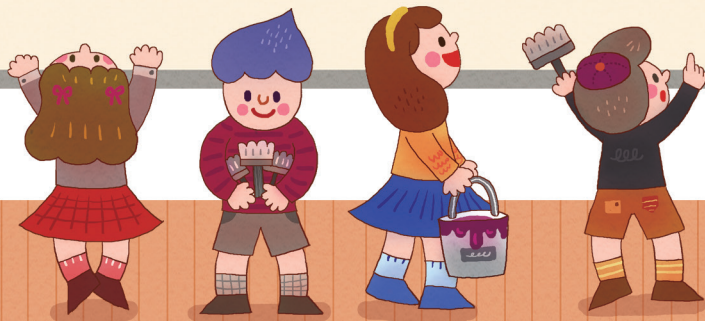


알기 쉬운 의료급여제도

2015. 12



건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

의료급여실



Contents

I. 의료급여제도

1. 의료급여제도 개요 • 04
2. 의료급여절차 • 05
3. 의료급여 본인일부부담금 • 08
4. 2015년 변경된 의료급여제도 • 10
5. 중복청구 진료비 분리심사 • 12
6. 의료급여기준 이력관리시스템 • 14

II. 자주하는 질문

1. 의료급여기준 • 16
2. 의료급여절차 • 18
3. 선택의료급여기관 이용절차 • 21
4. 경증질환 약제비 본인부담 차등제 • 23
5. 수가 기준 및 청구방법 • 26
6. 의료급여 사례관리 • 29



I. 의료급여제도

1. 의료급여제도 개요 • 04
2. 의료급여절차 • 05
3. 의료급여 본인일부부담금 • 08
4. 2015년 변경된 의료급여제도 • 10
5. 중복청구 진료비 분리심사 • 12
6. 의료급여기준 이력관리시스템 • 14

1. 의료급여제도 개요

○ 의료급여제이란?

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

○ 의료급여 수급권자란?

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

구 분	대 상
1종 수급권자	<ul style="list-style-type: none"> • 국민기초생활보장수급자 <ul style="list-style-type: none"> – 근로무능력가구, 희귀난치성질환등록자, 중증질환등록자, 시설수급자 • 타법적용자 <ul style="list-style-type: none"> – 이재민, 의사자 및 의사자의 유족, 입양아동(18세미만), 국가유공자, 중요무형문화재보유자, 북한이탈주민, 5·18민주화운동 관련자, 노숙인 • 행려환자
2종 수급권자	<ul style="list-style-type: none"> • 국민기초생활보장 대상자 중 1종 수급대상이 아닌 가구

○ 의료급여기관이란?

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

의료급여기관	종 류
1차의료급여기관	<ul style="list-style-type: none"> • 의원, 보건기관(보건소, 보건지소, 보건진료소), 보건의료원
2차의료급여기관	<ul style="list-style-type: none"> • 병원, 종합병원
3차의료급여기관	<ul style="list-style-type: none"> • 종합병원 중 25개 기관(보건복지부장관 지정)

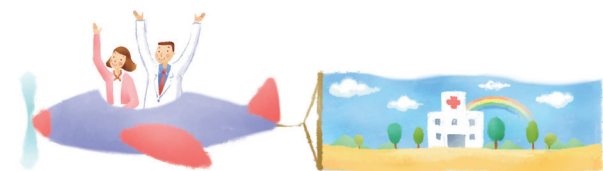
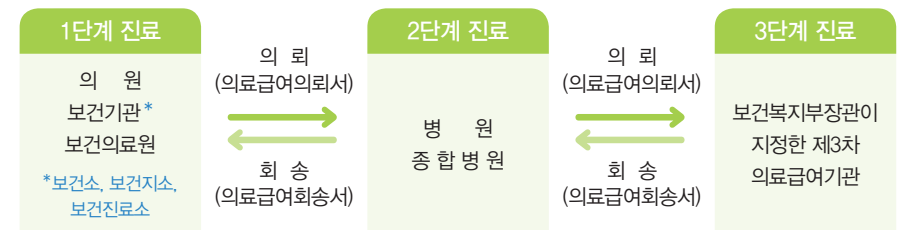
2. 의료급여절차

○ 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.
- 의료급여 절차에 의하지 않고(의료급여의뢰서 없이) 의료급여기관을 이용한 경우에는 진료비 전액을 본인이 부담해야 합니다.

○ 3단계 진료 절차

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



● 의뢰 순서

- 제1차의료급여기관 ➡ 제2차의료급여기관
- 제2차의료급여기관 ➡ 제2차의료급여기관 또는 제3차의료급여기관
- 제3차의료급여기관 ➡ 제3차의료급여기관

● 회송 순서

- 제3차의료급여기관 ➡ 제2차의료급여기관 또는 제1차의료급여기관
- 제2차의료급여기관 ➡ 제1차의료급여기관

● 의료급여 단계별 진료 예외 사항

의료급여기관	대 상 자
제2차의료급여기관 또는 제3차의료급여기관에 의료급여 신청 가능	<ul style="list-style-type: none"> • 응급환자인 경우 • 분만의 경우 • 희귀난치성질환 또는 등록 중증질환자(보건복지부장관이 고시) • 의료급여기관에서 근무하는 자가 그 근무하는 의료급여기관에서 진료받는 경우 • 등록 장애인이 장애인 보장구를 지급 받는 경우 • 감염병의 확산 등 긴급한 사유가 있는 경우(보건복지부장관이 고시)
제2차의료급여기관에 의료급여 신청 가능	<ul style="list-style-type: none"> • 재활의학과에서 작업치료 · 운동치료 등의 재활치료를 받는 경우 • 한센병환자 • 등록 장애인 • 국민건강보험법 시행령 제45조제1호에 해당하는 지역의 의료급여 수급권자 • 상이등급을 받은 자 • 8세 미만의 소아가 야간 · 공휴일에 의료급여를 받은 경우

● 선택의료급여기관 이용절차

● 선택의료급여기관 제도란?

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

● 선택의료급여기관 진료 절차

- 선택의료급여기관 외에 다른 의료급여기관에서 진료가 필요한 경우 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 예외 사항

의료급여기관	대 상 자
선택의료급여기관 이외의 의료급여기관에 의료급여 신청 가능	<ul style="list-style-type: none"> • 응급환자 • 장애인 보장구를 지급받는 경우



3. 의료급여 본인일부부담금

○ 의료급여기관 이용시 본인부담률

구 분		1차 (의원)	2차 (병원, 종합병원)	3차 (지정병원)	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%

* 의료급여2종 고위험임신부 : 입원진료비 본인부담률 5%('15. 7. 1.부터, CT, MRI 또는 PET 포함)

* 52개 경증질환 : 종합병원 또는 상급종합병원 진료 후 약국에서 조제시 약제비 본인부담률 3%('15. 11. 1.부터)

○ 입원시 식대 본인부담률

구 분	식대 본인부담률
1종 · 2종	20%
희귀난치성 질환자	
중증환자	5%

○ 70세 이상 노인 틀니 및 임플란트 본인부담률

구 분	틀니 및 임플란트 본인부담률
1종	20%
2종	30%

* 레진상 완전틀니('12. 7. 1.부터), 부분틀니('13. 7. 1.부터), 임플란트('14. 7. 1.부터), 금속상 완전틀니('15. 7. 1.부터)

* 본인부담 보상제 · 상한제 해당되지 않음(장애인 기금 지원 없음)

○ 본인부담금 면제자

구 분	대 상 자
1종	<ul style="list-style-type: none"> 선택의료급여기관 이용자(조건부연장승인자, 자발적 참여자) 18세 미만인 자, 20세 이하인 자로 중고등학교 재학 중인 자 임산부, 가정간호를 받고 있는 자가 외래를 이용하는 경우 (구)등록 희귀난치성환자(2013. 9. 30 이전 적용 수급권자) 행려환자, 응급환자인 선택의료급여기관 이용자 장애인보장구를 지급받는 선택의료급여기관 이용자 노숙인 진료시설을 이용하는 노숙인 응급 · 분만으로 노숙인 진료시설 이외의 의료급여기관을 이용하는 노숙인 노숙인 진료시설에서 의뢰되어 제3차의료급여기관을 이용하는 노숙인 등록 희귀난치성질환자 등록 중증질환자 심장 및 뇌혈관질환자인 중증환자
2종	<ul style="list-style-type: none"> 입원 본인부담 면제자 - 자연분만, 6세미만, 심장 및 뇌혈관질환자인 중증환자 외래 본인부담 면제자 - 심장 및 뇌혈관질환자인 중증환자
식대본인부담 면제자	<ul style="list-style-type: none"> 행려환자, 자연분만, 6세미만
CT, MRI 또는 PET 면제자	<ul style="list-style-type: none"> 심장, 뇌혈관질환자인 중증환자

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

4. 2015년 변경된 의료급여제도

● 미등록 중증질환 지원대상 확대

- 미등록 중증질환 지원대상이 확대되었습니다. ('15. 2. 1. 시행)

특정기호	변경 전	개 정
V191	뇌혈관질환자가 입원하여 고시에서 정한 수술을 받은 경우 최대 30일	뇌혈관질환자가 고시에서 정한 수술 또는 약제투여를 받은 경우 최대 30일
V192	심장질환자가 입원하여 고시에서 정한 수술을 받은 경우 최대 30일	심장질환자가 고시에서 정한 수술 또는 약제투여를 받은 경우 최대 30일 (복잡 선천성 심기형질환자, 심장이식술을 받은 경우 최대 60일)
V268	〈신설〉	급성 뇌출혈 환자(160~162)가 입원진료를 받은 경우 최대 30일

● 노인틀니 및 치과임플란트 적용대상 확대

- 틀니 및 치과임플란트에 대한 의료급여 적용 연령이 75세 이상에서 70세 이상으로 확대되었습니다. ('15. 7. 1. 시행)

● 고위험 임신부 입원진료비 본인부담률 경감

- 2종 수급권자 중 고위험 임신부의 입원진료비 본인부담률이 기존 10%에서 5%로 경감되었습니다. ('15. 7. 1. 시행)

● 장애인 보장구에 대한 의료급여기금 부담금액 항목 개정

- 전동휠체어, 전동스쿠터 및 자세보조용구, 그 밖의 보장구는 기준액, 고시금액 및 실구입금액 중 최저금액에 해당하는 금액을 의료급여기금에서 부담하게 되었습니다. ('15. 7. 1. 시행)

● 완화의료 구급차 이송처치료 본인부담률 변경

- 완화의료 입원진료의 경우, 구급차 이송처치료에 해당하는 비용이 100분의 100 본인부담으로 변경되었습니다. ('15. 7. 15. 시행)

● 경증질환 약제비 본인부담 차등제

- 비교적 가벼운 질환으로 종합병원 또는 상급종합병원(이하 '대형병원')에서 외래진료 후 원외 처방전을 발급받아 약국에서 조제 받는 경우, 약국 약값 전체 금액의 3%(약국 약값 전체 금액의 3%가 500원보다 적은 경우에는 500원)을 환자가 내도록 하는 제도입니다. ('15. 11. 1. 시행)

경증질환 약제비 본인부담 차등제 적용대상 질병 확인방법

- 법령정보센터(www.law.go.kr) : 행정규칙 > 「본인일부부담금 산정특례에 관한기준」 검색 > [별표5] "약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상"
- 보건복지부 홈페이지(mohw.go.kr), 건강보험심사평가원 홈페이지(www.hira.or.kr), 국민건강보험공단 홈페이지(www.nhis.or.kr)에 게시

● 소아의 야간 및 공휴일 의료급여절차 완화

- 8세 미만의 소아가 야간·공휴일에 의료급여가 필요한 경우에는 제1차의료급여기관의 의뢰서 없이 바로 제2차의료급여기관(병원급)을 이용할 수 있도록 변경되었습니다. ('15. 11. 1. 시행)

● 희귀난치성질환 산정특례 지원대상 확대

- 선천성심장질환 12종이 산정특례 지원대상으로 확대되었습니다. ('15. 12. 1. 시행)

연 번	질환명(상병코드)	연 번	질환명(상병코드)
1	완전 대혈관 전위(Q203)	7	엡스타인 기형(Q225)
2	수정 대혈관 전위(Q205)	8	대동맥판막 하부협착(Q244)
3	방실중격결손(Q212)	9	선천 완전 방실 차단(Q246)
4	활로4징(Q213)	10	대동맥 축착(Q251)
5	대동맥폐동맥 개창(Q214)	11	대동맥 폐쇄(Q252)
6	삼첨판 폐쇄(Q224)	12	대동맥판막 상부협착(Q253)

5. 중복청구 진료비 분리심사

● 중복청구 진료비 분리심사란?

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

● 중복청구 진료비 분리심사 의뢰 절차

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

의뢰대상	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 해당 의료급여기관의 종별 및 지역 확인 후 의뢰 <ul style="list-style-type: none"> 심사평가원에 분리심사 의뢰 전 해당기관의 종별 및 소재 지역 확인 후 관할 본·지원에 의뢰 중복청구 색출 건에 의료급여기관이 2개 이상 관련되어 있는 경우 <ul style="list-style-type: none"> 진료개시일이 빠른 의료급여기관의 종별 및 소재 지역에 따라 관할 본·지원으로 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)
김○○	A병원	'16. 2. 1.(30일)	'16. 1. 1.(30일)
		'16. 2. 12.(30일)	'16. 2. 12.(30일)

결과 진료기록부 확인 결과, 김○○은 A병원에 '16.1.1일 입원 후 30일간 치료를 받고 1.30일 퇴원 하였다가 '16. 2. 12일 재입원하여 30일간 치료를 받고 3.12일에 퇴원하였습니다. 의료급여기관에서 청구 시 진료개시일을 1.1일에서 2.1일로 기재 착오하면서 중복 색출된 건으로 위 상황은 중복청구가 아닙니다.

| 예시 2 : 입·내원일수가 다른 경우 |

수급권자	의료급여기관명	중복색출대상	진료기록부
		진료개시일(입·내원일수)	진료개시일(입·내원일수)
이○○	B병원	'16. 2. 1.(8일)	'16. 2. 1.(7일)
		'16. 2. 8.(6일)	'16. 2. 8.(6일)

결과 진료기록부 확인 결과, 이○○은 B병원에 '16. 2. 1일 입원 후 7일간 치료를 받고 퇴원하였다가 '16. 2. 8일 재입원하여 6일간 치료를 받고 2.13일에 퇴원하였습니다. 의료급여기관에서 청구 시 입·내원일수를 7일에서 8일로 기재 착오하면서 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
정○○	C종합병원	'16. 3. 5.(1일)	당뇨병(내분비내과)	'16. 3. 5.(1일)	당뇨병(내분비내과)
		'16. 3. 5.(1일)	당뇨병(신장내과)	'16. 3. 5.(1일)	만성신부전(신장내과)

결과 진료기록부 확인 결과, 정○○은 C종합병원에 16. 3. 5일 주상병인 당뇨병에 대해 내분비내과 외래진료를, 주상병 만성신부전에 대해 신장내과 외래진료를 보았습니다. 세부과목에 대해 동일 주상병으로 기재착오하여 중복 색출된 건으로 위 상황은 중복청구가 아닙니다.

6. 의료급여기준 이력관리시스템

● 목적

- 의료급여는 건강보험과 달리 의료급여 적용 기준 및 방법·절차·범위·상한 등이 다양하게 운영되고 있습니다. 이에 의료급여기준의 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
 - 제·개정 사유, 삭제 및 변경 등에 대한 경과 및 세부 사항(법령, 의료급여기준, 고시 등)
- 연혁 업로드 내역 : 총 176개 법령 및 기준('15. 11월 기준)
 - 의료급여법(시행령, 시행규칙 포함 최근 개정 고시 업로드)
 - 의료급여수가의 기준 및 일반기준(고시 제2000-30호~고시 제2015-183호)
 - 의료급여 관련 급여기준(5가지 종류 총 28개 업로드)
 - 기타 관련 법령(국민건강보험법, 의료법 등)

● 접속경로 및 상세화면

- 의료급여 급여기준 이력관리시스템 접속 경로

요양기관 업무포털(<http://biz.hira.or.kr>) ➔ 심사정보 ➔ 급여기준 ➔ 심사기준조회 ➔
급여기준 이력조회(<http://rulesvc.hira.or.kr>) ➔ “의료급여” 및 “관련법령” 이력조회화면



II. 자주하는 질문

1. 의료급여기준 • 16
2. 의료급여절차 • 18
3. 선택의료급여기관 이용절차 • 21
4. 경증질환 약제비 본인부담 차등제 • 23
5. 수가 기준 및 청구방법 • 26
6. 의료급여 사례관리 • 29

1. 의료급여기준

Q₁ 의료급여환자의 경우 어떠한 경우에 1차의료급여기관(의원급)에 입원할 수 있나요?

A₁ 1차 의료급여기관(의원급)에서는 아래와 같은 경우에 한하여 입원진료를 할 수 있도록 규정하고 있습니다.

— 아 래 —

- 1) 긴급수술을 요하는 경우
- 2) 분만, 총수염수술, 항문수술, 서혜 및 대퇴부탈장수술, 자궁과 자궁부속기수술, 안·이비인후과수술
- 3) 정신질환, 한센병환자의 치료, 골절로 인하여 입원치료가 불가피한 경우
- 4) 입원진료 중 의료급여수급권자로 자격이 변동된 경우
- 5) 말기암 환자에 대한 입원 진료가 필요한 경우

※ 관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제5조

Q₂ 건강보험 본인일부부담금 산정특례대상이 의료급여수급권자에게도 동일하게 적용되나요?

A₂ 산정특례대상의 경우, 정신질환을 제외하고 건강보험과 동일하게 적용됩니다.

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

Q₃ 건강보험 산정특례 등록자인데, 의료급여로 자격이 변경되었습니다. 이와 같은 경우, 산정특례 혜택을 받으려면 등록을 다시 해야 하는지요?

A₃ 상병명(상병코드)이 일치하는 경우에는 다시 등록하지 않아도 됩니다. 이와 같은 경우 적용기간은 건강보험 산정특례 등록일로부터 5년간 연계 적용됩니다.

Q₄ 희귀난치성질환자인데, 희귀난치성질환 외 다른 상병이 있는 경우에도 의료급여의뢰서 없이 2차나 3차 병원에서 진료를 받을 수 있나요?

A₄ 보건복지부장관이 정하여 고시하는 등록 희귀난치성질환 및 중증질환 환자의 경우 모든 질환에 대하여 의료급여의뢰서 없이 2차, 3차 의료급여기관에서 진료가 가능합니다.

※ 관련근거 : 「의료급여법 시행규칙」 제3조제1항 및 제3항

Q₅ 의료급여수급권자인데 야간에 응급실에 가게 되었습니다. 응급실에서 진료한 경우 의료급여가 적용되는지요?

A₅ 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

Q₆ 의료급여수급권자가 의료급여의뢰서를 팩스로 발급해 달라고 요청하는데 발급해도 되나요?

A₆ 의료급여의뢰서는 진찰결과 또는 진료중에 제2차의료급여기관 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.

2. 의료급여절차

Q7 의료급여수급권자가 2차병원에서 국가건강검진 및 암검진을 받은 결과 이상소견이 발견되어, 해당병원(검진받은병원)에서 진료를 받으려면 1차의료급여기관의 의료급여의뢰서가 필요한지요?

A7 2차의료급여기관(병원)에서 국가검진 및 암검진을 받은 결과 이상소견이 발견되어 진료 담당의사가 검진결과서에 2차의료급여기관의 진료가 필요하다고 의사소견을 기재한 경우 해당 검진결과서를 의료급여의뢰서로 갈음할 수 있습니다. 따라서 제1차의료급여기관의 의료급여의뢰서 없이도 검진받은 2차의료급여기관에서 진료가 가능합니다.

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

Q8 동일 질환으로 3차의료급여기관에 재방문할 경우, 의료급여의뢰서를 다시 발급받아 가야 하나요?

A8 의료급여의뢰서는 해당 상병의 진료가 종료되는 시점까지 사용이 가능하므로 동일 질환으로 3차의료급여기관에 재방문시 의료급여의뢰서는 재발급받지 않아도 됩니다.

Q9 1차의료급여기관에서 의료급여의뢰서를 발급받아 2차의료급여기관에서 진료를 받은 후, 다른 상병이 있어 동일 진료과에서 진료를 받아야 하는 경우 의료급여의뢰서를 재발급 받아야 하나요?

A9 의료급여의뢰서의 진료 받은 상병과 관련없는 타 질환으로 진료 받을 경우에는 동일 진료 과라 하더라도 의료급여의뢰서를 다시 제출하여야 합니다.

Q10 의료급여수급권자가 2차의료급여기관에서 2차의료급여기관으로 혹은 3차의료급여기관에서 2차의료급여기관으로 전원하는 경우, 필요한 서류가 무엇인가요?

A10 2차의료급여기관에서 2차의료급여기관으로 전원할 경우에는 의료급여의뢰서를, 3차 의료급여기관에서 2차의료급여기관으로 전원할 경우에는 의료급여회송서를 발급받아 제출하여야 합니다.

Q11 의료급여의뢰서는 언제까지 제출해야 하나요?

A11 의료급여의뢰서는 발급받은 날부터 7일(공휴일 제외) 이내에 제출하여야 합니다. 참고로 7일 이내에 진료를 예약하고 진료 받을 때 의료급여의뢰서를 제출하는 경우 제출일은 예약 접수일이 됩니다.

※ 관련근거 : 「의료급여법 시행규칙」 제3조제4항

Q12 야간에 1차의료급여기관의 의료급여의뢰서 없이 2차의료급여기관 응급실에서 진료를 받았는데, 응급증상이 아니어서 의료비 전액(100/100)을 부담했습니다. 의료비 전액을 환자가 부담하는 게 맞는지요?

A12 1차의료급여기관의 의료급여의뢰서 없이 제2차 또는 제3차의료급여기관의 응급실을 이용하는 경우 응급증상 또는 이에 준하는 증상에 해당되지 않으면 의료급여 단계별 절차(1차기관→2차기관→3차기관) 위반으로 의료비 전액(응급의료관리료, 진찰료, 검사비 등)을 환자가 부담토록 되어있습니다.

Q 13 응급증상으로 병원에 갈 경우, 반드시 응급실에서 진료를 받아야만 의료급여가 가능한가요?

A 13 응급의료에 관한 법률 제2조제1호에 해당하는 응급환자인 경우 의료급여의뢰서 없이 응급실과 외래진료 모두 의료급여 혜택을 받을 수 있습니다.
※ 관련 근거 : 「의료급여법 시행규칙」 제3조제1항제1호

Q 14 8세 미만의 소아인 의료급여수급권자가 야간·공휴일에 2차의료급여기관에 방문하였습니다. 의료급여를 적용받을 수 있나요?

A 14 8세 미만의 소아가 야간·공휴일에 진료를 받으려는 경우 의료급여 단계별 진료 예외에 해당하여, 의료급여의뢰서가 없어도 2차의료급여기관에서 의료급여를 적용받을 수 있습니다.
※ 관련 근거 : 「의료급여법 시행규칙」 제3조제1항제12호

Q 15 등록 장애인이 2차의료급여기관에서 진료를 받는 경우, 1차의료급여기관의 의료급여의뢰서가 있어야 하나요?

A 15 등록된 장애인의 경우 의료급여 단계별 절차 예외에 해당되어 별도의 의료급여의뢰서 없이 제2차 의료급여기관에서 진료 받으실 수 있습니다.
다만 등록한 장애인이라 하더라도 선택의료급여기관 대상자인 경우에는 선택의료급여기관의 의료급여의뢰서를 제출하여야 합니다.
※ 관련 근거 : 「의료급여법 시행규칙」 제3조제1항제9호

Q 16 건강보험 대상자로 2차병원에서 진료의뢰를 받아 3차진료기관에서 입원진료를 받고 있던 중 의료급여수급권자로 자격이 변동된 경우, 의료급여의뢰서를 재발급받아야 하나요?

A 16 건강보험에서 요양급여를 받고 있던 중 의료급여대상자로 자격이 변동된 경우 다시 의료급여의뢰서를 발급 받을 필요는 없습니다.
다만, 입원 및 외래진료 중인 상병의 진료가 종료된 후 관련없는 상병으로 진료를 받을 경우에는 의료급여 절차에 따라 제1차 및 제2차의료급여기관에서 발행한 의료급여의뢰서를 발급받아야 합니다.
※ 관련 근거 : 행정해석(보관 65730-872호, '99. 07. 08.)

3. 선택의료급여기관 이용절차

Q 17 1차의료급여기관이 선택기관으로 등록 되어있는 환자가 선택기관을 거쳐 2차병원의 진료 의뢰를 받아서 3차병원에 내원한 경우, 2차병원의 의료급여의뢰서만 있으면 의료급여가 적용되나요?

A 17 위와 같이 선택의료급여기관 적용 대상자가 단계별 절차를 거쳐 3차병원으로 재의뢰하는 경우, 2차의료급여기관의 의료급여의뢰서가 있으면 3차의료급여기관에서 의료급여가 적용됩니다.
※ 관련 근거 : 「선택의료급여기관 적용 대상자 및 이용절차 등에 관한 규정」 제6조제2항

Q 18 동일 상병으로 A의료급여기관에서 B의료급여기관으로 의뢰를 받아 진료 받던 중 A기관을 선택의료급여기관으로 지정한 경우, A기관에서 의료급여의뢰서를 재발급받아 B기관에 제출해야 하나요?

A 18 동일한 상병에 대한 계속 진료인 경우에는 선택의료급여기관인 A기관에서 다시 의료급여의뢰서를 발급받지 않으셔도 됩니다.
※ 관련 근거 : 행정해석(기초의료보장과-742호, '10. 02. 26.)

Q 19 1차 선택의료급여기관 적용대상자가 의료급여의뢰서를 발급받아 2차의료급여기관에서 외래 진료를 받은 후, 다른 2차의료급여기관에 입원해야 하는 경우 의료급여의뢰서를 재발급받아야 하나요?

A 19 선택의료급여기관에서 의뢰된 수급권자는 동일 종별(2차의료급여기관에서 다른 2차의료급여기관)으로 재의뢰는 할 수 없습니다. 따라서 위와 같은 경우에는 1차 선택의료급여기관에서 의료급여의뢰서를 재발급 받아 입원 예정인 2차의료급여기관에 제출하여야 합니다.
※ 관련 근거 : 「선택의료급여기관 적용 대상자 및 이용절차 등에 관한 규정」 제6조제2항제2호

Q 20 선택의료급여기관 적용 대상자입니다. 어떤 경우에 의료급여의뢰서 없이도 진료를 받을 수 있는지 궁금합니다.

A 20 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 21 희귀난치성 산정특례 대상으로 등록되어 있으면서 1차의료급여기관이 선택기관으로 지정된 의료급여수급자인 경우, 의료급여의뢰서 없이 2차 또는 3차의료급여기관에서 의료급여가 적용되나요?

A 21 산정특례 등록환자라도 1차의료급여기관 선택기관으로 지정되어 있는 경우는 선택기관의 의료급여의뢰서를 제출하여야만 2차 또는 3차의료급여기관에서 진료가 가능합니다.
※ 관련근거 : 「선택의료급여기관 적용대상자 및 이용절차 등에 관한 규정」 제10조

4. 경증질환 약제비 본인부담 차등제

Q 22 '15.11.1일부터 시행된 의료급여 경증질환 약제비 본인부담 차등 제도는 건강보험과 동일 한가요?

A 22 제도의 기본원칙, 적용대상 질환은 동일하나, 본인부담률, 적용제외 대상 등에서 차이가 있습니다.

구 분	건강보험	의료급여
적용질환	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표 5]에 따른 52개 질환	좌동
본인 부담률	약국 요양급여비용총액의 40% (상급종합병원의 경우 50%)	종합병원과 상급종합병원 구분 없이 약국 의료급여비용총액의 3% (500원 미만일 경우에는 본인일부부담 금 500원이 적용, 건강생활유지비에서 차감 가능)
적용제외 대상	읍·면·지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품 조제 받은 경우 보훈병원의 의사나 국가보훈처장이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합 병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료 지원대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우	건강보험 적용제외 대상(좌동) 의료급여 본인부담 면제자인 경우 종합병원급 이상 기관을 선택의료급여 기관으로 지정하고 해당 병원에서 처방 받는 경우

Q 23 의료급여수급권자의 경우 대형병원에서 가벼운 질병으로 외래 진료 시 약국 약값 외에 병원 진료비에 대한 본인부담금도 달라지나요?

A 23 대형병원 외래 진료 시 본인부담금은 현행과 같이 1종은 1,500~2,000원, 2종은 총 진료비의 15%입니다.

Q₂₄ 의료급여 절차를 준수하여 경증질환으로 대형병원에서 외래진료를 받는 경우에도 약국 본인부담금이 달라지나요?

A₂₄ 의료급여 절차를 준수하여 1차 또는 2차 의료급여기관을 거친 경우에도 경증질환에 대해서는 약국 의료급여비용총액의 3%를 수급권자가 부담해야 합니다. 다만, 약국 의료급여비용총액의 3%가 500원미만일 경우에는 500원을 부담해야 합니다.

Q₂₅ 일반 환자가 복합질환(52개 경증질환+그 외 다른 질환)으로 대형병원 외래에서 진료 후 약국에서 내야하는 약값은 얼마인가요?

A₂₅ 동일의사에게 진료 받은 경우 52개 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, 52개 경증질환은 약국 약값 전체 금액의 3%를 합한 금액을 부담하면 됩니다.
 ※ 약국 의료급여비용총액의 3%가 500원 미만일 경우에는 500원 부담

※ 적용예시 > 결막염(가벼운 질병)과 급성세기관지염(일반질환)으로 대형병원외래 진료를 받은 경우, 약국에서 환자가 내야하는 약값

구 분	동일의사에게 진료 받은 경우		진료과가 다른 경우	
	일반 질병(주상병) 가벼운 질병(부상병)	가벼운 질병(주상병) 일반 질병(부상병)	가벼운 질병	일반 질병
본인 부담	500원	3% ※ 500원보다 작으면 500원		500원

※ 가벼운 질병 : 52개 경증질환

Q₂₆ 건강보험에서는 상급종합병원이지만 의료급여에서는 2차의료급여기관인데 이와 같은 경우 경증질환 약제비 차등제도 적용 대상 기관인가요?

A₂₆ 의료급여 경증질환 약제비 본인부담 차등제도 시행 대상 요양기관은 건강보험 기준으로 상급종합병원 및 종합병원입니다. 따라서 의료급여에서는 2차의료급여기관이라 하더라도, 건강보험에서 상급종합병원이라면 적용대상 기관임을 알려드립니다.

Q₂₇ 경증질환으로 약제비 본인부담률을 3% 적용하였으나, 추후 다른 질병으로 확진된 경우 본인부담금에 대한 환급이 가능한가요?

A₂₇ 본인부담금 환급은 불가능합니다. 약제 처방 당시의 진단명이 차등적용 질병에 해당한다면 약제비 본인일부부담금 차등적용에 따라 약국의료급여비용 총액의 3%를 부담하게 됩니다. 추후 다른 질병으로 확진되었다 하더라도 환급되지 않습니다.

Q₂₈ 인슐린을 처방받는 당뇨병인 경우에도, 경증질환 약제비 차등적용에 해당되나요?

A₂₈ 인슐린을 처방받거나 투여중인 경우에는 경증질환 약제비 차등 적용 제외대상이므로 기존과 동일하게 약국 본인일부부담금 500원을 부담하시면 됩니다.



5. 수가 기준 및 청구방법

Q 29 정신질환으로 입원중인 의료급여수급권자를 다른 의료급여기관으로 외래 진료(내과)를 의뢰한 경우, 내과 진료비는 행위별 수가로 청구할 수 있나요?

A 29 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) 제2항

Q 30 의료급여종이면서 등록 암환자인 경우, 입원했을 때 식대 본인 부담률은?

A 30 암으로 등록되어 있는 의료급여 수급권자의 식대본인부담률은 5%입니다.

※ 관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제23

Q 31 의료급여환자가 외래에서 혈액투석을 받을 경우, 건강보험처럼 행위별 수가로 산정할 수 있나요?

A 31 의료급여의 만성신부전증 환자가 외래 혈액투석시 수가는 정액수가로 산정하여야 합니다. 다만, 입원하여 혈액투석을 실시한 경우 수가는 행위별 수가를 산정할 수 있습니다.

※ 관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제7조

Q 32 신장내과에서 혈액투석을 받은 의료급여환자가 동일날 위염으로 소화기내과 전문의에게 진료받은 경우, 그리고 동일날 다른 상병(발목염좌)으로 정형외과 전문의에게 진료받은 경우 진료비용을 별도로 청구할 수 있나요?

A 32 혈액투석을 받은 만성신부전증 환자가 동일날 위염상병으로 소화기내과 전문의에게 진료 받은 경우에는 정액수가에 포함되므로 행위별 진료비는 별도 산정할 수 없으며, 동일날 다른 상병(발목염좌)으로 다른 진료과목(정형외과)의 전문의에게 진료를 받은 경우 이에 대한 급여 비용은 행위별 수가로 별도 산정할 수 있습니다.

※ 관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제7조 제3항

Q 33 정신질환으로 입원한 의료급여수급권자의 경우, 격리보호료나 폐쇄병동집중관리료를 별도 산정할 수 있나요?

A 33 의료급여 정신질환 입원수가는 1일당 정액제로, 진찰료 · 입원료 · 투약료 · 주사료 · 정신요법료 · 검사료 등 제반비용이 포함되어 있습니다. 따라서 격리보호료, 폐쇄병동 집중관리료 등은 별도로 산정할 수 없습니다.

※ 관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제9조 내지 제11조



Q 34 요양병원에 입원중인 의료급여수급권자를 다른 병원 정신과로 외래진료를 의뢰한 경우, 의료급여비용 청구방법이 궁금합니다.

A 34 해당의료급여기관의 인력·시설, 장비로는 치료가 곤란하여 다른 의료급여기관으로 정신건강의학과 외래진료를 의뢰한 경우 의료급여비용 청구는 의뢰받은 의료급여기관에서 청구토록 규정되어 있습니다.
정신건강의학과 외래수가를 적용하여 외래명세서에 작성·청구하되, 명세서 상해외인란에 “E”표기하고 명세서 여백에 다른 의료급여기관 입원 중 진료 의뢰건임을 명기하여 청구하시면 됩니다.
※ 관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 별표1 의료급여비용 청구방법 및 심사청구서 명세서서식 작성요령 제4장 3.정액수가 적용건마.(4)

Q 35 의료급여환자가 만성신부전증으로 야간에 응급실에 내원하여 혈액투석을 받았는데 진료시간 6시간 미만인 경우, 청구 방법이 어떻게 되나요?

A 35 만성신부전으로 응급실에 내원하여 진료시간이 6시간 미만인 경우에는 외래에 해당되므로 의료급여기관 종별에 불문하고 1회당 혈액투석 정액수가 146,120원(코드09991)을 산정하여야 합니다.
※ 관련근거 : 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제7조



6. 의료급여 사례관리

Q 36 의료급여사례관리사업의 근거는 무엇인가요?

A 36 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 37 의료급여관리사의 자격 요건 및 역할이 궁금합니다.

A 37 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 의뢰와 보건지도 및 약사의 복약지도에 대한 수급권자의 이행여부 모니터링 등 요양방법의 지도, 보건복지자원과의 연계 등이 있습니다.
※ 관련근거 : 「의료급여법 시행규칙」 제2조의3 제1항 및 제3항

Q 38 사례관리 대상자를 선정하는 기준이 있나요?

A 38 신규 수급권자(의료급여 수급권 최초 취득자), 질병 대비 외래 과다의료이용자, 부적정 입원자 및 신규 입원자 등을 사례관리 대상자로 선정합니다.

Q 39 장기입원 사례관리 절차는 무엇입니까?

A 39 장기입원 사례관리 절차는 '대상자 선정 → 사례관리 홍보 → 간담회 및 협조요청 → 대상자 상담 및 자원연계 → 퇴원 후 관리'입니다.

