

『만성하기도질환』 상병전산심사 심사기준 초과청구 다발생 사례 관련 안내문

귀 원의 무궁한 발전을 기원합니다.

심사평가원에서는 외래 「만성하기도질환」 상병에 대하여 보건복지부 고시, 심사지침, 의약품 허가사항 등을 반영한 전산심사를 개발하여 모니터링을 실시하고 있으며, 2012년 4월 1일 접수분부터 심사적용 할 예정입니다.

이에 「만성하기도질환」 상병으로 청구한 전체 요양기관의 외래 명세서(원외처방 내역 포함)에 대하여 전산심사 적용 내역을 분석한 결과 심사기준 초과청구 다발생 사례를 붙임과 같이 안내하오니 참고하시기 바랍니다.

또한, 귀 원에서 「만성하기도질환」 상병으로 청구(2012.1월 ~ 2012. 3월)한 외래 명세서 중 심사기준 초과한 내역을 “요양급여비용 심사내역통보서”에 안내하였으니 반드시 확인하시고, 향후 요양급여범위 및 기준 내에서 진료가 이루어 질 수 있도록 협조하여 주시기 바랍니다.

아울러, 2012년 4월 1일부터 적용되는 심사결과에 대한 문의사항이 있는 경우에는 본원 및 각 지원의 심사담당 부서로 확인하시기 바랍니다.

건강보험심사평가원장

「만성하기도질환」 상병 전산심사 관련 심사기준 초과청구 다발생 사례 유형

※ 동 사례는 「만성하기도질환」을 주상병으로 청구한 전체 요양기관 명세서를 대상으로 상병전산심사 모니터링 결과, 주로 발생한 심사기준 초과청구 유형을 발췌한 내용임.

□ 약제지급의 일반원칙

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 (별표1) 요양급여의 적용기준 및 방법.
3의가.(2) 의약품은 허가 또는 신고된 사항(효능효과 및 용법·용량 등) 범위 안에서 환자의 증상에 따라 적절하게 처방·투여 하여야 함
- 3의가.(6) 진료상 2품목 이상의 의약품 병용 처방·투여는 1품목의 처방·투여로는 치료 효과를 기대하기 어렵다고 의학적으로 인정되는 경우에 한함

○ 산정지침 및 고시기준을 초과하여 산정한 사례

요양급여기준	사 례
<p>○ 천식치료용 흡입제 (세레타이드디스커스 등) 동 약제는 규격별 허가사항이 다름을 감안하여, 각 약제의 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 개별 약제의 허가사항범위이지만 동 인정기준 이외에 투여한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함. (고시 2011-163호, '12.1.1)</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>1) 중등도 지속성이상 단계의 천식에 투여시 인정 2) 중증이상의 만성폐쇄성폐질환(FEV1 값이 예상 정상치의 50% 미만)에 투여시 인정</p> <p>※효능·효과)</p> <p>1. 100/250/500 디스커스 : 기관지 확장제와 흡입용 코르티코스테로이드의 병용 사용이 적절하다고 판단된 천식</p> <p>2. 250 디스커스 : 만성기관지염과 관련된 만성폐쇄성폐질환 환자의 기도 폐색 치료를 위한 유지요법</p>	<p>○상세불명의 천식 단독 상병에 특정 내역 등 기재없이 세레타이드디스커스 투여한 경우 고시내용 비교 불인정(전액본인부담)</p> <p>※ 고시 기준 이외의 경우에는 약값 전액을 환자가 부담토록 처방을 하여야 하며, 기준 범위 일 경우 투여 사유를 특정내역(JX999)에 기재하여 청구하시기 바랍니다.</p>

요양급여기준	사 례
<p>○ <i>Artemisia asiatica</i> 95% ethanol ext. 경구제(스티렌정 등) 아래와 같은 기준으로 투여시 요양급여를 인정하며, 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투여하는 경우에는 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>○ 다만, 'NSAIDs로 인한 위염의 예방'에는 스티렌정에 한해 인정 (고시 제2011-163호, 2012.1.1 시행)</p> <p>※ 효능·효과) 1. 다음 질환의 위점막 병변(미란, 출혈, 발적, 부종)의 개선: 급성위염, 만성위염 2. 비스테로이드성 소염진통제 투여로 인한 위염의 예방</p>	<p>○상세불명의 천식 단독 상병에 루리드 현탁정(항생제)과 동시 투여한 스티렌정은 고시 비교 불인정</p> <p>○상세불명의 만성기관지염 단독 상병에 ibuprofen (부루펜정 등 NSAIDs)와 동시 투여한 스티렌정은 고시 비교 인정</p> <p>○기타 만성 폐색성폐질환 단독 상병에 ibuprofen (부루펜정 등 NSAIDs)와 동시 투여한 스티오딘정(<i>Artemisia asiatica</i> 95% ethanol ext. 경구제)은 고시 비교 불인정</p>
<p>○항생제 투여 일반원칙</p> <p>- 보건복지부 고시 제2009-50호(2009.3.23 시행) 항생제는 타약제와 달리 요양급여 적용범위를 결정함에 있어 그 적응증이 대부분 전반적인 감염증에 사용토록 되어 있고, 실제 임상에서도 항생제 선택시 적응증별 선택보다 약제감수성 검사를 통하여 선택하고 있으므로 환자의 병력 등을 참조하여 1차 약제부터 단계적으로 사용함</p>	<p>○상세불명의 천식, 상세불명의 알레르기비염, 상세불명의 급성기관지염 상병에 투여사유 (특정내역 기재 없이 처방한 3세대 항생제 슈프락스산 (세픽심수화물) 불인정</p>

○ 식약청 허가사항 범위 초과하여 산정한 사례

요양급여기준	사례
<p>○ clarithromycin 제제</p> <p>※용법·용량) clarithromycin 경구제: 보통 1회 250mg 1일 2회, 중증 감염증의 경우에는 1회 500mg 1일 2회 투여한다. 투여기간은 보통 7 ~ 14일(시럽제는5~10일) 이다.</p>	<p>○단순성 및 점액농성 만성기관지염 단독 상병에 클래리시드건조시럽 12일 투여한 경우, 10일 초과분 조정(정은 14일 초과분 조정)</p>
<p>○ azithromycin 제제</p> <p>※용법·용량)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3일요법(1일 1회 500mg(시럽의 경우 12.5ml) 씩 3일간) 투여 - 5일요법(첫날500mg(시럽의 경우 12.5ml) 1회, 둘째날부터 1일 1회 250mg(시럽의 경우 6.25ml) 씩 4일간) 투여 	<p>○기타 만성폐색성 폐질환 단독 상병에 지스로맥스정 7정 투여한 경우, 최대 투여용량 6정 초과분 조정 (시럽은 37.5ml 초과분 조정)</p>
<p>○ azelastine HCl(아제틴정 등)</p> <p>※효능·효과)</p> <p>기관지 천식, 알레르기성비염, 두드러기, 습진, 피부염, 아토피성 피부염, 피부소양증, 가려움</p>	<p>○상세불명의 만성기관지염 단독 상병에 아제틴정 투여한 경우 허가사항 비교 불인정</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ levocetirizine HCl(씨잘정 등) ○ loratadine (클라리틴정 등) ○ bepotastine besilate(타리온정 등) ○ cetirizine HCl(알메택정 등) <p>※효능·효과) 다음 질환의 증상 완화</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 계절성 알레르기성 비염 또는 다년성알레르기성 비염(지속적 알레르기성 비염 포함) 2. 만성 특발성 두드러기 3. 가려움증을 동반한 피부염 및 습진(하이드로코티손 외용제와 병용) 	<p>○상세불명의 천식, 상세불명의 급성기관지염 상병에 씨잘정 투여한 경우 허가사항 비교 불인정</p>

요양급여기준	사례
<p>○ fexofenadine HCl (알레그라정 등)</p> <p>※효능·효과</p> <p>- 30mg 계절성 알레르기성 비염과 관련된 증상의 완화 알레르기성 피부질환(만성특발성 담마진)과 관련된 증상의 완화</p> <p>- 120mg 알러지성 비염과 관련된 증상의 완화</p> <p>- 180mg 알레르기성 피부질환(만성특발성 담마진)과 관련된 증상의 완화.</p>	<p>○상세불명의 천식, 알레르기성 비염 상병에 알레그라정 180mg 투여한 경우 허가사항 비교 불인정</p>
<p>○ ebastine(에바스텔정 등)</p> <p>※효능·효과)</p> <p>알레르기성 비염·결막염·피부염, 만성두드러기</p>	<p>○단순성 및 점액농성 혼합형 만성 기관지염, 기타근통-상세불명 부분 상병에 에바스텔정 투여한 경우 허가사항 비교 불인정</p>
<p>○ naproxen sodium(아나프록스정 등)</p> <p>※효능·효과</p> <p>1. 류마티양 관절염, 골관절염(퇴행성 관절질환), 강직성 척추염, 건염, 급성통풍, 월경곤란증</p> <p>2. 활액낭염, 골격근장애(염좌, 좌상, 외상, 요천통), 수술후 동통, 편두통, 발치후 동통</p>	<p>○상세불명의 천식 단독 상병에 아나프록스정 투여한 경우 허가사항 비교 불인정</p>
<p>○ nabumetone(메부톤정 등)</p> <p>※효능·효과</p> <p>다음 증상 및 질환의 소염·진통 : 골관절염(퇴행관절염), 류마티스 관절염</p>	<p>○혼합형 천식, 기타 명시된 연조직 장애 상병에 메부톤정 투여한 경우 허가사항 비교 불인정</p>
<p>○ aceclofenac(에어낙정 등)</p> <p>○ zaltoprofen(자이로펜정 등)</p> <p>※효능·효과</p> <p>류마티스양 관절염, 강직성 척추염, 골관절염 및 건갑상완골의 관절 주위염, 치통, 외상 후 생기는 염증, 요통, 좌골통, 회음 외측 절개 수술후, 분만 후, 비관절성 류마티즘으로 인한 통증</p>	<p>○상세불명의 만성기관지염 단독 상병에 자이로펜정 투여한 경우 허가사항 비교 불인정</p>

요양급여기준	사례
<p>○ nimesulide(메수리드정 등)</p> <p>※효능·효과 급성통증(수술후 통증, 치통, 두통, 요통), 골관절염, 원발성 월경통</p>	<p>○혼합형 천식, 상세불명의 급성편도염 상병에 메수리드정 투여한 경우 허가사항 비교 불인정</p>
<p>○ pelubiprofen(펠루비정 등)</p> <p>※효능·효과 골관절염의 증상이나 징후의 완화, 요통(허리 통증) 완화</p>	<p>○점액농성 만성기관지염, 기타 명시된 연조직 장애에 펠루비정 투여한 경우 허가사항 비교 불인정</p>
<p>○ diclofenac sodium(디페인주 등)</p> <p>※효능·효과 류마티양 관절염, 골관절염(퇴행성 관절질환), 강직성 척추염, 수술후 · 외상후 염증 및 동통, 급성통풍, 신 및 간산통</p>	<p>○상세불명의 만성기관지염, 기침, 기타급성위염 상병에 디페인주 투여한 경우 허가사항 비교 불인정</p>
<p>○ dexibuprofen(디프로펜정300mg 등)</p> <p>※용법·용량 성인 : 1회 1정/캡슐(덱시부프로펜으로서 300mg)을 1일 3~4회 식사시 경구투여한다. 단, 1일 덱시부프로펜으로서 1,200mg을 초과하지 않으며, 증상에 따라 투여량을 조절한다.</p>	<p>○혼합형 천식 단독 상병에 디프로펜정 300mg을 1일 5T 투여한 경우, 허가사항 비교 <u>일 1,200mg 초과분 조정</u></p>
<p>○ buspirone HCl(세론정 등)</p> <p>※효능·효과 불안장애의 치료 또는 불안증상의 단기완화</p>	<p>○상세불명의 만성기관지염 단독 상병에 투여한 경우 허가사항 비교 불인정</p>
<p>○ diethylamine ethyl theophylline (솔르핀정 등)</p> <p>※효능·효과 다음 질환의 기도폐쇄성 장애에 의한 호흡곤란 등 여러 증상의 완화 : 기관지천식</p>	<p>○단순 만성기관지염 단독 상병에 투여한 솔르핀정 허가사항 비교 불인정</p>

요양급여기준	사례
<p>○ hydrochlorothiazide(다이크로질정 등) ○ furosemide(라식스정 등)</p> <p>※효능·효과 고혈압(본태성, 신성 등), 악성고혈압, 심성부종(울혈성심부전), 신성부종 간성부종, 월경전긴장증에 의한 부종, 부신피질호르몬, 페닐부타존, 에스트로겐에 의한 부종</p>	<p>○급성 악화를 동반한 상세불명의 만성폐색성폐질환, 합병증을 동반하지 않은 인슐린 비의존 당뇨병 상병에 라식스정 투여한 경우 허가사항 비교 불인정</p>
<p>○ lansoprazole (알비스정 등)</p> <p>※효능·효과 위궤양, 위염, 십이지장궤양, Zollinger-Ellison 증후군, 역류성 식도염, 마취전 투약(멘델스 증후군 예방), 수술후 궤양, 비스테로이드성 소염진통제(NSAID)로 인한 위·십이지장궤양</p>	<p>○비알레르기천식을 동반한 천식지속 상태, 상세 불명의 알레르기성 비염 상병에 란스톤엘에프 디정 투여한 경우 허가사항 비교 불인정</p>
<p>○ almagate (알마게이트정 등)</p> <p>※효능·효과 다음 질환의 제산작용 및 증상의 개선 : 위, 십이지장궤양, 위염, 위산과다(속쓰림, 구역, 구토, 위통, 신트림), 역류성식도염</p>	<p>○상세불명의 천식 단독 상병에 스테로이드제 등 투여없이 알마게이트정 투여한 경우, 허가사항 비교 불인정</p> <p>※소화기계 상병 존재하는 경우 작용 기전별로 1종씩 인정, 소화기계 상병이 없이 항생제, 스테로이드제 등 투여한 경우는 1종 인정</p>

○ 2품목 이상의 병용투여 사례

요양급여기준	사 례
<p>○ 경구소화제 2종 투여 2품목 이상의 의약품 병용 처방·투여는 1품목의 처방·투여로는 치료효과를 기대하기 어렵다고 의학적으로 인정되는 경우에 한함 (요양급여기준의 적용기준 및 방법)</p>	<p>○ 상세불명의 만성폐색성 폐질환, 상세불명의 만성위염 상병에 항생제와 동시 처방한 almagate 제제(알마겔정)와 mosapride citrate 제제(가스모틴정)는 1종만 인정</p> <p>※ 소화기계 상병 존재하는 경우 기전별로 1종씩 인정, 그 외 상병은 항생제, 스테로이드제 등 투여하는 경우 1종만 인정</p>
<p>○ 경구항생제 2종 투여 2품목 이상의 의약품 병용 처방·투여는 1품목의 처방·투여로는 치료효과를 기대하기 어렵다고 의학적으로 인정되는 경우에 한함 (요양급여기준의 적용기준 및 방법)</p>	<p>○ 상세불명의 천식을 동반한 천식지속 상태, 상세불명의 급성 만성기관지염 상병에 클래리건조시럽과 움니세프세립 동시 투여한 경우 1종만 인정</p>

○ 기타 사례

요양급여기준	사 례
<p>○ salbutamol sulfatel(벤토린흡입액 등 등 원내 처방한 nebulizer 용 solution</p>	<p>○상세불명의 천식, 상세불명의 급성 인두염 상병에 하기도 증기흡입치료 1회 산정하고 부데코트 흡입액 총투 3회 산정한 경우, 하기도 증기흡입치료 산정횟수 1회를 초과하는 부데코트 흡입액 2회분은 조정</p> <p>※ 의약분업 예외 사항이 아닌 경우 원외처방이 원칙이므로 자가투여 하는 흡입제는 원외처방 하여야 함</p>

□ 검사 · 진료행위 일반원칙

○ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 (별표1) 요양급여의 적용기준 및 방법. 2의 가. 검사를 포함한 진단 및 치료행위는 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 함

○ 산정지침 또는 고시 범위 초과하여 산정한 사례

연번	산정지침 등 심사기준	사례
1	<p>○ 적외선치료(MM300)</p> <p>이비인후과 분야에서 실시하는 “사 30 적외선치료”는 동 치료로 보다 효과를 얻을 수 있는 급성바깥귀길염(외이도염), 급성중이염, 바깥귀의 종기(이절), 코의 종기(비절), 코와 귀주위 및 기타 안면부의 연조직염(봉와직염)과 같은 급성기염증 질환에 선별적으로 실시한 경우에 인정 (고시 제2003-65호, 2003.12.1)</p>	<p>○ 천식 단독 상병에 실시한 적외선 치료 불인정</p>

○ 수가 산정착오 사례

연번	산정지침 등 심사기준	사례
1	<p>○ 상병과 상이한 검사 진단 및 치료행위는 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 함</p> <p>※ 상병 또는 질병발생 부위와 상이한 검사를 실시한 경우 인정하지 아니함</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 상세불명의 천식 단독 상병에 산정한 요일반 검사 10종(B0030) 검사는 요일반검사 7종 (B0020)으로 인정 ○ 상세불명의 천식 단독 상병에 산정한 부비동촬영 (G1201~G1205) 수기료 및 Full PACS 이용료 불인정 ○ 상세불명의 천식 단독 상병에 산정한 적혈구 분포계수(B1220), 혈소판분포계수 (B1230) 검사 불인정 ○ 기관지확장증 단독 상병에 산정한 빌리루빈 정량 (직접빌리루빈) (C3721) 검사 불인정 ○ 상세불명의 천식 단독 상병에 산정한 HDL-콜레스테롤 (C2420), LDL-콜레스테롤 (C2430), 지질 (트리글리세라이드) (C2443) 검사 불인정 ○ 상세불명의 천식 단독 상병에 검사 사유 (특정내역 기재) 없이 산정한 v-GTP (B2710) 검사 불인정 ○ 단순 만성기관지염 단독 상병에 활성화부분 트롬보플라스틴시간(B1530), 프로트롬빈시간 (B1540) 검사 불인정

『두드러기』 상병전산심사 심사기준 초과청구 다발생 사례 관련 안내문

귀 원의 무궁한 발전을 기원합니다.

심사평가원에서는 외래 「두드러기」 상병에 대하여 보건복지부 고시, 심사지침, 의약품 허가사항 등을 반영한 전산심사를 개발하여 모니터링을 실시하고 있으며, 2012년 4월 1일 접수분부터 심사적용 할 예정입니다.

이에 「두드러기」 상병으로 청구한 전체 요양기관의 외래 명세서(원외처방 내역 포함)에 대하여 전산심사 적용 내역을 분석한 결과, 심사기준 초과청구 다발생 사례를 「붙임」과 같이 안내하오니 참고하시기 바랍니다.

또한, 귀 원에서 「두드러기」 상병으로 청구(2012.1월 ~ 2012. 3월)한 외래 명세서 중 심사기준 초과한 내역을 “요양급여비용 심사내역통보서”에 안내하였으니 반드시 확인하시고, 향후 요양급여범위 및 기준 내에서 진료가 이루어 질 수 있도록 협조하여 주시기 바랍니다.

아울러, 2012년 4월 1일부터 적용되는 심사결과에 대한 문의사항이 있는 경우에는 본원 및 각 지원의 심사담당 부서로 확인하시기 바랍니다.

건강보험심사평가원장

외래 「두드러기」 상병전산심사 관련 심사기준 초과청구 다발생 사례 유형

※ 동 사례는 외래 「두드러기」를 주상병으로 청구한 전체 영양기관 명세서를 대상으로 상병전산심사 모니터링 결과, 주로 발생한 심사기준 초과청구 유형을 발췌한 내용임.

□ 약제지급의 일반원칙

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

3의가.(2) 의약품은 허가 또는 신고된 사항(효능·효과 및 용법·용량 등) 범위 안에서 환자의 증상에 따라 적절하게 처방·투여 하여야 함

3의가.(6) 진료상 2품목 이상의 의약품 병용 처방·투여는 1품목의 처방·투여로는 치료효과를 기대하기 어렵다고 의학적으로 인정되는 경우에 한함

○ 보건복지부 고시 및 허가사항 범위 초과하여 산정한 사례

요양급여기준	사 례
<p>○ Artemisia asiatica 95% ethanol ext. 경구제(스티렌정 등) 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 허가사항 범위이지만 동 인정기준 이외에 투여하는 경우에는 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>○ 다만, 'NSAIDs로 인한 위염의 예방'에는 스티렌정에 한해 인정</p> <p style="text-align: center;">[고시 제2011-163 호, 2012.1.1 시행]</p> <p>※ 효능·효과</p> <p>1. 다음 질환의 위점막 병변(미란, 출혈, 발적, 부종)의 개선: 급성위염, 만성위염</p> <p>2. 비스테로이드성 소염진통제 투여로 인한 위염의 예방</p>	<p>○ 상세불명의 두드러기, 등통증 상병에 NSAIDs [diclofenac제제]와 동시 투여한 스티렌정은 고시 비교 인정</p> <p>○ 가려움, 감기 상병에 NSAIDs [ibuprofen제제]와 동시 투여한 슈렌정은 고시 비교 불인정</p> <p>○ 만성 단순태선, 상세불명의 피부 및 피하조직의 국소감염 상병에 항생제와 항히스타민제, 스테로이드제제와 동시 투여한 스티렌정은 고시 및 허가사항 비교 불인정</p> <p>○ 항문가려움, 변비 상병에 하제, 제산제, 항히스타민제 등과 동시 투여한 스티렌정은 고시 및 허가사항 비교 불인정</p>

○ 식약청 허가사항 범위 초과하여 산정한 사례

심사 기준	사 례
<p>○ fexofenadine 제제 의약품은 허가사항 (효능·효과 등) 범위 안에서 환자의 증상에 따라 적절하게 처방·투여 하여야 함</p> <p>※ 효능·효과</p> <ul style="list-style-type: none"> - 30mg : 계절성 알레르기성 비염과 관련된 증상의 완화, 알레르기성 피부질환(만성 특발성 담마진)과 관련된 증상의 완화 - 120mg : 알러지성 비염과 관련된 증상의 완화 - 180mg : 알레르기성 피부질환(만성 특발성 담마진)과 관련된 증상의 완화 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 두드러기 상병에 fexofenadine 120mg 제제(펙소나딘정 120밀리그램, 알레그라정 120밀리그램 등) 투여한 경우 허가사항 비교 불인정 ○ 알레르기성 비염 상병에 fexofenadine 180mg(펙소나딘정 알레그라정 180밀리그램) 투여한 경우 허가사항 비교 불인정
<p>○ chlorpheniramine maleate 제제</p> <p>※ 효능·효과</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 감기 또는 알레르기성 및 혈관운동성 비염에 의한 다음증상의 완화 ; 재채기, 콧물, 코막힘, 눈물 2. 부비동염에 의한 비출혈의 일시적 완화 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 외음가려움, 아토피피부염 상병에 chlorpheniramine maleate 제제(콜민-에이시럽, 코벤시럽 등) 투여시 허가사항 비교 불인정
<p>○ pseudoephedrine Hcl 제제</p> <p>※ 효능·효과</p> <p>다음 질환에 의한 비출혈 : 감기, 부비강염, 알레르기 등 상기도질환</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 상세불명의 두드러기, 기타 급성 위염 상병에 pseudoephedrine Hcl 제제(슈다페드정 등) 투여시 허가사항 비교 불인정
<p>○ methylprednisolone aseponate 제제</p> <p>※ 효능·효과</p> <p>습진(아토피피부염, 심상성습진 등)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 상세불명의 가려움, 상세불명의 위염 상병에 methylprednisolone aseponate 제제(토피솔밀크로솅) 투여시 허가사항 비교 불인정

<p>○ mosapride citrate 제제</p> <p>※ 효능·효과</p> <p>기능성 소화불량(만성위염)에 수반하는 소화기능 이상(가슴쓰림, 오심, 구토)</p>	<p>○ 알레르기성 두드러기 단독 상병에 데스오원로오션, 항히스타민제와 동시 투여한 mosapride citrate 제제(가스모틴정 등)는 허가사항 비교 불인정</p>
--	---

□ **검사 · 진료행위 일반원칙**

[국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 (별표1) 요양급여의 적용기준 및 방법]
2의 가. 검사를 포함한 진단 및 치료행위는 진료 상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 함

○ **산정지침 또는 고시 범위 초과하여 산정한 사례**

심 사 기 준	사 례
<p>○ 피부과적 자외선치료(MM331~4)</p> <p>(1) 건선, 수장족저 농포증, 균상 식육종(Early Patch Stage), 판상유건선, 태선양 비강진(급성, 만성), 장미색비강진, 백반증, 아토피 피부염에 인정</p> <p>(2) 지루 피부염, 화폐상 피부염, 손습진, 접촉피부염, 결절성 양진, 다형일광 발진, 일광두드러기, 하계수포증, 편평태선, 색소성 담마진, 윤상육아종, 원형탈모증, 여드름 등에 스테로이드 투여 등 타 치료에 효과가 없는 경우에 인정</p> <p style="text-align: center;">[고시 제2007-46호('07.5.28)]</p>	<p>○ 가려움, 아토피피부염 상병에 실시한 피부과적 자외선치료(MM331) 인정</p> <p>○ 결절성가려움발진 단독 상병에 실시한 피부과적 자외선치료 (MM333)는 상병 및 진료내역(특정내역 기재 등) 비교 불인정</p> <p>○ 만성 태선, 편평 태선에 실시한 피부과적 자외선치료 (MM334)는 상병 및 진료내역(특정내역 기재 등) 비교 불인정</p> <p>※ 고시 내용 중 적용증 (2)태당 상병에 스테로이드 투여 등 타 치료에 효과가 없어 실시한 경우는 반드시 특정내역(줄번호 특정내역 등)을 기재하여 주시기 바랍니다.</p>

○ 수가 산정착오 사례

심사 기준	사 례
<p>○ 직장경 검사(E7670)</p> <p>대장 및 항문질환 진단 및 수술을 위해 시행한 경우 인정되나, 단순히 변비, 복부팽만, 항문가려움증, 치열 등에 실시할 경우 인정하지 아니함</p>	<p>○ 항문가려움, 상세불명의 피부염 상병에 실시한 직장경검사 (E7670) 불인정</p> <p>○ 항문가려움, 자극성 장 증후군 상병에 실시한 직장경검사(E7670) 인정</p>
<p>○ 상병과 상이한 검사 및 처치</p> <p>진단 및 치료행위는 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하여야 함</p> <p>※ 상병 또는 질병발생 부위와 상이한 검사를 실시한 경우 인정하지 아니함</p>	<p>○ 상세불명의 두드러기 단독 상병에 실시한 요일반검사 10종까지 검사는 요일반검사 7종까지로 인정</p> <p>○ 상세불명의 가려움, 두드러기 상병에 실시한 v-GTP(B2710)은 상병비교 불인정</p>