

■ 시행일자 : 2008. 4. 1일 진료분

1. 관련근거

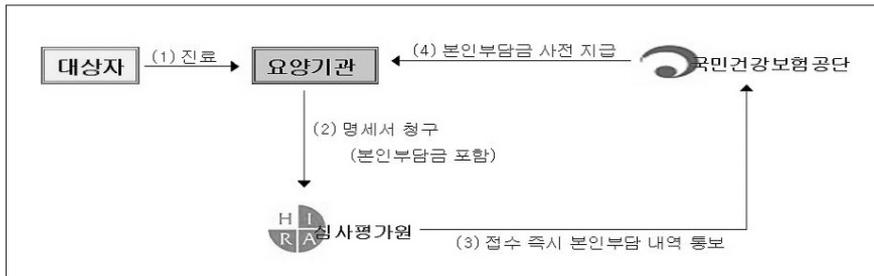
- 2008년도 희귀·난치성 질환자 의료비지원사업 안내(보건복지부 질병정책팀)
- 보건복지부 고시 제2007-109호(2007.11.23) 및 127호(2007.12.26) “건강보험 요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 중 개정”

※ 희귀·난치성 질환자 의료비지원사업 지원방식 개선내용

[중 전] 환자가 본인부담금을 ‘요양기관에 선지급-보건기관 후환불’



[개 선] 의료기관이 본인부담금을 ‘건강보험공단에 직접 청구’



2. 주요 개정내용

- 해당 「명세서 구분자」 신설 : 공상 등 구분 “H”
- 명세서 「지원금」란 신설
- 지원대상 질환과 동시 진료한 타상병(기왕증 포함) 진료분 구분을 위한 「구분자」 신설 : 상해외인 “I”

3. 명세서 작성 및 요양급여비용 산정방법

○ 희귀난치성질환자의 “지원대상 질환 진료분”인 경우

- 명세서 ‘공상 등 구분’ : ‘H’ 기재
- 요양급여비용 산정방법

| 구분 | 산정방법 |
|---------|---|
| 본인일부부담금 | 건강보험법 시행령 [별표2] 및 시행규칙 [별표3]에 의거 환자가 부담해야 할 금액(지원금)을 기재 |
| 지원금 | ‘희귀난치성질환자 의료비 지원사업’에 의한 지원대상 의료비(본인일부부담금)를 기재 |

[예시] A의원의 외래 요양급여비용총액이 100,000원인 경우(산정특례대상)

| 공상 등 구분 | 요양급여비용총액 | 본인일부부담금 | 지원금 | 청구액 |
|---------|----------|---------|--------|--------|
| H | 100,000 | 20,000 | 20,000 | 80,000 |

※ 본인부담상한제 대상인 경우

| 구분 | 산정방법 |
|-------------|---|
| 본인일부부담금 | 건강보험법 시행령 [별표2]에 의거 환자가 부담해야 할 금액(지원금)과 ‘본인부담상한액초과금’을 합한 금액을 기재 |
| 지원금 | ‘희귀난치성질환자 의료비 지원사업’에서 지원대상 의료비(본인부담상한액초과금을 제외한 본인일부부담금)를 기재 |
| 본인부담상한액 초과금 | 본인부담상한액(200만원)을 초과한 금액을 기재 |

[예시] 입원 요양급여비용총액이 2,000만원인 경우

| 공상 등 구분 | 요양급여비용총액 | 본인일부부담금 | 지원금 | 본인부담상한액초과금 | 청구액 |
|---------|----------|---------|-------|------------|---------|
| H | 2,000만원 | 400만원 | 200만원 | 200만원 | 1,600만원 |

※ 전월에 본인부담상한액 초과 후 분리청구로 실제 본인일부부담금이 발생하지 않는 경우에는 ‘지원금’란에 ‘0’을 기재

○ 희귀난치성질환자의 “지원대상 질환과 동시에 진료한 타상병 진료분”인 경우

- 지원대상 희귀난치성질환과 관련 없는 타상병은 의료비 지원대상이 아니므로 해당 본인일부 부담금은 환자가 직접 부담

⇒ 지원대상 진료분과 분리청구

| 구 분 | 기 재 방 법 |
|-------------------------|--|
| 상해외인 | “I” 기재 |
| (당월) 요양급여일수, 입원일수, 내원일수 | 타 상병 진료 관련 요양급여일수(또는 입원(내원)일수)만 기재 (희귀난치성질환 진료와 중복되는 기간은 산정하지 않음) |
| 당월 요양개시일, 내원일자 | 해당 명세서의 타 상병 진료 최초 실시한 날 |

4. Q & A

| 연번 | 질 의 | 답 변 |
|----|---|--|
| 1 | 지원금 사전지급 대상 | <ul style="list-style-type: none"> ○ EDI 및 전산매체 청구분(사전 지급대상) 접수 후 심사전 단계에서 건강보험공단에 통보 · 사전 지급함 ○ 서면 청구분(사후 지급대상) 접수 후 타 청구건과 동일한 절차에 따라 심사 및 건강보험공단에 통보 · 지급함 |
| 2 | 희귀난치성질환자 의료비 지원대상 질환과 동시에 진료한 타 상병(기왕증 포함)의 지원범주 및 청구방법 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 의료비 지원대상 희귀난치성질환과 관련 없는 타 상병은 지원대상이 아니므로 환자가 직접 부담하여야 함 따라서, 지원대상 진료분 명세서와 구분하여 각각 작성함 ※ 타 상병(기왕증 포함) 진료분의 범위 동일 진료과목(입원, 동일의사(외래)에게 지원대상 질환과 동시에 진료받은 질환 이외의 진료분을 의미함 (‘2008년도 희귀 · 난치성 질환자 의료비지원사업 안내’ 참조) ○ 다만, DRG 진료분의 경우는 별도의 명세서 구분없이 DRG 산정기준에 의거 일괄 청구함 (의료비 지원대상임) |

| 연번 | 질 의 | 답 변 | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|---|---|-----|---------|---------|--------|------|--------|--------------------------|---|-----------------|-----------------------------|---------|---|-----|---|
| 3 | 희귀난치성질환자가 타 상병 진료 중에 부가적으로 지원대상 질환에 대하여도 진료한 경우의 청구방법 | <p>○ 타 상병은 의료비지원대상이 아니므로 환자가 직접 부담하며, 지원대상 질환 진료분은 의료비 지원대상임 따라서, 타 상병 진료분과 의료비 지원대상 진료분 명세서는 구분하여 각각 작성함 이 경우 '의료비 지원대상 진료분'의 명세서 작성 및 요양급여비용 산정방법은 아래와 같음</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>구 분</th> <th>기 재 방 법</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>공상 등 구분</td> <td>"H" 기재</td> </tr> <tr> <td>상해외인</td> <td>"I" 기재</td> </tr> <tr> <td>(당월) 요양급여 일수, 입원일수, 내원일수</td> <td>지원대상 질환진료 관련 요양급여일수 (또는 입원(내원)일수)만 기재 (타 상병 진료와 중복되는 기간은 산정하지 않음)</td> </tr> <tr> <td>당월 요양개시 일, 내원일자</td> <td>해당 명세서의 지원대상 질환진료를 최초 실시한 날</td> </tr> <tr> <td>본인일부부담금</td> <td>건강보험법 시행령 [별표2] 및 시행규칙 [별표3]에 의거 환자가 부담해야 할 금액(지원금)을 기재</td> </tr> <tr> <td>지원금</td> <td>'희귀난치성질환자 의료비 지원사업'에 의한 지원대상 의료비(본인일부부담금)를 기재</td> </tr> </tbody> </table> <p>○ 다만, DRG 진료분의 경우는 별도의 명세서 구분없이 DRG 산정기준에 의거 일괄 청구함 (의료비 지원대상임)</p> | 구 분 | 기 재 방 법 | 공상 등 구분 | "H" 기재 | 상해외인 | "I" 기재 | (당월) 요양급여 일수, 입원일수, 내원일수 | 지원대상 질환진료 관련 요양급여일수 (또는 입원(내원)일수)만 기재 (타 상병 진료와 중복되는 기간은 산정하지 않음) | 당월 요양개시 일, 내원일자 | 해당 명세서의 지원대상 질환진료를 최초 실시한 날 | 본인일부부담금 | 건강보험법 시행령 [별표2] 및 시행규칙 [별표3]에 의거 환자가 부담해야 할 금액(지원금)을 기재 | 지원금 | '희귀난치성질환자 의료비 지원사업'에 의한 지원대상 의료비(본인일부부담금)를 기재 |
| 구 분 | 기 재 방 법 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 공상 등 구분 | "H" 기재 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 상해외인 | "I" 기재 | | | | | | | | | | | | | | | |
| (당월) 요양급여 일수, 입원일수, 내원일수 | 지원대상 질환진료 관련 요양급여일수 (또는 입원(내원)일수)만 기재 (타 상병 진료와 중복되는 기간은 산정하지 않음) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 당월 요양개시 일, 내원일자 | 해당 명세서의 지원대상 질환진료를 최초 실시한 날 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 본인일부부담금 | 건강보험법 시행령 [별표2] 및 시행규칙 [별표3]에 의거 환자가 부담해야 할 금액(지원금)을 기재 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 지원금 | '희귀난치성질환자 의료비 지원사업'에 의한 지원대상 의료비(본인일부부담금)를 기재 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | <p>제도 시행일(2008.4.1일) 전·후 계속 입원 중인 경우 청구방법</p> <p>동일 입원기간 중 의료비 지원대상자 등록 신청한 경우 청구방법</p> | <p>○ 기 등록된 대상자가 제도 시행일(2008.4.1일) 이전부터 계속 입원 중인 경우 ⇒ 개정된 의료비지원제도에 의한 청구방법으로 일괄청구</p> <p>○ 등록신청일 전·후로 각각 구분하여 작성하되, - 등록신청일 전(前) 진료분은 일반 명세서와 동일하게 작성 ⇒ 의료비 지원대상 아님 (환자 본인부담) - 등록신청일 이후 진료분은 공상 등 구분 "H" 기재 ⇒ 의료비 지원대상임 ※ 의료비 지원대상자임에도 사전에 의료비 지원을 받지 못하는 지원대상자가 진료비 영수증을 첨부하여 직접 건강보험공단에 '본인부담금'을 청구함</p> | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 의료비 지원대상자임을 표기(공상 등 구분 'H')하지 않고 누락 청구한 경우 | <p>○ 요양기관이 '지원금'을 직접 건강보험공단으로 청구 ※ 건강보험공단의 별도 신청서에 의거 청구함</p> | | | | | | | | | | | | | | |

▣ 관련근거 : 보건복지부 고시 제2008-27호 (2008.2.28)

1. 개정배경(관련근거)

- 대통령령 제20613호(2008.2.19) “국민건강보험법 시행령 일부 개정령”
 - 2008.4.1일부터 희귀난치성질환을 가진 차상위계층을 의료급여 수급권자에서 건강보험 가입자로 전환함
 - 동 대상자의 본인부담액을 별도 규정(본인부담액 경감)함
 - 외래 : 본인부담액 없음
 - 입원 : 기본식대비용의 20%

2. 주요 개정내용

- 「공상 등 구분」란 명세서 구분자 “C” 신설
 「C」: 차상위본인부담경감대상자(국민건강보험법 시행령 별표2 제4호다목에 따른 자)
 ※ 시행일자 : 2008.4.1일 진료분
- 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 개정에 따른 ‘별표6. 특정기호’ 개정 및 상대가치점수 개정 등에 따른 ‘붙임3. 진료코드’ 개정
 ※ 시행일자 : 고시일(2008.2.28일)

3. 명세서 세부작성요령

- 명세서 구분 및 작성방법
 - 명세서만 별도 구분·작성하여 일반 건강보험 진료분과 함께 청구함
 - 「본인부담경감대상자」 진료분 구분을 위한 별도의 명세서 구분자를 기재함
 - 공상 등 구분자 : ‘C’ (차상위본인부담경감대상자)
 - 각종 진료수가, 요양기관 종별 가산율 등 요양급여비용 산정(적용)방법은 건강보험 적용방법에 의함

□ 요양급여비용 산정방법

| 구분 | | 산정방법 |
|----------|----|----------------------------------|
| 요양급여비용총액 | | 01항(진찰료)~S항(특수장비)까지의 급여비용 합계를 기재 |
| 본인일부부담금 | 외래 | 0 |
| | 입원 | 기본식대비용의 20% |
| 청구액 | | 요양급여비용총액에서 본인일부부담금을 제외한 금액을 기재 |

[예시] 입원 요양급여비용총액(50만원) 중 식대비용이 9만원(기본식대비용 5만원, 가산식대비용 4만원)인 경우

| 공상 등 구분 | 요양급여비용총액 | 본인일부부담금 | 청구액 |
|---------|----------|-------------------|------|
| C | 50만원 | 1만원 ^{주)} | 49만원 |

주) 기본식대비용(5만원)의 20%

□ 기타

- 제도 시행일 전·후 계속 입원 중인 경우
 보험자 자격이 변경되므로 제도 시행일(2008.4.1일) 전·후 진료분은 분리 청구하여야 함
 - 2008. 4. 1일 전(前) 진료분 : 의료급여 명세서
 - 2008. 4. 1일부터 이후 진료분 : 건강보험 명세서
- 조산원의 경우 차상위본인부담경감대상자 진료분 구분을 위하여 공상 등 구분코드("C")를 명세서 여백에 별도 표기함

| 질 의 | 답 변 |
|--|--|
| 건강보험료를 납부하여야 하는지? | <p>별도의 건강보험료를 부담하지 않도록 하였음.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 건강보험가입자로 자격이 전환되더라도 이에 따라 소요되는 보험료는 전액 국고에서 지원함 ※ 다만, 건강보험가입자로 보험료 부과대상이기에 건강보험공단에서 보험료는 고지하나 납부할 보험료를 “0원”으로 표기하여 보험료를 납부할 필요가 없도록 할 계획임 |
| 건강보험가입자로 전환되기 이전의 급여수준과 동일한지? | <p>의료급여수급권자와 동일하게 건강보험에서 급여를 받을 수 있음</p> <ul style="list-style-type: none"> - 의료급여와 동일하게 요양급여비용 중 본인일부부담금이 없음 - 산소치료서비스(12만원/월) 및 복막관류액 구입 등도 의료급여와 동일 ※ 단, 진통·진양·수렴·소염 외용제의 경우 건강보험 요양급여기준을 적용 받음에 따라 파스류 외에 겔(gel), 크림(cream), 로션(lotion) 제제의 경우에도 전액 본인부담(경구투여가 불가능한 경우는 예외). ※ 식대의 경우, 기본식대의 20%만 본인 부담(가산식대는 본인부담 없음) |
| 건강보험가입자로 전환 되더라도 선택병의원을 적용받는지? | <p>차상위 희귀난치성질환자는 건강보험가입자로서 '08. 4. 1부터 급여 상한일수, 선택병의원제 등을 적용받지 않음</p> <ul style="list-style-type: none"> ※ 진료절차 : 3단계(1차→2차→3차)에서 2단계(병의원, 종합병원 → 종합전문요양기관)로 단축됨 |
| 건강보험으로 전환된 차상위 희귀난치성질환자가 장애인 보장구를 신청할 경우 보장구를 지급해야 하는지? | <p>장애인보장구 급여신청일을 기준으로 처리</p> <ul style="list-style-type: none"> - '08. 3.31일 이전에 보장기관에 장애인보장구 급여신청을 한 경우 보장기관에서는 '08. 3.31일이 경과한 이후라도 지급여부를 결정하여 통보하고, 지급결정시에는 해당 보장기관에서 비용 지급 |
| 동일 세대내 다수인에게 건강보험증이 발급되어 있을 경우 어느 특정인의 건강보험증에 선택적으로 피부양자로 등재할 수 있는지? | <p>건강보험 가입자의 신청에 따라 피부양자로 등재될 수 있으므로, 특정인을 선택하여 등재될 수 있으며, 해당 건강보험공단지사에 피부양자 변경을 신청할 수 있도록 안내</p> <ul style="list-style-type: none"> ※ 건강보험공단 민원대표전화 : 1577-1000번 |
| 자격이 변경되더라도 장제비를 지속적으로 지급하는지? | <p>건강보험은 '08. 1. 1일부터 장제급여가 폐지되었으므로, 건강보험으로 전환된 차상위 희귀난치성질환자는 장제비를 지급받을 수 없음</p> <ul style="list-style-type: none"> - 다만, 사망신고서상의 사망일이 '08. 4. 1일 이전인 경우에는 '08. 4. 1일 이후 장제급여를 신청했더라도 해당 보장기관에서 장제비 지급 |

| 질 의 | 답 변 |
|--|--|
| <p>‘08. 4. 1일자로 건강보험으로 전환된 차상위 의료급여 1종 수급권자(희귀난치성질환자)와 ‘08. 4. 1일부터 건강보험공단에서 위탁받아 지원하는 “희귀난치성질환 의료비지원사업”과의 차이가 무엇인지?</p> | <p>‘08. 4. 1일자로 건강보험가입자로 전환된 차상위계층 희귀난치성질환자(의료급여 1종수급권자)는</p> <ul style="list-style-type: none"> - 소득인정액이 최저생계비 120% 이하인 가구원 중 의료급여법에서 정하여 고시하는 107종의 희귀난치성질환자가 그 적용 대상으로 건강보험재정(일부 국고지원)에서 의료비용을 부담함 <p>“<u>희귀난치성질환자 의료비지원 사업</u>”은 의료급여법에서 정하는 107개 희귀난치성질환자와 달리 소득인정액 최저생계비가 120% ~ 300%인 세대원 중</p> <ul style="list-style-type: none"> - 국가가 지정하는 111종의 희귀난치성질환을 보유한 자를 대상으로 법정 본인부담금을 보건소를 통하여 지원하던 사업을 ‘08. 4. 1일부터 건강보험공단에서 위탁받아 지원하는 것임 |
| <p>의료급여 수급권자인 차상위계층 만성질환자 및 18세미만 아동 등도 건강보험으로 전환된 차상위계층 희귀난치성질환자와 동일한 기준을 적용하여 선정하는지?</p> | <p>차상위계층 희귀난치성질환자(건강보험 가입자)와 차상위계층 만성질환자 및 18세 미만 아동(의료급여 수급권자) 선정기준은 동일함</p> <ul style="list-style-type: none"> - 따라서 차상위 의료급여 2종 수급권자 선정시에도 부채는 용도와 관계 없이 전액을 공제하나 사채는 불인정 |

■ **관련근거** : 보건복지가족부 보험약제과-37(2008.3.7)

□ **건의사항**

1) **바이알이나 앰플제제의 1회 투여량 표기부분에 소수점이 부여되는 경우는 기존처럼 일일 총량으로 표기하는 것을 허용해주시기 바람**

⇒ 바이알이나 앰플제제의 1회 투약량이 소수점이 발생하는 경우, 일일 총량으로 표기할 수 있음

(예시) 브이펜드주사(성분명 : oriconazole 200mg)

| | 1회 투약량 | 일투 | 총투 |
|------|----------|----|---------------|
| 의사처방 | 448mg | 3 | 1일 |
| 계산 | 2.24 바이알 | 3 | 6.72바이알(7바이알) |
| 청구방법 | 1 | 7 | 1 |

2) **주사용제의 저함량 배수처방 심사조정 기준(상한가/실거래가)**

가) 원내조제의 경우 : 실거래가로 심사조정(다만, 고함량 약제 실거래가가 저함량 배수함량 약가보다 높은 경우 조정금액은 없으며, 실거래가 신고가 안 된 약제의 경우는 약제 상한가로 심사조정함)

나) 원외처방인 경우 : 상한가로 심사조정

3) **주사제 각각에 대한 mix 사용가능 시간 기준**

⇒ 주사제 각각 mix 사용가능 시간 기준에 대한 사례별 규정을 만들기는 어려우며, 일반적으로 약제는 식약청 허가사항 용법용량 범위내에서 비용 효과적으로 사용토록 하고 있으므로 1회 투약량에 근접한 함량의 약제를 우선 투여토록 하는 것이 바람직함.

(예시) vancomycin의 경우 500mg, 1g 규격이 있음

· A 환자 : 300mg X 4 X 1day → 500mg 3vial 사용

· B 환자 : 200mg X 4 X 1day → 500mg 2vial 사용