

## 약제 전산심사 관련 안내

- 동 사례는 호흡기계 약제 전산심사 대상 공개 이후 청구내역에 대해 모니터링 결과, 전산심사 다빈도 조정이 예측되는 사례를 발췌한 내용이므로, 진료 및 청구 시 적극 참고하시기 바랍니다.
- 아래 사례에 언급된 약제는 요양기관의 이해를 돕기 위하여 해당 성분 중 예시로 발췌한 것이며, 예시에 언급된 약제와 성분이 같은 약제는 동일한 기준이 적용될 예정입니다.

### 가. Leukotriene 조절제

(Montelukast경구제, Pranlukast경구제, Zafilukast 경구제)

⇒ 초진에 투여 시 특정내역 기재 필요

대표 약제명	약제 허가사항 및 급여기준 등	전산심사
싱쿨레어정, 몬테루카르스정, 씨투스건조시럽 등	‘알레르기성 및 혈관운동성 비염’ 또는 ‘천식’ 에 허가받은 약제로서, 급여기준에서 <u>2차 약제로 투여토록 제한</u> 하고 있음.	<u>초진에 특정내역 미기재</u> → 환자 부담 (100/100)

### 나. 흡입제(Inhalants)

⇒ 특정내역(천식평가결과) 기재 필요

대표 약제명	약제 허가사항 및 급여기준 등	전산심사
세레타이드 디스커스, 세레타이드 에보할러, 심비코트터부헬러,	- 천식에 투여시 급여기준에서 3~6개월 간격으로 천식평가결과를 기재토록 하고 있음.	-특정내역 기재 → 심사자 전환 심사

대표 약제명	약제 허가사항 및 급여기준 등	전산심사
터부탈린흡입액, 베로텍흡입액유디비	<ul style="list-style-type: none"> <li>- COPD에 투여시 급여기준에서 검사 수치(예: FEV1수치) 제한하고 있음.</li> <li>- 기존제제(벤토린 흡입액)에 반응이 없거나 기존제제를 투여할 수 없는 객관적인 자료와 투여 소견서 첨부시 인정</li> </ul>	-특정내역 미기재 → 전 환자부담(100/100)

## 다. 허가사항 변경 약제

※ '15.12.17. 식약처 의약품 재평가에 의해 허가사항 변경됨.

⇒ 식약처 허가사항 변경을 고려하여 사용 및 청구 필요

약제	약제 허가사항		청구내역	전산심사
	변경 전	변경 후		
Clenbuterol HCl 시럽제	다음 질환의 기도폐쇄성 장애에 의한 호흡곤란 등 여러 증상의 완화 : 기관지천식, <b>만성기관지염, 폐기종</b>	다음 질환의 기도폐쇄성 장애에 의한 호흡곤란 등 여러 증상의 완화 : 기관지천식  흡입제를 사용할 수 없는 환자에서 사용한다.	기관지염 상병 청구	조정
Ambroxol HCl 경구제	(정제)(캡슐제)(시럽제)(흡입제) 점액분비장애로 인한 급·만성 호흡기질환 : 급·만성기관지염, 천식 성기관지염, <b>부비강염, 권성박염</b>	(정제)(캡슐제)(시럽제)(흡입제) 점액분비장애로 인한 다음의 급·만성 호흡기질환 : 급·만성기관지염, 천식성기관지염	상기도질환 (급성 인후두염 등) 상병 청구	조정

라. 기타, 허가된 상병이 미기재되는 약제(다빈도 발생건)

약제	약제 허가사항 및 급여기준 등	청구내역	전산심사
Ambroxol HCl + Clenbuterol HCl 경구제	다음 질환에서의 기관지경련 및 점액 과다 분비 : 기관지천 식, 폐기종, 기관지염 → 하기도 질환	-상기도질환 (급성 인 두염 등) 상병에 투여	
Cetirizine HCl + Pseudoephedrine HCl 경구제	다음 증상을 수반하는 계절성 및 다년성 알레르기 비염의 완 화 : 코막힘, 재채기, 콧물, 눈 코의 소양증 → 알레르기성 비염 증상	-상기도질환(급성 인후 두염 등) 및 하기도질 환(급성 기관지염 등) 상병에 투여	조정

- 약제별 허가사항 및 급여기준 세부내용은 [첨부] 참조

## [첨부]

### □ 호흡기계 약제 전산심사 대상

#### ○ 허가사항

#### ▶ R01(Nasal Preparations)

연 번	주성분코드		성분명	대표 상한가 제품명	효능효과
	변경 전 (~'16.6.30.)	변경 후 (*16.7.1.~)			
1	112502CLQ	112533CLQ	Azelastine HCl 10mg	아젠티비액(염산아 젤라스틴)	다년성 및 계절성 알레르기성 비염, 혈관운동성 비염
2	182901CSI	182930CSI	Levo-cabastine(H Cl) 5mg	리보스틴네잘스프 레이(염산레보카바 스틴)	알레르기비염 증상 완화
3	228802CLQ	228838CLQ	Sodium cromoglycate 20mg	클레신비액 2%	알레르기성 비염
4		228832CLQ		인탈네블라이저솔 루션	기관지 천식 예방
5	228802CSI	228833CSI	Sodium cromoglycate 20mg	리나크롬엠나잘스 프레이(크로모글리 크산나트륨)	알레르기성 비염
6	114507CSI	114531CSI	Beclomethasone dipropionate 10mg	나소백아쿠어스액( 디프로피온산베클 로메타손)	알레르기성 비염, 혈관운동성 비염
7	114509CLQ	114533CLQ	Beclomethasone dipropionate 20mg	리노클레닐100비 액(베클로메타손디 프로피오네이트)	다음 질환의 치료 : 알레르기성 비 염, 혈관운동성 비염
8	119401CLQ	119437CLQ	Budesonide 1mg	나리타정비액(부데 소니드)	1.계절성 및 다년성의 다음 비염: 알 레르기성 비염, 혈관운동성 비염 2.비용종의 치료 및 절개술 후 재발 방지
9	119405CLQ	119435CLQ 119436CLQ	Budesonide 10mg	유한폴미코트비액 32마이크로그램 등	1.계절성 및 다년성의 다음 비염: 알 레르기성 비염, 혈관운동성 비염 2.비용종의 치료 및 절개술 후 재발 방지
10	162207CSI	162238CSI	Fluticasone propionate 6mg	후릭소나제코약	다음 질환의 예방 및 치료 : 계절성 알레르기성 비염, 고초열, 다년성 비 염
11	243309CLQ	243330CLQ	Triamcinolone acetone 6.6mg	나자코트비액	계절성 및 다년성의 알레르기성 비 염 증상 치료
12	361301CSI	361331CSI	Mometasone furoate 50mcg/dose×140 dose	나조빅스나잘스프 레이(모메타손푸로 에이트) 등	1.성인 및 2세 이상의 소아: 계절 알 레르기비염 및 연중 비염. 중등도 ~ 중증의 계절 알레르기비염의 증상이 있었던 환자에서 예방요법은 화분기 시작예정일(알러젠노출예정일)의 2~ 4주전에 시작할 수 있다. 2.18세 이상의 성인: 비용종 3.성인 및 12세 이상의 청소년: 중증 의 세균감염이 없는 급성비부비동염

연 번	주성분코드		성분명	대표 상한가 제품명	효능효과
	변경 전 (~'16.6.30.)	변경 후 (*16.7.1.~)			
13	500401CSI	500430CSI	Fluticasone furoate 27.5ug/회	아바미스나잘스프 레이(미분화플루티 카손푸로에이트)	성인 및 2세이상의 소아에서 계절성 또는 통년성 알레르기비염 증상의 치료
14	495700CSI		Ipratropium bromide 6mg +Xylometazoline HCl 5mg	자이콤비강분무액	감기에 의한 비출혈과 콧물이 동반 된 증상의 치료
15	177102CLQ	177132CLQ	Ipratropium bromide 4.5mg	리노벤트비액(브롬 화이프라트로피움 일수화물)	알레르기비염 및 비알레르기비염의 다음 증상 완화 : 콧물
16	520200CSI		Mometasone furoate 9mg + Azelastine HCl 25.2mg	나자플렉스나잘스 프레이 등	연중 알러지성 비염
17	521800CSI		Mometasone furoate 4.5mg + Azelastine HCl 12.6mg	모테손플러스나잘 스프레이	
18	259900ACH		CetirizineHCl 5mg + Pseudoephedrine HCl 120mg	그린노즈캡슐 등	다음 증상을 수반하는 계절성 및 다 년성 알레르기 비염의 완화 : 코막 힘, 재채기, 콧물, 눈 코의 소양증
19	259900ATB		CetirizineHCl 5mg + Pseudoephedrine HCl 120mg	코싹정 등	
20	260100ACR		Ebastine 10mg + Pseudoephedrine 120mg	리노에바스텔캡슐 등	혈관운동성, 알러지성비염 및 감기에 관련된 비염증상의 치료
21	395400ATB		Fexofenadine HCl 60mg +Pseudoephedrin e HCl 120mg	알레그라디정	계절 알레르기비염에 의한 다음 증 상의 완화: 재채기, 콧물, 코·구강·인 후의 가려움, 눈의 가려움, 눈물흘림 증, 충혈, 비출혈 이 약은 펙소페나딘염산염의 항히스 타민 효과와 수도에페드린염산염의 비출혈 제거효과가 모두 요구될 때 사용할 것.
22	524800ATB		Levocetirizine 2.5mg + Pseudoephedrine HCl 120mg	코싹엘정	다음 증상을 수반하는 계절성 및 다 년성 알레르기비염의 완화: 코막힘, 재채기, 콧물, 눈, 코의 소양 증

▶ R03(Drugs for obstructive airway disease\_Inhalants)

연 번	주성분코드		성분명	대표 상한가 제품명	효능효과
	변경 전 (~'16.6.30.)	변경 후 ( '16.7.1.~)			
23	235805CLQ	235830CLQ	Terbutalinesulfate	터부탈린흡입액(황산테르부탈린)	다음 질환의 기관지 폐쇄성 장애에 기인하는 호흡곤란 등 제증상(다른 흡입제형 투여가 부적절한 경우): 기관지천식, 만성기관지염, 천식성기관지염, 기관지확장증 및 폐기종
24	157902CLQ	157930CLQ	FenoterolHbr 500 $\mu$ g	베로텍흡입액유디비(브롬화수소산페노테롤)	기관지천식, 경련성·천식성기관지염, 만성 기관지염, 폐기종, 규폐증, 폐결핵 및 기관지 확장증 등 천식양 호흡곤란증을 수반하는 폐, 기관지 질환, 항생제, 거담제, 부신피질 호르몬제와 생리식염수 에어로솔 요법의 준비 및 보조제
25	225502CSI	225531CSI	Salbutamol sulfate(asSalbutamol) 20mg	벤토린에보할러(살부타몰황산염) 등	다음 질환의 기도폐쇄성 장애에 의한 호흡곤란 등 여러 증상의 완화 : 기관지천식, 만성기관지염, 폐기종
26	225506CSI	225530CSI	Salbutamol sulfate 3mg	벤토린네불2.5mg(살부타몰황산염)	중증의 급성천식(천식지속상태의 치료), 통상요법으로 효과가 없는 만성 기관지 경련의 처치
27	225508CSI	225532CSI	Salbutamol sulfate 6mg	벤토린흡입액 등	중증의 급성천식(천식지속상태의 치료), 통상요법으로 효과가 없는 만성 기관지 경련의 처치
28	218304CSI	218330CSI	ProcaterolHCl(micronized) 2mg	메프친스원헬러(염산프로카테롤(미분화))	기관지천식에 있어 가역적 기관지경련의 증상 완화(이 약의 사용은 발작 발현 시에 한할 것)
29	611901CSI		Indacaterol maleate(as indacaterol) 150mcg/cap	온브리즈흡입용캡슐150마이크로그램(인다가테롤말레산염)	기관지확장제로 만성폐쇄성 폐질환의 유지요법제
30	611902CSI		Indacaterol maleate(as indacaterol) 300mcg/cap	온브리즈흡입용캡슐300마이크로그램(인다가테롤말레산염)	
31	334500CSI	543100CSI	Fluticasone propionate 6mg + Salmeterolxinafoate (as salmeterol) 3mg	세레타이드100디스커스(60dose) 등	기관지 확장제와 흡입용 코르티코스테로이드의 병용투여가 적절하다고 판단된 천식의 치료
		543200CSI			
32	506400CSI	544300CSI	Fluticasone propionate 2.8mg + Salmeterol xinafoate 1.4mg	세레타이드100디스커스(28dose)	
33	334700CSI	543500CSI	Fluticasone propionate 30mg + Salmeterol xinafoate(as salmeterol) 3mg	세레타이드250에보할러(120dose) 등	
		543600CSI			
34	506600CSI	544500CSI	Fluticasone propionate 14mg+Salmeterol	세레타이드500디스커스(28dose)	

연 번	주성분코드		성분명	대표 상한가 제품명	효능효과
	변경 전 (~'16.6.30.)	변경 후 ( '16.7.1.~)			
			xinafoate(as salmeterol)1.4mg		
35		543400CSI	Fluticasone propionate 15mg + Salmeterol xinafoate(as salmeterol) 3mg	세레타이드125에 보할러(120dose)	(흡입제-현탁) 기관지확장제와 흡입용 코르티코 스테로이드의 병용투여가 적절하다고 판단된 천식의 치료
36	334600CSI	543300CSI	Fluticasone propionate 15mg + Salmeterol xinafoate(as salmeterol) 3mg	세레타이드250디 스커스(60dose) 등	1.기관지 확장제와 흡입용 코르티코 스테로이드의 병용투여가 적절하다 고 판단된 천식의 치료 2.만성 기관지염과 관련된 만성폐쇄 폐질환 환자의 기도폐색치료를 위 한 유지요법
37	506500CSI	544400CSI	Fluticasone propionate 7mg + Salmeterol xinafoate(as salmeterol) 1.4mg	세레타이드250디 스커스(28dose)	1.기관지 확장제와 흡입용 코르티코 스테로이드의 병용투여가 적절하다 고 판단된 천식의 치료 2.만성 기관지염과 관련된 만성폐쇄 폐질환 환자의 기도폐색치료를 위 한 유지요법
38	391800CSI	543800CSI 543900CSI	(micronized)Bude sonide180mg/g+ Formoterolfumart ate·2H2O5mg/g	심비코트터부헬러 160/4.5마이크로 그램 등	천식환자의 치료 중증의 만성폐쇄성폐질환
39	453400CSI	544100CSI	(micronized)Bude sonide390mg/g+ Formoterolfumart ate·2H2O11mg/g	심비코트터부헬러 320/9마이크로그 램	천식환자의 치료 중증의 만성폐쇄성폐질환
40	441700CSI	544000CSI	(micronized)Bude sonide90mg/g+F ormoterolfumartat e·2H2O5mg/g	심비코트터부헬러 80/4.5마이크로그 램	천식환자의 치료
41	640400CSI	801100CSI	(micronized)Bude sonide80mg/g+F ormoterolfumartat e·2H2O2.25mg/g	심비코트라피헬러 80/2.5마이크로그 램	천식환자의 치료
42	502000CSI	544200CSI	Beclomethasone dipropionate 172.41mg + Formoterol fumarate·2H2O 10.34mg	포스터100/6에이 치에프에이	1.지속성 기관지확장제와 흡입용 코 르티코스테로이드의 병용요법이 적 절하다고 판단된 천식의 치료 2.정기적인 지속성 기관지확장제 치 료에도 불구하고 반복적 악화이력이 있는 중증 만성폐쇄성폐질환환자의 증상치료(2015.3.2)
43	525700CSI	542800CSI	Fluticasone propionate 15mg + Formoterol fumarate dihydrate 0.6mg	플루티폼흡입제12 5µg/5µg	지속성 베타2-효능약과 흡입용 코르 티코스테로이드의 병용투여가 적절 하다고 판단된 천식의 치료
44	525800CSI	542900CSI	Fluticasone propionate 6mg + Formoterol fumarate dihydrate 0.6mg	플루티폼흡입제50 µg/5µg	

연 번	주성분코드		성분명	대표 상한가 제품명	효능효과
	변경 전 (~'16.6.30.)	변경 후 ( '16.7.1.~)			
45	526200CSI	543000CSI	Fluticasone propionate 30mg + Formoterol fumarate dihydrate 1.2mg	플루티폼흡입제25 0µg/10µg	
46	636700CSI		micronized fluticasone furoate 3mg + micronized vilanterol trifenate(as vilanterol) 0.75mg	렐바100엘립타	1.흡입용 코르티코스테로이드로 적절 히 조절되지 않고 필요시 속효성 베 타2-효능약을 사용하는 환자에서 지 속성 베타2-효능약과 흡입용 코르티 코스테로이드의 병용투여가 적절하 다고 판단된 12세이상 소아 및 성인 의 정기적인 천식 치료 2.정기적인 기관지확장제 치료에도 불구하고 악화된 이력이 있는 성인 에서 예측정상(기관지확장제사용 후)FEV1수치가70%미만인만성폐쇄성 폐질환환자의증상치료
47	636800CSI		micronized fluticasone furoate 6mg + micronized vilanterol trifenate(as vilanterol) 0.75mg	렐바200엘립타	1. 흡입용 코르티코스테로이드로 적 절히 조절되지 않고 필요시 속효성 베타2-효능약을 사용하는 환자에서 지속성 베타2-효능약과 흡입용 코 르티코스테로이드의 병용투여가 적 절하다고 판단된 12세 이상 소아 및 성인의 정기적인 천식 치료
48	635300CSI		micronized aclidium bromide 24mg + formoterol fumarate dihydrate 0.72mg	듀어클리어제뉴에 어400/12마이크로 그램	기관지 확장제로 만성폐쇄성 폐질환 의 유지요법제
49	627500CSI	800100CSI	glycopyrronium bromide 0.063mg + Indacaterol maleate(as indacaterol) 0.143mg	조터나흡입용캡슐 110/50마이크로그 램	기관지확장제로 만성폐쇄성폐질환의 증상 경감을 위한 유지요법제
50	631200CSI		Vilanterol+Umedid iniumbromide	아노로62.5엘립타	기관지확장제로서 성인의 만성폐쇄 성폐질환의 증상 완화를 위한 유지 요법제
51	114508CSI	114532CSI	Beclomethasoned ipropionate 12mg	베코벤트100마이 크로그램분말흡입 제(프로피온산베클 로메타손)	1.다음 경우를 포함한 광범위한 기관 지천식의 치료 1) 기관지확장제 단독으로 잘 치료 되지 않는 천식
52	114509CSI	114533CSI	Beclomethasoned ipropionate 20mg	베코벤트100마이 크로그램분말흡입 제(프로피온산베클 로메타손)	2) 기관지확장제 소디움크로모글리 케이트의 병용요법으로 잘 치료되지 않는 천식
53	114510CSI	114530CSI	Beclomethasoned ipropionate 6mg	베코벤트100마이 크로그램분말흡입 제(프로피온산베클 로메타손)	3) 전신성 부신피질질환 또는 부 신피질자극ホルモン제에 의존하는 중증 천식 2.소아의 중증천식의 치료
54	119404CSI	119533CSI	Budesonide 500µg	풀미코트레스플분 무용현탁액0.5mg/	기관지천식(특히스테로이드요법의다 른치료가불충분하거나적절치않은경



연 번	주성분코드		성분명	대표 상한가 제품명	효능효과
	변경 전 (~'16.6.30.)	변경 후 ( '16.7.1.~)			
				2ml(미분화부데소 니드) 등	우), 유아와 소아의 급성 후두기관기관지염 (크룹)의 치료
55	119407CAE	119438CAE	Budesonide 40mg	부디에어200에이 치에프에이에어로 솔(부데소니드)	1.주효능효과 기관지천식
56	119502CSI	119530CSI	Budesonide(micro nized)20mg	폴미코트터부헬러 200mcg/dose100 기타(부데소니드) 등	기관지천식
57	119505CSI	119531CSI	Budesonide(micro nized)40mg	오부코트스윙헬러( 미분화부데소니드) 등	기관지천식
58	119506CSI	119532CSI	Budesonide(micro nized)80mg	프레노린400mcg 분말흡입제(미분화 부데소니드)	기관지천식
59	162202CSI	162235CSI	Fluticasone propionate 15mg	후릭소타이드디스 커스250마이크로 그램(플루티카손프 로피오네이트)	(흡입제) 1.기관지천식 1) 성인 : 다음 경우에 있어서의 천 식의 예방적 치료 (1) 경증 천식(PEF 80% 초과) 일상생활 속에서 간헐적으로 기 관지확장제 투여가 필요한 환자 (2) 중등도 천식(PEF 60~80%) 정기적인 천식치료를 필요로 하 는 경우 현행 예방적 치료나 기관지확장 제 단독사용으로는 상태가 안정되 지 않거나 오히려 악화되는 환자 (3) 중증 천식(PEF 60% 미만) 중증 만성 천식환자의 경우, 증 상의 조절을 위해 전신성 코르티 코스테로이드에 의존하는 환자는 이 약의 투여로 다수가 경구용 코르티 코스테로이드의 투여를 유의적으로 줄이거나 중단할 수 있다.
60	162204CSI	162236CSI	Fluticasonepropio nate30mg	후릭소타이드에보 할러250마이크로 그램(플루티카손프 로피오네이트)	2) 소아 : 천식의 예방적 치료(현행 예방적 치료로 조절되지 않는 환 자를 포함)
61	162205CSI	162233CSI 162232CSI	Fluticasone propionate 6mg	후릭소타이드디스 커스100마이크로 그램(플루티카손프 로피오네이트) 등	(현탁액) 1.성인및16세초과의청소년 중증 만성 천식의 예방적 치료(고 용량의 흡입용 또는 경구용 코르 티코스테로이드 투여를 필요로 하는 환자) 2.4 ~ 16세(0.5mg에한함) 천식의 경증 ~ 중등도의 급성 악화 기 치료
62	162206CSS	162230CSS	Fluticasone propionate 0.5mg	후릭소타이드네볼 0.5밀리그램(플루 티카손프로피오네 이트)	
63	162203CSS	162231CSS	Fluticasone propionate 2mg	후릭소타이드네볼 2밀리그램(플루티 카손프로피오네이 트)	
64	497101CSI	497130CSI	Ciclesonide 4.8mg	알베스코흡입제80 (시클레소니드)	기관지 천식의 예방적 치료

연 번	주성분코드		성분명	대표 상한가 제품명	효능효과
	변경 전 (~'16.6.30.)	변경 후 ( '16.7.1.~)			
65	497102CSI	497131CSI	Ciclesonide 9.6mg	알베스코흡입제160(시클레소니드)	기관지 천식의 예방적 치료
66	510001CSI	510030CSI	Micronized ciclesonide 50ug/회	옴나리스나잘스프레이(미분화시클레소니드)	계절성 알레르기비염 성인 및 6세이상 소아의 계절성 알레르기비염 증상치료  통년성 알레르기비염 성인 및 12세이상 청소년의 통년성 알레르기비염 증상치료
67	177103CLQ	177131CLQ	Ipratropium bromide 521.8µg	아트로벤트흡입액 유디비(브롬화이프라트로피움일수화물) 등	다음 질환의 기도폐쇄장애에 의한 호흡곤란 등 여러 증상의 완화: 기관지천식, 만성기관지염, 폐기종
68	457301CCH		Micronized tiotropium bromide monohydrate (as tiotropium 18mcg) 22.5mcg	스피리바흡입용캡슐(브롬화티오토로피움일수화물) 등	기관지확장제로 만성폐쇄성폐질환의 유지요법제로 사용한다
69	457301CSI	457330CSI		스피리바흡입용캡슐(콤비팩)(브롬화티오토로피움일수화물) 등	
70	503401CSI	503430CSI	Tiotropium bromide monohydrate 1272.15mcg/4.5 ml	스피리바레스피맷(브롬화티오토로피움일수화물)	1.기관지확장제로 만성폐쇄성폐질환의 유지요법  2.흡입용 코르티코스테로이드(부데소니드800마이크로그램/일 이상 또는 이와 동등한 용량의 다른 코르티코스테로이드) 및 지속성베타-2작용제의 병용유지요법에도 불구하고 중증의 악화경험이 있는 천식환자의 병용유지요법(2014.11.5)
71	633701CSI	633730CSI	(Micronized) Aclidinium bromide 24mg (400µg/회)	에글라라제뉴에어 400마이크로그램(아클리디니움브롬화물(미분화))	기관지확장제로만성폐쇄성폐질환의 유지요법제
72	228801CAE	228837CAE	Sodium cromoglycate 200mg	인탈에어로졸(크로모글리크산나트륨)	기관지천식
73	228803CAE	228841CAE	Sodium cromoglycate 560mg	인탈에어로졸5밀리그램(크로모글리크산나트륨)	기관지천식

▶ R03(Drugs for obstructive airway disease\_Oral)

연 번	주성분코드		성분명	대표 상한가 제품명	효능효과
	변경 전 (~'16.6.30.)	변경 후 ( '16.7.1.~)			
74	163101ATB		Formoterol fumarate 20ug	삼아아토크정20마 이크로그람(포르모 테롤푸마르산염수 화물)	(경구:정제) 다음 질환의 기도폐쇄성 장애에 의 한 호흡곤란 등 여러 증상의 완화 : 기관지천식, 급·만성기관지염, 폐기 종, 천식성기관지염
75	163104ATB		Formoterol fumarate 40ug	삼아아토크정(포르 모테롤푸마르산염 수화물)	
76	163104ASY	163130ASY	Formoterol fumarate 40ug	삼아아토크건조시 럽(포르모테롤푸마 르산염수화물) 등	(경구:건조시럽제) 다음 질환의 기도폐쇄성 장애에 의 한 호흡곤란 등 여러 증상의 완화 : 기관지천식, 급성기관지염, 천식성기 관지염
		163131ASY			
77	225501ATB		Salbutamol sulfate(as Salbutamol) 2mg	신일살부타몰정(수 출명:BUTAMOLTa b.)(SalbutamolSul fate)	다음 질환의 기도폐쇄성 장애에 의 한 호흡곤란 등 여러 증상의 완화 : 기관지천식, 만성기관지염, 폐기종
78	225503ATB		Salbutamol sulfate(as Salbutamol) 4mg	부광살부타몰정4 밀리그램	
79	225503ACR		Salbutamol sulfate(as Salbutamol) 4mg	살부트론서방캡셀 4밀리그램	
80	225507ACR		Salbutamol sulfate(as Salbutamol) 8mg	살부트론서방캡셀 8밀리그램	
81	235801ATB		Terbutaline sulfate 2mg	베타투정(황산테르 부탈린)	다음 질환의 기도폐쇄성 장애에 의 한 호흡곤란 등 여러 증상의 완화 : 기관지천식, 만성기관지염, 폐기종, 천식성기관지염, 기관지확장증
82	157901ATB		Fenoterol Hbr 2.5mg	코딜라트정(브롬화 수소산페노테롤) 등	(경구 : 정제, 시럽제) 1. 주효능 효과 다음 질환의 기도폐쇄성 장애에 의 한 호흡곤란 등 여러 증상의 완화 : 기관지천식, 경련성·천식성기관지 염, 만성기관지염, 폐기종, 진폐증
83	218301ATB		Procaterol HCl 25µg	메프친정25마이크 로그램(염산프로카 테롤)	다음 질환의 기도폐쇄성장장애에 의한 호흡곤란 등 여러증상의 완화 :기관지천식, 급·만성기관지염, 폐기 종, 천식성기관지염
84	218302ATB		Procaterol HCl 50µg	메프친정0.05밀리 그램(염산프로카테 롤) 등	
85	452101CPC		Tulobuterol 0.5mg	코프날린패취0.5 밀리그램(톨로부테 롤) 등	다음 질환의 기도폐쇄성장장애에 의한 호흡곤란 등 여러증상의 완화 :기관지천식, 급성기관지염, 만성기 관지염, 폐기종
86	452102CPC		Tulobuterol 1mg	코프날린패취1밀 리그램(톨로부테 롤) 등	
87	452103CPC		Tulobuterol 2mg	코프날린패취2밀 리그램(톨로부테 롤) 등	

연 번	주성분코드		성분명	대표 상한가 제품명	효능효과
	변경 전 (~'16.6.30.)	변경 후 ( '16.7.1.~)			
88	113601ATB		Bambuterol HCl 10mg	밤백정10mg(염산 밤부테롤) 등	(정제)(시럽제) 기관지천식,기관지연축을수반하는만 성기관지염,폐기종및기타폐질환
89	113602ASY	113630ASY	Bambuterol HCl 1mg	밤부날시럽(염산밤 부테롤) 등	
90	135301ASY	135330ASY	Clenbuterol HCl 1ug	코오롱염산클렌부 테롤시럽 등	(경구:정제,시럽제) 1. 주효능 효과 다음 질환의 기도폐쇄성 장애에 의한 호흡곤란 등 여러 증상의 완 화 : 기관지천식, <b>만성기관지염, 폐 가중</b> 흡입제를 사용할 수 없는 환자에서 사용한다.
		135331ASY			
91	237001ACH		Theophylline 100mg	에테오피100밀리 그램캡셀(테오피린 )	(경구:서방형캡셀제·정제) 다음 질환의 기도폐쇄성 장애에 의 한 호흡곤란 등 여러 증상의 완화 : 기관지천식, 만성기관지염, 폐기 종, 천식성기관지염
92	237003ACH		Theophylline 200mg	에테오피200밀리 그램캡셀	
93	237001ACR		Theophylline 100mg	테올란비서방캡슐 100밀리그램(테오 필린)	
94	237002ACR		Theophylline 130mg	데오크레캡셀130 밀리그램(무수테오 필린)	
95	237003ACR		Theophylline 200mg	테올란비서방캡슐 200밀리그램(테오 필린) 등	
96	237003ATR		Theophylline 200mg	유니필서방정200 mg(테오피린)	
97	237005ATR		Theophylline 400mg	유니필서방정400 mg(테오피린)	
98	237003ASY	237030ASY	Theophylline 200mg	데오크레건조시럽 20%(테오피린) 등	(시럽제) 다음 질환의 기도폐쇄장애에 의한 호흡곤란 등 여러증상의 완화: 기관 지천식,천식기관지염
		237031ASY			
99	107301ATB		Aminophylline 100mg	대원아미노필린정( 수출명:아미핀정(A mipinetab.)) 등	(정제) 1. 다음 질환의 기도폐쇄성장장애에 의 한 호흡곤란 등 여러 증상의 완화 : 기관지천식, 천식성기관지염, 폐기종, 만성기관지염 2. 울혈성심부전, 심장천식(발작예 방), <b>관상혈관장애, 신성부종</b>
100	107301ATR		Aminophylline 100mg	소아용아스콘틴서 방정(아미노필린)	(정제) 1. 다음 질환의 기도폐쇄성장장애에 의 한 호흡곤란 등 여러 증상의 완화 : 기관지천식, 천식성기관지염, 폐기종, 만성기관지염 2. 울혈성심부전, <b>심장천식(발작예 방), 관상혈관장애, 신성부종</b>

연 번	주성분코드		성분명	대표 상한가 제품명	효능효과
	변경 전 (~'16.6.30.)	변경 후 ( '16.7.1.~)			
101	107303ATR		Aminophylline 225mg	아스콘틴서방정(아 미노필린)	(정제) 1. 다음 질환의 기도폐쇄성장장애에 의 한 호흡곤란 등 여러 증상의 완화 : 기관지천식, 천식성기관지염, 폐기종, 만성기관지염 2. 율혈성심부전, <b>심장천식(발작예 방), 관상혈관장애, 신성부종</b>
102	113801ATB		Bamiphylline HCl 300mg	바미필정(염산바미 필린) 등	다음 질환의 기도폐쇄성장장애에 의한 호흡곤란 등 여러증상의 완화: 기관지천식, 만성기관지염
103	113802ATB		Bamiphylline HCl 600mg	바미픽스정(염산바 미필린)	
104	439101ATB		Doxofylline 400mg	엑시마정(독소필린 ) 등	*기관지천식 *다음 질환의 기도폐쇄성장장애에 의 한 호흡곤란 등 여러증상의 완화: 만성기관지염
105	487001ATB		Petasites hybridus CO2 extracts(as total petasin 8mg) 30mg	코살린정(페타시테 스히브리두스염이 산화탄소엑스)	다음 제증상이 있는 알레르기성비염 의 완화: 재채기, 콧물, 가려움증, 코막 힘
106	249701ATB		Zafirlukast 20mg	아콜레이트정20밀 리그램(자피르루카 스트)	천식의 방지 및 지속적 치료
107	216401ACH		Pranlukast hydrate 112.5mg	오논캡셀(프란루카 스트수화물) 등	1.기관지천식 2.알레르기비염
108	216403ACH		Pranlukast hydrate112.5mg/회	프라네어캡셀(프란 루카스트수화물)	
109	216404ATB		Pranlukast hydrate 75mg	프라카논정75밀리 그램(프란루카스트 수화물)	
110	216402ASY	216430ASY	Pranlukast hydrate 100mg	오논드라이시럽(프 란루카스트수화물)	1.기관지천식 2.계절성 알레르기비염
		216431ASY			
111		216432ASY	Pranlukast hydrate 100mg	씨투스건조시럽(프 란루카스트수화물)	1.기관지천식 2.통년성 알레르기비염
		216433ASY			
112	216402ASS		Pranlukast hydrate 100mg	씨투스현탁정100 mg(프란루카스트 수화물)	(현탁정) 1.기관지천식 2.통년성 알레르기비염
113	216405ASS		Pranlukast hydrate 50mg	씨투스현탁정50m g(프란루카스트수 화물)	
114	216406ASS		Pranlukast hydrate 70mg	씨투스현탁정70m g(프란루카스트수 화물)	
115	216407ASS		Pranlukast hydrate 140mg	씨투스현탁정140 mg(프란루카스트 수화물)	
116	216405ATB		Pranlukast hydrate 50mg	비코스타추어블정 50밀리그램(프란 루카스트수화물)	

연 번	주성분코드		성분명	대표 상한가 제품명	효능효과
	변경 전 (~'16.6.30.)	변경 후 ( '16.7.1.~)			
117	374603ATB		Montelukast sodium 4.16mg	루이카추정4밀리 그램(몬테루카스트 나트륨) 등	(정제)(추정)(구강정)(세립제)(시럽제) 1.천식의 방지 및 지속적 치료 2.계절 및 연중 알레르기비염 증상 완화
118	374601ATB		Montelukast sodium 5.2mg	몬테쿨추정5밀리 그램(몬테루카스트 나트륨) 등	
119	374602ATB		Montelukast sodium 10.4mg	몬테쿨정10밀리그 램(몬테루카스트나 트륨) 등	
120	374603ASY		Montelukast sodium 4.16mg	메디루카건조시럽 4밀리그램 (몬테루카스트나트 륨)	
121	374601ASY		Montelukast sodium 5.2mg	메디루카건조시럽 5밀리그램(몬테루 카스트나트륨)	
122	374603ATD		Montelukast sodium 4.16mg	몬테루칸속봉해정 4밀리그램(몬테루 카스트나트륨) 등	
123	374601ATD		Montelukast sodium 5.2mg	몬테오티에프구강 봉해필름5밀리그 램(몬테루카스트나 트륨) 등	
124	374602ATD		Montelukast sodium 10.4mg	몬테오티에프구강 봉해필름10밀리그 램(몬테루카스트나 트륨) 등	
125	374603AGN		Montelukast sodium 4.16mg	루케어세립4밀리 그램(몬테루카스트 나트륨) 등	
126	207701ATB		Ozagrel HCl 200mg	도메난정200밀리그 램(염산오자그렐)	기관지천식
127	614701ATB		Roflumilast(micro nised) 0.5mg	닥사스정500마이 크로그램(로플루밀 라스트)	기관지확장제의 부가요법제로서, 증 상악화 병력이 있고, 만성기관지염을 수반한 중증의 만성폐쇄성폐질환의 유지요법제

▶ R05(Cough And Cold Preparations)

연 번	주성분코드		성분명	대표 상한가 제품명	효능효과
	변경 전 (~'16.6.30.)	변경 후 ( '16.7.1.~)			
128	192401ATB		Methyl N,S diacetylcysteine 200mg	유코존정(메칠-NS -디아세틸시스테인) 인) 등	다음 질환에서의 객담배출 곤란: 급 성기관지염 및 만성 폐기관지질환의 급성 발작
129	264700ASY	531700ASY	Ambroxol HCl 1.5mg +	카벤시럽 등	다음 질환에서의 기관지경련 및 점 액과다분비: 기관지천식,폐기종,기관 지염
		531800ASY	Clenbuterol HCl 1μg		

연 번	주성분코드		성분명	대표 상한가 제품명	효능효과
	변경 전 (~'16.6.30.)	변경 후 ( '16.7.1.~)			
		531900ASY			
		532000ASY			
		532100ASY			
		532200ASY			
		532300ASY			
130	264800ATB		Ambroxol HCl 30mg + Clenbuterol HCl 20μg	암브로콜정 등	
131	386401APD	386430APD 386431APD	n,s-Methyldiacety lcysteine 150mg	무코신일산(메칠엔 에스-디아세틸시 스테인) 등	다음 질환에서의 객담배출곤란: 급성 기관지염 및 만성폐기관지질환의 급 성 발작
132	423801ATB		Nelitenexine monohydrate 37.4mg	알베오텐정(넬테넥 신일수화물)	점액분비장애로 인한 급,만성호흡기 질환: 급,만성기관지염,천식성기관지 염
133	106301ATB		Ambroxol HCl 30mg		점액분비장애로 인한 급·만성 호흡기 질환 : 급·만성기관지염, 천식성기관 지염, <b>부비강염, 권성비염</b>
134	106303ASY	106331ASY 106332ASY	Ambroxol HCl 3mg		

▶ R06(Antihistamines For Systemic Use)

연 번	주성분코드		성분명	대표 상한가 제품명	효능효과
	변경 전 (~'16.6.30.)	변경 후 ( '16.7.1.~)			
135	209602ATB		Pemirolast potassium 5mg	알레기살정5밀리 그램(페미로라스트 칼륨)	기관지천식, 다년성 알레르기성 비염
136	209603ATB		Pemirolast potassium 10mg	알레기살정10밀리 그램(페미로라스트 칼륨)	
137	209602ASY	209631ASY	Pemirolast potassium 5mg	알레기살드라이시 럽(페미로라스트칼 륨)	
138	347901ATB		Fexofenadine HCl 120mg	알레그라정120밀 리그램(염산펙소페 나딘) 등	알레르기비염의 증상완화

▶ R07(Other Respiratory System Products)

전 편	주성분코드		성분명	대표 상한가 제품명	효능효과
	변경 전 (~'16.6.30.)	변경 후 ( '16.7.1.~)			
139	490302ASY	490331ASY	Pelargonium sidoides ext. 0.1716g	움카민시럽(펠라고 니움시도이데스추 출액) 등	급성 기관지염
		490330ASY			
		490332ASY			
		490333ASY			
		490334ASY			
		490335ASY			
		490336ASY			
140	490303ATB		Pelargonium sidoides ext. 0.111111g	페니움정(펠라고니 움시도이데스11% 에탄올추출물(1→ 8~10)) 등	급성기관지염



## ○ 급여기준

약제	내 용
[일반원칙] 진해 거담제	<p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</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 호흡기 질환 (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> <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>
[일반원칙] 기관 지천식 치료용흡 입제	<p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</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>
Fluticasone furoate 외용제 (품명:아바미스 나잘스프레이)	<p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p> <p>허가사항 범위(성인 및 2세 이상의 소아에서 계절성 또는 통년성 알레르기 비염 증상의 치료) 내에서 투여 시 요양급여를 인정함.</p>
Micronized ciclesonide 외용 제(품명:옴나리스 나잘스프레이)	<p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p> <p>허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 계절성 알레르기 비염: 성인 및 6세 이상 소아의 계절성 알레르기 비염 증상 치료</p>

약제	내 용
	나. 통년성 알레르기 비염: 성인 및 12세 이상 청소년의 통년성 알레르기 비염 증상 치료
Terbutaline sulfate 흡입제 (품명: 터부탈린 흡입액)	(고시 제2013-127호, '13.9.1.)  허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - ○ 기존제제(벤토린 흡입액)에 반응이 없거나 기존제제를 투여할 수 없는 객관적인 자료와 투여 소견서 첨부시에만 인정
Fenoterol HBr 흡입액(품명: 베로텍 흡입액유디비)	(고시 제2013-127호, '13.9.1.)  허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - ○ 기존제제에 반응이 없거나 기존제제를 투여할 수 없는 객관적 자료와 투여소견서를 첨부하는 경우
Salbutamol sulfate 흡입액 (품명: 벤토린 흡입액 등)	(고시 제2013-127호, '13.9.1.)  허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 하며, 허가사항 범위(효능·효과)를 초과하여 '세기관지염 등 소아의 하기도질환'에도 요양급여를 인정함.
Ciclesonide 외용제(품명: 알베스코 흡입제 160, 80)	(고시 제2013-127호, '13.9.1.)  허가사항 범위(기관지 천식의 예방적 치료) 및 [일반원칙] 기관지천식 치료용 흡입제 “세부사항” 범위 내에서 요양급여를 인정함.
Fluticasone propionate + Formoterol 흡입제(품명: 플루티폼 흡입제)	(고시 제2014-34호, '14.3.1.)  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.
Salmeterol xinafoate + Fluticasone propionate 흡입제(품명: 세레타이드 디스커스 등, 세레타이드 에보)	(고시 제2015-205호, '15.12.1.)  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.

약제	내 용
할러)	<p>나. 만성폐쇄성폐질환</p> <p>1) FEV1 값이 예상 정상치의 60% 미만인 경우 또는</p> <p>2) 베타-2 작용제나 항콜린제 등의 지속 투여에도 연 2회 이상 급성악화※가 발생한 경우에는 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>
Formoterol fumarate + (micronized)Budesonide 흡입제(품명: 심비코트터부 헬러)	<p>(고시 제2015-184호, '15.11.1.)</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 인정단, 3~6개월에 한번씩 평가를 실시하여 평가결과를 기재토록 함.</p> <p>나. 만성폐쇄성폐질환</p> <p>1) FEV1 값이 예상 정상치의 60% 미만인 경우 또는</p> <p>2) 베타-2 작용제나 항콜린제 등의 지속 투여에도 연 2회 이상 급성악화※가 발생한 경우에는 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>
Beclomethasone dipropionate + Formoterol(품명: 포스터 100/6 에 이치에프에이)	<p>(고시 제2016-66호, '16.5.1.)</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. 부분조절 이상 단계의 천식</p> <p>단, 3~6개월에 한번씩 평가를 실시하여 평가결과를 기재토록 함.</p> <p>나. 만성폐쇄성폐질환</p> <p>1) FEV1 값이 예상 정상치의 60% 미만인 경우 또는</p> <p>2) 베타-2 작용제나 항콜린제 등의 지속 투여에도 연 2회 이상 급성악화※가 발생한 경우에는 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>
Vilanterol trifenate +	<p>(고시 제2016-66호, '16.5.1.)</p>

약제	내 용
Fluticasone furoate 흡입제(품명: 렐바엘립타)	<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 한번씩 평가를 실시하여 평가결과를 기재토록 함.</p> <p>나. 만성폐쇄성폐질환</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) FEV1 값이 예상 정상치의 60% 미만인 경우 또는</li> <li>2) 베타-2 작용제나 항콜린제 등의 지속 투여에도 연 2회 이상 급성악화※가 발생한 경우에는 투여소견서 참조하여 인정</li> </ol> <p>※ 급성악화는 호흡곤란의 악화, 기침의 증가, 가래양의 증가 또는 가래색의 변화 등으로 약제의 변경 또는 추가(항생제? 스테로이드제 등)가 필요한 경우를 말함.</p>
Formoterol fumarate + Acridinium bromide 흡입제 (품명: 듀어클리어제뉴에어400/12마이크로그램)	<p>(고시 제2015-68호, '15.5.1.)</p> <p>허가사항 범위 내에서 중등도 이상의 만성폐쇄성폐질환[FEV1(1초 강제호기량) 값이 예상 정상치의 80% 미만] 환자의 유지요법제로 투여 시 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p>
Indacaterol maleate + Glycopyrronium bromide 흡입제(품명: 조터나흡입용캡슐)	<p>(고시 제2015-68호, '15.5.1.)</p> <p>허가사항 범위 내에서 중등도 이상의 만성폐쇄성폐질환[FEV1(1초 강제호기량) 값이 예상 정상치의 80% 미만] 환자의 유지요법제로 투여 시 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p>
Umeclidinium + Vilanterol 흡입제(품명: 아노로 62.5엘립타)	<p>(고시 제2015-18호, '15.2.1.)</p> <p>허가사항 범위 내에서 중등도 이상의 만성폐쇄성폐질환 [FEV1(1초 강제호기량) 값이 예상 정상치의 80% 미만] 환자의 유지요법제로 투여 시 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p>
Indacaterol maleate(품명:온브리즈흡입용캡슐)	<p>(고시 제2013-127호, '13.9.1.)</p> <p>허가사항 범위 내에서 중등도이상의 만성폐쇄성폐질환[FEV1(1초 강제호기량) 값이 예상 정상치의 80% 미만]환자의 유지요법제로 투여 시 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.</p>
Tiotropium 흡입제(품명 : 스피리바흡입용캡슐[한	<p>(고시 제2015-184호, '15.11.1.)</p> <p>각 약제별 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여</p>

약제	내 용
디헬러콤비팩, 리필], 스피리바레스 피맷)	를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함 - 아 래 - 가. 중등도 이상의 만성폐쇄성폐질환[FEV1(1초 강제호기량) 값이 예상 정상치의 80% 미만] 환자의 유지요법 나. 고용량의 흡입용 코르티코스테로이드 및 지속성 베타-2 작용제의 병용 유지요법에도 불구하고 중증의 악화 경험이 있는 천식환자의 병용 유지요법
Aclidinium bromide 흡입제 (품명: 에클리라제 뉴에어 400마이크로그램)	(고시 제2015-51호, '15.4.1.) 허가사항 범위 내에서 중등도 이상의 만성폐쇄성폐질환[FEV1(1초 강제호기량) 값이 예상 정상치의 80% 미만] 환자의 유지요법제로 투여시 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.
Roflumilast 경구제 (품명: 닥사스 정500마이크로그램)	(고시 제2015-184호, '15.11.1.) 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. - 아 래 - 가. 투여대상 증상악화 병력이 있고 만성기관지염을 수반한 중증의 만성폐쇄성폐질환 1) FEV1 값이 예상 정상치의 50% 미만인 경우 또는 2) 베타-2 작용제나 항콜린제 등의 지속 투여에도 연 2회 이상 급성악화 ※가 발생한 경우에는 투여소견서 참조하여 인정 ※ 급성악화는 호흡곤란의 악화, 기침의 증가, 가래양의 증가 또는 가래색의 변화 등으로 약제의 변경 또는 추가(항생제?스테로이드제 등)가 필요한 경우를 말함. 나. 투여방법: 지속성 기관지확장제(LABA 또는 LAMA) 1종과 병용 투여
Salbutamol 경구제(품명: 부광살부타몰정 등)	(고시 제2013-127호, '13.9.1) 허가사항 범위 내에서 투여 시 요양급여 함을 원칙으로 하며, 허가사항의 범위(효능·효과)를 초과하여 '안면견갑상완형 근이영양증(Fascioscapulohumeral muscular dystrophy)'에도 요양급여를 인정함.
Pemirolast potassium 시럽제 (품명: 알레기살드 라이시럽 등)	(고시 제2013-127호, '13.9.1.) 허가사항 범위 내에서 기관지천식, 다년성알레르기성 비염에 투여 시 만 5세 미만까지 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값

약제	내 용
	전액을 환자가 부담토록 함.
Leukotriene 조절제 [Montelukast 경구제(품명: 싱글레어정 등, 싱글레어츄정 등, 메디루카건조시럽 등, 싱글레어세립 등, 싱글로드속봉정 등), Pranlukast 경구제(품명: 프라카논정, 비코스타추어블정, 오논캅셀 등, 씨투스현탁정 등, 오논드라이시럽 등), Zafirlukast 경구제(품명: 아콜레이트정 20밀리그램), Petasites hybridus CO2 Extracts 경구제(품명: 코살린정)]	<p>(고시 제2013-151호, '13.10.1.)</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. Montelukast 경구제, Pranlukast 경구제, Zafirlukast 경구제</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 타 천식약제로 증상조절이 되지 않는 2단계(경증 지속성) 이상의 천식에 투여시 인정하되, 아스피린 민감성 천식에는 1차 약제로 투여시도 인정함</li> </ul> <p>나. Montelukast 경구제, Pranlukast 경구제 (Pranlukast 경구제 중 추어블정은 제외)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 알레르기성 비염에 투여시는 1차 항히스타민제 투여로 개선이 되지 않는 비폐색이 있는 경우에 한하여 인정(항히스타민제와 동시 투여 가능)</li> </ul> <p>다. Petasites hybridus CO2 Extracts 경구제</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 재채기, 콧물, 가려움증, 코막힘의 제증상이 있는 알레르기성 비염의 완화에 단독 투여시 인정</li> </ul>