

알기 쉬운 의료급여제도

2018. 10.



보건복지부



건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

CONTENTS

알기 쉬운
의료급여제도

I 의료급여제도



1. 의료급여제도 개요 4
2. 의료급여절차 5
3. 의료급여 본인일부부담금 8
4. 2018년 변경된 의료급여제도 11
5. 중복청구 진료비 분리심사 12
6. 의료급여기준 조회시스템 15

II 자주하는 질문



1. 의료급여기준 18
2. 의료급여절차 20
3. 선택의료급여기관 이용절차 25
4. 수가 기준 및 청구방법 27
5. 의료급여 정신질환 28
6. 본인일부부담금 적용 32
7. 경증질환 약제비 본인부담 차등제 34
8. 의료급여 사례관리 36

PART

I

의료급여제도



1. 의료급여제도 개요
2. 의료급여절차
3. 의료급여 본인일부부담금
4. 2018년 변경된 의료급여제도
5. 중복청구 진료비 분리심사
6. 의료급여기준 조회시스템



01 의료급여제도 개요

의료급여 제도란?

- 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.

의료급여 수급권자란?

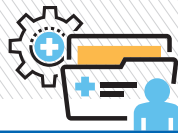
- 의료급여법에 의한 의료급여를 받을 수 있는 자격을 가진 사람을 말합니다.
- 수급권자 구분

구분	대상
1종 수급권자	- 국민기초생활보장 수급자 - 근로무능력가구, 시설수급자 - 타법적용자 - 이재민, 의사자 및 의사자의 유족, 입양아동(18세미만), 국가유공자, 국가무형문화재보유자, 북한이탈주민, 5·18민주화운동 관련자, 노숙인 - 등록 결핵질환자, 희귀난치성질환자, 중증질환자 - 행려한자
2종 수급권자	국민기초생활보장 수급자 중 1종 수급권자 기준에 해당되지 않는 자

의료급여기관이란?

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

구분	의료급여기관
1차 의료급여기관	의원, 보건소, 보건지소, 보건진료소, 보건의료원
2차 의료급여기관	병원, 종합병원
3차 의료급여기관	상급종합병원



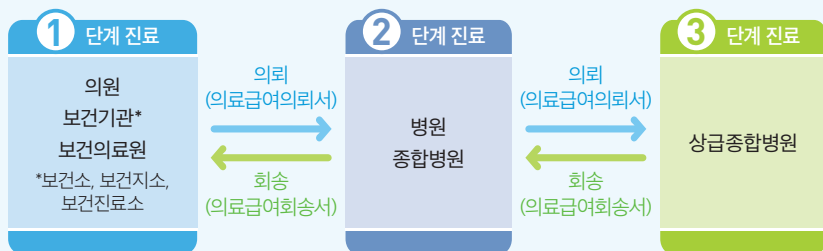
02 의료급여절차

+ 의료급여절차란?

- ▶ 의료급여는 본인부담이 없거나 소액만 지급하는 특성으로 인해 2·3차 의료급여기관으로 진료가 집중될 수 있는 소지가 높아, 의료자원의 효율적 활용과 대형병원으로의 환자 집중현상을 방지하기 위하여 건강보험의 2단계 요양급여와 달리 3단계 급여절차를 규정하고 있습니다.
- ▶ 의료급여절차에 의하지 않고(의료급여의뢰서 없이) 의료급여기관을 이용한 경우에는 진료비 전액을 본인이 부담해야 합니다.

+ 3단계 진료절차

- ▶ 수급권자가 의료급여를 받고자 하는 경우 먼저 1차 의료급여기관에 의료급여를 신청하여야 합니다.
- ▶ 진찰 결과 또는 진료 중에 다른 의료급여기관의 진료가 필요한 경우에는 진료담당의사의 진료의견이 기재된 의료급여의뢰서를 제출하여야 합니다.
- ▶ 진료 절차도



➔ 의뢰 순서

- 제1차 의료급여기관 → 제2차 의료급여기관
- 제2차 의료급여기관 → 제2차 의료급여기관 또는 제3차 의료급여기관
- 제3차 의료급여기관 → 제3차 의료급여기관

➔ 회송 순서

- 제3차 의료급여기관 → 제2차 의료급여기관 또는 제1차 의료급여기관
- 제2차 의료급여기관 → 제1차 의료급여기관

➔ 의료급여 단계별 진료 예외 사항

구분	예외 사항
제2차 의료급여기관 또는 제3차 의료급여기관에 의료급여 신청 가능	• 응급환자 • 분만 • 결핵질환, 희귀난치성질환 또는 중증질환자(보건복지부장관 고시) • 의료급여기관에서 근무하는 자가 그 근무하는 기관에서 진료 받는 경우 • 등록된 장애인이 장애인 보장구를 지급 받는 경우 • 감염병의 확산 등 긴급한 사유가 있는 경우(보건복지부장관 고시)
제2차 의료급여기관에 의료급여 신청 가능	• 재활의학과에서 작업치료·운동치료 등의 재활치료를 받는 경우 • 한센병환자 • 등록 장애인 • 섬·벽지 지역(국민건강보험법 시행령 제45조제1호) 의료급여 수급권자 • 상이등급을 받은 자 • 8세 미만의 소아가 야간·공휴일에 의료급여를 받으려는 경우

선택의료급여기관 이용절차

선택의료급여기관이란?

- 의료급여 상한일수를 초과한 수급자는 여러 의료급여기관 이용에 따른 약제 병용 투여 및 중복투약으로 건강상 위해 발생 가능성이 높으므로, 차기연도 말까지 본인이 선택한 의료급여기관을 우선 이용토록 하는 것을 조건으로 상한일수를 연장해드리는 제도입니다.

선택의료급여기관 진료절차

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

재의뢰가 불가한 경우

- 선택의료급여기관으로부터 진료를 의뢰받은 의료급여기관에서 동일 단계의 의료급여기관으로 재의뢰는 불가합니다.

- 의뢰받은 제1차 의료급여기관 → 제1차 의료급여기관으로 재의뢰(불가)
- 의뢰받은 제2차 의료급여기관 → 제1차 또는 제2차 의료급여기관으로 재의뢰(불가)
- 의뢰받은 제3차 의료급여기관 → 제1차 ~ 제3차 의료급여기관으로 재의뢰(불가)

선택의료급여기관 단계별 진료 예외사항

구분	예외사항
선택의료급여기관 이외의 의료급여기관에 의료급여 신청 가능	• 응급환자 • 장애인 보장구를 지급받는 경우



03 의료급여 본인일부부담금

의료급여기관 이용 시 본인부담률

구분		1차 (의원)	2차 (병원, 종합병원)	3차 (상급종합병원)	약국	PET 등
1종	입원	없음	없음	없음	-	없음
	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

입원 식대 본인부담률

구분	식대
1종·2종 수급권자	20%
희귀난치성 질환자	
중증질환(합병증 포함)	5%
행려환자, 자연분만, 6세미만 아동	면제

2, 3인실 입원료 본인부담률

구분	2인실	3인실
상급종합병원	50%	40%
종합병원	40%	30%

※ 본인부담 보상제·상한제 해당되지 않음(장애인기금 지원 없음)

선별급여 본인부담률

- ▶ 건강보험 선별급여 본인부담률과 동일 적용

※ 본인부담 보상제·상한제 해당되지 않음(장애인기금 지원 없음)

65세 이상 틀니 및 치과 임플란트 본인부담률

구분	틀니	임플란트
1종	5%	10%
2종	15%	20%

※ 본인부담 보상제-상한제 해당되지 않음(장애인기금 지원 없음)

의료급여 2종 수급권자 본인부담률

치아홈메우기

구분		치아홈메우기
입원	16세 이상 ~ 18세 이하*	5%
	6세 이상 ~ 15세 이하	3%
	6세 미만	-
외래(18세 이하)*		5%

* 치아홈메우기 급여비용에 한함

정신질환 외래진료

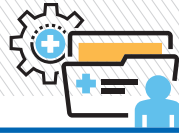
구분	정신질환 외래진료
조현병	5%
그 외 정신질환	10%
장기지속형 주사제(1, 2종 모두 해당)	10%

- ▶ 치매질환 입원, 병원급 이상 외래진료 : 5%
- ▶ 임신부, 조산아 및 저체중출생아(만 3세까지) 병원급 이상 외래진료 : 5%
- ▶ 고위험 임신부 입원진료 : 5%
- ▶ 6세 이상 ~ 15세 이하 아동 입원진료 : 3%

 본인부담금 면제자

구분	대상자
1종	• 18세 미만인 자, 20세 이하인 자로 중고등학교 재학 중인 자 • 임신부, 가정간호를 받고 있는 자가 외래를 이용하는 경우 • 선택의료급여기관 이용자(조건부 연장 승인자, 자발적 참여자) • 응급환자인 선택의료급여기관 이용자 • 장애인보장구를 지급받는 선택의료급여기관 이용자 • 행려환자 • 노숙인 진료시설을 이용하는 노숙인 • 응급·분만으로 노숙인 진료시설 이외의 의료급여기관을 이용하는 노숙인 • 노숙인 진료시설에서 의뢰되어 제3차 의료급여기관을 이용하는 노숙인 • (구)등록 희귀난치성환자(2013.9.30. 이전 적용 수급권자) • 등록 결핵질환, 희귀난치성질환자, 중증질환자
2종	• 입원 본인부담 면제자 : 자연분만, 제왕절개분만, 6세미만 아동, 심장 및 뇌혈관질환자, 중증외상환자인 중증환자 • 외래 본인부담 면제자 : 심장 및 뇌혈관질환자인 중증환자
식대 면제	• 행려환자, 자연분만, 6세미만 아동
CT, MRI, PET 면제	• 심장, 뇌혈관질환자, 중증외상환자인 중증환자

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



04 2018년 변경된 의료급여제도

+ 2, 3인실 입원료 급여적용('18.7.1. 시행)

구분	2인실		3인실		4인실 이상	
	1종	2종	1종	2종	1종	2종
상급종합병원	50%		40%		면제	10%
종합병원	40%		30%		면제	10%

+ 65세 이상 치과 임플란트 본인부담률 인하('18.7.1. 시행)

- 1종 수급권자 : 20% → 10%, 2종 수급권자 : 30% → 20%

+ 혈액투석 정액수가 별도산정 기준 확대('18.8.1. 시행)

- 혈관중재시술 및 만성신부전 합병증 이외 상병 진료에 대해 행위별수가 산정

+ 정신질환 수가체계 개편('18.8.1. 시행)

- 정신질환 입원수가 인상 및 산정방식 변경(정액제 → 정액점수제)
- 정신질환 외래진료 시 약제 직접조제 한정 문구 삭제

+ 입원환자 식대수가 인상('18.8.1. 시행)

구분	일반식 (일반유동식 연식 포함)	치료식 (당뇨식, 신장질환식 등)	멸균식	분류		산모식	경관영양 유동식 (조제식, 완제품)
				일반 분류	특수 분류		
금액	3,740원 (1식당)	4,420원 (1식당)	14,870원 (1식당)	2,140원 (1일당)	6,040원 (1일당)	5,510원 (1일당)	4,630원 (1일당)



05 중복청구 진료비 분리심사

중복청구 진료비 분리심사란?

- 의료급여기관에서 청구한 급여비용을 심사지급한 후 지급된 급여비용의 적정여부를 재확인하여 중복, 부당청구 등 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 지급받은 비용에 대하여 그 비용의 전부 또는 일부를 해당 의료급여기관으로부터 환수 등의 조치를 취함으로써 의료급여기금 누수를 방지하고 급여질서를 확립하는 사후관리 업무입니다.

중복청구 진료비 분리심사 의뢰 절차

- 의료기관으로부터 이의신청을 받은 경우, 이의신청서에 첨부된 증빙자료를 근거로 중복 청구의 사실 확인 등 가능한 부분은 자체 처리하되, 전문적 심사가 필요한 건 등 자체 처리가 곤란할 경우 해당 의료급여비용(약제비) 명세서를 심사한 심사평가원에 심사의뢰 후 환수 여부를 결정합니다.
- 의뢰대상 및 의뢰처

의뢰대상	- 공단에서 보장기관에 중복청구 대상 건 통보 시 환수금액이 명시되지 않은 일부 중복 건 - 타 진료기관 간 진료개시일 또는 입·내원일수(진료일수)등 중복 건 - 진료기록부 판독 곤란 등으로 전문적인 심사가 필요한 건 등
의뢰처	- 해당 의료급여기관의 종별 및 소재지 확인 후 관할 본·지원에 의뢰 ※ 2017년 1월부터 종합병원 심사이관으로 해당 요양기관이 속한 지원에서 심사 시행 - 중복청구 색출 건에 의료급여기관이 2개 이상 관련되어 있는 경우 ※ 진료개시일이 빠른 의료급여기관의 종별 및 소재지에 따른 관할 본·지원에 의뢰

+ **중복청구 진료비 확인요령 예시**

➔ **진료개시일 및 입·내원일수(진료일수) 기재착오로 인한 중복**

- 예시 1 : 진료개시일이 다른 경우

수급권자	의료급여기관명	중복색출대상	진료기록부
		진료개시일(입·내원일수)	진료개시일(입·내원일수)
김OO	A병원	'19.02.01.(30일)	'19.01.01.(30일)
		'19.02.12.(30일)	'19.02.12.(30일)

결과 진료기록부 확인 결과, 김OO은 A병원에 2019년 1월 1일 입원 후 30일간 치료를 받고 1월 30일 퇴원하였다가 2019년 2월 12일 재입원하여 30일간 치료를 받고 3월 13일에 퇴원하였습니다. 의료급여기관에서 청구 시 진료개시일을 1월 1일에서 2월 1일로 잘못 기재하여 중복 색출된 건으로 위 상황은 중복청구가 아닙니다.

- 예시 2 : 입·내원일수가 다른 경우

수급권자	의료급여기관명	중복색출대상	진료기록부
		진료개시일(입·내원일수)	진료개시일(입·내원일수)
이OO	B병원	'19.02.01.(8일)	'19.02.01.(7일)
		'19.02.08.(6일)	'19.02.08.(6일)

결과 진료기록부 확인 결과, 이OO은 B병원에 2019년 2월 1일 입원 후 7일간 치료를 받고 퇴원하였다가 2019년 2월 8일 재입원하여 6일간 치료를 받고 2월 13일에 퇴원하였습니다. 의료급여기관에서 청구 시 입·내원일수를 7일을 8일로 잘못 기재하여 중복 색출된 건으로 위 상황은 중복청구가 아닙니다.

❖ 외래진료 명세서 완전 중복 건

- 예시

수급권자	의료급여기관명	중복색출대상		진료기록부	
		진료개시일 (입·내원일수)	주상병	진료개시일 (입·내원일수)	주상병
정OO	C종합병원	'19.03.05.(1일)	당뇨병 (내분비내과)	'19.03.05.(1일)	당뇨병 (내분비내과)
		'19.03.05.(1일)	당뇨병 (신장내과)	'19.03.05.(1일)	만성신부전 (신장내과)

결과 진료기록부 확인 결과, 정OO은 C종합병원에서 2019년 3월 5일 주상병인 당뇨병에 대해 내분비내과 외래진료를, 주상병 만성신부전에 대해 신장내과 외래진료를 보았습니다. 세부과목에 대해 동일 주상병으로 잘못 기재하여 중복 색출된 건으로 위 상황은 중복청구가 아닙니다.

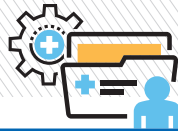
❖ 타기관중복 의뢰건(응급실 진료 관련)

- 2016년 1월 1일부터 응급의료수가체계가 개편, 중증도 분류(KTAS)에 따라 입원 또는 외래진료로 구분됨에 따라 타기관 입원 중 응급실 진료를 본 건에 대해 중복진료로 발체되는 경우가 발생

※ 중증도분류(KTAS) 1~3등급은 응급증상으로 입원진료, KTAS 4~5등급은 비응급증상으로 외래진료

- 예시

수급권자	의료급여기관명	중복색출대상	진료기록부
		진료개시일(입·내원일수)	진료개시일(입·내원일수)
하OO	D요양병원	'19.04.05.(10일)	'19.04.05.(10일)
	E종합병원	'19.04.09.(1일)	'19.04.09.(1일)
결과 진료기록부 확인 결과, 하OO은 D요양병원에 2019년 4월 5일부터 10일간 입원진료를 받았으며, 4월 9일 응급증상이 발생하여 E종합병원 응급실에 방문, KTAS 3등급으로 입원 치료 후 당일 날 퇴실하여 D요양병원으로 귀원하였습니다. E종합병원 응급실 진료 건에 대해 입원치료 받은 상황이나 두 진료 모두 정당하나, 양 기관 간 청구방법 미숙지로 인한 중복 색출 건으로 위 상황은 중복청구가 아닙니다.			



06 의료급여기준 조회시스템

목적

- ▶ 의료급여는 건강보험과 달리 의료급여 적용기준 및 방법·절차·범위·상한 등이 다양하게 운영되고 있습니다. 이에 “의료급여 급여기준 조회시스템”을 구축하여 체계적 관리와 업무 효율성 제고는 물론 대내·외 정보 이용자에 대한 만족도를 제고하고자 합니다.

주요 기능 및 내용

- ▶ 의료급여 기준 제·개정 연혁 및 내용 실시간 반영
 - 제·개정 사유, 삭제 및 변경 등에 대한 경과 및 세부 사항(법령, 의료급여기준, 고시 등)
 - ▶ 의료급여기준 및 고시와 관련된 행정해석 업로드
 - 의료급여 수급권자 선정기준 및 관리
 - 의료급여체계(의료급여절차 및 선택의료급여기관 관련)
 - 의료급여의 범위 및 기준(희귀난치질환, 중증질환, 노인 틀니·치과임플란트 및 치석제거 등)
 - 의료급여 수급권자 본인부담금 관련(경증질환 약제비 본인부담 차등제 등)
 - 의료급여비용의 청구·정산 관련
 - 의료급여 정액수가(정신질환수가, 혈액투석수가 등)
- ※ 상기 행정해석은 의료급여 실무편람 책자에서도 확인 가능

접속경로 및 상세화면

- ▶ 의료급여 급여기준 이력관리시스템 접근경로 단축
 - 심사평가원 홈페이지에서 바로가기 메뉴를 통해 접속 가능

• 건강보험심사평가원 홈페이지(<http://www.hira.or.kr>)
 → “청구방법 및 급여기준 조회시스템” 바로가기 클릭 → “의료급여” 카테고리에서 관련 내용 확인

알기 쉬운
의료급여제도



PART

II

자주하는 질문



1. 의료급여기준 Q1~Q5
2. 의료급여절차 Q6~Q20
3. 선택의료급여기관 이용절차 Q21~Q26
4. 수가 기준 및 청구방법 Q27~Q30
5. 의료급여 정신질환 Q31~Q42
6. 본인일부부담금 적용 Q43~Q51
7. 경증질환 약제비 본인부담 차등제 Q52~Q56
8. 의료급여 사례관리 Q57~Q62



01 의료급여기준

Q 01 의료급여환자의 경우 어떠한 경우에 1차 의료급여기관(의원급)에 입원할 수 있나요?

A 01 1차 의료급여기관(의원급)에서는 아래와 같은 경우에 한하여 입원진료를 할 수 있도록 규정하고 있습니다.

- 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

Q 02 건강보험 산정특례 등록자인데, 의료급여로 자격이 변경되었습니다. 이와 같은 경우, 산정특례 혜택을 받으려면 등록을 다시 해야 하는지요?

A 02 상병명(상병코드)이 일치하는 경우에는 다시 등록하지 않으셔도 됩니다. 이와 같은 경우 적용기간은 건강보험 산정특례 등록일로부터 5년간 연계 적용됩니다.

Q 03 희귀난치성질환자인데, 희귀난치성질환 외 다른 상병이 있는 경우에도 의료급여 의뢰서 없이 2차 또는 3차 병원에서 진료를 받을 수 있나요?

A 03 보건복지부장관이 정하여 고시하는 등록 희귀난치성질환 및 중증질환 환자의 경우 모든 질환에 대하여 의료급여의뢰서 없이 2차, 3차 의료급여기관에서 진료가 가능합니다.

※ 관련근거 : 「의료급여법 시행규칙」제3조제1항제3호

Q 04 의료급여 수급권자인데 야간에 응급실에 가게 되었습니다.
응급실에서 진료한 경우 의료급여가 적용되는지요?

A 04 야간에 응급실에서 진료한 경우 모두 의료급여가 적용되는 것은 아니며 응급증상 및 이에 준하는 증상(「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 별표 1)으로 진료한 경우에 의료급여가 적용됩니다. 참고로 응급증상 및 이에 준하는 증상이 아닌데 응급실에 내원하여 진료한 경우에는 의료급여가 적용되지 않으므로 진료비 전액을 수급권자가 부담하여야 합니다.

※ 관련근거 : 「응급의료 수가기준」 및 「의료급여법 시행규칙」별표1의2

Q 05 의료급여 수급권자가 의료급여의뢰서를 팩스로 발급해 달라고 요청하는데 발급해도 되나요?

A 05 의료급여의뢰서는 진찰결과 또는 진료 중에 2차 의료급여기관 또는 3차 의료급여기관의 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.



02 의료급여절차

Q 06 의료급여 수급권자가 2차 병원에서 국가암검진을 받은 결과 이상소견이 발견되어, 해당병원(검진받은 병원)에서 진료를 받으려하는데 1차 의료급여 기관의 의료급여의뢰서가 필요한지요?

A 06 2차 의료급여기관(병원)에서 국가암검진을 받은 결과 이상소견이 발견되어 진료담당 의사가 검진결과서에 추가 진료가 필요하다는 의사소견을 기재한 경우 해당 검진 결과서를 의료급여의뢰서로 갈음할 수 있습니다. 따라서 1차 의료급여기관의 의료급여 의뢰서 없이도 검진 받은 2차 의료급여기관에서 진료가 가능합니다.

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

Q 07 동일 질환으로 3차 의료급여기관에 재방문할 경우, 의료급여의뢰서를 다시 발급 받아 가야하나요?

A 07 의료급여의뢰서는 해당 상병의 진료가 종료되는 시점까지 사용이 가능하므로 동일 질환으로 3차 의료급여기관에 재방문 시 의료급여 의뢰서는 재발급 받지 않아도 됩니다.

Q 08 1차 의료급여기관에서 의료급여의뢰서를 발급받아 2차 의료급여기관에서 진료를 받은 후, 다른 상병이 있어 동일 진료과에서 진료를 받아야 하는 경우 의료급여 의뢰서를 재발급 받아야 하나요?

A 08 의료급여의뢰서의 진료 받은 상병과 관련 없는 타 질환으로 진료 받을 경우에는 동일 진료과라 하더라도 의료급여의뢰서를 다시 제출하여야 합니다.

Q 09 의료급여 수급권자가 2차 의료급여기관에서 2차 의료급여기관으로 혹은 3차 의료급여기관에서 2차 의료급여기관으로 전원하는 경우, 필요한 서류가 무엇인가요?

A 09 2차 의료급여기관에서 2차 의료급여기관으로 전원하는 경우에는 의료급여의뢰서를, 3차 의료급여기관에서 2차 의료급여기관으로 전원하는 경우에는 의료급여회송서를 발급받아 제출하여야 합니다.

Q 10 의료급여의뢰서 없이 2차 의료급여기관을 방문하여 진료를 받았습니다. 그리고 3차 의료급여기관에서 진료를 받기 위해 2차 의료급여기관의 의뢰서를 발급받은 경우, 3차 의료급여기관의 진료비는 의료급여 혜택을 받을 수 있나요?

A 10 「의료급여법 시행규칙」 별표1의2에 의하여 수급권자가 제3조의 규정에 의한 의료급여 절차에 의하지 아니하고 의료급여기관을 이용한 경우에 소요된 진료비용은 총액의 100분의 100 본인부담률을 적용해야 합니다.

위와 같은 경우는 정당한 의료급여절차에 해당한다고 볼 수 없으므로 의료급여 혜택을 받을 수 없습니다.

※ 관련근거 : 「의료급여법 시행규칙」제19조

Q 11 의료급여의뢰서는 언제까지 제출해야 하나요?

A 11 의료급여의뢰서는 발급받은 날부터 7일(공휴일 제외) 이내에 제출하여야 합니다. 참고로 7일 이내에 진료를 예약하고 진료 받을 때 의료급여의뢰서를 제출하는 경우 제출일은 예약접수일이 됩니다.

※ 관련근거 : 「의료급여법 시행규칙」제3조제4항

Q 12 3차 의료급여기관에서 재활운동치료를 받고 있습니다. 2차 의료급여기관으로 전원하려면 어떤 절차를 밟아야 하나요?

A 12 3차 의료급여기관에서 2차 의료급여기관으로 전원할 경우 의료급여회송서를 지참하셔야 합니다. 다만 단순 물리치료가 아닌 작업치료, 운동치료 등의 전문재활치료가 필요하여 재활의학과에서 의료급여를 받고자 하는 경우에는 의료급여 단계별 진료의 예외사항에 해당되어 의료급여의뢰서나 의료급여회송서가 없어도 2차 의료급여기관에서 의료급여신청이 가능합니다.

※ 관련근거 : 「의료급여법 시행규칙」제3조제1항제7호

Q 13 야간에 의료급여의뢰서 없이 2차 의료급여기관 응급실에서 진료를 받았는데, 응급증상이 아니어서 의료비 전액(100/100)을 부담했습니다. 의료비 전액을 환자가 부담하는 게 맞는지요?

A 13 1차 의료급여기관의 의료급여의뢰서 없이 2차 또는 3차 의료급여기관의 응급실을 이용하는 경우 응급증상 또는 이에 준하는 증상에 해당되지 않으면 의료급여 단계별 절차(1차→2차→3차) 위반으로 의료비 전액(응급의료관리료, 진찰료, 검사비 등)을 환자가 부담하여야 합니다.

※ 관련근거 : 「의료급여 추가기준」 및 「의료급여법 시행규칙」별표1의2

Q 14 응급증상으로 병원에 갈 경우, 반드시 응급실에서 진료를 받아야만 의료급여가 가능한가요?

A 14 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 해당하는 응급환자인 경우 의료급여의뢰서 없이 응급실과 외래진료 모두 의료급여 혜택을 받을 수 있습니다.

※ 관련근거 : 「의료급여법 시행규칙」제3조제1항제1호

Q 15 응급환자가 응급진료를 받은 후, 익일에 진료를 받으러 온 경우에는 의료급여 의뢰서가 필요한가요?

A 15 「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 : 「의료급여법 시행규칙」제3조제1항제1호

Q 16 8세 미만의 소아의 의료급여 수급권자가 야간·공휴일에 2차 의료급여기관에 방문하였습니다. 의료급여를 적용받을 수 있나요?

A 16 8세 미만의 소아가 야간·공휴일에 진료를 받으려는 경우 의료급여 단계별 진료 예외에 해당하여, 의료급여의뢰서가 없어도 2차 의료급여기관에서 의료급여를 적용받을 수 있습니다.

※ 관련근거 : 「의료급여법 시행규칙」 제3조제1항제12호

Q 17 8세 미만의 소아가 야간·공휴일에 진료를 받으려는 경우, 의료급여 단계별 절차 예외에 해당한다고 알고 있습니다. 토요일은 공휴일에 포함되는지요? 야간은 몇 시부터를 의미하나요?

A 17 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제18조의3(의료급여의 절차)에서 규정하고 있는 공휴일은 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 의한 공휴일을 말하며, 토요일은 관공서 공휴일에 해당하지 않습니다. 아울러 「의료급여법 시행규칙」 제3조제1항제12호의 보건복지부장관이 정하여 고시하는 야간이란 평일 18시(토요일은 13시)부터 익일 09 시까지를 말합니다.

※ 관련근거 : 「의료급여 수가의 기준 및 일반기준」 제18조의3, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」 제2조

Q 18 등록 장애인이 2차 의료급여기관에서 진료를 받을 경우, 1차 의료급여기관의 의료급여의뢰서가 있어야 하나요?

A 18 등록한 장애인의 경우 의료급여 단계별 절차 예외에 해당되어 별도의 의료급여의뢰서 없이 2차 의료급여기관에서 진료를 받으실 수 있습니다. 다만, 등록한 장애인이라 하더라도 선택의료급여기관 대상자인 경우에는 선택의료급여기관의 의료급여의뢰서를 제출하여야 합니다.

※ 관련근거 : 「의료급여법 시행규칙」 제3조제1항제9호

Q 19 건강보험 대상자로 2차 병원에서 진료의뢰를 받아 3차 진료기관에서 입원진료를 받고 있던 중 의료급여 수급권자로 자격이 변동된 경우, 의료급여의뢰서를 재발급 받아야 하나요?

A 19 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 의료급여절차에 따라 1차 및 2차 의료급여기관에서 발행한 의료급여 의뢰서를 발급받아야 합니다.

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

Q 20 2차 의료급여기관에서 국가건강검진을 받았습니다. 검진결과 고혈압 또는 당뇨병 질환이 의심되어 확진검사를 받고자 하는데 검진기관인 2차 의료급여기관에서 가능할까요?

A 20 일반건강검진 결과 고혈압 또는 당뇨병 질환이 의심되어 확진검사를 받고자 하는 의료급여 수급권자는 1차 의료급여기관(의원급)에서 확진검사를 받아야 합니다. 다만, 의료급여법 시행규칙 제3조에 따른 의료급여절차 예외자의 경우에는 2차 또는 3차 의료급여기관에서 확진검사를 받아야 합니다.

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



03 선택의료급여기관 이용절차

Q 21 1차 의료급여기관이 선택기관으로 등록 되어있는 환자가 선택기관을 거쳐 2차 병원의 진료의뢰를 받아서 3차 병원에 내원한 경우, 2차 병원의 의료급여의뢰서만 있으면 의료급여가 적용되나요?

A 21 위와 같이 선택의료급여기관 적용 대상자가 단계별 절차를 거쳐 3차 병원으로 재의뢰되는 경우, 2차 의료급여기관의 의료급여의뢰서가 있으면 3차 의료급여기관에서 의료급여가 적용됩니다.

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

Q 22 1차 선택의료급여기관 적용대상자가 의료급여의뢰서를 발급받아 2차 의료급여기관에서 외래 진료를 받은 후, 다른 2차 의료급여기관에 입원해야 하는 경우 의료급여의뢰서를 재발급 받아야 하나요?

A 22 선택의료급여기관에서 의뢰된 수급권자는 동일 종별(2차 의료급여기관에서 다른 2차 의료급여기관)로 재의뢰는 할 수 없습니다. 따라서 위와 같은 경우에는 1차 선택의료급여기관에서 의료급여의뢰서를 재발급 받아 입원 예정인 2차 의료급여기관에 제출하여야 합니다.

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

Q 23 선택의료급여기관 적용 대상자입니다.
어떤 경우에 의료급여의뢰서 없이도 진료를 받을 수 있는지 궁금합니다.

A 23 응급증상에 해당하거나 장애인 보장구를 지급받고자 하는 경우에는 선택의료급여기관의 의료급여의뢰서가 없어도 다른 의료급여기관에서 진료 받을 수 있습니다.

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

Q 24 **희귀난치성 산정특례 대상으로 등록되어 있으면서 1차 의료급여기관이 선택 기관으로 지정된 의료급여수급자인 경우, 의료급여의뢰서 없이 2차 또는 3차 의료급여기관에서 의료급여가 적용되나요?**

A 24 산정특례 등록환자라도 1차 의료급여기관을 선택기관으로 지정되어 있는 경우는 선택 기관의 의료급여의뢰서를 제출하여야만 2차 또는 3차 의료급여기관에서 진료가 가능합니다.

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

Q 25 **선택의료급여기관에서 의뢰되어 3차 의료급여기관에서 진료를 받고 있는 등록 중증환자입니다. 선택의료급여기관이 변경되었는데 의뢰서를 다시 발급받아야 하나요?**

A 25 의료급여수급권자가 의뢰받아 2차 또는 3차의료급여기관에서 계속하여 진료 중에 선택 의료급여기관이 신규 지정되거나 변경된 경우에는 동일상병에 대한 진료라 하더라도 신규 지정 또는 변경된 선택의료급여기관에서 발급한 의료급여의뢰서를 제출하여야 합니다. 다만 중증질환, 희귀난치성질환(결핵포함) 및 만성고시질환 상병에 대하여 계속하여 진료받는 경우에 한하여 해당 진료가 종료될 때까지는 변경된 선택의료급여 기관의 의료급여의뢰서 추가 제출 없이 진료를 받을 수 있습니다.

※ 관련근거 : 행정해석(기초의료보장과-3356호, '18.04.19.)

Q 26 **1차 의료급여기관이 선택의료급여기관으로 지정된 1종 수급권자입니다. 선택의료급여기관에서 진료할 수 없는 질환에 대하여 의료급여의뢰서를 발급 받아 다른 병의원에서 진료를 받을 경우 본인부담금은 어떻게 되나요?**

A 26 선택의료급여기관으로 지정된 의원에서 진료 받을 경우는 본인부담금이 면제되지만, 의뢰 또는 재의뢰되어 진료 받는 기관에서는 본인부담금이 발생합니다.

(1,000원 ~ 2,000원)

※ 관련근거 : 「의료급여법 시행령」별표1



04 수가 기준 및 청구방법

Q 27 '의료질평가지원금', '전문병원 관리료', '전문병원 의료질지원금' 수가를 건강보험과 동일하게 의료급여 환자에게 산정할 수 있나요?

A 27 건강보험 환자와 달리 의료급여 환자에게는 의료질평가지원금, 전문병원 관리료 등의 수가를 의료급여비용으로 산정할 수 없습니다.
※ 관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제3조제2항

Q 28 의료급여환자에 대한 입원 식대 수가는 건강보험 식대 수가와 동일한가요?

A 28 건강보험의 경우는 요양기관 종별에 따라 식대 항목별 단가가 다르나, 의료급여 식대 수가는 종별 구분 없이 항목별(일반식, 치료식 등) 단일 수가 입니다. 또한, 일반식 가산, 치료식 영양관리료 등의 가산수가를 적용하지 않습니다.
※ 관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제12조

Q 29 의료급여환자가 외래에서 혈액투석을 받을 경우에는 정액수가로 산정되는 것으로 알고 있습니다. 혈액투석 정액수가와 별도로 수가 청구가 가능한 범주는 어떠한가요?

A 29 외래 1회당 의료급여 혈액투석 정액수가에는 진찰료, 혈액투석 수기로, 재료대, 투석액, 필수경구약제 및 Erythropoietin제제 등 투석당일 투여된 약제 및 검사료 등이 포함되어 있습니다. 다만, 혈액투석을 위한 정맥내 카테터삽입술 또는 혈관중재시술 등의 비용과 만성신부전 관련 합병증이 아닌 다른 상병으로 진료를 받는 경우에는 혈액투석 정액수가와 별도로 행위별 명세서를 이용하여 별도 청구가 가능합니다.
※ 관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제7조

Q 30 의료급여환자가 만성신부전증으로 야간에 응급실에 내원하여 혈액투석을 받은 경우, 청구 방법이 어떻게 되나요?

A 30 만성신부전으로 응급실에 내원한 경우에는 외래에 해당되므로 의료급여기관 종별에 불문하고 1회당 혈액투석 정액수가 146,120원(코드O9991)을 산정하여야 합니다.
※ 관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제7조



05 의료급여 정신질환

Q 31 의료급여 정신건강의학과 입원 및 외래 수가체계는 어떻게 되나요?

A 31 의료급여 수급권자가 정신건강의학과 전문의료급여기관에 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 32 정신질환으로 입원중인 의료급여 수급권자를 다른 의료급여기관으로 외래 진료 (내과 등)를 의뢰한 경우, 내과 진료비는 행위별 수가로 청구할 수 있나요?

A 32 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 본인 부담률을 적용합니다.

※ 관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 별표1 의료급여비용 청구방법 및 심사청구서 명세서서식 작성요령 제4장 3.정액수가 적용건 마. (3) 제2항

Q 33 정신건강의학과 외의 진료과 입원 중 다른 의료급여기관 정신건강의학과 외래 진료 의뢰 시 청구는 어떻게 하나요?

A 33 진료를 의뢰한 의료급여 기관에서 청구하여야 합니다. 다른 의료급여기관에 진료를 의뢰한 기관(A)에서 의뢰받은 기관(B)의 진료 내역을 함께 청구하여야 합니다. 이때, 환자의 본인일부부담금은 입원 본인부담률을 적용합니다.

※ 관련근거 : 「요양급여비용 심사청구서·명세서 세부작성요령」Ⅲ.2.가.10)라)

Q 34 정신건강의학과에서 퇴원한 환자가 퇴원한 날부터 30일 이내에 재입원하였습니다. 이 경우 1일당 입원 정액수가 체감제 적용은 어떻게 되나요?

A 34 퇴원한 환자가 퇴원한 날부터 30일 이내에 재입원하는 경우에는 입원기간에 종전 입원기간을 합산하여 수가를 적용합니다. 참고로 입원 중 진료과를 옮겼을 경우에도 전과 여부에 관계없이 입원일로부터 퇴원일까지의 일수에 따라 입원일수 체감을 적용합니다.
 ※ 관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제11조 제2항 및 행정해석(기초의료보장과-3110호, '08.09.11.), 고시 제2000-73호(행위, 2000.12.30.)

Q 35 정신건강의학과 폐쇄병동에 입원한 환자에게 감염예방관리료 수가 산정이 가능한가요?

A 35 정신질환으로 정신건강의학과에 전문의료급여기관에서 입원 진료한 경우에 산정하는 1일당 정액수가에는 환자진료에 필요한 제반비용이 포함되어 있으므로 감염예방관리료는 별도로 산정할 수 없습니다.
 ※ 관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제9조

Q 36 정신질환으로 입원한 의료급여 수급권자의 경우, 격리보호료나 폐쇄병동집중관리료를 별도 산정할 수 있나요?

A 36 의료급여 정신질환 입원수가는 1일당 정액수가로, 진찰료·입원료·투약료·주사료·정신요법료·검사료 등 제반비용이 모두 포함되어 있습니다. 따라서 격리보호료, 폐쇄병동집중관리료 등은 별도로 산정할 수 없습니다.
 ※ 관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제9조 내지 제11조

Q 37 정신건강의학과 입원진료에 대한 청구 시 1일당 정액수가와 별도로 식대 수가를 청구할 수 있나요?

A 37 의료급여 입원 정신질환 1일당 정액수가는 식대가 포함된 수가이므로 별도로 식대 수가를 청구할 수 없습니다.
※ 관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제11조제1항

Q 38 당일 입·퇴원환자의 정신건강의학과 정액수가 산정방법이 궁금합니다.

A 38 요양급여의 적용 기준 시 환자가 퇴원 후 당일 재입원하는 경우에는 계속 입원중인 것으로 간주하므로, 입·퇴원 당일의 입원수가는 1일당 정액수를 1회만 산정합니다.
※ 관련근거 : 고시 제2000-73호, '01.01.01. 시행

Q 39 보호입원 혹은 행정입원이 필요한 정신질환자의 입원여부 확인을 위하여 방문 의사가 의뢰기관으로 방문한 경우, 건강보험과 동일하게 의료급여 환자에게도 '치료입원확인료 및 치료입원확인관리료' 수가를 별도로 산정할 수 있나요?

A 39 '치료입원확인료'와 '치료입원확인 관리료' 수가는 건강보험과 동일 수가코드를 적용하여 의료급여 입원 정액수가와 더불어 별도 산정이 가능합니다. 청구 시 의료급여 정신건강의학과 정액명세서 X항 01목에 기재합니다.
※ 관련근거 : 「정신건강복지법 시행에 따른 2인 의사 입원진단을 위한 수가 시범사업 지침」, '17.05.30. 시행

Q 40 정신건강의학과 전문의료급여 기관에서 정신질환에 대한 외래진료 시 원외처방이 가능한가요?

A 40 의료급여 수급권자가 정신질환으로 외래진료 시 약제는 원외처방을 하여야 하나, 약사법 제23조제4항제3호에 의거 '조현병 또는 조울증 등으로 인하여 자신 또는 타인을 해칠 우려가 있는 정신질환자'의 경우에는 원내 직접조제가 가능합니다.

※ 관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제10조

Q 41 정신질환자가 직접 의료급여 기관을 방문할 수 없는 경우 정신요양시설장이 요양기관에 내원하여 환자의 약제 수령이 가능한가요?

A 41 2017년 3월 13일 개정된 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」에 따라 의료급여 대리처방이 가능한 범위는 「의료법」 제21조제1항에 따른 민법상 가족인 경우만 가능합니다.

Q 42 사회복지 시설에 입소 중인 의료급여 수급권자에게 촉탁진료를 한 경우 산정되는 수가와 본인부담금은 어떻게 되나요?

A 42 시설에 입소 중인 의료급여 수급권자에게 촉탁진료 후 원외처방전을 발행한 경우 (의약분업 예외대상자는 직접조제 가능함)에는 처방의사가 속한 의료급여기관 종별에 따른 재진진찰료 중 외래관리료 수가를 산정하여 청구합니다. 본인일부부담금은 1, 2종 수급권자를 불문하고 1,000원~1,500원을 부담합니다.

※ 관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제17조의5



06 본인일부부담금 적용

Q 43 건강보험 본인일부부담금 산정특례 대상이 의료급여 수급권자에게도 동일하게 적용되나요?

A 43 산정특례 대상의 경우, 정신질환과 치매질환을 제외하고 건강보험과 동일하게 적용됩니다.

※ 의료급여 산정특례대상 : 중증질환(암환자, 중증화상환자, 심장질환자, 뇌혈관질환자) 및 희귀난치성 질환자

Q 44 의료급여 등록 희귀난치성질환자인 경우, 등록된 희귀난치성질환이 아닌 다른 상병으로 외래 진료를 받을 경우에도 본인부담금이 면제되나요?

A 44 희귀난치성질환 이외 상병으로 외래 진료를 받은 경우에도 본인일부부담금이 면제됩니다.

※ 관련근거 : 행정해석(기초의료보장과-3329호, '10.11.04.)

Q 45 의료급여 선별급여 본인부담은 건강보험 선별급여 본인부담과 다른가요?

A 45 건강보험과 동일한 본인부담률을 적용 받습니다.

※ 관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제23조의2

Q 46 65세 이상 틀니 진료 시 본인부담률은 어떻게 되나요?

A 46 65세 이상 수급권자가 틀니에 대한 의료급여를 입원 또는 외래에서 받은 경우 본인 부담률은 종별 동일하게 1종 수급권자는 5%이며, 2종 수급권자는 15%입니다.

※ 관련근거 : 「의료급여법 시행령」별표1

Q 47 65세 이상 치과 임플란트 진료 시 본인부담률은 어떻게 되나요?

A 47 65세 이상 수급권자가 치과 임플란트에 대한 의료급여를 입원 또는 외래에서 받은 경우 본인부담률은 종별 동일하게 1종 수급권자는 10%, 2종 수급권자는 20%입니다.

※ 관련근거 : 「의료급여법 시행령」별표1

Q 48 의료급여환자의 입원 식대 본인부담률은 얼마인가요?

A 48 식대 본인부담률은 식대 금액의 20%입니다. 다만, 중증질환자에게 해당 중증질환(합병증 포함)으로 진료한 경우에는 식대 금액의 5%이며 행려환자, 자연분만 및 6세 미만의 아동의 입원진료의 경우에는 식대 본인부담금을 면제합니다.

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

Q 49 의료급여 2종 수급권자 중 15세 이하 아동이 입원한 경우, 본인부담 적용은 어떻게 되나요?

A 49 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

Q 50 의료급여 2종 수급권자인 18세 이하 아동이 입원진료 중에 치아홈메우기 진료를 시행한 경우, 본인부담 적용은 어떻게 되나요?

A 50 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.

Q 51 본인부담금 보상제 및 상한제는 모든 급여대상 본인부담금 기준으로 보상을 하나요?

A 51 수급권자의 급여대상 본인부담금이 대통령령에서 정하는 금액을 초과한 경우, 그 초과 금액의 전액에 해당하는 금액을 보상해드립니다. 그러나 노인틀니, 치과임플란트, 상급 병실료 및 선별급여에 대한 본인부담금은 제외됩니다.



07 경증질환 약제비 본인부담 차등제

Q 52 '15.11.1일부터 시행된 의료급여 경증질환 약제비 본인부담 차등제도는 건강보험과 동일하나요?

A 52 제도의 기본원칙, 적용대상 질환은 동일하나, 본인부담률, 적용제외 대상 등에서 차이가 있습니다.

구분	건강보험	의료급여
적용질환	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표 6]에 따른 질환	좌동
본인부담률	약국 요양급여비용총액의 40% (상급종합병원의 경우 50%)	종합병원과 상급종합병원 구분 없이 약국 의료급여비용총액의 3% (500원 미만일 경우에는 본인일부부담금 500원 적용, 건강생활유지비에서 차감 가능)
적용제외 대상	읍·면 지역 소재 종합병원 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품 조제 받은 경우 보훈병원 의사나 국가보훈처장이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품 조제 받은 경우	건강보험 적용제외 대상(좌동) 의료급여 본인부담 면제자인 경우 종합병원급 이상 기관을 선택의료급여 기관으로 지정하고 해당 병원에서 처방받는 경우

Q 53 의료급여 수급권자의 경우 대형병원에서 가벼운 질병으로 외래 진료 시 약국 약값 외에 병원 진료비에 대한 본인부담금도 달라지나요?

A 53 대형병원 외래 진료 시 본인부담금은 현행과 같이 1종은 1,500~2,000원, 2종은 총 진료비의 15%입니다.

Q 54 일반 환자가 복합질환(경증질환+그 외 다른 질환)으로 대형병원 외래에서 진료 후 약국에서 내야하는 약값은 얼마인가요?

A 54 동일의사에게 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

※ 적용예시 : 결막염(경증 질병)과 급성세기관지염(일반 질병)으로 대형병원 외래진료를 받은 경우, 약국에서 환자가 내야하는 약값

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

Q 55 경증질환으로 약제비 본인부담률을 3% 적용하였으나, 추후 다른 질병으로 확진 된 경우 본인부담금에 대한 환급이 가능한가요?

A 55 본인부담금 환급은 불가능합니다. 약제 처방 당시의 진단명이 차등적용 질병에 해당 한다면 약제비 본인일부부담금 차등적용에 따라 약국의료급여비용 총액의 3%를 부담하게 됩니다. 추후 다른 질병으로 확진되었다 하더라도 환급되지 않습니다.

Q 56 인슐린을 처방받는 당뇨병인 경우에도, 경증질환 약제비 차등적용에 해당되나요?

A 56 인슐린을 처방받거나 투여중인 경우에는 경증질환 약제비 차등 적용 제외대상이므로 기존과 동일하게 약국 본인일부부담금 500원을 부담하시면 됩니다.



08 의료급여 사례관리

Q 57 의료급여사례관리사업의 근거는 무엇인가요?

A 57 의료급여사례관리사업은 의료급여법 제5조의2(사례관리)에 의거하여 의료급여수급권자의 건강한 삶의 질 향상과 적정 의료 이용을 목적으로 수급권자의 욕구를 사정하고 건강 상담 및 정보를 제공하는 사업입니다.

Q 58 의료급여관리사의 자격 요건 및 역할이 궁금합니다.

A 58 의료급여관리사의 자격은 의료기관에서 2년 이상 근무한 경력을 가진 의료인에 한합니다. 의료급여관리사의 역할은 수급권자의 건강관리 능력 향상을 위한 교육 및 상담, 의료급여제도 안내 및 의료기관 이용 상담, 의사의 의료와 보건지도 및 약사의 복약 지도에 대한 수급권자의 이행여부 모니터링 등 요양방법의 지도, 보건복지자원과의 연계 등이 있습니다.

※ 관련근거 : 「의료급여법 시행규칙」제2조의3 제1항 및 제3항

Q 59 사례관리 대상자를 선정하는 기준이 있나요?

A 59 신규 수급권자(의료급여 수급권 최초 취득자), 질병 대비 외래 과다의료이용자, 부적정 입원자 및 신규 입원자 등을 사례관리 대상으로 선정합니다.

Q 60 장기입원 사례관리 절차는 무엇입니까?

A 60 장기입원 사례관리 절차는 ‘대상자 선정 → 사례관리 홍보 → 간담회 및 협조요청 → 대상자 상담 및 자원연계 → 퇴원 후 관리’입니다.

Q 61 장기입원 사례관리-심사연계 합동방문 중재사업은 무엇입니까?

A 61 사례관리-심사연계 대상으로 의뢰된 수급권자가 입원한 의료급여기관에 대해 건강 보험심사평가원과 보장기관이 합동으로 방문하여 장기입원자의 합리적 의료이용 및 의료기관의 진료행태 개선을 유도하는 일련의 중재 활동입니다.

Q 62 장기입원 사례관리-심사연계 합동방문 중재사업을 수행하는 각 기관별 역할이 궁금합니다.

A 62 보건복지부, 보장기관, 건강보험심사평가원이 주체가 되어 수급자의 건강관리 능력 향상 및 합리적 의료이용 유도를 위해 시·도(시·군·구) 의료급여관리사와 심사평가원이 합동으로 의료급여수급권자가 입원한 의료급여기관을 방문합니다. 보건복지부(기초 의료보장과)는 의료급여 사례관리 사업방향 기획 및 운영을 총괄합니다.

알기 쉬운 의료급여제도