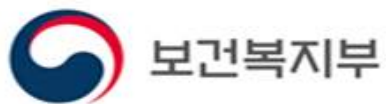

포괄 2차 종합병원 지원사업 지침

2026. 2.



차 례 CONTENTS

I. 지원사업 개요

- 1. 추진 배경 1
- 2. 추진 목적 1
- 3. 근거 법령 1

II. 지원사업 내용

- 1. 사업 대상 2
- 2. 사업 기간 2
- 3. 사업 세부내용 2
- 4. 사업 지원방향 4
- 5. 운영 체계 6
- 6. 자문 등 운영지원 7

III. 지원사업 대상기관 선정

- 1. 지원사업 참여신청 8
- 2. 지원기관 선정평가 8
- 3. 지원기관 선정안내 9
- 4. 지원사업 참여제한 9

차 례 CONTENTS

IV. 기능강화 지원 ① - 지원수가

1. 요양급여 기준	10
2. 산정지침	11
3. 급여목록	13
4. 요양(의료)급여비용 청구방법	14

V. 기능강화 지원 ② - 24시간 진료지원금

1. 24시간 진료지원금 지원목적	23
2. 24시간 진료지원금 지원체계	23
3. 24시간 진료지원금 관리 및 집행기준	26
4. 24시간 진료지원금 지급 및 환수	28

차 례 CONTENTS

VI. 성과지원 ① - 성과평가 지원금	29
1. 성과평가 지원금 지원목적	29
2. 성과평가 지원금 지원체계	29
 VII. 성과지원 ② - 진료협력 기반구축 지원금	34
1. 진료협력 기반구축 지원금 지원목적	34
2. 진료협력 기반구축 지원금 지원체계	34
 VIII. 성과지원 ③ - 성과지원금 지급 및 환수	36
1. 성과지원금 지급 절차	36
2. 성과지원금 환수 절차	36

차례 CONTENTS

IX. 지원사업 자료제출 37

1. 지원사업 자료제출 시스템 접속 37
2. 공지사항 37
3. 운영현황 및 요양기호 변경 등 신고 자료 제출 38
4. 24시간 진료지원 당직계획 조회 40
5. 24시간 진료지원 당직현황 조회 47

X. 지원기관 준수사항 50

1. 자료제출 의무 및 현장검증 협조 50
2. 준수사항 이행약정 체결 50
3. 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서 작성 및 보관 50
4. 지원사업 중단 관련 조치 51

XI. 지원사업 사후관리 52

1. 모니터링 주체 52
2. 모니터링 시기 52
3. 모니터링 내용 52
4. 모니터링 방법 52
5. 모니터링 결과 조치 52

차례 CONTENTS

[별지 서식]

[제1호 서식] 지원사업 참여 신청서	55
[제2호 서식] 지원사업 이행계획서	56
[제3호 서식] 지원사업 이행약정서	61
[제4-1호 서식] 24시간 진료지원 연간(월별) 당직 계획서	65
[제4-2호 서식] 24시간 진료지원 월별 당직 현황	66
[제5호 서식] 지원사업 지정 철회 요청서	67
[제6호 서식] 지원기관 운영현황 변경 신고서	68
[제7호 서식] 요양기호 변경 신고 및 지원사업 연계 신청서	69
[제8호 서식] 지원사업 참여 및 개인정보 수집 · 이용 · 제3자 제공 동의서 [전문의 · 간호사용]	70
[제9호 서식] 진료협력 기반구축 이행계획서	72
[제10호 서식] 전문의 당직 근무표	73
[제11호 서식] 지원사업 이의신청서	74

차례 CONTENTS

[부록] 지원사업 관련 질의응답

1. 지원사업 대상 및 참여신청	76
2. 지원사업 내용	79
3. 기능강화 지원 ① - 지원수가	87
4. 기능강화 지원 ② - 24시간 진료지원금	90
5. 성과지원 ① - 성과평가 지원금	93
6. 성과지원 ② - 진료협력 기반구축 지원금	96
7. 이행계획서	99
8. 기타 사항	103

1. 추진 배경

- 그간 종합병원 기능·역량 강화를 위한 정책이 미흡하여 지역 주민의 신뢰 저하 ⇒ 대형병원 쏠림 심화 악순환 문제 노정
- 비상진료체계 운영, 상급종합병원 구조전환 등으로 종합병원 역할 중요성이 대두되고 진료가 활성화된 지금이 역량 강화 적기

☞ 지역 필수의료 강화를 위한 종합병원 기능 정립 및 이에 걸맞는 보상체계를 정비하여 지속 가능한 종합병원 육성체계 확립

2. 추진 목적

- 종합병원이 지역 내 대부분의 의료 문제를 해결할 수 있는 포괄적 진료역량과 응급 등 필수의료 기능을 갖추고, 이를 지속 가능하게 유지·강화할 수 있도록 지원하기 위함

3. 근거 법령

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

II

지원사업 내용

1. 사업 대상

- (대상기관) 포괄 2차 종합병원 지원사업(이하 '지원사업') 참여 신청 후 선정평가를 거쳐 보건복지부 장관이 지정한 기관(이하 '지원기관')
- (대상환자) 지원기관에서 진료를 받은 건강보험·의료급여 환자

2. 사업 기간

- ▶ (기능강화 지원 사업기간) 2025. 7. 1. ~ 2028. 12. 31.
- ▶ (성과평가 사업기간) 2026. 2. 1. ~ 2028. 12. 31.

- (지정기관*) 2025. 7. 1.(지정일)로부터 2028. 12. 31.까지
- (예비 지정기관**) 지정일로부터 유예기간 2년 이내 요건 충족 시 2028. 12. 31.까지

* 지원사업 효과평가 결과 등에 따라 필요 시 기간 단축 또는 연장 가능

** 지역 여건을 고려하여 포괄 2차 종합병원이 없는 중진료권 소재 종합병원 대상

3. 사업 세부내용

◇ ❶ 적정진료, ❷ 진료 효과성 강화, ❸ 지역 의료문제 해결, ❹ 진료협력 강화
4대 기능 혁신 추진

⇒ 지역 주민이 수도권 상급종합병원에 가지 않더라도 안심하고 진료받는 여건 조성

① 적정진료

☐ 적합질환 중심 진료

- 수술·입원환자는 ▲일반진료질병군(DRG B)을 중심으로 ▲지역 내 병·의원 의뢰환자, ▲상급종합병원 회송환자, ▲응급환자 진료 집중

* 외래환자는 단순 고혈압 등 105개 외래 경증질환 진료 비중 감축 지향

- 비급여보다는 급여행위에 집중

② 진료 효과성 강화

☐ 효율·효과적 진료 수행

- 진료비 증가율을 완화하면서, 중증화 보정 사망비·재입원비 등 건강성과는 개선

③ 지역 의료문제 해결

☐ 지역 내 필수진료 수행

- 지역 필수기능 담당, 응급 등 24시간 진료 수행

⇒ 24시간 진료 수행 가능한 진료과목은 각 병원 여건에 맞춰 Bottom-up으로 제시, 응급환자 수용률 등 연계

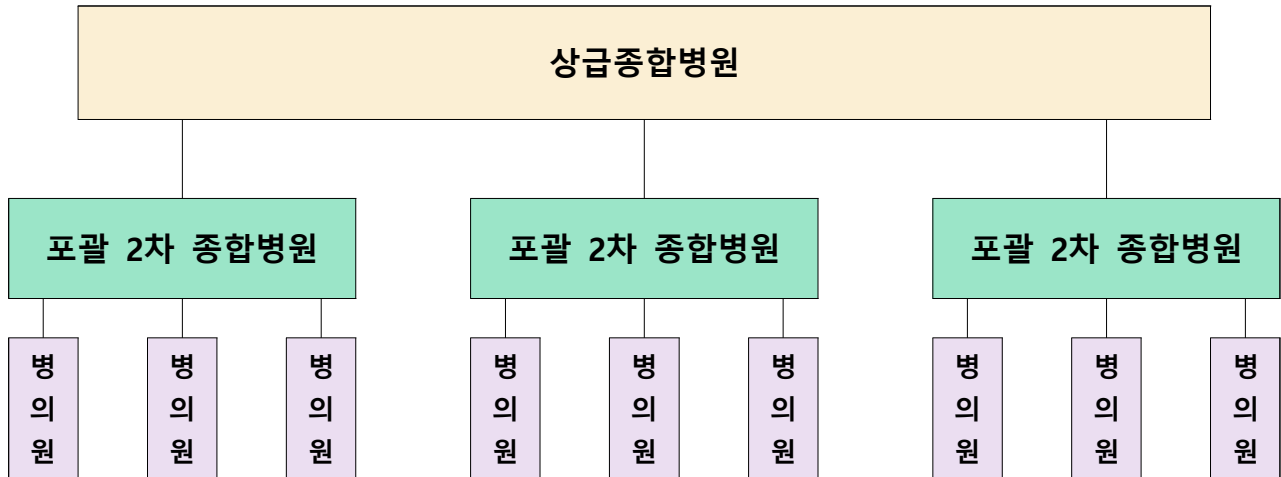
- 지역 환자 중심으로 운영

⇒ 의료기관 환자 중 지역 환자 비중 등 평가

④ 진료협력 강화

□ 지역을 중심으로 의료기관 간 협력체계 구축

○ 상급종합병원 - 포괄 2차 종합병원 - 지역 병·의원 간 연계협력 확대



4. 사업 지원방향

◇ 포괄 2차 종합병원 진료역량 제고를 위해 연간 7천억 원 내외 투자

< 주요 지원 내용 >

① 기능강화 지원

- ▶ (중환자 치료 보상) 중환자실 수가 50% 인상 (중환자실 등급별 차등)
- ▶ (응급의료행위 보상) 응급수술 등 응급의료에 필요한 항목 보상 * 비상진료 → 제도화
- ▶ (24시간 진료 지원) 응급 상황 대기 등에 필요한 보상 강화 * 비상진료 → 제도화

② 성과 지원

- ▶ 2차 진료 집중, 급여 중심 진료, 진료협력, 지역 의료문제 해결(지역환자 비중)등을 평가하여 지원

③ 취약지역 지원

- ▶ 지역의료지도 활용, 응급 등 의료 접근성이 취약한 지역에 수가 추가 가산

1 기능강화 지원

① (중환자실 수가 가산) 중등증 및 일정 수준 이상의 중증 진료역량을 확보하기 위해 중환자실 운영 보상 강화

- 적정성 평가 결과와 연동, 입원 1일당 정액 수가 가산(3~15만원)

* 적정성 평가 결과: 1~2등급(15만원), 3등급(9만원), 4등급(3만원)

② (응급수술 가산) 2차 병원에서 해결 가능한 응급상황에 효과적으로 대응할 수 있도록 신속한 최종치료에 대한 보상 강화

- 응급실 내원 24시간 이내 시행된 응급수술에 대한 가산을 인상

* (대상) 응급실 내원 24시간 이내 시행된 응급수술(KTAS 1~3 환자 대상)

(가산율) 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관 150%

③ (24시간 진료 지원) 중증·응급환자 등 24시간 진료기능 유지를 위해 의료진 당직(대기) 비용 지원

* 예비비 지원 이력 여부 등에 따라 차등 지원

구분		24시간 진료(예비비) 기지원 기관	24시간 진료 신규지원 기관	
			응급의료센터/ 심뇌센터 이상	그 외
전문의	총 인원 대비	10% 이내	7% 이내	5% 이내
	일당 당직비	평일 22.5만원/ 휴일 36만원		
간호사	총 인원 대비	5% 이내	5% 이내	5% 이내
	일당 당직비	평일 6만원/ 휴일 9만원		

- 24시간 진료지원 운영계획 확인 후 총액산정 기준에 따라 24시간 진료 지원금 의료기관에 배부(사전/사후 지급), 병원 여건에 따라 자율적 집행

* 예비비 기지원 기관은 예비비 종료 이후부터 지원

2 성과지원

- ④ (성과평가 지원) 지원기관의 기능혁신 성과*를 평가하여 지원금 차등 지급

* 적정진료, 지역 의료문제 해결 및 진료협력 강화 등

- ⑤ (진료협력 기반구축 지원) 지역 내 의료기관 간 협력체계 구축을 위해 의뢰·회송 시스템 개발비용 지급

* (성과평가 지원) 예비 지정기관은 지정요건 충족 후 본지정 이후부터 지원

** (진료협력 기반구축 지원) 예비 지정기관도 포함하여 지원

3 지역수가: 향후 검토

※ 지역의료지도 등 활용과 연계 변동 가능

- (방향) '지역의료지도' 활용하여 의료수요와 공급이 취약할수록 보상을 강화하는 '지역수가*' 본격 적용, 단계적으로 확대·고도화

* 지역, 분야별 수급 상황 토대로 공급, 수요 부족 지역은 기존 수가 대비 추가 가산

- (세부방안) 70개 중진료권 기준으로 「포괄 2차 이상 + 응급」 기능을 하는 의료기관 접근성 취약 지역 선정

- 상급종합병원, 포괄 2차 종합병원 등 접근성이 취약한 주민 비중이 전체 평균 이상 또는 일정 비중 초과하는 진료권 선정

- 해당 진료권의 응급 사망비도 보완지표로 적용

⇒ 포괄 2차 종합병원 지원 수가의 일정 비율 가산

5. 운영 체계

- (보건복지부) 지원사업 관련 주요 정책 결정 등 지원사업 총괄
- (건강보험심사평가원(이하 '심사평가원')) 지원사업 운영지침 개발 및 관리, 모니터링 및 평가, 전문가 자문단 운영 등 지원사업 운영·관리

- (지원기관) 응급 및 중등증 이상 진료에 집중할 수 있는 역량 강화, 진료협력 병·의원 간 협력체계 강화
- (국민건강보험공단(이하 '건강보험공단')) 24시간 진료지원금 및 성과평가 지원금 지급, 기 지급 지원금 정산 또는 지원사업 중단에 따른 성과평가 인센티브 환수 등

6. 자문 등 운영지원

가. 건강보험정책심의위원회 및 제도개선운영위원회

- 지원사업 관련 진행 상황이나 제도 개선사항 등에 대해 논의할 수 있음

나. 지원기관 선정평가 자문단 구성·운영

- (구성) 전문가(보건의료·학계 등), 의료계 및 소비자·환자단체 추천인, 정부·산하기관 소속 공무원 및 임직원 포함 총 15인
- (역할) 지원기관 선정평가에 관한 자문 등

III

지원사업 대상기관 선정

1. 지원사업 참여신청

가. 신청대상

- (대상기관) 참여를 희망하는 종합병원

* 상급종합병원 제외

나. 신청서 제출

- (제출서류) 포괄 2차 종합병원 지원사업 참여 신청서([별지 제1호 서식]),
이행계획서([별지 제2호 서식]), 이행약정서([별지 제3호 서식])

- (제출방법) 심사평가원 시범사업 자료제출 시스템을 통해 자료 제출

* 제출 경로: 요양기관업무포털 > 시범사업 자료제출 시스템

※ 상세내용 IX. 지원사업 자료제출 참고

2. 지원기관 선정평가

- 선정기준

▶ [지정] 진료역량 및 포괄성을 갖추고 필수의료 기능을 수행하는 종합병원 중 지정 요건을 모두 충족하고 사업 참여를 희망하는 의료기관

- * (지정요건) ❶ 급성기병원 의료기관 인증 획득 ❷ 지역응급의료기관 이상 지정
❸ 진료 가능한 수술·시술 등 AADRG(KDRG 4.4 version) 종류 수 350개 이상('23년 또는 '24년 진료분 기준)

▶ [예비 지정] 포괄 2차 종합병원이 없는 중진료권 소재 종합병원 중 예비 지정요건을 2개 이상 충족(지역응급의료기관 이상 지정 필수)하고 사업 참여를 희망하는 의료기관

- * (예비 지정요건) ❶ 급성기병원 의료기관 인증 획득 ❷ 지역응급의료기관 이상 지정(필수)
❸ 진료 가능한 수술·시술 등 AADRG(KDRG 4.4 version) 종류 수 300개 이상('23년 또는 '24년 진료분 기준)

- 예비 지정기관은 2년 이내에 지정요건을 충족하여야 하며, 미충족 시 지원사업 참여가 중단될 수 있음

※ 종합병원·병원급 대상 유사 건강보험 지원 시범사업과 중복참여 불가

- (평가방법) 지정요건(예비 지정요건)에 따라 기준 충족형 절대평가 방식 적용
- 평가 결과 지정요건 중 미충족 항목이 있는 경우 미지정
- * (지정기관) 지정요건 3개 모두 충족 시 지정
- ** (예비 지정기관) 포괄 2차 종합병원이 없는 중진료권(11개) 소재 종합병원 중 '지역응급의료기관 이상' 지정요건은 필수로 충족하면서 나머지 1개 요건 충족 시 예비 지정

3. 지원기관 선정안내

- 보건복지부 누리집(알림 > 공지사항) 공고 및 개별통보

4. 지원사업 참여제한

- 국민건강보험법, 의료법 등 보건의료 관련 법령 위반으로 최근 3년* 이내 행정처분을 받거나 보건복지부 장관이 참여 제한이 필요하다고 인정하는 경우에는 지원사업 참여를 제한할 수 있음

* 행정처분일 기준

1. 요양급여 기준

가. 요양급여의 적용·방법·범위

- 요양급여의 적용·방법은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제1항에 의한 [별표1] ‘요양급여의 적용기준 및 방법’을 따르며, 요양급여의 범위는 동 규칙 제9조제1항에 의한 [별표2] ‘비급여대상’을 제외한 일체의 것으로 함

나. 요양급여의 비용 부담

- IV. 기능강화 지원 ①의 3. 급여목록에 분류된 항목
 - ① 건강보험 가입자 또는 피부양자는 ‘(포괄 2차 종합병원) 응급의료 행위(별표3) 가산 수가’에 대하여 「국민건강보험법」 제44조 및 동법 시행령 제19조제1항에서 정하는 바에 따라 본인일부부담하며, ‘중환자실 기능강화 정책수가’는 건강보험공단에서 요양급여비용 전액을 부담함
 - ② 의료급여 수급권자는 ‘(포괄 2차 종합병원) 응급의료행위(별표3) 가산 수가’에 대하여 「의료급여법」 제10조 및 동법 시행령 제13조 제1항에서 정하는 바에 따라 본인일부부담하며, ‘중환자실 기능강화 정책수가’는 기금에서 의료급여비용 전액을 부담함

2. 산정지침

가. 일반원칙

- 본 지침 IV. 기능강화 지원 ①의 3. 급여목록에 분류된 항목은 종별·소아·공휴·야간 등 각종 가산을 적용하지 않음

나. (포괄 2차 종합병원) 중환자실 기능강화 정책수가

- (산정 대상) 중환자실별 산정조건을 충족하는 경우

구분		산정조건
중환자실	일반	일반 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 신고기관으로 중환자실 적정성 평가 결과가 4등급 이상인 경우
	신생아	신생아 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 신고기관으로 신생아 중환자실 적정성 평가 결과가 4등급 이상인 경우
	소아	소아 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 신고기관으로 중환자실 적정성 평가 결과가 4등급 이상인 경우

- (대상 환자) 중환자실에 입원한 환자
- (수가 산정) 중환자실 적정성 평가 결과에 따라 정책수가 산정
- (산정 횟수) 중환자실 입원료 산정횟수와 동일하게 산정

다. (포괄 2차 종합병원) 응급의료행위(별표3) 가산 수가

- (산정 대상) 「응급의료에 관한 법률」에 따른 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 권역외상센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관 응급실 내원 후 24시간 이내 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부 제19장 (별표3) 행위*를 실시하는 경우

* (별표3) 행위 중 제6장 마취료 및 제9장 처치 및 수술료 행위에 한함

- (대상 환자) 한국 응급환자 중증도 분류기준(KTAS, Korean Triage and Acuity Scale) 1~3에 해당하는 중증응급 환자 및 중증응급 의심환자

※ 권역외상센터의 경우 중증외상환자 포함

- (수가 산정)

- 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관은 150% 가산

* 지역응급의료기관은 '25.8.1. 진료분부터 적용

- 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 권역외상센터 50% 가산은 '25.12.31. 진료분까지 적용

- (산정 횟수) 해당하는 행위료 산정횟수와 동일하게 산정하며, 제2의 수술(상급종합병원, 종합병원)은 산정횟수의 70%(0.7회)를 산정

3. 급여목록

분류번호	코드	분류	금액(원)
포괄 2차 종합병원		가. (포괄2차시범) 일반 중환자실 기능강화 정책수가	
	IH1B0	(1) 일반 중환자실 기능강화 정책수가-평가 1등급	150,000
	IH2B0	(2) 일반 중환자실 기능강화 정책수가-평가 2등급	150,000
	IH3B0	(3) 일반 중환자실 기능강화 정책수가-평가 3등급	90,000
	IH4B0	(4) 일반 중환자실 기능강화 정책수가-평가 4등급	30,000
		나. (포괄2차시범) 신생아 중환자실 기능강화 정책수가	
	IH1C0	(1) 신생아 중환자실 기능강화 정책수가-평가 1등급	150,000
	IH2C0	(2) 신생아 중환자실 기능강화 정책수가-평가 2등급	150,000
	IH3C0	(3) 신생아 중환자실 기능강화 정책수가-평가 3등급	90,000
	IH4C0	(4) 신생아 중환자실 기능강화 정책수가-평가 4등급	30,000
		다. (포괄2차시범) 소아 중환자실 기능강화 정책수가	
	IH1D0	(1) 소아 중환자실 기능강화 정책수가-평가 1등급	150,000
	IH2D0	(2) 소아 중환자실 기능강화 정책수가-평가 2등급	150,000
	IH3D0	(3) 소아 중환자실 기능강화 정책수가-평가 3등급	90,000
	IH4D0	(4) 소아 중환자실 기능강화 정책수가-평가 4등급	30,000
		가. (포괄2차시범) 응급의료행위(별표3) 가산 수가 - 세부 행위 목록 별첨 참고	

※ 응급의료행위(별표3) 가산 수가

- 가산 대상수가 변경 등의 사유로 수시 변경 가능하며, 변경 시 별첨 자료 공고

4. 요양(의료)급여비용 청구방법

본 지원사업의 요양(의료)급여비용 청구방법으로, 이 지침에서 정하고 있지 아니한 사항은 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 의한다.

가. 요양급여비용 청구원칙

- (요양급여비용 청구 및 자료제출 매체) 지원기관은 정보통신망 또는 전산 매체 중 한 가지 방법을 선택하여 요양(의료)급여비용을 청구
- (심사청구서) 심사청구서는 지원사업 내역과 비지원사업 내역(다른 진료내역)의 구분 없이 하나의 심사청구서로 작성
- (명세서의 구분 및 작성방법) 동일 수진자에 대한 지원사업 내역과 비지원사업 내역(다른 진료내역)은 분리하지 않고 하나의 요양급여비용 명세서에 작성

나. 명세서 작성요령

1) 일반내역

구분	세부 작성요령	
	요양급여일수	입원일수, 총 내원일수
중환자실 기능강화 정책수가	실 요양급여일수 기재	실 입원(내원)일수 기재
응급의료행위(별표3) 가산 수가		

2) 상병내역

구분	세부 작성요령	
	내원일자, 당월 요양개시일	
중환자실 기능강화 정책수가	· 입원 명세서의 경우 요양기관에 해당 상병 진료를 위하여 그 달에 최초 입원한 연·월·일을 기재 · 외래 명세서의 경우 진료일자 기재	
응급의료행위(별표3) 가산 수가		

3) 진료내역

구분	세부 작성요령
중환자실 기능강화 정책수가	'02항(입원료) 99목(기타)'란에 기재
응급의료행위(별표3) 가산 수가	기존 응급의료행위의 항, 목번호와 동일하게 기재

4) 특정내역

○ 응급의료행위(별표3) 가산 수가

구분	특정내역 기재사항
두 개 이상의 응급의료센터를 지정받은 기관의 경우	명세서 단위 특정내역 MT048(응급의료센터 구분코드)란에 환자에 대한 주된 진료를 수행한 센터를 반드시 기재
응급의료행위(별표3) 가산 수가 청구 시	아래 특정내역을 반드시 기재하여 청구 - 특정내역 구분코드 MS005(낮병동, 응급실 재원시간)란에 응급실 내원일시와 재원기간의 From/To 기재 - JS010(야간가산, 응급의료수가)란에 수술·처치, 마취료 등 실시시간 기재 - MT046(응급환자 중증도 분류기준)란에 한국 응급환자 중증도 분류기준(KTAS)에 해당되는 중증도 등급 기재
위탁진료의 경우	기존 위탁진료 청구와 동일하게 각 수가별 JS008(위탁진료)란을 반드시 기재하여 청구

◆ 권역응급의료센터 2025.7.1.~2025.12.31. 진료분

<예시> '권역응급의료센터'이면서 '소아전문응급의료센터'로 지정받은 기관에 중증 응급환자(KTAS 2)에게 '권역응급의료센터' 응급실에 도착해서 24시간 이내에 (별표3)의 처치·수술 등을 시행한 경우

구 분	응급실 입원	처치·수술	응급실 퇴실
날짜 및 시각	2025.7.1. 오전 10시 30분	2025.7.1. 오후 11시 30분	2025.7.2. 오전 9시 00분
MS005 기재방법(From/To)	202507011030/202507020900		
JS010 기재방법	202507012330		
MT046 기재방법	2		
MT048 기재방법	2		

다. 세부작성요령

○ 응급의료행위(별표3) 가산 추가

항목	세부 작성요령																														
응급의료행위(별표3)가산 추가	☐ 응급의료행위(별표3) 가산 추가: 기존 응급의료행위 항, 목번호와 동일 기재																														
	◆ 권역응급의료센터 2025.7.1.~2025.12.31. 진료분																														
	<예시1> 2025년 7월 6일 오전 10시 15분 권역응급의료센터(A종합병원) 응급실에 내원한 중증응급환자(KTAS 1)에게 2025년 7월 7일 새벽 3시 30분에 늑골 골절 관혈적정복술(제2의수술)을 실시한 경우(응급실에서 7월 8일 오전 8시 30분 퇴실 후 입원한 경우)																														
	<table><tr><th>항</th><th>목</th><th>줄번호</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>i/ii</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr><tr><td>08</td><td>01</td><td>0005</td><td>1</td><td>N05320D4</td><td>ii</td><td>662,000</td><td>1</td><td>1</td><td>662,000</td></tr><tr><td>08</td><td>01</td><td>0006</td><td>1</td><td>IHN05322</td><td>i</td><td>236,430</td><td>0.7</td><td>1</td><td>165,501</td></tr></table>	항	목	줄번호	코드구분	코드	i/ii	단가	일투	총투	금액	08	01	0005	1	N05320D4	ii	662,000	1	1	662,000	08	01	0006	1	IHN05322	i	236,430	0.7	1	165,501
	항	목	줄번호	코드구분	코드	i/ii	단가	일투	총투	금액																					
	08	01	0005	1	N05320D4	ii	662,000	1	1	662,000																					
	08	01	0006	1	IHN05322	i	236,430	0.7	1	165,501																					
	특정내역기재란																														
	<table><tr><th>발생단위구분</th><th>줄번호</th><th>특정내역구분</th><th>특정내역</th></tr><tr><td>1</td><td></td><td>MS005</td><td>202507061015/202507080830</td></tr><tr><td>1</td><td></td><td>MT046</td><td>1</td></tr><tr><td>1</td><td></td><td>MT048</td><td>2</td></tr><tr><td>2</td><td>0005</td><td>JS010</td><td>202507070330</td></tr></table>	발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역	1		MS005	202507061015/202507080830	1		MT046	1	1		MT048	2	2	0005	JS010	202507070330										
	발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역																											
1		MS005	202507061015/202507080830																												
1		MT046	1																												
1		MT048	2																												
2	0005	JS010	202507070330																												
<table><tr><th>요양급여비용총액1</th><th>본인일부부담금^{주1)}</th><th>청구액^{주2)}</th></tr><tr><td>893,700원</td><td>145,630원</td><td>748,070원</td></tr></table>	요양급여비용총액1	본인일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}	893,700원	145,630원	748,070원																									
요양급여비용총액1	본인일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}																													
893,700원	145,630원	748,070원																													
주1. {165,501원(늑골골절 관혈적정복술(제2의수술)응급의료행위 가산) X 0%(본인부담률)} + {요양급여비용총액1 - (늑골골절 관혈적정복술(제2의수술)응급의료행위 가산 165,501원)} X 20%(입원본인부담률) = 145,630원(10원미만 절사)																															
2. 893,700원(요양급여비용총액1) - 145,630원(본인일부부담금) = 748,070원																															

항목	세부 작성요령								
◆ 지역응급의료센터 2026.1.1. 진료분~									
<예시2> 2026년 7월 6일 오전 10시 15분 지역응급의료센터(A종합병원) 응급실에 내원한 중증응급환자(KTAS 1)에게 2026년 7월 7일 새벽 3시 30분에 늑골 골절 관혈적정복술(제2의수술)을 실시한 경우(응급실에서 7월 8일 오전 8시 30분 퇴실 후 입원한 경우)									
항	목	줄번호	코드구분	코드	i/ii	단가	일투	총투	금액
08	01	0005	1	N0532004	ii	337,450	1	1	337,450
08	01	0006	1	IHN05321	i	709,290	0.7	1	496,503
특정내역기재란									
발생단위구분		줄번호	특정내역구분		특정내역				
1			MS005		202607061015/202607080830				
1			MT046		1				
1			MT048		3				
2		0006	JS010		202607070330				
요양급여비용총액1			본인일부부담금 ^{주1)}			청구액 ^{주2)}			
867,690원			173,530원			694,160원			
주1. 867,700원 X 20%(입원본인부담률) = 173,530원(10원미만 절사)									
2. 867,690원(요양급여비용총액1) - 173,530원(본인일부부담금) = 694,160원									

항목	세부 작성요령																																																																																																											
	◆ 지역응급의료센터 2025.7.1.~2025.12.31. 진료분(선별급여 행위)																																																																																																											
	<예시3> 2025년 7월 2일 오전 10시 15분 지역응급의료센터(B종합병원) 응급실에 내원한 중증응급환자(KTAS 1)에게 2025년 7월 2일 오후 4시 30분에 경피적 대동맥류내 다층구조 혈류 모듈레이터 삽입술을 실시한 경우(응급실에서 7월 4일 오전 8시 30분 퇴실 후 입원한 경우)																																																																																																											
<table><tr><th>항</th><th>목</th><th>줄번호</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>i/ii</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr><tr><td>08</td><td>01</td><td>0007</td><td>1</td><td>IHM66151</td><td>i</td><td>2,093,870</td><td>1</td><td>1</td><td>2,093,870</td></tr><tr><td>B</td><td>03</td><td>0008</td><td>1</td><td>M6615</td><td>ii</td><td>1,395,920</td><td>1</td><td>1</td><td>1,395,920</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">V192</td></tr><tr><td colspan="2">1</td><td></td><td colspan="2">MS005</td><td colspan="5">202507021015/202507040830</td></tr><tr><td colspan="2">1</td><td></td><td colspan="2">MT046</td><td colspan="5">1</td></tr><tr><td colspan="2">1</td><td></td><td colspan="2">MT048</td><td colspan="5">3</td></tr><tr><td colspan="2">2</td><td>0007</td><td colspan="2">JS010</td><td colspan="5">202507021630</td></tr></table>									항	목	줄번호	코드구분	코드	i/ii	단가	일투	총투	금액	08	01	0007	1	IHM66151	i	2,093,870	1	1	2,093,870	B	03	0008	1	M6615	ii	1,395,920	1	1	1,395,920	특정내역기재란										발생단위구분		줄번호	특정내역구분		특정내역					1			MT002		V192					1			MS005		202507021015/202507040830					1			MT046		1					1			MT048		3					2		0007	JS010		202507021630				
항	목	줄번호	코드구분	코드	i/ii	단가	일투	총투	금액																																																																																																			
08	01	0007	1	IHM66151	i	2,093,870	1	1	2,093,870																																																																																																			
B	03	0008	1	M6615	ii	1,395,920	1	1	1,395,920																																																																																																			
특정내역기재란																																																																																																												
발생단위구분		줄번호	특정내역구분		특정내역																																																																																																							
1			MT002		V192																																																																																																							
1			MS005		202507021015/202507040830																																																																																																							
1			MT046		1																																																																																																							
1			MT048		3																																																																																																							
2		0007	JS010		202507021630																																																																																																							
<table><tr><th>요양급여 비용총액¹</th><th>본인 일부부담금^{주1)}</th><th>청구액^{주2)}</th><th>100분의100미만 총액</th><th>100분의100미만 본인부담금^{주3)}</th><th>100분의100미만 청구액^{주4)}</th></tr><tr><td>2,093,870원</td><td>0원</td><td>2,093,870원</td><td>1,535,510원</td><td>1,228,400원</td><td>307,110원</td></tr></table>									요양급여 비용총액 ¹	본인 일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}	100분의100미만 총액	100분의100미만 본인부담금 ^{주3)}	100분의100미만 청구액 ^{주4)}	2,093,870원	0원	2,093,870원	1,535,510원	1,228,400원	307,110원																																																																																								
요양급여 비용총액 ¹	본인 일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}	100분의100미만 총액	100분의100미만 본인부담금 ^{주3)}	100분의100미만 청구액 ^{주4)}																																																																																																							
2,093,870원	0원	2,093,870원	1,535,510원	1,228,400원	307,110원																																																																																																							
주1. 2,093,870원(경피적 대동맥류내 다층구조 혈류 모듈레이터 삽입술 응급의료행위 가산) X 0%(본인부담률) = 0원																																																																																																												
2. 2,093,870원(요양급여비용총액1) - 0원(본인일부부담금) = 2,093,870원																																																																																																												
3. 1,535,512원(B항 총액) X 80%(B항 본인부담률) = 1,228,400원(10원미만 절사)																																																																																																												
4. 1,535,510원(100분의100미만총액) - 1,228,400원 = 307,110원																																																																																																												

항목	세부 작성요령																																																																																																												
◆ 지역응급의료센터 2026.1.1. 진료분(선별급여 행위)~ <예시4> 2026년 7월 2일 오전 10시 15분 지역응급의료센터(B종합병원) 응급실에 내원한 중증응급환자(KTAS 1)에게 2026년 7월 2일 오후 4시 30분에 경피적 대동맥류내 다층구조 혈류 모듈레이터 삽입술을 실시한 경우(응급실에서 7월 4일 오전 8시 30분 퇴실 후 입원한 경우)																																																																																																													
<table><tr><th>항</th><th>목</th><th>줄번호</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>i/ii</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr><tr><td>B</td><td>03</td><td>0007</td><td>1</td><td>IHM66151</td><td>i</td><td>2,093,870</td><td>1</td><td>1</td><td>2,093,870</td></tr><tr><td>B</td><td>03</td><td>0008</td><td>1</td><td>M6615</td><td>ii</td><td>1,423,090</td><td>1</td><td>1</td><td>1,423,090</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">V192</td></tr><tr><td colspan="2">1</td><td></td><td colspan="2">MS005</td><td colspan="5">202607021015/202607040830</td></tr><tr><td colspan="2">1</td><td></td><td colspan="2">MT046</td><td colspan="5">1</td></tr><tr><td colspan="2">1</td><td></td><td colspan="2">MT048</td><td colspan="5">3</td></tr><tr><td colspan="2">2</td><td>0007</td><td colspan="2">JS010</td><td colspan="5">202607021630</td></tr></table>										항	목	줄번호	코드구분	코드	i/ii	단가	일투	총투	금액	B	03	0007	1	IHM66151	i	2,093,870	1	1	2,093,870	B	03	0008	1	M6615	ii	1,423,090	1	1	1,423,090	특정내역기재란										발생단위구분		줄번호	특정내역구분		특정내역					1			MT002		V192					1			MS005		202607021015/202607040830					1			MT046		1					1			MT048		3					2		0007	JS010		202607021630				
항	목	줄번호	코드구분	코드	i/ii	단가	일투	총투	금액																																																																																																				
B	03	0007	1	IHM66151	i	2,093,870	1	1	2,093,870																																																																																																				
B	03	0008	1	M6615	ii	1,423,090	1	1	1,423,090																																																																																																				
특정내역기재란																																																																																																													
발생단위구분		줄번호	특정내역구분		특정내역																																																																																																								
1			MT002		V192																																																																																																								
1			MS005		202607021015/202607040830																																																																																																								
1			MT046		1																																																																																																								
1			MT048		3																																																																																																								
2		0007	JS010		202607021630																																																																																																								
<table><tr><th>요양급여 비용총액¹</th><th>본인 일부부담금</th><th>청구액</th><th>100분의100미만 총액</th><th>100분의100미만 본인부담금^{주1)}</th><th>100분의100미만 청구액^{주2)}</th></tr><tr><td>0원</td><td>0원</td><td>0원</td><td>3,659,260원</td><td>2,927,410원</td><td>731,850원</td></tr></table>										요양급여 비용총액 ¹	본인 일부부담금	청구액	100분의100미만 총액	100분의100미만 본인부담금 ^{주1)}	100분의100미만 청구액 ^{주2)}	0원	0원	0원	3,659,260원	2,927,410원	731,850원																																																																																								
요양급여 비용총액 ¹	본인 일부부담금	청구액	100분의100미만 총액	100분의100미만 본인부담금 ^{주1)}	100분의100미만 청구액 ^{주2)}																																																																																																								
0원	0원	0원	3,659,260원	2,927,410원	731,850원																																																																																																								
주1. 3,659,269원(B항 총액) X 80%(B항 본인부담률) = 2,927,410원(10원미만 절사) 2. 3,659,260원(100분의100미만총액) - 2,927,410원 = 731,850원																																																																																																													

항목	세부 작성요령																																																																																								
◆ 지역응급의료기관 2025.7.1.~2025.12.31. 진료분																																																																																									
<예시5> 2025년 8월 6일 오전 10시 15분 지역응급의료기관(C종합병원) 응급실에 내원한 중증응급환자(KTAS 1)에게 2025년 8월 6일 오후 3시 30분에 늑골 골절 관혈적정복술을 실시한 경우(응급실에서 8월 8일 오전 10시 00분 퇴실 후 입원한 경우)																																																																																									
<table><tr><th>항</th><th>목</th><th>줄번호</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>i/ii</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr><tr><td>08</td><td>01</td><td>0005</td><td>1</td><td>N0532</td><td>ii</td><td>472,860</td><td>1</td><td>1</td><td>472,860</td></tr><tr><td>08</td><td>01</td><td>0006</td><td>1</td><td>IHN05320</td><td>i</td><td>709,290</td><td>1</td><td>1</td><td>709,290</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">MS005</td><td colspan="5">202508061015/202508081000</td></tr><tr><td colspan="2">1</td><td></td><td colspan="2">MT046</td><td colspan="5">1</td></tr><tr><td colspan="2">2</td><td>0006</td><td colspan="2">JS010</td><td colspan="5">202508061530</td></tr></table>										항	목	줄번호	코드구분	코드	i/ii	단가	일투	총투	금액	08	01	0005	1	N0532	ii	472,860	1	1	472,860	08	01	0006	1	IHN05320	i	709,290	1	1	709,290	특정내역기재란										발생단위구분		줄번호	특정내역구분		특정내역					1			MS005		202508061015/202508081000					1			MT046		1					2		0006	JS010		202508061530				
항	목	줄번호	코드구분	코드	i/ii	단가	일투	총투	금액																																																																																
08	01	0005	1	N0532	ii	472,860	1	1	472,860																																																																																
08	01	0006	1	IHN05320	i	709,290	1	1	709,290																																																																																
특정내역기재란																																																																																									
발생단위구분		줄번호	특정내역구분		특정내역																																																																																				
1			MS005		202508061015/202508081000																																																																																				
1			MT046		1																																																																																				
2		0006	JS010		202508061530																																																																																				
<table><tr><th>요양급여비용총액1</th><th>본인일부부담금^{주1)}</th><th>청구액^{주2)}</th></tr><tr><td>1,229,430원</td><td>104,020원</td><td>1,125,410원</td></tr></table>										요양급여비용총액1	본인일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}	1,229,430원	104,020원	1,125,410원																																																																										
요양급여비용총액1	본인일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}																																																																																							
1,229,430원	104,020원	1,125,410원																																																																																							
주1. {709,290원(늑골골절 관혈적정복술 응급의료행위 가산) X 0%(본인부담률)} + {요양 급여총액1 - (늑골골절 관혈적정복술 응급의료행위 가산 709,290원)} X 20%(입원 본인부담률) = 104,020원(10원미만 절사) 2. 1,229,430원(요양급여비용총액1) - 104,020원(본인일부부담금) = 1,125,410원																																																																																									

항목	세부 작성요령																																						
	◆ 지역응급의료기관 2026.1.1. 진료분~																																						
	<예시6> 2026년 8월 6일 오전 10시 15분 지역응급의료기관(C종합병원) 응급실에 내원한 중증응급환자(KTAS 1)에게 2026년 8월 6일 오후 3시 30분에 늑골 골절 관혈적정복술을 실시한 경우(응급실에서 8월 8일 오전 10시 00분 퇴실 후 입원한 경우)																																						
<table><tr><th>항</th><th>목</th><th>줄번호</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>i/ii</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr><tr><td>08</td><td>01</td><td>0005</td><td>1</td><td>N0532</td><td>ii</td><td>482,060</td><td>1</td><td>1</td><td>482,060</td></tr><tr><td>08</td><td>01</td><td>0006</td><td>1</td><td>IHN05320</td><td>i</td><td>709,290</td><td>1</td><td>1</td><td>709,290</td></tr></table>										항	목	줄번호	코드구분	코드	i/ii	단가	일투	총투	금액	08	01	0005	1	N0532	ii	482,060	1	1	482,060	08	01	0006	1	IHN05320	i	709,290	1	1	709,290
항	목	줄번호	코드구분	코드	i/ii	단가	일투	총투	금액																														
08	01	0005	1	N0532	ii	482,060	1	1	482,060																														
08	01	0006	1	IHN05320	i	709,290	1	1	709,290																														
특정내역기재란																																							
발생단위구분		줄번호	특정내역구분			특정내역																																	
1			MS005			202608061015/202608081000																																	
1			MT046			1																																	
2		0006	JS010			202608061530																																	

| | 요양급여비용총액 ¹ | 본인일부부담금 ^{주1)} | 청구액 ^{주2)} | |-----------------------|------------------------|--------------------| | 1,239,550원 | 247,910원 | 991,640원 | | | | | | | | | | |
| 주1. 1,239,550원 X 20%(입원본인부담률) = 247,910원(10원미만 절사) 2. 1,239,550원(요양급여비용총액1) - 247,910원 (본인일부부담금) = 991,640원 | | | | | | | | | |

라. 보완청구 및 추가청구

- (보완청구) 요양급여비용을 청구하였으나 심사평가원에서 심사 불능 처리한 경우, 해당 사유를 보완하여 보완청구
- (추가청구) 요양급여비용을 지급받은 명세서 중 진료내역의 일부가 당초 청구 시 누락된 경우, 누락된 진료내역만을 추가청구
- (기타) 보완·추가청구 시 기재하는 구분코드 등 청구방법은 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서 서식 및 작성요령」을 따름

1. 24시간 진료지원금 지원목적

- 24시간 진료지원금은 중증·응급환자 등 24시간 진료기능 유지에 대한 지원을 하기 위함

※ 특수검사, 처치 및 수술을 위한 당직(대기) 근무에 한해 지원하며, 교대 근무를 하는 경우는 지원 대상에서 제외

2. 24시간 진료지원금 지원체계

가. 산정기준

- 당직 계획 및 실제 근무내역을 기준으로 전문의, 간호사의 진료지원금 산정
 - (사전지원금) 연간(월별) 당직계획 기준으로 연간 지원금의 75% 사전지급
 - (사후지원금) 실제 당직근무 현황을 평가하여 연간 지원금의 25% 사후지급

나. 산정방법

- (전문 의) 24시간 진료지원금 지급요건(①,②,③)에 따라 지원규모 차등 적용
 - ① 24시간 진료(예비비) 기지원 기관: 총 전문의 인원의 10% 이내 적용
 - ② 응급의료센터급 이상 또는 심뇌혈관질환센터: 총 전문의 인원의 7% 이내 적용
 - ③ 그 외 기관: 총 전문의 인원의 5% 이내

※ 지급요건(①,②,③) 중복 시, 지원 비율이 높은 항목 우선 적용

(예시) 예비비 기지원 기관(①)이면서 지역심뇌혈관질환센터(②)인 경우

- 전문의 총 326명의 10%인 33명에 대하여 당직비 지원(소수 첫째자리 반올림)

- (간호사) 지급요건(①,②,③) 구분 없이 총 간호사 인원의 5% 이내 적용
- 연간(월별) 당직 계획을 반영하여 연간 24시간 진료지원금 산정

※ 연간 진료지원금 산정은 아래 방식으로 하나, 총액의 범위 내에서 「3. 24시간 진료지원금 관리 및 집행기준」에 따라 실제 집행은 자율적으로 수행 가능

직종별 ① 당직 인원 × ② 당직 일수 × ③ 당직비

- ① 당직 인원: 특정 당직 일에 근무하는 직종별 당직 인원 수
- ② 당직 일수: 직종별 당직 근무일수
- ③ 당직비: '25년 비상진료 의료인력 당직비 지원 수준의 약 50%
 - 전문의: 휴일 36만원, 평일 22.5만원
 - 간호사: 휴일 9만원, 평일 6만원

다. 지급시기

- (사전지급) 당해 연도 1분기
- (사후지급 및 정산) 차년도 1분기

※ 24시간 진료지원금 지급요건 변경 시 해당사항을 반영하여 정산 예정

연도	2025년		2026년				2027년				2028년				2029년
	3분기	4분기	1분기	2분기	3분기	4분기	1분기	2분기	3분기	4분기	1분기	2분기	3분기	4분기	1분기
'25년	계정 회계 사지 전지	평가	결재 과출												
			이행 사지 후지												
1년차 ('26년)		계정 회계	평가 사지 전지		결재 과출		결재 과출		이행 사지 후지						
					이행 사지 후지										
2년차 ('27년)					계정 회계		평가 사지 전지		결재 과출		결재 과출		이행 사지 후지		
								이행 사지 후지							
3년차 ('28년)									계정 회계		평가 사지 전지		결재 과출		결재 과출
												이행 사지 후지			이행 사지 후지

라. 제출자료

- (계획제출) 24시간 진료지원 연간(월별) 당직 계획서([별지 제41호 서식])
- (결과제출) 24시간 진료지원 월별 당직 현황([별지 제4-2호 서식]) 및 실제 당직 근무와 지급금액을 확인할 수 있는 증빙자료(당직 근무표, 당직비 지급내역 등)

* 월별 당직 현황 반기별(1월, 7월) 제출

마. 자료제출 방법

- (제출방법) 심사평가원 시범사업 자료제출 시스템을 통해 자료 제출
- * 제출 경로: 요양기관업무포털 > 시범사업 자료제출 시스템(IX. 지원사업 자료제출 참고)

3. 24시간 진료지원금 관리 및 집행기준

가. 기본원칙

- 지원기관 및 참여 당직자는 24시간 진료지원금을 지원사업 지침, 기타 관련 법령 및 규정에 따라 책임감을 가지고 성실하게 사용하여야 함
- 지원기관은 24시간 진료지원금을 지원사업 수행 당직자의 당직비, 성과금 등에 사용하여야 하며, 지원사업 수행과 직접적인 관련이 없는 항목으로 사용하여서는 아니 됨
- 24시간 진료지원금은 참여 당직자에게 지급하여야 하며, 당직비 수준에 대한 기관 내 실제 집행은 자율적으로 수행 가능함
- 당해 연도에 지급한 24시간 진료지원금은 당직 이행수준 및 실지급액 확인 후 차년도에 정산함
- 지원기관은 참여 당직자에게 월별로 분할하여 정기적으로 지급하여야 하며, 최초 지원금을 지급받은 날로부터 30일 이내에 참여 당직자에게 초회 지급하여야 함
- 지원기관은 24시간 진료지원금 집행의 책임성 확보 및 집행과정에서의 지원금 누수방지와 지원사업 목적에 따른 사용을 위하여 반드시 정당한 결재권자에 의한 결재가 이루어진 후 집행되도록 관리·감독하여야 함
- 지원기관은 실제 근무한 월별 당직 현황([별지 제4-2호 서식])등을 정기적(반기별)으로 보건복지부 장관(위탁 심사평가원장)에게 제출하여야 함

- 지원기관은 지원사업 목적 및 사용계획 등에 따라 24시간 진료 지원금 전액을 당해 연도 집행을 원칙으로 하되, 지원사업 추진 일정에 따라 당해 연도 24시간 진료지원금의 10% 내에서 차기 이월할 수 있음
- 심사평가원은 지원기관으로부터 24시간 진료지원금 사용내역을 수집하여 24시간 진료지원금 집행의 적절성을 평가하고 필요시 지원금 집행 관련 추가 자료 제출 등을 요구할 수 있음
- 24시간 진료지원금을 목적 외 사용, 착오·허위, 기타 부당한 방법으로 수령한 사실이 확인되는 경우 해당 지원금을 환수함

나. 집행방법 및 증빙자료 구비 원칙

- 24시간 진료지원금은 별도의 전용 통장과 회계장부로 관리하며, 지출을 명백히 기록하여야 함
- 24시간 진료지원금 전용 통장은 지원기관 명의로 개설하여야 하며, 기존에 개설된 통장을 사용하는 경우에는 통장잔액을 '0원'으로 통장 정리 후 사용하여야 함
- 24시간 진료지원금 지출은 지원사업 관련 내용의 내부 기안과 그 기안을 근거로 한 지출결의서가 있어야 함
- 24시간 진료지원금 집행은 참여 당직자 본인 계좌에 이체하여야 함
- 24시간 진료지원금 전용 통장과 지출결의서 간 집행일자 및 금액 등이 상호 일치하여야 함

다. 기타사항

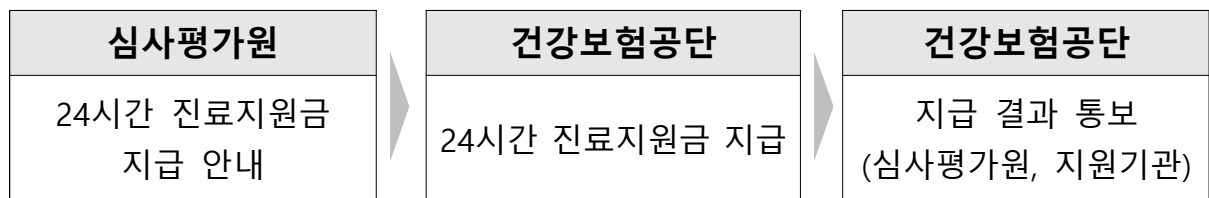
- 보건복지부 장관은 여건의 변화 등을 감안하여 필요한 경우 24시간 진료지원금 관리 및 집행기준을 추가·변경 통보할 수 있음
- 24시간 진료지원금은 내부 품의서, 지출원인행위서 등의 집행계획에 근거하여 처리하고 증빙서류는 지원사업 종료 후 5년간 보관하여야 함

4. 24시간 진료지원금 지급 및 환수

가. 지급 절차

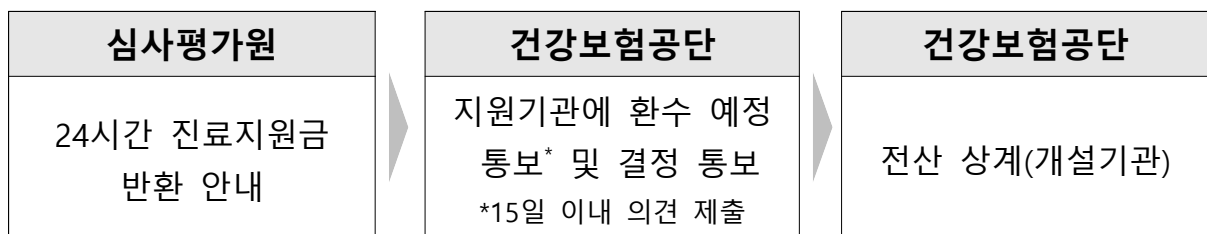
- 24시간 진료지원금 산출 결과 자료를 인수 받은 건강보험공단은 10일 이내 지원기관의 요양급여비용 계좌에 ‘가감지급’ 내용으로 지급

※ 원천징수세액, 환수금, 채권 등이 있는 경우 진료지원금에서 우선 공제



나. 환수 절차

- 심사평가원의 모니터링 결과, 실제 당직 현황과 지급 내역이 상이한 경우 진료지원금 반환을 결정하고, 지원기관에 지급할 요양급여비용에서 공제 후 상계



1. 성과평가 지원금 지원목적

- 지원기관이 기능혁신 성과(적정진료, 지역 의료문제 해결, 진료협력 강화 등)를 지속적으로 유지·강화할 수 있도록 지원하기 위함

2. 성과평가 지원금 지원체계

가. 지원방법

- 성과평가를 통해 기관별 종합점수 산출, 종합점수 구간에 따라 지원금 차등 지급

나. 평가방법

- (1차 연도) 지원기관의 성과평가 지표별 2025년 대비 2026년 증감분 산출, 표준화 및 가중치 적용 후 합산하여 종합점수 산출

[표준화점수 산출 방법] (의료질평가 표준화 방식 적용)

$$Y = (X - X_{\min}) / (X_{\max} - X_{\min})$$

Y : 표준화 값 X : 원 값(지표별 결과값) $X_{\min}$: 최솟값 $X_{\max}$: 최댓값

- (2~3차 연도) 1차 연도 성과평가 및 모니터링*을 통해 성과평가 지표 및 목표값, 가중치, 평가방법 등을 정하여 안내 예정

* 급여수익 비율, 의료질 성과, 119 환자 수용 분담률 등

다. 지원시기

- 성과평가 대상 연도*의 다음 연도 3분기에 일괄 지급

* 성과평가 대상 연도: 2026년(1차 연도), 2027년(2차 연도), 2028년(3차 연도)

라. **1차 연도** 성과평가 지표 및 가중치

영역	성과평가 지표	가중치(%)
적정진료	① 적합질환자 비율 증감분	30
지역 의료문제 해결	② 지역환자 비율 증감분	10
	③ 응급의료 성과	
	③-1 24시간 이내 응급의료행위 비율 증감분	15
	③-2 24시간 진료과목 비율 증감분	15
진료협력 강화	④ 진료협력 성과	
	④-1 상급종합병원 의뢰·회송 비율 증감분	15
	④-2 병·의원 의뢰·회송 비율 증감분	15

※ 지원기관의 성과평가 지표별 2025년 대비 2026년 증감분 산출

- (적정진료) 의료전달체계 내 지원기관의 적정역할 수행 성과 평가
 - (적합질환자 비율) 전체 환자 입원 건 중 적합질환자 입원 건이 차지하는 비중
- (지역 의료문제 해결) 지역 내 발생한 의료문제 해결 성과 평가
 - (지역환자 비율) 전체 환자 진료비 중 지역환자 진료비가 차지하는 비중
 - (24시간 이내 응급의료행위 비율) 중증응급환자 대상 응급의료 행위 중 24시간 이내 실시한 응급의료행위 비중
 - (24시간 진료과목 비율) 전체 진료과목 중 24시간 운영된 진료과목 비중
- (진료협력 강화) 진료협력 의료기관과의 협력체계 성과 평가
 - (상급종합병원 의뢰·회송 비율) 전체 환자 진료 건 중 지원기관에서 상급종합병원으로 의뢰 또는 상급종합병원에서 지원기관으로 회송된 환자 진료 건이 차지하는 비중
 - (병·의원 의뢰·회송 비율) 전체 환자 진료 건 중 병·의원에서 지원기관으로 의뢰 또는 지원기관에서 병·의원으로 회송된 환자 진료 건이 차지하는 비중

마. **1차 연도** 성과평가 지표별 산출식 및 세부기준

평 가 지 표	① 적합질환자 비율 증감분
정 의	전체 환자 입원 건 중 적합질환자 입원 건이 차지하는 비중
산 출 식	- 적합질환자 비율 = $\frac{\text{적합질환자 입원 건수}}{\text{전체 환자 입원 건수}} \times 100$ * 소수점 이하 둘째자리에서 반올림
세부기준	- 전체 환자 입원 건수 - 지원기관 건강보험 및 의료급여 환자의 입원 건수 - 적합질환자 - DRG B(일반진료질병군) 환자 - 진료협력 상급종합병원*에서 시스템을 통해 지원기관으로 회송된 환자(회송환자 관리료 IF103 발생 건) * 상급종합병원 구조전환 지원사업을 통해 진료협력 관계를 맺고 있는 상급종합병원 - 진료협력 병·의원*에서 시스템을 통해 지원기관으로 의뢰된 환자(특정내역 MT078란 진료의뢰·회송 확인번호** 기재 건) * 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업을 통해 협력진료 협약을 맺고 있는 병·의원 ** 진료협력 병·의원이 진료의뢰료 청구 시 명세서 특정내역 MT066란에 기재한 의뢰번호와 동일해야 함 - 응급실을 경유하여 입원한 중증응급환자(KTAS 1~3)
자 료 원	심사평가원 진료비 청구자료

평 가 지 표	② 지역환자 비율 증감분
정 의	지원기관의 전체 환자 진료비 중 지역환자의 진료비가 차지하는 비중
산 출 식	- 지역환자 비율 = $\frac{\text{지역환자 진료비}}{\text{전체 진료비}} \times 100$ * 소수점 이하 둘째자리에서 반올림
세부기준	- 전체 진료비 - 지원기관 건강보험 및 의료급여 환자의 선별급여 포함 요양급여비용 총 금액 - 지역환자 - 지원기관 소재 중진료권과 동일 중진료권 또는 인접 시·군·구* 내 거주 환자 * 불임 중진료권 및 인접 시·군·구 현황 참고
자 료 원	심사평가원 진료비 청구자료

평 가 지 표	③-1 24시간 이내 응급의료행위 비율 증감분
정 의	지원기관의 중증응급환자 대상 응급의료행위 중 24시간 이내 실시한 응급의료 행위 비중
산 출 식	24시간 이내 응급의료행위 비율 = $\frac{\text{응급의료행위 가산 건수}}{\text{중증응급환자 응급의료행위 건수}} \times 100$ * 소수점 이하 둘째자리에서 반올림
세 부 기 준	- 중증응급환자 응급의료행위 건수 - 지원기관의 건강보험 및 의료급여 환자 중 응급실을 경유한 중증응급 환자 (KTAS 1~3) 대상 응급의료행위(별표3) 청구 건수 - 응급의료행위 가산 건수 - 응급의료행위(별표3) 가산 수가 청구 건수
자 료 원	심사평가원 진료비 청구자료

평 가 지 표	③-2 24시간 진료과목 비율 증감분
정 의	지원기관의 전체 진료과목 중 24시간 운영된 진료과목 비중
산 출 식	24시간 진료과목 비율 = $\frac{\text{24시간 운영 진료과목 수}}{\text{전체 진료과목 수}} \times 100$ * 소수점 이하 둘째자리에서 반올림
세 부 기 준	24시간 운영 진료과목 수 - 매일 1인 이상의 전문의가 당직(배후) 근무를 실시한 진료과목 수 - 전체 진료과목 수 - 지원기관에서 운영 중인 진료과목* 수 * 국민건강보험법 시행규칙 [별지 제14호서식] 요양기관 현황신고서 진료과목현황 의과 진료과목 (01 내과 ~ 26 예방의학과) 기준
자 료 원	- 심사평가원 진료비 청구자료 - 지원기관별 제출자료 - 성과평가 대상 연도의 다음 연도 2월 말일까지 [별지 제10호 서식] 전문의 당직 근무표 작성 및 심사평가원 시범사업 자료제출 시스템을 통해 제출 * 자료제출 방법 별도 안내 예정

평 가 지 표 ④-1 상급종합병원 의뢰·회송 비율 증감분	
정 의	지원기관의 전체 환자 진료 건 중 지원기관에서 상급종합병원으로 의뢰 또는 상급종합병원에서 지원기관으로 회송된 환자 진료 건이 차지하는 비중
산 출 식	- 상급종합병원 의뢰·회송 비율 = $\frac{\text{상급종합병원으로 의뢰 또는 상급종합병원에서 회송된 환자 진료 건수}}{\text{전체 진료 건수}} \times 100$ * 소수점 이하 둘째자리에서 반올림
세부기준	- 전체 진료 건수 - 지원기관 건강보험 및 의료급여 환자의 입원 및 외래 진료 건수 - 상급종합병원으로 의뢰 또는 상급종합병원에서 회송된 환자 - 지원기관에서 진료협력 상급종합병원*으로 시스템을 통해 의뢰된 환자(전문 의뢰료 IF101, IF102 발생 건) - 진료협력 상급종합병원*에서 시스템을 통해 지원기관으로 회송된 환자(회송환자 관리료 IF103 발생 건) * 상급종합병원 구조전환 지원사업을 통해 진료협력 관계를 맺고 있는 상급종합병원
자 료 원	심사평가원 진료비 청구자료

평 가 지 표 ④-2 병·의원 의뢰·회송 비율 증감분	
정 의	지원기관의 전체 환자 진료 건 중 병·의원에서 지원기관으로 의뢰 또는 지원기관에서 병·의원으로 회송된 환자 진료 건이 차지하는 비중
산 출 식	- 병·의원 의뢰·회송 비율 = $\frac{\text{병·의원에서 의뢰 또는 병·의원으로 회송된 환자 진료 건수}}{\text{전체 진료 건수}} \times 100$ * 소수점 이하 둘째자리에서 반올림
세부기준	- 전체 진료 건수 - 지원기관 건강보험 환자의 입원 및 외래 진료 건수 - 병·의원에서 의뢰 또는 병·의원으로 회송된 환자 - 진료협력 병·의원*에서 시스템을 통해 지원기관으로 의뢰된 환자(특정내역 MT078란 진료의뢰·회송 확인번호** 기재 건) * 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업을 통해 협력진료 협약을 맺고 있는 병·의원 ** 진료협력 병·의원이 진료의뢰료 청구 시 명세서 특정내역 MT066란에 기재한 의뢰번호와 동일해야 함 - 지원기관에서 병·의원으로 시스템을 통해 회송된 환자(회송료 IA321, IA331 발생 건)
자 료 원	심사평가원 진료비 청구자료

1. 진료협력 기반구축 지원금 지원목적

- 지역 내 의료기관 간 협력체계 강화를 위해 진료협력 시스템* 개발을 지원하기 위함

* 진료의뢰·회송 중계시스템(Agent방식) 또는 진료정보교류시스템

2. 진료협력 기반구축 지원금 지원체계

가. 지급대상

- 포괄 2차 종합병원 및 진료협력기관
 - (포괄 2차 종합병원) 지원기관 중 「상급종합병원 구조전환 지원사업」을 통해 기반구축 지원금을 받지 않은 기관
 - (진료협력기관) 지원기관이 자체적으로 선정한 병·의원*(지원기관 당 최대 5개소)

* 지원기관에서 동일 병·의원을 중복 선정가능하나, 지원금은 1회만 지급

** 제외대상: 「상급종합병원 구조전환 지원사업」 진료협력 기반구축 지원금을 받은 병원, 거짓청구 요양기관 명단공표 기관에 해당하는 병·의원

나. 지원내용

- 진료협력 시스템 개발(구축·개선) 비용 지원
 - (시스템 구축) 전자의무기록시스템(EMR)과 진료협력 시스템을 연계하여 의뢰·회송 시 활용 가능하도록 시스템 구축
 - (기능 개선) 6항목 중 최소 4항목(필수3+선택1) 개발

개선 항목		주요 내용
정보 전송 조회	① 진료정보 필수	EMR에서 환자에게 필요한 진료정보(또는 영상정보)를 의뢰·회송 시스템과 자동 연계할 수 있도록 개발하여 업무 편의 강화
	② 영상정보 선택	
③ 조회이력 관리 필수		EMR과 연계하여 의뢰·회송서 조회여부, 열람자, 조회일시 이력 관리를 통해 의뢰·회송 정보의 활용 유도
피드백 기능	④ 진료상태 필수	의뢰·회송 보낸 기관으로 환자에 대한 진료상태(입원·외래 진료 정보)를 피드백하는 기능 개발로 환자 관리 지원
	⑤ 진료결과 선택	의뢰·회송 보낸 기관으로 환자에 대한 상세 진료결과(회신서)를 피드백하는 기능 개발로 환자 관리 지원
⑥ 만족도 평가 선택		의뢰·회송 받은 의료기관의 의료진이 의뢰·회송서의 적절성·충실도 등에 대한 만족도 평가를 통해 의뢰·회송 질 관리 강화

- (지급규모) 포괄 2차 종합병원 및 진료협력 병원 최대 4,600만원, 진료협력 의원 최대 2,700만원
- (지급방법) 이행계획 확인 후 사전지급(70%), 실제 이행결과 확인 후 정산 및 사후지급(30%)
- (지급시기) 사전지급(당해년도 2분기), 사후지급(차년도 1분기)

※ 사업 추진 경과 등에 따라 일정은 변동될 수 있음

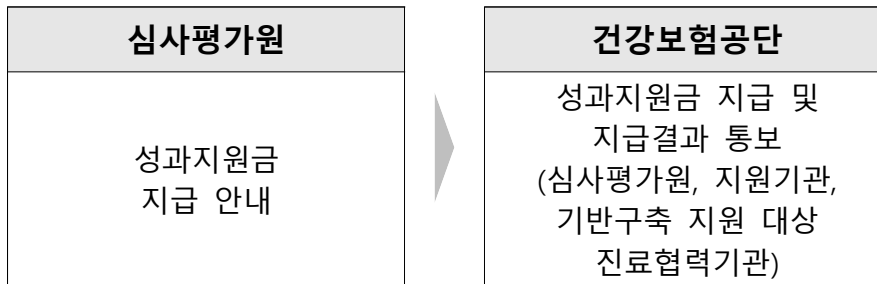
구분 \ 일정	2026년				2027년
	1분기	2분기	3분기	4분기	1분기
지원신청					
이행계획 제출					
사전지급					
이행결과 제출					
이행평가					
정산 및 사후지급					

- (제출방법) 심사평가원 시범사업 자료제출 시스템을 통해 자료 제출
 ※ 제출경로: 요양기관업무포털 > 시범사업 서식관리 > 진료협력.전달체계강화 등 시범사업 > 진료협력 시스템 개발 자료 제출(별도 안내 예정)

1. 성과지원금 지급 절차

- 성과지원금(성과평가 지원금 및 진료협력 기반구축 지원금) 지급자료를 인수받은 건강보험공단은 10일 이내 지원금 지급 대상기관의 요양급여비용 계좌에 ‘가감지급’ 내용으로 지원금 지급

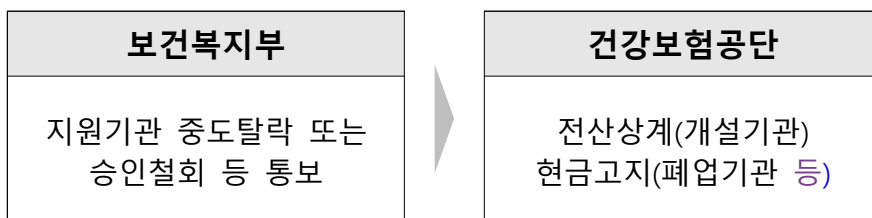
※ 원천징수세액, 환수금, 채권, 미반환 성과지원금 등이 있는 경우 지급할 성과지원금에서 우선 공제



2. 성과지원금 환수 절차

- 성과지원금 환수가 필요한 경우, 통보된 지원금 정산내역에 따라 건강보험공단은 성과지원금 반환 결정하고, 기관에 지급할 요양급여비용에서 공제 후 상계 처리

※ 지급할 요양급여비용이 없는 폐업기관, 전산상계가 어려운 경우 등은 현금고지



1. 지원사업 자료제출 시스템 접속

가. 시범사업 자료제출 시스템(https://aq.hira.or.kr/hira_mc/) 접속 후
공동인증서 로그인

나. [시범사업 서식관리] - [진료협력·전달체계강화 등 시범사업] -
[포괄 2차 종합병원 지원사업] 선택



[그림 1] 시범사업 자료제출 시스템 접속 화면

2. 공지사항

가. [시범사업 서식관리] - [진료협력·전달체계강화 등 시범사업] -
[포괄 2차 종합병원 지원사업] - [공지사항] 선택

나. '공지사항 목록'에서 사업 관련 게시글 선택 후 '공지사항 상세'
내용 확인

다. '목록' 버튼 클릭하여 공지사항 목록으로 이동

3. 운영현황 및 요양기호 변경 등 신고 자료 제출

가. [시범사업 서식관리] - [진료협력·전달체계강화 등 시범사업] - [포괄 2차 종합병원 지원사업] - [운영현황 및 요양기호 변경 등 신고 자료 제출] 선택

나. '서식 다운로드'(①)에서 업로드 서식을 다운로드 받아 해당 내용을 기재한 후, '파일 업로드 및 제출'(②) 클릭

The screenshot shows the HIRA system interface for submitting application materials. The sidebar on the left contains navigation options such as '시범사업 서식관리' (Trial Project Form Management) and '운영현황 및 요양기호 변경 등 신고 자료 제출' (Submission of Application Materials for Changes in Operating Status and Care Preferences). The main content area displays a search bar and a table of application records. Red boxes and numbers 1 and 2 highlight the '서식 다운로드' (Download Form) and '파일 업로드 및 제출' (Upload File and Submit) buttons respectively.

[그림 2] 운영현황 및 요양기호 변경 등 신고 자료 제출 화면

○ 안내사항 확인 후, ① ② 순서로 클릭하여 파일 업로드 화면 생성

The screenshot shows the '안내사항' (Notice) dialog box. The dialog box contains two numbered instructions. Below the instructions, there is a checkbox labeled '위의 안내사항을 모두 확인하였습니다.' (I have confirmed all the above notices) and a button labeled '확인' (Confirm). Red boxes and numbers 1 and 2 highlight the checkbox and the '확인' button respectively.

[그림 3] 안내사항 팝업화면

○ ‘자료구분’에 등록 필요한 자료를 선택

※ [별지 제6호 서식]과, [별지 제7호 서식]을 동시에 등록 시 구분을 달리하여 각각 등록

○ ‘추가’ 버튼 클릭하여 파일 첨부 후 ‘임시저장’, ‘제출’ 순으로 클릭

※ 개별 파일 당 10MB까지 업로드 가능하며, ‘임시저장’ 상태에서만 수정 가능함

[그림 4] 운영현황 및 요양기호 변경 등 신고 자료 업로드 화면

○ 팝업창에서 ‘확인’ 버튼 클릭 후, ‘운영현황 및 요양기호 변경 등 신고 자료 제출’ 화면에서 자료제출 상태 확인(임시저장/제출완료/자료보완/반려/승인)

[그림 5] 메시지 팝업창

4. 24시간 진료지원 당직계획 조회

(1) 당직계획 등록

가. [시범사업 서식관리] - [진료협력·전달체계강화 등 시범사업] - [포괄 2차 종합병원 지원사업] - [당직계획 조회] - [당직계획 등록] 선택

나. '신규등록' 버튼 클릭하여 팝업창에서 대상연도 선택 및 '등록' 클릭 후 상세화면 이동

[그림 6] 당직계획 등록

[그림 7] 당직계획 엑셀 업로드 및 제출확인서 등록(다~바)

다. 직종별 당직 인원을 확인 후 당직계획 입력

- ‘서식 다운로드’(①) 에서 엑셀 양식을 받아 해당 내용을 기재한 후, ‘엑셀 업로드’(②) 클릭
- 엑셀 업로드 시 작성서식의 예시(4번째 행)를 참고하여 6번째 행부터 차례대로 입력 후 업로드*

* 형식에 맞지 않는 값이 있는 경우, 엑셀 업로드 불가(오류내용 팝업 생성)

1	I 당직월	II 직종	III 당직구분	IV 병동	V 당직 진료과	VI 근무구분	VII 당직인원	VIII 근무일수
	당직근무월 입력 (숫자 1~12 중 입력)	1: 전문의 2: 간호사 3: 진료지원간호사 (숫자 1~3 중 한 자리 입력)	1: 당직 2: 배후 (숫자 1~2 중 한 자리 입력)	당직(배후) 근무하는 병동명 작성 (텍스트 입력)	당직(배후) 근무하는 진료과 입력 (텍스트 입력)	1: 평일 2: 휴일 (숫자 1~2 중 한 자리 입력)	당직인원 (숫자만 입력)	근무일수 (숫자만 입력)
2								
3	※ 작성예시(4행)를 참고하여 6행부터 입력							
4	1	2	1	병동	내과	1	5	3
5								
6								
7								

[그림 8] 당직 계획 엑셀 업로드 서식

<엑셀 업로드 서식 작성요령>

- I 당직월: 당직 근무(계획) 월 (1~12)
- II 직종: 전문의(1), 간호사(2), 진료지원간호사(3)
- III 당직구분: 당직(1), 배후(2)
- IV 병동: 당직(배후) 근무하는 병동명 작성(text 입력)
- V 당직 진료과: 당직(배후) 근무하는 진료과 입력(text 입력)
- VI 근무구분: 평일(1), 휴일(2)
- VII 당직인원: 당직인원 작성(숫자만 입력)
- VIII 근무일수: 근무일수 작성(숫자만 입력)

라. 당직 계획 내역 업로드 후, ‘임시저장’(③) 버튼 클릭하여 내역 저장

마. 업로드 내용 확인 후 ‘제출확인서 서식 다운로드’(④) 클릭하여 서식을 다운받아 기관장 직인이 날인된 확인서를 제출

- 서식 하단 기관장 직인 날인 후, 당직계획 제출확인서 ‘첨부하기’(⑤) 클릭
- 팝업창에서 ‘추가’ 버튼 클릭하여 당직계획 확인서 파일 업로드
(팝업창 내에서 파일 삭제 및 다운로드 가능)

[그림 9] 당직 계획 제출확인서 업로드

- 바. 업로드 파일 제출 완료 후 자동으로 ‘당직계획 등록 상세’ 화면으로 돌아가며, 제출정보 확인 후 ‘최종제출’(⑥) 클릭
- ※ 제출확인서 첨부하지 않을 시 최종제출 불가하며, 확정 후 임의 수정 불가
- 사. 최종제출 후 ‘당직계획 등록’ 목록으로 이동하며, 진행상태 확인 가능(최종제출/검토진행/자료보완/승인/반려)

[그림 10] 당직계획 등록 목록 조회

(2) 이의신청 등록

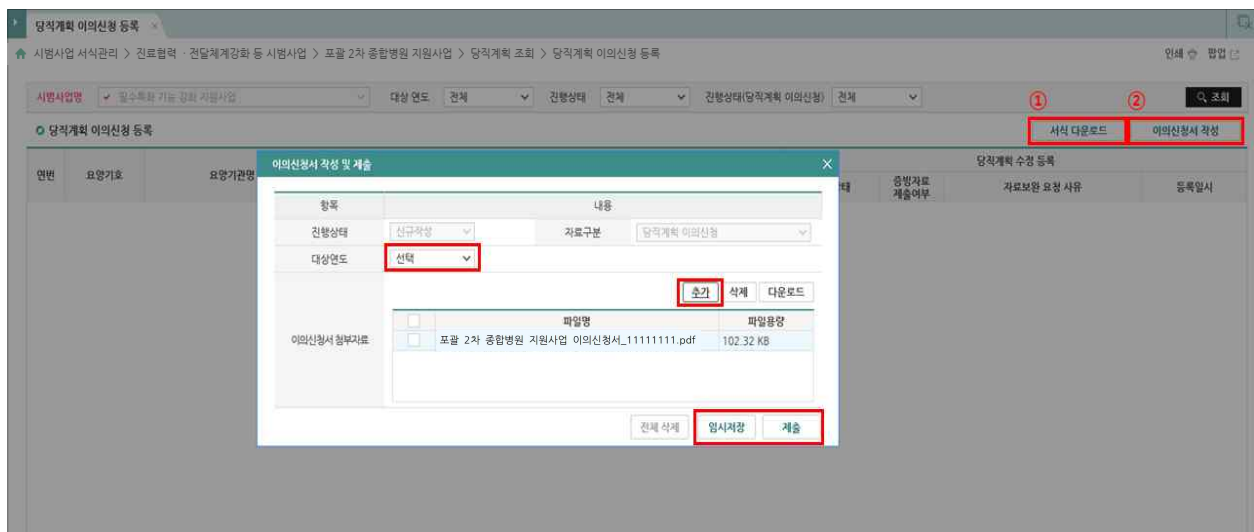
가. [시범사업 서식관리] - [진료협력·전달체계강화 등 시범사업] - [포괄 2차 종합병원 지원사업] - [당직계획 조회] - [당직계획 이의신청 등록] 선택

나. 이의신청서 작성

○ ‘서식 다운로드’(①)에서 이의신청서를 다운받아 관련 내용을 작성하여 기관장 직인 날인 후, ‘이의신청서 작성’(②) 클릭

- 팝업창에서 대상연도 선택 후 ‘추가’ 버튼 클릭하여 이의신청서 업로드 (팝업창 내에서 파일 삭제 및 다운로드 가능)

※ 이의신청 내용은 상세히 기술하여야 하며, 관련 내용에 대하여 증빙이 가능하여야 함



[그림 11] 이의신청서 제출화면

다. 업로드 파일 제출 완료 후 ‘당직계획 이의신청 등록’ 화면으로 돌아가며, 진행상태 확인 가능(임시저장/최종제출/승인/반려)

※ ‘최종제출’ 이후 담당부서에서 이의신청 사유를 검토하여 승인 여부 결정

라. 이의신청서 검토 결과 ‘승인’된 경우, 당직계획 수정 등록이 가능하며 진행상태는 ‘당직계획 수정가능’으로 변경됨

○ ‘당직계획 수정가능’ 클릭 시 ‘당직계획 이의신청 상세’ 화면으로 이동

[그림 12] 당직계획 이의신청서 승인 화면

○ ‘당직계획 승인내역’(①) 클릭 시 기재출한 엑셀 파일이 다운로드 되며,
수정된 내역을 반영하여 ‘엑셀 업로드’(②) 후 ‘임시저장’(③) 버튼 클릭
※ ‘임시저장’(③)을 클릭후 기재출한 엑셀파일 다운로드 불가

[그림 13] 당직계획 수정 등록 화면(라~바)

마. 수정된 내역 확인 후, 당직계획 제출확인서와 수정내역에 대한 증빙자료(당직근무(계획)표 등)를 제출

- ‘제출확인서 서식 다운로드’(④) 클릭하여 이의신청 확인서를 다운받아 기관장 직인을 날인하여 제출
- 서식 하단 기관장 직인 날인 후, 증빙자료 등에 ‘첨부하기’(⑤) 클릭
 - 팝업창에서 ‘추가’ 버튼 클릭하여 이의신청 확인서 및 증빙자료 파일 업로드 (팝업창 내에서 파일 삭제 및 다운로드 가능)

항목	내용						
대상연도	2025년						
이의신청진행상태	임시저장						
증빙자료	☐ ☐ ☐ <table border="1"> <thead> <tr> <th>파일명</th> <th>파일용량</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>포괄 2차 종합병원 지원사업 제출확인서(이의신청)_111111111.pdf</td> <td>137.63 KB</td> </tr> <tr> <td>2025년 전문의 당직계획표_111111111.pdf</td> <td>1.19 MB</td> </tr> </tbody> </table>	파일명	파일용량	포괄 2차 종합병원 지원사업 제출확인서(이의신청)_111111111.pdf	137.63 KB	2025년 전문의 당직계획표_111111111.pdf	1.19 MB
	파일명	파일용량					
	포괄 2차 종합병원 지원사업 제출확인서(이의신청)_111111111.pdf	137.63 KB					
2025년 전문의 당직계획표_111111111.pdf	1.19 MB						

전체 삭제 제출 닫기

[그림 14] 당직 계획 이의신청 증빙자료 업로드

바. 업로드 파일 제출 완료 후 자동으로 ‘당직계획 이의신청 등록 상세’ 화면으로 돌아가며, 제출정보 확인 후 ‘최종제출’ 클릭

※ 증빙자료 등 첨부하지 않을 시 최종제출 불가하며, 확정 후 임의 수정 불가

사. 최종제출 후 ‘당직계획 등록’ 목록으로 이동하며, 자료제출 진행상태 확인 가능(최종제출/검토진행/수정요청/승인/반려)

연번	요청기호	요청기관명	대상연도	진행상태	반려사유	등록일시	진행상태	증빙자료 제출여부	자료보완 요청 사유	등록일시
1		병원	2025	승인		2025-10-24 13:38	최종제출	Y		2025-10-24 14:10

[그림 15] 당직계획 수정 등록 목록 조회

(3) 24시간 진료지원금 확인

가. [시범사업 서식관리] - [진료협력·전달체계강화 등 시범사업] - [포괄 2차 종합병원 지원사업] - [당직계획 조회] - [24시간 진료지원금 확인] 선택

나. 24시간 진료지원금 내역 조회

- 당직계획 등록(당직계획 이의신청)을 통해 확정된 24시간 진료지원금 및 사전지원금(총액, 직종별 금액) 내역 확인
- 내역서 '출력' 클릭 시 24시간 진료지원금 내역 출력 가능

연번	요양기호	요양기관명	대상연도	최종 지료 구분	24시간 진료지원금			사전지원금			내역서
					총액	전문의	간호사	총액	전문의	간호사	
1		병원	2025	당직계획 등록	229,065,000	189,945,000	39,120,000	114,532,500	94,972,500	19,560,000	출력

[그림 16] 24시간 진료지원금 내역 조회 화면

5. 24시간 진료지원 당직현황 조회

(1) 당직 현황 등록

가. [시범사업 서식관리] - [진료협력·전달체계강화 등 시범사업] - [포괄 2차 종합병원 지원사업] - [당직현황 조회] - [당직현황 등록] 선택

나. '신규등록' 버튼 클릭하여 팝업창에서 대상연도 선택 및 '등록' 클릭 후 상세화면 이동

[그림 17] 당직현황 등록

다. 당직현황 등록(당직비) 하단 '신규등록' 클릭 시 입력창 활성화

[그림 18] 당직현황 등록 상세 화면

라. 당직자별 당직현황 및 당직비 내역 입력

당직현황 등록

시행사업 서식관리 > 진료협력·전달체계강화 등 시행사업 > 포괄 2차 종합병원 지원사업 > 당직현황 조회 > 당직현황 등록 > 당직현황 등록

연세 창 팝업

기본정보

대상연도: 2025년 | 진현상태: 임시계좌

지급요건별 전문의 및 간호사 당직 인원 지원 비율

전문: 예비비 기지침가액(10%) | 간호사: 5%

⑤ 당직현황제출확인서 등록 첨부하기 ※ [제출확인서 서식 다운로드]를 이용하여 작성한 후 업로드 해주시기 바랍니다.

당직현황 등록 상세

직종: 전체 | 당직월: 전체 | 액셀 저장 | 최종제출 | 목록

면허번호	대상연도	당직월	직종	면허번호	입사일자	퇴사일자	성명	당직구분	병동	당직 진료과	근무구분 (평일/휴일)	1	2
No Data													

24시간 진료지원금 총액

③ 당직현황 등록(24시간 진료지원금)

직종구분: 선택 | 면허번호(성명): | 당직구분: 선택 | 근무구분: 선택

병동: | 당직 진료과: | 당직비(A): | 성과금 등(B): | 24시간 진료지원금 총액(A+B):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
No Data														
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
No Data														

④ 제출확인서 서식 다운로드

[그림 19] 당직현황 및 제출확인서 등록(24시간 진료지원금)

- 직종구분, 면허번호(성명)*, 당직월, 당직구분, 근무구분을 선택하고 병동, 당직 진료과는 해당하는 내용을 자유롭게 작성(text 입력)(①)
 - * 직종구분을 선택 후 입력하여야 하며, 전문의는 의사면허번호, 간호사는 면허번호 및 성명 모두 기입
- 당직구분에서 평일·휴일 해당하는 일자에 당직비(A)(②) 입력
- 성과금을 지급한 경우 성과금 등(B)(②)에 입력
 - ※ 성과금 등 지급내역은 당직일별로 작성할 필요 없으며, 해당 당직월별 지급금액을 1회만 작성
- 당직현황 입력 완료 후, '저장'(③)버튼 클릭하여 내역 저장
 - 저장된 당직현황 내역은 '당직현황 등록 상세' 목록에서 확인 가능
 - ※ 수정이 필요한 경우 당직자 정보(①)는 삭제 후 신규등록, 당직비 내역(②)은 수정 후 저장
- 등록 내용 확인 후 '제출확인서 서식 다운로드'(④) 클릭하여 서식을 다운받아 기관장 직인이 날인된 확인서를 제출
- 서식 하단 기관장 직인 날인 후, 당직현황 제출확인서 등 '첨부하기' 클릭
 - 팝업창에서 '추가' 버튼 클릭하여 당직현황 제출확인서 및 증빙자료 파일 업로드(팝업창 내에서 파일 삭제 및 다운로드 가능)

당직현황 제출확인서 제출

항목

내용

대상연도

2025년

당직 등록 진행상태

임시저장

제출확인서 및 증빙자료

추가

삭제

다운로드

☐	파일명	파일용량
☐	당직현황 제출확인서_11111111.pdf	136.64 KB
☐	당직현황 증빙자료(7월)_11111111.zip	130.33 KB
☐	당직현황 증빙자료(8월)_11111111.zip	130.33 KB

전체 삭제

제출

닫기

[그림 20] 당직 제출확인서 및 증빙자료 업로드

마. 업로드 파일 제출 완료 후 자동으로 ‘당직현황 등록 상세’화면으로 돌아가며, 제출정보 확인 후 ‘최종제출’ 클릭

※ 제출확인서 및 증빙자료 미첨부 시 최종제출 불가하며, 확정 후 임의 수정 불가

바. 최종제출 후 ‘당직계획 등록’ 목록으로 이동하며, 진행상태 확인 가능 (최종제출/검토진행/자료보완/승인/반려)

공직사법

당직계획 등록

현재

팝업

시험사업명

포괄 2차 종합병원 지원사업

대상 연도

전체

진행상태

전체

조회

당직계획 등록

신규 등록

연번	요양기호	요양기관명	대상연도	진행상태	제출확인서 제출여부	제출일시	자료보완 요청 사유
1			2023	검토진행	Y		
2			2025	최종제출	Y		
3			2024	최종제출	Y		

[그림 21] 당직현황 등록 목록 조회

1. 자료제출 의무 및 현장검증 협조

- 지원기관은 지침을 준수하여 지원사업 수행에 요구되는 자료를 성실히 제출해야 함
 - 수집된 자료는 지원사업 목적으로만 활용되며, 별도의 다른 정보와 연계하여 활용되지 않음
- 지원기관은 보건복지부 또는 심사평가원이 지원사업 모니터링, 효과 평가 등을 위해 관련 자료를 요구할 때에는 지체 없이 제출해야 함
- 지원기관은 지원사업 운영현황(선정 기준 등)에 관한 변동사항이 발생할 시에는 지체 없이 관련 자료를 제출해야 함
- 지원기관은 제출된 자료에 대한 현장검증이 필요한 경우 협조하여야 함

2. 준수사항 이행약정 체결

- 지원기관은 지원사업 지침 등 관련 규정을 준수해야 하며, 이를 준수하지 않을 경우 지원사업 중단 및 지원기관 지정이 취소될 수 있음
- 이행 약정 기간은 사업 마지막 연도('28년) 성과평가 지원금 정산 완료일까지로 함

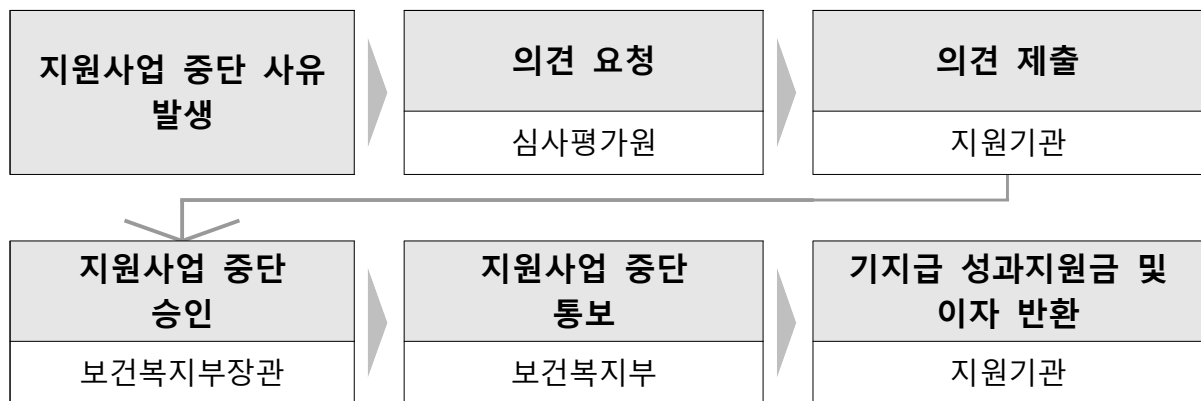
※ 지원기관은 준수할 사항에 대해 이행 약정을 체결하여야 함([별지 제3호 서식])

3. 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서 작성 및 보관

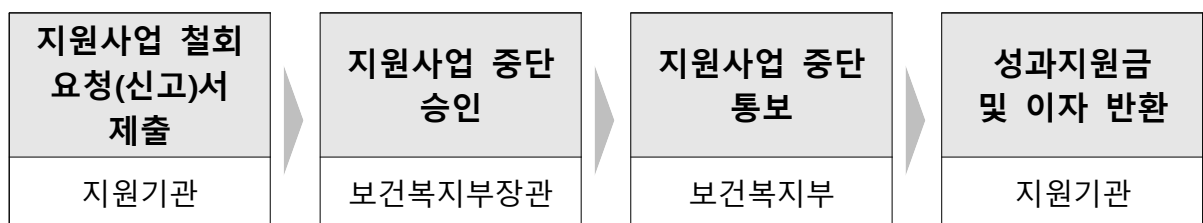
- 지원기관은 지원사업에 참여하는 전문의·간호사에게 사업 내용을 충분히 설명 후 지원사업 참여 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서 ([별지 제8호 서식])를 작성 받아 지원사업 종료 후 5년간 보관하여야 함

4. 지원사업 중단 관련 조치

- 지원기관은 이행약정서 내용에 따라 지원사업 중단사유가 발생할 경우 보건복지부장관의 승인을 거쳐 지원사업 참여가 중단됨
- 심사평가원은 지원사업 중단 사유 발생 시 지원기관에 사전 통보를 하여야 하며, 지원기관은 사전 통보를 받은 날로부터 10일 이내에 의견을 제출하여야 함



- 지원기관이 지원사업 참여 철회를 요청하는 경우, 보건복지부에 지원사업 지정 철회 요청서([별지 제5호 서식])를 제출하여야 하며, 보건복지부장관의 승인을 거쳐 지원사업 참여를 중단할 수 있음



- 지원기관은 지원사업 참여가 중단되는 경우, 이행약정서 내용에 따라 기지급된 24시간 진료지원금 사전지급분, 성과지원금 및 이자를 반환 하여야 함

1. 모니터링 주체

- 보건복지부, 심사평가원

2. 모니터링 시기

- 모니터링은 지정요건의 경우 매년 유지 여부를 확인하고, 지원사업 운영 등과 관련된 내용은 정기적(분기별)으로 실시하는 것을 원칙으로 하되, 필요하다고 판단되는 경우 수시로 실시함

3. 모니터링 내용

- 지원사업 지정 또는 예비지정 요건 충족 여부
- 24시간 진료지원 현황 등 지원사업 운영과 관련하여 모니터링이 필요하다고 판단되는 기타 사항

4. 모니터링 방법

- 지원기관 대상으로 지원사업 관련 서식, 진료비 청구자료 등을 활용하여 분석하고 모니터링 함

5. 모니터링 결과 조치

- 지정요건 유지 미준수, 청구 경향 변화 등 지원사업 취지에 부합하지 않거나, 성과 평가에 영향을 줄 것으로 예상되는 부당 행위가 의심될 경우, 해당 기관에 사실관계를 확인하고 지원사업 참여 중단 등 필요한 조치를 취할 수 있음

- 지정요건(예비지정 포함)의 경우 유지 미준수 시, 6개월의 유예기간을 부여하고, 보완 여부에 따라 차년도 사업 참여 가부 판단
- 예비지정의 경우 2년 이내 지정요건 미충족 시 사업 참여 중단 등 필요한 조치 취할 수 있음

별 지 서 식

[제1호 서식] 지원사업 참여 신청서	55
[제2호 서식] 지원사업 이행계획서	56
[제3호 서식] 지원사업 이행약정서	61
[제4-1호 서식] 24시간 진료지원 연간(월별) 당직 계획서	65
[제4-2호 서식] 24시간 진료지원 월별 당직 현황	66
[제5호 서식] 지원사업 지정 철회 요청서	67
[제6호 서식] 지원기관 운영현황 변경 신고서	68
[제7호 서식] 요양기호 변경 신고 및 지원사업 연계 신청서	69
[제8호 서식] 지원사업 참여 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서 [전문의·간호사용]	70
[제9호 서식] 진료협력 기반구축 이행계획서	72
[제10호 서식] 전문의 당직 근무표	73
[제11호 서식] 지원사업 이의신청서	74

[별지 제2호 서식]

※ 지원사업 이행계획서는 자율적으로 작성하여 주시기 바랍니다.

포괄 2차 종합병원 지원사업 이행계획서

0000. 00. 00.

○○○ 병원

사 업 명		포괄 2차 종합병원 지원사업 (해당 항목에 ☑표기 및 내용작성)	
요양기호		요양기관명	
1. 일반현황('25년 4월)			
일반의 (명)		전문의 (명)	
간호사 (명)		진료지원간호사 (명)	
* 진료지원간호사는 간호사 수에 포함하지 않고 기입			
2. 지정요건			
가. 의료기관 인증 * 4주기 급성기병원		☐ 인증 (YYYY.MM.DD.~YYYY.MM.DD.) ☐ 미인증 * 의료법 제58조의3제2항에 따른 의료기관 인증을 받은 기관	
나. 응급의료기관		☐ 권역응급의료센터 (YYYY.MM.DD.~YYYY.MM.DD.) ☐ 지역응급의료센터 (YYYY.MM.DD.~YYYY.MM.DD.) ☐ 지역응급의료기관 (YYYY.MM.DD.~YYYY.MM.DD.) ☐ 미지정 * 응급의료에 관한 법률에 의한 권역응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관 지정내역	
다. DRG 종류 수		☐ '23년 (개) ☐ '24년 (개) * 해당년도에 실시한 수술·시술 등 AADRG(KDRG 4.4 version) 종류 개수	
3. 지정요건 중 미 충족 요건이 있는 경우 유예기간 내 달성계획(예비지정 기관)			
○ 급성기 평가 미충족 기관 - 예시) 의료기관평가인증원 급성기병원 인증 예정: (YYYY.MM) ○ DRG 개수 미충족 기관 - 예시) '26년 상반기 000 진료과 신설 예정			
4. 운영 현황 및 향후계획 (해당 항목에 ○ / × 및 괄호에 내용 작성)			
① 적정 진료	운영 현황('23년)		'26년 계획
	1. 의료수익 중 급여수익 비율('23년)		1. 의료수익 중 급여수익 비율
	(급여수익 / 의료수익 × 100 %)		(급여수익 / 의료수익 × 100 %)
	- (의료수익*: 원) - (급여수익**: 원)		- (의료수익: 원) - (급여수익: 원)
* 한국보건산업진흥원에 제출한 2023 회계연도 회계자료(손익계산서) 기준으로 1. 입원수익 + 2. 외래수익 + 3.기타의료수익(직원급식수익과 정부보조금 제외)을 합산한 금액 ** 선별급여포함 요양급여비용총액(건강보험, 의료급여, 보훈) + 국민건강보험공단에 지급받은 건강검진비			

4. 운영 현황 및 향후계획		(해당 항목에 ○ / × 및 괄호에 내용 작성)
② 지역 의료 문제 해결	운영 현황('25년 4월)	'26년 계획
	1-1. (24시간 진료) 운영 진료과목 (24시간 운영 중인 모든 과목 기재)	1-1. (24시간 진료) 운영 진료과목 (24시간 운영 중인 모든 과목 기재)
	1-2. (24시간 진료) 운영 인력 - 응급실 소속 · 응급의학과 전문의 수 (명) · 응급실 간호사 수 (명)	1-2. (24시간 진료) 운영 인력 - 응급실 소속 · 응급의학과 전문의 수 (명) · 응급실 간호사 수 (명)
	- 배후 진료과 소속 · 전문의 수 (명) · 간호사 수 (명) · 진료지원간호사 수 (명)	- 배후 진료과 소속 · 전문의 수 (명) · 간호사 수 (명) · 진료지원간호사 수 (명)
	* 진료지원간호사는 간호사 수에 포함하지 않고 기입	
	2. 필수의료 운영 현황 - 심뇌혈관센터 운영 (○ / ×) (지정일자: YYYY.MM.DD.) - 암 진료협력 기관 (○ / ×) (지정일자: YYYY.MM.DD.) - 달빛어린이병원 (○ / ×) (지정일자: YYYY.MM.DD.) - 기타 () (지정일자: YYYY.MM.DD.)	2. 필수의료 운영 현황 - 심뇌혈관센터 운영 (○ / ×) (지정일자: YYYY.MM.DD.) - 암 진료협력 기관 (○ / ×) (지정일자: YYYY.MM.DD.) - 달빛어린이병원 (○ / ×) (지정일자: YYYY.MM.DD.) - 기타 () (지정일자: YYYY.MM.DD.)
	3. 지역응급환자 진료 건수* - '23년 (건) - '24년 (건)	3. 지역응급환자 진료 건수* - '25년 (건) - '26년 (건)
	* 응급실 수용 환자 중 해당 종합병원 소재 중진료권에 주소지를 둔 환자 진료 건수	
4. 지역환자 진료 비중*('24년) (%)	4. 지역환자 진료 비중 (%)	
지역환자 진료비중 = $\frac{\text{해당 종합병원 소재 중진료권 내 거주 환자의 총 진료비}}{\text{해당 종합병원에서 발생한 총 진료비}} \times 100$		

4. 운영 현황 및 향후계획		(해당 항목에 ○ / × 및 괄호에 내용 작성)
③ 진료 협력 강화	운영 현황('25년 4월)	'26년 계획
	1. 기반구축 - 진료정보교류시스템 사용 (○ / ×) - 진료의뢰·회송 중계 시스템 사용 (○ / ×) - 진료협력센터 운영 (○ / ×)	1. 기반구축 - 진료정보교류시스템 사용 (○ / ×) - 진료의뢰·회송 중계 시스템 사용 (○ / ×) - 진료협력센터 운영 (○ / ×)
	2. 진료협력 사업 참여 - 상급종합병원 구조전환 지원사업 진료협력병원 참여 (○ / ×) - 진료·의뢰회송 시범사업 참여 (○ / ×)	2. 진료협력 사업 참여 - 상급종합병원 구조전환 지원사업 진료협력병원 참여 (○ / ×) - 진료·의뢰회송 시범사업 참여 (○ / ×)
	3-1. 상급종합병원 구조전환 지원사업 상급종합병원 회송환자 비중('24년) (회송건수 / 청구건수 × 100 %) - (연간 청구건수*: 건) - (연간 회송건수**: 건)	3-1. 상급종합병원 구조전환 지원사업 상급종합병원 회송환자 비중 (회송건수 / 청구건수 × 100 %) - (연간 청구건수: 건) - (연간 회송건수: 건)
	3-2. 지역 내 진료협력 병·의원(요양병원 제외) 의뢰환자 비중('24년) (의뢰건수 / 청구건수 × 100 %) - (연간 청구건수*: 건) - (연간 의뢰건수***: 건)	3-2. 지역 내 진료협력 병·의원(요양병원 제외) 의뢰환자 비중 (의뢰건수 / 청구건수 × 100 %) - (연간 청구건수: 건) - (연간 의뢰건수: 건)
* '24년 건강보험 및 의료급여 환자 전체 청구건수 ** 진료협력 상급종합병원에서 시스템을 통하여 환자를 회송받은 건수('24년 1월 ~ 12월 회송) *** 지역 내(▲70개 중진료권 + ▲인접지역(중진료권 인접 시군구) + ▲시도 내(수도권, 광역시 제외)) 진료협력 병·의원(요양병원 제외)에서 시스템을 통하여 환자를 의뢰받은 건수('24년 1월 ~ 12월 의뢰) (심사평가정보 제출시스템(https://ef.hira.or.kr)>진료의뢰·회송>수신목록>조회기간, 사업구분 등 설정 후 조회)		

5-1. (상급종합병원) 진료협력기관 현황*				(필요시 행 추가하여 작성)		
연번	종별	요양기호	요양기관명			
1	상급종합병원	11111111	AA병원			
2						
3						
4						
5						
* '상급종합병원 구조전환 지원사업'을 통해 진료협력 관계를 맺은 상급종합병원 현황 기재						
5-2. (병·의원) 진료협력기관 현황*				(필요시 행 추가하여 작성)		
연번	종별	요양기호	요양기관명	소재지역		
				시·도	시·군·구	중진료권
1	병원	22222222	BB병원	○○광역시	△△구	▽▽권
2	의원	33333333	CC의원	□□도	◇◇군	▷▷권
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
※ 지원기관과 진료협력을 맺은 지역 내* 병·의원 진료협력기관(요양병원 제외) 현황 기재 * ▲70개 중진료권 + ▲인접지역(중진료권 인접 시군구) + ▲시도 내(수도권, 광역시 제외)						

포괄 2차 종합병원 지원사업 이행약정서

요양기관명:

요양기호:

위 기관은 포괄 2차 종합병원 지원사업(이하 “지원사업”) 수행기관(이하 “지원기관”)으로서 다음 사항을 성실히 이행할 것을 약속하며, 이를 준수하지 않을 경우 관련 지원사업 지원금 반환 및 지원사업 기관 지정 취소 등 보건복지부의 어떠한 조치도 감수할 것을 서약하고 본 약정서를 제출합니다.

1. 의무 및 협조

가. 지원기관은 지원사업이 성공적으로 수행될 수 있도록 최선의 노력을 다하여야 하며, 지원기관은 지원사업과 관련하여 보건복지부, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단 (이하 “보건복지부 등”)의 요청사항에 대하여 적극 협조하여야 한다.

나. 지원기관은 다음 사항을 준수하여야 하며, 보건복지부 등의 요청사항에 대해 적극 협조하여야 한다.

- ① 지원기관은 지원사업 참여기간 및 사업 마지막 연도(28년) 성과평가 지원금 정산 완료까지 지원사업 지침 등에서 정한 기준에 따라 성실하게 지원사업을 운영하여야 한다.
- ② 지원기관은 지원사업 수행에 따라 생성된 관련 자료를 보건복지부 등이 지원사업에 대한 점검, 모니터링, 평가 및 연구과제 수행 등에 필요하여 요청할 때는 지체 없이 제출하여야 한다.

③ 지원기관은 보건복지부 등이 지원사업에 대한 점검, 모니터링, 평가 및 연구 과제 수행 등에 필요하여 사업장 출입을 요청하거나 관련서류의 열람 등을 요청할 때는 이에 적극 협조하여야 한다.

④ 4. 지원사업의 중단 및 제재조치 '가'의 ① 또는 ②에 사유가 발생하는 경우 지원기관은 이를 지체없이 신고하여야 한다.

다. 지원기관은 지원사업 기간 중 동 사업의 모형 개선이 필요한 경우, 보건복지부 등과 상호 협의하여 개선된 모형의 지원사업을 수행하여야 한다.

라. 지원기관은 보건복지부 등이 지원사업 관련하여 협의 등을 요청하면 이에 적극 협력하여야 한다.

2. 관련자료 제출

가. 지원기관은 지원사업 수행에 따른 환자 진료정보 등 지원사업의 성과평가에 필요한 자료를 지원사업 지침에 따라 건강보험심사평가원에 제출하여야 한다.

나. 지원기관은 지원사업 운영에 따라 발생하는 관련 서류를 보관하고 관련서류 제출을 요청받는 경우 지체 없이 제출하여야 한다.

3. 점검상의 조치

가. 보건복지부 등은 지원사업 수행에 대한 지도점검 및 평가 등을 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 사업장을 출입하거나 관련서류의 열람·제출 등을 요청할 수 있다.

나. 보건복지부 등은 지원기관이 지원사업 지침 등에서 정한 기준을 준수하지 않을 경우, 지원기관에 대해 지원사업 중단 등의 조치를 취할 수 있다.

4. 지원사업의 중단 및 제재조치

가. 보건복지부는 지원기관이 다음 어느 하나에 해당하는 경우 지원기관의 사업 참여를 중단시킬 수 있다.

- ① 포괄 2차 종합병원 지원사업 지정요건 기준을 미충족한 경우
- ② 정당한 사유 없이 지원사업 지침을 미준수한 경우
- ③ 자료제출 의무를 위반한 경우
- ④ 보건복지부 등의 현장검증 업무를 방해한 경우
- ⑤ 지원사업 기간 중 국민건강보험법 제98조제1항에 따른 업무정지 처분을 받는 등 관계법령에 따라 시범사업을 계속 수행할 수 없는 사유가 발생한 경우
- ⑥ 예비지정 기관이 유예기간 내 조건을 충족하지 못한 경우로서, 개선 정도를 평가하여 사업 중단이 타당하다고 판단되는 경우
- ⑦ 사회적 물의를 일으키는 등 공익을 중대하게 해칠 우려가 있다고 판단되는 경우
- ⑧ 그 밖에 지원사업을 성실히 수행할 능력이 없다고 판단되는 경우

나. 지원기관이 지원사업 수행이 현저히 곤란하다고 판단하는 경우, 보건복지부와 사전 협의를 거쳐 지원사업 참여 철회를 요청할 수 있으며, 보건복지부의 승인과 동시에 지원사업을 중단할 수 있다.

다. ‘가’ 및 ‘나’의 사유에 따라 지원사업이 중단되는 경우에는 다음에 해당하는 금액을 반환하여야 한다.

- ① 기 지급된 성과평가 지원금 전액 및 이자
- ② 지원사업 중단을 통보받은 날이 속하는 해당 연도에 지급받은 24시간 진료지원금 기 지급분 및 이자 중 사업 참여 기간을 제외하여 일할 계산한 금액
- ③ ‘가’의 ① 또는 ② 사유를 신고하지 않거나 지연 신고한 경우, 사유가 발생한 날부터 지원중단이 통보된 날까지 기 지급된 지원사업 수가의 요양(의료)급여비용 및 이자

라. '다'에 따른 이자는 민법의 법정이율 연 5%를 적용하여 지원금을 지급받은 날로부터 반환하는 날까지 일할 계산한 금액으로 한다.

마. '다' 및 '라'에 따른 금액은 지원사업 중단을 통보받은 날로부터 6개월 이내에 국민건강보험공단에 반환하여야 한다.

바. 지원기관이 보건복지부로부터 반환명령을 받고도 반환하지 아니한 때에는 국민건강보험공단이 지원기관에 지급하여야 할 성과평가 지원금이 있는 경우 그 지급을 정지하거나 요양급여비용이 있을 때에는 반환하지 않은 금액과 상계할 수 있다.

5. 지원사업 참여 제한

국민건강보험법, 의료법 등 보건의료 관련 법령 위반으로 행정처분을 받거나 보건복지부 장관이 참여 제한이 필요하다고 인정하는 경우에는 지원사업 참여를 제한할 수 있다.

6. 준용

이 이행약정서에 명기되지 아니한 사항에 대해서는 관계법령, 시행지침, 그 밖에 사회통념상 합리적인 기준에 따라 원만하게 처리한다.

년 월 일

기관장 (직인)

보 건 복 지 부 장 관 귀 하

24시간 진료지원 연간[월별] 당직 계획서

연번	I 당직월	II 직종	III 당직구분	IV 병동	V 당직 진료과	VI 근무구분	VII 당직인원	VIII 근무일수
1	1	1	1	응급실	응급의학과	2	23	11
2	1	1	2	응급실	신경외과	1	23	20
3	1	2	2	응급실	신경외과	2	5	11
4	1	2	1	수술실	수술실	1	7	9
5								
6								
7								
8								
9								
10								

I. 당직월: 당직(배후)을 계획하고 있는 월(月)을 입력 (숫자 1~12)

II. 직종: 당직(배후) 근무하는 직종을 각각 입력 (전문의(1), 간호사(2), 진료지원간호사(3))

III. 당직구분: 당직(1), 배후(2)

※ 당직: 병원에서 당직 근무를 하는 경우

※ 배후: 당직자에게 1차로 연락을 받고 당직 대기 근무를 하는 경우

IV. 병동: 당직(배후) 근무하는 병동명 작성 (예: 31병동, 진달래병동 등)

V. 당직 진료과: 당직(배후) 근무하는 진료과를 각각 입력

VI. 근무구분: 직종별 당직(배후) 근무하는 평일, 휴일(공휴일 포함)을 각각 입력 (평일(1), 휴일(2))

VII. 당직인원: 직종별 당직(배후) 근무 인원 입력

VIII. 근무일수: 당직(배후) 근무자의 근무일수 입력

년 월 일

신청인(기관장)

(직인)

24시간 진료지원 월별 당직 현황

연번	당직 근무자 기본 사항				당직근무 정보						
	I 당직월	II 직종	III 성명	IV 면허번호	V 당직구분	VI 근무구분	VII 병동	VIII 당직 진료과			
1											
24시간 진료지원금											
IX 당직비										X 성과금 등	
일자	1	2	3	4	...	...	28	29	30		31
당직비	60,000			54,000			30,000		20,000		
I. 당직월: 당직(배후)근무가 발생한 월(月)을 선택 (1월~12월) II. 직종: 당직(배후) 근무하는 직종을 선택 (전문의, 간호사, 진료지원간호사) III. 성명: 당직(배후) 근무한 간호사, 진료지원간호사만 성명 입력 IV. 면허번호: 당직(배후) 근무하는 직종의 면허번호 입력 - 전문의: 「의료법」 제5조에 따른 의사 면허번호 입력 - 간호사, 진료지원간호사: 「간호법」 제4조에 따른 간호사 면허번호 입력 V. 당직구분: 당직, 배후 中 선택 - 당직: 병원에서 당직 근무를 하는 경우 - 배후: 당직자에게 1차로 연락을 받고 당직 대기 근무를 하는 경우 VI. 근무구분: 직종별(배후) 근무하는 평일, 휴일 中 선택 VII. 병동: 당직(배후) 근무하는 병동명 작성(예: 31병동, 진달래병동 등) VIII. 당직 진료과: 당직(배후) 근무하는 진료과를 작성 IX. 당직비: 당직(배후) 근무자에게 지급한 월(月) 당직비(일자별 당직비 자동합산) X. 성과금 등: 당직(배후) 근무자의 당직비 이외 성과금, 인센티브 등으로 지급한 금액 작성 ※ 24시간 진료지원금으로 지급한 당직비 및 성과금 등 내역만 기입											
년 월 일 신청인(기관장) (직인)											

포괄 2차 종합병원 지원사업 참여 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서 [전문의·간호사용]

정보주체 (전문의·간호사)	성명		면허번호	
---------------------------	-----------	--	-------------	--

본인은 「포괄 2차 종합병원 지원사업」 참여를 위하여 아래와 같이 개인정보를 수집 · 이용(및 제공)에 대한 설명을 듣고, 시범사업 참여에 동의합니다.

[포괄 2차 종합병원 지원사업 안내]

- 보건복지부는 지역 내 대부분의 의료문제를 해결 할 수 있는 포괄적 진료역량과 응급 등 필수의료 기능을 갖추고, 이를 지속 가능하게 유지 · 강화할 수 있도록 지원하기 위해 2025년 7월부터 「포괄 2차 종합병원 지원사업」을 실시하고 있습니다.

- 본 사업은 참여기관의 기능강화 지원 및 성과지원을 위해 관련 자료를 수집하고 있습니다.

☐ 동의 ☐ 미동의

「포괄 2차 종합병원 지원사업」 참여를 위하여 아래의 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공에 대한 내용을 자세히 읽어 보신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

[개인정보 수집 · 이용 및 제3자 제공에 관한 동의]

1. 개인정보 수집·이용에 관한 동의

항목	수집·이용 목적	보유·이용기간
성명, 면허번호	포괄 2차 종합병원 지원사업의 기능강화 지원 및 성과지원을 위한 관련 업무수행	<u>시범사업 종료 후 5년</u>

※ 귀하는 위의 개인정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 지원사업 참여에 제한될 수 있습니다.

- ☞ 본인은 「포괄 2차 종합병원 지원사업」 참여·신청자로 「개인정보보호법」 제15조 규정에 의거하여 본인의 개인정보를 제공할 것을 동의합니다. ☐ 동의 ☐ 미동의

2. 민감정보 수집·이용에 관한 동의

항목	수집·이용 목적	보유·이용기간
<u>당직 근무표</u> <u>급여(당직비) 지급내역</u>	포괄 2차 종합병원 지원사업 기능강화 지원 및 성과지원을 위한 관련 업무수행	<u>시범사업 종료 후 5년</u>

※ 귀하는 위의 민감정보 수집·이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 지원사업 참여에 제한될 수 있습니다.

- ☞ 본인은 「포괄 2차 종합병원 지원사업」 참여·신청자로 「개인정보보호법」 제23조 규정에 의거하여 본인의 민감정보를 제공할 것을 동의합니다. ☐ 동의 ☐ 미동의

3. 개인정보 제3자 제공에 관한 동의

제공하는 자	제공받는 기관	제공 목적	제공 항목	보유 및 이용기간
지원사업 참여 의료기관	보건복지부	포괄 2차 종합병원 지원사업 총괄	성명, 면허번호	시범사업 종료 후 5년
	심사평가원	1. 포괄 2차 종합병원 지원사업의 기능강화 지원 및 성과지원을 위한 관련 업무수행 2. 지원사업의 적절성 및 효과성 평가를 위한 기초자료 수집, 지원사업 내용 심사 및 평가 연구용역		

※ 귀하는 위의 개인정보 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 지원사업 참여에 제한될 수 있습니다.

☞ 본인은 「포괄 2차 종합병원 지원사업」 참여·신청자로 「개인정보보호법」 제17조 및 제18조 규정에 의거하여 본인의 개인정보를 제3자에게 제공할 것을 동의합니다.

☐ 동의 ☐ 미동의

4. 민감정보 제3자 제공에 관한 동의

제공하는 자	제공받는 기관	제공 목적	제공 항목	보유 및 이용기간
지원사업 참여 의료기관	보건복지부	포괄 2차 종합병원 지원사업 총괄	당직 근무표 급여(당직비) 지급내역	시범사업 종료 후 5년
	심사평가원	1. 포괄 2차 종합병원 지원사업의 기능강화 지원 및 성과지원을 위한 관련 업무수행 2. 지원사업의 적절성 및 효과성 평가를 위한 기초자료 수집, 지원사업 내용 심사 및 평가 연구용역		

※ 귀하는 위의 민감정보 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 지원사업 참여에 제한될 수 있습니다.

☞ 본인은 「포괄 2차 종합병원 지원사업」 참여·신청자로 「개인정보보호법」 제17조 및 제18조 규정에 의거하여 본인의 민감정보를 제3자에게 제공할 것을 동의합니다.

☐ 동의 ☐ 미동의

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

성 명

년 월 일
(서명 또는 인)

포괄 2차 종합병원 지원사업 참여기관 ○○ 병원장 귀하

진료협력 기반구축 이행계획서

신청기관	요양기호		대표자	
	요양기관명			

시스템 개발 계획

<개발 시스템> ☐ 중계시스템(agent) ☐ 교류시스템

주요 내용		개발예정(O/X)
1	진료정보 전송·조회 필수	
2	영상정보 전송·조회 선택	
3	조회이력 관리 필수	
4	피드백 기능 - 진료상태(입원,외래) 필수	
5	피드백 기능 - 진료결과(회신서) 선택	
6	만족도 평가 선택	

※ 6항목 중 최소 4항목 선택 필요(필수3+선택1)

위와 같이 이행계획서를 제출하며, 착오·허위·기타 부당한 방법으로 지원금을 수령하였거나, 거짓청구 요양기관 명단공표 기관에 해당하는 경우 등 보건복지부 장관이 필요하다고 인정하는 경우 지원 중단 및 지원금 환수 될 수 있음에 동의합니다.

년 월 일

신청인(기관장) (직인)

보 건 복 지 부 장 관 귀하

전문의 당직 근무표

당직 근무정보					
연번	I 당직일자	II 진료과목	III 당직구분	IV 면허번호	V 성명
1	20260101	내과	당직	12345	홍길동
2	20260102	내과	당직	23456	김심평
3	20260103	내과	당직	34567	이히토
4	20260104	내과	배후	45476	박히랑
⋮					
365	20261231	내과	당직	12345	홍길동

I. 당직일자: 당직(배 후) 근무한 일자 작성

II. 진료과목: 당직(배 후) 근무한 전문의 진료과목별로 작성

- 국민건강보험법 시행규칙 [별지 제14호서식] 요양기관 현황신고서 진료과목현황 의과 진료과목(01 내과 ~ 26 예방의학과) 기준 (예: 내과 O, 순환기내과 X)

III. 당직구분: 당직, 배 후 中 선택 작성

- ※ 당직: 병원에서 당직 근무를 하는 경우
- ※ 배 후: 당직자에게 1차로 연락을 받고 당직 대기 근무를 하는 경우

IV. 면허번호: 당직(배 후) 근무한 전문의의 「의료법」 제5조에 따른 의사 면허번호 작성

V. 성명: 당직(배 후) 근무한 전문의 성명 작성

년 월 일

신청인(기관장) (직인)

건강보험심사평가원장 귀하

포괄 2차 종합병원 지원사업 이의신청서			
요양기관명		요양기관기호	
담당자 성명		연락처	
결과 통보	a. 통보서 문서번호 예) 의료시스템개선부-000호		b. 통보서 도달한 날
이의신청 내용 (상세히 기술)			
() 과 관련하여 위와 같이 이의신청합니다. 년 월 일 신청인(기관장) (직인) 건강보험심사평가원장 귀하			
작성요령			
○ 구체적인 이의신청 내용을 기재 하고, 여백이 부족한 경우 별지를 사용합니다.			

① 지원사업 대상 및 참여신청	76
② 지원사업 내용	79
③ 기능강화 지원 ① - 지원수가	87
④ 기능강화 지원 ② - 24시간 진료지원금	90
⑤ 성과지원 ① - 성과평가 지원금	93
⑥ 성과지원 ② - 진료협력 기반구축 지원금	96
⑦ 이행계획서	99
⑧ 기타 사항	103

1

지원사업 대상 및 참여신청

공통

Q1

지원사업에 참여할 수 있는 대상 기관은 어디인가요?

- 종합병원 중 지정요건 3가지를 모두 충족하고 사업 참여를 희망하는 의료기관이 해당됩니다.
 - 지정요건은 1) 급성기병원 의료기관 인증 획득, 2) 지역응급의료기관 이상 지정, 3) 진료 가능한 수술·시술 등 AADRG(KDRG 4.4 version) 종류 수 350개 이상('23년 또는 '24년 진료분 기준)입니다.
- 단, 포괄 2차 종합병원이 없는 중진료권 소재 종합병원의 경우 예비지정 요건을 2개 이상 충족(지역응급의료기관 이상 지정 필수)하면 참여가 가능합니다.
 - 예비지정 요건은 1) 급성기병원 의료기관 인증 획득, 2) 지역응급의료기관 이상 지정(필수), 3) 진료 가능한 수술·시술 등 AADRG(KDRG 4.4 version) 종류 수 300개 이상('23년 또는 '24년 진료분 기준)입니다.
 - 예비지정 기관은 2년 이내에 지정요건을 충족하여야 하며, 미충족 시 지원사업 참여가 중단될 수 있습니다.

Q2

예비지정이 가능한 중진료권은 어디인가요?

- 포괄 2차 종합병원이 없는 중진료권을 대상*으로 합니다.

* 종합병원은 있으나 포괄 2차 종합병원 지정요건을 충족한 종합병원이 없는 중진료권 현황
: 강원(강릉권, 속초권, 영월권, 원주권), 충남(공주권, 논산권), 경북(영주권), 경남(진주권), 전남(나주권, 영광권, 해남권)

Q3

‘중진료권’의 기준은 무엇인가요?

- ‘중진료권(붙임 참고)’은 「믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화 대책(2019)」에 따른 70개의 중진료권 입니다.

※ 행정구역상 변경이 있을 경우, 변경 사항 반영

Q4

지원사업 대상 환자의 보험자 자격은 어떻게 되나요?

- 동 지원사업의 대상은 건강보험 환자(차상위 본인부담 경감대상자 포함)와 의료급여 환자입니다.

Q5

건강보험(의료급여) 이중자격이 있는 보훈환자의 경우 어떻게 청구하나요?

- 건강보험(의료급여)의 자격을 가진 보훈 이중자격자의 경우 명세서를 별도로 분리하지 않고 합산하여 청구합니다.

Q6

지원사업 수가를 산정할 때 환자 본인부담금은 어떻게 되나요?

- **(응급의료행위(별표3) 가산 수가)** 본 지침에 따라 「국민건강보험법」 제44조 및 동법 시행령 제19조제1항, 「의료급여법」 제10조 및 동법 시행령 제13조제1항에 따라 본인부담률을 적용합니다.
 - 「국민건강보험법 시행령」 별표2 및 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 보다 낮은 본인부담률을 적용하는 본인부담 경감대상자는 특정기호에 따른 본인부담률을 적용합니다.
 - 「의료급여법 시행령」 별표1 및 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」에 따른 본인부담 경감대상자는 해당 본인부담률을 적용합니다.
- **(중환자실 기능강화 정책수가)** 건강보험 가입자 또는 피부양자는 건강보험 공단에서 요양급여비용 전액을 부담하며, 의료급여 수급권자는 의료급여비용 전액을 기금에서 부담합니다.

Q7

(신)포괄수가에도 동일하게 적용하나요?

- 행위별 수가제와 대상 환자, 수가 적용 및 산정 기준, 횟수 등을 동일하게 적용합니다.

Q8

지원수가에 각종 가산을 적용하나요?

- 지원수가에는 종별, 소아, 공휴, 야간 등 각종 가산을 산정할 수 없습니다.
- * 예시: 입원료의 새벽 입원 또는 야간 퇴원 등 별도로 산정하는 수가에 가산 적용은 불가

2

지원사업 내용

중환자실 기능강화 정책수가

Q1

중환자실 기능강화 정책수가 산정 대상은 어떻게 되나요?

- 중환자실(가-9) 입원료가 산정된 환자로, 중환자실별로 간호관리료 차등제 신고기관이면서 ‘적정성 평가 결과 등급’이 산정조건에 모두 충족하는 경우 산정 가능하며, 중환자실 적정성 평가 등급에 따라 차등 적용됩니다.

구분	산정조건	금액
일반	일반 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 신고기관으로 중환자실 적정성 평가 결과 4등급 이상인 경우	1~2등급 15만원 3등급 9만원 4등급 3만원
신생아	신생아 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 신고기관으로 신생아 중환자실 적정성 평가 결과 4등급 이상인 경우	
소아	소아 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 신고기관으로 중환자실 적정성 평가 결과 4등급 이상인 경우	

Q2

중환자실 기능강화 정책수가 산정 시 반영되는 적정성 평가 결과는 몇 차 결과인가요?

- 사업 공고일 기준으로 최근 공개된 평가차수 결과를 적용합니다.
- 일반 및 소아 중환자실 정책수가는 2023년(4차) 중환자실 적정성 평가 결과('24.7. 공개)를 적용하고, 신생아 중환자실 정책수가는 2022년(3차) 신생아 중환자실 적정성 평가 결과('24.5. 공개)를 적용합니다.
 - ※ 차기 적정성 평가 결과는 공개 시점에 따라 수가에 반영될 예정이며, 적용 시점은 추후 검토 예정

Q3

입원기간 중 간호관리료 차등제 등급이 변경되거나, 차등제 산정 현황을 미제출한 경우도 정책수가 산정 가능한가요?

- 중환자실 간호관리료 차등제를 신고한 기관의 경우, 차등제 등급과 관계 없이 적정성 평가 결과가 4등급 이상이면 중환자실 기능강화 정책수가 산정 가능합니다.
- 다만, 차등제 산정현황을 미제출한 경우 수가를 산정할 수 없습니다.

Q4

새벽(0~6시)입원 또는 야간(18~24시)퇴원 등으로 별도 산정하는 경우도 적용 가능한가요?

- 중환자실 기능강화 정책수가를 산정할 수 없습니다.

Q5

6시간 미만 입원 시 정책수가 산정 가능한가요?

- 입원료 산정지침에 따라 ‘전체 입원 시간이 6시간 이상’인 경우에 한하여 1일의 입원료가 산정되므로 6시간 미만 입원의 경우는 정책수가를 산정할 수 없습니다.
- 6시간 이상 입원으로 입원료를 산정하는 경우 정책수가 산정 가능합니다.

Q6

신생아 중환자실 입원료 급여기준에 따라 입원료의 일부만 인정(80~30%)하는 경우 중환자실 기능강화 정책수가 산정이 가능한가요?

- 신생아 중환자실 입원료의 80%를 인정하는 경우는 중환자실 기능강화 정책수가 산정이 가능합니다.
- 다만, 신생아 중환자실 입원료의 30%를 인정하는 경우는 정책수가를 산정할 수 없습니다.

Q7

신생아 중환자실에 전담전문의가 상주하지 않는 경우도 중환자실 기능강화 정책수가를 산정할 수 있나요?

- 신생아 중환자실에 전담전문의가 상주하지 않는 경우는 정책수가를 산정할 수 없습니다.

Q8

중환자실에 입실하였으나, 관련된 급여기준을 충족하지 못한 경우 (예: 중환자실의 시설·장비를 갖추지 못한 경우) 정책수가 산정이 불가한가요?

- 관련된 급여기준을 충족하지 못하여 ‘기본점수 입원료(6인실 이상)’를 산정하는 경우 등은 정책수가를 산정할 수 없습니다.

Q9

의료급여 정신질환 입원 정액수가 환자의 경우 정책수가 산정 가능한가요?

- 산정할 수 있습니다. ‘02항(입원료)’에 기재된 입원료 산정횟수와 동일하게 해당되는 정책수가를 각각 산정해야 합니다.

응급의료행위(별표3) 가산 수가

Q1

대상 행위의 가산 수가 산정 방법은 어떻게 되나요?

- 응급의료행위(별표3) 가산 수가 대상행위를 실시한 경우, 해당 행위료의 산정횟수와 동일하게 산정합니다. 다만, 제2의수술(중병이상) 산정코드(건강보험 행위·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 제1절 처치 및 수술료[산정지침](5)와 동시적용 되는 경우 포함) 행위는 산정횟수의 70%(0.7회)를 산정합니다.<예시1, 예시2>
- 단, 7개 질병군 포괄수가 적용 대상 건의 기본 응급의료행위(별표3) 수가는 ‘L항’에 기재하고 이에 대한 가산수가는 08항 등에 기재합니다.<예시3>

<예시1> 지원기관(지역응급의료센터) 응급실에 내원한 중증응급환자에 대해 응급실 내원 후 24시간 이내 (별표3) 행위인 자724 간파열봉합술과 자160 횡격막봉합술을 동시 실시한 경우

* ‘Q7240’ 산정 시 응급 추가 가산 수가 ‘IHQ72401’ 산정 가능

** 제2수술 수가 ‘O160004’에 대한 가산수가 ‘IHO16001’ 산정횟수는 0.7회 산정

수술료 08항 01목

수가코드	코드명	단가	일투	총투	금액
Q7240	간파열봉합술	1,414,600	1	1	1,414,600
IHQ72401	(포괄2차시범)간파열봉합술(지역응급의료센터)	2,081,390	1	1	2,081,390
O1600004	횡격막봉합술제2의수술(중병이상)	818,210	1	1	818,210
IHO16001	(포괄2차시범)횡격막봉합술(지역응급의료센터)	1,719,820	0.7	1	1,203,874

마취료 05항 01목

수가코드	코드명	단가	일투	총투	금액
L1211	기관내삽관에의한폐쇄순환식전신마취관리기본 [1시간기준]	127,470	1	1	127,470
IHL12111	(포괄2차시범)기관내삽관에의한폐쇄순환식전신마취관리기본 [1시간기준](지역응급의료센터)	187,550	1	1	187,550
L1221	기관내삽관에의한폐쇄순환식전신마취유지 [1시간초과15분당]	24,520	8	1	196,160
IHL12211	(포괄2차시범)기관내삽관에의한폐쇄순환식전신마취유지 [1시간초과15분당](지역응급의료센터)	36,080	8	1	288,640

<예시2> 지원기관(지역응급의료기관) 응급실에 내원한 중증응급환자에 대해 응급실 내원 후 24시간 이내 (별표3) 행위인 자724 간파열봉합술과 자160 횡격막봉합술을 동시에 실시한 경우

* 'Q7240' 산정 시 응급 추가 가산 수가 'IHQ72400' 산정 가능

** 제2수술 수가 'O1600004'에 대한 가산수가 'IHO16000' 산정횟수는 0.7회 산정

수술료 08항 01목					
수가코드	코드명	단가	일투	총투	금액
Q7240	간파열봉합술	1,414,600	1	1	1,414,600
IHQ72400	(포괄2차시범)간파열봉합술(지역응급의료기관)	2,081,390	1	1	2,081,390
O1600004	횡격막봉합술제2의수술(중병이상)	818,210	1	1	818,210
IHO16000	(포괄2차시범)횡격막봉합술(지역응급의료기관)	1,719,820	0.7	1	1,203,874

마취료 05항 01목					
수가코드	코드명	단가	일투	총투	금액
L1211	기관내삽관에의한폐쇄순환식전신마취관리기본 [1시간기준]	127,470	1	1	127,470
IHL12110	(포괄2차시범)기관내삽관에의한폐쇄순환식전신 마취관리기본[1시간기준](지역응급의료기관)	187,550	1	1	187,550
L1221	기관내삽관에의한폐쇄순환식전신마취유지 [1시간초과15분당]	24,520	8	1	196,160
IHL12210	(포괄2차시범)기관내삽관에의한폐쇄순환식 전신마취유지[1시간초과15분당](지역응급 의료기관)	36,080	8	1	288,640

<예시3> 지원기관(지역응급의료센터) 응급실에 내원한 중증응급환자에 대해 응급실 내원 후 24시간 이내 (별표3) 행위인 자414 전자궁적출술과 자442가2 부속기종양적출술을 동시 실시한 경우

- * L항에 'R4143' 산정 시 응급의료행위(별표3) 가산 수가 'IHR41431' 산정 가능
- ** 제2수술 수가 'R4445004'에 해당하는 응급의료행위(별표3) 가산 수가 'IHR44451' 수가의 산정횟수는 0.7회를 산정

수술료 08항 01목					
수가코드	코드명	단가	일투	총투	금액
IHR41431	(포괄2차시범)전자궁적출술(림프절 절제를 하는 경우)-단순(지역응급의료센터)	1,518,060	1	1	1,518,060
R4445004	부속기종양적출술(양측)제2의수술(종병이상)	335,130	1	1	335,130
IHR44451	(포괄2차시범)부속기종양적출술[양측](양성)-복강경하(지역응급의료센터)	704,420	0.7	1	493,094

마취료 05항 01목					
수가코드	코드명	단가	일투	총투	금액
IHL12111	(포괄2차시범)기관내삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취관리기본[1시간기준](지역응급의료센터)	187,550	1	1	187,550
IHL12211	(포괄2차시범)기관내삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취유지[1시간초과15분당](지역응급의료센터)	36,080	8	1	288,640

L항 85, 88목					
수가코드	코드명	단가	일투	총투	금액
L1211	기관내삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취관리기본[1시간기준]	127,470	1	1	127,470
L1221	기관내삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취유지[1시간초과15분당]	24,520	8	1	196,160
R4143	전자궁적출술(림프절 절제를 하는 경우)-단순	1,031,740	1	1	1,031,740

Q2

지역응급의료기관은 응급의료행위(별표3) 가산 수가 산정 가능한가요?

○ '25년의 경우, 8.1.부터 응급의료행위(별표3) 가산 수가 산정 가능합니다.

★ '26년 이후 응급의료기관 평가 결과 연계방안 검토

Q3

응급의료행위(별표3) 가산 수가 산정 시 응급의료기관 평가 결과는 어떻게 적용되나요?

○ 현행 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제19장 응급의료수가의 경우 전년도 응급의료기관 평가결과에 따라 산정하고 있으며, 이는 수가 산정 시 동일하게 적용합니다.

○ 또한, 현행 응급의료행위(별표3) 가산 적용 대상이 아닌 지역응급의료센터의 경우 응급의료행위(별표3) 가산 수가 적용 시 「응급의료에 관한 법률」 제17조에 의한 응급의료기관 평가의 주요지표 산출결과 보건복지부장관이 정하는 기준을 충족한 기관에 한하여 적용합니다.

★ 지역응급의료기관의 경우, 연계방안 검토

Q4

응급의료행위(별표3) 가산 수가 산정 가능한 응급의료기관*은 어떻게 되나요?

○ 2025년 12월 31일 진료분까지는 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 권역 외상센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관에서 산정 가능합니다.

○ 2026년 1월 1일 진료분부터는 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 권역 외상센터에서는 산정 불가하며(정규수가로 전환), 지역응급의료센터 또는 지역응급의료기관에서만 산정 가능합니다.

★ 두 개 이상의 응급의료센터로 지정받은 기관은 주된 진료를 수행한 기관

Q5

응급의료행위(별표3) 가산 수가 산정 시, 한시적 비상진료 수가를 중복 산정 가능한가요?

- 지원사업 참여기관(지역응급의료센터 또는 지역응급의료기관)의 경우 비상진료 지원이 종료된 이후에는 응급의료행위(별표3) 한시적 가산(IE★ 산정 코드 세 번째 자리 3) 등 비상진료 관련 추가 가산 수가는 산정 불가하며, 지원사업 수가만 산정 가능합니다.

3

기능강화 지원 ① - 지원수가

공통

Q1

지원사업일 이전부터 입원(또는 응급실 체류) 중인 경우는 해당 수가 산정 시 명세서를 다른 진료내역과 분리하여 작성·청구해야 하나요?

- 지원사업일 이전부터 입원(또는 응급실 체류) 중인 경우는 수가 산정 여부와 관계없이 지원사업일 이전과 이후의 진료내역을 분리하여 작성·청구해야 하며, 지원사업 시작일이 퇴원일인 경우도 분리청구 필요합니다.
- 질병군 포괄수가제 대상 진료를 받은 환자의 경우 한 건의 질병군 명세서로 청구하고, 명세서 진료내역의 ‘변경일’란에 신설된 수가의 실시일자를 기재합니다.

※ 신포괄수가 적용 대상도 동일

중환자실 기능강화 정책수가

Q1

의료급여 정신건강의학과 입원 정액명세서에 정책수가 산정 시 명세서 진료내역의 항·목번호는 어떻게 되나요?

- 의료급여 정신건강의학과 입원 정액명세서 내 ‘X항 82목 입원료’란에 기재합니다.

응급의료행위(별표3) 가산 수가

Q1

응급의료행위(별표3)가 선별급여인 경우 가산 수가 기재 시 명세서 진료 내역 항·목번호가 선별급여와 동일한가요?

○ ('25.7.1. ~ '25.12.31. 진료분) 지원수가는 기존 선별급여 행위와 별도로 반드시 01항~10항에 기재하여 청구합니다.

('26.1.1. ~ 진료분) 지원수가는 기존 선별급여 행위와 동일하게 기재하여 청구합니다.

Q2

응급의료행위(별표3) 본인부담 산정기준 변경('26.1.1.~)에 따라, '26.1.1. 이전부터 입원한 환자의 명세서는 어떻게 청구하나요?

○ 본인부담 산정기준 변경 전·후로 명세서 분리작성은 불필요하나, '26.1.1. 이후에 해당 응급의료행위를 시행하는 경우 명세서 진료내역의 '변경일'란에 해당 수가 시행일자를 기재하여 청구합니다.

* '변경일'란 기재형식: CCYYMMDD

Q3

응급의료행위(별표3)에 대한 위탁진료 시 서면 청구 가능한가요?

○ 정보통신망 또는 전산 매체 중 한 가지 방법을 선택하여 요양급여비용을 청구해야 합니다.

Q4

포괄수가제(7개 질병군 적용) 대상 환자의 경우 응급의료행위(별표3) 가산 수가 기재 시 명세서 진료내역 항·목번호는 어떻게 기재하나요?

○ 기존 행위수가는 포괄수가에 포함되므로 L항에 기재하고 지원수가는 별도로 01항~10항에 기재하여 청구합니다.

Q5

'25.8.1.전에 지역응급의료기관(지원기관)에 내원한 환자가 '25.8.1.이후 응급의료행위(별표3) 실시한 경우, 가산 수가 산정 시 어떻게 청구해야 하나요?

- 명세서 분리청구는 불필요하나, 명세서 진료내역의 '변경일'란에 신설된 수가의 시행일자를 기재하여 청구합니다.

* '변경일'란 기재형식: CCYYMMDD

4

기능강화 지원 ② - 24시간 진료지원금

Q1

24시간 진료지원금 지급 대상은 누구인가요?

- 지원기관에서 응급 진료, 처치 및 수술, 특수검사 등을 위해 당직(대기) 근무를 한 전문의, 간호사(진료지원간호사 포함) 대상입니다.
- 단, 24시간 상시 운영을 위해 교대 조를 편성하여 규칙적으로 근무를 하는 정규 교대 근무는 지원 대상에서 제외됩니다.

Q2

24시간 진료지원금은 어떻게 산정되나요?

- 24시간 진료지원금 지급요건(①,②,③)에 따라 직종별 총 인원 대비 당직 인원* 을 산정하며, 제출한 연간(월별) 당직 계획서([별지 제4-1호 서식])를 바탕으로 당해 연도 1분기에 사전지원금(75%), 차년도 1분기에 사후지원금(25%)이 지급됩니다.

* 지급요건별 전문의 및 간호사 당직 인원 지원 비율

지급요건	전문의	간호사(진료지원간호사 포함)
① 예비비 기지원 기관	10% 이내	5% 이내
② 응급의료센터급 이상 또는 심뇌혈관질환센터	7% 이내	
③ 그 외 기관	5% 이내	

※ 심사평가원 보건의료자원 통합신고 포털에 신고된 전문의, 간호사 총 정원 내에서 산정하며, 소수점 첫째자리에서 반올림

Q3

연간(월별) 당직 계획서([별지 제4-1호 서식])는 어떻게 작성하나요?

- 연간(월별) 당직 계획서([별지 제4-1호 서식])는 직종별 일 단위 총 인원 내 당직 인원을 산정하여 월별로 합산하여 작성합니다.

<예시1> (예비비 기지원 기관) 전문의 총 인원 145명, 간호사 총 인원 350명(진료지원간호사 120명 포함)인 경우

- (전문의) 145명 × 10% = 15명, (간호사) 350명 × 5% = 18명 (소수점 첫째자리에서 반올림)

※ 진료지원간호사는 간호사 내 인력으로, 간호사 총 인원으로 포함하여 산정

<예시2> (권역심뇌혈관질환센터) 전문의 총 인원 254명, 간호사 총 인원 540명인 경우

- (전문의) 254명 × 7% = 18명(소수점 첫째자리에서 반올림), (간호사) 540명 × 5% = 27명

Q4

24시간 진료지원금 지급요건이 중복되는 경우에는 당직 인원을 어떻게 산정하나요?

- 지급요건이 중복되는 경우에는 지원 비율이 높은 항목을 우선 적용하여 산정합니다.

Q5

24시간 진료지원금 지급요건에 변동이 생긴 경우 당직 인원은 어떻게 산정하나요?

- 지급요건이 변경된 날로부터 해당 사항을 적용하여 일 단위 당직 인원을 산정합니다.

<예시> '25.1.1. ~ '25.10.20. 미지정, '25.10.21.~ 지역응급의료센터 지정

- ('25.1.1. ~ '25.10.20.) 5%(그 외 기관) 지원 비율을 적용하여 당직 인원 산정

- ('25.10.21.~) 7%(지역응급의료센터) 지원 비율을 적용하여 당직 인원 산정

Q6

24시간 진료지원금을 참여 당직자에게 연간 당직비로 지급할 수 있나요?

- 지원사업 소속 의료기관장은 24시간 진료지원금을 참여 당직자에게 월별로 분할하여 정기적으로 지급하여야 합니다.

Q7

24시간 진료지원금을 당직비 이외 사업운영비 등 다른 수당으로 지급 가능한가요?

- 24시간 진료지원금은 지원사업 수행을 위한 참여 당직자의 당직비, 성과금 등으로만 지급 가능합니다.

Q8

24시간 진료지원금 지급 평가를 위해 제출해야 하는 증빙자료는 무엇인가요?

- 각 지원기관은 지원금 집행 기준에 맞게 지원금을 사용하여야 하며, 반기별로 24시간 진료지원 월별 당직현황([별지 제4-2호 서식])과 관련 증빙자료*를 심사평가원에 제출하여야 합니다.

* 실제 당직근무 확인할 수 있는 당직 근무표, 당직비 지급내역 등

Q9

지원기관에서 24시간 진료지원금 연간(월별) 당직 계획을 초과하여 지급한 경우에 추가 지원이 가능한가요?

- 24시간 진료지원금은 제출한 24시간 진료지원 연간(월별) 당직 계획서에 따라 산정된 지원금 범위 내에서 지급됩니다.

5

성과지원 ① - 성과평가 지원금

Q1

성과평가 지원금은 언제 지급되나요?

○ 성과평가 대상 연도의 다음 연도 3분기에 일괄 지급됩니다.

대상 연도	1차 연도('26년)	2차 연도('27년)	3차 연도('28년)
지급 연도	'27년 3분기	'28년 3분기	'29년 3분기

※ 지급일정은 사업 추진 경과 등에 따라 변경될 수 있음

Q2

2~3차 연도 성과평가 지표와 가중치는 어떻게 되나요?

○ 1차 연도 성과평가 및 모니터링을 통해 성과평가 지표 및 목표값, 가중치, 평가방법 등을 정하여 안내할 예정입니다.

Q3

적합질환자 인정 기준은 어떻게 되나요?

○ ① DRG B(일반진료질병군) 환자, ② 진료협력 상급종합병원*에서 시스템을 통해 지원기관으로 회송된 환자, ③ 진료협력 병·의원**에서 시스템***을 통해 지원기관으로 의뢰된 환자, ④ 응급실을 경유하여 입원한 중증응급환자(KTAS 1~3)가 적합질환자로 인정됩니다.

* 상급종합병원 구조전환 지원사업을 통해 진료협력 관계를 맺고 있는 상급종합병원

** 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업을 통해 협력진료 협약을 맺고 있는 병·의원

*** 심사평가원의 '진료의뢰·회송 중계시스템' 또는 한국보건 의료정보원의 '진료정보 교류시스템'

Q4

지역환자 인정 기준은 무엇인가요?

- 지원기관이 소재한 중진료권에 거주하는 환자 또는 지원기관이 소재한 중진료권 인접 시·군·구에 거주하는 환자입니다.

* 붙임 중진료권 및 인접 시·군·구 현황 참고

Q5

24시간 진료과목 비율 [별지 제10호 서식] 전문의 당직 근무표 작성 및 제출방법이 어떻게 되나요?

- 각 진료과목 별로 실제 당직(배후) 근무한 전문의 인력을 작성합니다.
 - 해당 날짜에 2인 이상이 당직(배후) 근무를 한 경우 기관이 선택하여 1인만 기재 합니다. 단, 해당 날짜에 당직근무자와 배후근무자가 있는 경우 당직근무자를 우선으로 작성합니다.
- * 실제 당직(배후)한 진료과목은 심사평가원에 현황신고한 자격종류(진료과목)와 일치해야 함
- 작성한 전문의 당직 근무표는 성과평가 대상 연도의 다음 연도 2월 말일까지 심사평가원 시범사업 자료제출 시스템을 통해 제출합니다.
 - * 제출경로: 요양기관업무포털 > 시범사업 서식관리 > 진료협력·전달체계강화 등 시범사업 > 포괄 2차 종합병원 지원사업 (상세 경로 추후 안내 예정)

Q6

병·의원에서 의뢰된 환자를 지원기관에서 진료한 경우, 진료의뢰·회송 확인번호(MT078)는 어떻게 기재하나요?

- 진료협력 병·의원*으로부터 의뢰 받은 환자를 지원기관에서 진료 후 명세서 청구 시, 진료 명세서의 명일련단위 특정내역 구분코드(MT078)란에 시스템에 등록된 ‘의뢰번호’ 19자리(하이픈(-) 제외)를 기재합니다.

* 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업을 통해 협력진료 협약을 맺고 있는 병·의원

- 별도의 명세서 분리청구는 필요하지 않으며, 입원 명세서의 경우 첫 번째 명세서에만 기재합니다.

구분코드	특정내역	설명								
MT078	진료의뢰회송 확인번호 (*)	◆ 의뢰 받은 환자를 진료한 경우 의뢰 기관에서 생성한 의뢰번호를 기재 ※ 의뢰번호는 19자리까지 기재 ▪ 의뢰번호: 의뢰기관기호 + YYMMDD + 일련번호 - YYMMDD: 요양급여의뢰서 발급 년·월·일(6자리) - 일련번호: 요양급여의뢰서 발급 년·월·일에 발생한 일련번호(5자리) ◆ 기재 형식: X(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>MT078</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) A병원(11234567)에서 의뢰한 의뢰번호 1123456725010100001인 환자를 B종합병원(지원기관)에서 진료한 경우 ▶ B종합병원(지원기관) 진료 명세서에 기재 MT078 1123456725010100001	발생단위 구분	줄번호	특정내역 구분	특정내역	주1) 1		MT078	주2) 1 2 3 4 5 6 7 8 ...
발생단위 구분	줄번호	특정내역 구분	특정내역							
주1) 1		MT078	주2) 1 2 3 4 5 6 7 8 ...							

Q1

진료협력 기반구축 지원금을 지급받을 수 있는 대상기관은 어디이며, 어떻게 신청하나요?

○ (대상기관)

- 포괄 2차 종합병원 중 ① 「상급종합병원 구조전환 지원사업」 기반구축 지원금을 받지 않은 기관과 ② 진료협력기관(병·의원 중 최대 5개소)을 대상으로 지급됩니다.
- * 「상급종합병원 구조전환 지원사업」 진료협력 기반구축 지원금을 받은 병원, 거짓청구 요양기관 명단공표 병·의원에 해당되는 경우 제외
- ** 지원기관 A와 지원기관 B가 진료협력기관 C를 중복 선정하더라도 지원금은 1회만 지급

○ (신청방법)

- 포괄 2차 종합병원이 진료협력기관을 자체적으로 선정하여 시범사업자료 제출 시스템을 통해 신청합니다.
- * 제출경로: 요양기관업무포털 > 시범사업 서식관리 > 진료협력·전달체계강화 등 시범사업 > 진료협력 시스템 개발 자료 제출(상세 경로 추후 안내 예정)

Q2

진료협력기관의 선정기준은 무엇인가요?

- (지역 기준) 포괄 2차 종합병원이 소재한 ① 동일 중진료권 또는 ② 인접 지역(중진료권 인접 시군구) 또는 ③ 동일 시도(수도권, 광역시 제외) 내 소재한 병·의원
- (종별 기준) 병원, 정신병원, 의원 (※ 요양·한방·치과 분야 제외)

Q3

진료협력 기반구축 지원금을 받기 위해 어떤 시스템을 구축해야 하나요?

- 심사평가원의 진료의뢰·회송 중계시스템(Agent방식) 또는 한국보건의료정보원의 진료정보교류시스템을 선택하여 개발합니다.

Q4

진료협력 시스템* 개발 범위는 어떻게 되나요?

- ① 전자의무기록시스템(EMR)과 진료협력 시스템을 연계하여 의료기관 간 의뢰회송이 이루어질 수 있도록 시스템을 구축하고, ② 정보 전송·조회, 조회이력 관리, 피드백 기능, 만족도 평가 영역에서 필수항목 3개, 선택항목 1개를 포함하여 총 4개 이상을 개선해야 합니다.

* 진료의뢰·회송 중계시스템(Agent방식) 또는 진료정보교류시스템

Q5

진료협력 시스템 개발은 언제까지 완료해야 하며, 개발 결과는 어떻게 확인하나요?

- 2026년 4분기 내 시스템 개발을 완료하여야 하며, 이행결과서 및 개발 사실을 증빙할 수 있는 자료 등을 함께 제출해야 합니다.

※ 사업 추진 경과 등에 따라 개발완료 시점은 변경될 수 있음

Q6

시스템 개발을 기한 내 완료하지 못한 경우 어떻게 되나요?

- 개발 완료 시점까지 개발내용을 모두 이행해야 합니다. 불가피한 사유가 있는 경우를 제외하고 일부라도 미이행 시, 지급받은 진료협력 기반구축 지원금은 전액 환수될 수 있습니다.

Q7

진료협력 기반구축 지원금은 어떻게 지급되나요?

- 진료협력 기반구축 지원금은 사전(70%), 사후(30%)로 나누어 지급됩니다.
 - 사전지원금은 진료협력 기반구축 이행계획서([별지 제9호 서식]) 확인 후, 2026년 2분기 지급 예정
 - 사후지원금은 이행결과서 등을 통해(추후 안내) 개발 성과 확인 후, 2027년 1분기 지급 예정

※ 지급일정은 사업 추진 경과 등에 따라 변경될 수 있음

Q8

진료협력 기반구축 지원금의 사용 범위 및 초과 집행 시 추가 지원이 가능한가요?

- 지원금은 진료협력 시스템 개발을 위해 사용해야 하며, 사용한 금액이 총 지원금을 초과할 경우 초과분은 기관 재정으로 부담하여야 합니다.

7

이행계획서

1. 일반현황

Q1

의사, 간호사 및 진료지원간호사 수는 어떻게 작성하나요?

○ 「국민건강보험법 시행규칙」 [별지 제14호 서식] 요양기관 현황신고서 ‘인원현황’ 및 [별지 제17호 서식] 요양기관 현황 변경신고서를 반영한 의사 수와 간호사 수를 작성하면 됩니다.('25. 4. 30.기준)

- (의사 수) 일반의와 전문의에 해당하는 (의과)의사 수
- (간호사* 수) 전체 간호사 수

* 진료지원간호사의 경우 간호사 수에 포함하지 않고 구분하여 기입

2. 지정요건

Q1

DRG 종류 수는 무엇을 의미하나요?

○ 진료 가능한 수술·시술 등 AADRG(KDRG 4.4 version 기준) 종류 수를 의미하며, 요양기관별 DRG 종류 수는 건강보험심사평가원 유선문의 시 확인 가능합니다.

4-①. 적정진료

Q1

의료수익 중 급여수익 비율은 어떻게 산출하나요?

- 2023년의 급여수익을 의료수익으로 나누어 산출합니다.
- 의료수익은 한국보건산업진흥원에 제출한 2023 회계연도 회계자료(손익계산서) 기준으로 1.입원수익, 2.외래수익, 3.기타의료수익(직원급식수익과 정부보조금 제외)을 합산한 금액을 의미합니다.

* 확인경로: 의료기관회계정보공시(<https://haspa.khidi.or.kr>)>공시정보조회>손익계산서
회계연도: (학교법인) '23. 3. 1.~'24. 2. 29., (학교법인 외) '23. 1. 1.~'23. 12. 31.

- 급여수익은 심사평가원에서 심사 결정된 건강보험, 의료급여, 보훈환자의 2023년 선별급여가 포함된 요양급여비용총액*과 국민건강보험공단에서 지급받은 건강검진비를 합산한 금액입니다.

* (학교법인) '23. 3.~ '24. 2. 진료분, (학교법인 외) '23. 1. ~ '23. 12. 진료분

4-②. 지역 의료문제 해결

Q1

(24시간 진료) 운영 진료과목은 무엇을 의미하나요?

- 진료과목 중 응급실 방문 환자에 대한 24시간 전문의 진료가 가능한 진료과목을 의미합니다.

Q2

(24시간 진료) 운영 인력은 어떻게 작성해야 하나요?

- 「국민건강보험법 시행규칙」 [별지 제14호 서식] 요양기관 현황신고서 ‘인원현황’ 및 [별지 제17호 서식] 요양기관 현황 변경신고서를 반영한 인력 중 응급실 소속과 배후 진료과 소속을 구분하여 작성합니다.
- 응급실에 소속된 응급의학과 전문의 수와 응급실 간호사 수를 각각 작성하고, 배후 진료과에 소속된 전문의 수, 간호사 수, 진료지원 간호사를 각각 작성합니다.('25. 4. 30. 기준)
- 이 때, 진료지원간호사는 간호사 수에 포함하지 않고 기입합니다.
- ※ 24시간 진료지원금 지급 시 적용되는 인력 현황과는 상이할 수 있음

Q3

지역응급환자 진료 건수는 어떻게 산출하나요?

- 응급실 수용 환자 중 해당 종합병원 소재 중진료권에 주소지를 둔 환자 진료 건수를 의미합니다.

Q4

지역환자 진료 비중은 어떻게 산출하나요?

- 해당 종합병원에서 발생한 '24년 진료비* 중 해당 종합병원 소재 중진료권 (붙임 참고) 내에 거주하고 있는 환자의 총 진료비 비율을 의미합니다.

$$\text{지역환자 진료비중} = \frac{\text{해당 종합병원 소재 중진료권 내 거주 환자의 총 진료비}}{\text{해당 종합병원에서 발생한 총 진료비}} \times 100$$

* (진료비) 선별급여포함 요양급여비용 총액(건강보험, 의료급여)

- 진료년월 : '24. 1.~'24. 12. 진료분

4-③. 진료협력 강화

Q1

상급종합병원 회송건수 및 병·의원 의뢰건수 산출방법은 어떻게 되나요?

○ (상급종합병원 회송건수) 상급종합병원 구조전환 지원사업을 통해 진료 협력을 맺은 상급종합병원에서 시스템*을 통하여 '24년 1월 ~ 12월 회송 받은 건수**를 의미합니다.

○ (병·의원 의뢰건수) 지역 내*** 진료협력 병·의원(요양병원 제외)에서 시스템*을 통하여 '24년 1월 ~ 12월 의뢰받은 건수**를 의미합니다.

* 건강보험심사평가원의 '진료의뢰·회송 중계시스템' 또는 한국보건 의료정보원의 '진료정보교류시스템'

** 심사평가정보 제출시스템(<https://ef.hira.or.kr>) > 진료의뢰·회송 > 수신목록

*** ▲ 70개 중진료권 + ▲ 인접지역(중진료권 인접 시·군·구) + ▲ 시도 내(수도권, 광역시 제외)

※ 실제 진료협력 관련 성과지원 시 적용되는 기준은 상이할 수 있음

5. 진료협력기관 현황

Q1

진료협력기관 현황에는 어떤 기관을 기재하면 되나요?

○ 진료협력기관 중 상급종합병원 현황에는 '상급종합병원 구조전환 지원사업'을 통해 진료협력 관계를 맺은 상급종합병원을 기재합니다.

○ 지원기관과 진료협력을 맺은 지역 내 진료협력기관(병·의원) 현황에는 ▲ 70개 중진료권, ▲ 인접지역(중진료권 인접 시·군·구), ▲ 시도 내(수도권, 광역시 제외) 소재한 병·의원(요양병원 제외) 중 진료협력 관계를 맺은 기관을 기재합니다.

8

기타 사항

Q1

지원사업 참여를 철회하려면 어떻게 해야 하나요?

- 지원사업 지정 철회 요청서([별지 제5호 서식])를 작성하여 보건복지부에 제출하여야 하며, 보건복지부장관의 최종 승인을 거쳐 사업 참여가 중단됩니다.

Q2

지원사업 참여 중단 기준은 어떻게 되나요?

- 심사평가원의 수시 모니터링을 통해 지정요건 미준수, 지원사업 지침 미준수 등이 확인되는 경우 6개월의 유예기간을 부여하고 보완여부에 따라 차년도 사업 참여 가부를 판단합니다.

Q3

지원사업과 타 시범사업에 중복 참여가 가능한가요?

- 종합병원·병원급 대상 유사 건강보험 지원 시범사업과 중복참여는 불가합니다.
* (예시) 외과계 병원 응급 복부수술 지원 시범사업, 필수 특화기능 보상 지원사업 등

Q4

설립구분 변경 등의 사유로 요양기호가 변경된 경우 지원사업 연계 가능한가요?

- 변경 전·후 의료기관의 동일성을 확인할 수 있는 의료기관 개설허가증 등을 제출하여 동일성이 인정되는 경우에 한하여 사업자격 및 사업실적 연계 가능합니다.
- 이 때, 지정요건을 충족하여야 하며, 종별이 변경된 경우는 지원사업 연계대상이 아닙니다.

※ 신청 이후 시범사업 연계 적용까지는 일정 기간 소요될 수 있음

Q5

지원사업 참여기관이 상급종합병원으로 지정된 경우는 참여가 중단되나요?

- 상급종합병원으로 종별이 변경된 포괄 2차 종합병원 지원사업 참여기관은 지원사업 참여가 중단됩니다.

Q6

지원사업 참여는 어떤 경우에 제한되나요?

- 국민건강보험법, 의료법 등 보건의료 관련 법령으로 최근 3년* 이내 행정처분을 받거나 보건복지부 장관이 참여 제한이 필요하다고 인정하는 경우에는 지원사업 참여를 제한할 수 있습니다.

* 행정처분일 기준

Q7

지원사업 참여 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서를 전문의 또는 간호사에게 각각 받아야 하나요?

- 지원사업의 당직비 및 성과평가 지원을 위해 전문의 또는 간호사를 대상으로 성명, 면허번호, (당직)근무표, 급여(당직비) 지급내역 등을 수집할 예정입니다.
- 이에, '26년 1월 부터 당직하는 전문의 또는 간호사에게 [별지 제8호 서식] 지원사업 참여 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공에 대한 동의서를 받아 보관하여야 합니다.

중진료권 및 인접 시·군·구 현황

시도	연번	중진료권	시·군·구	인접 시·군·구
서울	1	서울서북	종로구, 중구, 용산구, 서대문구, 마포구, 은평구	서울성북구, 서울동대문구, 서울성동구, 서울강남구, 서울서초구, 서울동작구, 서울영등포구, 서울강서구, 경기도고양시
	2	서울동북	동대문구, 중랑구, 성동구, 광진구, 도봉구, 노원구, 강북구, 성북구	서울강동구, 서울송파구, 서울강남구, 서울용산구, 서울중구, 서울종로구, 경기도고양시, 경기도양주시, 경기도정부시, 경기도남양주시, 경기도구리시
	3	서울서남	양천구, 구로구, 강서구, 금천구, 영등포구	서울관악구, 서울동작구, 서울용산구, 서울마포구, 경기도고양시, 경기도김포시, 경기도부천시, 경기도광명시, 경기도안양시, 인천계양구
	4	서울동남	서초구, 강남구, 강동구, 송파구, 관악구, 동작구	서울금천구, 서울구로구, 서울영등포구, 서울용산구, 서울성동구, 서울광진구, 경기도구리시, 경기도하남시, 경기도성남시, 경기도과천시, 경기도안양시
부산	5	부산서부	강서구, 사하구, 사상구, 북구	부산금정구, 부산동래구, 부산진구, 부산서구, 경남창원시, 경남김해시, 경남양산시
	6	부산중부	서구, 중구, 동구, 영도구, 남구, 부산진구, 연제구, 동래구	부산사하구, 부산사상구, 부산북구, 부산금정구, 부산해운대구, 부산수영구
	7	부산동부	금정구, 기장군, 수영구, 해운대구	부산남구, 부산연제구, 부산동래구, 부산북구, 경남양산시, 울산울주군
대구	8	대구동북	동구, 북구, 중구, 수성구, 군위군	대구달성군, 대구남구, 대구달서구, 대구서구, 경북칠곡군, 경북구미시, 경북의성군, 경북청송군, 경북영천시, 경북경산시
	9	대구서남	남구, 달서구, 달성군, 서구	대구북구, 대구중구, 대구수성구, 경북경산시, 경북청도군, 경북고령군, 경북성주군, 경북칠곡군, 경남창녕군
인천	10	인천서북	서구, 강화군	인천동구, 인천미추홀구, 인천남동구, 인천부평구, 인천계양구, 경기김포시
	11	인천동북	부평구, 계양구	인천서구, 인천남동구, 서울강서구, 경기김포시, 경기부천시
	12	인천중부	중구, 미추홀구, 동구, 옹진군	인천서구, 인천남동구, 인천연수구
	13	인천남부	연수구, 남동구	인천부평구, 인천서구, 인천미추홀구, 경기시흥시, 경기부천시
광주	14	광주광서	광산구, 서구	광주북구, 광주동구, 광주남구, 전남나주시, 전남함평군, 전남장성군
	15	광주동남	북구, 동구, 남구	광주광산구, 광주서구, 전남장성군, 전남담양군, 전남화순군, 전남나주시
대전	16	대전서부	유성구, 서구	대전대덕구, 대전중구, 충남공주시, 충남계룡시, 충남논산시, 충남금산군, 충북청주시, 세종특별자치시
	17	대전동부	대덕구, 동구, 중구	대전유성구, 대전서구, 충북청주시, 충북보은군, 충북옥천군, 충남금산군
울산	18	울산서남	울주군, 중구	울산북구, 울산남구, 경북경주시, 경북청도군, 경남밀양시, 경남양산시, 부산기장군
	19	울산동북	남구, 북구, 동구	울산울주군, 울산중구, 경북경주시
세종	20	세종	세종특별자치시	충남천안시, 충남공주시, 대전유성구, 충북청주시
경기	21	수원권	수원시, 화성시, 오산시	경기안산시, 경기의왕시, 경기용인시, 경기평택시
	22	성남권	성남시, 광주시, 용인시, 하남시	경기구리시, 경기도남양주시, 경기도양평군, 경기도여주시, 경기도이천시, 경기도안성시, 경기평택시, 경기도화성시, 경기도수원시, 경기도의왕시, 경기도과천시, 서울서초구, 서울강남구, 서울송파구, 서울강동구
	23	의정부권	의정부시, 동두천시, 양주시, 연천군	경기파주시, 경기도고양시, 경기도남양주시, 경기도포천시, 강원철원군, 서울강북구, 서울도봉구, 서울노원구
	24	안양권	안양시, 과천시, 의왕시, 군포시	경기광명시, 경기시흥시, 경기안산시, 경기수원시, 경기용인시, 경기도성남시, 서울금천구, 서울관악구, 서울서초구
	25	부천권	부천시, 광명시	경기시흥시, 경기안양시, 인천남동구, 인천부평구, 인천계양구, 서울강서구, 서울양천구, 서울구로구, 서울금천구
	26	평택권	평택시, 안성시	경기화성시, 경기도오산시, 경기용인시, 경기도이천시, 충남아산시, 충남천안시, 충북진천군, 충북음성군, 충남당진시
	27	안산권	안산시, 시흥시	경기부천시, 경기광명시, 경기안양시, 경기군포시, 경기도의왕시, 경기수원시, 경기화성시, 인천남동구
	28	고양권	고양시, 김포시	경기파주시, 경기도양주시, 인천서구, 인천계양구, 서울강서구, 서울마포구, 서울은평구, 서울종로구, 서울성북구, 서울강북구
	29	남양주권	남양주시, 구리시, 양평군, 가평군	경기포천시, 경기도의정부시, 경기도하남시, 경기광주시, 경기도여주시, 강원화천군, 강원춘천시, 강원홍천군, 강원횡성군, 강원원주시, 서울노원구, 서울중랑구, 서울광진구, 서울강동구
	30	파주시	파주시	경기연천군, 경기도양주시, 경기도고양시, 경기김포시
	31	이천권	이천시, 여주시	경기양평군, 경기광주시, 경기용인시, 경기안성시, 강원원주시, 충북충주시, 충북음성군
	32	포천시	포천시	경기연천군, 경기도동두천시, 경기도양주시, 경기도의정부시, 경기도남양주시, 경기도가평군, 강원철원군, 강원화천군
강원	33	춘천권	춘천시, 홍천군, 화천군, 양구군, 철원군	강원횡성군, 강원평창군, 강원강릉시, 강원양양군, 강원인제군, 경기연천군, 경기포천시, 경기도가평군, 경기도양평군
	34	원주권	원주시, 횡성군	강원영월군, 강원평창군, 강원홍천군, 경기도양평군, 경기도여주시, 충북충주시, 충북제천시
	35	영월권	영월군, 정선군, 평창군	강원태백시, 강원삼척시, 강원동해시, 강원강릉시, 강원홍천군, 강원횡성군, 강원원주시, 충북제천시, 충북단양군, 경북영주시, 경북봉화군
	36	강릉권	강릉시	강원양양군, 강원홍천군, 강원평창군, 강원정선군, 강원동해시
	37	동해권	동해시, 태백시, 삼척시	강원영월군, 강원정선군, 강원강릉시, 경북봉화군, 경북울진군
	38	속초권	속초시, 고성군, 양양군, 인제군	강원양구군, 강원춘천시, 강원홍천군, 강원강릉시

시도	연번	증진료권	시·군·구	인접 시군구
충북	39	청주권	청주시, 증평군, 진천군, 옥천군, 영동군, 보은군	충북괴산군, 충북음성군, 경기안성시, 충남천안시, 충남금산군, 대전유성구, 대전대덕구, 대전동구, 전북무주군, 경북김천시, 경북상주시, 세종특별자치시
	40	충주권	충주시, 괴산군, 음성군	충북제천시, 충북보은군, 충북청주시, 충북증평군, 충북진천군, 경기안성시, 경기이천시, 경기여주시, 강원원주시, 경북문경시, 경북상주시
	41	제천권	제천시, 단양군	충북충주시, 강원영월군, 강원영월군, 경북영주시, 경북예천군, 경북문경시
충남	42	천안권	천안시, 아산시	충남공주시, 충남예산군, 충남당진시, 경기평택시, 경기안성시, 충북진천군, 충북청주시, 세종특별자치시
	43	공주권	공주시, 계룡시	충남논산시, 충남부여군, 충남청양군, 충남예산군, 충남아산시, 충남천안시, 대전유성구, 대전서구, 세종특별자치시
	44	서산권	서산시, 태안군, 당진시	충남아산시, 충남예산군, 충남홍성군, 경기평택시
	45	논산권	논산시, 부여군, 금산군, 서천군	충남계룡시, 충남공주시, 충남청양군, 충남보령시, 전북군산시, 전북익산시, 전북완주군, 전북진안군, 전북무주군, 충북영동군, 충북옥천군, 대전동구, 대전중구, 대전서구
	46	홍성권	홍성군, 청양군, 예산군, 보령시	충남서산시, 충남당진시, 충남아산시, 충남공주시, 충남부여군, 충남서천군
전북	47	전주권	전주시, 김제시, 완주군, 진안군, 무주군	전북장수군, 전북임실군, 전북정읍시, 전북부안군, 전북군산시, 전북익산시, 충남논산시, 충남금산군, 충북영동군, 경북김천시, 경남거창군
	48	군산시	군산시	전북익산시, 전북김제시, 충남서천군
	49	익산시	익산시	전북완주군, 전북전주시, 전북김제시, 전북군산시, 충남서천군, 충남부여군, 충남논산시
	50	정읍권	정읍시, 고창군, 부안군	전북순창군, 전북임실군, 전북완주군, 전북김제시, 전남영광군, 전남장성군
	51	남원권	남원시, 순창군, 임실군, 장수군	전북무주군, 전북진안군, 전북완주군, 전북정읍시, 전남장성군, 전남담양군, 전남곡성군, 전남구례군, 경남하동군, 경남함양군, 경남거창군
전남	52	목포권	목포시, 영암군, 무안군, 신안군, 진도군, 함평군	전남영광군, 전남장성군, 전남나주시, 전남화순군, 전남장흥군, 전남강진군, 전남해남군, 광주광산구
	53	여수권	여수시	전남광양시, 전남순천시
	54	순천권	순천시, 광양시, 구례군, 고흥군, 보성군	전남여수시, 전남장흥군, 전남화순군, 전남곡성군, 전북남원시, 경남하동군
	55	나주권	나주시, 화순군, 곡성군	전남담양군, 전남구례군, 전남순천시, 전남보성군, 전남장흥군, 전남영암군, 전남무안군, 전남함평군, 전북순창군, 전북남원시, 광주광산구, 광주남구, 광주동구, 광주북구
	56	해남권	해남군, 장흥군, 강진군, 완도군	전남보성군, 전남화순군, 전남영암군
	57	영광권	영광군, 담양군, 장성군	전남곡성군, 전남화순군, 전남함평군, 전북고창군, 전북정읍시, 전북순창군, 광주광산구, 광주북구
경북	58	포항권	포항시, 영덕군, 울진군, 울릉군	경북봉화군, 경북영양군, 경북청송군, 경북영천시, 경북경주시, 강원삼척시
	59	경주권	경주시, 경산시, 청도군, 영천시	경북청송군, 경북포항시, 울산북구, 울산울주군, 경남밀양시, 경남창녕군, 대구달성군, 대구수성구, 대구동구, 대구군위군
	60	안동권	안동시, 의성군, 청송군, 영양군	경북구미시, 경북상주시, 경북예천군, 경북영주시, 경북봉화군, 경북울진군, 경북영덕군, 경북포항시, 경북영천시, 대구군위군
	61	구미권	구미시, 칠곡군, 김천시, 성주군, 고령군	경북상주시, 경북의성군, 대구군위군, 대구동구, 대구북구, 대구달성군, 대구달서구, 경남창녕군, 경남합천군, 경남거창군, 전북무주군, 충북영동군
	62	영주권	영주시, 예천군, 봉화군	경북울진군, 경북영양군, 경북안동시, 경북의성군, 경북상주시, 경북문경시, 충북단양군, 강원영월군, 강원태백시, 강원삼척시
	63	상주권	상주시, 문경시	경북김천시, 경북구미시, 경북의성군, 경북예천군, 충북단양군, 충북제천시, 충북충주시, 충북괴산군, 충북보은군, 충북옥천군, 충북영동군
경남	64	창원권	창원시, 의령군, 함안군, 창녕군	경남김해시, 경남밀양시, 경남합천군, 경남산청군, 경남진주시, 경남고성군, 부산강서구, 경북청도군, 경북고령군, 대구달성군
	65	진주권	진주시, 산청군, 하동군, 사천시, 남해군	경남함양군, 경남거창군, 경남합천군, 경남의령군, 경남함안군, 경남창원시, 경남고성군, 전남광양시, 전남구례군, 전북남원시
	66	통영권	통영시, 고성군, 거제시	경남사천시, 경남진주시, 경남창원시
	67	김해권	김해시, 밀양시, 양산시	경남창녕군, 경남창원시, 부산강서구, 부산북구, 부산금정구, 부산기장군, 울산울주군, 경북청도군
	68	거창권	거창군, 합천군, 함양군	경남하동군, 경남산청군, 경남의령군, 경남창녕군, 전북남원시, 전북장수군, 전북무주군, 경북김천시, 경북성주군, 경북고령군
제주	69	제주시	제주시	제주서귀포시
	70	서귀포시	서귀포시	제주제주시

※ 군위군 행정구역 변경(2023.07.01.) 반영: (경북) 구미권 → (대구) 대구동북