

1. 개정이유 및 주요내용

노숙인의 의료접근성을 제고하기 위해 노숙인 진료시설을 기존 지정 시설에서 전체 1차, 2차 의료급여기관으로 확대(요양병원 제외)하고 , 국민건강보험법 시행규칙 개정(보건복지부령 제975호, 2023. 11. 14. 공포, 11. 20. 시행)사항을 반영하여 장애인보조기기 중 전동휠체어를 가군과 나군으로, 자세보조용구를 앉기형과 서기형으로 구분하며, 전동스쿠터를 의료용스쿠터로, 급여평가를 제품평가로 각각 명칭을 변경하는 등 현행 제도의 운영과정에서 나타난 일부 미비점을 개선·보완하려는 것임.

참고사항

가. 관계법령 : 생 략

나. 예산조치 : 별도조치 필요 없음

다. 합 의 : 해당기관 없음

라. 기 타 : 1) 신·구조문대비표, 별첨

2) 입법예고(2024.0.00 ~ 0.00.)

의료급여법 시행규칙 일부개정령안

의료급여법 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

제3조제2항 본문 중 “ 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」 제16조제1항제6호에 따른 노숙인진료시설(이하 “노숙인진료시설”이라 한다)인 제1차의료급여기관 또는 제2차의료급여기관”을 “제1차의료급여기관 또는 제2차의료급여기관(「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원은 제외한다.)”로 하고, 같은 항 단서 중 “노숙인진료시설이 아닌 제1차의료급여기관, 제2차의료급여기관 및 제3차의료급여기관”을 “제3차의료급여기관”으로 한다.

제3조제3항제1호를 다음과 같이 하고, 같은 항 제2호 단서를 삭제한다.

1. 제1차의료급여기관이 의료급여 신청을 받은 경우: 제2차의료급여기관(제2항에 따라 의료급여 신청을 받은 경우에는 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원은 제외한다. 이하 이 항에서 같다.)에 의뢰.
- 제3조제5항제1호를 다음과 같이 하고, 같은 항 제2호 후단을 삭제한다.

1. 의뢰받은 의료급여기관이 제3차의료급여기관인 경우: 제2차의료급여기관(제2항에 따라 의료급여 신청을 받은 경우에는 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원은 제외한다. 이하 이 항에서 같다.) 또는 제1차의료급여기관에 회송.

제8조의3제1항 제1호 중 “라목”을 “다목”으로 한다.

제16조제1호바목을 다음과 같이 하고, 같은 조 제3호나목 중 “(노숙인 진료시설인 제2차의료급여기관만 해당한다)”를 “(「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원을 제외한 제2차의료급여기관만 해당한다)”로 한다.

바. 제3조제2항 각 호 외의 부분 본문에 따라 노숙인 등인 수급권자가 의료급여를 신청한 경우의 진료

제25조제2항 및 제4항 각 호 외의 부분 중 “전동스쿠터”를 각각 “의료용 스쿠터”하고, 같은 조 제5항 중 “전동스쿠터”를 “의료용스쿠터”로 하고, 같은 조 제7항 각 호 외의 부분 중 “전동스쿠터”를 “의료용스쿠터”로 한다.

별표 2 제1호나목 전단 중 “전동스쿠터”를 “의료용스쿠터”로 하고, 같은 목 후단 중 “전동스쿠터”를 “의료용스쿠터”로, “급여평가”를 “제품평가”로 하며, 같은 호 다목 전단 “전동스쿠터”를 “의료용스쿠터”로 하고, 같은 호 자목 중 “전동스쿠터”를 “의료용스쿠터”로 하며, 같은 호 차목 1) 중 “전동스쿠터”를 “의료용스쿠터”하고, 같은 호 카목 단서 중 “전동스쿠터”를 “의료용스쿠터”로 하며, 같은 호 타목 “자세보조용구”를 “자세보조용구(앉기형)”으로 한다.

별지 제3호서식, 제14호서식, 제14호의2서식, 제14호의3서식 및 제14호의6서식을 각각 별지와 같이 한다.

부 칙

제1조(시행일)이 규칙은 2024년 7월 17일부터 시행한다. 단 별표2 타목, 별지 제14호서식 및 제14호의6서식의 개정규정은 2024년 7월 22일부터 시행한다.

의료급여의뢰서

(앞쪽)

사용 구분 (해당 항목 []에 ✓표기)	[] 선택의료급여기관 미적용자를 다른 의료급여기관으로 의뢰하는 경우 (「의료급여법 시행규칙」 제3조제3항에 따른 의료급여 진료절차)			
	[] 선택의료급여기관에서 다른 의료급여기관으로 의뢰하는 경우 (「의료급여법 시행규칙」 별표 1 제1호다목에 따른 의료급여 진료절차)			
	[] 선택의료급여기관으로부터 의뢰받은 후 다른 의료급여기관으로 재의뢰하는 경우 (「의료급여법 시행규칙」 별표 1 제1호라목에 따른 의료급여 진료절차)			
보장기관기호		보장기관명		
세대주성명		생년월일		
수급권자성명		주민등록번호		
주소		전화번호		
상병명		상병분류기호		
진료기간	. . . ~ . . .	진료구분	입원 · 외래	
환자상태 및 진 료의견				

「의료급여법」 제7조제2항과 같은 법 시행규칙 제3조제3항 및 별표 1에 따라 위와 같이 의료급여를 의뢰합니다.

년 월 일

의료급여기관 기호:

소재지:

대표자: (인)

담당의사: (서명 또는 인)

의료급여기관 대표자 귀하

첨부서류	없음	수수료
		없음

유의사항

- 환자상태 및 진료의견란에는 현재 증상, 검사, 투약 등 주요 진료내용을 구체적으로 적고, 여백이 부족하면 뒤쪽을 활용하기 바랍니다.
- 수급자는 의사의 발급일로부터 7일 이내(공휴일 제외)에 의료급여기관에 제출하여야 합니다.

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

(뒤쪽)

환자상태 및 진료의견

보조기기(자세보조용구, 의지·보조기 등) 처방전

※ 뒤쪽의 유의사항 및 작성방법을 읽고 작성하시기 바라며, []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

(앞쪽)

[] 장애인 등록 전

① 진료받은 사람	성명	주민(외국인)등록번호	
	보장기관명 (기호)	의료급여 종별	[] 1종 [] 2종
	집 전화번호	휴대전화번호	
② 장애 구분	장애유형(주장애)	세부유형	정 [] 심한 장애 이 [] 심하지 않은 장애
	중복장애유형(부장애)	세부유형	정 [] 심한 장애 도 [] 심하지 않은 장애
③ 처방 보조 기기	[] 자세보조용구 (앞기형) [] 몸통 및 골반 지지대 [] 머리 및 목 지지대 [] 팔 지지대 및 랩트레이(lap tray) [] 다리 및 발 지지대		
	[] 자세보조용구(서기형) [] 이동식전동리프트 [] 욕창예방매트리스 [] 욕창예방방석		
	[] 맞춤형 교정신발류 [] 전방보행차 [] 후방보행차		
	[] 의지·보조기 유형: [] 우 [] 좌		
	[] 다리 의지 소모품 ([] 우 / [] 좌) 넓적다리 의지 ([] 일반형 소켓 [] 실리콘형 소켓 [] 실리콘라이너) 교체 종아리 의지 ([] 일반형 소켓 [] 실리콘형 소켓 [] 실리콘라이너) 교체 무릎관절 의지 ([] 일반형 소켓 [] 실리콘형 소켓 [] 실리콘라이너) 교체 발목 의지 ([] 실리콘형 소켓 [] 실리콘라이너) 교체		
④ 검사 결과	자세 보조 용구 (앞기형)	다리 맨손근력검사	우 () 등급, 좌 () 등급
		큰동작기능 분류체계 (GMFCS)	
		영상의학 검사	코브각도 (Cobb's angle) () 도 척추앞굽음 () 도 척추뒤굽음 () 도 엉덩관절이동지수 (hip migration index) (%)
		키	() cm
	이동식전동리프트· 욕창예방매트리스	수정바델지수(MBI) 검사	총 점
다리 맨손근력검사		우 () 등급, 좌 () 등급	
몸무게		() kg	

⑤ 환자상태 및 진료소견(처방의견을 포함하여 구체적으로 적습니다)

위와 같이 보조기기를 처방합니다.

※ 처방전은 발행일부터 6개월 동안만 유효합니다.

년 월 일

의료급여기관 명칭(기호):

담당의사 성명

(서명 또는 인)

면허번호

전문과목

전문의 자격번호:

210mm × 297mm [백상지 80g/m²]

유의사항

※ 지팡이, 목발, 휠지팡이, 보조기기의 소모품(전동휠체어 및 의료용 스쿠터용 전지로 한정)은 작성 제외

1. 처방전 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 따로 부담하지 않습니다.
2. 등록된 장애유형과 관련된 보조기기만 처방해야 합니다.
 - ※ 자세보조용구, 이동식전동리프트, 욕창예방매트리스는 장애의 정도가 심한 사람에게만 처방할 수 있습니다.
 - ※ 다리 의지는 일반형 소켓으로 처방하는 것이 원칙이고, 실리콘형 소켓은 절단 후 남아있는 신체부분이 불안정하여 실리콘형 소켓이 필요하다는 진료담당 의사의 의학적 소견이 있는 경우에만 처방할 수 있습니다.
3. 보조기기를 의료급여 받으려는 경우에는 반드시 보조기기 구입 전에 처방전을 시장·군수·구청장에게 제출하여 보조기기 지급 적격여부를 확인받아야 합니다.
4. 처방전에 따라 구입한 보조기기는 반드시 전문과목의 전문의로부터 보조기기 검수확인서를 받아야 합니다.
 - ※ 욕창예방방석, 욕창예방매트리스, 이동식전동리프트 및 전·후방보행차에 대해서는 보조기기 검수확인을 받지 않습니다.
5. 장애인 등록 전인 사람에게 급여대상 보조기기를 처방하려는 경우에는 「장애인복지법」에 따라 해당 장애에 대한 장애 정도를 받을 것으로 예상되는 경우에만 처방전을 발급해야 하며, 발급 시 "[] 장애인 등록 전"의 []에 √ 표시를 합니다.
 - ※ 장애인 등록 전에 구입한 보조기기(장애인 등록 이전 6개월 이내에 구입한 보조기기만 해당합니다)에 대한 급여비 지급은 「장애인복지법」에 따라 장애인으로 등록한 경우에만 청구할 수 있습니다.
 - ※ 자세보조용구 및 이동식전동리프트는 「장애인복지법」에 따라 등록한 장애인에게만 처방할 수 있습니다.

작성방법

- ① 진료받은 사람: 실제 급여를 받는 장애인에 대한 인적사항을 적습니다.
- ② 장애 구분: 보조기기별 의료급여 대상에 해당하는 장애유형 및 장애 정도를 적고, 세부유형란에는 구체적인 장애부위(다리절단, 다리관절 등)를 적으며, 척수손상의 경우 해당란에 √ 표시를 합니다.
 - ※ 중복장애가 있는 경우에는 추가로 적습니다.
- ③ 처방 보조기기: 해당 보조기기의 품목에 √ 표시를 합니다. 이 경우 손가락 의지를 장착하면 해당 손가락(오른쪽 1,2,3,4,5 및 왼쪽 1,2,3,4,5)을 적어야 합니다.
- ④ 검사결과: 해당 항목별 검사에 대한 결과를 적고, 해당 검사 결과 관련 서류를 반드시 첨부해야 합니다. 다만, 이동식전동리프트 처방 대상자가 2019. 6. 30. 이전에 지체·뇌병변 장애 1급 판정을 받았거나, 욕창예방매트리스 처방 대상자가 2019. 6. 30. 이전에 지체·뇌병변 장애 1급 또는 2급 판정을 받은 경우에는 MBI 검사 또는 다리 맨손근력검사를 생략할 수 있고, 큰동작기능분류체계(GMFCS)에 관한 검사 결과 관련 서류가 없는 경우에는 검사 내용이 표기된 경과 기록지 등으로 이를 대체할 수 있습니다.
- ⑤ 환자상태 및 진료소견: 보조기기 처방을 위한 장애상태 및 진료소견과 보조기기 제작 시 주의할 사항 및 처방품목 내역 등에 대한 소견을 적습니다.

■ 의료급여법 시행규칙 [별지 제14호의2서식]

보조기기(수동·전동휠체어 및 의료용 스쿠터) 처방전

※ 뒤쪽의 유의사항과 작성방법을 읽고 작성하시기 바라며, []에는 해당되는 곳에 √표를 합니다. (앞쪽)

[] 장애인 등록 전(일반형 수동휠체어를 처방하는 경우에만 해당합니다)

① 진료받은 사람	성명	주민(외국인)등록번호		
	보장기관명 (기호)	의료급여 종별	[] 1종	[] 2종
	집 전화번호	휴대전화번호		

② 장애 구분	장애유형(주장애)	세부유형			장 애	[]심한 장애 []심하지 않은 장애
			척수손상	[]완전 []불완전		
	중복장애유형(부장애)	세부유형			정 도	[]심한 장애 []심하지 않은 장애
			척수손상	[]완전 []불완전		

③ 처방 보조기기	[] 수동휠체어	[] 일반형	[] 활동형	[] 틸팅형	[] 리클라이닝형
	[] 전동보조기기	[] 가군 전동휠체어	[] 나군 전동휠체어	[] 의료용 스쿠터	

④ 일반상태	수동 휠체어	구분		일반상태		해당 여부
		공통사항		의지·보조기, 지팡이 등 다른 보조기기를 사용해도 실외 보행하기 어렵다.		[]
		활동형		양팔 및 자세균형 제어 기능이 양호하여 다른 사람의 도움 없이도 휠체어를 안전하게 작동할 수 있다.		[]
		틸팅형·리클라이닝형		스스로 앉기가 어렵고, 기대지 않고서는 독립적으로 앉은 자세를 유지하지 못하며 압박과 자세관리가 필요하다.		[]
④ 일반상태	가군 전동 휠체어 · 의료용 스쿠터	장애유형		일반상태		해당 여부
		지체 장애	공통사항	팔에 기능장애가 있다.		[]
				내부기관 중복장애가 있다.		[]
			하지절단	절단장애가 발생한 날부터 1년이 경과했다.		[]
				의지를 장착한 상태로 평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.		[]
		· 뇌병 변 장애	관절·기능·변형 등		하지관절 장애, 하지기능·척추 장애에 따른 지체장애 및 변형 등의 장애로 평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.	[]
			척수	완전손상	척수신경 중 10번 가슴신경(T10)부터 목신경 사이에 손상이 있다.	[]
				불완전손상	평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.	[]
			뇌병변		평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.	[]
		심장·호흡기장애		전신기능 저하로 평지에서 100m 이상 보행하기 어렵다.		[]
				팔에 기능장애가 있다.		[]
	나군 전동 휠체어	지체·뇌병변장애		가군 전동휠체어 대상자로 정도가 심한 지체·뇌병변 장애인이다.		[]
				수정바델지수(MBI) 항목 중 화장실 이용, 대·소변 관리의 점수가 5점 이하이다.		[]
				스스로 앉기가 어렵고, 기대지 않고는 독립적으로 앉은 자세를 유지하지 못한다.		[]
				의사의 평가 및 소견 결과 나군 전동휠체어가 필요하다.		[]
				방광 관리를 위해 카테터 삽입을 이용하거나, 휠체어에서 침대로 독립적으로 이동할 수 없다.		[]
				증가된 근긴장도 또는 떨림을 관리하기 위해 전동식 자세변경 장치가 필요하다.		[]

⑤ 검사 결과 (전동휠체어 및 의료용스쿠터 만 해당합니다)	구분		검사 결과	
	공통 사항	일상생활동작 검사[수정바델 지수(MBI) 이용]	[] 적합 [] 부적합	
		조작능력 평가		[] 적합 [] 부적합
		인지 기능	간이 인지 기능 검사(MMSE)	() 점
		팔 기능	맨손근력 검사	() 급
		심장 기능	운동부하 검사	() METs
	심폐 기능	비오디이 지수(BODE Index)	() 점	
	※ 해당 검사 결과 관련 서류를 반드시 첨부해야 합니다.			

⑥ 환자상태 및 진료소견 (처방의견을 포함하여 구체적으로 적습니다).

위와 같이 보조기기를 처방합니다.

※ 처방전은 발행일부터 6개월 동안만 유효합니다.

년 월 일

의료급여기관 명칭(기호):

담당의사 성명:

(서명 또는 인)

면허번호:

전문과목:

전문의 자격번호:

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 따로 부담하지 않습니다.
2. 등록된 장애유형과 관련된 보조기기만 처방해야 합니다.
 - ※ 팔에 기능장애가 있어 수동휠체어를 조작할 수 없다고 판단되는 경우 전동휠체어 또는 **의료용**스쿠터를 처방할 수 있고, 팔에 기능장애가 없는 경우라도 내부기관 중복장애(간질장애를 제외한 신장장애, 심장장애, 간장애, 호흡기장애 및 요루·장루장애)가 있다고 판단되는 경우 **의료용**스쿠터를 처방할 수 있습니다.
3. 보조기기를 의료급여 받으려는 경우에는 반드시 보조기기 구입 전에 처방전을 시장·군수·구청장에게 제출하여 보조기기 지급 적격여부를 확인받아야 합니다.
4. 장애인 등록 전인 사람에게 일반형 수동휠체어를 처방하려는 경우에는 「장애인복지법」에 따라 해당 장애에 대한 장애 정도를 받을 것으로 예상되는 경우에만 처방전을 발급해야 하며, 발급 시 "[] 장애인 등록 전"의 []에 √ 표시를 합니다.
 - ※ 장애인 등록 전에 구입한 보조기기(장애인 등록 이전 6개월 이내에 구입한 보조기기만 해당합니다)에 대한 급여비 지급은 「장애인복지법」에 따라 장애인으로 등록한 경우에만 청구할 수 있습니다.
 - ※ 일반형 수동휠체어를 제외한 보조기기(활동형·틸팅형·리클라이닝형 수동휠체어, 전동휠체어 및 **의료용**스쿠터)는 「장애인복지법」에 따라 등록된 장애인에게만 처방할 수 있습니다.

작성방법

- ① 진료받은 사람: 실제 급여를 받는 장애인에 대한 인적사항을 적습니다.
- ② 장애구분: 보조기기별 보험급여 대상에 해당하는 장애유형 및 장애 정도를 적고, 세부유형란에는 구체적인 장애부위(다리절단, 다리관절 등)를 적으며, 척수손상의 경우에는 해당란에 √ 표시를 합니다.
 - ※ 중복장애가 있는 경우에는 추가로 적습니다.
- ③ 처방 보조기기: 해당 보조기기의 품목에 √ 표시를 합니다.
- ④ 일반상태: 보조기기 세부 인정기준에 따른 내용을 확인하고 이에 해당하는 경우 √ 표시를 합니다.
- ⑤ 검사결과: 해당 항목별 검사에 대한 결과를 적고, 해당 검사에 대한 결과지를 반드시 첨부해야 합니다. 이 경우 팔에 대한 맨손 근력검사 결과 양쪽 최대근력 등급이 상이한 경우 낮은 쪽의 최대근력 등급을 기재합니다.
 - ※ 팔에 대한 맨손근력 검사 결과 최대 근력이 4등급이라도 근육 노화 등 그 밖의 사유로 팔 기능을 유지하기 힘든 경우에는 전동휠체어를 처방할 수 있습니다.
- ⑥ 환자상태 및 진료소견: 보조기기 처방을 위한 장애상태 및 진료소견과 처방품목 내역 등에 대한 소견을 적습니다.

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

보조기기(개인용 음성증폭기·보청기) 처방전

※ 뒤쪽의 유의사항을 읽고 작성해 주시기 바라며, []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다. (앞쪽)

[] 장애인 등록 전			
① 진료받은 사람	성명	주민(외국인)등록번호	
	보장기관명 (기호)	의료급여 종별	[] 1종 [] 2종
	집 전화번호	휴대전화번호	
② 장애 구분	장애유형(주장애)	장애 정도	[] 심한 장애 [] 심하지 않은 장애
	중복장애유형(부장애)		[] 심한 장애 [] 심하지 않은 장애
③ 처방 보조기기	[] 개인용 음성증폭기		
	[] 보청기	[] 우	[] 좌

④ 확인사항	구분		해당 여부			
	개인용 음성증폭기		후두 전적출술 여부			
			[]			
	보청기	보청기 사용이 일상생활에 도움이 될 것으로 판단된다.		[]		
		고막 및 바깥귀길 상태 검사상 보청기 착용이 가능하다.		우[]	좌[]	
		검사 결과	평균 순음청력역치 ※ 6분법[(a+2b+2c+d)/6]에 따라 계산합니다. 이 경우 a는 500Hz, b는 1000Hz, c는 2000Hz, d는 4000Hz입니다.		우[]dB	좌[]dB
			말소리 명료도(%)		우[]%	좌[]%
			※ 처방전 발행일 6개월 이전에 시행한 검사를 기준으로 모든 값을 적고, 검사결과지를 첨부해야 합니다.			
양측 대상 여부	19세미만으로 양측 급여 대상자에 해당된다. ※ 양측 80dB 미만 난청환자 / 양측 간 순음청력역치 차이 15dB 이하 ※ 양측 말소리명료도 50% 이상 / 양측 간 말소리명료도 차이 20% 이하		[]			

⑤ 환자상태 및 진료소견 (처방의견을 포함하여 구체적으로 적습니다)

위와 같이 보조기기를 처방합니다.			
※ 처방전은 발행일부터 6개월 동안만 유효합니다.			
		년	월 일
의료급여기관 명칭(기호):			
담당의사 성명:		(서명 또는 인)	
면허번호:			
전문과목:		전문 자격번호:	
210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]			

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 따로 부담하지 않습니다.
2. 등록된 장애유형과 관련된 보조기기만 처방해야 합니다.
3. 보조기기를 의료급여 받으려는 경우에는 반드시 보조기기 구입 전에 처방전을 시장·군수·구청장에게 제출하여 보조기기 지급 적격여부를 확인받아야 합니다.
4. 처방전에 따라 구입한 보조기기는 반드시 전문과목의 전문의로부터 보조기기 검수확인서를 받아야 합니다.
5. 장애인 등록 전인 사람에게 급여대상 보조기기를 처방하려는 경우에는 「장애인복지법」에 따른 장애유형으로 장애인 등록이 예상되는 경우에만 처방전을 발급해야 하며, 발급 시 "[] 장애인 등록 전"의 []에 √ 표시를 합니다.
※ 장애인 등록 전에 구입한 보조기기(장애인 등록 이전 6개월 이내에 구입한 보조기기만 해당합니다)에 대한 급여비 지급은 「장애인복지법」에 따라 장애인으로 등록한 경우에만 청구할 수 있습니다.

작성방법

- ① 진료받은 사람: 실제 급여를 받는 장애인에 대한 인적사항을 적습니다.
- ② 장애구분: 보조기기별 보험급여 대상에 해당하는 장애유형 및 장애 정도를 적습니다.
- ③ 처방 보조기기: 해당 보조기기의 품목에 √ 표시를 합니다. 보청기의 경우 착용측을 반드시 표시합니다.
- ④ 확인사항: 보청기 검사의 경우 고막 및 바깥귀길 상태의 정상 여부 등 검사결과를 기재한 후 처방해야 하며, 만 4세 이하 영유아 등 말소리 명료도의 측정이 불가능한 경우에는 ⑤ 환자상태 및 진료소견란에 그 사유를 적습니다.
- ⑤ 환자상태 및 진료소견: 보조기기 처방을 위한 장애상태 및 진료소견과 처방품목 내역 등에 대한 소견을 적습니다.

보조기기 검수확인서

※ 뒤쪽의 유의사항을 읽고 작성해 주시기 바라며, []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다. (앞쪽)

[] 장애인 등록 전

① 진료받은 사람	성명	주민(외국인)등록번호		
	보장기관명(기호)	의료급여 종별	[] 1종	[] 2종
	집 전화번호	휴대전화번호		

② 장애 구분	장애유형(주장애)	세부유형	척수손상	[] 완전	[] 불완전	장애 정도	[] 심한 장애 [] 심하지 않은 장애
	중복장애유형(부장애)	세부유형	척수손상	[] 완전	[] 불완전		

③ 보조기기	품목						
	구입일			구입처			
	구입가격			기타			
	의지·보조기	[] 의지·보조기 기사	자격(면허)번호	성명 (서명 또는 인)			
	다리 의지 소모품	[] 작업치료사	업소관리번호				
	맞춤형교정용신발						
	자세보조용구	[] 자세보조용구 업소 대표자					
		착용 측	우 [] 좌 []	양쪽 []	보청기 형태		
	보청기 ([] 15세 이하 양측)	평균순음청력역치 * 6분법 [(a+2b+2c+d)/6]에 따라 계산합니다. 이 경우 a는 500Hz, b는 1000Hz, c는 2000Hz, d는 4000Hz입니다.		보청기 착용 전 (처방전 결과)		보청기 착용 후 (음장검사 실시)	
				우	좌	우	좌
말소리 명료도(%)		%	%	%	%		

④ 검수 확인

(보조기기의 적합성 여부 등 검수한 내용을 구체적으로 적습니다)

위와 같이 보조기기를 검수합니다.

년 월 일

의료급여기관 명칭(기호):
담당의사 성명: (서명 또는 인)
면허번호:
전문과목: 전문의 자격번호:

유의사항

1. 검수확인서 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 따로 부담하지 않습니다.
2. 장애인 등록 전에 구입한 보조기기를 검수하는 때에는 "[] 장애인 등록 전"의 []에 √ 표시를 합니다.
※ 장애인 등록 전에 구입한 보조기기(장애인 등록 이전 6개월 이내에 구입한 보조기기만 해당합니다)에 대한 급여비 지급은 「장애인복지법」에 따라 장애인으로 등록한 경우에만 청구할 수 있습니다.
3. 의지・보조기(다리 의지 소모품 포함) 및 맞춤형 교정용 신발의 경우 담당 의사의 최종 검수확인 전에 반드시 해당 의지・보조기 및 맞춤형 교정용 신발을 제조・수리한 의지・보조기기사의 검수 확인을 받아야 합니다. 다만, 팔 보조기는 의사의 지도하에 작업치료사가 제조한 경우에는 담당 의사의 최종 검수확인 전에 작업치료사의 검수 확인을 받으면 됩니다.
※ 의지・보조기 기사(작업치료사를 포함합니다)는 본인의 성명과 자격(면허)번호를 적은 후 서명을 하거나 도장을 찍습니다.
4. 자세보조용구의 경우 담당 의사의 최종 검수확인 전에 반드시 해당 보조기기를 제조한 사람의 검수확인을 받아야 합니다. 이 경우 검수확인인 제조한 사람이 소속된 보조기기 업체의 대표자가 하며, 업체 대표자는 본인의 성명을 적은 후 서명을 하거나 도장을 찍습니다.
5. 보청기의 경우 본 서식의 보청기란의 청력변화 확인 항목에 해당하는 검사결과를 기재해야 하며 보청기 착용 상태에서 청력개선 효과가 있다고 확인되는 경우 검수확인을 합니다.
6. 자세보조용구의 경우 다음의 자세보조용구 검수확인 참고표를 참조하여 검수 확인한 후 해당 내용을 구체적으로 작성합니다.

자세보조용구 검수확인 참고표

앞 기 형	1. 자세보조용구가 처방대로 잘 맞는지에 관하여 다음의 항목을 확인합니다. 가. 처방된 몸통 및 골반 지지대, 머리 및 목 지지대, 팔 지지대 및 랩트레이(lap tray), 다리 및 발 지지대 품목들이 제대로 지급되었는지 나. 쿠션에 몸통 및 골반 부위의 표면이 뜨는 부분 없이 잘 적용되는지 다. 머리받침, 팔받침, 발/종아리받침 등의 장치가 대칭을 유지하며 안정적으로 놓이는지 라. 지지장치(벨트)가 몸통이나 골반, 발 등을 정확한 위치에서 잘 지지하고 있는지 마. 테이블의 높이가 적절한지, 다칠 위험성이 없는지, 표면 재질이나 사이즈가 적절한지 바. 패드가 적절한 위치에서 기능을 수행하고 있는지[특히 넓적다리 모으기 방지 패드의 크기와 기능]
	2. 앉혔을 때 편안한지에 대하여 다음의 항목을 확인합니다. 가. 앉혀 놓았을 때 더 보채지 않는지 나. 근 긴장도가 증가되지 않는지 다. 비대칭이 증가되지 않는지 라. 호흡에 미치는 영향이 없는지 마. 머리와 몸통 조절이 용이해져 위팔 움직임이 더 활발하게 나타나는지
	3. 척추와 골반의 비대칭이나 변형 감소에 도움이 되는지에 대하여 다음의 항목을 확인합니다. 가. 어깨부위 및 위팔: 어깨가 너무 앞으로 기울거나 뒤로 처졌는지, 어깨 비대칭이나 어긋남, 위팔 움직임이 어떠한지 나. 척추: 척추옆굽음변형과 척추앞뒤굽음변형의 정도와 부위가 어떠한지, 자세보조용구에 의한 척추 및 등허리부위의 지지가 적절한지 다. 골반: 전후 및 좌우 기울임, 좌우회전, 골반 변형, 넓적다리 모으기·벌리기, 경직 정도는 어떠한지
	4. 머리가 똑바로 잘 놓여있는지에 대하여 다음의 항목을 확인합니다. 가. 머리받침이 머리를 편안하게 잘 받쳐주는지 나. 머리의 굽히기·펴기, 좌우측 굽히기, 좌우회전을 충분히 조절하고 있는지
	5. 위팔, 다리 및 몸통의 근 긴장도 조절에 도움이 되는지에 대하여 다음의 항목을 확인합니다. 가. 앉혔을 때 근 긴장도가 증가하지 않는지 나. 근 긴장도가 비대칭적인 증가를 보이지 않는지 다. 머리·목 부위 및 몸통이 활궁자세를 보이거나 엉덩이가 착석쿠션으로부터 뜨지 않는지
	6. 넓적다리 모으기 또는 벌리기의 조절이 가능한지에 대하여 다음의 항목을 확인합니다. 가. 넓적다리의 과도모으기 또는 가위자세를 적절히 막아주고 있는지 나. 넓적다리의 과도벌리기로 의자 밖으로 다리가 빠져나가지 않는지
	7. 엉덩관절, 무릎관절, 발목관절의 강직 또는 변형의 조절이 가능한지에 대하여 다음의 항목을 확인합니다. 가. 발받침에 발이 잘 놓여있는지 나. 무릎의 자세는 안정되어 있는지 다. 발목의 꿈쳐들린발(첨족) 변형 및 안굽음·밖굽음 변형은 어떠한지 라. 다리의 움직임은 어떠한지
	8. 자세보조용구(서기형)의 검수 시에는 보조기기 전·후좌우 착용 사진을 첨부하여 보조기기 적합성 여부를 확인할 수 있습니다.

유의사항

1. 처방전 발급비용은 진료비에 포함되어 있으므로 따로 부담하지 않습니다.
2. 등록된 장애유형과 관련된 보조기기만 처방해야 합니다.
3. 보조기기를 의료급여 받으려는 경우에는 반드시 보조기기 구입 전에 처방전을 시장·군수·구청장에게 제출하여 보조기기 지급 적격여부를 확인받아야 합니다.
4. 처방전에 따라 구입한 보조기기는 반드시 전문과목의 전문의로부터 보조기기 검수확인서를 받아야 합니다.
5. 장애인 등록 전인 사람에게 급여대상 보조기기를 처방하려는 경우에는 「장애인복지법」에 따른 장애유형으로 장애인 등록이 예상되는 경우에만 처방전을 발급해야 하며, 발급 시 "[] 장애인 등록 전"의 []에 √ 표시를 합니다.
※ 장애인 등록 전에 구입한 보조기기(장애인 등록 이전 6개월 이내에 구입한 보조기기만 해당합니다)에 대한 급여비 지급은 「장애인복지법」에 따라 장애인으로 등록한 경우에만 청구할 수 있습니다.

작성방법

- ① 진료받은 사람: 실제 급여를 받는 장애인에 대한 인적사항을 적습니다.
- ② 장애구분: 보조기기별 보험급여 대상에 해당하는 장애유형 및 장애 정도를 적습니다.
- ③ 처방 보조기기: 해당 보조기기의 품목에 √ 표시를 합니다. 보청기의 경우 착용측을 반드시 표시합니다.
- ④ 확인사항: 보청기 검사의 경우 고막 및 바깥귀길 상태의 정상 여부 등 검사결과를 기재한 후 처방해야 하며, 만 4세 이하 영유아 등 말소리 명료도의 측정이 불가능한 경우에는 ⑤ 환자상태 및 진료소견란에 그 사유를 적습니다.
- ⑤ 환자상태 및 진료소견: 보조기기 처방을 위한 장애상태 및 진료소견과 처방품목 내역 등에 대한 소견을 적습니다.

210mm×297mm[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

신 · 구조문대비표

현행	개정안
제3조(의료급여의 절차) ① (생략) 1. ~ 15. (생략) ② 제1항에도 불구하고 법 제3조제1항제9호에 따른 노숙인 등(법 제3조제1항제1호에 해당하는 사람은 제외하며, 이하 “노숙인 등”이라 한다)인 수급권자는 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」 제16조제1항제6호에 따른 노숙인진료시설(이하 “노숙인진료시설”이라 한다)인 제1차의료급여기관 또는 제2차의료급여기관에 의료급여를 신청하여야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 노숙인진료시설이 아닌 제1차의료급여기관, 제2차의료급여기관 및 제3차의료급여기관에 의료급여를 신청할 수 있다. 1. ~ 2. (생략) ③ (생략) 1. 제1차의료급여기관이 의료급여 신청을 받은 경우: 제2차의료급여기관에 의뢰. 다만, 제2항에 따라 의료급여 신청을 받은 제1차의료급여기관	제3조(의료급여의 절차) ① (현행과 같음) 1. ~ 15. (현행과 같음) ② ----- ----- ----- -----제1차의료급여기관 또는 제2차의료급여기관(「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원은 제외한다.)----- ----- ----- -----제3차의료급여기관----- ----- ----- ----- 1. ~ 2. (현행과 같음) ③ (현행과 같음) 1. 제1차의료급여기관이 의료급여 신청을 받은 경우: 제2차의료급여기관(제2항에 따라 의료급여 신청을 받은 경우에는 「의료법」 제3조제2항제3

은 노숙인진료시설인 제2차의료급여
기관에 의뢰하여야 한다.

2. 제2차의료급여기관이 의료급여 신
청을 받은 경우: 다른 제2차의료급여
기관 또는 제3차의료급여기관에 의
뢰. 다만, 제2항에 따라 의료급여 신
청을 받은 2차의료급여기관은 제3차
의료급여기관 또는 다른 노숙인진료
시설인 제2차의료급여기관에 의뢰하
여야 한다.

3. (생 략)

④ (생 략)

⑤ (생 략)

1. 의뢰받은 의료급여기관이 제3차의
료급여기관인 경우: 제2차의료급여
기관 또는 제1차의료급여기관에 회
송. 이 경우 수급권자가 노숙인 동일
때에는 노숙인진료시설인 의료급여
기관에 회송하여야 한다.

2. 의뢰받은 의료급여기관이 제2차의
료급여기관인 경우: 제1차의료급여
기관에 회송. 이 경우 수급권자가 노
숙인 동일 때에는 노숙인진료시설인
의료급여기관에 회송하여야 한다.

제8조의3(의료급여일수의 상한) ①(생 략)

호라목에 따른 요양병원은 제외한다.

이하 이 항에서 같다.)에 의뢰.

2. -----

----. <삭 제>

3. (현행과 같음)

④ (현행과 같음)

⑤ (현행과 같음)

1. 의뢰받은 의료급여기관이 제3차
의료급여기관인 경우: 제2차의료급
여기관(제2항에 따라 의료급여 신청
을 받은 경우에는 「의료법」 제3조
제2항제3호라목에 따른 요양병원은
제외한다. 이하 이 항에서 같다.) 또는
제1차의료급여기관에 회송.

2. -----
-----:
-----. <삭 제>

제8조의3(의료급여일수의 상한)

1. 영 제3조제2항제1호<u>라</u>목에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵질환, 희귀난치성질환 및 중증질환 : 각 질환별로 연간 365일(윤년의 경우 366일로 한다. 이하 같다) 2. ~ 3. (생략) 제16조(의료급여기관별 진료범위) (생략) 1. (생략) 가. ~ 마. (생략) 바. 제3조제2항 각 호 외의 부분 본문에 따라 노숙인 등인 수급권자가 의료급여를 신청한 경우의 진료(노숙인진료시설인 제1차의료급여기관만 해당한다) 2. (생략) 3. (생략) 가. (생략) 나. 제3조제2항 각 호 외의 부분 본문에 따라 노숙인 등인 수급권자가 의료급여를 신청한 경우의 진료(노숙인진료시설인 제2차의료급여기관만 해당한다) 다. ~ 마. (생략)	①(현행과 같음) 1. -----<u>다</u>목----- ----- ----- ----- ----- 2. ~ 3. (현행과 같음) 제16조(의료급여기관별 진료범위) (현행과 같음) 1. (현행과 같음) 가. ~ 마. (현행과 같음) 바. 제3조제2항 각 호 외의 부분 본문에 따라 노숙인 등인 수급권자가 의료급여를 신청한 경우의 진료 2. (현행과 같음) 3. (현행과 같음) 가. (현행과 같음) 나. ----- ----- ----- --(「의료법」 제3조제2항제3호<u>라</u>목에 따른 요양병원을 제외한 제2차의료급여기관만 해당한다) 다. ~ 마. (현행과 같음)
제25조(장애인 보조기기에 대한 급여	제25조(장애인 보조기기에 대한 급여

기준 등) ① (생 략)

②제1항에 따른 보조기기에 대한
의료급여를 받으려는 사람은 별지
제13호서식의 보조기기 급여 신청
서에 별지 제14호서식 및 별지 제
14호의2서식부터 별지 제14호의4
서식까지에 따른 보조기기 처방전
(전동휠체어, 전동스쿠터, 자세보
조용구, 이동식전동리프트, 보청기
및 욕창예방매트리스의 처방전에
는 해당 보조기기의 처방을 위해
실시한 검사 결과에 관한 서류를
포함해야 한다)을 첨부하여 시장
· 군수 · 구청장에게 제출해야 한다.

1. ~ 3. (생 략)

③ (생 략)

④제3항에 따라 급여를 받기로 결정
된 사람은 별지 제14호의5서식의
보조기기 급여비 지급청구서에 다
음 각 호의 서류를 첨부하여 시장
· 군수 · 구청장에게 제출해야 한
다. 다만, 수동휠체어, 전동휠체어,
전동스쿠터, 욕창예방방석, 욕창예
방매트리스, 이동식전동리프트, 전
· 후방보행차, 돋보기 및 망원경

기준 등) ① (현행과 같음)

②-----

-----의료용스쿠터-----

-----.

1. ~ 3. (현행과 같음)

③ (현행과 같음)

④-----

-----의료용스쿠터-----

에 대한 의료급여를 받으려는 경우에는 제1호의 서류를 첨부하지 않는다.

1. ~ 3. (생략)

- ⑤ 지팡이, 목발, 시각장애인용 흰지팡이 또는 보조기기의 소모품(전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지로 한정한다)에 대하여 의료급여를 받으려는 경우에는 제2항부터 제4항까지의 규정에도 불구하고 별지 제14호의5서식의 보조기기 급여비 지급청구서에 제4항제2호에 따른 세금계산서만을 첨부하여 시장·군수·구청장에게 제출한다.

⑥ (생략)

- ⑦ 제6항 후단에 따라 보조기기 급여비를 보조기기 제작·판매자에게 지급할 것을 신청하는 경우에는 해당 보조기기 제작·판매자가 「장애인복지법」에 따라 개설된 의지·보조기 제작·수리업자이거나 「의료기기법」에 따라 허가받은 수입·제조·판매업자[보조기기 소모품 중 전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지(電池)의 경우는

-----.

1. ~ 3. (현행과 같음)

- ⑤-----

-----의료용스쿠터-----

-----.

⑥ (현행과 같음)

- ⑦-----

-----의
료용스쿠터-----

「의료기기법」에 따라 신고한 수 리업자를 말한다]임을 증명하는 서류를 첨부해야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경 우는 제외한다. 1. ~ 2. (생략) 3. 보조기기를 제조 또는 수입한 업소에서 해당 보조기기의 소모품 중 <u>전동휠체어</u> 및 <u>전동스쿠터</u>용 전지를 구입한 경우 ⑧ ~ ⑩ (생략)	----- ----- ----- ----- -----. 1. ~ 2. (현행과 같음) 3. ----- ----- -----의료용스쿠터----- ----- ⑧ ~ ⑩ (현행과 같음)
---	--