP/NT-proBNP plasma levels	50/300 이상						
	⑧ 심초음파검사소견 (Echocardiographic findings)	Pericardial effusion 또는 TAPSE < 1.5cm						
	⑨ 혈류역학검사지표(Hemodynamics)	RAP ≥ 8mmHg 또는 CI < 2.5L/min/m ²						
	<p>3) 1)에 명시한 단독요법의 투여 기간(3개월)을 충족하지 않더라도 다음의 조건을 모두 만족하는 경우에는 투여조건서 첨부 시 사례별로 신속한(또는 초기) 2제 병용 요법을 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) 인정 가능 2제 병용 조합</p> <ul style="list-style-type: none"> · PDE5i계+ ERA계 <li style="padding-left: 20px;">Treprostinil 주사제+ ERA계 · Treprostinil 주사제+ PDE5i계 <p>나) 대상환자</p> <p>우심도자를 통해 폐동맥고혈압이 확진*되고, WHO 기능분류 단계 IV에 해당하면서, 아래의 지표 중 한 개 이상을 만족하는 경우</p> <p>* 환자의 상태로 인해 우심도자 검사가 불가능한 경우, 심초음파 검사 상 'peak tricuspid regurgitation velocity > 3.4(m/s)' 등 폐동맥고혈압을 확실히 의심할 수 있는 경우를 포함함</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">지표</th> <th style="text-align: center;">기준</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">6분 보행거리(6MWD)</td> <td style="text-align: center;">165m 미만</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">운동부하심폐검사(Cardiopulmonary exercise testing)</td> <td style="text-align: center;">Peak VO₂ < 11ml/min/kg (< 35%)</td> </tr> </tbody> </table>		지표	기준	6분 보행거리(6MWD)	165m 미만	운동부하심폐검사(Cardiopulmonary exercise testing)	Peak VO ₂ < 11ml/min/kg (< 35%)
지표	기준							
6분 보행거리(6MWD)	165m 미만							
운동부하심폐검사(Cardiopulmonary exercise testing)	Peak VO ₂ < 11ml/min/kg (< 35%)							

구 분	세부인정기준 및 방법								
	<table border="1" data-bbox="400 239 977 558"> <tr> <td></td> <td>pred.) VE/VCO₂ slope ≥ 45</td> </tr> <tr> <td>NT-proBNP plasma levels</td> <td>BNP > 300ng/l NT-proBNP > 1400ng/l</td> </tr> <tr> <td>Imaging (echocardiography, CMR imaging)</td> <td>RA area > 26cm² Pericardial effusion</td> </tr> <tr> <td>혈류역학검사지표(Hemodynamics)</td> <td>RAP > 14mmHg CI < 2.0 l/min/m² SvO₂ < 60%</td> </tr> </table> <p>※ 대상약제</p> <ul style="list-style-type: none"> · ERA계 : Ambrisentan 경구제, Bosentan 경구제, Macitentan 경구제 · PDE5계 : Sildenafil 경구제 · Prostacyclin계 : Selexipag 경구제, Treprostinil 주사제, Iloprost 흡입액 <p>(고시 제2022-24호, '22.2.1.)</p>		pred.) VE/VCO ₂ slope ≥ 45	NT-proBNP plasma levels	BNP > 300ng/l NT-proBNP > 1400ng/l	Imaging (echocardiography, CMR imaging)	RA area > 26cm ² Pericardial effusion	혈류역학검사지표(Hemodynamics)	RAP > 14mmHg CI < 2.0 l/min/m ² SvO ₂ < 60%
	pred.) VE/VCO ₂ slope ≥ 45								
NT-proBNP plasma levels	BNP > 300ng/l NT-proBNP > 1400ng/l								
Imaging (echocardiography, CMR imaging)	RA area > 26cm ² Pericardial effusion								
혈류역학검사지표(Hemodynamics)	RAP > 14mmHg CI < 2.0 l/min/m ² SvO ₂ < 60%								
<p>[일반원칙]</p> <p>필수경구약제</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 만성신부전증환자(혈액투석 및 복막투석환자) <ol style="list-style-type: none"> 가. 혈압강하제(고혈압 치료제) <ol style="list-style-type: none"> 1) 이뇨제 2) 교감신경차단제 : α, β Adrenoreceptor blocking agents 3) 혈관확장제 4) 안지오텐신 전환효소억제제(Angiotension II 수용체 차단제 포함) 5) 칼슘채널 차단제(Ca-Blocker) 나. 인산염흡수방지제 <ol style="list-style-type: none"> 1) 탄산칼슘(Calcium carbonate: CaCO₃) 2) 알루미늄을 포함한 제산제 3) 초산 칼슘정 등 								

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>다. 비타민제</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 수용성비타민제 2) 엽산 3) 비타민D3제제 <p>라. 조혈제 : 철분제제</p> <p>2. 장기이식환자</p> <p>가. 신장 및 간이식 환자</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 조직이식 거부반응 억제제 : Cyclosporine, Mycophenolate mofetil, Tacrolimus 등 2) 부신피질 호르몬제 : Prednisolone 등 3) 고혈압 치료제 : 상기 1의 만성신부전증환자(혈액 투석 및 복막투석환자)와 동일 <p>나. 기타장기(심장, 췌장, 폐, 골수)이식 환자</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 조직이식 거부반응 억제제 : Cyclosporine, Mycophenolate mofetil, Tacrolimus 등 2) 부신피질 호르몬제 : Prednisolone 등 <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[일반원칙]</p> <p style="text-align: center;">항생제</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 전반적인 감염증에 사용토록 되어 있고, 실제 임상에서 항생제 선택 시에는 적응증별 선택보다 약제감수성 검사에 따라 선택하고 있으므로 환자의 병력 등을 참조하여 허가사항 범위 내에서 1차 약제부터 단계적으로 사용해야 함. 2. 중증 감염증에는 경구 투약만으로 치료효과를 기대할 수 없는 경우 주사제와 병용하여 처방 투여 할 수 있음. <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[일반원칙] 항생제 및 항원충제</p>	<p>1. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 항생제 (Amoxicillin, Clarithromycin, Tetracycline) 및 항원충제 (metronidazole)를 투여 시 영양급여를 인정함. - 아 래 -</p> <p>○ 헬리코박터 파일로리(H.pylori) 감염이 확인된 다음의 환자에서 제균요법으로 투여하는 경우 - 다 음 -</p> <p>가. 소화성궤양 나. 저등급 MALT(Mucosa Associated Lymphoid Tissue) 림프종 다. 조기 위암 절제술 후 라. 특발성 혈소판 감소성 자반증(idiopathic thrombocytopenic purpura) 마. 위선종의 내시경절제술 후</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 항생제 (Amoxicillin, Clarithromycin, Tetracycline) 및 항원충제(metronidazole)를 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 -</p> <p>가. 헬리코박터 파일로리(H.pylori) 감염이 확인된 다음의 환자에서 제균요법으로 투여하는 경우 - 다 음 -</p> <p>1) 위암 가족력[부모, 형제, 자매(first degree)의 위암까지] 2) 위축성 위염 3) 기타 진료상 제균요법이 필요하여 환자가 투여에 동의한 경우</p> <p>나. 헬리코박터 파일로리(H.pylori) 감염이 음성인 저등급 MALT(Mucosa Associated Lymphoid Tissue) 림프종 환자에게 제균요법으로 투여하는 경우 (고시 제2022-111호, '22.5.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[일반원칙] 항진균제</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여시 요양 급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 칸디다감염</p> <p>1) Amphotericin B deoxycholate, Fluconazole, Itraconazole 경구제 투여시 인정</p> <p>2) Echinocandin계 약제는 다음과 같은 경우에 인정</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) 중증 또는 칸디다혈증을 동반한 침습성 칸디다증으로 확진된 경우</p> <p>나) 침습성 칸디다증으로 확진된 경우로서 최근에azole 투여 경험이 있었던 환자</p> <p>다) 상기 가), 나) 이외의 침습성 칸디다증으로 확진된 경우로서 타 항진균제 (Fluconazole 등)에 실패하였거나 투여가 불가능한 경우</p> <p style="text-align: center;">※ 단, Fluconazole 투여가 가능한 경우에는 Fluconazole로 변경 투여하는 것이 권장됨.</p> <p>3) Voriconazole은 타 항진균제(Fluconazole 등)에 실패하였거나 투여가 불가능한 경우 투여시 인정</p> <p>나. 호중구 감소성 발열의 경험적 치료</p> <p>1) Amphotericin B deoxycholate, Liposomal amphotericin B, Caspofungin, Itraconazole 주사제 투여시 인정</p> <p>2) 투여기간</p> <p>가) 원인을 알 수 없는 불명열인 경우는 호중구 감소증이 회복될 때까지 인정</p> <p>나) 해열이 되는 경우에는 최대 2주 이내 또는 해열 후 5-7일 이내로 인정</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>다. 침습성 아스페르길루스증</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Amphotericin B deoxycholate, Itraconazole, Voriconazole 투여 시 인정 2) Caspofungin은 타 항진균제(Voriconazole 등)에 실패하였거나 투여가 불가능한 경우 투여시 인정 <p>라. 침습성 진균감염 예방</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 조혈모세포이식 환자에서 Micafungin 투여시 인정 2) 급성 골수성 백혈병이나 골수이형성증후군으로 관해-유도 화학요법을 받고 있는 환자 또는 이식 전-숙주 질환(GVHD)으로 고용량 면역억제요법을 받고 있는 조혈모세포 이식 수여자에서 Posaconazole 투여 시 인정 <p>◦ 단, 저메틸화제(azacitidine, decitabine)를 이용한 지강도 관해-유도 요법을 받고 있는 환자에게 투여 시 다음의 요건을 충족하는 경우 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 가) 급성 골수성 백혈병: 해당 요법의 시행 첫 3주기 (cycle) 이내 투여 시(단, 2-3 번째 주기는 주기의 시작시점에 절대호중구 수(ANC)가 500/μ 미만인 경우에 한함) 나) 골수이형성증후군: 해당 요법의 시행 첫 3주기 (cycle) 이내 투여 시 (단, 매 주기의 시작시점에 절대호중구 수(ANC)가 500/μ 미만인 경우에 한함) <ol style="list-style-type: none"> 3) 세포독성화학요법, 방사선요법, 골수이식 환자에서 Fluconazole 투여 시 인정 4) 혈액종양 또는 골수이식 환자에서 Itraconazole 시럽 투여시 인정 5) 급성 백혈병, 림프종 치료실패 또는 만성 골수성 백혈병으로 인한 조혈모세포이식환자에서 침습성 아스페르길루스증 기왕력이 확인되는 경우 Voriconazole 투여시 인정

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p> 마. Liposomal amphotericin B는 타 항진균제에 실패 하였거나 투여가 불가능한 경우 투여시 인정 바. 그 외의 진균감염증에는 허가사항 범위내에서 사례별로 인정함. 단, Liposomal amphotericin B를 만성 육아종질환에 투여하는 경우에는 원인균이 증명되지 않더라도 1차 약제로 인정함. </p> <p> 2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. </p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p> ○ Voriconazole 주사제는 진균 안내염으로 진단된 성인 환자가 다음에 해당하는 경우에 인정함. </p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p> 1) 대상 환자: 혈액 또는 안구 내에서 진균 감염이 확인된 경우 2) 투여 방법: 전방 내 주사(50μg/0.1ml), 유리체강 내 주사(50μg/0.1ml~100μg/0.1ml) 투여 시 인정 </p> <p> 3. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. </p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p> ○ 고형장기이식으로 인한 진균감염 고위험군 환자(호중구 감소증, 장기간 중환자실에 있는 경우 등)의 진균감염 예방에 Fluconazole, Itraconazole, Liposomal amphotericin B를 투여한 경우 </p> <p> * 대상약제 </p> <ul style="list-style-type: none"> - Azole계: Fluconazole, Itraconazole, Posaconazole, Voriconazole - Echinocandin계: Anidulafungin, Caspofungin, Micafungin - Polyene계: Amphotericin B deoxycholate, Liposomal amphotericin B <p style="text-align: right;">(고시 제2022-131호, '22.6.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[일반원칙]</p> <p>항파킨슨 약제</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 작용기전별로 1품목씩 인정함.</p> <p>나. 복합제제의 경우는 복합된 제제수를 각각 1품목으로 약제를 투여한 것으로 인정함.</p> <p>다. 중증파킨슨씨병에 한하여 Levo-dopa 제제는 속효성 (Short-acting) 제제와 지속성(Long-acting) 제제를 투여할 수 있음.</p> <p>※ 항파킨슨 약제 작용기전별 분류</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Levo-dopa agents (Short acting agents, Long acting agents) 2) Dopamine agonists 3) MAO-B inhibitors (Monoamine oxidase inhibitor type B inhibitor) 4) Antiviral agents 5) Anti-cholinergic agents 6) COMT inhibitors (Catechol-o-methyltransferase inhibitor) <p style="text-align: right;">(고시 제2018-253호, '18.12.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[일반원칙] 향정신성약물</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 1품목 투여를 원칙으로 하며, 1품목의 처방으로 치료 효과를 기대하기 어려운 경우에는 2품목 이상의 병용 처방을 인정함. 2. 1회 처방 시 30일까지 요양급여를 인정하며, 아래와 같은 경우에는 1회 처방 시 최대 90일까지 인정 가능함. - 아 래 - 가. 말기환자, 중증 신체장애를 가진 환자, 중증 신경학적 질환자, 중증 정신질환자 나. 선원, 장기출장, 여행 등으로 인하여 장기처방이 불가피한 경우 3. 2항에도 불구하고, 허가사항 등에서 치료기간을 제한하고 있는 약제는 아래와 같이 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. Triazolam(품명 : 할시온정 등) : 1회 처방시 3주 이내 나. Chloral hydrate(품명 : 포크랄시럽) : 1회 처방시 2주 이내 다. Zolpidem (품명 : 스틸녹스정10밀리그램 등) : 1회 처방 시 4주 이내 4. 3개월 이상 향정신성 약물을 장기 복용할 경우 6~12개월 마다 혈액검사(간·신기능검사 포함) 및 환자상태를 추적·관찰하여 부작용 및 의존성여부 등을 평가하도록 권고함. 5. Benzodiazepine계열 등은 투여를 중지할 경우 금단 증후군(Withdrawal syndrome)을 일으킬 수 있어 환자 상태에 따라 4~16주 기간 동안 1~2주마다 10~25%를 감량하면서 투여하도록 권고함. ※ 대상성분 : Alprazolam, Bromazepam, Chloral hydrate, Chlordiazepoxide, Clobazam, Clorazepate, Clotiazepam, Diazepam, Ethyl loflazepate, Etizolam, Flunitrazepam, Flurazepam, Lorazepam, Mexazolam, Midazolam, Triazolam, Zolpidem, Eszopiclone (고시 제2021-337호, '22.1.1.)

구 분	세부인정기준 및 방법																	
<p>[일반원칙] 허가 또는 신고 범위 초과 약제 비급여 사용 승인에 관한 기준 및 절차</p>	<p>「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 별표 2 제8호에 따른 “허가 또는 신고 범위 초과 약제 비급여 사용 승인에 관한 기준 및 절차”를 다음과 같이 제정·고시합니다. [부록 2참조] (고시 제2020-140호, '20.7.1.)</p>																	
<p>[일반원칙] 흡입마취에 사용되는 약제</p>	<p>흡입마취에 사용되는 약제 중 일부 약제의 요양급여비용은 아래와 같이 산정하며, 동 사용량을 초과하여 투여하는 경우에는 투여소견서를 첨부하여야 함. - 아 래 -</p> <table border="1" data-bbox="400 662 975 1343"> <thead> <tr> <th data-bbox="400 662 700 715">대상</th> <th data-bbox="700 662 975 715">사용량</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="400 715 700 797">Oxygen gas (품명 : 산소)</td> <td data-bbox="700 715 975 797">15분당 45 l (전신마취에 한함)</td> </tr> <tr> <th data-bbox="400 797 700 850">대상</th> <th data-bbox="700 797 975 850">사용량</th> </tr> <tr> <td data-bbox="400 850 700 933">Isoflurane (품명 : 아이프란액 등)</td> <td data-bbox="700 850 975 933">초회량 : 15분까지 12.9ml, 유지량 : 15분당 5.5ml</td> </tr> <tr> <td data-bbox="400 933 700 1015">Sevoflurane (품명 : 세보레인흡입액 등)</td> <td data-bbox="700 933 975 1015">초회량 : 15분까지 9.5ml, 유지량 : 15분당 5ml</td> </tr> <tr> <td data-bbox="400 1015 700 1098">Desflurane (품명 : 슈프레인)</td> <td data-bbox="700 1015 975 1098">초회량 : 15분까지 15ml, 유지량 : 15분당 10.7ml</td> </tr> <tr> <td data-bbox="400 1098 700 1181">Thiopental sodium (품명 : 펜토탈소듐)</td> <td data-bbox="700 1098 975 1181" rowspan="2">실제 사용량</td> </tr> <tr> <td data-bbox="400 1181 700 1263">Suxamethonium chloride (품명 : 석시폴린)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="400 1263 700 1343">Nitrous oxide (품명 : 아산화질소)</td> <td data-bbox="700 1263 975 1343">15분당 45 l (전신마취에 한함)</td> </tr> </tbody> </table> <p>(고시 제2018-253호, '18.12.1.)</p>	대상	사용량	Oxygen gas (품명 : 산소)	15분당 45 l (전신마취에 한함)	대상	사용량	Isoflurane (품명 : 아이프란액 등)	초회량 : 15분까지 12.9ml, 유지량 : 15분당 5.5ml	Sevoflurane (품명 : 세보레인흡입액 등)	초회량 : 15분까지 9.5ml, 유지량 : 15분당 5ml	Desflurane (품명 : 슈프레인)	초회량 : 15분까지 15ml, 유지량 : 15분당 10.7ml	Thiopental sodium (품명 : 펜토탈소듐)	실제 사용량	Suxamethonium chloride (품명 : 석시폴린)	Nitrous oxide (품명 : 아산화질소)	15분당 45 l (전신마취에 한함)
대상	사용량																	
Oxygen gas (품명 : 산소)	15분당 45 l (전신마취에 한함)																	
대상	사용량																	
Isoflurane (품명 : 아이프란액 등)	초회량 : 15분까지 12.9ml, 유지량 : 15분당 5.5ml																	
Sevoflurane (품명 : 세보레인흡입액 등)	초회량 : 15분까지 9.5ml, 유지량 : 15분당 5ml																	
Desflurane (품명 : 슈프레인)	초회량 : 15분까지 15ml, 유지량 : 15분당 10.7ml																	
Thiopental sodium (품명 : 펜토탈소듐)	실제 사용량																	
Suxamethonium chloride (품명 : 석시폴린)																		
Nitrous oxide (품명 : 아산화질소)	15분당 45 l (전신마취에 한함)																	

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[일반원칙]</p> <p>Probiotics (정상생균제)</p>	<p>1. 균주의 특이성(Strain specific)이 있으므로 인정 가능한 상병 및 그에 따른 유효한 균주를 선택하여 쓰는 것이 바람직함.</p> <p>2. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여로 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 6세 미만의 급성감염성설사(Acute infectious diarrhea)</p> <p>나. 6세 미만의 항생제에 의한 설사 (Antibiotic-associated diarrhea: 항생제 연관설사)</p> <p>다. 괴사성 장염(Necrotizing enterocolitis) (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[111] Etomidate 주사제 (품명 : 에토미데이트리프로주)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 환자에게 전신마취유도 목적으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 심혈관계 질환 나. 반응성 기도질환(천식, 만성기관지염 등) 다. 두개강내압 상승이 있는 경우</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[111] Ketamine HCl 주사제 (품명 : 휴온스 염산케타민주 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능·효과 및 용법·용량)를 초과하여 아래와 같은 경우에도 요양급여를 인정함</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 인공호흡기 사용이 필요한 상태이고, 기관지 경련 완화를 위해 충분한 기관지 확장제나 스테로이드 정주 치료에도 호전되지 않는 경우로서 다음과 같은 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 천식 지속 상태 2) 급성 호흡부전의 중환자 3) 흡입화상 환자</p> <p>나. 암성통증(Cancer pain) 또는 다른 방법으로 호전되지 아니한 만성신경병성 통증(Chronic neuropathic pain)에 주입치료(Infusion therapy)</p> <p>다. 생후 3개월~18세의 내시경 검사 및 시술시 진정</p> <p style="text-align: center;">○ 단, 「진정 내시경 환자관리료(나-799) 급여기준」의 급여인정 범위에 한함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2017-17호, '17.2.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[111] Propofol 주사제 (품명 : 포폴주사 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양 급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 전신 마취의 유도 및 유지</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 3시간 이내의 마취를 요하는 수술 2) 뇌질환, 심장질환, 신장질환, 장기이식 시술환자, 간 기능 이상환자, 간질환의 기왕력이 있는 환자, 일측 폐환기법(One lung ventilation)에 의한 수술 환자 에게 마취유도 및 유지목적으로 사용한 경우 3) 마취유도 목적으로 투여 시 <p>나. 수술 및 진단시 의식하 진정(1%만 해당)</p> <p>○ 내시경 검사 및 시술시 진정</p> <p style="padding-left: 20px;">- 단, 「진정 내시경 환자관리료(나-799) 급여기준」 의 급여인정 범위에 한함.</p> <p>다. 인공호흡중인 중환자의 진정</p> <p style="padding-left: 20px;">※ 허가사항 중 사용상의 주의사항 경고 등(중증의 환자를 다루는데 능숙하거나 심혈관계 소생술 및 기도관리(airway management)에 숙련된 의사에 의해서만 투여되어야 함. 등)을 반드시 참고하여 투여하여야 함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-234호, '18.11.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[112] Midazolam 주사제 (품명 : 바스캄주 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 합을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여한 경우에도 요양급여를 인정함. <ul style="list-style-type: none"> - 아 래 - 가. 뇌전증지속상태(Status epilepticus)상병에 투여한 경우 <ol style="list-style-type: none"> 1) 임상적 기준 <ul style="list-style-type: none"> 가) 기존의 뇌전증지속상태 치료제(Diazepam, Phenytoin, Phenobarbital)에 효과가 없는 난치성 뇌전증지속상태의 경우 나) 환자의 상태가 위중하거나 이미 뇌전증지속상태의 발현이 충분한 시간(60-90분)이 경과한 경우에는 즉각 Midazolam 투여 가능 다) 저혈압이 심하거나 Barbiturate 치료에 부작용이 있는 경우 라) 신생아 또는 소아 뇌전증지속상태인 경우의 초기요법 마) 경련발작이 심한 응급상황에서 정맥주사가 어려울 때, 근육주사 등의 방법으로 투여하는 경우 2) 투여용량 <ul style="list-style-type: none"> 가) 초기용량 : 0.2-0.35mg/kg 주사하며 총15mg을 초과하지 않도록 함 나) 유지용량 : 0.05-0.4mg/kg/hr로 유지하나 뇌파 검사(EEG monitoring)하에서는 1mg/kg/hr까지 증량 가능

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>3) 투여기간</p> <p>가) 뇌파검사에서 돌발성 억제현상(Burst- suppression pattern)이 보이고 임상적으로 경련이 없으면 서서히 감량 시작함.</p> <p>나) 부작용이 심각하지 않은 경우 필요에 따라 최대 2주일간 투여 가능함</p> <p>다) 감량 후 재발하는 경우에는 다시 2주 연속 투여 가능함</p> <p>나. 인공호흡기와의 부조화(Ventilator fighting)에 진정목적으로 투여 시에는 0.1mg/kg/hr, 최대 0.2mg/kg/hr 용량으로 투여하며, Vecuronium 등 다른 제제를 같이 사용할 때는 감량함.</p> <p>(고시 제2019-191호, '19.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[113]</p> <p>Cannabidiol (품명 : 에피디올렉스 내복액)</p>	<p>식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상 valproate, clobazam, topiramate, stiripentol, clonazepam, levetiracetam, zonisamide, ethosuximide, phenobarbital, lamotrigine, rufinamide 중 5종 이상 약제를 충분한 내약용량으로 투여하였으나 최초 항전간제 투여시점 보다 50%이상 발작 감소를 보이지 않은 환자</p> <p>나. 투여방법 Clobazam과 병용 투여함.(단, Clobazam에 금기 또는 부작용으로 투여할 수 없는 경우 단독투여를 인정함)</p> <p>다. 평가방법</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 동 약제를 3개월간 사용 후 평가하여 동 약제 최초 투여시점 보다 50%이상 발작이 감소한 경우 3개월의 추가 투여를 인정함. 2) 이후에는 3개월마다 평가하여 첫 3개월째의 평가 결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함. 3) 발작 빈도 및 투약 등의 확인을 위한 일지(seizure calendar)를 환자 및 보호자가 작성하고 이를 요양기관이 관리하여야 함. <p>※ 식품의약품안전처장이 인정한 범위 ○ 투여대상</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2세 이상 환자의 레녹스-가스토 증후군 (Lennox-Gastaut syndrome) 또는 드라벡 증후군 (Dravet syndrome)과 관련된 발작(seizure)의 치료</p> <p>○ 투여용량</p> <p>1) 시작용량 : 2.5mg/kg 하루 2회 복용(5mg/kg/day)</p> <p>2) 유지용량 : 투약 1주 후 5mg/kg 하루 2회복용 (10mg/kg/day)으로 증량할 수 있음.</p> <p>- 최대 권장 유지 용량 : 내약성이 좋고, 발작 감소가 필요한 환자들은 10mg/kg 하루 2회복용 (20mg/ kg/day)으로 증량할 수 있으며, 주마다 2.5mg/ kg 하루 2회(5mg/day) 증량하도록 한다.</p> <p>* 10mg/kg/day에서 20mg/kg/day로 빠르게 증량이 가능하다고 판단되는 환자의 경우, 2일 이상의 간격을 두고 증량할 수 있다.</p> <p>(고시 제2021-101호, '21.4.1.)</p>
<p>[113]</p> <p>Carbamazepine 경구제 (품명 : 테그레톨정 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 신경병인성 통증에 투여한 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[113]</p> <p>Clonazepam 경구제 (품명 : 리보트릴정 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 렘수면행동장애(REM sleep behavior disorder)에 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p>(고시 제2018-18호, '18.2.1.)</p>
<p>[113]</p> <p>Gabapentin 경구제 (품명 : 뉴론틴캡슐 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>1. 뇌전증(Epilepsy) : 각 약제의 허가사항 범위 내 인정</p> <p>2. 신경병증성 통증(Neuropathic pain)</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 당뇨병성 말초 신경병증성 통증</p> <p>1) Thioctic acid(또는 α-lipoic acid) 경구제와 병용 투여 시 영양급여를 인정함.</p> <p>2) 당뇨병성 말초 신경병증성 통증치료제(예 : Pregabalin 경구제, Duloxetine 경구제 등)간의 병용투여는 인정하지 아니함.</p> <p>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 병용투여시에는 영양급여를 인정함.</p> <p>다. 척수손상에 따른 신경병증성 통증(Spinal cord injury)</p> <p>라. 복합부위 통증증후군(CRPS, Complex Regional Pain Syndrome)</p> <p>마. 다발성 경화증(Multiple sclerosis), 파브리병(Fabry's disease)</p> <p>바. 척추 수술후 통증증후군(Post spinal surgery syndrome)</p> <p>사. 절단 등으로 인한 신경병성 통증(환상통, 단단통)</p> <p>아. 삼차신경통(1차적으로 다른 약제에 반응하지 않거나 부작용으로 인해 사용하기 어려운 경우)</p> <p>자. 암성 신경병증성 통증 (건강보험심사평가원장이 공고한 「암성통증 관련 사용 권고안」참조 인정)</p> <p>차. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염인의 신경병성 통증 (고시 제2019-191호, '19.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[113] Lamotrigine 경구제 (품명 : 라미탈정 등)</p>	<p>아래의 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. - 아 래 -</p> <p>가. 뇌전증</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 단독요법 및 부가요법 : 부분발작 및 전신 강직간대 발작 2) 부가요법 : 레녹스-가스토 증후군에 의한 발작 <p>나. 양극성 1형 장애 환자에서의 우울삽화의 재발 방지 (고시 제2019-191호, '19.9.1.)</p>
<p>[113] Levetiracetam 주사제 (품명 : 큐팜주사500 밀리그램 등)</p>	<p>아래의 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. - 아 래 -</p> <p>레비티라세탐 주사제는 경구투여가 일시적으로 불가능한 환자에 투여한다.</p> <p>가. 단독요법</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 처음 뇌전증으로 진단된 2차성 전신발작을 동반하거나 동반하지 않는 부분발작의 치료(만 16세 이상) <p>나. 부가요법</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 기존 1차 뇌전증치료제 투여로 적절하게 조절이 되지 않는 2차성 전신발작을 동반하거나 동반하지 않는 부분발작의 치료(만 16세 이상) 2) 소아 간대성 근경련 뇌전증(Juvenile Myoclonic Epilepsy)환자의 근간대성 발작의 치료(만 16세 이상) 3) 특발성 전신성 뇌전증(Idiopathic Generalized Epilepsy) 환자의 1차성 전신 강직-간대 발작의 치료(만 16세 이상) <p>(고시 제2019-191호, '19.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[113] Primidone 경구제 (품명 : 대웅프리미돈정)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여한 경우에도 영양급여를 인정함. - 아 래 - ○ 베타차단제(Propranolol, Arotinolol 경구제)에 부작용 또는 금기이거나 효과가 불충분한 경우의 본태성 진전(Essential Tremor) (고시 제2018-18호, '18.2.1.)</p>
<p>[113] Rufinamide 경구제 (품명 : 이노베론필름코팅정 100mg 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정함. - 아 래 - ○ 1세 이상의 환자에서 레녹스-가스토 증후군과 관련된 발작 치료 시 부가요법 (고시 제2019-240호, '19.11.1.)</p>
<p>[113] Sodium valproate 주사제 (품명 : 데파킨주 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 뇌전증지속상태(Status epilepticus) 급성기 등에 투여 시 2주간 인정함. 나. 두 개강 내 발작을 유발할 수 있는 조건이 있어서 신속히 유효한 혈중농도로 상승시킬 필요가 있는 경우, 수술 전후 혹은 소화기질환으로 인한 금식 기간 동안 또는 위장운동 저하로 경구제 투여가 유효하지 않은 경우에 인정함. 다. 고령환자(65세이상) 또는 심장의 문제(Heart</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>problem)가 있는 경우 4일 인정하고, 그 이상 동 약제 투여가 필요한 경우에는 투여조건서를 첨부토록 함. (고시 제2019-191호, '19.9.1.)</p>
<p>[113] Stiripentol 경구제 (품명 : 디아코미트)</p>	<p>식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>Valproate와 Clobazam 병용요법에 충분히 조절되지 않는 중증 소아 간대성 근경련 뇌전증(SMEI, 드라벳증후군) 환자의 난치성 긴장간대 대발작 치료에 부가요법(Adjunctive therapy)으로 투여(단, 3제 요법 치료 중 Valproate나 Clobazam에 심각한 부작용 발생 시 부작용 발생 약제를 제외한 2제 요법 투여) 시 급여를 인정하며, 3~6개월 간격으로 계속투여 여부를 평가하여야 함.</p> <p style="text-align: center;">※ 식품의약품안전처장이 인정한 범위 : 중증 소아 간대성 근경련 뇌전증(SMEI, 드라벳증후군(Dravet's syndrome)) 환자의 난치성 긴장간대 대발작의 치료 (고시 제2019-191호, '19.9.1.)</p>
<p>[113] Tetrabenazine 경구제 (품명 : 세나진정)</p>	<p>헌팅톤무도병에 투여 시 요양급여를 인정하며, 식품의약품 안전처장이 인정한 범위이지만 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">※ 식품의약품안전처장이 인정한 범위 : 헌팅톤무도병, 노인성무도병, 지연운동이상증, 반무도병과 같이 불수의적이고 불규칙적이며 조절이 되지 않는 움직임 유발하는 질병의 치료제 이 약 외의 다른 치료법에 듣지 않는 지연운동이상증 (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
[114] 자오가·우슬·방풍·두충 ·구척·흑두 건조엑스(20→1)300mg (품명 : 신바로캡슐 등)	허가사항 범위 내에서 골관절증에 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2014-140호, '14.9.1.)
[114] 편두통 치료제	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 대상 1) 전조증상이 없는 편두통 2) 중등(Moderate) 또는 중증(Severe) 편두통 3) 심한 오심이나 구토, 수명(광선공포증), 고성(소음) 공포증 등이 수반되는 편두통 나. 용량 : 허가사항 범위 내에서 인정하며, 다만, Sumatriptan succinate는 1일 200mg, Zolmitriptan는 1일 5mg까지 인정함. ※ 대상 약제 Almotriptan, Frovatriptan, Naratriptan, Sumatriptan succinate, Zolmitriptan (고시 제2020-265호, '20.12.1.)
[114] Celecoxib 경구제 (품명 : 씨레브릭스캡슐 200밀리그램 등)	1. 허가사항 범위 내에서 골관절염, 류마티스성 관절염 및 강직성 척추염에 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2. 동 약제 투여 시 소화기관용 약제를 위염 등의 증상 예방 목적으로 병용 투여하여서는 안 됨.</p> <p>※ 동 약제는 관상동맥 우회로술(CABG) 전후에 발생하는 통증의 치료에는 투여하지 않는 등 허가사항 중 주의 사항(금기사항 등)과 용법용량 등을 반드시 참고하여 처방(조제)하여야 함.</p> <p>(고시 제2017-215호, '17.12.1.)</p>
<p>[114] Etoricoxib 경구제 (품명 : 알콕시아정 30밀리그램 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위(골관절염) 내에서 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p>2. 동 약제 투여 시 소화기관용 약제를 위염 등의 증상 예방 목적으로 병용 투여하여서는 안됨</p> <p>※ 동 약제는 관상동맥 우회로술(CABG) 전후에 발생하는 통증의 치료에는 투여하지 않는 등 허가사항 중 주의 사항(금기사항 등)과 용법용량 등을 반드시 참고하여 처방(조제)하여야 함.</p> <p>(고시 제2021-127호, '21.5.1.)</p>
<p>[114] Methotrexate 프리필드시린지 주사제 (품명 : 메토젝트주)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. Methotrexate 경구제의 부작용으로 투약이 불가능한 경우</p> <p>나. Methotrexate 경구제로 3개월(용량: 15~20mg/week) 이상 복용하였으나 효과가 불충분한 경우</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 크론병에 관해 유도 시 25mg/주, 관해 유지 시 15mg/주로 투여 시 인정함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>3. 자가주사로 처방 가능하며, 1회 처방기간은 최대 4주분 (방문 시 투여분 포함) 이내로 한함. 다만, 6개월 이상 계속 투여하고 투여용량이 안정된 경우에는 1회에 최대 12주(방문 시 투여분 포함)까지 처방이 가능함.</p> <p>※ [421 : 항악성종양제 Methotrexate 제제 “세부사항” 참조 (고시 제2016-145호, '16.8.1.)</p>
<p>[114] Polmacoxib 경구제 (품명 : 아셀렉스캡슐 2밀리그램 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 골관절염</p> <p>가. 상부 위장관의 궤양, 출혈, 천공의 치료 기왕력에 확 인되는 경우</p> <p>나. Steroid 제제를 투여중인 경우</p> <p>다. 항응고제 투여가 필요한 경우</p> <p>라. 기존의 비스테로이드항염증제(NSAID)에 반응하지 않는 불응성인 경우</p> <p>마. 대량의 NSAID를 필요로 하는 경우</p> <p>바. 60세 이상의 고령자</p> <p>2. 동 약제 투여 시 소화기관용 약제를 위염 등의 증상 예방 목적으로 병용 투여하여서는 안됨.</p> <p>※ 동 약제는 관상동맥 우회로술(CABG) 전후에 발생하는 통증의 치료에는 투여하지 않는 등 허가사항 중 주의 사항(금기사항 등)과 용법용량 등을 반드시 참고하여 처방(조제)하여야 함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2015-118호, '15.7.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[114] Propacetamol HCl 주사제 (품명 : 데노간주 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양 급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>통증이나 고열로 인하여 신속하게 투여할 필요가 있거나 다른 경로로 투여할 수 없는 경우로서</p> <p>가. 외과 수술 후 통증에 수술 당일부터 3일 이내 나. 감염성질환 및 악성질환으로 인한 발열에 경구제 및 좌제 투여가 곤란한 경우</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[115] Methylphenidate HCl 서방형 경구제 (품명 : 콘서타 OROS 서방정 등)</p>	<p>각 약제의 허가사항 범위 내에서 아래와 같이 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 대상 : 6-65세 이하로서 주의력결핍과잉행동장애 (ADHD)상병이 확진된 경우. 단, 18세를 초과하여 확진된 경우에는 최초 처방시 소견서를 제출해야 함 (소견서 기재 항목은 [붙임] 참조).</p> <p>나. 진단 : 환자병력에 기초하여 진단통계매뉴얼(DSM-5; Diagnostic and Statistical Manual) 또는 국제질병 분류(ICD-10; International Classification of Disease) 가이드라인에 따라 실시해야 함.</p> <p>다. 기간 : 6개월마다 치료효과를 평가하여 계속 투여 여부를 결정해야 하며, 상기 투여대상에 해당하는 경우로 약제를 투여하던 환자가 18세 이후에도 치료가 필요한 경우 지속투여를 인정함</p> <p>라. 투여 방법</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 단독 투여 2) 병용 투여 <p>○ ADHD 치료제 한 가지를 최소 1개월 이상 단독 투여에도 불구하고 임상적 반응이 충분하지 않을 때 작용기전이 다른 치료제 1종을 추가할 수 있음.</p> <p>※ ADHD 치료제 작용기전별 분류</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 정신자극제(psychostimulant): methylphenidate (2) 비정신자극제(non psychostimulant): atomoxetine HCl, clonidine HCl <p style="text-align: right;">(고시 제2019-252호, '19.12.5.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[115] Methylphenidate HCl 일반형 경구제 (품명 : 페니드정 10밀리그람 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같이 투여시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 수면발작</p> <p>나. 주의력결핍과잉행동장애</p> <p>1) 대상 : 6-18세 이하로서 주의력결핍과잉행동장애 (ADHD)상병이 확진된 경우</p> <p>2) 진단 : 환자병력에 기초하여 진단통계매뉴얼(DSM-5; Diagnostic and Statistical Manual) 또는 국제질병분류 (ICD-10; International Classification of Disease) 가이드라인에 따라 실시해야 함.</p> <p>3) 기간 : 6개월마다 치료효과를 평가하여 계속 투여 여부를 결정해야 하며, 상기 투여대상에 해당하는 경우로 약제를 투여하던 환자가 18세 이후에도 치료가 필요한 경우 지속투여를 인정함</p> <p>4) 투여 방법</p> <p>가) 단독 투여</p> <p>나) 병용 투여</p> <p>○ ADHD 치료제 한 가지를 최소 1개월 이상 단독 투여에도 불구하고 임상적 반응이 충분하지 않을 때 작용기전이 다른 치료제 1종을 추가 할 수 있음.</p> <p>※ ADHD 치료제 작용 기전별 분류</p> <p>(1) 정신자극제(psychostimulant) : methylphenidate</p> <p>(2) 비정신자극제(non psychostimulant) : atomoxetine HCl, clonidine HCl (고시 제2019-252호, '19.12.5.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[117] Agomelatine 경구제 (품명 : 아고틴정 25밀리그램)</p>	<p>허가사항인 우울병에는 아래와 같은 기준으로 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 정신건강의학과에서 우울병으로 확진된 경우 나. 정신건강의학과 이외의 타과에서 기타 질환으로 인한 우울병에 투여하는 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 우울증상이 지속적으로 2주 이상 계속되는 경우에 상용량으로 60일 범위 내에서 인정함. 2) 상기 용량 또는 기간을 초과하여 약제투여가 요구되는 경우에는 정신건강의학과로 자문의뢰함이 바람직함. 3) 암환자의 경우에는 상병 특성을 고려하여 60일 이상 장기 투여가 필요하다고 판단되는 경우에 인정함. 4) 신경계 질환(뇌전증, 뇌졸중, 치매, 파킨슨병)의 경우에는 상병 특성을 고려하여 60일 이상 장기 투여가 필요하다고 판단되는 경우에 인정함. <p>※ 우울증상에 대한 기준</p> <p>○ 3가지 전형적 증상(우울한 기분, 흥미나 관심 소실, 피곤감/활동저하) 중 최소한 2가지와 7가지 증상(집중력/주의력 저하, 자신감 저하, 죄책감, 비관/염세적 사고, 자살사고, 수면장애, 식욕감퇴) 중 최소한 2가지가 있어야 함.</p> <p>다. 만 24세 이하인 자의 우울병에 투여하는 경우에는 허가사항 중 사용상의 주의사항(경고, 이상반응, 일반적 주의 항목 등)에 따른 임상적 유용성이 위험성보다 높은지 신중하게 고려하여 투여하여야 함. (고시 제2019-69호, '19.4.27.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[117] Aripiprazole 주사제 (품명 : 아빌리파이메인테나주 사 300밀리그램 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 조현병의 치료 나. 양극성장애 1형의 유지치료를 위한 단독요법 : 약물 복용에 대한 순응도가 낮아 재발로 인한 입원 경험이 있는 환자(낮병동 입원은 제외함) (고시 제2019-21호, '19.2.1.)</p>
<p>[117] Blonanserin 경구제 (품명 : 로나센정 2밀리그램 등)</p>	<p>허가사항 범위(조현병) 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. (고시 제2017-180호, '17.10.1.)</p>
<p>[117] Bupropion 100mg 경구제 (품명 : 웰정)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 만 24세 이하인 자의 우울병에 투여하는 경우에는 허가사항 중 사용상의 주의사항(경고, 이상반응, 일반적주의 항목 등)에 따른 임상적 유용성이 위험성보다 높은지 신중하게 고려 하여 투여하여야 함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[117] Bupropion HCl 150mg 경구제 (품명 : 웰부트린서방정 등)</p>	<p>1. 허가사항 중 우울병으로 확진된 경우, 서방정인 등 약제의 특성을 고려하여 1일 최대 300mg 까지는 요양급여 함. 다만, 만 24세 이하인 자의 우울병에는 허가사항 중 사용상의 주의사항(경고, 이상반응, 일반적주의 항목 등)에 따른 임상적 유용성이 위험성보다 높은지 신중하게 고려 하여 투여하여야 함. 2. 금연 시 니코틴 의존을 치료하기 위한 단기간의 보조요법 으로 투여 시에는 비급여 함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[117] Clozapine 경구제 (품명: 클로자릴정 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 -</p> <p>가. 자살 행동 위험이 있는 조현병 또는 조현정동장애 환자의 자살 행동 위험감소</p> <p>나. 4주 이내 2가지 이상 약제를 병용 투여하여도 치료 효과가 없는 치료저항성 조현병 환자</p> <p>다. 심한 추체외로계 부작용 또는 만발성 운동장해를 일으키는 환자</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시에도 요양 급여를 인정함. - 아 래 -</p> <p>가. 투여대상 환시(Visual hallucination) 등의 정신과적(Psychiatric) 증상을 동반하는 파킨슨병 환자에서 quetiapine 경구제 투여에 불응하거나 부작용이 발생한 경우</p> <p>나. 용법·용량 : 저녁에 한 번 투여함</p> <p>1) 초기용량: 1일 12.5mg 투여하고 12.5mg씩 주당 2회 증량 가능하며 두 번째 주말에 최대 50mg 이상을 초과하면 안 됨</p> <p>2) 유지용량</p> <p>가) 1일 25~37.5mg 투여.</p> <p>나) 단, 예외적인 경우에만 1일 50mg 투약을 초과 해야 하며 최소 1주일의 기간 동안 50mg 용량으로 치료효과가 불충분한 경우 주의하여 12.5mg씩 증량 가능함. 1일 최대용량 100mg을 초과해서는 안 됨</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>3) 투여 종료: 최소 1~2주 기간 동안 12.5mg씩 점진적으로 감량함</p> <p>※ 동 약제 투여기간 중 처음 18주 동안은 매 주마다, 그 후에는 적어도 매달 1회 정기적인 백혈구 및 감별 백혈구 검사를 실시하고 검사결과지를 첨부하여야 함.</p> <p>(고시 제2018-253호, '18.12.1.)</p>
<p>[117] Desvenlafaxine 경구제 (품명: 프리스틱 서방정 등)</p>	<p>허가사항인 우울병에는 아래와 같은 기준으로 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 정신건강의학과에서 우울병으로 확진된 경우 나. 정신건강의학과 이외의 타과에서 기타 질환으로 인한 우울병에 투여하는 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 우울증상이 지속적으로 2주 이상 계속되는 경우애 상용량으로 60일 범위 내에서 인정함. 2) 상기 용량 또는 기간을 초과하여 약제투여가 요구되는 경우에는 정신건강의학과로 자문의뢰함이 바람직함. 3) 암환자의 경우에는 상병 특성을 고려하여 60일 이상 장기 투여가 필요하다고 판단되는 경우에 인정함. 4) 신경계 질환(뇌전증, 뇌졸중, 치매, 파킨슨병)의 경우에는 상병 특성을 고려하여 60일 이상 장기 투여가 필요하다고 판단되는 경우에 인정함. <p>※ 우울증상에 대한 기준</p> <p>○ 3가지 전형적 증상(우울한 기분, 흥미나 관심 소실, 피곤감 / 활동저하) 중 최소한 2가지와 7가지 증상(집중력/주의력 저하, 자신감 저하, 죄책감, 비판/염세적 사고, 자살사고, 수면장애, 식욕감퇴) 중 최소한 2가지가 있어야 함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>다. 만 24세 이하인 자의 우울병에 투여하는 경우에는 허가사항 중 사용상의 주의사항(경고, 이상반응, 일반적 주의 항목 등)에 따른 임상적 유용성이 위험성보다 높은지 신중하게 고려하여 투여하여야 함. (고시 제2020-107호, '20.6.1.)</p>
<p>[117] Duloxetine 경구제 (품명 : 심발타캡슐 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 합을 원칙으로 하며, 우울병은 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 정신건강의학과에서 우울병으로 확진된 경우</p> <p>나. 만 24세 이하인 자의 우울병에 투여하는 경우에는 허가사항 중 사용상의 주의사항(경고, 이상반응, 일반적주의 항목 등)에 따른 임상적 유용성이 위험성보다 높은지 신중하게 고려하여 투여하여야 함.</p> <p>다. 정신건강의학과 이외의 타과에서 기타 질환으로 인한 우울병에 투여하는 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 우울증상이 지속적으로 2주 이상 계속되는 경우에 상용량으로 60일 이내에서 인정함 2) 상기 용량 또는 기간을 초과하여 약제투여가 요구되는 경우에는 정신건강의학과에 자문의뢰함이 바람직함 3) 암환자의 경우에는 상병 특성을 고려하여 60일 이상 장기투여가 필요하다고 판단되는 경우에 인정함. 4) 신경계 질환(뇌전증, 뇌졸중, 치매, 파킨슨병)의 경우에는 상병 특성을 고려하여 60일 이상 장기투여가 필요하다고 판단되는 경우에 인정함. <p>※ 우울증상에 대한 기준</p> <p style="margin-left: 2em;">○ 3가지 전형적 증상 (우울한 기분, 흥미나 관심 소실, 피곤감/활동저하) 중 최소한 2가지와</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>7가지 증상(집중력/주의력 저하, 자신감 저하, 죄책감, 비관/염세적 사고, 자살사고, 수면 장애, 식욕감퇴) 중 최소한 2가지가 있어야 함</p> <p>2. 당뇨병성 말초 신경병증성 통증에 영양급여를 인정함.</p> <p>가. Thioctic acid(또는 α-lipoic acid) 경구제와 병용 투여 시 영양급여를 인정함.</p> <p>나. 당뇨병성 말초 신경병증성 통증치료제(예: Gabapentin, Pregabalin 등)간의 병용투여는 인정하지 아니함.</p> <p>3. 섬유근육통(Fibromyalgia)의 치료에 투여하는 경우에는 다음과 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정함</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>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 사용한 후에도 효과가 불충분한 경우</p> <p>나. Pregabalin(품명 : 리리카캡슐)과의 병용투여는 인정하지 아니함.</p> <p>※ 섬유근육통 확진은 2010년 미국 류마티스학회 발표 진단기준에 부합하고 섬유근육통 진단설문지(FIQ: Fibromyalgia Impact Questionnaire) 점수가 40점 이상이며, 시각적 아날로그 동통 스케일 (pain VAS: pain Visual Analog Scale)이 40mm 이상인 경우로 하며, 투여개시 13주 후 VAS와 FIQ의 호전이 없는 경우 투여중단을 고려해야 함.</p> <p>4. 허가사항 범위를 초과하여 암성 신경병증성 통증의 진통 보조제로 투여시에는 「암환자에게 처방투여하는 약제에 대한 영양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」의 'Ⅲ.암성통증치료제' 범위 내에서 급여인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2016-263호, '17.1.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[117] Fluvoxamine maleate (품명 : 듀미록스정), Imipramine HCl (품명 : 이미프라민정 등), Clomipramine HCl (품명 : 그로민캡슐 등), Amitriptyline HCl (품명 : 에트라빌정 등), Nortriptyline HCl (품명 : 센시발정), Amoxapine (품명 : 아디센정), Trazodone HCl (품명 : 트리티코정 등), Milnacipran HCl (품명 : 익셀캡슐)</p>	<p>1. 각 약제의 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 만 24세 이하인 자의 우울병에 투여하는 경우에는 허가사항 중 사용상의 주의사항(경고, 이상반응, 일반적인 주의 항목 등)에 따른 임상적 유용성이 위험성보다 높은지 신중하게 고려하여 투여하여야 함.</p> <p>3. 삼환계 항우울제(Amitriptyline HCl, Nortriptyline HCl 등)는 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여하는 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 섬유근육통(Fibromyalgia) 확진 시</p> <p>나. 과민성 장증후군(Irritable bowel syndrome)에 투여 시</p> <p>다. 턱관절 장애로 인한 만성통증에 투여 시: Amitriptyline HCl, Nortriptyline HCl만 인정</p> <p>※ 섬유근육통 확진은 2010년 미국 류마티스학회 발표 진단기준에 해당되고 섬유근육통진단설문지 (FIQ; Fibromyalgia impact questionnaire) 점수가 40점 이상이며, 시각적 아날로그 동통 스케일 (pain VAS; pain Visual Analog Scale)이 40mm 이상인 경우에 한함.</p> <p>라. 대상포진으로 인한 심한 소양증에 투여 시: Amitriptyline HCl, Nortriptyline HCl, Imipramine HCl만 인정</p> <p>마. 신경병증성 통증에 투여 시: Amitriptyline HCl, Nortriptyline HCl, Imipramine HCl만 인정</p> <p>바. 편두통 예방: Amitriptyline HCl만 인정.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-18호, '18.2.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[117] Levomepromazine maleate 경구제 (품명 : 티세르신정)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 조현병 나. 수면장애(취침 시 단회 투여) 다. 진통제의 효력 증가 라. 신경성 불안증</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-253호, '18.12.1.)</p>
<p>[117] Lorazepam 주사제 (품명 : 아티반주)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 아래와 같은 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 경련발작 나. 뇌전증지속상태</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2019-191호, '19.9.1.)</p>
<p>[117] Paliperidone palmitate 주사제 (품명 : 인베가서스티나 주사, 인베가트린자 주사)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 조현병의 치료</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2019-38호, '19.3.1.)</p>
<p>[117] Quetiapine fumarate 경구제 (품명 : 쎄로켈정 등)</p>	<p>1. 각 약제의 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 만 24세 이하인 자의 우울병에 투여하는 경우에는 허가사항 중 사용상의 주의사항(경고, 이상반응, 일반적주의 항목 등)에 따른 임상적 유용성이 위험성보다 높은지 신중하게 고려 하여 투여하여야 함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>3. 허가사항 범위를 초과하여 ‘환시(Visual hallucination) 등의 정신과적(Psychiatric) 증상을 동반하는 파킨슨병 환자’에게 투약하는 경우에는 요양 급여를 인정함. (고시 제2018-18호, '18.2.1.)</p>
<p>[117] Risperidone 주사제 (품명 : 리스페달콘스타 주사)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 급성, 만성 조현병 나. 조현병과 연관된 정동장애 다. 조현병 이외 적응증 : 약물복용에 대한 순응도가 낮아 재발로 인한 입원 경험이 있는 환자(낮병동 입원은 제외함)</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2017-180호, '17.10.1.)</p>
<p>[117] Sertraline HCl (품명 : 졸로프트정 등), Paroxetine HCl (품명 : 세로자트정 등), Fluoxetine HCl (품명 : 푸로작캡셀 등), Mirtazapine (품명 : 레메론정 등), Citalopram HBr (품명 : 시탈로프람정 20밀리그램), Escitalopram oxalate (품명 : 렉사프로정 등),</p>	<p>1. 각 약제의 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 중 우울병에 투여한 경우에는 아래와 같이 요양 급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 정신건강의학과에서 우울병으로 확진된 경우 나. 정신건강의학과 이외의 타과에서 기타 질환으로 인한 우울병에 투여하는 경우</p> <p>1) 우울증상이 지속적으로 2주 이상 계속되는 경우에 상용량으로 60일 범위 내에서 인정함. 2) 상기 용량 또는 기간을 초과하여 약제투여가 요구 되는 경우에는 정신건강의학과로 자문의뢰함이 바람직함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>Escitalopram (품명 : 렉사프로멜츠구강붕해정)</p>	<p>3) 암환자의 경우에는 상병 특성을 고려하여 60일 이상 장기 투여가 필요하다고 판단되는 경우에 인정함.</p> <p>4) 신경계 질환(뇌전증, 뇌졸중, 치매, 파킨슨병)의 경우에는 상병 특성을 고려하여 60일 이상 장기 투여가 필요하다고 판단되는 경우에 인정함.</p> <p>다. 만 24세 이하인 자의 우울병에 투여하는 경우에는 허가사항 중 사용상의 주의사항(경고, 이상반응, 일반적주의 항목 등)에 따른 임상적 유용성이 위험성보다 높은지 신중하게 고려하여 투여하여야 함.</p> <p>3. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 다음과 같은 기준으로 투여한 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>Fluoxetine HCl제제(품명 : 푸로작캡셀 등)를 기면증의 탈력발작(Cataplexy)에 투여한 경우에는 삼환계 약물을 우선 투여한 후 부작용 등으로 투여가 불가능한 경우에 인정함.</p> <p>※ 우울증상에 대한 기준</p> <p>○ 3가지 전형적 증상(우울한 기분, 흥미나 관심 소실, 피곤감 / 활동저하) 중 최소한 2가지와 7가지 증상(집중력/주의력 저하, 자신감 저하, 죄책감, 비관 / 염세적 사고, 자살사고, 수면장애, 식욕감퇴) 중 최소한 2가지가 있어야 함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2016-263호, '17.1.1.)</p>
<p>[117] Sulpiride 경구제 (품명 : 설피딘정 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 조현병 나. 우울병</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2017-180호, '17.10.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[117] Tandospirone 경구제 (품명 : 세디엘정)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 중 '신경증에서의 우울, 공포'에 투여 시 요양급여를 인정함. 2. 허가사항 중 심신증에는 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <ul style="list-style-type: none"> - 아 래 - ○ 부작용 등으로 유사 효능효과 제제(Benzodiazepine계)를 투여할 수 없는 심신증(자율신경실조증, 본태성 고혈압증, 소화성궤양)에서의 신체증후 및 우울, 불안, 초조, 수면장애 <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[117] Venlafaxine HCl 서방경구제 (품명 : 이펙사엑스알서방캡셀 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 하며, 단일 용량 제제가 아니므로 처방용량에 따라 비용 효과적 용량의 약제를 선택하여야 함. 2. 만 24세 이하인 자의 우울병에 투여하는 경우에는 허가사항 중 사용상의 주의사항(경고, 이상반응, 일반적주의 항목 등)에 따른 임상적 유용성이 위험성보다 높은지 신중하게 고려하여 투여하여야 함. 3. 허가사항 중 우울병에는 아래와 같은 기준으로 요양급여를 인정함. <ul style="list-style-type: none"> - 아 래 - 가. 정신건강의학과에서 우울병으로 확진된 경우 1일 최대 225mg까지는 인정하며, 이를 초과하여 허가용량 범위 내에서 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. 나. 정신건강의학과 이외의 타과에서 기타 질환으로 인한 우울병에 투여하는 경우 <ol style="list-style-type: none"> 1) 우울증상이 지속적으로 2주 이상 계속되는 경우 상용량으로 60일 범위 내에서 인정함.

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2) 상기 용량 또는 기간을 초과하여 약제투여가 요구되는 경우에는 정신건강의학과로 자문의뢰함이 바람직함.</p> <p>3) 암환자의 경우에는 상병 특성을 고려하여 60일 이상 장기 투여가 필요하다고 판단되는 경우에 인정함.</p> <p>4) 신경계 질환(뇌진증, 뇌졸중, 치매, 파킨슨병)의 경우에는 상병 특성을 고려하여 60일 이상 장기 투여가 필요하다고 판단되는 경우에 인정함.</p> <p>※ 우울증상에 대한 기준</p> <p>○ 3가지 전형적 증상(우울한 기분, 흥미나 관심 소실, 피곤감/활동저하) 중 최소한 2가지와 7가지 증상(집중력/주의력 저하, 자신감 저하, 죄책감, 비관/ 염세적 사고, 자살사고, 수면장애, 식욕감퇴) 중 최소한 2가지가 있어야 함.</p> <p>(고시 제2016-263호, '17.1.1.)</p>
<p>[117]</p> <p>Vortioxetine hydrobromide 경구제 (품명 : 브린텔릭스정 5밀리그램, 10밀리그램, 15밀리그램, 20밀리그램)</p>	<p>허가사항인 우울병에는 아래와 같은 기준으로 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 정신건강의학과에서 우울병으로 확진된 경우</p> <p>나. 정신건강의학과 이외의 타과에서 기타 질환으로 인한 우울병에 투여하는 경우</p> <p>1) 우울증상이 지속적으로 2주 이상 계속되는 경우 상용량으로 60일 범위 내에서 인정함.</p> <p>2) 상기 용량 또는 기간을 초과하여 약제투여가 요구되는 경우에는 정신건강의학과로 자문의뢰함이 바람직함.</p> <p>3) 암환자의 경우에는 상병 특성을 고려하여 60일 이상 장기 투여가 필요하다고 판단되는 경우에 인정함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>4) 신경계 질환(뇌전증, 뇌졸중, 치매, 파킨슨병)의 경우에는 상병 특성을 고려하여 60일 이상 장기 투여가 필요하다고 판단되는 경우에 인정함.</p> <p>※ 우울증상에 대한 기준</p> <p>○ 3가지 전형적 증상(우울한 기분, 흥미나 관심 소실, 피곤감/활동저하) 중 최소한 2가지와 7가지 증상(집중력/주의력 저하, 자신감 저하, 죄책감, 비판/염세적 사고, 자살사고, 수면장애, 식욕감퇴) 중 최소한 2가지가 있어야 함.</p> <p>다. 만 24세 이하인 자의 우울병에 투여하는 경우에는 허가사항 중 사용상의 주의사항(경고, 이상반응, 일반적주의 항목 등)에 따른 임상적 유용성이 위험성보다 높은지 신중하게 고려하여 투여하여야 함.</p> <p>(고시 제2016-263호, '17.1.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[119] Alemtuzumab 주사제 (품명 : 렘트라다주)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여 대상 : McDonald(17) 진단기준(시간파종 (Dissemination in time, DIT)과 공간파종 (Dissemination in space, DIS)을 충족)에 부합 하면서 다른 유사질환에 의한 발생을 배제할 수 있는 재발완화형 다발경화증(RRMS) 환자로서 1차 치료제(인터페론 베타 등) 투여 후 치료 실패 또는 불내성인 환자이며 외래통원이 가능한(걸을 수 있는) 만 18세 이상의 성인</p> <p>나. 투여 기간 : 허가사항 용법·용량의 두 번째 치료과정 까지 인정. 단, 두 번째 치료과정 이후에도 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 허가사항 용법· 용량의 세 번째 치료과정까지 인정</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 1회 이상의 재발이 있는 환자 2) 뇌 또는 척수 MRI 검사에서 새로 발생한 T2병변, 크기가 증가한 T2병변 또는 Gadolinium-조영증강 병변 중 2개 이상이 확인되는 환자</p> <p>다. 투여 방법 : 단독 요법</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2021-26호, '21.2.1.)</p>
<p>[119] Amantadine 경구제 (품명 : 피케이멜즈정 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항의 범위(용법·용량)를 초과하여 파킨슨 증후군의 고령자에게 1일 100mg을 초과하여 투여한 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[119] Amantadine 주사제 (품명 : 피케이멜즈인퓨전주)</p>	<p>허가사항 범위(파킨슨 증후군의 급성 악화 시에 무운동성 발작의 초기 및 단기 치료) 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. (고시 제2018-253호, '18.12.1.)</p>
<p>[119] Atomoxetine HCl 경구제 (품명 : 스트라테라캡슐 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같이 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 대상 : 6-65세 이하로서 주의력결핍과잉행동장애 (ADHD)상병이 확진된 경우. 단, 18세를 초과하여 확진된 경우에는 최초 처방시 소견서를 제출해야 함 (소견서 기재 항목은 [붙임] 참조). 나. 진단 : 환자병력에 기초하여 진단통계매뉴얼(DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual) 또는 국제질병 분류(ICD-10: International Classification of Disease)가이드라인에 따라 실시해야 함. 다. 기간 : 6개월마다 치료효과를 평가하여 계속 투여 여부를 결정해야 함. 라. 투여 방법 1) 단독 투여 2) 병용 투여 ○ ADHD 치료제 한 가지를 최소 1개월 이상 단독투여 에도 불구하고 임상적 반응이 충분하지 않을 때 작용 기전이 다른 치료제 1종을 추가할 수 있음. ※ ADHD 치료제 작용 기전별 분류 (1) 정신자극제(psychostimulant): methylphenidate (2) 비정신자극제(non psychostimulant): atomoxetine HCl, clonidine HCl (고시 제2019-252호, '19.12.5.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[119]</p> <p>Cladribine 경구제 (품명 : 마벤클라드정)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여 대상 McDonald(17) 진단기준(시간파종(Dissemination in time, DIT)과 공간파종(Dissemination in space, DIS)을 충족)에 부합하면서 다른 유사질환에 의한 발 생을 배제할 수 있는 재발 완화형 다발경화증 (RRMS) 환자로서 1차 치료제(인터페론 베타 등) 투 여 후 치료 실패 또는 불내성인 환자이며 외래통원이 가능한(결을 수 있는) 만 18세 이상의 성인</p> <p>나. 투여 기간 : 허가사항 용법·용량의 2차 연도 치료 과정까지 인정</p> <p>다. 투여 방법 : 단독 요법 (고시 제2021-26호, '21.2.1.)</p>
<p>[119]</p> <p>Clonidine hydrochloride 경구제 (품명 : 캡베이서방정 0.1mg)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같이 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 대상 : 6-17세 소아 및 청소년으로 주의력결핍과잉 행동장애(ADHD)로 확진된 경우</p> <p>나. 진단 : 환자병력에 기초하여 진단통계매뉴얼(DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual) 또는 국제질병 분류(ICD-10: International Classification of Disease) 가이드라인에 따라 실시해야 함.</p> <p>다. 기간 : 6개월마다 치료효과를 평가하여 계속 투여 여부를 결정해야 함</p> <p>라. 투여 방법 1) 단독 투여 2) 병용 투여</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>○ ADHD 치료제 한 가지를 최소 1개월 이상 단독 투여에도 불구하고 임상적 반응이 충분하지 않을 때 작용 기전이 다른 치료제 1종을 추가할 수 있음.</p> <p>※ ADHD 치료제 작용 기전별 분류</p> <p>(1) 정신자극제(psychostimulant): methylphenidate</p> <p>(2) 비정신자극제(non psychostimulant): atomoxetine HCl, clonidine HCl (고시 제2019-252호, '19.12.5.)</p>
<p>[119] Dimethyl fumarate 경구제 (품명 : 텍피데라캡슐)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여 대상 신경과전문의가 진찰하여 McDonald(17) 진단기준(시간파종(Dissemination in time, DIT)과 공간파종(Dissemination in space, DIS)을 충족)에 부합하면서 다른 유사질환에 의한 발생을 배제할 수 있는 외래통원이 가능한(보행 가능한) 재발완화형 다발경화증 환자(RRMS)</p> <p>나. 투여중지 기준</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 신경과전문의가 진찰하여 12개월 이내에 2회의 심한 손상이 유발되는 재발이 있는 경우(Two disabling relapses, as defined by the examining neurologist, within a 12 month period) 2) 6개월에 걸쳐 관찰할 수 있는 손상이 증가하는 이차적인 진행 상태(Secondary progression with an increase in disability observable over 6 months)

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>3) 6개월간 지속적으로 보행 능력이 나빠져 걸을 수 없을 때(Loss of ability to walk, with or without assistance, persistent for at least 6 months)</p> <p>다. 투여방법 : 단독 요법 (고시 제2021-26호, '21.2.1.)</p>
<p>[119] Donepezil 경구제 (품명: 아리셉트정 등)</p>	<p>1. 각 약제별 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상</p> <p>1) 5mg, 10mg 가, 나) 조건을 동시에 충족하는 알츠하이머 형태 (뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)의 경증(mild), 중등도(moderate), 중증(severe) 치매증상 가) 간이정신진단검사(MMSE: Mini Mental State Exam) 26점 이하 나) 치매척도검사 (1) CDR(Clinical Dementia Rating) 1~3 또는 (2) GDS(Global Deterioration Scale) stage 3~7</p> <p>2) 23mg 가, 나) 조건을 동시에 충족하는 알츠하이머 형태 (뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)의 중등도·중증 치매증상 가) 간이정신진단검사(MMSE: Mini Mental State Exam) 20이하 나) 치매척도검사 (1) CDR(Clinical Dementia Rating) 2~3 또는 (2) GDS(Global Deterioration Scale) stage 4~7</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나. 평가방법</p> <p>6-12개월 간격으로 재평가하여 계속투여 여부를 결정하며, 재평가에서 MMSE의 경우에는 26점(5mg, 10mg) 또는 20점(23mg)을 초과하여도 지속 투여를 인정함.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 다만, MMSE 10점 미만이고 CDR 3 (또는 GDS 6~7)인 중증 치매인 경우, 6-36개월 간격으로 재평가할 수 있음. ○ 노인장기요양보험법령에 따른 장기요양 1등급인 경우, 장기요양인정 유효기간까지 재평가 없이 계속 투여 여부를 결정할 수 있음(「노인장기요양보험법」제17조의 장기요양인정서를 제시해야 함). <p>2. 동 제제와 Memantine경구제 병용 시 알츠하이머 형태 (뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)의 중등도·중증 치매증상으로 각 약제의 급여기준에 적합한 경우 요양급여를 인정함.</p> <p>3. 동 제제와 Ginkgo biloba extract제제 병용 시 각 약제의 허가사항 범위 내에서 투약비용이 저렴한 1종의 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2022-160호, '22.7.1.)</p>
<p>[119]</p> <p>Fingolimod HCl 경구제 (품명 : 피타렉스캡슐 0.5밀리그램)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상: McDonald(17) 진단기준(시간파종(Dissemination in time, DIT)과 공간파종(Dissemination in space, DIS)을 충족)에 부합하면서 다른 유사질환에 의한 발생을 배제할 수 있는 재발완화형 다발경화증 환자(RRMS)에서 만 18세 이상 성인 중</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>1) 1년에 1회 이상의 재발이 있는 환자</p> <p>2) 최소 1년에 1회 이상 주기적인 MRI 검사에서 새로운 조영증강 병변 혹은 새로 발생하거나 크기가 증가한 T2 영상 병변이 있는 환자</p> <p>3) 1차 치료제(인터페론 베타 등) 투여 후 치료 실패 또는 불내성을 나타내며 외래통원이 가능한(걸을 수 있는) 환자</p> <p>나. 투여중지 기준</p> <p>1) 신경과전문의가 진찰하여 12개월 이내에 2회의 심한 손상이 유발되는 재발이 있는 경우(Two disabling relapses, as defined by the examining neurologist, within a 12 month period)</p> <p>2) 6개월에 걸쳐 관찰할 수 있는 손상이 증가하는 이차적인 진행 상태(Secondary progression with an increase in disability observable over 6 months)</p> <p>3) 6개월간 지속적으로 보행 능력이 나빠져 걸을 수 없을 때(Loss of ability to walk, with or without assistance, persistent for at least 6 months)</p> <p>다. 투여방법 : 단독 요법 (고시 제2021-26호, '21.2.1.)</p>
<p>[119] Galantamine 경구제 (품명 : 레미닐피알 서방캡슐 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 -</p> <p>가. 투여대상</p> <p>1), 2) 조건을 동시에 충족하는 알츠하이머 형태 (뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)의 경증 (Mild)·중등도(Moderate) 치매증상</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>1) 간이정신진단검사(MMSE; Mini Mental State Exam) 10~26</p> <p>2) 치매척도검사 가) CDR(Clinical Dementia Rating) 1~2 또는 나) GDS(Global Deterioration Scale) stage 3~5</p> <p>나. 평가방법 6-12개월 간격으로 재평가하여 계속투여 여부를 결정하며, 재평가에서 MMSE의 경우에는 26점을 초과하여도 지속 투여를 인정함.</p> <p>2. 동 제제와 Memantine경구제 병용 시 알츠하이머 형태 (뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)의 중등도·중증 치매증상으로 각 약제의 급여기준에 적합한 경우 요양급여를 인정함.</p> <p>3. 동 제제와 Ginkgo biloba extract제제 병용 시 각 약제의 허가사항 범위 내에서 투약비용이 저렴한 1종의 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2019-21호, '19.2.1.)</p>
<p>[119] Glatiramer acetate 주사제 (품명 : 코팍손프리 필드주 20mg/1ml 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상: McDonald(17) 진단기준(시간파종(Dissemination in time, DIT)과 공간파종(Dissemination in space, DIS)을 충족)에 부합하면서 다른 유사질환에 의한 발생을 배제할 수 있는 재발완화형 다발경화증(RRMS) 환자</p> <p>나. 투여중지 기준 1) 신경과전문의가 진찰하여 12개월 이내에 2회의 심한 손상이 유발되는 재발이 있는 경우(Two disabling</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>relapses, as defined by the examining neurologist, within a 12 month period)</p> <p>2) 6개월에 걸쳐 관찰할 수 있는 손상이 증가하는 이차적인 진행 상태(Secondary progression with an increase in disability observable over 6 months)</p> <p>3) 6개월간 지속적으로 보행 능력이 나빠져 걸을 수 없을 때(Loss of ability to walk, with or without assistance, persistent for at least 6 months)</p> <p>다. 중지기준에 해당하지 않는 경우에는 투여기간의 제한 없이 계속 투여를 인정함 (고시 제2021-26호, '21.2.1.)</p>
<p>[119] Memantine 경구제 (품명 : 에빅사액 등, 에빅사정 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 -</p> <p>가. 투여대상</p> <p>1), 2) 조건을 동시에 충족하는 알츠하이머 형태 (뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)의 중등 도(Moderate)·중증(Severe) 치매증상</p> <p>1) 간이정신진단검사(MMSE: Mini Mental State Exam) 20이하</p> <p>2) 치매척도검사</p> <p>가) CDR(Clinical Dementia Rating) 2~3 또는 나) GDS(Global Deterioration Scale) stage 4~7</p> <p>나. 평가방법</p> <p>6-12개월 간격으로 재평가하여 계속투여 여부를 결정하며, 재평가에서 MMSE의 경우에는 20점을 초과하여도 지속 투여를 인정함.</p> <p>○ 다만, MMSE 10점 미만이고 CDR 3 (또는 GDS</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>6~7)인 중증 치매인 경우, 6-36개월 간격으로 재평가할 수 있음.</p> <p>○ 노인장기요양보험법령에 따른 장기요양 1등급인 경우, 장기요양인정 유효기간까지 재평가없이 계속 투여 여부를 결정할 수 있음(「노인장기요양보험법」 제17조의 장기요양인정서를 제시해야 함).</p> <p>2. 동 제제와 Acetylcholinesterase inhibitor 제제(Donepezil, Galantamine, Rivastigmine 등) 병용 시 알츠하이머 형태(뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)의 중등도·중증 치매증상으로 각 약제의 급여기준에 적합한 경우 요양급여를 인정함.</p> <p>3. 동 제제와 Ginkgo biloba extract제제 병용 시 각 약제의 허가사항 범위 내에서 투약비용이 저렴한 1종의 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p>(고시 제2019-21호, '19.2.1.)</p>
<p>[119] Modafinil 200mg 경구제 (품명: 프로비질정 등), Armodafinil 경구제 (품명: 누비질정)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 수면장애의 국제적 분류(International Classification of Sleep Disorders: ICSD) 또는 진단통계매뉴얼(DSM; Diagnostic and Statistical Manual) 및 국제질병분류(ICD; International Classification of Disease: G47.4)의 진단분류에 적합한 기면증으로 확진된 환자가 아래 중 한 가지 이상에 해당하는 경우 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p>- 아 래 -</p> <p>가. 다중수면잠복기검사(MSLT)에서 평균 수면 잠복기가 8분 이하로 나타나고, 2회 이상의 수면 개시 렘수면(SOREMPs)이 나타남. 단, 전날 밤 실시한 수면다원 검사(나629)에서 수면 개시 렘수면(SOREMPs)이</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>1회가 나타난 경우는 다중수면잠복기검사(MSLT)에서 1회여도 가능함</p> <p>나. 뇌척수액(CSF) 하이포크레틴(hypocretin-1) 면역반응성 수치가 정상 수치의 1/3 이하 또는 110pg/mL 이하로 측정된 하이포크레틴결핍증</p> <p>2. 만 18세 미만 소아청소년 환자는 진료의사가 반드시 필요하다고 판단한 경우에 인정함. (고시 제2021-294호, '21.12.1.)</p>
<p>[119] Nusinersen sodium 주사제 (품명 : 스피나라자주)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 -</p> <p>가. 투여대상 5q 척수성 근위축증(SMA, Spinal Muscular Atropy) 환자로서 다음 조건을 모두 만족하는 경우 - 다 음 -</p> <p>1) 5q SMN-1 유전자의 결손 또는 변이의 유전자적 진단 2) 만 3세 이하에 SMA 관련 임상 증상과 징후 발현 3) 영구적 인공호흡기^{주1}를 사용하고 있지 않는 경우</p> <p>나. 평가방법 이 약 치료 시작 전 도입용량(회) 투여 후 5회 투여 전 이후 매 투여 전에 임상평가(발달단계, 운동기능, 호흡기능 등)를 실시하여 투여 유지 여부를 평가함.</p> <p>다. 중단기준 1) 영구적 인공호흡기^{주1} 사용이 필요한 경우 또는 주1) 1일 16시간 이상, 연속 21일 이상 인공호흡기를 사용하는 경우. 다만, 폐렴 등 급성기 질환으로 인해 인공호흡기를 일시적으로 사용하는 경우는 영구적 인공호흡기를 사용하는 경우에서 제외함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2) 운동기능의 유지 또는 개선^{주2}을 2회 연속 입증하지 못하는 경우(직전 평가시점의 운동기능평가와 비교)</p> <p>주2) 각 환자의 SMA type에 따른 운동기능평가도구(HINE-2(Hammersmith Infant Neurological Exam Section 2) 또는 HFMSE(Hammersmith Functional Motor Scale-Expanded))를 사용하여 총점으로 평가함.</p> <p>라. 동 약제의 요양급여 인정여부에 대하여 사전 신청하여 승인 받은 경우에 한하여 인정함. 단, 사전 신청서 제출 후 즉시 투여 하는 경우는 추후 승인 시 종전 투여분을 소급 인정함.</p> <p>2. 이 약은 식약처 허가사항에 따라 척수성 근위축증 치료 경험이 있는 관련분야 전문의에 의해서만 투여하여야 함.</p> <p>3. 스피라자주의 사전승인을 위한 절차방법 및 위원회 구성 등에 대한 세부사항은 건강보험심사평가원장이 정함. (고시 제2019-69호, '19.4.8.)</p>
<p>[119]</p> <p>Pitolisant hydrochloride 경구제 (품명: 와킵스필름코팅정 5밀리그램 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 수면장애의 국제적 분류(International Classification of Sleep Disorders: ICSD) 또는 진단통계 매뉴얼(DSM; Diagnostic and Statistical Manual) 및 국제 질병분류(ICD; International Classification of Disease: G47.4)의 진단분류에 적합한 기면증으로 확진된 만 19세 이상의 성인 환자가 아래 중 한 가지 이상에 해당하는 경우 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 다중수면잠복기검사(MSLT)에서 평균 수면 잠복기가 8분 이하로 나타나고, 2회 이상의 수면 개시 렘수면(SOREMPs)이 나타남. 단, 전날 밤 실시한 수면다원 검사(나629)에서 수면 개시 렘수면(SOREMPs)이 1회가 나타난 경우는 다중수면잠복기검사(MSLT)에서 1회여도 가능함</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나. 뇌척수액(CSF) 하이포크레틴(hypocretin-1) 면역 반응성 수치가 정상 수치의 1/3 이하 또는 110pg/mL 이하로 측정된 하이포크레틴결핍증 (고시 제2021-294호, '22.2.1.)</p>
<p>[119] Pregabalin 서방형 경구제 (품명: 리리카 CR 서방정 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 신경병증성 통증(Neuropathic pain)</p> <p>1) 당뇨병성 말초 신경병증성 통증</p> <p>가) Thioctic acid(또는 α-lipoic acid) 경구제와 병용투여 시 요양급여를 인정함</p> <p>나) 당뇨병성 말초 신경병증성 통증치료제(예: Gabapentin 경구제, Duloxetine 경구제 등)간의 병용투여는 인정하지 아니함</p> <p>2) 대상포진 후 신경통(Post-herpetic neuralgia): Lidocaine 패취제(품명: 리도탐카타플라스마 등)와 병용투여 시 투약비용이 저렴한 약제의 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p>- 단, 2~4주 치료 후에도 증세의 호전이 없어 병용 투여 시에는 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2019-57호, '19.4.1.)</p>
<p>[119] Pregabalin 일반형 경구제 (품명: 리리카캡슐 등)</p>	<p>각 약제별 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 뇌전증(Epilepsy): 허가사항 범위 내에서 인정</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나. 신경병증성 통증(Neuropathic pain)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 당뇨병성 말초 신경병증성 통증 <ol style="list-style-type: none"> 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 : 리도답카티플라스마 등)와 병용투여 시 투약비용이 저렴한 약제의 약값 전액을 환자가 부담토록 함. 단, 2~4주 치료 후에도 증세의 호전이 없어 병용투여 시에는 요양급여를 인정함. 3) 척수손상에 따른 신경병증성 통증(Spinal cord injury) 4) 복합부위 통증증후군(CRPS; Compelx Regional Pain Syndrome) 5) 암성 신경병증성 통증 (「암환자에게 처방투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」의 'Ⅲ.암성통증치료제' 범위 내에서 인정) 6) 척추수술 후 통증증후군(Post spinal surgery syndrome) <p>다. 섬유근육통(Fibromyalgia)에는 다음과 같이 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 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 사용한 후에도 효과가 불충분한 경우 2) Duloxetine(품명 : 심발타캡슐)과의 병용투여는 인정하지 아니함.

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>※ 섬유근육통 확진은 2010년 미국 류마티스학회 발표 진단기준에 부합하고 섬유근육통 영향척도 (FIQ:Fibromyalgia Impact Questionnaire) 점수가 40점 이상이며, 시각적 아날로그 동통 스케일(pain VAS; pain Visual Analog pain Scale)이 40mm 이상인 경우로 하며, 투여 개시 13주 후 Pain VAS와 FIQ의 호전이 없는 경우 투여중단을 고려해야 함.</p> <p>(고시 제2019-191호, '19.9.1.)</p>
<p>[119] Rivastigmine 제제 (품명 : 엑셀론캡슐, 엑셀론패취 등)</p>	<p>1. 각 약제별 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약 값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 알츠하이머 치매</p> <p>1) 투여대상</p> <p>가) 캡슐제</p> <p>(1), (2) 조건을 동시에 충족하는 알츠하이머 형태 (뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)의 경증(Mild)·중등도(Moderate) 치매증상</p> <p>(1) 간이정신진단검사(MMSE: Mini Mental State Exam) 10~26</p> <p>(2) 치매척도검사</p> <p>(가) CDR(Clinical Dementia Rating) 1~2 또는</p> <p>(나) GDS(Global Deterioration Scale) stage 3~5</p> <p>나) 패취제</p> <p>(1), (2) 조건을 동시에 충족하는 알츠하이머 형태(뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)의 경증(Mild)·중등도(Moderate)·중증(Severe) 치매증상</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>(1) 간이정신진단검사(MMSE; Mini Mental State Exam) 26점 이하</p> <p>(2) 치매척도검사</p> <p>(가) CDR(Clinical Dementia Rating) 1~3 또는</p> <p>(나) GDS(Global Deterioration Scale) stage 3~7</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 캡슐제 6-12개월 간격으로 재평가하여 계속투여 여부를 결정하며, 재평가에서 MMSE의 경우에는 26점을 초과하여도 지속 투여를 인정함.</p> <p>나) 패취제 6-12개월 간격으로 재평가하여 계속투여 여부를 결정하며, 재평가에서 MMSE의 경우에는 26점을 초과하여도 지속 투여를 인정함.</p> <p>○ 다만, MMSE 10점 미만이고 CDR 3 (또는 GDS 6~7)인 중증 치매인 경우, 6-36개월 간격으로 재평가할 수 있음.</p> <p>○ 노인장기요양보험법령에 따른 장기요양 1등급인 경우, 장기요양인정 유효기간까지 재평가없이 계속 투여 여부를 결정할 수 있음(「노인장기요양보험법」 제17조의 장기요양인정서를 제시해야 함).</p> <p>나. 파킨슨병 관련 치매증상</p> <p>1) 투여대상</p> <p>가), 나) 조건을 동시에 충족하는 경증(Mild)·중등도(Moderate) 파킨슨병 관련 치매증상</p> <p>가) 간이정신진단검사(MMSE: Mini Mental State Exam) 10~26</p> <p>나) 치매척도검사</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>(1) CDR(Clinical Dementia Rating) 1~2 또는 (2) GDS(Global Deterioration Scale) stage 3~5</p> <p>2) 평가방법 6-12개월 간격으로 재평가하여 계속투여 여부를 결정하며, 재평가에서 MMSE의 경우에는 26점을 초과하여도 지속 투여를 인정함.</p> <p>2. 동 제제와 Memantine경구제 병용 시 알츠하이머 형태 (뇌혈관 질환을 동반한 알츠하이머 포함)의 중등도-중증 치매증상으로 각 약제의 급여기준에 적합한 경우 요양급여를 인정함.</p> <p>3. 동 제제와 Ginkgo biloba extract제제 병용 시 각 약제의 허가사항 범위 내에서 투약비용이 저렴한 1종의 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p>(고시 제2019-21호, '19.2.1.)</p>
<p>[119] Teriflunomide 경구제 (품명 : 오바시오필름 코팅정 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상 신경과전문의가 진찰하여 McDonald(17) 진단기준 (시간파종(Dissemination in time, DIT)과 공간파종 (Dissemination in space, DIS)을 충족)에 부합 하면서 다른 유사질환에 의한 발생을 배제할 수 있는 외래통원이 가능한(보행 가능한) 재발완화형 다발 경화증 환자(RRMS)</p> <p>나. 투여중지 기준</p> <p>1) 신경과전문의가 진찰하여 12개월 이내에 2회의 심한 손상이 유발되는 재발이 있는 경우(Two disabling relapses, as defined by the examining neurologist, within a 12 month period)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2) 6개월에 걸쳐 관찰할 수 있는 손상이 증가하는 이차적인 진행 상태(Secondary progression with an increase in disability observable over 6 months)</p> <p>3) 6개월간 지속적으로 보행 능력이 나빠져 걸을 수 없을 때(Loss of ability to walk, with or without assistance, persistent for at least 6 months)</p> <p>다. 투여 방법 : 단독 요법 (고시 제2021-26호, '21.2.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[121] Levobupivacaine HCl 25mg 주사제 (품명 : 카이로케인주)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여하는 경우에 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 기존 Bupivacaine 제제의 부작용 등으로 동 약제 투여가 반드시 필요한 사유가 첨부된 경우에 인정함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[121] Lidocaine HCl 주사제 (품명 : 휴온스 리도카인 염산염 수화물주사 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시에도 요양급여를 인정함. <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <ul style="list-style-type: none"> 가. 통증을 제거할 목적으로 부신피질호르몬제 등 타약제와 병용하여 관절강 내 또는 건초내 주입 나. 신경차단술 다. 신경병성통증(Neuropathic pain)에 지속적 주입 (Continuous infusion therapy) 3. 방광경검사 시 마취목적으로 사용한 리도카인주의 약값은 별도 산정할 수 있으나 겔 등은 별도 산정할 수 없음 (고시 제2020-161호, '20.8.1.)

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[122] Atracurium besylate 주사제 (품명 :아트라주 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 입원의 경우 1) 제왕절개술(C-sec), 2) 개심술, 3) 안압이 현저히 높은 환자의 수술, 4) 짧은 시간 수술(1시간 이내), 5) 노인(만 65세 이상) 및 중환자실 환자, 6) 빈혈이 있는 환자, 7) 심장 및 신장환자 수술시, 8) 빈맥이 있는 환자, 9) 만 15세 이하의 환자, 10) 인공호흡기 와의 부조화(Ventilator fighting) 시</p> <p>나. 외래환자 마취 시</p> <p>다. 간 또는 신기능이 저하된 환자</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2017-193호, '17.11.1.)</p>
<p>[122] baclofen 주사제 (품명: 리오레살주 10mg/5mL)</p>	<p>식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 경구근이완제 (baclofen 등)로 반응이 불충분하거나 부작용 등으로 인해 경구 근이완제의 투여가 불가능한 경우로 「척추강내 약물주입펌프이식술(자-484)의 급여기준」중 '라'*에 한하여 요양급여를 인정함.</p> <p>* 적절한 경직치료(약물치료 등)에도 불구하고 경직척도 (MAS)가 하지 3등급 이상 또는 상지 2등급 이상인 중추 신경계 손상에 의한 경직(spasticity)으로 시험적 약물 주입술에서 1등급 이상 호전된 경우</p> <p>※ 식약처장의 인정범위</p> <p>리오레살주는 매우 강하게 증가된 근육 긴장을 치료 하는 의약품으로 다음의 경우에 표준 약제로 치료되지</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>않는 증증의 만성적으로 증가한 근육 긴장을 치료할 때 사용한다.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 다발성 경화증: 신체적 그리고 정신적 증상을 동반하는, 뇌 및 척수의 진행성 신경질환 - 척수 또는 뇌의 손상 - 기타 척수 질환 <p style="text-align: right;">(고시 제2022-131호, '22.6.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
[123] Bethanechol chloride 경구제 (품명 : 마이토닌정 등)	1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(용법·용량)를 초과하여 신경성방광에 최대 120mg/일까지 사용한 경우에도 영양급여를 인정함. (고시 제2017-193호, '17.11.1.)
[123] Glycopyrrolate 주사제 (품명 : 모비눌주 등)	1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 인공호흡기 설치(Ventilator apply)시 투여한 경우에도 영양급여를 인정함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)
[123] Oxybutynin 경구제 (품명 : 동화디트로판정 등)	1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항의 범위(용법·용량)를 초과하여 척수수막류(지방종)에 의한 배뇨장애에 투여한 경우에도 영양급여를 인정함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[124]</p> <p>Hyoscine butylbromide 주사제 (품명 : 프리판주 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능·효과)를 초과하여 MRI 검사 전 '장운동억제'가 필요하여 투여한 경우에도 요양급여를 인정함. <p style="text-align: right;">(고시 제2020-69호, '20.4.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[129] Tafamidis meglumine 경구제 (품명 : 빈다켈캡슐 20밀리그램)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상</p> <p>○ 말초 또는 자율 신경병증의 증상이 있는 1단계* 트랜스티레틴 가족성 아밀로이드성 다발신경병증 환자(TTR-FAP: Transthyretin Familial Amyloid Polyneuropathy)로서 다음 조건을 모두 만족하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 조직검사에서 아밀로이드 침착 확인 2) 유전자검사에서 트랜스티레틴 유전자의 변이 확인</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>※ TTR-FAP stages of disease(ATTReuNET)</p> <p>Stage 0 - Asymptomatic</p> <p>Stage 1 - Mild, ambulatory, symptoms at lower limbs limited</p> <p>Stage 2 - Moderate, further neuropathic deterioration, ambulatory but requires assistance</p> <p>Stage 3 - Severe, bedridden/wheelchair-bound with generalized weakness</p> </div> <p>나. 평가방법</p> <p>6개월 간격으로 상기 투여기준 및 질병 Stability에 대한 평가(NIS-LL, mBMI, PND score 등)를 통한 투여 소견서 첨부 시 지속투여를 인정함 (고시 제2018-200호, '18.10.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
[131] Bilberry fruit dried ext. 경구제 (품명 : 알코딘연질캡슐 등)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - ○ 당뇨병에 의한 망막변성 및 눈의 혈관장애 개선 (고시 제2016-187호, '16.10.1.)
[131] Cyclosporin 0.05% 외용제 (품명 : 레스타시스점안액 등)	허가사항 범위 내에서 “중등도(Moderate) 이상의 건조 각막결막염”에 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 건성안으로 인하여 병적인 변화가 나타난 경우 (예, 표층각막염 등) 나. 눈물막파괴시간(Tear break up time) 검사결과 6초 이하인 경우 다. 쉬르머검사(Shirmer test)결과 정상 수치보다 30% 이상 감소한 경우 (고시 제2017-109호, '17.7.1.)
[131] Cyclosporin 0.1% 외용제 (품명 : 아이커비스점안액)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 건성안으로 인하여 병적인 변화가 나타난 경우(예: 표층각막염 등)

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나. 눈물막파괴시간(Tear break up time) 검사결과 6초 이하인 경우</p> <p>다. 쉬르머검사(Shirmer test) 결과 정상 수치보다 30% 이상 감소한 경우</p> <p>(고시 제2017-109호, '17.7.1.)</p>
<p>[131]</p> <p>Dexamethasone 700μg 이식제 (품명 : 오저텍스이식제 700μg)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 망막 분지정맥 폐쇄(Branch Retinal Vein Occlusion, BRVO) 후 나타나는 황반부종</p> <p>1) 반대편 눈이 실명(최대교정시력 0.3 이하의 노동력 상실 실명)인 경우</p> <p>2) 반대편 눈의 최대교정시력이 0.4 이상인 경우는 발병 2~3개월이 경과하여도 황반부종이 지속되면서 최대 교정시력이 0.5 이하인 경우</p> <p>※ 황반부종은 빛간섭단층촬영 소견에서 황반두께(Central macular thickness)가 300μm 이상인 경우</p> <p>나. 후안부 염증을 동반한 비감염성 포도막염</p> <p>1) 투여대상 : 점안제 이외의 스테로이드를 1개월 이상 사용하였으나 시력이 개선되지 않거나 부작용으로 치료를 할 수 없는 경우</p> <p>2) 투여횟수 : 단안당 1회(추가 투여 필요시 소견서 첨부하도록 함)</p> <p>다. 당뇨병성 황반부종(Diabetic Macular Edema, DME)</p> <p>○ 중심망막두께(Central retinal thickness) 300μm 이상인 경우</p> <p>※ Ranibizumab 주사제 또는 Aflibercept 주사제와 병용투여는 급여로 인정하지 아니함.</p> <p>(고시 제2018-253호, '18.12.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[131] Natamycin 외용제 (품명 : 나타신점안현탁액)</p>	<p>식품의약품안전처장이 인정한 범위* 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 진균성 각막염, 진균성 안검염, 진균성 결막염</p> <p>※ 식품의약품안전처장이 인정한 범위: 진균성 각막염, 안검염, 결막염</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2019-93호, '19.6.7.)</p>
<p>[131] Omidenepag isopropyl 외용제 (품명 : 에이베리스 점안액0.002%)</p>	<p>허가사항 범위(개방각 녹내장, 고안압증의 안압하강) 내에서 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2021-26호, '21.2.1.)</p>
<p>[131] Sodium hyaluronate 18mg/10ml 외용제 (품명 : 비스메드점안액)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>다음 질환에 의한 각결막상피장해 치료보조제</p> <p>가. 쇼그렌증후군, 스티븐스-존슨증후군, 안구건조증후군 등의 내인성질환</p> <p>나. 수술 후, 약제성, 외상, 콘택트렌즈 착용 등에 의한 외인성질환</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[131] Tafluprost 외용제 (품명 : 타플로탄점안액 0.0015% 등)</p>	<p>허가사항 범위(개방각 녹내장, 고안압증의 안압하강) 내에서 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[131] Tosufloxacin tosylate 외용제 (품명 : 동아오प्세스 점안액)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 유효균종 포도상구균속, 연쇄상구균속, 폐렴구균, 장구균속, 마이क्र로코커스속, 모라셀라속, 코리네박테리움속, 클레브시엘라속, 엔테로박터속, 세라치아속, 프로테우스속, 모르가네라 모르가나속, 프로비덴시아속, 인플루엔자균, Hemophilus aegypticus(Koch- Weeks균), 슈도모나스속, 녹농균, 박테리아 세팍 시아, 스테프트로모나스(잔토모나스) 말토필리아, 아시네토박터속, 아크네균</p> <p>나. 적응증</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 세균성 결막염 2) 각막염(각막궤양을 포함) 3) 검판선염 4) 안과수술시의 무균화요법 <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[131] Triamcinolone acetonide 주사제 (품명 : 마카이드주)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 당뇨병성 황반부종</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 투여대상 : 중심망막두께(Central retinal thickness) 300μm 이상인 경우 2) 투여횟수 : 단안당 1회 <p style="text-align: right;">(고시 제2015-154호, '15.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[131] Verteporfin 주사제 (품명 : 비쥬다인주)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 -</p> <p>가. 연령관련 황반변성에 의한 전형적이거나 잠재적인 타입의 황반하 맥락막 신생혈관을 가진 환자</p> <p>1) 형광안저 검사상 황반하 부위에 맥락막 혈관신생이나 결절맥락막병증이 있는 경우로서 신생혈관의 최대 직경이 5,400μm 이하의 크기인 경우</p> <p>2) 치료 회수 : 단안당 총 5회 이내(진단 후 12개월 이내 최대 치료회수 : 단안당 3회)</p> <p>나. 병적근시(Pathologic myopia)에 의한 황반하 맥락막 신생혈관을 가진 환자</p> <p>1) 마이너스 5.0 디옵터 이하이거나 안구의 장축의 길이 26.5mm 이상인 경우로서 형광안저 검사에서 황반하 부위에 맥락막 신생혈관이 있는 경우</p> <p>2) 치료 회수 : 단안당 총 3회 이내(진단 후 12개월 이내)</p> <p>2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 특별상황반 변성환자에게 다음 각 항에 해당되는 경우에만 인정하며, 최대 투여 회수는 단안당 2회 이내로 하고, 2회 초과 사용 시에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 다 음 -</p> <p>가. 발견시 소견보다 2개월 이상 경과된 후 소견이 악화된 모습이 1), 2)와 같이 나타날 때</p> <p>1) 플루레신형광안저촬영으로 신생혈관의 크기가 명백하게 커져 있을 때</p> <p>2) 안저소견상 출혈이 새로 발생했거나 증가했을 때</p> <p>나. 최대교정시력이 0.4 이하이고 시력장애의 원인이 맥락막신생혈관이 확실할 때</p> <p>다. 일단 호전되었다가 다시 악화된 경우 (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
[132] Ciprofloxacin HCl + Dexamethasone 외용제 (품명 : 실로텍스점이현탁액)	허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정하며, 급성 중이염에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)
[132] Fluticasone furoate 외용제 (품명 : 아바미스나잘스프레이)	허가사항 범위(성인 및 2세 이상의 소아에서 계절성 또는 통년성 알레르기 비염 증상의 치료) 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)
[132] Micronized ciclesonide 외용제 (품명 : 옴나리스나잘스프레이)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 계절성 알레르기 비염 : 성인 및 6세 이상 소아의 계절성 알레르기 비염 증상 치료 나. 통년성 알레르기 비염 : 성인 및 12세 이상 청소년의 통년성 알레르기 비염 증상 치료 (고시 제2013-127호, '13.9.1.)

구 분	세부인정기준 및 방법
[141] Desloratadine 경구제 (품명 : 에리우스정)	허가사항 중 알레르기성 비염에 요양급여를 인정하고, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)
[141] Piprinhydrinate 제제 (품명 : 푸라콩 등)	허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 하며, 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 약신경안정제(Minor tranquilizer)로 사용하는 경우에도 요양급여를 인정함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)
[141] Rupatadine 경구제 (품명 : 루파핀정)	허가사항 범위(알레르기성 비염, 두드러기 증상 치료) 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. (고시 제2017-215호, '17.12.1.)

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[142]</p> <p>Baricitinib 경구제 (품명 : 올루미엔트정 2밀리그램 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>1. 성인 류마티스 관절염 환자 가. 투여대상</p> <p>ACR/EULAR 진단기준(2010년 제정)에 부합하는 성인 류마티스 관절염 환자 중 다음 한 가지에 해당 하고 두 가지 종류 이상(MTX(methotrexate) 포함)의 DMARDs(Disease Modifying AntiRheumatic Drugs)로 6개월 이상(각 3개월 이상) 치료하였으나, 치료효과가 미흡하거나 상기 약제들의 부작용 등으로 치료를 중단한 환자(다만, MTX 사용이 불가능한, 간질환 또는 신부전 등의 경우에는 MTX를 제외한 두 종류 이상의 DMARDs 사용)</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) DAS28이 5.1 초과 2) DAS28이 3.2 ~ 5.1이고 영상 검사 상 관절 손 상의 진행이 있는 경우</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※ DAS28(Disease Activity Score in 28 joints)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ $DAS28(ESR) = 0.56 \times \sqrt{(TJC-28)} + 0.28 \times \sqrt{(SJC-28)} + 0.014 \times VAS + 0.70 \times \ln(ESR)$ ◦ $DAS28(CRP) = 0.56 \times \sqrt{(TJC-28)} + 0.28 \times \sqrt{(SJC-28)} + 0.014 \times VAS + 0.36 \times \ln(CRP+1) + 0.96$ <p>TJC: 압통 관절수 SJC: 부종 관절수 VAS: 환자의 전반적인 상태보고</p> </div>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나. 평가방법</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 동 약제를 6개월간 사용 후 평가 시 DAS28이 1.2 이상 감소한 경우 추가 6개월간의 사용을 인정함. 2) 이후에는 6개월마다 평가를 하여 첫 6개월째의 평가 결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함. <p>다. 종양괴사인자알파저해제(TNF-α inhibitor: Adalimumab, Etanercept, Golimumab, Infliximab 주사제) 또는 Abatacept, Tocilizumab 주사제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없는 경우 또는 복약순응도 개선의 필요성이 있는 경우(교체한 약제는 최소 6개월 투여를 유지하도록 권고함)에 동 약제로 교체투여(Switch)를 급여로 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여소견서를 첨부하여야 함.</p> <p>2. 만성 중증 아토피 피부염 환자</p> <p>가. 투여대상</p> <p>3년 이상 증상이 지속되는 성인 만성 중증 아토피 피부염 환자로서 다음의 조건을 모두 만족하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 1차 치료제로 국소치료제(중등도 이상의 코르티코스테로이드 또는 칼시뉴린 저해제)를 4주 이상 투여하였음에도 적절히 조절되지 않고, 이후 전신 면역억제제(Cyclosporine 또는 Methotrexate)를 3개월 이상 투여하였음에도 반응(EASI(Eczema Area and Severity Index) 50%이상 감소)이 없거나 부작용 등으로 사용할 수 없는 경우 <p>* 동 약제 투약개시일 6개월 이내에 국소치료제 및 전신 면역억제제 투여이력이 확인되어야 함.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) 동 약제 투여시작 전 EASI 23 이상

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나. 평가방법</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 동 약제를 16주째 평가하여 EASI가 75%이상 감소한 경우 추가 6개월의 투여를 인정함. 2) 이후에는 지속적으로 6개월마다 평가 하여 최초 평가결과가 유지되면 지 속적인 투여를 인정함. <p>다. JAK 억제제 간 교체투여 및 dupilumab 주사제와 JAK 억제제 사이의 교체투여는 인정하지 않음.</p> <p>라. 동 약제는 아토피 관련 진료과(피부과, 알레르기내과, 소아청소년과(소아알레르기 호흡기)) 전문의가 처방하여야 하며, 최초 투여 시 투여대상 및 지속 투여 시 반응평가에 대한 객관적 자료(약제투여 과거력, EASI 산출 근거, 환부 사진 등)를 반드시 제출하여야 함.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. 장기처방 시 1회 처방기간은 퇴원할 경우 및 외래의 경우에는 최대 30일분까지로 함. 다만, 최초 투약일로부터 24주 이후에 안정된 질병활동도를 보이고 부작용이 없는 환자의 경우 최대 60~90일분까지 인정함. 4. 동 약제의 허가사항 중 '사용 상 주의사항(금기 등)'을 반드시 참고하여 투여하여야 함. 5. 동 약제를 사용하는 경우에는 「TNF-α inhibitor 사용 시 잠복결핵 치료지침」을 따라야 함. <p style="text-align: right;">(고시 제2022-111호, '22.5.1.)</p>
<p>[142] Basiliximab 주사제 (품명 : 씨물렉트주사)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능효과)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 심장, 간장, 폐, 소장이식, 췌장 및 췌도이식(사체, 생체구분 없음), 손 및 팔이식에 투여 시</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나. 투여용량 및 횟수</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 투여 용량: 1회 20mg 2) 투여 횟수: 2회 <p>3. 허가사항 범위(효능효과)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 조혈모세포이식 후 부신피질 스테로이드에 불응성인 급성이식편대숙주질환, 발 및 다리이식에 투여 시</p> <p>나. 투여용량 및 횟수</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 투여 용량: 1회 20mg 2) 투여 횟수: 2회 <p style="text-align: right;">(고시 제2020-17호, '20.2.1.)</p>
<p>[142] Belimumab 주사제 (품명 : 벨리스타주 120밀리그램 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 표준요법(코르티코스테로이드, 항말라리아약, 면역억제제 단독 또는 병용투여)으로 3개월 이상 치료 중인 자가항체 양성인 활동성 전신홍반루푸스 만 18세이상 성인 환자로서 다음 가), 나), 다) 조건을 모두 만족하는 경우 <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) SELENA-SLEDAI* 10 이상</p> <p>나) 항dsDNA항체 양성</p> <p>다) 낮은 보체(C3 또는 C4)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) 중증의 활성 중추신경계 전신홍반루푸스, 중증의 활성 루푸스 신염 환자에는 인정하지 아니함.

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나. 투여방법</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 최초 투약 후 24주 째 평가를 통하여 SELENA-SLEDAI*가 4 이상 감소한 경우 추가 6개월간의 사용을 인정함. 2) 최초 투약 후 12개월째 평가를 통하여 첫 24주째의 평가 결과가 유지되면 추가 6개월간의 사용을 인정함.(최대 18개월) <p>※ SELENA 전신성 홍반성 루푸스 활동성 지표 (SELENA- SLEDAI : a Safety of Estrogen in Lupus National Assessment-Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index) (고시 제2021-26호, '21.2.1.)</p>
<p>[142] Cyclosporine 경구제 (품명 : 사이플엔엔질캡셀 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 중 『건선, 신증후군, 류마티스성관절염, 재생 불량성빈혈』에는 허가받은 품목에 한하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - <p>가. 건선: 기존의 전신치료제(Corticosteroid, Acitretin (티가손), MTX(Methotrexate) 등)에 부작용이 있거나 효과가 없는 중증건선에 2차적으로 투여 시</p> <p>나. 신증후군: Steroid제에 내성(Resistant)이 있는 경우, Steroid제에 효과는 있으나, 투약을 중단했을 때 재발하는 증후군(Steroid dependent nephrotic syndrome), Steroid제에 부작용이 심한 신증후군 환자에게 투여 시</p> <p>다. 류마티스성관절염: 6개월 이상 치료 후에도 효과가 없는 중증(Refractory) 류마티스관절염에 2차적으로 투여 시</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>라. 재생불량성빈혈 : 골수이식을 할 수 없는 중증의 재생 불량성빈혈 환자에게는 동 약제를 단독투여하거나, ALG(Anti Lymphocyte Globulin: 항림프구글로블린) 제제 또는 ATG(Anti Thymocyte Globulin: 항흉선 세포글로블린)제제와 병용투여 시</p> <p>3. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 아토피성 피부염 : 기존치료에 불응성인 중증의 아토피성 피부염에 2차적으로 투여 시</p> <p>나. 중증근무력증(Myasthenia gravis) : Corticosteroids와 Azathioprine 으로 치료가 잘 되지 않는 경우</p> <p>다. 심상성 천포창, 낙엽상 천포창 및 유사천포창 : 면역억제제(Azathioprine 등)와 부신피질호르몬(Prednisolone 등)과의 병용요법에 반응하지 않는 경우</p> <p>라. 베체트질환 : 안증상 및 피부점막의 궤양 등 전신적으로 심한 증상을 보이는 경우</p> <p>마. 루푸스질환 : 신증후군이 발생된 경우 혹은 재생 불량성빈혈등이 동반된 경우</p> <p>바. 괴저성농피증에 투여하는 경우</p> <p>사. Steroid 장기 치료로 부작용이 발현되거나 다른 약제 치료에 불응인 전두부탈모증(Alopecia totalis) 및 범발성탈모증(Alopecia universalis)</p> <p>아. 기존 치료제에 불응인 만성특발성두드러기 환자 중 자가면역항체 양성인 경우</p> <p>자. Steroid 투여 후 재발하거나 Steroid에 불응인 비특이성안외염에 투여하는 경우</p> <p>차. Steroid 투여에 불응인 자가면역 간염에 투여하는 경우</p> <p>카. 경구 스테로이드제 등 1차 약제에 불응성이거나 부작용이 심한 괴사성 공막염</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>타. 혈구탐식증 혹은 조직구증(Hemophagocytic syndrome 혹은 Histiocytosis 혹은 Hemophagocytic lymphohistiocytosis)에 투여하는 경우</p> <p>파. 포도막염 : 스테로이드제에 불응성이거나 부작용이 심한 경우, 스테로이드제 감량 시 재발하는 경우, 고용량 스테로이드제를 장기간 복용해야 하는 경우, 전신질환을 동반하고 심각한 안구손상이 예상되는 경우 등에 투여 시 인정</p> <p>하. 골수이형성 증후군(Myelodysplastic syndromes): 국제예후점수체계 위험 분류의 저위험군(IPSS Risk category low 또는 Intermediate-1)에 투여하는 경우</p> <p>거. 고용량 스테로이드 치료에 반응하지 않는 급성간질성 폐렴(Acute interstitial pneumonitis)에 투여하는 경우</p> <p>너. 소장이식</p> <p>4. 허가사항을 초과하여 혈우병A, B 항체 환자의 면역관용 요법에 투여하고자 건강보험심사평가원의 사전승인을 받은 경우에도 요양급여를 인정함. 이 경우 사전승인을 위한 위원회 구성, 사전승인의 기준, 절차 및 방법 등 필요한 사항은 건강보험심사평가원장이 정함. (고시 제2020-107호, '20.6.1.)</p>
<p>[142] Cyclosporine 주사제 (품명 : 산디문주 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 고용량 스테로이드 치료에 반응하지 않는 급성간질성폐렴(Acute interstitial pneumonitis)에 투여한 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p>3. 허가사항을 초과하여 혈우병A, B 항체 환자의 면역관용 요법에 투여하고자 건강보험심사평가원의 사전승인을 받은 경우에도 요양급여를 인정함. 이 경우 사전승인을 위한 위원회 구성, 사전승인의 기준, 절차 및 방법 등 필요한 사항은 건강보험심사평가원장이 정함. (고시 제2020-107호, '20.6.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[142] Dimethyl fumarate 경구제 (품명: 스킨라렌스 장용정 30밀리그램 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 전신치료제(Methotrexate 또는 Cyclosporine)에 부작용이 예상되거나 부작용이 발생하여 치료를 지속할 수 없는 경우 만 18세 이상 성인 판상 건선에 투여 시</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2022-24호, '22.2.1.)</p>
<p>[142] Dupilumab 주사제 (품명 : 듀피젠티프리필드주300 밀리그램)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상</p> <p>3년 이상 증상이 지속되는 성인(만 18세 이상) 만성 중증 아토피피부염 환자로서 다음의 조건을 모두 만족하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 1차 치료제로 국소치료제(중등도 이상의 코르티코 스테로이드 또는 칼시뉴린 저해제)를 4주 이상 투여하였음에도 적절히 조절되지 않고, 이후 전신 면역억제제(Cyclosporine 또는 Methotrexate)를 3개월 이상 투여하였음에도 반응(EASI(Eczema Area and Severity Index) 50%이상 감소)이 없거나 부작용 등으로 사용할 수 없는 경우</p> <p>* 동 약제 투약개시일 6개월 이내에 국소치료제 및 전신 면역억제제 투여이력이 확인되어야 함.</p> <p>2) 동 약제 투여시작 전 EASI 23 이상</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나. 평가방법</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 동 약제를 14주간 투여 후 16주째 평가하여 EASI가 75%이상 감소한 경우 추가 6개월의 투여를 인정함. 2) 이후에는 지속적으로 6개월마다 평가하여 최초 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함. <p>다. 원내처방을 원칙으로 하며, 퇴원 시 및 외래에서의 1회 처방기간은 최대 4주 분까지로 함.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 단, 최초 투약일로부터 24주 이후에 안정된 질병 활동도를 보이고 부작용이 없는 환자의 경우에는 최대 8~12주분까지 인정함. <p>라. 동 약제는 자가주사제인 점을 고려하여, 투여기간 등의 확인을 위한 ‘환자용 투약일지’를 환자가 작성하고, 요양기관이 이를 관리하여야 함.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 동 약제는 아토피 관련 진료과(피부과, 알레르기내과, 소아청소년과(소아알레르기 호흡기)) 전문의가 처방하여야 하며, 최초 투여 시 투여대상 및 지속투여 시 반응평가에 대한 객관적 자료(약제투여 과거력, EASI 산출근거, 환부 사진 등)를 반드시 제출하여야 함. <p style="text-align: right;">(고시 제2019-341호, '20.1.1.)</p>
<p>[142] Everolimus 경구제 (품명 : 씨티칸정 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 심장이식</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 투여대상: 경도 내지 중등도의 면역학적 위험을 가진 동종 심장이식을 받은 성인 환자 2) 투여방법: 마이크로에멀전 제형의 사이클로스포린 및 코르티코스테로이드와 병용투여

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나. 간이식</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 투여대상: 간이식을 받은 성인 환자 2) 투여방법: 타크로리무스 및 코르티코스테로이드와 병용투여 <p>다. 신이식</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 투여대상: 경도 내지 중등도의 면역학적 위험을 가진 동종 신장이식을 받은 성인 환자 2) 투여 방법: 마이크로에멀전 제형의 사이클로스포린 및 코르티코스테로이드와 병용투여 <p>2. 허가사항을 초과하여 신이식 환자에 대하여 타크로리무스 및 코르티코스테로이드와 병용 투여한 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2022-111호, '22.5.1.)</p>
<p>[142] Golimumab 주사제 (품명: 심퍼니프리 필드시린지주 50밀리그램 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 각 약제별 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 성인의 활동성 및 진행성 류마티스관절염 <ol style="list-style-type: none"> 1) 투여대상 ACR/EULAR 진단기준(2010년 제정)에 부합하는 성인 류마티스 관절염 환자 중 다음 한 가지에 해당하고 두 가지 종류 이상(MTX(Methotrexate) 포함)의 DMARDs(Disease Modifying AntiRheumatic Drugs)로 6개월 이상(각 3개월 이상) 치료하였으나 치료효과가 미흡하거나, 상기 약제들의 부작용 등으로 치료를 중단한 환자(다만 MTX 사용이 불가능한, 간질환 혹은 신부전 등의 경우에는 MTX를 제외한 두 가지 종류 이상의 DMARDs 사용) - 다 음 - 가) DAS28이 5.1 초과

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나) DAS28이 3.2 ~ 5.1이고 영상 검사 상 관절 손상의 진행이 있는 경우</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>※ DAS28(Disease Activity Score in 28 joints)</p> <p>◦ DAS28(ESR) = $0.56 \times \sqrt{(TJC-28)} + 0.28 \times \sqrt{(SJC-28)} + 0.014 \times VAS + 0.70 \times \ln(ESR)$</p> <p>◦ DAS28(CRP) = $0.56 \times \sqrt{(TJC-28)} + 0.28 \times \sqrt{(SJC-28)} + 0.014 \times VAS + 0.36 \times \ln(CRP+1) + 0.96$</p> <p>TJC: 압통 관절수 SJC: 부종 관절수 VAS: 환자의 전반적인 상태보고</p> </div> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 6개월간 사용 후 평가 시 DAS28이 1.2 이상 감소한 경우 추가 6개월간의 사용을 인정함.</p> <p>나) 이후에는 6개월마다 평가하여 첫 6개월째의 평가 결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>나. 활동성 및 진행성 건선성 관절염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>두 가지 종류 이상의 DMARDs(Disease Modifying AntiRheumatic Drugs)로, 총 6개월 이상(각 3개월 이상) 치료하였으나 치료효과가 미흡하거나, 상기 약제들의 부작용 등으로 치료를 중단한 활동성 및 진행성 건선성 관절염 환자로서 다음 조건에 해당하는 경우</p> <p>○ 3개 이상의 압통 관절과 3개 이상의 부종 관절이 존재하여야 하며, 1개월 간격으로 2회 연속 측정된 결과이어야 함.</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 3개월간 사용 후 활성 관절수가 최초 투여시점 보다 30% 이상 감소된 경우 추가 6개월 간의 사용을 인정함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나) 이후에는 6개월마다 평가하여 첫 3개월째의 평가 결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>3) 다음의 경우에는 동 약제 투여에 주의해야 함</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 피부광화학요법(PUVA) 축적용량(Cumulative dosage) 1,000주울(Joules)을 초과하여 투여 받은 적이 있는 경우 <p>다. 중증의 강직성척추염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>두 가지 종류 이상의 비스테로이드항염제(NSAIDs) 혹은 DMARDs (Disease Modifying AntiRheumatic Drugs)로 3개월 이상 치료를 하였으나 치료효과가 미흡하거나, 상기 약제들의 부작용 등으로 치료를 중단한 중증의 활동성 강직성 척추염 환자</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※ 중증의 활동성 강직성 척추염</p> <p>: Modified New York criteria 1984(아래 참조)를 근거로 하여, 방사선학적 기준(Radiologic criteria)과 2개 이상 ((1)항은 반드시 포함)의 임상적 기준(Clinical criteria)을 동시에 만족하며, Bath 강직성 척추염의 질병 활동 지수 (BASDAI: Bath Ankylosing Spondilitis Disease Activity Index)가 적어도 4 이상인 경우</p> <p>가) 방사선학적 기준(Radiologic criteria) 천장골염: 양측성 Grade 2이상, 편측성 Grade 3 혹은 4(Sacroilitis: Grade ≥2 bilateral or Grade 3 or 4 unilateral.)</p> <p>나) 임상적 기준(Clinical criteria)</p> <p>(1) 운동 시 호전되나, 휴식으로는 호전되지 않는 3개월 이상의 요통과 강직(Low back pain and stiffness for more than 3 months, which improves with exercise but is not relieved by rest.)</p> <p>(2) 시상면과 전두면 모두에서 요추골 운동의 제한 (Limitation of motion of the lumbar spine in both the sagittal and frontal planes.)</p> <p>(3) 흉부팽창의 제한(Limitation of chest expansion.)</p> </div>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 3개월간 사용 후 BASDAI가 50% 또는 2(Scale 0-10)이상 감소한 경우 추가 6개월의 투여를 인정함.</p> <p>나) 이후에는 지속적으로 6개월마다 평가하여 첫 3개월째의 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>라. 궤양성 대장염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>Corticosteroid나 6-Mercaptopurine 또는 Azathioprine 등 보편적인 치료 약제에 대해 적절한 반응을 나타내지 않거나 내약성이 없는 경우 또는 상기 약제가 금기인 중등도-중증의 궤양성 대장염 환자</p> <p>※ 중등도-중증의 궤양성 대장염 환자 : 아래의 점수를 합산하여 중등도-중증 궤양성 대장염 여부를 판정(Mayo score 6 to 12 and Endoscopy subscore ≥ 2)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※ 궤양성대장염 활동평가를 위한 메이요 점수시스템(Mayo Scoring System for Assessment of Ulcerative Colitis Activity)</p> <p>배변빈도(Stool frequency)</p> <p>0 = Normal no. of stools for this patient 1 = 1 to 2 stools more than normal 2 = 3 to 4 stools more than normal 3 = 5 or more stools more than normal Subscore, 0 to 3</p> <p>직장출혈(Rectal bleeding)</p> <p>0 = No blood seen 1 = Streaks of blood with stool less than half the time 2 = Obvious blood with stool most of the time 3 = Blood alone passes Subscore, 0 to 3</p> </div>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>내시경 결과(Findings on endoscopy)</p> <p>0 = Normal or inactive disease</p> <p>1 = Mild disease (erythema, decreased vascular pattern, mild friability)</p> <p>2 = Moderate disease (Marked erythema, lack of vascular pattern, friability, erosions)</p> <p>3 = Severe disease (Spontaneous bleeding, ulceration)</p> <p>Subscore, 0 to 3</p> <p>의사의 종합평가(Physician's global assessment)</p> <p>0 = Normal</p> <p>1 = Mild disease</p> <p>2 = Moderate disease</p> <p>3 = Severe disease</p> <p>Subscore, 0 to 3</p> </div> <p>2) 평가방법</p> <p>등 약제를 4회 투약 후(12~14주내) 평가하여 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 경우 지속적인 투여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) Mayo score가 최초 투여시점 보다 30% 이상 감소하고 3점 이상 감소한 경우</p> <p>나) Rectal bleeding subscore 1점 이상 감소 또는 Rectal bleeding subscore 0점 또는 1점인 경우</p> <p>2. 금기환자</p> <p>가. 활동성 결핵 또는 패혈증과 같은 중증의 다른 감염, 기회감염이 있는 환자</p> <p>나. 중등도에서 중증의 심부전(NYHA class III/IV) 환자</p> <p>3. 다른 중양괴사인자알파저해제(TNF-α inhibitor : Adalimumab, Etanercept, Infliximab 주사제) 또는 Abatacept, Ixekizumab, Secukinumab, Tocilizumab,</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>Ustekinumab, Vedolizumab 주사제, Baricitinib, Tofacitinib, Upadacitinib 경구제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없는 경우 또는 복약순응도 개선의 필요성이 있는 경우(교체한 약제는 최소 6개월 투여를 유지하도록 권고함)에 동 약제로 교체투여(Switch)를 급여로 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여소견서를 첨부하여야 함.</p> <p>4. ‘심퍼니프리필드시린지주’와 ‘심퍼니오토인젝터주’가 자가 주사제제인 점을 고려하여, 동 약제의 투여기간 등의 확인을 위한 ‘환자용 투약일지’를 환자가 작성하고 이를 요양기관이 관리하여야 함.</p> <p>5. ‘심퍼니프리필드시린지주’와 ‘심퍼니오토인젝터주’의 장기처방 시 1회 처방기간은 퇴원할 경우 및 외래의 경우에는 1회분까지로 하며, 원내처방 함을 원칙으로 함. 다만, 최초 투약일로부터 24주 이후에 안정된 질병활동도를 보이고 부작용이 없는 환자의 경우 최대 2~3회분까지 인정함.</p> <p>6. 동 약제를 사용하는 경우에는 「TNF-α inhibitor 사용시 잠복결핵 치료지침」을 따라야 함.</p> <p>(고시 제2020-244호, '20.11.1.)</p>
<p>[142] Guselkumab 주사제 (품명 : 트렘피어프리 필드시린지주 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 건선</p> <p>1) 투여대상</p> <p>6개월 이상 지속되는 만성 중증 판상건선 환자 (만 18세 이상 성인)로 가), 나), 다) 또는 가), 나), 라)를 충족하는 경우(단, 피부광화학요법</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>(PUVA) 및 중파장자외선(UVB; Ultraviolet B) 치료법에 모두 금기인 환자는 가), 나), 다) 조건을 충족하는 경우)</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) 판상건선이 전체 피부면적(Body surface area)의 10% 이상</p> <p>나) PASI(Psoriasis Area and Severity Index) 10 이상</p> <p>다) MTX(Methotrexate) 또는 Cyclosporine을 3개월 이상 투여하였음에도 반응이 없거나 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우</p> <p>라) 피부광화학요법(PUVA) 또는 중파장자외선(UVB) 치료법으로 3개월 이상 치료하였음에도 반응이 없거나 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 12주간(3회) 투여 후 20주 이내에 평가하여 PASI가 75%이상 감소한 경우 추가 6개월의 투여를 인정함.</p> <p>나) 이후에는 지속적으로 6개월마다 평가하여 최초 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>3) 종양괴사인자알파저해제(TNF-α inhibitor: Adalimumab, Etanercept, Infliximab 주사제), 또는 Ixekizumab, Risankizumab, Secukinumab, Ustekinumab 주사제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없는 경우 또는 복약순응도 개선의 필요성이 있는 경우(교체한 약제는 최소 6개월 투여를 유지하도록 권고함)에 동 약제로 교체투여(Switch)를 급여로 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여소견서를 첨부하여야 함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나. 손발바닥 농포증</p> <p>1) 투여대상 6개월 이상 지속되는 중등도-중증 손발바닥 농포증 환자(만 18세 이상 성인)로 가), 나) 또는 가), 다)를 충족하는 경우(단, 광선요법에 모두 금기인 환자는 가), 나) 조건을 충족하는 경우)</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) PPPASI(Palmoplantar Psoriasis Area Severity Index) 12 이상</p> <p>나) Acitretin을 치료용량으로 3개월 이상 투여하였음에도 반응이 없거나 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우(소견서 첨부)</p> <p>다) 광선요법으로 3개월 이상 치료하였음에도 반응이 없거나 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 20주간(4회) 투여 후 28주 이내에 평가하여 PPPASI가 50%이상 감소한 경우 추가 6개월의 투여를 인정함.</p> <p>나) 이후에는 지속적으로 6개월마다 평가하여 최초 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>다. 활동성 및 진행성 건선성 관절염</p> <p>1) 투여대상 1종 이상의 종양괴사인자알파저해제(TNF-α inhibitor) 또는 IL-17 inhibitor에 반응이 불충분하거나 부작용, 금기 등으로 치료를 중단한 활동성 및 진행성 건선성 관절염 환자</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 6개월간 사용 후 활성 관절수가 최초 투여시점 보다 30% 이상 감소된 경우 추가 6개월간의 사용을 인정함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나) 이후에는 6개월마다 평가하여 첫 6개월째의 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>3) 동 약제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없어 이전에 투여한 적이 없는 TNF-α inhibitor (Etanercept, Adalimumab, Infliximab, Golimumab 주사제) 또는 Secukinumab, Ixekizumab, Ustekinumab 주사제로 교체투여 (Switch)하는 경우 급여를 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여 소견서를 첨부하여야 함. (고시 제2022-111호, '22.5.1.)</p>
<p>[142] Ixekizumab 주사제 (품명 : 탈츠프리 필드시린지주 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 -</p> <p>가. 건선</p> <p>1) 투여대상 6개월 이상 지속되는 만성 중증 판상건선 환자 (만 18세 이상 성인)로 가), 나), 다) 또는 가), 나), 라)를 충족하는 경우(단, 피부광화학요법 (PUVA) 및 중파장자외선(UVB; Ultraviolet B)에 모두 금기인 환자는 가), 나), 다) 조건을 충족하는 경우) - 다 음 -</p> <p>가) 판상건선이 전체 피부면적(Body surface area)의 10% 이상</p> <p>나) PASI(Psoriasis Area and Severity Index) 10 이상</p> <p>다) MTX(Methotrexate) 또는 Cyclosporine을 3개월 이상 투여하였음에도 반응이 없거나 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>라) 피부광화학요법(PUVA) 또는 중파장자외선(UVB) 치료법으로 3개월 이상 치료하였음에도 반응이 없거나 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 12주간사용 후 평가하여 PASI가 75%이상 감소한 경우 추가 6개월의 투여를 인정함.</p> <p>나) 이후에는 지속적으로 6개월마다 평가하여 최초 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>3) 종양괴사인자알파저해제(TNF-α inhibitor: Adalimumab, Etanercept, Infliximab 주사제) 또는 Guselkumab, Risankizumab, Secukinumab, Ustekinumab 주사제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없는 경우 또는 복약순응도 개선의 필요성이 있는 경우(교체한 약제는 최소 6개월 투여를 유지하도록 권고함)에 동 약제로 교체투여(Switch)를 급여로 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여소견서를 첨부하여야 함.</p> <p>나. 활동성 및 진행성 건선성 관절염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>두 가지 종류 이상의 DMARDs로 총 6개월 이상(각 3개월 이상) 치료하였음에도 치료효과가 미흡하거나, 상기 약제들의 부작용 등으로 치료를 중단한 활동성 및 진행성 건선성 관절염 환자로써 다음 조건에 부합하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>○ 3개 이상의 압통 관절과 3개 이상의 부종 관절이 존재하여야 하며, 1개월 간격으로 2회 연속 측정된 결과이어야 함.</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 6개월 사용 후 활성 관절수가 최초 투여시점보다 30% 이상 감소된 경우 추가 6개월간의 사용을 인정함.</p> <p>나) 이후에는 6개월마다 평가하여 첫 6개월째의 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>3) 동 약제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없어 이전에 투여한 적이 없는 TNF-α inhibitor(Etanercept, Adalimumab, Infliximab, Golimumab 주사제) 또는 Secukinumab, Ustekinumab, Guselkumab 주사제로 교체투여(Switch)하는 경우 급여를 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여 소견서를 첨부하여야 함.</p> <p>다. 중증의 강직성척추염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>1종 이상의 종양괴사인자알파저해제(TNF-α inhibitor)에 반응이 불충분하거나 부작용, 금기 등으로 치료를 중단한 「중증의 활동성 강직성 척추염」 환자</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※ 중증의 활동성 강직성 척추염: Modified New York criteria 1984(아래 참조)를 근거로 하여, 방사선학적 기준(Radiologic criteria)과 2개 이상 (1)항은 반드시 포함)의 임상적 기준(Clinical criteria)을 동시에 만족하며, Bath 강직성 척추염의 질병 활동 지수 (BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)가 적어도 4 이상인 경우 가) 방사선학적 기준(Radiologic criteria) 천장골염: 양측성</p> </div>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>Grade 2이상, 편측성 Grade 3 혹은 4(Sacroilitis: Grade ≥ 2 bilateral or Grade 3 or 4 unilateral.)</p> <p>나) 임상적 기준(Clinical criteria)</p> <p>(1) 운동 시 호전되나, 휴식으로는 호전되지 않는 3개월 이상의 요통과 강직(Low back pain and stiffness for more than 3months, which improves with exercise but is not relieved by rest.)</p> <p>(2) 시상면과 전두면 모두에서 요추골 운동의 제한 (Limitation of motion of the lumbar spine in both the sagittal and frontal planes.)</p> <p>(3) 흉부팽창의 제한(Limitation of chest expansion.)</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 16주간 사용 후 평가하여 BASDAI가 50% 또는 2(Scale 0-10)이상 감소한 경우 추가 6개월의 투여를 인정함.</p> <p>나) 이후에는 6개월마다 평가하여 첫 16주째의 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>3) 동 약제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없어 이전에 투여한 적이 없는 TNF-α inhibitor (Etanercept, Adalimumab, Infliximab, Golimumab 주사제) 또는 Secukinumab 주사제로 교체투여(Switch)하는 경우 급여를 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여소견서를 첨부하여야 함.</p> <p>2. 동 약제가 자가 주사제제인 점을 고려하여, 동 약제의 투여기간 등의 확인을 위한 '환자용 투약일지'를 환자가 작성하고 이를 요양기관이 관리하여야 함.</p> <p>3. 장기처방 시 1회 처방기간은 퇴원할 경우 및 외래의 경우에는 4주분까지로 하며, 원내처방 함을 원칙으로 함. 다만, 최초 투약일로부터 24주 이후에 안정된 질병</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>활동도를 보이고 부작용이 없는 환자의 경우 최대 8~12주분까지 인정함.</p> <p>4. 동 약제를 사용하는 경우에는「TNF-α inhibitor 사용 시 잠복결핵 치료지침」을 따라야 함.</p> <p>(고시 제2022-111호, '22.5.1.)</p>
<p>[142] Leflunomide 경구제 (품명 : 아라바정 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 Methotrexate 정제 투여가 곤란하거나 충분한 효과가 없는 경우에 단독 또는 병용요법으로 투여 시 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[142] Mycophenolate mofetil 경구제 (품명 : 셀셀트캡슐 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여한 경우에도 요양급여를 인정함. <ul style="list-style-type: none"> - 아 래 - 가. 면역억제제(Azathioprine 등)와 부신피질호르몬(Prednisolone 등)과의 병합요법에 반응하지 않는 심상성 천포창, 낙엽상 천포창 및 유천포창 나. 장기(신장, 심장, 간장, 췌장, 폐, 소장) 이식수술 후 Tacrolimus 경구제와 병용한 경우 <ol style="list-style-type: none"> 1) Cyclosporine 및 Tacrolimus와 병용 투여되는 코르티코스테로이드의 경우는 환자 상태에 따라 추가 여부를 결정할 수 있음. 2) 용량을 감소시켜 나가는 점감법(Tapering) 과정에서 환자상태에 따라 단독 투여 가능함. 다. 손 및 팔이식 수술 후 Tacrolimus 경구제와 병용한 경우 <ol style="list-style-type: none"> 1) Tacrolimus와 병용 투여되는 코르티코스테로이드의 경우는 환자 상태에 따라 추가 여부를 결정할 수 있음 2) 투여 용량 : 1회 750mg 이내, 1일 2회 투여

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>라. 루푸스신염 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 기존의 표준요법에 치료효과가 없거나 부작용이 심각한 경우(출혈성 방광염, 난소부전 등) 또는 WHO 분류 단계 III, IV로 확진된 경우에 투여시 인정함.(관해 유도 및 관해 유지) 2) 기존의 스테로이드와 면역억제제로 관해 유도를 한 후 표준적인 치료법에 따른 독성이 우려되는 환자에서 관해유지 목적으로 동 약제를 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <p>마. 동종각막이식술:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Cyclosporine에 부작용이 있거나, Cyclosporine을 투여할 수 없는 경우에 투여 시 요양급여를 인정함. 2) 투여용량 및 투여기간은 1일 2g씩 6개월간 인정하며, 사례별로 1년까지 인정함. <p>바. 포도막염</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 스테로이드제에 불응성이거나 부작용이 심한 경우 2) 스테로이드제 감량 시 재발하는 경우 3) 고용량 스테로이드제를 장기간 복용해야 하는 경우 4) 전신질환을 동반하고 심각한 안구손상이 예상되는 경우 등 <p>사. 조혈모세포이식 후 이식편대숙주병</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 예방목적으로 투여 시 <ol style="list-style-type: none"> 가) 투여대상 <ol style="list-style-type: none"> (1) 인체조직적합항원(HLA) 일치 동종조혈모세포이식 후 메토트렉세이트 투여의 금기증(허가사항의 주의사항 참고)이 있는 경우 (2) 제대혈이식 시 일차요법 나) 투여용량 및 기간: 15mg/kg을 1일 3회, 이식 당일에서 이식 후 27일까지

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2) 치료목적으로 투여 시</p> <p>가) 투여대상: 스테로이드 저항성 또는 금기 환자 나) 투여용량: 1g 또는 15mg/kg을 1일 2회</p> <p>아. 중증근무력증: Azathioprine 또는 스테로이드제에 치료효과가 없거나 부작용 등으로 투여할 수 없는 경우에 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p>자. 일차성 사구체신염(최소 변화의 신장증(Minimal change nephropathy), 국소분절사구체경화증(Focal segmental glomerulosclerosis), 막성신장증(Membranous nephropathy), 막증식성사구체신염(Membranoproliferative glomerulonephritis), 면역글로불린에이신장증(IgA nephropathy))에 의한 신증후군 환자로 스테로이드제에 효과가 없는 경우 또는 스테로이드 의존성으로 스테로이드제에 부작용이 심하거나 심각한 독성이 우려되는 경우</p> <p>차. 경구 스테로이드제 등 1차 약제에 불응성이거나 부작용이 심한 괴사성 공막염</p> <p>카. 전신경화증</p> <p>1) 피부경화가 진행된 미만성(Diffuse Cutaneous) 전신경화증에 투여 시</p> <p>가) 투여대상 1종 이상의 타 면역억제제(Azathioprine 등) 투여에도 불충분한 반응을 보이면서, mRSS(Modified Rodnan Skin Score) 12점 이상인 경우 나) 투여용량: 250~3000mg/day</p> <p>2) 간질성 폐질환이 동반된 전신경화증에 투여 시</p> <p>가) 투여대상 1종 이상의 타 면역억제제(Azathioprine 등) 투여에도 불충분한 반응을 보이면서, '45% ≤ Forced Vital Capacity(FVC) < 80%'인 경우 나) 투여용량: 250~3000mg/day</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>3. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여하는 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 발 및 다리이식 수술 후 Tacrolimus 경구제와 병용한 경우</p> <p>1) Tacrolimus와 병용 투여되는 코르티코스테로이드의 경우는 환자 상태에 따라 추가 여부를 결정할 수 있음</p> <p>2) 투여 용량 : 1회 750mg 이내, 1일 2회 투여</p> <p>4. 허가사항을 초과하여 혈우병A, B 항체 환자의 면역관용 요법에 투여하고자 건강보험심사평가원의 사전승인을 받은 경우에도 요양급여를 인정함. 이 경우 사전승인을 위한 위원회 구성, 사전승인의 기준, 절차 및 방법 등 필요한 사항은 건강보험심사평가원장이 정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2020-217호, '20.10.1.)</p>
<p>[142]</p> <p>Mycophenolate sodium 경구제 (품명 : 마이폴릭장용정 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 허가사항 범위(효능·효과)를 초과하여 신장, 소장 이식 후 Mycophenolate mofetil 경구제와 Tacrolimus 경구제의 병용치료로 위장관 부작용이 발생한 경우에 한하여 Tacrolimus 경구제와 병용투여를 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-28호, '18.3.1.)</p>
<p>[142]</p> <p>Rabbit anti-human thymocyte immunoglobulin 주사제 (품명 : 치모글로부린주)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 신장, 심장이식 시 면역억제제</p> <p>나. 재생불량성빈혈 치료</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>가. 재생불량성빈혈 및 발작야간혈색뇨증환자의 조혈모세포이식수술시 전처치요법으로 총 투여용량을 3.75mg/kg ~ 10mg/kg 범위 내에서 인정</p> <p>나. 재생불량성빈혈 치료 시 용법·용량을 초과하여 3.5mg/kg씩 5일간 투여 시에도 인정</p> <p>다. 동종조혈모세포이식이 불가능한 골수이형성증후군에 투여 시 인정</p> <p>라. 동종조혈모세포이식 시 이식편대숙주반응의 고위험군에서 전처치요법으로 총 용량 10mg/kg 범위 내에서 분할 투여 시 인정</p> <p>마. 척장 및 척도이식에 투여 시 인정</p> <p>바. 소장이식에 투여 시 인정</p> <p>사. 손 및 팔이식에 투여 시 인정</p> <p>1) 투여용량 : 1일 1-1.5mg/kg</p> <p>2) 투여일수 : 5일 이내</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>○ 발 및 다리어식에 투여 시</p> <p>1) 투여용량 : 1일 1-1.5mg/kg</p> <p>2) 투여일수 : 5일 이내</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2019-210호, '19.10.1.)</p>
<p>[142]</p> <p>Risankizumab 주사제 (품명 : 스카이리치 프리필드시린지주)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상</p> <p>6개월 이상 지속되는 만성 중증 판상건선 환자(만 18세 이상 성인)로 1), 2), 3) 또는 1), 2), 4)를</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>충족하는 경우(단, 피부광화학요법(PUVA) 및 중파장자외선(UVB; Ultraviolet B) 치료법에 모두 급기인 환자는 1), 2), 3) 조건을 충족하는 경우)</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 판상건선이 전체 피부면적(Body surface area)의 10% 이상 2) PASI(Psoriasis Area and Severity Index) 10 이상 3) MTX(Methotrexate) 또는 Cyclosporine을 3개월 이상 투여하였음에도 반응이 없거나 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우 4) 피부광화학요법(PUVA) 또는 중파장자외선(UVB) 치료법으로 3개월 이상 치료하였음에도 반응이 없거나 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우 <p>나. 평가방법</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 동 약제를 16주간(3회) 투여 후 평가하여 PASI가 75%이상 감소한 경우 추가 6개월의 투여를 인정함. 2) 이후에는 지속적으로 6개월마다 평가하여 최초 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함. <p>다. 중양괴사인자일파저해제(TNF-α inhibitor: Adalimumab, Etanercept, Infliximab 주사제), 또는 Guselkumab, Ixekizumab, Secukinumab, Ustekinumab 주사제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없는 경우 또는 복약순응도 개선의 필요성이 있는 경우 (교체한 약제는 최소 6개월 투여를 유지하도록 권고함)에 동 약제로 교체투여(Switch)를 급여로 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여소견서를 첨부하여야 함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2020-107호, '20.6.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[142] Secukinumab 주사제 (품명 : 코센틱스주사 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 -</p> <p>가. 건선</p> <p>1) 투여대상</p> <p>6개월 이상 지속되는 만성 중증 판상건선 환자 (만 18세 이상 성인)로 가), 나), 다) 또는 가), 나), 라)를 충족하는 경우(단, 피부광화학요법 (PUVA) 및 중파장자외선(UVB; Ultraviolet B)에 모두 금기인 환자는 가), 나), 다) 조건을 충족하는 경우) - 다 음 -</p> <p>가) 판상건선이 전체 피부면적(Body surface area)의 10% 이상</p> <p>나) PASI(Psoriasis Area and Severity Index) 10 이상</p> <p>다) MTX(Methotrexate) 또는 Cyclosporine을 3개월 이상 투여하였음에도 반응이 없거나 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우</p> <p>라) 피부광화학요법(PUVA) 또는 중파장자외선 (UVB) 치료법으로 3개월 이상 치료하였음 에도 반응이 없거나 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 12주간 사용 후 평가하여 PASI가 75%이상 감소한 경우 추가 6개월의 투여를 인정함.</p> <p>나) 이후에는 지속적으로 6개월마다 평가하여 최초 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>3) 종양괴사인자알파저해제(TNF-α inhibitor: Adalimumab, Etanercept, Infliximab 주사제) 또는 Guselkumab, Ixekizumab, Risankizumab, Ustekinumab 주사제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없는 경우 또는 복약순응도 개선의 필요성이 있는 경우(교제한 약제는 최소 6개월 투여를 유지하도록 권고함)에 동 약제로 교체투여(Switch)를 급여로 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여소견서를 첨부하여야 함.</p> <p>나. 활동성 및 진행성 건선성 관절염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>두 가지 종류 이상의 DMARDs로 총 6개월 이상(각 3개월 이상) 치료하였음에도 치료효과가 미흡하거나, 상기 약제들의 부작용 등으로 치료를 중단한 활동성 및 진행성 건선성 관절염 환자로서 다음 조건에 부합하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>○ 3개 이상의 압통 관절과 3개 이상의 부종 관절이 존재하여야 하며, 1개월 간격으로 2회 연속 측정한 결과이어야 함.</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 6개월 사용 후 활성 관절수가 최초 투여시점보다 30% 이상 감소된 경우 추가 6개월간의 사용을 인정함.</p> <p>나) 이후에는 6개월마다 평가하여 첫 6개월째의 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>3) 동 약제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없어 이전에 투여한 적이 없는 TNF-α inhibitor(Etanercept, Adalimumab, Infliximab, Golimumab 주사제) 또는 Ixekizumab, Ustekinumab, Guselkumab 주사제로 교체투여(Switch)하는</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>경우 급여를 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여 소견서를 첨부하여야 함.</p> <p>다. 중증의 강직성척추염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>1종 이상의 종양괴사인자알파저해제(TNF-α inhibitor)에 반응이 불충분하거나 부작용, 금기 등으로 치료를 중단한 중증의 활동성 강직성 척추염 환자</p> <p>※ 중증의 활동성 강직성 척추염</p> <p>: Modified New York criteria 1984(아래 참조)를 근거로 하여, 방사선학적 기준(Radiologic criteria)과 2개 이상((1)항은 반드시 포함)의 임상적 기준(Clinical criteria)을 동시에 만족하며, Bath 강직성 척추염의 질병 활동 지수 (BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)가 적어도 4 이상인 경우</p> <p>가) 방사선학적 기준(Radiologic criteria) 천장 골염: 양측성 Grade 2이상, 편측성 Grade 3 혹은 4 (Sacroilitis: Grade \geq2 bilateral or Grade 3 or 4 unilateral.)</p> <p>나) 임상적 기준(Clinical criteria)</p> <p>(1) 운동 시 호전되나, 휴식으로는 호전되지 않는 3개월 이상의 요통과 강직(Low back pain and stiffness for more than 3months, which improves with exercise but is not relieved by rest.)</p> <p>(2) 시상면과 전두면 모두에서 요추골 운동의 제한 (Limitation of motion of the lumbar spine in both the sagittal and frontal planes.)</p> <p>(3) 흉부팽창의 제한(Limitation of chest expansion.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 16주간 사용 후 평가하여 BASDAI가 50% 또는 2(Scale 0-10)이상 감소한 경우 추가 6개월의 투여를 인정함.</p> <p>나) 이후에는 6개월마다 평가하여 첫 16주째의 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>3) 동 약제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없어 이전에 투여한 적이 없는 TNF-α inhibitor (Etanercept, Adalimumab, Infliximab, Golimumab 주사제) 또는 Ixekizumab 주사제로 교체투여(Switch)하는 경우 급여를 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여조건서를 첨부하여야 함.</p> <p>2. ‘코센틱스프리필드시린지’와 ‘코센틱스센소레디펜’이 자가 주사제제인 점을 고려하여, 동 약제의 투여기간 등의 확인을 위한 ‘환자용 투약일지’를 환자가 작성하고 이를 요양기관이 관리하여야 함.</p> <p>3. ‘코센틱스프리필드시린지’와 ‘코센틱스센소레디펜’의 장기처방 시 1회 처방기간은 퇴원할 경우 및 외래의 경우에는 4주분까지로 하며, 원내처방 함을 원칙으로 함. 다만, 최초 투약일로부터 24주 이후에 안정된 질병활동도를 보이고 부작용이 없는 환자의 경우 최대 8~12주분 까지 인정함.</p> <p>4. 동 약제를 사용하는 경우에는「TNF-α inhibitor 사용 시 잠복결핵 치료지침」을 따라야 함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2022-111호, '22.5.1.)</p>
<p>[142] Sirolimus 경구제 (품명 : 라파문정 1밀리그램 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>가. 13세 이상 신장이식 환자에서의 장기 거부반응 예방</p> <p>나. 림프관평활근중증(Lymphangioliomyomatosis)으로 진단받은 환자 중 FEV1 값이 예상 정상치의 70% 이하인 경우</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 소장이식</p> <p>1) 투여대상: 소장이식 후 3개월이 지난 환자로 Tacrolimus 투여로 신장기능이 저하되어 혈청 크레아티닌 1.5mg/dL 초과, 사구체여과율(GFR) 75mL/min 미만인 경우</p> <p>2) 투여방법: Tacrolimus와 병용투여</p> <p>3) 투여기간: 6개월 이내</p> <p>나. 신이식 환자에 대하여 타크로리무스 및 코르티코스테로이드와 병용 투여한 경우 (고시 제2022-111호, '22.5.1.)</p>
<p>[142]</p> <p>Tacrolimus 제제 (품명 : 프로그랍캡셀·주사 등)</p>	<p>1. 각 약제별 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 주사제를 조혈모세포이식 환자에 사용할 경우와 경구제를 만성 류마티스성 관절염에 사용할 경우에는 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 주사제를 조혈모세포이식 환자에 사용할 경우</p> <p>1) 비혈연간 동종 조혈모세포이식 환자 : 이식 1일 전부터 이식 후 20일까지 (이식일 포함 총 22일) 인정하며, 이후 이식편대숙주질환(GVHD) 악화가 없는 경우에는 경구제로 변경 투여하여야 함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2) 타 약제에 대하여 치료불응성(Refractory)이거나 부작용이 심한 동종조혈모세포이식 환자 : 경구 투여가 불가능한 경우 인정함.</p> <p>3) 경구투여 하다가 다시 주사제로 전환하는 경우에는 “요양급여의 기준에 관한 규칙[별표1] 3-나 주사제 지급원칙”에 따라 타당한 경우 인정함.</p> <p>나. 경구제를 만성 류마티스성 관절염에 사용할 경우 : DMARDs(Disease Modifying AntiRheumatic Drugs)로 6개월 이상 치료 후에도 효과가 없는 중증(Refractory) 류마티스관절염에 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p>3. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여한 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 췌장, 폐, 심장, 소장, 손 및 팔 이식의 경우</p> <p>나. 중증근무력증 : Azathioprine 또는 Steroid제에 치료 효과가 없거나 부작용 등으로 투여할 수 없는 경우에 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p>다. 소아 난치성 신증후군(일반형 경구제만 해당): 스테로이드 의존성(빈번 재발 포함) 또는 스테로이드 저항성 신증후군에 cyclosporine의 부작용이 심하여 투여가 불가능한 경우</p> <p>4. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 발 및 다리 이식의 경우 (고시 제2019-210호, '19.10.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[142] Tocilizumab 주사제 (품명 : 악템라주, 악템라피하주사 162 밀리그램)</p>	<p>1. 각 약제별 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 성인의 활동성 및 진행성 류마티스 관절염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>다음 가), 나) 조건을 동시에 충족하는 경우</p> <p>가) ACR/EULAR 진단기준(2010년 제정)에 부합하는 류마티스관절염 환자로서 다음 한 가지에 해당하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>(1) DAS28이 5.1 초과</p> <p>(2) DAS28이 3.2~5.1이고 영상 검사상 관절 손상의 진행이 있는 경우</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>※ DAS28(Disease Activity Score in 28 joints)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ $DAS28(ESR) = 0.56 \times \sqrt{(TJC-28)} + 0.28 \times \sqrt{(SJC-28)} + 0.014 \times VAS + 0.70 \times \ln(ESR)$ ◦ $DAS28(CRP) = 0.56 \times \sqrt{(TJC-28)} + 0.28 \times \sqrt{(SJC-28)} + 0.014 \times VAS + 0.36 \times \ln(CRP+1) + 0.96$ <p>TJC: 압통 관절수 SJC: 부종 관절수 VAS: 환자의 전반적인 상태보고</p> </div> <p>나) 두 가지 종류 이상(MTX(Methotrexate) 포함의 DMARDs(Disease Modifying AntiRheumatic Drugs)로 6개월 이상(각 3개월 이상) 치료 하였으나 치료효과가 미흡하거나, 상기 약제들의 부작용 등으로 치료를 중단한 환자(다만 MTX 사용이 불가능한, 간질환 혹은 신부전 등의 경우에는 MTX를 제외한 두 가지 종류 이상의 DMARDs 사용)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 6개월간 사용 후 평가시 DAS28이 1.2 이상 감소한 경우 추가 6개월간의 사용을 인정함.</p> <p>나) 이후에는 6개월마다 평가하여 첫 6개월째의 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>나. 다관절형 소아 특발성 관절염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>다음 가), 나) 조건을 동시에 충족하는 경우</p> <p>가) ILAR 진단기준(2001년 제정)에 부합하는 다관절형 소아 특발성 관절염 환자(2-17세)로서 5개 이상의 부종 관절을 가지는 경우</p> <p>나) 1개 이상(MTX 등)의 DMARDs(Disease Modifying AntiRheumatic Drugs)로 3개월 이상 치료 후에도 치료효과가 미흡하거나, 상기 약제의 부작용 등으로 치료를 중단한 환자</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 3개월간 사용 후 평가 시 활성 관절수 (부종 관절 등)가 최초 투여시점 보다 30% 이상 감소된 경우 추가 6개월간의 사용을 인정함.</p> <p>나) 이후에는 6개월마다 평가하여 첫 3개월째의 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>다. 전신형 소아 특발성 관절염</p> <p>1) 투여대상(2-17세)</p> <p>다음 가), 나) 조건을 동시에 충족하는 경우</p> <p>가) 전신형 소아 특발성 관절염 환자로서 아래의 (1), (2) 조건을 동시에 만족하는 경우</p> <p>(1) 연속하여 3일 이상의 발열(38도 이상)</p> <p>(2) 1개 이상의 활성 관절(부종관절 등)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나) 비스테로이드성 소염진통제(NSAID) 및 전신성 코르티코스테로이드제로 2주 이상 치료하였으나 치료효과가 미흡하거나, 상기 약제들의 부작용 등으로 치료를 중단한 환자</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 3개월간 사용 후 평가시 38도 이상의 열을 동반하지 않고, 활성 관절수(부종관절 등)가 최초 투여시점 보다 30% 이상 감소된 경우 추가 6개월간의 사용을 인정함.</p> <p>나) 이후에는 6개월마다 평가하여 첫 3개월째의 평가결과가 유지되면 지속적인 급여를 인정함.</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 만 17세 이전에 다관절형 소아 특발성 관절염 (polyarticular juvenile idiopathic arthritis) 또는 전신형 소아 특발성 관절염(systemic juvenile idiopathic arthritis)으로 진단된 후, 만 17세 이후 동 약제 급여기준에 적합하여 동 약제를 사용한 경우에도 요양급여를 인정함. 다만, 만 2세 이전에 동 약제를 투여하는 경우에는 사례별로 심사함.</p> <p>나. 성인 발병성 스틸병</p> <p>1) 투여대상</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 성인 발병성 스틸병 환자로서, 스테로이드와 1종 이상의 면역억제제로 총 6개월 이상 치료 받았으나 치료효과가 미흡하거나, 상기 약제의 부작용 등으로 치료를 중단한 환자 또는 상기 약제에 금기인 환자 <p>2) 투여방법</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 성인 류마티스 관절염의 허가사항에 따름.

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>3) 평가방법</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 동 약제를 3개월 간 사용 후 열, 피부반점, 입파 부종, AST/ALT 상승 등 초기증상이 없고, 활성 관절(부종관절 등)이 없거나 50%이상 감소하고, ESR 또는 CRP 또는 ferritin이 정상범위인 경우 추가 3개월을 인정함. ○ 이후에는 3개월마다 평가하여 계속적인 투여가 필요할 경우 소견서 첨부 시 사례별로 인정함. ○ 다만, 호전 시 투여 중단을 고려하여야 하며 재발 시 재 투여 할 수 있음. <p>다. Tisagenlecleucel(품명: 킴리아주) 투여로 인한 사이토카인 방출 증후군(CRS)의 관리</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 투여대상 <ul style="list-style-type: none"> ○ 성인 및 만2세 이상의 소아 2) 투여방법 <ul style="list-style-type: none"> ○ Tisagenlecleucel(품명: 킴리아주)의 사용상 주의사항 ‘사이토카인 방출 증후군(CRS)의 관리’ 알고리즘에 따름. <p>3. 종양괴사인자알파저해제(TNF-a inhibitor: Adalimumab, Etanercept, Golimumab, Infliximab 주사제) 또는 Abatacept 주사제, Baricitinib, Tofacitinib, Upadacitinib 경구제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없는 경우 또는 복약순응도 개선의 필요성이 있는 경우(교체한 약제는 최소 6개월 투여를 유지하도록 권고함)에 동 약제로 교체투여(Switch)를 급여로 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여소견서를 첨부하여야 함.</p> <p>4. ‘악템라피하주사162밀리그램’이 자가 주사제인 점을 고려하여, 동 약제의 투여기간 등의 확인을 위한 ‘환자용 투약일지’를 환자가 작성하고 이를 요양기관이 관리하여야 함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>5. ‘악템라피하주사162밀리그램’은 장기 처방 시 1회 처방 기간은 퇴원할 경우에는 최대 2주분, 외래의 경우에는 최대 4주분 까지로 하며, 원내 처방함을 원칙으로 함. 다만, 최초 투약일로부터 24주 이후에 안정된 질병활동도를 보이고 부작용이 없는 환자의 경우 최대 8~12주분 까지 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2022-77호, '22.4.1.)</p>
<p>[142] Tofacitinib 경구제 (품명 : 젤잔즈정 5밀리그램 등)</p>	<p>1. 각 약제별 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 성인의 활동성 및 진행성 류마티스관절염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>ACR/EULAR 진단기준(2010년 제정)에 부합하는 성인 류마티스 관절염 환자 중 다음 한 가지에 해당하고 두 가지 종류 이상(MTX(methotrexate) 포함)의 DMARDs(Disease Modifying AntiRheumatic Drugs)로 6개월 이상(각 3개월 이상) 치료하였으나, 치료효과가 미흡하거나 상기 약제들의 부작용 등으로 치료를 중단한 환자 (다만, MTX 사용이 불가능한, 간질환 또는 신부전 등의 경우에는 MTX를 제외한 두 종류 이상의 DMARDs 사용)</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) DAS28이 5.1 초과</p> <p>나) DAS28이 3.2 ~ 5.1이고 영상 검사 상 관절 손상의 진행이 있는 경우</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※ DAS28(Disease Activity Score in 28 joints)</p> <p>◦ $DAS28(ESR) = 0.56 \times \sqrt{(TJC-28)} + 0.28 \times \sqrt{(SJC-28)} +$</p> </div>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<div data-bbox="400 234 977 487" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p> $0.014 \times \text{VAS} + 0.70 \times \ln(\text{ESR})$ $\circ \text{DAS28}(\text{CRP}) = 0.56 \times \sqrt{(\text{TJC}-28)} + 0.28 \times \sqrt{(\text{SJC}-28)} +$ $0.014 \times \text{VAS} + 0.36 \times \ln(\text{CRP}+1) + 0.96$ </p> <p> TJC: 압통 관절수 SJC: 부종 관절수 VAS: 환자의 전반적인 상태보고 </p> </div> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 6개월간 사용 후 평가시 DAS28이 1.2 이상 감소한 경우 추가 6개월간의 사용을 인정함.</p> <p>나) 이후에는 6개월마다 평가를 하여 첫 6개월째의 평가 결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>나. 성인의 중등도-중증 활동성 궤양성 대장염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>Corticosteroid나 6-Mercaptopurine 또는 Azathioprine 등 보편적인 치료 약제에 대해 적절한 반응을 나타내지 않거나 내약성이 없는 경우 또는 상기 약제가 금기인 중등도-중증의 궤양성 대장염 환자</p> <p>※ 중등도-중증의 궤양성 대장염 환자</p> <p>: 아래의 점수를 합산하여 중등도-중증 궤양성 대장염 여부를 판정(Mayo score 6 to 12 and Endoscopy subscore ≥ 2)</p> <div data-bbox="400 1169 968 1442" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>※ 궤양성대장염 활동평가를 위한 메이요 점수시스템(Mayo Scoring System for Assessment of Ulcerative Colitis Activity)</p> <p>배변빈도(Stool frequency)</p> <p>0 = Normal no. of stools for this patient</p> <p>1 = 1 to 2 stools more than normal</p> <p>2 = 3 to 4 stools more than normal</p> </div>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>3 = 5 or more stools more than normal Subscore, 0 to 3</p> <p>직장출혈(Rectal bleeding)</p> <p>0 = No blood seen 1 = Streaks of blood with stool less than half the time 2 = Obvious blood with stool most of the time 3 = Blood alone passes Subscore, 0 to 3</p> <p>내시경 결과(Findings on endoscopy)</p> <p>0 = Normal or inactive disease 1 = Mild disease (erythema, decreased vascular pattern, mild friability) 2 = Moderate disease (Marked erythema, lack of vascular pattern, friability, erosions) 3 = Severe disease (Spontaneous bleeding, ulceration) Subscore, 0 to 3</p> <p>의사의 종합평가(Physician's global assessment)</p> <p>0 = Normal 1 = Mild disease 2 = Moderate disease 3 = Severe disease Subscore, 0 to 3</p> <p>2) 평가방법</p> <p>동 약제를 16주 동안 투약 후 평가하여 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 경우 지속적인 투여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) Mayo score가 최초 투여시점 보다 30% 이상 감소하고 3점 이상 감소한 경우</p> <p>나) Rectal bleeding subscore 1점 이상 감소 또는 Rectal bleeding subscore 0점 또는 1점인 경우</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2. 종양괴사인자알파저해제(TNF-α inhibitor : Adalimumab, Etanercept, Golimumab, Infliximab 주사제) 또는 Abatacept, Tocilizumab, Ustekinumab, Vedolizumab 주사제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없는 경우 또는 복약순응도 개선의 필요성이 있는 경우(교체한 약제는 최소 6개월 투여를 유지하도록 권고함)에 동 약제로 교체투여(Switch)를 급여로 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여소견서를 첨부하여야 함.</p> <p>3. 장기처방 시 1회 처방기간은 퇴원할 경우 및 외래의 경우에는 최대 30일분까지로 함. 다만, 최초 투약일로부터 24주 이후에 안정된 질병활동도를 보이고 부작용이 없는 환자의 경우 최대 60~90일분까지 인정함.</p> <p>4. 동 약제의 허가사항 중 '사용 상 주의사항(금기 등)'을 반드시 참고하여 투여하여야 함.</p> <p>5. 동 약제를 사용하는 경우에는 「TNF-α inhibitor 사용 시 중복결핵 치료지침」을 따라야 함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2021-101호, '21.4.1.)</p>
<p>[142] Upadacitinib 경구제 (품명 : 린버크서방정 15밀리그램)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>1. 성인 류마티스 관절염 환자 가. 투여대상 ACR/EULAR 진단기준(2010년 제정)에 부합하는 성인 류마티스 관절염 환자 중 다음 한 가지에 해당하고 두 가지 종류 이상(MTX(methotrexate) 포함)의 DMARDs(Disease Modifying AntiRheumatic Drugs)로 6개월 이상(각 3개월 이상) 치료하였으나, 치료효과가</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>미흡하거나 상기 약제들의 부작용 등으로 치료를 중단한 환자(다만, MTX 사용이 불가능한, 간질환 또는 신부전 등의 경우에는 MTX를 제외한 두 종류 이상의 DMARDs 사용)</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) DAS28이 5.1 초과 2) DAS28이 3.2~5.1이고 영상 검사 상 관절 손상의 진행이 있는 경우 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>※ DAS28(Disease Activity Score in 28 joints)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ $DAS28(ESR) = 0.56 \times \sqrt{TJC-28} + 0.28 \times \sqrt{SJC-28} + 0.014 \times VAS + 0.70 \times \ln(ESR)$ ◦ $DAS28(CRP) = 0.56 \times \sqrt{TJC-28} + 0.28 \times \sqrt{SJC-28} + 0.014 \times VAS + 0.36 \times \ln(CRP+1) + 0.96$ <p>TJC: 압통 관절수 SJC: 부종 관절수 VAS: 환자의 전반적인 상태보고</p> </div> <p>나. 평가방법</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 동 약제를 6개월간 사용 후 평가 시 DAS28이 1.2 이상 감소한 경우 추가 6개월간의 사용을 인정함. 2) 이후에는 6개월마다 평가를 하여 첫 6개월째의 평가 결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함. <p>다. 종양괴사인자알파저해제(TNF-α inhibitor: Adalimumab, Etanercept, Golimumab, Infliximab 주사제) 또는 Abatacept, Tocilizumab 주사제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없는 경우 또는 복약 순응도 개선의 필요성이 있는 경우(교체한 약제는 최소 6개월 투여를 유지하도록 권고함)에 동 약제로 교체투여(Switch)를 급여로 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여소견서를 첨부하여야 함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2. 만성 중증 아토피 피부염 환자</p> <p>가. 투여대상</p> <p>3년 이상 증상이 지속되는 성인 만성 중증 아토피 피부염 환자로서 다음의 조건을 모두 만족하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 1차 치료제로 국소치료제 (중등도 이상의 코르티코스테로이드 또는 칼시뉴린 저해제)를 4주 이상 투여하였음에도 적절히 조절되지 않고 이후 전신 면역억제제 (Cyclosporine 또는 Methotrexate)를 3개월 이상 투여하였음에도 반응 (EASI(Eczema Area and Severity Index) 50%이상 감소)이 없거나 부작용 등으로 사용할 수 없는 경우</p> <p>* 동 약제 투약개시일 6개월 이내에 국소치료제 및 전신 면역억제제 투여이력이 확인되어야 함.</p> <p>2) 동 약제 투여시작 전 EASI 23 이상</p> <p>나. 평가방법</p> <p>1) 동 약제를 16주째 평가하여 EASI가 75%이상 감소한 경우 추가 6개월의 투여를 인정함.</p> <p>2) 이후에는 지속적으로 6개월마다 평가하여 최초 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>다. JAK 억제제 간 교체투여 및 dupilumab 주사제와 JAK 억제제 사이의 교체투여는 인정하지 않음.</p> <p>라. 동 약제는 아토피 관련 진료과(피부과, 알레르기 내과, 소아청소년과 (소아알레르기 호흡기)) 전문의가 처방하여야 하며, 최초 투여 시 투여대상 및 지속투여 시 반응평가에 대한 객관적 자료(약제투여 과거력, EASI 산출근거, 환부 사진 등)를 반드시 제출하여야 함.</p> <p>3. 장기처방 시 1회 처방기간은 퇴원할 경우 및 외래의 경우에는 최대 30일분까지로 함. 다만, 최초 투약일로</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>부터 24주 이후에 안정된 질병활동도를 보이고 부작용이 없는 환자의 경우 최대 60~90일분까지 인정함.</p> <p>4. 동 약제의 허가사항 중 '사용상 주의사항(금지 등)'을 반드시 참고하여 투여하여야 함.</p> <p>5. 동 약제를 사용하는 경우에는「TNF-α inhibitor 사용 시 잠복결핵 치료지침」을 따라야 함.</p> <p>(고시 제2022-111호, '22.5.1.)</p>
<p>[142] Ustekinumab 주사제 (품명 : 스텔라라 프리필드주 45mg 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 건선</p> <p>1) 투여대상</p> <p>6개월 이상 지속되는 만 6세 이상의 만성 중증 판상건선 환자로 가), 나), 다) 또는 가), 나), 라)를 충족하는 경우(단, 피부광화학요법(PUVA) 및 중파장자외선(UVB; Ultraviolet B)에 모두 금기인 환자는 가), 나), 다) 조건을 충족하는 경우)</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) 판상건선이 전체 피부면적(Body surface area)의 10% 이상</p> <p>나) PASI(Psoriasis Area and Severity Index) 10 이상</p> <p>다) MTX(Methotrexate) 또는 Cyclosporine을 3개월 이상 투여하였음에도 반응이 없거나 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>라) 피부광화학요법(PUVA) 또는 중파장자외선(UVB) 치료법으로 3개월 이상 치료하였음에도 반응이 없거나 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 16주간(3회 투여 후) 사용 후 평가하여 PASI가 75%이상 감소한 경우 추가 6개월의 투여를 인정함.</p> <p>나) 이후에는 지속적으로 6개월마다 평가하여 최초 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>3) 종양 괴사인자알파저해제(TNF-α inhibitor: Adalimumab, Etanercept, Infliximab 주사제) 또는 Guselkumab, Ixekizumab, Risankizumab, Secukinumab 주사제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없는 경우 또는 복약순응도 개선의 필요성이 있는 경우(교체한 약제는 최소 6개월 투여를 유지하도록 권고함)에 동 약제로 교체투여(Switch)를 급여로 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여소견서를 첨부하여야 함.</p> <p>나. 활동성 및 진행성 건선성 관절염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>1종 이상의 종양괴사인자알파저해제(TNF-α inhibitor) 또는 IL-17 inhibitor에 반응이 불충분하거나 부작용, 금기 등으로 치료를 중단한 활동성 및 진행성 건선성 관절염 환자</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 6개월 사용(3회 투여) 후 활성 관절수가 최초 투여시점보다 30% 이상 감소된 경우 추가 6개월간의 사용을 인정함.</p> <p>나) 이후에는 6개월마다 평가하여 첫 6개월째의 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>3) 동 약제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없어 이전에 투여한 적이 없는 TNF-α inhibitor (Etanercept, Adalimumab, Infliximab, Golimumab 주사제) 또는 Secukinumab, Ixekizumab, Guselkumab 주사제로 교체투여 (Switch)하는 경우 급여를 인정하며, 이 경우에는 교체 투여에 대한 투여 소견서를 첨부하여야 함.</p> <p>다. 크론병</p> <p>1) 투여대상 보편적인 치료(2가지 이상의 약제: 코르티코스테로이드제나 면역억제제 등)에 반응이 없거나 내약성이 없는 경우 또는 이러한 치료법이 금기인 중등도-중증의 활성 크론병 (크론병활성도(CDAI) 220 이상)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※ 크론병 활성도(CDAI) : 아래의 점수를 합산하여 활성도(CDAI: Crohn's Disease Activity Index)를 인위적으로 정하여 활동성 여부를 판정</p> <p>(1) 1주에 설사횟수의 합 $\times 2$ (2) 1주에 복통의 정도의 합(증상없음=0, 경증=1, 중등증=2, 중증=3) $\times 5$ (3) 1주에 일반적으로 전신 안녕감의 합(좋음=0, 평균이하=1, 나쁨=2, 매우 나쁨=3, 극도로 나쁨=4) $\times 7$ (4) 다음 6항목 중 환자가 현재 나타내는 해당 항목의 개수 $\times 20$ (가) 관절염/관절통 (나) 홍채염/포도막염 (다) 결절성홍반, 괴저성농피증, 아프타성구내염 (라) 항문열상, 누공 혹은 농양 (마) 기타 누공 (바) 지난주간 37.8℃이상 발열 (5) 설사 때문에 마약성 지사제 복용시 $\times 30$ (6) 복부종괴(없음=0, 의심=2, 확정적=5) $\times 10$ (7) 헤마토크리트(남:47, 여:42-환자 Hct치) $\times 6$ (8) ((표준체중 - 환자체중)/표준체중) $\times 100(\%)$</p> </div>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2) 평가방법 첫 투약 후 16-20주에 CDAI가 70점 이상 감소 또는 총 CDAI score의 25% 이상 감소한 경우에 한하여 유지요법을 인정함.</p> <p>3) 종양괴사인자일파저해제 (TNF-α inhibitor: Adalimumab, Infliximab 주사제) 또는 Vedolizumab 주사제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없는 경우 또는 복약순응도 개선의 필요성이 있는 경우(교체한 약제는 최소 6개월 투여를 유지하도록 권고함)에 동 약제로 교체투여(Switch)를 급여로 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여 소견서를 첨부하여야 함.</p> <p>라. 궤양성 대장염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>1종 이상의 종양괴사인자일파저해제(TNF-α inhibitor) 또는 인테그린 저해제 치료에 반응을 나타내지 않거나, 내약성이 없는 경우 또는 이러한 치료방법이 급기인 중등도-중증의 궤양성 대장염 환자</p> <p>※ 중등도-중증의 궤양성 대장염 환자 : 아래의 점수를 합산하여 중등도-중증 궤양성 대장염 여부를 판정(Mayo score 6 to 12 and Endoscopy subscore \geq 2)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※ 궤양성대장염 활동평가를 위한 메이요 점수시스템(Mayo Scoring System for Assessment of Ulcerative Colitis Activity)</p> <p>배변빈도(Stool frequency)</p> <p>0 = Normal no. of stools for this patient</p> <p>1 = 1 to 2 stools more than normal</p> <p>2 = 3 to 4 stools more than normal</p> </div>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>3 = 5 or more stools more than normal Subscore, 0 to 3</p> <p>직장출혈(Rectal bleeding)</p> <p>0 = No blood seen 1 = Streaks of blood with stool less than half the time 2 = Obvious blood with stool most of the time 3 = Blood alone passes Subscore, 0 to 3</p> <p>내시경 결과(Findings on endoscopy)</p> <p>0 = Normal or inactive disease 1 = Mild disease (erythema, decreased vascular pattern, mild friability) 2 = Moderate disease (marked erythema, lack of vascular pattern, friability, erosions) 3 = Severe disease (spontaneous bleeding, ulceration) Subscore, 0 to 3</p> <p>의사의 종합평가(Physician's global assessment)</p> <p>0 = Normal 1 = Mild disease 2 = Moderate disease 3 = Severe disease Subscore, 0 to 3</p> </div> <p>2) 평가방법</p> <p>첫 투약 후 16-20주에 평가하여 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 경우 지속적인 투여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) Mayo score가 최초 투여시점 보다 30% 이상 감소하고 3점 이상 감소한 경우</p> <p>나) Rectal bleeding subscore 1점 이상 감소 또는 Rectal bleeding subscore 0점 또는 1점인 경우</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>3) 동 약제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없어 이전에 투여한 적이 없는 TNF-α inhibitor(Adalimumab, Infliximab, Golimumab 주사제) 또는 Vedolizumab 주사제, Tofacitinib 경구제로 교체투여(Switch)하는 경우 급여를 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여소견서를 첨부하여야 함.</p> <p>(고시 제2022-111호, '22.5.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[149] Epinastine 경구제 (품명 : 아르기정 등)</p>	<p>1차적으로 투약비용이 저렴한 항히스타민제를 투여하였으나 졸림 등 부작용이 있어 2차적으로 허가사항 범위 내에서 동 약제를 투여한 경우에 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2018-253호, '18.12.1.)</p>
<p>[149] Leukotriene 조절제, Montelukast 경구제 (품명 : 싱클레어정 등, 싱클레어츄정 등, 싱클레어세립 등, 싱글로드속봉정 등), Montelukast 및 levocetirizine 복합제 (품명 : 몬테리진캡슐, 몬테리진츄정) Pranlukast 경구제 (품명 : 프라카논정, 오논캡셀 등, 씨투스현탁정 등, 오논드라이시럽 등), Zafirlukast 경구제 (품명 : 아콜레이트정 20밀리그램), Petasites hybridus CO₂ Extracts 경구제 (품명 : 코살린정)</p>	<p>각 약제의 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약 값 전액을 환자가 부담토록 함</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. Montelukast 경구제, Pranlukast 경구제, Zafirlukast 경구제 ○ 타 천식약제로 증상조절이 되지 않는 2단계(경증 지속성) 이상의 천식에 투여 시 인정하되, 아스피린 민감성 천식에는 1차 약제로 투여 시도 인정함</p> <p>나. Montelukast 경구제, Pranlukast 경구제 ○ 알레르기성 비염에 투여시는 다음의 경우에 인정(항 히스타민제와 동시 투여 가능)</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 1차 항히스타민제 투여로 개선이 되지 않는 비폐색이 있는 경우 2) 비폐색이 주 증상인 경우 3) 비충혈제거제 또는 비강분무 스테로이드를 사용하지 못하는 경우</p> <p>다. Petasites hybridus CO₂ Extracts 경구제 ○ 재채기, 콧물, 가려움증, 코막힘의 제증상이 있는 알레르기성 비염의 완화에 단독 투여 시 인정</p> <p>라. Montelukast 및 levocetirizine 복합제 ○ 천식을 동반한 다음과 같은 알레르기성 비염에 인정</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 1차 항히스타민제 투여로 개선이 되지 않는 비폐색이 있는 경우 2) 비폐색이 주 증상인 경우 3) 비충혈제거제 또는 비강분무 스테로이드를 사용하지 못하는 경우 <p style="text-align: right;">(고시 제2018-253호, '18.12.1.)</p>
<p>[149] Omalizumab 주사제 (품명 : 졸레어주사 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 알레르기성 천식</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 투여대상 <ol style="list-style-type: none"> 가) 성인 및 청소년(만 12세 이상): 알레르기성 중증 지속성 천식 환자 중 고용량의 흡입용 코르티코 스테로이드-장기지속형 흡입용 베타2 작용제(ICS-LABA)와 장기지속형 무스카린 길항제(LAMA)의 투여에도 불구하고 적절하게 조절이 되지 않는 경우로서 다음의 조건을 모두 만족하는 경우 <p>※ ICS-LABA: Inhaled CorticoSteroids-Long Acting Beta-2 Agonist LAMA: Long Acting Muscarinic Antagonist</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 치료 시작 전 면역글로불린 E의 수치가 76IU/mL 이상 (2) 통년성 대기 알러젠에 대하여 시험관 내(in vitro) 반응 또는 피부반응 양성 (3) FEV1(1초 강제호기량) 값이 예상 정상치의 80% 미만

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>(4) 치료 시작 전 12개월 이내에 전신 코르티코스테로이드가 요구되는 천식 급성악화가 2회 이상 발생한 경우</p> <p>나) 소아(만 6세~만 12세 미만): 알레르기성 중증 지속성 천식 환자 중 고용량의 흡입용 코르티코스테로이드-장기지속형 흡입용 베타2 작용제(ICS-LABA)의 투여에도 불구하고 적절하게 조절이 되지 않는 경우로서 다음의 조건을 모두 만족하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>(1) 치료 시작 전 면역글로불린 E의 수치가 76IU/mL 이상 (2) 통년성 대기 알러젠에 대하여 시험관 내(in vitro) 반응 또는 피부반응 양성 (3) 치료 시작 전 12개월 이내에 전신 코르티코스테로이드가 요구되는 천식 급성악화가 2회 이상 발생한 경우</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 최초 투여 후 16주째 반응평가*를 하여 전반적인 천식조절을 확인한 환자에 대한 소견서 제출 시 향후 지속투여를 인정함.</p> <p>나) 이후 지속적으로 3~6개월마다 반응 평가하여 투여지속 여부를 판단하도록 함.</p> <p>※ 반응평가: 최대호기유속(peak expiratory flow), 주간 및 야간증상, 구원치료제(rescue medication) 사용, 폐활량검사(spirometry), 증상악화(exacerbations) 등</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2020-133호, '20.7.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[149] Pemirolast potassium 시럽제 (품명 : 알레기살드라이시럽 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 기관지천식, 다년성알레르기성 비염에 투여 시 만 5세 미만까지 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
[211] Caffeine and sodium benzoate 주사제 (품명 : 메조카주사)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - ○ 척추천자에 의한 두통 (고시 제2017-193호, '17.11.1.)
[211] Ubidecarenone 경구제 (품명 : 데카키논캡슐)	1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위를 초과하여 미토콘드리아 근육병증에 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 인정대상 : 임상적으로 근육병증을 가지고 있는 환자에서, 근생검상 미토콘드리아 근육병증의 특징 적인 소견이 관찰되거나 유전학적으로 상기 근육병 증을 유발할 수 있는 미토콘드리아 DNA 또는 nuclear DNA 변이가 확인된 경우 나. 인정용량 : 5 ~ 15mg/kg/day, 1일 최대 600mg (고시 제2019-191호, '19.9.1.)

구 분	세부인정기준 및 방법
[212] Arotinolol HCl 경구제 (품명 : 알말정 등)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 본태성 진전 나. 본태성 고혈압(경증-중등도) (고시 제2013-127호, '13.9.1.)
[212] Dronedarone 경구제 (품명 : 멀택정)	1. 허가사항 범위(발작성 또는 지속성 심방세동 병력을 가진 현재 정상 동율동(Sinus rhythm)인 심방세동 환자 에서 심방세동으로 인한 입원 위험성 감소) 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. 2. 허가사항 중 사용상의 주의사항 경고 등(영구적 심방세 동 환자, 심부전의 기왕력이 있거나 현재 심부전이 있는 환자 또는 좌심실 수축기능부전 환자, 분당 50회 미만의 서맥 환자 등)을 반드시 참고하여 투여하여야 함. (고시 제2018-200호, '18.10.1.)
[212] Esmolol HCl 주사제 (품명 : 브레비블록주 등)	1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 일반 환자로서 마취 및 수술 중에 빈맥이 나타날 경우 : 일시용량(Bolus dose)(0.5-1mg/kg)을 3회까지 인정 나. 심혈관계 질환(고혈압, 심장질환 등)을 가진 환자의

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>비심장 수술시 : 일시용량(Bolus dose) (0.5-1mg/kg)와 유지용량(Maintenance dose)(50-300μg/kg/min)을 인정</p> <p>다. 심혈관계(Open heart) 수술시 : 진료의사가 판단하여 필요시에는 허가사항(용법·용량) 범위 내에서 인정</p> <p>라. 수술의 경우 외에 단시간 조절을 필요로 하는 긴급 상황에서도 사용 필요성이 있으므로 다음의 경우에 효능·효과 범위 내에서 1~2일 정도 단기간 투여 시에는 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 고혈압을 동반한 대동맥 박리증 2) 고혈압성 응급증 3) 급성 심근경색증 4) 불안정형 협심증 및 심근허혈과 관련된 심실 빈맥증 5) 타 제제에 반응하지 않는 심실상성 빈맥증 6) 기타 긴급상황 <p>2. 허가사항 범위(효능·효과)를 초과하여 마취 및 수술 중 급격한 혈압상승이 있는 경우에 투여한 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[212] Pilsicainide HCl 경구제 (품명 : 썬리듬캡슐)</p>	<p>허가사항 범위(다른 부정맥 치료제를 사용할 수 없거나, 효과가 없는 빈맥성 부정맥) 중 심방세동에 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[212] Propranolol HCl 경구제 (품명 : 인데놀정 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 하며, 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 아래와 같은 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 진전(Tremor) 나. 불안과 관련된 증상(정위불능증 등) 다. 편두통 예방</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-18호, '18.2.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[214] Ambrisentan 경구제 (품명 : 불리브리스정 5밀리그램 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 [일반원칙] 폐동맥고혈압약제 “세부 사항” 및 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 대상환자</p> <p>○ WHO 기능분류 단계 III에 해당하는 WHO Group I 폐동맥고혈압 환자 중 아래 질환으로 진단이 확인된 환자</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 특발성 폐동맥 고혈압(Idiopathic pulmonary arterial hypertension) 2) 가족성 폐동맥 고혈압(Familial pulmonary arterial hypertension) 3) 교원성혈관질환과 관련된 폐동맥 고혈압 (Pulmonary arterial hypertension associated with collagen vascular disease) 4) 에이즈 감염과 관련된 폐동맥 고혈압 (Pulmonary arterial hypertension associated with HIV infection) 5) 약물 및 독소와 관련된 폐동맥 고혈압 (Pulmonary arterial hypertension associated with drug and toxins) 6) 문맥고혈압이 동반된 폐동맥 고혈압(Pulmonary arterial hypertension associated with portal hypertension) 7) 선천성 심장질환과 관련된 폐동맥 고혈압(Pulmonary arterial hypertension associated with congenital heart diseases)

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나. 치료 효과에 대해 정기적인 평가가 이루어져야 함.</p> <p>다. 투여시작 전 AST(Aspartate Transaminase), ALT (Alanine Transaminase)를 측정하여야 하며, 임신 가능한 여성의 경우 투여시작 전 임신검사를 실시하여 음성임을 확인한 후 투여하여야 함.</p> <p>※ 허가사항 중 경과와 금기사항도 반드시 확인토록 함.</p> <p>라. 금기환자</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 임부 또는 임신하고 있을 가능성이 있는 여성 2) 수유부 3) 중증의 간장애 환자(간경변을 동반 혹은 비동반한 간장애) 4) AST, ALT 수치가 기저치에서 정상치상한의 3배를 초과한 환자 5) 이 약의 성분에 과민반응을 보이는 환자 <p>(고시 제2019-93호, '19.6.7.)</p>
<p>[214]</p> <p>Azilsartan medoxomil potassium 경구제 (품명 : 이달비정 20밀리그램 등)</p>	<p>허가사항 범위(본태성 고혈압) 내에서 투여 시 영양급여를 인정함.</p> <p>(고시 제2017-215호, '17.12.1.)</p>
<p>[214]</p> <p>Bosentan hydrate 경구제 (품명 : 트라클리어정 62.5밀리그램 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 허가사항 중 폐동맥고혈압에 투여 시 [일반원칙] 폐동맥고혈압약제 “세부사항” 참조하여 영양급여를 인정함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>1) 대상환자</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ WHO 기능분류 단계 III, IV에 해당하는 WHO Group I 폐동맥고혈압 환자 중 다음의 질환으로 진단이 확인된 환자 <ul style="list-style-type: none"> - 다 음 - 가) 특발성 폐동맥 고혈압(Idiopathic pulmonary arterial hypertension) 나) 가족성 폐동맥 고혈압(Familial pulmonary arterial hypertension) 다) 교원성혈관질환과 관련된 폐동맥 고혈압 (Pulmonary arterial hypertension associated with collagen vascular disease) 라) 선천성 심장질환과 관련된 폐동맥 고혈압 (Pulmonary arterial hypertension associated with congenital heart diseases) 마) 문맥고혈압이 동반된 폐동맥 고혈압(Pulmonary arterial hypertension associated with portal hypertension) <p>2) 치료 효과에 대해 정기적인 평가가 이루어져야 함.</p> <ul style="list-style-type: none"> 나. 허가사항 중 활동성 수지/족지 궤양증(digital ulcer)이 있는 전신경화증(systemic sclerosis) 환자에게 투여 시 6개월간 인정 (단, 6개월 이상 투여 시 투여소견서 첨부하여야 함.) 다. 투여시작 전과 그 이후로 최소한 한 달에 한번 AST(Aspartate Transaminase), ALT(Alanine Transaminase)를 측정하여야 하며, 임신 가능한 여성의 경우 투여시작 전 임신검사를 실시하여 음성임을 확인한 후 투여하여야 함. <p>※ 허가사항 중 경고와 금기사항도 반드시 확인토록 함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>라. 금기환자</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 임부 또는 임신하고 있을 가능성이 있는 여성(투여 시작 전 임신검사에서 양성인 경우) 2) 중등도 또는 중증의 간장애 환자(간장애를 악화시킬 우려가 있다) 3) Cyclosporin, Tacrolimus, Sirolimus를 투여중인 환자 4) Glibenclamide를 투여중인 환자 5) 이 약 또는 이 약의 구성성분에 과민증이 있는 환자 (고시 제2020-217호, '20.10.1.)
<p>[214] Doxazosin 경구제 (품명 : 카달정 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 신경인성방광에 투여한 경우에도 요양급여를 인정함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)
<p>[214] Fimasartan potassium 경구제 (품명 : 카나브정 30mg 등)</p>	<p>허가사항 범위(본태성 고혈압) 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. (고시 제2017-193호, '17.11.1.)</p>
<p>[214] Iloprost 흡입액 (품명 : 벤타비스흡입액)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 [일반원칙] 폐동맥고혈압약제 “세부사항” 및 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - <p>가. 대상환자 뉴욕심장협회(NYHA; New York Heart Association) III, IV에 해당하는 WHO Group I 폐동맥고혈압 환자 중 다음의 질환으로 진단이 확인된 환자</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 특발성 폐동맥 고혈압(Idiopathic pulmonary arterial hypertension) 2) 가족성 폐동맥 고혈압(Familial pulmonary arterial hypertension) 3) 교원성혈관질환과 관련된 폐동맥 고혈압(Pulmonary arterial hypertension associated with collagen vascular disease) 4) 선천성 심장질환과 관련된 폐동맥 고혈압(Pulmonary arterial hypertension associated with congenital heart diseases) 5) 약물 및 독소와 관련된 폐동맥 고혈압 (Pulmonary arterial hypertension associated with drug and toxins) <p>나. 치료 효과에 대해 정기적인 평가가 이루어져야 하며, 허가사항 중 주의사항(약물상호작용, 부작용 등)을 고려하여 투여하여야 함.</p> <p>다. 인정 용량</p> <p style="padding-left: 2em;">○ 1일 최대 3앰플</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. '신생아지속성 폐고혈압(Persistent pulmonary hypertension of the newborn, PPHN)'에 대하여 단독요법으로 투여 시 요양급여를 인정함 (1일 최대 3앰플). <ul style="list-style-type: none"> ※ 단, '환자 상태가 급속도로 악화되고, 동 약제만으로는 임상적 반응이 충분하지 않은 경우' 에는 sildenafil 경구제외의 병용을 투여소견서 첨부 시 사례별로 인정함. 3. 금기환자 <ol style="list-style-type: none"> 1) 이 약의 구성성분에 과민증이 있는 환자 2) 이 약의 혈소판에 미치는 영향으로 출혈의 위험을 증가시킬 수 있는 조건(예, 활동성 소화 궤양, 외상, 두개골 내 출혈)을 가진 환자

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>3) 심한 관상동맥심장질환 또는 불안정형 협심증 환자, 지난 6개월 이내에 심근 경색증의 병력이 있는 환자, 면밀한 의학적 관찰 하에 있지 않은 대상부전 심부전, 중증의 부정맥, 폐울혈이 의심되는 환자, 지난 3개월 이내에 뇌혈관 질환(예, 일과성 허혈성 발작, 뇌졸중)의 병력이 있는 환자</p> <p>4) 정맥 폐색성 질환으로 인한 폐고혈압 환자</p> <p>5) 폐고혈압과는 상관없이 임상적으로 심근기능장애를 지닌 선천성 또는 후천성 판막 결함 환자</p> <p>6) 임부 또는 임신하고 있을 가능성이 있는 부인 및 수유부</p> <p>7) 신장애환자 (크레아티닌 클리어런스가 30mL/min 이하인 환자)</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2019-93호, '19.6.7.)</p>
<p>[214] Macitentan 경구제 (품명 : 옵서미트정 10밀리그램)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 [일반원칙] 폐동맥고혈압약제 “세부 사항” 및 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 대상환자</p> <p>○ WHO 기능분류 단계 III에 해당하는 WHO Group I 폐동맥고혈압 환자 중 다음의 질환으로 진단이 확인된 환자</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 특발성 폐동맥고혈압(Idiopathic pulmonary arterial hypertension)</p> <p>2) 유전성 폐동맥고혈압(Heritable pulmonary arterial hypertension)</p> <p>3) 결합조직질환과 연관된 폐동맥고혈압(Pulmonary arterial hypertension associated with connective tissue disorders)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>4) 선천성 심장질환과 관련된 폐동맥 고혈압(Pulmonary arterial hypertension associated with congenital heart diseases)</p> <p>나. 치료 효과에 대해 정기적인 평가가 이루어져야 함.</p> <p>다. 투여시작 전과 그 이후 AST(Aspartate Transaminase), ALT(Alanine Transaminase)를 측정하여야 하며, 임신 가능한 여성의 경우 투여시작 전 임신검사를 실시하여 음성임을 확인한 후 투여하여야 함.</p> <p>※ 허가사항 중 경고와 금기사항도 반드시 확인토록 함. (고시 제2019-93호, '19.6.7.)</p>
<p>[214] Phenoxybenzamine 경구제 (품명 : 디벤지란캡슐)</p>	<p>식품의약품안전처장이 인정한 범위 중 갈색세포종(Pheochromocytoma)에 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p>※ 식품의약품안전처장이 인정한 범위</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 외과적 수술 또는 진단적 수술 전 갈색세포종 2) 수술 불가능한 갈색세포종 3) 특정형태의 고혈압 4) 신경성 배뇨장애의 단기 치료 <p>(고시 제2019-171호, '19.8.1.)</p>
<p>[214] Selexipag 경구제 (품명 : 업트라비정 200마이크로그램 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 [일반원칙] 폐동맥고혈압약제 “세부사항” 및 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 대상환자</p> <p>WHO 기능분류 단계 III에 해당하는 WHO Group I 폐동맥 고혈압 환자 중 다음 질환으로 진단이 확인된 환자로서 ERA 및/또는 PDE-5 inhibitor</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>폐동맥 고혈압 약제에 반응이 충분하지 않거나 ERA 및 PDE-5 inhibitor 폐동맥 고혈압 약제에 모두 금기인 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 특발성 폐동맥 고혈압(Idiopathic pulmonary arterial hypertension) 2) 유전성 폐동맥 고혈압(Heritable pulmonary arterial hypertension) 3) 결합조직질환과 연관된 폐동맥 고혈압(Pulmonary arterial hypertension associated with connective tissue disorders) 4) 선천성 심장질환과 관련된 폐동맥 고혈압(Pulmonary arterial hypertension associated with congenital heart diseases) <p>나. 투여방법</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 단독요법 대상환자 중 ERA계 및 PDE5i계 폐동맥고혈압약제에 모두 금기인 경우 동 약제의 단독투여를 인정하며, 투여소견서를 첨부하여야 함. 2) 병용요법 대상환자 및 [일반원칙] 폐동맥고혈압약제 “세부사항” 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. <p>다. 치료 효과에 대해 정기적인 평가가 이루어져야 하며, 허가사항 중 주의사항(약물상호작용, 부작용 등)을 고려하여 투여하여야 함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2019-93호, '19.6.7.)</p>
<p>[214] Sildenafil 경구제 (품명 : 파텐션정 20밀리그램 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 [일반원칙] 폐동맥고혈압약제 “세부사항” 및 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 대상환자 WHO 기능분류 단계 II, III에 해당하는 폐동맥 고혈압(WHO Group I) 환자 중 아래 질환으로 진단이 확인된 환자</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 특발성 폐동맥 고혈압(Idiopathic pulmonary arterial hypertension) 2) 가족성 폐동맥 고혈압(Familial pulmonary arterial hypertension) 3) 교원성혈관질환과 관련된 폐동맥 고혈압(Pulmonary arterial hypertension associated with collagen vascular disease) 4) 선천성 심장질환과 관련된 폐동맥 고혈압(Pulmonary arterial hypertension associated with congenital heart diseases) 5) 문맥고혈압이 동반된 폐동맥 고혈압(Pulmonary arterial hypertension associated with portal hypertension) <p>나. 치료 효과에 대해 정기적인 평가가 이루어져야 하며, 허가사항 중 주의사항(약물상호작용, 부작용 등)을 고려하여 투여하여야 함.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. '신생아지속성 폐고혈압(Persistent pulmonary hypertension of the newborn, PPHN)'에 대하여 단독요법으로 투여 시 요양급여를 인정함. ※ 단, '환자 상태가 급속도로 악화되고, 동 약제만으로는 임상적 반응이 충분하지 않은 경우'에는 iloprost 흡입액과 병용을 투여소견서 첨부 시 사례별로 인정함. 3. 금기환자 <ol style="list-style-type: none"> 1) 이 약의 성분에 과민반응을 보이는 환자 2) 어떠한 형태의 유기 질산염 제제 (니트로글리세린,

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>질산이소소르비드, 아밀나이트레이트, 니트로프루시트 나트륨)라도 정기적으로 혹은 간헐적으로 복용하는 환자</p> <p>3) 중증 간부전환자</p> <p>4) 저혈압 (혈압 90/50mmHg 미만) 또는 조절되지 않는 고혈압 환자 (휴식시 수축기 혈압 170mmHg 초과, 휴식기 이완기 혈압 100mmHg 초과)</p> <p>5) 지난 6개월 이내 심근경색, 뇌졸중, 생명을 위협하는 부정맥 등이 있었던 환자</p> <p>6) 색소성 망막염(retinitis pigmentosa) 환자 (이들 환자 중 일부는 망막 포스포디에스테라제의 유전성 질환을 가짐)</p> <p>7) 이전의 PDE5 저해제 복용 여부와 관계없이, 비동맥 전방허혈성시신경증(Non-arteritic anterior ischemic optic neuropathy, NAION)으로 인해 한쪽 눈의 시력이 손실된 환자</p> <p>(고시 제2019-93호, '19.6.7.)</p>
<p>[214] Treprostinil 1mg/mL, 2.5mg/mL, 5mg/mL 주사제 (품명 : 레모돌린 주사)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 [일반원칙] 폐동맥고혈압약제 “세부사항” 및 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 대상환자 뉴욕심장협회(NYHA: New York Heart Association) 분류 단계 III, IV에 해당하는 WHO Group I 폐동맥 고혈압 환자 중 다음 질환으로 진단이 확인된 환자</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 특발성 폐동맥 고혈압(Idiopathic pulmonary arterial hypertension)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법												
	<p>2) 가족성 폐동맥 고혈압(Familial pulmonary arterial hypertension)</p> <p>3) 교원성혈관질환과 관련된 폐동맥 고혈압(Pulmonary arterial hypertension associated with collagen vascular disease)</p> <p>4) 선천성 심장질환과 관련된 폐동맥 고혈압(Pulmonary arterial hypertension associated with congenital heart diseases)</p> <p>나. 투여방법</p> <p>1) 단독요법</p> <p>(가) 대상환자 중 우심도자를 통해 폐동맥고혈압이 확진*되고, WHO 기능분류 단계 IV에 해당 하면서, 아래의 지표 중 한 개 이상을 만족하는 경우 동 약제의 단독투여를 인정함.</p> <p>* 환자의 상태로 인해 우심도자 검사가 불가능한 경우, 심초음파 검사상 'peak tricuspid regurgitation velocity >3.4(m/s)' 등 폐동맥 고혈압을 확실히 의심할 수 있는 경우를 포함함</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <table border="1" data-bbox="404 1025 972 1414"> <thead> <tr> <th data-bbox="404 1025 684 1062">지표</th> <th data-bbox="684 1025 972 1062">기준</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="404 1062 684 1098">6분 보행거리(6MWD)</td> <td data-bbox="684 1062 972 1098">165m 미만</td> </tr> <tr> <td data-bbox="404 1098 684 1196">운동부하심폐검사 (Cardiopulmonary exercise testing)</td> <td data-bbox="684 1098 972 1196">Peak VO₂<11ml/min/kg(<35% pred.) VE/VCO₂ slope≥45</td> </tr> <tr> <td data-bbox="404 1196 684 1257">NT-proBNP plasma levels</td> <td data-bbox="684 1196 972 1257">BNP>300ng/l NT-proBNP>1400ng/l</td> </tr> <tr> <td data-bbox="404 1257 684 1318">Imaging(echocardiography, CMR imaging)</td> <td data-bbox="684 1257 972 1318">RA area>26cm² Pericardial effusion</td> </tr> <tr> <td data-bbox="404 1318 684 1414">혈류역학검사지표 (Hemodynamics)</td> <td data-bbox="684 1318 972 1414">RAP>14mmHg CI<2.0 l/mim/m² SvO₂<60%</td> </tr> </tbody> </table>	지표	기준	6분 보행거리(6MWD)	165m 미만	운동부하심폐검사 (Cardiopulmonary exercise testing)	Peak VO ₂ <11ml/min/kg(<35% pred.) VE/VCO ₂ slope≥45	NT-proBNP plasma levels	BNP>300ng/l NT-proBNP>1400ng/l	Imaging(echocardiography, CMR imaging)	RA area>26cm ² Pericardial effusion	혈류역학검사지표 (Hemodynamics)	RAP>14mmHg CI<2.0 l/mim/m ² SvO ₂ <60%
지표	기준												
6분 보행거리(6MWD)	165m 미만												
운동부하심폐검사 (Cardiopulmonary exercise testing)	Peak VO ₂ <11ml/min/kg(<35% pred.) VE/VCO ₂ slope≥45												
NT-proBNP plasma levels	BNP>300ng/l NT-proBNP>1400ng/l												
Imaging(echocardiography, CMR imaging)	RA area>26cm ² Pericardial effusion												
혈류역학검사지표 (Hemodynamics)	RAP>14mmHg CI<2.0 l/mim/m ² SvO ₂ <60%												

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>(나) 대상환자 중 (가)의 조건에는 해당하지 않으나, 기존의 폐동맥고혈압약제에 반응하지 않거나* 금기인 경우 동 약제의 단독투여를 인정함.</p> <p>※ 기존의 폐동맥고혈압약제(Ambrisentan 경구제, Bosentan 경구제, Macitentan 경구제, Sildenafil 경구제, Iloprost 흡입액)에 반응하지 않아 변경 투여하는 경우에는 동 약제가 적정용량에 도달할 때까지 기존치료제는 용량을 서서히 줄이고, 동 제제는 용량을 서서히 늘려 용량을 조절함.</p> <p>- 용량조절 기간 (최대 3개월) 동안 기존 치료제 및 동 제제 급여인정</p> <p>2) 병용요법</p> <p>대상환자 및 [일반원칙] 폐동맥고혈압약제 “세부 사항” 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함</p> <p>다. 치료 효과에 대해 정기적인 평가가 이루어져야 하며, 허가사항 중 주의사항(약물상호작용, 부작용 등)을 고려하여 투여하여야 함.</p> <p>(고시 제2019-93호, '19.6.7.)</p>
<p>[214]</p> <p>Zofenopril calcium 경구제 (품명 : 조페닐정7.5밀리그램, 15밀리그램, 30밀리그램)</p>	<p>아래의 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p>- 아 래 -</p> <p>가. 고혈압 : 경도 내지 중등도의 본태성 고혈압</p> <p>나. 급성 심근경색 : 심부전의 증상 또는 징후 유무에 관계없이, 혈액동력학적으로 안정하고 혈전용해 치료를 받지 않은 환자</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
[217] Efonidipine 경구제 (품명 : 핀테정 등)	허가사항 범위 중 “본태성 고혈압, 신실질성 고혈압증”에 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2017-193호, '17.11.1.)
[217] Nifedipine 경구제 (품명 : 아달라트오로스정30 등)	허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 하며, 허가사항 범위를 초과하여 ‘조기 진통(가진통)’에 투여한 경우에는 아래와 같은 기준으로 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 투여대상 : 임신 24주에서 36주 사이에 자궁 수축이 있고 조산의 가능성이 있는 경우 나. 용법·용량 ○ 10-30mg 투여 후 자궁수축억제 정도에 따라 10-20mg을 4-8시간마다 또는 1일 용량으로 30-120mg 투여 다. 저혈압 임신부에는 주의하여 투여하여야 함. (고시 제2020-161호, '20.8.1.)
[217] Nimodipine 경구제 (품명 : 삼진니모디핀정 등)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 동맥류에 기인한 지주막하출혈 후의 뇌혈관경련에 의한 허혈성 신경장애의 예방 및 치료 나. 가역적 뇌혈관 수축 증후군으로 인한 여러 증상의 개선 ○ 혈관 영상학적으로 가역적 뇌혈관 수축 소견을 보이면서 두통 등의 증상이 있는 경우에 한함 (고시 제2019-132호, '19.7.1.)

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[217] Trimetazidine 경구제 (품명 : 바스티난엠알서방정, 바스티난정 등)</p>	<p>아래의 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. - 아 래 -</p> <p>○ 성인 : 1차 항협심증 치료제로 적절히 조절되지 않거나, 내약성이 없는 안정형 협심증 환자의 증상적 치료를 위한 병용 요법</p> <p>(고시 제2014-34호, '14.3.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[218]</p> <p>Alirocumab 주사제 (품명 : 프랄린트펜주 75밀리그램 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>1. 원발성 고콜레스테롤혈증 및 혼합형 이상지질혈증 만 18세 이상의 성인 환자에서 다음 중 한 가지에 해당 하는 경우에 추가 투여</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 이형접합 가족성 고콜레스테롤혈증으로 확진된 경우* : 최대내약용량의 HMG-CoA reductase inhibitor와 Ezetimibe를 병용 투여하였으나 반응이 불충분한 경우(LDL-C 수치가 기저치 대비 50% 이상 감소하지 않거나 LDL-C\geq100mg/dL인 경우) ※ 이형접합 가족성 고콜레스테롤혈증 확진은 Simon Broome(2006) 또는 Dutch(2004) 진단 기준 상의 Definite heFH에 부합하는 경우임</p> <p>나. 스타틴 불내성 : 2개 이상의 기존 고지혈증 치료 약물 (HMG -CoA reductase inhibitor 포함) 투여 후 근육증상이 있으면서 creatine kinase(CK) 수치가 상승한 근염(Myositis) 또는 횡문근융해증 (Rhabdomyolysis)이 발생한 경우</p> <p>2. 죽상경화성 심혈관계 질환 초고위험군* 성인 환자에서 최대내약용량의 HMG-CoA reductase inhibitor와 Ezetimibe를 병용 투여하였으나 반응이 불충분한 경우 (LDL-C 수치가 기저치 대비 50% 이상 감소하지 않거나 LDL-C\geq70mg/dL인 경우)에 추가 투여</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>※ 초고위험군</p> <ul style="list-style-type: none"> - 주요 ASCVD¹⁾ 2개 이상이거나 - 주요 ASCVD¹⁾ 1개와 고위험요인²⁾ 2개 이상인 경우 (ASCVD : atherosclerotic cardiovascular disease) <p>1) 주요 ASCVD</p> <ul style="list-style-type: none"> · 최근 1년 이내 급성 관상동맥 증후군 · 심근경색 과거력(상기의 최근 1년 이내 급성 관상동맥 증후군은 제외) · 허혈성 뇌졸중 과거력 · 증상이 있는 말초동맥질환(ABI<0.85인 파행의 과거력 또는 이전의 혈관재생술이나 절단) <p>2) 고위험요인</p> <ul style="list-style-type: none"> · 연령 65세 이상 · 이형집합 가족성 고콜레스테롤혈증 · 주요 ASCVD가 아닌 관상동맥우회술이나 경피적 관상동맥중재술 과거력 · 당뇨병 · 고혈압 · 만성신장질환(eGFR 15-59mL/min/1.73m²) · 현재 흡연 · 최대내약용량의 HMG-CoA reductase inhibitor와 Ezetimibe 투여에도 불구하고 LDL-C≥100mg/dL인 경우 · 울혈성 심부전 과거력 <p style="text-align: right;">(고시 제2021-161호, '21.6.7.)</p>
<p>[218] Clopidogrel 경구제 (품명 : 피도글정 등)</p>	<p>1. 아래의 허가사항 및 [일반원칙] 경구용 항혈전제 (항혈소판제 및 Heparinoid제제) “세부사항” 범위 내에서 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>가. 뇌졸중, 심근경색 또는 말초동맥성질환이 있는 환자에서 죽상동맥경화성 증상</p> <p>나. 다음의 급성관상동맥증후군이 있는 환자의 죽상동맥경화성 증상(심혈관계 이상으로 인한 사망, 심근경색, 뇌졸중 또는 불응성 허혈)</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>불안정성 협심증, 비Q파 심근경색 환자</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 약물치료 2) 경피적관상동맥중재술(PCI)(Stent 시술을 하거나 하지 않은 경우) 3) 관상동맥회로우회술(CABG)을 받았거나 받을 환자 <p>다. 한 가지 이상의 혈관성 위험인자를 가지고 있고, 비타민 K 길항제(VKA) 투여가 적합하지 않으며, 출혈 위험이 낮은 심방세동 환자에서 뇌졸중을 포함한 죽상혈전증 및 혈전색전증의 위험성 감소</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 Clopidogrel 경구제(복합제 제외)의 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상 : 가와사키병으로 진단된 소아(만 18세 이하)환자</p> <p>나. 투여조건</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 단독요법 : 아스피린에 부작용이 있거나 금기인 경우 2) 2제 요법(Aspirin + Clopidogrel) : 혈전위험이 있으면서 직경 5mm이상에서 8mm미만의 관상동맥류를 동반한 환자로서 warfarin을 투여할 수 없는 경우(와파린에 과민반응, 금기, 국제정상화 비율 [INR: International Normalized Ratio] 조절 실패 등) 3) 3제 요법(Aspirin + 항응고제* + Clopidogrel)

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>: 최근 6개월 이내에 관상동맥 혈전 과거력이 있으면서 직경 8mm 이상의 거대동맥류를 동반한 환자</p> <p>※ 헤파린, 와파린, New Oral Anti-Coagulant 등</p> <p>다. 투여용량</p> <p>1) 24개월 이하 소아환자 : 0.2mg/kg/day</p> <p>2) 24개월 초과 소아환자 : 1.0mg/kg/day</p> <p>※ 최대 투여용량 75mg/day</p> <p>라. 투여기간</p> <p>- 환자상태 및 관상동맥 확장의 호전 여부에 따라 투여기간을 결정함. (다만, 나목 3)의 경우 Clopidogrel 경구제는 6개월까지 인정)</p> <p>(고시 제2020-79호, '20.5.1.)</p>
<p>[218]</p> <p>Clopidogrel + Aspirin</p> <p>복합경구제</p> <p>(품명 : 클로스원캡슐 등)</p>	<p>아래의 허가사항 및 [일반원칙] 경구용 항혈전제(항혈소판제 및 Heparinoid제제) “세부사항” 범위 내에서 요양급여를 인정함.</p> <p>- 아 래 -</p> <p>가. 급성관상동맥증후군[불안정성 협심증 또는 비Q파 심근경색 환자에 있어서 약물치료 또는 경피적관상동맥중재술(PCI)(stent 시술을 하거나 하지 않은 경우) 및 관상동맥회로우회술(CABG)을 받았거나 받을 환자를 포함]이 있는 환자에서 죽상동맥경화성 증상(심혈관계 이상으로 인한 사망, 심근경색, 뇌졸중 또는 불응성 허혈)의 개선</p> <p>나. 한 가지 이상의 혈관성 위험인자를 가지고 있고, 비타민 K 길항제(VKA) 투여가 적합하지 않으며, 출혈 위험이 낮은 심방세동 환자에서 뇌졸중을 포함한 죽상혈전증 및 혈전색전증의 위험성 감소</p> <p>(고시 제2018-28호, '18.3.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[218] Evolocumab 주사제 (품명 : 레파타주 프리필드펜)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>1. 동형접합 가족성 고콜레스테롤혈증 : 만 12세 이상의 소아 및 성인 환자에서 다음 중 한 가지에 해당하고 최대내약용량의 HMG-CoA reductase inhibitor와 Ezetimibe를 병용 투여하였으나 반응이 불충분한 경우(LDL-C 수치가 기저치 대비 50% 이상 감소하지 않거나 LDL-C\geq70mg/dL인 경우)에 추가 투여</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 치료 전 총 콜레스테롤>500mg/dL 혹은 LDL-C\geq 300mg/dL이면서 10세 이전에 cutaneous 혹은 tendon xanthoma가 발견되었거나 양쪽 부모님이 이형접합 가족성 고콜레스테롤혈증에 합당한 LDL-C 수치를 가지고 있는 경우</p> <p>나. 유전자검사(LDLR, LDLR-AP1, APOB, PCSK9 등)로 확진된 경우</p> <p>2. 고콜레스테롤혈증 및 혼합형 이상지질혈증 : 만 18세 이상의 성인 환자에서 다음 중 한 가지에 해당 하는 경우에 추가 투여</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 이형접합 가족성 고콜레스테롤혈증으로 확진된 경우* : 최대내약용량의 HMG-CoA reductase inhibitor와 Ezetimibe를 병용 투여하였으나 반응이 불충분한 경우(LDL-C 수치가 기저치 대비 50% 이상 감소 하지 않거나 LDL-C\geq100mg/dL인 경우)</p> <p>※ 이형접합 가족성 고콜레스테롤혈증 확진은 Simon Broome(2006) 또는 Dutch(2004) 진단 기준 상의 Definite heFH에 부합하는 경우임</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나. 스타틴 불내성 : 2개 이상의 기존 고지혈증 치료 약물(HMG-CoA reductase inhibitor 포함) 투여 후 근육증상이 있으면서 creatine kinase(CK) 수치가 상승한 근염(Myositis) 또는 횡문근융해증(Rhabdomyolysis)이 발생한 경우</p> <p>3. 죽상경화성 심혈관계 질환</p> <p>: 초고위험군* 성인 환자에서 최대내약용량의 HMG-CoA reductase inhibitor와 Ezetimibe를 병용 투여하였으나 반응이 불충분한 경우(LDL-C 수치가 기저치 대비 50% 이상 감소하지 않거나 LDL-C\geq70mg/dL인 경우)에 추가 투여</p> <p>* 초고위험군</p> <ul style="list-style-type: none"> - 주요 ASCVD¹⁾ 2개 이상이거나 - 주요 ASCVD¹⁾ 1개와 고위험요인²⁾ 2개 이상인 경우 (ASCVD; atherosclerotic cardiovascular disease) <p>1) 주요 ASCVD</p> <ul style="list-style-type: none"> • 최근 1년 이내 급성 관상동맥 증후군 • 심근경색 과거력(상기의 최근 1년 이내 급성 관상동맥 증후군은 제외) • 허혈성 뇌졸중 과거력 • 증상이 있는 말초동맥질환(ABI$<$0.85인 파행의 과거력 또는 이전의 혈관재생술이나 절단) <p>2) 고위험요인</p> <ul style="list-style-type: none"> • 연령 65세 이상 • 이형접합 가족성 고콜레스테롤혈증 • 주요 ASCVD가 아닌 관상동맥우회술이나 경피적 관상동맥중재술 과거력 • 당뇨병 • 고혈압 • 만성신장질환(eGFR 15-59mL/min/1.73m²)

구 분	세부인정기준 및 방법
	<ul style="list-style-type: none"> • 현재 흡연 • 최대내약용량의 HMG-CoA reductase inhibitor와 Ezetimibe 투여에도 불구하고 LDL-C\geq100mg/dL인 경우 • 울혈성 심부전 과거력 <p style="text-align: right;">(고시 제2019-342호, '20.1.1.)</p>
<p>[218]</p> <p>Ezetimibe 경구제 (품명: 이지트롤정 등)</p>	<p>[일반원칙] 고지혈증 치료제 “세부사항”에 준하여 인정하되 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. HMG-CoA reductase inhibitor을 사용하였으나 반응이 충분하지 않은 경우 또는 부작용 등으로 투여할 수 없거나 증량이 어려운 경우</p> <p>나. 2개 이상의 기존 고지혈증 치료 약물에 불응성 혹은 급기인 경우</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2016-66호, '16.5.1.)</p>
<p>[218]</p> <p>Ezetimibe + Atorvastatin 복합경구제 (품명: 아토젯정 등), Ezetimibe + pitavastatin calcium 복합경구제 (품명: 리바로젯정 등),</p>	<p>허가사항 및 [일반원칙] 고지혈증 치료제 “세부사항” 범위 내에서 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2021-245호, '21.10.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
Ezetimibe + Rosuvastatin calcium 복합경구제 (품명: 로수젯정 등), Ezetimibe + Simvastatin 복합경구제 (품명: 바이토린정 등)	
[218] Ezetimibe+Fenofibrate 복합경구제 (품명: 에제페노정)	<p>[일반원칙] 고지혈증 치료제 “세부사항”에 준하여 인정하되 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ HMG-CoA reductase inhibitor을 사용하였으나 반응이 충분하지 않은 경우 또는 부작용 등으로 투여할 수 없거나 증량이 어려운 혼합 고지혈증 환자</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2022-24호, '22.2.1.)</p>
[218] Lovastatin 경구제 (품명: 로바로드정 등)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내 투여 시에는 [일반원칙] 고지혈증 치료제 “세부사항”에 따라 요양급여를 인정함. 2. 허가사항의 범위(효능·효과)를 초과하여 부신백질 이영양증(Adrenoleucodystrophy)에 투여한 경우에도 요양급여를 인정함. <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[218] Omega-3-acid ethyl esters 90 경구제 (품명: 오마코연질캡슐 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 순수 고티리글리세라이드(TG)혈증 또는 고LDL-C 및 고TG혈증 복합형의 경우로서, 적절한 식이요법을 함 에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 혈중 TG\geq500 mg/dL인 경우 1일 4g까지 인정 2) 위험요인* 또는 당뇨병이 있는 경우: 혈중 TG\geq200 mg/dL일 때 기존 유사 대체 약제(Fibrate 또는 Niacin계열) 사용시 부작용이 예상되는 경우 1일 4g까지 인정</p> <p>나. 순수 고TG혈증의 경우에는 단독요법으로 인정하며, 복합형의 경우에는 “고지혈증치료제 일반원칙”에 명시한 LDL-C 및 TG에 작용하는 약제별로 각각 1종씩 인정</p> <p>* 위험요인</p> <p>① 흡연 ② 고혈압(BP\geq140/90 mmHg 또는 항고혈압제 복용) ③ 낮은 고밀도지단백콜레스테롤(HDL-C)(\ll40 mg/dL) ④ 관상동맥질환 조기 발병의 가족력(부모, 형제자매 중 남자<55세, 여자<65세에서 관상동맥질환이 발병한 경우) ⑤ 연령(남자\geq45세, 여자\geq55세) ※ HDL-C\geq60 mg/dL은 보호인자로 간주하여 총 위험요인 수에서 하나를 감한다. (고시 제2015-18호, '15.2.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[218] Omega-3-acid ethyl esters 90 + atorvastatin 복합경구제 (품명 : 아트맥콤비젤 연질캡슐)</p>	<p>허가사항 범위 및 [일반원칙] 고지혈증치료제 “세부사항” 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상: (1)과 (2)를 모두 충족하는 복합형(IIIb) 이상지질혈증</p> <p>(1) Atorvastatin 40mg 단일치료로 저밀도지단백 콜레스테롤(LDL-C) 수치가 적절히 조절되지만,</p> <p>(2) 적절한 식이요법을 함에도 불구하고 트리글리세라이드(TG) 수치가 다음에 해당하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) 혈중 TG\geq500 mg/dL인 경우 1일 4캡슐 인정 나) 위험요인* 또는 당뇨병이 있는 경우: 혈중 TG \geq200 mg/dL일 때 기존 유사 대체 약제(Fibrate 또는 Niacin계열) 사용 시 부작용이 예상되는 경우 1일 4캡슐 인정</p> <p>나. [일반원칙] 고지혈증치료제 “세부사항”에 명시한 LDL-C 및 TG에 작용하는 약제별로 각각 1종씩 인정</p> <p>* 위험요인</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 흡연 ② 고혈압(BP\geq140/90 mmHg 또는 항고혈압제 복용) ③ 낮은 고밀도지단백콜레스테롤(HDL-C)(\ll40 mg/dL) ④ 관상동맥질환 조기 발병의 가족력(부모, 형제자매 중 남자<55세, 여자<65세에서 관상동맥질환이 발병한 경우) ⑤ 연령(남자\geq45세, 여자\geq55세) <p>※ HDL-C\geq60 mg/dL은 보호인자로 간주하여 총 위험요인 수에서 하나를 감한다.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2021-101호, '21.4.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[218] Omega-3-acid ethyl esters 90 + Rosuvastatin 복합경구제 (품명 : 로수메가 연질캡슐 등)</p>	<p>허가사항 범위 및 [일반원칙] 고지혈증치료제 “세부사항” 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상: (1)과 (2)를 모두 충족하는 복합형(IIb) 이상지질혈증</p> <p>(1) Rosuvastatin 단일치료로 저밀도지단백콜레스테롤(LDL-C) 수치가 적절히 조절되지만,</p> <p>(2) 적절한 식이요법을 함에도 불구하고 트리글리세라이드(TG) 수치가 다음에 해당하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) 혈중 TG\geq500 mg/dL인 경우 1일 4캡슐까지 인정 나) 위험요인* 또는 당뇨병이 있는 경우 : 혈중 TG \geq200 mg/dL일 때 기존 유사 대체 약제(Fibrate 또는 Niacin계열) 사용 시 부작용이 예상되는 경우 1일 4캡슐까지 인정</p> <p>나. [일반원칙] 고지혈증치료제 “세부사항”에 명시한 LDL-C 및 TG에 작용하는 약제별로 각각 1종씩 인정</p> <p>* 위험요인</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 흡연 ② 고혈압(BP\geq140/90 mmHg 또는 항고혈압제 복용) ③ 낮은 고밀도지단백콜레스테롤(HDL-C)(\ll40mg/dL) ④ 관상동맥질환 조기 발병의 가족력(부모, 형제자매 중 남자만 55세, 여자만 65세에서 관상동맥질환이 발병한 경우) ⑤ 연령(남자\geq만 45세, 여자\geq만 55세) <p>※ HDL-C\geq60 mg/dL은 보호인자로 간주하여 총 위험요인 수에서 하나를 감한다.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2021-152호, '21.6.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[219] 고혈압치료제 + 고지혈증치료제 복합경구제</p>	<p>허가사항 범위 및 [일반원칙] 고지혈증 치료제 “세부 사항” 범위 내에서 요양급여를 인정함.</p> <p>※ 대상약제</p> <ul style="list-style-type: none"> · Amlodipine + Atorvastatin, · Amlodipine + Rosuvastatin, · Candesartan + Rosuvastatin, · Fimasartan + Atorvastatin, · Fimasartan + Rosuvastatin, · Irbesartan + Atorvastatin, · Olmesartan + Rosuvastatin, · Valsartan + Rosuvastatin, · Telmisartan + Rosuvastatin, · Valsartan + Pitavastatin, · Nebivolol + Rosuvastatin, · Amlodipine + Candesartan + Atorvastatin, · Amlodipine + Fimasartan + Rosuvastatin, · Amlodipine + Losartan + Rosuvastatin, · Amlodipine + Olmesartan + Rosuvastatin, · Amlodipine + Telmisartan + Rosuvastatin, · Amlodipine + Valsartan + Atorvastatin, · Amlodipine + Valsartan + Rosuvastatin, · Telmisartan + Rosuvastatin + Ezetimibe, · Amlodipine + Losartan + Rosuvastatin + Ezetimibe <p>(고시 제2022-111호, '22.5.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[219] Abciximab 주사제 (품명 : 클로티넵주 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 경피적 경혈관 관상동맥 확장술(PTCA) 시술 시 고위험(High risk) 환자</p> <p>나. 경피적관상동맥중재술(PCI) 시술 중 고위험 급성 심근경색(High risk AMI)환자</p> <p>다. 경피적 경혈관 관상동맥 확장술(PTCA) 시술 도중이나 후에 혈전(Thrombus)으로 인해 급성폐쇄(Acute closure)가 생긴 경우</p> <p>라. Stent 삽입후 혈전(Thrombus)으로 인해 재흐름 (Re-flow)이 없는 경우</p> <p>마. 급성관상동맥증후군(Acute coronary syndrome) 으로 흉부통증(Chest pain) 등 임상증상이 있고 혈관검사(Angio)에서 상당량의 혈전(Thrombus)가 관찰되어 급성폐쇄(Acute closure)가 예상되는 경우. 단, 급성폐쇄(Acute closure)가 예상되는 경우란</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 재흐름이 없는(No re-flow) 상태(완전폐쇄(Total occlusion)에 의한 경우는 제외) 2) 혈관검사(Angio)에서 새로운 혈전(New thrombus)이 확인된 상태 3) 경피적 경혈관 관상동맥 확장술(PTCA) & Stent 삽입술 후 강내 혼탁 (Intraluminal hazziness) 등의 증상이 있는 상태 <p>2. 허가사항 범위(용법·용량)를 초과하여 상기 투여대상 환자에게 0.25mg/kg 일시(Bolus) 관상동맥주입 후 12시간동안 10μg/min 용량으로 연속 정맥주입 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-253호, '18.12.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[219] Alprostadil 주사제 (품명 : 에글란딘주 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 중 만성동맥 폐색증(버거씨병, 폐색성동맥경화증)에 의한 사지궤양 및 안정 시 통증의 개선을 위해서는 아래와 같이 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <ul style="list-style-type: none"> - 아 래 - 가. 투여기간 및 용량 : 1일 5~10μg씩 4주 범위 내에서 투여 나. 안정 시 통증의 개선을 위해 투여 시 투여기준 <ol style="list-style-type: none"> 1) 임상증상 및 이학적조건 등 다음 3가지 항목 중 2가지 이상은 충족되어야 함. <ul style="list-style-type: none"> - 다 음 - 가) 임상증상 : 통증, 둔통, 경련, 지각둔화, 근육의 피로감 등 나) 이학적 소견 <ol style="list-style-type: none"> (1) 시진 : 거상하수시험에 따른 혈액충만속도 (2) 촉진, 청진 : 혈관촉진 및 청진에 따른 맥박의 약화 및 소실, 혈관잡음 확인, 냉감, 근육약화 등 다) 검사방법 : <ol style="list-style-type: none"> (1) 침습적 검사방법(혈관조영술) (2) 비침습적 검사방법(도플러 등) 2) 외래에서 1차적으로 경구용 혈류개선제를 사용하였으나 통증이 소실되지 않아 입원하여 경구용제로 2-3회 조절이 안 되는 경우 사용하는 것을 원칙으로 함.(타 혈류개선제와의 병용투여는 인정하지 아니함) 3. 허가사항(용법·용량) 범위를 초과하여 간이식에 투여한 경우에는 요양급여를 인정함. 4. 허가사항 범위를 초과하여 다음과 같은 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>○ 조혈모세포이식 후 정맥폐쇄병(VOD after HSCT; veno-occlusive disease after hematopoietic stem-cell transplantation) 고위험인 환자에게 저용량 헤파린을 사용할 수 없는 경우(혈소판이 낮은 경우, 출혈경향, 알리지 등)에 한하여 예방목적으로 투여한 경우</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2021-294호, '21.12.1.)</p>
<p>[219]</p> <p style="text-align: center;">Alprostadil α-cyclodextrin 주사제 (품명 : 알프로텍스주 20마이크로그램 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 중 만성동맥폐색증(버거씨병, 폐색성동맥경화증)의 사지궤양 및 안정 시 동통 등의 개선을 위해 필요한 경우에는 아래와 같이 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <ul style="list-style-type: none"> <li style="text-align: center;">- 아 래 - 가. 동맥 내 투여는 1일 10~15μg을 3주까지 인정 (동맥내 주입 시 필요한 펌프는 산정할 수 없음) 나. 정맥 내 투여는 1일 알프로스타딜로서 40 ~ 60μg을 최대 4주 범위 내에서 인정 3. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 경우에도 영양급여를 인정함. <ul style="list-style-type: none"> <li style="text-align: center;">- 아 래 - 가. 폐동맥폐쇄상병에 심장수술 후 발생한 폐동맥고혈압 치료목적으로 투여한 경우(0.1μg/kg/min으로 최대 10일 범위 내 인정) 나. 간이식에 허가(용법·용량) 범위를 초과하여 투여한 경우 4. 허가사항 범위를 초과하여 다음과 같은 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <ul style="list-style-type: none"> <li style="text-align: center;">- 다 음 -

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>○ 조혈모세포이식 후 정맥폐쇄병(VOD after HSCT; veno-occlusive disease after hematopoietic stem-cell transplantation) 고위험(High risk)인 환자에게 저용량 헤파린을 사용할 수 없는 경우 (혈소판이 낮은 경우, 출혈경향, 알리지 등)에 한하여 예방목적으로 투여한 경우 (고시 제2021-294호, '21.12.1.)</p>
<p>[219] Alteplase 주사제 (품명 : 액티라제주사)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 -</p> <p>가. 폐색전증 환자에게 투여한 경우</p> <p>1) 동 약제를 반드시 투여하여야 하는 임상적 기준(Criteria)</p> <p>가) 저혈압 또는 산소투여로 호전되지 않는 저산소혈증(hypoxemia)</p> <p>나) 심초음파도상 우심실 이상운동증(dyskinesia)</p> <p>다) extensive ileofemoral thrombosis</p> <p>※ 위 Criteria 중 1가지만 해당되어도 투여가능</p> <p>2) 투여시기, 기간 및 용량</p> <p>가) 투여시기 : 증상발현 후 2주 이내</p> <p>나) 기간 및 용량 : 허가사항대로 100mg을 2시간에 걸쳐 정맥주입</p> <p>나. 급성 혈전성 관상동맥폐색증의 경우 발작 후 6시간 이내에 투여한 경우에 한하여 1치료기간 중 최대 100mg 범위에서 영양급여를 인정함.</p> <p>다. 급성 허혈뇌졸중예 증상 발현 후 4.5시간 이내에 투여한 경우에 한하여 0.9mg/kg 범위에서 영양급여를 인정함.</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 말초혈관폐색증</p> <p>나. 급성 뇌동맥혈전증의 혈전용해술</p> <p>다. 두개강내 혈종의 용해목적으로 카테터를 통해 주입하는 경우</p> <p>라. 폐렴주위 흉수(Parapneumonic pleural effusion)에 흉관삽관(Thoracotomy catheter)을 하였으나 중격(Septum)이 형성되어 흉수(Pleural fluid)가 잘 배액 되지 않는 경우</p> <p>마. 중심혈관 카테터가 막혔을 경우 헤파린 주입(Flushing)을 반복 실시하여 효과가 없는 경우</p> <p>바. 인공판막혈전증(Prosthetic valve thrombosis)의 정맥 내 혈전용해요법</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2019-252호, '19.12.1.)</p>
<p>[219]</p> <p>Argatroban 주사제 (품명 : 아가론주)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 허가사항 중 만성동맥폐색증에서의 사지괴양, 안정 시 동통 및 냉감의 개선에 투여 시는 헤파린 유도 혈소판 감소증(Heparin induced thrombocytopenia)에 의한 혈전증(Thrombosis) 환자에 한하여 1일 20mg씩 4주 범위 내에서 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <p style="text-align: right;">(고시 제2018-253호, '18.12.1.)</p>
<p>[219]</p> <p>Aspirin 경구제 (품명 : 아스피린 프로텍트정 100밀리그램 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 허가사항 범위(효능·효과)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여한 경우에도 요양급여를 인정함. <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 절박유산과 관계가 있다고 추정되는 태반이나 탈락막의</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>혈전생성을 방지하기 위해 혈소판 응집억제 작용으로 저용량(80~100mg/day)을 투여한 경우</p> <p>나. 말초동맥성질환에 투여한 경우</p> <p>다. 전자간증 예방목적으로 다음 중 하나 이상에 해당되어 저용량을 임신 12주부터 투여한 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 이전 임신 시 고혈압성 질환</p> <p>2) 만성신장질환</p> <p>3) 자가면역질환(전신홍반루프스, 항인지질 항체증후군 등)</p> <p>4) 제1형 또는 제2형 당뇨</p> <p>5) 만성 고혈압</p> <p>6) 다태임신</p> <p>7) 아래 중 2개 이상에 해당하는 경우</p> <p>가) 초산모</p> <p>나) 만 40세 이상의 고령 임신부</p> <p>다) 이전 임신 후 임신 사이 기간이 10년 이상인 경우</p> <p>라) 비만 임신부(BMI\geq30kg/m²)</p> <p>마) 전자간증의 가족력</p> <p>라. 가임기 여성 및 임신부 중 다음과 같은 기준으로 투여한 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 투여대상</p> <p>가) 항인지질항체증후군</p> <p>나) 선천성 안티트롬빈 결핍</p> <p>다) 임신 전 2회 이상 정맥혈전색전증을 경험</p> <p>2) 투여방법</p> <p>- 아스피린 경구제 100mg를 저분자량헤파린 주사제(enoxaparin 또는 dalteparin)와 병용함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>3) 투여기간</p> <ul style="list-style-type: none"> - 임신 기간(또는 보조생식술 시행일)로부터 분만 후 6주까지 <p>3. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상</p> <ul style="list-style-type: none"> - 선천성 안티트롬빈 결핍을 제외한 선천성 혈전성향증으로 인하여, 3회 이상 반복하여 유산 또는 착상실패를 경험 <p>나. 투여방법</p> <ul style="list-style-type: none"> - 아스피린 경구제 100mg를 저분자량헤파린 주사제(enoxaparin 또는 dalteparin)와 병용함. <p>다. 투여기간</p> <ul style="list-style-type: none"> - 배란일(또는 보조생식술 시행일)로부터 임신확인일까지 <p style="text-align: right;">(고시 제2018-97호, '18.6.1.)</p>
<p>[219]</p> <p>Aspirin 25mg + Dipyridamole 200mg 경구제 (품명 : 아디녹스캡슐 등)</p>	<p>허가사항 범위(뇌의 일과성 허혈 또는 혈전에 의한 허혈성 뇌졸중을 경험한 환자의 뇌졸중 재발에 대한 위험성 감소) 내에서 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-18호, '18.2.1.)</p>
<p>[219]</p> <p>Citicoline 경구제 (품명 : 소마지나정)</p>	<p>허가사항 범위 내에서(중등도 - 중증의 급성 허혈성 뇌졸중) 증상 발현 후 24시간 이내에 복용을 시작한 경우 6주까지 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[219] Citicoline 주사제 (품명 : 참시티콜린주 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 뇌졸중편마비 환자의 상지기능 회복촉진. 다만, 발작 후 1년 이내에 재활 및 내복약물요법(뇌대사부활제, 뇌순환개선제 등의 투여)을 실시하는 경우에 있어 하지의 마비가 비교적 약한 경우</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[219] Dobesilate calcium 경구제 (품명 : 일성독시움정 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 당뇨병성 망막병증, 당뇨병성 모세혈관장애 나. 정맥기능부전, 항진된 모세혈관 파열과 투과장애를 수반하는 혈관손상, 혈전후증후군, 말초울혈성부종</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[219] Ginkgo biloba extract 경구제 (품명 : 타나민정, 기넥신에프정 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 인지기능 장애를 동반한 치매(알츠하이머형, 혈관성)에 인지기능 개선목적으로 투여한 경우</p> <p>○ Ginkgo biloba extract제제를 아세틸콜린분해억제제 (아리셉트, 레미닐, 엑셀론 등)나 Memantine제제 (에빅사 등)와 병용 시 1종은 본인 일부부담하고, 투약비용이 저렴한 약제의 약값 전액은 환자가 부담함.</p> <p>나. 중추성 어지러움에 투여한 경우</p> <p>다. 간혈성파행증</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[219]</p> <p>Icatibant 주사제 (품명 : 피라지르 프리필드시린지)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 혈청검사 등으로 C1-에스테라제 억제제 결핍(총량 또는 활성도)으로 인한 유전성 혈관부종(HAE)이 확진된 환자의 급성발작 시(acute attacks) 인정하며, 자가주사로 2회분까지 처방 가능함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2021-65호, '21.3.1.)</p>
<p>[219]</p> <p>Ivabradine 경구제 (품명 : 프로코라란정)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 좌심실 수축기능이 저하된 만성 심부전 환자(NYHA Class II~IV) 중 동리듬(sinus rhythm)을 가지고, 심박수가 분당 75회 이상이며, LVEF가 35% 이하인 환자로서</p> <p>1) 베타차단제에 금기이거나 내약성이 좋지 않은 환자 2) 베타차단제, ACE 억제제, aldosterone antagonist를 포함한 표준치료에 병용투여하는 환자. 단, 이들 약제를 4주간 사용 후 병용하여야 함.</p> <p>나. 상기 나머지 조건을 모두 충족하면서 LVEF가 35%를 초과하고 40% 이하인 환자의 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 50%로 적용함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2019-93호, '19.7.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[219] Kallidinogenase 경구제 (품명 : 카나쿨린정 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 고혈압, 메니에르증후군, 폐색성 혈관염(버거병)에 의한 말초순환장애</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2014-17호, '14.2.1.)</p>
<p>[219] Lanthanum carbonate 경구제 (품명 : 포스레놀정 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 투석을 받고 있는 말기 신부전증 환자(ESRD)중 인 제한 식이요법에도 불구하고 동 약제 투여 전 혈중 인(P) 수치가 5.6mg/dL 이상인 경우 - 다만, 동 약제 유지요법의 경우 혈중 인(P) 수치가 4.0mg/dL 이상에서 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-174호, '18.9.1.)</p>
<p>[219] L-Carnitine (품명 : 엘칸정·엘칸주사 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 카르니틴 결핍의 임상증상(Skeletal muscle weakness, Lethargy, Skeletal muscle cramps, Cardiomyopathy 등)이 있으면서 검사 상 카르니틴 결핍이 확인되는 경우</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 미토콘드리아 근육병증에 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.(경구 제에 한함)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 인정대상 : 임상증상으로 근육병증을 가지고 있는 환자에서, 근생검상 미토콘드리아 근육병증의 특징적인 소견이 관찰되거나 유전학적으로 상기 근육병증을 유발할 수 있는 미토콘드리아 DNA 또는 nuclear DNA 변이가 확인된 경우</p> <p>나. 인정용량 : 30 ~ 100mg/kg/day, 1일 최대 3g (고시 제2019-191호, '19.9.1.)</p>
<p>[219] Milrinone 주사제 (품명 : 프리마코주)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 타약제(경구용 디기탈리스류 강심제, 이노제, 혈관이완제)에 반응하지 않는 중증의 경우에서 단기간(2~3일간) 투여 시 인정</p> <p>나. 심장수술후 저심박출량을 포함한 급성심부전에 인정 (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[219] Nicergoline 5mg, 10mg 경구제 (품명 : 사미온정 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 뇌경색후유증 (고시 제2015-239호, '16.1.1.)</p>
<p>[219] Pentoxifylline 경구제 (품명 : 트렌탈정400 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>○ 말초동맥순환장애(간혈성파행, 휴식시 동통, 당뇨병성 혈관병증, 위축증, 혈관신경병증)</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 다음과 같이 투여하는 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 투여대상 : 분별함수* 점수가 32점 이상인 중증 알코올성 간염환자</p> <p>나. 투여용량 및 기간 : 1회 400mg을 1일 3회, 최대 4주 이내</p> <p>※ 분별함수(Maddrey's discriminant function) = $4.6 \times [\text{Prothrombin time of patient} - \text{Prothrombin time of control}(\text{seconds})] + \text{Serum bilirubin}(\text{mg/dL})$</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[219]</p> <p>Sacubitril·Valsartan 경구제 (품명 : 엔트레스토 필름코팅정 50mg 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 좌심실 수축기능이 저하된 만성 심부전 환자(NYHA class II~IV)중, 좌심실 박출률(LVEF: Left Ventricular Ejection Fraction)이 40% 이하인 환자로서</p> <p>- ACE 억제제 또는 Angiotensin II 수용체 차단제를 표준치료(베타차단제, aldosterone antagonist 등)와 병용하여 4주 이상 안정적인 용량(stable dose)으로 투여 중인 경우(단, 급성 비보상성 심부전*으로 입원 후 혈액학적으로 안정화된 환자**의 경우에는 ACE 억제제 또는 Angiotensin II 수용체 차단제 미투여시에도 인정함)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>* 급성 비보상성 심부전: Fluid overload(체액 과부하) 증상과 징후가 있는 환자로 입원 중</p> <ul style="list-style-type: none"> - 흉부 X-ray상 폐울혈 소견이 있고, - NT-proBNP \geq 1600pg/mL 또는 BNP \geq400 pg/mL인 경우 <p>*** 혈액학적으로 안정화된 환자(다음은 모두 만족)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 최근 6시간 이상 저혈압 증상이 없고 수축기 혈압이 100mmHg 이상 - 최근 6시간 이상 주사용 이노제의 증량이 없음 - 최근 6시간 이상 주사용 혈관확장제(nitrate계 포함)의 사용이 없음 - 최근 24시간 이상 주사용 승압제(inotropic drugs)의 사용이 없음 - eGFR \geq 30 mL/min/1.73m² - Serum potassium \leq 5.2 mmol/L - 단, ACE 억제제 또는 Angiotensin II 수용체 차단제와의 병용투여는 인정하지 아니함. (※ 동 약제는 ACE 억제제 또는 Angiotensin II 수용체 차단제를 대체하여 사용함.) <p style="text-align: right;">(고시 제2022-56호, '22.3.1.)</p>
<p>[219]</p> <p>Sevelamer HCl 400mg, 800mg 경구제 (품명: 레나젤정 등)</p> <p>Sevelamer carbonate 800mg 경구제 (품명: 렌벨라산, 렌벨라정 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 투석을 받고 있는 말기 신부전증 환자(ESRD)중 인 제한 식이요법에도 불구하고, 동 약제 투여 전 혈중 인(P) 수치가 5.5mg/dL 이상인 경우 - 다만, 동 약제 유지요법의 경우 혈중 인(P) 수치가 4.0mg/dL 이상에서 인정함. <p style="text-align: right;">(고시 제2018-174호, '18.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[219] Sodium ozagrel 주사제 (품명 : 키산본에스주)</p>	<p>허가사항 범위 중 '뇌혈전증(급성기)에 수반하는 운동장애의 개선'에 급성기 치료로서 1주일만 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2018-253호, '18.12.1.)</p>
<p>[219] Sucroferric oxyhydroxide 경구제 (품명 : 벨포르추어블정)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - ○ 투석을 받고 있는 말기 신부전증 환자(ESRD)중 인 제한 식이요법에도 불구하고, 동 약제 투여 전 혈중 인(P) 수치가 6.0mg/dL 이상인 경우 다만, 동 약제 유지요법의 경우 혈중 인(P) 수치가 4.0mg/dL 이상에서 인정함. (고시 제2019-240호, '20.1.1.)</p>
<p>[219] Tenecteplase 주사제 (품명 : 메탈라제주)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 급성혈전성 관상동맥폐색증의 경우 발작 후 6시간 이내에 투여한 경우에 한하여 1치료 기간 중 최대 50mg 내에서 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[219] Tirofiban HCl (품명 : 아그라스타트주)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 적응증 1) 불안정형 협심증(Unstable angina)(Post-infarction angina 포함) 또는 비ST상승 심근경색(Non-ST elevation MI, non-Q-wave MI)으로서</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2) 흉부동통(Chest pain) 및 Troponin(or CK-MB) level 상승 또는 흉부동통(Chest pain) 및 심전도(EKG) 변화가 있는 경우</p> <p>나. 투여용량 및 투여기간 허가사항 범위 내에서 헤파린과 병용하여 총 72시간(최대 3일) 이내(중재적시술을 하는 경우도 포함)인정. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[219] Tolvaptan 경구제 (품명 : 삼스카정 15밀리그램 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 저나트륨혈증의 치료</p> <p>1) 투여대상: 심부전, 항이노호르몬 분비 이상 증후군(SIADH) 환자에서 임상적으로 유의한 고혈량성(hypervolemic) 또는 정상혈량성(euvolemic)인 저나트륨혈증의 치료로서, 기존 치료(수분제한, 고장성 생리식염수 또는 이노제 투여 등)를 할 수 없거나 반응하지 않는 혈청 나트륨 농도가 125mEq/L 미만인 경우</p> <p>2) 투여기간: 30일 이내</p> <p>3) 동 약제의 허가사항 중 '사용상 주의사항'을 반드시 참고하여 투여토록 함.</p> <p>나. 만 18세 이상 성인의 상염색체우성 다낭신장병(ADPKD, autosomal dominant polycystic kidney disease)에 낭종의 생성 및 신기능 저하 진행의 지연</p> <p>1) 투여대상: 성인의 상염색체우성 다낭신장병(ADPKD)환자로서 다음 가),나),다)의 조건을 모두 충족하는 경우</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p style="text-align: center;">- 다 음-</p> <p>가) 최초 투여 시 만성 신질환 (Chronic Kidney Disease) 2-3단계에 해당하면서, 나) 빠르게 진행되는(rapid progression) ADPKD로 진단된 환자로서, 다) 식약처 위해관리프로그램에 등록된 신장내과 전문의에 의하여 동 약제 투여 시</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>※ 빠르게 진행되는(rapid progression) ADPKD 진단법 · Mayo class 1C, 1D, 1E에 해당하는 경우 (MRI 또는 CT 촬영 후 ellipsoid 공식 적용)</p> </div> <p>2) 투여기간: 1회 처방 시 최대 30일까지 인정 3) 이 약의 최초 투여 개시 전과 투여 기간 첫 18개월 동안은 매월, 그 이후에는 3개월에 한 번씩 AST(Aspartate Transaminase), ALT(Alanine Transaminase)와 총빌리루빈 수치 및 전해질 수치(혈청 나트륨 농도 등)에 대한 모니터링이 필요하며, 진료비 청구 시 모니터링에 따른 혈액 검사 결과치를 첨부하여야 함. ※ 동 약제의 허가사항 중 '사용상 주의사항'을 반드시 참고하여 투여토록 함.</p> <p>4) 투여 중단 기준 가) 다음 중 하나에 해당할 경우 투약을 영구히 중단토록 함</p> <p style="text-align: center;">- 다 음-</p> <p>○ ALT 또는 AST가 정상상한치의 8배를 초과하는 경우 ○ ALT 또는 AST가 정상상한치의 5배를 초과하는 상황이 2주 이상 지속되는 경우</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>○ ALT 또는 AST가 정상상한치의 3배를 초과하고 총빌리루빈이 정상상한치의 2배를 초과(또는 국제정상화비율이 1.5 초과)하는 경우</p> <p>○ ALT 또는 AST가 정상상한치의 3배를 초과하고 간손상 증상이 지속될 경우</p> <p>나) 약제 투약 중 CKD 5단계로 진행되는 경우 (고시 제2021-207호, '21.8.1.)</p>
<p>[219] Urokinase 주사제 (품명 : 녹십자유로키나제주 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 뇌경색증, 뇌혈전증 또는 심근경색증 등의 치료 시 300만 단위이내에서 인정하고, 재발되어 재투여 시는 환자상태에 따라 300만 단위를 초과하여 투여하더라도 인정하며, 이 경우 재발을 입증할 수 있는 객관적 자료를 첨부하여야 함.</p> <p>1) 정맥내 혈전용해술의 적응증이 되지 않는 6시간 이내에 발생한 뇌경색증·뇌혈전증 환자 또는 최근 수술 등으로 정맥내 혈전용해술이 금기인 뇌경색증·뇌혈전증 환자에게 60만 단위 범위 내에서 동맥내 혈전용해술을 인정함</p> <p>2) 환자상태에 따라 60만 단위를 초과하여 투여가 필요한 경우에는 사례별로 인정함(투여소견서 첨부)</p> <p>나. 말초혈관폐색증 또는 폐동맥색전증 치료 시 300만 단위를 초과하여 투여할 경우에는 투여소견서를 첨부하여야 함.</p> <p>2. 허가사항 범위(용법·용량)를 초과하여 아래와 같은 경우에도 요양급여를 인정함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 뇌실질내 혈종의 용해목적으로 뇌실의 카테터 (Ventricular catheter)를 통해 주입하는 경우</p> <p>나. 폐렴주위 흉수(Parapneumonic pleural effusion)에 흉관삽관(Thoracotomy catheter)을 하였으나 중격 (Septum)이 형성되어 흉수(Pleural fluid)가 잘 배액 되지 않을 때 섬유소막을 분해하기 위해 흉강으로 투여한 경우</p> <p>다. 중심 혈관 카테터가 막혔을 경우 헤파린 주입 (Flushing)을 반복 실시하여 효과가 없는 경우에 한 하여 1일 최대 30,000 IU이내에서 인정함.</p> <p>라. 인공판막사용 환자의 인공판막혈전증(Prosthetic valve thrombosis)에 정맥 내 혈전용해요법 (고시 제2019-38호, '19.3.1.)</p>
<p>[219] vitis vinifera ext. 경구제 (품명: 엔테론정 50밀리그람 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정맥립프 기능부전과 관련된 증상개선(하지둔중감, 통증, 하지불안증상) 2. 제2형 당뇨병 환자의 황반부종을 동반하지 않은 중등도 이하의 비증식성 당뇨망막병증에 당뇨 원인요법과 병용하여 보조제로 투여 <p style="text-align: right;">(고시 제2022-56호, '22.3.11.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
[220] Fluticasone propionate + Formoterol 흡입제 (품명 : 플루티폼흡입제)	허가사항 범위 내에서 부분조절 이상 단계의 천식에 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. 단, 3~6개월에 한번씩 평가를 실시하여 평가결과를 기재토록 함. (고시 제2014-34호, '14.3.1.)
[220] Vilanterol trifenate + Fluticasone furoate 흡입제 (품명 : 렐바엘립타)	각 약제의 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 부분조절 이상 단계의 천식 단, 3~6개월에 한번씩 평가를 실시하여 평가결과를 기재토록 함. 나. 만성폐쇄성폐질환 1) FEV1 값이 예상 정상치의 60% 미만인 경우 또는 2) 베타-2 작용제나 항콜린제 등의 지속 투여에도 연 2회 이상 급성악화*가 발생한 경우에는 투여 소견서 참조하여 인정 ※ 급성악화는 호흡곤란의 악화, 기침의 증가, 가래양의 증가 또는 가래색의 변화 등으로 약제의 변경 또는 추가(항생제스테로이드제 등)가 필요한 경우를 말함. (고시 제2016-66호, '16.5.1.)

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[221] Caffeine citrate 주사제 (품명 : 네오카프주 등) Caffeine citrate 액제 (품명 : 네오카프액)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 미숙아의 무호흡증에 대한 치료에 투여한 경우</p> <p>1) 투여대상 :</p> <p>가) 일반적인 피부자극에도 무호흡(20초 이상)이 재발하는 경우</p> <p>나) 20초 미만인 경우에는 청색증이나 서맥을 동반 하는 경우에 투여 가능함</p> <p>2) 중단시기: 무호흡(Apnea-free period)이 5~7일간 없는 경우</p> <p>나. 인공호흡기(침습적 방법 및 비침습적 방법 포함)를 이탈하는 과정에서 투여한 경우</p> <p>1) 투여대상: 인공호흡기를 이탈하는 과정에 있는 교정연령 33주 미만의 미숙아</p> <p>2) 투여시기: 인공호흡기를 이탈하기 24시간 전부터, 혹은 갑작스럽게 이탈이 된 경우에는 6시간 이내</p> <p>3) 중단시기: 성공적으로 인공호흡기를 이탈하고 무호흡 (Apnea-free period)이 5~7일간 없는 경우 (고시 제2018-280호, '19.1.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
[222] Acetylcysteine 주사제 (품명 : 뮤코스텐주 등)	1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위 중 점액용해 목적의 고용량 정맥주사 시에는 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - ○ 유사효능의 투여비용이 저렴한 정맥용 주사제에 불응성 이거나 부작용이 있는 경우 (고시 제2016-223호, '16.12.1.)
[222] Acetylcysteine 흡입액 (품명 : 뮤코미스트액 등)	허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정하며, 가슴기에 혼합하여 흡입(Inhalation)으로 사용한 것은 인정하지 아니함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)
[222] Ambroxol HCl 주사제 (품명 : 엠브로주사 등)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 점액분비장애로 인한 급·만성 호흡기질환: 만성 기관지염, 천식성 기관지염, 기관지천식의 급성 발작 나. 수술 전·후 폐합병증의 예방 및 치료 (고시 제2017-193호, '17.11.1.)

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[222] Beclomethasone dipropionate + Formoterol 흡입제 (품명 : 포스터 100/6 에이치에프에이 등)</p>	<p>각 약제별 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 부분조절 이상 단계의 천식. 단, 3~6개월에 한번씩 평가를 실시하여 평가결과를 기재토록 함.</p> <p>나. 만성폐쇄성폐질환</p> <p>1) FEV1(1초 강제호기량, Forced Expiratory Volume in 1 second) 값이 예상 정상치의 60% 미만인 경우 또는</p> <p>2) 베타-2 작용제나 항콜린제 등의 지속 투여에도 연 2회 이상 급성악화*가 발생한 경우에는 투여 소견서 참조하여 인정</p> <p>※ 급성악화는 호흡곤란의 악화, 기침의 증가, 가래양의 증가 또는 가래색의 변화 등으로 약제의 변경 또는 추가(항생제스테로이드제 등)가 필요한 경우를 말함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2017-193호, '17.11.1.)</p>
<p>[222] Ciclesonide 외용제 (품명 : 알베스코흡입제 160,80)</p>	<p>허가사항 범위(기관지 천식의 예방적 치료) 및 [일반 원칙] 기관지천식 치료용 흡입제 “세부사항” 범위 내에서 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[222] Fluticasone furoate 흡입제 (품명 : 아뉴이티 100엘립타 등)</p>	<p>허가사항 범위(만 12세 이상 소아 및 성인에서 천식의 유지 치료) 및 [일반원칙] 기관지천식 치료용 흡입제 인정기준 범위 내에서 요양급여를 인정함. (고시 제2018-28호, '18.3.1.)</p>
<p>[222] Formoterol fumarate + (Micronized)Budesonide 흡입제 (품명 : 심비코르터부헬러 등)</p>	<p>각 약제의 규격별 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 부분조절 이상 단계의 천식에 투여시 인정 단, 3~6개월에 한번씩 평가를 실시하여 평가결과를 기재토록 함.</p> <p>나. 만성폐쇄성폐질환</p> <p>1) FEV1 값이 예상 정상치의 60% 미만인 경우 또는 2) 베타-2 작용제나 항콜린제 등의 지속 투여에도 연 2회 이상 급성악화*가 발생한 경우에는 투여 소견서 참조하여 인정</p> <p>※ 급성악화는 호흡곤란의 악화, 기침의 증가, 가래양의 증가 또는 가래색의 변화 등으로 약제의 변경 또는 추가(항생제스테로이드제 등)가 필요한 경우를 말함. (고시 제2015-184호, '15.11.1.)</p>
<p>[222] Ivy leaf 30% ethanol dried ext. 시럽제 (품명 : 푸로스판 시럽 등)</p>	<p>허가사항 및 [일반원칙] 진해거담제 “세부사항” 범위 내에서 요양급여를 인정함. ※ [일반원칙] 내용액제(시럽 및 현탁액 등) “세부인정기준 및 방법” 적용을 예외함. (고시 제2019-21호, '19.2.13.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[222] Salbutamol 경구제 (품명 : 부광살부타몰정 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 하며, 허가사항의 범위(효능·효과)를 초과하여 ‘안면견갑상완형 근이영양증(Fascioscapulohumeral muscular dystrophy)’에도 요양급여를 인정함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[222] Salbutamol sulfate 흡입액 (품명 : 벤토린흡입액 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 하며, 허가사항 범위(효능·효과)를 초과하여 ‘세기관지염 등 소아의 하기도질환’에도 요양급여를 인정함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[222] Salmeterol xinafoate + Fluticasone propionate 흡입제 (품명 : 세레타이드 디스크스 등, 세레타이드 에보할러)</p>	<p>각 약제의 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 부분조절 이상 단계의 천식 단, 3~6개월에 한 번씩 평가를 실시하여 평가결과를 기재토록 함.</p> <p>나. 만성폐쇄성폐질환</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) FEV1 값이 예상 정상치의 60% 미만인 경우 또는 2) 베타-2 작용제나 항콜린제 등의 지속 투여에도 연 2회 이상 급성악화*가 발생한 경우에는 투여소견서 참조하여 인정 <p>※ 급성악화는 호흡곤란의 악화, 기침의 증가, 가래양의 증가 또는 가래색의 변화 등으로 약제의 변경 또는 추가(항생제·스테로이드제 등)가 필요한 경우를 말함. (고시 제2015-205호, '15.12.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[229]</p> <p>만성폐쇄성폐질환 흡입용 치료제</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 중등도 이상의 만성폐쇄성폐질환[FEV1 (1초 강제호기량) 값이 예상 정상치의 80% 미만] 환자의 유지요법</p> <p>나. FEV1(1초 강제호기량) 값이 예상 정상치의 80% 이상인 만성폐쇄성폐질환 환자 중, 호흡곤란 등의 증상이 적절히 조절되지 않는 경우 유지요법</p> <p>※ 대상 약제:</p> <p>[단일제]</p> <ul style="list-style-type: none"> · Acclidinium bromide 흡입제 · Indacaterol maleate 흡입제 · Umeclidinium 흡입제 <p>[복합제]</p> <ul style="list-style-type: none"> · Formoterol fumarate + Acclidinium bromide 흡입제 · Indacaterol maleate + Glycopyrronium bromide 흡입제 · Olodaterol + Tiotropium 흡입제 · Vilanterol + Umeclidinium 흡입제 <p style="text-align: right;">(고시 제2022-56호, '22.3.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[229] Indacaterol acetate+ Glycopyrronium bromide+ Mometasone furoate 흡입제 (품명: 에너제어 흡입용캡슐 150/50/80 마이크로그렘 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 중간 또는 고용량의 흡입용 코르티코스테로이드 및 지속성 흡입 베타-2 작용제의 병용 유지요법에도 불구하고 12개월 이내에 한 번 이상 중증의 악화 경험이 있는 성인(만 18세 이상) 천식환자의 유지요법 (고시 제2021-234호, '21.9.1.)</p>
<p>[229] Indacaterol acetate +Mometasone furoate 흡입제 (품명: 어택트라 흡입용캡슐 150/80 마이크로그렘 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 부분조절 이상 단계의 성인 및 만12세 이상 청소년 천식환자 단, 3~6개월에 한 번씩 평가를 실시하여 평가결과를 기재토록 함. (고시 제2021-234호, '21.9.1.)</p>
<p>[229] Lung surfactant (폐계면활성제) 주사제 (품명: 서팩텐 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 신생아 호흡곤란 증후군: 다음의 조건이 모두 충족 되는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 환아의 호흡곤란증상이 뚜렷하고, 2) 흉부방사선 소견: 호흡곤란증후군(RDS)의 특징적 소견(양 폐에 미만성의 망상과립상음영, 공기. 기관 지음영과 연무상이 출현하는 경우)이 있으며,</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>3) 기계적 환기 요구도 : 적정한 혈중산소분압(50-80mmHg)을 유지시키기 위한 인공호흡기의 흡입 산소농도가 40%(FiO₂)>0.4)를 초과하는 경우</p> <p>※ 인공호흡기(침습적 방법 및 비침습적 방법 포함) 사용은 환아의 전반적인 상태(체중, 폐기능 상태, 기타 신체 장기들의 상태 등)를 고려하여 의학적 판단하에 시행되어야 함.</p> <p>2. 미숙아에 대한 조기투여 요법은 아래와 같이 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상 : 출생체중 1,250g이하 또는 재태기간 30주 미만의 미숙아</p> <p>나. 투여방법 : 출생 후 2시간 이내에 1회 투여</p> <p>3. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여시 영양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 태변흡인 증후군 : 다음의 조건이 모두 충족되는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 환아의 호흡곤란증상이 뚜렷하고</p> <p>나. 흉부방사선 소견 : 태변흡인증후군(MAS)의 특징적 소견(양 폐의 과환기, 폐문 주위의 불규칙한 음영 증가, 횡격막의 수평화)이 있으며,</p> <p>다. 기계적 환기 요구도 : 적정한 혈중산소분압(50-80mmHg)을 유지시키기 위한 인공호흡기의 흡입 산소농도가 40% (FiO₂)>0.4)를 초과하는 경우</p> <p>4. 동 약제를 투여할 수 있는 요양기관 시설기준 및 조건</p> <p>가. 신생아 호흡곤란 증후군 또는 태변흡인 증후군 치료 경험이 있는 진료의사의 책임 하에 사용되어야 하며 신생아 집중치료에 필요한 숙련된 근무자들이 있어야 함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나. 보육기, 인공호흡기, 혈중가스검사기(혈액가스분석기, 경피산소분압기(TcPO₂) 및 산소포화도 측정기(SPO₂) 중 1개)와 심폐감시장치 등 신생아 집중치료에 필요한 의료장비가 있어야 함.</p> <p>다. 상기 가, 나 조건이 미비한 요양기관에서는 상기 가, 나 조건이 충족되는 요양기관으로 즉시 이송하여야 함. 다만, 환아소생을 위한 응급 조치로 투약 할 경우에는 동 약제의 투약기준에 따라 1회에 한하여 투여할 수 있음.</p> <p>5. 환자의 전반적인 상태(체중, 폐기능 상태, 기타 신체 장기들의 상태 등)를 고려하여 투여하여야 함.</p> <p>(고시 제2018-280호, '19.1.1.)</p>
<p>[229] Pirfenidone 경구제 (품명 : 피레스파정 200밀리그램 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 투여대상</p> <ul style="list-style-type: none"> - 고해상 흉부전산화단층촬영(HRCT)과/또는 수술적 폐조직 생검(surgical lung biopsy)으로 확진된 특발성 폐섬유증 환자로서 치료를 시작하기 전 다음에 해당하는 경우 - 단, 교원성 질환 또는 다른 원인으로 설명되는 간질성 폐질환은 제외함. <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Predicted forced vital capacity(FVC) 90% 이하 이거나 Predicted carbon monoxide diffusing capacity(DLco) 80% 이하 2) Predicted FVC 90% 초과하면서 Predicted DLco 80% 초과한 환자 중 아래 두 가지 이상에 해당되는 경우

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가) 폐기능 저하 연간 Predicted FVC 감소량이 10% 이상 이거나 연간 Predicted FVC 200ml 이상 감소</p> <p>나) 임상증상 악화</p> <p>다) 흉부영상 악화 소견 (고시 제2018-280호, '19.1.1.)</p>
<p>[229] Roflumilast 경구제 (품명: 닥사스정500 마이크로그렘 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상 증상악화 병력이 있고 만성기관지염을 수반한 중증의 만성폐쇄성폐질환</p> <p>1) FEV1 값이 예상 정상치의 50% 미만인 경우 또는 2) 베타-2 작용제나 항콜린제 등의 지속 투여에도 연 2회 이상 급성악화*가 발생한 경우에는 투여소 견서 참조하여 인정</p> <p>※ 급성악화는 호흡곤란의 악화, 기침의 증가, 가래양의 증가 또는 가래색의 변화 등으로 약제의 변경 또는 추가(항생제·스테로이드제 등)가 필요한 경우를 말함.</p> <p>나. 투여방법: 지속성 기관지확장제(LABA 또는 LAMA) 1종과 병용 투여 (고시 제2021-270호, '21.11.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[229] Salmeterol xinafoate micronized + budesonide 흡입제 (품명 : 제피리스흡입용캡슐30 0/25마이크로그램 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 부분조절 이상 단계의 성인의 천식 단, 3~6개월에 한번씩 평가를 실시하여 평가결과를 기재토록 함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2019-191호, '19.9.1.)</p>
<p>[229] Sivelestat sodium hydrate 주사제 (품명 : 엘라스폴100주)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상 (아래 1), 2), 3), 4) 조건을 동시에 충족하는 경우)</p> <p>1) 전신성 염증반응 증후군의 경우 다음 항목 중, 2개 이상에 해당하는 경우 가) 체온>38℃ 또는 <36℃ 나) 심박수>90회/분 다) 호흡수>20회/분 또는 PaCO₂<32mmHg 라) 백혈구수>12,000/μl, <4,000/μl 또는 간상 호중구>10%</p> <p>2) 급성폐손상의 경우 이하의 전항목에 해당하는 경우 가) 폐기능 저하(PaO₂/FiO₂ 200 이상 300mmHg 이하로 기계적 인공호흡 관리하)가 있고 나) 흉부 X선 소견에서 양측성 침윤음영이 있으며 다) 폐동맥 췌기압이 측정된 경우에는 폐동맥 췌기압 \leq18mmHg, 측정되지 않는 경우에는 좌심방 상승의 임상소견이 없는 경우</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>3) 해당연령 : 만16세-75세</p> <p>4) 폐를 포함하여 손상 장기수가 3개 이하</p> <p>나. 제외대상 (아래 1), 2), 3) 조건 중 한 항목이라도 해당하는 경우)</p> <p>1) 열상 및 외상을 수반하는 급성폐손상 환자</p> <p>2) 고도의 만성호흡기질환을 합병하는 환자</p> <p>3) 원인질환에 대한 유효한 치료를 할 수 없는 환자</p> <p>다. 투여기간 : 14일 이내</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[229]</p> <p>Tiotropium 흡입제 (품명 : 스피리바흡입용캡슐 등 [핸디헬러콤비팩, 리필], 스피리바레스피맷)</p>	<p>각 약제별 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 중등도 이상의 만성폐쇄성폐질환[FEV1(1초 강제 호기량) 값이 예상 정상치의 80% 미만] 환자의 유지요법</p> <p>나. FEV1(1초 강제호기량) 값이 예상 정상치의 80% 이상인 만성폐쇄성폐질환 환자 중, 호흡곤란 등의 증상이 적절히 조절되지 않는 경우 유지요법</p> <p>다. 고용량의 흡입용 코르티코스테로이드 및 지속성 베타-2 작용제의 병용 유지요법에도 불구하고 중증의 악화 경험이 있는 천식환자의 병용 유지요법</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2022-56호, '22.3.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[229] Vilanterol trifenate + Fluticasone furoate + Umeclidinium 흡입제 (품명 : 트렐리지엘립타)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 중등도 이상의 성인(만 18세 이상) 만성폐쇄성폐질환 가. 지속성 베타2-효능약과 지속성 무스카린 수용체 길항제 복합요법에도 불구하고 다음의 조건을 만족할 경우 - 다 음 -</p> <p>1) FEV1 값이 예상 정상치의 60% 미만인 경우 또는 2) 연 2회 이상 급성악화가 발생한 경우(투여소견서 참조하여 인정)</p> <p>※ 급성악화는 호흡곤란의 악화, 기침의 증가, 가래양의 증가 또는 가래색의 변화 등으로 약제의 변경 또는 추가(항생제·스테로이드제 등)가 필요한 경우를 말함.</p> <p>나. 지속성 베타2-효능약과 흡입용 코르티코스테로이드 복합요법에도 불구하고 호흡곤란 등의 증상이 적절히 조절되지 않는 경우</p> <p>다. 각 개별고시를 만족하여 동 약제와 동일 함량인 Vilanterol trifenate + Fluticasone furoate 흡입제, Umeclidinium 흡입제를 동시에 투여 중인 환자가 동 약제의 허가사항에 부합하여 동 약제로 전환하고자 할 경우</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2021-152호, '21.6.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[231] 가글 용제 (품명 : 헥사메딘가글액 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 입원환자 및 암환자: 허가사항(용법·용량) 범위 내 나. 외래환자</p> <p>1) 인정용량 : 100ml 2) 인정용량 초과한 경우 : 초과한 용량의 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2018-253호, '18.12.1.)</p>
<p>[231] Doxycycline hyclate 20mg 경구제 (품명 : 텐티스타캡슐)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 만성 치주염상병에 아래와 같은 기준 으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 치주소파 이상의 처치 후 투여 (고시 제2022-160호, '22.7.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[232]</p> <p>프로톤 펌프 억제 경구제</p> <p>Omeprazole (품명: 유한로섹캡슐 등), Lansoprazole (품명: 란스톤캡슐 등), Pantoprazole (품명: 판토록정 등), Rabeprazole (품명: 파리에트정 등), Esomeprazol (품명: 넥시움정 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정함. <ul style="list-style-type: none"> - 아 래 - 가. 헬리코박터 파일로리(H.pylori) 감염이 확인된 다음의 환자에서 제균요법으로 투여하는 경우 (단, Pantoprazole 20mg, Rabeprazole 5mg, '에소메졸디알서방캡슐20mg', '에소메졸디알서방캡슐 40mg', '에스코텐정'은 제외) <ul style="list-style-type: none"> - 다 음 - 1) 소화성궤양 2) 저등급 MALT(Mucosa Associated Lymphoid Tissue) 림프종 3) 조기 위암 절제술 후 4) 특발성 혈소판 감소성 자반증(idiopathic thrombocytopenic purpura) 5) 위선종의 내시경절제술 후 나. 의인성 위궤양(Iatrogenic Ulcer)에 경구 섭취 개시 이후 각 약제의 위궤양 치료의 허가 용법·용량으로 투여를 원칙으로 하되, 최대 8주 급여까지 급여 인정함. 3. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함.(단, Pantoprazole20mg, Rabeprazole 5mg, '에소메졸디알서방캡슐20mg', '에소메졸디알서방캡슐40mg', '에스코텐정'은 제외) <ul style="list-style-type: none"> - 아 래 -

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>가. 헬리코박터 파일로리(H.pylori) 감염이 확인된 다음의 환자에서 제균요법으로 투여하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 위암 가족력[부모, 형제, 자매(first degree)의 위암까지] 2) 위축성 위염 3) 기타 진료상 제균요법이 필요하여 환자가 투여에 동의한 경우 <p>나. 헬리코박터 파일로리(H.pylori) 감염이 음성인 저등급 MALT(Mucosa Associated Lymphoid Tissue) 림프종 환자에게 제균요법으로 투여하는 경우</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2022-111호, '22.5.1.)</p>
<p>[232]</p> <p>프로톤 펌프 억제 주사제 Pantoprazole sodium (품명: 판토록주사 등), Esomeprazole (품명: 넥시움주 등)</p>	<p>1. Pantoprazole</p> <p>가. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 소화성 궤양으로 인한 위장관 출혈 <ul style="list-style-type: none"> ○ 경구투여가 불가능한 경우에 1일 80mg씩 3일 이내 인정 2) 십이지장궤양, 위궤양, 역류성 식도염, Zollinger-Ellyson 증후군 <ul style="list-style-type: none"> ○ 경구투여가 불가능하고 H2 수용체 길항 주사제 (H2 receptor antagonist) 투여에도 효과가 없는 경우에 1일 40mg씩 3일 이내 인정 <p>나. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여한 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>1) 조혈모세포이식시 시행되는 고용량의 항암방사선 치료(Chemoradiation therapy) 후</p> <p>가) 투여대상 : 경구제 투여가 불가능하고 심한 속쓰림 등의 소화성 궤양 및 역류성 식도염 증상이 있는 경우</p> <p>나) 투여용량 및 기간</p> <p>(1) 1일 투여용량은 허가사항 범위 내에서 투여 시 인정</p> <p>(2) 투여기간은 H2 수용체 길항 주사제 또는 프로톤펌프 억제제(PPI) 주사제를 2주 이내 투여 시 인정</p> <p>2) 소화성 궤양으로 인한 위장관 출혈환자 중 활동성 출혈(Active bleeding) 또는 재출혈(Rebleeding) 고위험군인 경우에 초회 80mg을 일시(Bolus) 주입 후 8mg/hr 3일간 지속점적(Continuous infusion) 투여 시 인정</p> <p>3) 의인성 위궤양(Iatrogenic Ulcer)에 경구 섭취가 제한되는 기간 동안 40~80mg/day 용량으로 투여 시 최대 3일 급여 인정함.</p> <p>2. Esomeprazole</p> <p>가. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 하며, 허가사항 중 「식도염이 있는 역류성 식도질환 및 식도역류에 따른 증상이 심한 경우」에는 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 경구투여가 불가능하고 H2 수용체 길항 주사제 (H2receptor antagonist) 투여에도 효과가 없는 경우에 1일 40mg씩 3일 이내 인정</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같이 투여한 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>1) 조혈모세포이식시 시행되는 고용량의 항암방사선 치료(Chemoradiation therapy) 후</p> <p>가) 투여대상 : 경구제 투여가 불가능하고 심한 속쓰림 등의 소화성 궤양 및 역류성 식도염 증상이 있는 경우</p> <p>나) 투여용량 및 기간</p> <p>(1) 1일 투여용량은 허가사항 범위내에서 투여시 인정</p> <p>(2) 투여기간은 H2 수용체 길항 주사제 또는 프로톤 펌프 억제(PPI) 주사제를 2주 이내 투여시 인정</p> <p>2) 소화성 궤양으로 인한 위장관 출혈환자 중 활동성 출혈(Active bleeding) 또는 재출혈(Rebleeding) 고위험군인 경우에 초회 80mg을 일시(Bolus) 주입 후 8mg/hr 3일간 지속점적(Continuous infusion) 투여 시 인정</p> <p>3) 의인성 위궤양(Iatrogenic Ulcer)에 경구 섭취가 제한되는 기간 동안 40~80mg/day 용량으로 투여시 최대 3일 급여 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2022-160호, '22.7.1.)</p>
<p>[232]</p> <p>Artemisia asiatica 95% ethanol ext. 경구제 (품명 : 스티렌정 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 급성 위염, 만성 위염의 위점막병변(미란, 출혈, 발적, 부종)의 개선</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2014-75호, '14.6.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[232] Bismuth 경구제 (품명 : 데놀정)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위(위·십이지장 궤양 환자에서 헬리코박터 파일로리 박멸을 위한 항생제 병용요법) 내에서 투여 시 영양급여를 인정함. 2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 경우에 투여 시 영양급여를 인정함. <ul style="list-style-type: none"> - 아 래 - ○ 헬리코박터 파일로리(H.pylori) 감염이 확인된 다음의 환자에서 제균요법으로 투여하는 경우 <ul style="list-style-type: none"> - 다 음 - 가. 저등급 MALT(Mucosa Associated Lymphoid Tissue) 림프종 나. 조기 위암 절제술 후 다. 특발성 혈소판 감소성 자반증(idiopathic thrombocytopenic purpura) 라. 위선종의 내시경절제술 후 3. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <ul style="list-style-type: none"> - 아 래 - 가. 헬리코박터 파일로리(H.pylori) 감염이 확인된 다음의 환자에서 제균요법으로 투여하는 경우 <ul style="list-style-type: none"> - 다 음 - 1) 위암 가족력[부모, 형제, 자매(first degree)의 위암까지] 2) 위축성 위염 3) 기타 진료상 제균요법이 필요하여 환자가 투여에 동의한 경우 나. 헬리코박터 파일로리(H.pylori) 감염이 음성인 저등급 MALT(Mucosa Associated Lymphoid Tissue) 림프종 환자에게 제균요법으로 투여하는 경우 (고시 제2022-111호, '22.5.1.)

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[232] Fexuprazan 경구제 (품명: 펙수클루정 40밀리그램 등)</p>	<p>허가사항 범위(미란성 위식도역류질환의 치료)내에서 투여 시 영양급여를 인정함. (고시 제2022-160호, '22.7.1.)</p>
<p>[232] H₂ 수용체 길항 주사제 (H₂ receptor antagonist), cimetidine (품명 : 타가메트주 등), Famotidine (품명 : 가스터주 등), Ranitidine HCl (품명 : 잔탁주 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여한 경우에도 영양급여를 인정함. <ul style="list-style-type: none"> - 아 래 - 가. 조혈모세포이식 시 시행되는 고용량의 항암방사선 치료(Chemoradiation therapy) 후 <ol style="list-style-type: none"> 1) 투여대상: 경구제 투여가 불가능하고 심한 속쓰림 등의 소화성 궤양 및 역류성 식도염 증상이 있는 경우 2) 투여용량 및 기간 <ol style="list-style-type: none"> 가) 1일 투여용량은 허가사항 범위 내에서 투여 시 인정 나) 투여기간은 H₂ 수용체 길항 주사제 또는 프로톤 펌프 억제(PPI) 주사제를 2주 이내 투여 시 인정. 나. H₂ 수용체 길항 주사제 중 Ranitidine HCl <ol style="list-style-type: none"> 1) 투여대상상부 소화관 출혈(위궤양, 십이지장궤양, 위염, 십이지장염, 식도염 등에 의한 출혈) 2) 투여용량 및 기간 <ol style="list-style-type: none"> 가) 공복상태에서 1회 2앰플(100mg) 1일 3-4회 투여한 경우에도 인정 나) 투여기간은 5일 이내로 하고, 그 이후는 상용량으로 영양급여를 인정함. 다. 경구제 투여가 불가능한 고위험군 환자의 스트레스성 궤양예방 <ol style="list-style-type: none"> 1) 투여 대상 <ol style="list-style-type: none"> 가) 인공호흡기(Mechanical ventilation) 적용환자

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나) 혈액응고장애(Coagulopathy) 환자 다) 두부외상 환자 라) 중증의 화상환자 마) 중환자실에 있으면서 다발성 외상(Multiple trauma) 또는 패혈증(Sepsis) 또는 급성신부전(Acute renal failure)이 있는 환자</p> <p>2) 투여기간: 2주 투여를 원칙으로 하며, 환자 상태에 따라 추가 투여할 수 있음.</p> <p>(고시 제2018-174호, '18.9.1.)</p>
<p>[232] Ilaprazole 경구제 (품명 : 놀텍정)</p>	<p>1. 허가사항 범위(십이지장궤양의 단기치료, 위궤양의 단기치료, 미란성식도염의 단기치료, 헬리코박터 파일로리(H.pylori)에 감염된 위·십이지장궤양의 재발 방지를 위한 항생제 병용요법) 내에서 투여 시 영양급여를 인정함.</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 의인성 위궤양(Iatrogenic Ulcer)에 경구 섭취 개시 이후 각 약제의 위궤양 치료의 허가 용법·용량으로 투여를 원칙으로 하되, 최대 8주 급여까지 급여 인정함.</p> <p>(고시 제2018-58호, '18.4.1.)</p>
<p>[232] Irsogladine maleate 경구제 (품명 : 가스론엔정 2mg 등, 4mg)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 위궤양 나. 하기 질환의 위점막병변(미란, 출혈, 발적, 부종)의 개선 : 급성위염 및 만성위염의 급성악화기</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[232]</p> <p>Lafutidine 경구제 (품명 : 스토가정10mg 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 위궤양, 십이지장 궤양 나. 급성위염 및 만성위염의 위점막병변의 개선 다. Helicobacter pylori에 감염된 소화성 궤양 라. 마취전 투약 마. 역류성 식도염 치료</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-210호, '14.1.1.)</p>
<p>[232]</p> <p>Polaprezinc 경구제 (품명 : 프로맥정 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 급성위염, 만성위염의 급성 악화기에서의 위점막 병변 (미란, 출혈, 발적, 부종)</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2019-252호, '19.12.1.)</p>
<p>[232]</p> <p>Roxatidine acetate HCl 경구제 (품명 : 록산캡셀 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 위·십이지장궤양 나. 위산이 흡인될 위험(Mendelson's syndrome)이 있는 환자의 마취전 투여, 특히 분만중인 환자의 마취전 투여 다. 급성 위염, 만성 위염의 급성악화기의 위점막 병변 (미란, 출혈, 발적, 부종)의 개선 라. 역류성 식도염</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[232] S-pantoprazole 경구제 (품명 : 레토프라정 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위를 초과하여 의인성 위궤양(Iatrogenic Ulcer)에 경구 섭취 개시 이후 각 약제의 위궤양 치료의 허가 용법·용량으로 투여를 원칙으로 하되, 최대 8주 급여까지 급여 인정함. (고시 제2018-174호, '18.9.1.)</p>
<p>[232] Sulglycotide 경구제 (품명 : 글립타이드정 200밀리그램)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 '위·십이지장염'에 투여시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[232] Tegoprazan 경구제 (품명 : 케이캡정 50밀리그램 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 미란성 및 비미란성 위식도역류질환의 치료 나. 위궤양의 치료 (고시 제2022-111호, '22.5.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[235] 항구토제 (Aprepitant 제제, Granisetron HCl 제제, Ondansetron hydrochloride dihydrate 제제, Palonosetron HCl 제제, Ramosetron 제제)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 각 약제별 허가사항 범위 내에서 구토 유발성 화학요법 또는 방사선요법에 투여 시 「암환자에게 처방투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」의 “항구토제” 범위 내에서 인정함. 2. 각 약제별 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함 - 아 래 - ○ 수술 후 구역 및 구토의 치료 3. 소아 및 청소년에 투여 시는 각 약제별 허가사항(사용상 주의사항 등)을 참조하여 투여토록 함. (고시 제2018-253호, '18.12.1.)

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[238]</p> <p>Prucalopride succinate 경구제 (품명 : 루칼로정 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 2종 이상의 경구 완하제(부피형성 완하제, 삼투성 완하제 등)를 6개월 이상 투여함에도 불구하고 증상완화에 실패한 만성변비 환자에게 투여함. 단, 4주간 투여 후 증상 호전을 고려하여 지속 여부를 결정토록 함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2020-79호, '20.5.1.)</p>
<p>[238]</p> <p>Sodium docusate, D-sorbitol 복합 제제 (품명 : 알액 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 위·장관수술 또는 검사를 위한 장내용물의 배설, 불응성 변비에 투여용량을 실제 임상에서 사용되고 있는 1회당 1병(67.5ml)만 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
[239] Beclomethasone dipropionate 경구제 (품명 : 클리퍼지속성 장용정 5mg)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - ○ 경증 또는 중증도의 활동성 궤양성대장염 환자 증 기준 스테로이드제의 투여가 불가능하거나 부작용 등이 나타난 환자 (고시 제2013-127호, '13.9.1.)
[239] Calcium polycarbophil 경구제 (품명 : 실콘정 등)	허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 하며, 1일당 2~6정 범위 내에서 영양급여를 인정하고, 6정을 초과하여 8정까지 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2017-193호, '17.11.1.)
[239] Dexpanthenol 주사제 (품명 : 텍스테놀주 등)	허가사항 범위 내에서 복부수술 후 마비성 장애환자에 한하여 제한적으로 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)
[239] E.Coli strain Nissle 1917 동결건조물 14mg 경구제 (품명 : 뮤타플로캡슐)	허가사항 범위 내에서 아래와 같이 궤양성 대장염의 재발 방지에 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함 - 아 래 - 가. 5-Aminosalicylic acid 등의 심한 부작용으로 투여 할 수 없는 경우 나. 임신부, 수유부 (고시 제2017-193호, '17.11.1.)

구 분	세부인정기준 및 방법				
[239] Mesalazine 제제 (품명 : 펜타사 좌약 등)	1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 베체트장염에도 요양급여를 인정함. (고시 제2017-193호, '17.11.1.)				
[239] Migalastat 경구제 (품명 : 갈라폴드캡슐)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 투여대상 ○ 순응변이가 확인된 만 16세 이상의 파브리병 환자로서 다음 조건을 모두 만족하는 경우 - 순응변이 목록은 식약처 허가사항에 따라 www.galafoldamenabilitytable.com 의 순응변이 목록표에서 확인함. - 다 음 - 1) 다음 요건 중 어느 하나(①~⑨항 중 최소 1개)에 해당하는 파브리병 관련 임상 증상 또는 징후를 보이며, 기타 원인이 배제된(감별진단 된) 환자로서, 2) 백혈구 또는 피부섬유아세포 등에서 α -galactosidase A 활성도가 감소하고 유전자검사로 파브리병이 확진된 경우 (단, 특징적인 임상 증상을 보이지만 α -galactosidase A의 활성도 감소가 확인되지 않는 여성 환자의 경우 유전자 검사로 확진할 수 있음)				
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="392 1255 498 1296">항목</th> <th data-bbox="498 1255 991 1296">요건</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="392 1296 498 1428">신장*</td> <td data-bbox="498 1296 991 1428">① 사구체 여과율 감소 ($30 \leq \text{eGFR} < 90 \text{ml/min/1.73m}^2$(adjusted for age) > 40)에 2회 이상 해당하는 경우)</td> </tr> </tbody> </table>	항목	요건	신장*	① 사구체 여과율 감소 ($30 \leq \text{eGFR} < 90 \text{ml/min/1.73m}^2$ (adjusted for age) > 40)에 2회 이상 해당하는 경우)	
항목	요건				
신장*	① 사구체 여과율 감소 ($30 \leq \text{eGFR} < 90 \text{ml/min/1.73m}^2$ (adjusted for age) > 40)에 2회 이상 해당하는 경우)				

구 분	세부인정기준 및 방법	
	남성	② 미세알부민뇨(>30mg/g) (최소 24시간 간격 2회 이상 검출) ③ 알부민뇨(>20 μ g/min) (최소 24시간 간격 2회 이상 검출) ④ 단백뇨(>150mg/24hr)
	여성	⑤ 진행의 임상적 증거를 동반한 단백뇨 (>300mg/24hr)
심장	⑥ MRI나 심초음파로 입증된 좌심실 비대 (좌심실벽 두께)>12mm (단, 고혈압이 동반된 환자의 경우 동 약제 투여 전 최소 6개월의 혈압 치료가 선행되어야 함) 등 ⑦ 임상적으로 유의한 부정맥 및 전도장애 등	
신경	⑧ 객관적 검사로 입증된 뇌졸중이나 일과성 허혈발작 등	
통증	⑨ 항뇌전증약과/또는 최대용량의 진통제 (NSAIDs 등)를 사용함에도 조절되지 않는 만성 신경병증성 통증(지속 투여를 위해 진료기록 등을 통해 약제 효과가 지속적으로 입증되어야 함) 등	
※ 신장의 경우, 기타 원인과의 감별진단을 위해 생검을 통한 확진을 권장함.		
3) 12개월 이상 효소대체요법을 실시한 경우 또는 효소대체요법이 불가능한 경우(효소 약제에 대해 알려지 또는 과민반응이 있거나 효소대체요법을 위한 혈관확보가 불가능한 경우)		
나. 투여방법 ○ 효소대체요법(agalsidase alfa, agalsidase beta)과 병용투여는 인정하지 아니함.		

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>다. 평가방법</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 이 약 치료 시작 전 최초 평가를 실시하며, 이후 매 6개월 간격으로 신기능 검사(사구체여과율 포함), 심기능 검사(EKG 포함), Lyso-Gb3 검사를 통해 종합적으로 평가하여 동 약제의 최초 투여 시점에 비해 질병상태가 유지되거나 개선된 경우 지속투여를 인정함. <p>라. 장기처방 시 1회 처방기간은 퇴원할 경우 및 외래의 경우에는 최대 30일분까지로 함. 다만, 최초 투약일로부터 6개월 이후에 질병상태가 안정적이고 부작용이 없는 환자의 경우 최대 60일분까지 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2021-245호, '21.10.1.)</p>
<p>[239] Ramosetron HCl 2.5μg, 5μg 경구제 (품명 : 이리보정)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 설사형 과민성 대장증후군에 인정 <p style="text-align: right;">(고시 제2020-17호, '20.2.1.)</p>
<p>[239] Somatostatin acetate 주사제 (품명 : 소마토산주 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 식도정맥류에 의한 급성출혈에 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 통상 치료기간(48-72시간)동안 투여한 경우 나. 진료담당의사의 투여소견서가 첨부되어 4일 이상 투여한 경우</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[241] Desmopressin acetate 경구제 (품명 : 미니린정 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. 아 래 -</p> <p>가. 일차성 야뇨증(5세 이상) (단, '녹더나설하정 25마이크로그램, 50마이크로그램'은 제외)</p> <p>나. 야간다뇨와 관련이 있는 야간뇨 증상의 치료(성인에 한함) (단, '녹더나설하정 25마이크로그램, 50마이크로그램'은 특발성에 한함)</p> <p>○ 배뇨일지(Frequency volume chart)등으로 야간다뇨로 인한 야간뇨가 확진된 경우에만 인정</p> <p>2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 요붕증에 투여하는 경우에도 주사제 및 비강분무(Nasal spray)와 동일하게 영양급여를 인정함. (고시 제2020-107호, '20.6.1.)</p>
<p>[241] Desmopressin acetate 주사제 (품명 : 미니린주사액)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여하는 경우에는 영양급여를 인정함. 아 래 -</p> <p>○ 만성 신부전 또는 만성 신장질환 환자의 급성 출혈 또는 시술 전 급성 출혈예방을 위해 투여 (고시 제2018-253호, '18.12.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[241] Somatropin 서방형 주사제 (성장호르몬제) (품명 : 유트로핀플러스주 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양 급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상, 용량 및 기간</p> <p>1) 소아성장호르몬결핍증</p> <p>가) 소아성장호르몬결핍증</p> <p>(1) 투여대상</p> <p>(가) 해당 역연령의 3퍼센타일 이하의 신장이면서</p> <p>(나) 2가지 이상 성장호르몬 유발검사로 확진되고</p> <p>(다) 해당역연령보다 골연령이 감소된 자</p> <p>(2) 투여용량:</p> <p>○ 주당 0.5mg/kg</p> <p>(3) 투여기간</p> <p>○ 역연령 만 2세 이후부터 골단이 닫히기 전까지 투여하나 골연령이 여자의 경우 14-15세, 남자의 경우 15-16세 범위 내에서 급여하고 동 범주 내에 포함되더라도 현재 신장이 여자의 경우 153cm, 남자의 경우 165cm 초과되는 자는 전액 본인 부담함</p> <p>나) 기질적인 원인으로 인하여 뇌하수체기능이 저하된 경우(예 : 뇌하수체절제술, 방사선 치료 등)</p> <p>(1) 투여대상</p> <p>(가) 뇌하수체절제술을 시행한 경우 : 1가지 이상 성장호르몬 유발검사로 확진된 자</p> <p>(나) 방사선 치료 등으로 인한 뇌하수체기능이 저하된 경우 : 2가지 이상 성장호르몬 유발검사로 확진된 자</p> <p>(2) 투여용량</p> <p>○ 키가 크더라도 성장판이 닫힐 때까지는 전체용량 (Full dose)으로 인정</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>(3) 투여기간</p> <p>○ 골단이 닫히기 전까지 투여하나 골연령이 여자의 경우 14-15세, 남자의 경우 15-16세 범위 내에서 급여하고 동 범주 내에 포함되더라도 현재 신장이 여자의 경우 153cm, 남자의 경우 165cm 초과되는 자는 전액 본인 부담함</p> <p>나. 장기투여원칙</p> <p>성장호르몬제를 6개월간 투여해도 별반응이 없는 환자에 대해서는 진료담당의사는 성장호르몬제 투여의 적정성에 대해 재검토해야 함</p> <p>다. 성장호르몬제를 투여할 수 있는 요양기관 조건</p> <p>1) 반드시 소아과 전문의 또는 내분비학을 전공한 내과 전문의가 상근하여야 하며,</p> <p>가) 성장호르몬제 투여에 관련된 여러 가지 검사 (예 : 성장호르몬 유발검사 및 염색체검사 등)를 실시할 수 있는 인력, 시설 및 장비를 갖추고 자체 검사하여 진단·처방시 인정함을 원칙으로 함</p> <p>나) 방사면역측정법(RIA)에 의한 검사 등은 검체검사 위탁에 관한 기준 제3조(수탁기관의 인력 등 기준)에 적합한 기관에 의뢰하여 진단·처방한 경우에도 인정함</p> <p>2) 최초 진단·처방한 요양기관에서 추적관리 하면서 약제 처방만 의원에서 받는 경우는 인정</p> <p>라. 성장호르몬제는 자가주사로 처방 가능함</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 「보조생식술 급여기준」에 투여하는 경우에는 「[일반원칙] 보조생식술에 사용되는 호르몬 약제」에 의거하여 인정함.</p> <p>(고시 제2019-252호, '19.12.5.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[241] Somatropin 주사제 (성장호르몬제) (품명 : 유트로핀주 등)</p>	<p>1. 각 약제별 허가사항(효능·효과) 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 소아성장호르몬결핍증</p> <p>1) 소아성장호르몬결핍증</p> <p>가) 투여대상</p> <p>(1) 해당 역연령의 3퍼센타일 이하의 신장이면서, (2) 2가지 이상 성장호르몬 유발검사로 확진되고, (3) 해당 역연령보다 골연령이 감소된 자</p> <p>나) 투여용량</p> <p>○ 주당 0.5 - 0.71 IU/kg</p> <p>다) 투여기간</p> <p>○ 역연령 만2세 이후부터 골단이 닫히기 전까지 투여 하나 골연령이 여자의 경우 14-15세, 남자의 경우 15-16세 범위 내에서 급여하고, 동 범주 내에 포함되지만 현재 신장이 여자의 경우 153cm, 남자의 경우 165cm 초과되는 자는 전액 본인 부담함.</p> <p>2) 기질적인 원인으로 인하여 뇌하수체기능이 저하된 경우 (예 : 뇌하수체절제술, 방사선 치료 등)</p> <p>가) 투여대상</p> <p>(1) 뇌하수체절제술을 시행한 경우 : 한 가지 이상 성장호르몬 유발검사로 확진된 자 (2) 방사선 치료 등으로 인한 뇌하수체기능이 저하된 경우 : 두 가지 이상 성장호르몬 유발검사로 확진된 자</p> <p>나) 투여용량</p> <p>○ 키가 크더라도 성장판이 닫힐 때까지는 전체 용량 (Full dose), 그 다음엔 성인성장호르몬결핍증 치료용량으로 인정</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>다) 투여기간</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 골단이 닫히기 전까지 투여하나 골연령이 여자의 경우 14-15세, 남자의 경우 15-16세 범위 내에서 급여하고, 동 범주 내에 포함되더라도 현재 신장이 여자의 경우 153cm, 남자의 경우 165cm 초과되는 자는 전액 본인 부담함. <p>나. 터너증후군</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 투여대상 <ul style="list-style-type: none"> ○ 진찰소견에서 터너증후군의 특징을 갖춘 자로서 염색체 검사로 확진된 자 2) 투여용량 <ul style="list-style-type: none"> ○ 주당 1.0 IU/kg 단, 동 투여용량에 충분한 반응이 없는 경우, '노디트로핀노디플렉스주'에 한해 허가사항에 따라 주당 1.4 IU/kg까지 인정함. 3) 투여기간 <ul style="list-style-type: none"> ○ 역연령 만2세 이후부터 골단이 닫히기 전까지 투여하나 골연령 14-15세 범위 내에서 급여하고 동 범주 내에 포함되더라도 현재 신장이 153cm 초과되는 자는 전액 본인 부담함. <p>다. 소아만성신부전</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 투여대상 <ol style="list-style-type: none"> 가) 연간 신장증가속도가 4cm미만이거나 나) 해당 역연령의 3퍼센타일 이하의 신장이면서 해당역연령보다 골연령이 감소된 자 2) 투여용량 <ul style="list-style-type: none"> ○ 주당 0.9 - 1.5 IU/kg 3) 투여기간 <ul style="list-style-type: none"> ○ 역연령 만2세 이후부터 골단이 닫히기 전까지 투여하나 골연령이 여자의 경우 14-15세, 남자의

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>경우 15-16세 범위 내에서 급여하고 동 범주내에 포함되더라도 현재 신장이 여자의 경우 153cm, 남자의 경우 165cm 초과되는 자는 전액 본인부담</p> <p>라. 성인성장호르몬결핍증</p> <p>1) 투여대상</p> <p>가) 유년기 개시형 결핍증(Childhood onset)</p> <p>유년기에 성장호르몬 결핍증으로 진단 받은 환자는 골단이 막혔거나, 역연령 남자 만 18세, 여자 만 16세가 넘어 성장이 거의 끝났다고 판정하였을 때 성장호르몬 대체요법을 시작하기 전에 반드시 재평가를 받아 성장호르몬 결핍증이 확인되어야 함.</p> <p>나) 성인기 개시형 결핍증(Adult onset)</p> <p>성장호르몬 대체요법을 시작하기 전에 시상하부 또는 뇌하수체 질환 등에 의한 2차적 성장호르몬 결핍증과 적어도 한 가지 이상의 다른 호르몬 결핍증(프로락틴 제외)이 진단되어야 하며, 적절한 대체요법을 받고 있어야 함.</p> <p>2) 성장호르몬 결핍증 진단 기준</p> <p>○ 성장호르몬 분비 자극검사[인슐린 부하검사(ITT), GHRH 자극검사, L-dopa 자극검사, Arginine 자극검사, Clonidine 자극검사, 글루카곤(Glucagons)] 중 최소한 2가지 이상의 검사를 시행하여 자극된 최대 혈청 성장호르몬 농도가 5ng/ml(또는 5μg/L) 이하로 진단된 경우</p> <p>(단, 인슐린 부하검사(ITT)를 한 경우는 1가지 검사만으로도 최대 혈청 성장호르몬 농도가 5ng/ml (또는 5μg/L) 이하이면 인정)</p> <p>3) 투여용량</p> <p>○ 1일 0.018 IU/kg ~ 최대 1일 0.036 IU/kg</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>4) 투여기간</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 3년간 투여 후 다시 자극검사를 시행(기질적 원인에 의한 범뇌하수체 기능저하증으로 확진된 경우는 제외) 하여 성장호르몬 결핍이 있으면 연장 가능(투여소견서와 검사결과를 첨부) <p>5) 효과에 대한 모니터링</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 치료시작 후 3개월까지는 최소 2-4주 간격으로 시행한 인슐린양 성장인자-I(IGF-I)의 수치로 성장호르몬의 투여용량의 증감을 결정하며 3개월 이후에는 1-3개월 간격으로 인슐린양 성장인자-I(IGF-I)을 포함한 대사항목을 검사하여 효과에 대한 판정기준으로 함. <p>바. 프라더윌리증후군(허가사항에 따라 ‘지노트로핀주’, ‘지노트로핀고퀵펜주’, ‘싸이트로핀에이카트리지주’, ‘유티로핀주’, ‘유티로핀펜주’만 해당)</p> <p>1) 투여대상</p> <ul style="list-style-type: none"> 가) 임상증상 및 유전자검사로 확진된 자 나) 중증의 비만, 중증의 호흡장애를 가진 환자에는 투여하지 않음. 다) 성장속도가 연간 1cm 이하 및 골단이 거의 폐쇄된 소아에는 투여하지 않음. <p>2) 투여용량</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 각 약제별 허가사항(용법-용량) 범위 내에서 인정함. 단, 1일 최대 2.7mg을 초과하여서는 안 됨. <p>3) 투여기간</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 역연령 만2세 이후부터 골단이 닫히기 전까지 투여하나 골연령이 여자의 경우 14-15세, 남자의 경우 15-16세 범위 내에서 급여하고 동 범위 내에 포함되더라도 현재 신장이 여자의 경우 153cm, 남자의 경우 165cm 초과되는 자는 전액 본인부담 <p>바. 임신주수에 비해 작게 태어난(small for gestational age: SGA) 저신장 소아</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>1) 투여대상</p> <p>○ 각 재태기간(주수)에 출생 체중 또는 신장이 3퍼센타일 이하인 소아 중 만 4세 이후에도 신장이 3퍼센타일 이하인 소아</p> <p>* 관련 기준은 [붙임] 참조</p> <p>2) 투여용량</p> <p>○ 1일 0.035mg/kg(또는 1.0mg/m²). 단, 신장증가효과가 없을 경우에는 1일 0.070mg/kg(또는 2.0mg/m²)까지 증량가능함.</p> <p>3) 투여기간</p> <p>○ 역연령 만4세 이후부터 골단이 닫히기 전까지 투여하나 골연령이 여자의 경우 14-15세, 남자의 경우 15-16세 범위 내에서 급여하고 동 범주 내에 포함되더라도 현재 신장이 여자의 경우 153cm, 남자의 경우 165cm 초과되거나 신장 성장속도가 2cm/년 미만인 자는 전액 본인부담</p> <p>사. 누란증후군(허가사항에 따라 '노디트로핀노디플렉스주'만 해당)</p> <p>1) 투여대상</p> <p>○ 해당 역연령의 3퍼센타일 이하의 신장이면서 누란증후군의 특이적인 임상소견을 보이는 자</p> <p>2) 투여용량</p> <p>○ 1일 0.05-0.07mg/kg(주당 1.0-1.5 IU/kg)</p> <p>3) 투여기간</p> <p>○ 역연령 만2세 이후부터 골단이 닫히기 전까지 투여하나, 골연령이 여자의 경우 14-15세, 남자의 경우 15-16세 범위 내에서 급여하고 동 범주에 포함되더라도 현재 신장이 여자의 경우 153cm, 남자의 경우 165cm 초과하는 경우에는 약값 전액을 환자가 부담함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2. 허가사항 범위를 초과하여 특발성 성인성장호르몬결핍증으로 확진된 경우에 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 성장호르몬 분비 자극검사[인슐린 부하검사(ITT), GHRH 자극검사, L-dopa 자극검사, Arginine 자극검사, Glucagons 검사, Clonidine 자극검사(추가)]중 최소한 2가지 이상의 검사를 시행하여 자극된 최대 혈청 성장호르몬 농도가 3ng/ml(또는3μg/L) 이하로 진단된 경우 역연령 35세까지 요양급여하며, 35세 이후에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p>나. 투여용량, 투여기간, 효과에 대한 모니터링은 성인성장호르몬 결핍증과 동일</p> <p>3. 장기투여원칙 성장호르몬제를 6개월간 투여해도 별 반응이 없는 환자에 대해서는 진료담당의사는 성장호르몬제 투여의 적정성에 대해 재검토해야 함.</p> <p>4. 성장호르몬제를 투여할 수 있는 요양기관 조건</p> <p>가. 반드시 소아과 전문의 또는 내분비학을 전공한 내과전문 의사가 상근하여야 함.</p> <p>나. 성장호르몬제 투여에 관련된 여러 가지 검사(예: 성장호르몬 유발검사 및 염색체검사 등)를 실시할 수 있는 인력, 시설 및 장비를 갖추고 자체 검사하여 진단·처방시 인정함. ○ 방사면역측정법(RIA)에 의한 검사, 터너증후군 진단을 위한 염색체 검사 및 프라터윌리증후군 진단을 위한 유전자 검사 등은 검체검사 위탁에 관한 기준 제3조(수탁기관의 인력 등 기준)에 적합한 기관에 의뢰하여 진단·처방한 경우에도 인정</p> <p>다. 최초 진단·처방한 요양기관에서 추적관리 하면서 약제 처방만 의원에서 받는 경우는 인정</p> <p>5. 성장호르몬제는 자가 주사로 처방 가능함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>6. 허가사항 범위를 초과하여 「보조생식술 급여기준」에 투여하는 경우에는 “[일반원칙] 보조생식술에 사용되는 호르몬 약제”에 의거하여 인정함.</p> <p>(고시 제2019-252호, '19.12.5.)</p>
<p>[241] Terlipressin acetate 주사제 (품명 : 글라이프레신주 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항의 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여한 경우에도 영양급여를 인정함.</p> <p>- 아 래 -</p> <p>가. 내시경적 치료가 불가능한 위정맥류 출혈에 3일 이내 투여한 경우</p> <p>나. 제1형 간신증후군 환자에게 투여한 경우</p> <p>1) 투여 시작 3일 후 혈청 크레아티닌의 감소가 있어 10일간 투여하였으나 증상 지속되어 연장투여가 필요한 경우 5일 추가 투여 시 인정 (총15일 이내)</p> <p>2) 투여 시작 3일 후 혈청 크레아티닌의 감소가 나타나지 않았으나 지속투여가 필요한 경우 10일 이내 인정</p> <p>※ 금기 대상 환자 : 패혈성 쇼크, 임신부, 관상동맥부전 및 심근경색의 가능성, 중증 동맥 고혈압</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[241] Vasopressin 20U 주사제 (품명 : 한림 바소프레신 주사액)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 경우에도 영양급여를 인정함.</p> <p>- 아 래 -</p> <p>가. 식도정맥류 출혈 : 1일 400단위 투여, 2주 이내</p> <p>나. 자궁근종절제술중 20단위 투여</p> <p>다. 자궁경부원추형절제술(자426)중 20단위 투여</p> <p>(고시 제2017-193호, '17.11.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[243] Teriparatide acetate 주사제 (품명 : 테리본피하주사)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상</p> <p>기존 골흡수억제제(alendronate, risedronate, etidronate 등) 중 한 가지 이상에 효과가 없거나* 사용할 수 없는 환자로 다음의 조건을 모두 만족하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 65세 이상의 폐경 후 여성</p> <p>2) 중심골[Central bone : 요추, 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 이중 에너지 방사선 흡수계측(Dual-Energy X-ray Absorptiometry: DEXA)으로 측정된 골밀도 검사결과 T-score -2.5 SD 이하</p> <p>3) 골다공증성 골절이 2개 이상 발생(과거에 발생한 골절에 대해서는 골다공증성 골절에 대한 자료를 첨부하여야 함.)</p> <p>나. 투여기간</p> <p>최대 72주. 한 환자의 일생에서 72주 과정을 반복해서는 안됨.</p> <p>다. Teriparatide 주사제(품명 : 포스테오주)와 교체 투여는 급여로 인정하지 아니함.</p> <p>※ 효과가 없는 경우란 1년 이상 충분한 투여에도 불구하고 새로운 골절이 발생한 경우를 의미함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2017-17호, '17.2.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[243] Teriparatide 주사제 (품명 : 포스테오주 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상</p> <p>기존 골흡수억제제(alendronate, risedronate, etidronate 등) 중 한 가지 이상에 효과가 없거나* 사용할 수 없는 환자로 다음의 조건을 모두 만족 하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 65세 이상</p> <p>2) 중심골(Central bone: 요추, 대퇴(Ward's triangle 제외))에서 이중 에너지 방사선 흡수계측(Dual- Energy X-ray Absorptiometry: DEXA)으로 측 정한 골밀도 검사결과 T-score -2.5 SD 이하</p> <p>3) 골다공증성 골절이 2개 이상 발생(과거에 발생한 골절에 대해서는 골다공증성 골절에 대한 자료를 첨부하여야 함.)</p> <p>나. 투여기간</p> <p>최대 24개월. 한 환자의 일생에서 24개월 과정을 반복해서는 안됨.</p> <p>다. Teriparatide acetate 주사제(품명 : 테리본피하 주사)와 교체투여는 급여로 인정하지 아니함.</p> <p>※ 효과가 없는 경우란 1년 이상 충분한 투여에도 불구 하고 새로운 골절이 발생한 경우를 의미함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2020-17호, '20.2.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[243] Thyrotropin 주사제 (품명 : 타이로젠주 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 원격 전이가 없는 분화 갑상선암으로 갑상선 전절제술 (total 또는 near total)을 시행한 환자에서 잔재 갑상선 조직 제거 시 ○ 인정횟수 : 1회</p> <p>나. 갑상선암으로 수술을 받고 ¹³¹I 치료를 받은 환자의 추적 검사 시 ○ 인정횟수 : 1회</p> <p>다. 단, 뇌하수체 기능 저하 환자에서는 상기 가., 나. 의 경우에 인정횟수 초과 시 사례별로 인정함. (고시 제2019-171호, '19.8.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[244] Oxymetholone 경구제 (품명 : 셀트리온 옥시메톨론정)</p>	<p>허가사항 범위(재생불량성 빈혈, 골수섬유증에 의한 골수의 소모상태) 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. (고시 제2018-253호, '18.12.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[245] 스테로이드 주사제 (품명 : 제일텍사메타손주사액 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능·효과, 용법·용량)를 초과하여 아래와 같은 경우에도 요양급여를 인정함. <ul style="list-style-type: none"> - 아 래 - 가. 신경차단술 시 사용한 경우 나. 추간관절차단(Facet joint block/injection) 시 사용된 Triamcinolone acetone 주사제는 1 level당 20mg으로 최대 3 level(60mg)까지, 양측은 각각 최대 2 level(80mg)까지 인정 다. 조산위험이 있는 24-34주 임신부에게 신생아 호흡곤란증후군(RDS) 등의 태아 합병증 예방목적으로 betamethasone sodium phosphate 주사제 투여 시 <ul style="list-style-type: none"> ○ 투여방법: betamethasone을 1회 12mg, 24시간 간격으로 2회 근육주사 (1주기, 총 24mg) - 단, 첫 주기 투여 후 7일 이상 경과하고 여전히 조산위험이 있는 34주 미만의 임신부의 경우 1주기 추가 투여를 인정함. <p>※ 단, 사용상의 주의사항에 따라,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Triamcinolone acetone는 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 <p>(고시 제2019-313호, '20.1.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[245] Budesonide (micronized) 2.3mg 제제 (품명: 엔토코트)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 궤양성 대장염, 직장항문염 상병에 투여 시 스테로이드제 국소투여가 요구되는 객관적 사유와 투여소견서 첨부시만 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2022-160호, '22.7.1.)</p>
<p>[245] Deflazacort 경구제 (품명: 캘코트정 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 소아 신증후군 환자의 경우 ○ 소아신증후군 환자가 성인이 된 후에도 동 약제의 투여가 필요한 경우 인정함</p> <p>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.</p> <p>다. 부신피질호르몬제를 투여할 필요성이 있는 환자중 타 부신피질호르몬제 투여로 다음과 같은 심각한 부작용이 나타나, 투여소견서가 첨부된 경우에 한하여 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 당뇨병이 병발한 경우 2) 피부선조(Striae), 들소형육봉(Buffalo hump) 등이 보이는 쿠싱증후군(Cushing syndrome)인 경우 3) 무혈관성 골괴사증후군(Avascular necrosis of bone)인 경우 4) 소아에서 성장지연이 현저한 경우

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>라. 상기 조건에 해당되어 만성신부전 환자 중 혈액투석 또는 복막투석을 받고 있는 환자와 신이식 수술을 받은 환자</p> <p>마. 장기간 치료가 필요한 소아 포도막염, 성인 만성포도막염(3개월 이상 지속) 환자 (고시 제2019-252호, '19.12.1.)</p>
<p>[245] Epinephrine bitartrate 주사제 (품명 : 젝스트프리필드펜주150 마이크로그램 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우로서 자가 투여를 목적으로 투여 시, 1회 처방당 최대 2개까지 영양급여를 인정함.</p> <p>단, 재처방은 유효기간 경과 등으로 폐기사유가 확인되거나 이전에 처방 받은 동 약제의 사용이 확인된 경우에 한하여 영양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 아나필락시스 치료 후 퇴원 처방 시</p> <p>나. 아나필락시스의 과거 병력이 있는 환자에게 처방 시 (고시 제2019-313호, '20.1.1.)</p>
<p>[245] Epinephrine 제제 (품명 : 제일에피네프린주사액 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 “소아의 급성 폐쇄성 후두염(크룹, Croup)의 흡입 요법”에 투여한 경우에도 영양급여를 인정함. (고시 제2019-93호, '19.6.7.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[245] Methylprednisolone sodium succinate 주사제 (품명 : 솔루메드롤주 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능·효과)를 초과하여 전두부탈모증 (Alopeciatotalis) 치료(Steroid pulse therapy)에도 요양급여를 인정함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[245] Triamcinolone acetonide 주사제 (품명 : 트리암시놀론주 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능·효과, 용법·용량)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여한 경우에도 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 원형탈모증 및 켈로이드반흔 상병 등에 병변 내 주입 시 환자상태에 따라 1일 40mg 이내로 투여한 경우 나. 추간관절차단(Facet joint block/injection)시는 1 level당 20mg으로 최대 3 level(60mg)까지, 양측은 각각 최대 2 level(80mg)까지 인정 (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[247]</p> <p>Danazol 경구제 (품명 : 영풍 다나졸캡슐 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 자궁내막증</p> <p>1) 복강경검사 등으로 확진된 경우</p> <p>2) 초음파검사 또는 자기공명영상으로 진단된 환자로서 난소, 직장, 방광에 생긴 경우</p> <p>나. 유전성 혈관부종에 투여한 경우</p> <p>2. 허가사항의 범위(효능·효과 등)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 스테로이드치료 또는 비장절제 후에도 호전되지 않는 특발성 혈소판 감소증(ITP)</p> <p>나. 표준치료에 반응하지 않는 심각한 불응성 혈소판 감소증이나 용혈성 빈혈을 동반하는 일부 난치성 혈액질환[PNH(발작성 야간 혈색소증), IMF(특발성 골수섬유화증), MDS(골수이형성증후군), AIHA(후천성 자가면역성 용혈성 빈혈) 등]</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-253호, '18.12.1.)</p>
<p>[247]</p> <p>Dienogest 경구제 (품명 : 비잔정 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 자궁내막증</p> <p>가. 복강경검사 등으로 확진된 경우</p> <p>나. 초음파검사 또는 자기공명영상으로 진단된 환자로서 난소, 직장, 방광에 생긴 경우</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-253호, '18.12.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[247] Levonorgestrol 제제 (품명 : 미레나 20mcg)</p>	<p>1. 허가사항 중 월경과다증, 월경곤란증, 에스트로겐 대체 요법시 프로게스틴의 국소적용에 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 월경과다증으로 확진된 경우 나. 생리주기 당 1~2일간 일상생활이 불가능한 월경곤란 증인 경우 다. 에스트로겐 대체요법시 경구 프로게스틴(Progestin) 제제를 사용할 수 없거나 간 등의 대사기능에 문제가 있는 경우</p> <p>2. 피임 목적으로 투여 시에는 비급여함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[247] Medroxyprogesterone acetate 경구제 (품명 : 프로베라정 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여한 경우에도 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 자궁내막증에 고용량 투여(60mg/일) 나. 임파관평활근종증(Lymphangi leiomyomatosis) 다. 「보조생식술 급여기준」 급여 인정 범위 이내에서 투여하는 경우에는 “[일반원칙] 보조생식술에 사용되는 호르몬 약제”에 의거하여 인정함. (고시 제2017-193호, '17.11.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[249]</p> <p>난포자극호르몬 (FSH) 주사제</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여함을 원칙으로 하며, 보조생식술에 Human menopausal gonadotropin (hMG (menotrophin))과 병용 투여한 경우 병용 약제의 총 용량은 600IU/day 까지 요양급여를 인정함. <ul style="list-style-type: none"> - 단, Follitropin delta와 병용 투여할 경우에는 Follitropin delta 허가사항 중 사용상의 주의사항 (일일 용량으로 이 약 10마이크로그램을 투여받은 환자의 대부분에서 일일 용량으로 폴리트로핀알파 150IU 투여 시 얻어진 것과 유사한 난소반응을 나타냄.)을 참고하여 병용 약제의 인정 총 용량 범위 내에서 투여하여야 함. 2. 허가사항 범위(용법·용량)를 초과하여 보조생식술에 human chorionic gonadotrophin 주사제 투여 당일에 투여한 경우 요양급여를 인정함. 3. 상기 1. 2. 중 보조생식술에 투여 시에는 「보조생식술 급여기준」 범위 내에서 요양급여를 인정하며, 비급여로 실시한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <ul style="list-style-type: none"> ※ 대상약제: Follitropin-α(품명: 고날-에프펜주 등, 고날에프주75IU), Follitropin-β(품명: 퓨레곤펜주 등, 퓨레곤용액주100IU), Follitropin (r-hFSH) (품명: 폴리트롭프리필드시린지주, 고나도핀엔에프주사액 프리필드시린지), Follitropin delta (품명: 레코벨 프리필드펜) <p style="text-align: right;">(고시 제2022-111호, '22.5.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[249] 태반성성선자극호르몬 (hCG) 주사제 (품명 : 아이브이에프씨주 5000IU 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여함을 원칙으로 함. 다만, 보조생식술에 투여 시에는 「보조생식술 급여기준」 범위 내에서 요양급여를 인정하며, 비급여로 실시한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2017-180호, '17.10.1.)</p>
<p>[249] Clomiphene citrate 경구제 (품명 : 영풍 클로미 펜시트르산염정)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 허가용량 투여로 배란유도에 실패한 경우 1일 최대 250mg까지 인정 나. 남성 불임증(과소약정자증·비폐쇄성 무정자증) 3. 상기 1. 2. 중 보조생식술에 투여 시에는 「보조생식술 급여기준」 범위 내에서 요양급여를 인정하며, 비급여로 실시한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2017-180호, '17.10.1.)</p>
<p>[249] Darbepoetin alpha 주사제 (품명 : 네스프프리필드시린지 주 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 만성신부전 환자의 빈혈치료(철결핍성 빈혈로 진단된 환자는 제외함) 1) 헤모글로블린(Hb) 10g/dL 이하 또는 헤마토크리트(Hct) 30% 이하인 경우(투석을 받고 있지 않는 환자는 사구체여과율(GFR) 30mL/min/1.73m² 미만인 환자에 한함)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>- 다만, 동 조건에 해당하여 약제를 투여하다 중단한 경우 Hb 10-11g/dL(또는 Hct 30-33%)의 유지를 위하여 재투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p>2) Hb 11g/dL 또는 Hct 33%까지 요양급여를 인정하며, 진료비 청구 시 매월별 혈액검사 결과치를 첨부하여야 함.</p> <p>나. 항암화학요법(Chemotherapy)을 받고 있는 비골수성 악성종양 환자의 빈혈치료</p> <p>1) Hb 10g/dL 이하 또는 Hct 30% 이하인 경우</p> <p>2) Hb 12g/dL 또는 Hct 36%까지 요양급여를 인정하며, 진료비 청구 시 매월별 혈액검사 결과치를 첨부하여야 함.</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 골수이형성증후군 환자에게 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 헤모글로블린(Hb) 10g/dL 이하 또는 헤마토크리트(Hct) 30% 이하이면서 Erythropoietin 500mU/ml 이하인 IPSS risk category low 또는 Intermediate-1 환자</p> <p>나. Hb 12g/dL 또는 Hct 36%까지 요양급여를 인정하며, 진료비 청구 시 매월별 혈액검사 결과치를 첨부하여야 함.</p> <p>○ 8주 투여 후 매 2주마다 반응평가를 하여 감량하는 등 용량을 조절해야함</p> <p>※ IPSS: NCCN practice guidelines에 의한 International Prognostic Scoring System risk category 분류 (고시 제2019-57호, '19.4.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[249] Erythropoietin 주사제 (품명 : 에포카인주 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 -</p> <p>가. 만성신부전 환자의 빈혈치료(철결핍성 빈혈로 진단된 환자는 제외함)</p> <p>1) 헤모글로블린(Hb) 10g/dL 이하 또는 헤마토크리트 (Hct) 30% 이하인 경우(투석을 받고 있지 않는 환자는 사구체여과율(GFR) 30mL/min/1.73m² 미만인 환자에 한함) - 다만, 동 조건에 해당하여 약제를 투여하다 중단한 경우 Hb 10-11g/dL(또는 Hct 30-33%)의 유지를 위하여 재투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p>2) Hb 11g/dL 또는 Hct 33%까지 요양급여를 인정하며, 진료비 청구 시 매월별 혈액검사 결과치를 첨부 하여야 함.</p> <p>나. 항암화학요법(Chemotherapy)을 받고 있는 비골수형 악성종양 환자의 빈혈치료</p> <p>1) Hb 10g/dL 이하 또는 Hct 30% 이하인 경우 2) Hb 12g/dL 또는 Hct 36%까지 요양급여를 인정하며, 진료비 청구 시 매월별 혈액검사 결과치를 첨부 하여야 함.</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 골수이형성증후군 환자에게 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 -</p> <p>가. 헤모글로블린(Hb) 10g/dL 이하 또는 헤마토크리트 (Hct) 30% 이하이면서 Erythropoietin 500mU/ml 이하인 IPSS risk category low 또는 Intermediate-1 환자</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나. Hb 12g/dL 또는Hct 36%까지 요양급여를 인정하며, 진료비 청구 시 매월별 혈액검사 결과치를 첨부하여야 함.</p> <p>○ 8주 투여 후 매 2주마다 반응평가를 하여 감량하는 등 용량을 조절해야 함</p> <p>※ IPSS: NCCN practice guidelines에 의한 International Prognostic Scoring System risk category 분류 (고시 제2019-38호, '19.3.1.)</p>
<p>[249]</p> <p>Follitropin-α + lutropin α(r-hLH) 복합주사제 (품명 : 퍼고베리스주)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <ul style="list-style-type: none"> - 아 래 - 가. 저성선자극호르몬성 성선부전증 (Hypogonadotropic hypogonadism(WHO Group I)) 으로 진단받은 여성 <ol style="list-style-type: none"> 1) 폐경여성 성선자극호르몬(Human menopausal gonadotropin)을 이용한 배란유도 또는 과배란 유도에 부적절한 반응을 보이는 경우 2) 약물과민반응 등 투약으로 인한 부작용이 발생 하였거나 그 위험성이 높은 경우에 투여 시 인정 나. 심한 LH결핍 환자(LH 1.2IU/L 미만)의 보조생식술에 2바이알/day까지 투여한 경우 <ol style="list-style-type: none"> 2. 허가사항 범위(용법·용량)를 초과하여 보조생식술에 human chorionic gonadotrophin 주사제 투여 당일에 투여한 경우 요양급여를 인정함. 3. 상기 1, 2. 중 보조생식술에 투여 시에는 「보조생식술 급여기준」 범위 내에서 요양급여를 인정하며, 비급여로 실시한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2017-193호, '17.11.1.)

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[249] GnRH antagonist 주사제</p>	<p>1. 각 약제의 허가사항 범위 내에서 투여 시 「보조생식술 급여기준」의 급여인정 범위 내에서 요양급여를 인정하며, 비급여로 실시한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 체외수정 시술 환자 중 저반응군에서 조기난포 성장 억제를 위해 투여한 경우</p> <p>나. 체외수정 시술 환자 중 난소과자극증후군의 예방을 위해 투여한 경우</p> <p>※ 대상약제 : Cetrorelix acetate(품명 : 세트로타이드주0.25밀리그램 등), Ganirelix acetate(품명 : 오가루트란주0.25mg/0.5ml 등)</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-28호, '18.3.1.)</p>
<p>[249] Long-acting octreotide 주사제 (품명 : 산도스타틴라르주사10 밀리그램 등)</p>	<p>허가사항 및 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2019-210호, '19.10.1.)</p>
<p>[249] Lutropin alpha (r-hLH) 주사제 (품명 : 루베리스주 75IU)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 저성선자극호르몬성 성선부전증(Hypogonadotropic hypogonadism (WHO Group I))으로 진단받은 여성</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>1) 폐경여성 성선자극호르몬(Human menopausal gonadotropin)을 이용한 배란유도 또는 과배란 유도에 부적절한 반응을 보이는 경우</p> <p>2) 약물과민반응 등 투약으로 인한 부작용이 발생하였거나 그 위험성이 높은 경우에 투여 시 인정</p> <p>나. 심한 LH결핍 환자(LH 1.2IU/L 미만)의 보조생식술에 150IU/day까지 투여한 경우</p> <p>다. 상기 가. 나. 조건에서 병용 투여한 난포자극호르몬(FSH) 주사제는 인정</p> <p>라. 상기 가. 나. 중 보조생식술에 투여 시에는 「보조생식술 급여기준」 범위 내에서 요양급여를 인정하며, 비급여로 실시한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p>(고시 제2017-180호, '17.10.1.)</p>
<p>[249]</p> <p>Menotrophin 주사제 (품명: 아이브이에프엠 주 75IU 등)</p> <p>Menotrophin HP 주사제 (품명: 아이브이에프엠 에이치피주 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여함을 원칙으로 하며, 보조생식술에 난포자극호르몬(FSH)과 병용 투여한 경우 병용 약제의 총 용량은 600IU/day 까지 요양급여를 인정함.</p> <p>- 단, Follitropin delta와 병용 투여할 경우에는 Follitropin delta 허가사항 중 사용상의 주의사항(일일 용량으로 이 약 10마이크로그램을 투여 받은 환자의 대부분에서 일일 용량으로 폴리트르핀알파 150IU 투여 시 얻어진 것과 유사한 난소반응을 나타냄.)을 참고하여 병용 약제의 인정 총 용량 범위 내에서 투여하여야 함.</p> <p>2. 허가사항 범위(용법·용량)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시에도 요양급여를 인정함.</p> <p>- 아 래 -</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>가. 무배란성 여성불임증 치료</p> <p>1) 1cycle 당 최대 18앰플(75IU 기준) 정도 투여함을 원칙으로 하며(월단위),</p> <p>가) 초기용량 투여로 배란유도에 실패한 경우에는 허가사항 범위를 초과(용법·용량)하여 1일 최대 6앰플(75IU 기준)까지 투여하는 경우에도 요양급여를 인정함</p> <p>나) 1cycle당 최대 72앰플(75IU기준)을 초과할 수 없음</p> <p>나. 보조생식술</p> <p>○ human chorionic gonadotrophin 주사제 투여 당일에 투여한 경우</p> <p>3. 상기 1. 2. 중 보조생식술에 투여시에는 「보조생식술 급여기준」 범위 내에서 요양급여를 인정하며, 비급여로 실시한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p>(고시 제2022-111호, '22.5.1.)</p>
<p>[249]</p> <p>Methoxy polyethylene glycol-epoetin β 주사제 (품명 : 미쎬라프리필드주)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 만성신부전 환자의 빈혈치료(철결핍성 빈혈로 진단된 환자는 제외함)</p> <p>1) 헤모글로블린(Hb) 10g/dL 이하 또는 헤마토크리트(Hct) 30% 이하인 경우(투석을 받고 있지 않는 환자는 사구체여과율(GFR) 30mL/min/1.73m² 미만인 환자에 한함)</p> <p>- 다만, 동 조건에 해당하여 약제를 투여하다 중단한 경우 Hb 10-11g/dL(또는 Hct 30-33%)의 유지를 위하여 재투여 시 요양급여를 인정함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2) Hb 11g/dL 또는 Hct 33%까지 요양급여를 인정하며, 진료비 청구 시 매월별 혈액검사 결과치를 첨부하여야 함.</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 골수이형성증후군 환자에게 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 헤모글로블린(Hb) 10g/dL 이하 또는 헤마토크리트(Hct) 30% 이하이면서 Erythropoietin 500mU/ml 이하인 국제예후점수체계 위험 분류의 저위험군 (IPSS risk category low 또는 Intermediate-1) 환자</p> <p>나. Hb 12g/dL 또는 Hct 36%까지 요양급여를 인정하며, 진료비 청구 시 매월별 혈액검사 결과치를 첨부하여야 함.</p> <p>○ 8주 투여 후 매 2주마다 반응평가를 하여 감량하는 등 용량을 조절해야 함</p> <p>※ IPSS: NCCN practice guidelines에 의한 International Prognostic Scoring System risk category 분류 (고시 제2019-38호, '19.3.1.)</p>
<p>[249] Octreotide 주사제 (품명 : 산도스타틴주 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 하며, 허가사항 범위(효능·효과)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여한 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 항암제 투여 후 분비성 설사에 고용량의 지사제 투여에도 불구하고 설사가 지속되는 중증 불응성인 경우 5일 이내 인정</p> <p>나. 소아의 고인슐린혈증의 저혈당증(Persistent Hyperinsulinemic Hypoglycemia of Infancy ; PHHI)으로 다음에 해당하는 경우</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>(1) 2~3주 동안 diazoxide 투여 후에도 고인슐린 혈증의 저혈당증이 조절되지 않는 췌장절제 예정인 환자로서 투여소견서 첨부 시 수술 시행 전까지 인정</p> <p>· 투여 용량 및 방법 : 5-25μg/kg/day을 6~8시간 마다 피하주사하거나 지속적 정맥주입</p> <p>(2) 췌장절제술 시행 후 고인슐린혈증의 저혈당증이 교정되지 않아 diazoxide 투여한 후에도 조절되지 않는 경우</p> <p>다. 유미흉(Chylothorax), 유미복수(Chylous ascites)에 1일 0.3mg씩 7~14일간 투여한 경우(소아의 경우 적의 증감가능)</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여하는 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 위·장관계 수술 후 문합부위 누출에 치료목적으로 투여한 경우</p> <p>나. 췌장관련 수술 후 합병증 치료에 투여한 경우</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2019-38호, '19.3.1.)</p>
<p>[249] Pasireotide pamoate 주사제 (품명 : 시그니포 라르 주사 20,40,60 밀리그램)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 수술이 적절하지 않거나 수술로 치료되지 않은 말단 비대증 환자로서 다른 소마토스타틴 유사제(Octreotide 30mg 또는 Lanreotide 120mg)를 최소 24주간 투여 하였으나 충분한 반응을 보이지 않는 다음의 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>- 평균 성장호르몬(GH, Growth hormone) 수치가 2.5μg/L 이상이고, 인슐린성 성장인자(IGF-1, Insulin-like growth factor 1)이 정상범위상한(ULN)의 1.3배 이상 (고시 제2017-193호, '17.11.1.)</p>
<p>[249] Pegvisomant 주사제 (품명: 소마버트 10밀리그램 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 수술 및/또는 방사선 치료에 적절한 반응을 보이지 않는 성인(만18세 이상) 말단비대증 환자로 소마 토스타틴 유사체(Octreotide 30mg 또는 Lanreotide 120mg)를 최소 24주간 투여하였으나 충분한 반응을 보이지 않는 다음의 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>- 인슐린성 성장인자(IGF-1, Insulin-like growth factor 1)가 정상범위상한(ULN)의 1.3배 이상 (고시 제2021-234호, '21.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[252] Methylergonovine maleate 주사제 (품명 : 에르빈주사액 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 하며, 허가사항 범위(효능·효과)를 초과하여 ‘자궁근종절제술 후 출혈의 방지 및 치료’에도 영양급여를 인정함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[259] 5알파 환원효소 억제제 경구제 (finasteride 5mg, dutasteride 0.5mg)</p>	<p>각 약제의 허가사항 중 양성 전립선 비대증에 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여 시작 시 다음의 1), 2) 조건을 모두 충족하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) IPSS(International Prostate Symptom Score, 국제전립선증상점수표) 8점 이상</p> <p>2) 초음파검사 상 전립선 크기가 30ml 이상이거나, 직장수지검사 상 중등도 이상의 양성 전립선비대증 소견이 있거나, 혈청 전립선특이항원(Prostate specific antigen, PSA) 수치가 1.4ng/ml 이상</p> <p>나. 가에 해당하여 동 약제를 투여하는 동안에는 적어도 12개월 마다 1회 이상 PSA 검사를 시행하여 수치를 평가하고, 이를 기록할 것을 권장함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2019-240호, '19.11.8.)</p>
<p>[259] Alfuzosin 경구제 (품명 : 자트랄엑스엘정10밀리 그람 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 신경인성방광에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[259] Atosiban 주사제 (품명 : 트랙토실주 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 인정대상</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 갑상선 기능항진, 고혈압, 부정맥, 당뇨, 폐성고혈압 상병으로 치료중인 환자 2) 선천성 혹은 후천적 심장질환, 임신 중 고혈압질환, 자궁내 감염이 아닌 타부위의 감염으로 체온이 상승한 경우 3) 임신 중 폐부종 발생의 위험인자를 가지고 있는 경우 (다량의 수액 투여, 다태아) 4) 기존 약제(Ritodrine 제제) 사용 후 심계항진, 빈맥 등 심혈관계 부작용 등이 발생한 경우 <p>나. 인정주기 : 최대 3주기 ※ 1주기 : 연속적인 3단계용법으로 투여시간은 48 시간을 넘지 않음 (고시 제2015-184호, '15.11.1.)</p>
<p>[259] dutasteride 0.5mg, tamsulosin hydrochloride 0.4mg 복합경구제 (품명: 듀오다트캡슐)</p>	<p>허가사항 범위(중등도~중증의 양성 전립선 비대증) 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정 기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여 시작 시 다음의 1), 2) 조건을 모두 충족하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) IPSS(International Prostate Symptom Score, 국제전립선증상점수표) 8점 이상 2) 초음파검사 상 전립선 크기가 30ml 이상이거나, 직장수지검사 상 중등도 이상의 양성 전립선비대증

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>소견이 있거나, 혈청 전립선특이항원(Prostate specific antigen, PSA) 수치가 1.4ng/ml 이상 나. 가.에 해당하여 동 약제를 투여하는 동안에는 적어도 12개월 마다 1회 이상 PSA 검사를 시행하여 수치를 평가하고, 이를 기록할 것을 권장함.</p> <p>다. 투여 시작 시 이 약의 사용상의 주의사항(기립성 저혈압 등)을 고려하여 투여하는 것을 권장함.</p> <p>(고시 제2022-56호, '22.3.1.)</p>
<p>[259] Fesoterodine fumarate 경구제 (품명 : 토비에즈서방정 4mg, 8mg)</p>	<p>허가사항 범위(절박뇨, 빈뇨, 절박성 요실금과 같은 과민성 방광 증상의 치료) 내에서 투여 시 영양급여를 인정함.</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[259] Mirabegron 경구제 (품명 : 베타미가서방정 등)</p>	<p>허가사항 범위(성인의 과민성 방광 환자에서 발생할 수 있는 절박뇨, 빈뇨 및/또는 절박요실금 증상의 치료) 내에서 투여 시 영양급여를 인정함.</p> <p>(고시 제2020-107호, '20.6.1.)</p>
<p>[259] Naftopidil 경구제 (품명 : 플리바스정 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여를 인정함. 2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 신경인성방광에도 영양급여를 인정함. <p>(고시 제2017-153호, '17.9.1.)</p>
<p>[259] Potassium citrate 경구제 (품명 : 유로시트라케이 10mEq서방정)</p>	<p>허가사항 범위(칼슘결석이 있는 신세뇨관 산증, 저구연산염 뇨성 수산칼슘 신결석증 및 칼슘결석 유무에 상관없이 요산 결석증 처치) 내에서 투여 시 영양급여를 인정함.</p> <p>(고시 제2019-191호, '19.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[259] Potassium citrate, Citric acid 경구제 (품명 : 유로시트라씨산 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 체외충격파쇄석술(ESWL), 내시경하쇄석술 또는 절석술(절개 후 제거) 시행 후 잔석이 있는 것으로 확인되는 경우</p> <p>나. 요로결석이 동반된 통풍</p> <p>다. 요로결석이 동반된 신세뇨관 산증</p> <p>라. 저구연산노증[24시간 소변 검사결과 구연산(Citrate) 320mg 미만]을 동반한 요로결석</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2019-191호, '19.9.1.)</p>
<p>[259] Silodosin 경구제 (품명 : 트루페스캡슐 4mg 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위(전립선 비대증에 수반하는 배뇨장애) 내 에서 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p>2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 신경인성방광 에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2017-62호, '17.4.1.)</p>
<p>[259] Solifenacin 경구제 (품명 : 베시케어정 등)</p>	<p>허가사항 범위(절박성 노실금, 빈뇨, 요절박과 같은 과민성 방광 증상의 치료) 내에서 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2016-223호, '16.12.1.)</p>
<p>[259] Tamsulosin HCl 경구제 (품명 : 보령염산탐스로신캡슐0 .2밀리그램 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 신경인성방광 에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[259] Terazosin HCl 경구제 (품명 : 일양하이트린정 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 하며, 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 ‘신경인성 방광’에 투여 시에도 영양급여를 인정함. (고시 제2017-193호, '17.11.1.)</p>
<p>[259] Tolterodine 경구제 (품명 : 디트루시톨정 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항의 범위(용법·용량)를 초과하여 척수수막류(지방종)에 의한 배뇨장애에도 영양급여를 인정함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[261] Povidone iodine 외용제 (품명 : 포타딘연고 등)</p>	<p>화상처치시 살균 등의 치료목적에 다량 사용시는 별도 산정 가능함. (고시 제2011-163호, '12.1.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
[263] Mafenide acetate 외용제 (품명 : 메페드크림 등)	허가사항 범위 내에서 세균감염이 심한 3° 화상에서 안면, 수부, 관절부위에 3주 이내 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2017-193호, '17.11.1.)
[263] Recombinant human epidermal growth factor 500mcg (6×10^5 IU) 외용제 (품명 : 이지에프외용액 0.005%)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함 - 아 래 - 가. 인정용량은 6주에 20ml로 하고, 6주 치료 후 당뇨병성 족부궤양의 크기가 40% 정도 감소된 경우에 한하여 계속 투여를 인정함. 나. 인정기간은 최대 12주까지 인정함. (고시 제2018-253호, '18.12.1.)

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[264] 진통·진양·수렴·소염 외용제</p>	<p>진통·진양·수렴·소염 목적으로 사용하는 외용약제는 각 약제의 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 경구투여가 불가능한 경우(부작용 등으로 인하여 비스테로이드항염제(NSAIDs)의 경구투여가 불가능한 환자임을 입증하는 경우를 포함)</p> <p>나. 로손제, 겔제, 크림제를 물리치료 등 원내처치 시 사용한 경우</p> <p>※ 외용약제 Diclofenac Diethylammonium, Felbinac, Flurbiprofen, Indomethacin, Ketoprofen(f.), Piroxicam, Capsaicin 등을 함유하는 의약품 분류번호 264 진통·진양·수렴·소염제 중 제형이 카타플라스마제, 경고제, 패취제, 로손제, 겔제, 크림제를 말함.</p> <p>※ Capsaicin 외용제는 “세부사항” 참조 (고시 제2018-253호, '18.12.1.)</p>
<p>[264] 코르티코스테로이드 피부 도포제</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위를 초과하여 성인 및 소아의 백반증에 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여부위: 얼굴, 목, 손 등 노출부위에 발생한 백반증 나. 투여방법: 각 약제의 식약처 허가사항(용법·용량)에 따름 (단, 전신흡수를 촉진시킬 수 있는 밀봉요법은 피함)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>다. 대상약제: alclometasone dipropionate, amcinonide, betamethasone valerate, budesonide, clobetasol propionate, clobetasone butyrate, desonide, desoxymethasone, dexamethasone propionate, diflorasone diacetate, diflucortolone valerate, diflupredinate, fluocinonide, fluticasone propionate, halcinonide, hydrocortisone, hydrocortisone acetate, hydrocortisone butyrate, hydrocortisone valerate, methylprednisolone aceponate, mometasone furoate, prednicarbate, prednisolone valeroacetate, triamcinolone acetonide 성분의 액제, 크림제, 연고제, 로션제, 젤제인 코르티코스테로이드 피부 도포제</p> <p>- 단, 점막 부위 투여를 위한 제형의 약제(안연고, 구강용 연고 등)와 코르티코스테로이드 성분 외의 성분 (예: gentamicin sulfate, isoconazole nitrate 등)과의 복합제는 제외함.</p> <p>※ 각 약제의 허가사항 중 ‘용법·용량’(연속 투여 가능 기간 및 기간 당 사용 가능한 약제의 총량)과 ‘사용상 주의사항’(‘1.다음 환자(부위)에는 투여하지 말 것’ 항 및 ‘이상 반응’ 항 등)을 반드시 참고하여 투여토록 함.</p> <p>(고시 제2019-57호, '19.4.1.)</p>
<p>[264] Ammonium lactate 외용제 (품명 : 타로암모늄락테이트로 션 12% 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담하도록 함.</p> <p>- 아 래 -</p> <p>○ 심상성어린선</p> <p>(고시 제2019-210호, '19.10.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[264] Buprenorphine 패취제 (품명 : 노스판패취 5μg, 10μg, 20μg)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 비암성통증(골관절염, 만성하부요통)</p> <p>가) 비스테로이드항염제(NSAIDs)의 환자별 최대용량 에도 반응하지 않아 마약성 진통제를 필요로 하는 심한 통증에 7일당 20μg/h까지 인정함</p> <p>나) 1회 처방당 최대 30일까지 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2017-193호, '17.11.1.)</p>
<p>[264] Capsaicin 외용제 (품명 : 다이악센크림 등)</p>	<p>1. 허가사항 중 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 기준이외의 허가사항에는 '진통·진양· 수렴·소염 외용제'의 요양급여기준에 따라 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 당뇨병성 신경증</p> <p>나. 대상포진에 의한 신경통</p> <p>다. 류마치스성 관절염</p> <p>2. 의료급여는 의료급여법 시행규칙 별표 1의2 제1호 바목에 따른 '진통·진양·수렴·소염제인 외용제제'에 따라 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[264] Lidocaine 패취제 (품명 : 리도탐 카타플라스마 등)</p>	<p>대상포진 후 신경통(Post-herpetic neuralgia)에는 허가 사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정하며, Gabapentin 경구제(품명 : 뉴론틴캡슐 등) 또는 Pregabalin 경구제(품명 : 리리카캡슐 등)와 병용투여 시 아래와 같이 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 병용 약제 중 투약비용이 저렴한 약제의 약값 전액을 환자가 부담토록 함. ○ 단, 2~4주 치료 후에도 증세의 호전이 없어 병용투여 시에는 요양급여를 인정함. <p style="text-align: right;">(고시 제2016-31호, '16.3.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[265] Fluconazole 외용제 (품명 : 후코날크림 0.5%)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 피부사상균에 의한 표재성 피부진균 감염증의 국소적 치료 : 족부백선, 체부백선, 고부백선, 어루러기 (고시 제2018-253호, '18.12.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[266] Imiquimod 12.5mg 외용제 (품명 : 알다라크림)</p>	<p>허가사항 중 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 성인의 외부 생식기, 항문주위 사마귀/첨형 콘딜로마의 치료에 기존요법으로 병변이 재발하여 재치료하는 경우</p> <p>나. 수술이 적절하지 않다고 판단되는 성인의 표재성 기저 세포암의 일차치료</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2016-49호, '16.4.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
[269] Calcipotriol 외용제 (품명 : 다이보넥스)	허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정하며, Steroid 연고제 등과 병용 시에는 2~3주 투여를 인정함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)
[269] Penciclovir 외용제 (품명 : 펜시비어크림)	허가사항 범위(단순포진 바이러스 감염증(입술포진)) 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. (고시 제2020-244호, '20.11.1.)
[269] Pimecrolimus 외용제 (품명 : 엘리트크림 1%)	1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 국소 steroid에 부작용이 있거나 불충분한 반응 또는 재발한 성인 피부홍반루푸스 나. 성인 및 2세 이상 소아의 백반증에 다음과 같은 기준으로 투여하는 경우 - 다 음 - 1) 투여부위 : 얼굴과 목 부위에 발생한 백반증 2) 투여방법 : 1일 2회 환부에 도포(전신흡수를 촉진시킬 수 있는 밀봉요법은 피함). (고시 제2019-57호, '19.4.1.)
[269] Tacalcitol 20.87mcg/g 외용제 (품명 : 본알파하이연고)	타 약제로 4주 이상 사용하여도 효과가 나타나지 않는 경우 2차적으로 투여 시 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[269] Tacrolimus 외용제 (품명 : 프로토펙연고 0.1%, 0.03% 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 국소 steroid에 부작용이 있거나 불충분한 반응 또는 재발한 성인 피부홍반 루푸스와 성인 국소경피증 나. 성인의 얼굴 및 접합부(겨드랑이, 사타구니, 생식기) 건선으로서 다음에 해당하여 2차 약제로 투여하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 투여대상 : 건선에 허가 받은 Steroid 외용제 및 Vit. D 외용제(calcitriol, calcipotriol, tacalcitol 등) 에 효과가 불충분하거나 부작용이 우려되는 경우 2) 투여방법 : 1일 2회 3) 투여기간 : 1회 처방기간은 최대 4주까지 인정함. ※ 동 약제의 허가사항 중 '사용상 주의사항'을 반드시 참고하여 투여토록 함.</p> <p>다. 성인 및 만 2세 이상 소아의 백반증에 다음과 같은 기준으로 투여하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 투여부위 : 얼굴과 목 부위에 발생한 백반증 2) 투여방법 : 1일 2회 환부에 도포(전신흡수를 촉진 시킬 수 있는 밀봉요법은 피함). 단, 만 2세 이상 만 15세 이하 소아의 경우에는 0.03% 제제에 한하여 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2020-79호, '20.5.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[311] Calcitriol 경구제 (품명 : 본키연질캡슐 등)</p>	<p>1. 각 약제의 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 허가사항 중 투석을 시행하지 않는 만성신부전증 환자에게 투여하는 경우에는 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 혈중 Calcitriol이 감소되어 이차성 부갑상선기능항진증을 유발할 때로서,</p> <p>1) 사구체여과율(GFR)이 40ml/min/1.73m² 이하 이면서, 부갑상선 기능항진증의 소견이 있는 경우 (혈청 부갑상선호르몬(Intact PTH)이 200pg/ml 이상)</p> <p>2) 사구체여과율(GFR)이 25ml/min/1.73m² 이하인 경우</p> <p>3. 허가사항 중 골다공증의 경우에는 골다공증 치료제 일반 원칙에 의하여 영양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[311] Calcitriol 주사제 (품명 : 본키주 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 적응증 및 인정기준</p> <p>1) 혈청 부갑상선호르몬(iPTH: intact PTH)가 200pg/ml 이상 일 때</p> <p>2) 골생검에서 조직학적으로나 골밀도(Bone mineral density) 측정 등으로 신성골이영양증이 증명되었을 때</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>3) 경구 Calcitriol 투여 시 부작용으로 고칼슘혈증이나 고인산혈증이 발생할 때</p> <p>4) 경구 Calcitriol에 대한 반응(Compliance)이 나쁠 때</p> <p>나. 투여용량 허가사항(용법·용량) 범위 내에서 인정함.</p> <p>다. 방법</p> <p>1) 유지요법 : 저용량투여</p> <p>2) 이차성부갑상선 기능항진증의 여러 증상이 있는 경우: 고용량 투여하다가 증상이 소실되면 저용량으로 투여하거나, 경구 Calcitriol 또는 타 활성화 비타민 D 제제로 변경토록 함.</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[311] Paricalcitol 주사제 (품명 : 켈플라주 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 만성신부전으로 인한 이차성 부갑상선 기능항진증이 있는 환자 중 투석을 받는 환자로서 Calcitriol 주사제의 적절한 치료에도 불구하고 동 약제를 투여하기 전 부갑상선호르몬(iPTH)이 300pg/mL 이상인 경우</p> <p>- 다만, 동 약제 투여 중 부갑상선호르몬(iPTH)이 150pg/mL 이상인 경우 지속 투여를 인정함.</p> <p>(고시 제2020-161호, '20.8.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[316] 수용성비타민·엽산 복합성분 경구제 (품명 : 레날민정, 네프비타정 등)</p>	<p>만성신부전증환자(혈액투석 및 복막투석환자)에게 투여 시에는 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 비급여함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[322]</p> <p>액제형 철분제제 (품명 : 헤모콤피액 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 일반적인 철결핍성 빈혈의 경우 혈액검사결과 다음에 해당되고 타 경구 철분제제 투여 시 위장장애가 있는 경우에 급여하며, 투여 기간은 4~6개월 급여함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 일반환자 혈청 페리틴(Ferritin) 30ng/mL 미만 또는 트랜스페린포화도(Transferrin saturation rate) 20% 미만인 경우</p> <p>2) 만성신부전증 환자 및 항암화학요법을 받고 있는 비골수성 악성종양을 가진 환자 혈청 페리틴(Ferritin) 100ng/mL 미만 또는 트랜스페린 포화도(Transferrin saturation rate(삭제)) 20% 미만인 경우</p> <p>나. 임신으로 인한 철결핍성 빈혈의 경우 혈액검사결과 헤모글로빈(Hb) 11g/dL이하이고, 타 경구 철분제제 투여 시 위장장애가 있는 경우에 급여하며, 투여기간은 4~6개월로 함.</p> <p>다. 급성출혈 등으로 인한 산후 빈혈의 경우 혈액검사결과 Hb 10g/dL 이하인 경우에 급여하며, 투여기간은 4주로 함.</p> <p>라. 8세 미만의 소아는 철결핍성 빈혈이 확인된 경우 1차로 투여 시에도 요양급여하며, 미숙아의 경우는 예방 투여 시에도 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2020-79호, '20.5.8.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[322]</p> <p>철분주사제 (품명 : 베노훼림주 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여한 경우로서 요양급여비용 청구 시 매월 혈액검사 결과지, 철결핍을 확인할 수 있는 검사결과지, 투여소견서가 첨부된 경우에 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 일반 환자</p> <p>1) 헤모글로빈(Hb) 10g/dL(단, 임신부는 11g/dL) 이하이고 경구투여가 곤란한 경우로서 출혈 등이 있어 철분을 받드시 신속하게 투여할 필요성이 있는 철결핍성 빈혈 환자로 혈청 페리틴(Serum ferritin) 30ng/mL 미만 또는 트랜스페린 포화도(Transferrin saturation) 20% 미만인 경우</p> <p>2) 수술, 출산 등으로 인한 출혈로 신속한 투여가 필요한 환자는 Hb 10g/dL 이하인 경우</p> <p>나. 투석증이 아닌 만성신부전증 환자</p> <p>Hb 10g/dL 이하인 경우에 투여하고, 목표(유지) 수치는 Hb 11g/dL까지 요양급여를 인정하며,</p> <p>○ Serum ferritin 100ng/mL 미만 또는 Transferrin saturation 20% 미만인 경우(다만, 경구투여가 곤란한 경우만 인정)</p> <p>다. 투석중인 만성신부전증 환자</p> <p>Hb 11g/dL 이하인 경우에 투여 시 인정하며,</p> <p>1) 혈액투석환자는 Serum ferritin 200ng/mL 미만 또는 Transferrin saturation 20% 미만인 경우</p> <p>2) 복막투석환자는 경구투여가 곤란한 경우에 한하여 Serum ferritin 100ng/mL 미만 또는 Transferrin saturation 20% 미만인 경우</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>3) 충분한 양의 Erythropoietin 주사제를 투여함에도 빈혈이 개선되지 않는 Erythropoietin 주사제 저항인 경우에는 Serum ferritin 300ng/mL 미만 또는 Transferrin saturation 30% 미만인 경우</p> <p>라. 항암화학요법을 받고 있는 비골수성 악성종양을 가진 환자 Hb 10g/dL 이하인 경우로서</p> <p>1) 경구투여가 곤란한 환자로 Serum ferritin 100ng/mL 미만 또는 Transferrin saturation 20% 미만인 경우</p> <p>2) 충분한 양의 Erythropoietin 주사제를 투여함에도 빈혈이 개선되지 않는 Erythropoietin 주사제 저항인 경우에는 Serum ferritin 300ng/mL 미만 또는 Transferrin saturation 30% 미만인 경우</p> <p>(고시 제2020-79호, '20.5.8.)</p>
<p>[322]</p> <p>Iron acetyl-transferrin 200mg 경구제 (품명 : 알부맥스캡셀 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 일반적인 철결핍성 빈혈의 경우 혈액검사결과 다음에 해당되고, 타 경구 철분제 투여 시 위장장애가 있는 경우에 급여하며, 투여 기간은 4~6개월 급여함</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 일반 환자 혈청페리틴(Serum ferritin) 12ng/mL 미만 또는 트랜스페린포화도(Transferrin saturation rate) 15% 미만인 경우</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2) 만성신부전증 환자</p> <p>Serum ferritin 100ng/ml 미만 또는 Transferrin saturation rate 20% 미만인 경우</p> <p>나. 임신으로 인한 철결핍성 빈혈의 경우 혈액검사결과 헤모글로블린(Hb) 10g/dl 이하이고 타 경구 철분제제 투여 시 위장장애가 있는 경우에 급여하며, 투여기간은 4~6개월로 함.</p> <p>다. 급성출혈 등으로 인한 산후 빈혈의 경우 혈액검사결과 Hb 10g/dl 이하인 경우에 급여하며, 투여기간은 4주로 함.</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[325]</p> <p>경장영양제 (품명 : 엔커버액 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 경구 영양 섭취가 충분하지 않거나 경구 영양시 소화기 장애(구토, 설사 등)등으로 적절한 흡수가 되지 않는 경우 (예시 : 공장루, 위루 설치 환자(Feeding jejunostomy or Feeding gastrostomy) 등)</p> <p>나. 정맥영양요법(Parenteral nutrition)을 받고 있는 환자가 소화 기능 회복 단계에서 소량 필요한 경우 다. 고칼로리 수액의 적용이 곤란한 환자의 경우(광범위 열상 등)</p> <p>라. 크론병으로 확진된 입원 환자의 경우</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여하는 경우에도 영양급여를 인정함. (엔커버액에 한함)</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 관해 유도가 필요한 중등도~중증 소아청소년 크론병 환자 (PCDAI: 30 이상)에서</p> <p>- 완전장관영양법(Exclusive enteral nutrition)으로 2주 투여 후 증상이 호전된 경우(PCDAI가 25% 이상 감소 등) 최대 8주간 인정함.</p> <p>※ PCDAI(Pediatric Crohn's Disease Activity Index) (고시 제2019-93호, '19.6.7.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[325] 단백아미노산 제제</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 전해질이상의 교정, 대수술, 중증 전신화상 환자 등에게 경구로 영양공급이 불충분하여 비경구적으로 영양공급이 필요한 경우</p> <p>나. 총정맥영양법(TPN요법)에 사용시에는 환자 개별 상태에 따라 열량 계산하여 투여한 경우 인정 (고시 제2013-151호, '13.10.1.)</p>
<p>[325] A액(Glucose), B액(Amino-acid), C액(Intralipid) 주사제 (품명 : 스모프카비벤주 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 총정맥영양법(TPN) 적용 대상 환자로서 아래에 해당하는 환자에 한하여 1일 최대 1 Bag을 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 수액공급을 제한하는 환자</p> <p>나. 호흡기능저하로 주의를 요하는 환자</p> <p>다. 포도당(Glucose) 내성이 있는 환자</p> <p>라. 화상환자(중등도 이상)</p> <p>마. 장기간에 걸친 의식불명 상태의 환자</p> <p>바. 장기적 소모성 질환 환자</p> <p>※ 총정맥영양법(TPN) 적용 대상 환자(경구 또는 위장관 영양공급이 불가능 또는 현저히 불충분하거나 제한되어 경정맥 영양공급이 필요한 환자) : 환자 개별상태에 따른 열량계산서 등이 첨부된 경우 인정 (고시 제2019-240호, '19.11.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[325] Glycyl-L-glutamine 주사제 (품명 : 글라민주 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 총정맥영양법(TPN)이 필요한 중환자실(ICU) 입원환자·무균치료실 입원환자(조혈모세포이식 환자에 한함) 중에서 아래와 같은 경우에 한하여 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 고위험수술(식도절제술, 위전절제술 등) 후의 환자 나. 다발성 외상 환자 다. 이식환자(골수이식, 간이식, 신장이식, 췌장이식 등) 라. 항암치료 환자 마. 중등도 이상의 화상 환자 바. 패혈증 환자 사. 중증급성췌장염 환자 아. 장절제술 환자 자. 신생아 외과 환자</p> <p>다만, 암환자 및 이식환자의 경우 중환자실(ICU) 입원 이후에도 환자상태에 따라 필요 시 최대 2주 까지 추가 투여를 인정함.</p> <p>※ 총정맥영양법(TPN) 적용 대상 환자: 경구 또는 위장관 영양공급이 불가능 또는 현저히 불충분하거나 제한되어 경정맥 영양공급이 필요한 환자 (고시 제2019-240호, '19.11.1.)</p>
<p>[325] L-leucine, L-phenylalanine, L-methionine 등 주사제 (품명 : 클리니믹스85주사)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 하되, 1일당 투여용량은 2리터 범위 내에서 영양급여를 인정함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[325] N(2)-L-alanyl-L-glutamine 주사제 (품명 : 디펩티벤주 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 총정맥영양법(TPN)이 필요한 중환자실(ICU) 입원환자·무균치료실 입원환자(조혈모세포이식 환자에 한함) 중에서 아래와 같은 경우에 한하여 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 고위험수술(식도절제술, 위전절제술 등) 후의 환자 나. 다발성 외상 환자 다. 이식환자(골수이식, 간이식, 신장이식, 췌장이식 등) 라. 항암치료 환자 마. 중등도 이상의 화상 환자 바. 패혈증 환자 사. 중증급성췌장염 환자 아. 장절제술 환자 자. 신생아 외과 환자</p> <p>다만, 암환자 및 이식환자의 경우 중환자실(ICU) 입원기간을 포함하여 환자상태에 따라 필요시 최대 8일까지 인정함.</p> <p>※ 총정맥영양법(TPN) 적용 대상 환자: 경구 또는 위장관 영양공급이 불가능 또는 현저히 불충분하거나 제한되어 경정맥 영양공급이 필요한 환자 (고시 제2019-240호, '19.11.1.)</p>
<p>[325] α-Keto-DL-isoleucine calcium 67.0mg외 9종 경구제 (품명 : 케토스테릴정)</p>	<p>저단백 식이와 병용하여 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>1일 식이 단백질 섭취량이 40g 이하(성인기준)로 제한되어 있는 진행성 만성신부전으로 판정받은 환자로서</p> <p>가. 투석 전 환자 중 혈청 크레아티닌 2.0mg/dL-5.0mg/dL인 환자 나. 혈액투석 환자 중 알부민 수치가 4.0g/dL 이하이면서 고인산혈증(5.5mg/dL 초과) 환자 (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[329]</p> <p>Lipid 주사제 (품명 : 스모프리피드 20%주 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 총정맥영양법(TPN) 적용 대상 환자로서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 필수지방산 공급목적으로 투여 시 주 2회 인정함. 나. 칼로리 공급목적으로 투여 시 다음에 해당하는 환자에 투여 시 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 수액공급을 제한하는 환자 2) 호흡기능저하로 주의를 요하는 환자 3) 포도당(Glucose) 내성이 있는 환자 4) 화상환자(중등도 이상) 5) 장기간에 걸친 의식불명 상태의 환자 6) 장기적 소모성 질환 환자 <p>※ 총정맥영양법(TPN) 적용 대상 환자(경구 또는 위장관 영양공급이 불가능 또는 현저히 불충분하거나 제한되어 경정맥 영양공급이 필요한 환자): 환자 개별상태에 따른 열량계산서 등이 첨부된 경우 인정 (고시 제2019-240호, '19.11.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[332] Eptacog alfa 주사제 (품명 : 노보세븐알티주)</p>	<p>1. 출혈, 수술, 침습적 시술 시 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 제8인자 및 제9인자 항체 환자 및 후천적 환자</p> <p>1) 투여 대상</p> <p>가) 5BU(Bethesda unit) 초과인 경우</p> <p>나) 5BU 이하인 경우는 항혈우인자를 고용량 투여한 후에도 반응이 없는 경우</p> <p>다) 최근에 5BU 이하인 환자가 항혈우인자를 고용량 투여해도 반응이 없어 웨이바 혹은 노보세븐 투여에 효과가 있었던 경우</p> <p>2) 투여 용량</p> <p>가) 입원환자의 경우 허가사항(용법·용량) 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p>나) 외래환자의 경우 출혈이 있어 내원 시 원내에서의 1회 투여분과 2회분 처방 인정</p> <p style="padding-left: 2em;">○ 상기 이상 투여 시에는 진료기록부 등을 참고하여 출혈소견을 확인 후 요양급여를 인정토록 함.</p> <p>나. 선천성 제7응고인자 결핍 혈우병 환자</p> <p>다. 기존치료에 반응하지 않는 당단백질(GP) IIb-IIIa, 조직적합성항원(HLA)에 대한 항체를 가지고, 현재 혈소판 수혈 불응증이 나타나거나 과거력이 있는 글란즈만 혈소판무력증 (Glanzmann's thrombasthenia) 환자</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2. 허가사항을 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여 대상: 선천성 제7응고인자 결핍 혈우병 환자로써 다음의 조건을 모두 충족하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 중증 출혈(중추신경계 출혈 또는 위장관 출혈 또는 영상학적으로 확인된 관절병증)이 있는 경우</p> <p>2) 혈액응고 7인자 활성도(FactorVII:c)가 2% 미만인 경우</p> <p>나. 투여 용법·용량: 30μg/kg 이내, 주 3회 투여 시 (고시 제2019-252호, '19.12.1.)</p>
<p>[332] Gelatin sponge 외용제 (품명 : 큐탄플라스트스폰지 등)</p>	<p>1. 수술 시 결찰 등의 지혈방법이 효과적이지 않을 때 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p>2. 허가사항 범위(효능·효과, 용법·용량)를 초과하여 색전시 사용하는 경우에도 요양급여를 인정함. (고시 제2013-151호, '13.10.1.)</p>
<p>[332] Idarucizumab 주사제 (품명 : 프락스바인드주사제)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상</p> <p>○ 프라다사캡슐(다비가트란에텍실레이트메실산염) 투여 환자에서 다음과 같이 항응고효과의 긴급 역전이 필요한 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 8시간 이상 지연할 수 없는 응급 수술/긴급 처치 시 2) 생명을 위협하거나 조절되지 않는 출혈* 발생 시</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>※ 치명적 출혈, 증상이 있는 두개강 내 출혈, 5g/dL 이상의 헤모글로빈 감소 또는 4 단위 이상 의 혈액 또는 농축 적혈구 수혈을 요하는 출혈, 승압제 투약이 필요할 정도의 저혈압을 초래하는 출혈, 수술이 필요한 출혈</p> <p>나. 투여횟수: 1회(5g)</p> <p>(고시 제2019-21호, '19.2.1.)</p>
<p>[332] Oxidized regenerated cellulose (품명 : 에큐탐프 등)</p>	<p>수술 시 결찰 등의 지혈방법이 효과적이지 않을 때, 허가사 항 범위 내에서 투여 시 영양급여를 인정함.</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[332] P-aminomethyl benzoic acid 주사제 (품명 : 에스빅스주 등)</p>	<p>허가사항 범위(수술 중 및 수술 후의 출혈 예방 및 치료, 특히 전립선 수술 시, 분만 시의 출혈, 월경과다 및 미란성 출혈, 백혈병 및 간경변 시의 출혈, 위장, 폐, 췌장 및 전립선 부위의 전이성 출혈, 수혈에 의한 사고 시의 출혈, 혈우병에 의한 출혈, 섬유소 용해제 치료 시의 해독제) 내에서 투여 시 영양급여를 인정함.</p> <p>(고시 제2018-253호, '18.12.1.)</p>
<p>[332] Thrombin 제제</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 식도정맥류 출혈에 경화요법(비관혈적) 실시 시 사용 하는 경우 5000단위 1병 범위 내에서 인정</p> <p>나. 외과적 수술(관혈적)시에는 결찰법이나 직접압박법 등 통상의 지혈방법으로는 지혈이 곤란하여 동 약제</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>사용시 반드시 필요한 경우에 한하여 트롬빈 5,000 단위 2병 범위 내에서 인정</p> <p>2. 상부 위장관(Upper gastrointestinal) 출혈시 등 약제의 경구투여는 별도 인정하지 아니함 (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[332] Tranexamic acid 경구제 (품명 : 도란사민캡셀)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 접촉성 피부염, 습진, 두드러기, 감염이 심한 백선에도 요양급여를 인정함. (고시 제2017-193호, '17.11.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[333] Apixaban 경구제 (품명 : 엘리퀴스정 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 선택적 고관절 혹은 슬관절치환술을 받은 환자 중에서 다음 한 가지 이상에 해당하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>○ 비만(BMI\geq30kg/m²), 에스트로겐 치료, 하지정맥류, 고령(60세 이상), 장기간의 부동(1주일 이상의 침상안정이 필요한 경우), 울혈성심부전, 호흡부전, 악성종양, 중심 정맥 카테터 삽입, 항암화학요법, 중증감염증, 정맥혈전색전증의 과거력</p> <p>나. 비판막성 심방세동 환자에서 뇌졸중 및 전신 색전증의 위험 감소</p> <p>○ 비판막성 심방세동 환자 중 다음의 고위험군에 투여시 인정</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 뇌졸중, 일과성허혈발작, 혈전색전증의 과거력이 있거나 75세 이상 환자 또는</p> <p>2) 6가지 위험인자(심부전, 고혈압, 당뇨, 혈관성질환, 65-74세, 여성) 중 2가지 이상의 조건을 가지고 있는 환자</p> <p>다. 심재성 정맥혈전증, 폐색전증의 치료 및 재발위험 감소</p> <p>○ 투여기간</p> <p>1) 급성 심재성 정맥혈전증 및 폐색전증 치료 초기: 7일 이내</p> <p>2) 심재성 정맥혈전증 및 폐색전증 치료(초기치료 이후 유지)와 재발 위험 감소: 6개월 이내</p> <p>단, 특발성, 원인불명인 경우의 재발, 위험인자가 교정되지 않는 경우는 지속투여를 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2019-21호, '19.2.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[333] Dabigatran 경구제 (품명 : 프라다사캡슐 110밀리그램 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 -</p> <p>가. 비판막성 심방세동 환자에서 뇌졸중 및 전신 색전증의 위험 감소 ○ 비판막성 심방세동 환자 중 다음의 고위험군에 투여시 인정 - 다 음 -</p> <p>1) 뇌졸중, 일과성허혈발작, 혈전색전증의 과거력이 있거나 75세 이상 환자 또는</p> <p>2) 6가지 위험인자(심부전, 고혈압, 당뇨, 혈관성질환, 65-74세, 여성) 중 2가지 이상의 조건을 가지고 있는 환자</p> <p>나. 심재성 정맥혈전증, 폐색전증의 치료 및 재발위험 감소 ○ 투여기간 심재성 정맥혈전증 및 폐색전증 치료(초기치료 이후 유지)와 재발 위험 감소: 6개월 이내 단, 특발성, 원인불명인 경우의 재발, 위험인자가 교정되지 않는 경우는 지속투여를 인정함. ※ 허가사항 중 용법·용량을 참조하여 최소 5일간의 비경구 항응고제 사용 후 투여해야 함.</p> <p>2. 허가사항 중 사용상 주의사항을 참조하여 임상적으로 유의한 출혈환자, 중증 신장애 환자(CrCl<30ml/min) 등에는 투여하지 말아야 함. (고시 제2019-21호, '19.2.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[333] Dalteparin sodium 주사제 (품명 : 프라그민주 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여한 경우에도 영양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 뇌졸중 증상 발현 후 2~3일 이내의 급성기 또는 진행성 뇌경색증에 투여 시, 투여용량과 기간은 1일 1바이알 (2500 IU)을 2회씩 10일로 함.</p> <p>나. 가임기 여성 및 임신부 중 다음과 같은 기준으로 투여한 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 투여대상</p> <p>가) 항인지질항체증후군</p> <p>나) 선천성 안티트롬빈 결핍</p> <p>다) 임신전 2회 이상 정맥혈전색전증을 경험</p> <p>2) 투여방법</p> <p>- 단독 또는 아스피린 경구제 100mg와 병용 투여함.</p> <p>3) 투여기간</p> <p>- 임신 기간(또는 보조생식술 시행일)로부터 분만 후 6주 까지</p> <p>3. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상</p> <p>- 선천성 안티트롬빈 결핍을 제외한 선천성 혈전성향증으로 인하여, 3회 이상 반복하여 유산 또는 착상실패를 경험</p> <p>나. 투여방법</p> <p>- 단독 또는 아스피린 경구제 100mg와 병용 투여함.</p> <p>다. 투여기간</p> <p>- 배란일(또는 보조생식술 시행일)로부터 임신확인일 까지</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-97호, '18.6.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법									
<p>[333] Defibrotide 주사제 (품명 : 데피텔리오주 200밀리그램)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 성인 간정맥폐쇄병</p> <p>1) EBMT 진단기준(2016년 제정)*에 부합하면서, ※ 성인 EBMT 진단기준</p> <table border="1" data-bbox="406 525 966 1050"> <tr> <td data-bbox="406 525 687 629">조혈모세포이식 후 21일 이내 발병 간정맥폐쇄병 (Baltimore 진단기준)</td> <td data-bbox="687 525 966 629">조혈모세포이식 후 21일 초과 발병 간정맥폐쇄병</td> </tr> <tr> <td data-bbox="406 629 687 1050" rowspan="2">총 빌리루빈 2mg/dL 이상이면서, 아래 조건을 2가지 이상 만족 하는 경우 - 아 래 - · 통증을 동반한 간비대 · 기저치 대비 체중증가 5% 초과 · 복수</td> <td data-bbox="687 629 966 703">Baltimore 진단 기준에 부합 또는</td> </tr> <tr> <td data-bbox="687 703 966 1050">조직학적으로 증명된 간정맥 폐쇄병 또는 혈류역학적 혹은 초음파적으로 확인된 간정맥폐쇄병 환자로 아래 조건을 2가지 이상 만족 하는 경우 - 아 래 - · 총 빌리루빈 2mg/dL 이상 · 통증을 동반한 간비대 · 기저치 대비 체중증가 5% 초과 · 복수</td> </tr> </table> <p>* 체중 기저치는 전처치를 시작한 날 측정 체중을 기준으로 하며 측정이 불가능했을 경우 이식 병동에 입원한 날의 체중 사용 가능, 체중 측정은 최적의 이노 치료를 받은 후 이루어져야 함</p> <p>2) 다음 기준을 2개 항목 이상 만족하는 경우 - 다 음 -</p> <table border="1" data-bbox="400 1314 975 1422"> <thead> <tr> <th data-bbox="400 1314 704 1351">항목</th> <th data-bbox="704 1314 975 1351">기준</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="400 1351 704 1422">첫 임상적 증상 발생으로부터 진단까지의 시간</td> <td data-bbox="704 1351 975 1422">4일 이하</td> </tr> </tbody> </table>	조혈모세포이식 후 21일 이내 발병 간정맥폐쇄병 (Baltimore 진단기준)	조혈모세포이식 후 21일 초과 발병 간정맥폐쇄병	총 빌리루빈 2mg/dL 이상이면서, 아래 조건을 2가지 이상 만족 하는 경우 - 아 래 - · 통증을 동반한 간비대 · 기저치 대비 체중증가 5% 초과 · 복수	Baltimore 진단 기준에 부합 또는	조직학적으로 증명된 간정맥 폐쇄병 또는 혈류역학적 혹은 초음파적으로 확인된 간정맥폐쇄병 환자로 아래 조건을 2가지 이상 만족 하는 경우 - 아 래 - · 총 빌리루빈 2mg/dL 이상 · 통증을 동반한 간비대 · 기저치 대비 체중증가 5% 초과 · 복수	항목	기준	첫 임상적 증상 발생으로부터 진단까지의 시간	4일 이하
조혈모세포이식 후 21일 이내 발병 간정맥폐쇄병 (Baltimore 진단기준)	조혈모세포이식 후 21일 초과 발병 간정맥폐쇄병									
총 빌리루빈 2mg/dL 이상이면서, 아래 조건을 2가지 이상 만족 하는 경우 - 아 래 - · 통증을 동반한 간비대 · 기저치 대비 체중증가 5% 초과 · 복수	Baltimore 진단 기준에 부합 또는									
	조직학적으로 증명된 간정맥 폐쇄병 또는 혈류역학적 혹은 초음파적으로 확인된 간정맥폐쇄병 환자로 아래 조건을 2가지 이상 만족 하는 경우 - 아 래 - · 총 빌리루빈 2mg/dL 이상 · 통증을 동반한 간비대 · 기저치 대비 체중증가 5% 초과 · 복수									
항목	기준									
첫 임상적 증상 발생으로부터 진단까지의 시간	4일 이하									

구 분	세부인정기준 및 방법																						
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">항목</th> <th style="text-align: center;">기준</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>총 빌리루빈 (mg/dL)</td> <td>5 이상</td> </tr> <tr> <td>빌리루빈 kinetics</td> <td>48시간 이내에 2배 이상 증가</td> </tr> <tr> <td>아미노전이효소 (AST 또는 ALT)</td> <td>정상치의 5배 초과하여 증가</td> </tr> <tr> <td>신장기능</td> <td>이식 당시 혈청 크레아티닌 수치 대비 1.5배 이상 증가</td> </tr> </tbody> </table> <p>나. 소아 간정맥폐쇄병 (만 19세 미만)</p> <p>1) EBMT 소아 진단기준(2017년 제정)*에 부합하면서, ※ 소아 EBMT 진단기준</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>아래 조건을 2가지 이상 만족하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <ul style="list-style-type: none"> · 원인 불명의 소모성, 수혈 불응성 혈소판 감소증 · 기저치 대비 체중증가 5% 초과 또는 이노제 사용에도 불구하고 3일 연속 체중증가가 다른 원인으로 설명되지 않는 경우 · 간비대 (영상의학 검사) · 복수 (영상의학 검사) · 총빌리루빈 3일 연속 기저치 대비 증가 또는 72시간 내 2mg/dL 이상 </div> <p>2) 다음 기준을 1개 항목 이상 만족하는 중증인 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">항목</th> <th style="text-align: center;">기준</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>불응성 혈소판감소증 (refractory thrombocytopenia)</td> <td>7일 초과</td> </tr> <tr> <td>총 빌리루빈 (mg/dL)</td> <td>2 이상</td> </tr> <tr> <td>빌리루빈 kinetics</td> <td>48시간 이내에 2배 이상 증가</td> </tr> <tr> <td>아미노전이효소 (AST 또는 ALT)</td> <td>정상치의 5배 초과하여 증가</td> </tr> <tr> <td>신장기능</td> <td>이식 당시 혈청 크레아티닌 수치 대비 2배 초과하여 증가</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">(고시 제2019-93호, '19.6.7.)</p>	항목	기준	총 빌리루빈 (mg/dL)	5 이상	빌리루빈 kinetics	48시간 이내에 2배 이상 증가	아미노전이효소 (AST 또는 ALT)	정상치의 5배 초과하여 증가	신장기능	이식 당시 혈청 크레아티닌 수치 대비 1.5배 이상 증가	항목	기준	불응성 혈소판감소증 (refractory thrombocytopenia)	7일 초과	총 빌리루빈 (mg/dL)	2 이상	빌리루빈 kinetics	48시간 이내에 2배 이상 증가	아미노전이효소 (AST 또는 ALT)	정상치의 5배 초과하여 증가	신장기능	이식 당시 혈청 크레아티닌 수치 대비 2배 초과하여 증가
항목	기준																						
총 빌리루빈 (mg/dL)	5 이상																						
빌리루빈 kinetics	48시간 이내에 2배 이상 증가																						
아미노전이효소 (AST 또는 ALT)	정상치의 5배 초과하여 증가																						
신장기능	이식 당시 혈청 크레아티닌 수치 대비 1.5배 이상 증가																						
항목	기준																						
불응성 혈소판감소증 (refractory thrombocytopenia)	7일 초과																						
총 빌리루빈 (mg/dL)	2 이상																						
빌리루빈 kinetics	48시간 이내에 2배 이상 증가																						
아미노전이효소 (AST 또는 ALT)	정상치의 5배 초과하여 증가																						
신장기능	이식 당시 혈청 크레아티닌 수치 대비 2배 초과하여 증가																						

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[333] Edoxaban Tosilate Hydrate 경구제 (품명: 릭시아나정 15밀리그램 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 비판막성 심방세동 환자에서 뇌졸중 및 전신 색전증의 위험 감소</p> <p>○ 비판막성 심방세동 환자 중 다음의 고위험군에 투여시 인정</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 뇌졸중, 일과성허혈발작, 혈전색전증의 과거력이 있거나 75세 이상 환자 또는</p> <p>2) 6가지 위험인자(심부전, 고혈압, 당뇨, 혈관성질환, 65-74세, 여성) 중 2가지 이상의 조건을 가지고 있는 환자</p> <p>나. 심재성 정맥혈전증, 폐색전증의 치료 및 재발위험 감소</p> <p>○ 투여기간</p> <p>심재성 정맥혈전증 및 폐색전증 치료 (초기치료 이후 유지)와 재발 위험 감소: 6개월 이내 단, 특발성, 원인불명인 경우의 재발, 위험인자가 교정되지 않는 경우는 지속투여를 인정함.</p> <p>※ 허가사항 중 용법·용량을 참조하여 최소 5일간의 비경구 항응고제 사용 후 투여해야 함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2019-21호, '19.2.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[333] Enoxaparin sodium 주사제 (품명 : 크렉산주 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여한 경우에도 영양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 투여대상: 가임기 여성 및 임산부 중 1) 항인지질항체증후군 2) 선천성 안티트롬빈 결핍 3) 임신전 2회 이상 정맥혈전색전증을 경험 나. 투여방법 - 단독 또는 아스피린 경구제 100mg와 병용 투여함. 다. 투여기간 - 임신 기간(또는 보조생식술 시행일)로부터 분만 후 6주 까지 3. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 투여대상 - 선천성 안티트롬빈 결핍을 제외한 선천성 혈전성 항증으로 인하여, 3회 이상 반복하여 유산 또는 착상실패를 경험 나. 투여방법 - 단독 또는 아스피린 경구제 100mg와 병용 투여함. 다. 투여기간 - 배란일(또는 보조생식술 시행일)로부터 임신확인 일까지</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-97호, '18.6.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[333] Fondaparinux sodium 주사제 (품명 : 아릭스트라주)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 고관절 골절수술, 슬관절 및 고관절 대체수술을 받은 환자(단, 체중 50kg 이상의 환자)에서의 정맥혈전 색전증의 예방</p> <p>나. 응급 침습적 치료가 적용되지 않는 보존적 치료를 받는 환자의 불안정형 협심증 또는 비-ST분절상승 심근경색의 치료</p> <p>다. 복부수술을 받은 환자 중 혈전색전증 합병증의 위험이 높다고 판단되는 환자(단, 체중 50kg 이상의 환자) 에서의 정맥혈전색전증의 예방</p> <p style="text-align: center;">- LMWH, heparin에 금기이거나 부작용 등으로 사용할 수 없는 경우에 한함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2019-191호, '19.9.1.)</p>
<p>[333] Heparin 주사제</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여하는 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 돌발성 난청에 시행한 헤파린화(Heparinization)의 경우 2주정도 인정하며, 재발 시에도 인정</p> <p>나. 장기유치용 혈관 카테터 주입(Flushing)에 사용한 경우</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[333] Nadroparin 주사제 (품명 : 후락시파린주 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 뇌졸중 증상 발현 후 2-3일 이내의 급성기 또는 진행성 뇌경색증에 투여 시 요양급여를 인정하며, 투여용량과 기간은 1일 1바이알 (5700 IU)을 2회씩 10일로 함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[333] Rivaroxaban 경구제 (품명 : 자렐토정 2.5밀리그램 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 슬관절 또는 고관절 전치환술을 받은 환자의 정맥 혈전색전증 예방</p> <p>○ 슬관절 또는 고관절 전치환술을 받은 환자중에서 고위험군*에 1가지 이상 해당되는 경우</p> <p style="padding-left: 2em;">※ 고위험군의 기준비만(BMI≥30kg/m²), 에스트 로겐 치료, 하지정맥류, 고령(60세 이상), 장기 간의 부동(1주일 이상의 침상안정이 필요한 경우), 울혈성심부전, 호흡부전, 악성종양, 중심 정맥 카테터 삽입, 항암화학요법, 중증감염증, 정맥 혈전색전증의 과거력</p> <p>나. 비판막성 심방세동 환자에서 뇌졸중 및 전신 색전증의 위험 감소</p> <p>○ 비판막성 심방세동 환자 중 다음의 고위험군에 투여시 인정</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 뇌졸중, 일과성허혈발작, 혈전색전증의 과거력이 있거나 75세 이상 환자 또는 2) 6가지 위험인자(심부전, 고혈압, 당뇨, 혈관성질환, 65-74세, 여성) 중 2가지 이상의 조건을 가지고 있는 환자 <p>다. 심재성 정맥혈전증, 폐색전증의 치료 및 재발위험 감소</p> <p>○ 투여기간</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 급성 심재성 정맥혈전증 및 폐색전증 치료 초기 : 3주 이내 2) 심재성 정맥혈전증 및 폐색전증 치료(초기치료 이후 유지)와 재발 위험 감소 : 6개월 이내

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>단, 특발성, 원인불명인 경우의 재발, 위험인자가 교정되지 않는 경우는 지속투여를 인정함.</p> <p>※ 허가사항 중 사용상 주의사항을 참조하여 임상적으로 유의한 출혈 환자, 임상적 연관성이 있는 출혈 위험을 유발할 수 있는 혈액응고장애와 관련된 간질환 환자 등에는 투여하지 말아야 함.</p> <p>라. 허혈성 사건의 발생 위험성이 높은 관상동맥질환 또는 증상이 있는 말초동맥질환 성인 환자에서 Rivaroxaban 2.5mg과 Aspirin의 병용요법</p> <p>1) 투여대상</p> <p>가) 만 65세 이상으로 최근 심근경색 발병 이후 1년 초과한 다혈관 관상동맥질환* 환자</p> <p>나) (1)과 (2)를 동시에 만족하는 환자</p> <p>(1) 다음 중 한가지 이상을 만족하는 관상동맥질환 (Coronary Artery Disease) 환자</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>(가) 최근 심근경색 발병 이후 1년 초과</p> <p>(나) 다혈관 관상동맥질환*</p> <p>(다) 다혈관 관상동맥중재술(PCI)</p> <p>(라) 다혈관 관상동맥우회술(CABG)</p> <p>* 다혈관 관상동맥질환: 증상이 있거나 안정/불안정 협심증 병력이 있으면서, 2개 이상의 관상동맥에서 적어도 50%의 협착(stenosis)이 존재</p> <p>(2) 다음 중 한가지 이상을 만족하는 말초동맥질환 (Peripheral Artery Disease) 환자</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>(가) 대동맥-대퇴동맥 우회술(aorto-femoral bypass surgery), 사지 우회술(limb bypass surgery) 또는 장골동맥(또는 서혜부하방동맥)의 경피 경관혈관성형술(PTA)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>(나) 동맥혈관질환으로 사지 또는 족부 절단</p> <p>(다) 간헐적 파행(intermittent claudication)이 동반되고, 발목상완지수(ABI) 0.90 미만 또는 말초동맥협착($\geq 50\%$: angiography 또는 duplex ultrasound로 확인)인 경우</p> <p>(라) 경동맥의 혈관재형성술 (revascularization) 또는 무증상 경동맥 협착($\geq 50\%$: angiography 또는 duplex ultrasound로 확인)인 경우</p> <p>2) 제외대상</p> <p>가) 높은 출혈 위험성</p> <p>나) 1개월 이내의 뇌졸중</p> <p>다) 출혈성 또는 열공성 뇌졸중 병력</p> <p>라) Ejection fraction 30% 미만 또는 NYHA class III/IV의 중증 심부전</p> <p>마) GFR<15 mL/분</p> <p>바) 항혈소판 병용(2제)요법, 비아스피린 항혈소판제 치료, 경구 항응고제 치료가 필요한 환자</p> <p>사) CYP3A4와 P-glycoprotein의 강한 저해제 또는 CYP3A4의 강한 유도제의 전신 치료환자 (고시 제2020-265호, '20.12.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
[339] Cilostazol 경구제 (품명 : 프레탈정 등)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 간혈성 파행을 동반한 만성동맥폐색증(버거씨병, 폐색성 동맥경화증, 당뇨병성 말초혈관병증 등) 나. 뇌경색(심인성뇌색전증 제외) 발증 후 재발억제 및 간혈성 파행을 동반하지 않은 만성동맥폐색증은 [일반원칙] 경구용 항혈전제(항혈소판제 및 Heparinoid 제제) “세부사항” 범위 내에서 투여 (고시 제2014-210호, '14.12.1.)
[339] Eltrombopag olamine 경구제 (품명 : 레블레이드정 25밀리그램 등)	1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에 투여하는 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 성인의 만성 면역성(특발성) 혈소판 감소성 자반증 1) 투여대상 - corticosteroid와 immunoglobulin에 불응인 비장절제 환자 - corticosteroid와 immunoglobulin에 불응인 비장절제술이 의학적 금기인 환자 2) 투여개시 - 혈소판수 20,000/ μ l 이하 또는 - 혈소판수 20,000~30,000/ μ l 이더라도 임상적 의의가 있는 출혈(중추신경계질환, 위장관출혈, 안출혈 등)이 있는 경우 3) 투여기간: 치료당 최대 6개월까지 인정함

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나. 면역억제요법에 충분한 반응을 보이지 않는 성인의 중증 재생불량성 빈혈</p> <p>1) 투여대상: 골수검사결과 세포충실도가 현저히 낮으면서(Cellularity가 25% 이하이거나 25~50%라도 조혈관련세포가 남아있는 세포의 30% 이하), 말초혈액검사 결과에서 다음 중 2개 이상의 소견이 확인되는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> - 절대호중구 수(ANC) 500/μl 이하 - 교정 망상적혈구 1.0% 이하 또는 절대 망상적혈구 수 $60 \times 10^9/L$ 이하 - 혈소판 수 20,000/μl 이하 <p>2) 투여개시</p> <ul style="list-style-type: none"> - 최소 6개월 이상의 ATG(Anti-human thymocyte immunoglobulin)와 Cyclosporine의 병용요법에 불응인 경우. 단, 고령, 감염 등의 사유로 ATG 투여가 어려운 환자는 최소 6개월 이상의 Cyclosporine 단독요법에 불응인 경우 <p>3) 투여기간: 치료 당 혈액학적 반응을 나타내는 적정 용량에 도달한 후 최대 6개월까지 인정함</p> <p>2. 허가사항(효능·효과)을 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여한 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상: 만 6세 이상 소아의 만성 면역성(특발성) 혈소판 감소성 자반증 환자로서 corticosteroid와 immunoglobulin에 불응인 환자</p> <p>나. 투여개시</p> <ul style="list-style-type: none"> - 혈소판수 20,000/μl 이하 또는 - 혈소판수 20,000~30,000/μl 이더라도 임상적 의의가 있는 출혈(중추신경계 질환, 위장관출혈, 안출혈 등)이 있는 경우

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>다. 투여기간: 치료당 최대 6개월까지 인정함 ※ 허가사항 중 용법·용량 및 사용상의 주의사항 (경고, 일반적 주의, 간장애 환자에 대한 투여 등)을 반드시 준수하여 투여하여야 함 (고시 제2022-56호, '22.3.1.)</p>
<p>[339] Emicizumab 주사제 (품명: 헵리브라 피하주사 30mg 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상 제8인자 항체를 보유한 중증 A형 혈우병 환자(응고인자 활성도가 1% 미만)에서 항체역가가 5BU(Bethesda unit)/mL 이상의 이력이 있으면서 다음의 경우 - 다 음 -</p> <p>1) 만12세 이상: 가) 최근 24주간 출혈건수가 6회 이상으로 우회 인자제제를 투여한 경우 또는 나) 면역관용요법에 실패한 경우</p> <p>2) 만1세이상 만12세미만: 가) 최근 24주간 출혈건수가 3회 이상으로 우회 인자제제를 투여한 경우 또는 나) 면역관용요법에 실패한 경우</p> <p>나. 투여 시 고려사항 ○ 의료진은 상기 가. 투여대상의 경우, 임상적 유용성이 허가사항의 사용상의 주의사항(경고, 이상반응, 일반적주의 항목 등)에 따른 위험성보다 높다고 판단되는 경우, 면역관용요법을 포함한 치료법과 동 약제 투여와의 연관성 등에 대하여 해당 환자 에게 충분히 설명한 이후, 동 약제 투여에 대하여 해당 환자(보호자)가 동의한 경우에 투여하도록 함 (진료기록부에 설명·동의서 별도 작성·보관).</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>다. 투여방법</p> <p>부하용량 투여 기간 동안 원내 투여를 원칙으로 하며, 해당기간 동안 자가투여에 대한 교육 후 최소 1회 이상 성공적인 자가투여를 병원에서 확인한 경우에 한해 1회 내원 시 최대 4주분까지 요양급여를 인정함. 이후 처방은 투약 등의 확인을 위한 일지를 환자 및 보호자가 작성하고 이를 요양기관이 관리한 경우에 한함.</p> <p>라. 투여중지 기준</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 동 약제 투여 전 치료법과 비교하여 출혈건수가 증가하는 경우 2) 해당 약제 투여 이후 6개월마다 평가하여 투여 전 치료법 대비 50% 이상의 출혈건수 감소가 유지되지 않은 경우 <p>마. 1년 이상 혈우병 진료 실적이 있는 혈액종양 소아 청소년과/혈액종양 내과 전문의 또는 5년 이상 혈우병 진료 실적이 있는 소아청소년과/내과 전문의의 처방에 한하여 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2021-234호, '21.9.1.)</p>
<p>[339]</p> <p>G-CSF 주사제 filgrastim (품명 : 그라신프리필드 시린지주 등), Lenograstim (품명 : 뉴트로진주)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 중 호중구감소증의 경우 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 호중구수가 1000/㎢ 미만일 경우 투여를 시작하여 3000/㎢까지 투여하는 경우</p> <p>나. 조혈모세포이식의 경우 이식 후 투여를 시작하여 호중구수가 3000/㎢까지 투여하는 경우</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>다. 암 환자(항암화학요법 또는 조혈모세포이식 후 등)의 호중구감소증의 경우에는 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 범위 내에서 인정</p> <p>3. Lenograstim(품명 : 뉴트로진주)은 허가사항 범위(효능·효과)를 초과하여 간 이식 후 면역억제제 투여로 인한 호중구 감소증에 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[339] Hydroxyethyl starch 함유 제제 (품명 : 블루벤주, 블루라이트주, 테트라스판주, 헥스텐드주 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 수술 중 또는 수술과 관련한 대량출혈(Massive bleeding)으로 순환혈액량(Circulating blood volume)의 유지가 어려운 긴급한 경우</p> <p>나. 혈액응고장애를 지닌 환자에서 혈액량 부족증의 교정이 필요한 경우</p> <p>다. 혈장증량과 함께 순환혈액의 삼투압 유지가 특히 필요한 경우</p> <p>라. 개심술시나 외상(Trauma) 환자 등에서 혈장 증량제가 긴급히 필요한 경우</p> <p>마. 기타 동 약제를 반드시 투여할 필요가 있는 경우에는 투여소견서가 첨부된 경우 (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[339] Pentastarch 제제 (품명 : 제일펜타스타치 10%주)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 수술 중 또는 수술과 관련한 대량출혈(Massive bleeding)으로 순환혈액량(Circulating blood volume)의 유지가 어려운 긴급한 경우</p> <p>나. 혈액응고장애를 지닌 환자에서 혈액량 부족증의 교정이 필요한 경우</p> <p>다. 혈장증량과 함께 순환혈액의 삼투압 유지가 특히 필요한 경우</p> <p>라. 개심술시나 Trauma 환자 등에서 혈장 증량제가 긴급히 필요한 경우</p> <p>마. 백혈구성분채집술(Leukapheresis)에 사용 시</p> <p>바. 기타 동 약제를 반드시 투여할 필요가 있는 경우에는 투여소견서가 첨부된 경우</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2017-193호, '17.11.1.)</p>
<p>[339] Plerixafor 주사제 (품명 : 모조빌주)</p>	<p>1. 허가사항 범위(효능·효과, 용량, 투여 횟수) 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여 대상 및 투여 시기</p> <p>1) 성인(만18세 이상)</p> <p>가) 비호지킨림프종 및 다발골수종 환자에서 기존의 가동화 방안 (항암제와 과립세포군속진인자 (G-CSF)의 병용 또는 G-CSF 단독)으로 실패하여 조혈모세포가 충분히 채집되지 않은 경우*</p> <p>※ 비호지킨림프종: 3일간 채집량이 2.0×10^6 CD34+cell/kg 미만인 경우</p>

구 분	세부인정기준 및 방법						
	<p>다발성골수종: 2일간 채집량이 2.0×10^6 CD34+cell/kg 미만인 경우</p> <p>나) 비호지킨림프종 및 다발골수종 환자에서 가동화 방안(항암제와 과립세포군촉진인자(G-CSF)의 병용 또는 G-CSF 단독) 시행 중 다음의 ① 또는 ②에 해당하여 조혈모세포 채집의 실패가 예상되는 경우 채집기간 중 선제적으로 투여 시</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <table border="1" data-bbox="397 591 982 773"> <thead> <tr> <th data-bbox="397 591 688 632">비호지킨림프종</th> <th data-bbox="688 591 982 632">다발골수종</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="397 632 688 702">① 말초혈액 CD34+ cell count < 10 cell/μL*</td> <td data-bbox="688 632 982 702">① 말초혈액 CD34+ cell count < 15 cell/μL*</td> </tr> <tr> <td data-bbox="397 702 688 773">② 조혈모세포 채집 첫째 날 채집량 < 0.7×10^6 CD34+cell/kg</td> <td data-bbox="688 702 982 773">② 조혈모세포 채집 첫째 날 채집량 < 1.0×10^6 CD34+cell/kg</td> </tr> </tbody> </table> <p>* 측정 시기 : “G-CSF 단독”으로 가동화한 경우, G-CSF 투여 4-5일째</p> <p>“G-CSF+항암화학요법”으로 가동화한 경우, WBC > 3000/uL 일 때</p> <p>2) 소아(만1세~만18세 미만)</p> <p>가) 림프종 및 고형악성종양 환자에서 기존의 가동화 방안(항암제와 과립세포군촉진인자(G-CSF)의 병용 또는 G-CSF 단독)으로 실패하여 조혈모세포가 충분히 채집되지 않은 경우*</p> <p>※ 림프종: 3일간 채집량이 2.0×10^6 CD34+cell/kg 미만인 경우</p> <p>고형악성종양: 2일간 채집량이 2.0×10^6 CD34+cell/kg미만인 경우</p> <p>나) 림프종 및 고형악성종양 환자에서 가동화 방안(항암제와 과립세포군촉진인자(G-CSF)의 병용 또는 G-CSF 단독) 시행 중 다음의 ① 또는 ②에</p>	비호지킨림프종	다발골수종	① 말초혈액 CD34+ cell count < 10 cell/ μ L*	① 말초혈액 CD34+ cell count < 15 cell/ μ L*	② 조혈모세포 채집 첫째 날 채집량 < 0.7×10^6 CD34+cell/kg	② 조혈모세포 채집 첫째 날 채집량 < 1.0×10^6 CD34+cell/kg
비호지킨림프종	다발골수종						
① 말초혈액 CD34+ cell count < 10 cell/ μ L*	① 말초혈액 CD34+ cell count < 15 cell/ μ L*						
② 조혈모세포 채집 첫째 날 채집량 < 0.7×10^6 CD34+cell/kg	② 조혈모세포 채집 첫째 날 채집량 < 1.0×10^6 CD34+cell/kg						

구 분	세부인정기준 및 방법						
	<p> 해당하여 조혈모세포 채집의 실패가 예상되는 경우 채집기간 중 선제적으로 투여 시 - 다 음 - </p> <table border="1" data-bbox="397 348 978 533"> <thead> <tr> <th data-bbox="397 348 685 384">립프종</th> <th data-bbox="685 348 978 384">고형악성종양</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="397 384 685 442">① 말초혈액 CD34+ cell count < 10 cell/μL*</td> <td data-bbox="685 384 978 442">① 말초혈액 CD34+ cell count < 15 cell/μL*</td> </tr> <tr> <td data-bbox="397 442 685 533">② 조혈모세포 채집 첫째 날 채집량 < 0.7×10^6 CD34+cell/kg</td> <td data-bbox="685 442 978 533">② 조혈모세포 채집 첫째 날 채집량 < 1.0×10^6 CD34+cell/kg</td> </tr> </tbody> </table> <p> * 측정 시기: “G-CSF 단독”으로 가동화한 경우, G-CSF 투여 4-5일째 “G-CSF+항암화학요법”으로 가동화한 경우, WBC > 3000/uL 일 때 나. 투여 횟수 ○ 2회에 한해 인정함. 단, 모조빌 2회 투여를 포함한 가동화의 조혈모세포 채집 전 기간(Plerixafor 투여 전과 투여 후 모두 포함) 동안 채집된 CD34 양성 세포 총량이 1.0×10^6 CD34+cell/kg 이상이면서 2.0×10^6 CD34+cell/kg 미만인 경우 추가 1회 (총 3회) 투여를 인정함. 다. 회당 투여 용량은 식약처 허가 범위 내에서 인정함. 2. 허가사항 범위(효능·효과, 용량, 투여 횟수) 내이나, 위 1호의 ‘가. 투여 대상 및 투여 시기’ 또는 ‘나. 투여 횟수’를 초과하여 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함. 예) ① 인정 가능 투여 횟수를 초과하여 투여하고자 하는 경우, 투여 횟수 초과분 ② 조혈모세포 채집 실패가 예상되지 않고, 실패 하지도 않았으나 조혈모세포 채집량을 늘리기 위해 투여하는 경우 (고시 제2021-294호, '21.12.1.) </p>	립프종	고형악성종양	① 말초혈액 CD34+ cell count < 10 cell/ μ L*	① 말초혈액 CD34+ cell count < 15 cell/ μ L*	② 조혈모세포 채집 첫째 날 채집량 < 0.7×10^6 CD34+cell/kg	② 조혈모세포 채집 첫째 날 채집량 < 1.0×10^6 CD34+cell/kg
립프종	고형악성종양						
① 말초혈액 CD34+ cell count < 10 cell/ μ L*	① 말초혈액 CD34+ cell count < 15 cell/ μ L*						
② 조혈모세포 채집 첫째 날 채집량 < 0.7×10^6 CD34+cell/kg	② 조혈모세포 채집 첫째 날 채집량 < 1.0×10^6 CD34+cell/kg						

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[339] Recombinant blood coagulation factor VIII 주사제 (품명 : 애드베이트주 등), Berotocog alfa (품명 : 그린진에프주 등), Morotocog alfa (품명 : 진타솔로퓨즈프리필드 주 등)</p>	<p>1. 입원환자의 경우 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 외래환자의 경우 허가사항 범위 내에서 아래와 같이 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 1회 투여용량(1회분) : 20-25 IU/kg 다만, 중등도 (moderate) 이상 출혈의 경우 의사의 의학적 판단에 따라서 최대 30 IU/kg</p> <p>- 입원진료가 필요하나 외래진료를 받는 경우, 임상증상 및 검사 결과 등에 따라 용량 증대가 반드시 필요한 경우에는 의사소견서 첨부 시 인정함</p> <p>나. 투여횟수</p> <p>1) 1회 내원 시 최대 5회분(중증 환자*는 6회분)까지, 매4주 총 10회분(중증 환자*는 12회분)까지 인정</p> <p>- 환자의 상태가 안정적인 경우 등 의학적 판단에 따라 매4주 1회 내원 시 총 10회분(중증 환자*는 12회분)까지 인정 가능함.</p> <p>2) 다만, 매4주 10회분(중증 환자*는 12회분)을 투여한 이후에 출혈이 발생하여 내원한 경우에는 1회 내원 당 2회분까지 인정하며, 의사소견서를 첨부하여야 함.</p> <p>3) 원내투여한 경우에는 급여인정 투여횟수 산정 시 원내투여분을 포함</p> <p>* 중증(severe) 환자: 응고인자 활성도가 1% 미만인 환자</p> <p>3. 허가사항을 초과하여 혈액질환자의 면역관용요법에 투여하고자 건강보험심사평가원의 사전승인을 받은 경우에도 영양급여를 인정함. 이 경우 사전승인을 위한 위원회 구성, 사전승인의 기준, 절차 및 방법 등 필요한 사항은 건강보험심사평가원장이 정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-280호, '19.1.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[339]</p> <p>Recombinant blood coagulation factor VIII-Fc fusion protein Efmoroctocog α 주사제 (품명 : 엘록테이트주 250 IU 등)</p> <p>Recombinant blood coagulation factor VIII, Rurioctocog α pegol 주사제 (품명 : 에디노베이트주 250 IU 등)</p> <p>Lonooctocog alfa 주사제 (품명 : 앱스틸라주 250 IU 등)</p>	<p>1. 입원환자의 경우 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 외래환자의 경우 허가사항 범위 내에서 아래와 같이 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 1회 투여용량(1회분) : 20-25 IU/kg 다만, 중등도(moderate) 이상 출혈의 경우 의사의 의학적 판단에 따라서 최대 30 IU/kg - 입원진료가 필요하나 외래진료를 받는 경우, 임상 증상 및 검사 결과 등에 따라 용량 증대가 반드시 필요한 경우에는 의사소견서 첨부시 인정함</p> <p>나. 투여횟수</p> <p>1) 매4주 첫 번째 내원시는 4회분까지, 두 번째 내원시는 3회분(중증 환자*는 4회분)까지 인정하여 매4주 총 7회분(중증 환자*는 8회분)까지 인정 - 환자의 상태가 안정적인 경우 등 의학적 판단에 따라 매4주 1회 내원 시 총 7회분(중증 환자*는 8회분)까지 인정 가능함.</p> <p>2) 다만, 매4주 7회분(중증 환자*는 8회분)을 투여한 이후에 출혈이 발생하여 내원한 경우에는 1회 내원 당 2회분까지 인정하며, 의사소견서를 첨부하여야 함.</p> <p>3) 원내투여한 경우에는 급여인정 투여횟수 산정 시 원내투여분을 포함</p> <p>* 중증(severe) 환자: 응고인자 활성도가 1% 미만인 환자 (고시 제2021-152호, '21.6.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[339] Recombinant blood coagulation factor IX 주사제 (품명 : 베네픽스주)</p>	<p>1. 입원환자의 경우 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 합을 원칙으로 함.</p> <p>2. 외래환자의 경우 허가사항 범위 내에서 아래와 같이 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 1회 투여용량(1회분)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 39 IU/kg(소아는 42 IU/kg) <p>다만, 중등도(moderate) 이상 출혈의 경우 의사의 의학적 판단에 따라서 최대 65 IU/kg (소아는 최대 70 IU/kg)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 입원진료가 필요하나 외래진료를 받는 경우, 임상 증상 및 검사 결과 등에 따라 용량 증대가 반드시 필요한 경우에는 의사소견서 첨부 시 인정함. <p>나. 투여횟수</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 매4주 첫 번째 내원시는 4회분까지, 두 번째 내원시는 3회분(중증 환자*는 4회분)까지 인정하여 매4주 총 7회분(중증 환자*는 8회분)까지 인정 <ul style="list-style-type: none"> - 환자의 상태가 안정적인 경우 등 의사의 의학적 판단에 따라 매4주 1회 내원 시 총 7회분(중증 환자*는 8회분)까지 인정 가능함. 2) 다만, 매4주 7회분(중증 환자*는 8회분)을 투여한 이후에 출혈이 발생하여 내원한 경우에는 1회 내원당 2회분까지 인정하며, 의사소견서를 첨부하여야 함. 3) 원내투여한 경우에는 급여인정 투여횟수 산정 시 원내투여분을 포함 <p>* 중증(severe) 환자: 응고인자 활성도가 1% 미만인 환자</p> <p>3. 허가사항을 초과하여 혈우병B 항체 환자의 면역관용 요법에 투여하고자 건강보험심사평가원의 사전승인을 받은 경우에도 요양급여를 인정함. 이 경우 사전승인을 위한 위원회 구성, 사전승인의 기준, 절차 및 방법 등 필요한 사항은 건강보험심사평가원장이 정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2020-107호, '20.6.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[339] Recombinant blood coagulation factor IX-Fc fusion protein Eftrenonacog α 주사제 (품명 : 알프로릭스주 250 IU 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 입원환자의 경우 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 합을 원칙으로 함. 2. 외래환자의 경우 허가사항 범위 내에서 아래와 같이 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <ul style="list-style-type: none"> - 아 래 - 가. 1회 투여용량(1회분) <ul style="list-style-type: none"> - 30 IU/kg(소아는 42 IU/kg) 다만, 중등도(moderate) 이상 출혈의 경우 의사의 의학적 판단에 따라서 최대 50 IU/kg(소아는 최대 70 IU/kg) - 입원진료가 필요하나 외래진료를 받는 경우, 임상증상 및 검사 결과 등에 따라 용량 증대가 반드시 필요한 경우에는 의사소견서 첨부 시 인정함 나. 투여횟수 <ol style="list-style-type: none"> 1) 매4주 첫 번째 내원시는 2회분까지, 두 번째 내원시는 1회분(중증 환자*는 2회분)까지 인정하여 매4주 총 3회분 (중증 환자*는 4회분)까지 인정 <ul style="list-style-type: none"> - 환자의 상태가 안정적인 경우 등 의사의 의학적 판단에 따라 매4주 1회 내원 시 총 3회분(중증 환자*는 4회분)까지 인정 가능함. 2) 다만, 매4주 3회분(중증 환자*는 4회분)을 투여한 이후에 출혈이 발생하여 내원한 경우에는 1회 내원 당 1회분까지 인정하며, 의사소견서를 첨부하여야 함. 3) 원내투여한 경우에는 급여인정 투여횟수 산정 시 원내투여분을 포함 <p>* 중증(severe) 환자: 응고인자 활성도가 1% 미만인 환자 (고시 제2018-280호, '19.1.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[339] Recombinant blood coagulation factor IX Nonacog gamma 주사제 (품명 : 릭수비스주)</p>	<p>1. 입원환자의 경우 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 외래환자의 경우 허가사항 범위 내에서 아래와 같이 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 1회 투여용량(1회분)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 33 IU/kg(소아는 42 IU/kg) 다만, 중등도(moderate) 이상 출혈의 경우 의사의 의학적 판단에 따라서 최대 55 IU/kg (소아는 최대 70 IU/kg) - 입원진료가 필요하나 외래진료를 받는 경우, 임상 증상 및 검사 결과 등에 따라 용량 증대가 반드시 필요한 경우에는 의사소견서 첨부시 인정함 <p>나. 투여횟수</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 매4주 첫 번째 내원시는 4회분까지, 두 번째 내원시는 3회분(중증 환자*는 4회분)까지 인정하여 매4주 총 7회분(중증 환자*는 8회분)까지 인정 <ul style="list-style-type: none"> - 환자의 상태가 안정적인 경우 등 의사의 의학적 판단에 따라 매4주 1회 내원 시 총 7회분(중증 환자*는 8회분)까지 인정 가능함. 2) 다만, 매4주 7회분(중증 환자*는 8회분)을 투여한 이후에 출혈이 발생하여 내원한 경우에는 1회 내원당 2회분까지 인정하며, 의사소견서를 첨부하여야 함. 3) 원내투여한 경우에는 급여인정 투여횟수 산정 시 원내투여분을 포함 <p>* 중증(severe) 환자: 응고인자 활성도가 1% 미만인 환자 (고시 제2018-280호, '19.1.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[339] Romiplostim 주사제 (품명 : 로미플레이트주 250mcg)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에 투여하는 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 투여대상: 성인 만성 면역성(특발성) 혈소판 감소성 자반증 환자로서 - corticosteroid와 immunoglobulin에 불응인 비장 절제 환자 - corticosteroid와 immunoglobulin에 불응인 비장 절제술이 의학적 금기인 환자 나. 투여개시 - 혈소판수 20,000/uL 이하 또는 - 혈소판수 20,000-30,000/uL 이더라도 임상적 의의가 있는 출혈(중추신경계질환, 위장관출혈, 안출혈 등)이 있는 경우 다. 투여기간: 치료당 최대 6개월까지 인정함.</p> <p>2. 허가사항(효능·효과)을 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여한 경우에도 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 투여대상: 만 1세 이상 소아의 만성 면역성(특발성) 혈소판 감소성 자반증 환자로서 corticosteroid와 immunoglobulin에 불응인 환자 나. 투여개시 - 혈소판수 20,000/μL 이하 또는 - 혈소판수 20,000~30,000/μL 이더라도 임상적 의의가 있는 출혈(중추신경계 질환, 위장관출혈, 안출혈 등)이 있는 경우 다. 투여기간: 치료당 최대 6개월까지 인정함 ※ 허가사항 중 용법·용량 및 사용상의 주의사항(경고, 일반적 주의, 간장애 환자에 대한 투여 등)을 반드시 준수하여 투여하여야 함 (고시 제2022-56호, '22.3.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[339] Ticlopidine HCl 경구제 (품명 : 유유크리드정 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 대상에서 “[일반원칙] 경구 항혈전치료제(항혈소판제 및 Heparinoid 제제)”에 따라 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 혈관수술 및 혈액체외순환에 따른 혈전·색전의 치료 및 혈류장애의 개선</p> <p>나. 만성 동맥폐색증에 따른 궤양, 동통 및 냉감 등 허혈성 증상의 개선</p> <p>다. 허혈성 뇌혈관 장애에 따른 혈전·색전의 치료</p> <p>라. 관상동맥질환(협심증, 심근경색)에 따른 혈전·색전의 예방, 치료 및 허혈성 증상의 치료</p> <p>마. 관상동맥내 스텐트 삽입시술 후 아급성 혈전의 예방 (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[341] 복막투석액</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 합을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 약제를 혼합하여 사용하는 경우에도 요양급여를 인정함. - 아 래 -</p> <p>가. 항생제</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 복막투석 시 복막염 치료목적으로 복막투석액에 혼합하여 복강 내 투여 2) 일반적인 항생제 투여원칙 및 “세부사항”에 따라 사용함을 원칙으로 함. 3) 경험적 치료(Empirical therapy)인 경우 1차 항생제를 우선 사용하고, 그 이후 약제감수성검사 결과에 따라 항생제를 사용토록 함. <p>나. 헤파린 복막염, 복막투석의 처음 시작시기, 섬유소응괴(Fibrin clot)가 보일 때 등에 복막투석액에 혼합하여 복강 내 투여</p> <p>다. 인슐린 당뇨병 환자의 경우 복막투석액에 혼합하여 복강 내 투여</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[341] L-methionine 외 복막투석액 (품명 : 뉴트리닐 피디-4액)</p>	<p>아미노산이 함유되어 투석과 동시에 아미노산을 공급하는 효과가 있는 약제이므로 허가사항 범위 내에서 동 약제의 투여조건서가 첨부된 경우에 요양급여를 인정하며, 동 인정 기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2017-193호, '17.11.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
[349] Calcium chloride 외 (안내수술용 평형염액) (품명 : 비에스에스액 등)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 별도 인정하지 않음 - 아 래 - 가. 인정수술 1) 백내장 및 수정체수술(자511-가, 자511-나, 자511-라) 2) 유리체절제술(자512-가, 자512-나) 3) 망막주위막제거술(자514-1) 나. 인정용량 수술 당 최대 500ml(1병). 다만, BSS Plus액사용 시는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)
[349] D-mannitol + D-sorbitol (품명 : 유로솔액 등)	1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 별도 인정 하지 않음. - 아 래 - 가. 경요도적 방광 내 수술(자351다 또는 자351마) 나. 관혈적 또는 경요도적 수술 후 합병증(출혈)이 있어 내시경을 통한 전기소작 다. 신내시경하 신중양절제술(자330-1) 2. 허가사항 범위를 초과하여 자궁경시술 시 자궁확장매체로 사용하는 경우 2Bags(6L)까지 영양급여를 인정함. (고시 제2020-265호, '20.12.1.)

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[391] Lamivudine 100mg 경구제 (품명 : 제픽스정 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. - 아 래 -</p> <p>○ 만성 B형간염 [일반원칙] 경구용 만성 B형간염 치료제 세부인정기준 및 방법 참조하여 요양급여를 인정함.</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여한 경우에도 요양급여를 인정함. - 아 래 -</p> <p>○ HIV-1 감염 동 약제를 '각테일요법'으로 사용하는 경우 해당 고시에 의거하여 인정함. (고시 제2019-93호, '19.6.7.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
[392] 구형흡착탄 경구제 (품명: 크레메진세립 등)	허가사항 범위 내에서 “진행성 만성신부전으로 판정받은 투석 전 환자 중 혈청 크레아티닌 2.0mg/dL- 5.0mg/dL인 환자”에게 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2022-131호, '22.6.1.)
[392] Betaine anhydrous 180g 경구제 (품명: 시스타단산 1그램)	호모시스틴뇨증이 확진된 환자로서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 생화학적 검사 또는 유전자 검사에서 확진된 환자로서 다음의 경우에 2차적으로 투여 한 경우 - 다 음 - 가. Pyridoxine 치료를 할 수 없는 경우 나. Pyridoxine 치료에 반응하지 않는 경우 ※ 식품의약품안전처장이 인정한 범위 가. 시스타단은 호모시스틴뇨증 환자에서 상승된 혈중 Homocysteine 수치의 감소에 사용됨. 이는 다음 요소의 결핍증 또는 장애에 따른 호모시스틴뇨증을 포함함. 1) Cystathionine Beta-Synthase(CBS) 2) 5,10-Methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) 3) Cobalamin cofactor metabolism(cbl) 나. 시스타단에 대한 환자의 반응 정도는 Homocysteine의 혈중농도를 통해 모니터 될 수 있음. 반응은 대개 1주 안에 나타나며, 1달 안에 항정상태(Steady state)가 됨. (고시 제2014-17호, '14.2.1.)

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[392] Deferasirox 경구제 (품명 : 엑스자이드확산정 125밀리그램 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정하며, 소아 등 정기적 수혈량이 적은 환자(연간 농축적혈구 8Unit 이하)로서 만성 철분축적의 임상증거(혈청페리틴)1,000μg/L)가 확인되는 경우에도 요양급여를 인정함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[392] Flumazenil 주사제 (품명 : 아빅세이트주 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 -</p> <p>가. 중환자 치료</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 벤조디아제핀계(Benzodiazepine) 약물중독의 확진 및 해독 2) 원인불명으로 의식불명 시 Benzodiazepine계 약물, 다른 약물 또는 뇌손상에 의한 것인지의 감별을 위한 진단 3) 약물과량 사용 시 Benzodiazepine계 약물의 중추 진정작용에 대한 특정역전(자발호흡 및 의식을 회복 시킴으로써 삼관법을 불필요하게 하거나 발관법을 실시할 수 있도록 함) <p>나. 내시경 검사 및 시술시 진정에 사용한 Benzodiazepine계 약물의 역전이 필요한 다음과 같은 경우. 단, 빠른 회복 목적으로 사용시 인정하지 아니함. - 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 산소를 공급함에도 지속적으로 산소포화도(O₂ saturation)를 90% 이상 유지할 수 없는 경우 2) 시술을 지속할 수 없는 정도의 모순적 반응(paradoxical reaction)이 발생한 경우 <p>- 단, 「진정 내시경 환자관리료(나-799) 급여기준」의 급여 인정 범위에 한함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2. Benzodiazepine계 약물의 중추진정작용을 역전시키기 위해 모든 환자에게 일률적으로 투여한 경우는 요양급여를 인정하지 아니함.</p> <p>(고시 제2017-35호, '17.3.1.)</p>
<p>[392] Leucovorin calcium 주사제 (품명 : 페르본주사 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과(효능·효과 및 용법·용량)하여 아래와 같은 기준으로 투여한 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 메타놀(Methanol) 중독에 투여한 경우</p> <p>나. 조혈모세포이식후 이식편대숙주질환(GVHD) 예방을 위해 MTX(Methotrexate) 투여 시 동 약제를 다음과 같이 투여한 경우</p> <p style="padding-left: 2em;">○ MTX와 동일한 용량의 Leucovorin을 하루 4번씩 2일간 투여하여 MTX 4회 주입에 Leucovorin 총 32회 투여</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[392] Sodium thiosulfate 주사제 (품명 : 아메톡스주 25%)</p>	<p>1. 허가사항(효능·효과) 중 “시안중독”의 경우에는 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 허가사항(효능·효과) 중 “시스플라틴 유발성 신독성 예방”의 경우에는 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 범위 내에서 인정함</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[392] Zinc acetate 경구제 (품명 : 윌리진캡슐 25밀리그램, 50밀리그램)</p>	<p>허가사항 범위(윌슨병) 내에서 투여 시 요양급여를 인정함</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[394] Colchicine 경구제 (품명 : 콜킨정 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능·효과)를 초과하여 베켓증후군에도 영양급여를 인정함. <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법															
[395] Agalsidase alfa 3.5mg 주사제 (품명 : 레프라갈주)	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상</p> <p>1) 다음 요건 중 어느 하나(①~⑨항 중 최소 1개)에 해당하는 파브리병 관련 임상 증상 또는 징후를 보이며, 기타 원인이 배제된(감별진단 된) 환자로서,</p> <p>2) 백혈구 또는 피부섬유아세포 등에서 α-galactosidase A 활성도가 감소하고 유전자검사로 파브리병이 확진된 경우 (단, 이 중 α-galactosidase A의 활성도 감소가 확인되지 않는 여성 환자의 경우 유전자 검사로 확진할 수 있음)</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <table border="1" data-bbox="409 852 969 1430"> <thead> <tr> <th data-bbox="409 852 493 877">항목</th> <th data-bbox="493 852 969 877">요건</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="409 877 493 1202" rowspan="5">신장*</td> <td data-bbox="493 877 969 981">① 사구체 여과율 감소 ($15 \leq eGFR < 90 \text{ml/min/1.73m}^2$ (adjusted for age) < 40)에 2회 이상 해당하는 경우)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="493 981 969 1042">② 미세알부민뇨(>30mg/g) (최소 24시간 간격 2회 이상 검출)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="493 1042 969 1103">③ 알부민뇨(>20μg/min) (최소 24시간 간격 2회 이상 검출)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="493 1103 969 1141">④ 단백뇨(>150mg/24hr)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="493 1141 969 1202">⑤ 진행의 임상적 증거를 동반한 단백뇨 (>300mg/24hr)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="409 1202 493 1367" rowspan="2">심장</td> <td data-bbox="493 1202 969 1334">⑥ MRI나 심초음파로 입증된 좌심실 비대(좌심실벽 두께)>12mm) (단, 고혈압이 동반된 환자의 경우 동 약제 투여 전 최소 6개월의 혈압 치료가 선행 되어야 함) 등</td> </tr> <tr> <td data-bbox="493 1334 969 1367">⑦ 임상적으로 유의한 부정맥 및 전도장애 등</td> </tr> <tr> <td data-bbox="409 1367 493 1400">신경</td> <td data-bbox="493 1367 969 1400">⑧ 객관적 검사로 입증된 뇌졸중이나 일과성허혈발작 등</td> </tr> <tr> <td data-bbox="409 1400 493 1430">통증</td> <td data-bbox="493 1400 969 1430">⑨ 항뇌전증약과/또는 최대용량의 진통제(NSAIDs</td> </tr> </tbody> </table>	항목	요건	신장*	① 사구체 여과율 감소 ($15 \leq eGFR < 90 \text{ml/min/1.73m}^2$ (adjusted for age) < 40)에 2회 이상 해당하는 경우)	② 미세알부민뇨(>30mg/g) (최소 24시간 간격 2회 이상 검출)	③ 알부민뇨(>20 μ g/min) (최소 24시간 간격 2회 이상 검출)	④ 단백뇨(>150mg/24hr)	⑤ 진행의 임상적 증거를 동반한 단백뇨 (>300mg/24hr)	심장	⑥ MRI나 심초음파로 입증된 좌심실 비대(좌심실벽 두께)>12mm) (단, 고혈압이 동반된 환자의 경우 동 약제 투여 전 최소 6개월의 혈압 치료가 선행 되어야 함) 등	⑦ 임상적으로 유의한 부정맥 및 전도장애 등	신경	⑧ 객관적 검사로 입증된 뇌졸중이나 일과성허혈발작 등	통증	⑨ 항뇌전증약과/또는 최대용량의 진통제(NSAIDs
항목	요건															
신장*	① 사구체 여과율 감소 ($15 \leq eGFR < 90 \text{ml/min/1.73m}^2$ (adjusted for age) < 40)에 2회 이상 해당하는 경우)															
	② 미세알부민뇨(>30mg/g) (최소 24시간 간격 2회 이상 검출)															
	③ 알부민뇨(>20 μ g/min) (최소 24시간 간격 2회 이상 검출)															
	④ 단백뇨(>150mg/24hr)															
	⑤ 진행의 임상적 증거를 동반한 단백뇨 (>300mg/24hr)															
심장	⑥ MRI나 심초음파로 입증된 좌심실 비대(좌심실벽 두께)>12mm) (단, 고혈압이 동반된 환자의 경우 동 약제 투여 전 최소 6개월의 혈압 치료가 선행 되어야 함) 등															
	⑦ 임상적으로 유의한 부정맥 및 전도장애 등															
신경	⑧ 객관적 검사로 입증된 뇌졸중이나 일과성허혈발작 등															
통증	⑨ 항뇌전증약과/또는 최대용량의 진통제(NSAIDs															

구 분	세부인정기준 및 방법				
	<table border="1" data-bbox="408 239 968 371"> <thead> <tr> <th data-bbox="408 239 492 272">항목</th> <th data-bbox="492 239 968 272">요건</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="408 272 492 371"></td> <td data-bbox="492 272 968 371">등을 사용함에도 조절되지 않는 만성 신경병증성 통증(지속 투여를 위해 진료기록 등을 통해 약제 효과가 지속적으로 입증되어야 함) 등</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="431 371 980 437">※ 신장의 경우, 기타 원인과의 감별진단을 위해 생검을 통한 확진을 권장함.</p> <p data-bbox="420 479 554 512">나. 평가방법</p> <p data-bbox="453 520 980 669">이 약 치료 시작 전 최초 평가를 실시하며, 이후 매 6-12개월 간격으로 신기능 검사(사구체여과율 등) 또는 심기능 검사(EKG 등) 등을 통해 약제 투여 효과에 대해 종합적으로 평가토록 함.</p> <p data-bbox="397 669 980 784">2. 허가사항 범위(용법·용량)를 초과하여 상기 '가.투여 대상'에 해당하는 소아 파브리병 환자에 '나.평가방법'에 따라 투여 시 영양급여를 인정함.</p> <p data-bbox="649 784 980 817">(고시 제2019-313호, '20.1.1.)</p>	항목	요건		등을 사용함에도 조절되지 않는 만성 신경병증성 통증(지속 투여를 위해 진료기록 등을 통해 약제 효과가 지속적으로 입증되어야 함) 등
항목	요건				
	등을 사용함에도 조절되지 않는 만성 신경병증성 통증(지속 투여를 위해 진료기록 등을 통해 약제 효과가 지속적으로 입증되어야 함) 등				
<p data-bbox="140 925 196 958">[395]</p> <p data-bbox="151 966 369 1115">Agalsidase β 37mg 주사제 (품명 : 파브라자임주 등)</p>	<p data-bbox="397 925 980 1032">1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p data-bbox="616 1040 756 1073">- 아 래 -</p> <p data-bbox="420 1082 554 1115">가. 투여대상</p> <p data-bbox="448 1123 980 1189">1) 다음 요건 중 어느 하나(①~⑨항 중 최소 1개)에 해당하는 파브리병 관련 임상 증상 또는 징후를 보이며, 기타 원인이 배제된(감별진단 된) 환자로서,</p> <p data-bbox="448 1230 980 1420">2) 백혈구 또는 피부섬유아세포 등에서 α-galactosidase A 활성도가 감소하고 유전자검사로 파브리병이 확진된 경우 (단, 이 중 α-galactosidase A의 활성도 감소가 확인되지 않는 여성 환자의 경우 유전자 검사로 확진할 수 있음)</p>				

구 분	세부인정기준 및 방법															
- 다 음 -																
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th data-bbox="412 282 493 310">항목</th> <th data-bbox="493 282 972 310">요건</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="412 310 493 636" rowspan="5" style="text-align: center; vertical-align: middle;">신장※</td> <td data-bbox="493 310 972 414">① 사구체 여과율 감소 ($15 \leq eGFR < 90 \text{ml/min/1.73m}^2$ (adjusted for age) > 40)에 2회 이상 해당하는 경우)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="493 414 972 475">② 미세알부민뇨($> 30 \text{mg/g}$) (최소 24시간 간격 2회 이상 검출)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="493 475 972 536">③ 알부민뇨($> 20 \mu\text{g/min}$) (최소 24시간 간격 2회 이상 검출)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="493 536 972 574">④ 단백뇨($> 150 \text{mg/24hr}$)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="493 574 972 636">⑤ 진행의 임상적 증거를 동반한 단백뇨 ($> 300 \text{mg/24hr}$)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="412 636 493 797" rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">심장</td> <td data-bbox="493 636 972 768">⑥ MRI나 심초음파로 입증된 좌심실 비대(좌심실 벽 두께)$> 12 \text{mm}$) (단, 고혈압이 동반된 환자의 경우 동 약제 투여 전 최소 6개월의 혈압 치료가 선행되어야 함) 등</td> </tr> <tr> <td data-bbox="493 768 972 797">⑦ 임상적으로 유의한 부정맥 및 전도장애 등</td> </tr> <tr> <td data-bbox="412 797 493 827" style="text-align: center; vertical-align: middle;">신경</td> <td data-bbox="493 797 972 827">⑧ 객관적 검사로 입증된 뇌졸중이나 일과성허혈발작 등</td> </tr> <tr> <td data-bbox="412 827 493 963" style="text-align: center; vertical-align: middle;">통증</td> <td data-bbox="493 827 972 963">⑨ 항뇌전증약과/또는 최대용량의 진통제(NSAIDs 등)를 사용함에도 조절되지 않는 만성 신경병증성 통증(지속 투여를 위해 진료기록 등을 통해 약제 효과가 지속적으로 입증되어야 함) 등</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="412 963 972 1032">※ 신장의 경우, 기타 원인과의 감별진단을 위해 생검을 통한 확진을 권장함.</p> <p data-bbox="412 1082 554 1111">나. 평가방법</p> <p data-bbox="464 1120 972 1268">이 약 치료 시작 전 최초 평가를 실시하며, 이후 매 6-12개월 간격으로 신기능 검사(사구체여과율 등) 또는 심기능 검사(EKG 등) 등을 통해 약제 투여 효과에 대해 종합적으로 평가토록 함.</p> <p data-bbox="412 1276 972 1384">2. 허가사항 범위(용법·용량)를 초과하여 상기 '가.투여 대상'에 해당하는 소아 파브리병 환자에 '나.평가방법'에 따라 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p data-bbox="666 1392 972 1422" style="text-align: right;">(고시 제2020-17호, '20.2.1.)</p>	항목	요건	신장※	① 사구체 여과율 감소 ($15 \leq eGFR < 90 \text{ml/min/1.73m}^2$ (adjusted for age) > 40)에 2회 이상 해당하는 경우)	② 미세알부민뇨($> 30 \text{mg/g}$) (최소 24시간 간격 2회 이상 검출)	③ 알부민뇨($> 20 \mu\text{g/min}$) (최소 24시간 간격 2회 이상 검출)	④ 단백뇨($> 150 \text{mg/24hr}$)	⑤ 진행의 임상적 증거를 동반한 단백뇨 ($> 300 \text{mg/24hr}$)	심장	⑥ MRI나 심초음파로 입증된 좌심실 비대(좌심실 벽 두께) $> 12 \text{mm}$) (단, 고혈압이 동반된 환자의 경우 동 약제 투여 전 최소 6개월의 혈압 치료가 선행되어야 함) 등	⑦ 임상적으로 유의한 부정맥 및 전도장애 등	신경	⑧ 객관적 검사로 입증된 뇌졸중이나 일과성허혈발작 등	통증	⑨ 항뇌전증약과/또는 최대용량의 진통제(NSAIDs 등)를 사용함에도 조절되지 않는 만성 신경병증성 통증(지속 투여를 위해 진료기록 등을 통해 약제 효과가 지속적으로 입증되어야 함) 등
항목	요건															
신장※	① 사구체 여과율 감소 ($15 \leq eGFR < 90 \text{ml/min/1.73m}^2$ (adjusted for age) > 40)에 2회 이상 해당하는 경우)															
	② 미세알부민뇨($> 30 \text{mg/g}$) (최소 24시간 간격 2회 이상 검출)															
	③ 알부민뇨($> 20 \mu\text{g/min}$) (최소 24시간 간격 2회 이상 검출)															
	④ 단백뇨($> 150 \text{mg/24hr}$)															
	⑤ 진행의 임상적 증거를 동반한 단백뇨 ($> 300 \text{mg/24hr}$)															
심장	⑥ MRI나 심초음파로 입증된 좌심실 비대(좌심실 벽 두께) $> 12 \text{mm}$) (단, 고혈압이 동반된 환자의 경우 동 약제 투여 전 최소 6개월의 혈압 치료가 선행되어야 함) 등															
	⑦ 임상적으로 유의한 부정맥 및 전도장애 등															
신경	⑧ 객관적 검사로 입증된 뇌졸중이나 일과성허혈발작 등															
통증	⑨ 항뇌전증약과/또는 최대용량의 진통제(NSAIDs 등)를 사용함에도 조절되지 않는 만성 신경병증성 통증(지속 투여를 위해 진료기록 등을 통해 약제 효과가 지속적으로 입증되어야 함) 등															

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[395] Alglucosidase alfa 주사제 (품명 : 마이오자임주 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 임상증상과 효소분석 등으로 확진된 영아 발병형 폼페병 (infantile-onset form Pompe disease) 및 후기 발병형 폼페병(late-onset form Pompe disease) - 후기 발병형은 투여개시 1년 후 증상이나 삶의 질 개선정도를 평가하여 계속 투여 여부를 결정하고, 이후 6개월 간격으로 재평가함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[395] Asfotase alfa 주사제 (품명 : 스트렌식주 40mg/mL 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상 소아기 발병 저인산효소증 환자로서 다음 조건을 모두 만족하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) ALP(Alkaline phosphatase)가 연령 및 성별 참고수치 정상범위 미만이면서 PLP(Pyridoxal-5'-phosphate)가 정상 범위 초과</p> <p>2) 치료 시작 전 방사선사진에서 저인산효소증의 특징적인 골 증상 확인</p> <p>3) 치료 시작이 만 19세 미만</p> <p>나. 투여 시작 기준 투여 시작 시 아래 각 환자군에 따른 투여 시작 기준을 만족하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p>

구 분	세부인정기준 및 방법								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="404 237 555 274">환자군</th> <th data-bbox="555 237 967 274">투여 시작 기준</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="404 274 555 348">만 1세 미만 발병환자</td> <td data-bbox="555 274 967 348">저인산효소증으로 확진된 경우</td> </tr> <tr> <td data-bbox="404 348 555 728">만 1세 이상 발병 만 1세-4세 환자</td> <td data-bbox="555 348 967 728"> 다음 중 1개 이상에 해당하는 경우 1) 발달 평가(K-DST(한국형 영유아 발달선별검사) 대근육 발달부분)에서 해당 나이의 운동발달단계에 도달하지 못한 경우 2) 지속적이거나 반복적인 근골격계 통증이 환자의 삶의 질에 심각한 영향 (PedsQL: Pediatric Quality of Life inventory)을 주거나 두 종류 이상의 진통제에도 불구하고 완화되지 않는 경우 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="404 728 555 1037">만 1세 이상 발병 만 5세-18세 환자</td> <td data-bbox="555 728 967 1037"> 다음 중 1개 이상에 해당하는 경우 1) 다른 사람이나 보조 기구의 도움이 없이 300m 이상은 걸을 수 없는 등 운동성의 제한을 보이는 경우(Bleck Ambulation Efficiency Scoring 1~6) 2) 지속적이거나 반복적인 근골격계 통증이 환자의 삶의 질에 심각한 영향 (PedsQL)을 주거나 두 종류 이상의 진통제에도 불구하고 완화되지 않는 경우 </td> </tr> </tbody> </table>	환자군	투여 시작 기준	만 1세 미만 발병환자	저인산효소증으로 확진된 경우	만 1세 이상 발병 만 1세-4세 환자	다음 중 1개 이상에 해당하는 경우 1) 발달 평가(K-DST(한국형 영유아 발달선별검사) 대근육 발달부분)에서 해당 나이의 운동발달단계에 도달하지 못한 경우 2) 지속적이거나 반복적인 근골격계 통증이 환자의 삶의 질에 심각한 영향 (PedsQL: Pediatric Quality of Life inventory)을 주거나 두 종류 이상의 진통제에도 불구하고 완화되지 않는 경우	만 1세 이상 발병 만 5세-18세 환자	다음 중 1개 이상에 해당하는 경우 1) 다른 사람이나 보조 기구의 도움이 없이 300m 이상은 걸을 수 없는 등 운동성의 제한을 보이는 경우(Bleck Ambulation Efficiency Scoring 1~6) 2) 지속적이거나 반복적인 근골격계 통증이 환자의 삶의 질에 심각한 영향 (PedsQL)을 주거나 두 종류 이상의 진통제에도 불구하고 완화되지 않는 경우
환자군	투여 시작 기준								
만 1세 미만 발병환자	저인산효소증으로 확진된 경우								
만 1세 이상 발병 만 1세-4세 환자	다음 중 1개 이상에 해당하는 경우 1) 발달 평가(K-DST(한국형 영유아 발달선별검사) 대근육 발달부분)에서 해당 나이의 운동발달단계에 도달하지 못한 경우 2) 지속적이거나 반복적인 근골격계 통증이 환자의 삶의 질에 심각한 영향 (PedsQL: Pediatric Quality of Life inventory)을 주거나 두 종류 이상의 진통제에도 불구하고 완화되지 않는 경우								
만 1세 이상 발병 만 5세-18세 환자	다음 중 1개 이상에 해당하는 경우 1) 다른 사람이나 보조 기구의 도움이 없이 300m 이상은 걸을 수 없는 등 운동성의 제한을 보이는 경우(Bleck Ambulation Efficiency Scoring 1~6) 2) 지속적이거나 반복적인 근골격계 통증이 환자의 삶의 질에 심각한 영향 (PedsQL)을 주거나 두 종류 이상의 진통제에도 불구하고 완화되지 않는 경우								
	<p>다. 평가방법</p> <p>치료 시작 시, 치료 후 3개월, 6개월, 이후에는 6개월마다 임상평가(키, 체중, 호흡기능, 운동발달단계, 보행기능, 통증 등)를 하여야 함.</p> <p>라. 투여 중지 기준</p> <p>1) 치료 시작 후 1년마다 반응 여부에 대한 평가를 실시하여 아래 각 환자군별 중지기준에 해당하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p>								

구 분	세부인정기준 및 방법	
	환자군	투여 중지 기준
	만 1세 미만 발병 환자 중 호흡기능 손상/부진 환자	<p>다음 중 1개 이상에 해당하는 경우(단, 투여 5년 후에는 연령별 중지 기준에 따름)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 중대한 이상반응이 있는 경우 2) 다른 생명을 위협하는 진행성 질환으로 진단받은 경우 3) 치료 시작 2년 이후에도 호흡보조장치를 유지하는 경우
	그 외 만 18세 이하 환자	<p>다음 중 2개 이상에 해당하는 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 키의 소실이 일어나거나 백분위선 내에서의 성장을 유지하지 못한 경우 (5% 이상 감소) 2) 6분보행검사에서 개선이 없거나 기대치를 달성하지 못한 경우(치료 전 검사 대비 <25m 또는 <10% 증가) 혹은 Bleck 점수가 1단계 이상 하락한 경우 3) 진통제 투여 횟수의 유의한 감소를 달성하지 못했거나 PedsQL로 측정된 삶의 질에서 개선을 달성하지 못한 경우
	만 19세 이상 환자	<p>아래 중 1개 이상에 해당하는 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 3년 간 골절이 지속된 경우 2) 6분보행검사에서 개선이 없거나 기대치를 달성하지 못한 경우 (치료 전 검사 대비 <25m 또는 <10% 증가) 혹은 Bleck 점수가 1단계 이상 하락한 경우 3) 진통제 투여 횟수의 유의한 감소를 달성하지 못했거나 삶의 질 개선의 기대치를 달성하지 못한 경우* <p>※ 삶의 질 개선의 기대치를 달성하지 못한 경우 : Brief Pain Inventory 2점 이하 개선이면서 EQ-5D-5L 0.15점 이하 개선</p>
2) 기타 위원회에서 투여 중지가 필요하다고 판단되는 경우		

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>다. 동 약제의 요양급여 인정여부에 대하여 사전 신청하여 승인 받은 경우에 한하여 인정함. 단, 사전신청서 제출 후 즉시 투여하는 경우는 추후 승인 시 종전 투여분을 소급 인정함.</p> <p>2. 투여 및 약제 관리</p> <p>가. 원내투여를 원칙으로 함. 다만, 의사의 판단 하에 안정된 질병활동도를 보이고 부작용이 없는 환자의 경우 투여방법에 대해 적절하게 교육 받았을 경우에만 자가 투여를 인정하며, 장기처방 시 1회 처방기간은 최대 4주분까지로 함.</p> <p>나. 약제 투여기간 및 관리 등의 확인을 위한 ‘환자용 투약일지’를 환자가 작성하고 이를 요양기관이 관리하여야 함.</p> <p>3. 스트렐식주의 사전승인을 위한 방법·절차 및 위원회 구성 등에 대한 세부사항은 건강보험심사평가원장이 정하고, 동 약제의 고시 적용에 있어 의학적 판단이 필요한 사항은 건강보험심사평가원장이 정하는 위원회 결정에 따름. (고시 제2020-107호, '20.6.1.)</p>
<p>[395] Elosulfase alfa 5mg 주사제 (품명 : 비미집주)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여 대상 효소 검사, 뇨 검사, 돌연변이 검사 모두에서 MPS IVA형(모르퀴오 A 증후군)이 확진된 환자</p> <p>나. 투여중지 기준 1) 12개월 동안 2번(6개월마다 1번)의 임상평가를 받지 않은 경우</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2) 치료 시작 후 1년 마다 다음 5가지 평가를 실시하여 5가지 중 최소 4가지를 만족하지 못하는 경우 (단, ①, ② 검사가 불가능한 경우*는 ③, ④, ⑤ 중 최소 2가지를 만족하지 못하는 경우)</p> <p>① 6분 보행 검사가 치료 시작 시점 대비 최소 10% 개선(치료 시작 1년 후부터는 치료 시작 시점의 수치가 최소한 유지되어야 함.)</p> <p>② FVC(forced vital capacity) 또는 FEV-1(forced expiratory volume 1) 수치가 치료 시작 시점 대비 5% 이상 개선(치료 시작 1년 후부터는 치료시작 시점의 수치가 최소한 유지되어야 함.)</p> <p>③ 뇨 중 KS(keratan sulfate) 수치가 치료 시작 시점 대비 20% 감소</p> <p>④ 심장초음파로 측정된 박출계수(ejection fraction)가 치료 시작 시점 대비 10% 이하로 감소</p> <p>⑤ 환자 또는 보호자를 대상으로 한 FIM(functional independence measure) score가 치료 시작 시점 대비 개선 또는 유지</p> <p>※ FIM을 포함한 전반적인 의사 소견서를 첨부하여야 함.</p> <p>다. 제외 대상</p> <p>1) 생명을 위협하는 진행성 질환(암, 다발성 경화증 등)이 있는 경우</p> <p>2) 의식이 없으면서 호흡보조기에 의존하는 환자</p> <p>3) 관련 모니터링에 불응하는 경우</p> <p>(고시 제2016-83호, '16.6.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
[395] Galsulfase 주사제 (품명 : 나글라자임주)	허가사항 범위 내에서 뮤코다당증 VI형으로 확진된 환자에게 투여 시 영양급여를 인정하며, 5세 미만 소아에게 투여 시는 투여소견서를 첨부하여야 함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)
[395] Idursulfase 주사제 (품명 : 엘라프라제주 등)	허가사항 범위 내에서 뮤코다당증 II형으로 확진된 환자에게 투여 시 영양급여를 인정하며, 만 5세 미만(Idursulfase-beta의 경우 만 6세 미만) 소아에게 투여 시는 투여소견서를 첨부하여야 함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)
[395] Rasburicase 주사제 (품명 : 패스터텍주)	허가사항 범위 내에서 아래와 같이 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. 아 래 - 가. Allopurinol 제제 또는 Rasburicase 투여에도 불구하고 종양용해증후군에 의한 고노산혈증이 확진된 경우 나. 항암제 치료에 의한 오심 구토가 심하여 경구용 Allopurinol 제제를 사용할 수 없는 사유가 확인된 경우 다. 신기능 장애 또는 종양에 의한 신장 침범이 있는 환자에서 종양용해증후군에 의한 고노산혈증이 확진된 경우 라. 악성 종양 환자 중 종양용해증후군 발생 고위험군 ○ 투여대상 : 다음 중 하나에 해당하는 경우 - 다 음 - 1) 버킷림프종, 림프모구림프종 2) 10cm 이상의 소아 고형암 3) 백혈구 50,000/uL 이상인 급성 백혈병 4) 골수 침범이 있는 림프종

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>5) 자연발생 종양용해증후군 또는 요산 수치 상승(단, 성인 고형암 제외)</p> <p>6) 신기능 장애 또는 종양에 의한 신장 침범이 있는 경우(단, 성인 고형암 제외)</p> <p>○ 투여용량 : 최대 6mg (고시 제2018-253호, '18.12.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[396] 당뇨병용제 + 고지혈증 복합경구제</p>	<p>[일반원칙] 당뇨병용제 및 [일반원칙] 고지혈증치료제 “세부사항” 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 각 성분의 단일제를 병용 복용하고 있는 환자에서 복합제로 전환하는 경우</p> <p>※ 대상약제</p> <ul style="list-style-type: none"> · Gemigliptin + Rosuvastatin · Metformin + Atorvastatin · Metformin + Rosuvastatin <p style="text-align: right;">(고시 제2018-174호, '18.9.1.)</p>
<p>[396] Dapagliflozin 경구제 (품명 : 포시가정 10밀리그램)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 제2형 당뇨병에 투여 시 [일반원칙] 당뇨병용제 “세부사항” 범위 내에서 영양급여를 인정함. 2. 허가사항 범위 내에서 상기 1. 이외에 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <p style="text-align: right;">(고시 제2021-234호, '21.9.1.)</p>
<p>[396] Empagliflozin 경구제 (품명: 자디양정 10밀리그램)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 제2형 당뇨병에 투여 시 [일반원칙] 당뇨병용제 “세부사항” 범위 내에서 영양급여를 인정함. 2. 허가사항 범위 내에서 상기 1. 이외에 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <p style="text-align: right;">(고시 제2021-294호, '21.12.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[396] Metformin 경구제 (품명 : 다이아백스정 등)</p>	<p>1. [일반원칙] 당뇨병용제 “세부사항” 범위 내에서 투여 시 영양급여를 인정함.</p> <p>2. 허가사항 범위(효능효과 및 용법용량)를 초과하여 다낭성난소 증후군(PCOS) 환자의 불임증 치료에 투여 시 영양급여를 인정하되, 보조생식술에 투여 시에는 「보조생식술 급여 기준」 범위 내에서 영양급여를 인정하며, 비급여로 실시한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p>(고시 제2017-180호, '17.10.1.)</p>
<p>[396] Pioglitazone 경구제 (품명 : 액토스정 등)</p>	<p>1. [일반원칙] 당뇨병용제 “세부사항” 범위 내에서 투여 시 영양급여를 인정함.</p> <p>2. 허가사항 범위(효능효과 및 용법용량)를 초과하여 metformin에 부작용이 있거나 효과가 없는 다낭성난소증후군(PCOS) 환자의 불임증 치료에 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p>(고시 제2017-180호, '17.10.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[399]</p> <p>4:1 w/w mixed hydrogel of sodium hyaluronate gel crosslinked by divinyl sulfone and sodium hyaluronate 주사제 (품명: 레시노윈주 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 방사선학적으로 중등도 이하 (Kellgren-Lawrence grade I, II, III)의 슬관절의 골관절염 환자에게 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p>2. '마-9 관절강내 주사(Intraarticular Injection)'에 사용되는 슬관절강 내 주입용 치료재료(콘드로타이드 등)와 동일·동시 투여하지 말아야 함.</p> <p>(고시 제2022-56호, '22.3.1.)</p>
<p>[399]</p> <p>Avocado soya unsaponifiables 경구제 (품명: 이모튼캡슐)</p>	<p>허가사항 범위(성인 무릎 골관절염의 증상 완화) 내에서 투여 시 영양급여를 인정함.</p> <p>(고시 제2021-194호, '21.7.23.)</p>
<p>[399]</p> <p>BDDE bridged sodium hyaluronate 60mg 주사제 (품명: 시노비안주, 하이히알윈스주, 하이알윈샷주)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 방사선학적으로 중등도 이하 (Kellgren -Lawrence grade I, II, III)의 슬관절의 골관절염 환자에게 투여시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p>2. '마-9 관절강내 주사(Intraarticular Injection)'에 사용되는 슬관절강 내 주입용 치료재료(콘드로타이드 등)와 동일·동시 투여하지 말아야 함</p> <p>(고시 제2020-79호, '20.5.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[399] Bromocryptine mesylate 경구제 (품명 : 팔로텔정 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 황체자극호르몬 (Prolactin)치가 높은 간성혼수, 조울정신병, 치매상병 등에 투여한 경우에도 영양급여를 인정함. 3. 산모와 신생아가 건강상 필요치 않는 단순한 모유억제를 위해 사용하는 경우에는 비급여대상으로 함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)
<p>[399] Cabergoline 경구제 (품명 : 카버락틴정 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함. 2. 산모와 신생아가 건강상 필요치 않는 단순한 모유억제를 위해 사용하는 경우에는 비급여대상으로 함. (고시 제2018-58호, '18.4.1.)
<p>[399] Carglumic acid 경구제 (품명 : 카바글루확산정200mg)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. NAGS(N-acetylglutamate synthase) 결핍으로 인한 고암모니아혈증 나. 이소발레르산혈증 또는 메틸말론산혈증 또는 프로 피온산혈증으로 인한 고암모니아혈증의 응급상황에 투여한 경우 투여소견서(혈중 암모니아 농도 또는 encephalopathy 소견 등 포함)를 참조하여 인정함. - 다만, 치료 효과가 없거나 증상이 호전된 경우는 투여 중단하여야 함 2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여한 경우도 영양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 요소회로대사이상증이 강력히 의심되거나 진단이 되지 않은 환자

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>1) 투여대상 : 혈청암모니아 수치 150μmol/L이상으로 로써 의식변화를 동반한 환자</p> <p>2) 투여기간 : 5일 이내</p> <p>* 카바글루는 대사이상에 대한 경험이 풍부한 진료의의 감독아래 처방되어야 함</p> <p>(고시 제2020-69호, '20.4.1.)</p>
<p>[399] Cinacalcet HCl 경구제 (품명 : 레그파라정 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>이차성 부갑상선 기능항진증을 보이는 투석중인 만성 신부전 환자로서 동 약제를 투여하기 전 혈청칼슘이 9.0mg/dL 이상이고 부갑상선호르몬(iPTH)이 300pg/mL 이상인 경우</p> <p>- 다만, 동 약제 투여 중 부갑상선호르몬(iPTH)이 150pg/mL 이상인 경우 지속투여를 인정함.</p> <p>(고시 제2018-81호, '18.5.1.)</p>
<p>[399] Denosumab 주사제 (품명 : 프롤리아 프리필드시린지)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상</p> <p>1) 중심골(Central bone; 요추, 대퇴(Ward's triangle 제외)) : 이중 에너지 방사선 흡수계측(Dual-Energy X-ray Absorptiometry: DEXA)을 이용하여 골밀도 측정시 T-score가 -2.5 이하인 경우 (T-score \leq -2.5).</p> <p>2) 방사선 촬영 등에서 골다공증성 골절이 확인된 경우</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나. 투여기간: 투여대상 1)에 해당하는 경우에는 1년(2회), 2)에 해당하는 경우에는 3년(6회)로 하며, 추적검사에서 T-score가 -2.5 이하로 약제투여가 계속 필요한 경우는 급여토록 함.</p> <p>다. 단순 X-ray는 골다공증성 골절 확인 진단법으로만 사용할 수 있음.</p> <p>(고시 제2019-57호, '19.4.1.)</p>
<p>[399] Disodium etidronate 경구제 (품명: 다이놀정)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. X선 소견에서 뼈의 파제트병(Paget's Disease) 및 이상 부위 골화(Heterotropic ossification)가 확인된 경우</p> <p>나. 골다공증에 투여 시에는 골다공증 치료제 일반원칙에 따라 인정</p> <p>(고시 제2017-193호, '17.11.1.)</p>
<p>[399] Eliglustat tartrate 경구제 (품명: 세레텔가캡슐 84밀리그램)</p>	<p>허가사항 범위(CYP2D6 유전형 검사 상 CYP2D6 느린 대사자(PM Poor metabolizer), 중간 대사자(IM, Intermediate metabolizer) 혹은 빠른 대사자(EM, Extensive metabolizer)로서 1형 고셔병(GD1, Gaucher disease 1) 성인 환자의 치료) 내에서 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p>(고시 제2017-193호, '17.11.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[399]</p> <p>Lactulose 경구제 [전문의약품] (품명 : 듀파락시럽 등) [일반의약품] (품명 : 듀파락-이지시럽 등)</p>	<p>[전문의약품]</p> <p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. - 아 래 - ○ 만성 문맥계 뇌증(Chronic PSE)에 있어서의 간성 혼수의 치료 및 예방</p> <p>2. 허가사항 범위(용법·용량)를 초과하여 다음과 같은 기준 으로 투여한 경우에도 요양급여를 인정함. - 다 음 - ○ 간성혼수에 관장요법으로 경구투여와 동시 투여</p> <p>[일반의약품]</p> <p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. - 아 래 - ○ 변비(만성변비, 영·유아 및 소아의 변비, 분만 후의 변비)</p> <p>2. 허가사항 범위(용법·용량)를 초과하여 다음과 같은 기준 으로 투여한 경우에도 요양급여를 인정함. - 다 음 -</p> <p>가. 소아변비에 1일 1ml/kg 투여를 원칙으로 하며, 투여 소견서를 첨부 시 2ml/kg 용량까지 인정</p> <p>나. 만성신부전 환자의 만성변비에 투여 시 1일 60ml 용량까지 인정</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[399]</p> <p>Miglustat 경구제 (품명 : 자베스카캡슐 100밀리그램)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 제1형 고셔병(Gaucher disease)으로 다음 기준을 모두 만족하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 성인(18~70세)으로 경증 중등도의 증상을 보이는 경우 2) 혈액학적 검사결과 헤모글로빈이 9.0g/dL 이상이고 혈소판 수치가 50,000/μL 이상인 경우 3) 효소대체요법이 불가능한 경우(효소 약제에 대해 알리지 또는 과민반응이 있거나 효소대체요법을 위한 혈관확보가 불가능한 경우)</p> <p>나. C형, 니만-피크병(Niemann Pick Type C, NPC)</p> <p>1) 유전학적 검사(molecular genetic test of NPC1 and/or NPC2 genes)에 대해</p> <p>가) 유전자 NPC1, NPC2 모두에서 pathogenic mutation이 있으면서 신경학적 증상이 있거나, 나) 유전자 NPC1 또는 NPC2 중 1개의 pathogenic mutation만 있는 경우 피부섬유모세포배양을 통한 필리핀 염색법(filipin staining in fibroblasts cultured from skin biopsy)으로 확진되고 신경학적 증상이 있는 환자</p> <p>2) 치료의 유효성을 6개월마다 평가하고 치료 지속 여부는 1년 후 재평가해야 함</p> <p>3) 신생아기 초기에 발현하는 경우와 말기 상태의 중증 신경학적 장애(severe neurological impairment)를 보이는 경우에는 치료 효과가 높지 않으므로 인정하지 아니함 (고시 제2019-21호, '19.2.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[399] Nafamostat 주사제 (품명 : 주사용후탄 등, 주사용후탄 50등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 -</p> <p>가. 췌염의 급성증상(급성췌염, 만성췌염의 급성악화기, 수술 후의 급성췌염, 췌관조영술 후 급성췌염, 외상성 췌염)의 개선 목적으로 급성기에 사용시 인정(허가 사항에 따라 ‘주사용후탄 등’만 해당)</p> <p>나. 파종혈관내응고증(DIC)에 급성기 사용시 인정</p> <p>다. 혈액투석(Hemodialysis, 자702) 또는 혈액관류 (Hemoperfusion, 자704)를 행하는 “출혈성 병변 이 있는 환자이거나, 수술 전후의 환자, 혈소판수 50,000/mm³ 미만의 저혈소판증 환자”에게 사용시 인정</p> <p>라. 지속적정정맥 또는 동정맥혈액투석(Continuous venovenous or Arteriovenous hemodialysis, 자703), 지속적 정정맥 또는 동정맥 혈액여과술 (Continuous venovenous or Arteriovenous hemofiltration, 자705), 지속적 정정맥 또는 동정맥 혈액투석여과(Continuous Venovenous or Arteriovenous Hemodiafiltration, 자705-1)에 사용 시 인정</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 -</p> <p>○ 부분체외순환(ECMO)의 관류혈액 응고방지 (고시 제2020-161호, '20.8.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[399] Nitisinone 경구제 (품명 : 올파딘캡셀)</p>	<p>식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 투여 시 영양급여를 인정함. ※ 식품의약품안전처장이 인정한 범위 : 유전성 타이로신혈증 타입1의 치료에서 타이로신과 페닐알라닌 식이제한 요법에 보조 (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[399] Pamidronate 제제 (품명 : 파노린주사 등)</p>	<p>1. 허가사항 중 골다공증에 투여 시에는 골다공증치료제 일반원칙에 의하여 영양급여를 인정함. 2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 골형성부전증 소아에게 아래와 같은 기준으로 투여한 경우에도 영양급여를 인정함. - 아 래 - 정형외과 또는 소아과 전문의에 의해서 골형성부전증으로 진단된 여자 만 15세, 남자 만 17세 이하의 소아로서 가. 3회 이상 방사선학적으로 입증된 장관골의 골절이 있는 경우 나. 2마디 이상의 척추압박골절이 있는 경우 다. 만 2세 이하 소아로 다발성골절이 있는 경우 (고시 제2018-253호, '18.12.1.)</p>
<p>[399] Proteolytic peptide from porcine brain 주사제 (품명 : 세레브로리진주 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - ○ 알츠하이머형 노인성치매 (고시 제2020-107호, '20.6.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[399] Romosozumab 주사제 (품명 : 이베니티주 프리필드시린지)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상</p> <p>기존 Bisphosphonate 제제 중 한 가지 이상에 효과가 없거나* 사용할 수 없는 환자로 다음의 조건을 모두 만족하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 65세 이상의 폐경 후 여성 2) 중심골[Central bone : 요추, 대퇴(Ward's triangle 제외)]에서 이중 에너지 방사선 흡수 계측(Dual- Energy X-ray Absorptiometry : DEXA)으로 측정한 골밀도 검사결과 T-score -2.5 SD 이하 3) 골다공증성 골절이 2개 이상 발생(과거에 발생한 골절에 대해서는 골다공증성 골절에 대한 자료를 첨부하여야 함).</p> <p>나. 투여기간: 일생에서 1개월 간격으로 총 12회까지만 인정 다. 평가방법: 동 약제 투여 종료 후 골밀도검사를 실시하여 기저치 대비 동일 또는 개선이 확인되는 경우 골흡수억제제로 전환 투여 인정</p> <p>라. 골흡수억제제(Alendronate 경구제 또는 Denosumab 주사제)로 전환 투여는 동 약제 투여 종료 후 마지막 투여일로부터 1개월 이내에 투여를 시작하고, 최대 12개월까지 인정</p> <p>마. 동 약제의 허가사항 중 '사용 상 주의사항(지난 1년 이내에 심근경색이나 뇌졸중이 있었던 환자 등)'을 반드시 참고하여 투여하여야 함.</p> <p>※ 효과가 없는 경우란 1년 이상 충분한 투여에도 불구 하고 새로운 골절이 발생한 경우를 의미함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2020-271호, '20.12.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[399] S-adenosyl-L-methionine sulfate-P-toluene sulfonate 경구제 (품명: 사데닌정 등)</p>	<p>허가사항 범위(우울증) 내에서 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2022-56호, '22.3.11.)</p>
<p>[399] Sodium alendronate 시럽제 (품명 : 마시본액 등)</p>	<p>허가사항 및 [일반원칙] 골다공증치료제 “세부사항” 범위 내에서 요양급여를 인정함. ※ [일반원칙] 내용액제(시럽 및 현탁액 등) “세부사항” 적용을 예외함. (고시 제2020-133호, '20.7.1.)</p>
<p>[399] Sodium hyaluronate 20mg 주사제 (품명 : 히루안플러스주 등)</p>	<p>1. 각 약제별 허가사항 범위 내에서 사용함을 원칙으로 하고, 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 대상 환자 1) 방사선학적으로 중등도 이하 (Kellgren-Lawrence grade I, II, III)의 슬관절의 골관절염 2) 건관절주위염 나. 투여횟수 1) 슬관절의 골관절염 : 재투여 시점은 1주기 투여 후 효과가 있을 경우에 최소 6개월 경과한 후 투여 시 인정 2) 건관절주위염 : 1주기 투여 인정 ※ 1주기 : 1주에 1회씩 3주간 연속 투여 2. ‘마-9 관절강내 주사(Intraarticular Injection)’에 사용되는 슬관절강 내 주입용 치료재료(콘드로타이드 등)와 동일·동시 투여하지 말아야 함. (고시 제2020-79호, '20.5.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[399] Sodium hyaluronate 25mg 주사제 (품명 : 하이알주 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 -</p> <p>가. 대상 환자</p> <p>1) 방사선학적으로 중등도 이하 (Kellgren-Lawrence grade I, II, III)의 퇴행성 슬관절의 골관절염</p> <p>2) 견관절주위염</p> <p>나. 투여횟수</p> <p>1) 퇴행성 슬관절의 골관절염 : 재투여 시점은 1주기 투여 후 효과가 있을 경우에 최소 6개월 경과한 후 투여 시 인정</p> <p>2) 견관절주위염 : 1주기 투여 인정 ※ 1주기 : 1주에 1회씩 5주간 연속 투여</p> <p>2. '마-9 관절강내 주사(Intraarticular Injection)'에 사용 되는 슬관절강 내 주입용 치료재료(콘드로타이드 등)와 동일·동시 투여하지 말아야 함. (고시 제2020-79호, '20.5.1.)</p>
<p>[399] Thioctic acid 주사제 (품명 : 부광치옥타시드주 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 -</p> <p>가. 투여대상</p> <p>1) 임상증상과 이학적 및 신경학적 진찰을 포함한 임상적 검사가 있으면서,</p> <p>2) 다음 중 한 가지 검사를 시행하여 당뇨병성 다발성 신경병증이 확진된 환자 - 다 음 -</p> <p>가) 신경전도검사(NCS; Nerve Conduction Study)</p> <p>나) 정량적 감각기능검사(QST; Quantitative sensory Test)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>다) 자율신경계 이상검사(Autonomic nervous System Function Test)</p> <p>나. 병용투여 ○ Thioctic acid 주사제와 Thioctic acid(또는 α-lipoic acid)경구제와의 병용은 인정하지 않음.</p> <p>다. 투여기간 : 상기 투여대상에 대해 2-4주간 정맥주사하고, 그 이후에는 경구 투여토록 함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[399] Zoledronic acid 5mg/100ml 주사제 (품명 : 대웅졸레드론산 주사액 5밀리그램/100밀리리 터 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 기존 유사 효능효과 주사제(파미드로네이트 등)에 불응성이거나 부작용으로 투여가 불가능한 골다공증병 나. 골다공증에 투여 시 골다공증치료제 일반원칙을 따르며, 다음과 같은 대상에게 투여 시 인정함</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 투여대상 가) 중심골(Central bone: 요추, 대퇴(Ward's triangle 제외)): 이중 에너지 방사선 흡수계측(Dual-Energy X-ray Absorptiometry: DEXA)을 이용하여 골밀도 측정시 T-score가 -2.5 이하인 경우 나) 정량적 전산화 단층 골밀도검사(QCT) : 80mg/cm³ 이하인 경우 다) 방사선 촬영 등에서 골다공증성 골절이 확인된 경우</p> <p>2) 투여횟수: 1회/년 투여대상 가), 나)에 해당하는 경우 1회, 다)에 해당하는 경우 3회 인정하며, 추적검사상에서</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>T-score가 -2.5 이하(QCT 80mg/cm³ 이하)로 약제 투여가 계속 필요한 경우 총 6회까지 인정함</p> <p>3) 단순 X-ray는 골다공증성 골절 확인 진단법으로만 사용할 수 있음.</p> <p>다. 글루코코르티코이드(Glucocorticoid) 투여환자의 경우 아래와 같은 기준으로 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>1) 투여대상</p> <p>6개월 이내에 최소 90일을 초과하여 prednisolone을 총 450mg 이상(또는 그에 상응하는 글루코코르티코이드 약제 용량)을 투여받은 환자로서</p> <p>가) 폐경 후 여성 및 만 50세 이상 남성: T-score* < -1.5 나) 폐경 전 여성 및 만 50세 미만 남성: Z-score* < -3.0 ※ 중심골[Central bone; 요추, 대퇴(Ward's triangle 제외)]을 이중 에너지 방사선 흡수계측(Dual-Energy X-ray Absorptiometry: DEXA)을 이용하여 측정해야 한다.</p> <p>2) 투여 횟수</p> <p>- 1회 인정하며, 추적검사에서 1)의 기준이 유지되고 약제 투여가 계속 필요한 경우에 총 6회까지 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-200호, '18.10.1.)</p>
<p>[399] α-lipoic acid(또는 Thioctic acid)경구제</p>	<p>허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 하며, 당뇨병성 말초 신경병증성 통증치료제(예: Gabapentin 경구제, Pregabalin 경구제, Duloxetine 경구제 등)와 병용 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2016-31호, '16.3.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
[421] 상황균사체엑스 경구제 (품명 : 메시마캡셀 등)	1. 허가사항 범위 중 ‘소화기암, 간암 환자의 절제수술 후 화학요법 병용에 의한 면역기능의 향진’에는 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 영양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」의 범위 내에서 투여 시 영양급여를 인정함. 2. 허가사항 중 ‘자궁출혈 및 대하, 월경불순, 장출혈, 오장 및 위장기능 활성화, 해독작용’에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)
[421] 5-fluorouracil 주사제 (품명 : 중의 5-에프유 주 등)	1. 허가사항 및 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 영양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 녹내장에 결막하 주사에도 영양급여를 인정함. (고시 제2017-193호, '17.11.1.)
[421] 6-Mercaptopurine 경구제 (품명 : 푸리네톤정 등)	1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위를 초과하여 염증성 장질환에도 영양급여를 인정함. (고시 제2018-253호, '18.12.1.)
[421] Cyclophosphamide 제제	1. 허가사항 및 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 영양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항의 범위(효능·효과 등)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여한 경우에도 영양급여를 인정함.

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 전신성홍반성낭창(SLE)</p> <p>나. 타 치료에 실패한 류마티오이드 관절염에 투여 시</p> <p>다. 성인의 신증후군(Minimal change): Steroid 치료후 사용하는 경우</p> <p>라. 특발성 혈소판 감소성 자반병(ITP): 스테로이드치료, 비장 절제 후에도 호전되지 않는 경우</p> <p>마. 베켓증후군</p> <p>바. 급성 진행성 사구체신염, 막성 신증후군, 원발성 초점성 분절성 사구체신염</p> <p>사. 중증 초그-스토라우스 증후군(Churg-Strauss 증후군)</p> <p>아. 괴사성 공막염</p> <p>자. 다발성 근육염 및 피부근육염: Steroid 치료에 실패 하였거나 투여가 불가능한 경우</p> <p>차. 동종조혈모세포이식 후 이식편대숙주질환(GVHD)의 예방을 위하여 투여하는 경우</p> <p>카. 자가면역성뇌염(Autoimmune encephalitis) 환자 중 Human immunoglobulin G(IVIg)에 불충분한 반응을 보이거나 금기 또는 부작용 등으로 투여할 수 없는 경우</p> <p>3. 허가사항을 초과하여 혈우병A, B 항체 환자의 면역관용 요법에 투여하고자 건강보험심사평가원의 사전승인을 받은 경우에도 요양급여를 인정함. 이 경우 사전승인을 위한 위원회 구성, 사전승인의 기준, 절차 및 방법 등 필요한 사항은 건강보험심사평가원장이 정함. (고시 제2020-107호, '20.6.1.)</p>
<p>[421] Etoposide 제제</p>	<p>1. 허가사항 및 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 아래의 상병에 투여한 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 스테로이드치료, 비장절제후에도 호전되지 않는 특발성 혈소판 감소성 자반병(ITP) (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[421] GnRH agonist 주사제</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 대상약제성분 : Goserelin, Leuprolide, Triptorelin 나. 급여범위 : 각 약제 허가사항 범위 내에서 다음과 같이 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 자궁내막증 - 복강경검사 등으로 확진된 경우 - 초음파검사 또는 자기공명영상으로 진단된 환자로서 난소, 직장, 방광에 생긴 경우</p> <p>2) 중추성사춘기조발증 가) 투여대상 (1) 이차성징성숙도(Tanner stage) 2 이상이면서 골연령이 해당 역연령보다 증가되고, (2) GnRH(생식샘자극호르몬분비호르몬)자극검사에서 황체형성호르몬(LH)이 기저치의 2-3배 증가되면서 최고 농도는 5 IU/L 이상인 경우.</p> <p>나) 투여기간 (1) 투여시작 : 역연령 여아 9세(8세 365일), 남아는 10세(9세 365일) 미만 (2) 투여종료 : 역연령 여아 11세(11세 364일), 남아는 12세(12세 364일)까지</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>다) 성장호르몬제와의 병용</p> <p>(1) 성장호르몬결핍증이 동반된 경우 GnRH(생식샘자극호르몬분비호르몬) agonist 주사제와 병용된 성장호르몬주사제도 인정함.</p> <p>(2) GnRH(생식샘자극호르몬분비호르몬) 주사제로 인한 성장속도 감소의 경우, 성장호르몬 주사제는 약값 전액을 환자가 부담함</p> <p>3) 자궁근종</p> <p>가) 가임여성 중 임신을 원하는 경우(자궁보존이 필요한 경우)</p> <p>나) 수술 전 자궁근종의 축소목적 또는 대량출혈 등으로 당분간 수술이 곤란한 경우 등</p> <p>2. 전립선암, 유방암: 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」참조</p> <p>3. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 한 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 혈우병환자에서 월경으로 인한 과다출혈 예방(무월경 유도)이 필요한 경우</p> <p>1) 투여대상: 타 약물치료(경구피임제, Progestin제제 등)에 부작용이 있거나 반응이 없는 경우</p> <p>2) 투여기간 및 평가방법: 부작용에 대한 모니터링 및 정기적인 산부인과 협진(Consult)을 반드시 실시하여 계속 투여여부 결정</p> <p>나. 중증재생불량성빈혈, 특발성혈소판감소증, 혈액암 등 치료 중 혈소판감소증 혹은 골수 억제가 심하여 월경으로 인한 과다출혈 예방(무월경 유도)이 필요한 경우</p> <p>1) 투여대상: 타 약물치료(항혈소판용해제, 프로게스토겐 제제 등)에 부작용이 있거나 반응이 없는 경우(투여소견서 첨부)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2) 투여방법 : 각 약제별 허가사항 중 ‘자궁내막증 치료’의 용법용량에 의거 투여</p> <p>3) 투여기간 : 장기사용에 따른 부작용을 감안하여 6개월 이내로 함.</p> <p>4. 보조생식술에 아래와 같은 기준으로 투여 시 「보조생식술 급여 기준」 범위 내에서 요양급여를 인정하며, 비급여로 실시한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 대상약제성분 : Goserelin 3.6mg, Triptorelin 0.1mg, Triptorelin 3.75mg, Leuprolide 14mg</p> <p>나. 급여 범위</p> <p>1) 조기배란방지</p> <p>가) Long protocol: 황체기 중반에 투여</p> <p>(1) goserelin 3.6mg 또는 triptorelin 3.75mg 1회 투여</p> <p>(2) triptorelin 0.1mg 또는 leuprolide 1mg를 배란 유도 직전까지 투여(투여용량은 감량 가능)</p> <p>나) Short protocol</p> <p>(1) 월경주기 초반에 triptorelin 0.1mg 또는 leuprolide 1mg를 투여 시작하여, 배란유도 직전까지 투여 (투여용량은 감량가능)</p> <p>다) Ultra-short protocol</p> <p>(1) 월경주기 3일부터 5일까지 triptorelin 0.1mg 또는 leuprolide 1mg를 투여(투여 용량은 감량가능)</p> <p>2) 배란유도(ovulation trigger) 또는 황체기 보강 목적으로 투여하는 leuprolide, triptorelin은 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-253호, '18.12.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[421]</p> <p>Ibrutinib 경구제 (품명 : 임브루비카캡슐 140밀리그램)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 항암요법에 투여 시 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 범위 내에서 사용하는 경우 (고시 제2020-69호, '20.4.1.)</p>
<p>[421]</p> <p>Interferon α-2a 주사제 (품명 : 로페론에이프릴필드주)</p>	<p>1. 각 약제의 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정하며, 동일성분 약제 중 보다 투약비용이 저렴한 약제를 우선 사용토록 함.</p> <p>2. 허가사항 중 만성 활동성 B형간염, 만성 C형간염에는 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래-</p> <p>가. 만성 활동성 B형간염 상병</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 500~600만 단위를 주3회 6개월간 투여 2) 500~600만 단위를 매일 4개월간 투여 3) 1000만 단위를 주3회 4개월간 투여 4) 혈중 ALT(Alanine Transaminase) 수치 증가 등 환자 상태에 따라 Hepatotonics(Carduus marianus ext., Ursodeoxycholic acid, DDB 함유 제제 등) 와의 병용투여는 인정하나, ○ Interferon α-2a 주사제와 Hepatotonics 약제 중 한 가지 약제의 약값 전액을 환자가 본인부담토록 함. <p>나. 만성 C형간염</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 유전자 1형인 경우 <ol style="list-style-type: none"> 가) 300만 단위를 주3회로 하여 최초 투여일로부터 12개월까지 인정(휴약기간 제외)함.

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나) 치료전에 정량검사를 시행하고, 치료 12주에는 C형간염 RNA(HCV RNA) 정량 검사 등을 시행하여 초기 바이러스반응(Early virological response)이 확인된 경우에만 12개월까지 투여를 인정(휴약 기간 제외)</p> <p>다) HCV RNA가 100Copies/ml (50IU/ml)이하로 감소되지 않거나 또는 기저치로부터 최소 100배 이상 감소되지 않은 경우에는 치료를 중단토록 함.</p> <p>2) 유전자 1형이 아닌 경우 300만 단위를 주3회로 하여 최초 투여일로부터 6개월까지 투여를 인정함(휴약기간 제외).</p> <p>3) 혈중 ALT 수치 증가 등 환자 상태에 따라 Hepatotonics (Carduus marianus ext., Ursodeoxycholic acid, DDB 함유 제제 등)와의 병용 투여는 인정하나, ○ Interferon α-2a 주사제와 Hepatotonics 약제 중 한가지 약제의 약값 전액을 환자가 본인부담토록 함.</p> <p>3. 허가사항(효능·효과)을 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 카사바흐-메리트 증후군에 Steroid제 등 타 치료 방법으로 반응이 없는 경우</p> <p>나. 베쳇증후군에 의한 후방 포도막염 (Posterior uveitis) 혹은 전포도막염 (Panuveits)으로서 다음에 해당하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 기존 치료에 불응하여 시력 저하, 안압 상승 등과 같은 합병증이 동반된 경우.</p> <p>2) 1개월 이상의 기존 치료에도 불구하고 포도막염이 개선되지 않을 경우.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>3) 면역억제 유지요법에 불응하고 2회 이상 재발할 경우.</p> <p>4. 신암 : 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 기준 및 방법에 관한 세부사항」의 “항암요법” 범위 내에서 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2015-118호, '15.7.1.)</p>
<p>[421]</p> <p>Interferon α-2b 주사제 (품명 : 인트론에이멀티도스펜)</p>	<p>1. 각 약제의 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정하며, 동일성분 약제 중 투약비용이 저렴한 약제를 우선 사용토록 함.</p> <p>2. 허가사항 중 만성 활동성 B형간염, 만성 C형간염에 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 만성 활동성 B형간염 상병</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 500~600만 단위를 주3회 6개월간 투여 2) 500~600만 단위를 매일 4개월간 투여 3) 1000만 단위를 주3회 4개월간 투여 4) 혈중 ALT(Alanine Transaminase)수치 증가 등 환자상태에 따라 Hepatotonics(Carduus marianus ext., Ursodeoxycholic acid, DDB 함유 제제 등)와의 병용투여는 인정 가능하나, <ol style="list-style-type: none"> 가) Interferon α-2b 주사제와 Hepatotonics 약제 중 한 가지 약제의 약값 전액을 환자가 본인부담토록 함 나) 레이페론주의 경우에는 1회 용량을 300~600만 단위를 사용한 경우에도 요양급여를 인정 <p>나. 만성 C형간염</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 유전자 1형인 경우 <ol style="list-style-type: none"> 가) 300만 단위를 주3회로 하여 최초 투여일로부터 12개월까지 인정(휴약기간 제외)함.

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나) 치료전에 정량검사를 시행하고, 치료 12주에는 C형간염 RNA(HCV RNA) 정량 검사 등을 시행하여 초기 바이러스반응(Early virological response)이 확인된 경우에만 12개월까지 투여를 인정(휴약기간 제외)함</p> <p>다) HCV RNA가 100Copies/ml (50IU/ml)이하로 감소되지 않거나 또는 기저치로 부터 최소 2log (100배) 이상 감소되지 않은 경우에는 치료를 중단토록 함.</p> <p>2) 유전자 1형이 아닌 경우 300만 단위를 주3회로 하여 최초 투여일로부터 6개월까지 투여를 인정함 (휴약기간 제외).</p> <p>3) 혈중 ALT수치 증가 등 환자 상태에 따라 Hepatotonics (Carduus marianus ext., Ursodeoxycholic acid, DDB 함유 제제 등)와의 병용투여는 인정 가능하나, ○ Interferon α-2b 주사제와 Hepatotonics 약제 중 한 가지 약제의 약값은 환자가 전액 본인부담토록 함</p> <p>3. 급성 B형간염은 보존적 치료로 충분함에 따라 보험급여를 인정하기 곤란하므로 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p>4. 허가사항 범위(용법·용량 등)를 초과하여 소아의 만성 B형 간염 상병에 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. AST(Aspartate Transaminase) 또는 ALT가 정상외 2배 이상 증가하고</p> <p>나. B형간염 DNA(HBV-DNA)와 B형간염e항원(HBeAg)이 양성인 경우</p> <p>다. 다만, 1세 미만은 인정하지 아니함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2016-110호, '16.7.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[421] Letrozole 경구제 (품명 : 페마라정 등)</p>	<p>1. 유방암 : 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하되 보조생식술에 투여 시에는 「보조생식술 급여기준」 범위 내에서 요양급여를 인정하며, 비급여로 실시한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여 대상</p> <p>1) clomiphene 배란유도로 자궁내막이 얇아진 경우 (자궁 내막 < 7mm)</p> <p>2) clomiphene 배란유도에 실패한 다낭성난소증후군(PCOS) 환자</p> <p>3) 다낭성난소증후군(PCOS) 환자 중 clomiphene 배란유도 시 과도한 난소반응을 보이거나 다태 임신을 원하지 않는 경우</p> <p>4) 인공수정이나 체외수정 시 과배란유도 목적으로 clomiphene 등 배란유도제에 반응이 없거나 사용할 수 없는 경우</p> <p>나. 투여 용법·용량</p> <p style="text-align: center;">○ 1일 2.5mg~5mg을 5~10일간 복용 (고시 제2019-93호, '19.6.7.)</p>
<p>[421] Megestrol acetate (품명 : 메게이스내복현탁액 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 허가사항 중 암환자는 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외의 암환자는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 대상 : 재발성·전이성 암 환자</p> <p>나. 증상 : 식욕부진, 악액질, 체중감소 (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[421] Methotrexate 제제</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 및 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 중 류마티스성 관절염에 투여 시(경구제)는 일반 소염진통제, 항류마티스성 제제 등 1차 약제에 효과가 없는 부득이한 중증의 류마티스성 관절염의 2차 약제로 투여하는 경우 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. 3. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. <ul style="list-style-type: none"> - 아 래 - 가. 강직성 척추염, 건선성 관절염 상병에 기존의 비스테로이드성 항염증 약물(NSAIDs) 투여에도 호전되지 않는 경우. 다만, 주사제의 경우에는 경구제 복용이 불가능한 사유 등이 있는 경우에 한하여 인정함. 나. 류마티스성 관절염에 주사제 투여 시에는 경구제 복용이 불가능한 사유 등이 있는 경우에 한하여 인정함. 다. 주사제의 경우 크론병에 관해 유도 시 25mg/week, 관해 유지 시 15mg/week 으로 투여 시 인정함. 라. 조혈모세포이식 후 이식편대숙주질환(GVHD) 예방을 위하여 이식 후 4회(1, 3, 6, 11일째) 투여하는 경우 마. 주사제를 자궁외 임신 상병에 투여 시 <ol style="list-style-type: none"> 1) 투여대상 혈류역학적(Hemodynamic)으로 안정(Stability) 상태이고 복강 내에 난관 파열 등으로 인한 출혈 소견이 없는 경우로서 다음과 같은 경우에 인정함. (단, 동 약제 금기대상은 제외) - 다 음 - 가) 임신 6주 이하 나) 혈청 사람용모성성선자극호르몬(β-hCG)가 15,000mIU/ml 이하

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>다) 자궁외 임신으로 인한 난관의 종괴가 3.5cm 이하 라) 초음파검사에서 태아 심박동이 없는 경우</p> <p>2) 투여요법 가) 복합요법(Methotrexate 1mg/kg/day와 Leucovorin 0.1mg/kg/day를 교대로 근주, 각각 4일) 나) 단일요법(Methotrexate 50mg/m² 근주)</p> <p>바. 아토피성 피부염 ○ 기존치료에 불응성인 중증의 아토피성 피부염에 2차적으로 투여 시 ※ 동 고시는 분류번호 [421: 항악성종양제]에 해당하는 약제에 한함. [114: 해열·진통·소염제]에 해당하는 Methotrexate 주(품명 : 메토젝트주)는 “세부사항” 참조. (고시 제2018-253호, '18.12.1.)</p>
<p>[421] Mitoxantrone HCl 주사제 (품명 : 미트론주)</p>	<p>1. 허가사항 및 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여 대상 McDonald(17) 진단기준(시간파종(Dissemination in time, DIT)과 공간파종(Dissemination in space, DIS)을 충족)에 부합하면서 다른 유사 질환에 의한 발생을 배제할 수 있는 다발경화증 환자 중</p> <p>1) 1차 치료에 실패하거나 재발이 매우 잦은 활성도가 높은 재발완화형 다발경화증(RRMS)</p> <p>2) 이차진행성 다발경화증</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나. 투여 방법</p> <p>1) 5~12mg/m² 씩 3개월마다 투여</p> <p>2) 총 투여용량 : 120~140mg/m² 다만, 동 약제는 허가사항 중 사용상의 주의사항을 참고하여 골수 억제 및 심근 독성 발생 여부를 주기적으로 모니터링하며 투여하여야 함.</p> <p>3. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 경우에도 투약할 수 있으며, 약값은 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 시신경척수염(Neuromyelitis optica)로 진단된 환자 중 재발한 경우</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2021-26호, '21.2.1.)</p>
<p>[421]</p> <p>Rituximab 주사제 (품명 : 맵테라주 등)</p>	<p>1. 각 약제별 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 림프종, 만성 림프구성 백혈병「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 범위 내에서 인정</p> <p>나. 류마티스 관절염</p> <p>1) 투여대상 : ACR/EULAR 진단기준(2010년 제정)에 부합하는 성인 류마티스 관절염 환자 중 1종 이상의 종양괴사인자알파저해제(TNF-α inhibitor)에 반응이 불충분하거나 부작용 등으로 치료를 중단한 중증의 활동성 류마티스 관절염 환자</p> <p>※ TNF-α inhibitor요법에 반응이 불충분한 경우란 다음 조건에 해당하는 경우로 함</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>가) TNF-α inhibitor를 6개월간 사용 후 평가시 DAS28이 1.2 이상 감소하지 않은 경우</p> <p>나) TNF-α inhibitor를 6개월간 사용 후 평가에서 계속 투여조건에 적합한 경우에는 지속적으로 6개월마다 평가를 하여 첫 6개월째의 평가결과가 유지되지 않는 경우</p> <p>2) 재투여 요건 직전 코스 투여 16주 후 반응평가에서 최초 투여시점 보다 DAS28이 1.2 이상 감소하는 반응을 보인 이후, 직전 코스 투여 후 최소 6개월 경과 재투여시 직전 코스 평가 DAS28보다 0.6 이상 악화된 경우</p> <p>※ 1코스 : 1회 1,000mg씩 2주 간격 2회</p> <p>3) 동 약제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없어 이전에 투여한 적이 없는 다른 TNF-α inhibitor (Adalimumab, Etanercept, Golimumab, Infliximab 주사제) 또는 Abatacept, Tocilizumab 주사제, Baricitinib, Tofacitinib, Upadacitinib 경구제로 교체투여(Switch)하는 경우 급여를 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여소견서를 첨부하여야 함.</p> <p>다. 항호중구세포질항체(ANCA : Anti Neutrophil Cytoplasmic Antibodies) 양성인 베게너육아종증 (Wegener's granulomatosis) 및 현미경적 다발혈관염 (Microscopic polyangiitis)</p> <p>○ 투여 대상 : 표준치료(고용량 스테로이드 등)에 불응하거나 재발하는 경우 또는 주요장기를 침범하여 생명을 위협하는 중증인 경우</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. ABO 혈액형 부적합 신이식 환자의 거부반응 예방에 375mg/m² 용량으로 1회</p> <p>나. 패널반응성항체(Panel reactive antibody)>50% 또는 교차반응검사에서 양성에 해당하는 고도 감작된 신이식 환자의 거부반응 예방에 375mg/m² 용량으로 1회</p> <p>다. 면역글로블린/혈장반출술 등의 치료에 반응하지 않는 신이식 후 발생한 급성 체액성 거부반응에 375mg/m² 용량으로 1회</p> <p>라. 면역억제제 감량에 반응하지 않는 이식 후 발생한 림프 증식성 질환(Posttransplant lymphoproliferative disease)에 375mg/m² 용량으로 4회</p> <p>마. 소장이식후 거부반응 치료시에 375mg/m² 용량으로 1회</p> <p>바. 시신경척수염(Neuromyelitis optica)으로 진단된 환자 중 기존 치료제에 부작용이 있거나 반응이 없는 경우</p> <p>사. 중증의 난치성 심상성(보통) 천포창, 낙엽상 천포창, 수포성 유사천포창, 반흔성(흉터) 유사천포창, 후천성 수포성 표피박리증 환자로서 아래의 1), 2) 조건을 동시에 만족하는 경우 375mg/m²/주씩 4주까지 또는 1000mg/회씩 2회까지 인정</p> <p>1) 20mg/일 이상의 Prednisone 투여에도 2번 이상 재발하거나 1.5mg/kg/일 용량으로 8주간 투여한 Prednisone에 불응인 경우 또는 Steroid에 금기인 경우</p> <p>2) 기존 면역억제제(Azathioprine등) 치료에 부작용이 있거나 반응이 없는 경우</p> <p>아. 자가면역성뇌염(Autoimmune encephalitis) 환자 중 Human immunoglobulin G(IVIg)에 불충분한 반응을 보이거나 금기 또는 부작용 등으로 투여할 수 없는 경우</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>자. 소아 난치성 신증후군</p> <p>1) 투여대상</p> <p>가) 스테로이드 의존성(빈번 재발형 포함)인 난치성 신증후군에서 스테로이드와 1종 이상의 면역억제제(Cyclosporine, Cyclophosphamide, Tacrolimus, Mycophenolate mofetil 등) 투여에도 빈번재발(Frequent Relapser)을 보이는 경우</p> <p>나) 스테로이드 저항성인 난치성 신증후군에서 스테로이드와 1종 이상의 면역억제제(Cyclosporine, Cyclophosphamide, Tacrolimus, Mycophenolate mofetil 등) 투여에도 관해(Remission)를 보이지 않거나 빈번재발(Frequent Relapser)을 보이는 경우</p> <p>다) 스테로이드, 면역억제제(Cyclosporine, Cyclophosphamide, Tacrolimus, Mycophenolate mofetil 등)를 금기 또는 심각한 부작용 등으로 사용할 수 없는 경우</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※ 신증후군 환자 유형의 일반적 정의(Common Definitions of Patients With Nephrotic Syndrome)</p> <p>(1) 스테로이드 의존성 신증후군(Corticosteroid dependent): 스테로이드 감량 중 재발하거나, 스테로이드 치료 중단 2주 이내에 재발하는 경우(Relapse during tapering or within 2 weeks of discontinuation of corticosteroid therapy)</p> <p>(2) 스테로이드 저항성 신증후군(Corticosteroid resistant): 4주간의 스테로이드 치료에도 관해를 보이지 않는 경우 (Inability to induce a remission within 4 weeks of daily corticosteroid therapy)</p> <p>(3) 빈번 재발형 신증후군(Frequent relapser): 초치료 후 6개월 이내에 2회 이상 재발하거나, 12개월 이내에 4회 이상 재발하는 경우(≥ 2 Relapses within 6 months after initial therapy or ≥ 4 relapses in any 12-month period)</p> <p>(4) 관해(Remission): 'Urine protein:creatinine ratio' <0.2</p> </div>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>이거나, 소변 Dipstick 검사에서 3일 연속 음성 혹은 약양성을 보이는 경우('Urine protein:creatinine ratio' <0.2 or dipstick negative or trace reading for 3 consecutive days)</p> </div> <p>2) 투여방법</p> <ul style="list-style-type: none"> - 375mg/m²(최대 500mg) 용량으로 1회 투여를 인정하며, 투여 3~6개월 후 1회 추가 투여를 인정함(1년간 최대 2회) - 이후 재발 시 재 투여할 수 있음. <p>3) 제외 대상</p> <ul style="list-style-type: none"> 가) 만성 혹은 급성 감염이 있는 경우 나) 생백신 투여 1개월 이내인 경우 다) 호중구감소증(ANC : 500/mm³이하)이 있는 경우 <p>3. 허가사항(효능·효과, 용법)을 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 약값 전액은 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 만성 저항성 특발성 혈소판 감소성 자반증(Chronic refractory ITP)에 스테로이드, 면역글로불린, Anti-D 항체, Vincristine, Danazol, Azathioprine, Cyclophosphamide 등 약제치료에 실패하고 비장 적출술에 불응 또는 금기인 경우</p> <p>4. 허가사항을 초과하여 혈우병A, B 항체 환자의 면역관용 요법에 투여하고자 건강보험심사평가원의 사전승인을 받은 경우에도 요양급여를 인정함. 이 경우 사전승인을 위한 위원회 구성, 사전승인의 기준, 절차 및 방법 등 필요한 사항은 건강보험심사평가원장이 정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2020-244호, '20.11.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[421] Ruxolitinib phosphate 경구제 (품명 : 자카비정 5밀리그램 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양 급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 항암요법에 투여 시 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 영양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」범위 내에서 사용하는 경우 (고시 제2022-131호, '22.6.1.)</p>
<p>[421] Tamoxifen 경구제 (품명 : 놀바텍스정 등)</p>	<p>1. 허가사항 및 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 영양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 여성형유방 (Gynecomastia)에도 영양급여를 인정함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[421] Vincristin sulfate 주사제 (품명 : 빈크란주 등)</p>	<p>1. 허가사항 및 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 영양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 특발성 혈소판 감소성 자반병(ITP), 베켓증후군에도 영양급여를 인정함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[429] Anagrelide acetate (품명 : 아그릴린캡셀 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 1차 약제로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여개시</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 혈소판수가 150만/μL 이상 또는 2) 혈소판수치 45만/μL 이상으로써 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 <p>가) 만 60세 이상인 환자 나) 혈소판증가증의 관련 증상을 나타내는 환자 다) 혈소판증가증 관련 증상의 기왕력이 있는 환자</p> <p>나. 투여기간</p> <p>혈소판수치가 40만/μL 이하가 될 때까지 점진적으로 증량하여 투여하고 이후 반응이 유지되도록 최저 유효량을 조정하여 투여함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2019-240호, '19.11.1.)</p>
<p>[429] Thymomodulin 경구제 (품명 : 로이콘시럽 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 연속 2회 이상 반복 측정하여 백혈구수가 3,000개 이하이거나 과립구수가 800개 이하인 때 백혈구감소증 치료제로 투여하는 경우 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
[431] 3,3-Diphosphono-1, 2-Propane Dicarboxylate(DPD), Tetrasodium 주사제 (품명 : 테세오스주 등)	허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정하며, 환자 1명당 사용량은 1/3vial로 산정하며, 동 사용량을 초과하는 경우 투여소견서를 첨부하여야 함 (고시 제2014-166호, '14.10.1.)
[431] Chromium(51Cr) edetate 1mCi (품명 : 새한크롬이디티에이주 사)	허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정하며, 환자 1명당 사용량은 1/7vial(1mCi/vial)로 산정하며 동 사용량을 초과하는 경우 투여소견서를 첨부하여야 함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)
[431] Exametazime 주사제 (품명 : 스타빌라이지드세레텍 주 등)	허가사항 범위 내에서 염증스캔-백혈구(Tc-99m-HMPAO) 검사 시 사용된 표지화합물과 방사성동위원소는 실사용량으로 인정함. 다만, 응급 등으로 불가피하게 동시에 여러 환자를 검사할 수 없는 경우에는 염증스캔-백혈구 1회당 HMPAO는 1 vial, Tc-99m은 20mci 범위 내에서 인정 (고시 제2019-21호, '19.2.1.)
[431] Indium chloride(111In) 3.3mCi, Pentetreotide 10mcg 주사제 (품명 : 옥트레오스캔주사)	전산화단층영상진단(CT), 자기공명영상진단(MRI) 등 기존의 진단방법으로 확인되지 않는 뇌하수체종양이나 내분비취장종양에 선택적으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[431] Strontium chloride (Sr-89) (품명 : 메타스트론주)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여하는 경우에 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 -</p> <p>가. 투여대상 호르몬요법에 실패한 이차 골전이 전립선암</p> <p>나. 투여조건 골스캔(Bone scan)에서 Hot lesion을 보이는 다발성 골전이암으로서 기존의 다른 치료방법으로 통증 치료가 곤란한 경우</p> <p>2. 다만, 상기 1항에 해당되더라도 아래와 같은 경우에는 요양급여를 인정하지 아니함. - 아 래 -</p> <p>1) 혈소판감소증(6만 이하) 또는 골수기능 저하증(백혈구(WBC) 2,400 이하)이거나 2) 예상 수명이 3개월 이하인 말기암 환자인거나 3) 카르노프스키 활동지수(Karnofski performance status scale) < 60% 등 의학적으로 타당하지 아니한 경우</p> <p>(고시 제2017-35호, '17.3.1.)</p>
<p>[431] Thallium-201 주사제 (품명 : 한국원자력의학원염화 탈륨(Tl-201)주사액 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 허가사항 범위(효능효과 및 용법용량 등)를 초과하여 만성 간질환에 경직장 문맥 신蒂그라피(Porto-systemic shunt index)가 필요하여 추적 검사 시 Thallium 201 주사제를 투여한 경우에도 요양급여를 인정하며, 투여 용량은 0.5~1mCi를 인정함.</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[439] 동종피부유래 각질세포 (품명 : 케라힐-알로)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 심부 2도 화상에서</p> <p>1) 적용 대상</p> <p>가. 성인 및 소아의 재상피화 촉진에 사용한 경우 1개 프리필드시린지(100cm²) 인정</p> <p>나. 소아의 경우, 피부 공여부(Donor site)가 노출 부위인 경우로 흉터(Scar) 형성의 우려가 있을 때 1개 프리필드시린지(100cm²) 인정</p> <p>다. 화상면적이 체표면적의 25% 이상(소아는 20% 이상)인 경우에는 2개 프리필드시린지(총 200cm²)까지 인정</p> <p>2) 치료기간 동안 동 약제와 사람유래 피부각질세포 (품명 : 칼로덤) 적용 시에는 각 약제별 급여기준 범위 내에서 투약비용이 높은 약제 1종에 대하여 급여 인정</p> <p>- 다만, 1) 적용대상 다.의 경우에는 동 약제 1개 프리필드시린지(100cm²)와 사람유래 각질세포 (품명 : 칼로덤) 총 112cm²까지 적용도 인정 (고시 제2018-115호, '18.6.9.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[439] 사람유래 피부각질세포 (품명 : 칼로덤)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 심부 2도 화상</p> <p>1) 적용 대상</p> <p>가) 성인 및 소아의 재상피화 촉진에 사용한 경우 총 112cm²까지 인정</p> <p>나) 소아의 경우, 피부 공여부(Donor site)가 노출 부위인 경우로 흉터(Scar) 형성의 우려가 있을 때 총 112cm²까지 인정</p> <p>다) 화상면적이 체표면적의 25% 이상(소아는 20% 이상)인 경우에는 총 224cm²까지 인정</p> <p>2) 치료기간 동안 동 약제와 동종 피부유래 각질세포 (품명 : 케라힐-알로) 적용 시에는 각 약제별 급여 기준 범위 내에서 투약비용이 높은 약제 1종에 대하여 급여 인정</p> <p>- 다만, 1) 적용대상 다)의 경우에는 동 약제 총 112cm² 이내와 동종 피부유래 각질세포(품명 : 케라힐-알로) 1개 프리필드시린지(100cm²)까지 적용도 인정</p> <p>나. 당뇨병성 족부궤양</p> <p>1) 적용대상 : 혈액공급이 원활하고 감염증 소견이 없는 전층 피부결손</p> <p>2) 적용기간 : 1주 1회 4주 투여 후, 궤양의 크기가 40% 정도 감소된 경우에 6주까지 인정</p> <p>3) 투여용량 : 총 150cm² 까지 인정</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2019-191호, '19.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[439] 자가유래연골세포 (품명 : 콘드론)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 대상 질병 : 급성 또는 반복적 손상(Trauma)에 의한 대퇴과(Femur condyle)의 연골손상</p> <p>나. 연골손상의 크기</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 4cm²를 초과하는 단독 병변 2) 2cm² 이상 4cm² 이하의 단독 또는 다발성 병변: 관절경하 시술(Chondroplasty, Debridement 등) 또는 수술적 복원술(Subchondral bone stimulation - abrasion, Multiple drilling, Microfracture 등)에 적절히 반응하지 않았을 경우 다만, 수술적 복원술을 한 경우 6개월 이상의 관찰 기간 후 투여하여야 함 <p>다. 연골손상의 상태 : 국소적이며 전층의 연골 손상 (Outerbridge III~IV)으로 손상부위 인접 연골상태가 비교적 건강한 상태(Outerbridge I~II)로서 슬관절 간격이 50%이상 유지되어 있는 경우</p> <p>라. 연령 : 만 15세 ~ 만 55세</p> <p>마. 투여 용량 : 시술당 1개 (고시 제2019-88호, '19.5.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[439]</p> <p>자가 지방유래 중간엽줄기세포 (품명 : 큐피스텝주)</p>	<p>허가사항 범위내에서 아래와 같은 기준을 만족하는 경우 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에 투여한 경우 에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여 대상 : 1), 2)를 모두 충족하는 환자로 중증 (CDAI 450 이상)의 활동성 크론병 환자는 제외함. 1) 난치성(3개월 정도의 통상적 치료에도 불구하고 치료가 되지 않는) 또는 재발성 크론성 누공환자 2) 누공 유형 : 복잡형 치루이며 통상적인 수술로 괄약근 손상이 예상되는 경우를 포함함.</p> <p>나. 투여 용량 : 배양된 약제 1회 사용량(total quantity basis)으로 인정</p> <p>다. 투여 횟수 : 첫 번째 투여(first injection)에 한하여 인정 라. 병용 투여 : 누공치료에 동일 목적으로 사용 시, infiximab와의 병용은 인정하지 아니함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-210호, '14.1.1.)</p>
<p>[439]</p> <p>Abatacept 주사제 (품명 : 오렌시아주 250밀리그램, 오렌시아서브큐프리필 드시린지 125밀리그램)</p>	<p>1. 각 약제별 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.(허가사항에 따라 '소아 특발성 관절염'은 오렌시아주 250밀리그램만 해당)</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 성인의 활동성 및 진행성 류마티스 관절염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>다음 가), 나) 조건을 동시에 충족하는 경우</p> <p>가) ACR/EULAR 진단기준(2010년 제정)에 부합 하는 류마티스관절염 환자로서 다음 한 가지에 해당하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>(1) DAS28이 5.1 초과</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>(2) DAS28이 3.2 ~ 5.1이고 영상 검사상 관절 손상의 진행이 있는 경우</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>※ DAS28(Disease Activity Score in 28 joints)</p> <p>◦ $DAS28(ESR) = 0.56 \times \sqrt{(TJC-28)} + 0.28 \times \sqrt{(SJC-28)} + 0.014 \times VAS + 0.70 \times \ln(ESR)$</p> <p>◦ $DAS28(CRP) = 0.56 \times \sqrt{(TJC-28)} + 0.28 \times \sqrt{(SJC-28)} + 0.014 \times VAS + 0.36 \times \ln(CRP+1) + 0.96$</p> <p>TJC: 압통 관절수 SJC: 부종 관절수 VAS: 환자의 전반적인 상태보고</p> </div> <p>나) 두 가지 종류 이상(MTX(Methotrexate) 포함)의 DMARDs(Disease Modifying Anti Rheumatic Drugs)로 6개월 이상(각 3개월 이상) 치료 하였으나 치료효과가 미흡하거나, 상기 약제 들의 부작용 등으로 치료를 중단한 환자(다만 MTX 사용이 불가능한, 간질환 혹은 신부전 등의 경우에는 MTX를 제외한 두 가지 종류 이상의 DMARDs 사용)</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 6개월간 사용 후 평가시 DAS28이 1.2 이상 감소한 경우 추가 6개월간의 사용을 인정함.</p> <p>나) 이후에는 6개월마다 평가하여 첫 6개월째의 평가 결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>나. 다관절형 소아 특발성 관절염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>다음 가), 나) 조건을 동시에 충족하는 경우</p> <p>가) ILAR 진단기준(2001년 제정)에 부합하는 다관절형 또는 확장성 소수 관절형 소아 특발성 관절염 환자(6-17세)로서 5개 이상의 부종 관절을 가지는 경우</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나) 1개 이상(MTX 등)의 DMARDs(disease modifying anti-rheumatic drugs)로 3개월 이상 치료 후에도 치료효과가 미흡하거나, 상기 약제의 부작용 등으로 치료를 중단한 환자</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 3개월간 사용 후 평가 시 활성 관절수 (부종 관절 등)가 최초 투여시점 보다 30% 이상 감소된 경우 추가 6개월간의 사용을 인정함.</p> <p>나) 이후에는 6개월마다 평가하여 첫 3개월째의 평가 결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>다. 중양괴사인자알파저해제(TNF-α inhibitor : Adalimumab, Etanercept, Golimumab, Infliximab 주사제) 또는 Tocilizumab 주사제, Baricitinib, Tofacitinib, Upadacitinib 경구제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없는 경우 또는 복약순응도 개선의 필요성이 있는 경우(교체한 약제는 최소 6개월 투여를 유지하도록 권고함)에 동 약제로 교체투여(Switch)를 급여로 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여소견서를 첨부하여야 함</p> <p>2. ‘오렌시아주 250밀리그램’은 허가사항 범위를 초과하여 17세 이전에 다관절형 소아 특발성 관절염(polyarticular juvenile idiopathic arthritis)으로 진단된 후 17세 이후 동 약제 급여기준에 적합하여 동 약제를 사용한 경우에도 요양급여를 인정함. 다만, 6세 이전에 동 약제를 투여하는 경우에는 사례별 심사함.</p> <p>3. ‘오렌시아서브큐프리필드시린지 125밀리그램’이 자가 주사제제인 점을 고려하여, 동 약제의 투여기간 등의 확인을 위한 ‘환자용 투약일지’를 환자가 작성하고 이를 요양기관이 관리하여야 함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>4. 오렌시아서브큐프리필드시린지 125밀리그램'은 장기 처방 시 1회 처방기간은 퇴원할 경우에는 최대 2주분, 외래의 경우에는 최대 4주분까지로 하며, 원내처방함을 원칙으로 함. 다만, 최초 투약일로부터 24주 이후에 안정된 질병활동도를 보이고 부작용이 없는 환자의 경우 최대 8~12주분 까지 인정함.</p> <p>(고시 제2020-244호, '20.11.1.)</p>
<p>[439] Adalimumab 주사제 (품명 : 휴미라주 등)</p>	<p>1. 각 약제별 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 성인의 활동성 및 진행성 류마티스 관절염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>다음 가), 나) 조건을 동시에 충족하는 경우</p> <p>가) ACR/EULAR 진단기준(2010년 제정)에 부합하는 류마티스관절염 환자로서 다음 한 가지에 해당하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>(1) DAS28이 5.1 초과</p> <p>(2) DAS28이 3.2 ~ 5.1이고 영상 검사 상 관절 손상의 진행이 있는 경우</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※ DAS28(Disease Activity Score in 28 joints)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ $DAS28(ESR) = 0.56 \times \sqrt{(TJC-28)} + 0.28 \times \sqrt{(SJC-28)} + 0.014 \times VAS + 0.70 \times \ln(ESR)$ ◦ $DAS28(CRP) = 0.56 \times \sqrt{(TJC-28)} + 0.28 \times \sqrt{(SJC-28)} + 0.014 \times VAS + 0.36 \times \ln(CRP+1) + 0.96$ <p>TJC: 압통 관절수 SJC: 부종 관절수 VAS: 환자의 전반적인 상태보고</p> </div>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나) 두 가지 종류 이상(MTX(Methotrexate) 포함)의 DMARDs(Disease Modifying Anti- Rheumatic Drugs)로 6개월 이상(각 3개월 이상) 치료하였으나 치료효과가 미흡하거나, 상기 약제들의 부작용 등으로 치료를 중단한 환자(다만 MTX 사용이 불가능한, 간질환 혹은 신부전 등의 경우에는 MTX를 제외한 두 가지 종류 이상의 DMARDs 사용)</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 6개월간 사용 후 평가 시 DAS28이 1.2 이상 감소한 경우 추가 6개월간의 사용을 인정함.</p> <p>나) 이후에는 6개월마다 평가하여 첫 6개월째의 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>나. 소아 특발성 관절염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>다음 가), 나) 조건을 동시에 충족하는 경우</p> <p>가) ILAR 진단기준(2001년 제정)에 부합하는 소아 특발성 관절염 환자로서 다음에 해당하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>(1) 다관절형 관절염(2-17세) : 5개 이상의 부종관절이 있는 경우 (허가사항에 따라 ‘아달로체프리필드시린지주 40밀리그램, ‘아달로체프리필드펜주40밀리그램의 경우 4-17세에 해당)</p> <p>(2) 골부착부위염 관련 관절염(6-17세)</p> <p>나) 1개 이상(MTX 등)의 DMARDs(disease modifying anti-rheumatic drugs)로 3개월 이상 치료 후에도 치료효과가 미흡하거나, 상기 약제의 부작용 등으로 치료를 중단한 환자. 단, 골부착부위염 관련 관절염은</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>1개 이상의 비스테로이드항염제(NSAIDs)로 1개월 이상 치료하였으나 치료효과가 미흡하거나, 상기 약제의 부작용 등으로 치료를 중단한 경우도 인정함.</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 3개월간 사용 후 평가 시 활성 관절수 (부종 관절 등)가 최초 투여시점 보다 30% 이상 감소된 경우 추가 6개월간의 사용을 인정함.</p> <p>나) 이후에는 6개월마다 평가하여 첫 3개월째의 평가 결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>다. 활동성 및 진행성 건선성 관절염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>가) 두 가지 종류 이상의 DMARDs로 총 6개월 이상 (각 3개월 이상) 치료하였음에도 치료효과가 미흡하거나, 상기 약제들의 부작용 등으로 치료를 중단한 활동성 및 진행성 건선성 관절염 환자로서 다음 조건에 부합하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>○ 3개 이상의 압통 관절과 3개 이상의 부종 관절이 존재하여야 하며, 1개월 간격으로 2회 연속 측정한 결과이어야 함.</p> <p>나) 피부광화학요법(PUVA) 축적용량(Cumulative dosage) 1000주울(Joules)을 초과하여 투여 받은 적이 있는 경우에는 주의해야 함.</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 3개월간 사용 후 활성 관절수가 최초 투여시점 보다 30% 이상 감소된 경우 추가 3개월간의 사용을 인정함.</p> <p>나) 최초 투약 후 6개월째 평가를 통하여 호전상태 (최초 투여시점 보다 30%이상 감소된 경우)가 유지되는 경우에는 추가 3개월의 사용을 인정함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>다) 이후에는 6개월마다 평가를 하여 첫 3개월째의 평가결과가 유지되면 추가투여를 인정함.</p> <p>라. 중증의 강직성척추염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>두 가지 종류 이상의 비스테로이드항염제(NSAIDs) 혹은 DMARDs로 3개월 이상 치료를 하였으나 치료효과가 미흡하거나, 상기 약제들의 부작용 등으로 치료를 중단한, 중증의 활동성 강직성 척추염 환자</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>※ 중증의 활동성 강직성 척추염</p> <p>: Modified New York criteria 1984(아래 참조)를 근거로 하여, 방사선학적 기준(Radiologic criteria)과 2개 이상((1) 항은 반드시 포함)의 임상적 기준(Clinical criteria)을 동시에 만족하며, Bath 강직성 척추염의 질병 활동 지수(BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)가 적어도 4 이상인 경우</p> <p>가) 방사선학적 기준(Radiologic criteria) 천장골염: 양측성 Grade 2이상, 편측성 Grade 3 혹은 4(Sacroilitis: Grade ≥2 bilateral or Grade 3 or 4 unilateral.)</p> <p>나) 임상적 기준(Clinical criteria)</p> <p>(1) 운동 시 호전되나, 휴식으로는 호전되지 않는 3개월 이상의 요통과 강직(Low back pain and stiffness for more than 3months, which improves with exercise but is not relieved by rest.)</p> <p>(2) 시상면과 전두면 모두에서 요추골 운동의 제한(Limitation of motion of the lumbar spine in both the sagittal and frontal planes.)</p> <p>(3) 흉부팽창의 제한(Limitation of chest expansion.)</p> </div> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 투여 3개월째 평가를 통하여 Bath 강직성척추염 활성도(BASDA)가 50% 또는 2(scale 0-10) 이상 감소한 경우 추가 6개월의 투여를 인정함</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나) 이후에는 6개월마다 평가를 하여 첫 3개월째의 평가결과가 유지되면 추가투여를 인정함.</p> <p>마. 크론병</p> <p>1) 투여대상</p> <p>보편적인 치료(2가지 이상의 약제 : 코르티코스테로이드제나 면역억제제 등)에 반응이 없거나 내약성이 없는 경우 또는 이러한 치료법이 금기인 중등도-중증의 활성크론병(크론병활성도(CDAI) 220이상. 단, 소아 환자의 경우 소아크론병활성도(PCDAI) 30이상)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>※ 크론병 활성도(CDAI)</p> <p>:아래의 점수를 합산하여 활성도(CDAI: Crohn's Disease Activity Index)를 인위적으로 정하여 활동성 여부를 판정</p> <p>(1) 1주에 설사횟수의 합 × 2</p> <p>(2) 1주에 복통의 정도의 합(증상없음=0, 경증=1, 중등증=2, 중증=3) × 5</p> <p>(3) 1주에 일반적으로 전신 안녕감의 합(좋음=0, 평균이하=1, 나쁨=2, 매우 나쁨=3, 극도로 나쁨=4) × 7</p> <p>(4) 다음 6항목 중 환자가 현재 나타내는 해당 항목의 개수 × 20</p> <p>(가) 관절염/관절통</p> <p>(나) 홍채염/포도막염</p> <p>(다) 결절성홍반, 괴저성농피증, 아프타성구내염</p> <p>(라) 항문열상, 누공 혹은 농양</p> <p>(마) 기타 누공</p> <p>(바) 지난주간 37.8℃이상 발열</p> <p>(5) 설사 때문에 마약성 지사제 복용시 × 30</p> <p>(6) 복부종괴(없음=0, 의심=2, 확정적=5) × 10</p> <p>(7) 헤마토크리트(남:47, 여:42-환자 Hct치) × 6</p> <p>(8) ((표준체중 - 환자체중)/표준체중) × 100(%)</p> <p>※ 소아 크론병 활성도(PCDAI: Pediatric Crohn's Disease Activity Index)</p> <p>: Hyams JS, et al. Development and validation of a pediatric Crohn's disease activity index. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1991 May;12(4):439-47. 참조</p> </div>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2) 평가방법</p> <p>가) 첫 투약 후 4주 이내에 CDAI가 70점 이상 감소 또는 총 CDAI score의 25% 이상 감소된 경우에 한하여 유지요법을 인정함.</p> <p>나) 소아 환자의 경우에는 PCDAI가 12.5점 이상 감소 또는 총 PCDAI score의 25% 이상 감소된 경우에 한하여 유지요법을 인정함.</p> <p>바. 건선</p> <p>1) 투여대상</p> <p>6개월 이상 지속되는 만 4세 이상의 만성 중증 판상건선 환자로 가), 나), 다) 또는 가), 나), 라)를 충족하는 경우(단, 피부광화학요법(PUVA) 및 중파장자외선(UVB: Ultraviolet B) 치료법에 모두 금기인 환자는 가), 나), 다) 조건을 충족하는 경우)</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) 판상건선이 전체 피부면적(body surface area)의 10% 이상</p> <p>나) PASI(Psoriasis Area and Severity Index) 10 이상</p> <p>다) MTX 또는 Cyclosporine을 3개월 이상 투여 하였음에도 반응이 없거나 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우</p> <p>라) 피부광화학요법(PUVA) 또는 중파장자외선(UVB: Ultraviolet B) 치료법으로 3개월 이상 치료하였음에도 반응이 없거나 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 16주간 사용 후 평가하여 PASI가 75%이상 감소한 경우 추가 6개월의 투여를 인정함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나) 이후에는 6개월마다 평가하여 최초 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>사. 궤양성 대장염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>Corticosteroid나 6-Mercaptopurine 또는 Azathioprine 등 보편적인 치료 약제에 대해 적절한 반응을 나타내지 않거나 내약성이 없는 경우 또는 상기 약제가 금기인 중등도-중증의 궤양성 대장염 환자</p> <p>※ 중등도-중증의 궤양성 대장염 환자 : 아래의 점수를 합산하여 중등도-중증 궤양성 대장염 여부를 판정(Mayo score 6 to 12 and Endoscopy subscore ≥ 2)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>※ 궤양성대장염 활동평가를 위한 메이요 점수시스템 (Mayo Scoring System for Assessment of Ulcerative Colitis Activity)</p> <p>배변빈도(Stool frequency)</p> <p>0 = Normal no. of stools for this patient 1 = 1 to 2 stools more than normal 2 = 3 to 4 stools more than normal 3 = 5 or more stools more than normal</p> <p>Subscore, 0 to 3</p> <p>직장출혈(Rectal bleeding)</p> <p>0 = No blood seen 1 = Streaks of blood with stool less than half the time 2 = Obvious blood with stool most of the time 3 = Blood alone passes</p> <p>Subscore, 0 to 3</p> <p>내시경 결과(Findings on endoscopy)</p> <p>0 = Normal or inactive disease 1 = Mild disease (erythema, decreased vascular pattern, mild friability) 2 = Moderate disease (marked erythema, lack of vascular pattern, friability, erosions)</p> </div>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>3 = Severe disease (spontaneous bleeding, ulceration) Subscore, 0 to 3</p> <p>의사의 종합평가(Physician's global assessment)</p> <p>0 = Normal 1 = Mild disease 2 = Moderate disease 3 = Severe disease Subscore, 0 to 3</p> </div> <p>2) 평가방법</p> <p>동 약제를 용법·용량대로 8주 투약 후 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 경우 지속적인 투여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) Mayo score가 최초 투여시점 보다 30% 이상 감소하고 3점 이상 감소한 경우</p> <p>나) Rectal bleeding subscore 1점 이상 감소 또는 Rectal bleeding subscore 0점 또는 1점인 경우</p> <p>아. 베체트 장염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>다음 가), 나) 조건을 동시에 충족하는 경우</p> <p>가) 베체트병으로 진단된 환자 중 내시경 등으로 장 궤양이 확인된 경우</p> <p>나) 보편적인 치료(2가지 이상의 약제 :코르티코스테로이드제, 5-ASA/ sulfasalazine, 면역억제제 등)에 반응이 없거나 상기 약제들의 부작용 등으로 치료를 중단한 환자</p> <p>2) 평가방법</p> <p>○ 첫 투약 후 12주 이내에 베체트 장염 활성도(DAIBD)가 20점 이상 감소된 경우에 한하여 지속적인 투여를 인정함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법																																																												
	<p>※ 베체트 장염 활성도(DAIBD: Disease Activity Index for Intestinal Behcet's Disease)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">General well-being for 1 week</td> </tr> <tr> <td>Well</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Fair</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Poor</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>Very poor</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>Terrible</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fever</td> </tr> <tr> <td>< 38℃</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>≥ 38℃</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Extraintestinal manifestations*</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Abdominal pain in 1 week</td> </tr> <tr> <td>None</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Mild</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>Moderate</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>Severe</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Abdominal mass</td> </tr> <tr> <td>None</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Palpable mass</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Abdominal tenderness</td> </tr> <tr> <td>None</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Mildly tender</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Moderately or severely tender</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Intestinal complications†</td> </tr> <tr> <td colspan="2">No. of liquid stools in 1 week</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1-7</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>8-21</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>22-35</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>≥ 36</td> <td>40</td> </tr> </tbody> </table> <p>* 구강 궤양(oral ulcer), 음부 궤양(genital ulcer), 안구 병변(eye lesion), 피부 병변(skin lesion), 관절통(arthralgia)은 각 5점. 혈관 침범(vascular involvement), 중추 신경계 침범(central nervous system involvement)은 각 15점.</p> <p>† 누공(fistula), 천공(perforation), 농양(abscess), 장 폐색(intestinal obstruction)</p>	Item	Score	General well-being for 1 week		Well	0	Fair	10	Poor	20	Very poor	30	Terrible	40	Fever		< 38℃	0	≥ 38℃	10	Extraintestinal manifestations*		Abdominal pain in 1 week		None	0	Mild	20	Moderate	40	Severe	80	Abdominal mass		None	0	Palpable mass	10	Abdominal tenderness		None	0	Mildly tender	10	Moderately or severely tender	20	Intestinal complications†		No. of liquid stools in 1 week		0	0	1-7	10	8-21	20	22-35	30	≥ 36	40
Item	Score																																																												
General well-being for 1 week																																																													
Well	0																																																												
Fair	10																																																												
Poor	20																																																												
Very poor	30																																																												
Terrible	40																																																												
Fever																																																													
< 38℃	0																																																												
≥ 38℃	10																																																												
Extraintestinal manifestations*																																																													
Abdominal pain in 1 week																																																													
None	0																																																												
Mild	20																																																												
Moderate	40																																																												
Severe	80																																																												
Abdominal mass																																																													
None	0																																																												
Palpable mass	10																																																												
Abdominal tenderness																																																													
None	0																																																												
Mildly tender	10																																																												
Moderately or severely tender	20																																																												
Intestinal complications†																																																													
No. of liquid stools in 1 week																																																													
0	0																																																												
1-7	10																																																												
8-21	20																																																												
22-35	30																																																												
≥ 36	40																																																												

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>자. 화농성 한선염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>다음 가), 나), 다) 조건을 동시에 충족하는 경우 - 다 음 -</p> <p>가) 화농성 한선염 최초 진단 후 1년 이상 경과한 18세 이상 성인으로,</p> <p>나) 2개 이상의 각기 다른 부위에 병변이 있고, 농양과 염증성 결절 수의 합이 3개 이상이며,</p> <p>다) 항생제로 3개월 이상 치료하였으나 치료효과가 미흡하거나 부작용 등으로 치료를 중단한 중증 (Hurley stage III) 환자</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>※ Hurley Stage III: 전체적인 부위에 걸쳐 흩어지거나 거의 흩어진, 또는 다수의 서로 연결된 공동 및 농양 (Diffuse or near-diffuse involvement or multiple interconnected tracts and abscesses across the entire area)</p> </div> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 12주간 사용 후 농양(abscess) 또는 배출 누관(drainage-fistula) 개수의 증가가 없으며, 농양과 염증성 결절 수의 합(total abscess and inflammatory- nodule count)이 50% 이상 감소한 경우 지속투여를 인정함.</p> <p>나) 이후에는 지속적으로 24주마다 최초 평가 결과가 유지되는지에 대한 평가가 필요함.</p> <p>차. 비감염성 포도막염</p> <p>1) 투여대상 : 코르티코스테로이드에 적절한 반응을 나타내지 않거나 부작용 등으로 치료를 중단한 성인의 난치성 비-감염성 중간 포도막염, 후포도막염, 전체포도막염</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2) 평가방법</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 동 약제를 6주간 투여 후 평가 시 새로운 활동성 혹은 염증성 병변이 나타난 경우를 제외하고 추가투여를 인정함. ○ 이후에는 8주마다 평가하여 새로운 활동성 혹은 염증성 병변이 나타난 경우를 제외하고 지속투여를 인정함. <p>2. 허가사항을 초과하여, 17세 이전에 소아 특발성 관절염 (juvenile idiopathic arthritis)으로 진단된 후, 17세 이후 동 약제 급여기준에 적합하여 동 약제를 사용한 경우에도 요양급여를 인정함. 다만, 소아 특발성 관절염 투여대상 해당 연령 이전에 동 약제를 투여하는 경우에는 사례별 심사함.</p> <p>3. 금기환자</p> <ul style="list-style-type: none"> 가. 활동성 결핵 또는 패혈증, 기회감염과 같은 다른 중증 감염이 있는 환자 나. 중등도에서 중증의 심부전(NYHA class III/IV) 환자 <p>4. 다른 종양괴사인자알파저해제(TNF-α inhibitor : Etanercept, Golimumab, Infliximab 주사제) 또는 Abatacept, Guselkumab, Ixekizumab, Secukinumab, Tocilizumab, Ustekinumab, Vedolizumab 주사제, Baricitinib, Tofacitinib, Upadacitinib 경구제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없는 경우 또는 복약순응도 개선의 필요성이 있는 경우(교체한 약제는 최소 6개월 투여를 유지하도록 권고함)에 동 약제로 교체투여(Switch)를 급여로 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여소견서를 첨부하여야 함.</p> <p>5. 동 약제가 자가 주사제제인 점을 고려하여, 동 약제의 투여기간 등의 확인을 위한 ‘환자용 투약일지’를 환자가 작성하고 이를 요양기관이 관리하여야 함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>6. 장기처방시 1회 처방기간은 퇴원할 경우에는 최대 2주분, 외래의 경우에는 최대 4주분까지로 하며, 원내처방함을 원칙으로 함. 다만, 최초 투약일로부터 24주 이후에 안정된 질병활동도를 보이고 부작용이 없는 환자의 경우 최대 8~12주분까지 인정함.</p> <p>7. 동 약제를 사용하는 경우에는 「TNF-α inhibitor 사용시 잠복결핵 치료지침」을 따라야 함. (고시 제2021-127호, '21.5.1.)</p>
<p>[439] Aflibercept 주사제 (품명: 아일리아주사, 아일리아프리필드시린지)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 신생혈관성(습성) 연령관련 황반변성</p> <p>1) 투여대상: 연령관련 황반변성(Age-related macular degeneration)에 의한 황반하 맥락막 신생혈관(Subfoveal choroidal neovascularization)을 가진 환자. 다만, 반흔화된 경우나 위축이 심한 경우 등은 투여 대상에서 제외함.</p> <p>2) 투여방법</p> <p>가) 초기 3회 투여 후에도 치료효과가 보이지 않으면 그 이후 투여는 급여로 인정하지 아니함.</p> <p>나) Brolucizumab 또는 Ranibizumab 주사제에서 동 약제로 교체(투여소견서 첨부)하여 3회 투여 후에도 치료효과가 보이지 않으면 그 이후 투여는 급여로 인정하지 아니함.</p> <p>다) 5회 투여부터는 교정시력이 0.1이하인 경우 급여로 인정하지 아니함.(단안시의 경우 사례 별로 인정)</p> <p>3) Verteporfin(품명: 비쥬다인)과의 병용투여는 급여로 인정하지 아니함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나. 당뇨병성 황반부종</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 투여대상: 중심망막두께(Central retinal thickness) 300μm 이상인 경우 2) 제외대상: 황반부 위축, 손상, 또는 경성삼출물 등이 심하여 치료 효과를 기대할 수 없는 경우 3) 투여횟수: 환자당 총 14회 이내(Ranibizumab 주사제 투여횟수 포함) <p>다. 망막분지정맥폐쇄성(Branch Retinal Vein Occlusion, BRVO) 황반부종</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 투여대상 <ol style="list-style-type: none"> 가) 반대편 눈이 실명(최대교정시력 0.3 이하의 노동력상실 실명)인 경우 나) 반대편 눈의 최대교정시력이 0.4 이상인 경우는 발병 2~3개월이 경과하여도 황반부종이 지속되면서 최대교정시력이 0.5 이하인 경우 2) 투여횟수: 단안당 총 5회 이내(Ranibizumab 주사제 투여횟수 포함) <p>※ 황반부종은 빛간섭단층촬영 소견에서 황반두께(Central macular thickness)가 300μm 이상인 경우</p> <p>라. 병적근시로 인한 맥락막 신생혈관 형성</p> <p>○ 투여 횟수 : 단안당 총 5회 이내(진단 후 12개월 이내) (Ranibizumab 주사제 투여횟수 포함)</p> <p>(고시 제2022-111호, '22.5.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[439]</p> <p>Anakinra (품명 : 키너렙주)</p>	<p>식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p>※ 식품의약품안전처장이 인정한 범위: 다음에 해당하는 류마티스(자가염증질환) 증상의 경감</p> <p>○ 만성 유아 신경 피부 및 관절 증후군(CINCA: Chronic Infantile Neurologic Cutaneous and Articular Syndrome)으로 확정된 환자 (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[439]</p> <p>Brolucizumab 주사제 (품명 : 비오뷰프리필드시린지)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 신생혈관성(습성) 연령관련 황반변성</p> <p>가. 투여대상: 연령관련 황반변성(Age-related macular degeneration)에 의한 황반하 맥락막 신생혈관(Subfoveal choroidal neovascularization)을 가진 환자. 다만, 반흔화된 경우나 위축이 심한 경우 등은 투여 대상에서 제외함.</p> <p>나. 투여방법</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 초기 3회 투여 후에도 치료효과가 보이지 않으면 그 이후 투여는 급여로 인정하지 아니함. 2) Aflibercept 또는 Ranibizumab 주사제에서 동 약제로 교체(투여소견서 첨부)하여 3회 투여 후에도 치료 효과가 보이지 않으면 그 이후 투여는 급여로 인정하지 아니함. 3) 5회 투여부터는 교정시력이 0.1이하인 경우 급여로 인정하지 아니함.(단안시의 경우 사례별로 인정) <p>다. Verteporfin(품명 : 비주다인)과의 병용투여는 급여로 인정하지 아니함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2021-101호, '21.4.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[439] Etanercept 주사제 (품명: 엔브렐주사 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 성인의 활동성 및 진행성 류마티스 관절염</p> <p>1) 투여대상</p> <p style="padding-left: 2em;">다음 가), 나) 조건을 동시에 충족하는 경우</p> <p>가) ACR/EULAR 진단기준(2010년 제정)에 부합하는 류마티스관절염 환자로서 다음 한가지에 해당 하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>(1) DAS28이 5.1 초과</p> <p>(2) DAS28이 3.2 ~ 5.1이고 영상 검사상 관절 손상의 진행이 있는 경우</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>※ DAS28(Disease Activity Score in 28 joints)</p> <p>◦ $DAS28(ESR) = 0.56 \times \sqrt{(TJC-28)} + 0.28 \times \sqrt{(SJC-28)} + 0.014 \times VAS + 0.70 \times \ln(ESR)$</p> <p>◦ $DAS28(CRP) = 0.56 \times \sqrt{(TJC-28)} + 0.28 \times \sqrt{(SJC-28)} + 0.014 \times VAS + 0.36 \times \ln(CRP+1) + 0.96$</p> <p>TJC: 압통 관절수 SJC: 부종 관절수 VAS: 환자의 전반적인 상태보고</p> </div> <p>나) 두 가지 종류 이상(MTX 포함)의 DMARDs (Disease Modifying Anti Rheumatic Drugs)로 6개월 이상(각 3개월 이상) 치료하였으나 치료 효과가 미흡하거나, 상기 약제들의 부작용 등으로 치료를 중단한 환자(다만 MTX(Methotrexate) 사용이 불가능한, 간질환 혹은 신부전 등의 경우에는 MTX를 제외한 두 가지 종류 이상의 DMARDs 사용)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 6개월간 사용 후 평가시 DAS28이 1.2 이상 감소한 경우 추가 6개월간의 사용을 인정함.</p> <p>나) 이후에는 6개월마다 평가하여 첫 6개월째의 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>나. 소아 특발성 관절염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>다음 가), 나) 조건을 동시에 충족하는 경우</p> <p>가) ILAR 진단기준(2001년 제정)에 부합하는 소아 특발성 관절염 환자로서 다음에 해당하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>(1) 다관절형 관절염(2-17세): 5개 이상의 부종 관절이 있는 경우</p> <p>(2) 확장성 소수 관절염(2-17세)</p> <p>(3) 건선성 관절염(12-17세)</p> <p>(4) 골부착부위염 관련 관절염(12-17세)</p> <p>나) 1개 이상(MTX 등)의 DMARDs(disease modifying anti-rheumatic drugs)로 3개월 이상 치료 후에도 치료효과가 미흡하거나, 상기 약제의 부작용 등으로 치료를 중단한 환자. 단, 골부착부위염 관련 관절염은 1개 이상의 비스테로이드항염제(NSAIDs)로 1개월 이상 치료하였으나 치료효과가 미흡하거나, 상기 약제의 부작용 등으로 치료를 중단한 경우도 인정함.</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 3개월간 사용 후 평가 시 활성 관절 수(부종 관절 등)가 최초 투여시점 보다 30% 이상 감소된 경우 추가 6개월간의 사용을 인정함.</p> <p>나) 이후에는 6개월마다 평가하여 첫 3개월째의 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>다. 활동성 및 진행성 건선성 관절염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>가) 두 가지 종류 이상의 DMARDs로, 총 6개월 이상 (각 3개월 이상)치료하였으나 치료 효과가 미흡하거나, 상기 약제들의 부작용 등으로 치료를 중단한 활동성 및 진행성 건선성 관절염 환자로써 다음 조건에 부합하는 경우</p> <p>○ 3개 이상의 압통 관절과 3개 이상의 부종 관절이 존재하여야 하며, 1개월 간격으로 2회 연속 측정된 결과이어야 함.</p> <p>나) 다음의 경우에는 동 약제 투여에 주의해야 함</p> <p>(1) 피부광화학요법(PUVA) 축적용량(Cumulative dosage) 1000주울(Joules)을 초과하여 투여 받은 적이 있는 경우</p> <p>(2) 울혈성심부전(Congestive Cardiac Failure : CCF)/심장혈관질환(Cardiovascular disease)가 있는 경우(New York Heart Association(NYHA) grade 3/4CCF)</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 3개월간 사용 후 활성 관절수가 최초 투여시점 보다 30% 이상 감소된 경우 추가 3개월간의 사용을 인정함.</p> <p>나) 최초 투약 후 6개월째 평가를 통하여 호전 상태 (최초 투여시점 보다 30%이상 감소된 경우)가 유지되는 경우에는 추가 3개월의 사용을 인정함.</p> <p>다) 이후에는 6개월마다 평가하여 첫 3개월째의 평가 결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>라. 중증의 강직성척추염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>두 가지 종류 이상의 비스테로이드항염제(NSAIDs) 혹은 DMARDs로 3개월 이상 치료를 하였으나 치료 효과가 미흡하거나, 상기 약제들의 부작용 등으로 치료를 중단한, 중증의 활동성 강직성 척추염 환자</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>※ 중증의 활동성 강직성 척추염</p> <p>: Modified New York criteria 1984(아래 참조)를 근거로 하여, 방사선학적 기준(Radiologic criteria)과 2개 이상 ((1)항은 반드시 포함)의 임상적 기준(Clinical criteria)을 동시에 만족하며, Bath 강직성 척추염의 질병 활동 지수 (BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)가 적어도 4 이상인 경우</p> <p>가) 방사선학적 기준(Radiologic criteria) 천장골염: 양측성 Grade 2이상, 편측성 Grade 3 혹은 4(Sacroilitis: Grade ≥2 bilateral or Grade 3 or 4 unilateral.)</p> <p>나) 임상적 기준(Clinical criteria)</p> <p>(1) 운동 시 호전되나, 휴식으로는 호전되지 않는 3개월 이상의 요통과 강직(Low back pain and stiffness for more than 3 months, which improves with exercise but is not relieved by rest.)</p> <p>(2) 시상면과 전두면 모두에서 요추골 운동의 제한 (Limitation of motion of the lumbar spine in both the sagittal and frontal planes.)</p> <p>(3) 흉부팽창의 제한(Limitation of chest expansion.)</p> </div> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 투여 3개월째 평가를 통하여 BASDAI가 50% 또는 2(Scale 0-10)이상 감소한 경우 추가 6개월의 투여를 인정함.</p> <p>나) 이후에는 6개월마다 평가하여 첫 3개월째의 평가 결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>마. 건선</p> <p>1) 투여대상</p> <p>6개월 이상 지속되는 만 6세 이상의 만성 중증 판상 건선 환자로 가), 나), 다) 또는 가), 나), 라)를 충족하는 경우(단, 피부광화학요법(PUVA) 및 중파장자외선(UVB) 치료법에 모두 금기인 환자는 가), 나), 다) 조건을 충족하는 경우)</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) 판상건선이 전체 피부면적(Body surface area)의 10% 이상</p> <p>나) PASI(Psoriasis Area and Severity Index) 10 이상</p> <p>다) MTX 또는 Cyclosporine을 3개월 이상 투여하였음에도 반응이 없거나 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우</p> <p>라) 피부광화학요법(PUVA) 또는 중파장자외선(UVB) 치료법으로 3개월 이상 치료하였음에도 반응이 없거나 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 성인</p> <p>(1) 동 약제를 12주간 사용 후 평가하여 PASI가 75%이상 감소한 경우 추가 6개월의 투여를 인정함.</p> <p>(2) 이후에는 6개월마다 평가하여 최초 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>나) 소아</p> <p>(1) 동 약제를 12주간 사용 후 평가하여 PASI가 75%이상 감소한 경우 추가 3개월의 투여를 인정함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>(2) 재투여가 필요한 경우, 투여기간에 대한 위치침을 따라야 함.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 허가사항을 초과하여, 17세 이전에 소아 특발성 관절염 (juvenile idiopathic arthritis)으로 진단된 후, 17세 이후 동 약제 급여기준에 적합하여 동 약제를 사용한 경우에도 요양급여를 인정함. 다만, 소아 특발성 관절염 투여대상 해당 연령 이전에 동 약제를 투여하는 경우에는 사례별 심사함. 3. 다른 종양괴사인자알파저해제(TNF-α inhibitor : Adalimumab, Golimumab, Infliximab 주사제) 또는 Abatacept, Guselkumab, Ixekizumab, Risankizumab, Secukinumab, Tocilizumab, Ustekinumab, Vedolizumab 주사제, Baricitinib, Tofacitinib, Upadacitinib 경구제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없는 경우 또는 복약순응도 개선의 필요성이 있는 경우(교체한 약제는 최소 6개월 투여를 유지하도록 권고함)에 동 약제로 교체투여(Switch)를 급여로 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여소견서를 첨부하여야 함. 4. 동 약제가 자가 주사제제인 점을 고려하여, 동 약제의 투여기간 등의 확인을 위한 '환자용 투약일지'를 환자가 작성하고 이를 요양기관이 관리하여야 함. 5. 장기 처방 시 1회 처방기간은 퇴원할 경우에는 최대 2주분, 외래의 경우에는 최대 4주 분까지로 하며, 원내처방함을 원칙으로 함. 다만, 최초 투약일로부터 24주 이후에 안정된 질병활동도를 보이고 부작용이 없는 환자의 경우 최대 8~12주분 까지 인정함. 6. 동 약제를 사용하는 경우에는「TNF-α inhibitor 사용시 중복결핵 치료지침」을 따라야 함. <p style="text-align: right;">(고시 제2020-244호, '20.11.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[439] Infliximab 제제 (품명 : 레미케이드 주 등)</p>	<p>1. 각 약제별 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 -</p> <p>가. 크론병</p> <p>1) 투여대상</p> <p>가) 보편적인 치료(2가지 이상의 약제 : 코르티코스테로이드제나 면역억제제 등)에 반응이 없거나 내약성이 없는 경우 또는 이러한 치료법이 금기인 중등도-중증의 활성크론병(크론병활성도(CDAI) 220이상. 단, 소아 환자의 경우 소아크론병활성도(PCDAI) 30이상)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※ 크론병 활성도(CDAI)</p> <p>: 아래의 점수를 합산하여 활성도(CDAI: Crohn's Disease Activity Index)를 인위적으로 정하여 활동성 여부를 판정</p> <p>(1) 1주에 설사횟수의 합×2</p> <p>(2) 1주에 복통의 정도의 합(증상없음=0, 경증=1, 중등증=2, 중증=3)×5</p> <p>(3) 1주에 일반적으로 전신 안녕감의 합(좋음=0, 평균이하=1, 나쁨=2, 매우 나쁨=3, 극도로 나쁨=4)×7</p> <p>(4) 다음 6항목 중 환자가 현재 나타내는 해당 항목의 개수×20</p> <p>(가) 관절염/관절통</p> <p>(나) 홍채염/포도막염</p> <p>(다) 결절성홍반, 괴저성농피증, 아프타성구내염</p> <p>(라) 항문열상, 누공 혹은 농양</p> <p>(마) 기타 누공</p> <p>(바) 지난주간 37.8℃이상 발열</p> <p>(5) 설사 때문에 마약성 지사제 복용시 × 30</p> <p>(6) 복부종괴(없음=0, 의심=2, 확정적=5) × 10</p> <p>(7) 헤마토크리트(남:47, 여:42-환자 Hct치) × 6</p> <p>(8) ((표준체중 - 환자체중)/표준체중) × 100(%)</p> </div>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>※ 소아 크론병 활성도(PCDAI: Pediatric Crohn's Disease Activity Index) : Hyams JS, et al. Development and validation of a pediatric Crohn's disease activity index. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1991 May;12(4): 439-47. 참조</p> <p>나) 보편적인 치료(2가지 이상의 치료법 : 항생제, 배출법, 면역억제 치료 등)에 반응이 없는 누공성 크론병</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 누공이 없는 경우(CDAI 220이상)</p> <p>(1) 첫 투약 후 2주 내에 CDAI가 70점 이상 감소 또는 총 CDAI score의 25% 이상 감소된 경우에 한하여 유지요법을 인정</p> <p>(2) 소아 환자의 경우에는 PCDAI가 12.5점 이상 감소 또는 총 PCDAI score의 25% 이상 감소된 경우에 한하여 유지요법을 인정</p> <p>나) 누공성 크론병</p> <p>3회 투약 후 누공의 개수가 50% 이상 감소된 경우에 한하여 유지요법을 인정</p> <p>나. 중증의 강직성척추염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>두 가지 종류 이상의 비스테로이드항염제(NSAIDs) 혹은 DMARDs (Disease Modifying Anti- Rheumatic Drugs)로 3개월 이상 치료를 하였으나 치료효과가 미흡하거나, 상기 약제들의 부작용 등으로 치료를 중단한, 중증의 활동성 강직성 척추염 환자</p> <p>※ 중증의 활동성 강직성 척추염 : Modified New York criteria 1984(아래 참조)를 근거로 하여, 방사선학적 기준(Radiologic criteria)과 2개 이상(1)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>항은 반드시 포함)의 임상적 기준(Clinical criteria)을 동시에 만족하며, Bath 강직성 척추염의 질병 활동 지수(BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)가 적어도 4 이상인 경우</p> <p>가) 방사선학적 기준(Radiologic criteria) 천장골염: 양측성 Grade 2이상, 편측성 Grade 3 혹은 4(Sacroilitis: Grade ≥ 2 bilateral or Grade 3 or 4 unilateral.)</p> <p>나) 임상적 기준(Clinical criteria)</p> <p>(1) 운동 시 호전되나, 휴식으로는 호전되지 않는 3개월 이상의 요통과 강직(Low back pain and stiffness for more than 3 months, which improves with exercise but is not relieved by rest.)</p> <p>(2) 시상면과 전두면 모두에서 요추골 운동의 제한(Limitation of motion of the lumbar spine in both the sagittal and frontal planes.)</p> <p>(3) 흉부팽창의 제한(Limitation of chest expansion.)</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 2회(0, 2주) 투여 후 6주(3회째 투여 전)까지 평가를 하여 Bath 강직성척추염 활성화도 (BASDA)가 50% 또는 2(scale 0-10)이상 감소한 경우 추가 6개월의 투여를 인정함</p> <p>나) 이후에는 6개월마다 평가를 하여 첫 2회(0, 2주) 투여 후의 평가결과가 유지되면 인정함.</p> <p>다. 성인의 활동성 및 진행성 류마티스관절염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>ACR/EULAR 진단기준(2010년 제정)에 부합하는 성인 류마티스 관절염 환자 중 다음 한 가지에 해당하고 두 가지 종류 이상(MIX(Methotrexate) 포함)의 DMARDs(Disease Modifying Anti Rheumatic Drugs)로 6개월 이상(각 3개월 이상) 치료하였으나 치료효과가 미흡하거나, 상기 약제들의 부작용 등으로 치료를 중단한 환자(다만 MTX 사용이</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>불가능한, 간질환 혹은 신부전 등의 경우에는 MTX를 제외한 두 가지 종류 이상의 DMARDs 사용)</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) DAS28이 5.1 초과</p> <p>나) DAS28이 3.2 ~ 5.1이고 영상 검사 상 관절 손상의 진행이 있는 경우</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>※ DAS28(Disease Activity Score in 28 joints)</p> <p>◦ $DAS28(ESR) = 0.56 \times \sqrt{(TJC-28)} + 0.28 \times \sqrt{(SJC-28)} + 0.014 \times VAS + 0.70 \times \ln(ESR)$</p> <p>◦ $DAS28(CRP) = 0.56 \times \sqrt{(TJC-28)} + 0.28 \times \sqrt{(SJC-28)} + 0.014 \times VAS + 0.36 \times \ln(CRP+1) + 0.96$</p> <p>TJC: 압통 관절수 SJC: 부종 관절수 VAS: 환자의 전반적인 상태보고</p> </div> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 6개월간 사용 후 평가 시 DAS28이 1.2 이상 감소한 경우 추가 6개월간의 사용을 인정함.</p> <p>나) 이후에는 6개월마다 평가를 하여 첫 6개월째의 평가 결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>라. 활동성 및 진행성 건선성 관절염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>가) 두 가지 종류 이상의 DMARDs로 총 6개월 이상 (각 3개월 이상) 치료하였음에도 치료효과가 미흡하거나, 상기 약제들의 부작용 등으로 치료를 중단한 활동성 및 진행성 건선성 관절염 환자로서 다음 조건에 부합하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>○ 3개 이상의 압통 관절과 3개 이상의 부종 관절이 존재하여야 하며, 1개월 간격으로 2회 연속 측정된 결과이어야 함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나) 피부광화학요법(PUVA) 축적용량(Cumulative dosage) 1000주울(Joules)을 초과하여 투여 받은 적이 있는 경우에는 주의해야 함.</p> <p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 3개월간 사용 후 활성 관절수가 최초 투여시점 보다 30% 이상 감소된 경우 추가 3개월간의 사용을 인정함.</p> <p>나) 최초 투약 후 6개월째 평가를 통하여 호전상태 (최초 투여시점 보다 30%이상 감소된 경우)가 유지되는 경우에는 추가 3개월의 사용을 인정함.</p> <p>다) 이후에는 6개월마다 평가를 하여 첫 3개월째의 평가 결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>마. 건선</p> <p>1) 투여대상</p> <p>6개월 이상 지속되는 만성 중증 판상건선 환자 (만 18세 이상 성인)로 가), 나), 다) 또는 가), 나), 라)를 충족하는 경우(단, 피부광화학요법 (PUVA) 및 중파장자외선(UVB: Ultraviolet B) 치료법에 모두 금기인 환자는 가), 나), 다) 조건을 충족하는 경우)</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) 판상건선이 전체 피부면적(body surface area)의 10% 이상</p> <p>나) PASI(Psoriasis Area and Severity Index) 10 이상</p> <p>다) MTX 또는 Cyclosporine을 3개월 이상 투여 하였음에도 반응이 없거나 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우</p> <p>라) 피부광화학요법(PUVA) 또는 중파장자외선 (UVB: Ultraviolet B) 치료법으로 3개월 이상 치료하였음에도 반응이 없거나 부작용 등으로 치료를 지속할 수 없는 경우</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2) 평가방법</p> <p>가) 동 약제를 14주간(4회 투여) 사용 후 평가하여 PASI가 75%이상 감소한 경우 추가 6개월의 투여를 인정함.</p> <p>나) 이후에는 6개월마다 평가하여 최초 평가결과가 유지되면 지속적인 투여를 인정함.</p> <p>바. 궤양성 대장염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>Corticosteroid나 6-Mercaptopurine 또는 Azathioprine 등 보편적인 치료 약제에 대해 적절한 반응을 나타내지 않거나 내약성이 없는 경우 또는 상기 약제가 금기인 중등도-중증의 궤양성 대장염 환자</p> <p>※ 중등도-중증의 궤양성 대장염 환자</p> <p>: 아래의 점수를 합산하여 중등도-중증 궤양성 대장염 여부를 판정(Mayo score 6 to 12 and Endoscopy subscore \geq 2)</p> <p>(단, 18세 이하 소아 환자의 경우 내시경적으로 진단된 궤양성 대장염으로 소아궤양성대장염 활성도(PUCAI : Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index) 45 초과)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※ 궤양성대장염 활동평가를 위한 메이요 점수시스템(Mayo Scoring System for Assessment of Ulcerative Colitis Activity)</p> <p>배변빈도(Stool frequency)</p> <p>0 = Normal no. of stools for this patient</p> <p>1 = 1 to 2 stools more than normal</p> <p>2 = 3 to 4 stools more than normal</p> <p>3 = 5 or more stools more than normal</p> <p>Subscore, 0 to 3</p> <p>직장출혈(Rectal bleeding)</p> <p>0 = No blood seen</p> <p>1 = Streaks of blood with stool less than half the time</p> <p>2 = Obvious blood with stool most of the time</p> <p>3 = Blood alone passes</p> <p>Subscore, 0 to 3</p> </div>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>내시경 결과(Findings on endoscopy) 0 = Normal or inactive disease 1 = Mild disease (erythema, decreased vascular pattern, mild friability) 2 = Moderate disease (marked erythema, lack of vascular pattern, friability, erosions) 3 = Severe disease (spontaneous bleeding, ulceration) Subscore, 0 to 3</p> <p>의사의 종합평가(Physician's global assessment) 0 = Normal 1 = Mild disease 2 = Moderate disease 3 = Severe disease Subscore, 0 to 3</p> </div> <p>2) 평가방법</p> <p>동 약제를 3회 투약 후 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 경우 지속적인 투여를 인정함.(단, 18세 이하 소아 환자의 경우 소아궤양성대장염활성도(PUCAI)가 기준보다 20점 이상 감소한 경우)</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) Mayo score가 최초 투여시점 보다 30% 이상 감소하고 3점 이상 감소한 경우</p> <p>나) Rectal bleeding subscore 1점 이상 감소 또는 Rectal bleeding subscore 0점 또는 1점인 경우</p> <p>사. 베체트 장염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>다음 가), 나), 다) 조건을 동시에 충족하는 경우</p> <p>가) 만 19세 이상</p> <p>나) 베체트병으로 진단된 환자 중 내시경 등으로 장 궤양이 확인된 경우</p> <p>다) 보편적인 치료(2가지 이상의 약제 :코르티코스테로이드제, 5-ASA/ sulfasalazine, 면역억제제 등)에 반응이 없거나 상기 약제들의 부작용 등으로 치료를 중단한 환자</p>

구 분	세부인정기준 및 방법																																																
	<p>2) 평가방법</p> <p>○ 첫 투약 후 14주 이내(3회 투여 이후)에 베체트 장염 활성도(DAIBD)가 20점 이상 감소된 경우에 한하여 지속적인 투여를 인정함.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※ 베체트 장염 활성도(DAIBD: Disease Activity Index for Intestinal Behcet's Disease)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Item</th> <th style="text-align: right;">Score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">General well-being for 1 week</td> </tr> <tr> <td>Well</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>Fair</td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> <tr> <td>Poor</td> <td style="text-align: right;">20</td> </tr> <tr> <td>Very poor</td> <td style="text-align: right;">30</td> </tr> <tr> <td>Terrible</td> <td style="text-align: right;">40</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fever</td> </tr> <tr> <td>< 38℃</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>≥ 38℃</td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Extraintestinal manifestations*</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">5 per item</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Abdominal pain in 1 week</td> </tr> <tr> <td>None</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>Mild</td> <td style="text-align: right;">20</td> </tr> <tr> <td>Moderate</td> <td style="text-align: right;">40</td> </tr> <tr> <td>Severe</td> <td style="text-align: right;">80</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Abdominal mass</td> </tr> <tr> <td>None</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>Palpable mass</td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Abdominal tenderness</td> </tr> <tr> <td>None</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td>Mildly tender</td> <td style="text-align: right;">10</td> </tr> <tr> <td>Moderately or severely tender</td> <td style="text-align: right;">20</td> </tr> </tbody> </table> </div>	Item	Score	General well-being for 1 week		Well	0	Fair	10	Poor	20	Very poor	30	Terrible	40	Fever		< 38℃	0	≥ 38℃	10	Extraintestinal manifestations*		5 per item		Abdominal pain in 1 week		None	0	Mild	20	Moderate	40	Severe	80	Abdominal mass		None	0	Palpable mass	10	Abdominal tenderness		None	0	Mildly tender	10	Moderately or severely tender	20
Item	Score																																																
General well-being for 1 week																																																	
Well	0																																																
Fair	10																																																
Poor	20																																																
Very poor	30																																																
Terrible	40																																																
Fever																																																	
< 38℃	0																																																
≥ 38℃	10																																																
Extraintestinal manifestations*																																																	
5 per item																																																	
Abdominal pain in 1 week																																																	
None	0																																																
Mild	20																																																
Moderate	40																																																
Severe	80																																																
Abdominal mass																																																	
None	0																																																
Palpable mass	10																																																
Abdominal tenderness																																																	
None	0																																																
Mildly tender	10																																																
Moderately or severely tender	20																																																

구 분	세부인정기준 및 방법														
	<table border="1" data-bbox="400 231 978 462"> <tr> <td>Intestinal complications†</td> <td>10 per item</td> </tr> <tr> <td>No. of liquid stools in 1 week</td> <td></td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1-7</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>8-21</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>22-35</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>≥ 36</td> <td>40</td> </tr> </table> <p>* 구강 궤양(oral ulcer), 음부 궤양(genital ulcer), 안구 병변(eye lesion), 피부 병변(skin lesion), 관절통(arthralgia)은 각 5점. 혈관 침범(vascular involvement), 중추 신경계 침범(central nervous system involvement)은 각 15점.</p> <p>† 누공(fistula), 천공(perforation), 농양(abscess), 장 폐색(intestinal obstruction)</p>	Intestinal complications†	10 per item	No. of liquid stools in 1 week		0	0	1-7	10	8-21	20	22-35	30	≥ 36	40
Intestinal complications†	10 per item														
No. of liquid stools in 1 week															
0	0														
1-7	10														
8-21	20														
22-35	30														
≥ 36	40														
	<p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여한 경우 요양 급여를 인정함.('렘시마프리필드시린지주', '렘시마펜주'는 제외)</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 스테로이드와 cyclosporine 경구제에 반응하지 않는 괴저성 농피증(용량 : 5mg/kg)에 3회 투여 인정 ○ 단, 3회를 초과하여 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함</p> <p>나. 보편적인 치료(2가지 이상의 치료법 : 항생제, 배출법, 면역억제 치료 등)에 반응이 없는 어린이 및 청소년(6세-17세) 누공성 크론병에 인정 ○ 3회 투약 후 누공 개수가 50% 이상 감소한 경우에 한하여 유지요법 인정</p> <p>다. 불응성 가외사키병(전형적, ※비전형적 유형 모두 포함)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 투여대상 : 정맥용 면역글로불린 투여 종료 후 36시간 이상 발열이 지속되는 환자 2) 투여용량 : 5mg/kg 1회 투여에 한하여 인정 - 단, 정맥용 면역글로불린과의 병용투여는 인정하지 아니함. 														

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>3) 생백신 투여 후 3개월이 경과하지 않은 환자에게 투여는 권장하지 않음. ※ 비전형적 가와사키병의 진단은 AHA 가이드라인의 “Incomplete KD” 진단기준에 따라 실시해야 함.</p> <p>3. 급기환자 가. 결핵 및 다른 중증 감염(폐혈증, 농양 등), 기회감염 환자 나. 중등도에서 중증의 심부전(NYHA class III/IV) 환자</p> <p>4. 다른 종양괴사인자알파저해제(TNF-α inhibitor : Adalimumab, Etanercept, Golimumab 주사제) 또는 Abatacept, Guselkumab, Ixekizumab, Risankizumab, Secukinumab, Tocilizumab, Ustekinumab, Vedolizumab 주사제, Baricitinib, Tofacitinib, Upadacitinib 경구제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없는 경우 또는 복약순응도 개선의 필요성이 있는 경우(교체한 약제는 최소 6개월 투여를 유지하도록 권고함)에 동 약제로 교체투여(Switch)를 급여로 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여소견서를 첨부하여야 함.</p> <p>5. 동 약제를 사용하는 경우에는「TNF-α inhibitor 사용시 중복결핵 치료지침」을 따라야 함.</p> <p>6. ‘램시마프리필드시린지주’, ‘램시마펜주’가 자가주사제제인 점을 고려하여, 동 약제의 투여기간 등의 확인을 위한 ‘환자용 투약일지’를 환자가 작성하고 이를 요양기관이 관리하여야 함.</p> <p>7. ‘램시마프리필드시린지주’, ‘램시마펜주’의 장기처방 시 1회 처방기간은 퇴원할 경우에는 최대 2주분, 외래의 경우에는 최대 4주분까지로 하며, 원내처방 함을 원칙으로 함. 다만, 최초 투약일로부터 24주 이후에 안정된 질병활동도를 보이고 부작용이 없는 환자의 경우 최대 8~12주분까지 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2020-305호, '21.1.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[439] Ranibizumab 주사제 (품명:루센티스주, 루센티스프리필드시린지)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 신생혈관성(습성) 연령관련 황반변성</p> <p>1) 투여대상: 연령관련 황반변성(Age-related macular degeneration)에 의한 황반하 맥락막 신생혈관 (Subfoveal choroidal neovascularization)을 가진 환자. 다만, 반흔화된 경우나 위축이 심한 경우 등은 투여 대상에서 제외함</p> <p>2) 투여방법</p> <p>가) 초기 3회 투여 후에도 치료효과가 보이지 않 으면 그 이후 투여는 급여로 인정하지 아니함.</p> <p>나) Aflibercept 또는 Brolucizumab 주사제에서 동 약제로 교체(투여소견서 첨부)하여 3회 투여 후에도 치료효과가 보이지 않으면 그 이후 투여는 급여로 인정하지 아니함.</p> <p>다) 5회 투여부터는 교정시력이 0.1이하인 경우 급여로 인정하지 아니함.(단안시의 경우 사례 별로 인정)</p> <p>3) Verteporfin(품명: 비주다인)과의 병용투여는 급여로 인정하지 아니함.</p> <p>나. 당뇨병성 황반부종</p> <p>1) 투여대상: 중심망막두께(Central retinal thickness) 300μm 이상인 경우</p> <p>2) 제외대상: 황반부 위축, 손상, 또는 경성삼출물 등이 심하여 치료 효과를 기대할 수 없는 경우</p> <p>3) 투여횟수: 환자당 총 14회 이내(Aflibercept 주사제 투여횟수 포함)</p> <p>다. 망막분지정맥폐쇄성(Branch Retinal Vein Occlusion, BRVO) 황반부종</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>1) 투여대상</p> <p>가) 반대편 눈이 실명(최대교정시력 0.3 이하의 노동력상실 실명)인 경우</p> <p>나) 반대편 눈의 최대교정시력이 0.4 이상인 경우는 발병 2~3개월이 경과하여도 황반부종이 지속되면서 최대교정시력이 0.5 이하인 경우</p> <p>2) 투여횟수: 단안당 총 5회 이내(Aflibercept 주사제 투여횟수 포함)</p> <p>※ 황반부종은 빛간섭단층촬영 소견에서 황반두께(Central macular thickness)가 300μm 이상인 경우</p> <p>라. 병적근시로 인한 맥락막 신생혈관 형성</p> <p>○ 투여 횟수 : 단안당 총 5회 이내(aflibercept 주사제 투여횟수 포함)(진단 후 12개월 이내)</p> <p>(고시 제2022-111호, '22.5.1.)</p>
<p>[439]</p> <p>Vedolizumab 주사제 (품명 : 킨텔레스주)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 궤양성 대장염</p> <p>1) 투여대상</p> <p>Corticosteroid나 6-Mercaptopurine 또는 Azathioprine 등 보편적인 치료 약제에 대해 걱정된 반응을 나타내지 않거나 내약성이 없는 경우 또는 상기 약제가 금기인 중등도-중증의 궤양성 대장염 환자</p> <p>※ 중등도-중증의 궤양성 대장염 환자</p> <p>: 아래의 점수를 합산하여 중등도-중증 궤양성 대장염 여부를 판정(Mayo score 6 to 12 and Endoscopy subscore \geq 2)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>※ 궤양성대장염 활동평가를 위한 메이요 점수시스템(Mayo Scoring System for Assessment of Ulcerative Colitis Activity)</p> <p>배변빈도(Stool frequency) 0 = Normal no. of stools for this patient 1 = 1 to 2 stools more than normal 2 = 3 to 4 stools more than normal 3 = 5 or more stools more than normal Subscore, 0 to 3</p> <p>직장출혈(Rectal bleeding) 0 = No blood seen 1 = Streaks of blood with stool less than half the time 2 = Obvious blood with stool most of the time 3 = Blood alone passes Subscore, 0 to 3</p> <p>내시경 결과(Findings on endoscopy) 0 = Normal or inactive disease 1 = Mild disease (erythema, decreased vascular pattern, mild friability) 2 = Moderate disease (marked erythema, lack of vascular pattern, friability, erosions) 3 = Severe disease (spontaneous bleeding, ulceration) Subscore, 0 to 3</p> <p>의사의 종합평가(Physician's global assessment) 0 = Normal 1 = Mild disease 2 = Moderate disease 3 = Severe disease Subscore, 0 to 3</p> <p>2) 평가방법 동 약제를 3회 투약 후(14주 이내) 다음 각 호의 조건을 모두 충족하는 경우 지속적인 투여를 인정함. - 다 음 - 가) Mayo score가 최초 투여시점 보다 30% 이상 감소하고 3점 이상 감소한 경우</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나) Rectal bleeding subscore 1점 이상 감소 또는 Rectal bleeding subscore 0점 또는 1점인 경우</p> <p>나. 크론병</p> <p>1) 투여대상</p> <p>보편적인 치료(2가지 이상의 약제 : 코르티코스테로이드제나 면역억제제 등)에 반응이 없거나 내약성이 없는 경우 또는 이러한 치료법이 금기인 중등도-중증의 활성 크론병 (크론병활성도(CDAI) 220 이상)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>※ 크론병 활성도(CDAI)</p> <p>: 아래의 점수를 합산하여 활성도(CDAI: Crohn's Disease Activity Index)를 인위적으로 정하여 활동성 여부를 판정</p> <p>(1) 1주에 설사횟수의 합×2</p> <p>(2) 1주에 복통의 정도의 합(증상없음=0, 경증=1, 중등증=2, 중증=3)×5</p> <p>(3) 1주에 일반적으로 전신 안냉감의 합(좋음=0, 평균이하=1, 나쁨=2, 매우 나쁨=3, 극도로 나쁨=4)×7</p> <p>(4) 다음 6항목 중 환자가 현재 나타내는 해당 항목의 개수×20</p> <p>(가) 관절염/관절통</p> <p>(나) 홍채염/포도막염</p> <p>(다) 결절성홍반, 괴저성농피증, 아프타성구내염</p> <p>(라) 항문열상, 누공 혹은 농양</p> <p>(마) 기타 누공</p> <p>(바) 지난주간 37.8℃이상 발열</p> <p>(5) 설사 때문에 마약성 지사제 복용시 × 30</p> <p>(6) 복부종괴(없음=0, 의심=2, 확정적=5) × 10</p> <p>(7) 헤마토크리트(남:47, 여:42-환자 Hct치) × 6</p> <p>(8) ((표준체중 - 환자체중)/표준체중) × 100(%)</p> </div> <p>2) 평가방법</p> <p>첫 투약 후 14주 이내에 CDAI가 70점 이상 감소 또는 총 CDAI score의 25% 이상 감소된 경우에 한하여 유지요법을 인정함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2. 종양괴사인자알파저해제(TNF-α inhibitor : Adalimumab, Golimumab, Infliximab 주사제) 또는 Ustekinumab 주사제, Tofacitinib 경구제에 효과가 없거나 부작용으로 투약을 지속할 수 없는 경우 또는 복약순응도 개선의 필요성이 있는 경우(교체한 약제는 최소 6개월 투여를 유지하도록 권고함)에 동 약제로 교체투여(Switch)를 급여로 인정하며, 이 경우에는 교체투여에 대한 투여소견서를 첨부하여야 함.</p> <p>(고시 제2020-161호, '20.8.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
[611] Benzathine penicillin G 주사제 (품명 : 몰다민주 등)	식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정 기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - ○ 매독 ○ 류마티스열의 재발 예방 ※ 식약처장의 인정범위 ○ 유효균종 : 연쇄구균, 폐렴연쇄구균, 임균, 포도구균, 디프테리아균, 매독트레포네마 ○ 적응증 : 편도염, 인후두염, 기관지염, 폐렴, 세균성 심내막염, 성홍열, 매독, 류마티스열의 재발 예방, 부비동염, 중이염, 류마티스성 심장질환과 급성사구체 신염의 예방 (고시 제2017-136호, '17.8.1.)
[611] Daptomycin 주사제 (품명 : 펜토신주 350밀리그램 등)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. - 아 래 - ○ Methicillin 내성 균주에 의한 right-side 심내막염을 포함하는 Staphylococcus aureus 균혈증에 투여 시 vancomycin이나 teicoplanin에 실패한 경우 또는 두 약제의 부작용으로 투여할 수 없는 경우 요양급여를 인정하며, 투여소견서를 첨부하여야 함. (고시 제2021-161호, '21.6.7.)

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[611] Linezolid 경구제 (품명 : 자이복스정 등), Linezolid 2mg/ml 주사제 (품명 : 자이복스주 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 혈액배양검사(Blood culture) 또는 무균적체액 (CSF, Ascites, Pleural effusion 등)에서 반코마이신 저항성 엔테로코커스 패숨(Enterococcus faecium)이 증명된 경우에 인정 나. 메티실린내성황색포도상구균(MRSA)에 투여 시에는 Vancomycin이나 Teicoplanin 투여 시 임상적 및 이학적 검사상 반응이 없는 것이 확인된 경우에 인정하고 두 약제에 알려지가 있는 경우에 투여 시에도 인정</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. - 아 래 - ○ 투여기준 리팜핀 내성/다제내성 결핵 환자에게 2019년 WHO 지침의 권고내역 및 약제구성원칙에 따라 투여하는 경우 (고시 제2020-265호, '20.12.1.)</p>
<p>[611] Tedizolid 경구제 (품명 : 시벡스트로정 200mg 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - ○ 메티실린내성황색포도상구균(MRSA)에 투여 시에는 Vancomycin이나 Teicoplanin 투여 시 임상적 및 이학적 검사상 반응이 없는 것이 확인된 경우에 인정하고 두 약제에 알려지가 있는 경우에 투여 시에도 인정 (고시 제2018-253호, '18.12.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[611] Teicoplanin 주사제 (품명 : 타고시드주 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. - 아 래 -</p> <p>가. 감염예방 목적으로 사용하는 경우에는 요양급여를 인정하지 아니함.</p> <p>나. 반드시 사전에 미생물 배양 및 동정검사를 실시하여 Methicillin 또는 Oxacillin에 내성을 보이는 포도 상구균(MRSA,ORSA)이나 혈장응고효소(Coagulase) 음성 포도상구균에 의한 임상적으로 의미있는 감염증인 경우, 베타락탐 항균제에 내성을 보이거나 심각한 과민반응을 보이는 그람양성균에 의한 임상적으로 의미있는 감염증인 경우에 한하여 요양급여를 인정함 (반드시 약제 감수성 결과지를 첨부토록 함).</p> <p>다. 다음과 같은 경험적 치료의 경우에는 다른 항생제의 사전 투여 없이 동 약제를 바로 투여했을 때에도 요양급여를 인정하며, 원인균이 동정되면 감수성과에 따라 약제를 변경 투여하여야 함. - 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 신경외과 수술 후 중추신경계감염 2) 대체삽입물(Prosthesis) 관련 골수염 또는 관절염 3) 인공호흡기(Ventilator) 관련 폐렴 4) 계속적복막관류술(CAPD)으로 인한 복막염 5) 그람양성균 감염의 고위험 요인 있는 심한 면역저하 환자(악성종양, 장기이식, 면역억제제 사용 등)에 서의 중증 감염 <p>2. 허가사항 범위(용법·용량)를 초과하여 아래와 같은 기준 으로 투여 시 요양급여를 인정함. - 아 래 -</p> <p>정상 신기능을 가진 성인 또는 고령자의 중등도, 중증 감염에 유지용량을 1일 1회 200-400mg 또는 3-6mg/kg으로 인정함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[611] Vancomycin 주사제 (품명 : 반코마이신주 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 감염예방 목적으로 사용하는 경우에는 요양급여를 인정하지 아니함.</p> <p>나. 반드시 사전에 미생물 배양 및 동정검사를 실시하여 Methicillin 또는 Oxacillin에 내성을 보이는 포도 상구균(MRSA, ORSA)이나 혈장응고효소(Coagulase) 음성 포도상구균에 의한 임상적으로 의미있는 감염증인 경우, 베타락탐 항균제에 내성을 보이거나 심각한 과민반응을 보이는 그람양성균에 의한 임상적으로 의미있는 감염증인 경우에 한하여 요양급여를 인정함. (반드시 약제 감수성 결과지를 첨부토록함)</p> <p>다. 다음과 같은 경험적 치료의 경우에는 다른 항생제의 사전 투여 없이 동 약제를 바로 투여했을 때에도 요양 급여를 인정하며, 원인균이 동정되면 감수성결과에 따라 약제를 변경 투여하여야 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 신경외과 수술후 중추신경계 감염 2) 대체삽입물(Prosthesis)관련 골수염 또는 관절염 3) 인공호흡기(Ventilator) 관련 폐렴 4) 안구내염 5) 계속적복막관류술(CAPD)으로 인한 복막염 6) 지역사회에서 발생한 급성세균성 뇌수막염 7) 그람양성균 감염의 고위험 요인 있는 심한 면역 저하 환자(악성종양, 장기이식, 면역억제제 사용, 선천성면역결핍증인 만성육아종질환 환자 등) 에서의 중증 감염 <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	부인정기준 및 방법
[612] Amikacin sulfate 주사제 (품명 : 아미킨주 등)	1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(용법·용량)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 만성골수염에 지속적 관주요법 시행 시 1차 약제에 내성이 생긴 경우에는 2주간 투여한 경우 나. 스트렙토마이신(Streptomycin)에 내성이 확인되어 결핵의 2차 치료제로 투여한 경우 (고시 제2013-127호, '13.9.1.)
[612] Aztreonam 주사제 (품명 : 메작탐주사 등)	1. 허가사항 범위 내에서 요양급여 함을 원칙으로 하며, 1차 약제투여로 증상이 호전되지 않는 환자에게 2차 약제로 투여하여야 함. 2. 동 약제의 특·장점 및 효능·효과 등을 고려하여 타 항생제에 내성이 있는 그람음성균 감염환자, 면역기능 저하환자, 중증감염환자 등의 경우에 치료 상 필요하여 선택적으로 투여한 경우에는 요양급여를 인정함 (고시 제2020-161호, '20.8.1.)
[612] Colistimethate 주사제 (품명 : 후콜리스트ิเม테이트주 등)	1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - ○ 1차 약제(Quinolone계 항생제 등) 투여로 증상이 호전되지 않는 방광염, 신우신염 환자에게 투여 시 인정함.

구 분	부인정기준 및 방법
	<p>2. 허가사항 범위(효능·효과)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 기존 모든 항생제에 내성을 보이는 아시네토박터 바우마니균(<i>Acinetobacter baumannii</i>)</p> <p>나. 기존 모든 항생제에 내성을 보이는 녹농균 (<i>Pseudomonas aeruginosa</i>)</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2017-193호, '17.11.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
[613] Kanamycin sulfate 주사제 (품명: 동아카나마이신 황산염주)	1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 합을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(용법·용량)를 초과하여 간경변 시 시행하는 관장(High retention enema)용으로 장내세균이상 발효 억제를 위해 투여한 경우에도 요양급여를 인정함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)
[613] Rifabutin 경구제 (품명: 마이코부틴캡셀 등)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 투여대상 1) 다제내성 결핵으로 동 약제에 감수성이 있는 경우 2) 인체면역결핍바이러스(HIV) 감염환자의 결핵 치료에서 비뉴클레오시드역전사효소억제제(NNRTI: Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors)와 단백분해효소억제제(PI: Protease Inhibitors) 계열의 항바이러스제제(Antiretroviral agent)와 병용 시 약물상호작용으로 인해 Rifampicin과 병용이 불가능한 경우 3) 장기이식 환자의 결핵 치료에서 칼시뉴린억제제 (Calcineurin Inhibitor) 계열의 면역억제제 (Cyclosporine 등)와 병용 시 약물상호작용으로 인해 Rifampicin과 병용이 불가능한 경우 나. 투여기간 6개월간 인정하며, 6개월을 초과하여 투여하는 경우에는 투여조건서 등을 첨부 시 사례별로 요양급여 함. 다. 비결핵항산균에 투여하는 경우에는 “[일반원칙] 비결핵항산균 치료제”에 의거하여 인정함. (고시 제2014-34호, '14.3.1.)

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[613] Rifampicin 경구제 (품명 : 리팜핀정 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시에도 요양급여를 인정함. <ul style="list-style-type: none"> - 아 래 - 가. 투여대상 : 메티실린에 내성을 보이는 황색포도알균 (MRSA) 또는 혈장응고효소 음성포도알균 (MRCNS)에 의한 골수염, 인공삽입물 관련 감염 <ul style="list-style-type: none"> - 다만, MRSA 또는 MRCNS 감염이 의심되나 배양으로 검출되지 않는 경우에는 감염 전문가 자문하에 투여 시 인정 나. 투여방법 <ul style="list-style-type: none"> ○ 적절한 타 항생제와 병용투여 시 인정함 다. 투여용량 <ul style="list-style-type: none"> ○ 1일 최대 900mg까지 인정 <p style="text-align: right;">(고시 제2018-174호, '18.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[614] Azithromycin 경구제 (품명: 지스로맥스정 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. 2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. <ul style="list-style-type: none"> - 아 래 - 가. 미만성 범세기관지염 <ol style="list-style-type: none"> 1) 투여용량: 250~500mg/day 2) 투여기간: 최소 6개월~2년 이내 나. Mycoplasma genitalium에 의한 비임균성 단순 생식기 감염 <ul style="list-style-type: none"> ○ 투여용량과 투여기간 <ul style="list-style-type: none"> - 1g 한 번 투여 또는 - 첫 날 500mg 1일 1회, 둘째 날부터 1일 1회 250mg을 4일간 투여 (총 투여량 1.5g) 3. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <ul style="list-style-type: none"> - 아 래 - ○ 백일해 감염이 의심되는 경우 (고시 제2021-26호, '21.2.1.)
<p>[614] Erythromycin 경구제 (품명: 보령에릭캡슐)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함. 2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. <ul style="list-style-type: none"> - 아 래 - ○ 미만성 범세기관지염 <ol style="list-style-type: none"> 가. 투여용량: 400~600mg/day 나. 투여기간: 최소 6개월~2년 이내

구 분	세부인정기준 및 방법
	<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>○ 백일해 감염이 의심되는 경우 (고시 제2018-174호, '18.9.1.)</p>
<p>[614] Roxithromycin 경구제 (품명 : 루리드정 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 미만성 범세기관지염</p> <p>가. 투여용량 : 150~300mg/day</p> <p>나. 투여기간 : 최소 6개월~2년 이내 (고시 제2018-174호, '18.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[616]</p> <p>Pentamidine isethionate 주사제 (품명 : 화이자펜타미딘이세티 온산염주 300mg)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 하며, 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시에도 요양급여를 인정함</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상 주폐포자충폐렴(Pneumocystis jiroveci(Formerly P. carinii) pneumonia) 예방이 필요한 인체면역결핍 바이러스(HIV), 선천성 면역결핍 질환, 중증 단백 영양실조, 장기이식, 지속적인 CD4<200/mm³, 암이나 교원성혈관성질환(Collagen vascular disease) 등의 치료를 위해 세포독성 혹은 면역억제 치료 중인 환자</p> <p>나. 투여기준 :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 심한 골수억제(절대호중구수<1,000/mm³ 이면서 혈소판수<50,000/mm³ 인 경우)를 보이는 경우 2) Trimethoprim-sulfamethoxazole(TMP-SMX) 경구투여가 불가능한 경우 3) Sulfonamide 과민성 등을 보이는 경우 <p>다. 투여용량·용법 : 300mg(1바이알)을 3-4주마다 네블라이저(초음파) 흡입</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-158호, '18.8.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
[617] Bleomycin HCl 주사제 (품명 : 브레오신주 등)	<ol style="list-style-type: none"> 허가사항 및 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」의 범위 내에서 요양급여를 인정함. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 '사마귀 치료 시 병변 내 주입요법'에도 요양급여를 인정함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)
[617] Mitomycin-C 점안액 (조제실 제제에 한함)	이상편 수술후 재발방지 목적으로 투여하는 경우에도 요양급여를 인정함. (고시 제2004-28호, '04.5.1.)
[617] Mitomycin-C 주사제	<ol style="list-style-type: none"> 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 합을 원칙으로 함. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 녹내장 누공수술(Trabeculectomy 등) 후 반흔성 유착방지를 위하여 공막부위 또는 Filtering bleb내에 투여한 경우에도 요양급여를 인정함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)

구 분	세부인정기준 및 방법
[618] Amoxicillin + Clavulanate 경구제 (품명 : 오구멘틴정 등)	1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 합을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정함. - 아 래 - ○ 투여 기준 리팜핀 내성/다제내성 결핵 환자에게 2019년 WHO 지침의 권고내역 및 약제구성원칙에 따라 imipenem 또는 meropenem과 병용요법으로 투여하는 경우 (고시 제2020-265호, '20.12.1.)
[618] Cefazolin sod. 주사제 (품명 : 세파졸린주 등)	허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 합을 원칙으로 하며, 허가사항 범위(용법·용량)를 초과하여 '비강내분무(Intranasal spray)'에 사용하는 경우에도 요양급여를 인정함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)
[618] Ceftazidime 주사제 (품명 : 포탐주 등)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 녹농균이 증명되었을 때, 임상적으로 녹농균 감염이 의심되거나 가능성이 있는 경우 교과서적 근거에 의한 경험적 치료 나. 동 제제를 포함한 3세대 Cephalosporin에 대한 감수성이 있는 경우 (고시 제2013-127호, '13.9.1.)
[618] Ertapenem 주사제 (품명 : 인반즈주)	1. 허가사항 범위 내에서 1차 약제 투여로 증상이 호전되지 않는 환자에게 2차 약제로 투여 시 요양급여 합을 원칙으로 함.

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2. 아래와 같이 치료 상 필요하여 선택적으로 투여한 경우에는 1차 약제로 투여 시에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. Penicilline계 또는 Cephalosporine계 항생제에 내성균이 증명된 경우</p> <p>나. 수술 혹은 경피적 배액술이 필요한, 지역사회 획득성 복잡성 복부내감염(Community-acquired complicated intra-abdominal infection)에 단독요법으로 투여한 경우</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[618] Gentamicin sulfate 주사제</p>	<p>허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 하며, 허가사항 범위(용법·용량)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여한 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 급성골수성백혈병에 내인성감염의 예방을 위해 경구 투여로 위장관멸균(G-I sterilization)</p> <p>나. 뇌 척수액에 농(Pus)이 증명된 경우 경막외(Epidural space)에 국소 투여</p> <p>다. 골수염에 부골절제술(Sequestrectomy)시 삽입</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[618] Imipenem + Cilastatin 제제 (품명 : 티에남주 등), Meropenem 제제 (품명 : 유한메로펜주 등), Doripenem 제제 (품명 : 피니박스주사 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 1차 약제 투여로 증상이 호전되지 않는 환자에게 2차 약제로 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. Penicilline계 또는 Cephalosporine계 항생제에 내성균이 증명된 경우 및 면역기능 저하환자, 중증감염환자 등의 경우에 치료 상 필요하여 선택적으로 투여한 경우에는 1차 약제로 투여 시에도 요양급여 인정 가능함.</p> <p>3. Imipenem, Meropenem은 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 투여 기준 리팜핀 내성/다제내성 결핵 환자에게 2019년 WHO 지침의 권고내역 및 약제구성원칙에 따라 투여하는 경우 (고시 제2020-265호, '20.12.1.)</p>
<p>[618] Rifaximin 경구제 (품명 : 노르믹스정)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 그람양성 및 그람음성균에 의한 급성장염 혹은 장내세균상의 이상으로 인한 설사(여름철 설사, 여행자설사, 소장결장염)에 사용시에는 동일 효능 타 약제 투여로 증상이 호전되지 않는 환자에게 투여하는 것을 원칙으로 함.</p> <p>나. 고암모니아혈증 치료의 보조요법 혹은 위장관 수술 전후 투여 시 요양급여를 인정 (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[618] Tigecycline 주사제 (품명 : 타이가실주)</p>	<p>감염 전문가의 자문 하에 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ “복합성 중증 연조직 감염(Complicated severe soft tissue infections) 및 복합성 복부 내 감염(Complicated intra-abdominal infections)”에 적절한 항생제 치료에 내성이 있거나 실패한 경우 (고시 제2018-28호, '18.3.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[619] Clarithromycin 경구제 (품명: 클래리스드필름코팅정 250mg 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 하며, 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정함. <ul style="list-style-type: none"> - 아 래 - 가. 헬리코박터 파일로리(H.pylori) 감염이 확인된 다음의 환자에서 제균요법으로 투여하는 경우 <ul style="list-style-type: none"> - 다 음 - 1) 소화성궤양 2) 저등급 MALT(Mucosa Associated Lymphoid Tissue) 림프종 3) 조기 위암 절제술 후 4) 특발성 혈소판 감소성 자반증(idiopathic thrombocytopenic purpura) 5) 위선종의 내시경절제술 후 나. 미만성 범세기관지염 <ul style="list-style-type: none"> 1) 투여용량: 250~500mg/day 2) 투여기간: 최소 6개월~2년 이내 2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <ul style="list-style-type: none"> - 아 래 - 가. 헬리코박터 파일로리(H.pylori) 감염이 확인된 다음의 환자에서 제균요법으로 투여하는 경우 <ul style="list-style-type: none"> - 다 음 - 1) 위암 가족력[부모, 형제, 자매(first degree)의 위암까지] 2) 위축성 위염 3) 기타 진료상 제균요법이 필요하여 환자가 투여에 동의한 경우 나. 헬리코박터 파일로리(H.pylori) 감염이 음성인 저등급 MALT(Mucosa Associated Lymphoid Tissue) 림프종 환자에게 제균요법으로 투여하는 경우 다. 백일해 감염이 의심되는 경우 (고시 제2022-111호, '22.5.1.)

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[621] Sulfadiazine 단일성분 경구제 (품명 : 설파디아진정)</p>	<p>식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 독소플라즈마 감염증에 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p>식품의약품안전처장이 인정한 범위 :</p> <p>연성하감, 트라코마, 봉입체결막염, 노카르디아증, 요도염 (원발성 신우신장염, 신우염, 방광염) 폐쇄성 요로병증 또는 이물질과 무관하며, 아래와 같은 감수성 있는 균종에 의한 감염인 경우: Escherichia coli, Klebsiella 종, Enterobacter 종, Staphylococcus aureus, Proteus mirabilis, P. vulgaris. 설파디아진은 좀 더 잘 녹는 설폰아미드계 약물이 실패했을 경우에만 요도염에 사용함</p> <p>면역결핍신드롬 인/아닌 독소포자충증 뇌염 피리메타민과 병용하여 보조적 요법으로 사용</p> <p>클로로퀸에 내성을 가진 Plasmodium falciparum 종에 의한 말라리아 보조적 요법으로 사용</p> <p>수막구균성 수막염의 예방</p> <p>가족 또는 폐쇄성 집단(Closed group)에서 설폰아미드 감수성 그룹 A이 유행인 경우 (그룹 B또는 C 감염이 유행인 경우, 설폰아미드의 예방적 투여의 효용에 대해서는 입증된 바 없으며, 폐쇄성 집단에서 해가 될 수도 있음.)</p> <p>감수성을 나타내는 균에 의한 수막구균성 수막염</p> <p>Haemophilus influenzae에 의한 급성 중이염 적당량의 페니실린과 병용투여</p> <p>류마티스성 열의 재발 예방-스트렙토마이신 주사와 병용하여 보조적 요법으로 사용</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[621] Sulfamethoxazole 400mg, Trimethoprim 80mg 경구제 (품명 : 셉트린정, 셉트린시럽 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정함. - 아 래 - ○ 주폐포자충폐렴(Pneumocystis jiroveci (formerly P. carinii) pneumonia) 고위험군(이식, AIDS, 항암화학요법 등 면역기능저하 환자)에 예방목적 3. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - ○ 백일해 감염이 의심되는 경우 (고시 제2018-158호, '18.8.1.)
<p>[621] Sulfasalazine 경구제 (품명 : 사라조피린이엔정 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능·효과)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 강직성 척추염, 건선성 관절염 상병에 기존의 비스테로이드성항염증 약물(NSAIDs) 투여에도 호전되지 않는 경우 나. 베체트장염 (고시 제2013-127호, '13.9.1.)

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[622] Bedaquiline fumarate 경구제 (품명 : 서튜러정 100mg)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 단, 동 약제의 요양급여 인정 여부에 대하여 질병관리청에 사전 신청하여 승인 받은 경우에 한하여 인정함. 2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. 단, 동 약제의 요양급여 인정 여부에 대하여 질병관리청에 사전 신청하여 승인 받은 경우에 한하여 인정함 <ul style="list-style-type: none"> - 아 래 - ○ 투여 기준 <ul style="list-style-type: none"> 리팜핀 내성/다제내성 결핵 환자에게 2019년 WHO 지침의 권고내역 및 약제구성원칙에 따라 투여하는 경우 - 다 음 - 1) 24주 이내 또는 초과 투여 시 2) Delamanid 경구제 투여 후 동 약제의 연속투여 시 3) Delamanid 경구제와 동시투여 시(단, 2019 WHO 지침에 의한 A, B, C군 약제로 약제구성이 불가능한 경우에 한함) ※ 단, 만 18세 미만 환자에게 동 약제의 24주 초과투여, Delamanid 경구제 투여 후 동 약제의 연속투여, Delamanid 경구제와 동시투여는 허가사항 중 사용상의 주의사항(경고, 이상반응, 일반적주의 항목 등)에 따른 임상적 유용성이 위험성보다 높은 경우에 한해 사례별로 인정 가능함. 3. 사전승인을 위한 절차·방법 및 위원회 구성 등에 대한 세부사항은 질병관리청장이 정함([붙임] 참조) (고시 제2020-265호, '20.12.1.)

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[622] Delamanid 경구제 (품명 : 델타바정 50mg)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 단, 동 약제의 요양급여 인정 여부에 대하여 질병관리청에 사전 신청하여 승인 받은 경우에 한하여 인정함. 2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. 단, 동 약제의 요양급여 인정 여부에 대하여 질병관리청에 사전 신청하여 승인 받은 경우에 한하여 인정함 <ul style="list-style-type: none"> - 아 래 - ○ 투여 기준 리팜핀 내성/다제내성 결핵 환자에게 2019년 WHO 지침의 권고내역 및 약제구성원칙에 따라 투여하는 경우 <ul style="list-style-type: none"> - 다 음 - 1) 24주 이내 또는 초과 투여 시 2) Bedaquiline fumarate 경구제 투여 후 동 약제의 연속투여 시 3) Bedaquiline fumarate 경구제와 동시투여 시(단, 2019 WHO 지침에 의한 A, B, C군 약제로 약제 구성이 불가능한 경우에 한함) <ul style="list-style-type: none"> ※ 단, 만 18세 미만 환자에게 동 약제의 24주 초과투여, Bedaquiline fumarate 경구제 투여 후 동 약제의 연속투여, Bedaquiline fumarate 경구제와 동시 투여는 허가사항 중 사용상의 주의사항(경고, 이상반응, 일반적주의 항목 등)에 따른 임상적 유용성이 위험성보다 높은 경우에 한해 사례별로 인정 가능함. ※ 단, 1)에 해당하여 동 약제 투여 시 2019 WHO 지침의 약제구성원칙에 따라 투여하되, Bedaquiline fumarate 경구제를 투여할 수 없는 임상적 사유가 있는 것으로 전문가 위원회가 판단한 경우에 한해 Bedaquiline fumarate 경구제를 대체하여 동 약제 투여 가능함. 3. 사전승인을 위한 절차·방법 및 위원회 구성 등에 대한 세부사항은 질병관리청장이 정함([붙임] 참조) (고시 제2020-265호, '20.12.1.)

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[623] Dapsone 경구제 (품명 : 태준답손정 25mg 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능·효과)를 초과하여 안면파종상속립성 루푸스(LMDF : Lupus Miliaris Disseminatus Faciei)에도 요양급여를 인정함. <p style="text-align: right;">(고시 제2018-253호, '18.12.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[629] 에이즈치료제</p>	<p>1. 에이즈 치료 시 약제를 동시에 병합 투여하는 '카테일요법'은 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함 - 아 래 - 가. 에이즈 관련 증상이 있는 HIV감염인 나. 증상이 없는 경우 1) CD4 Count < 350/mm³ 2) 혈장 바이러스 수(Viral load) > 100,000Copies/ml [by RT-PCR(역전사 증합효소연쇄반응법)]인 경우 3) 그 외 감염내과 전문의가 치료제의 투약이 필요하다고 인정한 감염인 다. 초기 급성 HIV 감염 치료 시</p> <p>2. 상기 1항에 해당되지 아니하는 임신중인 감염인, 감염인 산모로부터 태어난 신생아, HIV에 노출된 의료종사자(주사침 등에 찔리는 등), 감염인의 배우자(사실혼 포함)에게 예방 목적으로 투여한 에이즈치료제(단독 혹은 복합)는 인정함. ※ Rilpivirine(제품명 : 에듀란트정)은 식품의약품 안전처 허가사항 참조하여 혈장 바이러스 수(Viral load)≤100,000 copies/ml 환자에게 권고함. (고시 제2015-184호, '15.11.1.)</p>
<p>[629] Acyclovir 제제 (품명 : 조비락스 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.(단, acyclovir 구강부착정은 제외) - 아 래 -</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>가. 경구제의 경우 바이러스성 포도막염(Viral uveitis)에 투여 시 인정하며 2~3개월 정도 투여한 후에도 치료 효과가 없을 시는 타 치료방법을 모색함이 바람직함.</p> <p>나. 망막괴사는 대부분 바이러스(Virus)가 원인으로 단시간에 실명에 이르게 되는 드문 질환이므로 항바이러스 제제인 주사제를 투여한 경우 1개월 정도 요양급여를 인정함.</p> <p>다. 전정신경염(Vestibuloneuritis)은 주로 아데노바이러스(Adeno virus)나 단순포진바이러스(Herpes simplex virus)가 원인이므로 전정신경염이 확진된 경우에는 인정함.</p> <p>라. 조혈모세포이식 환자의 포진바이러스(Herpes virus) 등의 감염 예방을 위하여 비경구약제는 이식 전 1주일과 이식 후 4주, 그 이후 11개월까지는 경구약제 투여를 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2019-38호, '19.3.1.)</p>
<p>[629] Asunaprevir 경구제 (품명 : 순베프라캡슐 100밀리그램)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 대상 환자 : 대상성 간질환(간경변을 포함)을 가진 성인 환자에서 유전자형 1b형(Genotype 1b)인 만성 C형 간염으로</p> <ul style="list-style-type: none"> - 이전에 치료 받은 경험이 없는 환자 또는 - 다른 HCV 프로테아제 저해제 치료 경험이 없고 이전에 페그인터페론 알파 및 리바비린의 치료에 실패한 환자 <p>나. 투여 방법 및 기간 : Daclatasvir(품명 : 다클린자정 60mg)와 병용하여 24주</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>다. 투여 중단: 치료 기간 중 HCV RNA 수준을 주기적으로 모니터링하며, 바이러스 돌파현상(Viral Breakthrough)*이 확인된 경우</p> <p>※ 바이러스 돌파현상(Viral Breakthrough): HCV RNA가 최저점에 비해 1 log₁₀ IU/mL 초과 상승 또는 치료 중 HCV RNA가 검출되지 않은 것 (<LLOQ)으로 확인된 이후에 ≥LLOQ으로 확인된 경우</p> <p>라. 혈중 ALT 수치 증가 등 환자 상태에 따라 Hepatotonics (Carduus marianus ext., Ursodeoxycholic acid, DDB 함유 제제 등)와의 병용투여는 인정하나, 동 약제와 Hepatotonics 중 1종의 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2015-239호, '16.1.1.)</p>
<p>[629] Balofloxacin 100mg (품명: 큐록신정)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 단순요로감염증 다른 치료방법이 없는 환자에게 사용하며 단독으로 투여 시 3-5일 정도 인정함.</p> <p>1) 성인: 1회 100mg을 1일 2회 2) 신장애 환자 (크레아티닌 청소율이 40ml/min 이하의 심한 신기능 장애 환자): 1회 100mg을 2일 1회</p> <p>나. 골반내 감염증, 자궁경관염</p> <p>1) 1차 약제(Ofloxacin경구제 등) 투여로 증상이 호전되지 않는 환자에게 투여하는 것을 원칙으로 함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2) 타항생제에 내성이 있는 환자, 면역기능이 저하된 환자, 중증감염환자 등의 경우에는 1차 약제로 인정함.</p> <p>3) 투여기간 7일간 인정하며, 골반내감염증의 경우 증상개선 정도에 따라 14일까지 인정함.</p> <p>4) 투여용량 가) 성인 : 1회 200mg을 1일 2회 나) 신장에 환자 (크레아티닌 청소율이 40ml/min 이하의 심한 신기능 장애 환자) : 1회 200mg을 2일 1회 (고시 제2017-77호, '17.5.1.)</p>
<p>[629] Ciprofloxacin 경구제 (품명 : 사이톱신정 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 1차 약제 투여로 증상이 호전되지 않는 환자에게 투여하는 것을 원칙으로 하며, 아래와 같은 경우에는 1차 약제로 투여 시에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 타 항생제에 내성이 있는 환자, 면역기능이 저하된 환자, 중증감염환자, 심부장기감염환자(예: 폐렴, 급성신우신염), 위장관감염증 나. 중증 폐렴 환자의 경우는 β-Lactam과 병용하여 투여 시에도 인정함. (고시 제2017-77호, '17.5.1.)</p>
<p>[629] Daclatasvir 경구제 (품명 : 다클린자정 60밀리그램)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p>

구 분	세부인정기준 및 방법		
가. 대상 환자 및 투여 방법·기간			
대상 환자: 성인 만성 C형 간염 환자 중		투여 방법·기간	
유전자형 1b형 - 이전에 치료 받은 경험이 없는 환자 또는 - 다른 HCV 프로테아제 저해제 치료 경험이 없고 이전에 페그인터페론 알파 및 리바비린의 치료에 실패한 환자	간경변 없음	이 약+ Asunaprevir 24주	
	대상성 간경변 있음		
「유전자형 1b형을 제외한 1형」 또는 「유전자형 1b형 중 Daclatasvir와 Asunaprevir 병용요법을 투여할 수 없는 경우(예: 비대상성 간경변 간이식 후 재발, 부작용, NS5A L31/Y93 유전자 돌연변이 검사 결과 L31 또는 Y93 위치에 내성관련 돌연변이가 있는 경우 등)」로 - 이전 치료 경험이 없는 환자 또는 - 이전 치료 경험에 실패한 환자(페그 인터페론 알파/리바비린 또는 HCV 프로테아제 저해제+페그인터페론/리바비린 요법 포함)	간경변 없음	이 약+ Sofosbuvir 12주	
	대상성 간경변 있음	이 약+ Sofosbuvir+ 리바비린 12주	
	비대상성 간경변 있음		
유전자형 3형 - 이전 치료 경험이 없는 환자 또는 - 페그인터페론 알파/리바비린 또는 HCV 프로테아제 저해제 치료에 실패한 환자	간경변 없음	이 약+ Sofosbuvir 12주	
	간경변 있음(대상성 또는 비대상성)	이 약+ Sofosbuvir +리바비린 12주	
	간 이식 후 환자		
※ 페그인터페론 알파 치료 실패: 부작용이나 낮은 순응도로 인한 사용중지, 치료 무반응 또는 부분반응, 재발, 바이러스 돌파현상			
나. 혈중 ALT 수치 증가 등 환자 상태에 따라 Hepatotonics (Carduus marianus ext., Ursodeoxycholic acid, DDB 함유 제제 등)와의 병용투여는 인정하나, 동약제와 Hepatotonics 중 1종의 약값 전액을 환자가 부담토록 함.			
(고시 제2018-18호, '18.2.1.)			

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[629] Darunavir ethanolate 433.64mg 경구제 (품명 : 프레지스타정 400mg)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 치료경험이 없는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염 환자의 치료를 위한 다른 항레트로바이러스제(Antiretroviral agent)와의 병용요법. 단, 이 약은 항상 Ritonavir 100mg과 함께 투여 (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[629] Darunavir ethanolate 650.46mg 경구제 (품명 : 프레지스타정 600mg)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 항레트로바이러스제(Antiretroviral agent) 치료 경험이 있고, 다른 Protease inhibitors의 사용에 실패한 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염 성인환자의 치료를 위한 다른 Antiretroviral agent와 병용요법 (고시 제2016-31호, '16.3.1.)</p>
<p>[629] Darunavir ethanolate + Cobicistat silicon dioxide 복합제 (품명 : 프레즈코빅스정)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 치료경험이 없는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염 환자의 치료를 위한 다른 항레트로바이러스제(Antiretroviral agent)와의 병용요법 (고시 제2016-31호, '16.3.1.)</p>
<p>[629] Dasabuvir 경구제 (품명 : 엑스비라정)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법															
	- 아 래 -															
	<p>가. 대상환자: 성인 만성 C형 간염환자 중「유전자형 1형」으로</p> <ul style="list-style-type: none"> - 이전 치료경험이 없는 환자 또는 - 다른 HCV 프로테아제 저해제 치료경험이 없고 이전 페그인터페론 치료에 실패한 환자 <p>※ 페그인터페론 치료에 실패: 부작용이나 낮은 순응도로 인한 사용중지, 치료 무반응 또는 부분반응, 재발, 바이러스 돌파현상</p> <p>나. 투여방법 및 기간</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">환자군</th> <th style="text-align: center;">투여 방법·기간</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">유전자형 1a형(유전자형 1형의 아형이 알려져 있지 않거나 혼합 유전자형 1형에 감염된 환자 포함)</td> <td style="text-align: center;">간경변 없음</td> <td style="text-align: center;">이 약+ Ombitasvir/Paritaprevir/ Ritonavir+리바비린 12주</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">대상성 간경변 있음</td> <td style="text-align: center;">이 약+Ombitasvir/ Paritaprevir /Ritonavir+ 리바비린 24주</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">유전자형 1b형</td> <td style="text-align: center;">간경변 없음</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">이 약+Ombitasvir/ Paritaprevir/Ritonavir 12주</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">대상성 간경변 있음</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">유전자형 1형에 감염된 정상 간기능 또는 경증의 섬유화(메타비르 섬유화 점수 2 이하)가 있는 간 이식 후 환자</td> <td style="text-align: center;">이 약+Ombitasvir/ Paritaprevir/ Ritonavir+ 리바비린 24주</td> </tr> </tbody> </table> <p>다. 혈중 ALT(Alanine Transaminase) 수치 증가 등 환자상태에 따라 Hepatotonics (Cardus marianus ext., Ursodeoxycholic acid, DDB 함유 제제 등)와의 병용투여는 인정 가능하나, 동 약제와 Hepatotonics 중 1종의 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2017-93호, '17.6.1.)</p>	환자군		투여 방법·기간	유전자형 1a형(유전자형 1형의 아형이 알려져 있지 않거나 혼합 유전자형 1형에 감염된 환자 포함)	간경변 없음	이 약+ Ombitasvir/Paritaprevir/ Ritonavir+리바비린 12주	대상성 간경변 있음	이 약+Ombitasvir/ Paritaprevir /Ritonavir+ 리바비린 24주	유전자형 1b형	간경변 없음	이 약+Ombitasvir/ Paritaprevir/Ritonavir 12주	대상성 간경변 있음	유전자형 1형에 감염된 정상 간기능 또는 경증의 섬유화(메타비르 섬유화 점수 2 이하)가 있는 간 이식 후 환자		이 약+Ombitasvir/ Paritaprevir/ Ritonavir+ 리바비린 24주
환자군		투여 방법·기간														
유전자형 1a형(유전자형 1형의 아형이 알려져 있지 않거나 혼합 유전자형 1형에 감염된 환자 포함)	간경변 없음	이 약+ Ombitasvir/Paritaprevir/ Ritonavir+리바비린 12주														
	대상성 간경변 있음	이 약+Ombitasvir/ Paritaprevir /Ritonavir+ 리바비린 24주														
유전자형 1b형	간경변 없음	이 약+Ombitasvir/ Paritaprevir/Ritonavir 12주														
	대상성 간경변 있음															
유전자형 1형에 감염된 정상 간기능 또는 경증의 섬유화(메타비르 섬유화 점수 2 이하)가 있는 간 이식 후 환자		이 약+Ombitasvir/ Paritaprevir/ Ritonavir+ 리바비린 24주														

구 분	세부인정기준 및 방법	
[629] Elbasvir + Grazoprevir 경구제 (품명 : 제파티어정)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 대상환자 및 투여방법·기간	
대상 환자: 성인 만성 C형 간염 환자 중		투여방법·기간
유전자형 1a형	이전 치료 경험이 없는 환자 또는 페그인터페론 알파/리바비린 치료에 실패한 환자	이 약 12주
	이전 페그인터페론 알파/리바비 린+HCV NS3/4A 단백질해 효소억제제 치료에 실패한 환자	이 약+리바비 린 12주
유전자형 1b형	이전 치료 경험이 없는 환자 또는 페그인터페론 알파/리바비린 치료에 실패한 환자	이 약 12주
	이전 페그인터페론알파/리바비 린+HCV NS3/4A 단백질해효 소억제제 치료에 실패한 환자	이 약+리바비 린 12주
유전자형 4형	이전 치료 경험이 없는 환자	이 약 12주
	페그인터페론 알파/리바비린 치료에 실패한 환자	이 약+리바비 린 16주
※ 페그인터페론 알파 치료 실패 : 부작용이나 낮은 순응도로 인한 사용중지, 치료 무반응 또는 부분반응, 재발, 바이러스 돌파현상 나. 혈중 ALT(Alanine Transaminase) 수치 증가 등 환자상태에 따라 Hepatotonics(Carduus marianus ext., Ursodeoxycholic acid, DDB 함유 제제 등)와의 병용투여는 인정 가능하나, 동 약제와 Hepatotonics 중 1종의 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2017-77호, '17.5.1.)		

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[629] Etravirine 경구제 (품명 : 인텔렌스정)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ Antiretroviral agent 치료 경험이 있는, 비뉴클레오 사이드 역전사효소 저해제(NNRTI) 및 다른 Antiretroviral agent 사용에 실패한 제1형 인간면역결핍바이러스 (HIV-1) 감염성인 환자의 치료를 위한 다른 Antiretroviral agent와 병용요법</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[629] Famciclovir 250mg 경구제 (품명 : 팜비어정 250mg 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 유사효능의 투약비용이 저렴한 약제 투여 후 효과가 없는 경우에 한하여 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 대상포진 감염증과 재발성인 생식기포진 감염증의 치료</p> <p>2. 허가사항 범위(효능·효과 등)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 단순포진에 의한 재발성 각막감염시 기존의 Antiviral agent(Acyclovir)로 치료에 실패하였거나, 투여가 어려운 경우</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[629] Ganciclovir 주사제 (품명 : 싸이메빈정주 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정하며, 허가사항 중 “거대세포바이러스(CMV; Cytomegalovirus) 질환 감염 위험이 있는 장기(臟器)이식 환자의 CMV 질환의 예방” 에는 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 선제치료(Preemptive therapy) : 장기이식 후 거대세포바이러스 항원 혈증(CMV antigenemia) (혈액내 CMV 항원 검출)가 1회 이상 확인되거나 혈액으로 실시한 CMV-PCR검사에서 1회 이상 양성으로 확인된 환자에게 투여하는 경우</p> <p>나. 예방적 투여(Universal prophylaxis therapy 또는 Prophylactic therapy)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 장기이식술 전 공여자가 거대세포바이러스 혈청 면역글로불린G(CMV serum IgG) 양성이고 수혜자가 CMV serum IgG 음성인 경우 2) 장기이식술 후 면역억제제로 ALG(Antilymphocyte Globulin), ATG(Antithymocyte Globulin), Orthodone OKT3(올소클론)를 투여한 경우 <p style="text-align: right;">(고시 제2015-205호, '15.12.1.)</p>
<p>[629]</p> <p>Gemifloxacin mesylate 경구제 (품명 : 팩티브정)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 1차 약제 투여로 증상이 호전되지 않는 환자에게 투여하는 것을 원칙으로 하며, 아래와 같은 경우에는 1차 약제로 투여 시에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 타 항생제에 내성이 있는 환자, 면역기능이 저하된 환자, 중증 감염환자, 심부장기감염환자(예 : 폐렴)</p> <p>나. 중증 폐렴 환자의 경우는 β-Lactam과 병용하여 투여 시에도 인정함</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법			
[629] Glecaprevir + Pibrentasvir 경구제 (품명 : 마비렛정)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 대상 환자 및 투여 방법·기간			
대상 환자: 성인 및 만 12세 이상 청소년 만성 C형 간염 환자 중		투여 방법·기간		
유전자형 1,2,3, 4,5,6형	이전 치료 경험이 없는 환자	간경변이 없거나 대상성 간경변 있음	이 약 8주	
유전자형 1형	인터페론, 페그인터페론, 리바비린 및/또는 소포스부비르 치료에 실패한 환자	간경변 없음 대상성 간경변 있음	이 약 8주 이 약 12주	
	이전 NS5A 저해제 치료 경험이 없고, NS3/4A 단백질분해효소 저해제 ^{주1} 치료에 실패한 환자	간경변이 없거나 대상성 간경변 있음	이 약 12주	
	이전 NS3/4A 단백질분해효소 저해제 치료경험이 없고, NS5A 저해제 ^{주2} 치료에 실패한 환자	간경변이 없거나 대상성 간경변 있음	이 약 16주	
유전자형 2,4,5,6형	인터페론, 페그인터페론, 리바비린 및/또는 소포스부비르 치료에 실패한 환자	간경변 없음	이 약 8주	
		대상성 간경변 있음	이 약 12주	
유전자형 3형	인터페론, 페그인터페론, 리바비린 및/또는 소포스부비르 치료에 실패한 환자	간경변이 없거나 대상성 간경변 있음	이 약 16주	

구 분	세부인정기준 및 방법		
	대상 환자: 성인 및 만 12세 이상 청소년 만성 C형 간염 환자 중		투여 방법·기간
	이전 치료 경험이 없는 유전자형 1,2,3,4,5,6형 환자		이 약 12주
	인터페론, 페그인터페론, 리바비린 및/또는 소포스부비르 치료에 실패한 유전자형 1,2,4,5,6형 환자		
간 또는 신장 이식 환자	이전 NS5A 저해제 치료 경험이 없고, NS3/4A 단백분해효소 저해제 ^{주1} 치료에 실패한 유전자형 1,2,3,4,5,6형 환자	간경변이 없거나 대상성 간경변 있음	
	이전 NS3/4A 단백분해효소 저해제 치료경험이 없고, NS5A 저해제 ^{주2} 치료에 실패한 유전자형 2,3,4,5,6형 환자		
	이전 NS3/4A 단백분해효소 저해제 치료경험이 없고, NS5A 저해제 ^{주2} 치료에 실패한 유전자형 1형 환자	간경변이 없거나 대상성 간경변 있음	이 약 16주
	인터페론, 페그인터페론, 리바비린 및/또는 소포스부비르 치료에 실패한 유전자형 3형 환자		
<p>주1: 시메프레비르 및 소포스부비르 또는 시메프레비르, 보세프레비르 또는 텔라프레비르와 페그인터페론 및 리바비린의 병용요법</p> <p>주2: 레디파스비르 및 소포스부비르 또는 다클라타스비르와 페그인터페론 및 리바비린의 병용요법</p>			

구 분	세부인정기준 및 방법										
	<p>※ 이전 치료에 실패: 부작용이나 낮은 순응도로 인한 사용중지, 치료 무반응 또는 부분반응, 재발, 바이러스 돌파현상 나. 혈중 ALT(Alanine Transaminase) 수치 증가 등 환자상태에 따라 Hepatotonics(Carduus marianus ext., Ursodeoxycholic acid, DDB 함유 제제 등) 외의 병용투여는 인정 가능하다, 동 약제와 Hepatotonics 중 1종의 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2021-65호, '21.3.1.)</p>										
<p>[629] Ledipasvir + Sofosbuvir 경구제 (품명: 하보니정)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양 급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 대상 환자: 성인 및 만 12세 이상 18세 미만 소아 만성 C형 간염환자</p> <ul style="list-style-type: none"> - 이전 치료 경험이 없는 환자 또는 - 이전 치료 경험에 실패한 환자(페그인터페론 알파/리바비린 또는 HCV 프로테아제 저해제+페그인터페론/리바비린 요법 포함) <p>※ 페그인터페론 알파 치료 실패: 부작용이나 낮은 순응도로 인한 사용중지, 치료 무반응 또는 부분반응, 재발, 바이러스 돌파현상</p> <p>나. 투여 방법 및 기간</p> <p>1) 성인 만성 C형 간염환자</p> <table border="1" data-bbox="412 1214 975 1438"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="412 1214 809 1250">환자군</th> <th data-bbox="809 1214 975 1250">투여 방법·기간</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="412 1250 512 1349" rowspan="2">유전자형 1형</td> <td data-bbox="512 1250 636 1349">이전 치료 경험이 없는 환자</td> <td data-bbox="636 1250 809 1349">간경변 없거나 대상성 간경변 있음</td> <td data-bbox="809 1250 975 1349">이 약 12주</td> </tr> <tr> <td data-bbox="512 1349 636 1438">이전 치료 경험이 있는 환자</td> <td data-bbox="636 1349 809 1438">간경변 없음</td> <td data-bbox="809 1349 975 1438">이 약 12주 또는 이약+리바비린 12주</td> </tr> </tbody> </table>	환자군		투여 방법·기간	유전자형 1형	이전 치료 경험이 없는 환자	간경변 없거나 대상성 간경변 있음	이 약 12주	이전 치료 경험이 있는 환자	간경변 없음	이 약 12주 또는 이약+리바비린 12주
환자군		투여 방법·기간									
유전자형 1형	이전 치료 경험이 없는 환자	간경변 없거나 대상성 간경변 있음	이 약 12주								
	이전 치료 경험이 있는 환자	간경변 없음	이 약 12주 또는 이약+리바비린 12주								

구 분	세부인정기준 및 방법			
	환자군			투여 방법·기간
		대상성 간경변 있음		이 약 24주 또는 이 약+리바비린 12주
		간이식 상태와 관계없이 비대상성 간경변 환자		이 약+리바비린 12주
	유전자형 1, 4형	간 이식 후 환자	간경변이 없거나 대상성 간경변 있음	이 약+리바비린 12주
	유전자형 2, 4, 5, 6형	이전 치료경험이 없는 환자	간경변이 없거나 대상성 간경변 있음	이 약 12주
		이전 치료경험이 있는 환자		
2) 만 12세 이상 18세 미만 소아 만성 C형 간염 환자				
	환자군			투여 방법·기간
	유전자형 1형	이전 치료경험이 없는 환자	간경변 없거나 대상성 간경변 있음	이 약 12주
		이전 치료경험이 있는 환자	간경변 없음	이 약 12주
	유전자형 2, 4, 5, 6형	이전 치료경험이 없는 환자	간경변이 없거나 대상성 간경변 있음	이 약 12주
이전 치료경험이 있는 환자				
<p>다. 혈중 ALT(Alanine Transaminase) 수치 증가 등 환자상태에 따라 Hepatotonics(Carduus marianus ext., Ursodeoxycholic acid, DDB 함유 제제 등)와의 병용투여는 인정 가능하나, 동 약제와 Hepatotonics 중 1종의 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p>				
(고시 제2019-171호, '19.8.1.)				

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[629]</p> <p>Letermovir 경구제 (품명 : 프레비미스정 240, 480밀리그램),</p> <p>Letermovir 주사제 (품명 : 프레비미스주 240, 480밀리그램)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상: 동종 조혈모세포 이식수술(HSCT)을 받은 거대세포바이러스(CMV)-혈청양성[R+] 성인으로 투여 시작 전 5일 이내 혈청 CMV 검사(PCR)에서 음성으로 확인된 환자</p> <p>나. 투여방법: 이식 당일 및 이식 후 28일 이내 투여를 시작하며, 이식 후 100일까지 투여</p> <p>다. 투여중지 기준</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) CMV 질환이 발생한 경우 2) 선제치료(Preemptive therapy)가 필요한 경우 : 거대세포바이러스 항원 혈증(CMV antigenemia) (혈액내 CMV 항원 검출)이 1회 이상 확인되거나 혈액으로 실시한 CMV-PCR검사에서 1회 이상 양성으로 확인된 경우 <p style="text-align: right;">(고시 제2020-305호, '21.1.1.)</p>
<p>[629]</p> <p>Levofloxacin 경구제 (품명 : 레보펙신정 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 1차 약제 투여로 증상이 호전되지 않는 환자에게 투여하는 것을 원칙으로 하며, 아래와 같은 경우에는 1차 약제로 투여 시에도 요양급여를 인정함. <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 β-Lactam과 병용하여 투여 시에도 인정함.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 결핵 환자 중 다음의 경우</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) isoniazid 또는 rifampicin에 내성균이 확인된 결핵 2) 균이 확인되지 않았더라도 3-6개월 투여 후 임상외가 치료실패로 적절히 판단하는 경우(투여소견서 첨부) 3) 부작용으로 인해 기존 결핵약제의 지속적인 투여가 곤란한 경우 4) 약물 상호작용이 우려되어 기존 결핵약제(리팜핀 등)의 투여가 곤란한 경우 <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> <ol style="list-style-type: none"> 1) 소화성궤양 2) 저등급 MALT(Mucosa Associated Lymphoid Tissue) 림프종 3) 조기 위암 절제술 후 4) 특발성 혈소판 감소성 자반증(idiopathic thrombocytopenic purpura) 5) 위선종의 내시경절제술 후 <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"> 1) 위암 가족력[부모, 형제, 자매(first degree)의 위암까지] 2) 위축성 위염 3) 기타 진료상 제균요법이 필요하여 환자가 투여에 동의한 경우

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나. 헬리코박터 파일로리(H.pylori) 감염이 음성인 저등급 MALT(Mucosa Associated Lymphoid Tissue) 림프종 환자에게 3차 제균요법으로 10~14일간 투여한 경우</p> <p>(고시 제2022-111호, '22.5.1.)</p>
<p>[629] Lomefloxacin 경구제 (품명 : 로멕사신정 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 1차 약제 투여로 증상이 호전되지 않는 환자에게 투여하는 것을 원칙으로 함.</p> <p>2. 타 항생제에 내성이 있는 환자, 면역기능이 저하된 환자, 중증 감염환자, 객관적으로 증명된 심부 장기감염 (예 : 폐렴, 급성신우신염) 등의 경우에는 1차 약제로 인정함.</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[629] Moxifloxacin 경구제 (품명 : 아벨록스정 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 1차약제 투여로 증상이 호전되지 않는 환자 에게 투여하는 것을 원칙으로 하며, 아래와 같은 경우에는 1차 약제로 투여 시에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 타 항생제에 내성이 있는 환자, 면역기능이 저하된 환자, 중증 감염환자, 심부장기감염환자(예 : 폐렴, 합병성복강내감염)</p> <p>나. 중증 폐렴 환자의 경우는 β-Lactam과 병용하여 투여 시에도 인정함.</p> <p>2. 허가범위를 초과하여 결핵치료에 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. isoniazid 또는 rifampicin에 내성균이 확인된 결핵 나. 간기능 장애등 심각한 부작용으로 기존약제의 계속적인 투여가 곤란한 경우</p> <p>3. Mycoplasma genitalium 에 의한 비임균성 단순 생식기 감염에 투여 시, 1차 약제(doxycycline 또는 azithromycin)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>치료 실패가 PCR 등으로 확인된 경우에 요양급여를 인정함.</p> <p>○ 투여용량과 투여기간</p> <p>- 400mg 1일 1회, 14일 이내</p> <p>(고시 제2021-26호, '21.2.1.)</p>
<p>[629]</p> <p>Nelfinavir mesylate 경구제 (품명 : 비라셉트필름코팅정)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p>- 아 래 -</p> <p>가. 신규 소아환자(만16세 이하) 동 약이 포함된 처방으로 치료를 시작하지 말 것 (현재 치료중인 소아환자는 계속 사용가능)</p> <p>나. 신규 임신부 환자 동 약이 포함된 처방으로 치료를 시작하지 말 것 (현재 치료 중인 임신부는 대체치료제로 변경하여 치료하며, 다른 대체치료방법이 없는 임신부는 이 약제 계속 사용 가능)</p> <p>(고시 제2017-215호, '17.12.1.)</p>
<p>[629]</p> <p>Ofloxacin 제제 (품명 : 타리비드 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 결핵치료 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p>- 아 래 -</p> <p>가. 기존의 결핵약제 투여 후 미생물검사결과 다제 내성균이 확인된 경우</p> <p>나. 간기능장애로 인해 기존약제의 계속적인 투여가 곤란한 경우</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법																		
<p>[629]</p> <p>Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir 경구제 (품명 : 비키라정)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 대상환자 : 성인 만성 C형 간염환자 중 「유전자형 1형」 또는 「유전자형 4형」으로</p> <ul style="list-style-type: none"> - 이전 치료경험이 없는 환자 또는 - 다른 HCV 프로테아제 저해제 치료경험이 없고 이전 페그인터페론 치료에 실패한 환자 <p>※ 페그인터페론 치료에 실패: 부작용이나 낮은 순응도로 인한 사용중지, 치료 무반응 또는 부분 반응, 재발, 바이러스 돌파현상</p> <p>나. 투여방법 및 기간</p> <table border="1" data-bbox="408 726 980 1181" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">환자군</th> <th style="text-align: center;">투여 방법.기간</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">유전자형 1a형(유전자형 1형의 아형이 알려져 있지 않거나 혼합 유전자형 1형에 감염된 환자 포함)</td> <td style="text-align: center;">간경변 없음</td> <td style="text-align: center;">이 약+ Dasabuvir + 리바비린 12주</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">대상성 간경변 있음</td> <td style="text-align: center;">이 약+ Dasabuvir + 리바비린 24주</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">유전자형 1b형</td> <td style="text-align: center;">간경변 없음</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">이 약+ Dasabuvir 12주</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">대상성 간경변 있음</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">유전자형 1형에 감염된 정상 간기능 또는 경증의 섬유화(메타비르 섬유화 점수 2 이하)가 있는 간 이식 후 환자</td> <td style="text-align: center;">이 약+ Dasabuvir + 리바비린 24주</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">간경변이 없는 유전자형 4형인 경우</td> <td style="text-align: center;">이 약+ 리바비린 12주</td> </tr> </tbody> </table> <p>다. 혈중 ALT(Alanine Transaminase) 수치 증가 등 환자상태에 따라 Hepatotonics (Cardus marianus ext., Ursodeoxycholic acid, DDB 함유 제제 등)와의 병용투여는 인정 가능하나, 동 약제와 Hepatotonics 중 1종의 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2017-93호, '17.6.1.)</p>	환자군		투여 방법.기간	유전자형 1a형(유전자형 1형의 아형이 알려져 있지 않거나 혼합 유전자형 1형에 감염된 환자 포함)	간경변 없음	이 약+ Dasabuvir + 리바비린 12주	대상성 간경변 있음	이 약+ Dasabuvir + 리바비린 24주	유전자형 1b형	간경변 없음	이 약+ Dasabuvir 12주	대상성 간경변 있음	유전자형 1형에 감염된 정상 간기능 또는 경증의 섬유화(메타비르 섬유화 점수 2 이하)가 있는 간 이식 후 환자		이 약+ Dasabuvir + 리바비린 24주	간경변이 없는 유전자형 4형인 경우		이 약+ 리바비린 12주
환자군		투여 방법.기간																	
유전자형 1a형(유전자형 1형의 아형이 알려져 있지 않거나 혼합 유전자형 1형에 감염된 환자 포함)	간경변 없음	이 약+ Dasabuvir + 리바비린 12주																	
	대상성 간경변 있음	이 약+ Dasabuvir + 리바비린 24주																	
유전자형 1b형	간경변 없음	이 약+ Dasabuvir 12주																	
	대상성 간경변 있음																		
유전자형 1형에 감염된 정상 간기능 또는 경증의 섬유화(메타비르 섬유화 점수 2 이하)가 있는 간 이식 후 환자		이 약+ Dasabuvir + 리바비린 24주																	
간경변이 없는 유전자형 4형인 경우		이 약+ 리바비린 12주																	

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[629] Oseltamivir 경구제 (품명 : 타미플루캡슐 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 생후 2주 이상 신생아를 포함한 소아 및 성인 중 다음과 같은 환자에게 인플루엔자 초기증상(기침, 두통, 인후통 등 2개 이상의 증상 및 고열)이 발생한지 48시간 이내에 투여 시 요양급여를 인정함. 다만, 입원 환자는 증상 발생 48시간 이후라도 의사가 투약이 필요한 것으로 판단한 경우 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1. 인플루엔자 감염이 확인된 환자</p> <ul style="list-style-type: none"> - 신속항원검사 또는 중합효소연쇄반응법으로 인플루엔자 양성 확인된 경우. <p>2. 인플루엔자주의보 발표 시에는 다음과 같은 환자.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 만 9세 이하 - 임신 또는 출산 2주 이내 산모 - 만 65세 이상 - 면역저하자 - 대사장애(Metabolic disorders) - 심장질환(Cardiac disease) - 폐질환(Pulmonary disease) - 신장기능장애(Renal dysfunction) - 간질환 - 혈액질환 - 신경계질환 및 신경발달 장애 - 장기간 아스피린 치료를 받고 있는 만 19세 이하 환자 등 <p>나. 조류인플루엔자의 경우조류인플루엔자주의보가 발표된 이후나 검사상 조류인플루엔자 바이러스 감염이 확인된 경우에는 허가사항 범위 내(치료 및 예방) 투여 시 요양급여를 인정함</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2017-193호, '17.11.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[629] Palivizumab 주사제 (품명 : 시나지스주 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상</p> <p>1) 호흡기세포융합바이러스(RSV; Respiratory Syncytial Virus) 계절(10월-3월) 시작 시점에 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) 생후 6개월 이하(당해 4월1일 이후 출생)이면서 재태기간 32주 미만(31주+6일)으로 태어난 소아 나) 다음 감염 위험인자를 모두 만족하는 재태기간 36주 미만(35주+6일)으로 태어난 소아 (1) RSV 계절(10-3월) 출생 (2) 1명 이상의 순위형제 또는 순위자매가 있는 경우</p> <p>2) 호흡기세포융합바이러스(RSV) 계절(10월-3월) 시작 시점으로부터 이전 6개월 이내에 기관지폐이형성증 (Bronchopulmonary dysplasia) 치료가 필요했던 만 2세 미만(24개월+0일)의 소아</p> <p>3) 혈류역학적으로(Haemodynamically) 유의한 선천성 심장질환이 있으면서 다음 중 하나에 해당하는 만 2세 미만(24개월+0일)의 소아</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) 울혈성 심부전을 조절하기 위해 약물 치료를 받고 있는 경우 나) 중등도 및 중증의 폐동맥 고혈압이 있는 경우 다) 청색성 심장질환이 있는 경우</p> <p>나. 투여횟수</p> <p>호흡기세포융합바이러스(RSV) 계절(10월-3월)에 5회 이내</p> <p>○ 호흡기세포융합바이러스(RSV) 계절 시작 전(9월)부터 투여 시에도 5회에 포함하여 인정</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2017-246호, '18.1.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법															
<p>[629] Raltegravir potassium 경구제 (품명 : 이센트레스정, 이센트레스에이치디정)</p>	<p>각 약제의 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 이센트레스정</p> <p>○ 제1형 인간면역결핍바이러스(HIV-1) 감염 성인 및 최소 체중 25kg 이상의 만 6세 이상의 소아의 치료를 위한 다른 항레트로바이러스제와 병용요법</p> <p>나. 이센트레스에이치디정</p> <p>○ 제1형 인간면역결핍바이러스(HIV-1) 감염 성인 및 최소 체중 40kg 이상의 소아의 치료를 위한 다른 항레트로바이러스제와 병용요법</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-174호, '18.9.1.)</p>															
<p>[629] Sofosbuvir 경구제 (품명 : 소발디정)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 대상 환자 및 투여 방법·기간</p> <table border="1" data-bbox="406 966 975 1409"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="406 966 846 999">대상 환자: 성인 만성 C형 간염 환자 중</th> <th data-bbox="846 966 975 999">투여 방법·기간</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" data-bbox="406 999 846 1108">유전자형 1b형을 제외한 1형 - 단, 이전 치료에 실패한 환자는 인정하지 아니함</td> <td data-bbox="846 999 975 1108">이 약+ 리바비린+ 페그인터페론 알파 12주</td> </tr> <tr> <td data-bbox="406 1108 717 1409" rowspan="3">「유전자형 1b형을 제외한 1형」 또는 「유전자형 1b형 중 Daclatasvir와 Asunaprevir 병용요법을 투여할 수 없는 경우(예 비대상성 간경변 간이식 후 재발, 부작용, NS5A L31/Y93 유전자 돌연변이 검사 결과 L31 또는 Y93 위치에 내성관련 돌연변이가 있는 경우 등)」로 - 이전 치료 경험이 없는 환자 또는 - 이전 치료 경험에 실패한 환자(페그 인터페론 알파/리바비린 또는</td> <td data-bbox="717 1108 846 1217">간경변 없음</td> <td data-bbox="846 1108 975 1217">이 약+ Daclatasvir 12주</td> </tr> <tr> <td data-bbox="717 1217 846 1310">대상성 간경변 있음</td> <td data-bbox="846 1217 975 1409" rowspan="2">이 약+ Daclatasvir+ 리바비린 12주</td> </tr> <tr> <td data-bbox="717 1310 846 1409">비대상성 간경변 있음</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="717 1409 846 1466">간 이식 후 환자</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	대상 환자: 성인 만성 C형 간염 환자 중		투여 방법·기간	유전자형 1b형을 제외한 1형 - 단, 이전 치료에 실패한 환자는 인정하지 아니함		이 약+ 리바비린+ 페그인터페론 알파 12주	「유전자형 1b형을 제외한 1형」 또는 「유전자형 1b형 중 Daclatasvir와 Asunaprevir 병용요법을 투여할 수 없는 경우(예 비대상성 간경변 간이식 후 재발, 부작용, NS5A L31/Y93 유전자 돌연변이 검사 결과 L31 또는 Y93 위치에 내성관련 돌연변이가 있는 경우 등)」로 - 이전 치료 경험이 없는 환자 또는 - 이전 치료 경험에 실패한 환자(페그 인터페론 알파/리바비린 또는	간경변 없음	이 약+ Daclatasvir 12주	대상성 간경변 있음	이 약+ Daclatasvir+ 리바비린 12주	비대상성 간경변 있음	간 이식 후 환자		
대상 환자: 성인 만성 C형 간염 환자 중		투여 방법·기간														
유전자형 1b형을 제외한 1형 - 단, 이전 치료에 실패한 환자는 인정하지 아니함		이 약+ 리바비린+ 페그인터페론 알파 12주														
「유전자형 1b형을 제외한 1형」 또는 「유전자형 1b형 중 Daclatasvir와 Asunaprevir 병용요법을 투여할 수 없는 경우(예 비대상성 간경변 간이식 후 재발, 부작용, NS5A L31/Y93 유전자 돌연변이 검사 결과 L31 또는 Y93 위치에 내성관련 돌연변이가 있는 경우 등)」로 - 이전 치료 경험이 없는 환자 또는 - 이전 치료 경험에 실패한 환자(페그 인터페론 알파/리바비린 또는	간경변 없음	이 약+ Daclatasvir 12주														
	대상성 간경변 있음	이 약+ Daclatasvir+ 리바비린 12주														
	비대상성 간경변 있음															
간 이식 후 환자																

구 분	세부인정기준 및 방법		
	대상 환자: 성인 만성 C형 간염 환자 중		투여 방법 기간
	HCV 프로테아제 저해제+ 페그인터페론/리바비린 요법 포함)		
	유전자형 2형 - 이전 치료 경험이 없는 환자 또는 - 다른 HCV 프로테아제 저해제 치료 경험이 없고 이전 페그인터페론 알파 치료에 실패한 환자 또는 - 간 이식 후 환자 또는 - 간 이식 대기 중인 환자	간경변 없음	이 약+ 리바비린 12주
		간경변 있음 (대상성 또는 비대상성)	이 약+ 리바비린 16주
	유전자형 3형 - 이전 치료 경험이 없는 환자 또는 - 페그인터페론 알파/리바비린 또는 HCV 프로테아제 저해제 치료에 실패한 환자	간경변 없음	이 약+ Daclatasvir 12주 또는 이 약+ 리바비린 24주*
		간경변 있음 (대상성 또는 비대상성)	이 약+ Daclatasvir+ 리바비린 12주
		간 이식 후 환자	
유전자형 4형 - 단, 이전 치료에 실패한 환자는 인정하지 아니함	이 약+ 리바비린+ 페그인터페론 알파 12주 또는 이 약+ 리바비린 24주		
* 이전 치료 경험이 없는 환자 또는 다른 HCV 프로테아제 저해제 치료 경험이 없고 이전 페그인터페론 알파 치료에 실패한 환자			
※ 페그인터페론 알파 치료 실패: 부작용이나 낮은 순응도로 인한 사용중지, 치료 무반응 또는 부분반응, 재발, 바이러스 돌파현상			
나. 혈중 ALT(Alanine Transaminase) 수치 증가 등 환자상태에 따라 Hepatotonics(Carduus marianus ext., Ursodeoxycholic acid, DDB 함유 제제 등)와의 병용 투여는 인정 가능하나, 동 약제와 Hepatotonics 중 1종의 약값 전액을 환자가 부담토록 함.			
(고시 제2018-18호, '18.2.1.)			

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[629] Tenofovir disoproxil 경구제 (품명 : 비리어드정 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. HIV-1 감염 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양 급여함을 원칙 으로 하며 동 약제를 ‘카테일 요법’으로 사용하는 경우 해당 고시에 의거하여 인정함</p> <p>나. 만성 B형간염 [일반원칙] 경구용 만성 B형간염 치료제 세부인정 기준 및 방법 참조하여 요양급여를 인정함. (고시 제2018-253호, '18.12.1.)</p>
<p>[629] Tenofovir disoproxil + Emtricitabine 경구제 (품명 : 트루바다정)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. HIV-1 감염 동 약제를 ‘카테일요법’으로 사용하는 경우 해당 고시에 의거하여 인정함.</p> <p>나. 고위험군 HIV-1 비감염자의 HIV-1 노출 전 감염 위험 감소 ○ 감염인의 성관계 파트너 (고시 제2019-93호, '19.6.7.)</p>
<p>[629] Tosufloxacin 경구제 (품명 : 오젝스정)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 경우에는 1차 약제로 인정함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[629]</p> <p>Valacyclovir HCl 경구제 (품명 : 발트렉스정 250밀리그램 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함</p> <p>2. 허가사항 중 “신장이식 후 거대세포바이러스 감염 예방” 에는 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 신장이식술 전 공여자가 거대세포바이러스 혈청면역 글로불린(CMV serum IgG) 양성이고 수혜자가 CMV serum IgG 음성인 경우의 예방적 투여(Universal prophylaxis therapy 또는 Prophylactic therapy) (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[629]</p> <p>Valganciclovir 경구제 (품명 : 발싸이트정 450밀리그램 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 거대세포바이러스(CMV; Cytomegalovirus) 감염질환 치료 (고시 제2018-18호, '18.2.1.)</p>
<p>[629]</p> <p>Zabofloxacin 경구제 (품명 : 자보란테정)</p>	<p>허가사항 범위(만성폐쇄성폐질환(만성기관기염, 폐기종 포함)의 급성 악화) 내에서 1차 약제 투여로 증상이 호전 되지 않는 환자에게 투여 시 요양급여를 인정함. (고시 제2015-239호, '16.1.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[629] Zanamivir 외용제 (품명 : 리렌자로타디스크)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 만 7세 이상 소아 및 성인 중 다음과 같은 환자에게 인플루엔자 초기증상(기침, 두통, 인후통 등 2개 이상의 증상 및 고열)이 발생한지 48시간 이내에 투여 시 요양급여를 인정함. 다만, 입원환자는 증 상발생 48시간 이후라도 의사가 투약이 필요한 것 으로 판단하여 투여한 경우 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1. 인플루엔자 감염이 확인된 환자</p> <ul style="list-style-type: none"> - 신속항원검사 또는 중합효소연쇄반응법으로 인플루 엔자 양성이 확인된 경우. <p>2. 인플루엔자주의보 발표 시에는 다음과 같은 환자</p> <ul style="list-style-type: none"> - 만 7세 이상 12세 이하 소아 - 임신 3개월 이상 임신부 또는 출산 2주 이내 산모 - 만 65세 이상 - 면역저하자 - 대사장애(Metabolic disorders) - 심장질환(Cardiac disease) - 폐질환(Pulmonary disease) - 신기능장애(Renal dysfunction) - 간질환 - 혈액질환 - 신경계질환 및 신경발달 장애 - 장기간 아스피린 치료를 받고 있는 만 19세 이하 환자 등 <p>나. 조류인플루엔자의 경우 조류인플루엔자주의보가 발표된 이후나 검사상 조류인플루엔자 바이러스 감염이 확인된 경우에는 허가사항 범위 내(치료 및 예방) 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2017-193호, '17.11.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[631] Free-dried rabies vaccine produced on VERO cell line, Inactivated and purified ≥ 2.5 I.U. (or Whole-virus rabies antigen) 주사제 (품명 : 베로랍주)</p>	<p>광견병 노출 후 투여 시 요양급여를 인정하며, 노출 전 예방 목적으로 투여 시에는 비급여 함.</p> <p>식품의약품안전처장이 인정한 범위 : 이 약은 백신임</p> <p>1) 노출전 이 약은 광견병에 노출될 고위험군에 있는 대상자에게 광견병 예방을 위해 추천됨. 광견병 바이러스를 사용하여 진단, 조사, 생산하는 실험실 관계자와 같은 장기 위험에 있는 대상자들은 예방접종을 하여야 함. 6개월마다 혈청반응 검사를 하도록 권장하며, 항체가가 0.5 IU/ml 이하인 경우에 추가접종을 해야 함. 고위험군으로 분류되어 접종이 권장되는 대상군은 다음과 같음 수의사, 사냥터관리인(Qamekeeper), 사냥꾼, 삼림 감시원, 도살장 직원(Slaughterhouse personnel), 동굴탐험가, 박제사 동물의 풍토병에 노출된 대상자와 이 지역을 방문한 소아, 성인, 여행자</p> <p>2) 노출 후 노출되었다고 의심되거나 확인된 후, 광견병 바이러스에 오염될 위험이 약간이라도 있을 시에는 즉시 접종이 이루어져야 함. 치료는 상처의 종류와 동물의 상태에 따라 달라짐</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[632] Clostridium botulinum A toxin haemagglutinin complex 주사제 (품명 : 디스포트주)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전 액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 -</p> <p>가. 만 2세 이상의 경직성 또는 혼합형 뇌성마비 환자로서</p> <p>1) 투여대상</p> <p>가) 아킬레스건 재건술 등 수술 후 남아있는 잔존 변형의 치료와 재발방지를 위해 투여한 경우 나) 만 7세 이전 아킬레스건재건술 등 경직수술이 어려운 경우의 치료 목적으로 투여한 경우. 다만, 만 7세 이상이라도 다음과 같이 투여한 경우에는 요양급여를 인정함. - 다 음 -</p> <p>(1) 마취나 수술에 금기 사항이 있어 수술이 불가능한 경우 (2) 근육긴장이상증(Dystonia)이 주증상으로 수술의 결과를 예측하기 어려워 수술이 상대적 금기사항인 경우</p> <p>2) 투여방법</p> <p>가) 투여용량 : 허가사항 범위를 초과하여 2호의 투여용량과 합하여 1회 최대 1,000U까지 나) 투여간격은 최소 3개월은 경과하여야 함.</p> <p>나. 수정애쉬워드 경직척도(MAS: Modified Ashworth Scale) 2, 3등급에 해당하는 18세 이상의 성인의 뇌졸중의 상지근육경직(어깨 제외) 환자에 다음 각호의 조건을 동시에 충족하는 경우 급여 인정함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 투여용량 : 1회 최대 1000U까지 급여인정함 2) 투여기간 : 뇌졸중 발병 후 3년 내에 최대 6회까지 투여를 인정하며 투여간격은 최소 4개월은 경과하여야 함</p> <p>다. 반측안면경련 환자에 식약처 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.(소견서 첨부)</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 투여방법 : 최소 3개월(12주) 간격을 두고 투여함. 라. 경성사경 환자에 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 투여방법 : 최소 3개월(12주) 간격을 두고 투여함.</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 만 2세 이상의 경직성 또는 혼합형 뇌성마비 환자의 경직에 의한 하지변형에 투여한 경우</p> <p>1) 투여용량 : 1호의 투여용량과 합하여 1회 최대 1,000U까지 2) 투여간격은 최소 3개월은 경과하여야 함.</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. 만 2세 이상의 경직성 또는 혼합형 뇌성마비 환자의 경직에 의한 상지 변형에 투여한 경우 나. 연축성 발성장애에 투여한 경우</p> <p>4. 동 약제의 ‘사용상 주의사항(금기 등)’을 반드시 참고하여 처방(조제) 하여야 함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>※ 수정애쉬워드 경직척도(MAS; Modified Ashworth Scale)</p> <p>0 : 근긴장도의 증가가 없음(No increase in muscle tone)</p> <p>1 : 약간의 근긴장도 증가, 이환부위의 굴곡 혹은 신전시, 잡힘과 펴짐운동을 시킬 때 관절가동범위의 끝부분에서 약간의 저항이 감지(Slight increase in muscle tone, manifested by a catch and release or by minimal resistance at the end range of motion when the part is moved in flexion or extension/abduction or adduction)</p> <p>1+ : 약간의 근긴장도 증가, 잡힘현상과 가동범위 1/2범위에서 약간의 저항(Slight increase in muscle tone, manifested by a catch, followed by minimal resistance throughout the remainder (less than half) of the range of motion)</p> <p>2 : 대부분의 관절범위에서 현저히 증가된 근 긴장도를 보이지만 이환부위가 쉽게 움직임(More marked increase in muscle tone through most of the range of motion, but the affected part is easily moved)</p> <p>3 : 근 긴장도의 심각한 증가로 수동관절 운동이 힘들 (Considerable increase in muscle tone, passive movement is difficult)</p> <p>4 : 이환부위가 굴곡 혹은 신전상태로 강직됨(Affected part is rigid in flexion or extension)</p> <p>(고시 제2019-210호, '19.10.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[632] Clostridium botulinum A toxin 주사제 (품명 : 보톡스주 등)</p>	<p>1. 각 약제별 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 -</p> <p>가. 만 2세 이상의 경직성 또는 혼합형 뇌성마비 환자에 허가된 약제에 한하여 다음과 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정함. - 다 음 -</p> <p>1) 투여대상</p> <p>가) 아킬레스건 재건술 등 수술 후 남아있는 잔존 변형의 치료와 재발방지를 위해 투여한 경우 나) 만 7세 이전 아킬레스건재건술 등 경직수술이 어려운 경우의 치료 목적으로 투여한 경우. 다만, 만 7세 이상이라도 아래와 같이 투여한 경우에는 영양급여를 인정함. - 아 래 -</p> <p>(1) 마취나 수술에 금기 사항이 있어 수술이 불가능한 경우 (2) 근육긴장이상증(Dystonia)이 주증상인 경우 수술의 결과를 예측하기 어려워 수술의 상대적 금기사항인 경우</p> <p>2) 투여방법</p> <p>가) 투여용량 : 허가사항 범위를 초과하여 2호의 투여용량과 합하여 1회 최대 300U까지 나) 투여간격은 최소 3개월은 경과하여야 함.</p> <p>나. 성인의 뇌졸중 후 상지근육경직(어깨 제외) 환자에 대해 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정함. - 아 래 -</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>1) 뇌졸중 발병 후 3년내 상지근육경직(어깨 제외) 환자가 가) 투여대상 : 수정애쉬워드 경직척도 (MAS: Modified Ashworth Scale) 2,3등급에 해당하는 환자 나) 투여기간 및 횟수 : 뇌졸중 발병 후 3년 내에 최대 6회 다) 투여용량 : 1회 최대 300U 라) 투여간격 : 최소 3개월</p> <p>2) 상기 1)에서 MAS등급 개선※이 확인된 경우에 한해, 추가 3년 내에 최대 6회 투여를 인정함(뇌졸중 발병 후 최대 6년까지) ※ MAS등급 개선 : 최초 확인 MAS등급 대비, 뇌졸중 발병 3년 내 마지막 투여 후 MAS등급이 1이상 호전된 경우</p> <p>다. 방광기능장애환자에게 배뇨일지 또는 객관적으로 검증된 설문지를 첨부토록 하며 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.(허가사항에 따라 '보톡스주'만 해당)</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>1) 적절한 보존요법(행동치료) 및 항콜린제 투여에 실패한 신경인성 배뇨근 과활동성, 과민성 방광환자 2) 최초 투여 후 증상 호전이 있는 경우 추가투여를 인정하되, 투여간격은 최소 24주는 경과하여야 함</p> <p>라. 경부근긴장이상(cervical dystonia) 환자에 허가된 약제에 한해 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 투여방법 : 최소 3개월(12주) 간격을 두고 투여함.</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 만 2세 이상의 경직성 또는 혼합형 뇌성마비 환자의 경직에 의한 하지변형 에 투여한 경우</p> <p>1) 투여용량: 1호의 투여용량과 합하여 1회 최대 300U까지</p> <p>2) 투여간격은 최소 3개월은 경과하여야 함.</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. 만 2세 이상의 경직성 또는 혼합형 뇌성마비 환자의 경직에 의한 상지 변형에 투여한 경우</p> <p>나. 연속성 발성장애에 투여한 경우</p> <p>4. 동 약제의 ‘사용상 주의사항(금지 등)’을 반드시 참고 하여 처방(조제) 하여야 함.</p> <p>※ 수정애쉬워드 경직척도(MAS; Modified Ashworth Scale) 0 : 근긴장도의 증가가 없음(No increase in muscle tone)</p> <p>1 : 약간의 근긴장도 증가, 이환부위의 굴곡 혹은 신전시, 잡힘과 펴짐운동을 시킬 때 관절가동범위의 끝부분에서 약간의 저항이 감지(Slight increase in muscle tone, manifested by a catch and release or by minimal resistance at the end range of motion when the part is moved in flexion or extension/abduction or adduction)</p> <p>1+ : 약간의 근긴장도 증가, 잡힘현상과 가동범위 1/2범위에서 약간의 저항(Slight increase in muscle tone, manifested by a catch, followed by minimal resistance throughout the remainder(less than half) of the range of motion)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2 : 대부분의 관절범위에서 현저히 증가된 근 긴장도를 보이지만 이환부위가 쉽게 움직임(More marked increase in muscle tone through most of the range of motion, but the affected part is easily moved)</p> <p>3 : 근 긴장도의 심각한 증가로 수동관절 운동이 힘들 (Considerable increase in muscle tone, passivemovement is difficult)</p> <p>4 : 이환부위가 굴곡 혹은 신전상태로 강직됨 (Affected part is rigid in flexion or extension)</p> <p>(고시 제2022-160호, '22.7.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[633] Antivenin agkistrodon halys (품명 : 코박스건조 살무사항독소주)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능·효과)를 초과하여 살무사뿐만 아니라 타 독사에 물려서 투여하는 경우에도 영양급여를 인정함. (고시 제2016-49호, '16.4.1.)

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[634]</p> <p>Albumin 주사제</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 만성 저단백혈증으로 인한 급성 합병증을 치료 시 혈중 알부민 검사치가 3.0이하면서 아래와 같은 기준으로 투여하는 경우에 인정하며, 동 인정기준 이외의 3.5미만의 저알부민혈증에 진료 시 필요하여 투여 시는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 일반원칙</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 저단백혈증으로 인한 Oncotic deficit(삼투압 결핍) 치료 2) 저단백혈증으로 인한 혈장 또는 혈량결핍 (Plasma or Volume deficit) 치료 <p>나. 적응증</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 쇼크(Shock) 2) 화상(Burns): 30%~50% 이상 중증화상인 경우 24시간 이후 투여를 원칙으로 함. 단, 24시간 이전 이더라도 crystalloids를 투여하였으나 반응이 없는 경우 인정 3) 성인호흡곤란증후군(Adult respiratory distress syndrome) 4) 심폐우회술(Cardiopulmonary bypass) 5) 신생아용혈병(Hemolytic disease of the newborn) 6) 급성 신증(Acute nephrosis) <ol style="list-style-type: none"> 가) 유효순환혈액량 부족 증상을 나타내는 경우 나) 고용량 이노제 투여에도 저항성을 보이는 급성 신증의 부중 치료에 이노제와 병용투여 시 단기간 (7-10일) 인정

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>7) 이급성 또는 만성 저단백혈증(Subacute or chronic hypoproteinemia)(만성신질환, 만성간질환 등)로 인해 발생한 급성 합병증*의 치료</p> <p>※ 급성합병증의 예 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 쇼크(Shock) ② 복수나 늑막삼출에 의한 호흡곤란(Dyspnea) ③ 부종(Edema) ④ 치료적 복수천자(대량의 복수천자로 인한 순환 불안정(Circulatory instability)이 있는 경우 등): 복수 3L~5L 천자 시 1병(20% 100mL), 5L 이상 천자 시 2병(20% 100mL) 인정 ⑤ 자발적 세균성 복막염(Spontaneous bacterial peritonitis): 진단 시 1.5g/kg, 3일째 1g/kg 투여 인정. 단, serum creatinine>1mg/dL 또는 BUN>30mg/dL 또는 total bilirubin>4mg/dL이어야 함 ⑥ 간신증후군(Hepatorenal syndrome): Type I에 혈관수축제와 병용 시 첫날 1g/kg, 이후 2~15일 동안 20~40g/day 인정 단, ④치료적 복수천자, ⑤자발적 세균성복막염, ⑥간신증후군은 혈중 알부민 수치에 관계없음 <p>다. 금기사항(Contraindication)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) 순환 혈장량의 증가에 따른 위험환자(예: 심부전, 폐부종, 궂뇨가 동반된 신부전 등) 2) 심한 빈혈(Severe anemia) <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 뇌지주막하 출혈환자에게 볼륨확장(Volume expansion) 목적으로 5% 알부민주 투여 시 혈관조영(Angiogram)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>이나 도플러(Doppler), 자기공명영상진단(MRI) 등으로 Vasospasm(뇌혈관 연속)이 확인된 경우에 한해 혈중 알부민 수치에 관계없이 1-1.5g/kg/day 용량으로 7일까지 투여 시 영양급여를 인정하고, 그 이상 투여가 필요하여 투여한 경우에는 투여 소견서를 첨부토록 함.</p> <p>나. 개심술시 Osmorality(삼투압) 유지목적 또는 심근보호 목적으로 충전액이나 심정지액(Cardioplegic sol.)에 추가하는 경우 통상 1~2병(함량 관계없이 100ml/1병 포장단위)을 인정함.</p> <p>다. 혈장교환(Plasma exchange)시 사용한 알부민은 인정함[혈장분리교환술(Plasmapheresis)시 Eval Filter 사용하면 Albumin은 인정하지 아니함].</p> <p>라. 신이식술시 Plasmanate 대응으로 5% 알부민주 투여시는 알부민 수치와 관계없이 수술 당시에 2~3병 정도 인정함.</p> <p>마. 개심술 후 48시간 이내에 20% 100mL/1일 사용한 경우</p> <p>바. 간이식 및 간절제 수술 후 혈중 알부민 검사치가 3.0 초과 3.5 이하인 다음과 같은 경우 3주까지 인정함</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 중등도(grade 3) 이상의 요흔부종(pitting edema)이 있는 경우 또는</p> <p>2) 1일 복수 배액량이 300mL 이상 나오는 경우 (고시 제2016-145호, '16.8.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[634]</p> <p>Anti-inhibitor coagulant complex 주사제 (품명: 웨이바주)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 대상 : 제8인자 및 제9인자 항체환자</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 5BU(Bethesda unit) 초과인 경우 2) 5BU 이하인 경우는 항혈우인자를 고용량 투여한 후에도 반응이 없는 경우 3) 최근에 5BU 이하인 환자가 항혈우인자를 고용량 투여해도 반응이 없어 웨이바 혹은 노보세븐 투여에 효과가 있었던 경우 <p>나. 투여 용량</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 입원환자의 경우 허가사항(용법·용량) 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2) 외래 환자의 경우 <ol style="list-style-type: none"> 가) 투여용량 <ul style="list-style-type: none"> - 1회 투여 시 85단위/kg 나) 투여횟수 <ul style="list-style-type: none"> - 1회 내원 시 최대 6회분까지, 매4주 총 12회분 까지 인정 - 다만, 매4주 12회분을 투여한 이후에 출혈이 발생하여 내원한 경우에는 1회 내원 당 2회분 까지 인정하며, 의사소견서를 첨부하여야 함. - 원내투여한 경우에는 급여인정 투여횟수 산정 시 원내투여분을 포함 다) 투여 방법 <ul style="list-style-type: none"> - 자가투여에 대한 교육 후 최소 1회 이상 성공 적인 자가투여를 병원에서 확인한 경우에 한해 요양급여를 인정함. 이후 처방은 투약 등의 확인을 위한 일지를 환자 및 보호자가 작성하고 이를 요양기관이 관리한 경우에 한함. <p style="text-align: right;">(고시 제2022-131호, '22.6.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[634] Antithrombin III, human 주사제 (품명 : 안티트롬빈III 주 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 항 트롬빈III검사(나-158)결과 항 트롬빈 III 결핍이 확인되어 유사효능의 타약제(예: Heparin sodium주 등) 투여로는 치료효과를 기대할 수 없거나 반드시 필요 하여 동 약제 투여의 필요성에 대해 투여소견서가 첨부된 경우</p> <p>나. 급성기 파종성 혈관내응고(DIC)상병</p> <p>1) 약제투여가 필요한 안티트롬빈-III 검사수치</p> <p>가) 라텍스응집반응을 이용한 면역화학측정법: 20mg/dl이하(신생아: 18mg/dl이하)</p> <p>나) 활성도 측정법:70%이하(신생아: 60% 이하)</p> <p>2) 투여기준</p> <p>가) 투여원칙: 파종성 혈관내응고(DIC) 임상증상이 있고, 안티트롬빈-III 검사수치가 70%(20mg/dl)이하, 신생아 60%(18mg/dl) 이하로 감소되어 있을 때 투여를 시작하여, 1회 검사결과에 따라 검사수치 참조 2-3일 정도 인정하며, 총 투여기간은 5일간만 인정함</p> <p>나) 채혈이 불가능(특히, 신생아의 경우)하거나, 불가피하게 안티트롬빈-III 검사를 실시하지 못한 경우, 또는 채혈 후 결과가 나오기 전 기간에는 동 약제가 반드시 필요하여 투여소견서가 첨부된 경우에 한하여 인정</p> <p>다) 급성 파종성 혈관내응고(DIC)가 아닌 만성 간질환이나 말기암(Terminal cancer) 등 환자에게 동반된 파종성 혈관내응고 치료는 원래의 기저질환(Underline Disease)에 대한 치료가 우선되어야 함.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>3) 투여용량</p> <p>가) 성인 : 허가사항(용법·용량) 범위 내에서 인정함 나) 소아 : 1일 150-250IU/kg</p> <p>다. 간이식환자의 간동맥혈전의 예방 및 치료</p> <p>1) 생체부분간이식수술 후 간동맥혈전을 예방하기 위한 항응고요법시에는 7-10일간 인정함.</p> <p>2) 뇌사자 전간(全肝)이식의 경우 혈전예방의 목적으로 투여 시에는 원칙적으로 인정하지 아니하며, 간동맥혈전의 위험이 높아 동 약제의 투여가 반드시 필요한 경우에는 안티트롬빈-III의 검사결과치를 참조하여 7일이내로 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2014-166호, '14.10.1.)</p>
<p>[634] Human anti-hepatitis B immunoglobulin 정주용 주사제 (품명 : 정주용 헤파빅주 등)</p>	<p>1. 투여대상 : 허가사항 범위(간이식 환자의 B형 간염 재발의 예방) 내 필요·적절히 투여 시 인정하며 허가사항 범위(효능·효과)를 초과하여 HBc Ab positive인 공여자로부터 간을 공여 받는 경우에도 요양급여를 인정함.</p> <p>2. 투여용량 : 허가사항 범위 내 투여시 요양급여를 인정하며 허가사항 범위(용법·용량)를 초과하여 아래와 같이 투여시에도 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>(1) 수술 중</p> <ul style="list-style-type: none"> - HBV-DNA 또는 HBeAg 양성인 경우: 20,000 IU 이내1회 투여, - HBV-DNA, HBeAg 음성인 경우 : 10,000 IU이내 1회 투여 <p>(2) 수술 후 1주일까지</p> <ul style="list-style-type: none"> - HBV-DNA 또는 HBeAg 양성인 경우 : 20,000 IU 이내/day

구 분	세부인정기준 및 방법
	<ul style="list-style-type: none"> - HBV-DNA, HBeAg 음성인 경우 : 10,000 IU이내 /day (3) 수술 후 1달까지 <ul style="list-style-type: none"> - HBV-DNA 또는 HBeAg 양성인 경우 : 20,000 IU 이내/week - HBV-DNA, HBeAg 음성인 경우 : 10,000 IU이내 /week (4) 수술 후 1달이후 <ul style="list-style-type: none"> - HBV-DNA 또는 HBeAg 양성인 경우 : 20,000 IU 이내/month - HBV-DNA, HBeAg 음성인 경우 : 10,000 IU이내 /month <p style="text-align: right;">(고시 제2015-134호, '15.8.1.)</p>
<p>[634] Human blood coagulation factor VIII 250I.U, 500I.U 주사제 (품명 : 그린에이트주)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항을 초과하여 혈우병환자의 면역관용요법에 투여하고자 건강보험심사평가원의 사전승인을 받은 경우에도 영양급여를 인정함. 이 경우 사전승인을 위한 위원회 구성, 사전승인의 기준, 절차 및 방법 등 필요한 사항은 건강보험심사평가원장이 정함. <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[634] Human blood coagulation factor VIII 250I.U, 500I.U, 1,000I.U (as Von-Willebrand factor 125I.U, 250I.U, 500I.U) 주사제 (품명 : 이뮤네이트주)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항을 초과하여 혈우병환자의 면역관용요법에 투여하고자 건강보험심사평가원의 사전승인을 받은 경우에도 영양급여를 인정함. 이 경우 사전승인을 위한 위원회 구성, 사전승인의 기준, 절차 및 방법 등 필요한 사항은 건강보험심사평가원장이 정함. <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[634] Human blood coagulation factor VIII 주사제 (품명 : 그린모노주 등)</p>	<p>1. 입원환자의 경우 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양 급여 함을 원칙으로 함.</p> <p>2. 외래환자의 경우 허가사항 범위 내에서 아래와 같이 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 1회 투여용량(1회분) : 20-25 IU/kg 다만, 중등도 (moderate) 이상 출혈의 경우 의사의 의학적 판단에 따라서 최대 30 IU/kg</p> <p>- 입원진료가 필요하나 외래진료를 받는 경우, 임상증상 및 검사 결과 등에 따라 용량 증대가 반드시 필요한 경우에는 의사소견서 첨부 시 인정함.</p> <p>나. 투여횟수</p> <p>1) 1회 내원 시 최대 5회분(중증 환자*는 6회분)까지, 매4주 총 10회분(중증 환자*는 12회분)까지 인정 - 환자의 상태가 안정적인 경우 등 의사의 의학적 판단에 따라 매4주 1회 내원 시 총 10회분(중증 환자*는 12회분)까지 인정 가능함.</p> <p>2) 다만, 매4주 10회분(중증 환자*는 12회분)을 투여한 이후에 출혈이 발생하여 내원한 경우에는 1회 내원 당 2회분까지 인정하며, 의사소견서를 첨부하여야 함.</p> <p>3) 원내투여한 경우에는 급여인정 투여횟수 산정 시 원내투여분을 포함</p> <p>* 중증(severe) 환자: 응고인자 활성도가 1% 미만인 환자</p> <p>3. 허가사항을 초과하여 혈액병환자의 면역관용요법에 투여 하고자 건강보험심사평가원의 사전승인을 받은 경우에도 영양급여를 인정함. 이 경우 사전승인을 위한 위원회 구성, 사전승인의 기준, 절차 및 방법 등 필요한 사항은 건강보 험심사평가원장이 정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-280호, '19.1.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[634]</p> <p>Human immunoglobulin G 주사제 (품명 : 아이비글로불린에스엔주 등)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 저·무 감마글로불린혈증(유전적 저·무 감마글로불린혈증 포함)</p> <p>1) 투여대상 저·무 감마글로불린혈증(유전적 저·무 감마글로불린혈증 포함)으로 진단된 환자로서 반복적인 감염증상이 있고 항체결핍소견을 보이는 경우</p> <p>2) 투여용량 및 기간 허가사항(용법·용량) 범위 내에서 투여</p> <p>나. 아급성탈수초성다발성신경염(길랑바레증후군)</p> <p>1) 대상 환자</p> <p>가) 보조기 또는 타인의 도움 없이 걸을 수 없는 경우 또는</p> <p>나) 흡인(Aspiration)과 관련된 연하곤란이 있거나 호흡곤란이 있는 경우</p> <p>2) 투여용량 : 400mg/kg/day × 5일 또는 허가사항 범위(용법·용량)를 초과하여 1g/kg/day × 2일</p> <p>3) 재투여 인정 기준 다음의 “치료와 연관된 변동(Treatment related fluctuation, TRF)”에 해당하는 경우, 길랑바레증후군의 첫 증상발현 후 8주 이내에 1회 재투여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>○ Human immunoglobulin G 주사제 투여 후, 길랑바레증후군 장애 스케일(GBS disability scale)이 1점 이상 또는 Medical Research Council 합계 점수(MRC sum score)가 5점 이상 호전되었다가, 다시 증상이 악화되는 경우</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>4) 혈장분리교환술(Plasmapheresis)과 Human immunoglobulin G 주사제의 동시 투여는 인정하지 아니함.</p> <p>다. 중증감염증에 항생물질과 병용 시</p> <p>1) 투여대상</p> <p>가) 중증패혈증</p> <p>(1) 중증감염증으로 인한 전신성 염증반응 증후군(Systemic inflammatory response syndrome)과 다음과 같은 장기 부전(감염 이외의 사유로 인한 경우는 제외)이 1개 이상 확인된 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>(가) 신장: 충분한 수액 공급에도 불구하고 급성 췌노증(적어도 2시간 동안 소변량0.5ml/kg/h)인 경우</p> <p>(나) 호흡기: 급성 저산소혈증($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$)</p> <p>(다) 혈액: 혈소판$< 100,000/\mu\text{L}$</p> <p>(라) 대사: Hyperlactatemia($> 2\text{mmol/L}$)</p> <p>(2) 임상 증상이 상당히 진행된 다발성 장기부전 등과 같은 가역성이 희박한 경우는 인정하지 아니함.</p> <p>나) 신생아패혈증</p> <p>다) 후천성면역결핍증(AIDS) 등 면역기능이 현저히 저하된 질환에 합병된 감염증으로 통상적인 치료방법으로 호전되지 않아 투여한 경우는 사례별로 인정함.</p> <p>2) 투여용량 및 기간</p> <p>가) 중증패혈증 : 허가사항 범위(용법·용량)를 초과하여 1g/kg를 2-3일간 나누어서 투여</p> <p>나) 신생아패혈증 : 허가사항 범위를 초과하여 1g/kg로 투여</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>라. 특발성혈소판감소성자반증(ITP ; Idiopathic Thrombocytopenia Purpura)에 투여하는 경우</p> <p>1) 성인</p> <p>가) 적응증: 급·만성 특발성 혈소판 감소성 자반병 (ITP) 환자 중 아래의 1항목에 해당하는 경우 인정함.</p> <p>(1) 심한 혈소판감소증(20,000/mm³이하)</p> <p>(2) 중증의 출혈이 있을 때(ex:중추신경계질환, 위장관출혈 등)</p> <p>(3) 응급수술을 요하는 경우</p> <p>(4) 비장적출수술의 전치치</p> <p>(5) 임신 30주 이상의 임신부가 분만에 대비하고자 할 때</p> <p>(6) 면역글로불린(Human immunoglobulin G 주사제)으로 치료가 있었던 환자에서 증상 재발 시</p> <p>나) 용법 및 인정기간: 400mg/kg/day를 5일간 투여하거나, 허가사항 범위(용법·용량)를 초과하여 1g/kg/day로 2일간 또는 2g/kg/day로 1일간 투여</p> <p>2) 소아(만 16세 미만 소아에 적용)</p> <p>가) 적응증: 아래의 1항목에 해당하는 경우 인정함.</p> <p>(1) 급성 ITP에서 출혈경향이 심하거나 중추신경계의 출혈의 위험성이 있을 때, 또한 심한 혈소판 감소증(20,000/mm³이하)이 있을 때</p> <p>(2) 급·만성 ITP 환아가 외과적 수술을 요할 때</p> <p>(3) 급·만성 ITP 환아가 심한 외상을 입었을 때</p> <p>(4) Steroid제제를 2-4주간 투여한 후에도 효과가 없을 때</p> <p>(5) ITP 환아가 감염이 합병되었을 때</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>(6) 5세 이하의 어린이가 만성 ITP로 심한 혈소판 감소증(80,000/mm³ 이하)으로 비장적출을 연기하고자 할 때</p> <p>(7) 비장적출이 요구될 때</p> <p>(8) 경태반 모체 항체로 인한 급성 혈소판 감소증인 신생아</p> <p>나) 용량 및 인정기간: 400mg/kg/day를 5일간 투여하거나, 허가사항 범위(용법·용량)를 초과하여 1g/kg/day로 2일간 또는 2g/kg/day로 1일간 투여[※주: 만성 ITP란 발병 6개월내에 관해 (Remission)가 나타나지 않는 경우를 말함]</p> <p>마. 가와사키병</p> <p>1) 투여대상: 가와사키병(전형적, 비전형적 유형 모두 포함)으로 진단받은 환자 중 관상동맥협착증 발병 위험이 있다고 진료의사가 판단하여 투여하는 경우</p> <p>2) 투여용량 : 400mg/kg씩 5일까지 또는 2g/kg/day×1일</p> <p>단, 1차 투여 종료 후 36시간 이상 발열이 지속되는 불응성 가와사키병(Refractory Kawasaki)은 2차 투여를 요양급여로 인정함.</p> <p>※ 비전형적 가와사키병의 진단은 AHA 가이드라인 (2017)의 “Incomplete KD” 진단기준에 따라 실시해야 함.</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 다발성근염이나 피부근염에 투여시는 다음과 같은 경우에 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 대상 환자</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>가) 다발성근염이나 피부근염이 Biopsy로 증명되고,</p> <p>나) 적어도 4-6개월 기존의 치료제(Prednisone 단독 또는 Prednisone 병용투여 등)투여 후 부작용이 있거나 치료되지 않는 중증상태인 경우로서</p> <p>다) 혈청크레아티닌키나제(CK; Serum creatine kinase)가 지속적으로 상승된 경우</p> <p>2) 투여용량: 400mg/kg/day ×5일 (또는 2g/kg/day ×1일, 1g/kg/day ×2일)을 매월 반복하여 3개월 까지 투여가능하며 투여 후 호전되었다가 이후 다시 악화된 경우 재투여 가능함.</p> <p>나. 중증근무력증에 투여 시는 다음과 같은 경우에 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 대상 환자</p> <p>가) 표준치료(Cholinesterase inhibitors, Corticosteroids, Azathioprine 등)에 불응성이거나 심각한 부작용 등으로 해당 약제를 투여할 수 없고</p> <p>나) 폐활량이 1L 미만이거나 Predicted forced vital capacity(FVC) 50% 미만이고, 흡인(Aspiration)과 관련된 연하곤란이 있으며,</p> <p>다) 도움 없이 100 feet(30m) 이상 걷지 못하는 경우</p> <p>2) 투여 용량: 400mg/kg/day×5일 (또는 2g/kg/day을 2-5회 분할투여)</p> <p>다. 골수이식(제대혈 조혈모세포이식 포함)후 감염 위험이 있는 경우에는 3개월까지 격주로 500mg/kg, 그 후 6개월까지 매월 500mg/kg을 요양급여하며, 특이사례 발생 시에는 사례별로 인정함.</p> <p>라. 신생아 면역 용혈성 질환</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>1) 투여대상: ABO 또는 Rh 불일치로 인한 면역 용혈성 황달로서, 광선요법(Phototherapy)에도 호전되지 않아 교환수혈 위험이 있는 경우</p> <p>2) 투여용량: 0.5-1g/kg(1회 투여 이후 효과가 불충분한 경우 12시간 내 재투여 가능함)</p> <p>마. 심상성(보통) 천포창, 낙엽상 천포창, 수포성 유사천포창, 반흔성(홍터) 유사천포창, 후천성 수포성 표피박리증에 투여 시 다음과 같은 경우에 인정함.</p> <p>1) 대상 환자 생검(Biopsy)으로 확진되고, 면역형광검사에서 양성으로 확인된 경우로서, 경구용 스테로이드와 기존의 면역억제제 치료에 부작용이 있거나 반응이 없는 경우</p> <p>2) 투여용량 및 기간 1.5~2g/kg을 2~5일에 걸쳐 투여하며 2~4주 간격으로 3회까지 인정하며, 그 이후 투여횟수부터는 전액본인부담함.</p> <p>바. 독성 표피 괴사증후군(Toxic Epidermal Necrosis, TEN) 또는 체표면적이 10%이상 침범한 스티븐스-존슨 증후군(Stevens-Johnson Syndrome, SJS)이 확진된 경우 총 2g/kg 범위 내에서 투여</p> <p>사. 다병소성 운동신경병증(Multifocal Motor Neuropathy, MMN)에 투여 시 다음과 같은 경우에 인정함</p> <p>○ 투여용량 및 기간 총 2g/kg(2~5일에 걸쳐) 투여를 인정하고 이후 반응이 있는 경우에는 2~4주 간격으로 1g/kg(또는 4~8주 간격으로 2g/kg)을 투여할 수 있음.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>아. 만성염증성탈수초다발성신경병증(CIDP ; Chronic Inflammatory Demyelinating Polyradiculoneuropathy)에 투여 시 다음과 같은 경우에 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 대상 환자</p> <p>가) 임상적 기준과 생리적 기준을 모두 만족하거나 병리적 기준에 의해 확진되고,</p> <p>나) Prednisone 또는 Azathioprine을 금기 또는 심각한 부작용 등으로 투여할 수 없거나 최소 3개월 이상 해당 약제에 불응성, 재발성인 환자로서 mRS* \geq 3점인 경우</p> <p>2) 투여용량 및 기간</p> <p>○ 총 2g/kg(2~5일에 걸쳐) 투여를 인정하고, 호전되었다가 이후 다시 악화된 경우(mRS* \geq 3점 또는 1점 이상 증가)에는 총 2g/kg(2~5일에 걸쳐) 투여 후 2~4주 간격으로 1g/kg(또는 4~8주 간격으로 2g/kg)을 6개월간 투여할 수 있음.</p> <p>3) 혈장분리교환술(Plasmapheresis)과 Human immunoglobulin G 주사제의 동시 투여는 인정하지 아니함.</p> <p>자. 급성파종성 뇌척수염(Acute disseminated encephalomyelitis)으로 진단된 환자 중 corticosteroid에 불충분한 반응을 보이거나 부작용 또는 금기 등으로 투여할 수 없는 경우 총 2g/kg 범위 내에서 인정.</p> <p>차. 자가면역성뇌염(Autoimmune encephalitis) 환자 중 mRS* 3점 이상 또는 고용량 스테로이드에 불충분한 반응을 보이거나 부작용 또는 금기 등으로 투여할 수 없는 다음과 같은 경우</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 대상환자: 아래 세 가지에 모두 해당하는 경우 가) 단기 기억 상실, 의식 상태 변화(altered mental status), 또는 정신과적 증상(psychiatric symptoms) 중 한 가지 이상이 3개월 이내 발현 나) 다음 중 한 가지에 해당하는 경우 (1) 새로운 국소적 중추신경계 병변을 시사하는 임상 소견 (2) 이전에 알려진 경련성 질환으로 설명할 수 없는 경련 (3) 뇌척수액 검사 상 백혈구 수가 5cells/mm³ 이상 (4) 뇌염을 시사하는 MRI 소견 다) 바이러스성 뇌염 등 다른 원인을 배제</p> <p>2) 투여용량 및 기간 ○ 총 2g/kg(2~5일에 걸쳐) 투여를 인정하고 이후 추가 투여 필요시 4주 간격으로 1g/kg을 2일에 걸쳐 투여 가능함</p> <p>※ Modified Rankin Scale(mRS) 0 - No symptoms at all 1 - No significant disability despite symptoms: able to carry out all usual duties and activities 2 - Slight disability; unable to carry out all previous activities, but able to look after own affairs without assistance 3 - Moderate disability; requiring some help, but able to walk without assistance 4 - Moderate severe disability; unable to walk without assistance and unable to attend to own bodily needs without assistance</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>5 - Severe disability; bedridden, incontinent, and requiring constant nursing care and attention</p> <p>6 - Dead</p> <p>카. 아데노바이러스벡터 코로나바이러스감염증-19 (COVID-19) 백신 접종 후 혈소판감소성 혈전증이 추정 또는 확진된 환자에게 투여 시 다음과 같은 경우에 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1) 대상환자</p> <p>가) 혈소판 5만이하 ($\leq 50 \times 10^3/\mu\text{L}$) 또는, 나) 주요장기 출혈이 동반되고 혈소판 10만이하 ($\leq 100 \times 10^3/\mu\text{L}$)</p> <p>2) 투여용량: 1g/kg/day × 2일</p> <p>※ “추정” 또는 “확진”의 정의는 코로나19 예방접종 대응 추진단 발간「코로나19 예방접종 후 혈소판 감소성 혈전증 안내서(의료인용)」에 따름.</p> <p>타. 전신성홍반성루푸스(SLE; Systemic Lupus erythematosus)와 관련된 급성 혈소판감소증</p> <p>1) 투여대상: Corticosteroid와 타 면역억제제 (Cyclophosphamide 등)에 불응인 SLE 관련 급성 혈소판 감소증 환자로서 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우 (단, 부작용 또는 금기 등으로 면역억제제를 투여할 수 없는 경우에 한하여 corticosteroid 불응인 환자에도 급여 인정함.)</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>(1) 심한 혈소판감소증($20,000/\text{mm}^3$이하)</p> <p>(2) 중증의 출혈이 있을 때(ex:중추신경계질환, 위장관출혈 등)</p> <p>(3) 응급수술을 요하는 경우</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>(4) 비장적출수술의 전처치</p> <p>(5) 임신 30주 이상의 임신부가 분만에 대비하고자 할 때</p> <p>(6) 면역글로불린(Human immunoglobulin G 주사제)으로 치료가 있었던 환자에서 증상 재발 시</p> <p>2) 용법 및 인정기간: 400mg/kg/day × 5일 (또는, 1g/kg/day × 2일, 2g/kg/day × 1일)</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. 말초혈액 NK(natural killer) cell 분율이 12% 이상이며, 3회 이상 반복하여 유산 또는 착상실패를 경험한 경우</p> <p>- 투여방법 및 기간: 400mg/kg, 3~4주 간격으로 배란일(또는 보조생식술 시행일)~14주</p> <p>나. 중증근무력증</p> <p>1) 근력 약화가 심해질 것으로 예상되는 환자(MGFA classification IIb 또는 III 이상)의 전신마취 수술이나 출산 전 투여</p> <p>2) Corticosteroid를 포함한 3개 이상의 면역억제제에 불응 또는 해당 약제를 투여할 수 없는 난치성 환자의 유지요법</p> <p>4. 허가사항을 초과하여 혈우병A, B 항체 환자의 면역관용요법에 투여하고자 건강보험심사평가원의 사전승인을 받은 경우에도 요양급여를 인정함. 이 경우 사전승인을 위한 위원회 구성, 사전승인의 기준, 절차 및 방법 등 필요한 사항은 건강보험심사평가원장이 정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2022-56호, '22.3.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법										
<p>[634] Human plasma fraction with a factor XIII (혈액응고 제 13인자) (품명 : 피브로가민피)</p>	<p>1. 입원 환자의 경우 식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p>2. 외래 환자의 경우 식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여횟수</p> <p>1) 1회 내원 시 최대 2회분까지 인정</p> <p>2) 원내 투여한 경우에는 급여인정 투여횟수 산정 시 원내 투여분을 포함</p> <p>나. 1회 투여용량</p> <p>○ 매4주마다 40 IU/Kg</p> <p>※ 식품의약품안전처장이 인정한 범위</p> <p>○ 투여 대상</p> <p>제 13인자의 선천적 결핍 및 그 결과로 나타나는 출혈성 소질, 출혈 및 상처 치유에서의 장애</p> <p>○ 투여 용량(1회분)</p> <p>1) 일반적인 예방요법</p> <p>- 초기용량 : 40 IU/kg</p> <p>- 유지용량 : 최저 혈액응고 제13인자 활성수치가 대략 5~20%가 유지되도록 매 28일마다(4주) 투여하며, 투여용량 조절은 최저 혈액응고 제13인자 활성수치와 환자의 임상적 상태에 따름</p> <p>표. Berichrom FXIII activity assay를 사용한 용량 조절</p> <table border="1" data-bbox="404 1224 972 1433"> <thead> <tr> <th>혈액응고 제13인자 최저 활성수치(%)</th> <th>용량 변화</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1개의 최저 활성수치가 5%보다 작은 경우</td> <td>5 IU/kg 증가</td> </tr> <tr> <td>최저 활성수치가 5~20%인 경우</td> <td>용량 변화 없음</td> </tr> <tr> <td>2개의 최저 활성수치가 20%보다 큰 경우</td> <td>5 IU/kg 감소</td> </tr> <tr> <td>1개의 최저 활성수치가 25%보다 큰 경우</td> <td>5 IU/kg 감소</td> </tr> </tbody> </table>	혈액응고 제13인자 최저 활성수치(%)	용량 변화	1개의 최저 활성수치가 5%보다 작은 경우	5 IU/kg 증가	최저 활성수치가 5~20%인 경우	용량 변화 없음	2개의 최저 활성수치가 20%보다 큰 경우	5 IU/kg 감소	1개의 최저 활성수치가 25%보다 큰 경우	5 IU/kg 감소
혈액응고 제13인자 최저 활성수치(%)	용량 변화										
1개의 최저 활성수치가 5%보다 작은 경우	5 IU/kg 증가										
최저 활성수치가 5~20%인 경우	용량 변화 없음										
2개의 최저 활성수치가 20%보다 큰 경우	5 IU/kg 감소										
1개의 최저 활성수치가 25%보다 큰 경우	5 IU/kg 감소										

구 분	세부인정기준 및 방법								
	<p>2) 수술 전 예방적 조치</p> <p>- 환자의 마지막 예방적 용량 투여 이후,</p> <table border="1" data-bbox="403 318 972 702"> <tr> <td data-bbox="403 318 599 388">21일~28일 사이에 수술 예정</td> <td data-bbox="599 318 972 388">전체 예방적 용량을 수술 바로 직전에 투여하고 28일 후에 다음 예방적 용량을 투여</td> </tr> <tr> <td data-bbox="403 388 599 558">8일~21일 사이에 수술 예정</td> <td data-bbox="599 388 972 558"> 추가적인 용량(전체 또는 일부)을 수술 전에 투여할 수 있음 - 용량은 환자의 혈액응고 제13인자 활성수치 및 임상적 상태에 따라 정하고 피브로가민의 반감기에 따라 조절 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="403 558 599 627">7일 이내에 수술 예정</td> <td data-bbox="599 558 972 627">추가적 용량은 필요하지 않을 수 있음</td> </tr> <tr> <td data-bbox="403 627 599 702">큰 수술과 심한 출혈이 있는 경우</td> <td data-bbox="599 627 972 702">정상 범위(건강한 사람: 0.7 - 1.4 IU/ml) 내의 값을 목표로 함</td> </tr> </table> <p>(고시 제2021-65호, '21.3.1.)</p>	21일~28일 사이에 수술 예정	전체 예방적 용량을 수술 바로 직전에 투여하고 28일 후에 다음 예방적 용량을 투여	8일~21일 사이에 수술 예정	추가적인 용량(전체 또는 일부)을 수술 전에 투여할 수 있음 - 용량은 환자의 혈액응고 제13인자 활성수치 및 임상적 상태에 따라 정하고 피브로가민의 반감기에 따라 조절	7일 이내에 수술 예정	추가적 용량은 필요하지 않을 수 있음	큰 수술과 심한 출혈이 있는 경우	정상 범위(건강한 사람: 0.7 - 1.4 IU/ml) 내의 값을 목표로 함
21일~28일 사이에 수술 예정	전체 예방적 용량을 수술 바로 직전에 투여하고 28일 후에 다음 예방적 용량을 투여								
8일~21일 사이에 수술 예정	추가적인 용량(전체 또는 일부)을 수술 전에 투여할 수 있음 - 용량은 환자의 혈액응고 제13인자 활성수치 및 임상적 상태에 따라 정하고 피브로가민의 반감기에 따라 조절								
7일 이내에 수술 예정	추가적 용량은 필요하지 않을 수 있음								
큰 수술과 심한 출혈이 있는 경우	정상 범위(건강한 사람: 0.7 - 1.4 IU/ml) 내의 값을 목표로 함								
<p>[634]</p> <p>IgM 고함유 사람면역글로불린 주사제 (품명 : 펜타글로빈주)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 면역글로불린M(IgM)의 결핍으로 인해 면역글로불린M(IgM)의 투여가 반드시 필요한 중증 감염증 환자에게 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정 기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>								
<p>[634]</p> <p>Immunoglobulin anti-D(Rh) 600, 1500, 5000IU 주사제 (품명 : 원로에스디에프주)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rho(-)형 산모에게 투여 시에는 허가사항 범위 내에서 인정함. 2. 허가사항 범위 내에서 특발성 혈소판 감소성 자반병 (ITP)의 치료에 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <p>- 아 래 -</p> <p>가. 성인 만성 ITP, 인체면역결핍바이러스(HIV) 감염에 의한 이차적인 ITP</p>								

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>1) 적응증</p> <p>가) 심한 혈소판감소증($20,000\text{mm}^3$/이하)</p> <p>나) 중증의 출혈이 있을 때(ex : 중추신경계질환, 위장관출혈 등)</p> <p>다) 응급수술을 요하는 경우</p> <p>라) 비장적출수술의 전처치</p> <p>마) 임신 30주 이상의 임신부가 분만에 대비하고자 할 때</p> <p>바) 면역글로불린(I.V. globulin)으로 치료가 있었던 환자에서 증상 재발 시</p> <p>2) 용법·용량 및 인정기간: 허가사항 범위 내에서 최대 2일간 투여</p> <p>나. 소아(16세미만 소아에 적용)</p> <p>급성 또는 만성 ITP, 인체면역결핍바이러스(HIV) 감염에 의한 이차적인 ITP</p> <p>1) 적응증</p> <p>가) 급성 ITP에서 출혈경향이 심하거나 중추신경계의 출혈의 위험성, 심한 혈소판 감소증($20,000/\text{mm}^3$ 이하)이 있을 때</p> <p>나) 급·만성 ITP 환아가 외과적 수술이 필요할 때</p> <p>다) 급·만성 ITP 환아가 심한 외상을 입었을 때</p> <p>라) Steroid제제를 2-4주간 투여한 후에도 효과가 없을 때</p> <p>마) ITP 환아가 감염이 합병되었을 때</p> <p>바) 5세 이하의 어린이가 만성 ITP로 심한 혈소판 감소증($80,000\text{mm}^3$/이하)으로 비장적출을 연기하고자 할 때</p> <p>사) 비장적출이 요구될 때</p> <p>아) 경태반 모체 항체로 인한 급성 혈소판 감소증인 신생아</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2) 용법·용량 및 인정기간 : 허가사항 범위내에서 최대 2일간 투여</p> <p>[※ 주 : 만성 ITP란 발병 6개월 내에 관해(Remission)가 나타나지 않는 경우를 말함]</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[634] Immunoglobulin G, Human cytomegalovirus 주사제 (품명 : 메갈로텍주)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 공여자가 거대세포바이러스 혈청면역글로불린G (CMV serum IgG) 양성이고, 수혜자가 CMV serum IgG 음성인 경우의 CMV 감염의 임상 증상 예방</p> <p>2. 허가사항 범위(효능·효과 및 용법·용량)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 약값 전액은 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 인정대상</p> <p>장기이식(조혈모세포이식 포함) 후 면역저하 환자에서 다음에 해당되어 거대세포바이러스 폐렴(CMV Pneumonia)로 확진된 경우로서 Ganciclovir 주사제와 병용 투여한 경우</p> <p>1) 폐 조직검사서서 CMV 감염이 확인된 경우</p> <p>2) 흉부방사선(CT 포함)검사서서 폐렴 소견이 확인 되고 혈액이나 호흡기 검체(Bronchoalveolar lavage, BAL fluid)로 시행한 거대세포바이러스 배양검사 (CMV culture), 거대세포바이러스 중합연쇄반응 (CMV PCR), 거대세포바이러스 항원분석(CMV antigen assay)검사 중 하나에서 양성으로 확인된 경우</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나. 인정용량 및 기간</p> <p>1) 조혈모세포이식 :</p> <p>가) 1일, 2일, 7일째(3회): 4ml/kg</p> <p>나) 14일째(1회): 2ml/kg</p> <p>다) 필요시 21일째(1회): 2ml/kg</p> <p>2) 고형장기이식 : 1ml/kg의 용량을 48시간 간격으로 2주간 투여</p> <p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[634]</p> <p>Protein C Concentrate Lyophilized Powder (품명 : 세프로틴)</p>	<p>식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p>- 아 래 -</p> <p>가. 정맥 혈전증 환자</p> <p>1) 타 항응고제(헤파린, 외파린, New Oral Anti-Coagulant 등) 투여가 불가능하거나 타 항응고제 투여에도 불구하고 재발하는 중증의 선천성 단백질 C 결핍증 환자의 정맥 혈전증 치료</p> <p>2) 타 항응고제 투여가 불가능한 중증의 선천성 단백질 C 결핍증 환자의 정맥 혈전증 예방(외과적 수술, 임신 등 한정된 기간에 한함)</p> <p>나. 전격성자반증 환자의 예방 및 치료</p> <p>※ 식품의약품안전처장이 인정한 범위 중증의 선천성 단백질 C 결핍증 환자의 정맥혈전증 및 전격성자반의 치료 및 예방(대체치료법)</p> <p>(고시 제2019-93호, '19.6.7.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[635] Tuberculin purified protein derivative (품명 : 튜베르쿨린피피디알티2 3에스에스아이/APC)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 대상에서 결핵피부반응 검사 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 호흡기계통의 증상(2주 이상 기침, 객담, 혈담이나 객혈 등)으로 결핵이 의심되는 경우 나. 결핵 고위험군으로 의사가 진료 시 필요하여 치료 전에 시행하는 결핵 감염 진단 목적으로 사용한 경우 다. 결핵 고위험군</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 규폐증, 위절제, 장 우회로술, 만성 신부전증, 스테로이드를 과량 투여한 환자 2) 여러 형태의 면역저하자(면역억제제 장기간 사용자 포함), 암환자, 당뇨병 환자, 알코올 중독자, 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염자, 장기 이식환자 3) 활동성 폐결핵 환자에게 노출되어 잠복결핵의 감별이 필요한 경우 등 <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[636] Rabies human immunoglobulin 300 I.U 주사제 (품명 : 캄랍주)</p>	<p>식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 투여 시 요양 급여를 인정함.</p> <p>식품의약품안전처장이 인정한 범위 : KamRAB-공수병 면역 글로불린(휴먼)은 이미 예전에 공수병 백신으로 면역을 가지고 있거나 적절한 공수병 항체 역가를 가지고 있어 한번의 백신이 필요한 자를 제외하고 공수병에 감염된, 특히 심각하게 감염된 것으로 의심되는 개개인에게 투여함 (고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[639] Eculizumab 주사제 (품명 : 솔리리스주)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준을 모두 만족하는 경우 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 발작성 야간 혈색소뇨증(PNH: Paroxysmal Nocturnal Hemoglobinuria)</p> <p>1) 투여대상</p> <p>유세포분석(Flow cytometry)으로 측정한 발작성 야간혈색소뇨증과립구클론크기(PNH granulocyte clone size)가 10% 이상이고, 유산탈수효소(LDH: Lactate dehydrogenase)가 정상 상한치의 최소 1.5배 이상인 만 18세 이상의 환자로서 다음 하나에 해당하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) 혈전증: 치료적 항응고제 요법이 필요했던 혈전 또는 색전증 기왕력</p> <p>나) 폐부전: 정상적인 활동의 제한을 초래하는 흉통, 숨가쁨(New York Heart Association Class III), 폐동맥고혈압 확진</p> <p>다) 신부전: 신부전 병력($eGFR \leq 60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$)</p> <p>라) 평활근 연축: 입원, 마약성 진통제가 필요한 중증의 재발성 통증 에피소드</p> <p>마) 임신 및 산후 3개월 이내</p> <p>2) 제외 대상</p> <p>가) 과립구 클론(Granulocyte clone) 크기가 10% 미만인 환자</p> <p>나) 재생불량성 빈혈에 다음 중 두 가지 이상 해당되는 경우</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>(1) 호중구수 $0.5 \times 10^9/L$ 미만</p> <p>(2) 혈소판수 $20 \times 10^9/L$ 미만</p> <p>(3) 망상적혈구(Reticulocyte) $25 \times 10^9/L$ 미만</p> <p>(4) 중증의 골수 저세포성(Bone marrow hypocellularity)</p> <p>다) 다른 생명을 위협하는 질환(급성 골수성 백혈병 또는 고위험성 골수형성이상 증후군 등)을 동반하고 있어서 장기적인 예후에 치료로 인한 효과를 기대할 수 없는 환자</p> <p>라) 치료에 대한 반응을 저하시킬 것으로 예측되는 다른 의학적 상태의 존재</p> <p>3) 치료 효과 평가치료 시작 후 매 6개월마다 모니터링 하여 투여 유지 여부를 평가함</p> <p>가) 모니터링 자료</p> <p>(1) 6개월 간격 제출 자료</p> <p>(가) 유산탈수효소(LDH: Lactate dehydrogenase)</p> <p>(나) 전체 혈구수와 망상 적혈구</p> <p>(다) 지난 6개월 동안의 수혈 현황</p> <p>(라) 철 시험</p> <p>(마) 요소, 전해질 및 사구체여과율(eGFR)</p> <p>(바) 최근 임상 병력</p> <p>(2) 12개월 간격 제출 자료</p> <p>(가) 수막구균 백신 접종 확인 증명서</p> <p>(나) 처음 적합성의 근거가 된 임상 증상에 대한 경과보고서</p> <p>(다) 삶의 질</p> <p>(라) 유세포분석(Flow cytometry)로 측정된 과립구 클론 크기</p> <p>나) 투여 유지 기준</p> <p>평가 후 다음과 같은 경우가 아니면 투여를 지속할 수 있음</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>(1) 치료 효과를 평가하기 위한 6개월, 12개월 모니터링 자료를 제출하지 않은 경우</p> <p>(2) 의학적 정당한 이유 없이 솔리리스주 투여를 6개월에 3회 이상 받지 않은 경우(단, 의료진의 판단에 따른 경우 객관적 근거를 제출하여야 함)</p> <p>(3) 솔리리스주 투여에도 LDH가 정상 상한치 1.5배 이하로 지속적으로 감소하지 않는 경우 또는 LDH 수치가 정상 수치의 1.5배 이하로 유지하다가 다시 1.5배 이상으로 지속적으로 상승하는 경우(LDH 검사 주기는 2~4주로 함). 단, 임신 및 산후 3개월 이내 환자의 경우 적용 제외하며, 그 외 수술, 감염, 혈관외 용혈 등으로 인한 LDH 증가 사례는 위원회에서 심의토록 함.</p> <p>(4) 솔리리스주 투여에도 신기능이 악화되어 지속적인 신장투석요법을 유지해야 하는 경우</p> <p>(5) 솔리리스주 투여에도 생명을 위협하는 새로운 혈전이 발생한 경우(단, 1년 이내에 발생한 혈전에 대해서는 위원회에서 심의토록 함)</p> <p>(6) 6개월 및 12개월 모니터링 시 다음 중 두 가지 이상을 만족하는 경우 :</p> <p style="padding-left: 20px;">(가) 호중구수 $0.5 \times 10^9/L$미만</p> <p style="padding-left: 20px;">(나) 혈소판수 $20 \times 10^9/L$미만</p> <p style="padding-left: 20px;">(다) 망상적혈구(reticulocyte) $25 \times 10^9/L$미만</p> <p>(7) Allogeneic stem cell transplantation을 시행하여 PNH관련 증상이 호전된 경우</p> <p>(8) 12개월 모니터링 시 과립구 크기가 10% 미만이며 LDH가 정상 상한치 이하인 경우</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>(솔리리스주 투여를 6개월 중단하고 다시 위원회에서 심의토록 함)</p> <p>(9) 기타 위원회에서 투여중지가 필요하다고 판단되는 경우</p> <p>※ 동종조혈모세포이식(Allogeneic stem cell transplantation)의 인정 기준을 충족하는 경우 적극적 치료 방법인 이식을 고려하여야 함.</p> <p>4) 조혈모세포이식을 실시하는 요양기관(“조혈모세포 이식의 요양급여에 관한 기준”의 인력·시설 및 장비 기준에 적합한 요양기관)에서 요양급여 인정 여부에 대하여 사전 신청하여 승인 받은 경우에 한하여 인정함.</p> <p>나. 비정형 용혈성 요독 증후군(aHUS: atypical Hemolytic Uremic Syndrome)</p> <p>1) 투여대상: 다음의 조건을 모두 만족하는 비정형 용혈성 요독 증후군인 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가) 아래 조건을 모두 만족하는 활성화형 혈전미세 혈관병증(TMA: Thrombotic Microangiopathy)</p> <p>(1) 혈소판수: 해당 요양기관의 정상 하한치 미만</p> <p>(2) 분열적혈구(schistocytes)</p> <p>(3) 헤모글로빈 < 10g/dL</p> <p>(4) lactate dehydrogenase(LDH): 정상 상한치의 1.5배 이상</p> <p>나) 다음에 해당되는 신장손상</p> <p>(1) 기존의 신장기능이 저하된 환자에서 eGFR 20% 이상 감소</p> <p>(2) 기존의 신장기능이 정상인 환자에서 혈청 크레아티닌이 연령 및 성별에 따른 정상 상한치 이상</p> <p>※ 추가적으로 다음의 기관 손상 유무 확인</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>(가) 혈전미세혈관병증으로 인한 신경계 손상 (나) 혈전미세혈관병증으로 인한 심장 손상 (다) 혈전미세혈관병증으로 인한 소화기계 손상 (라) 혈전미세혈관병증으로 인한 폐 손상 등</p> <p>다) 혈장교환 또는 혈장주입을 하기 이전의 혈액 샘플에서 ADAMTS-13 활성이 10% 이상. - 단, ADAMTS-13 활성 결과 확인 전 혈소판 수 $30 \times 10^9/L$ 이상 및 혈청 크레아티닌 $150 \mu\text{mol/L}$(또는 1.7mg/dl) 이상인 경우에는 사전 신청서 제출 후 투여 가능하며, ADAMTS-13 활성 결과 10% 미만인 경우 이후 투여 분부터는 불인정</p> <p>라) 대변 STEC(Shiga toxin-producing E.Coli) 결과 음성</p> <p>2) 제외대상: 다음과 같은 원인으로 인한 혈전미세혈관병증(TMA)</p> <p>가) Shiga toxin으로 인한 용혈성 요독 증후군 나) 활동성 악성종양 다) 활동성 HIV 감염 라) 이식(단, 신장이식의 경우는 예외로 함) 마) 약물(항암제, 면역억제제, 퀴닌, 고용량의 칼슘뉴린 저해제, 항혈소판제제, sirolimus, anti-VEGF agents 등) 바) 자가면역질환으로 인한 혈관염 또는 감염 사) 섬유소 혈전증(파종성혈관내응고증, 헤파린으로 인한 혈소판감소증, 헬프증후군(HELLP: Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets), 발작성야간혈색소뇨증, 파국적 항인지질 증후군(Catastrophic Antiphospholipid Syndrome)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>아) 패혈증</p> <p>자) 기타 이차성 용혈성 요독 증후군</p> <p>3) 치료효과 평가</p> <p>가) 초기 모니터링 자료(치료 시작 후 2개월에 제출, 단 각 항목에 따른 검사 미제출 시에는 사유 기재)</p> <p>(1) 2개월간의 CBC, 혈소판, LDH, haptoglobin, reticulocyte 수치</p> <p>(2) 혈청 크레아티닌, 사구체여과율(eGFR)</p> <p>(3) anti-CFH antibody 검사결과</p> <p>(4) 유전자검사 결과</p> <p>(5) 수막구균 백신 접종 확인 증명서</p> <p>(6) 지난 2개월 동안의 수혈 현황</p> <p>(7) 가족력</p> <p>(8) 최근 임상 병력</p> <p>나) 유지기 모니터링 자료(치료 시작 후 매 6개월마다 모니터링하여 투여유지 여부를 평가함)</p> <p>(1) 6개월간의 CBC, 혈소판, LDH, haptoglobin, reticulocyte 수치</p> <p>(2) 혈청 크레아티닌, 사구체여과율(eGFR)</p> <p>(3) 지난 6개월 동안의 수혈 현황</p> <p>(4) 최근 임상 병력</p> <p>다) 투여 유지 기준</p> <p>(1) 효과 평가</p> <p>가) 혈소판수, haptoglobin, LDH 중 2가지 이상의 정상화</p> <p>나) 다음에 해당하는 신장기능 개선</p> <p>○ 투여 직전 측정된 eGFR 보다 25%를 초과한 호전</p> <p>○ 신장기능이 악화 되지 않은 경우(투여 직전 측정된 eGFR \pm 25%)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>(2) 투여기간</p> <p>(가) 솔리리스주 투여가 필요한 유전자 변이가 있거나 재발할 가능성이 높은 환자(이전에 수차례 재발하였거나 가족력이 있는 경우는 2년간 지속 투여를 인정하며, 추가 투여가 필요한 경우 매회 실시한 모니터링에 대한 심의결과에 따라 인정함.</p> <p>(나) 유전자 변이가 없거나 확인되지 않은 환자의 지속투여는 매회 실시한 모니터링에 대한 심의결과에 따라 인정함.</p> <p>(다) 솔리리스주 투여로 증상이 호전되어 중단한 이후 재발되어 재투여가 필요한 경우 사전 신청서(ADAMTS-13, STEC 결과 생략 가능) 제출 후 즉시 투여 가능함.</p> <p>라) 투여 중단 기준</p> <p>(1) 신장투석을 유지해야 하며, 신장 합병증이 개선되지 않는 경우</p> <p>(2) 솔리리스주를 투여 받은 6개월 중 4개월간 신장투석을 유지하고 있으며, 신장 이외 합병증이 개선되지 않는 경우</p> <p>(3) 치료효과를 평가하기 위한 6개월 간격 모니터링 자료를 제출하지 않은 경우</p> <p>(4) 의학적 정당한 이유 없이 솔리리스주 투여를 6개월에 3회 이상 누락된 경우(단 의료진의 판단에 따른 경우 객관적 근거를 제출하여야 함.)</p> <p>(5) 기타 위원회에서 투여중지가 필요하다고 판단되는 경우</p> <p>4) 신장이식과 혈장교환술을 동시에 실시하는 요양기관 (“장기 등 이식에 관한 법률”에 따라 지정된 요양기관)에서 요양급여 인정여부에 대하여 사전 신청하여</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>승인 받은 경우에 한하여 인정함. 단, 사전신청서 제출 후 즉시 투여 하는 경우는 추후 승인 시 종전 투여분을 소급 인정하며, 위원회에서 증상이 호전되어 투여를 중단한 대상으로 결정·통보한 경우는 이후 재발로 사전승인서 제출 후 재투여시에는 심의 결과 통보 전까지 투여분을 요양급여함.</p> <p>2. 솔리리스주는 중대한 수막구균(Meningococcus) 감염에 대한 감수성을 증가시키므로 모든 환자가 투약 최소 2주 전에 수막구균 백신을 투여 받아야 하며 최신의 백신 접종지침에 따라 재접종해야 함. 단, 솔리리스주를 즉시 투여해야 하는 경우 수막구균 백신을 동시에 투여하며 항생제치료를 병행할 수 있음.</p> <p>3. 솔리리스주의 사전승인을 위한 절차·방법 및 위원회 구성 등에 대한 세부사항은 건강보험심사평가원장이 정하고, 동 약제를 사전승인함에 있어 의학적 판단이 필요한 사항은 건강보험심사평가원장이 정하는 위원회 결정에 따름.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2021-337호, '22.1.1.)</p>
<p>[639] Interferon β-1a 주사제 (품명 : 레비프프리필드 주사, 레비도즈프리필드펜, 아보넥스주 등) Peginterferon β-1a 주사제 (품명 : 플레그리디펜주 등)</p>	<p>각 약제별 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여 대상</p> <p>1) McDonald(17) 진단기준(시간파종(Dissemination in time, DIT)과 공간파종(Dissemination in space, DIS)을 충족)에 부합하면서 다른 유사질환에 의한 발생을 배제할 수 있는 재발완화형 다발경화증 환자</p> <p>2) 이차 진행성 다발경화증 환자</p> <p>3) 다른 질환으로 설명되지 않는 탈수초성 Brain MRI</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>소견이 있고 뇌 또는 척수에 2개 이상의 lesion을 가진 경우로서, 다발경화증으로 진행될 확률이 높은 CIS 환자(Clinically isolated syndrome, 임상적으로 단발성 병변이 있는 증후군)</p> <p>나. 투여증지 기준</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 신경과전문의가 진찰하여 12개월 이내에 2회의 심한 손상이 유발되는 재발이 있는 경우(Two disabling relapses, as defined by the examining neurologist, within a 12 month period) 2) 6개월에 걸쳐 관찰할 수 있는 손상이 증가하는 이차적인 진행 상태(Secondary progression with an increase in disability observable over 6 months) 3) 6개월간 지속적으로 보행 능력이 나빠져 걸을 수 없을 때(Loss of ability to walk, with or without assistance, persistent for at least 6 months) <p>다. 증지기준에 해당하지 않는 경우에는 투여기간의 제한 없이 계속 투여를 인정함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2021-26호, '21.2.1.)</p>
<p>[639] Interferon β-1b (품명 : 베타페론주사)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - <p>가. 투여 대상</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) McDonald(17) 진단기준(시간파종(Dissemination in time, DIT)과 공간파종(Dissemination in space, DIS)을 충족)에 부합하면서 다른 유사질환에 의한 발생을 배제할 수 있는 외래통원이 가능한(걸을 수 있는) 재발완화형 다발경화증 환자 2) 이차 진행성 다발경화증 환자

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>3) 다른 질환으로 설명되지 않는 탈수초성 Brain MRI 소견이 있고 뇌 또는 척수에 2개 이상의 lesion을 가진 경우로서, 다발경화증으로 진행될 확률이 높은 CIS 환자(Clinically isolated syndrome, 임상적으로 단발성 병변이 있는 증후군)</p> <p>나. 투여증지 기준</p> <p>1) 신경과전문의가 진찰하여 12개월 이내에 2회의 심한 손상이 유발되는 재발이 있는 경우(Two disabling relapses, as defined by the examining neurologist, within a 12 month period)</p> <p>2) 6개월에 걸쳐 관찰할 수 있는 손상이 증가하는 이차적인 진행 상태(Secondary progression with an increase in disability observable over 6 months)</p> <p>3) 6개월간 지속적으로 보행 능력이 나빠져 걸을 수 없을 때(Loss of ability to walk, with or without assistance, persistent for at least 6 months)</p> <p>2. 허가사항 범위(용법·용량)를 초과하여 소아에게 투여한 경우에도 요양급여를 인정함. (고시 제2021-26호, '21.2.1.)</p>
<p>[639] Interferon-γ 주사제 (품명 : 인터맥스감마주 200만단위)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서(만성골수성백혈병) 투여 시 요양 급여 함을 원칙으로 함</p> <p>2. 허가사항 범위를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. - 아 래 -</p> <p>가. 만성 육아종성 질환 나. 표준요법에 반응이 없는 중증의 아토피성 피부염 다. 악성골화석증 (고시 제2016-21호, '16.2.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[639] Natalizumab 주사제 (품명 : 티사브리주)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 투여대상 : McDonald('17) 진단기준(시간파종(Dissemination in time, DIT)과 공간파종(Dissemination in space, DIS)을 충족)에 부합하면서 다른 유사질환에 의한 발생을 배제할 수 있는 고활성인 만 18세 이상 성인 재발완화형 다발경화증(RRMS) 중</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 1차 치료제(인터페론 베타 등) 투여경험이 없고 빠르게 진행되는 중증 환자 2) 인터페론 베타 치료에도 불구하고 높은 질병 활성을 나타내며 외래통원이 가능한(걸을 수 있는) 환자 <p>나. 투여방법 : 단독 요법</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2021-26호, '21.2.1.)</p>
<p>[639] Peginterferon alfa-2a 주사제 (품명 : 페가시스주, 페가시스프리필드주)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 만성C형 간염</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 유전자 I형(Genotype I)인 경우 <ol style="list-style-type: none"> 가) 치료 12주에 C형간염 RNA(HCV RNA) 정량검사 등을 시행하여 완전 초기 바이러스반응(Complete Early virological response)이 확인된 경우에는 각 약제 허가사항에 따라 나머지 치료과정(총 12개월 혹은 48주, 휴약기간 제외)까지 인정하며, HCV RNA 수치가 기저치로부터 2log(100배) 미만 감소 시에는 치료를 중단토록 함.

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나) 치료 12주째 검사에서 부분 초기 바이러스 반응 (Partial Early virological response)*을 보일 때는 치료 24주째 한번 더 평가하여, HCV RNA가 검출되지 않으면 나머지 치료과정 (총 12개월 혹은 48주, 휴약기간 제외)까지 인정하고 검출되면 치료를 중단토록 함.</p> <p>※ 부분 초기 바이러스 반응: HCV RNA 수치가 기저치로부터 2log (100배) 이상 감소되었지만 여전히 검출</p> <p>2) 유전자 2,3형(Genotype 2,3형)인 경우는 투여 24주까지 인정함.</p> <p>3) 기존 인터페론(표준 인터페론) 치료 종료 시 반응이 있었으나, 재발이 확인된 경우에는 Peginterferon 제제 투여를 인정함.</p> <p>4) 혈중 ALT(Alanine Transaminase) 수치 증가 등 환자 상태에 따라 Hepatotonics (Carduus marianus ext., Ursodeoxycholic acid, DDB 함유 제제 등)와의 병용투여는 인정 가능하나, ○ Peg interferon α-2a와 Hepatotonics 중 한 가지 약제의 약값 전액을 환자가 본인부담토록 함.</p> <p>나. 만성B형 간염</p> <p>1) 투여대상 AST(Aspartate Transaminase) 또는 ALT(Alanine Transaminase)가 80단위 이상인 성인(만 18세 이상) 만성 활동성 B형간염 가) HBeAg(+)로서 HBV-DNA\geq20,000IU/mL 또는 나) HBeAg(-)로서 HBV-DNA\geq2,000IU/mL</p> <p>2) 금기 대상부전 간 질환(Hepatic decompensation)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>3) 투여방법</p> <p>가) 단독요법</p> <p>나) 혈중 ALT수치 증가 등 환자 상태에 따라 Hepatotonics(Carduus marianus ext., Ursodeoxycholic acid, DDB 함유 제제 등)와의 병용투여는 인정 가능하나,</p> <p>○ Peg interferon α-2a와 Hepatotonics 중 한 가지 약제의 약값 전액을 환자가 본인부담토록 함.</p> <p>4) 투여기간</p> <p>○ 48주(휴약기간 제외)</p> <p>(고시 제2016-66호, '16.5.1.)</p>
<p>[639]</p> <p>Ravulizumab 주사제 (품명 : 올토미리스주)</p>	<p>1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 발작성 야간 혈색소뇨증(PNH: Paroxysmal Nocturnal Hemoglobinuria)</p> <p>1) 투여대상: 다음 가), 나) 조건 중 하나에 해당하는 경우</p> <p>가) 유세포분석(Flow cytometry)으로 측정 한 발작성 야간 혈색소뇨증 과립구 클론크기(PNH granulocyte clone size)가 10% 이상이고, 유산탈수효소(LDH: Lactate dehydrogenase)가 정상 상한치의 최소 1.5배 이상인 만 18세 이상의 환자로서 다음 하나에 해당하는 경우</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>(1) 혈전증: 치료적 항응고제 요법이 필요했던 혈전 또는 색전증 기왕력</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>(2) 폐부전 : 정상적인 활동의 제한을 초래하는 흉통, 숨가쁨(New York Heart Association Class III), 폐동맥고혈압 확진</p> <p>(3) 신부전 : 신부전 병력(eGFR≤60mL/min/1.73m²)</p> <p>(4) 평활근 연축 : 입원, 마약성 진통제가 필요한 증증의 재발성 통증 에피소드</p> <p>나) 솔리리스주를 6개월 이상 투여하고 있는 환자로서 유산탈수효소(LDH)가 정상 상한치의 1.5배 이하인 경우</p> <p>2) 제외 대상</p> <p>가) 과립구 클론(Granulocyte clone) 크기가 10% 미만인 환자</p> <p>나) 재생불량성 빈혈에 다음 중 두 가지 이상 해당 되는 경우</p> <p>(1) 호중구수 $0.5 \times 10^9/L$ 미만</p> <p>(2) 혈소판수 $20 \times 10^9/L$ 미만</p> <p>(3) 망상적혈구(Reticulocyte) $25 \times 10^9/L$ 미만</p> <p>(4) 증증의 골수 저세포성(Bone marrow hypocellularity)</p> <p>다) 다른 생명을 위협하는 질환(급성 골수성 백혈병 또는 고위험성 골수형성이상 증후군 등)을 동반하고 있어서 장기적인 예후에 치료로 인한 효과를 기대할 수 없는 환자</p> <p>라) 치료에 대한 반응을 저하시킬 것으로 예측되는 다른 의학적 상태의 존재</p> <p>마) 임신 및 산후 3개월 이내</p> <p>3) 치료 효과 평가</p> <p>치료 시작 후 매 6개월마다 모니터링하여 투여 유지 여부를 평가함</p> <p>가) 모니터링 자료</p> <p>(1) 6개월 간격 제출 자료</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>(가) 유산탈수효소(LDH : Lactate dehydrogenase)</p> <p>(나) 전체 혈구수와 망상 적혈구</p> <p>(다) 지난 6개월 동안의 수혈 현황</p> <p>(라) 철 시험</p> <p>(마) 요소, 전해질 및 사구체여과율(eGFR)</p> <p>(바) 최근 임상 병력</p> <p>(2) 12개월 간격 제출 자료</p> <p>(가) 수막구균 백신 접종 확인 증명서</p> <p>(나) 처음 적합성의 근거가 된 임상 증상에 대한 경과보고서</p> <p>(다) 삶의 질</p> <p>(라) 유세포분석(Flow cytometry)로 측정된 과립구 클론 크기</p> <p>나) 투여 유지 기준</p> <p>평가 후 다음과 같은 경우가 아니면 투여를 지속할 수 있음</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>(1) 치료 효과를 평가하기 위한 6개월, 12개월 모니터링 자료를 제출하지 않은 경우</p> <p>(2) 의학적 정당한 이유 없이 울토미리스주 투여를 6개월에 1회 이상 받지 않은 경우(단, 의료진의 판단에 따른 경우 객관적 근거를 제출하여야 함)</p> <p>(3) 울토미리스주 투여에도 LDH가 정상 상한치 1.5배 이하로 지속적으로 감소하지 않는 경우 또는 LDH 수치가 정상 수치의 1.5배 이하로 유지하다가 다시 1.5배 이상으로 지속적으로 상승하는 경우(LDH 검사 주기는 6~10주로 함). 단, 수술, 감염, 혈관의 용혈 등으로 인한 LDH 증가 사례는 위원회에서 심의토록 함.</p> <p>(4) 울토미리스주 투여에도 신기능이 악화되어 지속적인 신장투석요법을 유지해야 하는 경우</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>(5) 울토미리스주 투여에도 생명을 위협하는 새로운 혈전이 발생한 경우(단, 1년 이내에 발생한 혈전에 대해서는 위원회에서 심의토록 함)</p> <p>(6) 6개월 및 12개월 모니터링 시 다음 중 두 가지 이상을 만족하는 경우</p> <p>(가) 호중구수 $0.5 \times 10^9/L$미만</p> <p>(나) 혈소판수 $20 \times 10^9/L$미만</p> <p>(다) 망상적혈구(reticulocyte) $25 \times 10^9/L$미만</p> <p>(7) Allogeneic stem cell transplantation을 시행하여 PNH관련 증상이 호전된 경우</p> <p>(8) 12개월 모니터링 시 과립구 크기가 10% 미만이며 LDH가 정상 상한치 이하인 경우(울토미리스주 투여를 6개월 중단하고 다시 위원회에서 심의토록 함)</p> <p>(9) 기타 위원회에서 투여중지가 필요하다고 판단되는 경우</p> <p>※ 동종조혈모세포이식(Allogeneic stem cell transplantation)의 인정 기준을 충족하는 경우 적극적 치료 방법인 이식을 고려하여야 함.</p> <p>4) 조혈모세포이식을 실시하는 요양기관("조혈모세포 이식의 요양급여에 관한 기준"의 인력·시설 및 장비 기준에 적합한 요양기관)에서 요양급여 인정 여부에 대하여 사전 신청하여 승인 받은 경우에 한하여 인정함.</p> <p>2. 울토미리스주는 중대한 수막구균(Meningococcus) 감염에 대한 감수성을 증가시키므로 모든 환자가 투약 최소 2주전에 수막구균 백신을 투여 받아야 하며 최신의 백신 접종지침에 따라 재접종해야 함. 단, 울토미리스주를 즉시 투여해야 하는 경우 수막구균 백신을 동시에 투여하며 항생제치료를 병행할 수 있음.</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>3. 올토미리스주의 사전승인을 위한 절차방법 및 위원회 구성 등에 대한 세부사항은 건강보험심사평가원장이 정하고, 동 약제를 사전승인함에 있어 의학적 판단이 필요한 사항은 건강보험심사평가원장이 정하는 위원회 결정에 따름.</p> <p>(고시 제2021-161호, '21.6.7.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
[641] Atovaquone 250mg, Proguanil HCl 100mg 경구제 (품명 : 말라론정)	1. 클로로퀸(Chloroquine) 내성 지역을 다녀와 급성, 비복합성 열대열 말라리아(Plasmodium falciparum malaria)로 진단되어 치료목적으로 투여 시 요양급여하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. 2. 다만, 열대열 말라리아(Plasmodium falciparum malaria)의 예방 목적으로 투여 시는 비급여함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)
[641] Metronidazole 주사제 (품명 : 트리젤주 등)	1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 범위(효능·효과, 용법·용량 등)를 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함. - 아 래 - 가. 원충류인 아메바성 질환(아메바성 간농양 등)에 경구 투여가 불가능하여 투여한 경우 나. 혐기성균에 의한 심부 장기의 농양(예: 뇌농양, 간농양, 골반 내 농양, 폐농양 등)으로 경구투여가 불가능하여 투여한 경우 4-6주 이내에서 인정 (고시 제2013-127호, '13.9.1.)
[641] Pyrimethamine (품명 : 다라프림정)	식품의약품안전처장이 인정한 범위 중 톡소플라즈마 감염증에 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. 단, 말라리아 예방 목적으로 투여 시는 비급여함. 식품의약품안전처장이 인정한 범위 1) 톡소플라즈마증 치료 : 이 약은 설폰아미드제제와 병용으로 투여 시 상승효과가 있기 때문에 톡소플라즈마증 치료에 권장됨

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>2) 급성 말라리아 치료: 이 약은 급성 말라리아 치료에 사용됨. 급성 말라리아 치료 시 단독으로 사용하여서는 안 됨. 급성 말라리아 치료 시 클로로퀸 또는 퀴닌과 같은 신속히-작용하는 Schizonticides 가 사용되며 선호됨. 그러나, 설펜아미드 (예를 들면, 설파독신)와 이 약의 병용투여는 Plasmodia의 감수성 있는 종의 전달 조절과 억제를 시작함</p> <p>3) 말라리아의 화학적예방: 이 약은 Plasmodia의 감수성 있는 종에 대한 말라리아의 화학적 예방에 사용됨. 그러나, 피리메타민에 대한 내성은 전세계적으로 퍼져있음. 모든 지역의 여행자에게 예방 제제로서 적당한 것은 아님</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>
<p>[641] Primethamine + Sulfadoxine 복합경구제 (품명 : 팬시다정)</p>	<p>식품의약품안전처장이 인정한 범위 내에서 클로로퀸 (Chloroquine) 내성 지역을 다녀와 급성, 비복합성 열대열 말라리아(Plasmodium falciparum malaria)로 진단되어 치료목적으로 투여 시 요양급여를 인정하며 말라리아 예방 목적으로 투여 시는 비급여함.</p> <p>식품의약품안전처장이 인정한 범위: 열대열 말라리아 (Plasmodium falciparum malaria)의 예방과 치료</p> <p>1) 예방: 클로로퀸 저항성 열대열 말라리아(Plasmodium falciparum)가 풍토병인 지역을 여행하는 여행자의 예방(단, 열대열원충(Plasmodium falciparum) 균주가 본체에 대해 내성을 가질 수도 있음)</p> <p>2) 치료: 클로로퀸에 내성이 있는 환자의 열대열 말라리아 (Plasmodium falciparum malaria) 치료</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[641] Pyronaridine + Artesunate 복합경구제 (품명 : 피라맥스정)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>○ 클로로퀸(Chloroquine) 내성 지역을 다녀와 급성, 비복합성 열대열원충(<i>Plasmodium falciparum</i>)이나 삼일열원충(<i>Plasmodium vivax</i>) 말라리아로 진단 되어 치료목적으로 투여하는 경우(단, 20kg 이상 체중인 환자)</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
[721] Barium sulfate 제제 (품명 : 솔로탑 등)	1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 영양급여 함을 원칙으로 하며, 황산바륨 현탁액(70%)을 대장조영촬영에 사용 시는 250~500ml 범위 내에서 인정토록 함. 2. 허가사항 범위(효능·효과)를 초과하여 비노계통의 종양 질환(Tumor)에 투여한 경우에도 영양급여를 인정함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)
[721] Ethyl esters of the iodised fatty acids of poppyseed oil 주사제 (품명 : 리피오돌올트라액 등)	1. 각 약제별 허가사항 및 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 영양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부 사항」의 범위 내에서 아래와 같은 경우에 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 림프조영, 침샘조영 나. 간암의 경동맥화학색전술(TACE, transarterial chemoembolization) 시행 시 사용 2. 허가사항 범위를 초과하여 간암 진단목적의 간동맥 조영술에 투여 시 영양급여를 인정함. (고시 제2021-194호, '21.7.6.)
[721] PEG3350외 (품명 : 코리트산 등)	허가사항 범위 내에서 대장경검사 및 대장수술시 전처치용 하제로 사용하는 경우 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. ※ 대장경검사 : 나766 결장경검사, 나768 S상결장경검사 ※ 대장수술 : 자267 결장절제술, 자292 직장 및 에스장 절제술, 자292-1 결장 및 직장 전절제술, 자279 장루 조성술(인공항문조성술)

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>- 단, 허가사항에 따라 PEG3350 200그램 외(품명: 쿨프랩산 등), PEG3350 150그램 외(품명: 쿨리파액 등), PEG3350 160그램 외(품명: 크린뷰올산), PEG3350 140그램 외(품명: 플렌뷰산)는 대장경검사 시에만 영양급여를 인정함. (고시 제2022-160호, '22.7.1.)</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
[729] Corticorelin trifluoroacetate (품명 : 씨알에이치페링 등)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 고령(65세 이상) 나. 경련성질환(뇌전증 등), 심혈관계질환, 뇌혈관질환 (뇌졸중 등) 환자 및 동 질환의 병력이 있는 경우 (고시 제2019-191호, '19.9.1.)
[729] Somatorelin acetate (품명 : 지에이치알에이치페링)	허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 고령(65세 이상) 나. 경련성질환(뇌전증 등), 심혈관계질환, 뇌혈관질환 (뇌졸중 등) 환자 및 동 질환의 병력이 있는 경우 (고시 제2019-191호, '19.9.1.)

구 분	세부인정기준 및 방법
<p>[811] Paracetamol 250mg, Ibuprofen 200mg, Codeine phosphate 10mg 복합 제제 (품명 : 마이플캡슐 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 하며, 1회 처방 시 4주, 1일당 최대 6캡셀 범위 내에서 인정함(4주 이상 연속 투여 시 불인정). 2. 허가사항 범위 내에서 6캡셀을 초과하여 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2018-253호, '18.12.1.)

구 분	세부인정기준 및 방법
[821] Alfentanil HCl 주사제 (품명 : 알페닐주 등)	1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 합을 원칙으로 함. 2. 허가사항 초과하여 중환자실 환자의 통증조절에 투여 시 요양급여를 인정하며, 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 제2013-127호, '13.9.1.)
[821] Fentanyl citrate 주사제 (품명 : 구연산펜타닐주 등)	1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 개심술의 경우 1) 마취의사의 판단에 따라 투여 시 인정하고, 2) 흡입마취제를 병용한 경우 해당 흡입마취제는 약값의 50% 범위 내에서 인정하고, N2O는 사용기준량대로 인정함 나. 뇌수술의 경우 흡입마취제와 병용한 경우에는 (2시간 이상 마취의 경우 흡입마취제 단독마취시의 약값을 넘지 않는 경우에 한함) 흡입마취제의 사용기준량에 의한 약값의 50% 범위내에서 인정하고, N2O는 사용기준량대로 인정함 다. 상기 가, 나 수술 이외에 보다 안전한 마취를 위하여 환자상태(심혈관계질환, 고혈압, 뇌질환 환자 등)를 고려하여, 1) 마취의사의 판단에 따라 사용시 흡입마취제 병용 유무와 관계없이 4㎖까지 급여함 2) 심혈관계 변동이 심한 경우에는 8㎖까지 급여(8㎖ 초과 투여된 금액은 조정)하고, 흡입마취제는 사용기준량에 의한 해당 약값 범위 내에서 인정함.

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>라. 통증자가조절법(Patient Controlled Analgesia)에 사용하는 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 암환자(암성통증, 암관련 수술후 통증) 2) 개심술, 개두술, 장기이식, 제왕절개 수술 후 통증 3) 근위축성측삭경화증(Amyotrophic Lateral Sclerosis, ALS)환자의 만성통증, 만성난치통증(Chronic intractable pain) 4) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조 중증 질환자 산정특례 대상 중 중증외상환자의 수술 후 통증 <p>2. 허가사항을 초과하여 아래와 같은 기준으로 투여시 영양급여를 인정함</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 질식분만 산모에 대하여 분만 전 통증조절 목적으로 실시하는 경막외 마취(무통분만)에 투여된 경우 2) 내시경 검사·치료시 의식하 진정 목적으로 사용하는 경우 - 단, 「진정 내시경 환자관리료(나-799) 급여기준」의 급여인정 범위에 한함. <p>3. 허가사항을 초과하여 중환자실 환자의 통증조절에 투여한 경우 영양급여를 인정하며, 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2019-171호, '19.8.1.)</p>
<p>[821] Oxycodone HCl 주사제 (품명 : 옥시넵주사 등)</p>	<p>허가사항 범위내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 암성통증 : 「암환자에게 처방·투여하는 약제에 대한 영양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」의 “Ⅲ. 암성통증치료제” 범위 내에서 인정</p>

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나. 비암성통증(경구투여가 불가능한 경우에 한함)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 개심술, 개두술, 장기이식 수술 후 통증 2) 근위축성측삭경화증(Amyotrophic Lateral Sclerosis, ALS)환자의 만성통증, 만성난치통증(Chronic intractable pain) <p style="text-align: right;">(고시 제2017-193호, '17.11.1.)</p>
<p>[821] Remifentanil 주사제 (품명 : 울티바주 등)</p>	<p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 마취유도 및 마취유지의 진통에 투여 시</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 2시간 이내 사용량 2) 간신부전환자, 심장뇌질환자, 암환자, 희귀난치성질환자에게 사용한 경우 <p>나. 기계적 환기를 실시중인 중환자의 진통 및 진정(18세 이상)에 투여시</p> <p style="text-align: center;">○ 3일 이내 사용량(1일 최대 15mg)까지 인정함</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2016-203호, '16.11.1.)</p>
<p>[821] Sufentanil citrate 주사제 (품명 : 수펜탈주사 등)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 함. 2. 허가사항 초과하여 중환자실 환자의 통증조절에 투여 시 요양급여를 인정하며, 약값 전액을 환자가 부담토록 함. <p style="text-align: right;">(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p>

한약제제

항 목	제 목	세 부 인 정 사 항
일반사항	같은 날에 2가지 이상 기준처방 동시 투약시 인정여부	같은 날에 2가지 이상 서로 다른 상병에 대하여 치료목적을 달리하는 기준처방 한약제를 투약하는 경우에 2종 이내에서 인정함. (고시 제2011-10호, '11.2.1. 시행)
	급여 한약제의 제형 변형에 따른 인정 범주	68종 엑스산제의 56개 처방은 고제, 환제로 제형 화하여 투여시도 인정함. (고시 제2005-61호, '05.9.15. 시행)
	처방별 적응증	한방의 56개 기준처방시 [별첨1]의 처방별 적응증을 참조하여 가장 유사한 상병명을 기재함. (고시 제2009-214호, '10.1.1. 시행)

(별첨 1)

처방별 적응증

처방명	적응증
1. 가미소요산	월경 전 및 월경기의 다양한 심신 증상, 월경통, 과다 월경, 빈발 월경, 희발 월경, 불규칙 월경, 산후 우울한 기분 및 우울증, 갱년기 및 폐경기의 다양한 심신 증상, 소양감, 구내염, 입안마름, 수면장애, 어지러움, 피로, 권태, 식욕부진, 오한과 발열의 교대, 수족냉증, 상세 불명의 발열 및 열감, 온 몸이 쭈시고 아픔, 어깨 결림, 두통, 수면 중의 과다 발한, 귀 속의 통증, 가슴과 유방 및 복부의 팽창감, 소변이 시원하게 나오지 않는 증상, 피가 섞인 가래, 심인성 기침, 신경증
2. 갈근탕	감기, 몸살, 뒷목과 등이 뻣뻣하게 아픔, 머리와 얼굴이 아픈 증상, 갈증, 설사, 피부 발진, 비염, 부비동염, 급성 기관지염, 급성 후두염, 성홍열, 대장염
3. 갈근해기탕	인체 내부의 열증(양명경병)으로 인한 안구 통증 및 비강 내 건조감, 수면 장애, 감기, 인플루엔자, 알레르기성 비염, 위축성 비염, 급성 부비동염, 알레르기성 접촉피부염, 다형홍반
4. 구미강활탕	온 몸이 쭈시고 아픈 증상, 감기, 인플루엔자, 타박상, 각종 관절염 및 관절통, 각기
5. 궁소산	임신 중 혹은 산후에 발생한 감기, 몸살, 기침, 천식, 인플루엔자, 기관지염
6. 궁하탕	각종 병적 수분 정체(담음)를 동반한 질환으로 인한 소화불량, 복수, 복통, 헝통, 흉통, 관절염 및 관절통, 요각통, 정신 불안 증상, 늑막염, 폐쇄성 폐질환

처방명	적응증
7. 내소산	식체, 소화 불량, 구역, 구토, 복부 팽만, 명치 끝이 답답하고 아픈 증세, 변비, 설사, 복통, 식욕 부진, 요통, 식도염, 식도의 궤양, 급만성 위십이지장염, 위십이지장궤양, 대장염, 과민성 장증후군, 장중첩증, 만성 담낭염, 알코올성 위염, 알코올성 간질환, 인후부의 결절, 갑상선 결절, 우울한 기분, 심신증, 매핵기(히스테리구)
8. 당귀연교음	치통, 구취 및 구취를 유발하는 구강내 질환, 구강과 입술의 건조, 구내염, 치은염, 치주염, 아구창, 구각 궤양, 입술 단순 헤르페스
9. 당귀육황탕	수면 중 과다 발한, 식은 땀, 출산 후의 과다 발한, 산후풍으로 인한 발한과다, 체액의 소실을 동반한 열감, 변비, 소변이 진하고 혀가 붉으며 맥박이 빠른 상태, 안면부 발적, 가슴 및 손발의 변열감, 갱년기 및 폐경기의 다양한 심신 증상, 권태감, 피로감, 두통, 현기증, 편두통, 심신증, 자율 신경 장애, 빈혈, 만성 소모성질환으로 인한 체력저하
10. 대시호탕	헛소리, 딸꾹질, 비만, 변비, 소갈, 흉통, 두근거림, 원인 미상의 열, 주기적인 발열, 혈노, 구취 및 구취를 유발하는 구강내 질환, 설통, 감기, 몸살, 고창, 구역, 구토, 유행성 각결막염, 급성 결막염, 구내염, 치주염, 설염, 급성 편도염, 급성 후두염, 급성 기관염, 급성 기관지염, 급성 세기관지염, 급성 인후두염, 중이염, 부비동염, 인플루엔자, 폐렴, 천식, 폐의 괴저 및 괴사, 만성 폐쇄성 폐질환, 간염, 담낭염, 담관염, 소화성 궤양, 급성 충수염, 급성 췌장염, 대장염, 복막염, 과민성 장 증후군, 소화기계통 악성 신생물의 대증요법, 만성 허혈성 심장질환, 정신분열증, 해리 장애
11. 대청룡탕	발열, 오한, 신체동통, 땀은 나지 않으면서 가슴이 답답하여 안정하지 못하는 경우, 감기, 몸살, 천명, 급성 인두염, 급성 편도염, 급성 후두염, 급성 기관염, 급성 기관지염, 급성 세기관지염, 급성 후두기관염,

처방명	적응증
	급성 폐쇄성 후두염 및 후두개염, 급성 인후두염, 인플루엔자, 폐렴, 천식, 만성 폐쇄성 폐질환, 폐부종, 급성 부비동염, 급성 결막염, 단독
12. 대화증음	식체, 식욕 부진, 소화불량, 고창, 복부 팽만감, 복강내 종괴감, 변비, 설사, 알코올 중독, 위십이지장염, 식도염, 대장염, 장관 흡수 장애, 위십이지장궤양, 소화성 궤양, 유문 연축증, 위의 급성 확장, 소화기계통 처치 후 장애
13. 대항목단 피탕	변비, 복통, 급성 충수염, 장 및 충수의 염증, 체력이 있는 사람의 소화성 궤양, 치질, 골반 염증성 질환, 월경통
14. 도인승기탕	변비, 하복부의 강한 긴장감, 검은 색의 대변, 소변이 시원하게 나오지 않는 증상, 혈뇨, 코피, 두통, 증풍전조증 및 증풍, 원인 미상의 열, 고열로 인한 의식 불명, 헛소리, 월경통, 과소월경, 골반 염증성 질환, 만성 신염 증후군, 방광염, 알코올 중독, 해리 장애, 정신분열
15. 반하백출 천마탕	소화불량, 소화기능의 약화에 동반된 이명, 현기증, 두통, 편두통, 메스꺼움, 답답함, 숨참, 구역, 구토, 안료 색소 침착, 만성 위염
16. 반하사십탕	명치 밑이 그득하지만 아프지 않은 경우, 감기 및 기타 감염으로 열이 나고 명치 밑이 그득하면서 구토하는 경우, 구내염, 속취, 소화불량, 식욕부진, 구역, 구토, 위의 급성 확장, 위하수, 속쓰림, 트림, 위십이지장궤양, 소화성 궤양, 식도염, 신경성 위염, 위십이지장염, 대장염, 고창, 소화기계통의 처치 후 장애, 날문연축증, 장관 흡수 장애, 묽은 변 혹은 설사, 만성 허혈성 심장질환, 신경증
17. 반하후박탕	소화불량, 식욕부진, 구역, 구토, 고창, 복부 팽만감, 위염, 위궤양, 신경성 기침, 매핵기(히스테리구), 쇠 목소리, 입인두의 기타 부분 양성 신생물의 대증요법, 권태감, 피로감, 현기증, 동계, 우울한 기분, 불안신경증, 입덧, 갱년기 및 폐경기와 관련된 다양한 심신 증상

처방명	적응증
18. 백출탕	가래가 많은 기침, 만성 기관지염, 숨가쁨, 병후의 체력저하, 피로감, 만성 설사, 식욕부진, 몸이 무겁고 아픈 경우, 달리 분류되지 않은 통증, 구토와 설사가 오래되어 갈증이 심하고 경련이 발생하려고 하는 경우, 다음다갈증, 다리에 쥐가 나는 경우, 과도 발한, 임신, 출산, 산후기에 합병된 설사 이질과 같은 소화기계통 질환
19.보중익기탕	소화불량, 복통, 식욕 부진, 기능적 설사, 위십이지장염, 위궤양, 위하수, 창자의 만성 혈관성 장애, 병후의 체력저하, 피로증후군, 권태감, 피로감, 다한증, 식은땀, 과로 혹은 영양장애로 몸에 열이 나고 속이 답답하며 식은땀이 나고 피곤한 경우, 기운이 없고 소변이 시원하게 나오지 않는 경우, 방광염, 만성 신염 증후군, 오랜 기침, 만성 후두기관염, 급성 후두염, 딸꾹질, 상지 마비, 하지 마비, 수족 마비, 중추신경계통의 염증성 질환의 후유증, 어깨 및 팔꿈치 부위에서의 신경 손상, 영등신경의 병터, 달리 분류되지 않은 시상하부의 기능 장애, 대마비, 사지마비, 과다 월경, 빈발 월경, 자궁경부의 악성 신생물 후유증 및 회복기 치료, 요실금, 여성 생식기 탈출, 자궁 하수, 대하, 음취, 임신 중 당뇨, 자연유산, 조기 임신 중 출혈, 산과적 외상, 분만 중 회음부 열상, 외음부 및 회음부의 비염증성 장애, 임신, 출산, 산후기의 소화기계통 장애, 기질적 장애 또는 질병에 의하지 않은 성기능 이상, 젓흐름증, 난청, 이명, 만성 고막염, 몸통의 피부 고름집, 종기, 불안, 긴장, 흥분
20. 보허탕	산후풍, 산후의 각종 질환, 출산 시 출혈로 인한 빈혈, 지속성 신체형 동통 장애, 임신 중 혹은 산후기의 감염성 질환, 수유와 관련된 유방 장애
21. 복령보심탕	가슴 및 손발에서 땀이 나는 경우, 권태감, 피로감, 피로 증후군, 흥조, 손발의 번열, 과도한 정서적 긴장 및 스트레스로 피를 토하거나 땀을 흘리는 경우, 코피, 다음 다갈증, 구역, 구토, 위장관 출혈,

처방명	적응증
	빈혈, 고혈압, 저혈압, 결핵, 갱년기 및 폐경기와 관련된 다양한 심신 증상, 기분 장애, 불안 장애, 인지기능 및 각성에 관한 기타 증상 및 징후, 신경계통의 기타 퇴행성 질환
22. 불환금 정기산	구역, 구토, 설사, 맞지 않은 물과 음식으로 인해 생기는 각종 증상, 팽만, 오한과 발열의 교대, 기침, 식도염, 위십이지장염, 대장염, 기능적 창자 장애, 이질, 식중독, 감기, 인플루엔자, 후두기관염, 기관지염, 기관지확장증, 각기
23. 삼소음	기침, 콧물, 재채기, 코막힘, 풍한감모 후유증에 의한 불수의적 이상 운동, 주기적 발열, 원인 미상의 발열, 정서적 요인에 의한 가슴 답답함, 감기, 인플루엔자, 급성 후두기관염, 임신 혹은 산후기에 합병된 피부 및 피부 밑 조직의 질환, 담낭염, 기관, 기관지, 폐, 종격동의 악성 혹은 양성 신생물의 대증요법
24. 삼출건비탕	소화기계가 약한 사람의 소화기능의 개선, 소화불량, 식욕부진, 신경성 식욕부진, 고창, 복부팽만, 위십이지장궤양, 소화성 궤양, 식도염, 위십이지장염, 대장염, 장관 흡수 장애, 기능적 설사, 설사를 동반한 과민성 장증후군, 분문 이완불능증, 식도의 수축, 식도의 운동장애, 식도의 악성 및 양성 신생물의 대증요법, 날문연축증, 만성 바이러스 간염
25. 삼호작약탕	갈증, 심신불안정, 식욕부진, 대변을 시원하게 보지 못하는 경우, 소변을 시원하게 보지 못하거나 소변이 나오지 않는 경우, 소변을 가리지 못하는 경우, 재발성 및 지속성 혈뇨, 급성 신염 증후군, 급속 진행성 신염 증후군, 만성 신염증후군, 상세불명의 신염증후군, 신증후군, 달리 분류된 질환에서의 사구체 장애, 상세불명의 요도 증후군, 상세불명의 비뇨기계통 장애, 급성전립샘염, 요도협착, 급성방광염, 사이질성 방광염, 기타 만성 방광염, 감기 및 기타 감염증 후 잔존한 발열

처방명	적응증
26. 삼황사심탕	체력이 있는 사람의 안면홍조, 불안, 변비, 고혈압 수반증상(어깨결림), 이명, 두중, 불면, 멍치 밑이 답답하고 단단하게 느껴지나 만지면 부드러운 경우, 심장 기능의 악화, 심장병의 불명확한 기록 및 합병증, 원인 미상의 발열, 코피, 피를 토하는 경우, 재발성 구내염, 혀 유두의 비대, 심통, 소양증
27. 생맥산	여름철의 건강증진, 여름철의 무기력, 여름철의 배탈, 열사병, 피로, 권태감, 숨이 차고 입이 마르며 땀이 많이 나는 증상, 급성 인두염, 기침을 많이 해서 목소리가 잘 나오지 않는 증상, 성대 및 후두 질환의 대증요법
28. 소시호탕 (삼금탕)	입이 쓰고 가슴과 옆구리가 답답하고 그득함, 식욕부진, 구역 및 구토, 식은 땀, 수면 중 과다 발한, 오한과 발열의 교대, 눈앞이 아찔아찔함, 난청, 감기가 나은 후에도 열이 지속되는 경우, 편도 및 아데노이드의 만성질환, 인플루엔자, 급성 기관지염, 급만성 후두기관염, 심인성기침, 천식, 기관지 확장증, 위염, 급성 담낭염, 급성 췌장염, 식도염, 분문 이완불능증, 식도의 수축, 식도의 운동장애, 식도의 악성 및 양성신생물의 대증요법, 임신 중 간기능 장애, 임신 및 산후기에 합병된 바이러스 감염, 급만성 바이러스 감염, 늑막염, 가로막의 장애, 무월경 혹은 폐경과 동반된 열감이나 발열과 오한의 교대, 월경 전 증후군, 월경통, 월경 기간 중의 발열, 출산 후의 발열, 산욕열, 급성 자궁목의 염증 및 난소염, 자궁목을 제외한 자궁의 염증성 질환, 여성의 급성 골반염, 늑간신경병증, 심신증, 급성 진행성 신염증후군, 재발성 및 지속성 혈뇨, 만성 신염 증후군, 급성 세뇨관-사이질성 신염, 만성 세뇨관-사이질성 신염, 급성 또는 만성으로 명시되지 않은 상세불명의 사이질성 신염, 방광염, 요도염 및 요도 증후군, 전립선의 염증성 질환, 달리 분류되지 않은 남성 생식기관의 염증성 장애, 상세불명의 혈뇨, 신증후군, 달리 분류된 질환에서의 사구체장애, 섬망, 우울병 에피소드

처방명	적응증
29. 소청룡탕	<p>감기, 콧물, 재채기, 기침, 숨 쉴 때의 가슴통증, 명치 통증, 딸꾹질, 구역, 구토, 갈증이 있고 설사를 하면서 아랫배가 답답한 증상, 관절통, 비염, 급만성 인두염, 인플루엔자, 천식, 폐렴, 늑막염, 폐부종, 기타 사이질성 폐질환, 달리 분류되지 않은 가슴막삼출액, 가슴막판, 기타 가슴막의 병태, 상세불명의 호흡기능 상실, 상세불명의 호흡기 장애, 기관, 기관지 및 폐 악성신생물의 대증요법, 가슴샘 악성신생물의 대증요법, 심장, 종격동 및 가슴막 악성신생물의 대증요법, 기타 및 부위불명의 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물의 대증요법, 기관 기관지 및 폐 양성신생물의 대증요법, 상세불명의 호흡기 계통 양성신생물의 대증요법, 가슴샘 양성신생물의 대증요법, 급성 결막염</p>
30. 승양보위탕	<p>설사, 점액변, 혈변, 위장관 출혈, 이급후중, 몸이 무겁고 마디가 쭈시고 아픔, 입이 쓰고 마름, 식욕부진, 권태감, 피로감, 대변을 시원하게 보지 못하고 소변을 자주 봄, 양기가 부족하여 안색이 나쁘며 춥고 몸이 떨리는 경우, 장관 흡수장애, 이질, 위장염, 대장염, 위 악성 신생물의 대증요법, 췌장 악성 신생물의 대증요법, 기타 소화기관 악성 신생물의 대증요법, 위 양성신생물의 대증요법, 췌장 양성신생물의 대증요법</p>
31. 시경반하탕	<p>열이 나고 기침을 하며 가슴이 그득하고 옆구리가 아픈 경우, 가래가 끓는 기침, 급성기관염, 급성후두기관염, 인플루엔자, 폐렴, 소화기의 악성 신생물의 대증요법</p>
32. 시호계지탕	<p>감기, 오한과 발열의 교대, 복통, 옆구리가 아프고 가슴이 답답함, 두통, 항강통, 땀이 많이 나고 헛소리를 하며 물을 많이 마심, 늑간 신경병증, 소화성궤양, 급만성 바이러스간염, 담낭염, 스트레스로 인한 통증, 심신증</p>

처방명	적응증
33. 시호소간탕	식체 혹은 타박상으로 인해 옆구리가 아픈 경우, 발열과 오한의 교대, 늑막염, 늑간신경병증, 책장의 기타 질환, 심신증, 우울증 에피소드
34. 시호청간탕	분노, 화나 짜증을 잘 냄, 귀 뒷목 유방 옆구리 가슴의 통증, 오한과 발열의 교대, 급성 간염, 늑막염, 신경질을 잘 내는 소아의 만성 편도선염, 습진, 아토피성 피부염, 자극과민성, 심신증
35. 안태음	임신 중 복통, 임신 중 출혈, 자연유산, 습관적 유산, 조기 진통
36. 연교폐독산	감기 등 급성 상기도 감염, 이하선염, 종기로 인한 오한 발열 두통, 부종
37. 오립산	배뇨장애, 혈뇨, 요도염 및 요도증후군, 방광염, 신장 및 요관의 결석 등으로 소변이 시원하게 나오지 않거나 농뇨 혈뇨 결석 하복통 음경통이 동반되는 경우, 급성 진행성 신염증후군, 만성신염 증후군
38. 오적산	요통, 요각통, 좌골신경통, 관절통, 낙침, 감기, 두통, 두풍증, 구안와사, 신경통, 월경통, 냉, 대하, 구역, 구토, 소화불량, 안구 피로, 산후풍, 요부 염좌, 엉덩관절증, 발목 염좌, 두경부 염좌, 각기, 근육의 분리, 윤회막염. 건초염, 관절염, 파젯병의 대증요법, 대뇌혈관 질환의 후유증, 독성 뇌병증의 대증요법, 신경병증, 갱년기 및 폐경기와 관련된 다양한 심신 증상, 월경 전 긴장증후군, 자궁근종의 대증요법, 여성생식기의 악성 종양의 대증요법, 외음부·질·자궁경부·자궁·난소 등 여성 생식기 염증성 질환의 보조요법, 과민성 장증후군, 각결막염, 우울병 에피소드, 재발성 우울성 장애, 기분부전증, 급성 스트레스 반응, 적응 장애, 건강염려증, 신경쇠약증, 심신증

처방명	적응증
39. 이증탕	배가 아프고 설사를 하지만 갈증이 나지 않는 경우, 구역, 구토, 감각 장애, 냉증, 근육의 긴장, 요통, 요각통, 허약한 사람의 기침, 위십이지장염, 위궤양, 대장염, 기능적 설사, 과민성 장증후군, 임신 혹은 산후의 호흡기계 질환, 영덩관절증
40. 이진탕	기혈 순환이 순조롭지 못해서 발생하는 모든 증상, 소화불량, 구역, 구토, 가벼운 입덧, 현기증, 두근거림, 추웠다가 더웠다가 하는 증상, 몸의 여기저기가 돌아다니면서 아픈 증상, 만성 위염, 임신 및 출산 후의 소화기계통 질환, 두경부 염좌, 중추신경계통의 염증성 질환의 후유증, 늑막염
41. 익위승양탕	기혈 손상으로 인한 피로권태감의 개선, 대출혈 혹은 만성 출혈 후의 원기 회복, 심번불안, 과다월경, 빈발월경, 불규칙 월경, 자궁 및 난소의 기능 장애로 인한 과다 출혈, 자궁내막 증식증, 유산 혹은 자궁외 임신 및 기태 임신에 따른 합병증
42. 인삼패독산	오한을 동반한 고열, 두통, 안구통증, 전신통, 기침, 코막힘, 몸살, 근육의 과사용으로 인한 통증, 감기, 급성기관염, 급성기관지염, 만성 기관지염, 폐렴
43. 인진호탕	황달, 구갈, 변비, 두드러기, 간염, 구내염
44. 자음강화탕	기침, 객혈, 소변이 시원하게 나오지 않음, 체액 소실에 수반되는 발열, 홍조, 식은 땀, 체중감소, 식욕 부진, 만성후두기관염, 만성 기관지염, 기관지 확장증, 우울증 에피소드, 반복성 우울장애, 지속성 기분장애

처방명	적응증
45. 조위승기탕	변비나 변비로 가슴이나 배가 답답한 증상, 헛소리를 하면서 설사하는 경우, 주기적인 발열, 복통을 동반한 점액변 혹은 농혈변, 소갈, 급성 충수염, 다형홍반, 섬망, 정신분열병, 분열형장애, 급성 및 일과성 정신병적 장애
46. 청상견통탕	두통, 안면통, 현기증, 기타 불안장애
47. 청서익기탕	여름 타는 것, 다한, 더위로 인한 권태감 및 피로감, 갈증, 식욕부진, 열감, 설사, 이질, 여름철의 감기, 인플루엔자
48. 청위산	위(胃)에 열이 쌓여서 발생하는 재발성 구강 아프타, 구내염, 치통, 치은염, 치주염
49. 팔물탕	허약한 사람의 피로, 무력감, 식욕부진, 이명, 병후 회복, 빈혈, 저혈압, 다리에 쥐가 나는 경우, 저립, 신경통, 신경염, 혈뇨, 월경 과소, 희발 월경, 과다 월경, 빈발 월경, 불규칙 월경, 월경통, 사춘기 지연, 무월경, 일과성 대뇌 허혈성 발작 및 관련 증후군, 기타 뇌혈관 질환, 기타 급성 허혈성 심장 질환, 기타 심장성 부정맥, 악성 신생물의 대증요법
50. 평위산	급만성 식체로 인해 발생하는 모든 증상, 소화불량, 위의 급성 확장, 고창, 복부팽만, 속쓰림, 복통, 구역, 구토, 설사, 임신 및 산후에 발생하는 구역·구토·식체·설사, 권태감, 피로감, 기침, 요통, 요각통, 위식도 역류 질환, 식도염, 위십이지장염, 위십이지장궤양, 소화성 궤양, 대장염, 과민성 장증후군, 장관 흡수 장애, 분문의 이완불능증, 식도의 운동장애, 여름철의 감기, 식도 및 위장관 악성신생물의 대증요법

처방명	적응증
51. 행소탕(산)	감기, 기침, 가래, 만성 후두기관염
52. 향사평위산	소화불량, 설사, 구역, 구토, 속쓰림, 복통, 급·만성 식체에 수반되는 다양한 증상, 식도염, 위십이지장염, 여름철의 감기, 우울병 에피소드
53. 황금작약탕	혈변, 복통을 동반한 발열, 이질, 감염성 대장염으로 인한 점액변, 위십이지장염, 충수염
54. 황련해독탕	비교적 체력이 강한 사람의 각종 발열과 염증성 소견을 동반하는 질환, 감염에 의한 고열, 경련, 의식 혼탁, 불면증, 기침, 코피, 구내염, 설염, 이명, 어지러움, 동계, 알코올성 위염, 알코올성 간질환, 자극성 접촉 피부염, 단독, 급성 결막염, 정신분열병, 양극성 정동 장애, 해리 장애, 신경증
55. 형개연교탕	코막힘, 콧물, 코의 소양감, 기침, 천식, 귀의 통증, 외이의 수포나 염증, 감기, 인플루엔자, 비염, 알레르기성 비염, 부비동염, 인두염, 편도염, 세기관지염, 기관지염, 기관염, 후두기관염, 백일해, 중이염, 고막염
56. 회춘양격산	변비, 손발의 번열, 코피, 두통, 혀가 갈라짐, 복통, 안면 홍조, 여드름, 원인 불명의 발열, 소갈, 구내염, 설염, 아구창, 치은염, 치주염, 인두염, 위십이지장궤양, 위십이지장염, 갱년기 및 폐경기에 동반되는 각종 심신증상

심사지침

심사지침

구 분	세부인정기준 및 방법
[심사지침] 만성 호흡기 질환에 장기 투여된 macrolide 계열 제제 인정여부	만성호흡기질환에 저용량 장기 투여(low-dose, long-term therapy)된 macrolides계열 제제는 내성균 출현이나 균교대현상 등 안전성 및 유효성에 대한 근거가 부족하고 식약청 허가사항(용법·용량)도 초과하므로 인정하지 않음. (2011. 3. 1. 진료분 부터)
[심사지침] 급성 심재성 정맥혈전증 상병에 투여하는 프라그민(주)의 인정기준	1. 저분자량 헤파린(low molecular weight heparin, LMWH) 제제인 프라그민(주)는 식약청 허가사항 및 관련 임상근거 문헌에 의거하여 현행 허가사항대로 심사함. 2. 다만, 급성 심재성 정맥혈전증(DVT)에 대한 통상적인 항응고제 치료는 국제표준단위(International Normalized Ratio, INR) 수치가 2 이상 될 때까지 적어도 5일간 헤파린 또는 LMWH를 투여후 경구 와파린으로 교체 투여하는 것이므로 프라그민(주)의 투여 기간은 “급성 심재성 정맥혈전증 치료에 1 ~ 2주 이내 투여”를 원칙으로 함. (2011. 3. 1. 진료분 부터)
[심사지침] 류마티스질환에서 TNF- α inhibitor 제제 (품명: 엔브렐주사 등)를 휴약 후 재 투여 시 적용기준	류마티스질환(류마티스관절염, 건선성관절염, 강직성 척추염)에서 TNF- α inhibitor(품명: 엔브렐주사 등) 제제를 투여 중 의학적 사유 등으로 휴약 후 재 투여한 경우 다음과 같이 심사함. - 다 음 - 가. 최초평가 실시 이전에 휴약한 환자의 재 투여는 최초 투여 인정기준에 해당 시 인정함.

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>나. 최초평가 후 지속 투여 중인 환자가 휴약한 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 휴약기간이 3개월 미만이면 연속 투여로 인정함 2) 휴약기간이 3개월 이상이면, <ol style="list-style-type: none"> ① 마지막 평가 결과와 비교하여 20%이상 악화된 경우 인정함. ② 마지막 평가 자료가 없으면 최초 투여 인정기준에 해당 시 인정함. <p>다. 평가 시점에 의학적 사유(감염 등)로 평가하지 못한 경우는 4주 이내에 평가 하여야 함.</p> <p style="text-align: right;">(2011. 3. 1. 진료분 부터)</p>
<p>[심사지침] 폐계면활성제(Lung surfactant) 주사제의 인정기준</p>	<p>신생아 호흡곤란증후군 상병에 lung surfactant 주사제를 투여하여야 하는 환자상태와 적정 투여시기에 대하여는 아래와 같이 심사함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 1차 투여</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ 투여시기 : 출생 후 RDS가 발생되어 진단된 시기 <ul style="list-style-type: none"> - 최초 투여 시기는 생후 8시간 이내가 바람직함 - 다만, 환아의 이송시간이 소요된 경우나 최초 임상 기준의 발현이 늦게 나타난 경우에는 8시간 이후에도 투여가 가능함 <p>나. 2차 투여</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ 환자상태 <ul style="list-style-type: none"> - 1차 투여 후에 RDS가 호전되었다가 재발되어 임상 기준을 보이는 경우 - 1차 투여 후에 RDS가 지속되어 임상기준을 보이는 경우 ◦ 투여시기: 1차 투여 6시간 이후부터 생후 48시간 이내

구 분	세부인정기준 및 방법
	<p>다. 3차 투여 이상(진료의사의 투여소견서 첨부)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ 환자상태 <ul style="list-style-type: none"> - 전회 투여 후에 RDS가 호전되었다가 재발되어 임상 기준을 보이는 경우 - 전회 투여 후에 RDS가 지속되어 임상기준을 보이는 경우 ※ RDS의 재발이나 지속에 관련되는 질환(예: 폐부종, 동맥관 개존, 폐출혈, 폐렴, 기타질환)의 동반 시 이에 대한 치료는 병행되어야 함 ◦ 투여시기: 전회 투여 6시간 이후부터 생후 96시간 이내 <p style="text-align: right;">(2011. 3. 1. 진료분 부터)</p>

부 록

부

록

[부록 1]

의약품 병용금지 성분 등의 지정에 관한 규정

식품의약품안전처 고시 제2022-49호(2022. 6. 30.)

□ 병용금지 성분(제4조 관련)

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
1	acemetacin	diflunisal	
2	acemetacin	methotrexate (분류번호 : 421)	methotrexate 1주에 15mg 이상 투여 시
3	acetazolamide	methazolamide	
4	acetazolamide	topiramate	
5	acitretin	doxycycline	
6	acitretin	methotrexate	
7	acitretin	minocycline	
8	acitretin	oxytetracycline	
9	acitretin	tetracycline	
10	adefovir	emtricitabine + tenofovir	
11	adefovir	tenofovir	
12	alfacalcidol	calcifediol	
13	alfacalcidol	calcitriol	
14	alfacalcidol	calcitriol + alendronate	
15	alfacalcidol	paricalcitol	
16	almotriptan	anhydrous caffeine + ergotamine	
17	almotriptan	frovatriptan	24시간 이내 병용금지
18	almotriptan	naratriptan	
19	almotriptan	sumatriptan	
20	almotriptan	zolmitriptan	
21	alprazolam	itraconazole	
22	alprazolam	ketoconazole	
23	altretamine	pyridoxine	
24	amantadine	bromperidol	
25	amantadine	chlorpromazine	
26	amantadine	perphenazine	
27	amantadine	dronedarone	
28	amantadine	mizolastine	
29	amantadine	pimozide	
30	amantadine	toremifene	

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
31	amiloride	spironolactone	
32	amiloride	triamterene	
33	aminocaproic acid	thrombin	
34	amiodarone	erythromycin(정맥주사용)	
35	amiodarone	mizolastine	
36	amiodarone	pentamidine(비경구형)	
37	amiodarone	quinidine	
38	amiodarone	ritonavir	
39	amiodarone	sotalol	
40	amiodarone	sparfloxacin	
41	amiodarone	amantadine	
42	amiodarone	amitriptyline	
43	amiodarone	dolasetron	
44	amiodarone	dronedarone	
45	amiodarone	imipramine	
46	amiodarone	nortriptyline	
47	amiodarone	pimozide	
48	amiodarone	toremifene	
49	amisulpride	amiodarone	
50	amisulpride	bromocriptine	
51	amisulpride	pramipexole	
52	amitriptyline	moclobemide	
53	amitriptyline	selegiline	
54	amoxapine	selegiline	
55	amrinone (inamrinone)	dobutamine	
56	anastrozole	estrogen	
57	anastrozole	tamoxifen	
58	anhydrous caffeine + ergotamine	roxithromycin	
59	anhydrous caffeine + ergotamine	atazanavir	
60	anhydrous caffeine + ergotamine	clarithromycin	
61	anhydrous caffeine + ergotamine	erythromycin	
62	anhydrous caffeine + ergotamine	frovatriptan	24시간 이내 병용금지
63	anhydrous caffeine + ergotamine	indinavir	
64	anhydrous caffeine + ergotamine	itraconazole	
65	anhydrous caffeine + ergotamine	lopinavir + ritonavir	
66	anhydrous caffeine + ergotamine	nelfinavir	
67	anhydrous caffeine + ergotamine	ritonavir	
68	anhydrous caffeine + ergotamine	sumatriptan	

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
69	anhydrous caffeine + ergotamine	voriconazole	
70	anhydrous caffeine + ergotamine	zolmitriptan	24시간 이내 병용금지
71	apraclonidine	moclobemide	
72	apraclonidine	selegiline	
73	articaine + epinephrine	amoxapine	
74	aspirin	methotrexate	methotrexate 1주에 15mg 이상 투여 시
75	aspirin + dipyridamole	methotrexate (분류번호 : 421)	methotrexate 1주에 15mg 이상 투여 시
76	atazanavir	dihydroergotamine	
77	atazanavir	ergotamine	
78	atazanavir	lovastatin	
79	atazanavir	methylethergometrine(methylethergonovine)	
80	atazanavir	pimozide	
81	atazanavir	simvastatin	
82	atazanavir	irinotecan	
83	atomoxetine	moclobemide	
84	atomoxetine	selegiline	
85	atorvastatin	itraconazole	
86	atorvastatin	ketoconazole	
87	auranofin	hydroxychloroquine	
88	avanafil	atazanavir	
89	avanafil	chloramphenicol	
90	avanafil	clarithromycin	
91	avanafil	cobicistat + elvitegravir + emtricitabine + tenofovir	
92	avanafil	darunavir	
93	avanafil	indinavir	
94	avanafil	isosorbide dinitrate	
95	avanafil	isosorbide mononitrate	
96	avanafil	itraconazole	
97	avanafil	lopinavir + ritonavir	
98	avanafil	mirodenafil	
99	avanafil	molsidomine	
100	avanafil	nelfinavir	
101	avanafil	nicardipine	
102	avanafil	nicorandil	
103	avanafil	nitroglycerin	

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
104	avanafil	nitroprusside	
105	avanafil	posaconazole	
106	avanafil	ritonavir	
107	avanafil	sildenafil	
108	avanafil	tadalafil	
109	avanafil	udenafil	
110	avanafil	vardenafil	
111	avanafil	voriconazole	
112	azithromycin	anhydrous caffeine + ergotamine	
113	benserazide + levodopa	halothane	
114	blonanserin	lopinavir + ritonavir	
115	blonanserin	nelfinavir	
116	bosentan	tacrolimus (분류번호 : 142)	
117	brimonidine	moclobemide	
118	brimonidine	selegiline	
119	bromperidol	bromocriptine	
120	bromperidol	epinephrine	
121	buprenorphine	morphine	
122	buspirone	moclobemide	
123	buspirone	selegiline	
124	calcifediol	calcitriol + alendronate	
125	calcifediol	paricalcitol	
126	calcitriol	calcifediol	
127	calcitriol	paricalcitol	
128	carbamazepine	moclobemide	
129	carbamazepine	selegiline	
130	carbamazepine	voriconazole	
131	chlorpromazine	epinephrine	
132	chlorprothixene	epinephrine	
133	chlorthalidone	lithium carbonate	
134	citalopram	moclobemide	
135	citalopram	pimozide	
136	clarithromycin	mizolastine	
137	clarithromycin	pimozide	
138	clenbuterol	epinephrine	소생 등의 위급상황 제외
139	clenbuterol	norepinephrine	소생 등의 응급상황 제외
140	clomipramine	moclobemide	

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
141	clomipramine	selegiline	
142	cyclosporine	tacrolimus	
143	dapoxetine	moclobemide	
144	dapoxetine	nelfinavir	
145	dapoxetine	selegiline	
146	dapoxetine	sumatriptan	
147	darunavir	anhydrous caffeine + ergotamine	
148	darunavir	dihydroergotamine	
149	dexamethasone	sparfloxacin	
150	dexketoprofen	ciprofloxacin	
151	dexketoprofen	methotrexate (분류번호 : 421)	methotrexate 1주에 15mg 이상 투여 시
152	diethylpropion	mazindol	
153	diethylpropion	moclobemide	
154	diethylpropion	phendimetrazine	
155	diethylpropion	phentermine	
156	diethylpropion	selegiline	
157	diflunisal	indometacin	
158	dihydroergotamine	almotriptan	24시간 이내 병용금지
159	dihydroergotamine	anhydrous caffeine + ergotamine	24시간 이내 병용금지
160	dihydroergotamine	azithromycin	
161	dihydroergotamine	clarithromycin	
162	dihydroergotamine	frovatriptan	24시간 이내 병용금지
163	dihydroergotamine	lopinavir + ritonavir	
164	dihydroergotamine	posaconazole	
165	dihydroergotamine	telithromycin	
166	dihydroergotamine	efavirenz	
167	dihydroergotamine	erythromycin	
168	dihydroergotamine	indinavir	
169	dihydroergotamine	itraconazole	
170	dihydroergotamine	nelfinavir	
171	dihydroergotamine	ritonavir	
172	dihydroergotamine	roxithromycin	
173	dihydroergotamine	sumatriptan	
174	dihydroergotamine	voriconazole	
175	dihydroergotamine	zolmitriptan	
176	divalproex	meropenem	
177	dothiepin	moclobemide	

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
178	dothiepin	selegiline	
179	doxepin	moclobemide	
180	doxepin	selegiline	
181	doxycycline	isotretinoin	
182	<삭제>		
183	dronedarone	amitriptyline	
184	dronedarone	dolasetron	
185	dronedarone	imipramine	
186	dronedarone	nortriptyline	
187	dronedarone	toremifene	
188	efavirenz	anhydrous caffeine + ergotamine	
189	efavirenz	midazolam	
190	efavirenz	voriconazole	
191	ephedrine	moclobemide	
192	ephedrine	epinephrine	소생 등의 위급상황 제외
193	ephedrine	selegiline	
194	ephedrine	norepinephrine	소생 등의 응급상황 제외
195	ergotamine	indinavir	
196	ergotamine	itraconazole	
197	ergotamine	nelfinavir	
198	ergotamine	ritonavir	
199	ergotamine	voriconazole	
200	erythromycin	lovastatin	
201	erythromycin	chloramphenicol	
202	erythromycin	clindamycin	
203	erythromycin	lincomycin	
204	erythromycin	mizolastine	
205	erythromycin	pimozide	
206	esomeprazole	atazanavir	
207	ezetimibe + simvastatin	atazanavir	
208	ezetimibe + simvastatin	darunavir	
209	ezetimibe + simvastatin	erythromycin (분류번호 : 614, 615)	분류번호 : 614, 615 중 경구제와 주사제 등 전신제제에 한함
210	ezetimibe + simvastatin	indinavir	
211	ezetimibe + simvastatin	Itraconazole	
212	ezetimibe + simvastatin	ketoconazole (분류번호 : 629, 641)	
213	ezetimibe + simvastatin	lopinavir + ritonavir	

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
214	ezetimibe + simvastatin	nelfinavir	
215	ezetimibe + simvastatin	telithromycin	
216	fenoterol	epinephrine	소생 등의 위급상황 제외
217	fenoterol	norepinephrine	소생 등의 응급상황 제외
218	flecainide	mizolastine	
219	fluconazole	anhydrous caffeine + ergotamine	
220	fluconazole	dihydroergotamine	
221	fluconazole	triazolam	
222	fluoxetine	moclobemide	
223	fluvoxamine	moclobemide	
224	fluvoxamine	selegiline	
225	fluvoxamine	tizanidine	
226	formoterol	epinephrine	소생 등의 위급상황 제외
227	formoterol	norepinephrine	소생 등의 응급상황 제외
228	gentamicin	furosemide	
229	glibenclamide	bosentan	
230	gliclazide	miconazole	
231	glipizide	miconazole	
232	haloperidol	epinephrine	
233	hemocoagulase	thrombin	
234	hexoprenaline	norepinephrine	소생 등의 응급상황 제외
235	hexoprenaline	epinephrine	소생 등의 위급상황 제외
236	hydrochlorothiazide	erythromycin(정맥주사용)	
237	hydrocortisone	sparfloxacin	
238	ibuprofen	methotrexate	methotrexate 1주에 20mg 이상 투여 시
239	ilaprazole	atazanavir	
240	imipramine	moclobemide	
241	imipramine	selegiline	
242	indinavir	amiodarone	
243	indinavir	lovastatin	
244	indinavir	midazolam	
245	indinavir	rifampicin (rifampin)	
246	indometacin(경구)	triamterene	
247	iobitridol	metformin	48시간 이내 병용금지
248	iodixanol	metformin	48시간 이내 병용금지
249	iohexol	metformin	48시간 이내 병용금지
250	iomeprol	metformin	48시간 이내 병용금지

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
251	iopamidol	metformin	48시간 이내 병용금지
252	iopromide	metformin	48시간 이내 병용금지
253	iotrolan	metformin	48시간 이내 병용금지
254	ioversol	metformin	48시간 이내 병용금지
255	ioxaglate	metformin	48시간 이내 병용금지
256	isoproterenol	epinephrine	쇼생 등의 위급상황 제외
257	isosorbide dinitrate	sildenafil	
258	isosorbide mononitrate	sildenafil	
259	isotretinoin	minocycline	
260	isotretinoin	oxytetracycline	
261	isotretinoin	tetracycline	
262	isotretinoin	tretinoin	
263	itraconazole	lovastatin	
264	itraconazole	methylethergometrine(methylethergonovine)	
265	itraconazole	midazolam(경구용)	
266	itraconazole	pimozide	
267	itraconazole	quinidine	
268	itraconazole	simvastatin	
269	itraconazole	triazolam	
270	itraconazole	vardeafil	75세 이상 남성
271	ketoconazole	lovastatin	
272	ketoconazole	midazolam(경구용)	
273	ketoconazole	triazolam	
274	ketoconazole	isoniazid	
275	ketoconazole	rifampicin	
276	ketoprofen	ciprofloxacin	
277	ketoprofen (분류번호 : 114)	methotrexate (분류번호 : 421)	methotrexate 1주에 15mg 이상 투여 시
278	ketorolac	aceclofenac	
279	ketorolac	acemetacin	
280	ketorolac	aspirin	
281	ketorolac	celecoxib	
282	ketorolac	clonixin	
283	ketorolac	dexibuprofen	
284	ketorolac	dexketoprofen	
285	ketorolac	diclofenac	
286	ketorolac	diflunisal	

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
287	ketorolac	etodolac	
288	ketorolac	etofenamate	
289	ketorolac	fenoprofen	
290	ketorolac	flufenamic acid	
291	ketorolac	flurbiprofen	
292	ketorolac	ibuprofen	
293	ketorolac	indometacin	
294	ketorolac	ketoprofen	
295	ketorolac	lornoxicam	
296	ketorolac	loxoprofen	
297	ketorolac	meclofenamate	
298	ketorolac	mefenamic acid	
299	ketorolac	meloxicam	
300	ketorolac	nabumetone	
301	ketorolac	naproxen	
302	ketorolac	nimesulide	
303	ketorolac	oxaprozin	
304	ketorolac	pentoxifylline	
305	ketorolac	piroxicam	
306	ketorolac	pranoprofen	
307	ketorolac	salsalate	
308	ketorolac	sulindac	
309	ketorolac	tenoxicam	
310	ketorolac	tiaprofenic acid	
311	ketorolac	zaltoprofen	
312	lansoprazole	atazanavir	
313	levomepromazine	moclobemide	
314	levomepromazine	selegiline	
315	lovastatin	darunavir	
316	lovastatin	lopinavir + ritonavir	
317	lovastatin	telithromycin	
318	mazindol	moclobemide	
319	mazindol	selegiline	
320	meloxicam	methotrexate (분류번호 : 421)	methotrexate 1주에 15mg 이상 투여 시
321	melphalan	nalidixic acid	
322	menatetrenon	warfarin	
323	metacycline	acitretin	

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
324	metacycline	isotretinoin	
325	metacycline	tretinoin	
326	metformin	iodised oil	48시간 이내 병용금지
327	metformin + glibenclamide	iobitridol	48시간 이내 병용금지
328	metformin + glibenclamide	iodised oil	48시간 이내 병용금지
329	metformin + glibenclamide	iodixanol	48시간 이내 병용금지
330	metformin + glibenclamide	iohexol	48시간 이내 병용금지
331	metformin + glibenclamide	iomeprol	48시간 이내 병용금지
332	metformin + glibenclamide	iopamidol	48시간 이내 병용금지
333	metformin + glibenclamide	iopromide	48시간 이내 병용금지
334	metformin + glibenclamide	iotrolan	48시간 이내 병용금지
335	metformin + glibenclamide	ioversol	48시간 이내 병용금지
336	metformin + glibenclamide	ioxaglic acid	48시간 이내 병용금지
337	metformin + gliclazide	iobitridol	48시간 이내 병용금지
338	metformin + gliclazide	iodised oil	48시간 이내 병용금지
339	metformin + gliclazide	iodixanol	48시간 이내 병용금지
340	metformin + gliclazide	iohexol	48시간 이내 병용금지
341	metformin + gliclazide	iomeprol	48시간 이내 병용금지
342	metformin + gliclazide	iopamidol	48시간 이내 병용금지
343	metformin + gliclazide	iopromide	48시간 이내 병용금지
344	metformin + gliclazide	iotrolan	48시간 이내 병용금지
345	metformin + gliclazide	ioversol	48시간 이내 병용금지
346	metformin + gliclazide	ioxaglic acid	48시간 이내 병용금지
347	metformin + glimepiride	iobitridol	48시간 이내 병용금지
348	metformin + glimepiride	iodised oil	48시간 이내 병용금지
349	metformin + glimepiride	iodixanol	48시간 이내 병용금지
350	metformin + glimepiride	iohexol	48시간 이내 병용금지
351	metformin + glimepiride	iomeprol	48시간 이내 병용금지
352	metformin + glimepiride	iopamidol	48시간 이내 병용금지
353	metformin + glimepiride	iopromide	48시간 이내 병용금지
354	metformin + glimepiride	iotrolan	48시간 이내 병용금지
355	metformin + glimepiride	ioversol	48시간 이내 병용금지
356	metformin + glimepiride	ioxaglic acid	48시간 이내 병용금지
357	metformin + pioglitazone	iobitridol	48시간 이내 병용금지
358	metformin + pioglitazone	iodised oil	48시간 이내 병용금지
359	metformin + pioglitazone	iodixanol	48시간 이내 병용금지
360	metformin + pioglitazone	iohexol	48시간 이내 병용금지
361	metformin + pioglitazone	iomeprol	48시간 이내 병용금지

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
362	metformin + pioglitazone	iopamidol	48시간 이내 병용금지
363	metformin + pioglitazone	iopromide	48시간 이내 병용금지
364	metformin + pioglitazone	iotrolan	48시간 이내 병용금지
365	metformin + pioglitazone	ioversol	48시간 이내 병용금지
366	metformin + pioglitazone	ioxaglic acid	48시간 이내 병용금지
367	metformin + rosiglitazone	iobitridol	48시간 이내 병용금지
368	metformin + rosiglitazone	iodised oil	48시간 이내 병용금지
369	metformin + rosiglitazone	iodixanol	48시간 이내 병용금지
370	metformin + rosiglitazone	iohexol	48시간 이내 병용금지
371	metformin + rosiglitazone	iomeprol	48시간 이내 병용금지
372	metformin + rosiglitazone	iopamidol	48시간 이내 병용금지
373	metformin + rosiglitazone	iopromide	48시간 이내 병용금지
374	metformin + rosiglitazone	iotrolan	48시간 이내 병용금지
375	metformin + rosiglitazone	ioversol	48시간 이내 병용금지
376	metformin + rosiglitazone	ioxaglic acid	48시간 이내 병용금지
377	metformin + sitagliptin	iobitridol	48시간 이내 병용금지
378	metformin + sitagliptin	iodised oil	48시간 이내 병용금지
379	metformin + sitagliptin	iodixanol	48시간 이내 병용금지
380	metformin + sitagliptin	iohexol	48시간 이내 병용금지
381	metformin + sitagliptin	iomeprol	48시간 이내 병용금지
382	metformin + sitagliptin	iopamidol	48시간 이내 병용금지
383	metformin + sitagliptin	iopromide	48시간 이내 병용금지
384	metformin + sitagliptin	iotrolan	48시간 이내 병용금지
385	metformin + sitagliptin	ioversol	48시간 이내 병용금지
386	metformin + sitagliptin	ioxaglic acid	48시간 이내 병용금지
387	metformin + vildagliptin	iobitridol	48시간 이내 병용금지
388	metformin + vildagliptin	iodised oil	48시간 이내 병용금지
389	metformin + vildagliptin	iodixanol	48시간 이내 병용금지
390	metformin + vildagliptin	iohexol	48시간 이내 병용금지
391	metformin + vildagliptin	iomeprol	48시간 이내 병용금지
392	metformin + vildagliptin	iopamidol	48시간 이내 병용금지
393	metformin + vildagliptin	iopromide	48시간 이내 병용금지
394	metformin + vildagliptin	iotrolan	48시간 이내 병용금지
395	metformin + vildagliptin	ioversol	48시간 이내 병용금지
396	metformin + vildagliptin	ioxaglic acid	48시간 이내 병용금지
397	methoxyphenamine	epinephrine (분류번호 : 245)	소생 등의 응급상황 제외
398	methoxyphenamine	norepinephrine	소생 등의 응급상황 제외

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
399	methylergometrine (methylergonovine)	nelfinavir	
400	methylergometrine (methylergonovine)	ritonavir	
401	methylergometrine (methylergonovine)	sumatriptan	
402	methylergometrine (methylergonovine)	zolmitriptan	
403	methylphenidate	moclobemide	
404	methylphenidate	selegiline	
405	methylprednisolone	sparfloxacin	
406	metolazone	lithium	
407	metronidazole + spiramycin	mizolastine	
408	midazolam(경구)	atazanavir	
409	midazolam(경구)	darunavir	
410	midazolam(경구)	lopinavir + ritonavir	
411	midazolam(경구)	nelfinavir	
412	midazolam(경구)	ritonavir	
413	midecamycin	anhydrous caffeine + ergotamine	
414	midecamycin	dihydroergotamine	
415	<삭제>		
416	<삭제>		
417	minocycline	tretinoin	
418	mirodenafil	isosorbide dinitrate	
419	mirodenafil	isosorbidedemononitrate	
420	mirodenafil	molsidomine	
421	mirodenafil	nicorandil	
422	mirodenafil	nitroglycerin	
423	mirodenafil	nitroprusside	
424	mirodenafil	tadalafil	
425	mirodenafil	udenafil	
426	mirodenafil	vardenafil	
427	mirtazapine	moclobemide	
428	mirtazapine	selegiline	
429	mizolastine	roxithromycin	
430	mizolastine	metronidazole	
431	moclobemide	dextromethorphan	
432	moclobemide	morphine	
433	moclobemide	nortriptyline	

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
434	moclobemide	paroxetine	
435	moclobemide	pethidine(meperidine)	
436	moclobemide	pseudoephedrine + triprolidine	
437	moclobemide	selegiline	
438	moclobemide	sertraline	
439	moclobemide	sumatriptan	
440	moclobemide	tramadol	
441	moclobemide	venlafaxine	
442	molsidomine	sildenafil	
443	naratriptan	sumatriptan	
444	naratriptan	zolmitriptan	
445	naratriptan	frovatriptan	24시간 이내 병용금지
446	nelfinavir	amiodarone	
447	nelfinavir	lovastatin	
448	nelfinavir	quinidine	
449	nelfinavir	rifampicin(rifampin)	
450	netilmicin	furosemide	
451	nicorandil	sildenafil	
452	nisoldipine	itraconazole	
453	nisoldipine	ketoconazole	
454	norepinephrine	isoproterenol	
455	nortriptyline	selegiline	
456	octreotide	bromocriptine	
457	omeprazole	atazanavir	
458	oxapium iodide	sodium iodide(131I)	1주 이내 병용금지
459	oxatomide	atropine	
460	pantoprazole	atazanavir	
461	paricalcitol	calcitriol + alendronate	
462	paroxetine	selegiline	
463	pentamidine	amisulpride	
464	pentamidine	zalcitabine	
465	perphenazine	epinephrine	
466	pethidine(meperidine)	selegiline	
467	phendimetrazine	mazindol	
468	phendimetrazine	moclobemide	
469	phendimetrazine	phentermine	
470	phendimetrazine	selegiline	
471	phentermine	mazindol	

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
472	phentermine	moclobemide	
473	phentermine	selegiline	
474	pimozide	amitriptyline	
475	pimozide	dronedarone	
476	pimozide	escitalopram	
477	pimozide	fluoxetine	
478	pimozide	fluvoxamine	
479	pimozide	imipramine	
480	pimozide	mizolastine	
481	pimozide	nortriptyline	
482	pimozide	paroxetine	
483	pimozide	posaconazole	
484	pimozide	quinidine	
485	pimozide	ritonavir	
486	pimozide	sertraline	
487	pimozide	telithromycin	
488	pimozide	toremifene	
489	pimozide	voriconazole	
490	piroxicam	methotrexate (분류번호 : 421)	methotrexate 1주에 15mg 이상 투여시
491	posaconazole	anhydrous caffeine + ergotamine	
492	posaconazole	lovastatin	
493	posaconazole	simvastatin	
494	potassium chloride	amiloride	
495	potassium chloride	spironolactone	
496	potassium citrate	amiloride	
497	prednisolone	sparfloxacin	
498	procaterol	epinephrine	소생 등의 위급상황 제외
499	procaterol	norepinephrine	소생 등의 응급상황 제외
500	proglumetacin	diflunisal	
501	pseudoephedrine	moclobemide	
502	pseudoephedrine	selegiline	
503	quazepam	ritonavir	
504	quinidine	voriconazole	
505	quinidine	azithromycin	
506	quinidine	clarithromycin	
507	quinidine	darunavir	
508	quinidine	erythromycin	

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
509	quinidine	fluconazole	
510	quinidine	indinavir	
511	quinidine	josamycin	
512	quinidine	ketoconazole	
513	quinidine	lopinavir + ritonavir	
514	quinidine	posaconazole	
515	quinidine	roxithromycin	
516	quinidine	spiramycin	
517	quinidine	telithromycin	
518	quinupramine	moclobemide	
519	quinupramine	selegiline	
520	rabeprazole	atazanavir	
521	repaglinide	gemfibrozil	
522	revaprazan	atazanavir	
523	rifampicin	isradipine	
524	rifampicin	nifedipine	
525	rifampicin	nisoldipine	
526	rifampicin(rifampin)	voriconazole	
527	ritonavir	blonanserin	
528	ritonavir	flecainide	
529	ritonavir	lovastatin	
530	ritonavir	quinidine	
531	roxithromycin	pimozide	
532	salbutamol	epinephrine (분류번호 : 245)	소생 등의 위급상황 제외
533	salbutamol	norepinephrine	소생 등의 응급상황 제외
534	selegiline	bupropion	
535	selegiline	cyclobenzaprine	
536	selegiline	dextromethorphan	
537	selegiline	fluoxetine	
538	selegiline	morphine	
539	selegiline	sertraline	
540	selegiline	sumatriptan	
541	selegiline	tramadol	
542	selegiline	venlafaxine	
543	sibutramine	diethylpropion	
544	sibutramine	mazindol	
545	sibutramine	phendimetrazine	

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
546	sibutramine	phentermine	
547	sildenafil	indinavir	
548	sildenafil	lopinavir + ritonavir	
549	sildenafil	ritonavir	
550	sildenafil	mirodenafil	
551	sildenafil	nitroglycerin	
552	sildenafil	nitroprusside	
553	sildenafil	tadalafil	
554	sildenafil	udenafil	
555	sildenafil	vardenafil	
556	simvastatin	clarithromycin	
557	simvastatin	darunavir	
558	simvastatin	erythromycin	
559	simvastatin	indinavir	
560	simvastatin	ketoconazole	
561	simvastatin	lopinavir + ritonavir	
562	simvastatin	nelfinavir	
563	simvastatin	ritonavir	
564	simvastatin	telithromycin	
565	spiramycin	mizolastine	
566	spironolactone	triamterene	
567	sumatriptan	clomipramine	
568	sumatriptan	ergotamine	
569	sumatriptan	lithium carbonate	
570	sumatriptan	zolmitriptan	
571	tacrolimus	amiloride	
572	tacrolimus	spironolactone	
573	tadalafil	isosorbide dinitrate	
574	tadalafil	isosorbide mononitrate	
575	tadalafil	molsidomine	
576	tadalafil	nicorandil	
577	tadalafil	nitroglycerin	
578	tadalafil	nitroprusside	
579	telithromycin	anhydrous caffeine + ergotamine	
580	telithromycin	amiodarone	
581	tenoxicam	methotrexate	methotrexate 1주에 20mg 이상 투여 시

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
582	terbutaline	norepinephrine	소생 등의 응급상황 제외
583	terbutaline	epinephrine	소생 등의 위급상황 제외
584	thiothixene	bromocriptine	
585	tiaprofenic acid(tiaprofenate)	methotrexate (분류번호 : 421)	methotrexate 1주에 15mg 이상 투여 시
586	tizanidine	ciprofloxacin	
587	tranexamic acid	thrombin	
588	tretinoin	doxycycline	
589	tretinoin	oxytetracycline	
590	tretinoin	tetracycline	
591	triazolam	erythromycin	
592	triazolam	josamycin	
593	trifluoperazine	epinephrine	
594	tulobuterol	epinephrine (분류번호 : 245)	소생 등의 응급상황 제외
595	tulobuterol	norepinephrine	소생 등의 응급상황 제외
596	udenafil	isosorbide dinitrate	
597	udenafil	isosorbide mononitrate	
598	udenafil	molsidomine	
599	udenafil	nicorandil	
600	udenafil	nitroglycerin	
601	udenafil	nitroprusside	
602	udenafil	tadalafil	
603	<삭제>		
604	<삭제>		
605	valproic acid(valproate)	imipenem + cilastatin	
606	valproic acid(valproate)	meropenem	
607	valproic acid(valproate)	panipenem + betamipron	
608	vardenafil	amiodarone	
609	vardenafil	atazanavir	
610	vardenafil	cobicistat + elvitegravir + emtricitabine + tenofovir	
611	vardenafil	darunavir	
612	vardenafil	dronedarone	
613	vardenafil	indinavir	
614	vardenafil	lopinavir + ritonavir	
615	vardenafil	nelfinavir	
616	vardenafil	ritonavir	
617	vardenafil	sotalol	

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
618	varafenafil	isosorbide dinitrate	
619	varafenafil	isosorbide mononitrate	
620	varafenafil	molsidomine	
621	varafenafil	nicorandil	
622	varafenafil	nitroglycerin	
623	varafenafil	nitroprusside	
624	varafenafil	tadalafil	
625	varafenafil	udenafil	
626	ziprasidone	dronedarone	
627	ziprasidone	mizolastine	
628	ziprasidone	pimozide	
629	ziprasidone	toremifene	
630	zolmitriptan	moclobemide	
631	zuclopenthixol	epinephrine	
632	cyproterone + ethinyl estradiol	desogestrel + ethinyl estradiol(정제)	
633	cyproterone + ethinyl estradiol	drospirenone + ethinyl estradiol(정제)	
634	cyproterone + ethinyl estradiol	etonogestrel (이식제(피하 삽입))	
635	cyproterone + ethinyl estradiol	etonogestrel + ethinyl estradiol(질내삽입)	
636	cyproterone + ethinyl estradiol	gestodene + ethinyl estradiol(정제)	
637	cyproterone + ethinyl estradiol	levonorgestrel (정제, 이식제(자궁내 삽입))	
638	<삭제>		
639	cyproterone + ethinyl estradiol	levonorgestrel + ethinyl estradiol(정제)	
640	cyproterone + ethinyl estradiol	medroxyprogesterone (주사제)	
641	dexlansoprazole	atazanavir	
642	esomeprazole	nelfinavir	
643	olanzapine(정제)	epinephrine	
644	omeprazole	nelfinavir	
645	agomelatine	fluvoxamine	
646	agomelatine	ciprofloxacin	
647	dabigatran	cyclosporine	
648	dabigatran	dronedarone	

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
649	dabigatran	itraconazole	
650	doripenem	valproic acid(valproate)	
651	<삭제>		
652	<삭제>		
653	doripenem	divalproex	
654	etravirine	carbamazepine	
655	etravirine	phenobarbital	
656	etravirine	phenytoin	
657	etravirine	rifampicin	
658	etravirine	St. john's wort	
659	febuxostat	mercaptopurine	
660	febuxostat	azathioprine	
661	fosaprepitant	pimozide	
662	iguratimod	warfarin	
663	ivabradine	itraconazole	
664	ivabradine	clarithromycin	
665	ivabradine	erythromycin	
666	ivabradine	nelfinavir	
667	ivabradine	ritonavir	
668	rasagiline	moclobemide	
669	rasagiline	selegiline	
670	rasagiline	pethidine(meperidine)	
671	rasagiline	tramadol	
672	rasagiline	cyclobenzaprine	
673	rasagiline	St. john's wort	
674	rilpivirine	carbamazepine	
675	rilpivirine	oxcarbazepine	
676	rilpivirine	phenobarbital	
677	rilpivirine	phenytoin	
678	rilpivirine	fosphenytoin	
679	rilpivirine	rifampicin	
680	rilpivirine	St. john's wort	
681	rilpivirine	omeprazole	
682	rilpivirine	esomeprazole	
683	rilpivirine	lansoprazole	
684	rilpivirine	dexlansoprazole	
685	rilpivirine	pantoprazole	
686	rilpivirine	s-pantoprazole	

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
687	rilpivirine	rabeprazole	
688	rilpivirine	ilaprazole	
689	rilpivirine	revaprazan	
690	rivaroxaban	atazanavir	
691	rivaroxaban	indinavir	
692	rivaroxaban	ritonavir	
693	rivaroxaban	cobicistat + elvitegravir + emtricitabine + tenofovir	
694	rivaroxaban	itraconazole	
695	rivaroxaban	voriconazole	
696	silodosin	clarithromycin	
697	silodosin	itraconazole	
698	silodosin	ritonavir	
699	ticagrelor	clarithromycin	
700	ticagrelor	ritonavir	
701	ticagrelor	atazanavir	
702	tolvaptan	clarithromycin	
703	tolvaptan	itraconazole	
704	tolvaptan	ritonavir	
705	tolvaptan	indinavir	
706	tolvaptan	nelfinavir	
707	domperidone	amiodarone	
708	domperidone	amisulpride	
709	domperidone	anagrelide	
710	domperidone	arsenic trioxide	
711	domperidone	atazanavir	
712	domperidone	azithromycin	
713	domperidone	bedaquiline	
714	domperidone	bepidil	
715	domperidone	bicalutamide	
716	domperidone	boceprevir	
717	domperidone	chlorpromazine	
718	domperidone	ciprofloxacin	
719	domperidone	citalopram	
720	domperidone	clarithromycin	
721	domperidone	darunavir	
722	domperidone	degarelix	
723	domperidone	dolasetron	

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
724	domperidone	dronedarone	
725	domperidone	ebastine	
726	domperidone	ebastine + pseudoephedrine	
727	domperidone	erythromycin	
728	domperidone	escitalopram	
729	domperidone	fingolimod	
730	domperidone	fluconazole	
731	domperidone	granisetron	
732	domperidone	haloperidol	
733	domperidone	indinavir	
734	domperidone	itraconazole	
735	domperidone	ketoconazole	
736	domperidone	levofloxacin	
737	domperidone	mequitazine	
738	domperidone	metoclopramide	
739	domperidone	metoclopramide + pancreatin	
740	domperidone	mizolastine	
741	domperidone	moxifloxacin	
742	domperidone	nelfinavir	
743	domperidone	nilotinib	
744	domperidone	ondansetron	
745	domperidone	oxatomide	
746	domperidone	paliperidone (주사제)	
747	domperidone	pentamidine	
748	domperidone	pilsicainide	
749	domperidone	pimozide	
750	domperidone	posaconazole	
751	domperidone	prucalopride	
752	domperidone	radotinib	
753	domperidone	risperidone (주사제)	
754	domperidone	ritonavir	
755	domperidone	ritonavir + lopinavir	
756	domperidone	sotalol	
757	domperidone	telithromycin	
758	domperidone	toremifene	
759	domperidone	trazodone	
760	domperidone	vandetanib	
761	domperidone	venlafaxine	

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
762	domperidone	voriconazole	
763	domperidone	ziprasidone	
764	lamivudine	emtricitabine + tenofovir	
765	lamivudine	emtricitabine + tenofovir + rilpivirine	
766	lamivudine	emtricitabine + tenofovir + cobicistat + elvitegravir	
767	lamivudine + zidovudine	emtricitabine + tenofovir	
768	lamivudine + zidovudine	emtricitabine + tenofovir + rilpivirine	
769	lamivudine + zidovudine	emtricitabine + tenofovir + cobicistat + elvitegravir	
770	lamivudine + abacavir	emtricitabine + tenofovir	
771	lamivudine + abacavir	emtricitabine + tenofovir + rilpivirine	
772	lamivudine + abacavir	emtricitabine + tenofovir + cobicistat + elvitegravir	
773	xylometazoline	moclobemide	
774	xylometazoline	rasagiline	
775	xylometazoline	selegiline	
776	boceprevir	alfuzosin	
777	boceprevir	amiodarone	
778	boceprevir	dihydroergotamine	
779	boceprevir	doxazosin	
780	boceprevir	ergotamine + anhydrous caffeine	
781	boceprevir	lovastatin	
782	boceprevir	naftopidil	
783	boceprevir	pimozide	
784	boceprevir	propafenone	
785	boceprevir	quetiapine	
786	boceprevir	silodosin	
787	boceprevir	simvastatin	
788	boceprevir	simvastatin + ezetimibe	
789	boceprevir	simvastatin + fenofibrate	
790	boceprevir	tamsulosin	
791	boceprevir	terazosin	
792	boceprevir	triazolam	
793	dolutegravir	pilsicainide	

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
794	emtricitabine + tenofovir + rilpivirine	carbamazepine	
795	emtricitabine + tenofovir + rilpivirine	dexlansoprazole	
796	emtricitabine + tenofovir + rilpivirine	esomeprazole	
797	emtricitabine + tenofovir + rilpivirine	fosphenytoin	
798	emtricitabine + tenofovir + rilpivirine	ilaprazole	
799	emtricitabine + tenofovir + rilpivirine	lansoprazole	
800	emtricitabine + tenofovir + rilpivirine	omeprazole	
801	emtricitabine + tenofovir + rilpivirine	oxcarbazepine	
802	emtricitabine + tenofovir + rilpivirine	pantoprazole	
803	emtricitabine + tenofovir + rilpivirine	s-pantoprazole	
804	emtricitabine + tenofovir + rilpivirine	phenobarbital	
805	emtricitabine + tenofovir + rilpivirine	phenytoin	
806	emtricitabine + tenofovir + rilpivirine	rabeprazole	
807	emtricitabine + tenofovir + rilpivirine	revaprazan	
808	emtricitabine + tenofovir + rilpivirine	rifampicin	
809	emtricitabine + tenofovir + rilpivirine	St. john's wort	
810	desvenlafaxine	moclobemide	
811	desvenlafaxine	selegiline	
812	vortioxetine	moclobemide	
813	vortioxetine	selegiline	
814	etoricoxib	methotrexate	methotrexate 1주에 15mg 이상 투여 시
815	tapentadol	moclobemide	
816	tapentadol	rasagiline	

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
817	tapentadol	selegiline	
818	trastuzumab emtansine	boceprevir	
819	trastuzumab emtansine	clarithromycin	
820	trastuzumab emtansine	atazanavir	
821	trastuzumab emtansine	darunavir	
822	trastuzumab emtansine	indinavir	
823	trastuzumab emtansine	itraconazole	
824	trastuzumab emtansine	nelfinavir	
825	trastuzumab emtansine	posaconazole	
826	trastuzumab emtansine	ritonavir	
827	trastuzumab emtansine	ritonavir + lopinavir	
828	trastuzumab emtansine	voriconazole	
829	trastuzumab emtansine	ketoconazole	
830	duloxetine	fluvoxamine	
831	duloxetine	moclobemide	
832	duloxetine	selegiline	
833	risperidone	epinephrine	
834	diclofenac + misoprostol	ketorolac	
835	quetiapine	epinephrine	
836	diltiazem	ivabradine	
837	verapamil	ivabradine	
838	nitroglycerin	ergotamine + caffeine	소생 등의 위급상황 제외
839	nitroglycerin	dihydroergotamine	소생 등의 위급상황 제외
840	nitroglycerin	riociguat	소생 등의 위급상황 제외
841	avanafil	riociguat	
842	mirodenafil	riociguat	
843	sildenafil	riociguat	
844	tadalafil	riociguat	
845	udenafil	riociguat	
846	vardenafil	riociguat	
847	dextromethorphan	rasagiline	
848	ephedrine	ergotamine + caffeine	
849	ephedrine	dihydroergotamine	
850	pimozide	cobicistat + elvitegravir + emtricitabine + tenofovir	
851	pimozide	cobicistat + atazanavir	
852	pimozide	cobicistat + darunavir	
853	pimozide	darunavir	

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
854	pimozide	indinavir	
855	pimozide	nelfinavir	
856	pimozide	fluconazole	
857	simvastatin	fusidic acid	
858	simvastatin + ezetimibe	fusidic acid	
859	simvastatin + ezetimibe	clarithromycin	
860	simvastatin + ezetimibe	posaconazole	
861	simvastatin + ezetimibe	ritonavir	
862	simvastatin + fenofibrate	clarithromycin	
863	simvastatin + fenofibrate	posaconazole	
864	simvastatin + fenofibrate	ritonavir	
865	simvastatin + fenofibrate	fusidic acid	
866	St. john's wort	abacavir + lamivudine + dolutegravir	
867	St. john's wort	efavirenz	
868	St. john's wort	nevirapine	
869	St. john's wort	indinavir	
870	St. john's wort	nelfinavir	
871	St. john's wort	ritonavir	
872	St. john's wort	ritonavir + lopinavir	
873	asunaprevir	atazanavir	
874	asunaprevir	boceprevir	
875	asunaprevir	bosentan	
876	asunaprevir	carbamazepine	
877	asunaprevir	ceritinib	
878	asunaprevir	clarithromycin	
879	asunaprevir	cobicistat 함유제제	
880	asunaprevir	crizotinib	
881	asunaprevir	cyclosporine	
882	asunaprevir	dabrafenib	
883	asunaprevir	darunavir	
884	asunaprevir	dexamethasone	
885	asunaprevir	diltiazem	
886	asunaprevir	dronedarone	
887	asunaprevir	efavirenz	
888	asunaprevir	enzalutamide	
889	asunaprevir	erythromycin	
890	asunaprevir	etravirine	

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
891	asunaprevir	flecainide	
892	asunaprevir	fluconazole	
893	asunaprevir	fosphenytoin	
894	asunaprevir	gemfibrozil	
895	asunaprevir	imatinib	
896	asunaprevir	indinavir	
897	asunaprevir	itraconazole	
898	asunaprevir	ketoconazole	
899	asunaprevir	lopinavir + ritonavir	
900	asunaprevir	mitotane	
901	asunaprevir	modafinil	
902	asunaprevir	nafcillin	
903	asunaprevir	nelfinavir	
904	asunaprevir	nevirapine	
905	asunaprevir	nilotinib	
906	asunaprevir	oxcarbazepine	
907	asunaprevir	phenobarbital	
908	asunaprevir	phenytoin	
909	asunaprevir	posaconazole	
910	asunaprevir	primidone	
911	asunaprevir	propafenone	
912	asunaprevir	rifabutin	
913	asunaprevir	rifampicin	
914	asunaprevir	ritonavir	
915	asunaprevir	sirolimus	
916	asunaprevir	St. John's Wort	
917	asunaprevir	verapamil	
918	asunaprevir	voriconazole	
919	daclatasvir	amiodarone	
920	daclatasvir	carbamazepine	
921	daclatasvir	dexamethasone	
922	daclatasvir	enzalutamide	
923	daclatasvir	fosphenytoin	
924	daclatasvir	mitotane	
925	daclatasvir	oxcarbazepine	
926	daclatasvir	phenobarbital	
927	daclatasvir	phenytoin	
928	daclatasvir	primidone	

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
929	daclatasvir	rifabutin	
930	daclatasvir	rifampicin	
931	daclatasvir	St. John's Wort	
932	sofosbuvir	amiodarone	
933	sofosbuvir	carbamazepine	
934	sofosbuvir	fosphenytoin	
935	sofosbuvir	modafinil	
936	sofosbuvir	oxcarbazepine	
937	sofosbuvir	phenobarbital	
938	sofosbuvir	phenytoin	
939	sofosbuvir	primidone	
940	sofosbuvir	rifabutin	
941	sofosbuvir	rifampicin	
942	sofosbuvir	St. John's Wort	
943	ledipasvir + sofosbuvir	amiodarone	
944	ledipasvir + sofosbuvir	carbamazepine	
945	ledipasvir + sofosbuvir	fosphenytoin	
946	ledipasvir + sofosbuvir	modafinil	
947	ledipasvir + sofosbuvir	oxcarbazepine	
948	ledipasvir + sofosbuvir	phenobarbital	
949	ledipasvir + sofosbuvir	phenytoin	
950	ledipasvir + sofosbuvir	primidone	
951	ledipasvir + sofosbuvir	rifabutin	
952	ledipasvir + sofosbuvir	rifampicin	
953	ledipasvir + sofosbuvir	rosuvastatin	
954	ledipasvir + sofosbuvir	St. John's Wort	
955	itraconazole	ticagrelor	
956	omeprazole + sodium bicarbonate	rilpivirin	
957	omeprazole + sodium bicarbonate	emtricitabine + tenofovir + rilpivirin	
958	esomeprazole + naproxen	rilpivirin	
959	esomeprazole + naproxen	emtricitabine + tenofovir + rilpivirin	
960	lansoprazole	nelfinavir	
961	atorvastatin	fusidic acid	
962	atorvastatin + amlodipine	fusidic acid	
963	atorvastatin + ezetimibe	fusidic acid	
964	atorvastatin + irbesartan	fusidic acid	
965	clarithromycin	colchicine	

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
966	hydroxyzine	amiodarone	
967	hydroxyzine	citalopram	
968	hydroxyzine	erythromycin	
969	hydroxyzine	escitalopram	
970	hydroxyzine	haloperidol	
971	hydroxyzine	levofloxacin	
972	hydroxyzine	mefloquine	
973	hydroxyzine	moxifloxacin	
974	hydroxyzine	pentamidine	
975	hydroxyzine	sotalol	
976	hydroxyzine	toremifene	
977	hydroxyzine	vandetanib	
978	oxymetazoline	amitriptyline	
979	oxymetazoline	amoxapine	
980	oxymetazoline	clomipramine	
981	oxymetazoline	dothiepin (Dosulepin)	
982	oxymetazoline	doxepin	
983	oxymetazoline	imipramine	
984	oxymetazoline	nortriptyline	
985	dabigatran	ketoconazole	
986	dabigatran	carbamazepine	
987	dabigatran	phenytoin	
988	dabigatran	rifampicin	
989	dabigatran	St. John's Wort	
990	dabigatran	rifampicin + isoniazid	
991	dabigatran	rifampicin + isoniazid + pyrazinamide	
992	dabigatran	rifampicin + isoniazid + pyrazinamide + ethambutol	
993	sertraline	linezolid	
994	pantoprazole	nelfinavir	
995	s-pantoprazole	nelfinavir	
996	palbociclib	clarithromycin	
997	palbociclib	itraconazole	
998	palbociclib	ketoconazole	
999	palbociclib	posaconazole	
1000	palbociclib	voriconazole	
1001	palbociclib	indinavir	

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
1002	palbociclib	lopinavir + ritonavir	
1003	palbociclib	nelfinavir	
1004	palbociclib	ritonavir	
1005	palbociclib	carbamazepine	
1006	palbociclib	enzalutamide	
1007	palbociclib	phenytoin	
1008	palbociclib	rifampicin (rifampin)	
1009	palbociclib	St. John's wort	
1010	Elbasvir + Grazoprevir	Carbamazepine	
1011	Elbasvir + Grazoprevir	Efavirenz	
1012	Elbasvir + Grazoprevir	Phenytoin	
1013	Elbasvir + Grazoprevir	Rifampicin (Rifampin)	
1014	Elbasvir + Grazoprevir	St. John's wort	
1015	Elbasvir + Grazoprevir	Atazanavir	
1016	Elbasvir + Grazoprevir	Cyclosporin	
1017	Elbasvir + Grazoprevir	Darunavir	
1018	Elbasvir + Grazoprevir	Lopinavir + Ritonavir	
1019	Ethinylestradiol	Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir	
1020	Ethinylestradiol + Gestodene	Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir	
1021	Ethinylestradiol + Levonorgestrel	Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir	
1022	Ethinylestradiol + Desogestrel	Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir	
1023	Ethinylestradiol + Drospirenone	Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir	
1024	Ethinylestradiol + Cyproterone	Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir	
1025	Methotrexate	Nitrous oxide (N2O)	
1026	Gemfibrozil	Dasabuvir	
1027	Gemfibrozil	Selexipag	
1028	Bupropion + Naltrexone	Diethylpropion	
1029	Bupropion + Naltrexone	Lorcaserin	
1030	Bupropion + Naltrexone	Mazindol	
1031	Bupropion + Naltrexone	Phendimetrazine	
1032	Bupropion + Naltrexone	Phentermine	
1033	Lorcaserin	Diethylpropion	
1034	Lorcaserin	Mazindol	
1035	Lorcaserin	Phendimetrazine	
1036	Lorcaserin	Phentermine	
1037	Haloperidol	Levodopa + Carbidopa	
1038	Haloperidol	Levodopa + Carbidopa + Entacapone	
1039	Haloperidol	Levodopa + Benserazide	

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
1040	Haloperidol	Amiodarone	
1041	Haloperidol	Dronedarone	
1042	Haloperidol	Sotalol	
1043	Haloperidol	Citalopram	
1044	Haloperidol	Escitalopram	
1045	Haloperidol	Azithromycin	
1046	Haloperidol	Clarithromycin	
1047	Haloperidol	Erythromycin	
1048	Haloperidol	Levofloxacin	
1049	Haloperidol	Moxifloxacin	
1050	Haloperidol	Chlorpromazine	
1051	Haloperidol	Levomepromazine	
1052	Haloperidol	Perphenazine	
1053	Haloperidol	Pimozide	
1054	Haloperidol	Ziprasidone	
1055	Haloperidol	Pentamidine	
1056	Haloperidol	Dolasetron	
1057	Haloperidol	Toremifene	
1058	Haloperidol	Vandetanib	
1059	Cobicistat + Elvitegravir + Emtricitabine + Tenofovir	Carbamazepine	
1060	Cobicistat + Elvitegravir + Emtricitabine + Tenofovir	Phenobarbital	
1061	Cobicistat + Elvitegravir + Emtricitabine + Tenofovir	Phenytoin	
1062	Cobicistat + Elvitegravir + Emtricitabine + Tenofovir	Fosphenytoin	
1063	Cobicistat + Elvitegravir + Emtricitabine + Tenofovir	Rifabutin	
1064	Cobicistat + Elvitegravir + Emtricitabine + Tenofovir	Rifampicin (Rifampin)	
1065	Cobicistat + Elvitegravir + Emtricitabine + Tenofovir	St. John's wort	
1066	Cobicistat + Elvitegravir + Emtricitabine + Tenofovir	Alfuzosin	
1067	Cobicistat + Elvitegravir + Emtricitabine + Tenofovir	Amiodarone	
1068	Cobicistat + Elvitegravir + Emtricitabine + Tenofovir	Blonanserin	

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
1069	Cobicistat + Elvitegravir + Emtricitabine + Tenofovir	Dihydroergotamine	
1070	Cobicistat + Elvitegravir + Emtricitabine + Tenofovir	Ergometrine	
1071	Cobicistat + Elvitegravir + Emtricitabine + Tenofovir	Ergotamine + Caffeine	
1072	Cobicistat + Elvitegravir + Emtricitabine + Tenofovir	Lovastatin	
1073	Cobicistat + Elvitegravir + Emtricitabine + Tenofovir	Simvastatin	
1074	Cobicistat + Elvitegravir + Emtricitabine + Tenofovir	Triazolam	
1075	Cobicistat + Elvitegravir + Emtricitabine + Tenofovir	Sildenafil	
1076	Cobicistat + Elvitegravir + Emtricitabine + Tenofovir	Tadalafil	
1077	Radium 223 dichloride	Abiraterone	
1078	Itraconazole	Dronedarone	
1079	Itraconazole	Mizolastine	
1080	Itraconazole	Irinotecan	
1081	Itraconazole	Felodipine	
1082	Itraconazole	Lercanidipine	
1083	Itraconazole	Dapoxetine	
1084	Fluconazole	Erythromycin	
1085	Voriconazole	Rifabutin	
1086	Voriconazole	Phenobarbital	
1087	Voriconazole	Sirolimus	
1088	Voriconazole	St. John's wort	
1089	Posaconazole	Atorvastatin	
1090	Atorvastatin	Cyclosporine	
1091	Simvastatin	Cyclosporine	
1092	Rosuvastatin	Cyclosporine	
1093	Lovastatin	Cyclosporine	
1094	Pitavastatin	Cyclosporine	
1095	Iobitridol	Metformin 함유제제	48시간 이내 병용금지
1096	Iodixanol	Metformin 함유제제	48시간 이내 병용금지
1097	Iohexol	Metformin 함유제제	48시간 이내 병용금지
1098	Iomeprol	Metformin 함유제제	48시간 이내 병용금지
1099	Iopamidol	Metformin 함유제제	48시간 이내 병용금지

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
1100	Iopromide	Metformin 함유제제	48시간 이내 병용금지
1101	Ioversol	Metformin 함유제제	48시간 이내 병용금지
1102	Iodised oil	Metformin 함유제제	48시간 이내 병용금지
1103	Haloperidol	Gemifloxacin	
1104	Pseudoephedrine	Rasagiline	
1105	Dexbrompheniramine + Pseudoephedrine	Rasagiline	
1106	Gimeracil + Oteracil + Tegafur	Fluorouracil (5-Fluorouracil, 5-FU)	
1107	Gimeracil + Oteracil + Tegafur	Capecitabine	
1108	Gimeracil + Oteracil + Tegafur	Doxifluridine	
1109	Sulfamethoxazole + Trimethoprim	Methotrexate	
1110	Glecaprevir + Pibrentasvir	Atazanavir	
1111	Glecaprevir + Pibrentasvir	Atorvastatin	
1112	Glecaprevir + Pibrentasvir	Simvastatin	
1113	Glecaprevir + Pibrentasvir	Carbamazepine	
1114	Glecaprevir + Pibrentasvir	Phenytoin	
1115	Glecaprevir + Pibrentasvir	Rifampicin(Rifampin)	
1116	Glecaprevir + Pibrentasvir	St. John's wort	
1117	Letermovir	Pimozide	
1118	Letermovir	Ergotamine + Caffeine	
1119	Letermovir	Methylergometrine	
1120	Netupitant + Palonosetron	Rifampicin(Rifampin)	
1121	Tegoprazan	Atazanavir	
1122	Tegoprazan	Rilpivirine	
1123	Tegoprazan	Rilpivirine + Dolutegravir	
1124	Hydroxychloroquine	Amiodarone	
1125	Nirmatrelvir + Ritonavir	Amiodarone 함유제제	
1126	Nirmatrelvir + Ritonavir	Ergotamine 함유제제	
1127	Nirmatrelvir + Ritonavir	Pimozide 함유제제	
1128	Nirmatrelvir + Ritonavir	Sildenafil 함유제제	
1129	Nirmatrelvir + Ritonavir	Simvastatin 함유제제	12시간 이내 병용금지
1130	Nirmatrelvir + Ritonavir	St. john's wort 함유제제	
1131	Nirmatrelvir + Ritonavir	Flecainide 함유제제	
1132	Nirmatrelvir + Ritonavir	Lovastatin 함유제제	12시간 이내 병용금지
1133	Nirmatrelvir + Ritonavir	Alfuzocin 함유제제	
1134	Nirmatrelvir + Ritonavir	Pethidine 함유제제	
1135	Nirmatrelvir + Ritonavir	Piroxicam 함유제제	

연번	유효성분 '1'	유효성분 '2'	비고
1136	Nirmatrelvir + Ritonavir	Ranolazine 함유제제	
1137	Nirmatrelvir + Ritonavir	Dronedaronone 함유제제	
1138	Nirmatrelvir + Ritonavir	Colchicine 함유제제	
1139	Nirmatrelvir + Ritonavir	Clozapine 함유제제	
1140	Nirmatrelvir + Ritonavir	Triazolam 함유제제	
1141	Nirmatrelvir + Ritonavir	Carbamazepine 함유제제	
1142	Nirmatrelvir + Ritonavir	Phenobarbital 함유제제	
1143	Nirmatrelvir + Ritonavir	Phenytoin 함유제제	
1144	Nirmatrelvir + Ritonavir	Rifampicin(rifampin) 함유제제	
1145	Nirmatrelvir + Ritonavir	Apalutamide 함유제제	
1146	Nirmatrelvir + Ritonavir	Propafenone 함유제제	
1147	Nirmatrelvir + Ritonavir	Methylergometrine(met hylergonovine) 함유제제	
1148	Divalproex	Mefloquine	
1149	Foscarnet	Pentamidine	
1150	Zinc histidine	D-Penicillamine	
1151	Defibrotide	Alteplase	
1152	Defibrotide	Tenecteplase	
1153	Omidenepag isopropyl	Tafluprost	
1154	Omidenepag isopropyl	Tafluprost + Timolol	
1155	Bictegravir + Emtricitabine + Tenofovir alafenamide	Adefovir dipivoxil	
1156	Bictegravir + Emtricitabine + Tenofovir alafenamide	Lamivudine	
1157	Bictegravir + Emtricitabine + Tenofovir alafenamide	Lamivudine + Abacavir	
1158	Bictegravir + Emtricitabine + Tenofovir alafenamide	Lamivudine + Dolutegravir	
1159	Bictegravir + Emtricitabine + Tenofovir alafenamide	Lamivudine + Zidovudine	
1160	Bictegravir + Emtricitabine + Tenofovir alafenamide	Lamivudine + Abacavir + Dolutegravir	
1161	Ranolazine	Itraconazole	
1162	Doravirine + Lamivudine + Tenofovir disoproxil	Adefovir dipivoxil	

□ 특정 연령대 금기 성분(제5조 관련)

연번	유효성분	연령기준	해당 제형
1	acarbose	18세 이하	정제
2	acetaminophen	12세 미만	서방형제제(encapsulated포함)
3	albendazole	2세 미만	정제, 액제
4	alclometasone	1세 이하	외용제제
5	aloxiprin	14세 이하	정제
6	amisulpride	15세 미만	정제, 시럽제
7	atazanavir	3개월 미만	캡슐제
8	atomoxetine	6세 미만	캡슐제, 시럽제
9	atropine	12세 미만(단1%제제에한함)	점안제
10	azelastine	6세 이하	정제
11	benzonatate	10세 이하	캡슐제
12	benztropine	3세 미만	정제, 주사제
13	bicalutamide	18세 미만	정제
14	brimonidine	2세 미만	점안제
		18세 미만	겔제
15	brimonidine + timolol	2세 미만	점안제
16	butorphanol	18세 이하	주사제
17	capsaicin	2세 미만	외용제제
18	cefetamet	3세 미만	정제, 산제
19	cetirizine	2세 미만	액제
		6세 미만	정제, 캡슐제
20	chlorpromazine	1세 미만	정제
21	chlorprothixene	6세 미만	정제
22	ciprofloxacin	18세 미만	정제, 주사제
23	clemastine	1세 이하	정제, 주사제
24	clobetasol	24개월 미만	외용제제
25	cyclopentolate	1세 미만	점안제(0.5% 이상)
26	cyproheptadine	2세 이하	정제
27	dactinomycin	1세 미만	주사제
28	dexketoprofen	12세 이하	정제, 주사제
29	diazepam	6개월 이하	정제
		4주 미만	벤질알코올 함유한 주사제
30	diclofenac	4주 미만	벤질알코올 함유한 주사제
31	dicyclomine	6개월 이하	정제, 캡슐제
32	diethylpropion	16세 이하	정제
33	dihydrocodeine	12세 이하	정제

연번	유효성분	연령기준	해당 제형
34	dolasetron	18세 이하	주사제
35	doxazosin	12세 이하	정제(서방제제 제외)
36	doxycycline	12세 미만 (다만, 다른 약을 사용할 수 없거나 효과가 없는 경우에만 8세이상 신중 투여)	정제, 캡슐제
37	doxylamine	15세 이하	정제, 산제
38	dutasteride	18세 미만	캡슐제
39	enoxacin	18세 이하	정제
40	etidronate	12세 미만	정제
41	etomidate	2세 미만	주사제
42	fentanyl	2세 미만 18세 미만	주사제 구강정, 박갈정, 설하정, 점비액제, 경피흡수제
43	ferucarbotran	18세 미만	주사제
44	ferumoxide	18세 미만	주사제
45	flurazepam	15세 이하	정제
46	fluticasone	3개월 미만	크림제
47	fusidic acid	4주 미만	주사제
48	gemifloxacin	18세 이하	정제, 주사제
49	hydroxocobalamin	4주 미만	벤질알코올 함유한 주사제
50	ibandronic acid	18세 이하	정제, 주사제
51	isopropyl antipyrine 함유제제	15세 미만	정제
52	ketoprofen	4주 미만	벤질알코올 함유한 주사제
53	ketoprofen 함유 외용제	15세 미만	외용제제 *분류번호:264 (진통, 진양, 수렴, 소염제)
54	ketoprofen	6세 미만	외용제제 *분류번호:231(치과구강용약)
55	ketorolac	16세 이하 2세 미만	정제 주사제
56	levodopa + benserazide	25세 미만	정제, 캡슐제
57	levofloxacin	18세 이하	정제, 주사제
58	lidocaine + prilocaine	3개월 이하	외용제제
59	lindane	3세 미만	외용제제
60	lomefloxacin	18세 이하	정제, 캡슐제
61	loperamide	2세 미만	정제, 캡슐제, 시럽제

연번	유효성분	연령기준	해당 제형
62	loratadine	2세 미만	시럽제
		6세 미만	정제, 캡슐제, 구강붕해필름
63	lorazepam	4주 미만	벤질알코올 함유한 주사제
64	lornoxicam	18세 이하	정제
		18세 이하, 65세 초과	주사제
65	lovastatin	20세 미만	정제
66	mazindol	16세 이하	정제
67	meloxicam	15세 이하	정제, 캡슐제
68	mesalazine	4주 미만	좌제
		2세 미만	정제(장용정제, 서방형장용정제 포함), 과립제
		6세 미만	서방형정제, 서방형 과립제
		12세 미만	외용액제, 포말제
69	metacycline	12세미만 (다만, 다른 약을 사용할 수 없거나 효과가 없는 경우에만 8세이상 신중 투여)	캡슐제
70	methylphenidate	5세 이하	정제, 캡슐제
71	metoclopramide	1세 미만	정제, 주사제
72	metoclopramide + pancreatin	1세 미만	정제
73	metoclopramide + dizet100 + simethicone	1세 미만	정제
74	milnacipran	18세 미만	캡슐제
75	minocycline	12세미만 (다만, 다른 약을 사용할 수 없거나 효과가 없는 경우에만 8세이상 신중 투여)	캡슐제
76	mirodenafil	18세 이하	정제, 구강붕해필름
77	molindone	12세 이하	정제
78	mometasone	2세 이하	크림제, 연고제, 로션제
		24개월 미만	분무제(점비제)
		12세 미만	흡입제
79	moxonidine	18세 미만	정제
80	nalidixic acid	3개월 미만	정제
81	norfloxacin	18세 이하	정제, 캡슐제
82	nortriptyline	18세 이하	정제
83	ofloxacin	18세 이하	정제, 주사제

연번	유효성분	연령기준	해당 제형
84	olanzapine	13세 미만	정제, 주사제
85	oxycodone	18세 미만	정제, 주사제
86	oxytetracycline	12세미만 (다만, 다른 약을 사용할 수 없거나 효과가 없는 경우에만 8세이상 신중 투여)	정제, 캡슐제
87	pefloxacin	15세 이하	정제, 주사제
88	perphenazine	14세 이하	정제, 주사제
89	phendimetrazine	16세 이하	정제
90	phentermine	16세 이하	정제, 캡슐제
91	phenylephrine	4주 미만	점안제 *분류번호:131(안과용제)
92	pimecrolimus	2세 미만	외용제제
93	pipemidic acid	18세 이하	캡슐제
94	piracetam	16세 미만	정제, 캡슐제, 주사제
95	piroxicam	4주 미만	벤질알코올 함유한 주사제
96	polystyrenesulfonatecalcium	1개월 미만	시럽제, 과립제, 겔제, 액제, 산제
97	pyrazinobutazone	14세 이하	캡슐제
98	repaglinide	18세 미만	정제
99	ritodrine	65세 이상, 12세 미만	캡슐제, 주사제
100	sildenafil	18세 이하(다만, 발기부전 치료에 한함)	정제, 세립제, 추정, 구강붕해정, 구강붕해필름, 구강용해필름
101	silversulfadiazine	2개월 미만	외용제제
102	sodiumferricgluconatecomplex	12개월 미만	캡슐제, 액제
103	sodium tetradecyl sulfate	3세 미만	주사제
104	sulfadiazine + trimethoprim	2개월 미만	정제
105	sulfadoxine + pyrimethamine	2개월 미만	정제
106	sulfamethoxazole + trimethoprim	2개월 미만	정제, 시럽제, 주사제
107	sulfasalazine	2세 이하	정제
108	sulfisoxazole	2개월 미만	정제
109	sulfisoxazole+erythromycin	2개월 미만	시럽제
110	tacrolimus	2세 미만	외용제제
111	tadalafil	18세 미만	정제, 구강용해필름, 산제

연번	유효성분	연령기준	해당 제형
112	talniflumate	12세 이하	정제, 캡슐제
113	taurolidine	6세 미만	주사제
114	telbivudine	16세 미만	정제
115	terazosin	12세 이하	정제
116	terbinafine	2세 미만	정제
117	teriparatide(recombinant를 포함)	18세 미만	주사제
118	tetracycline	12세미만 (다만, 다른 약을 사용할 수 없거나 효과가 없는 경우에만 8세이상 신중 투여)	캡슐제
119	thiothixene	12세 이하	캡슐제
120	tianeptine	15세 미만	정제
121	tigecycline	8세 이하	주사제
122	timonacic	12세 미만	정제, 캡슐제
123	topiramate	2세 미만	정제, 캡슐제
124	tiaprofenate	2세 이하	주사제
125	udenafil	18세 이하	정제
126	vardenafil	18세 미만	정제
127	venlafaxine	18세 미만	정제, 캡슐제
128	zolpidem	18세 미만	정제
129	6β-Iodomethyl-19-norcholest-5(10)-en-3β-ol(1311)	18세 미만	주사제
130	balofloxacin	18세 미만	정제
131	moxifloxacin	18세 미만	정제, 주사제
132	tosufloxacin	18세 미만	정제
133	codeine	12세 이하	정제
134	codeine + acetaminophen	12세 이하	정제
135	codeine + acetaminophen + ibuprofen	12세 이하	캡슐제
136	thiocolchicoside	16세 미만	캡슐제, 주사제
137	thiocolchicoside + aescin	16세 미만	정제
138	avanafil	18세 이하	정제
139	darunavir	3세 미만	정제
140	dibasic sodium phosphate+monobasic sodium phosphate	3세 미만	액제(관장제)
141	dibasicsodiumphosphate·monobasicsodiumphosphate	5세 이하	액제(경구제)
142	efavirenz	3개월 미만	정제

연번	유효성분	연령기준	해당 제형
143	pazopanib	2세 미만	정제
144	pazufloxacin	18세 이하	주사제
145	약독황열생바이러스백신	6개월 미만	주사제
146	xylometazoline	7세 미만	점비제(0.1%)
		2세 미만	점비제(0.05%)
147	desvenlafaxine	18세 미만	서방형정제
148	tapentadol	18세 미만	속효성정제, 서방형정제
149	duloxetine	18세미만 (다만, '주요 우울장애의 치료'에 한함)	캡슐제, 정제
150	mirtazapine	18세 미만	정제, 구강붕해정
151	levocetirizine	6세미만	정제
		1세미만	액제
152	mequitazine	24개월 미만	정제, 시럽제
153	vortioxetine	18세 미만	정제
154	diclofenac + misoprostol	18세 미만	정제
155	nifuroxazide	1개월 미만	캡슐제, 현탁액제
156	verapamil	24개월 미만	정제, 서방형정제, 주사제
157	L-carbocysteine	24개월 미만	캡슐제, 시럽제
158	olodaterol + tiotropium	18세 미만	흡입제
159	cholecalciferol	3개월 미만	정제
160	zabofloxacin	18세 미만	정제
161	chlorhexidine + lidocaine	24개월 미만	겔제
162	strontium chloride	12세 미만	주사제
163	dihydrocodeine + chlorpheniramine + methylephedrine + guaifenesin	12세 미만	시럽제, 정제
164	dihydrocodeine + chlorpheniramine + methylephedrine + ammonium chloride	12세 미만	시럽제
165	dihydrocodeine + chlorpheniramine + methylephedrine + caffeine	12세 미만	정제
166	cobicistat + atazanavir	3개월 미만	정제
167	cobicistat + darunavir	36개월 미만	정제
168	live attenuated influenza virus type A (H1N1) + live attenuated influenza virus type A (H3N2) + live attenuated influenza virus type B	24개월 미만, 50세 이상	점비제
169	polymyxin B + dexamethasone + neomycin	28일 미만	점안제, 안연고제

연번	유효성분	연령기준	해당 제형
170	naltrexone + bupropion	18세 이하, 75세 이상	서방형정제
171	piroxicam	80세 이상	정제, 캡슐제, 주사제
172	propofol	36개월 미만 (전신마취)	주사제
173	Tramadol	12세 미만	캡슐제, 서방캡슐제, 서방정제, 발포정제, 주사제
174	Tramadol + Acetaminophen	12세 미만	정제, 서방정제
175	Acamprosate	65세 이상	정제
176	Cinnoxycam	80세 이상	정제
177	Cyclobenzaprine	65세 이상	정제, 서방캡슐제
178	Diocahedral smectite	24개월 미만	현탁액제
179	Kaolin + Berberine tannate + Pectin	19세 미만	시럽제
180	Hydrotalcite	15세 미만	과립제, 산제
181	Hydrotalcite + Azulene + L-glutamine	15세 미만	저작정제
182	Pulvis Cinnamomi Corticis(Cinnamon Bark Powder) + Pulvis Gentianae Luteae Radicis et Rhizomatis(Gentian Powder) + Hydrotalcite + Sodium bicarbonate	15세 미만	정제
183	Aluminium hydroxide + Benfotiamine + Pulvis Syzygii Flos(Clove Powder) + Licorice Extract Powder + Pulvis Curcumae Radicis(Curcuma Root Powder) + Fennel + Pulvis Ginseng Radicis + Hydrotalcite + Magnesium hydroxide + Methylmethionine sulfonium chloride + Zingiberis Rhizoma Recens	15세 미만	과립제
184	Calcium carbonate + Cinnamon Oil + Diastase-protease-cellulase + Fennel Oil + Hydrotalcite + Lipase II + Prozyme + Sodium bicarbonate + Ursodeoxycholic acid	15세 미만	정제

연번	유효성분	연령기준	해당 제형
185	Calcium carbonate + Pulvis Cinnamomi Corticis(Cinnamon Bark Powder) + Pulvis Syzygii Flos(Clove Powder) + Pulvis Glycyrrhizae Radicis et Rhizomatis(Licorice Powder) + Fennel + Pulvis Zingiberis Rhizomatis(Ginger Powder) + Pulvis Ginseng Radicis(Ginseng Powder) + Hydrotalcite + L-menthol + Magnesium aluminosilicate + Pulvis Phellodendri Corticis (Phellodendron Bark Powder) + Scopolia Extract	15세 미만	정제
186	Milk-thistle Fruit Dry Extract (Milk Thistle Dry Extract)	12세 이하	정제, 캡슐제, 액제
187	Calcium pantothenate + Cyanocobalamin + Milk-thistle Fruit Dry Extract(Milk Thistle Dry Extract) + Nicotinamide + Pyridoxine hydrochloride + Thiamine nitrate	12세 이하	캡슐제
188	Tipiracil + Trifluridine	18세 이하	정제
189	Mebendazole	1세 미만	정제, 시럽제
190	Rifampicin + Isoniazid + Pyrazinamide + Ethambutol	8세 미만	정제
191	D-Mannitol	6세 미만	흡입제
192	Methacholine	5세 미만	흡입제
193	Molnupiravir	18세 미만	캡슐제
194	Eszopiclone	18세 미만	정제
195	Armodafinil	18세 미만	정제
196	Nitrofurantoin	3개월 미만	캡슐제
197	Permethrin	2세 미만	크림제
198	Racecadotril	3개월 미만	캡슐제, 산제

□ 임부금기 성분(제6조 관련) (단일제 및 복합제에 적용)

연번	유효성분	등급	비고
1	(Micronized)Progesterone	1등급(경구), 1등급(주사)(다만, 황체 호르몬부족 으로 인한 유·조산 치료시 제외)	.
2	3'-Deoxy-3'-Fluorothymidine(18F)	2등급	.
3	Abacavir	2등급	.
4	Abatacept	2등급	.
5	Abiraterone	1등급	.
6	Acamprosate	2등급	.
7	Acarbose	2등급	.
8	Aceclofenac	2등급	.
9	Acemetacin	2등급	.
10	Acetazolamide	2등급	.
11	Acipimox	2등급	.
12	Acitretin	1등급	.
13	Aflibercept	2등급	안과용 주사제 포함
14	Alacepril	2등급	.
15	Albendazole	2등급	.
16	Alemtuzumab	2등급	.
17	Alendronate	2등급	.
18	Aliskiren	2등급	.
19	Allylestrenol	1등급	.
20	Almotriptan	2등급	.
21	Alogliptin	2등급	.
22	Alprazolam	2등급	.
23	Alprostadil	1등급	좌제, 크림제, 외용액제 포함
24	Altretamine	2등급	.
25	Amantadine	2등급	.
26	Ambrisentan	1등급	.
27	Amfenac	2등급	.
28	Amikacin	2등급	.
29	Amiloride	2등급	.
30	Aminolevulinic acid	2등급	.
31	Aminophylline	2등급	.
32	Amiodarone	2등급	.
33	Amisulpride	2등급	.

연번	유효성분	등급	비고
34	Amitriptyline	2등급	.
35	Amlodipine	2등급	.
36	Amosulalol	2등급	.
37	Amoxapine	2등급	.
38	Amsacrine	2등급	.
39	Anastrozole	1등급	.
40	Anidulafungin	2등급	.
41	Aripiprazole	2등급	.
42	Arotinolol	2등급	.
43	Arsenic trioxide	2등급	.
44	Artesunate	2등급	.
45	Aspirin	2등급	.
46	Atenolol(S-atenolol 포함)	2등급	.
47	Atomoxetine	2등급	.
48	Atorvastatin	1등급	.
49	Auranofin	2등급	.
50	Axitinib	2등급	.
51	Azacitidine	2등급	.
52	Azathioprin	2등급	.
53	Azelastine	2등급	.
54	Azosemide	2등급	.
55	Balofloxacin	2등급	.
56	Barnidipine	2등급	.
57	Basiliximab	2등급	.
58	Bazedoxifene	1등급	.
59	Beclomethasone	2등급	.
60	Belimumab	2등급	.
61	Belotecan	2등급	.
62	Benazepril	2등급	.
63	Bendamustine	2등급	.
64	Benexate	2등급	.
65	Benidipine	2등급	.
66	Benserazide	2등급	.
67	Benzbromarone	2등급	.
68	Benztropine	2등급	.
69	Benzydamine	2등급	.
70	Bepotastine	2등급	.
71	Beraprost	2등급	.

연번	유효성분	등급	비고
72	Betamethasone	2등급	.
73	Betaxolol	2등급	.
74	Bethanechol	2등급	.
75	Bevacizumab	2등급	.
76	Bevantolol	2등급	.
77	Bezafibrate	2등급	.
78	Bicalutamide	1등급	.
79	Bisoprolol	2등급 (단, 강심제로 사용시 제외)	.
80	Bleomycin	2등급	연고제 포함
81	Blonanserin	2등급	.
82	Bortezomib	2등급	.
83	Bosentan	1등급	.
84	Bromazepam	2등급	.
85	Bromfenac	2등급	점안제 포함
86	Bromperidol	2등급	.
87	Brompheniramine	2등급	.
88	Bucillamine	2등급	.
89	Bumetanide	2등급	.
90	Buprenorphine	2등급	패취제 포함
91	Buserelin	1등급	이식제, 분무액제 포함
92	Busulfan	2등급	.
93	Butorphanol	2등급	.
94	Cabazitaxel	2등급	.
95	Cadralazine	2등급	.
96	Calcitriol	2등급	.
97	Camostat	2등급	.
98	Canagliflozin	2등급	.
99	Candesartan	2등급	.
100	Capecitabine	2등급	.
101	Captopril	2등급	.
102	Carbamazepine	2등급	.
103	Carbidopa	2등급	장내겔제 포함
104	Carbimazole	2등급	.
105	Carboplatin	2등급	.
106	Carmofur	2등급	.
107	Carmustine	2등급	이식정제 포함

연번	유효성분	등급	비고
108	Carteolol	2등급	.
109	Carvedilol	2등급	.
110	Celecoxib	2등급	.
111	Celiprolol	2등급	.
112	Cetorelix	1등급	.
113	Cetuximab	2등급	.
114	Chlorambucil	2등급	.
115	Chlordiazepoxide	2등급	.
116	Chlormadinone	1등급	.
117	Chloroquine	2등급 (말라리아 치료시 제외)	.
118	Chlorpromazine	2등급	.
119	Chlorprothixene	2등급	.
120	Chlorthalidone	2등급	.
121	Cilazapril	2등급	.
122	Cilnidipine	2등급	.
123	Cilostazol	2등급	.
124	Cinacalcet	2등급	.
125	Cinnoxicam	2등급	.
126	Ciprofibrate	2등급	.
127	Ciprofloxacin	2등급	.
128	Cisplatin	2등급	.
129	Cladribine	2등급	.
130	Clinofibrate	2등급	.
131	Clobazam	2등급	.
132	Clofarabine	2등급	.
133	Clofibrate	2등급	.
134	Clomiphene	1등급	.
135	Clomipramine	2등급	.
136	Clonazepam	2등급	.
137	Clonidine	2등급	.
138	Clonixin	2등급	.
139	Clorazepate	2등급	.
140	Clostridium botulinum toxin type B	2등급	.
141	Clotiazepam	2등급	.
142	Clozapine	2등급	.
143	Colchicine	2등급	.
144	ConjugatedEstrogen	1등급	크림제 포함

연번	유효성분	등급	비고
145	Conjugated Estrogen + Medroxyprogesterone	1등급	.
146	Crizotinib	2등급	.
147	Cyclofenil	1등급	.
148	Cyclophosphamide	2등급	.
149	Cyclosporin	2등급	.
150	Cyproheptadine	2등급	.
151	Cyproterone	1등급	.
152	Cytarabine	2등급	.
153	Dabigatran	2등급	.
154	Dacarbazine	2등급	.
155	Dactinomycin	2등급	.
156	Danazol	1등급	.
157	Dapagliflozin	2등급	.
158	Dasatinib	2등급	.
159	Daunorubicin	2등급	.
160	Decitabine	2등급	.
161	Deferiprone	2등급	.
162	Deflazacort	2등급	.
163	Degarelix	2등급	.
164	Delapril	2등급	.
165	Denopamine	2등급	.
166	Dexamethasone	2등급	점비제 포함
167	Dexbrompheniramine	2등급	.
168	Dexibuprofen	2등급	.
169	Dexketoprofen	2등급	.
170	Dexmedetomidine	2등급	.
171	Diazepam	2등급	.
172	Diclofenac	2등급	.
173	Dienoestrol = Dienestrol	1등급	질크림제 포함
174	Dienogest	2등급	.
175	Diffunisal	2등급	.
176	Dihydroergotamine	1등급	.
177	Diltiazem	2등급	.
178	Diphenylpyraline	2등급	.
179	Etidronate	2등급	.
180	Docetaxel	2등급	.
181	Domperidone	1등급	.

연번	유효성분	등급	비고
182	Doripenem	2등급	.
183	Dothiepin	2등급	.
184	Doxazosin	2등급	.
185	Doxifluridine	2등급	.
186	Doxorubicin	2등급	.
187	Doxycycline	2등급	.
188	D-Penicillamine	2등급 (월손병, 남·수은중독, 특정 시스틴뇨증 시)	.
189	Dronedarone	2등급	.
190	Dutasteride	1등급	.
191	Dydrogesterone	1등급 (황체기능부전에 의한 불임치료, 황체호르몬부족으로 인한 유·조산 치료시 제외)	.
192	Ebastine	2등급	.
193	Efavirenz	2등급	.
194	Efonidipine	2등급	.
195	Emorfazone	2등급	.
196	Empagliflozin	2등급	.
197	Enalapril	2등급	.
198	Enocitabine	2등급	.
199	Enoxacin	2등급	.
200	Entacapone	2등급	.
201	Epinastine	2등급	.
202	Epinephrine	2등급	.
203	Epirubicin	2등급	.
204	Eprosartan	2등급	.
205	Ergotamine + Anhydrous caffeine	1등급	.
206	Eribulin	2등급	.
207	Erlotinib	2등급	.
208	Esmolol	2등급	.
209	Estradiol	1등급	겔제, 패취제, 질정제 포함
210	Estramustine	1등급	.
211	Estriol	2등급	크림제, 질좌제 포함
212	Estropipate	1등급	크림제 포함
213	Ethinyl estradiol	1등급	.

연번	유효성분	등급	비고
214	Ethosuximide	2등급	.
215	Ethyl loflazepate	2등급	.
216	Etizolam	2등급	.
217	Etodolac	2등급	.
218	Etofibrate	2등급	.
219	Etoposide	2등급	.
220	Everolimus	2등급	.
221	Exemestane	1등급	.
222	Exenatide	2등급	.
223	Ezetimibe	2등급	.
224	Febuxostat	2등급	.
225	Felodipine	2등급	.
226	Fenofibrate	2등급	.
227	Fenoprofen	2등급	.
228	Fentanyl	2등급	패취제, 구강정제, 설하정제, 점비제 포함
229	Fesoterodine	2등급	.
230	Fexofenadine	2등급	.
231	Fimasartan	2등급	.
232	Finasteride	1등급	외용 모발용제 포함
233	Fingolimod	1등급	.
234	Flecainide	2등급	.
235	Fleroxacin	2등급	.
236	Fluconazole	2등급	.
237	Fludarabine	2등급	.
238	Fludrocortisone	2등급	.
239	Flufenamic acid	2등급	.
240	Flunarizine	2등급	.
241	Flunitrazepam	2등급	.
242	Fluoropropyl-CIT	2등급	.
243	Fluorouracil	1등급	크립제 포함
244	Fluoxymesterone	1등급	.
245	Flurazepam	2등급	.
246	Flurbiprofen	2등급	.
247	Flutamide	1등급	.
248	Fluticasone	2등급	점비제 포함
249	Fluvastatin	1등급	.

연번	유효성분	등급	비고
250	Follicle-stimulating hormone (follitropin, follitropin alfa, follitropin beta, corifollitropin alfa, urofollitropin)	1등급	.
251	Fosinopril	2등급	.
252	Fosphenytoin	2등급	.
253	Frovatriptan	2등급	.
254	Fulvestrant	2등급	.
255	Furosemide	2등급	.
256	Gabexate	2등급	.
257	Gadobutrol	2등급	.
258	Gadolinium + EOB-DTPA	2등급	.
259	Ganciclovir	2등급	.
260	Ganirelix	1등급	.
261	Gatifloxacin	2등급	.
262	Gefitinib	2등급	.
263	Gemcitabine	2등급	.
264	Gemfibrozil	2등급	.
265	Gemifloxacin	2등급	.
266	Gemigliptin	2등급	.
267	Gentamicin	2등급	이식제, 점안제 포함
268	Gestrinone	2등급	.
269	Glatiramer	2등급	.
270	Glibenclamide	2등급	.
271	Gliclazide	2등급	.
272	Glimepiride	2등급	.
273	Glipizide	2등급	.
274	Glucametacin	2등급	.
275	Golimumab	2등급	.
276	Goserelin	1등급 (자궁내막증/자궁내막축소증환자)	.
		2등급 (폐경전 유방암 환자)	
277	Griseofulvin	2등급	.
278	Haloperidol	2등급	.
279	Heptaplatin = Eptaplatin	2등급	.
280	Hydralazine	2등급	.
281	Hydrocortisone	2등급	좌제 포함
282	Hydroxychloroquine	2등급 (말라리아치료시제외)	.

연번	유효성분	등급	비고
283	Hydroxyprogesterone	1등급 (항체기능부전에 의한 불임치료, 황체호르몬부족으로 인한 유·조산 치료시 제외)	
284	Hydroxyurea	2등급	
285	Hydroxyzine	2등급	
286	Ibandronic acid	2등급	
287	Ibritumomab	2등급	
288	Ibuprofen	2등급	
289	Idarubicin	2등급	
290	Ifosfamide	2등급	
291	Iguratimod	2등급	
292	Ilaprazole	2등급	
293	Iloprost	2등급	흡입제 포함
294	Imatinib	2등급	
295	Imidafenacin	2등급	
296	Imidapril	2등급	
297	Imidazole salicylate	2등급	
298	Imipramine	2등급	
299	Inamrinone	2등급	
300	Indacaterol	2등급	흡입제 포함
301	Indomethacin	2등급	
302	<삭제>		
303	Insulin degludec	2등급	
304	Insulin degludec + Insulin aspart	2등급	
305	<삭제>		
306	Insulin glargine	2등급	
307	Insulin glulisine	2등급	
308	<삭제>		
309	Interferon beta-1a	2등급	
310	Interferon beta-1b	2등급	
311	Interleukin-2 = aldesleukin	2등급	
312	Ipragliflozin	2등급	
313	Irbesartan	2등급	
314	Irinotecan	2등급	
315	Isoflurane	2등급	흡입제 포함
316	Unoprostone	2등급	점안제 포함
317	Isosorbide Dinitrate	2등급	흡입제 포함

연번	유효성분	등급	비고
318	Isosorbide Mononitrate	2등급	.
319	Isotretinoin	1등급(경구제)	.
		2등급(젤제, 크림제)	
320	Isradipine	2등급	.
321	Itraconazole	2등급	.
322	Ivabradine	2등급	.
323	Ixabepilone	2등급	.
324	Kanamycin	2등급	.
325	Ketoconazole	2등급	.
326	Ketoprofen	2등급	.
327	Ketorolac	2등급	.
328	Lacidipine	2등급	.
329	Lacosamide	2등급	.
330	Lamotrigine	2등급	.
331	Lanreotide	2등급	.
332	Lapatinib	2등급	.
333	L-Asparaginase	2등급	.
334	Leflunomide	1등급	.
335	Lenalidomide	1등급	.
336	Lercanidipine	2등급	.
337	Letrozole	1등급	.
338	Leuprorelin = Leuprolide	1등급 (자궁내막증/자궁내막초소증환자)	.
		2등급 (폐경전 유방암 환자)	
339	Levetiracetam	2등급	.
340	Levodopa	2등급	장내결제 포함
341	Levofloxacin	2등급	.
342	Levomepromazine	2등급	.
343	Levonorgestrel	1등급	자궁내시스템 포함
344	Limaprost	1등급	.
345	Linagliptin	2등급	.
346	Liraglutide	2등급	.
347	Lisinopril	2등급	.
348	Lithium carbonate	2등급	.
349	Lixisenatide	2등급	.
350	Lobeglitazone	2등급	.

연번	유효성분	등급	비고
351	Lomefloxacin	2등급	.
352	Lonazolac	2등급	.
353	Lorazepam	2등급	.
354	Lornoxicam	2등급	.
355	Losartan	2등급	.
356	Loteprednol	2등급	점안제 포함
357	Lovastatin	1등급	.
358	Loxoprofen	2등급	.
359	Magnesium salicylate	2등급	.
360	Manidipine	2등급	.
361	Mebendazole	2등급	.
362	Meclofenamic acid	2등급	.
363	Medroxyprogesterone	1등급 (항암치료 제외)	
		2등급 (항암치료)	
364	Mefenamic acid	2등급	.
365	Mefloquine	2등급 (말라리아 치료시 제외)	.
366	Megestrol	1등급 (현탁액: 암 또는 AIDS환자의 식욕부진, 약액질 또는 원인불명의 현저한 체중감소의 치료)	
		2등급 (정제: 항암치료시)	
367	Meloxicam	2등급	.
368	Melphalan	2등급	.
369	Menotrophin	1등급	.
370	Mercaptopurine	2등급	.
371	Metformin	2등급	.
372	Methacycline	2등급	.
373	Methimazole	2등급	.
374	Methotrexate	1등급 (류마티스성 관절염 및 건선 치료)	
		2등급 (항암치료)	
375	Methylene blue	1등급	.
376	Methylergometrine	1등급	.
377	Methylprednisolone	2등급	.

연번	유효성분	등급	비고
378	Metoprolol	2등급	.
379	Mexazolam	2등급	.
380	Micronized macitentan	1등급	.
381	Midazolam	2등급	.
382	Miglustat	1등급	.
383	Minocycline	2등급	.
384	Minoxidil	2등급	.
385	Mirabegron	2등급	.
386	Misoprostol	1등급	.
387	Mitiglinide	2등급	.
388	Mitomycin C	1등급	.
389	Mitotane	2등급	.
390	Mitoxantrone	2등급	.
391	Mizoribine	2등급	.
392	Modafinil	2등급	.
393	Moexipril	2등급	.
394	Molindone	2등급	.
395	Morniflumate	2등급	.
396	Morphine	2등급	.
397	Moxifloxacin	2등급	.
398	Moxonidine	2등급	.
399	Mycophenolate	2등급	.
400	Nabumetone	2등급	.
401	Nadolol	2등급	.
402	Nafamostat	2등급	.
403	Nalbuphine	2등급	.
404	Nalidixic acid	2등급	.
405	Nandrolone	1등급	.
406	Naproxen	2등급	.
407	Naratriptan	2등급	.
408	Nateglinide	2등급	.
409	Nebivolol	2등급	.
410	Nefopam	2등급	.
411	Nemonapride	2등급	.
412	Neomycin	2등급	연고제, 크림제, 점안제, 질좌제 포함
413	Netilmicin	2등급	.

연번	유효성분	등급	비고
414	Nicardipine	2등급	.
415	Nicotine	2등급	패취제, 껌제, 트로키제, 구강용해필름 포함
416	Nicotinic acid = Niacin	2등급	.
417	Nifedipine	2등급	.
418	Nilotinib	2등급	.
419	Nilvadipine	2등급	.
420	Nimesulide	2등급	.
421	Nimodipine	2등급	.
422	Nimustine	2등급	.
423	Nipradilol	2등급	.
424	Nisoldipine	2등급	.
425	Nitrendipine	2등급	.
426	Nitroprusside	2등급	.
427	Norepinephrine	2등급	.
428	Norethisterone(EP) = Norethindrone(USP)	1등급	.
429	Norethisterone + Estradiol	1등급	패취제 포함
430	Norfloxacin	2등급	.
431	Nortriptyline	2등급	.
432	Ofloxacin	2등급	.
433	Olanzapine	2등급	.
434	Olmесartan	2등급	.
435	Olopatadine	2등급	.
436	Olpadronate	2등급	.
437	Orphenadrine	2등급	.
438	Oxaliplatin	2등급	.
439	Oxandrolone	1등급	.
440	Oxaprozín	2등급	.
441	Oxatomide	2등급	.
442	Oxcarbazepine	2등급	.
443	Oxiracetam	2등급	.
444	Oxymetholone	1등급	.
445	Oxytetracycline	2등급	.
446	Oxytocin	1등급 (분만유도/축진, 불가피한 사유로 인한 인공임신 중절시 제외)	.

연번	유효성분	등급	비고
447	Paclitaxel	2등급	.
448	Paliperidone	2등급	.
449	Pamidronate	2등급	.
450	Panitumumab	2등급	.
451	Paroxetine	2등급	.
452	Pazopanib	2등급	.
453	Pazufloxacin	2등급	.
454	Pelubiprofen	2등급	.
455	Pemetrexed	2등급	.
456	Pemirolast	2등급	.
457	Penbutolol	2등급	.
458	Pentazocine	2등급	.
459	Pentobarbital	2등급	.
460	Pentostatin	2등급	.
461	Peramivir	2등급	.
462	Perfluoro-n-butane	2등급	.
463	Perindopril	2등급	.
464	Perphenazine	2등급	.
465	Pertuzumab	2등급	.
466	Pethidine	2등급	.
467	Pheniramine	2등급	.
468	Phenobarbital	2등급	.
469	Phentolamine	2등급	.
470	Phenytoin	2등급	.
471	Pilsicainide	2등급	.
472	Pimozide	2등급	.
473	Pinazepam	2등급	.
474	Pioglitazone	2등급	.
475	Pipemidic acid	2등급	.
476	Piroxicam	2등급	.
477	Pitavastatin	1등급	.
478	Plerixafor	2등급	.
479	Polaprezinc	2등급	.
480	Porfimer sodium	2등급	.
481	Potassium iodide	2등급	단일제에 한함
482	Pralatrexate	2등급	.
483	Pramipexole	2등급	.
484	Pranlukast	2등급	.

연번	유효성분	등급	비고
485	Pranoprofen	2등급	.
486	Pravastatin	1등급	.
487	Prednisolone	2등급	.
488	Pregabalin	2등급	.
489	Primaquine	1등급	.
490	Primidone	2등급	.
491	Probucol	2등급	.
492	Proglumetacin	2등급	.
493	Propacetamol	2등급	.
494	Propafenone	2등급	.
495	Propranolol	2등급	.
496	Propylthiouracil	2등급	.
497	Prucalopride	2등급	.
498	Prulifloxacin	2등급	.
499	Pyrazinobutazone	2등급	.
500	Pyronaridine	2등급	.
501	Quetiapine	2등급	.
502	Quinapril	2등급	.
503	Quinidine	2등급	.
504	Quinupramine	2등급	.
505	Radotinib	2등급	.
506	Raloxifen	1등급	.
507	Raltegravir	2등급	.
508	Ramipril	2등급	.
509	Ranibizumab	2등급	.
510	Rasagiline	2등급	.
511	Regorafenib	2등급	.
512	Repaglinide	2등급	.
513	Retapamulin	2등급	연고제 포함
514	Ribavirin	1등급	흡입제, 크림제 포함
515	Riluzole	2등급	.
516	Risedronate	2등급	.
517	Risperidone	2등급	.
518	Rituximab	2등급	.
519	Rivaroxaban	2등급	.
520	Roflumilast	2등급	.
521	Ropinirole	2등급	.

연번	유효성분	등급	비고
522	Rosuvastatin	1등급	.
523	Rotigotine	2등급	패취제 포함
524	Salsalate	2등급	.
525	Sarpogrelate	2등급	.
526	Saxagliptin	2등급	.
527	Selegiline	2등급	.
528	Senna ex.	2등급	.
529	Sennoside	2등급	.
530	Simvastatin	1등급	.
531	Sitagliptin	2등급	.
532	Sodium iodide (I-131)	1등급	.
533	Sodium salicylate	2등급	.
534	Sorafenib	2등급	.
535	Sotalol	2등급	.
536	Sparfloxacin	2등급	.
537	Spironolactone	2등급	.
538	Stanozolol	1등급	.
539	Streptococcus pyogenes	2등급	.
540	Streptomycin	2등급	.
541	Strontium ranelate	2등급	.
542	Sulfadoxine + Pyrimethamine	2등급 (클로로퀸 저항성 말라리아 치료 시 제외)	.
543	Sulindac	2등급	.
544	Sulpiride	2등급	.
545	Sumatriptan	2등급	.
546	Sunitinib	2등급	.
547	Tacrolimus	2등급	연고제 포함
548	Tafluprost	2등급	점안제 포함
549	Talniflumate	2등급	.
550	Tamoxifen	2등급	.
551	Tegafur	2등급	.
552	Tegafur + Uracil	2등급	.
553	Tegafur + Gimeracil + Oteracil	2등급	.
554	Telmisartan	2등급	.
555	Temocapril	2등급	.
556	Temozolomide	2등급	.
557	Temsirolimus	2등급	.

연번	유효성분	등급	비고
558	Teneligliptin	2등급	.
559	Tenoxicam	2등급	.
560	Terlipressin	2등급	.
561	Testosterone	1등급	겔제 포함
562	Tetracycline	2등급	.
563	Thalidomide	1등급	.
564	Thiocolchicoside	2등급	.
565	Thiocolchicoside + Aescin	2등급	.
566	Thiotepa	2등급	.
567	Thiothixene	2등급	.
568	Thymopentin = Thymopoietin = Thymus hormone	2등급	.
569	Tiaprofenic acid	2등급	.
570	Tibolone	1등급	.
571	Ticagrelor	2등급	.
572	Tigecycline	2등급	.
573	Tobramycin	2등급	.
574	Tocilizumab	2등급	.
575	Tolfenamic acid	2등급	.
576	Tolmetin	2등급	.
577	Tolvaptan	2등급	.
578	Topiramate	2등급	.
579	Topotecan	2등급	.
580	Toremifene	2등급	.
581	Torseamide	2등급	.
582	Tosufloxacin	2등급	.
583	Trabectedin	2등급	.
584	Trafermin	2등급	.
585	Tramadol	2등급	.
586	Tranilast	2등급	.
587	Trastuzumab	2등급	.
588	Travoprost	2등급	점안제 포함
589	Treprostinil	2등급	.
590	Tretinoin	1등급	크림제, 겔제, 연고제, 외용액제 포함
591	Triamcinolone	2등급	.

연번	유효성분	등급	비고
592	Triamterene	2등급	.
593	Triazolam	1등급	.
594	Trifluoperazine	2등급	.
595	Triptorelin	1등급	.
596	Tropisetron	2등급	.
597	Ubenimex	2등급	.
598	Ulipristal	1등급	.
599	Valganciclovir	2등급	.
600	Valproic acid	2등급	.
601	Valsartan	2등급	.
602	Vemurafenib	2등급	.
603	Verapamil	2등급	.
604	Vigabatrin	2등급	.
605	Vildagliptin	2등급	.
606	Vinblastine	2등급	.
607	Vincristine	2등급	.
608	Vinorelbine	2등급	.
609	Vismodegib	2등급	.
610	Vitamin A(레티놀) 함유제제	1등급 (단, VitA(레티놀)로서 5000 I.U./1일 이상)	점안제 포함
611	Voglibose	2등급	.
612	Voriconazole	2등급	.
613	Vorinostat	2등급	.
614	Warfarin	1등급	.
615	Zaltoprofen	2등급	.
616	Ziprasidone	2등급	.
617	Zofenopril	2등급	.
618	Zoledronic acid	2등급	.
619	Zolmitriptan	2등급	.
620	Zonisamide	2등급	.
621	Zotepine	2등급	.
622	Zuclopenthixol	2등급	.
623	약독황열생바이러스백신	2등급	.
624	Tofacitinib	2등급	.
625	Etoricoxib	2등급	.
626	Tapentadol	2등급	.
627	Afatinib	2등급	.

연번	유효성분	등급	비고
628	Tertomotide	2등급	.
629	Denosumab	1등급	.
630	Florbetaben (18F)	2등급	.
631	Umeclidinium + Vilanterol	2등급	흡입제 포함
632	Bupropion	2등급	.
633	Loratadine	2등급	.
634	Alitretinoin	1등급	.
635	Clarithromycin	2등급	.
636	Dirithromycin	2등급	.
637	Erythromycin	2등급	.
638	Erythromycin + Acetylsulfisoxazole	2등급	.
639	Erythromycin+Colistin	2등급	점안제, 안연고제 포함
640	Kitasamycin	2등급	.
641	Midecamycin	2등급	.
642	Rokitamycin	2등급	.
643	Roxithromycin	2등급	.
644	Arbekacin	2등급	.
645	Astromicin	2등급	.
646	Isepamicin	2등급	.
647	Micronomicin	2등급	.
648	Ribostamycin	2등급	.
649	Sisomicin	2등급	.
650	Teicoplanin	2등급	.
651	Vancomycin	2등급	.
652	Clindamycin	2등급	외용액제, 겔제 포함
653	Clindamycin + Benzoyl peroxide	2등급	겔제 포함
654	Lincomycin	2등급	.
655	Chloramphenicol	1등급(주사제)	.
		2등급(점안제)	
656	Chloramphenicol + Dexamethasone +Tetrahydrozoline	2등급	점안제 포함
657	Thiamphenicol	2등급	.
658	Pefloxacin	2등급	.
659	Ertapenem	2등급	.

연번	유효성분	등급	비고
660	Imipenem + Cilastatin	2등급	.
661	Meropenem	2등급	.
662	Panipenem + Betamipron	2등급	.
663	Aztreonam	2등급	.
664	Colistin	2등급	.
665	<삭제>		.
666	Fusidic acid	2등급	.
667	Linezolid	2등급	.
668	Rifaximin	2등급	.
669	Spectinomycin	2등급	.
670	Avanafil	1등급	.
671	Mirodenafil	1등급	구강붕해필름 포함
672	Sildenafil	1등급 (폐동맥고혈압 치료시 제외)	구강붕해필름 포함
673	Tadalafil	1등급	구강붕해필름 포함
674	Udenafil	1등급	.
675	Vardenafil	1등급	.
676	Ephedrine	2등급	.
677	Terbutaline	2등급	흡입제 포함
678	Edoxaban	2등급	.
679	Codeine	2등급	.
680	Mesalazine	2등급	좌제, 관장제, 포말제 포함
681	Olodaterol + Tiotropium	2등급	흡입제 포함
682	Flutemetamol (18F)	2등급	.
683	Lenvatinib	2등급	.
684	Perampanel	2등급	.
685	Polmacoxib	2등급	.
686	Lorcaserin	1등급	.
687	Secukinumab	2등급	.
688	Albiglutide	2등급	.
689	Anagliptin	2등급	.
690	Dulaglutide	2등급	.
691	Evogliptin	2등급	.
692	Ramucirumab	2등급	.
693	Propofol	2등급	.
694	Tedizolid	2등급	.

연번	유효성분	등급	비고
695	Zabofloxacin	2등급	
696	Daclatasvir	2등급	
697	Sofosbuvir	2등급	
698	Ledipasvir + Sofosbuvir	2등급	
699	St. John's Wort	2등급	
700	Mometasone	2등급	접비제, 연고제, 크림제, 로션제, 흡입제 포함
701	Esomeprazole	2등급	
702	Lansoprazole	2등급	
703	Dexlansoprazole	2등급	
704	Rabeprazole	2등급	
705	Pantoprazole	2등급	
706	S-pantoprazole	2등급	
707	Alclometasone	2등급	로션제, 크림제, 연고제 포함
708	Strontium chloride	1등급	
709	Dimethyl fumarate	2등급	
710	Sacubitril·Valsartan	1등급	
711	Nintedanib	1등급	
712	Pasireotide	2등급	
713	Elotuzumab	2등급	
714	Nivolumab	2등급	
715	Olmutinib	2등급	
716	Palbociclib	2등급	
717	Pembrolizumab	2등급	
718	Ruxolitinib	2등급	
719	Etonogestrel	1등급	
720	Choriogonadotropin α	1등급	
721	Human chorionic gonadotropin	1등급 (다만 습관성 유산, 절박유산 치료 시 제외)	
722	Lutropin α	1등급	
723	Darbepoetin α	2등급	
724	Erythropoietin	2등급	
725	Methoxy polyethylene glycol-epoetin β	2등급	
726	Octreotide	2등급	
727	Carbetocin	1등급	

연번	유효성분	등급	비고
728	Dinoprostone	1등급 (다만 임신 기간 38주 이상인, 분만의 유도가 의학적 또는 산과적으로 지시된 환자의 분만 유도 시 제외)	질정제 포함
729	Sulprostone	1등급 (치료목적의 유산유도에 사용 시 제외)	
730	Ritodrine	2등급 (임신기간 22주에서 37주 사이의 임부의 분만억제 사용 시 제외)	
731	Alfuzosin	2등급	
732	Tamsulosin	2등급	
733	Terazosin	2등급	
734	Diethylpropion	1등급	
735	Mazindol	1등급	
736	Phendimetrazine	1등급	
737	Phentermine	1등급	
738	Naltrexone + Bupropion	1등급	
739	Orlistat	1등급	
740	Naltrexone	2등급	
741	2-Deoxy-2-fluoro-D-glucose (18F)	2등급	
742	6-Fluoro-(18F)-L-dopa	2등급	
743	Sodium Fluoride (18F)	2등급	
744	N-(3-Fluoropropyl)-2 β -carboxy-methoxy-3 β -(4-[123I]iodophenyl)-tropane	1등급	
745	N-Isopropyl-4-iodoamphetamine (123I)	1등급	
746	3-Iodobenzylguanidine (123I)	1등급	
747	3-Iodobenzylguanidine (131I)	1등급	
748	6 β -Iodomethyl-19-norcholest-5(10)-en-3 β -ol (131I)	1등급	
749	Sodium Molybdate (99Mo) + Sodium Pertechnetate (99mTc)	2등급	
750	Betiatide	2등급	
751	Mertiatide	2등급	
752	Dimercapto Succinic Acid	2등급	
753	Disodium Oxidronate	2등급	
754	Exametazime	2등급	
755	Mebrofenin	2등급	

연번	유효성분	등급	비고
756	Methylenediphosphonic Acid	2등급	
757	Pentetic Acid	2등급	
758	Sodium Phytate	2등급	
759	Sodium Pyrophosphate	2등급	
760	Tetrakis (2-Methoxyisobutylisocyanide) Copper(I) Tetrafluoroborate	2등급	
761	Tetrasodium 3,3-diphosphono- propane-1,2-dicarboxylate	2등급	
762	Tetrofosmin	2등급	
763	Ammonia (13N)	2등급	
764	Chromium (51Cr) Edetate	2등급	
765	Gallium Citrate (67Ga)	2등급	
766	Radium Dichloride (223Ra)	1등급	
767	Sodium Chromate (51Cr)	2등급	
768	Thallium (201Tl) Chloride	2등급	
769	Urea (14C)	2등급	
770	Yttrium (90Y) Chloride	2등급	
771	Freeze-dried BCG Vaccine	1등급	
772	Inactivated Hantaan Virus	2등급	
773	Live Attenuated Influenza virus Type A (H1N1) + Live Attenuated Influenza virus Type A (H3N2) + Live Attenuated Influenza virus Type B	1등급	
774	Purified Inactivated Influenza Antigen (H5N1)	2등급	
775	Live Attenuated Japanese Encephalitis Vaccine	1등급	
776	Live attenuated Measles Vaccine + Live Mumps Vaccine + Live Attenuated Rubella Vaccine	1등급	
777	Live Salmonella Typhoid Ty21a Strain	1등급	
778	Vaccinia Virus	1등급	
779	Live Attenuated Varicella-Zoster Vaccines	1등급	
780	Bupivacaine	2등급	

연번	유효성분	등급	비고
781	Levobupivacaine	2등급	
782	Teriflunomide	1등급	
783	Enzalutamide	1등급	
784	Osimertinib	2등급	
785	Vandetanib	2등급	
786	Anagrelide	2등급	
787	BCG Strain Tice	2등급	
788	Mifamurtide	2등급	
789	Levosulpiride	2등급	
790	Somatostatin	2등급	
791	Somatropin	2등급	
792	Teriparatide	2등급	
793	Prednisone	2등급	
794	Promestriene	2등급	질좌제, 질크림제 포함
795	Tolterodine	2등급	
796	Lindane	2등급	크림제, 로션제, 외용액제(샴푸제) 포함
797	Alfatradiol	2등급	외용액제 포함
798	Eculizumab	2등급	
799	Human papillomavirus (types 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58) L1 protein	2등급	
800	Elbasvir+Grazoprevir	2등급	
801	Rupatadine fumarate	2등급	
802	Apremilast	1등급	
803	Baricitinib	2등급	
804	Ixekizumab	2등급	
805	Azilsartan medoxomil potassium	2등급	
806	Alirocumab	2등급	
807	Evolocumab	2등급	
808	Besifovir dipivoxil maleate	2등급	
809	Atezolizumab	2등급	
810	Carfilzomib	2등급	
811	Panobinostat lactate	2등급	
812	Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir	2등급	
813	Sevoflurane	2등급	

연번	유효성분	등급	비고
814	Ginkgo biloba leaf extract	2등급	
815	Dihydrocodeine	2등급	
816	Hydrocodone	2등급	
817	Hydromorphone	2등급	
818	Oxycodone	2등급	
819	Alfentanil	2등급	
820	Remifentanil	2등급	
821	Sufentanil	2등급	
822	Desflurane	2등급	
823	Etomidate	2등급	
824	Ketamine	2등급	
825	Thiopental	2등급	
826	Chloral hydrate	2등급	
827	Doxepin	2등급	
828	Quazepam	2등급	
829	Zolpidem	2등급	
830	Gabapentin	2등급	
831	Rufinamide	2등급	
832	Isopropylantipyrine	2등급	
833	Methylphenidate	2등급	
834	Donepezil	2등급	
835	Fampridine	2등급	
836	Galantamine	2등급	
837	Memantine	2등급	
838	Nalfurafine	2등급	
839	Rivastigmine	2등급	
840	Sulfamethoxazole + Trimethoprim	2등급	
841	Posaconazole	2등급	
842	Caspofungin	2등급	
843	Micafungin	2등급	
844	Cycloserine	2등급	
845	Delamanid	2등급	
846	Rifampicin	2등급	
847	Isoniazid	2등급	
848	Ethambutol	2등급	
849	Pyrazinamide	2등급	
850	Lamivudine	2등급	

연번	유효성분	등급	비고
851	Adefovir	2등급	
852	Entecavir	2등급	
853	Atovaquone + Proguanil	2등급	
854	Cobicistat + Elvitegravir + Emtricitabine + Tenofovir alafenamide	2등급	
855	Cobicistat + Elvitegravir + Emtricitabine + Tenofovir disoproxil	2등급	
856	Dolutegravir	2등급	
857	Theophylline	2등급	
858	Levodropropizine	2등급	
859	Procaterol	2등급	
860	Bambuterol	2등급	
861	Clenbuterol	2등급	
862	Formoterol	2등급	
863	Fenoterol	2등급	
864	Salbutamol	2등급	
865	Tiotropium	2등급	
866	Isoproterenol	2등급	
867	Naloxone	2등급	
868	Pirfenidone	2등급	
869	Pseudoephedrine	2등급	
870	S-Amlodipine	2등급	
871	Midodrine	2등급	
872	Calcium dobesilate	2등급	
873	Alteplase	2등급	
874	Tenecteplase	2등급	
875	Urokinase	2등급	
876	Streptokinase	2등급	
877	Streptokinase/Streptodornase	2등급	
878	Argatroban	2등급	
879	Dopamine	2등급	
880	Milrinone	2등급	
881	Pentoxifylline	2등급	
882	Ibudilast	2등급	
883	Protirelin	2등급	
884	Lanthanum carbonate	2등급	
885	Sevelamer	2등급	
886	Alglucosidase α	2등급	

연번	유효성분	등급	비고
887	Rasburicase	2등급	
888	Miglitol	2등급	
889	Vasopressin	2등급	
890	Elcatonin	2등급	
891	Liothyronine	2등급	
892	Thyrotropin alfa	2등급	
893	Fenticonazole	2등급	질연질캡슐제 포함
894	Dimethyl sulfoxide	2등급	외용액제 포함
895	Propiverine	2등급	
896	Solifenacin	2등급	
897	Silver sulfadiazine	2등급	크림제 포함
898	Mafenide acetate	2등급	크림제, 외용산제 포함
899	Clobetasol propionate	2등급	로션제, 스프레이, 연고제, 외용액제, 크림제 포함
900	Diflucortolone valerate	2등급	로션제, 연고제, 크림제 포함
901	Fluocinonide	2등급	겔제, 외용액제, 크림제 포함
902	Desoximetasone	2등급	겔제, 로션제, 연고제 포함
903	Halcinonide	2등급	연고제, 크림제 포함
904	Diflorasone diacetate	2등급	크림제 포함
905	Clobetasone butyrate	2등급	연고제, 크림제 포함
906	Prednicarbate	2등급	로션제, 연고제, 외용액제, 크림제 포함
907	Desonide	2등급	로션제, 크림제 포함
908	Crotamiton	2등급	연고제 포함
909	Terbinafine	2등급	
910	Tioconazole	2등급	크림제 포함
911	Cadexomer iodine	2등급	연고제 포함
912	Potassium iodide + Sodium iodide	2등급	점안제 포함

연번	유효성분	등급	비고
913	Difluprednate	2등급	크림제 포함
914	Irsogladine	2등급	
915	Lafutidine	2등급	
916	Nizatidine	2등급	
917	Roxatidine	2등급	
918	Magnesium carbonate + Citric acid	2등급	
919	Aprepitant	2등급	
920	Fosaprepitant	2등급	
921	Dimenhydrinate	2등급	
922	Granisetron	2등급	패취제 포함
923	Ondansetron	2등급	
924	Palonosetron	2등급	
925	Palonosetron + Netupitant	1등급	
926	Ramosetron	2등급	
927	Chenodeoxycholic acid + Ursodeoxycholic acid	1등급	
928	Loperamide	2등급	
929	Berberine	1등급	
930	Bismuth subsalicylate + Calcium carbonate p.p.t.	2등급	
931	Bisacodyl	2등급	좌제 포함
932	Sodium picosulfate	2등급	
933	Agiolax	2등급	
934	Docusate	2등급	
935	Glycerin	2등급	관장제 포함
936	Liquid paraffin	2등급	
937	Metoclopramide	2등급	
938	Pinaverium	2등급	
939	Mebeverine	2등급	
940	Balsalazide	2등급	
941	Sodium phenylbutyrate	2등급	
942	Clevudine	2등급	
943	Lidocaine	2등급	
944	Mepivacaine	2등급	
945	Ropivacaine	2등급	
946	Procaine	2등급	
947	Atracurium	2등급	
948	Cisatracurium	2등급	

연번	유효성분	등급	비고
949	Baclofen	2등급	
950	Cyclobenzaprine	2등급	
951	Dantrolene	2등급	
952	Methocarbamol	2등급	
953	Suxamethonium	2등급	
954	Tizanidine	2등급	
955	Tolperisone	2등급	
956	Atropine	2등급	점안제 포함
957	Oxybutynin	2등급	
958	Tofisopam	2등급	
959	Magnesium sulfate	2등급 (5일 이상 사용 시)	
960	Scopolamine hydrobromide	2등급	패취제 포함
961	Tropium	2등급	
962	Ethanol	2등급	
963	Enviomycin	2등급	
964	Rifabutin	2등급	
965	Prothionamide	2등급	
966	Clofazimine	2등급	
967	Dapsone	2등급	
968	Tenofovir alafenamide	2등급	
969	Zidovudine	2등급	
970	Nevirapine	2등급	
971	Nelfinavir	2등급	
972	Enfuvirtide	2등급	
973	Maraviroc	2등급	
974	Cobicistat + Atazanavir	2등급	
975	Cobicistat + Darunavir	2등급	
976	Inosiplex	2등급	
977	Valaciclovir	2등급	
978	Zanamivir	2등급	흡입제 포함
979	Natalizumab	2등급	
980	Flubendazole	2등급	
981	Niclosamide	2등급	
982	Pyrantel	2등급	
983	Clostridium botulinum toxin type A	2등급	
984	Sulfasalazine	2등급	

연번	유효성분	등급	비고
985	Pentamidine	2등급	
986	Pilocarpine	2등급	점안제 포함
987	Homatropine	2등급	점안제 포함
988	Phenylephrine	2등급	
989	Fluocinolone acetonide	2등급	이식정제, 크림제, 점안제 포함
990	Fluorometholone	2등급	점안제, 안연고제 포함
991	Ketotifen	2등급	
992	Apraclonidine	2등급	점안제 포함
993	Brinzolamide	2등급	점안제 포함
994	Dorzolamide	2등급	점안제 포함
995	Bimatoprost	2등급	점안제 포함
996	Latanoprost	2등급	점안제 포함
997	Levobunolol	2등급	점안제 포함
998	Timolol	2등급	점안제 포함
999	Verteporfin	2등급	
1000	Ciclesonide	2등급	점비액제, 흡입제 포함
1001	Omalizumab	2등급	
1002	Piprinhydrinate	2등급	
1003	Sirolimus	2등급	
1004	Evening primrose oil	2등급	
1005	Peginterferon beta-1a	2등급	
1006	Trientine	2등급	
1007	Zinc acetate	2등급	단일제에 한함
1008	Allopurinol	2등급	
1009	Edetate calcium disodium (Calcium EDTA)	2등급	
1010	Deferasirox	2등급	
1011	Deferoxamine	2등급	
1012	Dexrazoxane	1등급	
1013	Aminobenzoate potassium	2등급	
1014	5-Hydroxytryptophan	2등급	
1015	Cabergoline	2등급	
1016	Avocado and Soyabean oil, unsaponifiables	2등급	
1017	Diacerein	2등급	
1018	Diazoxide	2등급	

연번	유효성분	등급	비고
1019	Barium Sulfate	2등급	
1020	Gadobenate dimeglumine	1등급	
1021	Gadoteridol	1등급	
1022	Iobitridol	2등급	
1023	Iodised oil	2등급	
1024	Iodixanol	2등급	
1025	Iohexol	2등급	
1026	Iomeprol	2등급	
1027	Iopamidol	2등급	
1028	Iopromide	2등급	
1029	Ioversol	2등급	
1030	Ioxitalamic acid	2등급	
1031	Alfacalcidol	2등급	
1032	Calcifediol	2등급	
1033	Paricalcitol	2등급	
1034	Potassium chloride	2등급	단일제에 한함
1035	Aminocaproic acid	2등급	
1036	Heparin	2등급	
1037	Efmoroctocog alfa	2등급	
1038	Factor IX Fc fusion protein recombinant	2등급	
1039	Eltrombopag	2등급	
1040	Romiplostim	2등급	
1041	Lenograstim	2등급	
1042	Pegfilgrastim	2등급	
1043	Lipegfilgrastim	2등급	
1044	Pegteograstim	2등급	
1045	Tripegfilgrastim	2등급	
1046	Ticlopidine	2등급	
1047	Sodium tetradecyl sulfate	2등급	
1048	Manganese chloride	2등급	
1049	Brentuximab vedotin	2등급	
1050	Centella Titrated Extract	2등급	
1051	Diocahedral smectite	2등급	
1052	Nusinersen	2등급	
1053	Letermovir	2등급	
1054	Guselkumab	2등급	
1055	Durvalumab	2등급	

연번	유효성분	등급	비고
1056	Ertugliflozin	2등급	
1057	Tegoprazan	2등급	
1058	Sucroferric oxyhydroxide	2등급	
1059	Florapronol (18F)	2등급	
1060	Adapalene	2등급	겔제 포함
1061	Brivaracetam	2등급	
1062	Galcanezumab	2등급	
1063	Opicapone	2등급	
1064	Ripasudil	2등급	점안제 포함
1065	Omidenepag isopropyl	2등급	점안제 포함
1066	Risankizumab	2등급	
1067	Benralizumab	2등급	
1068	Vonoprazan	2등급	
1069	Lubiprostone	2등급	
1070	Romosozumab	2등급	
1071	Inotuzumab ozogamicin	2등급	
1072	Abemaciclib	2등급	
1073	Tipiracil + Trifluridine	2등급	
1074	Olaparib	2등급	
1075	Ribociclib	2등급	
1076	Bictegravir + Emtricitabine + Tenofovir alafenamide	2등급	
1077	Baloxavir marboxil	2등급	
1078	Remdesivir	2등급	
1079	D-Mannitol	2등급	주사제에 한함
1080	Molnupiravir	1등급	
1081	Esketamine	2등급	점비제 포함
1082	Loxapine	2등급	
1083	Armodafinil	2등급	
1084	Ataluren	2등급	
1085	Edaravone	2등급	
1086	L-arginine-L-aspartate	2등급	
1087	Tafamidis	2등급	
1088	Canakinumab	2등급	
1089	Purified house dust mite allergen extract	2등급	
1090	Gadoterate meglumine	2등급	
1091	Perflutren	2등급	
1092	Varenicline	2등급	

연번	유효성분	등급	비고
1093	Bedaquiline	2등급	
1094	Conestat alfa	2등급	
1095	Follitropin delta	1등급	
1096	Foscarnet	2등급	
1097	Human serum albumin	2등급	
1098	Icatibant	2등급	
1099	Mepolizumab	2등급	
1100	Migalastat	2등급	
1101	Nitrofurantoin	2등급	
1102	Riociguat	1등급	
1103	Defibrotide	2등급	
1104	Asfotase alfa	2등급	
1105	Elosulfase alfa	2등급	
1106	Eliglustat	2등급	
1107	Sapropterin	2등급	
1108	Alectinib	2등급	
1109	Avelumab	2등급	
1110	Blinatumomab	2등급	
1111	Cabozantinib	2등급	
1112	Ceritinib	2등급	
1113	Cobimetinib	2등급	
1114	Dabrafenib	2등급	
1115	Daratumumab	2등급	
1116	Entrectinib	2등급	
1117	Gilteritinib	2등급	
1118	Ibrutinib	2등급	
1119	Ipilimumab	2등급	
1120	Ixazomib citrate	2등급	
1121	Larotrectinib	2등급	
1122	Midostaurin	2등급	
1123	Niraparib	2등급	
1124	Obinutuzumab	2등급	
1125	Pomalidomide	1등급	
1126	Ponatinib	2등급	
1127	Siltuximab	2등급	
1128	Trametinib	2등급	
1129	Fluoroestradiol(18F)	2등급	
1130	Lutetium(177Lu) oxodotreotide	1등급	
1131	Eslicarbazepine acetate	2등급	
1132	Mirogabalin	2등급	

연번	유효성분	등급	비고
1133	Safinamide	2등급	
1134	Upadacitinib	2등급	
1135	Ranolazine	2등급	
1136	Burosumab	2등급	
1137	Brigatinib	2등급	
1138	Dacomitinib	2등급	
1139	Talazoparib	2등급	
1140	Venetoclax	2등급	
1141	Brolucizumab	2등급	
1142	Vedolizumab	2등급	
1143	Isavuconazonium	2등급	
1144	Ravulizumab	2등급	

[부록 2]

허가 또는 신고범위 초과 약제 비급여 사용승인에 관한 기준 및 절차

보건복지부 고시 제2020-140호(2020. 7. 1.)

제1조(목적) 이 기준은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 별표2 제8호에 따른 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 처방·투여하고자 하는 약제의 비급여 사용 승인에 관한 기준 및 절차를 정함을 목적으로 한다.

제2조(적용 대상) 이 기준은 약사법령에 의하여 허가를 받거나 신고한 약제 중 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙(이하 “요양급여기준”이라 한다)에 따라 요양급여대상으로 급여목록표에 고시되어 있는 약제를 허가 또는 신고 범위를 벗어나 처방·투여하고자 하는 경우(이하 “허가초과 사용”이라 한다)로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에 적용한다. 다만, 요양급여기준 제5조제4항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 제외한다.

1. 대체가능한 약제가 없는 경우
2. 대체가능한 약제가 있으나 투여금지 등으로 투여를 할 수 없는 경우
3. 대체가능한 약제의 투여나 대체치료법보다 비용효과적이거나 부작용이 적고 임상적으로 치료효과가 높을 것으로 기대되는 경우

제3조(허가초과 사용승인 신청 요양기관의 자격 등) ① 약제의 허가초과 사용 승인을 신청할 수 있는 요양기관은 약사법령에 따라 지정된 의약품임상시험 실시기관으로 한다.

② 제1항에도 불구하고 건강보험심사평가원장(이하 “심평원장”이라 한다)이 예외적으로 제3조의2제3항에 의하여 인정한 약제에 대하여는 의약품임상시험실시기관이 아닌 요양기관에서도 허가초과 사용승인을 신청할 수 있다.

제3조의2(허가초과 사용승인 신청 대상 기관 확대 요청 등) ① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 단체는 심평원장에게 특정 약제의 허가초과 사용에 대하여 제3조제2항에 따라 의약품임상시험실시기관이 아닌 요양기관이 사용승인 신청이 가능하도록 확대를 요청할 수 있다. 다만, 제4조제5항 후단에 따른 관련 단체의

경우에는 그러하지 아니하다.

1. 대한의사협회
2. 대한병원협회
3. 대한치과의사협회
4. 의료법 제77조제4항에 따른 전문과목별 관련 학회

② 제1항 각 호의 단체는 의약품임상시험실시기관이 아닌 요양기관이 사용 승인 신청이 가능하도록 확대를 요청하고자 하는 약제(이하 '신청약제'라고 한다)가 제2조 각 호 및 별표에서 정한 의학적 근거의 범위 및 기준에 적합한지 여부를 포함하여 약제의 허가초과 사용의 적절성 여부를 확인하여 심평원장에게 신청하여야 한다.

③ 심평원장은 제2항에 따라 단체의 신청을 받은 경우, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는지 여부를 포함하여 신청약제의 허가초과 사용의 타당성, 사용대상 기관 확대의 필요성 등을 심의한 후 허가초과 사용승인 신청 요양기관의 확대요청을 승인한다.

1. 동일한 사용승인 사항으로 승인 받은 기관이 전체 의약품임상시험실시 기관 대비 1/3 이상인 약제
2. 동일한 사용승인 사항으로 사용한 레수가 신청일 전년도 기준 3,000레 이상인 약제
3. 대상 질환의 특성 상 제1호 또는 제2호의 조건을 만족시키기 어려운 희귀 질환 및 소아질환으로서 허가초과 사용승인 신청 요양기관의 확대 필요성이 인정되는 약제

제4조(허가초과 사용승인 절차 등) ① 약제를 허가초과 사용하고자 하는 요양기관의 장은 심평원장에게 해당 약제에 대해 허가초과 사용승인을 받아야 한다.

② 제1항에 따른 허가초과 사용승인을 받으려는 요양기관의 장은 해당 요양기관에 설치된 약사법령에 의한 임상시험심사위원회(Institutional Review Board; IRB)의 심사를 거쳐 의학적 타당성 등이 있다고 인정되는 경우 심사 일로부터 15일 이내에 심평원장에게 별지 제1호서식에 따라 별지 제2호서식과 근거 자료를 첨부하여 승인을 신청하여야 한다. 다만, 제3조제2항에 따라 심평원장이 허가초과 사용승인 신청기관의 확대가 필요하다고 평가한 약제의 경우에는 임상시험심사위원회(IRB)의 심사를 생략할 수 있다.

- ③ 제2항에 따른 임상시험심사위원회는 별표에서 정한 의학적 근거의 범위 및 기준에 적합한지 여부를 포함하여 약제의 허가초과 사용의 적절성을 심사하여야 하며, 이 과정에서 같은 신청기관 내에 설치된 약사(藥事)위원회(Pharmacy and Therapeutic committee; PTC) 또는 이에 준하는 위원회의 의견을 들을 수 있다.
- ④ 심평원장은 제2항에 따른 신청이 별표에서 정한 의학적 근거의 범위 및 기준에 적합하고 약제의 허가초과 사용의 타당성이 인정될 경우 이를 승인할 수 있다.
- ⑤ 심평원장은 제3조의2제3항에 따른 승인여부를 결정하기 위하여 국민건강보험법 제66조에 따른 진료심사평가위원회의 심의를 거쳐야 한다. 이 경우 심평원장은 약제의 허가초과 사용의 타당성을 심의하기에 적절하다고 판단되는 관련 단체에 심의를 위탁할 수 있다.
- ⑥ 제5항 후단에 따른 단체의 심의 관련 기구의 구성 및 운영 등에 관하여 필요한 사항은 심평원장이 정한다. 이 경우 심평원장은 관련 단체와 협의하여 정한다.
- ⑦ 심평원장은 제4항에 따른 승인 및 제5항에 따른 심의를 위하여 식품의약품안전처장(이하 “식약처장”이라 한다)에게 신청내용이 의학적 근거의 범위 및 기준에 적합한지 여부에 대한 평가를 지체 없이 요청하여야 한다. 다만, 제3조제2항에 따른 신청인 경우에는 평가 요청을 생략할 수 있다.
- ⑧ 제3조의2제1항에 따라 관련 단체에서 허가초과 사용승인 신청 대상 기관 확대를 하고자 하는 경우 별지 제1호의2서식, 제2호서식과 이와 관련된 자료를 첨부하여 심평원장에게 확대 신청하여야 하며, 제3조의2제3항에 따른 인정한 약제를 사용하고자 하는 요양기관은 별지 제1호의3서식을 기재하여 심평원장에게 승인 신청하여야 한다.
- ⑨ 심평원장은 제7항에 따른 평가 결과를 지체 없이 신청한 요양기관에 통보하고, 제3조의2제1항에 따른 신청의 경우 신청을 받은 날로부터 60일 이내에 승인여부 및 내용을 신청한 단체에 통보하여야 한다. 다만, 제7항에 따른 검토기간 및 신청한 요양기관 또는 단체가 보완자료를 제출하는데 소요된 기간은 처리기간에 포함하지 아니한다.
- ⑩ 심평원장이 제9항에 따라 승인 여부 및 내역을 통보할 때에는 서면 또는

「정보통신망 이용 촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」제2조제1항제1호에 따른 정보통신망을 이용하여 통보할 수 있다.

⑪ 제1항에도 불구하고 요양기관이 제2항에 따른 기간 내에 승인 신청을 한 경우에는 심평원장의 승인 통보 전 신청 약제를 비급여로 사용할 수 있다. 다만, 제3조제2항에 따라 신청한 약제는 심평원장의 승인을 받은 후 비급여로 사용할 수 있다.

제5조(요양기관의 의무사항 및 사후관리 등) ① 약제의 허가초과 사용을 하고자

하는 요양기관은 환자에게 해당 처방·투약이 약사법령에 따라 허가 또는 신고된 사항의 범위를 벗어난 것이라는 내용과 함께 다음 각 호에 대하여 설명하여야 하며, 환자가 충분한 설명을 들은 후 투약 여부를 결정할 수 있게 하여야 한다.

1. 투약 계획 및 소요 비용
2. 예상되는 부작용의 종류 및 부작용 발생 시 대응 계획
3. 대체가능한 치료법 유무

② 요양기관이 심평원장으로부터 제4조제9항에 따른 불승인 통보를 받은 경우에는 그 통보를 받은 날부터 허가초과 약제를 더 이상 사용하여서는 아니 된다.

③ 요양기관이 심평원장으로부터 제4조제9항에 따라 사용승인을 받은 경우에는 매년 3월말까지 전년도에 사용한 해당 약제의 사용 내역(승인 후 사용내역이 없는 경우도 포함하고, 제4조제11항에 따라 승인 통보 전 사용한 내역도 포함한다)을 별지 제3호 서식에 따라 제출하여야 한다.

④ 보건복지부장관은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 다음 각 호의 구분에 따른 조치를 취할 수 있다.

1. 해당 연도에 비급여 불승인을 3회 받은 요양기관 : 경고
2. 해당 연도에 비급여 불승인을 4회 이상 받은 요양기관 : 제4조제9항에 따른 심평원장 승인 전 비급여 사용 제한

⑤ 심평원장은 제3항에 따라 비급여 사용내역을 보고 받은 후 그 내용을 식약처장에게 통보하여야 하며, 식약처장은 사용내역 등을 평가하여 안전성·유효성이 인정되지 않는 경우에는 심평원장에게 사용중지를 요청할 수 있다.

⑥ 심평원장은 제3항에 따라 보고받은 비급여 사용내역을 평가하여 요양급여가 필요하다고 판단되는 경우에는 보건복지부장관에게 요양급여를 요청할 수 있다.

⑦ 제5항에 따른 식약처장의 사용중지 요청을 받은 심평원장은 지체 없이 비급여 사용승인을 받은 요양기관에게 승인 결정의 취소를 통보하여야 한다. 이 경우, 취소 통보를 받은 요양기관은 그 통보를 받은 날부터 허가초과 약제의 비급여 사용을 하여서는 아니 된다.

제6조(세부운영절차 등) 허가초과 사용약제의 승인에 필요한 검토절차, 심의위원회 구성·운영 등 필요한 사항은 심평원장이 정한다.

제7조(재검토기한) 보건복지부장관은 이 고시에 대하여 「훈령·예규 등의 발령 및 관리에 관한 규정」에 따라 2020년 7월 1일을 기준으로 매3년이 되는 시점(매 3년째의 6월 30일까지를 말한다)마다 그 타당성을 검토하여 개선 등의 조치를 하여야 한다.

부칙 〈제2020-140호, 2020. 7. 1.〉

이 예규는 발령한 날부터 시행한다.

[별 표]

허가초과 사용약제의 비급여 사용 승인을 위한 의학적 근거의 범위 및 기준(제4조 관련)

1. 의학적 근거의 범위

의학적 근거의 범위는 교과서, 국내외 임상진료지침, 공인된 학술지에 게재된 임상연구문헌, 제외국의 약제 허가사항 등으로 한다.

2. 임상연구문헌의 의학적 근거수준의 분류 및 기준

임상연구 문헌은 연구유형에 따라 다음의 4가지 범주로 분류하며, 허가초과 사용약제의 비급여 사용을 위해서는 범주 2 이상의 근거가 있어야 한다. 다만, 희귀질환에 사용하고자 하는 경우에는 범주 4 까지 인정할 수 있다.

범주 1 : 무작위 대조군 시험을 대상으로 한 체계적 문헌고찰
(systemic review, meta-analysis)

범주 2 : 무작위 대조군 시험 또는 범주3을 대상으로 한 체계적 문헌고찰

범주 3 : 준-무작위 대조군 시험, 환자-대조군 연구(case control study), 코호트 연구
(cohort study) 및 기타 관찰적 분석 연구(observational, analytic study)

범주 4 : 단면조사연구(cross-sectional study), 전/후 비교연구(before/after study), 증례
보고(case report), 환자군 연구(case series), 비분석적 연구(non-analytic study)

주. 건강보험심사평가원 의료기술평가사업단 EBH팀 「근거문헌수복지침(EBRM : Evidence Based Review Manual) 제2판 2006년 12월」

2022년 7월판

요양급여의 적용기준 및 방법에 관한
세부사항(약제)

인쇄일 : 2022년 8월 25일

발행일 : 2022년 8월 30일

인 쇄 : 루시디자인

전 화 : 070-4042-3600



26465 강원도 원주시 혁신로 60 (반곡동)
Tel 1644-2000 www.hira.or.kr