

## 표108|본인일부부담금 산정특례 중증치매 II 의 상병



약관에서 정의하는 ‘본인일부부담금 산정특례 중증치매 II’으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-286호, 2024.1.1 시행)」 제5조 별표4의 2(중증난치질환자 산정특례 대상) 중 구분 제7호에 해당하는 다음에 적은 상병을 말합니다. 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용하며, 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준이 개정되는 경우는 개정된 기준에 따릅니다.

「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2023-100호, 2023.6.1 시행)」 중 제7조에 따라 산정특례 대상으로 등록된 중증난치질환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병으로 진료를 받은 경우(단, 인체면역결핍바이러스질환(B20~B24)은 등록에서 제외)로 합니다.

대 상 질 병 명	분 류 코 드
만기발병 알츠하이머병에서의 치매(G30.1 †)	F00.1
알츠하이머병 1형(G30.1 †)	F00.1
알츠하이머병의 원발성 퇴행성 치매, 노년발병(G30.1 †)	F00.1
알츠하이머병의 노년성 치매(G30.1 †)	F00.1
비정형 또는 혼합형 알츠하이머병에서의 치매(G30.8 †)	F00.2
비정형치매, 알츠하이머형(G30.8 †)	F00.2
급성 발병의 혈관성 치매	F01.0
다발-경색치매	F01.1
주로 피질성 치매	F01.1
피질하 혈관성 치매	F01.2
혼합형 피질 및 피질하 혈관성 치매	F01.3
만기발병을 수반한 알츠하이머병	G30.1

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 정한 “본인일부부담금 산정특례 중증치매 II”의 해당 여부는 피보험자가 진단 당시에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 이 약관에서 정한 상병에 해당되는지에 대한 판단은 진단 시점에 적용되고 있는 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 상병분류가 변경되더라도 다시 판단하지 않습니다.





약관에서 정한 “부정맥”으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 대상질환을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 코 드
발작성 빈맥	I47
심방세동 및 조동	I48
기타 심장부정맥	I49

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 정한 “부정맥”의 해당 여부는 피보험자가 진단확정 받은 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 이 약관에서 정한 보장 여부의 판단은 질병의 진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 분류코드의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 상기 외에도 대상질환 분류표의 분류코드와 연관성이 있어, 분류코드가 동시에 부여된 경우 대상질환 분류에 포함합니다.





약관에서 정한 “뇌졸중”으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 대상질환을 말합니다.

대 상 질 병 명	분 류 코 드
거미막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내출혈	I62
뇌경색증	I63
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않는 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 정한 “뇌졸중”의 해당 여부는 피보험자가 진단확정 받은 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 이 약관에서 정한 보장 여부의 판단은 질병의 진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 분류코드의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.





• 아래 “특정항암호르몬치료제” 해당 의약품명 및 성분명은 2021년 8월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당내용이 변동될 수 있습니다. “특정항암호르몬치료제” 해당 여부는 투약 처방 시점을 기준으로 판단됩니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 항암제의 “특정항암호르몬치료제” 해당여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

• 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

#### 의약품과 성분명

- 성분명은 “효능·효과를 발현시키는 물질의 명칭”을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. “특정항암호르몬치료제” 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명 (국문·영문)	의약품명 (국문)
1	아비라테론 abiraterone	자이티가정250밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화)) 자이티가정500밀리그램(아비라테론아세테이트(미분화))
2	아나스트로졸 anastrozole	에이덱스정(아나스트로졸) 아리미덱스정(아나스트로졸) 테바아나스트로졸정1밀리그램 아트로졸정(아나스트로졸) 페미젯정1밀리그램(아나스트로졸) 아나스토정(아나스트로졸)
3	비칼루타미드 bicalutamide	카소덱스정(비칼루타마이드) 비카덱스정(비칼루타마이드)50밀리그램 비카루드정 칼루타미정150밀리그램(비칼루타미드) 칼루타미정50밀리그램(비칼루타미드) 비카소정(비칼루타미드) 카덱스정(비칼루타미드) 카소비트(비칼루타미드)

번호	성분명 (국문·영문)	의약품명 (국문)
		프로세이드정(비칼루타미드) 프로카덱스정(비칼루타마이드) 프로칼린정50밀리그램(비칼루타미드) 테바비칼루타마이드정50밀리그램
4	다로루타마이드 darolutamide	뉴베카정300밀리그램(다로루타마이드)
5	데가렐릭스 degarelix	퍼마곤주80밀리그램(데가렐릭스) 퍼마곤주120밀리그램(데가렐릭스)
6	엔잘루타마이드 enzalutamide	엑스탄디연질캡슐40mg(엔잘루타마이드)
7	에스트라머스틴 estramustine	에스트라시트캡슐140밀리그램 (에스트라머스틴인산나트륨수화물)
8	엑스메스탄 exemestane	아로마신정25mg(엑스메스탄)
9	풀베스트란트 fulvestrant	파슬로덱스주(풀베스트란트)
10	고세렐린 goserelin	졸라덱스데포주사(고세렐린아세트산염) 졸라덱스엘에이데포주사(고세렐린아세트산염)
11	레트로졸 letrozole	페마라정(레트로졸) 레나라정(레트로졸) 트로젯정2.5밀리그램(레트로졸) 레트론정(레트로졸) 브레트라정(레트로졸) 파누엘정2.5밀리그램(레트로졸) 테바레트로졸정2.5밀리그램
12	류프로렐린 leuprorelin(leuprolide)	루피어데포주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염) 로렐린데포주사(류프로렐린아세트산염) 로렐린주사액(류프로렐린아세트산염) 엘리가드주45밀리그램(류프로렐린아세트산염) 엘리가드주30밀리그램(류프로렐린아세트산염) 엘리가드주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염) 엘리가드주7.5밀리그램(류프로렐린아세트산염) 루프린주3.75mg(류프로렐린아세트산염) 루프린디피에스주3.75밀리그램(류프로렐린아세트산염) 루프린디피에스주11.25밀리그램(류프로렐린아세트산염) 루프린디피에스주22.5밀리그램(류프로렐린아세트산염)
13	메드록시프로게스테론 medroxyprogesterone	파루탈정(메드록시프로게스테론아세테이트)
14	타목시펜 tamoxifen	광동타목시펜정(타목시펜시트르산염)



번호	성분명 (국문·영문)	의약품명 (국문)
		광동타목시펜정20밀리그램(타목시펜시트르산염) 놀바덱스디정(타목시펜시트르산염) 놀바덱스정(타목시펜시트르산염) 타모프렉스정10밀리그램(타목시펜시트르산염) 타모프렉스정20밀리그램(타목시펜시트르산염) 타목센정
15	토레미펜 toremifene	화레스톤정40밀리그램(토레미펜시트르산염)
16	트립토렐린 triptorelin	데카펩틸-데포(트립토렐린아세트산염) 데카펩틸주0.1밀리그램(트립토렐린아세트산염) 디페렐린피알3.75밀리그램주(초산트립토렐린) 디페렐린피알주11.25밀리그램(파모산트립토렐린) 디페렐린에스알주22.5밀리그램(트립토렐린파모산염)
17	메게스트롤 megestrol	메게시아정40mg(메게스트롤아세테이트) 메게시아정160mg(메게스트롤아세테이트) 네옥시아현탁액(메게스트롤아세테이트) 애피트롤내복현탁액(메게스트롤아세테이트) 메제트롤현탁액(메게스트롤아세테이트) 메가프렉스정40밀리그램(초산메게스트롤) 메가프렉스정160밀리그램(초산메게스트롤)





- 아래 “갑상선암수술후항암호르몬치료제” 해당 의약품명 및 성분명은 2021년 8월 기준이며, 식품의약품안전처의 신규 허가 또는 허가 취소 시 해당내용이 변동될 수 있습니다. “갑상선암수술후항암호르몬치료제” 해당 여부는 투약 처방 시점을 기준으로 판단됩니다. 아래의 내용은 보험가입자의 이해를 돕기 위한 참고자료이므로, 처방된 항암제의 “갑상선암수술후항암호르몬치료제” 해당여부는 반드시 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.
- 식품의약품안전처 의약품통합정보시스템(<https://nedrug.mfds.go.kr>) 검색창에서 의약품명, 성분명을 검색하시면 어떤 암종에 해당 의약품이 허가되었는지 효능·효과의 내용을 통해 확인하실 수 있습니다.

### 의약품과 성분명

- 성분명은 “효능·효과를 발현시키는 물질의 명칭”을 의미하며, 동일 성분명을 가진 여러 의약품이 존재할 수 있습니다. 일반적으로 의약품명과 성분명을 병기하고 있으며, 괄호안의 명칭이 성분명을 의미합니다.
- 의약품명은 제약사마다 상품판매를 위해 명명한 상품명(Brand Name)을 의미합니다.
- 의료인 및 의료관계인의 도움을 받으시면 의약품명과 성분명을 보다 쉽게 확인하실 수 있습니다. “갑상선암수술후항암호르몬치료제” 해당여부는 전문의료인의 자문을 통해 확인하시기 바랍니다.

번호	성분명 (국문·영문)	의약품명 (국문)
1	레보티록신 Levothyroxine	씌지로이드정0.025밀리그램(레보티록신나트륨수화물) 씌지로이드정0.0375밀리그램(레보티록신나트륨수화물) 씌지로이드정0.05밀리그램(레보티록신나트륨수화물) 씌지로이드정0.075밀리그램(레보티록신나트륨수화물) 씌지로이드정0.112밀리그램(레보티록신나트륨수화물) 씌지로이드정0.15밀리그램(레보티록신나트륨수화물) 씌지로이드정0.1밀리그램(레보티록신나트륨수화물) 씌지로이드정0.2밀리그램(레보티록신나트륨수화물) 씌지록신정100마이크로그램(레보티록신나트륨수화물) 씌지록신정125마이크로그램(레보티록신나트륨수화물) 씌지록신정150마이크로그램(레보티록신나트륨수화물) 씌지록신정25마이크로그램(레보티록신나트륨수화물) 씌지록신정50마이크로그램(레보티록신나트륨수화물) 씌지록신정75마이크로그램(레보티록신나트륨수화물) 씌지록신정88마이크로그램(레보티록신나트륨수화물) 콤지로이드정(부광리오트릭스정)
2	리오티로닌 Liothyronine	테트로닌정5 $\mu$ g(리오티로닌나트륨) 엘트릭스정





약관에서 정한 “뇌심장질환”으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175호, 2021. 1. 1 시행) 중 다음에 적은 대상질환을 말합니다.

구 분	대 상 질 병 명	분 류 코 드
뇌질환	거미막하출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내출혈	I62
	뇌경색증	I63
	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	기타 뇌혈관질환	I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	뇌혈관질환의 후유증	I69
두개내손상	두개내손상	S06
뇌전증	뇌전증	G40
	뇌전증지속상태	G41
일과성 허혈발작	일과성 뇌허혈발작 및 관련 증후군	G45
파킨슨병	파킨슨병	G20
	이차성 파킨슨증	G21
뇌수막염	뇌염, 척수염 및 뇌척수염	G04
허혈심장질환	협심증	I20
	급성 심근경색증	I21
	후속심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
	기타 급성 허혈심장질환	I24
	만성 허혈심장병	I25
대동맥류 및 대동맥류 박리	대동맥동맥류 및 박리	I71
흉부 혈관 및 심장의 손상	흉부 혈관의 손상	S25
	심장의 손상	S26
기타 형태의 심장병	급성 심장막염	I30
	심장막의 기타 질환	I31
	달리 분류된 질환에서의 심장막염	I32
	급성 및 아급성 심내막염	I33
	비류마티스성 승모판장애	I34

구 분	대 상 질 병 명	분 류 코 드
	비류마티스성 대동맥판장애	I35
	비류마티스성 삼첨판장애	I36
	폐동맥판장애	I37
	상세불명 판막의 심내막염	I38
	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장판막장애	I39
	급성 심근염	I40
	달리 분류된 질환에서의 심근염	I41
	심근병증	I42
	달리 분류된 질환에서의 심근병증	I43
	방실차단 및 좌각차단	I44
	기타 전도장애	I45
	심장정지	I46
	발작성 빈맥	I47
	심방세동 및 조동	I48
	기타 심장부정맥	I49
	심부전	I50
	심장병의 불명확한 기록 및 합병증	I51
	달리 분류된 질환에서의 기타 심장장애	I52
류마티스 심장질환	심장 침범이 있는 류마티스열	I01
	류마티스성 승모판질환	I05
	류마티스성 대동맥판질환	I06
	류마티스성 삼첨판질환	I07
	다발판막질환	I08
	기타 류마티스심장질환	I09

- 주) 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 정한 “뇌심장질환”의 해당 여부는 피보험자가 진단확정 받은 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 이 약관에서 정한 보장 여부의 판단은 질병의 진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류코드가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 분류코드의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

## 표114| 급여 뇌심장질환 검사 분류표



약관에서 규정하는 “급여 뇌심장질환 검사”로 분류되는 항목은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2023-28호, 2023.3.1. 시행)」에서 정한 분류번호 및 수가 코드 중 다음에 적은 수가코드에 해당하는 의료행위를 말합니다.

구 분	의 료 행 위 명 칭	수 가 코 드
뇌CT	1. 일반전산화단층영상진단-두부-조영제를 사용하지 않는 경우	HA451
	2. 일반전산화단층영상진단-두부-조영제를 사용하는 경우	HA461
	3. 일반전산화단층영상진단-두부-이중시기 또는 삼중시기	HA511
	4. 일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-삼차원	HA521
	5. 일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-CT 혈관조영	HA531
	6. 일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-Cine CT	HA551
	7. 일반전산화단층영상진단-두부-특수검사-뇌조 CT	HA561
	8. 일반전산화단층영상진단-두부-제한적 CT	HA441
	9. 일반전산화단층영상진단-두부-중재적시술유도 제2회부터	HA851
뇌MRI	1. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-일반-촬영료 등	HI101
	2. 자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-일반-촬영료 등	HI135
	3. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI201
	4. 자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-조영제 주입 전·후 촬영 판독-촬영료 등	HI235
	5. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-중재적시술유도 제2회부터-촬영료 등	HI301
	6. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-촬영료 등	HI401
	7. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-3차원자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI501
	8. 자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-3차원 자기공명영상을 실시한 경우-촬영료 등	HI535
	9. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-일반-판독료	HJ101
	10. 자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-일반-판독료	HJ135
	11. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ201
	12. 자기공명영상진단-기본검사-혈관[동맥 또는 정맥]-뇌혈관-조영제 주입 전·후 촬영 판독-판독료	HJ235
	13. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-중재적시술유도 제2회부터-판독료	HJ301
	14. 자기공명영상진단-기본검사-뇌-제한적 MRI(방사선 치료범위 및 위치결정 등)-판독료	HJ401