

알기 쉬운 의료급여제도

2020. 11.



보건복지부



건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW AND ASSESSMENT COMMISSION

알기 쉬운 의료급여제도

CONTENTS



I

의료급여제도

1. 의료급여제도 개요	4
2. 의료급여절차	5
3. 의료급여 본인일부부담금	8
4. 2020년 변경된 의료급여제도	11
5. 중복청구 진료비 분리심사	13
6. 의료급여기준 조회시스템	15

II

자주하는 질문

1. 의료급여기준	17
2. 의료급여절차	19
3. 선택의료급여기관 이용절차	24
4. 수가 기준 및 청구방법	26
5. 의료급여 정신질환	28
6. 본인일부부담금 적용	32
7. 경증질환 약제비 본인부담 차등제	34
8. 의료급여 사례관리	36



I 의료급여제도

1. 의료급여제도 개요
2. 의료급여절차
3. 의료급여 본인일부부담금
4. 2020년 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
1종수급권자	<ul style="list-style-type: none"> • 국민기초생활보장 수급자 <ul style="list-style-type: none"> - 근로무능력가구, 시설수급자 • 타법적용자 <ul style="list-style-type: none"> - 이재민, 의상자 및 의사자의 유족, 입양아동(18세미만), 국가유공자, 국가무형문화재보유자, 북한이탈주민, 5·18민주화운동 관련자, 노숙인 • 등록 결핵질환자, 희귀·중증난치질환자, 중증질환자 • 행려환자
2종수급권자	• 국민기초생활보장 수급자 중 1종수급권자 기준에 해당되지 않는 자

+ 의료급여기관이란?

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

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

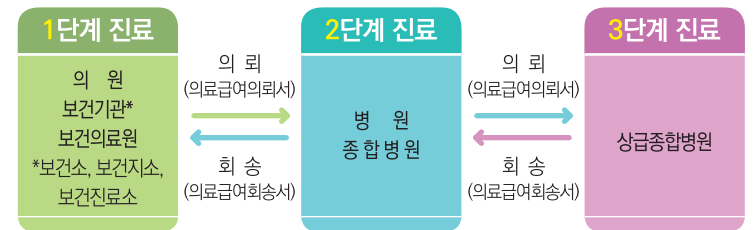
02 의료급여 절차

+ 의료급여 절차란?

- ➔ 의료급여는 본인부담이 없거나 소액만 지급하는 특성으로 인해 2·3차의료급여 기관으로 진료가 집중될 수 있는 소지가 높아, 의료자원의 효율적 활용과 대형 병원으로의 환자 집중현상을 방지하기 위하여 건강보험의 2단계 요양급여와 달리 3단계 급여절차를 규정하고 있습니다.
- ➔ 의료급여 절차에 의하지 않고(의료급여의뢰서 없이) 의료급여기관을 이용한 경우에는 진료비 전액을 본인이 부담해야 합니다.

+ 3단계 진료절차

- ➔ 수급권자가 의료급여를 받고자 하는 경우 먼저 제1차의료급여기관에 의료급여를 신청하여야 합니다.
- ➔ 진찰 결과 또는 진료 중에 다른 의료급여기관의 진료가 필요한 경우에는 진료 담당의사의 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 예약 접수일을 의료급여의뢰서 제출일로 봄)
- ➔ 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관은 수급권자의 상태가 호전되는 때에 '의료급여회송서'를 수급권자에게 발급하여 회송할 수 있습니다.
- ➔ 의료급여절차도





➔ 의뢰 순서

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

➔ 회송 순서

- 제3차의료급여기관 → 제2차의료급여기관 또는 제1차의료급여기관
- 제2차의료급여기관 → 제1차의료급여기관

➔ 의료급여 단계별 진료 예외 사항

구 분	예외 사항
제2차의료급여기관 또는 제3차의료급여기관에 의료급여 신청 가능	<ul style="list-style-type: none"> • 응급환자 • 분만 • 결핵질환, 희귀·중증난치질환, 중증질환자(보건복지부장관 고시) • 의료급여기관에서 근무하는 자가 그 근무하는 기관에서 진료 받는 경우 • 등록 장애인이 장애인 보조기구를 지급 받는 경우 • 등록 장애인이 장애인구강진료센터에서 진료 받는 경우 • 감염병의 확산 등 긴급한 사유가 있는 경우(보건복지부장관 고시)
제2차의료급여기관에 의료급여 신청 가능	<ul style="list-style-type: none"> • 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

➔ 선택의료급여기관 이용절차

➔ 선택의료급여기관이란?

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

➔ 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 제1차의료급여기관 → 제1차의료급여기관으로 재의뢰 불가
- 의뢰받은 제2차의료급여기관 → 제1차 또는 제2차의료급여기관으로 재의뢰 불가
- 의뢰받은 제3차의료급여기관 → 제1차 ~ 제3차의료급여기관으로 재의뢰 불가

➔ 선택의료급여기관 단계별 진료 예외사항

구 분	예외 사항
선택의료급여기관 이외의 의료급여기관에 의료급여 신청 가능	<ul style="list-style-type: none"> • 응급환자 • 장애인 보조기구를 지급받는 경우



03 의료급여 본인일부부담금

+ 의료급여기관 이용 시 본인부담률

구분	1차 (의원)	2차 (병원, 종합병원)	3차 (상급종합병원)	약국	PET 등	
1종	입원	무료			-	무료
	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 및 선택의료급여기관 미승인자 본인부담률 입원 20%, 외래 및 약국 30%

+ 입원 식대 본인부담률

구분	식대
1종·2종	20%
2종장애인	
중증질환(합병증 포함)	5%
행려환자, 자연분만, 6세미만 아동	무료

+ 2, 3인실 입원료 본인부담률

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

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

+ 65세 이상 틀니 및 치과 임플란트 본인부담률

구분	틀니	임플란트
1종	5%	10%
2종	15%	20%

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

+ 추나요법 급여적용

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

+ 의료급여 2종수급권자 본인부담률

→ 치아홈메우기

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

→ 정신질환 외래진료

구분	정신질환 외래진료
조현병	5%
그 외 정신질환	10%
장기지속형 주사제*	10%
*1·2종 모두 해당, 외래본인부담면제자 제외	

→ 1세 미만 아동 외래진료

구분	1세미만 아동 외래진료	
의원	외래진료	무료
	CT, MRI, PET 등	무료
종합병원, 병원 (만성질환자)	외래진료	무료
	CT, MRI, PET 등	5%
상급종합병원, 종합병원, 병원	외래진료	5%
	CT, MRI, PET 등	5%



- ▶ 치매질환 입원, 병원급 이상 외래진료 : 5%
- ▶ 임신부, 조산아 및 저체중출생아(만 5세까지) 병원급 이상 외래진료 : 5%
※ 만 3세에서 만 5세로 확대 (2020.1.1.부터)
- ▶ 고위험 임신부 입원진료 : 5%
- ▶ 6세 이상 ~ 15세 이하 아동 입원진료 : 3%

+ 본인부담금 면제자

구분	대상자
1종	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • 장애인보조기기를 지급받는 선택의료급여기관 이용자 • 행려환자 • 노숙인 진료시설을 이용하는 노숙인 • 응급·분만으로 노숙인 진료시설 이외의 의료급여기관을 이용하는 노숙인 • 노숙인 진료시설에서 의뢰되어 제3차의료급여기관을 이용하는 노숙인 • (구)등록 희귀난치성환자(2013.9.30. 이전 적용 수급권자) • 등록 결핵질환, 희귀·중증난치질환자, 중증질환자
2종	<ul style="list-style-type: none"> • 입원 본인부담 면제자 : 자연분만, 제왕절개분만, 6세미만 아동, 심장 및 뇌혈관질환자, 중증외상환자인 중증환자 • 외래 본인부담 면제자 : 심장 및 뇌혈관질환자인 중증환자
식대 면제	<ul style="list-style-type: none"> • 행려환자, 자연분만, 6세미만 아동
CT, MRI, PET 면제	<ul style="list-style-type: none"> • 심장, 뇌혈관질환자, 중증외상환자인 중증환자

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

04 2020년 변경된 의료급여제도

+ 조산아 및 저체중 출산아 본인부담 완화 (2020.1.1.시행)

- ▶ 의료급여 2종 조산아 및 저체중 출생아 외래 본인부담률 완화(5%) 연령 확대(만3세→만5세)

+ 가정간호 기본방문료 건강보험과 동일 적용 (2020.1.1.시행)

- ▶ 환자 1인당 방문횟수(연 96회) → 가정전문간호사 1인당 1일 방문횟수 (월 또는 주평균 1일 7회)

+ 정신건강의학과 정액수가 외 별도 산정

- ▶ 코로나바이러스감염증-19와 같은 감염병 확산 등에 적극 대응할 수 있는 정액수가 외 별도 산정 근거 마련(2020.5.25.시행)
- ▶ 입원환자 안전관리료 별도 산정 근거 마련(2020.11.1.시행)

+ 원격협의진찰료-자문료 산정에 따른 의료급여 본인부담금 (2020.7.1.시행)

- ▶ 원격의료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우 본인부담금 면제

+ 건강보험 본인일부부담금 산정특례 대상 항목 변경 (2020.10.5.시행)

- ▶ 본인일부부담금 산정특례 대상에서 미등록 암환자(V027) 삭제

+ 회송료에 대한 본인부담 면제 (2020.10.7.시행)

- ▶ 상급병원이 환자 회송 시 환자 본인일부부담금 면제



+ 정신건강의학과 입원료 차등제 적용 기준 개선 (2020.7.1.시행)

구분	현행	개선																					
의사인력, 정신건강전문요원	분만휴가자, 16일 이상 장기 유급휴가자 산정대상 제외	연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 산정대상 제외																					
간호인력	분만휴가자(1개월 이상 장기유급휴가자 포함) 산정대상 제외	<ul style="list-style-type: none"> 고용기준 <ul style="list-style-type: none"> 「기간제 및 단시간근로자 보호에 관한 법률」 제17조(근로조건)의 서면명시를 준수하고, 계약직의 경우에는 3개월 이상의 고용계약을 체결한 경우에 산정 계약직 간호사 고용 시, 정규직 간호사 의무고용 비율은 100분의 80으로 함 출산휴가대체 간호사는 월평균 40시간 이상인 근무자의 경우 1인으로 산정 전일제 <ul style="list-style-type: none"> 월평균 40시간 이상인 근무자는 1인으로 산정 (계약직 간호조무사는 전일제인 경우에만 3인을 2인으로 산정) 단시간 근무 간호사 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>근무시간</th> <th>일반</th> <th>의료취약지역*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>16(이상)-20시간(미만)근무자</td> <td>0.4인</td> <td>0.5인</td> </tr> <tr> <td>20(이상)-24시간(미만)근무자</td> <td>0.5인</td> <td>0.6인</td> </tr> <tr> <td>24(이상)-28시간(미만)근무자</td> <td>0.6인</td> <td>0.7인</td> </tr> <tr> <td>28(이상)-32시간(미만)근무자</td> <td>0.7인</td> <td>0.8인</td> </tr> <tr> <td>32(이상)-36시간(미만)근무자</td> <td>0.8인</td> <td>0.9인</td> </tr> <tr> <td>36(이상)-40시간(미만)근무자</td> <td>0.9인</td> <td>1인</td> </tr> </tbody> </table> 	근무시간	일반	의료취약지역*	16(이상)-20시간(미만)근무자	0.4인	0.5인	20(이상)-24시간(미만)근무자	0.5인	0.6인	24(이상)-28시간(미만)근무자	0.6인	0.7인	28(이상)-32시간(미만)근무자	0.7인	0.8인	32(이상)-36시간(미만)근무자	0.8인	0.9인	36(이상)-40시간(미만)근무자	0.9인	1인
	근무시간		일반	의료취약지역*																			
16(이상)-20시간(미만)근무자	0.4인	0.5인																					
20(이상)-24시간(미만)근무자	0.5인	0.6인																					
24(이상)-28시간(미만)근무자	0.6인	0.7인																					
28(이상)-32시간(미만)근무자	0.7인	0.8인																					
32(이상)-36시간(미만)근무자	0.8인	0.9인																					
36(이상)-40시간(미만)근무자	0.9인	1인																					
임시직 간호인력(시간제, 계약직 등)의 경우 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 44시간(다만, 「근로기준법」에 의한 근로시간이 주40시간인 의료급여기관은 40시간)이고 실제근무 기간이 3개월 이상인 근무자의 경우에만 3인을 2인으로 산정	간호사수는 직전분기 평균(각 월의 15일 기준)으로 산정	간호사수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직일수의 평균으로 산정																					
제출기간 도과에 따른 조치	-	적용분기 전일까지 부득이한 사유를 소명하여 제출하는 경우에 한하여 확인된 기관 등급을 적용																					

※ 산정현황 통보서 제출 : 3분기 기관등급 적용을 위해 2020.6.20.까지 [별지 제18호 서식] 제출 필요

05 중복청구 진료비 분리심사

+ 목적

의료급여기관이 의료급여 수급권자에게 의료서비스를 제공하고 보건복지부장관이 별도 고시한 의료급여비용 청구방법 및 작성요령에 의해 청구한 급여비용을 심사지급 후 지급된 급여비용의 적정여부를 재확인하여 중복, 부당청구 등 사위·기타 부정한 방법으로 지급받은 비용에 대하여 그 비용의 전부 또는 일부를 해당 의료급여기관으로부터 환수 등의 조치를 함으로써 의료급여금 누수를 방지하고 급여질서를 확립하는 사후관리 업무입니다.

+ 중복청구 진료비 분리심사 의뢰 절차

의료급여기관으로부터 이의신청을 받은 보장기관에서 첨부된 증빙자료를 근거로 중복청구의 사실 확인이 가능한 부분은 자체 처리하되, 진료기록부 판독 곤란 등 전문적 심사가 필요한 사항에 대하여 건강보험심사평가원에 심사를 의뢰합니다.

【심사평가원 심사 의뢰 시 첨부서류】

- 중복청구 의료급여비 발체대장 '해당 명세서 출력부분' 사본
 - ※ 발체대장 내 해당 명세서의 접수번호 및 명세서 일련번호 기재여부 확인
- 의료급여기관 이의신청서 사본
- 의료급여비용(약제비) 명세서 사본
- 진료기록부 사본(다만, 약국의 경우 처방전 사본)
- 기타 의료급여기관 관련자료 사본

→ 의뢰 접수

- 심사평가원 본·지원
 - 해당 의료급여기관의 종별 및 소재지 확인 후 관할 본·지원에 의뢰
- 중복청구 발체 건에 의료급여기관이 2개 이상 관련되어 있는 경우
 - 진료개시일이 빠른 의료급여기관의 종별 및 소재 지역에 따라 관할 지원으로 의뢰



+ 중복청구 진료비 확인요령 예시

➔ 진료개시일 및 입·내원일수(진료일수) 기재착오로 인한 중복

- 예시 1: 진료개시일이 다른 경우

수급권자	의료급여기관명	중복색출대상	
		진료개시일(입·내원일수)	진료기록부
김OO	A병원	'20.02.01.(30일)	'20.01.01.(30일)
		'20.02.12.(30일)	'20.02.12.(30일)

(결과)
진료기록부 확인 결과, 김OO은 A병원에 '20.1.1일 입원 후 30일간 치료를 받고 1.30일 퇴원하였다가 '20.2.12일 재입원하여 30일간 치료를 받고 3.13일에 퇴원하였습니다. 의료급여기관에서 청구 시 진료개시일을 1.1일에서 2.1일로 잘못 기재하여 중복 색출된 건으로 위 상황은 중복청구가 아닙니다.

- 예시 2: 입·내원일수가 다른 경우

수급권자	의료급여기관명	중복색출대상	
		진료개시일(입·내원일수)	진료기록부
이OO	B병원	'20.02.01.(8일)	'20.02.01.(7일)
		'20.02.08.(6일)	'20.02.08.(6일)

(결과)
진료기록부 확인 결과, 이OO은 B병원에 '20.2.1일 입원 후 7일간 치료를 받고 퇴원하였다가 '20.2.8일 재입원하여 6일간 치료를 받고 2.13일에 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	'20.03.05.(1일)	당뇨병(내분비내과)	'20.03.05.(1일)	당뇨병(내분비내과)
		'20.03.05.(1일)	당뇨병(신장내과)	'20.03.05.(1일)	만성신부전(신장내과)

(결과)
진료기록부 확인 결과, 정OO은 C종합병원에서 '20.3.5일 주상병인 당뇨병에 대해 내분비내과 외래진료를, 주상병 만성신부전에 대해 신장내과 외래진료를 보았습니다. 세부과목에 대해 동일 주상병으로 잘못 기재하여 중복 색출된 건으로 위 상황은 중복청구가 아닙니다.

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 대내외 정보이용자에 대한 만족도를 제고하고자 합니다.

+ 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 업로드 내역 : 법령 및 기준
 - 의료급여법(시행령, 시행규칙 포함 최근 개정 법령 업로드)
 - 의료급여수가의 기준 및 일반기준
 - 의료급여 관련 급여기준
 - 기타 관련 법령(국민건강보험법, 의료법 등)

+ 의료급여 급여기준 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” 및 “관련법령” 이력조회화면



II 자주하는 질문

1. 의료급여기준
2. 의료급여절차
3. 선택의료급여기관 이용절차
4. 수가 기준 및 청구방법
5. 의료급여 정신질환
6. 본인일부부담금 적용
7. 경증질환 약제비 본인부담 차등제
8. 의료급여 사례관리

01 의료급여기준

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

A 01 1차의료급여기관(의원급)에서는 아래와 같은 경우에 한하여 입원 진료를 할 수 있도록 규정하고 있습니다.

- 아 래 -

- 1) 분만 및 수술을 동반하는 경우
- 2) 정신질환, 한센병환자의 치료, 골절로 인하여 입원치료가 불가피한 경우
- 3) 입원 진료 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 희귀질환자인데, 희귀질환 외 다른 상병이 있는 경우에도 의료급여의뢰서 없이 2차 또는 3차병원에서 진료를 받을 수 있나요?

A 03 보건복지부장관이 정하여 고시하는 등록 결핵질환, 희귀·중증난치질환 및 중증질환을 가진 사람이 의료급여를 받으려는 경우 모든 질환에 대하여 의료급여의뢰서 없이 2차, 3차의료급여기관에서 진료가 가능합니다.

※관련근거 : 「의료급여법 시행규칙」제3조제1항제3호



Q 04 의료급여 수급권자인데 야간에 응급실을 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 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 : 「응급의료 수가기준」 및 「의료급여법 시행규칙」별표1의2

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

A 05 의료급여의뢰서는 진찰결과 또는 진료 중에 2차의료급여기관 또는 3차의료급여기관의 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 2차병원에서 국가 암검진을 받은 결과 이상소견이 발견되어, 해당병원(검진받은 병원)에서 진료를 받으려하는데 1차의료급여기관의 의료급여의뢰서가 필요한지요?

A 06 2차의료급여기관(병원)에서 국가암검진을 받은 결과 이상소견이 발견되어 진료담당 의사가 검진결과서에 2차의료급여기관의 진료가 필요하다고 의사소견을 기재한 경우 해당 검진결과서를 의료급여의뢰서로 갈음할 수 있습니다. 따라서 1차의료급여기관의 의료급여의뢰서 없이도 검진 받은 2차의료급여기관에서 진료가 가능합니다.

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

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

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

Q 08 1차의료급여기관에서 의료급여의뢰서를 발급받아 2차의료급여기관에서 진료를 받은 후, 다른 상병이 있어 동일 진료과에서 진료를 받아야 하는 경우 의료급여의뢰서를 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 2차의료급여기관에서 2차의료급여기관으로 혹은 3차의료급여기관에서 2차의료급여기관으로 전원하는 경우, 필요한 서류가 무엇인가요?

A 09 2차의료급여기관에서 2차의료급여기관으로 전원하는 경우에는 의료급여의뢰서를, 3차의료급여기관에서 2차의료급여기관으로 전원하는 경우에는 의료급여회송서를 발급받아 제출하여야 합니다.

Q 10 의료급여의뢰서 없이 2차의료급여기관을 방문하여 진료를 받았습니니다. 그리고 3차의료급여기관에서 진료를 받기 위해 2차의료급여기관의 의뢰서를 발급받은 경우, 3차의료급여기관의 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 의료급여 절차에 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. 7일 이내에 진료를 예약하고 진료 받는 때에 의료급여의뢰서를 제출하는 경우에는 예약접수 일을 제출일로 봅니다.

※관련근거 : 「의료급여법 시행규칙」제3조제4항

Q 12 3차의료급여기관에서 재활운동치료를 받고 있습니다. 2차의료급여기관으로 전원하려면 어떤 절차를 밟아야 하나요?

A 12 3차의료급여기관에서 2차의료급여기관으로 전원할 경우 의료급여회송서를 지참하여야 합니다. 다만 단순 물리치료가 아닌 작업치료, 운동치료 등의 전문재활치료가 필요하여 재활의학과에서 의료급여를 받고자 하는 경우에는 의료급여 단계별 진료의 예외사항에 해당되어 의료급여의뢰서나 의료급여회송서가 없어도 2차의료급여기관에서 의료급여 신청이 가능합니다.

※관련근거 : 「의료급여법 시행규칙」제3조제1항제8호

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

A 13 1차의료급여기관의 의료급여의뢰서 없이 2차 또는 3차의료급여기관의 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 : 「응급의료 수가기준」 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 : 행정해석(의급 65730-117호, '03.04.02.)

Q 16 15세 이하 아동인 의료급여 수급권자가 의료급여의뢰서 없이 2차의료급여 기관에 방문하였습니다. 이러한 경우 의료급여를 적용받을 수 있나요?

A 16 15세 이하 아동이 의료급여 진료를 받으려는 경우 의료급여 단계별 진료 예외에 해당하여, 의료급여의뢰서가 없어도 2차의료급여기관에서 의료급여를 적용받을 수 있습니다.
※관련근거 : 「의료급여법 시행규칙」 제3조제1항제13호

Q 17 등록 장애인이 2차의료급여기관에서 진료를 받을 경우, 1차의료급여기관의 의료급여의뢰서가 있어야 하나요?

A 17 등록된 장애인의 경우 의료급여 단계별 절차 예외에 해당되어 별도의 의료급여의뢰서 없이 2차의료급여기관에서 진료를 받으실 수 있습니다. 다만, 등록된 장애인이라 하더라도 선택의료급여기관 대상자인 경우에는 선택의료급여기관의 의료급여의뢰서를 제출하여야 합니다.
※관련근거 : 「의료급여법 시행규칙」 제3조제1항제10호

Q 18 건강보험 대상자로 2차병원에서 진료의뢰를 받아 3차진료기관에서 입원 진료를 받고 있던 중 의료급여 수급권자로 자격이 변동된 경우, 의료급여 의뢰서를 재발급 받아야 하나요?

A 18 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 1차 및 2차의료급여기관에서 발행한 의료급여의뢰서를 발급받아야 합니다.
※관련근거 : 행정해석(보관 65730-872호, '99.07.08.)

Q 19 2차의료급여기관에서 국가건강검진을 받았습니다. 검진결과 고혈압 또는 당뇨병 질환이 의심되어 확진검사를 받고자 하는데 검진기관인 2차의료 급여기관에서 가능할까요?

A 19 일반건강검진 결과 고혈압 또는 당뇨병 질환이 의심되어 확진검사를 받고자 하는 의료급여 수급권자는 1차의료급여기관(의원급)에서 확진검사를 받아야 합니다. 다만, 의료급여법 시행규칙 제3조에 따른 의료급여절차 예외자의 경우에는 2차 또는 3차의료급여기관에서 확진검사를 받을 수 있습니다.
※관련근거 : 행정해석(기초의료보장과-901호, '18.01.25.)

Q 20 요양병원 입원 중 다른 의료기관의 진료를 위해선 의료급여의뢰서가 필요한가요?

A 20 요양병원 입원환자가 의료급여의뢰서 없이 다른 의료기관 이용 시 진료비 전액을 본인이 부담하여야 합니다.
※관련근거 : 「의료급여법 시행규칙」 [별표1의2]



03 선택의료급여기관 이용절차

Q 21 1차의료급여기관이 선택기관으로 등록 되어있는 환자가 선택기관을 거쳐 2차병원의 진료의뢰를 받아서 3차병원에 내원한 경우, 2차병원의 의료급여의뢰서만 있으면 의료급여가 적용되나요?

A 21 위와 같이 선택의료급여기관 적용 대상자가 단계별 절차를 거쳐 3차병원으로 재의뢰되는 경우, 2차의료급여기관의 의료급여의뢰서가 있으면 3차의료급여기관에서 의료급여가 적용됩니다.

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

Q 22 1차선택의료급여기관 적용대상자가 의료급여의뢰서를 발급받아 2차의료급여기관에서 외래 진료를 받은 후, 다른 2차의료급여기관에 입원해야 하는 경우 의료급여의뢰서를 재발급 받아야 하나요?

A 22 선택의료급여기관에서 의뢰된 수급권자는 동일 종별(2차의료급여기관에서 다른 2차의료급여기관)로 재의뢰 할 수 없습니다. 따라서 위와 같은 경우에는 1차선택의료급여기관에서 의료급여의뢰서를 재발급 받아 입원 예정인 2차의료급여기관에 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 보조기기를 지급받고자 하는 경우에는 선택의료급여기관의 의료급여의뢰서가 없어도 다른 의료급여기관에서 진료 받을 수 있습니다.

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

Q 24 희귀질환 산정특례 대상으로 등록되어 있으면서 1차의료급여기관이 선택기관으로 지정된 의료급여수급자인 경우, 의료급여의뢰서 없이 2차 또는 3차의료급여기관에서 의료급여가 적용되나요?

A 24 산정특례 등록환자라도 1차의료급여기관을 선택기관으로 지정되어 있는 경우는 선택기관의 의료급여의뢰서를 제출하여야만 2차 또는 3차의료급여기관에서 진료가 가능합니다.

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

Q 25 1차의료급여기관이 선택의료급여기관으로 지정된 1종수급권자입니다. 선택의료급여기관에서 진료할 수 없는 질환에 대하여 의료급여의뢰서를 발급받아 다른 병원에서 진료를 받을 경우 본인부담금은 어떻게 되나요?

A 25 선택의료급여기관으로 지정된 의원에서 진료 받을 경우는 본인부담금이 면제되지만, 의뢰 또는 재의뢰되어 진료 받는 기관에서는 본인부담금이 발생합니다.(1,000원~2,000원)

※관련근거 : 「의료급여법 시행령」별표1

Q 26 선택의료급여기관에서 의뢰되어 2차 또는 3차의료급여기관에서 진료를 받던 중 선택의료급여기관이 변경되었습니다. 이 경우 변경된 선택의료급여기관으로부터 의뢰서를 다시 발급받아야 하나요?

A 26 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 의료급여 의뢰서를 제출하여야 합니다.

※관련근거 : 보건복지부 「의료급여사업안내」



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 등(전문병원 관리료·전문병원 의료질지원금)의 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 정액수구에는 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 정액수구와 별도로 행위별 명세서를 이용하여 별도 청구가 가능합니다.

※관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제7조

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

A 30 만성신부전증으로 응급실에서 혈액투석을 시행한 경우, 의료급여기관 종별에 불구하고 1회당 146,120원(코드 O9991)의 정액수가로 산정하여야 합니다.

※관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제7조

Q 31 요양병원 입원 중인 산정특례 대상자를 다른 요양기관에 해당 상병으로 진료 의뢰 시, 청구방법이 어떻게 되나요?

A 31 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표3] “중증질환자 산정특례대상” 중 암환자, 중증화상환자와 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성 질환에 따른 산정특례 대상자를 해당 상병으로 진료의뢰한 경우 진료의뢰를 받은 요양기관에서 청구합니다.(단, 의료급여의 경우 조현병, 치매 환자는 의료급여 산정특례 대상자에서 제외됩니다.)

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



05 의료급여 정신질환

Q 32 의료급여 정신건강의학과 입원 및 외래 수가체계는 어떻게 되나요?

A 32 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 33 정신질환으로 입원중인 의료급여 수급권자를 다른 의료급여기관으로 외래 진료(내과 등)를 의뢰한 경우, 내과 진료비는 행위별 수가로 청구할 수 있나요?

A 33 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 의료급여비용 청구방법 및 심사청구서 명세서서식 작성요령 제4장 3.정액수가 적용건 마.(3)

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

A 34 퇴원한 환자가 퇴원한 날부터 30일 이내에 재입원하는 경우에는 입원기간에 종전 입원 기간을 합산하여 수가를 적용합니다. “퇴원한 날부터 30일 이내”라 함은 퇴원 다음날부터 계산하여 30일까지의 기간을 뜻합니다.

※관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제11조제2항 및 행정해석(보관65730-25호, '01.01.09.)

Q 35 정신질환으로 입원한 의료급여 수급권자의 경우, 감염예방관리료나 격리 보호료, 폐쇄병동집중관리료를 별도 산정할 수 있나요?

A 35 의료급여 정신질환 입원수가는 1일당 정액수가로, 약제를 제외한 진찰료·입원료·투약료·주사료·정신요법료·검사료 등 환자진료에 필요한 비용이 포함되어 있습니다. 따라서 감염예방관리료, 격리보호료, 폐쇄병동집중관리료 등은 별도로 산정할 수 없습니다. 다만, 마약류 관리료, 입원환자 안전관리료 및 감염병의 확산 등 긴급한 사유로 부득이하게 보건복지부장관이 정하는 급여비용의 경우 제1조에 따라 별도로 산정할 수 있습니다.

※관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제9조

Q 36 정신건강의학과 입원진료에 대한 청구 시 1일당 정액수와 별도로 식대 수가를 청구할 수 있나요?

A 36 의료급여 입원 정신질환 1일당 정액수가는 식대가 포함된 수가이므로 별도로 식대 수가를 청구할 수 없습니다.

※관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제11조제1항

Q 37 정신질환 정액진료비 입원일수 산정방법이 궁금합니다.

A 37 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 38 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 38 '치료입원확인료'와 '치료입원확인 관리료' 수가는 건강보험과 동일 수가코드를 적용하여 의료급여 정액 명세서에 별도 산정이 가능합니다.
 ※관련근거 : 「정신건강복지법 시행에 따른 2인 의사 입원진단을 위한 수가 시범사업 지침」, '17.05.30. 시행

Q 39 정신건강의학과 전문의료급여기관에서 정신질환에 대한 외래진료 시 원외처방이 가능한가요?

A 39 정신질환 외래진료 시 약제 직접조제로 한정하는 고시 문구가 2018년 8월 1일부터 삭제됨에 따라, 의료급여 수급권자가 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」제10조, 「약사법」제23조

Q 40 정신질환자가 직접 의료급여기관을 방문할 수 없는 경우 정신요양시설장이 요양기관에 내원하여 환자의 약제 수령이 가능한가요?

A 40 2017년 3월 13일 개정된 「의료급여수가의의 기준 및 일반기준」에 따라 대리처방이 가능한 「민법」상 가족의 범위를 고려하여 '배우자, 직계혈족 및 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매'에게 처방이 가능합니다.
 ※관련근거 : 행정해석(보험급여과-5011, '14.12.22.)

Q 41 사회복지시설에 입소 중인 의료급여 수급권자에게 촉탁진료를 한 경우 산정되는 수가와 본인부담금은 어떻게 되나요?

A 41 의료급여기관에 소속된 촉탁의가 시설 내에서 진료 후 사회복지시설 입소자에게 원외 처방전을 발행하거나 원내 직접조제·투약한 경우 건강보험과 동일한 수가를 산정하며, 본인일부부담금은 1, 2종수급권자를 불문하고 1,000원~1,500원을 부담합니다. 단, 외래 본인부담면제자의 경우 본인부담금을 면제합니다.
 ※관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제17조의5

Q 42 정신건강의학과 입원 시 정액수가에서 약제를 분리 청구할 수 있는데 어떻게 가능한가요?

A 42 2019년 6월 1일 진료분부터 입원 중 투여한 약품비만 별도 산정 가능합니다. 약품에 따른 수기료는 청구할 수 없으며, 청구시 1~U항 및 X항의 각 목에 각각 기재하여야 합니다.
 ※관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」제9조 및 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」(고시 제2019-61호, '19.06.01.시행)



06 본인일부부담금 적용

Q 43 건강보험 본인일부부담금 산정특례 대상이 의료급여 수급권자에게도 동일하게 적용되나요?

A 43 산정특례 대상의 경우, 정신질환과 치매질환을 제외하고 건강보험과 동일하게 적용됩니다.
※관련근거 : 「의료급여수의 기준 및 일반기준」[별표2]

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

A 44 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵질환, 희귀·중증난치질환 또는 중증질환을 가진 사람이 외래진료를 받을 경우 급여비용총액 전부를 기금에서 부담하여, 희귀질환 이외의 상병으로 외래 진료를 받은 경우에도 본인일부부담금이 면제 됩니다.
※관련근거 : 「의료급여법 시행령」[별표1] 제1호다목

Q 45 의료급여 선별급여 본인부담은 건강보험 선별급여 본인부담과 다른가요?

A 45 건강보험과 동일한 본인부담률을 적용 받습니다.
※관련근거 : 「의료급여수의 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 1종수급권자는 5%이며, 2종수급권자는 15%입니다.
※관련근거 : 「의료급여법 시행령」[별표1] 제1호라목, 제2호마목

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

A 47 65세 이상 수급권자가 임플란트에 대한 의료급여를 입원 또는 외래에서 받은 경우 본인 부담률은 1종수급권자는 10%, 2종수급권자는 20%입니다.
※관련근거 : 「의료급여법 시행령」[별표1] 제1호마목, 제2호바목

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 6세미만의 아동의 입원진료의 경우에는 식대 본인부담금을 면제합니다.
※관련근거 : 「의료급여법 시행규칙」[별표1의2], 「의료급여수의 기준 및 일반기준」제23조

Q 49 의료급여 2종수급권자 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] 제2호

Q 50 의료급여 2종수급권자인 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.
※관련근거 : 「의료급여법 시행령」[별표1] 제2호

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 비급여대상, 100/100 본인부담 진료비, 65세 이상 치과 틀니 및 임플란트 비용, 상급병실(2·3인실) 입원료, 추나요법 및 연장승인 미신청 등으로 인한 건보부담적용금액 등은 지급에서 제외됩니다.



07 경증질환 약제비 본인부담 차등제

Q 52 의료급여 경증질환 약제비 본인부담 차등제도는 건강보험과 동일하나요?

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

구분	건강보험	의료급여
적용질환	「본인일부부담금 산정특례에 관한기준」[별표 6]에 따른 질환	좌동
본인부담률	<ul style="list-style-type: none"> • 상급종합병원 : 약국 요양급여비용총액의 50% • 종합병원 : 약국 요양급여비용총액의 40% 	<ul style="list-style-type: none"> • 상급종합병원·종합병원 : 약국 의료급여비용총액의 3% * 본인부담금이 500원 미만일 경우 500원 **건강생활유지비에서 차감 가능
적용제의 대상	<ul style="list-style-type: none"> • 읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품 조제 받은 경우 • 보건병원의 의사나 국가보훈처장이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품 조제 받은 경우 	<ul style="list-style-type: none"> • 건강보험 적용제외 대상(좌동) • 의료급여 본인부담 면제자인 경우 • 종합병원급 이상 기관을 선택의료 급여기관으로 지정하고 해당 병원에서 처방받는 경우

Q 53 의료급여 수급권자의 경우 경증질환으로 상급종합병원과 종합병원 외래 진료 시 약국 약값 외에 병원 진료비에 대한 본인부담금도 달라지나요?

A 53 상급종합병원과 종합병원 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 상급종합병원과 종합병원 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 급성 세기관지염(일반 질병)으로 상급종합병원 또는 종합병원 외래진료 후 처방전을 발급 받아 약국에서 조제 받는 경우 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	약제비용 총액의 3% ※ 500원 미만 시 500원		500원

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

A 55 약제비 차등적용 질병으로 약국 약제비 본인부담을 차등적용 받았으나, 이후 다른 질병으로 확진되더라도 이전에 이루어진 약국 약제비 본인부담 차등적용은 소급적용하지 않으므로, 본인부담금은 환급처리되지 않습니다.

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

A 56 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.



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, 의료급여 제도 안내 및 의료기관 이용 상담, 의사의 의료와 보건지도 및 약사의 복약지도에 대한 수급권자의 이행여부 모니터링 등 요양방법의 지도, 보장시설 등 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 및 재취득자), 질병 대비 외래 과다의료이용자, 장기입원자 및 부적정 입원자, 연중 관리가 필요한 대상자 등을 사례관리 대상자로 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 건강보험심사평가원과 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(기초의료보장과는 의료급여 사례관리 사업방향 기획 및 운영을 총괄합니다).

건강보험심사평가원은

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

부정청탁 금지

금지내용

- 누구든지 직무를 수행하는 공직자등에게 직접 또는 제3자를 통한 부정청탁 금지

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 인정되는 행위

제재내용

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

알기 쉬운 의료급여제도

발행월 : 2020년 11월

발행처 : 건강보험심사평가원 의료급여실
강원도 원주시 혁신로 60(반곡동)

대표전화 : 1644-2000

인쇄처 : (사)한국장애인상생복지회

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

알기 쉬운 의료급여제도



보건복지부



건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE