



위험할 땐 119
힘겨울 땐
129



2017
2017 어려운 이웃의 건강지킴이
**의료급여제도가
함께합니다!**

시·도	시·군·구청
부서명 : _____	
담당자 : _____	
전화 : _____	





CONTENTS

01	의료급여제도란 무엇인가요?	3
02	의료급여 관련 지원 혜택이 궁금합니다	6
	+ 본인부담 지원 제도	6
	▶ 건강생활유지비 지원	
	▶ 본인부담금 보상금·상한제	
	+ 중증 및 희귀난치성질환자 산정특례 등록	8
	+ 현금급여 지원 제도	9
	▶ 요양비	
	▶ 장애인 보장구	
	▶ 임신·출산 진료비	
	+ 치아관련 지원 제도	13
	▶ 노인틀니	
	▶ 치석제거	
	▶ 치과임플란트	
03	유의사항은 무엇인가요?	16
	▶ 의료급여 상한일수	
	▶ 의료급여일수 연장승인	
	▶ 선택의료급여기관 제도	
	▶ 동일성분의약품 중복투약자 관리	
04	사후관리 관련 사항	20
	▶ 의료급여 부정청구 신고 및 신고포상금 제도	
	▶ 의료급여사례관리 사업	

01 의료급여제도란 무엇인가요?

생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민의 의료문제를 국가가 보장하는 공공부조 제도로 건강보험과 함께 국민 의료보장의 중요한 수단이 되는 사회 보장제도입니다.

● 누가 받을 수 있나요?

1종 수급권자	<ul style="list-style-type: none"> · 국민기초생활보장수급권자 근로능력 가구, 산정특례 등록된 결핵질환자, 희귀난치성질환·중증질환(암환자, 중증화상환자만 해당) 등록자, 시설수급자 · 행려환자 · 타법적용자 이재민, 의상자 및 의사자 유족, 입양아동(18세미만), 국가유공자, 국가무형문화재의 보유자, 북한이탈주민, 5·18 민주화운동 관련자, 노숙인
	<p>2종 수급권자</p> <p>국민기초생활보장수급권자 중 1종 수급 대상이 아닌 자</p>

● 어떻게 받을 수 있나요?

수급권자 가구의 가구원 및 그 친족, 그 밖의 관계인이 수급권자의 주민등록상 주소지 관할 시·군·구(국가유공자는 보호지청, 국가무형문화재의 보유자는 문화재청)에 연중 신청할 수 있습니다.

※ 기초생활보장 수급을 신청한 경우에는 의료급여를 신청한 것으로 봄 / '15.7.1 맞춤형급여 시행 후 수급권자의 신규 신청은 통합신청을 원칙으로 함

어떤 지원을 받을 수 있나요?

의료급여는 수급권자들에게 발생하는 의료문제, 즉 개인의 질병, 부상, 출산 등에 대한 의료서비스를 지원합니다.

의료급여 적용대상 항목에 대한 의료비 중 수급권자 본인이 부담해야 하는 금액은 어떻게 되나요?

구분	1차 (의원)	2차 (병원, 종합병원)	3차 (지정병원)	약국*	
1종	입원	없음	없음	없음	-
	외래	1,000원	1,500원	2,000원	500원
2종	입원	10%	10%	10%	-
	외래	1,000원	15%	15%	500원

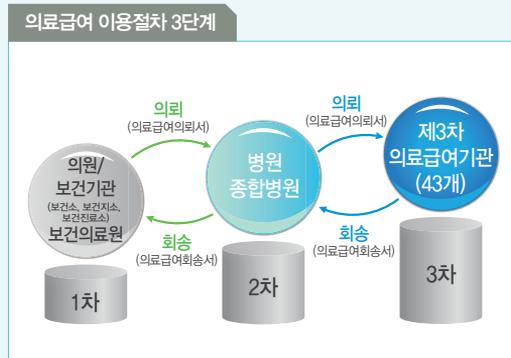
※ 단, 보건복지부 장관이 고시하는 경증질환으로 종합병원 이상급 기관을 이용하는 경우 약국 본인부담은 약국 비용 총액의 3%에 해당하는 금액(정률제 부담)

식대의 경우 수급권자가 부담해야 하는 금액이 얼마인가요?

1, 2종 모두 식사종류별(일반식, 치료식, 멸균식 등) 식대의 20%를 수급권자 본인이 부담합니다.

※ 자연분만·6세미만 입원 및 행려환자는 면제, 중증질환산정특례자의 해당질환 진료시 5%

의료급여의 이용절차는 어떻게 되나요?



의료급여수급권자는 제1차 의료급여기관(의원급)에 의료급여를 우선 신청하여야 하며, 상위기관의 진료가 필요한 경우 의료급여의뢰서를 발급받아 단계적으로 진료를 받을 수 있습니다.

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

☞ 단, 응급·분만 등의 특수한 상황에는 단계별 절차와 상관없이 의료급여를 받으실 수 있습니다.(절차의 예외)

※ 참고로, '17년 4월부터는 제3차의료급여기관이 건강보험과 동일하게 상급종합병원(43개소)으로 변경됨을 알려드립니다.

02 의료급여 관련 지원 혜택이 궁금합니다

건강생활유지비 지원

의료급여 1종 수급권자가 외래진료를 받는 경우 본인부담금으로 사용할 수 있도록 비용일부를 지원해주는 제도입니다.



지원 대상이 궁금합니다

건강생활유지비 지원대상은 1종 수급권자입니다. 다만 본인부담면제자, 급여제한자의 경우는 건강생활유지비 지원에서 제외됩니다.

※ 본인부담 면제자

18세 미만자, 등록 희귀난치성 질환자 또는 등록 중증 질환자, 임산부, 행려환자, 가정간호를 받고 있는 자, 선택의료급여기관 이용자, 노숙인 등

지원 금액은 얼마인가요?

1인당 매월 6천원 지원되며, 수급권자별로 건강보험공단 가상계좌에 매월 1일 입금되어 외래 진료 시 본인부담금을 대체하여 우선 납부(건강생활유지비 선(先)차감 의무)됩니다.

잔액지급 방식이 궁금합니다

건강생활유지비 잔액은 다음연도에 수급권자의 계좌에 입금됩니다.

※ 단, 2,000원 미만은 지급에서 제외

단, 월 초일부터 말일까지 지속 입원한 기간이 있는 수급자(장기 입원자)는 해당 기간 분(매 1개월 당 6,000원)을 지급 제외하여 환급 합니다.

본인부담 지원 제도

건강생활유지비 지급이 중지되는 경우도 있나요?

의료급여수급권 상실, 종별변경(1종→2종), 1종 수급권자 중 본인부담 면제자로 된 경우 건강생활유지비가 지급되지 않습니다.

본인부담금 보상금·상한제

본인부담 보상금제도란 무엇인가요?

1종 수급자는 매 30일간 본인부담액이 2만원을 초과한 경우, 2종 수급자 매 30일간 20만원을 초과한 경우에 초과금액의 50%를 보상하는 제도입니다.

※ 진료기간이 30일 미만이라 하더라도 본인부담액이 1종 수급권자는 2만원, 2종 수급권자는 20만원을 초과한 경우 초과금액의 50% 보상

본인부담금 상한제란 무엇인가요?

1종 수급자는 매 30일간 본인부담액이 5만원을 초과한 경우, 2종 수급자는 매 6개월간 60만원을 초과한 경우에 초과금액 전액을 환급하여 주는 제도입니다.

※ 본인부담 보상제를 선 적용한 후 본인부담금이 상한기준 액을 초과한 경우 사후에 그 초과금액 전액을 지급

중증 및 희귀난치성질환자 산정특례 등록

의료급여수급자 중 특정 질환을 가진 경우 전달체계, 본인부담 등에 있어 추가적인 혜택을 받으실 수 있습니다.

④ 지원 대상이 궁금합니다

중증질환자(암환자, 뇌혈관질환자, 심장질환자, 중증 화상환자, 중증외상환자), 희귀난치성질환자 및 결핵 질환자가 지원 대상입니다.

※ 다만, 뇌혈관·심장질환자, 중증외상환자는 적용 기간이 짧은 점을 감안하여 별도 등록 없이 지원

④ 어떤 혜택이 있나요?

본인부담 면제, 1종 수급권자 자격 부여, 의료급여 절차 예외, 질환군별 급여일수 별도 산정의 혜택이 있습니다.

※ 뇌혈관·심장질환자, 중증외상환자는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 본인부담면제 혜택만 부여

④ 적용기간이 궁금합니다

희귀난치성질환자, 암환자의 경우에는 등록일로부터 5년간 지원됩니다. 중증화상환자는 등록일로부터 1년간 지원되고 이후 6개월 연장 가능합니다.

※ 결핵은 결핵예방법에 따른 치료종료시까지 지원됩니다.

뇌혈관·심장질환자의 경우에는 수술을 포함한 입원기간 최대 30일까지 지원됩니다.

※ 복잡 선천성 심기형 및 심장이식은 최대 60일까지 지원

④ 어떻게 신청하면 되나요?

의료급여기관에서 발급받은 '의료급여 산정특례 등록 신청서'를 시·군·구 / 읍·면·동에 제출하시면 됩니다.

현금급여 지원 제도

요양비

④ 질병·부상·출산 요양비란 무엇인가요?

수급자가 긴급하거나 그 밖에 부득이한 사유로 의료 급여기관과 같은 기능을 수행하는 기관에서 의료급여를 받은 경우 해당 금액을 지원해주는 제도입니다.

자동복막투석 복막관류액 또는 소모성 재료비

- 만성신부전증 환자가 의사의 처방전에 따라 자동복막투석 시 사용되는 복막관류액 또는 소모성 재료를 의료급여기관 외의 의약품 판매 업소에서 구입·사용한 경우 발생한 금액을 지원합니다.
- 자동복막투석 소모성 재료(백, 관 등) : 1일 10,420원

당뇨병 소모성 재료비

- 당뇨병 환자가 의사의 처방전에 따라 당뇨 소모성 재료(혈당측정검사지, 채혈침, 인슐린주사기, 펜니들)를 의료기기 판매업소에서 구입·사용한 경우 발생한 금액을 지원합니다.
- 당뇨소모성 재료 : 제1형 당뇨(1일 2,500원), 제2형 당뇨(1일 900원)

자가도뇨 소모성 재료비

- 신경인성 방광 환자가 의사의 처방전에 따라 자가도뇨에 사용되는 소모성 재료를 의료급여기관 외의 의료기기 판매업소에서 구입·사용한 경우 지원합니다.
- 자가도뇨 소모성 재료 : 1일 9,000원(1일 최대 6개 이내의 범위)

현금급여 지원 제도

산소치료 요양비

- 산소치료를 필요로 하는 환자가 의사의 산소 치료처방전에 의하여 건강보험공단에 등록된 업소에서 산소치료를 대여받는 경우 지원합니다.
- 가정용 : 월 120,000원 / 휴대용 : 월 200,000원

인공호흡기 치료 요양비

- 인공호흡기가 필요한 환자가 의사의 인공호흡기 처방전에 따라 건강보험공단에 등록된 업소에서 인공호흡기를 대여받거나 소모품을 구입한 경우 지원합니다.
- 인공호흡기 대여료 :
혼합형(535,000원/월), 압력형·볼륨형(356,000원/월)

기침유발기 요양비

- 인공호흡기 사용하는 사람 중 기침유발기가 필요한 환자가 의사의 기침유발기 처방전에 따라 건강보험공단에 등록된 업소에서 기침유발기를 대여받는 경우 지원합니다.
- 월 160,000원



장애인 보장구

의료급여수급자 중 등록 장애인을 대상으로 전동휠체어 등 84개 품목의 보장구를 지원하는 제도입니다.

④ 지원대상은 누구인가요?

의료급여수급자 중 등록 장애인이 대상입니다.

④ 지원품목은 무엇인가요?

의지·보조기, 보청기, 맞춤형 교정용 신발, 전동 휠체어, 전동스쿠터 등이 해당됩니다.

※ 보장구 2종(욕창예방 매트리스, 이동식전동리프트):
의사 검수절차 생략

④ 공통기준은 무엇인가요?

- 등록된 장애와 다른 유형의 보장구를 청구한 경우 지급하지 않으며, 중복장애 등록자는 해당 용도의 보장구 지급이 가능합니다.
- 재료의 재질, 형태, 기능 및 종류를 불문하고 동일 보장구 유형별로 1인당 내구연한의 기간 내에 1회만 인정됩니다.
- 보장구에 대한 유형별 기준액, 고시금액 및 실구입 금액 중 최저금액에 해당 하는 금액을 지급하며 기준금액을 초과하는 금액은 수급자가 전액 부담해야 합니다.

보장구 처방

장애유형별
전문의
처방전 발행

급여신청

수급자가
시·군·구에
신청
(처방전 첨부)

적격판단

시·군·구가
적격여부
통보

구입/검수

보장구 구입/
전문의 검수

지급청구/지급

시·군·구에서
수급자에게
지급

현금급여 지원 제도

임신·출산 진료비

임산부와 태아의 건강상태 확인 및 안전한 출산을 위한 진료비를 지원하는 제도입니다.

④ 지원대상은 누구인가요?

의료급여수급자 중 임신이 확인된 대상자에게 지원됩니다.

④ 지원기간은 어떻게 되나요?

보장기관(지자체)이 지원결정한 날부터 출산예정일 +60일 까지 사용 가능합니다.(지원기간 초과 후 사용 잔액은 자동 소멸)

④ 지원금액과 사용방법이 궁금합니다.

1, 2종 구분 없이 50만원(다태아인 경우에는 90만원) 지원되며, 1일 사용액 한도 제한 없습니다.

※ 분만취약지 임산부 : 70만원(다태아 110만원)

산부인과 개설 의료급여기관에서 산부인과 진료과목으로 진료를 받은 경우 사용 가능합니다.

※ 별도의 카드 소지 없이 전산 자격 확인을 통해 진료비 지원

※ 한의원, 한방병원 등은 관련 상병으로 진료 받은 경우 사용 가능

④ 신청은 어떻게 하나요?

의료급여 임신·출산 진료비 지원(변경)신청서 등의 서류를 주소지 관할 시·군·구/읍·면·동에 제출하시면 됩니다.

치아관련 지원 제도

노인틀니

어르신의 저작기능 향상을 위해 완전틀니와 부분틀니를 의료급여 적용합니다.

④ 누가, 어떻게 지원을 받을 수 있나요?

만 65세 이상 의료급여수급권자가 대상이며, 치과 병·의원에서 발급받은 틀니 등록 신청서를 관할 시·군·구청 또는 읍·면·동에 방문 하여 제출·등록 후 틀니를 시술 받습니다.

④ 어떤 지원을 받을 수 있나요?

급여대상은 레진상 완전틀니, 금속상 완전틀니와 클라스프 부분틀니이며, 7년에 1회 지원됩니다. 사전 임시틀니와 사후 유지관리도 지원되며, 틀니 최종 장착 후 3개월 이내 6회는 무상 수리 가능합니다.

④ 본인이 부담하는 비용은 얼마인가요?

틀니의 본인부담은 입원·외래 구분 없이 1종 수급권자는 20%, 2종 수급권자는 30%를 부담합니다.



치아관련 지원 제도

치석제거

국민의 구강건강을 향상시키기 위해 예방목적의 치석제거를 의료급여 적용합니다.

① 지원대상은 누구인가요?

만 20세 이상의 수급자 모두 해당됩니다.

② 본인이 부담하는 비용은 얼마인가요?

의료기관 종별에 따라 1종 수급권자는 1천원 ~ 2천원, 2종 수급권자는 1천원 ~ 15%를 부담합니다.

③ 의료급여 적용횟수는 얼마인가요?

연 1회 인정되며, 1년 기준은 당해 연도 7.1. ~ 다음 연도 6.30. 입니다.



치과임플란트

어르신의 저작기능 향상을 위해 치과임플란트를 의료급여 적용합니다.

① 누가, 어떻게 지원을 받을 수 있나요?

만 65세 이상 부분 무치악 수급자가 대상이며, 치과 병·의원에서 발급받은 치과 임플란트 등록신청서를 관할 시·군·구청 또는 읍·면·동에 방문하여 제출·등록 후 임플란트 시술을 받습니다.

② 혜택 범위는 어떻게 되나요?

대상자가 비귀금속도재관(PFM 크라운)으로 시술하신 경우 1인당 평생 2개, 부분틀니와 중복하여 혜택이 가능합니다.

③ 본인이 부담하는 비용은 얼마인가요?

틀니와 동일하게 입원·외래 구분 없이 1종 수급권자는 20%, 2종 수급자권자는 30%를 부담합니다.



03 유의사항은 무엇인가요?

의료급여 상한일수

수급자가 사용할 수 있는 의료급여일수는 질환별 365일로 상한이 정해져 있습니다.

① 의료급여 일수는 어떻게 산정되나요?

매년 1월 1일부터 12월 31일까지의 병·의원을 방문하여 진료 받은 일수와 입원일수, 투약일수를 모두 합산하여 산정됩니다.

② 1년에 의료급여수급자가 받을 수 있는 상한일수는 며칠인가요?

등록 결핵·희귀난치성질환·중증질환 또는 만성 고시질환은 각 질환별 연간 365일이며, 그 외 기타 질환은 모두 합산하여 연간 365일입니다.



의료급여일수 연장승인

의료급여 상한일수(365일)를 초과하여 의료급여를 받아야 할 경우 상한일수를 초과하기 전에 시·군·구청에서 연장승인을 받아야 합니다.

① 연장승인 횟수가 궁금합니다.

등록 결핵·희귀난치성질환, 등록 중증질환, 만성 고시질환은 90일(1회)이며, 그 외 기타질환은 90일(1회) + 90일(1회)까지 가능합니다.

※ 연장승인 미신청자는 의료급여 상한일수 다음날부터 의료급여기관 및 약국에서 발생한 진료비 전액을 본인이 부담해야 함

※ 등록 결핵·희귀난치성질환, 등록 중증질환에 대해서는 연장승인 심의절차 생략 가능('17.1).

② 조건부연장승인 대상은 어떻게 되나요?

등록 결핵·희귀난치성질환·중증질환 또는 만성 고시질환은 중 하나의 질환으로 각각 급여일수 455일(상한일수 365일 + 1차 연장승인 90일)을 초과하여 의료급여를 받고자 하는 사람 또는 기타질환으로 급여일수 545일(상한일수 365일 + 90일(1차 연장승인) + 90일(2차 연장승인))을 초과하여 의료급여를 받고자 하는 사람은 의료급여를 받을 수 있는 의료급여기관의 선택범위를 차기연도 말까지 제한하는 것을 조건으로 조건부연장승인을 신청할 수 있습니다.

유의 사항

선택의료급여기관 제도

여러 의료급여기관 이용에 따른 병용금기 및 중복투약으로 위해 발생 가능성이 높은 수급자(조건부 연장승인 대상자)를 대상으로 수급자 본인이 선택한 1~2개의 의료급여기관을 차기연도 말까지 이용하도록 하는 제도입니다.

④ 선택의료급여기관 선정 기준이 궁금합니다.

제1차의료급여기관(의원급) 중 한 곳을 선정하는 것을 원칙으로 하되, 복합질환으로 6개월 이상 지속적 진료가 필요하다고 인정되는 경우에는 추가 선택병원 지정이 가능합니다.

※ 6개월 이상 진료기간이 기재된 진단서 첨부
(심의 필요)

④ 선택의료급여기관 이용 방법이 궁금합니다.

- 1종 수급권자는 선택의료급여기관 이용 시 본인 부담 없고, 2종 수급권자는 본인부담이 있습니다.
- 선택의료급여기관 외의 다른 의료급여기관에서 진료에 필요한 경우에는 선택의료급여기관에서 의료급여의뢰서 발급받아 이용하여야 합니다.
- 보건소 등 보건기관에서 외래진료를 받는 경우와 동 보건기관의 처방으로 약국을 이용하는 경우 본인부담 없이 이용 가능합니다.

동일성분의약품 중복투약자 관리

동일상병으로 여러 의료급여기관(병·의원 등)을 다니며 동일성분의약품을 중복 투약함에 따른 건강상의 위해 및 약물중독 위험을 방지하여 수급권자의 건강수준 향상하는 것을 목적으로 합니다.

④ 중복투약 관리기준은 어떻게 되나요?

둘 이상의 의료급여기관을 방문하여 동일한 상병으로 동일성분의약품을 6개월 동안 215일 이상 처방·조제 받은 경우가 해당됩니다.

④ 중복투약 시 약제비 전액본인부담 기준이 궁금합니다.

※ 본인부담 기준은 위반횟수에 따라 개인별로 누적 관리하는 방식입니다.

- 최초 위반자는 중복투약사실통지서 발송 및 사례관리* 실시·계도를 통해 의료이용 행태 개선을 위한 시정 기회 부여됩니다.
* 사례관리 관련 22페이지 참고
- 2차 위반자는 3개월 동안 조제로 등을 포함한 약제비(약국에서 소요되는 급여비용) 전액 본인부담 하셔야 합니다.
- 3개월 동안 약제비 전액 본인부담 했던 수급권자가 연속하여 다시 기준을 위반하여 중복 투약한 경우 6개월 동안 약제비 전액 본인부담 되는 가중제재가 있습니다.

04 사후관리 관련 사항

의료급여비용 부정청구 신고 및 신고포상금제도

병·의원 및 약국 등에서 진료(조제)받은 내역이 건강보험공단에서 통보한 진료내역과 다른 경우 보장기관, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 보건소 등에 신고하여 허위·부당 청구로 확인된 때에는 일정 금액을 포상금으로 지급하는 제도입니다.

● 누가 신고할 수 있나요?

수급권자 본인, 배우자, 본인 및 배우자의 직계 존·비속 및 의료급여기관 종사자가 신고 할 수 있습니다.

● 무엇을 신고할 수 있나요?

- 의료급여기관(병·의원 및 약국 등)에서 진료(조제) 받은 내역이 건강보험공단 또는 심사평가원에서 통보된 진료내역과 다른 경우 신고 대상이 됩니다.
- 진료를 받지 않았음에도 진료를 받은 것으로 진료내역 통보 받은 경우
- 진료 청구일수가 실제 진료 받은 날보다 많은 경우
- 기타 의료급여기관에서 허위·부당 청구하였음을 알게 된 경우



● 신고방법은 어떻게 되나요?

주소지 관할 보장기관(지자체)에 직접 방문, 인터넷·우편 또는 팩스를 이용하여 보장기관, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 보건소 등에 신고 할 수 있습니다.

● 포상금 지급기준이 궁금합니다.

신고인 유형	징수금의 금액	포상금의 금액
의료급여기관 관련자	15만원 이상 1천만원 이하	징수금 x 20/100
	1천만원 초과	200만원 + [(징수금 - 1천만원) x 15/100] 다만, 5백만원이 넘는 경우에는 5백만원으로 한다.
의료급여기관 이용자	2천원 이상 2만원 이하	6천원
	2만원 초과	징수금 x 50/100 다만, 3백만원이 넘는 경우에는 3백만원으로 한다.

사후관리 관련 사항

의료급여사례관리 사업

① 의료급여사례관리란 무엇인가요?

의료급여수급권자의 건강관리 능력향상과 적정 의료 이용을 위한 상담, 의료급여제도 안내 및 의료기관 이용 상담을 제공하는 제도입니다.

② 의료급여사례관리 대상은 어떻게 되나요?

신규 의료급여수급권자 및 기존 수급권자 중 장기 입원자, 과다의료이용자를 대상으로 합니다.

③ 사례관리는 어떻게 이루어지나요?

시·도, 시·군·구에 배치되어 있는 의료급여 관리사가 사례관리 대상자를 선정하여 방문, 전화, 서신 및 지역사회서비스투자사업* 등 자원연계를 수행합니다.

* 지역사회서비스투자사업:
노인맞춤형 운동처방, 시각장애인 안마서비스

④ 지원내용

지역사회서비스투자사업 연계 이용에 따른 본인 부담금을 의료급여(정부) 예산에서 서비스별(3,000 ~ 20,000원/월)로 지원합니다.

MEMO