

2022 의료급여사업안내 주요 변경사항

쪽	현 행	개 정												
제1편 의료급여제도의 개요														
7	5 전산시스템 활용 가. 사회보장정보시스템을 통한 업무처리 ● 자격 취득·변경·상실 처리시 건강보험공단 「의료급여자격관리시스템」과 실시간 연계 처리 - 본인부담면제·선택의료급여기관, 중증환자·노인 틀니 등록, 의료급여 제한 등 ● 의료급여자격과 연결되어 자동 등록·중지 처리 ● 공단 의료급여자격관리시스템에 실시간 전송 처리	5 전산시스템 활용 가. 사회보장정보시스템을 통한 업무처리 ● 자격 취득·변경·상실 처리시 건강보험공단 「의료급여시스템」과 실시간 연계 처리 - 본인부담면제·선택의료급여기관, 중증환자·노인 틀니 등록, 의료급여 제한 등 ● 의료급여자격과 연결되어 자동 등록·중지 처리 ● 공단 의료급여시스템에 실시간 전송 처리												
10	<table border="1"> <tr> <td>3. 급여 실시</td><td>병의원, 약국 등</td><td> ● 진료 전 <u>의료급여자격관리시스템</u>을 통한 자격확인 - 종별구분, 본인부담여부, 선택의료급여기관 적용여부 등 ● 진찰·검사 등 의료급여 실시 - 수급자 본인부담금 납부(건강생활유지비 지급 대상자는 잔액에서 차감 후 부족한 금액은 수급자 직접 납부) ● 진료 후 <u>자격관리시스템</u>을 통해 건보공단에 급여일수, 진료유형(입원, 외래) 등 전송 * 건강보험공단에서 진료확인번호 부여 </td></tr> <tr> <td>5. 비용지급</td><td>건보공단</td><td> ● 병의원에 의료급여비용 지급 (심사평가원 통보금액) </td></tr> </table>	3. 급여 실시	병의원, 약국 등	● 진료 전 <u>의료급여자격관리시스템</u>을 통한 자격확인 - 종별구분, 본인부담여부, 선택의료급여기관 적용여부 등 ● 진찰·검사 등 의료급여 실시 - 수급자 본인부담금 납부(건강생활유지비 지급 대상자는 잔액에서 차감 후 부족한 금액은 수급자 직접 납부) ● 진료 후 <u>자격관리시스템</u>을 통해 건보공단에 급여일수, 진료유형(입원, 외래) 등 전송 * 건강보험공단에서 진료확인번호 부여	5. 비용지급	건보공단	● 병의원에 의료급여비용 지급 (심사평가원 통보금액)	<table border="1"> <tr> <td>3. 급여 실시</td><td>병의원, 약국 등</td><td> ● 진료 전 <u>요양기관정보마당</u>을 통한 자격확인 - 종별구분, 본인부담여부, 선택의료급여기관 적용여부 등 ● 진찰·검사 등 의료급여 실시 - 수급자 본인부담금 납부(건강생활유지비 지급 대상자는 잔액에서 차감 후 부족한 금액은 수급자 직접 납부) ● 진료 후 <u>요양기관정보마당</u>을 통해 건보공단에 급여일수, 진료유형(입원, 외래) 등 전송 * 건강보험공단에서 진료확인번호 부여 </td></tr> <tr> <td>5. 비용지급</td><td>건보공단</td><td> ● 병의원에 의료급여비용 지급 (심사평가원 심사결정금액) </td></tr> </table>	3. 급여 실시	병의원, 약국 등	● 진료 전 <u>요양기관정보마당</u>을 통한 자격확인 - 종별구분, 본인부담여부, 선택의료급여기관 적용여부 등 ● 진찰·검사 등 의료급여 실시 - 수급자 본인부담금 납부(건강생활유지비 지급 대상자는 잔액에서 차감 후 부족한 금액은 수급자 직접 납부) ● 진료 후 <u>요양기관정보마당</u>을 통해 건보공단에 급여일수, 진료유형(입원, 외래) 등 전송 * 건강보험공단에서 진료확인번호 부여	5. 비용지급	건보공단	● 병의원에 의료급여비용 지급 (심사평가원 심사결정금액)
3. 급여 실시	병의원, 약국 등	● 진료 전 <u>의료급여자격관리시스템</u>을 통한 자격확인 - 종별구분, 본인부담여부, 선택의료급여기관 적용여부 등 ● 진찰·검사 등 의료급여 실시 - 수급자 본인부담금 납부(건강생활유지비 지급 대상자는 잔액에서 차감 후 부족한 금액은 수급자 직접 납부) ● 진료 후 <u>자격관리시스템</u>을 통해 건보공단에 급여일수, 진료유형(입원, 외래) 등 전송 * 건강보험공단에서 진료확인번호 부여												
5. 비용지급	건보공단	● 병의원에 의료급여비용 지급 (심사평가원 통보금액)												
3. 급여 실시	병의원, 약국 등	● 진료 전 <u>요양기관정보마당</u>을 통한 자격확인 - 종별구분, 본인부담여부, 선택의료급여기관 적용여부 등 ● 진찰·검사 등 의료급여 실시 - 수급자 본인부담금 납부(건강생활유지비 지급 대상자는 잔액에서 차감 후 부족한 금액은 수급자 직접 납부) ● 진료 후 <u>요양기관정보마당</u>을 통해 건보공단에 급여일수, 진료유형(입원, 외래) 등 전송 * 건강보험공단에서 진료확인번호 부여												
5. 비용지급	건보공단	● 병의원에 의료급여비용 지급 (심사평가원 심사결정금액)												
제2편 수급권자 선정 및 자격관리														
22	II. 수급자 선정기준 2 「국민기초생활 보장법」에 의한 수급자 가. 국민기초 1종 수급권자 자격기준(승 제3조제2항) ● 의료급여법 제3조제1항제1호에 따른 「국민기초생활 보장법」에 의한 수급자 중 다음 어느 하나에 해당하는 자	II. 수급자 선정기준 2 「국민기초생활 보장법」에 의한 수급자 가. 국민기초 1종 수급권자 자격기준(승 제3조제2항) ● 의료급여법 제3조제1항제1호에 따른 「국민기초생활 보장법」에 의한 수급자 중 다음 어느 하나에 해당하는 자												

주요 개정사항

쪽	현 행	개 정																																																
22	(가) 의료급여법 시행령 제3조제2항제1호가목의 규정에 의한 근로능력이 없거나 근로가 곤란하다고 인정하여 보건복지부 장관이 정하는 자만으로 구성된 세대의 구성원 가. 국민기초 1종 수급권자 자격기준(승 제3조제2항) 「장애인복지법」 제2조제2항 및 「동법시행령」 제2조 제2항에 따른 장애정도가 심한 장애인 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령」 제14조제3항에 따른 상이등급에 해당하는 자 중 3급 이상의 상이등급 해당자	(가) 의료급여법 시행령 제3조제2항제1호가목의 규정에 의한 <u>각 항목에 해당하는</u> 근로능력이 없거나 근로가 곤란하다고 인정하여 보건복지부 장관이 정하는 자만으로 구성된 세대의 구성원 가. 국민기초 1종 수급권자 자격기준(승 제3조제2항) 「<u>장애인고용촉진 및 직업재활법</u>」 제2조제2항에 따른 <u>장애정도가 심한 장애인</u> <u>삭제</u>																																																
24	나. 국민기초 2종 수급권자 선정 기준 ※ 국민기초 종별 결정 시 유의사항 의료급여의 종별변경 등 의료급여 내용을 변경하였을 때에는 의료급여법 16조 (의료급여의 변경)제2항에 따라 수급권자에게 서면 통보하고 의료급여법 제30조 (이의신청 등)에 따라 이의신청을 할 수 있도록 안내	나. 국민기초 2종 수급권자 선정 기준 ※ 국민기초 종별 결정 시 유의사항 의료급여의 종별변경 등 의료급여 내용을 변경하였을 때에는 의료급여법 16조 (의료급여의 변경)제2항에 따라 수급권자에게 서면 통보하고 <u>국민기초생활보장법 제38조 (시·도지사에 대한 이의신청)</u>에 따라 이의신청을 할 수 있도록 안내																																																
26	라. 기초의료급여 수급자 선정 기준 가) 소득인정액 기준 - 소득인정액이 기준 중위소득 40% 이하인 가구 (단위: 원) <table><tr><th>구분</th><th>1인가구</th><th>2인가구</th><th>3인가구</th><th>4인가구</th><th>5인가구</th><th>6인가구</th><th>7인가구</th></tr><tr><td>2020년 (중위소득 40%)</td><td>702,878</td><td>1,196,792</td><td>1,548,231</td><td>1,899,670</td><td>2,251,108</td><td>2,602,547</td><td>2,955,886</td></tr><tr><td>2021년 (중위소득 40%)</td><td>731,132</td><td>1,235,232</td><td>1,593,580</td><td>1,950,516</td><td>2,302,949</td><td>2,651,441</td><td>2,998,879</td></tr></table> ● 소득인정액 산정방식 - 소득인정액 = 소득평가액 (실제소득 - 가구특성별 지출비용 - 근로소득공제) + 재산의 소득환산액 [(재산- 기본재산액 - 부채) × 소득환산율] ※ 소득평가액 및 재산의 소득환산액이 (-)인 경우는 0원으로 처리	구분	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구	7인가구	2020년 (중위소득 40%)	702,878	1,196,792	1,548,231	1,899,670	2,251,108	2,602,547	2,955,886	2021년 (중위소득 40%)	731,132	1,235,232	1,593,580	1,950,516	2,302,949	2,651,441	2,998,879	라. 기초의료급여 수급자 선정 기준 가) 소득인정액 기준 - 소득인정액이 기준 중위소득 40% 이하인 가구 (단위: 원) <table><tr><th>구분</th><th>1인가구</th><th>2인가구</th><th>3인가구</th><th>4인가구</th><th>5인가구</th><th>6인가구</th><th>7인가구</th></tr><tr><td>2021년 (중위소득 40%)</td><td>731,132</td><td>1,235,232</td><td>1,593,580</td><td>1,950,516</td><td>2,302,949</td><td>2,651,441</td><td>2,998,879</td></tr><tr><td>2022년 (중위소득 40%)</td><td>777,925</td><td>1,304,034</td><td>1,677,880</td><td>2,048,432</td><td>2,409,806</td><td>2,762,802</td><td>3,112,237</td></tr></table> ● 소득인정액 산정방식 - 소득인정액 = 소득평가액 (실제소득 - 가구특성별 지출비용 - 근로소득공제) + 재산의 소득환산액 [(재산- 기본재산액 - 부채) × 소득환산율] + <u>부양비(부양능력 미약 판정시)</u> ※ 소득평가액 및 재산의 소득환산액이 (-)인 경우는 0원으로 처리	구분	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구	7인가구	2021년 (중위소득 40%)	731,132	1,235,232	1,593,580	1,950,516	2,302,949	2,651,441	2,998,879	2022년 (중위소득 40%)	777,925	1,304,034	1,677,880	2,048,432	2,409,806	2,762,802	3,112,237
구분	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구	7인가구																																											
2020년 (중위소득 40%)	702,878	1,196,792	1,548,231	1,899,670	2,251,108	2,602,547	2,955,886																																											
2021년 (중위소득 40%)	731,132	1,235,232	1,593,580	1,950,516	2,302,949	2,651,441	2,998,879																																											
구분	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구	7인가구																																											
2021년 (중위소득 40%)	731,132	1,235,232	1,593,580	1,950,516	2,302,949	2,651,441	2,998,879																																											
2022년 (중위소득 40%)	777,925	1,304,034	1,677,880	2,048,432	2,409,806	2,762,802	3,112,237																																											

쪽	현 행	개 정				
	☑ 기초연금 인상에 따른 보장 연장 특례(타법 의료 급여 포함) 가) 사업종료 : 2021.4.30. • '18.9월 인상시 급여별 선정기준 초과 가구 ('18.10.1.~'20.9.30) • '19.4월 인상시 급여별 선정기준 초과 가구 ('19.5.1.~'21.4.30.) ☑ 국가유공자 의료급여 1인 취약가구 보훈급여금 인상에 따른 보장 연장 한시 특례 가) 사업종료 : 2021. 12. 31. • '18~'20년 보훈급여금 인상에 따른 특례적용 대상자 중 의료급여기준 중위소득 120% 이하 수급자('21.01.01.~'21.12.31.) * 기준중위소득 100% → 120% 이하로 변경, 120% 초과자는 탈락	삭제 삭제 삭제				
41	• 교정시설 수감	• 교정시설 수용				
47	(3) 입양아동 <table><tr><td>급여 개시일</td><td> • 입양후 30일 이내 신청시는 입양일로 소급취득 하되, 그 이후 신청 시는 결정일부터 개시 </td></tr></table>	급여 개시일	• 입양후 30일 이내 신청시는 입양일로 소급취득 하되, 그 이후 신청 시는 결정일부터 개시	(3) 입양아동 <table><tr><td>급여 개시일</td><td> • 수급권자로 인정된 날부터 개시(의료급여법 시행령 제6조) ※ 주의사항: 입양아동 지원을 최우선으로 고려하여 신청일에 수급권을 부여할 수 있도록 할 것 (처리시 지연됨이 없도록 유의) </td></tr></table>	급여 개시일	• 수급권자로 인정된 날부터 개시(의료급여법 시행령 제6조) ※ 주의사항: 입양아동 지원을 최우선으로 고려하여 신청일에 수급권을 부여할 수 있도록 할 것 (처리시 지연됨이 없도록 유의)
급여 개시일	• 입양후 30일 이내 신청시는 입양일로 소급취득 하되, 그 이후 신청 시는 결정일부터 개시					
급여 개시일	• 수급권자로 인정된 날부터 개시(의료급여법 시행령 제6조) ※ 주의사항: 입양아동 지원을 최우선으로 고려하여 신청일에 수급권을 부여할 수 있도록 할 것 (처리시 지연됨이 없도록 유의)					
48	(라) 급여개시일 : 입양 후 30일 이내 신청 시는 입양 일로 소급 취득하되, 그 이후 신청 시는 결정일부터 개시	(라) 급여개시일 : 수급권자로 인정된 날부터 개시 (의료급여법 시행령 제6조) ※ 주의사항 : 입양아동 특성을 반영하여 신청일에 수급권을 부여할 수 있도록 할 것(처리시 지연됨이 없도록 유의)				
53	(자) 입양대상아동 의료급여 처리요령 • 입양대상아동은 입양아동과 달리 국민기초수급자로서 의료급여를 받는 경우이므로, 국민기초 책정일로부터 의료급여 개시	(자) 입양대상아동 의료급여 처리요령 • <u>입양대상아동은 국민기초 책정일로부터 의료급여 개시</u>				
	<u>신설</u>	③ 선정 ※ 주의사항 : 입양대상아동 지원을 최우선으로 고려하여 신청일에 수급권을 부여할 수 있도록 할 것(처리시 지연됨이 없도록 할 것)				

주요 개정사항

쪽		현 행		개 정															
56	기타 (특례 등)	- 국가유공자 의료급여 수급자 중 군입대자는 타법 의료급여 자격 계속 유지 - 상이1급자 특례 : 재산·소득기준 적용 없이 지원 (계속보호대상자인 상이1급자 본인만 해당) - 의료특례 : 지속적 의료비 지출 있는 국가유공자 본인에게 지원 1인 취약가구 보호급여금 인상에 따른 보장 연장 특례 - 보호급여금 인상으로 인해 소득인정액 기준을 초과한 1인 취약가구 특례적용자에 한해 기준중위소득 120% 이하 자는 1년간 탈락유예 (2020.1.1.~2021.12.31.) * '18년~'20년 보호급여금 인상으로 인한 탈락유예자 포함			- 국가유공자 의료급여 수급자 중 군입대자는 타법 의료급여 자격 계속 유지 - 상이1급자 특례 : 재산·소득기준 적용 없이 지원 (계속보호대상자인 상이1급자 본인만 해당) - 의료특례 : 지속적 의료비 지출 있는 국가유공자 본인에게 지원 1인 취약가구 보호급여금 인상에 따른 보장 연장 특례 - 보호급여금 인상으로 인해 소득인정액 기준을 초과한 1인 취약가구 특례적용자에 한해 기준중위소득 120% 이하 자는 1년간 탈락유예 (2020.1.1.~2021.12.31.) * '18년~'20년 보호급여금 인상으로 인한 탈락유예자 포함														
57	소득 인정액 상한	【21년 국가유공자 의료급여 소득인정액 상한】 (단위 : 원)						【22년 국가유공자 의료급여 소득인정액 상한】 (단위 : 원)											
		가구규모		1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구	가구규모		1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구		
		소득 인정액 상한	일반 (중위소득 80%)	1,462,265	2,470,463	3,187,160	3,901,032	4,605,898	5,302,882	소득 인정액 상한	일반 (중위소득 80%)	1,555,850	2,608,068	3,355,761	4,096,864	4,819,612	5,525,603		
			일반 (중위소득 100%)	1,827,831	3,088,079	3,983,950	4,876,290	5,757,373	6,628,603				일반 (중위소득 100%)	1,944,812	3,260,085	4,194,701	5,121,080	6,024,515	6,907,004
			취약 (중위소득 120%)	2,193,397	3,705,695	4,780,740	6,908,848	7,954,324	8,996,638				취약 (중위소득 120%)						
		* 취약가구 기준 중위120%는 한시특례 대상자에 한정																	
61	소득 인정액 상한	【21년 국가무형문화재 의료급여 소득인정액 상한】 (단위 : 원)						【22년 국가무형문화재 의료급여 소득인정액 상한】 (단위 : 원)											
		가구규모		1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구	가구규모		1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구		
		소득 인정액 상한 (중위소득 60%)	기준 중위소득 40%	731,132	1,235,232	1,593,580	1,950,516	2,302,949	2,651,441	소득 인정액 상한 (중위소득 60%)	기준 중위소득 40%	777,925	1,304,034	1,677,880	2,048,432	2,409,806	2,762,802		
			소득인정액 상한 (중위소득 60%)	1,096,699	1,852,847	2,390,370	2,925,774	3,454,424	3,977,162				소득인정액 상한 (중위소득 60%)	1,166,887	1,956,051	2,516,821	3,072,648	3,614,709	4,144,202
63	(6) 북한이탈주민(새터민)	기존 북한이탈주민 의료급여 수급자(거주지보호기간 5년 이내) 중 근로·사업 소득이 증가하여 소득인정액 기준 초과로 북한이탈주민 의료급여가 중지되는 가구는 취업특례가구 기준(중위소득 160% 이하) 적용																	
66	소득 인정액 상한	【21년 북한이탈주민 의료급여 소득인정액 상한】 (단위 : 원)						【22년 북한이탈주민 의료급여 소득인정액 상한】 (단위 : 원)											
		가구규모	1인	2인	3인	4인	5인	6인	가구규모	1인	2인	3인	4인	5인	6인				
		근로능력가구 (중위소득 50%)	913,916	1,544,040	1,991,975	2,438,145	2,878,687	3,314,302	근로능력가구 (중위소득 50%)	972,406	1,630,043	2,097,351	2,560,540	3,012,258	3,453,502				
		근로무능력가구 (가구원+1 중위소득 50%)	1,544,040	1,991,975	2,438,145	2,878,687	3,314,302	3,748,599	근로무능력가구 (가구원+1 중위소득 50%)	1,630,043	2,097,351	2,560,540	3,012,258	3,453,502	3,890,296				
		취업특례가구 (중위소득 160%)	2,924,530	4,940,926	6,374,320	7,802,064	9,211,797	10,605,765	취업특례가구 (중위소득 160%)	3,111,699	5,216,136	6,711,522	8,193,728	9,639,224	11,051,206				

쪽	현 행	개 정
74	③ 노숙인 진료시설 등록 - 보건복지부는 시도로부터 노숙인진료시설 지정 현황을 통보받아 건강보험심사 평가원에 등록 요청 - 건강보험심사평가원은 지정된 의료급여기관 정보를 심사평가원 심사시스템에 등록 후 등록정보를 공단에 전송 - 공단 및 심사평가원은 노숙인 진료시설 등록정보를 홈페이지 등에 게시	③ 노숙인 진료시설 등록 - 보건복지부(자립지원과)는 시도로부터 받은 노숙인진료시설 지정 내역을 기초의료보장과와 건강보험심사 평가원에 문서로 통보하고 심사평가원에 등록 요청 - 건강보험심사평가원은 지정된 의료급여기관 정보를 심사평가원 심사시스템에 등록 후 등록정보를 공단에 전송 - 공단 및 심사평가원은 노숙인 진료시설 등록정보를 홈페이지 등에 게시
77	Ⅲ. 수급자 자격관리 1 급여개시일 및 종별 선정 요령 가. 의료급여 개시일 (1) 일반원칙 - 의료급여 수급권자는 원칙적으로 수급자로 결정된 날부터 의료급여 실시 【의료급여 개시일의 적용】 - 국민기초수급자(시설수급자, 특례자 포함)는 국민기초 수급자로 책정된 날로부터 개시 - 이재민은 특별재난지역으로 선포된 원인이 된 재해가 발생한 날부터 개시 - 의사상자는 의사상 행위를 한 날부터 개시 - 입양 후 30일 이내 신청 시는 입양일로 소급 취득, 그 이후 신청 시는 결정일로부터 개시 - 북한이탈주민은 하나원 퇴소일(사회진출일)로부터 10일 이내 신청시는 퇴소일로 소급 취득하되, 그 이후 신청시는 결정일부터 개시 - 행려환자는 진료를 시작한 날부터 개시	Ⅲ. 수급자 자격관리 1 급여개시일 및 종별 선정 요령 가. 의료급여 개시일 (1) 일반원칙 - 의료급여 수급권자는 원칙적으로 수급자로 결정된 날부터 의료급여 실시 【의료급여 개시일의 적용】 - 국민기초수급자(시설수급자, 특례자 포함)는 국민기초 수급자로 책정된 날로부터 개시 - 이재민은 특별재난지역으로 선포된 원인이 된 재해가 발생한 날부터 개시 - 의사상자는 의사상 행위를 한 날부터 개시 - 입양아동 및 입양대상아동은 수급권자로 인정된 날부터 개시 - 북한이탈주민은 하나원 퇴소일(사회진출일)로부터 10일 이내 신청시는 퇴소일로 소급 취득하되, 그 이후 신청시는 결정일부터 개시 - 행려환자는 진료를 시작한 날부터 개시

주요 개정사항

쪽	현 행	개 정
78	(가) 교정시설 수감자	(가) 교정시설 <u>수용자</u>
제3편 의료급여 수급자 지원내용, 절차		
94	I. 의료급여 지원범위 및 절차 1 의료급여 지원범위 가. 지원내용 (3) 의료급여의 범위 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조 (요양급여의 범위)의 규정에 의함	I. 의료급여 지원범위 및 절차 1 의료급여 지원범위 가. 지원내용 (3) 의료급여의 범위 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조 (<u>요양급여대상의 고시</u>)의 규정에 의함
	【비급여대상(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」(2020.6.29.개정) [별표 2])】 2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료 다. 치과교정. 다만, 입술입천장갈림증(구순구개열)을 치료하기 위한 치과교정 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.	【비급여대상(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」(2020.10.1.개정) [별표 2])】 2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료 다. 치과교정. 다만, <u>선천성 기형으로 저하된 씹는 기능 및 발음 기능을 개선하기 위한 치과교정으로서</u> 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
96	4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료 다. 법 제51조에 따라 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구. 다만, 보청기 중 보험급여의 적용을 받게 될 수술과 관련된 치료재료인 보건복지부장관이 정하여 고시하는 보청기는 제외한다. 라. 삭제 <2017.9.1.>	4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료 다. <u>선별급여를 받는 사람이 요양급여비용 외에 추가로 부담하는 비용</u> 라. 법 제51조에 따라 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구. 다만, 보청기 중 보험급여의 적용을 받게 될 수술과 관련된 치료재료인 보건복지부장관이 정하여 고시하는 보청기는 제외한다.
104	2 의료급여 본인부담 다. 보건기관 이용 및 식대 본인부담 (2) 식대	2 의료급여 본인부담 다. 보건기관 이용 및 식대 본인부담 (2) 식대

쪽	현행	개 정																														
104	● 식사종류(일반식, 치료식, 멸균식, 분유, 산모식, 경관영양유동식)별 식대의 20% - 정신과 정액수가 적용환자 : 수가 내에 식대 포함 되어 있어, 진료비에 대한 본인 부담률과 동일 (1종 면제, 2종 10%)	● 식사종류(일반식, 치료식, 멸균식, 분유, 산모식, 경관영양유동식)별 식대의 20% * 의료급여수가의 기준 및 일반기준 일부개정 (고시 제2021-64호, '21.4.1.시행)																														
	신설	사. 행정신병 장기지속형 주사제 본인일부부담 ('21.4.20부터 적용) ● 본인부담률을 기준 10%에서 5%로 경감하여 의료비부담 완화																														
105	[참고] 급여비용 중 입원·외래 본인부담액(률) 특례 사항('20년 10월 7일 기준) <table><tr><td rowspan="2">정신 질환</td><td>의료급여법 시행령 [별표 1] 제1호 가목</td><td colspan="2">○ 외래 - (1차) 1,000원, (2·3차) 조현병 5%, 그 외 정신질환 10%, (CT 등) 15% ○ 입원 10%</td></tr><tr><td>장기지속형 주사제 10%</td><td colspan="2">장기지속형 주사제 10%</td></tr><tr><td>아동 입원</td><td>18세 미만 입원 면제</td><td colspan="2">○ 6세 미만 입원 면제 ○ 6세 이상 15세 이하 입원 3%</td></tr><tr><td>아동 외래</td><td>18세 미만 외래 면제</td><td colspan="2">○ 1세 미만 외래 - (의원급) 면제, (병원급 이상) 5% ○ 18세 이하 외래 및 16세 이상 18세 이하 입원 시 치아홈메우기 - (의원급) 1,000원, (병원급 이상) 5%</td></tr></table>	정신 질환	의료급여법 시행령 [별표 1] 제1호 가목	○ 외래 - (1차) 1,000원, (2·3차) 조현병 5%, 그 외 정신질환 10%, (CT 등) 15% ○ 입원 10%		장기지속형 주사제 10%	장기지속형 주사제 10%		아동 입원	18세 미만 입원 면제	○ 6세 미만 입원 면제 ○ 6세 이상 15세 이하 입원 3%		아동 외래	18세 미만 외래 면제	○ 1세 미만 외래 - (의원급) 면제, (병원급 이상) 5% ○ 18세 이하 외래 및 16세 이상 18세 이하 입원 시 치아홈메우기 - (의원급) 1,000원, (병원급 이상) 5%		[참고] 급여비용 중 입원·외래 본인부담액(률) 특례 사항('21년 10월 22일 기준) <table><tr><td rowspan="2">정신 질환</td><td>의료급여법 시행령 [별표 1] 제1호가목</td><td colspan="2">○ 외래 - (1차) 1,000원, (2·3차) 조현병 5%, 그 외 정신질환 10%, (CT 등) 15% ○ 입원 10%</td></tr><tr><td>장기지속형 주사제 5% (외래)</td><td colspan="2">장기지속형 주사제 5%(외래)</td></tr><tr><td>아동 입원</td><td>18세 미만 입원 면제</td><td colspan="2">○ 6세 미만 입원 면제 ○ 6세 이상 15세 이하 입원 3% ○ 16세 이상 18세 이하 입원 시 치아홈메우기 - (의원급) 1,000원, (병원급 이상) 5%</td></tr><tr><td>아동 외래</td><td>18세 미만 외래 면제</td><td colspan="2">○ 1세 미만 외래 - (의원급) 면제, (병원급 이상) 5% ○ 18세 이하 외래 치아홈메우기 - (의원급) 1,000원, (병원급 이상) 5%</td></tr></table>	정신 질환	의료급여법 시행령 [별표 1] 제1호가목	○ 외래 - (1차) 1,000원, (2·3차) 조현병 5%, 그 외 정신질환 10%, (CT 등) 15% ○ 입원 10%		장기지속형 주사제 5% (외래)	장기지속형 주사제 5%(외래)		아동 입원	18세 미만 입원 면제	○ 6세 미만 입원 면제 ○ 6세 이상 15세 이하 입원 3% ○ 16세 이상 18세 이하 입원 시 치아홈메우기 - (의원급) 1,000원, (병원급 이상) 5%		아동 외래	18세 미만 외래 면제	○ 1세 미만 외래 - (의원급) 면제, (병원급 이상) 5% ○ 18세 이하 외래 치아홈메우기 - (의원급) 1,000원, (병원급 이상) 5%	
정신 질환	의료급여법 시행령 [별표 1] 제1호 가목		○ 외래 - (1차) 1,000원, (2·3차) 조현병 5%, 그 외 정신질환 10%, (CT 등) 15% ○ 입원 10%																													
	장기지속형 주사제 10%	장기지속형 주사제 10%																														
아동 입원	18세 미만 입원 면제	○ 6세 미만 입원 면제 ○ 6세 이상 15세 이하 입원 3%																														
아동 외래	18세 미만 외래 면제	○ 1세 미만 외래 - (의원급) 면제, (병원급 이상) 5% ○ 18세 이하 외래 및 16세 이상 18세 이하 입원 시 치아홈메우기 - (의원급) 1,000원, (병원급 이상) 5%																														
정신 질환	의료급여법 시행령 [별표 1] 제1호가목	○ 외래 - (1차) 1,000원, (2·3차) 조현병 5%, 그 외 정신질환 10%, (CT 등) 15% ○ 입원 10%																														
	장기지속형 주사제 5% (외래)	장기지속형 주사제 5%(외래)																														
아동 입원	18세 미만 입원 면제	○ 6세 미만 입원 면제 ○ 6세 이상 15세 이하 입원 3% ○ 16세 이상 18세 이하 입원 시 치아홈메우기 - (의원급) 1,000원, (병원급 이상) 5%																														
아동 외래	18세 미만 외래 면제	○ 1세 미만 외래 - (의원급) 면제, (병원급 이상) 5% ○ 18세 이하 외래 치아홈메우기 - (의원급) 1,000원, (병원급 이상) 5%																														
106	[참고] 재가의료급여 시범사업 추진계획 ('19.6월~, 시·군·구) ● (추진배경) 커뮤니티케어 추진에 따라 병원·시설에서 재가 중심으로 의료·복지서비스 지원체계 개편 ● (목적) 재가 의료 및 돌봄서비스 제공을 통해 퇴원자가 자신의 집에서 욕구에 맞는 서비스를 누리며 불편없이 생활할 수	[참고] 재가의료급여 시범사업 ('19.6월~) ● (사업목적) 지역사회 통합 돌봄 사업의 일환으로 입원 필요성이 낮은 의료급여수급자가 자신의 집에서 불편함 없이 생활할 수 있도록 재가 서비스 제공																														

주요 개정사항

쪽	현행	개정
106	있도록 지원 • (대상) 동일상병으로 1회당 31일 이상 장기입원자 중 입원 필요가 낮아 퇴원 또는 통원치료가 가능한 의료급여 수급자 • (서비스) 퇴원자의 욕구에 기반하여 채택의료, 간병, 돌봄·영양, 이동 지원(외래 이용) 등의 통합서비스 제공 • (제공기관) 지역사회 내 서비스 제공이 가능한 의료기관, 사회서비스 제공기관(사회복지관, 장기요양기관 등) 활용 • (추진경과) 커뮤니티케어 선도사업 대상 시군구 공모('19.1월), 지역 선정('19.3월), 선도사업 선정 16개 지역 중 13개 시군구(노인 대상)에서 재가 의료급여 시범사업 병행 추진('19.6월~) < 재가 의료급여 시범사업 체계도 >	법적 근거 의료급여법 제5조(보장기관) ③ 특별시장·광역시장·도지사 및 시장·군수·구청장은 수급권자의 건강 유지 및 증진을 위하여 필요한 사업을 실시하여야 한다. 의료급여법 시행규칙 제8조(의료급여의 범위 등) ① 법 제7조에 따른 의료급여의 범위는 다음 각호 와 같다 3. 법 제7조제1항제7호에 따른 그 밖의 의료목적 달성을 위한 조치: 법 제5조제3항에 따라 특별시장·광역시장·도지사 및 시장·군수·구청장이 수급권자의 건강 유지 및 증진을 위하여 실시하는 사업으로서 보건복지부장관이 정하여 고시한 것 보건복지부고시 제2021-142호. 수급권자의 건강 유지 및 증진을 위한 사업의 지원에 관한 기준 • (사업대상) 동일상병으로 31일 이상 입원자 중 의학적 필요도가 낮고, 퇴원 시 주거가 있거나 주거연계가 가능한 의료급여수급자 • (급여유형) 필수급여(의료, 비 의료: 돌봄·식사·이동), 선택급여(주거개선, 냉난방지원, 안전관리) • (사업절차) • (추진경과) 2019.6월 지역사회 통합 돌봄 노인 선도 사업 지역(13개 시·군·구)에서 시범사업 병행 실시, 2021.6월 38개 시·군·구로 확대(25개 시·군·구 신규 참여) < 재가 의료급여 시범사업 흐름도 >

쪽	현 행	개 정																				
108	[참고] 본인부담코드 유효기간 및 종료일자(면제 및 일부부담) <table><thead><tr><th>코드</th><th>대 상</th><th>유효기간</th><th>종료 일자</th></tr></thead><tbody><tr><td rowspan="2">M016 (MA16)</td><td rowspan="2">등록 중증 질환자 1종</td><td>암환자인 경우 등록일로부터 5년</td><td>산정특례 등록기간+ 1</td></tr><tr><td>중증화상환자인 경우 등록일로부터 1년 (이후 6개월 연장 가능)</td><td>산정특례 등록기간+ 1</td></tr></tbody></table>	코드	대 상	유효기간	종료 일자	M016 (MA16)	등록 중증 질환자 1종	암환자인 경우 등록일로부터 5년	산정특례 등록기간+ 1	중증화상환자인 경우 등록일로부터 1년 (이후 6개월 연장 가능)	산정특례 등록기간+ 1	[참고] 본인부담코드 유효기간 및 종료일자(면제 및 일부부담) <table><thead><tr><th>코드</th><th>대 상</th><th>유효기간</th><th>종료 일자</th></tr></thead><tbody><tr><td rowspan="2">M016 (MA16)</td><td rowspan="2">등록 중증 질환자 1종</td><td>암환자인 경우 등록일로부터 5년</td><td>산정특례 등록기간+ 1</td></tr><tr><td>중증화상환자인 경우 등록일로부터 1년 (등록기간 종료 후 2년 이 내에 별첨3의 수술을 받는 경우 1년간 재등록)</td><td>산정특례 등록기간+ 1</td></tr></tbody></table>	코드	대 상	유효기간	종료 일자	M016 (MA16)	등록 중증 질환자 1종	암환자인 경우 등록일로부터 5년	산정특례 등록기간+ 1	중증화상환자인 경우 등록일로부터 1년 (등록기간 종료 후 2년 이 내에 별첨3의 수술을 받는 경우 1년간 재등록)	산정특례 등록기간+ 1
코드	대 상	유효기간	종료 일자																			
M016 (MA16)	등록 중증 질환자 1종	암환자인 경우 등록일로부터 5년	산정특례 등록기간+ 1																			
		중증화상환자인 경우 등록일로부터 1년 (이후 6개월 연장 가능)	산정특례 등록기간+ 1																			
코드	대 상	유효기간	종료 일자																			
M016 (MA16)	등록 중증 질환자 1종	암환자인 경우 등록일로부터 5년	산정특례 등록기간+ 1																			
		중증화상환자인 경우 등록일로부터 1년 (등록기간 종료 후 2년 이 내에 별첨3의 수술을 받는 경우 1년간 재등록)	산정특례 등록기간+ 1																			
112	다. 지급 절차 및 방법 • (당뇨 등 소모성재료) 처방전을 발급받아 구입한 경우 구입일자를 사용개시일로 등록. 단, 급여종료일 전 90일 이내 처방전을 발급받아 급여 종료일 전 30일 이내 구입한 경우 이전 급여종료일의 다음날로 등록. • (산소치료 등 기기대여) 처방기간 종료일 전 90일 이내 또는 후 30일 이내 처방전을 발급받아 종료일 후 30일 이내 대여한 경우에는 시작일을 이전 처방기간 종료일 다음날로 등록 - 단, 인공호흡기 및 기침유발기는 이산화탄소 분압검사 2회 실시 등으로 6개월 전 발급한 처방전 인정 - 처방기간 및 급여기간이 중복되어서는 안됨. 단, 이전 처방기간 종료 전에 신규 처방전을 발급받아 처방기간이 중복되는 경우 표준계약서를 확인하여 처방기간을 이전 처방기간 종료일의 다음날부터 종료일까지 등록 가능	다. 지급 절차 및 방법 • (당뇨 등 소모성재료) 처방전을 발급받아 구입한 경우 구입일자를 사용개시일로 등록. 단, 급여종료일 전 90일 이내 처방전을 발급받아 급여 종료일 전 30일 이내 구입한 경우 이전 급여종료일의 다음날로 등록. • (당뇨병 관리기기) 처방전을 발급받아 구입한 경우 구입일자를 사용개시일로 등록. 다만, 급여종료일 전 30일 이내 처방전을 발급받아 급여종료일 전 14일 이내 구입한 경우 이전 급여종료일의 다음날로 등록. • (산소치료 등 기기대여-양압기 제외) 처방기간 종료일 전 90일 이내 또는 후 30일 이내 처방전을 발급받아 종료일 후 30일 이내 대여한 경우에는 시작일을 이전 처방기간 종료일 다음날로 등록 - 단, 인공호흡기 및 기침유발기는 이산화탄소 분압검사 2회 실시 등으로 6개월 전 발급한 처방전 인정 • (양압기) 처방기간 종료일 후 30일 이내 처방전을 발급받아 종료일 후 30일 이내 대여한 경우에는 시작일을 이전 처방기간 종료일 다음날로 등록 - <u>순응기간 중 처방종료일 전에 순응하여 순응기간 후 처방전을 발급한 경우 인정</u> ※ 처방기간 및 급여기간이 중복되어서는 안됨. 단, 이전 처방기간 종료 전에 신규 처방전을 발급받아 처방기간이 중복되는 경우 표준계약서를 확인하여 처방기간을 이전 처방기간 종료일의 다음날부터 종료일까지 등록 가능																				

주요 개정사항

쪽	현 행	개 정																																																					
113	• 의료급여기관을 이용할 수 없거나 의료급여기관이 없는 경우 - 요양비 지급청구서(출산비, 복막투석, 자가도뇨, 기타) (시행규칙 별지 제12호서식[서식 22]) 1부 - 요양비 명세서 또는 세급계산서(약국의 경우에는 처방전과 세급계산서) 1부 - 의료급여기관에서 의료급여를 받을 수 없었던 사유를 증명할 수 있는 있는 서류 1부 • 의료급여기관 외에 장소에서 출산한 경우 - 요양비 지급청구서(출산비, 복막투석, 자가도뇨, 기타) (시행규칙 별지 제12호서식, [서식 22]) 1부 - 출산사실을 증명할 수 있는 서류 1부	• 의료급여기관을 이용할 수 없거나 의료급여기관이 없는 경우 - 요양비 지급청구서(출산비, 복막투석, 자가도뇨, 기타) (시행규칙 별지 제12호서식[서식 22]) 1부 - 요양비 명세서 또는 세급계산서(약국의 경우에는 처방전과 세급계산서) 1부 - 의료급여기관에서 의료급여를 받을 수 없었던 사유를 증명할 수 있는 있는 서류 1부 • 의료급여기관 외에 장소에서 출산한 경우 - 요양비 지급청구서(출산비, 복막투석, 자가도뇨, 기타)(시행규칙 별지 제12호서식, [서식 22]) 1부 - 출산사실을 증명할 수 있는 서류 1부																																																					
118	<제품별 사용가능 일수> <table> <tr> <th>연번</th><th>모델명 (제품 등록명)</th><th>사용가능 일수 (일/1개)</th></tr> <tr> <td>1</td><td>Dexcom G5[®] Mobile/G4[®] PLATINUM Sensor</td><td>7일/개</td></tr> <tr> <td>2</td><td>Guardian Sensor 3(MMT-7020C3)</td><td rowspan="2">7일/개</td></tr> <tr> <td>3</td><td>Guardian Sensor 3(MMT-7020D3)</td></tr> <tr> <td>4</td><td>Enlite Glucose Sensor (MMT-7008A)</td><td rowspan="2">6일/개</td></tr> <tr> <td>5</td><td>Enlite Glucose Sensor (MMT-7008B)</td></tr> <tr> <td>6</td><td>FreeStyle Libre</td><td>14일/개</td></tr> <tr> <td>7</td><td>G6 sensor Applicator -STS-GS-012</td><td rowspan="2">10일/개</td></tr> <tr> <td>8</td><td>G6 sensor Applicator -STS-GS-009</td></tr> </table> 추가	연번	모델명 (제품 등록명)	사용가능 일수 (일/1개)	1	Dexcom G5 [®] Mobile/G4 [®] PLATINUM Sensor	7일/개	2	Guardian Sensor 3(MMT-7020C3)	7일/개	3	Guardian Sensor 3(MMT-7020D3)	4	Enlite Glucose Sensor (MMT-7008A)	6일/개	5	Enlite Glucose Sensor (MMT-7008B)	6	FreeStyle Libre	14일/개	7	G6 sensor Applicator -STS-GS-012	10일/개	8	G6 sensor Applicator -STS-GS-009	<제품별 사용가능 일수> <table> <tr> <th>연번</th><th>모델명 (제품 등록명)</th><th>사용가능 일수 (일/1개)</th></tr> <tr> <td>1</td><td>Dexcom G5[®] Mobile/G4[®] PLATINUM Sensor</td><td>7일/개</td></tr> <tr> <td>2</td><td>Guardian Sensor 3(MMT-7020C3)</td><td rowspan="2">7일/개</td></tr> <tr> <td>3</td><td>Guardian Sensor 3(MMT-7020D3)</td></tr> <tr> <td>4</td><td>Enlite Glucose Sensor (MMT-7008A)</td><td rowspan="2">6일/개</td></tr> <tr> <td>5</td><td>Enlite Glucose Sensor (MMT-7008B)</td></tr> <tr> <td>6</td><td>FreeStyle Libre</td><td>14일/개</td></tr> <tr> <td>7</td><td>G6 sensor Applicator -STS-GS-012</td><td rowspan="2">10일/개</td></tr> <tr> <td>8</td><td>G6 sensor Applicator -STS-GS-009</td></tr> <tr> <td>9</td><td>Guardian Sensor3 (MMT-7020C7)</td><td rowspan="2">7일/개</td></tr> <tr> <td>10</td><td>Guardian Sensor3 (MMT-7020D7)</td></tr> </table>	연번	모델명 (제품 등록명)	사용가능 일수 (일/1개)	1	Dexcom G5 [®] Mobile/G4 [®] PLATINUM Sensor	7일/개	2	Guardian Sensor 3(MMT-7020C3)	7일/개	3	Guardian Sensor 3(MMT-7020D3)	4	Enlite Glucose Sensor (MMT-7008A)	6일/개	5	Enlite Glucose Sensor (MMT-7008B)	6	FreeStyle Libre	14일/개	7	G6 sensor Applicator -STS-GS-012	10일/개	8	G6 sensor Applicator -STS-GS-009	9	Guardian Sensor3 (MMT-7020C7)	7일/개	10	Guardian Sensor3 (MMT-7020D7)
연번	모델명 (제품 등록명)	사용가능 일수 (일/1개)																																																					
1	Dexcom G5 [®] Mobile/G4 [®] PLATINUM Sensor	7일/개																																																					
2	Guardian Sensor 3(MMT-7020C3)	7일/개																																																					
3	Guardian Sensor 3(MMT-7020D3)																																																						
4	Enlite Glucose Sensor (MMT-7008A)	6일/개																																																					
5	Enlite Glucose Sensor (MMT-7008B)																																																						
6	FreeStyle Libre	14일/개																																																					
7	G6 sensor Applicator -STS-GS-012	10일/개																																																					
8	G6 sensor Applicator -STS-GS-009																																																						
연번	모델명 (제품 등록명)	사용가능 일수 (일/1개)																																																					
1	Dexcom G5 [®] Mobile/G4 [®] PLATINUM Sensor	7일/개																																																					
2	Guardian Sensor 3(MMT-7020C3)	7일/개																																																					
3	Guardian Sensor 3(MMT-7020D3)																																																						
4	Enlite Glucose Sensor (MMT-7008A)	6일/개																																																					
5	Enlite Glucose Sensor (MMT-7008B)																																																						
6	FreeStyle Libre	14일/개																																																					
7	G6 sensor Applicator -STS-GS-012	10일/개																																																					
8	G6 sensor Applicator -STS-GS-009																																																						
9	Guardian Sensor3 (MMT-7020C7)	7일/개																																																					
10	Guardian Sensor3 (MMT-7020D7)																																																						
120 ~ 121	(5) 자가도뇨 소모성 재료(간헐적 도뇨 카테터) ● 지급대상 및 기준 ① 의사의 처방전 • 처방전 발행의사 : 비뇨기과, 재활의학과, 정형외과, 신경과 또는 신경외과 전문의 ② 지급대상(요양비의 의료급여 기준 및 방법 별표1) - 후천성 척수손상으로 인한 신경인성 방광환자 중 최초 급여적용 후 2년이 지난 경우(급여신청 당시, 최초 진단 후 2년 미경과자에 한함) - 척수손상 이외의 기타질병에 의한 신경인성 방광환자 중 최초 급여 적용 후 2년이 지난 경우	(5) 자가도뇨 소모성 재료(간헐적 도뇨 카테터) ● 지급대상 및 기준 ① 의사의 처방전 • 처방전 발행의사 : 비뇨기과, 재활의학과, 정형외과, 신경과 또는 신경외과 전문의 * 최초등록시 등록 신청서의 담당의사의 사실 확인일 기준 3년 이내 시행한 검사만 유효 ② 지급대상(요양비의 의료급여 기준 및 방법 별표1) - 후천성 척수손상으로 인한 신경인성 방광환자 중 최초 급여적용 후 2년이 지난 경우(급여신청 당시, 최초 진단 후 2년 미경과자로 급여신청을 받고 있던 자에 한함) - 척수손상 이외의 기타질병에 의한 신경인성 방광환자 중 최초 급여 적용 후 2년이 지난 경우																																																					

쪽	현행	개정																							
152	4 임신·출산 진료비 가. 목적 - 출산 전·후 산모와 영아의 건강관리 등에 소요되는 진료비 부담을 경감시켜 출산 친화적 환경 조성 다. 임신·출산 진료비 지원금액 및 사용방법 1, 2종 구분 없이 단태아 60만원, 다태아 100만원 지원 - 임산부의 임신·출산 진료비는 입원·외래를 불문하고 의료급여기관에서 산부인과 진료과목(진료과목별 코드 10으로 청구하는 과목)으로 진료 받은 본인부담금(비급여 포함)에 대하여 사용 가능 - 영아에게 임신·출산 진료비를 사용할 경우 모든 병원에서 사용 가능 - 임신·출산과 관련된 처방에 따른 약제·치료재료 구입에 드는 비용에 대하여 사용 가능 (출산전후 산모와 그 산 모의 1세미만 자녀의 건강관리와 관련하여 처방된 약제·치료재료 구입에 드는 비용 포함) - 한의원, 한방병원 등은 임신·출산관련 상병으로 진료받은 경우에는 한방 상세 진료과목 관계없이 사용 가능 ※ 단, 보건복지부장관이 정하는 상병 진료에 한함(아래 표 참고) <table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th><th>상병명</th><th>상병코드</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="6">1</td><td rowspan="6">임신오저</td><td>O21</td></tr> <tr> <td>O21.0</td></tr> <tr> <td>O21.1</td></tr> <tr> <td>O21.2</td></tr> <tr> <td>O21.8</td></tr> <tr> <td>O21.9</td></tr> <tr> <td rowspan="4">2</td><td rowspan="4">태기불안</td><td>O20</td></tr> <tr> <td>O20.0</td></tr> <tr> <td>O20</td></tr> <tr> <td>O20.9</td></tr> <tr> <td>3</td><td>분만이 없는 조기진통</td><td>O60.0</td></tr> <tr> <td>4</td><td>산후풍</td><td>U32.7</td></tr> </tbody> </table>	구분	상병명	상병코드	1	임신오저	O21	O21.0	O21.1	O21.2	O21.8	O21.9	2	태기불안	O20	O20.0	O20	O20.9	3	분만이 없는 조기진통	O60.0	4	산후풍	U32.7	4 임신·출산 진료비 가. 목적 - 출산 전·후 산모와 영·유아의 건강관리 등에 소요되는 진료비 부담을 경감시켜 출산 친화적 환경 조성 다. 임신·출산 진료비 지원금액 및 사용방법 1, 2종 구분 없이 단태아 100만원, 다태아 140만원 지원 - 임신·출산 진료비는 입원·외래를 불문하고 의료급여기관에서 진료 받은 본인부담금(비급여 포함)에 대하여 사용 가능 - 처방에 따른 약제·치료재료 구입에 드는 비용에 대하여 사용 가능 (해당 수급권자의 2세 미만인 자녀에 대하여 처방된 약제·치료재료 구입에 드는 비용 포함) 삭제 - 임산부는 임신·출산 진료비를 보장기관이 지원 결정한 날부터 출산예정일(출산일)로부터 2년까지 사용 - 임신출산진료비 지원 종료일은 출산예정일(출산일)부터 2년되는 날임 예시 2022. 1. 1일이 출산예정일인 임산부의 경우, 2023. 12. 31일까지 지원 1일 사용액 한도 제한 없음('13.4.22 시행)
구분	상병명	상병코드																							
1	임신오저	O21																							
		O21.0																							
		O21.1																							
		O21.2																							
		O21.8																							
		O21.9																							
2	태기불안	O20																							
		O20.0																							
		O20																							
		O20.9																							
3	분만이 없는 조기진통	O60.0																							
4	산후풍	U32.7																							

주요 개정사항

쪽	현 행	개 정
	- 임산부는 임신·출산 진료비를 보장기관이 지원 결정한 날부터 출산예정일(출산일)로부터 1년까지 사용 - 임산출산진료비 지원 종료일은 출산예정일(출산일)부터 1년되는 날임 예시 2020. 1. 1일이 출산예정일인 임신부의 경우, 2020. 12. 31일까지 지원 1일 사용액 한도 제한 없음('13.4.22 시행)	
153	【임신·출산 진료비 사용이 가능한 의료기관】 - 임신·출산진료비 등의 의료급여기준 및 방법 (제3조 제1항 각호) - 산부인과 전문의가 개설한 제1차 의료급여기관 - 산부인과가 개설된 제2차 또는 제3차 의료급여기관 「지역보건법」에 따라 개설된 보건소·보건 의료원 및 보건지소 「농어촌 등 보건의료료에 관한 특별조치법」에 따라 개설된 보건진료소 「의료법」에 따라 개설된 조산원, 한의원, 한방 병원('13.4.22 시행) ● 출생아 임신·출산 진료비 사용 방법 - 수급자는 시장·군수·구청장(읍·면·동장)에게 의료급여 임신·출산 진료비 지원(변경) 신청서 [서식 36]를 제출하고, 시장·군수·구청장은 자격 확인 후 행복e음을 통하여 건강보험공단으로 전송 * 임신부가 진료비를 본인에게 사용한 경우, 잔액에 한해서 지원기간 동안 영아에게 사용 가능	【임신·출산 진료비 사용이 가능한 의료기관】 - 임신·출산진료비 등의 의료급여기준 및 방법 (제3조 제1항 각호) - 산부인과 전문의가 개설한 제1차 의료급여기관 - 산부인과가 개설된 제2차 또는 제3차 의료급여 기관 「지역보건법」에 따라 개설된 보건소·보건 의료원 및 보건지소 「농어촌 등 보건의료료에 관한 특별조치법」에 따라 개설된 보건진료소 「의료법」에 따라 개설된 조산원, 한의원, 한방 병원('13.4.22 시행) 「약사법」에 따라 개설등록된 약국 및 같은법 제91조에 따라 설립된 한국희귀·필수의약품 센터('20.7.14. 시행) ● 출생아 임신·출산 진료비 사용 방법 - 수급자는 시장·군수·구청장(읍·면·동장)에게 의료급여 임신·출산 진료비 지원(변경) 신청서 [서식 36]를 제출(영아정보 추가)하고, 시장·군수·구청장은 자격 확인 후 행복e음을 통하여 건강보험공단으로 전송 * 임신부가 진료비를 본인에게 사용한 경우, 잔액에 한해서 지원기간 동안 영·유아에게 사용 가능
154	라. 임신·출산 진료비 지원 대상 및 방법 ● 대상자 의료급여 수급자 중 임신 중이거나 출산(유산 및 사산 포함)한 수급권자 및 출생일로부터 1년 이내의 영아 ※ 2019.7.1.부터 자궁 외 임신도 포함, 자궁 외 임신의 판단은 의사의 소견서로 같음	라. 임신·출산 진료비 지원 대상 및 방법 ● 대상자 의료급여 수급자 중 임신 중이거나 출산(유산 및 사산 포함)한 수급권자 및 출생일로부터 2세 미만 영·유아 ※ 2019.7.1.부터 자궁 외 임신도 포함, 자궁 외 임신의 판단은 의사의 소견서로 같음

쪽	현행	개정
154	● 지급절차 - 시장·군수·구청장은 의료급여 임신·출산 진료비 지원(변경) 신청서[서식 36] 접수 후 지원대상자로 결정 - 행복e음을 통하여 지원대상자, 지원금액, 출산 예정일 및 지원기간 등을 건강보험공단으로 전송 * 1종 수급자는 ‘외래 본인부담금면제자(임신부)로 등록가능함을 안내 - 건강보험공단은 자격관리 시스템에 임신·출산 진료비 지원대상자 및 지원금액 등 임신·출산 진료비 관련 자료를 산부인과 병의원 등에 제공 - 병의원에서는 임신부가 사용한 임신·출산 진료비를 “의료급여 자격관리 시스템”을 통해 건강보험공단에 차감 요청 * 임신·출산 진료비에 대해서는 의료급여기관이 지정한 계좌로 주 단위 지급 - 임신·출산 진료비 잔액은 공단에서 행복e음에 전송하고 동 사실을 해당 보장 기관에 통보	● 지급절차 - 시장·군수·구청장은 의료급여 임신·출산 진료비 지원(변경) 신청서[서식 36] 접수 후 지원대상자로 결정 - 행복e음을 통하여 지원대상자, 지원금액, 출산 예정일 및 지원기간 등을 건강보험공단으로 전송 * 1종 수급자는 ‘의료급여기관 외래진료 본인부담면제 신청(임신부)’가능함을 안내 - 건강보험공단은 요양기관정보마당을 통해 임신·출산 진료비 지원대상자 및 지원금액 등 임신·출산 진료비 관련 자료를 의료급여기관에 제공 - 의료급여기관에서는 임신부가 사용한 임신·출산 진료비를 “요양기관 정보마당”을 통해 건강보험공단에 차감 요청 * 임신·출산 진료비에 대해서는 의료급여기관이 지정한 계좌로 주 단위 지급
155	마. 임신·출산 진료비 지원기간 중 자격변경에 따른 유의사항 * 시·군·구청에서는 DW를 통하여 지원여부 확인 가능	마. 임신·출산 진료비 지원기간 중 자격변경에 따른 유의사항 * 시·군·구청에서는 EBDW를 통하여 지원여부 확인 가능

주요 개정사항

쪽	현행	개 정																												
155	- 임신·출산 진료비 지원기간 종료 전 의료급여 자격이 상실되는 경우 - 시·군·구청에서 임신·출산 진료비 잔액을 임신부에게 지급 - 단, 국적상실, 사망 또는 행방불명 등의 경우 지급하지 않음 [의료급여 자격상실시 잔액을 지급하는 이유] - 건강보험 가입자는 자격관리시스템을 통한 가상계좌를 이용할 수 없음 - 중복지원 방지를 위해 건강보험에서는 의료급여 자격상실 후 임신·출산 진료비를 추가 지원하지 않음	- 의료급여 수급자에서 건강보험으로 자격이 변경된 임신부의 경우 - 지원기간 종료 전 대상자의 임신·출산 진료비 잔액은 공단에서 행복e음에 전송하고 동 사실을 해당 보장기관에 통보 - 시·군·구청에서 임신·출산 진료비 잔액을 임신부에게 지급 - 단, 국적상실, 사망 또는 행방불명 등의 경우 지급하지 않음 [의료급여 자격상실시 잔액을 지급하는 이유] - 건강보험 가입자는 자격관리시스템을 통한 <u>지원금 조회 및 사용(포인트 차감)</u>할 수 없음 - 중복지원 방지를 위해 건강보험에서는 의료급여 자격상실 후 임신·출산 진료비를 추가 지원하지 않음																												
156	[임신·출산 진료비 신청 및 지원절차] <table> <tr> <td>임신사실 증명서 발급</td><td> - 임신사실 증명서 : 출산 예정일이 포함된 소견서 또는 건강보험 임신·출산 진료비 신청서 및 임신확인서 등 </td></tr> <tr> <td>↓</td><td></td></tr> <tr> <td>신청</td><td> - 신청인 : 임신부 본인, 그 가족 및 대리인이 주소지 관할 시장·군수·구청장(읍면동장)에게 신청 - 신청서류 : 의료급여 임신·출산 진료비 지원(변경) 신청서[서식 36], 임신사실 증명서(건강보험 임신·출산 진료비 지원 신청서, 임신확인서 및 소견서 등) 각 1부 </td></tr> <tr> <td>↓</td><td></td></tr> <tr> <td>지원 결정 및 관련자료 전송</td><td> - 시·군·구에서 임신·출산 진료비 지원 적격 여부를 자체없이(3일 이내) 결정하여 관련 자료를 건강보험공단으로 전송 * 1, 2종 구분 없이 60만원(다태아 100만원) 지원(미사용분 소멸) </td></tr> <tr> <td>↓</td><td></td></tr> <tr> <td>임신·출산</td><td> - 임신·출산 진료비 사용가능 기관 : 산부 </td></tr> </table>	임신사실 증명서 발급	임신사실 증명서 : 출산 예정일이 포함된 소견서 또는 건강보험 임신·출산 진료비 신청서 및 임신확인서 등	↓		신청	- 신청인 : 임신부 본인, 그 가족 및 대리인이 주소지 관할 시장·군수·구청장(읍면동장)에게 신청 - 신청서류 : 의료급여 임신·출산 진료비 지원(변경) 신청서[서식 36], 임신사실 증명서(건강보험 임신·출산 진료비 지원 신청서, 임신확인서 및 소견서 등) 각 1부	↓		지원 결정 및 관련자료 전송	- 시·군·구에서 임신·출산 진료비 지원 적격 여부를 자체없이(3일 이내) 결정하여 관련 자료를 건강보험공단으로 전송 * 1, 2종 구분 없이 60만원(다태아 100만원) 지원(미사용분 소멸)	↓		임신·출산	임신·출산 진료비 사용가능 기관 : 산부	[임신·출산 진료비 신청 및 지원절차] <table> <tr> <td>임신사실 증명서 발급</td><td> - 임신사실 증명서 : 임신·출산확인서(<u>분만 예정일, 출산일 또는 유산일이 기재된 소견서</u>) </td></tr> <tr> <td>↓</td><td></td></tr> <tr> <td>신청</td><td> - 신청인 : 임신부 본인, 그 가족 및 대리인이 주소지 관할 시장·군수·구청장(읍면동장)에게 신청 - 신청서류 : 의료급여 임신·출산 진료비 지원(변경) 신청서[서식 36], <u>임신·출산 확인서(분만예정일, 출산일 또는 유산일이 기재된 소견서)</u> 각 1부 </td></tr> <tr> <td>↓</td><td></td></tr> <tr> <td>지원 결정 및 관련자료 전송</td><td> - 시·군·구에서 임신·출산 진료비 지원 적격 여부를 자체없이(3일 이내) 결정하여 관련 자료를 건강보험공단으로 전송 * 1, 2종 구분 없이 한자녀 100만원(<u>다자녀 140만원</u>) 지원(미사용분 소멸) * 분만취약지 거주 시 20만원 추가지원 </td></tr> <tr> <td>↓</td><td></td></tr> <tr> <td>임신·출산</td><td> <u>모든 의료급여기관에서 진료비 및 처방된</u> </td></tr> </table>	임신사실 증명서 발급	임신사실 증명서 : 임신·출산확인서(<u>분만 예정일, 출산일 또는 유산일이 기재된 소견서</u>)	↓		신청	- 신청인 : 임신부 본인, 그 가족 및 대리인이 주소지 관할 시장·군수·구청장(읍면동장)에게 신청 - 신청서류 : 의료급여 임신·출산 진료비 지원(변경) 신청서[서식 36], <u>임신·출산 확인서(분만예정일, 출산일 또는 유산일이 기재된 소견서)</u> 각 1부	↓		지원 결정 및 관련자료 전송	- 시·군·구에서 임신·출산 진료비 지원 적격 여부를 자체없이(3일 이내) 결정하여 관련 자료를 건강보험공단으로 전송 * 1, 2종 구분 없이 한자녀 100만원(<u>다자녀 140만원</u>) 지원(미사용분 소멸) * 분만취약지 거주 시 20만원 추가지원	↓		임신·출산	<u>모든 의료급여기관에서 진료비 및 처방된</u>
임신사실 증명서 발급	임신사실 증명서 : 출산 예정일이 포함된 소견서 또는 건강보험 임신·출산 진료비 신청서 및 임신확인서 등																													
↓																														
신청	- 신청인 : 임신부 본인, 그 가족 및 대리인이 주소지 관할 시장·군수·구청장(읍면동장)에게 신청 - 신청서류 : 의료급여 임신·출산 진료비 지원(변경) 신청서[서식 36], 임신사실 증명서(건강보험 임신·출산 진료비 지원 신청서, 임신확인서 및 소견서 등) 각 1부																													
↓																														
지원 결정 및 관련자료 전송	- 시·군·구에서 임신·출산 진료비 지원 적격 여부를 자체없이(3일 이내) 결정하여 관련 자료를 건강보험공단으로 전송 * 1, 2종 구분 없이 60만원(다태아 100만원) 지원(미사용분 소멸)																													
↓																														
임신·출산	임신·출산 진료비 사용가능 기관 : 산부																													
임신사실 증명서 발급	임신사실 증명서 : 임신·출산확인서(<u>분만 예정일, 출산일 또는 유산일이 기재된 소견서</u>)																													
↓																														
신청	- 신청인 : 임신부 본인, 그 가족 및 대리인이 주소지 관할 시장·군수·구청장(읍면동장)에게 신청 - 신청서류 : 의료급여 임신·출산 진료비 지원(변경) 신청서[서식 36], <u>임신·출산 확인서(분만예정일, 출산일 또는 유산일이 기재된 소견서)</u> 각 1부																													
↓																														
지원 결정 및 관련자료 전송	- 시·군·구에서 임신·출산 진료비 지원 적격 여부를 자체없이(3일 이내) 결정하여 관련 자료를 건강보험공단으로 전송 * 1, 2종 구분 없이 한자녀 100만원(<u>다자녀 140만원</u>) 지원(미사용분 소멸) * 분만취약지 거주 시 20만원 추가지원																													
↓																														
임신·출산	<u>모든 의료급여기관에서 진료비 및 처방된</u>																													

쪽	현 행	개 정
156	진료비 사용 인과 전문의가 개설한 의원 및 산부인과가 개설된 병원, 조산원, 한의원, 한방병원 등 * 산부인과 진료과목(코드 10번)으로 진료 받은 본인부담금에 대해 사용 ● 영아 : 모든 병원에서 사용 가능 임신·출산 진료비 지급 ● 임신부가 사용한 임신·출산 진료비에 대해서는 “의료급여 자격관리 시스템”을 통하여 지체 없이 건강보험공단으로 청구 * 임신·출산 진료비는 건보공단에서 의료 급여기관 계좌에 주 단위 지급 * 현행 건강생활유지비 지원방식과 동일함	진료비 사용 약제·치료재료 구입 시 사용 가능(비급여 포함) 임신·출산 진료비 지급 ● 임신부 및 영·유아가 사용한 임신·출산 진료비에 대해서는 “요양기관 정보마당”을 통하여 지체 없이 건강보험공단으로 차감 요청 * 임신·출산 진료비는 건보공단에서 의료 급여기관 계좌에 주 단위 지급 * 현행 건강생활유지비 지원방식과 동일함

건강보험과 의료급여 임신·출산 진료비 지원방식 비교			건강보험과 의료급여 임신·출산 진료비 지원방식 비교		
구 분	건강보험	의료급여	구 분	건강보험	의료급여
지원 대상자	건강보험가입자 또는 피부양자 중 임신부	의료급여 수급권자 중 임신부	지원 대상자	① 건강보험가입자 또는 피부양자 중 임신부 ② 2세 미만인 가입자 또는 피부양자(영유아)의 법정대리인	의료급여 수급권자 중 임신 중이거나 출산(유산·사산 포함)한 수급권자 및 출생일로부터 2년 이내 영유아
신청 접수처	공단지사, 이용권 발급 업무를 수행하는 금융기관(국민은행, 신한은행, 우체국 위탁)	시군구/읍면동	신청 접수처	공단지사, 이용권 발급 업무를 수행하는 전담 금융기관	수급권자 주소지 시·군·구청, 읍·면·동 행정복지센터
지원 방식	국민행복카드(비유치카드)	자격관리시스템 활용 : 가상계좌 * 건생비지원 방식과 동일함	지원 방식	국민행복카드(비유치카드) 결재	자격관리시스템 활용 : 잔액조회 및 차감 * 건생비지원 방식과 동일함
지원 기간 종료일	출산예정일+1년	좌동	지원 기간 종료일	출산(예정)일 또는 유·사산일로부터 2년 까지	좌동
지원 금액	60만원(다태아인 경우 100만원)	좌동	지원 금액	100만원(다자녀인 경우 140만원)	좌동
진료비 지원 소요일	신청 후 약 15일 이후 * 체크카드 발급 및 배송 기간 소요	임신·출산 진료비 지원 대상 관련 자료를 건강보험공단으로 전송한 다음날부터 사용가능	진료비 지원 소요일	신청 후 약 15일 이후 * 체크카드 발급 및 배송 기간 소요	임신·출산 진료비 지원 대상 관련 자료를 건강보험공단으로 전송한
사용	공단이 지정한 요양기관	산부인과 개설 의료급여			

주요 개정사항

쪽

현행

개 정

157	구 분	건강보험	의료급여	구 분	건강보험	의료급여
	기관	(산부인과 의원, 병원, 조산원, 한방 의료기관) * 영아일 경우, 지정 병원 외 사용 가능	기관 등 (진료과목코드 10번으로 진료받은 경우) ※ 조산원, 한방의료 기관 등(관련 상병으로 진료받은 경우) * 영아일 경우, 지정 병원 외 사용 가능			다음날부터 사용가능
	대상자 확인	국민행복카드 소지	전산자격확인 (의료급여 자격관리 시스템)	사용 기관	모든 요양기관(병의원 및 약국등) * 2019.1.1. 지정요양 기관 폐지	모든 의료급여기관 (병의원 및 약국 등)
	사용 범위	임신·출산 진료시 발생하는 본인부담금 (비급여 포함)	좌동	대상자 확인	국민행복카드 소지	전산자격확인 (의료급여 자격관리시스템)
	한방 기관 이용 및 사용 금액 한도 폐지 시행일	2013.4.1.	2013.4.22.	사용 범위	임신·출산 진료시 발생하는 본인부담금 (비급여 포함)	임신·출산 진료시 발생하는 본인부담금 (비급여 포함) * 단 약국은 처방된 약제·치료재료 구입 시 사용
	자격 변동에 따른 정산	지원기간 내에 자격변동 (건강보험→의료급여)시 바우처 카드 지속사용 가능 * 지원기간 초과후 사용 잔액은 자동소멸	지원기간 내에 자격변동 (의료급여→건강보험)시 사용잔액 지급 * 지원기간 초과 후 사용 잔액은 자동소멸	한방 기관 이용 및 사용 금액 한도 폐지 시행일	2013.4.1.	2013.4.22.
				자격 변동에 따른 정산	지원기간 내에 자격변동 (건강보험→의료급여)시 바우처 카드 지속사용 가능 * 지원기간 초과후 사용 잔액은 자동소멸	지원기간 내에 자격변동 (의료급여→건강보험)시 사용잔액 지급 * 지원기간 초과 후 사용 잔액은 자동소멸

161	(3) 급여대상 장애인보조기의 유형·기준액 및 내구연한						(3) 급여대상 장애인보조기의 유형·기준액 및 내구연한					
	분류	유 형	용 도	구분	기준액 (원)	내구 연한 (년)	분류	유 형	용 도	구분	기준액 (원)	내구 연한 (년)
	가. 팔 의지	1) 어깨가슴 의지(fore-quarter amputation prosthesis)	어깨뼈 및 어깨관절을 포함한 팔 전체가 상실된 경우 사용	미관형	720,000	4	가. 팔 의지	1) 어깨가슴 의지 (Scapulo-thoracic disarticulation prostheses)	어깨뼈, 빗장뼈 및 어깨관절을 포함한 팔 전체가 상실된 경우 사용	미관형	930,000	4
				기능형	1,400,000	4				기능형	1,530,000	4
		2) 어깨관절 의지 (shoulder disarticulation amputation prosthesis)	어깨뼈를 제외하고 어깨관절부터 팔 전체가 상실된 경우 또는 어깨관절 부위 위팔뼈 길이	미관형	790,000	4		2) 어깨관절 의지 (Shoulder disarticulation)	어깨뼈를 제외하고 어깨관절부터 팔 전체가 상실된 경우 또는 어깨관절부터	미관형	1,020,000	4
				기능형	1,470,000	4						

쪽		현 행					개 정					
분류	유 형	용 도	구분	기준액 (원)	내구 연한 (년)		분류	유 형	용 도	구분	기준액 (원)	내구 연한 (년)
	3) 짧은 위팔 의지 (short above-elbow amputation prosthesis)	어깨관절부터 위팔뼈 길이의 30% ~ 50%를 남기고 팔이 상실된 경우 사용	미관형	570,000	4			protheses)	위팔뼈 길이의 30% 이하를 남기고 팔이 상실된 경우 사용	기능형	1,530,000	4
			기능형	1,250,000	4		3) 위팔 의지 (Trans-humeral protheses)	어깨관절부터 위팔뼈 길이의 30%~90%를 남기고 팔이 상실된 경우 사용	미관형	740,000	4	
	4) 표준 위팔 의지 (standard above-elbow amputation prosthesis)	어깨관절부터 위팔뼈 길이의 50% ~ 90%를 남기고 팔이 상실된 경우 사용	미관형	570,000	4				기능형	1,490,000	4	
			기능형	1,250,000	4		4) 팔꿈치관절 의지 (Elbow disarticulation protheses)	어깨관절부터 위팔뼈 길이가 90% 이상 남았거나 팔꿈치관절이 절단된 경우 사용	미관형	720,000	3	
	5) 팔꿈치관절 의지 (elbow disarticulation amputation prosthesis)	어깨관절부터 위팔뼈 길이가 90% 이상 남았거나 또는 팔꿈치관절이 절단된 경우 사용	미관형	560,000	3				기능형	1,640,000	3	
			기능형	1,240,000	3		5) 아래팔 의지 (Trans-radial protheses)	팔꿈치관절부터 아래팔뼈가 상실되거나 손목관절 바로 위 부위를 남기고(손목관절은 상실) 팔이 상실된 경우 사용	미관형	650,000	3	
	6) 아주 짧은 아래팔 의지 (very short below-elbow amputation prosthesis)	팔꿈치관절부터 아래팔뼈 길이의 35% 이하를 남기고 팔이 상실된 경우 사용	미관형	560,000	3				기능형	980,000	3	
			기능형	860,000	3		6) 손목관절 의지 (Wrist disarticulation protheses)	손목관절을 남기고 손 전체가 상실된 경우 사용	미관형	520,000	3	
	7) 짧은 아래팔 의지 (short below-elbow amputation prosthesis)	팔꿈치관절부터 아래팔뼈 길이의 35% ~ 55%를 남기고 팔이 상실된 경우 사용	미관형	450,000	3				기능형	830,000	3	
			기능형	750,000	3		7) 손 의지 (Partial hand protheses)	손목뼈 또는 손바닥뼈 이하의 일부 또는 전부가 상실된 경우 사용	미관형	330,000	1	
	8) 표준 아래팔 의지 (long below-elbow amputation prosthesis)	팔꿈치관절부터 아래팔뼈 길이가 55% 이상 남았거나 손목관절 바로 위 부위를 남기고(손목관절은 상실) 팔이 상실된 경우 사용	미관형	450,000	3				기능형	610,000	2	
			기능형	750,000	3		8) 손가락 의지 (Cosmetic thumb or fingers protheses)	엄지손가락 또는 그 밖의 손가락의 근위지골 이하가 상실된 경우 사용	미관형	150,000	1	
	9) 손목관절 의지 (wrist disarticulation amputation prosthesis)	손목관절을 남기고 손 전체가 상실된 경우 사용	미관형	450,000	3	나. 다리 의지	1) 골반 의지 (Trans-pelvic protheses)	골반 한쪽 및 엉덩이관절을 포함하여 다리 전체가 상실된 경우 사용		2,260,000	4	
			기능형	750,000	3							
	10) 손 의지 (cosmetic partial hand amputation prosthesis or functional partial hand amputation prosthesis)	손목뼈 또는 손바닥뼈 이하의 일부 또는 전부가 상실된 경우 사용	미관형	250,000	1		2) 엉덩이관절 의지 (Hip disarticulation protheses)	골반을 제외하고 엉덩이관절부터 다리 전체가 상실된 경우 또는 엉덩이관절부터 넓적다리뼈 길이의 25% 미만을 남기고 다리가 상실된 경우 사용		2,260,000	4	
			기능형	590,000	2							
	11) 손가락 의지 (cosmetic thumb or fingers amputation prosthesis)	엄지손가락 또는 그 밖의 손가락의 근위지골 이하가 상실된 경우 사용	미관형	120,000	1		3) 넓적다리 의지 (Trans-femoral protheses)	엉덩이관절부터 넓적다리뼈 길이의 25% 이상을 남기고 다리가 상실된 경우 사용	일반형	1,950,000	3	
									실리콘형	2,960,000	5	
							4) 무릎관절 의지 (Knee disarticulation protheses)	무릎관절이 절단된 경우 사용	일반형	1,930,000	3	
									실리콘형	2,610,000	5	
							5) 종아리 의지 (Trans-tibial protheses)	하퇴부에서 절단되어 다리가 상실된 경우 사용	일반형	1,380,000	3	
									실리콘형	2,230,000	3	
나. 다리 의지	1) 한쪽 골반 의지 (hind-quarter amputation prosthesis)	골반 한쪽 및 엉덩이관절을 포함하여 다리 전체가 상실된 경우 사용하며 보통의족을 포함		1,740,000	4							

주요 개정사항

쪽	현행	개 정																																																																																																																																																																
161 ~ 162	<table> <tr> <th>분류</th><th>유 형</th><th>용 도</th><th>구분</th><th>기준액 (원)</th><th>내구 연한 (년)</th></tr> <tr> <td rowspan="18">다. 팔 보조기</td><td>2) 엉덩이관절 의지 (hip disarticulation prosthesis)</td><td>골반을 제외하고 엉덩이관절부터 다리 전체가 상실된 경우 또는 엉덩이관절부터 넓적다리뼈 길이의 25% 이하를 남기고 다리가 상실된 경우 사용하여 보통의족을 포함</td><td></td><td>1,740,000</td><td>4</td></tr> <tr> <td rowspan="2">3) 넓적다리 의지 (above knee prosthesis)</td><td rowspan="2">엉덩이관절부터 넓적다리뼈 길이의 25% ~ 80%를 남기고 다리가 상실된 경우 사용하여 보통의족을 포함</td><td>일반형</td><td>1,560,000</td><td>3</td></tr> <tr> <td>실리콘형</td><td>2,270,000</td><td>5</td></tr> <tr> <td rowspan="2">4) 넓적다리 체중 부하 의지 (above knee end-bearing prosthesis)</td><td rowspan="2">엉덩이관절부터 넓적다리뼈 길이의 90% 이상을 남기고 다리가 상실된 경우 사용하여 보통의족을 포함</td><td>일반형</td><td>1,560,000</td><td>3</td></tr> <tr> <td>실리콘형</td><td>2,270,000</td><td>5</td></tr> <tr> <td rowspan="2">5) 무릎관절 의지 (knee disarticulation prosthesis)</td><td rowspan="2">무릎관절이 절단된 경우 사용하여 보통의족을 포함</td><td>일반형</td><td>1,490,000</td><td>3</td></tr> <tr> <td>실리콘형</td><td>2,010,000</td><td>5</td></tr> <tr> <td rowspan="2">6) 종아리 굴곡 체중부하 의지 (bent-knee end bearing prosthesis)</td><td rowspan="2">무릎관절부터 종아리뼈 길이의 15% 이하를 남기고 다리가 상실된 경우 사용하여 보통의족을 포함</td><td>일반형</td><td>1,290,000</td><td>3</td></tr> <tr> <td>실리콘형</td><td>1,810,000</td><td>3</td></tr> <tr> <td rowspan="2">7) 짧은 종아리 의지 (very short below-knee amputation prosthesis)</td><td rowspan="2">무릎관절부터 종아리뼈 길이의 15% ~ 20%를 남기고 다리가 상실된 경우 사용하여 보통의족을 포함</td><td>일반형</td><td>860,000</td><td>3</td></tr> <tr> <td>실리콘형</td><td>1,520,000</td><td>3</td></tr> <tr> <td rowspan="2">8) 종아리 의지 (conventional or patellar tendon bearing below-knee amputation prosthesis)</td><td rowspan="2">무릎관절부터 종아리뼈 길이의 20% 이상을 남기고 다리가 상실된 경우 사용하여 보통의족을 포함</td><td>일반형</td><td>740,000</td><td>3</td></tr> <tr> <td>실리콘형</td><td>1,480,000</td><td>3</td></tr> <tr> <td rowspan="2">9) 사암식 발목 관절 의지 (Syme amputation prosthesis)</td><td rowspan="2">발목관절 바로 위 정강뼈 부위를 남기고 발목관절은 상실 다리가 상실된 경우 사용하여 보통의족을 포함</td><td>일반형</td><td>530,000</td><td>2</td></tr> <tr> <td>실리콘형</td><td>1,040,000</td><td>3</td></tr> <tr> <td rowspan="2">10) 의족(foot amputation prosthesis)</td><td rowspan="2">발이 상실된 경우 사용</td><td>일반형</td><td>220,000</td><td>1</td></tr> <tr> <td>실리콘형</td><td>720,000</td><td>2</td></tr> <tr> <td>1) 어깨 별립 보조기 (airplane splint)</td><td>어깨 부위의 뼈나 근육이 손상되어 어깨관절</td><td>290,000</td><td>3</td></tr> </table>	분류	유 형	용 도	구분	기준액 (원)	내구 연한 (년)	다. 팔 보조기	2) 엉덩이관절 의지 (hip disarticulation prosthesis)	골반을 제외하고 엉덩이관절부터 다리 전체가 상실된 경우 또는 엉덩이관절부터 넓적다리뼈 길이의 25% 이하를 남기고 다리가 상실된 경우 사용하여 보통의족을 포함		1,740,000	4	3) 넓적다리 의지 (above knee prosthesis)	엉덩이관절부터 넓적다리뼈 길이의 25% ~ 80%를 남기고 다리가 상실된 경우 사용하여 보통의족을 포함	일반형	1,560,000	3	실리콘형	2,270,000	5	4) 넓적다리 체중 부하 의지 (above knee end-bearing prosthesis)	엉덩이관절부터 넓적다리뼈 길이의 90% 이상을 남기고 다리가 상실된 경우 사용하여 보통의족을 포함	일반형	1,560,000	3	실리콘형	2,270,000	5	5) 무릎관절 의지 (knee disarticulation prosthesis)	무릎관절이 절단된 경우 사용하여 보통의족을 포함	일반형	1,490,000	3	실리콘형	2,010,000	5	6) 종아리 굴곡 체중부하 의지 (bent-knee end bearing prosthesis)	무릎관절부터 종아리뼈 길이의 15% 이하를 남기고 다리가 상실된 경우 사용하여 보통의족을 포함	일반형	1,290,000	3	실리콘형	1,810,000	3	7) 짧은 종아리 의지 (very short below-knee amputation prosthesis)	무릎관절부터 종아리뼈 길이의 15% ~ 20%를 남기고 다리가 상실된 경우 사용하여 보통의족을 포함	일반형	860,000	3	실리콘형	1,520,000	3	8) 종아리 의지 (conventional or patellar tendon bearing below-knee amputation prosthesis)	무릎관절부터 종아리뼈 길이의 20% 이상을 남기고 다리가 상실된 경우 사용하여 보통의족을 포함	일반형	740,000	3	실리콘형	1,480,000	3	9) 사암식 발목 관절 의지 (Syme amputation prosthesis)	발목관절 바로 위 정강뼈 부위를 남기고 발목관절은 상실 다리가 상실된 경우 사용하여 보통의족을 포함	일반형	530,000	2	실리콘형	1,040,000	3	10) 의족(foot amputation prosthesis)	발이 상실된 경우 사용	일반형	220,000	1	실리콘형	720,000	2	1) 어깨 별립 보조기 (airplane splint)	어깨 부위의 뼈나 근육이 손상되어 어깨관절	290,000	3	<table> <tr> <th>분류</th><th>유 형</th><th>용 도</th><th>구분</th><th>기준액 (원)</th><th>내구 연한 (년)</th></tr> <tr> <td rowspan="10">다. 팔 보조기</td><td rowspan="2">6) 발목 의지 (Ankle disarticulation prostheses)</td><td rowspan="2">발목관절 바로 위 정강뼈와 종아리뼈 부위를 남기고 발목관절은 상실 다리가 상실된 경우 사용</td><td>일반형</td><td>680,000</td><td>2</td></tr> <tr> <td>실리콘형</td><td>1,440,000</td><td>3</td></tr> <tr> <td rowspan="2">7) 발 의지 (Foot prostheses)</td><td rowspan="2">발이 상실된 경우 사용</td><td>일반형</td><td>280,000</td><td>1</td></tr> <tr> <td>실리콘형</td><td>790,000</td><td>2</td></tr> <tr> <td rowspan="2">1) 어깨 보조기 (Shoulder orthoses)</td><td rowspan="2">어깨 부위의 뼈나 근육이 손상되어 어깨관절과 위팔을 받쳐주어 손상 부위를 보호하기 위한 경우 사용</td><td></td><td>290,000</td><td>3</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td rowspan="2">2) 팔꿈치-손목-손 보조기 (Elbow-wrist-hand orthoses)</td><td rowspan="2">팔꿈치관절 운동을 제한하거나 고정하는 경우 또는 팔꿈치관절과 손목관절을 동시에 고정하는 경우 (팔꿈치 및 손목관절 고정 목적) 사용</td><td>일반형</td><td>240,000</td><td>3</td></tr> <tr> <td>각도 조절 형</td><td>260,000</td><td>3</td></tr> <tr> <td rowspan="2">3) 손목 - 손 보조기 (Wrist-hand orthoses)</td><td rowspan="2">손목과 손가락관절의 운동을 제한하거나 고정 및 기동하는 경우 사용</td><td></td><td>90,000</td><td>3</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td rowspan="2">4) 손가락 보조기 (Finger orthoses)</td><td rowspan="2">손가락이 마비, 관절구축, 변형된 경우 사용</td><td></td><td>50,000</td><td>3</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td rowspan="6">라. 척추 보조기</td><td rowspan="2">1) 목 보조기 (Cervical orthoses)</td><td rowspan="2">머리와 목뼈의 회전 또는 굽히는 것을 제한하는 경우에 중등도 환자에게 사용하는 소형 칼라식 보조기</td><td>필라델피아 아 (Philadelphia)</td><td>70,000</td><td>3</td></tr> <tr> <td>토머스 소프트 칼라 (Thomas Soft Collar)</td><td>60,000</td><td>3</td></tr> <tr> <td rowspan="2">가슴, 목뼈, 상부 등뼈의 운동을 강하게 제한하는 경우 사용하는 플라스틱 또는 금속으로 성형된 보조기</td><td rowspan="2">가슴, 목뼈, 상부 등뼈의 운동을 강하게 제한하는 경우 사용하는 플라스틱 또는 금속으로 성형된 보조기</td><td>제킷형 (Cervical Jacket)</td><td>380,000</td><td>3</td></tr> <tr> <td>나이트-데일러스 (Knight)</td><td>150,000</td><td>3</td></tr> <tr> <td rowspan="2">2) 등 - 허리 보조기 (Thoraco-lumbar orthoses)</td><td rowspan="2">등-허리뼈의 관절운동을 모두 제한하거나 고정하는 경우 사용</td><td></td><td>150,000</td><td>3</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td></tr> </table>	분류	유 형	용 도	구분	기준액 (원)	내구 연한 (년)	다. 팔 보조기	6) 발목 의지 (Ankle disarticulation prostheses)	발목관절 바로 위 정강뼈와 종아리뼈 부위를 남기고 발목관절은 상실 다리가 상실된 경우 사용	일반형	680,000	2	실리콘형	1,440,000	3	7) 발 의지 (Foot prostheses)	발이 상실된 경우 사용	일반형	280,000	1	실리콘형	790,000	2	1) 어깨 보조기 (Shoulder orthoses)	어깨 부위의 뼈나 근육이 손상되어 어깨관절과 위팔을 받쳐주어 손상 부위를 보호하기 위한 경우 사용		290,000	3				2) 팔꿈치-손목-손 보조기 (Elbow-wrist-hand orthoses)	팔꿈치관절 운동을 제한하거나 고정하는 경우 또는 팔꿈치관절과 손목관절을 동시에 고정하는 경우 (팔꿈치 및 손목관절 고정 목적) 사용	일반형	240,000	3	각도 조절 형	260,000	3	3) 손목 - 손 보조기 (Wrist-hand orthoses)	손목과 손가락관절의 운동을 제한하거나 고정 및 기동하는 경우 사용		90,000	3				4) 손가락 보조기 (Finger orthoses)	손가락이 마비, 관절구축, 변형된 경우 사용		50,000	3				라. 척추 보조기	1) 목 보조기 (Cervical orthoses)	머리와 목뼈의 회전 또는 굽히는 것을 제한하는 경우에 중등도 환자에게 사용하는 소형 칼라식 보조기	필라델피아 아 (Philadelphia)	70,000	3	토머스 소프트 칼라 (Thomas Soft Collar)	60,000	3	가슴, 목뼈, 상부 등뼈의 운동을 강하게 제한하는 경우 사용하는 플라스틱 또는 금속으로 성형된 보조기	가슴, 목뼈, 상부 등뼈의 운동을 강하게 제한하는 경우 사용하는 플라스틱 또는 금속으로 성형된 보조기	제킷형 (Cervical Jacket)	380,000	3	나이트-데일러스 (Knight)	150,000	3	2) 등 - 허리 보조기 (Thoraco-lumbar orthoses)	등-허리뼈의 관절운동을 모두 제한하거나 고정하는 경우 사용		150,000	3			
분류	유 형	용 도	구분	기준액 (원)	내구 연한 (년)																																																																																																																																																													
다. 팔 보조기	2) 엉덩이관절 의지 (hip disarticulation prosthesis)	골반을 제외하고 엉덩이관절부터 다리 전체가 상실된 경우 또는 엉덩이관절부터 넓적다리뼈 길이의 25% 이하를 남기고 다리가 상실된 경우 사용하여 보통의족을 포함		1,740,000	4																																																																																																																																																													
	3) 넓적다리 의지 (above knee prosthesis)	엉덩이관절부터 넓적다리뼈 길이의 25% ~ 80%를 남기고 다리가 상실된 경우 사용하여 보통의족을 포함	일반형	1,560,000	3																																																																																																																																																													
			실리콘형	2,270,000	5																																																																																																																																																													
	4) 넓적다리 체중 부하 의지 (above knee end-bearing prosthesis)	엉덩이관절부터 넓적다리뼈 길이의 90% 이상을 남기고 다리가 상실된 경우 사용하여 보통의족을 포함	일반형	1,560,000	3																																																																																																																																																													
			실리콘형	2,270,000	5																																																																																																																																																													
	5) 무릎관절 의지 (knee disarticulation prosthesis)	무릎관절이 절단된 경우 사용하여 보통의족을 포함	일반형	1,490,000	3																																																																																																																																																													
			실리콘형	2,010,000	5																																																																																																																																																													
	6) 종아리 굴곡 체중부하 의지 (bent-knee end bearing prosthesis)	무릎관절부터 종아리뼈 길이의 15% 이하를 남기고 다리가 상실된 경우 사용하여 보통의족을 포함	일반형	1,290,000	3																																																																																																																																																													
			실리콘형	1,810,000	3																																																																																																																																																													
	7) 짧은 종아리 의지 (very short below-knee amputation prosthesis)	무릎관절부터 종아리뼈 길이의 15% ~ 20%를 남기고 다리가 상실된 경우 사용하여 보통의족을 포함	일반형	860,000	3																																																																																																																																																													
			실리콘형	1,520,000	3																																																																																																																																																													
	8) 종아리 의지 (conventional or patellar tendon bearing below-knee amputation prosthesis)	무릎관절부터 종아리뼈 길이의 20% 이상을 남기고 다리가 상실된 경우 사용하여 보통의족을 포함	일반형	740,000	3																																																																																																																																																													
			실리콘형	1,480,000	3																																																																																																																																																													
	9) 사암식 발목 관절 의지 (Syme amputation prosthesis)	발목관절 바로 위 정강뼈 부위를 남기고 발목관절은 상실 다리가 상실된 경우 사용하여 보통의족을 포함	일반형	530,000	2																																																																																																																																																													
			실리콘형	1,040,000	3																																																																																																																																																													
	10) 의족(foot amputation prosthesis)	발이 상실된 경우 사용	일반형	220,000	1																																																																																																																																																													
			실리콘형	720,000	2																																																																																																																																																													
	1) 어깨 별립 보조기 (airplane splint)	어깨 부위의 뼈나 근육이 손상되어 어깨관절	290,000	3																																																																																																																																																														
분류	유 형	용 도	구분	기준액 (원)	내구 연한 (년)																																																																																																																																																													
다. 팔 보조기	6) 발목 의지 (Ankle disarticulation prostheses)	발목관절 바로 위 정강뼈와 종아리뼈 부위를 남기고 발목관절은 상실 다리가 상실된 경우 사용	일반형	680,000	2																																																																																																																																																													
			실리콘형	1,440,000	3																																																																																																																																																													
	7) 발 의지 (Foot prostheses)	발이 상실된 경우 사용	일반형	280,000	1																																																																																																																																																													
			실리콘형	790,000	2																																																																																																																																																													
	1) 어깨 보조기 (Shoulder orthoses)	어깨 부위의 뼈나 근육이 손상되어 어깨관절과 위팔을 받쳐주어 손상 부위를 보호하기 위한 경우 사용		290,000	3																																																																																																																																																													
	2) 팔꿈치-손목-손 보조기 (Elbow-wrist-hand orthoses)	팔꿈치관절 운동을 제한하거나 고정하는 경우 또는 팔꿈치관절과 손목관절을 동시에 고정하는 경우 (팔꿈치 및 손목관절 고정 목적) 사용	일반형	240,000	3																																																																																																																																																													
			각도 조절 형	260,000	3																																																																																																																																																													
	3) 손목 - 손 보조기 (Wrist-hand orthoses)	손목과 손가락관절의 운동을 제한하거나 고정 및 기동하는 경우 사용		90,000	3																																																																																																																																																													
4) 손가락 보조기 (Finger orthoses)	손가락이 마비, 관절구축, 변형된 경우 사용		50,000	3																																																																																																																																																														
라. 척추 보조기	1) 목 보조기 (Cervical orthoses)	머리와 목뼈의 회전 또는 굽히는 것을 제한하는 경우에 중등도 환자에게 사용하는 소형 칼라식 보조기	필라델피아 아 (Philadelphia)	70,000	3																																																																																																																																																													
			토머스 소프트 칼라 (Thomas Soft Collar)	60,000	3																																																																																																																																																													
	가슴, 목뼈, 상부 등뼈의 운동을 강하게 제한하는 경우 사용하는 플라스틱 또는 금속으로 성형된 보조기	가슴, 목뼈, 상부 등뼈의 운동을 강하게 제한하는 경우 사용하는 플라스틱 또는 금속으로 성형된 보조기	제킷형 (Cervical Jacket)	380,000	3																																																																																																																																																													
			나이트-데일러스 (Knight)	150,000	3																																																																																																																																																													
	2) 등 - 허리 보조기 (Thoraco-lumbar orthoses)	등-허리뼈의 관절운동을 모두 제한하거나 고정하는 경우 사용		150,000	3																																																																																																																																																													

162 ~ 163

쪽	현행	개 정																																																																																																																																																
	<table><tr><th>분류</th><th>유 형</th><th>용 도</th><th>구분</th><th>기준액 (원)</th><th>내구 연한 (년)</th></tr><tr><td></td><td></td><td>과 위팔을 받쳐주어 손상 부위를 보호하기 위한 경우 사용</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>2) 긴 팔 보조기 - 일반형 (long arm brace)</td><td>팔꿈치관절 운동을 제한하거나 고정 하는 경우 또는 팔꿈치관절과 손목 관절을 동시에 고정 하는 경우에 사용하여 2차적으로 관절운동의 제한 범위를 재조정할 필요가 없는 경우 사용</td><td></td><td>240,000</td><td>3</td></tr><tr><td></td><td>3) 긴 팔 보조기 - 각도 조절형</td><td>손목의 관절운동을 제한하거나 고정 하는 경우 또는 팔꿈치관절과 손목 관절을 동시에 고정하는 경우에 사용하여 적용 과정에서 2차적인 관절 운동의 제한 범위 조정이 필요한 경우 사용</td><td></td><td>260,000</td><td>3</td></tr><tr><td></td><td>4) 짧은 팔 보조기 (short arm brace)</td><td>손목의 관절운동을 제한하거나 고정 하는 경우 사용</td><td></td><td>90,000</td><td>3</td></tr><tr><td></td><td>5) 손가락관절 보조기 (universal cuff)</td><td>손가락이 마비된 경우 기능회복을 위한 경우 사용</td><td></td><td>50,000</td><td>3</td></tr><tr><td>라. 척추 보조기</td><td>1) 목뼈 보조기 - 필라델피아 (Philadelphia)</td><td>머리와 목뼈의 회전 또는 굽히는 것을 제한 하는 경우에 중증도 환자에게 사용하는 소형 칼라식 보조기</td><td></td><td>70,000</td><td>3</td></tr><tr><td></td><td>2) 목뼈 보조기 - 토머스 소프트 칼라 (Thomas Soft Collar)</td><td>목을 굽히고 펼 수 있는 경증 환자에 사용하는 소형 칼라식 보조기</td><td></td><td>60,000</td><td>3</td></tr><tr><td></td><td>3) 목뼈 보조기 (Cervical Jacket)</td><td>중증환자를 위한 가슴, 어깨, 머리위 전체를 덮는 플라스틱으로 성형 된 보조기</td><td></td><td>380,000</td><td>3</td></tr><tr><td></td><td>4) 척추 보조기 - 나이트 - 데일리식 (knight taylor type dorsal lumbar spinal brace)</td><td>등·허리뼈의 관절운동을 모두 제한 하거나 고정 하는 경우 사용</td><td></td><td>150,000</td><td>3</td></tr><tr><td></td><td>5) 허리·엉치뼈 보조기 - 윌리엄식 (William type lumbar sacral spinal brace)</td><td>허리·엉치뼈의 관절운동을 제한하거나 고정 하는 경우 사용</td><td></td><td>190,000</td><td>3</td></tr></table>	분류	유 형	용 도	구분	기준액 (원)	내구 연한 (년)			과 위팔을 받쳐주어 손상 부위를 보호하기 위한 경우 사용					2) 긴 팔 보조기 - 일반형 (long arm brace)	팔꿈치관절 운동을 제한하거나 고정 하는 경우 또는 팔꿈치관절과 손목 관절을 동시에 고정 하는 경우에 사용하여 2차적으로 관절운동의 제한 범위를 재조정할 필요가 없는 경우 사용		240,000	3		3) 긴 팔 보조기 - 각도 조절형	손목의 관절운동을 제한하거나 고정 하는 경우 또는 팔꿈치관절과 손목 관절을 동시에 고정하는 경우에 사용하여 적용 과정에서 2차적인 관절 운동의 제한 범위 조정이 필요한 경우 사용		260,000	3		4) 짧은 팔 보조기 (short arm brace)	손목의 관절운동을 제한하거나 고정 하는 경우 사용		90,000	3		5) 손가락관절 보조기 (universal cuff)	손가락이 마비된 경우 기능회복을 위한 경우 사용		50,000	3	라. 척추 보조기	1) 목뼈 보조기 - 필라델피아 (Philadelphia)	머리와 목뼈의 회전 또는 굽히는 것을 제한 하는 경우에 중증도 환자에게 사용하는 소형 칼라식 보조기		70,000	3		2) 목뼈 보조기 - 토머스 소프트 칼라 (Thomas Soft Collar)	목을 굽히고 펼 수 있는 경증 환자에 사용하는 소형 칼라식 보조기		60,000	3		3) 목뼈 보조기 (Cervical Jacket)	중증환자를 위한 가슴, 어깨, 머리위 전체를 덮는 플라스틱으로 성형 된 보조기		380,000	3		4) 척추 보조기 - 나이트 - 데일리식 (knight taylor type dorsal lumbar spinal brace)	등·허리뼈의 관절운동을 모두 제한 하거나 고정 하는 경우 사용		150,000	3		5) 허리·엉치뼈 보조기 - 윌리엄식 (William type lumbar sacral spinal brace)	허리·엉치뼈의 관절운동을 제한하거나 고정 하는 경우 사용		190,000	3	<table><tr><th>분류</th><th>유 형</th><th>용 도</th><th>구분</th><th>기준액 (원)</th><th>내구 연한 (년)</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>taylor type)</td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td>3) 허리 - 엉치 보조기 (Lumbo-sacral orthoses)</td><td>허리·엉치뼈의 관절운동을 제한하거나 고정하는 경우 사용</td><td>윌리엄식 (William type)</td><td>190,000</td><td>3</td></tr><tr><td></td><td>4) 등 - 허리 - 엉치 보조기 (Thoraco-lumbo-sacral orthoses)</td><td>등·허리 또는 허리·엉치 뼈의 관절운동을 모두 제한 하거나 고정하는 경우 사용하는 플라스틱으로 성형된 보조기</td><td>TLSO식 재킷 (Jacket)</td><td>400,000</td><td>3</td></tr><tr><td></td><td>5) 허리 보조기 (Lumbar orthoses)</td><td>천이나 망사로 허리뼈 및 골반부의 관절운동을 제한 하거나 고정하는 경우 사용</td><td>코르셋 (Corset)</td><td>80,000</td><td>3</td></tr><tr><td>마. 골반 보조기</td><td>골반 보조기 (Pelvic orthoses)</td><td>골반운동, 특히 엉덩뼈·엉치뼈의 관절운동을 제한 하거나 고정하는 경우 사용</td><td></td><td>120,000</td><td>2</td></tr><tr><td>바. 다리 보조기</td><td>1) 엉덩 - 무릎 - 발목 - 발 보조기 (Hip-knee-ankle-foot orthoses)</td><td>엉덩이관절을 포함하여 무릎 및 발목의 관절운동을 제한하거나 고정하는 경우 사용</td><td>한쪽 양쪽</td><td>540,000 790,000</td><td>3 3</td></tr><tr><td></td><td>2) 무릎 - 발목 - 발 보조기 (Knee-ankle-foot orthoses)</td><td>엉덩이관절을 제외한 무릎 및 발목의 관절운동을 제한 하거나 고정하는 경우 사용</td><td>한쪽</td><td>410,000</td><td>3</td></tr><tr><td></td><td>3) 무릎 보조기 (Knee orthoses)</td><td>무릎관절 또는 넓적다리 무릎뼈관절의 운동을 견고하게 제한하거나 고정하는 경우 사용</td><td>관절운동 제한장치 부착형</td><td>190,000</td><td>3</td></tr><tr><td></td><td></td><td>무릎·대퇴골·손상시 무릎관절 축 회전운동을 방지하기 위한 경우 사용</td><td>레녹스힐 (Lenox-Hill)</td><td>160,000</td><td>3</td></tr><tr><td></td><td></td><td>무릎 안쪽 및 바깥쪽 결안대 손상 및 앞·뒤·옆·손상시 무릎관절축의 회전운동을 방지하기 위하여 경증 환자에게 사용</td><td>인대 손상용</td><td>80,000</td><td>3</td></tr><tr><td></td><td>4) 발목 - 발 보조기 (Ankle-foot orthoses)</td><td>플라스틱형 테두리(rim)를 사용한 체중부하장치가 포함된 보조기로 종아리 및 발뼈 또는 발목관절의 안정과 보호를 위한 경우 사용</td><td>체중 부하식</td><td>370,000</td><td>3</td></tr><tr><td></td><td></td><td>발목관절의 발등 굽힘 근육과 발바닥 굽힘 근육의 안정</td><td>일체형 (플라)</td><td>120,000</td><td>3</td></tr></table>	분류	유 형	용 도	구분	기준액 (원)	내구 연한 (년)				taylor type)				3) 허리 - 엉치 보조기 (Lumbo-sacral orthoses)	허리·엉치뼈의 관절운동을 제한하거나 고정하는 경우 사용	윌리엄식 (William type)	190,000	3		4) 등 - 허리 - 엉치 보조기 (Thoraco-lumbo-sacral orthoses)	등·허리 또는 허리·엉치 뼈의 관절운동을 모두 제한 하거나 고정하는 경우 사용하는 플라스틱으로 성형된 보조기	TLSO식 재킷 (Jacket)	400,000	3		5) 허리 보조기 (Lumbar orthoses)	천이나 망사로 허리뼈 및 골반부의 관절운동을 제한 하거나 고정하는 경우 사용	코르셋 (Corset)	80,000	3	마. 골반 보조기	골반 보조기 (Pelvic orthoses)	골반운동, 특히 엉덩뼈·엉치뼈의 관절운동을 제한 하거나 고정하는 경우 사용		120,000	2	바. 다리 보조기	1) 엉덩 - 무릎 - 발목 - 발 보조기 (Hip-knee-ankle-foot orthoses)	엉덩이관절을 포함하여 무릎 및 발목의 관절운동을 제한하거나 고정하는 경우 사용	한쪽 양쪽	540,000 790,000	3 3		2) 무릎 - 발목 - 발 보조기 (Knee-ankle-foot orthoses)	엉덩이관절을 제외한 무릎 및 발목의 관절운동을 제한 하거나 고정하는 경우 사용	한쪽	410,000	3		3) 무릎 보조기 (Knee orthoses)	무릎관절 또는 넓적다리 무릎뼈관절의 운동을 견고하게 제한하거나 고정하는 경우 사용	관절운동 제한장치 부착형	190,000	3			무릎·대퇴골·손상시 무릎관절 축 회전운동을 방지하기 위한 경우 사용	레녹스힐 (Lenox-Hill)	160,000	3			무릎 안쪽 및 바깥쪽 결안대 손상 및 앞·뒤·옆·손상시 무릎관절축의 회전운동을 방지하기 위하여 경증 환자에게 사용	인대 손상용	80,000	3		4) 발목 - 발 보조기 (Ankle-foot orthoses)	플라스틱형 테두리(rim)를 사용한 체중부하장치가 포함된 보조기로 종아리 및 발뼈 또는 발목관절의 안정과 보호를 위한 경우 사용	체중 부하식	370,000	3			발목관절의 발등 굽힘 근육과 발바닥 굽힘 근육의 안정	일체형 (플라)	120,000	3
분류	유 형	용 도	구분	기준액 (원)	내구 연한 (년)																																																																																																																																													
		과 위팔을 받쳐주어 손상 부위를 보호하기 위한 경우 사용																																																																																																																																																
	2) 긴 팔 보조기 - 일반형 (long arm brace)	팔꿈치관절 운동을 제한하거나 고정 하는 경우 또는 팔꿈치관절과 손목 관절을 동시에 고정 하는 경우에 사용하여 2차적으로 관절운동의 제한 범위를 재조정할 필요가 없는 경우 사용		240,000	3																																																																																																																																													
	3) 긴 팔 보조기 - 각도 조절형	손목의 관절운동을 제한하거나 고정 하는 경우 또는 팔꿈치관절과 손목 관절을 동시에 고정하는 경우에 사용하여 적용 과정에서 2차적인 관절 운동의 제한 범위 조정이 필요한 경우 사용		260,000	3																																																																																																																																													
	4) 짧은 팔 보조기 (short arm brace)	손목의 관절운동을 제한하거나 고정 하는 경우 사용		90,000	3																																																																																																																																													
	5) 손가락관절 보조기 (universal cuff)	손가락이 마비된 경우 기능회복을 위한 경우 사용		50,000	3																																																																																																																																													
라. 척추 보조기	1) 목뼈 보조기 - 필라델피아 (Philadelphia)	머리와 목뼈의 회전 또는 굽히는 것을 제한 하는 경우에 중증도 환자에게 사용하는 소형 칼라식 보조기		70,000	3																																																																																																																																													
	2) 목뼈 보조기 - 토머스 소프트 칼라 (Thomas Soft Collar)	목을 굽히고 펼 수 있는 경증 환자에 사용하는 소형 칼라식 보조기		60,000	3																																																																																																																																													
	3) 목뼈 보조기 (Cervical Jacket)	중증환자를 위한 가슴, 어깨, 머리위 전체를 덮는 플라스틱으로 성형 된 보조기		380,000	3																																																																																																																																													
	4) 척추 보조기 - 나이트 - 데일리식 (knight taylor type dorsal lumbar spinal brace)	등·허리뼈의 관절운동을 모두 제한 하거나 고정 하는 경우 사용		150,000	3																																																																																																																																													
	5) 허리·엉치뼈 보조기 - 윌리엄식 (William type lumbar sacral spinal brace)	허리·엉치뼈의 관절운동을 제한하거나 고정 하는 경우 사용		190,000	3																																																																																																																																													
분류	유 형	용 도	구분	기준액 (원)	내구 연한 (년)																																																																																																																																													
			taylor type)																																																																																																																																															
	3) 허리 - 엉치 보조기 (Lumbo-sacral orthoses)	허리·엉치뼈의 관절운동을 제한하거나 고정하는 경우 사용	윌리엄식 (William type)	190,000	3																																																																																																																																													
	4) 등 - 허리 - 엉치 보조기 (Thoraco-lumbo-sacral orthoses)	등·허리 또는 허리·엉치 뼈의 관절운동을 모두 제한 하거나 고정하는 경우 사용하는 플라스틱으로 성형된 보조기	TLSO식 재킷 (Jacket)	400,000	3																																																																																																																																													
	5) 허리 보조기 (Lumbar orthoses)	천이나 망사로 허리뼈 및 골반부의 관절운동을 제한 하거나 고정하는 경우 사용	코르셋 (Corset)	80,000	3																																																																																																																																													
마. 골반 보조기	골반 보조기 (Pelvic orthoses)	골반운동, 특히 엉덩뼈·엉치뼈의 관절운동을 제한 하거나 고정하는 경우 사용		120,000	2																																																																																																																																													
바. 다리 보조기	1) 엉덩 - 무릎 - 발목 - 발 보조기 (Hip-knee-ankle-foot orthoses)	엉덩이관절을 포함하여 무릎 및 발목의 관절운동을 제한하거나 고정하는 경우 사용	한쪽 양쪽	540,000 790,000	3 3																																																																																																																																													
	2) 무릎 - 발목 - 발 보조기 (Knee-ankle-foot orthoses)	엉덩이관절을 제외한 무릎 및 발목의 관절운동을 제한 하거나 고정하는 경우 사용	한쪽	410,000	3																																																																																																																																													
	3) 무릎 보조기 (Knee orthoses)	무릎관절 또는 넓적다리 무릎뼈관절의 운동을 견고하게 제한하거나 고정하는 경우 사용	관절운동 제한장치 부착형	190,000	3																																																																																																																																													
		무릎·대퇴골·손상시 무릎관절 축 회전운동을 방지하기 위한 경우 사용	레녹스힐 (Lenox-Hill)	160,000	3																																																																																																																																													
		무릎 안쪽 및 바깥쪽 결안대 손상 및 앞·뒤·옆·손상시 무릎관절축의 회전운동을 방지하기 위하여 경증 환자에게 사용	인대 손상용	80,000	3																																																																																																																																													
	4) 발목 - 발 보조기 (Ankle-foot orthoses)	플라스틱형 테두리(rim)를 사용한 체중부하장치가 포함된 보조기로 종아리 및 발뼈 또는 발목관절의 안정과 보호를 위한 경우 사용	체중 부하식	370,000	3																																																																																																																																													
		발목관절의 발등 굽힘 근육과 발바닥 굽힘 근육의 안정	일체형 (플라)	120,000	3																																																																																																																																													

주요 개정사항

쪽	현행						개정					
	분류	유형	용도	구분	기준액(원)	내구연한(년)	분류	유형	용도	구분	기준액(원)	내구연한(년)
163		6) 등·허리·엉치뼈 보조기 · 등·허리·엉치뼈 재킷 (T.L.S.O식 Jacket)	등·허리 또는 허리·엉치뼈의 관절 운동을 모두 제한하거나 고정하는 경우 사용하는 플라스틱으로 성형된 보조기		400,000	3			또는 발목의 관절운동 제한을 위한 경우 사용	스틱		
		7) 코르셋 (corset)	허리뼈 관절운동을 제한하거나 고정하는 경우 사용하는 것으로서 뒷면이 천으로 된 보조기		80,000	3				90도 고정형 (플라스틱)	310,000	3
	마. 골반 보조기 (pelvic band)	골반 보조기	골반운동, 특히 엉덩뼈·엉치뼈의 관절운동을 제한하거나 고정하는 경우 사용		120,000	2				90도 고정형 (금속형)	300,000	3
		1) 긴 다리 보조기 (long leg brace) · 골반 보조기 부착(long leg brace with pelvic band)	골반 보조기를 부착한 긴 다리 보조기로서 엉덩이관절을 포함하여 무릎 및 발목의 관절운동을 제한하거나 고정하는 경우 사용		540,000	3		사. 교정용 신발류 (orthopedic shoes)	스프링이 들어있는 금속 발목관절이 크렌지크 발목 관절장치를 사용한 보조기로 근력이 약한 발목관절을 보조하는 경우 사용	크렌지크식 (플라스틱)	360,000	3
	바. 다리 보조기	2) 긴 다리 보조기 · 골반 보조기 미부착 (long leg brace without pelvic band)	골반 보조기를 부착하지 않은 긴 다리 보조기로서 엉덩이관절을 제외한 무릎 및 발목의 관절운동을 제한하거나 고정하는 경우 사용		410,000	3				크렌지크식 (금속형)	350,000	3
		3) 양쪽 긴 다리 보조기 (bilateral long leg brace for paraplegics)	팔다리 마비일 때 양쪽에 장착하는 긴 다리 보조기로서 골반 보조기가 부착되며 다리의 엉덩이관절·무릎 관절 및 발목관절의 운동을 제한하거나 고정하는 경우 사용		790,000	3		맞춤형 교정용 신발	19세 이상인 사람으로서 발에 기능장애가 있거나 (발에 변형이 없는 사람은 제외) 다리 길이의 차이가 있어 맞춤형 교정용 신발이 필요한 경우 사용		250,000	2
		4) 무릎관절 보조기 · 관절운동 제한장치 부착	무릎관절 또는 넓적다리 무릎뼈 관절의 운동을 견고하게 제한하거나 고정하는 경우 사용		190,000	3			18세 이하인 사람으로서 발에 기능장애가 있거나 (발에 변형이 없는 사람은 제외) 다리 길이의 차이가 있어 맞춤형 교정용 신발이 필요한 경우 사용		250,000	1
		5) 무릎관절 보조기 · 레녹스힐 (Lenox-Hill)	무릎인데 손상 시 무릎 관절 축 회전 운동을 방지하기 위한 경우 사용		160,000	3	아. 그 밖의 보조기기	1) 수동휠체어	의지, 보조기, 지팡이 등 다른 보조기기를 사용해도 실의 보행이 곤란한 경우 사용	일반형	480,000	5
		6) 무릎관절 보조기 · 무릎 안쪽 및 바깥쪽 결인대 손상 및 앞심자인대 손상용	무릎 안쪽 및 바깥쪽 결인대 손상 및 앞심자인대 손상 시 무릎관절축의 회전운동을 방지하기 위하여 경증 환자에게 사용하는 보조기		80,000	3			양팔 및 자세규형 제어 기능이 양호하여 다른 사람의 도움 없이 휠체어를 안전하게 작동할 수 있는 경우 사용	활동형	1,000,000	5
									스스로 알기가 어렵고 독립적으로 앉은 자세를 유지하지 못하여 압박과 자세관리가 필요한 경우 사용	일명형, 리클라이닝형	800,000	5
		2) 지팡이	지체장애 및 뇌병변장애에 대한 보행 보조를 위한 보조기구					2) 목발 (crutches)	지체장애에 대한 보행 보조를 위한 보조기구		20,000	2
		3) 목발									15,000	2

쪽	현 행						개 정						
	분류	유 형	용 도	구분	기준액 (원)	내구 연한 (년)	분류	유 형	용 도	구분	기준액 (원)	내구 연한 (년)	
164		7) 짧은 다리 보조기 (short leg brace) - 무릎관절 체중부하식 (patellar tendon bearing)	종아리 또는 발목관절 의 안정을 위해 플라스 틱형 테두리(brim)를 사용한 체중 부하용 보 조기		370,000	3		4) 의안 (Ocular prostheses)	실명 시각장애인의 미관 개선을 위한 보조기구		620,000	5	
								5) 저시력 보조안경	시각장애에 대한 시력개선 이나 보행 보조를 위한 보조기구		100,000	3	
		8) 짧은 다리 플라스틱형 보조기 (plastic ankle foot or- thosis)	발목관절의 발등 굽힘 근육과 발바닥 굽힘 근 육의 안정을 위해 전제 를 플라스틱으로 제작 한 보조기 ※ 크렌차크식은 스프 링이 들어 있는 금속 발목관절인 크렌자크 발목 관 절 장치를 사용한 플라스틱 재질 (스트랩strap), 업라이트 (upright), 장딴 자밴드 포함의 보조 기로 근력이 약한 발목 관절을 보조 하는데 사용		일체형	120,000		6) 콘택트렌즈			80,000	3	
					고정형 (90도 고정형)	310,000		7) 돋보기			100,000	4	
						크렌자크 식		8) 망원경			100,000	4	
								9) 현자광미			25,000	0.5	
		9) 짧은 다리 금속형 보조기 (metal ankle foot orthosis)	발목의 관절운동을 고 정하는 경우 사용		고정형 (90도 고정형)	300,000		10) 보청기 (hearing aid)	청각장애에 대한 청력개선을 위한 보조기구		1,310,000 (적합관리 급여 400,000을 포함한다)	5	
						크렌자크식							
							11) 개인용 음성 증폭기	언어장애에 대한 음성기능 개선을 위한 보조기구		500,000	5		
	사. 교정용 신발류	맞춤형 교정용 신발 (orthopedic shoes)	19세 이상인 사람으로 서 발에 기능 장애가 있 거나 발에 변형이 없는 사람은 제외 다리 길이 의 차이가 있어 맞춤형 교정용 신발이 필요한 경우 사용		250,000	2	12) 전동휠체어	보행이 불가능한 사람으로서 팔기능이 약하거나 완전히 상실되어 수동휠체어를 혼자서 조작할 수 없는 사람이 다른 사람의 도움 없이 전동휠체어를 안전 하게 작동할 수 있는 경우 사용		2,090,000	6		
		맞춤형 교정용 신발 (orthopedic shoes)	19세 이상인 사람으로 서 발에 기능 장애가 있 거나 발에 변형이 없는 사람은 제외 다리 길이 의 차이가 있어 맞춤형 교정용 신발이 필요한 경우 사용		250,000	1	13) 전동스쿠터 (moped)	보행이 불가능한 사람으로서 팔 기능에 이상이 있거나, 이상이 없는 경우에도 수동 휠체어를 완전하게 조작 하기 어렵거나 불가능한 사람이 다른 사람의 도움 없이 전동스쿠터를 안전 하게 작동할 수 있는 경우 사용		1,670,000	6		
	아. 그 밖의 보조 기기	1) 수동휠체어	의지, 보조기, 지팡이 등 다른 보조기기를 사 용해도 실의 보행이 곤 란한 경우 사용		일체형	480,000	14) 자세보조용구 (Seating and posi- tioning systems)	앉은 자세를 유지하기 위하여 척추, 골반 또는 엉덩관절을 고정하는 데 사용	몸통 및 골반 지지대	880,000	3		
									머리 및 목 지지대	210,000	3		
				활동형	1,000,000	5		앉은 자세를 유지하기 위하여 팔을 일정한 자세로 유지 하거나 일정한 위치에 고정할 필요가 있는 경우에 사용					
			양팔 및 자세균형 제어 기능이 양호하여 다른 사람의 도움 없이 휠체						팔 지지대 및 레트레이 (lap tray)	170,000	3		

주요 개정사항

쪽	현행						개정					
	분류	유형	용도	구분	기준액(원)	내구연한(년)	분류	유형	용도	구분	기준액(원)	내구연한(년)
164 ~ 165			어를 안전하게 작동할 수 있는 경우 사용						앞은 자를 유지하기 위하여 다리를 일정한 자세로 유지 하거나 일정한 위치에 고정 할 필요가 있는 경우에 사용	다리 및 발 지지대	240,000	3
			스스로 앉기가 어렵고, 독립적으로 앉은 자세를 유지하지 못하여 압박과 자세관리가 필요한 경우 사용	틸팅형, 리클라 이닝형	800,000	5		15) 목창예방방석	휠체어 사용자가 신경 손상, 근 약화 등의 사유로 스스로 체위변환을 할 수 없는 경우 목창을 예방하기 위하여 사용하는 기구		250,000	3
		2) 자판이	지체장애 및 뇌병변장애에 대한 보행 보조를 위한 보조기구		20,000	2		16) 목창예방매트리스	신경손상, 근 약화 등의 사유로 스스로 체위변환을 할 수 없는 경우 목창을 예방하기 위하여 사용하는 기구		400,000	3
		3) 목발(crutches)			15,000	2		17) 이동식전동리프트	신경손상, 근 약화 등의 사유로 스스로 체위변환 및 이동을 할 수 없어 타인에 의하여 이동을 해야 하는 사람에게 사용하는 이동 보조기구		2,500,000	5
		4) 의안(artificial eye)	실명 시각장애인의 미관 개선을 위한 보조기구		620,000	5		18) 보행차	전방	지체 및 뇌병변장애인 중 하지근력 저하 및 감각이 있으나 상지의 보조로 보행이 가능한 경우에 사용하는 보조기구	50,000	3
		5) 저시력 보조안경	시각장애에 대한 시력 개선이나 보행 보조를 위한 보조기구		100,000	3			후방	뇌성마비로 인한 뇌병변 장애인 중 상지의 보조로 보행이 가능한 경우에 사용하는 보행 보조기구	300,000	3
		6) 콘택트렌즈			80,000	3		자. 소모품	1) 전동휠체어 및 전동 스쿠터용 전지 (2개 1세트)	전동휠체어·전동스쿠터의 전력 공급용 장치	160,000	1.5
		7) 돋보기			100,000	4		2) 넓적다리 의지 소켓	절단부위를 연결하는 부품	일반형	444,000	—
		8) 망원경			100,000	4				실리콘형	664,000	—
		9) 현자판이			25,000	0.5		3) 종아리 의지 소켓	절단부위를 연결하는 부품	일반형	416,000	—
		10) 보청기 (hearing aid)	청각장애에 대한 청력 개선을 위한 보조기구		1,310,000 (적합관리급여 400,000원을 포함한다)	5				실리콘형	527,000	—
		11) 체외용 인공후두	언어장애에 대한 음성 기능 개선을 위한 보조 기구		500,000	5		4) 넓적다리 의지 실리 콘라이너	절단면의 피부를 감싸는 보호품		646,000	—
		12) 전동휠체어	보행이 불가능한 사람 으로서 팔 기능이 약화 되거나 완전히 상실 되어 수동 휠체어를 혼자서 조작할 수 없는 사람이 다른 사람의 도움 없이 전동휠체어를 안전하게 작동할 수 있는 경우 사용		2,090,000	6		5) 종아리 의지 실리 콘라이너	절단면의 피부를 감싸는 보호품		435,000	—
		13) 전동스쿠터 (moped)	보행이 불가능한 사람 으로서 팔 기능에 이상이 있거나, 이상이 없는 경우에도 수동휠체어를 완전하게 조작하기 어렵거나 불가능한 사람이 다른 사람의 도움 없이 전동스쿠터를 안전하게 작동할 수 있는 경우 사용		1,670,000	6						
		14) 자세보조용구	앉은 자세를 유지하기	몸통 및 골	880,000	3						

쪽	현행						개정					
	분류	유형	용도	구분	기준액 (원)	내구 연한 (년)	분류	유형	용도	구분	기준액 (원)	내구 연한 (년)
165 ~ 166		- 앉기형 (adaptive seating device)	위하여 척추, 골반 또는 엉덩관절을 고정하는 데 사용	반 지지대				6) 발목 의지 실리콘 라이너	절단면의 피부를 감싸는 보호층		517,000	-
			앉은 자세를 유지하기 위하여 가눌 수 없거나 흔들림이 심한 머리를 고정할 필요가 있는 경 우에 사용	머리 및 목 지지대	210,000	3						
			앉은 자세를 유지하기 위하여 팔을 일정한 자 세로 유지하거나 일정 한 위치에 고정할 필요 가 있는 경우에 사용	팔 지지대 및 램프레 이	170,000	3						
			앉은 자세를 유지하기 위하여 다리를 일정한 자세로 유지하거나 일 정한 위치에 고정할 필 요가 있는 경우에 사용	다리 및 발 지지대	240,000	3						
		15) 욕창예방방석	전동휠체어나 수동휠 체어 급여를 받은 사람 으로, 신경손상, 근 약 화 등의 사유로 스스로 체위변환을 할 수 없는 경우 욕창을 예방하기 위하여 사용하는 기구		250,000	3						
		16) 욕창예방매트 리스	신경손상, 근 약화 등의 사유로 스스로 체위변 환을 할 수 없는 경우 욕창을 예방하기 위하 여 사용하는 기구		400,000	3						
		17) 이동식전동 리프트	신경손상, 근 약화 등의 사유로 스스로 체위변 환 및 이동을 할 수 없어 타인에 의하여 이동을 하여야 하는 사람에게 사용하는 이동 보조 기구	본체	1,700,000	5						
				베이스	800,000	5						
		18) 보행 보조차	전방	지체 및 뇌병변장애인 중 하지근력 저하 및 강 직이 있으나 상지의 보 조로 보행이 가능한 경 우에 사용하는 보조기		50,000	3					
			후방	뇌성마비로 인한 뇌병변 장애인 중 상지의 보조로 보행이 가능한 경우에 사용하는 보행 보조기		300,000	3					
	자 소모품	전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지(2개 1세트)	전동휠체어·전동스쿠 터의 전력 공급용 장치		160,000	1.5						

주요 개정사항

쪽	현행	개 정								
167	라. 장애인 보조기기 지원절차 구입비용 지급청구 수급권자 본인, 그 가족이 시장·군수·구청장에게 보조기기 급여 비에 대한 지급청구	라. 장애인 보조기기 지원절차 구입비용 지급청구 수급권자 본인, 그 가족이 시장·군수·구청장에게 보조기기 급여 비에 대한 지급청구(보조기기 검수 종료시 가능)								
175	【「장애인보조기기 보험급여 기준 등 세부사항」 별표 2】 보험급여 지급 대상자 기준(제3조제1항 관련) 4. 보청기 <table><tr><th>장애유형</th><th>대상자 세부 인정기준</th></tr><tr><td>청각장애</td><td>1. 편측 : 청각장애인(청력장애에 한함)으로 보청기 사용이 일상생활에 도움이 된다고 이비인후과 전문의가 판단한 경우 2. 양측 : 편측 급여대상에 해당하는 자 중 다음 각 목의 요건을 모두 충족하는 경우 가. 15세이하의 청각장애인 나. 양측 80dB 미만의 난청환자 다. 양측 말소리 명료도가 50% 이상 라. 양측 순음청력역치 차이가 15dB 이하 마. 양측 말소리명료도 차이가 20% 이하 3. 의식이 명료하지 않거나 보청기를 사용할 수 없다고 이비인후과 전문의가 판단한 경우에는 보청기 적용(편측, 양측) 제외</td></tr></table>	장애유형	대상자 세부 인정기준	청각장애	1. 편측 : 청각장애인(청력장애에 한함)으로 보청기 사용이 일상생활에 도움이 된다고 이비인후과 전문의가 판단한 경우 2. 양측 : 편측 급여대상에 해당하는 자 중 다음 각 목의 요건을 모두 충족하는 경우 가. 15세이하의 청각장애인 나. 양측 80dB 미만의 난청환자 다. 양측 말소리 명료도가 50% 이상 라. 양측 순음청력역치 차이가 15dB 이하 마. 양측 말소리명료도 차이가 20% 이하 3. 의식이 명료하지 않거나 보청기를 사용할 수 없다고 이비인후과 전문의가 판단한 경우에는 보청기 적용(편측, 양측) 제외	【「장애인보조기기 보험급여 기준 등 세부사항」 별표 2】 보험급여 지급 대상자 기준(제3조제1항 관련) 4. 보청기 <table><tr><th>장애유형</th><th>대상자 세부 인정기준</th></tr><tr><td>청각장애</td><td>1. 편측 : 청각장애인(청력장애에 한함)으로 보청기 사용이 일상생활에 도움이 된다고 이비인후과 전문의가 판단한 경우 2. 양측 : 편측 급여대상에 해당하는 자 중 다음 각 목의 요건을 모두 충족하는 경우 가. 19세 미만의 청각장애인 나. 양측 80dB 미만의 난청환자 다. 양측 말소리 명료도가 50% 이상 라. 양측 순음청력역치 차이가 15dB 이하 마. 양측 말소리명료도 차이가 20% 이하 3. 의식이 명료하지 않거나 보청기를 사용할 수 없다고 이비인후과 전문의가 판단한 경우에는 보청기 적용(편측, 양측) 제외</td></tr></table>	장애유형	대상자 세부 인정기준	청각장애	1. 편측 : 청각장애인(청력장애에 한함)으로 보청기 사용이 일상생활에 도움이 된다고 이비인후과 전문의가 판단한 경우 2. 양측 : 편측 급여대상에 해당하는 자 중 다음 각 목의 요건을 모두 충족하는 경우 가. 19세 미만의 청각장애인 나. 양측 80dB 미만의 난청환자 다. 양측 말소리 명료도가 50% 이상 라. 양측 순음청력역치 차이가 15dB 이하 마. 양측 말소리명료도 차이가 20% 이하 3. 의식이 명료하지 않거나 보청기를 사용할 수 없다고 이비인후과 전문의가 판단한 경우에는 보청기 적용(편측, 양측) 제외
장애유형	대상자 세부 인정기준									
청각장애	1. 편측 : 청각장애인(청력장애에 한함)으로 보청기 사용이 일상생활에 도움이 된다고 이비인후과 전문의가 판단한 경우 2. 양측 : 편측 급여대상에 해당하는 자 중 다음 각 목의 요건을 모두 충족하는 경우 가. 15세이하의 청각장애인 나. 양측 80dB 미만의 난청환자 다. 양측 말소리 명료도가 50% 이상 라. 양측 순음청력역치 차이가 15dB 이하 마. 양측 말소리명료도 차이가 20% 이하 3. 의식이 명료하지 않거나 보청기를 사용할 수 없다고 이비인후과 전문의가 판단한 경우에는 보청기 적용(편측, 양측) 제외									
장애유형	대상자 세부 인정기준									
청각장애	1. 편측 : 청각장애인(청력장애에 한함)으로 보청기 사용이 일상생활에 도움이 된다고 이비인후과 전문의가 판단한 경우 2. 양측 : 편측 급여대상에 해당하는 자 중 다음 각 목의 요건을 모두 충족하는 경우 가. 19세 미만의 청각장애인 나. 양측 80dB 미만의 난청환자 다. 양측 말소리 명료도가 50% 이상 라. 양측 순음청력역치 차이가 15dB 이하 마. 양측 말소리명료도 차이가 20% 이하 3. 의식이 명료하지 않거나 보청기를 사용할 수 없다고 이비인후과 전문의가 판단한 경우에는 보청기 적용(편측, 양측) 제외									
178	④ 중복지급 등 급여제한 대상에 해당하는지 여부 확인 - 행복e음을 활용하여 장애인보조기기를 신청한 의료급여 수급자의 장애인보조기기 신청 이력조회를 통해 기존에 유사 및 동일한 품목을 지원받은 이력이 있는지 확인 - 기존 국민건강보험 가입자였다가 의료급여 수급자로 전환된 경우에는 DW에서 장애인보조기기 구입사실을 확인한 후 이중지급 방지 <u>신설</u>	④ 중복지급 등 급여제한 대상에 해당하는지 여부 확인 - 행복e음을 활용하여 장애인보조기기를 신청한 의료급여 수급자의 장애인보조기기 신청 이력조회를 통해 기존에 유사 및 동일한 품목을 지원받은 이력 (장기요양을 통한 보조기기 대여시 대여기간 종료일의 다음날 부터 지원가능)이 있는지 확인 - 기존 국민건강보험 가입자였다가 의료급여 수급자로 전환된 경우에는 EBDW에서 장애인보조기기 구입사실을 확인한 후 이중지급 방지 - 골도보청기 이식, 인공중이 이식, 인공와우 이식 급여 이력이 있을 경우 편측 대상자는 급여불가 * 양측 대상자의 경우 골도보청기, 인공중이 및 인공와우 이식을 하지 않은 반대편은 급여가능 - 수술을 시행하지 않은 반대편 귀의 청력검사결과가 양측급여 기준을 충족하는 경우에만 급여 가능 * 이식 수술별 주요 요양급여 기준(해당 수술관련 고시)								

쪽	현행	개정												
178		<table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th><th>편측 급여 대상</th><th>양측 급여 대상 (19세 미만)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>골도보청기이식¹⁾</td><td>대상아님</td><td>수술 안한 반대쪽 귀는 급여 가능</td></tr> <tr> <td>인공중이이식²⁾</td><td>대상아님</td><td>수술 안한 반대쪽 귀는 급여 가능(18세만 해당)</td></tr> <tr> <td>인공와우이식³⁾</td><td>대상아님</td><td>수술 안한 반대쪽 귀는 급여 가능</td></tr> </tbody> </table> 1) 5세이상 18세이하, 1회 인정 2) 만18세 이상 1set, 외부장치 1개 추가 인정 3) 1set, 외부장치 1개 추가인정. 19세 미만 : 양측인정 (2set, 외부장치 2개 추가 인정)	구분	편측 급여 대상	양측 급여 대상 (19세 미만)	골도보청기이식 ¹⁾	대상아님	수술 안한 반대쪽 귀는 급여 가능	인공중이이식 ²⁾	대상아님	수술 안한 반대쪽 귀는 급여 가능(18세만 해당)	인공와우이식 ³⁾	대상아님	수술 안한 반대쪽 귀는 급여 가능
구분	편측 급여 대상	양측 급여 대상 (19세 미만)												
골도보청기이식 ¹⁾	대상아님	수술 안한 반대쪽 귀는 급여 가능												
인공중이이식 ²⁾	대상아님	수술 안한 반대쪽 귀는 급여 가능(18세만 해당)												
인공와우이식 ³⁾	대상아님	수술 안한 반대쪽 귀는 급여 가능												
190	6 노인틀니 나. 급여기준 ● (급여횟수) 원칙적으로 7년에 1회 적용. 사전 등록제 실시로 틀니 수급권자 이력 관리*가 가능하므로 중복급여 여부 확인 - 단, 구강상태가 심각하게 변화되어 새로운 틀니가 필요한 경우, 7년 이내에 재제작할 수 있으며, 신청서 및 증빙자료를 첨부하여 시·군·구청으로 제출해야 함. * 국민건강증진기금(보건소 노인의치보철사업) 및 건강보험의 노인틀니사업 수혜이력이 있는 수급권자를 각 사업별 정보망을 연계하여 중복 여부 확인	6 노인틀니 나. 급여기준 ● (급여횟수) 원칙적으로 7년에 1회 적용. 사전 등록제 실시로 틀니 수급권자 이력 관리*가 가능하므로 중복급여 여부 확인 - 다만, 구강상태가 심각하게 변화되어 새로운 틀니 제작이 불가피하다고 인정되는 의학적 소견이 있거나, 천재지변 등 그 밖의 부득이한 사유**로 틀니를 재제작할 경우에 한하여 추가 1회 의료급여를 인정함. 신청서 및 증빙자료를 첨부하여 시·군·구청으로 제출해야 함. - 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 일부 개정(고시 제2021-212호, '21.8.2.시행) * 보건소 노인의치보철사업(국민건강증진기금) 및 건강보험의 틀니 요양급여 수혜이력이 있는 수급권자를 각 사업별 정보망을 연계하여 중복 여부 확인 ** 화재·수해 등 천재지변으로 인해 틀니가 분실 또는 파손된 경우를 말하며, 동종틀니에 한해 재제작이 가능(단, 구강상태 심각하게 변화되어 새로운 틀니 제작하는 경우와 중복급여 불가) ☞ 천재지변 등 그 밖의 사유로 틀니를 재제작 신청 시 제출서류(시·군·구청에서만 등록 가능) 1. 의료급여 틀니 대상자 등록신청서(의료급여기관) 2. 피해사실확인서(지자체 발급) 3. 의사소견서(의료급여기관)-틀니 파손된 경우만 해당												

주요 개정사항

쪽	현 행	개 정
191	다. 노인틀니 대상자 사전등록제 (1) 등록절차 ⑦ 공단은 행복e음 등록정보 의료기관에 전송 * 의료급여기관은 의료급여자격관리시스템에서 대상자 등록 확인 후 시술 시작 ● (국민건강보험공단) 행복e음에서 등록정보 수신하여 요양기관정보 마당에 수급권자 노인틀니 등록 정보 표시 ※ 요양기관 정보마당 > 회원서비스 > 의료급여노인틀니 > 틀니대상자 적용기간 중복조회	다. 노인틀니 대상자 사전등록제 (1) 등록절차 ⑦ 공단은 행복e음 등록정보 의료기관에 전송 * 의료급여기관은 <u>의료급여시스템</u>에서 대상자 등록 확인 후 시술 시작 ● (국민건강보험공단) 행복e음에서 등록정보 수신하여 요양기관정보 마당에 수급권자 노인틀니 등록 정보 표시 ※ (신)요양기관 정보마당 > 의료급여 > 의료급여치과치료 > (의급)틀니대상자신청가능여부조회
197	1) 의료급여기관(요양기관정보마당) 등록 방법 요양기관정보마당(http://medi.nhis.or.kr)을 통해 틀니 사후 유지관리 행위 항목 및 시술일자 등록 ※ 요양기관정보마당 > 회원서비스 > 의료급여노인틀니 > 의료급여 틀니 유지관리 등록확인	1) 의료급여기관(요양기관정보마당) 등록 방법 요양기관정보마당(http://medi.nhis.or.kr)을 통해 틀니 사후 유지관리 행위 항목 및 시술일자 등록 ※ (신)요양기관정보마당 > 의료급여 > 의료급여치과치료 > (의급)틀니유지관리등록확인
202	(1) 등록절차 ⑦ 공단은 행복e음 등록정보 의료기관에 전송 * 의료급여기관은 <u>의료급여자격관리시스템</u>에서 대상자 등록 확인 후 시술 시작 ● (보장기관) 등록 신청한 수급권자 본인여부 및 자료 확인 후 행복e음에 등록 처리 - DWD에서 타 보장기관에서 치과임플란트 중복 등록 및 완전틀니 등록내역 조회하여 확인	(1) 등록절차 ⑦ 공단은 행복e음 등록정보 의료기관에 전송 * 의료급여기관은 <u>의료급여시스템</u>에서 대상자 등록 확인 후 시술 시작 ● (보장기관) 등록 신청한 수급권자 본인여부 및 자료 확인 후 행복e음에 등록 처리 - EBDW에서 타 보장기관에서 치과임플란트 중복 등록내역 조회하여 확인
207	8 입술입천장갈림증(구순구개열) 치과교정 및 악정형치료 사전등록제 가. 법적근거 ● 「의료급여법 시행규칙」 제9조 나. 급여기준 ● (대상자) 구개열, 구순열을 동반한 치조열, 구순열을 동반한 구개열 환자로서 치과교정 및 악정형 치료대상자로 등록된 자	8 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 사전등록제 가. 법적근거 ● 「의료급여법 시행규칙」 제9조 * <u>요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 일부 개정(고시 제2021-248호, '21.10.1.시행)에 따라 구순구개열 외 급여대상 질환 확대(희귀 질환 4개 포함)</u> 나. 급여기준 ● (대상자) 1) 구개열, 구순열을 동반한 치조열, 구순열을 동반한 구개열 환자 2) 쇄골두개골이골증, 두개안면골이골증, 크루존병, 침두유합지증 환자로 희귀 질환 산정특례대상(등록이력 포함) 등록 환자로 1), 2) 모두 치과교정 및 악정형치료 대상자로 등록된 자

쪽	현행	개정																																																																																											
207	<table> <tr> <th>구분</th><th>상병 기호</th><th>상병명</th></tr> <tr> <td rowspan="4">구개열</td><td>Q351</td><td>경구개열</td></tr> <tr> <td>Q353</td><td>연구개열</td></tr> <tr> <td>Q357</td><td>구개수열</td></tr> <tr> <td>Q359</td><td>상세불명의 구개열</td></tr> <tr> <td rowspan="12">구순열을 동반한 구개열</td><td>Q370</td><td>양쪽 구순열을 동반한 구개열</td></tr> <tr> <td>Q371</td><td>한쪽 구순열을 동반한 구개열</td></tr> <tr> <td>Q371</td><td>구순열을 동반한 구개열 NOS</td></tr> <tr> <td>Q372</td><td>양쪽 구순열을 동반한 연구개열</td></tr> <tr> <td>Q373</td><td>한쪽 구순열을 동반한 연구개열</td></tr> <tr> <td>Q373</td><td>구순열을 동반한 연구개열 NOS</td></tr> <tr> <td>Q374</td><td>양쪽 구순열을 동반한 경구개열 및 연구개열</td></tr> <tr> <td>Q375</td><td>한쪽 구순열을 동반한 경구개열 및 연구개열</td></tr> <tr> <td>Q375</td><td>구순열을 동반한 경구개열 및 연구개열 NOS</td></tr> <tr> <td>Q378</td><td>양쪽 구순열을 동반한 상세불명의 구개열</td></tr> <tr> <td>Q379</td><td>한쪽 구순열을 동반한 상세불명의 구개열</td></tr> <tr> <td>Q379</td><td>구순열을 동반한 구개열 NOS</td></tr> <tr> <td>구순열을 동반한 치조열</td><td>Q369</td><td>구순열 NOS</td></tr> </table>	구분	상병 기호	상병명	구개열	Q351	경구개열	Q353	연구개열	Q357	구개수열	Q359	상세불명의 구개열	구순열을 동반한 구개열	Q370	양쪽 구순열을 동반한 구개열	Q371	한쪽 구순열을 동반한 구개열	Q371	구순열을 동반한 구개열 NOS	Q372	양쪽 구순열을 동반한 연구개열	Q373	한쪽 구순열을 동반한 연구개열	Q373	구순열을 동반한 연구개열 NOS	Q374	양쪽 구순열을 동반한 경구개열 및 연구개열	Q375	한쪽 구순열을 동반한 경구개열 및 연구개열	Q375	구순열을 동반한 경구개열 및 연구개열 NOS	Q378	양쪽 구순열을 동반한 상세불명의 구개열	Q379	한쪽 구순열을 동반한 상세불명의 구개열	Q379	구순열을 동반한 구개열 NOS	구순열을 동반한 치조열	Q369	구순열 NOS	<table> <tr> <th>구분</th><th>상병 기호</th><th>상병명</th></tr> <tr> <td rowspan="4">구개열</td><td>Q351</td><td>경구개열</td></tr> <tr> <td>Q353</td><td>연구개열</td></tr> <tr> <td>Q355</td><td>경구개열 및 연구개열</td></tr> <tr> <td>Q357</td><td>구개수열</td></tr> <tr> <td rowspan="13">구순열을 동반한 구개열</td><td>Q359</td><td>상세불명의 구개열</td></tr> <tr> <td>Q370</td><td>양쪽 구순열을 동반한 구개열</td></tr> <tr> <td>Q371</td><td>한쪽 구순열을 동반한 구개열</td></tr> <tr> <td>Q371</td><td>구순열을 동반한 구개열 NOS</td></tr> <tr> <td>Q372</td><td>양쪽 구순열을 동반한 연구개열</td></tr> <tr> <td>Q373</td><td>한쪽 구순열을 동반한 연구개열</td></tr> <tr> <td>Q373</td><td>구순열을 동반한 연구개열 NOS</td></tr> <tr> <td>Q374</td><td>양쪽 구순열을 동반한 경구개열 및 연구개열</td></tr> <tr> <td>Q375</td><td>한쪽 구순열을 동반한 경구개열 및 연구개열</td></tr> <tr> <td>Q375</td><td>구순열을 동반한 경구개열 및 연구개열 NOS</td></tr> <tr> <td>Q378</td><td>양쪽 구순열을 동반한 상세불명의 구개열</td></tr> <tr> <td>Q379</td><td>한쪽 구순열을 동반한 상세불명의 구개열</td></tr> <tr> <td>Q379</td><td>구순열을 동반한 구개열 NOS</td></tr> <tr> <td>구순열을 동반한 치조열</td><td>Q369</td><td>구순열 NOS</td></tr> <tr> <td rowspan="4">희귀질환*</td><td>Q740</td><td>쇄골두개골이골증</td></tr> <tr> <td>Q751</td><td>두개안면골이골증</td></tr> <tr> <td>Q751</td><td>크루존병</td></tr> <tr> <td>Q870</td><td>첨두유합지증</td></tr> </table>	구분	상병 기호	상병명	구개열	Q351	경구개열	Q353	연구개열	Q355	경구개열 및 연구개열	Q357	구개수열	구순열을 동반한 구개열	Q359	상세불명의 구개열	Q370	양쪽 구순열을 동반한 구개열	Q371	한쪽 구순열을 동반한 구개열	Q371	구순열을 동반한 구개열 NOS	Q372	양쪽 구순열을 동반한 연구개열	Q373	한쪽 구순열을 동반한 연구개열	Q373	구순열을 동반한 연구개열 NOS	Q374	양쪽 구순열을 동반한 경구개열 및 연구개열	Q375	한쪽 구순열을 동반한 경구개열 및 연구개열	Q375	구순열을 동반한 경구개열 및 연구개열 NOS	Q378	양쪽 구순열을 동반한 상세불명의 구개열	Q379	한쪽 구순열을 동반한 상세불명의 구개열	Q379	구순열을 동반한 구개열 NOS	구순열을 동반한 치조열	Q369	구순열 NOS	희귀질환*	Q740	쇄골두개골이골증	Q751	두개안면골이골증	Q751	크루존병	Q870	첨두유합지증
구분	상병 기호	상병명																																																																																											
구개열	Q351	경구개열																																																																																											
	Q353	연구개열																																																																																											
	Q357	구개수열																																																																																											
	Q359	상세불명의 구개열																																																																																											
구순열을 동반한 구개열	Q370	양쪽 구순열을 동반한 구개열																																																																																											
	Q371	한쪽 구순열을 동반한 구개열																																																																																											
	Q371	구순열을 동반한 구개열 NOS																																																																																											
	Q372	양쪽 구순열을 동반한 연구개열																																																																																											
	Q373	한쪽 구순열을 동반한 연구개열																																																																																											
	Q373	구순열을 동반한 연구개열 NOS																																																																																											
	Q374	양쪽 구순열을 동반한 경구개열 및 연구개열																																																																																											
	Q375	한쪽 구순열을 동반한 경구개열 및 연구개열																																																																																											
	Q375	구순열을 동반한 경구개열 및 연구개열 NOS																																																																																											
	Q378	양쪽 구순열을 동반한 상세불명의 구개열																																																																																											
	Q379	한쪽 구순열을 동반한 상세불명의 구개열																																																																																											
	Q379	구순열을 동반한 구개열 NOS																																																																																											
구순열을 동반한 치조열	Q369	구순열 NOS																																																																																											
구분	상병 기호	상병명																																																																																											
구개열	Q351	경구개열																																																																																											
	Q353	연구개열																																																																																											
	Q355	경구개열 및 연구개열																																																																																											
	Q357	구개수열																																																																																											
구순열을 동반한 구개열	Q359	상세불명의 구개열																																																																																											
	Q370	양쪽 구순열을 동반한 구개열																																																																																											
	Q371	한쪽 구순열을 동반한 구개열																																																																																											
	Q371	구순열을 동반한 구개열 NOS																																																																																											
	Q372	양쪽 구순열을 동반한 연구개열																																																																																											
	Q373	한쪽 구순열을 동반한 연구개열																																																																																											
	Q373	구순열을 동반한 연구개열 NOS																																																																																											
	Q374	양쪽 구순열을 동반한 경구개열 및 연구개열																																																																																											
	Q375	한쪽 구순열을 동반한 경구개열 및 연구개열																																																																																											
	Q375	구순열을 동반한 경구개열 및 연구개열 NOS																																																																																											
	Q378	양쪽 구순열을 동반한 상세불명의 구개열																																																																																											
	Q379	한쪽 구순열을 동반한 상세불명의 구개열																																																																																											
	Q379	구순열을 동반한 구개열 NOS																																																																																											
구순열을 동반한 치조열	Q369	구순열 NOS																																																																																											
희귀질환*	Q740	쇄골두개골이골증																																																																																											
	Q751	두개안면골이골증																																																																																											
	Q751	크루존병																																																																																											
	Q870	첨두유합지증																																																																																											
208	● (실시기관) 실시인력 기준에 의한 치과의사가 1인 이상 상근하는 요양기관에서 아래의 조건 중 하나에 해당하는 경우 － 가) 레지던트 수련치과병원 나) 상급·종합병원으로 동일 의료기관 내에 치과 및 의료 진료과 간 협진 체계 구축한 경우 다) 치과병·의원으로서 상기 가) 또는 나)에 해당하는 의료기관과 협진체계를 구축하고 증빙서류를 제출한 경우	● (실시기관) 실시인력 기준에 의한 치과의사가 1인 이상 상근하는 의료급여기관에서 아래의 조건 중 하나에 해당하는 경우 － 가) 레지던트 수련치과병원 나) 상급·종합병원으로 동일 의료기관 내에 치과 및 의료 진료과 간 협진 체계 구축한 경우 다) 치과병·의원으로서 상기 가) 또는 나)에 해당하는 의료기관과 협진체계를 구축하고 증빙서류를 제출한 경우																																																																																											

* (희귀질환) 해당 질환자로 희귀질환 산정특례 대상으로 등록 또는 등록 이력이 있는 자(V900, V151, V185)

주요 개정사항

쪽	현 행	개 정
208	다. 입술입천장갈림증(구순구개열) 치과교정 및 악정형치료 사전등록 - 입술입천장갈림증(구순구개열) 치과교정 및 악정형치료는 치료기간이 장기간 소요되고 시술 행위 단계별 급여기준이 상이하여 효율적 관리를 위한 대상자 등 사전등록 <u>신설</u> - 원칙적으로 보장기관(시군구)이 행복e음에 대상자 등을 등록하고 등록정보를 건강보험공단 의료급여 자격관리시스템에 전송 - 틀니, 치과임플란트와 달리 환자 요청에 따라 의료급여기관에서도 대상자 등 등록 신청이 가능하도록 개선  건강보험공단 요양기관정보마당(http://med.rhis.or.kr)에서 전산 등록 가능 - 입술입천장갈림증(구순구개열) 치과교정 및 악정형치료에 대한 사전 등록을 완료한 자에 한하여 의료급여 적용	다. 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 사전등록 - 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료는 치료기간이 장기간 소요되고 시술 행위 단계별 급여기준이 상이하여 효율적 관리를 위한 대상자 등 사전등록 대상자 등록 전 의료급여기관 실시인력 신고 및 실시기관 우선 등록 필요 : 보건복지부 홈페이지 '구순구개열의 치과교정 및 악정형 치료 등록관련 질의응답' 및 '구순구개열의 치과교정 및 악정형치료 급여기준 개선 관련 질의·응답' (고시 제2020-208호, '20.9.22.적용') 참고 - 원칙적으로 보장기관(시군구)이 행복e음에 대상자 등을 등록하고 등록정보를 건강보험공단 의료급여 자격관리시스템에 전송 - 환자 요청에 따라 의료급여기관에서도 대상자 등록 신청 가능  건강보험공단 요양기관정보마당(http://med.rhis.or.kr)에서 전산 등록 가능 - 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료에 대한 사전 등록을 완료한 자에 한하여 의료급여 적용
209	(1) 등록 절차 ① 입술입천장갈림증(구순구개열) 치과교정 및 악정형치료 대상자 등 등록신청서[서식 70] 발급 요청	(1) 등록 절차 ① 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 대상자 등 등록신청서[서식 72] 발급 요청
210	(2) 등록번호체계 - 틀니, 치과임플란트와는 달리 건강보험 대상자와 등록번호체계는 동일하며 교정치료별로 등록번호가 각각 부여 입술입천장갈림증(구순구개열) 입술입천장갈림증(구순구개열) 등록연도 일련번호 구분번호 치료종류 (2자리) (6자리) (1자리) (1자리) - 입술입천장갈림증(구순구개열) 구분번호 : 5 - 입술입천장갈림증(구순구개열) 교정치료종류	(2) 등록번호체계 - 틀니, 치과임플란트와는 달리 건강보험 대상자와 등록번호체계는 동일하며 교정치료별로 등록번호가 각각 부여 선천성 악안면 기형 선천성 악안면 기형 등록연도 일련번호 구분번호 치료종류 (2자리) (6자리) (1자리) (1자리) - 선천성 악안면 기형의 구분번호 : 5 - 선천성 악안면 기형의 교정치료종류

쪽	현 행	개 정
211	(3) 진료전달체계 등 ● 의료급여 진료절차 준용 ● 자격 변동 (1종 ⇄ 2종, 의료급여 ⇄ 건강보험) 시 급여 기준 - 입술입천장갈림증(구순구개열)의 치과교정 및 악정형치료 시술 단계별 진료개시일자 자격 기준 으로 급여 적용 ● 의료급여와 건강보험 간 자격 변동 시 등록 연계 처리 - 의료급여와 건강보험 간 등록번호체계가 동일 하기 때문에 건강보험에서 의료급여로 자격 변동 시 보장기관은 별도의 등록 연계 조치 불필요	(3) 진료전달체계 등 ● 의료급여 진료절차 준용 ● 자격 변동 (1종 ⇄ 2종, 의료급여 ⇄ 건강보험) 시 급여 기준 - <u>선천성 악안면 기형</u>의 치과교정 및 악정형치료 시술 단계별 진료개시일자 자격 기준으로 급여 적용 ● 의료급여와 건강보험 간 자격 변동 시 등록 연계 처리 - 의료급여와 건강보험 간 등록번호체계가 동일 하기 때문에 건강보험에서 의료급여로 자격 변동 시 보장기관은 별도의 등록 연계 조치 불필요 - 의료급여 수급권자가 <u>선천성 악안면 기형</u>의 치과 교정 및 악정형치료 시술 중 건강보험으로 자격이 변동될 경우 등록번호를 다시 부여받지 않아도 됨
	(4) 보장기관의 주요 업무 내용 ① 입술입천장갈림증(구순구개열) 치과교정 및 악정형 치료 대상자 사전 등록 - 환자(가족 포함)가 보장기관을 직접 방문하거나 우편, 팩스 신청 가능 ☞ 환자는 보장기관을 내방하거나 우편으로 신청할 경우 반드시 원본을 제출하며, 팩스로 신청 시 대상자의 신분증 사본을 첨부하면 원본생략 가능 ※ 다만, 의료급여기관(치과병·의원 등)에서 건강 보험공단 홈페이지(요양기관정보마당)에서 직접 등록 신청도 가능 - 보장기관(관할 시군구)이 행복e음에 대상자 등록 하고, 등록정보를 건강보험공단 의료급여자격 관리시스템에 전송 (구축예정) ② 대상자 등록 내역 변경, 취소 - (변경) 주민등록번호, 진단일자, 확인사항(편측성, 양측성) 등 등록 내역 변경이 발생한 경우 입술입 천장갈림증(구순구개열) 치과교정 및 악정형치료 대상자 변경/취소 신청서[서식 78]에 변경 내용 및 사유를 기재하고 증빙서류와 함께 환자(가족 포함) 또는 의료급여기관이 보장기관(관할 시군구)에 제출하면 변경처리 가능 - (취소) 의료급여기관이 의료급여 치과임플란트 대상자 시술중지/변경/해지/취소 신청서[서식	(4) 보장기관의 주요 업무 내용 ① <u>선천성 악안면 기형</u>의 치과교정 및 악정형치료 대상자 사전 등록 - 환자(가족 포함)가 보장기관을 직접 방문하거나 우편, 팩스 신청 가능 ☞ 환자는 보장기관을 내방하거나 우편으로 신청할 경우 반드시 원본을 제출하며, 팩스로 신청 시 대상자의 신분증 사본을 첨부하면 원본생략 가능 ※ 다만, 의료급여기관(치과병·의원 등)에서 건강 보험공단 홈페이지(요양기관정보마당)에서 직접 등록 신청도 가능 - 보장기관(관할 시군구)이 행복e음에 대상자 등록 하고, 등록정보를 건강보험공단 <u>의료급여시스템</u>에 전송 (구축예정) ② 대상자 등록 내역 변경, 취소 - (변경) 주민등록번호, 진단일자, 확인사항(편측성, 양측성) 등 <u>대상자</u> 등록 내역 변경이 발생한 경우 <u>선천성 악안면 기형</u>의 치과교정 및 악정형치료 대상자 <u>등록 내역 변경/취소</u> 신청서[서식 80]에 변경 내용 및 사유를 기재하고 증빙서류와 함께 환자(가족 포함) 또는 의료급여기관이 보장기관 (관할 시군구)에 제출하면 변경처리 가능 - (취소) 의료급여기관이 의료급여 <u>선천성 악안면 기형</u>의 치과교정 및 악정형치료 대상자 등록내역

주요 개정사항

쪽	현 행	개 정
212	72]에 등록사항과 취소 사유를 기재한 후 보장기관(관할 시군구)에 제출하면 대상자 취소 처리 가능 * 등록 당일은 의료급여기관에서 요양기관정보마당에서 직접 취소 가능 ※ 다만, 교정치료별 세부시술행위가 등록되어 있는 경우 취소 불가 ③ 입술입천장갈림증(구순구개열) 치과교정 및 악정형치료 대상자의 교정치료별 진료단계(세부 수가분류) 등록 - 입술입천장갈림증(구순구개열) 치과교정 및 악정형치료 의료급여 대상자는 시술 전 교정치료별 진료단계(세부 수가분류) * 사전 등록이 필요하며, 대상자 등록 방법과 동일 * 참1 술전유아악정형장치치료	/변경/해지/취소 신청서[서식 80]에 등록사항과 취소 사유를 기재한 후 보장기관(관할 시군구)에 제출하면 대상자 취소 처리 가능 * 등록 당일은 의료급여기관에서 요양기관정보마당에서 직접 취소 가능 ※ 다만, 교정치료별 세부시술행위가 등록되어 있는 경우 취소 불가 ③ 선천성 악안면 기형의 치과교정 및 악정형치료 대상자의 교정치료별 진료단계(세부 수가분류) 등록 - 입술입천장갈림증(구순구개열) 치과교정 및 악정형치료 의료급여 대상자는 시술 전 교정치료별 진료단계(세부 수가분류) * 사전 등록이 필요하며, 대상자 등록 방법과 동일 * 참1 술전유아악정형장치치료 참2 악궁확장 교정치료 참3 상악전치부 배열을 위한 고정식 교정치료 참4 악정형 교정치료 참5 성장관찰 참6 고정식 교정장치를 이용한 교정치료 참7 치조골 이식술을 위한 구개측 호선
	④ 교정치료별 진료단계(세부 수가분류) 등록 내역 변경, 취소 <u>신설</u> - (변경) 치료행위 등록내역(시술시작일 변경 등) 변경이 발생한 경우 ‘입술입천장갈림증(구순구개열) 치과교정 및 악정형치료 변경/취소 신청서’에 등록사항과 변경 내용 및 사유를 기재하고 증빙서류(진료기록부 사본 등)와 함께 환자(가족 포함) 또는 의료급여기관이 보장기관(관할 시군구)에	④ 교정치료별 진료단계(세부 수가분류) 등록 내역 시술중지, 변경, 취소 - (시술중지) 대상자를 등록한 의료급여기관의 요청에 의해서만 가능하며, ① 교정치료 결과가 적절하게 유지되지 못하여 재시술이 필요한 경우 ② 의료급여기관의 폐업 등으로 진료 진행이 불가능한 경우 ‘선천성 악안면 기형 치과교정 및 악정형치료 교정치료 시술중지/변경/취소 신청서[서식81]’에 등록 내역과 시술중지 사유를 기재하고 증빙서류(진료기록부 사본 등)와 함께 의료급여기관이 보장기관(관할 시군구)에 제출하면 중지처리 가능 - (변경) 치료행위 등록내역(시술시작일 변경 등) 변경이 발생한 경우 ‘선천성 악안면 기형 치과교정 및 악정형치료 교정치료 시술중지/변경/취소 신청서[서식81]’에 등록사항과 변경 내용 및 사유를 기재하고 증빙서류(진료기록부 사본 등)와 함께 환자(가족 포함) 또는 의료급여기관이 보장

쪽	현 행	개 정
	제출하면 변경처리 가능 - (취소) 의료급여기관이 ‘입술입천장갈림증(구순구개열) 치과교정 및 악정형치료 변경/취소 신청서’에 등록사항과 취소 사유를 기재한 후 보장기관(관할 시군구)에 제출하면 대상자 취소처리 가능 ※ 등록 당일은 실시기관에서 요양기관정보마당에서 직접 가능 · 취소 신청할 입술입천장갈림증(구순구개열) 치과교정 및 악정형치료 단계에 급여비용 청구내역이 있는 경우, 의료급여기관은 건강보험심사평가원으로 급여비용 자진환수 요청 후 보장기관(관할 시군구)에 해당 신청서와 환수된 내역을 함께 제출하여야 취소 처리 가능	기관(관할 시군구)에 제출하면 변경처리 가능 - (취소) 의료급여기관이 ‘선천성 악안면 기형 치과교정 및 악정형치료 교정치료 시술중지/변경/취소 신청서[서식81]’에 등록사항과 취소 사유를 기재한 후 보장기관(관할 시군구)에 제출하면 대상자 취소처리 가능 ※ 등록 당일은 실시기관에서 요양기관정보마당에서 직접 가능 · 취소 신청할 <u>선천성 악안면 기형 치과교정 및 악정형치료 교정치료 단계에</u> 급여비용 청구내역이 있는 경우, 의료급여기관은 건강보험심사평가원으로 급여비용 자진환수 요청 후 보장기관(관할 시군구)에 해당 신청서와 환수된 내역을 함께 제출하여야 취소 처리 가능
213 ~ 214	⑤ 입술입천장갈림증(구순구개열) 치과교정 및 악정형치료 대상자의 교정치료별 진료단계(세부 수가분류) 재시술 등 등록 - 일정 조건을 충족해야 추가 진료단계(세부 수가분류)를 할 수 있는 재시술(아래 참고) 등은 의료급여기관에서 직접 요양기관 정보마당을 통한 전산등록이 불가하기 때문에, - 환자(가족 포함) 또는 의료급여기관은 해당 신청서와 증빙서류(의사소견서 등)를 보장기관(관할 시군구)에 방문, 우편 또는 팩스로 제출하여 등록 신청 ⑥ 기타 - 요양기관 폐업의 사유로 입술입천장갈림증(구순구개열) 치과교정 및 악정형치료 진행이 불가한 경우에는 치료받을 의료급여기관에서 해당 교정치료 등록신청서를 보장기관(관할 시군구)에 팩스 또는 우편으로 제출	⑤ <u>선천성 악안면 기형 치과교정 및 악정형치료 대상자의 교정치료별 진료단계(세부 수가분류) 재시술 등 등록</u> - 일정 조건을 충족해야 추가 진료단계(세부 수가분류)를 할 수 있는 재시술(아래 참고) 등은 의료급여기관에서 직접 요양기관 정보마당을 통한 전산등록이 불가하기 때문에, - 환자(가족 포함) 또는 의료급여기관은 해당 신청서와 증빙서류(의사소견서 등)를 보장기관(관할 시군구)에 방문, 우편 또는 팩스로 제출하여 등록 신청 ⑥ 기타 - <u>의료급여기관 폐업으로 선천성 악안면 기형 치과교정 및 악정형치료 진행이 중단되었다가 다른 의료급여기관에서 실시할 경우 치료받을 의료급여기관에서 해당 교정치료별 재등록 필요(해당 교정치료 등록신청서와 치료계획서(첨부 서식 1)를 보장기관(관할 시군구)에 팩스 또는 우편 제출)</u>
	<u>신설</u>	⑦ 관할 시군구청에서는 신청서 및 증빙서류(의사소견서 등)를 포함하여 국민건강보험공단 의료복지부에 공문 시행

주요 개정사항

쪽	현 행	개 정
219	10 의료급여 절차 가. 의료급여기관 (1) 의료급여기관의 범위 - 「약사법」에 따라 등록된 약국 및 한국회귀·필수 의약품센터	10 의료급여 절차 가. 의료급여기관 (1) 의료급여기관의 범위 - 「약사법」에 따라 개설등록된 약국 및 같은 법 제 91조에 따라 설립된 한국회귀·필수의약품센터
221	9) 건강보험의 진료의뢰서 또는 의사소견서 등으로 갈음할 수 없음.	7) 건강보험의 <u>요양급여의뢰서</u> 또는 의사소견서 등으로 갈음할 수 없음.
	나. 의료급여 절차(「의료급여법 시행규칙」 제3조) (2) 의료급여의뢰서 유효기간 ● 수급자는 처음 발급받은 의료급여의뢰서로 해당 상병의 치료가 종료될 때까지 의뢰받은 의료급여 기관에서 치료 가능 ※ 기타상병의 치료종료는 초진, 재진 진찰료 산정 기준을 준용하여 최종 진료일로부터 30일을 초과 하는 경우 종료로 간주 【사 례】 만성질환자의 경우 의뢰받은 의료급여기관의 담당의사의 판단에 따라 의뢰한 상병에 대한 치료 후, 증세가 호전 되어 더 이상 당해 의료급여기관에서의 진료가 불필요 하게 된 경우에는 치료종료	나. 의료급여 절차(「의료급여법 시행규칙」 제3조) (2) 의료급여의뢰서 유효기간 ● 수급자는 처음 발급받은 의료급여의뢰서로 해당 상병의 치료가 종료될 때까지 의뢰받은 의료급여 기관에서 치료 가능 ※ 기타상병의 치료종료는 최종 진료일로부터 투약등 진료행위 없이 30일을 초과하는 경우 종료로 간주 【사 례】 만성질환자의 경우 의뢰받은 의료급여기관의 담당의사의 판단에 따라 의뢰한 상병에 대한 치료 후, 증세가 호전 되어 더 이상 당해 의료급여기관에서의 진료가 불필요 하게 된 경우에는 치료종료
222	<1단계> 의원 보건기관 (보건소, 보건지소, 보건진료소) 보건의료원 의뢰 (의료급여의 뢰서) → ← 회송 (의료급여 회송서) 병원 종합병원 <2단계> 의원 (의료급여의 뢰서) → ← 회송 (의료급여 회송서) 상급종합 병원 (3) 의료급여 이용 절차 예외 (가) 다음의 경우 제2차 또는 제3차 의료급여기관에 우선 의료급여 신청가능 ① 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 해당하는 응급환자인 경우 ② 분만의 경우	<1단계> 의원 보건기관 (보건소, 보건지소, 보건진료소) 보건의료원 의뢰 (의료급여의 뢰서) → ← 회송 (의료급여 회송서) 병원 종합 병원 <2단계> 의원 (의료급여의 뢰서) → ← 회송 (의료급여 회송서) 상급 종합 병원 ※ <u>의료급여회송서의 경우도 의료급여의뢰서와 유효기간 동일</u> (3) 의료급여 이용 절차 예외 (가) 다음의 경우 제2차 또는 제3차 의료급여기관에 우선 의료급여 신청가능 ① 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 해당하는 응급환자인 경우 ② 분만의 경우

 (3) 의료급여 이용 절차 예외
 (가) 다음의 경우 제2차 또는 제3차 의료급여기관에 우선 의료급여 신청가능
 ① 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 해당하는 응급환자인 경우
 ② 분만의 경우

쪽	현행	개정
222 ~ 223	③ 영 제3조제2항 제1호 라목에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 등록중증질환, 등록희귀·중증난치질환(결핵포함)을 가진 사람이 의료급여를 받으려는 경우 ④ 제2차의료급여기관 또는 제3차의료급여기관에서 근무하는 수급권자가 그 근무하는 의료급여기관에서 의료급여를 받으려는 경우 ⑤ 「장애인복지법」 제32조의 규정에 따라 등록된 장애인이 「장애인·노인 등을 위한 보조기기 지원 및 활용촉진에 관한 법률」 제3조제2호에 따른 보조기기를 지급받고자 하는 경우 ⑥ 감염병의 확산 등 긴급한 사유가 있어 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 의료급여를 받으려는 경우 ⑦ 「구강보건법」 제15조의2에 따른 장애인구강진료센터에서 의료급여를 받으려는 경우 ⑧ 단순물리치료가 아닌 작업치료·운동치료 등의 재활치료가 필요하다고 인정 되는 사람이 재활의학과에서 의료급여를 받으려는 경우 ⑨ 한센병환자가 의료급여를 받으려는 경우	③ 영 제3조제2항 제1호 라목에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 <u>등록중증질환, 등록희귀·중증난치질환(결핵포함)을 가진 사람이 의료급여를 받으려는 경우</u> ④ 제2차의료급여기관 또는 제3차의료급여기관에서 근무하는 수급권자가 그 근무하는 의료급여기관에서 <u>의료급여를 받으려는 경우</u> ⑤ 「장애인복지법」 제32조의 규정에 따라 등록된 장애인이 「장애인·노인 등을 위한 보조기기 지원 및 활용촉진에 관한 법률」 제3조제2호에 따른 <u>보조기기를 지급받고자 하는 경우</u> ⑥ 「장애인복지법」 제32조에 따라 등록된 장애인이 「구강보건법」 제15조의2에 따른 <u>장애인구강진료센터에서 의료급여를 받으려는 경우</u> ⑦ <u>감염병의 확산 등 긴급한 사유가 있어 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 의료급여를 받으려는 경우</u> ⑧ 「건강검진기본법」에 따른 국가검진을 받은 사람이 <u>보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵질환의 확진검사에 대하여 의료급여를 받으려는 경우</u> ⑨ 단순물리치료가 아닌 작업치료·운동치료 등의 재활치료가 필요하다고 인정되는 사람이 재활의학과에서 <u>의료급여를 받으려는 경우</u> ⑩ 한센병환자가 의료급여를 받으려는 경우 ⑪ 「장애인복지법」 제32조의 규정에 따라 등록된 장애인이 <u>의료급여를 받으려는 경우</u>
	⑩ 「장애인복지법」 제32조의 규정에 따라 등록된 장애인이 의료급여를 받으려는 경우 ⑪ 「국민건강보험법 시행령」 제45조제1호에 해당하는 지역의 의료급여수급권자가 의료급여를 받으려는 경우 ⑫ 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령」 제14조 또는 「보훈보상 대상자 지원에 관한 법률 시행령」 제8조에 따른 상이등급을 받은 사람이 의료급여를 받으려는 경우 ⑬ 15세 이하의 아동이 의료급여를 받으려는 경우 ①~⑦호의 경우 제2차 또는 제3차 의료급여기관에 신청 가능하고, ⑧~⑬호의 경우 제2차의료급여기관에 신청 가능	⑫ 「국민건강보험법 시행령」 제45조제1호에 해당하는 지역의 의료급여수급권자가 <u>의료급여를 받으려는 경우</u> ⑬ 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령」 제14조 또는 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률 시행령」 제8조에 따른 상이등급을 받은 사람이 <u>의료급여를 받으려는 경우</u> ⑭ 15세 이하의 아동이 <u>의료급여를 받으려는 경우</u> ①~⑧호의 경우 제2차 또는 제3차 의료급여기관에 신청 가능하고, ⑨~⑭호의 경우 제2차의료급여기관에 신청 가능

주요 개정사항

쪽	현 행	개 정
223	나. 의료급여 절차(「의료급여법 시행규칙」 제3조) (3) 의료급여 이용 절차 예외 (다) 기타 의료급여 이용 절차 예외 ② 국가에서 실시하는 건강검진(암검진 등), 예방접종 등은 의료급여기금으로 운영되는 사업이 아니므로, 의료급여 절차에 따르지 않아도 되나, 건강검진 당일 의료급여수급권자가 건강검진 외에 진료를 원하는 경우 이는 의료급여를 이용하는 것이 되므로, 의료급여 절차에 따라야 함. - 검진결과 이상소견이 있어 단계적 정밀검사 또는 별도의 진료가 이루어진 경우에는 의료급여 절차에 따라야 하는 바, 이 때는 진료담당의사가 검진 결과서에 제2차의료급여기관의 진료가 필요하다는 의사소견을 기재하면 그 검진결과서를 의료급여의뢰서로 갈음할 수 있으므로, 검진을 시행한 의료급여기관에서 바로 진료 가능함. 다만, 그 검진결과서를 타 의료급여기관으로 의뢰하는 용도로는 사용할 수 없음.	나. 의료급여 절차(「의료급여법 시행규칙」 제3조) (3) 의료급여 이용 절차 예외 (다) 기타 의료급여 이용 절차 예외 ② 국가에서 실시하는 건강검진(암검진 등), 예방접종 등은 의료급여기금으로 운영되는 사업이 아니므로, 의료급여 절차에 따르지 않아도 되나, 건강검진 당일 의료급여수급권자가 건강검진 외에 진료를 원하는 경우 이는 의료급여를 이용하는 것이 되므로, 의료급여 절차에 따라야 함. - 무료 암검진결과 이상소견이 있어 단계적 정밀검사 또는 별도의 진료가 이루어진 경우에는 의료급여 절차에 따라야 하는 바, 이 때는 진료담당의사가 검진결과서에 검진을 시행한 의료급여기관의 진료가 필요하다는 의사소견을 기재하면 그 검진 결과서를 의료급여의뢰서로 갈음할 수 있으므로, 검진을 시행한 의료급여기관에서 바로 진료 가능함. 다만, 그 검진결과서를 타 의료급여기관으로 의뢰하는 용도로는 사용할 수 없음. ※ 국가에서 실시하는 건강검진으로 확인되는 일반 질환, 만성고시질환 확진검사의 경우는 절차에 따른 진료안내
226	(다) 통보내용 급여일수 연장승인이 필요한 수급권자는 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환(결핵 포함), 만성고시질환 및 기타 질환(들)(이하 “질환군”이라 한다)으로 구분하여 질환군별 상한일수를 초과하기 60일 전부터 신청	(다) 통보내용 급여일수 연장승인이 필요한 수급권자는 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환(결핵 포함), 만성고시질환 및 기타 질환(들)(이하 “질환군”이라 한다)으로 구분하여 질환군별 상한일수를 초과하기 60일 전부터 신청 할 수 있음
227	(마) 전년도 급여일수 365일 초과자 게시 전년도 365일 초과자를 “DW”로 시장·군수·구청장에게 제공(매년 상반기 중 게시) 신설	(마) 전년도 급여일수 초과자 게시 - 전년도 급여일수 초과자를 “EBDW”로 시장·군수·구청장에게 제공(매년 상반기 중 게시) 나. 만성고시질환 연간급여일수 차감 (1) 연간급여일수 차감제 - 만성질환자의 당해 연도 급여일수가 380일을 초과하였으나, 그 초과내역이 내년도 투약분으로 그 초과일수가 75일 이내인 경우 급여일수 연장이 아닌 내년도 급여일수 차감 적용 (2) 적용기준 (가) 산정 기산점

쪽	현행	개정
		● 매년 1월 1일 진료분부터 적용하되, 자격관리 시스템에서 확인된 급여일수 기준으로 산정 ※ 단 차감일수 확정 이후 소급하여 반영되는 급여일수는 차감제에 미적용 (나) 차감제 적용 제외자 ● 연장승인자, 선택의료기관지정자(당연·자발), 자발적 선택의료기관 지정 제외자
229	③ 연장승인신청 시기 - 수급권자는 연장승인신청을 질환군별 상한일수를 초과하기 60일 전부터 신청 ④ 연장승인신청서 접수 후 처리절차 - 연장승인신청서를 접수 받은 읍·면·동장은 연장 사유를 기재하여 시장·군수·구청장에게 송부	③ 연장승인신청 시기 - 수급권자는 연장승인신청을 질환군별 상한일수를 초과하기 60일 전부터 할 수 있음 ④ 연장승인신청서 처리절차 - 읍·면·동에 제출된 연장승인서는 시장·군수·구청장에게 송부
234	(나) 조건부 연장승인(선택의료급여기관 적용대상자 처리) ● 대상 - 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환(결핵 포함) 중 하나의 질환으로 각각 급여일수 455일(상한일수 365일 + 1차연장승인 90일)을 초과하여 의료급여를 받고자 하는 자 - 만성고시질환 중 하나의 질환으로 각각 급여일수 455일(상한일수 380일+1차 연장승인 75일)을 초과하여 의료급여를 받고자 하는 자	(나) 조건부 연장승인(선택의료급여기관 적용대상자 처리) ● 대상 - 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환(결핵 포함) 중 하나의 질환으로 각각 급여일수 455일(상한일수 365일 + 1차연장승인 90일)을 초과하여 의료급여를 받고자 하는 자 - 만성고시질환 중 하나의 질환으로 각각 급여일수 455일(상한일수 380일+1차 연장승인 75일)을 초과하여 의료급여를 받고자 하는 자 ※ 단, 차감제 대상자는 제외
237	신설	(8) 만성고시질환 의료급여일수 차감제 가. 개요  만성고시질환 의료급여일수 차감제란? 만성질환자의 당해 연도 급여일수가 380일 초과하였고 그 초과내역이 내년도 먹을 약을 미리 당겨 받은 투약분으로 그 초과일수가 75일 이내인 경우 급여 일수를 연장하지 않고 내년도 급여일수에서 차감 적용 (만성고시질환의 총 급여일수 455일 초과할 수 없음) 나. 목적 - 매년 반복되는 연장승인 신청 건을 감소하여 불필요한 행정력 낭비 및 최대 75일까지 급여일수 중복혜택 방지 * 차년도 복용약을 미리 당겨 처방받을 경우 차년도

주요 개정사항

쪽	현 행	개 정
238		급여일수에서 차감하고 현행 급여 일수에는 산입하지 않도록 시스템을 개선하여 불필요한 급여일수 연장소요 방지 다. 적용질환 : 만성고시질환 ① 정신 및 행동 장애(F00-F99) ② 신경계질환(G00-G37, G43-G83) ③ 고혈압성 질환(I10-I15) ④ 간의 질환 (만성바이러스간염 포함)(B18, B19, K70-K77) ⑤ 당뇨병(E10-E14), ⑥ 기타 만성 폐쇄성 질환 (J44) ⑦ 대뇌혈관질환(I60-I69)⑧ 두개내 손상(S06)⑨ 갑상선의 장애(E00-E07) ⑩ 심장질환(I05-I09, I20-I27, I30-I52) ⑪ 뇌전증 (G40-G41) * 차감제 전산반영 시기 : 월1회 반영(매월 초 전산 반영) 실시간 반영 아님 유의. * 차감예정일수는 전산(DW)에 표시된 이후 당해 진료가 발생된 경우,수시로 취소 됨 라. 적용기준 ①. 산정 기산점 - 매년 1월 1일 진료 분부터 적용하되, 자격관리 시스템에서 확인된 급여일수 기준으로 산정 * 단 차감일수 확정이후 소급하여 반영되는 급여일수는 차감제에 미적용하며 미적용자가 연장승인대상자, 선택의료급여기관 적용자로 확인된 경우 해당지침 적용 ②. 차감제적용 예외자 - 연장승인자, 선택의료기관지정자(당연·자발), 자발적 선택의료기관 지정 제외자 마. 차감제 적용 및 미적용 사례사례 ①. 차감제 적용사례 - 사용한 급여일수 450일 중 380일을 초과하는 급여일수 70일이 내년도 투약분으로만 초과되었을 경우 내년도 급여일수에서 차감 연간 사용한 급여일수 450일 ②. 차감제 미적용 사례

쪽	현 행	개 정
238		1) 만성고시질환자의 연간급여일수가 380일을 초과하지 않은 경우 내년도 투약분 70일분을 미리 처방 받았으나 연간 사용한 급여일수가 380일이 초과되지 않은 경우 차감제 미적용 (당해연도 외래+투약+입원 + 차기년도 투약분 70일이 =>> 380일을 넘지 않는 경우) 차감제 미적용 연간 사용한 급여일수 375일 2) 만성고시질환자의 연간급여일수가 380일은 초과하였으나 그 초과내역에 당해연도 입내원일수, 당해연도 투약일수가 포함되어 있는 경우 연간 사용한 급여일수가 380일이 초과되었으나 초과사유가 당해분 투약으로 급여일수가 5일 초과된 경우 차감제 미적용 연간급여일수 외래+투약+입원 380일 + 당해연도 투약 5일(총385일) + 차기년도 70일 =>>초과사유가 당해연도 급여일수 5일초과로 미적용) 차감제 미적용 연간 사용한 급여일수 385일 3) 만성고시질환자의 연간급여일수가 380일 초과하였고 그 초과내역이 내년도 투약분을 미리 처방받은 내역이지만, 75일을 초과한 경우

주요 개정사항

쪽	현 행	개 정
239 ~ 240		차감제 미적용 연간 사용한 급여일수 455일 당해분 투약분으로 급여일수 일 초과 내년도 투약분 93일 미리 처방 31월 28일 11월 1월 2월 3월 4월 5월 6월 7월 8월 9월 10월 11월 12월 1월 2월 3월 연간 사용한 급여일수가 380일이 초과하였고 그 초과 내역이 내년도 투약분을 미리 처방 받았는데 초과일 수가 93일 인 경우 (연간급여일수 외래+투약+입원 380일 + 차기년도 처방 93일인 경우 연간 455일 초과로 미적용) (연간급여일수 외래+투약+입원 380일 + 차기년도 처방 75일인 경우 연간 455일 이내로 적용)
		차감제 미적용 연간 사용한 급여일수 473일 내년도 투약분 93일 미리 처방 31월 28일 31월 3월 1월 2월 3월 4월 5월 6월 7월 8월 9월 10월 11월 12월 1월 2월 3월 4월 차감제 미적용자 - 만성고시질환자의 연간급여일수가 380일을 초과 하지 않은 경우 - 만성고시질환자의 연간급여일수가 380일은 초과 하였으나 그 초과내역에 당해 연도 입내원일수, 당해 연도 투약일수가 포함되어 있는 경우 - 만성고시질환자의 연간급여일수가 380일 초과 하였고 그 초과내역이 내년도 투약분을 미리처방 받았지만, 75일을 초과한 경우
251	(3) 선택의료급여기관 이용절차 ③ 진료의뢰 후 다른 의료급여기관의 이용기간 - 해당 질환의 치료가 종료될 때까지(기간 제한 없음)	(3) 선택의료급여기관 이용절차 ③ 진료의뢰 후 다른 의료급여기관의 이용기간 - 일반 의료급여 의뢰자의 의뢰서 유효기간과 동일
	【선택의료급여기관 이용 절차도】 【제출 서류】 ○ 의료급여 임신·출산 진료비 지원(변경) 신청서[서식 36] ○ 임신·출산 사실증명서(건강보험 “임신·출산 진료비 지원 신청 및 임신확인서” 또는 분만예정일 또는 출산 일이 기재된 의사의 소견서 등) 1부.	삭제
	II. 의료급여 수급자 본인부담 완화 1 본인부담 보상금제도	II. 의료급여 수급자 본인부담 완화 1 본인부담 보상금제도

쪽	현 행	개 정
262	가. 개요 ● 본인부담금 보상(영 제13조제5항) - 수급권자의 급여대상 본인부담금이 대통령령에서 정하는 금액을 초과한 경우, 그 초과금액의 100분의 50에 해당하는 금액 보상 - 다만, 노인틀니, 치과임플란트, 선별급여, 상급종합병원·종합병원·병원·한방병원 이상 의료기관 상급병실료(2·3인실) 및 연장승인 미신청 등으로 인한 건보부담적용금액 등은 본인부담금 보상 대상 제외(의료급여법 시행령 별표 1 제3호) ※ 지급금액이 2,000원 미만일 경우에는 지급하지 않음(의료급여법 제34조제2항)	가. 개요 ● 본인부담금 보상(영 제13조제5항) - 수급권자의 급여대상 본인부담금이 대통령령에서 정하는 금액을 초과한 경우, 그 초과금액의 100분의 50에 해당하는 금액 보상 - 다만, 노인틀니, 치과임플란트, 선별급여, 상급종합병원·종합병원·병원·한방병원 이상 의료기관 상급병실료(2·3인실), <u>추나요법</u> 및 연장승인 미신청 등으로 인한 건보부담적용금액 등은 본인부담금 <u>보상금 발체 대상에서 제외</u>(의료급여법 시행령 별표 1 제3호) ※ 지급금액이 2,000원 미만일 경우에는 지급하지 않음(의료급여법 제34조제2항)

	【지급 절차도】	【지급 절차도】																								
266	<table> <tr> <th>기관명</th><th>기관별 업무 분장</th></tr> <tr> <td rowspan="2">의료급여기관</td><td>① 수급권자에게 진료 등 의료서비스 제공 및 진료비 영수증 발급</td></tr> <tr><td>② 심사평가원에 진료비 심사청구</td></tr> <tr> <td>수급권자</td><td>③ 의료급여기관에 본인부담금 납부</td></tr> <tr> <td>보장기관</td><td>④ 건강보험공단에서 제공한 지급대상자의 본인 부담보상금, 기타 의료 지원금 등 확인하여 초과금액이 있을 경우 수급권자에게 지급대상자임 통지 및 지급</td></tr> <tr> <td rowspan="2">건강보험공단</td><td>⑤ 진료비 기금부담금 지급</td></tr> <tr><td>⑥ 지급대상자 명단 및 급여내역 통보</td></tr> </table>	기관명	기관별 업무 분장	의료급여기관	① 수급권자에게 진료 등 의료서비스 제공 및 진료비 영수증 발급	② 심사평가원에 진료비 심사청구	수급권자	③ 의료급여기관에 본인부담금 납부	보장기관	④ 건강보험공단에서 제공한 지급대상자의 본인 부담보상금, 기타 의료 지원금 등 확인하여 초과금액이 있을 경우 수급권자에게 지급대상자임 통지 및 지급	건강보험공단	⑤ 진료비 기금부담금 지급	⑥ 지급대상자 명단 및 급여내역 통보	<table> <tr> <th>기관명</th><th>기관별 업무 분장</th></tr> <tr> <td rowspan="2">의료급여기관</td><td>① 수급권자에게 진료 등 의료서비스 제공 및 진료비 영수증 발급</td></tr> <tr><td>② 심사평가원에 진료비 심사청구</td></tr> <tr> <td>수급권자</td><td>③ 의료급여기관에 본인부담금 납부</td></tr> <tr> <td>보장기관</td><td>④ 건강보험공단에서 제공한 지급대상자의 본인 부담보상금, 기타 의료 지원금 등 확인하여 초과금액이 있을 경우 수급권자에게 지급대상자임 통지 및 지급</td></tr> <tr> <td rowspan="2">건강보험공단</td><td>⑤ 진료비 기금부담금 지급</td></tr> <tr><td>⑥ 지급대상자 명단 및 급여내역 통보</td></tr> </table>	기관명	기관별 업무 분장	의료급여기관	① 수급권자에게 진료 등 의료서비스 제공 및 진료비 영수증 발급	② 심사평가원에 진료비 심사청구	수급권자	③ 의료급여기관에 본인부담금 납부	보장기관	④ 건강보험공단에서 제공한 지급대상자의 본인 부담보상금, 기타 의료 지원금 등 확인하여 초과금액이 있을 경우 수급권자에게 지급대상자임 통지 및 지급	건강보험공단	⑤ 진료비 기금부담금 지급	⑥ 지급대상자 명단 및 급여내역 통보
기관명	기관별 업무 분장																									
의료급여기관	① 수급권자에게 진료 등 의료서비스 제공 및 진료비 영수증 발급																									
	② 심사평가원에 진료비 심사청구																									
수급권자	③ 의료급여기관에 본인부담금 납부																									
보장기관	④ 건강보험공단에서 제공한 지급대상자의 본인 부담보상금, 기타 의료 지원금 등 확인하여 초과금액이 있을 경우 수급권자에게 지급대상자임 통지 및 지급																									
건강보험공단	⑤ 진료비 기금부담금 지급																									
	⑥ 지급대상자 명단 및 급여내역 통보																									
기관명	기관별 업무 분장																									
의료급여기관	① 수급권자에게 진료 등 의료서비스 제공 및 진료비 영수증 발급																									
	② 심사평가원에 진료비 심사청구																									
수급권자	③ 의료급여기관에 본인부담금 납부																									
보장기관	④ 건강보험공단에서 제공한 지급대상자의 본인 부담보상금, 기타 의료 지원금 등 확인하여 초과금액이 있을 경우 수급권자에게 지급대상자임 통지 및 지급																									
건강보험공단	⑤ 진료비 기금부담금 지급																									
	⑥ 지급대상자 명단 및 급여내역 통보																									

주요 개정사항

쪽	현 행	개 정
273	㉔ 본인부담금 상환제 마. 행정 사항 (1) 시·도, 시·군·구 ● 수급권자의 전·출입시 관련 자료 철저 송부 - 전·출입으로 인한 본인부담금보상금, 본인부담금 상한 초과금 산정시 기간이 중복되어 이중으로 금액이 지급될 수 있으므로 관련 전출지 보장기관에서는 전입지 보장기관으로 관련 자료를 정확·신속히 송부하되	㉔ 본인부담금 상환제 마. 행정 사항 (1) 시·도, 시·군·구 ● 수급권자의 전·출입시 관련 자료 철저 송부 - 전·출입으로 인한 본인부담금보상금, 본인부담금 상한 초과금 산정시 기간이 중복되어 이중으로 금액이 지급될 수 있으므로 관련 전출지 보장기관에서는 전입지 보장기관으로 관련 자료를 정확·신속히 송부하되 <u>통보를 받은 보장기관은 대상자의 전 거주지 보장기관에 본인부담금보상금, 대지급금, 본인부담금 상환제 지급 여부 등 확인</u>
278	4 건강생활유지비 지원제도 ● 입대연도 해당월에 1월분과 매년 1월 1일에 1월분을 가상계좌에 입금 다. 지원금액 (1) 1인당 매월 6천원 지원 - 수급권 자격취득일이 포함된 월은 6천원 지급 - 건강생활유지비는 수급권자별 건강보험공단 가상계좌에 매월 1일에 입금 (2) 건강생활유지비 지급 중지 - 의료급여 수급권 상실, 종별변경(1종→2종), 1종 수급권자 중 본인부담 면제자로 된 경우 ※ 단, 지급중지일이 포함된 월은 6천원 지급 (일할 계산 안함) (3) 의료급여 수급권을 소급하여 취득하는 경우 - (보장기관) 수급권 취득일부터 건강생활유지비를 소급 산정하여 당월분을 제외한 금액을 지급 - (건강보험공단) 자격변동에 따른 본인부담금을 정산하고, 당해 수급권자의 가상 계좌에 당월분에 해당하는 금액을 입금	4 건강생활유지비 지원제도 ● 입대연도 해당월에 1월분과 매년 1월 1일에 1월분을 <u>자격정보에 생성</u> 다. 지원금액 (1) 1인당 매월 6천원 지원 - 수급권 자격취득일이 포함된 월은 6천원 지급 - 건강생활유지비는 수급권자별 <u>자격정보에</u> 매월 1일에 <u>생성</u> (2) 건강생활유지비 지급 중지 - 의료급여 수급권 상실, 종별변경(1종→2종), 1종 수급권자 중 본인부담 면제자로 된 경우 ※ 단, 지급중지일이 포함된 월은 6천원 지급 (일할 계산 안함) (3) 의료급여 수급권을 소급하여 취득하는 경우 - (보장기관) 수급권 취득일부터 건강생활유지비를 소급 산정하여 당월분을 제외한 금액을 지급 - (건강보험공단) 자격변동에 따른 본인부담금을 정산하고, 당해 수급권자의 <u>자격정보에</u> 당월분에 해당하는 금액을 <u>생성</u>
	【사 례】 의사상 행위를 '16. 7. 4.에 하였고 '16. 9. 29.에 의사상자로 결정된 경우, 의료급여 수급권자는 소급하여 취득(3년 소멸시효 적용)함. 이에 따라 보장기관에서 7~8월분까지 건강생활유지비 12천원과 본인부담금을 정산하고, 건강보험공단에서는 9월분 6천원을 가상계좌에 입금	【사 례】 의사상 행위를 '20. 7. 4.에 하였고 '20. 9. 29.에 의사상자로 결정된 경우, 의료급여 수급권자는 소급하여 취득(3년 소멸시효 적용)함. 이에 따라 보장기관에서 7~8월분까지 건강생활유지비 12천원과 본인부담금을 정산하고, 건강보험공단에서는 9월분 6천원을 <u>자격정보에 생성</u>

쪽	현행	개정
279	(2) 건강생활유지비 차감 취소 - 의료급여기관은 건강생활유지비에서 본인부담금을 차감 요청하여 진료확인 번호를 받았으나 당해 수급권자가 당일 외래진료 후 입원 등의 사유가 발생한 경우 건강생활유지비 차감 취소 (3) 건강생활유지비 의료급여기관 지급 - 의료급여기관에서 수급권자에 대한 진료 또는 조제 후 건강보험공단 가상계좌에서 본인부담금을 차감 요청하여 진료확인번호가 부여된 경우 별도의 청구 없이 의료급여기관에 지급	(2) 건강생활유지비 차감 취소 - 의료급여기관은 건강생활유지비 잔액에서 본인부담금을 차감 요청하여 진료확인 번호를 받았으나 당해 수급권자가 당일 외래진료 후 입원 등의 사유가 발생한 경우나 <u>착오차감한 경우</u> 건강생활유지비 차감 취소(<u>진료확인번호 취소</u>) (3) 건강생활유지비 의료급여기관 지급 - 의료급여기관에서 수급권자에 대한 진료 또는 조제 후 건강보험공단 수진자자격조회 시스템을 통해 <u>건강생활유지비를</u> 차감 요청하여 진료확인번호가 부여된 경우 별도의 청구 없이 의료급여기관에 지급
281	바. 건강생활유지비 지급 후 정보제공 다만, 의료급여기관 중 건강보험공단의 포털사이트 가입회원기관에는 건강보험 공단 홈페이지, 보장기관에는 DW를 활용하여 통보 ※ 의료급여기관에 지급한 본인부담금 세부내역은 공단 홈페이지 요양기관 정보마당 (www.medi.nhis.or.kr)에 건강생활유지비 지급란에서 확인	바. 건강생활유지비 지급 후 정보제공 다만, 의료급여기관 중 건강보험공단의 포털사이트 가입회원기관에는 건강보험 공단 홈페이지(<u>요양기관정보마당</u>), 보장기관에는 <u>의료급여종합정보지원시스템(EBDW)</u>을 활용하여 통보 ※ 의료급여기관에 지급한 건강생활유지비용 세부내역은 공단 홈페이지 요양기관 정보마당 (www.medicare.nhis.or.kr)에 건강생활유지비 지급란에서 확인
282	(2) 건강생활유지비용 환수 ※ “지원받은 경우”라 함은 수급권자가 외래진료시 본인부담금을 건강보험공단 가상계좌의 건강생활유지비 잔액에서 차감 요청하거나, 현금으로 지급받은 경우를 말함	(2) 건강생활유지비용 환수 ※ “지원받은 경우”라 함은 수급권자가 외래진료시 본인부담금을 건강보험공단의 <u>자격정보</u>의 건강생활유지비 잔액에서 차감 요청하거나, 현금으로 지급받은 경우를 말함
283	- 지급금액 - 수급권 취득일부터 당월분을 제외한 금액 - 현금으로 실제 부담한 법정 본인부담금 - 당월분부터는 건강보험공단에서 가상계좌에 입금됨 - 건강보험공단 가상계좌에 입금된 내역은 DW를 통하여 확인 가능	- 지급금액 - 수급권 취득일부터 당월분을 제외한 금액 - 현금으로 실제 부담한 법정 본인부담금 - 당월분부터는 건강보험공단에서 <u>자격정보에</u> 생성 - 건강보험공단 가상계좌에 입금된 내역은 <u>의료급여종합정보지원시스템(EBDW)</u>을 통하여 확인 가능
286	- 희귀질환 및 중증난치성질환자 - 대상 목록 및 세부 상병코드는 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 [별표 2] ‘의료급여 희귀질환자 및 중증난치질환자 산정특례 대상’ 참조	- 희귀질환 및 중증난치성질환자 - 대상 목록 및 세부 상병코드는 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 [별표 2] ‘의료급여 희귀질환자 및 중증난치질환자 산정특례 대상’ 참조

주요 개정사항

쪽	현 행	개 정																																																
286	- (유의) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 별표4의2 “중증난치질환자 산정특례대상”의 구분 4.(정신질환 상병), 구분6.~구분7.(치매 상병)에 해당하는 상병은 의료급여 산정특례 등록하지 않음. 다만, 의료급여 2종 수급권자의 정신질환*과 치매** 치료에 대하여 의료기관에서 본인부담 경감	- (유의) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 별표4의2 “중증난치질환자 산정특례대상”의 구분 4.(정신질환 상병), 구분6.~구분7.(치매 상병), <u>별표5 “시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따른 결핵 질환의 적용 범위”</u>의 구분 잠복결핵감염에 해당하는 상병은 의료급여 산정특례 등록하지 않음. 다만, 의료급여 2종 수급권자의 정신질환*과 치매** 치료에 대하여 의료기관에서 본인부담 경감																																																
288	● 방문·팩스·우편 신청 - <u>의료급여 수급권자 본인 또는 대리인은 의료급여 기관에서 발급받은 ‘의료급여(암/희귀·중증난치/결핵·중증화상) 산정특례 등록신청서’</u>를 시·군·구·읍·면·동에 제출(방문, 팩스, 우편) - 결핵질환도 상기 의료급여 산정특례 등록 신청 방법과 동일하며, 다만, 결핵 치료를 받는 의료기관이 여러 곳인 경우 각각의 의료기관으로부터 등록 신청서를 받아 등록처리 ※ 신청서는 원본 제출 원칙으로, 팩스의 경우 추후 방문 또는 우편으로 원본 제출 가능	● 방문·팩스·우편 신청 - 의료급여 수급권자 본인 또는 대리인은 의료급여 기관에서 발급받은 ‘의료급여(암/희귀·중증난치/결핵·중증화상) 산정특례 등록신청서’를 시·군·구·읍·면·동에 제출(방문, 팩스, 우편) - 결핵질환도 상기 의료급여 산정특례 등록 신청 방법과 동일하며, 다만, 결핵 치료를 받는 의료기관이 여러 곳인 경우 각각의 의료기관으로부터 등록 신청서를 받아 등록처리 ※ 신청서는 원본 제출 원칙으로, 팩스의 경우 추후 방문 또는 우편으로 원본 제출 가능																																																
291	바. 적용기간 ● 적용 대상별 적용기간 <table><tr><th>구분</th><th>희귀·중증 난치질환</th><th>결핵</th><th>중증암</th><th>중증화상</th><th>뇌혈관 질환</th><th>심장 질환</th><th>중증 외상</th></tr><tr><td>적용 대상</td><td>산정 특례 등록 희귀·중증 난치 질환자</td><td>산정특례 등록 결핵환자</td><td>산정특례 등록 암환자</td><td>산정특례 등록 화상환자</td><td>고시 해당 상병 수술·약제 투여·급성기 입원 뇌혈관 질환자</td><td>고시 해당 상병 수술·약제 투여 심장 질환자</td><td>ISS 15점 이상으로 권역외상 센터에 입원한 중증 외상 환자</td></tr><tr><td>특례 기간</td><td>5년</td><td>등록 시작일~치료 종료시</td><td>5년</td><td>1년 (6개월 연장)</td><td>최대 30일 (입원·외래)</td><td>최대 30일 (입원·외래)</td><td>최대 30일</td></tr></table>	구분	희귀·중증 난치질환	결핵	중증암	중증화상	뇌혈관 질환	심장 질환	중증 외상	적용 대상	산정 특례 등록 희귀·중증 난치 질환자	산정특례 등록 결핵환자	산정특례 등록 암환자	산정특례 등록 화상환자	고시 해당 상병 수술·약제 투여·급성기 입원 뇌혈관 질환자	고시 해당 상병 수술·약제 투여 심장 질환자	ISS 15점 이상으로 권역외상 센터에 입원한 중증 외상 환자	특례 기간	5년	등록 시작일~치료 종료시	5년	1년 (6개월 연장)	최대 30일 (입원·외래)	최대 30일 (입원·외래)	최대 30일	바. 적용기간 ● 적용 대상별 적용기간 <table><tr><th>구분</th><th>희귀·중증 난치질환</th><th>결핵</th><th>중증암</th><th>중증 화상</th><th>뇌혈관 질환</th><th>심장 질환</th><th>중증 외상</th></tr><tr><td>적용 대상</td><td>산정 특례 등록 희귀·중증 난치 질환자</td><td>산정특례 등록 결핵환자</td><td>산정특례 등록 암환자</td><td>산정특례 등록 화상환자</td><td>고시 해당 상병 수술·약제 투여·급성기 입원 뇌혈관 질환자</td><td>고시 해당 상병 수술·약제 투여 심장 질환자</td><td>ISS 15점 이상으로 권역외상 센터에 입원한 중증 외상 환자</td></tr><tr><td>특례 기간</td><td>5년</td><td>등록 시작일~치료 종료시</td><td>5년</td><td>1년 (기간 종료 후 별첨3의 수술을 받는 경우 1년간 재등록)</td><td>최대 30일 (입원·외래)</td><td>최대 30일 (입원·외래)</td><td>최대 30일</td></tr></table>	구분	희귀·중증 난치질환	결핵	중증암	중증 화상	뇌혈관 질환	심장 질환	중증 외상	적용 대상	산정 특례 등록 희귀·중증 난치 질환자	산정특례 등록 결핵환자	산정특례 등록 암환자	산정특례 등록 화상환자	고시 해당 상병 수술·약제 투여·급성기 입원 뇌혈관 질환자	고시 해당 상병 수술·약제 투여 심장 질환자	ISS 15점 이상으로 권역외상 센터에 입원한 중증 외상 환자	특례 기간	5년	등록 시작일~치료 종료시	5년	1년 (기간 종료 후 별첨3의 수술을 받는 경우 1년간 재등록)	최대 30일 (입원·외래)	최대 30일 (입원·외래)	최대 30일
구분	희귀·중증 난치질환	결핵	중증암	중증화상	뇌혈관 질환	심장 질환	중증 외상																																											
적용 대상	산정 특례 등록 희귀·중증 난치 질환자	산정특례 등록 결핵환자	산정특례 등록 암환자	산정특례 등록 화상환자	고시 해당 상병 수술·약제 투여·급성기 입원 뇌혈관 질환자	고시 해당 상병 수술·약제 투여 심장 질환자	ISS 15점 이상으로 권역외상 센터에 입원한 중증 외상 환자																																											
특례 기간	5년	등록 시작일~치료 종료시	5년	1년 (6개월 연장)	최대 30일 (입원·외래)	최대 30일 (입원·외래)	최대 30일																																											
구분	희귀·중증 난치질환	결핵	중증암	중증 화상	뇌혈관 질환	심장 질환	중증 외상																																											
적용 대상	산정 특례 등록 희귀·중증 난치 질환자	산정특례 등록 결핵환자	산정특례 등록 암환자	산정특례 등록 화상환자	고시 해당 상병 수술·약제 투여·급성기 입원 뇌혈관 질환자	고시 해당 상병 수술·약제 투여 심장 질환자	ISS 15점 이상으로 권역외상 센터에 입원한 중증 외상 환자																																											
특례 기간	5년	등록 시작일~치료 종료시	5년	1년 (기간 종료 후 별첨3의 수술을 받는 경우 1년간 재등록)	최대 30일 (입원·외래)	최대 30일 (입원·외래)	최대 30일																																											

쪽	현 행	개 정
292	◆ 적용기간 세부 참고사항 ● 인체면역결핍바이러스질환의 경우 계속 적용(단, 행복e음 입력시에는 다른 질환과 동일하게 등록일로부터 5년으로 설정하고, 매 5년마다 갱신) ● 건강보험 산정특례 등록자가 의료급여 수급권자로 자격 변동되는 경우, 건강보험 당시 부여받았던 기간 중 잔여기간 연계하여 적용 ● 중증화상환자는 등록일로부터 1년의 특례기간이 부여되며, 6개월 연장 가능 * 등록기간 연장 기준일은 종료일로부터 6개월이며, 등록종료일 이후 연장 신청을 했을 경우에도 처음 산정특례 등록종료일로부터 6개월임 (최초 등록일로부터 총 기간이 1년 6개월을 초과할 수 없음) ● 뇌혈관·심장질환자 : 재수술 시 재수술일로부터 최대 30일 추가 적용 가능 예시 1차수술 9.1, 재수술 9.11인 경우 : 9.11부터 30일을 초과할 수 없음	◆ 적용기간 세부 참고사항 ● 인체면역결핍바이러스질환의 경우 계속 적용(단, 행복e음 입력시에는 다른 질환과 동일하게 등록일로부터 5년으로 설정하고, 매 5년마다 갱신) ● 건강보험 산정특례 등록자가 의료급여 수급권자로 자격 변동되는 경우, 건강보험 당시 부여받았던 기간 중 잔여기간 연계하여 적용 ● 중증화상환자는 등록일로부터 1년의 특례기간이 부여되며, 단 적용기간 종료일로부터 2년 이내에 해당하는 수술을 받은 경우 재등록 * 등록기간 종료 후 2년 이내에 별첨3의 수술을 받은 경우 1년간 재등록 할 수 있음(V306은 제외) 재등록은 1회에 한하며, 동일부위의 화상치료는 재등록기간을 포함하여 최대 2년간 산정특례 적용가능 ● 뇌혈관·심장질환자 : 재수술 시 재수술일로부터 최대 30일 추가 적용 가능 예시 1차수술 9.1, 재수술 9.11인 경우 : 9.11부터 30일을 초과할 수 없음
294	5 중증질환 및 희귀·중증난치질환자 산정특례 등록자. 재등록 방법 및 절차 ● 확인 사항 - 암환자의 경우 등록 만료 시점에서 잔존암·전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암 조직의 제거·소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료, 항암제를 계속하여 투여 중인 경우 재등록 가능 ※ 단, 최초 등록상병으로 5년이 지난 시점에서 재발·전이 여부 검사만을 정기적으로 추적 검사하는 경우 또는 암과 관련된 합병증만을 치료 중인 경우 제외 - 희귀·중증난치질환자의 경우 등록 만료 시점에 희귀·중증난치질환으로 진단받은 자로, 등록기준(희귀·중증난치질환 산정특례 검사항목 및 검사기준)을 만족한 경우 재등록 가능 * 재등록 신청일 기준 1년 이내 검사기록 인정 * 암·희귀·중증난치질환별 신규 및 재등록 시 필요한 검사항목 및 검사기준 확인 방법 국민건강보험공단 홈페이지(http://nhis.or.kr)	5 중증질환 및 희귀·중증난치질환자 산정특례 등록자. 재등록 방법 및 절차 ● 확인 사항 - 암환자의 경우 등록 만료 시점에서 잔존암·전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암 조직의 제거·소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료, 항암제를 계속하여 투여 중인 경우 재등록 가능 * 암환자 재등록시 신청일 기준 6개월 이내 검사기록 인정 ※ 단, 최초 등록상병으로 5년이 지난 시점에서 재발·전이 여부 검사만을 정기적으로 추적 검사하는 경우 또는 암과 관련된 합병증만을 치료 중인 경우 제외 - 희귀·중증난치질환자의 경우 등록 만료 시점에 희귀·중증난치질환으로 진단받은 자로, 등록기준(희귀·중증난치질환 산정특례 검사항목 및 검사기준)을 만족한 경우 재등록 가능 * 재등록 신청일 기준 1년 이내 검사기록 인정 * 암·희귀·중증난치질환별 신규 및 재등록 시 필요한

주요 개정사항

쪽	현 행	개 정
295	→요양기관 정보마당(http:// medi.nhis.or.kr) →요양기관 공지사항→암·희귀·중증난치질환 산정특례 등록 및 재등록 방법 안내	검사항목 및 검사기준 확인 방법 국민건강보험공단 홈페이지(http://nhis.or.kr) →요양기관 정보마당(http:// medi.nhis.or.kr) →요양기관 공지사항→암·희귀·중증난치질환 산정특례 등록 및 재등록 방법 안내 차. 등록취소 및 적용종료 ● 등록취소 - 취소대상 ① 착오등록자 : 등록자 입력착오로 타인을 등록하거나, 검사결과 음성(암세포 등이 없는 상태)인 질환자를 착오 등록(적용기간 불인정) ② 산정특례 취소자 : 등록자 본인이 산정특례 신청 취소시 취소 신청일로 처리 ● 적용종료 - 판정오류 : 의사가 해당 질환으로 확진하였으나, 재진단 결과 해당질환이 아닌 것으로 확인된 경우 판정오류 처리하여, 판정오류일(상실일 또는 유효일)까지 산정특례 적용 ※ 판정오류 확인 후 적용종료 신청이 즉시 이루어질 수 있도록 의료급여기관에 협조 안내(본인부담면제 소급처리로 인한 민원 발생) - 본인요청(종료) : 개인적인 사유로 산정특례 등록 종료를 요청하는 경우, 종료신청일(상실일 또는 유효일)까지 산정특례적용
296 ~ 297	신설	● 암 산정특례 등록기준 예외 적용 - 예외적용 대상 : 등록기준이 조직(세포)학적 검사가 필수검사 항목으로 되어 있는 상병 중 환자 상태가 아래 5가지 사유 중 1가지 이상에 해당되어 조직 (세포)학적 검사를 시행하기에 어려운 경우에는 등록기준 예외 적용으로 암 산정특례 등록신청 가능 - 전문의가 영상검사와 임상소견 등을 종합하여 암 진단 후 '의료급여(암) 산정특례 등록 신청서[서식63]'에 조직학적·세포학적 검사 미실시 사유, 환자상태 및 확진에 대한 의견을 구체적으로 작성하여 신청서 발급 ▷ 환자 상태가 조직(세포)학적 검사를 시행하기에 적합하지 않은 경우로 담당의사가 판단한 경우 ① 전신상태가 ECOG performance status 3 이상인 경우 - ECOG performance status 3 : 제한적으로 자가 치료

쪽	현 행	개 정
297		가능하며 깨어있는 시간의 50%이상을 누워있거나 휠체어를 이용함 - ECOG performance status 4 : 완전히 무력한 상태, 어떠한 자가 치료도 불가능하여 대부분의 시간을 침대에서 보냄 ② 조직검사 시 출혈 위험성이 큰 경우 - 심혈관계·뇌혈관계 질환으로 항응고제 복용중인 환자에서 항응고제 약물 복용을 중단하면 환자의 생명에 위협을 가할 수 있는 경우 - 혈중 혈소판 10만 미만인 경우 - Prothrombin time증가(60%미만)한 경우 - 암이 주요혈관에 인접해 있어 조직검사 위험도가 높을 때 ③ 전신마취 및 수술을 견딜 수 없는 상태인 경우 - 지속적인 활력징후 불안정 · 수축기 혈압 90mmHg이하의 쇼크 · 혈압 180/100mmHg이상의 조절되지 않는 고혈압 · 호흡수 30회/분 이상의 빈호흡 · 조절되지 않는 고열 - 폐기능이 좋지 않거나 산소포화도 90%미만의 저산소증 등으로 전신마취가 위험한 경우 - 환자의 갑상선 기능항진 등의 호르몬 변화가 안정적이지 못해 침습적 검사나 전신마취가 위험한 경우 ④ 감염 위험성이 높은 경우 - 혈액학적 검사에서 Absolute neutrophil count가 1,000 미만인 경우 ⑤ 기타 - 암 산정특례로 등록된 자가 특례 기간 종료시점(종료시점으로부터 3개월 이내)에 잔존암, 전이암이 있거나, 추가로 재발이 확인되는 경우로서 암조직의 제거·소멸을 목적으로 수술, 방사선·호르몬 등의 항암치료 중인 경우이거나, 항암제를 계속 투여 중인 경우 - 내시경을 통하여 조직검사가 필요한 암인 경우 체위를 취하기 어려운 척추장애 또는 골절을 수반하여 내시경이 어려운 경우 - 염증성 유방암으로 피부궤양이 동반된 경우 - 암이 중요장기에 인접해 있어 조직검사 위험도가 높을 때 등
제4편 의료급여 사례관리		
303	II. 의료급여사례관리사업 체계 1 수행 체계	II. 의료급여사례관리사업 체계 1 수행 체계

주요 개정사항

쪽	현 행	개 정
303	마. 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원 ● 사례관리 대상자 통보, 의료이용현황, 의약품 정보 등 자료제공 및 통계자료 구축	마. 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원 ● 사례관리 대상자 통보, 의료이용현황, 의약품 정보 등 자료제공 및 통계자료 구축, <u>장기입원사례 관리-심사연계</u>
304 ~ 305	2 의료급여관리사 나. 인력 배치(의료급여법 시행규칙 제2조의3 제2항) 「의료급여법」 시행규칙 제2조의3(의료급여 관리사의 자격 등) ② 의료급여 관리사는 다음 각 호의 구분에 따라 해당 인원을 배치하되, 보장기관의 수급권자 수, 수급권자의 질환 정도 등을 고려하여 보건복지부장관이 정한 기준에 따라 더 배치할 수 있다. 1. 특별시·광역시·특별자치시·도·특별자치도(이하 “시·도”라 한다) : 1명, 다만, 관할 시·군·구의 수가 15개를 초과하는 경우 1명을 더 배치할 수 있다. 2. 시(특별자치도의 행정시를 제외한다. 이하 같다)·군·구(자치구를 말한다. 이하 같다) : 1명 (2) 시·군·구 의료급여관리사 (가) 배치기준 • 수급권자 3,000명 이하 : 1명 • 수급권자 3,000명 초과 ~ 6,000명 이하 : 2명 • 수급권자 6,000명 초과 ~ 9,000명 이하 : 3명 • 수급권자 9,000명 초과 ~ 12,000명 이하 : 4명 • 수급권자 12,000명 초과 ~ 15,000명 이하 : 5명 • 수급권자 15,000명 초과 ~ 18,000명 이하 : 6명 • 수급권자 18,000명 초과 ~ 21,000명 이하 : 7명 • 수급권자 21,000명 초과 : 8명 ※ 2020년 배치현원 보존하여 적용 (나) 인원 : 228개 자치구 시·군·구청 618명(제주시, 서귀포시 포함)	2 의료급여관리사 나. 인력 배치(의료급여법 시행규칙 제2조의3 제2항) 「의료급여법」 시행규칙 제2조의3(의료급여 관리사의 자격 등) ① 법 제5조의2제2항에 따른 의료급여 관리사(이하 “의료급여 관리사”라 한다)는 「의료법」 제2조에 따른 의료인으로서 같은 법 제3조에 따른 의료기관에서 2년 이상 근무한 경력을 가진 사람으로 한다. ② 의료급여 관리사는 다음 각 호의 구분에 따라 해당 인원을 배치하되, 보장기관의 수급권자 수, 수급권자의 질환 정도 등을 고려하여 보건복지부장관이 정한 기준에 따라 더 배치할 수 있다. 1. 특별시·광역시·특별자치시·도·특별자치도(이하 “시·도”라 한다) : 1명, 다만, 관할 시·군·구의 수가 15개를 초과하는 경우 1명을 더 배치할 수 있다. 2. 시(특별자치도의 행정시를 제외한다. 이하 같다)·군·구(자치구를 말한다. 이하 같다) : 1명 (2) 시·군·구 의료급여관리사 (가) 배치기준 • <u>수급자</u> 3,000명 이하 : 1명 • <u>수급자</u> 3,000명 초과 ~ 6,000명 이하 : 2명 • <u>수급자</u> 6,000명 초과 ~ 9,000명 이하 : 3명 • <u>수급자</u> 9,000명 초과 ~ 12,000명 이하 : 4명 • <u>수급자</u> 12,000명 초과 ~ 15,000명 이하 : 5명 • <u>수급자</u> 15,000명 초과 ~ 18,000명 이하 : 6명 • <u>수급자</u> 18,000명 초과 ~ 21,000명 이하 : 7명 • <u>수급자</u> 21,000명 초과 : 8명 ※ <u>2021년</u> 배치현원 보존하여 적용 (나) 인원 : 228개 자치구 시·군·구청 <u>645명</u>(제주시, 서귀포시 포함)

쪽	현 행	개 정
306	㉔ 의료급여관리사 라. 업무 내용 (1) 시·도 의료급여관리사 ① 시·도 특성을 고려한 사례관리사업 계획 수립 및 결과보고 ② 시·군·구 의료급여사례관리사업 수행 지원 ③ 시·군·구 사례관리사업 현장점검 실시 및 평가 ④ 시·군·구 사례관리 실적관리·모니터링 및 보고 ⑤ 의료급여관리사 수퍼비전 제공 및 신규 의료급여관리사 교육 ⑥ 장기입원 사례관리 수행 및 지원 : 요양병원 입원자, 관외입원자 관리, 심사연계 중재 등 ⑦ 시·도 특성을 고려한 지역 특화사업 ⑧ 사례관리 간담회, 사례검토회의 등 개최 ⑨ 사례관리사업 홍보 ⑩ 보건복지부, 의료급여사례관리사업지원단, 시·군·구와 업무 협력 (2) 시·군·구 의료급여관리사 ① 시·군·구 특성을 고려한 사례관리사업 계획 수립 및 결과보고 ② 의료급여사례관리 수행 : 신규수급권자, 외래이용자, 장기입원자 등 ③ 의료급여일수 연장승인 관리, 조건부 승인(선택 의료급여기관) ④ 상해요인조사, 중복청구 업무 등 ⑤ 실적보고 및 자체평가 실시 ⑥ 사례검토회의, 유관부서와 연계회의 등 개최 ⑦ 시·군·구 특성을 고려한 지역 특화사업 ⑧ 사례관리사업홍보 및 교육 ※ 의료급여 자격관리, 처분사전통지, 부당이득금 및 구상금 환수 관련 업무는 의료급여 담당 공무원이 수행(의료급여 사례관리와 관련 없는 업무를 의료급여관리사가 수행하지 않도록 주의)	㉔ 의료급여관리사 라. 업무 내용 (1) 시·도 의료급여관리사 ① 시·도 특성을 고려한 사례관리사업 계획수립 및 <u>결과보고</u> ② 시·군·구 의료급여사례관리사업 수행 지원 ③ 시·군·구 사례관리사업 현장점검 실시 및 <u>결과보고(현장점검은 행정점검이 아님을 유의)</u> ④ 시·군·구 사례관리 실적관리·모니터링 <u>실시</u> ⑤ 의료급여관리사 수퍼비전 제공 및 신규 의료급여관리사 교육 ⑥ 장기입원 사례관리 수행 및 지원 : 요양병원 <u>신규</u> 입원자, 관외입원자 관리, 심사연계 중재 등 ⑦ 시·도 특성을 고려한 지역 특화사업 ⑧ 사례관리 간담회, 사례검토회의 등 개최 ⑨ 사례관리사업 홍보 ⑩ 보건복지부, 의료급여사례관리사업지원단, 시·군·구와 업무 협력 (2) 시·군·구 의료급여관리사 ① 시·군·구 특성을 고려한 사례관리사업 계획수립 및 <u>결과보고</u> ② 의료급여사례관리 수행 : 신규수급자, 외래이용자, 장기입원자(<u>심사연계 중재</u>) 등 ③ 의료급여일수 연장승인 관리, 조건부 승인(선택 의료급여기관) ④ 상해요인조사, 중복청구 업무 등 ⑤ 실적보고 및 자체평가 실시 ⑥ 사례검토회의, 유관부서와 연계회의 등 개최 ⑦ 시·군·구 특성을 고려한 지역 특화사업 ⑧ 사례관리사업 홍보 및 교육 ※ 의료급여 자격관리, 처분사전통지, 부당이득금 및 구상금 환수 관련 업무는 의료급여 담당 공무원이 수행(의료급여 사례관리와 관련 없는 업무를 의료급여관리사가 수행하지 않도록 주의)
307	마. 직무교육(의료급여법 시행규칙 제2조의3 제4항, 제5항) (3) 시·도 주관 교육 ① 대상 : 시·군·구 의료급여관리사	마. 직무교육(의료급여법 시행규칙 제2조의3 제4항, 제5항) (3) 시·도 주관 교육 ① 대상 : 시·군·구 의료급여관리사

주요 개정사항

쪽	현행	개 정																
307	② 교육 횟수 : 연 1회 이상 ③ 교육 내용 : 시·군·구 의료급여 관리사 업무관련 교육, 현장실무 교육 (신규 의료급여관리사 대상)	② 교육 횟수 : 연 1회 이상 ③ 교육 내용 : 시·군·구 의료급여관리사 업무관련, <u>신규 의료급여관리사 대상 현장실무</u>																
309	Ⅲ. 의료급여사례관리 운영 1 지역유형 - 지역 및 수급권자 특성을 분석하여 아래 지역 유형 중에서 선정 <table><tr><th>구 분</th><th>내 용</th></tr><tr><td>입원관리 지역</td><td>상대적으로 장기입원자 수가 많아 입원관리가 필요한 지역</td></tr><tr><td>혼합지역</td><td>입원과 외래 관리가 필요한 지역</td></tr><tr><td>외래관리 지역</td><td>상대적으로 장기입원자보다 외래내원자 수가 많아 외래 관리가 필요한 지역</td></tr></table> 2 사례관리 대상 가. 신규수급권자 - 의료급여수급권 최초 취득자 및 재취득자 나. 고위험군 - 질병 대비 <u>다빈도</u>의료이용자로 의료쇼핑, 약물과다, 중복처방 등 비합리적 의료 이용이 확인되는 대상자 다. 장기입원 - 장기입원자(동일상병으로 1회당 31일 이상 입원한자, 1일 이상 반복 입퇴원자, 숙식 목적으로 입원하는 자 등) 라. 집중관리군 - 단기간의 사례관리 수행보다는 연중 관리가 필요한 대상자 ※ 사례관리 대상자 통보명단 중 상위 30% 이내인 자 우선	구 분	내 용	입원관리 지역	상대적으로 장기입원자 수가 많아 입원관리가 필요한 지역	혼합지역	입원과 외래 관리가 필요한 지역	외래관리 지역	상대적으로 장기입원자보다 외래내원자 수가 많아 외래 관리가 필요한 지역	Ⅲ. 의료급여사례관리 운영 1 지역유형 <u>매년</u> 지역 및 수급권자 특성을 분석하여 아래 지역 유형 중에서 선정 <table><tr><th>구 분</th><th>내 용</th></tr><tr><td><u>외래관리 지역</u></td><td><u>상대적으로 장기입원자보다 외래내원자 수가 많아 외래 관리가 필요한 지역</u></td></tr><tr><td><u>입원관리 지역</u></td><td><u>상대적으로 장기입원자 수가 많아 입원관리가 필요한 지역</u></td></tr><tr><td><u>혼합지역</u></td><td><u>입원과 외래 관리가 필요한 지역</u></td></tr></table> 2 사례관리 대상 가. 신규 수급자 - 의료급여수급권 최초 취득자 및 재취득자 나. 고다빈도 외래이용자 - 질병 대비 다빈도 <u>외래</u> 의료이용자로 <u>동일상병에 대해 여러 의료기관 방문, 약물중복처방 등 비합리적 의료 이용이 확인되는 대상자</u> * <u>연간 총 급여일수 700일 이상</u> 다. 장기입원자 - 장기입원자(동일상병으로 1회당 31일 이상 입원한자), <u>입원관리대상자(1일 이상 반복 입퇴원한 입원자, 숙식 목적으로 입원한 자 등)</u> 라. 연중관리 대상자 <u>다빈도 외래이용자 또는 장기입원자 등</u> 중에서 단기간의 사례관리 수행보다는 <u>지속적인 상담, 모니터링 등이</u> 필요한 대상자 ※ 사례관리 대상자 통보명단 중 상위 30% 이내인 자 우선 <u>관리</u>	구 분	내 용	<u>외래관리 지역</u>	<u>상대적으로 장기입원자보다 외래내원자 수가 많아 외래 관리가 필요한 지역</u>	<u>입원관리 지역</u>	<u>상대적으로 장기입원자 수가 많아 입원관리가 필요한 지역</u>	<u>혼합지역</u>	<u>입원과 외래 관리가 필요한 지역</u>
	구 분	내 용																
입원관리 지역	상대적으로 장기입원자 수가 많아 입원관리가 필요한 지역																	
혼합지역	입원과 외래 관리가 필요한 지역																	
외래관리 지역	상대적으로 장기입원자보다 외래내원자 수가 많아 외래 관리가 필요한 지역																	
구 분	내 용																	
<u>외래관리 지역</u>	<u>상대적으로 장기입원자보다 외래내원자 수가 많아 외래 관리가 필요한 지역</u>																	
<u>입원관리 지역</u>	<u>상대적으로 장기입원자 수가 많아 입원관리가 필요한 지역</u>																	
<u>혼합지역</u>	<u>입원과 외래 관리가 필요한 지역</u>																	

310

쪽	현 행	개 정																																																																																																																																																																												
	3 사례관리 관리 인원 ● 선정된 지역유형에 따른 연간 사례관리 목표 대상자 수 설정 【의료급여관리사 1인당 연간 사례관리 대상자 수】 <table><tr><th>지역구분</th><th>(A) 장기입원자</th><th>(B) 고위험군</th><th>(C) 집중관리군</th><th>신규 수급권자</th><th>총계</th></tr><tr><td>입원관리 지역</td><td>30~40명</td><td>50~65명</td><td>5~10명</td><td>전수관리 (200명)</td><td>300명</td></tr><tr><td>혼합지역</td><td>15~25명</td><td>65~80명</td><td>5~10명</td><td>전수관리 (200명)</td><td>300명</td></tr><tr><td>외래관리 지역</td><td>5~15명</td><td>75~90명</td><td>5~10명</td><td>전수관리 (200명)</td><td>300명</td></tr></table> ※ (A) + (B) + (C) = 총합 100명 관리 ※ 신규수급권자 200명 이하 지자체의 경우 해당인원만 관리	지역구분	(A) 장기입원자	(B) 고위험군	(C) 집중관리군	신규 수급권자	총계	입원관리 지역	30~40명	50~65명	5~10명	전수관리 (200명)	300명	혼합지역	15~25명	65~80명	5~10명	전수관리 (200명)	300명	외래관리 지역	5~15명	75~90명	5~10명	전수관리 (200명)	300명	3 사례관리 관리 인원 ● 선정된 지역유형에 따른 연간 사례관리 목표 대상자 수 설정 【의료급여관리사 1인당 연간 사례관리 대상자 수】 <table><tr><th>구 분</th><th>(A) 장기입원자</th><th>(B) 다빈도 외래이용자</th><th>(C) 연중관리 대상자</th><th>신규수급자</th><th>총계</th></tr><tr><td>외래관리 지역</td><td>5~15명</td><td>75~90명</td><td>5~10명</td><td>전수관리 (200명)</td><td>300명</td></tr><tr><td>입원관리 지역</td><td>30~40명</td><td>50~65명</td><td>5~10명</td><td>전수관리 (200명)</td><td>300명</td></tr><tr><td>혼합지역</td><td>15~25명</td><td>65~80명</td><td>5~10명</td><td>전수관리 (200명)</td><td>300명</td></tr></table> ※ (A) + (B) + (C) = 총합 100명 관리 ※ 신규수급권자 200명 이하 지자체의 경우 해당인원만 관리 ● 월별·분기별 사례관리 대상군에 따른 사례관리 목표 대상자 수 설정 【월별·분기별 의료급여관리사 1인당 사례관리 대상자 수】 (단위 : 월, 명) <table><tr><th rowspan="2">대 상</th><th colspan="3">1분기</th><th colspan="3">2분기</th><th colspan="3">3분기</th><th colspan="3">4분기</th><th rowspan="2">연간 합계</th></tr><tr><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th><th>11</th><th>12</th></tr><tr><td>장기 입원자</td><td>0~3</td><td>0~3</td><td>1~4</td><td>0~3</td><td>0~3</td><td>1~4</td><td>0~3</td><td>1~3</td><td>1~4</td><td>1~4</td><td>0~3</td><td>0~3</td><td>5~40</td></tr><tr><td>고 위험군</td><td>2~7</td><td>3~7</td><td>3~8</td><td>5~8</td><td>5~8</td><td>5~8</td><td>5~8</td><td>5~7</td><td>5~8</td><td>4~7</td><td>4~7</td><td>4~7</td><td>50~90</td></tr><tr><td>집중 관리군</td><td>1~3</td><td>2~3</td><td>2~4</td><td colspan="9">연중 관리</td><td>5~10</td></tr><tr><td>소계</td><td>8</td><td>9</td><td>11</td><td>8</td><td>8</td><td>9</td><td>8</td><td>8</td><td>9</td><td>8</td><td>7</td><td>7</td><td>100</td></tr><tr><td>계</td><td colspan="3">28</td><td colspan="3">25</td><td colspan="3">25</td><td colspan="3">22</td><td></td></tr><tr><td>신규 수급권자</td><td colspan="12">매월 선정된 전체 대상자</td><td>200</td></tr><tr><td>총 계</td><td colspan="12">300</td><td></td></tr></table> * 상기 인원은 종결기준이며, 지역유형 및 연간 목표관리 인원 수를 고려하여 분기별·월별·주별 사례관리 계획을 구체적으로 수립하고 특정 기간에 집중적으로 대상자를 등록·관리하는 일이 없도록 유의(신규 의료급여수급권자 방문 포함) * 연중관리 대상자 : 1분기 내에 사례관리 시작(등록포함), 당년도 12월20일까지 반드시 종결처리	구 분	(A) 장기입원자	(B) 다빈도 외래이용자	(C) 연중관리 대상자	신규수급자	총계	외래관리 지역	5~15명	75~90명	5~10명	전수관리 (200명)	300명	입원관리 지역	30~40명	50~65명	5~10명	전수관리 (200명)	300명	혼합지역	15~25명	65~80명	5~10명	전수관리 (200명)	300명	대 상	1분기			2분기			3분기			4분기			연간 합계	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	장기 입원자	0~3	0~3	1~4	0~3	0~3	1~4	0~3	1~3	1~4	1~4	0~3	0~3	5~40	고 위험군	2~7	3~7	3~8	5~8	5~8	5~8	5~8	5~7	5~8	4~7	4~7	4~7	50~90	집중 관리군	1~3	2~3	2~4	연중 관리									5~10	소계	8	9	11	8	8	9	8	8	9	8	7	7	100	계	28			25			25			22				신규 수급권자	매월 선정된 전체 대상자												200	총 계	300												
지역구분	(A) 장기입원자	(B) 고위험군	(C) 집중관리군	신규 수급권자	총계																																																																																																																																																																									
입원관리 지역	30~40명	50~65명	5~10명	전수관리 (200명)	300명																																																																																																																																																																									
혼합지역	15~25명	65~80명	5~10명	전수관리 (200명)	300명																																																																																																																																																																									
외래관리 지역	5~15명	75~90명	5~10명	전수관리 (200명)	300명																																																																																																																																																																									
구 분	(A) 장기입원자	(B) 다빈도 외래이용자	(C) 연중관리 대상자	신규수급자	총계																																																																																																																																																																									
외래관리 지역	5~15명	75~90명	5~10명	전수관리 (200명)	300명																																																																																																																																																																									
입원관리 지역	30~40명	50~65명	5~10명	전수관리 (200명)	300명																																																																																																																																																																									
혼합지역	15~25명	65~80명	5~10명	전수관리 (200명)	300명																																																																																																																																																																									
대 상	1분기			2분기			3분기			4분기			연간 합계																																																																																																																																																																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																																																																																																																																																		
장기 입원자	0~3	0~3	1~4	0~3	0~3	1~4	0~3	1~3	1~4	1~4	0~3	0~3	5~40																																																																																																																																																																	
고 위험군	2~7	3~7	3~8	5~8	5~8	5~8	5~8	5~7	5~8	4~7	4~7	4~7	50~90																																																																																																																																																																	
집중 관리군	1~3	2~3	2~4	연중 관리									5~10																																																																																																																																																																	
소계	8	9	11	8	8	9	8	8	9	8	7	7	100																																																																																																																																																																	
계	28			25			25			22																																																																																																																																																																				
신규 수급권자	매월 선정된 전체 대상자												200																																																																																																																																																																	
총 계	300																																																																																																																																																																													

주요 개정사항

쪽	현 행	개 정																																																																
311	4 사례관리 수행횟수 대상자별 사례관리 기간 및 목표관리 횟수에 의거 연간 업무량 설정 【대상자별 사례관리 기간 및 목표관리 횟수】 <table> <tr> <th rowspan="2">분 류</th><th rowspan="2">사례관리 기간</th><th colspan="4">목표관리 횟수</th></tr> <tr> <th>방문</th><th>전화</th><th>서신</th><th>집합교육</th></tr> <tr> <td>장기입원자</td><td>6개월</td><td>2회 이상</td><td>6회 이상</td><td rowspan="2">수시</td><td rowspan="2">-</td></tr> <tr> <td>고위험군</td><td>3개월</td><td>2회 이상</td><td>4회 이상</td></tr> <tr> <td>집중관리군</td><td>연중관리 (12월 종결)</td><td colspan="4">고위험군 수행서비스 기준 이상</td></tr> <tr> <td>신규 수급권자 (전체)</td><td>1개월</td><td>1회*</td><td>필요시 전화</td><td>1회 이상</td><td>반기별 1회 이상</td></tr> </table> * 사례관리 대상자인 신규 수급자의 5% (예시) 연간 신규 수급자가 200명인 경우 10명 방문	분 류	사례관리 기간	목표관리 횟수				방문	전화	서신	집합교육	장기입원자	6개월	2회 이상	6회 이상	수시	-	고위험군	3개월	2회 이상	4회 이상	집중관리군	연중관리 (12월 종결)	고위험군 수행서비스 기준 이상				신규 수급권자 (전체)	1개월	1회*	필요시 전화	1회 이상	반기별 1회 이상	4 사례관리 수행기준 대상자별 사례관리 기간 및 목표관리 횟수에 의거 연간 업무량 설정 【대상자별 사례관리 기간 및 목표관리 횟수】 <table> <tr> <th rowspan="2">대 상</th><th rowspan="2">사례관리 기간</th><th colspan="4">목표관리 횟수</th></tr> <tr> <th>방문</th><th>전화</th><th>서신</th><th>교육</th></tr> <tr> <td>장기입원자</td><td>6개월</td><td>2회 이상</td><td>6회 이상</td><td rowspan="2">수시</td><td rowspan="2">-</td></tr> <tr> <td>다빈도 외래 이용자</td><td>3개월</td><td>2회 이상</td><td>4회 이상</td></tr> <tr> <td>연중관리 대상자</td><td>연중관리</td><td colspan="4">고위험군 수행서비스 기준 이상</td></tr> <tr> <td>신규 수급자 (전체)</td><td>1개월</td><td>1회*</td><td>필요시 전화</td><td>1회 이상</td><td>수시</td></tr> </table> * 사례관리 대상자인 신규 수급자의 5% (예시) 연간 신규 수급자가 200명인 경우 10명 방문	대 상	사례관리 기간	목표관리 횟수				방문	전화	서신	교육	장기입원자	6개월	2회 이상	6회 이상	수시	-	다빈도 외래 이용자	3개월	2회 이상	4회 이상	연중관리 대상자	연중관리	고위험군 수행서비스 기준 이상				신규 수급자 (전체)	1개월	1회*	필요시 전화	1회 이상	수시
분 류	사례관리 기간			목표관리 횟수																																																														
		방문	전화	서신	집합교육																																																													
장기입원자	6개월	2회 이상	6회 이상	수시	-																																																													
고위험군	3개월	2회 이상	4회 이상																																																															
집중관리군	연중관리 (12월 종결)	고위험군 수행서비스 기준 이상																																																																
신규 수급권자 (전체)	1개월	1회*	필요시 전화	1회 이상	반기별 1회 이상																																																													
대 상	사례관리 기간	목표관리 횟수																																																																
		방문	전화	서신	교육																																																													
장기입원자	6개월	2회 이상	6회 이상	수시	-																																																													
다빈도 외래 이용자	3개월	2회 이상	4회 이상																																																															
연중관리 대상자	연중관리	고위험군 수행서비스 기준 이상																																																																
신규 수급자 (전체)	1개월	1회*	필요시 전화	1회 이상	수시																																																													
312	신설	5 사례검토 회의 사례관리 대상자로 복합적인 문제를 보유하고 있거나 다른 사업(부서)과의 연계 및 협력이 필요한 경우 대내외 담당자들과 의견 공유, 논의, 다각적인 수행 활동 등을 통해 수급자의 건강 삶의 질 향상 도모 * 통합사례관리사업, 방문건강관리사업, 정신건강 사업, 자활, 드림스타트, 노인맞춤돌봄서비스 등																																																																
312	IV. 의료급여사례관리 수행 ※ 의료급여사례관리 수행 절차 등 세부사항은 「2020 의료급여사례관리 업무매뉴얼」 참고 1 신규 의료급여수급자 사례관리 가. 정의 - 의료급여법 제3조에 의하여 의료급여수급권을 최초로 취득한 자로서 1개월 이내인 자 또는 재취득자 관리 나. 목적 - 의료급여수급권을 처음 취득한 수급자를 대상으로 초기에 의료급여제도 및 적정 의료이용에 대한 안내·상담을 통해 예방적 측면의 건강관리 지원	IV. 의료급여사례관리 수행 ※ 의료급여사례관리 수행 절차 등 세부사항은 「2020 의료급여사례관리 업무매뉴얼」 참고 1 신규 의료급여수급자 사례관리 가. 정의 - 의료급여법 제3조에 의하여 신규 의료급여수급권자로 선정된 전체 대상자에게 의료급여제도 안내, 의료이용 정보제공, 건강상담 등을 수행하는 일련의 과정 나. 목적 - 의료급여수급권을 처음 취득한 수급자를 대상으로 예방적 측면의 건강관리 지원 및 적정 의료이용 유도를 통하여 건강 삶의 질 향상과 재정 안정화 기여																																																																

쪽

현행

개정

312
~
313

다. 관리기준

(1) 관리대상 : 신규의료급여수급자로 선정된 전체 대상자

(2) 관리기간 : 1개월

(3) 수행방법 : 서신발송, 전화, 교육, 방문

(4) 관리횟수 : 서신발송(1회 이상), 전화(필요시), 집합교육(반기별 1회 이상), 방문(1회)*

* 사례관리 대상자인 신규 수급자의 5% (예시) 연간 신규 수급자가 200명인 경우 10명 방문

※ 교육 : 보장기관 특성 고려하여 진행하되, 개최 시 ‘교육’ 용어 사용(명시)을 지양할 것

예) 의료급여바로알기, 의료급여제도 안내 및 건강강좌 등

대 상	교육 횟수	교육 방법	내 용
신규 의료 급여 수급자 전체	반기별 1회 이상	※ 아래의 교육방법 중 선택 · 집합교육/동별 순회 교육 · 소그룹 교육 · 개별교육(1:1 방문교육)	· 의료급여제도 · 자가 건강관리 (건강 검진·암검진 안내 및 독려) · 보건복지 서비스 이용

신설

다. 관리기준

(1) 관리대상 : 의료급여수급권을 최초로 취득한 자로서 1개월 이내인 자 또는 재 취득자

(2) 관리기간 및 서비스 수행기준

대상	사례 관리 기간	목표관리 횟수			
		방문*	전화	서신	교육
신규 의료 급여 수급자	1개월	1회	필요시	1회 이상	※ 아래의 교육방법 중 선택 · 집합교육/읍면동 순회 교육 · 소그룹 교육 · 개별교육(1:1 방문 교육)

* 방문 대상 : 신규 의료급여수급자 중 1종 수급자, 복합만성 질환 보유자, 독거노인, 65세 이상자 등 우선순위 대상자로 과소 또는 다빈도 의료이용이 의심되는 자

※ 교육 : 보장기관 특성 고려하여 진행하되, 개최 시 ‘교육’ 용어 사용(명시)을 지양할 것

예) 의료급여바로알기, 의료급여제도 안내 및 건강강좌 등

라. 수행절차

대상자 선정

↓

계획 수립

↓

수행

↓

종결

- 신규 의료급여수급자 전체 명단 확보
 - 보장기관 자격관리 담당자로부터 신규 책정자 명단 확보
 - 행복e음 시스템을 통해 명단 조회
- 확보한 명단을 활용하여 관리기준에 맞게 대상자 선정

- 지역특성, 관리 인원 등을 고려하여 관리계획 수립
 - 서신발송 계획, 방문계획 수립
 - 신규 수급자 대상 교육실시 계획 수립
 - 타기관(보건소, 치매안심센터, 행복나눔재단 등)과 연계방안 등

- 다양한 관리방법을 통해 제도, 서비스 이용방법 등 안내 및 상담
 - 의료급여제도 안내문 등 서신 발송
 - 전화 또는 방문을 통한 제도 및 건강관리방법 등 안내
 - 교육(집합/읍면동, 소그룹, 개별 등) 실시
 - 필요시 자원연계

- 목표관리 횟수가 끝나고 사례관리 기간(1개월) 도래 시 종결

※ 종결 후 계속 관리

- 종결 후 지속적인 관리가 필요한 경우 모니터링 실시
- EBDM시스템을 통해 질병 대비 다빈도 의료이용자로 의심 또는 확인된 경우 적정 대상으로 분류하여 사례관리 실시

주요 개정사항

쪽	현 행	개 정																										
314	2 고위험군 사례관리 가. 정의 - 외래진료를 이용하는 의료급여수급자 중에 다빈도 의료이용 행태를 보이는 대상자를 선정하여 제도 안내, 의료이용 정보제공, 건강상담, 자원연계 등을 수행하는 일련의 과정 나. 목적 - 질병대비 다빈도의료이용자를 대상으로 자가 건강 관리능력 향상, 합리적 의료 이용 유도, 지지체계 구축을 통하여 건강 삶의 질 향상과 재정 안정화 기여 다. 관리기준 (1) 관리대상 : 질병대비 다빈도 이용자로 의료쇼핑, 약물과다, 중복처방 등 비합리적 의료이용이 의심되는 대상자 ※ 일회용점안제·물리치료 등 과다처방·진료가 우려되는 의약품·행위(과다이용자)에 대한 사례관리 실시 <table> <tr> <th>대 상</th><th>사례관리 기준</th><th>통보시기</th><th>실적보고</th></tr> <tr> <td>일회용 점안제</td><td>6개월 누적 조제사용량 1,800관 이상</td><td rowspan="2">4월 / 10월 6월 / 12월</td><td rowspan="2"></td></tr> <tr> <td>물리치료</td><td>6개월 누적 명세건수 150건 이상</td></tr> </table> * (세부사항은 「2020 의료급여사례관리 업무 매뉴얼」 참고)	대 상	사례관리 기준	통보시기	실적보고	일회용 점안제	6개월 누적 조제사용량 1,800관 이상	4월 / 10월 6월 / 12월		물리치료	6개월 누적 명세건수 150건 이상	2 다빈도 외래이용자 사례관리 가. 정의 - 외래진료를 이용하는 의료급여수급자 중에 다빈도 의료이용 행태를 보이는 대상자를 선정하여 제도 안내, 의료이용 정보제공, 건강상담, 자원연계 등을 수행하는 일련의 과정 나. 목적 - 질병 대비 다빈도 외래 의료이용자를 대상으로 자가 건강관리능력 향상, 합리적 의료이용 유도, 지지체계 구축을 통하여 건강 삶의 질 향상과 재정 안정화 기여 다. 관리기준 (1) 관리대상 : 질병 대비 다빈도 외래 의료이용자로 동일상병에 대해 여러 의료기관 방문, 약물중복처방 등 비합리적 의료이용이 의심되는 대상자 ※ 일회용점안제·물리치료 등 과다처방·진료가 우려되는 의약품·행위(과다이용자)에 대한 사례관리 실시 <table> <tr> <th>대 상</th><th>대상자 통보기준</th><th>통보시기</th><th>실적보고</th></tr> <tr> <td rowspan="2">다빈도 외래이용자</td><td>12개월 총 급여일수 700일 이상</td><td>3월</td><td rowspan="2">-</td></tr> <tr> <td>6개월 총 급여일수 350일 이상</td><td>9월</td></tr> <tr> <td>일회용 점안제 이용자</td><td>6개월 누적 조제사용량 1,800관 이상</td><td rowspan="2">4월 / 10월 6월 / 12월</td><td rowspan="2"></td></tr> <tr> <td>물리치료 이용자</td><td>6개월 누적 명세건수 150건 이상</td></tr> </table> ※ 다빈도 외래이용자 명단에 우선순위* 포함하여 EBDW로 통보 * 보장기관별 대상자의 입내원일수, 급여일수, 이용 의료기관 수, 진료비에 대해 내림차순으로 정리, 항목별 순위를 매긴 후 각 순위의 합 즉 총점이 가장 적은 대상자를 우선순위 1위로 설정 ※ 보장기관 자체 발굴자 관리 가능 - 다빈도 외래이용자 통보명단에 미 포함된 급여일수 연장 승인 신청자, 공공부문 사례관리로부터 의뢰 받은 자, 전입 수급자 등 중에서 질병 대비 다빈도 의료이용으로 사례관리가 필요하다고 판단한 대상자	대 상	대상자 통보기준	통보시기	실적보고	다빈도 외래이용자	12개월 총 급여일수 700일 이상	3월	-	6개월 총 급여일수 350일 이상	9월	일회용 점안제 이용자	6개월 누적 조제사용량 1,800관 이상	4월 / 10월 6월 / 12월		물리치료 이용자	6개월 누적 명세건수 150건 이상
대 상	사례관리 기준	통보시기	실적보고																									
일회용 점안제	6개월 누적 조제사용량 1,800관 이상	4월 / 10월 6월 / 12월																										
물리치료	6개월 누적 명세건수 150건 이상																											
대 상	대상자 통보기준	통보시기	실적보고																									
다빈도 외래이용자	12개월 총 급여일수 700일 이상	3월	-																									
	6개월 총 급여일수 350일 이상	9월																										
일회용 점안제 이용자	6개월 누적 조제사용량 1,800관 이상	4월 / 10월 6월 / 12월																										
물리치료 이용자	6개월 누적 명세건수 150건 이상																											

315

쪽	현 행	개 정																										
	(2) 관리기간 및 서비스 수행기준 【고위험군 사례관리 기간 및 목표관리 횟수】 <table><tr><th rowspan="2">관리군</th><th rowspan="2">사례관리 기간</th><th colspan="3">목표 관리 횟수</th></tr><tr><th>방문</th><th>전화</th><th>서신</th></tr><tr><td>고위험군</td><td>3개월</td><td>2회 이상</td><td>4회 이상</td><td>수시</td></tr></table> ※ 신변에 위험이 예측되는 대상자를 가정방문 상담할 경우 개인의 신변보호에 각별히 유념 (사회복무요원 동행 등 2인 이상 방문) 신설	관리군	사례관리 기간	목표 관리 횟수			방문	전화	서신	고위험군	3개월	2회 이상	4회 이상	수시	(2) 관리기간 및 서비스 수행기준 <table><tr><th rowspan="2">대 상</th><th rowspan="2">사례관리 기간</th><th colspan="3">목표 관리 횟수</th></tr><tr><th>방문</th><th>전화</th><th>서신</th></tr><tr><td>다빈도 외래이용자</td><td>3개월</td><td>2회 이상</td><td>4회 이상</td><td>수시</td></tr></table> ※ 신변에 위험이 예측되는 대상자를 가정방문 상담할 경우 개인의 신변보호에 각별히 유념 (사회복무요원 동행 등 2인 이상 방문) 라. 수행절차 대상자 선정 • 질환, 의료이용 형태, 사례관리 이력 등을 확인하여 비합리적 의료이용이 의심 되는 대상자 선정 - 다빈도 외래이용자(EBDW시스템), 일회용 점안제·물리치료 이용자(문서), 동일성분의약품 중복투약자(EBDW시스템) 등 통보명단 활용 ※ 대상자 기초정보 확인(행복e음 원스크린), 진료내역조회(EBDW시스템) - 보장기관 자체 발굴자 요구 사정 • 「요구사정 측정기준표」, 「요구 성과지표」를 활용하여 대상자 요구사정(사전평가) • 요구 사정한 항목을 문제 영역에 따라 요구진단 목표 설정 및 계획 수립 • 요구 진단에 맞춰 목표 설정 • 연간 목표관리 인원 수, 관리기준 등을 고려하여 수행 가능한 활동 위주로 구체적인 관리계획 수립 수 행 • 대상자의 전반적인 건강관리, 합리적 의료이용 등 정보 제공 및 모니터링 실시 - 다빈도 외래이용자로 선정한 사유, 제도 및 사례관리 사업 등 안내 - 올바른 약물 복용법, 질환관리 및 생활습관 관리 등 건강상담 - 적정 의료이용 유도 및 참여 독려 - 필요시 자원연계 ※ [서식] 자원연계 의뢰서, 공공·민간 서비스 연계를 위한 개인정보 제3자 제공 동의서 평가 및 종결 • 아래 내용에 해당하는 경우 - 대상자의 사망, 전출, 수급 중지 등으로 인해 사례관리가 어려운 경우 - 의료급여관리사의 질병·부상, 출산·육아, 퇴직 등 사유가 발생한 경우 - 적극적인 수행에도 의료이용 형태 변화 가능성이 없다고 판단한 경우 「요구 성과지표」 활용하여 변화 상태 확인 (사후평가) • 사례관리 기간과 목표관리 횟수를 모두 채우지 못하였지만 종결기준*에 부합한 경우 * 종결기준: 「대상자 요구 성과지표」 및 종결기준, 참조 • 목표관리 횟수가 끝나고 사례관리 기간(3개월)이 도래한 경우 중도 종결 조기 종결 일반 종결	대 상	사례관리 기간	목표 관리 횟수			방문	전화	서신	다빈도 외래이용자	3개월	2회 이상	4회 이상	수시
관리군	사례관리 기간			목표 관리 횟수																								
		방문	전화	서신																								
고위험군	3개월	2회 이상	4회 이상	수시																								
대 상	사례관리 기간	목표 관리 횟수																										
		방문	전화	서신																								
다빈도 외래이용자	3개월	2회 이상	4회 이상	수시																								

주요 개정사항

쪽	현 행	개 정
323	3 장기입원 사례관리 가. 정의 - 입원진료를 이용하는 의료급여수급자 중에 외래진료가 가능한 대상자를 선정하여 제도안내, 의료이용 정보제공, 건강상담, 자원연계 등을 수행하는 일련의 과정 나. 목적 신설 - 치료목적이 아닌 입원의 경우 외래이용 전환, 재가서비스 또는 시설 입소 등 자원 연계를 통하여 수급자의 자가 건강관리능력 향상 - 질병대비 불필요한 입원을 방지하여 적정의료이용도모 및 재정안정화 기여 다. 관리기준 (1) 관리대상 : 장기입원 또는 부적정 입원자와 부적정 입원자가 있는 의료급여기관 및 사회복지시설을 포함하여 통합적으로 관리 ※ 시·도와 시·군·구간 관리 대상자가 중복되지 않도록 수행 전 반드시 대상자 공유	3 장기입원자 사례관리 가. 정의 - 입원진료를 이용하는 의료급여수급자 중에 외래진료가 가능한 대상자를 선정하여 제도안내, 의료이용 정보제공, 건강상담, 자원연계 등을 수행하는 일련의 과정 나. 목적 - 입원자의 건강상태를 파악하고 필요한 제도 안내 및 상담을 통하여 적정 의료이용 유도 - 치료목적이 아닌 입원자를 대상으로 외래진료 전환 안내 및 재가 서비스, 시설 입소 등 연계를 통하여 지역사회로 복귀 유도 - 질병 대비 불필요한 장기 입원을 예방하여 재정 안정화에 기여 다. 관리기준 (1) 관리대상 : 장기입원자, 입원관리 대상자, 해당 입원자가 있는 의료급여기관 및 사회복지시설 ※ 시·도와 시·군·구간 관리 대상자가 중복되지 않도록 수행 전 반드시 대상자 공유 - 장기입원자 - 동일상병으로 1회당 31일 이상 입원한 의료급여수급자 - 입원관리 대상자 1일 이상 반복 입·퇴원한 입원자 - 숙식 목적으로 입원한 자 - 통원진료가 가능함에도 여러 병원을 옮겨 다니며 입원한 자 - 입원 시 가족이 불필요하게 동반 입원한 자 - 장기입원자 또는 입원관리 대상자가 있는 의료급여기관 및 사회복지시설 - 의료급여기관 : 입원실이 있는 정신건강의학과 의원을 포함하여 관내 전체 의료급여기관 - 사회복지시설 : 국민기초생활보장법 제32조에서 정하는 보장시설 전체

쪽	현 행	개 정																			
	(2) 관리기간 및 서비스 수행기준 <table> <tr> <th>대 상</th><th>사례관리 기간</th><th>목표 관리 횟수</th></tr> <tr> <td> ○ 장기입원자 - 동일상병으로 1회당 31일 이상 입원한 의료급여수급자 ○ 부정적입원자 - 1일 이상 반복 입·퇴원자 - 숙식목적으로 입원하는 자 - 통원진료가 가능함에도 여러 병원을 옮겨 다니며 장기입원 하는 자 - 입원 시 가족이 불필요하게 입원하는 자 ○ 장기입원자 또는 부정적입원자가 있는 의료급여기관 및 사회복지시설 포함 </td><td>6개월</td><td>방문 2회, 전화 6회, 서신 수시</td></tr> </table> 신설	대 상	사례관리 기간	목표 관리 횟수	○ 장기입원자 - 동일상병으로 1회당 31일 이상 입원한 의료급여수급자 ○ 부정적입원자 - 1일 이상 반복 입·퇴원자 - 숙식목적으로 입원하는 자 - 통원진료가 가능함에도 여러 병원을 옮겨 다니며 장기입원 하는 자 - 입원 시 가족이 불필요하게 입원하는 자 ○ 장기입원자 또는 부정적입원자가 있는 의료급여기관 및 사회복지시설 포함	6개월	방문 2회, 전화 6회, 서신 수시	(2) 관리기간 및 서비스 수행기준 <table> <tr> <th rowspan="2">대 상</th><th rowspan="2">사례관리 기 간</th><th colspan="3">목표관리 횟수</th></tr> <tr> <th>방문</th><th>전화</th><th>서신</th></tr> <tr> <td>장기입원자</td><td>6개월</td><td>2회 이상</td><td>6회 이상</td><td>수시</td></tr> </table> 라. 수행절차 대상자 선정 • 대상자 명단 확보 - EBDW시스템 명단조회 ※ 경로 : EBDW > 사례관리 > 사례관리 > 입원자 명단 조회(실시간) - 의료급여기관, 사회복지시설로부터 받은 장기입원자 현황 자료 활용 ※ 의료급여수급자 (장기)입원내역 요청(의료급여기관용, 사회복지시설용) 서식 참고 ※ 자료요청 및 개인정보 처리에 관한 근거 : 의료급여법 제5조의2, 제32조2, 동법 시행령 제21조 - 사·도 입원자 사례관리 종결자 중 계속관리가 필요한 대상자 • 질병 대비 장기 또는 다빈도 입원이 의심되는 대상자 선정 - 대상자 기본정보(원스크린), 노인장기요양보험등급, 복지서비스, 요양병원 환자분류군, 진료내역 등 세부내역 확인 • 장기입원자 또는 입원관리 대상자가 다수인 기관 선정 요구 사정 • 「장기입원 사례관리 대상자 요구 사정 측정기준표」, 「요구 성과지표」를 활용하여 요구 사정(사전 평가) • 요구 사정한 항목을 문제 영역에 따라 요구진단 • 「장기입원 의료급여수급자 퇴원사정도구」(서식) 참고하여 퇴원 가능여부 파악 목표 설정및 계획 수립 • 요구 진단에 맞춰 목표 설정 • 입원자를 포함하여 해당 의료급여기관 및 사회복지시설에 대해 요구 진단별 수행 가능한 구체적인 계획 수립	대 상	사례관리 기 간	목표관리 횟수			방문	전화	서신	장기입원자	6개월	2회 이상	6회 이상	수시
대 상	사례관리 기간	목표 관리 횟수																			
○ 장기입원자 - 동일상병으로 1회당 31일 이상 입원한 의료급여수급자 ○ 부정적입원자 - 1일 이상 반복 입·퇴원자 - 숙식목적으로 입원하는 자 - 통원진료가 가능함에도 여러 병원을 옮겨 다니며 장기입원 하는 자 - 입원 시 가족이 불필요하게 입원하는 자 ○ 장기입원자 또는 부정적입원자가 있는 의료급여기관 및 사회복지시설 포함	6개월	방문 2회, 전화 6회, 서신 수시																			
대 상	사례관리 기 간	목표관리 횟수																			
		방문	전화	서신																	
장기입원자	6개월	2회 이상	6회 이상	수시																	

| 323 > 324 | | |

323
}
324

주요 개정사항

쪽

현행

개 정

324

수행	- 대상별 관리계획에 따라 사례관리 수행 - 장기입원자 : 입원 사유, 건강상태 등 확인하고 요구 서비스 등 파악·연계 후 퇴원 유도하거나 제도, 적정 의료이용 등 안내 ※ 의료인 면담, 진료기록지 열람 등 활용하여 구체적인 내용 파악 - 의료급여기관(또는 시설) : 담당자 교육 및 사례관리 협조 요청, 모니터링 등 ※ 간담회, 방문 등 - 장기입원 사례관리 - 심사 연계 : 수급자 측 사유 외 의료급여 기관의 협조가 안 되어 퇴원이 어려운 경우 심평원에 심사연계	
	- 아래 사항에 해당하는 경우 - 대상자의 사망, 전출, 수급 중지 등으로 인해 사례 관리가 어려운 경우 - 의료급여관리사의 질병·부상, 출산·육아, 퇴직 등 사유가 발생한 경우 - 적극적인 수행에도 의료이용 행태 변화 가능성이 없는 경우	중도 종결
평가 및 종결	「요구 성과 지표」 활용하여 변화 상태 확인 (사후 평가)	
	- 사례관리 도중 퇴원한 경우 ※ 미해당 : 퇴원 당일 타 의료기관으로 전원 ※ 퇴원 후 돌봄 제공자 유무, 거주지 유무 등 확인, 적절한 조치, 재입원 감소를 위한 예방교육 및 안내 예) 규칙적인 약 복용, 낙상 주의 등 - 목표 관리 횟수가 끝나고 사례관리 기간(6개월)이 도래한 경우	조기 종결 일반 종결

※ 종결 후 계속 관리가 필요한 경우 1개월 모니터링 후 재개입 가능하나 가급적 연내 중복관리 지양(연내 재개입할 경우 재개입 사유 등 작성)

※ 관외입원자 경우 해당 도청에 관리의뢰 가능, 단 소속 시·군청과 의료기관 소재 시·군·구청간의 편도거리 50km를 초과한 의료기관에 입원자로 관리가 필요하다고 판단한 대상자를 의뢰서(서식) 작성 후 도청에 의뢰

시·도 의료급여 입원자 사례관리														
1. 관리대상														
- 요양병원 신규 입원자, 관외* 요양병원 입원자 * 관외 기준 : 주소지와 입원 의료기관 소재지가 시·도 기준으로 다른 경우														
2. 수행주체 별 1인당 연간 목표관리 대상자 수														
수행지역 : 17개 시·도 (단위 : 월, 명)														
대 상	수행 주체	1분기			2분기			3분기			4분기			계
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
요양 병원 신규 입원자	시·도 의료 급여 관리사	10~1	10~1	10~1	10~1	10~1	10~1	10~1	10~1	10~1	10~1	10~1	10~1	120~180
관외 입원자	관외 전담 의료 급여 관리사	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	96

※ 관외 전담 의료급여관리사가 미채용 된 지역은 시·도 의료급여관리사가 수행

쪽

현행

개정

330

3. 관리기간 및 서비스 수행기준

구분	사례관리 기간	목표관리 횟수		
		방문	전화	서신
요양병원 신규 입원자	1개월	1회 이상	필요 시	필요 시
관외 입원자	6개월	2회 이상	4회 이상	수시

4. 수행절차

대상자 선정

- 대상자 명단 확보
 - EBOW시스템 명단조회 활용(매월 초 조회 가능, 조회시점 기준 10일 이내 개입)
 - ※ 경로 : EBOW > 사례관리 > 사례관리 > 요양병원 신규입원자 명단 조회 / 관외 입원자 명단 조회
 - 시·군에서 관리 의뢰받은 관외 입원자
- 우선 선정 대상 : 환자평가결과선택입원군 또는 의학적 처치가 불필요한 입원 등으로 확인 또는 의심되는 대상자
- 행동·임원스키린, EBOW 활용하여 세부정보 확인 후 대상자 선정
 - ※ 시·도 : 선정된 대상자를 해당 시·군·구에 명단 공유하여 중복관리 최소화, 단 관리인원이 부족한 경우 전월 대상자, 요양병원 외 입원자 선정·관리

요구 사정

- 「장기입원 사례관리 대상자 요구 사정 측정기준표」, 「요구 성과지표」를 활용하여 요구 사정(사전 평가)
- 요구 사정한 항목을 문제 영역에 따라 요구진다
- 장기입원 의료급여수급자 퇴원사정도구(서식) 참고하여 퇴원 가능성 여부 파악
- 필요시 시·군·구에 자료요청

목표 설정 및 계획 수립

- 사정 영역에 의거, 요구 진단에 맞는 목표 및 수행 가능한 구체적인 계획 수립

수행

- 계획수립에 따라 사례관리 수행
 - 입원 사유, 건강상태 등 확인
 - 요구 서비스 등 파악·연계 후 퇴원 유도하거나 제도, 적정 의료이용 등 안내
 - ※ 의료인 면담, 진료기록지 열람 등을 활용하여 구체적인 내용 파악
 - ※ 필요시 담당 공무원 또는 대상자 주소지 시·군·구 의료급여관리사에게 방문동행 요청
- 장기입원 사례관리 - 심사 연계 : 수급자 측 사유 외 의료급여기관의 협조가 안 되어 퇴원이 어려운 경우 심평원에 심사연계

평가 및 종결

- 아래 사항에 해당하는 경우
 - 대상자의 사망, 전출, 수급 중지 등으로 인해 사례관리가 어려운 경우
 - 의료급여관리사의 질병·부상, 출산·육아, 퇴직 등 사유가 발생한 경우
 - 적극적인 수행에도 의료이용 행태 변화 가능성이 없는 경우

- 「요구 성과 지표」 활용하여 변화 상태 확인 (사후 평가)

- 사례관리 도중 퇴원한 경우
 - ※ 미해당 : 퇴원 당일 타 의료기관으로 전원, 시·도 내 전원
 - ※ 퇴원 후 돌봄 제공자 유무, 거주지 유무 등 확인, 재입원 감소를 위한 예방교육 및 안내(규칙적인 식사, 약 복용, 낙상 주의 등)
- 목표관리 횟수가 끝나고 사례관리 기간(3개월)이 도래한 경우

중도 종결

조기 종결

일반 종결

※ 사례관리 종결 후 계속 관리가 필요한 경우 관할 시·군·구에 명단 송부

주요 개정사항

쪽	현 행	개 정
331	라. 장기입원사례관리-심사연계 (1) (목적) 장기입원 사례관리 사업의 건강보험심사평가원 심사 연계를 통해 보다 체계적으로 관리하는 등 사업의 효과성 증대 (2) (연계대상) 장기입원 사례관리 중 수급권자 측면의 사유 외에 의료급여기관의 협조가 안 되어 퇴원이 어려운 대상자 등 (3) (연계방법) 시·군·구는 의뢰서식에 의거 의료급여기관 기호, 주민등록번호 등을 정확하게 기재 후 매월 23일까지 시·도에 제출, 시·도는 한 개의 파일로 취합하여 건강보험심사평가원 본원 의료급여실로 매월 25일까지 제출 ※ 연계대상 명단에 대한 심사평가원의 관리계획 공유	마. 장기입원사례관리-심사 연계 (1) 목적 : 장기입원 사례관리 사업의 건강보험심사평가원 심사 연계를 통해 보다 체계적으로 관리하는 등 사업의 효과성 증대 (2) 연계대상 : 장기입원 사례관리 중 수급자 측면의 사유 외에 의료급여기관의 협조가 안 되어 퇴원이 어려운 대상자 등 (3) 연계방법 : 시·군·구는 의뢰서식에 의거 의료급여기관 기호, 주민등록번호 등을 정확하게 기재 후 매월 23일까지 시·도에 제출, 시·도는 한 개의 파일로 취합하여 건강보험심사평가원 본원 의료급여실로 매월 25일까지 제출 ※ 연계대상 명단에 대한 심사평가원의 관리계획 공유 ※ 장기입원 사례관리-심사연계 기간 : 건강보험심사평가원에 의뢰된 익월부터 1년
	마. 가시간병방문지원사업 연계 (1) (목적) 의료급여사례관리(신규군 제외)에 따라 퇴원하는 대상자의 지역사회 정착 지원 (2) (연계대상) 65세 미만의 사례관리 퇴원자 (3) (지원내용) 요양보호사 방문으로 신체수발, 가사 및 일상생활 지원(6개월, 월 40시간) (4) (연계방법) 대상자 선정 후 사회보장급여(사회서비스이용권) 신청서를 작성·첨부하여 공문을 통해 가시간병방문지원사업 담당부서에 제출 ※ 사회보장급여 신청서 서식 : 의료급여사례관리 업무매뉴얼 참고	바. 가시간병방문지원사업 연계 (1) 목적 : 의료급여사례관리(신규군 제외)에 따라 퇴원하는 대상자의 지역사회 정착 지원 (2) 연계대상 : 65세 미만의 사례관리 퇴원자 (3) 지원내용 : 요양보호사 방문으로 신체수발, 가사 및 일상생활 지원(1년, 월 40시간) (4) 연계방법 : 대상자 선정 후 사회보장급여(사회서비스이용권) 신청서를 작성·첨부하여 공문을 통해 가시간병방문지원사업 담당부서에 제출
332	4 집중관리군 사례관리 가. 정의 - 의료급여수급자 중 질병대비 불필요한 의료이용 또는 복합적 의료복지 문제를 가진 대상으로 단기간의 관리로는 의료이용 행태가 변화되지 않아 지속적인 관찰 및 상담 등을 수행하는 일련의 과정 나. 목적 - 복합적 의료복지 문제를 가진 대상자의 종합적 접근으로 건강 삶의 질 향상 도모 - 과다 의료이용 대상자에게 밀착 상담과 지속적인 관찰로 합리적 의료이용 유도	4 연중관리 대상자 사례관리 가. 정의 - 의료급여수급자 중 질병 대비 불필요한 의료이용 또는 복합적 의료복지 문제를 가진 대상으로 단기간의 관리로는 의료이용 행태가 변화되지 않아 지속적인 상담, 모니터링 등을 수행하는 일련의 과정 나. 목적 - 복합적 의료복지 문제를 가진 대상자의 종합적인 접근으로 건강 삶의 질 향상 도모 - 다빈도 의료이용 대상자에게 밀착 상담과 지속적인 모니터링을 통해 합리적 의료이용 유도

쪽	현행	개정
332 }	● 다양한 욕구를 가진 대상자의 적정 서비스 제공 다. 관리기준 (1) 관리대상 : 질병 대비 과다의료이용자로 단기간의 관리로는 의료이용 행태가 변화되지 않아 지속적인 관찰 및 상담이 필요한 대상자 ※ 사례관리 대상자 통보명단의 중 상위 30% 이내인 자 우선 관리 (2) 관리기간 : 연중관리(12월 중 종결) (3) 수행서비스 기준 : 대상자 특성에 따라 자율수행 하되 고위험군 목표관리 횟수 기준 이상 수행	● 다양한 욕구를 가진 대상자의 적정 서비스 제공 다. 관리기준 (1) 관리대상 : <u>다빈도 외래이용자 또는 장기입원자 등</u> <u>중에서</u> 단기간의 사례관리 수행보다는 <u>지속적인 상담, 모니터링 등이</u> 필요한 대상자 ※ <u>다빈도 외래이용자 통보명단에서</u> 상위 30% 이내인 자 우선 관리 (2) 관리기간 : 연중관리 ※ 1분기 내에 대상자 사례관리 시작(행복e음 등록 포함), ~12월20일까지 종결 (3) 서비스 수행기준 : 대상자 특성에 따라 자율수행 하되 <u>다빈도 외래이용자</u> 목표관리 횟수 기준 이상 수행 라. 수행절차 대상자 선정 • 다빈도 외래이용자 통보명단, 일회용 점안제·물리치료 이용자 명단, 장기입원자 명단 등 활용하여 대상자 선정 ※ 전년도 사례관리 종결자라도 연중관리 대상자로 선정 기준에 부합하면 다시 대상자로 선정 가능하나, 가급적 새로 진입한 대상자를 우선 관리할 것 <연중관리 대상자 선정기준> - 대상자 통보명단 우선순위 상위 30% 이내 대상자 중 질병 대비 다빈도 외래 의료이용자 - 대상자 통보명단 우선순위 상위 30% 초과 대상자 중 질병 대비 다빈도 외래 의료이용자 - 대상자 통보명단 외 대상자 중 질병 대비 다빈도 외래 의료이용자 - 전산시스템을 통해 발췌한 장기입원자 또는 입원관리 대상자 - 의료기관 현황조사, 의뢰 등을 통해 발췌한 장기입원자 또는 입원관리 입원자 요구 사항 • 행복e음, EBDW시스템을 통해 기초조사 및 건강상태, 의료 이용 행태, 요구자원 등 파악 • 건강 삶의 질 측정도구(EQ-5D)를 활용하여 요구사정 (사전평가) (운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편감, 불안/우울) 목표 설정 및 계획 수립 • 복합적인 의료복지 문제해결을 위한 전략적인 목표 설정 및 사례관리 계획 수립 - 구체적이고 측정 가능하며 현실적으로 시기적절하게 달성할 수 있는 목표로 설정 수행 • 관리계획 수립에 따라 주요문제, 우선순위 등을 고려하여 단계적으로 수행 - 전화, 방문, 서신, 자원연계의 다양한 방법을 통한

주요 개정사항

쪽	현 행	개 정
		평가 및 종결 대상자의 생활습관 관리, 의료이용 행태, 적정 의료이용 유도 등 안내 및 모니터링 • 아래 내용에 해당하는 경우 - 대상자의 사망, 전출, 수급종지 등으로 인해 사례 관리가 어려운 경우 - 의료급여관리사의 질병·부상, 출산·육아, 퇴직 등 사유가 발생한 경우 중도 종결 • 평가를 통해 대상자의 문제 해결정도와 목표달성 여부 확인 • 건강 삶의 질 측정도구(EQ-5D)를 활용하여 평가 (사후평가) • 목표관리 횟수가 끝나고 사례관리 기간이 도래한 경우 12월 일괄 종결(시스템 종결기간 : 12월1 일~20일) 일반 종결 【참고】 목표 작성 예시 • 고혈압 질환으로 복용하는 약명, 용량, 용법, 부작용 등에 대해 알고 설명한다. • 무릎 통증 정도가 8점에서 4점으로 감소한다. (통증측정 도구 활용) • 한 달에 2번 보건소 심리치료 프로그램에 참여한다. • 3개월 내에 근골격계 질환으로 이용 의료기관 수를 7개 에서 2개로 감소한다. ※ 목표달성 여부 측정이 불가능한 경우, 목표 주체가 대상자가 아닌 경우, 하나의 문장 안에 두 개 이상의 목표를 설정하는 경우 등은 지양할 것
334	5 공공부문 사례관리와 연계 나. 연계대상 지속적인 관리 또는 서비스가 필요하여 개인정보 제3 자 제공에 동의한 대상자에 대해 각 사업별 관리기준 등을 확인한 후 연계 • 방문건강관리사업 : 질환의심군, 건강행태위험군 등 건강취약 대상자 * 건강행태위험군 : 흡연, 위험한 음주, 신체활동 부족 등 생활습관 관련 건강위험요인을 가진 자 • 정신건강사업 : 정신질환, 알코올 중독 등으로 전문적인 상담 및 관리가 필요하고 등록 관리에 동의한 대상자 - 중증정신질환관리사업 : 조현병(F00~F209),	5 공공부문 사례관리와 연계 나. 연계대상 지속적인 관리 또는 서비스가 필요하여 개인정보 제3자 제공에 동의한 대상자에 대해 각 사업별 관리기준 등을 확인한 후 연계 • 방문건강관리사업 : 질환의심군, 건강행태위험군 등 건강취약 대상자 * 건강행태위험군 : 흡연, 위험한 음주, 신체활동 부족 등 생활습관 관련 건강위험요인을 가진 자 • 중독사례관리사업, 정신건강사례관리사업 : 정신 질환, 알코올 중독 등으로 전문적인 상담 및 관리가 필요하고 등록 관리에 동의한 대상자

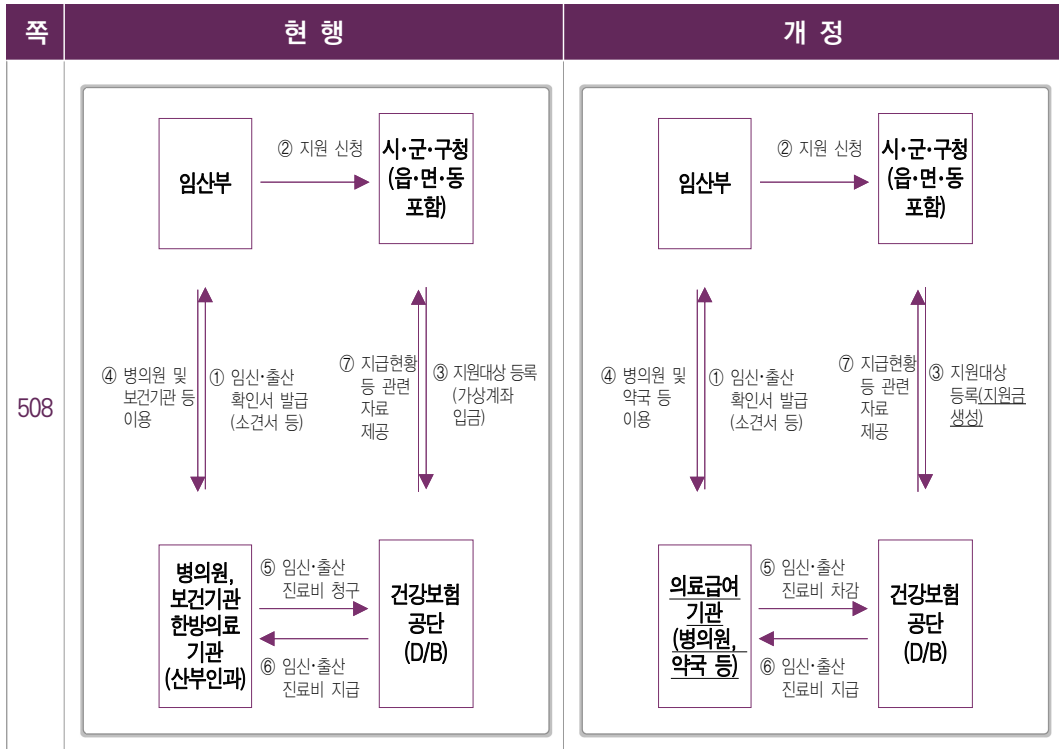
쪽	현 행	개 정
334 ~ 335	양극성 정동장애(F31~F319) – 중독관리사업 : 알코올(F10~F109) 및 기타 중독에 문제가 있는 대상자와 그 가족 ※ 연계 제외대상 : 알코올의 금단상태(F103, F104), 알코올 잔류 및 만기발병 정신병적 장애(F107) ● 통합사례관리사업 : 다양한(복지, 주거, 교육, 법률 등) 서비스가 필요한 대상자 ※ 명확하지 않은 것은 읍면동 찾아가는 복지팀으로 연계 ● 노인맞춤돌봄서비스 : 만 65세 이상 국민기초생활수급자, 차상위계층 또는 기초연금수급자로서 유사 중복사업* 자격에 해당되지 않는 자 ※ 유사중복사업 : 노인장기요양등급자, 가사간병방문 지원사업 이용자, 국가보훈처 보훈재가서비스 이용자, 장애인 활동지원 이용자 등 ● 자활사례관리 : 직업상담 및 알선, 자활 및 일자리 사업 등 지원 ● 드림스타트 : 만 12세 이하 아동 중 언어, 기초학습, 심리정서 등 복합적인 문제로 서비스 연계가 필요한 대상자 다. 연계방법 연계대상, 필요한 서비스 등에 대해 공공부문 사례관리와 연계하기 전 담당자와 상의 후 공문을 통해 연계요청 및 회신결과 확인 ● 「방문건강관리사업」 및 「정신건강사업」 – 연계주기 : 매월 1회 – 회신주기 : 매월(방문건강관리사업) / 분기 1회(정신건강사업) – 서식 : 자원연계 의뢰서 ※ 단, 개인정보보호법 제19조(개인정보를 제공 받은 자의 이용·제공 제한)에 따라 대상자의 정보가 요청한 서비스 제공 목적 외에 사용되지 않도록 할 것 ● 「통합사례관리사업」 – 의료급여사업 대상자 및 통합사례관리 대상자(사전 협의 후 협력 필요성이 있는 대상자)에 대해 합동 방문 및 다각적 관리 실시	● 통합사례관리사업 : 다양한(복지, 주거, 교육, 법률 등) 서비스가 필요한 대상자 ※ 명확하지 않은 것은 읍면동 찾아가는 복지팀으로 연계 ● 노인맞춤돌봄서비스 : 만 65세 이상 국민기초생활수급자, 차상위계층 또는 기초연금수급자로서 유사 중복사업* 자격에 해당되지 않는 자 ※ 유사중복사업 : 노인장기요양보험등급자, 가사간병방문지원사업 이용자, 국가보훈처 보훈재가복지서비스 이용자, 장애인 활동지원 이용자 등 ● 자활사례관리 : 직업상담 및 알선, 자활 및 일자리 사업 등 지원 ● 드림스타트 : 만 12세 이하 아동 중 언어, 기초학습, 심리정서 등 복합적인 문제로 서비스 연계가 필요한 대상자 다. 연계방법 연계대상, 필요한 서비스 등에 대해 공공부문 사례관리와 연계하기 전 담당자와 상의 후 공문을 통해 연계요청 및 회신결과 확인 ● <u>공공 및 민간 서비스 연계를 위한 개인정보 제3자 제공 동의서(서식) 작성</u> ● <u>자원연계 전 서비스 제공기관 담당자와 구비서류 목록 확인</u> ● <u>지역사회 내 민간 복지기관 및 단체와 연계하여 제공하는 서비스일 경우 자원연계 의뢰서 작성</u> ※ 단, 개인정보보호법 제19조(개인정보를 제공받은 자의 이용·제공 제한)에 따라 대상자의 정보가 요청한 서비스 제공 목적 외에 사용되지 않도록 할 것 ● 「통합사례관리사업」 – 의료급여사업 대상자 및 통합사례관리 대상자(사전 협의 후 협력 필요성이 있는 대상자)에 대해 합동 방문 및 다각적 관리 실시

주요 개정사항

쪽	현 행	개 정																						
제6편 의료급여 사후관리 및 권익구제																								
353	I. 부당이득 등의 확인 및 조사 1 보고 및 검사 가. 보장기관(시·군·구)의 현지조사 의뢰 세부기준 및 절차 ● 조사 의뢰처 - 보건복지부(문서), 건강보험심사평가원(문서 또는 홈페이지 「보장기관신고센터」)	I. 부당이득 등의 확인 및 조사 1 보고 및 검사 마. 보장기관(시·군·구)의 현지조사 의뢰 세부기준 및 절차 ● 조사 의뢰처 - 보건복지부(문서)와 건강보험심사평가원(문서 또는 홈페이지 「보장기관신고센터」) <u>동시의뢰</u>																						
374	(2) 건강보험가입자가 의료급여증을 사용한 경우 (소급상실) ● 진료 당시 의료급여 수급자로 처리하였으나, 실제 자격은 건강보험 가입자인 경우 ● 2002. 1 심사차수분부터 시·군·구에서 건강보험 공단지사에 지급청구 - (수급자) 양 제도간 본인부담금 차액 부당이득 취함 - (공단) 실제 부담하여야 할 공단부담금을 의료급여 예탁금에서 지급함 ⇒ 건강보험 재정에서 각 보장기관(시군구)으로 지급	(2) 건강보험가입자가 의료급여증을 사용한 경우 (소급상실) ● 진료 당시 의료급여 수급자로 처리하였으나, 실제 자격은 건강보험 가입자인 경우 ● 2002. 1 심사차수분부터 시·군·구에서 건강보험 공단지사에 지급청구 - <u>(수급자) 본인부담금 차액 부당이득 고지 제외</u> - (공단) 실제 부담하여야 할 공단부담금을 의료급여 예탁금에서 지급함 ⇒ 건강보험 재정에서 각 보장기관(시군구)으로 지급																						
375	2 진료비 및 본인부담금의 정산 나. 건강보험재정과 의료급여기금의 진료비 상호정산 (3) 정산액 산정방법(청구금액) <table border="1"> <thead> <tr> <th>구 분</th><th>완전적용</th><th>일부적용</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>입 원</td><td rowspan="2">기관부담금 전액</td><td>의료급여기관 또는 심사평가원에 구분 산정 의뢰</td></tr> <tr> <td>외 래</td><td>(기관부담금 ÷ 급여일수) × 건강보험 자격일수</td></tr> <tr> <td>약 국</td><td colspan="2">진료개시일이 속한 보험자가 전액 부담(투약일수 관계없음)</td></tr> </tbody> </table> 다. 본인부담금 정산(환급) (1) 개요	구 분	완전적용	일부적용	입 원	기관부담금 전액	의료급여기관 또는 심사평가원에 구분 산정 의뢰	외 래	(기관부담금 ÷ 급여일수) × 건강보험 자격일수	약 국	진료개시일이 속한 보험자가 전액 부담(투약일수 관계없음)		2 진료비 및 본인부담금의 정산 나. 건강보험재정과 의료급여기금의 진료비 상호정산 (3) 정산액 산정방법(청구금액) <table border="1"> <thead> <tr> <th>구 분</th><th>완전적용</th><th>일부적용</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>입 원</td><td rowspan="2">기관부담금 전액</td><td>의료급여기관 또는 심사평가원에 구분 산정 의뢰</td></tr> <tr> <td>외 래</td><td>(기관부담금 ÷ 급여일수) × 건강보험 자격일수</td></tr> <tr> <td>약 국</td><td colspan="2">진료개시일이 속한 보험자가 전액 부담(투약일수 관계없음)</td></tr> </tbody> </table> 다. 본인부담금 정산(환급) (1) 개요	구 분	완전적용	일부적용	입 원	기관부담금 전액	의료급여기관 또는 심사평가원 에 구분 산정 의뢰	외 래	(기관부담금 ÷ 급여일수) × 건강보험 자격일수	약 국	진료개시일이 속한 보험자가 전액 부담(투약일수 관계없음)	
구 분	완전적용	일부적용																						
입 원	기관부담금 전액	의료급여기관 또는 심사평가원에 구분 산정 의뢰																						
외 래		(기관부담금 ÷ 급여일수) × 건강보험 자격일수																						
약 국	진료개시일이 속한 보험자가 전액 부담(투약일수 관계없음)																							
구 분	완전적용	일부적용																						
입 원	기관부담금 전액	의료급여기관 또는 심사평가원 에 구분 산정 의뢰																						
외 래		(기관부담금 ÷ 급여일수) × 건강보험 자격일수																						
약 국	진료개시일이 속한 보험자가 전액 부담(투약일수 관계없음)																							

쪽	현 행	개 정																
375	의료급여수급권자 자격 변동(건보 → 의료급여, 2종 → 1종 소급취득 등), 의료 급여 자격관리시스템 자료 제공 지연 등 수급권자의 귀책사유 없이 본인 부담금이 발생한 경우 이미 납부한 본인부담금을 본인에게 반환	의료급여수급권자 자격 변동(건보 → 의료급여, 2종 → 1종 소급취득 등), 의료 급여 자격관리시스템 자료 제공 지연 등 수급권자의 귀책사유 없이 본인 부담금이 발생한 경우 이미 납부한 본인부담금을 <u>보장기관에서</u> 본인에게 반환																
380	2 의료급여비용 사후관리 다. 유형별 처리방법 (라) 행복e음 “사망상실자 처리결과 내역” 입력요령 <table><tr><th>유 형</th><th>내 용</th></tr><tr><td>완전적용</td><td>사망 후 부당청구, 관외전출 후 부당청구, 기타 만 선택 가능</td></tr><tr><td>일부적용</td><td>사망 후 부당청구, 관외전출 후 부당청구, 기타 만 선택 가능</td></tr><tr><td>비 적 용</td><td>명세서 기재착오, 전산입력 착오, 기타만 선택 가능</td></tr></table> ④ 적용개시일 : 의료급여일이 중복되어 환수결정이 되는 날을 기재 ⑤ 적용일수 : 환수결정 일수를 기재 ⑥ 결정금액 : 환수 결정한 징수결정금액을 기재	유 형	내 용	완전적용	사망 후 부당청구, 관외전출 후 부당청구, 기타 만 선택 가능	일부적용	사망 후 부당청구, 관외전출 후 부당청구, 기타 만 선택 가능	비 적 용	명세서 기재착오, 전산입력 착오, 기타만 선택 가능	2 의료급여비용 사후관리 다. 유형별 처리방법 (라) 행복e음 “사망상실자 처리결과 내역” 입력요령 <table><tr><th>유 형</th><th>내 용</th></tr><tr><td>완전적용</td><td>사망 후 부당청구, 관외전출 후 부당청구, 기타 만 선택 가능</td></tr><tr><td>일부적용</td><td>사망 후 부당청구, 관외전출 후 부당청구, 기타 만 선택 가능</td></tr><tr><td>비 적 용</td><td>명세서 기재착오, 전산입력 착오, 기타만 선택 가능</td></tr></table> ④ 적용개시일 : 의료급여일이 중복되어 환수결정이 되는 날을 기재 ⑤ 적용일수 : 환수결정 일수를 기재 ⑥ 결정금액 : 환수 결정한 징수결정금액을 기재 - 가족대리진료 환수금액은 진찰료 차액 계산하여 환수 ※ 가족대리진료의 경우 재진진찰료의 50% 산정 - 원외처방은 처방전 발행기관(병원)을 대상으로 기관부담금 환수 * 의약분업 예외지역은 약국을 대상으로 기관 부담금 환수	유 형	내 용	완전적용	사망 후 부당청구, 관외전출 후 부당청구, 기타 만 선택 가능	일부적용	사망 후 부당청구, 관외전출 후 부당청구, 기타 만 선택 가능	비 적 용	명세서 기재착오, 전산입력 착오, 기타만 선택 가능
	유 형	내 용																
완전적용	사망 후 부당청구, 관외전출 후 부당청구, 기타 만 선택 가능																	
일부적용	사망 후 부당청구, 관외전출 후 부당청구, 기타 만 선택 가능																	
비 적 용	명세서 기재착오, 전산입력 착오, 기타만 선택 가능																	
유 형	내 용																	
완전적용	사망 후 부당청구, 관외전출 후 부당청구, 기타 만 선택 가능																	
일부적용	사망 후 부당청구, 관외전출 후 부당청구, 기타 만 선택 가능																	
비 적 용	명세서 기재착오, 전산입력 착오, 기타만 선택 가능																	
395	(9) 건강검진 후 진찰료 청구 (나) 발체기준 건강검진 유소견자 검진 후 30일 이내 초진진찰료 청구	(9) 건강검진 후 진찰료 청구 (나) 발체기준 → 건강검진 유소견자 검진 후 30일 이내 초진진찰료 청구																
417	나. 과징금(법 제29조) (5) 과징금 부과대상(업무정지처분에 갈음한 과징금 적용기준)	나. 과징금(법 제29조) (5) 과징금 부과대상(<u>고시 제2020-225호</u>, 업무정지 처분에 갈음한 과징금 적용기준)																

주요 개정사항



제8편 부록

660

6 의료급여 외과질환자 및 중증난치질환자 산정특례 대상

1. 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 [별표 2]

구분	대 상
1	만성신부전의 경우
	가. 혈액투석을 실시하는 사람 (V001)
	나. 복막투석을 실시하는 사람 (V003)
2	혈우병(D68.4) (V009)
3	장기이식의 경우
	가. 간이식을 받은 사람 (V013)
	나. 췌장이식을 받은 사람 (V014)
	다. 심장이식을 받은 사람 (V015)
	라. 신장이식을 받은 사람 (V005)
	마. 폐이식을 받은 사람 (V277)
	바. 소장이식을 받은 사람 (V278)
4	아래 상병의 경우
	건강보험의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」

6 의료급여 외과질환자 및 중증난치질환자 산정특례 대상

1. 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 [별표 2]

구분	대 상
1	만성신부전의 경우
	가. 혈액투석을 실시하는 사람 (V001)
	나. 복막투석을 실시하는 사람 (V003)
2	혈우병(D68.4) (V009)
3	장기이식의 경우
	가. 간이식을 받은 사람 (V013)
	나. 췌장이식을 받은 사람 (V014)
	다. 심장이식을 받은 사람 (V015)
	라. 신장이식을 받은 사람 (V005)
	마. 폐이식을 받은 사람 (V277)
	바. 소장이식을 받은 사람 (V278)
4	아래 상병의 경우
	건강보험의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」

쪽		현 행		개 정	
660		구분	대 상	구분	대 상
			[별표4] “희귀질환자 산정특례 대상”의 구분 1., 구분 2. 및 [별표4의2] “중증난치질환자 산정특례대상”의 구분5.의 상병		[별표4] “희귀질환자 산정특례 대상”의 구분 1., 구분 2. 및 [별표4의2] “중증난치질환자 산정특례대상”의 구분5.의 상병
	5		제17조의2제5항에 따라 등록된 극희귀질환자	5	제17조의2제5항에 따라 등록된 극희귀질환자
	6		구분 4에 해당되지 않는 희귀질환으로 제17조의2 제5항에 따라 등록된 상세불명희귀질환자	6	구분 4에 해당되지 않는 희귀질환으로 제17조의2제5항에 따라 등록된 상세불명희귀질환자
	7		제17조의2제5항에 따라 등록된 기타염색체이상질환자	7	제17조의2제5항에 따라 등록된 기타염색체이상질환자
		※ 산정특례 희귀질환 정보는 질병관리청 홈페이지>희귀질환 정보>희귀질환정보에서 확인가능			
이하목록		목록삭제			