협력기관간 진료의뢰·회송 시범사업 지침

2017. 11.

보건복지부

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

차 례 CONTENTS

Ⅰ. 시범사업 개요 ····· 2

1. 목 적 ····· 2
2. 근 거 ····· 2
3. 사업내용 ····· 3
4. 대상 및 기간 ····· 4
5. 사업운영 ····· 5

Ⅱ. 시범사업 세부지침 ····· 6

1. 요양급여 기준 ····· 6
2. 산정지침 ····· 7
3. 급여목록 및 상대가치 점수 ····· 10
4. 요양급여비용 청구방법 ····· 12

Ⅲ. 시범기관 준수사항 ····· 17

1. 요양급여 안내 ····· 17
2. 개인정보제공동의서 징구 ····· 17
3. 원활한 협력관계 유지 및 관리 ····· 18

Ⅳ. 시범사업 평가 ····· 19

1. 평가주체 ····· 19
2. 평가내용 ····· 19
3. 평가방법 ····· 20
4. 평가관련 자료제출 ····· 20

차 례 CONTENTS

Ⅴ. 시범기관 현황 신고 ····· 21

1. 최초현황 신고 ····· 21
2. 변경현황 신고 ····· 21

Ⅵ. 진료의뢰·회송 중계 시스템 ····· 22

1. 요양급여의뢰서 또는 회송서 등 작성방법 ····· 22
2. 요양급여의뢰서 또는 회송서 등 확인방법 ····· 25

[별지 서식] 제1호~4호 ····· 26

[별첨1] 전자문서 작성요령 ····· 31

[별첨2] 시범사업관련 질의응답 ····· 41

협력기관간 진료의뢰 · 회송 시범사업 지침

Ⅰ. 시범사업 개요

Ⅱ. 시범사업 세부지침

Ⅲ. 시범기관 준수사항

Ⅳ. 시범사업 평가

Ⅴ. 시범기관 현황 신고

Ⅵ. 진료의뢰·회송 중계 시스템

Ⅰ 시범사업 개요

1. 목적

가. 진료협력체계를 갖추고 있는 일부 의료기관을 중심으로 진료의뢰·회송 시범사업을 실시함으로써 건강보험수가 모형의 타당성 및 확대 적용 가능성을 평가하여 제도화 기반을 구축하고자 한다.

나. 소규모 병·의원과 상급종합병원 간 진료의뢰·회송 과정의 비용을 건강보험에서 보상하여 협력진료를 통한 충실한 진료의뢰·회송 및 대형병원으로의 환자 쏠림 완화를 유도하고자 한다.

2. 근거

가. **보건의료기본법 제44조(보건의료 시범사업)** ① 국가와 지방자치단체는 새로운 보건의료제도를 시행하기 위하여 필요하면 시범사업을 실시할 수 있다.

나. **보건의료기본법 제5조(보건의료인의 책임)** ③ 보건의료인은 적절한 보건의료서비스를 제공하기 위하여 필요하면 보건의료서비스를 받는 자를 다른 보건의료기관에 소개하고 그에 관한 보건의료 자료를 다른 보건의료기관에 제공하도록 노력하여야 한다.

다. **보건의료기본법 제26조(보건의료인 간의 협력)** 보건의료인은 국민에게 양질의 보건의료서비스를 제공하고 국민의 보건 향상에 이바지하기 위하여 보건의료서비스를 제공할 때에 그 전문 분야별로 또는 전문 분야 간에 상호 협력하도록 노력하여야 한다.

라. **국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제2조(요양급여의 절차)** ① 요양급여는 1단계 요양급여와 2단계 요양급여로 구분하며, 가입자 또는 피부양자는 1단계 요양급여를 받은 후 2단계 요양급여를 받아야 한다.

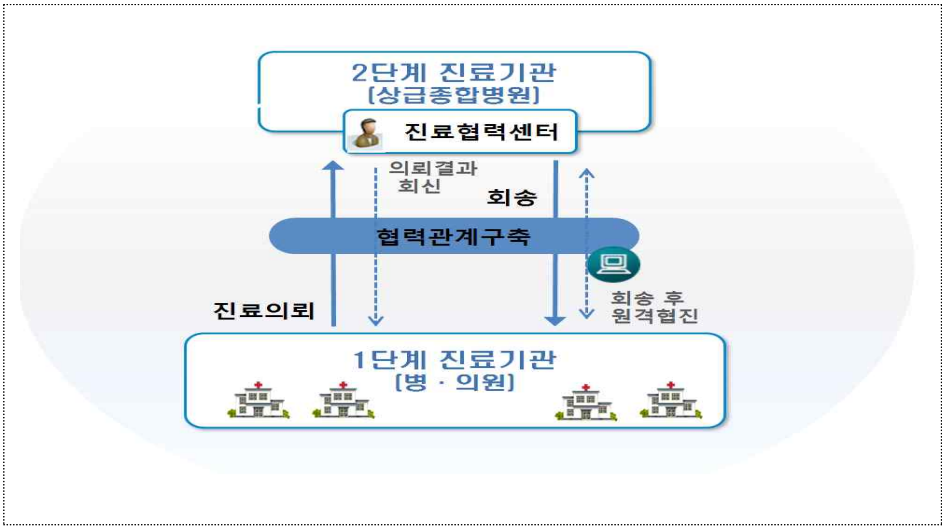
② 제1항의 규정에 의한 1단계 요양급여는 「국민건강보험법」 제40조제2항의 규정에 의하여 인정된 상급종합병원을 제외한 요양기관에서 받는 요양급여를 말하며, 2단계 요양급여는 상급종합병원에서 받는 요양급여를 말한다.

3. 사업내용

가. 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙에 의거 1단계 요양급여를 담당하는 요양기관(상급종합병원을 제외한 요양기관, 이하 '1단계 진료기관')과 2단계 요양급여를 담당하는 요양기관(상급종합병원, 이하 '2단계 진료기관')간에 구축된 협력진료체계를 활용하여 연속성있는 의료서비스가 이루어질 수 있도록 내실있는 진료정보 제공과 함께 이루어진 의뢰·회송에 대해 건강보험 수가를 적용한다.

나. 환자를 대면한 1단계 진료기관 의사가 2단계 진료기관에서 회송된 환자를 진료하는 과정에서 환자의 치료방법 및 회송관련 사항 등에 대해 정보통신기술을 활용하여 2단계 진료기관의 전문의에게 협진을 요청하고 이에 대해 2단계 진료기관 전문의가 조언 및 자문을 실시하는 의료기관간 원격협력진료에 대해 건강보험 수가를 적용한다.

<그림1. 의뢰·회송 협력진료 모형>



4. 대상 및 기간

가. 대상 시범기관

보건복지부장관이 지정한 기관으로 시범사업에 참여하고자 하는 2단계 진료기관 및 해당 기관과 협력진료 협약을 맺은 1단계 진료기관

① 의뢰를 담당하는 시범기관: 2단계 시범기관과 협력관계에 있는 1단계 진료기관

② 회송을 담당하는 시범기관: 2단계 진료기관

※ 협약기관의 지역범위 : 별도의 지역제한 없음. 다만, 서울소재 2단계 진료기관의 경우 서울·경기·인천지역 소재 진료기관과 협약가능

나. 대상 환자

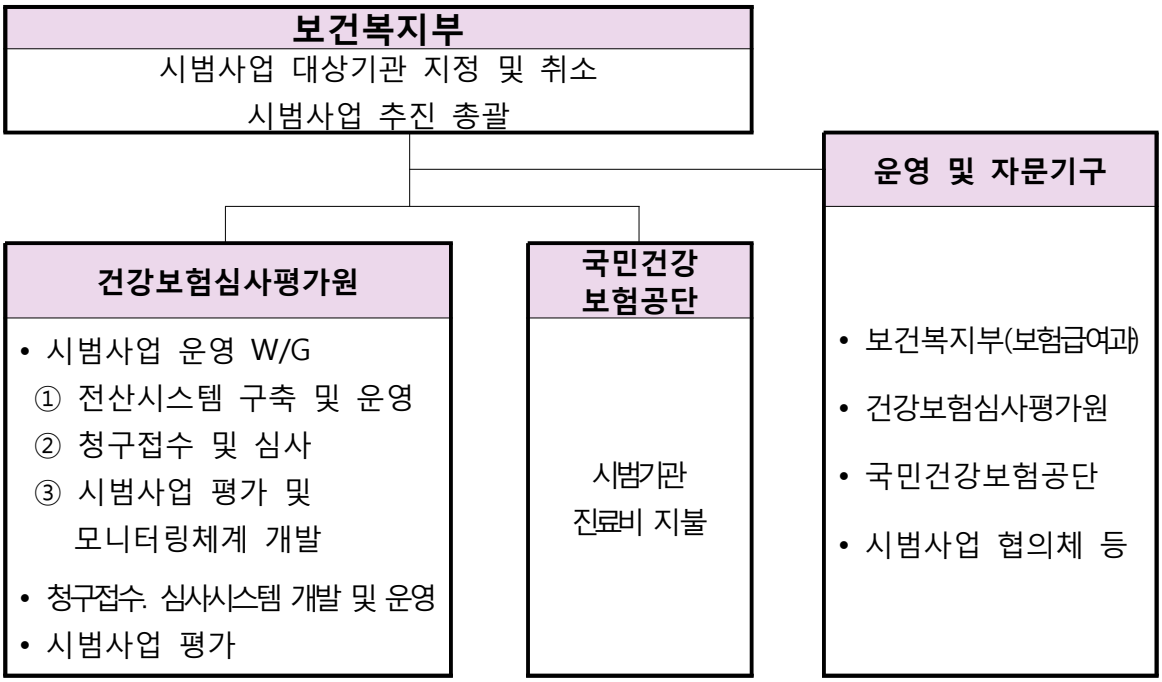
적절한 요양급여를 위하여 요양급여 의뢰 또는 회송을 실시하는 환자

다. 시범사업 기간

2017.12.1. ~ 본사업 실시전까지로 하되, 사업성과에 따라 필요시 단축 또는 연장

5. 사업운영

가. 시범사업 관리운영조직 및 기능



나. 협의체 운영

시범사업 진행경과 점검 및 개선방향 등을 보건복지부, 시범기관, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단, 관련 단체 등 전문가로 구성된 협의체를 통해 필요시 논의한다.

Ⅱ 시범사업 세부지침

1. 요양급여 기준

가. 급여의 담당

(1) 급여의 담당

보건복지부장관이 지정한 시범기관이 담당한다.

(2) 급여의 대상자

국민건강보험법에 의한 가입자 또는 피부양자 중 요양급여를 받고자 시범기관에 내원(입원)한 환자 중 의사의 판단에 따라 적절한 요양급여를 행하기 위해 다른 요양기관으로 진료의뢰·회송이 필요한 자 및 회송받은 환자에 대해 원격협진이 필요한 자를 말한다. 다만, 이를 위해 개인정보제공에 동의한 자에 한한다.

나. 급여의 범위 및 비용부담

(1) 요양급여의 범위

요양급여의 적용 및 방법은 국민건강보험법 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조제1항에 의한 '요양급여의 적용기준 및 방법'(별표1)에 따르며, 요양급여의 범위는 동 규칙 제9조제1항에 의한 '비급여 대상'(별표2)을 제외한 일체의 것으로 한다.

(2) 요양급여의 부담

본 지침 '3. 급여목록 및 상대가치 점수'에 분류된 항목에 한하여 해당 요양급여비용 전액을 국민건강보험공단이 부담한다.

2. 산정지침

가. 의뢰환자관리료

(1) 의뢰환자관리료는 적절한 요양급여를 행하기 위해 진료의뢰를 실시할 때 요양급여의뢰서 등을 전자적 방식으로 제공하면서 해당 사항을 건강보험심사평가원의 진료의뢰·회송 중계 시스템(이하 중계시스템)에 등록하는 경우 산정한다.

㈎ 의뢰기관은 요양급여를 의뢰하는 1단계 진료기관을 말하며, 다음의 절차에 따라 의뢰한 경우 '의뢰환자관리료' 소정점수를 산정한다.

① 1단계 진료기관은 외래환자를 요양급여 의뢰시 환자에게 적절한 요양급여를 제공할 2단계 진료기관을 선정하여, 해당기관의 진료협력센터에 의뢰사실을 알려 환자가 적절한 2단계 요양급여를 받을 수 있도록 조치를 취한다.

② 이때 요양급여를 제공할 2단계 진료기관은 의뢰를 실시하는 1단계 진료기관과 협력진료 협약을 맺은 협력기관이어야 한다.

③ 요양급여의뢰의 기본 사항은 중계시스템을 통하여 전송한다.

④ 의뢰에 따른 세부 진료소견, 검사결과 등 첨부자료는 필요에 따라 전자적 방식(중계시스템 이용 등) 또는 비전자적인 방식을 선택하여 제공할 수 있다.

나. 회송환자관리료

(1) 회송환자관리료는 적절한 요양급여를 행하기 위해 회송을 실시할 때 요양급여회송서 등을 전자적 방식으로 제공하면서 해당 사항을 건강보험심사평가원의 진료의뢰·회송 중계 시스템(이하 중계시스템)에 등록하는 경우 산정한다.

㈏ 회송기관은 요양급여를 회송하는 2단계 진료기관을 말하며, 다음의 절차에 따라 회송한 경우 '회송환자관리료' 소정점수를 산정한다.

① 2단계 진료기관은 요양급여 회송시 환자 및 보호자와 충분한 상담을 통하여 환자에게 적절한 요양급여를 제공할 1단계 진료기관을 선정하여 해당기관에 이를 알리고, 환자가 해당 요양기관에 방문할 수 있도록 안내하여야 한다.

② 이때 요양급여를 제공할 1단계 진료기관은 환자를 의뢰한 협력기관을 우선으로 하나, 의학적 필요 등 기타 불가피한 경우에는 비협력기관으로 선정할 수 있다.

③ 요양급여회송의 기본 사항은 중계시스템을 통하여 전송한다.

④ 회송에 따른 세부 진료소견, 그간 진료내역, 검사결과 등 첨부자료는 필요에 따라 전자적 방식 또는 비전자적인 방식을 선택하여 제공할 수 있다.

⑤ 가-5 회송료(AE100)는 중복하여 산정하지 아니한다.

다. 의뢰환자관리료 및 회송환자관리료는 환자가 진료기록 등 개인정보를 1단계 또는 2단계 진료기관으로 제공하는 것에 동의한 경우에 산정할 수 있다.

라. 요양급여 의뢰·회송을 목적으로 발행한 진료기록부 등 복사에 소요되는 비용은 의뢰환자관리료 및 회송환자관리료 소정점수에 포함되어 있으므로 별도 산정하지 아니한다. 다만, 필요에 따라 영상정보를 저장한 CD, DVD 등을 별도로 생성하여 제공한 경우 소요비용은 실비로 환자가 부담하도록 할 수 있다.

마. 의뢰환자관리료 및 회송환자관리료는 공휴·야간 등 각종 가산을 적용하지 아니한다.

바. 의료기관간 원격협력진료료 [회송 후]

(1) 의료기관간 원격협력진료료[회송 후]는 의뢰기관에서 회송받은 환자를 대면하여 진찰하는 과정 중 회송을 실시한 자문기관에 있는 전문의의 견해나 조언을 얻고 그 내용을 기록한 경우 산정한다.

㈎ 의뢰기관은 환자를 대면하면서 협력진료를 요청하는 1단계 진료기관을 말한다.

㈏ 자문기관은 환자와 대면하지 않으면서 협력진료 요청에 응하는 2단계 진료기관을 말한다.

㈐ 협력진료를 실시한 의사는 그 내용을 의료기관간 원격협진기록지(별지3호 서식)에 작성하여 보관하여야 한다.

(2) 의료기관간 원격협력진료료[회송 후]는 의뢰기관 의사가 환자와 대면하면서 전화 또는 화상시스템을 이용하여 자문기관의 전문의와 협력진료한 경우 산정한다.

(3) 의료기관간 원격협력진료료[회송 후]는 환자가 의료기관간 원격협력진료를 위한 개인정보제공에 동의한 경우에 산정할 수 있으며, 공휴·야간 등 각종 가산을 적용하지 아니한다.

3. 급여목록 및 상대가치 점수

분류번호	코드	분류	점수
의뢰회송		**의뢰환자관리료**	
	IA211	가. 의원, 보건의료원 내 의과	173.68
	IA212	나. 병원, 요양병원·한방병원·치과병원 내 의과	190.58
	IA213	다. 종합병원	214.05
	IA214	라. 치과의원, 보건의료원 내 치과	148.85
	IA215	마. 치과병원, 병원·요양병원·한방병원 내 치과	161.48
	IA216	바. 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원	278.27
	IA217	사. 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원	308.78
	90218	아. 한의원, 국립병원내의 한방진료부, 상급종합병원·종합병원·병원·요양병원·치과병원·보건의료원 내 한의과	134.37
	90219	자. 한방병원	146.45
		회송환자관리료	
	IA220	가. 입원	793.24
	IA230	나. 외래	594.93
		의료기관간 원격협력진료료[회송 후]	
		가. 의뢰기관	
	IA311	(1) 의원, 보건의료원 내 의과	155.57
	IA312	(2) 병원, 한방병원·치과병원 내 의과	155.57
	IA313	(3) 종합병원	155.57
	IA314	(4) 치과의원, 보건의료원 내 치과	152.11

분류번호	코드	분류	점수
	IA315	(5) 치과병원, 병원·한방병원 내 치과	152.11
	IA316	(6) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원	202.24
	IA317	(7) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원	202.24
	90318	(8) 의원, 국립병원내의 한방진료부, 종합병원·병원·치과병원·보건의료원 내 한의과	152.06
	90319	(9) 한방병원	160.79
	IA320	나. 자문기관	233.36

4. 요양급여비용 청구방법

가. 청구원칙

(1) **[요양급여비용 청구 및 자료제출 매체]** 시범기관은 정보통신망으로 요양급여비용을 청구한다.

(2) **[명세서의 구분 및 작성방법]** 본 지침에서 정한 급여목록에 해당하는 요양급여비용은 다른 요양급여내역과 분리하여 요양급여비용명세서를 작성한다.

(3) **[특정내역 기재]** '다. 특정내역 구분코드 작성요령'에 따라 해당 구분코드 및 내역을 '특정내역기재란'에 기재한다.

(4) 본 지침에서 정하고 있지 않은 사항은 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서 서식 및 작성요령」에 따른다.

나. 명세서 작성요령

<table>
<tr><th>항목</th><th>세부작성요령</th></tr>
<tr><td>1) 의뢰환자 관리료</td><td>□ "1항 03목 응급 및 회송료 등"란에 기재한다.

(예시) 의원(요양기호 12345678) 외래에서 진찰결과 입원치료가 필요하여 상급종합병원 내과로 요양급여 의뢰할 경우

<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IA211</td><td>13,720</td><td>1</td><td>1</td><td>13,720</td></tr>
<tr><td colspan="8">특정내역기재란</td></tr>
<tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td>줄번호</td><td colspan="3">특정내역구분</td><td colspan="2">특정내역</td></tr>
<tr><td colspan="2">1</td><td></td><td colspan="3">MT002</td><td colspan="2">S002</td></tr>
<tr><td colspan="2">1</td><td></td><td colspan="3">MX999</td><td colspan="2">B/12345678171101000001</td></tr>
</table>
주) MX999 : 의뢰번호를 표시하는 특정내역 구분코드</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항목</th><th>세부작성요령</th></tr>
<tr><td>2)회송환자 관리료</td><td>
□ “1항 03목 응급 및 회송료 등”란에 기재한다.
(예시) 상급종합병원(요양기호 23456789)에서 외래진료 후 환자 상태가 호전되어 의원으로 회송할 경우
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IA230</td><td>43,010</td><td>1</td><td>1</td><td>43,010</td></tr>
<tr><td colspan="8">특정내역기재란</td></tr>
<tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td>줄번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="3">특정내역</td></tr>
<tr><td colspan="2">1</td><td></td><td colspan="2">MT002</td><td colspan="3">S002</td></tr>
<tr><td colspan="2">1</td><td></td><td colspan="2">MX999</td><td colspan="3">B/23456789171101000001</td></tr>
</table>
주) MX999 : 의뢰번호를 표시하는 특정내역 구분코드

□ 입원환자 회송시
<table>
<tr><th>구분</th><th>특정내역 (MT002)</th><th>입(내원) 일수</th><th>요양급여일수</th><th>진료개시일</th></tr>
<tr><td>2단계 진료기관에 입원 중인 환자를 회송하면서 회송환자관리료를 산정하여 별도의 명세서를 작성하는 경우(다른 요양급여내역과 분리하여 입원명세서로 작성)</td><td>S002</td><td>0</td><td>0</td><td>회송을 실시한 날</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>3)의료기관간 원격협력 진료료 [회송 후]</td><td>
□ “1항 03목 응급 및 회송료 등”란에 기재한다.
(예시) 회송받은 환자의 상태변화로 실시한 검사결과 및 치료방향에 대해 09시 00분부터 09시 05분까지 원격협진을 실시한 경우
▶ 의뢰기관 (요양기호 23456789인 경우)
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>코드 구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th><th>면허 종류</th><th>면허 번호</th></tr>
<tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IA311</td><td>12,290</td><td>1</td><td>1</td><td>12,290</td><td>1</td><td>12345</td></tr>
<tr><td colspan="10">특정내역기재란</td></tr>
<tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td>줄번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="5">특정내역</td></tr>
<tr><td colspan="2">1</td><td></td><td colspan="2">MT002</td><td colspan="5">S002</td></tr>
<tr><td colspan="2">2</td><td>0001</td><td colspan="2">JX999</td><td colspan="5">B/12345678/0900/0905/02</td></tr>
</table>
주) JX999 : ‘의료기관간 원격협력진료 관련 시간, 사유 등’을 표시하는 특정내역 구분코드
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항목</th><th>세부작성요령</th></tr>
<tr><td></td><td>▶ 자문기관 (요양기호 12345678인 경우)
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>코드
구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th><th>면허
종류</th><th>면허
번호</th></tr>
<tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IA320</td><td>16,870</td><td>1</td><td>1</td><td>16,870</td><td>1</td><td>23456</td></tr>
<tr><td colspan="10">특정내역기재란</td></tr>
<tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td colspan="2">줄번호</td><td colspan="3">특정내역구분</td><td colspan="3">특정내역</td></tr>
<tr><td colspan="2">1</td><td colspan="2"></td><td colspan="3">MT002</td><td colspan="3">S002</td></tr>
<tr><td colspan="2">2</td><td colspan="2">0001</td><td colspan="3">JX999</td><td colspan="3">B/23456789/0900/0905/02</td></tr>
</table>
주) JX999 : ‘의료기관간 원격협력진료 관련 시간, 사유 등’을 표시하는 특정내역 구분코드</td></tr>
</table>

다. 특정내역 구분코드 작성요령

(1) 명일련단위 작성 특정내역 항목

구분코드	특정내역	작성요령 및 기재형식
MT002	특정기호 (*)	◆ 의뢰환자관리료, 회송환자관리료, 의료기관간 원격협력진료료 [회송 후] 청구시 "S002"을 기재 ◆ 기재형식 : X(4) ◆ (예시) 의뢰환자관리료를 청구할 경우 MT002 S002
MX999	기타내역 (*)	◆ 의뢰(회송)를 실시할 시 의뢰(회송)번호를 기재 ※의뢰(회송)번호는 19자리까지 기재 ▪ 의뢰번호 : 의뢰기관기호 + YYMMDD + (일련번호) - YYMMDD : 요양급여의뢰서 발급 년·월·일(6자리) - 일련번호 : 요양급여의뢰서 발급 년·월·일에 발생한 일련번호(5자리) ▪ 회송번호 : 회송기관기호 + YYMMDD + (일련번호) - YYMMDD : 요양급여회송서 발급 년·월·일(6자리) - 일련번호 : 요양급여회송서 발급 년·월·일에 발생한 일련번호(5자리) ◆ 기재형식 : X(1)/9(19)

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>
<table>
<tr><th>발생
단위
구분</th><th>줄번호</th><th>특정내
역구분</th><th>특정내역</th></tr>
<tr><td>주1) 1</td><td></td><td>MX999</td><td>주2) B / 1 2 3 4 5 6 7 8 / ...</td></tr>
</table>
주1) 명세서단위 특정내역 발생 '1' 기재
2) 구분자 대문자 B를 기재하고 반드시 첫 칸부터 붙여서 기재

◆ (예시) 의뢰번호 12345678171101000001인 환자를 의뢰한 경우
▶ 의뢰를 실시한 기관
MX999 B/12345678171101000001
</td></tr>
</table>

(2) 줄번호단위 작성 특정내역 항목

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td>JX999</td><td>기타내역
(*)</td><td>
◆ 의료기관간 원격협력진료료[회송 후](B)를 산정할 경우에는 반드시 상대 요양기관의 요양기관기호, 협력진료시간(시작/종료), 해당 협력진료 사유별 코드를 순서대로 기재

B / 의뢰기관기호(자문기관기호) / 협력진료시간(From/To)/협력진료 사유별 코드
※ 해당 내용은 반드시 줄을 달리하여 단독으로 기재

<협력진료 사유별 코드>
<table>
<tr><th>사 유</th><th>코드</th></tr>
<tr><td>2단계 진료기관으로 재의뢰자문</td><td>01</td></tr>
<tr><td>검사, 처치 및 수술 결과 및 치료방향 자문</td><td>02</td></tr>
<tr><td>회송기관에서의 진료내역관련 자문</td><td>03</td></tr>
<tr><td>기타</td><td>04</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>◆ 협력진료시간은 시작시간/종료시간
◆ 기재형식 : X(1)/9(8)/hhmm/hhmm/9(2)

<table>
<tr><th>발생
단위
구분</th><th>줄번호</th><th>특정내
역구분</th><th>특정내역</th></tr>
<tr><td>주1) 2</td><td></td><td>JX999</td><td>주2) B / 1 2 3 4 5 6 7 8 / ...</td></tr>
</table>
주1) 줄번호단위 특정내역 발생 '2' 기재
2) 구분자 대문자 B를 기재하고 반드시 첫 칸부터 붙여서 기재</td></tr>
</table>

라. 보완청구 및 추가청구

(1) 시범기관에서 요양급여비용을 청구하였으나, 심사평가원에서 심사불능 처리된 건에 대하여는 해당사유를 보완하여 보완청구 한다.

(2) 시범기관이 요양급여비용을 지급 받은 명세서중 진료내역의 일부가 당초 청구시 누락된 경우에는 누락된 진료내역만을 추가 청구한다.

Ⅲ 시범기관 준수사항

1. 요양급여 안내

가. 시범기관은 요양급여 의뢰·회송 또는 의료기관간 원격협진이 필요한 대상자에게 시범사업의 내용 및 급여에 대하여 적절한 안내를 하여야 한다.

나. 시범기관은 당해 기관이 협력기관간 진료의뢰·회송 시범기관인 점과 협약기관의 명칭, 시범수가 적용대상, 환자 본인부담 내역 등 주요 사항을 환자 또는 보호자가 보기 쉬운 곳(진료비 수납 창구, 진료협력센터 등)에 적절한 방법으로 게시하여야 한다.

2. 개인정보제공동의서 징구

가. 의뢰·회송을 실시하는 1·2단계 진료기관은 요양급여의뢰서 또는 회송서 등을 전자적으로 제공하는 것에 대해 환자에게 설명하고 개인정보제공에 대한 동의서를 작성받아 보관하여야 한다.

나. 의료기관간 원격협력진료를 요청하는 의뢰기관은 환자 또는 보호자에게 원격협진 실시방법, 개인정보제공, 진료비 등을 충분히 설명한 후 개인정보제공동의서를 작성 받아 보관한다. 다만, 「개인정보보호법 제15조제1항5호」에 의거 환자가 의사표현을 할 수 없는 등 사전동의를 받을 수 없는 경우로서 명백히 환자의 생명·신체의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우는 동의서 작성대상에서 제외한다.

3. 원활한 협력관계 유지 및 관리

가. 1단계 진료기관에서 협약을 맺은 2단계 진료기관으로 진료의뢰한 경우 2단계 진료기관은 의뢰결과에 대해 1단계 진료기관으로 회신하여야 한다. 이때, 회신방법 및 절차 등은 협력기관 간 구축된 진료협력체계를 활용할 수 있다.

나. 협력기관은 2단계 진료기관의 진료협력센터를 중심으로 의뢰·회송을 위한 긴밀한 협력체계를 유지하여야 한다.

다. 2단계 진료기관은 협약을 맺은 1단계 진료기관이 시범기관임을 인지하고 적극적으로 시범사업에 참여할 수 있도록 성실하게 협력체계를 운영하여야 한다.

Ⅳ 시범사업 평가

1. 평가주체

건강보험심사평가원장으로부터 협력기관간 진료의뢰·회송 시범사업 평가를 수행하도록 의뢰받은 연구진이 수행한다.

2. 평가내용

가. 시범사업 효과 및 수용성 평가

(1) 진료의뢰·회송 실적을 파악하고 진료행태 변화를 분석한다.

(2) 시범기관 및 환자의 만족도, 참여도 등을 파악하여 시범사업의 수용성을 평가한다.

나. 시범모형의 타당성 및 확대가능성 평가

(1) 시범수가수준 및 보험자·환자 부담 수준의 타당성을 평가한다.

(2) 의뢰·회송 및 원격협진 유형을 분석하여 수가분류 및 산정기준의 타당성을 평가한다.

(3) 의뢰·회송에 대한 의료제공자의 서비스 제공 행태 변화 등을 분석하여 수가모형의 확대적용 가능성을 평가한다.

(4) 국민의료비 및 환자 부담에 미칠 영향을 평가한다.

3. 평가방법

가. 진료의뢰·회송 중계시스템 등록자료, 청구·지급자료 등을 활용하여 요양급여 의뢰·회송 현황에 대해 분석한다.

나. 시범기관, 의료인 및 환자를 대상으로 요양급여 의뢰 및 회송 절차, 비용, 만족도 등에 대해 인터뷰 또는 설문조사를 실시한다.

다. 시범기관의 협력시스템 운영 현황 및 관리방법 등에 대한 확인을 위하여 필요시 시범기관에 방문할 수 있다.

4. 평가관련 자료제출

시범기관은 평가 및 만족도조사와 관련하여 진료기록부, 진료의뢰·회송 관련 모니터링 자료 등 필요한 자료 제출을 요구 받을 때 이를 지체 없이 제출하여야 한다.

Ⅴ 시범기관 현황 신고

1. 최초현황 신고

시범기관은 보건복지부장관으로부터 시범사업에 참여토록 지정받은 기관으로서 별도의 현황신고는 실시하지 않고, 최초 지정시 제출한 현황으로 갈음한다.

2. 변경현황 신고

가. 2단계 진료기관은 시범사업 운영 중 추가 참여를 원하는 1단계 진료기관이 있을 경우 그 변경현황을 매년 반기 마지막 월에 보건복지부로 제출한다.

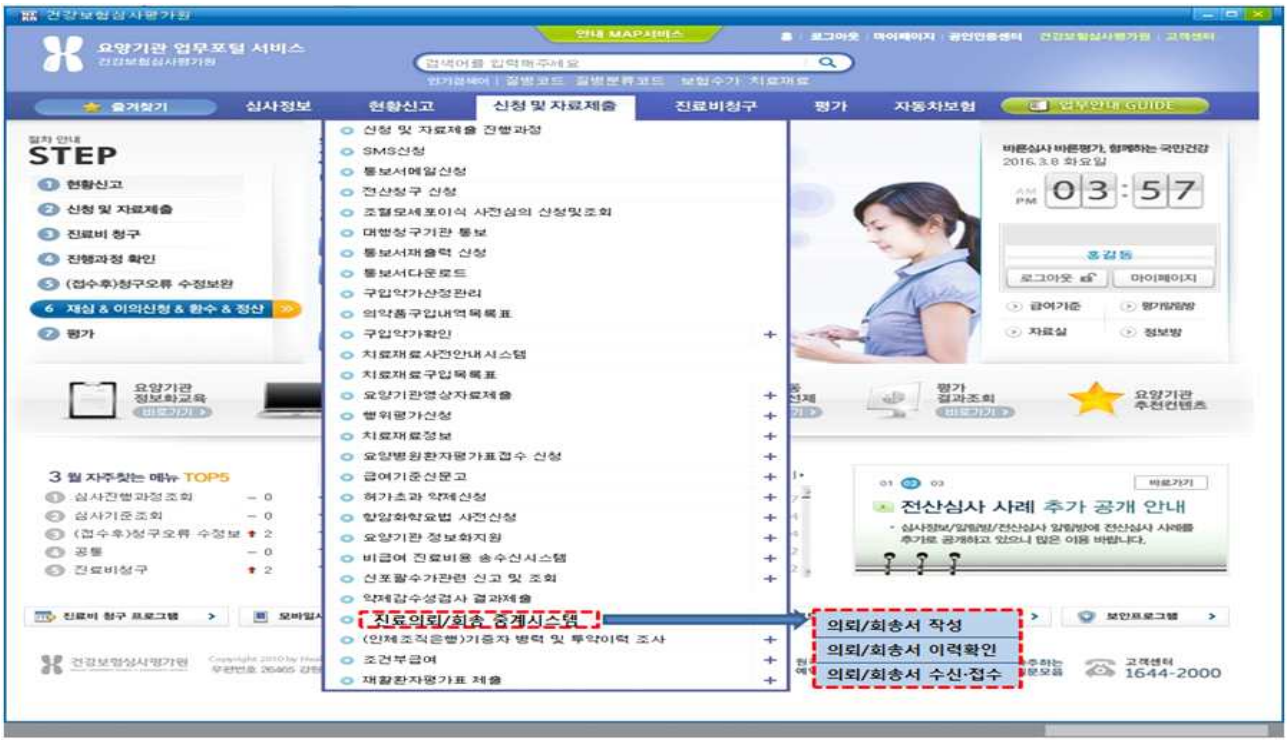
나. 변경현황은 보건복지부장관의 승인을 받은 후 적용할 수 있다.

Ⅵ 진료의뢰 · 회송 중계 시스템 사용 방법

1. 요양급여 의뢰서 또는 회송서 등 작성 방법

가. 「요양기관업무포털서비스(biz.hira.or.kr)」 접속 → 공인인증서 로그인 → 신청 및 자료제출 → 진료의뢰·회송 중계시스템 → 의뢰 또는 회송서 작성을 선택한다.

<그림 2. 진료의뢰·회송 중계시스템 화면>



나. 기본정보, 상병명, 진료과목, 의뢰(회송)사유 등을 입력한다. 입력방법은 직접 작성 또는 요양기관의 진료정보시스템과 연동방법(별첨1 전자문서 작성요령 참조) 중 선택할 수 있다.

다. 환자상태 및 진료소견은 입력하거나 별도로 작성한 요양급여의뢰서를 첨부하여 대체할 수 있다.

라. 첨부자료를 비전자적으로 제공한 경우 제공한 항목에 대해서만 표시한다.

마. 기타 전달사항란은 의료기관간 전달할 사항이 있는 경우 그 사항을 기재한다.

<그림 3. 의뢰서 화면>


의뢰서 작성
첨부자료 외
파일입력
필수입력사항
기본정보
의뢰번호
의뢰할 기관(명칭)
선택
수진자성명
수진자 연락처
"-"를 제외하고 입력
주민등록번호
해당없음
환자상태 및 진료소견
상병분류기호
의뢰받을 진료과목
진료과목
상병명
내과 세부전문과목
환자 상태 및 진료소견
의뢰사유
치료·검사내역
과거력 및 투약력
기타 가족력, 알러지 유무 등
환자상태 및 진료소견 파일로 첨부
* 최대 50MB
파일명
파일크기
데이터가 존재하지 않습니다.
삭제
파일추가
기타 전달사항
(회신요청 Yes No)
첨부자료
비전자적방식
진료기록부
검사결과
영상자료
기타 (
)
진료기록부
* 최대 50MB
검사결과
* 최대 50MB
영상자료
* 최대 500MB
기타
* 최대 50MB
의뢰사유
현재 상태
현 의료기관에서 치료·요양이 가능한 환자
현 의료기관에서 치료·요양이 불가능한 환자
의뢰사유
임상적사유
진단의뢰
검사의뢰
수술의뢰
내과적 시술 및 약물치료 의뢰
기타 (
)
비임상적사유
환자 수용 불가 (의료진 부족 등)
환자 또는 가족의 요청
기타 (
)
담당의사 정보등록
담당의사명
담당의사 면허번호

<그림 4. 회송서 화면>


회송서 작성
첨부자료 외
파일입력
기본정보
필수입력사항
회송번호
수진자성명
수진자 연락처
"-"를 제외하고 입력
주민등록번호
해당없음
회송할 기관(명칭)
환자상태 및 진료소견
상병분류기호
상병명
진료구분
입원
외래
회송받을 진료과목
내과
환자상태 및 진료소견
- 투약력, 검사결과, 특이사항(만성질환, 알러지 등) 등을 구체적으로 기술
환자상태 및 진료소견 파일로 첨부
* 최대 50MB
파일명
파일크기
데이터가 존재하지 않습니다.
삭제
파일추가
기타 전달사항
첨부자료
비전자적방식
진료기록부
검사결과
영상자료
기타
의뢰사유
회송유형
외래 되의뢰(의뢰했던 1단계 진료기관으로 회송
외래 회송(의뢰하지 않았던 1단계 진료기관으로 회송)
입원 회송(급성기 치료이후 지속적 입원치료를 위한 회송)
회송사유
임상적사유
수술 후 관리 필요
수술 이외의 치료 후 관리(복약, 관리 등 포함) 필요
비임상적사유
환자 수용 불가(입원실/의료진 부족 등)
환자 또는 가족의 요청
기타 (
담당의사 정보등록
담당의사명
담당의사 면허번호

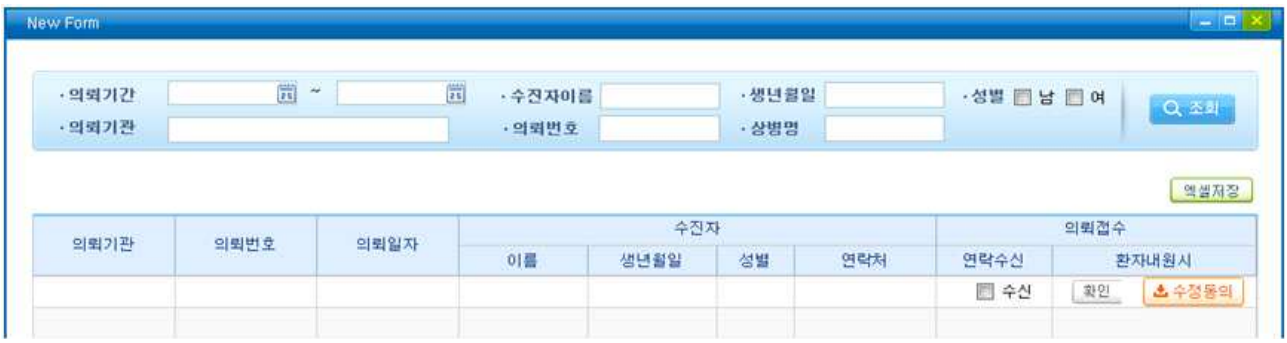
2. 요양급여 의뢰서 또는 회송서 확인 방법

가. 「요양기관업무포털서비스(biz.hira.or.kr)」 접속 → 공인인증서 로그인→ 신청 및 자료제출 → 진료의뢰·회송 중계시스템 → 의뢰 또는 회송서 수신·접수를 선택한다.

나. 의뢰서 확인 방법

의뢰를 받는 2단계 진료기관은 연락수신란을 체크 → 확인 클릭 → 요양급여의뢰서를 확인한다.

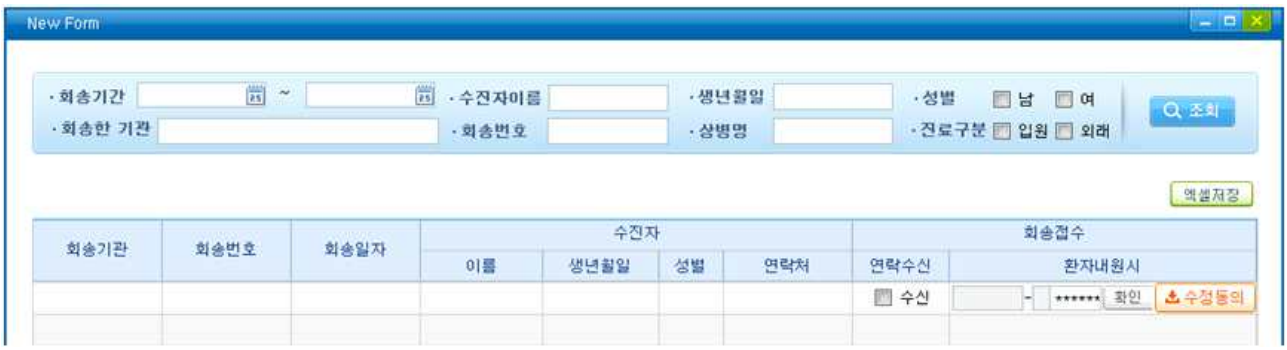
<그림 5. 의뢰서 수신·접수 화면>



다. 회송서 확인 방법

회송을 받는 1단계 진료기관은 연락수신란을 체크 → 환자의 주민등록번호를 입력 → 확인 을 클릭 → 요양급여회송서를 확인한다.

<그림 6. 회송서 수신·접수 화면>



별 지 서 식 모 음

[별지 제1호 서식] 요양급여의뢰서[시범사업]

[별지 제2호 서식] 요양급여회송서[시범사업]

[별지 제3호 서식] 의료기관간 원격협진 기록지[회송 후]

[별지 제4호 서식] 개인정보제공 동의서

[별지 제1호 서식]

<table>
<tr><td colspan="6">요양급여의뢰서[시범사업]</td></tr>
<tr><td>의뢰번호</td><td></td><td>의뢰할 기관(명칭)</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">수진자</td><td>성명</td><td></td><td>주민등록번호</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>연락처</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>상병명</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">환자상태
및
진료소견
(첨부자료를 바탕으로 구체적 소견기술)</td><td>의뢰사유</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>치료·검사
내역</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>과거력
및 투약력</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>기타 가족력,
알러지 유무 등</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>회신 요청</td><td colspan="5">□예 □아니오</td></tr>
<tr><td colspan="6">위와 같이 요양급여를 의뢰합니다.
년 월 일
요양기관명:
담당의사 면허번호 성 명 :
요양기관대표자 귀하</td></tr>
<tr><td colspan="6">* 이 요양급여의뢰서는 협력기관간 진료의뢰·회송 시범사업기관으로 지정받은 1단계 진료기관에서 환자의 상태에 따라 2단계 진료기관으로 요양급여의뢰할 때 담당의사가 작성하며, 비용은 의뢰환자관리료의 소정점수에 포함됩니다.</td></tr>
</table>

[별지 제2호 서식]

<table>
<tr><td colspan="6">요양급여회송서[시범사업]</td></tr>
<tr><td>회송번호</td><td></td><td>회송할 기관(명칭)</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">수진자</td><td>성명</td><td></td><td>주민등록번호</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>연락처</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>상병명</td><td colspan="3"></td><td>진료구분</td><td></td></tr>
<tr><td>환자상태
및
진료소견
(첨부자료를 바탕으로 구체적 소견기술)</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="6">위와 같이 요양급여를 회송합니다.
년 월 일
요양기관명:
담당의사 면허번호 성 명 :
요양기관대표자 귀하</td></tr>
<tr><td colspan="6">* 이 요양급여회송서는 협력기관간 진료의뢰·회송 시범사업기관으로 지정받은 2단계 진료기관에서 환자의 상태에 따라 1단계 진료기관으로 회송할 때 담당의사가 작성하며, 비용은 회송환자 관리료 소정점수에 포함됩니다.</td></tr>
</table>

[별지 제3호 서식]

<table>
<tr><td colspan="6">

의료기관간 원격협진기록지[회송 후]

(□ 자문기관 □ 의뢰기관) ※ 해당란에 ☑표기

</td></tr>
<tr><td>회송번호</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>회송유형</td><td colspan="5">□ 외래 되의뢰 (의뢰했던 1단계 진료기관으로 회송)
□ 외래 회송 (의뢰하지 않았던 1단계 진료기관으로 회송)
□ 입원 회송 (급성기 치료이후 지속적 입원치료를 위한 회송)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">수진자</td><td>성명</td><td colspan="2"></td><td>생년월일</td><td></td></tr>
<tr><td>진료구분</td><td colspan="2">□ 입원 □ 외래</td><td>성별</td><td></td></tr>
<tr><td>상병명</td><td colspan="2"></td><td>상병기호</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">협력
진료</td><td rowspan="2">방법</td><td colspan="4">실시간 협진 □ 전화 □ 화상</td></tr>
<tr><td colspan="4">비실시간 협진 □ 전화 □ 화상 □이메일 □기타</td></tr>
<tr><td>소요시간</td><td colspan="2">(: ~ :)</td><td>실시일자</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">사유</td><td colspan="4">□ 2단계 진료기관으로 재의뢰 자문</td></tr>
<tr><td colspan="4">□ 검사,처치 및 수술 결과 및 치료방향 자문
□ 회송기관에서의 진료내역 관련 자문</td></tr>
<tr><td colspan="4">□ 기타 ( )</td></tr>
<tr><td rowspan="4">의뢰</td><td colspan="2" rowspan="3">기관기호(명칭)</td><td rowspan="3"></td><td rowspan="3">의사</td><td>진료과</td></tr>
<tr><td>면허번호</td></tr>
<tr><td>성명</td></tr>
<tr><td colspan="5">【의뢰내용】

작성일 년 월 일</td></tr>
<tr><td rowspan="4">자문</td><td colspan="2" rowspan="3">기관기호(명칭)</td><td rowspan="3"></td><td rowspan="3">의사</td><td>진료과</td></tr>
<tr><td>면허번호</td></tr>
<tr><td>성명</td></tr>
<tr><td colspan="5">【자문내용】

작성일 년 월 일</td></tr>
</table>

[별지 제4호 서식]

협력기관간 진료의뢰 · 회송환자 개인정보 제공 동의서

☐ 진료의뢰 정보제공 ☐ 진료회송 정보제공 ☐ 원격협력진료 정보제공 ※ 해당란에 ☑ 표기

<개인정보 제공 동의>

○ 개인정보를 제공받는 자
- 진료의뢰·회송 협력의료기관, 보건복지부, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단

○ 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
- 의뢰·회송환자 진료, 의료기관 간 원격협력진료, 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 수행

○ 제공하는 개인정보의 항목 : 성명, 연락처

○ 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간 : 5년

○ 개인정보 제공은 거부할 수 있고, 거부할 경우 「협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업」 대상자에서 제외될 뿐이며, 그 외 별도의 불이익은 없음

상기 내용을 확인하였으며, 「개인정보보호법」 제17조에 따른 개인정보 제공에 동의합니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

<민감정보 제공 동의>

○ 민감정보를 제공받는 자
- 진료의뢰·회송 협력의료기관, 보건복지부, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단

○ 민감정보를 제공받는 자의 민감정보 이용 목적
- 의뢰·회송환자 진료, 의료기관 간 원격협력진료, 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 수행

○ 제공하는 민감정보의 항목
- 상병명, 환자상태 및 의뢰(회송)사유, 진료기록부·혈액검사 결과·영상자료 등 진료기록자료

○ 민감정보를 제공받는 자의 민감정보 보유 및 이용 기간 : 5년

○ 민감정보 제공은 거부할 수 있고, 거부할 경우 「협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업」 대상자에서 제외될 뿐이며, 그 외 별도의 불이익은 없음

상기 내용을 확인하였으며, 「개인정보보호법」 제23조에 따른 민감정보 제공에 동의합니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

<고유식별정보 제공 동의>

○ 고유식별정보를 제공받는 자
- 진료의뢰·회송 협력의료기관, 보건복지부, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단

○ 고유식별정보를 제공받는 자의 고유식별정보 이용 목적
- 의뢰·회송환자 진료, 의료기관 간 원격협력진료, 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 수행

○ 제공하는 고유식별정보의 항목 : 주민등록번호, 외국인등록번호

○ 고유식별정보를 제공받는 자의 고유식별정보 보유 및 이용 기간 : 5년

○ 고유식별정보 제공은 거부할 수 있고, 거부할 경우 「협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업」 대상자에서 제외될 뿐이며, 그 외 별도의 불이익은 없음

상기 내용을 확인하였으며, 「개인정보보호법」 제24조 및 제24조의2에 따른 고유식별정보 제공에 동의합니다. ☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

년 월 일

성 명 (서명 또는 인)

별첨1 전자문서 작성요령

[별첨1]

전자문서 작성요령

■ SAM File 처리 방법

1. 송신 전자문서

전자문서	서식버전
의뢰 제출 내역서	090
회송 제출 내역서	090

※ 진료비청구포털만 해당

2. SAM File Layout에 맞게 파일 생성

가. 항목순서 및 자릿수 등 항목속성은 SAM File Layout을 반드시 준수하여야 한다.

나. 파일구조는 한 레코드씩 생성되며 반복이 발생할 경우 다음 레코드는 그 다음 라인으로 넘겨 작성하여야 한다.

다. 키 항목은 반드시 정렬(오름차순)하여 순서 있게 표기하여야 한다.

예) 의뢰번호 + 첨부자료구분 + 제출일련번호

```
2345678916041500001010001-------------------------<CRLF>
2345678916041500001010002-------------------------<CRLF>
2345678916041500002010001-------------------------<CRLF>
.............
```

라. 데이터 속성이 숫자(Numeric)일 경우는 자릿수 오른쪽 기준으로 채워지며, 문자 및 숫자 혼용(Alpha Numeric)일 경우는 자릿수 왼쪽부터 채워야 한다. 단, 데이터가 발생하지 않는 경우는 공란처리 한다.

예)

```
상병분류기호  : an(6)     → AB100     →  "AB100_"
제출일련번호  : n(4)      →   1번     →  "_ _ _ 1"
```

마. SAM File 작성 시 발생하지 않는 SAM File(옵션)이라도 Dummy file을 생성하여야 한다.

예)

> 첨부파일(R010.2)이 존재하지 않을 경우
> 청구파일 생성 시 “0kb”의 파일명만 생성
> : R010.1, R010.2

바. 각 레코드 공통

1) n MODE는 숫자 전용이며, an MODE는 영문, 숫자, 특수기호, 한글 전용임.
2) 각 레코드는 반드시 CRLF(2Byte)로 구분한다.
3) Pos. 은 각 칼럼의 시작위치를 의미한다.
4) 공란은 ’space’로 채운다.(숫자 타입은 ’0’도 가능)

3. 송신 SAM File 생성방법

가. SAM File 생성 디렉터리

○ 생성위치 : 진료비청구포털프로그램의 청구SAM파일경로
(예) /HIRA/DDMD/SAM/IN/R010.1, R010.2
- SAM File명은 SAM File 자료의 SAM File ID를 참조한다.

○ 송신문서 SAM파일명

전자문서	파일명	비고
의뢰 제출 내역서	R010.1 ~ R010.2	
회송 제출 내역서	R020.1 ~ R020.2	

나. SAM File 정보파일 생성

○ 적용 : 의뢰 제출내역서
○ 위치 : /HIRA/DDMD/SAM/IN/ (환경설정 경로에 따라 변경)
○ 파일명 : MEDLOG.ENC
○ 각 항목은 LINE 단위로 처리
○ 마지막 LINE 생성 후 NEW LINE 표시 (CR-LF를 의미)

항목내용	길이	default	비 고
수신처 ID	12	'NULL'	NULL 또는 각 요양기관의 수신인 ID 예)10100001
부처 ID	8	'NULL'	
문서제목	30	공백	SAM File에 대한 간단한 문서제목을 표기
연결구분	12		미사용

예)

10100011 NULL 진료의뢰서 송신

다. 수신처 ID별 수신인 명

수신처 ID	수신처
10100001	서울지원
10100011	본원
10100021	수원지원
10100031	대구지원
10100041	광주지원
10100051	대전지원
10100061	부산지원
10100071	창원지원
10100081	의정부지원
10100091	전주지원
10100211	인천지원

라. 송신 SAM File 처리구현 설명

○ 기능

- 응용시스템에서 생성된 데이터에서 송신할 데이터를 선택하여 SAM File 생성작업을 실행한다.
- SAM File을 생성한 후 전자청구 프로그램에서 송신을 수행한다.
- 응용시스템으로부터 송신정보파일(Medlog.enc)과 송신하고자 하는 SAM File을 /HIRA/DDMD/SAM/IN 폴더에 생성한다.(SAM File 생성 전 해당 폴더는 clear 해야 함.)
- 전자청구 프로그램으로 /HIRA/DDMD/SAM/IN 폴더의 SAM File을 압축 암호화하여 송신한다.

■ 의뢰 제출 내역서

(1) 의뢰 제출 내역서1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
서식버전	an(3)	1	'090'
의뢰번호	an(19)	4	의뢰 제출 내역서를 심사평가원에 제출 시 요양기관에서 부여하는 번호로서 발급기관기호과 의뢰서 발급일자에 제출내역서의 개수를 일련번호로 기재 ▪ 유형 : 발급기관기호(8)+YYMMDD(6)＋일련번호(5) ▪ 기재형식: X(19)
서식번호	an(4)	23	▪ 서식번호 R010 : 의뢰 제출 내역서
구분	an(2)	27	▪ 자료구분 01: 의뢰
발급요양기관기호	an(8)	29	발급요양기관기호를 기재
수진자 성명	an(20)	37	의뢰할 수진자 성명을 기재
수진자 주민등록번호	an(13)	57	의뢰할 수진자 주민등록번호를 기재
수진자 연락처	an(20)	70	의뢰할 수진자 연락처를 기재 ▪ 기재형식: '-'는 기재 생략
진료과목	an(2)	90	- 진료를 받은 진료과목(병원급이상) 또는 상병명에 해당하는 진료과목(의원급)을 기재하되, 진료과목이 2개 이상에 해당되는 경우 대표진료과목을 선택하여 기재, 진료과목별 코드는 청구방법 (별표5)와 같이 한다 - 진료과목이 명확하지 않은 경우 '99' 기재
상병분류기호	an(6)	92	- 통계청 고시에 따라 「한국표준질병・사인분류」의 분류기호로 주상병을 기재 - 영문자는 반드시 대문자로 기재하고 '.' 또는 *, † 등 특수기호는 기재 생략
상병명	an(100)	98	의뢰할 수진자의 상병명을 기재
첨부하지 않은 진료기록제공 구분	an(3)	198	의뢰 제출 내역서에 첨부하지 않은 진료기록부, 검사결과, 영상자료의 진료기록 제공 여부(제공한 경우 '1', 그렇지 않으면 '0')를 순서대로 기재 ▪ 유형 : 진료기록부(1)+검사결과(1)＋영상자료(1) ▪ 기재형식: X(3) ▪ (예시) 진료기록부와 영상자료를 제공하고 검사결과는 제공하지 않은 경우 101
첨부하지 않은 기타 진료기록제공	an(100)	201	의뢰 제출 내역서에 첨부하지 않은 기타 진료기록명을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
작성일자	n(8)	301	의뢰 제출 내역서를 작성한 년·월·일을 기재 ▪ 유형: CCYYMMDD
의뢰할 요양기관기호	an(8)	309	의뢰할 요양기관기호를 기재
세부전문과목	an(2)	317	- 내과 진료과목 중 '세부전문의 제도인증 규정(대한의학회)'에 따라 인증받은 세부전문과목을 운영하고 있는 종합병원, 상급종합병원의 경우 진료를 받은 세부전문과목을 기재하되, 세부전문과목이 2개 이상인 경우 대표 세부전문과목을 선택하여 기재 - 세부전문과목 코드는 청구방법 (별표5)를 참조
현재상태구분	an(2)	319	▪ 상태구분 01: 현 의료기관에서 치료·요양이 가능한 환자 02: 현 의료기관에서 치료·요양이 불가능한 환자
임상적 의뢰사유구분	an(2)	321	▪ 임상적 의뢰사유구분 01: 진단의뢰 02: 검사의뢰 03: 수술의뢰 04: 내과적 시술 및 약물치료 의뢰 05: 기타
비임상적 의뢰사유구분	an(2)	323	▪ 비임상적 의뢰사유구분 01: 환자 수용 불가(의료진 부족 등) 02: 환자 또는 가족의 요청 03: 기타
회신요청여부	an(1)	325	의뢰한 기관으로부터 의뢰접수에 대한 회신요청 여부(요청할 경우 '1', 그렇지 않으면 '0') 기재
임상적 의뢰 기타사유	an(100)	326	임상적 의뢰 기타사유를 기재
비임상적 의뢰 기타사유	an(100)	426	비임상적 의뢰 기타사유를 기재
담당의사 성명	an(20)	526	의뢰에 대하여 주된 의사의 성명을 기재
담당의사 면허번호	an(10)	546	의뢰에 대하여 주된 의사의 면허번호를 기재
의뢰사유	an(1000)	556	의뢰 시 의뢰할 환자의 의뢰사유를 구체적으로 기재
치료·검사내역	an(1000)	1556	의뢰 시 의뢰할 환자의 치료·검사내역을 구체적으로 기재
과거력 및 투약력	an(1000)	2556	의뢰 시 의뢰할 환자의 과거력 및 투약력을 구체적으로 기재
기타 가족력, 알러지 유무 등	an(1000)	3556	의뢰 시 의뢰할 환자의 기타 가족력, 알러지 유무를 구체적으로 기재
참조란	an(1000)	4556	의뢰에 대하여 기타 전달사항을 기재

(2) 의뢰 제출 내역서2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
의뢰번호	an(19)	1	의뢰 제출 내역서를 심사평가원에 제출 시 요양기관에서 부여하는 번호로서 발급기관기호과 의뢰서 발급일자에 제출 내역서의 개수를 일련번호로 기재 ▪ 유형 : 발급기관기호(8)+YYMMDD(6)＋일련번호(5) ▪ 기재형식: X(19)
첨부자료구분	an(2)	20	▪ 첨부자료구분 01: 진료기록부 02: 검사결과 03: 영상자료 04: 기타
제출일련번호	n(4)	22	의뢰 첨부자료의 일련번호를 4자리숫자로 기재
파일명	an(100)	26	심사평가원에 제출 시 요양기관에서 부여하는 파일명으로서 요양기관기호와 제출 년·월·일과 첨부자료 구분코드와 제출일에 발생한 제출일련번호를 기재 ▪ 유형 : 요양기관기호 ＋ CCYYMMDD ＋ 첨부자료구분 ＋ 제출일련번호 ＋ '.' ＋ 확장자

■ 회송 제출 내역서

(1) 회송 제출 내역서1

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
서식버전	an(3)	1	'090'
회송번호	an(19)	4	회송 제출 내역서를 심사평가원에 제출 시 요양기관에서 부여하는 번호로서 발급기관기호과 회송서 발급일자에 제출내역서의 개수를 일련번호로 기재 ▪ 유형 : 발급기관기호(8)+YYMMDD(6)＋일련번호(5) ▪ 기재형식: X(19)
서식번호	an(4)	23	▪ 서식번호 R020 : 회송 제출 내역서
구분	an(2)	27	▪ 자료구분 02: 회송
발급요양기관기호	an(8)	29	발급요양기관기호를 기재
수진자 성명	an(20)	37	회송할 수진자 성명을 기재
수진자 주민등록번호	an(13)	57	회송할 수진자 주민등록번호를 기재
수진자 연락처	an(20)	70	회송할 수진자 연락처를 기재 ▪ 기재형식: '-'는 기재 생략
진료과목	an(2)	90	- 진료를 받은 진료과목(병원급이상) 또는 상병명에 해당하는 진료과목(의원급)을 기재하되, 진료과목이 2개 이상에 해당되는 경우 대표진료과목을 선택하여 기재, 진료과목별 코드는 청구방법 (별표5)와 같이 한다 - 진료과목이 명확하지 않은 경우 '99' 기재
상병분류기호	an(6)	92	- 통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호로 주상병을 기재 - 영문자는 반드시 대문자로 기재하고 '.' 또는 *, † 등 특수기호는 기재 생략
상병명	an(100)	98	회송할 수진자의 상병명을 기재
첨부하지 않은 진료기록제공 구분	an(3)	198	회송 제출 내역서에 첨부하지 않은 진료기록부, 검사결과, 영상자료의 진료기록 제공 여부(제공한 경우 '1', 그렇지 않으면 '0')를 순서대로 기재 ▪ 유형 : 진료기록부(1)+검사결과(1)＋영상자료(1) ▪ 기재형식: X(3) ▪ (예시) 진료기록부와 영상자료를 제공하고 검사결과는 제공하지 않은 경우 101
첨부하지 않은 기타 진료기록제공	an(100)	201	회송 제출 내역서에 첨부하지 않은 기타 진료기록명을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
작성일자	n(8)	301	회송 제출 내역서를 작성한 년·월·일을 기재 ▪ 유형: CCYYMMDD
회송할 요양기관기호	an(26)	309	회송할 요양기관기호를 기재 ▪ 유형 : 요양기관기호/요양기관기호/요양기관기호 ▪ 기재형식: X(8)/X(8)/X(8)
진료구분	an(2)	335	▪ 진료구분 01: 입원 02: 외래
회송유형구분	an(2)	337	▪ 유형구분 01: 외래 되의뢰(의뢰 했던 1단계 진료기관으로 회송) 02: 외래 회송(의뢰하지 않았던 1단계 진료기관으로 회송) 03: 입원 회송(급성기 치료이후 지속적 입원치료를 위한 회송)
임상적 회송사유구분	an(2)	339	▪ 임상적 회송사유구분 01: 수술 후 관리 필요 02: 수술 이외의 치료 후 관리(복약, 관리 등 포함)필요
비임상적 회송사유구분	an(2)	341	▪ 비임상적 회송사유구분 01: 환자 수용 불가(입원실/의료진 부족 등) 02: 환자 또는 가족의 요청 03: 기타
비임상적 회송 기타 사유	an(100)	343	비임상적 회송 기타사유를 기재
담당의사 성명	an(20)	443	회송에 대하여 주된 의사의 성명을 기재
담당의사 면허번호	an(10)	463	회송에 대하여 주된 의사의 면허번호를 기재
진료소견	an(4000)	473	회송 시 회송할 환자의 진료소견을 구체적으로 기술
참조란	an(1000)	4473	회송에 대하여 기타 전달사항을 기재

(2) 회송 제출 내역서2

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
회송번호	an(19)	1	회송 제출 내역서를 심사평가원에 제출 시 요양기관에서 부여하는 번호로서 발급기관기호과 회송서 발급일자에 제출 내역서의 개수를 일련번호로 기재 ▪ 유형 : 발급기관기호(8)+YYMMDD(6)＋일련번호(5) ▪ 기재형식: X(19)
첨부자료구분	an(2)	20	▪ 첨부자료구분 01: 진료기록부 02: 검사결과 03: 영상자료 04: 기타
제출일련번호	n(4)	22	회송 첨부자료의 일련번호를 4자리숫자로 기재
파일명	an(100)	26	심사평가원에 제출 시 요양기관에서 부여하는 파일명으로서 요양기관기호와 제출 년·월·일과 첨부자료 구분코드와 제출일에 발생한 제출일련번호를 기재 ▪ 유형 : 요양기관기호 ＋ CCYYMMDD ＋ 첨부자료구분 ＋ 제출일련번호 ＋ '.' ＋ 확장자

별첨2 시범사업관련 질의응답

1. 수가 및 산정방법

[시범사업대상- 협력관계 여부]

Q1	시범사업기관으로 선정된 2단계 진료기관(상급종합병원)으로 진료의뢰할 경우에는 모두 의뢰환자관리료를 산정할 수 있나요?

○ 1단계 진료기관은 시범사업에 참여하기로 동의한 협력관계의 2단계 진료기관으로 지침에서 정한 절차에 따라 진료의뢰한 경우 의뢰환자관리료를 산정할 수 있습니다.

예) A의원의 자체 협력기관 3개소
- B상급종합병원(시범사업 미선정기관)
- C상급종합병원(시범사업 선정기관, 협력기관으로 시범사업 참여 동의, 보건복지부장관 승인)
- D상급종합병원(시범사업 선정기관, 협력기관으로 시범사업 참여 동의 없음)

☞ C상급종합병원으로 의뢰한 경우에만 의뢰환자관리료 산정가능

※ D상급종합병원의 경우 시범사업에 함께 참여하기로 A의원에서 동의하지 않은 경우로 의뢰환자관리료 산정불가

○ 비협력관계의 2단계 진료기관으로 요양급여 의뢰할 경우에는 현행 규정에 따라 별도의 비용을 징수 할 수 없습니다.

Q2	회송환자관리료는 협력기관으로 회송한 경우에만 산정 할 수 있나요?

○ 회송환자관리료는 협력기관으로 회송할 때 산정하는 것을 원칙으로 합니다.
다만, 환자에게 적절한 요양급여를 위해 회송하고자 하는 경우 요양기관이 비협력기관이더라도 예외적으로 산정 할 수 있습니다.

※ 2단계 진료기관에서 2단계 진료기관으로 회송은 제외

Q3	보건소 및 보건지소로 회송할 시에도 회송환자관리료를 산정 할 수 있나요?

○ 보건소 및 보건지소의 경우 시범사업 대상기관에 포함되지 않습니다.

Q4	시범사업에 참여하지 않는 1단계 진료기관이 시범기관에서 보낸 회송정보를 수신·접수한 경우 산정할 수 있는 시범수가가 있나요?

○ 시범기관 여부와 무관하게 회송을 받은 1단계 진료기관에서 회송정보를 수신·접수 시 산정할 수 있는 시범수가는 없습니다.

[의뢰환자관리료]

Q5	1단계 진료기관에서 2단계 진료기관으로 의뢰한 경우 산정할 수 있는 수가는 무엇인가요?

○ 지침에서 정한 절차에 따라 2단계 진료기관으로 의뢰한 경우 1단계 진료기관에서는 의뢰환자관리료를 산정할 수 있습니다.

※ 회송환자관리료는 회송을 실시하는 2단계 진료기관에서 산정할 수 있습니다.

Q6	1단계 진료기관에서 입원환자를 2단계 진료기관으로 의뢰할 경우 의뢰환자관리료를 산정할 수 있나요?

○ 의뢰환자관리료는 1단계 진료기관에서 외래환자를 의뢰할 경우 산정할 수 있습니다.
따라서, 1단계 진료기관의 입원환자(입원 중, 퇴원하면서 의뢰하는 경우 모두 포함), 응급실 환자를 의뢰하는 경우에는 산정할 수 없습니다.

Q7	1단계 진료기관에서 외래진료 후 2단계 진료기관 응급실로 환자를 의뢰할 경우 의뢰환자관리료를 산정할 수 있나요?

○ 응급실로 의뢰한 경우는 적용되지 않습니다.

Q8	의뢰환자관리료와 별도로 진찰료를 산정할 수 있나요?

○ 1단계 진료기관에서 별도의 진찰행위가 이루어진 경우 진찰료는 별도로 산정할 수 있습니다.

※ 진찰료와 의뢰환자관리료는 분리하여 청구합니다.

Q9	의뢰결과는 반드시 회신하여야 하나요?

○ 의뢰결과 회신은 충실하고 체계적인 진료의뢰-회송의 일환으로 필요한 절차입니다. 다만, 환자가 동의하지 않은 경우 등 불가피한 경우에는 실시하지 못할 수 있습니다.

Q10	동일 날 동일 환자를 동일한 2단계 진료기관의 2개 이상 진료과로 진료의뢰 시 의뢰환자관리료는 어떻게 산정하나요?

○ 의뢰환자관리료는 환자에게 적절한 요양급여를 제공할 2단계 진료기관을 선정하여, 해당기관의 진료협력센터에 연락하는 절차 등을 거친 경우 산정할 수 있습니다.
따라서 동일한 날에, 동일한 2단계 진료기관으로 의뢰한 경우라면, 진료과목이 2개 이상인 경우라도 의뢰환자관리료는 1회 산정합니다.

Q11	야간·주말·휴일에 진료의뢰 시 사전연락을 실시하지 못한 경우 ‘의뢰환자관리료’는 산정할 수 있나요?

○ 지침에 따른 의뢰절차를 시행하였다면 ‘의뢰환자관리료’는 산정 할 수 있으며, 추후 해당기관에 의뢰사실을 알려 환자가 적절한 2단계 요양급여을 받을 수 있도록 조치하고, 환자에게 안내하여 주시기 바랍니다.

[회송환자관리료]

Q12	회송은 반드시 의뢰한 기관으로 이루어져야 하나요?

○ 의뢰한 기관으로 회송(외래 되의뢰)하는 것이 바람직하나, 의학적 판단 등에 따라 의뢰하지 않은 기관으로 회송한 경우에도 회송환자관리료는 산정 할 수 있습니다.
이 경우 요양급여회송서[시범사업]에 회송종류를 구분하여 표시하여야 합니다.

Q13	종합병원에서 의원급 의료기관으로 환자를 회송한 경우 회송환자관리료를 산정할 수 있나요?

○ 본 시범사업에서 회송을 담당하는 요양기관은 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙에 의거 2단계 요양급여를 담당하는 의료기관으로 상급종합병원이 해당됩니다.
따라서 종합병원은 현재 1단계 진료기관에 해당하여 회송환자관리료를 산정할 수 없습니다.

Q14	의뢰환자관리료를 산정하면서 의뢰한 환자를 회송한 경우에만 회송환자관리료를 산정할 수 있나요

○ 의뢰당시 의뢰환자관리료를 산정하지 않은 환자도 본지침에 따라 회송한 경우에는 '회송환자관리료' 수가를 산정할 수 있습니다.

[대상자격]

Q15	건강보험 환자가 아닌 경우 시범수가 산정은 어떻게 하나요?

○ 본 시범사업은 건강보험 재정을 바탕으로 실시하는 것으로 건강보험 환자인 경우에만 시범수가를 산정할 수 있습니다.

※ 차상위 본인부담 경감대상자, 보훈환자(건강보험 중복인) 제외

Q16	차상위 본인부담금 경감대상자, 보훈환자도 의뢰환자관리료 산정이 가능한가요?

○ 본 시범사업은 건강보험 재정을 바탕으로 실시하는 것으로 건강보험 환자를 그 대상으로 합니다. 다만, 차상위 본인부담금경감대상자와 보훈환자(건강보험가입자)는 건강보험 환자이나 별도 재원에 의해 지원받는 등 특수성이 있어 시범사업 대상에서 제외하고 있습니다.

Q17	외국인 환자, 신생아를 진료의뢰·회송 시 시범수가 산정이 가능한가요?

○ 건강보험법 적용 대상자이면 산정할 수 있습니다.

[기타]

Q18	의뢰(회송)하고자 하는 기관을 반드시 지정하여야 하나요?

○ 협력기관간 의뢰(회송)에 대해 적용되는 수가로 의뢰(회송)을 결정하는 과정에서 해당기관과 연락하는 절차를 거쳐 의뢰(회송)할 기관을 지정하여야 합니다.
다만, 사전연락을 통해 의뢰(회송)기관을 지정하고, 의뢰(회송)관련 정보를 제공하였지만, 환자가 자의적으로 내원하지 않은 경우 시범수가는 산정할 수 있습니다.

Q19	회송하고자 하는 기관을 1개 이상 지정할 수 있나요?

○ 불가피하게 1개 기관 이상 지정해야 하는 경우라면, 사전 연락이 이루어진 기관에 한하여 3개까지 지정하여 환자에게 안내할 수 있습니다.

Q20	의뢰·회송하고자 하는 기관과 연락방법은 무엇인가요?

○ 전화, FAX, 서면, refer system등 자체적으로 운영 중인 협력체계를 활용하여 연락방법은 자유롭게 선택할 수 있습니다.

Q21	의뢰(회송)정보를 상대기관에서 “확인처리”(진료의뢰·회송 중계시스템에서 수신·접수 클릭) 하여야 시범수가를 산정 할 수 있나요?

○ 의뢰(회송)정보는 진료의뢰·회송 중계시스템에서 수신·접수하여야 확인하실 수 있습니다.
다만, 지침에서 정한 절차를 수행하였으나 예외적으로 별도의 경로로 의뢰(회송)정보를 확인하여 “확인처리”가 지연·누락된 경우 시범수가는 산정할 수 있습니다.

Q22	진료 의뢰·회송을 위해 지침에서 정한 절차가 완결되었으나 환자 상태 변화(사망 등) 또는 환자의 자의적 판단에 따라 상대기관에 내원하지 않은 경우에 시범수가를 산정 할 수 있나요?

○ 진료 의뢰·회송을 위해 지침에서 정한 절차가 완결된 경우라면 시범수가를 산정할 수 있습니다.

Q23	요양급여의뢰 및 회송이 소아환자 대상 또는 야간·공휴일에 실시된 경우 의뢰환자관리료 및 회송환자관리료 산정은 어떻게 하나요?

○ 소아, 야간・공휴가산 등 각종 가산을 별도로 산정하지 않습니다.

Q24	비급여진료를 받은 환자를 의뢰(회송) 시에도 시범수가를 산정할 수 있나요?

○ 현행 규정에 의거 건강보험 적용대상자의 진료목적이 건강진단, 미용목적의 성형수술 등과 같이 명백하게 비급여대상에 해당하는 경우 모든 진료비는 요양급여대상이 되지 않습니다.
따라서 이러한 경우라면 시범수가는 산정할 수 없습니다.

Q25	진료기록부사본을 제공한 이후 환자의 요구에 의해 진료기록부사본 제공비용이 추가로 발생할 경우 그 비용은 환자가 부담하여야 하나요?

○ 요양급여 의뢰·회송을 목적으로 발행한 진료기록부 등 복사에 소요되는 비용은 의뢰환자관리료 및 회송환자관리료 소정점수에 포함되어 있습니다.
진료의뢰·회송에 필요한 서류는 담당 의사 판단에 의해 제공되는 것으로, 이외의 목적으로 발생되는 비용은 환자가 부담하도록 합니다.

[원격협력진료료]

Q26	원격협진은 전화 또는 화상시스템을 이용하여 실시간으로 이루어진 경우에만 산정할 수 있나요?

○ 의료기관간 원격협력진료료[회송 후]는 2단계 진료기관에서 1단계 진료기관으로 회송한 환자에 대해 1단계 진료기관에서 실시간으로 전화 또는 화상을 이용하여 2단계 진료기관으로 자문을 요청한 경우 산정 할 수 있습니다.

○ 이메일, 문자 등을 통한 비실시간 협력진료인 경우 의료기관간 원격협력진료료[회송 후]를 산정 할 수 없으나, 원격협진기록지를 작성하여 제출하여 주시면 향후 제도시행에 검토자료로 활용하겠습니다.

Q27	의료기관간 원격협력진료시 이용 가능한 전화의 범주는 어떻게 되나요?

○ 의료기관 내 설치된 유·무선 전화 및 의사의 개인 휴대전화를 포함하여 음성을 전송·수신할 수 있는 단말기는 협력진료에 사용될 수 있습니다.

Q28	전화 또는 화상시스템을 이용하여 원격협진을 실시 한 경우 통화내용 및 영상정보 등의 자료를 보존하여야 하나요?

○ 원격협진 내역을 기록하여 보관하는 것으로 대신 할 수 있습니다.

Q29	원격협진을 실시 한 경우 협력진료내역 기록은 어떻게 하나요?

○ 지침에서 정한 「의료기관간 원격협진 기록지[회송 후](별지 제3호)」에 협진내역을 작성합니다.

Q30	원격협진시 의뢰를 행하는 의사의 자격은 어떻게 되나요?

○ 회송을 받은 1단계 진료기관에서 해당 환자를 진료하는 의사는 원격협진을 의뢰할 수 있습니다.

Q31	원격협진시 자문을 행하는 의사의 자격은 어떻게 되나요?

○ 해당 환자를 회송한 2단계 진료기관에서 해당환자를 진료한 경험이 있는 전문의가 자문할 수 있습니다.

Q32	의뢰기관의 의사가 동일 (세부)진료과목의 자문기관 전문의에게 원격협진을 요청한 경우 의료기관간 원격협력진료료[회송 후] 산정은 어떻게 하나요?

○ 의뢰기관의 의사와 같은 (세부)진료과목의 전문의가 자문을 실시한 경우에도 의료기관간 원격협력진료료[회송 후]를 산정할 수 있습니다.

Q33	원격협진을 실시한 경우 의료기관간 원격협력진료료[회송 후]와 별도로 진찰료를 산정할 수 있나요?

○ 환자를 대면한 의뢰기관의 경우 진찰료를 별도로 산정할 수 있습니다.

※ 이 때 진찰료는 「건강보험 행위·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 진찰료 산정지침에 의거한 경우를 말함

Q34	의료기관간 원격협력진료료[회송 후]는 반드시 환자를 대면하면서 협력진료 한 경우 산정할 수 있나요?

○ 의료기관간 원격협력진료료[회송 후]는 의뢰기관의 의사가 환자를 대면하면서 자문기관의 의사와 전화 등을 통하여 협력진료를 한 경우 산정할 수 있습니다.

Q35	의료기관간 원격협진기록지에 상대기관 의사의 면허번호를 기재하여야 하나요?

❍ 상대기관에서 자문(의뢰)한 의사의 면허번호는 기재하지 않으셔도 됩니다.
다만, 자문(의뢰)을 실시한 기관명칭, 의사 성명은 기재하여야 합니다.

Q36	의료기관간 원격협진기록지에 상대기관에서 의뢰(자문)한 내용도 작성하여야 하나요?

❍ 자문(의뢰)한 의사는 자문(의뢰)한 내용과 의뢰(자문)받은 내용을 모두 기재하여야 합니다.

Q37	의료기관간 원격협력진료의 경우 실시간 협진을 위해 진료협력센터를 통해서 협진할 수 있나요?

❍ 진료협력센터를 통한다고 해서 실시간 협진이 발생 못하는 것은 아니며 진료협력센터에서 담당의사와 연결해준 시점부터 실시간으로 치료방향 등에 대해 협진이 이루어졌다면 가능하다고 판단됩니다.
다만, 진료협력센터로부터 자문내용을 전달받는 것은 실시간 협력진료에 해당하지 않습니다.

Q38	의료기관간 원격협력진료 시간은 의뢰기관과 자문기관간 정확히 일치하여야 하나요?

○ 실시간 협력진료이므로 실시시간은 양쪽 병원에서 동일하게 기록되겠으나, 기록자가 다른 관계로 약간의 오차는 있을 수 있을 것으로 판단됩니다.

Q39	의료기관간 원격협력진료를 동일 날 2회 이상 실시한 경우 수가 산정은 어떻게 하나요?

○ 환자의 상태 변화 등으로 의료기관간 원격협력진료가 필요하다고 담당의사가 판단한 경우라면 의료기관간 원격협력진료료[회송 후]를 추가 산정할 수 있습니다.
다만, 환자 상태변화가 없음에도 지속적으로 모니터링하면서 이루어진 경우, 검사결과 확인 등을 위해 단순히 시간차이를 두고 이루어진 경우에는 의료기관간 원격협력진료료[회송 후]는 1회만 산정합니다.
의료기관간 원격협진기록지[회송 후]는 의료기관간 원격협력진료료[회송 후] 1회를 산정할 때마다 작성하여야 합니다.

Q40	요양병원 입원환자에 대해 '의료기관간 원격협력진료료[회송후]'를 산정할 수 있나요?

○ 요양병원 입원환자는 다른 의료기관과 수가 및 그 적용 기준 등이 달라 본 시범사업에서 '의료기관간 원격협력진료료[회송후]'는 산정할 수 없습니다.

2. 청구방법 관련

Q41 시범수가를 청구할 경우 담당의사의 면허번호를 기재하여야 하나요?

○ 의뢰환자관리료 및 회송환자관리료 청구시 별도로 의사의 면허번호는 기재하지 않습니다.
의료기관간 원격협력진료료[회송 후]를 청구시 의사의 면허번호를 기재하여야 합니다.

Q42 시범수가를 산정할 경우 본인부담금은 어떻게 하나요?

○ 시범사업기간 동안 시범수가(의뢰환자관리료, 회송환자관리료, 의료기관간 원격협력진료료[회송 후]) 전액을 보험자가 부담합니다.
- 이 외의 요양급여비용은 건강보험법 시행령 [별표2]에 따라 본인 일부 부담합니다.

※ 14쪽 명일련단위 특정내역 기재항목 참조 (MT002란에 S002 기재)

Q43 분리청구 명세서는 “원청구”인가요, “분리청구”에 해당하나요?

○ “원청구” 명세서로 구분하여 외래진료분은 외래명세서로, 입원진료분은 입원명세서로 청구하시면 됩니다.

Q44	중계시스템에 의뢰(회송)정보를 입력할 경우 시범수가가 자동으로 청구되나요?

○ 진료의뢰·회송 중계시스템은 요양급여 의뢰 및 회송시 전자적으로 정보를 제공하기 위한 시스템입니다. 시범수가를 청구하고 지급받기 위해서는 진료비 청구방법에 따른 청구절차를 거쳐야 합니다.

Q45	명세서의 진료결과는 어떻게 기재하나요?

○ 현행 요양급여비용 청구방법에 의거 환자상태를 구분하여 기재합니다.

항목명	MODE	POSITION	항목설명
진료결과	an(1)	178	요양급여비용명세서상 최종 진료일의 환자상태를 구분하여 기재 ▪ 진료결과 1. 계속 2:이송 3:회송 4: 사망 9: 퇴원 또는 외래 치료종결

Q46	시범수가는 본인부담금이 없는데, 진료비 청구방법이 다른가요?

○ 시범수가는 다른 요양급여비용과 달리 본인부담금이 없음에 따라 진찰료 등 요양급여명세서와 구분하여 별도의 명세서에 시범수가만 단독으로 청구하시면 됩니다.

※ 자세한 청구방법은 「지침 12쪽 4. 요양급여비용 청구방법」 참조

Q47	시범수가 청구시 지침 별첨1. 전자문서 작성요령에 따라 SAM file을 생성하여야 하나요?

○ 별첨1. 전자문서 작성요령에 따라 생성하는 SAM file은 진료의뢰·회송 중계시스템에 진료의뢰·회송정보를 등록할 경우 사용하는 것입니다. 시범수가는 진찰료 등 요양급여비용 청구방법에 따라 청구하시면 됩니다.

Q48	의료기관간 원격협력진료료[회송 후] 청구시 특정내역 JX999에 상대방 요양기관기호를 기재하는 건가요?

○ JX999란에는 상대방 요양기관 기호를 기재합니다.

예) - 의뢰기관(1단계 진료기관): 자문을 해준 2단계 진료기관 요양기호 기재
- 자문기관(2단계 진료기관): 의뢰를 요청한 1단계 진료기관 요양기호 기재

Q49	진료비 청구시 의뢰(회송)번호는 어떻게 기재하여야 하나요?

❍ MX999란에 “B/의뢰(회송)번호“ 형식으로 기재합니다.

[작성대상 명세서]
- 의뢰번호 : 1단계 진료기관의 의뢰환자관리료 청구명세서
- 회송번호 : 2단계 진료기관의 회송환자관리료 청구명세서

Q50	5, 6월에 등록한 의뢰정보에 대해 ‘의뢰환자관리료’를 청구하지 못한 경우 어떻게 하나요?

❍ 5, 6월 진료한 의뢰환자에 대해 의뢰정보를 등록하고 진찰료 등의 요양급여비용은 청구하였으나 ‘의뢰환자관리료’는 청구하지 못한 경우, ‘의뢰환자관리료’는 8월(또는 이후)에 청구할 수 있습니다.
이 때, ‘의뢰환자관리료’는 ‘원청구’로 청구합니다.

Q51	산정특례 환자의 경우 ‘의뢰(회송)환자관리료’ 청구 시 특정기호는 어떻게 기재하나요?

❍ ‘의뢰(회송)환자관리료’ 청구명세서 특정기호란에는 ‘S002’만 단독으로 기재합니다.

* 요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 별표6에 해당하는 특정기호 코드는 일체 기재하지 않습니다.

Q52	외래명세서로 시범수가 청구 시 내원일수와 요양급여일수는 어떻게 기재하나요?

❍ 외래명세서 작성방법에 따라 시범수가 청구명세서의 내원일수 및 요양급여일수는 ‘1’로 기재합니다.

3. 현황신고 관련

Q53 시범사업으로 지정된 기관은 모두 현황 신고를 하여야 하나요?

○ 보건복지부로부터 시범사업 지정은 받은 기관은 별도의 현황신고가 필요하지 않습니다.

Q54 시범사업 운영 중 협력기관을 추가할 수 있나요?

○ 해당기관 현황을 보건복지부로 제출하면 절차에 따라 보건복지부장관의 지정을 받은 후 시범수가를 적용할 수 있습니다.
다만, 시범사업 실시 6개월이 경과한 후 보건복지부 요청에 따라 그 현황을 제출할 수 있습니다.

※ 시범사업 운영진행에 따라 변경 될 수 있음

4. 중계시스템 관련

Q55 요양기관에서 중계시스템에 일일이 입력하는 방법밖에 없나요?

○ 의뢰·회송서의 정보는 해당요양기관에서 SAM 파일 형태로 전송도 가능합니다. 중계시스템 화면에서는 파일 업로드로 즉시 확인·수정이 가능하며, 진료비청구프로그램을 통해 파일로 전송할 수도 있습니다. 이런 경우 안내해드린 전자문서 제출내역 서식에 맞추어 파일이 작성되어야 합니다.

※ [별첨1] 전자문서 작성요령 참조

Q56 첨부자료는 반드시 중계시스템에 업로드하여야 하나요?

○ 진료의뢰(회송)관련하여 제공할 진료기록은 중계시스템에 첨부하여 상대기관에 전송하거나, 환자에게 직접 제공하는 등 비전자적인 방식으로도 제공할 수 있습니다.

○ 다만, 첨부기록을 제공하였으나 중계시스템에 업로드하지 않은 경우에는 “비전자적방식” 제공항목에 해당 기록의 종류를 표시하여야 합니다.

Q57 중계시스템 화면의 모든 내용은 반드시 입력하여야 하나요?

○ 의뢰(회송)서 화면의 “▶” 표시된 항목은 반드시 입력하여야 합니다. 다만, 환자상태 및 진료소견의 경우 별도로 작성한 요양급여의뢰(회송)서를 파일형태로 첨부하는 것으로 대신할 수 있습니다.
또한, 의뢰사유 및 회송사유 모두 각각 기재하여야 합니다.

Q58	중계시스템에서 작성한 의뢰(회송)사항은 환자에게 제공할 수 있나요?

○ 중계시스템에서 작성한 의뢰(회송)사항은 전자적으로 상대기관으로 전송하는 것이 원칙이나, 필요할 경우 출력하여 환자에게 추가로 제공할 수 있습니다.
환자에게 제공할 목적으로 출력할 경우에는 별지서식 제1호 또는 제2호와 같이 기타 전달사항, 의뢰(회송)사유는 제외하고 출력됩니다.

Q59	기타 전달사항란은 어떠한 내용을 작성하는 항목인가요?

○ 기타 전달사항은 의뢰(회송)시 상대기관 협력센터 또는 의료진에게 환자에게 알리지 않고 별도로 전달해야할 사항이 있는 경우 작성하는 것으로 반드시 작성할 필요는 없습니다.

Q60	중계시스템을 통하여 의뢰(회송)사항을 전송한 후 수정할 수 있나요?

○ 원칙적으로 상대기관에서 수신하기 전까지는 수정할 수 있습니다. 상대기관에서 수신한 이후 불가피하게 수정하여야 한다면 상대기관에서 “진료의뢰·회송 중계시스템→의뢰(회송) 수신접수→수정동의”를 한 경우 의뢰(회송)사항을 입력한 기관에서 수정할 수 있습니다.

Q61	중계시스템을 통해 의뢰 또는 회송한 이력은 어떻게 확인하나요?

○ 진료의뢰·회송 중계시스템 → 의뢰(회송) 이력확인에 접속하여 의뢰(회송)이력을 확인하고 그 목록을 다운로드 받을 수 있습니다.

Q62	의뢰·회송 시 개인정보노출 위험은 없나요?

○ 제출한 내용은 의뢰·회송 수신기관만 확인 가능하며, 회송의 경우 환자가 가지고 있는 고유의 인증키를 입력해야만 열람이 가능합니다.

Q63	의뢰·회송 발생 시 수신기관에서는 어떻게 인지하나요?

○ 요양기관에 알림서비스를 제공할 예정입니다. 수신대상 요양기관에서는 해당 알림을 통해 의뢰·회송 사실을 확인할 수 있습니다. 다만, 요양기관업무포털 하단의 클라이언트 프로그램(알림서비스)을 설치하여야 가능합니다.

○ 또한, 요양기관업무포털에서 SMS신청(진료의뢰-회송 시범사업)을 등록하시면 해당 휴대전화번호로 안내문자를 받으실 수 있습니다.

Q64	의뢰(회송)번호는 각 요양기관에서 직접 생성하나요?

○ 의뢰(회송)번호는 각 의뢰(회송)에 대해 환자가 갖는 고유한 번호입니다. 따라서 의뢰(회송)를 실시하는 기관에서 직접 생성하여 부여하여야 합니다.

※ 의뢰(회송)번호 구성은 지침 14쪽 참조

생성된 의뢰(회송)번호는
1) 요양급여의뢰(회송)시 중계시스템에 입력
2) 의뢰(회송)환자관리료 청구시 특정내역에 기재

Q65	진료의뢰·회송 중계시스템에 접속한 후 SAM파일을 업로드할때 작성요령은 무엇인가요?

○ [별첨1 전자문서 작성요령]에서 “의뢰/회송 제출 내역서”(지침 35쪽)에 해당하는 방법으로 작성하시면 됩니다.

Q66	의뢰(회송)서 작성화면에서 의뢰(회송)사유는 임상적사유와 비임상적사유 모두 체크하여야 하나요?

○ 임상적 사유와 비임상적 사유 모두 체크하여야 합니다.
다만, 비임상적 사유에 해당사항이 없을 경우에는 “기타”를 체크하시고 “해당없음” 등으로 기재하시면 됩니다.

Q67	환자를 의뢰(회송)한 다음날 의뢰(회송)정보를 중계시스템이 등록하여도 되나요?

○ 의뢰(회송)정보는 당일 기준으로 중계시스템에 등록하여 상대기관으로 제공되어야 하는 것이 원칙입니다.

단, 다음과 같이 부득이하게 당일 등록하지 못한 경우에는 진료일 이후 3일 이내에 중계시스템에 등록할 수 있습니다.

- 다 음 -

1) 의뢰(회송)이 야간·주말·휴일에 발생되었으나, 처리인력이 부재하여 당일 처리하지 못한 경우
2) 진료일에 의뢰(회송) 필요성이 있다고 판단하였으나 검사결과 확인 등의 의학적 사유로 인하여 진료일 이후 의뢰(회송)결정 및 정보제공이 필요한 경우

※ 이에 따라 진료일 이후 중계시스템에서 의뢰(회송)번호 중 일자를 수정할 수 있습니다

Q68	작성된 의뢰(회송)서를 삭제할 수 있나요?

○ 환자의 개인정보제공에 대한 거부 등으로 부득이 하게 삭제가 필요한 경우 발생하여 “의뢰/회송서 이력확인” 화면에서 삭제가능합니다.

Q69	의뢰(회송)을 받을 기관을 지정하여 의뢰(회송)정보를 등록한 후 의뢰(회송)을 받을 상대기관을 수정할 수 있나요?

○ 원칙적으로 상대기관에서 수신하기 전까지는 수정할 수 있습니다. 상대기관에서 수신한 이후 불가피하게 수정하여야 한다면 상대기관에서 “진료의뢰·회송 중계시스템→의뢰(회송) 수신접수→수정동의”를 한 경우 의뢰(회송)사항을 입력한 기관에서 수정할 수 있습니다.

Q70	진료의뢰·회송 중계시스템에 의뢰·회송정보가 등록된 사실을 수신기관에서 어떻게 알 수 있나요?

○ 다음과 같이 확인할 수 있습니다.

1) 알리미서비스 다운로드

: 요양기관업무포털 하단의 “알림서비스 다운로드” 클릭하여 알리미서비스를 설치하면 의뢰·회송정보가 등록된 경우 설치PC에 등록사실을 알리는 메시지가 Pop-up됩니다.

2) SMS신청

: 요양기관업무포털→신청 및 자료제출→ SMS신청→ 하단의 업무구분에서 “진료의뢰-회송 시범사업” 선택하여 그룹에 추가하여 담당자의 휴대전화번호를 등록하면, 의뢰·회송정보가 등록된 경우 등록사실을 알리는 문자메시지가 전송됩니다.

Q71	환자가 진료의뢰·회송 중계시스템에 작성 된 의뢰(회송)서를 원할 시에는 어떻게 해야 하나요?

○ “의뢰/회송서 이력확인“메뉴에서 해당 환자를 선택하여 의뢰(회송)서를 출력할 수 있습니다.

Q72	“진료의뢰서 작성프로그램”은 무엇인가요?

○ “진료의뢰서 작성프로그램”은 1단계 진료기관에서 중계시스템에 접속하지 않고도 의뢰정보를 작성 할 수 있도록 개발된 프로그램입니다.
각 1단계 진료기관에서 사용하고 있는 의료정보프로그램(의사랑, 비트 등)에서 의뢰정보를 보낼 수 있도록 프로그램이 수정된 경우에는 자동으로 의뢰정보가 중계시스템에 전송될 수 있습니다.

Q73	“진료의뢰서 작성프로그램”은 어떻게 설치하는 건가요?

○ ①요양기관업무포털서비스 공지사항 게시번호 3500번(6월17일), ②심평원 홈페이지 공지사항 게시번호 2551번(6월17일)에서 프로그램을 내려 받아 설치하면 됩니다.

Q74	“진료의뢰서 작성프로그램”은 반드시 사용하여야 하나요?

○ “진료의뢰서 작성프로그램” 또는 요양기관업무포털서비스 내 ‘진료의뢰·회송 중계시스템’ 중 하나를 선택하여 사용할 수 있습니다.

Q75	“진료의뢰서 작성프로그램”에서 의뢰정보를 전송 시 진료비청구프로그램(의사랑, 비트 등)이 실행되는데, 수가청구가 자동으로 이루어지는 건가요?

○ “진료의뢰서 작성프로그램”은 진료비 청구프로그램을 이용하여 의뢰정보를 중계시스템으로 전송합니다.
시범수가청구는 진료비 청구방법에 따른 별도의 청구절차를 거쳐야 합니다.

Q76	“진료의뢰서 작성프로그램”에서는 요양기호와 상병을 검색 할 수 없나요?

○ “진료의뢰서 작성프로그램”은 코드정보와 연동이 어려워 검색기능 제공이 곤란합니다.
의뢰받을 상급종합병원 요양기호는 최초 사용 시 ‘설정’(의뢰할 기관코드 항목 옆 ‘⚙’ 이용)하면 이후부터는 선택하여 입력할 수 있습니다.
상병은 코드 또는 명칭을 직접 입력하여야 합니다.

※ 중계시스템에서는 요양기호, 상병 검색기능을 사용할 수 있습니다.

Q77	“진료의뢰서 작성프로그램”에서 의뢰서를 등록하였는데 이력확인 목록에서 확인되지 않는 경우 어떻게 하나요?

❍ 의뢰서 항목의 요양기호나 환자의 주민번호에 오류가 있을 경우에는 등록을 하여도 이력확인 목록에서 확인되지 않습니다. 이 경우 의뢰 내용의 항목을 다시 확인 하시고 재등록하시면 됩니다.

5. 질병군 포괄수가제 관련

Q78 보건복지부 장관이 정하여 고시한 질병군 진료시 이루어진 시범수가는 어떻게 청구하나요?

○ 질병군 진료시 협력기관간 진료의뢰-회송비용은 질병군 요양급여비용 명세서와 분리하여 협력기관간 진료의뢰-회송 시범사업에서 정하고 있는 청구 방법에 따라 행위별로 청구합니다.

수정체수술 및 기타항문수술 등 6시간 미만 관찰 후 당일 귀가 또는 이송한 경우이나 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2편 질병군 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1부 질병군 급여 일반원칙 제3호에 해당하여 질병군 입원 진료에 포함되는 경우의 협력기관간 진료의뢰-회송비용은 행위별 외래 요양급여비용 명세서에 작성·청구합니다.

Q79	신포괄수가 시범기관에서 2단계 진료기관(상급종합병원) 외래로 환자를 의뢰했으나, 환자가 의료기관을 가지 않고 의뢰 당일 해당 신포괄수가 시범기관에 입원한 경우 “의뢰환자관리료”청구방법

○ 외래 의뢰내역인 **“의뢰환자관리료”**는 입원 진료내역(원 청구)과 분리하여 **별도로 (입원)추가 청구** 합니다.

- “의뢰환자관리료”는 본인부담금 면제 항목이므로, **“청구액”란에 「의뢰환자관리료」 전액을 기재**

○ **(의뢰기관 : 신포괄 수가 적용 의료기관)「의뢰환자관리료」 추가청구 명세서 작성요령**

- **‘01항 진찰료, 03목 응급 및 회송료 등’ 란에「의뢰환자관리료」를 해당 수가의 100% 비포괄(보상률 “1” 기재)로 산정**

(예시) 의뢰기관(**종합병원**)에서 상급종합병원 내과 외래로 요양급여 의뢰한 경우

항	목	코드 구분	코드	단가	일투	총투	보상률	금액	변경일	면허 종류	면허 번호
01	03	1	IA213	15,480	1	1	1	15,480	20171101	1	12345
특정내역기재란											

발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
1	-	MT002	S002
1	-	MX999	B/123456782017110100001

주) **MX999 기재형식** : B/**의뢰・회송번호***

* 의뢰・회송번호(총 19자리) : 발급기관 기호(8자리)+의뢰서발급일자(6자리)+일련번호(5자리)

Q80	진료협약을 맺은 2단계 진료기관(상급종합병원)에서 입원치료 후 신포괄 시범기관으로 회송되어 입원 시“의료기관간 원격 협력진료료(회송 후)” 청구방법

❍ 회송 받은 환자의 상태변화로 원격협진을 시행한 경우 산정하는 **“의료기관간 원격협력진료료[회송 후]”**는 입원 진료내역(원 청구)과 분리하여 **별도로 (입원)추가 청구** 합니다.

- “의료기관간 원격협력진료료[회송 후]”는 본인부담금 면제 대상이므로, **“청구액”란에「의료기관간 원격협력진료료[회송 후]」전액을 기재**

○ **(의뢰기관 : 신포괄 수가 적용 의료기관)「의료기관간 원격협력진료료[회송 후]」추가청구 명세서 작성요령**

- **‘01항 진찰료, 03목 응급 및 회송료 등’ 란에「의료기관간 원격협력진료료[회송 후]」를 해당 수가의 100% 비포괄(보상률 “1” 기재)로 산정**

(예시) 의뢰기관(**종합병원**)에서 회송 받은 환자의 상태변화로 실시한 검사결과 및 치료방향에 대해 상급종합병원으로 09시~09시 10분까지 원격협진을 실시한 경우

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	보상률	금액	변경일	면허종류	면허번호
01	03	1	IA313	11,250	1	1	1	11,250	20171101	1	23456
특정내역기재란											
발생단위구분		줄번호		특정내역구분				특정내역			
1		-		MT002				S002			
2		0001		JX999				B/12345678/0900/0910/02			

주) **JX999 기재형식** : B/협진기관기호/협진시간(from/to)/협진사유

6. 기타

Q81 시범사업 지침은 어디에서 확인할 수 있나요?

○ ①심평원 홈페이지 공지사항 게시번호 2487번(4월18일), ②요양기관업무포털서비스 공지사항 게시번호 3436번(4월18일)에서 복지부로부터 시달받은 시범사업 지침이 게시되어 있습니다.

수가파일은 ①심평원 홈페이지 공지사항 게시번호 2511번(4월29일), ②요양기관업무포털서비스 공지사항 게시번호 3458번(4월29일)에 게시되어 있습니다.

Q82 요양급여의뢰서 또는 회송서는 반드시 [별지 제1호 서식] 또는 [별지 제2호 서식]을 이용하여 작성하여야 하나요?

○ 현행 요양기관별로 사용하고 있는 서식을 사용할 수 있습니다.

[별지 제1호 서식] 또는 [별지 제2호 서식]은 본 시범사업에서 제시하는 요양급여의뢰서 또는 회송서의 기본에 해당하는 서식이며, 중계시스템에 요양급여의뢰 또는 회송사항을 직접 작성할 경우 출력되는 서식과 같습니다.

Q83	실제 환자를 회송보내는 날(퇴원일) 이전에 회송서를 작성하고 교류할 경우 회송번호의 날짜는 어느 날로 하나요?

❍ 회송환자관리료는 환자 또는 보호자와의 상담 후 회송기관을 선정하고, 해당기관으로 회송정보를 전자적으로 제공할 경우 산정할 수 있으므로, 회송번호의 날짜는 해당행위를 실시한 날을 기준으로 기재합니다.

※회송환자관리료 청구명세서의 요양개시일 역시 회송번호의 날짜와 동일날을 기재합니다.

Q84	개인정보 동의서, 의료기관간 원격협진기록지[회송 후], 협력기관간 협약서 등의 증빙자료를 건강보험심사평가원에 제출해야 하나요?

❍ 각 요양기관에서 보관하시면 됩니다.

Q85	진료의뢰·회송과정에서 진료기록부, 검사결과지 등을 중계시스템에 첨부하는 경우에도 기존 의무기록사본 발급시와 동일한 절차를 거쳐야 하나요?

❍ 중계시스템에 의무기록사본을 첨부할 때에도 현행 법령에서 정한 의무기록사본 발급 절차를 준수하여야 합니다.