



# 2023

# 의료급여

# 제도가

# 함께

# 합니다!



## 2023 의료급여제도가 함께 합니다!

시·도

시·군·구청

부서명

담당자

전화



힘겨울 땐  
**129**

# Contents

<b>1.</b>	<b>의료급여제도란</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>본인부담금 지원 제도</b>	<b>6</b>
	건강생활유지비 지원	
	본인부담금 보상금	
	본인부담금 상한제	
<b>3.</b>	<b>중증질환 및 희귀·중증난치질환자 산정특례 등록 제도</b>	<b>8</b>
<b>4.</b>	<b>현금급여 지원 제도</b>	<b>10</b>
	요양비	
	장애인 보조기기	
	임신·출산 진료비	
<b>5.</b>	<b>치아 관련 지원 제도</b>	<b>14</b>
	노인틀니	
	치과임플란트	
	입술입천장갈림증(구순구개열)	
	치석제거	
<b>6.</b>	<b>유의사항</b>	<b>18</b>
	의료급여 상한일수	
	의료급여일수 연장승인	
	선택의료급여기관 제도	
	동일성분약품 중복투약자 관리	
<b>7.</b>	<b>의료급여비용 부담청구 신고 및 신고포상금 제도</b>	<b>22</b>
	포상금 지급 기준	
<b>8.</b>	<b>의료급여사례관리사업</b>	<b>24</b>
<b>9.</b>	<b>타의료지원제도 안내</b>	<b>25</b>

# 1. 의료급여제도란?

생활 유지 능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민의 의료문제를 국가가 보장하는 공공보조제도로써 건강 보험과 함께 국민 의료보장의 중요한 수단이 되는 사회 보장제도입니다.

## 누가 받을 수 있나요?

<b>1종 수급권자</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>국민기초생활보장수급권자</b> 근로무능력 가구, 중증질환자(암환자, 중증화상환자만 해당) 및 희귀·중증난치질환자(결핵질환자 포함)로서 산정특례 등록자, 시설수급자</li> <li>• <b>행려환자</b></li> <li>• <b>타법적용자</b> 이재민, 의상자 및 의사자 유족, 입양아동(18세 미만), 국가유공자, 국가무형문화재의 보유자, 북한이탈주민, 5·18 민주화운동 관련자, 노숙인 * 국가유공자, 국가무형문화재의 보유자, 북한이탈주민의 경우 소득재산 기준이 있음</li> </ul>
<b>2종 수급권자</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>국민기초생활보장수급권자 중 1종 수급 대상이 아닌 자</b></li> <li>• <b>타법수급대상자 중 1종 수급 대상이 아닌 가구 또는 가구원</b> * '23.1.1. 신규수급권 신청자부터 적용</li> </ul>

## 어떻게 받을 수 있나요?

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

### Tip

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.

## 수급권자 본인이 부담해야 하는 금액은 얼마인가요?

(의료급여 적용대상 항목에 대한 의료비 중)

구분		1차 (의원)	2차 (병원, 종합병원)	3차 (상급 종합병원)	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%

\* 단, 보건복지부 장관이 고시하는 경증질환으로 종합병원 이상급기관을 이용하는 경우 약국 본인부담은 약국 비용 총액의 3%에 해당하는 금액(정률제 부담)

\* 급여가 아닌 비급여, 선별급여 청구분은 본인이 부담

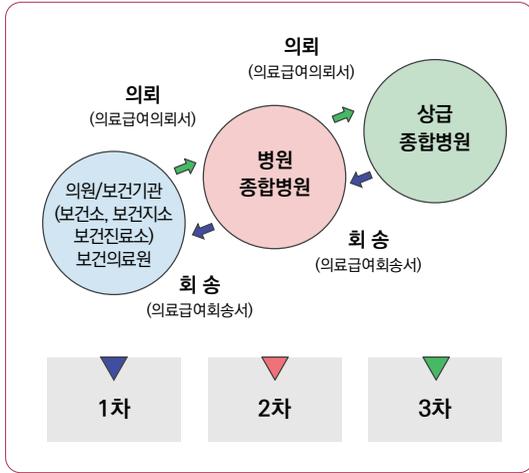
## 식대의 경우 수급권자가 부담해야 하는 금액이 얼마인가요?

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

### Tip

자녀본만·6세 미만 입원 및 행려환자는 면제, 중증질환산정특례자의 해당질환 진료 시 5%

## 의료급여의 이용절차는 어떻게 되나요?



### 의료급여 이용절차 3단계

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

(발급받은 날부터 7일 이내 해당 의료기관에 제출)



#### Tip

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

단, 응급의료에 관한 법률 제2조제1호에 해당하는 응급환자 분만 등의 특수한 상황에는 단계별 절차와 상관없이 의료급여를 받을 수 있습니다. (절차의 예외)

## 2. 본인부담금 지원 제도

### 건강생활유지비 지원

의료급여 1종 수급권자가 외래진료를 받는 경우 본인 부담금으로 사용할 수 있도록 비용 일부를 지원해 주는 제도입니다.

### 지원대상이 궁금합니다.

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

#### Tip

본인부담면제자 : 18세 미만자, 등록 희귀난치성질환자 또는 등록 중증질환자, 임신부, 행려환자, 가정간호를 받고 있는 자, 선택의료급여기관 이용자, 노숙인 등

### 지원금액은 얼마인가요?

1인당 매월 6천원이 지원되며, 수급권자별로 자격 정보에 매월 1일 생성됩니다. 수급권자의 외래 진료 시 본인부담금은 건강생활유지비 잔액으로 납부됩니다.

(건강생활유지비 선 차감 의무)

### 잔액 지급 방식이 궁금합니다.

건강생활유지비 잔액은 다음 연도에 수급권자의 계좌에 입금됩니다. 단, 월 초일부터 말일까지 지속 입원한 기간이 있는 수급자(장기 입원자)는 해당 기간 분(매 1개월당 6,000원)을 지급 제외하여 환급합니다.

#### Tip

2,000원 미만은 지급에서 제외

## ▶ 건강생활유지비 지급이 중지되는 경우도 있나요?

의료급여수급권 상실, 종별변경(1종→2종), 1종수급권자 중 본인부담면제자로 된 경우 건강생활유지비가 지급되지 않습니다.



### 본인부담금 보상금

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

#### Tip

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



### 본인부담금 상한제

1종 수급자는 매 30일간 본인부담액이 5만원을 초과한 경우, 2종 수급자는 연간 80만원을 초과한 경우에 초과금액 전액을 환급하여 주는 제도입니다.

다만, 2종 수급자가 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우 본인부담액이 연간 120만원 초과 시 초과 금액 전액을 환급합니다.

#### Tip

본인부담 보상제를 선 적용한 후 본인부담금이 상한 기준액을 초과한 경우 사후에 그 초과금액 전액을 지급

## 3. 중증질환 및 희귀·중증난치질 환자 산정특례 등록제도

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

### ▶ 지원대상이 궁금합니다.

중증질환자(암환자, 뇌혈관질환자, 심장질환자, 중증화상 환자, 중증외상환자), 희귀질환 및 중증난치질환자, 결핵 질환자가 지원 대상입니다.

#### Tip

뇌혈관·심장질환자, 중증외상환자는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도 등록 없이 지원

### ▶ 어떤 혜택이 있나요?

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

#### Tip

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



## ▶ 적용기간이 궁금합니다.

- 희귀·중증난치질환자, 암환자는 등록일로부터 5년, 중증화상환자는 등록일로부터 1년간 지원(적용기간 종료일부터 2년 이내 관련 수술을 받는 경우)
- 결핵은 등록 시작일부터 치료 종료 시까지 지원
- 뇌혈관·심장질환자는 최대 30일(입원, 외래), 중증 외상환자는 최대 30일까지 지원

### Tip

복잡 선천성 심기형 및 심장이식은 최대 60일까지 지원

## ▶ 어떻게 신청하면 되나요?

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



# 4. 현금급여 지원 제도



## 요양비

수급권자가 긴급하거나 그 밖의 부득이한 사유로 아래의 항목에 대하여 그 의료급여에 상당하는 금액을 수급권자에게 요양비로 지급하는 제도입니다.

구분	지원내용
질병 · 부상 · 출산 · 요양비	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 의료급여기관을 이용할 수 없거나 의료급여 기관이 없는 사유로 인하여 질병·부상·출산(사산의 경우로서 임신 16주 이상인 경우를 포함)에 대하여 요양을 받은 경우</li> <li>• 의료급여기관 외의 장소에서 출산한 경우 : 자녀당 250,000원</li> </ul>
자동복막 투석 복막 관류액 또는 소모성 재료비	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 만성신부전증 환자가 의사의 처방전에 따라 자동복막 투석 시 사용되는 복막관류액 또는 소모성 재료를 의료 급여기관 외의 의약품 판매업소에서 구입·사용한 경우</li> <li>• 자동복막투석 소모성 재료(카세트, 배액백 및 카테터 말단 폐색기) : 1일 10,420원</li> </ul>
당뇨병 소모성 재료비	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 당뇨병 환자가 의사의 처방전에 따라 당뇨 소모성 재료(혈당측정검사지, 채혈침, 인슐린주사기, 인슐린주사바늘, 인슐린펌프용 주사기, 인슐린펌프용 주사바늘, 연속혈당측정용 전극)을 의료기기 판매업소에서 구입·사용한 경우</li> <li>• 제1형 당뇨(1일 2,500원)</li> <li>• 제2형 당뇨(1일 900원~2,500원)</li> <li>• 연속혈당측정용 전극(1일 10,000원)</li> <li>* 기준 금액 : 제품별 사용가능일수 × 일당 기준금액</li> </ul>
당뇨병 관리기기	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 제1형 당뇨병 환자가 의사의 처방전에 따라 당뇨 관리기기를 의료기기 판매업소에서 구입·사용한 경우</li> <li>• 연속혈당측정기(210,000원/3개월)</li> <li>• 인슐린자동주입기(1,700,000원/개)</li> </ul>

구분	지원내용
자가도뇨 소모성 재료비	<ul style="list-style-type: none"> <li>신경인성 방광 환자가 의사의 처방전에 따라 자가도뇨에 사용되는 소모성 재료(간헐적 도뇨 카테터)를 의료급여기관 외의 의료기기 판매업소에서 구입·사용한 경우</li> <li>1일 9,000원 (1일 최대 6개 이내의 범위)</li> </ul>
산소치료 요양비	<ul style="list-style-type: none"> <li>산소치료를 필요로 하는 환자가 의사의 처방전에 의하여 건강보험공단에 등록된 업소에서 산소 치료를 대여받는 경우</li> <li>가정용 산소발생기 : 월 120,000원</li> <li>휴대용 산소발생기 : 월 200,000원</li> </ul>
인공 호흡기 치료 요양비	<ul style="list-style-type: none"> <li>인공호흡기가 필요한 환자가 의사의 처방전에 따라 건강보험공단에 등록된 업소에서 인공호흡기를 대여받거나 소모품을 구입한 경우</li> <li>인공호흡기 대여료               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 혼합형(월 535,000원)</li> <li>- 압력형·블루형(월 356,000원)</li> </ul> </li> </ul>
기침 유발기 요양비	<ul style="list-style-type: none"> <li>인공호흡기를 사용하는 사람 중 기침유발기가 필요한 환자가 의사의 처방전에 따라 건강보험공단에 등록된 업소에서 기침유발기를 대여받는 경우</li> <li>월 160,000원</li> </ul>
양압기 요양비	<ul style="list-style-type: none"> <li>양압기가 필요한 환자가 의사의 처방전에 따라 건강보험공단에 등록된 업소에서 양압기를 대여받는 경우</li> <li>* 직전 처방기간 동안 하루 평균 기기 사용 시간이 2시간 이상인 경우에 해당하는 자에 한정하여 지원</li> <li>양압기 대여료               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 지속형(월 76,000원)</li> <li>- 자동형(월 89,000원)</li> <li>- 이중형(월 126,000원)</li> </ul> </li> <li>소모품               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 마스크(연 1개, 95,000원)</li> </ul> </li> </ul>



## 장애인 보조기기

의료급여수급자 중 등록 장애인을 대상으로 전동휠체어 등 보조기기를 지원하는 제도입니다.

### ▶ 지원대상은 누구인가요?

의료급여수급자 중 등록 장애인이 대상입니다.

### ▶ 지원품목은 무엇인가요?

의자·보조기, 보청기, 맞춤형 교정용 신발, 전동휠체어, 전동스쿠터, 수동휠체어 등이 해당됩니다.

### ▶ 공통기준은 무엇인가요?

- 등록된 장애와 다른 유형의 보조기기를 청구한 경우 원칙적으로 지급하지 않으며, 중복장애 등록자는 해당 용도의 보조기기 지급이 가능합니다.
- 재료의 재질, 형태, 기능 및 종류를 불문하고 동일 보조기기 유형별로 1인당 내구연한의 기간 내에 1회만 인정됩니다.
- 보조기기에 대한 유형별 기준액, 고시금액 및 실구입 금액 중 가장 낮은 금액에 해당하는 금액을 지급하며 기준금액을 초과하는 금액은 수급자가 전액 부담해야 합니다.

### ▶ 지원 절차는 어떻게 되나요?





## 임신 출산 진료비

출산 전·후 산모와 영·유아의 건강관리 등에 소요되는 진료비를 지원하는 제도입니다.

### ▶ 지원대상은 누구인가요?

임신중이거나 출산(유산 또는 사산을 포함한다)한 수급권자와 해당 수급권자의 2세미만 자녀에게 지원됩니다.

### ▶ 지원기간은 어떻게 되나요?

보장기관(지자체)이 지원 결정한 날부터 출산예정일(출산일)로부터 2년까지 사용 가능합니다.

(지원기간 초과 후 사용 잔액은 자동 소멸)

### ▶ 지원금액과 사용방법이 궁금합니다.

- 모든 의료급여기관(병의원 및 약국 등)에서 사용 가능하며 별도의 카드 소지 없이 진료 가능
- 임신부의 진료비 및 약제·치료재료 구입에 대한 본인부담금(비급여 포함) 및 2세 미만 자녀에 대한 진료비 및 처방된 약제·치료재료 구입에 대한 본인부담금(비급여 포함) 사용 가능
- 지원금액 : (단태아)100만원, (다태아)140만원

### ▶ 신청은 어떻게 하나요?

의료급여 임신·출산 진료비 지원(변경)신청서 등의 서류를 주소지 관할 시·군·구/읍·면·동 방문 또는 온라인(www.bokjiro.go.kr)으로 신청하시면 됩니다.

## 5. 치아 관련 지원 제도



## 노인틀니

어르신의 저작기능 향상을 위해 완전틀니와 부분틀니를 의료급여 적용합니다.

### ▶ 누가, 어떻게 지원을 받을 수 있나요?

만 65세 이상 의료급여수급권자가 대상이며, 신청 방법은 ①치과 병·의원에서 국민건강보험공단에 전산 등록(산정특례 대상자와 동일) 제출·등록 하거나 ②치과 병·의원에서 발급받은 틀니 등록 신청서를 관할 시·군·구청 또는 읍·면·동에 방문하여 제출·승인 후 틀니를 시술받습니다.

### ▶ 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.

### ▶ 본인이 부담하는 비용은 얼마인가요?

틀니의 본인 부담은 입원·외래 구분 없이 1종 수급권자는 5%, 2종 수급권자는 15%를 부담합니다.





## 치과임플란트

어르신의 저작기능 향상을 위해 치과 임플란트를 의료급여 적용합니다.

### 누가, 어떻게 지원을 받을 수 있나요?

만 65세 이상 부분 무치악 수급자가 대상이며, 신청 방법은 ①치과 병·의원에서 발급받은 치과 임플란트 등록신청서를 관할 시·군·구 또는 읍·면·동에 방문하여 제출·등록하거나 ②치과 병·의원에서 국민건강보험 공단에 전산등록(산정특례 대상자와 동일)·승인 후 임플란트 시술을 받습니다.

### 혜택 범위는 어떻게 되나요?

분리형 식립재료(고정체, 지대주)를 사용하여 비귀금속도재관(PFM 크라운)으로 시술하신 경우 1인당 평생 2개, 부분틀니와 중복하여 혜택이 가능합니다.

### 본인이 부담하는 비용은 얼마인가요?

임플란트의 본인부담은 입원·외래 구분없이 1종 수급권자는 10% 2종 수급권자는 20% 부담합니다.



## 선천성 악안면 기형 치과교정 및 악정형 치료

선천성 기형으로 저하된 기능을 개선하기 위한 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형 치료를 지원합니다.

### 누가, 어떻게 지원을 받을 수 있나요?

아래 조건에 해당되는 환자로서 치과교정 및 악정형치료 대상자로 등록된 분이 지원대상입니다.

- ① 구개열, 구순열을 동반한 치조열, 구순열을 동반한 구개열 환자
- ② 선천성 악안면 기형 환자로서 희귀질환 산정특례 대상(등록이력 포함)으로 등록된 자

### 신청은 어떻게 하나요?

선천성 악안면 기형 치과교정 및 악정형 치료는 치료기간이 장기간 소요되고 시술행위 단계별 급여기준이 상이하여 대상자의 사전등록이 필수입니다.



## 치석 제거

국민의 구강건강을 향상시키기 위해 치석제거를 의료급여로 적용합니다.

### 지원대상은 누구인가요?

만 19세 이상의 수급자로 후속처치 없이 치석 제거만으로 치료가 종료되는 경우 의료급여로 적용됩니다.

### 본인이 부담하는 비용은 얼마인가요?

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

### 의료급여 적용횟수는 연 1회(1월~12월)입니다.

#### Tip

횟수 초과 시 비급여



## 6. 유의사항

### 의료급여 상한일수

#### 수급자가 사용할 수 있는 의료급여일수는 질환별로 상한이 정해져 있습니다.

- 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환(결핵 포함) 각 질환별 연간 365일
- 만성 고시질환 각 질환별 연간 380일
- 기타 질환은 모두 합산하여 연간 400일

#### 의료급여 일수는 어떻게 산정되나요?

매년 1월 1일부터 12월 31일까지의 병·의원을 방문하여 진료받은 일수와 입원일수, 투약일수, 투약 없이 외래로 의료급여를 받는 경우를 모두 합산하여 산정됩니다.

### 의료급여일수 연장승인

의료급여 상한일수를 초과하여 의료급여를 받아야 할 경우 상한일수를 초과하기 전에 시·군·구에서 연장승인을 받아야 합니다.

#### 연장승인 횟수가 금합니다.

- 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환은 90일(1회)
- 만성 고시질환은 75일(1회)
- 그 외 기타질환은 90일(1회)+55일(1회)까지 가능합니다.

#### Tip

등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환에 대해서는 연장승인 신청서 제출 및 시·군·구 의료급여심의위원회 심의 생략 가능

## ▶ 조건부연장승인 대상은 어떻게 되나요?

급여일수와 질환별 연장 가능 일수를 초과하여 의료급여를 받고자 하는 사람은 의료급여를 받을 수 있는 의료급여기관의 선택 범위를 차기 연도 말까지 제한하는 것을 조건으로 조건부 연장 승인을 신청할 수 있습니다.

## ▶ 상한일수 초과자가 연장승인을 신청하지 않으면 어떻게 되나요?

- 연간 급여일수를 초과하는 수급권자가 연장 승인 신청 대상자임에도 신청하지 않을 시에는 독촉 기간 만료일로부터 신청서 제출 시까지 의료급여기관 및 약국에서 발생한 진료비 중 급여비용에 대하여 건강보험 수준의 본인부담률(입원 20%, 외래·약국 30%)을 부담해야 합니다.
- 연장승인 신청서를 제출했으나, 시·군·구 의료급여심의위원회의 심의 결과, 연장 불승인을 받은 경우에도 불승인 결정일로부터 3개월간 건강보험 수준의 본인 부담률(입원 20%, 외래·약국 30%)을 부담해야 합니다.



## 선택의료급여기관 제도

여러 의료급여기관 이용에 따른 병용금기 및 중복투약으로 위해 발생 가능성이 높은 수급자(조건부 연장승인대상자)를 대상으로 수급자 본인이 선택한 1~4개의 의료급여기관을 차기 연도 말까지 이용하도록 하는 제도입니다.

## ▶ 선택의료급여기관 선정 기준이 궁금합니다.

제1차 의료급여기관(의원급)중 한 곳을 선정하는 것을 원칙으로 하되, 복합질환 으로 6개월 이상 지속적 진료가 필요하다고 인정되는 경우에는 추가 선택병원 지정이 가능합니다.

(※제1·제2선택 의료급여기관을 한의원, 치과의원으로 지정하지 않은 경우 제3·제4 선택 의료급여기관 지정가능)

### Tip

6개월 이상 진료기간이 기재된 진단서 또는 소견서 첨부(심의 필요)

## ▶ 선택의료급여기관 이용 방법이 궁금합니다.

- 선택의료급여기관 이용 시 1종 수급권자는 본인 부담없고(제3·4 선택의료급여기관은 본인부담발생), 2종 수급권자는 본인부담이 있습니다.
- 선택의료급여기관 외의 다른 의료급여기관에서 진료가 필요한 경우에는 선택의료급여기관에서 의료급여의뢰서를 발급받아 이용하여야 합니다.
- 보건소 등 보건기관에서 외래진료를 받는 경우와 동 보건기관의 처방으로 약국을 이용하는 경우 본인부담 없이 이용 가능합니다.

## ▶ 선택의료급여기관 당연 지정 대상자가 선택의료급여기관을 지정 신청하지 않으면 어떻게 되나요?

선택의료급여기관 당연 지정 대상자인 수급권자가 선택의료 급여기관 지정 신청하지 않을 시에는 독촉기간 만료일로부터 지정 신청서 제출 시까지 의료급여기관 및 약국에서 발생한 진료비 중 급여비용에 대하여 건강보험 수준의 본인 부담률(입원 20%, 외래·약국 30%)을 부담해야 합니다.



## 동일성분의약품 중복투약자 관리

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

### 중복투약 관리기준은 어떻게 되나요?

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

### 중복투약 시 약제비 전액 본인부담 기준이 궁금합니다.

#### Tip

본인부담 기준은 위반횟수에 따라 개인별로 누적 관리하는 방식입니다.

- 최초 위반자는 중복투약사실통지서 발송 및 사례 관리 실시·계도를 통해 의료이용 행태 개선을 위한 시정 기회가 부여됩니다.
- 2차 위반자는 3개월 동안 조제료 등을 포함한 약제비(약국에서 소요되는 급여비용)를 전액 본인부담 하셔야 합니다.
- 3차 위반자는 6개월 동안 약제비 전액 본인부담의 가중 제재가 있습니다.

#### Tip

3차 이상 위반자는 가중 제재를 지속

## 7. 의료급여비용 부담청구 신고 및 신고포상금 제도

의료급여기관 이용자, 의료급여기관 관련자(의료급여기관·의약업체 종사자) 또는 그 밖의 신고인이 의료급여기관의 구체적인 허위·부당 청구 행위 사실을 기재한 내용 및 증거자료를 가지고 관할 보장기관에 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·의약업체 종사자, 그 밖의 신고인이 신고할 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 진료 내역을 통보받은 경우
- 진료 청구일수가 실제 진료받은 날보다 많은 경우
- 기타 의료급여기관에서 허위·부당 청구하였음을 알게 된 경우





## 포상금 지급 기준

신고인 유형	징수금의 금액	포상금의 금액
의료 급여기관 관련자 (의료 급여기관· 의약업체 종사자)	15만원 이상 1천만원 이하	징수금 × 30/100
	1천만원 초과 5천만원 이하	300만원 + [(징수금 - 1천만원) × 20/100]
	5천만원 초과	1,100만원 + [(징수금 - 5천만원) × 10/100] 다만, 20억원을 넘는 경우에는 20억원으로 한다.
의료 급여기관 이용자 (수급권자 본인 또는 배우자 직계 존·비속)	2천원 이상 2만원 이하	1만원
	2만원 초과	징수금 × 50/100 다만, 500만원이 넘는 경우에는 500만원으로 한다.
그 밖의 신고인	10만원 이상 1천만원 이하	징수금 × 20/100
	1천만원 초과 2천만원 이하	200만원 + [(징수금 - 1천만원) × 15/100]
	2천만원 초과	350만원 + [(징수금 - 2천만원) × 10/100] 다만, 500만원을 넘는 경우에는 500만원으로 한다.

## 8. 의료급여사례관리사업

### 의료급여사례관리란 무엇인가요?

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

### 의료급여사례관리 대상은 어떻게 되나요?

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

### 사례관리는 어떻게 이루어지나요?

시·도, 시·군·구에 배치되어 있는 의료급여관리사가 사례관리 대상자를 선정하여 방문, 전화, 서신, 자원연계를 통해 수급자의 건강과 삶의 질 향상을 위해 노력하고 있습니다.





**MEMO** 

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

