

의료급여 자격관리시스템 관련 의료급여기관용 가이드북

2007. 6.

의료급여 자격관리시스템 구축
실무전담반

1. 의료급여 자격관리관련 정보 메시지 내용

□ 의료급여기관 ↔ 공단



구분	전달 메시지 내역	비고
M1	<ul style="list-style-type: none"> * 수진자주민등록번호 * 의료급여기관기호 	
M2	<ul style="list-style-type: none"> * 자격여부 * 수진자성명 * 보장기관기호(사업장기호) * 시설기호(중번호) * 본인부담여부 * 건강생활유지비잔액 * 선택기관기호와 명칭(관할지사 명칭) * 출국자 여부 * 자격취득일 * 세대주성명 * 급여제한일자(상실일자) * 장애인등록일자 	수진자 주민번호 중복시 N개 전송
M3	<ul style="list-style-type: none"> * 수진자주민등록번호 * 의료급여기관기호 * 입(내)원일수 * 본인일부부담금 * 기관부담금 * 진료일자 * 처방전교부번호(의료급여기관, 약국) * 처방전교부기관기호(약국) * 본인부담여부 * 수진자성명 * 진료형태 * 투약일수 * 건강생활유지비청구액 * 주상병분류기호 * 타기관 의뢰여부 	
M4	<ul style="list-style-type: none"> * 승인여부 * 본인일부부담금 * 건강생활유지비청구액 * 진료확인번호 * 건강생활유지비잔액 	
M5	<ul style="list-style-type: none"> * 수진자주민등록번호 * 진료확인번호 * 의료급여기관기호 * 진료일자 	
M6	<ul style="list-style-type: none"> * 취소여부 * 진료확인번호 * 건강생활유지비잔액 	

2. 의료급여 송·수신 Message Layout

메세지	항목	특정기호	자리수	
M1(자격 조회요청)	수진자주민등록번호(생년월일 다음의 ‘-’는 기재 생략)		an(13)	
	의료급여기관기호		an(8)	
	로그인 아이디 (건강보험관리공단 포탈 로그인 아이디)		an(30)	
	패스워드 (건강보험관리공단 포탈 로그인 패스워드)		an(30)	
M2 (자격조회 확인)	자격여부	지역가입자(1), 지역세대원(2), 임의계속직장가입자(4), 직장가입자(5), 직장피부양자(6), 의료급여 1종(7), 의료급여 2종(8)	an(1)	
		자격취득일	an(8)	
	수진자성명		an(20)	
	세대주성명		an(20)	
	보장기관기호(사업장기호)		an(8)	
	시설기호(중번호)		an(11)	
	급여제한일자(ccyymmdd), 상실일자		an(8)	
	본인부담 여부	선택기관 적용자(조건부연장승인자) 1종	M001	an(4)
		선택기관 자발적 참여자 1종	M002	
		18세 미만인자 1종	M003	
		임산부 1종	M004	
		회귀난치성질환자 1종	M005	
		장기이식환자 1종	M006	
		20세 이하인 자로 중·고등학교 재학 중인 자 1종	M007	
		가정간호대상자 1종	M008	
		선택기관 적용자(조건부연장승인자) 2종	B001	
		선택기관 자발적 참여자 2종	B002	
	건강생활유지비잔액		n(10)	
	선택기관기호 1 (관할지사코드)		an(8)	
	추가선택기관기호 2		an(8)	
	선택한의원기호 3		an(8)	
	선택치과의원기호 4		an(8)	
	선택기관명칭 1 (관할지사명칭)		an(50)	
추가선택기관명칭 2		an(50)		
선택한의원명칭 3		an(50)		
선택치과의원명칭 4		an(50)		
출국자 여부(Y/N)		an(1)		
장애인등록일자		an(8)		
M3 (진료확인 요청)	수진자주민등록번호(생년월일 다음의 ‘-’는 기재 생략)		an(13)	
	수진자성명		an(20)	
	의료급여기관기호		an(8)	
	진료형태	입원(1), 외래(2),	an(1)	

		약국처방조제(3), 약국직접조제(4)		
	입(내)원 일수	외래 : 1, 입원 : 입원일수		n(3)
	투약일수	원내투약일수(의료급여기관), 투약일수(약국)		n(3)
	본인일부부담금			n(10)
	건강생활유지비청구액			n(10)
	기관부담금			n(10)
	주상병분류기호(약국직접조제-증상기호)			an(5)
	진료일자(ccyymmdd)			an(8)
	처방전교부기관기호(약국)			an(8)
	처방전교부번호(의료급여기관, 약국)			an(13)
본인부담 여부	응급환자인 선택기관 이용자 1종		M009	an(4)
	장애인보장구 지급받는 선택기관 이용자 1종		M010	
	응급환자인 선택이용자 2종		B003	
	장애인보장구 지급받는 선택기관 이용자 2종		B004	
	선택기관에서 의뢰된 자(1·2종)		B005	
	선택기관에서 의뢰되어 재의뢰된 자(1·2종)		B006	
	타기관 의뢰여부(Y/N)			an(1)
	장애시 진료확인번호 (의료급여기관기호(8)+진료일자(8)+9+일련번호(6))			an(23)
	로그인 아이디 (건강보험관리공단 포탈 로그인 아이디)			an(30)
	패스워드 (건강보험관리공단 포탈 로그인 패스워드)			an(30)
M4 (진료확인 결과)	승인여부	승인(03), 불승인(04)		an(2)
	진료확인번호(의료급여기관기호(8)+진료일자(8)+0+일련번호(6))			an(23)
	본인일부부담금			n(10)
	건강생활유지비청구액			n(10)
M5 (취소)	건강생활유지비잔액			n(10)
	수진자주민등록번호(생년월일 다음의 ‘-’는 기재 생략)			an(13)
	의료급여기관기호			an(8)
	진료확인번호			an(23)
	진료일자(ccyymmdd)			an(8)
M6 (취소확인)	로그인 아이디 (건강보험관리공단 포탈 로그인 아이디)			an(30)
	패스워드 (건강보험관리공단 포탈 로그인 패스워드)			an(30)
	취소여부	취소(06), 자료무(07)		an(2)
	진료확인번호			an(23)
	건강생활유지비잔액			n(10)

매세지	항목	특정기호	자리수	
M1(자격 조회요청)	수진자주민등록번호(생년월일 다음의 '-'는 기재 생략)		an(13)	
	의료급여기관기호		an(8)	
	로그인 아이디 (건강보험관리공단 포탈 로그인 아이디)		an(30)	
	패스워드 (건강보험관리공단 포탈 로그인 패스워드)		an(30)	
M2 (자격조회 확인)	자격여부	지역가입자(1), 지역세대원(2), 임의계속직장가입자(4), 직장가입자(5), 직장피부양자(6), 의료급여 1종(7), 의료급여 2종(8)	an(1)	
	자격취득일		an(8)	
	수진자성명		an(20)	
	세대주성명		an(20)	
	보장기관기호(사업장기호)		an(8)	
	시설기호(증번호)		an(11)	
	급여제한일자(ccyymmdd), 상실일자		an(8)	
	본인부담 여부	선택기관 적용자(조건부연장승인자) 1종	M001	an(4)
		선택기관 자발적 참여자 1종	M002	
		18세 미만인자 1종	M003	
		임산부 1종	M004	
		회귀난치성질환자 1종	M005	
		장기이식환자 1종	M006	
		20세 이하인 자로 중·고등학교 재학 중인 자 1종	M007	
		가정간호대상자 1종	M008	
		선택기관 적용자(조건부연장승인자) 2종	B001	
	선택기관 자발적 참여자 2종	B002		
	건강생활유지비잔액		n(10)	
	선택기관기호 1 (관할지사코드)		an(8)	
	추가선택기관기호 2		an(8)	
선택한의원기호 3		an(8)		
선택치과의원기호 4		an(8)		
선택기관명칭 1 (관할지사명칭)		an(50)		
추가선택기관명칭 2		an(50)		
선택한의원명칭 3		an(50)		
선택치과의원명칭 4		an(50)		
출국자 여부(Y/N)		an(1)		
장애인등록일자		an(8)		
M3 (진료확인 요청)	수진자주민등록번호(생년월일 다음의 '-'는 기재 생략)		an(13)	
	수진자성명		an(20)	
	의료급여기관기호		an(8)	
	진료형태	입원(1), 외래(2), 약국처방조제(3), 약국직접조제(4)	an(1)	

	입(내)원 일수	외래 : 1, 입원 : 입원일수		n(3)
	투약일수	원내투약일수(의료급여기관), 투약일수(약국)		n(3)
	본인일부부담금			n(10)
	건강생활유지비청구액			n(10)
	기관부담금			n(10)
	주상병분류기호(약국직접조제-증상기호)			an(5)
	진료일자(ccyymmdd)			an(8)
	처방전교부기관기호(약국)			an(8)
	처방전교부번호(의료급여기관, 약국)			an(13)
	본인부담 여부	응급환자인 선택기관 이용자 1종	M009	an(4)
장애인보장구 지급받는 선택기관 이용자 1종		M010		
응급환자인 선택이용자 2종		B003		
장애인보장구 지급받는 선택기관 이용자 2종		B004		
선택기관에서 의뢰된 자(1·2종)		B005		
선택기관에서 의뢰되어 재의뢰된 자(1·2종)		B006		
타기관 의뢰여부(Y/N)			an(1)	
장애시 진료확인번호			an(23)	
(의료급여기관기호(8)+진료일자(8)+일련번호(6))				
로그인 아이디 (건강보험관리공단 포탈 로그인 아이디)			an(30)	
패스워드 (건강보험관리공단 포탈 로그인 패스워드)			an(30)	
M4 (진료확인 결과)	승인여부	승인(03), 불승인(04)		an(2)
	진료확인번호(의료급여기관기호(8)+진료일자(8)+일련번호(6))			an(23)
	본인일부부담금			n(10)
	건강생활유지비청구액			n(10)
M5 (취소)	건강생활유지비잔액			n(10)
	수진자주민등록번호(생년월일 다음의 '-'는 기재 생략)			an(13)
	의료급여기관기호			an(8)
	진료확인번호			an(23)
	진료일자(ccyymmdd)			an(8)
	로그인 아이디 (건강보험관리공단 포탈 로그인 아이디)			an(30)
	패스워드 (건강보험관리공단 포탈 로그인 패스워드)			an(30)
M6 (취소확인)	취소여부	취소(06), 자료무(07)		an(2)
	진료확인번호			an(23)
	건강생활유지비잔액			n(10)

3. 청구방법 관련 사항

□ 명일련 단위 특정내역 구분코드

○ “본인부담구분코드”란 신설

대상자	특정기호	본인부담
선택의료급여기관 적용자(조건부연장승인자) 1종	M001	없음
선택의료급여기관 자발적 참여자 1종	M002	
18세 미만인자 1종	M003	없음
임산부 1종	M004	
회귀난치성질환자 1종	M005	
장기이식환자 1종	M006	
20세 이하인 자로 중·고등학교 재학 중인 자 1종	M007	
가정간호대상자 1종	M008	
응급환자인 선택의료급여기관 이용자 1종	M009	
장애인보장구 지급받는 선택의료급여기관 이용자 1종	M010	있음
선택의료급여기관 적용자(조건부연장승인자) 2종	B001	
선택의료급여기관 자발적 참여자 2종	B002	
응급환자인 선택의료급여기관 이용자 2종	B003	
장애인보장구 지급받는 선택의료급여기관 이용자 2종	B004	
선택의료급여기관에서 의뢰된 자(1·2종)	B005	
선택의료급여기관에서 의뢰되어 재의뢰된 자(1·2종)	B006	

○ “진료확인번호”란 신설

□ 「상해외인」 란에 ‘H’ 코드 신설

○ 「상해외인」 의료급여수급권자가 외래진료를 받은 경우 진료 일과 처방된 검사 시행일이 다른 경우에는 검사를 시행한날로 명세서를 구분하여 별도 작성하고, 검사 항목만 별도 청구 시 명세서 「상해외인」 란에 “H”를 기재토록 하며 진료일수는 “0”으로 기재한다.

4. 의료급여자격관리 시스템 관련 사항

송·수신 메시지 내용

□ M2(자격조회요청) 내역

○ 급여제한일자

- 급여제한일자가 있으면서 선택의료급여기관기호와 명칭이 있는 경우
: 선택의료급여기관 적용자(조건부연장승인자)로 해당 의료급여기관이 선택의료급여기관에 해당되면 1종은 본인부담면제(M001), 2종은 일부본인부담(B001)임

※ 선택의료급여기관 자발적 참여자 1·2종도 급여제한일자가 있음.

- 급여제한일자만 있고 선택의료급여기관이 없는 경우 : 전액 본인부담

○ 선택기관기호 및 선택기관명칭

< 본인부담여부에 따른 선택기관 분류 >

구분	선택기관구분	선택기관기호	선택기관명칭
기본 (면제)	선택의료급여기관	선택기관기호	선택기관명칭
	추가선택의료급여기관 (복합질환)	추가선택기관기호	추가선택기관명칭
추가 (본인부담)	선택한의원	선택한의원기호	선택한의원명칭
	선택치과의원	선택치과의원기호	선택치과의원명칭

※ 치과의원과 한의원이 선택의료급여기관, 추가선택의료급여기관인 경우에는 본인부담 면제이나 선택한의원·선택치과의원인 경우에는 본인부담임

치과의원 또는 한의원을 선택의료급여기관, 추가선택의료급여기관으로 선택하지 아니한 경우 치과의원 또는 한의원을 각각 선택할 수 있으며 이 경우 본인일부부담함

☞ 선택한의원이거나 선택치과의원에서 수급권자 진료 후 M3 송신 메시지에서 “B005(선택의료급여기관에서 의뢰된 자)” 입력하고 의료급여비용 청구시에도 본인부담구분란에 “B005” 기재 청구함

< 회귀난치성질환과 복합질환에 따른 선택기관 분류 >

종류	선택기관	추가선택기관	선택한의원	선택치과의원
복합질환(-) 회귀난치성질환(-)	1차	-	한의원	치과의원
본인부담여부	-		○	○
복합질환(+) 회귀난치성질환(+)	2차 또는 3차	1차 또는 2차	한의원	치과의원
본인부담여부	-	-	○	○
복합질환(+) 회귀난치성질환(-)	1차	1차 또는 2차	한의원	치과의원
본인부담여부	-	-	○	○
복합질환(+) 회귀난치성질환(+)	2차 또는 3차	1차 또는 2차	한의원	치과의원
본인부담여부	-	-	○	○

※ 모든 의료급여기관은 수급권자 자격조회시 선택의료급여기관을 확인할 수 있음.

□ M3(진료확인요청) 내역

○ 주상병명, 처방전교부번호, 처방전교부기관기호 및 투약일수

- 선택병의원 도입에 따라 그간 유명무실했던 급여일수 관리의 실효성을 확보하기 위하여 적정의료를 유도하고 중복투약에 따른 불필요한 재정누수요인을 방지하기 위해 전송 필요

※ 원내투약일수(의료급여기관)와 원외투약일수(약국)를 별도로 분류한 이유

- 요양급여일수는 원내투약일수와 원외투약일수가 동시에 발생한 경우 둘 중 가장 긴 투약일수를 산정해야 하기 때문

❖ 의료급여기관

- 주상병분류기호와 처방전교부번호 및 원내투약일수를 보냄.
- 의료급여기관에서 원외처방전교부번호를 보내야 하는 이유는 원외처방전에 주상병명의 기재가 의무화되어 있지 않아 약국에서 주상병을 보내지 않는 경우가 있어 실제 약국에서는 주상병이 전송되지 않아 주상병으로는 정확한 급여일수 산정이 어려움.
- 또한 원외처방전에 주상병명 기재를 의무화시키는 것은 의료법 시행규칙 개정사항으로 개인정보 보호 등의 문제를 선결해야 함.

❖ 약국

- 주상병분류기호, 처방전교부번호, 처방전교부기관기호 및 원외투약일수를 보냄.

○ 진료일자(ccyymmdd)

- 실제 진료한 날짜를 전송해야 함.

○ 본인부담구분코드 관련

◇ 응급환자인 선택의료급여기관 이용자1종(M009)

- ㉠ 선택기관을 선택한 수급권자가 응급상황이 발생하여(이 경우 응급상황은 반드시 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조제1호 “응급증상 및 이에 준하는 증상”이어야 함) 이에 관한 치료를 선택기관이 아닌 의료급여기관에서 하는 경우(여행시나 선택기관에서 진료가 불가능한 경우 등)가 발생할 수 있음.
- ㉡ 이 경우 해당되는 사항이므로 해당의료급여기관에서 응급증상이라고 판단되는 경우, 수급권자의 선택기관이 아니더라도 “M009(본인부담면제)”의 본인부담구분코드를 기재하여 M3에 송부하여야 함.

◇ 응급환자인 선택의료급여기관 이용자2종은 B003(일부분인부담)을 전송

◇ 장애인보장구 지급받는 선택의료급여기관 이용자1종(M010)

- ㉠ 선택기관을 선택한 수급권자가 선택기관에서 장애인보장구를 지급받지 못하는 경우가 발생하여 선택기관이 아닌 의료급여기관에서 장애인보장구를 지급받는 경우에 해당함.
- ㉡ 이 경우 수급권자의 선택기관이 아니더라도 “M010(본인부담면제)”의 본인부담구분코드를 기재하여 M3에 송부하여야 함.

◇ 장애인보장구 지급받는 선택의료급여기관 이용자2종은 B004(일부분인부담)을 전송

◇ 선택기관에서 의뢰된 자(1·2종)(B005)

- ㉠ 선택기관을 선택한 수급권자가 선택기관의 진료범주외의 사항이 발생한 경우 선택기관에서 발행한 “의료급여의뢰서(선택의료급여기관 발부용)(별지제4의3호서식)”를 가지고 해당 의료급여기관에 간 경우에 해당.
- ㉡ 이 경우 수급권자의 선택기관이 아니더라도 “B005(일부분인부담)”의 본인부담구분코드를 기재하여 M3에 송부하여야 함.

◇ 선택기관에서 의뢰되어 재의뢰된 자(1·2종)(B006)

- ㉠ 선택기관을 선택한 수급권자가 선택기관의 진료범주외의 사항이 발생하여 타기관(A기관)으로 의뢰되었으나 이 곳에서도 타기관(B기관)으로 의뢰하는 경우 발생. 이 경우 A기관에서 발행한 “의료급여의뢰서(별지제3호서식)”를 가지고 B기관에 내원함.
- ㉡ 이 경우 수급권자의 선택기관이 아니더라도 “B006(일부분인부담)”의 본인부담구분코드를 기재하여 M3에 송부하여야 함.

※ 의료급여기관에서 원외처방전의 「조제시 참고사항」에 최종 결정된 본인부담구분코드를 기재하도록 해야 함.

사례) 선택의료급여기관 적용자 1종 수급권자가 A선택의료급여기관에서 B의료급여기관으로 의뢰를 하여 B의료급여기관에서 진료를 받는 경우 의료급여 자격관리시스템의 자격조회확인(M2)에는 본인부담구분코드 M001이 조회되고 진료확인요청(M3)시에는 본인부담구분코드 B005를 전송하게 됨. 이 경우 원외처방전의 「조제시 참고사항」에 본인부담구분코드 B005를 기재하여야 함.

- 만약 약국에서 의료급여기관의 착오기재가 의심이 되는 경우 우선으로 연락하여 의료급여기관과 약국의 본인부담구분코드를 수정해서 청구해야 함.

○ 타기관 의뢰여부(Y/N)

- 의료급여법 시행규칙 별표1 제1호다목 및 라목에 따라 선택 의료급여기관 또는 선택의료급여기관에서 의뢰받은 의료급여 기관에서 보장기관으로 의료급여 의뢰 사실의 통보를 해야 함. 다만, 의료급여 자격관리시스템을 통해 M3에서 타기관의뢰 여부를 표시하여 전송하는 것으로 같음.

○ 본인일부부담금(비급여 부담금액 제외)

- 수급권자가 현금으로 수납한 경우 기재
- 국가유공자가 보훈병원과 보훈위탁병원에 간 경우
 - ⇒ 건강생활유지비 “0”, 본인일부부담금 “0”을 의료급여자격 관리시스템 M3에 전송
(의료급여비용청구시 보훈청구액란에 “해당 본인부담금” 산정)
- 2종 장애인의 경우
 - ⇒ 건강생활유지비 “0”, 본인일부부담금 “0”(1차의료급여기관에서 외래진료시 “750” 또는 “250”을 기재)을 의료급여 자격관리시스템 M3에 전송
(의료급여비용청구시 장애인의료비란에 “해당 본인부담금” 산정)

○ 건강생활유지비청구액

- 수급권자가 진료 후 발생한 본인부담금을 일부를 건강생활유지비에서 차감하고 일부를 현금으로 수납하는 경우 차감한 건강생활유지비를 기재
- 이 경우 현금으로 수납한 금액을 본인일부부담금에 기재

※ 의료급여비용명세서 청구시에는 실제 현금으로 납부한 금액과 건강생활유지비를 합산한 금액을 기재하여야 함.
(본인일부부담금 = MB의 본인일부부담금 + MB의 건강생활유지비청구액)

<건강생활유지비 차감기준>

구분	건강생활유지비 차감
비급여 항목	차감제외
100/100 항목	차감제외

□ M5(취소) 내역

○ 승인취소

< 건강생활유지비 지급관련 사항>

- 건강보험공단에서 주 1회 이상 해당 의료급여기관에 건강생활유지비를 지급할 계획.
- 승인이 되어 진료확인번호를 부여받은 후 공단에서 의료급여기관에 건강생활유지비를 지급하기 전에 승인취소를 한 경우는 수급권자의 건강생활유지비 가상계좌에 입금됨.
- 하지만, 이미 의료급여기관에 건강생활유지비가 지급된 경우에는 의료급여기관으로부터 환수상계처리된 후 수급권자 가상계좌에 입금(의료급여기관의 차기 지급내역 발생시에 환수하고 대체).

※ 건강생활유지비의 의료급여기관 지급기준
: 지급하는 날 이틀 전의 발생내역까지 지급

< 승인취소를 할 수 있는 경우 >

- 건강생활유지비청구액 변경
- 주상병분류기호 착오기재
- 투약일수 변경
- 본인일부부담금 변경
- 본인부담 여부 변경
- 타기관 의뢰여부 변경
- 진료형태 변경
- 입(내)원일수 변경
- 처방전교부기관기호와 처방전교부번호 변경

대상별 설명

□ 적용 대상자

- 모든 의료급여수급권자가 해당됨
 - 의료급여종별 구분 : 의료급여종별구분 중 의료급여 1종, 2종, 4종(행려환자), 6종(2종장애인이 2차의료급여기관에서 외래진료받은 경우), 8종(2종장애인이 1차의료급여기관에서 외래진료받은 경우) 모두 해당
 - 입원·외래 구분 : 입원 및 외래 모두 해당
 - 수가산정방식의 구분 : 행위별 수가 및 정액수가 등 모두 해당

□ 신생아의 경우

- 신생아의 경우는 “수급권자의 성명”란에 아기엄마의 주민등록번호를 기재하도록 함
 - 현재 신생아의 주민등록번호는 “생년월일-출생년도구분 000000”으로 표기하는데 이는 정확한 급여일수를 산정할 수 없을 뿐 아니라 자격이 확인이 안 됨.

▷ 아기엄마가 의료급여수급권자임을 알고 있는 경우

: M3의 “수급권자의 성명”란에 아기엄마의 주민등록번호를 기재하여 급여일수 등의 M3 해당내역을 전송(M1, M2과정 불필요)

주민등록번호란	아기의 주민등록번호 기재
수진자성명란	아기엄마의 주민등록번호 기재

▷ 아기엄마가 의료급여수급권자임을 모르고 있는 경우

: M1의 “수급권자의 주민등록번호”란에 엄마의 주민등록번호를 기재하여 자격조회 확인

□ 보훈환자의 경우

- 국가유공자가 보훈병원과 보훈위탁병원에 간 경우
 - 의료급여 종별 “5”, 공상구분 “4”로 청구함.
 - ※ 국가보훈처에서 본인부담금 지원(국가보훈처 고시 제 2006 - 4호)
- 건강생활유지비 “0”, 본인일부부담금 “0”을 의료급여 자격관리시스템 M3에 전송
(의료급여비용청구시 보훈청구액에 “해당 본인부담금” 산정)

- 국가유공자가 보훈병원과 보훈위탁병원 이외의 병원에 간 경우
 - 의료급여 종별 "5", 공상구분 "0"로 청구함. 이 경우에는 건강생활유지비나 현금으로 본인부담을 납부해야 함

□ 1종 등록장애인의 경우

- 1종 장애인의 경우 본인부담면제자가 아닌 경우 의료급여기관 외래진료시 본인일부부담을 하여야 함(건강생활유지비 지원됨)
- 2종 장애인의 경우 현행과 같음.

□ 행려환자의 경우

- 행려환자는 전산관리번호 13자리 중 3번째자리가 "3"으로 구분이 가능하므로 별도의 본인부담구분코드를 마련하지 않았음. 행려환자의 경우도 진료확인번호를 받아야 하며 진료확인번호를 기재하여 의료급여비용청구를 해야 함(M1, M2과정 불필요)

사례별 설명

□ 입원의 경우

- 입원의 경우에는 퇴원시에 의료급여비용청구를 하는 경우와 입원중에 주단위나 월단위로 청구하는 경우가 있음. 이 경우 진료확인번호는 청구단위로 부여받아 부여받은 진료확인번호를 기재하여 청구하여야 함. 이 경우 진료일자에 진료개시일자를 기재함

□ 외래 내원 환자가 당일 (응급) 입원할 경우

- 외래 내원 후 입원하는 경우 입원의 본인일부부담금이 산정되어야 하므로 당일 외래 진료 후 부여받은 진료확인번호를 취소해야 함

□ 입원 중 타과 협진의 경우

- 동일 의료급여기관의 타과 진료인 경우
 - 입원 중 동일기관의 타과 협진의 경우 입원명세서로 청구하므로 입원의 경우와 동일하게 처리하면 됨.
- 다른 의료급여기관의 타과 진료인 경우
 - 입원 중 다른 의료급여기관의 타과 진료시에는 의뢰를 한 의료급여기관의 입원명세서에 청구함(이 경우 의뢰를 받은 의료급여기관의 종별가산율을 적용하여 I 란으로 청구함).
 - 의뢰를 받은 의료급여기관에서 발생한 모든 진료내역을 합쳐서 의뢰한 의료급여기관에서 M3를 전송하여야 함.

□ 정신과 이외의 타과진료인 경우

- 동일 의료급여기관의 타과 진료인 경우
 - 정신과 이외의 타과진료인 경우 별도 행위별수가로 적용 청구함. 해당 행위별수가 적용 입원명세서 상해외인란에 반드시 "E"를 표기하되, 입원일수란에 "0"을 기재하고, 당월 진료일수란에는 정신과 진료일수(원내투약일수 포함)를 제외한 타 상병에 대한 진료일수만을 기재토록 하며 정신과 진료일수를 초과하지 않을 경우 "0"으로 기재함

- 이 경우 의료급여 자격관리시스템 적용시 본인부담금 “0”, 당월 진료일수 “정신과 진료일수를 초과한 진료일수”를 기재함(정신과 진료일수를 모르는 경우 “0”을 기재)

□ 양방 외래내원 중 한방 협진의 경우(반대의 경우도 포함)

- 동일건물내 양·한방에 대해서는 협의진료가 가능함. 선택의료급여기관인 양방병원에서 발부한 의료급여의뢰서(동일 종별인 경우 협진의뢰서)를 한방병원에 제출 후 진료 가능하며, 양·한방병원은 수급권자에게 「의료급여법 시행령」 별표에 따른 본인일부부담을 받고 외래 명세서에 진료확인번호 기재한 후 청구
 - 양·한방병원은 본인일부부담금 “해당 본인부담”, 내원일수“1”, 발생한 원내투약일수를 M3에 전송

※ 만약 양방병원이 선택의료급여기관인 경우 협의진료를 의뢰받은 한방병원은 본인부담구분코드“B005” 나 “B006”(선택의료급여기관 적용자 및 자발적 참여자인 경우만 해당)을 M3에 전송한 후 의료급여비용명세서 청구시 반드시 해당 구분코드를 기재한 후 청구하여야 함.

□ 한방 입원 중 양방 협진의 경우(반대의 경우도 포함)

- 현재 동일 건물내에 양방병원과 한방병원이 개설되어 있는 경우 한방 입원중에 양방 협의진료시 각각의 의료급여기관의 입원명세서와 외래명세서로 청구하고, 양방 외래 진료시 진료한 내역별로 진료확인번호를 부여받아 심사청구하여야 함
- 한방병원에 입원 중인 수급권자를 양방병원에 협의진료시는 협진의뢰서를 제출하고 양방병원은 수급권자에게 「의료급여법 시행령」 별표에 따른 본인일부부담을 받고 외래

명세서에 진료확인번호를 기재한 후 청구

- 양방병원은 본인일부부담 “해당 본인부담”, 내원일수“1”, 발생한 원내투약일수를 M3에 전송

※ 만약 한방병원이 선택의료급여기관인 경우 협의진료를 의뢰받은 양방병원은 본인부담구분코드“B005” 나 “B006”(선택의료급여기관 적용자 및 자발적 참여자인 경우만 해당)을 M3에 전송한 후 의료급여비용명세서 청구시 반드시 해당 구분코드를 기재한 후 청구하여야 함.

□ 2가지 이상 상병의 약처방일수가 다른 경우

- 의료진이 진료 후 약처방일수가 가장 긴 처방일수를 기재하고 주상병은 의료진이 진료 후 판단하는 주된 상병을 기재함
 - 기존 운영 방식과 동일함

□ 추가청구시

- 의료급여비용명세서 청구한 후 누락된 진료내역 발생시 추가청구건 발생
 - 이 경우 별도로 진료확인번호 부여받아 청구(기존의 진료확인번호를 M3에 부여하는 방법은 취소하는 경우만 가능)
 - 급여일수“0”, 기관부담금, 본인부담금“0”을 기재한 후 M3에 전송하여 새로운 진료확인번호를 부여받아야 함.
- ※ 만약, 진료내역을 M3에 모두 전송은 했으나 청구시에 누락된 부분이 발생한 경우에는 기존에 받은 진료확인번호를 기재하여 청구하여야 함.

□ 물리치료, 주사를 일시에 처방 받은 후 의사의 진찰없이 물리치료 또는 주사만 투여하는 경우

- 물리치료, 주사를 일시에 처방 받은 후 의사의 진찰없이 물리치료 또는 주사만 투여하는 경우에도 내원시마다 진료확인번호를 부여받아야 함.

□ 규칙 제8조의2에 따라 선택의료급여기관을 선택하여 이용하는 수급권자가 시행일 이전부터 선택의료급여기관이 아닌 제2차의료급여기관 또는 제3차의료급여기관에서 진료를 받고 있는 경우에는 당해 질환 진료 종료시까지 별도의 의료급여 의뢰서 없이 그 의료급여기관에서 진료를 받을 수 있으며 본인이 일부부담한다. 이 경우의 본인부담 구분코드기재방법

- 입원은 선택의료급여기관과 무관하게 인정되므로 본인부담구분코드기재가 불필요함
- 외래의 경우 M3 송신 메시지에서 "B005 또는 B006"을 입력하고 의료급여비용 청구시에도 본인부담구분란에 "B005 또는 B006"을 기재하여 청구함

□ 선수납의 경우

- 의료급여 자격관리시스템 과정시
 - : 실제 실시한 날에 M1-M4과정을 거치는 것이 원칙임
 - 급여일수 "0"
 - 본인부담금이 CT, MRI, PET의 5%, 이외의 진료내역인 경우 "0"

○ 의료급여비용 청구시

- 명세서에 상해외인 "H"코드를 추가시킴.
 - ① 상해외인 "H"코드가 오면서 CT, MRI, PET의 내역이 오면 본인부담이 해당검사금액의 5%로 심사결정함(급여일수가 "0")
 - ② 상해외인 "H"코드가 오면서 CT, MRI, PET이외의 검사 및 진료내역이 오면 본인부담을 "0"로 심사결정함(급여일수가 "0")

<외래 내원하여 사전 처치후 검사를 시행하는 환자>

사례) 대장경검사 시행환자 검사예약후 검사전처치를 위한 약제복용후 장을 비우고 익일 검사를 위하여 내원 대장경검사 시행.
 검사시 대장의 용종등 이상병변으로 제거후 조직검사발생 검사일 수납발생 M1-M4를 확인하고 일자별 승인번호를 기재하여 청구하여야 하는지? 1차 내원 오더로 진행하여도 되는지?

- 대장경검사 실시 전 날 콜론라이트산 등의 약제를 복용하고 장을 비운 후 다음날 대장경검사를 실시하는데 대장경검사를 이상병변을 떼어낸 후 조직검사를 하게 됨. 이 경우는 콜론라이트산 등의 약제를 투여받은 날 대장경검사비용을 선납하고 M1-M4과정을 거친 후 조직검사를 실시 한 경우임.

○ 의료급여비용청구시

- 진찰료 : 진찰 받은 날 청구(본인부담금은 해당 의료급여기관 종별에 따른 정액(1000원 1500원 등))
- 대장경검사로, 콜론라이트산 등의 약제 및 조직검사비용 : 명세서에 상해외인 "H"코드를 기재하여 실시한 날 청구(본인부담 "0").

○ 의료급여 자격관리시스템 과정시

: 실제 실시한 날에 M1-M4과정을 거치는 것이 원칙임

- 진찰 받은 날: 급여일수 “1”, 본인일부부담금 “해당 본인일부부담금”을 전송
- 대장경검사와 조직검사를 실시한 날 : 급여일수 “0”, 본인일부부담금 “0”을 전송

□ 동일날 동일과의 진료행위가 여러번 발생하여 여러번 수납한 경우

- 수급권자가 내원시 처음 수납시에 진료확인번호(승인)를 받고 추가 진료행위가 발생하는 경우 재수납을 하는 경우 승인취소를 하고 다시 진료확인번호(승인)를 받아야 함. 결국 의료급여비용 청구시는 마지막 진료확인번호를 기재하여 청구하여야 함.
- 승인취소의 경우 “해당키” 하나만 누르면 자동취소할 수 있는 프로그램 개발이 요구됨

□ 동일날 여러과의 진료가 발생한 경우

- 동일날 여러과의 진료시 과별, 내과 분과별로 진료확인번호를 부여받아야 함