제정일자	2016.4.15.
개정일자	2020.10.
개정번호	V5.0

협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침

2020. 11.

보건복지부

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

차 례 CONTENTS

Ⅰ. 시범사업 개요

1. 사업목적 ····· 1
2. 관련근거 ····· 1
3. 추진경과 ····· 2

Ⅱ. 시범사업 내용

1. 사업내용 ····· 3
2. 대상 및 기간 등 ····· 4
3. 사업운영 ····· 5

Ⅲ. 시범사업 세부지침

1. 요양급여 기준 ····· 6
2. 수가 산정지침 ····· 7
3. 급여목록 및 상대가치점수 ····· 13

Ⅳ. 요양급여비용 청구방법

1. 요양급여비용 청구방법 ····· 15
2. 명세서 작성요령 ····· 16

Ⅴ. 시범사업 현황신고

1. 최초 현황신고 ····· 21
2. 변경 현황신고 ····· 21

차 례 CONTENTS

Ⅵ. 시범기관 준수사항

1. 요양급여 안내 ····· 22
2. 개인정보제공동의서 징구 ····· 22
3. 원활한 협력관계 유지 및 관리 ····· 22

Ⅶ. 시범사업 평가

1. 평가주체 ····· 24
2. 평가내용 ····· 24
3. 평가방법 ····· 24
4. 평가관련 자료제출 ····· 25

Ⅷ. 진료의뢰·회송 중계시스템

1. 진료의뢰·회송 중계시스템 개요 ····· 26
2. 요양급여의뢰서 또는 회송서 등 작성방법 ····· 28
3. 요양급여의뢰서 또는 회송서 등 확인방법 ····· 35
4. 등록 진료정보 및 수신 진료정보 확인방법 ····· 37

[별지 서식]

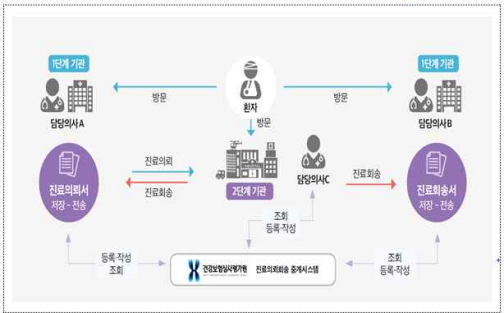
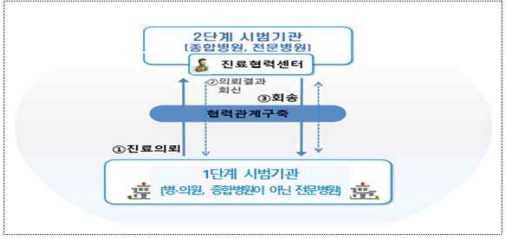
[제1호서식] 요양급여의뢰서 ····· 39
[제2호서식] 요양급여회송서 ····· 40
[제3호서식] 개인정보동의서 ····· 41

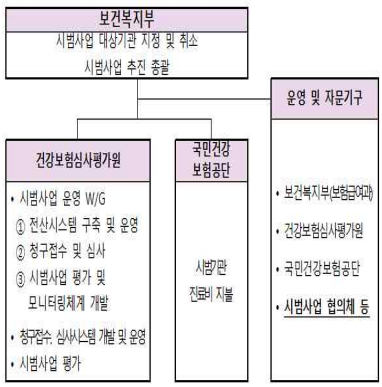
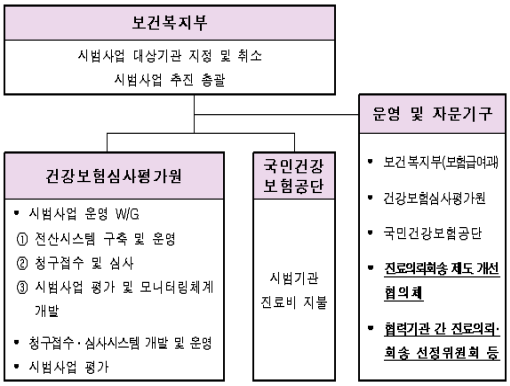
[별첨] 시범사업 관련 질의·응답 ····· 44

시범사업 지침 주요 개정 사항

현 행		개 정		
구분	내용	구분	내용	쪽수
Ⅰ. 시범사업 개요		Ⅰ. 시범사업 개요		1
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 등 대형병원 간 진료의뢰·회송 과정의 비용을 건강보험에서 보상하여 협력진료를 통한 충실한 진료의뢰·회송 및 대형병원으로의 환자 쏠림 완화를 유도하고자 한다.	1. 사업 목적	□ 진료협력체계를 갖추고 있는 의료기관을 중심으로 **진료의뢰·회송 시범사업을 실시하여** 건강보험수가 모형의 타당성과 확대 적용 가능성을 평가·검증하고 이를 통해 **제도화 기반을 구축** ※ ❶ 의뢰를 담당하는 △종합병원이 아닌 전문병원 △병의원과 ❷ 회송을 담당하는 △종합병원 △전문병원이 의뢰·회송을 위해 협력진료 협약을 맺은 경우, 해당 기관을 "협력기관"이라 함. □ 병·의원과 종합병원 등의 대형병원 간 진료의뢰·회송 과정에서 발생하는 비용을 건강보험에서 일부 보상하여 **충실한 협력진료를 유도**하고 **대형병원 환자 쏠림현상을 완화**하고자 함. ○ 진료·영상정보 교류 수준에 따른 수가 차등 및 동일 시·도 내 의뢰시 수가 가산 등을 담은 2단계 시범사업 추진으로 **내실 있는 진료정보 교류** 및 **지역 내 의뢰 활성화**를 지원하고자 함.	1
2. 근거	가. ~다. (생략)	2. 관련 근거	□ ~ □ (좌동)	1
<신설>	**<신설>**	3. 추진 경과	□ **협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업** ○ **('16.5.) 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 시작** - 상급종합병원 13기관 중심으로 협력관계를 맺은 종합병원, 병·의원 등 1단계 진료기관을 의뢰기관으로 인정 * 진료의뢰·회송 시범사업 지침 통보(보험급여과-1625, 2016.4.15.) ○ **('17.12.) 전체 상급종합병원**으로 시범사업 **확대**(13기관→42기관) - 입원·외래별 '회송환자관리료' 수가 차등 및 의뢰서 서식 개선 * 진료의뢰·회송 시범사업 협력기관 및 지침 통보(보험급여과-9588, 2017.11.29.)	2

현 행		개 정		
구분	내용	구분	내용	쪽수
<신설>	<신설>	3. 추진 경과	○ **('18.4.) 300병상 이상 종합병원 61기관**을 회송기관으로 **추가 확대** (42기관→103기관) * 진료의뢰·회송 시범사업 협력기관 및 지침 통보 (보험급여과-3124, 2018.3.29.) ○ **('19.7.) 전체 종합병원 및 전문병원 대상**으로 **회송기관 확대** - 종합병원 94기관, 전문병원 36기관 (103기관→233기관) * 진료의뢰·회송 시범사업 지침 개정 통보(보험급여과-3187, 2019.6.19.) ○ **('19.9.4.)** 보건복지부 「**의료전달체계 개선 단기대책 발표**」 □ 적정 의료기관에서 진료 받도록 의뢰 내실화 ○ 환자 선택이 아닌 의사가 판단하여 직접 의뢰·예약을 강화하고 의뢰·회송 중계시스템 의뢰 활성화, 전면 적용 추진 ○ 전문진료과목 의원간 의뢰 적용 검토, 지역내 의뢰 활성화 □ 경증·중증치료 후 관리 환자의 지역 병의원 회송 활성화 ○ 환자 회송 활성화를 위한 수가 개선, 진료협력센터 인력 및 지원 강화 ○ 회송된 환자가 상급종합병원 진료 필요시, 우선 진료 받도록 근거 마련 ○ **('20.10.8.) 상급종합병원** '회송환자관리료'를 **'회송료'로 본사업 전환** ○ **('20.11.1.) 2단계 시범사업 추진**	2
-	-	**Ⅱ. 시범사업 내용**		**3**
3. 사업 내용	가. 의뢰를 담당하는 요양기관(이하 '1단계 시범기관')과 회송을 담당하는 요양기관(이하 '2단계 진료기관')간에 구축된 협력 진료체계를 활용하여 연속성 있는 의료서비스가 이루어질 수 있도록 내실있는 진료정보 제공과 함께 이루어진 의뢰회송에 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	1. 사업 내용	□ **의뢰를 담당하는 시범기관**(이하 '1단계 시범기관')과 **회송을 담당하는 시범기관** (이하 '2단계 시범기관') 간 구축된 **협력 진료체계를 활용**하여 연속성 있는 의료서비스가 이루어질 수 있도록 내실있는 진료정보 제공과 함께 이루어진 **진료 의뢰·회송에 대하여 건강보험 수가**를 적용한다. **<삭제>**	3

현 행		개 정		
구분	내용	구분	내용	쪽수
3. 사업 내용	전문의가 조언 및 자문을 실시하는 의료기관간 원격 협력진료에 대해 건강보험 수가를 적용한다. **<신설>**	1. 사업 내용	○ 다만, 상급종합병원 회송환자관리료(시범사업수가)가 '20.10.8.부터 가-5 회송료(정규수가)로 전환됨에 따라, 「국민건강보험법」 제42조제1항제1호 및 제4호(보건소와 보건지소는 제외)의 요양기관이 **상급종합병원에 의뢰하는 경우 협력기관이 아니어도 건강보험 수가를 적용**할 수 있다. 【그림1. 진료의뢰·회송 중계시스템 업무 흐름도】 	3
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 지역 범위: 별도의 지역 제한 없음.(이하 생략) <그림1. 의뢰·회송 협력진료 모형> 	2. 대상 및 기간 등	**가. 대상기관** **1) 의뢰를 담당하는 1단계 시범기관** - 2단계 시범기관과 협력관계에 있는 1단계 진료기관 - 상급종합병원에 의뢰하는 "「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제2조제2항의 1단계 요양급여"를 담당하는 요양기관 **2) 회송을 담당하는 2단계 시범기관** - 보건복지부 장관이 지정한 종합병원 이하 2단계 진료기관(종합병원·전문병원) ※ 협력기관의 지역 범위: 별도의 지역 제한 없음.(이하 생략) 【그림2. 의뢰·회송 협력진료 모형】 	4

현 행		개 정		
구분	**내용**	**구분**	**내용**	**쪽수**
4. 대상 및 기간	**나. 대상환자** 적절한 요양급여를 위하여 요양급여 의뢰 또는 회송을 실시하는 환자 **다. 시범사업 기간** (생략)	2. 대상 및 기간 등	**나. 대상환자** 적절한 요양급여를 위하여 요양급여 **의뢰 또는 회송을 필요로 하는 환자** **다. 시범사업 기간** (좌동)	5
5. 사업 운영	**가. 시범사업 관리운영조직 및 기능**  **나. 협의체 운영** (생략)	3. 사업 운영	**가. 시범사업 관리운영 조직 및 기능**  **나. 협의체 운영** (좌동)	5
Ⅱ. 시범사업 세부지침		**Ⅲ. 시범사업 세부지침**		**6**
1. 요양 급여 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	1. 요양 급여 기준	**가. 급여의 담당** **1) 급여의 담당** 보건복지부장관이 지정한 의뢰·회송 시범기관과 상급종합병원에 의뢰하는 1단계 진료기관이 담당한다. **2) 급여의 대상자** 국민건강보험법에 의한 가입자 또는 피부양자 중 ① 요양급여를 받고자 **시범기관에 내원(입원)한 환자 중** 의사의 판단에 따라 적절한 요양급여를 행하기 위해 **다른 요양기관으로 진료의뢰회송이 필요**한 자 ② 요양급여를 받고자 1**단계 진료기관에 내원한 환자 중** 의사의 판단에 따라 적절한 요양급여를 행하기 위해 **상급종합병원으로 의뢰가 필요**한 자 ※ 다만, 이를 위해 개인정보 제공에 동의한 자에 한한다.	6

현 행		개 정		
구분	내용	구분	내용	쪽수
1. 요양 급여 기준	**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 '비급여대상'(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. **<추가>**	1. 요양 급여 기준	**나. 급여의 범위 및 비용부담** **1) 요양급여의 범위** 요양급여의 적용 및 방법은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제1항에 의한 '요양급여의 적용기준 및 방법'[별표 1]에 따르며, 요양급여의 범위는 동 규칙 제9조제1항에 의한 '비급여대상'[별표 2]을 제외한 일체의 것으로 한다. **2) 요양급여의 부담** 본 지침 '3. 급여목록 및 상대가치 점수'에 분류된 항목에 한하여 건강보험 가입자 또는 피부양자는 ① **가. 진료의뢰료 Ⅰ**의 요양급여비용에 대하여 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항에 의한 '본인일부부담금의 부담률 및 부담액'[별표 2]과 「국민건강보험법 시행규칙」 제13조제1항에 의한 '외래진료 등의 요양급여비용 총액에 관한 조건 및 본인부담액'[별표 3]에서 정하는 바에 따라 **본인일부부담**하며, **100분의 30을 초과하지 아니한다.** 다만, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」등 본인부담 경감 대상 환자의 경우 경감된 본인일부부담금액을 적용한다 ② **그 외 항목은** 요양급여비용 **전액을 국민건강보험공단이 부담**한다.	6 7
2. 산정 지침	**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 산정	2. 수가 산정 지침	**가. 진료의뢰료 Ⅰ, Ⅱ, Ⅲ** **1) 진료의뢰료 Ⅰ은** 적절한 요양급여를 행하기 위해 1단계 진료기관이 2단계 진료기관으로 진료의뢰를 실시할 때 **'요양급여의뢰서'**를 **전자적 방식**으로 **제공**하면서, - 해당 사항을 건강보험심사평가원이 운영하는 '진료의뢰·회송중계시스템(이하 '중계시스템' 이라 한다.)'에 등록	7

현 행		개 정		
구분	내용	구분	내용	쪽수
2. 산정 지침	한다. (가) 의뢰기관은 요양급여를 의뢰하는 1단계 진료기관을 말하여, 다음의 절차에 따라 산정한다. ① 1단계 진료기관은 외래환자를 요양급여 의뢰시 환자에게 적절한 요양급여를 제공할 2단계 진료기관을 선정하여, 해당기관의 진료협력센터 또는 진료의뢰·회송 전담인력에게 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. <신설>	2. 수가 산정 지침	하고, 다음의 절차에 따라 의뢰하는 경우 산정한다. ① 요양급여를 의뢰하는 1단계 진료기관은 외래환자 의뢰시 환자에게 적절한 요양급여를 제공할 2단계 진료기관을 선정하여, 해당기관의 진료협력센터 또는 진료의뢰·회송 전담인력에게 의뢰 사실을 알려 환자가 적절한 2단계 요양급여를 받을 수 있도록 조치를 취한다. ② 이때 요양급여를 제공할 종합병원 이하 2단계 진료기관은 의뢰를 실시하는 1단계 진료기관과 협력진료 협약을 맺은 협력기관이어야 하나, 2단계 진료기관이 상급종합병원인 경우에는 1단계 진료기관과 협력진료 협약을 맺지 않아도 1단계 진료기관에서 진료의뢰를 할 수 있다. ③ 환자 기본정보 및 환자상태 등 **요양급여 의뢰의 기본사항은 '중계시스템'을 이용한 '요양급여의뢰서'** 또는 「의료법」 제21조의2 제3항에 따른 '**진료기록전송지원시스템'을 이용한 '진료의뢰서'를 통하여 전송**한다. ④ 의뢰에 따른 세부 진료소견, 그간 진료내역, 검사결과 등 진료·영상정보는 전자적 방식으로 제공이 원칙이나, 불가피한 경우 환자에게 직접 제공(비전자적 방식)할 수 있다. **2) 진료의뢰료 Ⅱ는** 진료의뢰료 Ⅰ을 산정할 때 의뢰환자의 **표준화된 진료정보 1종 이상**을 **전자적 방식**으로 **전송**하는 경우 추가 산정한다.	7 8

현 행		개 정		
구분	내용	구분	내용	쪽수
2. 산정 지침	**<신설>**	2. 수가 산정 지침	① '중계시스템'을 통하여 전송할 수 있는 표준화된 진료정보는 심평원장이 공고하는 「정보통신망을 이용한 심사관련 자료 제출에 대한 세부사항」(이하 "공고"라 한다.)에 따른 (별표 1) 표준서식을 말한다.	8
	<신설>		② '진료기록전송지원시스템'을 통하여 전송할 수 있는 표준화된 진료정보는 보건복지부장관이 고시하는 「진료정보교류 표준」에 따른 진료의뢰서·진료기록요약지 내 약물처방내역, 검체·병리·영상·기능검사결과, 수술내역 진료정보와 영상의학판독소견서를 말하며, 송·수신기관 모두 '진료기록전송지원시스템'을 이용(교류사업1) 하는 경우에만 진료의뢰료 Ⅱ를 추가 산정할 수 있다.	
	<신설>		**3) 진료의뢰료 Ⅱ는** 진료의뢰료 Ⅰ을 산정할 때 **영상정보와 영상검사결과지(또는 영상의학판독소견서)를 포함**한 의뢰환자의 **표준화된 진료정보 2종 이상**을 **전자적 방식**으로 **전송**하는 경우 추가 산정한다.	
	<신설>		① '중계시스템'을 통하여 전자적으로 전송할 수 있는 영상정보는 의료영상기기를 통해 DICOM*으로 획득한 정보이며, 표준화된 진료정보는 심평원장 공고에 따른 표준서식이다. * DICOM(Digital Imaging and Communication in Medicine): 의료용 디지털 영상 및 통신표준	9
	<신설>		② '진료기록전송지원시스템'을 통하여 전송할 수 있는 영상정보는 의료기관의 PACS에서 생성된 정보를 DICOM 형태로 획득한 정보이며, 표준화된 진료정보는 「진료정보교류 표준」서식 중 진료의뢰료 Ⅱ를 산정할 수 있는 진료정보와 영상의학판독소견서를 말한다.	

<table>
<tr><th colspan="2">현 행</th><th colspan="2">개 정</th><th></th></tr>
<tr><th>구분</th><th>내용</th><th>구분</th><th>내용</th><th>쪽수</th></tr>
<tr><td>2. 산정 지침</td><td><신설></td><td>2. 수가 산정 지침</td><td>- 진료의뢰료 Ⅲ를 추가 산정하기 위해서는 송·수신기관 모두 '진료기록전송지원시스템'을 이용(교류사업1)하여야 한다.</td><td rowspan="2">9</td></tr>
<tr><td></td><td><신설></td><td></td><td>4) 진료의뢰료 Ⅱ와 Ⅲ는 동시 산정하지 아니한다.</td></tr>
<tr><td></td><td><신설></td><td></td><td>5) 진료의뢰료 Ⅱ 또는 진료의뢰료 Ⅲ를 추가 산정하는 경우에는 의뢰환자의 표준화된 진료·영상정보를 진료 당일 '중계시스템' 내 의뢰서에 등록하여 수신기관으로 제공하여야 하나,
- 부득이하게 당일 등록하지 못한 경우에는 의뢰서 등록 익일부터 3일 이내에 '중계시스템'에 등록하고 수가를 산정한다.
- 진료·영상정보를 의뢰서 등록 익일부터 3일을 초과하여 등록하는 경우에는 수신기관에 정보제공은 가능하나 수가를 산정할 수 없다.</td><td>9</td></tr>
<tr><td></td><td><신설></td><td></td><td>나. 비수도권 동일 시·도내 가산
1) 서울, 경기, 인천을 제외한 비수도권 지역의 1단계 진료기관이 적절한 요양급여를 행하기 위해 동일 시·도내 2단계 진료기관(상급종합병원·종합병원·전문병원)으로 요양급여의뢰서를 전자적 방식으로 제공하면서,
- 해당 사항을 '중계시스템' 또는 '진료기록전송지원시스템'으로 전송하는 경우 진료의뢰료 Ⅰ에 추가 산정한다.</td><td rowspan="2">10</td></tr>
<tr><td></td><td><신설></td><td></td><td>2) 이때 동일 시도는 '17개 행정구역'으로 구분하며, 구분내역은 다음과 같다.
<table>
<tr><th>구분</th><th>행정구역</th><th>구분</th><th>행정구역</th></tr>
<tr><td>1</td><td>서울특별시</td><td>10</td><td>전라남도</td></tr>
<tr><td>2</td><td>강원도</td><td>11</td><td>광주광역시</td></tr>
<tr><td>3</td><td>경기도</td><td>12</td><td>경상북도</td></tr>
<tr><td>4</td><td>인천광역시</td><td>13</td><td>대구광역시</td></tr>
<tr><td>5</td><td>대전광역시</td><td>14</td><td>울산광역시</td></tr>
<tr><td>6</td><td>충청남도</td><td>15</td><td>경상남도</td></tr>
<tr><td>7</td><td>세종특별시</td><td>16</td><td>부산광역시</td></tr>
<tr><td>8</td><td>충청북도</td><td>17</td><td>제주시</td></tr>
<tr><td>9</td><td>전라북도</td><td>-</td><td>-</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

현 행		개 정		
구분	내용	구분	내용	쪽수
2. 산정 지침	**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. (가) 회송기관은 요양급여를 회송하는 2단계 진료기관을 말하며, 다음의 절차에 따라 회송한 경우 '회송환자관리료' 소정점수를 산정한다. ①~② (생략) 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. **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	2. 수가 산정 지침	**다. 회송료** **1) 회송료는** 적절한 요양급여를 행하기 위해 회송을 실시할 때 **'요양급여회송서' 등을 전자적 방식**으로 **제공**하면서 해당 사항을 '중계시스템'에 등록하는 경우 산정한다. **2) 회송기관은** 요양급여를 회송하는 **종합병원 이하 2단계 진료기관**을 말하며, 다음의 절차에 따라 회송한 경우 '회송료' 소정점수를 산정한다. ①~② (좌동) ③ 환자 기본정보 및 환자상태 등 **요양급여 회송의 기본사항은 '중계시스템'을 이용한 '요양급여회송서'** 또는 「의료법」 제21조의2 제3항에 따른 **'진료기록지원 전송시스템'을 이용한 '진료회송서'를 통하여 전송**한다. ④ 회송에 따른 세부 진료소견, 그간 진료내역, 검사결과 등 진료·영상정보는 필요에 따라 전자적 방식으로 제공이 원칙이나, 불가피한 경우에는 환자에게 직접 제공(비전자적 방식)할 수 있다. **라. 개인정보 동의 및 복사비용** 1) 의뢰료 및 회송료는 환자(또는 보호자)가 진료기록 등 **개인정보**를 1단계 또는 2단계 진료기관으로 **제공하는 것에 대하여 동의한 경우**에 **산정**할 수 있다. 2) 요양급여 의뢰·회송을 목적으로 발행한 진료기록부 등 **복사에 소요되는 비용**은 의뢰료 및 회송료 **소정점수에 포함**되어 있으므로 별도 산정하지 아니한다. - 다만, 회송시 환자 필요에 따라 영상정보를 저장한 CD, DVD 등을 별도로 생성하여 제공한 경우 소요비용은	10 11

<table>
<tr><th colspan="2">현 행</th><th colspan="3">개 정</th></tr>
<tr><th>구분</th><th>내용</th><th>구분</th><th>내용</th><th>쪽수</th></tr>
<tr><td>2. 산정 지침</td><td>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) ~ (3) (생략)
사. 의뢰·회송 정보는 진료 당일 중계시스템에 등록하여 수신기관으로 제공하여야 하며, 부득이하게 당일 등록하지 못한 경우에는 진료일 이후 3일 이내(공휴일인 경우 익일 적용)에 중계시스템에 등록 후 수가를 산정한다.
진료일 이후 의뢰·회송 정보를 등록하는 경우, 중계시스템에서 의뢰회송번호 중 일자를 수정해야 한다.</td><td>2. 수가 산정 지침</td><td>실비로 환자가 부담하도록 할 수 있다.

3) 의뢰료 및 회송료는 공휴·야간 등 각종 가산을 적용하지 아니한다.

<삭제>

마. 진료의뢰·회송 정보 등록
환자의 진료의뢰·회송 정보는 의뢰·회송서 발급 당일(진료일) 기준으로 '중계시스템'에 등록하여 수신기관에 제공하는 것이 원칙이나,
- 다음과 같이 부득이하게 당일 등록하지 못한 경우에는 '요양급여의뢰·회송서'는 진료일 익일부터 3일 이내(공휴일은 산입 제외), 각종 진료·영상정보는 의뢰서 등록 후 3일 이내(공휴일 포함) 중계시스템에 등록 가능하다.
- 다 음 -
1) 의뢰·회송이 야간·공휴일에 발생되었으나, 처리 인력 부재로 당일 처리되지 못한 경우
2) 진료일에 의뢰·회송 필요성이 있다고 판단하였으나, 검사결과 확인 등 의학적 사유로 진료일(의뢰·회송 결정일) 이후 진료·영상정보 제공이 필요한 경우
※ 진료일 이후 의뢰회송 정보를 등록하는 경우에는 '중계시스템'에서 진료의뢰회송번호 중 일자(진료일)를 수정하여야 한다.</td><td>11

12</td></tr>
<tr><td>3. 급여 목록 및 상대 가치 점수</td><td><table>
<tr><th>분류번호</th><th>코드</th><th>분류</th><th>점수</th></tr>
<tr><td>의뢰회송</td><td></td><td>의뢰환자관리료</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>IA211</td><td>가. 의원, 보건의료원 내 의과</td><td>173.68</td></tr>
<tr><td></td><td>IA212</td><td>나. 병원, 요양병원·한방병원·치과병원 내 의과</td><td>190.58</td></tr>
<tr><td></td><td>IA213</td><td>다. 종합병원</td><td>214.05</td></tr>
<tr><td></td><td>IA214</td><td>라. 치과의원, 보건의료원 내 치과</td><td>148.85</td></tr>
<tr><td></td><td>IA215</td><td>마. 치과병원, 병원·요양병원·한방병원 내 치과</td><td>161.48</td></tr>
<tr><td></td><td>IA216</td><td>바. 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원</td><td>278.27</td></tr>
<tr><td></td><td>IA217</td><td>사. 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원</td><td>308.78</td></tr>
<tr><td></td><td>90218</td><td>아. 한의원, 국립병원내의 한방진료부, 상급종합병원·종합병원·병원·요양병원·치과병원·보건의료원 내 한의과</td><td>134.37</td></tr>
<tr><td></td><td>90219</td><td>자. 한방병원</td><td>146.45</td></tr>
</table></td><td>3. 급여 목록 및 상대 가치 점수</td><td><table>
<tr><th>분류번호</th><th>코드</th><th>분류</th><th>점수</th></tr>
<tr><td>의뢰회송</td><td></td><td>의뢰료</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>주: 1. 의뢰기관에서 환자의 진료의뢰서를 작성하고 의뢰·회송 중계시스템을 통하여 상급종합병원 등에 환자를 의뢰한 경우 산정한다.</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>IA100 (90100)</td><td>2. 비수도권에서 동일 시·도내 기관에 의뢰한 경우 35.76점을 별도 산정한다.</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>3. 「나」와 「다」는 중복하여 산정하지 아니한다.</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>가. 진료의뢰료 I</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>IA101</td><td>(1) 의원, 보건의료원 내 의과</td><td>117.37</td></tr>
<tr><td></td><td>IA102</td><td>(2) 병원, 요양병원·한방병원·치과병원 내 의과</td><td>132.15</td></tr>
<tr><td></td><td>IA103</td><td>(3) 종합병원</td><td>132.15</td></tr>
</table></td><td>13</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="2">현 행</th><th colspan="2">개 정</th><th></th></tr>
<tr><th>구분</th><th>내용</th><th>구분</th><th>내용</th><th>쪽수</th></tr>
<tr><td>2. 산정 지침</td><td>
<table>
<tr><th>분류번호</th><th>코드</th><th>분류</th><th>점수</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>회송환자관리료</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>IA220</td><td>가. 상급종합병원-입원</td><td>793.24</td></tr>
<tr><td></td><td>IA230</td><td>나. 상급종합병원-외래</td><td>594.93</td></tr>
<tr><td></td><td>IA221</td><td>다. 종합병원-입원</td><td>699.36</td></tr>
<tr><td></td><td>IA231</td><td>라. 종합병원-외래</td><td>524.52</td></tr>
<tr><td></td><td>IA222</td><td>마. 전문병원(종합병원 제외)-입원</td><td>605.48</td></tr>
<tr><td></td><td>IA232</td><td>바. 전문병원(종합병원 제외)-외래</td><td>454.11</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>의료기관간 원격협력진료료[회송 후]</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>가. 의뢰기관</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>IA311</td><td>(1) 의원, 보건의료원 내 의과</td><td>155.57</td></tr>
<tr><td></td><td>IA312</td><td>(2) 병원, 한방병원·치과병원 내 의과</td><td>155.57</td></tr>
<tr><td></td><td>IA313</td><td>(3) 종합병원</td><td>155.57</td></tr>
<tr><td></td><td>IA314</td><td>(4) 치과의원, 보건의료원 내 치과</td><td>152.11</td></tr>
<tr><td></td><td>IA315</td><td>(5) 치과병원, 병원·한방병원 내 치과</td><td>152.11</td></tr>
<tr><td></td><td>IA316</td><td>(6) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원</td><td>202.24</td></tr>
<tr><td></td><td>IA317</td><td>(7) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원</td><td>202.24</td></tr>
<tr><td></td><td>90318</td><td>(8) 한의원, 국립병원내의 한방진료부, 종합병원·병원·치과병원·보건의료원 내 한의과</td><td>152.06</td></tr>
<tr><td></td><td>90319</td><td>(9) 한방병원</td><td>160.79</td></tr>
<tr><td></td><td>IA320</td><td>나. 자문기관</td><td>233.36</td></tr>
</table>
</td><td></td><td>
<table>
<tr><th>분류번호</th><th>코드</th><th>분류</th><th>점수</th></tr>
<tr><td></td><td>IA104</td><td>(4) 치과의원, 보건의료원 내 치과</td><td>115.22</td></tr>
<tr><td></td><td>IA105</td><td>(5) 치과병원, 병원·요양병원·한방병원 내 치과</td><td>115.22</td></tr>
<tr><td></td><td>IA106</td><td>(6) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원</td><td>115.22</td></tr>
<tr><td></td><td>IA107</td><td>(7) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원</td><td>115.22</td></tr>
<tr><td></td><td>90108</td><td>(8) 한의원, 국립병원내의 한방진료부, 상급종합병원·종합병원·병원·요양병원·치과병원·보건의료원 내 한의과</td><td>115.35</td></tr>
<tr><td></td><td>90109</td><td>(9) 한방병원</td><td>115.35</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>나. 진료의뢰료 Ⅱ</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>IA110
(90110)</td><td>주: 의뢰기관에서 의뢰환자의 진료정보를 표준화된 전자적 방식으로 전송하는 경우 50.80점을 별도 산정한다.</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>다. 진료의뢰료 Ⅲ</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>IA120
(90120)</td><td>주: 의뢰기관에서 의뢰환자의 진료정보와 영상정보를 표준화된 전자적 방식으로 전송하는 경우 99.83점을 별도 산정한다.</td><td></td></tr>
<tr><td>의뢰회송</td><td></td><td>회송료</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>가. 종합병원</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>IA221</td><td>(1) 입원</td><td>699.36</td></tr>
<tr><td></td><td>IA231</td><td>(2) 외래</td><td>524.52</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>나. 전문병원(종합병원 제외)</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>IA222</td><td>(1) 입원</td><td>605.48</td></tr>
<tr><td></td><td>IA232</td><td>(2) 외래</td><td>454.11</td></tr>
</table>
</td><td>13

14</td></tr>
<tr><td colspan="2">4. 요양급여비용 청구방법</td><td colspan="2">Ⅳ. 요양급여비용 청구방법</td><td>15</td></tr>
<tr><td>4. 요양 급여 비용 청구 방법</td><td>가. 청구원칙
(1) [요양급여비용 청구 및 자료제출 매체] (생략)
(2) [명세서의 구분 및 작성 방법] 본 지침에서 정한 급여 목록에 해당하는 요양급여 비용은 다른 요양급여내역과 분리하여 요양급여비용명세서를 작성한다.
<신설>

(3) [특정내역 기재] ‘다. 특정내역 구분코드 작성요령’에 따라 해당 구분코드 및 내역을 ‘특정내역란’에 기재한다.
<신설></td><td>1. 요양 급여 비용 청구 방법</td><td><삭제>
가. [요양급여비용 청구 및 자료제출 매체] (좌동)
나. [심사청구서] 본 지침에서 정한 급여 목록의 시범사업내역은 비시범사업 내역과 심사청구서 구분 없이 하나의 심사청구서로 작성한다.

다. [명세서 작성방법] 동일 수진자에 대해 시범사업내역(진료의뢰회송 시범사업)과 비시범사업내역(다른 진료내역)은 분리하여 요양급여비용 명세서에 연이어 작성한다.
라. [특정내역 기재] 시범사업 급여목록 중 의뢰료와 회송료는 각각 아래의 특정기호를 기재하여 청구한다.

1) 의뢰료는 시범사업 명세서의 명일련 단위 특정내역 구분코드(MT002)란에 “S029(진료의뢰회송 2단계 시범사업-의뢰료)”를 기재하여 청구한다.
- 단, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 및 「국민건강보험법 시행령」</td><td>15</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="2">현 행</th><th colspan="3">개 정</th></tr>
<tr><th>구분</th><th>내용</th><th>구분</th><th>내용</th><th>쪽수</th></tr>
<tr><td>4. 요양급여비용청구방법</td><td><신설></td><td>1. 요양급여비용청구방법</td><td>[별표 2]에 따른 본인부담경감 대상자가 진료의뢰료 I을 산정하는 경우에는 시범사업 명세서의 명일련단위 특정내역 구분코드(MT002)란에 다른 경감대상 특정기호와 "S029"를 동시 기재하되, 낮은 본인부담률 특정기호 순으로 기재한다.
2) 회송료는 시범사업 명세서의 명일련단위 특정내역 구분코드(MT002)란에 "S002(협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업)"를 기재하여 청구한다.</td><td>15</td></tr>
<tr><td colspan="2">나. 명세서 작성요령</td><td colspan="2">2. 명세서 작성요령</td><td>16</td></tr>
<tr><td>4. 요양급여비용청구방법</td><td><신설>

<신설>

<신설>

<table>
<tr><th>항목</th><th>세부작성요령</th></tr>
<tr><td>1) 의뢰환자관리료</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>14,480</td><td>1</td><td>1</td><td>14,480</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/1234567819070100001</td></tr>
</table>
주) MX999 : 의뢰번호를 표시하는 특정내역 구분코드</td></tr>
</table></td>
<td>2. 명세서 작성요령</td>
<td>가. 일반내역
<table>
<tr><th colspan="3" rowspan="2">구분</th><th colspan="2">세부작성요령</th></tr>
<tr><th>요양급여일수</th><th>입원일수, 총 내원일수</th></tr>
<tr><td rowspan="4">구분</td><td rowspan="2">S002</td><td>입원</td><td>0</td><td>0</td></tr>
<tr><td>외래</td><td>1</td><td>1</td></tr>
<tr><td>S029</td><td>외래</td><td>0</td><td>0</td></tr>
<tr><td colspan="4">※ 다만, 동일 날 시범사업내역과 비시범사업내역을 모두 실시하는 경우에는 반드시 분리청구 하여야 한다.</td></tr>
</table>
나. 상병내역
<table>
<tr><th>항목</th><th>세부작성요령</th></tr>
<tr><td>면허종류
면허번호</td><td>□ 명세서 상병내역에는 시행의사의 면허종류, 면허번호를 기재한다.</td></tr>
<tr><td>내원일자,
당월 요양개시일</td><td>□ 외래 요양급여비용 명세서의 경우 진료일자를 기재한다.
□ 입원 요양급여비용 명세서의 경우 분리청구 시 해당 요양급여비용명세서의 회송 실시일자를 기재한다.</td></tr>
</table>
다. 진료내역 및 특정내역
1) (진료내역) 의뢰료 및 회송료는 "01항 03목 응급 및 회송료 등"란에 기재한다.
2) (특정내역) 본 시범사업 명세서 구분자는 명일련단위 특정내역 구분코드 MT002란에 "S002(회송료)" 또는 "S029(의뢰료)"를 기재하고, 진료의뢰회송번호는 MT066란에 기재한다.
라. 세부작성요령
<table>
<tr><th>항목</th><th>세부작성요령</th></tr>
<tr><td>의뢰료</td><td>□ "1항 03목 응급 및 회송료 등"란에 기재한다.
(예시1) 2020년 11월 23일 A의원(요양기호 12345678) 외래진료 후 협력기관인 2단계 시범기관 B종합병원으로 진료의뢰 한 경우
(A의원에서 부여한 의뢰일련번호가 1번인 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>IA101</td><td>10,070</td><td>1</td><td>1</td><td>10,070</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">S029</td></tr>
<tr><td colspan="2">1</td><td></td><td colspan="3">MT066</td><td colspan="2">1234567820112300001</td></tr>
</table>
<table>
<tr><th>요양급여비용총액1</th><th>본인부담금주1)</th><th>청구액주2)</th></tr>
<tr><td>10,070원</td><td>3,000원</td><td>7,070원</td></tr>
</table>
주1. 10,070원(요양급여비용총액1) X 30%(본인부담률) = 3,000원(100원미만 절사)
2. 10,070원(요양급여비용총액1) - 3,000원 = 7,070원</td></tr>
</table></td>
<td>16

17</td></tr>
</table>

현 행

구분	내용
4. 요양급여비용 청구방법	항목 / 세부작성요령 2)회송환자 관리료 □ "1항 03목 응급 및 회송료 등"란에 기재한다. (예시) 상급종합병원(요양기호 23456789)에서 외래진료 후 환자 상태가 호전되어 의원으로 회송할 경우

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	1	IA230	44,560	1	1	44,560
특정내역기재란							
발생단위구분	줄번호	특정내역구분		특정내역			
1		MT002		S002			
1		MX999		B/23456789190701000001			

주) MX999 : 회송번호를 표시하는 특정내역 구분코드

□ 입원환자 회송시

구분	특정내역 (MT002)	입(내원) 일수	요양급여일수	진료개시일
2단계 진료기관에 입원 중인 환자를 회송하면서 회송 환자관리료를 산정하여 별도의 명세서를 작성하는 경우(다른 요양급여내역과 분리하여 입원명세서로 작성)	S002	0	0	회송을 실시한 날

3)의료기관간 원격협력 진료료 [회송 측]

□ "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)

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	면허종류	면허번호
01	03	1	IA311	12,970	1	1	12,970	1	12345
특정내역기재란									
발생단위구분	줄번호	특정내역구분		특정내역					
1		MT002		S002					
2	0001	JX999		B/12345678/0900/0905/02					

주) JX999 : '의료기관간 원격협력진료 관련 시간, 시유 등'을 표시하는 특정내역 구분코드

항목 / 세부작성요령

▶ 자문기관 (요양기호 12345678인 경우)

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	면허종류	면허번호
01	03	1	IA320	17,480	1	1	17,480	1	23456
특정내역기재란									
발생단위구분	줄번호	특정내역구분		특정내역					
1		MT002		S002					
2	0001	JX999		B/23456789/0900/0905/02					

주) JX999 : '의료기관간 원격협력진료 관련 시간, 시유 등'을 표시하는 특정내역 구분코드

다. 특정내역 구분코드 작성요령

(1) 명일련단위 작성 특정내역 항목

항목	세부작성요령
1) 의뢰환자 관리료	□ "1항 03목 응급 및 회송료 등"란에 기재한다. (예시) 의원(요양기호 12345678) 외래에서 전문검사 입원치료가 필요하여 상급종합병원 내과로 요양급여 의뢰할 경우

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	1	IA211	14,480	1	1	14,480
특정내역기재란							
발생단위구분	줄번호	특정내역구분		특정내역			
1		MT002		S002			
1		MX999		B/12345678190701000001			

주) MX999 : 의뢰번호를 표시하는 특정내역 구분코드

개 정

구분	내용	쪽수
2. 명세서 작성요령	(예시2) 중증질환산정특례대상(V193) 환자가 2020년 11월 26일 A의원(요양기호 12345678) 외래에서 산정특례질환 진료 및 B상급종합병원 외과에 입원치료가 필요하여 진료의뢰 한 경우 (A의원에서 부여한 의뢰일련번호가 8번인 경우)	17

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	1	IA101	10,070	1	1	10,070
특정내역기재란							
발생단위구분	줄번호	특정내역구분		특정내역			
1		MT002		V193			
1		MT002		S029			
1		MT066		12345678201126000008			

요양급여비용총액1	본인부담금*1)	청구액*2)
10,070원	500원	9,570원

주1. 10,070원(요양급여비용총액1) × 5%(본인부담률) = 500원(100원미만 절사)
2. 10,070원(요양급여비용총액1) − 500원 = 9,570원

항목	세부작성요령
	(예시3) 65세 이상인 C환자가 2020년 11월 30일 A의원(요양기호 12345678) 외래에서 진료 후 C환자의 진료·영상정보를 첨부하여, B상급종합병원으로 진료의뢰 및 '진료의뢰료 Ⅰ, Ⅲ'를 산정한 경우 (A의원에서 부여한 의뢰일련번호가 7번인 경우)

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	1	IA101	10,070	1	1	10,070
01	03	1	IA120	8,430	1	1	8,430
특정내역기재란							
발생단위구분	줄번호	특정내역구분		특정내역			
1		MT002		S029			
1		MT066		12345678201136000007			

요양급여비용총액1*1)	본인부담금*2)	청구액*3)
18,500원	1,500원	17,000원

주1. 진료의뢰료 Ⅰ(10,070원) + 진료의뢰료 Ⅲ(8,430원) = 18,500원
2. {진료의뢰료 Ⅰ(10,070원) × 구간별 본인부담률} + {진료의뢰료 Ⅲ(8,430원) X 0%} = 1,500원(100원미만 절사)
3. 18,500원(요양급여비용총액1) − 1,500원 = 17,000원

18

항목	세부작성요령
회송료	□ "1항 03목 응급 및 회송료 등"란에 기재한다. (예시) 2020년 11월 24일 A종합병원(요양기호 23456789) 외래진료 후 환자 상태가 호전되어 B의원으로 회송한 경우 (B종합병원에서 부여한 의뢰일련번호가 1번인 경우)

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	1	IA231	39,970	1	1	39,970
특정내역기재란							
발생단위구분	줄번호	특정내역구분		특정내역			
1		MT002		S002			
1		MT066		23456789201124000001			

요양급여비용총액1	본인부담금*1)	청구액*2)
39,970원	0원	39,970원

주1. 39,970원(요양급여비용총액1) X 0%(본인부담률 면제) = 0원
2. 39,970원(요양급여비용총액1) − 0원 = 39,970원

항목	세부작성요령
	□ 입원환자 회송시

구분	특정내역 (MT002)	입(내원) 일수	요양급여 일수	진료개시일
종합병원 이하 2단계 진료기관에 입원 중인 환자를 1단계 진료기관으로 회송 후 '회송료' 산정을 위해 별도의 명세서를 작성하는 경우 (다른 요양급여내역과 분리하여 입원명세서로 작성)	S002	0	0	회송을 실시한 날

마. 특정내역 구분코드 작성요령

구분코드	특정내역	작성요령 및 기재형식
MT002	특정기호 (*)	◆ 의뢰료 청구시 "S029"를 기재 ◆ 회송료 청구시 "S002"를 기재 ◆ 기재형식 : X(4) ◆ (예시1) 의뢰료를 청구할 경우 MT002 S029 (예시2) 회송료를 청구할 경우 MT002 S002
MT066	진료의뢰 회송번호 (*)	◆ 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)

19

<table>
<tr><th colspan="2">현 행</th><th colspan="2">개 정</th><th></th></tr>
<tr><th>구분</th><th>내용</th><th>구분</th><th>내용</th><th>쪽수</th></tr>
<tr>
<td>4. 요양 급여 비용 청구 방법</td>
<td>
<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/1234567819070100001</td></tr>
</table>
주1) 명세서단위 특정내역 발생 '1' 기재
2) 구분자 대문자 B를 기재하고 반드시 첫 칸부터 붙여서 기재
◆ (예시) 의뢰번호 12345678190701000001인 환자를 의뢰한 경우
▶ 의뢰를 실시한 기관
MX999 B/12345678190701000001
</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>IX999</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>
◆ 협력진료시간은 시작시간/종료시간</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>구분 코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>◆ 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>IX999</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 요양급여 비용을 청구하였으나, 심사평가원에서 심사불능 처리된 건에 대하여는 해당사유를 보완하여 보완청구 한다.

(2) 시범기관이 요양급여비용을 지급 받은 명세서 중 진료내역 일부가 당초 청구시 누락된 경우에는 누락된 진료내역만을 추가 청구한다.
</td>
<td>2. 명세서 작성 요령</td>
<td>
<table>
<tr><th>구분코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>◆ 기재형식 : 9(19)
<table>
<tr><th>발생단위 구분</th><th>줄번호</th><th>특정내역 구분</th><th>특정내역</th></tr>
<tr><td>주1) 1</td><td></td><td>MT066</td><td>주2) 1/2/3/4/5/6/7/8/../..</td></tr>
</table>
주1) 명세서 단위 특정내역 발생 '1' 기재
2) 반드시 첫 칸부터 붙여서 기재
◆ (예시) 의뢰번호 12345678201201000001인 환자를 의뢰한 경우
▶ 의뢰를 실시한 기관
MT066 12345678201201000001</td></tr>
</table>

마. 보완청구 및 추가청구

1) 보완청구

시범기관이 요양급여비용을 청구하였으나, 심사평가원에서 **심사불능 처리된 건**에 대하여는 해당 **사유를 보완**하여 청구한다.

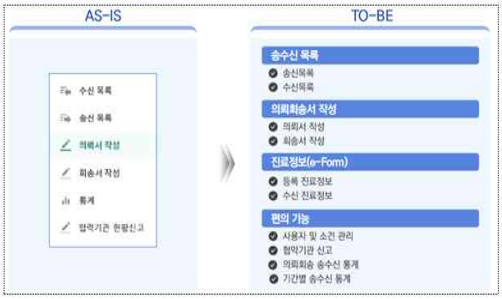
2) 추가청구

시범기관이 요양급여비용을 지급 받은 명세서 중 **진료내역 일부가 당초 청구시 누락**된 경우에는 **누락된 진료내역만을 추가 청구**한다.

3) 보완·추가청구 시 기재하는 구분코드 및 청구방법은 「요양급여비용청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따른다.
</td>
<td>20</td>
</tr>
</table>

현 행		개 정		
구분	내용	구분	내용	쪽수
Ⅴ. 시범사업 현황신고		**Ⅴ. 시범사업 현황신고**		**21**
1. 최초 현황 신고	(생략)	1. 최초 현황 신고	(좌동)	21
2. 변경 현황 신고	(생략) **< 그림추가 >**	2. 변경 현황 신고	(좌동) 【그림3. 협력기관 변경 현황신고】 제출경로: 심사평가정보 제출시스템(https://ef.hira.or.kr) > 진료의뢰·회송 > 편의기능 – 협력기관 현황 신고(신청서 다운로드 → 엑셀올리기 → 저장) 	21
Ⅲ. 시범기관 준수사항		**Ⅵ. 시범기관 준수사항**		**22**
1. 요양급여 안내	가. 시범기관은 요양급여 의뢰·회송 또는 의료기관간 원격협진이 필요한 대상자에게 시범사업의 내용 및 급여에 대하여 적절한 안내를 하여야 한다. 나. (생략)	1. 요양급여 안내	가. 시범기관은 요양급여 의뢰·회송이 필요한 대상자에게 **시범사업의 내용 및 급여**에 대하여 **적절한 안내**를 하여야 한다. 나. (좌동)	22
2. 개인정보 제공 동의서 징구	가. 의뢰·회송을 실시하는 1·2단계 진료기관은 요양급여 의뢰서 또는 회송서 등을 전자적으로 제공하는 것에 대해 환자에게 설명하고 개인정보제공에 대한 동의서를 작성 받아 보관하여야 한다. 나. (생략)	2. 개인정보 제공 동의서 징구	가. 의뢰·회송을 실시하는 1·2단계 진료기관은 요양급여의뢰서 또는 요양급여회송서 등을 전자적으로 제공하는 것에 대하여 **환자에게 설명**하고 개인정보제공에 대한 **동의서를 작성 받아 보관**하여야 한다. 나. (좌동)	22
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.	3. 원활한 협력관계 유지 및 관리	가. 1단계 진료기관에서 협약을 맺은 2단계 시범기관으로 진료 의뢰한 경우 2단계 시범기관은 의뢰결과에 대해 1단계 진료기관으로 회신하여야 한다.	22

현 행		개 정		
구분	**내용**	**구분**	**내용**	**쪽수**
3. 원활한 협력 관계 유지 및 관리	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.	3. 원활한 협력 관계 유지 및 관리	나. 협력기관은 2단계 시범기관의 진료협력센터를 중심으로 의뢰·회송을 위한 긴밀한 협력체계를 유지하여야 한다. 다. 2단계 시범기관은 협약을 맺은 1단계 진료기관이 시범기관임을 인지하고 적극적으로 시범사업에 참여할 수 있도록 성실하게 협력체계를 운영하여야 한다.	23
Ⅳ. 시범사업 평가		**Ⅶ. 시범사업 평가**		**24**
1. 평가 주체	(생략)	1. 평가 주체	(좌동)	24
2. 평가 내용	(생략)	2. 평가 내용	(좌동)	24
3. 평가 방법	(생략)	3. 평가 방법	(좌동)	24
4. 평가 관련 자료 제출	(생략)	4. 평가 관련 자료 제출	(좌동)	25
Ⅵ. 진료의뢰회송 중계시스템 사용 방법		**Ⅷ. 진료의뢰·회송 중계시스템**		**26**
<신설>	<신설>	1. 진료의뢰회송 중계 시스템 개요	■ '중계시스템'이란? - 진료의뢰·회송을 위해 필요한 정보를 요양기관 간 송·수신할 수 있는 시스템을 말한다. ■ 시스템 간편 이용방법 - 심사평가정보 제출시스템(https://ef.hira.or.kr) 접속 → 요양기관 공인인증서 로그인 → '진료의뢰·회송 중계시스템' 클릭 → (선택) 편의 기능 - 사용자 및 소견관리 → '진료의뢰·회송' 메뉴 중 선택 **가. 심사평가정보 제출시스템(https://ef.hira.or.kr) 접속 및 로그인** 【그림4. 심사평가정보 제출시스템 - 진료의뢰·회송 중계시스템】 	26

현 행		개 정		
구분	내용	구분	내용	쪽수
<신설>	<신설> <신설>		**나. 사용자 및 소견관리** - (사용자관리) 의뢰·회송서 주요 사용자의 이름, 면허번호, 진료과목 등을 등록하여 해당 사용자가 의뢰·회송서 작성 및 접수시 생성된 사용자 선택이 가능하다. - (소견관리) 자주 쓰는 진료소견 정보 등을 저장·관리하여 의뢰·회송서 작성시 저장된 진료소견 선택이 가능하다. 【그림5. 사용자 및 소견관리 화면】 **다. '진료의뢰회송 중계시스템' 메뉴** 【그림6. 진료의뢰·회송 중계시스템 주요 메뉴 화면】  	27
1. 요양급여 의뢰서 또는 요양급여 회송서 작성방법	가. 「진료의뢰회송중계포털(https://di.hira.or.kr)」 접속 → 공인인증서 로그인 → 사용자 생성 및 선택 → 의뢰서 작성 또는 회송서 작성을 선택한다. <그림 2. 진료의뢰회송중계포털 접속> 	2. 요양급여 의뢰서 또는 회송서 등 작성방법	**가. 「심사평가정보 제출시스템(https:// ef.hira.or.kr) 접속** → 공인인증서 로그인 → '진료의뢰·회송' 선택 → '의뢰서 작성' 또는 '회송서 작성'을 선택한다. <삭제>	28

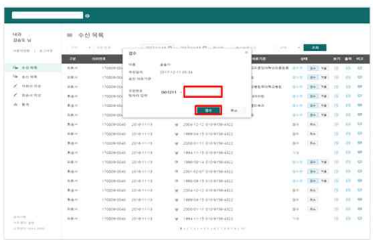
현 행		개 정		
구분	내용	구분	내용	쪽수
1. 요양급여의뢰서 또는 요양급여회송서 작성방법	나. 기본정보, 상병명, 진료과목, 의뢰·회송사유 등을 입력한다. 입력방법은 직접 작성과 요양기관의 진료정보시스템과 연동 가능한 AGENT프로그램 활용(공지사항 개발자 가이드 참조) 또는 진료비청구포털 SAM파일 활용(별첨1 전자문서 작성요령 참조) 중 선택할 수 있다.	2. 요양급여의뢰서 또는 회송서 등 작성방법	**나. 입력방법은 '중계시스템' 직접 작성·제출방식**과 요양기관의 진료정보시스템과 연동 가능한 **AGENT 프로그램 활용방식*** 중 선택할 수 있다. * AGENT 프로그램 활용: 공지사항 개발자 가이드 참조	28
	다. 환자상태 및 진료소견은 입력하거나 별도로 작성한 요양급여의뢰서를 첨부하여 대체할 수 있다.		**다. 요양급여의뢰·회송서 A. 기본정보** 중 **'의뢰회송번호'**는 '요양기관기호(자동생성) + 연월일(자동생성) + 일련번호(수기입력)'로 구성되며, 일련번호는 요양기관이 요양급여의뢰·회송서 발급 연·월·일에발생하는 번호로 요양기관이 자체적으로 생성하여 입력한다.	
	라. 첨부자료를 비전자적으로 제공한 경우 제공한 항목에 대해서만 표시한다.		**라. 요양급여의뢰서 B. 의뢰 기본정보** 중 **'의뢰 기관유형'**의 '회송환자 재의뢰(패스트 트랙)'는 1단계 진료기관에 회송된 환자가 상태 악화 등으로 다시 2단계 진료기관에 재의뢰시 빠른 진료연계로 안심하고 1단계 진료기관에서 진료 받을 수 있도록 진료협력센터(또는 진료의뢰·회송 전담인력) 자체 예약운영시스템을 말한다.	
	마. 기타 전달사항란은 의료기관 간 전달할 사항이 있는 경우 그 사항을 기재한다.		**마. 요양급여회송서 B. 회송 기본정보** 중 **'회송 기관유형'**의 '되의뢰(의뢰했던 기관으로 회송)'는 2단계 진료기관이 환자를 의뢰했던 1단계 진료기관으로 회송하여 환자에게 연속적 진료를 제공하는 것을 말한다.	
	<신설>		**바. 요양급여의뢰·회송서 C. 환자상태 및 진료소견** 중 '상병분류기호', '상병명', '진료과', '진료형태구분', '진료기간', '환자상태 및 진료소견', '주의 의약품 여부', '감염병 여부', '회신요청 여부'는	

현 행		개 정		
구분	내용	구분	내용	쪽수
1. 요양급여의뢰서 또는 요양급여회송서 작성방법	<신설>	2. 요양급여의뢰서 또는 회송서 등 작성방법	필수 입력 값으로 반드시 입력하여 수신기관에 전송하도록 한다. **사. 요양급여의뢰·회송서 D. 진료정보**에는 '퇴원요약지,' '외래초진/경과기록지', '검사결과지', '기타'가 있으며, '중계시스템'에 첨부파일을 직접 등록하는 방식과 AGENT 프로그램을 이용한 심사평가자료 제출시스템(e-Form)으로 등록하는 방식 중 선택하여 수신기관에 제공하고자 하는 진료정보를 전송할 수 있다. - 단, 진료정보 교류시 인정되는 '진료의뢰료 II'는 전자적 방식으로 표준화된 진료정보(e-Form) 제공시 인정되므로, 첨부파일에 직접 등록되는 정보는 '진료의뢰료 II'가 인정되지 아니한다.	29
	<신설>		**아. 요양급여의뢰·회송서 E. 영상정보**에는 의료영상정보 파일을 첨부할 수 있으며, MRI 등 영상의 파일종류를 선택하여 첨부한다.	
	<신설>		**자. 요양급여의뢰·회송서 F. 예약관련 정보**에는 의뢰·회송시 예약 희망 일시 및 요청사항을 입력한다.	
	<신설>		**차. 요양급여의뢰·회송서** 기본사항이 모두 작성된 경우 **"전송" 버튼**을 누르면 **전송·등록이 완료**된다. - 의뢰회송서 작성 중 "임시저장" 기능을 활용할 수 있으며, 송신목록에서 임시저장한 요양급여의뢰·회송서 확인이 가능하다. - 임시 저장한 요양급여의뢰·회송서는 "전송" 버튼을 눌러야 수신기관으로 전송 완료되며, 전송이 완료되어도 수신기관 접수 전인 경우 수정 및 진료·영상정보 첨부가 가능하다.	

현 행		개 정		
구분	내용	구분	내용	쪽수
1. 요양급여 의뢰서 또는 요양급여 회송서 작성방법	<그림 3. 의뢰서 화면> **<신설>**	2. 요양급여 의뢰서 또는 회송서 등 작성방법	【그림7. 요양급여의뢰서 화면】 【그림7-1. 요양급여의뢰서 작성예시】 	30 31

현 행		개 정		
구분	내용	구분	내용	쪽수
1. 요양급여 의뢰서 또는 요양급여 회송서 작성방법	**<신설>** <그림 4. 회송서 화면> **<신설>**	2. 요양급여 의뢰서 또는 회송서 등 작성방법	 【그림8. 요양급여회송서 화면】 【그림8-1. 요양급여회송서 작성예시】 	32 33 34

<table>
<tr><th colspan="2">현 행</th><th colspan="2">개 정</th><th></th></tr>
<tr><th>구분</th><th>내용</th><th>구분</th><th>내용</th><th>쪽수</th></tr>
<tr><td>1. 요양급여 의뢰서 또는 요양급여 회송서 작성방법</td><td><신설></td><td>2. 요양급여 의뢰서 또는 회송서 등 작성방법</td><td>
</td><td>34</td></tr>
<tr><td>2. 요양급여 의뢰서 또는 요양급여 회송서 확인방법</td><td>가. 「진료의뢰회송중계포탈(di.hira.or.kr)」접속 → 공인인증서 로그인→ 사용자 생성 및 선택 → 수신 목록 또는 송신 목록을 선택한다

나. 의뢰·회송서 확인 방법
수신목록에서 해당 의뢰·회송서를 클릭 → 의뢰서 또는 회송서를 확인한다. (회송서의 경우 주민번호 뒷자리 입력 후 접수번호 클릭)
<그림 5. 수신 목록 화면>
  </td><td>3. 요양급여 의뢰서 또는 회송서 등 확인방법</td><td>가. 「심사평가정보 제출시스템(https://ef.hira.or.kr) 접속 → 공인인증서 로그인 → '진료의뢰·회송' → 수신목록' 또는 '송신목록'을 선택한다.

나. (송신목록) 의뢰·회송서 작성내역 확인 방법은 다음과 같다.
(1) 송신목록에서 해당 의뢰·회송서 더블클릭(또는 '보기' 버튼 클릭) 후 '의뢰서·회송서'를 확인한다.
(2) 의뢰서의 '동일지역 가산인정' 여부가 'Y'인 경우는 비수도권 동일 시·도 내 가산 수가를 추가 산정할 수 있음을 말한다.
(3) '회신서'란에 회신서 가 존재하는 경우는 환자를 의뢰·회송 받은 진료기관에서 회신서를 작성하였음을 말한다.
(4) 상태 값에 따른 송·수신 기관별 처리방법은 아래 표와 같다.
<table>
<tr><th rowspan="2">상태</th><th rowspan="2">상태 설명</th><th colspan="2">처리</th></tr>
<tr><th>송신기관</th><th>수신기관</th></tr>
<tr><td>임시저장</td><td>송신기관에서 전송 전 상태</td><td>수정, 삭제 가능</td><td>조회 안됨</td></tr>
<tr><td>접수전</td><td>송신기관에서 전송한 상태</td><td>수정, 삭제 가능</td><td>접수, 거절 가능</td></tr>
<tr><td>접수</td><td>수신기관에서 접수한 상태</td><td>수정, 삭제 불가</td><td>취소 가능
(취소시 접수전으로 변경)</td></tr>
<tr><td>거절</td><td>수신기관에서 거절한 상태</td><td>조회만 가능</td><td>조회만 가능</td></tr>
<tr><td>삭제</td><td>송신기관에서 접수 전인 건을 삭제한 상태</td><td>재작성 가능</td><td>조회 안됨</td></tr>
</table></td><td>35</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="2">현 행</th><th colspan="2">개 정</th><th></th></tr>
<tr><th>구분</th><th>내용</th><th>구분</th><th>내용</th><th>쪽수</th></tr>
<tr><td>2. 요양급여 의뢰서 또는 요양급여 회송서 확인방법</td><td><신설></td><td>3. 요양급여 의뢰서 또는 회송서 등 확인방법</td><td>< 그림9. 송신목록 화면 >

</td><td>35</td></tr>
<tr><td></td><td><신설></td><td></td><td>다. (수신목록) 의뢰·회송서 수신목록 확인 방법은 다음과 같다.
(1) 수신목록에서 해당 의뢰회송서 더블 클릭(또는 '보기' 버튼 클릭) 후 '의뢰·회송서'를 확인한다.
※ 회송서의 경우 접수담당자, 주민번호 뒷자리 입력 후 접수번호 클릭
(2) '회신서' 클릭시 의뢰에 대한 회신 내용을 간략하게 작성 가능하며, '회신요청' 여부가 'Y'인 경우는 환자를 의뢰·회송한 진료기관에서 회신요청이 있는 경우를 말한다.
(3) 상태 값에 따른 송·수신 기관별 처리방법은 아래 표와 같다.
<table><tr><th rowspan="2">상태</th><th rowspan="2">상태 설명</th><th colspan="2">처리</th></tr><tr><th>송신기관</th><th>수신기관</th></tr><tr><td>접수전</td><td>송신기관에서 전송한 상태</td><td>수정, 삭제 가능</td><td>접수, 거절 가능</td></tr><tr><td>접수</td><td>수신기관에서 접수한 상태</td><td>수정, 삭제 불가</td><td>취소 가능
(취소시 접수전으로 변경)</td></tr><tr><td>거절</td><td>수신기관에서 거절한 상태</td><td>조회만 가능</td><td>조회만 가능</td></tr></table>
【그림10. 수신목록 화면】

</td><td>36</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="2">현 행</th><th colspan="2">개 정</th><th></th></tr>
<tr><th>구분</th><th>내용</th><th>구분</th><th>내용</th><th>쪽수</th></tr>
<tr><td><신설</td><td><신설>

<신설></td><td>4. 등록 진료정보 및 수신 진료정보 확인방법</td><td>가. 등록 진료정보 목록 조회
심사평가정보 제출시스템을 연계하여 작성(또는 전송)한 진료정보 표준서식에 대하여 조회할 수 있다.
【그림11. 등록 진료정보 목록 화면】

나. 수신 진료정보 목록 조회
의뢰·회송과 함께 수신받은 진료정보 표준서식에 대하여 조회할 수 있다.
【그림12. 수신 진료정보 목록 화면】

</td><td>37</td></tr>
<tr><td colspan="5">[별지 서식]</td></tr>
<tr><td colspan="2">[별지 제1호서식] 요양급여의뢰서[시범사업]
[별지 제2호서식] 요양급여의뢰서[시범사업]
[별지 제3호서식] 의료기관 간 원격협진 기록지[회송 후]
[별지 제4호서식] 개인정보제공 동의서</td><td colspan="2">[제1호서식] 요양급여의뢰서[시범사업]
[제2호서식] 요양급여의뢰서[시범사업]
[제3호서식] 진료의뢰회송 중계시스템 이용에 관한 개인정보 수집이용 및 제3자 제공 동의서</td><td>39
40
41</td></tr>
<tr><td colspan="2">[별첨1] 전자문서 작성요령</td><td colspan="2"><삭제></td></tr>
<tr><td colspan="2">[별첨1] 전자문서 작성요령
■ SAM File 처리 방법
■ 의뢰 제출 내역서
■ 회송 제출 내역서</td><td colspan="2"><삭제></td><td>-</td></tr>
<tr><td colspan="2">[별첨2] 시범사업관련 질의응답</td><td colspan="2">[별첨] 시범사업 관련 질의응답</td><td>44</td></tr>
<tr><td colspan="5">■ 기존 질의응답 일부 삭제·보완
■ 신설 질의응답 수록</td></tr>
</table>

협력기관 간 진료의뢰 · 회송 시범사업 지침

Ⅰ. 시범사업 개요

Ⅱ. 시범사업 내용

Ⅲ. 시범사업 세부지침

Ⅳ. 요양급여비용 청구방법

Ⅴ. 시범기관 준수사항

Ⅵ. 시범사업 평가

Ⅶ. 시범기관 현황신고

Ⅷ. 진료의뢰 · 회송 중계시스템

Ⅰ 시범사업 개요

1. 사업목적

□ 진료협력체계를 갖추고 있는 의료기관을 중심으로 **진료의뢰·회송 시범사업을 실시**하여 건강보험수가 모형의 타당성과 확대 적용 가능성을 평가·검증하고 이를 통해 **제도화 기반을 구축**

※ ❶ 의뢰를 담당하는 △종합병원이 아닌 전문병원 △병의원과 ❷ 회송을 담당하는 △종합병원 △전문병원이 의뢰.회송을 위해 협력진료 협약을 맺은 경우, 해당 기관을 "협력기관"이라 함.

□ 병·의원과 종합병원 등의 대형병원 간 진료의뢰·회송 과정에서 발생하는 비용을 건강보험에서 일부 보상하여 **충실한 협력진료를 유도**하고 **대형병원 환자 쏠림현상을 완화**하고자 함

○ 진료·영상정보 교류 수준에 따른 수가 차등 및 동일 시·도내 의뢰 시 수가 가산 등을 담은 2단계 시범사업 추진으로 **내실 있는 진료정보 교류** 및 **지역 내 의뢰 활성화**를 지원하고자 함

2. 관련근거

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

□ **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.

□ **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.

3. 추진경과

□ **협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업**

○ **('16.5.) 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 시작**

- 상급종합병원 13기관 중심으로 협력관계를 맺은 종합병원, 병·의원 등 1단계 진료기관을 의뢰기관으로 인정

* 진료의뢰·회송 시범사업 지침 통보(보험급여과-1625, 2016.4.15.)

○ **('17.12.) 전체 상급종합병원**으로 시범사업 **확대**(13기관→42기관)

- 입원·외래별 '회송환자관리료' 수가 차등 및 의뢰서 서식 개선

* 진료의뢰·회송 시범사업 협력기관 및 지침 통보(보험급여과-9588, 2017.11.29.)

○ **('18.4.) 300병상 이상 종합병원** 61기관을 회송기관으로 **추가 확대** (42기관→103기관)

* 진료의뢰·회송 시범사업 협력기관 및 지침 통보(보험급여과-3124, 2018.3.29.)

○ **('19.7.) 전체 종합병원 및 전문병원**으로 **회송기관 확대**

- 종합병원 94기관, 전문병원 36기관 확대(103기관→233기관)

* 진료의뢰·회송 시범사업 지침 개정 통보(보험급여과-3187, 2019.6.19.)

○ **('19.9.4.)** 보건복지부 **「의료전달체계 개선 단기대책 발표」**

□ **적정 의료기관에서 진료 받도록 의뢰 내실화**
○ 환자 선택이 아닌 의사가 판단하여 직접 의뢰·예약을 강화하고 의뢰·회송 중계시스템 의뢰 활성화, 전면 적용 추진
○ 전문진료과목 의원간 의뢰 적용 검토, 지역내 의뢰 활성화

□ **경증·중증치료 후 관리 환자의 지역 병의원 회송 활성화**
○ 환자 회송 활성화를 위한 수가 개선, 진료협력센터 인력 및 지원 강화
○ 회송된 환자가 상급종합병원 진료 필요시, 우선 진료 받도록 근거 마련

○ (’20.10.8.) **상급종합병원** ‘회송환자관리료’를 **‘회송료’로 본사업 전환**

○ (’20.11.1.) **2단계 시범사업 추진**

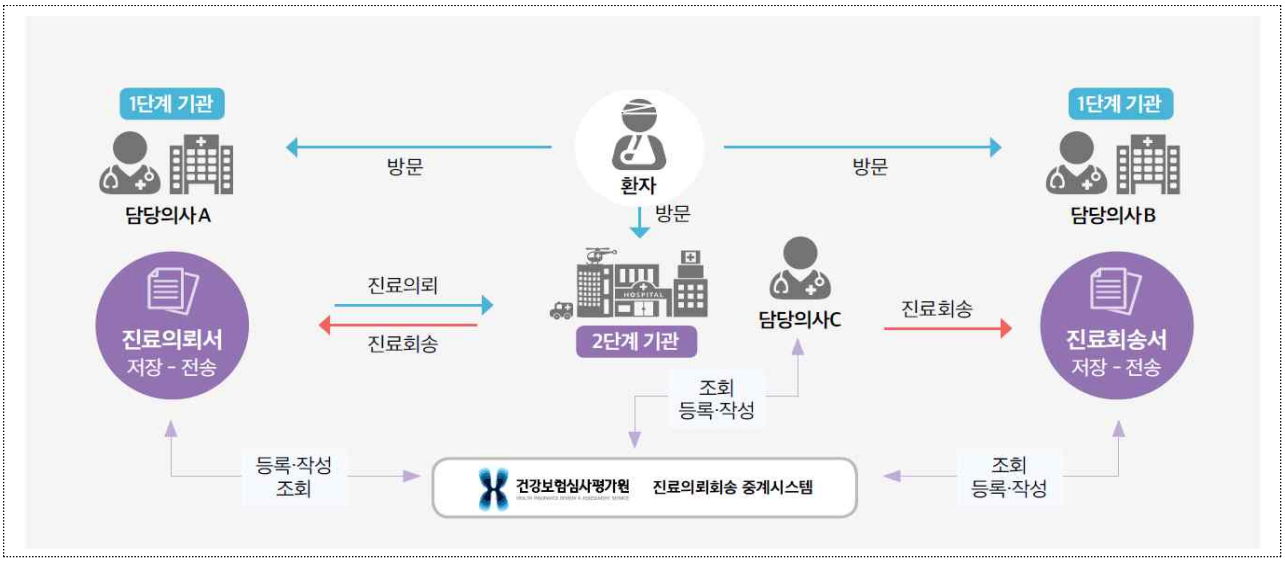
II 시범사업 내용

1. 사업내용

□ **의뢰를 담당하는 시범기관**(이하 ‘1단계 시범기관’)과 **회송을 담당하는 시범기관**(이하 ‘2단계 시범기관’) 간 구축된 **협력진료체계를 활용**하여 연속성 있는 의료서비스가 이루어질 수 있도록 내실있는 진료정보 제공과 함께 이루어진 **진료의뢰·회송에 대하여 건강보험 수가**를 적용한다.

○ 다만, 상급종합병원 회송환자관리료(시범사업수가)가 ’20.10.8.부터 가-5 회송료(정규수가)로 전환됨에 따라, 「국민건강보험법」 제42조제1항 제1호 및 제4호(보건소와 보건지소는 제외)의 요양기관이 **상급종합병원에 의뢰하는 경우 협력기관이 아니어도 건강보험 수가를 적용**할 수 있다.

【그림1. 진료의뢰·회송 중계시스템 업무 흐름도】



2. 대상 및 기간 등

가. 대상기관

1) 의뢰를 담당하는 1단계 시범기관

- 2단계 시범기관과 협력관계에 있는 1단계 진료기관
- 상급종합병원에 의뢰하는 "「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」제2조제2항의 1단계 요양급여"를 담당하는 요양기관

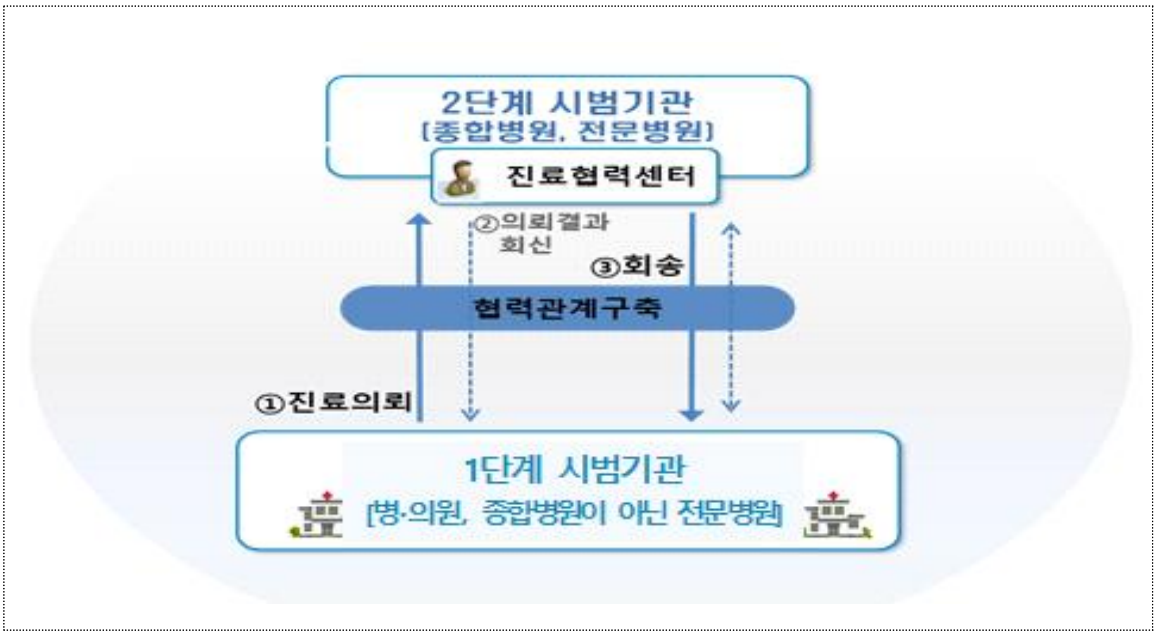
2) 회송을 담당하는 2단계 시범기관

- 보건복지부 장관이 지정한 종합병원 이하 2단계 진료기관(종합병원·전문병원)

※ 협력기관의 지역 범위: 별도의 제한 없음.

- 다만, 서울소재 2단계(전문병원 제외) 진료기관의 경우 서울·경기·인천지역 소재기관과만 협약 가능

【그림2. 의뢰·회송 협력진료 모형】



나. 대상 환자

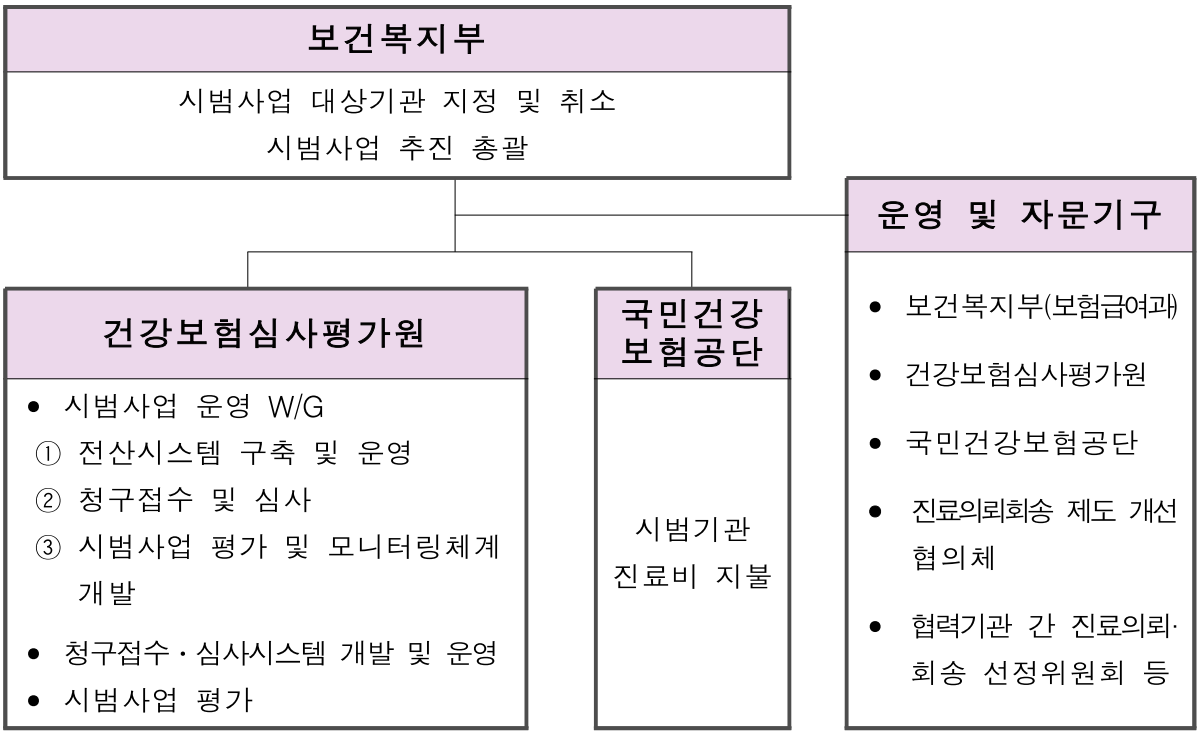
적절한 요양급여를 위하여 요양급여 **의뢰 또는 회송을 필요로 하는 환자**

다. 시범사업 기간

시범사업 시작일로부터 본 사업 실시 전까지로 하되, 사업성과에 따라 필요시 단축 또는 연장

3. 사업운영

가. 시범사업 관리운영 조직 및 기능



나. 협의체 운영

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

Ⅲ 시범사업 세부지침

1. 요양급여 기준

가. 급여의 담당

1) 급여의 담당

보건복지부장관이 지정한 의뢰·회송 시범기관과 상급종합병원에 의뢰하는 1단계 진료기관이 담당한다.

2) 급여의 대상자

국민건강보험법에 의한 가입자 또는 피부양자 중

① 요양급여를 받고자 **시범기관에 내원(입원)한 환자 중** 의사의 판단에 따라 적절한 요양급여를 행하기 위해 **다른 요양기관으로 진료의뢰·회송이 필요**한 자

② 요양급여를 받고자 **1단계 진료기관에 내원한 환자 중** 의사의 판단에 따라 적절한 요양급여를 행하기 위해 **상급종합병원으로 의뢰가 필요**한 자

※ 다만, 이를 위해 개인정보 제공에 동의한 자에 한한다.

나. 급여의 범위 및 비용부담

1) 요양급여의 범위

요양급여의 적용 및 방법은「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」제5조제1항에 의한 '요양급여의 적용기준 및 방법'[별표 1]에 따르며, 요양급여의 범위는 동 규칙 제9조제1항에 의한 '비급여대상'[별표 2]을 제외한 일체의 것으로 한다.

2) 요양급여의 부담

본 지침 '3. 급여목록 및 상대가치점수'에 분류된 항목에 한하여 건강보험 가입자 또는 피부양자는

① **가. 진료의뢰료 Ⅰ**의 요양급여비용에 대하여는 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항에 의한 '본인일부부담금의 부담률 및 부담액'[별표 2]과 「국민건강보험법 시행규칙」 제13조제1항에 의한 '외래진료 등의 요양급여비용 총액에 관한 조건 및 본인부담액'[별표 3]에서 정하는 바에 따라 **본인일부부담**하며, **100분의 30을 초과하지 아니한다.**

다만, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」등 본인부담 경감 대상 환자의 경우 경감된 본인일부부담금액을 적용한다.

② **그 외 항목은** 요양급여비용 **전액을 국민건강보험공단이 부담**한다.

2. 수가 산정지침

가. 진료의뢰료 Ⅰ, Ⅱ, Ⅲ

1) **진료의뢰료 Ⅰ은** 적절한 요양급여를 행하기 위해 1단계 진료기관이 2단계 진료기관으로 진료의뢰를 실시할 때 **'요양급여의뢰서'를 전자적 방식**으로 **제공**하면서,

- 해당 사항을 건강보험심사평가원이 운영하는 '진료의뢰·회송 중계시스템(이하 '중계시스템'이라 한다.)' 에 등록하고, 다음의 절차에 따라 의뢰하는 경우 산정한다.

① 요양급여를 의뢰하는 1단계 진료기관은 외래환자 의뢰시 환자에게 적절한 요양급여를 제공할 2단계 진료기관을 선정하여, 해당기관의 진료협력센터 또는 진료의뢰·회송 전담인력에게

의뢰 사실을 알려 환자가 적절한 2단계 요양급여를 받을 수 있도록 조치를 취한다.

② 이때 요양급여를 제공할 종합병원 이하 2단계 진료기관은 의뢰를 실시하는 1단계 진료기관과 협력진료 협약을 맺은 협력기관이어야 하나, 2단계 진료기관이 상급종합병원인 경우에는 1단계 진료기관과 협력진료 협약을 맺지 않아도 1단계 진료기관에서 진료의뢰를 할 수 있다.

③ 환자 기본정보 및 환자상태 등 **요양급여 의뢰의 기본사항은 '중계시스템'을 이용한 '요양급여의뢰서'** 또는 「의료법」 제21조의2 제3항에 따른 **'진료기록전송지원시스템'을 이용한 '진료의뢰서'를 통하여 전송**한다.

④ 의뢰에 따른 세부 진료소견, 그간 진료내역, 검사결과 등 진료·영상정보는 전자적 방식으로 제공이 원칙이나, 불가피한 경우 환자에게 직접 제공(비전자적 방식)할 수 있다.

2) 진료의뢰료 Ⅱ는 진료의뢰료 Ⅰ을 산정할 때 의뢰환자의 **표준화된 진료정보 1종 이상**을 **전자적 방식**으로 **전송**하는 경우 추가 산정한다.

① **'중계시스템'**을 통하여 전송할 수 있는 **표준화된 진료정보는** 심평원장이 공고하는 「정보통신망을 이용한 심사관련 자료 제출에 대한 세부사항」(이하 "공고"라 한다.)에 따른 (별표1) 표준서식을 말한다.

② '진료기록전송지원시스템'을 통하여 전송할 수 있는 표준화된 진료정보는 보건복지부장관이 고시하는 「진료정보교류 표준」에 따른 진료의뢰서·진료기록요약지 내 약물처방내역, 검체·병리·영상·기능검사결과, 수술내역 진료정보와 영상의학판독소견서를 말하며, 송·수신기관 모두 '진료기록전송지원시스템'을 이용('교류사업1')하는 경우에만 진료의뢰료 Ⅱ를 추가 산정 할 수 있다.

3) **진료의뢰료 Ⅲ는** 진료의뢰료 Ⅰ을 산정할 때 **영상정보와 영상검사 결과지(또는 영상의학판독소견서)를 포함**한 의뢰환자의 **표준화된 진료정보 2종 이상**을 **전자적 방식**으로 **전송**하는 경우 추가 산정한다.

① '중계시스템'을 통하여 전자적으로 전송할 수 있는 영상정보는 의료영상기기를 통해 DICOM*으로 획득한 정보이며, 표준화된 진료정보는 심평원장 공고에 따른 표준서식이다.

※ DICOM(Digital Imaging and Communication in Medicine): 의료용 디지털 영상 및 통신표준

② '진료기록전송지원시스템'을 통하여 전송할 수 있는 영상정보는 의료기관의 PACS에서 생성된 정보를 DICOM 형태로 획득한 정보이며, 표준화된 진료정보는「진료정보교류 표준」서식 중 진료의뢰료 Ⅱ를 산정할 수 있는 진료 정보와 영상의학판독소견서를 말한다.

- 진료의뢰료 Ⅲ를 추가 산정하기 위해서는 송·수신기관 모두 '진료기록전송지원시스템'을 이용('교류사업1')하여야 한다.

4) **진료의뢰료 Ⅱ**와 **진료의뢰료 Ⅲ**는 **동시 산정하지 아니한다.**

5) **진료의뢰료 Ⅱ 또는 진료의뢰료 Ⅲ**를 추가 산정하는 경우에는 의뢰환자의 **표준화된 진료·영상정보**를 **진료 당일 '중계시스템'** 내 의뢰서에 **등록**하여 수신기관으로 제공하여야 하나,

- **부득이하게** 당일 등록하지 못한 경우에는 **의뢰서 등록 익일부터 3일 이내**에 '중계시스템'에 등록하고 수가를 산정한다.

- 진료·영상정보를 의뢰서 등록 익일부터 3일을 초과하여 등록하는 경우에는 수신기관에 정보제공은 가능하나 수가를 산정할 수 없다.

나. 비수도권 동일 시·도내 가산

1) 서울, 경기, 인천을 제외한 **비수도권 지역의 1단계 진료기관**이 적절한 요양급여를 행하기 위해 **동일 시·도내 2단계 진료기관(상급종합병원·종합병원·전문병원)**으로 '요양급여의뢰서'를 전자적 방식으로 제공하면서,

- 해당 사항을 '중계시스템' 또는 '진료기록전송지원시스템'으로 전송하는 경우 **진료의뢰료Ⅰ에 추가 산정**한다.

2) 이때 동일 시·도는 **'17개 행정구역'**으로 구분하며, 구분내역은 다음과 같다.

구분	행정구역	구분	행정구역
1	서울특별시	10	전라남도
2	강원도	11	광주광역시
3	경기도	12	경상북도
4	인천광역시	13	대구광역시
5	대전광역시	14	울산광역시
6	충청남도	15	경상남도
7	세종특별시	16	부산광역시
8	충청북도	17	제주시
9	전라북도	-	-

다. 회송료

1) **회송료는** 적절한 요양급여를 행하기 위해 회송을 실시할 때 **'요양급여회송서' 등**을 **전자적 방식**으로 **제공**하면서 해당 사항을 '중계시스템'에 등록하는 경우 산정한다.

2) **회송기관은** 요양급여를 회송하는 **종합병원 이하 2단계 진료기관**을 말하며, 다음의 절차에 따라 회송한 경우 '회송료' 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 환자 기본정보 및 환자상태 등 **요양급여 회송의 기본사항은 '중계시스템'을 이용한 '요양급여회송서'** 또는 「의료법」 제21조의2 제3항에 따른 **'진료기록전송지원시스템'을 이용한 '진료회송서'를 통하여 전송**한다.

④ 회송에 따른 세부 진료소견, 그간 진료내역, 검사결과 등 진료·영상정보는 필요에 따라 전자적 방식으로 제공이 원칙이나, 불가피한 경우에는 환자에게 직접 제공(비전자적 방식)할 수 있다.

라. 개인정보 동의 및 복사비용, 각종 가산

1) 의뢰료 및 회송료는 환자(또는 보호자)가 진료기록 등 **개인정보**를 1단계 또는 2단계 진료기관으로 **제공하는 것에 대하여 동의한 경우**에 **산정** 할 수 있다.

2) 요양급여 의뢰·회송을 목적으로 발행한 진료기록부 등 **복사에 소요되는 비용**은 의뢰료 및 회송료 **소정점수에 포함**되어 있으므로 별도 산정하지 아니한다.

- 다만, 회송시 환자 필요에 따라 영상정보를 저장한 CD, DVD 등을 별도로 생성하여 제공한 경우 소요비용은 실비로 환자가 부담하도록 할 수 있다.

3) 의뢰료 및 회송료는 공휴·야간 등 **각종 가산을 적용하지 아니한다**.

마. 진료의뢰·회송 정보 등록

환자의 진료의뢰·회송 정보는 의뢰·회송서 발급(진료일) 당일 기준으로 **'중계시스템'에 등록**하여 수신기관에 제공하는 것이 원칙이나,

- 다음과 같이 **부득이하게** 당일 등록하지 못한 경우에는 **'요양급여 의뢰·회송서'는 진료일 익일부터 3일 이내**(공휴일은 산입 제외), 각종 **진료·영상정보는 의뢰서 등록 익일부터 3일 이내**(공휴일 포함) 중계시스템에 **등록 가능**하다.

- 다 음 -

1) 의뢰·회송이 야간·주말·공휴일에 발생되었으나, 처리 인력 부재로 당일 처리하지 못한 경우

2) 진료일에 의뢰·회송 필요성이 있다고 판단하였으나, 검사결과 확인 등 의학적 사유로 진료일(의뢰·회송 결정일) 이후 진료·영상정보 제공이 필요한 경우

※ 진료일 이후 의뢰·회송 정보를 등록하는 경우에는 '중계시스템'에서 진료의뢰회송번호 중 일자(진료일)를 수정하여야 한다.

3. 급여목록 및 상대가치점수

분류번호	코드	분류	점수
의뢰회송		의뢰료	
		주: 1. 의뢰기관에서 환자의 진료의뢰서를 작성하고 의뢰·회송 중계시스템을 통하여 상급종합병원 등에 환자를 의뢰한 경우 산정한다.	
	IA100 (90100)	2. 비수도권에서 동일 시·도내 기관에 의뢰한 경우 35.76점을 별도 산정한다.	
		3. 「나」와 「다」는 중복하여 산정하지 아니한다.	
		가. 진료의뢰료 Ⅰ	
	IA101	(1) 의원, 보건의료원 내 의과	117.37
	IA102	(2) 병원, 요양병원·한방병원·치과병원 내 의과	132.15
	IA103	(3) 종합병원	132.15
	IA104	(4) 치과의원, 보건의료원 내 치과	115.22
	IA105	(5) 치과병원, 병원·요양병원·한방병원 내 치과	115.22
	IA106	(6) 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원	115.22
	IA107	(7) 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원	115.22
	90108	(8) 한의원, 국립병원내의 한방진료부, 상급종합병원·종합병원·병원·요양병원·치과병원·보건의료원 내 한의과	115.35
	90109	(9) 한방병원	115.35
		나. 진료의뢰료 Ⅱ	
	IA110 (90110)	주: 의뢰기관에서 의뢰환자의 진료정보를 표준화된 전자적 방식으로 전송하는 경우 50.80점을 별도 산정한다.	
		다. 진료의뢰료 Ⅲ	
	IA120 (90120)	주: 의뢰기관에서 의뢰환자의 진료정보와 영상정보를 표준화된 전자적 방식으로 전송하는 경우 99.83점을 별도 산정한다.	

분류번호	코드	분류	점수
의뢰회송		회송료	
		가. 종합병원	
	IA221	(1) 입원	699.36
	IA231	(2) 외래	524.52
		나. 전문병원(종합병원 제외)	
	IA222	(1) 입원	605.48
	IA232	(2) 외래	454.11

Ⅳ 요양급여비용 청구방법

1. 요양급여비용 청구방법

가. **[요양급여비용 청구 및 자료제출 매체]** 시범기관은 정보통신망으로 요양급여비용을 청구한다.

나. **[심사청구서]** 본 지침에서 정한 급여목록의 시범사업내역은 비시범사업내역과 심사청구서 구분 없이 **하나의 심사청구서**로 작성한다.

다. **[명세서 작성방법]** 동일 수진자에 대해 **시범사업내역**(진료의뢰·회송 시범사업)과 **비시범사업내역**(다른 진료내역)은 **분리**하여 요양급여비용 명세서에 연이어 작성한다.

라. **[특정내역 기재]** 시범사업 급여목록 중 의뢰료와 회송료는 각각 아래의 특정기호를 기재하여 청구한다.

1) **의뢰료는** 시범사업 명세서의 명일련단위 특정내역 구분코드(MT002)**란에 "S029**(진료의뢰회송 2단계 시범사업 - 의뢰료)"를 기재하여 청구한다.

- 단, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 및 「국민건강보험법 시행령」 [별표 2]에 따른 본인부담경감 대상자가 진료의뢰료 I을 산정하는 경우에는 시범사업 명세서의 명일련단위 특정내역 구분코드(MT002)**란에 다른 경감대상 특정기호와 "S029"를 동시 기재**하되, **낮은 본인부담률 특정기호 순**으로 기재한다.

2) **회송료는** 시범사업 명세서의 명일련단위 특정내역 구분코드(MT002)**란에 "S002**(협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업)"를 기재하여 청구한다.

2. 명세서 작성요령

가. 일반내역

구분			세부작성요령	
			요양급여일수	입원일수, 총 내원일수
구분	S002	입원	0	0
		외래	1	1
	S029	외래	0	0
	※ 다만, 동일 날 시범사업내역과 비시범사업내역을 모두 실시하는 경우에는 반드시 분리청구 하여야 한다.			

나. 상병내역

항목	세부작성요령
면허종류 면허번호	□ 명세서 상병내역에는 시행의사의 면허종류, 면허번호를 기재한다.
내원일자, 당월 요양개시일	□ 외래 요양급여비용 명세서의 경우 진료일자를 기재한다. □ 입원 요양급여비용 명세서의 경우 분리청구 시 해당 요양급여비용명세서의 회송 실시일자를 기재한다.

다. 진료내역 및 특정내역

1) (진료내역) 의뢰료 및 회송료는 **"01항 03목 응급 및 회송료 등"**란에 기재한다.

2) (특정내역) 본 시범사업 명세서 구분자는 명일련단위 특정내역 구분코드 MT002란에 "S002(회송료)" 또는 "S029(의뢰료)"를 기재하고, 진료의뢰회송번호는 MT066란에 기재한다.

라. 세부작성요령

<table>
<tr><th>항목</th><th>세부작성요령</th></tr>
<tr><td>의뢰료</td><td>□ “1항 03목 응급 및 회송료 등”란에 기재한다.

(예시1) 2020년 11월 23일 A의원(요양기호 12345678) 외래진료 후 협력기관인 2단계 시범기관 B종합병원으로 진료의뢰 한 경우
(A의원에서 부여한 의뢰일련번호가 1번인 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>IA101</td><td>10,070</td><td>1</td><td>1</td><td>10,070</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">S029</td></tr>
<tr><td colspan="2">1</td><td></td><td colspan="3">MT066</td><td colspan="2">12345678201123000001</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>요양급여비용총액1</th><th>본인부담금주1)</th><th>청구액주2)</th></tr>
<tr><td>10,070원</td><td>3,000원</td><td>7,070원</td></tr>
</table>
주1. 10,070원(요양급여비용총액1) X 30%(본인부담률) = 3,000원(100원미만 절사)
2. 10,070원(요양급여비용총액1) - 3,000원 = 7,070원

(예시2) 중증질환산정특례대상(V193) 환자가 2020년 11월 26일 A의원(요양기호 12345678) 외래에서 산정특례질환 진료 및 B상급종합병원 외과에 입원치료가 필요하여 진료의뢰 한 경우
(A의원에서 부여한 의뢰일련번호가 8번인 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>IA101</td><td>10,070</td><td>1</td><td>1</td><td>10,070</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">V193</td></tr>
<tr><td colspan="2">1</td><td></td><td colspan="3">MT002</td><td colspan="2">S029</td></tr>
<tr><td colspan="2">1</td><td></td><td colspan="3">MT066</td><td colspan="2">12345678201126000008</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>요양급여비용총액1</th><th>본인부담금주1)</th><th>청구액주2)</th></tr>
<tr><td>10,070원</td><td>500원</td><td>9,570원</td></tr>
</table>
주1. 10,070원(요양급여비용총액1) X 5%(본인부담률) = 500원(100원미만 절사)
2. 10,070원(요양급여비용총액1) - 500원 = 9,570원</td></tr>
</table>

항목	세부작성요령

(예시3) 65세 이상인 C환자가 2020년 11월 30일 A의원(요양기호 12345678) 외래에서 진료 후 C환자의 진료·영상정보를 첨부하여, B상급종합병원으로 진료의뢰 및 '진료의뢰료 Ⅰ, Ⅲ'를 산정한 경우 (A의원에서 부여한 의뢰일련번호가 7번인 경우)

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	1	IA101	10,070	1	1	10,070
01	03	1	IA120	8,430	1	1	8,430
특정내역기재란							
발생단위구분	줄번호	특정내역구분		특정내역			
1		MT002		S029			
1		MT066		12345678201130000007			

요양급여비용총액1[주1)]	본인부담금[주2)]	청구액[주3)]
18,500원	1,500원	17,000원

주1. 진료의뢰료 Ⅰ(10,070원) + 진료의뢰료 Ⅲ(8,430원) = 18,500원
2. {진료의뢰료 Ⅰ(10,070원) X 구간별 본인부담률} + {진료의뢰료 Ⅲ(8,430원) X 0%} = 1,500원(100원미만 절사)
3. 18,500원(요양급여비용총액1) - 1,500원 = 17,000원

회송료

□ "1항 03목 응급 및 회송료 등"란에 기재한다.

(예시) 2020년 11월 24일 A종합병원(요양기호 23456789) 외래진료 후 환자 상태가 호전되어 B의원으로 회송한 경우 (B종합병원에서 부여한 의뢰일련번호가 1번인 경우)

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	1	IA231	39,970	1	1	39,970
특정내역기재란							
발생단위구분	줄번호	특정내역구분		특정내역			
1		MT002		S002			
1		MT066		23456789201124000001			

요양급여비용총액1	본인부담금[주1)]	청구액[주2)]
39,970원	0원	39,970원

주1. 39,970원(요양급여비용총액1) X 0%(본인부담률 면제) = 0원
2. 39,970원(요양급여비용총액1) - 0원 = 39,970원

<table>
<tr><th>항목</th><th>세부작성요령</th></tr>
<tr><td></td><td>□ 입원환자 회송시
<table>
<tr><th>구분</th><th>특정내역
(MT002)</th><th>입(내원)
일수</th><th>요양급여
일수</th><th>진료개시일</th></tr>
<tr><td>종합병원 이하 2단계 진료기관에 입원 중인 환자를 1단계 진료기관으로 회송 후 ‘회송료’ 산정을 위해 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>
</table>

마. 특정내역 구분코드 작성요령

구분코드	특정내역	작성요령 및 기재형식
MT002	특정기호 (*)	◆ 의뢰료 청구시 “S029”를 기재 ◆ 회송료 청구시 “S002”를 기재 ◆ 기재형식 : X(4) ◆ (예시1) 의뢰료를 청구할 경우 MT002 S029 (예시2) 회송료를 청구할 경우 MT002 S002
MT066	진료의뢰 회송번호 (*)	◆ 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)

<table>
<tr><th>구분코드</th><th>특정내역</th><th>작성요령 및 기재형식</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>◆ 기재형식 : 9(19)
<table><tr><th>발생단위 구분</th><th>줄번호</th><th>특정내역 구분</th><th>특정내역</th></tr><tr><td>주1) 1</td><td></td><td>MT066</td><td>주2) 1 2 3 4 5 6 7 8 ...</td></tr></table>주1. 명세서단위 특정내역 발생 '1' 기재
2. 반드시 첫 칸부터 붙여서 기재

◆ (예시) 의뢰번호 12345678201201000001인 환자를 의뢰한 경우
▶ 의뢰를 실시한 기관
MT066 1234567820120100001</td></tr>
</table>

바. 보완청구 및 추가청구

1) 보완청구

시범기관이 요양급여비용을 청구하였으나, 심사평가원에서 **심사불능 처리된 건**에 대하여는 해당 **사유를 보완**하여 보완 청구한다.

2) 추가청구

시범기관이 요양급여비용을 지급 받은 명세서 중 **진료내역 일부가 당초 청구시 누락**된 경우에는 **누락된 진료내역만을 추가 청구**한다.

3) 보완·추가청구 시 기재하는 구분코드 및 청구방법은 「요양급여비용청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따른다.

✎ 「진료의뢰·회송 시범사업」의 요양급여비용 청구방법이며, 이 지침에서 정하고 있지 아니한 사항은 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따름

Ⅴ 시범사업 현황신고

1. 최초 현황신고

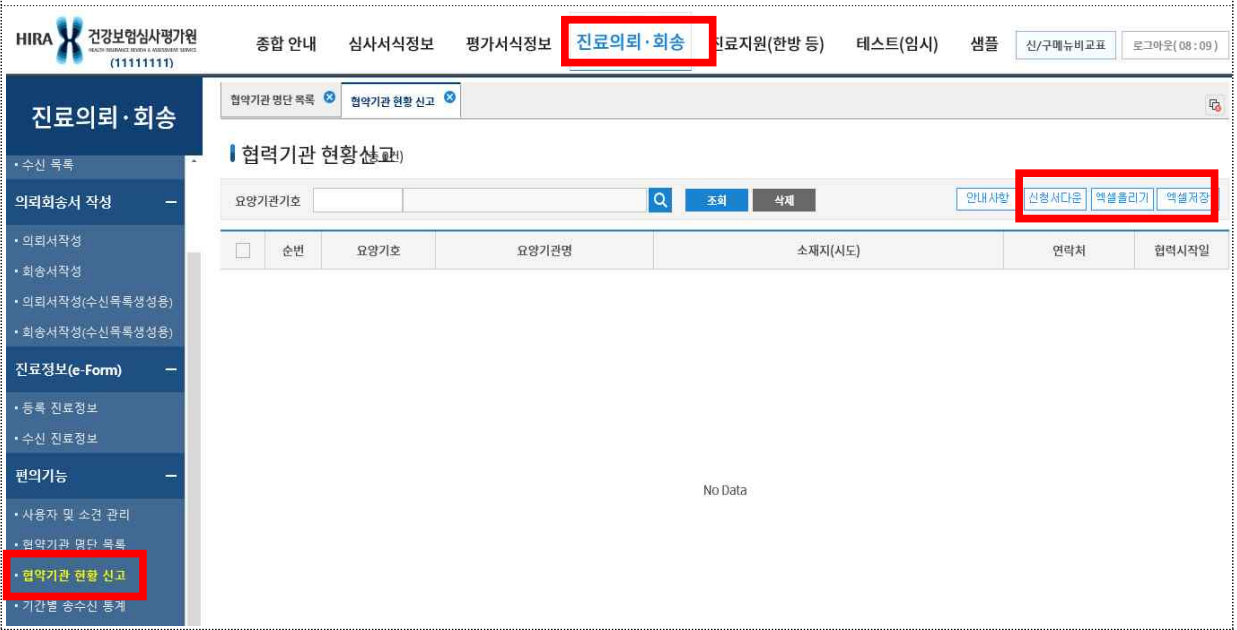
□ 시범기관은 보건복지부장관으로부터 시범사업에 참여토록 지정받은 기관으로서 별도의 현황신고는 실시하지 않고, **최초 지정 시 제출한 현황으로 갈음**한다.

2. 변경 현황신고

가. 2단계 시범기관은 시범사업 운영 중 **협력기관으로 시범사업 추가 참여**를 원하는 1단계 진료기관이 있는 경우에는 **그 변경현황을 매년 반기 마지막 월에 보건복지부로 제출**한다.

【그림3. 협력기관 변경 현황신고】

제출경로: 심사평가정보 제출시스템(https://ef.hira.or.kr) > 진료의뢰·회송 > 편의기능 - 협력기관 현황 신고(신청서 다운로드 → 엑셀올리기 → 저장)



나. 변경현황은 보건복지부장관의 승인을 받은 후 적용할 수 있다.

Ⅵ 시범기관 준수사항

1. 요양급여의 안내

가. 시범기관은 요양급여 의뢰·회송이 필요한 대상자에게 **시범사업의 내용 및 급여**에 대하여 **적절한 안내**를 하여야 한다.

나. 시범기관은 당해 요양기관이 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범기관인 점과 협력기관의 명칭, 시범수가 적용대상, 환자 본인부담 내역 등 주요사항을 환자 또는 보호자가 보기 쉬운 곳(진료비 수납창구, 진료협력센터 등)에 **적절한 방법으로 게시**하여야 한다.

2. 개인정보제공동의서 징구

가. 의뢰·회송을 실시하는 1·2단계 진료기관은 요양급여의뢰서 또는 요양급여회송서 등을 전자적으로 제공하는 것에 대하여 **환자에게 설명**하고 개인정보제공에 대한 **동의서를 작성 받아 보관**하여야 한다.

나. 「개인정보 보호법」 제15조제1항5호에 따라 환자가 의사표현을 할 수 없는 등 사전 동의를 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 시범기관으로 진료 의뢰한 경우 2단계 시범기관은 의뢰결과에 대하여 1단계 진료기관으로 회신하여야 한다.

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

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

Ⅶ 시범사업 평가

1. 평가주체

□ 건강보험심사평가원장으로부터 협력기관 간 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 확대 가능성 평가

1) 시범수가 수준 및 보험자·환자부담 수준의 타당성을 평가한다.

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

3) 의뢰·회송에 대한 의료제공자의 서비스 제공 행태 변화 등을 분석하여 수가모형의 확대 적용 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 만족도 조사와 관련하여 진료기록부, 진료의뢰·회송 관련 모니터링 자료 등 필요한 자료 제출을 요구 받을 때 이를 지체없이 제출하여야 한다.

Ⅷ 진료의뢰 · 회송 중계시스템

1. 진료의뢰 · 회송 중계시스템 개요

■ **'중계시스템'이란?**

- **진료의뢰·회송**을 위해 필요한 **정보를 요양기관 간 송·수신**할 수 있는 **시스템**을 말한다.

■ **시스템 간편 이용방법**

- 심사평가정보 제출시스템(https://ef.hira.or.kr) 접속
  → 요양기관 공인인증서 로그인
  → '진료의뢰·회송 중계시스템' 클릭
  → (선택) 편의 기능 - 사용자 및 소견관리
  → '진료의뢰·회송' 메뉴 중 선택

가. 심사평가정보 제출시스템(https://ef.hira.or.kr) 접속 및 로그인

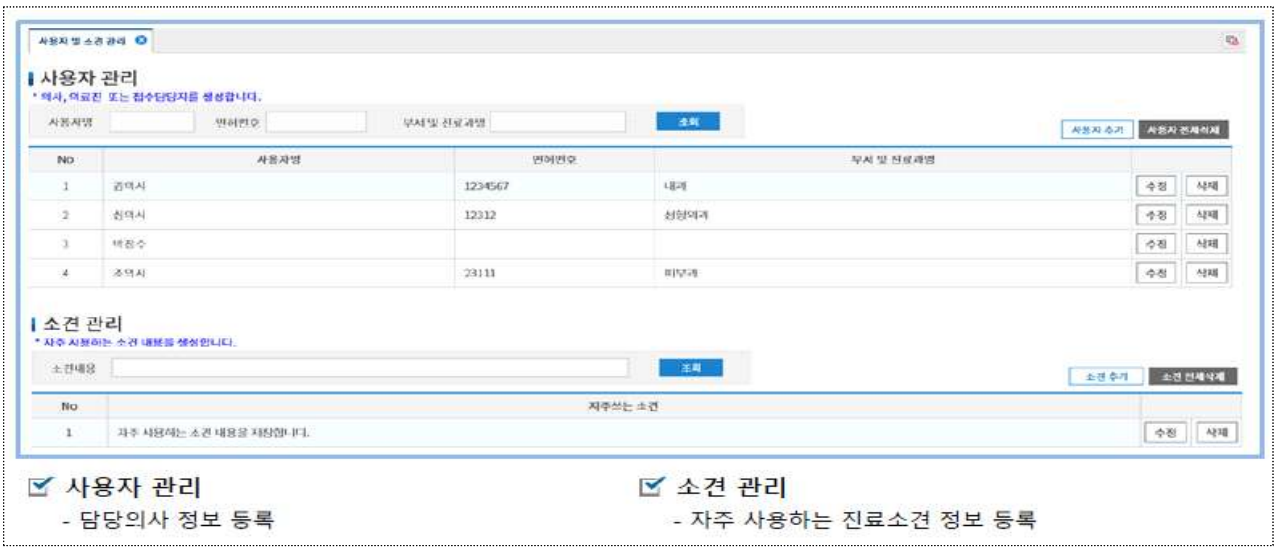
【그림4. 심사평가정보 제출시스템 - 진료의뢰·회송 중계시스템】

나. 사용자 및 소견관리

- (사용자관리) 의뢰·회송서 주요 사용자의 이름, 면허번호, 진료과목 등을 생성하여 해당 사용자가 의뢰·회송서 작성 및 접수시 생성된 사용자 선택이 가능하다

- (소견관리) 자주 쓰는 진료소견 정보 등을 저장·관리하여 의뢰·회송서 작성시 저장된 진료소견 선택이 가능하다.

【그림5. 사용자 및 소견관리 화면】



다. '진료의뢰·회송 중계시스템' 메뉴

【그림6. 진료의뢰·회송 중계시스템 주요 메뉴 화면】

2. 요양급여의뢰서 또는 회송서 등 작성방법

가. 「**심사평가정보 제출시스템**(https://ef.hira.or.kr) 접속 → 공인인증서 로그인 → '진료의뢰·회송' 선택 → '의뢰서 작성' 또는 '회송서 작성'을 선택한다.

나. **입력방법은 '중계시스템' 직접 작성·제출 방식**과 요양기관의 진료정보 시스템과 연동 가능한 **AGENT 프로그램 활용방식*** 중 선택할 수 있다.
※ AGENT 프로그램 활용: 공지사항 개발자 가이드 참조

다. **요양급여의뢰·회송서 A. 기본정보** 중 **'의뢰회송번호'**는 '요양기관기호(자동생성) + 연월일(자동생성) + 일련번호(수기입력)'로 구성되며, 일련번호는 요양기관이 요양급여의뢰·회송서 발급 연·월·일에 발생하는 번호로 요양기관이 자체적으로 생성하여 입력한다.

라. **요양급여의뢰서 B. 의뢰 기본정보** 중 **'의뢰 기관유형'**의 '회송환자 재의뢰(패스트 트랙)'는 1단계 진료기관에 회송된 환자가 상태 악화 등으로 다시 2단계 진료기관에 재의뢰시 빠른 진료연계로 안심하고 1단계 진료기관에서 진료 받을 수 있도록 진료협력센터(또는 진료의뢰·회송 전담인력) 자체 예약운영시스템을 말한다.

마. **요양급여회송서 B. 회송 기본정보** 중 **'회송 기관유형'**의 '되의뢰(의뢰했던 기관으로 회송)'는 2단계 진료기관이 환자를 의뢰했던 1단계 진료기관으로 회송하여 환자에게 연속적 진료를 제공하는 것을 말한다.

바. **요양급여의뢰·회송서 C. 환자상태 및 진료소견** 중 '상병분류기호', '상병명', '진료과', '진료형태구분', '진료기간', '환자상태 및 진료소견', '주의 의약품 여부', '감염병 여부', '회신요청 여부'는 필수 입력 값으로 반드시 입력하여 수신기관에 전송하도록 한다.

사. 요양급여의뢰·회송서 D. 진료정보에는 '퇴원요약지,' '외래초진/경과기록지', '검사결과지', '기타'가 있으며, '중계시스템'에 첨부파일을 직접 등록하는 방식과 AGENT 프로그램을 이용한 심사평가자료 제출 시스템(e-Form)으로 등록하는 방식 중 선택하여 수신기관에 제공하고자 하는 진료정보를 전송할 수 있다.

- 단, 진료정보 교류시 인정되는 '진료의뢰료 II'는 전자적 방식으로 표준화된 진료정보(e-Form) 제공시 인정되므로, 첨부파일에 직접 등록되는 정보는 '진료의뢰료 II'가 인정되지 아니한다.

아. 요양급여의뢰·회송서 E. 영상정보에는 의료영상정보 파일을 첨부할 수 있으며, MRI 등 영상의 파일종류를 선택하여 첨부한다.

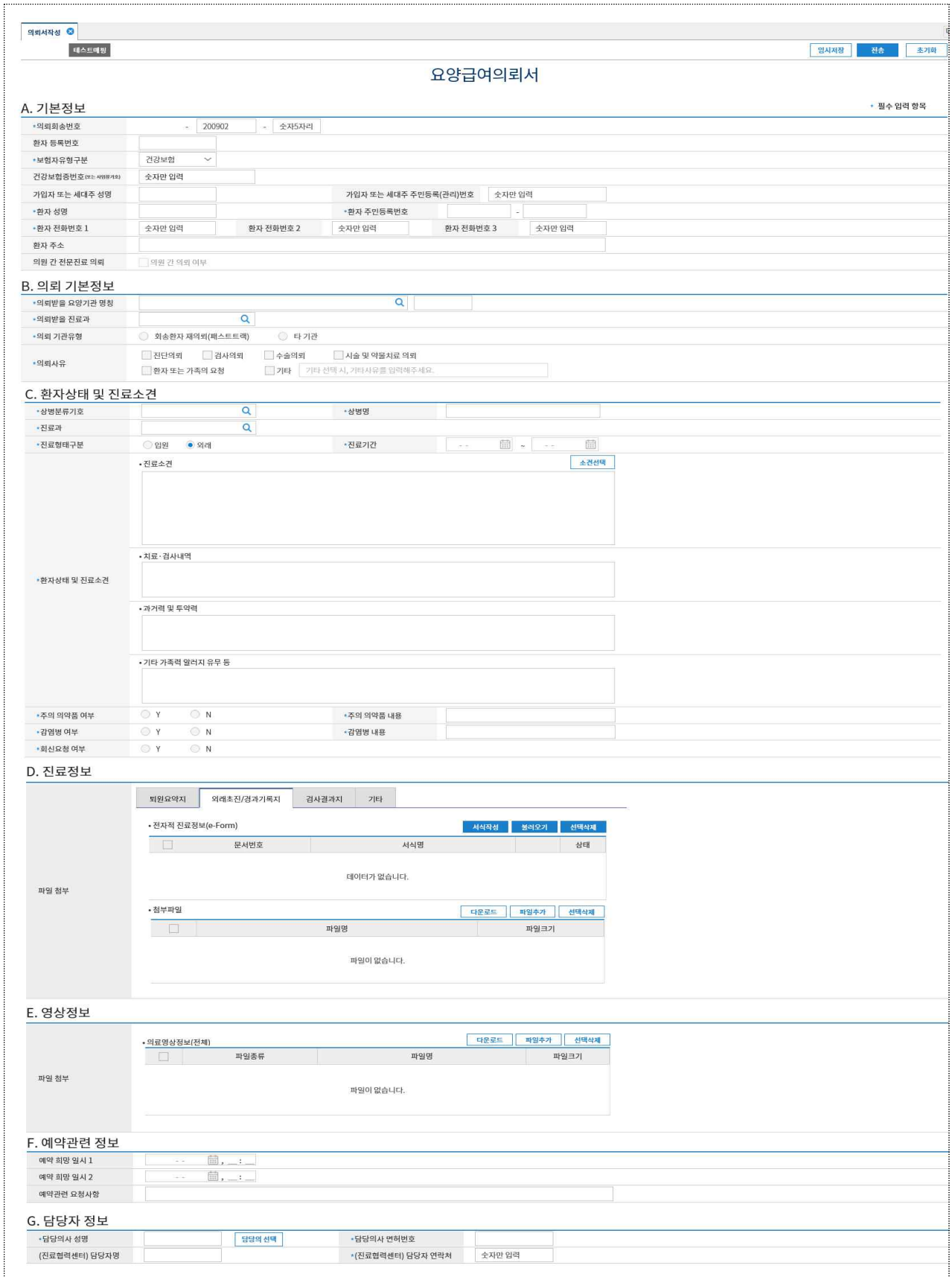
자. 요양급여의뢰·회송서 F. 예약관련 정보에는 의뢰·회송시 예약 희망일시 및 요청사항을 입력한다.

차. 요양급여의뢰·회송서 기본사항이 모두 작성된 경우 **"전송" 버튼**을 누르면 **전송·등록이 완료**된다.

- 의뢰·회송서 작성 중 "임시저장" 기능을 활용할 수 있으며, 송신목록에서 임시 저장한 요양급여의뢰·회송서 확인이 가능하다.

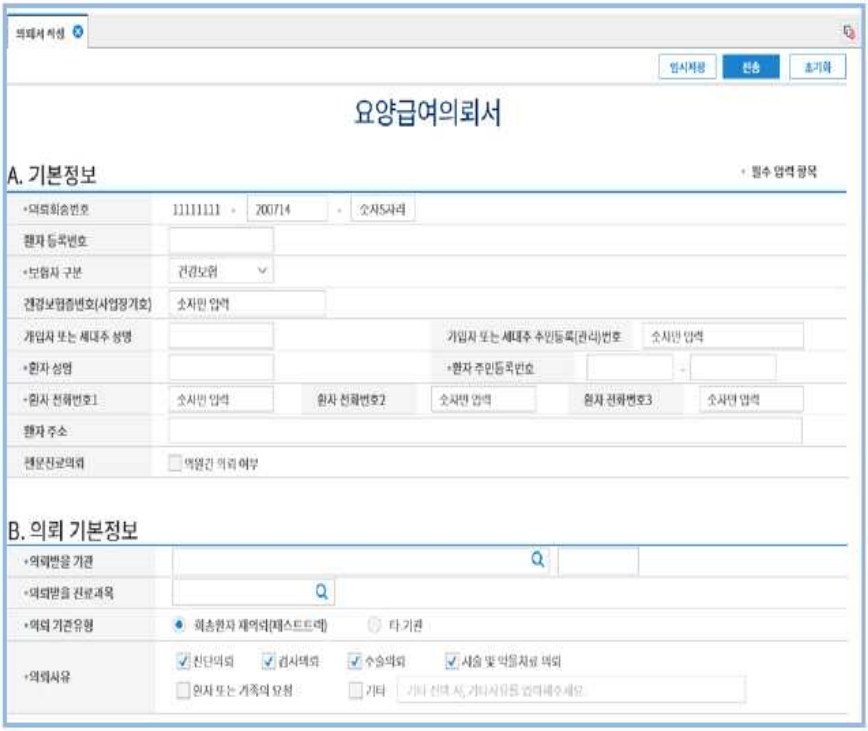
- 임시 저장한 요양급여의뢰·회송서는 "전송"버튼을 눌러야 수신기관으로 전송 완료되며, 전송이 완료되어도 수신기관 접수 전인 경우 수정 및 진료·영상정보 첨부가 가능하다.

【그림7. 요양급여의뢰서 화면】



【그림7-1. 요양급여의뢰서 작성예시】

① 의뢰서 기본정보

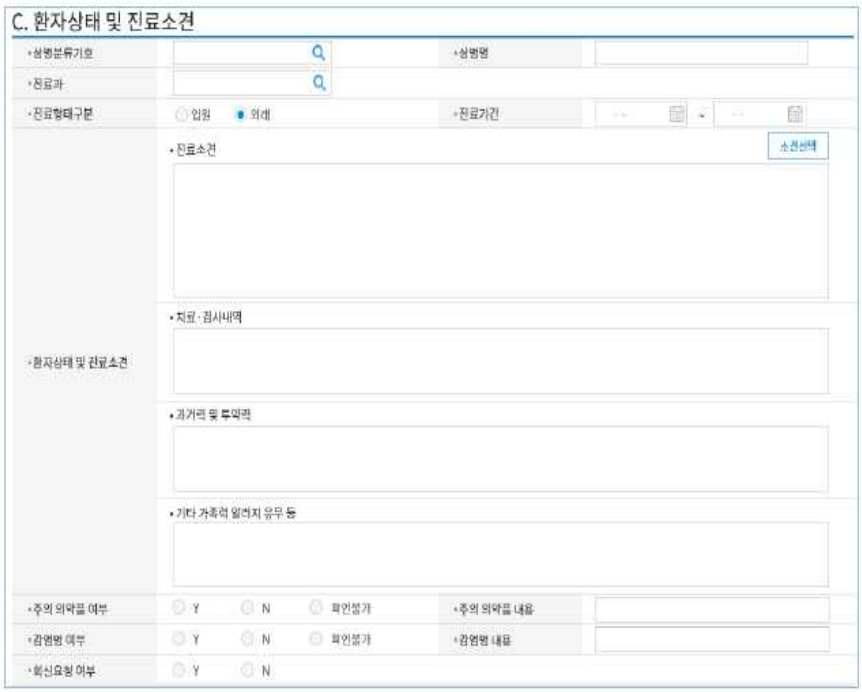


☑ 의뢰회송번호
- 요양기관기호(자동생성) + 년월일(자동생성) + 일련번호(수기입력)
- 기존에 사용되지 않은 일련번호 입력

☑ 환자 등록번호
- 의료기관에서 부여한 환자 등록번호 기재

☑ 회송환자 재의뢰(패스트트랙)
① B(2차기관) → A(1차기관) : 회송
② A(1차기관) → B(2차기관) : 회송환자 재의뢰
③ A(1차기관) → C(2차기관) : 회송환자 재의뢰 아님(타기관 선택)

② 의뢰서 환자상태 및 진료소견 정보



☑ 소견선택
- 자주 사용하는 소견내용을 미리 저장해놓고 선택하여 사용

☑ 주의 의약품 여부
- 투여중인 의약품 중 특히 주의가 필요한 의약품

☑ 감염병 여부
- 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률에 따른 감염병 간략 기재

☑ 회신요청 여부
- 의뢰받을 의료기관으로 부터 의뢰에 대한 회신을 받고자 하는 경우 'Y' 선택

③ 의뢰서 진료정보

D. 진료정보

☑ 진료정보 작성
- 진료의뢰회송중계시스템과 심사평가 자료제출시스템(e-Form 표준서식)을 연계하여 의료기관 간 환자정보 공유

☑ 퇴원요약지
- 입원환자 회송 시 작성

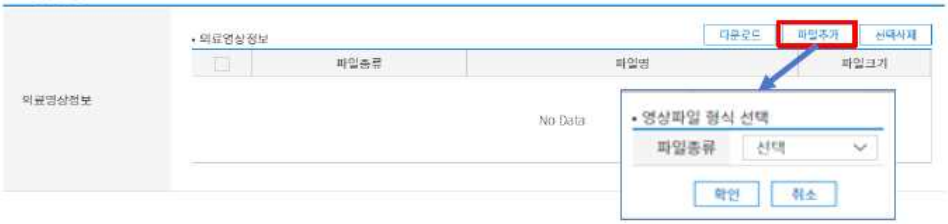
☑ 외래초진/경과기록지
- 의뢰서 작성 시 기본적으로 선택

☑ 검사결과지
- 진단검사, 영상검사 등 작성

☑ 기타
- 그 외 표준서식 작성

④ 의뢰서 영상정보

E. 영상정보



☑ 영상정보 파일추가
- 파일추가 버튼을 클릭 후 탐색기 창에서 추가할 영상파일 선택
- 파일종류(MRI, CT 등) 선택

⑤ 예약 및 담당자 정보

☑ 예약관련 정보
- 예약희망을 원하는 일시를 2개까지 입력 가능

☑ 담당자 정보
- '담당의 선택' 버튼을 클릭하여 미리 등록해놓은 담당의사 선택 가능

【그림8. 요양급여회송서 화면】

【그림8-1. 요양급여회송서 작성예시】

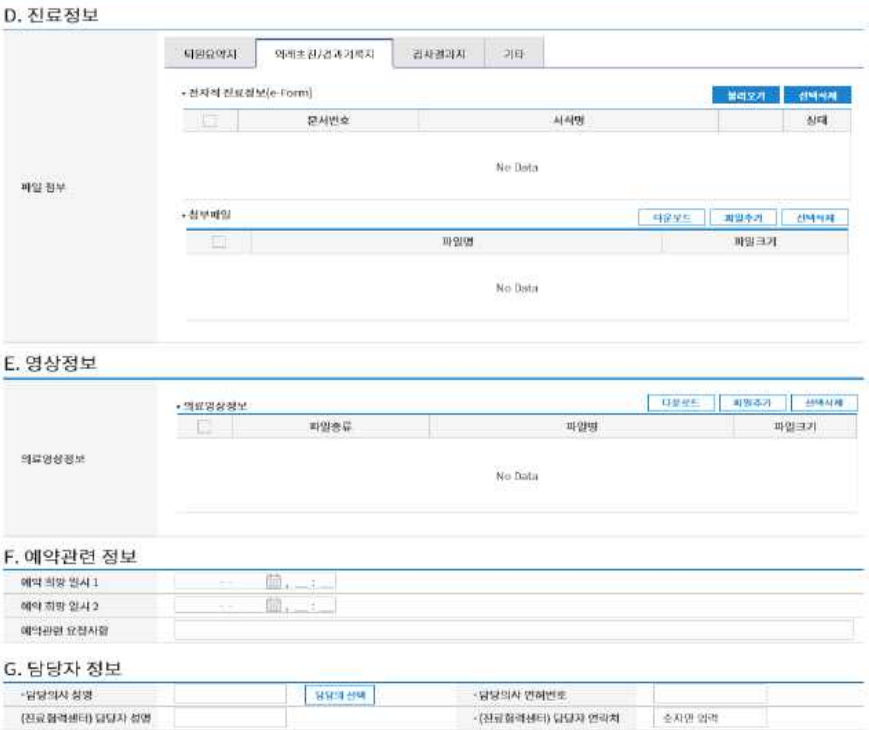
① 회송서 기본정보

☑ 회송서 작성
- 보험자 구분이 '건강보험 ' 인 경우 의뢰서 작성과 동일
- **의료급여** 인 경우 선택의료급여기관 미적용자 또는 노숙인 진료시설 선택

※ 선택의료급여기관 적용자의 경우 회송 불가

☑ 의뢰환자 되의뢰
① A(1차기관) → B(2차기관) : 의뢰
② B(2차기관) → A(1차기관) : 의뢰환자 되의뢰(회송)
③ B(2차기관) → C(1차기관) : 의뢰환자 되의뢰 아님(타기관 선택)

② 회송서 환자상태 및 진료·영상 정보



☑ 환자상태 및 진료소견, 진료정보, 영상정보 등
- C~G 까지의 정보는 의뢰서와 동일

3. 요양급여의뢰서 또는 회송서 등 확인방법

가. 「심사평가정보 제출시스템(https://ef.hira.or.kr) 접속 → 공인인증서 로그인 → '진료의뢰·회송' → '수신목록' 또는 '송신목록'을 선택한다.

나. **(송신목록)** 의뢰·회송서 작성내역 확인방법은 다음과 같다.

(1) 송신목록에서 해당 의뢰·회송서 더블클릭(또는 '보기' 버튼 클릭) 후 '의뢰·회송서'를 확인한다.

(2) 의뢰서의 '동일지역 가산인정' 여부가 'Y'인 경우는 비수도권 동일 시·도 내 가산 수가를 추가 산정할 수 있음을 말한다.

(3) '회신서'란에 **회신서**가 존재하는 경우는 환자를 의뢰·회송 받은 진료기관에서 회신서를 작성하였음을 말한다.

(4) 상태 값에 따른 송·수신 기관별 처리방법은 아래 표와 같다.

상태	상태 설명	처리	
		송신기관	수신기관
임시저장	송신기관에서 전송 전 상태	수정, 삭제 가능	조회 안됨
접수전	송신기관에서 전송한 상태	수정, 삭제 가능	접수, 거절 가능
접수	수신기관에서 접수한 상태	수정, 삭제 불가	취소 가능 (취소시 접수전으로 변경)
거절	수신기관에서 거절한 상태	조회만 가능	조회만 가능
삭제	송신기관에서 접수 전인 건을 삭제한 상태	재작성 가능	조회 안됨

【그림9. 송신목록 화면】

다. (수신목록) 의뢰·회송서 수신목록 확인방법은 다음과 같다.

(1) 수신목록에서 해당 의뢰·회송서 더블클릭(또는 '보기' 버튼 클릭) 후 '의뢰·회송서'를 확인한다.

※ 회송서의 경우 접수담당자, 주민번호 뒷자리 입력 후 접수번호 클릭

(2) '회신서' 클릭시 의뢰에 대한 회신내용을 간략하게 작성 가능하며, '회신요청' 여부가 'Y'인 경우는 환자를 의뢰·회송한 진료기관에서 회신요청이 있는 경우를 말한다.

(3) 상태 값에 따른 송·수신 기관별 처리방법은 아래 표와 같다.

상태	상태 설명	처리	
		송신기관	수신기관
접수전	송신기관에서 전송한 상태	수정, 삭제 가능	접수, 거절 가능
접수	수신기관에서 접수한 상태	수정, 삭제 불가	취소 가능 (취소시 접수전으로 변경)
거절	수신기관에서 거절한 상태	조회만 가능	조회만 가능

【그림10. 수신목록 화면】

4. 등록 진료정보 및 수신 진료정보 확인방법

가. 등록 진료정보 목록 조회

심사평가정보 제출시스템을 연계하여 작성(또는 전송)한 진료정보 표준서식에 대하여 조회할 수 있다.

【그림11. 등록 진료정보 목록 화면】

나. 수신 진료정보 목록 조회

의뢰·회송과 함께 수신받은 진료정보 표준서식에 대하여 조회할 수 있다.

【그림12. 수신 진료정보 목록 화면】

별지

서 식 모 음

[제1호서식] 요양급여의뢰서[시범사업]

[제2호서식] 요양급여회송서[시범사업]

[제3호서식] 진료의뢰 · 회송 중계시스템 이용에 관한 개인정보 수집이용 및 제3자 제공 동의서

[별지 제1호서식]

요양급여의뢰서[시범사업]

건강보험증번호 (사업장기호)					
가입자 또는 세대주	성명		주민등록(관리)번호		
의뢰번호			의뢰할 기관(명칭)		
환자	성명		주민등록(관리)번호		
	주소				
			(전화번호)		
상병명			상병분류기호		
진료기간			진료구분	□ 입원 □ 외래	
환자상태 및 진료소견 (구체적 기술)	의뢰사유				
	치료·검사 내역				
	과거력 및 투약력				
	기타 가족력, 알러지 유무 등				
회신 요청	□예 □아니오				

위와 같이 요양급여를 의뢰합니다.

년 월 일

요양기관명칭(기호): ( )

소재지:

대표자:

담당의사 성명:

요양기관대표자 귀하

※ 주: 1. 이 요양급여의뢰서는 요양급여를 행함에 있어 적절한 요양급여를 위하여 다른 요양기관으로 의뢰하는 경우에 담당의사가 작성합니다.

2. 환자상태 및 진료소견 란에 현증상, 경과기록(수술 및 처치 등), 검사 실시내역 및 질병치료 후의 상태 등을 구체적으로 기재하기 바랍니다.

[별지 제2호서식]

요양급여회송서[시범사업]

<table>
<tr><td colspan="2">건강보험증번호
(사업장기호)</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">가입자 또는 세대주</td><td>성명</td><td></td><td>주민등록(관리)번호</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">회송번호</td><td colspan="2"></td><td>회송받을 요양기관 명칭(기호)</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">환자</td><td>성명</td><td></td><td>주민등록(관리)번호</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">주소</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">(전화번호)</td></tr>
<tr><td colspan="2">상병명</td><td colspan="2"></td><td>상병분류기호</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">진료기간</td><td colspan="2"></td><td>진료구분</td><td>□ 입원 □ 외래</td></tr>
<tr><td rowspan="4">환자상태 및 진료소견
(구체적 기술)</td><td>회송사유</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>
</table>

위와 같이 요양급여를 회송합니다.

년 월 일

요양기관명칭(기호): ( )

소재지:

대표자:

담당의사 성명:

요양기관대표자 귀하

* 주: 1. 이 요양급여회송서는 요양급여의뢰를 받은 요양기관이 환자의 상태가 호전되어 요양급여를 의뢰한 요양기관이나 1단계 요양급여를 담당할 수 있는 요양기관으로 회송할 때 담당의사가 작성합니다.

2. 환자상태 및 진료소견 란에 현증상, 경과기록(수술 및 처치 등), 검사 실시내역 및 질병치료 후의 상태 등을 구체적으로 기재하기 바랍니다.

[별지 제3호서식]

진료의뢰 · 회송 중계시스템 이용에 관한 개인정보 수집 · 이용 및 제3자 제공 동의서

환자성명		주민등록번호	
전화번호			

「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제6조 및 「의료급여법 시행규칙」 제3조에 따라 진료의뢰·회송을 위하여 「진료의뢰·회송 중계시스템」을 이용하는 경우 아래의 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공에 대한 내용을 자세히 읽어 보신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

가. 개인정보를 수집하는 자

- 진료의뢰·회송 중계시스템을 사용하여 전자적으로 의뢰·회송서를 송신하는 요양기관

나. 개인정보 수집·이용에 관한 동의

개인정보의 수집·이용 목적	진료의뢰·회송 중계시스템을 이용한 의뢰·회송 업무수행
수집하는 개인정보의 항목	성명, 주소, 전화번호, 건강보험증번호, 가입자 또는 세대주 성명
개인정보 보유 및 이용기간	보유기간 5년

※ 상기 정보는 개인을 식별할 수 있는 정보를 삭제한 상태에서 시스템 사용 통계분석 및 정책연구에 활용될 수 있습니다.
※ 귀하는 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 중계시스템 이용에 제한을 받을 수 있습니다.

본인은 「진료의뢰·회송 중계시스템」을 이용한 의뢰·회송에 「개인정보 보호법」 제15조 규정에 의거하여 본인의 개인정보를 제공할 것을 동의합니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

다. 민감정보 수집·이용에 관한 동의

민감정보의 수집·이용 목적	진료의뢰·회송 중계시스템을 이용한 의뢰·회송 업무수행
수집하는 민감정보의 항목	의뢰·회송 사유, 상병명, 환자상태 및 진료소견(진료소견, 치료·검사내역, 과거력 및 투약력, 기타 가족력 알러지 유무 등), 주의사항, 진료정보*·영상정보, 예약관련정보 등 진료의뢰·회송 중계시스템에 등록된 항목
민감정보 보유 및 이용기간	보유기간 5년

※ 심평원장 공고에 따른 표준서식을 활용하거나, 첨부파일 형태로 중계시스템으로 전송된 진료정보
※ 상기 정보는 개인을 식별할 수 있는 정보를 삭제한 상태에서 시스템 사용 통계분석 및 정책연구에 활용될 수 있습니다.
※ 귀하는 위의 민감정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 중계시스템 이용에 제한을 받을 수 있습니다.

본인은「진료의뢰·회송 중계시스템」을 이용한 의뢰·회송에 「개인정보 보호법」 제23조 규정에 의거하여 본인의 민감정보를 제공할 것을 동의합니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

라. 고유식별번호 수집·이용에 관한 동의

고유식별정보의 수집·이용목적	진료의뢰·회송 중계시스템을 이용한 의뢰·회송 업무수행
수집하는 고유식별정보의 항목	주민등록번호, 외국인등록번호, 가입자 또는 세대주 주민등록번호
고유식별정보 보유 및 이용기간	보유기간 5년

※ 상기 정보는 개인을 식별할 수 있는 정보를 삭제한 상태에서 시스템 사용 통계분석 및 정책연구에 활용될 수 있습니다.
※ 귀하는 위의 고유식별정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 중계시스템 이용에 제한을 받을 수 있습니다.

본인은 「진료의뢰·회송 중계시스템」을 이용한 의뢰·회송에 「개인정보 보호법」 제24조 규정에 의거하여 본인의 고유식별정보를 제공할 것을 동의합니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

마. 제3자 제공에 관한 동의

개인정보를 제3자에게 제공하는 자		진료의뢰·회송 중계시스템을 이용하여 전자적으로 의뢰·회송서를 송신하는 요양기관
개인정보를 제공받는 제3자		진료의뢰·회송 중계시스템을 통하여 전자적으로 의뢰·회송서를 수신하는 요양기관, 보건복지부, 건강보험심사평가원
개인정보를 제공받는 제3자의 개인정보 수집·이용 목적		의뢰·회송된 환자의 진료
제3자가 제공받는 항목	개인정보	성명, 주소, 전화번호, 건강보험증번호, 가입자 또는 세대주 성명
	민감정보	의뢰·회송 사유, 상병명, 환자상태 및 진료소견(진료소견, 치료·검사 내역, 과거력 및 투약력, 기타 가족력 알러지 유무 등), 주의사항, 진료정보*·영상정보, 예약관련정보 등 진료의뢰·회송 중계시스템에 등록된 항목
	고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 가입자 또는 세대주 주민등록번호
제3자의 개인정보 보유 및 이용기간		보유기간 5년

※ 상기 정보는 개인을 식별할 수 있는 정보를 삭제한 상태에서 시스템 사용 통계분석 및 정책연구에 활용될 수 있습니다.
※ 귀하는 위의 개인정보의 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 중계시스템 이용에 제한을 받을 수 있습니다.

본인은 「진료의뢰·회송 중계시스템」을 이용한 의뢰·회송에 「개인정보 보호법」 제17조, 제18조 규정에 의거하여 본인의 개인정보를 제3자에게 제공할 것을 동의합니다.

☐ 동의함 ☐ 동의하지 않음

바. 미성년자(만 14세 미만)의 개인정보 수집·이용·제3자 제공 등 동의여부

- 본인은 환자(성명:)의 법정대리인으로서 「개인정보 보호법」 제22조에 의거하여 개인정보의 수집·이용·제3자 제공 등에 관하여 확인하였습니다.

법정 대리인	성명	(서명 또는 인)	전화번호	
	생년월일		주소	

※ 법정대리인은 법정대리인을 증명할 수 있는 서류(가족관계증명서, 주민등록등본) 제출 요망

상기 본인은 「개인정보 보호법」 등 관련 법규에 의거하여 개인정보(민감정보, 고유식별정보 포함) 수집·이용· 제3자 제공 동의 여부에 관하여 최종적으로 확인하였습니다.

년 월 일

환자와의 관계

성 명 (서명 또는 인)

별첨

시범사업 관련 질의·응답

1. 수가 및 산정방법 관련
2. 청구방법 관련
3. 현황신고 관련
4. 중계시스템 관련
5. 질병군 포괄수가 관련
6. 기타

1. 수가 및 산정방법 관련

[대상자격]

Q1. (유지) **건강보험 환자가 아닌 경우 시범사업 수가 산정은 어떻게 하나요?**

○ 동 시범사업은 **건강보험 환자인 경우에만 시범수가를 산정**할 수 있습니다.

○ 다만, 의료급여 및 자동차보험 환자의 경우 수가 산정은 할 수 없어도 중계시스템을 이용한 진료의뢰·회송은 가능합니다.

Q2. (유지) **차상위 본인부담 경감대상자, 보훈환자도 '의뢰료' 또는 '회송료' 산정이 가능한가요?**

○ 차상위 본인부담금 경감대상자와 보훈환자(건강보험가입자)는 건강보험 환자이지만 별도 재원에 의해 지원받는 등 특수성이 있어 **시범사업 대상에서 제외**하고 있습니다.

○ 따라서, 시범사업의 요양급여비용 명세서 작성 시 **'공상 등 구분'** 란의 **차상위 및 보훈자격을 삭제하여 청구**하여야 합니다.

Q3. (유지) **외국인 환자, 신생아를 진료의뢰·회송시 시범사업 수가 산정이 가능한가요?**

○ **국민건강보험법 적용 대상자**이면 산정할 수 있습니다.

[시범사업대상- 협력관계 여부]

Q4. (변경)	2단계 시범기관(종합병원, 전문병원)으로 진료의뢰 한 경우에만 '의뢰료'를 산정할 수 있나요?

○ **2단계 시범기관(종합병원, 전문병원)**으로 진료의뢰는 동 시범사업 참여 관련 협약을 맺은 **협력관계의 1단계 진료기관(의원, 병원)이** 지침에서 정한 절차에 따라 **진료 의뢰하는 경우 '의뢰료'를 산정**할 수 있습니다.

○ 다만, 2020년 10월 8일부터 상급종합병원 '회송료'가 본사업으로 전환됨에 따라 **상급종합병원으로의 진료의뢰**는 **협력관계와 상관없이 모든 1단계 진료기관**(상급종합병원 및 보건소·보건지소를 제외한 모든 요양기관)이 지침에서 정한 절차에 따라 **진료 의뢰하는 경우에 '의뢰료'를 산정**할 수 있습니다.

예시) A의원의 자체 협력기관 3개소
- B종합병원(시범사업 미선정기관)
- C종합병원(시범사업 선정기관, 협력기관으로 시범사업 참여 동의)
- D종합병원(시범사업 선정기관, 협력기관으로 시범사업 참여 미동의)
- E상급종합병원

☛ C종합병원, E상급종합병원으로 의뢰한 경우에만 '의뢰료' 산정 가능

※ D종합병원의 경우 시범사업에 함께 참여하기로 A의원에서 동의하지 않은 경우로 '의뢰료' 산정 불가

○ 비협력관계의 2단계 시범기관(종합병원, 전문병원)으로 진료의뢰 할 경우 현행 규정에 따라 별도의 비용을 산정할 수 없습니다.

Q5. (유지) **'회송료'는 협력기관으로 회송한 경우에만 산정할 수 있나요?**

○ '회송료'는 협력기관으로 회송할 때 산정하는 것을 원칙으로 합니다.

○ 다만, 환자에게 적절한 요양급여를 위해 회송하고자 하는 경우 요양기관이 **비협력기관이더라도 예외적으로 산정**할 수 있습니다.

※ 2단계 시범기관에서 같은 종별 2단계 진료기관으로의 회송은 제외

Q6. (변경) **보건소 및 보건지소 등으로 진료의뢰 또는 회송시에도 '의뢰료' 또는 '회송료'를 산정할 수 있나요?**

○ **보건소, 보건지소, 보건진료소, 조산원**의 경우는 시범사업 대상기관에 포함되지 않습니다.

○ 다만, 상기 기관들이 상급종합병원으로 진료 의뢰하는 경우에는 중계시스템을 이용하여 의뢰는 할 수 있으나 **'의뢰료'는 산정 불가**하며,

- **상급종합병원에서** 상기 기관들에 회송한 경우에는 **'회송료'를 산정**할 수 있습니다.

Q7. (유지) **2단계 시범기관에서 시범사업 미참여(비협력)하는 1단계 진료기관으로 회송 시 회송정보를 수신·접수한 1단계 진료기관이 산정할 수 있는 시범수가가 있나요?**

○ 시범기관 여부와 관계없이 회송을 받은 1단계 진료기관에서 **회송정보를 수신·접수시 산정**할 수 있는 **시범수가는 없습니다.**

[공통] <신설>

Q8. (변경)	**시범사업 수가를 산정할 때 환자 본인부담금은 어떻게 되나요?**

○ ‘의뢰료’는 의료적 필요에 의한 합리적 의뢰가 이루어질 수 있도록 **2020년 11월 1일 진료분부터 ‘진료의뢰료 Ⅰ’**에 대해서만 「국민건강보험법 시행령」[별표 2]와 「국민건강보험법 시행규칙」[별표 3]에서 정하는 바에 따라 **본인일부부담**하며, **종합병원과 병원은 30%로 적용**합니다.

- 다만, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」등 본인부담경감 대상 환자의 경우 경감된 본인일부부담금액을 적용합니다.

○ 이 외 시범사업 수가인 **‘진료의뢰료 Ⅱ·Ⅲ’, ‘비수도권 동일 시·도 내 의뢰 가산료’, ‘회송료’**는 해당 수가 **전액을 국민건강보험공단이 부담**합니다.

Q8-1. (변경)	**65세 이상 의원급 외래 환자의 시범사업 수가(의뢰료) 본인부담금 산정은 어떻게 되나요?**

○ 65세 이상이 의원급 외래에서 진료를 보는 경우에도 「국민건강보험법 시행령」[별표 2]와 「국민건강보험법 시행규칙」[별표 3]에서 정하는 바에 따라 **본인일부부담**합니다.

- 다만, 「국민건강보험법 시행규칙」[별표 3] 제1호의 **‘요양급여비용 총액에 관한 조건’은 ‘진료의뢰료 Ⅱ·Ⅲ’, ‘비수도권 동일 시·도 내 의뢰가산료’**를 제외한 금액을 기준으로 합니다.

Q9. (변경)	**1단계 시범기관에서 2단계 시범기관으로 진료의뢰 한 경우 또는 2단계 시범기관에서 1단계 시범기관으로 회송한 경우 산정할 수 있는 수가는 무엇인가요?**

○ 지침에서 정한 절차에 따라 의뢰를 담당하는 **1단계 시범기관***이 **2단계 시범기관*** 또는 **상급종합병원으로 의뢰한 경우 '의뢰료'를 산정**할 수 있으며,

- **2단계 시범기관**이 협약관계에 있는 **1단계 시범기관으로 회송한 경우는 '회송료'를 산정**할 수 있습니다.

※ 1단계 시범기관: ① 2단계 시범기관과 협약관계에 있는 1단계 진료기관
② 상급종합병원에 의뢰하는 모든 1단계 진료기관
2단계 시범기관: 종합병원 이하 2단계 진료기관(종합병원·전문병원)

Q10. (유지)	**1단계 시범기관에서 외래진료 후 2단계 시범기관(또는 상급종합병원) 응급실로 환자를 의뢰한 경우와 2단계 시범기관 응급실에서 1단계 시범기관으로 회송한 경우 '의뢰료' 또는 '회송료'를 산정할 수 있나요?**

○ 응급실로(에서) 의뢰회송한 경우는 **'의뢰료'** 또는 **'회송료'를 산정할 수 없습니다.**

Q11. (신설)	**동일 날 동일 환자를 다른 질환(진료과, 진료의)으로 서로 다른 요양기관에 각각 진료의뢰·회송한 경우 '의뢰료' 또는 '회송료'는 어떻게 산정하나요?**

○ **동일 날 동일 환자를 서로 다른 2단계 진료기관(1단계 진료기관)**에 다른 질환(진료과, 진료의)으로 각각 의뢰·회송한 경우 **'의뢰료' 또는 '회송료'는 각각 산정**할 수 있습니다.

○ 다만, 환자를 의뢰·회송한 진료의가 1명인 경우 서로 다른 2단계(1단계) 진료기관에 다른 질환으로 각각 의뢰·회송한 경우에는 '의뢰료' 또는 '회송료'는 1회 산정합니다.

Q12. (유지)	**동일 날 동일 환자를 동일한 요양기관의 2개 이상 진료과에 진료의뢰·회송한 경우 '의뢰료' 또는 '회송료'는 어떻게 산정하나요?**

○ **'의뢰료'는** 환자에게 적절한 요양급여를 제공할 2단계 진료기관을 선정하여 해당 기관의 **진료협력센터(또는 진료의뢰·회송 전담인력)에 연락하는 절차 등을 거친 경우** 산정할 수 있으며,

- **'회송료'는** 환자 및 보호자와 충분한 상담을 통하여 환자에게 적절한 요양급여를 제공할 1단계 진료기관을 선정하여 **해당 기관에 이를 알리고 방문할 수 있도록 안내하는 절차 등을 실시한 경우 산정**할 수 있습니다.

○ 이에, **동일 날 동일 환자를 동일한 2단계(1단계) 진료기관으로 의뢰·회송한 경우**에는 진료과가 2개 이상이더라도 **'의뢰료' 또는 '회송료'는 1회 산정**합니다.

Q13. (유지)	**종합병원에서 전문병원으로 지정받은 종합병원으로 의뢰하는 경우 '의뢰료'를 산정할 수 있나요?**

○ 같은 종별 간 의뢰·회송은 인정되지 않습니다.

○ 다만, 예외적으로 **병원에서 전문병원으로 지정받은 병원으로 의뢰하는 경우 '의뢰료'를** 산정할 수 있으며, **회송기관으로 지정받은 전문병원에서 병원으로 회송하는 경우에는 '회송료'를 산정**할 수 있습니다.

Q14. (변경) **‘의뢰료’ 또는 ‘회송료’와 별도로 진찰료를 산정할 수 있나요?**

○ 1단계 또는 2단계 시범기관에서 **진찰행위가 이루어진 경우 ‘진찰료’는** 별도로 **산정**할 수 있으며, ‘진찰료’와 시범사업 수가인 ‘의뢰료’ 또는 ‘회송료’는 **분리청구**합니다.

Q15. (유지) **요양급여의뢰·회송서의 의뢰·회송결과는 반드시 회신하여야 하나요?**

○ 의뢰·회송결과 회신은 충실하고 체계적인 진료의뢰·회송의 일환으로 필요한 절차입니다. 다만, 환자가 동의하지 않거나 **불가피한 경우**에는 **실시하지 못할 수 있습니다.**

Q16. (유지) **야간·주말·휴일에 진료의뢰·회송시 수신기관에 사전연락을 실시하지 못한 경우 ‘의뢰료’ 또는 ‘회송료’는 산정할 수 있나요?**

○ 지침에 따른 진료의뢰·회송 절차를 시행했다면 **‘의뢰료’ 또는 ‘회송료’는 산정**할 수 있습니다.

○ 다만, 추후 해당 기관에 진료의뢰·회송 사실을 알려 환자가 적절한 2단계(또는 1단계) 요양급여를 받을 수 있도록 조치하고, 환자에게 안내하여야 합니다.

[의뢰료]

Q17. (신설)	2020년 11월 1일자로 시행되는 '의뢰료'는 무엇인가요?

○ 기존 **'의뢰환자관리료'가 '의뢰료'로 변경**되는 것으로, **'의뢰료'는** 진료의뢰시 **의뢰환자의 진료·영상정보 첨부 수준**에 따라 '**진료의뢰료 I, II, III'로 구분**됩니다.

○ 따라서, 1단계 시범기관은
- **2020년 11월 1일 전** 진료분은 **'의뢰환자관리료'**를,
- **2020년 11월 1일 이후** 진료분 부터는 진료 의뢰시 **진료·영상정보 첨부 수준에 따른 '의뢰료*'**를 **산정**합니다.

※ 의뢰료

의뢰료	기준
진료의뢰료 I	· **요양급여의뢰서를 전자적 방식**으로 제공시 산정
진료의뢰료 II	· '진료의뢰료 I' 산정시 **표준화된 진료정보 1종 이상**을 **전자적 방식으로 전송**시 추가 산정
진료의뢰료 III	· '진료의뢰료 I' 산정시 **영상정보**와 **영상검사결과지(또는 영상의학판독소견서) 포함 표준화된 진료정보 2종 이상**을 **전자적 방식**으로 전송시 추가 산정

Q18. (변경)	1단계 시범기관에서 입원환자를 2단계 시범기관 또는 상급종합병원으로 의뢰한 경우 '의뢰료'를 산정할 수 있나요?

○ **'의뢰료'는** 1단계 진료기관에서 **외래환자를 의뢰할 경우 산정**할 수 있습니다.

○ 따라서, 1단계 진료기관의 입원환자(입원 중, 퇴원시 의뢰하는 경우 모두 포함), 응급실 환자 또는 타 기관에 입원 중인 환자(위탁진료)는 '의뢰료'를 산정할 수 없습니다.

Q19. (신설)	**요양급여의뢰(회송)서에 심사평가자료 제출시스템 표준서식(e-Form)은 어떻게 이용하여 진료정보를 첨부할 수 있나요?**

○ 요양급여의뢰(회송)서와 표준서식(e-Form)은 독립적인 서식으로 별도 작성순서는 없으며, **의뢰(회송)서 작성 전·후 모두 표준서식(e-Form) 작성이 가능**합니다.

○ **의뢰(회송)서 작성 전 표준서식(e-Form)을 먼저 작성**하는 경우

- ① 첨부할 표준서식 세부내용 작성 후 '의뢰회송번호(요청번호)'에 "-"을 기재하여 임시 저장

- ② 의뢰(회송)서 작성 시 서식 내 'D. 진료정보 > 파일첨부 > 전자적 진료정보(e-Form)'에서 '불러오기'를 이용하여 해당 진료정보 서식을 첨부하거나,
  의뢰(회송)서 작성 후 생성 된 '의뢰회송번호'를 '진료정보(e-Form) > 등록 진료정보'에 첨부할 행 선택 및 '의뢰회송번호 입력' 클릭 후 해당하는 '의뢰회송번호'를 입력합니다.

○ **의뢰(회송)서 작성 후 표준서식(e-Form)을 나중에 작성**하는 경우

- 작성된 의뢰(회송)서의 의뢰회송번호를 첨부할 서식의 '의뢰회송번호(요청번호)'란에 기재 및 서식 세부내용 작성 후 임시 저장합니다.

○ **표준서식(e-Form)이 모두 첨부되면 송신목록**의 해당 행에서 **'전송'을 클릭** 시 의뢰(회송)서가 전송됩니다.

○ 의뢰(회송)서 상태가 접수 전인 경우에는 표준서식의 수정과 '의뢰회송번호' 입력이 가능합니다.

Q20. (신설)	**검사결과지를 스캔하여 파일로 첨부하는 경우에도 '진료의뢰료 Ⅱ'를 산정할 수 있나요?**

○ '진료의뢰료 Ⅱ' 산정시 첨부되는 **표준화된 진료정보는**

- 중계시스템을 이용하는 경우에는 **심평원장 공고** 「정보통신망을 이용한 심사관련 자료제출에 대한 세부사항」에 따른 **(별표1) 표준서식을,**

- 진료기록전송지원시스템을 이용하는 경우에는 **「진료정보교류 표준」**에 따른 **서식(진료의뢰서, 진료기록요약지, 영상의학판독소견서)**을 말합니다.

○ 다만, 중계시스템을 이용하는 경우 e-Form Agent 개발기간 감안, 5개월('20.11.1.~'21.3.31.)의 유예기간 중에는 pdf 등으로 환자의 진료정보를 스캔·첨부하여도 진료의뢰료 Ⅱ, Ⅲ 수가를 추가 산정 할 수 있습니다.

※ 스캔 파일 첨부의 경우 진료정보 > 첨부파일 > 파일추가 시행

Q21. (신설)	**중계시스템에 요양급여의뢰서 등록 후 검사결과가 확인되어 검사결과지 및 영상정보(영상파일 및 영상검사결과지)를 늦게 첨부하는 경우에도 '진료의뢰료 Ⅱ' 또는 '진료의뢰료 Ⅲ'를 산정할 수 있나요?**

○ **'진료의뢰료 Ⅱ'** 또는 **'진료의뢰료 Ⅲ'는** '진료의뢰료 Ⅰ' 산정시 첨부되는 **표준화된 진료정보 및 영상정보를 진료 당일** 중계시스템 내 **의뢰서를 등록하면서 함께** 수신기관에 제공하여야 하나,

- **부득이하게** 당일 등록하지 못한 경우에는 의뢰기관의 **수가 청구 전**이면서 수신기관이 **의뢰서 접수 전**에 한하여 **의뢰서 등록 익일부터 3일 이내(공휴일** 포함) **중계시스템에 등록**한 경우 **산정**할 수 있습니다.

○ 다만, 의뢰서 등록일 후 3일을 초과하는 경우에는 수신기관에 정보 제공은 가능하나 수가는 산정할 수 없습니다.

Q22. (신설)	**영상파일만 첨부하는 경우에도 '진료의뢰료 Ⅲ'를 산정할 수 있나요?**

○ **'진료의뢰료 Ⅲ'는** '진료의뢰료 Ⅰ'을 산정할 때 영상검사결과지(또는 영상의학판독소견서) 포함 의뢰환자의 표준화된 **진료정보 2종 이상과 영상정보**를 **전자적 방식**으로 **전송**하는 경우 추가 산정할 수 있습니다.

○ 따라서, **영상파일만 첨부하는 경우에는 '진료의뢰료 III'**뿐 아니라, **'진료의뢰료 II'도 산정할 수 없으며,**

- **영상파일 없이** 영상검사결과지(또는 영상의학판독소견서)와 표준화된 **진료정보 1종 이상**을 전자적으로 전송한 경우에는 **'진료의뢰료 Ⅱ'를 산정**할 수 있습니다.

Q23. (신설)	진료의뢰·회송 시범사업과 진료정보교류사업(한국사회보장정보원) 모두 참여하는 기관이 '진료기록전송지원시스템'을 통해 송신한 의뢰서를 **진료의뢰회송 시범사업에는 참여하나 진료정보교류사업 미참여 기관이 수신받는 경우에도 '진료의뢰료 Ⅱ, Ⅲ'를 산정할 수 있나요?**

○ 진료기록전송지원시스템으로 진료·영상정보가 첨부된 의뢰서를 전송하는 경우에는 **송·수신기관 모두 진료기록전송지원시스템을 사용하는 경우(교류사업 1)에만 '진료의뢰료 Ⅱ 또는 Ⅲ'를 추가 산정**할 수 있습니다.

○ 만약, 진료기록전송지원시스템을 통하여 **진료정보교류사업 미참여기관(교류사업 2)*으로 의뢰하는 경우**에는 **'진료의뢰료 Ⅰ'만 산정** 가능합니다.

※ 진료정보교류사업 미참여 수신기관: 중계시스템을 통해 진료정보교류사업의 연계된 의뢰서를 확인할 수 있으며, 의뢰서 내 누락된 정보는 송신기관에 추가 정보 요청 가능

Q24. (신설)	내시경검사시 촬영된 **슬라이드 필름 등도 영상정보로서 '진료의뢰료 Ⅲ'를 산정할 수 없나요?**

○ **'진료의뢰료 Ⅲ'는** 진료 의뢰시 **영상정보**와 **영상검사결과지(또는 영상의학판독소견서)를 포함**한 의뢰환자의 **표준화된 진료정보 2종 이상**을 전자적 방식으로 전송하는 경우 추가 산정합니다.

- 내시경검사시 촬영된 **슬라이드 필름 등도 영상정보로 인정**할 수 있습니다.

Q25. (신설)	**동일 시·도내 의뢰 가산은 무엇인가요?**

○ 동일 시·도내 의뢰가산은 **비수도권 지역의 1단계 시범기관이 동일 시·도내 상급종합병원·종합병원·전문병원으로 진료 의뢰시** 산정할 수 있는 **가산 수가**입니다.

○ 따라서, **수도권(서울→서울) 내** 또는 **수도권(충남→경기도 or 인천, 서울 or 인천→경기 등)으로의 의뢰**는 가산수가를 산정할 수 없습니다.

[회송료]

Q26. (신설) 2020년 11월 1일자로 시행되는 '회송료'는 무엇인가요?

○ 기존 시범사업의 **'회송환자관리료'가 2020년 11월 1일자로 '회송료'로 명칭 변경**되는 것입니다.

○ 따라서, 2단계 시범기관(종합병원, 전문병원)의 **2020년 11월 1일 이전** 진료분은 **'회송환자관리료'**를, **2020년 11월 1일 이후** 진료분 부터는 **'회송료'**를 **산정**합니다.

Q27. (유지) **회송은 반드시 의뢰했던 기관으로 이루어져야 하나요?**

○ 의뢰했던 기관으로 회송(되의뢰)하는 것이 바람직하나, 의학적 판단 등에 따라 **의뢰하지 않은 기관으로 회송한 경우에도 '회송료'는 산정**할 수 있습니다.

- 이 경우 요양급여회송서[시범사업]에 회송 기관유형(타기관)을 구분하여 표시하여야 합니다.

Q28. (변경) **종합병원에서 의원급 요양기관으로 환자를 회송한 경우 '회송료'를 산정할 수 있나요?**

○ 동 시범사업에서 회송을 담당하는 2단계 시범기관은 종합병원, 전문병원이 해당됩니다.

○ 따라서, **종합병원에서 병원·의원급 요양기관으로** 회송한 경우, **전문병원으로 지정받은 병원이 병원·의원급 요양기관으로** 회송한 경우에는 **'회송료'를 산정**할 수 있습니다.

Q29. (유지)	**‘의뢰료’를 산정하면서 의뢰한 환자를 회송한 경우에만 ‘회송료’를 산정할 수 있나요?**

○ 의뢰 당시 **‘의뢰료’를 산정하지 않은 환자도** 본 지침에 따라 회송한 경우에는 **‘회송료’를 산정**할 수 있습니다.

Q30. (유지)	**‘회송료-입원’은 환자를 회송하는 요양기관에서 산정하나요?**

○ 회송료는 2단계 시범기관에서 환자를 전자적 방식으로 협력기관인 1단계 진료기관으로 회송하는 경우 산정하며, **2단계 시범기관 환자의 입원·외래 상태에 따라 구분하여 산정**합니다.

[기타]

Q31. (유지)	**진료의뢰·회송하고자 하는 기관을 반드시 지정하여야 하나요?**

○ 협력기관 간 진료의뢰·회송에 대해 적용되는 수가로 의뢰·회송을 결정하는 과정에서 해당 기관과 연락하는 절차를 거쳐 **의뢰·회송할 기관을 지정**하여야 합니다.

○ 다만, 사전연락을 통하여 의뢰·회송기관을 지정하고 의뢰·회송 관련 정보를 제공하였지만, 환자가 자의적으로 내원하지 않은 경우에도 시범수가는 산정할 수 있습니다.

Q32. (유지)	**진료의뢰·회송하고자 하는 기관과 연락방법은 무엇인가요?**

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

Q33. (유지)	**진료의뢰·회송 정보를 수신기관에서 "접수**(중계시스템 내 수신목록 > '접수' 클릭)**" 하여야 시범사업 수가를 산정할 수 있나요?**

○ 진료의뢰·회송 정보는 수신기관에서 중계시스템에서 수신·접수하여야 확인하실 수 있습니다.

○ 다만, 의뢰·회송기관이 지침에서 정한 절차를 수행하였으나, 예외적으로 별도의 경로로 의뢰·회송 정보를 확인하여 **"접수"가 지연·누락된 경우에도 시범사업 수가는 산정할 수 있습니다.**

Q34. (유지) **진료의뢰·회송 목적으로 진료기록부 사본을 제공한 이후 환자 요구에 의해 진료기록부 사본 제공비용이 추가로 발생할 경우 그 비용은 환자가 부담하나요?**

○ 진료의뢰·회송을 목적으로 발행한 진료기록부 등 복사에 소요되는 비용은 **'의뢰료' 또는 '회송료' 소정점수에 포함**되어 있습니다.

○ 또한, 진료의뢰·회송에 필요한 서류는 담당의사 판단에 의해 제공되는 것이며 **환자 요구 등 이외의 목적으로 발생되는 비용은 환자가 부담**하도록 합니다.

Q35. (유지) **비급여 진료를 받은 환자를 진료의뢰·회송한 경우에도 시범사업 수가를 산정할 수 있나요?**

○ 현행 규정에 따라 건강보험 대상자의 진료목적이 건강검진, 미용목적의 성형수술 등과 같이 명백하게 비급여대상에 해당하는 경우 모든 진료비용은 요양급여대상이 되지 않습니다.

○ 따라서, 비급여 진료를 받은 환자의 진료의뢰·회송시 동 시범사업 **수가는 산정할 수 없습니다.**

Q36. (유지) **진료의뢰·회송이 소아환자대상 또는 야간·공휴일에 실시된 경우 '의뢰료' 또는 '회송료' 산정은 어떻게 하나요?**

○ 동 시범사업 수가는 소아, 야간·공휴가산 등 **각종 가산을 별도로 산정하지 않습니다.**

2. 청구방법 관련

Q37. (변경) 시범사업 명세서는 어떻게 청구하나요?

○ 시범사업내역은 비시범사업내역과 심사청구서 구분없이 **하나의 심사청구서**로 작성하되, **명세서는** 시범사업내역과 비시범사업내역을 **분리**하여 명일련번호를 연이어 작성·청구하여야 합니다.

○ 또한, **반드시 청구 전 '중계시스템'에 '요양급여의뢰서' 및 '진료·영상정보'를 첨부·전송**하여야만 '진료의뢰료 Ⅰ' 또는 '진료의뢰료 Ⅱ, Ⅲ'를 **산정**할 수 있습니다.

Q38. (변경) 시범사업 명세서를 분리청구시 기재하는 특정기호는 어떻게 되나요?

○ 시범사업 명세서의 명일련단위 특정내역 구분코드(MT002)**란에 회송료는 "S002"를** 기재하고, **의뢰료는 "S029"를 기재**하여 작성·청구합니다.

※ S002: 협력기관 간 진료의뢰회송 시범사업
S029: 진료의뢰회송 2단계 시범사업 - 의뢰료

Q39. (변경) 산정특례 경감대상자의 '의뢰료' 또는 '회송료' 청구시 특정기호는 어떻게 기재하나요?

○ **'의뢰료'는** 명일련단위 특정내역 구분코드(MT002)**란에 해당 산정특례 경감대상 특정기호와 "S029"를 동시 기재**하되, **낮은 본인부담률 특정기호 순으로 기재**하여 작성·청구합니다.

○ **'회송료'는** 명일련단위 특정내역 구분코드(MT002)**란에 "S002"만 단독 기재**하고, 다른 경감대상 특정기호를 기재하지 않습니다.

Q40. (유지) **시범사업 명세서의 진료결과는 어떻게 기재하나요?**

○ 현행 요양급여비용 **청구방법에 의거 환자상태를 구분하여 기재**합니다.

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

Q41. (변경) **외래 명세서의 시범사업내역 청구시 내원일수와 요양급여일수는 어떻게 기재하나요?**

○ 동일 날 시범사업내역과 비시범사업내역은 반드시 분리청구 하되,

- 시범사업 중 '회송료(S002)'를 산정하는 명세서의 **'내원일수' 및 '요양급여일수'는 각각 '1'**로 기재하고,
- '의뢰료(S029)'를 산정하는 명세서의 **'내원일수' 및 '요양급여일수'는 각각 '0'**으로 기재합니다.

Q42. (유지) **시범사업 수가를 청구할 경우 담당의사의 면허번호를 기재하여야 하나요?**

○ 시범사업 수가 진료내역에는 면허번호를 기재하지 않으나, 시범사업 명세서 상병내역에는 담당의사 면허번호를 기재하여야 합니다.

Q43. (변경) **시범사업내역 청구시 의뢰회송번호는 어떻게 기재하나요?**

○ 시범사업 명세서의 명일련단위 특정내역 구분코드**(MT066)란에 중계시스템에 등록된 '의뢰회송번호'를 숫자 19자리 형식**(하이픈(-) 제외)으로 기재하여 청구합니다.

※ 특정내역 구분코드 MT066(진료의뢰회송번호)
- 기재형식: 9(19)
- 기재방법: '의뢰(회송)기관기호(8자리)'와 '회송일자(YYMMDD)', '일련번호(5자리)'를 순서대로 기재
- 예시: 2020년 11월 9일 A의원(요양기호 12345678)에서 의뢰환자 일련번호가 2번째인 경우

  MT066 1234567820110900002

3. 현황신고 관련

Q44. (유지) 시범사업으로 지정된 기관은 모두 현황신고를 하여야 하나요?

○ 보건복지부로부터 시범사업 기관으로 지정받은 기관은 **별도의 현황 신고가 필요하지 않습니다.**

Q45. (유지) 시범사업 운영 중 협력기관을 추가할 수 있나요?

○ **매년 반기 마지막 월(6월, 12월)*에 협력기관 변경현황**을 보건복지부로 제출하면 절차에 따라 **보건복지부장관의 지정**을 받은 후 시범사업 수가를 적용할 수 있습니다.

※ 시범사업 운영진행에 따라 변경될 수 있음

Q46. (유지) 대표자 변경 등으로 요양기관 기호가 변경된 경우 시범사업에 참여하려면 어떻게 해야 하나요?

○ 대표자 변경 등으로 기존 요양기관 기호가 삭제되었거나, 폐업 후 요양기관 기호가 변경된 경우,

- **2단계 시범기관은 보건복지부(보험급여과)**에 기호 변경 전 기관과 동일한 기관임을 소명하는 자료를 제출하여 이에 대한 **회신을 받은 경우 시범기관으로서의 지정을 연계** 받을 수 있으며,
- **1단계 진료기관의 경우** 협력 병·의원 변경현황신고 기간인 **매년 반기 마지막 월(6월, 12월)에 협력관계인 2단계 시범기관에 신청**하여 참여를 지속할 수 있습니다.

※ 변경현황 신고 후 시범사업 참여 적용일 까지는 약 1개월 소요

Q47. (유지)	1단계 진료기관이 2단계 시범기관과 협약을 맺고 시범사업 참여에 동의하였으나, 중계시스템에 의뢰할 2단계 시범기관 목록이 보이지 않습니다. 어떻게 해야 하나요?

○ 변경현황 신고는 실시간으로 반영되는 것이 아니라, 변경현황신고 접수 기간(6월, 12월)에 자료 취합 후 보건복지부장관의 승인을 받은 후 적용되므로 현황신고 후 적용까지 **약 1개월 소요**됩니다.

4. 중계시스템 관련

Q48. (유지) 진료의뢰·회송서 정보는 요양기관에서 중계시스템에 일일이 입력하는 방법 밖에 없나요?

○ 진료의뢰·회송서의 정보 전송은 **중계시스템 직접 입력** 외에 **AGENT 프로그램을 활용**하는 방법이 있으며, 중계시스템 화면과 AGENT 프로그램 모두 의뢰·회송서 송·수신 및 조회가 가능합니다.

Q49. (유지) 중계시스템 화면의 모든 내용은 반드시 입력하여야 하나요?

○ 의뢰·회송서 화면의 **" * " 표시된 항목은 반드시 입력**하여야 하며, 환자 상태 및 진료소견은 구체적 소견을 기재하여야 합니다.

Q50. (변경) 중계시스템의 A. 기본정보 중 의뢰회송번호는 각 요양기관에서 직접 생성하나요?

○ 의뢰회송번호는 의뢰(회송)에 대해 환자가 갖는 고유한 번호입니다.

○ 따라서, **진료의뢰·회송을 실시하는 기관에서 직접 생성·부여**하여야 합니다.

※ 생성된 의뢰회송번호는
1) 요양급여의뢰(회송)시 중계시스템에 입력
2) 의뢰료(회송료) 청구시 특정내역(MT066)에 기재
3) 표준서식(e-Form)을 이용한 진료정보 첨부시 입력함

Q51. (유지) **1단계 진료기관이면서 2단계 시범기관인 경우, 동일 날 작성된 의뢰번호와 회송번호가 동일해도 되나요?**

○ 의뢰회송번호는 19자리(요양기호+날짜+임의부여5자리)로 구성되어 있으며, **환자단위의 고유번호이므로 각각 다르게 생성**합니다.

○ 동일 요양기관에서 동일날 발생된 요양급여의뢰서와 요양급여회송서는 동일번호로 생성되지 않도록 합니다.

Q52. (신설) **요양급여의뢰·회송서의 C. 환자상태 및 진료소견 중 진료기간은 어떻게 입력하나요?**

○ **외래의 경우에는 '외래 진료일자'**를 기재하며, **입원의 경우에는 진료시작일에 '요양개시일자'**를 **진료종료일에 '퇴원일자'**를 기재합니다.

○ 다만, 퇴원일자가 정해져 있지 않은 입원의 경우에는 '진료종료일'을 빈칸으로 입력할 수 있습니다.

Q53. (유지) **첨부자료는 반드시 중계시스템에 업로드 하여야 하나요?**

○ 진료의뢰·회송 관련 제공 진료정보는 중계시스템에 첨부하여 수신기관에 전송하거나, 환자에게 직접 제공하는 등 비전자적인 방식으로도 제공할 수 있습니다.

○ 다만, 진료의뢰 시 **'진료의뢰료 Ⅱ·Ⅲ'**를 '진료의뢰료 Ⅰ'에 추가 산정할 수 있는 경우는 반드시 **표준화된 진료·영상정보를 전자적 방식으로 전송하는 경우에만 해당**합니다.

Q54. (변경) **환자를 진료의뢰·회송한 다음 날 의뢰·회송 정보를 중계시스템에 등록하여도 되나요?**

○ **진료의뢰·회송 정보는 의뢰·회송서 발급 당일(진료일) 기준으로 중계시스템에 등록**하여 수신기관으로 제공되어야 하는 것이 원칙입니다.

- 단, 다음과 같이 **부득이하게** 당일 등록하지 못한 경우에는 **'요양급여 의뢰·회송서'는 진료일 익일부터 3일 이내**(공휴일 산입 제외), 각종 **진료·영상정보는 의뢰서 등록 익일부터 3일 이내**(공휴일 포함) 중계시스템에 등록할 수 있습니다.

- 다 음 -

1) 진료의뢰·회송이 야간·주말·휴일에 발생되었으나, 처리인력이 부재하여 당일 처리하지 못한 경우

2) 진료일에 의뢰·회송 필요성이 있다고 판단하였으나, 검사결과 확인 등 의학적 사유로 인하여 진료일 이후 의뢰회송 결정 및 정보제공이 필요한 경우

※ 이에 따라 진료일 이후 등록하는 경우에는 중계시스템에서 의뢰회송번호 중 일자를 진료일자로 수정할 수 있습니다.

(예시1) A병원(요양기호 12345678)에서 2020년 11월 13일(금) 외래 야간진료(pm 6:25)시 진료의뢰를 실시하였으나, **당일 '중계시스템'에 진료정보(요양급여의뢰서) 미등록**

구분	내원 진료일	진료일 익일	공휴 (산입제외)	진료일 익일		
		1일차		2일차	3일차	4일차
	11/13(금)	11/14(토)	11/15(일)	11/16(월)	11/17(화)	11/18(수)
의뢰서 등록	가능	가능 (진료일 익일부터 3일 이내- 공휴 산입 제외)				불가

→ 의뢰서: 의뢰회송번호 의뢰서 발급 년·월·일을 진료일(2020.11.13.)로 하여 2020년 11월 17일까지 등록 가능(의뢰회송번호: 12345678201113000*)

※ 반드시 요양급여비용 청구 전 '중계시스템'에 의뢰서와 진료·영상정보를 등록하여야만 해당 수가 인정

(예시2) A병원(요양기호 12345678)에서 2020년 11월 9일(월) 외래 야간진료(pm 6:25)시 진료의뢰를 실시하였으나, 처리 인력 부재로 2020년 11월 12일(목) '중계시스템'에 진료정보(요양급여의뢰서) 등록

☞ **등록 당일 검사결과 나오지 않아 검사 결과 미첨부**

구분	내원 진료일	진료일 익일						
		1일차	2일차	3일차	4일차	5일차	6일차 (공휴)	7일차
	11/9(월)	11/10(화)	11/11(수)	11/12(목)	11/13(금)	11/14(토)	11/15(일)	11/16(화)
의뢰서 등록	가능 (진료일 익일부터 3일이내)			가능	불가	불가	불가	불가
검사 결과지 첨부	-	-	-	첨부 가능 (의뢰서 등록(11/12) 후 3일 이내 첨부 가능)				첨부가능 (수가산정 불가)

→ 의뢰서: 의뢰회송번호는 의뢰서 발급 년·월·일을 진료일(2020.11.9.)로 하여 2020년 11월 12일까지 등록 가능(의뢰회송번호: 12345678201109000*)

→ 검사결과지 등 진료정보 첨부: 2020년 11월 12일 등록했던 의뢰서와 동일한 의뢰회송번호를 검사결과지(e-Form) 의뢰회송번호(요청번호)란에 입력하여 2020년 11월 15일까지 첨부시 수가 청구 가능

※ 반드시 요양급여비용 청구 전 '중계시스템'에 의뢰서와 진료·영상정보를 등록하여야만 해당 수가 인정

Q55. (유지) 중계시스템에서 작성한 진료의뢰·회송 사항은 환자에게 제공할 수 있나요?

○ 중계시스템에서 작성한 진료의뢰·회송 사항은 전자적으로 수신기관으로 전송하는 것이 원칙이나, **필요할 경우 '송신목록'에서 출력**하여 환자에게 추가로 제공할 수 있습니다.

○ 환자에게 제공할 목적으로 출력할 경우에는 [별지 제1호서식] 또는 [별지 제2호서식]과 같이 기타 전달사항, 의뢰·회송 사유는 제외하고 출력됩니다.

Q56. (변경) **중계시스템을 통하여 전송된 진료의뢰·회송 진료정보(의뢰·회송 기관 등)를 수정할 수 있나요?**

○ 원칙적으로 **수신기관에서 접수하기 전까지는 수정**할 수 있습니다.

○ 수신기관에서 접수한 이후 불가피하게 수정하여야 한다면 수신기관에서 "중계시스템→수신목록→취소"를 한 경우 접수 전으로 상태 값이 변경된 후 의뢰·회송 사항을 입력(전송)한 기관에서 수정할 수 있습니다.

Q57. (유지) **중계시스템을 통해 진료의뢰·회송한 이력은 어떻게 확인하나요?**

○ **"중계시스템 → 송신목록"에서 이력을 확인**하고 그 목록을 "내보내기" 하여 다운로드 받을 수 있습니다.

Q58. (유지) **중계시스템을 통한 진료의뢰·회송시 개인정보 노출 위험은 없나요?**

○ 제출한 내용은 **진료의뢰·회송 수신기관에서만 확인 가능**하며, 회송의 경우 환자가 가지고 있는 고유의 인증키를 입력해야 열람이 가능합니다.

Q59. (유지) **작성된 의뢰·회송서를 삭제할 수 있나요?**

○ 환자의 개인정보제공에 대한 거부 등으로 부득이하게 삭제가 필요한 경우는 **"송신목록" 화면에서 삭제 가능**합니다.

5. 질병군 포괄수가제 관련

Q60. (유지) 보건복지부 장관이 정하여 고시한 질병군 진료시 이루어진 시범사업수가는 어떻게 청구하나요?

○ 질병군 진료시 협력기관 간 진료의뢰·회송비용은 **질병군 요양급여비용 명세서와 분리**하여 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업에서 정하고 있는 **청구방법에 따라 행위별로 청구**합니다.

○ 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 협력기관 간 진료의뢰·회송비용은 행위별 외래 요양급여비용 명세서에 작성·청구합니다.

Q61. (유지) 신포괄수가 시범사업기관이면서 회송을 담당하는 2단계 시범기관(종합병원) 입원환자를 1단계 진료기관(병, 의원) 외래로 회송한 경우 회송료 청구방법은?

○ **'회송료'는 입원 진료내역(원청구)과 분리**하여 **별도로 추가 청구**합니다.

- **'회송료'**는 **'01항 03목 응급 및 회송료 등'란 해당 수가의 100% 비포괄(보상률 "1" 기재)로 산정**하고, 본인부담금 면제 항목이므로 **'청구액' 란에 회송료 전액을 기재**

(예시) 2020년 11월 10일 종합병원(요양기호 23456789)의 입원환자를 병원 내과 외래로 회송한 경우(의뢰일련번호가 5번째)

항	목	코드 구분	코드	단가	일투	총투	보상률	금액	변경일
01	03	1	IA221	53,290	1	1	1	53,290	20201110

특정내역기재란			
발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
1	-	MT002	S002
1	-	MT066	23456789201110000005

6. 기타

Q62. (유지) 시범사업 지침은 어디에서 확인할 수 있나요?

○ ①**심평원 홈페이지 공지사항**, ②**요양기관업무포털서비스 공지사항**, ③'**진료의뢰·회송 중계시스템' 공지사항**에서 복지부로부터 통보받은 **시범사업 지침이 게시**되어 있습니다.

○ 수가파일은 ①심평원 홈페이지 공지사항, ②요양기관업무포털서비스 공지사항에 게시되어 있습니다.

Q63. (유지) **입원 중인 환자를 실제 환자를 회송 보내는 날(퇴원일) 이전에 회송서를 작성하고 진료정보를 교류할 경우 회송번호의 날짜는 어떻게 하나요?**

○ '회송료'는 환자 또는 보호자와의 상담 후 회송기관을 선정하고, 해당 기관으로 회송정보를 전자적으로 제공할 경우 산정할 수 있으므로, **회송번호의 날짜는 해당 행위를 실시한 날**을 기준으로 기재합니다.

※ '회송료' 청구명세서의 요양개시일 역시 회송번호의 날짜와 동일 날을 기재합니다.

Q64. (유지) **진료의뢰·회송 과정에서 진료기록부, 검사결과지 등을 중계시스템에 첨부하는 경우에도 기존 의무기록사본 발급시와 동일한 절차를 거쳐야 하나요?**

○ 중계시스템에 의무기록사본을 첨부할 때에도 **현행 법령에서 정한 의무기록사본 발급 절차**를 준수하여야 합니다.