

---

# 비상진료 추가 지원방안

- 건강보험, 의료급여 수가 지원 -

---

2024. 6. 7.

보건복지부

## 목 차

1. 중증응급환자 응급의료행위(별표3) 가산 한시적 확대	1
2. 응급진료 전문의 진찰료 수가 한시적 인상	6
3. 입원환자 비상진료 정책지원금	11
4. 입원전담전문의 업무 범위 한시적 확대	17
5. 중증질환 산정특례 재등록기간 연장	19
6. 중증응급환자 배정지원금	20
7. 응급 진찰료 수가 신설	27
8. 응급환자 응급의료행위(별표1) 가산 한시적 확대	31
9. 중증입원환자 비상진료 정책지원금	36
10. 중증환자 진료에 대한 보상	41
11. 신속대응시스템 시범사업 기관 확대 및 수가 인상	43
12. 회송료 수가 한시적 인상	52
13. 중환자 전담전문의 업무범위 한시적 확대	57

# 1

## 중증응급환자 응급의료행위[별표 3] 가산 한시적 확대

### ① 주요내용

- (현황) 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 권역외상센터\*에서 중증응급환자 또는 중증응급의심환자가 내원 후 24시간 이내 응급의료행위(별표 3)를 실시하는 경우 제6장 마취료 및 제9장 처치 및 수술료 등은 소정점수의 100% 가산
  - \* 권역외상센터의 경우 중증외상환자에게 (별표3)을 실시한 경우 포함
- (개선) 집단행동기간 중 대상기관 및 가산을 한시적 확대
  - (권역·전문·권역외상센터) 소정점수의 100% → 150% 한시적 가산 인상
  - (지역응급의료센터) 미적용 → 소정점수의 150% 한시적 가산 적용

### ② 적용대상

- 「응급의료에 관한 법률」에 의한 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 권역외상센터, 지역응급의료센터
  - 중증응급환자 또는 중증응급의심환자가 내원 후 24시간 이내 (별표 3)의 제6장 마취료·제9장 처치 및 수술료 행위를 실시하는 경우
    - \* 권역외상센터의 경우 중증외상환자 포함
    - \*\* 「응급의료에 관한 법률」 제17조에 의한 응급의료기관 평가의 주요지표 산출결과 보건복지부장관이 정하는 기준을 충족한 경우

### ③ 적용기간

- (건강보험) 2월 20일 ~ 별도 안내 시까지
- (의료급여) 3월 11일 ~ 별도 안내 시까지

#### ④ 신청 및 안내

- 별도 신청 불필요
- 기존의 응급의료행위 (별표 3)의 제6장 마취료 및 제9장 처치 및 수술료 행위 코드 산정 시 신설되는 응급의료행위 한시적 추가 가산 코드\* 별도 산정(단, 종별·소아·공휴 등 각종 가산 적용 불가)
- \* 응급의료행위 한시적 추가 가산 코드 별도 안내

#### ⑤ 지원방안 문의처

- 보건복지부 응급의료과 ☎ 044-202-2553
- 건강보험심사평가원 공공수가개발부 ☎ 033-739-1538~9
- 건강보험심사평가원 의료급여운영부 ☎ 033-739-3607~9

**1** **수가산정**

연번	질 의	답 변
1-1	한시적 응급의료행위 추가 가산 산정 가능한 기관은?	권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 권역외상센터, 지역응급의료센터에서 한시적 응급의료행위 추가 가산 코드를 별도 산정함 * 「응급의료에 관한 법률」 제17조에 의한 응급의료기관 평가의 주요지표 산출결과 보건복지부장관이 정하는 기준을 충족한 기관에 한함
1-2	한시적 응급의료행위 추가 가산 산정 방법은?	제2절 응급의료행위, 제3절 권역외상센터 응급의료행위 산정치침에 따라 (별표 3)의 제6장 및 제9장에 해당하는 행위 산정 횟수와 동일하게 산정함 다만, 제2의 수술부터는 산정 횟수의 70%(0.7회)를 산정함
1-3	한시 가산수가는 공휴일 또는 야간, 소아 가산 및 종별 가산 등 가산을 적용하는지?	소아, 공휴·야간, 종별 등 각종 가산은 적용하지 않음
1-4	한시적 수가 산정이 가능한 환자 자격은?	<b>건강보험 환자(차상위 본인부담 경감대상자 포함)와 의료급여 환자만 산정 가능</b> 자동차보험, 보훈환자는 한시적 수가 적용 불가함
1-5	(신)포괄수가에도 동일하게 적용하는지?	<b>행위별수가제와 동일적용(적용대상, 적용기간 등)</b> <b>단, 신포괄수가 청구방법은 신포괄수가 게시판 참조</b>
1-6	상급종합병원 외래에서 경증질환*을 주상병으로 진료받은 환자의 경우 한시적 수가 산정이 가능한가요? *보건복지부 장관이 정하여 고시하는 "약국 요양급여비용 총액의 본인부담률 산정특례 대상" 질병	경증질환을 주상병으로 상급종합병원 응급실에서 진료를 받은 <b>환자*의 경우, KTAS 1~3등급으로 분류되었어도 한시적 수가 산정 불가</b> * 응급실 요양급여비용 본인부담률이 '외래 본인부담률'로 적용되는 특정기호 'F025'(상급종합 외래경증재진) 또는 'F026'(상급종합 외래경증초진)에 해당하는 환자

## 2 청구방법

연번	질 의	답 변																				
2-1	청구는 언제부터 가능한지?	응급의료행위 한시적 추가 가산 코드는 2024.2.20. 진료분부터 수가 산정 가능하나, 청구는 2024.3.11.부터 가능함 - 단, 의료급여 환자의 경우 2024.3.11. 진료분부터 수가 산정 가능하며, 청구는 2024.3.25.부터 가능함																				
2-2	본인부담금 발생여부는?	한시적인 추가 가산수가로 본인부담금은 발생하지 않으며 전액 공단부담금(기금부담금)으로 청구함																				
2-3	건강보험(의료급여) 이중자격이 있는 보훈환자의 경우 한시적 수가 산정 시, 어떻게 청구해야 하나요?	건강보험(의료급여) 이중자격이 있는 보훈 환자의 경우, 명세서를 별도로 분리하지 않고 명세서 일반내역 '공상 등 구분'란에 '4' 또는 'B'를 기재하여 합산 청구																				
2-4	2024년 2월 20일 이전에 응급실에 내원한 환자가 한시적 수가 적용일 이후까지 체류하고 진료한 경우 수가 적용방법은?	한시적 수가 적용은 2024년 2월 20일 응급실에 내원하는 환자부터 적용하며, 명세서 분리작성·청구는 불필요함 - 의료급여 환자의 경우 2024년 3월 11일 응급실에 내원하는 환자부터 적용 단, 지역응급의료센터의 경우는 특정내역 구분코드 MS005(낮병동, 응급실 재원시간)란에 응급실 내원 일시와 재원기간의 From/To를, JS010(야간가산, 응급의료수가)란에는 수술·처치, 마취료 등 실시 시간을, MT046(응급환자 중증도 분류기준)란에는 한국 응급환자 중증도 분류기준(KTAS)에 해당되는 중증도 등급을 반드시 기재하여 청구																				
<p>예시) 중증응급환자(KTAS 1)가 응급실에 도착해서 24시간 이내에 (별표 3)의 처치·수술 등을 시행한 경우</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>응급실 입원</th> <th>응급실 퇴실</th> <th>처치·수술</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>날짜 및 시각</td> <td>2024.3.1. 오전 10시15분</td> <td>2024.3.2. 오전 8시30분</td> <td>2024.3.2. 오전 3시30분</td> </tr> <tr> <td>MS005 기재 방법 (From/To)</td> <td colspan="3">202403011015/2024030200830</td> </tr> <tr> <td>JS010 기재 방법</td> <td colspan="3">202403020330</td> </tr> <tr> <td>MT046 기재 방법</td> <td colspan="3">1</td> </tr> </tbody> </table>			구분	응급실 입원	응급실 퇴실	처치·수술	날짜 및 시각	2024.3.1. 오전 10시15분	2024.3.2. 오전 8시30분	2024.3.2. 오전 3시30분	MS005 기재 방법 (From/To)	202403011015/2024030200830			JS010 기재 방법	202403020330			MT046 기재 방법	1		
구분	응급실 입원	응급실 퇴실	처치·수술																			
날짜 및 시각	2024.3.1. 오전 10시15분	2024.3.2. 오전 8시30분	2024.3.2. 오전 3시30분																			
MS005 기재 방법 (From/To)	202403011015/2024030200830																					
JS010 기재 방법	202403020330																					
MT046 기재 방법	1																					
2-5	위탁진료 시 한시적 수가 청구는 어떻게 하나요?	위탁진료의 경우, 청구는 2024.3.25.부터 가능함 * 한시적 추가 가산 코드 청구 시, 기존 위탁진료 청구와 동일하게 JS008(위탁진료)란을 반드시 기재하여 청구																				

연번	질 의	답 변
2-6	한시적 수가 산정 시 명세서 진료 내역의 항, 목번호는?	<p>기존 응급의료행위의 항, 목번호와 동일하게 기재하여 청구함</p> <p>다만, 기존 응급의료행위가 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따른 요양급여 적용일 경우, 한시적 수가는 기존 행위와 별도로 <b>반드시 01항~10항에 기재하여 청구</b></p>
2-7	두 개 이상의 응급의료센터를 지정 받은 기관인 경우 한시적 수가 청구 시 기재해야하는 특정내역이 있는지?	<p>두 개 이상의 응급의료센터를 지정받은 기관의 경우, 한시적 수가 청구 시 <b>명세서단위 특정내역 MT048(응급의료센터 구분코드)란에 환자에 대한 주된 진료를 수행한 기관을 반드시 기재하여 청구</b></p>

## 2

# 응급진료 전문의 진찰료 수가 한시적 인상

### ① 주요내용

- 집단행동 기간 중 '응2 응급진료 전문의 진찰료' 및 '응2-1 권역 외상센터 전문의 진찰료' 수가 100% 한시적 인상
  - 인상된 수가는 한시적 수가 코드로 청구 시 적용(참고1)
  - \* 응2-1 주사항 제외
- 수가 인상분의 일부를 응급실 근무 전문의·전공의에게 지급
  - \* 세부 기준 별도 안내 예정

### ② 적용대상

- 현행 대상 기관과 변동 없음
  - \* 권역응급의료센터, 소아전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 권역외상센터

### ③ 적용기간

- (건강보험) 2월 20일 ~ 별도 안내 시까지
- (의료급여) 3월 11일 ~ 별도 안내 시까지

### ④ 신청 및 안내

- 집단휴진 기간 동안 한시적 수가 코드 청구(참고1)
- 기존 '응-2 응급진료 전문의 진찰료', '응-2-1 권역외상센터 전문의 진찰료' 수가코드 산정 시, 신설되는 응급진료 전문의 진찰료 한시적 수가 코드 별도 산정(단, 정신질환자, 소아 가산 별도 적용 불가)



## ⑤ 지원방안 문의처

- 보건복지부 응급의료과 ☎ 044-202-2553
- 건강보험심사평가원 공공수가개발부 ☎ 033-739-1538~9
- 건강보험심사평가원 의료급여운영부 ☎ 033-739-3607~9

**참고1****집단휴진 기간 적용 한시적 인상 응급진료 전문의 진찰료 수가****□ 한시적 인상 응급진료 전문의 진찰료 수가**

(2024년 기준, 점수 당 단가 81.2원 적용)

입시코드	분류	점수	금액
	<b>응급진료 전문의 진찰료</b>		
IE200	<b>가. 권역응급의료센터</b>	<b>511.58</b>	<b>41,540</b>
IE201	권역응급의료센터(1등급)	767.37	62,310
IE202	권역응급의료센터(2등급)	716.21	58,160
IE203	<b>나. 지역응급의료센터</b>	<b>464.66</b>	<b>37,730</b>
IE204	지역응급의료센터(1등급)	696.99	56,600
IE205	지역응급의료센터(2등급)	650.52	52,820
IE206	<b>다. 소아전문응급의료센터</b>	<b>511.58</b>	<b>41,540</b>
IE207	소아전문응급의료센터(1등급)	767.37	62,310
IE208	소아전문응급의료센터(2등급)	716.21	58,160
IE209	<b>권역외상센터 전문의 진찰료</b>	<b>511.58</b>	<b>41,540</b>

## 참고2

## 한시적 인상 응급진료 전문의 진찰료 수가 관련 질의·답변

### 1 수가산정

연번	질 의	답 변
1-1	한시적 수가 산정 대상은?	한시적 수가 산정 대상환자, 산정방법 및 산정 기준 등은 기존 '응-2 응급진료 전문의 진찰료', '응-2-1 권역외상센터 전문의 진찰료'와 동일하게 적용함
1-2	한시적 수가 산정 방법은?	제19장 응급의료수가 '응-2 응급진료 전문의 진찰료', '응-2-1 권역외상센터 전문의 진찰료' 수가 산정 횟수와 동일하게 산정함
1-3	기존 수가에 적용되던 정신질환자, 6세 미만 소아 가산도 중복하여 산정 가능한지?	소아, 정신질환자 가산은 적용하지 않음
1-4	한시적 수가 산정이 가능한 환자 자격은?	건강보험 환자(차상위 본인부담 경감대상자 포함)와 의료급여 환자만 산정 가능 자동차보험, 보훈환자는 한시적 수가 적용 불가함
1-5	(신)포괄수가에서도 한시적 인상 응급진료 전문의 진찰료 수가 산정 가능한가요?	행위별수가제의 대상환자, 한시적 수가코드 및 산정기준 등 동일적용
1-6	상급종합병원 외래에서 경증질환*을 주상병으로 진료받은 환자의 경우 한시적 수가 산정이 가능한가요? *보건복지부 장관이 정하여 고시하는 "약국 요양급여비용 총액의 본인부담률 산정특례 대상" 질병	경증질환을 주상병으로 상급종합병원 응급실에서 진료를 받은 환자*의 경우, KTAS 1~3등급으로 분류되었어도 한시적 수가 산정 불가 * 응급실 요양급여비용 본인부담률이 '외래 본인부담률'로 적용되는 특정기호 'F025'(상급종합 외래경증재진) 또는 'F026'(상급종합 외래경증초진)에 해당하는 환자

## 2 청구방법

연번	질 의	답 변																														
2-1	청구는 언제부터 가능한지?	2024.2.20. 진료분부터 수가 산정 가능하나, 청구는 2024.3.11.부터 가능함 - 단, 의료급여 환자의 경우 2024.3.11. 진료분부터 수가 산정 가능하며, 청구는 2024.3.25.부터 가능함																														
2-2	본인부담금 발생여부는?	한시적인 수가로 본인부담금은 발생하지 않으며 전액 공단부담금(기금부담금)으로 청구함																														
2-3	2024년 2월 20일 이전에 응급실에 내원한 환자가 한시적 수가 적용일 이후까지 체류하고 진료한 경우 수가 적용방법은?	한시적 수가 적용은 2024년 2월 20일 응급실에 내원하는 환자부터 적용함 - 의료급여 환자의 경우 2024년 3월 11일 응급실에 내원하는 환자부터 적용																														
2-4	건강보험(의료급여) 이중자격이 있는 보훈환자의 경우 한시적 수가 산정 시, 어떻게 청구해야 하나요?	건강보험(의료급여) 이중자격이 있는 보훈 환자의 경우, 명세서를 별도로 분리하지 않고 명세서 일반내역 '공상 등 구분'란에 '4' 또는 'B'를 기재하여 합산 청구																														
2-5	한시적 수가 청구 시에도 기존 '응-2 응급진료 전문의 진찰료' 및 '응-2-1 권역외상센터 전문의 진찰료' 산정과 동일하게 특정내역을 기재해야 하나요?	한시적 수가의 경우, 특정내역은 별도 기재 불필요함																														
2-6	포괄수가에서 한시적 인상 응급진료 전문의 진찰료 청구방법은?	기존 '응-2 응급진료 전문의 진찰료', '응-2-1 권역 외상센터 전문의 진찰료' 수가코드는 L항 81목에, 신설되는 응급진료 전문의 진찰료 한시적 수가 코드는 진료내역 1항 3목에 기재하여 별도 산정함																														
	(예시) 중증응급환자 또는 중증응급의심환자를 응급실에서 전문의가 직접 진료한 경우																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>항</th> <th>목</th> <th>줄</th> <th>코드구분</th> <th>코드</th> <th>단가</th> <th>일투</th> <th>총투</th> <th>금액</th> <th>변경일</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>03</td> <td>0001</td> <td>1</td> <td>IE200</td> <td>41,540</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>41,540</td> <td>20240220</td> </tr> <tr> <td>L</td> <td>81</td> <td>0002</td> <td>1</td> <td>V2200</td> <td>41,540</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>41,540</td> <td>20240220</td> </tr> </tbody> </table>	항	목	줄	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	변경일	01	03	0001	1	IE200	41,540	1	1	41,540	20240220	L	81	0002	1	V2200	41,540	1	1	41,540	20240220	
항	목	줄	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	변경일																							
01	03	0001	1	IE200	41,540	1	1	41,540	20240220																							
L	81	0002	1	V2200	41,540	1	1	41,540	20240220																							
2-7	위탁진료 시 한시적 수가 청구는 어떻게 하나요?	위탁진료의 경우, 청구는 2024.3.25.부터 가능함 * 한시적 수가 코드 청구 시, 기존 위탁진료 청구와 동일하게 JS008(위탁진료)란을 반드시 기재하여 청구																														

### 3

## 입원환자 비상진료 정책지원금

### ① 주요내용

- (현황) 전공의 집단행동으로 입원환자의 진료 공백 발생, 중증·응급 상황에 대한 적절한 대처 부재, 적정 입원치료 제공 불가
- (개선) 집단행동 기간 중 입원병동에 전문의를 투입해 진료한 경우<sup>①</sup> 및 기존 입원환자 전담전문을 운영하는 병동<sup>②</sup>에 정책가산 지원

### ② 적용대상

- 전공의 수련 의료기관(종합병원 이상)<sup>①</sup>
  - \* 수련 지정 의료기관 중 수련의(인턴, 레지던트)를 신고한 의료기관('24.2.20. 기준)
- 전공의 수련 의료기관 중 입원환자 전담전문을 운영하는 병동<sup>②</sup>
  - \* 수련 지정 의료기관 중 입원환자 전담전문의 운영 기관('24.2.20. 기준)

### ③ 적용기간

- (건강보험) 2월 20일 ~ 별도 안내 시까지
- (의료급여) 3월 11일 ~ 별도 안내 시까지

### ④ 신청 및 안내

- 집단행동 기간 동안 한시적 수가코드(I,II) 청구(참고1)
  - \* 입원환자 비상 진료 정책지원금(Ⅰ)은 산정현황 통보서 제출(참고3)

### ⑤ 지원방안 문의처

- 건강보험심사평가원 수가체계혁신부 ☎ 033-739-1511~3
- 건강보험심사평가원 의료급여운영부 ☎ 033-739-3607~9

## 참고1

# 입원환자 비상진료 정책지원금 산정

### □ 수가 산정 및 급여기준

#### ○ (입원환자 비상진료 정책지원금 I)

- (대상 기관) 종합병원 이상 수련 의료기관

\* 수련 지정 의료기관 중 수련의(인턴, 레지던트)를 신고한 의료기관('24.2.20. 기준)

- (운영 형태) 일반병동에 전문의를 비상 투입하여 입원진료를 시행한 경우

\* 입원환자 전담전문의 업무범위 한시적 확대에 따라 입원환자 전담전문의가 타병동의 입원진료를 시행한 경우는 해당하지 않음

- (수가 산정) 입원환자 1인당 일별로 정책수가 산정

\* 단, 전문의 1인당 환자수 50인 이하 산정

- (대상 환자) 일반병동\*, 특수병동(중환자실, 낮병동 제외) 입원료 산정 환자

\* 단, 입원환자 전담전문의 관리료(가-34)를 산정('23.12월 신고 기준)하는 입원환자 제외

#### ○ (입원환자 비상진료 정책지원금 II)

- (대상 기관) 입원환자 전담전문의 관리료 산정 기관

\* 수련의를 신고·배치한 의료기관 중 입원환자 전담전문의 운영 기관('24.2.20. 기준)

- (수가 산정) 입원환자 전담전문의 관리료(가-34)를 산정하는 입원환자 1인당 일별로 정책수가 산정

\* 입원환자 전담전문의 관리료(가-34)와 동시 산정

### □ 입원환자 비상진료 정책지원금 수가

(단위: 원)

구분	종별	수가코드	금액
입원환자 비상진료 정책지원금 I	상급종합병원, 종합병원	IE001	25,000
입원환자 비상진료 정책지원금 II		IE002	12,500

1. 정책지원금 I: 일반병동에 전문의를 투입하여 입원진료를 시행한 경우, 환자당 해당 수가 산정(의사당 50인 이하 입원진료 가능)

2. 정책지원금 II: 기존에 입원환자 전담전문의 운영한 경우, 운영병동에 입원한 환자당 해당 수가 산정

\* 본인부담 면제(전액 보험자 부담)

## 참고2

## 입원환자 비상진료 정책지원금 관련 질의·답변

### 1] 수가 산정

연번	질 의	답 변																
1-1	'입원환자 비상진료 정책지원금 I·II' 수가를 산정 가능한 기관은?	2024.02.20.기준 종합병원 이상의 전공의 수련 의료기관																
1-2	'입원환자 비상진료 정책지원금 I'은 입원환자 전담전문의(이하 입전의) 병동에서도 산정 가능한지?	입전의 관리료(가-34)산정 환자를 제외한 <b>일반병동</b> (가-2 입원료, 1인실, 폐쇄병동 포함) 또는 낮병동, 중환자실을 제외한 <b>특수병동</b> (가-3-1집중치료실, 가-4 무균치료실, 가-7신생아실, 가-10격리실, 가-10-1납차페특수치료실 등) 및 간호간병통합병동, 호스피스 병동에 입원한 환자를 대상으로 산정가능함(응급실 제외) - 의료급여는 정신과 정액수가 산정 시 '입원환자 비상진료 정책지원금 I·II' 산정 불가 <b>- 중증 소아 단기 입원서비스 병동 포함</b>																
1-3	'입원환자 비상진료 정책지원금II'는 입원환자전담전문의(이하 입전의) 병동에서 산정 가능한지?	기신고된 입전의 지정병동('23년12월 신고 기준)에서 '입원환자 전담전문의 관리료(가-34)'를 청구하는 환자를 대상으로 산정가능함 *가-34 입원환자 전담전문의 관리료와 동시 산정																
1-4	1형 입전의(주 5일형-주간) 병동에 입원하여 '입원환자 비상진료 정책지원금II'를 산정하는 환자가 입전의가 근무하지 않은 휴무일에 '입원환자 비상진료 정책지원금 I' 을 산정 가능한지?	<b>입전의 병동에 입원하여 입전의 관리료 산정을 동의<sup>①</sup>하였으나, 입전의의 휴무일로 인해 입원전담전문의 관리료(가-34)를 산정하지 않는 경우<sup>②</sup></b> '입원환자 비상진료 정책지원금 I' 산정 가능  <예시> 1형 입전의 병동(월~금 근무) <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>월</th> <th>화</th> <th>수</th> <th>목</th> <th>금</th> <th>토</th> <th>일</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>입원환자 비상진료 정책 지원금</td> <td>II형</td> <td>II형</td> <td>II형</td> <td>II형</td> <td>II형</td> <td>I형</td> <td>I형</td> </tr> </tbody> </table>	구분	월	화	수	목	금	토	일	입원환자 비상진료 정책 지원금	II형	II형	II형	II형	II형	I형	I형
구분	월	화	수	목	금	토	일											
입원환자 비상진료 정책 지원금	II형	II형	II형	II형	II형	I형	I형											
2	한시적 수가 산정이 가능한 환자 자격은? (변경)	<b>건강보험 환자(차상위 본인부담 경감대상자 포함)와 의료급여 환자만 산정 가능</b> 자동차보험, 보훈환자는 한시적 수가 적용 불가함																
2-1	(신)포괄수가에서도 입원환자 비상진료 정책지원금 산정 가능한가요?	<b>행위별수가제의 적용대상, 한시적 수가코드, 산정 방법 및 적용기간 등 동일적용</b>																
3	공휴일 또는 야간, 소아 가산 등 가산을 적용하는지?	소아, 공휴.야간 등의 <b>가산은 적용하지 않</b> <b>(별도산정된 가산수가에 대한 정책지원금 산정은 불가함)</b>																

연번	질 의	답 변																								
4	수가 산정횟수는?	입원환자 비상진료 정책지원금 I·II는 환자당 입원 일수 별로 산정 가능 예시) 2박 3일 입원시 3회 산정(퇴원일 산정 가능)																								
5	환자 외박 시(병원관리료만 산정할 경우) '입원환자 비상진료 정책지원금 I·II'는 산정 가능한지?	산정 불가함																								
6	'입원환자 비상진료 정책지원금 I·II' 수가산정대상 입원실에서 타입원실(중환자실 등)로 전실한 경우 '입원환자 비상진료 정책지원금 I·II'는 어떻게 산정하는지?	'입원환자 비상진료 정책지원금 I·II' 산정이 가능한 입원실에서 해당 수가 산정이 불가능한 타입원실(중환자실 등)로 전실한 날도 산정 가능함 단, 수가산정 불가능한 타입원실(중환자실 등)로 전실하였다가 다시 수가산정 대상 입원실로 전실한 경우, 입실일(전실)과 퇴실일(전실)을 합산하여 1일로 산정함(각각 산정불가)  * (예시) 일반병동에 4박 5일 입원하였으므로 5회 산정 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>날짜</td> <td>2/1</td> <td>2/2</td> <td>2/3</td> <td>2/4</td> <td>2/5</td> <td>2/6</td> <td>2/7</td> </tr> <tr> <td>구분</td> <td colspan="2">일반병동</td> <td>중환자실</td> <td colspan="2">일반병동</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>수가산정</td> <td>1회</td> <td>2회</td> <td colspan="2">3회</td> <td>4회</td> <td colspan="2">5회</td> </tr> </table>	날짜	2/1	2/2	2/3	2/4	2/5	2/6	2/7	구분	일반병동		중환자실	일반병동				수가산정	1회	2회	3회		4회	5회	
날짜	2/1	2/2	2/3	2/4	2/5	2/6	2/7																			
구분	일반병동		중환자실	일반병동																						
수가산정	1회	2회	3회		4회	5회																				
7	비상투입된 대체당직 전문의의 근무 형태는?	주·야간, 당직 구분없이 투입 가능																								
8	'대체당직 전문의 1인당 환자수 50인 이하의 환자 대상은?	대체당직 근무 병동에 입원하여 대체당직 진료를 받은 모든 환자 수(건보, 의료급여 자보, 보호, 산재 등 모든 자격 표기)																								

## 2 청구방법

연번	질 의	답 변
9	청구는 언제부터 가능한지?	2024.2.20.진료분부터 수가 산정 가능하나, 청구는 2024.3.1.부터 가능 - 단, 의료급여 환자의 경우 2024.3.11. 진료분부터 수가 산정 가능하며, 청구는 2024.3.25.부터 가능함
10	본인부담금 발생여부는?	한시적인 정책수가로 본인부담금은 발생하지 않으며 전액 공단부담금(기금부담금)으로 청구함
11	한시적 수가 산정 시 명세서 진료내역의 항, 목번호는?	명세서 진료내역 "02항(입원료) 99목(기타)"란에 기재하여 청구함
12	한시적 수가 시행일 이전부터 입원 중인 경우 해당 수가 산정 시 명세서를 다른 진료내역과 분리하여 작성·청구	명세서를 분리 작성·청구할 필요는 없으나, 명세서 진료내역의 '변경일'란에 신설된 수가의 최초 적용일자를 반드시 기재해야 함



연번	질 의	답 변
	해야 하는지?	* 명세서 '변경일'란 기재 형식: CCYYMMDD
13	'입원환자 비상진료 정책지원금 I' 산정 시 명세서 진료내역에 비상 투입한 전문의 정보를 기재해야 하는가?	명세서 진료내역에 해당 환자의 입원진료를 담당한 전문의 의사면허종류, 의사면허번호*를 기재하여 청구해야함(단, 참고3 산정현황 통보서의 ③자격종별에 한함) *전문일자격번호가 아닌 의사면허번호로 청구함
13-1	하루에 여러명의 전문의가 비상투입 된 경우 명세서 진료내역에 전문의 정보는 어떻게 기재하는지?	1일당 비상투입 된 전문의 중 주된 1인의 정보를 기재하며, 입원기간 중 비상투입 된 전문의의 의사면허번호를 '/'로 구분하여 기재 (단, 전문의 1인당 환자수 50인 이하 산정가능)
14	한시적 수가 산정 시 줄번호 단위 특정내역 JT029(재원기간)을 기재해야하는지?	해당 수가의 줄번호단위 특정내역 JT029(재원기간)는 기재하지 않음
15	건강보험(의료급여) 이중자격이 있는 보훈환자의 경우 한시적 수가 산정 시, 어떻게 청구해야 하나요?	건강보험(의료급여) 이중자격이 있는 보훈 환자의 경우, 명세서를 별도로 분리하지 않고 명세서 일반내역 '공상 등 구분'란에 '4' 또는 'B'를 기재하여 합산 청구
16	자료제출 기한은?	매 분기말 16~20일 차등제 신고시 '입원환자 비상진료 정책지원금 산정현황 통보서'를 제출

### 참고3

## 입원환자 비상진료 정책지원금(Ⅰ) 산정현황 통보서

입원환자 비상진료 정책지원금(Ⅰ) 산정현황 통보서										※	
요양기호				요양기관명칭							
소재지				작성자 성명			전화번호				
적용분기	년		분기		적용						
【 입원환자 비상진료 정책지원금(Ⅰ) 산정 현황 】											
구분				합계				① 일수합계			
대체당직 전문의 수											
환자수											
【 대체당직 전문의별 환자 수 현황 】											
대체당직 전문의				환자수							
성명	면허번호			년 월 (전월15일~당월14일)	년 월 (전월15일~당월14일)	년 월 (전월15일~당월14일)					
소계											
【 대체당직 전문의 현황 】											
인적사항					②근무현황						
성명	주민등록번호	면허번호	③ 자격종별	자격번호	입사일자	퇴사일자	최초근무일자	최종근무일자	④ 근무형태	⑤ 재직일수	⑥ 휴가일수

**【산정 현황】** ※ 대상기간: 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막월 14일까지

○ 입원환자 비상진료 정책지원금(Ⅰ)은 대체당직 전문의가 근무하는 병동의 환자당 1일당 산정함

① 일수합계: (대체당직 전문의)의사별 재직일수 합계를 기재, (환자) 대상기간동안 입원일수 합계를 기재

**【대체당직 전문의별 환자수 현황】**

○ 환자 수는 대체당직 근무 병동에 입원하여 대체당직 진료를 받은 모든 환자 수(대상기간 환자별 재원일수의 합)를 대체당직별로 기재하며, 입원초일인 환자는 입원 환자 수에 산입하고 퇴원 환자는 입원 환자 수에서 제외함.

**【대체당직 전문의 현황】**

○ 대체당직 전문의 기준

- 대체당직 전문의는 당해 요양기관에 소속된 전문의로서 인턴 및 전공의를 대체하여 근무하는 의사를 의미함
- ② 근무현황: 대체당직 전문의의 근무 시작일자 및 종료일자는 해당 대체의사 병동에 근무시작 또는 근무종료한 일자임.  
※ 근무현황의 ‘년월일’은 전산점검사항이므로 반드시 예시 형식으로 기재하여야함. (예시: 20240101)
- ③ 자격종별 (코드번호로 기재 또는 선택): 01.내과, 02.신경과, 03.정신건강의학과, 04.외과, 05.정형외과, 06.신경외과, 07.흉부외과, 08.성형외과, 09.마취통증의학과, 10.산부인과, 11.소아청소년과, 12.안과, 13.이비인후과, 14.피부과, 15.비뇨의학과, 16.영상의학과, 17.방사선종양학과, 18.병리과, 19.진단검사의학과, 20.결핵과, 21.재활의학과, 22.핵의학과, 23.가정의학과, 24.응급의학과, 25.작업환경의학과, 26.예방의학과
- ④ 근무형태: 01.상근, 02.비상근, 03.기타
- ⑤ 재직일수: 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직한 일수를 기재, 단, ⑦휴가일수는 제외
- ⑥ 휴가일수: 대상기간동안 휴가일수의 합계를 기재

## 4

# 입원전담전문의 업무범위 한시적 확대

### ① 주요내용

- (현황) 입원전담전문의는 입원전담전문의 신고 병동 환자만을 진료하는 전문의로, 그 외 입원환자 진료는 불가
- (개선) 집단휴진 기간 중 입원전담전문의 신고 병동 외 입원환자 진료 한시적 허용
  - 단, 입원전담전문의 관리료(가-34)는 기신고된 지정병동만 청구 가능
  - \* 입원전담전문의의 외래진료는 불가함

### ② 적용대상

- 입원전담전문의 신고 후 운영 중인 상급종합병원, 종합병원

### ③ 적용기간

- 2월 20일 ~ 별도 안내 시까지

### ④ 신청 및 안내

- 별도 신청 불필요
  - \* 타업무 수행으로 입원전담전문의 부재 시 대체전문의 배치 의무 미적용

### ⑤ 지원방안 문의처

- 건강보험심사평가원 수가체계혁신부 ☎ 033-739-1511

**참고****입원전담전문의 업무범위 한시적 확대 관련 질의·답변****1 급여 기준 및 자료 제출**

연번	질 의	답 변
1	입원환자 전담전문의 배치 기준의 준수는?	업무범위의 한시적 확대에 따라 입원환자 전담전문의는 배치유형(1형, 2형, 3형), 근무일수, 근무시간(07-19시, 주 7일 24시간 등), 근무조건(교대 근무 등), 대체전문의 등 기준 준수를 유예함
2	입원전담전문의 업무범위의 한시적 확대에 따른 입원환자 전담전문의 관리료 산정현황 자료 제출은?	기존과 동일하게 적용 환자수(신고병동에 입원한 환자수), 적용 전담전문의 수(입원전담전문의로 기신고된 전문의 수)를 기재

**2 청구 방법**

연번	질 의	답 변
1	청구방법, 산정방식의 변화는?	기존과 동일하게 청구

## 5

# 중증질환 산정특례 재등록기간 연장

### ① 주요내용

- 산정특례 종료일이 1개월 이내인 자\*를 대상으로 종료일을 집단휴진 시작일로부터 1개월 일괄 연장하고, 대상자에게 알림톡 발송

\* 산정특례 종료예정일이 집단휴진 시작일로부터 1개월 이내에 속한 등록자. 다만, 집단휴진 시작일 이전 이미 산정특례 재등록을 신청 완료한 자는 기존 종료일 유지

### ② 적용대상

- 산정특례 대상자

### ③ 적용기간

- 2월 20일 ~

### ④ 신청 및 안내

- 건보공단 산정특례 전산시스템에서 일괄 기간 연장 적용

### ⑤ 지원방안 문의처

- 국민건강보험공단 산정특례운영부 ☎ 033-736-4641, 033-736-4646

## 6

# 중증응급환자 배정지원금(변경)

### ① 주요내용

- 집단행동 기간 중 중앙응급의료센터를 통해 배정\*된 중증응급(의심) 환자를 실제로 수용한 응급의료기관에 한시적 배정지원금 산정  
\* 중앙응급의료상황실 또는 광역응급의료상황실

### ② 적용대상

- **(대상기관)** 「응급의료에 관한 법률」에 의한 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 권역외상센터, 지역응급의료센터 및 「의료법」 제3조의 5에 따라 전문병원으로 지정받은 의료기관\*  
\* 중증·응급환자 진료가 가능한 “심장”, “뇌혈관”, “신경과”, “화상”, “수지접합”, “소아청소년과”, “산부인과”, “주산기”, “안과”, “외과” 전문병원  
※ 전원 보내는 기관이 전원 받는 기관보다 상·하위 종별인지 관계 없음
- **(대상환자)** 중증응급환자 또는 중증응급의심환자(KTAS 1~3)
- **(산정기준)** “병원 간 전원” 또는 “119 구급대 이송”과정에서 중앙응급의료센터를 통해 중증응급(의심)환자를 수용한 경우에 한함
  - **(전원 요청 기준)** ①응급실(응급의료시설 포함)에 재실 중인 환자로, ②해당 의료기관의 진료역량이 부족하여 전원이 필요한 환자로서, ③환자를 진료하고 있는 의료진이 전원지원 요청하는 경우에 한함
  - **(구급대 이송 기준)** ①119구급대가 병원 전 중증도 분류기준(Pre-KTAS)에 따라 1등급으로 분류한 환자로, ②구급상황관리센터의 공동대응 요청에 따라 광역응급의료상황실이 수용병원을 선정한 경우에 한함

### ③ 적용기간

- (건강보험) 2월 20일 ~ 별도 안내 시까지
- (의료급여) 3월 11일 ~ 별도 안내 시까지  
※ 119구급대 이송 및 전문병원 지정기관은 6월 11일부터 적용

#### ④ 신청 및 안내

- 집단휴진 기간 동안 한시적 수가 코드 청구(참고1)

#### ⑤ 지원방안 문의처

- 보건복지부 응급의료과 ☎ 044-202-2553
- 건강보험심사평가원 공공수가개발부 ☎ 033-739-1538~9
- 건강보험심사평가원 의료급여운영부 ☎ 033-739-3607~9
- 중앙응급의료센터 중앙응급의료상황팀 ☎ 02-6362-3554

**참고1****집단휴진 기간 중증응급환자 배정지원금 수가(변경)****□ 한시적 중증응급환자 배정지원금 수가**

○ 2024년 6월 10일까지

(2024년 기준, 점수 당 단가 81.2원 적용)

임시코드	분류	점수	금액
IE003	(비상)중증응급환자 배정지원금	871.43	70,760

○ 2024년 6월 11일부터

(2024년 기준, 점수 당 단가 81.2원 적용)

임시코드	분류	점수	금액
IE003	(비상)중증응급환자 배정지원금	2,460.41	199,790



## 참고2

## 한시적 중증응급환자 배정지원금 관련 질의답변

### 1] 수가 산정

연번	질 의	답 변
1-1	한시적 중증응급환자 배정지원금 수가 산정 가능한 기관은?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 권역외상센터, 지역응급의료센터, 「의료법」제3조의 5에 따라 전문병원으로 지정받은 의료기관*에서 중앙응급의료센터를 통해 환자를 배정받아 수용 후 진찰한 경우 산정 가능함</li> <li>* 중증·응급환자 진료가 가능한 "심장", "뇌혈관", "신경과", "화상", "수지접합", "소아청소년과", "산부인과", "주산기", "안과", "외과" 전문병원</li> <li>- 단, 전문병원은 2024.6.11. 이전 진료분은 산정 불가함</li> <li>※ 배정기관의 수용 후 진찰은 응급환자 분류 및 진찰, 진단 등 기본적 응급진료 행위가 이루어진 경우로, 단순 분류 후 재전원 등의 경우 산정하지 아니함</li> <li>이때 진찰 여부 기준은 진찰료(응-2 응급진료 전문의 진찰료(응-2-1 포함), 가-1 외래환자 진찰료) 또는 가-2 등 입원료 청구 여부로 판단</li> </ul>
1-2	한시적 중증응급환자 배정지원금 수가 산정 방법은?	<p>중앙응급의료센터를 통해 배정되어 수용한 중증 응급(의심) 환자 당 1회 산정함</p> <p>※ 응급의료기관의 경우, 중앙응급의료센터를 통한 병원별 배정 현황은 2024.6.11.부터 "응급의료 정보인트라넷"에서 확인 가능(전문병원은 확인 필요 시 중앙응급의료센터 중앙응급의료상황팀 ☎02-6362-3554)으로 문의)</p>
1-3	한시적 중증응급환자 배정지원금 수가는 공휴일 또는 야간, 소아 가산 및 종별 가산 등 가산을 적용하는지?	<p>소아, 공휴·야간, 종별 등 각종 가산은 적용하지 아니함</p>
1-4	구급차 등 이송 시 중앙응급의료센터를 이용하여 배정된 환자의 경우, 한시적 중증응급환자 배정지원금 수가 산정이 가능한가요?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2024.6.11. 진료분부터는 산정기준(구급대 이송 기준)에 맞춰 배정된 중증응급(의심)환자인 경우 산정 가능함</li> <li>※ Pre-KTAS가 "1"인 환자가 병원 도착 시, KTAS "4~5등급"으로 분류된 경우 산정 불가함</li> <li>- 단, 응급환자 중증도 분류 시행 인력*이 없는 전문병원의 경우, 중앙응급의료센터 상황실에서 환자 배정 시 분류한 KTAS 중증도</li> </ul>

연번	질 의	답 변
		<p>등급이 1~3등급인 경우 산정 가능함</p> <p>* 보건복지부 고시 제2020-316호「한국 응급환자 중증도 분류기준」 제3호(중증도 분류의 시행주체)</p>
1-5	한시적 중증응급환자 배정지원금 수가 산정이 가능한 환자 자격은?	<p>건강보험 환자(차상위 본인부담 경감대상자 포함)와 의료급여 환자만 산정 가능</p> <p>자동차보험, 보훈환자는 한시적 수가 적용 불가함</p>
1-6	(신)포괄수가에도 동일하게 적용하는지?	행위별수가제의 적용대상, 한시적 수가코드, 산정 방법 및 적용기간 등 동일적용
1-7	<p>상급종합병원 외래에서 경증질환*을 주상병으로 진료받은 환자의 경우 한시적 수가 산정이 가능한가요?</p> <p>*보건복지부 장관이 정하여 고시하는 "약국 요양급여비용 총액의 본인부담률 산정특례 대상" 질병</p>	<p>경증질환을 주상병으로 상급종합병원 응급실에서 진료를 받은 <b>환자*의 경우, KTAS 1~3등급으로 분류되었어도 한시적 수가 산정 불가</b></p> <p>* 응급실 요양급여비용 본인부담률이 '외래 본인부담률'로 적용되는 특정기호 'F025'(상급종합 외래경증재진) 또는 'F026'(상급종합 외래경증초진)에 해당하는 환자</p>

## 2 청구방법

연번	질 의	답 변
2-1	청구는 언제부터 가능한지?	<p>○ 2024.2.20. 진료분부터 수가 산정 가능하나, 청구는 2024.3.11.부터 가능함</p> <p>- 단, 의료급여 환자의 경우 2024.3.11. 진료분부터 수가 산정 가능하며, 청구는 2024.3.25.부터 가능함</p> <p>○ 병원 전 이송단계에서 구급대 이송 기준에 맞춰 배정받은 경우 및 전문병원은 2024.6.11. 진료분부터 수가 산정 및 청구 가능</p>
2-2	본인부담금 발생여부는?	한시적인 수가로 본인부담금은 발생하지 않으며 전액 공단부담금(기금부담금)으로 청구함
2-3	건강보험(의료급여) 이중자격이 있는 보훈환자의 경우 한시적 수가 산정 시, 어떻게 청구해야 하나요?	건강보험(의료급여) 이중자격이 있는 보훈 환자의 경우, 명세서를 별도로 분리하지 않고 명세서 일반 내역 '공상 등 구분'란에 '4' 또는 'B'를 기재하여 합산 청구
2-4	2024년 2월 20일 이전에 중앙응급 의료센터를 통해 응급실에 내원한 환자가 한시적 수가 적용일 이후까지 체류하고 진료한 경우 수가 적용 방법은?	한시적 수가 적용은 2024년 2월 20일 이후 배정 완료 및 응급실에 도착한 환자부터 적용함 위 경우, 명세서 분리작성.청구는 <b>불필요함</b>

연번	질 의	답 변																																																						
2-5	한시적 수가 산정 시 명세서 진료 내역의 항, 목번호는?	명세서 진료내역 "01항"(진찰료) "03목"(응급 및 회송료 등)란에 기재하여 청구함																																																						
2-6	위탁진료 시 한시적 수가 청구는 어떻게 하나요?	위탁진료의 경우, 청구는 2024.3.25.부터 가능함 * 한시적 수가 코드 청구 시, 기존 위탁진료 청구와 동일하게 JS008(위탁진료)란을 반드시 기재하여 청구																																																						
2-7	한시적 수가 청구 시, 필수 기재해야하는 특정내역이 있나요?	<p>○ 명세서 단위 특정내역 MT046(응급환자 중증도 분류기준)란에 KTAS 중증도 등급을 반드시 기재하여 청구</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 응급환자 중증도 분류 시행 인력이 없는 전문병원의 경우, 중앙응급의료센터 상황실에서 환자 배정 시 분류한 KTAS 중증도 등급을 기재</li> <li>- 기재방법: 왼쪽 첫 번째자리에 붙여서 숫자만 기재</li> <li>- 예시)</li> </ul> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="10">특정내역(MT046)기재</th> <th rowspan="2">청구유형</th> </tr> <tr> <th>①</th> <th>②</th> <th>③</th> <th>④</th> <th>⑤</th> <th>⑥</th> <th>⑦</th> <th>⑧</th> <th>...</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>올바른 기재</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>등</td> <td>급</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>잘못된 기재</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>잘못된 기재</td> </tr> </tbody> </table> <p>○ 2024년 6월 11일 진료분부터 줄단위 특정내역 JX999(기타내역)란에 '중앙응급의료센터 배정 여부'를 반드시 기재하여 청구</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 병원 간 전원 요청하여 중앙응급의료센터를 통해 배정받은 경우: "배정"을 기재</li> <li>② 병원 간 전원이 아닌 119구급대를 통해, 구급 상황관리센터의 공동대응 요청에 따라 광역 응급의료상황실이 수용병원을 선정하여 이송된 경우: "배정119"를 기재</li> </ul> <p>※ 이 때, 타 JX999와 구분하여 줄을 달리하고 왼쪽 첫 번째 자리부터 붙여서 기재</p>	특정내역(MT046)기재										청구유형	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	...		1										올바른 기재	1	등	급								잘못된 기재	2										잘못된 기재
특정내역(MT046)기재										청구유형																																														
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	...																																																
1										올바른 기재																																														
1	등	급								잘못된 기재																																														
2										잘못된 기재																																														

연번	질 의	답 변																																																																																						
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="10">특정내역(JX999) 작성예시</th> <th rowspan="2">청구유형</th> </tr> <tr> <th>①</th> <th>②</th> <th>③</th> <th>④</th> <th>⑤</th> <th>⑥</th> <th>⑦</th> <th>⑧</th> <th>...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>배</td> <td>정</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>올바른 기재</td> </tr> <tr> <td>배</td> <td>정</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>올바른 기재</td> </tr> <tr> <td></td> <td>배</td> <td>정</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>잘못된 기재</td> </tr> <tr> <td></td> <td>배</td> <td>정</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>잘못된 기재</td> </tr> <tr> <td></td> <td>N</td> <td>M</td> <td>C</td> <td>배</td> <td>정</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>잘못된 기재</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>1</td> <td>9</td> <td>배</td> <td>정</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>잘못된 기재</td> </tr> </tbody> </table>	특정내역(JX999) 작성예시										청구유형	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	...	배	정									올바른 기재	배	정	1	1	9						올바른 기재		배	정								잘못된 기재		배	정	1	1	9					잘못된 기재		N	M	C	배	정					잘못된 기재		1	1	9	배	정					잘못된 기재
특정내역(JX999) 작성예시										청구유형																																																																														
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	...																																																																																
배	정									올바른 기재																																																																														
배	정	1	1	9						올바른 기재																																																																														
	배	정								잘못된 기재																																																																														
	배	정	1	1	9					잘못된 기재																																																																														
	N	M	C	배	정					잘못된 기재																																																																														
	1	1	9	배	정					잘못된 기재																																																																														

### 3 기타

연번	질 의	답 변
3-1	최초 배정받은 기관에서 중앙응급 의료센터를 통해 다른 응급의료센터로 환자를 재전원하게 될 경우 한시적 중증응급환자 배정지원금 수가 산정이 가능한가요?	응급환자 분류 및 진찰, 진단 등 기본적 응급진료 행위가 이루어진 이후 전원되었다면, 최초 배정 기관 및 최종치료 수행 기관 모두 각 1회씩 산정함. 다만, 최초 배정기관에서 위와 같은 기본적 응급 진료 행위가 이루어지지 않았다면 산정하지 아니함

## 7

# 응급 진찰료 수가 신설

### ① 주요내용

- 응급의료기관의 비상진료 지원을 위해 응급 진료 후 '가-1 외래환자 진찰료' 산정 시 한시적 수가 신설
- 수가 인상분의 일부를 응급실 근무 전문의·전공의에게 지급
  - \* 세부기준 별도 안내예정

### ② 적용대상

- (대상기관) 「응급의료에 관한 법률」에 의한 응급의료기관 및 권역외상센터
  - 대상기관에서 응급진료 후 '가-1 외래환자 진찰료'를 산정하는 경우
- (대상환자) 중증응급환자 또는 중증응급의심환자(KTAS 1~3)

### ③ 적용기간

- 3월 11일 ~ 별도 안내 시까지

### ④ 신청 및 안내

- 집단휴진 기간 동안 한시적 수가 코드 청구(참고1)
- 기존 '가-1 외래환자 진찰료' 수가코드 산정 시, 신설되는 응급 진찰료 한시적 수가 코드 별도 산정

### ⑤ 지원방안 문의처

- 보건복지부 응급의료과 ☎ 044-202-2553
- 건강보험심사평가원 공공수가개발부 ☎ 033-739-1531
- 건강보험심사평가원 의료급여운영부 ☎ 033-739-3607~9

**참고1****응급 진찰료 수가**

---

 **한시적 응급 진찰료 수가**

(2024년 기준, 점수 당 단가 81.2원 적용)

임시코드	분류	점수	금액
IE006	(비상)응급 진찰료	232.33	18,870

## 참고2

## 응급 진찰료 수가 관련 질의 · 응답

### 1 수가 산정

연번	질 의	답 변
1-1	응급 진찰료를 산정하는 기준은?	「응급의료에 관한 법률」에 따른 응급의료기관 및 권역외상센터에서 '가-1 외래환자 진찰료'를 산정하는 경우
1-2	응급실 진료 후 재진 진찰료를 산정하는 경우에도 응급 진찰료를 산정할 수 있는지?	초·재진 관계없이 '가-1 외래환자 진찰료' 산정 시 응급 진찰료를 산정함
1-3	진찰료가 2회 이상 산정된 경우 응급 진찰료 산정 방법은?	진찰료 청구횟수와 동일하게 산정함
1-4	한시 가산수가는 공휴일 또는 야간, 소아 가산 및 종별 가산 등 가산을 적용하는지?	소아, 공휴·야간, 종별 등 각종 가산은 적용하지 않음
1-5	한시적 수가 산정이 가능한 환자 자격은?	<b>건강보험 환자(차상위 본인부담 경감대상자 포함)와 의료급여 환자만 산정 가능</b> 자동차보험, 보훈환자는 한시적 수가 적용 불가함
1-6	(산)포괄수가에도 동일하게 적용하는지?	<b>행위별수가제</b> 의 대상환자, 한시적 수가코드 및 산정기준 등 <b>동일적용</b>
1-7	응급실에 방문하여 기존에 일시 처방 받은 물리치료, 주사 등을 실시한 경우에도 응급진료 진찰료를 산정할 수 있나요?	기존에 일시처방 받은 물리치료, 주사 등을 응급실에서 시행한 경우 응급진료 진찰료 산정 불가
1-8	응급실에 방문하여 진료의사와 상담 후 처방전 및 약제를 대리수령 한 경우에도 응급진료 진찰료를 산정할 수 있나요?	대리수령자가 처방전 및 약제를 대리수령한 경우 응급진료 진찰료 산정 불가
1-9	상급종합병원 외래에서 경증질환*을 주상병으로 진료받은 환자의 경우 한시적 수가 산정이 가능한가요? *보건복지부 장관이 정하여 고시하는 "약국 요양급여비용 총액의 본인부담률 산정특례 대상" 질병	경증질환을 주상병으로 상급종합병원 응급실에서 진료를 받은 <b>환자*의 경우, KTAS 1~3등급으로 분류되었어도 한시적 수가 산정 불가</b> * 응급실 요양급여비용 본인부담률이 '외래 본인부담률'로 적용되는 특정기호 'F025'(상급종합 외래경증재진) 또는 'F026'(상급종합 외래경증초진)에 해당하는 환자

## 2 청구방법

연번	질 의	답 변																														
2-1	응급 진찰료 청구 시 기재하는 명세서 진료내역 항, 목번호는?	명세서 진료내역의 "01항"(진찰료) "03목"(응급 및 회송료 등)에 기재함																														
2-2	청구는 언제부터 가능한지?	2024.3.11. 진료분부터 수가 산정 가능하나, 청구는 2024.3.25.부터 가능함(위탁진료 포함*) * 한시적 추가 가산 코드 청구 시, 기존 위탁진료 청구와 동일하게 JS008(위탁진료)란을 반드시 기재하여 청구																														
2-3	본인부담금 발생여부는?	한시적인 추가 가산수가로 본인부담금은 발생하지 않으며 전액 공단부담금(기금부담금)으로 청구함																														
2-4	건강보험(의료급여) 이종자격이 있는 보훈환자의 경우 한시적 수가 산정 시, 어떻게 청구해야 하나요?	건강보험(의료급여) 이종자격이 있는 보훈 환자의 경우, 명세서를 별도로 분리하지 않고 명세서 일반내역 '공상 등 구분'란에 '4' 또는 'B'를 기재하여 합산 청구																														
2-5	포괄수가에서 <b>응급 진찰료 한시적 수가</b> 청구방법은?	응급실 진료 후 기존 '가-1 외래 환자 진찰료' 수가 코드는 L항 81목에, 신설되는 응급 진찰료 한시적 수가 코드는 진료내역 1항 3목에 기재하여 별도 산정함 신포괄수가제는 행위별 수가와 동일하게 청구함																														
	(예시) 중증응급환자 또는 중증응급의심환자를 지역응급의료기관 응급실에서 진료한 경우																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>항</th> <th>목</th> <th>줄</th> <th>코드 구분</th> <th>코드</th> <th>단가</th> <th>일투</th> <th>총투</th> <th>금액</th> <th>변경일</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>03</td> <td>0001</td> <td>1</td> <td>IE006</td> <td>18,870</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>18,870</td> <td>20240311</td> </tr> <tr> <td>L</td> <td>81</td> <td>0002</td> <td>1</td> <td>AA155</td> <td>16,960</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>16,960</td> <td>20240311</td> </tr> </tbody> </table>		항	목	줄	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액	변경일	01	03	0001	1	IE006	18,870	1	1	18,870	20240311	L	81	0002	1	AA155	16,960	1	1	16,960	20240311
항	목	줄	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액	변경일																							
01	03	0001	1	IE006	18,870	1	1	18,870	20240311																							
L	81	0002	1	AA155	16,960	1	1	16,960	20240311																							
2-6	한시적 수가 산정 시 기재해야하는 특정내역이 있는지?	명세서단위 특정내역 MT046(응급환자 중증도 분류기준)란에 KTAS 중증도 등급을 반드시 기재하여 청구  - 기재형식: 9(1)																														



### ① 주요내용

- (현황) 응급의료기관 및 권역외상센터에 내원한 응급환자에게 응급실에서 (별표1)의 행위를 실시한 경우 소정점수의 50% 가산
- (개선) 집단행동기간 중 가산을 한시적 100% 확대
  - 소정점수의 (기존) 50% → (개선) 150% 한시적 가산 인상

### ② 적용대상

- 「응급의료에 관한 법률」에 의한 응급의료기관 및 권역외상센터
  - 응급환자에게 응급실에서 (별표 1)의 행위를 실시하는 경우

### ③ 적용기간

- 3월 11일 ~ 별도 안내 시까지

### ④ 신청 및 안내

- 별도 신청 불필요
- 기존의 응급의료행위 (별표 1)의 행위 코드 산정 시, 신설되는 응급의료행위 한시적 추가 가산 코드(참고1) 별도 산정(단, 종별·소아·공휴 등 각종 가산 적용 불가)

### ⑤ 지원방안 문의처

- 보건복지부 응급의료과 ☎ 044-202-2553
- 건강보험심사평가원 공공수가개발부 ☎ 033-739-1538~9
- 건강보험심사평가원 의료급여운영부 ☎ 033-739-3607~9

**참고1****한시적 응급환자 응급의료행위(별표 1) 추가 가산 수가****□ 응급의료행위(별표 1) 한시적 추가 가산 수가**

임시코드	분류	점수
IEC80402	(비상)흉막천자	632.41
IEC80502	(비상)복수천자,복막천자	556.60
IEC80602	(비상)심낭천자	1,546.95
IEE72002	(비상)중심정맥압측정[1일당]	180.29
IEKK0702	(비상)골수내 주사	289.09
IEM05812	(비상)(상급종합병원·종합병원)고압산소요법-1시간까지	302.06
IEM05822	(비상)(상급종합병원·종합병원)고압산소요법-1시간을 초과하여 2시간까지	734.83
IEM05832	(비상)(상급종합병원·종합병원)고압산소요법-2시간 초과 1일당	1,907.08
IEM05862	(비상)고압산소요법-1시간까지	302.06
IEM05872	(비상)고압산소요법-1시간을 초과하여 2시간까지	734.83
IEM05882	(비상)고압산소요법-2시간 초과 1일당	1,907.08
IEM08592	(비상)기관내삽관술-상후두기도유지기를 이용하여 시행한 경우	577.39
IEM15832	(비상)(상급종합병원·종합병원)심폐소생술(15분까지)	1,618.78
IEM15842	(비상)(상급종합병원·종합병원)심폐소생술(15분을초과하여30분까지)	2,104.57
IEM15852	(비상)(상급종합병원·종합병원)심폐소생술(30분을초과하여45분까지)	2,645.65
IEM15862	(비상)(상급종합병원·종합병원)심폐소생술(45분을초과하여60분까지)	3,243.65
IEM15872	(비상)(상급종합병원·종합병원)심폐소생술(60분초과1일당)	5,469.67
IEM58302	(비상)경피적기관카테터삽입및인공호흡[윤상갑상막천자를통한것]	943.52
IEM58502	(비상)인공호흡[기관내삽관료 별도]-3시간까지	606.57
IEM58572	(비상)인공호흡[기관내삽관료 별도]-3시간을 초과하여8시간까지	959.62
IEM58582	(비상)인공호흡[기관내삽관료 별도]-8시간을 초과하여12시간까지	1,863.38
IEM58592	(비상)기관내삽관술	577.39
IEM58602	(비상)인공호흡[기관내삽관료 별도]-12시간초과1일당	2,025.18
IEM58732	(비상)심폐소생술(15분까지)	1,618.78
IEM58742	(비상)심폐소생술(15분을초과하여30분까지)	2,104.57
IEM58752	(비상)심폐소생술(30분을초과하여45분까지)	2,645.65
IEM58762	(비상)심폐소생술(45분을초과하여60분까지)	3,243.65
IEM58772	(비상)심폐소생술(60분초과1일당)	5,469.67
IEM58802	(비상)제세동술및전기적심조율전환[1일당]	1,188.47
IEM59012	(비상)위세척[위관삽입료포함][1일당]-구위관삽입에 의한 세척	676.54
IEM59022	(비상)위세척[위관삽입료포함][1일당]-비위관삽입에 의한 세척-위출혈의 경우	971.55
IEM59032	(비상)위세척[위관삽입료포함][1일당]-비위관삽입에 의한 세척-기타의 경우	478.37

입시코드	분류	점수
IEM59102	(비상)식도압박지혈튜브삽입	875.26
IEM59202	(비상)기관내세척[1일당]	268.18
IEM59302	(비상)쇼크방지용하의 장착	178.32
IEM59412	(비상)소아열성경련응급처치[관장,산소흡입료포함]	519.47
IEM59422	(비상)소아열성경련예방처치[관장료포함]	136.19
IEM59512	(비상)응급고정술[Cervical Collar 착용 등을 이용한 경추부 고정]	162.87
IEM59522	(비상)응급고정술[척추고정]	425.56
IEM59532	(비상)응급고정술[Air-Splint등에 의한 사지고정]	181.18
IEM59612	(비상)급속내부체온조절요법-위세척에의한경우	450.03
IEM59622	(비상)급속내부체온조절요법-복강세척에의한경우	817.43
IEM59632	(비상)급속내부체온조절요법-직장세척에의한경우	582.44
IEM59702	(비상)치료적저체온요법[1일당]	931.07
IEM59802	(비상)등탄산 호흡항진	201.56
IEM59902	(비상)선택적 두부 저체온 요법	2,621.63
IEM59912	(비상)선택적 두부 저체온 요법-처치일 다음날부터 1일당	1,546.21
IEM60002	(비상)T모양 장비와 T형 소생기를 이용한 환기	326.32
IEO02032	(비상)경정맥 체내용 심박기 거치술-삽입술(심방 또는 심실 전극을 삽입하는 경우)	13,525.24
IEO02042	(비상)경정맥 체내용 심박기 거치술-삽입술(심방 및 심실 전극을 삽입하는 경우)	15,629.70
IEO02302	(비상)경정맥 체내용 심박기 거치술-삽입술(전극유도선이 없는 심박기 거치술)	13,225.79
IEO02412	(비상)개흉적 체내용 심박기 거치술-교환술	9,698.84
IEO02422	(비상)개흉적 체내용 심박기 거치술-제거술	19,397.66
IEO02432	(비상)개흉적 체내용 심박기 거치술-제거술-Generator만 제거시	9,698.84
IEO22212	(비상)심장 재동기화 치료기 거치술-삽입술(CRT-P)	31,259.40
IEO13002	(비상)관혈적기관절개술	2,798.71
IEO13012	(비상)경피적확장기관절개술	1,246.12
IEO13032	(비상)윤상갑상막절개술(투관침에 의한 경우)	1,032.04
IEO13062	(비상)윤상갑상막절개술(피부절개에 의한 경우)	1,242.82
IEO15102	(비상)흉강삽관술(폐쇄식)	3,595.83
IEO15202	(비상)흉강삽관술(개방식)	4,351.91
IEO16502	(비상)중심정맥내카테터유치술(컷다운법)	952.98
IEO16512	(비상)중심정맥내카테터유치술(컷다운방법에의한동맥삽관술)	952.98
IEO20012	(비상)체외용심박기장치술[심박기사용료포함]	6,371.14
IEO20022	(비상)체외용심박기조작[1일당]	412.26
IEO20042	(비상)개흉적 체내용 심박기 거치술-삽입술	19,397.66
IEO20052	(비상)경피적인공심박동술[심박기사용료포함]	323.62
IEQ24812	(비상)복막세척술	2,782.54

## 참고2

## 한시적 응급환자 응급의료행위(별표 1) 가산 수가 관련 질의·답변

### 1 수가산정

연번	질 의	답 변
1-1	한시적 응급의료행위 추가 가산 산정 가능한 기관은?	「응급의료에 관한 법률」에 따른 응급의료기관 및 권역외상센터에서 한시적 응급의료행위 추가 가산 코드를 별도 산정함
1-2	한시적 응급의료행위 추가 가산 산정 방법은?	제2절 응급의료행위, 제3절 권역외상센터 응급의료행위 산정지침에 따라 (별표 1)의 행위 산정 횟수와 동일하게 산정함 다만, 제2의 수술부터는 산정 횟수의 50%(0.5회), 상급종합병원·종합병원은 산정 횟수의 70%(0.7회)를 산정함
1-3	한시 가산수가는 공휴일 또는 야간, 소아 가산 및 종별 가산 등 가산을 적용하는지?	소아, 공휴·야간, 종별 등 각종 가산은 적용하지 않음
1-4	한시적 수가 산정이 가능한 환자 자격은?	<b>건강보험 환자(차상위 본인부담 경감대상자 포함)와 의료급여 환자만 산정 가능</b> 자동차보험, 보훈환자는 한시적 수가 적용 불가함
1-5	(산)포괄수가에서도 한시적 응급의료행위 추가가산 산정 가능한가요?	<b>행위별수가제의 적용대상, 한시적 수가코드, 산정방법 및 적용기간 등 동일적용</b>
1-6	상급종합병원 외래에서 경증질환*을 주상병으로 진료받은 환자의 경우 한시적 수가 산정이 가능한가요?  *보건복지부 장관이 정하여 고시하는 “약국 요양급여비용 총액의 본인부담률 산정특례 대상” 질병	경증질환을 주상병으로 상급종합병원 응급실에서 진료를 받은 <b>환자*의 경우라도 응급환자로(응급의료에 관한 법률 시행규칙 별표1 증상을 가진 사람) 분류되는 경우 한시적 수가 산정 가능</b>  * 응급실 요양급여비용 본인부담률이 ‘외래 본인부담률’로 적용되는 특정기호 ‘F025’(상급종합 외래경증재진) 또는 ‘F026’(상급종합 외래경증초진)에 해당하는 환자

## 2 청구방법

연번	질 의	답 변																														
2-1	청구는 언제부터 가능한지?	응급의료행위 한시적 추가 가산 코드는 2024.3.11. 진료분부터 수가 산정 가능하나, 청구는 2024.3.25. 부터 가능함(위탁진료 포함) * 한시적 추가 가산 코드 청구 시, 기존 위탁진료 청구와 동일하게 JS008(위탁진료)란을 반드시 기재하여 청구																														
2-2	본인부담금 발생여부는?	한시적인 추가 가산수가로 본인부담금은 발생하지 않으며 전액 공단부담금(기금부담금)으로 청구함																														
2-3	건강보험(의료급여) 이중자격이 있는 보훈환자의 경우 한시적 수가 산정 시, 어떻게 청구해야 하나요?	건강보험(의료급여) 이중자격이 있는 보훈 환자의 경우, 명세서를 별도로 분리하지 않고 명세서 일반내역 '공상 등 구분'란에 '4' 또는 'B'를 기재하여 합산 청구																														
2-4	2024년 3월 11일 이전에 응급실에 내원한 환자가 한시적 수가 적용일 이후까지 체류하고 진료한 경우 수가 적용방법은?	한시적 수가 적용은 2024년 3월 11일 응급실에 내원하는 환자부터 적용하며, 명세서 분리작성·청구는 불필요함																														
2-5	한시적 수가 청구 시에도 기존 응급 의료행위 가산 산정 시와 동일하게 특정내역을 기재해야 하나요?	한시적 수가의 경우, 특정내역은 별도 기재 불필요함																														
2-6	포괄수가에서 한시적 응급환자 의료 행위 가산 산정 시 청구방법은?	응급의료기관에서 실시한 기존 응급의료행위(별표1)수가코드는 L항 88목에, 신설되는 한시적 응급환자 의료행위 가산 코드는 진료내역 8항 1목에 기재하여 별도 산정함 신포괄수가제는 행위별 수가와 동일하게 청구함  (예시) 응급의료기관(종합병원)에서 응급환자에게 응급의료행위(별표1) 실시한 경우																														
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>항</th> <th>목</th> <th>줄</th> <th>코드 구분</th> <th>코드</th> <th>단가</th> <th>일투</th> <th>총투</th> <th>금액</th> <th>변경일</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>08</td> <td>01</td> <td>0001</td> <td>1</td> <td>IEO16502</td> <td>77,380</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>77,380</td> <td>20240311</td> </tr> <tr> <td>L</td> <td>88</td> <td>0002</td> <td>1</td> <td>O1650020</td> <td>116,070</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>116,070</td> <td>20240311</td> </tr> </tbody> </table>	항	목	줄	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액	변경일	08	01	0001	1	IEO16502	77,380	1	1	77,380	20240311	L	88	0002	1	O1650020	116,070	1	1	116,070	20240311
항	목	줄	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액	변경일																							
08	01	0001	1	IEO16502	77,380	1	1	77,380	20240311																							
L	88	0002	1	O1650020	116,070	1	1	116,070	20240311																							
2-7	한시적 수가 산정 시 명세서 진료 내역의 항, 목번호는?	기존 응급의료행위의 항, 목번호와 동일하게 기재하여 청구함 다만, 기존 응급의료행위가 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따른 요양급여 적용일 경우, 한시적 수가는 기존 행위와 별도로 반드시 01항~10항에 기재하여 청구																														

### ① 주요내용

- (현황) 전공의 집단행동으로 중환자실 입원환자의 진료 공백 발생, 중증·응급 상황에 대한 적절한 대처 부재 등 적정진료 제공 불가
- (개선) 집단행동 기간 중 중환자실에 전문의를 투입해 진료한 경우<sup>①</sup> 및 기존 중환자실 전담전문을 운영하는 중환자실 병동<sup>②</sup>에 정책가산 지원

### ② 적용대상

- 중환자실 운영 의료기관(병원 이상)<sup>①</sup>
  - \* 중환자실(일반, 신생아, 소아)을 신고·개설하여 운영중인 의료기관(24.1분기 적용 기준)
- 중환자실 전담전문의 인력을 배치하여 운영하는 병동(Unit)<sup>②</sup>
  - \* 중환자실(일반, 신생아, 소아) 전담전문의 운영 기관(24.1분기 적용 기준)

### ③ 적용기간

- 3월 11일 ~ 별도 안내 시까지

### ④ 신청 및 안내

- 집단행동 기간 동안 한시적 수가코드(I, II) 청구(참고1,2)

### ⑤ 지원방안 문의처

- 건강보험심사평가원 수가체계혁신부 ☎ 033-739-1511~3
- 건강보험심사평가원 의료급여운영부 ☎ 033-739-3607~9

## 참고1

# 중증입원환자 비상진료 정책지원금 산정

### □ 수가 산정 및 급여기준

#### ○ (중증입원환자 비상진료 정책지원금 I)<sup>①</sup>

- (대상 기관) 중환자실을 운영하는 의료기관(상급종합병원, 종합병원, 병원)
  - \* 의료기관 중 중환자실 개설·신고한 의료기관('24.1분기 적용 기준)
- (운영 형태) 중환자실에 전문의를 비상 투입하여 중환자 입원진료를 시행한 경우
- (수가 산정) 중환자실 입원환자 1인당 일별로 정책수가 산정
- (대상 환자) 중환자실 입원료(가-9)를 산정하는 환자
  - \* 단, 중환자실 전담전문의 가산('24.1분기 적용 기준)을 산정하는 입원환자는 정책지원금II 산정

#### ○ (중증입원환자 비상진료 정책지원금 II)<sup>②</sup>

- (대상 기관) 중환자실 전담전문의 운영 병동(Unit)
  - \* 중환자실(일반, 신생아, 소아) 전담전문의 운영 기관('24.1분기 적용 기준)
- (수가 산정) 중환자실 전담전문의 가산을 산정하는 입원환자 1인당 일별로 정책수가 산정
- (대상 환자) 중환자실 전담전문의 가산을 산정하는 환자

### □ 중증입원환자 비상진료 정책지원금 수가

(단위: 원)

구분	종별	수가코드	금액
중증입원환자 비상진료 정책지원금 I	상급종합병원, 종합병원, 병원	IE004	25,000
중증입원환자 비상진료 정책지원금 II		IE005	

1. 정책지원금 I: 중환자실에 전문의를 투입하여 입원진료를 시행한 경우, 환자당 해당 수가 산정
  2. 정책지원금 II: 기존에 중환자실 전담전문을 운영한 경우, 운영병동에 입원한 환자당 해당 수가 산정
- \* 본인부담 면제(전액 보험자 부담)

## 참고2

## 중증입원환자 비상진료 정책지원금 관련 질의·답변

### 1 수가 산정

연번	질 의	답 변																								
1-1	'중증입원환자 비상진료 정책지원금 I·II' 수가를 산정 가능한 기관은?	(24.1분기 적용 기준) 중환자실(일반,신생아,소아) 운영 의료기관																								
1-2	'중증입원환자 비상진료 정책지원금 I'은 중환자실 전담전문의가 신고된 병동(Unit)에서도 산정 가능한지?	중환자실 전담전문의 가산을 산정하는 환자는 제외이며, 중환자실(가-9) 또는 중환자실 내 격리실 (일반격리실 및 음압격리실)에 입원한 환자를 대상으로 산정 가능함																								
1-3	'중증입원환자 비상진료 정책지원금II'는 중환자실 전담전문의가 신고된 병동(Unit)에서만 산정 가능한지?	(24년 1분기 적용 기준) 기신고된 병동(Unit)에서 '중환자실 전담전문의 가산'을 산정하는 환자를 대상으로 함																								
2	한시적 수가 산정이 가능한 환자 자격은?	건강보험 환자(차상위 본인부담 경감대상자 포함)와 의료급여 환자만 산정 가능 자동차보험, 보훈환자는 한시적 수가 적용 불가함																								
2-1	(신)포괄수가에서도 중증입원환자 비상진료 정책지원금 산정 가능한가요?	행위별수가제의 적용대상, 한시적 수가코드, 산정 방법 및 적용기간 등 동일적용																								
3	수가 산정횟수는?	중증입원환자 비상진료 정책지원금 I·II는 환자당 입원일수 별로 산정 가능 예시) 2박 3일 입원시 3회 산정(퇴원일 산정 가능)																								
4	'중증입원환자 비상진료 정책지원금 I·II'을 산정하는 환자가 일반병동 또는 기타병동(낮병동 제외)로 전실한 경우 어떻게 산정하는지?	중환자실로 입원하여 일반병동 또는 기타병동(낮병동 제외)으로 전실한 당일은 기존에 산정하였던 '중증입원환자 비상진료 정책지원금 I·II'를 유지하고, 익일부터 '입원환자 비상진료 정책지원금 I·II'를 산정함.  단, 중환자실에서 일반병동 또는 기타병동(낮병동 제외)으로 전실하였다가 다시 중환자실로 전실한 경우, 입실일(전실)과 퇴실일(전실)을 합산하여 1일로 산정함(각각 산정불가)  * (예시) 중환자실에 4박 5일 입원하였으므로 5회 산정 <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>날짜</td> <td>2/1</td> <td>2/2</td> <td>2/3</td> <td>2/4</td> <td>2/5</td> <td>2/6</td> <td>2/7</td> </tr> <tr> <td>구분</td> <td></td> <td>중환자실</td> <td>일반병실</td> <td>중환자실</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>수가산정</td> <td>1회</td> <td>2회</td> <td colspan="2">3회</td> <td>4회</td> <td>5회</td> <td></td> </tr> </table>	날짜	2/1	2/2	2/3	2/4	2/5	2/6	2/7	구분		중환자실	일반병실	중환자실				수가산정	1회	2회	3회		4회	5회	
날짜	2/1	2/2	2/3	2/4	2/5	2/6	2/7																			
구분		중환자실	일반병실	중환자실																						
수가산정	1회	2회	3회		4회	5회																				



연번	질 의	답 변																																
4-1	일반병동과 중환자실 간 전 실시 '중증입원환자 비상진료 정책지원금 I·II'와 '입원환자 비상정책지원금 I·II' 산정방법	'입원환자 비상정책지원금 I·II'를 산정하는 일반병동 환자가 중환자실로 전실한 경우, 전실한 당일은 '입원환자 비상정책지원금 I·II'을 유지하고, 익일부터 '중증입원환자 비상진료 정책지원금 I·II'를 산정함.  * (예시) 일반병실에서 중환자실로 전실한 경우, 전실 당일은 전실 이전 병동의 수가로 산정																																
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>날짜</th> <th>2/1</th> <th>2/2</th> <th>2/3</th> <th>2/4</th> <th>2/5</th> <th>2/6</th> <th>2/7</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>구분</td> <td colspan="2">일반병동</td> <td>중환자실</td> <td colspan="2">일반병동</td> <td colspan="2">중환자실</td> </tr> <tr> <td>일반</td> <td>1회</td> <td>2회</td> <td></td> <td>3회</td> <td>4회</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>중증</td> <td></td> <td></td> <td>1회</td> <td></td> <td></td> <td>2회</td> <td>3회</td> </tr> </tbody> </table>	날짜	2/1	2/2	2/3	2/4	2/5	2/6	2/7	구분	일반병동		중환자실	일반병동		중환자실		일반	1회	2회		3회	4회			중증			1회			2회	3회
날짜	2/1	2/2	2/3	2/4	2/5	2/6	2/7																											
구분	일반병동		중환자실	일반병동		중환자실																												
일반	1회	2회		3회	4회																													
중증			1회			2회	3회																											
5	비상투입된 전문의의 근무형태는?	주·야간, 당직 구분 없이 투입 가능																																

## 2 청구방법

연번	질 의	답 변																														
6	청구는 언제부터 가능한지?	2024.3.11.진료분부터 수가 산정 가능하나, 청구는 2024.4.1.부터 가능함																														
7	본인부담금 발생여부는?	한시적인 정책수가로 본인부담금은 발생하지 않으며 전액 공단부담금(기금부담금)으로 청구함																														
8	한시적 수가 산정 시 명세서 진료 내역의 항, 목번호는?	명세서 진료내역 "02항(입원료) 99목(기타)"란에 기재하여 청구함																														
8-1	포괄수가에서 중증입원환자 비상진료 정책지원금 청구 방법은?	'가-9 중환자실 입원료' 수가코드는 L항 82목에, 신설되는 중증입원환자 비상진료 정책지원금 한시적 수가 코드는 진료내역 02항 99목에 기재하여 청구함																														
	(예시) 중환자실에 전문의를 비상 투입하여 중환자 입원진료를 시행한 경우																															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>항</th> <th>목</th> <th>줄</th> <th>코드 구분</th> <th>코드</th> <th>단가</th> <th>일투</th> <th>총투</th> <th>금액</th> <th>변경일</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>02</td> <td>99</td> <td>0001</td> <td>1</td> <td>IE004</td> <td>25,000</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>25,000</td> <td>20240311</td> </tr> <tr> <td>L</td> <td>82</td> <td>0002</td> <td>1</td> <td>AJ1B1</td> <td>449,700</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>449,700</td> <td>20240311</td> </tr> </tbody> </table>	항	목	줄	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액	변경일	02	99	0001	1	IE004	25,000	1	1	25,000	20240311	L	82	0002	1	AJ1B1	449,700	1	1	449,700	20240311
항	목	줄	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액	변경일																							
02	99	0001	1	IE004	25,000	1	1	25,000	20240311																							
L	82	0002	1	AJ1B1	449,700	1	1	449,700	20240311																							
9	한시적 수가 시행일 이전부터 입원 중인 경우 해당 수가 산정 시 명세서를 다른 진료내역과 분리하여 작성·청구해야 하는지?	명세서를 분리 작성·청구할 필요는 없으나, 명세서 진료내역의 '변경일'란에 신설된 수가의 최초 적용일자를 반드시 기재해야 함  * 명세서 '변경일'란 기재 형식: CCYYMMDD																														

연번	질 의	답 변
10	건강보험(의료급여) 이중자격이 있는 보훈환자의 경우 한시적 수가 산정 시, 어떻게 청구해야 하나요?	건강보험(의료급여) 이중자격이 있는 보훈 환자의 경우, 명세서를 별도로 분리하지 않고 명세서 일반내역 '공상 등 구분'란에 '4' 또는 'B'를 기재하여 합산 청구
11	자료제출은 따로 없는지?	별도 제출 필요 없음

### ① 주요내용

- 비상진료 기간 중에도 중증환자 입원진료 유지를 위해 적극적으로 진료한 기관에 대하여 중증환자 진료에 대한 사후보상 지원
  - 집단행동 기간 종료 후 의료기관별 평가에 따라 지원대상 기관, 지원규모, 지급방법 등 별도 안내 예정

### ② 적용대상

- 입원환자 전문진료질병군이 일정 비율 이상인 상급종합병원 및 종합병원

### ③ 적용기간

- 3월 11일 ~ 별도 안내 시까지

### ④ 신청 및 안내

- 추후 별도 안내 예정

### ⑤ 지원방안 문의처

- 건강보험심사평가원 수가체계혁신부 ☎ 033-739-1511~3
- 건강보험심사평가원 의료급여운영부 ☎ 033-739-3607~9

**□ 대상기관 선정 및 지급시점 등**

- (대상 기관) 입원환자 전문진료질병군 비율이 일정 수준\* 이상인 상급종합병원 및 종합병원

\* (입원환자 전문진료질병군 비율) 상급종합병원 34% 이상, 종합병원 17% 이상

- (평가 방법) 「의료질평가지원금 산정을 위한 기준 평가」 항목 중 입원 전문진료질병군 비율\* 산출 방법과 동일

\* 「상급종합병원의 지정 및 평가규정」 [별표1] 입원환자의 질병군별 질병의 종류 중 전문진료질병군(보건복지부 고시 제2021-1908호)(KDRG 4.4.버전) 및 제3조 제3항 등에 따라 별도로 정한 질병군 분류 적용

- (대상 환자군) 일반병동(간호간병, (신)포괄 포함), 특수병동(중환자실, 격리실, 납차폐·무균치료실, 신생아실, 호스피스 병동 등) 입원료를 산정하는 건강보험·의료급여 환자

\* 단, 낮병동 제외, 입원료 별도가산 제외

- (세부평가 기준 등) 세부평가 기준, 기관별 지원규모, 지원금 지급 시점 및 방법 등 추후 별도 안내 예정

- (지급 시점) 조속한 보상 지원을 위해 비상진료 기간 종료 후 2개월 이내 청구분 대상으로 선정 후 지원금 지급 예정

### ① 주요내용

- 신속대응시스템 시범사업 참여 의료기관 확대 및 수가 한시적 인상
  - 입원 병동에서도 중증도가 높은 환자를 안정적으로 관리

### ② 적용대상

- 시범사업 참여기관(총 36개소, '24.3.1. 기준) 및 추가 참여 의료기관
  - \* 추가 참여 의료기관은 300병상 이상 종합병원 또는 상급종합병원 중 한시적 시범기관으로 보건복지부장관의 승인을 받은 기관 (지속참여 여부는 추후 검토)

### ③ 적용기간

- 3월 11일 ~ 별도 안내 시까지
  - \* 단, 추가 참여 의료기관은 승인통보 시 부여한 운영시작일부터 수가 산정 가능

### ④ 신청 및 안내

- 집단행동 기간 동안 한시적 시범수가 코드 청구(참고1)
- 현행 시범사업 참여기관은 별도 신청 불필요
- 시범사업 참여를 희망하는 의료기관은 신청서(참고3) 제출 필요
  - 제출기간: 집단행동 기간 동안 한시적 모집·운영
  - 제출처: 건강보험심사평가원 수가체계혁신부 담당자 메일 (freshhb@hira.or.kr)

### ⑤ 지원방안 문의처

- 건강보험심사평가원 수가체계혁신부 ☎ 033-739-1507

## 참고1

## 한시적 인상 신속대응시스템 운영료 산정

※ 아래 명시되지 않은 대상환자, 산정기준 등은 '신속대응시스템 시범사업' 지침을 따름

### ① 시범사업 참여기관

○ 시범사업 지침에 따라 운영 시 한시적 시범수가 산정

수가코드	분류	점수(점)	금액(원)
	<b>(비상) 신속대응시스템 운영료</b>		
	<b>가. 1군 (365일, 24시간)</b>		
	(1) 상급종합병원		
IE030	(가) 1,800병상 이상	33.74	2,740
IE031	(나) 1,100병상 이상~1,800병상 미만	35.72	2,900
IE032	(다) 1,100병상 미만	42.60	3,460
IE033	(2) 종합병원	42.10	3,420
	<b>나. 2군A (주5일 이상, 16시간 이상)</b>		
	(1) 상급종합병원		
IE034	(가) 1,800병상 이상	16.32	1,330
IE035	(나) 1,100병상 이상~1,800병상 미만	17.34	1,410
IE036	(다) 1,100병상 미만	20.66	1,680
IE037	(2) 종합병원	20.40	1,660

\* 상급종합병원 병상구간은 신속대응시스템 서비스 제공시점의 허가병상수 기준

### ② 시범사업 추가 참여기관

○ 현행 2군 모형의 운영시간, 전담인력 기준은 시범사업 지침을 준수하되,  
- 지원인력, 필수장비 등 일부 기준을 완화하여 신속대응팀 운영

기준	현행	추가 참여
지원인력	업무 지원하는 담당전문의 1인 이상	유예
필수장비	4종(비디오 후두경, 간이진단검사기계, 이동식 인공호흡기, 이동식 초음파)	<b>기준 완화</b> (2종* 필수) * 비디오 후두경, 간이진단검사기계
모니터링	사전에 전산시스템에 설정된 고위험환자 선별 기준에 따라 모니터링	<b>기준 완화</b> (고위험환자 선별기준 필수, 전산시스템 모니터링 선택)
활성화 방법	① 전산시스템을 통한 방법 ② 병동 의료진의 의뢰를 통한 방법	<b>기준 완화</b> (병동 의료진 의뢰방법 필수 전산시스템 이용방법 선택)

○ (추가) 상기 기준으로 신속대응팀 운영 시 한시적 시범수가 산정

수가코드	분류	점수(점)	금액(원)
	<b>(비상) 신속대응시스템 운영료</b> <b>다. 2군B (주5일 이상, 16시간 이상)</b>		
	(1) 상급종합병원		
IE038	(가) 1,800병상 이상	12.24	990
IE039	(나) 1,100병상 이상~1,800병상 미만	13.01	1,060
IE040	(다) 1,100병상 미만	15.50	1,260
IE041	(2) 종합병원	15.30	1,240

\* 상급종합병원 병상구간은 신속대응시스템 서비스 제공시점의 허가병상수 기준

## 참고2

## 한시적 인상 신속대응시스템 운영료 산정 관련 질의·답변

※ 아래 명시되지 않은 질의응답 내용은 '신속대응시스템 시범사업' 지침을 따름

### 1 추가 산정

연번	질 의	답 변
1-1	한시적 시범수가(IE030~IE041)와 현행 신속대응시스템 운영료(IB091~IB098)는 중복 산정 가능한지?	한시적 시범수와 현행 신속대응시스템 운영료는 중복 산정 불가함
1-2	한시적 시범수가 산정이 가능한 환자 자격은?	건강보험 환자(차상위 본인부담 경감대상자 포함)만 산정 가능하며, 의료급여 및 자동차보험, 보훈 환자는 산정 불가함
1-3	공휴일 또는 야간, 소아 가산 등 가산을 적용하는지?	소아, 공휴·야간 등의 가산은 적용하지 않음
1-4	(신)포괄수가에서도 한시적 시범수가 산정 가능한지?	<b>행위별수가제</b> 의 적용대상, 한시적 수가코드, 산정 방법 및 적용기간 등 <b>동일하게 적용함</b>

### 2 청구방법

연번	질 의	답 변
2-1	청구는 언제부터 가능한지?	2024.3.11. 진료분부터 수가 산정 가능하나, <b>청구는 2024.4.8.부터 가능함</b>
2-2	본인부담금 발생여부는?	한시적 시범수가로 본인부담금은 발생하지 않으며, 전액 공단부담금으로 청구함
2-3	한시적 시범수가 시행일 이전부터 입원한 환자는 명세서를 분리하여 작성·청구해야 하는지?	명세서를 분리·청구할 필요는 없으나, 명세서 진료 내역의 '변경일'란에 한시적 시범수가의 최초 적용 일자를 반드시 기재해야 함 * 명세서 '변경일'란 기재 형식: CCYYMMDD
2-4	건강보험 이중자격이 있는 보훈환자의 경우 한시적 시범수가 산정 시, 어떻게 청구해야 하는지?	건강보험 이중자격이 있는 보훈환자의 경우, 명세서를 별도로 분리하지 않고 명세서 일반내역 '공상 등 구분'란에 '4' 또는 'B'를 기재하여 합산 청구함



연번	질 의	답 변
2-5	(신)포괄수가제를 적용하는 경우 한시적 시범수가는 어떻게 청구해야 하는지?	행위별수가제와 동일하게 명세서 진료내역 '02항 99목' 기타 란에 기재하여 청구함



## (비상) 신속대응시스템 시범사업 운영계획서

(비상) 신속대응시스템 시범사업 현황												
요양기관명(기호)		( )										
운영여부		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			운영시작연도		년					
<input type="checkbox"/> 참여 의사												
연번	성명	면허번호	자격	전공과목	전담여부 (전담/담당)	면허 취득연도	해당기관 근무연한 (년 개월)	비고				
<input type="checkbox"/> 참여 간호사												
연번	성명	면허번호	자격	응급실, 중환자실 분야 임상경력 (년 개월)	전담여부 (전담/담당)	면허 취득연도	임상경력 (년 개월)	비고				
								응급실 중환자실				
<input type="checkbox"/> 운영 현황 및 운영 계획												
		현황		계획				현황		계획		
운영 시간	24시간 운영				운영 장소 <th colspan="2">병원 전체</th> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td>	병원 전체						
	부분 운영 (운영 시간 작성)	월				부분 운영	대상	성인 소아				
		화						일반병실				
		수						응급실				
		목						외래				
		토						기타				
일												
운영 방법		전산스크리닝			환자 분류도구		MEWS					
		호출					NEWS					
		기타					기타					
심폐소생술팀 겸임 여부		항상			장비 보유현황		이동형 인공호흡기					
		때때로					이동식 초음파					
		하지않음					비디오 후두경					
							POCT					
							기타					
<input type="checkbox"/> 의료기관 중증도 및 규모 (2023년 월 평균)												
총 퇴원환자수		(응급실, 중환자실, 소아 포함)										
		(응급실, 중환자실, 소아 제외)										
심정지 건수		(응급실, 수술실, 중환자실, 소아 포함)										
		(응급실, 수술실, 중환자실, 소아 제외)										
병원 사망건수												
담당자		성명: ( )		(소속부서: ( )		/ 직책: ( )						
		☎ ( )		Fax ( )		e-mail						

<기재 시 유의사항>

○ 참여 간호사

- 신속대응팀 운영 여부에 따라서 작성하며, 이미 운영 중인 기관은 참여의료진 현황에 대하여 작성하며, 추가 채용 계획은 비고란에 '채용예정'으로 작성함
- 운영 예정 기관은 의료진 채용 계획으로 작성함

○ 참여 간호사

- 신속대응팀을 담당하는 간호사 기재
- 자격란에 숫자로 기재 ①중환자전문간호사 ②응급전문간호사
- 비고란에 응급실 또는 중환자실 임상경력 해당 부서를 기재함

○ 운영현황 및 운영계획

- 이미 운영 중인 기관은 운영현황과 운영계획을 모두 작성하고, 운영 예정 기관은 운영 계획내용에 대하여 작성함

○ 의료기관 중증도 및 규모

- 의료기관의 중증도 파악을 위해 참고할 내용으로 2023년 월 평균 건수로 기재함

[공통 기재사항]

- 면허/자격 취득연도 항목에는 간호사 면허증 또는 자격증 취득연도 기입
- 중환자 및 응급실 분야 임상 근무연한은 종합병원 이상에서의 업무를 실시한 기간을 기재
- 기타: 해당사항이 없는 경우는 해당 사항 란에 '없음'으로 기재

## (비상) 신속대응시스템 시범사업 참여 약정서

기관명:

요양기호:

위 기관은 신속대응시스템 시범사업(이하 “시범사업”) 수행기관(이하 “시범기관”)으로서 다음 각 호의 사항을 성실히 이행할 것을 약속하며, 이를 준수하지 않을 경우 관련 수가 반환 및 시범기관 지정 취소 등 보건복지부(이하 “복지부”)의 조치를 감수할 것을 서약하고 본 약정서를 제출합니다.

### 1. 의무 및 협조

가. 시범기관은 시범사업이 성공적으로 수행될 수 있도록 최선의 노력을 다하여야 하며, 시범사업과 관련하여 복지부가 협의 등을 요청하면 적극 협력하여야 한다.

나. 시범기관은 각호의 사항을 준수하여야 하며, 그 밖에 복지부의 요청 사항에 대해 적극 협조하여야 한다.

- ① 시범기관은 복지부의 시범사업 운영지침 등에서 정한 기준에 따라 성실하게 시범사업을 운영하여야 한다.
- ② 시범기관은 시범사업 수행에 따라 생성된 관련 자료를 복지부가 시범사업에 대한 점검, 모니터링, 평가 및 연구과제 수행 등에 필요하여 요청할 때는 지체 없이 제출하여야 한다. 또한 위와 같은 사유로 사업장 출입을 요청하거나 관련서류의 열람 등을 요구할 때는 이에 적극 협조하여야 한다.
- ③ 시범기관은 환자와 그 보호자가 알 수 있도록 시범사업 내용을 게시 또는 비치하거나 입원 시 설명하여야 한다.

### 2. 운영계약 체결 및 관련서류 제출 등

시범기관은 시범사업에 투입되는 의료진에 대해 직접 고용함을 원칙으로 하며, 관련 서류를 보관하여야 한다.

### 3. 준용

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

2024년    월    일

기관장 (직인)

보건복지부장관 귀하

### ① 주요내용

- 상급종합병원 및 시범사업 참여 2단계 진료기관이 병·의원급으로 경증 환자를 신속히 회송할 수 있도록 회송료 수가 30%→50% 한시적 인상  
- 인상된 회송료 수가는 붙임 임시코드로 청구시 적용(참고1)

### ② 적용대상

- 상급종합병원, 시범사업 참여 2단계 진료기관(총 327개소, '24.3.1. 기준)
  - \* 상급종합병원 47개소, 시범사업 참여 종합병원 237개소 및 전문병원 43개소
  - \*\* 2024년 2단계 시범기관 18개소 추가(종합병원 17개소, 전문병원 1개소, '24.3.1. 기준)

### ③ 적용기간

- 3월 11일 ~ 별도 안내 시까지
  - \* 30% 인상 한시적 수가: '24.2.20.~3.10.
  - 50% 인상 한시적 수가: '24.3.11.~

### ④ 신청 및 안내

- 집단휴진 기간 임시 회송료 코드 청구(참고1)

### ⑤ 지원방안 문의처

- 건강보험심사평가원 연계협력수가부 ☎ 033-739-1637~8, 033-739-1649
- 건강보험심사평가원 의료급여운영부 ☎ 033-739-3607~9

## 참고1

# 집단휴진 기간 적용 한시적 인상 회송료 수가

### □ 한시적 인상 회송료 수가

#### ○ 상급종합병원

(2024년 기준, 점수 당 단가 81.2원 적용)

임시코드	분류	30%인상		50%인상	
		점수	금액	점수	금액
	<b>회송료(Transfer Service)</b>				
	<b>가. 회송료 I</b>				
IE011 (94011)	(1) 입원	1,031.21	83,730	1,189.86	96,620
IE012 (94012)	(2) 외래	773.41	62,800	892.40	72,460
	<b>나. 회송료 II</b>				
IE021 (94021)	(1) 입원	1,133.31	92,020	1,307.67	106,180
IE022 (94022)	(2) 외래	879.97	71,450	1,015.35	82,450

\* 회송료(I) 진료협력센터 전담인력이 6명(의료인 3명) 이상인 경우, 회송료(II) 진료협력센터 전담인력이 6명(의료인 3명) 이상이면서 100병상 당 1명 이상인 경우

\*\* 한방수가코드 변경(92011, 92012, 92021, 92022 사용 불가)

#### ○ 종합병원, 전문병원(시범사업 대상기관)

(2024년 기준, 점수 당 단가 81.2원 적용)

임시코드	분류	30%인상		50%인상	
		점수	금액	점수	금액
	<b>회송료</b>				
	<b>가. 종합병원</b>				
IE121	(1) 입원	909.17	73,820	1,049.04	85,180
IE131	(2) 외래	681.88	55,370	786.78	63,890
	<b>나. 전문병원(종합병원 제외)</b>				
IE122	(1) 입원	787.12	63,910	908.22	73,750
IE132	(2) 외래	590.34	47,940	681.17	55,310

## 참고2

## 한시적 인상 회송료 산정 관련 질의·답변

### 1] 수가 산정

연번	질 의	답 변																											
1-1	'가-5 회송료', '의뢰회송 회송료 (시범사업)'와 중복 산정 가능한지?	<p>경증환자를 중소병원 및 의원급 이용 유도를 위한 한시적 수가로 중복 산정 불가함</p> <p>[표] 기존 수가와 코드 비교</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>가-5 회송료</th> <th>한시적 수가</th> <th>분류</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AE011</td> <td>IE011</td> <td>회송료 I-상급종합병원-입원</td> </tr> <tr> <td>AE012</td> <td>IE012</td> <td>회송료 I-상급종합병원-외래</td> </tr> <tr> <td>AE021</td> <td>IE021</td> <td>회송료 II-상급종합병원-입원</td> </tr> <tr> <td>AE022</td> <td>IE022</td> <td>회송료 II-상급종합병원-외래</td> </tr> <tr> <td>IA221</td> <td>IE121</td> <td>회송료-종합병원-입원</td> </tr> <tr> <td>IA231</td> <td>IE131</td> <td>회송료-종합병원-외래</td> </tr> <tr> <td>IA222</td> <td>IE122</td> <td>회송료-전문병원 (종합병원 제외)-입원</td> </tr> <tr> <td>IA232</td> <td>IE132</td> <td>회송료-전문병원 (종합병원 제외)-외래</td> </tr> </tbody> </table>	가-5 회송료	한시적 수가	분류	AE011	IE011	회송료 I-상급종합병원-입원	AE012	IE012	회송료 I-상급종합병원-외래	AE021	IE021	회송료 II-상급종합병원-입원	AE022	IE022	회송료 II-상급종합병원-외래	IA221	IE121	회송료-종합병원-입원	IA231	IE131	회송료-종합병원-외래	IA222	IE122	회송료-전문병원 (종합병원 제외)-입원	IA232	IE132	회송료-전문병원 (종합병원 제외)-외래
가-5 회송료	한시적 수가	분류																											
AE011	IE011	회송료 I-상급종합병원-입원																											
AE012	IE012	회송료 I-상급종합병원-외래																											
AE021	IE021	회송료 II-상급종합병원-입원																											
AE022	IE022	회송료 II-상급종합병원-외래																											
IA221	IE121	회송료-종합병원-입원																											
IA231	IE131	회송료-종합병원-외래																											
IA222	IE122	회송료-전문병원 (종합병원 제외)-입원																											
IA232	IE132	회송료-전문병원 (종합병원 제외)-외래																											
1-2	한시적 회송료 수가는 언제부터 적용되는지?	<p>2024.2.20. 진료분부터 한시적 회송료 산정이 가능함</p> <p>- 단, 의료급여 환자는 2024.3.11. 진료분부터 산정 가능함</p> <p>* 30% 인상 한시적 수가: '24.2.20.진료분부터~3.10.</p> <p>50% 인상 한시적 수가: '24.3.11. 진료분부터</p> <p>** 수가코드 변경 없음</p>																											
1-3	한시적 수가 산정이 가능한 환자 자격은?	<p>[상급종합병원]</p> <p><b>건강보험 환자(차상위 본인부담 경감대상자 포함)와 의료급여 환자만 산정 가능</b></p> <p>자동차보험, 보훈 환자는 한시적 수가 적용 불가함</p> <p>[종합병원.전문병원]</p> <p><b>건강보험 환자(차상위 본인부담 경감대상자 포함)만 산정 가능</b></p> <p>의료급여, 자동차보험, 보훈 환자는 한시적 수가 적용 불가함</p>																											
1-4	응급실에서 응급처치 등을 완료 후 환자를 회송한 경우 산정 가능한지?	<p>응급실에서 단순 체류가 아닌 중증·급성기 치료 ((중증)응급환자 진료구역 관찰료 산정 환자) 종료 후 지속적으로 치료가 필요하여 회송된 경우에 한해 예외적으로 한시적으로 회송료(입원) 산정 가능함</p>																											
1-5	공휴일 또는 야간에 회송할 시	<p>소아, 공휴.야간 등의 가산은 적용하지 아니함</p>																											



연번	질 의	답 변
	가산을 적용하는지?	
1-6	(신)포괄수가에서도 <b>한시적 인상 회송료</b> 수가 산정 가능한가요?	<b>행위별수가제</b> 의 적용대상, 한시적 수가코드 및 산정기준 등 <b>동일적용</b>

## 2 청구방법

연번	질 의	답 변
2-1	청구는 언제부터 가능한지?	2024.2.20. 진료분부터 수가 산정 가능하나, 청구는 2024.3.1.부터 가능함 - 단, 의료급여 환자의 경우 2024.3.11. 진료분부터 수가 산정 가능하며, 청구는 2024.3.25.부터 가능함 * 30% 인상 한시적 수가: '24.2.20.진료분부터~3.10. 50% 인상 한시적 수가: '24.3.11.진료분부터
2-2	본인부담금 발생여부는?	한시적인 정책수가로 본인부담금은 발생하지 않으며 전액 공단부담금(기금부담금)으로 청구함
2-3	청구 시 의뢰회송번호는 어떻게 기재하는지?	명세서단위 특정내역 MT066(진료의뢰회송번호)란에 진료의뢰·회송 중계시스템에 등록된 '회송번호'를 19자리 형식(하이픈(-) 제외)으로 기재 - 기재형식: 9(19) - 기재방법: 회송기관기호(8자리)+회송일자(YMMDD)+일련번호(5자리)를 순서대로 기재
2-4	한시적 수가 적용시작일* 이전에 입원한 환자를 적용시작일 이후에 회송한 경우 명세서는 시행일 전·후로 구분하여 분리청구 해야 하는지? * 30% 인상 한시적 수가: '24.2.20. 50% 인상 한시적 수가: '24.3.11.	[상급종합병원] 명세서 분리작성·청구는 불필요하나, 명세서 진료내역의 '변경일'란에 회송 실시일자를 반드시 기재하여 청구 * '변경일'란 기재 형식; CCYYMMDD  [종합병원·전문병원] 시범사업 내역(회송료)과 비시범사업 내역을 명세서 분리작성·청구하며, 입원 명세서의 경우 명세서 상병 내역의 당월 요양개시일에 회송 실시일자를 기재하여 청구
2-5	건강보험(의료급여) 이중자격이 있는 보훈환자의 경우 한시적 수가 산정 시, 어떻게 청구해야 하나요?	[상급종합병원] 명세서를 별도로 분리작성하지 않고 명세서 일반 내역 '공상 등 구분'란에 '4' 또는 'B'를 기재하여 합산 청구

연번	질 의	답 변
		<p>[종합병원·전문병원]</p> <p>시범사업 내역(회송료)과 비시범사업 내역을 명세서 분리작성·청구하되, 시범사업 내역 명세서의 일반내역 '공상 등 구분'란에 '4' 또는 'B'를 기재하여 청구함 단, 의료급여 이중자격이 있는 보훈 환자는 수가 산정 불가함</p>

### ① 주요내용

- (현황) 중환자실 전담전문의는 별도로 신고한 중환자실 Unit에 소속되어 해당 Unit에 입실한 환자만 진료하는 전문의로, 타Unit 중환자실 입원환자 진료는 불가
- (개선) 집단휴진 기간 중 중환자실 전담전문의로 신고·배치한 중환자실 Unit 외 타 중환자실 내 입실환자에 대한 진료를 한시적으로 허용  
- 단, 중환자실 전담전문의 가산은 기신고·배치된 지정 Unit만 청구 가능

### ② 적용대상

- 중환자 전담전문의 신고 후 운영 중인 상급종합병원, 종합병원

### ③ 적용기간

- 3월 11일 ~ 별도 안내 시까지

### ④ 신청 및 안내

- 별도 신청 불필요  
\* 타중환자실 입원진료로 발생하는 근무시간, 대체전담의 등 기준 유예

### ⑤ 지원방안 문의처

- 건강보험심사평가원 수가체계혁신부 ☎ 033-739-1511~3

**참고****중환자실 전담전문의 업무범위 한시적 확대 관련 질의·답변****1 급여 기준 및 자료 제출**

연번	질 의	답 변
1	일반중환자실 전담전문의가 소아 중환자실 또는 신생아중환자실 진료 업무를 수행할 수 있는가?	중환자실 전담전문의 업무범위의 한시적 확대는 Unit 적용을 유예하고, 타 중환자실 Unit 진료 허용의 의미로 교차 진료 가능  (예시) 중환자실 구분, Unit에 상관없이 진료 가능 - 일반중환자실(통합1 Unit) ↔ 일반중환자실(통합2 Unit) - 일반중환자실 ↔ 소아중환자실
2	중환자실 전담전문의 배치 기준의 준수는?	업무범위의 한시적 확대에 따라 근무시간(일별 근무시간, 주간 근무시간, 최소 근무시간), 대체 전문의, 전담전문의 상주시간 외, 전담의 요건 등 기준 준수를 유예함
3	중환자실 전담전문의 업무범위의 한시적 확대에 따른 자료 제출(별지 제5호 서식)은?	기존과 동일하게 적용. 환자수(신고된 Unit에 입원한 환자수) 적용 전담전문의 수(중환자실 전담 전문의로 기신고된 전문의 수)를 기재

**2 청구 방법**

연번	질 의	답 변
4	청구방법, 산정방식의 변화는?	기존과 동일하게 청구

## 지원방안별 문의처

번호	지원방안	문의처	연락처
1	중증응급환자 응급의료행위(별표1, 3) 가산 한시적 확대	보건복지부 응급의료과	044-202-2553
		건강보험심사평가원 공공수가 개발부	033-739-1538 033-739-1539
		건강보험심사평가원 의료급여운영부	033-739-3607~9
2	응급진료 전문의 진찰료 수가 한시적 인상	보건복지부 응급의료과	044-202-2553
		건강보험심사평가원 공공수가 개발부	033-739-1538~9
		건강보험심사평가원 의료급여운영부	033-739-3607~9
3	입원환자 비상진료 정책지원금	건강보험심사평가원 수가체계혁신부	033-739-1511~3
		건강보험심사평가원 의료급여운영부	033-739-3607~9
4	입원전담전문의 업무범위 한시적 확대	건강보험심사평가원 수가체계혁신부	033-739-1511~3
5	중증질환 산정특례 재등록기간 연장	국민건강보험공단 산정특례운영부	033-736-4641 033-736-4646
6	중증응급환자 배정지원금	보건복지부 응급의료과	044-202-2553
		건강보험심사평가원 공공수가 개발부	033-739-1538 033-739-1539
		건강보험심사평가원 의료급여운영부	033-739-3607~9
		중앙응급의료센터 중앙응급의료상황팀	02-6362-3554
7	응급 진찰료 신설	보건복지부 응급의료과	044-202-2553
		건강보험심사평가원 공공수가개발부	033-739-1531
		건강보험심사평가원 의료급여운영부	033-739-3607~9
8	중증입원환자 비상진료 정책지원금	건강보험심사평가원 수가체계혁신부	033-739-1511~3
		건강보험심사평가원 의료급여운영부	033-739-3607~9
9	중증환자 진료에 대한 보상	건강보험심사평가원 수가체계혁신부	033-739-1511~3
		건강보험심사평가원 의료급여운영부	033-739-3607~9
10	신속대응시스템 시범사업 기관 확대 및 수가 인상	건강보험심사평가원 수가체계혁신부	033-739-1507
11	회송료 수가 한시적 인상	건강보험심사평가원 연계협력수가부	033-739-1637~8 033-739-1649
		건강보험심사평가원 의료급여운영부	033-739-3607~9
12	중환자 전담전문의 업무범위 한시적 확대	건강보험심사평가원 수가체계혁신부	033-739-1511~3