

요양급여 기준의 일반상식 및 최근의 몇가지 진료비 심사사례

이길진 이비인후과의원
이 길 진

I. 보험 급여의 방법 및 절차

1. 1차 진료 :

- 1) 중진료권 지역의 요양기관
- 2) 3차 진료기관에는 이비인후과를 포함한 6개과를 제외하고는 1, 2차 진료 기관에서 발급한 “진료의뢰서”(6호 서식)을 제출해야 한다.

2. 2차 진료 :

- 1) 대진료권 지역의 요양기관에서 진료를 받고자 할 경우 중진료권 지역의 요양기관에서 발급한 “진료의뢰서”를 제출해야 한다.
- 2) 타진료권 지역의 요양기관에서 진료를 받고자 할 경우 중진료권 또는 대진료권 지역의 요양기관에서 발급한 “진료의뢰서”에 보험자가 승인한 “타진료권 진료 확인서”(7호 서식)를 제출해야 한다.(진료 의뢰서 및 타진료권 진료확인서는 1년을 초과하면 다시 제출하여 그 기간을 연장할 수 있다)

3. 긴급진료 :

- 1) 의료 보험증을 제시 못할 경우
 - 가) 구두로 신고후 7일 이내에 제시(공휴일 제외)
 - 나) 의식불명인 경우는 회복되거나 가족으로부터 밝혀진 날로부터 7일 이내에 제시해야 한다.
- 2) 출장 또는 여행중 긴급진료
 - 가) 3일 까지는 진료권에 관계없이 1, 2차 진료기관에서 진료를 받을 수 있다(어떤 종류의 의료 보험증이든 관계없다).

나) 4일 이상 진료를 계속할 경우는 진료 4일째되는 날로부터 7일 이내에 “진료 사실통보서”(15호 서식)를 요양기관에서 보험자(해당 의료보험조합)에게 통보해야 한다.

4. 수급자격확인

- 1) 의료보험증과 주민등록증
자격취득일, 검인유효기간 및 급여제한 유무를 확인해야 한다(지역 의료보험은 보험료 납부일을 확인해야 한다. 2개월 이상 체납자는 보험료를 납부한 날로부터 수급 자격이 복권된다).
- 2) 부당급여시(질병, 부상이 자신의 범죄행위, 고의에 의한 경우)
“부당급여 통보서”(10호 서식)를 보험자에게 통보하여 급여제한 여부를 회신받아야 한다.
- 3) 상해시
“제3자 가해 행위로 인한 급여신고서”(10-1호 서식)를 보험자에게 통보하여 급여제한 여부를 회신받아야 한다.

5. 요양 기관의 의무

- 1) 서류의 보존
일반 환자 서류와 구분 보관
진료 기록부는 5년
처방전, 진료비 청구서 및 명세서, 약품 재료 수불대장은 2년(진료가 종결된 날로부터)
- 2) 서류의 교부
진료기록(방사선 촬영 필립 포함)을 타 요양 기관에서 요구시 무상으로 밀봉 교부해야 한다.(방사선 촬영 필립 복사 교부시

는 그 비용을 피보험자가 부담해야 한다)

II. 급여의 범위 및 비용부담

1. 급여기간

연간 180일(투약일수 포함)

(단 급여비용이 연간 30만원에 달할때까지는 급여기간을 연장할 수 있다)

2. 전액 본인 부담

1) 연간 180일 초과 또는 30만원 이상 초과 된 진료비

2) 보험증 또는 진료의뢰서 제시 이전의 진료비

3) 진료의뢰서나 타진료권 진료확인서를 제시 못한 4일째 부터의 진료비

4) 특진료 및 상급 병실료 차액

5) 3자녀 이상의 분만비

3. 비급여 대상

생략

III. 요양기관 변경사항 신고절차

1. 소재지 변경시(이전 개원)

1) 동일 시·군·구 보건소 관할 지역내 이전하는 경우는 개설신고 필증사본 1부(뒷면에 변경사항을 기재하고 보건소장 직인 날인)를 제출해야한다.

2) 타 시·군·구 보건소 관할지역으로 이전하는 경우는 개설신고필증 사본 1부, 폐업 확인서 1부(변경전 관할보건소장 발행)를 제출해야 한다.

3) 특별시, 직할시, 도의 행정구역을 벗어나 이전하는 경우는 지정서를 반납하고 신규 지정을 받아야 한다.

2. 장비 변동시(새로운 장비 구입, 사용시) 변경사항신고서에 장비 목록을 작성하고 장비구입 세금계산서 또는 거래명세서 사본을 첨부하여 제출해야 한다.

3. 진료비 지급 계좌 변경시 변경사항 신고서 및 인감증명서(의료보험

계좌변경용)를 제출해야 하며 사용중인 계좌는 변경신고된 계좌로 입금된 후 해지해야 한다.

4. 휴업 및 재개업

휴업 및 재개업 확인서(보건소 발행)를 제출

※ 이상의 변경사항에 대한 신고서는 공단 및 연합회에 각각 제출해야 한다.

진료비 심사사례

1. 혼합주사 수기로

주사약제를 수액제에 혼합하거나 수액제 주입로를 통하여 주사할 경우 주사약제수를 불문하고 외래는 마-5 1회, 마-1 1회, 입원은 마-5 1회 마-1 2회까지 산정하여야 한다(의보연 90. 7)

2. 식도암 환자의 레이저 시술

여러번 반복 실시해도 자-239(식도입구부 종양적출술)의 소정금액을 1회만 산정해야 한다(의보연 90. 7).

3. 재수술

수술을 끝마친후 요양기관의 귀책사유가 없는 상태에서 출혈 등 기타 사유로 재수술을 했을 경우 수술료는 15일 이내인 경우 소정수술료의 50%를 산정한다(의보연 90. 10).

4. 청력검사

삼출성 중이염, 난청, 이명 등 병명에는 나-689-가와 나-689-다를 각각 인정한다.

그러나 급성중이염이나 외이염에 상기 두 검사료를 일률적으로 동시에 실시함은 바람직하지 않다.(의보연 90. 6)

5. 항암 면역 요법제의 투여는 평생 60일 이내로 정하고 있다.

6. Mastoidectomy c Tympanoplasty type III 수가산정은 자-564(Tympanoplasty)×100%, 자-567(Simple mastoidectomy)×50%를 인정한다. 자-564와 자-568(Radical Mastoidectomy)를 산정함은 잘못이다(의보연 90. 9).