

1. 관련근거

- 대통령령 제20461호(2007.12.27) “국민건강보험법 시행령 일부개정령”
- 보건복지부 고시 제2007-127호(2007.12.26) “건강보험 요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 중 개정”

2. 주요 개정내용

□ 입원환자 식대 본인부담률 변경

구 분		종전	개정
기본식대	일반환자	20%	50%
	중증질환자	10%	
	6세미만, 자연분만	면제	
가산식대		50%	

□ 6세미만 아동 입원 본인부담률 변경

구 분	종전	개정	특정기호	비고
신생아(조산아, 저체중 출생아 포함)	면제	면제	F005	특정기호 신설
6세미만 아동(신생아 제외)	면제	10%	F004	

- ※ 신생아 : 모자보건법 제2조제3호에 의한 출생 후 28일 미만의 영유아
- 조산아 : 제태기간 37주 미만인 자
- 저체중 출생아 : 출생 체중 2,500g 이하인 자

3. 명세서 작성방법

□ 입원환자 식대 본인부담률 변경 관련

- 본인일부부담금 산정방법
 $(\text{식대비용} \times 50\%) + ((\text{요양급여비용총액} - \text{식대비용}) \times \text{본인부담률}(20\%, 10\% \text{ 등}))$
- 시행일 전·후 계속 입원 중인 경우 명세서 작성방법
 - 식대비용의 본인부담률이 변경되므로 2007.12월 진료분과 2008.1월 진료분 명세서는 별도 작성·청구하여야 함

구 분	명 세 서	
	'07. 12월 진료분	'08.1월 진료분
본인일부부담금 산정방법	$(\text{가산식대비용} \times 50\%) +$ $\{(\text{요양급여비용총액} - \text{가산식대비용})$ $\times \text{본인부담률}(20\%, 10\% \text{ 등})\}$	$(\text{식대비용전액} \times 50\%) +$ $\{(\text{요양급여비용총액} - \text{식대비용전액})$ $\times \text{본인부담률}(20\%, 10\% \text{ 등})\}$

- 단, 질병군(DRG)은 명세서는 구분 작성하지 않고, 특정내역기재란의 해당 특정내역 (MT007)에 식대 세부내역만 시행일 전·후로 구분 기재 및 본인일부부담금 산정방법을 각각 적용

□ 6세미만 입원 본인부담률 변경 관련

○ 본인일부부담금 산정방법

- 신생아(조산아, 저체중 출생아 포함) : 면제
- 6세 미만 아동(신생아 제외) : 요양급여비용총액의 10%
 - ※ 특수장비(CT, MRI, PET)까지 포함하여 본인부담 면제(또는 10%)임

○ 시행일 전·후 계속 입원 중인 경우 명세서 작성방법

입원 본인부담률이 변경 및 특정기호가 각각 부여되므로 2007.12월 진료분과 2008.1월 진료분 명세서는 별도 작성·청구하여야 함

☞ 신생아(조산아, 저체중 출생아 포함)

구 분	명 세 서 구 분	
	'07. 12월 진료분	'08.1월 진료분
특정기호	F004	F005
본인일부부담금	면제	면제

☞ 6세 미만 아동(신생아 제외)

구 분	명 세 서 구 분	
	'07. 12월 진료분	'08.1월 진료분
특정기호	F004	F004
본인일부부담금	면제	총액×10%

- 신생아(조산아, 저체중 출생아 포함)가 동일 입원기간 중 27일을 초과한 경우
 : 동일 입원기간 중 27일을 초과하더라도 본인부담 면제 대상이므로 동일 명세서에 작성

- 6세미만 아동(신생아 제외)이 동일 입원기간 중 6세 이상이 된 경우
: 동일 입원기간 중 6세가 되는 날로부터는 본인부담 10% 대상이 아니므로 6세 전·후로 명세서를 각각 작성

4. 시행시기

- 2008. 1. 1일 진료분

5. 기타

- 청구방법 고시(보건복지부 고시 제2007-109호, 2007.11.23)관련 희귀·난치성질환자 의료비 지원대상자가 희귀·난치질환 진료당일 해당 상병과 전혀 관련없는 타상병을 진료한 경우 명세서 작성방법

구 분	기 재 방 법
상해외인	“T”
요양급여일수	타 상병 진료 관련 요양급여일수만 기재하며, 희귀·난치질환 진료로 인한 요양급여일수와 중복되는 기간은 산정하지 않음 (희귀·난치질환 진료 관련 요양급여일수와 중복되는 경우는 “0”을 기재)
요양개시일	해당 명세서의 타 상병 진료 최초 실시한 날

※ 희귀·난치질환 진료당일 해당 상병과 전혀 관련없는 타상병은 의료비 지원대상이 아니므로 환자가 직접 본인부담하여야 함

〈붙임〉 건강보험 본인부담 변경 관련 보건복지부 질의·응답 1부 등

〈붙임〉

건강보험 본인부담 변경 관련 질의·응답

〈입원환자 식대 본인부담〉

연번	질의	답변
1	입원환자 식대 본인부담률 및 적용시점은?	2008.1.1일 요양급여분부터 모든 입원환자의 식대(기본식대 및 가산식대) 본인부담률은 50%를 적용함
2	본인부담 면제 및 감면환자의 식대 본인부담률은?	‘국민건강보험법 시행령 [별표2]’ 등 관련 규정에 의한 본인부담 면제 및 감면여부에 관계없이 모든 입원환자의 식대(기본식대 및 가산식대) 본인부담률은 50%를 적용함
3	시행일 전에 입원하여 계속 입원 중인 경우 명세서 작성방법은?	기본식대의 본인부담률이 50%로 변경되므로 2008.1.1일 전·후 분리 작성함 다만, 질병군(DRG)은 분리 작성하지 아니함
4	질병군 명세서 입원환자 식대비용 기재방법은?	시행일 전·후 계속 입원 중인 경우는 특정내역기재란의 해당 특정내역(MT007)에 식대 세부내역을 2008.1.1일 전·후로 구분하여 각각 기재함 (예시) 2007.12.31일부터 4일간 기본식사(직영가산)를 한 경우 MT007 EAT/20071231/1/Y0000/0000003390/0000300/001/0000010170/ MT007 EAT/20071231/1/Y0001/0000000620/0000300/001/0000001860/ MT007 EAT/20080101/1/Y0000/0000003390/0000300/003/0000030510/ MT007 EAT/20080101/1/Y0001/0000000620/0000300/003/0000005580/ 주1) MT007 : ‘DRG세부내역’임을 표시하는 특정내역 구분코드로 기재형식은 「내역구분/투여(실시)일자/코드구분/코드/단가/1일투여량(실시횟수)/총투여일수(실시횟수)/금액/준용명」임 주2) 식대내역(기본식대 및 가산식대)은 2008.1.1일을 전·후로 구분하여 각각 기재함

〈6세 미만 입원 본인부담〉

연번	질 의	답 변
1	6세미만 입원 아동의 본인 부담률 및 적용시점은?	본인부담면제 대상인 신생아(조산아, 저체중 출생아 포함)를 제외한 6세미만 입원 아동의 본인부담률은 2008.1.1일 요양급여분부터 10%를 적용함
2	본인부담이 면제되는 신생아의 범위는?	본인부담이 면제되는 '신생아' 는「모자보건법」제2조제3호에 의한 출생후 27일까지의 영유아(조산아, 저체중 출생아 포함)를 의미함
3	동일 입원기간 중 신생아가 27일 초과된 경우와 6세 미만인 아동이 6세 이상이 된 경우 본인부담률 적용방법은?	<p>① 입원시점이 출생후 28일 미만인 신생아(조산아, 저체중 출생아 포함)는 동일 입원기간 중 27일을 경과하더라도 퇴원시까지는 본인부담 면제대상임 예시> 2007.10월 신생아 또는 조산아로 입원하여 2008.1.1 이후 계속 입원진료 중인 경우는 27일을 경과하였어도 퇴원시까지는 본인부담 면제</p> <p>② 입원시점이 출생후 28일~6세미만자의 경우는 2008.1.1일 이후 요양급여분부터 10% 본인부담률을 적용</p> <p>③ 6세미만 아동이 동일 입원기간 중 6세 이상이 된 날부터는 본인부담률 10% 적용대상이 아니므로, 6세 전·후 명세서 분리 작성함</p>
4	시행일 전에 입원하여 계속 입원 중인 경우 명세서 작성방법은?	<p>① 입원시점이 출생후 28일~6세미만인 자 본인부담률이 변경(면제→10%)되므로 시행일 전·후 분리 작성함</p> <p>② 2008.1.1일 현재 출생후 28일 미만인 신생아(조산아, 저체중 출생아 포함) 건강보험법시행령 [별표2]에 의거 본인부담률의 변경은 없으나, 청구방법 고시 <별표 6>에 의거 특정기호가 변경(F004, F005)되므로 시행일 전·후 분리 작성함</p>
5	신생아가 퇴원후 재입원 시 본인부담 면제여부?	신생아(조산아, 저체중 출생아 포함)가 출생후 27일 이내에 재 입원한 경우는 퇴원시까지 본인부담 면제대상임 다만, 출생후 28일 이후에 재 입원할 경우에는 10% 본인부담률을 적용함.

신생아 등 입원 본인부담률 적용 사례('08.1.1부터)

구분		입, 퇴원 시기	입원 본인부담률
신생아 (생후 27일 까지)	정상아	시행일('08.1.1) 이전 입원, 시행 일 이후 퇴원(퇴원시 신생아 시 기를 지난 경우)	동일 입원기간 전부 면제
		시행일 이후 입원, 퇴원(퇴원시 신생아 시기를 지난 경우)	동일 입원기간 전부 면제
	조산아 (제태기간 37주 미만에 출생), 저체중아 (2.5kg 이하)	시행일('08.1.1) 이전 입원, 시행 일 이후 퇴원(퇴원시 신생아 시 기와 조산아, 저체중아 조건을 벗어난 경우)	동일 입원기간 전부 면제
		시행일 이후 입원, 퇴원(퇴원시 신생아 시기와 조산아, 저체중아 조건을 벗어난 경우)	동일 입원기간 전부 면제
	영유아 (생후28일~6세미만)	시행일('08.1.1) 이전 입원, 시행 일 이후 퇴원(퇴원시 영유아 시 기를 지난 경우)	입원 시부터는 면제, '08.1.1부터는 10%, 영유아가 아닌 때부 터는 20%
		시행일 이후 입원, 퇴원(퇴원시 영유아 시기를 지난 경우)	입원 시부터는 10%, 영유아가 아닌 때부 터는 20%

□ 관련근거 : 보건복지부 고시 2007-51호(2007. 6. 22)

□ 「내과 세부전문과목」 기재 관련

질 의	답 변
명세서 분류방법은?	명세서는 「내과 세부전문과목」별로 명세서를 각각 구분·작성하고 심사청구서는 종전과 동일하게 내과분야는 합하여 하나로 작성(내과분야 '1')
「내과 세부전문과목」 분류기준은?	대한의학회 '세부전문'의 제도인증 규정'에 의한 세부전문과목(9개) 기준이며 차후 진료분야 확대 등 변경사안 발생시 고시에 반영함
병원, 의원의 경우에도 내과 세부전문과목을 기재하는지?	종합병원급 이상만 해당되므로 병원급 이하 요양기관은 종전과 동일하게 진료과목(01(내과))만 기재함
내과 세부전문과목을 운영하지 않는 경우에도 세부전문과목을 표시하여야 하는지?	종합병원 이상 요양기관에서 내과 세부전문과목을 운영하지 않고 통합 운영하는 경우에도 내과 세부전문과목을 기재하되, 세부전문과목은 [내과통합(00)]으로 기재함
내과 세부전문과목 기재 및 명세서 구분 기준(예; 상병 중심, 진료의사 중심, 실제 진료를 받은 진료과목 중심 등)은?	내과 세부전문과목은 환자가 실제 진료를 받은 진료과목을 기준으로 기재하여야 함 예) 당뇨병 환자가 '내분비·대사내과'에서 당뇨병 진료를 받은 경우 ⇒ '04(내분비·대사내과)'로 기재 당뇨병 환자가 '내과'에서 당뇨병 진료를 받은 경우 ⇒ '00(내과 통합)'으로 기재
요양기관이 실제 운영과 상관없이 내과통합(00)으로 일괄 청구하거나, 내과 세부전문과목(01~09)별 구분청구 방식을 자유롭게 선택할 수 있는지?	실제 요양기관 운영방법을 반영하여 구분·청구함이 원칙임 - 세부전문과목으로 운영시 ⇒ 세부전문과목(01~09)별 구분 - 내과로만 통합 운영시 ⇒ 내과통합(00) - 세부전문과목+내과통합과 동시 운영시 ⇒ 00(내과통합)~09(류마티스내과)

□ 「상병분류구분」 기재 관련

질 의	답 변
'상병분류구분'란 신설 목적은?	질병코드 기재의 정확도 제고 및 요양기관의 '의증(R/O) 상병 기재'란 신설 건의로 종전의「상병분류기호」란을 세분화하여 상병분류기호별 “주상병, 부상병, 배제진단”을 구분 기재할 수 있도록 함
종전 상병분류기호 기재방법과의 차이점은?	○ '주상병'과 '부상병'란을 구분·기재하고, 종전에 기재하지 않았던 '배제진단'도 기재 가능함 ○ '상병분류구분'란 신설로 주상병은 '1', 부상병은 '2', 배제진단은 '3'을 함께 기재하여야 함.
주상병 기재원칙은?	○ 진료기간 중 진단이나 치료 등에 대한 환자의 요구가 가장 컸던 질환(의료자원을 가장 많이 사용하게 했던 질환)을 의미함 ○ 상병분류기호란 첫번째 자리(제1단)에 기재하고, 상병분류구분을 '1'을 기재함.
부상병 기재원칙은?	○ 진료기간 중 주상병과 함께 있었거나, 발생된 상병으로서 환자 진료에 영향을 주었던 상병을 의미하며, 발생된 경우에만 기재함 이 경우 이번 진료기간 중에 다루지 않은 과거에 진료를 받았던 상병은 기재하여서는 아니됨 ○ 상병분류기호란 두 번째 자리(제2단)부터 중요도 순으로 기재하고, 상병분류구분은 각각 '2'를 기재함
배제진단 기재원칙은?	○ 상병명을 최종 확진한 경우 이전에 고려되었던 R/O 상병 등을 의미하며, 발생된 경우에만 기재함 ○ 또한 배제진단이 2개 이상인 경우 중요도 순으로 기재하고, 상병분류구분은 각각 '3'을 기재함
최종 진료일까지 확진되지 않은 경우 증상 등 코드(R00~R99) 또는 R/O 상병 등 기재방법은?	주상병 또는 부상병(별도의 주된 상병이 있는 경우)란에 해당 상병분류기호를 기재함 단, 확진된 경우 종전 고려하였던 R/O 상병 등은 '배제진단'으로 기재함
상병분류기호를 반드시 주상병, 부상병, 배제진단 순으로 기재하여야 하는지?	주상병, 부상병, 배제진단의 순으로 기재함이 원칙임 다만, 부상병 또는 배제진단이 없는 경우는 기재할 필요가 없음
'상병분류구분' 기재 범위는?	의·치과, 보건기관 및 정신과정액 명세서에는 상병분류구분을 기재하여야 함

□ 관련근거 : 보건복지부 고시 2007-61호(2007. 7. 25)

주요 개정내용

- 명세서 진료(조제)내역 '회 투약량'란 신설에 따른 작성요령 변경
 - 일투, 총투만 기재하던 것을 회 투약량, 일투, 총투로 기재하는 것으로 변경
 - 대상 : 의·치과명세서[투약료(03항), 주사료(04항)]의 원내 직접조제 의약품
약국[약가(01항)]의 처방 및 직접조제 의약품
단, 요양기관의 원외처방내역 기재방법은 변경사항 없음

1. 연고제 등 외용제

※ 더모베이트연고 10g을 처방한 경우

○ 처방내역 작성방법

『회 투약량』란에 총 투약량(10g)을 기재하고, 『일투여횟수』 및 『총 투약일수』란에는 모두 1로 기재

코드	회 투약량	일투	총투
A00400421	10	1	1

○ 진료(조제)내역 작성방법

- 03항 및 04항(약국의 경우 01항)의 경우

처방내역 작성방법과 동일하게 『회 투약량』란에 총 투약량(10g)을 기재하고, 『일투여량 또는 투여(약)횟수』 및 『총 투여(약)일수』란에는 모두 1로 기재

코드	단가	회 투약량	일투	총투
A00400421	88	10	1	1

- 그 외 다른 항의 경우

『일투여량 또는 투여(약)횟수』란에 총 투약량(10g)을 기재하고, 『총 투여(약)일수』란에는 1로 기재

코드	단가	일투	총투
A00400421	88	10	1

2. 파스류

※ 트라스트패취 1회 1매, 2일 1회, 10일분으로 처방한 경우

○ 처방내역 작성방법

『1회 투약량』란에 총 투약량(5매)을 기재하고, 『1일 투여횟수』 및 『총 투약일수』란에는 모두 1로 기재

코 드	1회 투약량	일투	총투
A18901541	5	1	1

○ 진료(조제)내역 작성방법

- 03항 및 04항(약국의 경우 01항)의 경우

처방내역 작성방법과 동일하게 『1회 투약량』란에 총 투약량(5매)을 기재하고, 『1일 투여량 또는 투여(약)횟수』 및 『총 투여(약)일수』란에는 모두 1로 기재

코 드	단가	1회 투약량	일투	총투
A18901541	900	5	1	1

- 그 외 다른 항의 경우

『1일 투여량 또는 투여(약)횟수』란에 총 투약량(5매)을 기재하고, 『총 투여(약)일수』란에는 1로 기재

코 드	단가	일투	총투
A18901541	900	5	1

3. 디비나 등 팩단위 제제

※ 디비나정 1회 1정, 1일 1회, 21일분으로 처방한 경우

○ 처방내역 작성방법

『1회 투약량』, 『1일 투여횟수』 및 『총투약일수』란은 처방전대로 1, 1, 21로 기재

코 드	1회 투약량	일투	총투
E00030031	1	1	21

○ 진료(조제)내역 작성방법

- 03항 및 04항(약국의 경우 01항)의 경우

『1회 투약량』란에는 0.05(1/21, 소수점 3째자리에서 4사5입), 『1일 투여량 또는 투여(약)횟수』란에는 1, 『총 투여(약)일수』란에는 21로 기재

코 드	단가	1회 투약량	일투	총투
E00030031	7,738	0.05	1	21

- 그 외 다른 항의 경우

『1일 투여량 또는 투여(약)횟수』란에 0.05(1/21, 소수점 3째자리에서 4사5입)을 기재하고, 『총 투여(약)일수』란에는 21로 기재

코 드	단가	일투	총투
E00030031	7,738	0.05	21

4. 1/3정 등 소분 투여 의약품

※ 타이레놀정 1회 1/3정(또는 0.33 등), 1일 3회, 3일분으로 처방한 경우

○ 처방내역 작성방법

『1회 투약량』란은 처방전에 기재된 대로 작성하되, 처방전에 1/3로 기재된 경우에는 0.33(소수점 3째자리에서 4사5입)으로 기재하고,

『1일 투여횟수』란은 처방전에 기재된 대로 3, 『총 투약일수』란도 처방전에 기재된 대로 3을 기재

코 드	1회 투약량	일투	총투
A43800491	0.33	3	3

○ 진료(조제)내역 작성방법

- 03항 및 04항(약국의 경우 01항)의 경우

『1회 투약량』 및 『1일 투여량 또는 투여(약)횟수』란에는 1, 『총 투여(약)일수』란에는 3을 기재

코 드	단가	1회 투약량	일투	총투
A43800491	33	1	1	3

- 그 외 다른 항의 경우

『1일 투여량 또는 투여(약)횟수』란은 실제 1일 투약량(1)을 기재하고, 『총 투여(약)일수』란에는 3을 기재

코 드	단가	일투	총투
A43800491	33	1	3

기타 적용례

‘1회 투약량’ 1.33정(또는 2.33정 등), 1일 3회, 3일분으로 처방?소분 투여하여 실제 1일 투여한 양보다 적게 청구되는 경우에도 상기 <예시> 작성방법을 활용하여 처방내역 및 진료(조제)내역을 기재함

단, 이 경우 동 약제가 저함량 배수 조제 의약품인 경우는 특정내역 구분코드 ‘JT010(약국의 경우 JT009)’ 기재형식에 의거 사유코드(‘E(기타)’) 및 해당 사유를 기재함

<처방내역>

코 드	1회 투약량	일투	총투
E01630571	1.33	3	3

<진료(조제)내역>

- 03항 및 04항(약국의 경우 01항)의 경우

『1회 투약량』란에는 실제 1일 투약량(4), 『1일 투여량 또는 투여(약)횟수』란에는 1, 『총 투여(약)일수』란에는 3을 기재

코 드	단가	1회 투약량	일투	총투
E01630571	728	4	1	3

특정내역기재란

특정내역구분	특정내역
JT010	E/4정을 1일 3회 분할 투여함
JT009	E/4정을 1일 3회 분할 투여함

※ 의료기관 원내조제인 경우

※ 약국 조제분인 경우

기타 적용례

- 그 외 다른 항의 경우

『1일 투여량 또는 투여(약)횟수』란은 실제 1일 투약량(4)을 기재하고, 『총 투여(약)일수』란에는 3을 기재

코드	단가	일투	총투
E01630571	728	4	3

특정내역기재란	
특정내역구분	특정내역
JT010	E/4정을 1일 3회 분할 투여함
JT009	E/4정을 1일 3회 분할 투여함

※ 의료기관 원내조제인 경우

※ 약국 조제분인 경우

5. 기타

- 주사제(인슐린 등), 경구제의 경우 아침, 저녁 투여용량이 다른 경우 기재방법
⇒ 아침 투여분과 저녁 투여분으로 각각 구분하여 기재

□ 관련근거 : 보건복지부 고시 2007-138호, 139호(2007.12.28)
 보건복지부 보험급여팀 - 4048(2007. 12. 30)

질 의	답 변
요양병원 입원이 부적절한 환자	<ul style="list-style-type: none"> ○ 의료법시행규칙 제28조의4에 의거 정신질환자(노인성치매 환자 제외) 및 전염성질환자는 입원대상이 아니므로 입원 진료 비용은 인정하지 아니함.
의사 및 간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등제 적용 기준	<ul style="list-style-type: none"> ○ 의사 및 간호인력확보수준에 따른 입원료 차등제는 의료서비스의 질 제고를 위해 시행하는 것으로, 직전분기 평균 병상수 대비 의사수 또는 간호인력수에 따라 등급별로 산정함. ○ 다만, 2008.1/4분기는 요양병원형 건강보험수가제도가 처음 시행되는 점 등을 감안하여, 병상수 및 간호인력수는 '07.12.15일 기준으로 하고, 의사수는 '07.11/15~12/14의 재직 일수 평균을 적용하여 등급을 산정함.
의과와 한방과가 모두 있는 요양병원의 경우 의사 및 간호인력확보수준에 따른 입원료차등제 적용방법	<ul style="list-style-type: none"> ○ 의사인력확보수준에 따른 입원료 차등제는 중환자실, 인공신장실, 물리치료실의 병상을 제외한 병상수 대비 당해 요양기관에 상근하는 의사수에 따라 등급을 산출함. ○ 또한 간호인력확보수준에 따른 입원료 차등제는 중환자실, 인공신장실, 물리치료실의 병상을 제외한 병상수 대비 상기 진료실에 근무하는 간호인력을 제외한 입원병동에 근무하는 간호인력을 기준으로 산출함. ○ 따라서, 의과에 입원한 환자 뿐 아니라 한방과에 입원한 환자도 동일한 의사 및 간호인력 확보수준에 따른 입원료차등제에 의한 등급을 적용받는 것임.
퇴원약 별도 산정여부	<ul style="list-style-type: none"> ○ 요양병원의 장기환자에게 적용하는 일당 정액수가에는 퇴원약이 포함(평균 10일 정도)되어 있으므로, 퇴원약 비용은 별도 산정할 수 없음. ○ 퇴원약이 필요한 환자에게 퇴원시 약을 처방하지 않고 수일 내 외래로 내원케하여 약을 처방하는 것은 정액수가에 포함되어 있는 퇴원약에 대한 비용을 이중으로 청구하게 되므로 요양병원에서는 이와 같은 행위를 지양하기 바람.
요양병원에 입원중인 환자에게 원외처방전 발행시 수가산정방법	<ul style="list-style-type: none"> ○ 요양병원형 일당 정액수가에는 별도로 산정하도록 정해진 약제를 제외한 경구 및 비경구 약제비용이 모두 포함되어 있음. ○ 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 제5조제1항 관련 [별표] 요양급여의 적용기준 및 방법 1.요양급여의 일반원칙 중 바.항에서 요양기관은 별도로 정한 경우 이외에는 요양급여에 필요한 약제·치료재료를 직접 구입하여 가입자등에게 지급하도록 하고 있음. ○ 또한, 입원은 외래에서의 통원치료로는 충분한 치료효과를 기대하기 어려운 경우 입원을 통해 의료진의 지속적인 감시 및 치료가 필요하다는 판단하에 이루어지게 되므로 요양병원 입원 환자에게 필요한 의약품은 요양병원에서 구입하여 환자상태에 즉각적인 투약이 가능하도록 하여야 할 것임. ○ 따라서, 요양병원에 입원중인 환자에게 별도 산정도록 정해진 약제를 제외한 나머지 약제에 대하여 원외처방전을 발행하는 것은 인정하지 아니함.

질 의	답 변
요양병원에 입원중인 환자에게 원외처방전 발행시 수가산정방법	<ul style="list-style-type: none"> ○ 다만, 요양병원에서 위 내용에도 불구하고 불가피하게 원외 처방하는 경우는 동 내역을 청구명세서에 명기할 경우 심사시 이를 고려하여 심사·조정할 것임.
의약품관리를 산정방법	<ul style="list-style-type: none"> ○ 입원환자 의약품관리료는 일당 정액수가에 포함되어 있으므로 별도 산정할 수 없음. ○ 특정기간 중 투약한 경우는 특정기간이 종료되는 시점마다 투약일수에 따라 제1편 제2부 제1장 가-11 의약품관리료 나-(3)의 수가를 산정함. ○ 다만, 2008.1.1이전부터 계속 입원환자 <ul style="list-style-type: none"> - 2008.1.1부터 일당 정액수가 적용일자 : 2007.12.31까지의 입원기간 중 투약한 일수에 따라 의약품관리료 산정 - 2008.1.1이후부터 특정기간 해당환자 : 특정기간이 종료되는 시점에 입원기간 중 투약한 일수에 따라 의약품관리료 산정 - 위 모든 경우의 의약품관리료는 입원 당시 상대가치점수 및 환산지수를 적용하여 산정함.
요양병원에서 외과적 수술이 가능한지 여부	<ul style="list-style-type: none"> ○ 의료법시행규칙 제28조의4에 의거 요양병원의 입원대상은 노인성질환자·만성질환자 및 외과적수술 후 또는 상해후의 회복기간에 있는 자로서 주로 요양을 필요로 하는 자임. ○ 따라서, 요양병원에 입원중인 장기환자에게 외과적 수술이 필요한 질환이 발생하여 수술을 실시한 경우는 제3편 제1부 일반원칙 3.에 의거 외과적 수술 및 동 수술에 따른 치료기간은 제3부에 의한 행위별로 비용을 산정할 수 있음. ○ 그러나, 요양병원에서 장기환자가 아닌 급성기질환자에게 외과적 수술을 시행하고 입원치료를 하는 것은 의료법시행규칙에서 정한 요양병원 입원대상에 포함된다고 할 수 없으므로 응급수술을 제외한 여타의 수술을 목적으로 한 입원은 인정하지 아니함.
물리치료사 1인당 1일 실시인원(30명)에 일당 정액수가를 적용받는 환자(장기환자)도 포함되는지 여부	<ul style="list-style-type: none"> ○ 요양병원에 대해 별도로 규정하지 않은 급여기준은 행위, 약제, 치료재료의 모든 기준을 “요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항”에서 정한 대로 따라야 함. ○ 따라서, 장기환자에게 물리치료를 실시할 경우 실시 인력 및 장비, 시설 기준 등 모든 기준은 행위별 수가를 적용받는 환자와 동일하게 적용받는 것임.
요양병원 입원환자를 다른 요양기관에 진료의뢰시 수가산정방법 등	<ul style="list-style-type: none"> ○ 요양병원에 입원 진료중인 환자를 치료하는 과정에서 시설·장비 또는 인력이 갖추어져 있지 아니하여 부득이하게 해당 진료 가능한 요양기관으로 환자를 의뢰하여 처치 및 수술, 방사선치료 등을 받도록 할 경우 수가산정방법은 아래와 같이 함. <ul style="list-style-type: none"> - 아 래 - 가. 진료비청구 및 정산 <ul style="list-style-type: none"> ○ 진료를 의뢰한 요양병원에서 의뢰한 진료내역을 포함하여 청구하되, 의뢰한 진료내역은 실제 진료한 요양기관의 중별가산율을 적용하여 (I)란으로 청구함.

질 의	답 변
<p>요양병원 입원환자를 다른 요양기관에 진료의뢰시 수가산정방법 등</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 이때 의뢰한 진료내역은 EDI청구기관은 특정내역 기재란에 위탁진료임을 표시하는 구분코드(JS008), 위탁진료실시기관기호, 위탁진료실시연월일을 기재하여 청구하고, 서면청구기관은 특정내역란에 해당 진료항목, "T", 위탁진료실시기관기호 및 위탁진료실시연월일을 기재하여 청구함. ○ 진료비 정산은 해당 요양기관간 상호 협의에 의함. 나. 본인일부부담금 요양병원 입원환자의 본인일부부담율을 적용함. 다. 진찰료 입원 진료중인 해당 진료전문과이외의 다른 진료전문과에 다른 상병의 진료를 의뢰한 경우에 한하여 소정 진찰료를 별도 산정함. 라. 요양병원(의과)에서 타 요양기관(한방)으로 또는 요양병원(한방)에서 타 요양기관(의과)으로 진료의뢰시 <ul style="list-style-type: none"> ○ 동일 구내에 있는 한방(의과)요양병원에 입원중인 환자가 특별한 문제에 대한 평가 및 관리를 위하여 담당의사의 지시에 따라 의과(한방)진료를 받기 위해 의과(한방)요양기관의 외래를 방문하거나 입원환자 진료를 위해 의과(한방)요양기관의 의사가 직접 방문한 경우에는 진찰료가 아닌 "협의진찰료"로 산정하여야 함. ○ 이 경우 요양급여비용은 실제 협의진찰을 실시한 요양기관에서 외래요양급여비용명세서에 작성하여 청구하되, 협의진찰료를 포함한 요양급여비용총액에 대한 외래본인부담액산정방법에 의해 청구하여야 함.
<p>'07.12.31 이전 입원하여' 08.1.7 이전에 퇴원한 경우 장기환자로의 적용 여부</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ '07.12.31 이전 입원하여' 08.1.7 이전 퇴원한 환자 중 입원일수가 6일을 초과하는 경우는 엄밀한 의미에서 장기환자에 해당함. ○ 그러나, 일당 정액수가가 '08.1.1 시행된 점 및' 08.1.7 이전에 퇴원한 환자는 관찰기간이 짧은 점 등을 감안하여 요양병원에서 환자평가가 이루어진 경우는 장기환자로 적용하고, 환자평가가 이루어지지 않은 경우는 행위별 수가로 적용 가능함.
<p>장기입원에 따른 입원료 체감제 적용시 기산점</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 요양병원 입원환자의 장기입원에 따른 요양병원 입원료 체감제 적용 기산점은 최초 입원일부터 기산하여 적용함.
<p>'08.1.1이전부터 계속 입원중인 환자에게 08.1.1 이전 발생한 폐렴 또는 해당 요양병원에서 실시한 외과적 수술의 특정기간으로 적용 여부</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 요양병원 입원 중 '08.1.1이전에 폐렴이 발생하여' 08.1.1이후에도 폐렴 치료가 지속되고 있는 환자는 (폐렴 발생시점에) 폐렴점검표가 작성된 경우에 한하여 '08.1.1부터 특정기간으로 인정함. ○ 요양병원 입원 중 동 요양병원에서 '08.1.1 이전에 외과적 수술을 받고 '08.1.1 이후에도 외과적 수술과 관련된 치료가 지속되고 있는 경우는 참조란에 수가코드, 명칭, 수술 일자를 기재시 특정기간으로 인정함.