7개 질병군 포괄수가

청구명세서 개편 안내

2021. 5.

HIRA 건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

포괄수가실

목 차

1 추진 개요

2 주요 개편 내용

3 질의 응답

HIRA 건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

1 추진 개요

1. 추진 배경

정확한 청구 • 지불, 환경변화에 신속한 대응을 위해 프로세스 개편 필요

제도 도입 초기 서식으로 관리 운영됨에 따른
복잡하고 어려운 청구 및 진료비 계산 방법을 개선

보건의료정책에 따른 변화에
신속하고 유기적으로 적용 할 수 있는 체계 마련

2. 추진 방향

계산 투명화

진료비 총액 기입에 따른 진료비 계산의 어려움 개선

절차 간소화

청구 후 보완자료 요청 및 제출 등의 행정절차 간소화

정보 체계화

타 지불제도와 서식을 일원화 및 체계적 정보관리 기반 마련

2-1. 계산투명화

1 포괄수가 끝수계산방법 명확화(미절사 → 10원 미만 4사5입)

- 2021년 10월 1일 요양개시일 부터 끝수계산이 다음과 같이 변경

구분		현행	변경
포괄수가		**미절사**	**10원 미만 4사5입**
포괄수가의 본인일부부담금			
요양급여비용총액1		10원 미만 절사	현행과 동일
본인일부부담금			
요양급여비용총액2, 진료비총액			
건강보험100분의100 본인부담금총액			
단가	행위	10원 미만 4사5입	
	약제, 치료재료	원 미만 4사5입	
금액			
종별가산금액			

2-1. 계산투명화

2 금액 구분 항목 신설(포괄수가, 질병군요양급여비용총액)

항목	작성방법
포괄수가	질병군별 점수 산정요령에 따라 산정된 점수 총합에 「국민건강보험법」 제45조제4항과 영 제21조제1항에 따른 점수당 단가를 곱하여 10원 미만 4사5입한 금액을 기재 (별도산정 금액 및 제외금액 등은 반영하지 않음)
질병군 요양급여 비용총액	포괄수가에 식대, 외과전문의 가산 등 별도로 산정하는 비용(원 미만 4사5입)을 합산하고 제외금액(1인실 이용 또는 인공수정체 제외금액)이 있는 경우에는 해당 금액을 제외하여 최종적으로 10원 미만 절사하여 기재 (질병군에서의 100분의100미만 총액, 100분의100본인부담 및 비급여 금액은 제외)

2-1. 계산투명화

3 별도산정내역 진료내역 항·목에 기입

- 2021년 10월 1일 청구분 부터 명세서 '진료내역'의 각 항,목에 기재

별도산정 항목		현행('21.9.30. 이전) MT007 내역구분	변경('21.10.1. 이후) 진료내역 항, 목
의료질평가지원금, 전문병원 관리료 등		EVA, SPE, INF, SAF, WON, TRS	01항 03목
2~5인실 입원료		ADM	02항 01목
고위험임산부 집중치료실		HIG	02항 03목
기본식대, 가산식대		EAT	02항 10목~11목
1인실 입원료, 야간전담간호사 관리료 등		SIN, NIG, NNC, HOS	02항 99목
응급 의료 행위	주사료 마취료 처치 및 수술료 검사료 영상진단 및 방사선치료료	EME	04항 01목 05항 01목 08항 01목~03목 09항 01목~02목 10항 01목~02목
마취 초빙료 통증자가조절법(급여)		ANE, PCA	05항 01목
외과 전문의 가산 주된 수술 이외 수술료		SUR, COP	08항 01목~02목
질병군 급여 항목	처치 및 수술료 검사료 특수장비	ADD	08항 01목 09항 01목~02목 S항 03목
초음파(급여)		SON	09항 01목~02목
선별급여 항목		SEA, SEB, SED, SEE	A, B, D, E항 01목~03목
건강보험 100분의100 본인부담		ALL	U항 01목~03목
보훈 등 100분의100 본인부담		100	V항 01목~03목
보훈 국비환자 비급여		NOP	W항 01목~03목

2-2. 절차간소화

1 명세서 처방내역' 및 '약제·치료재료 구입목록표' 제출 서식 신설
'요양급여비용 열외군 행위별 진료내역 ' 신설

신설	개정 내용
전자문서 서식추가	약제 및 치료재료는 "약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준"에 따라 상한금액 이내 실구입가격으로 산정하여야 하며 이와 관련하여 해당 구입목록표를 제출 ※ 기존 신고와 관련된 전자문서 종류를 명확히 하고자 명시함
비용 열외군 건에 대한 청구·심사 방법 변경	▪ (현재) 진료비영수증, 세부내역서 등을 별도 요청하여 자료제출 ▪ (개편) 비용열외군 건에 한해 행위별 진료내역 전산점검을 통한 정확한 금액지불 및 지급시기 단축을 위한 기반 마련

2-3. 정보체계화

1 '내역구분' 재설정 및 '진료정보' 재배치

'내역구분' 재설정

현행('21.9.30. 이전) 내역구분	변경('21.10.1. 이후) 내역구분
1. 명세서 일반내역	1. 명세서 일반내역
2. 명세서 진단내역	2. 명세서 진단내역
3. 명세서 진료내역	3. 명세서 진료내역
	4. 명세서 처방내역
4. 명세서 특정내역	5. 명세서 특정내역 기재란
5. 질병군 요양급여비용 행위별 진료내역	6. 요양급여비용 열외군 행위별 진료내역

'진료정보' 재배치

진료정보	현행('21.9.30. 이전) 내역구분
최초입원개시일	특정내역
입원시상병유무(PoA)	
별도산정진료내역	
질병군분류진료내역	진료내역
포괄진료내역	행위별진료내역

변경('21.10.1. 이후) 내역구분
일반내역
진단내역
진료내역

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

2 주요 개편 내용

1. 일반사항

① 개편되는 포괄수가 청구명세서 서식 적용시기

- 진료연월 관계없이 2021년 10월 1일 청구분 부터 적용
  - 단, 신설된 포괄수가의 규정(10원 미만 4사5입)은 2021년 10월 1일 요양개시일 부터 적용

② 2021년 9월 30일 이전 청구한 명세서의 보완·추가 청구 방법

- 2021년 10월 1일 청구분 부터 기존 청구·명세서 서식과 관계없이 '092' 버전의 청구·명세서 서식에 따라 청구

③ HIRA-DRG 사용 가능 시기

- HIRA-DRG를 통한 진료비 청구는 2021년 9월 30일, 18시 이전까지 가능

1. 일반사항

④ HIRA-DRG 지원 종료 후 진료비 청구 방법

- 퇴원일 관계없이 2021년 10월 청구분부터 자체개발 혹은 청구 소프트웨어업체의 프로그램을 사용하여 청구

⑤ 청구프로그램 변경 후 청구방법

- 퇴원일이 속한 다음 주 월요일부터 청구 가능하며, <u>사전에 전산청구(변경) 신청서를 반드시 제출하여야 함</u>

※ 신청경로: 「요양기관업무포털(공동인증서 로그인)」 - 「진료비청구」 - 「청구 및 통보 관련신청」 - 「전산청구신청」 - 「(변경)신청」

⑥ HIRA-DRG외에 질병군 번호 확인 방법

- 요양기관업무포털의 「모니터링」 - 「포괄수가」 - 「질병군별포괄수가(DRG) 환자분류 조회」에서 확인 가능

2. 명세서 일반내역 관련

① 최초입원개시일 기재 방법

- 질병군 진료 이외의 목적으로 입원하여 입원일수가 6일을 초과한 시점에 예상치 못하게 질병군 수술이 이루어져 분리청구하는 경우에 최초 입원일자를 기재

구분	기재위치
’21.9.30. 이전	명세서 특정내역 MT034
’21.10.1. 이후	**명세서 일반내역 ‘최초입원개시일’**

② 포괄수가 기재 방법

- 별도산정 금액 및 제외금액 등이 반영되지 않은 질병군별 포괄수가(10원 미만4사5입) 금액 기재
  - 질병군별 상대가치점수 총합 × 점수당 단가

③ 질병군 요양급여비용 총액 기재 방법

- 포괄수가와 별도산정 금액을 합산하고, 제외금액이 있는 경우 해당 금액을 제외하여 최종적으로 10원 미만 절사한 금액 기재 (질병군에서의 100분100미만 총액, 100분의100 본인부담 및 비급여 금액은 제외)

2. 명세서 일반내역 관련

④ 요양급여비용총액 1과 질병군 요양급여비용총액의 차이

요양급여비용 열외군이 아닌 경우

요양급여비용총액 1 = 질병군 요양급여비용총액
포괄수가 + 별도산정 금액 – 제외금액

요양급여비용 열외군인 경우

요양급여비용총액 1	질병군 요양급여비용총액
질병군 요양급여비용총액 + (행위별 진료비총액 – 질병군 요양급여비용총액 – 100만원)	포괄수가 + 별도산정 금액 – 제외금액

3. 명세서 진단내역 관련

① 진단내역 기재방법

- 진단분류구분 : 주진단은 1, 기타진단은 2로 기재
- 입원시 상병유무(PoA) : 질병분류기호별로 Y, N, U, W 코드로 모두 기재
- 내과세부전문과목 : 세부전문과목을 운영하고 있는 종합병원, 상급종합병원의 경우 진료를 받은 세부전문과목을 기재

예시

극심한 복통으로 내원하여 충수염으로 진단 하 충수절제술 후 3일째에 발열, 빈맥, 백혈구 증가증, 저혈압 소견을 보여 패혈증이 진단된 경우

진단분류 구분	질병분류기호	입원시 상병유무	진료과목	내과 세부전문과목	면허 종류	면허 번호
1(주진단)	K358(기타 및 상세불명의 급성 충수염)	Y	04(외과)		1	12345
2(기타진단)	A419 (상세불명의 패혈증)	N	01(내과)	07(감염내과)		

4. 명세서 진료내역 관련

① 별도산정 항목 기재 방법

2021년 10월 1일 청구분 부터 명세서 진료내역의 각 항,목에 기재

별도산정 항목		현행('21.9.30. 이전) MT007 내역구분	변경('21.10.1. 이후) 진료내역 항, 목
의료질평가지원금, 전문병원 관리료 등		EVA, SPE, INF, SAF, WON, TRS	01항 03목
2~5인실 입원료		ADM	02항 01목
고위험임산부 집중치료실		HIG	02항 03목
기본식대, 가산식대		EAT	02항 10목~11목
1인실 입원료, 야간전담간호사 관리료 등		SIN, NIG, NNC, HOS	02항 99목
응급 의료 행위	주사료 마취료 처치 및 수술료 검사료 영상진단 및 방사선치료료	EME	04항 01목 05항 01목 08항 01목~03목 09항 01목~02목 10항 01목~02목
마취 초빙료 통증자가조절법(급여)		ANE, PCA	05항 01목
외과 전문의 가산 주된 수술 이외 수술료		SUR, COP	08항 01목~02목
질병군 급여 항목	처치 및 수술료 검사료 특수장비	ADD	08항 01목 09항 01목~02목 S항 03목
초음파(급여)		SON	09항 01목~02목
선별급여 항목		SEA, SEB, SED, SEE	A, B, D, E항 01목~03목
건강보험 100분의100 본인부담		ALL	U항 01목~03목
보훈 등 100분의100 본인부담		100	V항 01목~03목
보훈 국비환자 비급여		NOP	W항 01목~03목

예시

상급종합병원에서 급성충수염으로 입원하여 충수절제술과 동시에 부속기종양적출술을 시행한 경우 (기타진단: 난소의 양성 신생물)

항	목	코드 구분	코드	명칭	단가	1회 투약량	일투	총투	보상률	금액	변경일
01	03	1	AU201	의료질평가지원금-환자안전·의료질·공공성·전달체계및지원활동분야1-나등급-상종	21,490	1	1	3	1	64,470	20211001
01	03	1	AU301	의료질평가지원금-교육수련분야 1등급	1,920	1	1	3	1	5,760	20211001
01	03	1	AU401	의료질평가지원금-연구개발분야 1등급	1,670	1	1	3	1	5,010	20211001
01	03	1	AH011	감염예방관리료-상급종합병원, 종합병원 1등급	2,850	1	1	3	1	8,550	20211001
01	03	1	AC310	입원환자 안전관리료	1,950	1	1	3	1	5,850	20211001
01	03	1	AC460	수술실 환자안전관리료	26,790	1	1	1	1	26,790	20211001
02	01	1	AB120	상급종합병원5인실입원료	13,020	1	1	3	1	39,060	20211001
02	10	1	Y2100	일반식(1식당)	4,950	1	2	2	1	19,800	20211002
02	11	1	Z0010	일반식가산-영양사(1식당)	580	1	2	2	1	2,320	20211002
02	11	1	Z0011	일반식가산-조리사(1식당)	530	1	2	2	1	2,120	20211002
05	01	3	640001071	**생리식염주사액**	1,304	1	1	1	1	1,304	20211001
05	01	3	657801801	**케토롤락 주사**	720	6	1	1	1	4,320	20211001
08	01	8	M2040007	초음파절삭기	175,280	1	1	1	**0.8**	140,224	20211001
08	01	1	R4421**004**	부속기종양적출술[양측]-양성제2의수술(종병이상)	258,760	1	1	1	1	258,760	20211001
08	01	1	Q2861100	충수절제술(단순)-외과 전문의	**79,140**	1	1	1	1	79,140	20211001
09	01	1	EB443	복부-복부초음파-충수	72,080	1	1	1	1	72,080	20211001
09	01	1	EB455	복부-여성생식기 초음파-일반	67,000	1	0.5	1	1	33,500	20211001
B	02	8	J4301035	PCA BAG	16,680	1	1	1	1	16,680	20211001
B	02	8	J4302035	PCA TUBING SET	24,940	1	1	1	1	24,940	20211001
B	02	8	M2111209	GUARDIX-SG	197,600	1	1	1	1	197,600	20211001
B	03	1	LA205	정맥내 주입(IV PCA)-시술당일	10,200	1	1	1	1	10,200	20211001
B	03	1	LA206	정맥내 주입(IV PCA)-익일 이후	9,030	1	1	2	1	18,060	20211002
U	01	3	657802283	**펜타닐 주사**	9,954	1	1	1	1	9,954	20211001

4. 명세서 진료내역 관련

② 질병군 분류내역 및 포괄내역 기재 방법

- 질병군 번호를 결정하는 진료내역으로 L항 51목~56목에 기재
  ※ 질병군 분류에 포함 될 수 없는 항목은 기재하지 않음

구분	현행('21.9.30. 이전)	변경('21.10.1. 이후)
주사 및 혈액제제	진료내역 04항	진료내역 L항 51목
마취 및 호흡치료	진료내역 05항	진료내역 L항 52목
수술처치	진료내역 08항	진료내역 L항 53목
검사	진료내역 09항	진료내역 L항 54목
영상진단 및 방사선치료	진료내역 10항	진료내역 L항 55목
부가코드	일반내역 질병군 부가코드	진료내역 L항 56목

- 포괄에 해당하는 진료내역으로 L항 81목~94목에 기재
  ※ 질병군에서 전액별도로 산정하는 항목은 기재하지 않음

구분	변경	구분	변경
진찰료	L항 81목	처치 및 수술료	L항 88목
입원료	L항 82목	검사료	L항 89목
투약료	L항 83목	영상진단 및 방사선치료료	L항 90목
주사료	L항 84목	특수장비	L항 91목
마취료	L항 85목	100분의100본인부담	L항 92목
이학료법료	L항 86목	비급여	L항 93목
정신요법료	L항 87목	기타	L항 94목

예시

구분	항	목	코드 구분	코드	명칭	단가	1회 투약량	일투	총투	보상률	금액	변경일
질병군 분류 내역	L	51	1	KK052	정맥내점적주사	2,630	1	1	0	1	0	20211002
	L	51	1	KK059	정맥내유치침	420	1	1	0	1	0	20211002
	L	52	1	LA205	정맥내 주입(IV-PCA)-시술당일	10,200	1	1	0	1	0	20211002
	L	53	1	Q2861	충수절제술	263,810	1	1	0	1	0	20211002
	L	54	1	EB443	복부초음파-충수	72,080	1	1	0	1	0	20211001
	L	55	1	HA435	일반전산화단층영상진단-복부	73,850	1	1	0	1	0	20211001
	L	56	1	ADC03	복강경시술	0	1	1	1	1	0	20211002
포괄 내역	L	81	1	AH500	협의진찰료	14,430	1	1	1	1	14,430	20211002
	L	82	1	**AB122**	상종2등급 5인실입원료	86,360	1	1	2	1	172,720	20211001
	L	83	3	642500390	가스터정	180	1	3	1	1	540	20211002
	L	83	1	J2000	입원환자 조제·복약지도료	1,400	1	1	3	1	4,200	20211002
	L	84	1	KK052	정맥내점적주사	2,630	1	1	2	1	5,260	20211002
	L	84	1	KK059	정맥내유지침	420	1	1	1	1	420	20211002
	L	84	3	678900721	생리식염수주사액	1,227	1	1	1	1	1,227	20211002
	L	85	1	L1211	폐쇄순환식 전신마취 관리	102,240	1	1	1	1	102,240	20211002
	L	88	1	**Q2861110**	충수절제술_외과전문의야간	474,850	1	1	1	1	474,850	20211002
	L	88	3	699900020	산소	10	30	1	1	1	300	20211002
	L	88	8	N0031001	복강경하 수술 치료재료비용	239,000	1	1	1	1	239,000	20211002
	L	89	1	D0002052	혈색소_진단검사질가산3%	880	1	1	1	1	880	20211001
	L	90	1	G2401006	복부1매	4,140	1	1	1	1	4,140	20211001
	L	91	1	HA435006	일반전산화단층영상진단_복부	81,230	1	1	1	1	81,230	20211001

4. 명세서 진료내역 관련

③ 변경일 기재 방법

- 해당 진료내역의 실시(투여)일자를 기재
  - 동일 진료내역에 대하여 연속하여 실시(투여)한 경우는 변경일에는 첫 실시 일자를 기재하고 총 실시(투여)일수를 합산하여 기재

예시

상급종합병원에서 입원환자 안전관리료를 산정한 경우(2021.10.1.~10.3., 입원일수 3일)

진료내역									
항	목	줄	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	변경일
01	03	0001	1	AC310	1,950	1	3	5,850	20211001

④ 보상률 기재 방법

- 별표 2의4) 질병군 급여 항목 중 치료재료 보상률이 '0.8'에 해당하는경우 '0.8'을 기재하며 이외 모든 별도산정 항목은 '1'로 기재

※ 보상률 '0.8'에 해당하는 항목 중 급여 기준에 따라 선별급여로 산정하는 경우, 명세서 진료내역 B항에 보상률 '1'로 기재

4. 명세서 진료내역 관련

⑤ 질병군 분류번호를 결정하는 주된 수술 이외의 수술료 산정 방법

- 수가코드는 산정기준에 따라 기본코드(5자리) 또는 기본코드와 산정코드 세 번째 자리에 1, 4 및 첫 번째 자리에 8을 사용하여 기재 (이외의 타 산정 코드는 사용하지 않음)

구 분	상급종합병원, 종합병원	병원, 의원
100% 산정	기본코드(5자리)	
70% 산정	산정코드 004 or 기본코드(5자리) × 일투 0.7	기본코드(5자리)× 일투 0.7
50% 산정	산정코드 '001' or 기본코드(5자리) × 일투 0.5	

예시

동일 피부 절개하 자궁근종절제술과 함께 부속기종양적출술을 추가로 실시한 경우

종 별 구 분	코 드	일 투
종합병원 이상	R4421004	1
병 · 의원	R4421	0.7

4. 명세서 진료내역 관련

⑥ 외과전문의 가산 산정 및 기재 방법

- 요양기관 종별가산율이 적용되지 않은 단가 및 금액을 기재하며, 요양급여비용총액1에 반영 시 종별 가산금액을 적용함

예시

종합병원에서 외과전문의가 복강경을 이용하여 양측 서혜부허니아근본수술을 실시한 경우 (G09700, 입원일수 3일)

현행(2021.9.30.이전) 종별가산율 적용한 금액 기재

특정내역

발생단위 구분	줄번호	특정내역 구분	특정내역
1	0000	MT007	SUR/**20210901**/1/Q2755100/0000**100325**주1)/0000150/001/0000150488/서혜부허니아근본수술-외과전문의 가산

포괄수가주2)	외과전문의 가산	요양급여비용총액 1주3)
2,796,305.856원	**150,488원**	2,946,790원

주1) **해당항목 소정점수 × 30% × 점수당단가 + 종별가산금액**
3460.89점× 30% = 1,038.267점
1,038.27점(소수 셋째자리 4사5입) × 77.3원= 80,258.27원
80,260원(10원 미만 4사5입) + 20,065원 {80,260원 × 25%(원미만 4사5입)} = 100,325원

주2) **요양개시일 21.9.30. 이전인 경우 미절사 금액**

주3) 2,796,305.856원(포괄수가) + 150,488원(외과전문의 가산) = 2,946,793.856원 ⇒ 2,946,790원(10원 미만 절사)

변경(2021.10.1. 이후) 종별가산율을 적용하지 않은 금액 기재

진료내역

항	목	줄	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액	변경일
08	01	0010	1	Q2755100	80,260주1)	1.5	1	120,390	20211001
L	53	0015	1	Q2755	267,530	1.5	0	0	20211001
L	88	0023	1	Q2755110	481,550	1.5	1	722,325	20211001

포괄수가주2)	외과전문의가산	종별가산금액	요양급여비용총액1주3)
2,796,310원	**120,390원**	**30,098원**	2,946,790원

주1) **해당항목 소정점수 × 30% × 점수당단가**
3460.89점× 30% = 1,038.267점
1,038.27점(소수 셋째자리 4사5입) × 77.3원= 80,258.27원
80,260원(10원 미만 4사5입)

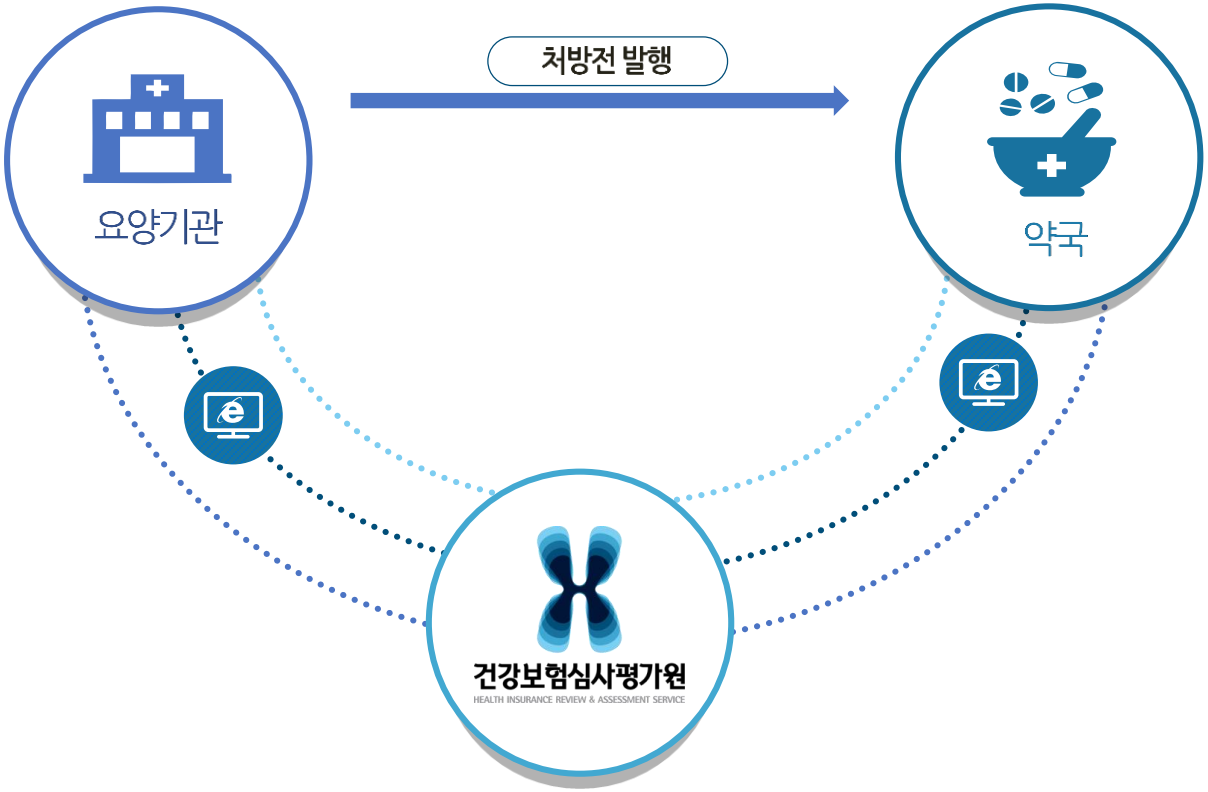
주2) **요양개시일 21.10.1. 이후인 경우 10원 미만 4사5입 금액**

주3) 2,796,310원(포괄수가) + 120,390원(외과전문의 가산) + 30,098원{120,390 × 25%(원미만 4사5입) = 2,946,798원 ⇒ 2,946,790원(10원 미만 절사)

5. 명세서 처방내역 관련

처방내역 기재 대상

- 질병군 입원 기간 중 발생한 처방내역을 기재
  - 입·퇴원 당일 외래진료에서 발생한 처방내역도 질병군 명세서에 포함하여 기재



6. 명세서 특정내역 관련

① 특정내역 기재 방법

- 명세서 단위 및 줄번호 단위별로 특정내역 발생 시 해당 단위별로 기재

구분	현행(2021.9.30. 이전) 명세서단위 특정내역 기재	변경(2021.10.1. 이후) 줄번호단위 특정내역 기재
기본·유도 초음파세부내역	MS013	JS013
분만·임산부 초음파	MT006	JT005
응급의료행위 실시시각	MT007	JS010
초음파검사, MRI 시행일자 등	MT007	JT020
1인실에 입원한 경우 입원기간	MX999	JX999
초음파 판독결과	MX999	JX999
원격협진	MX999	JT026
입원환자 전담전문의 관리료	MX999	JT029
기타내역	MX999	JX999

6. 명세서 특정내역 관련

② 응급의료행위 가산 적용 시 기재 방법

응급의료행위 실시시각을 줄번호 단위 특정내역 JS010에 기재

현행(2021.9.30. 이전)
명세서 단위 특정내역 MT007 EME 내역명에 기재

특정내역			
발생단위 구분	줄번호	특정내역 구분	특정내역
1	0000	MT007	**EME**/20210901/1/E7230700/0000003590주1)/00001.00/001/0000003590/**2021 09012000**주2)경피적혈액산소포화도측정[1일당]
1	0000	MT007	**EME**/20210902/1/E7230700/0000003590/00001.00/001/0000003590/**2021 09020000**경피적혈액산소포화도측정[1일당]
1	0000	MS005[3)]	202109012000/202109021140
1	0000	MT046[4)]	3

주1) **해당항목 소정점수 × 50% × 점수당단가**
92.86점× 50% = 46.43점
46.43점(소수 셋째자리 4사5입) × 77.3원= 3,589.039원
3,590원(10원 미만 4사5입)
주2) **MT007 준용명**에 응급의료행위의 실시 시각(ccyymmddhhmm) 기재
주3) 낮병동, 응급실 재원시 해당 날짜와 재원기간의 From/To를 기재
주4) 한국 응급환자 중증도 분류기준(KTAS)에 해당되는 중증도 등급 기재

변경(2021.10.1. 이후)
줄번호 단위 특정내역 JS010에 기재

진료내역									
항	목	줄	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액	변경일
09	01	0001	1	E7230700	3,590	1	2	7,180	20210901
L	54	0002	1	E7230	7,180	1	0	0	20210901
L	89	0003	1	E7230700	10,770	1	2	21,540	20210901

특정내역 기재란			
발생단위 구분	줄번호	특정내역 구분	특정내역
1		MS005	202110012000/202110021140
1		MT046	3
2	0001	JS010주1)	**202109012000**
2	0001	JS010주1)	**202109020000**

주1) **JS010:** 수술·처치·마취료 등 응급의료행위 가산 관련 실시 시각을 기재하되 총투에 해당하는 실시시각을 각각 기재

6. 명세서 특정내역 관련

③ 산부인과 가산 적용 기재 방법

- 산부인과 가산 점수를 산정한 경우 'Y/최종월경시작일(LMP, Last Menstrual Period)' 형태로 기재
  - 기재형식: X(1)/ccyymmdd

예시1

LMP가 2021년 9월 10일인 환자가 2021년 10월 1일 상세불명의 자궁의 평활근종으로 입원하여 자궁근종 절제술을 시행한 경우

특정내역기재란			
발생단위 구분	줄번호	특정내역 구분	특정내역
1		MT041	Y/20210910

예시2

초경을 시작하지 않은 소아환자가 2021년 10월 1일 기타 및 상세불명의 난소낭으로 입원하여 부속기종양적출술을 시행한 경우

특정내역기재란			
발생단위 구분	줄번호	특정내역 구분	특정내역
1		MT041	Y/00000000

7. 요양급여비용 열외군 행위별 진료내역 관련

① 요양급여비용 열외군 행위별 진료내역 기재대상 및 주의사항

기재대상

상대가치점수표 제2편제1부 질병군 급여 일반원칙 제7호에 따라 요양급여비용 열외군에 해당되는 경우 기재함

주의사항

▪ 모든 항목(비급여 포함)은 표준코드로 기재

구분	기재코드
행위	행위 급여·비급여 목록의 수가코드 (예시) 기타검사-중합효소연쇄반응법-MRSA: CZ992
치료재료	치료재료 급여·비급여 목록의 코드 (예시) 흉터관리치료재료 메피폼: BM5001JQ
약제	약품코드 (예시) 페린젝트주: 644913140

▪ 요양급여비용 열외군 <u>행위별 진료내역에서 기재된 금액의 총 합</u>과 명세서 일반내역에 기재된 <u>행위별 진료비총액은 일치</u>하여야 함

7. 요양급여비용 열외군 행위별 진료내역 관련

② 요양급여비용 열외군 기재항목 및 제외항목

행위별 진료비 총액에 반영되는 항목은 모두 기재

※행위별 수가제의 급여와 건강보험 100분의100본인부담 및 비급여 항목을 포함하되, 질병군에서 환자에게 별도징수가 가능하도록 정한 이송처치료 등 100분의100 본인부담, 선별급여와 비급여 대상은 제외하고 기재

포괄수가제	행위별 수가제	기재구분
포괄수가	급여	기재항목
	선별급여	
	전액본인부담	
	비급여	
별도산정항목	급여	
	선별급여	제외항목
	전액본인부담	
	비급여	

7. 요양급여비용 열외군 행위별 진료내역 관련

③ 요양급여비용 열외군 기재항목 예시

기재항목 예시

▪ 행위별 진료비총액에 반영되는 항목

구분	기재 항목 예시
선별급여	피부봉합용 액상접착제 등
전액본인 부담	비자극검사, 급여기준 이외에 사용한 약제(최토제, 항생물질제제 등) 등
비급여	carbetocin(자궁수축제), MULTIFIX B, MEDICLORE 등

제외항목 예시

▪ 행위별 진료비총액에 반영되지 않는 항목

구분	제외 항목 예시
선별급여	수술(개흉·개복술) 부위로의 지속적 국소마취제 투여법, 1회용 초음파절삭기 등
전액본인 부담	PCA에 사용한 fentanyl 약제 등
비급여	초음파 검사, 조절성인공수정체 등
기타	제증명수수료, 대·소변기, 체온계 등

예시

항	목	코드 구분	코드	명칭	단가	1회 투약량	일투	총투	금액
01	03	1	V2200	응급진료전문의진찰료	39,550	1	1	1	39,550
01	03	1	AH500	협의진찰료-상급종합병원	14,430	1	1	1	14,430
01	03	1	AL010	마약류 관리료-입원환자	220	1	1	1	220
01	03	1	AP501	회복관리료-상급종합병원	36,330	1	1	1	36,330
01	03	1	AU201	의료질평가지원금- 의료질 및 환자안전·공공성·의료전달체계분야1-나등급-상급종합병원(입원)	21,490	1	1	6	128,940
01	03	1	AU211	의료질평가지원금- 의료질 및 환자안전·공공성·의료전달체계분야1-나등급-상급종합병원(외래)	6,550	1	1	1	6,550
01	03	1	AU301	의료질평가지원금 교육수련분야 1등급(입원)	1,920	1	1	6	11,520
01	03	1	AU311	의료질평가지원금 교육수련분야 1등급(외래)	640	1	1	1	640
01	03	1	AU401	의료질평가지원금 연구개발분야 1등급(입원)	1,670	1	1	6	10,020
01	03	1	AU411	의료질평가지원금 연구개발분야 1등급(외래)	550	1	1	1	550
01	03	1	AH011	감염예방관리료- 상급종합병원, 종합병원 1등급	2,850	1	1	7	19,950
01	03	1	AC310	입원환자 안전관리료-상급종합병원	1,950	1	1	7	13,650
01	03	1	AC460	수술실 환자안전관리료-2등급	26,790	1	1	1	26,790
02	01	1	AB122100	상종2등급적용5인실입원료_0-6시 입원	43,180	1	1	1	43,180
02	01	1	AB122	상종2등급적용5인실입원료	86,360	1	1	6	518,160
02	10	1	Y2100	일반식(1식당)-상급종합병원	4,950	1	3	5	74,250
02	11	1	Z0010	일반식가산-영양사(1식당)	580	1	3	5	8,700
02	11	1	Z0011	일반식가산-조리사(1식당)	530	1	3	5	7,950
03	01	3	642500390	가스터정	180	1	3	6	3,240
03	01	1	J2000	입원환자 조제·복약지도료	1,400	1	1	6	8,400

예시

항	목	코드 구분	코드	명칭	단가	1회 투약량	일투	총투	금액
04	01	1	KK052	정맥내점적주사	2,630	1	1	1	2,630
04	01	1	KK059	정맥내유지침	420	1	1	1	420
04	01	3	678900721	생리식염수주사액	1,227	1	1	1	1,227
05	01	1	L1211030	폐쇄순환식전신마취 관리[응급야간]	204,490	1	1	1	204,490
05	01	3	657801801	케토롤락 주사	720	6	1	1	4,320
05	01	8	K4501261	MEGA ACER	70,000	1	1	1	70,000
08	01	8	M2040007	초음파절삭기	175,280	1	1	1	175,280
08	01	1	R4421034	부속기종양적출술[양측]-양성_응급 야간 제2의 수술(종병이상)	517,520	1	1	1	517,520
08	01	1	Q2861130	단순충수절제술_외과전문의_응급 야간	606,750	1	1	1	606,750
09	01	1	EB443	복부-복부초음파-충수	72,080	1	1	1	72,080
09	01	1	EB455	복부-여성생식기 초음파-일반	67,000	1	0.5	1	33,500
10	01	1	G2402006	복부2매	5,880	1	1	1	5,880
S	01	1	HA465006	일반전산화단층영상진단-복부	117,280	1	1	1	117,280
A	02	8	L9011232	SKIN TEMPERATURE PROBE	12,830	1	1	1	12,830
B	02	8	B3001005	피부용스태플	10,680	1	1	1	10,680
B	02	8	K4501010	가온·가습용 호흡회로	53,840	1	1	1	53,840
E	02	8	B3120119	STERI STRIP	1,280	1	2	1	2,560
U	01	3	650101063	코리트산	7,971	1	1	1	7,971
W	01	3	644913140	페린젝트주	169,000	1	1	2	338,000
W	02	8	BJ1001EM	TEGADERM I.V.	600	1	2	1	1,200
W	03	1	AZ001	교육상담료-당뇨병교육	50,000	1	1	1	50,000

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

3 질의 응답

감사합니다

HIRA 건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE