

1

일반사항

:: 요양급여 절차 ::

제목	세부인정사항
요양급여의 절차의 업무 처리요령	<p>국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제2조에 의거 상급종합병원에서는 동조 제3항 가호에서 규정한 경우를 제외하고는 제2단계 요양급여를 받도록 규정하고 있는 바 이와 관련한 업무 처리요령을 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 상급종합병원 외래에서 제2단계 요양급여를 받던 자가 동일 상병의 증상이 악화되어 응급실에 내원한 경우 : 이미 제2단계 요양급여를 받고 있는 자로 보아 응급의료에 관한 법률 제2조제1호에 해당하는 응급환자가 아니어도 요양급여대상이 됨.</p> <p>나. 상급종합병원의 응급실을 방문한 환자가 상급종합병원에서의 요양급여가 필요하다는 요양급여 의뢰서를 제출한 경우 : 제2단계 요양급여를 받는데 필요한 요건을 갖춘 경우로 응급의료에 관한 법률 제2조제1호에 해당하는 응급환자가 아니어도 요양급여대상이 됨.</p> <p>다. 요양급여의뢰서의 유효기간 : 요양기관은 해당 상병에 대한 요양급여가 종결되지 않았다면 별도의 요양급여의뢰서 제출을 요구할 필요는 없으며 가입자 등의 상태가 호전되어 제1단계 요양급여를 담당하는 요양기관으로 가입자를 회송하고자 할 때는 건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제6조제3항의 규정에 따라 요양급여 회송서를 발급하여야 할 것임.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2010-18호, 2010.2.1. 시행]</p>
요양급여의 절차와 요양급여의 신청에 대하여	<p>1. 건강보험증 또는 신분증명서의 경우 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제3조제1항의 규정에 따라 요양급여를 신청한 날(가입자 등이 의식불명 등 자신의 귀책사유 없이 건강보험증 또는 신분증명서를 제시하지 못한 경우에는 가입자등임이 확인된 날로 한다)부터 14일 이내에 건강보험증 또는 신분증명서를 제출하는 경우에는 요양급여를 신청한 때에 건강보험증 또는 신분증명서를 제출한 것으로 간주할 수 있지만, 요양급여의뢰서 등은 1단계 요양급여를 받은 후 2단계 요양급여를 받도록 한 동규칙 제2조제1항의 규</p>

제목	세부인정사항
	<p>정과 요양급여의 절차의 마련 취지 등을 볼 때 상급종합병원에서 우선 요양급여를 받고 사후에 1단계 요양급여를 받아서 요양급여의 회서를 발급받아 이를 제출하는 것은 2단계 요양급여로 인정할 수 없음</p> <p>2. 또한 동규칙 제3조제2항에서는 가입자 등이 요양급여신청시 건강보험증 또는 신분증명서를 제출하지 못하는 경우 가입자등 또는 요양기관이 공단에 자격확인을 요청하는 경우 공단은 지체없이 이를 확인하여 그 결과를 통보해 주도록 규정하고 있으며 이 경우 자격확인을 요청한 때에 건강보험증 또는 신분증명서를 제출한 것으로 봄</p> <p>[고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행]</p>

:: 본인일부부담금 ::

제목	세부인정사항
의사, 약사의 본인진료 및 조제 시 요양급여비용 산정방법	<p>의사가 자신의 질병을 직접 진찰하거나 투약, 치료하는 등 본인진료 시에는 사용한 약제 및 치료재료만 실거래 가격으로 보상함. 또한, 약사 본인이 본인의 의약품을 조제한 경우에도 기술료를 제외한 의약품비만 실거래가격으로 보상함.</p> <p>[고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]</p>
조제 의약품 수령하지 않은 경우 요양급여비용 청구여부	<p>수진자가 약국에 처방전을 제출한 후 조제된 약제 수령과 함께 복약지도가 이루어진 상태는 요양급여가 이루어진 것으로 볼 수 있으나, 약을 찾아가지 않은 경우에는 요양급여가 이루어졌다고 보기 곤란하므로 요양급여비용 청구는 불가함.</p> <p>[고시 제2001-40호, 2001.7.1. 시행]</p>
15세 이하 아동에 대한 입원진료시 본인부담률 적용방법	<p>‘15세 이하 아동에 대한 입원진료비’는 「국민건강보험법 시행령」 [별표 2] 제3호의 규정에 의하여 요양급여비용의 본인부담률에 따라 산정하며, 입원 중 본인부담률이 변경되는 경우에는 해당 연령이 되는 날을 기산점으로 본인부담률을 산정함</p> <p>다만, 신생아 입원진료비는 해당 세부사항 고시에 따름.</p> <p>[고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항
예약진료 시 본인일부부담금산정특례 적용여부	<p>검사 등 진료를 예약하는 경우 환자가 그 비용을 선납하였을지라도 해당 비용의 청구는 검사 등 진료가 실시된 날을 기준으로 함을 원칙으로 하며, 추가 발생하는 진료비용은 일자별로 정산토록 하고 있으므로 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 해당되는 날에 검사(치료)를 실시한 경우에는 동 기준에 의한 입원본인부담률이 적용됨. 그러나 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준에 해당되는 날에 검사(치료)를 예약하였다 하더라도 실제 검사(치료)가 실시된 날이 동 기준에 해당되지 아니한 날이라면 입원본인부담률은 적용할 수 없음.</p> <p>[고시 제2003-65호, 2003.12.1. 시행]</p>
본인일부부담금 산정특례에 관한 기준에서 '해당상병으로 치료받은 당일'의 의미	<p>본인일부부담금 산정특례에 관한 기준의 적용대상 중 '해당 상병으로 치료받은 당일'이란 암 상병 등에 대한 치료나 검사 등 해당 상병과 관련된 진료를 받은 날을 의미함. 또한, 해당진료가 동반되지 않더라도 치료과정 또는 병의 경과 중 발생한 합병증은 해당 상병으로 인해서 발생한 것이므로 합병증 치료를 받은 당일도 포함됨.</p> <p>[고시 제2004-36호, 2004.7.1. 시행]</p>
처방전 재발급시 요양급여비용 산정방법	<p>처방전 재발급을 위해 의료기관에 내원시 요양급여비용의 산정은 다음과 같이 함.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 처방전 사용기간 경과 후 재발급시</p> <p>: 처방전에 기재된 '사용기간'은 환자가 동 처방전에 의하여 조제 받을 수 있는 유효기간으로서, 이 기간이 경과한 때에는 그 사유와 관련 없이 종전 처방전에 의하여 조제 받을 수 없음. 따라서 처방전을 재발급 받기 위해서는 의료기관에 재차 내원하여야 하며, 처방전 발급여부는 의사 또는 치과의사의 판단하에 이루어지는 바, 재발급 여부 결정을 위해 진찰이 이루어진 경우 진찰료 등의 비용은 새로운 진료로 인해 발생하는 비용이므로 「국민건강보험법 시행령」[별표 2] 본인일부부담금의 부담률 및 부담액에 따라 요양급여비용 중 일부를 본인이 부담하여야 함.</p> <p>나. 처방전 사용기간 이내에 처방전을 분실하여 재발급시</p> <p>: 의사의 판단하에 재진찰 여부를 결정하되, 단순히 분실된 처방전과 동일하게 재발급하는 경우에는 진찰료를 별도 산정할 수 없으며,</p>

제목	세부인정사항
	이 때 처방전 교부번호는 종전의 번호를 그대로 사용하고 재발급한 사실을 확인할 수 있도록 처방전에 표기함. [고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행]
법정 진료과목 미달 요양기관의 종별가산율등 적용 기준	법정진료과목 요건 미달 종합병원에 대하여 요양기관 종별 가산율은 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제1부 급여 일반원칙 II-3.에 의거하여 병원의 종별가산율을 적용하되, 본인 일부부담금 및 기본진료료 등은 종합병원으로 적용함. [고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]

:: 요양급여 인정범위 ::

제목	세부인정사항
신의료행위 관련 진료시 요양급여 인정범위	건강보험적용대상자의 진료목적이 건강진단, 미용목적의 성형수술 등과 같이 명백하게 비급여대상으로 신의료 행위를 시술할 경우에는 진찰료를 포함한 모든 진료비는 요양급여대상이 될 수 없으나, 질병자체가 건강보험요양급여대상에 해당하는 경우로 진료담당의사가 진찰, 처치 및 수술 등을 실시할 경우에는 신의료행위(비급여대상 진료)를 제외한 모든 진료비에 대해서는 보험급여 대상이 됨. [고시 제2011-10호, 2011.2.1. 시행]
새로 결정된 보험 인정기준 적용시기	새로 결정된 보험 인정기준의 적용시기에 대하여 국민건강보험법령(고시포함) 사항에 대한 해석은 당해 사항 시행일로부터 적용되므로 설사 어떤 사안에 대하여 질의가 있어 그에 대한 회신이 시행일 이후에 있더라도 그 법령의 효력이 발생하는 시기는 시행일로부터 적용되는 것임. 그러나 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙에 의거 새로운 수가 적용기준을 신설하거나 급여·비급여 대상을 결정하여 시달할 경우에는 적용시기를 명시하지 아니하였으면 해석을 시달한 날을 기준으로 요양급여비용 산정 및 심사에 적용하여야 할 것임. 다만, 종전의 기준을 변경하거나 필요하다고 판단되는 경우에는 요양급여비용 산정 및 심사상의 문제점 등을 고려하여 적절한 적용시기를 명기하고 있음. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

:: 진료의뢰, 복수면허 ::

제목	세부인정사항
요양기관의 시설·인력 및 장비 등의 공동이용 시 요양급여비용 청구에 관한 사항	<p>1. 의료법 제39조(시설 등의 공동이용) 및 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법 제1호 마목에 의하여 요양기관의 시설·인력 및 장비 공동이용이 가능하도록 규정하고 있는 바, 동 시설·장비 등을 공동으로 이용하고자 하는 요양기관은 공동이용기관임을 확인할 수 있는 서류(요양기관 대표자의 확인이 되어 있는 공동계약서 사본 등)를 건강보험심사평가원에 제출한 후 공동 이용하여야 하며, 해당 항목의 요양급여비용은 실제 환자를 진료하고 있는 요양기관에서 청구하여야 함.</p> <p>2. 다만, 물리치료, 검체검사 및 FULL PACS 등과 같이 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 등에서 별도의 시설·장비 및 인력에 대한 기준을 규정하고 있는 항목에 대하여는 이를 우선 적용하는 것이 원칙이므로 타 요양기관과 시설·장비 및 인력의 공동이용은 인정하지 아니함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2008-5호, 2008.2.1. 시행]</p>
동일대표자가 개설한 동일소재지 의(한의)과 요양기관에서 같은 날 동일상병으로 진료 시 요양급여비용 산정방법	<p>국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법 제1호 사목에 의거 개설자가 동일한 요양기관은 동일 환자의 동일상병에 대하여 같은 날 외래로 요양급여를 중복하여 실시하여서는 아니 된다고 규정하고 있는 바, 동일 대표자가 개설한 동일 소재지의 의(한의)과 요양기관에서 의과·한과의 협의진료의 범주를 벗어나 단순, 반복되는 중복진료가 이루어진 경우에는 다음과 같이 적용토록 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 같은 날 동일 상병에 대하여 통증완화 등 동일 목적의 진료가 실시된 경우 우선적으로 주된 치료가 이루어진 의(한의)과 요양기관의 요양급여비용을 산정하고, 동시에 이루어진 의(한의)과 요양기관의 중복 진료비용은 국민건강보험법 시행규칙[별표5] 요양급여비용의 본인부담 제1호 아목에 의거 환자가 전액본인부담토록 함. 이 때, 선행된 분야 즉 시계열상 먼저 이루어진 분야의 진료를 주된 치료로 봄.</p> <p>나. 세부 적용기준</p> <p>(1) 의과와 한의과의 투약과 침, 물리치료 등은 치료의 원리 및 접근방법 등이 다르기는 하나, 외래환자에게 동일 상병에 대하여</p>

제목	세부인정사항
	<p>통증완화 등 동일 목적으로 실시된 진료는 중복진료로 보아 주된 치료만 요양급여로 적용하며, 동일 목적으로 투여된 약제도 중복진료로 간주하여 전액 본인이 부담함.</p> <p>(2) 의과 또는 한의과 요양기관에 입원한 환자 및 한의과에서 CT 등의 검사를 의과 요양기관에 의뢰하는 협의진료는 적용되지 아니함.</p> <p>다. 동 기준 적용대상 의료기관은 의(한의)과 요양급여비용을 같은 날 청구하도록 함.</p> <p>[고시 제2010-18호, 2010.2.1. 시행]</p>
진료 중인 환자를 타 요양기관에 의뢰하여 특정 검사 등을 실시토록 하는 경우	<p>환자를 진료하는 중에 당해 요양기관에 인력·시설 또는 장비가 갖추어져 있지 아니하거나 기타 부득이한 사유로 해당 진료가 가능한 다른 요양기관으로 환자를 보내야 할 경우 의뢰기관은 환자의 일반사항 및 질병상태, 의뢰항목 등을 의뢰받은 요양기관에 제공하여 해당진료를 실시하게 할 수 있음. 다만, 검체검사는 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 (부록)검체검사 위탁에 관한 기준에 의함.</p> <p>[고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]</p>
의과, 치과, 한의과 진료과목을 개설·운영하는 요양기관 및 복수면허(의과, 치과, 한의과) 의료인이 개설하는 요양기관에서 같은 날 동일 상병 진료 시 요양급여비용 산정방법	<p>의료법 제43조 및 동법시행규칙 제41조에 의거 의과, 치과, 한의과 진료과목 추가 개설·운영하는 요양기관 및 복수면허 (의과, 치과, 한의과) 의료인이 개설하는 요양기관에서 동일 환자의 동일상병에 대하여 같은 날 외래에서 단순, 반복되는 중복진료가 이루어진 경우에는 다음과 같이 적용토록 함.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 같은 날 동일 상병에 대하여 통증완화 등 동일 목적의 진료가 실시된 경우 우선적으로 이루어진 주된 치료는 요양급여비용을 산정하고, 그 이외의 진료비용은 비급여임. 이 때, 선행된 분야 즉 시 계열상 먼저 이루어진 분야의 진료를 주된 치료로 봄.</p> <p>나. 의(치)과와 한의과의 투약과 침, 물리치료 등 치료의 원리 및 접근방법 등이 다르기는 하나, 외래환자에게 동일 상병에 대하여 통증완화 등 동일 목적으로 실시된 진료는 중복진료로 보아 주된 치료만 요양급여로 적용하며, 동일 목적으로 투여된 약제도 중복진료로 간주하여 비급여로 적용함.</p>

제목	세부인정사항
	<p>다. 동 기준 적용대상 요양기관은 의과·치과·한학과 요양급여비용을 같은 날 청구하도록 함.</p> <p>[고시 제2010-18호, 2010.2.1. 시행]</p>
복수면허(의과, 치과, 한의과) 의료인이 개설하는 요양기관의 요양급여비용 산정방법	<p>복수면허(의과, 치과, 한의과) 의료인에 대한 인정기준 및 수가산정방법 등은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 인정기준</p> <p>「복수면허 (의과, 치과, 한의과) 의료인의 복수 의료기관 개설지침」에 근거하여 복수면허 의료인은 하나의 장소에서 면허에 따라 각각 의료기관 개설이 가능하며 요양기관 기호는 각각 부여됨.</p> <p>나. 수가산정방법</p> <p>(1) 차등수가는 복수면허 (치과, 한의과) 의료인이 두 개과 이상을 개설 운영한 경우에도 의사인력 1인으로 산정하며 1일 진찰횟수는 실제 진료한 각각의 진료횟수를 합하여 산정함.</p> <p>(2) 같은 날 동일 환자에 대하여 각각 진찰한 경우라 하더라도 1인의 의사가 진찰한 것이므로 진찰료는 1회만 요양급여비용을 산정하고 그 이외 진찰료는 비급여임.</p> <p>다. 인력, 시설 공동이용기준</p> <p>「복수면허 의료인의 복수의료기관 개설지침」에 의하여 당해 요양기관의 시설, 인력 및 장비 등의 공동이용기준은 아래와 같이 적용함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>(1) 의과·한의과, 치과·한의과 복수면허자의 경우 임상병리, 방사선기기(CT 등)를 이용한 진단 등은 의(치)과 요양기관에서만 시행할 수 있으므로 한의과 요양기관은 방사선사, 방사선실, 방사선장비(CT, MRI 포함), 임상병리사, 검사실, 물리치료사, 물리치료실, 물리치료장비 등을 공동이용할 수 없음.</p> <p>(2) 간호사 인력의 공동이용은 가능하나 의(치)과, 한의과 의원 또는 의, 치과에 공동이용된 간호사는 간호관리료 차등제 인력산정에서 제외함.</p> <p>(3) 기타 접수창구, 진료실, 입원실 등의 시설, 인력 및 장비 등을 공동이용하고자 하는 요양기관은 공동이용 기관임을 확인할 수</p>

제목	세부인정사항
	<p>있는 서류(공동계약서는 생략 가능함)를 건강보험심사평가원에 제출한 후 공동이용하여야 함.</p> <p>(4) 이 외에 세부적인 기준은 요양기관 시설, 인력 및 장비 등의 공동이용시 요양급여비용 청구에 관한 사항에 의함.</p> <p>라. 식사가산</p> <p>복수면허자가 개설한 복수의료기관의 식사가산은 한 개의 요양기관에서 식사가산 산정에 필요한 인력 및 시설기준을 충족하는 경우에 식사가산(영양사, 조리사, 직영가산)은 복수의 요양기관에 모두 산정 가능함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-193호, 2018.10.1. 시행]</p>

:: 장기이식 ::

제목	세부인정사항
장기등 이식 시행시 요양급여 적용범주	<ol style="list-style-type: none"> 1. 장기등의 이식을 위하여 장기등을 적출하거나 이식하는 경우에 「장기등 이식에 관한 법률」 제25조에 따른 ‘장기이식의료기관’에서 시행하여야만 요양급여로 인정함. 다만, 같은법 제25조제3항 단서에 따라 이식의료기관이 아닌 의료기관에서 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등을 갖추고 장기등의 이식을 위하여 장기등을 적출한 경우에도 요양급여로 인정함. 2. 제1호에 따라 요양급여를 인정하는 기관이 아닌 의료기관에서 장기등의 이식을 위하여 장기등의 적출 또는 이식을 시행한 경우에 요양급여비용으로 산정할 수 없는 범위는 다음과 같음. <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 입원으로 적출 또는 이식이 이루어진 경우 : 적출술 비용, 이식술 비용을 포함하여 입원료, 검사료, 식대 등 입원부터 퇴원시까지 발생한 관련 진료비</p> <p>나. 외래로 적출 또는 이식이 이루어진 경우 : 적출술 비용, 이식술 비용을 포함하여 적출술 또는 이식술이 시행된 날에 발생한 관련 진료비</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2012-153호, 2012.12.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항
장기등 이식(뇌사자 장기이식 및 조혈모 세포이식 제외) 시 공여적합여부에 따른 진료비 및 검사 수가 산정방법	<p>장기등 이식에 관한 법률(이하 '장기이식법'이라 한다) 제4조제1호에 따른 장기등 이식(뇌사자 장기이식 및 조혈모세포이식 제외)시 적용하며, 진료비 및 검사 수가산정방법은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 공여적합여부에 따른 진료비 산정방법</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 공여적합성을 확인하기 위하여 공여 희망자에게 실시한 누840 조직형검사, 누841다 조직형검사 -단일형-[핵산증폭]-(Class II):DRB1검사, 누841라 조직형검사-단일형-[염기서열분석]-(Class II):DRB1검사, 누842 HLA 교차시험, 누844 림프구혼합배양 등 소요된 관련 진료비는 공여적합성이 확인되기 전에는 전액본인부담이나 공여적합성이 확인되어 장기등을 공여한 경우에는 해당 검사비용을 소급하여 급여대상으로 정산하여야 함. 2) 공여적합성이 확인되어 장기등을 제공하기 위하여 입원한 시점부터 소급하여 요양급여하되, 외래에서 공여자의 공여적합성 확인 등 이식 관련 사전검사가 이루어진 경우에는 외래진료분을 포함하여 정산토록 하며, 공여자의 진료비용은 이식을 받은 환자(이하 '수혜자'라 한다) 및 수혜자가 속한 보험자가 부담하여야 할 것임. 3) 공여 적합성 확인진단에 소요된 진료비 청구권의 소멸시효는 공여자의 공여적합성검사 시행일이 아닌 수혜자의 이식 관련 진료 종료일로부터 기산되어야 함. 이 경우, 별도의 '요양급여의뢰서'를 제출하지 않으며, 수혜자의 인적사항, 이식일 등을 기재하여 '요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령'을 참조하여 청구토록 함. 4) 공여적합성 검사상 적합으로 판정되어 공여자로 선정되었으나 예측지 못한 공여자 또는 수혜자의 신체상태변화(악화, 사망 등)로 불가피하게 장기이식이 이루어지지 못한 경우에는 급여가 가능하며, 요양급여비용 청구시 명세서 참조란에 그 사유를 명확히 기재하여야 함. <p>나. 공여적합성 등을 확인하기 위한 검사 수가산정방법</p> <p>공여적합성을 확인하기 위한 누840 조직형검사, 누841다 조직형검사- 단일형-[핵산증폭]-(Class II):DRB1검사, 누841라 조직형검사- 단일형-[염기서열분석]-(Class II):DRB1검사는 수혜자와</p>

제목	세부인정사항
	<p>공여자에게 각각 실시하여 검사결과의 일치여부를 확인하므로 수혜자 및 공여자 각각 산정하여야 하나, 공여 희망자 중 상기 검사결과 이식이 가능한 자에게만 선별적으로 실시하는 누842 HLA교차시험 및 누844 림프구혼합배양의 경우에는 공여자의 림프구와 환자의 혈청 또는 림프구를 반응시켜 이식거부반응을 확인하는 검사로 이식이 이루어진 경우에 공여자의 검사비를 수혜자에게 1회 산정함.</p> <p>[고시 제2017-265호, 2018.1.1. 시행]</p>
뇌사자 장기이식의 공여적합성 검사 산정방법	<p>장기이식법 제4조제1호가목 및 장기이식법 시행령 제2조(철회 제외)에 따라 뇌사자로부터 적출한 장기등 이식을 위해 공여자에게 실시하는 누840 조직형검사, 누841다 조직형검사- 단일형-[핵산증폭]-(Class II):DRB1검사, 누841라 조직형검사- 단일형-[염기서열분석]-(Class II):DRB1검사는 수혜자에게 1회 산정함.</p> <p>[고시 제2017-265호, 2018.1.1. 시행]</p>
뇌사자 또는 사망한 자의 장기등 적출시 본인부담금 면제 범위	<p>국민건강보험법시행령 [별표2]제3호가목의 규정에 의하여 장기등기증자의 장기등 적출시 본인부담금 면제 범위는 다음과 같이 함.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 대상</p> <p>장기이식법 제4조제1호가목 및 장기이식법 시행령 제2조(철회 제외)에 따라 뇌사자 또는 사망자로부터 적출한 장기</p> <p>나. 범위</p> <p>본인부담금 면제범위는 뇌사자 또는 사망자가 동의를 한 날(동의를 한 시점이 포함된 날의 0시)부터 가.대상의 장기 적출까지 발생한 영양급여비용(입원료, 식대, 검사료, 약제비, 장기 적출비 등)을 말함.</p> <p>다. 뇌사자 또는 사망자의 영양급여는 수혜자에게 청구하며, 수혜자가 여러명인 경우 공단부담금의 총액을 이식한 총 장기개수로 나누어 수혜자별 받은 장기개수만큼 각각 청구함.</p> <p>[고시 제2017-118호, 2017.7.1. 시행]</p>

:: 기타 ::

제목	세부인정사항
주 2회의 개념	<p>건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 각 장에 분류된 분류항목의 ‘주’에 주 2회 이내만 산정한다고 함은 실시 간격에 관계없이 주 2회까지 산정할 수 있음을 의미함. 다만, 1일 2회 이상 실시한 경우에는 1회만 산정할 수 있음.</p> <p>[고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]</p>
환자에게 퇴원 권유하였으나 불응시 급여여부	<ol style="list-style-type: none"> 1. 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법에 의거 입원은 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하도록 명시되어 있으며 이는 피로회복, 통원불편 등으로 인한 불필요한 입원을 지양하고 적정진료를 유도하기 위한 것임 2. 입원중인 환자의 상병 및 질병이 그 상태가 양호하여 담당 의사의 소견상 퇴원하여 통원치료가 가능하다고 객관적으로 판단되어 환자에게 퇴원을 권유하였으나, 이에 불응할 시 보험급여에 관하여 제한 조치를 할 수 있는 자는 국민건강보험법 제53조에 의하여 보험자가 되므로 요양기관이 일방적으로 일반환자로 전환 조치하는 등의 급여를 제한하는 것은 부당함 3. 따라서, 요양기관은 환자가 요양에 관한 지시에 따르지 아니한 경우에는 그 지시 내용, 진료 경위, 담당 의사의 소견서 등 보험자가 상기 규정에 의한 급여의 제한 조치 결정에 필요한 사실을 통보하여 그에 관한 보험자의 결정에 따라 조치하여야 함 4. 또한 요양기관의 퇴원지시에도 불구하고 부득이한 사유로 장기 입원진료를 하게 되는 경우에는 요양급여비용 청구시 명세서 여백에 그 사유를 기재하거나 증빙자료 등을 첨부함으로써 심사에 참고하도록 할 수 있음 <p>[고시 제2018-193호, 2018.10.1. 시행]</p>
장비에 따라 진료수가 차등 적용할 수 있는지 여부	<p>상대가치점수는 요양급여에 소요되는 업무의 양과 인력, 시설, 장비 등 자원의 양, 위험도가 포함되어 있으며 시설, 장비 자원의 양은 동일한 행위라도 요양기관에 따라 다를 수 있어 평균적 개념으로 포함되어 있음. 따라서 요양기관이 새로운 장비를 도입하였다 하더라도 실시한 검사, 처치 및 수술 등은 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수에 의한 소정항목에 따라 산정하여야 함.</p> <p>[고시 제2007-139호, 2008.1.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항
차등수가 적용 제외 기준	<p>가. 평일 18시~익일 09시의 진찰료·조제료의 적용 제외 기준 : 1일 8시간(식사시간 포함) 이상 진료하는 요양기관에서 8시간을 초과하여 이루어지는 야간 진찰료·조제료에 대하여 적용을 제외함.</p> <p>나. 토요일·공휴일의 진찰료·조제료의 적용 제외 기준 : 토요일·공휴일의 진찰료·조제료 전체에 대하여 차등수가 적용을 제외할 경우, 해당일은 진찰·조제일수의 합에서도 제외함. 다만, 토요일 또는 공휴일에 진찰·조제나 매출 등이 있는 경우로서, 토요일 오전 및 공휴일의 진찰료·조제료에 대하여 차등수를 적용하는 경우는 진찰·조제횟수의 합에 토요일 오전 및 공휴일에 발생한 진찰·조제를 포함하며, 진찰·조제일수의 합에도 해당일을 포함함. (이 경우, 토요일 13시~익일 09시의 진찰료·조제료에 대하여는 산정코드 세 번째 자리에 1을 기재한다.)</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2016-3호, 2016.1.18. 시행]</p>
질병군(DRG) 대상 환자가 30일을 초과하여 입원하는 경우 행위별수가 적용시 입원료체감제 및 의약품관리료 산정방법	<p>질병군(DRG) 대상 환자가 30일을 초과하여 입원하는 경우 행위별수가 적용시 입원료체감제 및 의약품관리료 산정방법은 다음과 같이 적용함</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 30일 초과 진료분에 대한 입원료체감제는 계속 입원중이었던 환자이므로 진료내역을 연계하여 최초 입원일부터 적용함.</p> <p>나. 의약품 관리료는 30일 이내 입원 진료비용(질병군 DRG)에 의약품관리료 등 제반비용이 포함되어 있으므로 연계하여 계산할 경우 중복 산정되는 바, 행위별 수가 적용일을 시점으로 하여 해당 투약일수의 의약품관리료를 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2009-96호, 2009.7.1. 시행]</p>

2

기본진료료

:: 일반사항 ::

제목	세부인정사항
진료 중 직장 이전된 경우 진찰료 및 입원료 산정방법	<p>직장보험 가입자 및 피부양자가 진료 받던 중 직장이전으로 소속 사업장이 변경되거나, 지역보험으로 변경되더라도 동일 요양기관에서 계속 진료 받는 경우에는 진료자체가 변경되는 것이 아니므로 재진환자에 속함. 따라서, 진찰료는 재진진찰료를 산정하여야 하며 입원진료의 경우 입원료 체감은 최초 입원일로부터 적용함.</p> <p>[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
요양기관의 비품을 환자가 파손하거나 휴대한 경우 비용 산정방법	<p>소정 진료행위에 포함되지 아니하거나 급여가 되지 아니하는 요양기관의 비품을 환자가 파손하거나 휴대하여 갈 때는 실비로 전액을 환자가 부담함.</p> <p>[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
일반병상 운영에 대한 안내	<p>「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」[별표2] 제4호 가목에 의거하여 1인(의원급 의료기관·치과병원은 1~3인실)이 입원할 수 있는 병상을 일반병상으로 운영하는 경우,</p> <p>가. 병실 운영에 대한 안내문을 게시하고, 해당 병실을 이용하는 환자가 상급병상 또는 일반병상 여부 및 그 병상에서 산정하는 입원료 종류를 알 수 있도록 설명하여야 함.</p> <p>나. 일반병상으로 운영하는 1인실(의원급 의료기관·치과병원은 1~3인실) 병상은 건강보험심사평가원에 신고한 총 일반병상 수 내에서 의료기관이 자율적으로 지정하며, 그 지정은 의료기관의 병상 운영 사정에 따라 변경할 수 있음.</p> <p>다. 일반병상으로 운영하는 1인실(의원급 의료기관·치과병원은 1~3인실) 병상의 입원 대상 등은 이 규정에서 별도로 정하지 않으나, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」[별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법을 준수하는 범위 내에서 의료기관별 자체적으로 기준을 정하여 운영할 수 있음.</p> <p>[고시 제2019-115호, 2019.7.1. 시행]</p>

:: 외래환자 진찰료 ::

제목	세부인정사항
초·재진 진찰료 산정방법	<p>1. 초·재진 진찰료 산정 시 감기와 같은 호흡기계 질환, 위염과 같은 소화기계 질환, 내과적인 질환, 질염과 같은 부인과적 질환 등은 어느 일정기간에 완치여부가 불분명하고 치료가 단기간에 종결되었다 하더라도 다시 치료를 받을 때 그 상병이 새로운 상병인지, 재발하였는지, 치료의 중단으로 진행 상태에 있었는지가 불분명하기 때문에 해당 상병의 치료가 종결된 후 (해당 상병의 치료를 위한 내원일수 및 투약일수를 포함) 30일 이내에 내원하였을 경우에는 동일 상병의 계속 진료로 보아 재진 진찰료를 산정하도록 함.</p> <p>2. 또한, ‘편도선염’과 ‘감기’와 같이 그 주요 증상이나 치료과정이 유사할 뿐 아니라 일반적으로 같은 부류(상기도 감염증)의 상병으로 분류되는 경우에도 동일 상병의 계속 진료로 보아 치료가 종결된 후 30일 이내에 진찰을 행하게 되면 재진 진찰료를 산정함.</p> <p>3. 또한, 하나의 상병 치료 중 전혀 다른 상병이 발생하여 진찰을 한 경우에도 재진 진찰료를 산정하여야 하며 이 경우 진찰료는 1회만 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2001-40호, 2001.7.1. 시행]</p>
같은 날 동일 구내에 있는 양(한)방 요양기관 진료 시 진찰료 산정방법	<p>1. 최근 동일 건물 내에 한방요양기관과 양방요양기관을 개설·운영함으로써 양·한방 협진체계가 활성화되고 있는 실정으로 동일 구내에 있는 양·한방요양기관이라 하더라도 외래로 내원한 동일 환자를 각각 진찰한 경우에는 의사의 인건비와 시설관리료가 각각 소요되므로 협의진찰료가 아닌 초(재)진찰료를 각각 청구할 수 있음.</p> <p>2. 그러나, 동일 건물 내의 한방(양방)요양기관에 입원중인 환자가 담당 의사의 지시에 따라 양방(한방)진료를 받기 위해 양방(한방)요양기관의 외래를 방문하거나 입원환자 진료를 위해 양방(한방)요양기관의 의사가 직접 방문한 경우에는 입원중인 환자의 특별한 문제에 대한 평가 및 관리를 위하여 그 환자의 주치의가 아닌 다른 진료과목 의사의 견해나 조언을 얻는 경우에 해당하므로 “입원중 협의진찰료 급여기준”에 따라 진찰료가 아닌 [협의진찰료]로 산정하여야 하며, 요양급여비용은 실제 협의진찰을 실시한 요양기관에서 외래요양급여비용명세서에 작성하여 청구하되, 협의진찰료를 포함한 요양급여비용 총액에 대한 외래본인부담액 산정방법에 의해 청구하여야 함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항
연속적인 처치 또는 치료를 위하여 1일 2회 이상 내원한 경우의 진찰료 산정방법	수진자가 내원하여 진찰한 결과 진료 상 일정기간 경과 후 연속된 처치 또는 치료(주사 또는 검사, 방사선 치료)를 필요로 하여 동일에 다시 내원하게 하였을 경우 등 진료 상 일정계획에 의하여 1일 2회 이상 내원하여 계속적인 처치 또는 치료를 한 경우에는 초진 또는 재진 진찰료는 1회만 산정함. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]
동일 상병으로 진료 월을 달리하여 계속 진료 시 진찰료 산정방법	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 1. 진찰료 가.(5)의 '해당 상병의 치료 종결 후 30일 이내에 내원한 경우에는 재진환자로 본다'는 규정은 감기·배탈 등 자주 재발하는 일과성 질환의 경우 환자가 다시 병원을 방문했을 때 종전 질병의 계속적인 치료를 위한 것인지 완치 후 재발한 것인지가 불분명한 경우가 많아 다툼이 예견되어, 완치 후 재발한 경우라도 30일 이내에 진찰을 행한 경우에는 재진 진찰료를 산정토록 한 것으로 모든 환자를 대상으로 30일 단위 또는 진찰 간격이 30일 이상이라는 이유로 초진 진찰료를 산정하여서는 아니됨. [고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행]
각종 검사의 결과만을 알기 위해 내원한 경우 진찰료 산정여부	방사선 촬영 및 각종 검사의 결과만을 알기 위하여 익일 이후 내원한 경우에도 재진 진찰료를 산정할 수 있음. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]
재진 전일에 검사를 위해 혈액검사 의뢰서만 발급한 경우 진찰료 산정여부	의사가 환자 진료 상 필요한 검사를 받도록 지시하거나 투약 및 주사기록 처방전을 발급할 때에는 환자를 진찰(경과진찰 포함)한 후에 진료기록부 작성, 검사의뢰서 및 처방전등의 발급을 행하므로 초·재진을 구분하여 소정의 진찰료를 인정하고 있음. 따라서 의사로부터 진료를 받고 투약처방에 의하여 약품을 수령한 당일의 진찰료 및 기타 요양급여비용의 본인일부부담금 수납은 잘못이 없겠으나, 의사의 재진일 전일에 간호사로부터 혈액검사 의뢰서를 발급받은 경우에는 진찰료를 산정할 수 없음. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]

제목	세부인정사항
타 법령에 의거 진료 후 건강보험으로 급여를 계속 시행할 경우 진찰료 산정방법	<p>일반 환자 또는 급여제한 등으로 인하여 타 법령으로 진료 후 동일 상병에 대하여 동일 요양기관에서 건강보험으로 진료를 계속 시행할 경우 입원 또는 외래진료 시에도 진료자체가 변경되는 것이 아니므로 재진환자에 속함. 따라서 진찰료는 재진 진찰료를 산정함.</p> <p>[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
입원환자가 퇴원한 후 퇴원당일에 타 상병으로 외래로 진료를 받은 경우 진찰료 별도 산정여부	<p>입원환자가 퇴원한 후 퇴원당일에 타 상병으로 외래로 진료를 받은 경우에는 별도의 진찰 행위가 필요하므로 진찰료를 별도 산정할 수 있음.</p> <p>[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
요양기관 폐업 후 동일 장소에 다른 요양기관을 개설한 경우 진찰료 산정방법	<p>1. 요양기관 폐업 후 동일 장소에 다른 요양기관이 개설하였을 경우 비록 기존의 건물 및 의료장비가 고정되어 종전의 의사에게 진료를 받던 환자가 재지정을 받은 요양기관에서 계속 진료를 받더라도 진료기록 등은 인수인계를 하지 않은 것이 통례이고 또한 진료 담당 의사는 처음으로 그 환자를 진료하게 되는 것이므로 모든 진료비용은 요양기관을 개설한 시점부터 초진환자로 간주하여 요양급여비용을 산정할 수 있음.</p> <p>2. 그러나 의료기관이 개설자와 관리의사가 다른 경우에 관리의사만이 변경되면 의료법상 개설자도 진료기록 등을 보관할 의무가 있으므로 재래환자의 경우에는 재진 진찰료를 산정하고, 또한 개설자, 의료기관 명칭 및 관리의사를 변경하였더라도 진료와 관련된 진료기록 일체를 개설 요양기관으로 인수한 경우에는 입원환자 및 외래진료환자 모두를 계속 진료로 함이 타당함. 그러므로 그 환자가 30일 이내에 동일 상병으로 진료를 행한 경우에는 재진 진찰료를 산정하는 것이 타당하며 입원환자가 계속적으로 입원진료를 받는 경우에는 진찰료는 다시 산정할 수 없으며, 입원일이 15일을 경과할 경우에는 입원료 체감은 적용됨.</p> <p>[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
진찰료 선납 후 진찰행위 없이 귀가한 경우 진찰료 본인부담 여부	<p>환자가 진료를 받기 위하여 신청(접수)한 후 치료를 받지 않고 귀가한 경우 진료행위가 이루어지지 아니하였기 때문에 진료 신청 시 선납한 가1 외래환자 진찰료를 포함한 요양급여비용은 징수할 수 없으므로 환불해야 함. 다만, 의료인이 혈압, 맥박, 체온 등을 측정한 경우에는 청진, 문진, 시진, 촉진 등의 진찰행위가 비록 이루어지지 아니하였다 하더라도 부분적인 진찰행위가 이루어진 것이므로 진찰료를 산정할 수 있음.</p> <p>[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항
환자 치료 종결 후 추적관찰시 진찰료 산정방법	<p>환자에 대한 진료종결의 판단은 환자의 상태 등을 고려하여 진료 담당 의사가 결정하여야 할 것이나, 입원치료 후 그 상병의 상태를 추적 관찰 할 필요가 있어 1년 또는 6개월 후에 진찰을 받도록 예약한 경우에는 재진환자로 보아야 하므로 재진 진찰료로 산정함.</p> <p>[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
새로운 사례의 환자진료 시 진찰료를 초과하여 별도의 본인부담금을 발생 시킬 수 있는지 여부	<p>의사는 환자진료 시 습득한 의학적 지식이나 경험은 물론 문헌, 약전, 사례 등을 찾아 상담과 진료를 행함이 당연한 책무에 속하므로 새로운 사례의 환자진료에 소요되는 시간이 다른 환자에 비하여 다소 차이가 있다 하더라도 현행 소정 진찰료를 초과하여 본인에게 별도 부담시킬 수 없음.</p> <p>[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
진찰료 야간가산의 급여기준	<ol style="list-style-type: none"> 1. 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제1장 기본진료료 가1 외래환자 진찰료 '주'에 명시되어 있는 진찰료 야간가산을 적용·운영함에 있어서 진료 담당 의사가 진료한 시각을 기준으로 할 경우 수진자가 09시~18시(토요일 13시) 중에 요양기관에 내원하였음에도 요양기관의 사정(진료 담당 의사의 부재 또는 진료환자 적체 등)으로 진료 개시 시간이 늦어진 경우에도 야간가산율을 적용하게 되는 문제가 있고 환자가 도착한 시간을 기준으로 할 경우에는 단순히 진료를 빨리 받을 목적으로 09시 이전에 내원하여 접수를 마치고 기다리는 경우에도 진찰료 야간가산율을 적용하는 문제가 있으므로 어떤 경우를 택하더라도 수진자들의 불만이 제기될 소지가 있다고 사료됨. 2. 반면, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제6장 마취료 및 제9장 처치 및 수술료 등의 [산정지침]에서 마취, 처치 및 수술의 경우에는 동 행위를 시작한 시각(18시~09시)을 기준으로 산정토록 정하고 있으나, 이 경우에 환자는 이미 요양기관에 내원한 상태에서 사전에 필요한 모든 조치를 취하고 동 행위를 시작한 것이므로 시작된 시각을 기준으로 야간가산료를 인정함이 타당하다 할 것임. 3. 따라서 외래환자 진찰료 야간가산율 적용시간은 국민편익을 제고하기 위하여 환자가 야간가산 기준시간인 평일 18시(토요일은 13시)에서 다음 날 09시 사이에 내원한 경우는 요양기관의 진료 담당 의사가 진료를 개시한 시각을 기준으로 적용하고 동 시각 이외의 시각에 내원한 경우에는 환자가 요양기관에 도착한 시각을 기준으로 함. <p>[고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항
소아에 대한 진찰료 가산 시 야간 또는 공휴일에 대한 진찰료 중복 가산여부	만6세 미만의 소아를 야간 또는 공휴일에 진찰한 경우 가1 외래환자 진찰료는 각각의 가산금액을 합하여 산정하여야 하며 중복가산을 하여서는 아니 됨. [고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]
입원실 또는 응급실 등의 체류시간이 6시간 미만인 경우 본인부담액 산정방법	입원과 퇴원이 24시간 이내에 이루어진 경우로서 전체 입원시간이 6시간 미만인 경우와 지역응급의료기관, 응급의료시설, 응급의료기관이 아닌 종합병원 응급실, 수술실 등에서 처치·수술 등을 받고 6시간미만 머무른 경우 그리고 시간에 무관하게 권역응급의료센터 및 지역응급의료센터 응급실에서 진료 받은 경우에는 1일 입원료 또는 낮병동 입원료를 산정할 수 없으므로 본인이 부담할 비용은 외래환자 본인부담액 산정방법에 의해 진료비를 산정함. ※ 단, 응3 중증응급환자 진료구역 관찰료 및 응4의 응급환자 진료구역 관찰료 산정 환자, 응급진료 후 병동 입원환자 등은 입원환자 본인부담액 산정방법에 의해 진료비 산정 [고시 제2015-241호, 2016.1.1. 시행]
건강검진 실시 당일 진료 시 진찰료 산정방법	1. 「국민건강보험법」 제52조에 의거 가입자 및 피부양자에게 실시하는 건강검진 당일 동일 요양기관에서 건강검진과는 별도로 질환에 대한 진찰이 이루어져 진찰 이외에 의사의 처방(약제 처방전 발급, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 의하여 산정가능한 진료행위)이 발생한 경우 해당 진찰료는 다음과 같이 산정함. - 다 음 - 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료[산정지침] 1. 진찰료 '가' 에 의거 초진(또는 재진)진찰료의 50%를 산정하며, 코드는 다음과 같이 기재함. 진찰료 산정 사유에 대하여는 진료기록부에 기록하고, 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 의하여 작성·청구토록 함. (가) 일반건강검진 시 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우 : 산정코드 세 번째 자리에 3으로 기재 (나) 암검진 시 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우 : 산정코드 세 번째 자리에 5로 기재

제목	세부인정사항
	<p>(다) 영유아 건강검진 시 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우 : 산정코드 세 번째 자리에 2로 기재</p> <p>2. 상기 '1'항에도 불구하고 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료[산정지침]에 의거 2개이상의 진료과목이 설치되어 있고 해당 과의 전문의가 상근하는 요양기관에서 건강검진 당일 검진실시 의사와 전문과목 및 전문분야가 다른 진료담당의사가 건강검진과는 별도로 질환에 대하여 진료한 경우에 한하여 초진(또는 재진) 진찰료를 산정할 수 있음.</p> <p>3. 또한, 건강검진을 실시한 요양기관에서 동일 의사에게 검진 결과에 대해 다른날 설명하는 것은 검진결과 상담에 해당되어 진찰료를 별도 산정할 수 없으나, 검진결과 이상소견에 대해 단계적 정밀검사 또는 별도의 진료가 이루어진 경우에는 재진진찰료를 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-249호, 2018.1.1. 시행]</p>
<p>국민건강보험법 시행령 제19조제1항 관련 [별표2] 요양급여비용 중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액 제1호 나목 비고 5에 따른 재진 진찰료 본인부담률 경감 대상 및 산정방법</p>	<p>국민건강보험법 시행령 제19조제1항 관련 [별표2] 요양급여비용 중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액 제1호 나목 비고 5에 따른 재진 진찰료 본인부담률 경감 적용대상 및 산정방법은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적용대상</p> <p>(1) 대상질환 : 고혈압(I10) 또는 당뇨병(E11)</p> <p>(2) 대상기관 : 의원</p> <p>(3) 대상환자 : 대상질환으로 대상기관에서 진료받는 건강보험 환자 중 의사로부터 지속적 질환관리 필요성에 대한 설명을 듣고, 당해 의료기관에서 대상질환을 지속적으로 관리받을 의사를 표명한 환자. 이 경우 요양기관은 대상환자가 의사를 표명한 사실을 진료기록부에 기록·보관하여야 함.</p> <p>나. 절차 및 방법 : 상기 '가'항에 따른 대상질환을 주상병으로 진료한 경우에 한하여 환자가 지속적으로 관리받을 의사를 표명한 익일부터 직접 내원하여 진료받은 경우 재진 진찰료로 적용하며, 수가코드는 'AA250'으로 산정함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2012-153호, 2012.12.1. 시행]</p>

:: 입원료 ::

제목	세부인정사항
입원료 세부항목의 의미	<p>1. 입원환자 의학관리료 : 입원환자에게 제공되는 회진, 질병치료 상담, 교육 등의 직접행위와 의무기록 및 진료계획 작성 등 간접행위 포함.</p> <p>2. 입원환자 간호관리료 : 간호사의 투약, 주사, 간호, 상담 등의 비용 뿐만 아니라 간호기록지 작성, 환자 진료보조 행위 등의 비용 포함.</p> <p>3. 입원환자 병원관리료 : 비품 및 부대시설을 포함한 공간점유 사용비, 환자복, 침구 등 세탁비용, 비품 및 시설관리비용(인건비, 전기료, 수도료, 수리 비용 등), 시설 감가상각비 등 포함.</p> <p>[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
퇴원 후에 당일 재입원할 경우 입원료 산정방법	<p>퇴원한 후 당일 재입원한 경우에는 계속 입원중이었던 환자로 간주하여 입원료를 산정하고 입원료 체감제도 최초 입원일로부터 적용함.</p> <p>[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
외래진료 후 당일 입원했을 경우 외래요양급여비용에 대한 본인일부부담금 산정방법	<p>외래진료 후 당일 검사결과가 나와 입원한 경우나, 외래진료 후 다음 날 다시 내원하라는 의사의 지시가 있었으나 수진자가 동일 질환 및 응급사유로 인하여 같은 날 내원하여 입원하였다면 동일 질병여부 및 의사의 지시에 불문하고 요양급여비용은 입원 부담률에 의거 산정하여야 하며, 이미 외래부담률에 의해 징수한 요양급여비용은 입원부담률에 의거 산정하여 그 차액을 정산 하여야 함. 다만, 외래진료 시 발급된 원외처방전에 의한 약국의 약제비는 정산대상에 해당되지 아니함.</p> <p>[고시 제2004-36호, 2004.7.1. 시행]</p>
타 법령에 의거 진료를 받고 있던 환자가 건강보험으로 적용될 경우 입원료 체감제 적용일에 대하여	<p>타 법령에 의거 진료를 받고 있던 환자(예: 산재, 자동차보험 환자 등) 또는 일반으로 진료를 받고 있던 자가 건강보험으로 적용될 경우 입원료 체감제는 건강보험 적용일로부터 적용함. 다만, 입원환자가 의료급여에서 건강보험으로 자격이 변경된 경우에 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙에 의거 진료내용을 연계하여, 입원료 체감제는 최초 입원일로부터 적용함.</p> <p>[고시 제2008-21호, 2008.3.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항
입원 중 2개과 이상을 옮겼을 경우 입원료 체감제 적용방법	<p>종합병원에 입원 중 2개과 이상을 옮겼을 경우에도 입원료 체감제는 전과여부에 관계없이 입원일로부터 퇴원일까지의 일수에 따라 산정함.</p> <p>[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
입원환자 외박시 병원관리료 산정방법	<p>입원중인 환자가 주치의의 허가를 받아 외박시 입원료는 산정할 수 있으나, 연속하여 24시간을 초과하는 경우는 입원료 중 입원환자 병원관리료만 산정함. 이 때, 병원관리료는 내과질환자·정신질환자·만8세 미만의 소아환자에 대한 가산, 간호인력 확보 수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등가산 및 입원일수에 따른 체감이 적용되지 않은 상태에서 입원료 소정점수의 35%를 산정함.</p> <p>[고시 제2003-65호, 2003.12.1. 시행]</p>
국민건강보험법 시행령 제19조제1항 관련 [별표2] “본인일부부담금의 부담률 및 부담액” 제5호에 따른 ‘일반입원실’의 적용범주	<p>국민건강보험법 시행령 [별표2] 제5호에 따른 ‘법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실’에 입원하는 경우는 가2 입원료를 산정하는 경우를 의미함</p> <p>[고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행]</p>
국민건강보험법 시행령 제19조1항 관련 [별표2] “본인일부부담금의 부담률 및 부담액” 제5호에 따른 ‘질병 또는 환자 특성상 16일 이상 장기입원이 불가피한 경우’의 범주	<p>‘질병 또는 환자 특성상 16일 이상 장기입원이 불가피한 경우’로서 국민건강보험법 시행령 제19조제1항 관련 [별표2] 제5호에 따른 본인부담률(종별, 인실별 16일 이상 연속하여 입원 시 25~55%, 31일 이상 30~60%)을 따르지 않는 경우는 다음과 같음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 국민건강보험법 시행령 [별표2] 제3호의 가목1)~3), 나목2)~3), 라목1)~2), 마목, 아목, 자목 중 하나에 해당하여 입원진료한 경우 및 동시행령 [별표2] 제1호의 다목3)에서 나열한 보훈관계법령에서 정한 의료지원대상자에 대하여 입원진료한 경우(본인부담경감대상자 등)</p> <p>나. “한국표준질병·사인 분류표”에 의한 다음의 질병코드를 주상병으로 입원진료한 경우</p>

제목	세부인정사항																																																																																										
	<table><tr><th colspan="5">질병코드</th></tr><tr><td>A04.7</td><td>G83.4</td><td>L89.2</td><td>M86~M87</td><td>S38.1</td></tr><tr><td>A41.0</td><td>G91</td><td>L89.3</td><td>M95.2</td><td>S68</td></tr><tr><td>A41.8</td><td>G93.1</td><td>L89.9</td><td>M96.6</td><td>S72</td></tr><tr><td>B00.4</td><td>G95</td><td>L97</td><td>N49.8</td><td>S82.0~S82.3</td></tr><tr><td>B37.7</td><td>I33</td><td>M00</td><td>S06.3</td><td>S82.8</td></tr><tr><td>B44.0</td><td>I60~I63</td><td>M13.8</td><td>S06.5</td><td>S92.0</td></tr><tr><td>D73.3</td><td>I67.2</td><td>M17</td><td>S06.8</td><td>T09.3</td></tr><tr><td>E10.7</td><td>J15.1</td><td>M20.1</td><td>S12.0</td><td>T20</td></tr><tr><td>E11.5</td><td>J15.2</td><td>M43.1</td><td>S12.1</td><td>T24.3</td></tr><tr><td>E11.7</td><td>J18.2</td><td>M46.2</td><td>S12.7</td><td>T25</td></tr><tr><td>E14.5</td><td>J69.0</td><td>M46.3</td><td>S14.1</td><td>T31</td></tr><tr><td>E14.7</td><td>J80</td><td>M46.5</td><td>S22.0</td><td>T81.4</td></tr><tr><td>F00~F99</td><td>J96.0</td><td>M46.9</td><td>S24.1</td><td>T84</td></tr><tr><td>G00</td><td>K63.1</td><td>M47.1</td><td>S32</td><td>T87</td></tr><tr><td>G04~G06</td><td>K75.0</td><td>M49</td><td>S34.1</td><td>Z50.1</td></tr><tr><td>G30</td><td>K76.7</td><td>M72.6</td><td>S34.3</td><td>Z54.0</td></tr><tr><td>G81~G82</td><td>L51.1</td><td>M84.1</td><td>S36</td><td></td></tr></table> <p>다. 위 가.~나. 이외에도 진료담당의사가 진료상 계속 입원 진료가 필요하다고 판단하여, 그 사유 및 계속 입원 적용기간 등을 진료기록부에 작성·보관하고, 청구 시 “요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령”에 따라 청구하는 경우</p> <p>[고시 제2019-115호, 2020.1.1. 시행]</p>	질병코드					A04.7	G83.4	L89.2	M86~M87	S38.1	A41.0	G91	L89.3	M95.2	S68	A41.8	G93.1	L89.9	M96.6	S72	B00.4	G95	L97	N49.8	S82.0~S82.3	B37.7	I33	M00	S06.3	S82.8	B44.0	I60~I63	M13.8	S06.5	S92.0	D73.3	I67.2	M17	S06.8	T09.3	E10.7	J15.1	M20.1	S12.0	T20	E11.5	J15.2	M43.1	S12.1	T24.3	E11.7	J18.2	M46.2	S12.7	T25	E14.5	J69.0	M46.3	S14.1	T31	E14.7	J80	M46.5	S22.0	T81.4	F00~F99	J96.0	M46.9	S24.1	T84	G00	K63.1	M47.1	S32	T87	G04~G06	K75.0	M49	S34.1	Z50.1	G30	K76.7	M72.6	S34.3	Z54.0	G81~G82	L51.1	M84.1	S36	
질병코드																																																																																											
A04.7	G83.4	L89.2	M86~M87	S38.1																																																																																							
A41.0	G91	L89.3	M95.2	S68																																																																																							
A41.8	G93.1	L89.9	M96.6	S72																																																																																							
B00.4	G95	L97	N49.8	S82.0~S82.3																																																																																							
B37.7	I33	M00	S06.3	S82.8																																																																																							
B44.0	I60~I63	M13.8	S06.5	S92.0																																																																																							
D73.3	I67.2	M17	S06.8	T09.3																																																																																							
E10.7	J15.1	M20.1	S12.0	T20																																																																																							
E11.5	J15.2	M43.1	S12.1	T24.3																																																																																							
E11.7	J18.2	M46.2	S12.7	T25																																																																																							
E14.5	J69.0	M46.3	S14.1	T31																																																																																							
E14.7	J80	M46.5	S22.0	T81.4																																																																																							
F00~F99	J96.0	M46.9	S24.1	T84																																																																																							
G00	K63.1	M47.1	S32	T87																																																																																							
G04~G06	K75.0	M49	S34.1	Z50.1																																																																																							
G30	K76.7	M72.6	S34.3	Z54.0																																																																																							
G81~G82	L51.1	M84.1	S36																																																																																								
일반병원에서 중환자실로 전실되거나 일반병실과 중환자실을 이중으로 사용하는 경우의 입원료 산정방법	<p>기준병실에서 입원진료 중 환자 상태 등에 따라 집중치료가 필요하여 중환자실로 전실된 경우는 가9 중환자실 입원료를 산정하되, 전실하는 당일에 한하여 수진자가 더 오랫동안 체류한 쪽 병실의 입원료를 산정함. 또한 환자가 집중치료를 위하여 중환자실로 전실된 경우에는 종전에 사용하던 입원실을 다른 환자 입원을 위하여 비워 주어야 함이 원칙이나, 환자상태의 호전을 대비한 기준 병실의 확보 또는 보호자 대기사용 등의 목적으로 그 비용을 별도 부담함을 요양기관측에 요청하여 병실을 계속 사용한 경우에는 그 환자 가족이 그 병실을 계속 사용함에 따라 요양기관측은 다른 환자를 입원시키지 못한 손실을 보전할 방법이 없으므로 요양급여비용의 100분의 100을 본인이 부담토록 함.</p> <p>[고시 제2007-81호, 2007.10.1. 시행]</p>																																																																																										

제목	세부인정사항
입원 중 협의진찰료 급여기준	<p>1. 산정기준</p> <p>협의진찰료는 입원 중인 환자의 특별한 문제에 대한 평가 및 관리를 위하여 그 환자의 주치의가 아닌 다른 진료과목 [또는 세부 전문과목 (분야)] 의사의 견해나 조언을 얻는 경우 산정하며, 협의진료를 요청하는 특별한 문제 및 협의진료의사의 견해 등을 의무기록에 명시하여야 함.</p> <p>2. 진료과목 또는 세부전문과목(분야)당 산정횟수</p> <p>가. 상급종합병원, 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원</p> <p>: 입원기간 중 30일에 5회 이내</p> <p>다만, 중환자실 입원환자의 경우 환자상태 변화 등으로 인해 협진이 필요한 경우 추가산정 가능(기본코드 다섯 번째 자리에 1로 기재)</p> <p>나. 종합병원, 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원</p> <p>: 입원기간 중 30일에 3회 이내</p> <p>다. 병원·한방병원·치과병원</p> <p>: 입원기간 중 30일에 2회 이내</p> <p>라. 요양병원·의원·한의원·치과의원·보건의료원</p> <p>: 입원기간 중 30일에 1회 이내</p> <p>[고시 제2016-99호, 2016.7.1. 시행]</p>

:: 낮병동 입원료 ::

제목	세부인정사항
낮병동 입원료 산정방법	<p>낮병동 입원료는 입원에 준하는 상태에서 항암제 투여, 처치 및 수술 등을 받은 환자에 대한 관찰에만 최소한 6시간 이상 소요되는 경우에 산정하는 것으로 외래에서 별다른 처치·수술 등 없이 단순히 약제만을 투약하는 경우에는 산정할 수 없음.</p> <p>[고시 제2003-65호, 2003.12.1. 시행]</p>
입원료 및 낮병동 입원료 산정 시 기산점	<p>1. 입원과 퇴원이 24시간 이내 이루어진 경우 1일의 입원료를 산정하는 기준은 입원실에 머무른 시간이 6시간 이상인 경우를 의미하는 것이며 이 경우 입원료 산정 기산점은 진료기록부 기재내역 및 환자가 실제로 입원실을 점유한 시점 등을 고려하여 입원실 입실시간을 기준으로 함.</p> <p>2. 낮병동 입원료의 경우는 지역응급의료기관, 응급의료시설, 응급의료기관이 아닌 종합병원 응급실, 수술실 등에서 처치수술 등을 받고 연속하여 6시간 이상 관찰 후 당일 귀가 또는 퇴원하는 경우에 산정토록 되어 있으므로 낮병동 입원료의 산정 기산점은 의료기관에 내원하여 진료가 시작된 시간을 기준으로 하며, 이 경우 의료기관은 진료기록부에 진료시간과 종료시간을 기재하여야 함.</p> <p>[고시 제2015-241호, 2016.1.1. 시행]</p>
낮병동 입원환자가 다른 상병으로 다른 전문과목 또는 전문분야에서 외래진료를 받은 경우 수가 산정방법	<p>「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 2. 입원료 다(3)의 (가)에 해당하는 경우 산정하는 가6 낮병동 입원료는 입원으로 간주하여 적용 산정하되 입원료 체감제는 적용하지 아니함. 또한, 진료중인 환자가 같은 날에 다른 상병으로 다른 전문과목 또는 전문분야에서 외래진료를 받은 경우 소정 진찰료는 별도 산정하되, 진찰료를 포함한 모든 진료비용은 외래요양급여비용명세서를 별도 작성 청구하지 말고 동 환자의 월간 입원요양급여비용명세서에 포함하여 일괄 작성 청구함.</p> <p>[고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행]</p>

:: 의약품관리료 ::

제목	세부인정사항
의약품관리료 산정기준	<p>1일 내원하여 2개 이상의 진료과목에서 진료를 받고 각각 투약한 경우의 외래환자 의약품관리료는 동일 환자가 2개 이상 전문과목 전문의가 각각 상근하는 의료기관에서 다른 상병으로 전문과목별로 진찰료를 받은 경우에는 이를 별도의 방문과 진찰료 보아 진찰료를 각각 산정하고 있으므로 외래환자 의약품관리료도 각각 산정함.</p> <p>[고시 제2000-73호, 2001.1.1. 시행]</p>
의약품관리료 산정방법	<p>의약품관리료는 실제 투약이 이루어진 경우에 산정하되 종별가산율이나 소아가산은 적용하지 아니하며, 퇴원환자에게 투약한 경우에는 외래환자로 간주하여 외래환자 의약품관리료로 산정하되, 라1 퇴원환자조제로 '주1'에 의거 퇴원 익일부터 산정함.</p> <p>[고시 제2011-71호, 2011.7.1. 시행]</p>
타 법령에 의거 진료를 받고 있던 환자가 건강보험으로 적용될 경우 의약품관리료 산정방법	<p>타 법령에 의거 입원진료를 받고 있던 환자(산재, 자동차보험 등) 또는 일반으로 입원진료를 받고 있던 환자가 건강보험으로 적용될 경우 입원환자 의약품관리료는 건강보험 적용일을 시점으로 하여 해당 소정점수의 의약품관리료를 산정함.</p> <p>아울러, 입원진료를 받고 있던 의료급여 수급권자가 건강보험 가입자 또는 피부양자가 될 경우, 의약품관리료는 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙에 의거 연계하여 퇴원일을 기준으로 일괄 청구하여야 하나, 진료비 보상 주체가 다르고, 의료급여 정신건강의학과 정책의 경우 의약품관리료 등 제반비용이 포함되어 있어 이를 연계하여 계산할 경우 중복산정 되는 바, 입원환자가 의료급여에서 건강보험으로 자격이 변경된 경우에도 건강보험 적용일을 시점으로 하여 해당 소정점수의 의약품관리료를 산정함.</p> <p>[고시 제2012-39호, 2012.3.27. 시행]</p>
「건강보험요양급여비용의 내역」 개정 및 요양기관종별 변경에 따른 의약품관리료 산정 방법	<p>입원기간 중 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정 고시 및 요양기관 종별 변경이 발생한 경우 의약품관리료는 변경 시점을 기준으로 분리하여 청구할 수 없으며, 입원시점의 점수당 단가 및 요양기관 종별 가산율을 적용하여 산정하되, 퇴원일을 기준으로 일괄하여 청구토록 함.</p> <p>[고시 제2018-269호, 2019.1.1. 시행]</p>

:: 기타 ::

제목	세부인정사항
집중영양치료료 (Therapy by Nutrition Support Team) 급여기준	<p>집중영양치료료(Therapy by Nutrition Support Team)는 아래 ‘나’의 집중영양치료가 필요하다고 판단된 환자에게 담당의사의 의뢰에 따라 집중영양치료팀이 영양치료를 계획·재평가·모니터링하고, 담당의사가 경장영양 또는 정맥영양을 처방한 경우에 산정하되, 아래와 같은 요건을 모두 충족하여야 함.</p> <p>가. 대상자: 상급종합병원 또는 종합병원에 입원한 환자</p> <p>나. 집중영양치료가 필요한 환자 대상: 다음의 1개 이상에 해당하는 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 혈중 알부민 ≤ 3.0 g/dl 인 경우 (2) 경장영양을 받고 있는 경우 (3) 정맥영양을 받고 있는 경우 (4) 중환자실에서 집중치료중인 경우 (5) 진료담당의사의 의학적 소견에 따라 집중영양치료가 필요하다고 판단된 경우 (6) 성장곡선 체중 기준 5 percentile 미만인 경우(소아만 해당) <p>다. 집중영양치료팀구성: 다음의 인력을 각 1인 이상씩 포함하여 4인 이상으로 구성하여야 함. 다만, 집중영양치료팀당 1인 이상은 집중영양치료 업무만을 전담하여야 함</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 영양치료에 관한 소정의 연수를 수료한 상근하는 전문의 [소아의 경우는 영양치료에 관한 소정의 연수를 수료한 소아청소년과 전문의 또는 소아외과 전문의] (2) 영양치료에 관한 소정의 연수를 수료한 상근하는 간호사 (3) 영양치료에 관한 소정의 연수를 수료한 상근하는 약사 (4) 상근하는 임상영양사 <p>라. 산정횟수 등: 환자 당 주1회 산정하되, 집중영양치료팀당 1일 30인 이내로 산정</p> <p>마. 기타: 환자의 영양에 관한 모든 자료는 의무기록으로 남겨야 함</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2014-126호, 2014.8.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항
교육·상담료 급여기준	<p>교육·상담료는 교육·상담 등을 통해 환자가 자신의 질환 및 치료과정을 이해하여, 합병증 예방 등 자가관리를 할 수 있도록 지속적인 관리체계를 수립한 경우로서, 아래와 같은 요건을 모두 충족한 경우 인정함</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 대상환자(질환)</p> <p>1)~4)에 해당하고 진료담당의사가 치료효과를 높이기 위하여 교육 필요성을 인정하는 경우</p> <p>1) 암환자 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 산정특례 대상 중 등록 암환자에 해당하는 상병의 환자</p> <p>2) 심장질환 “한국표준질병·사인분류표”에 의한 질병코드 I20~I25, I05~I08, I31.0, I31.1, I31.9, I32.8, I34~I37, I42~I50, I51.0, I51.3, I51.4, I51.5, I51.6, I51.7, Q20~Q26, Z95.9에 해당하는 환자</p> <p>3) 장루·요루 가) 지속적인 장루 또는 요루 유지가 필요한 환자 나) 자연적으로 형성된 루(fistula)를 통해 분변(뇨) 배출이 이루어지는 환자</p> <p>4) 만성신부전 가) 투석이 필요 없는 환자 : 투석이 필요 없는 만성신장병 3기, 4기, 5기에 해당하는 환자 나) 복막투석 : 지속적인 복막투석을 처음 실시하는 환자 다) 혈액투석 : 혈액투석을 처음 실시하는 환자</p> <p>나. 교육내용 및 방법</p> <p>1) 일반사항 관련 학회 등에서 제시한 표준 교육자료를 이용하여 교육팀, 교육의 내용·횟수·간격 등이 미리 계획된 교육프로그램에 의해 질환의 치료 및 합병증 예방 등 자가관리를 할 수 있는 포괄적인 내용을 교육하며, 교육프로그램 일부내용의 반복교육 및 추후관리를 포함함.</p> <p>2) 필수교육내용 가) 암환자 (1) 항암화학요법 : 암 질환에 대한 이해, 항암화학요법의 목적, 치</p>

제목	세부인정사항
	<p>료 계획, 부작용에 대한 대처 및 관리방법, 일상생활관리, 식이 관리, 치료기간 동안 주의식품 안내</p> <p>(2) 방사선치료 : 암 질환에 대한 이해, 방사선치료의 목적, 치료 계획, 치료 전-후 주의사항, 관련 부작용에 대한 대처 및 관리 방법, 일상생활관리, 식이관리, 치료기간 동안 주의식품 안내</p> <p>(3) 수술 후 : 암 질환에 대한 이해, 수술 치료의 목적, 수술 후 치료계획, 합병증 예방 및 치료방법, 일상생활관리, 식이관리, 일반적인 식사로의 진행방법</p> <p>나) 심장질환 : 심장질환에 대한 이해, 약물요법의 목적, 치료 계획, 심장 수술·시술의 종류 및 방법, 응급상황에 대한 대처방법, 일상생활관리, 식이관리</p> <p>다) 장루·요루 : 장루·요루에 대한 이해, 장루·요루 기구의 종류 및 교환 방법, 장루·요루 주위 피부 관리, 합병증 예방 및 치료 방법, 일상생활관리, 식이관리</p> <p>라) 만성신부전</p> <p>(1) 투석이 필요 없는 환자 : 만성신부전에 대한 이해, 신대체요법 종류 및 방법, 합병증 예방 및 치료방법, 일상생활관리, 식이관리, 치료기간 동안 주의식품 안내</p> <p>(2) 복막투석 : 만성신부전에 대한 이해, 복막투석 원리 및 투석액 교환 방법, 도관 관리, 수분·염분·전해질·체중 관리, 합병증 예방 및 치료방법, 일상생활관리, 식이관리</p> <p>(3) 혈액투석 : 만성신부전에 대한 이해, 혈액투석 원리 및 방법, 혈액통로 관리, 수분·염분·전해질·체중 관리, 합병증 예방 및 치료방법, 일상생활관리, 식이관리</p> <p>3) 교육방법</p> <p>가) 암환자(항암화학요법), 장루·요루, 만성신부전(복막투석, 혈액투석) : 개별 교육하는 것을 원칙으로 함</p> <p>나) 암환자(방사선치료, 수술 후), 심장질환, 만성신부전(투석이 필요 없는 환자) : 개별·집단 교육을 선택 또는 혼합하여 실시할 수 있음</p> <p>다. 교육팀</p> <p>1) 일반사항</p> <p>의사, 간호사, 영양사, 약사 등 관련 분야 상근 전문 인력으로 교육팀을 구성하되, 교육프로그램 전반을 관리하는 코디네이터를 1</p>

제목	세부인정사항
	<p>인 이상 두어야 함.</p> <p>2) 교육팀 자격요건</p> <p>가) 의사 : 해당분야 전문의(세부 전문의 포함) 또는 진료담당 전문의</p> <p>나) 간호사</p> <p>(1) 암환자 : 의료법 제78조에 따른 종양전문간호사 또는 해당분야 실무경력 3년 이상인 자</p> <p>(2) 심장질환 : 해당분야 실무경력 3년 이상인 자</p> <p>(3) 장루·요루 : WOCN(Wound, Ostomy, Continence -Nursing, 상처장루실금간호사) 교육과정을 이수한 자 또는 해당분야 실무경력 3년 이상인 자</p> <p>(4) 만성신부전 : 해당분야 실무경력 3년 이상인 자</p> <p>다) 영양사 : 국민영양관리법 제23조에 따른 임상영양사</p> <p>라) 약사 등 : 교육프로그램 상 필요하다 판단되는 해당분야 실무경력 3년 이상인 자</p> <p>라. 교육 환경</p> <p>교육이 원활히 이루어질 수 있는 별도의 공간을 확보하여야 함.</p> <p>마. 교육시간</p> <p>교육프로그램은 프로그램별 특성을 고려하여 교육팀원 중 반드시 의사를 포함하여 3개 이상의 직종을 활용하여 운영하되, 총 교육시간은 다음을 충족하여야 함.</p> <p>1) 암환자, 심장질환, 만성신부전(투석이 필요 없는 환자, 혈액투석), 장루·요루 : 80분 이상</p> <p>2) 만성신부전(복막투석) : 200분 이상</p> <p>바. 효과평가 등 관리</p> <p>1) 교육·상담의 질 향상을 위해 교육프로그램별로 교육자, 교육내용 및 방법, 교육환경, 평가시기 등에 대한 만족도 조사 등의 효과평가를 하여야 함.</p> <p>2) 교육프로그램별로 교육대상자, 교육시간, 내용, 방법, 교육자 및 효과평가 결과를 기록 관리하고, 교육 대상자가 교육 전 과정에 참석할 수 있도록 하여야 함.</p> <p>사. 산정방법</p> <p>1) 소아환자 등 환자가 독립적으로 교육받기 곤란한 경우에는 보호자</p>

제목	세부인정사항
	<p>를 대상으로 교육한 경우에도 산정할 수 있음</p> <p>2) 암환자 교육·상담료는 원발암 기준으로 각각 1회만 산정하되, 항암화학요법이 변경된 경우는 항암화학요법 재교육을 추가 산정할 수 있음</p> <p>3) 장루·요루 교육·상담료는 부작용이나 합병증 등으로 인해 stoma의 위치 변경을 위한 수술이 이루어진 경우 재교육을 추가 산정할 수 있음</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-193호, 2018.9.28. 시행]</p>
입원환자 안전관리료 산정기준	<p>입원환자 안전관리료는 아래와 같은 조건을 모두 갖춘 요양기관에서 환자안전 활동을 실시하는 경우에 요양급여를 인정하며, 입원환자 입원 1일당 1회 산정함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 대상기관 「환자안전법」제11조·제12조 및 동법 시행규칙 제5조·제9조제1항에 해당하는 의료기관으로 전담인력을 배치하고, 환자안전위원회를 설치·운영하는 기관</p> <p>나. 위 '가'항에 해당하는 기관은 다음 각 호의 활동을 시행하여야 함.</p> <p>1) 환자안전위원회는 「환자안전법」 제11조제2항 및 동법 시행규칙 제8조에 명시된 업무를 시행하여야 하며, 위원회 구성은 동법 시행규칙 제6조를 따름</p> <p>2) 전담인력은 「환자안전법」제12조제2항 및 동법 시행규칙 제9조제4항에 따른 업무를 시행하여야 하며, 환자안전활동에 대한 연간 계획을 수립하고 관리하여야 함</p> <p>3) 「환자안전법」제9조 및 동법 시행령 제6조에 따른 환자안전기준 준수를 위해 아래의 (가), (나)를 포함한 체계적인 활동을 시행하여야 함</p> <p>(가) 입원환자 병문안 관리 규정을 자체적으로 수립하고 이를 시행하여야 함</p> <p>(나) 입원기간 동안 낙상, 욕창 예방 및 관리 등을 시행하여야 함</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행]</p>

제목	세부인정사항
입원환자 안전관리료 인력기준	<p>입원환자 안전관리료 산정을 위한 전담인력기준은 아래와 같이함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 전담인력은 「환자안전법」 시행규칙 제9조제2항에 따라 다음 각 호 중 하나에 해당하는 자격을 갖추어야 함.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 취득한 후 5년 이상 보건의료기관에서 근무한 사람 2) 「의료법」 제77조에 따른 전문의 자격이 있는 사람 3) 간호사 면허를 취득한 후 5년 이상 보건의료기관에서 근무한 사람 <p>나. 전담인력은 「환자안전법」 제13조 및 동법 시행규칙 제10조에 따라 환자안전 활동에 관한 교육을 매년 12시간 이상 정기적으로 받아야 함. 다만, 새로 배치된 경우에는 6개월 이내에 24시간 이상 이수하여야 함.</p> <p>다. 대상기관은 「환자안전법」 시행규칙 제9조제3항에 따라 위의 ‘가’ 및 ‘나’항을 모두 만족한 전담인력을 해당기관에 배치하여야 함.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 500병상 이상 종합병원급: 2명 이상 2) 100병상 이상~ 500병상 미만 종합병원급: 1명 이상 3) 200병상 이상 병원급: 1명 이상 <p>라. 현황신고</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 「환자안전법」 제11조 및 12조에 따른 환자안전위원회 구성·운영 및 전담인력 배치현황은 의료기관평가인증원에 신고하여야 함 2) 「환자안전법」 시행규칙 제9조5항에 따라 전담인력 현황변경 시(신규배치·해지 등) 의료기관평가인증원에 지체없이 신고하여야 함 <p style="text-align: right;">[고시 제2017-170호, 2017.10.1. 시행]</p>
입원환자 안전관리료 병문안 관리기준	<p>입원환자 안전관리료 산정을 위한 병문안 관리기준은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 입원환자 안전관리료 산정을 위한 병문안 관리기준을 충족하기 위해서는 ‘병문안 관리 규정’ 및 ‘병문안 관리방법’을 건강보험심사평가원에 신고하여야 함. 2. ‘병문안 관리 규정’(이하 규정)은 아래 기준을 모두 충족해야 함. <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p>

제목	세부인정사항
	<p>가. 의료기관에서 자체적으로 수립하고 기관장 결재를 마친 규정이어야 함 나. 규정에는 다음 5가지 내용이 모두 포함되어야 함</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 병문안 허용시간대 2) 병문안 제한 대상 3) 병문안객 관리대장 양식 및 운영방법 4) 반입금지 물품 목록 5) 병문안 관리 방법 <p>다. 기관장 직인이 포함된 규정 전문을 첨부파일로 제출해야 함</p> <p>3. '병문안 관리 방법'은 아래 기준을 모두 충족해야 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 병문안객 관리를 위한 '시설', '인력', '기타' 중 하나 이상의 방법을 운영하고 있어야 함</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) '시설'은 ID카드 등을 이용하여 허용된 사람에 한해 개폐가 가능한 고정 시설물을 의미하며, 건물별로 1개 이상 설치되어 있어야 함. 2) '인력'은 규정에 정해진 시간 동안 병문안객 관리를 전담하는 사람을 의미하며, 외부 보안관리 전문기관과의 계약에 따라 배치된 사람은 포함되나 단순 안내요원 및 자원봉사자, 사회복무요원 등은 제외함. 기관별로 1명 이상이 배치되어 있어야 하며, 인력 배치현황(인력수, 근무시간, 장소) 및 근무대장을 관리·작성하여야 함. 3) '기타'는 위 1) 또는 2)에 해당하지 않지만 병문안객 관리가 가능한 방법을 의미함 <p>나. '가'항에 따른 운영현황을 증빙할 수 있는 자료('시설'의 경우 도면, 사진 등, '인력'의 경우 근로계약서, 근무대장 등)을 첨부파일로 제출해야 함.</p> <p>4. 입원환자 안전관리료를 산정하는 요양기관은 별지 제14호 서식에 의한 입원환자 병문안 관리 현황신고서를 최초 수가 청구 전까지 (단, 기존 산정기관은 '18.7월말까지) 건강보험심사평가원에 제출하여야 하며, 최초 신고 이후 변경이 있는 경우 지체없이 변경 내용을 신고해야 함.</p> <p style="text-align: right;">[고시 제2018-114호, 2018.8.1. 시행]</p>