

---

코로나19 예방접종 후

# 인과성 불충분한 중증 환자 의료비 지원 사업안내

---

초판

2021. 5.

 **코로나19 예방접종 대응 추진단**

## 사업안내문

- (법적 근거) 코로나바이러스감염증-19 예방접종은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제25조에 따른 임시예방접종으로, 같은 법 제25조, 제26조, 제26조의2, 제28조 및 같은 법 시행령 제20조, 제28조에 따라 시행함
- 코로나바이러스감염증-19 예방접종에 대해 현재까지 알려진 정보를 근거로 작성하였음
  - 코로나바이러스감염증-19 백신 정보 및 이상반응, 정책방향 결정 등의 상황에 따라 변경 가능
- 코로나바이러스감염증-19 예방접종에 대해서만 적용하며 기간은 2021년에 한정함
- 이 사업은 예방접종 후 이상반응 피해보상제도가 아닌 인과성 불충분한 중증 환자 진료비 지원사업임



# 〈 목 차 〉

## I. 코로나19 예방접종 후 인과성 불충분한 중증 환자 의료비 지원사업

1. 배경 .....	1
2. 목적 .....	1
3. 사업 개요 .....	1
4. 지원 기준 .....	3
5. 지원 절차 .....	3
6. 지원금 지급 등 사후관리 .....	3

## [ 서 식 ]

서식 1. 예방접종 후 이상반응 발생신고(보고)서 .....	7
서식 2. 코로나19 예방접종 후 이상반응 역학조사서(시·도피해조사보고서) .....	9
서식 3. 코로나19 예방접종 후 인과성 불충분한 중증 환자 의료비 지원 신청서 .....	12
서식 4. 의료기관이 발행한 진료확인서 .....	13
서식 5. 본인의 관계를 증명하는 서류 .....	14
서식 6. 진료비 영수증 .....	15
서식 7. 진료비 세부산정내역 .....	16
서식 8. 의무기록 사본 .....	18
서식 9. 코로나19 예방접종 예진표 .....	19
서식 10. 코로나19 예방접종 후 인과성 불충분한 중증 환자 의료비 지원 대상자 계좌번호 제출양식 .....	20

## [ 부 록 ]

부록 1. 자주 묻는 질문(FAQ) .....	21
부록 2. 특별관심 이상반응(Averse Events of Special Interest) .....	24
부록 3. 예방접종 피해보상 심의기준 .....	25
부록 4. 긴급복지지원제도 개요 .....	26
부록 5. 재난적 의료비 지원사업 개요 .....	28

# I. 코로나19 예방접종 후 인과성 불충분한 중증 환자 의료비 지원사업

## 1 배경

- 단기간에 개발된 코로나19 백신은 알려지지 않은 이상반응이 발생할 수 있으며, 이에 대한 인과성 근거가 불충분하여 피해보상이 어려운 회색지대 존재
- 감염병 재난상황인 코로나19 예방접종 후 이상반응으로 중환자실 입원치료 또는 이에 준하는 치료를 하였으나, 근거자료가 불충분하여 예방접종 후 이상반응 피해보상에서 제외된 환자에 대한 의료비 지원 필요

## 2 목적

- 코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 환자에서, 백신과 이상반응과의 인과성을 인정할 수 있는 근거는 불충분하지만 중증 환자를 보호하고, 코로나19 예방접종 후 이상반응에 대한 국가 책임 강화

## 3 사업개요

- (지원대상) 코로나19 예방접종 후 중환자실 입원치료 또는 이에 준하는 질병이 발생했으나, 예방접종피해조사반 검토 또는 예방접종피해보상 전문위원회 심의 결과 중중이면서 인과성 근거자료 불충분(심의기준 ④-1\*\* 해당)으로 피해보상에서 제외된 자(소급적용)

\* 사망 제외, 단, 중대한 이상반응으로 치료 후 사망한 경우 치료비 지원 가능함

- \*\* (보상금 지급) 백신과 이상반응 인과성 결과 심의기준 ①,②,③에 대해 해당시 지급
- ①인과성 명백, ②인과성에 개연성이 있음 ③인과성에 가능성 있음 ④인과성이 인정되기 어려움(④-1 근거자료 불충분, ④-2 백신보다는 다른 이유에 의한 경우) ⑤명백히 인과성이 없는 경우

※ 심의기준 ④-1 : 예방접종 전에 관련 기저질환 등이 없었고 예방접종 후에 이상반응이 발생하였으나 백신과의 인과성이 국내외 문헌상에 없는 경우

○ (지원범위) 코로나19 백신 접종 후 발생한 질환의 진료비

\* 기존 기저질환 치료비·간병비 및 사망 시 장제비 제외

○ (지원절차) 이상반응 신고 또는 피해보상 신청 사례 → 지자체 기초조사 → 예방접종 피해조사반 인과성 검토 또는 예방접종피해보상 전문위원회 심의 → **중증이면서 인과성 근거자료 불충분(심의기준 ④-1)으로 판단** → 주소지 관할 보건소에 **의료비 지원\*** 신청 → 지원액 검토 후 지원

\* 동 사업은 퇴원 후 신청가능하며, 긴급복지지원(의료비)은 퇴원 전 신청이 필요하므로 시급성 및 소득기준 등을 고려하여 선택 가능

### < 의료비 지원 절차 >



○ (지원규모) 1인당 1,000만원 한도

○ (사후관리) ① 추후 인과성 근거 자료가 확인되어 인과성 인정되는 경우 → 선 지원된 의료비는 정산 후 보상

② 인과성이 없는 경우도 동 사업에 한해 미환수

○ (시행시기) 지자체 담당자 교육 등 준비 기간을 거쳐 5.17.(월)부터 시행

\* 사업시행일 이전 접종자에 대해서도 소급하여 적용할 예정

○ (시행기간) 2021년 한시적으로 시행

※ 예방접종 후 이상반응 피해보상제도와 의료비 지원사업에 해당하지 않거나 선제적으로 지원이 필요한 경우 긴급복지 제도 나 재난적 의료비 지원 등과 연계

## 4 지원 기준

- (진료비) 진료비 중 「국민건강보험법」에 따라 보험자가 부담하거나 지급한 금액을 제외한 잔액 또는 「의료급여법」에 따라 의료급여금이 부담한 금액을 제외한 잔액
  - \* 코로나19 예방접종 후 발생한 질환 관련 필수적인 비급여 포함하여 지원
  - \* 기존 기저질환 치료비·간병비 및 사망 시 장제비 제외
  - \* 기타 복지사업 등에서 지원받은 진료비와 중복 수급 불가
- (신청기한) 2021년 코로나19 접종을 받은 자에 한하여 **2021. 12. 31.까지 신청**
- (지원신청자)
  - 지원대상자(접종 받은 사람 또는 보호자)
  - 지원대상자가 미성년자일 경우 친권자 또는 후견인이 지원 신청 대행\*
    - \* 신청서류 제출 시, 신청인과 본인(예방접종을 받은 사람)의 관계를 증명하는 서류 제출 필요(가족관계증명서, 주민등록 등·초본 등)

## 5 지원 절차

### 가. 신청 접수 (지자체)

- (보건소) 시장·군수·구청장은 신청자로부터 해당 중증 환자 의료비 지원신청 구비서류를 제출받아 신청서를 접수하고, 접수한 신청 건의 신청금액(본인부담금), 구비서류 등을 확인 후 구비서류 일체와 함께 시·도지사에게 제출
  - \* 주민등록상 주소지 관할 보건소
- ▲ 이상반응으로 신고했는지 또는 피해보상 신청을 했는지 ▲ 예방접종피해조사반의 인과성 검토 또는 피해보상 전문위원회 심의가 이루어졌는지, ▲ 중증이면서 인과성 근거자료 불충분(심의기준 ④-1)으로 판단되었는지 확인
  - ※ 긴급복지지원제도, 재난적 의료비 지원사업 등 기존 복지사업과 연계되어 지원을 받지 않았는지 확인, 동일한 진료내역에 대해 중복 지원 불가
- 신청자가 작성한 '코로나19 예방접종 후 인과성 불충분한 중증 환자 의료비 지원 신청서' 및 구비서류와 함께 시·도지사에게 제출
  - \* 통장사본 및 계좌번호 포함
- (시·도) 구비서류 확인 후 질병관리청장(업무위탁 기관장)에게 제출(수시)
  - \* 질병관리청의 코로나19 예방접종 후 중대한 이상반응 신속대응 회의결과 재확인

**< 신청권자의 구비서류 >**

<p align="center"><b>진료비 신청</b></p>	<p>① 코로나19 예방접종 후 인과성 불충분한 중증 환자 의료비 지원 신청서 1부 [서식 3]                  ② 의료기관이 발행한 진료확인서(질환의 증상 및 발생일을 반드시 명시해야함) 1부 [서식 4]                  ③ 신청인과 본인(지원대상자, 예방접종을 받은 사람)의 관계를 증명하는 서류 1부 [서식 5]                  ④ 진료비 영수증 원본 1부 [서식 6]                  ⑤ 진료비 세부산정내역서 1부 [서식 7]                  ⑥ 의무기록 사본 1부(코로나19 예방접종 후 발생한 질환으로 진료 받은 의무기록) [서식 8]                  * 기 제출한 경우 중복하여 제출할 필요 없음                  ⑦ 코로나19 예방접종 후 인과성 불충분한 중증 환자 의료비 지원 대상자 계좌번호 제출 양식 [서식 10]</p>
<p align="center"><b>시·군·구</b></p>	<p>① 신청자 제출서류                  ② 예방접종 후 이상반응 발생신고(보고)서 [서식 1]                  * 코로나19 예방접종관리시스템(중대한이상반응신고관리) 업로드한 파일로 같음                  ③ 예방접종 예진표 [서식 9]                  * 코로나19 예방접종관리시스템(중대한이상반응신고관리) 업로드한 파일로 같음</p>
<p align="center"><b>시·도</b></p>	<p>① 신청자 제출서류                  ② 시·군·구 제출서류                  ③ 코로나19 예방접종 후 이상반응 역학조사서(시·도 피해조사보고서) [서식 2]                  * 코로나19 예방접종관리시스템(중대한이상반응신고관리) 업로드한 파일로 같음</p>

※ 제출된 서류는 반환 불가

**◆ 이외 코로나19 예방접종 후 피해보상 신청절차는 기존과 동일함**

**나. 지원 여부 결정 및 결과 통지 (질병관리청)**

- 예방접종피해조사반의 접종과의 인과성 검토 또는 예방접종피해보상 전문위원회 심의 결과 근거자료 불충분(심의기준 ④-1) 및 중증에 해당하는지 확인하여 지원 여부 및 지원금액을 결정하고, 그 결과를 시·도지사 → 시장·군수·구청장에게 통지
- 시장·군수·구청장은 지원신청자에게 지원 여부 통지

## 6 지원금 지급 등 사후관리

### 다. 지원금 지급 관리

#### ○ 지원금 지급

- 질병관리청장은 예방접종피해조사반의 인과성 평가 결과 근거자료 불충분(심의 기준 ④-1) 해당 여부를 확인하여 지원 여부 및 지원액 검토 후 지원 여부 결정
- 질병관리청장은 지원이 결정되면 지원 대상자에게 지원금 지급

#### ○ 지원금 내용 및 산정 기준

- 진료비
  - 질병의 진료비 중 국민건강보험법 또는 의료급여법의 규정에 의하여 보험자가 부담 또는 의료보호기금이 부담하였거나 지급한 금액을 제외한 잔액(환자본인 부담금)
  - 비급여도 지원에 포함하나, 백신 이상반응과 관계가 없거나 기저질환 관련으로 시행된 검사비 및 치료비는 지급 대상에서 제외

### 라. 사후관리

- 추후 인과성 근거자료가 확인되어 인과성이 인정된 경우 선 지원된 의료비를 정산 후 보상할 수 있으며, 인과성이 없는 경우도 환수하지 않음
  - \* 단, 동일한 진료 내역으로 긴급복지 등 타 사업과 중복 수혜를 받은 경우 환수
- 추후 동일한 진료 내역에 대해 긴급복지 또는 재난적 의료비 등 치료비를 중복으로 지원하지 않도록 지원 대상자 명단관리(서식 10 활용) 및 관련 기관 등에 주기적 공유

---

# 서 식

---

# 서식 1

# 예방접종 후 이상반응 발생신고(보고)서

■ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙 [별지 제2호서식] <개정 2020. 6. 4.>

## 예방접종 후 이상반응 발생신고(보고)서

※ 뒤쪽의 작성방법 및 신고방법 안내를 읽고 작성하시기 바라며, [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

(앞 쪽)

예방접종 후 이상반응자 또는 사망자	성명 (19세 미만인 경우 보호자 성명)		주민등록번호			
	전화번호		직업	성별	[ ] 남 [ ] 여	
	주소	우편번호				
(임신부)	[ ] 거주지 불명 [ ] 신원 미상					
	[ ] 출산예정일 :     년   월   일 (또는 [ ] 마지막 생리일) :     년   월   일 [ ] 신고 시 이미 출산 한 경우, 출산일 :     년   월   일					
예방접종 일시	년   월   일 (오전/오후)   시   분 (임신부) 재태주수   주 - 재태주수를 모르는 경우: [ ] 임신 초기(0-13주) [ ] 임신 중기(14-27주) [ ] 임신 후기(28주 이상)					
예방접종 기관	기관명		전화번호			
예방접종 종류 및 제품명	제조회사	제조번호	유효기간 (연월일)	예방접종 부위	예방접종 방법	과거 접종 횟수

최근 4주 이내에 접종한 백신의 종류 및 접종일

접종일	예방접종 종류 및 제품명	제조회사	제조번호	유효기간 (연월일)	예방접종 부위	예방접종 방법	과거 접종 횟수

접종 전 특이사항	[ ] 5세 이하인 경우   ※ 해당 시 접종 전 체온(     ℃) 출생 체중(     kg)					
	[ ] 선천성 기형     [ ] 그 밖의 기저질환					

예방접종 후 이상반응 관련 사항	이상반응 발생 일시(년/월/일/시/분)						
	이상반응 진단 일시(년/월/일)						
	이상반응 종류	국소 이상반응	[ ] 접종 부위 농양 [ ] 심한 국소 이상반응	[ ] 림프선염(화농성림프선염 포함) [ ] 연조직염			
		신경계 이상반응	[ ] 급성 마비 [ ] 경련	[ ] 뇌증 혹은 뇌염 [ ] 길랭바레증후군			
		그 밖의 전신 이상반응	[ ] 알레르기 반응 [ ] 아나필락시스성 쇼크 [ ] 발열 [ ] 골염 혹은 골수염	[ ] 아나필락시스양 반응 [ ] 관절염 [ ] 혈소판 감소 자반증			
[ ] 그 밖에 접종 후 4주 이내에 발생한 중대하거나 특이한 이상반응							
이상반응 진행상황	1. 진행 중	[ ] 생명위중	[ ] 입원치료	[ ] 외래치료	[ ] 치료 안함		
	2. 상태종료	[ ] 완전회복	[ ] 경미장애/후유증	[ ] 영구장애/후유증	[ ] 사망		
	3. 모름	[ ]					

해당사항이 있는 경우 기록	요양기관 지정번호		면허번호			
	진단(한)의사 성명		(서명 또는 날인)			

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

작성방법

서명 난은 컴퓨터통신 이용 시에는 생략합니다.

예방접종 후 이상반응의 종류

1. 국소 이상반응

- 접종부위 농양
  - 발열에 관계없이 접종부위에 체액이 고인 병변이 발생한 경우
  - 세균성: 화농, 염증 증후, 발열, 그람 염색 결과 양성, 세균배양 양성, 분비물 내의 중성백혈구의 증가 소견 등으로 세균성 농양이 의심됨. 다만, 위의 소견 중 일부가 없다고 하여 세균성 농양일 가능성을 완전히 배제할 수는 없음
  - 무균성: 세균성 감염의 증거가 없는 경우
- 림프선염(화농성 림프선염 포함)
  - 적어도 한 개 이상의 림프선이 1cm 이상 (어른 손가락 굵기 정도) 커지거나
  - 림프선에 체액이 유출되는 구멍이 형성된 경우
- 심한 국소 이상반응
  - 접종부위를 중심으로 발적, 부종과 함께 다음 소견이 나타나는 경우
    - 접종부위에서 가장 가까운 관절 부위 너머까지 부종이 나타남
    - 통증·발적·부종·경결(硬結) 등이 3일 이상 지속되는 경우
  - 입원치료가 필요한 경우
- 연조직염
  - 피부에 발생하는 급성, 감염성, 팽창성 염증으로 접종부위 통증, 홍반, 부기, 열감이 나타나는 경우

2. 신경계 이상반응

- 급성 마비
  - 경구용 폴리오 백신 접종 4~30일 이내, 혹은 백신 접종자와 접촉한 후 4일~75일 이내에 이완성 마비가 급성으로 발생하여, 신경학적 이상이 60일 이상 지속되거나 사망한 경우
- 뇌 증(腦症)
 

예방접종 후에 급성으로 발생하면서 다음 소견 중 2가지 이상을 동반한 경우

  - ① 간질발작
  - ② 1일 이상 지속되는 의식 혼탁
  - ③ 1일 이상 지속되는 특이 행동
- 뇌 염
  - 뇌증에서 언급한 증상과 함께 뇌염증의 증후를 동반하여야 하며, 대부분의 경우 뇌척수액 검사상 세포증다증을 보이거나 바이러스가 분리됨

- 경련
  - 경련이 수 분~15분 이상 지속되며, 국소 신경학적 증상이나 증후를 동반하지 않음
- 길랭 바레(Guillain-Barre) 증후군
  - 진행성, 상행성 이완성 마비가 좌우대칭으로 급속히 발생하고, 마비 발생 당시 발열은 없고 감각 이상을 동반하며, 뇌척수액 검사상 단백세포 해리가 중요한 진단 소견임

3. 기타 전신 이상반응

- 알레르기 반응
 

다음의 증상 중 하나 이상을 동반하는 경우

  - ① 피부 병변(두드러기, 습진)
  - ② 천명(쌩쌩거림)
  - ③ 안면 부종 또는 전신 부종
- 아나필락시스양 반응
  - 예방접종 후 2시간 이내에 급성으로 다음 중 한 가지 이상의 증상을 보이는 경우
    - ① 기관지 수축으로 인한 천명(쌩쌩거림)과 호흡곤란
    - ② 후두 연축/부종
    - ③ 한 개 이상의 피부 병변(예: 두드러기, 안면 부종, 전신 부종)
- 아나필락시스성 쇼크
  - 예방접종 직후 순환기 기능부전(예: 의식혼탁, 저혈압, 말초맥박소실, 말초혈액 순환부전으로 인한 차갑고 축축한 손발)이 나타나고, 기관지 연축, 후두 연축/부종 등으로 호흡곤란을 초래하는 경우도 있음
- 발열
  - 직장 체온이 39℃ 이상인 경우
- 관절염
  - 관절염이 주로 사지의 작은 관절에 나타남
- 혈소판 감소 자반증
  - 혈중 혈소판의 수가 50,000/mm<sup>3</sup> 이하로 떨어지는 것을 의미하며 자가면역질환 등의 다른 원인이 없는 경우라야 함

※ 코로나19 예방접종관리시스템(중대한 이상반응신고관리)에 업로드한 것으로 같음함

## 예방접종 후 이상반응 역학조사서

1. 조사경위	
조사 주체	_____시(도) 역학조사관 _____ (연락처: _____)
조사 일시	_____년 _____월 _____일 ~ _____년 _____월 _____일
조사 대상 정보	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 성명 : _____ ○ 성별 : _____</li> <li>○ 접종 당시 연령 : 만 _____세</li> <li>○ 주민등록번호: _____ - _____</li> <li>○ 주소지: _____</li> </ul>
	○ 이상반응 의료기관 진단명 : <u>(예) 비특이적 림프선염</u> (질병 코드: <u>(예) 188</u> )
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 백신 접종 회차    <input type="checkbox"/> 1차   <input type="checkbox"/> 2차   <input type="checkbox"/> 모름</li> <li>○ 조사시 상태        <input type="checkbox"/> 사망   <input type="checkbox"/> 중증이상반응   <input type="checkbox"/> 회복중   <input type="checkbox"/> 완치   <input type="checkbox"/> 모름</li> <li>○ 부검여부            <input type="checkbox"/> 예    <input type="checkbox"/> 아니오   <input type="checkbox"/> 예정 (예정일: _____)</li> <li>○ 신고자              <input type="checkbox"/> 본인   <input type="checkbox"/> 가족   <input type="checkbox"/> 기타 ( _____ )</li> </ul>
조사 분류	<input type="checkbox"/> 피해보상 신청조사 <input type="checkbox"/> 신속대응조사 ( <input type="checkbox"/> 중증 이상반응 <input type="checkbox"/> 집단 이상반응 <input type="checkbox"/> 기타)

2. 조사내용											
예방접종 내역	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">예방접종종류</th> <th style="width: 20%;">제품명</th> <th style="width: 20%;">제조회사</th> <th style="width: 20%;">제조번호</th> <th style="width: 20%;">유통기간</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 접종일시 (년/월/일/시간) :</li> <li>○ 접종부위 : _____ (좌/우)</li> <li>○ 접종방법 : <input type="checkbox"/> 근주   <input type="checkbox"/> 피내   <input type="checkbox"/> 피하   <input type="checkbox"/> 경구</li> <li>○ 접종 후 관찰 : <input type="checkbox"/> 유   <input type="checkbox"/> 무</li> <li>○ 접종 후 주의사항 교육 : <input type="checkbox"/> 유   <input type="checkbox"/> 무</li> </ul>	예방접종종류	제품명	제조회사	제조번호	유통기간					
예방접종종류	제품명	제조회사	제조번호	유통기간							
예방접종 예진의 및 접종인력	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 접종기관 형태: <input type="checkbox"/> 위탁의료기관   <input type="checkbox"/> 예방예방접종센터   <input type="checkbox"/> 방문접종팀   <input type="checkbox"/> 자체접종기관</li> <li>○ 접종기관명: _____</li> <li>○ 예진의 : ○○○ (의사 면허번호 : ○○○○○)</li> <li>○ 접종자 : ○○○ (의사/간호사 면허번호 : ○○○○○)</li> </ul>										
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 접종 교육 이수 여부: <input type="checkbox"/> 이수함   <input type="checkbox"/> 이수 안함   <input type="checkbox"/> 기타</li> <li>(교육 이수일: _____    교육주관: _____    교육명: _____)</li> <li>○ 교육 이수자: <input type="checkbox"/> 의사   <input type="checkbox"/> 간호사   <input type="checkbox"/> 기타( _____ )</li> <li>(교육이수 형태:   <input type="checkbox"/> 온라인   <input type="checkbox"/> 오프라인)</li> </ul>										

<b>치료기관 및 담당의사</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 접종 후 이상반응 발생 시 치료기관명:</li> <li>○ 담당의사 :</li> </ul>
<b>피해발생경위</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 최초 증상 :</li> <li>○ 증상 발생 일시 (년/월/일/시간) :</li> <li>○ 접종부터 증상발생까지 걸린 시간 : 일    시간    분</li> <li>○ 증상 경과:</li> <li>○ 현재 증상:</li> <li>○ 신고 경위 :</li> <li>○ 임상 경과 (증상, 일시, 방문 의료기관 등을 포함하여 상세히 기재)</li> <li>-</li> <li>-</li> <li>○ 조사 당시 임상 결과[완쾌, 회복 중, 입원(일반, 중환자실), 사망, 영구적 장애 등] :</li> </ul>
<b>이상반응 중증도</b>	<input type="checkbox"/> 경증 <input type="checkbox"/> 중증 ( <input type="checkbox"/> 입원 또는 입원 연장 <input type="checkbox"/> 영구적인 장애 <input type="checkbox"/> 선천성 기형 <input type="checkbox"/> 생명 위협 <input type="checkbox"/> 사망)
<b>현재 건강 상태 및 과거력</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 기저 질환 및 의학적 과거력 :</li> <li>○ 가족력 :</li> <li>○ 현재 질환(선천적 질환 포함) <input type="checkbox"/> 있음    <input type="checkbox"/> 없음 (있을 시 질병명: _____ )</li> <li>○ 임신 여부(성인 여성인 경우) :</li> <li>○ 코로나19 검사 <input type="checkbox"/> 있음    <input type="checkbox"/> 없음 (있을 시 결과: <input type="checkbox"/> 양성    <input type="checkbox"/> 음성) (양성시 확진 시기: _____ )</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 평소 약물, 음식물 등에 대한 알러지 유무: <input type="checkbox"/> 있음    <input type="checkbox"/> 없음    <input type="checkbox"/> 모름</li> <li>○ 알러지 형태: <input type="checkbox"/> 약품    <input type="checkbox"/> 음식물    <input type="checkbox"/> 기타 (해당 알러지 원인 : _____ )</li> <li>○ 과거 예방접종 후 알러지 반응 발생 유무 <input type="checkbox"/> 있음    <input type="checkbox"/> 없음 (있을시 해당 예방접종명 : _____ )</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 백신 접종 전 급성 질환 <input type="checkbox"/> 있음    <input type="checkbox"/> 없음 (있을시 해당 급성 질환명 : _____    시기: _____ )</li> <li>○ 접종 전후 약물 복용력 <input type="checkbox"/> 있음    <input type="checkbox"/> 없음 (있을시 약물명 : _____    시기: _____ )</li> <li>○ 백신 접종 전 입원 <input type="checkbox"/> 있음    <input type="checkbox"/> 없음 (있을 시 입원원인: _____    시기: _____ )</li> </ul>
<b>주요 검사소견</b> (검사 시행 날짜 병기)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 임상 진찰 소견 :</li> <li>○ 실험실적 검사 소견 :</li> <li>○ 영상학적 검사 소견 :</li> <li>○ 기타 :</li> </ul>
<b>관련자 면담</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 예진 의사 :</li> <li>○ 접종자 :</li> <li>○ 보호자/환자 :</li> <li>○ 담당의사 :</li> </ul>

<b>동일 제조번호 백신 접종자의 이상 유무</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 동일 제조번호, 동일 의료기관, 동일 일자 접종자 : ( )명 중 이상반응 없는 사람 ( )명, 이상반응자 ( )명(이상반응 종류: )</li> </ul>
<b>백신관리사항</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 백신배송 형태 : <input type="checkbox"/> 냉동 <input type="checkbox"/> 냉장 <input type="checkbox"/> 실온 (해당 온도: )</li> <li>○ 백신배송일(월/일 오전 오후) :</li> <li>○ 접종장소 내 백신보관 상태 : <input type="checkbox"/> 냉동 <input type="checkbox"/> 냉장 <input type="checkbox"/> 실온 (해당 온도: )</li> <li>○ 접종 전 백신보관 상태 : <input type="checkbox"/> 냉동 <input type="checkbox"/> 냉장 <input type="checkbox"/> 실온 (해당 온도: )</li> <li>○ 백신 배송량 : 바이알</li> <li>○ 백신 사용량 : 바이알</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 백신냉장(동)고 : <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 (특이사항: )</li> <li>○ 냉장(동)고 온도 : (백신 보관 장비 온도기록지)</li> <li>○ 온도측정방법 : 외부측정장치 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</li> <li>○ 자동온도기록장치 : <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</li> <li>○ 정전여부 :</li> <li>○ 생물학적제제출하증명서 : <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 (특이사항: )</li> <li>○ 콜드체인 유지 : <input type="checkbox"/> 양호 <input type="checkbox"/> 불량</li> <li>○ 자가발전기 : <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무</li> </ul>
<b>관련 문헌 검토 사항</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ WHO GACVS :</li> <li>○ 미국 IOM :</li> <li>○ WHO AEFI Guideline :</li> <li>○ 기타 연구 문헌(연구 디자인 병행 기재, 예) 사례-대조군 연구, 사례 보고 등) :</li> </ul>
<b>인과성 평가 결과</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 백신 자체의 문제 :</li> <li>○ 예방접종 과정상 오류 :</li> <li>○ 진단기준 부합 여부(이상반응 역학조사 지침, Brighton Collaboration case definition 등)</li> <li>-</li> <li>-</li> <li>-</li> <li>○ 알려진 예방접종 후 이상반응인지 여부(출처 포함)</li> <li>-</li> <li>-</li> <li>○ 타 요인에 의한 질환 발생 가능성 평가(질환의 알려진 주요 원인, 선행 증상, 검사 결과 등)</li> </ul>
<b>잠정결론</b>	인과성 평가 <input type="checkbox"/> definite <input type="checkbox"/> probable <input type="checkbox"/> possible <input type="checkbox"/> unlikely <input type="checkbox"/> definitely not related

## 코로나19 예방접종 후 인과성 불충분한 중증 환자 의료비 지원 신청서

접수번호	접수일자	처리기간	120일
신청인	성명	주민등록번호	
	전화번호	본인과의 관계	
	주소		
본인 인적사항	성명	주민등록번호	
	주소		
예방접종의 내용	예방접종의 종류		
	접종 장소	접종 일시	
진료비		간병비	

코로나19 예방접종 후 인과성 불충분한 중증 환자 의료비 지원 사업 시행에 따라 위와 같이 진료비를 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장 귀하

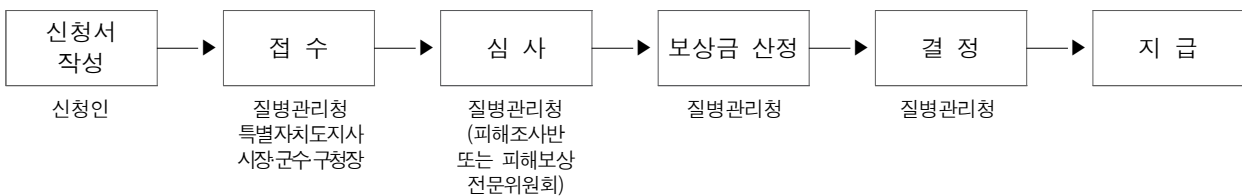
신청인 제출서류	1. 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 별지 제33호서식의 진료확인서 1부 2. 신청인과 본인과의 관계를 증명하는 서류(주민등록표 등본으로 신청인과 본인의 관계를 증명할 수 없는 경우에만 제출합니다) 1부	수수료 없음
특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장 확인사항	주민등록표 등본	

행정정보 공동이용 동의서		확 인 (√ 체크)
본인은 이 건 업무 처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다. <b>본인은 이 건 업무 처리와 관련하여 질병관리청이 위탁한 기관에 개인정보를 제공하는 것에 동의합니다.</b> * 특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장의 확인에 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 해당 서류를 제출해야 합니다.		[ ]
유의사항		확 인 (√ 체크)
1. 향후 코로나19 예방접종과 이상반응과의 인과성이 확인되어 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제71조에 따른 피해 보상금을 지급받는 경우에는 이 사업에 따라 지원받은 금액을 감액하고 지급받게 됩니다. 2. 이 사업에 따른 지원과 동일한 진료내역으로 다른 법령 또는 사업에 따라 중복지원 받은 경우에는 이 사업에 따라 지원받은 진료비는 환수될 수 있습니다.		[ ]

신청인

(서명 또는 인)

### 처리절차



210mm×297mm[일반용지 60g/㎡(재활용품)]



■ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙 [별지 제33호서식]

## 진료 확인서

진료자	성명	생년월일	성별	
	주소			
질병명 또는 주요 소견 (예시) 상기환자는 2021년 0월 0일부터 000를 호소하여 본원치료를 받고 있으며...(이하생략)				
진료일수	외래	일		
	입원	일		
의료비	총액	보험자 부담액	의료보험 본인부담액	의료보험 비급여액
<p>위와 같이 진료하였음을 확인함.</p> <p style="text-align: center;">             의료기관의 명칭              소재지              개설자의 성명           </p> <p style="text-align: right;">(서명 또는 인)</p>				

210mm×297mm(일반용지60g/㎡)



• 본인제출 시 신분증, 가족관계증명서, 주민등록 등·초본 등

주민등록표  
(등본)

이 등본은 세대별 주민등록표의 원본  
내용과 틀림없음을 증명합니다.

담당자: 홍00 전화: 043-288-1000

신청인: 홍길동

이 용지는 위조식별 표시가 되어있음

년 월 일

세대주 성명(한자)	홍길동(洪吉童)	세대구성 사유 및 일자	복귀세대구성 1990-00-00
주소			발생일 / 신고일 변동사유
현주소 충청북도 00시 00로 200			1990-00-00
번호	세대주 관계	성명(한자) 주민등록번호	발생일 / 신고일 등록상태 변동사유
1	본인	홍길동 (洪吉童) 000000-*****	
2	자녀	홍길순 (洪吉巡) 000000-*****	
== 이 하 여 백 ==			





1. 진료비 계산서·영수증의 세부내역서는 환자의 구체적인 처방 내역 등이 확인되므로 원칙적으로 환자 본인 외에 발급을 금합니다.  
다만, 본 세부내역서 발급에 대해 별도로 환자 본인으로부터 위임을 받은 것이 확인된 자 또는 법정대리인에게 발급이 가능합니다.
2. 비고란은 세부산정내역을 발부하는 영수증번호 등 요양기관이 필요한 경우 추가 기재하는 공간으로 활용할 수 있습니다.
3. 동 서식에 명시된 항목은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제7조제3항에 따라 필수 기재되어야 합니다.

○ 기본정보

- 환자등록번호, 환자성명, 진료기간, 병실, 환자구분은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 진료

○ 포함항목

- **항목:** 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따른 진료비 계산서·영수증 항목 기준으로 기재. 다만, 요양(예시) 진찰료, 입원료, 식대, 투약 및 조제료, 주사료, 처치 및 수술료 등
- **일자:** 각 항목별 실시일자를 기재. 다만, 입원 진료 시 동일한 내역이 반복되는 경우 시작일자와 종료일자로 묶어서
- **코드:** 1. 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따른 코드(진료수가, 의약품, 치료재료)  
2. 상기 1의 코드가 없는 경우 「비급여 진료비용 등의 공개에 관한 기준」 [별표1] 공개항목의 비급여코드-요양기관 자체 코드 기재
- **명칭:** 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에서 정한대로 보건복지부장관이 정하여 고시하는 바에 따라 코드에 해당하는 명칭 기재
- **금액:** 단가\*에 종별가산 등이 포함된 금액  
\* (단가)  
- 진료수가는 각 항목의 상대가치점수에 점수당 단가를 곱하여 10원 미만은 4사5입한 금액을 기재  
- 약제, 치료재료, 원료약 등의 경우 「약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준」에 따른 단가를 원 미만은 4사5입하여 기재
- **횟수:** 1일 실시(투여)횟수 기재
- **일수:** 총 실시(투여)일수 기재
- **총액:** 금액(1회) x 실시(투여)횟수 x 실시(투여)일수를 계산 한 후 기재
- **급여**  
- 본인부담금: 요양급여비용 중 수진자 본인부담금액 기재  
- 공단부담금: 요양급여비용 중 보험자 부담금액 기재  
- 전액본인부담금: 요양급여비용 중 100분의100 본인부담금 기재
- **비급여:** 비급여 항목에 해당하는 금액을 기재
- **계:** 항목별 합산 금액 기재
- **끝수처리 조정금액:** 끝수처리로 조정되는 금액 기재
- **합계:** '계'의 금액에 끝수처리 조정금액을 반영한 최종금액 기재(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에  
금액과 동일하게 기재)

\* 끝수처리는 「국민건강보험법」 제107조 및 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따름



## 의 무 기 록 사 본 증 명 서

발 행 번 호 : 2021-0001

환 자 명 : 홍길동

주민등록번호 : 000000-\*\*\*\*\*

진찰권번호 : 18\*\*\*\*\*

첨부한 사본은 의무기록 원본과 틀림이 없음을 증명합니다.

용 도 : 보건소 제출용

매 수 : 표지포함 000 매

취 급 자 : 의무기록실 홍길순 인

본 의무기록사본은 상기용도 이외에는 사용할 수 없습니다.

취급자 날인이 없는 것은 무효입니다.

년 월 일

의 료 기 관 주 소 지

의 료 기 관 명

原  
本  
對  
照  
畢

※ 코로나19 예방접종관리시스템(중증이상반응신고관리)에 업로드한 것으로 같음함

**코로나바이러스감염증-19 예방접종 예진표**

- 코로나바이러스감염증-19(이하 코로나19) 예방접종 안내 및 예방접종 후에 발생 가능한 이상반응에 대한 정보를 충분히 제공받았으며, 의사의 예진결과에 따른 예방접종을 받겠습니다.  동의  동의안함
- 코로나19 예방접종을 받는데 동의하는 경우, 안전한 예방접종을 위하여 아래의 질문사항을 잘 읽어보시고 본인(법정대리인, 보호자) 확인란에 기록하여 주시기 바랍니다.

성명	주민등록번호(외국인등록번호)	-	( <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여)
전화번호	(집)	(휴대전화)	
<p><b>예방접종 업무를 위한 개인정보 처리 등에 대한 동의사항</b></p> <p>「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제33조의4 및 동법 시행령 제32조의3에 따라 주민등록번호 등 개인정보 및 민감정보를 수집하고 있습니다. 추가적으로 수집되는 항목은 아래와 같습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>개인정보 수집·이용 목적: 다음접종 및 완료 여부, 예방접종 후 이상반응 발생 여부 관련 문자 등</li> <li>개인정보 수집·이용 항목: 개인정보(민감정보, 주민등록번호 포함), 전화번호(집/휴대전화)</li> <li>개인정보 보유 및 이용기간: 5년</li> </ul>			<p>본인(법정대리인, 보호자) 확인 <input checked="" type="checkbox"/></p>
<p>1. 코로나19 예방접종 전에 접종대상자의 예방접종 내역을 &lt;코로나19 예방접종관리시스템&gt;으로 사전 확인하는 것에 동의합니다.</p> <p>* 예방접종 내역의 사전확인에 동의하지 않는 경우, 불필요한 추가접종 또는 교차접종이 발생할 수 있습니다.</p>			<p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>
<p>2. 코로나19 예방접종의 다음 접종 및 완료 여부에 관한 정보를 휴대전화 문자로 수신 하는 것에 동의합니다.</p> <p>* 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.</p>			<p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>
<p>3. 코로나19 예방접종 후 이상반응 발생 여부와 관련된 문자 등을 수신하는 것에 동의합니다.</p> <p>* 문자 수신에 동의하지 않는 경우, 동의하지 않은 항목에 대한 정보를 수신하실 수 없습니다.</p>			<p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>
<p><b>접종 대상자에 대한 확인 사항</b></p>			<p>본인(법정대리인, 보호자) 확인 <input checked="" type="checkbox"/></p>
<p>① (여성) 현재 임신 중입니까?</p>			<p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>
<p>② 이전과 다르게 오늘 아픈 곳이 있습니까? 아픈 증상을 적어주십시오.( )</p>			<p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>
<p>③ 코로나19 감염을 진단 받은 적이 있습니까? 있다면 진단일을 적어 주십시오.( 년 월 일)</p>			<p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>
<p>④ 최근 14일 이내 백신(코로나 백신 외)을 접종받은 적이 있습니까?</p>			<p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>
<p>⑤ 코로나19 백신을 접종받은 적이 있습니까? <input checked="" type="checkbox"/> '아니오' 일 경우 ⑥번 문항으로 있다면 접종일을 적어주십시오. (접종일: 년 월 일)</p>			<p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>
<p>⑤ -1 코로나19 백신 접종 후 중증 알레르기 반응(아나필락시스: 쇼크, 호흡곤란, 의식소실, 입술/입안의 부종 등)이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까? (중증 알레르기 반응이 나타난 백신 종류: )</p>			<p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>
<p>⑥ 이전에 중증 알레르기 반응(아나필락시스: 쇼크, 호흡곤란, 의식소실, 입술/입안의 부종 등)이 나타나서 치료를 받은 적이 있습니까? 있다면 중증 알레르기 유발물질이 무엇인지 아시면 적어주십시오.( )</p>			<p><input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>
<p>⑦ 혈액응고장애를 앓고 있거나, 항응고제를 복용중이십니까? 있다면 질환명 또는 약 종류를 적어 주십시오. ( )</p>			
<p>본인(법정대리인, 보호자) 성명 : (서명)      접종대상자와의 관계 :      년      월      일</p>			
<p><b>의사 예진 결과 (의사 기록란)</b></p>			<p>확인 <input checked="" type="checkbox"/></p>
<p>체온 : °C      예방접종 후 이상반응에 대해 설명하였음</p>			<p><input type="checkbox"/></p>
<p>'이상반응 관찰을 위해 접종 후 15~30분간 예방접종기관에 머물러야 함'을 설명하였음</p>			<p><input type="checkbox"/></p>
예진결과	<p><input type="checkbox"/> 예방접종 가능</p>		
	<p><input type="checkbox"/> 예방접종 연기(사유: )</p>		
	<p><input type="checkbox"/> 예방접종 금기(사유: )</p>		
<p>이상의 문진 및 진찰을 하였음을 확인합니다.      의사성명 : (서명)</p>			
<p><b>예방접종 시행 자기 기록란</b></p>			
제조회사	백신 제조 번호	접종부위	
		<p><input type="checkbox"/> 좌측 상완      <input type="checkbox"/> 우측 상완</p>	
<p>접종자 성명:</p>			

지원 대상자 계좌번호 제출 양식

연번	지원 대상자		법정대리인(지원 신청인) (지원 대상자가 미성년자인 경우)		지원 대상자 계좌번호 (지원 대상자가 미성년자인 경우) 법정대리인(지원 신청인)	
	성명	주민등록번호	성명	주민등록번호	은행명	계좌번호
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

\* 지원 대상자의 통장 계좌번호를 제출하여 주시고, 부득이하게 지원 대상자가 미성년자인 경우 법정대리인(지원 신청인)의 계좌번호를 제출하여 주시기 바랍니다.

\* 카카오뱅크 계좌는 불가하며, 농협은행 계좌인 경우 농협중앙회 또는 지역농협인지 기재해 주시기 바랍니다.

### Q1. 코로나19 예방접종 후 인과성 불충분한 중증 환자 의료비 지원 사업이란 무엇인가요?

- 코로나19 예방접종 후 중증 이상반응이 발생하였으나, 백신과 이상 반응에 대한 인과성 근거자료가 부족하여 피해보상이 어려운 중증 환자의 치료비를 지원하여 경제적 부담을 경감하기 위한 한시적 사업입니다.

※ 코로나19 예방접종에 한시적으로 시행하며, 이전 환자에게도 소급적용함

### Q2. 코로나19 예방접종 후 인과성 불충분한 중증 환자 의료비 지원사업의 대상은 누구인가요?

- 코로나19 예방접종 후 중환자실 입원치료 또는 이에 준하는 질병이 초래되었으나, 예방접종피해조사반 또는 피해보상전문위원회 검토 결과 인과성 인정을 위한 근거자료 불충분(심의기준, ④-1 해당)으로 피해보상에서 제외된 환자를 대상으로 하며, 이 때 소득·재산 여건은 고려되지 않습니다.
- 다만, 백신보다는 다른 이유에 의한 경우(심의기준 ④-2), 명백히 인과성이 없는 경우(심의기준 ⑤)는 지원대상이 아닙니다.

\* (보상금 지급 기준) 백신과 이상반응 인과성 결과 심의기준 ①,②,③에 대해 해당시 지급  
 - ①인과성 명백, ②인과성에 개연성이 있음 ③인과성에 가능성있음 **④인과성이 인정되기 어려움(④-1 근거자료 불충분, ④-2 백신보다는 다른 이유에 의한 경우)**  
 ⑤명백히 인과성이 없는 경우

**Q3. 코로나19 예방접종 후 인과성 불충분한 중증 환자 의료비 지원사업의 지원범위는 어떻게 되나요?**

- 코로나19 백신 예방접종 후 발생한 질환의 진료비를 지원하며, 기존 기저질환의 치료비, 간병비와 사망 시 장제비는 제외됩니다.

**Q4. 코로나19 예방접종 후 인과성 불충분한 중증 환자 의료비 지원사업의 진료비 지원 절차는 어떻게 되나요?**

- 코로나19 예방접종 후 ① 이상반응 신고 또는 피해보상 신청 사례에 대해 ② 지자체 기초조사 및 ③ 피해조사반 또는 피해보상전문위원회 검토 결과 중증이면서 인과성 근거자료 불충분으로 판정받은 경우(④-1)에 코로나19 예방접종을 받은 사람 또는 보호자는 지원신청 구비서류를 갖춰 주소지 관할 보건소에서 의료비 지원을 신청할 수 있으며 ④ 지원액 검토 등을 거쳐 질병관리청이 지원액을 지급합니다.

\* 예방접종 후 진료 받은 진료비 영수증, 진료세부내역서 등 지원액을 산출할 수 있는 상세내역 제출 필요

**Q5. 코로나19 예방접종 후 인과성 불충분한 중증 환자 의료비 지원을 받았더라도 추가로 피해보상 신청을 할 수 있나요?**

- 피해보상 신청 가능합니다. 근거자료 축적 등 인과성 근거가 확인되어 인과성이 추가적으로 인정되면 선 지원된 진료비는 제외 후 보상됩니다.
- 다만, 동일한 진료 내역에 대해 긴급복지 등 타 사업과 중복 수혜를 받은 경우 환수됩니다.

**Q6. 1차 지원받았으나, 치료가 끝나지 않아 계속 진료비가 발생하는 경우 추가로 지급이 되나요?**

- 추가적으로 신청가능하나, 1인당 1,000만원 한도에서 지원됩니다.

**Q7. 코로나19 예방접종 후 이상반응 피해보상과 코로나19 예방접종 후 인과성 불충분한 중증 환자 의료비 지원사업은 다른 것인가요?**

- “코로나19 예방접종 피해보상”은 감염병예방법 제71조에 따라 접종과 이상반응과의 인과성이 인정되어 피해보상금이 지급되는 제도이며,
- “코로나19 예방접종 후 인과성 불충분한 중증 환자 의료비 지원사업”은 인과성을 검토할 수 있는 근거자료 불충분으로 인과성 인정이 어려워 보상받지 못한 중증 환자에 대한 치료비 지원을 위해 코로나19 예방접종에 한해 한시적으로 시행하는 사업입니다.

**Q8. 코로나19 예방접종 후 발생한 중증환자가 아닌 경우는 이 사업의 지원을 받을 수가 없는 것인가요?**

- 동 사업은 코로나19 예방접종 후 중환자실 입원치료 또는 이에 준하는 질병으로 과도한 치료비가 소요됨에도 예방접종과의 인과성 근거자료 불충분으로 피해보상을 받지 못하는 경우에 지원하는 것으로, **중증(예방접종피해조사반 또는 피해보상전문위원회에서 판단)에 한하여** 지원됩니다.
- 코로나19 예방접종으로 접종부위의 국소반응 및 발열, 근육통 등 전신반응 등의 **일반 이상반응**으로 신고된 경증 사례는 의료비 부담이 크지 않기 때문에 이 사업의 지원대상에는 포함되지 않으며, 기존의 코로나19 예방접종 피해보상 신청절차대로 신청하시면 됩니다.

## 부록 2

## 특별 관심 이상반응(Adverse Events of Special Interest)

\* 근거 : WHO(2021). COVID-19 Vaccines: Safety Surveillance Manual Module: Establishing active surveillance systems for adverse events of special interest during COVID-19 vaccine introduction1

특별 관심 이상반응 현황	접종후 감시 기간
<b>백신 관련 악화된 질병</b> Vaccine-associated enhanced disease (VAED) 백신을 맞은 후 병원균에 감염된 사람에게 발생하는 질병	1년
<b>급성 호흡곤란 증후군</b> Acute respiratory distress syndrome (ARDS) 심인성 폐부종의 증거가 없는 경우 양측성 폐 침윤 및 심각한 진행성 저산소 혈증을 특징으로 하는 급성 장애	1년
<b>급성 심혈관계 손상</b> Acute cardiovascular injury (ACI) 심장 허혈, 심근염, 심근병증, 부정맥, 심부전, 심인성 쇼크, 뇌졸중 등의 급성 장애	1년
<b>응고장애</b> Coagulation disorder 과도한 출혈 또는 혈전증 위험 증가로 이어지는 지혈 장애(색전증, 출혈)	1년
<b>급성 신장 손상</b> Acute kidney injury (AKI) 갑작스런 신부전 또는 신장 손상으로 혈액에 노폐물이 축적되어 체액, 전해질, 산 염기 및 호르몬 조절의 장애	1년
<b>뇌전증</b> Generalized convulsion 뇌 기능의 장애를 보이는 증상	4주
<b>길랭바레증후군</b> Guillain Barre Syndrome 심건반사가 줄어들거나 없어지며, 팔이 늘어지거나 마비되는 등의 증상을 보임	4-6주
<b>급성 간장 손상</b> Acute liver injury 간독성의 임상증상 및 간 효소 상승, 간 기능의 변화를 초래하는 중증도의 질병	4-6주
<b>후각 상실</b> Anosmia/ageusia 백신 접종 후 후각 또는 미각 상실의 변화가 발생하는 상태	4-6주
<b>동상 유사 병변</b> Chilblains 저온에 반복적인 노출로 발생하는 피부 모세혈관 염증으로 동상과 유사한 병변이 손가락과 발가락에 나타날 수 있음	4-6주
<b>단일 장기 피부혈관염</b> Single organ cutaneous vasculitis 혈관벽의 염증을 특징으로 하는 질병으로 모든 장기에서 발생 가능하며 피하 모세혈관염(CSV)가 가장 흔함	4-6주
<b>다형홍반</b> Erythema multiforme 붉고 융기된 피부반점을 야기하는 피부질환	4-6주
<b>아나필락시스</b> anaphylaxis 즉각적이며 심한 알러지 반응으로 순환기능 상실을 일으킴	2일
<b>급성 무균성 관절염</b> Acute aseptic arthritis 관절 염증의 징후 및 증상의 급성발병, 백혈구수 증가를 특징으로 하는 임상 증후군	-
<b>뇌수막염</b> Meningitis 뇌와 척수를 덮고 있는 막의 감염 또는 염증, 뇌염은 우울증과 중추 신경계 이상 징후를 보이는 신경계 염증, 뇌수막염을 진단하려면 두가지 상태의 증거가 모두 필요함.	4주
<b>급성파종성뇌척수염</b> Acute disseminated encephalomyelitis 중추신경계를 침범하는 드문 급성 염증성 질환	4-6주
<b>혈소판감소증</b> Thrombocytopenia 혈소판이 $150 \times 10^9/L$ 이하인 비정상적인 혈액상태로, 자발출혈 같은 임상증상이 동반됨	4-6주
<b>혈소판 감소를 동반한 혈전증</b> Thrombosis with Thrombocytopenia Syndrom(TTS) 혈소판이 $150 \times 10^9/L$ 이하인 혈관의 혈전증	4일-30일
<b>다기관 염증 증후군</b> Multisystem Inflammation Syndrome with Children and Adult(MIC-C/A) 심장, 폐, 신장, 뇌, 피부, 눈 및 위장 기관 등 신체 여러부위에 염증을 일으킴	

## □ 심의기준

구분	심의 기준(안)
① 인과성이 명백한 경우 (definitely related, definite)	백신을 접종한 확실한 증거를 확보하였고, 예방접종 후 이상반응이 발생한 시기가 시간적 개연성이 있으며, 어떤 다른 이유보다도 백신 접종에 의한 인과성이 인정되고, 이미 알려진 백신 이상반응으로 인정되는 경우
② 인과성에 개연성이 있는 경우 (probably related, probable)	백신을 접종한 확실한 증거를 확보하였고, 예방접종 후 이상반응이 발생한 시기가 시간적 개연성이 있으며, 어떤 다른 이유보다도 백신에 의한 인과성이 인정되는 경우
③ 인과성에 가능성이 있는 경우 (possibly related, possible)	백신을 접종한 확실한 증거를 확보하였고, 예방접종 후 이상반응이 발생한 시기가 시간적 개연성이 있으며, 이상반응이 다른 이유 보다는 예방접종으로 인해 발생했을 가능성이 더 높은 경우
④ 인과성이 인정되기 어려운 경우 (probably not related, unlikely)	예방접종 후 이상반응이 발생한 시기가 시간적 개연성이 있으나, ① <u>백신과 이상반응에 대한 자료가 충분하지 않거나 (④-1)</u> ② 백신보다는 다른 이유에 의한 가능성이 더 높은 경우
⑤ 명확히 인과성이 없는 경우 (definitely not related)	① 백신을 접종한 확실한 증거가 없는 경우나 ② 예방접종 후 이상반응이 발생한 시기가 시간적 개연성이 없는 경우 또는 ③ 다른 명백한 원인이 밝혀진 경우

※ 1), 2), 3)의 경우 보상 인정

## 부록 4

## 2021년 긴급복지지원제도 개요

- 지원대상 : ① 위기사유 발생으로 ② 생계유지가 곤란한 ③ 저소득층에 대해 긴급생계비 등을 일시적으로 신속하게 지원
- 위기 사유(위기상황 해당시 先 지원 後 조사 원칙, 긴급복지지원법 제2조, 시행규칙 제1조의 2)

1. 주소득자의 사망, 가출, 행방불명, 구급시설에 수용 등으로 소득을 상실한 경우
2. 중한 질병 또는 부상을 당한 경우
3. 가구구성원으로부터 방임 또는 유기되거나 학대 등을 당한 경우
4. 가정폭력 또는 성폭력을 당한 경우
5. 화재 또는 자연재해 등으로 인하여 거주하는 주택 또는 건물에서 생활하기 곤란한 경우
6. 주소득자 또는 부소득자의 휴업, 폐업 또는 사업장의 화재 등으로 인하여 실질적인 영업이 곤란하게 된 경우
7. 주소득자 또는 부소득자의 실직으로 소득을 상실한 경우
8. 보건복지부령에 따라 지자체 조례로 정한 사유가 발생한 경우
  - 소득활동 미미(가구원 간호·간병·양육), 기초수급 중지·미결정, 수도·가스 중단, 사회보험료·주택임차료 체납 등
9. 그 밖에 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 경우
  - ① 주소득자와의 이혼, ② 단전된 때, ③ 교정시설 출소자 생계 곤란, ④ 가족으로부터 방임·유기 또는 생계곤란 등으로 노숙을 하는 경우, ⑤ 사각지대발굴, 통합사례관리 대상자 또는 자살고위험군으로서 관련 부서(기관)로부터 생계가 어렵다고 추천을 받은 경우, ⑥ (한시) 무급휴직 등으로 소득을 상실한 경우, ⑦ (한시) 자영업자, 특수형태근로종사자 또는 프리랜서의 소득이 급격히 감소한 경우

- 소득·재산기준(기준 충족 여부는 사후조사, 적정성 심사 시 판단)

- (소득) 기준 중위소득 75% 이하

가구규모	1인	2인	3인	4인	5인	6인	7인
원/월	1,370,873	2,316,059	2,987,963	3,657,218	4,318,030	4,971,452	5,622,899

※ 8인 이상 가구의 경우, 1인 증가시마다 651,446원씩 증가(8인 가구 6,274,345원)

- (재산) 대도시 1억8800만 원, 중소도시 1억1800만 원, 농어촌 1억100만 원 이하

※ 다만, 실거주재산을 고려하여 재산 차감 기준(대도시 1억6200만 원, 중소도시 8,200만 원, 농어촌 6,900만 원)에 따라 추가 공제

- (금융재산) 500만 원 이하

※ 일상생활 유지비용인 생활준비금을 가구원수별 기준 중위소득 150% 추가 공제

- 지원내용(4인 기준/월) : 생계(126.7만 원), 의료(1회 300만 원 이내)

\* 기타 급여로 주거, 복지시설이용, 교육비, 연료비(10월~3월), 해산비, 장제비, 전기요금 등 지원

□ 긴급지원 지원금액

① 생계지원

(원/월)

가구구성원 수	1인	2인	3인	4인	5인	6인
지원금액	474,600	802,000	1,035,000	1,266,900	1,496,700	1,722,100

※ 가구구성원이 7인 이상인 경우, 1인 증가시마다 225,400원씩 추가 지급

② 의료지원 한도액 : 300만 원 이내

③ 주거지원 한도액

(원/월)

지 역	가구구성원 수	1~2 인	3~4인	5~6인
	대 도시	387,200	643,200	848,600
	중 소 도시	290,300	422,900	557,400
	농 어 촌	183,400	243,200	320,300

④ 사회복지시설의 이용지원 한도액

(원/월)

입소자 수	1인	2인	3인	4인	5인	6인
지원금액	535,900	914,200	1,182,900	1,450,500	1,719,200	1,987,700

※ 입소자가 7인 이상인 경우, 1인 증가시마다 278,000원씩 추가 지급

⑤ 교육지원 금액

(원/분기)

구 분	초등학생	중학생	고등학생
지원금액	221,600	352,700	432,200원 및 수업료·입학금

⑥ 그 밖의 지원 금액

(원/월)

지원종류	연료비	해산비	장제비	전기요금
지원금액	98,000	700,000	800,000	500,000 이내

※ 산업재해보상보험법 제71조 등 다른 법률에 의하여 장제비를 지급받은 자는 그 금액을 차감하여 지급

## □ 개념

- 중증 질병, 부상 등으로 발생하는 가구 소득수준 대비 과도한 의료비 부담을 덜어 주기 위해 재난적의료비를 지원하여 최후의 의료안전망 역할 수행

## □ 추진경과

- ('13.8월~'17년) 4대 중증질환에 대하여 한시적 시범사업 실시
- ('18년) 「재난적의료비 지원에 관한 법률」 제정('18.1월)으로 제도화 및 본사업 시행('18.7월)

## □ '18년 재난적의료비 지원 제도화 이후 주요 확대내용

- (대상질환) 4대 중증질환(암, 심장, 뇌혈관, 희귀난치성 질환) 입원 중심에서 → 모든 질환
- (지원항목 및 비율) 비급여 본인부담금(치료외적 비급여 제외) 및 본인 부담상한제 미적용 급여(선별·예비급여 등), 전액 본인부담금의 50% 지원
- (소득기준) 소득하위 40%(중위소득 80%) → 50% 이하(중위소득 100%) 중심
  - 기준중위소득 100~200%의 경우 개별심사를 통해 지원
- (개별심사 : 신설) 지원 기준을 다소 초과하더라도 지원이 필요한 사례의 경우 실무위원회에서 개별심사를 통해 선별