한국의료지원재단
Korea Medical Assistance Foundation

ISU 이수앱지스

GUIDE BOOK

파브리병 약제비 지원 사업 안내서

01 사업 목적

파브리병 약제비 지원 사업(이하 “본 사업”)은 파브리병 치료를 위해 파바갈®주를 처방 받는 환자의 경제적 부담을 경감하고 환자가 치료를 지속하여 일상생활이 가능하도록 함을 목적으로 환자 본인부담금의 일정 비율을 ㈜이수앱지스(이하 “회사”)에서 지원하는 사업입니다.

02 지원 대상

파브리병(α-galactosidase A 결핍)으로 진단된 환자 중 아래의 A, B, C 항목을 모두 충족하고, D 항목 중 1개 이상의 파브리병 관련 합병증이 있는 환자

A. 파브리병으로 진단되어 파바갈®주를 투약 중인 환자 (필수 충족)
B. 희귀질환 의료비 지원 사업(H-card)에 탈락된 환자 (필수 충족)
C. 본인 포함 가족 및 친인척 내 2인 이상 파브리병으로 진단된 환자 (필수 충족)
D. 파브리병 관련 합병증이 있는 환자 (D-1, D-2, D-3, D-4 중 1개 이상 충족):
- **D-1.** 신장기능:
  - ① 사구체여과율 감소15≦eGFR<90ml/min/1.73m^2
  - ② 남성: 미세알부민뇨(>30mg/m), 알부민뇨(>20㎍/min), 또는 단백뇨(>150mg/24hr)
  - ③ 여성: 단백뇨(>300mg/24hr)
- **D-2.** 심장기능: 좌심실벽 두께>12mm, 부정맥 또는 전도장애 등
- **D-3.** 뇌 기능: 뇌졸중 또는 일과성허혈발작 등
- **D-4.** 손발 통증 등 말초 증상

※ 위의 항목에 충족되지 않는 환자는 지원대상이 아닙니다.

03 지원 내용

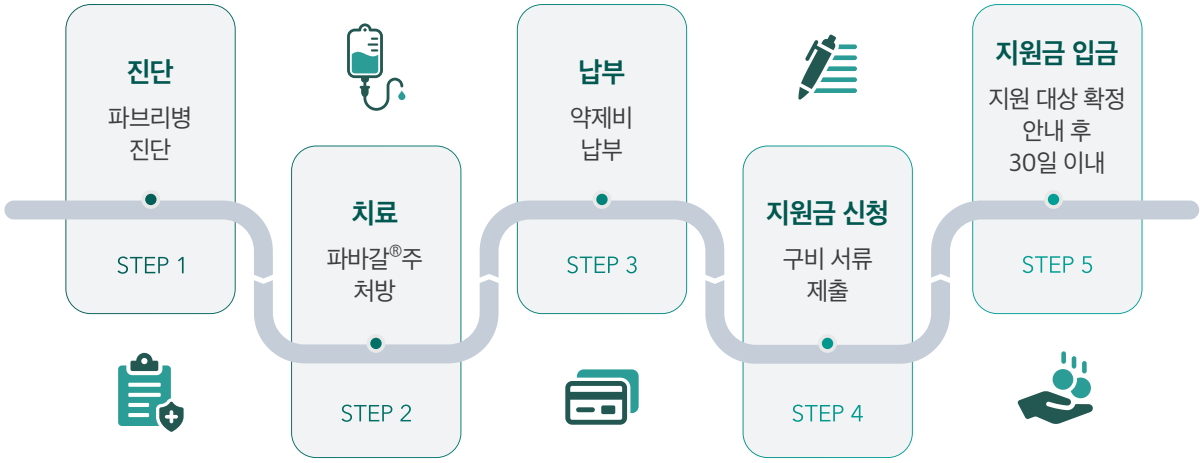
각 지원 대상의 소득분위에 따라 2024년 본인부담상한액의 지원 비율에 해당되는 금액을 약제비로 지원해 드립니다.

소득 분위	2023년 개인별 월평균 보험료*		2024년 본인부담상한액**	지원 비율	지원 금액
	지역	직장			
1분위	11,430원 이하	52,850원 이하	87만원	100%	87만원
2-3분위	18,530원 이하	75,080원 이하	108만원	100%	108만원
4-5분위	53,470원 이하	100,620원 이하	167만원	100%	167만원
6-7분위	118,490원 이하	144,480원 이하	313만원	100%	313만원
8분위	163,230원 이하	182,840원 이하	428만원	약 75%	321만원
9분위	242,380원 이하	250,250원 이하	514만원	약 65%	329만원
10분위	242,380원 초과	250,250원 초과	808만원	약 40%	331만원

*보건복지부. 본인부담상한액 기준보험료의 산정기준 등에 관한 고시 일부 개정. 보건복지부고시 제2023-75호. Apr. 25, 2023.
**국민건강보험공단. 2024년 본인부담상한액 기준. Available at <https://www.nhis.or.kr/nhis/policy/wbhada14200m01.do> accessed on Jan. 19, 2024.

04 신청 방법 및 운영 기간

신청 방법: 지원 대상에 충족하는 경우 신청 가능하며, **구비 서류 사진 촬영 후 문자메시지 발송**을 통해 신청하여 주시기 바랍니다.



운영 기간: 2024.03.01 ~ 본 사업 예산 소진 시까지

※ 본 사업은 회사의 내부 사정에 의해 조기 종료될 수 있으며, 공정거래법 등에 대한 우려가 제기되거나 약가가 변동되는 경우 즉시 조기 종료될 수 있습니다.

05 구비 서류

다음의 서류를 **모두** 준비하여 **사진 촬영 후 파브리병 약제비 지원 사업 상담센터(010-5888-5593)로 문자메시지를 발송**해 주시면 신청이 완료됩니다.

① 파브리병 약제비 지원 사업 의료진 추천서
② 파브리병 약제비 지원 사업 신청서 및 개인정보 처리 동의서
③ 2023년 건강·장기요양보험료 납부확인서
④ 2024년 진료비 영수증 및 세부내역서 (파바갈®주 투약 확인용)
⑤ 신청자 본인 통장사본
(대리인 통장사본으로 수령 시, 위임장†, 대리인 통장사본 및 가족관계증명서)

†위임장은 ② 파브리병 약제비 지원 사업 신청서 및 개인정보 처리 동의서 하단의 양식을 사용하여 작성해 주시기 바랍니다.
※ 구비 서류 양식이 추가로 필요하신 경우, 파브리병 약제비 지원 사업 상담센터로 문의 주시기 바랍니다.

구비 서류 제출처

파브리병 약제비 지원 사업 상담센터

010-5888-5593

한국의료지원재단
Korea Medical Assistance Foundation

ISU 이수앱지스

⚠ 주의 및 참고사항

1. 이상사례란 의약품등의 투여·사용 중 발생한 바람직하지 않고 의도되지 아니한 징후, 증상 또는 질병을 말하며, 당해 의약품 등과 반드시 인과관계를 가져야 하는 것은 아닙니다. 파바갈®주 투약 후 이상사례를 인지하게 될 경우, 엠엠케이커뮤니케이션즈㈜로 보고가 가능하며, 보고한 경우 환자 및 의사를 통해 추가적인 정보가 요청될 수 있습니다. 파바갈®주의 제품정보는 이수앱지스 홈페이지 (https://www.abxis.com/) 또는 식품의약품안전처 의약품안전나라(https://nedrug.mfds.go.kr)에서 확인하여 주시기 바랍니다.
2. 구비 서류는 사진 촬영 후 문자메시지로 제출 가능하며, 판독이 불가한 경우 추가적인 서류를 요청 드릴 수 있습니다.

문의처

파브리병 약제비 지원 사업 상담센터
주소: 서울특별시 강남구 논현로 523 노바빌딩 3층, IQVIA MMK Communications
대표전화: 010-5888-5593
Email: mmk-fabagal@iqvia.com