

## 質 疑 應 答

問：한 식중독환자를 치료하고 진료비를 받았는데 그 후 태원하여 의료보험 피보험자이므로 자기가 소속한 의료보험조합에 청구할 목적으로 진료비청구서 교부 요청을 해올시 어떻게 처리하는것인지요?

答：의료보험피보험자가 부득이한 사유로 인하여 요양취급기관 이외의 의료기관에서 요양을 받았을시 그 의료기관에서 일반적으로 사용하는 진료비 청구서에 청구내용(일반수가)을 비교적 구체적으로 작성하여 교부하면 됩니다.

問：진료수가 기준 나-24(피내반응검사)에 항생제 투약전 통상적으로 시행하는 피부반응검사도 포함되는가?

答：항생제 투약전 통상적으로 실시하는 피부반응검사는 검사결과 양성일시는 수료를 받을 수 있으나 음성일때는 받지 못함.

問：수술료외에도 수술장치치료를 자-11(창상처치 및 피부과처치)의 수가로 가산할 수 있는지?

피부과처치는 처치시마다 산정할수 있는가.

答：수술료를 받을 경우 창상치료를 다시 가산할 수 없으며, 피부과 처치는 초진시에는 물론 받을수 있으며, 재진시에도 자-11에 해당되는 범위면 산정한다.

問：병원의 사무 간편상 약가계산에 있어서 (의료보험)처음부터 소수점이하는 절삭해서 계산해도 무방한지요?

예-123원56전×5인경우 이를 123원×5

答：의료보험 고시약가는 의료보험조합에 청

구할수 있는 상한선으로서 약가의 산정에 있어 피보험자에게 손해를 주지 않는한 귀원의 사무 간편상 처음부터 소수점이하는 절삭해서 계산하는 것은 무방합니다.

問：의료보험 수가에 대한 소득세과세 표준율은 %몇입니까?

이때 원가를 제공한 약가에도 포함해서 부과되는지요.

答：76년도 소득세과세 적용을 위해 국세청에서 제정한 의료보험 진료수입금에 대한 소득 표준율은 16%(산재와 동일)로 되어 있는 바 동 소득표준율은 의료보험 진료수가 고시이전에 제정된 것으로 약가의 포함여부를 알수 없으나 본회는 기히의료기관에 대한 과세에 있어 의료수가의 실태에 따라 사실 과세로서 과세의 현실화를 기하도록 관계 당국에 건의 하였으며 보사부에서는 이건의에 따라 세제당국에 소득표준율을 12%로 건의한바 있습니다.

問：진료수가 기준료 제1장 투약 및 처방전 라-3조 제1주-만성질환등 장기간의 투약을 요하는 환자의 경우는 15일분까지 조제를 할 수 있으며, 이경우 조제료는 100%를 가산한다. 와 II 진료기준 2. 투약의 라항의 다만 귀향 요양 등 특수한 사정으로 진료상 필요하다고 인정될 경우에는 여정과 기타의 사정등을 고려하여 10일분을 한도로 투여할 수 있다. 위의 적용범위의 차이는 어떠한 것이며 또 10일분을 한도로 투여 할 때의 조제료는 100%를 가산할 수 없는가?

答：라-3주는 만성질환등 장기간의 투약을

요하는 동일한 경우를 말하며 Ⅱ진료기준 2. 투약의 타항은 만성질환등이 아닌 일반 질환이라도 특수한 사정으로 진료상 필요하다고 인정될 경우에는 할수 있는 것이 차이점 임.

기본 투여일수를 넘고 10일분을 한도르 투여 할때의 조계로는 100%를 가산할 수 있음.

問: 상병명은 한번 진찰로 확인되지 않은데도 꼭 확인진단을 기재하라고 하는데?

答: 수가청구서에 기재하는 상병명은 진료 결과에 따른 것이므로 기재 가능한 것으로 보며 만일 정확한 진단이 아닐 우려가 있으면 그에 대한 단서를 부기하면 됩니다.

問: 입원했던 환자가 같은 병으로 통원 가료케되면 인원 통원 2가지로 청구하는지요. 동일인인때 청구란에 입원 통원으로 구분하여 2건으로 되는지요.

答: 동일인의 경우라도 입원 청구명세서와 외래청구명세서로 구분하여 2건으로 청구합니다.

問: 의료보험카드 ③항에서 치료가 종료될때까지 보관토록 되어있으나 만일 본인또는 가족이 타병원에가서 진찰 할때에는 어떻게 되는지?

答: 여사한 경우는 구체적 사정에 적합하게 진료도중이라 하더라도 타병원에 카드를 제시할 수 있도록 협력하고 진료가 종료 될때에는 다시 가져와서 필요 기재사항을 기재하도록하여야 합니다.

問: 환자에게 치료비를 많이 받았을때 그 차액을 돌려주는지 또는 조합청구액에서 공제하는지요.

答: 요양취급기관이 조합에 청구하기전에 본인부담분을 과다하게 받았다고 판단될때는 반환하여야 하며 조합에의 청구액에서 심사한 결과 과다청구로 판단되어 삭감할 때에는 본인 부담부분의 과다징수액을 조합지불금에서 공제하여 조합이 본인에게 반환하게됩니다.

問: 교혈압이 보사부 고시 제17호 3항 비급여대상에 포함되는지?

答: ①고혈압도 보험급여 대상이 됨.

④진료면에서는 요양급여기준 제2항 제12호(만성병 진료)에 의거 수술을 요하거나 그 증상이 특히 위중하여 진료상 입원을 요하는 경우를 제

의하고는 재가 또는 통원 진료를 하여야하며 부득이 입원 진료를 한 경우에도 진료 결과 재가 또는 통원 진료를 할수 있을 정도로 증상이 호전되었을 경우에는 재가 또는 통원 진료를 하여야 됨.

問: 진료수가 기준 점수로 제9장 처치및 수술의 자-11 창상처치및 피부과처치의 적용에 있어 전기「가, 나, 다」항에 명시되어 있지않는 처치료를 산정함에 있어 다음과 같은 의견이 있는바 어느 의견이 타당한지?

<의견 1>

자-11에 명시되어 있지 않은 간단한 창상처치및 피부과 처치에 대한 진료비의 산정에 있어 진료비 산정지침「자」항 처치및 수술등의 진료비 제③에 명기된 기본 진료료에 포함되는 간단한 처치및 수술 이외의 처치(예: 1가의 부분의 화상 환자에 대한 처치)이므로 진료비는 동「가」항에 준하여 인정하여야 한다는 의견.

<의견 2>

자-11에 명시된 이외의 처치료는 진료비 산정지침「자」항처치및 수술등의 진료료 제(3)에 명기된 기본진료에 포함된 간단한 처치및 수술과 동일하게 기본진료료에 포함된것으로 간주 일체 인정하여서는 안된다는 의견

答: 1. 진료수가 기준점수로 제9장 자-11의 창상및 피부과 처치항에 정하여진 범위이외의 작은 범위의 창상및 피부과 처치의 비용은 기본 진료료에 포함됨.

2. 참고로 창상및 피부과처치비용의 산정방법에 관하여는 다음과 같음.

가. 수술후 처치비용은 수술비에 포함되며 자-11의 창상및 피부과 처치를 수개 부위에서 행할 경우에는 각부위의 처치면적을 합산한후 합산한 면적의 넓이를 자-11가, 나, 다항의 처치범위와 비교하여 점수를 산정함.

<예시>

① 반지의 범위의 처치를 2개부위에서 하였을 경우에는 1지에 준하는 처치로서 자-11의 「가」에 의하여 산정함.

② 반지의 범위의 처치를 2개 부위에서하고 반기 이상 1지 이하의 범위의 처치를 1개 부위에

행하였을 경우에는 자-11 "나"에 의하여 산정함.

③ 신체의 대부분이라고 하면 체표면적의 3분의2 이상을 뜻하는 것임.

④ 진료의 계속에 따라 처치대상 부위의 면적이 감소되면 실처치면적에 따라 점수를 산정하여 계속 치료에 따라 면적이 자-11 「가」면적보다 작은 범위의 면적이 되었을 때에는 처치로는 기본진료에 포함됨.

問: 보사부고시 제17호 요양급여기준표에 의하면 건강진단 시력검사 및 안경에 대하여는 비급여 대상이나 진료수가 기준점수표에 의하면(제2장점사 나-50) 안경의 처방을 목적으로 실시하는 굴절조절검사도 급여대상이 된다고 사료되는바 귀견 여하?

답: 안경처방을 위한 굴절 조절검사는 보험급여대상이 되며 수가는 진료수가 기준점수표 제2장 나-50항에 의하여 산정함.

問: 진료수가표 나-7 혈액이화학검사시 ① 출혈시간측정 ② 모세관 저항측정시 45점으로 책정되어 있는바 출혈시간측정과 모세관저항측정을 동시에 실시할 경우 90점(45×2)으로 계산함이 타당한지 『간기능검사시 요양취급기관에서 6백84점으로 청구등』.

답: 출혈시간측정과 모세관 저항측정을 동시에 행하였을 경우에는 2종 검사로 보아 각각 45점씩 수가를 산정하며 간 기능검사에 있어서는 피검체에 따른 검사의 종류에 따라 각각 소정함수를 산정하여 <예: 총담백정량(75점) 알칼리포스파타제 정량(98점)등>=내역을 요양취급기관에서 진료수가 청구명세서의 내역 설명란에 기재하여 신도비를 청구하여야 함.

問: 성병및폐결핵 3종병정전염병으로 전염병 예방방지법에 의한 보상을 받아야하며 성병은 법 제41조 급여 제한에 근거를둔 질병인데 보험급여가 가능한지?

답: ㉞ 성병의 경우는 전염병예방시행령 제4조 및 성병검진규정(69.2.22. 보건사회부령 242)에 의하여 접객업에 종사하는자 및 특수업체 부등에 한하여 부분적으로 무료검진을 하고있으므로 일반적으로 보험급여 대상이 됨.

㉞ 결핵환자의 경우에는 결핵예방법 제20조 및 동법시행규칙 제11조의 규정에 의하여 관할보건소에 등록을하면 무료진료를 받을수 있으므로 보건소에 등록진료를 희망하는 자를 제외하고는 보험급여 대상이 됨.

問: 혈액대 징수-환자가 요양기관에서 수혈시 혈액대는 의료보험수가에 의해 징수토록 되어 있음에도 불구하고 일부 요양기관에서 진료수가 기준에 준하지 않고 자체 혈액은행이 없다는 이유로 타기관으로부터 구입수혈하기 때문에 혈액대는 수혈시 본인부담으로 징수하는 사례가 있는데 당연한지?

답: 지정된 요양취급기관은 자체혈액은행의 유무에 관계 없이 의료보험환자에 대하여 수혈을 하였을 때에는 진료수가 기준에 따라 보존혈대(830점)의 수혈료(계약에 따라 상이)를 보험자에게 청구하여야 하며 피보험자 또는 피부양자로부터 혈액대와 수혈료를 징수할 수 없음.

問: 비지정요양기관 이용환자 진료비지급-의료보험 시행규칙 제22조 및 제23조에 의한 요양비청구시 요양기관의 요양비 산출 명세서상의 내용부족으로 진료비 산정이 불가능하여 자문의 의 자문결과 진료비지급 총액에서 산정 지급토록 조치하였는바 지급 가능한지 또한 보험급여를 산출하는 방법과 갖추어야 할 제반 서류는

답: ① 피보험자 또는 피부양자가 긴급 기타 부득이한 사유로 인하여 지정된 요양취급기관 이외의 의료기관에서 요양급여를 받고 진료비를 지출하였을 경우에는 진료비를 지불한 피보험자 또는 피부양자는 진료비의 내역을 알 권리가 있다고 보는 것이 사회통념상 타당할뿐 아니라 의료보험법 제36조의 규정에 의하여 피보험자가 요양비를 의료보험조합에 청구할 때에는 동법 시행규칙 제22조의 규정에 의한 요양비산출명세서를 증빙서로 반드시 첨부하게 되어 있으므로 피보험자 또는 피부양자를 진료한 지정요양취급기관 이외의 의료기관은 진료료를 받은 피보험자 또는 피부양자의 요구에 따라 보험자가 진료의 내역을 심사할 수 있도록 진료비의 내역을 항목별로 세분하여 상세히 기록하여 피보험자 또

는 피부양자에게 문서로 작성하여 줄 의무가 있으므로 진료비의 내역 증빙서가 없는 요양비를 지급하여서는 아니되며.

② 보험급여 산출방법은 진료수가 기준에 따라 산출하여야 하며 구비서류는 의료보험법 시행규칙 제22조의 규정에 의한 구비서류를 구비하여야 함.

## 기본진료료

問 : 임신부가 외래 산전진료를 받고 (초진인정) 3일후 다시 감기로 외래진료를 받았을 때 초진을 인정하여 2회로하는지 아니면 초진1회 재진1회로 하는지요.

答 : 임신부가 외래 산전진료를 받고 3일후 다시 감기로 외래 진료를 받았을때에는 각각 초진으로 인정함이 타하함

(1) 상병 또는 분만의 진료를 계속중에 다른상병이 발생하여 초진을 한 경우에는 초진시 기본진료료는 1회로 산정한다.

(별표1 진료수가 기준점수표1 진료비산정지점 ㉠기본진료 ㉡항에 있어서 계속중이라 함은 분만을 위한 입원에서부터 퇴원까지로 해석하여 이 기간중에 다른 상병의 발생으로 초진을 받았을 경우에는 초진료는 1회로 산정함.)

問 : 외래환자가 21시50분에 내원하여 22시00분에 진찰을 했을시 심야진료를 인정하는지요?

答 : 심야진료는 환자가 요양취급기관에 도착한 시간을 기준으로 함.

問 : 외래환자가 21시50분에 진찰하고 치료가 22시20분까지 계속될때 심야진료(초·재)를 인정하는지요?

答 : 나항을 준용

問 : 치과진료의 경우 초진 및 재진은 물론 외래병원 관리료(초·재진)도 포함하여 소정점수의 50%로 산정하는지요?

答 : 초진료와 재진료에 한하여 소정점수의 50%를 산정함.

## 조제료

問 : 투약의 조제료는 내복약의 경우 조제수는 불문하고 3일분까지 10점으로 되어있는바 통상 매일 1회씩 투여하는 요양기관이 많은데 3회 3일분대로 1회로 보는것이 타당한지요?

答 : 내복약의 경우에는 조제의 회수를 불문하고 3일을 1단위로 하여 1회의 조제료를 산정함.

問 : 조제약의 성분이 그날그날 병의 증세에 따라 매일 조제약이 다를 경우도 1회로(3일분까지)보는 것이 타당한지요?

答 : 가항의 해설에 준함

問 : 조제료는 입원환자에게는 산정하지 않는바 입원환자도 퇴원하는 날 진료상 필요하여 3일분의 투약을 했을시 조제료를 인정하는지요?

인정한다면 진료일수의 인정은?

答 : 퇴원일도 입원일수로 산입됨으로 당연히 조제료는 산정하지 아니함.

## 약가

問 : 소아과환자에 있어서 주사, 투약등은 성인들에 비하여 미량을 투약하므로 3세된 소아환자에게 카나마이신(1그램, 1병, 한투메이카)주사를 0.5그램 투여했을시 40점(400.18원)을 인정하는지요? 아니면 절반인 20점을 인정하는지요.

答 : 앰플로 되어 있는 주사약을 일부만 사용하였을 시의 잔여분은 오염문제등이 있어 그 보관이 곤란할 것이므로 잔여분이 있을지라도 1앰플 단위로 약가를 산정하여야 할것이나 바이알로 되어 있는 주사약으로 통상 2회이상 사용하여도 보관상 문제가 없는 주사약은 실주사량에 따라 약가를 산정하여야함.

問 : 지방요양기관(중소도시이하)에서 드물게 사용하는 감마글로블린 1주(2ml 1병·녹십자)주사를 3세된 환자에게 0.8ml을 투여했을 경우 1병의 약가 54점을 인정하는 것이 타당하다고 사료되는데 이때 주사로도 마-4를 적용하는지요.

答 : 요양급여기준Ⅲ 비급여대상 6호의 규정

에 따라 예방 목적을 위하여서는 감마그로부터린 주사를 할수 없으나 치료목적으로 용량2m/의 감마부그로린 주사중 0.8m/를 환자에게 주사하고 1.2m/가 남았을 경우

(1) 감마그로부터린 주사는 약효유효기간이 2년 이므로 요양취급기관이 동의약품을 섭씨 2도~8도의 상온에서 보관할수 있는 냉장고를 상비하고 있을 경우에는 잔여량을 계속 사용할수 있으므로 사용분에 대하여서만 약가를 산정하여야 하며,

(2) 요양취급기관이 사용 잔량을 보관할수 있는 냉장고를 보유하고 있지 아니한 경우에는 잔량의 유·무에 불구하고 1병단위로 약가를 산정할수 있음

(3) 다음에 열거하는 생물학적 제제이외의 생물학적 제제는 주사종류에 따라 각각 피하및 근육내주사(마-1)또는 정맥내주사(마-2)항을 적용하여 주사수수료를 산정함.

따라서 감마그로부터린 주사의 주사수수료는 피하및 근육 내주사의 소정 점수를 적용하여 산정하여함.

- ① 개스피저 항독소 ② 항사독혈청 ③ 디프테리아 항독소 ④ 광견병 확진 ⑤ 과상동항독소 ⑥ 와이루씨병 치료 혈청

## 처 치

問 : 5센티 정도의 열상을 입어 창상붕합술(자-2가)을 실시한후 그이튿날부터 창상처치를 할 때 진료비산정지침「1」의 자(3)의 명시된 기본진료료에도 포함되지 않았으므로 동상 (2)의 기재사항대로 투입약과 가제 반창고만 계산하는지요? 아니면 자-11가항을 적용하는지요?

答 : 수술후 처치비용은 산정하지 않으므로 처치료와 재료대(약가제외)는 별도로 산정할수 없으며 기본진료만 산정하여야함.

問 : 바소린씨 농양절개술(자-364)후 계속치료시에 질세척은 재진비에 포함되나 주된 창상처치는 자-11가 2항(135절)을 적용시키는지요?

答 : 가항의 해석에 준함.

問 : 자-11의 창상처치및 피부과처치의 범위는

는 팔호내에 있는 화상, 전격상, 약상및 동상에 한하고 가, 나, 다에 해당하는 피부염계열에 적용하는 것으로 사료됩니다만 타당한지요? 해당되는 구체적인 예시몇가지만 들어 주셨으면 합니다.

答 : ①자-11의 창상및 피부과처치에는 피부염처치도 포함되나 자-11에 정하여진 범위이외의 작은 범위의 창상및 피부과처치를 하였을 때의 비용은 기본진료료에 포함됨.

② 다만, 자-11「가」항에 정하여진 범위보다 작은 범위의 처치 일지라도 수개부위에서 처치를 하였을 경우에는 각부위의 처치면적을 합산한 면적이「자-11」「가」항의 범위에 준하거나「가」항의 범위보다 그 면적이 광범위 할때는 합산한 면적의 범위를 자-11「가」「나」「다」항의 처치범위와 비교하여 점수를 산정하며,

③ 진료의 계속에 따라 처치대상부위의 면적이 감소되면 실처치면적에 따라 점수를 산정하며 계속 치료에 따라 총처치면적이 자-11「가」보다 작은 범위의 면적이 되었을 때에는 처치료는 기본진료료에 포함됨.

<예시>

가) 반지의 범위의 처치를 2개부위에서 하였을 경우에는 기지에 준하는 처치로 자-11의「가」항에 의하여 산정함.

나) 반지범위의 처치를 2개부위에서하고 반지 이상 1지에 준하는 범위의 처치를 1개부위에서 행하였을 경우에는 자-11「나」항에 의하여 산정함.

다) 신체대부분이라고 함은 체표면적의  $\frac{2}{3}$  이상을 뜻하며 자-11「다」항에 의하여 산정함.

問 : 화상으로 인하여 한쪽 손바닥만 치료를 받을때 적용 점수는?

答 : 자-11「가」보다 작은 범위의 화상처치임으로 기본진료와 약가 만을 산정함.

問 : 습진등의 피부염이 자-11의 가, 나, 다에 해당하는 경우의 점수는?

答 : 자-11「가」「나」「다」항의 소정점수에 의하여 산정함.

問 : 개복수술후 매일 처치할때 세균간염으로 복부부근까지 비교적범위가 큰 치료를 할 경우

의 적용 점수는?

答: 수술후 처치로는 산정하지 아니함.

問: 화농양으로(유선염등) 부위가 직경 10센티 이상의 매일 치료를 할때 적용점수는?

答: ③항과 동일함.

問: 창상봉합술(자-2) 다음에 매일 치료할때의 적용점수는?

答: 처치로는 별도 산정하지 아니하며, 기본 진료의 약가만 산정함.

問: 심한 찰과상으로 자-11가의 범위의 치료를 할때 매일 적용 점수는?

答: 해석5, 처치 다항을 참고할것.

## 수 술

問: 정상 분만시 무통분만(정맥마취)을 인정하는지?

答: 산모가 감내할수 없을 정도의 통증이 있어 부득이할 경우에는 정맥마취를 할수 있음.

問: 유선염(속칭유종 젖몸살)으로 주사기를 사용 농양천자를 하여 매일 치료하였으나(직경10센티미만정도)경과가 악화되어 7일후에 농양절개술을 실시하였을 경우 전자는 자-6(농양천자배농술)의 136점이고 후자는 자-1의 가(절개술)의 53점인바, 시술의 정도를 보아 평형을 잃은 배점으로 사료되거나 이때의 점수는 136점+53점=189점인지 아니면 136점만 인정하는지요?

答: 7일간은 농양천자배농술에 의하며 점수를 산정하고 8일째 절개술을 행하였을 경우에는 절개술의 소정 점수만을 산정함.

問: 자259의 흉수절제수술시 자-1의 절개술과 자-2의 창상봉합술은 계산에 넣지 않는것으로 사료되는데 각 시술의 기술번호가 규정되어 있으므로 합한 계산을 인정하여야 한다고 하는데요?

答: 진료수가 기준의 모든 수술항목에는 절개 및 봉합비용이 포함되어 있으므로 수술시 절개 및 봉합비용은 별도로 산정할수 없음.

問: 자궁질부 약물소작법(자-393)은 606점(구미-5,000원내의)으로 이 지방실정에는 평형을 잃은 감이 있으며 약물인 경우 몇회까지 인

정을 할수 있습니까?

答: 약물소작법(자-393)의 점수 606점은 76점의 오기이며 자궁질부약물소작법이라함은 동일부위에 대한 조작이므로 회수에 불문하고 76점으로 산정함.

問: Metroegnteur에 의한 경관 확장술(자-388)을 실시했을시 메트로빈사용 1회당(자-387)의 점수를 합한 점수를 인정하는지 아니면 배점이 낮은 자-387(323)을 인정하는지?

答: 메트로린타에 의한 경관확장술(자-388)의 소정점수만을 산정함.

問: 인공임신중절수술 대상의 혐위는 어떠한 경우에 해당되는지요?(인정할때)

答: 별도로 해석 시달할 것임.

問: 정상분만에서 대체적으로 산모의 고통을 덜기 위하여 흡인만출술(자-413)을 많이 시술하는바, 인정여부와 인정한다면,

① 초산인 경우: 자399-가(806점)와 자413(1055점)을 합한점수인지 아니면 자-413만 인정하는지요?

② 이상분만일 경우: 자400(1765점)과 자413(1055점)을 합한 점수인지 아니면 자400만 인정하는지

答: ① 감자만증 또는 흡인만출술(자-413)의 소정점수만을 산정함.

② 이상분만(자-400)의 소정 점수만을 산정함

問: 분만경우에 있어서 다음 시술을 했을시에 인정여부와 인정하지 않으면 근거는?

(1) 자413흡인만출술(1055점)+자415태반압출술(75점+자361-다 회음열창봉합술(560점)+자-360음문축절개 및 봉합술(240점)+자399-가 초산(806점)을 합한 2744점일때

(2) 시술의 형태가 틀리지만 대체적으로 시술명목이 있는것 자-417태반용수박리술(626점)자-412쌍수회전술(1132)이 수술과정에 실제시술함으로서 청구를 하게될때

答: (1)흡인만출술(자-413)과 태반압출술(자-415) 그리고 회음열창 봉합술(자-361-다)의 소정점수만을 산정할수 있음. 즉 진료비산정지침 「자」처치 및 수술등의 진료료 ⑥항에 의하면 동일수출분야 또는 동일 병소에 관하여 2개소가

상의 처치 및 수술을 동시에 행할 경우에는 주된 처치 및 수술의 소정점수만을 산정하게 되어 있으므로 분만시 음문축절개 및 봉합술의 점수는 산정할 수 없으며 흡입만출술 자체가 분만술의 일종이므로 조산의 소정점수도 산정할 수 없음.

(2) ②내회전술쌍수회전술(자-412)의 소정점수는 내회전술과 쌍수회전술을 함께 시술하였을 때의 소정점수이며 쌍수회전술만 시술하였을 경우에는 외회전술(자-411)의 소정점수에 준하여 점수를 산정함.

(나)쌍수회전술의 시술은 정상분만을 위한 과정이므로 분만과정에서 태반용수박리술(자-417)과 쌍수회전술을 시술 하였을시에는 쌍수회전술(자-411)의 점수준응) 정상분만(자-399) 태반용수박리술(자-417)의 소정점수에 의하여 산정함.

問: 자문의나 조합실무자가 어느 한계시술을 숙지하므로 요양기관에 대한 선도와 실득을 겸할 수 있으며 각의료기관의 청구범위를 상부에서 공지하는 것이 타당하다고 봅니다.

○ 정상분만시 인정하여도 되는 범위의 진료수가 기재된 시술은?

○ 이상 분만시 인정하여도 되는 범위의 진료수가 기재된 시술은?

答: 경우에 따라서 수가산정 범위가 상이할 수 있으므로 앞으로 관계전문가나 학회등과 공동으로 연구 검토할것임.

問: 자-13 풍극수술이란?(風棘手術)

答: 유아수족의 지골을 침범한 결핵성염증을 수술하거나 골이방추상으로(腫脹)하여 화농한 것을 수술하는 것임.

問: 지정 요양기관에서의 계약서상의 진료과목 이외의 진료를 했을때의 보험급여의 지불여부.

答: 의료보험조합과 오양취급 기관과의 계약서상 진료과목은 없으며 의료보험법 시행규칙 제19조의 규정에 의하여 오양취급 기관의 지정승인을 얻기 위하여 등 승인신청서에 기재한 진료과목은 피보험자 또는 피부양자의 적정진료

를 위하여 계약한도 인원을 정하기 위한 것이며 진료는 계약된 오양 취급기관이 확보하고 있는 시설 및 장비와 의료인의 의료능력에 따라 피보험자 또는 피부양자를 진료할수 있음.

다만 오양취급기관의 시설과 장비 및 의료인의 능력으로 진료를 할수 없는 경우에는 지체없이 환자의 상병을 진료할수 있는 오양취급기관으로 이송하여야함.

問: 가정에서 분만시 분만급여의 지급방법과 제반서류는?

答: 가정분만의 경우에는 의료보험법 시행규칙 제23조의 규정에 의한 구비서류를 구비하여야 하며 분만비 지급기준은 별도 지침으로 통보 위제임.

問: 임신부의 통증으로 지정 요양기관에서 진단을 받았을 경우 병명이 발생하지 않아 단순한 진찰료 인정한 경우 보험급여의 지불여부.

答: 임신부가 심한 통증등 감내할수 없는 자각증상이 있어 진찰결과 상병이라고 인정할만한 징후를 진찰의가 발견하지 못하였을 경우 일지라도 보험급여를 하는것이 타당함.

問: 엑스선을 촬영할 경우 판독에 대한 재진료의 인정여부: 엑스선을 촬영할 경우 당일판독이 가능한 것을 재진료를 부담시킬 목적으로 일부 요양기관에서는 엑스선 촬영후 후일에 판독을 하고 재진료를 청구하는 경우 재진료의 인정여부?

答: 엑스선 촬영후 엑스선 필름 판독만을 알기 위하여 병의원에 갔을 경우에는 판독료 자체가 진찰료에 해당됨으로 재진료는 산정할수 없음.

問: 오양취급기관 이외의 의료기관에서 오양을 받은 경우 오양비를 피보험자에게 의료보험 진료수가로서 청구하여야 하는지?

答: 피보험자(피부양자)가 오양취급기관 이외의 의료기관에서 진찰을 받았을 경우에는 당해 의료기관의 일만수가에 의하여 피보험자에게 직접 진료비를 청구하고 명확한 진료비 내역 명세서를 피보험자에게 발부하여야함.