

2025 알기 쉬운 의료급여제도



건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

2025 알기 쉬운
의료급여제도

I

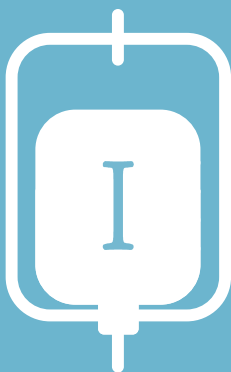
의료급여제도

1. 의료급여제도 개요	5
2. 의료급여 절차	6
3. 의료급여 본인일부부담금	9
4. 2024년 변경된 의료급여제도	13
5. 의료급여기준 이력관리시스템	15

II

자주하는 질문

1. 의료급여기준	17
2. 의료급여 절차	19
3. 선택의료급여기관 이용절차	24
4. 수가 기준 및 청구방법	26
5. 의료급여 정신질환	28
6. 본인일부부담금 적용	31
7. 경증질환 약제비 본인부담 차등제	34



의료급여제도



01. 의료급여제도 개요	5
02. 의료급여 절차	6
03. 의료급여 본인일부부담금	9
04. 2024년 변경된 의료급여제도	13
05. 의료급여기준 이력관리시스템	15

1 의료급여제도란?

- 생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민의 의료문제(질병, 부상, 출산 등)를 국가가 보장하는 공공부조 제도로 건강보험과 함께 국민 의료보장의 중요한 수단이 되는 사회보장 제도입니다.

2 의료급여 수급권자란?

- 의료급여법에 의한 의료급여를 받을 수 있는 자격을 가진 사람을 말합니다.
○ 수급권자 구분

구분	대상
1종수급권자	• 국민기초생활보장 수급자 - 근로무능력가구, 시설수급자, 등록결핵질환자, 희귀질환자, 중증난치질환자, 중증질환(암, 중증화상) 등록자 • 타법적용자 - 이재민, 노숙인 - 타법적용자 중 근로무능력자 (의상자 및 의사자의 유족, 입양아동(18세미만), 국가유공자, 국가무형유산의 보유자, 북한이탈주민, 5·18 민주화운동 관련자) • 행려한자
2종수급권자	• 국민기초생활보장 수급자 및 타법적용자* 중 1종수급권자 기준에 해당되지 않는 자

* 타법적용자 중 1·2종 구분은 '23년 1월 1일 신규수급권 신청자부터 적용

3 의료급여기관이란?

- 「의료법」 및 「약사법」 등에서 정하는 의료기관 및 약국 등을 말합니다.
○ 의료급여기관 구분

구분	의료급여기관
제1차의료급여기관	• 의원, 보건소, 보건지소, 보건진료소, 보건의료원, 약국 등
제2차의료급여기관	• 병원, 종합병원
제3차의료급여기관	• 상급종합병원

1 의료급여 절차란?

- 의료급여는 본인부담이 없거나 소액만 부담하는 특성으로 인해 제2·3차의료급여기관으로 진료가 집중될 수 있는 소지가 높아, 의료자원의 효율적 활용과 대형병원으로의 환자 집중현상을 방지하기 위하여 건강보험의 2단계 요양급여와 달리 3단계 의료급여 절차를 규정하고 있습니다.
- 의료급여 절차에 의하지 않고(의료급여의뢰서 없이) 의료급여기관을 이용한 경우에는 진료비 전액을 본인이 부담해야 합니다.

2 3단계 의료급여 절차

- 수급권자가 의료급여를 받고자 하는 경우 먼저 제1차의료급여기관에 의료급여를 신청하여야 합니다.
- 진찰 결과 또는 진료 중에 다른 의료급여기관의 진료가 필요한 경우에는 진료담당의사의 진료의견이 기재된 '의료급여의뢰서'를 제출하여야 합니다.
 - ※ 의료급여의뢰서는 발급받은 날부터 7일(공휴일 제외) 이내에 제2차 또는 제3차의료급여기관에 제출(7일 이내에 진료를 예약하고 진료를 받는 때에 의료급여의뢰서를 제출하는 경우에는 예약접수일을 의료급여의뢰서 제출일로 봄)
- 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관은 수급권자의 상태가 호전되는 때에는 '의료급여회송서'를 수급권자에게 발급하여 회송할 수 있습니다.
 - ※ 선택의료급여기관 이용자는 해당하지 않음
- 의료급여 절차도



○ 의뢰 순서

- 제1차의료급여기관 → 제2차의료급여기관
- 제2차의료급여기관 → 제2차의료급여기관 또는 제3차의료급여기관
- 제3차의료급여기관 → 제3차의료급여기관

○ 회송 순서

- 제3차의료급여기관 → 제2차의료급여기관 또는 제1차의료급여기관
- 제2차의료급여기관 → 제1차의료급여기관

○ 의료급여 단계별 진료 예외 사항(의료급여의뢰서 불필요)

구분	예외 사항
제2차의료급여기관 또는 제3차의료급여기관에 의료급여 신청 가능	• 응급환자 • 분만 • 결핵질환, 희귀난치성질환, 중증질환자(보건복지부장관 고시) • 의료급여기관에서 근무하는 자가 그 근무하는 기관에서 진료 받는 경우 • 등록 장애인이 장애인 보조기기를 지급 받는 경우 • 등록 장애인이 장애인구강진료센터에서 진료 받는 경우 • 감염병의 확산 등 긴급한 사유가 있는 경우(보건복지부장관 고시) • 국가건강검진을 받은 사람이 결핵질환의 확진검사를 받는 경우
제2차의료급여기관에 의료급여 신청 가능	• 재활의학과에서 작업치료·운동치료 등의 재활치료를 받는 경우 • 한센병환자 • 등록 장애인 • 섬·벽지 지역(국민건강보험법 시행령 제45조제1호) 의료급여 수급권자 • 상이등급을 받은 자 • 15세 이하의 아동이 진료 받는 경우

3 선택의료급여기관 이용절차

○ 선택의료급여기관이란?

- 의료급여 상한일수를 초과한 수급자는 여러 의료급여기관 이용에 따른 약제 병용 투여 및 중복투약으로 인하여 건강상 위해 발생 가능성이 높으므로, 차기연도 말까지 본인이 선택한 의료급여기관을 우선 이용토록 하는 것을 조건으로 상한일수를 연장해드리는 제도입니다.
- ※ 연장승인신청자 중 다음 해 복용할 약제를 처방받은 것으로 인해 당해연도 급여일수가 초과된 사람에 대하여 시·군·구청장은 의료급여심의위원회의 심의를 거쳐 당해연도 선택의료급여기관 지정 제외자로 처리가능

○ 선택의료급여기관 의료급여 절차

- 선택의료급여기관 외에 다른 의료급여기관에서 진료가 필요한 경우에는 선택의료급여기관에서 의료급여 의뢰서를 발급받아 이용하여야 합니다.

○ 재의뢰가 불가한 경우

- 선택의료급여기관으로부터 진료를 의뢰받은 의료급여기관에서 다음의 경우는 재의뢰 불가합니다.

- 의뢰받은 제1차의료급여기관 → 제1차의료급여기관
- 의뢰받은 제2차의료급여기관 → 제1차 또는 제2차의료급여기관
- 의뢰받은 제3차의료급여기관 → 제1차~제3차의료급여기관

○ 선택의료급여기관 단계별 진료 예외사항

구분	예외사항
선택의료급여기관 이외의 의료급여기관에 의료급여 신청 가능	• 응급환자 • 장애인 보조기구를 지급받는 경우 • 보건기관(보건의료원 제외)에서 외래진료 및 보건기관 처방에 의한 약국 이용

1 의료급여기관 이용 시 본인부담률 및 부담액

구분		1차 (의원)	2차 (병원, 종합병원)	3차 (상급종합병원)	약국	CT, MRI, PET 등
1종	입원	무 료			-	무 료
	외래	1,000원	1,500원	2,000원	500원	5%
2종	입원	10%	10%	10%	-	10%
	외래	1,000원	15%	15%	500원	15%

※ 경증질환 약국 약제비 본인부담률 3% 적용

※ 비급여는 전액본인부담, 선별급여는 항목별로 30~90% 본인부담

※ 요양병원 입원환자가 의료급여의뢰서 없이 다른 의료기관 이용 시 진료비 전액 본인부담

※ 연장승인(선택의료급여기관) 미신청자(불승인자) 본인부담률 입원 20%, 외래 및 약국 30%

2 본인부담금 면제자

구분	대 상 자
1종	• 18세 미만인 자 • 20세 미만인 자로 중고등학교 재학 중인 자 • 임신부 • 가정간호대상자 • 선택의료급여기관 이용자 * 응급상황 및 장애인 보조기구를 지급받으려는 경우 선택의료급여기관이 아닌 다른 의료급여기관에서 외래진료 받은 경우 본인부담금 면제 • 행려환자 • 노숙인 진료시설을 이용하는 노숙인 * 의뢰없이 발생한 응급·분만으로 노숙인 진료시설 이외의 의료급여기관을 이용하거나 노숙인 진료시설에서 의뢰되어 제3차의료급여기관을 이용하는 경우 본인부담금 면제 • 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵질환, 희귀난치성질환 또는 중증질환을 가진 사람 * (구)등록 희귀난치성환자(2013.9.30. 이전 적용 수급권자) 포함
2종	• 입원 본인부담 면제자 : 자연분만, 제왕절개분만, 6세 미만 아동 • 외래 본인부담 면제자 : 1세 미만 아동(의뢰금 진료) • 중증질환자 중 뇌혈관·심장질환자(수술·약제투여·입원, 최대 30일) • 중증외상환자(권역외상센터 입원, 최대 30일)

※ 관련근거 : 「의료급여법 시행령」 제13조, [별표1], 동법 「시행규칙」 제19조의4

3 잠복결핵 치료 관련 진료 본인부담률

○ 잠복결핵 치료 관련 입원 및 외래진료 : 본인부담 면제

4 인체면역결핍바이러스질환자 관련 진료 본인부담률

○ 인체면역결핍바이러스질환자의 해당상병 입원 및 외래진료 : 본인부담 면제

5 입원 식대 본인부담률

구분	본인부담률
1종·2종	20%
2종장애인	
중증질환(합병증 포함)	5%
행려환자, 자연분만, 6세 미만 아동	무 료

6 2, 3인실 입원료 본인부담률

구분	2인실	3인실
상급종합병원	50%	40%
종합병원·한방병원·정신병원·병원(치과·요양병원* 제외) *의료재활시설은 포함('19.11.1.부터)	40%	30%

※ 본인부담 보상제 · 상한제 해당되지 않음, 2종장애인의 경우 장애인의료비 지원 없음

7 65세 이상 등록된 틀니 및 치과 임플란트 본인부담률

구분	틀니	임플란트
1종	5%	10%
2종	15%	20%

※ 본인부담 보상제 · 상한제 해당되지 않음, 2종장애인의 경우 장애인의료비 지원 없음

8 추나요법 본인부담률

구분	복잡추나		단순추나, 특수추나	
	1종	2종	1종	2종
디스크, 협착증	30%	40%	30%	40%
디스크, 협착증 외	80%	80%		

9 의료급여 2종수급권자 본인부담률

○ 치아 홈메우기

구분		본인부담률
입원	6세 미만	무료
	6세 이상 ~ 15세 이하	3%
	16세 이상 ~ 18세 이하	5%
외래	18세 이하	병원급 이상 5%

○ 분만 및 임신부

구분		본인부담률
입원	자연분만	무료
	제왕절개분만	무료
	고위험 임신부	5%
외래	임신부(유산·사산 포함)	병원급 이상 5%

○ 15세 이하 아동

구분		본인부담률	
입원	6세 미만	무료	
	6세 이상 ~ 15세 이하	3%	
외래	1세 미만	제1차의료급여기관	무료
		제2·3차의료급여기관	5%
	1세 미만 만성질환자	제2차의료급여기관	무료
	5세까지의 조산아·저체중출생아	병원급 이상 5%	

○ 정신질환 외래진료

구분	본인부담률
조현병	병원급 이상 5%
조현병 외 정신질환	병원급 이상 10%
장기지속형 주사제* *1·2종 모두 해당, 외래본인부담면제자 제외	5%

○ 치매질환 입원 및 병원급 이상 외래진료 : 5%

○ 만성질환자(보건복지부 고시)의 병원급 외래진료 : 1,000원

○ 가정간호 대상자 : 10%

○ CT, MRI, PET 등

구분		본인부담률
임신부(유산·사산 포함)	제1차의료급여기관	5%
5세까지의 조산아 및 저체중 출생아	제1차의료급여기관	
치매 질환자	제1차의료급여기관	
1세 미만 만성질환자	제2차의료급여기관	
조현병 등 정신질환자	제2·3차의료급여기관	15%

1

비상진료 추가 지원방안 수가 지원 (2024.3.11.시행)

- 의사 집단행동에 따른 진료 차질 최소화 위해 비상진료에 대한 의료급여 실시
 - 응급 진찰료 수가 신설, 응급환자 응급의료행위[별표1] 가산 한시적 확대, 중증입원환자 비상진료 정책 지원금, 중증환자 진료에 대한 보상, 회송료 수가 인상 등
 - ※ 관련근거: 「비상진료 추가 지원방안(건강보험, 의료급여) 수가 지원」 보험급여과-1028호

2

「노숙인진료시설 지정 등에 관한 고시」 일부개정(2024.3.22.시행)

- 전체 제1차·제2차의료급여기관을 노숙인진료시설(요양병원 제외)로 지정 확대
유효기간 1년 연장(유효기간: 2024.3.22.~2025.3.21.)
※ 관련근거: 「노숙인진료시설 지정 등에 관한 고시」 고시 제2024-40호
- 노숙인 의료접근성을 지속 제고하기 위해 감염병 위기경보 발령과 상관없이 전체 제1차 및 제2차 의료급여기관을 노숙인진료시설로 지정(유효기간: 2024.5.8.~2025.3.21.)
※ 관련근거: 「노숙인진료시설 지정 등에 관한 고시」 고시 제2024-80호

3

보철물(틀니)의 유지관리 관련 장애인 가산수가 신설 (2024.3.27.시행)

- 치과처치·수술료 보철물의 유지관리 주항에 따른 장애인 가산수가(수가코드 UH664~UH674)를 산정하는 경우 해당 가산금액은 의료급여기금에서 지원
※ 관련근거: 「보철물(틀니)의 유지관리 장애인 치과 가산 수가 의료급여비용 청구방법 안내」 기초의료보장과-4422호

4

보호출산제 도입에 따른 「의료급여법 시행규칙」 일부개정 (2024.7.19.시행)

- 사회적·경제적 어려움 등으로 출산·양육을 고민하는 위기임산부가 의료기관에서 가명으로 산전검진 및 출산 관련 진료를 받을 수 있도록 하는 법적 근거 마련
※ 관련근거: 「의료급여법 시행규칙」 제14조, 제20조

5 만성신부전증환자의 산정특례 적용범위 정비와 분만 공공정책수가 적용 (2024.7.30.시행)

- 만성신부전증환자 외래진료에 인공신장투석을 위한 시술·수술 관련 진료를 추가하여 적용범위 확대 및 건강보험요양급여비용의 분만 공공정책수가를 서식 개정하여 의료급여 환자에 적용
 - ※ 관련근거: 「의료급여수의 기준 및 일반기준」제17조, [별표1]

6 감염병 환자에 대한 의료급여 법적 근거 마련 (2024.10.25.시행)

- 코로나19 치료제 급여등재에 따른 의료급여 본인부담 면제 조항 신설
 - ※ 관련근거: 「의료급여법 시행령」 [별표1] 제3호 마목, 「의료급여수의 기준 및 일반기준」 제17조의14

7 국가건강검진 후 확진검사 우울증·조기정신증 질환 의심 시 의료급여 적용 (2025.1.1.시행)

- 국가건강검진을 받은 의료급여 수급권자가 검사결과에 따라 고혈압·당뇨병·결핵 질환 확진을 위한 경우에 우울증·조기정신증 질환을 의심하는 경우도 추가하여 외래에서 실시하는 추가 진료 및 검사를 적용받도록 안내
 - ※ 관련근거: 「건강검진기본법」, 「의료급여법 시행령」 [별표1]

1 목적

- 의료급여는 건강보험과 달리 의료급여 적용기준 및 방법·절차·범위·상한 등이 다양하게 운영되고 있습니다. 이에 “의료급여기준 이력관리시스템”을 구축하여 체계적 관리와 업무 효율성 제고는 물론 대내외 정보이용자에 대한 만족도를 제고하고자 합니다.

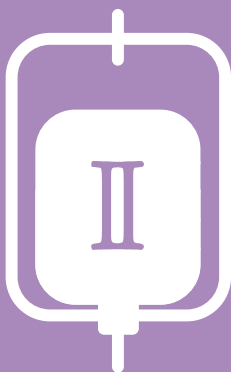
2 주요 기능 및 내용

- 의료급여 기준 제·개정 연혁 및 내용
 - 제·개정 사유, 삭제 및 변경 등에 대한 경과 및 세부 사항(법령, 의료급여기준, 고시 등)
- 연혁 내역: 법령 및 기준
 - 의료급여법(시행령, 시행규칙 포함 최근 개정 법령 업로드)
 - 의료급여수가의 기준 및 일반기준
 - 의료급여 관련 급여기준

3 의료급여기준 이력관리시스템 접속 경로

- 심사평가원 홈페이지 하단 바로가기 메뉴를 통해 접속 가능

요양기관 업무포털 서비스(<http://biz.hira.or.kr>) → 심사기준 종합서비스 →
급여기준 이력조회(<http://rulesvc.hira.or.kr>) → “의료급여” 이력조회화면



자주하는 질문



01. 의료급여기준	17
02. 의료급여절차	19
03. 선택의료급여기관 이용절차	24
04. 수가 기준 및 청구방법	26
05. 의료급여 정신질환	28
06. 본인일부부담금 적용	31
07. 경증질환 약제비 본인부담 차등제	34

Q1

의료급여환자의 경우 어떠한 경우에 제1차의료급여기관(의원급)에 입원할 수 있나요?

A

제1차의료급여기관(의원급)에서는 아래와 같은 경우에 한하여 입원진료를 할 수 있도록 규정하고 있으며, 입원은 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 적절한 기간에 한하며, 단순한 통원불편 간병인력부재 등의 사유로 입원지시를 하여서는 안됩니다.

- 아 래 -

- 1) 분만 및 수술을 동반하는 경우
- 2) 정신질환, 한센병환자의 치료, 골절로 인하여 입원치료가 불가피한 경우
- 3) 입원진료 중 의료급여수급권자로 자격이 변동된 경우
- 4) 말기암 환자에 대한 입원 진료가 필요한 경우

※ 관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제5조(입원진료 범위)

Q2

건강보험 산정특례 등록자인데, 의료급여로 자격이 변경되었습니다. 이와 같은 경우, 산정특례 혜택을 받으려면 등록을 다시 해야 하는지요?

A

상병명(상병코드)이 일치하는 경우에는 다시 등록하지 않으셔도 됩니다. 이와 같은 경우 적용기간은 건강보험 산정특례 등록일로부터 5년간 연계 적용됩니다.

Q3

희귀질환자인데, 희귀질환 외 다른 상병이 있는 경우에도 의료급여의뢰서 없이 제2차 또는 제3차의료급여기관에서 진료를 받을 수 있나요?

A

보건복지부장관이 정하여 고시하는 등록 결핵질환, 희귀난치성질환 및 중증질환을 가진 사람이 의료급여를 받으려는 경우 모든 질환에 대하여 의료급여의뢰서 없이 제2차 또는 제3차의료급여기관에서 진료가 가능합니다.

※ 관련근거 : 「의료급여법 시행규칙」제3조제1항제3호

Q 4

의료급여수급권자인데 야간에 응급실에 가게 되었습니다. 응급실에서 진료한 경우 의료급여가 적용되는지요?

A

야간에 응급실에서 진료한 경우 모두 의료급여가 적용되는 것은 아니며 응급증상 및 이에 준하는 증상(「응급의료에 관한 법률 시행규칙」[별표1])으로 진료한 경우 의료급여가 적용되어 응급의료관리료와 본인부담금이 지원됩니다. 참고로 응급증상 및 이에 준하는 증상이 아닌데 응급실에 내원하여 진료한 경우에는 의료급여가 적용되지 않으므로 진료비 전액을 수급권자가 부담하여야 합니다.

※관련근거: 「응급의료수가기준」 및 「의료급여법 시행규칙」별표1의2

Q 5

의료급여 절차에 따른 의뢰 시, 의료급여의뢰서는 요양급여의뢰서 또는 의사소견서로 대체할 수 있나요?

A

의료급여의뢰서는 「의료급여법 시행규칙」 별지 제3호 서식으로 발급하여야 하며 요양급여의뢰서 또는 의사소견서 등으로 대체할 수 없습니다.

※관련근거 : 「의료급여법 시행규칙」 제3조, 「2024 의료급여사업안내」

Q 6

의료급여의뢰서는 언제까지 제출해야 하나요?

A

의료급여의뢰서는 발급받은 날부터 7일(공휴일 제외) 이내에 제출하여야 합니다. 7일 이내에 진료를 예약하고 진료 받는 때에 의료급여의뢰서를 제출하는 경우에는 예약접수일을 제출일로 봅니다.

※관련근거 : 「의료급여법 시행규칙」 제3조제4항

Q 7

의료급여수급권자가 의료급여의뢰서를 팩스로 발급해 달라고 요청하는데 발급해도 되나요?

A

의료급여의뢰서는 진찰결과 또는 진료 중에 제2차 또는 제3차의료급여기관의 진료가 필요하다고 판단되는 경우 진료를 담당한 의사가 진료의견을 기재하여 발급토록 하고 있습니다. 따라서 환자가 진료를 받지 않고 의료급여의뢰서를 팩스로 요청할 경우, 진료 후 발급이 가능함을 안내하여야 합니다.

Q 8

의료급여수급권자가 퇴원 후 예약진료를 받기 위해 병원을 방문한 경우 의료급여의뢰서를 제출하여야 하나요?

A

의료급여수급권자가 동일한 상병의 입원진료 종료 후 해당 상병의 치료와 관련된 외래진료를 받기 위해 진료기관에 재 내원한 경우에는 별도의 의료급여의뢰서를 제출할 필요가 없습니다.

※관련근거 : 행정해석(보관 65730-368호, '01.04.02.)

Q 9

동일 질환으로 제3차의료급여기관에 재방문할 경우, 의료급여의뢰서를 다시 발급받아 가야하나요?

A

의료급여의뢰서는 해당 상병의 진료가 종료되는 시점까지 사용이 가능하므로 동일 질환으로 제3차 의료급여기관에 재방문 시 의료급여 의뢰서는 재발급 받지 않아도 됩니다.

Q 10

제1차의료급여기관에서 의료급여의뢰서를 발급받아 제2차의료급여기관에서 진료를 받은 후, 다른 상병이 있어 동일 진료과에서 진료를 받아야 하는 경우 의료급여의뢰서를 재발급 받아야 하나요?

A

의료급여의뢰서의 진료 받은 상병과 관련 없는 타 질환으로 진료 받을 경우에는 동일 진료과라 하더라도 의료급여의뢰서를 다시 제출하여야 합니다.

Q 11

의료급여수급권자가 제2차의료급여기관에서 제2차의료급여기관으로 혹은 제3차의료급여기관에서 제2차의료급여기관으로 전원하는 경우, 필요한 서류가 무엇인가요?

A

제2차의료급여기관에서 제2차의료급여기관으로 전원하는 경우에는 의료급여의뢰서를, 제3차 의료급여기관에서 제2차의료급여기관으로 전원하는 경우에는 의료급여회송서를 발급받아 제출하여야 합니다.

Q 12

제3차의료급여기관에서 재활운동치료를 받고 있습니다. 제2차의료급여기관으로 전원하려면 어떤 절차를 밟아야하나요?

A

제3차의료급여기관에서 제2차의료급여기관으로 전원 할 경우 의료급여회송서를 지참하여야 합니다. 다만 단순 물리치료가 아닌 작업치료, 운동치료 등의 전문재활치료가 필요하여 재활 의학과에서 의료급여를 받고자 하는 경우에는 의료급여 단계별 진료의 예외사항에 해당되어 의료급여의뢰서나 의료급여회송서가 없어도 제2차의료급여기관에서 의료급여신청이 가능합니다.

※관련근거 : 「의료급여법 시행규칙」제3조제1항제9호

Q 13**요양병원에 입원 중인 의료급여수급권자가 다른 의료급여기관의 진료를 위해선 의료급여의뢰서가 필요한가요?****A**

요양병원 입원 중인 의료급여수급권자가 불가피하게 다른 의료급여기관의 진료를 받아야 하는 경우에는 의료급여의뢰서(입원 중임을 기재)를 해당 요양병원에서 발급받아 다른 의료급여기관의 외래 이용이 가능합니다. 다만, 요양병원에 입원 중인 의료급여수급권자가 의료급여의뢰서 없이 다른 의료급여기관 이용 시 진료비 전액을 본인이 부담하여야 합니다.

※관련근거 : 「의료급여법 시행규칙」별표1의2

Q 14**15세 이하 아동인 의료급여수급권자가 의료급여의뢰서 없이 제2차 의료급여기관에 방문하였습니다. 의료급여를 적용받을 수 있나요?****A**

15세 이하 아동이 의료급여 진료를 받으려는 경우 의료급여 단계별 진료 예외에 해당하여, 의료급여의뢰서가 없어도 제2차의료급여기관에서 의료급여를 적용받을 수 있습니다.

※관련근거 : 「의료급여법 시행규칙」제3조제1항제14호

Q 15**등록 장애인이 제2차의료급여기관에서 진료를 받을 경우, 제1차 의료급여기관의 의료급여의뢰서가 있어야 하나요?****A**

등록한 장애인의 경우 의료급여 단계별 절차 예외에 해당되어 별도의 의료급여의뢰서 없이 제2차 의료급여기관에서 진료를 받으실 수 있습니다. 다만, 등록한 장애인이라 하더라도 선택의료급여 기관 대상자인 경우에는 선택의료급여기관의 의료급여의뢰서를 제출하여야 합니다.

※관련근거 : 「의료급여법 시행규칙」제3조제1항제11호

Q 16**건강보험 대상자로 제2차진료기관에서 진료의뢰를 받아 제3차진료기관에서 입원진료를 받고 있던 중 의료급여수급권자로 자격이 변동된 경우, 의료급여의뢰서를 재발급 받아야 하나요?****A**

건강보험에서 요양급여를 받고 있던 중 의료급여대상자로 자격이 변동된 경우 다시 의료급여의뢰서를 발급 받을 필요는 없습니다. 다만, 입원 및 외래진료 중인 상병의 진료가 종료된 후 관련 없는 상병으로 진료를 받을 경우에는 의료급여 절차에 따라 제1차 및 제2차의료급여기관에서 발행한 의료급여의뢰서를 발급받아야 합니다.

※관련근거 : 행정해석(보관 65730-872호, '99.07.08.)

Q 17

의료급여수급권자가 제2차의료급여기관에서 국가암검진을 받은 결과 이상소견이 발견되어, 해당병원(검진받은 병원)에서 진료를 받으려하는데 제1차의료급여기관의 의료급여의뢰서가 필요한지요?

A

제2차의료급여기관(병원)에서 국가암검진을 받은 결과 이상소견이 발견되어 진료담당 의사가 검진결과서에 제2차의료급여기관의 진료가 필요하다고 의사소견을 기재한 경우 해당 검진결과서를 의료급여의뢰서로 갈음할 수 있습니다. 따라서 제1차의료급여기관의 의료급여의뢰서 없이도 검진 받은 제2차의료급여기관에서 진료가 가능합니다.

※관련근거 : 행정해석(의급 65730-147호, '03.04.24.)

Q 18

제2차의료급여기관에서 국가건강검진을 받았습니다. 검진결과 고혈압, 당뇨병, 결핵, 우울증, 조기정신증 등 질환이 의심되어 확진검사를 받고자 하는데 검진기관인 제2차의료급여기관에서 가능할까요?

A

일반건강검진 결과 고혈압, 당뇨병, 결핵, 우울증, 조기정신증 등 질환이 의심되어 확진검사를 받고자 하는 의료급여수급권자는 제1차의료급여기관(의원급)에서 확진검사를 받아야합니다. 다만, 「의료급여법 시행규칙」제3조에 따른 의료급여절차 예외자의 경우에는 제2차 또는 제3차 의료급여기관에서 확진검사를 받을 수 있습니다.

※관련근거 : 행정해석(기초의료보장과-901호, '18.01.25.)

Q 19

응급증상으로 병원에 갈 경우, 반드시 응급실에서 진료를 받아야만 의료급여가 가능한가요?

A

「응급의료에 관한 법률」제2조제1호에 해당하는 응급환자인 경우 의료급여의뢰서 없이 응급실과 외래진료 모두 의료급여 혜택을 받을 수 있습니다.

※관련근거 : 「의료급여법 시행규칙」제3조제1항제1호

Q 20

응급환자가 응급진료를 받은 후, 익일에 진료를 받으러 온 경우에는 의료급여의뢰서가 필요한가요?

A

「응급의료에 관한 법률 시행규칙」제2조 및 동법 시행규칙 별표1에서 정한 응급진료를 받은 후 익일에 동일 의료급여기관에서 외래진료를 받는 경우 정당한 진료전달체계를 거친 것으로 보고 의료급여가 가능합니다. 그러나 익일 이후에 응급증상이 아닌 것으로 재방문한 경우에는 의료급여 단계별 절차 예외사항에 해당하지 아니하므로, 의료급여 절차를 지켜 의료급여의뢰서를 발급받아 제출하여야 합니다.

※관련근거 : 행정해석(의급 65730-117호, '03.04.02.)

Q 21

아간에 의료급여의뢰서 없이 제2차의료급여기관 응급실에서 진료를 받았는데, 응급증상이 아니어서 의료비 전액(100/100)을 부담했습니다. 의료비 전액을 환자가 부담하는 게 맞는지요?

A

제1차의료급여기관의 의료급여의뢰서 없이 제2차 또는 제3차의료급여기관의 응급실을 이용하는 경우 응급증상 또는 이에 준하는 증상에 해당되지 않으면 의료급여 단계별 절차 위반으로 의료비 전액(응급의료관리료, 진찰료, 검사비 등)을 환자가 부담하여야 합니다.

※관련근거 : 「응급의료수거기준」 및 「의료급여법 시행규칙」별표1의2

Q 22

의료급여의뢰서 없이 제2차의료급여기관을 방문하여 진료를 받았습니다. 그리고 제3차의료급여기관에서 진료를 보기 위해 제2차의료급여기관의 의뢰서를 발급받은 경우, 제3차의료급여기관의 진료비는 의료급여 혜택을 받을 수 있나요?

A

「의료급여법 시행규칙」별표1의2에 의하여 수급권자가 제3조의 규정에 의한 의료급여 절차에 의하지 아니하고 의료급여기관을 이용한 경우에 소요된 진료비용은 총액의 100분의 100 본인 부담률을 적용해야 합니다. 위와 같은 경우는 정당한 의료급여 절차에 해당한다고 볼 수 없으므로 의료급여 혜택을 받을 수 없습니다.

※관련근거 : 「의료급여법 시행규칙」제19조

Q 23

선택의료급여기관 적용 대상자입니다. 어떤 경우에 의료급여의뢰서 없이도 진료를 받을 수 있는지 궁금합니다.

A

응급증상에 해당하거나 장애인 보조기기를 지급받고자 하는 경우에는 선택의료급여기관의 의료급여 의뢰서가 없어도 다른 의료급여기관에서 진료 받을 수 있습니다.

※관련근거 : 「선택의료급여기관 적용 대상자 및 이용절차 등에 관한 규정」제10조

Q 24

제1차의료급여기관이 선택기관으로 등록 되어있는 환자가 선택기관을 거쳐 제2차 의료급여기관의 진료의뢰를 받아서 제3차의료급여기관에 내원한 경우, 제2차의료급여기관의 의료급여의뢰서만 있으면 의료급여가 적용되나요?

A

위와 같이 선택의료급여기관 적용 대상자가 단계별 절차를 거쳐 제3차의료급여기관으로 재의뢰 되는 경우, 제2차의료급여기관의 의료급여의뢰서가 있으면 제3차의료급여기관에서 의료급여가 적용됩니다.

※관련근거 : 「선택의료급여기관 적용 대상자 및 이용절차 등에 관한 규정」제6조제2항

Q 25

선택의료급여기관 적용대상자가 의료급여의뢰서를 발급받아 제2차 의료급여기관에서 외래 진료를 받은 후, 다른 제2차의료급여기관에 입원해야 하는 경우 의료급여의뢰서를 재발급 받아야 하나요?

A

선택의료급여기관에서 의뢰된 수급권자는 동일 종별(제2차의료급여기관에서 다른 제2차의료급여기관)로 재의뢰는 할 수 없습니다. 따라서 위와 같은 경우에 다른 제2차의료급여기관의 진료가 필요하다면 선택의료급여기관에서 의료급여의뢰서를 재발급 받아 입원 예정인 제2차의료급여기관에 제출하여야 합니다.

※관련근거 : 「선택의료급여기관 적용 대상자 및 이용절차 등에 관한 규정」제6조제2항제2호

Q 26

의거질환 산정특례 대상으로 등록되어 있으면서 제1차의료급여기관이 선택기관으로 지정된 의료급여수급자인 경우, 의료급여의뢰서 없이 제2차 또는 제3차의료급여기관에서 의료급여가 적용되나요?

A

산정특례등록환자라도 제1차의료급여기관을 선택기관으로 지정되어 있는 경우는 선택기관의 의료급여의뢰서를 제출하여야만 제2차의료급여기관에서 진료가 가능하며, 제2차의료급여기관을 거쳐 제3차의료급여기관에서도 진료가 가능합니다.

※관련근거 : 「선택의료급여기관 적용대상자 및 이용절차 등에 관한 규정」제9조

Q 27

제1차의료급여기관이 선택의료급여기관으로 지정된 1종수급권자입니다. 선택의료급여기관에서 진료할 수 없는 질환에 대하여 의료급여의뢰서를 발급 받아 다른 병원에서 진료를 받을 경우 본인부담금은 어떻게 되나요?

A

선택의료급여기관으로 지정된 제1차의료급여기관에서 진료 받을 경우는 본인부담금이 면제되지만, 의뢰 또는 재의뢰되어 진료 받는 기관에서는 본인부담금이 발생합니다. (1,000원~2,000원)

※관련근거 : 「의료급여법 시행령」별표1

Q 28

선택의료급여기관에서 의뢰되어 제2차 또는 제3차의료급여기관에서 진료를 받던 중 선택의료급여기관이 변경되었습니다. 이 경우 변경된 선택의료급여기관으로부터 의뢰서를 다시 발급받아야 하나요?

A

선택의료급여기관으로부터 의뢰받아 계속하여 진료 중 다른 선택의료급여기관으로 변경된 경우, 동일상병에 대하여 해당진료가 종료될 때까지는 변경된 선택의료급여기관의 의료급여의뢰서 추가 제출 없이 해당 제2·3차의료급여기관의 진료를 받을 수 있습니다. 다만, 다른 상병으로 진료를 받을 경우에는 변경된 선택의료급여기관의 진료담당의사의 진료의견이 기재된 의료급여의뢰서를 제출하여야 합니다.

※관련근거 : 보건복지부 발간 「2025 의료급여사업안내」

Q 29

‘의료질평가지원금’, ‘전문병원 관리료’, ‘전문병원 의료질평가지원금’ 수가를 건강보험과 동일하게 의료급여수급권자에게 산정할 수 있나요?

A

건강보험 환자와 달리 의료급여수급권자에게는 의료질평가지원금, 전문병원 관리료, 전문병원 의료질평가지원금 등의 수가를 의료급여비용으로 산정할 수 없습니다.

※관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제3조제2항

Q 30

의료급여수급권자에 대한 입원 식대 수가는 건강보험 식대 수가와 동일한가요?

A

건강보험의 경우는 요양기관 종별에 따라 식대 항목별 단가가 다르나, 의료급여 식대 수가는 종별 구분 없이 항목별(일반식, 치료식 등) 단일 수가입니다. 또한, 일반식 가산, 치료식 영양관리료 등의 가산수가를 적용하지 않습니다.

※관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제12조

Q 31

의료급여 환자가 허리통증으로 파스를 처방받아 약국에서 조제받은 경우 의료급여 적용이 가능한가요?

A

진통 목적으로 내복약이 아닌 파스(패취제)를 경구투여가 불가능한 환자라면 의료급여를 적용받을 수 있습니다. 다만, 경구투여가 가능함에도 불구하고 진통·진양, 수렴, 소염의 목적으로 외용제제*를 사용한 경우에는 약값 전액을 환자가 부담하여야 합니다.

*식약처 의약품분류번호 264 약제 중 제형 카타플라스마제, 첩부제(경고제, 플라스타제 포함), 패취제에 해당하고, diclofenac, felbinac, flurbiprofen, indomethacin, ketoprofen, piroxicam을 함유하는 외용제제인 경우

Q 32**의료급여수급자가 만성신부전증으로 외래에서 혈액투석을 받을 경우 수가 산정 방법이 어떻게 되나요?****A**

만성신부전증으로 외래에서 혈액투석을 시행한 경우, 혈액투석 1회당 정액수가(병원급 이상: 1,315.22점, 의원: 1,168.07점)에 ‘건강보험요양급여비용의 내역’의 유형별 분류에 따른 점수당 단가를 곱한 금액과 혈액투석[1회당](코드 07020)의 주1(재료대와 약제의 비용)과 2(투석액)의 금액을 합하여 산정합니다.

※관련근거: 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제7조

Q 33**의료급여수급권자가 외래에서 혈액투석을 받은 경우, 혈액투석 정액수가와 별도로 수가 청구가 가능한 범주는 어떠한가요?****A**

의료급여 혈액투석 정액수가는 진찰료, 혈액투석수기로, 필수경구약제 및 Erythropoietin제제를 포함한 약제, 검사료 등을 포함합니다. 다만, 혈액투석을 위한 정맥내 카테터삽입술 또는 혈관중재시술 등의 비용, 감염병의 확산 등에 따른 긴급한 사유로 보건복지부장관이 한시적으로 인정하는 항목에 대한 비용 및 만성신부전 관련 합병증이 아닌 다른 상병으로 진료를 받는 경우에는 혈액투석 정액수가와 별도로 행위별 명세서를 이용하여 청구 가능합니다.

※관련근거: 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제7조

Q 34**요양병원 입원 중인 산정특례 대상자를 다른 요양기관에 해당 상병으로 진료 의뢰 시, 청구방법이 어떻게 되나요?****A**

「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」[별표3] “중증질환자 산정특례대상” 중 암환자, 중증화상환자와 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성 질환에 따른 산정특례 대상자를 해당 상병으로 진료 의뢰한 경우 진료의뢰를 받은 요양기관에서 청구합니다.(단, 의료급여의 경우 조현병, 치매 환자는 의료급여 산정특례 대상자에서 제외됩니다.)

※관련근거: 행정해석(기초의료보장과-7894호, ‘20.01.01.)

Q 35

의료급여 정신건강의학과 입원 및 외래 수가체계는 어떻게 되나요?

A

의료급여수급권자가 정신건강의학과 정신의료기관에 입원한 경우에는 기관의 인력확보 수준(G1~G5)에 따른 1일당 정액수가로 산정하며, 외래 진료는 건강보험과 동일하게 행위별 수가로 산정합니다.

※관련근거: 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제9~11조

Q 36

의료급여수급권자가 정신질환으로 입원치료 받는 경우, 정액수가와 별도로 수가 청구가 가능한 범주는 어떠한가요?

A

정신질환에 대한 정액수가는 환자 진료에 필요한 진찰료·입원료·투약료·주사료·검사료 등을 포함합니다. 다만, 입원 기간 중 약품비, 퇴원 투약비용, 마약류 관리료, 입원환자 안전관리료, 식대, 정신요법료 및 감염병의 확산 등에 따른 긴급한 사유로 보건복지부장관이 한시적으로 인정하는 항목에 대한 비용은 정액수가와 별도로 행위별로 산정할 수 있습니다.

※관련근거: 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제9조

Q 37

정신질환으로 입원중인 의료급여수급권자를 다른 의료급여기관으로 외래 진료 (내과 등)를 의뢰한 경우, 내과 진료비는 행위별 수가로 청구할 수 있나요?

A

정신질환자가 정신건강의학과 의료진으로 진료가 곤란한 다른 진료과목에 해당하는 질환이 발생하였으나 해당 의료급여기관 인력, 시설, 장비로는 치료가 곤란하여 다른 의료급여기관으로 외래진료를 의뢰한 경우 진료비는 의뢰받은 의료급여기관에서 행위별 외래수가를 적용하여 청구할 수 있습니다. 참고로, 본인일부부담금은 입원 본인부담률을 적용합니다.

※관련근거: 의료급여수가의 기준 및 일반기준, [별표1]

Q 38

정신건강의학과 입원 시 의료급여수급권자가 내야 하는 식대 본인일부부담금은 어떻게 되나요?

A

의료급여 정신건강의학과 입원 정액수가에서 식대를 분리하여 별도 산정할 수 있도록 함에 따라 타 진료과 입원환자와 동일하게 식대 본인일부부담금*을 내야합니다.

*식대의 20%, 산정특례대상 중 중증질환자(합병증 포함) 5%, 행려환자, 자연분만 및 6세미만 아동 면제

※관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제23조제1항

Q 39

보호입원 혹은 행정입원이 필요한 정신질환자의 입원여부 확인을 위하여 방문의사가 의뢰기관으로 방문한 경우, 건강보험과 동일하게 의료급여 환자에게도 ‘치료입원확인료 및 치료입원확인관리료’ 수가를 별도로 산정할 수 있나요?

A

‘치료입원확인료’와 ‘치료입원확인 관리료’ 수가는 건강보험과 동일 수가코드를 적용하여 의료급여 정액명세서에 별도 산정이 가능합니다.

※관련근거 : 「정신건강복지법 시행에 따른 2인 의사 입원진단을 위한 수가시범사업 지침」, ‘17.05.30. 시행

Q 40

정신질환 정액진료비 입원일수 산정방법이 궁금합니다.

A

정신질환자에 대한 입원수가는 입원일수에 따라 1일당으로 산정하되, 입원 초일 또는 퇴원일은 입 · 퇴원시간 불문하고 1일의 입원일수를 산정합니다.

※관련근거 : 행정해석(보관65730-25호, ‘01.01.09.)

Q 41

정신건강의학과에서 퇴원한 환자가 퇴원한 날부터 30일 이내에 재입원하였습니다. 이 경우 1일당 입원 정액수가 체감제 적용은 어떻게 되나요?

A

퇴원한 환자가 퇴원한 날부터 30일 이내에 재입원하는 경우에는 입원기간에 종전 입원기간을 합산하여 수가를 적용합니다. “퇴원한 날부터 30일 이내”라 함은 퇴원 다음날부터 계산하여 30일까지의 기간을 뜻합니다.

※관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제11조 제2항 및 행정해석(보관65730-25호, ‘01.01.09.)

Q 42**정신건강의학과 전문의료급여기관에서 정신질환에 대한 외래진료 시 원외처방이 가능한가요?****A**

정신질환 외래진료 시 약제 직접조제로 한정하는 고시 문구가 2018년 8월 1일부터 삭제됨에 따라, 의료급여수급권자가 정신질환으로 외래진료 시 약사법에 따라 약제는 원외처방을 하여야 합니다. 다만, 약사법 제23조제4항제3호에 의거 ‘조현병 또는 조울증 등으로 자신 또는 타인을 해칠 우려가 있는 정신질환자’의 경우에는 원내 직접조제가 가능합니다.

※관련근거: 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」(고시 제2018-143호, '18.08.01.시행)

Q 43**법정 시설·장비기준 미준수 정신의료기관의 경우 정신건강의학과 입원료 기관 등급은 어떻게 조정되나요?****A**

법정 시설·장비기준 미준수 정신의료기관의 경우 인력 확보수준에 따라 산정된 기관등급을 기준으로 기존 G1~G4에서 한 등급 낮게 조정되며, G5등급은 G5등급으로 적용받게 됩니다.

※관련근거: 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」(고시 제2021-210호, '21.07.30.시행) 의료급여 입원료 정액수가 관련 질의·답변

Q 44**정신건강의학과 정액입원 명세서 청구 시 정신건강의학과 입원료 차등제에 따른 기관등급(G1~G5)별 정신요법료 횟수 제한이 있나요?****A**

차등제 기관등급별 정신요법료 실시 최소기준은 없으며, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」정신요법료 산정지침 및 청구방법 등에 따릅니다.

※관련근거: 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」(고시 제2021-85호, '21.03.22.시행) 의료급여 명세서 세부작성요령 질의·답변

Q 45

건강보험 본인일부부담금 산정특례대상이 의료급여수급권자에게도 동일하게 적용되나요?

A

산정특례 대상의 경우, 정신질환과 치매질환을 제외하고 건강보험과 동일하게 적용됩니다.

※관련근거 : 「의료급여수급자의 기준 및 일반기준」[별표2]

Q 46

의료급여 등록 희귀질환자인 경우, 등록된 희귀질환이 아닌 다른 상병으로 외래진료를 받을 경우에도 본인부담금이 면제되나요?

A

보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵질환, 희귀난치성질환 또는 중증질환을 가진 사람이 외래진료를 받을 경우 급여비용총액 전부를 기금에서 부담하여, 해당 질환 이외의 상병으로 외래진료를 받은 경우에도 본인일부부담금이 면제됩니다.

※관련근거 : 「의료급여법 시행령」[별표1] 제1호다목

Q 47

계약의사가 사회복지시설에 입소 중인 의료급여수급권자에게 진료를 한 경우 산정되는 수가와 본인부담금은 어떻게 되나요?

A

의료급여기관에 소속된 계약의사가 시설 내에서 진료 후 사회복지시설 입소자에게 원외처방전을 발행하거나 원내 직접조제·투약한 경우 건강보험과 동일한 수가를 산정하며, 본인일부부담금은 1·2종 수급권자를 불문하고 1,000원~1,500원을 부담합니다. 단, 1종수급권자 중 외래본인부담면제자의 경우 본인부담금을 면제합니다.

※관련근거 : 「의료급여수급자의 기준 및 일반기준」제17조의5

Q 48

의료급여 선별급여 본인부담은 건강보험 선별급여 본인부담과 다른가요?

A

건강보험과 동일한 30~90% 본인부담률을 적용받습니다.

※관련근거 : 「의료급여수급자의 기준 및 일반기준」제23조의2

Q 49**65세 이상 틀니 진료 시 본인부담률은 어떻게 되나요?****A**

65세 이상 수급권자가 등록된 틀니에 대한 의료급여를 입원 또는 외래에서 받은 경우 본인부담률은 1종수급권자는 5%이며, 2종수급권자는 15%입니다.

※관련근거 : 「의료급여법 시행령」[별표1] 제1호라목, 제2호마목

Q 50**65세 이상 치과 임플란트 진료 시 본인부담률은 어떻게 되나요?****A**

65세 이상 수급권자가 등록된 임플란트에 대한 의료급여를 입원 또는 외래에서 받은 경우 본인부담률은 1종수급권자는 10%, 2종수급권자는 20%입니다.

※관련근거 : 「의료급여법 시행령」[별표1] 제1호마목, 제2호바목

Q 51**의료급여수급권자의 입원 식대 본인부담률은 얼마인가요?****A**

식대 본인부담률은 식대 금액의 20%입니다. 다만, 중증질환자에게 해당 중증질환(합병증 포함)으로 진료한 경우에는 식대 금액의 5%이며 행려환자, 자연분만 및 6세미만의 아동의 입원진료의 경우에는 식대 본인부담금을 면제합니다.

※관련근거 : 「의료급여법 시행규칙」[별표1의2], 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제23조

Q 52**의료급여 2종수급권자 중 15세 이하 아동이 입원한 경우, 본인부담 적용은 어떻게 되나요?****A**

6세 미만의 아동은 식대를 포함한 입원 진료비가 면제 적용됩니다.

6세 이상 15세 이하 아동인 경우는 입원 본인부담률이 3%이나, 식대 본인부담률은 20%를 적용받습니다.

※관련근거 : 「의료급여법 시행령」[별표1] 제2호

Q 53

의료급여 2종수급권자인 18세 이하 아동이 입원진료 중에 치아홈메우기 진료를 시행한 경우, 본인부담 적용은 어떻게 되나요?

A

치아홈메우기 급여비용을 포함한 전체 급여비용에 대하여 6세 미만 아동은 면제가 되고, 6세 이상 15세 이하 아동은 본인부담률 3%를 적용받습니다. 16세 이상 18세 이하 아동인 경우에는 치아홈메우기 급여비용에 한하여 본인부담률 5%를 적용받습니다.

※관련근거 : 「의료급여법 시행령」[별표1] 제2호

Q 54

본인부담금 보상제 및 상한제는 모든 급여대상 본인부담금 기준으로 보상을 하나요?

A

본인부담금 보상제 및 상한제는 수급권자의 급여대상 본인부담금이 대통령령에서 정하는 금액을 초과한 경우, 그 초과금액의 전액에 해당하는 금액을 보상해주는 제도입니다. 그러나 비급여대상, 100/100 본인부담 진료비, 65세 이상 치과 틀니 및 임플란트 비용, 상급병실(2·3인실) 입원료, 추나요법 및 연장승인 미신청 등으로 인한 본인부담금 등은 지급에서 제외 됩니다.

경증질환 약제비 본인부담 차등제

Q 55

의료급여 경증질환 약제비 본인부담 차등제도는 건강보험과 동일한가요?

A

제도의 기본원칙과 적용대상 질환은 동일하나 본인부담 및 적용제외 대상에서 차이가 있습니다.

구분	건강보험	의료급여
적용질환	「본인일부부담금 산정특례에 관한기준」[별표6]에 따른 질환	좌동
본인부담률	• 상급종합병원 : 약국 요양급여비용총액의 50% • 종합병원 : 약국 요양급여비용총액의 40%	• 상급종합병원, 종합병원 : 약국 의료급여비용총액의 3% *본인부담금이 500원 미만일 경우 500원 **건강생활유지비에서 차감 가능
적용제외 대상	• 읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제 받은 경우 • 보호병원의 의사나 국가보호부장관이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제 받은 경우	• 건강보험 적용제외 대상(좌동) • 의료급여 본인부담 면제자 • 종합병원급 이상 기관을 선택의료급여 기관으로 지정하고 해당 병원에서 처방받는 경우

Q 56

의료급여수급권자의 경우 경증질환으로 상급종합병원과 종합병원 외래진료 시 약국 약값 외에 병원 진료비에 대한 본인부담금도 달라지나요?

A

상급종합병원과 종합병원 외래 진료 시 본인부담금은 현행과 같이 1종은 1,500~2,000원, 2종은 총 진료비의 15%로 경증질환 약국 약값과는 다릅니다.

Q 57

일반 환자가 복합질환(경증질환+그 외 다른 질환)으로 상급종합병원과 종합병원 외래에서 진료 후 약국에서 내야하는 약값은 얼마인가요?

A

동일 의사에게 진료 받은 경우 경증질환이 주된 상병이고 일반질환이 부수적인 상병일 경우에 한하여 약제비용의 3%를 환자가 내야합니다. 그러나 서로 다른 진료과에서 각각의 질병에 대해 진료를 받은 경우에는 아래 예시와 같이 일반질환은 처방전 1매당 500원, 경증질환은 약국 약값 전체 금액의 3%를 합한 금액을 부담하면 됩니다.

※ 약국 의료급여비용총액의 3%가 500원 미만일 경우에는 500원 부담

※ <예시> 결막염(경증 질병)과 급성세기관지염(일반 질병)으로 상급종합병원 또는 종합병원 외래진료 후 처방전을 발급 받아 약국에서 조제 받는 경우 환자가 내야하는 약값

구분	동일 의사에게 진료 받은 경우		진료과가 다른 경우	
	일반 질병(주상병) 경증 질병(부상병)	경증 질병(주상병) 일반 질병(부상병)	경증 질병	일반 질병
본인부담	500원	약제비용 총액의 3% ※ 500원 미만 시 500원		500원

Q 58

경증질환으로 약제비 본인부담률을 3% 적용하였으나, 추후 다른 질병으로 확진된 경우 본인부담금에 대한 환급이 가능한가요?

A

추후 다른 질병으로 확진되더라도 이전에 이루어진 약국 약제비 본인부담 차등적용은 소급적용하지 않으므로, 본인부담금은 환급 처리되지 않습니다.

Q 59

경증질환 약제비 차등적용에 예외적인 부분은 없나요?

A

차등적용 예외규정은 약국 약제비 본인부담 차등적용 질병에 해당되나 당뇨병으로 인슐린을 투여 중이거나 일부 상병에서 6세 미만의 소아인 경우, 의원에서 진료의뢰서를 지참하여 종합병원에서 진료받는 경우(진료의뢰서 90일 한도)에는 약국 약제비 본인부담 차등을 적용하지 않는 기준을 말합니다.

건강보험심사평가원은
건강하고 안전한 의료문화를 열어가는
국민의료심사평가기관으로 보건의료의 발전을 통한
국민건강 증진을 위해 힘쓰겠습니다.

부정청탁 금지

□ 금지내용

- 누구든지 직무를 수행하는 공직자등에게 직접 또는 제3자를 통한 부정청탁금지

□ 예외사유

- 법령 기준에서 정하는 절차·방법에 따라 특정한 행위를 요구하는 행위
- 공개적으로 특정한 행위를 요구하는 행위
- 선출직 공직자·정당·시민단체 등이 공익적인 목적으로 제3자의 고충민원을 전달하는 행위
- 법정기한 안에 처리해 줄 것을 신청·요구하거나 그 진행 상황·조치결과 등에 대하여 확인·문의하는 행위
- 직무 또는 법률관계에 관한 확인·증명 등을 신청·요구하는 행위
- 질의 또는 상담형식을 통하여 직무에 관한 법령·제도·절차 등에 대하여 설명이나 해석을 요구하는 행위
- 그 밖에 사회상규에 위배되지 아니하는 것으로 인정하는 행위

□ 제재내용

제재대상	제재의 종류
제3자를 통하여 부정청탁한 사람	1천만원 이하의 과태료
제3자를 위하여 부정청탁한 사람 (제3자를 위하여 부정청탁한 공직자 등)	2천만원 이하의 과태료 (3천만원 이하의 과태료)
부정청탁에 따라 직무를 수행하는 공직자 등	2년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금

2025 알기 쉬운 의료급여제도

발행	2025년 3월
발행처	건강보험심사평가원 의료급여실
주소	강원특별자치도 원주시 입춘로 130(반곡동)
전화	1644-2000
인쇄	프라임디엔피

이 책에 대한 저작권은 건강보험심사평가원에 있으므로
무단으로 복사·복제할 수 없습니다.