



의료보험GUIDE (23)

의료보험 진료비 산정에 따른 참고 사례등을 계속적으로 수록할 예정이오니 회원여러분의 많은 참고가 되시기를 바랍니다.

의료보호 진료비의 본인부담 및 대불기준 개정

1. 의료보호법 시행령 제16조 제2호 내지 제3호의 규정에 의해 의료보호 진료비의 본인부담기준 및 대불기준(보건사회부 고시 제 90-94호, '90.12.31)이 1991년 7월 1일부로 개정된 바 있어 1991년 12월31일까지는 구서식과 병용사용하여 왔으나, 1992년 1월 이후로는 반드시 개정된 서식을 사용하시기 바람.

1991년 12월 18일
보건사회부장관

의료보호진료비의 본인부담 및 대불기준 개정

기준을 각각 다음과 같이 한다.

의료보호법시행령(이하 "영"이라 한다) 제16조 제2호 내지 제3호의 규정에 의하여 의료보호대상자에 대한 진료비용중 2종보호대상자와 의료부조 대상자본인이 부담하는 기준(이하 "본인부담기준"이라 한다) 및 의료보호 기금에서 대불하는 기준을 다음과 같이 개정 고시합니다.

1. 진료비의 본인부담기준

가. 영 제16조 제2호의 규정에 의하여 2종보호대상자에 대한 제2차 진료(특수진료를 포함한다. 이하 같다)에 소요되는 비용중 100분의 20을 본인이 부담한다.

나-1. 영 제16조 제3호의 규정에 의하여 제1차진료서 의료부조대상자 본인부담금을 각각 다음과 같이 한다.

의료보호진료비의 부담부담 및 대불기준

의료보호진료비의 본인부담기준 및 진료비의 대불

(1) 방문당 진료비가 10,000원 이하인 경우

구 분	본인부담금
의 원	2,500원
치 과 의 원	3,000원
보 건 소 (모자보건센터 포함)	투약일수 3일까지 : 700원 4-6일까지 : 800원 7일이상 : 900원
보 건 지 소	투약일수 3일까지 : 600원 4-6일까지 : 700원 7일이상 : 800원
보 건 진 료 소	일반진료 : 600원 조 산 : 1,400원

단, 1,2차 진료기관으로 중복 지정된 보건의료원, 병원, 종합병원등은 의원, 치과의원에 준한다.

(2) 산정방법

- 가. 방문당 총진료비가 정액본인부담금 이하인 때에는 그 금액만을 본인이 전액 부담한다.
- 나. 동일 환자가 부득이하여 동일 진료기관에 2회이상 방문하더라도 당일의 총진료비 정액본인부담금 적용 상한액을 초과하지 아니하는 경우에는 정액 본인부담금을 1회만 부담한다.
보건기관(보건의료원, 보건소, 보건지소)에서 당일 방문으로 의과 및 치과진료를 받아 의과·치과별로 당일의 진료비가 정액본인부담금상한액을 초과하지 아니하는 경우에는 의과·치과별

로 위 각항에 정한 정액본인부담금을 각각 별도로 부담한다.

(3) 방문당 진료비가 10,000원을 초과하는 경우
진료비 총액의 100분의 30

나-2. 의료부조대상자에 대한 진료비용중 제2차 진료에 소요되는 경우 그 비용중 100분의 20을 본인이 부담한다.

2. 진료비의 대불기준

의료보호법시행규칙 제25조 제4항의 규정에 의하여 2종보호대상자에 대한 제2차 진료에 소요되는 비용중 기금에서 대불할 수 있는 금액은 본인이 부담하는 비용(의료보호법 제8조 제2항에 의해 보건사회부장관이 결정 고시한 의료보호기준 범위내의 금액을 말한다) 이 100,000원을 초과하는 경우에 그 초과하는 금액중 2종보호대상자 본인 또는 세대원이 신청하는 금액으로 한다.

부 칙

- ① 시행일 : 이 고시는 1992년 1월 1일부터 시행한다.
- ② 폐지고시 : 보건사회부 고시 제90-94호(1990.12.31)는 이 고시시행과 동시에 이를 폐지한다.

〈자료제공 : 치협 보험위원 강태욱〉