

본인일부부담금 산정특례제도 전체 공통

Q1 신청방법 및 신청접수처

- '건강보험 산정특례 등록 신청서' 상의 '요양기관 확인란' 에 담당의사에게 자필서명·확인을 받은 후 국민건강보험공단에 등록신청(방문, FAX, 우편) 또는 EDI를 사용하는 요양기관에서 신청 가능
 - ※ 등록신청은 요양기관 수진자 조회시 '산정특례 조회'와 연관되므로 본인 서명이 필수

Q2 등록 신청 시 개인정보 제공 동의 대리인 범위

- 신청자가 미성년 또는 중증 정신질환자 등인 경우 대리인의 동의가 필요하므로 신분증과 공단 전산 또는 가족관계서류를 확인·징구 후 등록 처리
 - 미성년자 : 부모(법정대리인)
 - 정신질환자(F20~F29) 또는 신청자가 직접 서명하기 어려운 심신 미약자:
 - ① 배우자 ② 성년인 직계존비속 등

Q3 산정특례 등록 신청서 발행 시 직인 인정 범위

- 요양기관 직인, 해당 요양기관의 대표자 도장, 대표자 서명 중 하나를 사용하여 등록 신청서 발행 가능

Q4 산정특례 등록 신청서 작성기준 및 확진일

- 담당의사가 질환별 산정특례 등록기준에 근거하여 '건강보험 산정특례 등록 신청서'를 작성하여야 하며, 확진일은 담당의사가 중증질환 산정특례로 최종 판정한 날

Q5

산정특례 적용범위

- 산정특례는 등록질환 및 등록된 질환과 의학적으로 인과관계가 분명하다고 진료의사가 판단하는 합병증까지 특례 적용되며, 산정특례 적용상병과 전혀 관련 없는 타 상병(기왕증 포함)의 진료는 해당되지 않음
- 산정특례는 건강보험 요양급여기준의 적용을 받는 진료 건에 대하여 적용하며 선별급여, 2·3인실 입원료, 입원식대 등 일부 항목은 제외

Q6

산정특례 적용시기

- 등록 신청서상의 진단확진일로부터 **30일 이내** 신청한 경우 '진단확진일' 부터, 등록 신청서상의 진단확진일로부터 **30일 경과 후** 신청한 경우 '신청일' 부터 적용
 - ✓ 30일 기간 산정시 확진일은 제외(초일 불산입의 원칙)하고, 토요일·공휴일은 포함, 30일째 되는 날이 토요일·공휴일인 경우 그 다음날까지 신청하면 확진일부터 산정특례 적용

Q7

A요양기관에서 중증질환 관련 진료 후 B기관으로 전원한 당일 확진한 경우 A기관의 산정특례 적용 여부

- 산정특례대상은 확진일로부터 적용되므로 A기관의 진료비 중 확진 당일의 산정특례질환 관련 진료비는 특례대상으로 적용

Q8

최초 확진을 받은 요양기관에서 등록신청하지 못하고 전원기관에서 등록된 경우 산정특례 소급 적용 가능여부

- 최초 확진을 한 기관에서 발행한 '건강보험 산정특례 등록 신청서'를 확진일로부터 30일(토요일, 공휴일 포함) 이내에 제출 시 최초 확진일로 소급 적용

Q9

입원기간 중 확진된 경우 입원초일부터 적용가능 여부

- 치료를 위한 입원(진단 목적만을 위한 입원 제외)기간 중에 확진되어 입원기간 내(퇴원일 포함)에 등록 신청했다면, 확진일과 상관없이 입원기간 전체(입원기간 초일부터)에 대해 적용
 - 입원기간 중 확진 및 등록이 이루어진 경우 : 입원 초일부터 특례적용
 - 입원기간 중 확진이 이루어지고 퇴원 후 확진일로부터 30일 이내 등록한 경우 : 확진일부터 특례적용
 - 입원기간 중 확진이 이루어졌으나 퇴원 후 확진일로부터 30일 경과하여 등록한 경우 : 등록일부터 특례적용
- ※ 암, 희귀질환 및 중증난치질환, 결핵 확진을 위한 병리학적 검사 결과가 퇴원 후 도출되어 의사가 확진한 경우, ‘종양제거술+생검’처럼 반드시 치료를 병행하는 검사인 경우에 한하여 소급 인정
- ※ 중증치매 산정특례 중 V810은 소급인정 불가

Q10

한방에서 중증질환 산정특례 적용가능 여부

- 산정특례 대상이 해당 중증질환에 대해 한방(입원 또는 외래) 진료를 받는 경우에는 경감된 본인부담률 적용
 - 단, 한의원에서는 산정특례 등록신청 불가(의사가 있는 한방병원은 가능)

Q11

산정특례 질환으로 입원 중 타 상병 진료에 산정특례 적용 가능 여부

- 입원 중 동일 진료과목의사에게 해당상병과 동시에 진료 받은 경우 특례대상. 그 외는 특례대상에 해당되지 아니하므로 분리청구 대상

Q12

산정특례 재등록 완료 여부 확인방법

- 재등록 완료 시, 산정특례 등록 신청 시 기재한 휴대전화번호로 대상자 알림톡(문자)또는 E-mail로 확인 가능

○ 요양기관은 '요양기관 정보마당(<https://medicare.nhis.or.kr>) → 산정특례 → 건강보험 산정특례 자격확인'에서 대상자 내역 조회 시 재등록 여부 확인 가능 (암: 재등록 건, 희귀질환 및 중증난치질환: 재등록완료 문구 표출)

✓ 다만, 기존 산정특례 적용 종료일까지는 기존 등록내역이 조회되고 기존 산정특례 종료일 이후에는 재등록된 등록내역이 조회됨

Q13

타상병 진료를 목적으로 입원 중 중증질환진료를 부수적으로 실시한 경우 본인부담률

○ 중증질환자의 해당 진료비와 부수적으로 발생한 타상병 진료분은 구분 적용

Q14

본인부담 면제 또는 경감 요건이 중복되는 환자인 경우 본인부담률(예: 산정특례대상 + 신생아 면제)

○ 면제 또는 낮은 본인부담률을 우선 적용

Q15

특정기호 누락 등 착오 청구분 처리방법

○ 청구소멸시효기간(3년 이내)까지 정산이의신청 절차에 의거 처리

Q16

그 외 적용기준

○ 상기 질의·응답에서 별도 명시하지 아니한 사안에 대하여는 현행 외래 진료 시 산정특례환자의 적용기준을 준용

암

Q1 암 산정특례 등록 대상

- 해당 상병(C00~C97, D00~D09, D32~D33, D37~D48)으로 각 상병별 산정특례 등록기준(검사항목 및 기준)에 따라 확진 받은 암 환자
 - ※ 상병별 등록기준을 충족하지 못하였으나, 해당 상병으로 진단받은 경우 Q3참조

Q2 암 산정특례 등록기준 확인방법

- 공단홈페이지(<http://www.nhis.or.kr>)/정책센터/국민건강보험/보험급여/의료비지원/“본인일부부담금 산정특례 제도”
- 요양기관정보마당(<http://medicare.nhis.or.kr/>)/요양기관 공지사항/‘산정특례’ 검색

Q3 조직(세포)학적 검사를 시행할 수 없을 때 암 산정특례 등록방법 (등록기준 예외적용 방법)

- 암 상병별 산정특례 등록기준을 충족해야 산정특례 등록이 가능하나, 등록기준이 조직(세포)학적 검사가 필수검사항목으로 되어 있는 상병 중 환자상태가 아래 5가지 사유 중 1가지 이상에 해당되어 조직(세포)학적 검사를 시행하기에 어려운 경우에는 등록기준 예외 적용으로 암 산정특례 등록신청이 가능
- 단순 고령은 사유에 해당되지 않으며, 대상 질환과 환자상태 모두 충족하는 경우에 예외 적용
- 등록기준 예외적용이 가능한 경우에도 다른 필수 검사항목(영상검사, 특수생화학, 면역학적, 혈액학적 검사 등)을 충족해야 함

▷ 환자 상태가 조직(세포)학적 검사를 시행하기에 적합하지 않은 경우로 담당의사가 판단한 경우

① 전신상태가 ECOG performance status 3 이상인 경우

- ECOG performance status 3: 제한적으로 자가 치료 가능하며 깨어있는 시간의 50%이상을 누워있거나 휠체어를 이용함
- ECOG performance status 4: 완전히 무력한 상태, 어떠한 자가 치료도 불가능하며 대부분의 시간을 침대에서 보냄

② 조직검사 시 출혈 위험성이 큰 경우

- 심혈관계·뇌혈관계 질환으로 항응고제 복용중인 환자에서 항응고제 약물 복용을 중단하면 환자의 생명에 위협을 가할 수 있는 경우
- 혈중 혈소판 10만 미만인 경우
- Prothrombin time증가(60%미만)한 경우
- 암이 주요혈관에 인접해 있어 조직검사 위험도가 높을 때

③ 전신마취 및 수술을 견딜 수 없는 상태인 경우

- 지속적인 활력징후 불안정
 - 수축기 혈압 90mmHg이하의 쇼크
 - 혈압 180/100mmHg이상의 조절되지 않는 고혈압
 - 호흡수 30회/분 이상의 빈호흡
 - 조절되지 않는 고열
- 폐기능이 좋지 않거나 산소포화도 90%미만의 저산소증 등으로 전신마취가 위험한 경우
- 환자의 갑상선 기능항진 등의 호르몬 변화가 안정적이지 못해 침습적 검사나 전신마취가 위험한 경우

④ 감염 위험성이 높은 경우

- 혈액학적 검사에서 Absolute neutrophil count가 1,000미만인 경우

⑤ 기타

- 암 산정특례로 등록된 자가 특례 기간 종료시점(종료시점으로부터 3개월 이내)에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거·소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여 중인 경우
- 내시경을 통하여 조직검사가 필요한 암인 경우 체위를 취하기 어려운 척추 장애 또는 골절을 수반하여 내시경이 어려운 경우
- 염증성 유방암으로 피부궤양이 동반된 경우
- 암이 중요장기에 인접해 있어 조직검사 위험도가 높을 때 등

○ 적용방법

- 전문의가 영상검사와 임상소견 등을 종합하여 암 진단 후 '암 산정특례 등록신청서' 발급

○ 신청서 작성방법

- 암 산정특례 등록 신청서 '요양기관 확인란'의 '⑧ 최종확진방법'의 진단 방법 체크

⇒ '⑨-1 조직학적·세포학적 검사 미실시 사유' 중 한 가지 이상 체크

⇒ '⑨-2 환자 상태 및 진료소견' 확진에 대한 구체적으로 기재

※ 암 산정특례 등록신청서 뒷면의 '작성방법' 참조

Q4

전립선암의 등록기준 중 기타항목 '항암호르몬치료' 충족 기준 및 신청서 기재방법

- 전립선암의 경우 항암호르몬치료 중인 경우 등록 가능. 다만, 항암목적의 호르몬치료 외 재발방지 목적의 호르몬치료는 해당되지 않음
 - ※ 현행 전립선암 산정특례 검사기준을 충족하기 위해서는 치료를 중단해야하는 점, 항암호르몬치료 중에는 영상검사 상 병변 확인이 어려운 점, 항암호르몬치료 지속 기간 등을 고려
- 이때 6개월 이내 항암호르몬제 처방이력이 존재하여야 하며, 의료기관에서는 '㉠-2 환자상태 및 진료소견'에 처방일자 및 항암호르몬제명 기재

Q5

암 환자가 가정간호를 받을 경우의 본인일부부담률

- 산정특례 등록된 암 환자(V193)가 고시에서 정한 상병으로 가정간호를 받은 경우 암 산정특례 본인부담률과 동일하게 요양급여비용의 5% 부담(V194)
- 등록되지 않은 경우 요양급여비용의 20% 부담(V008)

Q6

암 산정특례 적용기간 종료 후 본인일부부담률

- 적용시작일로부터 5년이 지나면 원칙적으로 종료
 - 특례기간 종료 이후에는 전체요양급여비용의 30~60%(외래), 20%(입원)의 본인부담률 적용

Q7

암 산정특례 적용기간 중 발급받은 처방전으로 적용기간 종료 후 조제 시 본인일부부담률

- 처방전 발급일은 산정특례 적용기간 중일지라도 적용기간 종료 후 약을 조제하게 되는 경우에는 산정특례 적용 불가
- 진료 및 검사에 대해서도 동일하게 적용
 - 적용기간 중 예약했을지라도 적용기간 종료 후 시행하는 검사 및 진료에 대해서는 산정특례 적용 불가

Q8

암 산정특례 재등록 신청기간

- 적용종료일 3개월 전부터 적용종료일까지 재등록 신청 가능
- 적용종료일 경과 후 신청 시 재등록암이 아닌 신규암으로 등록

Q9

암 산정특례 재등록 대상

- 특례기간 종료시점에 잔존암, 전이암이 있거나 추가로 재발이 확인되는 경우로서
 - 암조직의 제거·소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중이거나, 항암제를 계속 투여 중인 경우
- 암환자 산정특례제도는 암 치료에 소요되는 고액의 진료비 부담을 완화하기 위한 제도로 특례기간 종료시점에 항암제·방사선·호르몬 등 항암치료를 받고 있지 않고 재발·전이여부 검사만을 정기적으로 추적 검사하는 경우는 재등록 대상에서 제외
 - 암과 관련된 합병증만을 치료중인 경우에도 재등록 대상에서 제외

Q10

암 산정특례 재등록 가능한 상병기호

- 적용중인 암 산정특례 상병기호와 3단까지 같은 상병
- 아래 3가지 전이암 상병코드
 - C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물)

Q11

암 산정특례 재등록 기준

- 암 산정특례 등록기준은 신규 등록과 재등록기준이 동일하며, 재등록 시에도 신규 등록과 동일한 상병별 필수검사항목 및 검사기준을 충족해야 함
- 재등록하는 경우에는 기 등록내역의 적용종료일을 기준으로 6개월 이내 검사기록만 인정

Q12

암 산정특례 재등록 대상 여부 예시

- 혈액암 환자 중 조혈모세포이식 후 완전관해지만 면역억제제를 복용하고 있는 경우, 간암으로 간이식술 후 재발 없이 외래에서 추적관찰하면서 면역억제제를 복용하고 있는 경우
⇒ 암 조직이 없고 항암치료가 아닌 경우로 재등록대상에서 제외
- 종료이전 항암치료 완료 이후 면역저하 등으로 발생한 호중구 감소증 (Neutropenia) 등의 경우 ⇒ 합병증 관련 치료는 재등록대상에서 제외
- 호르몬치료의 경우 적극적인 항암치료인 유방암 호르몬치료는 등록대상이지만, 갑상선 전절제 후 호르몬치료는 재등록대상이 아님
 - 유방암 호르몬 치료의 경우에도 전이성 유방암 등과 같이 암 조직이 있어 치료가 이루어지는 경우는 재등록대상이지만, 항암수술 후에 암 조직은 없고 재발방지 목적으로 이루어지는 호르몬 치료는 재등록대상이 아님 (전립선암, 자궁경부암 등도 동일원칙 적용)

Q13

암 산정특례 재등록 완료 확인방법

- (대상자) 재등록 완료 시, 산정특례 등록 신청서에 기재한 휴대전화번호로 알림톡(문자) 또는 E-mail로 확인 가능
 - ※ 재등록 완료 시 통보(재등록기간 적용시작일에 통보하는 것이 아님)
- (요양기관) '요양기관 정보마당(<https://medicare.nhis.or.kr>)→산정특례→건강보험 산정특례 자격확인'에서 대상자 내역 조회 시 재등록 여부: 재등록건 문구 표출로 확인 가능
 - ※ 중복암 등록된 경우 암 등록내역 건별로 확인 가능
- ✓ 재등록 완료 시 새로운 등록번호 생성되며, 등록번호 부여체계는 아래와 같음

0	1	-			-						
구분			등록연도			일련번호					

 - ※ 구분코드: 암(01), 결핵 V000(08), 중증화상(09), 극희귀질환(11), 상세불명희귀질환(13), 기타염색체이상질환(14), 희귀질환(21), 중증난치질환(23), 잠복결핵(22)

Q14

중복암 등록 방법(시행일 2017.7.1.)

- ‘중복암’은 암 산정특례 등록자의 적용기간 중 추가로 발생한 다른 암종(전이암 제외)을 의미
- 암 산정특례 등록 시 산정특례 등록 신청서에 신규암, 재등록암, 중복암 구분하여 신청
 - 신규암 : 신청당시 암 산정특례 등록내역이 없거나, 기 등록된 암의 특례기간 종료이후 발생한 암을 산정특례 신청하는 경우
 - 재등록암 : 등록되어 있는 암의 산정특례 적용기간 종료시점에 재등록 사유*가 발생하여 산정특례 신청하는 경우
 - * 등록된 암의 잔존암이 있거나 재발 또는 전이되어 암조직의 제거·소멸의 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여 중인 경우
 - 중복암 : 암 산정특례 적용기간 중 등록한 암과 다른 암종이 추가로 발생(전이암 제외)하여 산정특례 신청하는 경우

Q15

중복암 등록 시 산정특례 등록번호 부여방식

- 중복암으로 산정특례를 여러 개 등록한 경우 암별로 각각 산정특례번호 부여

Q16

중복암의 산정특례 기간

- 적용시작일
 - 확진일로부터 30일 이내에 등록 신청 : 확진일부터 적용
 - 확진일로부터 30일 경과 후 등록 신청 : 신청일부터 적용
- 적용종료일 : 중복암 확진일로부터 5년 되는 날의 전날
 - ※ 적용시작일과 관계없이 확진일로부터 5년 되는 날의 전날 종료

예1) 중복암의 확진일로부터 30일 이내 등록 신청한 경우

’18.1.1. 유방암 확진(C50), ’18.1.20. 유방암 공단에 산정특례 신청

’19.8.5. 폐암 확진(C34), ’19.9.1. 폐암 공단에 산정특례 신청

▶ 01-18-***** C50 ’18.01.01. ~ ’2212.31.

▶ 01-19-***** C34 ’19.08.05. ~ ’24.08.04.



- 예2) 중복암의 확진일로부터 30일 경과 후 등록 신청한 경우
 '18.1.1. 유방암 확진, '18.1.20. 유방암 공단에 산정특례 신청
 '19.8.5. 폐암 확진, '19.10.5. 폐암 공단에 산정특례 신청
- ▶ 01-18-***** C50 '18.01.01. ~ '22.12.31.
 - ▶ 01-19-***** C34 '19.10.05. ~ '24.08.04.



- 예3) 중복암을 기 등록 암의 특례기간 종료 후 신청한 경우
 ⇨ '신청일'부터 '중복암 확진일로부터 5년 되는 날의 전날까지 적용'
 '12.1.1. 유방암 확진, '12.1.20. 유방암 공단에 산정특례 신청
 '16.8.5. 폐암 확진, '17.11.5. 폐암 공단에 산정특례 신청
- ▶ 01-12-***** C50 '12.01.01. ~ '16.12.31.
 - ▶ 01-17-***** C34 '17.11.05. ~ '21.08.04.



- 예4) 기 등록 암의 확진 이전에 발생한 중복암에 대해 확진일로부터 30일 이내에 등록 신청한 경우

⇒ 중복암 확진일부터 적용

'17.9.20. 유방암 확진, '17.9.22. 유방암 공단에 산정특례 신청

'17.9.10. 폐암 확진, '17.10.5. 폐암 공단에 산정특례 신청

▶ 01-17-***** C50 '17.09.20. ~ '22.09.19.

▶ 01-17-***** C34 '17.09.10. ~ '22.09.09.



예5) 기 등록 암의 확진 이전에 발생한 중복암에 대해 확진일로부터 30일 경과 후 등록 신청한 경우

⇒ '신청일'부터 '중복암 확진일로부터 5년 되는 날의 전날'까지 적용

'17.9.20. 유방암 확진, '17.9.22. 유방암 공단에 산정특례 신청

'17.8.5. 폐암 확진, '17.10.5. 폐암 공단에 산정특례 신청

▶ 01-17-***** C50 '17.09.20. ~ '22.09.19.

▶ 01-17-***** C34 '17.10.05. ~ '22.08.04.



Q17

중복암으로 등록 불가능한 상병기호

- 적용중인 암 산정특례 상병기호와 3단까지 같으면 등록 불가
- C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성 신생물), C78(호흡 및 소화기관의 이차성 악성 신생물), C79(기타 및 상세불명 부위의 이차성 악성신생물) 등록 불가

Q18

타 요양기관에서 등록한 산정특례 등록내역의 변경

- 최초 진단하여 산정특례 등록한 요양기관이 아닌 경우에도 등록내역의 변경 및 판정오류가 가능
- 재진단 결과 기 등록되어 있는 상병과 다른 상병코드로 진단한 경우에는 '산정특례 등록내역 변경 신청서'로 등록된 상병명 및 상병코드 변경
- 재진단 결과 특례대상 상병코드가 아닌 경우 '산정특례 등록내역 판정오류 신청서'로 기 등록된 산정특례 등록내역을 종료
 - ※ 판정오류일까지는 산정특례 적용 가능

Q19

기 등록자가 입원기간 중 재등록한 경우 청구명세서의 산정특례 등록번호 기재방법

- 기 등록자가 2023.8.27.~9.5.까지 입원 기간 중 2023.8.29.에 등록기준에 부합하여 새로 등록하였다면, 등록번호를 부여받은 대상자는 입원 청구 시 새 등록번호를 기재

결핵

Q1

결핵 치료하는 병원은 산정특례를 무조건 신청해야 하는지?

- 결핵예방법 시행규칙 별지에 '진단 및 초치료 약제'의 '환자구분*' 신고사항에 해당하는 자가 결핵질환으로 확진 받고 치료를 하는 경우 모두 건강보험공단에 산정특례 신청
 - * 환자구분 : 신환자(초치료자), 재치료자(재발자, 실패 후 재치료자, 중단 후 재치료자, 이전 치료결과 불명확), 과거 치료여부 불명확
 - 다른 의료기관의 산정특례 등록여부 상관없이 해당 의료기관에서 치료하는 경우는 모두 산정특례 신청

Q2

다른 요양기관에서 결핵 치료 진행 중인 환자로 산정특례 신규 등록기준을 충족할 수 없는 경우 등록방법

- 결핵 산정특례는 각 요양기관마다 신규 등록기준을 충족하여 등록해야함. 단, 다른 요양기관에서 산정특례를 등록하여 결핵 치료가 진행 중인 환자는 전원한 요양기관에서 시행한 도말·배양검사에서 복용 중인 결핵약 등으로 인해 음성이 나올 수 있으므로, 이 경우 등록시점의 '결핵약 투여내역'과 이전 요양기관의 결핵 검사결과지를 확인하여 결핵 확진 후 산정특례 등록
 - 결핵 산정특례 신청서 상 '⑦ 최종확진방법'은 신규등록기준에 맞게 체크 → '⑧ (결핵만 해당) 타 요양기관의 검사결과로 확진한 경우, 해당사항 체크' 부분에 '있음' 체크 → 타 요양기관의 검사결과로 확인한 검사항목 모두 체크
 - 해당 요양기관에서 시행한 검사에서 모두 양성인 나와 신규 등록기준을 충족한 경우, ⑧번 항목에서 '없음' 체크

Q3

결핵 산정특례 등록 시 다른 요양기관의 검사결과지로 확진했을 경우 확진일

- 수진자의 결핵 최초 확진일이 아닌, 이전 요양기관의 검사결과지를 보고 해당 진단의사가 결핵 상병으로 확인한 날을 확진일로 인정
 - * 다른 요양기관의 검사결과지는 의료법 시행규칙 제15조를 준용하여 5년간 보관

Q4

결핵으로 본인부담 제외되는 산정특례(V000)를 등록한 경우 본인 부담 면제 범위

- 결핵 치료 중 건강보험 급여에 해당하는 진료비의 경우 본인부담이 전액 면제되며, 식대는 현행과 동일하게 50%를 환자가 부담
 - * 본인부담률이 별도로 정해진 항목(전액본인부담 등) 및 비급여의 경우 제외
- 의료급여의 경우, 식대 20%를 환자 부담

Q5

결핵환자의 산정특례의 적용기간

- 산정특례 적용시작일부터 결핵예방법 시행규칙 제3조 및 별지서식의 치료 결과보고에 따른 산정특례 종료일까지
 - 산정특례 종료일 : 결핵예방법 시행규칙 제3조 및 별지서식의 치료 결과 보고 중 치료 결과 구분 항목 “완치” 또는 “완료”일 경우는 치료종료일*, “사망”은 사망일, “진단변경”은 “진단변경일”
 - * 결핵예방법 시행규칙 제3조 및 별지 서식의 치료 결과 보고 중 치료결과 판정일과 치료종료일이 다른 경우 더 이후의 날짜를 기준으로 치료종료일로 봄

Q6

결핵환자가 결핵치료를 완료한 경우 종료처리 방법

- 결핵치료가 종료된 경우, 의료기관에서 공단홈페이지(요양기관정보마당)에 치료결과를 등록하거나 '결핵환자등 신고·보고서'사본을 공단에 팩스로 송부
 - * 치료결과 판정일과 치료종료일이 다른 경우 더 이후의 날짜를 기준으로 공단 홈페이지 등록 및 '결핵환자등 신고·보고서' 사본을 공단에 팩스로 송부
- 의료급여의 경우 건강보험과 같이 치료 종료시 공단을 통해 특례 종료 처리를 하되, 추가로 '결핵환자 등 신고·보고서' 사본을 관할 보장기관(시군구)에 제출

Q7

여러 의료기관에서 결핵 산정특례를 등록한 경우 종료 방법

- 결핵 산정특례를 신청한 기관 중 1개 기관에서 완치, 완료, 사망, 진단변경을 사유로 종료 요청 시 전체 기관의 산정특례가 종료됨
 - * 치료종결신고사유가 중단 및 평가미정(전원)인 경우, 해당 요양기관의 등록건만 종료됨
 - 타 기관의 종료 요청으로 산정특례가 종료된 의료기관의 경우는 치료가 진행 중임을 증빙할 수 있는 의사소견서 또는 진료기록부 사본을 제출하여 특례기간 유지 가능

Q8

결핵 산정특례 종료일자 수정 및 종료취소 방법

- 구비서류를 공단에 팩스로 송부
 - (치료결과보고내역 정정된) 결핵환자 등 신고·보고서 사본
 - (결핵치료 중 증빙) 진료기록부 등
 - [별지 제4호 서식] 건강보험 산정특례 등록내역 변경 신청서
 - * 결핵 치료는 종결되었으나 합병증만 남아있는 경우는 종료일자 수정 및 취소 불가

잠복결핵

Q1

잠복결핵 산정특례 등록신청 방법

- 공단이 제공한 질환별 산정특례 “필수검사항목”에 따라 검사하고 검사 결과가 검사기준을 충족한 경우 해당질환으로 확진
 - 잠복결핵 산정특례 대상 상병코드: Z22.7(잠복결핵)
- 확진한 의사가 ‘건강보험 (잠복결핵) 산정특례 등록 신청서’(별지 제3호의2)발급
- 등록대상자가 ‘건강보험 산정특례 등록 신청서’에 서명·날인 후 병·의원 (전산 대행신청) 또는 공단에 신청

Q2

잠복결핵 상병으로 이미 진료 받고 있는 자가 제도시행일(2021.7.1.)이후 잠복결핵 치료를 위하여 내원한 경우도 산정특례 등록을 하여야 하는지?

- 잠복결핵 산정특례 제도 시행일(2021.7.1.)이전부터 잠복결핵으로 진단받아 해당 치료를 받고 있는 환자는 2021.7.1. 이후 잠복결핵 치료를 위하여 내원하여 잠복결핵 산정특례(V010)신규등록신청을 하여야 함
 - 신청대상 : 신청일 현재 잠복결핵치료 중인 환자
 - 검사여부 : 추가검사 없이 산정특례 등록 가능(단, 잠복결핵 치료 시작 이후 전원한 타 요양기관에서 산정특례 등록 신청하는 경우 신청일 기준 1달 이내에 촬영한 흉부엑스선검사(X-ray)결과가 확인되어야 함.)
 - 신청방법 : 의료기관 또는 본인이 의료기관에서 발급받은 ‘건강보험 산정특례 등록신청서’를 공단에 제출(진단확진일은 제도시행일인 2021.7.1.로 기재)
 - ※ 의료기관이 신청을 대행하는 경우, 산정특례 등록은 전산으로 신청할 수 있음
- 잠복결핵 진단확진일이 2021.7.1.이후인 경우 잠복결핵 산정특례 등록

Q3

여러 의료기관에서 잠복결핵(V010) 치료를 받는 경우, 결핵(V000)과 동일하게 치료하는 모든 의료기관에서 각각 산정특례 신청하여야 하는지?

- 본인부담면제결핵(V000)은 결핵질환으로 확진 받고 치료 하는 의료기관은 모두 개별적으로 공단에 산정특례 등록 신청하여야 하나, 잠복결핵(V010)은 타 의료기관에서 기 등록된 환자인 경우 산정특례 적용기간 내에 진료 시 별도의 등록 절차를 거치지 않고 산정특례 적용 가능
※ 질병관리청에 환자 신고 불필요

Q4

건강보험 차상위 본인부담 경감 대상자도 잠복결핵 산정특례 등록 신청을 하여야 하는지?

- 건강보험 차상위 본인부담 경감 대상자도 산정특례 대상자로 등록 신청해야 본인부담금 없이 잠복결핵 치료를 받을 수 있음
 - 변경 전(국고 지원): 의료기관 및 약국에 본인부담금을 선지불하고 주민등록주소지 보건소에서 환급, 의료기관 및 약국은 치료대상자의 요양급여비용을 국민건강보험공단에 청구
 - 변경 후(산정특례 적용): 건강보험공단에 산정특례 등록 신청서를 접수하여 잠복결핵 산정특례 대상자로 등록, 별도의 환급 절차 없이 의료기관 및 약국에서 본인부담률 0% 적용

Q5

잠복결핵 산정특례(V010) 대상자가 치료 도중 결핵 산정특례(V000)대상자로 확진된 경우 산정특례 신청 절차

- V010(잠복결핵) 대상자가 잠복결핵으로 치료 도중 해당 질환 적용 기간[시작(유효)일~상실(유효)일] 내에 V000(결핵)으로 확진 받아 산정특례 등록 신청하는 경우, 결핵 적용시작일 전일로 잠복결핵 산정특례 자격 상실 처리
- EDI 및 포털 등 전산 대행 등록처리 불가, '건강보험 (결핵) 산정특례 등록 신청서(별지 제3호) 서식 및 결핵환자등 신고·보고서 사본을 건강보험공단 지사로 접수
예) V010(잠복결핵) 적용기간: 2021.7.1.~2022.6.30.
V000(결핵) 적용시작일: 2021.8.1. 인 경우
→ 잠복결핵(V010) 적용기간: 2021.7.1.~2021.7.31.
결핵(V000) 적용기간: 2021.8.1.~9999.12.31.

Q6

잠복결핵 산정특례(V010)의 진단확진일 기준 및 본인부담 면제 범위

- 잠복결핵 산정특례 진단확진일: 잠복결핵 진단검사 상 양성이면서 활동성결핵 배제를 위하여 실시한 검사 결과 상 활동성 결핵이 아님이 확인되는 날
예) IGRA 검사결과 확인일이 2021.7.20.이고 활동성결핵 배제를 위하여 실시한 영상검사(X-ray 등) 결과 확인일이 2021.7.30.인 경우 2021.7.30.이 잠복결핵 산정특례 진단확진일임
- 잠복결핵 치료 중 건강보험 급여에 해당하는 진료비의 경우 본인부담이 전액 면제(본인부담 0%)되며, 식대는 현행과 동일하게 50%를 환자가 부담
※ 비급여, 100분의100 본인부담금, 예비(선별)급여, 상급병실료(2~3인실) 및 본인 부담률이 별도로 정해진 항목 산정특례 적용 제외

Q7

잠복결핵 산정특례 적용기간 및 연장 등록 적용 기준

- 등록 후 특례적용 기간은 확진일 또는 등록일로부터 1년간 잠복결핵 상병으로 해당 진료를 받은 경우 적용
- 1년을 경과하여 추가적인 잠복결핵 치료가 필요한 경우에는 진료담당의사의 의학적 판단 하에 6개월 연장 신청이 가능. 이 경우 특례기간 종료 1개월 전부터 종료일로부터 6개월 이내 신청 시 연장 가능

Q8

잠복결핵 등록기간 연장 시 기준일

- 등록기간 연장 기준일은 처음 산정특례 등록했을 시의 종료일임
예) 최초 등록일이 2021.7.1일 경우 1년이 경과된 2022.6.30일로부터 6개월인 2022.12.31일까지 산정특례 적용기간임

Q9

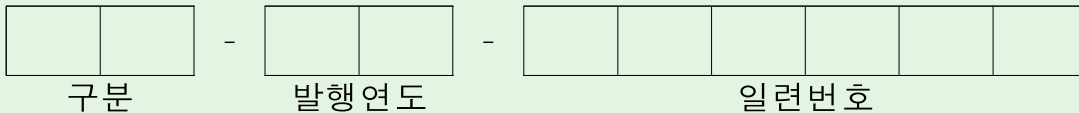
제도 시행일 이전부터 잠복결핵 진료로 입원중인 특정기호 V010 환자의 개정 고시 시행일 전후 본인부담률 적용방법

- 고시 시행일('21.7.1.) 이전부터 잠복결핵 진료를 위해 입원 중이었으나 제도 시행일 이후 V010 산정특례 대상자로 등록된 경우, 제도 시행일 이전 진료분은 종전 본인부담률을 적용, '21.7.1.일부서는 산정특례 본인부담률 적용함. 이 경우, 요양급여비용 명세서는 '21.7.1.일 전·후로 각각 구분·작성하여 분리청구

Q10

잠복결핵 산정특례 등록번호 부여체계

- 본인부담 제외되는 잠복결핵으로 산정특례가 등록될 경우 산정특례 등록번호에서 구분코드는 22를 부여



※ 구분코드: 암(01), 결핵 V000(08), 중증화상(09), 극희귀질환(11), 상세불명희귀질환(13), 기타염색체이상질환(14), 희귀질환(21), 중증난치질환(23), **잠복결핵(22)**

희귀질환 · 중증난치질환 공통

Q1

희귀질환 및 중증난치질환 산정특례 대상자

- 보건복지부 고시 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」의 [별표4], [별표4의2] 상병명과 상병코드가 일치하고, 공단 '산정특례 등록기준 및 필수 검사항목'을 충족하여 진단 확진 받은 환자

Q2

희귀질환과 중증난치질환 산정특례 대상 질환 목록 및 등록기준 확인 방법

- 산정특례 대상 질환 목록 확인 경로
 - 보건복지부 → 정보 → 법령 → 훈령 · 예규 · 고시 · 지침 → 산정특례 → 「본인 일부부담금 산정특례에 관한 기준」의 [별표4], [별표4의2] 참고
- 산정특례 대상 질환별 등록기준 확인 경로
 - 공단 홈페이지(<https://www.nhis.or.kr>) → 정책센터 → 국민건강보험 → 보험 급여 → 의료비지원 → 본인일부부담금 산정특례제도 참고

Q3

중증난치질환, 희귀, 극희귀, 상세불명 희귀질환, 기타염색체이상 질환을 산정특례 등록번호로 구분하는 방법

- 산정특례 등록번호의 구분자 번호에 따라 질환 구분 가능

□□	—	□□	—	□□□□□□□□
----	---	----	---	----------

산정특례구분

발행연도

일련번호

- 산정특례 구분코드

암(01), (구)희귀난치질환(05), (구)결핵 (07), 본인부담면제 결핵(08), 중증화상(09), 극희귀질환(11), 상세불명 희귀질환(13), 기타염색체이상질환(14), 중증치매(15), 희귀질환(21), 중증난치질환(23), 잠복결핵 감염(22)

* 희귀질환(21), 중증난치질환(23), 기타염색체이상질환(14)은 2019.1.1.이후 등록 건부터 적용

Q4

희귀난치성질환으로 등록되어 있던 자가 추가로 중증난치질환 또는 희귀질환으로 확진 받은 경우 산정특례 추가등록 필요 여부

- 2019.1.1.이전에 보건복지부 고시 [별표4]의 희귀난치성질환으로 운영되었으나, 2019.1.1.부터 희귀질환(별표4)과 중증난치질환(별표4의2)으로 분리
- 따라서 희귀난치성질환으로 등록된 자가 새로운 고시의 희귀질환 및 중증난치질환을 추가로 확진 받은 경우, 산정특례를 추가로 등록하지 않고 새로 확진된 상병에 대해서도 산정특례 적용 가능
- 그러나 2019.1.1.부터 신규 또는 재등록하는 경우에는 희귀질환과 중증난치질환 각각 산정특례 등록 신청하여야 함
 - 희귀질환으로 등록한 경우 희귀질환 내에서는 추가등록 없이 산정특례 적용 받을 수 있으나 중증난치질환은 추가로 산정특례 등록 후 특례 적용 가능

(예시)

- ▶ 희귀난치성질환 파킨슨병(V124)으로 2018.10.1. 산정특례 등록 ⇒ 2023.9.30.까지는 희귀질환 베체트병(V139)으로 추가등록 없이 산정특례 적용 가능
- ▶ 중증난치질환 파킨슨병(V124)으로 2019.1.20. 산정특례 등록 ⇒ 희귀질환 베체트병(V139)을 산정특례 추가등록을 하지 않은 경우 산정특례 적용 불가

Q5

희귀질환 또는 중증난치질환에 포함되지 않은 기 등록 질환의 산정특례 등록 및 적용 가능 여부

- 2018.12.31.까지 등록한 대상자는 산정특례 잔여기간까지 산정특례 적용을 받을 수 있으나, 2019.1.1.부터 신규 및 재등록 신청 불가
 - 2019.1.1.이후부터는 개정된 희귀질환 및 중증난치질환의 목록 질환만 산정특례 등록 신청 가능

Q6

희귀질환 및 중증난치질환 등록 이후 희귀질환 및 중증난치질환이 아닌 것으로 최종 진단된 경우

- 희귀질환 및 중증난치질환이 아닌 것으로 최종 진단(확인)된 날 산정특례 적용 종료(최종 진단일까지 산정특례 적용)
 - 건강보험 산정특례 등록내역(변경/판정오류/취소) 신청서 및 검사결과지 등을 첨부하여 '판정오류'로 신청

Q7

산정특례 적용기간이 종료되고, 일정 기간이 경과한 후에 질환이 재발한 경우, 산정특례 재적용 가능 여부

- 산정특례 적용기간 종료 후에 질환이 재발한 경우에는, 해당 질환의 등록 기준 및 필수검사항목을 충족하여 의사의 확인을 받아 산정특례 등록 신청하면 산정특례 재적용 받을 수 있음
- 이 경우, 재등록기간이 종료되어 신규 등록기준을 적용

Q8

희귀질환 및 중증난치질환 산정특례 재등록 대상자

- 희귀질환 및 중증난치질환 산정특례로 등록한 환자가 특례기간 종료시점에 등록된 희귀질환 및 중증난치질환의 잔존이 확인되는 경우로서, 질환별 등록기준 및 필수 검사항목을 충족한 경우에 재등록 신청 가능

Q9

희귀질환 및 중증난치질환 산정특례 신규등록 기준과 재등록기준의 동일 여부

- 각 질환별 특성에 따라 신규 등록과 재등록 시 등록기준 및 필수 검사항목이 다를 수 있음

Q10

희귀질환 및 중증난치질환 재등록 시, 신규 등록의 세부상병(상병명과 상병코드)과 다른 경우 등록기준 적용 방법

- 재등록은 신규등록 시의 세부상병(상병명과 상병코드)과 동일한 경우에 가능하며, 세부상병이 불일치하는 경우 신규 등록기준을 적용

Q11

재등록 신청 방법

- 질환별 등록기준 및 필수검사항목을 충족한 희귀질환 및 중증난치질환 산정특례 대상자의 경우, '건강보험 산정특례 등록 신청서' 상의 '요양기관 확인란'에 담당의사의 자필서명·확인을 받은 후, 가까운 공단 지사로 등록 신청(방문, FAX, 우편)할 수 있으며, 요양기관에서 대행신청(EDI시스템)도 가능
 - * 등록신청은 요양기관 수진자 조회 시 '산정특례 등록여부' 조회와 연관되므로 본인 서명이 필수
 - * (등록신청서) 공단 홈페이지(<https://www.nhis.or.kr>) → 민원안내 → 서식자료실에서 다운로드

Q12

희귀질환 및 중증난치질환 재등록 신청 가능 기간

- 희귀질환 및 중증난치질환 산정특례 적용기간 종료 3개월 전부터 종료일차 이내에 신청 가능
- 2023.12.31.에 산정특례 적용기간이 종료되는 대상자는 2023.10.1.부터 2023.12.31.까지 산정특례 재등록 신청 가능

Q13

희귀질환 및 중증난치질환 산정특례 재등록 적용기간

- 재등록 적용기간은 희귀질환 및 중증난치질환 산정특례 재등록 시작일로부터 5년(신규등록 적용기간과 동일)
 - 단, 상세불명 희귀질환은 재등록 적용기간이 1년(신규등록 적용기간과 동일)

Q14

재등록 시 필수검사 시행 필요여부

- 재등록 시 필요한 검사는 반드시 실시해야 함. 희귀질환 및 중증난치질환 산정특례 신규 등록과 동일하게 재등록하는 경우에도 각 질환별 등록기준 및 필수검사항목을 충족하여 의사의 확인을 받아야 함
- 재등록 검사의 경우, 재등록 신청일 기준 1년 이내의 검사기록만 인정
 - ※ 단, 유전학검사 제외

- 산정특례를 등록한 병원에서 실시한 검사가 아닌 경우, 환자가 해당 검사 기록을 진료의사에게 제출하고, 요양기관에서는 산정특례 등록 관련 검사기록을 보관해야 함

Q15 재등록 기간(종료일 3개월 이내) 경과 후, 동일 상병에 대해 산정특례 등록을 신청할 경우 등록기준 적용 방법

- 산정특례 적용 종료일이 경과한 이후 동일 상병으로 등록하는 경우에는 신규 등록 기준을 적용

Q16 건강보험 (희귀/중증난치/중증치매) 산정특례 등록신청서의 ⑨질병정보-가족력 기재 방법

- 희귀질환, 극희귀질환, 상세불명 희귀질환 및 기타염색체이상질환 산정특례 등록신청 시에만 필수 기재사항으로 가족력이 없거나 불분명한 경우 '없음'에 표시하고, 있는 경우 '있음'에 표시
 ※ 중증난치질환 및 중증치매의 경우는 선택 기입

Q17 요양기관에서 산정특례 대상자 자격조회 시 특정기호가 'V'만 보이는 경우 청구 방법

- 희귀질환 및 중증난치질환의 특수성으로 환자의 개인정보와 사생활을 보호하기 위해 상병이 외부로 노출되지 않도록 요양기관의 자격조회 시 'V'로 표시
 * 재등록 기간 동안 상병코드, 상병일련번호 및 상병명 조회 가능
- 산정특례 등록된 동일 질환군(희귀-희귀, 중증난치-중증난치, 극희귀-극희귀) 내에서 진료 받은 상병에 해당하는 특정기호(V코드)를 기재하여 청구

Q18 입원 중인 환자가 입원기간 중에 산정특례 등록번호가 변경된 경우 청구 방법

- 희귀질환 및 중증난치질환 재등록 환자가 입원 중에 산정특례 등록번호가 변경된 경우, 적용종료일까지는 기존 산정특례 등록번호로 청구하고, 적용종료일 이후에는 새로 부여된 산정특례 등록번호로 청구 가능

Q19

희귀질환 및 중증난치질환 재등록 대상자의 상병 확인 방법

- 희귀질환 및 중증난치질환 산정특례 재등록 신청을 위하여 적용종료일 이전 3개월 동안에만 '요양기관 정보마당'을 통해 상병코드, 상병일련번호 및 상병명을 확인할 수 있음
 - * 상병 확인 방법 : 요양기관정보마당(<https://medicare.nhis.or.kr>) → 산정특례 → 건강보험 산정특례 자격확인
- 상병은 재등록 기간(적용종료일 이전 3개월)에만 제공되며, 적용 종료일 이후에는 상병 확인 불가

희귀질환

Q1

기타염색체이상질환 산정특례 대상자

- '기타염색체이상질환'이란 과학 및 의료기술의 발달로 발견된, 질환명이 없는 새로운 염색체 이상(염색체 결손, 중복 등) 질환으로 별도의 상병코드가 없지만 증상이 아닌 질환으로 규정할 수 있는 희귀질환을 말하며,
 - 고시된 기타염색체이상질환에 한해 신청·등록이 가능
 - ※ 기타염색체이상질환 산정특례 대상 목록 확인 경로
 - 공단 홈페이지(<https://www.nhis.or.kr>) → 정책센터 → 국민건강보험 → 보험급여 → 의료비지원 → 본인일부부담금 산정특례제도 → (별첨5) 희귀질환&극희귀질환&기타염색체이상질환 산정특례 등록기준 및 필수 검사항목

Q2

상세불명 희귀질환 및 기타염색체이상질환 사전승인 신청 후 심의에 필요한 서류를 2주일 이내 미제출한 경우

- 서류 미제출 시 상세불명 희귀질환 및 기타염색체이상질환의 심의를 진행할 수 없어 사전승인 신청이 취소되므로 심의에 필요한 서류를 모두 준비한 후에 신청해야 함
 - ※ 진단요양기관의 진단의사는 공단에 산정특례 사전승인을 신청한 후 질병관리청에 심의에 필요한 모든 서류를 제출

Q3

상세불명 희귀질환 및 기타염색체이상질환 사전승인 신청 후 대상자 판정까지 소요 기간

- 심의에 필요한 모든 서류가 질병관리청에 접수된 날부터 60일 이내 결과 통보
 - ※ 단, 질병관리청에서 제출자료 확인 및 검토에 상당한 시간이 소요되는 등 불가피한 사유로 기간 내 해당 질환의 심의가 어렵다고 인정하는 경우, 심의 기간을 연장할 수 있음

Q4

상세불명 희귀질환 및 기타염색체이상질환의 산정특례 등록 절차

- (환자) 진단요양기관의 진단의사에게 진료
- (진단요양기관의 진단의사) 공단에 사전승인 신청하고 질병관리청에 심의 관련 자료 제출
- (공단) 사전승인 신청 접수 및 질병관리청에 산정특례 적합성 심의 의뢰
- (질병관리청) 사전승인 신청서 접수 후 제출자료 확인 및 검토
- (질병관리청) 산정특례 적합성 심의·판정 후 공단에 결과 통보
- (공단) 심의결과 접수 및 심의결과 통보
- (환자) 진단요양기관을 방문하여 '건강보험 산정특례 등록 신청서'를 발급 받아 공단에 신청하거나 진단요양기관에 등록신청 대행 요청
 - ※ 상세불명 희귀질환 및 기타염색체이상질환 산정특례를 등록한 자는 질병관리청의 사전승인 결과, 산정특례 대상자로 판정한 날부터 산정특례 소급 적용

Q5

상세불명 희귀질환 및 기타염색체이상질환 산정특례 등록 신청서

- 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 별지 제2호 '건강보험(희귀/중증난치/중증치매) 산정특례 등록 신청서'를 동일하게 사용

Q6

극희귀질환자, 상세불명 희귀질환자 및 기타염색체이상질환자를 산정특례로 등록할 경우, 상병코드 입력방법

- (극희귀질환자) **특정기호 V900**과 **질환별 상병 일련번호**를 입력
예) ‘알스트롬 증후군’으로 확진 받은 환자가 산정특례 등록할 경우 상병코드란에 ‘V900 001’을 기재하여 신청
 - (상세불명 희귀질환자) **특정기호 V999**와 **일련번호(00)**를 입력
예) 질병관리청으로부터 상세불명 희귀질환자로 판정 받은 자를 산정특례 등록할 경우 상병코드란에 ‘V999 00’을 기재하여 신청
 - (기타염색체이상질환자) **특정기호 V901**과 **질환별 상병 일련번호**를 입력
예) 질병관리청으로부터 ‘3번 염색체 단완의 결손’으로 판정 받은 자를 산정특례 등록할 경우 상병코드란에 ‘V901 05’를 기재하여 신청
- ※ 질환별 일련번호는 「희귀질환 및 중증난치질환 산정특례 대상 질환 등록기준 및 필수 검사항목」의 질환별 상병 일련번호를 의미

Q7

희귀질환 산정특례 등록한 자가 극희귀질환을 확진 받은 경우, 극희귀질환 산정특례의 추가 등록 필요 여부

- 희귀질환과 극희귀질환은 산정특례 등록내역을 별도 관리하고 있으므로, 희귀질환으로 등록한 자가 극희귀질환으로 확진 받은 경우 극희귀질환으로 추가 등록을 해야 함
 - 희귀질환, 극희귀질환 및 기타염색체이상질환 모두 각각 별도 관리함

Q8

상세불명 희귀질환 및 기타염색체이상질환의 산정특례 등록 및 적용 가능한 요양기관 범위

- 산정특례의 등록은 진단요양기관에서만 가능하고 산정특례가 등록된 후에는 모든 요양기관에서 산정특례 적용을 받을 수 있음
 - 즉, 내원하던 요양기관이 진단요양기관이 아닌 경우, 산정특례 등록은 진단요양기관으로 의뢰하고 등록 후 적용기간 중에는 내원하던 요양기관에서 등록 질환 진료 시 산정특례 적용 가능
- ※ 진단요양기관 확인 경로
- 공단 홈페이지(<https://www.nhis.or.kr>) → 정책센터 → 국민건강보험 → 보험급여 → 의료비지원 → 본인일부부담금산정특례제도 → (별첨7) 진단요양기관 현황

Q9

상병코드 G40.4와 관련된 상병 중 희귀질환 산정특례를 적용 받을 수 있는 상병

- 희귀질환 산정특례를 적용받는 G40.4는 레녹스-가스토증후군(G40.4, 01)과 웨스트 증후군(G40.4, 02)임

산정 특례 대상	레녹스-가스토증후군(G40.4)
	웨스트증후군 (G40.4)
	난치성 뇌전증을 동반하지 않은 웨스트증후군 (G40.40)
	난치성 뇌전증을 동반하지 않은 레녹스-가스토증후군 (G40.40)
산정 특례 미대상	난치성 뇌전증을 동반한 웨스트증후군 (G40.41)
	난치성 뇌전증을 동반한 레녹스-가스토증후군 (G40.41)
산정 특례 미대상	기타 전신뇌전증 및 뇌전증 증후군 (G40.4)
	난치성 뇌전증을 동반하지 않은 기타 전신뇌전증 및 뇌전증증후군 (G40.40)

Q10

가족성선종성폴립증 산정특례 등록 및 청구 방법

- ‘가족성선종성폴립증’은 상병코드(KCD)가 없기 때문에 해당 질환과 유사한 상병코드로 등록 및 청구해야 함
 - (산정특례 등록) 상병코드 D12.6(M8220/0)을 사용
 - (진료비 청구) MT028 특정내역란에 ‘D12.6/가족성선종성폴립증’으로 기재

중증난치질환

Q1

만성신부전증환자의 “해당시술 관련 입원진료분” 의 범주

- 만성신부전증환자가 인공신장투석, 투석을 위한 혈관 시술·수술 또는 계속적 복막관류술 등을 실시한 경우 관련 입원진료분에 한하여 산정특례 적용
 - 만성신부전증환자가 투석 및 투석을 위한 혈관 시술·수술을 목적으로 입원한 진료분 또는 타상병 진료목적으로 입원 중인 경우에는 투석 및 투석을 위한 혈관 시술·수술 관련 진료분에 한하여 특례 적용함(분리청구)
 - 또한, **만성**신부전증환자가 의학적인 응급증상 등 부득이한 사유로 입원하여 일시적으로 「지속적 정정맥 또는 동정맥 혈액투석(자703)」, 「지속적 정정맥 또는 동정맥 혈액여과술(자705)」, 「체외복수투석(자708)」 등을 실시한 경우에는 투석의 범주에 해당
 - 다만, **급성**신부전증환자가 응급으로 입원하여 지속적 정정맥 또는 동정맥 혈액투석 등을 일시적으로 실시한 경우에는 산정특례대상에 해당되지 아니함

Q2

만성신부전증환자의 혈액투석을 위한 혈관 시술·수술 진료분 (투석이 이루어지지 않은 경우)의 산정특례 적용 가능 여부

- '23. 1. 1.부터 만성신부전증 환자의 혈액투석을 위한 혈관 시술·수술 관련 외래 및 입원 진료분은 투석 실시여부와 관계없이 산정특례 적용 가능
 - (예시) 혈액투석을 위한 카테터삽입술, 경피적 풍선혈관성형술 등

Q3

만성신부전증환자의 혈액투석을 위한 혈관 시술·수술 전 검사 산정특례 적용 가능 여부

- 혈관 시술·수술을 시행한 외래 및 입원진료만 적용 가능하며, 시술·수술 없이 검사 또는 처치만 있을 경우 산정특례 적용 불가
 - ※ 초음파 또는 조영술 실시 결과 시술·수술이 필요 없다고 판단된 경우 산정특례 적용 불가

Q4

만성신부전증환자가 가정에서 자가 복막투석을 한 당일 응급실 또는 낮병동으로 입원하여 진료한 경우 (응급실 또는 낮병동 등에서 투석이 이루어지지 않음) 산정특례 적용 가능 여부

- 입원진료 시 외래와 동일하게 계속적 복막관류술 실시 등을 기준으로 특례를 적용하고 있으므로 원내에서 의료진에 의해 투석이 이루어지지 않은 경우 산정특례 대상에 해당되지 아니함
 - 이미 수령해간 약제를 병원으로 가져와 요양기관에서 의료진에 의하여 계속적 복막관류술이 시행되는 경우는 산정특례 대상에 해당

Q5

만성신부전증환자의 투석 당일 타 상병 외래 진료 시 산정특례 적용 가능 기준(보건복지부 고시 제2010-18호 관련)

- 인공신장투석 또는 계속적 복막관류술 당일 실시 여부 확인방법
 - 별도 서식제한은 없으며, 투석확인서 또는 투석기록지 등으로 당일 투석 실시 여부를 확인함
 - ※ 유선 및 구두 확인 지양
- ‘계속적 복막관류술’의 범위
 - 집에서 실시한 자가 복막투석은 해당되지 않으며, 요양기관에서 의료진이 실시한 복막관류술만 인정
- 당일 복막관류액을 처방받은 처방전으로 타 상병 외래진료 산정특례 적용 가능여부
 - ‘인공신장투석 또는 계속적 복막관류술’ 실시 당일에만 해당되며, 복막관류액 처방전만으로는 타상병 산정특례 적용 불가

Q6

장기이식환자의 입원진료분 적용범주

- 간암 등 중증질환에 해당되는 환자의 장기이식술은 암 산정특례 대상이며, 암 질환 외 간경화, 췌장염, 심장질환 등으로 인하여 간이식, 췌장이식, 심장이식을 받는 경우에 중증난치질환 산정특례대상 신청

- '17.6.1일자로 장기이식환자의 경우 해당 이식술 및 그와 직접 관련된 진료건에 대하여 산정특례(10%) 적용 가능
 - 또한, 장기이식술을 받는 수혜자와 이식을 해주는 공여자가 이식술을 위하여 입원한 진료건에 한하여 공여자(산정특례 등록대상 아님)의 이식술 관련 입원 진료분도 산정특례 적용 가능(이후 합병증 치료를 위한 입원진료 시와 같은 경우 산정특례 적용 해당 없음)

Q7

장기이식환자의 “직접 관련된 입원치료 및 외래진료”

- 장기이식과 인과관계가 명확한 합병증, 장기이식으로 인한 정기적인 추적 검사 시에 행하는 일련의 치료행위를 의미
- 장기이식과 관련 없는 타 상병은 산정특례 적용 제외
 - 동일 진료과목 · 의사에게 장기이식 관련 상병과 동시에 다른 상병으로 진료 받는 경우 장기이식 상병 관련은 특례대상, 그 외는 특례대상에 해당되지 아니하므로 분리청구

Q8

중증 보통건선 등록기준 관련 세부 진단기준

- 중증 보통건선 산정특례 등록 필수 검사항목 중 조직검사
 - 조직검사 결과 건선을 명백히 배제하는 조직 판독소견이 확인된 경우 산정 특례 등록 불가능, 조직검사는 신청일 기준 1년 이내 검사를 한 경우 인정
- 중증 보통건선 등록기준 중 치료 기간 산정 방법
 - 전신약물의 경우, 투약 중단기간이 2주(14일)를 넘지 않은 연속적 치료제 투여의 누적 기간으로 산정
 - 광선치료의 경우 주당 2회의 빈도로, 치료중단 기간이 2주(14일)를 넘지 않게 시행한 누적 치료 기간으로 산정
- 두 가지 이상의 전신치료를 사용한 경우 치료기간 산정
 - 각각의 치료제(또는 방법)가 사용된 기간을 합산한 누적기간으로 산정
 - 두 가지 이상의 치료 기간이 중복되는 경우 한 가지 치료의 기간만 인정

- 중증 보통건선에 대한 산정특례 적용기준에 부합하는 전신치료 병력이 인정되는 기간
 - 산정특례 적용시점 1년 이내에 요구되는 누적 기간 동안 치료를 받았던 경우 인정

Q9

노년성 황반변성(삼출성, H35.31)의 산정특례 적용범위

- 산정특례는 등록 상병 및 등록된 질환과 의학적으로 인과관계가 분명하다고 진료의사가 판단하는 합병증까지 적용되며, 산정특례 등록상병과 전혀 관련 없는 타 상병(기왕증 포함)의 진료는 해당되지 않음
- 단, 노년성 황반변성(삼출성, H35.31)은 안과질환 외에는 전신적인 합병증이 발생되지 않으므로 안과적 치료에 대해서만 산정특례 적용 가능
 - ※ 전문학회 자문 반영

Q10

신생아의 호흡곤란(P22) 중증난치질환 재등록 가능 여부

- ‘신생아의 호흡곤란’은 생후 24개월까지의 신생아에게 발생하는 상병으로 재등록 대상이 아님
 - * 재등록 불가 상병으로 재등록 시기에 상병명 확인 불가

심뇌혈관질환 (뇌출혈 등)

Q1

V268 '급성기 중증뇌출혈환자' 의 산정특례 적용 기준

○ I60~I62를 '주상병'으로 입원한 환자 중에 영상검사 등을 고려한 의학적 판단에 따라 '급성기'로 진단된 경우 적용

예시) Q: 뇌출혈환자가 재활치료를 위해 요양병원에 입원한 경우

A: '급성기'에 해당하지 않기 때문에 특례대상이 아님

Q2

V192 '복잡 선천성 심기형 질환자' 의 적용 범위

○ 고시에서 정한 심장 질환(별첨2) 중 '카향. 순환계통의 선천기형(Q20~Q25)' 및 '타향. 대정맥혈관의 선천기형(Q26.0~Q26.4, Q26.8, Q26.9)'에서 다음의 경우를 제외하고 적용 가능

- 다음 -

Q21.0, Q21.1, Q24.0, Q24.1, Q25.0, Q26.1

Q3

V275 '증상 발생 24시간 이내' 의 적용 기준

○ 증상 발생(또는 발견) 후 병원에 도착한 시간 기준

- 타 병원에 경유하여 내원한 경우 증상 발생(또는 발견)으로부터 내원한 첫 번째 병원에 도착한 시간

○ 증상 발생시 '입원 중'인 대상자는 24시간 이내 병원에 도착한 것으로 인정

Q3-1

'증상발생 24시간 이내' 12월23일 A내과 진료 후 증상이 지속되어 12월28일 B병원 방문 뇌경색 진단의 경우

○ 환자 본인 원으로 귀가 조치된 것이 아니고 병원 진료결과에 기인한 사항으로 A병원 도착시점을 기준으로 산정특례 적용

Q4

V275 I63 뇌경색증 환자의 산정특례 적용 방법

- I63을 '주상병'으로 입원한 환자 중 미국 국립보건원 뇌졸중척도 (NIHSS) 점수가 5점 이상인 경우 5점 이상인 해당 일을 포함하여 최대 30일 적용(진료비용이 가장 많이 발생한 구간에 적용 가능)

※ NIHSS(National Institutes of Health Stroke Scale)의 점수는 다음과 같음

Score	Stroke Severity
0	No Stroke Symptoms
1~4	Minor Stroke
5~15	Moderate Stroke
16~20	Moderate to Severe Stroke
21~42	Severe Stroke

Q5

심장질환 수술 후 외래 진료로 처방받은 억제비에 대한 산정특례 적용 여부

- 수술 후 퇴원 시 처방된 약제는 적용, 퇴원 후 외래로 방문하여 처방된 약제는 적용 제외

Q6

심장질환(V192) 동일 입원기간 중 수술 또는 억제투여시 산정특례 적용

- 고시에서 정한 수술을 받은 경우에는 1회 수술당 수술일을 포함하여 최대 30일 적용
- 고시에서 정한 약제를 투여 받은 경우 치료계획에 따라 1회 이상 투여한 경우 투여 시작일을 포함하여 최대 30일 적용(진료비용이 가장 많이 발생한 구간에 적용가능)
- 새로운 병변 또는 재발 등으로 재투여한 경우에는 재투여 시작일을 포함하여 최대 30일 적용
- 고시에서 정한 수술과 억제투여가 이루어진 경우 수술과 억제투여에 대해 각각 최대 30일 적용

Q7

뇌혈관 질환의 산정특례 적용 시작일

- V191 수술일을 포함하여 최대 30일(진료비용이 가장 많이 발생한 구간에 적용가능)

- V268로 입원하여 진료가 시작된 날부터 최대 30일
- V275 NIHSS 점수가 5점 이상인 해당 일을 포함하여 최대 30일 적용 (진료비용이 가장 많이 발생한 구간에 적용 가능)

Q8

뇌혈관 및 심장질환의 산정특례 '외래' 및 '부상병' 적용 여부

- 심뇌혈관 질환(V191, V192)의 경우 고시에 해당하는 상병으로 입원하여 고시에 해당하는 수술을 받은 경우만 가능
- 심장질환(V192)은 고시에 해당하는 주사제 투여 시 외래 및 입원 가능
- 심뇌혈관질환(V191, V268, V275, V192)은 고시에 해당하는 상병이 '주상병'일 경우에만 가능

Q9

심뇌혈관 질환의 산정특례 상황 발생별 적용 기준

- 고시에서 정한 심뇌혈관질환(V191, V268, V275, V192) 상황 발생 시 마다 최대 30일 적용

Q10

고시에서 정한 수술 또는 약제투여를 받은 당일에 동일의사에게 받은 타 상병의 진료건 산정특례 적용 여부

- 동일 의사 · 동일 처방전에 의거 조제하는 약국 약제비도 산정특례 적용

Q11

뇌혈관 및 심장질환자가 고시에서 정한 수술 및 진료를 하고 합병증 등으로 치료가 불가하여 타 요양기관으로 이송한 경우

- 수술 및 진료를 시행한 요양기관에서 치료가 불가하여 치료목적으로 타 요양기관으로 이송한 경우에는 산정특례 대상이며, 기간은 연계하여 적용함. (이송된 요양기관에서는 최대 30일 중 당초 수술 시행기관에서 적용한 일수를 제외하여 잔여기간만 적용)
- 환자의 원에 의하여 이송한 경우는 산정특례 적용 제외
- 요양병원 등으로 재활 목적 전원 하는 경우는 산정특례 적용 제외

중증치매

Q1

중증치매 산정특례 등록신청 방법

- 건강보험공단이 제공한 질환별 산정특례 “필수검사항목”에 따라 검사하고 검사결과가 검사기준을 충족한 경우 해당질환으로 확진
- 확진한 의사가 「건강보험 산정특례 등록 신청서」 발급
- 등록대상자가 「건강보험 산정특례 등록 신청서」에 신청인 서명·날인 후 병·의원 (EDI 대행신청) 또는 공단에 신청
 - 확진일, 의사발행일, 신청일이 2017.10.1.일 이후에 해당하는 경우 등록 신청 가능
- 치매 질환별 산정특례 등록기준(검사기준 및 필수검사항목)에 의거 해당질환을 확진 할 수 있는 요양기관은 산정특례 등록신청이 가능
 - ※ 치과 및 한의원은 산정특례 등록신청 불가

Q2

중증치매 산정특례 등록기준 확인 방법

- 건강보험공단 홈페이지(<http://www.nhis.or.kr>)/ 정책센터/국민건강보험/보험급여/의료비지원/“본인일부부담금 산정특례 제도”및 요양기관정보마당(요양기관 공지사항)에서 확인

Q3

중증난치질환 산정특례 등록자의 치매상병 산정특례 적용 가능 여부

- 중증난치질환으로 산정특례를 등록한 자는 치매상병으로 산정특례 적용(10%)을 받을 수 없으며, 각각 등록하여 산정특례 적용

Q4

등록 신청 시 대리인 범위

- 질환자가 미성년 또는 중증 정신질환자 등인 경우 대리인의 동의를 필요하므로 신분증과 공단 전산 또는 가족관계서류를 확인(징구) 후 등록처리
- 산정특례 등록 신청인의 법정대리인
 - 미성년자 : 부모(법정대리인)
 - 정신질환자(F20~F29) 또는 질환자가 서명하기 어려운 심신 미약자인 경우 :
 - ① 배우자 ② 성년인 직계존비속 등

Q5

중증치매 산정특례 적용 및 운영 방법

- 치매 질환의 특성에 따라 두 가지 방법으로 산정특례 적용
 - (V800) 질환 자체의 의료적 필요도가 크고 중증도가 높으며 **희귀난치성격의 치매질환**으로서 **일수 제한 없이 산정특례 적용**
 - (V810) 질환 자체로 중증도를 알 수 없으나 **환자의 상태에 따라 중증의 의료적 필요가 발생할 경우 산정특례 적용**
 - ① **산정특례 등록기준(검사항목 및 검사기준)을 충족하여 치매 질환(V810)으로 진단 받은 환자가** ② **산정특례 등록 신청한 후** ③ **다음 중 한 가지 상황 발생 시에 적용 가능** ☞ **연 최대 60일**
- (i) 치매 및 치매와 직접 관련되어 중증의 의료적 필요가 발생하여 입원 및 외래진료가 필요한 경우
 - (ii) 문제행동이 지속적으로 심하여 잦은 통원 혹은 입원치료가 필요한 경우
 - (iii) 급속한 치매 증상의 악화로 의료적 재접근이 필요한 경우
 - (iv) 급성 섬망 상태로 치료가 필요한 경우
- 다만, 병원급 이상 의료기관(요양병원 제외)에서 신경과 또는 정신과 전문의가 의료적으로 필요하다고 인정한 경우 ☞ 예외적으로 **60일 추가 인정**

Q6

치매질환 산정특례 적용 범위

- V800으로 산정특례를 등록하고 등록된 치매질환으로 진료 시 요양기관 종별 제한 없이 5년간 산정특례 적용 가능
 - V810으로 산정특례를 등록하고 주상병이 고시의 별표4의2 구분7에 해당하는 질환으로 진료 받은 경우
 - (기본 60일) 고시에 해당하는 사유가 발생한 경우 요양기관 제한 없이 모든 요양기관에서 산정특례 적용 가능
 - (연장 60일) 병원급 이상 의료기관(요양병원 제외)에서 신경과·정신건강의학과 전문의가 의료적으로 필요*하다고 인정하는 경우에만 산정특례 적용
- * Q7, Q8 적용기준 참조

Q7

특정기호 V810(별표4의2 구분 7)의 산정특례 적용기준 및 방법

- (기본 60일) 고시의 V810에 해당하는 상병(주상병 기준)으로 다음(①~④) 한 가지 사유가 발생한 경우 적용일수 관리에 필요한 정보를 **공단 홈페이지***에서 신청하고 사전승인번호를 부여받은 후 산정특례 적용

- ① 치매 및 치매와 직접 관련되어 중증의 의료적 필요가 발생하여 입원 및 외래 진료가 필요한 경우
- ② 문제행동이 지속적으로 심하여 잦은 통증 혹은 입원치료가 필요한 경우
- ③ 급속한 치매 증상의 악화로 의료적 재접근이 필요한 경우
- ④ 급성 섬망 상태로 치료가 필요한 경우

* (신) 요양기관정보마당(<https://medicare.nhis.or.kr/>)/산정특례/중증치매 사전승인신청
- 대상자 산정특례 적용일수 조회, 사전승인신청 및 승인번호 등 조회가능
(타 요양기관의 사전승인 세부내역은 조회 불가)

- 사전승인신청은 매 진료 건별 발생 시 신청함(해당 입·내원일수 만큼)
 - 진료결과에 따른 신청 개념이며, 진료 전 혹은 진료기간중 사전확보 신청이 아님(입원진료 건의 경우 퇴원 후 진료결과에 따름)
- 약국 투약일수는 연간 사용일수(60일) 산정에는 포함되지 않아 사전 승인을 받을 필요는 없으나
 - V810으로 산정특례를 등록한 대상자의 처방전 특정기호가 V810으로 기재된 건에 한하여 산정특례를 적용하여야 함

- 특정기호 V810(고시 별표4의2 구분 7) 등록대상자의 산정특례 적용여부는 진료를 담당하는 의사가 판단하여 적용하며, 환자(보호자)가 적용여부를 선택할 수 없음
 - 차수별(매년) 산정특례를 적용받을 수 있는 일수(기본 60일 + 연장 60일)가 해당 차수에 남아 있더라도 다음 차수로 이월되지 않고 소멸됨

Q8

V810의 연장 60일 산정특례 적용기준 및 방법

- (연장 60일) 치매로 인한 문제행동이 조절되지 않아 담당의사가 환자의 상태를 지켜보며 투약 및 처치 등이 지속적으로 필요하다고 판단하는 경우에 한하여 연 최대 60일까지 사용 가능
 - ※ 각 진료건별(해당 입·내원일수 만큼) 사용(매 진료건 종료 후 신청)
 - 단, 승인을 받은 의료기관의 해당의사 진료분에 한하여 산정특례 적용
 - * 기본 60일을 모두 사용하지 않은 상태에서는 연장할 수 없으며, 기본 60일 적용일수 전체 소진 후 연장신청 가능
- 연장 60일에 대한 산정특례를 적용하기 위해서는
 - (요양기관) 가까운 공단 지사로 사전승인신청서(붙임)와 의사소견서를 제출하여 신청 ... 제출 방법 : 직접방문, 팩스, 우편
 - (공단) 신청내역과 사전승인신청서 및 의사소견서, 산정특례 등록내역 및 기준을 검토하여 적정한 경우 승인

Q9

특정기호 V810(별표4의2 구분 7)의 60일 산정특례 적용기간

- V810 해당 치매 상병으로 확진 받아 산정특례를 등록한 경우
 - 등록기간(5년) 중 매년 60일(대상자 등록차수별 최대 +60일) 산정특례 적용
 - 사용기간은 개인별로 산정특례 적용시작일 기준 1년을 적용

< 예시 >

- ▶ A가 공단에 산정특례 등록 (산정특례 적용기간 : '17.11.18.~ '22.11.17.)
 - 산정특례 적용시작일 : '17.11.18.

연 간 등록차수	차 수 시작일자	차 수 종료일자	사전승인일수		연장 여부
			기본	연장	
1차수	'17.11.18	'18.11.17	60일	0일	N
2차수	'18.11.18	'19.11.17	60일	30일	Y
3차수	'19.11.18	'20.11.17	20일	-	N
4차수	'20.11.18	'21.11.17	-	-	-
5차수	'21.11.18	'22.11.17	-	-	-

Q10 재등록 신청 가능 기간

- 중증치매 산정특례 적용기간 종료 3개월 전부터 종료일 이내에 신청 가능
(종료일 이후 신청 건은 신규 등록 기준을 적용)
예) 2022.12.31. 종료 대상자는 2022.10.1.~2022.12.31. 재등록 신청 가능

Q11 재등록 시 확진일 및 검사 유효기간

- 재등록 기간(종료예정일 3개월 전부터 종료일 까지)내에 확진한 날짜로 등록
예) 환자가 2021.10.1. 검사기록지를 지참하여 2022.7.30. 내원하여 진료 받아
확진한 경우 확진일은 2022.7.30.
- 등록검사 유효기간
 - 영상검사(뇌 MRI 및 뇌 CT): 중증치매 뇌병변이 확인된 경우 유효기간을
특정하지 않음
※ 단, 신청일 기준 의료법 시행규칙 제15조(진료기록부 등의 보존)에서 정한
보존 기간(5년)은 초과할 수 없음
 - 혈액검사, CDR, GDS, MMSE, 신경심리검사: 신청일 기준 12개월 이내

Q12

재등록 시 상병코드가 변경되는 경우 등록 기준

- 재등록은 신규 등록 시의 세부상병(상병명과 상병코드)과 동일한 경우 할 수 있으며, 세부상병이 불일치하는 경우 신규 등록기준 적용(단, 동일 상병으로 재등록 하더라도 산정특례 적용 종료일 경과한 이후 신청 건은 신규 등록 기준을 적용)

예) 신규등록 시 조기발병 알츠하이머병에서의 치매(G30.0†)(F00.0)로 등록한 후

- ① 조기발병 알츠하이머병에서의 치매(G30.0†)(F00.0)로 확진 받아 재등록하는 경우 ... 재등록 기준 적용
- ② 알츠하이머병 2형(G30.0†)(F00.0)으로 확진 받아 재등록하는 경우 ... 신규 등록기준 적용

Q13

중증치매 산정특례 등록자격 변경 신청 방법

- 중증치매로 산정특례 V810 등록된 대상자가 등록기간 중 V800에 해당하는 상병으로 확진(산정특례 등록기준 충족) 받고 V800 산정특례 등록을 신청하고자 하는 경우 **(V810 → V800)**

- V810으로 산정특례가 등록되어 있어 EDI로 신청은 불가(자동 반송)
- 건강보험 산정특례 등록내역(변경/판정오류/취소) 신청서, 검사결과지, 건강보험 산정특례 등록신청서(V800 등록 신청)를 공단(지사)에 서면제출(팩스, 우편, 방문)
 - ※ V800 확진일 이후 V810 사전승인내역이 있는 경우 삭제(중증치매 사전승인(변경) 신청서 추가 제출)
- (공단) V810으로 등록된 내역은 **신청서(V800)가 공단에 접수된 날의 직전일자로** 종료처리, V800 접수 건에 대하여 수작업으로 산정특례 등록해야 하며, 이때 산정특례 적용시작일은 **신청서가 공단에 접수된 날을 기산점으로 함**

- **(V800 → V810)**으로 산정특례 등록자격이 변경하는 경우도 위와 동일한 기준과 방법을 적용하여 처리

- 특정기호 착오등록으로 확진일로 부터 30일 이내 변경 요청하는 경우 기 등록내역 취소신청 후 신규등록신청(단, 등록 신청한 요양기관에서만 취소 신청 가능)

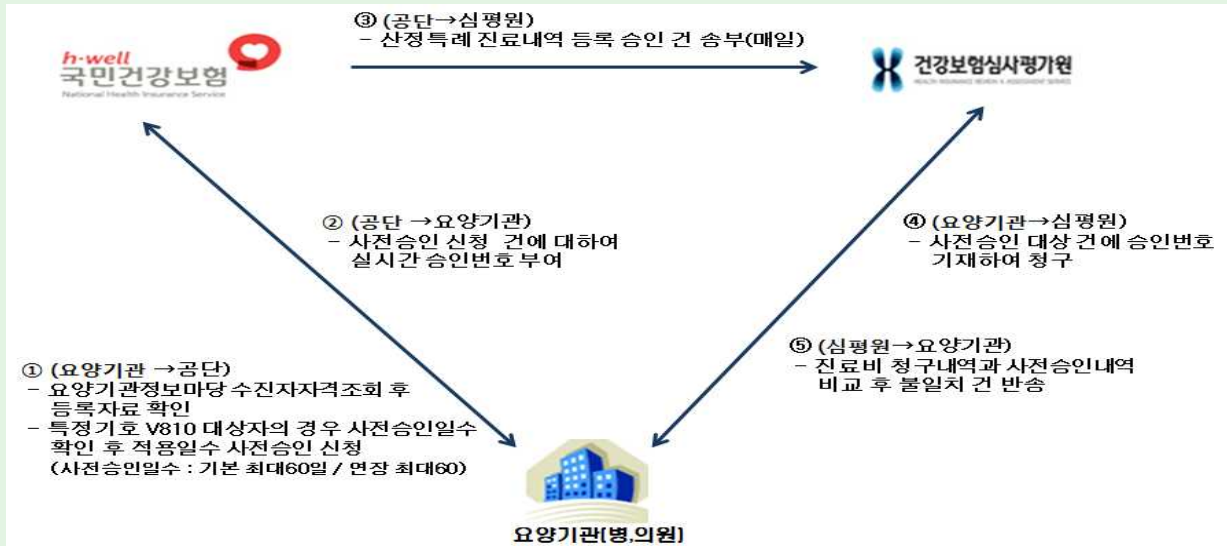
Q14

중증치매 산정특례 등록 및 적용가능 일수 확인 방법

- 산정특례 등록내역 및 특정기호 V810(고시 별표4의2 구분 7) 산정특례 등록자의 적용일수(기본60일 및 연장60일 건에 대한 사전승인일수)는 「요양기관정보마당 건강보험 산정특례 자격확인」에서 확인
 - 단, V810(고시 별표4의2 구분 7)산정특례 등록자에 대한 해당 요양기관의 세부 적용(승인신청) 내역은 「요양기관정보마당 사전승인신청」에서 확인

Q15

중증치매 산정특례(V810) 등록자 적용 및 진료비 청구 방법



- ① (요양기관 → 공단) 요양기관정보마당의 “산정특례 자격확인”에서 산정특례 등록자격과 중증치매 산정특례 사전승인일수를 확인
 - 요양기관정보마당(산정특례/치매산정특례/요양기관 사전승인신청)에서 산정특례 적용일수 관리에 필요한 내역을 등록 및 신청
- ② (공단 → 요양기관) 사전승인신청 건에 대하여 실시간 승인번호 부여

	-		-	
구분		등록차수별 연도		일련번호

▷ 구분 : 입원(1), 외래(2)

- ▷ 등록연도 : 연도 마지막 두 자리
- ▷ 일련번호 : 등록 순서대로 자동 부여(8자리)

- ③ (공단 → 심평원) 산정특례 적용일수 승인 및 변경내역 송부(매일)
- ④ (요양기관 → 심평원) 청구시에 산정특례등록번호를 기재하지 않고 “사전 승인번호”를 기재하여 진료비 청구(단 약국은 산정특례등록번호 기재)
- ⑤ (심평원 → 요양기관) 청구내역과 사전승인내역 비교 후 불일치 건 반송

Q16

특정기호 V810(별표4의2 구분 7)의 사전승인신청 절차

- ① 요양기관정보마당에서 수진자 자격 확인(V810 자격/사전승인일수)
 - V810 수진자의 차수별 등록기간(차수시작일~차수종료일)별 사전승인일수 (연장전/연장후 각각의 승인일수 사용 누계값) 확인
- ② ‘연장전 사전승인일수’와 ‘연장후 사전승인일수’ 각각 최대 60일이므로, “진료 발생일수 ≤ {60일 - 연장전(후)사전승인일수}”인 경우 승인신청
 - 입원진료 건의 경우 퇴원 후 신청
 - * (신) 요양기관정보마당(<https://medicare.nhis.or.kr>)/산정특례/치매산정특례/요양기관 사전승인신청
- ③ [중증치매 사전승인신청] 화면에서 신청 후 실시간 승인번호 획득

Q17

중증치매 산정특례 입원진료 시 적용 방법

- 제도시행일(2017.10.1.) 이전부터 중증치매 질환으로 입원 중이었던 환자의 경우
 - 제도시행일 이전은 종전 부담률 적용, '17.10.1.부터는 산정특례 적용(본인 부담률 10%)하고 진료비는 분리청구
 - ※ 7개 질병군(DRG), 신포괄수가의 경우 입원개시일이 '17.10.1일 이후인 경우 특례적용
- V810으로 산정특례를 등록한 환자의 입원진료
 - 입원기간 중 V810으로 확진 받아 산정특례를 신청한 경우
 - “차수 시작일” 이후부터 10% 산정특례 적용, 진료비는 전·후로 분리하여 청구

- 입원기간이 연속된 차수(1차수~2차수)에 걸쳐 있는 경우
→ 각 차수별로 사전승인번호를 받아 분리하여 청구

< 예시 >

- ▶ V810으로 산정특례 등록한 A환자가 '18.10.1.부터 '18.11.5. 까지 36일간 입원
 - 산정특례 적용기간 : 2017.11.1. ~ 2022.10.31.
 - (1차수) 2017.11.1. ~ 2018.10.31. → '18.10.1~'18.10.31(31일 "사전승인번호" 신청)
 - (2차수) 2018.11.1. ~ 2019.10.31. → '18.11.1~'18.11.5.(5일 "사전승인번호" 신청)

- 입원기간이 연도 및 월에 걸쳐 있는 경우
→ 진료비 청구를 기준으로 "사전승인번호" 신청

예) 연도/월별 분리청구 하는 경우 → 각각 "사전승인번호" 신청

전체 입원진료 건을 하나의 명세서로 청구하는 경우 → "사전승인번호" 1번만 신청

- 7개 질병군(DRG)은 고시 별표4의2 구분 7에 명시된 주상병이 「질병군범주의 결정 및 그 분류번호의 주진단 범주」에 해당하지 않으므로 V810 적용 대상이 아님

- 단, V810에 해당하는 상병이 기타진단인 경우 기타진단으로 부여 가능하나 산정특례 적용은 불가

- 신포괄수가 입원진료 산정특례 적용기준

- V810에 해당하는 상병이 주진단에 해당하는 경우 산정특례 적용. 단, V810에 해당하는 상병이 기타진단명인 경우에는 산정특례 적용 불가

※ 신포괄수가는 입원개시일이 차수시작일 이후인 경우 특례 적용

- 입원기간 정상군 환자의 해당 등록차수 연간 사용 가능 잔여일수가 입원 일수보다 작은 경우

→ 정상군 입원기간 중 연간 사용가능 잔여일수가 1일이라도 있다면 산정 특례 적용 가능. 적용가능 진료 건에 대하여 사전승인 신청 후 청구 명세서에 사전승인번호 기재하여 청구

→ 단, 상단열외군 특정기간(정상군 입원 초과기간) 또는 하단열외군인 경우 연간 사용 가능 잔여일수에 해당하는 기간 전·후로 명세서를 분리하여 작성

Q18

같은 날에 2개 이상 복수의 요양기관(혹은 진료과)에서 V810으로 산정특례를 적용받는 경우 처리 방법

- ① 같은 날에 2개 이상의 요양기관에서 외래진료를 받은 경우 → 사용일수는 1일로 산정, 요양기관별로 “사전승인번호”는 각각 신청
- ② 동일 요양기관 복수의 진료과에서 산정특례 적용을 받은 경우 → 사용일수는 1일 산정, “사전승인번호”도 1개만 승인 받아 동일번호로 청구
- ③ 동일 요양기관에서 같은 날 입원과 외래진료를 같이 받은 경우
⇒ 사용일수는 1일만 산정, 진료비 청구를 기준으로 “사전승인번호” 신청
예) 입원/외래를 분리하여 청구하는 경우 → 각각 “사전승인번호” 신청
입원/외래를 같이 청구하는 경우 → “사전승인번호” 1번만 신청

Q19

중증치매 가정간호 V811(고시 별표1의 구분7) 청구 방법

- 특정기호 V810(고시 별표4의2 구분 7)으로 등록된 환자가 해당상병으로 가정간호(V811)를 진료 한 경우에도 “사전승인번호”를 신청하고, ‘사전승인번호’를 기재하여 진료비 청구
 - 단, 가정간호(외래청구 건)와 같은 날에 입원하는 경우 환자의 ‘사전승인번호’ 각각 신청하고, 사용일수는 1일로 산정

중증외상

Q1 손상중증도점수(ISS)

- 보건복지부장관이 정한 「권역외상센터 운영지침」에서 정한 외상환자 분류 도구로써 운영지침에서 정한 바에 따라 의학적 판단 하에 측정된 점수

Q2 중증외상환자 산정특례 적용기간

- 중증외상환자는 손상중증도점수가 측정된 진료기간의 최초 내원일로부터 최대 30일간 산정특례를 적용
- 다만, 시행일('16.1.1.)이전부터 중증외상환자로서 권역외상센터에 입원하여 외상치료를 받던 환자는 시행일로부터 최대 30일 적용

Q3 중증외상환자 산정특례 적용 기관

- 보건복지부장관이 지정한 권역외상센터에 대하여 중증외상환자 산정특례를 적용
- 전국 권역외상센터 현황('23.11월 기준)

연번	시·도	의료기관명		개소일자	비고
1	전라남도	36100439	목포 한국병원	'14.02.21.	목포시
2	인천광역시	31100309	길의료재단 길병원	'14.07.21.	
3	충청남도	34100199	단국대학교병원	'14.11.13.	천안시
4	강원도	32100035	원주세브란스기독병원	'15.02.12.	원주시
5	울산광역시	38100231	울산대학교병원	'15.09.17.	
6	광주광역시	36100013	전남대학교병원	'15.09.22.	
7	부산광역시	21100021	부산대학교병원	'15.11.09.	
8	대전광역시	34100041	대전을지대학교병원	'15.11.26.	
9	경기도	31100473	아주대학교병원	'16.06.13.	수원시
10	충청북도	33100128	충북대학교병원	'17.12.28.	청주시

11	경기도	31100295	의정부성모병원	'18.05.11.	의정부시
12	경상북도	37100122	안동병원	'18.07.16.	안동시
13	대구광역시	37100017	경북대학교병원	'18.09.20.	
14	전라북도	35100061	원광대학교병원	'19.10.31.	익산시
15	제주도	39100022	제주한라병원	'20.03.23	제주시
16	경상남도	38100215	경상대학교병원	-	진주시
17	서울특별시	11101318	국립중앙의료원	'23.7.21.	

※ 17개 선정 기관 중 16개 기관 개소, 1개 기관 개소 예정

Q4

그 외 적용기준

- 상기 질의응답에서 별도 명시하지 아니한 사안에 대하여는 현행 산정특례 대상의 적용기준을 준용

중증화상

Q1 중증화상 산정특례 등록기준 확인 방법

- 공단홈페이지(<http://www.nhis.or.kr>)/정책센터/국민건강보험/보험급여/의료비지원/‘본인일부부담금 산정특례 제도’ 및 요양기관정보마당(요양기관 공지사항)에서 확인

Q2 중증화상 산정특례 등록신청서 세부 작성방법

○ 등록 신청서 작성방법

신청구분	특정기호	[요양기관 확인란] 작성 항목	비고
신규 등록	V247, V248, V250, V305	①신청구분 ... 신규등록' 체크 ②진료과목 ~ ⑦특정기호 기재 ⑧임상소견 구체적으로 기재	재등록 가능
	V306	- 상동 ④진단확진일 란에 최초수상일 기재 ⑨수술개시일 및 수술코드 기재	재등록 불가
재등록	V247, V248, V250, V305	①신청구분 ... '재등록' 체크 ②진료과목 ~ ⑦특정기호 기재 ⑧임상소견 구체적으로 기재 ⑨수술개시일 및 수술코드 기재	1회에 한함

※ 중증화상 재등록 및 특정기호 V306 신규 등록은 요양기관정보마당 및 EDI 등록 신청 불가. 지사로 등록신청

- '⑧ 최종확진방법' 기재 시 확진 의견을 포함하여 진료내역에 대한 의학적 소견을 구체적으로 기재

※ (예) V247의 경우: 뜨거운 기름으로 인해 몸통, 팔 등 2도 화상, 체표면적 23%

Q3

중증화상 산정특례 제도 변경사항('21.1.1.)

- 중증화상 산정특례 특정기호 V249가 삭제되고, V305 및 V306이 신설
- 기존 연장(6개월 적용)제도에서 재등록(1년 적용)제도로 변경
- 중증화상 산정특례 등록신청서식(별지 제1호의2 서식)이 별도로 분리

Q4

신설 특정기호(V305, V306) 등록기준

- 등록기준
 - (V305) 기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 안면부, 수부, 족부, 성기 및 회음부의 3도 화상으로 입원한 경우 또는 눈 및 각막 등 안구화상으로 입원한 경우
 - ※ 진료구분이 '입원'인 경우에만 등록가능
 - ※ **요양기관 정보마당을 통한 신청 또는 EDI대행 신청가능**
 - (V306) 기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 안면부, 수부, 족부, 성기 및 회음부의 3도 화상 및 눈·각막 등의 안구화상으로 외래진료를 받은 환자가 수상한 날부터 3년 이내에 입원하여 [별첨3]의 수술을 받는 경우
 - ※ 진료구분이 '입원'이면서 최초수상일로부터 3년 이내 [별첨3]의 '수술'을 받는 경우에만 등록 가능 ... 지사로 등록신청서 제출 (팩스, 우편, 방문)
 - ※ **요양기관 정보마당을 통한 신청 또는 EDI대행 신청불가**

Q5

특정기호 V248과 신설 특정기호 V305 등록기준 차이

- 특정기호 V248은 [별첨3] 구분2의 화상의 중증도(깊이) 기준과 체표면적 기준을 동시에 충족하는 경우에만 등록 가능
- 특정기호 V305는 체표면적이 좁은 국소부위(안면부, 수부, 족부, 성기 및 회음부)의 화상으로 체표면적을 측정하기 곤란하지만 '기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는' 부위의 3도 화상으로 확진되어 입원한 경우 등록 가능

※ (예시) 안면부에 체표면적 10%미만의 3도 화상을 입은 경우

- 중증도(깊이) 기준: T20.3에 해당

- 체표면적 기준: 해당사항 없음

- 안면부 화상으로 저작곤란이 있어 일상생활에 중요한 영향을 주는 부위의 화상으로 진단의사가 판단

→ 위의 화상으로 입원진료를 시작하는 경우 V305로 등록함

○ V248과 V305의 등록기준에 모두 해당되는 대상자의 경우, V248로 등록

Q6

중증화상 산정특례의 적용범위

○ (적용범위) 중증화상의 치료와 화상으로 인해 발생한 합병증 포함

○ (합병증의 범주) 고시에서 정한 중증화상 상병코드를 주상병으로 진료하면서 관련된 직접적인 합병증을 포함하며, 청구 시 상병기재원칙에 따라 중증화상 상병코드가 반드시 기재되어야함

※ 화상으로 인한 재활치료, 반흔제거, 관절구축도 포함

Q7

신설 특정기호(V305,V306)의 특례 적용범위

○ 특정기호 V305, V306 모두 등록 이후에는 입원, 외래, 수술여부 구분 없이 중증화상의 치료 및 화상으로 인해 발생한 합병증 진료에 적용

Q8

신설 특정기호 V306의 특례 적용시작일 기준

○ 최초 수상일로부터 3년 이내에 수술개시일이 확인되는 경우 등록가능하며, 수술개시일로부터 1년 간 산정특례 적용

※ 단, 최초 수상일로부터 3년 이내에 수술개시일과 신청일자가 확인되어야 하며, 수술개시일로부터 1년 이내에 산정특례 등록 신청해야 함

※ 고시 시행일('21.1.1.) 이후에 발생한 최초 수상일부터 인정

Q9

[별표3의 구분3]의 안면부, 수부, 족부의 범위

- 안면부 : 귓바퀴를 포함하여 얼굴 안쪽으로부터 목을 제외한 턱밑 부위 까지를 포함
※기 행정해석(보험급여과-87호, '09.1.8.)내용과 동일
- 수부 : 손 및 손목
- 족부 : 발 및 발목

Q10

고시 [별표3] 구분4 다목과 라목에서 '기능 및 일상생활에 중요한 영향을 주는 경우에 한함' 의 적용 기준

- 의사의 의학적 판단에 의하여 기능 및 일상생활에 중요한 영향을 미치는 경우에 한하여 적용
※ (예시1) 수부, 족부 등의 화상인 경우 기능이나 일상생활에 지장을 주지 않는 경우에는 특례대상에서 제외
※ (예시2) 안구화상의 경우 눈꺼풀이 감기지 않아 수면 등 일상생활에 지장이 있는 경우 특례대상
※ (예시3) 안면부 화상으로 저작곤란이 있어 일상생활에 지장이 있는 경우 특례대상

Q11

중증화상 산정특례 등록 신청서의 진단확진일과 최초수상일 기준

- 중증화상의 '진단확진일'이란 고시에서 정한 중증화상(깊이 및 체표면적)으로 확진 받은 최초 진단일을 의미
- (V306만 해당) '최초수상일'이란 고시 [별첨3]의 구분3에 해당하는 화상을 최초로 입은 날을 의미
※ 고시 시행일('21.1.1.) 이후에 발생한 최초 수상일부터 인정

Q12

화상으로 인한 수술이 필요한 경우에만 재등록 또는 V306으로 신규 등록을 할 수 있는데, 이 때 화상 수술을 위한 입원기간 전체에 대해 산정특례 적용 가능 여부

- 재등록 또는 V306으로 신규 등록한 대상자의 경우에 한하여 수술개시일이 포함된 입원기간 전체(입원기간 초일부터)에 산정특례 적용

Q13

중증화상환자가 입원기간 중 특정기호 V247, V248, V250, V305에 해당하는 상병으로 확진된 경우, 입원 초일부터 산정특례 적용 가능 여부

- 중증화상 치료를 위한 입원(진단목적만을 위한 입원 제외) 기간 중에 확진되어 입원기간 내 등록신청을 한 경우, 확진일을 포함한 입원기간 전체(입원기간 초일부터)에 산정특례 적용
 - 단, 등록기간의 적용시작일을 입원개시일로 조정하는 것이 아니며, 고시 제7조제3항에 따라 확진일(또는 신청일)로 적용시작일을 부여하되 적용시작일이 속한 입원청구명세서의 입원개시일부터 산정특례 적용
 - ※ 특정기호 V247, V248, V250, V305로 신규 등록한 경우 적용
 - ※ 퇴원일 등록신청도 입원기간 내 등록 신청한 것으로 인정

Q14

중증화상 진료 시 타상병 진료분 적용여부

- 입원중 동일 진료과목의사(외래의 경우 동일진료의사)에게 해당상병과 동시에 진료받은 경우 특례대상이며, 그 외는 특례대상에 해당되지 아니하므로 분리청구대상

Q15

타상병 진료 시 부수적으로 중증화상진료가 수반되는 경우

- 타 상병진료가 주로 이루어지면서 부수적으로 중증 화상진료가 이루어지는 경우에는 중증화상 진료분에 한하여 본인부담률 5% 적용(분리청구)

Q16

고가특수의료장비 촬영 시 적용여부

- 중증화상 관련 진료로 인한 CT 등 고가특수의료장비 촬영 시 특례적용 대상

Q17

가정간호 산정특례 적용여부

- 중증화상 관련 진료로 인한 가정간호 시 특례적용대상

Q18

중증화상 산정특례 재등록 대상 및 신청 방법

- 중증화상 산정특례로 신규 등록한 환자가 특례기간 종료시점부터 2년 이내에 고시 [별첨3]에 해당하는 수술을 받는 경우 재등록 대상
 - 단, 고시 시행일('20.12.31.) 이전에 중증화상 산정특례를 등록한 대상자의 경우 '21.1.1.일 이후 적용종료일이 확인되는 경우에만 재등록 가능
 - ※ 기 등록내역의 적용종료일로부터 2년 이내이면서 수술개시일로부터 1년 이내 재등록 신청 시 산정특례 적용 가능
 - ※ 특정기호 V306 등록자는 재등록 불가
- 산정특례 재등록 신청서를 가까운 공단 지사로 제출하여 등록
 - ※ 접수방법 ... 팩스, 방문, 우편
 - ※ **요양기관 정보마당을 통한 신청 또는 EDI대행 신청은 불가**
- 재등록의 적용시작일은 고시 [별첨3]에 해당하는 수술이 시작된 수술개시일이며, 수술개시일로부터 1년간 산정특례 적용 가능
 - ※ 재등록 시 별도 산정특례 등록번호 부여
- 재등록은 1회에 한하며, 동일 부위의 화상치료는 재등록 기간을 포함하여 최대 2년간 중증화상 산정특례 적용 가능

Q19

고시개정 이전 특정기호 V249 등록자의 재등록 가능 여부

- 특정기호 V249로 등록한 중증화상 산정특례 대상자 중 '21.1.1.일 이후 적용종료일이 확인되는 경우, 적용종료일로부터 2년 이내에 [별첨3]에 해당하는 수술이 필요한 시점에 재등록 가능
 - ※ 재등록 시, 특정기호(V249) 및 상병코드 정보는 최초 등록내역과 동일하게 작성
 - ※ 특정기호 V249를 기재한 청구명세서는 2024년도 말까지 유효함
 - (예시) V249 신규 등록 건 적용시작일: 2020.12.31. 적용종료일: 2021.12.30.
V249 대상자의 수술개시일: 2023.12.29. (적용종료일로부터 2년 이내)
V249 재등록 건 적용시작일: 2023.12.29. 적용종료일: 2024.12.28.

Q20

청구 시, 중증화상환자의 상병 적용 기준

- 고시에서 정한 상병코드를 주상병으로 중증화상관련 진료가 이루어진 경우로서 중증도(깊이 및 체표면적) 조건이 모두 해당되어야 하며, 중증화상코드는 화상으로 최초 진단(확진)시 상병코드를 적용
- 깊이는 주상병으로, 체표면적은 부상병으로 기재
 - 화상범위가 여러 부위인 경우에는 화상범위가 넓거나 중요도가 높은 상병 순으로 기재
 - ※ 예시1) 체표면적 20% 이상이면서 2도 이상인 경우 → 상병코드 : T20.2(주상병) and T31.2(부상병)
 - ※ 예시2) 몸통이 2도 이상이면서(T21.2) 체표면적 18% + 어깨팔이 2도 이상이면서(T22.2) 체표면적 9% , 흡입화상
→ 상병코드 : T21.2(주상병) and T31.2(부상병) (체표면적 총 27%)
T22.2, T26.2
- 회복단계 중에도 등록기간 중에는 최초 진단 시 상병[주상병(깊이), 부상병(체표면적) 및 해당 특정기호]을 기재

Q21

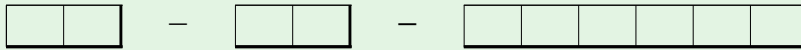
중증화상 산정특례 등록 시와 산정특례를 적용한 청구 시 상병코드 및 특정기호 기재 방법

- (등록 시) 환자 상태가 특정기호 2개 이상에 해당하는 경우에도 대표적인 상병코드 및 특정기호 1개만 기재하고 등록
- (청구 시) 최초 진료 시(등록 시) 환자 상태가 특정기호 2개 이상에 해당되는 경우
 - (특정기호) 최초 진료 시(등록 시) 환자상태 특정기호를 모두 기재
 - ※ 특정기호 V305와 V306은 동시에 발생할 수 없음 → 동시 기재 불가
 - ※ (예시) 최초 진단 시 머리포함 상반신이 2도 이상이면서 20%이상에 해당되고 흡입화상인 경우에는 V247, V250을 모두 기재
 - (상병코드) 화상범위가 넓거나 중요도가 높은 상병을 주상병으로 적으며, 회복단계에 따라 실제 진료가 이루어지는 상병코드는 부상병으로 기재
 - ※ (예시) 최초 등록 시 T21.2(2도) & T31.2(체표면적 20%)로 등록하였으나, 이후 치료과정 중 1도 이상 체표면적 15%, 10% 등으로 변하는 경우 청구 시 기재사항 → 최초 등록사항을 주상병으로 하고 그 이후 변화된 적용코드를 부상병으로 청구

Q22

중증화상환자의 등록 및 등록번호 부여체계, 급여비용 청구 시 등록번호 기재 방법

- 신청서 접수 후 산정특례 등록자프로그램에 따라 전산에 등록하는 것으로 별도의 등록증을 교부하지 않음
- 산정특례 등록 통보 방법 : E-mail, 알림톡, SMS
- 산정특례 등록여부 확인('10.7.9.이후) : 건강보험공단 요양기관 정보마당 산정특례 자격확인에서 등록여부 확인가능
- 등록번호 부여체계



구분

발행연도

일련번호

➔ 구분코드 : 중증화상(09)