11 의료급여일수 연장승인 관리 및 선택의료급여기관제도

가. 의료급여일수 상한 적용 기준

(1) 의료급여 상한일수

- 수급권자가 의료급여 기금의 부담으로 의료급여를 받을 수 있는 일수(상한일수)는 각호와 같음.
  - 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환(결핵 포함) 각 질환별 연간 365일
  - 의료급여법 시행규칙 제8조의3제1항제2호에 따라 보건복지부장관이 고시하는 만성질환[8](이하 "만성 고시질환"이라 한다) 각 질환별 연간 380일
  - 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환(결핵 포함) 및 만성고시질환에 해당하지 않은 질환에 대해서는 모두 합산하여 연간 400일

(2) 의료급여일수 산정방법

- 의료급여일수는 매년 1월 1일부터 12월 31일까지의 입원일수, 투약일수, 투약없이 외래로 의료급여를 받는 경우의 급여일수를 합하여 산정

  예시 A수급권자가 외래로 A의원에서 방문하여 7일 처방을 받아서 약국에서 7일치 약을 조제 받은 경우 : 7일(투약일수 7일)

- 다만, 다음의 경우 급여일수에서 그 일수를 제외하고 산정함

  ① 입원 중 입원한 의료급여기관에서 투약받는 경우 그 입원기간중의 투약일수

  ② 동일 처방에 의하여 원내투약과 원외투약이 동시에 이루어지는 경우 중복되는 투약일수

8) 만성고시질환(의료급여수가의 기준 및 일반기준 제22조)
① 정신 및 행동장애(F00~F99)
② 신경계질환(G00~G37, G43~G83)
③ 고혈압성 질환(I10-I15)
④ 간의 질환(만성바이러스간염포함)(B18, B19, K70~K77)
⑤ 당뇨병(E10-E14)
⑥ 기타 만성폐쇄성폐질환(J44)
⑦ 대뇌혈관질환(I60-I69)
⑧ 두개내손상(S06)
⑨ 갑상선의 장애(E00~E07)
⑩ 심장질환(I05~I09, I20~I27, I30~I52)
⑪ 뇌전증(G40~G41)

③ 혈액투석 또는 복막투석을 받고 있는 만성신부전증환자와 장기이식을 받은 환자가 「국민건강보험요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제2항의 규정에 의한 필수적인 경구약제를 투여받는 경우 그 투약일수

④ 지역사회 일차의료 시범사업으로 1일에 진료와 교육·상담이 동시에 이루어지는 경우 그 교육·상담일수

- 의료급여일수는 의료급여를 받는 날짜의 순서에 따라 산정함

(3) 급여일수 통보(시행규칙 제8조의5)

(가) 통보주체 : 건강보험공단

- 수급권자에게 우편 등을 통한 정기 통보
- 시장·군수·구청장에게는 EBDW를 통하여 통보

(나) 통보대상 및 통보횟수

- 수급권자의 급여일수가 180일 이상이 되는 경우 : 6월 중 1회
- 수급권자의 급여일수가 300일 이상이 되는 경우 : 매월 1회
  ※ 연장승인신청서는 EBDW를 통하여 출력 가능

(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 상한일수[9]를 초과하기 60일 전부터 신청 할 수 있음
- 인체면역결핍증바이러스 질환자는 상한일수를 제한받지 아니하므로 연장승인 신청 등이 불필요, 행복e음상 직권등록 처리[10]
- 천재지변, 응급증상 및 이에 준하는 증상 등으로 인하여 연장승인 신청이 어려운 경우에는 동 상황이 종료된 시점부터 14일 이내에 신청할 수 있음
- 상한일수를 초과하여 의료급여를 받으면서 시행규칙 제8조의3제2항(연장승인) 및 제3항(선택의료급여기관 지정)에 따른 승인을 얻지 않은 경우에는 건강보험 수준의 본인부담률을 적용함(입원20%, 외래·약국30%)

9) 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환, 만성고시질환 및 기타 질환(들)로 구분하여 급여일수를 산정하여 통보함

10) 의료급여법 시행규칙 제8조의3제1항

(라) 급여일수 확인

- 수급권자는 통보받은 급여일수에 대한 의료급여 내역의 확인을 시장·군수· 구청장에게 요청 가능

(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

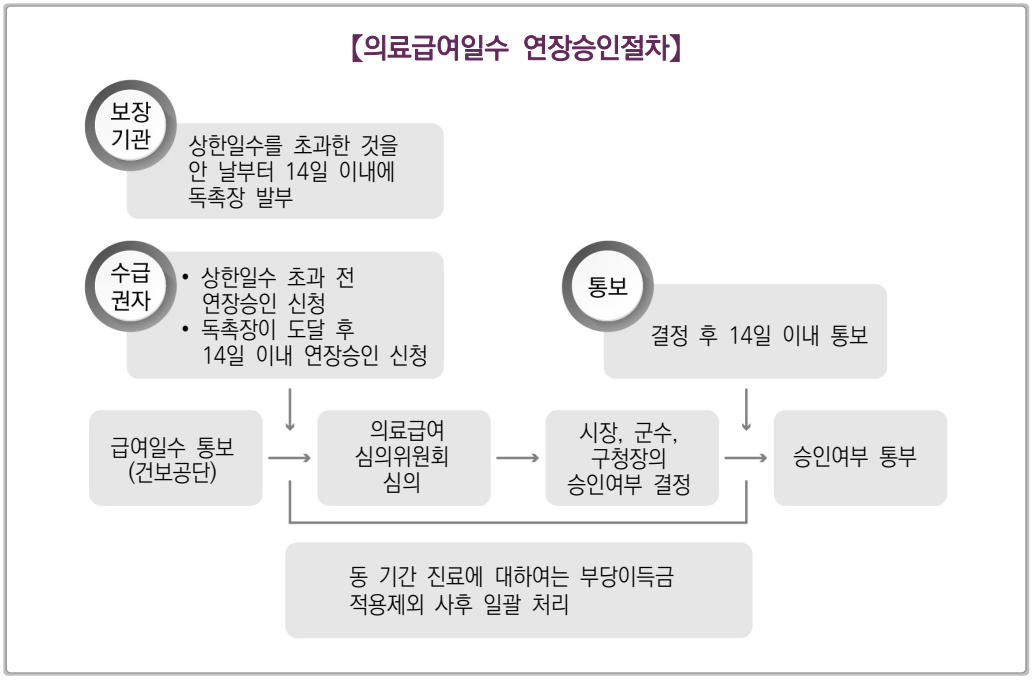
- 매년 1월 1일 진료분부터 적용하되, 자격관리시스템에서 확인된 급여일수 기준으로 산정

※ 단 차감일수 확정이후 소급하여 반영되는 급여일수는 차감제에 미적용

(나) 차감제 적용 제외자

- 연장승인자, 선택의료기관지정자(당연·자발), 자발적 선택의료기관 지정 제외자

다. 급여일수 연장승인(시행규칙 제8조의3)



(1) 신 청

● 의료급여일수 연장승인 신청서 및 선택의료급여기관 신청서 제출

(가) 의료급여일수 연장승인 신청서

① 의료급여일수 급여일수 연장신청서 제출

- 수급권자(현재 선택의료급여기관 적용중인 대상자 포함)가 연간 질환군별 상한일수를 초과하여 의료급여를 받아야 할 경우 “의료급여일수연장승인 신청서(이하 “연장승인신청서”라고 한다)”[서식 55]를 관할 시·군·구청장 또는 읍·면·동장에게 제출

> **(대리신청 등)** 수급권자가 본인이 거동불편, 정신질환 등으로 방문 신청이 곤란할 경우 수급권자의 법정대리인 신청할 수 있으며, 법정대리인이 없을 경우 담당공무원 및 의료급여관리사를 통한 직권 신청이 가능. 수급권자가 거동불편, 정신질환 등으로 방문 신청이 곤란하여 팩스로 신청을 받는 경우 추후 원본을 제출받거나 의료급여기관을 통해 사실 확인 필요

- (시설수급권자) 연장승인신청서를 작성하여 시설장에게 제출하고, 시설장은 연장승인신청서의 의견서란에 의견을 기재한 후 날인하여 시·군·구에 제출

② 연장승인신청서 기재사항

- 연장승인신청서에는 진료담당의사가 환자상태(병력, 증상 등), 연장 신청일수 및 연장사유, 목적(입원 또는 외래)을 반드시 기재

※ 연장 신청일수 : 등록 중증질환, 희귀·중증난치질환(결핵 포함)의 경우 90일 이내, 만성 고시질환의 경우 75일 이내, 기타질환의 경우 1회 연장 시 90일 이내, 2회 연장 시 55일 이내

※ 의사가 아닌 보건진료소의 소장은 연장승인신청서 발급 불가(단, 만성질환자인 수급권자가 보건진료소만을 지속적으로 이용하는 경우에 한하여 보건진료소장도 발급 가능)

③ 연장승인신청 시기

- 수급권자는 연장승인신청을 질환군별 상한일수를 초과하기 60일 전부터 할 수 있음

• 보장기관에서는 의료급여 상한일수를 초과할 것으로 예상되는 자에 대해 상한일수를 초과하기 전에 연장승인 신청을 할 수 있도록 전화 등을 통해 안내 실시(지자체 여건 및 상황에 따라 관할 읍·면·동 협조)

- 천재지변, 응급증상 및 이에 준하는 증상[11] 등으로 객관적인 사유로 인하여 연장 승인 신청이 어려운 경우에는 동 상황이 종료된 시점부터 14일 이내에 신청 할 수 있음

④ 연장승인신청서 처리절차

- 읍·면·동에 제출된 연장승인서는 시장·군수· 구청장에게 송부
- 연장승인 신청일은 연장승인신청서를 시·군·구청장 또는 읍·면·동장이 접수한 날이 되며(신청서상의 신청일자가 아님), 행복e음에 자료 입력시 연장 승인 대상 년도를 반드시 입력

【사 례】

2022년도 연장승인신청서를 2022.7.10.에 접수한 경우, 연장승인신청일자는 『2022-7-10』로, 연장승인대상년도는 『2022』으로 각각 입력

⑤ 수급권자의 전출시 처리

- 수급권자가 전입한 보장기관에서 연장승인 업무를 처리

【사 례】

건강보험공단의 개인별 급여일수 자료가 전출지로 통보되었을 경우 전출지 보장기관은 전입지 보장기관으로 동 자료를 이송 조치

11) 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조제1호 참조

⑥ 수급권 상실자의 처리절차

- 사망, 건강보험가입 등으로 의료급여 수급권을 상실한 자는 연장승인신청을 면제
- 사망 또는 건강보험가입자는 보장기관에서 직권으로 연장신청 및 승인조치한 후 행복e음에 입력하여 건강보험공단에 전송 처리

(필수입력항목) 가구주와 수진자 성명, 주민등록번호, 연장승인 대상년도, 연장승인일수, 연장사유란에 "사망" 또는 "건강보험가입자"로 기재(신청인 및 의료급여기관 서명날인 불필요)

⑦ 신청서 기재사항 확인

- 신청서상의 기재사항 누락여부를 확인
- 연장사유 기재내용만으로는 연장여부 결정이 곤란하다고 판단될 경우 진료담당 의사소견서를 별도로 제출하도록 하거나, 담당의사와 유선통화로 필요성 여부 확인

【사 례】

구체적인 질환에 대한 설명이나 이유 없이 단순히 연장이 필요하다고 기재된 경우

(2) 보장기관 직권 연장승인 신청

- 보장기관은 의료급여 상한일수가 초과하였거나 초과할 것으로 예상되는 수급권자가 고령, 거동불편, 정신질환 등으로 연장승인 신청서를 발급, 보장기관에 제출하는 것이 곤란하다고 판단(진료내역 열람, 전화 또는 방문 상담 결과)되는 경우 직권으로 연장승인을 신청할 수 있으며, 이때 연간 진료내역, 상담내용 등을 근거자료로 하여 시·군·구 의료급여심의위원회의 심의를 거쳐 연장승인할 수 있음.

(3) 보장기관 직권 연장승인(심의제외)

(가) 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환(결핵 포함)

- 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환(질환자가 아님에 유의)은 지속적인 의료이용이 필요하므로, 수급자의 신청 및 시·군·구의료급여심의위원회의 연장승인 심의 불필요(의료급여법 시행규칙 제8조의3, '17.1.1.시행)

* (행복e음 처리) 급여일수관리 - 급여일수 연장심의관리 -급여일수 연장심의 등록 - 심의회차의 심의 제외를 선택할 경우 의료기관 및 질병명은 내용이 자동 입력되며, 심의적용일자는 연장승인신청일자 입력 시 자동 입력됨, 질환구분, 연장승인신청일자, 심의결과(연장승인) 입력, 심의결과 등록 시 건보공단에 실시간으로 90일 연장승인이 전송됨

- 다만 의료남용 등이 있는 경우 종전대로 연장승인 심의 회부 가능함

- 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환의 급여일수 자체가 사라지는 것은 아니므로, 급여일수는 종전대로 계속 통보되고, 해당 질환의 급여일수 초과시 선택의료급여기관 지정은 시행하여야 함.(선택의료급여기관 지정 대상에서 제외 되는 것은 아님)

- 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환을 가진 사람이 만성고시질환이나 기타질환도 가지고 있는 경우, 만성고시질환이나 기타질환에 대하여 급여 상한일수를 초과한다면 이에 대하여는 시·군·구의료급여심의 및 연장승인을 받아야 함.

(나) 타 질환군으로 선택의료급여기관 지정

- 4개 질환군(중증, 희귀·중증난치, 만성고시, 기타) 중 어느 하나가 먼저 급여일수 초과되어 선택의료급여기관을 지정한 후에 다른 질환군의 급여일수가 초과되어도 연장신청서 및 선택의료급여기관 지정신청서 작성 불필요하며, 해당 질환군에 대하여는 행복e음에서 심의제외자로 등록

(4) 시·군·구 의료급여심의위원회 개최

(가) 의료급여심의위원회 구성

- 보장기관은 의료급여심의위원회(이하 “위원회”라고 한다) 위원을 법 제6조제4항 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 갖춘 자로 위촉하되 아래에서 열거한 의사가 포함되도록 함.

  • 보건기관에 종사하는 의사(공중보건의 포함)

  • 국·공립의료기관에 재직중인 의사

  • 의료인 단체의 추천을 받은 의사

- 다만, 위원회의 의사 위촉이 임기 등의 사유로 불가피하게 지연될 경우에는 전임 위원이 후임위원(의사) 위촉 시까지 업무 수행 가능

(나) 위원회 개최 시기

- 보장기관은 연장승인신청서가 접수된 날부터 1개월 이내에 위원회 개최 (가급적이면 매월 1회 이상 개최)

(다) 위원회 운영방식(출석심의시)

- 과반수 이상 위원의 출석으로 안건 심의
- 출석위원 과반수 이상의 찬성으로 안건 의결

(라) 위원회 심의

- 위원회에서는 보장기관에서 상정안 연장승인 신청건에 대해 신청자의 질환, 의사의 의료급여일수 연장승인 신청 검토의견서[서식 56] 등 관련 자료를 토대로 연장승인, 조건부연장승인, 연장 불승인으로 구분하여 심의
- 연장일수의 경우 등록 중증질환, 희귀·중증난치질환(결핵 포함)의 경우 90일, 만성 고시질환의 경우 75일, 기타질환의 경우 1회 연장 시 90일, 2회 연장 시 55일의 범위 내에서 연장 기간을 심의
- 연장승인 신청 사유 및 목적이 명확하지 않거나 객관적 증빙이 부족하다고 판단되는 경우 신청을 반려

※ 행복e음 : [자격관리] 〉 [급여일수 연장심의 관리]

【사 례】

전년도 연장승인신청 건(예컨대, 2020년도 연장승인 신청건을 2021년도에 심의하는 경우)에 대해서도 동일한 방법으로 심의

(마) 위원회 심의형식

- 출석 심의
  - 연장불승인 사유에 해당하는 연장승인건을 심의를 하는 경우(단, 부정행위 및 의료급여증(시행규칙 별지 제6호서식, [서식 10])을 대여하거나 대여받은 경우에는 서면심의 가능)
  - 기타 출석심의가 필요하다고 판단되는 경우
- 서면 심의는 출석심의 외의 경우

(바) 위원회 심의시 판단자료

- 신청자의 주상병, 환자상태, 그간의 진료상황과 의사의 의견, 의료급여 사례관리 내용, 자문의사·의료급여관리사의 검토의견 내용, 진단서 등 객관적인 자료
- 신청자의 생활실태, 의료급여 필요성 등에 대한 읍·면·동 기초생활보장 담당자, 보건소, 건강보험심사평가원 등의 자문 활용

(사) 자문의 활용

- 의료급여 관리사가 보건기관에 종사하는 의사 또는 전문의 등에게 자문을 받아 의료급여일수 연장승인 신청 검토의견서[서식 54]를 작성한 경우 자문비[12]는 의료급여기금의 행정 경비(기금지출액의 0.3%)에서 지출

(자문의 유형) 필요시 내과, 외과, 한방, 치과 등 주요 전문과목별로 의뢰할 수 있고 특정 의사를 자문의로 지정·운영할 수 있음

【자문료 예시】

자문 유형	자문료 예시
수시 자문	1회당 만원(10건 이하는 만원) 단, 50건 초과시 만원
상시 자문	2~3시간 월 4번 지자체 방문 만원
지역의사협의회 자문	시간당 만원

(5) 급여일수 연장승인 종류

(가) 연장승인

● 대상

- 장기간 입원 또는 복합적인 투약 등으로 불가피하게 의료급여를 받아야 할 사유가 발생하여 상한일수를 초과하여 의료급여를 받고자 하는 자(선택의료급여기관 적용자 포함)

※ 상한일수 : 등록 중증질환, 희귀중증난치질환(결핵포함)의 경우 365일, 고시질환의 경우 380일, 기타 질환의 경우 400일)

12) 보장기관에서 정함

● 질환군별 연장승인

- 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환(결핵 포함)은 각 질환별 연간 365일 상한일수 도달 시 90일까지 1회 연장 가능(총 455일)
- 만성 고시질환은 각 질환별 연간 380일 상한일수 도달 시 75일까지 1회 연장 가능(총 455일)
- 상기 질환에 해당하지 않은 질환에 대해서는 모두 합산하여 연간 400일 상한일수 도달 시 1회 90일, 2회 55일씩 총 2회 연장 가능(총 545일)

● 보장기관의 업무처리

- 보장기관은 위원회의 심의결과를 토대로 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환, 만성고시질환 및 기타 질환(들)등으로 구분하여 90일 이내의 범위에서 급여일수 연장승인 조치하고, 조치결과를 신청자에게 통보[서식 57]

● 급여일수 산정 기산점

- 매년 1월 1일 진료분부터 적용하되, 자격관리시스템에서 확인된 급여일수를 기준으로 산정[13)]

(나) 조건부 연장승인(선택의료급여기관 적용대상자 처리)

● 개념

- 연장승인신청자 중 여러 의료급여기관 이용에 따른 병용금기 및 중복투약으로 위해(危害) 발생 가능성이 높은 자를 대상으로 본인이 선택한 1~2개의 의료급여기관을 차기연도 말까지 이용할 것을 조건으로 당해연도 급여일수를 연장승인해 주는 제도

● 대상[14)]

- 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+1차연장승인 75일)을 초과하여 의료급여를 받고자 하는 자

※단, 차감제 대상자는 제외

13) 급여일수를 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환, 만성고시질환 및 기타 질환별로 상한일수로 관리
14)「선택의료급여기관 적용대상자 및 이용 절차 등에 관한 규정」제2조

- 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환 또는 만성고시질환 이외의 질환(이하 "기타 질환(들)"이라 한다)으로 급여일수 545일((상한일수 400일 + 90일(1차) + 55일(2차 연장승인))을 초과하여 의료급여를 받고자 하는 자

※ 단, 행려환자 및 노숙인은 적용 제외되며, 4개 질환군(중증, 희귀난치, 만성고시, 기타) 중 어느 하나가 먼저 급여일수 초과되어 선택의료급여기관을 지정한 후에 다른 질환군의 급여일수가 초과되어도 선택의료급여기관 지정 신청서 작성 불필요

● 적용기간

- 조건부 연장승인 : 당해연도 말까지의 급여일수 연장

※ 차기연도에도 당해연도와 같이 일반수급권자와 동일한 급여일수가 주어지고, 이를 초과하는 경우 연장승인 신청대상이 됨

- 의료급여기관 선택범위 제한(선택의료급여기관 적용) : 차기연도 말까지

※ 2021년 의료급여 상한일수(연장일수 포함) 초과자에 대해 2022년 말까지 의료급여기관 선택범위를 제한(선택의료급여기관 당연적용)하는 조건으로 2021년 급여일수를 연장하는 것임

(6) 연장불승인

● 대상

- 질환사유가 경증이고 외래진료로 치료가 가능한 질환임에도 불구하고 고의적 으로 단기 또는 장기입원 중인 자(농한기, 겨울철, 가정사정 등)

【사 례】

사고, 질환 등이 없음에도 불구하고 가족 전체 또는 일부가 동반 입원하는 경우

- 처방받은 약품을 판매, 증여 또는 타 약품이나 물품·서비스로 교환한 자 등 부정행위를 한 자
- 의료급여증(시행규칙 별지 제6호서식, [서식 10])을 대여하거나 대여 받은 자
- 의료급여 담당자 또는 관리사의 사례관리를 거부한 자
- 조건부 연장승인을 받은 선택의료급여기관 당연적용자 및 자발적 지정자가 의료이용 행태에 개선이 없거나 동일성분의약품 중복투약자에 해당하는 등 의료쇼핑 행태가 심한 경우

● 조치

> **건보부담적용이란?**
> 연장승인 불승인자에 대한 제재로서 본인부담 수준을 종전 의료급여 제한(전액 본인부담)에서 건강보험 수준의 본인부담률*을 적용하는 것을 말함(의료급여법 시행령 별표 1 제3호 다목, '19.1.1. 시행)
> * 개정된 본인부담 수준 : (종전) 전액 본인부담 → (개정) 입원 20%, 외래·약국 30%

- 연장불승인 결정일로부터 3개월 동안 건보부담 적용되며, 보건소 등 보건기관의 진료에 한하여만 종전의 의료급여 본인부담률이 적용됨(각 질환별 상한일수를 모두 사용한 후에 적용)
- 보장기관은 불승인 내용의 연장승인결과 통보서를 송부(등기우편)하고, 유선으로 고지
- 연장불승인 처분을 받는 경우에는 행복e음에 건보부담적용자로 입력(건보부담적용자 처리절차 참고)
- 조건부 연장승인자가 연장불승인을 받은 경우에는 불승인기간 3개월이 경과한 후에는 다시 조건부 연장승인자로 관리

● 연장불승인시 진료비 처리

- 연장불승인 결정시 연장승인 신청후 심사기간 중에 의료급여 상한일수를 초과하여 발생한 진료비는 부당이득금으로 징수하지 않음

(7) 보장기관의 연장승인 심의결과 통보

● 통보시기

- 보장기관은 연장승인여부에 대한 심의결과를 의료급여심의위원회 심의종료 후 14일 이내에 신청자에게 통보[서식 57]
- 보장기관은 분기마다 월별 연장승인실적을 작성하여 매분기 마지막 달의 다음 달(1·4·7·10월) 20일까지 복지부에 보고[서식 60]

● 심의결과별 통보내용

① 연장승인 시

- 진료일수가 과다하거나 연장승인을 신청해야 함에도 하지 않을 시 건강보험 수준의 본인부담을 적용받는 불이익이 있음

- 조건부연장승인자가 되어 향후 1~2개 의료급여기관을 선택하여 이용할 수 있으며, 의료급여증에 의료급여제한 표시 등 불이익이 있음
- 조건부 연장승인기간은 차기연도말까지이며 동 기간에는 본인이 선택한 의료급여기관만을 이용해야 함. 이 경우 선택의료급여기관에서 외래진료를 받거나, 선택의료급여기관에서 교부한 처방전으로 의약품을 조제 받는 경우에는 본인부담금이 면제됨
- 선택의료급여기관에서 치료하기 어려운 경우, 선택의료급여기관의 주치의의 의료급여의뢰서를 발부받아 다른 의료급여기관에서 진료를 받을 수 있으나, 진료비의 일부는 본인이 부담을 해야 하고, 의뢰서 없이 다른 병의원을 이용 하는 경우에는 의료비 전액을 본인이 부담함

② 연장불승인

- 연장불승인기간은 3개월이므로 해당 기간동안 보건소 등 보건기관의 진료에 한하여만 종전의 의료급여 본인부담률이 적용됨
- 보건기관 이외 다른 의료급여기관을 이용하는 경우에는 건보부담적용을 받아 건강보험가입자 의원급 본인부담률에 준하는 금액(입원 20%, 외래·약국 30%)을 본인이 부담해야 함
- 조건부승인자가 연장불승인을 받은 경우에는 불승인기간이 경과한 후에는 선택의료급여기관 이용 대상자가 됨

⑻ 만성고시질환 의료급여일수 차감제

● 개요

> **만성고시질환 의료급여일수 차감제란?**
> 만성질환자의 당해 연도 급여일수가 380일 초과하였고 그 초과내역이 내년도 먹을 약을 미리 당겨 받은 투약 분으로 그 초과일수가 75일 이내인 경우 급여 일수를 연장하지 않고 내년도 급여일수에서 차감 적용 (만성고시질환의 총 급여일수 455일 초과할 수 없음)

● 목적

- 매년 반복되는 연장승인 신청 건을 감소하여 불필요한 행정력 낭비 및 최대 75일까지 급여일수 중복혜택 방지

* 차년도 복용약을 미리 당겨 처방받을 경우 차년도 급여일수에서 차감하고 현행 급여 일수에는 산입하지 않도록 시스템을 개선하여 불필요한 급여일수 연장 방지

● 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 전산반영) 실시간 반영 아님 유의.

* 차감예정일수는 전산(DW)에 표시된 이후 당해 진료가 발생된 경우,수시로 취소 됨

● 적용기준

① 산정 기산점

- 매년 1월 1일 진료 분부터 적용하되, 자격관리시스템에서 확인된 급여일수 기준으로 산정

* 단 차감일수 확정이후 소급하여 반영되는 급여일수는 차감제에 미적용하며 미적용자가 연장승인대상자, 선택의료급여기관 적용자로 확인된 경우 해당지침 적용

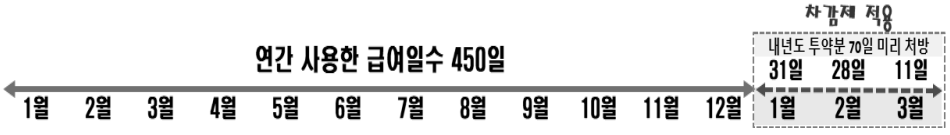
② 차감제적용 예외자

- 연장승인자, 선택의료기관지정자(당연·자발), 자발적 선택의료기관 지정 제외자

● 차감제 적용 및 미적용 실제사례

① 차감제 적용사례

- 사용한 급여일수 450일 중 380일을 초과하는 급여일수 70일이 내년도 투약분으로만 초과되었을 경우 내년도 급여일수에서 차감

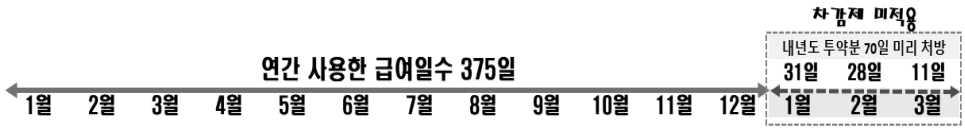


② 차감제 미적용 사례

1) 만성고시질환자의 연간급여일수가 380일을 초과하지 않은 경우

내년도 투약분 70일분을 미리 처방 받았으나 연간 사용한 급여일수가 380일이 초과되지 않은 경우 차감제 미적용

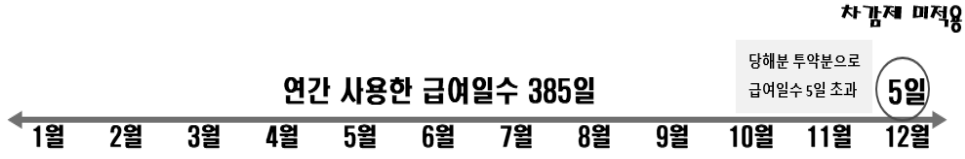
(당해연도 외래+투약+입원 + 차기년도 투약분 70일이 =〉 380일을 넘지 않는 경우)



2) 만성고시질환자의 연간급여일수가 380일은 초과하였으나 그 초과내역에 당해연도 입내원일수, 당해연도 투약일수가 포함되어 있는 경우

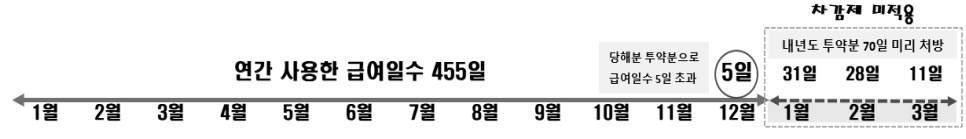
연간 사용한 급여일수가 380일이 초과되었으나 초과사유가 당해분 투약으로 급여일수가 5일 초과된 경우 차감제 미적용

연간급여일수 외래+투약+입원 380일 + 당해연도 투약 5일(총385일) + 차기년도 70일 =〉초과사유가 당해연도 급여일수 5일초과로 미적용)



연간 사용한 급여일수 455일 중 380일을 초과하는 급여일수가 75일이며 초과사유가 당해 분 투약으로 5일, 내년도 투약 분으로 70일 처방 받아 초과된 경우 차감제 미적용

연간급여일수 외래+투약+입원 380일 + 당해연도 투약 5일(총385일) + 차기년도 70일 =〉초과사유가 당해연도 급여일수 5일초과로 미적용)

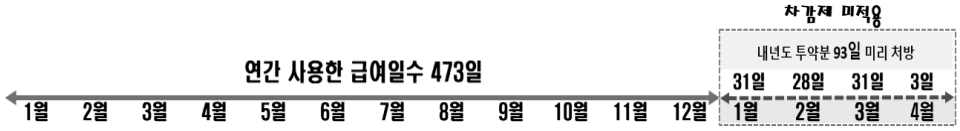


3) 만성고시질환자의 연간급여일수가 380일 초과하였고 그 초과내역이 내년도 투약분을 미리 처방받은 내역이지만, 75일을 초과한 경우

연간 사용한 급여일수가 380일이 초과하였고 그 초과내역이 내년도 투약분을 미리 처방 받았는데 초과일수가 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 미적용자

- 만성고시질환자의 연간급여일수가 380일을 초과하지 않은 경우
- 만성고시질환자의 연간급여일수가 380일은 초과하였으나 그 초과내역에 당해 연도 입·내원일수, 당해 연도 투약일수가 포함되어 있는 경우
- 만성고시질환자의 연간급여일수가 380일 초과하였고 그 초과내역이 내년도 투약분을 미리처방받았지만, 75일을 초과한 경우

(9) 연장승인(선택의료급여기관) 미신청자에 대한 보장기관의 업무처리

건보부담적용이란?

연장승인 미신청자에 대한 제재로서 본인부담 수준을 종전 의료급여 제한 (전액 본인부담)에서 건강보험 수준의 본인부담률*을 적용하는 것을 말함(의료급여법 시행령 별표 1 제3호다목, '19.1.1. 시행)

* 개정된 본인부담 수준 : (종전) 전액 본인부담 → (개정) 입원 20%, 외래·약국 30%

* 선택병의원 지정대상이 아닌 연장대상자가 연도말까지 급여일수 연장승인을 하지 않은 경우 건보부담은 당해연도까지 유효하며 익년도에 급여일수 신규생성

(가) 대상

- 질환군별 급여일수가 상한일수를 초과할 것으로 예상되는 자에게 연장승인 및 선택의료급여기관 신청서를 제출하도록 안내하였음에도 제출하지 않은 경우

(나) 조치

- **(1차 연장승인 대상자)** 보장기관에서는 '연장승인 미신청자에 대하여는 건보부담적용 조치한다'는 내용을 유선 및 공문으로 철저히 안내
- **(조건부 연장승인 및 선택의료급여기관 당연 적용자)** 보장기관에서는 '선택의료급여기관 미신청자에 대하여는 신청서 제출시까지 건보부담적용 조치한다'는 사실을 유선 및 공문으로 철저히 안내

※ 연장승인을 신청한 날부터 결정한 날까지 일괄승인 정상적인 연장신청에 준하여 처리할 것.

※ 연장승인 및 선택의료급여기관 신청서 제출을 사전 안내한 자료를 반드시 확보하여 추후 민원 제기시 증빙자료로 활용

(다) 독촉

① 시기

- 수급권자에 대한 독촉은 보장기관에서 상한일수를 초과한 것을 안 날부터 14일 이내에서 실시
- 보장기관별 담당자는 매년 1, 4분기에는 매월 마지막 날을 기준으로 2~3분기에는 분기 마지막 날을 기준으로(1.31, 2.28, 3.31, 6.30, 9.30, 10.31, 11.30, 12.31) 질환군별(만성고시질환 및 기타 질환) 급여일수 초과인 자를 EBDW를 통해 발췌하고, 발췌한 날로부터 14일 이내 독촉장 발송(등기우편)

※ 질환군별 급여일수 : 만성고시질환의 경우 380일, 기타 질환의 경우 400일

【급여 상한일수 초과자 발췌 기준시점】

분기	1분기			2분기	3분기	4분기		
발췌기준시점	1.31.	2.28.	3.31.	6.30.	9.30.	10.31.	11.30.	12.31.

② 독촉장을 수령한 수급권자의 연장신청 기한

- 독촉장을 받은 수급권자는 독촉장이 도달한 날부터 14일 이내에 연장승인 신청을 해야 함

③ 독촉내용

- 독촉장이 도달한 날부터 14일 이내에 연장 신청해야 함
- 동 기간 내에 연장승인 신청하지 않을 경우에는 독촉기간 만료일 다음날부터 의료급여기관 및 약국에서 발생한 진료비에 대하여 건보부담적용함

※ 우편수령 거부자 및 주소불명자의 경우 공시송달 조치

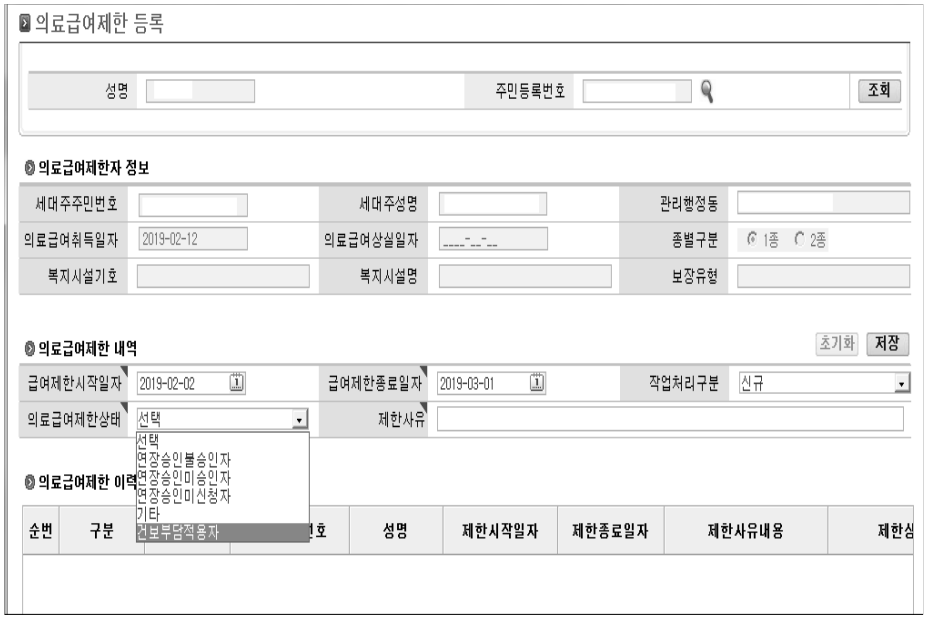
(라) 건보부담적용자 처리절차 및 조회

- 질환군별 연간 급여일수를 초과한 수급권자가 시·군·구 의료급여심의위원회의 심의결과, 연장불승인시에는 불승인 결정일로부터 3개월간, 연장승인(선택의료급여기관) 미신청 시에는 신청서 제출시까지 건보부담적용자 처리함
  - 보장기관은 행복e음을 통하여 관련사항(본인부담구분코드*, 건보부담적용 사유와 기간 등)을 기재한 후 국민건강보험공단 자격관리 시스템으로 전송

* (B014) 연장승인(선택의료급여기관) 미신청자(불승인자)로서 「의료급여법 시행령」 [별표1]제3호 다목에 따른 의료급여비용을 적용받는 사람(1·2종)

【시스템〈행복e음〉 주요 처리화면】

- 의료급여 → 급여일수관리 → 의료급여 제한관리 → 건보부담적용자 추가



- 의료급여 → 본인부담완화 → 본인부담대상자관리 → B14코드추가

- 건강보험공단은 시군구에서 통보된 내용을 “의료급여 자격관리 시스템”을 통하여 의료급여기관에 제공함으로써 건보부담적용 여부를 확인할 수 있도록 함
- 의료급여기관은 보장기관에서 전송된 건보부담적용 수급권자의 내역을 “의료급여 자격관리 시스템”을 통하여 실시간 조회 가능

● 건보부담적용 여부 조회방법

〈의료급여기관〉

① 의료급여기관은 요양기관 정보마당(http://medi.nhis.or.kr)를 접속 후 의료급여 진료확인을 클릭하면 [표 1]과 같이 하여 진료일자별 수진자 자격정보를 확인할 수 있음.

② 의료급여 진료확인 화면에서 “급여제한일자” 란에 수급권자의 “제한일자”와 “불승인” 사항 확인

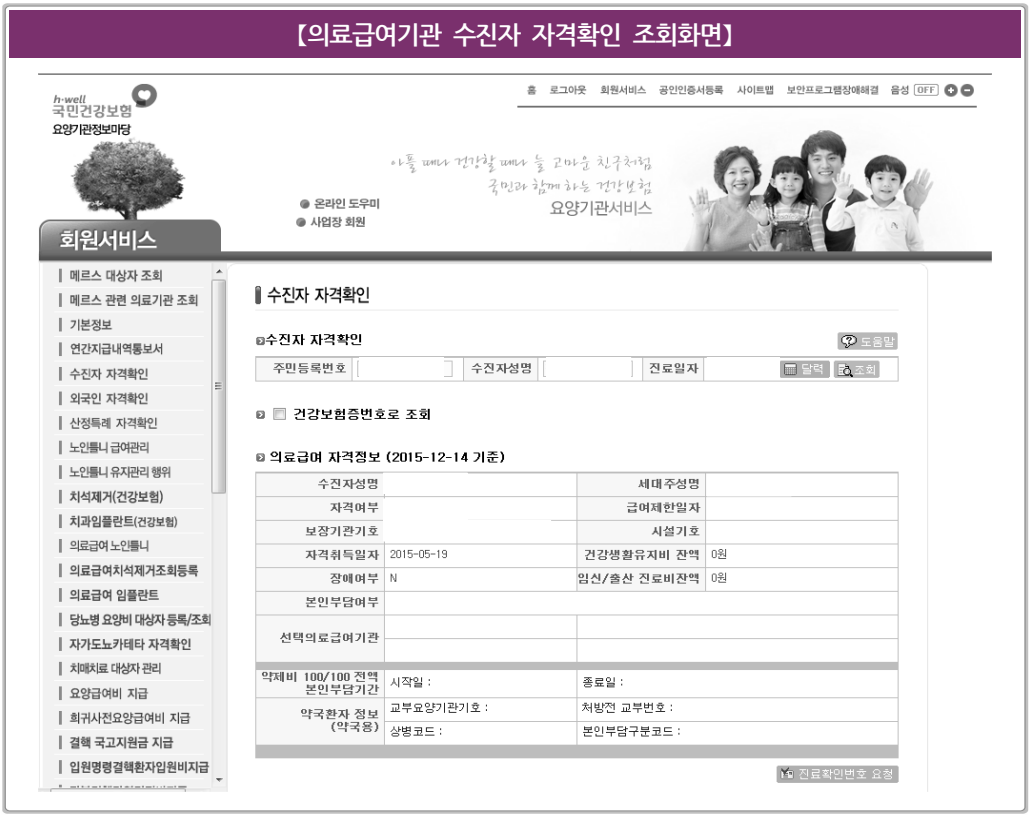
* 건보부담적용자가 엄밀한 의미에서 종전의 ‘급여제한자’는 아니나, 급여제한자로 등록하게 되면 수급권자가 등록기간 중 주소지 전·출입으로 인한 자격상실·취득이 이루어지더라도 건보부담적용자 정보가 누락되지 않는 이점이 있으므로, 본인부담구분코드 부여와 함께 급여제한자로도 등록하여 관리할 필요가 있음.

③ 의료급여기관은 수진자 자격확인을 통해 내원한 수급권자의 건보부담적용 여부를 확인 후 동 사실을 수급권자에 알리고 건강보험 수준의 본인부담률이 적용됨을 설명

④ 건보부담적용자에 대한 특정기호*를 명세서에 기재하여 청구

* (F023) 연장승인(선택의료급여기관) 미신청자(불승인자)로서 「의료급여법 시행령」 [별표1]제3호 다목에 따른 의료급여비용을 적용받는 사람(1·2종)

【의료급여기관 수진자 자격확인 조회화면】



라. 선택의료급여기관 제도

(1) 관련근거

- 의료급여법 시행규칙 제8조의3 제3항~5항
- 선택의료급여기관 적용대상자 및 이용 절차 등에 관한 규정(고시)

(2) 선정기준 및 신청방법

(가) 선택의료급여기관 선정 기준

① 원칙 : 제1차의료급여기관(의원급) 중 한 곳 선정

【조건부 연장승인신청자중 진료절차 예외자(규칙 제3조)인 경우】

- 등록 희귀질환, 중증난치질환자 또는 등록 중증질환자는 제2차 또는 제3차의료급여기관 중 한 곳
- 제2차 또는 제3차의료급여기관에서 근무하는 자(파견근로자 포함)는 그 근무하는 의료 급여기관
- 등록장애인, 한센병환자 등「의료급여법 시행규칙」제3조제1항제7호 내지 제12호[15]의 어느 하나에 해당하는 경우에 제2차의료급여기관 중 한 곳

② 유형별 선택범위

- (유형1) 복합질환으로 제1선택의료급여기관 외에 다른 의료급여기관에서의 진료가 6개월 이상 지속적으로 필요하다고 판단되는 경우

※6개월 이상 진료기간이 기재된 진단서 또는 담당의사 소견서 첨부

• 위원회의 심의를 거쳐 제1차 또는 제2차 의료급여기관 중 어느 한 곳을 추가적으로 선택할 수 있음

• 6개월 이상 지속적인 진료가 필요한 질환에 대한 판단여부는 보장기관에서 위원회를 통해 결정

【6개월 이상 지속적으로 진료가 필요한 복합질환 예시】

- 정신 및 행동장애, 신경계질환, 고혈압성 질환, 간의 질환(만성바이러스 간염포함), 당뇨병, 호흡기결핵, 기타 만성폐쇄성폐질환, 대뇌혈관질환, 두개내손상, 갑상선의 장애, 심장질환, 뇌전증 등 만성고시질환을 포함하여 6개월 이상 지속적으로 진료가 필요한 질환

- (유형2) 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환(결핵 포함)자로서 제1선택 의료급여 기관이 제2차 또는 제3차 의료급여기관인 경우[16]에도 제1차 또는 제2차의료급여기관 중 어느 한 곳을 추가적으로 선택할 수 있음[17]

15) 의료급여법 시행규칙 제3조제1항제8호 내지 제13호
8. 단순물리치료가 아닌 작업치료·운동치료 등의 재활치료가 필요하다고 인정되는 자가 재활의학과에서 의료급여를 받으려는 경우
9. 한센병환자가 의료급여를 받으려는 경우
10.「장애인복지법」제32조의 규정에 따라 등록한 장애인이 의료급여를 받으려는 경우
11.「국민건강보험법 시행령」제43조의3제1호에 해당하는 지역의 의료급여수급권자가 의료급여를 받으려는 경우
12.「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령」제14조 또는「보훈보상대상자 지원에 관한 법률 시행령」제8조에 따른 상이등급을 받은 사람이 의료급여를 받으려는 경우
13. 15세 이하의 아동이 의료급여를 받으려는 경우

16) 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환(결핵 포함)자의 경우, 선택의료급여기관은 주로 2~3차 병의원이기에 감기 등의 경증질환 발생시 거리 등의 사유로 거주지 인근의 1~2차 병의원을 이용하도록 편의를 도모

17) 이 경우 의료급여심의위원회의 심의는 생략할 수 있음

③ 조건부 연장승인신청자가 제1선택 또는 제2선택의료급여기관을 치과의원 또는 한의원으로 선택하지 아니한 경우에는 치과의원 또는 한의원을 각각 하나씩 추가하여 선택할 수 있음.

- 제1선택의료급여기관 및 제2선택의료급여기관에서의 외래진료시 본인부담이 없으나, 제3치과의원, 한의원에서는 외래 진료시 본인부담금 있음에 유의

④ 선택의료급여기관 적용 대상자

- 자발 적용자 : 의료급여법 시행규칙 제8조의3 제3항에 해당하지 아니하는 자
- 당연 적용자 : 의료급여법 시행규칙 제8조의3 제3항에 해당하는 자

【선택의료급여기관 선정 기준 일람표(시행규칙 제8조의3 [별표1])】

<table>
<tr><th colspan="2">적용대상자</th><th colspan="4">급여상한일수 초과자, 자발적 참여자</th></tr>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th>제1선택
의료기관
* 심의 불필요</th><th>제2선택
의료기관
* 심의 필요
(희귀난치성 또는
중증질환자는 불필요)</th><th>제3선택
의료기관
* 심의 불필요</th><th>제4선택
의료기관
* 심의 불필요</th></tr>
<tr><td colspan="2">일반</td><td>1차</td><td>6개월 이상 진료
필요자 1~2차</td><td rowspan="4">한의원
- 제1·제2 선택
의료급여기관을
한의원으로 지정 하지
않은 경우
* 본인부담 있음</td><td rowspan="4">치과의원
- 제1·제2 선택
의료급여기관을
치과의원으로
지정하지 않은 경우
* 본인부담 있음</td></tr>
<tr><td rowspan="3">진료
절차
예외자</td><td>희귀·중증난치질환
또는 중증질환자</td><td>1~3차</td><td>1~2차</td></tr>
<tr><td>2~3차 병원 근무자</td><td>2~3차
(본인근무지)</td><td>6개월 이상 진료
필요자 1~2차</td></tr>
<tr><td>한센병환자,
등록장애인,
도서벽지지역 거주자,
국가유공자 중
상이등급자</td><td>1~2차</td><td>6개월 이상 진료
필요자 1~2차</td></tr>
</table>

1) 급여상한일수 초과자 : 제2선택의료급여기관 지정시 심의 필요(단, 제1선택의료급여기관은 연장승인 심의를 거쳐 선지정하고, 등록 희귀난치성 또는 등록 중증질환자가 제2선택기관 지정시에는 심의 불필요)

2) 선택의료급여기관별 본인부담 여부

- 1종 수급권자는 제1, 2 선택의료급여기관 이용시 본인부담 없으나, 제3, 4 선택의료급여기관 이용시 본인부담 있음
- 2종 수급권자는 선택의료급여기관 이용시 본인부담 있음
- 선택의료급여기관에서 진료의뢰 받아 진료시 본인부담 있음, 의뢰서 없이 다른 병의원 이용시 전액 본인부담

3) 복합질환으로 6개월 이상 진료가 필요한 자에 대해서는 진료담당의사의 진단서 또는 소견서로 확인함. 다만, 진료절차 예외자 중 한센병 환자, 등록장애인, 도서벽지지역 거주자, 국가유공자 중 상이등급자에 대하여는 보장기관 담당자가 수급자별 진료내역 등을 통해 판단하여 진단서 또는 소견서를 제출한 것에 갈음할 수 있음

4) 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환(결핵 포함)자 등 진료절차 예외자라도 추가 선택병의원인 한의원· 치과의원은 1차 의료급여기관 중 선택

(나) 선택의료급여기관(신규·변경) 신청서 제출

① 제출

- 연장승인 신청자는 연장승인신청서 외에 선택의료급여기관(신규·변경) 신청서 [서식 59]에 본인이 이용하고자 하는 선택의료급여기관을 정해서 읍·면·동에 제출

※ 읍·면·동에서는 급여일수 연장승인신청을 하고자 하는 수급권자가 선택의료급여기관을 어느 병의원으로 정할지 상담이 필요한 경우에 의료급여 관리사 등과 상담이 이루어질 수 있도록 안내

※ 행복e음 : [본인부담완화] 〉 [본인부담구분 대상자 관리] 〉 [본인부담면제-선택병의원 등록] (1종 수급권자가 선택의료급여기관 신청서를 제출하는 경우 본인부담면제 신청서 제출 생략)

※ 자발적 참여자의 경우 선택의료급여기관 신청서를 제출한 다음날부터 선택의료급여기관 적용

② 제출시기

- 등록 중증질환(암환자, 중증화상환자), 등록 희귀·중증난치질환(결핵 포함) 또는 만성고시질환 : 1차 연장승인 신청시
- 기타 질환(들) : 2차 연장승인 신청시
- 전년도 조건부 연장승인자 : 12월

※ 2019년 조건부 연장승인자가 2020년에도 조건부 연장승인된 경우, 2020.12월을 전후하여 선택의료급여기관(변경)신청서를 제출하며, 이 때 신청한 선택의료급여기관 적용 기간은 2021.1.1~12.31임.(2020.12.31까지는 2019년 연장승인 조건에 따라 기존 선택의료급여기관을 계속 이용해야 함)

※ 단, 적용중인 제1, 제3, 제4선택의료급여기관을 계속 유지하고자 하는 경우에는 제출 생략가능하나, 당초 심의결과에 따라 제2선택의료급여기관을 이용해 온 자는 제2선택의료기관에 대한 신청서 및 진단서 등을 별도로 제출하여 심의를 거쳐 계속 지정 여부를 결정

- 선택의료급여기관 적용 가능성이 높은 자는 연장승인신청과 동시에 선택의료 급여기관 신청서를 접수하여 적기에 선택의료급여기관이 적용될 수 있도록 함.
- 보장기관 담당자가 이미 선택의료급여기관 적용시기를 경과한 이후에 인지 하여 사전 보장기관의 제출 안내가 이루어지지 못한 경우에는 현행과 같이 14일 조건부연장승인에 대한 안내를 실시하고, 미제출한 경우 독촉기간 만료일로 부터 선택의료급여기관을 지정할 때까지 건보부담적용*함

* 건보부담적용은 최대 선택의료급여기관 적용일까지 가능

예) '19년 선택병의원지정 대상자의 경우 '20.12.31까지 건보부담적용할 수 있고, '21년부터 해제 조치

※ 보장기관은 급여일수가 초과된 수급자에게 연장승인 및 선택의료급여기관 지정 신청서 제출과 미제출시 불이익(건보부담적용)을 당할 수 있다는 사전 안내(고지)를 적시에 시행

③ 제출 유예 적용

- 선택의료급여기관신청서는 연장승인신청서와 동시 제출을 원칙으로 하되, 선택의료급여기관 적용 가능성이 적은 대상자의 경우(연도말 도래 등) 담당자 판단 하에 제출유예 가능

【사 례】

- 백혈병으로 급여상한일수를 초과하여 90일의 연장승인을 받고 동시에 선택의료급여기관 신청서를 제출했던 자가 475일(365(급여상한일수) + 90(연장승인일수) + 20(초과 사용일수))을 사용하였음을 안 경우 언제부터 선택의료급여기관을 적용해야 하는지?
  - ☞ 보장기관에서 연장승인 일수가 초과되었음을 안날의 다음날부터 선택의료급여기관을 적용하고, 선택의료급여기관으로 적용하기 전까지 연장승인 일수를 초과하여 사용한 급여일수 20일에 대해서는 별도의 연장승인심의 생략
- 연장승인을 받지 않은 수급권자가 백혈병으로 475일(365+90+20)을 사용하였음을 안 경우 어떻게 처리하는지?
  - ☞ 보장기관에서 연장승인일수가 초과되었음을 안날로부터 14일 이내에 연장승인신청서 및 선택 의료급여기관신청서를 제출하도록 안내하고, 제출일로부터 1개월 이내에 심의위원회 심의를 거쳐 연장승인 및 선택의료급여기관 적용
- 백혈병으로 400일(365+35)을 사용한 자가 연장승인만 받고 선택의료급여기관신청서 제출을 하지 않은 경우 어떻게 처리하는지?
  - ☞ 아직 455일 경과 이전이므로 정상급여
  - ☞ 보장기관에서는 '455일이 경과하게 되면 선택의료급여기관 적용을 받아야 하며, 미신청시에는 급여제한 됨'을 사전안내하여 455일 도래전 선택의료급여기관신청서를 제출할 수 있도록 조치 (사전안내한 증빙자료 확보 필요)
  - ☞ 만약 사전안내를 받고도 455일이 도래한 시점에 아직까지 선택의료급여기관신청서를 제출하지 않은 경우에는 455일 도래일로 즉시 급여제한 조치함
  - ☞ 455일 도래전 선택의료급여기관신청서를 제출하였다면, 일반적인 조건부승인 절차에 따라 선택의료급여기관 적용
  - ※ 연장승인 및 선택의료급여기관을 거부할 경우 급여제한조치 및 초과사용분에 대해서는 부당이득금 징수절차에 따라 환수 조치

④ 선택의료급여기관 지정 제외자 처리

- 연장승인신청자 중 다음 해 복용할 약제를 처방받은 것으로 인해 당해연도 급여일수가 초과된 사람에 대하여 시·군·구청장이 해당 수급권자의 전체 의료이용내역을 면밀히 검토한 결과, 여러 의료급여기관 이용에 따른 병용금기 및 중복투약으로 인하여 건강상 위해가 발생할 우려가 없다고 판단되는 경우 시·군·구청장은 시·군·구의료급여심의위원회의 심의를 거쳐 당해연도 선택의료급여기관 지정 제외자로 처리할 수 있음

- 시·군·구의료급여심의위원회의 심의가 충실히 이루어질 수 있도록 심의시 판단자료 준비 철저
- 선택의료급여기관 지정 제외자에 대하여는 이월된 급여일수에 대하여 차년도에 합산하여 의료급여일수 산정
- 선택의료급여기관 지정 제외자 급여일수 관리 대장[서식 115]에 따라 수기 관리하고, 전산 관리 방식 개발 시 추후 통보 예정

  ※ 중증질환, 희귀·중증난치질환, 만성고시질환에 한하며, 연장승인 절차는 종전대로 진행, 선택의료급여기관 지정만 제외함에 유의

(다) 선택의료급여기관 적용 통보서[서식 58] 발부[18]

- 보장기관은 연장승인 신청자가 선택의료급여기관 적용 대상자[19]에 해당한 것을 안 때에는 행복e음에 등록한 후 즉시 유선 등의 방법으로 해당 수급권자에게 적용 사실을 통지하고 14일 이내에 "선택의료급여기관 적용통보서[서식 60]"를 등기우편으로 발송

  * 선택의료급여기관 적용 사실을 적기에 통보함으로써 수급권자가 선택의료급여기관 적용자로 등록된 사실을 알지 못해 선택의료급여기관 이용절차를 이행하지 않음으로 인한 본인부담 발생을 사전에 예방

- 선택의료급여기관에는 의료급여기관 선택사실 통보서(시행규칙 별지 제4호의2서식, [서식 61])를 발송

(3) 선택의료급여기관 이용절차

① 조건부연장승인을 받은 자(이하 "조건부 연장승인자"라고 한다)의 외래진료시 본인부담금[20]

- 1종 수급권자는 본인이 선택한 의료급여기관을 이용하되, 본인부담금 없이 이용(선택의료급여기관에서 외래진료시 또는 선택의료급여기관에서 처방전을 발급받아 약국에서 조제받는 경우)
- 2종 수급권자는 현행과 같이 본인부담

18) 등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환 또는 만성고시질환으로 1차 연장승인을 받거나 기타 질환으로 2차 연장승인신청을 받을 당시에 선택의료급여기관(신규, 변경) 신청서를 받기 때문에 보장기관은 조건부연장승인 적용에 따른 별도의 연장승인신청을 받지 않고 조건부 연장승인 적용대상자임을 안 날부터 14일 이내에 조건부연장승인 적용시기와 선택의료급여기관을 해당 수급권자에게 통보

19) 「선택의료급여기관 적용대상자 및 이용 절차 등에 관한 규정」 제2조

20) 선택의료급여기관 이용자 본인부담구분코드

② 다른 의료급여기관으로의 진료의뢰

- 조건부 연장승인자는 선택의료급여기관 외의 다른 의료급여기관에서 진료가 필요한 경우 선택의료급여기관에서 의료급여의뢰서를 발급받아 이용하여야 함[21)]

※ 선택의료급여기관으로부터 진료 의뢰를 받은 기관은 본인부담구분코드 B005 기재 시 반드시 진료를 의뢰한 선택의료급여기관기호를 기재(「선택의료급여기관 적용대상자 및 이용절차 등에 관한 규정」 제3조, '10. 3월 1일 진료분부터 적용)하고, 선택의료급여기관에서 의뢰되어 재의뢰받은 기관은 본인부담구분코드 B006기재 시 반드시 진료를 의뢰한 의료급여기관기호를 기재토록 함

→ 다른 의료급여기관으로의 의료급여의뢰서를 지나치게 많이 발부하는 경우 통보하여 경각심을 제고하고, 시정되지 않는 경우 현지조사를 실시할 예정

→ 보장기관에서도 의료급여의뢰서 없이 급여를 적용하는 경우 및 선택의료급여기관이 의료급여의뢰서를 남발하는 경우 등 선택의료급여기관의 취지를 왜곡시키는 경우에는 현지조사 의뢰

※ 2~3차기관을 선택의료급여기관으로 이용하고 있는 수급권자가 해당 선택기관에 진료과목이 없거나 다른 1~2차 기관에서 진료하는 것이 더 적합할 경우 의뢰가능(보건복지부 기초의료보장팀 4292호, '07.10.05)

- 선택의료급여기관이 다른 의료급여기관으로 의료급여 의뢰시에는 의뢰사실을 7일 이내에 보장기관에 통보하여야 함. 다만 자격관리시스템 등을 통해 전송하는 것으로 갈음할 수 있음.

- (재의뢰가 불가한 경우) 진료 의뢰받은 의료급여기관에서 다음의 경우는 재의뢰 불가

• 제1차의료급여기관 → 제1차의료급여기관

• 제2차의료급여기관 → 제1~2차의료급여기관

• 제3차의료급여기관 → 제1~3차의료급여기관

대 상	본인부담구분코드
선택의료급여기관 적용자(조건부 연장승인자) 1종	M001
선택의료급여기관 자발적 참여자 1종	M002
응급환자인 선택의료급여기관 이용자 1종	M009
장애인보조기기 지급받는 선택의료급여기관 이용자 1종	M010
선택의료급여기관 적용자(조건부 연장승인자) 2종	B001
선택의료급여기관 자발적 참여자 2종	B002
응급환자인 선택의료급여기관 이용자 2종	B003
장애인보조기기 지급받는 선택의료급여기관 이용자 2종	B004
선택의료급여기관에서 의뢰된 자(1·2종)	B005
선택의료급여기관에서 의뢰되어 재의뢰된 자(1·2종)	B006
선택의료급여기관 적용대상자이면서 사회복지시설에서 선택의료급여기관이 아닌 기관의 촉탁의에게 진료 받은 자 중 원외처방전을 발행받은 자 또는 원내 직접 조제·투약받은 자(1·2종)	B007
제3선택의료급여기관(한의원) 또는 제4선택의료급여기관(치과의원)에서 진료받은 자(1·2종)	B008
선택의료급여기관 적용자로서 「선택의료급여기관 적용 대상자 및 이용 절차 등에 관한 규정」에 따른 경과규정 적용자 등 의료급여의뢰서를 제출한 것으로 갈음하는 자(1·2종)	B009

21) 다른 의료급여기관으로의 진료의뢰서를 지나치게 많이 발부하거나, 의료강도가 높아지는 경우 등을 집중 관리할 예정

- (의뢰시 본인부담) 조건부 연장승인자가 의료급여의뢰서를 발급받아 선택의료급여기관 외의 다른 의료급여기관을 이용할 경우는 「의료급여법 시행령」 별표 제1호가목에 따른 기금 부담금 외에는 본인부담
- (의료급여기관의 자격 미확인시 불이익) 조건부 연장승인자는 선택의료급여기관 외의 다른 의료급여기관에서는 급여제한이 되어 있는 상태이므로 의료급여기관에서 자격을 확인하지 않고 의료급여를 적용한 경우에는 진료비를 지급하지 않음

③ 진료의뢰 후 다른 의료급여기관의 이용기간

- 일반 의료급여 의뢰자의 의뢰서 유효기간과 동일

【사 례】

만성질환자의 경우 의뢰받은 의료급여기관의 담당의사의 판단에 따라 의뢰한 상병에 대한 치료 후, 증세가 호전되어 더 이상 당해 의료급여기관에서의 진료가 불필요하게 된 경우에는 치료종료

※ 선택의료급여기관 적용대상자 및 이용절차 등에 관한 규정(보건복지부고시 제8조(의료급여 의뢰시 진료기간)

④ 선택의료급여기관의 변경

- 조건부 연장승인자가 다른 시·군·구로의 전입, 선택의료급여기관의 업무정지·폐업한 경우(횟수 제한없음)
- 선택의료급여기관에서 진료가 곤란한 질환의 발생 등 불가피한 사유가 발생한 경우(1년에 1회에 한함)
- 시·군·구(읍·면·동)에 선택의료급여기관(신규·변경) 신청서[서식 59] 제출
- 당초에 심의를 거쳐 지정하는 제2선택의료급여기관에 대하여는 변경 시에도 시·군·구의료급여심의위원회의 심의를 거쳐 변경

전염병 관련 선택의료급여기관 변경 (한시적 사항)

- 전염병으로 의료급여기관이 임시 폐쇄하는 상황이 발생할 경우, 해당 의료급여기관을 선택의료급여기관으로 지정한 의료급여 수급자의 의료서비스 이용에 단절이 발생할 우려에 대하여 선택의료급여기관을 한시적으로 변경할 수 있도록 안내

1) **(보장기관)**관할 보장기관의 담당자는 수급자가 선택의료급여기관 변경을 원하는 경우 신속히 변경 처리

* 부득이한 경우 직권으로 변경(내부결재), 신청서 사후 제출 인정

〈 선택의료급여기관 대상자 의료급여기관별 명단 확인 방법 〉

의료급여종합지원시스템(공단EBDW시스템) 〉 자격관리 〉 선택의료급여 〉 선택의료급여기관 대상자 의료급여기관별 명부

2) **(의료기관)**기존에 선택의료급여기관 지정대상자를 의뢰 받아 진료하시던 의료기관의 경우 대상자의 선택의료급여기관이 변경되어도 별도 의뢰서(변경된 선택의료급여 기관이 발급한 의뢰서) 없이 진료 가능

⑤ 응급상황 발생 등

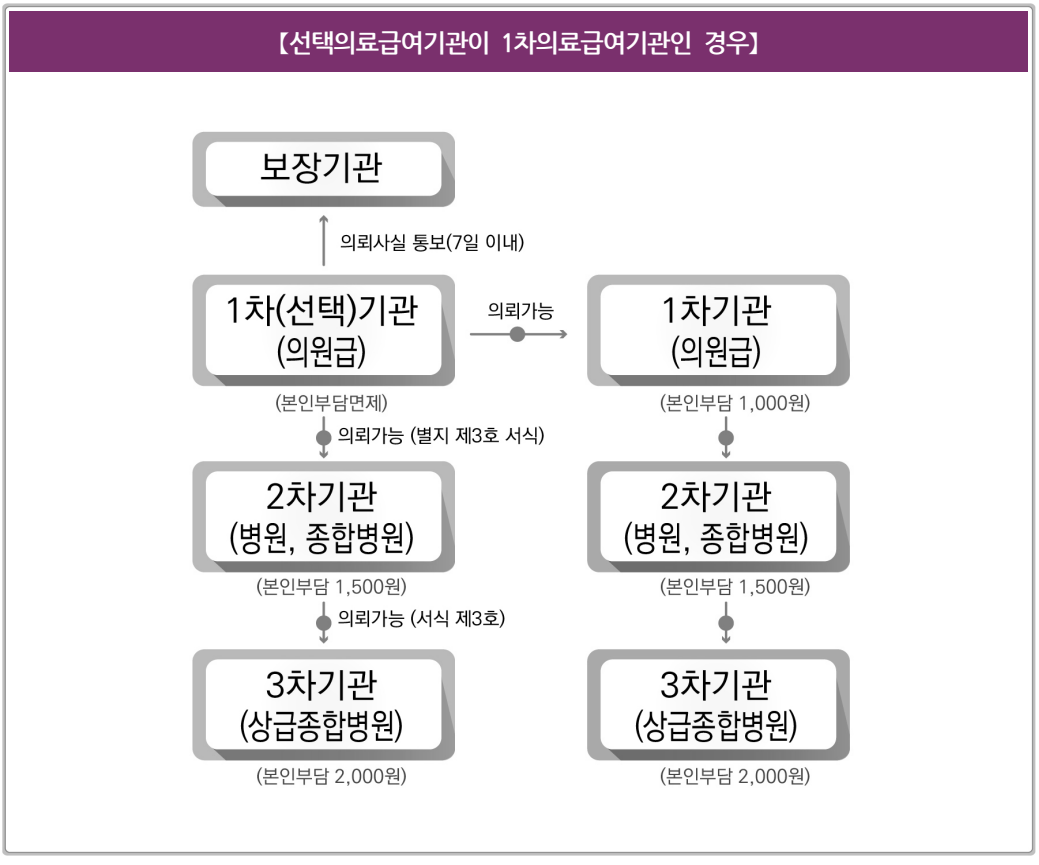
- 조건부 연장승인자가 응급상황이 발생하거나 장애인 보조기기를 지급받으려는 경우에는 제2차 또는 제3차의료급여기관을 이용할 수 있으며, 이 경우 본인 부담금은 면제함[22)]

⑥ 보건기관 이용

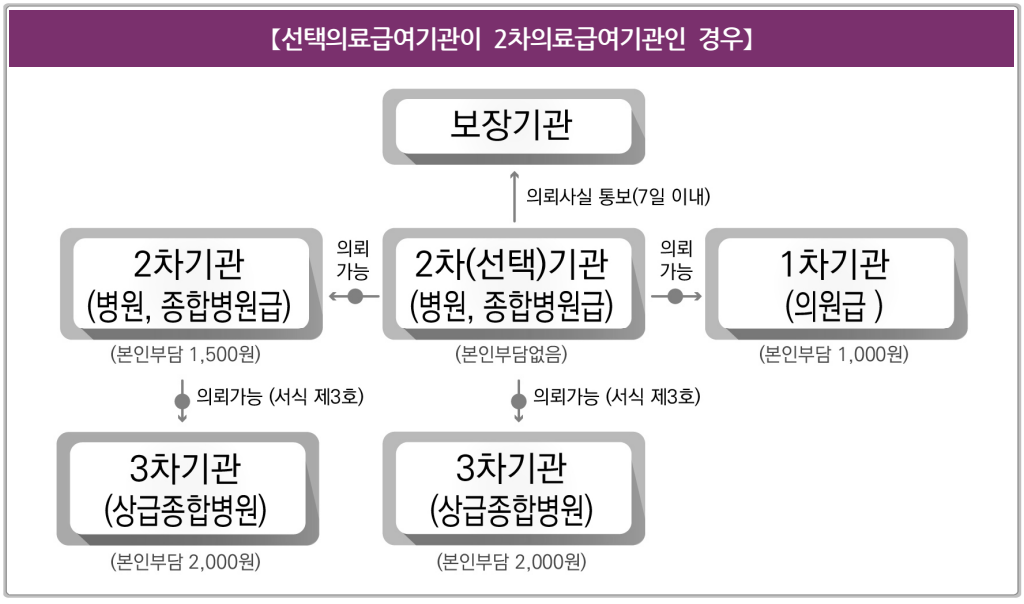
- 보건소 등 보건기관에서 외래진료를 받는 경우와 동 보건기관의 처방으로 약국을 이용하는 경우에는 본인부담 없이 이용가능. 다만, 보건의료원에서 외래 진료를 받을 경우에는 본인부담금 부과

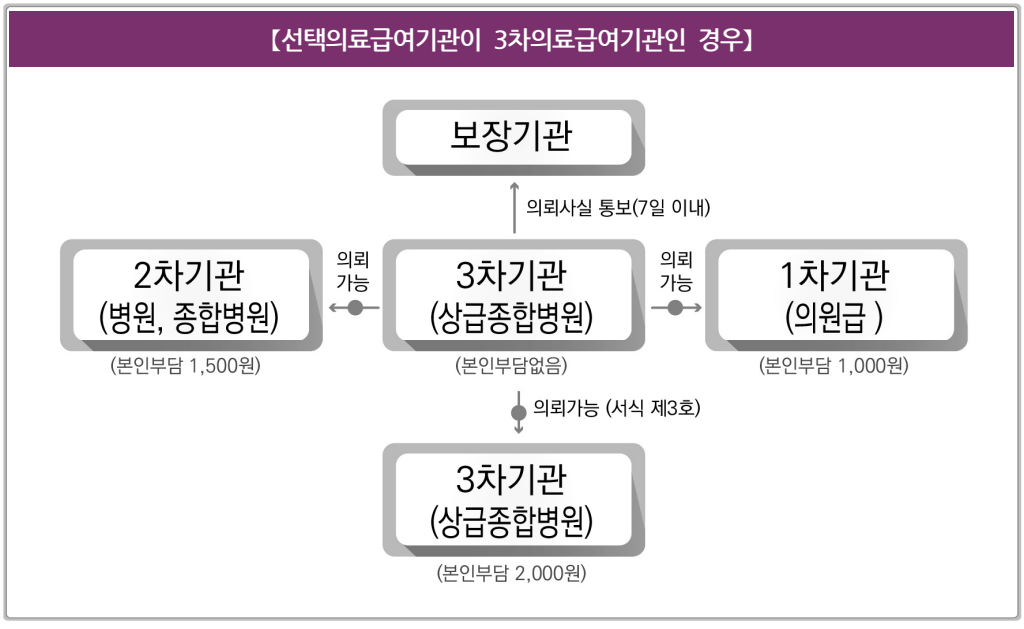
【선택의료급여기관 이용 절차도】

* 그림에 표기된 본인부담은 1종 수급권자 기준임



22) 응급의료에 관한 법률 제2조제1호에 해당하는 응급상황이 아닌 경우로 판정된 경우에는 의료비는 본인이 전액부담함





⑦ 의료급여의뢰서 없이 이용하는 경우

- 의료급여의뢰서 없이 선택의료급여기관 외의 다른 의료급여기관을 이용하는 경우 진료비 전액을 조건부 연장승인자가 부담함

⑧ 자격변경시

- 선택의료급여기관 적용대상자의 선택의료급여기관 적용기간은 도중에 자격 변경이 발생한 경우에도 당초 적용된 때부터 차기년도 말까지임

【사 례】

수급권자가 '21.12.2~'22.12.31 선택의료급여기관 대상자가 된 경우, '22.4.1. 수급 자격을 상실하였으나, '22.10.2. 다시 수급권자가 되었을 경우에는 '22.12.31.까지는 선택의료급여 기관 대상자로 관리함

⑨ 자발적 참여자의 선택의료급여기관 이용 탈퇴

- 자발적 참여자도 해당연도에 급여 상한일수 및 연장일수를 초과하는 경우 일반 수급권자와 동일하게 급여일수 산정하여 당연적용자로 관리
  ※ M002 중지 후 M001 신규 등록, B002 중지 후 B001 신규 등록
- 조건부연장승인 대상 기준에 해당하지 아니하는 경우에는 본인의 신청에 의하여 선택의료급여기관 이용에서 탈퇴 가능
- 다만, 그 해에는 다시 선택의료급여기관 참여 불가
  ※ 자발적 참여자의 경우 본인이 탈퇴를 신청하기 전까지는 연도에 관계없이 선택의료급여기관 적용
  ※ 자발적 참여자가 선택의료급여기관을 탈퇴하는 경우 선택의료급여기관신청서(탈퇴신청서)를 제출

⑩ 선택의료급여기관으로부터 의뢰받아 제2·3차 의료급여기관에서 계속하여 진료 중에 다른 선택의료급여기관으로 변경된 경우

- 동일상병에 대하여 계속하여 진료받는 경우에 한하여는 변경된 선택의료급여기관의 의료급여의뢰서 추가 제출없이 해당 의료급여기관의 진료를 받을 수 있도록 함.
- 다만, 계속하여 진료받던 상병의 치료가 종료된 후 또는 다른 상병으로 진료를 받을 경우에는 선택의료급여기관에서의 진료결과 다른 의료급여기관의 진료가 필요한 경우이어야 하므로 변경된 선택의료급여기관의 진료담당의사의 진료의견이 기재된 의료급여의뢰서를 제출하여야 함

⑪ 행복e음 관리

- (입력사항) 조건부 연장승인자, 조건부 연장승인기간, 선택의료급여기관 명칭과 기호를 행복e음에 입력
- (삭제사항) 조건부 연장승인자는 연장승인기간이 차기년도 말까지이므로 차기년도 말에는 입력사항을 모두 삭제
- (변경사항) 중증 및 희귀질환, 중증난치질환 등 본인부담면제자가 선택의료급여기관 적용자가 된 경우에는 선택의료급여기관 정보를 우선하여 적용