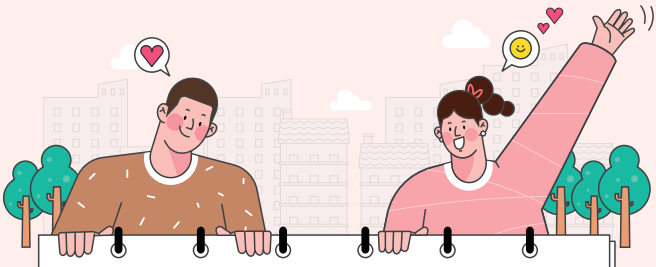
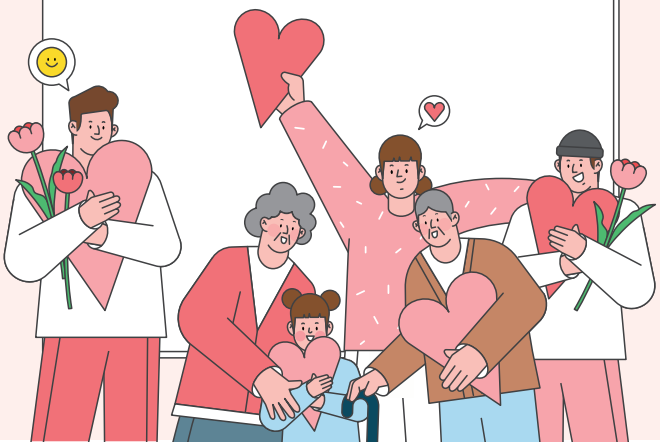
www.mohw.go.kr



어려운 이웃의 건강지킴이

2023
의료급여제도가 함께합니다!



보건복지부 전라북도

www.mohw.go.kr

어려운 이웃의 건강지킴이

2023
의료급여제도 안내

보건복지부 전라북도

Contents

1 의료급여제도란 3

2 본인부담금 지원 제도 6

건강생활유지비 지원
본인부담금 보상금
본인부담금 상한제

3 중증질환 및 희귀·중증난치질환자 산정특례 등록 제도 8

4 현금급여 지원 제도 10

요양비
장애인 보조기기
임신·출산 진료비

5 치아 관련 지원 제도 14

노인틀니
치과임플란트
입술입천장갈림증(구순구개열)
치석제거

6 유의사항 18

의료급여 상한일수
의료급여일수 연장승인
선택의료급여기관 제도
동일성분의약품 중복투약자 관리

7 의료급여비용 부당청구 신고 및 신고포상금 제도 22

포상금 지급 기준

8 의료급여사례관리사업 24

9 타의료지원제도 안내 25

1 의료급여제도란?

생활 유지 능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민의 의료문제를 국가가 보장하는 공공부조제도로서 건강보험과 함께 국민 의료보장의 중요한 수단이 되는 사회보장제도입니다.

누가 받을 수 있나요?

1종 수급권자	• **국민기초생활보장수급권자** 근로무능력 가구, 중증질환자(암환자, 중증화상환자만 해당) 및 희귀·중증난치질환자(결핵질환자 포함)로서 산정특례 등록자, 시설수급자 • **행려환자** • **타법적용자** 이재민, 의상자 및 의사자 유족, 입양아동(18세 미만), 국가유공자, 국가무형문화재의 보유자, 북한이탈주민, 5·18 민주화운동 관련자, 노숙인 * 국가유공자, 국가무형문화재의 보유자, 북한이탈주민의 경우 소득재산 기준이 있음
2종 수급권자	• **국민기초생활보장수급권자 중 1종 수급 대상이 아닌 자** • **타법수급대상자 중 1종 수급대상이 아닌 가구 또는 가구원**

어떻게 받을 수 있나요?

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

Tip

기초생활보장 수급을 신청한 경우에는 의료급여를 신청한 것으로 봄 / '15. 7. 1. 맞춤형급여 시행 후 수급권자의 신규 신청은 통합신청을 원칙으로 함

어떤 지원을 받을 수 있나요?

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

수급권자 본인이 부담해야 하는 금액은 어떻게 아나요? (의료급여 적용대상 항목에 대한 의료비 중)

구분		1차 (의원)	2차 (병원, 종합병원)	3차 (상급 종합병원)	약국*	PET 등
1종	입원	없음	없음	없음	-	없음
	외래	1,000원	1,500원	2,000원	500원	5%
2종	입원	10%	10%	10%	-	10%
	외래	1,000원	15%	15%	500원	15%

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

* 급여가 아닌 비급여, 선별급여 청구분은 본인이 부담

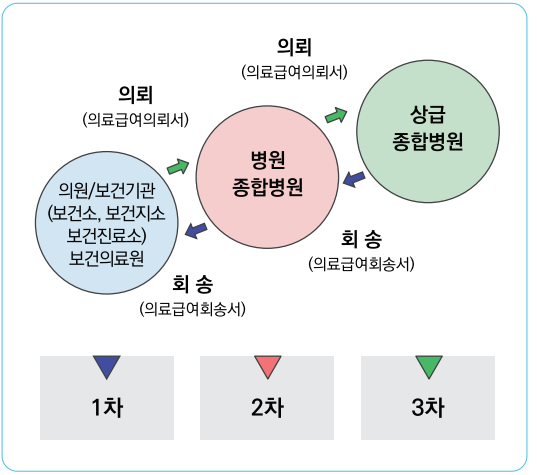
식대의 경우 수급권자가 부담해야 하는 금액이 얼마인가요?

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

Tip

자연분만·6세 미만 입원 및 행려환자는 면제, 중증질환산정 특례자의 해당질환 진료 시 5%

의료급여의 이용절차는 어떻게 되나요?



의료급여 이용절차 3단계

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

(발급받은 날부터 7일 이내 해당 의료기관에 제출)

Tip

의료급여 절차에 의하지 않고(의료급여의뢰서 없이) 의료급여기관을 이용한 경우에는 진료비 전액을 본인이 부담해야 합니다. 단, 응급의료에 관한 법률 제2조제1호에 해당하는 응급환자·분만 등의 특수한 상황에는 단계별 절차와 상관없이 의료급여를 받을 수 있습니다. (절차의 예외)

2 본인부담금 지원 제도

건강생활유지비 지원

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

지원대상이 궁금합니다.

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

Tip

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

지원금액은 얼마인가요?

1인당 매월 6천원이 지원되며, 수급권자별로 자격정보에 매월 1일 생성됩니다. 수급권자의 외래진료 시 본인부담금은 건강생활유지비 잔액으로 납부됩니다.

(건강생활 유지비 선(先) 차감 의무)

잔액 지급 방식이 궁금합니다.

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

Tip

2,000원 미만은 지급에서 제외

건강생활유지비 지급이 중지되는 경우도 있나요?

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

본인부담금 보상금

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

Tip

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

본인부담금 상한제

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

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

Tip

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

3 중증질환 및 희귀 · 중증난치 질환자 산정특례 등록제도

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

지원대상이 궁금합니다.

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

Tip

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

어떤 혜택이 있나요?

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

Tip

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

적용기간이 궁금합니다.

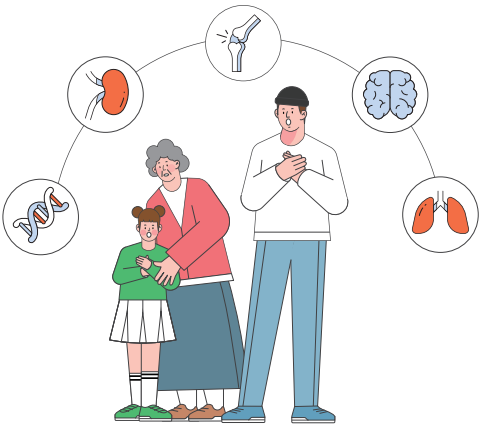
- 희귀·중증난치질환자, 암환자는 등록일로부터 5년, 중증화상환자는 등록일로부터 1년간 지원(적용기간 종료일부터 2년 이내 관련 수술을 받는 경우)
- 결핵은 등록 시작일부터 치료 종료 시까지 지원
- 뇌혈관·심장질환자는 최대 30일(입원, 외래), 중증외상환자는 최대 30일까지 지원

Tip

복잡 선천성 심기형 및 심장이식은 최대 60일까지 지원

어떻게 신청하면 되나요?

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



4 현금급여 지원 제도

요양비

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

구분	지원내용
질병 · 부상 · 출산 요양비	• 의료급여기관을 이용할 수 없거나 의료급여 기관이 없는 사유로 인하여 질병·부상·출산(사산의 경우로서 임신 16주 이상인 경우를 포함)에 대하여 요양을 받은 경우 • 의료급여기관 외의 장소에서 출산한 경우 : 자녀당 250,000원
자동복막 투석 복막 관류액 또는 소모성 재료비	• 만성신부전증 환자가 의사의 처방전에 따라 자동복막 투석 시 사용되는 복막관류액 또는 소모성 재료를 의료 급여기관 외의 의약품 판매업소에서 구입·사용한 경우 • 자동복막투석 소모성 재료(카세트, 배액백 및 카테터 말단 폐색기) : 1일 10,420원
당뇨병 소모성 재료비	• 당뇨병 환자가 의사의 처방전에 따라 당뇨 소모성 재료(혈당측정검사지, 채혈침, 인슐린주사기, 인슐린 주사바늘, 인슐린펌프용 주사기, 인슐린펌프용 주사바늘, 연속혈당측정용 전극)를 의료기기 판매업소에서 구입·사용한 경우 • 제1형 당뇨(1일 2,500원) • 제2형 당뇨(1일 900원~2,500원) • 연속혈당측정용 전극(1일 10,000원) * 기준 금액 : 제품별 사용가능일수 × 일당 기준금액
당뇨병 관리기기	• 제1형 당뇨병 환자가 의사의 처방전에 따라 당뇨 관리기기를 의료기기 판매업소에서 구입·사용한 경우 • 연속혈당측정기(210,000원/3개월) • 인슐린자동주입기(1,700,000원/개)

구분	지원내용
자가도뇨 소모성 재료비	• 신경인성 방광 환자가 의사의 처방전에 따라 자가도뇨에 사용되는 소모성 재료(간헐적 도뇨 카테터)를 의료급여기관 외의 의료기기 판매업소에서 구입·사용한 경우 • 1일 9,000원 (1일 최대 6개 이내의 범위)
산소치료 요양비	• 산소치료를 필요로 하는 환자가 의사의 처방전에 의하여 건강보험공단에 등록된 업소에서 산소 치료를 대여받는 경우 • 가정용 산소발생기 : 월 120,000원 • 휴대용 산소발생기 : 월 200,000원
인공 호흡기 치료 요양비	• 인공호흡기가 필요한 환자가 의사의 처방전에 따라 건강보험공단에 등록된 업소에서 인공호흡기를 대여받거나 소모품을 구입한 경우 • 인공호흡기 대여료 - 혼합형(월 535,000원) - 압력형·볼륨형(월 356,000원)
기침 유발기 요양비	• 인공호흡기를 사용하는 사람 중 기침유발기가 필요한 환자가 의사의 처방전에 따라 건강보험공단에 등록된 업소에서 기침유발기를 대여받는 경우 • 월 160,000원
양압기 요양비	• 양압기가 필요한 환자가 의사의 처방전에 따라 건강보험공단에 등록된 업소에서 양압기를 대여받는 경우 * 직전 처방기간 동안 하루 평균 기기 사용 시간이 2시간 이상인 경우에 해당하는 자에 한정하여 지원 • 양압기 대여료 - 지속형(월 76,000원) - 자동형(월 89,000원) - 이중형(월 126,000원) - 마스크(연 95,000원)

장애인 보조기기

의료급여수급자 중 등록 장애인을 대상으로 전동 휠체어 등 보조기기를 지원하는 제도입니다.

지원대상은 누구인가요?

의료급여수급자 중 등록 장애인이 대상입니다.

지원품목은 무엇인가요?

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

공통기준은 무엇인가요?

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

지원 절차는 어떻게 되나요?

보조기기 처방	급여신청	적격판단	구입/검수	지급청구 /지급
장애 유형별 전문의 처방전 발행	→ 수급자가 시군구에 신청 (처방전 첨부)	→ 시군구가 적격 여부 통보	→ 보조기기 구입/ 전문의 검수	→ 시군구에서 수급자에게 지급

임신 출산 진료비

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

지원대상은 누구인가요?

의료급여수급자 중 임신 중이거나 출산(유산 및 사산 포함)한 수급권자와 출산일로부터 2년 이내의 영아에게 지원됩니다.

지원기간은 어떻게 되나요?

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

(지원기간 초과 후 사용 잔액은 자동 소멸)

지원금액과 사용방법이 궁금합니다.

- 1, 2종 구분 없이 100만원(다태아인 경우에는 140만원) 지원되며, 1일 사용액 한도 제한 없습니다.

Tip

분만취약지 임산부: 120만원(다태아 160만원)

- 산부인과 진료과목으로 진료를 받은 경우 사용 가능하며 별도의 카드 소지 없이 진료 가능

Tip

※ 한의원, 한방병원 등은 관련 상병으로 진료 받은 경우 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

신청은 어떻게 하나요?

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

5 치아 관련 지원 제도

노인틀니

어르신의 저작기능 향상을 위해 완전틀니와 부분틀니를 의료급여 적용합니다.

누가, 어떻게 지원을 받을 수 있나요?

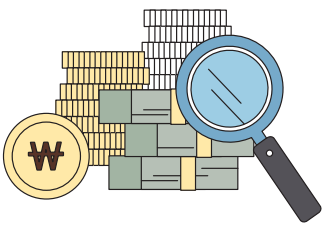
만 65세 이상 의료급여수급권자가 대상이며, 신청방법은 ①치과 병·의원에서 국민건강보험공단에 전산 등록(산정특례 대상자와 동일) 제출·등록하거나 ②치과 병·의원에서 발급받은 틀니 등록신청서를 관할 시·군·구청 또는 읍·면·동에 방문하여 제출·승인 후 틀니를 시술받습니다.

어떤 지원을 받을 수 있나요?

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

본인이 부담하는 비용은 얼마인가요?

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



치과임플란트

어르신의 저작기능 향상을 위해 치과 임플란트를 의료급여 적용합니다.

누가, 어떻게 지원을 받을 수 있나요?

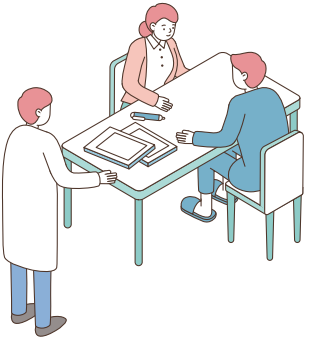
만 65세 이상 부분 무치악 수급자가 대상이며, 신청방법은 ①치과 병·의원에서 발급받은 치과 임플란트 등록신청서를 관할 시·군·구 또는 읍·면·동에 방문하여 제출·등록하거나 ②치과 병·의원에서 국민건강보험공단에 전산등록(산정특례 대상자와 동일)·승인 후 임플란트 시술을 받습니다.

혜택 범위는 어떻게 되나요?

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

본인이 부담하는 비용은 얼마인가요?

임플란트의 본인부담은 입원·외래 구분 없이 1종 수급권자는 10%, 2종 수급자권자는 20%를 부담합니다.



입술입천장갈림증(구순구개열)

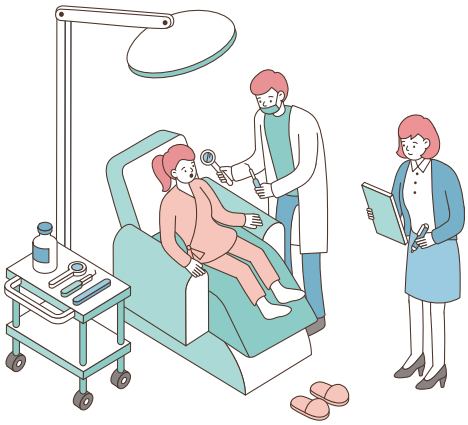
구개열, 구순열을 동반한 치조열, 구순열을 동반한 구개열 환자의 치과교정을 지원합니다.

누가, 어떻게 지원을 받을 수 있나요?

구개열, 구순열을 동반한 치조열, 구순열을 동반한 구개열 환자로서 치과교정 및 악정형치료대상자로 등록된 분이 지원대상입니다.

신청은 어떻게 하나요?

입술입천장갈림증(구순구개열) 치과교정 및 악정형 치료는 치료기간이 장기간 소요되고 시술 행위 단계별 급여기준이 상이하여 대상자의 사전등록이 필수입니다.



치석 제거

국민의 구강건강을 향상시키기 위해 예방목적의 치석제거를 의료급여로 적용합니다.

지원대상은 누구인가요?

만 19세 이상의 수급자 모두 해당됩니다.

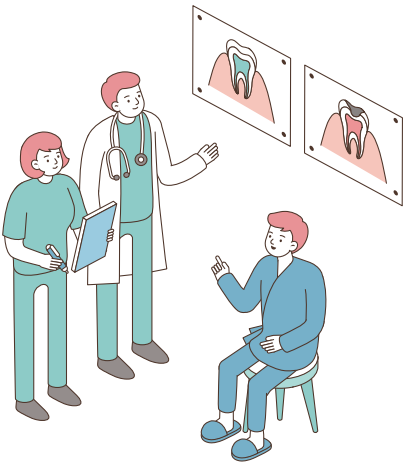
본인이 부담하는 비용은 얼마인가요?

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

의료급여 적용횟수는 연 1회(1월~12월)입니다.

Tip

횟수 초과 시 비급여



6 유의사항

의료급여 상한일수

수급자가 사용할 수 있는 의료급여일수는 질환별로 상한이 정해져 있습니다.

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

의료급여 일수는 어떻게 산정되나요?

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

의료급여일수 연장승인

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

연장승인 횟수가 궁금합니다.

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

Tip

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

조건부연장승인 대상은 어떻게 되나요?

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

상한일수 초과자가 연장승인을 신청하지 않으면 어떻게 되나요?

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

선택의료급여기관 제도

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

선택의료급여기관 선정 기준이 궁금합니다.

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

Tip

6개월 이상 진료기간이 기재된 진단서 또는 소견서 첨부(심의 필요)

선택의료급여기관 이용 방법이 궁금합니다.

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

선택의료급여기관 당연 지정 대상자가 선택의료급여기관을 지정 신청하지 않으면 어떻게 되나요?

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

동일성분의약품 중복투약자 관리

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

중복투약 관리기준은 어떻게 되나요?

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

중복투약 시 약제비 전액 본인부담 기준이 궁금합니다.

Tip

본인부담 기준은 위반횟수에 따라 개인별로 누적 관리하는 방식입니다.

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

Tip

3차 이상 위반자는 가중 제재를 지속

7 의료급여비용 부당청구 신고 및 신고포상금 제도

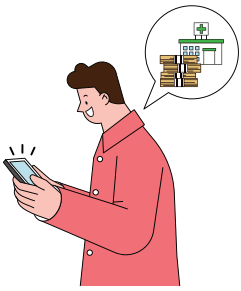
의료급여기관 이용자, 의료급여기관 관련자(의료급여기관·의약업체 종사자) 또는 그 밖의 신고인이 의료급여기관의 구체적인 허위·부당 청구 행위 사실을 기재한 내용 및 증거자료를 가지고 관할 보장기관에 신고하여 허위·부당 청구로 확인된 때에는 일정 금액을 포상금으로 지급하는 제도입니다.

누가 신고할 수 있나요?

수급권자 본인, 배우자, 본인 및 배우자의 직계존·비속 및 의료급여기관·의약업체 종사자, 그 밖의 신고인이 신고할 수 있습니다.

무엇을 신고할 수 있나요?

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



포상금 지급 기준

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

8 의료급여사례관리사업

의료급여사례관리란 무엇인가요?

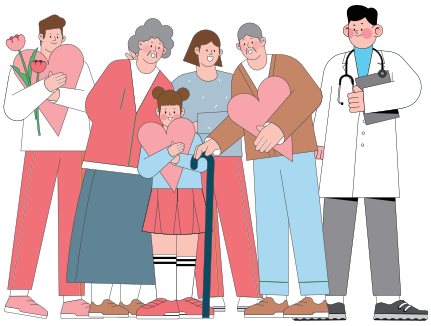
의료급여수급권자의 건강관리 능력 향상과 적정 의료 이용을 위한 상담, 의료급여제도 안내 및 의료기관 이용 상담을 제공하는 제도입니다.

의료급여사례관리 대상은 어떻게 되나요?

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

사례관리는 어떻게 이루어지나요?

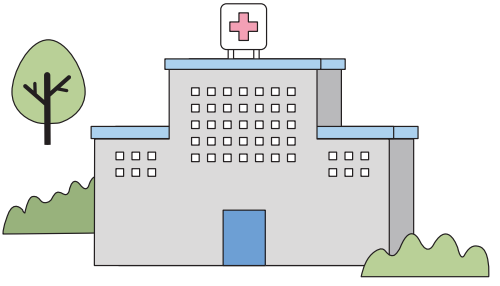
시·도, 시·군·구에 배치되어 있는 의료급여관리사가 사례관리 대상자를 선정하여 방문, 전화, 서신, 자원연계를 통해 수급자의 건강과 삶의 질 향상을 위해 노력하고 있습니다.



9 타의료지원제도 안내

- 암환자 의료비 지원
- 가사·간병 방문지원
- 희귀질환자 의료비 지원
- 재난적 의료비 지원
- 노인 결핵 검진
- 차상위본인부담경감대상자 지원
- 긴급복지 의료비 지원
- 국가건강검진

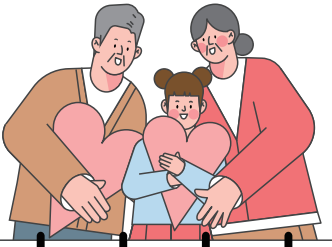
타의료지원제도에 대한 문의사항 및 상담은 보건복지부 보건복지상담센터(☎129), 또는 주민등록주소지 관할 시군구 및 보건소, 국민건강보험공단 고객센터(☎1577-1000)로 하여 주시기 바랍니다.



MEMO

MEMO

보건복지부 전라북도

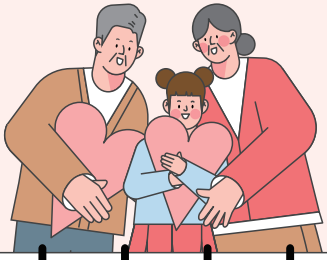


시·도 시·군·구청

부서명

담당자

전 화



어려운 이웃의 건강지킴이

2023 의료급여제도가 함께합니다!

시·도 시·군·구청

부서명

담당자

전 화

위험할땐 119
힘겨울땐 129

보건복지부 전라북도