상급종합병원 구조전환 지원사업 지침

2026. 2.

보건복지부

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

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 ····· 3
4. 사업 지원방향 ····· 6
5. 운영 체계 ····· 7
6. 자문 등 운영지원 ····· 8

Ⅲ. 지원사업 대상기관 선정

1. 지원사업 참여 신청 ····· 9
2. 지원기관 선정평가 ····· 9
3. 지원기관 선정 ····· 10
4. 지원사업 참여제한 ····· 10

차 례 CONTENTS

Ⅳ. 기능강화 지원 ❶

1. 요양(의료)급여 기준 ····· 11
2. 산정지침 ····· 12
3. 급여목록 ····· 18
4. 요양(의료)급여비용 청구방법 ····· 20

Ⅴ. 기능강화 지원 ❷

1. 24시간 진료지원금 지원 목적 ····· 32
2. 24시간 진료지원금 지불체계 ····· 32
3. 24시간 진료지원금 관리 및 집행기준 ····· 35
4. 24시간 진료지원금 지급 및 환수 ····· 37

차 례 CONTENTS

Ⅵ. 지원사업 성과지원 ····· 38

1. 성과지원 개요 ····· 38
2. 1차 연도 성과지원 세부내용 ····· 39
   가. 중증(적합질환) 중심 진료 성과 ····· 39
   나. 전문 의뢰·회송 성과 ····· 40
   다. 병상 구조전환 성과 ····· 45
   라. 정책지원 성과 ····· 47
3. 2차 연도 성과지원 세부내용 ····· 48
   가. 중증 중심 진료 성과 ····· 48
   나. 진료협력 성과 ····· 54
   다. 중환자 중심 병상 성과 ····· 63
   라. 수련 성과 ····· 64
   마. 정책지원 성과 ····· 66
4. 이의신청 접수 및 처리 ····· 67
5. 지원금 지급 및 환수 ····· 67

차 례 CONTENTS

Ⅶ. 지원사업 자료제출 방법

1. 지원사업 자료제출 시스템 접속 ····· 70
2. 공지사항 ····· 70
3. 선정기관 최종 이행계획서 제출 ····· 71
4. 현황 변경 신고 자료 제출 ····· 72
5. 24시간 진료지원금 자료 제출 ····· 75
6. 진료협력 자료 제출 ····· 84

Ⅷ. 지원사업 준수사항

1. 자료제출 의무 및 현장검증 협조 ····· 86
2. 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서 작성 및 보관 ····· 86
3. 준수사항 이행약정 체결 ····· 87
4. 지원사업 중단 관련 조치 ····· 87

Ⅸ. 지원사업 사후관리 ····· 89

차 례 CONTENTS

[별지 서식]

[제1호 서식] 지원사업 참여 신청서 ····· 92
[제2호 서식] 지원기관 이행계획서(1차 연도) ····· 93
[제2-1호 서식] 지원기관 이행계획서(2차 연도) ····· 102
[제3호 서식] 지원사업 이행약정서 ····· 116
[제4-1호 서식] 진료협력기관 현황(변경) 신고서 ····· 120
[제4-2호 서식] 진료협력 기반구축 운영 계획서(1차 연도) ····· 121
[제4-3호 서식] 진료협력 기반구축 운영 결과서(1차 연도) ····· 123
[제4-4호 서식] 요양기호 변경 신고 및 지원사업 연계 신청서 ···· 125
[제4-5호 서식] 기반구축 지원 대상 진료협력병원 이행약정서 ·· 126
[제4-6호 서식] 기반구축 지원 대상 진료협력병원 이행계획서(2차 연도) · 130
[제4-7호 서식] 진료협력 전담의료진 배치 현황(실제 근무) ····· 135
[제5호 서식] 일반입원실 허가병상 현황(변경) 신고서 ····· 136
[제6-1호 서식] 24시간 진료지원 연간(월별) 당직 계획서 ···· 137
[제6-2호 서식] 24시간 진료지원 월별 당직 현황 ····· 138
[제6-3호 서식] 24시간 진료지원금 월별 지급내역서 ····· 139

차 례 CONTENTS

[제7호 서식] 진료의뢰·회송 중계시스템 이용에 관한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서 ····· 140
[제7-1호 서식] 지원사업 참여 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서(의료기관용) ····· 143
[제7-2호 서식] 지원사업 참여 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서(환자용) ····· 145
[제8호 서식] 지원사업 이의신청서 ····· 147
[제9호 서식] 지원사업 지정 철회 요청서 ····· 148
[제10호 서식] 지원기관 선정평가 자문단 청렴서약서 ····· 149
[제11호 서식] 지원기관 선정평가 자문단 제척·기피·회피 신청(확인)서 ··· 150

[부록] 지원사업 관련 질의응답 ····· 151

Ⅰ 지원사업 개요

1. 추진 배경

○ 상급종합병원의 과중한 전공의 의존도를 낮추면서, 밀도있는 수련을 제공하고, 중증 중심으로 진료하는「지속가능한 진료체계」확립 필요

○ 비상진료체계의 긍정적 변화는 유지 확대하고 문제점은 개선

※ (긍정) 중증·응급 진료 집중, 환자 쏠림 개선, 진료지원간호사 등 양성, 상종과 종합병원간 협력 강화
(부정) 의료진 피로도 증가, 여전히 많은 상종의 경증환자, 상종의 급격한 진료 감소에 따른 문제 등

○ 수도권 대형병원 쏠림 등 왜곡된 의료 공급·이용체계 근본 해결 등 궁극적으로 바람직한 「의료 공급·이용체계」로 전환 추진

2. 추진 목적

○ 상급종합병원이 일반병상 감축을 통해 중등증 이하 진료량을 줄이고, 중증·응급·희귀질환 진료에 집중하면서 전공의에게는 밀도 있는 수련을 제공하는 등 안정적인 구조전환을 지원하고자 함

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)** 상급종합병원 구조전환 지원사업(이하 '지원사업' 이라 함) 참여 신청 후 선정평가를 거쳐 보건복지부장관이 지정한 기관(이하 '지원기관' 이라 함)

○ **(대상환자)** 지원기관에서 진료를 받은 건강보험·의료급여 환자

2. 사업 기간

▶ **(기능강화지원 사업 기간)** 2024. 10월* ~ 2027. 12. 31.

* ❶ 이행약정서 제출 이전 지방자치단체 병상감축 신고 처리 완료된 기관
⇨ 이행약정서 제출 다음 날부터 적용 (평일 기준)

❷ 이행약정서 제출 이후 지방자치단체 병상감축 신고 처리 완료된 기관
⇨ 병상감축 신고 처리 완료된 다음 날부터 적용 (평일 기준)

▶ **(성과평가 사업 기간)** 2025. 1. 1. ~ 2027. 12. 31. (3년)

○ 지원사업 효과평가 결과에 따라 필요 시 기간 단축 또는 연장 가능

3. 사업 세부내용

❶ 진료

◈ 중증 · 응급 및 희귀질환에 집중하는 진료체계 확립

○ **(중증중심 진료)** 중증 진료 비중을 환자기준 현행 50%→ 70% 단계적 상향

- 현재 중증 비중이 상급종합병원별로 상이한 점을 감안, 현재보다 **일정 수준 이상 상향한 경우**도 목표 달성한 것으로 인정

* 입원환자 중 **❶적합질환자 비중 70% 달성**
또는 ❷기준연도** **적합질환자 비중 대비 일정수준 상향**
** 1차 연도는 '23년, 2차 연도는 '25년

- 현행 **중증 분류 기준 한계를 보완**하여 진료가 필요함에도 비중증으로 분류되는 사례가 없도록 **인정기준 확대**

※ 상급종합병원 적합질환자 인정 기준

❶ DRG A(전문진료질병군) 입원환자(로봇수술 환자 포함)
❷ 진료협력병원(2차급) 전문의뢰* 입원환자(수도권→비수도권 회송환자 포함)**
* ˙권역 내 진료협력병원, ˙상세한 의사 소견 명시, ˙진료기록 첨부, ˙시스템 활용, ˙패스트트랙
** 수도권 상급종합병원에서 비수도권 상급종합병원으로 회송된 입원 환자
❸ 응급실 경유 중증응급(KTAS 1~2) 입원환자
❹ 소아 중증질환 입원환자
* 어린이공공전문진료센터·응급의료기관 평가 소아중증 상병, 연령가산 적용되는 소아중증수술
❺ 권역외상센터 입원환자
❻ 희귀질환 입원환자(본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 [별표4] 희귀질환자 산정특례 대상)

- 단순히 상병 기준이 아닌, 연령·기저질환 등 **환자 상태 반영 기준으로 개선**

⇨ 중증 중심 전환 과정에서, 진료과목 간 균형이 급격히 변하지 않도록 **과목별 환자비중 등 세밀히 살피고, 그 범위 안에서 목표 달성**할 수 있도록 개선

○ **(필수의료 강화)** 응급, 심뇌, 외상, 고위험분만, 중증소아 등 **기능 강화**

○ **(외래진료량 관리)** 최근 외래진료 **증가율 이하 수준 관리**

❷ 진료협력

◈ 상종을 중심으로 진료협력병원과 강력한 협력체계 구축
◈ 지역완결적 협력 네트워크 확립

○ **(의뢰회송 내실화)** 의사 판단에 따른 **전문적 의뢰 강화*** 및 회송 이후 상종 진료 필요시 **최우선 예약 등 패스트트랙 적용**

* ▲권역 내 진료협력 기관 간, ▲상세한 의사 소견 명시, ▲진료기록 첨부, ▲시스템 활용 ▲패스트트랙(의료기관, 진료일자 우선예약)

○ **(진료협력 강화) 시스템 연계, 진료협력센터 인원 보강,** 의료인력·장비 자원 공유 등 **진료협력 유도**

* 지방의료원, 종합병원, 전문병원 등 2차급 병원 등 다양한 의료기관과 진료협력 추진 가능

❸ 병상

◈ 상종이 규모 확장보다 의료 질 제고에 집중하도록 일반병상 축소
◈ 중환자 병상 확대하여 중증 중심 병상 확립

○ **(일반병상 축소)** 지역, 현행 병상 수, 현행 중증환자 진료실적 등 감안하여 일반병상의 **5~15%를 축소**

* 참고 : 비상진료체계 下 평균 일반병상 감축 비율 △19%

- **▲서울 10~15%**(허가병상 1,500병상* 이상 15%, 미만 10%), **▲경기·인천 10%, ▲비수도권** 5% 감축

* 중환자실 포함 전체 입원병실 허가병상

구분	서울		경기·인천	비수도권
	전체 허가병상 1,500병상 이상	전체 허가병상 1,500병상 미만		
감축수준 (일반입원실 허가병상)	15%	10%	10%	5%

○ **(중장기 : 병상 관리 강화) 제6기('27) 상종 지정평가 기준 연계**

【 참고 : 병상 감축 계산 기준 】

< 의료법 시행규칙 별지 16호(의료기관 개설(허가신청서, 허가사항 변경 신청서) 서식 >

[시설현황①]

입원병실(A)											특수진료실 등							
구분	계	**일반입원실 (B)**	정신건강의학과 입원실		중환자실			격리병실	무균치료실	임종실	구분	수술실	회복실	응급실	물리치료실	임상검사실	조제실	탕전실
			개방	폐쇄	소계	성인 소아	신생아											
병실											병실					유[ ]	유[ ]	유(내[ ], 외[ ])
병상											병상					무[ ]	무[ ]	무(원외공동 이용[ ], 무[ ])

○ **(전체 허가병상)** 일반입원실(간호·간병통합병동 포함), 정신건강의학과 입원실, 중환자실, 격리병실, 무균치료실, 임종실을 합한 **전체 입원병실 병상**(A)

○ **(일반입원실 허가병상) 전체 입원병실 병상**(A) 중 **일반입원실 병상**(B)

- **(감축제외)** 병상감축분(5~15%) 계산 시 **일반입원실 병상**(B)에서 '**고위험임산부 집중치료실, 뇌졸중 집중치료실, 어린이 공공전문진료센터·권역응급의료센터·권역외상센터 병상, 긴급치료병상**'을 **분자와 분모에서 모두 제외**

❹ 인력

◈ 인력 감소없이 現 규모 유지, 숙련된 인력 중심 병원별 효율적 운영
⇨ 중증진료 및 입원서비스 질 제고

○ **(숙련된 인력 확충)** 전문의 등 숙련된 인력 중심으로 운영 가능하도록 **의사, 간호사에** 대한 **교육·훈련** 및 **업무 재설계***

* 예: 전공의 중심 당직 운영 → 전문의 + 진료지원간호사 팀 운영으로 전환

○ **(기존인력 재배치) 기존 인력 감축** 또는 무급휴가 등 **고용 단절 없이 지속가능한 운영**이 이루어지도록 **병원별 인력 운영방안 계획 수립**

❺ 전공의 수련

◈ **수련생으로서 전공의 지위 강화, 밀도있는 수련 제공**
◈ **수련환경 대폭 개선 및 수련 프로그램 고도화**

○ **(수련여건 개선) 총 수련시간 감소**에도 **유의미한 수련시간**은 **확대**될 수 있도록 **단계적 추진**

- 전공의 연속 근무시간 단축(36→24시간) 법제화에 따라, 주당 근무 **시간 단축 시범사업** 참여로 확대

○ **(밀도있는 수련)** 지도전문의 확충 등 **전문의의 전공의 수련 기능 강화** 및 병원 차원의 **체계적 수련 프로그램 설계**

* 다기관 협력수련 시범사업을 통해 모델을 마련하여 성과평가 도입 검토
⇨ 점진적 적용을 통해 전공의 의존도 단계적 감소

◈ **본사업 추진방향 : 상급종합병원이 수행해야 하는 바람직한 역할 제도화**

■ 상급종합병원 **지정기준 개편 연계**

* 중증도 분류 개편 등

■ **의료기관 성과·기능평가 체계**에 반영

* 의료기관별 적합질환군 기준 및 평가기준, 진료효과성, 지역의료 역할 등

4. 사업 지원방향

가. 기능강화 지원

○ **(중증환자 입원 지원)** 중증환자 입원 진료 인프라 유지 및 기능 강화를 위한 중환자실 및 특수병실 수가 인상

○ **(입원료)** 일반입원 진료량 감축 시에도 의료서비스 질은 유지 할 수 있도록 4인실 이하 입원실 지원 강화

○ **(수술 가산)** 상급종합병원의 고난도 의료서비스 특화 유도를 위해 중증수술에 대한 마취·수술료 50% 수준 정액 가산

○ **(응급 수술 가산)** 응급의료센터 내원 후 24시간 이내 중증응급 수술 150% 가산

○ **(전문의 진료 정책수가)** 중환자실·입원환자 관리 위한 정액 가산

○ **(전문 의뢰·회송)** 환자 진료기록, 영상정보 추가 및 의뢰 사유 명확화 등 실효성 있는 의뢰 시 보상 강화

- 중증 진료가 끝난 환자의 회송 활성화를 위해 상급종합병원에서의 회송료 인상

○ **(24시간 진료 지원)** 24시간 진료 기능 유지를 위해 24시간 진료 지원금 신설, 일부 사전 지급 및 실제 지급실적 등 주기적 확인하여 사후 지급

나. 성과평가 지원

○ **(주요내용)** 병상 감축 목표 이행 및 성과평가 지표 이행 실적 평가에 따른 지원기관별 차등 지원

※ 성과평가 지표는 구조전환을 유도할 수 있도록 평가내용 및 기준을 연도별 달리 설정할 수 있음

5. 운영 체계

○ **(보건복지부)** 지원사업 관련 주요 정책 결정 등 지원사업 총괄

○ **(건강보험심사평가원,** 이하 '심사평가원') 지원사업 운영 지침 개발 및 관리, 지원사업 모니터링 및 평가, 전문가 자문단 운영 등 지원사업 운영·관리

○ **(지원기관)** 중증진료체계 및 진료협력병원 간 협력체계 강화, 중증환자에 집중할 수 있는 인력 운영 및 전공의 수련 강화 등

○ **(국민건강보험공단,** 이하 '건강보험공단') 24시간 진료지원금 및 성과지원금 지급, 기지급 지원금 정산 또는 지원사업 중단에 따른 성과지원금 환수 등

6. 자문 등 운영 지원

가. 건강보험정책심의위원회

○ 지원사업 관련 진행 상황이나 제도개선 사항 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 14인

○ **(역할)** 지원기관 선정평가 및 지원사업 운영에 관한 사항 자문

Ⅲ 지원사업 대상기관 선정

1. 지원사업 참여 신청

○ (신청대상) 참여를 희망하는 모든 상급종합병원

- **상급종합병원과 진료협력병원* 함께 신청**

* 진료협력을 맺고 있는 의료기관과 신청가능, 성과평가 및 전문의뢰·회송료는 동일 권역 내 또는 인접지역 2차급 진료협력병원 중심으로 적용

○ (신청서류)

- 상급종합병원 구조전환 지원사업 참여 신청서 [별지 제1호 서식]
- 상급종합병원 구조전환 지원사업 이행계획서 [별지 제2호 서식]
- 「전공의 연속근무 단축 시범사업」 참여 신청서 등 구비서류

2. 지원기관 선정평가

○ (선정요건)

❶ 일반입원실 허가병상 감축 계획* 제출

- ▲서울 10~15%(허가병상 1,500병상 이상 15%, 미만 10%) 감축
  ▲경기·인천 10% 감축 ▲비수도권 5% 감축

*「별지 제2호 서식」Ⅰ-2 일반입원실 허가병상 감축계획 작성, '24.12월까지 이행 완료 필요

❷「전공의 연속근무 단축 시범사업」참여

- 「전공의 연속근무 단축 시범사업」 미참여 기관은 지원사업 참여 신청서 등 구비서류* 제출 필요

* 2024년「전공의 연속근무 단축 시범사업」참여기관 모집 공고(보건복지부 제2024-358호) 참조 (보건복지부 누리집(www.mohw.go.kr) 알림 > 공지사항 > 공고)

❸ 구조전환(진료·진료협력·인력·전공의 수련) 이행계획서 제출

※ 2025년 이행계획서 제출

○ **(평가방법)** 지원기관 선정평가 자문단에서 평가

○ **(평가항목)** ❶ 일반병상 감축 예정 내용 적합여부, ❷ 전공의 연속근무 단축 시범사업 참여(또는 신청서 제출) 여부, ❸ 구조전환 이행계획 수립 여부*

* 이행계획은 병원의 구조전환에 필요한 투입 및 과정에 대한 계획을 여건에 맞게 자율적으로 수립하기 위한 목적이며, 성과평가는 별도 지표로 평가 예정

○ **(선정)** 평가자 2/3 이상의 적합 평가를 받은 평가지표가 2/3 이상(총 16개 지표 중 11개 이상)인 기관 선정

* 평가결과 평가자 2/3 이상이 부적합하다고 판단한 평가지표에 대해서는 선정 후 보완하여 최종 이행계획서와 이행약정서 제출

- 평가결과 부적합한 항목이 있어 선정되지 않은 기관은 이행계획서를 보완토록 하여 재평가

3. 지원기관 선정

○ 개별통보 및 보건복지부 누리집(알림→공지사항) 공고

※ 선정 기관은 의료기관 개설 허가사항 변경신청 내역서를 심사평가원 시범사업 자료 제출 시스템을 통해 제출하여야 함

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

Ⅳ 기능강화 지원 ❶

1. 요양(의료)급여 기준

가. 요양(의료)급여의 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. 요양(의료)급여의 비용 부담

○ 본 지침 Ⅳ. 기능강화 지원 ❶의 3. 급여목록에 분류된 항목에 대하여

① 건강보험 가입자 또는 피부양자는 **'(상급종합시범) 응급의료행위(별표3) 가산' 항목**에 한하여 「국민건강보험법」 제44조 및 동법 시행령 제19조제1항에서 정하는 바에 따라 **본인일부부담**하며, 그 외 항목은 건강보험공단에서 요양급여비용 전액을 부담함

② 의료급여 수급권자는 **'(상급종합시범) 응급의료행위(별표3) 가산' 항목**에 한하여 「의료급여법」 제10조 및 동법 시행령 제13조제1항에서 정하는 바에 따라 **본인일부부담**하며, 그 외 항목은 기금에서 의료급여비용 전액을 부담함

※ 추후 변경 가능

2. 산정지침

가. 일반원칙

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

나. 입원료 등

1) (상급종합시범) 입원 기능강화 정책수가

○ **(산정 대상) 입원실별 산정조건을 충족하는 경우**(일반중환자실은 Unit별)

구분*		산정조건
중환자실	일반	일반 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 1등급 이상
	신생아	신생아 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 2등급 이상
	소아	소아 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 1등급 이상
기타 특수병실		전체 대상 (낮병동 제외)
일반병실		입원환자 간호관리료 차등제 1등급 이상

* 세부 목록은 수가 산정 및 질의응답 참조

○ **(대상 환자)** 중환자실(일반중환자실은 Unit별), 기타 특수병실(낮병동 제외) 및 일반병실(2~4인실)에 입원한 환자

○ **(수가 산정)** 대상 환자의 입원료에 따른 정책수가 산정

수가 구분		대상 입원실
중환자실 기능강화 정책수가		중환자실(일반, 신생아, 소아)
기타 특수병실	특수병실 기능강화 정책수가Ⅰ	무균치료실, 음압 격리실, 납차폐특수치료실
	특수병실 기능강화 정책수가Ⅱ	집중치료실, 신생아실, 일반 격리실, 임종실
일반병실 기능강화 정책수가		(2~4인실) 일반병실

* 각 기능강화 정책수가 세부 산정대상은 질의응답 참조

○ **(산정 횟수)** 입원료 산정횟수와 동일하게, 해당되는 정책수가를 각각 산정

2) (상급종합시범) 입원환자 전문의 정책수가

○ **(대상 환자)** 해당 병동에서 전문의가 입원 진료를 시행하는 중환자실, 기타 특수병실(낮병동 제외) 및 일반병실의 입원 환자

○ **(산정 대상)** 입원병동의 전담전문의 수가 종류 또는 산정 여부에 따라 구분

수가 구분		산정 대상
중환자실	**입원환자 전문관리 정책수가Ⅰ**	중환자실 전담전문의 가산을 산정하는 중환자실
기타 특수병실, 일반병실	**입원환자 전문관리 정책수가Ⅱ**	(입원환자 전문관리 정책수가Ⅰ,Ⅲ 산정병동 외) 전문의가 대상 환자를 직접 진료하는 병실*
	입원환자 전문관리 정책수가Ⅲ	입원환자 전담전문의 관리료(1,2형)를 산정하는 병실

* 단, 입원환자 전담전문의 관리료 24시간형(3형) 등은 입원환자 전문관리 정책수가Ⅱ를 산정

○ **(산정 횟수)** 입원료 산정횟수와 동일하게 해당되는 정책수가를 각각 산정

다. (상급종합시범) 중증응급환자 응급의료행위(별표3) 가산

○ **(산정 대상)** 「응급의료에 관한 법률」에 따른 **지역응급의료센터** 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)** 중증응급환자 또는 중증응급의심환자(KTAS 1~3)

○ **(수가 산정)** 해당하는 행위료의 150% 수준 가산

○ **(산정 횟수)** 해당하는 행위료 산정횟수와 동일하게 산정하며, 제2의 수술(종병이상)은 산정횟수의 70%(0.7회) 산정

라. (상급종합시범) 중증 수술과 동반 마취 가산 수가

○ **(대상 환자)** 지원기관의 입원환자

○ **(수가 산정)** 중증 수술 및 중증 수술과 동반되는 마취 행위료의 50% 수준 가산

○ **(산정 횟수)** 해당하는 수술 및 마취 행위료 산정횟수와 동일하게 산정하되, 제2의수술(종병이상)은 산정횟수의 70%(0.7회) 산정

마. 전문 의뢰·회송

< 전문 의뢰·회송 수가 요약 >

구분		1) 진료협력병원 전문 회송료	2) 상급종합병원 전문 회송료	3) 진료협력병원 전문 의뢰료	4) 진료협력병원 등 회송환자 관리료*
대상 기관		지원기관 → 2차급 진료협력병원	지원기관 → 상급종합병원	2차급 진료협력병원 → 지원기관	지원기관 → 2차급 진료협력병원 또는 상급종합병원
	지역 구분	권역 내 또는 인접지역	수도권→비수도권	권역 내 또는 인접지역	**<2차급 회송>** 권역 내 또는 인접지역, **<상급종합병원 회송>** 수도권→비수도권
대상 환자		외래 또는 입원	외래 또는 입원	외래	외래 또는 입원
요건		▲패스트트랙 운영, ▲의사의 상세한 소견, ▲진료·영상정보 전자적 방식 제공 * 4) 진료협력병원 등 회송환자 관리료는 회송환자를 회송일로부터 90일 이내 진료한 경우			
지역가산		-	-	동일 권역 내	-

1) (상급종합시범) 진료협력병원 전문 회송료

※ 지원기관 → 2차급 진료협력병원

○ **(산정 대상)** 지원기관이 다음의 회송 절차와 전자적 방식에 따라 진료협력병원(권역 내 또는 인접지역)으로 회송하는 경우

- **(회송 절차)** 환자의 기본정보·상태 등을 '진료의뢰·회송 중계시스템'(이하 '중계시스템')을 이용한 '요양(의료)급여회송서' 또는 '진료기록전송지원시스템*'을 이용한 '진료회송서'를 통하여 전송

  *「의료법」 제21조의2 제3항에 따름

- **(전자적 방식)** 회송에 따른 상세한 의사 소견, 그간 진료내역, 검사결과 등 진료·영상정보를 포함하여 전자적 방식으로 제공

○ **(대상 환자)** 지원기관의 외래 또는 입원 환자

○ **(산정 횟수)** '가-5 회송료' 입원 또는 외래 산정횟수와 동일하게 '진료협력병원 전문 회송료' 산정

2) (상급종합시범) 상급종합병원 전문 회송료

※ 수도권(서울, 경기, 인천) 지원기관 → 비수도권 상급종합병원

○ **(산정 대상)** 지원사업에 참여하는 수도권 상급종합병원이 다음의 회송 절차와 전자적 방식에 따라 비수도권 상급종합병원으로 회송하는 경우

- **(회송 절차)** 환자의 기본정보·상태 등을 '진료의뢰·회송 중계시스템'(이하 '중계시스템')을 이용한 '요양(의료)급여회송서' 또는 '진료기록전송지원시스템*'을 이용한 '진료회송서'를 통하여 전송

  *「의료법」 제21조의2 제3항에 따름

- **(전자적 방식)** 회송에 따른 상세한 의사 소견, 그간 진료내역, 검사결과 등 진료·영상정보를 전자적 방식으로 제공

○ **(대상 환자)** 지원기관의 외래 또는 입원 환자

○ **(산정 횟수)** 회송 기준에 따라 '상급종합병원 전문 회송료*' 산정

  * '가-5 회송료' 산정 기준에 따라 '상급종합병원 전문 회송료Ⅰ·Ⅱ' 산정

3) (상급종합시범) 진료협력병원 전문 의뢰료

※ 2차급 진료협력병원 → 지원기관

○ **(산정 대상)** 진료협력병원이 다음의 의뢰 절차와 전자적 방식을 준수하여 의사판단에 따라 협력관계의 지원기관(권역 내 또는 인접지역)으로 진료 의뢰를 실시하는 경우

* '25.9.1.부터 적용

- **(의뢰 절차)** 환자의 기본정보·상태 등을 '중계시스템'을 이용한 '요양급여의뢰서' 또는 '진료기록전송지원시스템*'을 이용한 '진료의뢰서'를 통하여 전송

* 「의료법」 제21조의2 제3항에 따름

- **(전자적 방식)** 의뢰에 따른 상세한 의사 소견, 그간 진료내역, 검사결과 등 진료·영상정보를 포함하여 전자적 방식으로 제공하여야 함

○ **(대상 환자)** 진료협력병원이 협력 관계의 권역 내 또는 인접지역 지원기관으로 진료 의뢰하는 외래 환자

○ **(산정 횟수)** 「협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업」의 '진료의뢰료Ⅰ' 및 '진료의뢰료Ⅱ' 또는 '진료의뢰료Ⅲ' 산정횟수와 동일하게 '진료협력병원 전문 의뢰료' 산정

4) (상급종합시범) 진료협력병원 등 회송환자 관리료

※ 지원기관 → 2차급 진료협력병원, 비수도권 상급종합병원

○ **(산정 대상)** 지원기관이 전자적 방식을 통해 환자 회송 후 해당 환자를 진료(회송일 포함 90일 이내)한 경우 산정

○ **(대상 환자)** 지원기관의 회송으로 방문한 환자

○ **(산정 횟수)** 회송 받은 환자 진료 시 최초 1회 산정(회송일 포함 90일 이내)

5) 기타 사항

◆ 본 지원사업 지침에서 정하고 있지 않은 사항은 ‘가-5 회송료’ 산정 기준 및 「협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침*」에 따름

* 보건복지부 보험급여과-5706호(2024.12.31.) “「협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업」 지침 일부개정 통보”

3. 급여목록

분류 번호	코드	분류	금액
입원료 등		**가. (상급종합시범) 입원 기능강화 정책수가**	
	IF001	1. 중환자실 기능강화 정책수가	300,000
	IF002	2. 특수병실 기능강화 정책수가Ⅰ	200,000
	IF003	3. 특수병실 기능강화 정책수가Ⅱ	100,000
	IF004	주. 중환자실 등 특수병실에 대해 별도로 정한 사항에 해당하는 경우 산정	75,000
	IF005	4. 일반병실 기능강화 정책수가	75,000
		나. (상급종합시범) 입원환자 전문의 정책수가	
	IF011	1. 입원환자 전문관리 정책수가Ⅰ	50,000
	IF012	2. 입원환자 전문관리 정책수가Ⅱ	25,000
	IF013	3. 입원환자 전문관리 정책수가Ⅲ	12,500
응급진료		**(상급종합시범) 응급의료행위(별표3) 가산**	
		- 세부 행위 목록 별첨 참조	
중증 수술·마취		**가. (상급종합시범) 중증 수술 가산수가**	
		- 세부 행위 목록 별첨 참조	
		나. (상급종합시범) 중증 수술 동반 마취 가산수가	
		- 세부 행위 목록 별첨 참조	
전문 의뢰·회송		**가. (상급종합시범) 진료협력병원 전문 회송료**	
		1. (상급종합시범) 진료협력병원 전문 회송료 Ⅰ	
	IF111	(가) 입원	33,000
	IF112	(나) 외래	25,000
		2. (상급종합시범) 진료협력병원 전문 회송료 Ⅱ	
	IF121	(가) 입원	36,000
	IF122	(나) 외래	28,000

분류 번호	코드	분류	금액
		3. (상급종합시범) 상급종합병원 전문 회송료 Ⅰ	
	IF131	(가) 입원	66,000
	IF132	(나) 외래	49,000
		4. (상급종합시범) 상급종합병원 전문 회송료 Ⅱ	
	IF141	(가) 입원	72,000
	IF142	(나) 외래	56,000
	IF101	**나. (상급종합시범) 진료협력병원 전문 의뢰료**	15,000
	IF102	주: 비수도권에서 동일 권역 내 기관에 의뢰한 경우 별도로 산정한다.	5,000
	IF103	**다. (상급종합시범) 진료협력병원 등 회송환자 관리료**	15,000

※ 응급의료행위(별표3) 가산 및 중증 수술·마취 가산 수가
- 가산대상수가 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. 요양(의료)급여비용 청구원칙

1) 개요

○ **(요양(의료)급여비용 청구 및 자료제출 매체)** 지원기관은 정보통신망 또는 전산 매체 중 한가지 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 요양(의료) 급여비용 명세서에 작성

※ **(진료협력병원 전문 의뢰료 및 진료협력병원 등 회송환자 관리료)** 동일 수진자에 대해 지원사업 내역(진료협력병원 전문 의뢰료 및 진료협력병원 등 회송환자 관리료)과 비지원사업 내역(다른 진료내역)은 분리하여 요양급여비용명세서에 연이어 작성

○ **(특정내역 기재)** 진료협력병원 전문 의뢰료, 진료협력병원 등 회송환자 관리료를 산정하는 경우 각각 명일련단위 특정내역 구분코드(MT002)란에 특정기호 “S046(상급종합병원 구조전환 지원사업(진료협력병원 전문 의뢰료))”, “S047(상급종합병원 구조전환 지원사업(진료협력병원 등 회송환자 관리료))”를 기재하여 청구

나. 명세서 작성요령

1) 일반내역

구분		세부작성요령	
		요양급여일수	입원일수, 총 내원일수
입원료		실 요양급여일수 기재	실 입원(내원)일수 기재
응급진료			
중증 수술과 동반 마취 가산			
전문 의뢰·회송	진료협력병원 전문 회송료	실 요양급여일수 기재	실 입원(내원)일수 기재
	상급종합병원 전문 회송료		
	진료협력병원 전문 의뢰료	0	0
	진료협력병원 등 회송환자 관리료		

2) 상병내역

항목	세부작성요령
	내원일자, 당월 요양개시일
입원료	외래 명세서의 경우 진료일자 기재, 입원 명세서의 경우 요양기관에 해당 상병 진료를 위하여 그 달에 최초 입원한 년·월·일을 기재
응급진료	
중증 수술과 동반 마취 가산	
전문 의뢰·회송	(진료협력병원 전문 회송료 및 상급종합병원 전문 회송료) 외래 명세서의 경우 회송 실시일자를 기재 하며, 입원 명세서의 경우 입원일 기재
	(진료협력병원 전문 의뢰료) 외래 명세서의 의뢰 실시일자 기재
	(진료협력병원 등 회송환자 관리료) 외래 또는 입원 명세서의 진료 실시일자를 기재

3) 진료내역

항목		세부작성요령
입원료		'02항(입원료) 99목(기타)'란에 기재
응급진료	중증응급환자 응급의료행위(별표3) 가산	기존 응급의료행위의 항, 목번호와 동일하게 기재
중증 수술과 동반 마취 가산		가산 대상 행위의 항, 목번호와 동일하게 기재
전문 의뢰·회송		'01항(진찰료) 03목(응급 및 회송료 등)'란에 기재

4) 특정내역

가) 입원료

구분	특정내역 기재사항
입원 기능강화 정책수가 산정 시 중환자실의 경우	진료(조제)내역 줄번호 특정내역 JT001(확인코드)란에 해당 중환자실 확인코드를 반드시 기재하여 청구

나) 응급진료

구분	특정내역 기재사항
두 개 이상의 응급의료센터를 지정받은 기관의 경우	명세서 단위 특정내역 MT048(응급의료센터 구분코드)란에 환자에 대한 주된 진료를 수행한 기관을 반드시 기재
응급의료행위(별표 3) 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 실시 시간 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

<예시> '지역응급의료센터'이면서 '소아전문응급의료센터'로 지정받은 기관에 중증응급환자(KTAS1)가 '지역응급의료센터' 응급실에 도착해서 24시간 이내에 (별표 3)의 처치·수술 등을 시행한 경우

구 분	응급실 입원	처치·수술	응급실 퇴실
날짜 및 시각	2026.1.2. 오전 10시15분	2026.1.3. 오전 3시30분	2026.1.3. 오전 8시30분
MS005 기재방법(From/To)	202601021015/202601030830		
JS010 기재방법	202601030330		
MT046 기재방법	1		
MT048 기재방법	3		

다) 전문 의뢰·회송

○ 특정내역 기재사항

구분	특정내역 기재사항
지원기관에서 진료협력병원으로 전문 회송을 하는 경우	명세서 단위 특정내역 MT066(진료의뢰회송번호)란에 중계시스템에 등록된 '회송번호'를 기재 ■ 회송번호: 지원기관기호 + YYMMDD + 일련번호 - YYMMDD: 요양급여회송서 발급 년.월.일(6자리) - 일련번호: 'A'+ 요양급여회송서 발급 년.월.일에 발생한 일련번호(4자리)
수도권 지원기관에서 비수도권 상급종합병원으로 회송을 하는 경우	
진료협력병원에서 지원기관으로 전문 의뢰를 하는 경우	① 명세서 단위 특정내역 MT002(특정기호)란에 'S046' 기재 ② 명세서 단위 특정내역 MT066(진료의뢰회송번호)란에 중계 시스템에 등록된 '의뢰번호'를 기재 ■ 의뢰번호: 의뢰기관기호 + YYMMDD + 일련번호 - YYMMDD: 요양급여의뢰서 발급 년.월.일(6자리) - 일련번호: 'A'+ 요양급여의뢰서 발급 년.월.일에 발생한 일련번호(4자리)
지원기관에서 회송받은 환자를 진료협력병원·비수도권 상급종합병원에서 90일 이내 진료한 경우	① 명세서 단위 특정내역 MT002(특정기호)란에 'S047' 기재 ② 명세서 단위 특정내역 MT076(진료협력병원 등 회송환자 관리료 회송 확인번호)란에 중계시스템에 등록된 '회송번호'를 기재 ■ 회송번호: 지원기관기호 + YYMMDD + 일련번호 - YYMMDD: 요양급여의뢰서 발급 년.월.일(6자리) - 일련번호: 'A'+요양급여회송서 발급 년.월.일에 발생한 일련번호(4자리)

○ 특정내역 구분코드 작성요령

구분 코드	특정 내역	특정내역 기재형식	작성요령 및 기재형식
MT066	진료의뢰 회송번호 (*)	X(19)	◆ 상급종합병원 구조전환 지원사업에 해당하는 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: 'A'+요양급여의뢰서 발급 년.월.일에 발생한 일련번호(4자리) ■ 회송번호: 회송기관기호 + YYMMDD + 일련번호 - YYMMDD: 요양급여회송서 발급 년.월.일(6자리) - 일련번호: 'A'+ 요양급여회송서 발급 년.월.일에 발생한 일련번호(4자리)

구분 코드	특정 내역	특정내역 기재형식	작성요령 및 기재형식
MT076	진료협력 병원 등 회송환자 관리료 회송 확인번호 (*)	X(19)	◆ 상급종합병원 구조전환 지원사업에 참여하는 기관이 진료협력을 맺은 지원기관으로부터 회송 받은 환자를 회송일 포함 90일 이내 진료 후 진료협력병원 등 회송환자 관리료 청구 시 회송 받은 번호 기재 ※ 회송 번호는 19자리까지 기재 ▪ 회송번호: 지원기관 기호 + YYMMDD + 일련번호 - YYMMDD: 요양급여회송서 발급 년.월.일(6자리) - 일련번호: 'A'+ 요양급여회송서 발급 년.월.일에 발생한 일련번호(4자리)

다. 세부작성요령

1) 응급 진료

항목	세부작성요령
응급 의료 행위 (별표3) 추가 가산	□ 중증응급환자 응급의료행위 (별표3) 가산: 기존 응급의료행위 항, 목번호과 동일 기재 <예시1> 2026년 1월 6일 오전 10시 15분 지역응급의료센터(A상급종합병원) 응급실에 내원한 중증응급환자가 2026년 1월 7일 새벽 3시 30분에 늑골골절관혈적정복술(제2의수술) 실시한 경우(응급실에서 1월 8일 오전 8시 30분 퇴실 후 입원한 경우)

항	목	줄번호	코드구분	코드	i/ii	단가	일투	총투	금액
08	01	5	1	N0532004	ii	337,450	1	1	337,450
08	01	6	1	IFN05321	i	700,660	0.7	1	490,462

특정내역기재란

발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
1		MS005	202601061015/202601080830
1		MT046	1
1		MT048	3
2	5	JS010	202601070330

요양급여비용총액1	본인일부부담금[주1)]	청구액[주2)]
878,530원	175,700원	702,830원

주1. {388,068원(늑골골절관혈적정복술(제2의수술)) + 490,462원(늑골골절관혈적정복술(제2의수술)응급의료행위가산)} X 20%(입원 본인부담률) = 175,700원(10원미만 절사)
2. 878,530원(요양급여비용총액1) - 175,700원(본인일부부담금) = 702,830원

항목	세부작성요령

<예시2> 2026년 1월 2일 오전 10시15분 지역응급의료센터(A상급종합병원) 응급실에 내원한 중증응급환자가 2026년 1월 2일 오후 4시30분에 경피적 대동맥류내 다층구조 혈류 모듈레이터 삽입술을 실시한 경우(응급실에서 1월 4일 오전 8시 30분 퇴실 후 입원한 경우)

항	목	줄번호	코드구분	코드	i/ii	단가	일투	총투	금액
B	03	7	1	IFM66151	i	2,068,400	1	1	2,068,400
B	03	8	1	M6615	ii	1,423,090	1	1	1,423,090

특정내역기재란			
발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
1		MT002	V192
1		MS005	202601021015/202601040830
1		MT046	1
1		MT048	3
2	7	JS010	202601021630

요양급여 비용총액1	본인 일부부담금	청구액	100분의100미만 총액	100분의100미만 본인일부부담금주1)	100분의100미만 청구액주2)
0원	0원	0원	3,704,950원	2,963,960원	740,990원

주1. 3,704,954원(B항 총액) X 80%(B항 본인부담률) = 2,963,960원(10원미만 절사)

2. 3,704,950원(100분의100미만총액) - 2,963,960원(100분의100미만본인일부부담금) = 740,990원

2) 중증수술과 동반 마취가산

항목	세부작성요령
중증 수술 가산, 중증 수술 동반 마취 가산 수가	□ 가산 대상 행위의 항, 목번호와 동일하게 기재 <예시> 중증산정특례 유방암 환자가 A상급종합병원에 입원하여 유방절제술-악성-부분절제-액와림프절 청소술 포함 및 액와감시림프절절제술 제2의수술(종병이상)을 기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취하에 시행하는 경우

항	목	코드구분	코드	i / ii	단가	일투	총투	금액
05	01	1	L1211	ii	127,470	1	1	127,470
05	01	1	L1231	ii	30,520	8	1	244,160
05	01	1	IFL12110	i	61,760	1	1	61,760
05	01	1	IFL12310	i	11,880	8	1	95,040
08	01	1	N7136	ii	1,883,080	1	1	1,883,080
08	01	1	P2123004	ii	342,430	1	1	342,430
08	01	1	IFN71360	i	912,330	1	1	912,330
08	01	1	IFP21230	i	237,010	0.7	1	165,907

요양급여비용총액1	본인일부부담금주1)	청구액주2)
4,221,740원	149,330원	4,072,410원

주1. {1,235,037원(중증수술·동반마취 가산수가) X 0%(본인부담률)} + {(요양급여총액1 - 1,235,037원(중증수술·동반마취 가산수가)) X 5%(본인부담률)} = 149,330원(10원미만 절사)

2. 4,221,740원(요양급여비용총액1) - 149,330원(본인일부부담금) = 4,072,410원

3) 전문 의뢰·회송

<table>
<tr><th>항목</th><th>세부작성요령</th></tr>
<tr><td>진료협력병원 전문 회송료 Ⅰ,Ⅱ</td><td>

□ '01항(진찰료) 03목(응급 및 회송료 등)' 란에 기재한다.

<예시> 2026년 1월 2일 A상급종합병원(요양기호 11234567)에서 입원중인 환자의 상태가 호전되어 영상정보와 표준화된 진료정보에 해당하는 영상검사 결과지 등을 첨부하여 권역 내 협력 관계인 B병원(요양기호 12245678)으로 회송하는 경우 (A상급종합병원에서 부여한 회송 일련번호가 1인 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>AE011</td><td>66,470</td><td>1</td><td>1</td><td>66,470</td></tr>
<tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IF111</td><td>33,000</td><td>1</td><td>1</td><td>33,000</td></tr>
<tr><td>09</td><td>01</td><td>1</td><td>D3002</td><td>18,290</td><td>1</td><td>1</td><td>18,290</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">MT066</td><td colspan="2">11234567260102A0001</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>요양급여비용총액1</th><th>본인일부부담금주1)</th><th>청구액주2)</th></tr>
<tr><td>117,760원</td><td>3,650원</td><td>114,110원</td></tr>
</table>

주1. 99,470원(회송료Ⅰ+진료협력병원 전문 회송료Ⅰ) X 0%(본인부담률)+{(요양급여총액1-99,470원(회송료Ⅰ+진료협력병원 전문 회송료Ⅰ)) X 20%(본인부담률)}=3,650원(10원미만 절사)

2. 117,760원(요양급여비용총액1)-3,650원(본인일부부담금)=114,110원

</td></tr>
<tr><td>상급종합병원 전문 회송료 Ⅰ,Ⅱ</td><td>

□ '01항(진찰료) 03목(응급 및 회송료 등)' 란에 기재한다.

<예시> 2026년 1월 5일 서울시 A상급종합병원(요양기호 11234567)에서 입원중인 환자를 권역 외 부산시 B상급종합병원(요양기호 11345678)으로 회송하는 경우 (A상급종합병원에서 부여한 회송 일련번호가 2인 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>IF131</td><td>66,000</td><td>1</td><td>1</td><td>66,000</td></tr>
<tr><td>09</td><td>01</td><td>1</td><td>D3002</td><td>18,290</td><td>1</td><td>1</td><td>18,290</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">MT066</td><td colspan="2">11234567260105A0002</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>요양급여비용총액1</th><th>본인일부부담금주1)</th><th>청구액주2)</th></tr>
<tr><td>84,290원</td><td>3,650원</td><td>80,640원</td></tr>
</table>

주1. 66,000원(상급종합병원 전문 회송료Ⅰ) X 0%(본인부담률)+{(요양급여총액1-66,000원(상급종합병원 전문 회송료Ⅰ)) X 20%(본인부담률)}=3,650원(10원미만 절사)

2. 84,290원(요양급여비용총액1)-3,650원(본인일부부담금)=80,640원

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

항목	세부작성요령
진료 협력 병원 전문 의뢰료	❖「협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업」 지침 개정에 따라 '24년 12월 31일 진료분까지 예시1~2 참고, '25년 1월 1일 진료분부터 예시3~4 참고 □ '01항(진찰료) 03목(응급 및 회송료 등)' 란에 기재한다. <예시1> 2024년 11월 10일 대구시 A병원(요양기호 12245678) 외래 진료 후 표준화된 진료정보에 해당하는 검사 결과지를 첨부하여 권역 내 협력 관계인 B상급종합병원(요양기호 11245678)으로 의뢰 하는 경우 (A병원에서 부여한 의뢰일련번호가 3번인 경우)

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	1	IA100	2,900	1	1	2,900
01	03	1	IA102	10,730	1	1	10,730
01	03	1	IA110	4,120	1	1	4,120
01	03	1	IF101	15,000	1	1	15,000
01	03	1	IF102	5,000	1	1	5,000

특정내역기재란			
발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
1		MT002	S046
1		MT066	12245678241110A0003

요양급여비용총액1	본인일부부담금주1)	청구액주2)
37,750원	3,200원	34,550원

주1. 27,020원(진료의뢰료Ⅱ+진료협력병원 전문 의뢰료+비수도권 동일시·도 및 동일 권역내 가산) X 0%(본인부담률)+{(요양급여총액1-27,020원(진료의뢰료Ⅱ+진료협력병원 전문 의뢰료+비수도권 동일시·도 및 동일 권역내 가산)) X 30%(본인부담률)}=3,200원(100원미만 절사)

2. 37,750원(요양급여비용총액1)-3,200원(본인일부부담금)=34,550원

<예시2> 2024년 11월 11일 서울시 A종합병원(요양기호 11345678) 외래 진료 후 B환자(중증 암 V193진료)의 영상정보와 표준화된 진료정보에 해당하는 영상검사 결과지와 검사 결과지 등을 첨부하여 권역내 협력 관계인 C상급종합병원(요양기호 11198765)으로 의뢰하는 경우
(A종합병원에서 부여한 의뢰일련번호가 7번인 경우)

항목	세부작성요령

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	1	IA103	10,730	1	1	10,730
01	03	1	IA120	8,110	1	1	8,110
01	03	1	IF101	15,000	1	1	15,000

특정내역기재란

발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
1		MT002	V193
1		MT002	S046
1		MT014	0123456789
1		MT066	11345678241111A0007

요양급여비용총액1	본인일부부담금주1)	청구액주2)
33,840원	500원	33,340원

주1. 23,110원(진료의뢰료Ⅲ+진료협력병원 전문 의뢰료) X 0%(본인부담률)+{(요양급여총액1-23,110원(진료의뢰료Ⅲ+진료협력병원 전문 의뢰료)) X 5%(중증 암환자 본인부담률)}=500원(100원미만 절사)

2. 33,840원(요양급여비용총액1)-500원(본인일부부담금)=33,340원

<예시3> 2025년 1월 23일 서울시 A종합병원*(요양기호 11345678) 외래 진료 후 **의사판단**에 따라 B환자의 영상정보와 표준화된 진료정보에 해당하는 영상검사 결과지와 검사 결과지 등을 첨부하여 권역내 협력 관계인 C상급종합병원(요양기호 11198765)으로 의뢰하는 경우

* 단, Agent를 통해 의뢰서 작성

(A종합병원에서 부여한 의뢰일련번호가 7번인 경우)

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	1	IA025	11,000	1	1	11,000
01	03	1	IA026	11,500	1	1	11,500
01	03	1	IA720	9,000	1	1	9,000
01	03	1	IF101	15,000	1	1	15,000

특정내역기재란

발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
1		MT002	S046
1		MT066	11345678250123A0007

요양급여비용총액1	본인일부부담금주1)	청구액주2)
46,500원	0원	46,500원

주1. 46,500원(진료의뢰료Ⅰ-"주2"+진료의뢰료Ⅰ-(1)+진료의뢰료Ⅲ+진료협력병원 전문 의뢰료) X 0%(본인부담률)=0원(100원미만 절사)

2. 46,500원(요양급여비용총액1)-0원(본인일부부담금)=46,500원

항목	세부작성요령

<예시4> 2025년 9월 1일 세종특별시 B병원(요양기호 12234567) 외래 진료 후 의사 판단에 따라 B환자의 표준화된 진료정보에 해당하는 검사 결과지를 첨부하여 협력 관계인 대전시 A상급종합병원(요양기호 11198760)으로 의뢰하는 경우 (B병원에서 부여한 의뢰일련번호가 7번인 경우)

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	1	IA023	6,500	1	1	6,500
01	03	1	IA026	11,500	1	1	11,500
01	03	1	IA710	4,500	1	1	4,500
01	03	1	IF101	15,000	1	1	15,000
01	03	1	IF102	5,000	1	1	5,000

특정내역기재란

발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
1		MT002	S046
1		MT066	12234567250901A0007

요양급여비용총액1	본인일부부담금주1)	청구액주2)
42,500원	0원	42,500원

주1. 42,500원(진료의뢰료Ⅰ(1)+진료의뢰료Ⅱ+진료협력병원 전문 의뢰료+동일 광역시·도내 가산 및 동일 권역내 가산) X 0%(본인부담률)=0원(100원미만 절사)
2. 42,500원(요양급여비용총액1)-0원(본인일부부담금)=42,500원

진료협력병원 등 회송환자 관리료

□ '01항(진찰료) 03목(응급 및 회송료 등)' 란에 기재한다.

<예시> 2025년 1월 2일 권역내 협력 관계인 A상급종합병원(요양기호 11234567)으로부터 회송받은 환자를 2025년 1월 30일(90일 이내) B병원(요양기호 12245678)에서 진료 한 경우
(A상급종합병원의 회송 일련번호 기재)

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	1	IF103	15,000	1	1	15,000

특정내역기재란

발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
1		MT002	S047
1		MT076	11234567250102A0001

요양급여비용총액1	본인일부부담금주1)	청구액주2)
15,000원	0원	15,000원

주1. 15,000원(진료협력병원 등 회송환자 관리료) X 0%(본인부담률) = 0원(100원미만 절사)
2. 15,000원(요양급여비용총액1)-0원(본인일부부담금)=15,000원

라. 보완청구 및 추가청구

○ **(보완청구)** 요양(의료)급여비용을 청구하였으나 심사평가원에서 심사불능 처리한 경우, 해당사유를 보완하여 보완청구

○ **(추가청구)** 요양(의료)급여비용을 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

Ⅴ 기능강화 지원 ❷

1. 24시간 진료지원금 지원 목적

○ 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 경우(진료지원간호사 포함한 간호사 등)는 지원 대상에서 제외

2. 24시간 진료지원금 지불체계

가. 24시간 진료지원금 산정

○ 연간(월별) 당직 계획을 기준으로 전문의, 간호사, 진료지원간호사의 24시간 진료지원금 산정

- **(사전 지원금)** 연간(월별) 당직 계획 기준 진료지원금 75% 일괄 지급

※ 연차별 비율: 1차 연도 50%, 2차 연도 75%

- **(사후 지원금)** 실제 지원금 지급 평가* 후 진료지원금의 25% 정산 지급

* 24시간 진료지원 월별 당직 현황([별지 제6-2호 서식]), 24시간 진료지원금 월별 지급 내역서([별지 제6-3호 서식]), 실제 당직표 등

※ 연차별 비율: 1차 연도 50%, 2차 연도 25%

나. 산정 방법

○ 연간(월별) 전문의, 간호사, 진료지원간호사의 당직 계획서([별지 제6-1호 서식])를 작성 및 제출

- 직종별(전문의, 간호사(진료지원간호사 포함)) 전체 인원의 10% 범위 내 작성

※ 전문의 총 326명인 경우, 전문의 인력의 10%인 33명 작성 (소수 첫째자리에서 반올림)
계획서 제출 시 당직인원을 10% 이하로 제출한 경우 계획서에 따라 정산 지급

○ 연간(월별) 당직 계획을 반영하여 연간 진료지원금 산정

※ 연간 진료지원금 산정은 아래 방식으로 하나, 총액의 범위 내에서 「3. 24시간 진료 지원금 관리 및 집행기준」에 따라 실제 집행은 자율적으로 수행 가능. 단, 직종별 당직비 상한금액 준수

직종별 ① 당직 인원 × ② 당직 일수 x ③ 당직비

① 당직 인원: 특정 당직일에 근무하는 직종별 당직 인원 수

② 당직 일수: 직종별 당직 근무 일수

③ 당직비: '24년 비상진료 의료인력 당직비 지원 수준

- 의사(전문의): 휴일 90만원, 평일 45만원
- 진료지원간호사: 휴일·평일 15만원
- 간호사: 휴일·평일 14만원

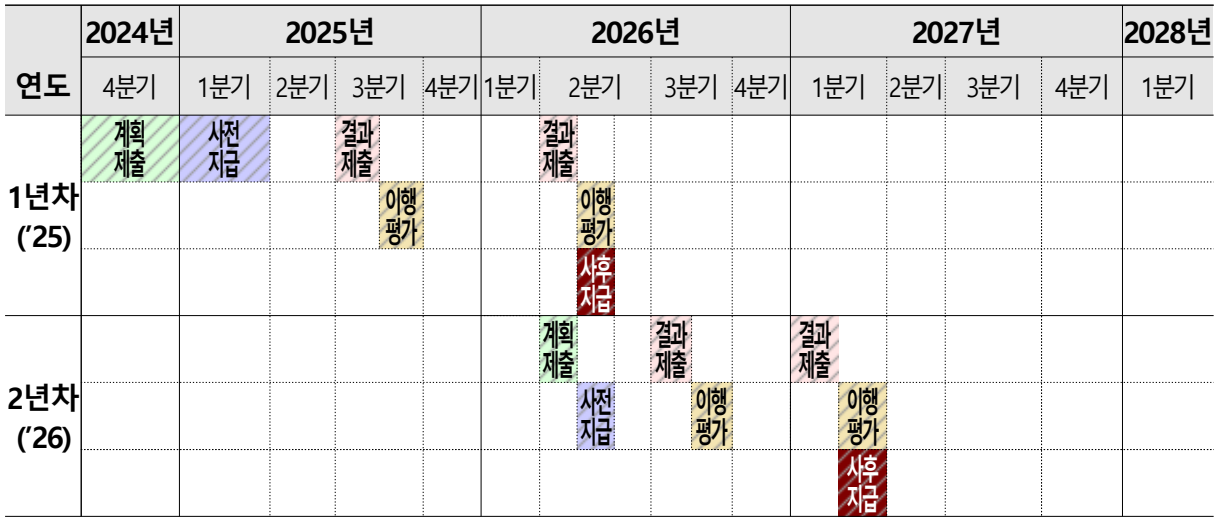
다. 지급시기

○ **(사전지급)** 사업연도 1분기에 연간 75% 일괄 지급

※ 연차별 비율: 1차 연도 50%, 2차 연도 75%

○ **(사후지급)** 실제 근무 당직현황 등을 반기별로 확인 후 다음연도 1분기에 정산 지급

※ 연차별 비율: 1차 연도 50%, 2차 연도 25%



연도	2024년	2025년				2026년				2027년				2028년
	4분기	1분기	2분기	3분기	4분기	1분기	2분기	3분기	4분기	1분기	2분기	3분기	4분기	1분기
3년차 ('27)										계획 제출		결과 제출		결과 제출
											사전 지급	이행 평가		이행 평가
														사후 지급

* 계획제출: 24시간 진료지원 연간(월별) 당직 계획서 [별지 제6-1호 서식]
결과제출: 24시간 진료지원 월별 당직 현황 [별지 제6-2호 서식], 당직비 지급내역, 24시간 진료지원금 월별 지급내역서 [별지 제6-3호 서식], 「상급종합병원 구조전환 지원사업」 참여 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서[의료기관용] [별지 제7-1호 서식] 및 당직 근무표 등 증빙자료

※ 지급시기는 변동될 수 있음

라. 제출자료

○ **(24시간 진료지원 당직 계획 및 현황)** 24시간 진료지원 연간(월별) 당직 계획서([별지 제6-1호 서식]) 및 24시간 진료지원 월별 당직 현황([별지 제6-2호 서식])

○ **(증빙자료)** 24시간 진료지원금 월별 지급내역서([별지 제6-3호 서식]), 「상급종합병원 구조전환 지원사업」 참여 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서[의료기관용]([별지 제7-1호 서식]), 실제 당직 근무를 확인할 수 있는 당직 근무표 및 지급금액을 확인할 수 있는 당직비 지급내역 등 증빙자료

마. 자료제출 방법

○ 심사평가원 시범사업 자료제출 시스템(https://aq.hira.or.kr/hira_mc/)에 접속하여 제출

※ 파일명은 '신청기관 요양기호-신청기관 요양기관명'으로 설정 (예시: 12345678-OOO병원)

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 인건비(당직비, 성과금 등)에 사용하여야 하며, 지원사업 수행과 직접적인 관련이 없는 항목으로 사용하여서는 아니 됨

○ 지원기관은 24시간 진료지원금을 참여 당직자에게 지급하여야 하며, 당직비 수준에 대한 기관 내 실제 집행은 '24년 비상진료 의료인력 당직비 지원 수준 범위 내에서 자율적으로 수행 가능함

○ 당해연도에 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

○ 24시간 진료지원금과 타 건강보험 시범사업 및 국비(지방비)를 재원으로 하는 타 사업 예산을 동일인에게 동일한 용도로 중복 집행하여서는 아니 됨

○ 지원기관은 24시간 진료지원금 집행의 책임성 확보 및 집행과정에서의 지원금 누수 방지와 지원사업 목적에 따른 사용을 위하여 반드시 정당한 결재권자에 의한 결재가 이루어진 후 집행되도록 관리·감독하여야 함

○ 지원기관은 실제 근무한 월별 당직 현황([별지 제6-2호 서식])등을 정기적(반기별)으로 보건복지부장관(위탁 심사평가원장)에게 제출하여야 함

○ 지원기관은 지원사업 목적 및 사용계획 등에 따라 24시간 진료지원금 전액을 당해연도 집행을 원칙으로 하되, 지원사업 추진 일정에 따라 당해연도 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

○ 보건복지부장관은 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 인수받은 건강보험공단은 10일 이내 지원기관의 요양급여비용 계좌에 '가감지급' 내용으로 지급

※ 원천징수세액, 환수금, 채권, 미반환 24시간 진료지원금 등이 있는 경우 지급할 진료지원금에서 우선 공제

심사평가원	건강보험공단
24시간 진료지원금 지급 안내	24시간 진료지원금 지급 및 지급결과 통보 (심사평가원, 지원기관)

나. 환수 절차

○ 심사평가원의 모니터링 결과 실제 당직 현황과 지급내역이 상이한 경우, 진료지원금 반환을 결정하고, 지원기관에 지급할 요양급여비용에서 공제 후 상계 처리

※ 지급할 요양급여비용이 없는 폐업기관, 전산상계가 어려운 경우 등은 현금고지

심사평가원	건강보험공단
지원기관 24시간 진료지원금 반환 안내	전산상계(개설기관) 현금고지(폐업기관 등)

Ⅵ 지원사업 성과지원

1. 성과지원 개요

○ **(기간)** 3년간 지원사업 기간 중 매년 평가·지원

○ **(지표)** 5대 구조전환 항목에 대한 연차별 성과지표 마련

- 1차 연도('25년)는 ▲[진료] 중증환자 비중, ▲[진료협력] 전문의뢰·회송 기반구축 및 실적, ▲[병상] 병상 감축 및 중환자실 비중 중심으로 평가 및 지원

- 2차 연도('26년)는 ▲[진료] 중증환자 비중, 필수·공공 의료 기능 평가, ▲[진료협력] 진료협력 기반구축 및 실적, ▲[병상] 중환자실 비중 및 역량, ▲[수련] 다기관 협력수련 참여 실적 중심으로 평가 및 지원

- 현장 적응 등에 시일이 필요한 인력 분야는 이행 상황을 모니터링 하면서 3차 연도 지표 제시

2. 1차 연도 성과지원 세부내용

가. 중증(적합질환)중심 진료 성과

1) 개요

○ **(평가기준)** ① 사업연도 적합질환자 비중 70% 초과 달성여부 또는 ② '23년 적합질환자 비중 대비 3%p 상향 달성률* 평가

* (달성률) 지원기관별 '23년 적합질환자 비중 대비 1차 연도 상향 비율(%p) ÷ 3%p

- **(가점)** 사업연도 적합질환자 비중이 70%를 초과하면서 '23년 적합질환자 비중 대비 3%p 이상 상향한 경우

○ **(평가자료)** 심사평가원 진료비 청구자료

2) 기준지원금 산정

○ 지원기관별 '23년 진료비 비례 지원금 및 균등 지원금으로 구성

지원기관별 ① '23년 진료비(입원·외래)의 0.90%* + ② 균등 지원금 28억원**
* 전체 지원기관의 '23년 진료비(건강보험 및 의료급여 환자의 입원·외래 진료비) 대비 중증환자 비중 지원금(3,300억원)의 60% 금액 비율 ** 중증환자 비중 지원금(3,300억원)의 40% 금액을 지원기관에 동일하게 배분

3) 지원금 결정

○ 지원기관별 중증환자 비중 달성 성과에 따라 사후 차등지급

구분	지원금 산정	추가 지원금 산정
사업연도 적합질환자 비중 70% 초과	기준지원금의 100% 산정	* 3%p 상향 동시 달성 시 기준 지원금의 5% 추가 지원
'23년 적합질환자 비중 대비 3%p 이상 상향		
'23년 적합질환자 비중 대비 3%p 미만 상향	기준지원금의 0~100% 미만* 산정 * 기준지원금 × 달성률	

4) 평가 및 지원 시기

○ 사업연도('25년 3~12월) 실적 평가하여, '26년 6월 지급

나. 전문 의뢰·회송 성과

1) 기반구축 지원

○ **(개요)** 지원기관과 권역 내 진료협력병원*을 대상으로, 시스템 개선, 진료협력 기능 강화 활동 수행, 진료협력 전담의료진 배치를 지원하기 위함

* 지원기관이 자체 선정하며, 매월 추가 등록 가능(최대 20개소, 연중), 다른 지원기관과 중복하여 선정 가능

※ 지원 대상으로 선정된 진료협력병원(이하 '기반구축 지원 대상 기관')은 진료협력 전담의료진을 확보(1명 이상)하고, 진료역량정보**를 등록 및 매달 현행화하여야 함

** 질의응답 '6. 성과지원, 진료역량정보' Q1 참조

❶ **(사진·영상 공유 시스템 개선)** 전자의무기록시스템(EMR)에서 직접 진료의뢰·회송 중계시스템 또는 진료정보교류시스템을 통해 사진·영상 정보 전송 등이 가능하도록 기능 개선

❷ **(진료협력 기능 강화 활동 수행)** 지원기관은 진료협력병원의 역량 강화를 지원하고, 진료협력병원은 진료역량정보 등록·관리, 의뢰·회송 환자 관리 등 수행

❸ **(진료협력 전담의료진 배치)** 환자가 적절한 시기에 치료 가능하도록 전담의료진(의사 또는 간호사)을 신규 배치하여 의뢰·회송 절차 관리, 의뢰·회송 환자 모니터링 등 수행

○ **(지원금 산정)** ❶시스템 개선, ❷진료협력 강화 활동, ❸전담의료진 배치*에 대한 계획을 기준으로 지원기관은 최대 5억원, 진료협력병원은 최대 2억원으로 차등하여 산정

* '24년 3월 이후 배치부터 인정, 단, 「중증진료체계 강화 시범사업」 참여기관은 사업계획서에 따른 신규 배치까지 인정

구분	지원금
1. 지원기관	
1) ❶ + ❷ + ❸(1명)	1억 6,400만원
2) ❶ + ❷ + ❸(2명)	2억 1,200만원
3) ❶ + ❷ + ❸(3명)	2억 6,000만원
4) ❶ + ❷ + ❸(4명)	3억 800만원
5) ❶ + ❷ + ❸(5명)	3억 5,600만원
6) ❶ + ❷ + ❸(6명)	4억 400만원
7) ❶ + ❷ + ❸(7명)	4억 5,200만원
8) ❶ + ❷ + ❸(8명)	5억원
2. 진료협력병원	
1) ❶ + ❷ + ❸(1명)	1억 400만원
2) ❶ + ❷ + ❸(2명)	1억 5,200만원
3) ❶ + ❷ + ❸(3명)	2억원

○ **(지원금 결정)** 진료협력 기반구축 운영 계획서([별지 제4-2호 서식]) 작성하여 제출 시 이에 대한 운영 성과를 확인하여 연간 지원금 지급

- **(사전 지원금)** 연간 계획에 따른 지원금의 70% 일괄 지급*

* '25년 3월 이후 등록된 진료협력병원은 이행계획 고려하여 차등 지급

※ 진료협력 전담의료진 신규배치는 1인당 월 400만원

- **(사후 지원금)** 운영 성과([별지 제4-3호 서식]) 등 확인 후 지원금의 30% 정산 지급*

* 실제 이행 결과를 고려하여 정산

※ 총 지원금이 사전지원금 보다 적은 경우 차액을 환수 조치

○ **(평가 및 지원 시기)** 운영 계획 확인 후 사전(70%), 운영 성과 확인 후 '26년 6월에 사후(30%) 지원

2) 진료협력 평가

○ **(개요)** 진료협력체계의 유기적 작동 여부를 평가하기 위한 지표*로 구성

* 진료협력병원과의 전문 의뢰·회송 건수 및 비율, 회송 후 재의뢰 환자의 대기기간

- **(평가방법)** 지표별로 상대평가를 통해 점수를 부여하고 지표별 점수를 합산하여 종합점수 산출

❶ 진료협력병원과의 전문 의뢰·회송 건수 및 비율

정의	진료협력병원 간 전문의뢰·회송 건수 및 지원기관의 외래·입원 전문의뢰·회송 비율
산출식	• ① 진료협력병원 간 전문의뢰·회송 건수의 표준화점수(50%) + ② 지원기관의 외래 전문의뢰·회송 비율의 표준화점수(25%) + ③ 지원기관의 입원 전문회송 비율의 표준화점수(25%) ※ 가중치 변경 가능 **[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

① 진료협력병원 간 전문의뢰·회송 건수	진료협력병원에서 지원기관으로 전문의뢰된 건수 + 진료협력병원으로 전문회송된 건수
② 외래 전문의뢰·회송 환자 비율	$\frac{\text{지원기관으로 전문의뢰된 외래 환자수} + \text{전문회송된 외래 환자수}}{\text{지원기관의 외래 환자수}} \times 100$
③ 입원 전문회송 건수 비율	$\frac{\text{퇴원 건 중 전문회송된 입원 건수}}{\text{지원기관에서 퇴원이 발생한 입원 건수}} \times 100$

세부 기준	• (진료협력병원 간 전문의뢰·회송 건수) 지원기관과 진료협력병원 간 전문의뢰·회송 건수(건강보험 및 의료급여 환자 대상) • (지원기관으로 전문의뢰된 외래 환자수) 외래 명세서의 명일련 단위 특정내역(MT078)이 기재*된 건강보험 및 의료급여 환자수 * 질의응답 '6. 성과지원, 전문 의뢰·회송 성과' Q13 참조 • (진료협력병원으로 전문회송된 외래 환자수) 외래 명세서에 전문회송료가 산정된 건강보험 및 의료급여 환자수 • (지원기관의 외래 환자수) 지원기관의 건강보험 및 의료급여 외래 환자수 • (퇴원 건 중 전문회송된 입원 건수) 전문회송료가 산정된 입원 에피소드 건수 • (지원기관에서 퇴원이 발생한 입원 건수) 퇴원이 발생한 입원 에피소드 건수 * 진료결과 사망 제외, 건강보험 및 의료급여 환자 대상
자료원	심사평가원 진료비청구자료 및 진료의뢰·회송 중계시스템 자료

❷ 회송 후 재의뢰 환자의 대기기간	
정의	지원기관에서 진료협력병원으로 전문회송된 환자의 상태 악화 등으로 해당 지원기관으로 재의뢰 후 재의뢰일자부터 해당 지원기관의 진료까지 소요되는 평균 기간
산출식	Σ(지원기관 진료일자 – 진료협력병원 재의뢰일자) ÷ 지원기관 재의뢰 건수
세부 기준	• (재의뢰) 지원기관에서 진료협력병원으로 '25.1.1. 이후 전문회송된 환자가 전문의뢰 방식을 통해 해당 지원기관으로 재의뢰된 경우를 의미함 • (전문회송된 환자) 지원기관의 건강보험 및 의료급여 환자 중 전문회송료 청구 명세서의 명일련 단위 특정내역(MT066)에 기재된 회송번호와 진료협력병원의 회송환자관리료 청구 명세서의 명일련 단위 특정내역(MT076)에 기재된 회송번호 연계하여 산출 • (지원기관 진료일자) 재의뢰 이후 해당 지원기관에서 첫 진료일자 기준으로, 외래 명세서의 명일련 단위 특정내역(MT078)이 기재 건으로 적용
자료원	심사평가원 진료비청구자료 및 진료의뢰·회송 중계시스템 자료

- (가점) 회송환자 통합평가* 실시율이 일정기준 이상인 경우

* 급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 2단계 시범사업 참여 및 절차 준수

❸ 회송환자 통합평가 실시율	
정의	「급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업」에 참여 중인 지원기관에서 중추신경계 뇌손상 및 근골격계 질환 등 재활손상대분류에 해당되어 입원 치료 후 진료협력병원에 전문회송된 건수 중 의료적 환자상태를 종합적으로 평가하여, 통합평가표Ⅰ을 작성하고 공유한 비율
산출식	$\frac{\text{통합평가표Ⅰ 작성 및 공유건수}}{\text{지원기관에 대상상병으로 입원 치료 후 전문회송된 건수}} \times 100$ ※ 추후 보완·구체화하여 안내
세부 기준	• (대상환자) 「급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업」에 참여 중인 지원기관에 대상상병으로 입원한 건강보험 환자 • (대상상병) 「급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업」 지침의 중추신경계 뇌손상 및 근골격계 질환 등 회복기 재활환자 구성의 재활손상대분류(KRIC) 활용한 한국표준질병사인분류(KCD) 상병 코드 • (전문회송된 건수) 진료협력병원 전문 회송료 Ⅰ, 전문 회송료 Ⅱ 청구건수 • (통합평가표Ⅰ 작성 및 공유건수) 의료적 연계 및 퇴원 후 관리가 필요한 환자를 대상으로 의료적 상태를 종합적으로 평가 및 통합평가표Ⅰ을 작성 후 통합평가료Ⅰ(IB151)를 청구하고 진료의뢰·회송 중계시스템을 통해 진료협력병원에 공유한 건수
자료원	심사평가원 진료비청구자료 및 진료의뢰·회송 중계시스템 자료

○ (기준지원금 산정) 지원기관별 '23년 진료비 비례 지원금 및 균등 지원금으로 구성

지원기관별 ① '23년 진료비(입원·외래)의 0.32%* + ② 균등 지원금 10억원**
* 전체 지원기관의 '23년 진료비(건강보험 및 의료급여 환자의 입원·외래 진료비) 대비 진료협력 평가지원금(1,185억원)의 60% 금액 비율
** 진료협력 평가지원금(1,185억원)의 40% 금액을 지원기관에 동일하게 배분

○ (지원금 결정) 지원기관별 종합점수에 따라 순위를 결정하여 기준 지원금의 80~120%로 사후 차등지급

종합점수 순위	지원금 산정	
상위 20%≧	지원기관별 기준지원금 ×	120%
20%< ≦40%		110%
40%< ≦60%		100%
60%< ≦80%		90%
80%< ≦100%		80%

- 회송환자 통합평가 실시율 순위에 따라 기준지원금의 5~10% 추가 지원

실시율 순위	추가 지원금 산정	
상위 25%≧	지원기관별 기준지원금 ×	10%
25%< ≦50%		7.5%
50%< ≦75%		5%

3) 평가 및 지원 시기

○ 사업연도('25년 3~12월) 실적 평가하여, '26년 6월 지급

다. 병상 구조전환 성과

1) 일반병상 감축 지원

○ **(개요)** 병상 감축 목표 이행에 대한 지원을 하기 위함

○ **(기준지원금 산정)** 지원기관별 병상 감축에 따른 진료비 감축 예상 비용의 30% 산정

지원기관별 ① 허가병상 당 입원 진료비 × ② 감축 일반병상 수

① 허가병상 당 입원 진료비

지원기관별 '23년 입원 진료비* ÷ 전체 허가병상 수('23.12.31.기준)**
* '23년 건강보험 및 의료급여 환자의 입원 진료비
* 일반입원실, 정신건강의학과 입원실, 중환자실, 격리병실, 무균치료실, 임종실 포함

② 감축 일반병상 수

'23.12.31. 기준 감축대상 병상 수1) – 기능강화지원 사업 시작일2) 기준 감축대상 병상 수
1) 일반입원실 허가병상 수 – 감축제외 병상 수*
2) 지원기관별 기능강화 지원사업 시작일 이후 추가 감축 병상 수 미반영
* 고위험임산부 집중치료실, 뇌졸중 집중치료실, 어린이 공공전문진료센터·권역응급의료센터·권역외상센터 병상, 긴급치료병상

○ **(지원금 결정)** 지원기관별 감축 일반병상 수에 따라 지원금 결정

○ **(평가 및 지원 시기)** 지원기관별 결정된 지원금을 '25년 2월(50%) / 6월·12월(각 25%) 분할 지원(지원 시기는 변동될 수 있음)

2) 중환자실 비중 상향 가점

○ **(개요)** 중증 중심 병상 확립 위해 사업연도 성과평가 종료 시점('25.12.31.) 기준으로 '중환자실 비중' 또는 '감축제외병상 포함 중환자실 비중'에 따라 추가 지원

- 중환자실 또는 감축제외병상을 지원사업 공고일('24.10.2.) 이후 증설한 경우에만 해당

• 중환자실 비중 = $\frac{\text{중환자실 병상 수}}{\text{일반입원실 병상 수 + 정신건강의학과 입원실 병상 수}} \times 100$

• 감축제외병상 포함 중환자실 비중 = $\frac{\text{중환자실 병상 수 + 감축제외* 병상 수}}{\text{일반입원실 병상 수 + 정신건강의학과 입원실 병상 수}} \times 100$

* 일반입원실 병상 중 고위험임산부 집중치료실, 뇌졸중 집중치료실, 어린이 공공전문진료센터·권역응급의료센터·권역외상센터 병상, 긴급치료병상

○ **(지원금 산정)** '중환자실 비중'이 13% 이상이거나 '감축제외병상 포함 중환자실 비중'이 26% 이상인 경우 구간에 따라 일반병상감축 지원금의 5~10% 추가 지원

중환자실 비중		감축제외병상 포함 중환자실 비중	추가 지원금 산출		
15%≦	또는	30%≦	일반병상 감축지원금	×	10%
14%≦ <15%		28%≦ <30%			7.5%
13%≦ <14%		26%≦ <28%			5%

○ **(지원금 결정)** '중환자실 비중' 또는 '감축제외병상 포함 중환자실 비중'에 따라 지원금 결정

○ **(평가 및 지원 시기)** '25년 12월 중환자실·감축제외병상 비중 확인하여, '26년 6월 지급

라. 정책지원 성과

○ **(개요)** 의료비용 자료 제출을 통해 원가분석에 기반한 불균형한 수가 정상화에 기여한 경우 추가 지원*

* 타사업과 중복 지원은 불가

** '24년 자료 제출시 기관당 5억원('23년 자료를 함께 제출한 경우 기관당 2.5억원 추가) 지원

○ **(제출방법)** 의료비용 계산*을 위한 수익・비용자료 등 제출(심사평가원, 건강보험공단)

* 의료비용분석위원회 방법 준수

○ **(지원금 결정)** 자료 제출내역을 확인·평가하여 사후 지원

○ **(평가 및 지원 시기)** '25년 중 '23년~'24년 회계자료 제출 확인하여 '26년 6월 지급

3. 2차 연도 성과지원 세부내용

가. 중증 중심 진료 성과

1) 중증환자(적합질환자) 비중

○ **(개요)** 중증 환자 진료 비중을 평가·지원하기 위함

○ **(평가기준)** ① 사업연도 적합질환자 비중 70% 초과 달성여부 또는 ② '25년 적합질환자 비중 대비 3%p 상향 달성률* 평가

* (달성률) 지원기관별 '25년 적합질환자 비중 대비 2차 연도 상향 비율(%p) ÷ 3%p

- **(가점)** ① 사업연도 적합질환자 비중이 70%를 초과하면서 '25년 적합질환자 비중 대비 3%p 이상 상향한 경우, ② 외래 재진 진료량이 '25년 대비 3% 이상 하향한 경우

- **(감점)** ① 외래 재진 진료량이 '25년 대비 3% 이상 상향한 경우, ② 중증응급(KTAS 1·2) 입원환자 중 일반·단순진료질병군(DRG B·C) 비중이 '23년 대비 3%p 이상 상향한 경우

○ **(평가자료)** 심사평가원 진료비 청구자료

❶ (가·감점) 외래 진료량 변화

정의	외래 진료량 관리 위한 외래 재진 환자의 진료량 변화
산출식	$\frac{\text{지원기관의 평가년도 외래 재진 진료량}}{\text{지원기관의 2025년도 외래 재진 진료량}} \times 100$
세부 기준	• (외래 재진 진료량) 의사의 진찰 행위가 발생한 재진 진찰료 산정 횟수의 합(건강보험 및 의료급여 환자 적용)
자료원	심사평가원 진료비청구자료

❷ (감점) 중증응급(KTAS 1·2) 입원환자 중 일반·단순진료질병군(DRG B·C) 비율	
정의	KTAS 1·2 입원 관련 의도되지 않은 효과 방지 위한 비중증 환자군 비율 변화
산출식	• 중증응급(KTAS 1·2) 입원환자 중 일반·단순진료질병군(DRG B·C) 비율 변화 = ① - ②

① 평가년도 비율	$\frac{\text{일반·단순진료질병군(DRG B·C) 입원 건수}}{\text{평가년도 응급실 경유 중증응급(KTAS 1·2) 입원 건수}} \times 100$
② 기준년도 비율	$\frac{\text{일반·단순진료질병군(DRG B·C) 입원 건수}}{\text{2023년 응급실 경유 중증응급(KTAS 1·2) 입원 건수}} \times 100$

세부 기준	• (중증응급(KTAS 1·2) 입원 건수) 입원 명세서 명일련 단위 특정내역(MT046) 응급환자 중증도 분류기준 기재내역 '1' 또는 '2' 에 해당하는 건강보험 및 의료급여 환자의 입원 건수로 적합질환자 인정기준에 해당하는 경우 • (일반·단순(DRG B·C) 입원 건수) 중증응급(KTAS 1·2) 입원 건수 중 일반진료질병군(DRG B), 단순진료질병군(DRG C)에 해당하는 건강보험 및 의료급여 환자의 입원 건수
자료원	심사평가원 진료비청구자료

○ **(기준지원금 산정)** 지원기관별 '23년 진료비 비례 지원금 및 균등 지원금으로 구성

지원기관별 ① '23년 총진료비의 0.45%* + ② 균등 지원금 14억 원**

* 전체 지원기관의 '23년 진료비(건강보험 및 의료급여 환자의 입원·외래 진료비) 대비 중증환자 비중 지원금(1,650억원)의 60% 금액 비율

** 중증환자 비중 지원금(1,650억원)의 40% 금액을 지원기관에 동일하게 배분

○ **(지원금 결정)** 지원기관별 중증환자 비중 달성 성과에 따라 사후 차등지급

구분	지원금 산정
❶ 적합질환자 비중 70% 초과	기준지원금의 **100%** 산정
❷ '25년 적합질환자 비중 대비 3%p 이상 상향	
❸ '25년 적합질환자 비중 대비 3%p 미만 상향	기준지원금의 **0~100% 미만*** 산정 * 기준지원금 × 달성률

- 가점·감점 기준에 따라 기준지원금의 최대 10% 추가 또는 감액 산정

구분	추가·감액 지원금 산정
적합질환자 비중 70% 초과 및 '25년 대비 3%p 이상 상향 동시 달성	기준지원금의 5% 추가 산정
사업연도 외래 재진 진료량이 '25년 대비 3% 이상 하향	
사업연도 외래 재진 진료량이 '25년 대비 3% 이상 상향	기준지원금의 5% 감액 산정
응급실 경유 중증응급(KTAS 1·2) 입원환자 중 일반·단순진료질병군(DRG B·C) 입원환자 비중이 '23년 대비 3%p 이상 상향	

○ **(평가 및 지원 시기)** 사업연도('26년 1~12월) 실적 평가하여, '27년 6월 지급

2) 필수·공공 의료 기능

○ **(개요)** 중증·응급환자 최종치료를 위한 인프라 구축(응급의료기관 지정 등) 및 실제 최종치료 성과 등을 평가·지원하기 위함

○ **(평가방법)** 지표별로 상대평가를 통해 점수를 부여하고, 지표별 점수를 합산하여 종합점수 산출

❶ 중증상병 응급전원 수용률	
정의	진료협력병원의 전원을 통해 전입된 응급환자*를 수용한 비율 * 응급실 퇴실 주진단 또는 퇴원 진단명 중 중증상병군진단코드를 부여받은 사례
산출식	$\frac{\text{해당 지원기관의 진료협력병원 전원환자 수용 사례}}{\text{전체 지원기관-진료협력병원 간 전원환자 수용 사례 수 / 47개소}} \times 100$
세부 기준	• (해당기관의 진료협력병원 전원환자 수용 사례 수) '전체 지원기관-진료협력병원 간 전원환자 수용 사례' 중 해당 지원기관의 전원 환자 수용 사례 수 ※ 응급의료기관에 소아전문응급의료센터, 권역외상센터 또는 권역정신응급의료센터가 있는 기관의 경우 [주된 진료를 받은 응급의료센터]= '소아전문응급의료센터(3), 권역외상센터(5), 권역정신응급의료센터(7)' 환자 포함 ※ NEDIS [질병여부]='질병(1), 질병 외(2), 미상(9)' 포함, [응급진료결과]= '치료대상이 되지 않는 DOA(41)' 제외 • (전체 지원기관-진료협력병원 간 전원환자 수용 사례 수) 아래 조건 모두 해당하는 환자 - NEDIS [내원결과]= 외부에서 전원(2) - 응급실 퇴실 주진단 또는 퇴원 진단명(주진단 또는 부진단 또는 의증) 중 중증상병 군 진단코드*를 부여받은 사례 *「2026년 응급의료기관 평가 기준집」 첨부1. 중증상병 군 진단코드 참조 - 건강보험 및 의료급여 환자 대상
자료원	국가응급진료정보망(NEDIS) 등록자료 활용(응급의료기관 평가)

❷ 응급환자 최종치료 제공 건수 및 비율

정의	응급실에 내원한 최종치료가 필요한 중증환자 중 해당 응급의료기관에서 최종치료가 이루어진 환자의 건수 및 비율
산출식	① 지원기관의 최종치료 제공 건수의 표준화점수(50%) + ② 지원기관의 최종치료 제공 비율의 표준화점수(50%) **[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
세부 기준	• (최종치료 제공사례 수) 최종치료 필요사례 수 중 아래 조건 중 하나에 해당하는 경우 - NEDIS [응급진료결과]= '가망 없는 퇴실(13)' 또는 '입원(30번대)' - NEDIS [응급진료결과]= '귀가(10번대)', 전원(20번대)'이면서 해당 질환에 해당하는 질환별 처치·시술·수술 코드*가 있는 환자 *「2026년 응급의료기관 평가 기준집」 첨부3. 질환별 처치·시술·수술 코드 참조 ※ 응급의료기관에 소아전문응급의료센터, 권역외상센터 또는 권역정신응급의료센터가 있는 기관의 경우[주된 진료를 받은 응급의료센터]= '소아전문응급의료센터(3), 권역외상센터(5), 권역정신응급의료센터(7)' 환자 포함 ※ NEDIS [질병여부]= '질병(1), 질병 외(2), 미상(9)' 포함, [응급진료결과]= '사망(40번대)' 제외 • (최종치료 필요사례 수) 아래 조건 모두 해당하는 환자 - NEDIS [최초중증도분류결과]= '1,2'등급이거나 [변경된중증도분류결과]= '1,2'등급 환자 - 해당기관의 응급실 퇴실 시 주진단이 최종치료 필요 질환군*이거나 병원 퇴원 진단(주진단, 부진단, 의증 포함)이 최종치료 필요 질환군*의 진단코드를 부여받은 사례 *「2026년 응급의료기관 평가 기준집」 첨부2. 최종치료 필요 질환군 참조 - 건강보험 및 의료급여 환자 대상
자료원	국가응급진료정보망(NEDIS) 등록자료 활용(응급의료기관 평가)

① 지원기관의 최종치료 제공 건수	지원기관의 최종치료 제공 사례 수
② 지원기관의 최종치료 제공 비율	$\frac{\text{지원기관의 최종치료 제공 사례 수}}{\text{지원기관의 최종치료 필요 사례 수}} \times 100$

- **(가점)** 필수의료 분야의 지역완결적 의료전달체계 역할 수행을 위한 주요 유관 센터 운영여부 및 감염병 등 국가 재난 상황 발생시 일정 기준 이상 기여한 경우

❸ (가점) 주요 유관 센터 운영	
정의	지원기관의 지역 내 필수 의료 제공 기능 강화 위해 공공의료 관련 센터 운영 지정 여부에 따라 차등 가점 부여
산출식	• 권역응급의료센터, 권역외상센터, 중증모자의료센터 운영 여부: 기준지원금의 2% 각각 가산 • 권역심뇌혈관질환센터, 권역책임의료기관, 권역모자의료센터, 소아전문응급의료센터, 권역 정신응급의료센터 운영 여부: 기준지원금의 1% 각각 가산
자료원	보건복지부 공공보건정책관 소관 센터 지정 현황 ('26.12월 말 기준)
❹ (가점) 감염병 등 국가 재난 상황 발생 시 기여도	
정의	감염병 등 국가 재난 상황 발생 시 기여도에 따라 차등 가점 부여
산출식	※ 추후 재난 상황 발생 시 지표 수립 및 가동 시 안내
자료원	※ 추후 재난 상황 발생 시 지표 수립 및 가동 시 안내

○ **(기준지원금 산정)** 지원기관별 '23년 진료비 비례 지원금 및 균등 지원금으로 구성

지원기관별 ① '23년 총진료비의 0.45%* + ② 균등 지원금 14억 원**

* 전체 지원기관의 '23년 진료비(건강보험 및 의료급여 환자의 입원·외래 진료비) 대비 필수·공공 의료 기능 성과지원금(1,650억원)의 60% 금액 비율

** 필수·공공 의료 기능 성과지원금(1,650억원)의 40% 금액을 지원기관에 동일하게 배분

○ **(지원금 결정)** 지원기관별 종합점수에 따라 순위를 결정하여 기준 지원금의 80~120%로 사후 차등지급

종합점수 순위	지원금 산정		
상위 20%≧	지원기관별 기준지원금	×	**120%**
20%< ≦40%			**110%**
40%< ≦60%			**100%**
60%< ≦80%			**90%**
80%< ≦100%			**80%**

- **(가점)** 주요 유관 센터 운영 개소에 따라 최대 10% 추가 지원

구분	추가 지원금 산정
• 권역응급의료센터, 권역외상센터, 중증모자의료센터 운영	기준지원금의 2% 추가 산정
• 권역심뇌혈관질환센터, 권역책임의료기관, 권역모자의료센터, 소아전문응급의료센터, 권역정신응급의료센터 운영	기준지원금의 1% 추가 산정

○ **(평가 및 지원 시기)** 사업연도('26년 1~12월) 실적 평가하여, '27년 6월 지급

나. 진료협력 성과

1) 기반구축 지원

○ **(개요)** 지원기관과 기반구축 지원 대상 기관을 대상으로 전담의료진 배치를 지원하며, 전문 의뢰·회송 기반구축을 위한 운영을 하여야 함

> ※ 포괄 2차 종합병원과 연계성 강화를 위해 권역·인접지역 소재 포괄 2차 종합병원이 해당 지원기관의 기반구축 지원 대상 기관으로 선정되지 않은 경우에 한하여, 지원기관은 기반구축 지원 대상 기관이 최대 20개를 초과하더라도 '26년 1분기까지 추가 선정 가능
> - 2차 연도에 신규 선정된 기반구축 지원 대상 기관에 대해서는 1차 연도 기반구축 지원* 적용
> * 시스템 개선비, 진료협력 기능강화 활동 수행비, 진료협력 전담의료진 신규배치 인건비

❶ **(전문 의뢰·회송 시스템 관리)** 전자의무기록시스템(EMR)에서 직접 진료의뢰·회송 중계시스템 또는 진료정보교류시스템을 통해 진료·영상 정보 전송, 조회이력 관리, 피드백 기능, 만족도 평가가 가능하도록 관리

❷ **(진료협력 기능 강화 활동 수행)** 의뢰·회송 환자 관리, 지원기관은 진료협력병원*의 역량 강화를 지원하고, 기반구축 지원 대상 기관은 진료역량정보 등록·관리* 등 수행

※ 진료역량정보 등록 및 매달 현행화하여야 하며, 미이행 기간이 6개월 이상인 경우 기반구축 사후지원금의 50% 감산

❸ **(진료협력 전담의료진 배치)** 환자가 적절한 시기에 치료 가능하도록 전담의료진(의사 또는 간호사)을 배치하여 의뢰・회송 절차 관리, 의뢰・회송 환자 모니터링 등 수행

○ **(지원금 산정)** 전담의료진 배치*에 대한 계획을 기준으로 지원기관은 최대 3.84억원, 기반구축 지원 대상 기관은 최대 1.44억원으로 차등하여 산정

* '24년 3월 이후 배치부터 인정, 단,「중증진료체계 강화 시범사업」참여기관은 사업계획서에 따른 신규 배치까지 인정

구분	진료협력 전담인력 수	지원금
지원기관	최소 1명~최대 8명	4,800만원 ~ 3억8,400만원
기반구축 지원 대상 기관	최소 1명~최대 3명	4,800만원 ~ 1억4,400만원

○ **(지원금 결정)** 이행계획서(지원기관 [별지 제2-1호 서식], 기반구축 지원 대상 진료협력병원 [별지 제4-6호 서식]) 작성하여 제출 시 전담의료진 배치 계획을 확인하여 연간 지원금 지급

- **(사전 지원금)** 연간 계획에 따른 지원금의 70% 일괄 지급

※ 진료협력 전담의료진 신규배치는 1인당 월 400만원

- **(사후 지원금)** 운영 성과([별지 제4-7호 서식]) 등 확인 후 지원금의 30% 정산 지급

※ 총 지원금이 사전지원금 보다 적은 경우 차액을 환수 조치

○ **(지원 시기)** '26년 2분기에 사전(70%), '27년 6월에 사후(30%) 지원

2) 진료협력 평가

1 지원기관

○ (개요) 진료협력체계의 운영성과를 평가하고 지원하기 위함

○ (평가방법) 지표별로 상대평가를 통해 점수를 부여하고 지표별 점수를 합산하여 종합점수 산출

- (평가지표)

❶ 진료협력병원과의 전문 의뢰*·회송 건수 및 비율

*「포괄 2차 종합병원 지원사업」 참여기관 등 종합병원(1.5)/병원(1) 가중치 차등화

정의	진료협력병원 간 전문 의뢰·회송 건수 및 지원기관의 외래·입원 전문 의뢰·회송 비율
산출식	• ① 진료협력병원 간 전문 의뢰·회송 건수의 표준화점수(50%) + ② 지원기관의 외래 전문 의뢰·회송 비율의 표준화점수(25%) + ③ 지원기관의 입원 전문 회송 비율의 표준화점수(25%) **[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
세부 기준	• (진료협력병원 간 전문의뢰·회송 건수) 지원기관과 진료협력병원 간 전문의뢰·회송 건수(건강보험 및 의료급여 환자 대상) • (지원기관으로 전문의뢰된 외래 환자수) 외래 명세서의 명일련 단위 특정내역(MT078)이 기재*된 건강보험 및 의료급여 환자수 * 질의응답 '6. 성과지원, 전문 의뢰·회송 성과' Q13 참조 • (진료협력병원으로 전문회송된 외래 환자수) 외래 명세서에 전문회송료가 산정된 건강보험 및 의료급여 환자수 • (지원기관의 외래 환자수) 지원기관의 건강보험 및 의료급여 외래 환자수 • (퇴원 건 중 전문회송된 입원 건수) 전문회송료가 산정된 입원 에피소드 건수 • (지원기관에서 퇴원이 발생한 입원 건수) 퇴원이 발생한 입원 에피소드 건수 * 진료결과 사망 제외, 건강보험 및 의료급여 환자 대상
자료원	심사평가원 진료비청구자료, 진료의뢰·회송 중계시스템자료 등

① 진료협력병원 간 전문의뢰·회송 건수	진료협력병원에서 지원기관으로 전문 의뢰된 건수 + 진료협력병원으로 전문 회송된 건수
② 외래 전문 의뢰·회송 환자 비율	$\frac{\text{지원기관으로 전문의뢰된 외래 환자수} + \text{전문회송된 외래 환자수}}{\text{지원기관의 외래 환자수}} \times 100$
③ 입원 전문회송 건수 비율	$\frac{\text{퇴원 건 중 전문회송된 입원 건수}}{\text{지원기관에서 퇴원이 발생한 입원 건수}} \times 100$

❷ 회송 후 재의뢰 환자의 진료 대기기간	
정의	지원기관에서 진료협력병원으로 전문회송된 환자의 상태 악화 등으로 해당 지원기관으로 재의뢰 후 재의뢰일자부터 해당 지원기관의 진료까지 소요되는 평균 기간
산출식	Σ(지원기관 진료일자 – 진료협력병원 재의뢰일자) ÷ 지원기관 재의뢰 건수
세부 기준	• (재의뢰) 지원기관에서 진료협력병원으로 '26.1.1. 이후 전문회송된 환자가 전문의뢰 방식을 통해 해당 지원기관으로 재의뢰된 경우를 의미함 • (전문회송된 환자) 지원기관의 건강보험 및 의료급여 환자 중 전문회송료 청구 명세서의 명일련 단위 특정내역(MT066)에 기재된 회송번호와 진료협력병원의 회송환자관리료 청구 명세서의 명일련 단위 특정내역(MT076)에 기재된 회송번호 연계하여 산출 • (지원기관 진료일자) 재의뢰 이후 해당 지원기관에서 첫 진료일자 기준으로, 외래 명세서의 명일련 단위 특정내역(MT078)이 기재 건으로 적용
자료원	심사평가원 진료비청구자료, 진료의뢰·회송 중계시스템자료 등

❸ 전문 의뢰 완결률	
정의	진료협력병원에서 지원기관으로 전문 의뢰 후 지원기관에서 진료를 받은 건수 비율
산출식	$\frac{\text{전문 의뢰로 해당 지원기관에서 진료받은 건수}}{\text{진료협력병원에서 지원기관으로 전문 의뢰된 건수}} \times 100$
세부 기준	• (진료협력병원에서 지원기관으로 전문 의뢰된 건수) 진료의뢰·회송 중계시스템을 통해 지원기관에 전문 의뢰된 건수 • (전문 의뢰로 해당 지원기관에서 진료받은 건수) 지원기관의 건강보험 및 의료급여 환자 중 전문 의뢰를 통해 지원기관에 진료를 받은 건수(전문 의뢰 후 첫 외래 진료 시 명세서의 명일련 단위 특정내역(MT078)에 기재된 건으로 적용)
자료원	심사평가원 진료비청구자료, 진료의뢰·회송 중계시스템 등

❹ 환자 경험 평가	
정의	환자의 의료이용(전문 회송 및 전문 회송환자 재의뢰) 등에 대한 경험을 측정
산출식	※ 추후 보완·구체화하여 안내 예정
세부 기준	※ 추후 보완·구체화하여 안내 예정
자료원	환자 경험 조사자료 등 (※ 추후 보완·구체화하여 안내 예정)

- **(가점)** 회송환자 통합평가* 실시율이 일정기준 이상인 경우

* 급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 2단계 시범사업 참여 및 절차 준수

❺ (가점) 회송환자 통합평가 실시율	
정의	「급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업」에 참여 중인 지원기관에서 중추신경계 뇌손상 및 근골격계 질환 등 재활손상대분류에 해당되어 입원 치료 후 진료협력병원에 전문회송된 건수 중 의료적 환자상태를 종합적으로 평가하여, 통합평가표Ⅰ을 작성하고 공유한 비율
산출식	$\frac{\text{통합평가표Ⅰ 작성 및 공유건수}}{\text{지원기관에 대상상병으로 입원 치료 후 전문회송된 건수}} \times 100$
세부 기준	• (대상환자) 「급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업」에 참여 중인 지원기관에 대상상병으로 입원한 건강보험 환자 • (대상상병) 「급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업」 지침의 중추신경계 뇌손상 및 근골격계 질환 등 회복기 재활환자 구성의 재활손상대분류(KRIC) 활용한 한국표준질병사인분류(KCD) 상병 코드 • (전문회송된 건수) 진료협력병원 전문 회송료 Ⅰ, 전문 회송료 Ⅱ 청구건수 • (통합평가표Ⅰ 작성 및 공유건수) 의료적 연계 및 퇴원 후 관리가 필요한 환자를 대상으로 의료적 상태를 종합적으로 평가 및 통합평가표Ⅰ을 작성 후 통합평가료Ⅰ(IB151)를 청구하고 진료의뢰·회송 중계시스템을 통해 진료협력병원에 공유한 건수
자료원	심사평가원 진료비청구자료, 진료의뢰·회송 중계시스템 등

- **(감점)** 전문 의뢰된 입원환자 중 일반·단순진료질병군(DRG B·C) 비중이 3%p 이상 상향된 경우

❻ (감점) 전문 의뢰 입원환자 중 일반·단순진료질병군(DRG B·C) 비율	
정의	중증 중심 전문 의뢰 강화를 위한 지원기관으로 전문 의뢰 후 입원건 중 일반·단순진료질병군(DRG B·C) 입원건 비율 변화
산출식	• 전문 의뢰 입원환자 중 일반·단순진료질병군(DRG B·C) 비율 변화 = ① - ② ① 평가년도 비율: $\frac{\text{일반·단순진료질병군(DRG B·C) 입원 건수}}{\text{평가년도 지원기관으로 전문 의뢰 후 입원 건수}} \times 100$ ② 기준년도 비율: $\frac{\text{일반·단순진료질병군(DRG B·C) 입원 건수}}{\text{2025년 지원기관으로 전문 의뢰 후 입원 건수}} \times 100$

세부 기준	• (지원기관으로 전문 의뢰 후 입원 건수) 지원기관과 2차급 진료협력병원 간 전문의뢰 입원 건수(건강보험 및 의료급여 환자 대상) ※ 수도권 지원기관에서 비수도권 지원기관으로 전문 회송된 환자 포함 • (일반·단순(DRG B·C) 입원 건수) 지원기관으로 전문 의뢰 후 입원 건수 중 일반진료질병군(DRG B), 단순진료질병군(DRG C)에 해당하는 건강보험 및 의료급여 환자의 입원 건수 (적합질환자 인정기준에 해당하는 소아 중증질환자·희귀질환자 제외)
자료원	심사평가원 진료비청구자료

○ **(기준지원금 산정)** 지원기관별 '23년 진료비 비례 지원금 및 균등 지원금으로 구성

지원기관별 ① '23년 총진료비의 0.57%* + ② 균등 지원금 18억원**

* 전체 지원기관의 '23년 진료비(건강보험 및 의료급여 환자의 입원·외래 진료비) 대비 진료협력 평가지원금(2,079억원)의 60% 금액 비율

** 진료협력 평가지원금(2,079억원)의 40% 금액을 지원기관에 동일하게 배분

○ **(지원금 결정)** 지원기관별 종합점수에 따라 순위를 결정하여 기준 지원금의 80~120%로 사후 차등지급

종합점수 순위	지원금 산정	
상위 20%≧	지원기관별 기준지원금 ×	120%
20%< ≦40%		110%
40%< ≦60%		100%
60%< ≦80%		90%
80%< ≦100%		80%

- **(가점)** 회송환자 통합평가실시율 순위에 따라 기준지원금의 5~10% 추가 지원

실시율 순위	추가 지원금 산정		
상위 25%≧	지원기관별 기준지원금	×	**10%**
25%< ≦50%			**7.5%**
50%< ≦75%			**5%**

- **(감점)** 전문 의뢰된 입원 환자 중 일반·단순진료질병군(DRG B·C) 비중(적합질환자 인정기준에 해당하는 소아 중증질환자·희귀질환자 제외)이 ’25년 대비 3%p 이상 상향시 기준지원금의 5% 감산

○ **(평가 및 지원 시기)** 사업연도(’26년 1~12월) 실적 평가하여, ’27년 6월 지급

2 기반구축 지원 대상 기관

○ (개요) 진료협력체계의 운영성과를 평가하고 지원하기 위함

○ (평가방법) 지표별로 상대평가를 통해 점수를 부여하고 지표별 점수를 합산하여 종합점수 산출

- (평가지표)

❶ 지원기관과의 전문 의뢰율	
정의	지원기관 간 전문 의뢰 비율
산출식	$\frac{\text{지원기관으로 전문 의뢰한 건수}}{\text{외래 진료 건수}} \times 100$ ※ 표준화 점수 적용
세부 기준	• (지원기관으로 전문 의뢰 건수) 2차급 진료협력병원의 건강보험 및 의료급여 환자 중 지원기관에 전문 의뢰한 건수 • (외래 진료 건수) 해당 진료협력병원의 건강보험 및 의료급여 환자의 외래 진료 건수
자료원	심사평가원 진료비청구자료, 진료의뢰·회송 중계시스템 자료

❷ 전문 회송 완결률	
정의	지원기관에서 진료협력병원에 전문 회송 후 진료협력병원에서 진료를 받은 건수 비율
산출식	$\frac{\text{회송 후 기반구축 지원 대상 기관에서 진료받은 건수}}{\text{지원기관에서 기반구축 지원 대상 기관으로 전문 회송한 건수}} \times 100$ ※ 표준화 점수 적용
세부 기준	• (지원기관에서 진료협력병원으로 전문 회송한 건수) 진료의뢰·회송 중계시스템을 통해 지원기관에서 해당 진료협력병원으로 전문회송한 건수 • (회송 후 진료협력병원에서 진료받은건수) 진료협력병원의 건강보험 및 의료급여 환자 중 전문회송을 통해 진료협력병원에서 진료를 받은 건수(전문회송 후 첫 진료 시 청구 명세서의 명일련 단위 특정내역(MT076)에 기재건으로 적용)
자료원	심사평가원 진료비청구자료, 진료의뢰·회송 중계시스템 자료 등

❸ 환자 경험 평가	
정의	환자의 의료이용(전문 의뢰 및 회송환자 재의뢰) 등에 대한 경험을 측정
산출식	※ 추후 보완·구체화하여 안내 예정
세부 기준	※ 추후 보완·구체화하여 안내 예정
자료원	환자 경험 조사자료 등 (※ 추후 보완·구체화하여 안내 예정)

○ **(기준지원금 산정)** 기반구축 지원 대상 기관별 '23년 진료비 비례 지원금 및 균등 지원금으로 구성

기반구축 지원 대상 기관별 ① '23년 총진료비의 0.07%* + ② 균등 지원금 1,647만원**
* 전체 기반구축 지원 대상 기관의 '23년 진료비(건강보험 및 의료급여 환자의 입원·외래 진료비) 대비 진료협력 평가지원금(231억 원)의 60% 금액 비율
※ '24년 이후 개설된 기관은 '25년 진료비를 연간으로 환산 적용
** 진료협력 평가지원금(231억 원)의 40% 금액을 기반구축 지원 대상 기관에 동일하게 배분

○ **(지원금 결정)** 종합점수에 따라 순위를 결정하여 기준 지원금의 80~120%로 사후 차등지급

종합점수 순위	지원금 산정		
상위 20%≧	기반구축 지원 대상 진료협력병원별 기준지원금	×	**120%**
20%< ≦40%			**110%**
40%< ≦60%			**100%**
60%< ≦80%			**90%**
80%< ≦100%			**80%**

○ **(평가 및 지원 시기)** 사업연도('26년 1~12월) 실적 평가하여, '27년 6월 지급

다. 중환자 중심 병상 성과

1) 중환자실 비중

○ **(개요)** 중증·고난이도 환자 집중치료를 위한 역량(자원 등)을 평가·지원하기 위함

○ **(평가기준)** 사업연도 '중환자실 비중'이 13% 이상이거나 '감축제외 병상 포함 중환자실 비중'이 26% 이상인 경우

* 중환자실 또는 감축제외병상을 지원사업 공고일('24.10.2.) 이후 증설한 경우로 사업연도 성과평가 종료 시점('26.12.31.) 기준으로 평가

- **중환자실 비중** = $\frac{\text{중환자실 병상 수}}{\text{일반입원실 병상 수}} \times 100$

- **감축제외병상 포함 중환자실 비중** = $\frac{\text{중환자실 병상 수 + 감축제외* 병상 수}}{\text{일반입원실 병상 수}} \times 100$

* 일반입원실 병상 중 고위험임산부 집중치료실, 뇌졸중 집중치료실, 어린이 공공전문진료센터·권역응급의료센터·권역외상센터 병상, 긴급치료병상

- **(가점)** 소아·신생아 중환자실 확보 독려를 위하여 사업연도 소아·신생아 중환자실 증설 계획 수립([별지 제2-1호 서식]) 및 이행한 경우

○ **(기준지원금 산정)** 지원기관별 1차 연도 지급 일반병상감축지원금

○ **(지원금 결정)** '중환자실 비중'이 13% 이상이거나 '감축제외병상 포함 중환자실 비중'이 26% 이상인 경우 구간에 따라 기준지원금의 5~10% 차등 지급

중환자실 비중		감축제외병상 포함 중환자실 비중	지원금 산정	
15%≦	또는	30%≦	기준지원금 ×	10%
14%≦ <15%		28%≦ <30%		7.5%
13%≦ <14%		26%≦ <28%		5%

- (가점) 소아·신생아 중환자실 증설 계획 수립 및 이행시 기준 지원금의 3% 추가 지원

○ (평가 및 지원 시기) '26년 12월 중환자실·감축제외병상 비중 확인하여, '27년 6월 지급

2) 중환자실 역량

○ (개요) 중증·고난이도 환자 비중이 일정 수준 이상인 경우 등 중환자실 진료 역량을 평가·지원하기 위함

※ 평가기준, 지원금 산정 및 결정 기준 등은 '26년 2분기에 별도 안내 예정

○ (평가 및 지원 시기) '26년 3~4분기 실적 평가하여, '27년 6월 지급

라. 수련 성과

○ (개요) 「다기관 협력수련 시범사업」 협력수련 참여 실적 및 지원기관 소속 전공의 규모를 고려하여 평가·지원하기 위함

○ (평가기준) ❶ 전공의 협력수련 참여비율 수준, ❷ 비수도권 또는 공공의료기관에서 협력수련 여부, ❸ 소속 전공의 규모에 따라 평가

- (평가지표)

❶ 전공의 협력수련 참여비율	
정의	전공의에게 다양한 수련 기회를 제공하기 위하여 지원기관의 다기관 협력수련 참여 수준 평가
산출식	$\frac{\text{협력수련에 참여한 전공의 수}}{\text{지원기관의 소속 전공의 수}} \times 100$
세부 기준	• (전공의) 해당 지원기관의 소속 전공의(레지던트 및 인턴) (2026.12월 말 기준) • (협력수련 참여) 「다기관 협력수련 시범사업」에 연간 2주 이상 참여
자료원	대한병원협회 수련환경평가본부 자료

❷ 비수도권 또는 공공의료기관에서 협력수련 받은 전공의 비율	
정의	전공의에게 지역·공공의료 환경에서의 수련 기회를 제공하기 위하여 지원기관의 비수도권 또는 공공의료기관에서의 협력수련 참여 수준 평가
산출식	$\frac{\text{비수도권 또는 공공의료기관에서 협력수련 받은 전공의 수}}{\text{협력수련에 참여한 전공의 수}} \times 100$
세부 기준	• (비수도권) 서울특별시, 경기도, 인천광역시 외 지역 종합병원급 이하 의료기관 ※ 단, 「다기관 협력수련 시범사업 안내」 지침에 따라 진료권역 내 도서지역의 의료기관도 포함 • (공공의료기관) 「공공보건의료에 관한 법률」 제2조제3호에 의거한 공공보건의료기관
자료원	대한병원협회 수련환경평가본부 자료

❸ 소속 전공의 규모	
정의	지원기관의 수련 역량과 수련기관으로서의 역할 수준을 고려하여 소속 전공의 규모 평가
세부 기준	• 해당 지원기관의 소속 전공의(레지던트 및 인턴) 수 (2026.12월 말 기준)
자료원	「국민건강보험법 시행규칙」 [별지 제14호 서식] 요양기관 현황신고서 '인원현황

○ **(지원금 산정)** 다기관 협력수련 시범사업 참여기관을 대상으로 ❶, ❷, ❸ 각 기준 달성 수준에 따라 지원금 차등 지급

기준	세부기준	지원금
❶ 전공의 협력수련 참여비율	① 10% 이상 ~ 30% 미만	1억 원
	② 30% 이상	2억 원
❷ 비수도권 또는 공공의료기관에서 협력수련 받은 전공의 비율	① 20%~50% 미만	1억 원
	② 50% 이상	2억 원
❸ 소속 전공의 규모	① 100명 이상 ~ 200명 미만	0.5억 원
	② 200명 이상	1억 원

○ **(지원금 결정)** 수련 성과를 확인·평가하여 기관당 최대 5억원 추가 지원

○ **(평가 및 지원 시기)** '27년 1분기 중 성과를 확인하여 '27년 6월 지급

마. 정책지원 성과

○ **(개요)** 의료비용 자료 제출을 통해 원가분석에 기반한 불균형한 수가 정상화에 기여한 경우 신규 제출 기관 5억원, 기존 제출 기관 2억원 추가 지원*

* 타사업과 중복 지원은 불가

○ **(제출방법)** 의료비용 계산*을 위한 '25년도 수익・비용자료 등 제출(심사평가원, 건강보험공단)

* 의료비용분석위원회 방법 준수

○ **(지원금 결정)** 자료 제출내역을 확인·평가하여 사후 지원

○ **(평가 및 지원 시기)** '26년 중 '25년 회계자료 제출 확인하여 '27년 6월 지급

4. 이의신청 접수 및 처리

○ 지원기관 및 기반구축 지원 대상 기관은 평가결과에 이의가 있을 경우 결과를 통보받은 날로부터 14일 이내에 이의신청서([별지 제8호 서식])를 심사평가원에 접수할 수 있음

○ 심사평가원은 지원기관 및 기반구축 지원 대상 기관의 이의신청 내용에 대한 검토결과를 해당 기관에 통보하여야 함

5. 지원금 지급 및 환수

가. 지원금 지급시기

○ 1차 연도

<table>
<tr><th rowspan="2">항목</th><th colspan="4">2025년</th><th colspan="4">2026년</th></tr>
<tr><th>1분기</th><th>2분기</th><th>3분기</th><th>4분기</th><th>1분기</th><th>2분기</th><th>3분기</th><th>4분기</th></tr>
<tr><td>❶ 중증중심 진료 성과 지원금</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">이행평가</td><td>사후지급</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>❶-1 중증중심 진료 성과 가점 지원금</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">이행평가</td><td>사후지급</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>❷ 전문 의뢰·회송 기반구축 지원금</td><td colspan="4">지원대상 진료협력병원 선정 및 계획제출
→ 사전지급 (연중)</td><td>결과제출</td><td>이행평가</td><td>사후지급</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>❸ 전문 의뢰·회송 성과 지원금</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">이행평가</td><td>사후지급</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>❸-1 전문 의뢰·회송 성과 가점 지원금</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">이행평가</td><td>사후지급</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>❹ 일반병상감축지원금*</td><td>이행평가</td><td>지급</td><td>지급</td><td>지급</td><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>❹-1 중증병상 추가 지원금</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">이행평가</td><td>사후지급</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>❺ 정책지원금</td><td></td><td></td><td colspan="2">결과제출</td><td colspan="2">이행평가</td><td>사후지급</td><td></td><td></td></tr>
</table>

* 지급시기는 변동될 수 있음

○ 2차 연도

<table>
<tr><th rowspan="2">항목</th><th colspan="4">2026년</th><th colspan="4">2027년</th></tr>
<tr><th>1분기</th><th>2분기</th><th>3분기</th><th>4분기</th><th>1분기</th><th colspan="2">2분기</th><th>3분기</th><th>4분기</th></tr>
<tr><td>❶ 중증중심 진료 성과 지원금</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">이행평가</td><td>사후지급</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>❶-1 중증중심 진료 성과 가점 지원금</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">이행평가</td><td>사후지급</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>❷ 전문 의뢰·회송 기반구축 지원금</td><td colspan="4">지원대상 진료협력병원 전담 의료진 계획제출
→ 사전지급 (연중)</td><td>결과
제출</td><td>이행평가</td><td>사후지급</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>❸ 전문 의뢰 · 회송 성과 지원금</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">이행평가</td><td>사후지급</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>❸-1 전문 의뢰·회송 성과 가점 지원금</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">이행평가</td><td>사후지급</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>❹ 중증병상 성과 지원금</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">이행평가</td><td>사후지급</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>❹-1 중증병상 추가 지원금</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">이행평가</td><td>사후지급</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>❺ 수련 성과 지원금</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2">이행평가</td><td>사후지급</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>❻ 정책지원금</td><td></td><td></td><td colspan="2">결과제출</td><td colspan="2">이행평가</td><td>사후지급</td><td></td><td></td></tr>
</table>

* 지급시기는 변동될 수 있음

나. 지원금 지급 절차

○ 성과지원금 지급자료를 인수받은 건강보험공단은 10일 이내 지원기관과 기반구축 지원 대상 기관의 요양급여비용 계좌에 ‘가감지급’ 내용으로 성과지원금 지급

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

심사평가원		건강보험공단
성과지원금 지급 안내	▶	성과지원금 지급 및 지급결과 통보 (심사평가원, 지원기관, 기반구축 지원 대상 기관)

다. 지원금 환수 절차

○ 지원사업 기간 중 중단된 경우(중도 탈락, 승인 철회, 폐업 등), 전문의뢰·회송 기반구축 지원금이 사전 지원금에 미달하는 경우에는 통보된 성과지원금 정산내역에 따라 건강보험공단은 성과지원금을 반환 결정하고, 지원기관 및 기반구축 지원 대상 기관에 지급할 요양급여비용에서 공제 후 상계 처리

※ 지급할 요양급여비용이 없는 폐업기관, 전산상계가 어려운 경우 등은 현금 고지

보건복지부	건강보험공단
지원기관 및 기반구축 지원 대상 기관 중도탈락 또는 승인 철회 등 통보	전산상계(개설기관), 현금고지(폐업기관 등)

Ⅶ 지원사업 자료제출 방법

1. 지원사업 자료제출 시스템 접속

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

나. [시범사업 서식관리] - [진료협력·전달체계강화 등 시범사업] - [상급종합병원 구조전환 지원사업] 선택

[그림 1] 시범사업 자료제출 시스템 접속 화면

2. 공지사항

가. [시범사업 서식관리] - [진료협력·전달체계강화 등 시범사업] - [상급종합병원 구조전환 지원사업] - [공지사항] 선택

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

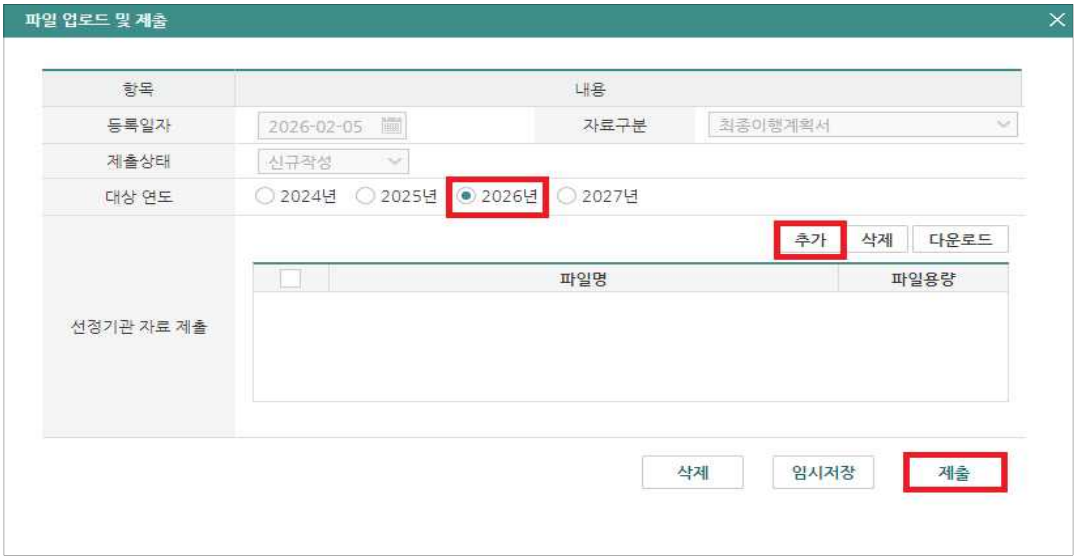
다. ‘목록’ 버튼 클릭하여 공지사항 목록으로 이동

3. 선정기관 최종 이행계획서 제출

가. [시범사업 서식관리] - [진료협력·전달체계강화 등 시범사업] - [상급종합병원 구조전환 지원사업] - [최종 이행계획서 등 제출] - [대상연도] 선택

[그림 2] 선정기관 최종 이행계획서 등 제출 화면 일부

나. '파일 업로드 및 제출' 버튼 클릭하여, 팝업창 생성



[그림 3] 파일 업로드 및 제출 화면

○ 선정기관 자료제출(최종 이행계획서 등) '추가' 버튼 클릭하여 파일 업로드, 업로드 후 팝업창 내에서 파일 삭제 및 다운로드 가능

※ 개별 파일 당 10MB까지, 전체 파일 총 용량 50MB까지 업로드 가능

○ 팝업창 내에서 ‘제출‘ 버튼 클릭하여, 업로드 파일 제출완료

○ 팝업창 ‘닫기‘ 버튼 클릭 후, ‘선정기관 최종 이행계획서 제출’ 화면에서 처리 상태 확인(임시저장/제출완료/반려/승인)

○ 선정기관 자료제출(최종 이행계획서 등) ‘추가’ 버튼 클릭하여 파일 업로드, 업로드 후 팝업창 내에서 파일 삭제 및 다운로드 가능

4. 현황 변경 신고 자료 제출

1) 진료협력병원 변경 신고서 제출

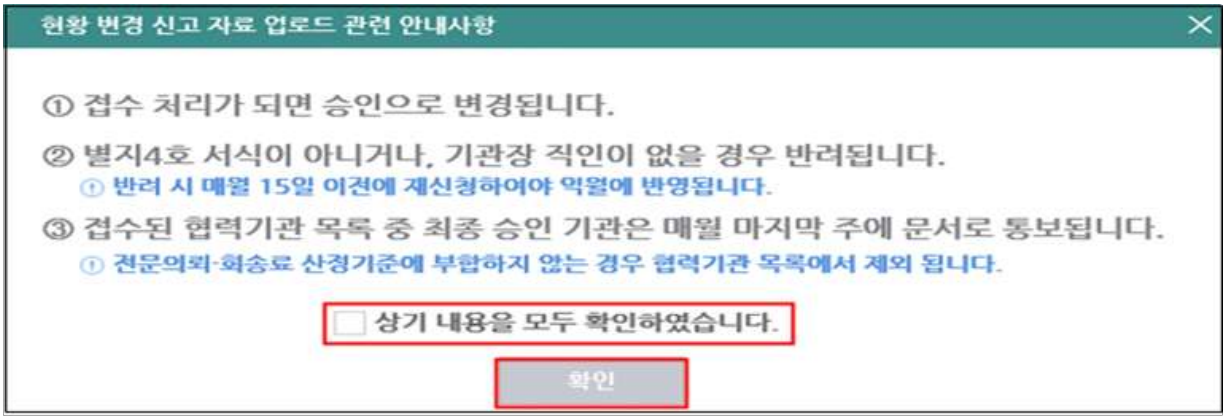
가. [시범사업 서식관리] - [진료협력·전달체계강화 등 시범사업] - [상급종합병원 구조전환 지원사업] - [현황 변경 신고 자료 제출] - [진료협력기관 변경 신고서] 선택

나. ‘서식 다운로드’ 버튼 클릭하여 서식 다운로드

다. ‘파일 업로드 및 제출’ 버튼 클릭하여, 팝업창 생성

[그림 4] 현황 변경 신고 자료제출 화면 일부

○ 안내사항 확인 후, “□ 상기내용을 모두 확인하였습니다.” 클릭 및 ‘확인’ 버튼 클릭



[그림 5] 현황 변경 신고 자료 업로드 관련 안내사항 팝업화면

○ ‘담당부서 전화번호’에 연락 가능한 연락처 입력

○ ‘추가’ 버튼 클릭하여 파일 업로드, 업로드 후 팝업창 내에서 파일 삭제 및 다운로드 가능

※ 개별 파일 당 10MB까지, 전체 파일 총 용량 50MB까지 업로드 가능

○ ‘제출’ 버튼 클릭하여, 업로드 파일 제출 완료

※ '임시저장' 상태에서는 수정가능하며, '제출' 상태에서는 수정 불가함

○ 팝업창 ‘닫기‘ 버튼 클릭 후, ‘진료협력기관 변경 신고서’ 화면에서 처리 상태 확인(임시저장/제출완료/반려/승인)

[그림 6] 현황 변경 신고 자료 업로드 및 제출

2) 일반입원실 허가병상 변경 관련 자료 제출

가. [시범사업 서식관리] - [진료협력·전달체계강화 등 시범사업] - [상급종합병원 구조전환 지원사업] - [현황 변경 신고 자료 제출] - [일반입원실 허가병상 변경 신고서] 선택

나. '서식 다운로드' 버튼 클릭하여 서식 다운로드

다. '파일 업로드 및 제출' 버튼 클릭하여, 팝업창 생성

[그림 7] 현황 변경 신고 자료제출화면 일부

○ '담당부서 전화번호'에 연락 가능한 연락처 입력

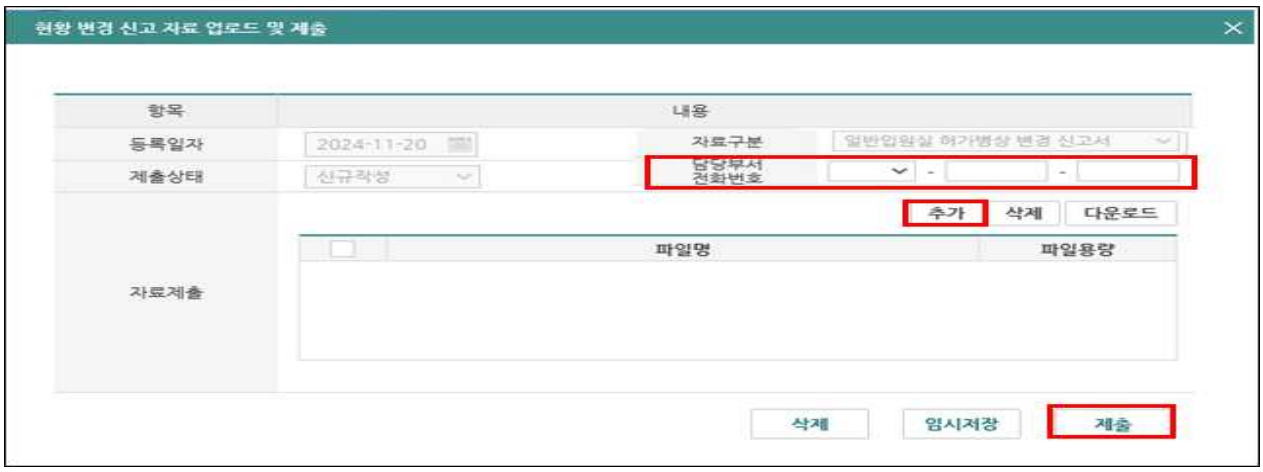
○ '추가' 버튼 클릭하여 파일 업로드, 업로드 후 팝업창 내에서 파일 삭제 및 다운로드 가능

※ 개별 파일 당 10MB까지, 전체 파일 총 용량 50MB까지 업로드 가능

○ '제출' 버튼 클릭하여, 업로드 파일 제출 완료

※ '임시저장' 상태에서는 수정가능하며, '제출' 상태에서는 수정 불가함

○ 팝업창 '닫기' 버튼 클릭 후, '진료협력기관 변경 신고서' 화면에서 처리 상태 확인(임시저장/제출완료/반려/승인)



[그림 8] 현황 변경 신고 자료 업로드 및 제출

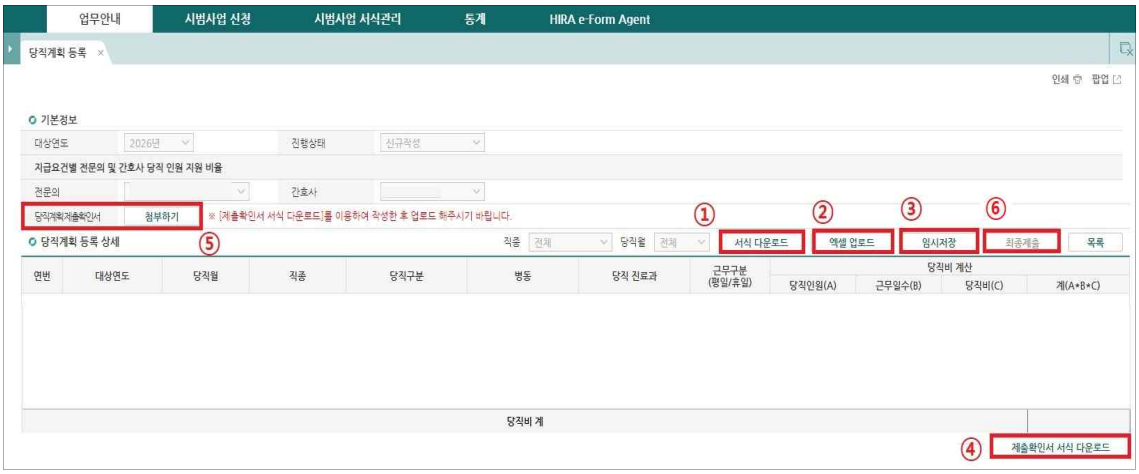
5. 24시간 진료지원금 자료 제출

1) 24시간 진료지원 연간(월별) 당직 계획 등록

가. [시범사업 서식관리] - [진료협력·전달체계강화 등 시범사업] - [상급종합병원 구조전환 지원사업] - [당직계획 조회] - [당직계획 등록] 선택

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

[그림 9] 당직계획 등록



[그림 10] 당직 계획 엑셀 업로드 및 제출확인서 등록 (다~바)

다. 직종별 당직 인원 확인 후 당직계획 입력

○ 서식 다운로드'(①) 에서 엑셀 양식을 받아 해당 내용을 기재한 후, '엑셀업로드'(②) 클릭

- 엑셀 업로드 시 서식의 예시(4번째 행)를 참고하여 6번째 행부터 차례대로 입력

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

당직월	직종	당직구분	병동	당직 진료과	근무구분	당직인원	근무일수
당직근무 월 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)
※ 작성예시(4행)를 참고하여 6행부터 입력							
1	2	1	병동	내과	1	5	3

[그림 11] 당직 계획 엑셀 업로드 서식

<엑셀 업로드 서식 작성요령>

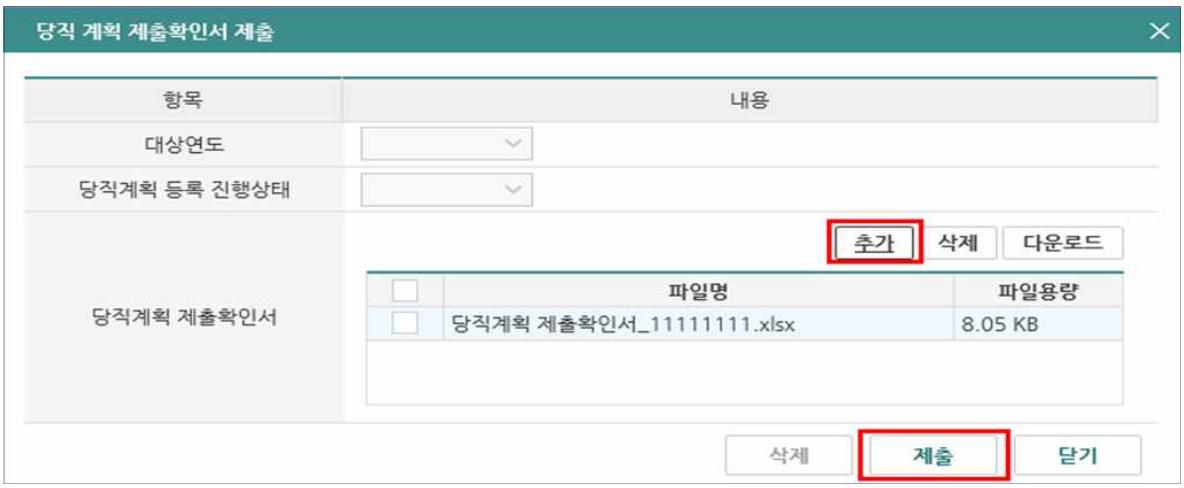
Ⅰ 당직월: 당직 근무(계획) 월 (1~12)
Ⅱ 직종: 전문의(1), 간호사(2), 진료지원간호사(3)
Ⅲ 당직구분: 당직(1), 배후(2)
Ⅳ 병동: 당직(배후) 근무하는 병동명 작성(text 입력)
Ⅴ 당직 진료과: 당직(배후) 근무하는 진료과 입력(text 입력)
Ⅵ 근무구분: 평일(1), 휴일(2)
Ⅶ 당직인원: 당직인원 작성(숫자만 입력)
Ⅷ 근무일수: 근무일수 작성(숫자만 입력)

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 찍힌 확인서를 제출

○ 서식 하단 기관장 직인 날인 후, 당직계획 제출확인서 '첨부하기'(⑤) 클릭

- 팝업창에서 '추가' 버튼 클릭하여 당직 계획 제출확인서 파일 업로드 (팝업창 내에서 파일 삭제 및 다운로드 가능)

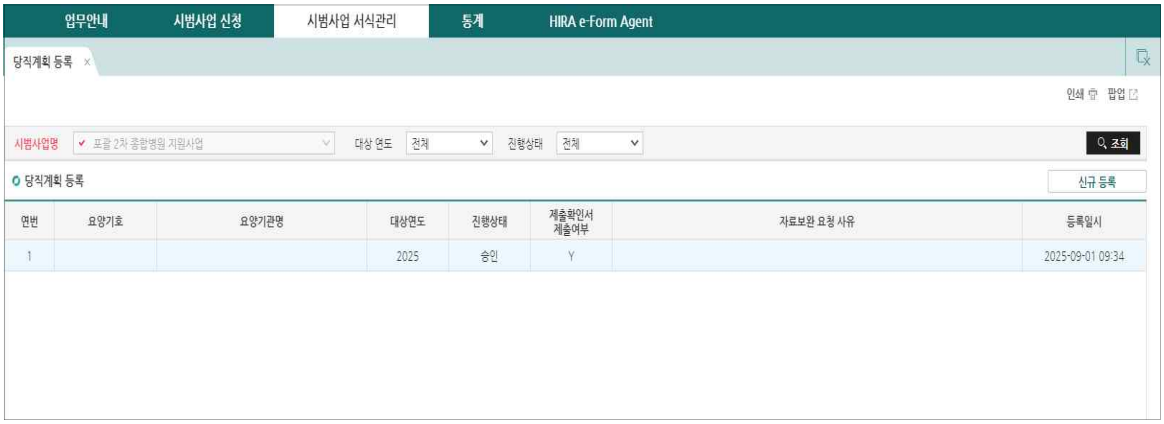


[그림 12] 당직 계획 제출확인서 업로드

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/수정요청/승인/반려)



[그림 13] 당직 계획 등록 목록조회

2) 이의신청 등록

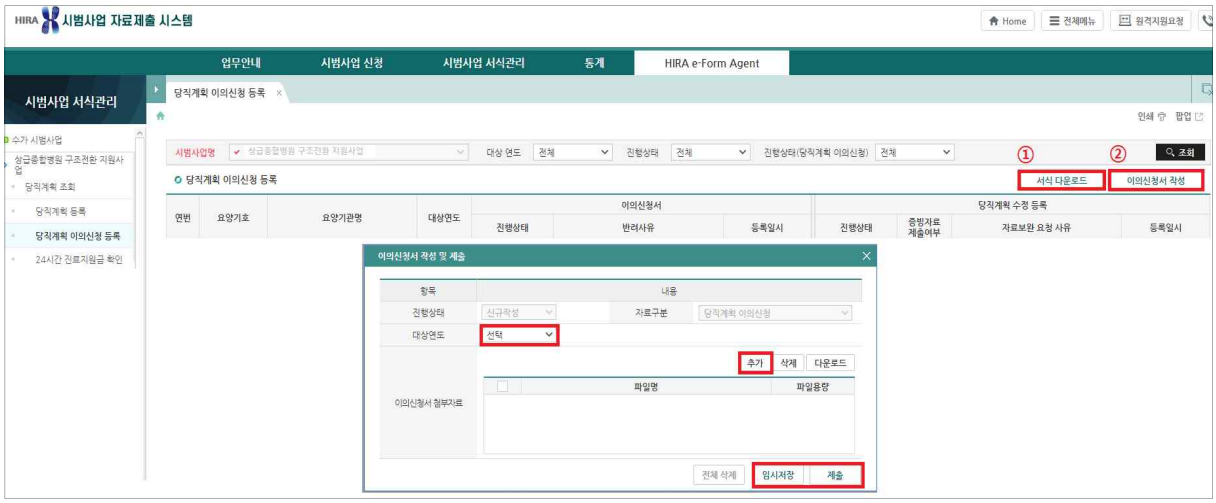
가. [시범사업 서식관리] - [진료협력·전달체계강화 등 시범사업] - [상급종합병원 구조전환 지원사업] - [당직계획 조회] - [당직계획 이의신청 등록] 선택

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



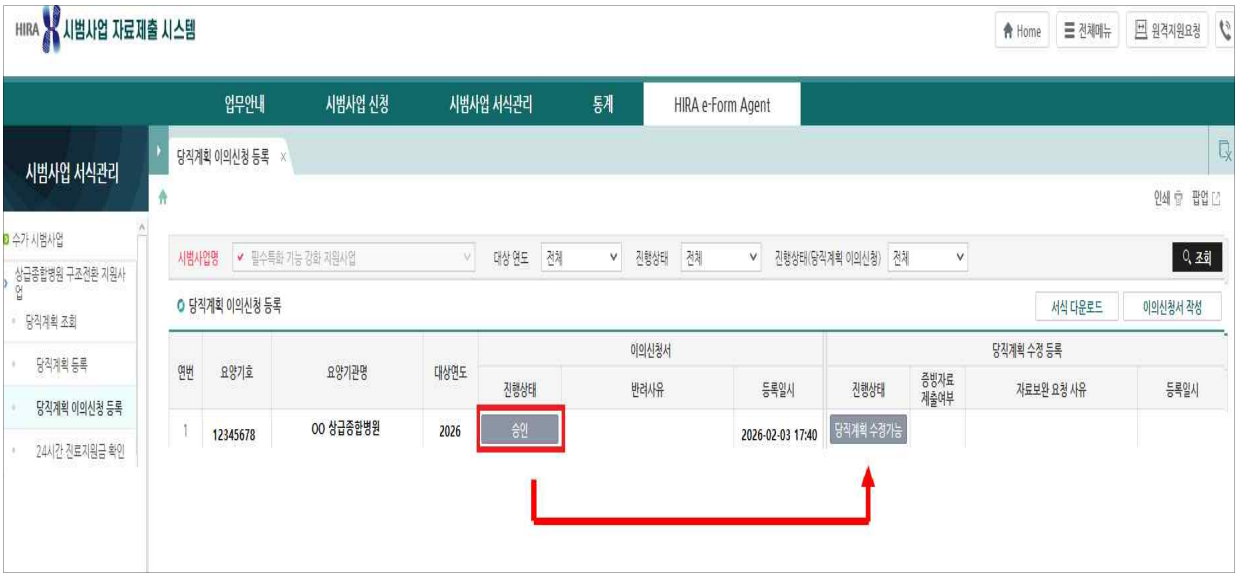
[그림 14] 이의신청서 제출화면

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

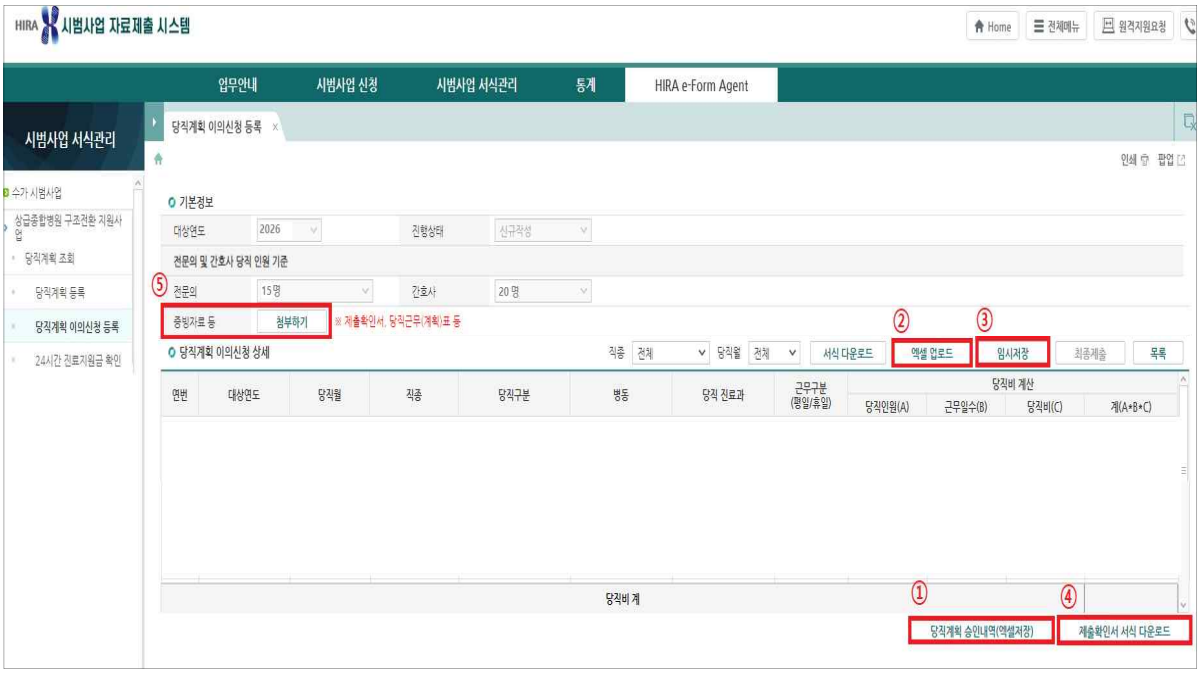
○ '당직계획 수정가능' 클릭 시 '당직계획 이의신청 상세' 화면으로 이동



[그림 15] 당직계획 이의신청서 승인 화면

○ ‘당직계획 승인내역’(①) 클릭 시 기제출한 엑셀 파일이 다운로드 되며, 수정된 내역을 반영하여 ‘엑셀 업로드’(②) 후 ‘임시저장’(③) 버튼 클릭

※ ‘임시저장’(③) 클릭 후 기제출한 엑셀파일 다운로드 불가



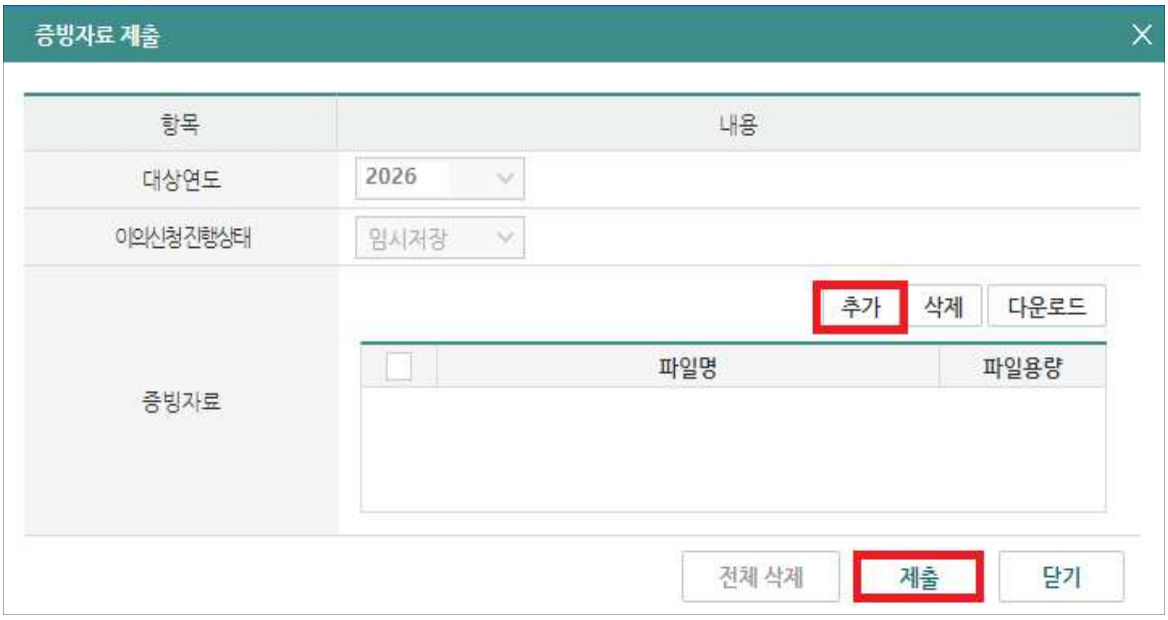
[그림 16] 당직계획 수정 등록 화면(라~바)

마. 수정된 내역 확인 후, 당직계획 확인서와 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)



[그림 17] 당직 계획 이의신청 증빙자료 업로드

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

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

[그림 18] 당직 계획 수정 등록 목록 조회

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

3) 24시간 진료지원금 확인

가. [시범사업 서식관리] - [진료협력·전달체계강화 등 시범사업] - [상급종합병원 구조전환 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

[그림 19] 24시간 진료지원금 내역 조회 화면

4) 24시간 진료지원 당직 현황 및 증빙자료 제출

가. [시범사업 서식관리] - [진료협력·전달체계강화 등 시범사업] - [상급종합병원 구조전환 지원사업] - [당직 현황 및 증빙자료 제출] 선택

나. 제출하고자 하는 자료가 해당되는 '대상 연도' 및 '대상 반기' 선택

[그림 20] 당직 현황 및 증빙자료 제출 화면

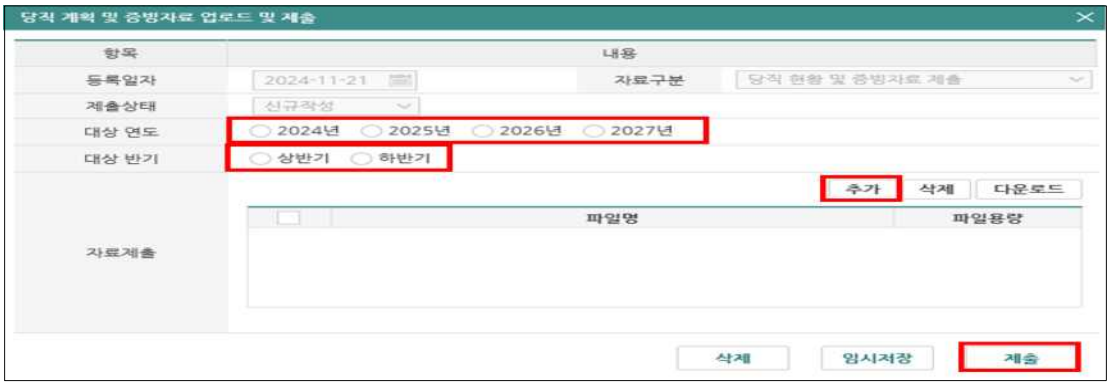
○ '추가' 버튼 클릭하여 파일 업로드, 업로드 후 팝업창 내에서 파일 삭제 및 다운로드 가능

※ 개별 파일 당 10MB까지, 전체 파일 총 용량 50MB까지 업로드 가능

○ 팝업창 내에서 '임시저장' 또는 '제출' 버튼 클릭하여, 파일 업로드

※ '임시저장' 상태에서는 수정가능하며, '제출' 상태에서는 수정 불가함

○ 팝업창 '닫기' 버튼 클릭 후, '당직 계획서 제출' 또는 '당직 현황 및 증빙자료 제출' 화면에서 처리 상태 확인(임시저장/제출완료/반려/승인)



[그림 21] 당직 현황 및 증빙자료 제출 팝업창

6. 진료협력 자료 제출

가. 지원기관

○ [시범사업 서식관리] - [진료협력·전달체계강화 등 시범사업] - [상급종합병원 구조전환 지원사업] - [진료협력센터 자료 제출] 선택

나. 기반구축 지원 대상 기관

○ [시범사업 서식관리] - [진료협력·전달체계강화 등 시범사업] - [상급종합병원 구조전환 지원사업(진료협력병원)] - [진료협력센터 자료 제출] 선택

다. 제출하고자 하는 자료에 따라 '연간 계획서 제출' 또는 '운영 현황 및 증빙자료 제출' 선택

라. '서식 다운로드' 버튼 클릭하여 서식 다운로드

마. '파일 업로드 및 제출' 버튼 클릭하여, 팝업창 생성

[그림 22] 진료협력센터 자료 제출 화면

○ 제출하고자 하는 자료가 해당되는 ‘대상연도’ 선택

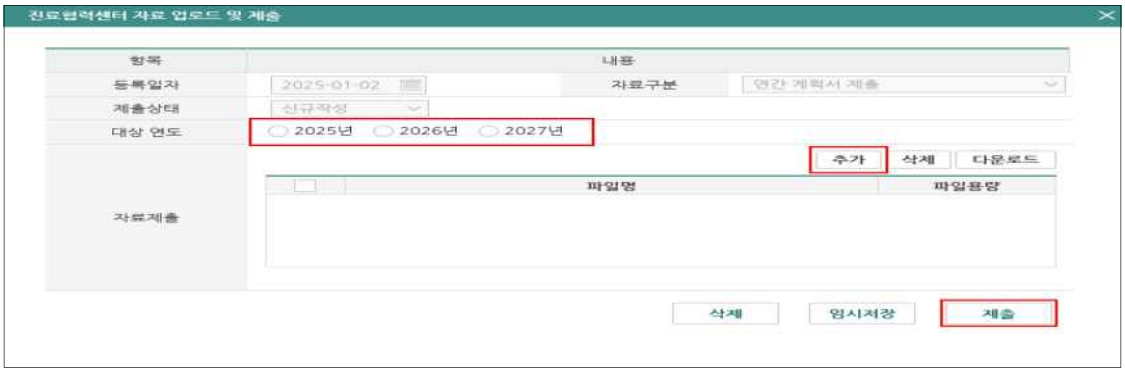
○ ‘추가’ 버튼 클릭하여 파일 업로드, 업로드 후 팝업창 내에서 파일 삭제 및 다운로드 가능

※ 개별 파일 당 10MB까지, 전체 파일 총 용량 50MB까지 업로드 가능

○ 팝업창 내에서 ‘임시저장’ 또는 ‘제출’ 버튼 클릭하여, 파일 업로드

※ '임시저장' 상태에서는 수정가능하며, '제출' 상태에서는 수정 불가함

○ 팝업창 ‘닫기’ 버튼 클릭 후, ‘연간 계획서 제출’ 또는 ‘운영 현황 및 증빙자료 제출’ 화면에서 처리 상태 확인(임시저장/제출완료/반려/승인)



[그림 23] 진료협력센터 자료 업로드 및 제출 화면

Ⅷ 지원사업 준수사항

1. 자료제출 의무 및 현장검증 협조

○ 지원기관 및 진료협력병원은 지침을 준수하여 지원사업 수행에 요구되는 자료를 성실히 제출해야 함

- 수집된 자료는 지원사업 목적으로만 활용되며, 별도의 다른 정보와 연계하여 활용되지 않음

○ 지원기관 및 진료협력병원은 보건복지부 또는 심사평가원이 지원사업 모니터링, 효과평가 등을 위해 관련 자료를 요구할 때에는 지체 없이 제출해야 함

○ 지원기관은 일반입원실 허가병상 변경, 「전공의 근무시간 단축 시범사업」 참여상황 변경 등에 관한 변동사항이 발생할 시에는 지체 없이 관련 자료를 제출해야 함

○ 지원기관 및 진료협력병원은 제출된 자료에 대한 현장검증이 필요한 경우 협조하여야 함

2. 개인정보 수집 · 이용 · 제3자 제공 동의서 작성 및 보관

○ 지원기관 및 기반구축 지원 대상 기관은 지원사업에 참여하는 의료인에게 사업 내용을 충분히 설명 후 지원사업 참여 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서([별지 제7-1호 서식])를 작성하여 제출하여야 함

○ 지원기관 및 기반구축 지원 대상 기관은 지원사업에 참여하는 환자에게 사업 내용을 충분히 설명 후 지원사업 참여 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서([별지 제7-2호 서식])를 작성 받아 지원사업 종료 후 5년간 보관하여야 함

○ 지원기관 및 기반구축 지원 대상 기관은 환자에게 지원사업 내용에 대해 충분히 설명 후, 진료의뢰·회송 중계시스템 이용에 관한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서([별지 제7호 서식])를 작성 받아 5년간 보관하여야 함

3. 준수사항 이행약정 체결

○ 지원기관 및 기반구축 지원 대상 기관은 지원사업 지침 등 관련 규정을 준수해야 하며, 이를 준수하지 않을 경우 지원사업 중단 및 지원기관, 기반구축 지원 대상 기관 지정이 취소될 수 있음

○ 이행약정기간은 사업 마지막 연도('27년) 성과평가 지원금 정산 완료일까지로 함

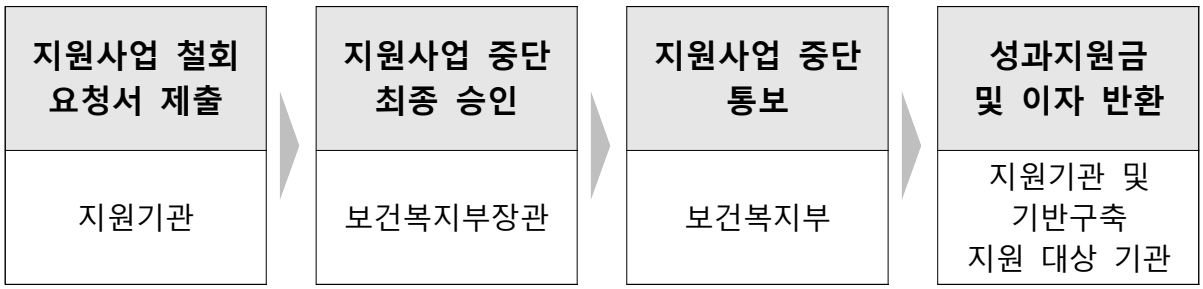
※ 지원기관 및 기반구축 지원 대상 기관은 준수할 사항에 대해 이행 약정을 체결하여야 함 (지원기관 [별지 제3호 서식], 기반구축 지원 대상 진료협력병원 [별지 제4-5호 서식])

4. 지원사업 중단 관련 조치

○ 지원기관 및 기반구축 지원 대상 기관은 이행약정서 내용에 따라 지원사업 중단사유가 발생할 경우 보건복지부장관의 최종 승인을 거쳐 지원사업 참여가 중단됨

- 심사평가원은 지원사업 중단 사유 발생 시 지원기관에 사전 통보 하여야 하며, 지원기관 및 기반구축 지원 대상 기관은 사전 통보를 받은 날로부터 10일 이내에 중단 사유에 대한 의견을 제출하여야 함

○ 지원기관 및 기반구축 지원 대상 기관이 지원사업 참여 철회를 요청하는 경우, 보건복지부에 지원사업 지정 철회 요청서([별지 제9호 서식])를 제출하여야 하며, 보건복지부장관의 최종 승인을 거쳐 지원사업을 중단할 수 있음



○ 지원기관은 지원사업 참여가 중단되는 경우, 이행약정서 내용에 따라 기지급된 24시간 진료지원금 사전지급분, 성과지원금 및 이자를 반환하여야 하며, 기반구축 지원 대상 기관은 기지급된 성과지원금 및 이자를 반환하여야 함

IX 지원사업 사후관리

1. 모니터링 주체

○ 보건복지부, 심사평가원

2. 모니터링 시기

○ 모니터링은 정기적(분기별)으로 실시하는 것을 원칙으로 하되, 필요하다고 판단되는 경우 수시로 실시함

3. 모니터링 내용

○ 적합질환자 비중, 전문 의뢰·회송 현황, 일반입원실 허가병상 축소 유지 및 24시간 진료지원 운영현황 등 지원사업 운영과 관련하여 모니터링이 필요하다고 판단되는 기타사항

4. 모니터링 방법

○ 지원기관 및 진료협력병원으로 신고된 의료기관을 대상으로 지방자치단체 병상신고 현황, 진료비 청구자료 및 지원사업 관련 서식 등을 활용하여 분석하고 모니터링 함

5. 모니터링 결과 조치

○ 일반입원실 허가병상 감축 유지 미준수, 부적절한 전문 의뢰·회송 및 인력 신고, 청구 경향 변화 등 지원사업 취지에 부합하지 않거나, 성과평가에 영향을 줄 것으로 예상되는 부당 행위가 의심될 경우 해당 기관에 사실관계를 확인하고 지원사업 중단 등 필요한 조치를 취할 수 있음

별 지 서 식 모 음

[별지 제1호 서식] 지원사업 참여 신청서

[별지 제2호 서식] 지원기관 이행계획서(1차 연도)

[별지 제2-1호 서식] 지원기관 이행계획서(2차 연도)

[별지 제3호 서식] 지원사업 이행약정서

[별지 제4-1호 서식] 진료협력기관 현황(변경) 신고서

[별지 제4-2호 서식] 진료협력 기반구축 운영 계획서(1차 연도)

[별지 제4-3호 서식] 진료협력 기반구축 운영 결과서(1차 연도)

[별지 제4-4호 서식] 요양기호 변경 신고 및 지원사업 연계 신청서

[별지 제4-5호 서식] 기반구축 지원 대상 진료협력병원 이행약정서

[별지 제4-6호 서식] 기반구축 지원 대상 진료협력병원 이행계획서(2차 연도)

[별지 제4-7호 서식] 진료협력 전담의료진 배치 현황(실제 근무)

[별지 제5호 서식] 일반입원실 허가병상 현황(변경) 신고서

[별지 제6-1호 서식] 24시간 진료지원 연간(월별) 당직 계획서

[별지 제6-2호 서식] 24시간 진료지원 월별 당직 현황

[별지 제6-3호 서식] 24시간 진료지원금 월별 지급내역서

[별지 제7호 서식] 진료의뢰·회송 중계시스템 이용에 관한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서(환자용)

[별지 제7-1호 서식] 지원사업 참여 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서(의료기관용)

[별지 제7-2호 서식] 지원사업 참여 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서(환자용)

[별지 제8호 서식] 지원사업 이의신청서

[별지 제9호 서식] 지원사업 지정 철회 요청서

[별지 제10호 서식] 지원기관 선정평가 자문단 청렴서약서

[별지 제11호 서식] 지원기관 선정평가 자문단 제척·기피·회피 신청(확인)서

[별지 제1호 서식]

상급종합병원 구조전환 지원사업 참여 신청서

신청 의료기관	기 관 명		요양기호	
	소 재 지	* (우편번호 포함) 도로명 주소로 기재		
	전화번호(FAX)		대 표 자	
사업책임자	성 명		전화번호	
	직급/직위		e-mail	
사업담당자	성 명		전화번호	
	직급/직위		e-mail	

본 의료기관은 「상급종합병원 구조전환 지원사업」 참여를 신청하고, 지원사업 이행계획서를 제출합니다.

년 월 일

신청인(기관장) (인)

보 건 복 지 부 장 관 귀 하

구비서류 : [별지 제2호 서식] 상급종합병원 구조전환 지원사업 이행계획서
「전공의 연속근무 단축 시범사업」 참여 신청서 등

[별지 제2호 서식]

※ 지원사업 이행계획서 모든 항목을 빠짐없이 작성하여 주시기 바랍니다.

※ 이외 추가하고자 하는 항목이 있는 경우 자율적으로 작성하여 주시기 바랍니다.

상급종합병원 구조전환 지원사업
지원기관 이행계획서(1차 연도)

2024. 00. 00.

○○○ 병원

Ⅰ- 1. 요양기관 일반현황

※ 인력현황은 신청일 전월을 기준으로 작성하여 주시기 바랍니다.

사 업 명	상급종합병원 구조전환 지원사업		
요양기호		요양기관명	
인력현황[1]			
의사	일반의(상근/비상근)	명/	명
	인턴(상근/비상근)	명/	명
	레지던트(상근/비상근)	명/	명
	전문의(상근/비상근)	명/	명
간호사	일반 외래		명
	일반 병동 (일반/특수)	명/	명
	진료지원		명
	전문(가정, 보건 등)		명
진료협력센터 설치 여부		□ 유	□ 무

종별 협력기관 수	구분	▪ 진료권역 및 인접지역[2]	▪ 그 외 지역
	합계	개소	개소
	상급종합병원		개소
	종합병원	개소	개소
	병원	개소	개소
	의원	개소	개소
진료협력센터 전담인력	의사(전담/겸임)	명/	명
	간호사		명
	사회복지사		명
	기타( )		명

1) 인력현황: 「국민건강보험법 시행규칙」 [별지 제14호 서식] 요양기관 현황신고서 '인원현황' 기준
※ 진료지원간호사가 일반 또는 전문 간호사에 포함될 경우 '진료지원간호사' 란에 상세 작성 기재
2) 진료권역: 「상급종합병원의 지정 및 평가 규정」 제5조(진료권역) 관련 [별표3] 상급종합병원의 소요병상수 산정을 위한 진료권역 (보건복지부 고시 제 2023-265호)
인접지역: 지원기관 소재지(시군)를 기준으로 행정구역상 맞닿아 있는 타 권역의 시군

Ⅰ- 2. 일반입원실 허가병상 감축 계획

구분	① 병동구분	② 일반입원실 허가병상 수 (변경 전)	③ 일반입원실 허가병상 수 (변경 후)	④ 변경 병상 수 (증감 수)	⑤ 신고예정일
총계 : 일반입원실 허가병상					
소계 : 감축대상 병상* * 어린이공공전문진료센터·응급센터·외상센터 등 제외					
1	*일반병동*	*50*	*45*	*-5*	*20241018*
2	*어린이공공전문진료센터*	*40*	*40*	*0*	*20241018*
3	*⋮*				
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

※ 필요시 행 추가하여 작성

① **병동구분:** 일반병동, 고위험임산부 집중치료실, 뇌졸중 집중치료실, 어린이 공공전문진료센터·권역응급의료센터·권역외상센터 병상, 긴급치료병상으로 구분하여 작성

② **일반입원실 허가병상 수(변경 전):** 2023.12.31. 기준 지방자치단체에 신고한 일반입원실 허가병상 수 작성

③ **일반입원실 허가병상 수(변경 후):** 감축 예정 일반입원실 허가 병상 수 작성

④ **변경 병상 수:** 일반입원실 허가병상 수(변경 후) - 일반입원실 허가병상 수(변경 전)

⑤ **신고 예정일:** 의료기관 개설 허가사항 변경신청서(「의료법 시행규칙」 [별지 제16호 서식]) 신고 예정일

Ⅰ- 3. 진료협력기관 현황

연번	종별	요양기호	요양기관명	소재지 (시·도)	진료권역 (√)	인접지역 (√)	그 외 지역 (√)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

※ 필요시 행 추가하여 작성

(참고) 진료협력기관(2차급) 목록이 제출되어야 전문 의뢰·회송 지원수가를 산정할 수 있음

Ⅱ. 2025년 사업 이행계획

❶ 진료

❶-1. 중증중심 진료

※ (참고) 적합질환자 비중은 '25년 성과평가 시 확인

<표> 적합질환자 인정기준

구분		인정기준
1	DRG A(전문진료질병군) 입원환자	·「상급종합병원의 지정 및 평가 규정」제3조제1항 관련 [별표 1] 입원환자의 질병군별 질병의 종류
2	진료협력병원(2차급) 전문의뢰 입원환자 등	· 진료협력병원(2차급)의 전문의뢰로 지원기관에 입원한 환자 · 수도권 상급종합병원에서 비수도권 상급종합병원으로 회송되어 입원한 환자
3	응급실 경유 중증응급(KTAS 1~2) 입원환자	·「한국 응급환자 중증도 분류기준」[별표 1] 중증도 분류 성인 및 [별표 2] 중증도 분류 소아
4	소아 중증질환 입원환자	·「어린이 공공전문진료센터 사후보상 시범사업」지침 [별첨 제1호] 소아중증질환 상병코드(18세 이하 및 주상병 기준) ·「2025년 응급의료기관 평가 기준집」[첨부 23] 소아중증상병 진단코드(18세 이하 및 주상병 기준) ·「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부 제9장 제1절 [별표 12] 해당 분류항목(6세미만)
5	권역외상센터 입원환자	· 요양급여비용(의료급여비용) 심사청구서의 진료형태가 "D(권역외상센터 입원)"인 명세서
6	희귀질환 입원환자	·「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」제5조 관련 [별표 4] 희귀질환자 산정특례 대상(주상병 및 특정기호 기준)
7	DRG A(전문진료질병군)에 해당하는 경우로서 로봇 보조 수술 입원환자	· DRG A(전문진료질병군)에 해당하는 경우로서「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제3부 행위 비급여 목록의 조-961 로봇 보조 수술을 한 환자

※ 세부기준은 항목별 고시 및 기준집 등 개정에 따라 변동될 수 있으며, 시범사업 자료제출 시스템 공지사항을 통해 매년 사전 안내 예정

❶-2. 필수의료 강화

○ **필수의료 기능 강화 계획 (5개 분야 모두 작성)**

- *권역 내 필수의료 대상 분야(응급, 심뇌혈관질환, 외상, 고위험분만, 중증소아 등)에 대한 현재 역할과 향후 기능 강화 계획*

  특히, 응급의 경우 권역 및 거점지역응급의료센터로서의 기능 여부 및 향후 계획, 중증응급질환 후속진료 역량 강화 계획 포함*

  * *응급실 종합상황판의 중증응급질환*

※ (참고) 1차연도(2025년) 권역 내 필수의료 기능 수행에 대한 모니터링 후 2차연도부터 성과평가 지표 도입여부 검토 예정

❷ 진료협력

❷. 진료협력 강화

○ **진료협력병원과 진료협력체계 구축**

- **시스템 연계 또는 진료협력센터 인원 보강 계획 수립**

❶ 시스템 연계 등 진료정보 공유체계 구축 및 확대 계획

❷ 진료협력센터 직원 확대 계획

❸ 패스트트랙 운영 계획

❹ 진료협력병원 진료협력 역량 강화 계획

: 진료협력센터 인력 확충, 의뢰·회송 교육 지원 등 작성

※ (참고) 1차연도 진료협력병원과 전문적 진료협력체계 구축 여부 확인 후 2차연도 부터 정량 지표 도입 예정

❸ 인력

❸-1. 업무 재설계 및 운영

○ **업무 재설계 계획**

- *진료과별 팀(전문의 + 진료지원간호사) 구성 및 운영 방식 전환 계획 등 작성*

* *진료지원간호사 선정기준은「간호사 업무 관련 시범사업」기준 준수 권고*

○ **기존인력 감축 없는 인력운영 계획 수립**

※ (참고)「간호사 업무 관련 시범사업」준수

❸-2. 교육·훈련 체계 구축

○ **교육・훈련 체계 구축 계획**

- *교육・훈련 대상, 교육・훈련 내용, 주기 등*

❹ 수련

❹. 수련여건 개선

○ 근무환경 개선 및 수련기능 강화 계획

** 수련 프로그램 개선 계획, 지도전문의 역할 강화 계획 등 작성*

[별지 제2-1호 서식]

※ 지원사업 이행계획서 모든 항목을 빠짐없이 작성하여 주시기 바랍니다.

※ 이외 추가하고자 하는 항목이 있는 경우 자율적으로 작성하여 주시기 바랍니다.

상급종합병원 구조전환 지원사업
지원기관 이행계획서(2차 연도)

2026. 00. 00.

○○○ 병원

Ⅰ. 요양기관 일반현황

※ 인력현황은 작성일전월을 기준으로 작성하여 주시기 바랍니다.

사 업 명	상급종합병원 구조전환 지원사업			
요양기호			요양기관명	
지원사업 담당자	성명		전화번호	
	직급/직위		e-mail	

인력현황[1]			
의사	일반의(상근/비상근)	명/	명
	인턴(상근/비상근)	명/	명
	레지던트(상근/비상근)	명/	명
	전문의(상근/비상근)	명/	명
	전임의(상근/비상근)	명/	명
간호사	일반 외래		명
	일반 병동 (일반/특수)	명/	명
	진료지원		명
	전문(가정, 보건 등)		명
진료협력센터 설치 여부		□ 유	□ 무

종별 협력기관 수	구분	▪ 진료권역 및 인접지역[2]	▪ 그 외 지역
	합계	개소	개소
	상급종합병원		개소
	종합병원	개소	개소
	병원	개소	개소
	정신병원	개소	개소
진료협력센터 전담인력	의사(전담/겸임)	명/	명
	간호사		명
	사회복지사		명
	기타( )		명

1) 인력현황:「국민건강보험법 시행규칙」 [별지 제14호 서식] 요양기관 현황신고서 '인원현황' 기준
※ 진료지원간호사가 일반 또는 전문 간호사에 포함될 경우 '진료지원간호사' 란에 상세 작성 기재
2) 진료권역:「상급종합병원의 지정 및 평가 규정」 제5조(진료권역) 관련 [별표3] 상급종합병원의 소요병상수 산정을 위한 진료권역 (보건복지부 고시 제2023-265호)
인접지역: 지원기관 소재지(시군)를 기준으로 행정구역상 맞닿아 있는 타 권역의 시군 등

Ⅰ-2. 일반입원실 허가병상 운영 현황

구분	① 병동명	② 병상구분	③ 진료과	④ 병상수 (2023.12.31. 기준)	⑤ 병상수 (2025.12.31. 기준)	⑥ 병상수 차이 (⑤-④)
일반입원실 총계				*28*	*22*	*-4*
일반병상 소계				*26*	*20*	*-6*
감축제외병상 소계				*2*	*4*	*2*
1	*31병동*	*일반병상*	*산부인과*	*26*	*20*	*-6*
2	*31병동*	*감축제외병상 (고위험임산부 집중치료실)*	*산부인과*	*2*	*4*	*2*
3	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

※ 필요시 행 추가하여 작성

① **병동명:** 실제 운영하고 있는 병동명 작성

② **병상구분:** 일반입원실 병상 수를 일반병상 및 감축제외병상*을 구분하여 작성

* 고위험임산부 집중치료실, 뇌졸중 집중치료실, 어린이 공공전문진료센터·권역응급의료센터·권역외상센터 병상, 긴급치료병상

③ **진료과:** 실제 병동을 운영하고 있는 진료과목 작성

④ **병상수:** 2023.12.31. 기준 일반입원실 병상 수를 구분하여 작성

⑤ **병상수:** 2025.12.31. 기준 일반입원실 병상 수를 구분하여 작성

⑥ **병상수 차이:** 2025.12.31. 기준 일반입원실 병상 수와 2023.12.31. 일반입원실 병상 수 간 차이 작성

Ⅱ. 2026년 사업 이행계획

❶ 진료

❶-1. 중증 중심 진료

1) 주요 현황 및 계획

○ 적합질환자 현황

구분	2023년	2024년	2025년	2026년 계획
적합질환자 비중	00%			
전체 적합질환자 입원 건수	00건			
DRG A(전문진료질병군)	00건			
진료협력병원(2차급) 전문의뢰	00건			
응급실 경유 중증응급 (KTAS 1~2)	00건			
소아 중증질환	00건			
권역외상센터	00건			
희귀질환	00건			
로봇 수술			00건	

주1) 건강보험, 의료급여 환자 대상 당해연도 1월 1일~12월 31일까지 입원 건수 (진료년월 기준)
주2) 적합질환자 비중(%): 당해연도 적합질환자 입원 건수 ÷ 당해연도 전체 입원 건수
주3) DRG A(전문진료질병군): 입원환자 분류체계 KDRG 4.6 버전으로 산출
주4) 진료협력병원(2차급) 전문 의뢰: 2025.12.31. 기준 진료협력병원 적용

○ 진료과목별 전문의 1인당 수술 건수 현황

진료과	세부 분과	구분	2023년	2024년	2025년	2026년 계획
외과	간담도췌 외과	평균	00건			
		최대	00건			
		최소	00건			
	대장항문 외과	평균	00건			
		최대	00건			
		최소	00건			
⋮						

주1) 건강보험, 의료급여 환자 대상 당해연도 1월 1일~12월 31일까지 수술 건수 (수술일자 기준)
주2) 수술실에서 수술한 건수만 집계 (외래, 중환자실에서 시행한 수술 건 제외)

○ 진료과목별 전문의 1인당 일반 및 응급 수술 건수 현황

진료과	세부 분과	구분	2023년	2024년	2025년	2026년 계획
외과	간담도췌 외과	전체	00건			
		일반	00건			
		응급	00건			
	대장항문 외과	전체	00건			
		일반	00건			
		응급	00건			
⋮						

주1) 건강보험, 의료급여 환자 대상 당해연도 1월 1일~12월 31일까지 수술 건수 (수술일자 기준)
주2) 수술실에서 수술한 건수만 집계 (외래, 중환자실에서 시행한 수술 건 제외)
주3) 응급 수술: 응급실 내원 후 24시간 이내 수술
주4) 일반 수술: 그 외 스케쥴에 따른 수술

○ 로봇 수술 및 장비 수 현황

구분	진료과	2023년	2024년	2025년	2026년 계획
보유장비 수	총 계	00개			
	비뇨기과	00개			
	산부인과	00개			
	⋮				
중증 질환	총 계	00개			
	비뇨기과	00개			
	산부인과	00개			
	⋮				
그 외 질환	총 계	00개			
	비뇨기과	00개			
	산부인과	00개			
	⋮				

주1) 건강보험, 의료급여 환자 대상 당해연도 1월 1일~12월 31일까지 수술 건수 (수술일자 기준)
주2) 중증 질환: DRG A(전문진료질병군)에 해당하는 경우
주3) 보유장비 수는 진료과별 구분이 어려운 경우 총계만 작성 가능

○ 2025년 로봇 수술 진료과목별 주상병 현황

진료과	비뇨기과		산부인과		외과		…	
세부 분과	-		-		일반외과		…	
구분	주상병	건수	주상병	건수	주상병	건수	주상병	건수
총 계		00건						
1순위	전립선의 악성 신생물	00건						
2순위								
3순위								
4순위								
5순위								
6순위								
7순위								
8순위								
9순위								
10순위								
⋮								

주1) 건강보험, 의료급여 환자 대상 당해연도 1월 1일~12월 31일까지 로봇 수술 건수 상위 순으로 작성 (수술일자 기준)
※ 엑셀 파일 형태로 제출 가능

2) 2025년 이행 결과 및 자체 평가

○ *2025년 이행계획에 따른 결과 작성*

3) 2026년 목표 및 개선 계획

○ *목표 달성을 위한 세부 추진과제(3~5개) 구체적 작성*

○ *2026년 과제별 추진일정 작성*

❶-2. 필수·공공 의료 기능 강화

1) 2025년 이행 결과 및 자체 평가

○ *필수의료 분야별(응급, 심뇌, 외상, 고위험분만, 중증소아)로 구분하여 2025년 이행 계획에 따른 결과 작성*

2) 2026년 목표 및 개선 계획

○ *필수의료 분야별(응급, 심뇌, 외상, 고위험분만, 중증소아)로 목표 및 구체적 계획 (인력·시설 등 지원방안 등) 작성*

과제명	주요 내용	자원 투입	담당부서
응급의료	*관련 센터를 지정받은 경우 센터 운영 계획 포함*	*중환자실 증설, 전문의 및 배후진료과 확충 등*	
외상	*관련 센터를 지정받은 경우 센터 운영 계획 포함*	*중환자실 증설, 전문의 및 배후진료과 확충 등*	
심뇌질환	*관련 센터를 지정받은 경우 센터 운영 계획 포함*	*중환자실 증설, 전문의 및 배후진료과 확충 등*	
고위험 분만	*관련 센터를 지정받은 경우 센터 운영 계획 포함*	*중환자실 증설, 전문의 및 배후진료과 확충 등*	
중증소아	*관련 센터를 지정받은 경우 센터 운영 계획 포함*	*중환자실 증설, 전문의 및 배후진료과 확충 등*	

※ 각 항목별 정성적으로 작성

○ *2026년 필수의료 분야별 추진일정 작성*

❶-3. 외래 진료량 관리

1) 주요 현황

○ 외래 환자 진료 건수 현황

구분	2023년	2024년	2025년	2026년 계획
총 외래 진료 건수	00건			
초진 진찰	00건			
재진 진찰	00건			
경증(단순)질환 건수	00건			
외래 진료 후 회송 건수	00건			

주1) 건강보험, 의료급여 환자 대상 당해연도 1월 1일~12월 31일까지 외래 건수 (진료년월 기준)
주2) 경증(단순) 질환: 외래 105개 경증 질환 대상
주3) 외래 진료 후 회송 건수: 당해연도 1월 1일~12월 31일까지 진료 건수 (회송일자 기준)
- 2023~2024년 권역 및 인접지역 내 진료협력병원으로의 회송 건수, 2025년부터는 상급종합병원 구조전환 지원사업 관련 전문 회송건수

○ 외래 환자 장기처방 일수 현황

- 외래 전체 환자

구분	2023년	2024년	2025년	2026년 계획
장기처방 총 건수	00건			
50일~100일	00건			
100일~150일	00건			
150일~180일	00건			
180일 이상	00건			

주) 건강보험, 의료급여 환자 대상 당해연도 1월 1일~12월 31일까지 외래 건수 (처방일자 기준)

- 외래 회송 환자

구분	2023년	2024년	2025년	2026년 계획
장기처방 총 건수	00건			
50일~100일	00건			
100일~150일	00건			
150일~180일	00건			
180일 이상	00건			

주) 건강보험, 의료급여 환자 대상 당해연도 1월 1일~12월 31일까지 외래 건수 (처방일자 기준)

○ 진료과목별 외래 세선별 환자 수 현황

진료과	세부분과	세션 수	세션별 환자 수	2023년	2024년	2025년	2026년 계획
내과	내분비 내과	00개	평균	00명			
			최대	00명			
			최소	00명			
	소화기 내과	00개	평균	00명			
			최대	00명			
			최소	00명			
⋮							

주) 건강보험, 의료급여 환자 대상 당해연도 12월 기준 평균

○ 진료과목별 외래 환자 구간별 세션 수 현황

진료과	세부분과	환자 수	2023년	2024년	2025년	2026년 계획
내과	내분비 내과	50명	00개			
		50명～100명	00개			
		100명～150명	00개			
		150명 이상	00개			
	소화기 내과	50명	00개			
		50명～100명	00개			
		100명～150명	00개			
		150명 이상	00개			
⋮						

주) 건강보험, 의료급여 환자 대상 당해연도 12월 기준 평균

2) 2026년 목표 및 개선 계획

○ *목표 달성을 위한 세부 추진과제(3～5개) 구체적 작성*

○ *2026년 과제별 추진일정 작성*

❷ 진료협력

❷ 진료협력 강화

1) 주요 현황 및 계획

구분	2023년	2024년	2025년	2026년 계획
진료협력병원 기관 수	*00개소*			
진료협력 기반구축 기관 수			*00개소*	*00개소*
전문 의뢰 건수	*00건*			
전문 회송 건수	*00건*			

주1) 진료협력병원 기관 수: 당해연도 12월 31일 기준으로 권역 및 인접지역 내 진료협력병원 기관 수
주2) 기반구축 기관 수: 당해연도 12월 31일 기준 기반구축 지원 대상으로 선정한 진료협력병원 기관 수
주3) 전문 의뢰·회송 건수: 당해연도 1월 1일~12월 31일까지 진료 건수 (의뢰 및 회송일자 기준)
- 2023~2024년 권역 및 인접지역 내 진료협력병원으로의 회송 건수, 2025년부터는 상급종합병원 구조전환 지원사업 관련 전문 회송건수

2) 2025년 이행 결과 및 자체 평가

○ 2025년 이행계획에 따른 결과 패스트트랙 구축 및 운영 실적 포함 작성
- 패스트랙 운영절차 및 운영형태(응급실, 외래 통한 입원 등) 세분화하여 기술

○ 2025년 전담의료진 배치 결과 작성

구분	이행 계획			이행 결과			
	기존	신규	배치기간	기존	신규	배치기간	결원 발생일
의사	*1명*	-	-	*1명*	-	-	
간호사	*1명*	*1명*	*2025.3월 ~*	*1명*	*1명*	*2025.4월 ~*	*30일*
		1명	*2025.6월 ~*		*1명*	*2025.6월 ~*	*0일*

주1) 신규: 2024년 3월 이후 신규 채용 또는 타부서의 의료진을 전담 배치한 경우
주2) 결원발생일: 병가, 조사, 사직, 휴직, 가족돌봄, 출산 등 사유로 결원이 발생하였으나 대체인력을 배치하지 못한 일수

3) 2026년 목표 및 개선 계획

□ 주요 추진과제

○ 진료협력센터 운영 내실화

- *진료협력센터 전담인력 관리, 업무 프로세서 개선, 진료협력의 질 관리, 전문 의뢰·회송시스템 등 진료정보 공유체계 구축 및 확대 등 계획 작성*
- *2026년 추진일정 작성*

○ 진료협력병원과의 진료협력체계 운영

- *진료협력병원 교육 등 역량 강화 및 진료협력 활성화를 위한 방안 등*
- *패스트트랙 운영 개선 계획 및 중점 운영 분야 등 작성*
- *2026년 추진일정 작성*

○ 2026년 전담의료진 배치 계획

구분	기존		신규		배치기간
	겸직	전담	겸직	전담	
의사	*1명*	*1명*	*1명*	*-*	*-*
간호사	*1명*	*1명*	*1명*	*-*	*2025.4월 ~*
			-	*1명*	*2025.6월 ~*
			-	*1명*	*2026.2월 ~*

주) 신규: 2024년 3월 이후 신규 채용 또는 타 부서의 의료진을 전담 배치한 경우

❸ 병상

❸-1. 일반병상 감축

1) 연차별 일반병상 감축수준 유지 계획

구분	감축수준 유지 병상 수	2025년	2026년 계획	2027년 계획
일반병상 수	*00개*	*감축수준 유지*	*감축수준 유지*	*감축수준 유지*

주) 감축수준 유지 병상 수: 일반입원실 병상에서 감축제외 병상 제외한 병상 수
- 감축제외 병상: 고위험임산부 집중치료실, 뇌졸중 집중치료실, 어린이 공공전문진료센터·권역응급의료센터·권역외상센터 병상, 긴급치료병상

※ (참고) 병상 감축 기준 준수여부 주기적 모니터링하여 미준수 지원사업 중단 등 조치 예정

❸-2. 중환자 중심 병상

1) 주요 현황 및 계획

구분	세부 구분	2025년	2026년 계획	2027년 계획
중환자실	총 계	*00개*		
	성인 중환자실	*00개*		
	소아 중환자실	*00개*		
	신생아 중환자실	*00개*		
일반입원실에 해당하는 감축제외 병상	총 계	*00개*		
	고위험임산부 집중치료실	*00개*		
	뇌졸중 집중치료실	*00개*		
	어린이 공공전문진료센터	*00개*		
	권역응급의료센터	*00개*		
	권역외상센터	*00개*		
	긴급치료병상	*00개*		

주) 당해연도 12월 31일 기준

2) 2026년 목표 및 개선 계획

○ 중증 병상 확충 계획

- 소아, 신생아 중환자실 증설 계획 등

- 2026년 추진일정 작성

○ 중환자실 역량 강화 계획

- 구조, 과정, 결과 측면으로 작성

- 2026년 추진일정 작성

❹ 인력

❹-1. 업무 재설계 및 운영

1) 주요현황 및 계획

- 진료과목별 전문의 현황

진료과	세부 분과	2023년	2024년	2025년	2026년 계획
총 계		*00명*			
내과	*내분비내과*	*00명*			
	소화기내과	*00명*			
⋮		*00명*			

주) 당해연도 12월 31일 기준

- 진료지원간호사 현황 *(근무형태 등 작성)*

업무 구분	2023년	2024년	2025년	2026년 계획
총 계	*00명*			
공통(여러 진료과)	*00명(2교대/Night당직)*			
진료과 소속 업무	*00명 (2교대/Night당직)*			
특수 업무	*00명 (3교대)*			
⋮				

주1) 당해연도 12월 31일 기준
주2) 공통 업무: 진료과 구분 없이 진료지원 업무를 수행하는 진료지원간호사 수
주3) 진료과 소속 업무: 진료과 소속으로 진료 업무를 수행하는 진료지원간호사 수
주4) 특수 업무: 처치 및 수술 등 특수 업무를 수행하는 진료지원간호사 수

2) 2025년 이행 결과 및 자체 평가

○ *2025년 이행계획에 따른 결과 작성*

3) 2026년 목표 및 개선 계획

○ 업무 재설계

- 진료과별 팀(전문의 + 진료지원간화사) 팀 구성 운영 등

※ 팀 구성원(진료지원간호사 포함) 명확한 역할 분담 및 세부내용 작성

- 2026년 추진일정 작성

○ 기존인력 감축 없는 인력 운영

○ 특정 진료과(안과, 이비인후과, 재활의학과, 정형외과) 인력·병상 등 현황 및 유지 계획

○ 역량 강화 계획 등 자율적으로 작성

❹-2. 교육·훈련 체계 구축

1) 2025년 이행 결과 및 자체 평가

○ *2025년 이행계획에 따른 결과 작성*

2) 2026년 목표 및 개선 계획

○ 교육·훈련체계 운영 계획

- 목표 및 전문의, 간호사, 진료지원간호사 대상 교육·훈련, 내용·주기 등 계획 작성

❺ 수련

❺ 수련여건 개선

1) 주요 현황 및 계획

○ 진료과목별 지도전문의 수 (당해연도 12월말 기준)

진료과	세부 분과	2023년	2024년	2025년	2026년 계획
총 계		*00명*			
내과	*내분비내과*	*00명*			
	소화기내과	*00명*			
⋮		*00명*			

○ 전공의 근무 시간 운영 현황(연속근무 포함) (당해연도 12월말 기준)

- 2023년~2025년 운영 현황

○ 전공의 주당 평균 당직시간 현황 (당해연도 12월말 기준)

- 2023년~2025년 운영 현황

2) 2025년 이행 결과 및 자체 평가

○ *2025년 이행계획에 따른 결과 작성*

3) 2026년 목표 및 개선 계획

○ 근무환경 개선 및 수련기능 강화 계획

- 목표 및 수련 프로그램 개선, 지도전문의 역할 강화, 「다기관 협력수련 시범사업」 등 계획 작성

[별지 제3호 서식]

상급종합병원 구조전환 지원사업 이행약정서

지원기관명:

요양기관기호:

위 기관은 **상급종합병원 구조전환 지원사업**(이하 "지원사업") 수행기관(이하 "지원기관")으로서 다음 각 호의 사항을 성실히 이행할 것을 약속하며, 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 각 호의 사항을 준수하여야 하며, 보건복지부 등의 요청사항에 대해 적극 협조하여야 한다.

① 지원기관은 보건복지부의 지원사업 참여기간(~'27.12.31.) 동안 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 연구과제 수행 등에 필요하여 사업장 출입을 요청하거나 관련서류의 열람 등을 요구할 때는 이에 적극 협조하여야 한다.

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

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

2. 관련자료 제출

가. 지원기관은 지방자치단체장에게 일반입원실 허가병상 감축에 따른 의료기관 개설 허가사항 변경 신청을 하고 변경 처리 완료서를 제출하여야 하며, 감축 수준을 유지하여야 한다.

나. 지원기관은 지원사업 수행에 따른 환자 진료정보 등 지원사업의 성과평가에 필요한 자료를 지원사업 지침에 따라 건강보험심사평가원에 제출하여야한다.

다. 지원기관은 지원사업 운영에 따라 발생하는 관련 서류를 보관하고 관련서류 제출을 요구받는 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 요구할 수 있다.

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

4. 지원사업의 중단 및 제재조치

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

① 허가병상 감축 기준을 미준수한 경우

② 전공의 연속근무 단축 시범사업 참여기준을 미준수한 경우

③ 정당한 사유 없이 지원사업 지침을 미준수한 경우

④ 자료제출 의무를 위반한 경우

⑤ 보건복지부 등의 현장검증 업무를 방해한 경우

⑥ 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 다음 각 호에 해당하는 금액을 반환하여야 한다.

① 기 지급된 성과평가지원금 전액 및 이자

② 지원사업 중단을 통보받은 날이 속하는 해당 연도에 지급받은 24시간 진료지원금 사전지급분 및 이자 중 사업 참여 기간을 제외하여 일할 계산한 금액

③ '가'의 1호 및 2호에 사유가 발생하는 경우 지원기관은 이를 지체없이 신고하여야 하나, 신고를 하지 않거나 신고를 지연한 경우에는, 사유가 발생한 날부터 지원중단이 통보된 날까지 기 지급된 지원사업 수가의 요양(의료)급여비용 및 이자

라. '다'에 따른 이자는 민법의 법정이율 연 5%(이하 "본 건 이자율")를 적용하여 지원금을 지급받은 날로부터 반환하는 날까지 일할 계산한 금액으로 한다.

마. ‘다’ 및 ‘라’에 따른 반환금액은 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. 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

[별지 제4-1호 서식]

진료협력기관 현황(변경) 신고서

연번	종별	요양기호	요양기관명	소재지 (시·도)	진료권역 (√)	인접지역 (√)	그 외 지역 (√)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

※ 필요시 행 추가하여 작성

(참고) 진료협력기관(2차급) 목록이 제출되어야 전문 의뢰·회송 지원수가를 산정할 수 있음

년 월 일

기관장 (직인)

[별지 제4-2호 서식]

진료협력 기반구축 운영 계획서(1차 연도)

1. 일반현황

신청 기관	기관명		요양기호	
	소재지			
	전화번호(FAX)		대표자	
담당자	성명		전화번호	
	직급/직위		e-mail	

2. 운영 계획

❶ 진료협력 전담의료진 배치

※ 아래 작성 예시를 참고하여 작성

<작성 예시>

구분	기존	신규	배치기간
의사	*1명*	*1명*	*'24.3월~*
간호사	*3명*	*2명*	*'24.3월~*
		2명	*'25.3월~*
		2명	*'25.6월~*

❷ 사진·영상 공유 시스템 개선

※ 아래 작성 예시를 참고하여 작성

<작성 예시>

활동내용	유	무
시스템 개선 계획*	O	

* 시스템 개발 가이드라인에 따라 '25년 내 개발 필요

※ 계획 유/무에 따라 해당 칸에 O 표시

❸ 진료협력 기능강화 활동 수행

※ 아래 작성 예시를 참고하여 작성

<작성 예시>

[지원기관]

연번	활동내용	유	무
1	***진료협력병원 대상 회송환자 진료 컨설팅 실시***	*O* *연간 시행 횟수* *4회*	
2	***진료협력병원 의료진 교육(세미나, 워크숍 등) 및 교육자료 제공***	*O* *연간 시행 횟수* *4회*	
3	***회송・재의뢰 관련 매뉴얼 제작 및 현행화***	*O*	
4	***진료협력병원과 소통 강화 활동* 수행*** ** SNS활용, 간담회*	*O* *연간 시행 횟수* *4회*	
5	***진료협력병원 만족도 조사***	*O*	

[기능강화 지원 대상 진료협력병원]

연번	활동내용	유	무
1	***진료역량정보 매달 현행화***	*O*	
2	***지원기관→진료협력병원 대상 회송환자 진료 컨설팅 참여***	*O*	
3	***지원기관→진료협력병원 의료진 교육(세미나, 워크숍 등) 참여***	*O*	
4	***의뢰・회송 관련 매뉴얼 제작 및 현행화***	*O*	
5	***진료협력병원과 소통 강화 활동* 참여*** ** SNS활용, 간담회*	*O*	
6	***지원기관→진료협력병원 만족도 조사 참여***	*O*	

* 2, 3, 5, 6번 활동은 지원기관에서 실시하는 경우를 전제

위와 같이 진료협력 기반구축 운영 계획을 제출하며, 착오, 허위, 기타 부당한 방법으로 지원금을 지급받은 경우에는 지원사업 취소 또는 지원금을 반환하는 것에 동의합니다.

년 월 일

기관장 (직인)

[별지 제4-3호 서식]

진료협력 기반구축 운영 결과서(1차 연도)

1. 일반현황

신청 기관	기관명		요양기호	
	소재지			
	전화번호(FAX)		대표자	
담당자	성명		전화번호	
	직급/직위		e-mail	

2. 운영 결과

❶ 진료협력 전담의료진 배치

※ 아래 작성 예시를 참고하여 작성하고, 증빙자료 제출

구분	직종	근무기간	근무일자
1	*간호사*	*2025.3.1.~2025.12.31*	*10개월*
2	*간호사*	*2025.10.22.~2025.12.31*	*2개월 10일*
	⋮		

* 필요시 행 추가하여 작성

❷ 사진·영상 공유 시스템 개선

※ 아래 작성 예시를 참고하여 작성하고, 증빙자료 제출

활동내용	유	무
시스템 개선	*O*	

❸ 진료협력 기능강화 활동 수행

※ 아래 작성 예시를 참고하여 작성

<작성 예시>

[지원기관]

연번	활동내용	유	무
1	***진료협력병원 대상 회송환자 진료 컨설팅 실시***	*O* *연간 시행 횟수* *4회*	
2	***진료협력병원 의료진 교육(세미나, 워크숍 등) 및 교육자료 제공***	*O* *연간 시행 횟수* *4회*	
3	***회송·재의뢰 관련 매뉴얼 제작 및 현행화***	*O*	
4	***진료협력병원과 소통 강화 활동 수행**** ** SNS활용, 간담회*	*O* *연간 시행 횟수* *4회*	
5	***진료협력병원 만족도 조사***	*O*	

[기능강화 지원 대상 진료협력병원]

연번	활동내용	유	무
1	***진료역량정보 매달 현행화***	*O*	
2	***지원기관→진료협력병원 대상 회송환자 진료 컨설팅 참여***	*O*	
3	***지원기관→진료협력병원 의료진 교육(세미나, 워크숍 등) 참여***	*O*	
4	***의뢰·회송 관련 매뉴얼 제작 및 현행화***	*O*	
5	***진료협력병원과 소통 강화 활동* 참여*** ** SNS활용, 간담회*	*O*	
6	***지원기관→진료협력병원 만족도 조사 참여***	*O*	

* 2, 3, 5, 6번 활동은 지원기관에서 실시하는 경우를 전제

위와 같이 진료협력 기반구축 운영 결과를 제출하며, 착오, 허위, 기타 부당한 방법으로 지원금을 지급받은 경우에는 지원사업 취소 또는 지원금을 반환하는 것에 동의합니다.

년 월 일

기관장 (직인)

[별지 제4-4호 서식]

요양기호 변경 신고 및 지원사업 연계 신청서

신청기관	요양기관명		요양기호	
	소 재 지			
담당자	성 명		부서 및 직위	
	연락처	(전화번호)	(e-mail)	
변경사유	※ 신청 전 사업부서 유선확인 필수			

< 요양기관 변경 현황 >

구분	요양기관명	요양기호	지정일자	폐업일자	변경사유
변경 전					
현 행					

위와 같이 요양기호 변경 신고 및 지원사업 연계 신청합니다.

년 월 일

변경 전 요양기관(기관장) (서명 또는 인)

(신청인)현 행 요양기관(기관장) (서명 또는 인)

보 건 복 지 부 장 관 귀하

확인사항	• 요양기호가 변경된 경우 반드시 제출 필요합니다. • 요양기호 변경 전·후 동일성이 인정되는 경우에 한하여 상급종합병원 구조전환 지원사업 관련 내용의 연계가 가능합니다.
제출방법	• (제출서류) 요양기호 변경 전·후 의료기관 개설허가증 사본(변경내용 포함) - 변경 전·후 동일성 확인을 위해 추가 증빙자료 제출을 요청할 수 있습니다.

[별지 제4-5호 서식]

상급종합병원 구조전환 지원사업
기반구축 지원 대상 진료협력병원 이행약정서

요양기관명:

요양기관기호:

위 기관은 **상급종합병원 구조전환 지원사업**(이하 "지원사업")의 진료협력 기반구축 지원 대상으로 선정된 진료협력병원(이하 "기반구축 지원 대상 기관")으로서 다음 각 호의 사항을 성실히 이행할 것을 약속하며, 본 약정서를 제출합니다.

1. 의무 및 협조

가. 기반구축 지원 대상 기관은 지원사업이 성공적으로 수행될 수 있도록 최선의 노력을 다하여야 하며, 지원사업과 관련하여 보건복지부, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단(이하 "보건복지부 등")의 요청사항에 대하여 적극 협조하여야 한다.

나. 기반구축 지원 대상 기관은 각 호의 사항을 준수하여야 하며, 보건복지부 등의 요청사항에 대해 적극 협조하여야 한다.

① 기반구축 지원 대상 기관은 지원사업 참여기간(~'27.12.31.) 동안 지침 등에서 정한 기준에 따라 성실하게 지원사업을 운영하여야 한다.

② 기반구축 지원 대상 기관은 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 기반구축 지원 대상 기관은 보건복지부 등이 지원사업에 대한 점검, 모니터링,

평가 및 연구과제 수행 등에 필요하여 사업장 출입을 요청하거나 관련 서류의 열람 등을 요구할 때는 이에 적극 협조하여야 한다.

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

라. 기반구축 지원 대상 기관은 지원사업 관련하여 보건복지부 등이 협의 등을 요청하면 이에 적극 협력하여야 한다.

2. 관련자료 제출

가. 기반구축 지원 대상 기관은 지원사업 수행에 따른 환자 진료정보 등 지원사업의 성과평가에 필요한 자료를 지원사업 지침에 따라 건강보험심사평가원에 제출하여야 한다.

나. 기반구축 지원 대상 기관은 지원사업 운영에 따라 발생하는 관련 서류를 보관하고 관련서류 제출을 요구받는 경우 지체 없이 제출하여야 한다.

3. 점검상의 조치

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

나. 보건복지부 등은 기반구축 지원 대상 기관이 지원사업의 운영지침 등에서 정한 기준을 준수하지 않을 경우, 사업 중단 등의 조치를 취할 수 있다.

4. 지원사업의 중단 및 제재조치

가. 보건복지부는 기반구축 지원 대상 기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 지원기관의 사업 참여를 중단시킬 수 있다.

① 보건복지부 등의 현장검증 업무를 방해한 경우

② 지원사업 기간 중 폐업하거나 국민건강보험법 제98조제1항에 따른 업무정지처분을 받는 등 관계법령에 따라 시범사업을 계속 수행할 수 없는 사유가 발생한 경우

③ 사회적으로 물의를 일으키는 등 중대한 공익을 위하여 필요한 경우

④ 그 밖에 지원사업을 성실히 수행할 능력이 없다고 판단되는 경우

나. '가' 의 사유에 따라 지원사업이 중단되는 경우에는 다음 각 호에 해당하는 금액을 반환하여야 한다.

① 기 지급된 성과평가지원금 전액 및 이자

② 지원사업 중단을 통보받은 날이 속하는 해당 연도에 지급받은 기반구축 지원금 사전지급분 및 이자 중 사업 참여 기간을 제외하여 일할 계산한 금액

다. '나'에 따른 이자는 민법의 법정이율 연 5%(이하 "본 건 이자율")를 적용하여 지원금을 지급받은 날로부터 반환하는 날까지 일할 계산한 금액으로 한다.

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

마. 기반구축 지원 대상 기관이 보건복지부로부터 반환명령을 받고도 반환하지 아니한 때에는 국민건강보험공단이 기반구축 지원 대상 기관에 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 최근 3년* 이내 행정처분을 받거나 보건복지부 장관이 참여 제한이 필요하다고 인정하는 경우에는 지원사업 참여를 제한할 수 있다.

* 행정처분일 기준

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

[별지 제4-6호 서식]

※ 지원사업 이행계획서 모든 항목을 빠짐없이 작성하여 주시기 바랍니다.

※ 이외 추가하고자 하는 항목이 있는 경우 자율적으로 작성하여 주시기 바랍니다.

상급종합병원 구조전환 지원사업 기반구축 지원 대상 진료협력병원 이행계획서(2차 연도)

2026. 00. 00.

○○○ 병원

Ⅰ. 요양기관 일반현황

※ 인력현황은 작성일 전월을 기준으로 작성하여 주시기 바랍니다.

사 업 명	상급종합병원 구조전환 지원사업			
진료협력 병원	요양기호		요양기관명	
	소재지		대표자	
진료협력 담당자	성명		전화번호	
	직급/직위		e-mail	

인력현황*			
의사	일반의(상근/비상근)	명/	명
	인턴(상근/비상근)	명/	명
	레지던트(상근/비상근)	명/	명
	전문의(상근/비상근)	명/	명
간호사	일반	외래	명
		병동 (일반/특수)	명/ 명
	진료지원		명
	전문(가정, 보건 등)		명

진료협력센터 설치 여부		□ 유	□ 무
진료협력 지원기관(상급종합병원) 수		▪ 기반구축	▪ 그 외
		개소	개소
진료협력센터 전담인력	의사	명	
	간호사	명	

* 인력현황: 「국민건강보험법 시행규칙」 [별지 제14호 서식] 요양기관 현황신고서 '인원현황' 기준
※ 진료지원간호사가 일반 또는 전문 간호사에 포함될 경우 '진료지원간호사' 란에 상세 작성 기재

Ⅱ. 요양기관 자원현황

※ 자원현황은 작성일 전월을 기준으로 작성하여 주시기 바랍니다.

전문의 수련기관		☐ 해당	☐ 미해당
	진료과	과	
		과	
		과	
중환자실 운영		☐ 유	☐ 무
	병상수	병상	
응급실 운영		☐ 유	☐ 무
	병상수	병상	
응급의료기관 구분		☐ 권역응급의료센터 ☐ 전문응급의료센터 ☐ 권역외상센터 ☐ 지역응급의료센터 ☐ 지역응급의료기관 ☐ 미지정	
수술실 운영		☐ 유	☐ 무
	병상수	병상	
진료역량정보		☐ X-ray ☐ CT ☐ MRI ☐ Bone scan ☐ PET-CT ☐ 위내시경 ☐ 대장내시경 ☐ 초음파 ☐ ERCP ☐ EKG ☐ EEG ☐ 근전도검사 ☐ 재활치료(일반) ☐ 재활치료(전문) ☐ 항암치료(약물) ☐ 항암치료(방사선)	☐ 혈액투석 ☐ 복막투석 ☐ CRRT ☐ 수혈 ☐ 배액관관리 ☐ 영양관관리 ☐ Ventilator care ☐ 간호간병통합 ☐ 가정간호 ☐ 기타( ) ☐ 진료협력 ○ 진료의뢰·회송중계시스템 ○ 진료정보교류시스템

Ⅲ. 2026년 사업 이행계획

❶ 진료협력

❶-1 진료협력 전담의료진 배치

1) 2025년 이행 결과

○ 2025년 이행 계획에 따른 결과 작성

구분	이행 계획			이행 결과			
	기존	신규*	배치기간	기존	신규*	배치기간	결원 발생일
의사	1명	-	-	1명	-	-	
간호사	1명	1명	2025.3월 ~	1명	1명	2025.4월 ~	30일
		1명	2025.6월 ~		1명	2025.6월 ~	0일

* 2024년 3월 이후 신규 채용 또는 타부서의 의료진을 **전담** 배치한 경우

* 결원발생일: 병가, 조사, 사직, 휴직, 가족돌봄, 출산 등 사유로 결원이 발생하였으나 대체인력을 배치하지 못한 일수

2) 2026년 이행 계획

○ 전담의료진 배치 현황 및 계획

구분	기존		신규*		
	겸직	전담	겸직	전담	배치기간
의사	1명	1명	1명	-	-
간호사	1명	1명	1명	-	2025.4월 ~
			-	1명	2025.6월 ~
			-	1명	2026.2월 ~

* 2024년 3월 이후 신규 채용 또는 타부서의 의료진을 **전담** 배치한 경우

❶-2 진료협력 강화

1) 주요 현황 및 계획

구분	2024년	2025년	2026년
협력 지원기관 수			
전문 의뢰 건			
전문 회송 수용 건			

※ 각 항목별 정량적으로 작성

주1) 협력 지원기관 수: 당해연도 1월 1일~12월 31일까지 협력을 맺은 동일 권역 내 또는 인접지역 상급종합병원(이하 '지원기관') 수

주2) 전문 의뢰 건: 당해연도 1월 1일~12월 31일까지 지원기관에 전문 의뢰한 건수

주3) 전문 회송 수용 건: 당해연도 1월 1일~12월 31일까지 전문 회송 건 중 90일 이내 진료한 건수

2) 2025년 이행 결과

○ *2025년 이행계획에 따른 결과(시스템 개선, 기능강화활동 등) 작성*

3) 2026년 이행 계획

○ **진료협력센터 운영 내실화**

- *진료협력센터 전담인력 관리, 업무 프로세스 개선(매뉴얼 제작 및 현행화 등)*

○ **지원기관과의 진료협력체계 운영**

- *진료역량정보 현행화 세부계획(담당자 지정, 현행화 주기 등)*
- *지원기관의 교육, 컨설팅 참여 등*

○ **진료협력 모니터링**

- *전문 의뢰·회송 건수, 환자 만족도 관리 등*
- *병·의원 등과 진료협력활동 시행한 내역 등*

[별지 제4-7호 서식]

진료협력 전담의료진 배치 현황 (실제 근무)

※ 예시를 참고하여 실제 진료협력 전담의료진 배치현황 작성 후 관련 증빙자료 제출

구분	① 직종	② 이름	③ 인력구분	④ 업무구분	⑤ 시작일자	⑥ 종료일자
1	*간호사*	*김OO*	*기존인력*	*겸직*	*2022.1.1.*	*2025.4.30.*
2	*간호사*	*최OO*	*기존인력*	*전담*	*2024.1.1.*	*2025.12.31.*
3	*간호사*	*이OO*	*신규인력*	*전담*	*2025.3.1.*	*2026.7.1.*
4	*의사*	*박OO*	*신규인력*	*전담*	*2026.5.1.*	*2026.6.3.*
5						
6						
7						
8						
9						
10						

※ 2024년 3월 1일 기준 진료협력센터 근무자 모두 기재 요망

① **직종:** 전담의료진 직종 기재(예: 의사, 간호사)

② **이름:** 전담의료진 실제 이름 기재

③ **인력구분:** 상급종합병원 구조전환 지원사업에서 지원하는 신규 또는 기존 근무 여부 기재

④ **업무구분:** 진료협력 업무를 전담 또는 겸임 하는지 여부 기재

⑤ **시작일자:** 진료협력 업무에 배치된 시작 일자 기재

⑥ **종료일자:** 진료협력 업무에 배치가 종료된 일자 기재

* 1인 1줄 기재. 다만, 1인이 근무 종료 후 새롭게 근무가 재시작될 경우(예: '26.4.20. 진료협력 근무 종료 → '26.8.1. 진료협력 근무 재시작) 2줄 기재

년 월 일

기관장 (직인)

[별지 제5호 서식]

일반입원실 허가병상 현황(변경) 신고서

구분	① 병동구분	② 일반입원실 허가병상 수 (변경 전)	③ 일반입원실 허가병상 수 (변경 후)	④ 변경 병상 수 (증감 수)	⑤ 신고예정일
총계 : 일반입원실 허가병상					
소계 : 감축대상 병상* * 어린이공공전문진료센터·응급센터·외상센터 등 제외					
1	*일반병동*	*50*	*45*	*-5*	*20241018*
2	*어린이공공전문진료센터*	*40*	*40*	*0*	*20241018*
3	*⋮*				
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

※ 필요시 행 추가하여 작성

① **병동구분:** 일반병동, 고위험임산부 집중치료실, 뇌졸중 집중치료실, 어린이 공공전문진료센터·권역응급의료센터·권역외상센터 병상, 긴급치료병상으로 구분하여 작성

② **일반입원실 허가병상 수(변경 전):** 지방자치단체에 신고한 일반입원실 허가병상 수 작성

③ **일반입원실 허가병상 수(변경 후):** 변경 예정 일반입원실 허가 병상 수 작성

④ **변경 병상 수:** 일반입원실 허가병상 수(변경 후) - 일반입원실 허가병상 수(변경 전)

⑤ **신고 예정일:** 의료기관 개설 허가사항 변경신청서(「의료법 시행규칙」 [별지 제16호 서식]) 신고 예정일

년 월 일

기관장 (직인)

[별지 제6-1호 서식]

24시간 진료지원 연간(월별) 당직 계획서

구분	① 당직월	② 병동명	③ 진료과	④ 직종	⑤ 당직구분	⑥ 근무구분	⑦ 당직인원	⑧ 근무일수
1	*1월*	*응급실*	*응급의학과*	*전문의*	*당직*	*주말*	*23*	*11*
2	*1월*	*응급실*	*신경외과*	*전문의*	*배후*	*평일*	*23*	*20*
3	*1월*	*응급실*	*신경외과*	*진료지원 간호사*	*배후*	*주말*	*5*	*11*
4	*1월*	*수술실*	*수술실*	*일반 간호사*	*당직*	*평일*	*7*	*9*
5	⋮							
6								
7								
8								
9								
10								

① **당직월:** 당직(배후)을 계획하고 있는 월(月)을 기재 또는 입력

② **병동명:** 병원별 병동명칭 작성 (예: 31병동, 진달래병동 등)

③ **진료과:** 당직(배후) 근무하는 진료과를 각각 기재 또는 입력

④ **직종:** 당직(배후) 근무하는 직종을 각각 기재 또는 입력

⑤ **당직구분**

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

⑥ **근무구분:** 직종별 당직(배후) 근무하는 평일, 주말(공휴일 포함)을 각각 기재 또는 입력

⑦ **근무인원:** 직종별 당직(배후) 근무 인원 기재 또는 입력

⑧ **근무일수:** 당직(배후) 근무자의 근무기간 기재 또는 입력

년 월 일

기관장 (직인)

[별지 제6-2호 서식]

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	450,000						900,000				

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)

[별지 제6-3호 서식]

24시간 진료지원금 월별 지급내역서

요양기관명			요양기호	
담당자	성 명		부서 및 직위	
	연락처	(전화번호)	(e-mail)	

구분	당직 월	지급일자	직종	지급총액
총계				*총 000,000,000원*
1	*1월*	*2월 25일*	*전문의*	*총 000,000,000원*
	⋮			

※ 필요시 행 추가하여 작성

년 월 일

기관장 (직인)

보건복지부장관 귀하

[별지 제7호 서식]

■ 진료의뢰 · 회송 중계시스템 운영 등에 관한 세부사항 [별지 제3호서식] <개정 2026. 2. 1.>

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 송 · 수신하는 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

※ 귀하는 위의 개인정보 수집 · 이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 중계시스템 이용에 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 수집 · 이용하는데 동의하십니까?

[ ] 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

※ 귀하는 위의 민감정보 수집 · 이용에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 중계시스템 이용에 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 민감정보를 수집 · 이용하는데 동의하십니까?

[ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음

라. 개인정보의 제3자 제공에 관한 동의

개인정보를 제3자에게 제공하는 자	진료의뢰 · 회송 중계시스템을 이용하여 전자적으로 의뢰 · 회송서를 송 · 수신하는 요양기관
개인정보를 제공받는 제3자	제3자의 개인정보 수집 · 이용 목적
진료의뢰 · 회송 중계시스템을 통하여 전자적으로 의뢰 · 회송서를 송 · 수신하는 요양기관	의뢰 · 회송된 환자의 진료
보건복지부	진료의뢰 · 회송 사업 총괄 및 평가
건강보험심사평가원	진료의뢰 · 회송 사업 운영 및 급여비용 심사 · 지급
제3자가 제공받는 개인정보의 항목	성명, 주소, 전화번호, 건강보험증번호, 가입자 또는 세대주 성명
제3자의 개인정보 보유 및 이용기간	보유기간 5년

※ 귀하는 위의 개인정보의 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 중계시스템 이용에 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 제3자에게 제공하는데 동의하십니까?

[ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음

마. 민감정보의 제3자 제공에 관한 동의

민감정보를 제3자에게 제공하는 자	진료의뢰 · 회송 중계시스템을 이용하여 전자적으로 의뢰 · 회송서를 송 · 수신하는 요양기관
민감정보를 제공받는 제3자	제3자의 민감정보 수집 · 이용 목적
진료의뢰 · 회송 중계시스템을 통하여 전자적으로 의뢰 · 회송서를 송 · 수신하는 요양기관	의뢰 · 회송된 환자의 진료
보건복지부	진료의뢰 · 회송 사업 총괄 및 평가
건강보험심사평가원	진료의뢰 · 회송 사업 운영 및 급여비용 심사 · 지급
제3자가 제공받는 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
제3자의 민감정보 보유 및 이용기간	보유기간 5년

※ 귀하는 위의 민감정보의 제3자 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 중계시스템 이용에 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 민감정보를 제3자에게 제공하는데 동의하십니까?

[ ] 동의함 [ ] 동의하지 않음

바. 고유식별정보 수집 · 이용 고지

※ 「개인정보 보호법」 제15조제1항제3호에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 수집 · 이용합니다.

항목	수집 · 이용 목적	처리근거
주민등록번호, 가입자 또는 세대주 주민등록번호, 외국인등록번호	진료의뢰 · 회송 중계시스템을 이용한 의뢰 · 회송 업무수행	「국민건강보험법 시행령」 제81조 및 「의료급여법 시행령」 제21조

사. 고유식별정보 제3자 제공 고지

※ 「개인정보 보호법」 제17조제1항제2호에 따라 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공합니다.

항목	제공받는 자	제공받는 자의 이용목적	처리근거
주민등록번호, 가입자 또는 세대주 주민등록번호, 외국인등록번호	진료의뢰 · 회송 중계시스템을 통하여 전자적으로 의뢰 · 회송서를 송 · 수신하는 요양기관	의뢰 · 회송된 환자의 진료	「국민건강보험법 시행령」 제81조 및 「의료급여법 시행령」 제21조
	보건복지부	진료의뢰 · 회송 사업 총괄 및 평가	
	건강보험심사평가원	진료의뢰 · 회송 사업 운영 및 급여비용 심사 · 지급	

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

- 본인은 환자(성명:)의 법정대리인으로서 「개인정보 보호법」 제22조의2에 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)

210㎜×297㎜[백상지(80g/㎡) 또는 중질지(80g/㎡)]

[별지 제7-1호 서식]

「상급종합병원 구조전환 지원사업」 참여 및 개인정보 수집 · 이용 · 제3자 제공 동의서 [의료기관용]

「상급종합병원 구조전환 지원사업」과 관련하여 아래와 같이 개인정보를 수집 · 이용 하고 제3자에게 제공하오니, 수집·이용 및 제3자 제공에 대한 내용을 확인 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

[상급종합병원 구조전환 지원사업 안내]

○ 보건복지부는 상급종합병원이 일반병상 감축을 통해 중등증 이하 진료량을 줄이고, 중증·응급·희귀질환 진료에 집중하면서 전공의에게는 밀도 있는 수련을 제공하는 등 안정적인 구조전환을 지원하기 위해 2024년 10월부터 「상급종합병원 구조전환 지원사업」을 실시하고 있습니다.

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

□ 동의 □ 미동의

「상급종합병원 구조전환 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	상급종합병원 구조전환 지원사업의 기능강화 지원 및 성과지원을 위한 관련 업무수행	**지원사업 종료 후 5년**

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

☞ **위와 같이 「상급종합병원 구조전환 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
당직 근무표, 급여(당직비) 지급내역 재직증명서, 근로계약서	상급종합병원 구조전환 지원사업 기능강화 지원 및 성과지원을 위한 관련 업무수행	**지원사업 종료 후 5년**

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

☞ **위와 같이 「상급종합병원 구조전환 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	상급종합병원 구조전환 지원사업 총괄	성명, 면허번호	지원사업 종료 후 5년
	건강보험 심사평가원	1. 상급종합병원 구조전환 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.

☞ **위와 같이 「상급종합병원 구조전환 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	상급종합병원 구조전환 지원사업 총괄	당직근무표, 급여(당직비) 지급내역, 재직증명서, 근로계약서	지원사업 종료 후 5년
	건강보험 심사평가원	1. 상급종합병원 구조전환 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.

☞ **위와 같이 「상급종합병원 구조전환 지원사업」 참여·신청자로 「개인정보보호법」 제17조, 제18조 및 제23조 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.

년 월 일

기관장 (서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하

[별지 제7-2호 서식]

「상급종합병원 구조전환 지원사업」 참여 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서 (환자용)

참여환자 성명		생년월일	

상급종합병원 구조전환 지원사업과 관련하여 아래와 같이 개인정보를 수집·이용하고 제3자에게 제공하고자 하오니, 수집·이용 및 제3자 제공에 대한 내용을 자세히 읽어보신 후 동의여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

가. 개인정보 수집·이용에 관한 동의

개인정보를 제공받는 자	상급종합병원 구조전환 지원사업 참여 의료기관
개인정보의 수집·이용 목적	상급종합병원 구조전환 지원사업의 대상자 관리 및 관련 업무 수행
개인정보 항목	성명, 생년월일, 성별, 휴대전화번호
개인정보 보유 및 이용기간	**지원사업 성과평가 완료 후 즉시 파기**

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

☞ **위와 같이 개인정보 필수항목을 수집·이용하는데 동의하십니까?** □ 동의함 □ 동의하지 않음

나. 개인정보의 제3자 제공에 관한 동의

제공하는 자	제공받는 기관	제공 목적	제공 항목	보유 및 이용기간
상급종합병원 구조전환 지원사업 참여 의료기관	**보건복지부**	**사업 평가 및 운영**	성명, 생년월일, 성별, 휴대전화번호	**지원사업 성과평가 완료 후 즉시 파기**
	건강보험심사평가원	**지원사업에 대한 성과평가 및 연구용역**		

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

☞ **위와 같이 상급종합병원 구조전환 지원사업의 「개인정보 보호법」 제17조 규정에 의거하여 본인의 개인정보를 제3자에게 제공할 것을 동의하십니까?** □ 동의함 □ 동의하지 않음

다. 미성년자(만 14세 미만)의 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의

☞ **환자(성명:)의 법정대리인으로서「개인정보 보호법」제22조의 2에 의거하여 개인정보의 수집·이용·제3자 제공에 관하여 동의하십니까?** □ 동의함 □ 동의하지 않음

법정 대리인	성명	(서명 또는 인)	휴대 전화 번호	
	환자와의 관계			

※ 법정대리인을 증명할 수 있는 서류(가족관계증명서, 주민등록등본) 확인 가능하여야 함

상기 모든 정보는 가명처리 후 통계분석 및 정책연구에 활용 가능합니다.

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

년 월 일

성 명 (서명 또는 인)

상급종합병원 구조전환 지원사업 참여기관 ○○ 병원장 귀하

[별지 제8호 서식]

「상급종합병원 구조전환 지원사업」 이의신청서

요양기관명		요양기관기호	
결과 통보	a. 통보서 문서번호	b. 통보서 도달한 날	
이의신청 내용 (상세히 기술)			

(　　) 과 관련하여 위와 같이 이의신청합니다.

년　　월　　일

신청인　　(서명 또는 인)

담당자 성　명　　(서명 또는 인)

연락처

건강보험심사평가원장 귀하

작성요령

1. 구체적인 이의신청 내용을 기재 하고, 여백이 부족한 경우 별지를 사용합니다.
2. 이의신청하는 사실을 증명할 수 있는 자료를 반드시 첨부하여 주시기 바랍니다.

[별지 제9호 서식]

「상급종합병원 구조전환 지원사업」 지정 철회 요청서

요양기관명		요양기관기호	
소재지			
대표자		전화번호	
지정 철회 요청 사유			

위와 같은 사유로 「상급종합병원 구조전환 지원사업」 지정 철회를 요청합니다.

년 월 일

신청인(기관장) (직인)

보건복지부장관 귀하

[별지 제10호 서식]

청 렴 서 약 서

서 약 인 인적사항	성 명		생년월일	
	소 속		직 위	

상기 본인은 「상급종합병원 구조전환 지원사업」 지원기관 선정평가 자문단으로 직무를 수행함에 있어 다음 사항을 이행하며, 신의성실의 원칙에 따라 직무에 임할 것을 엄숙히 서약합니다.

1. 직무상 습득한 정보(자료) 및 결과 등에 대하여 외부에 공개하거나 누설하지 않겠습니다.

2. 직무수행과 관련한 회의자료, 전산자료, 기타서류 및 PC 등 보관된 일체의 자료를 허가없이 외부로 유출하거나 반출하지 않겠습니다.

3. 기타 직무와 관련하여 어떠한 대가를 요구하거나 받지 않을 것이며, 공정하고 객관적인 직무수행을 저해하는 부당한 압력이나 알선·청탁 등을 하지 않겠습니다.

20 . . .

서 약 인 (서명)

보건복지부장관 귀하

[별지 제11호 서식]

제척·기피·회피 신청(확인)서

본인은 「상급종합병원 구조전환 지원사업」선정평가 대상기관에 대하여 아래와 같이 제척 · 기피 · 회피 사유가 있기에 신청(확인)서를 제출합니다.

- 아 래 -

구분	신청(확인) 사유	체크
제척	• 위원이 해당 안건의 당사자와 친족이거나 친족이었던 경우	( )
	• 위원이 심의 안건과 직접적인 이해관계가 있다고 인정되는 경우	( )
	• 그 밖에 위원장이 공정한 심의를 저해할 중대한 사유가 있음이 명백하다고 인정하는 경우	( )
기피	• 제척사유가 있거나 그 밖에 심의·의결의 공정을 기대하기 어려운 사정이 있는 경우	( )
회피	• 위원이 해당 안건의 당사자와 친족이거나 친족이었던 경우	( )
	• 위원이 심의 안건과 직접적인 이해관계가 있다고 인정되는 경우	( )
	• 기피사유에 해당하거나 그 밖에 심의·의결의 공정을 기대하기 어려운 사정이 있는 경우	( )
세부 내용		( )

주) 1. 제척, 기피 및 회피 사유가 있는 경우 **체크란에 "○" 표시**(중복 표시 가능)
2. 세부내용: 제척, 기피 또는 회피관련 구체적인 내용 기재
3. 제척, 기피 및 회피 등의 사유가 있는 자는 **FAX 또는 E-mail 등의 방법**으로 '신청(확인)서' 제출

20 . . .

신청인 (서명)

보건복지부 장관 귀하

별첨 지원사업 관련 질의 및 응답

1 지원사업 대상 및 참여신청

Q1 지원사업 참여 대상은 어디인가요?

❍ 지원사업 참여를 희망하는 모든 상급종합병원입니다.

※ 상급종합병원은 진료협력병원 목록을 함께 제출

Q2 '동일 권역 내' 또는 '인접지역'의 기준은 무엇인가요?

❍ '동일 권역'은 「상급종합병원 지정 및 평가 규정」 제5조(진료권역) 관련 [별표 3]에 의거한 진료권역을 기준으로 합니다.

❍ '인접지역'은 아래와 같습니다.

❶ 지원기관 소재지(시군)와 행정구역상 맞닿아 있는 타 권역의 시군

❷ 지원기관과 자동차기준 이동거리가 90km 이내이면서, 중진료권* 내 상급종합병원이 없는 지역

❸ 의료취약지** 중 지원기관과 자동차기준 이동거리는 90km를 초과하나, 중진료권 내 상급종합병원이 없고 해당 권역 내 상급종합병원보다 지원기관이 더 가까운 지역

* 참고. 중진료권 참조(「믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화 대책(2019)」 붙임2 기준)

**「응급의료분야 의료취약지 지정」 고시 및 의료취약지 지원 사업(분만취약지, 소아청소년과, 인공신장실)에서 정한 의료취약지

❍ 아울러 '상급종합병원 전문 회송료'를 제외한 전문 의뢰·회송 지원수가는 동일 권역 내 또는 인접지역 2차급 병원에 해당하는 진료협력병원에 지원되며, 진료협력병원(2차급) 목록에 포함되지 않은 병원은 지원하지 않으니, 참고하여 주시기 바랍니다

※ 참고. 중진료권

권역	연번	지역	시군구
서울 (4개)	1	서울서북	종로구, 중구, 용산구, 서대문구, 마포구, 은평구
	2	서울동북	동대문구, 중랑구, 성동구, 광진구, 도봉구, 노원구, 강북구, 성북구
	3	서울서남	양천구, 구로구, 강서구, 금천구, 영등포구
	4	서울동남	서초구, 강남구, 강동구, 송파구, 관악구, 동작구
부산 (3개)	5	부산서부	강서구, 사하구, 사상구, 북구
	6	부산중부	서구, 중구, 동구, 영도구, 남구, 부산진구, 연제구, 동래구
	7	부산동부	금정구, 기장군, 수영구, 해운대구
대구 (2개)	8	대구동북	동구, 북구, 중구, 수성구, 군위군
	9	대구서남	남구, 달서구, 달성군, 서구
인천 (4개)	10	인천서북	서구, 강화군
	11	인천동북	부평구, 계양구
	12	인천중부	중구, 미추홀구, 동구, 옹진군
	13	인천남부	연수구, 남동구
광주 (2개)	14	광주광서	광산구, 서구
	15	광주동남	북구, 동구, 남구
대전 (2개)	16	대전서부	유성구, 서구
	17	대전동부	대덕구, 동구, 중구
울산 (2개)	18	울산서남	울주군, 중구
	19	울산동북	남구, 북구, 동구
세종 (1개)	20	세종	세종
경기 (12개)	21	수원권	수원시, 화성시, 오산시
	22	성남권	성남시, 광주시, 용인시, 하남시
	23	의정부권	의정부시, 동두천시, 양주시, 연천군
	24	안양권	안양시, 과천시, 의왕시, 군포시
	25	부천권	부천시, 광명시
	26	평택권	평택시, 안성시
	27	안산권	안산시, 시흥시
	28	고양권	고양시, 김포시
	29	남양주권	남양주시, 구리시, 양평군, 가평군
	30	파주시	파주시
	31	이천권	이천시, 여주시
	32	포천시	포천시
강원 (6개)	33	춘천권	춘천시, 홍천군, 화천군, 양구군, 철원군
	34	원주권	원주시, 횡성군
	35	영월권	영월군, 정선군, 평창군
	36	강릉권	강릉시
	37	동해권	동해시, 태백시, 삼척시
	38	속초권	속초시, 고성군, 양양군, 인제군

권역	연번	지역	시군구
충북 (3개)	39	청주권	청주시, 증평군, 진천군, 옥천군, 영동군, 보은군
	40	충주권	충주시, 괴산군, 음성군
	41	제천권	제천시, 단양군
충남 (5개)	42	천안권	천안시, 아산시
	43	공주권	공주시, 계룡시
	44	서산권	서산시, 태안군, 당진시
	45	논산권	논산시, 부여군, 금산군, 서천군
	46	홍성권	홍성군, 청양군, 예산군, 보령시
전북 (5개)	47	전주권	전주시, 김제시, 완주군, 진안군, 무주군
	48	군산시	군산시
	49	익산시	익산시
	50	정읍권	정읍시, 고창군, 부안군
	51	남원권	남원시, 순창군, 임실군, 장수군
전남 (6개)	52	목포권	목포시, 영암군, 무안군, 신안군, 진도군, 함평군
	53	여수권	여수시
	54	순천권	순천시, 광양시, 구례군, 고흥군, 보성군
	55	나주권	나주시, 화순군, 곡성군
	56	해남권	해남군, 장흥군, 강진군, 완도군
	57	영광권	영광군, 담양군, 장성군
경북 (6개)	58	포항권	포항시, 영덕군, 울진군, 울릉군
	59	경주권	경주시, 경산시, 청도군, 영천시
	60	안동권	안동시, 의성군, 청송군, 영양군
	61	구미권	구미시, 칠곡군, 김천시, 성주군, 고령군
	62	영주권	영주시, 예천군, 봉화군
	63	상주권	상주시, 문경시
경남 (5개)	64	창원권	창원시, 의령군, 함안군, 창녕군
	65	진주권	진주시, 산청군, 하동군, 사천시, 남해군
	66	통영권	통영시, 고성군, 거제시
	67	김해권	김해시, 밀양시, 양산시
	68	거창권	거창군, 합천군, 함양군
제주 (2개)	69	제주시	제주시
	70	서귀포시	서귀포시

※ 행정구역 명칭 및 지역 변경 내역 반영

- (인천) 남구→미추홀구('18년), (경북) 군위군→(대구) 군위군('23년)

Q3	1개의 진료협력병원이 다수의 상급종합병원과 협력할 수 있나요?

❍ 다수의 상급종합병원과 협력 가능합니다.

Q4	진료협력 대상 병원과 협력체계 구성을 위한 절차가 있나요?

❍ 지원기관과 진료협력병원 간 협력체계는 자율적으로 구성하며, 업무협약 등 별도 절차가 필요한 것은 아닙니다.

❍ 아울러, 지원기관은 진료협력 대상 병원에게 지원사업의 진료협력병원으로 구성되었음을 안내하여야 합니다.

Q5	현재 전공의가 없어서 「전공의 연속 수련시간 단축 시범사업」 참여하지 못한 경우 「상급종합병원 구조전환 지원사업」에 참여할 수 있나요?

❍ 기관에 소속된 전공의가 없어도 향후 전공의 연속 수련시간 단축 계획을 수립해서 「전공의 연속 수련시간 단축 시범사업」에 참여할 수 있습니다. 「상급종합병원 구조전환 지원사업」 참여 신청 시 동 사업의 참여 신청서를 함께 제출하여야 합니다.

2 지원사업 내용

❶ 진료

Q1 적합질환자 인정 기준은 무엇인가요?

❍ 적합질환자는 건강보험 및 의료급여 입원환자 중 다음 기준에 해당하는 환자입니다.

<표> 적합질환자 인정기준

구분		인정기준
1	DRG A(전문진료질병군) 입원환자	· 「상급종합병원의 지정 및 평가 규정」 제3조제1항 관련 [별표 1] 입원환자의 질병군별 질병의 종류
2	진료협력병원(2차급) 전문의뢰 입원환자 등	· 진료협력병원(2차급)의 전문의뢰로 지원기관에 입원한 환자 · 수도권 상급종합병원에서 비수도권 상급종합병원으로 회송되어 입원한 환자
3	응급실 경유 중증응급 (KTAS 1~2) 입원환자	· 「한국 응급환자 중증도 분류기준」 [별표 1] 중증도 분류 성인 및 [별표 2] 중증도 분류 소아
4	소아 중증질환 입원환자	· 「어린이 공공전문진료센터 사후보상 시범사업」 지침 [별첨 제1호] 소아중증환자 상병코드(18세 이하 및 주상병 기준) · 「응급의료기관 평가 기준집」 [첨부 23] 소아중증상병 진단코드 (18세 이하 및 주상병 기준) * 1차 연도는 2025년 기준집, 2차 연도는 2026년 기준집 적용 · 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부 제9장 제1절 [별표 12] 해당 분류항목(6세미만) - [별표12] 항목 중 일부는 16세 미만으로 적용
5	권역외상센터 입원환자	· 요양급여비용(의료급여비용) 심사청구서의 진료형태가 "D(권역외상센터 입원)"인 명세서
6	희귀질환 입원환자	· 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조 관련 [별표 4] 희귀질환자 산정특례 대상(주상병 및 특정기호 기준)
7	DRG A(전문진료질병군)에 해당하는 경우로서 로봇 보조 수술 입원환자	· DRG A(전문진료질병군)에 해당하는 경우로서 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3부 행위 비급여 목록의 조-961 로봇 보조 수술을 한 환자

※ 세부기준은 항목별 고시 및 기준집 등 개정에 따라 변동될 수 있으며, 시범사업 자료제출 시스템 공지사항을 통해 사전 안내 예정

※ 로봇 보조 수술 입원환자 관련 작성방법은 질의응답 '6. 성과지원, 중증 중심 진료' Q1 참조

❍ 보건복지부 고시 등 개정으로 적합질환자 인정기준이 변경된 경우, 적합질환자 비중은 변경된 기준을 적용하여 산출합니다.

- 이에 따라, 기준연도 진료분도 변경된 기준을 적용하여 재산출합니다.

Q2	적합질환자 DRG A(전문진료질병군) 산출 기준은 무엇인가요?

❍ 상급종합병원의 지정·평가기준 및 세부 적용지침 중 [7. 환자구성상태] 세부 기준을 적용합니다.

❍ 다만, 「상급종합병원의 지정 및 평가 규정」 [별표1] 입원환자의 질병군별 질병의 종류(제3조제1항 관련) 고시 및 제3조제3항에 따른 질병군 분류 공고 개정사항을 반영하여 산출합니다.

- 2023년 진료분도 개정사항을 반영하여 재산출합니다.

Q3	진료협력병원(2차급)에서 전문 의뢰되어 입원한 환자를 어떻게 구분하나요?

❍ 진료협력병원(2차급)에서 '진료의뢰·회송 중계시스템' 또는 '진료정보교류 시스템'을 통한 전문의뢰로 지원기관에서 진료를 한 경우 명일련 단위 특정내역 구분코드(MT077)란에 의뢰번호를 기재합니다.

* 수도권 지원기관에서 비수도권 지원기관으로 회송되어 입원한 환자 포함

- 의뢰번호는 외래 진료 후 입원하게 되는 경우 입원 명세서에 기재하고, 분리 청구 시 최초 입원 명세서에 기재합니다.
- (의뢰번호) 의뢰기관기호(진료협력병원(2차급)) + YYMMDD + 일련번호

※ 명일련 단위 특정내역 구분코드

구분코드	특정내역	특정내역 기재형식	설명
MT077	진료의뢰 확인번호 (*)	X(19)	◆ 협력병원에서 의뢰받은 환자를 지원기관에서 진료한 경우 시스템(진료의뢰·회송 중계시스템 또는 진료정보교류 시스템)에 등록된 '의뢰번호'를 기재 ※ 의뢰번호는 19자리까지 기재 ▪ 의뢰번호: 의뢰기관기호 + YYMMDD + 일련번호 - YYMMDD: 요양급여의뢰서 발급 년・월・일(6자리) - 일련번호: 'A'+요양급여의뢰서 발급 년・월・일에 발생한 일련번호(4자리)

Q4 진료협력병원(2차급)에서 의뢰된 환자는 DRG A(전문진료질병군)에 해당하지 않더라도 적합질환자로 인정되나요?

❍ DRG A(전문진료질병군)에 해당하지 않더라도 권역 내 진료협력병원에서 전문 의뢰 기준에 따라 입원한 환자는 적합질환자에 포함됩니다.

Q5 외래 재진 진료량은 어떻게 산출하나요?

❍ 의사의 진찰 행위가 발생한 재진 진찰료 산정 횟수의 합계로 산출합니다.

Q6 필수의료 분야 계획 시 작성 개수에 제한이 있나요?

❍ 응급, 심뇌혈관질환, 외상, 고위험분만, 중증소아 분야를 모두 포함하여 필수의료 강화 계획을 작성하여야 합니다.

❷ 진료협력

Q1 진료협력병원 간의 전문 의뢰·회송 시 시스템은 무엇을 이용해야하나요?

❍ 심사평가원의 '진료의뢰·회송 중계시스템' 또는 한국보건의료정보원의 '진료정보교류시스템' 모두 사용 가능합니다.

Q2 지원사업 운영 중 진료협력병원이 변경된 경우 어떻게 하나요?

❍ 진료협력기관 현황(변경) 신고서([별지 제4-1호 서식])에 변경 현황(기관명 등)을 작성하여 매월 15일까지 심사평가원으로 제출하여야 합니다.

※ 제출 마감일이 공휴일인 경우, 다음 평일까지 제출

❍ 아울러, 진료협력병원 목록이 제출되어야 전문 의뢰·회송 지원수가를 다음 달부터 산정 가능합니다.

Q3	패스트트랙 운영 기준은 무엇인가요?

❍ 패스트트랙은 진료협력병원에서 의료기관 및 진료일자 우선 예약을 말하며, 세부 기준은 기관별 규정에 따라 운영할 수 있습니다.

❸ 병상

Q1 전체 허가병상과 일반입원실 허가병상이란 무엇인가요?

< 의료법 시행규칙 별지 16호(의료기관 개설(허가신청서, 허가사항 변경 신청서)) 서식 >

[시설현황①]

입원병실(A)											특수진료실 등							
구분	계	일반입원실 (B)	정신건강의학과 입원실		중환자실			격리병실	무균치료실	임종실	구분	수술실	회복실	응급실	물리치료실	임상검사실	조제실	탕전실
			개방	폐쇄	소계	성인 소아	신생아											
병실											병실					유[ ]	유[ ]	유(내[ ], 외[ ])
병상											병상					무[ ]	무[ ]	무(원외공동이용[ ], 무[ ])

○ **(전체 허가병상)** 일반입원실(간호·간병통합병동 포함), 정신건강의학과 입원실, 중환자실, 격리병실, 무균치료실, 임종실을 합한 **전체 입원병실 병상**(A)

○ **(일반입원실 허가병상)** 전체 입원병실 병상(A) 중 일반입원실 병상(B)

- **(감축제외)** 병상감축분(5~15%) 계산 시 일반입원실 병상(B)에서 '고위험 임산부 집중치료실, 뇌졸중 집중치료실, 어린이공공전문진료센터·권역응급의료센터·권역외상센터 병상, 긴급치료병상'을 분자와 분모에서 모두 제외

Q2 지원수가는 일반병상 감축 후 언제 적용되나요?

❍ 지원수가는 지방자치단체장의 의료기관 개설 허가사항 변경 신청 신고 처리 완료된 이후 산정할 수 있습니다.

- ❶ 이행약정서 제출 이전 지방자치단체 병상감축 신고 처리 완료된 기관
  ⇨ 이행약정서 제출 다음 날부터 적용 (평일 기준)
- ❷ 이행약정서 제출 이후 지방자치단체 병상감축 신고 처리 완료된 기관
  ⇨ 병상감축 신고 처리 완료된 다음 날부터 적용 (평일 기준)

Q3 일반입원실 허가병상 감축 기준 시점은 언제인가요?

❍ 2023년 12월 31일 허가병상 기준으로 감축합니다.

Q4 지원사업 참여를 위하여 감축해야하는 일반입원실 병상 수는 어떻게 산출하나요?

❍ 감축대상 일반입원실 병상 수에 지역 및 병상 규모별 감축수준*을 곱하여 산출합니다. (소수점 이하는 절사)

* 서울 10~15% (허가병상 1,500병상 이상 15%, 미만 10%), 경기·인천 10%. 비수도권 5%

> ※ <예시> 인천 소재 A 기관
>
> : (일반입원실 허가병상 수) 800병상, (감축대상 일반입원실 허가병상 수) 769 병상
>
> → 769병상 * 10% = 76.9병상 → 최종 76병상 감축 필요

Q5 지원사업 기간 중 허가병상을 다시 증설해도 되나요?

❍ 일반입원실 감축 기준에 반하여 증설하는 경우 지원사업에 지속 참여할 수 없습니다.

❹ 인력

Q1 진료지원간호사의 자격 기준은 어떻게 되나요?

❍ 일반간호사를 진료지원간호사로 전환 또는 채용할 경우, 환자 안전 및 의료 질 향상 등을 위해「간호사 업무 관련 시범사업」기준에 따를 것을 권고합니다.

❺ 수련

Q1 「전공의 근무시간 단축 시범사업」에 참여하여야 하나요?

❍ 지원기관은 수련여건 개선을 위해 「전공의 근무시간 단축 시범사업」에 참여하여야 합니다.

3 기능강화 지원 ❶ - 산정기준

공통

Q1 지원사업 대상 환자의 보험자 자격은 어떻게 되나요?

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

Q2 건강보험(의료급여) 이중자격이 있는 보훈환자의 경우 어떻게 청구하나요?

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

❍ 단, 전문 의뢰·회송 항목 중 '진료협력병원 전문 의뢰료' 및 '진료협력병원 등 회송환자 관리료'는 명일련 단위 특정내역 'MT002'란에 해당하는 특정기호(S046 또는 S047) 기재 후 분리 청구합니다. 보훈 국비환자의 경우 명세서 일반내역 '공상 등 구분'란은 '0', 보훈 감면환자의 경우 감면율에 따른 특정내역 'MT038'은 기재 없이 청구 합니다.

Q3	지원사업 수가 산정 시 환자 본인부담금은 어떻게 적용되나요?

[2025년 12월 31일 진료분까지]

❍ 본 지침 Ⅳ. 기능강화 지원 ❶의 3. 급여목록에 분류된 항목은 국민건강보험공단에서 요양급여비용 전액을 부담하며, 의료급여 수급권자는 의료급여비용 전액을 기금에서 부담합니다.

[2026년 1월 1일 진료분부터]

❍ 응급진료(응급의료행위(별표3) 가산)

- **(건강보험 가입자 또는 피부양자)** 「국민건강보험법」 제44조 및 동법 시행령 제19조제1항에서 정하는 바에 따라 본인부담률을 적용합니다. 다만, 「국민건강보험법 시행령」[별표2] 및 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 본인부담 경감대상자는 해당 본인부담률을 적용합니다.
- **(의료급여 수급권자)** 「의료급여법」 제10조 및 동법 시행령 제13조제1항에서 정하는 바에 따라 본인부담률을 적용합니다. 다만, 「의료급여법 시행령」[별표1] 및 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」에 따른 본인부담 경감대상자는 해당 본인부담률을 적용합니다.

❍ 그 외 항목(입원료 등, 중증 수술·마취, 전문 의뢰·회송)

- **(건강보험 가입자 또는 피부양자)** 건강보험공단에서 요양급여비용 전액을 부담합니다.
- **(의료급여 수급권자)** 기금에서 의료급여비용 전액을 부담합니다.

Q4	(신)포괄수가에도 동일하게 적용하나요?

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

Q5	지원수가에 각종 가산을 적용하나요?

❍ 지원수가에는 종별, 소아, 공휴, 야간 등 각종 가산을 산정할 수 없습니다.

<예시1> 응급진료인 경우, 처치 및 수술료에 공휴, 야간 가산 산정이 가능하지만, 지원수가인 '응급의료행위(별표3) 가산 수가'에는 각종 가산(공휴, 야간 가산) 적용은 불가

<예시2> 입원료의 새벽 입원 또는 야간 퇴원 등 별도로 산정하는 수가에 가산 적용은 불가

입원료 등

Q1 입원 기능강화 정책수가 산정 대상은 어떻게 되나요?

❍ 입원병실 별로 산정 대상이 상이합니다.

구분	산정 대상
중환자실 기능강화 정책수가	중환자실(가-9) 입원료 산정 환자
특수병실 기능강화 정책수가 I	무균치료실(가-4), 음압 격리실(가-10나), 납차폐특수치료실(가-10-1) 입원료 산정 환자
특수병실 기능강화 정책수가II	집중치료실(가-3-1), 신생아(가-7), 일반격리실(가-10가), 임종실(가10-2, 완-3, 완-6, 완-17) 입원료 산정 환자
일반병실 기능강화 정책수가	일반병실(가-2 中 2~4인실), 간호·간병 통합병동 中 2~4인실, 호스피스 입원실(완-1, 완-4 中 1~4인실), 호스피스 격리실(완-2, 완-5, 완-18) 중증소아 단기입원서비스 입원료 산정 환자 * 낮병동, 응급실 제외

* 입원환자 간호관리료 차등제 외 병실은 '산정조건의 등급 기준' 미적용

Q2 입원환자 전문관리 정책수가II 산정 대상은 어떻게 되나요?

❍ 입원환자 전문관리 정책수가 I, III를 산정하지 않은 입원 환자로, 일반병실(1인실*~6인실 이상, 간호·간병 통합병동, 호스피스, 중증소아 단기입원서비스 입원 포함), 기타 특수병실(집중치료실, 무균치료실 등), 중환자실(전담전문의가 없는 경우) 에서 입원료를 산정하는 환자를 대상으로 합니다.

* 1인실에 입원한 경우 상급종합병원 1인실 입원료(AB900) 산정

** 낮병동 제외

Q3	‘입원 기능강화 정책수가’와 ‘입원환자 전문의 정책수가’를 동시에 산정할 수 있나요?

❍ 각각의 산정 기준을 충족한다면, 정책수가의 동시 산정이 가능합니다.

<예시> 중환자실 전담전문의가 있는 중환자실 Unit에 입원 시, ‘중환자실 기능강화 정책수가’ 및 ‘입원환자 전문관리 정책수가Ⅰ’ 산정

Q4	입원환자 외박으로 병원관리료만 산정한 경우, 새벽(0~6시)입원 또는 야간(18~24시)퇴원으로 별도 산정하는 경우도 적용 가능한가요?

❍ 정책수가를 산정할 수 없습니다.

Q5	6시간 미만 입원 시 정책수가 산정 가능한가요?

❍ 입원료 산정지침에 따라 ‘전체 입원 시간이 6시간 이상인 경우에 한하여 1일의 입원료가 산정’되므로 6시간 미만 입원의 경우는 정책수가를 산정할 수 없습니다.

* 6시간 이상 입원으로 입원료를 산정하는 경우 정책수가 산정 가능

Q6	입원 중 간호관리료 차등제 등급이 변경되는 경우 입원 기능강화 정책수가 산정은 어떻게 하나요?

❍ 간호관리료 차등제 등급 적용 기간에 따라 1등급(신생아중환자실의 경우 2등급) 해당 기간은 산정 가능합니다.

<예시> 9월 26일~10월 5일 입원 중 입원환자 간호관리료 차등제 등급이 1등급에서 2등급으로 변경된 경우 ⇒ 9월 26일~9월 30일(산정 가능), 10월 1일~5일(산정 불가)

Q7	다수의 일반 중환자실을 운영하여 Unit별로 등급이 다른 경우, 중환자실 기능강화 정책수가는 어떻게 산정하나요?

❍ 일반 중환자실의 경우 Unit별로 등급을 산정함으로, 1등급 이상 일반 중환자실 Unit에 입실한 입원환자만 중환자실 기능강화 정책수가를 산정할 수 있습니다.

<예시> A Unit(1등급), B Unit(2등급) ⇒ A Unit(정책수가 산정가능), B Unit(정책수가 산정불가)

Q8	신생아중환자실 입원료 급여기준에 따라 입원료의 일부만 인정(80~30%)되는 경우, 중환자실 기능강화 정책수가 산정이 가능한가요?

❍ 신생아 중환자실 입원료의 80%로 인정되는 경우는 중환자실 기능강화 정책수가 산정이 가능합니다. 다만, 신생아 중환자실 입원료의 30%로 인정되는 경우는 (상급종합시범) 입원 기능강화 정책수가 '주' 사항*에 따라 IF004로 산정해야 합니다.

* 주. 중환자실 등 특수병실에 대해 별도로 정한 사항에 해당하는 경우 산정

Q9	신생아중환자실에 전담전문의가 상주하지 않는 경우도 중환자실 기능강화 정책수가로 산정할 수 있나요?

❍ 신생아중환자실에 전담전문의가 상주하지 않는 경우는 (상급종합시범) 입원 기능강화 정책수가 '주' 사항*에 따라 IF004로 산정해야 합니다.

* 주. 중환자실 등 특수병실에 대해 별도로 정한 사항에 해당하는 경우 산정

Q10	중환자실 등 특수병동에 입실하였으나, 관련된 급여기준을 충족하지 못한 경우(예: 뇌졸중 집중치료실에 7일 초과 입원의 경우 등), 정책수가 산정이 불가한가요?

❍ 관련된 급여기준을 충족하지 못하여 '기본점수 입원료(5인실, 6인실 이상)'를 산정하는 경우는 (상급종합시범) 입원 기능강화 정책수가 '주' 사항*에 따라 IF004로 산정합니다.

* 주. 중환자실 등 특수병실에 대해 별도로 정한 사항에 해당하는 경우 산정

** 급여기준을 충족하지 못하여 '기본점수 입원료(2~4인실)'를 산정하는 경우는 IF005로 산정

Q11	입원환자 전담전문의(이하 '입전의')의 운영형태가 다른 병실로 전실한 경우 '입원환자 전문의 정책수가'는 어떻게 산정하나요?

❍ 입전의 관리료를 산정하는 경우, 전실한 날에 산정한 입전의 수가에 따라 '입원환자 전문의 정책수가'를 산정합니다.

* 입전의 관리료를 산정하지 않는 병실로 전실한 경우 산정한 입원료에 따라 정책수가 산정

Q12	입원환자 전담전문의(이하 '입전의') 1형 병동에 입원하여 '입원환자 전문관리 정책수가Ⅲ'를 산정하는 환자가 입전의가 근무하지 않은 휴무일에 '입원환자 전문관리 정책수가Ⅱ' 산정이 가능한가요?

❍ 입전의의 휴무일로 인해 '입원전담전문의 관리료(가-34)'를 산정하지 않는 경우 '입원환자 전문의 정책수가Ⅱ' 산정 가능합니다.

<예시> 1형 입전의 병동(월~금 근무)

구분	월	화	수	목	금	토	일
입원환자 전문의 정책수가	입원전담전문의 관리료(가-34가.) 산정					입전의 휴무일로 가-34 산정 X	
		Ⅲ형	Ⅲ형	Ⅲ형	Ⅲ형	Ⅲ형	Ⅱ형

Q13	의료급여 정신질환 입원 정액수가 환자의 경우 정책수가 산정 가능한가요?

❍ 산정할 수 있습니다. “02항(입원료)”에 기재된 입원료 산정횟수와 동일하게 해당되는 정책수가를 각각 산정해야 합니다.

중증 수술·동반 마취료, 응급

Q1 대상 행위의 가산코드 산정 방법은 어떻게 되나요?

❍ 상급종합 중증 수술 가산수가 대상행위와 중증 수술 시행 시 동반한 마취 가산 수가 대상행위를 실시한 경우 해당 행위의 산정횟수와 동일하게 산정합니다. 다만, 제2의수술(종병이상) 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>

- 중증 수술 가산 대상행위가 중증응급의료행위 (별표3) 가산 행위에 해당하는 경우 동시 산정 가능<예시2>

- 단, 7개 질병군 포괄수가 적용 대상 건은 기본 중증수술 및 응급수술과 마취 수가는 'L항'에 기재하고 이에 대한 가산수가는 8항 등에 기재<예시3>

<예시1> 자713나(1)(가) 유방절제술과 자212-1 액와감시림프절절제술 동시 실시한 경우

수술료 08항 01목					
수가코드	코드명	단가	일투	총투	금액
N7136	유방절제술-악성-부분절제 -액와림프절 청소술 포함	1,883,080	1	1	1,883,080
P2123004	액와감시림프절절제술 제2의수술(종병이상)	342,430	1	1	342,430
IFN71360	(상급종합시범)유방절제술-악성 -부분절제-액와림프절 청소술 포함	912,330	1	1	912,330
IFP21230	(상급종합시범)액와감시림프절절제술	237,010	0.7	1	165,907

마취료 05항 01목					
수가코드	코드명	단가	일투	총투	금액
L1211	기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취[1시간기준]	127,470	1	1	127,470
L1231	(상급종합병원)기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식전신마취[1시간초과15분당]	30,520	8	1	244,160
IFL12110	(상급종합시범)기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취[1시간기준]	61,760	1	1	61,760
IFL12310	(상급종합시범)기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취[1시간초과15분당]	11,880	8	1	95,040

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

* 'Q7240' 산정 시 중증수술 가산 수가 'IFQ72400'와 응급 가산 수가 'IFQ72401' 동시산정 가능
** 제2수술 수가 'O1600004'에 대한 가산수가 'IFO16000'와 'IFO16001' 산정횟수는 0.7회를 산정

수술료 08항 01목					
수가코드	코드명	단가	일투	총투	금액
Q7240	간파열봉합술	1,414,600	1	1	1,414,600
IFQ72400	(상급종합시범)간파열봉합술	685,360	1	1	685,360
IFQ72401	(상급종합시범)간파열봉합술(지역응급의료센터)	2,056,070	1	1	2,056,070
O1600004	횡격막봉합술 제2의수술(종병이상)	818,210	1	1	818,210
IFO16000	(상급종합시범)횡격막봉합술	566,300	0.7	1	396,410
IFO16001	(상급종합시범)횡격막봉합술(지역응급의료센터)	1,698,900	0.7	1	1,189,230

마취료 05항 01목					
수가코드	코드명	단가	일투	총투	금액
L1211	기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취[1시간기준]	127,470	1	1	127,470
IFL12110	(상급종합시범)기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취[1시간기준]	61,760	1	1	61,760
IFL12111	(상급종합시범)기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취[1시간기준](지역응급의료센터)	185,270	1	1	185,270
L1231	(상급종합병원)기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식전신마취[1시간초과15분당]	30,520	8	1	244,160
IFL12310	(상급종합시범)기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취[1시간초과15분당]	11,880	8	1	95,040
IFL12311	(상급종합시범)기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취[1시간초과15분당](지역응급의료센터)	35,640	8	1	285,120

<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 중증수술 가산 수가 'IFR41430'와 응급 가산 수가 'IFR41431' 동시 산정 가능

** 제2수술 수가 'R4445004'에 해당하는 응급 정책가산 'IFR44451' 수가의 산정횟수는 0.7회를 산정

수술료 08항 01목

수가코드	코드명	단가	일투	총투	금액
IFR41430	(상급종합시범)전자궁적출술(림프절 절제하는 경우)-단순	499,860	1	1	499,860
IFR41431	(상급종합시범)전자궁적출술(림프절 절제하는 경우)-단순(지역응급의료센터)	1,499,590	1	1	1,499,590
R4445004	부속기종양적출술(양측)제2의수술 (종병이상)	335,130	1	1	335,130
IFR44451	(상급종합시범)부속기종양적출술(양측) (지역응급의료센터)	695,850	0.7	1	487,095

마취료 05항 01목

수가코드	코드명	단가	일투	총투	금액
IFL12110	(상급종합시범)기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취[1시간기준]	61,760	1	1	61,760
IFL12111	(상급종합시범)기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취[1시간기준] (지역응급의료센터)	185,270	1	1	185,270
IFL12310	(상급종합시범)기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취[1시간초과15분당]	11,880	8	1	95,040
IFL12311	(상급종합시범)기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취 [1시간초과15분당] (지역응급의료센터)	35,640	8	1	285,120

L항 85, 88목

수가코드	코드명	단가	일투	총투	금액
L1211	기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취[1시간기준]	127,470	1	1	127,470
L1231	(상급종합병원)기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식전신마취[1시간초과15분당]	30,520	8	1	244,160
R4143	전자궁적출술(림프절절제하는 경우)-단순	1,031,740	1	1	1,031,740

Q2	중증 수술·마취 가산 대상 행위 중 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」과「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」등에 따른 본인부담률 차등 대상자의 경우 산정 가능한가요?

❍「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」등에 따라 본인부담률을 차등 적용하는 환자는 중증 수술 및 동반 전신마취료 가산 대상이 아닙니다.

<예시> 경피적대동맥판삽입(M6582) 수술이 선별급여에 해당하는 경우 추가 가산 코드(IFM65820) 및 동반 마취 가산코드 산정 불가

Q3	응급진료 관련 지원수가 산정 시 응급의료기관 평가 결과와 관계없이 산정 가능한가요?

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

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

Q4 응급진료 관련 참여기관의 수가 산정방법은 어떻게 되나요?

❍ 비상진료 지원이 종료된 이후에는 응급진료 전문의 진찰료Ⅱ(IE300~IE309) 및 응급진료 전문의 진찰료Ⅲ(IE310~IE319), 응급의료행위(별표3) 한시적 가산(IE* 산정코드 세 번째 자리 3) 등 비상진료 관련 추가 가산 수가는 산정 불가하며, 정규 수가* 및 지원사업 수가**만 산정 가능합니다.

* '응-2' 응급진료 전문의 진찰료, '응-2-1' 권역외상센터 전문의 진찰료, 응급의료행위(별표3)

** (상급종합시범) 응급의료행위(별표3) 가산

<예시1> 지역응급의료센터 응급실에 내원한 중증응급환자를 전문의가 직접 진료한 경우

진찰료 01항 03목								
항	목	줄번호	수가코드	코드명	단가	일투	총투	금액
01	03	1	V23000Z0	응급진료 전문의 진찰료	58,410	1	1	58,410

<예시2> 지역응급의료센터 응급실에 내원한 중증응급환자가 24시간 내 늑골골절관혈적정복술을 실시한 경우

수술료 08항 01목								
항	목	줄번호	수가코드	코드명	단가	일투	총투	금액
08	01	1	N0532	늑골골절 관혈적정복술	482,060	1	1	482,060
08	01	2	IFN05321	(상급종합시범) 늑골골절 관혈적정복술(지역응급의료센터)	700,660	1	1	700,660

Q5 기능강화 지원❶ 급여목록 중 '중증수술·마취'의 '나.(상급종합시범)중증 수술 동반 마취 가산 수가'는 '가.(상급종합시범)중증 수술 가산 수가' 이외의 수술 시에 마취하는 경우에도 산정 가능한가요?

❍ '나.(상급종합시범)중증 수술 동반 마취 가산 수가'는 '가.(상급종합시범)중증 수술 가산 수가'에 해당하는 수술 시에만 산정 가능합니다.

Q6 응급진료 관련 지원수가를 산정할 수 있는 응급의료기관은 어디인가요?

❍ 2025년 12월 31일 진료분까지는 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 권역외상센터, 지역응급의료센터에서 산정 가능합니다.

❍ 2026년 1월 1일 진료분부터는 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 권역외상센터에서는 산정 불가하며, 지역응급의료센터에서만 산정 가능합니다.

전문 의뢰·회송

Q1 진료협력병원이 협력을 맺지 않은 상급종합병원으로 환자 의뢰 시 '진료협력병원 전문 의뢰료' 산정 가능한가요?

❍ 산정 불가합니다. '진료협력병원 전문 의뢰료'는 진료협력병원이 협력을 맺은 동일 권역 내 또는 인접지역 상급종합병원으로 환자 의뢰 시 산정 가능합니다.

Q2 지원기관에서 진료협력병원이 아닌 기관으로 환자 회송 시 '진료협력병원 전문 회송료' 산정 가능한가요?

❍ 산정 불가합니다.

Q3 동일 권역 내 협력병원 간 의뢰·회송 시, '동일 권역 내' 기관의 기준은 무엇인가요?

❍ 진료협력병원의 '동일 권역'은 본 지원사업 참여기관이 제출한 진료협력기관 현황(변경) 신고서([별지 제4-1호 서식])에 따른 '권역 내' 및 '인접지역' 기관을 의미합니다.

※ 인접지역은 질의응답 '1. 지원사업 대상 및 참여신청' Q2 참조

❍ 그 외 지원기관이 동일 권역으로 인정이 필요한 사유를 소명하는 경우 검토를 통해 추가 인정이 가능합니다.

Q4	의뢰·회송 가산 수가를 산정할 수 있는 협력병원의 종별 기준이 있나요?

❍ 네. 요양병원, 한방병원, 치과병원, 의원은 수가 산정 불가하며, 아래 표를 참고하여 의뢰 또는 회송을 시행합니다.

구분	의뢰·회송
진료협력병원 전문 회송료	(회송) 상급종합병원 → 종합병원, 병원, 정신병원
상급종합병원 전문 회송료	(회송) 수도권 상급종합병원 → 비수도권 상급종합병원
진료협력병원 전문 의뢰료	(의뢰) 종합병원, 병원, 정신병원 → 상급종합병원
진료협력병원 등 회송환자 관리료	(상급종합병원으로부터 회송 받은 후 진료) 상급종합병원, 종합병원, 병원, 정신병원

Q5	표준화된 진료정보를 첨부하지 않고 환자 의뢰·회송 시 '진료협력병원 전문 의뢰료', '진료협력병원 전문 회송료' 산정 가능한가요?

❍ 산정 불가합니다. 본 지원사업은 표준화된 진료정보 첨부 등 전문 의뢰·회송 기준 충족 시 산정 가능합니다.

❍ 진료정보는 Agent 프로그램 활용 또는 중계시스템 포털(Web)*, 교류시스템**을 통한 작성·전송 모두 인정합니다.

* (경로) 1단계: 심사평가정보 제출시스템(https://ef.hira.or.kr) > 심사서식정보 > 공고서식 제출(28종) > 문서공통정보 > '업무구분 – 진료의뢰회송' 선택 > 내용 작성 > 임시저장

2단계: 심사평가정보 제출시스템(https://ef.hira.or.kr) > 진료의뢰·회송 > 의뢰·회송서 작성 > 의뢰서작성(회송서작성) > 'D.진료정보 – 불러오기' 통해 첨부 > 전송

** 의뢰·회송서의 진료정보(약물처방내역, 검체·병리·영상·기능검사결과, 수술내역과 영상의학판독소견서) 작성 필요

❍ 표준화된 진료정보 미첨부로 '진료협력병원 전문 의뢰료' 산정기준을 충족하지 않는 의뢰 행위는 기존 시범사업 청구방법*을 따릅니다.

* 명세서단위 특정내역 MT002(특정기호)란에 'S029'를 기재하여 분리청구

Q6	수도권 상급종합병원이 비수도권 상급종합병원으로 회송하는 경우 진료협력기관이 아니여도 회송료 산정 가능한가요?

❍ 가능합니다. 다만, 수도권(서울, 경기, 인천) 지역 지원기관에서 비수도권(서울, 경기, 인천 외) 지역 상급종합병원으로 회송한 경우에만 가능합니다.

※ 산정기준 '가-5 회송료'와 동일하며, '상급종합병원 전문 회송료'를 산정함

Q7	지원기관에서 진료협력병원이 아닌 병원에 회송하는 경우 '가-5 회송료'를 적용받을 수 있나요?

❍ 네, 적용받을 수 있습니다.

- 진료협력병원이 아닌 기관으로 환자 회송 시 '가-5 회송료'를 산정합니다.

Q8	응급실을 통한 의뢰·회송의 경우 산정 가능한가요?

❍ 응급실로(에서) 의뢰·회송한 경우는 '진료협력병원 전문 의뢰료', '진료협력병원 전문 회송료', '상급종합병원 전문 회송료'를 산정 할 수 없습니다.

Q9 2016년부터 시행 중인 「협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업」 '진료의뢰료' 와 '진료협력병원 전문 의뢰료'는 중복 산정 가능한가요?

○ 가능합니다.

- 협력을 맺은 동일 권역 내 지원기관으로 건강보험 환자(차상위 본인부담 경감대상자 포함) 전문 의뢰 시 「협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업」 '진료의뢰료 I -의사판단(IA026)*'과 본 지원사업 '진료협력병원 전문 의뢰료'를 동시 산정 및 동시 청구합니다.

* 「협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업」 '진료의뢰료'는 진료정보 첨부 단계에 따라 '진료의뢰료II' 또는 '진료의뢰료III'를 청구하며, Agent 프로그램 활용 가산 수가 별도 산정 가능

** 의료급여 환자는 「협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업」 수가 산정 불가

< 의뢰·회송 수가 개선 >

구분		의뢰·회송 시범사업	가-5 회송료	상급종합병원 구조전환 지원사업	합계
진료협력병원 전문 의뢰료		16,000~38,000원	-	15,000~20,000원	**31,000~58,000원**[1]
회송	진료협력병원 전문 회송료	-	49,860~73,060원	25,000~36,000원	**74,860~109,060원**
	상급종합병원 전문 회송료[2]	-	-	49,000~72,000원	**49,000~72,000원**
진료협력병원 등 회송환자 관리료[3]		-	-	15,000원	**15,000원**

1) 비수도권 동일 권역 내 가산 11,500원: 기존 의뢰회송 시범사업 6,500원 + 상급종합병원 구조전환 5,000원
2) 현재는 상급종합병원 간 회송 수가는 없으나, 상급종합병원 구조전환 지원사업에 최초 도입
3) 회송환자를 받은 2차급 진료협력병원 및 비수도권 상급종합병원에 대한 환자관리료를 도입

Q10 '진료협력병원 등 회송환자 관리료' 산정기준에서 회송일 포함 90일은 어떻게 계산하나요?

○ '진료협력병원 등 회송환자 관리료'는 지원기관에서 환자를 회송한 날(회송서 송신일)을 포함하여 90일 이내(공휴일 포함)에 진료한 경우 산정 가능합니다.

<예시1> A상급종합병원이 입원 환자의 요양급여회송서를 2024년 10월 1일에 B병원으로 송신 후, 환자가 10월 1일에 퇴원하고 B병원에 12월 30일 방문하여 진료 받은 경우

구분	회송서 송신 환자 퇴원일						B병원 진료일
	10/1	10/2	10/3(공휴일)	...	12/28	12/29	**12/30**
날짜계산	1일	2일	3일	...	89일	90일	91일
수가산정 기준							산정 불가

<예시2> A상급종합병원이 입원 환자의 요양급여회송서를 2024년 10월 1일에 B병원으로 송신 후, 환자가 10월 3일에 퇴원하고 B병원에 12월 30일 방문하여 진료 받은 경우

구분	회송서 송신		환자 퇴원일				B병원 진료일
	10/1	10/2	**10/3**(공휴일)	...	12/28	12/29	**12/30**
날짜계산	1일	2일	3일	...	89일	90일	91일
수가산정 기준							산정 불가

<예시3> A상급종합병원이 입원 환자의 요양급여회송서를 2024년 10월 1일에 B병원으로 송신 후, 환자가 10월 3일에 퇴원하고 B병원에 12월 28일 방문하여 진료 받은 경우

구분	회송서 송신		환자 퇴원일				B병원 진료일
	10/1	10/2	**10/3**(공휴일)	...	12/26	12/27	**12/28**
날짜계산	1일	2일	3일	...	87일	88일	89일
수가산정 기준							산정 가능

Q11 ‘진료협력병원 등 회송환자 관리료’ 산정 시 중계시스템에 작성·등록해야 하는 서식이 있나요?

❍ 중계시스템에 작성·등록해야 하는 서식은 없으며, 수가 청구 시 명세서 특정내역(MT076)에 지원기관으로부터 받은 회송서의 회송번호를 기재합니다.

※ 환자 주민등록번호가 변경된 경우, 회송한 지원기관과 협의하여 수정 필요

Q12	‘진료협력병원 등 회송환자 관리료’ 청구 시 기재하는 회송번호는 어떻게 확인하나요?

❍ 중계시스템 내 수신 목록에서 지원기관으로부터 받은 해당 환자의 회송서 및 의뢰·회송번호 조회 가능합니다.
※ (경로) 심사평가정보 제출시스템 > 진료의뢰·회송 > 송수신 목록 > 수신 목록

Q13	지원사업 환자 의뢰·회송 시 필요한 동의서는 무엇인가요?

❍ 의뢰·회송 시 지원사업 대상자는 다음의 동의서에 동의한 자에 한합니다.
- 진료의뢰·회송 중계시스템 이용에 관한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서([별지 제7호 서식])

※ 중계시스템 이용 관련 동의서의 경우, ‘진료기록전송지원시스템(진료정보교류시스템)’을 이용한 전송기관은 「진료정보교류 표준」고시에 따른 ‘진료정보교류 개인정보 수집 및 활용·제공 동의서’의 동의로 갈음함

Q14	지원사업 환자 의뢰·회송 시 의뢰·회송서는 중계시스템에 어떻게 입력하나요?

❍ 지원사업 환자의 요양급여의뢰·회송서는 ‘가-5 회송료’ 및「협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업」수가 산정과 동일한 방법으로 작성·전송합니다.

❍ 다만,「상급종합병원 구조전환 지원사업」 환자의 의뢰·회송서 작성 시 의뢰·회송번호의 일련번호(끝 5자리)는 **“A”+일련번호(4자리)**로 기관에서 직접 부여하여야 합니다.
<예시> 12345678(요양기호) + 241001(의뢰서·회송서 발급일) + A0001(일련번호)

❍ 또한, 의뢰·회송서는 진료일 당일 시스템에 등록·전송하는 것이 원칙이나, 부득이하게 당일 등록하지 못한 경우에는 진료일 익일부터 3일 이내(공휴일은 산입 제외) 등록해야 합니다.(단, 진료일 이후 의뢰·회송 정보를 등록하는 경우에는 ‘중계시스템’에서 ‘의뢰회송번호’ 중 일자(진료일)를 수정하여야 합니다.)
단, 진료·영상정보는 의뢰·회송서 등록 익일부터 3일 이내(공휴일 포함) 등록해야 합니다.

Q15	의료급여 정액수가 환자(정신건강의학과 입원 및 혈액투석 외래)의 경우 전문 의뢰·회송 수가를 산정 가능한가요?

❍ 「상급종합병원 구조전환 지원사업」의 수가에 한하여 산정할 수 있습니다.

※ '가-5 회송료', 「협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업」 '의뢰료'는 산정불가

❍ '진료협력병원 전문 의뢰료'는 의과 외래 명세서, '진료협력병원 등 회송 환자 관리료'는 의과 외래 또는 입원 명세서에 분리청구 합니다.

Q16	의료급여 선택의료급여기관 적용 대상자에게 산정할 수 있는 전문 의뢰·회송 수가는 무엇인가요?

❍ 선택의료급여기관 적용* 대상자는 '진료협력병원 전문 의뢰료'만 산정 가능하며, '진료협력병원 전문 회송료', '상급종합병원 전문 회송료', '진료협력병원 등 회송환자 관리료'는 산정 불가합니다.

* 의료급여 상한일수를 초과한 수급자는 여러 의료급여기관 이용에 따른 약제 병용 투여 및 중복투약으로 인하여 건강상 위해 발생 가능성이 높으므로, 차기연도 말까지 본인이 선택한 의료급여기관을 우선 이용토록 하는 것을 조건으로 상한일수를 연장하는 제도

4 기능강화 지원 ❶ - 청구방법

공통

Q1 지원사업일 이전부터 입원(또는 응급실 체류) 중인 경우 해당 수가 산정 시 명세서를 다른 진료내역과 분리하여 작성·청구해야 하나요?

❍ 지원사업일 이전과 이후의 진료내역을 분리하여 작성·청구해야 합니다.

- '진료협력병원 전문 의뢰료' 및 '진료협력병원 등 회송환자 관리료'는 지원사업 내역과 비지원사업 내역을 특정내역 MT002란에 해당하는 특정기호(S046 또는 S047)를 기재해야합니다.

❍ 질병군 포괄수가제 대상 진료를 받은 환자의 경우 한 건의 질병군 명세서로 청구하고, 명세서 진료내역의 '변경일'란에 신설된 수가의 실시일자를 기재합니다.

※ 신포괄수가 적용 대상은 요양기관업무포털 신포괄수가 게시판 참조

입원료

Q1 입원환자 전문의 정책수가 산정 시 명세서 진료내역에 전문의 정보를 기재해야 하나요?

❍ 명세서 진료내역에 해당 환자의 입원진료를 담당한 전문의 의사면허종류, 전문의 면허번호를 기재하여 청구해야 합니다. 담당 전문의가 변경된 경우 전문의 면허번호를 '/'로 구분하여 기재해야 합니다.

* 전문의자격번호가 아닌 의사면허번호로 기재하여 청구

Q2 의료급여 정신건강의학과 입원 정액명세서에 정책수가 산정 시 명세서 진료내역의 항, 목번호는 어떻게 되나요?

❍ 의료급여 정신건강의학과 입원 정액명세서 내 "X항 82목 입원료"란에 기재합니다.

중증 수술·동반 마취료, 응급

Q1 두 개 이상의 응급의료센터를 지정받은 지원기관의 경우 특정내역은 어떻게 기재하나요?

❍ 명세서단위 특정내역 MT048(응급의료센터 구분코드)란에 환자에 대한 주된 진료를 수행한 응급의료센터를 1자리 형식(숫자)으로 기재합니다.

Q2 중증응급환자 응급의료행위(별표3)가 선별급여인 경우 추가 가산 수가 기재 시 명세서 진료내역 항, 목번호가 선별급여와 동일한가요?

[2025년 12월 31일 진료분까지]

❍ 지원수가는 기존 선별급여 행위와 별도로 반드시 01항~10항에 기재하여 청구합니다.

[2026년 1월 1일 진료분부터]

❍ 지원수가는 기존 선별급여 행위와 동일한 항(A항, B항 등)에 기재하여 청구합니다.

Q3 응급진료에 대한 위탁진료 시 수가 청구 가능한가요?

❍ 위탁진료의 경우, 기존 위탁진료 청구와 동일하게 JS008(위탁진료)란을 반드시 기재하여 청구합니다.

* 명세서 '변경일'란 기재형식: CCYYMMDD

Q4 응급진료에 대한 위탁진료 시 서면 청구 가능한가요?

❍ 정보통신망 또는 전산 매체 중 한가지 방법을 선택하여 요양급여비용을 청구해야 합니다.

Q5 7개 질병군 적용 대상 환자의 경우 중증수술 및 동반 마취 가산수가 기재 시 명세서 진료내역 항, 목번호는?

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

Q6	2026년 1월 1일 진료분부터 응급진료 산정기준 변경에 따라, 2025년 12월 31일 이전부터 입원한 환자의 명세서는 어떻게 청구하나요?

❍ 2025년 12월 31일 이전부터 입원한 환자의 명세서(연속된 입원환자)는 산정기준 변경 전·후로 명세서 분리작성은 불필요하나, (상급종합시범) 응급진료 전문의 진찰료(IF200~IF209) 및 응급의료행위(별표3) 가산(IF* 산정코드 세 번째 자리 1 또는 2)을 산정하는 경우, 명세서 진료내역의 '변경일' 란에 반드시 실시일자를 기재하여 청구해야 합니다.

* '변경일'란 기재형식: CCYYMMDD

전문 의뢰·회송

Q1 수가 산정 시 명세서 진료내역의 항, 목번호는 어떻게 되나요?

○ “01항(진찰료) 03목(응급 및 회송료 등)”란에 기재합니다.

Q2 청구 시 특정기호 및 특정내역(의뢰회송번호)은 어떻게 기재하나요?

○ **(진료협력병원 전문 회송료 및 상급종합병원 전문 회송료)** 명세서단위 특정내역 MT066(진료의뢰회송번호)란에 중계시스템에 등록된 ‘회송번호’를 19자리 형식(하이픈(-) 제외)으로 기재합니다.

▪ 회송번호: 회송기관기호 + YYMMDD + 일련번호
- YYMMDD: 요양급여회송서 발급 년·월·일(6자리)
- 일련번호: ‘A’+ 요양급여회송서 발급 년·월·일에 발생한 일련번호(4자리)

▪ <예시> 회송번호 11234567240901A0001인 환자를 회송한 경우
MT066 11234567240901A0001
(반드시 첫 칸부터 붙여서 기재, 명세서단위 특정내역 ‘1’ 기재)

○ **(진료협력병원 전문 의뢰료)**

① 명세서단위 특정내역 MT002(특정기호)란에 ‘S046’ 기재 하여 분리청구

② 명세서단위 특정내역 MT066(진료의뢰회송번호)란에 중계시스템에 등록된 ‘의뢰번호’를 19자리 형식(하이픈(-) 제외)으로 기재

▪ 의뢰번호: 의뢰기관기호 + YYMMDD + 일련번호
- YYMMDD: 요양급여의뢰서 발급 년·월·일(6자리)
- 일련번호: ‘A’+요양급여의뢰서 발급 년·월·일에 발생한 일련번호(4자리)

▪ <예시> 의뢰번호 12345678240901A0001인 환자를 의뢰한 경우
① MT002 S046
② MT066 12345678240901A0001
(반드시 첫 칸부터 붙여서 기재, 명세서단위 특정내역 ‘1’ 기재)

○ (진료협력병원 등 회송환자 관리료)

① 명세서단위 특정내역 MT002(특정기호)란에 ‘S047’ 기재 하여 분리청구

② 명세서단위 특정내역 MT076(진료협력병원 등 회송환자 관리료 회송 확인번호)란에 중계시스템에 등록된 회송 기관의 ‘회송번호’ 확인 후 19자리 형식(하이픈(-) 제외)으로 기재

▪ 회송번호: 상급종합병원 회송기관기호 + YYMMDD + 일련번호
- YYMMDD: 요양급여의뢰서 발급 년·월·일(6자리)
- 일련번호: ‘A’+요양급여회송서 발급 년·월·일에 발생한 일련번호(4자리)

▪ <예시> 상급종합병원의 회송번호 11234567240901A0001인 환자를 회송 90일 이내 진료 경우
① MT002 S047
② MT076 11234567240901A0001
(반드시 첫 칸부터 붙여서 기재, 명세서단위 특정내역 ‘1’ 기재)

Q3 회송 또는 의뢰시 명세서의 내원일수와 요양급여일수는 어떻게 기재하나요?

○ (진료협력병원 전문 회송료 및 상급종합병원 전문 회송료) 타 진료내역과 합산 청구함에 따라 해당 명세서에 따른 내원(입원)일수 및 요양급여일수 기재합니다.

○ (진료협력병원 전문 의뢰료 및 진료협력병원 등 회송환자 관리료) 지원사업 내역과 비지원사업 내역의 분리청구 대상으로 내원일수 및 요양급여일수는 모두 ‘0’으로 기재합니다.

구분	요양급여일수	입원일수, 총 내원일수
진료협력병원 전문 회송료, 상급종합병원 전문 회송료	실 요양급여일수 기재	실 내원일수 기재
진료협력병원 전문 의뢰료 (특정기호 S046)	0	0
진료협력병원 등 회송환자 관리료 (특정기호 S047)	0	0

Q4	의료급여 정액수가(정신건강의학과 입원, 혈액투석 외래) 환자의 경우 수가 산정 시 명세서 진료내역의 항, 목번호는 어떻게 되나요?

❍ 정신질환 입원 정액수가 환자의 경우, 정신건강의학과 입원 정액명세서 “X항(정신건강의학과정액) 81목(진찰료)”란에 기재합니다.

❍ 혈액투석 외래 정액수가 환자의 경우, 혈액투석정액 외래 명세서 “Z항(혈액투석정액) 81목(진찰료)”란에 기재합니다.

5 기능강화 지원 ❷ - 24시간 진료지원금

Q1 24시간 진료지원금 지급 대상은 누구인가요?

❍ 지원기관에서 응급 진료, 수술 및 처치, 특수검사 등을 위해 당직(대기) 근무를 한 전문의, 간호사(진료지원간호사 포함) 대상입니다.

Q2 24시간 진료지원금은 어떻게 산정되나요?

❍ 24시간 진료지원금은 지원기관이 연간(월별) 당직 계획서([별지 제6-1호 서식])에 따라 산정합니다.

Q3 지원사업 참여 시작일이 2025년 1월 2일인 경우, 2025년 1월 1일 당직(대기) 근무에 대하여 지원이 가능한가요?

❍ 기능강화지원 사업 시작일은 평일 기준으로 적용하나,「비상진료 의료인력 지원 사업(당직비)」의 연속성을 고려하여 2025년 24시간 진료지원금에 한하여 2025년 1월 1일에도 지원이 가능합니다.

Q4 24시간 진료지원금을 참여 당직자에게 연간 당직비로 지급할 수 있나요?

❍ 지원사업 소속 의료기관의 장은 24시간 진료지원금을 참여 당직자에게 월별로 분할하여 정기적으로 지급하여야 합니다.

Q5	24시간 진료지원금 지급 평가를 위해 제출해야하는 증빙자료는 무엇인가요?

❍ 각 지원기관은 지원금 집행 기준에 맞게 지원금을 사용하여야 하며, 반기별로 24시간 진료지원 월별 당직현황([별지 제6-2호 서식])과 관련 증빙자료*를 심사평가원에 제출하여야 합니다.

* 지원기관의 당직근무표, 당직비 지급내역 등

Q6	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 지급합니다.

Q7	24시간 진료지원금은 어떤 경우에 지원되나요?

❍ 24시간 진료지원금은 정규 근무 시간(통상적인 교대 근무 포함) 외에 사전에 계획된 당직 일정에 따른 추가 근무를 한 경우에 지원합니다.

- 다만, 24시간 상시 운영을 위해 교대조를 편성하여 규칙적으로 근무하는 정규 교대 근무는 지원 대상이 아닙니다.

Q8	24시간 진료지원금을 당직비 이외 사업운영비 등 다른 수당으로 지급 가능한가요?

❍ 24시간 진료지원금은 지원사업 수행을 위한 참여 당직자의 인건비(당직비, 성과금 등)로만 지급 가능합니다.

Q9	당직비 기준 금액을 초과하여 당직자에게 지급 가능한가요?

❍ 일당 당직비는 직종별 ’24년 비상진료 의료인력 당직비 지원 수준까지만 지급 가능합니다.

※ 2026년 1월 1일부터 적용

Q10	24시간 진료지원금과 실제 집행한 당직비 간 차이로 발생한 차액을 성과금으로 집행 시, 지급 기준은 무엇인가요?

❍ 참여 당직자에게 직종별 당직비 상한금액 범위 내에서 실제 집행한 당직비 간 차액에 해당하는 성과금을 지급할 수 있습니다.

※ 당직자당 당직비와 성과금을 합산한 총 지급액은 직종별 당직비 상한금액을 준수하여야 합니다.

Q11	24시간 진료지원금은 직종(전문의, 간호사) 간 교차지급이 가능한가요?

❍ 직종 간 교차지급은 가능하지 않습니다.

6 성과지원

중증(적합질환) 중심 진료 성과

Q1 DRG A(전문진료질병군)에 해당하는 경우로서 로봇 보조 수술을 한 경우 적합질환자로 인정받으려면 어떻게 작성해야 하나요?

❍ 건강보험 및 의료급여 환자에 한하여 로봇 보조 수술을 한 경우 청구 명세서 '08항 01목 처치 및 수술료 등' 란에 비급여 코드(QZ966)를 기재하고 단가와 금액은 '0원'으로 기재합니다.

- 또한, 로봇 보조 수술 줄번호 단위 특정내역(JS020)에는 환자 상병과 목적에 부합하는 급여코드(5단코드)*를 기재하여야 합니다.

  *「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 및 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따른 선별급여 목록

- 급여코드(5단코드)가 2개 이상인 경우 '/' 로 구분하여 작성하며, 중요도에 따른 순서대로 기재합니다.

※ 줄번호 단위 특정내역 구분코드

구분코드	특정내역	특정내역 기재형식	설명
JS020	로봇 보조 수술	X(100)	◆「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제3부 행위 비급여 목록의 '조-961 로봇 보조 수술'을 한 경우, "상대가치 점수표" 상의 관련 진료행위 급여코드 기재 ※ 2개 이상 발생하는 경우 "/"로 구분하여 기재

※ 명세서 진료내역 세부작성요령

항	목	줄번호	코드구분	코드	i/ii	단가	일투	총투	금액
08	01	7	1	QZ966	i	0	1	1	0
특정내역기재란									
발생단위구분	줄번호	특정내역구분		특정내역(5단코드만 기재)					
2	7	JS020		*****/*****					

❍ 1차 연도는 동 내역을 청구 명세서에 작성하지 못한 경우에는 추가 청구 없이, 사업연도 다음해 1월에 별도 자료*를 제출하여야 합니다. 2차 연도부터는 청구명세서에 작성되어야 인정됩니다.

  * 관련 명세서의 접수번호, 일련번호, 환자명, 환자 상병과 목적에 부합하는 코드 등

❍ 이는 적합질환자로 인정받기 위한 절차로써 모든 로봇 보조 수술에 대해 작성해야 하는 것은 아닙니다.

Q2	로봇 보조 수술을 한 경우 모두 적합질환자로 인정되나요?

❍ 로봇 보조 수술 비급여 코드 및 줄단위 특정내역(JS020)에 급여코드가 기재된 명세서에 대하여 KDRG 분류(주진단, 진료내역, 연령 등)를 통해 DRG A(전문진료 질병군)에 해당하는 경우 적합질환자로 인정됩니다.

전문 의뢰·회송 성과

Q1	전문 의뢰·회송 기반구축 지원금 지급 대상은 누구인가요?

❍ 전체 47개소 지원기관과 기반구축 지원 대상 기관입니다.

- 지원기관은 진료협력병원 중 진료협력 전담 의료진(의사, 간호사)을 1명 이상 확보하고, 진료역량정보를 등록한 최대 20개 기관을 자체적으로 기반구축 지원 대상 기관으로 선정하여 매월 10일까지* 심사평가원에 제출하여야 합니다.

* 제출 마감일이 공휴일인 경우, 다음 평일까지 제출

※ 지원기관별 기반구축 지원 대상 기관이 중복으로 선정이 되더라도 지원금은 중복 지급 불가

Q1-1	2차 연도에도 기반구축 지원 대상 기관 추가 선정이 가능한가요?

❍ 20개소 선정을 완료한 지원기관은 추가 선정이 불가합니다. 다만, 권역·인접지역에 있는 포괄 2차 종합병원에 한하여 기반구축 지원 대상 기관 개소수와 상관없이 26년 1분기까지 추가 선정이 가능합니다.

❍ 20개소 선정을 미완료한 지원기관은 1차 연도에 타 지원기관이 선정한 기반구축 지원 대상 기관 중 추가 선정 가능합니다.

※ 지원금은 중복 지급 불가

Q2	전문 의뢰·회송 기반구축 지원금은 어떻게 지급되나요?

❍ 전문 의뢰·회송 기반구축 지원금은 사전·사후(70%:30%)로 지급됩니다.

- (1차 연도) 사전 지원금은 진료협력 기반구축 운영 계획서([별지 제4-2호 서식]) 심의 후 사업연도 1분기에 지급하고, 이후 추가되는 기반구축 지원 대상 기관은 운영 계획서에 대한 심의가 이루어진 다음 달에 지급될 예정입니다.
- (1차 연도) 사후 지원금은 운영 결과서([별지 제4-3호 서식]) 등 성과 확인 후 다음 연도 2분기에 지급됩니다.
- (2차 연도) 사전 지원금은 기반구축 지원 대상 진료협력병원 이행계획서([별지 제4-6호 서식]) 심의 후 지급하고, 2차 연도에 신규 선정된 기반구축 지원 대상 기관은 이행계획서에 대한 심의가 이루어진 다음 달에 지급될 예정입니다.
- (2차 연도) 사후 지원금은 운영현황 확인 후 '27년 6월에 지급됩니다.

Q3	1차 연도에 전문 의뢰·회송 기반구축 지원 대상으로 선정된 진료협력병원의 지원금은 어떻게 산정되나요?

❍ (시스템 개선 비용) 가이드라인에 따른 개발 필수

❍ (진료협력 기능 강화 활동 수행비*) 참여기간에 따라 차등 지급

* 진료협력병원의 전문 의뢰·회송 기반구축 지원금 5% 수준으로, 중도에 참여하여 부족한 개월 수만큼 차감(월 100만원)

❍ (진료협력 전담의료진 신규배치 인건비**) 배치기간에 따라 지급

** 1개월에 1인당 400만원(중도 입사 및 퇴사한 경우 일할 계산)

Q3-1	2차 연도에 전문 의뢰·회송 기반구축 지원 대상으로 신규 선정된 진료협력병원의 지원금은 어떻게 산정되나요?

❍ 2차 연도에 기반구축 지원 대상 기관으로 신규 선정된 기관(포괄 2차 종합병원)의 경우, 1차 연도 전문 의뢰·회송 기반구축 지원금 운영기준을 적용하여 산정됩니다.

- (시스템 개선 비용) 가이드라인에 따른 개발 필수
- (진료협력 기능 강화 활동 수행비*) 참여기간에 따라 차등 지급

* 진료협력병원의 전문 의뢰·회송 기반구축 지원금 5% 수준으로, 중도에 참여하여 부족한 개월 수만큼 차감(월 100만원)

- (진료협력 전담의료진 신규배치 인건비**) 배치기간에 따라 지급

** 1개월에 1인당 400만원(중도 입사 및 퇴사한 경우 일할 계산)

❍ 또한, 전문 의뢰·회송 시스템 개선 가이드라인에 따른 시스템 개발 및 전담의료진 1명 배치를 이행하지 못한 경우 사전에 지급된 전문 의뢰·회송 기반구축 지원금 전액을 반환하여야 합니다.

Q4	진료협력센터 전담의료진의 직종 제한이 있나요?

❍ 진료협력센터 전담의료진은 의사, 간호사만 가능합니다.

- 다만, 타 업무 겸직 시 진료협력센터 전담의료진으로 인정되지 않습니다.

Q5	전문 의뢰·회송 기반구축 지원금(인건비)은 전담의료진에게 상한액 전액을 지급해야 하나요?

❍ 상한액 범위 내에서 병원이 자율적으로 지급할 수 있습니다

Q6	진료협력센터 전담의료진의 신규 배치 범위는 무엇인가요?

❍ ’24년 3월 이후 신규 채용 또는 타부서의 의료진을 진료협력센터로 전담 배치한 경우를 의미하며, 근로계약서 등 증빙하는 서류를 제출하여야 합니다.

- 진료협력센터에 근무하는 기존 비의료진을 의료진으로 전환 배치한 경우도 신규 인력으로 인정합니다.
- 다만, 기존 인력을 대체하는 등 진료협력센터 총 전담의료진 수가 1명 이상 증가하지 않는 경우에는 인정되지 않습니다.
- 또한, 진료협력센터 소속 기존 인력이 퇴사 및 부서 이동 등으로 신규 인력이 기존 인력을 대체하는 경우 인건비 산정이 불가합니다.

Q7	진료협력센터 전담의료진의 전담 기준은 어떻게 되나요?

❍ 전담의료진은 근로시간이 월평균 주 40시간인 전일제 근무자로,「기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률」 제17조(근로조건의 서면명시)를 준수하고, 1년 이상 고용계약을 체결한 경우를 말합니다.

Q8	진료협력센터 전담의료진이 진료협력센터 외 부서 및 공간에서 진료협력 업무 외 업무 등을 하는 경우(타 업무 겸직)에도 지원이 가능한가요?

❍ 진료협력센터 소속으로, 전임 근무를 하는 경우에만 지원이 가능합니다.

- 아울러, 상급종합병원 회송료 수가(가-5) 적용 관련 질의응답(보건복지부 고시 제2020-221호 관련)에 따라, ‘진료협력센터’ 배치는 해당 조직의 동일 공간(장소)에서 근무를 의미하므로 진료협력센터에 배치(발령) 받았으나 센터 외 공간에서 업무를 하는 경우는 전담인력에 포함되지 않습니다.
- 다만, 진료협력병원에 한하여 진료협력센터가 별도로 설치되지 않은 경우 근무 장소는 무관하나, 진료협력센터 업무 외 업무를 병행하는 경우에는 지원 대상이 아닙니다.

Q9	진료협력센터 전담의료진이 중간에 입사하거나 퇴사할 경우 사후지원금은 어떻게 지급되나요?

❍ 근무표, 인건비 지급내역 등 증빙자료를 제출하여야 하며, 내역 확인 후 사후 지원금이 지급됩니다.

- 신규 배치 근무자가 중도 입사하거나 퇴사한 경우 일할 계산합니다.

Q10	진료협력 전담의료진을 계획보다 추가로 배치한 경우에도 지원금을 받을 수 있나요?

❍ 계획보다 추가 배치한 경우를 포함한 최종 운영 성과를 평가하여 지원금을 지급합니다.

Q11	전문 의뢰·회송 기반구축 관련 시스템 개발 요구사항을 충족하지 못하였거나 전담의료진을 배치하지 못한 경우 어떤 조치가 이루어지나요?

❍ 개발 가이드라인에 따른 시스템 개발 및 전담의료진 1명 배치를 기본 요건으로 하므로 이를 이행하지 못한 경우에는 사전에 지급된 전문 의뢰·회송 기반구축 지원금 전액을 반환하여야 합니다.

❍ 또한, 시스템 미개발 또는 전담의료진 미충원 기관은 기반구축 지원 대상에서 제외됩니다.

Q12	지급받은 전문 의뢰·회송 기반구축 지원금은 제출한 운영계획(지침 별지 제4-2호 서식)과 관련된 지출에만 사용해야 하나요?

❍ 전문 의뢰・회송 기반구축 지원금은 기반구축 성과에 대한 지원이며, 자율적으로 사용할 수 있습니다.

- 다만, 진료협력 기능 강화 활동비는 고정자산 구입 등에 사용이 불가하며, 운영계획에 맞춰 사용해 주시기 바랍니다.

Q13	전문 의뢰 또는 재의뢰 환자를 지원기관이 진료를 한 경우 어떻게 기재하나요?

❍ 진료협력병원이 전문 의뢰 또는 재의뢰한 환자를 지원기관이 진료한 경우 외래 진찰료가 청구된 명세서의 명일련 단위 특정내역 구분코드(MT078)란에 의뢰번호를 기재합니다.

- 첫 번째 외래 진료를 받은 명세서에만 기재하며, 별도의 명세서 분리청구는 필요하지 않습니다.

※ 명일련 단위 특정내역 구분코드

구분코드	특정내역	특정내역 기재형식	설명
MT078	진료의뢰 회송 확인번호 (*)	X(19)	◆ 의뢰 받은 환자를 진료한 경우 의뢰 기관에서 생성한 의뢰 번호를 기재 ※ 의뢰번호는 19자리까지 기재 ▪ 의뢰번호: 의뢰기관기호 + YYMMDD + 일련번호 - YYMMDD: 요양급여의뢰서 발급 년・월・일(6자리) - 일련번호: 'A'+요양급여의뢰서 발급 년・월・일에 발생한 일련번호(4자리)

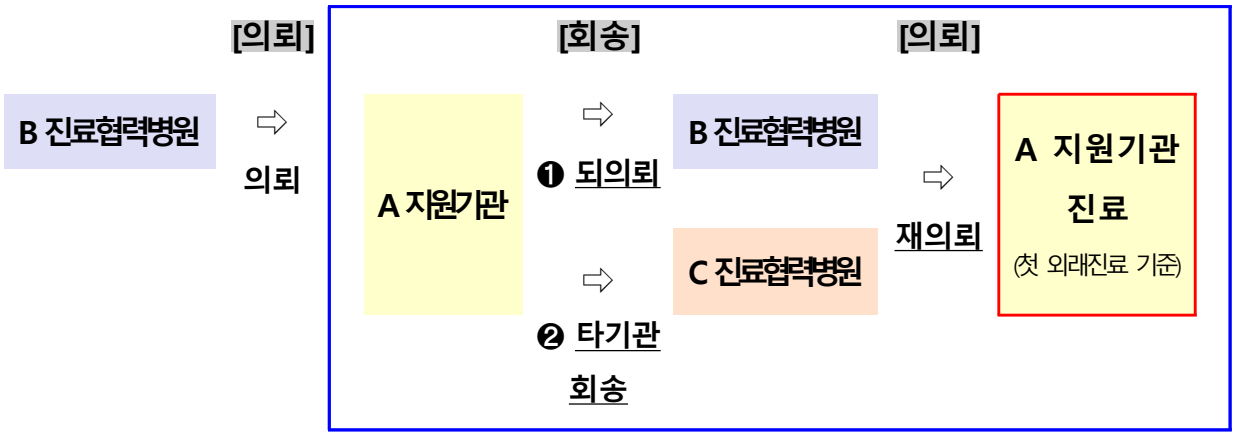
※ < 예시 > '25년 3월 1일 B종합병원(진료협력병원)에서 A지원기관으로 의뢰한 환자가 지원기관에서 진료 후 '25년 4월 3일 B종합병원(진료협력병원)으로 되의뢰되어 진료 후 A지원기관으로 재의뢰 된 경우

- B종합병원(요양기호 12345678) 의뢰번호: 12345678250403A0001

발생단위 구분	줄번호	특정내역 구분	특정내역
1		MT078	12345678250403A0001
⋮			

Q14 재의뢰란 무엇인가요?

○ 지원기관이 환자를 의뢰했던 진료협력병원으로 회송(되의뢰) 또는 타 진료협력병원으로 회송한 후 환자의 상태 악화 등으로 진료협력병원이 지원기관으로 환자를 다시 의뢰하는 경우를 의미합니다.



Q15 '회송환자 통합평가 실시율' 가점은 「급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 제2단계 시범사업」에 참여한 기관만 받을 수 있나요?

○ 네 맞습니다. 「급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 제2단계 시범사업」에 참여하고, 해당 사업에 따라 '통합평가표Ⅰ'을 작성한 경우에만 인정됩니다.

Q16 '회송환자 통합평가 실시율' 지표와 관련하여 작성된 '통합평가표Ⅰ'을 진료협력병원에 공유하는 방법은 무엇인가요?

○ 작성된 '통합평가료Ⅰ'서식은 진료협력병원에 회송 시 요양급여회송서* 작성 화면의 'D.진료정보 > 기타 > 첨부파일'란에 첨부해주시면 됩니다.

○ 반드시 첨부파일명은 'YYMMDD**_통합평가표Ⅰ'로 기재하여 주시기 바랍니다.

* 경로: 심사평가정보 제출시스템 > 진료의뢰·회송 > 회송서 작성

** YYMMDD는 통합평가표Ⅰ을 작성한 날짜를 기재 (예)'250301_통합평가표Ⅰ')

Q17	‘회송환자 통합평가 실시율’ 지표에서 ‘통합평가표Ⅰ 작성 및 공유건수’는 「급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 제2단계 시범사업」 참여 중인 연계 의료기관으로 회송되는 건만 해당되나요?

❍ 아닙니다. 지원기관의 진료협력병원에 ‘전문 회송’을 시행한 건은 모두 인정됩니다.

Q18	전담의료진은 최소 1명 이상 배치를 언제까지 하여야 하나요?

❍ 성과평가 시점인 당해연도 12월까지는 전담의료진을 최소 1명 이상 배치 완료 하여야 합니다. (미이행 시 사전에 지급된 지원금 전액 반환)

❍ 또한, 전담의료진의 병가 등 부재 상황시 원활한 진료협력 업무가 수행될 수 있도록 대체 인력 배치 등 노력을 하여야 하며, 이때, 전담의료진 인건비는 실제 근무기간에 대해서만 산정됩니다.

Q19	대표자 변경 등으로 요양기관 기호가 변경된 경우 어떻게 하나요?

❍ 대표자 변경 등으로 요양기관 기호가 변경된 진료협력병원은 심사평가원에 기호 변경 전 기관과 동일 기관임을 소명하는 자료([별지 제4-4호 서식] 요양기호 변경 신고 및 지원사업 연계 신청서, 개설허가증 등)를 제출하여야 합니다.

- 동일 기관인 경우, 인정 회신을 받은 다음 날(평일 기준)부터 지원 수가를 산정할 수 있습니다.

※ 지원기관은 별도 진료협력기관 현황(변경) 신고 불필요

❍ 전문 의뢰·회송 기반구축 지원 대상 기관은 기호 변경 전 기관과 동일 기관임을 소명하는 자료를 기호 변경일로부터 7일 이내에 제출하고 지원 대상 자격을 연계 받아야 합니다.

* 동일한 기관임을 회신 받은 경우 즉시 역량정보 등록 필요

Q20	요양기관 종별이 변경된 경우에도 소명자료를 제출하나요?

❍ 요양기관 종별 변경(병원 ↔ 종합병원 등)으로 요양기관 기호가 변경된 진료협력병원이 심사평가원 지원사업 담당부서에 변경 사실을 고지하는 경우 별도의 소명 절차 없이 전문 의뢰·회송 지원수가 산정이 가능합니다. 또한 전문 의뢰·회송 기반구축 지원 대상인 경우 해당 자격이 연계됩니다.

❍ 이때, 진료협력병원은 진료협력 대상 지원기관에게 요양기관 기호 변경사항을 안내하여야 합니다.

Q21	행정처분으로 폐업 후 동일 장소 재개설 기관일 경우 기반구축 지원 대상 기관으로 참여 가능한가요?

❍ 행정처분일 기준 3년이 경과한 경우 지원기관 선정평가 자문단 심의를 거쳐 참여 여부가 결정됩니다.

진료역량정보

Q1 진료역량정보란 무엇인가요?

❍ 진료역량정보는 지원기관에서 환자의 상태에 맞는 진료협력병원을 선택하여 회송할 수 있도록 진료협력병원의 기본정보인 병상, 진료과, 가능한 시술 및 검사, 재활, 항암, 투석, 수혈, 격리치료, 정신치료 등의 진료역량을 확인할 수 있는 정보이며, 진료의뢰·회송 중계시스템 및 진료의뢰·회송 Agent 서식에 맞춰 등록해야 합니다.

Q2 진료역량정보는 어떻게 등록 또는 조회하나요?

❍ 진료의뢰·회송 중계시스템 및 진료의뢰·회송 Agent에서 진료역량정보를 등록 또는 조회할 수 있습니다.

※ (중계시스템) 홈>진료의뢰·회송>진료협력병원 진료역량정보>진료역량정보 등록/조회

※ (Agent) Agent 우클릭>심사평가정보 제출시스템>진료협력병원 진료역량정보>진료역량정보 등록/조회

Q3 진료역량정보는 어떻게 관리해야 하나요?

❍ 기반구축 지원 대상 기관은 진료역량정보를 등록하고 매월 1회 주기적으로 현행화하여야 합니다. 진료역량정보의 변경사항이 없는 경우에도 매달 등록화면에서 '저장' 버튼을 눌러 변경사항이 없음을 확인하여야 합니다.

Q4 진료역량정보 현행화 미이행시 불이익이 있나요?

❍ 진료역량정보를 현행화하지 않은 개월수가 당해연도 누적 6개월 이상일 경우 기반구축 사후지원금의 50%가 차감되어 지급될 예정입니다.

병상 구조전환 성과

Q1 지원사업 기간 중 일반입원실 허가병상을 다시 늘리는 경우 지원금 지급이 제한될 수 있나요?

❍ 병상감축분에 대한 지원금이 지급되었으므로 감축대상 일반병상 증설 시 해당 병상에 대한 지원금*은 환수됩니다.

* 증설 병상 수 × '23년 허가병상당 입원진료비

❍ 아울러, 지원기관이 허가병상 감축 기준을 미준수한 경우 지원사업이 중단되며 이 경우, 사전에 지급된 성과지원금 전액 및 이자를 반환하여야 합니다.

※ 이자는 민법의 법정 이율 연 5%를 적용하여 지원금을 지급받은 날로부터 반환하는 날까지 일할 계산한 금액

Q2 중환자실 비중 상향 평가시 감축제외병상은 무엇인가요?

❍ 감축제외병상은 일반입원실 병상 중 고위험임산부 집중치료실, 뇌졸중 집중치료실, 어린이공공전문진료센터·권역응급의료센터·권역외상센터 병상, 긴급치료병상을 의미합니다.

Q3 중환자실 비중 및 감축제외병상 포함 중환자실 비중은 어떻게 산출하나요?

❍ (1차 연도) '일반입원실 병상 수 및 정신건강의학과 입원실 병상 수' 대비 '중환자실 병상 수' 또는 '감축제외병상 포함 중환자실 병상 수'로 산출합니다.

❍ (2차 연도) '일반입원실 병상 수' 대비 '중환자실 병상 수' 또는 '감축제외병상 포함 중환자실 병상 수'로 산출합니다.

Q4	일반입원실 허가병상 변경이 발생시에는 어떻게 해야 하나요?

❍ 지침 Ⅷ. 지원기관 준수사항에 따라 지원기관은 일반입원실 허가병상에 대한 변동사항이 발생할 시에는 지체 없이 관련 자료를 제출해야 합니다.

- 시범사업 자료제출 시스템에 접속 후 [시범사업 서식관리]-[진료협력·전달체계 강화 등 시범사업]-[상급종합병원 구조전환 지원사업]-[현황 변경 신고 자료 제출]-[일반입원실 허가병상 변경 신고서]에 '일반입원실 허가병상 현황(변경) 신고서*' 업로드

  * [별지 제5호 서식]으로, 자료제출 시스템 내에서 다운로드 가능

- 일반입원실 허가병상 모니터링 중 일반입원실 허가병상 변동사항이 발생하였음에도 관련 자료를 미제출한 내역이 발견시 사실관계를 확인하기 위한 현장검증 실시 등 관리가 강화됩니다.

7 기타 사항

Q1 지원사업 참여를 철회하려면 어떻게 해야 하나요?

❍ 지원사업 지정 철회 요청서([별지 제9호 서식])를 작성하여 보건복지부에 제출하여야 하며, 보건복지부장관의 최종 승인을 거쳐 지원사업 참여가 중단됩니다.

Q2 지원사업 참여 중단 기준은 어떻게 되나요?

❍ 심사평가원의 수시 모니터링을 통해 허가병상 감축 기준 미준수, 「전공의 근무시간 단축 시범사업」 참여기준 미준수, 지원사업 지침 미준수 등이 확인된 경우 지원사업 참여가 중단됩니다.

Q3 지원사업 참여는 어떤 경우에 제한되나요?

❍ 지원기관 및 기반구축 지원 대상 기관이 「국민건강보험법」, 「의료법」 등 보건의료 관련 법령 위반으로 최근 3년* 이내 행정처분을 받거나 거짓청구 요양기관 명단공표 기관 등 보건복지부 장관이 참여 제한이 필요하다고 인정하는 경우에는 지원사업 참여를 제한할 수 있습니다.

* 행정처분일 기준