

제정일자	2016.4.15.
개정일자	2024.12.
개정번호	V8.0

협력기관 간 진료의뢰 · 회송 시범사업 지침

2025. 1.



보건복지부



건강보험심사평가원

HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

차례 CONTENTS

I. 시범사업 개요

- 1. 사업목적 1
- 2. 관련근거 1
- 3. 추진경과 2

II. 시범사업 내용

- 1. 사업내용 3
- 2. 대상 및 기간 등 4
- 3. 사업운영 5

III. 시범사업 세부지침

- 1. 요양급여 기준 6
- 2. 수가 산정지침 7
- 3. 급여목록 13

IV. 요양급여비용 청구방법

- 1. 요양급여비용 청구방법 15
- 2. 명세서 작성요령 16

V. 시범사업 현황신고

- 1. 최초 현황신고 22
- 2. 변경 현황신고 22

차례 CONTENTS

VI. 시범기관 준수사항

- 1. 요양급여 안내 23
- 2. 개인정보제공동의서 징구 23
- 3. 원활한 협력관계 유지 및 관리 24

VII. 시범사업 평가

- 1. 평가주체 25
- 2. 평가내용 25
- 3. 평가방법 25
- 4. 평가관련 자료제출 26

VIII. 진료의뢰·회송 중계시스템

- 1. 진료의뢰·회송 중계시스템 개요 27
- 2. 요양급여의뢰서 또는 회송서 등 작성방법 29
- 3. 요양급여의뢰서 또는 회송서 등 확인방법 37
- 4. 등록 진료정보 및 수신 진료정보 확인방법 39

[별지 서식]

- [제1호서식] 요양급여의뢰서 41
- [제2호서식] 요양급여회송서 42
- [제3호서식] 개인정보동의서 43

- [별첨] 시범사업 관련 질의·응답 47

협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침

- I. 시범사업 개요
- II. 시범사업 내용
- III. 시범사업 세부지침
- IV. 요양급여비용 청구방법
- V. 시범기관 현황신고
- VI. 시범기관 준수사항
- VII. 시범사업 평가
- VIII. 진료의뢰·회송 중계시스템

I 시범사업 개요

1. 사업목적

- 진료협력체계를 갖추고 있는 의료기관을 중심으로 **진료의뢰·회송 시범사업**을 실시하여 건강보험수가 모형의 타당성과 확대 적용 가능성을 평가·검증하고 이를 통해 **제도화 기반을 구축**
 - ※ ① 의뢰를 담당하는 △종합병원이 아닌 전문병원 △병·의원과 ② 회송을 담당하는 △종합병원 △전문병원이 의뢰·회송을 위해 협력진료 협약을 맺은 경우, 해당 기관을 "협력기관"이라 함.
- 병·의원과 종합병원 등의 대형병원 간 진료의뢰·회송 과정에서 발생하는 비용을 건강보험에서 일부 보상하여 **충실한 협력진료를 유도**하고 **대형병원 환자 쏠림현상을 완화**하고자 함
- 의뢰 단계에 따른 의뢰 수가 차등 인상, 의뢰 사유에 따른 본인부담 면제 및 비수도권 동일 광역시·도내 의뢰 가산 권역 확대 등을 담은 3단계 시범사업 추진으로 **단계적 의뢰 강화에 따른 의료전달체계 확립, 내실 있는 진료정보 교류 촉진 및 지역 내 의뢰 활성화**를 지원하고자 함

2. 관련근거

- **보건의료기본법 제44조(보건의료 시범사업)** ① 국가와 지방자치단체는 새로운 보건의료제도를 시행하기 위하여 필요하면 시범사업을 실시할 수 있다.
- **보건의료기본법 제5조(보건의료인의 책임)** ③ 보건의료인은 적절한 보건의료서비스를 제공하기 위하여 필요하면 보건의료서비스를 받는 자를 다른 보건의료기관에 소개하고 그에 관한 보건의료 자료를 다른 보건의료기관에 제공하도록 노력하여야 한다.
- **보건의료기본법 제26조(보건의료인 간의 협력)** 보건의료인은 국민에게 양질의 보건의료서비스를 제공하고 국민의 보건 향상에 이바지하기 위하여 보건의료서비스를 제공할 때에 그 전문 분야별로 또는 전문 분야 간에 상호 협력하도록 노력하여야 한다.

3. 추진경과

□ 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업

- ('16.5.) 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 시작
 - 상급종합병원 13기관 중심으로 협력관계를 맺은 종합병원, 병·의원 등 1단계 진료기관을 의뢰기관으로 인정
 - * 진료의뢰·회송 시범사업 지침 통보(보험급여과-1625, 2016.4.15.)
- ('17.12.) 전체 상급종합병원으로 시범사업 확대(13기관→42기관)
 - 입원·외래별 '회송환자관리료' 수가 차등 및 의뢰서 서식 개선
 - * 진료의뢰·회송 시범사업 협력기관 및 지침 통보(보험급여과-9588, 2017.11.29.)
- ('18.4.) 300명상 이상 종합병원 61기관을 회송기관으로 추가 확대(42기관→103기관)
 - * 진료의뢰·회송 시범사업 협력기관 및 지침 통보(보험급여과-3124, 2018.3.29.)
- ('19.7.) 전체 종합병원 및 전문병원으로 회송기관 확대
 - 종합병원 94기관, 전문병원 36기관 확대(103기관→233기관)
 - * 진료의뢰·회송 시범사업 지침 개정 통보(보험급여과-3187, 2019.6.19.)
- ('19.9.4.) 보건복지부 「의료전달체계 개선 단기대책 발표」

- **적정 의료기관에서 진료 받도록 의뢰 내실화**
 - 환자 선택이 아닌 의사가 판단하여 직접 의뢰·예약을 강화하고 의뢰·회송 중계시스템 의뢰 활성화, 전면 적용 추진
 - 전문진료과목 의원간 의뢰 적용 검토, 지역내 의뢰 활성화
 - **경증·중증치료 후 관리 환자의 지역 병의원 회송 활성화**
 - 환자 회송 활성화를 위한 수가 개선, 진료협력센터 인력 및 지원 강화
 - 회송된 환자가 상급종합병원 진료 필요시, 우선 진료 받도록 근거 마련
- ('20.10.8.) 상급종합병원 '회송환자관리료'를 '회송료'로 본사업 전환
- ('20.11.1.) 2단계 시범사업 추진
 - * 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침 개정 통보(보험급여과-5003, 2020.10.29.)
- ('21.1.) 제4기 상급종합병원 지정 및 제4기 1차년도 전문병원 지정에 따른 회송기관 변경(233기관→184기관)
- ('21.2.) 제4기 상급종합병원 지정 및 제4기 1차년도 전문병원 지정 관련 회송기관 추가 확대

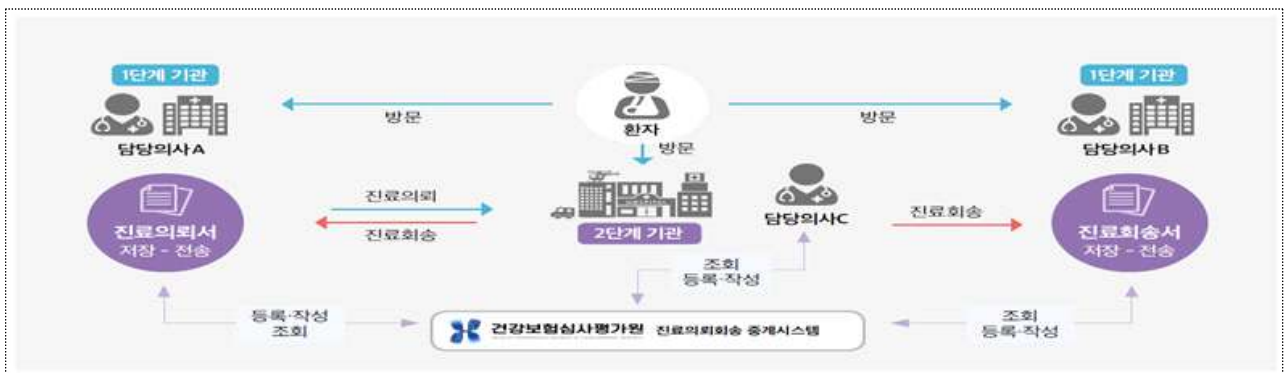
- (“22.3.) 제4기 2차년도 전문병원 추가지정 관련 회송기관 추가 확대
- 종합병원 11기관, 전문병원 4기관 확대(230기관→245기관)
- (“23.3.) 제4기 3차년도 전문병원 추가지정 관련 회송기관 추가 확대
- 종합병원 23기관, 전문병원 3기관 확대(245기관→271기관)
- (“24.3.) 제5기 상급종합병원 지정 및 제5기 1차년도 전문병원 지정 관련 회송기관 추가 확대 및 변경
- 종합병원 17기관, 전문병원 1기관 확대 등(271기관→280기관*)
* 종합병원→상급종합병원 지정, 기관 폐업 등 반영

II 시범사업 내용

1. 사업내용

- 의뢰를 담당하는 시범기관(이하 ‘1단계 시범기관’)과 회송을 담당하는 시범기관(이하 ‘2단계 시범기관’) 간 구축된 협력진료체계를 활용하여 연속성 있는 의료서비스가 이루어질 수 있도록 내실있는 진료정보 제공과 함께 이루어진 진료의뢰·회송에 대하여 건강보험 수가를 적용한다.
- 다만, 상급종합병원 회송환자관리료(시범사업수가)가 ‘20.10.8.부터 가-5 회송료(정규수가)로 전환됨에 따라, 「국민건강보험법」 제42조제1항 제1호 및 제4호(보건소와 보건지소는 제외)의 요양기관이 상급종합병원에 의뢰하는 경우 협력기관이 아니어도 건강보험 수가를 적용할 수 있다.

【그림1. 진료의뢰·회송 중계시스템 업무 흐름도】



2. 대상 및 기간 등

가. 대상기관

1) 의뢰를 담당하는 1단계 시범기관

- 2단계 시범기관과 협력관계에 있는 1단계 진료기관
- 상급종합병원에 의뢰하는 “ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제2조제2항의 1단계 요양급여”를 담당하는 요양기관

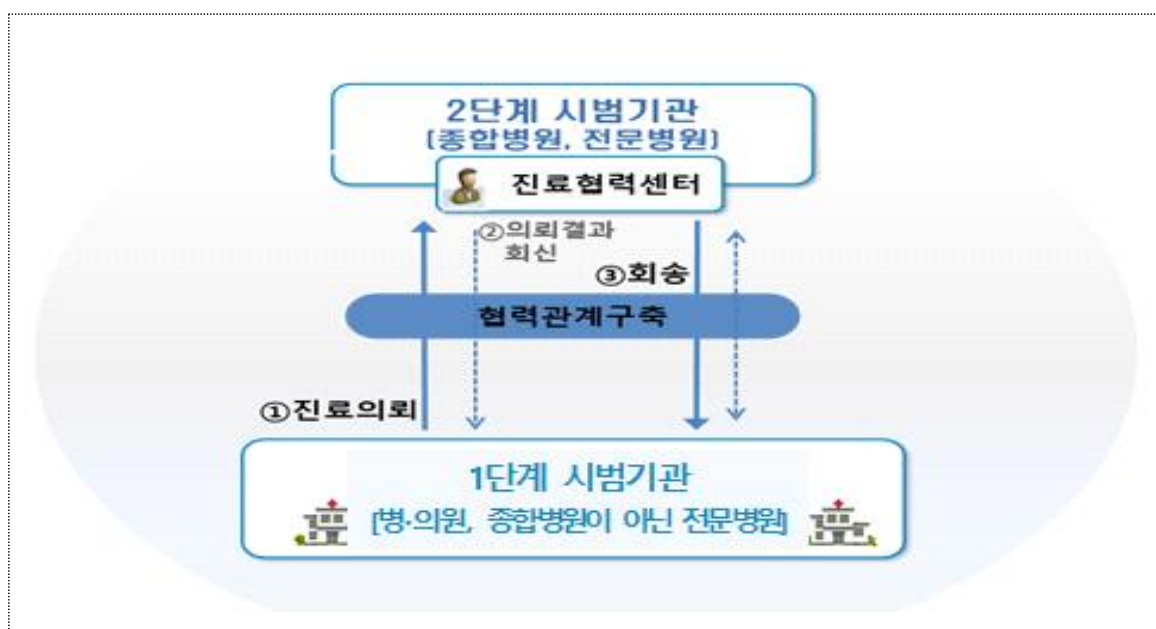
2) 회송을 담당하는 2단계 시범기관

- 보건복지부 장관이 지정한 종합병원 이하 2단계 진료기관(종합병원·전문병원)

※ 협력기관의 지역 범위: 별도의 제한 없음.

- 다만, 서울소재 2단계(전문병원 제외) 진료기관의 경우 서울·경기·인천지역 소재기관과만 협약 가능

【그림2. 의뢰·회송 협력진료 모형】



나. 대상 환자

적절한 요양급여를 위하여 요양급여 의뢰 또는 회송을 필요로 하는 환자

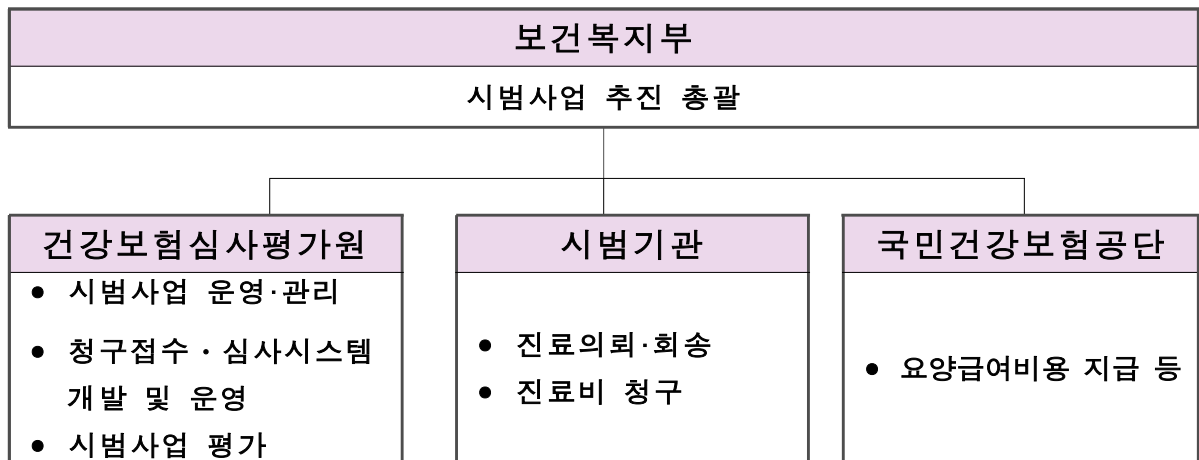
다. 시범사업 기간

'25. 1. 1.부터 '27. 12. 31. 까지

※ 사업성과에 따라 필요시 단축 또는 연장

3. 사업운영

가. 시범사업 관리운영 조직 및 기능



나. 수행주체별 역할

- (보건복지부) 시범사업에 대한 주요 정책 결정, 시범사업 대상기관 지정 및 취소 등 시범사업 총괄
- (건강보험심사평가원) 시범기관 관리 및 운영, 시범사업 운영지침 관리, 청구접수·심사 시스템 개발 및 운영, 시범사업 평가 및 모니터링 체계 개발 등
- (시범기관) 협력기관 간 진료의뢰·회송 네트워크 구축·운영 등
- (국민건강보험공단) 시범기관 진료비 지불을 위한 요양급여비용 지급 등

Ⅲ

시범사업 세부지침

1.

요양급여 기준

가. 급여의 담당

1) 급여의 담당

보건복지부장관이 지정한 의뢰·회송 시범기관과 상급종합병원에 의뢰하는 1단계 진료기관이 담당한다.

2) 급여의 대상자

국민건강보험법에 의한 가입자 또는 피부양자 중

- ① 요양급여를 받고자 시범기관에 입·내원한 환자 중 의사의 판단에 따라 적절한 요양급여를 행하기 위해 다른 요양기관으로 진료의뢰·회송이 필요한 자
- ② 요양급여를 받고자 1단계 진료기관에 내원한 환자 중 의사의 판단에 따라 적절한 요양급여를 행하기 위해 상급종합병원으로 의뢰가 필요한 자

※ 다만, 이를 위해 ‘진료의뢰·회송 중계시스템 이용에 관한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서’에 동의한 자에 한한다.

(‘진료기록전송지원시스템(진료정보교류시스템)’을 이용한 전송기관은 「진료정보 교류 표준」 고시에 따른 ‘진료정보교류 개인정보 수집 및 활용·제공 동의서’의 동의로 같음함.)

나. 급여의 범위 및 비용부담

1) 요양급여의 범위

요양급여의 적용 및 방법은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제1항에 의한 ‘요양급여의 적용기준 및 방법[별표 1]에

따르며, 요양급여의 범위는 동 규칙 제9조제1항에 의한 '비급여 대상'[별표 2]을 제외한 일체의 것으로 한다.

2) 요양급여의 부담

본 지침 '3. 급여목록'에 분류된 항목에 한하여 건강보험 가입자 또는 피부양자는

- ① 가. 진료의뢰료 I 'IA027(90027)' 항목에 한하여 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항에 의한 '본인일부부담금의 부담률 및 부담액'[별표 2]와 「국민건강보험법 시행규칙」 제13조제1항에 의한 '외래진료 등의 요양급여비용 총액에 관한 조건 및 본인부담액'[별표 3]에서 정하는 바에 따라 본인일부 부담하며, 100분의 30을 초과하지 아니한다.

다만, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등 본인부담 경감 대상 환자의 경우 경감된 본인일부부담금액을 적용한다.

- ② 그 외 항목은 요양급여비용 전액을 국민건강보험공단이 부담한다.

2. 수가 산정지침

가. 진료의뢰료 I, II, III

- 1) 진료의뢰료 I 은 적절한 요양급여를 행하기 위해 1단계 진료기관이 2단계 진료기관으로 진료의뢰를 실시할 때 '요양급여의뢰서'를 전자적 방식으로 제공하면서,

- 해당 사항을 건강보험심사평가원이 운영하는 '진료의뢰·회송 중계 시스템(이하 '중계시스템'이라 한다.)' 에 등록하고, 다음의 절차에 따라 의뢰하는 경우 산정한다.

- ① 요양급여를 의뢰하는 1단계 진료기관은 외래환자 의뢰시 환자

에게 적절한 요양급여를 제공할 2단계 진료기관을 선정하여, 해당기관의 진료협력센터 또는 진료의뢰·회송 전담인력에게 의뢰 사실을 알려 환자가 적절한 2단계 요양급여를 받을 수 있도록 조치를 취한다.

- ② 이때 요양급여를 제공할 종합병원 이하 2단계 진료기관은 의뢰를 실시하는 1단계 진료기관과 협력진료 협약을 맺은 협력기관이어야 하나, 2단계 진료기관이 상급종합병원인 경우에는 1단계 진료기관과 협력진료 협약을 맺지 않아도 1단계 진료기관에서 진료의뢰를 할 수 있다.
- ③ 환자 기본정보 및 환자상태 등 요양급여 의뢰의 기본사항은 '중계시스템'을 이용한 '요양급여의뢰서' 또는 「의료법」 제21조의2 제3항에 따른 '진료기록전송지원시스템'을 이용한 '진료의뢰서'를 통하여 전송한다.
- ④ 의뢰에 따른 세부 진료소견, 그간 진료내역, 검사결과 등 진료·영상정보는 전자적 방식으로 제공이 원칙이나, 불가피한 경우 환자에게 직접 제공(비전자적 방식)할 수 있다.
- ⑤ 요양기관의 진료정보 시스템과 연동 가능한 **Agent 프로그램 등***을 활용하여 의뢰한 경우 진료의뢰료 I 주사항을 별도 산정한다.

* 한국보건의료정보원 '진료기록전송지원시스템(진료정보교류시스템)'

2) 진료의뢰료 II는 진료의뢰료 I을 산정할 때 의뢰환자의 표준화된 진료정보 1종 이상을 전자적 방식으로 전송하는 경우 추가 산정한다.

- ① '중계시스템'을 통하여 전송할 수 있는 표준화된 진료정보는 심평원장이 공고하는 「정보통신망을 이용한 심사관련 자료 제출에 대한 세부사항」(이하 "공고"라 한다.)에 따른 (별표1) 표준서식을 말한다.
- ② '진료기록전송지원시스템'을 통하여 전송할 수 있는 표준화된 진료정보는 보건복지부장관이 고시하는 「진료정보교류 표준」에

따른 진료의뢰서·진료기록요약지 내 약물처방내역, 검체·병리·영상·기능검사결과, 수술내역 진료정보와 영상의학판독소견서를 말한다.

3) 진료의뢰료 Ⅲ는 진료의뢰료 I 을 산정할 때 영상정보와 영상검사 결과지(또는 영상의학판독소견서)를 포함한 의뢰환자의 표준화된 진료정보 2종 이상을 전자적 방식으로 전송하는 경우 추가 산정한다.

① ‘중계시스템’을 통하여 전자적으로 전송할 수 있는 영상정보는 의료영상기기를 통해 DICOM*으로 획득한 정보이며, 표준화된 진료정보는 심평원장 공고에 따른 표준서식이다.

※ DICOM(Digital Imaging and Communication in Medicine): 의료용 디지털 영상 및 통신표준

② ‘진료기록전송지원시스템’을 통하여 전송할 수 있는 영상정보는 의료기관의 PACS에서 생성된 정보를 DICOM 형태로 획득한 정보이며, 표준화된 진료정보는 「진료정보교류 표준」 서식 중 진료의뢰료 Ⅱ를 산정할 수 있는 진료정보와 영상의학판독소견서를 말한다.

4) 진료의뢰료 Ⅱ와 진료의뢰료 Ⅲ는 동시 산정하지 아니한다.

5) 진료의뢰료 Ⅱ 또는 진료의뢰료 Ⅲ를 추가 산정하는 경우에는 의뢰환자의 표준화된 진료·영상정보를 진료 당일 ‘중계시스템’ 내 의뢰서에 등록하여 수신기관으로 제공하여야 하나,

- 부득이하게 당일 등록하지 못한 경우에는 의뢰서 등록 익일부터 3일 이내에 ‘중계시스템’에 등록하고 수가를 산정한다.
- 진료·영상정보를 의뢰서 등록 익일부터 3일을 초과하여 등록하는 경우에는 수신기관에 정보제공은 가능하나 수가를 산정할 수 없다.

나. 비수도권 동일 광역시·도내 가산

- 1) 서울, 경기, 인천을 제외한 비수도권 지역의 1단계 진료기관이 적절한 요양급여를 행하기 위해 동일 시·도내 2단계 진료기관(상급종합병원·종합병원·전문병원)으로 '요양급여의뢰서'를 전자적 방식으로 제공하면서,
 - 해당 사항을 '중계시스템' 또는 '진료기록전송지원시스템'으로 전송하는 경우 진료의뢰료 I 에 추가 산정한다.
- 2) 이때 동일 광역시·도는 '13개 행정구역'으로 구분하며, 구분내역은 다음과 같다.

구분	행정구역	구분	행정구역
1	서울특별시	8	전라남도·광주광역시
2	강원도	9	경상북도·대구광역시
3	경기도	10	울산광역시
4	인천광역시	11	경상남도
5	대전광역시·충청남도· 세종특별시	12	부산광역시
6	충청북도	13	제주시
7	전라북도	-	-

다. 회송료

- 1) 회송료는 적절한 요양급여를 행하기 위해 회송을 실시할 때 '요양급여회송서' 등을 전자적 방식으로 제공하면서 해당 사항을 '중계시스템'에 등록하는 경우 산정한다.
- 2) 회송기관은 요양급여를 회송하는 종합병원 이하 2단계 진료기관을 말하며, 다음의 절차에 따라 회송한 경우 '회송료'를 산정한다.
 - ① 2단계 진료기관은 요양급여 회송시 환자 및 보호자와 충분한 상담을 통하여 환자에게 적절한 요양급여를 제공할 1단계

진료기관을 선정하여 해당기관에 이를 알리고, 환자가 해당 요양기관에 방문할 수 있도록 안내하여야 한다.

- ② 이때 요양급여를 제공할 1단계 진료기관은 환자를 의뢰한 협력기관을 우선으로 하나, 의학적 필요 등 기타 불가피한 경우에는 비협력기관으로 선정할 수 있다.
- ③ 환자 기본정보 및 환자상태 등 **요양급여 회송의 기본사항은 '중계시스템'을 이용한 '요양급여회송서' 또는 「의료법」 제21조의2 제3항에 따른 '진료기록전송지원시스템'을 이용한 '진료회송서'를 통하여 전송한다.**
- ④ 회송에 따른 세부 진료소견, 그간 진료내역, 검사결과 등 진료·영상정보는 필요에 따라 전자적 방식으로 제공이 원칙이나, 불가피한 경우에는 환자에게 직접 제공(비전자적 방식)할 수 있다.

라. 개인정보 동의 및 복사비용, 각종 가산

- 1) 의뢰료 및 회송료는 환자(또는 보호자)가 진료기록 등 개인정보를 1단계 또는 2단계 진료기관으로 제공하는 것에 대하여 동의한 경우에 산정 할 수 있다.
- 2) 요양급여 의뢰·회송을 목적으로 발행한 진료기록부 등 복사에 소요되는 비용은 의뢰료 및 회송료 소정점수에 포함되어 있으므로 별도 산정하지 아니한다.
 - 다만, 회송시 환자 필요에 따라 영상정보를 저장한 CD, DVD 등을 별도로 생성하여 제공한 경우 소요비용은 실비로 환자가 부담하도록 할 수 있다.
- 3) 의뢰료 및 회송료는 공휴·야간 등 각종 가산을 적용하지 아니한다.

마. 진료의뢰·회송 정보 등록

환자의 진료의뢰·회송 정보는 의뢰·회송서 발급(진료일) 당일 기준으로 '중계시스템'에 등록하여 수신기관에 제공하는 것이 원칙이나,

- 다음과 같이 부득이하게 당일 등록하지 못한 경우에는 '요양급여 의뢰·회송서'는 진료일 익일부터 3일 이내(공휴일은 산입 제외), 각종 진료·영상정보는 의뢰서 등록 익일부터 3일 이내(공휴일 포함) 중계시스템에 등록 가능하다.

- 다 음 -

- 1) 의뢰·회송이 야간·주말·공휴일에 발생되었으나, 처리 인력 부재로 당일 처리하지 못한 경우
- 2) 진료일에 의뢰·회송 필요성이 있다고 판단하였으나, 검사결과 확인 등 의학적 사유로 진료일(의뢰·회송 결정일) 이후 진료·영상정보 제공이 필요한 경우

※ 진료일 이후 의뢰·회송 정보를 등록하는 경우에는 '중계시스템'에서 '의뢰회송번호' 중 일자(진료일)를 수정하여야 한다.

3. 급여목록

분류번호	코드	분류	금액
의뢰·회송		<p>의뢰료</p> <p>주: 1. 의뢰기관에서 환자의 진료의뢰서를 작성하고 의뢰·회송 중계시스템을 통하여 상급종합병원 등에 환자를 의뢰한 경우 산정한다.</p> <p>2. 비수도권에서 동일 광역시·도내 기관에 의뢰한 경우 별도 산정한다.</p> <p>3. 「나」와 「다」는 중복하여 산정하지 아니한다.</p> <p>가. 진료의뢰료 I</p> <p>주: 1. 1단계 시범기관에서 2단계 시범기관 의뢰 시 요양기관의 진료정보 시스템과 연동 가능한 Agent 프로그램 등을 활용한 경우 별도 산정한다.</p> <p>2. 종합병원 또는 전문병원에서 상급종합병원 의뢰 시 요양기관의 진료정보 시스템과 연동 가능한 Agent 프로그램 등을 활용한 경우 별도 산정한다.</p> <p>(1) 의사판단</p> <p>(2) 환자요청</p> <p>나. 진료의뢰료 II</p> <p>주: 의뢰기관에서 의뢰환자의 진료정보를 표준화된 전자적 방식으로 전송하는 경우 별도 산정한다.</p> <p>다. 진료의뢰료 III</p> <p>주: 의뢰기관에서 의뢰환자의 진료정보와 영상정보를 표준화된 전자적 방식으로 전송하는 경우 별도 산정한다.</p>	<p>6,500</p> <p>5,500</p> <p>11,000</p> <p>11,500</p> <p>11,500</p> <p>4,500</p> <p>9,000</p>
	IA023 (90023)		
	IA024 (90024)		
	IA025 (90025)		
	IA026 (90026)		
	IA027 (90027)		
	IA710 (90710)		
	IA720 (90720)		

분류번호	코드	분류	금액
의뢰·회송		회송료	
		가. 종합병원	
	IA321	(1) 입원	58,000
	IA331	(2) 외래	44,000
		나. 전문병원(종합병원 제외)	
		(1) 입원	50,000
		(2) 외래	38,000

IV

요양급여비용 청구방법

1. 요양급여비용 청구방법

가. [요양급여비용 청구 및 자료제출 매체] 시범기관은 정보통신망으로 요양급여비용을 청구한다.

나. [심사청구서] 본 지침에서 정한 급여목록의 시범사업내역은 비시범사업내역과 심사청구서 구분 없이 하나의 심사청구서로 작성한다.

다. [명세서 작성방법] 동일 수진자에 대해 시범사업내역(진료의뢰·회송 시범사업)과 비시범사업내역(다른 진료내역)은 분리하여 요양급여비용 명세서에 연이어 작성한다.

라. [특정내역 기재] 시범사업 급여목록 중 의뢰료와 회송료는 각각 아래의 특정기호를 기재하여 청구한다.

1) 의뢰료는 시범사업 명세서의 명일련단위 특정내역 구분코드 (MT002)란에 "S029(협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 - 의뢰료)"를 기재하여 청구한다.

- 단, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 및 「국민건강보험법 시행령」 [별표 2]에 따른 본인부담경감 대상자가 진료의뢰료 I 'IA027(90027)'을 산정하는 경우에는 시범사업 명세서의 명일련단위 특정내역 구분코드(MT002)란에 다른 경감대상 특정기호와 "S029"를 동시 기재하되, 낮은 본인부담률 특정기호 순으로 기재한다.

2) 회송료는 시범사업 명세서의 명일련단위 특정내역 구분코드 (MT002)란에 "S002(협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업-회송료)"를 기재하여 청구한다.

2. 명세서 작성요령

가. 일반내역

구분		세부작성요령		
		요양급여일수	입원일수, 총 내원일수	
구분	S002	입원	0	0
		외래	1	1
	S029	외래	0	0
※ 다만, 동일 날 시범사업내역과 비시범사업내역을 모두 실시하는 경우에는 반드시 분리청구 하여야 한다.				

나. 상병내역

항목	세부작성요령
면허종류 면허번호	<input type="checkbox"/> 명세서 상병내역에는 시행의사의 면허종류, 면허번호를 기재한다.
내원일자, 당월 요양개시일	<input type="checkbox"/> 외래 요양급여비용 명세서의 경우 진료일자를 기재한다. <input type="checkbox"/> 입원 요양급여비용 명세서의 경우 분리청구 시 해당 요양급여비용명세서의 회송 실시일자를 기재한다.

다. 진료내역

의뢰료 및 회송료는 "01항 03목 응급 및 회송료 등"란에 기재한다.

* 한방의 경우 "01항(진찰료) 99목(기타)"란에 기재

라. 특정내역

1) 본 시범사업 명세서 구분자는 명일련단위 특정내역 구분코드 MT002란에 "S002(회송료)" 또는 "S029(의뢰료)"를 기재 하고, 진료의뢰·회송번호는 MT066란에 기재한다.

2) 진료의뢰·회송 확인번호는 MT078란에 기재한다.

구분코드	특정내역	작성요령 및 기재형식																	
MT002	특정기호 (*)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 의뢰료 청구시 "S029"를 기재 ◆ 회송료 청구시 "S002"를 기재 ◆ 기재형식 : X(4) ◆ (예시1) 의뢰료를 청구할 경우 MT002 S029 (예시2) 회송료를 청구할 경우 MT002 S002 																	
MT066	진료의뢰 회송번호 (*)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 의뢰(회송)를 실시할 시 의뢰(회송)번호를 기재 ※ 의뢰(회송)번호는 19자리까지 기재 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 의뢰번호 : 의뢰기관기호 + YYMMDD + (일련번호) <ul style="list-style-type: none"> - YYMMDD : 요양급여의뢰서 발급 년·월·일(6자리) - 일련번호 : 요양급여의뢰서 발급 년·월·일에 발생한 일련번호(5자리) ▪ 회송번호 : 회송기관기호 + YYMMDD + (일련번호) <ul style="list-style-type: none"> - YYMMDD : 요양급여회송서 발급 년·월·일(6자리) - 일련번호 : 요양급여회송서 발급 년·월·일에 발생한 일련번호(5자리) </div> <ul style="list-style-type: none"> ◆ 기재형식 : 9(19) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">발생단위 구분</th> <th style="width: 10%;">출번호</th> <th style="width: 10%;">특정내역 구분</th> <th style="width: 70%;">특정내역</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>주) 1</td> <td></td> <td>MT066</td> <td>주) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px;">1</td> <td style="width: 15px;">2</td> <td style="width: 15px;">3</td> <td style="width: 15px;">4</td> <td style="width: 15px;">5</td> <td style="width: 15px;">6</td> <td style="width: 15px;">7</td> <td style="width: 15px;">8</td> <td style="width: 15px;">...</td> </tr> </table> </td> </tr> </tbody> </table> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">주1. 명세서단위 특정내역 발생 '1' 기재 2. 반드시 첫 칸부터 붙여서 기재</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ (예시) 의뢰번호 1234567820120100001인 환자를 의뢰한 경우 <ul style="list-style-type: none"> ▶ 의뢰를 실시한 기관 MT066 1234567820120100001 	발생단위 구분	출번호	특정내역 구분	특정내역	주) 1		MT066	주) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px;">1</td> <td style="width: 15px;">2</td> <td style="width: 15px;">3</td> <td style="width: 15px;">4</td> <td style="width: 15px;">5</td> <td style="width: 15px;">6</td> <td style="width: 15px;">7</td> <td style="width: 15px;">8</td> <td style="width: 15px;">...</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	...
발생단위 구분	출번호	특정내역 구분	특정내역																
주) 1		MT066	주) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px;">1</td> <td style="width: 15px;">2</td> <td style="width: 15px;">3</td> <td style="width: 15px;">4</td> <td style="width: 15px;">5</td> <td style="width: 15px;">6</td> <td style="width: 15px;">7</td> <td style="width: 15px;">8</td> <td style="width: 15px;">...</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	...							
1	2	3	4	5	6	7	8	...											
MT078	진료의뢰회송 확인번호 (*)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 의뢰(회송) 받은 환자를 진료한 경우 의뢰(회송) 기관에서 생성한 의뢰(회송) 번호를 기재 ※ 의뢰(회송)번호는 19자리까지 기재 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 의뢰번호 : 의뢰기관기호 + YYMMDD + (일련번호) <ul style="list-style-type: none"> - YYMMDD : 요양급여의뢰서 발급 년·월·일(6자리) - 일련번호 : 요양급여의뢰서 발급 년·월·일에 발생한 일련번호(5자리) </div>																	

구분코드	특정내역	작성요령 및 기재형식																	
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 회송번호 : 회송기관기호 + YYMMDD + (일련번호) - YYMMDD : 요양급여회송서 발급 년·월·일(6자리) - 일련번호 : 요양급여회송서 발급 년·월·일에 발생한 일련번호(5자리) <p>◆ 기재형식 : X(19)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">발생단위 구분</th> <th style="width: 10%;">출번호</th> <th style="width: 10%;">특정내역 구분</th> <th style="width: 80%;">특정내역</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>주1) 1</td> <td></td> <td>MT078</td> <td>주2) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px;">1</td> <td style="width: 15px;">2</td> <td style="width: 15px;">3</td> <td style="width: 15px;">4</td> <td style="width: 15px;">5</td> <td style="width: 15px;">6</td> <td style="width: 15px;">7</td> <td style="width: 15px;">8</td> <td style="width: 15px;">...</td> </tr> </table> </td> </tr> </tbody> </table> <p>주1. 명세서단위 특정내역 발생 '1' 기재 주2. 반드시 첫 칸부터 붙여서 기재</p> <p>◆ (예시) A병원(11234567)에서 의뢰한 의뢰번호 1123456725010100001인 환자를 B종합병원에서 진료한 경우</p> <p>▶ B종합병원 진료 명세서에 기재 MT078 1123456725010100001</p>	발생단위 구분	출번호	특정내역 구분	특정내역	주1) 1		MT078	주2) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px;">1</td> <td style="width: 15px;">2</td> <td style="width: 15px;">3</td> <td style="width: 15px;">4</td> <td style="width: 15px;">5</td> <td style="width: 15px;">6</td> <td style="width: 15px;">7</td> <td style="width: 15px;">8</td> <td style="width: 15px;">...</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	...
발생단위 구분	출번호	특정내역 구분	특정내역																
주1) 1		MT078	주2) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px;">1</td> <td style="width: 15px;">2</td> <td style="width: 15px;">3</td> <td style="width: 15px;">4</td> <td style="width: 15px;">5</td> <td style="width: 15px;">6</td> <td style="width: 15px;">7</td> <td style="width: 15px;">8</td> <td style="width: 15px;">...</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	...							
1	2	3	4	5	6	7	8	...											

마. 세부작성요령

항목	세부작성요령																																		
의뢰료	<p><input type="checkbox"/> “01항 03목 응급 및 회송료 등”란에 기재한다.</p> <p>(예시1) 2025년 1월 23일 수도권 A의원(요양기호 11345678) 외래진료 후 의사 판단에 따라 협력기관인 2단계 시범기관 B종합병원으로 진료의뢰 한 경우 (A의원에서 부여한 의뢰일련번호가 1번인 경우)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>항</th> <th>목</th> <th>코드구분</th> <th>코드</th> <th>단가</th> <th>일투</th> <th>총투</th> <th>금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>03</td> <td>1</td> <td>IA026</td> <td>11,500</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>11,500</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">특정내역기재란</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>발생단위구분</th> <th>출번호</th> <th>특정내역구분</th> <th>특정내역</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td>MT002</td> <td>S029</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td></td> <td>MT066</td> <td>1134567825012300001</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th>요양급여비용총액¹⁾</th> <th>본인일부부담금^{주1)}</th> <th>청구액^{주2)}</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11,500원</td> <td>0원</td> <td>11,500원</td> </tr> </tbody> </table> <p>주1. 11,500원(진료의뢰료 I -의사판단) X 0%(본인부담률) = 0원(100원미만 절사) 주2. 11,500원(요양급여비용총액1) - 0원(본인일부부담금) = 11,500원</p>	항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	01	03	1	IA026	11,500	1	1	11,500	발생단위구분	출번호	특정내역구분	특정내역	1		MT002	S029	1		MT066	1134567825012300001	요양급여비용총액 ¹⁾	본인일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}	11,500원	0원	11,500원
항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액																												
01	03	1	IA026	11,500	1	1	11,500																												
발생단위구분	출번호	특정내역구분	특정내역																																
1		MT002	S029																																
1		MT066	1134567825012300001																																
요양급여비용총액 ¹⁾	본인일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}																																	
11,500원	0원	11,500원																																	

항목	세부작성요령						
(예시2) 2025년 1월 12일 세종특별시 B병원(요양기호 11234567) 외래진료 후 환자요청 에 따라 협력기관인 2단계 시범기관 대전광역시 C종합병원으로 Agent를 통해 진료의뢰 한 경우 (B병원에서 부여한 의뢰일련번호가 5번인 경우)							
항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	1	IA027	11,500	1	1	11,500
01	03	1	IA023	6,500	1	1	6,500
01	03	1	IA024	5,500	1	1	5,500
특정내역기재란							
발생단위구분	줄번호	특정내역구분			특정내역		
1		MT002			S029		
1		MT066			1123456725011200005		
요양급여비용총액 ¹⁾		본인일부부담금 ^{주1)}			청구액 ^{주2)}		
23,500원		3,400원			20,100원		
주1. 12,000원(동일 광역시·도내 가산+진료의료로 I “주1”) X 0%(본인부담률) + {(요양급여비용총액1 - 12,000원(동일 광역시·도내 가산+진료의료로 I “주1”) X 30%(본인부담률)} = 3,400원(100원미만 절사) 2. 23,500원(요양급여비용총액1) - 3,400원(본인일부부담금) = 20,100원							
(예시3) 65세 이상인 C환자가 2025년 2월 1일 수도권 A의원(요양기호 10345678) 외래진료 후 환자요청 에 따라 Agent를 통해 DICOM으로 획득한 영상정보와 표준화된 진료정보에 해당하는 영상검사결과지 및 혈액 검사 결과지를 첨부하여, B상급종합병원으로 진료의뢰 한 경우 (A의원에서 부여한 의뢰일련번호가 7번인 경우)							
항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	1	IA027	11,500	1	1	11,500
01	03	1	IA720	9,000	1	1	9,000
특정내역기재란							
발생단위구분	줄번호	특정내역구분			특정내역		
1		MT002			S029		
1		MT066			1034567825020100007		
요양급여비용총액 ¹⁾		본인일부부담금 ^{주1)}			청구액 ^{주2)}		
20,500원		1,500원			19,000원		
주1. 9,000원(진료의료로III) X 0%(본인부담률) + 65세 이상 노인외래 명세서 본인부담률 (정액 1,500원) = 1,500원 * 11,500원(진료의료로 I) 기준 구간별 본인부담률 적용 2. 20,500원(요양급여비용총액1) - 1,500원 = 19,000원							

항목	세부작성요령																																																																
회송료	<p><input type="checkbox"/> “01항 03목 응급 및 회송료 등”란에 기재한다.</p> <p>(예시) 2025년 3월 24일 A종합병원(요양기호 11123456) 외래진료 후 환자 상태가 호전되어 B의원으로 회송한 경우 (A종합병원에서 부여한 의뢰일련번호가 1번인 경우)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>항</th> <th>목</th> <th>코드구분</th> <th>코드</th> <th>단가</th> <th>일투</th> <th>총투</th> <th>금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>03</td> <td>1</td> <td>IA331</td> <td>44,000</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>44,000</td> </tr> <tr> <td colspan="8">특정내역기재란</td> </tr> <tr> <th>발생단위구분</th> <th>줄번호</th> <th colspan="3">특정내역구분</th> <th colspan="3">특정내역</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td></td> <td colspan="3">MT002</td> <td colspan="3">S002</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td></td> <td colspan="3">MT066</td> <td colspan="3">1112345625032400001</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>요양급여비용총액¹⁾</th> <th>본인일부부담금^{주1)}</th> <th>청구액^{주2)}</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>44,000원</td> <td>0원</td> <td>44,000원</td> </tr> </tbody> </table> <p>주1. 44,000원(요양급여비용총액1) X 0%(본인부담률) = 0원 주2. 44,000원(요양급여비용총액1) - 0원(본인일부부담금) = 44,000원</p> <p><input type="checkbox"/> 입원환자 회송시</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>특정내역 (MT002)</th> <th>입(내원) 일수</th> <th>요양급여 일수</th> <th>진료개시일</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>종합병원 이하 2단계 진료 기관에 입원 중인 환자를 1단계 진료기관으로 회송 후 '회송료' 산정을 위해 별도의 명세서를 작성하는 경우 (다른 요양급여내역과 분리하여 입원명세서로 작성)</td> <td>S002</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>회송을 실시한 날</td> </tr> </tbody> </table>	항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	01	03	1	IA331	44,000	1	1	44,000	특정내역기재란								발생단위구분	줄번호	특정내역구분			특정내역			1		MT002			S002			1		MT066			1112345625032400001			요양급여비용총액 ¹⁾	본인일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}	44,000원	0원	44,000원	구분	특정내역 (MT002)	입(내원) 일수	요양급여 일수	진료개시일	종합병원 이하 2단계 진료 기관에 입원 중인 환자를 1단계 진료기관으로 회송 후 '회송료' 산정을 위해 별도의 명세서를 작성하는 경우 (다른 요양급여내역과 분리하여 입원명세서로 작성)	S002	0	0	회송을 실시한 날
항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액																																																										
01	03	1	IA331	44,000	1	1	44,000																																																										
특정내역기재란																																																																	
발생단위구분	줄번호	특정내역구분			특정내역																																																												
1		MT002			S002																																																												
1		MT066			1112345625032400001																																																												
요양급여비용총액 ¹⁾	본인일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}																																																															
44,000원	0원	44,000원																																																															
구분	특정내역 (MT002)	입(내원) 일수	요양급여 일수	진료개시일																																																													
종합병원 이하 2단계 진료 기관에 입원 중인 환자를 1단계 진료기관으로 회송 후 '회송료' 산정을 위해 별도의 명세서를 작성하는 경우 (다른 요양급여내역과 분리하여 입원명세서로 작성)	S002	0	0	회송을 실시한 날																																																													
진료 의뢰회송 확인번호	<p>(예시1) 2025년 1월 6일 B종합병원(요양기호 11123450)에서 협력관계의 B의원으로 회송 후 2025년 1월 10일 B의원에서 외래진료 한 경우 (B종합병원에서 부여한 회송번호: 1123456025010600001)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>항</th> <th>목</th> <th>코드구분</th> <th>코드</th> <th>단가</th> <th>일투</th> <th>총투</th> <th>금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>03</td> <td>1</td> <td>AA154</td> <td>17,700</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>17,700</td> </tr> <tr> <td colspan="8">특정내역기재란</td> </tr> <tr> <th>발생단위구분</th> <th>줄번호</th> <th colspan="3">특정내역구분</th> <th colspan="3">특정내역</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td></td> <td colspan="3">MT078</td> <td colspan="3">1112345025010600001</td> </tr> </tbody> </table>	항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	01	03	1	AA154	17,700	1	1	17,700	특정내역기재란								발생단위구분	줄번호	특정내역구분			특정내역			1		MT078			1112345025010600001																										
항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액																																																										
01	03	1	AA154	17,700	1	1	17,700																																																										
특정내역기재란																																																																	
발생단위구분	줄번호	특정내역구분			특정내역																																																												
1		MT078			1112345025010600001																																																												

항목	세부작성요령							
	요양급여비용총액1	본인일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}					
	17,700원	5,300원	12,400원					
	주1. 17,700원(요양급여비용총액1) X 30%(본인부담률) = 5,300원(100원미만 절사) 2. 17,700원(요양급여비용총액1) - 5,300원(본인일부부담금) = 12,400원							
	(예시2) 2025년 1월 20일 C병원(요양기호 10212345)에서 협력관계의 C종합병원으로 의뢰 후 2025년 1월 22일 C종합병원에서 외래진료 한 경우 (C병원에서 부여한 의뢰번호: 1021234525012000005)							
	항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
	01	03	1	AA156	19,100	1	1	19,100
	09	01	1	D0001010	1,050	1	1	1,050
	특정내역기재란							
	발생단위구분	줄번호	특정내역구분		특정내역			
	1		MT078		1021234525012000005			
	요양급여비용총액1	본인일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}					
	20,150원	10,000원	10,150원					
	주1. 20,150원(요양급여비용총액1) X 50%(본인부담률) = 10,000원(100원미만 절사) 2. 20,150원(요양급여비용총액1) - 10,000원(본인일부부담금) = 10,150원							

바. 보완청구 및 추가청구

1) 보완청구

시범기관이 요양급여비용을 청구하였으나, 심사평가원에서 심사 불능 처리된 건에 대하여는 해당 사유를 보완하여 보완 청구한다.

2) 추가청구

시범기관이 요양급여비용을 지급 받은 명세서 중 진료내역 일부가 당초 청구시 누락된 경우에는 누락된 진료내역만을 추가 청구한다.

3) 보완·추가청구 시 기재하는 구분코드 및 청구방법은 「요양급여비용청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따른다.

「진료의뢰·회송 시범사업」의 요양급여비용 청구방법이며, 이 지침에서 정하고 있지 아니한 사항은 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따름

V 시범사업 현황신고

1. 최초 현황신고

- 시범기관은 보건복지부장관으로부터 시범사업에 참여토록 지정받은 기관으로서 별도의 현황신고는 실시하지 않고, 최초 지정 시 제출한 현황으로 같음한다.

2. 변경 현황신고

- 가. 2단계 시범기관은 시범사업 운영 중 협력기관으로 시범사업 추가 참여를 원하는 1단계 진료기관이 있는 경우에는 그 변경현황을 분기별 마지막 월에 시스템을 통해서 등록하여야 한다.

【그림3. 협력기관 변경 현황신고】

제출경로: 심사평가정보 제출시스템 (<https://ef.hira.or.kr>) > 진료의뢰·회송 > 편의기능 - 협력기관 현황 신고(신청서 다운로드 → 엑셀올리기 → 저장)

건강보험심사평가원 HIRA

종합 안내 심사서식정보 평가서식정보 **진료의뢰·회송** 진료지원(한방 등) 출생정보 마이메뉴 추가 로그아웃(29:23)

협력기관 현황 신고

협력기관 현황신고 (총 1건)

요양기관번호

<input type="checkbox"/>	순번	요양기관번호	요양기관명	소재지(시)	연락처	협력시작일	협력종료일
<input type="checkbox"/>	1		의원	서울특별시	02-	2024-07-01	9999-12-31

진료의뢰·회송

진료의뢰회송 안내

- 자주 묻는 질문(FAQ)
- 송신 목록
- 송신 목록
- 수신 목록
- 의뢰회송서 작성
- 의뢰서작성
- 회송서작성
- 의뢰서작성(수신목록상성용)
- 회송서작성(수신목록상성용)
- 진료정보(e-Form)
- 등록 진료정보
- 수신 진료정보
- 편의기능
- 사용자 및 소견 관리
- 협력기관 명단 목록
- 협력기관 현황 신고**

- 나. 변경현황은 건강보험심사평가원 승인 후 적용할 수 있다.

Ⅵ 시범기관 준수사항

1. 요양급여의 안내

- 가. 시범기관은 요양급여 의뢰·회송이 필요한 대상자에게 시범사업의 내용 및 급여에 대하여 적절한 안내를 하여야 한다.
- 나. 시범기관은 당해 요양기관이 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범기관인 점과 협력기관의 명칭, 시범수가 적용대상, 환자 본인부담 내역 등 주요사항을 환자 또는 보호자가 보기 쉬운 곳(진료비 수납창구, 진료협력센터 등)에 적절한 방법으로 게시하여야 한다.

2. 개인정보제공동의서 징구

- 가. 의뢰·회송을 실시하는 1·2단계 진료기관은 요양급여의뢰서 또는 요양급여회송서 등을 전자적으로 제공하는 것에 대하여 환자에게 설명하고 '진료의뢰·회송 중계시스템 이용에 관한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서'를 작성 받아 보관하여야 한다.
 - '진료기록전송지원시스템(진료정보교류시스템)'을 이용한 전송기관은 「진료정보교류 표준」 고시에 따른 '진료정보교류 개인정보 수집 및 활용·제공 동의서'의 동의로 같음한다.
- 나. 「개인정보 보호법」 제15조제1항5호에 따라 환자가 의사표현을 할 수 없는 등 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 명백히 환자의 생명·신체의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우는 동의서 작성대상에서 제외한다.

3. 원활한 협력관계 유지 및 관리

- 가. 1단계 진료기관에서 협약을 맺은 2단계 시범기관으로 진료 의뢰한 경우 2단계 시범기관은 의뢰결과에 대하여 1단계 진료기관으로 회신하여야 한다.
- 나. 협력기관은 2단계 시범기관의 진료협력센터를 중심으로 의뢰·회송을 위한 긴밀한 협력체계를 유지하여야 한다.
- 다. 2단계 시범기관은 협약을 맺은 1단계 진료기관이 시범사업기관임을 인지하고 적극적으로 시범사업에 참여할 수 있도록 성실하게 협력체계를 운영하여야 한다.

VII 시범사업 평가

1. 평가주체

- 건강보험심사평가원장으로부터 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 평가를 수행하도록 의뢰받은 연구진이 수행한다.

2. 평가내용

가. 시범사업 효과 및 수용성 평가

- 1) 진료의뢰·회송 실적을 파악하고 진료행태 변화를 분석한다.
- 2) 시범기관 및 환자의 만족도, 참여도 등을 파악하여 시범사업의 수용성을 평가한다.

나. 시범모형의 타당성 및 확대 가능성 평가

- 1) 시범수가 수준 및 보험자·환자부담 수준의 타당성을 평가한다.
- 2) 의뢰·회송 유형을 분석하여 수가분류 및 산정기준의 타당성을 평가한다.
- 3) 의뢰·회송에 대한 의료제공자의 서비스 제공 행태 변화 등을 분석하여 수가모형의 확대 적용 가능성을 평가한다.
- 4) 국민의료비 및 환자 부담에 미칠 영향을 평가한다.

3. 평가방법

- 가. 진료의뢰·회송 중계시스템 등록자료, 청구·지급자료 등을 활용하여 요양급여 의뢰·회송 현황에 대해 분석한다.

- 나. 시범기관, 의료인 및 환자를 대상으로 요양급여 의뢰 및 회송 절차, 비용, 만족도 등에 대해 인터뷰 또는 설문조사를 실시한다.
- 다. 시범기관의 협력시스템 운영 현황 및 관리방법 등에 대한 확인을 위하여 필요시 시범기관에 방문할 수 있다.

4. 평가관련 자료제출

- 시범기관은 평가 및 만족도 조사와 관련하여 진료기록부, 진료의뢰·회송 관련 모니터링 자료 등 필요한 자료 제출을 요구 받을 때 이를 지체없이 제출하여야 한다.

VIII

진료의뢰 · 회송 중계시스템

1. 진료의뢰 · 회송 중계시스템 개요

■ '중계시스템'이란?

- 진료의뢰·회송을 위해 필요한 정보를 요양기관 간 송·수신할 수 있는 시스템을 말한다.

■ 시스템 간편 이용방법

- 심사평가정보 제출시스템(<https://ef.hira.or.kr>) 접속
 - 요양기관 공인인증서 로그인
 - '진료의뢰·회송 중계시스템' 클릭
 - (선택) 편의 기능 - 사용자 및 소견관리
 - '진료의뢰·회송' 메뉴 중 선택

가. 심사평가정보 제출시스템(<https://ef.hira.or.kr>) 접속 및 로그인

【그림4. 심사평가정보 제출시스템 - 진료의뢰·회송 중계시스템】



나. 사용자 및 소견관리

- (사용자관리) 의뢰·회송서 주요 사용자의 이름, 면허번호, 진료과목 등을 생성하여 해당 사용자가 의뢰·회송서 작성 및 접수시 생성된 사용자 선택이 가능하다.
- (담당자관리) 의뢰·회송서를 등록하는 의사 또는 진료협력센터 전담 인력 등 담당자의 이름, 연락처를 생성하여 의뢰·회송서 작성시 생성된 담당자 선택이 가능하다.
- (소견관리) 자주 쓰는 진료소견 정보 등을 저장·관리하여 의뢰·회송서 작성시 저장된 진료소견 선택이 가능하다.

【그림5. 사용자 및 소견관리 화면】

사용자 관리

* 의사, 의료진 또는 접수담당자를 생성합니다. ([담당자 선택] 버튼, 수신목록 - 접수담당자명)

사용자명 면허번호 부서 및 진료과명 조회 사용자 추가 사용자 전체삭제

순번	사용자명	면허번호	부서 및 진료과명	수정	삭제
1	김	1	내과	수정	삭제
2	박			수정	삭제
3	심		성형외과	수정	삭제
4	장			수정	삭제
5	조		피부과	수정	삭제

Page 1 of 1 20개씩 보기

담당자 관리

* 의사 또는 진료협력센터 전담인력 등 중계시스템에 의뢰회송서를 등록하는 담당자를 생성합니다. ([전담담당자 선택] 버튼)

담당자명 조회 담당자 추가 담당자 전체삭제

순번	(진료협력센터) 담당자 성명	(진료협력센터) 담당자 연락처	수정	삭제
1	김	010	수정	삭제
2	김		수정	삭제
3	김		수정	삭제
4		010	수정	삭제
5			수정	삭제

Page 1 of 2 20개씩 보기

소견 관리

* 자주 사용하는 소견 내용을 생성합니다. ([소견선택] 버튼)

소견내용 조회 소견 추가 소견 전체삭제

순번	자주 쓰는 소견	수정	삭제
1	자주 사용하는 소견내용을 저장합니다.	수정	삭제

다. '진료의뢰·회송 중계시스템' 메뉴

【그림6. 진료의뢰·회송 중계시스템 주요 메뉴 화면】



2. 요양급여의뢰서 또는 회송서 등 작성방법

- 가. 「심사평가정보 제출시스템(<https://ef.hira.or.kr>) 접속 → 공인인증서 로그인 → '진료의뢰·회송' 선택 → '의뢰서 작성' 또는 '회송서 작성'을 선택한다.
- 나. 입력방법은 '중계시스템' 직접 작성·제출 방식과 요양기관의 진료정보 시스템과 연동 가능한 **AGENT 프로그램 활용방식*** 중 선택할 수 있다.
※ AGENT 프로그램 활용: 공지사항 개발자 가이드 참조
- 다. **요양급여의뢰·회송서 A. 기본정보** 중 '의뢰회송번호'는 '요양기관기호(자동생성) + 연월일(자동생성) + 일련번호(수기입력)'로 구성되며, 최초 생성 후 수정 불가하다. 일련번호는 요양기관이 요양급여의뢰·회송서 발급 연·월·일에 발생하는 번호로 요양기관이 자체적으로 생성하여 입력한다.
- '의뢰회송번호'의 '연월일'은 작성 당일 날짜로 자동 생성되기 때문에 진료일 이후 의뢰·회송서를 등록하는 경우에는 수정하여야 한다.
- 라. **요양급여의뢰서 B. 의뢰 기본정보** 항목은 모두 필수 입력 값으로 반드시 입력하여 수신기관에 전송하도록 한다. ('의뢰 세부사유'는 '의뢰 사유'가 의사판단이면 필수입력)
- '의뢰 기관유형'의 '회송환자 재의뢰(패스트트랙)'는 1단계 진료기관에 회송된 환자가 상태 악화 등으로 다시 2단계 진료기관에 재의뢰시 빠른 진료연계로 2단계 진료기관에서 진료 받을 수 있는 진료협력센터(또는 진료의뢰·회송 전담인력) 자체 예약운영시스템을 말한다.
- 마. **요양급여회송서 B. 회송 기본정보** 중 '회송 기관유형'의 '되의뢰(의뢰했던 기관으로 회송)'는 2단계 진료기관이 환자를 의뢰했던 1단계 진료기관으로 회송하여 환자에게 연속적 진료를 제공하는 것을 말한다.

- 바. **요양급여의뢰·회송서 C. 환자상태 및 진료소견** 중 ‘상병분류기호’, ‘상병명’, ‘진료과’, ‘진료형태구분’, ‘진료기간’, ‘환자상태 및 진료소견’, ‘주의 의약품 여부’, ‘감염병 여부’, ‘회신요청 여부’는 필수 입력 값으로 반드시 입력하여 수신기관에 전송하도록 한다.
- 사. **요양급여의뢰·회송서 D. 진료정보**에는 ‘퇴원요약지’, ‘외래초진/경과기록지’, ‘검사결과지’, ‘기타’가 있으며, ‘중계시스템’에 첨부파일을 직접 등록, 심사평가자료 제출시스템(e-Form) 웹포털에서 작성·등록, AGENT 프로그램을 이용한 심사평가자료 제출시스템(e-Form)으로 등록하는 방식 중 선택하여 수신기관에 제공하고자 하는 진료정보를 전송할 수 있다.
- 단, 진료정보 교류시 인정되는 ‘진료의뢰료 II’는 AGENT 프로그램을 이용한 심사평가자료 제출시스템(e-Form)으로 등록한 경우만 인정되므로, 중계시스템을 통해 첨부파일에 직접 등록되는 정보는 ‘진료의뢰료 II’가 인정되지 아니한다.
- 아. **요양급여의뢰·회송서 E. 영상정보**에는 의료영상정보 파일을 첨부할 수 있으며, MRI 등 영상의 파일종류를 선택하여 첨부한다.
- 자. **요양급여의뢰·회송서 F. 예약관련 정보**에는 의뢰·회송시 예약 희망일시 및 요청사항을 입력한다.
- 차. **요양급여의뢰·회송서 기본사항**이 모두 작성된 경우 “전송” 버튼을 누르면 전송·등록이 완료된다.
- 의뢰·회송서 작성 중 “임시저장” 기능을 활용할 수 있으며, 송신목록에서 임시 저장한 요양급여의뢰·회송서 확인이 가능하다.
 - 임시 저장한 요양급여의뢰·회송서는 “전송”버튼을 눌러야 수신기관으로 전송 완료되며, 전송이 완료되어도 수신기관 접수 전인 경우 수정 및 진료·영상정보 첨부가 가능하다.

【그림7. 요양급여의뢰서 화면】

요양(의료)급여의뢰서

관한 의뢰서 보기
사용자 메뉴얼 다운로드
* 필수 입력 항목

A. 기본정보

* 의뢰회송번호	11111111 - 241121 -	일련번호	<small>입력 예) 0001 - 9999 까지 5자리 입력 범위 * '실급종합병원 구조전환 시범사업' 대상자의 경우만 일련번호 A+숫자4자리로 부여</small>	
환자 등록번호				
* 보험자유형구분	건강보험			
건강보험증번호(또는 사업장기호)	숫자만 입력			
가입자 또는 세대주 성명				
* 환자 성명	가입자 또는 세대주 주민등록(관리)번호		숫자만 입력	
* 환자 전화번호1)	숫자만 입력	* 환자 주민등록번호	-	
* 환자 전화번호2)	숫자만 입력	* 환자 전화번호3)	숫자만 입력	
환자 주소	완료			

B. 의뢰 기본정보

* 의뢰 사유	<input type="radio"/> 의사판단 <input type="radio"/> 환자요청			
* 의뢰 세부사유	<input type="checkbox"/> 진단의뢰 <input type="checkbox"/> 검사의뢰 <input type="checkbox"/> 수술의뢰 <input type="checkbox"/> 시술 및 악동치료 의뢰 <input type="checkbox"/> 기타 <small>기타 선택 시, 기타사유를 입력해주세요.</small>			
* 주소				
* 의심되는 상병분류기호	<input type="text"/>	* 의심되는 상병명	<input type="text"/>	
* 의뢰받을 요양기관 명칭	<input type="text"/>			
* 의뢰받을 진료과	<input type="text"/>			
* 의뢰 기관유형	<input type="radio"/> 회송원자 재의뢰(메스트레이크) <input type="radio"/> 타 기관			
* 긴급 진료 필요	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N			

C. 환자상태 및 진료조건

* 상병분류기호	<input type="text"/>	* 상병명	<input type="text"/>
* 진료과	<input type="text"/>		
* 진료형태구분	<input type="radio"/> 입원 <input checked="" type="radio"/> 외래	* 진료기간	<input type="text"/> - <input type="text"/>
* 환자상태 및 진료조건	* 진료조건 소견선택 {진단의뢰}		
	* 자료·검사내역		
	* 과거력		
	* 투약력		
	* 기타 가족력 열려지 유무 등		
* 주의 의약품 여부	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	* 주의 의약품 내용	<input type="text"/>
* 감염병 여부	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	* 감염병 내용	<input type="text"/>
* 회신요청 여부	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N		

D. 진료정보

진료·영상정보 기한 관련 주의사항

파일 첨부	<input type="checkbox"/> 뒤원요약지 <input type="checkbox"/> 외래초진/경과기록지 <input type="checkbox"/> 검사결과지 <input type="checkbox"/> 기타						
	* 전자적 진료정보(e-Form) (총 : 0건) 붙여오기 선택삭제						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>문서번호</th> <th>서식명</th> <th>상태</th> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">No Data</td> </tr> </table>	문서번호	서식명	상태	No Data		
	문서번호	서식명	상태				
No Data							
* 첨부파일 파일추가 선택삭제							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>파일명</th> <th>파일크기</th> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">No Data</td> </tr> </table>	파일명	파일크기	No Data				
파일명	파일크기						
No Data							

E. 영상정보

- 진료정보와 함께 영상정보(영상파일+영상검사결과지)를 첨부한 경우 의료료III 수가 인정(DICOM, non-DICOM 모두 인정)
- 영상검사결과지는 D.진료정보>검사결과지란에 첨부하시기 바랍니다.

영상정보	* 의료영상정보(전체) (총 : 0건) 파일추가 선택삭제						
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>파일종류</th> <th>파일명</th> <th>파일크기</th> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">No Data</td> </tr> </table>	파일종류	파일명	파일크기	No Data		
	파일종류	파일명	파일크기				
No Data							

F. 예약관련 정보

예약희망일시 및 요청사항 등

G. 담당자 정보

* 담당의사 성명	<input type="text"/>	담당의사 선택	* 담당의사 면허번호	<input type="text"/>
(진료입력센터) 담당자 성명	<input type="text"/>	(진료)담당자 선택	* (진료입력센터) 담당자 연락처	숫자만 입력

【그림7-1. 요양급여의뢰서 작성예시】

① 의뢰서 기본정보

A. 기본정보

* 의뢰회송번호	11111111 - 241121 - 일련번호	<small>입력 예) 00001 ~ 99999 까지의 숫자 5자리 임의 부여</small> <small>※ '상급종합병원 구조전환 지원사업' 대상자의 경우만 일련번호 A+숫자4자리로 부여</small>	
환자 등록번호	<input type="text"/>		
* 보험자유형구분	건강보험		
건강보험증번호(또는 사업장기호)	숫자만 입력		
가입자 또는 세대주 성명	<input type="text"/>	가입자 또는 세대주 주민등록(관리)번호	숫자만 입력
* 환자 성명	<input type="text"/>	* 환자 주민등록번호	<input type="text"/> - <input type="text"/>
* 환자 전화번호1)	숫자만 입력	환자 전화번호2)	숫자만 입력
환자 주소	<input type="text"/>		검색

B. 의뢰 기본정보

* 의뢰 사유	<input type="radio"/> 의사판단 <input type="radio"/> 환자요청		
* 의뢰 세부사유	<input type="checkbox"/> 진단의뢰 <input type="checkbox"/> 검사의뢰 <input type="checkbox"/> 수술의뢰 <input type="checkbox"/> 시술 및 약물치료 의뢰 <input type="checkbox"/> 기타 기타 선택 시, 기타사유를 입력해주세요.		
* 주소	<input type="text"/>		
* 의심되는 상병분류기호	<input type="text"/>	* 의심되는 상병명	<input type="text"/>
* 의뢰받을 요양기관 명칭	<input type="text"/>		
* 의뢰받을 진료과	<input type="text"/>		
* 의뢰 기관유형	<input type="radio"/> 회송환자 재의뢰(패스트트랙) <input type="radio"/> 타 기관		
* 긴급 진료 필요	<input checked="" type="radio"/> Y <input type="text"/> <input type="radio"/> N		

의뢰회송번호

- 요양기관기호(자동생성) + 연월일(자동생성) + 일련번호(수기입력)

환자등록번호

- 의료기관에서 부여한 환자등록번호 기재

의뢰 사유

- 의사판단: 담당의사의 의학적 판단에 의한 의뢰
- 환자요청: 환자 또는 가족 등의 요청에 의한 의뢰

의뢰 세부사유

- 의사판단으로 의뢰시 필수입력

주소

- 환자의 주호소를 텍스트 형식으로 입력

의심되는 상병

- 환자 의뢰 사유가 되는 의심 상병 기재

긴급 진료 필요

- 신속한 진료가 필요한 경우 'Y' 선택 후 사유 기재

② 의뢰서 환자상태 및 진료소견 정보

C. 환자상태 및 진료소견

* 상병분류기호	<input type="text"/>	* 상병명	<input type="text"/>
* 진료과	<input type="text"/>		
* 진료형태구분	<input type="radio"/> 입원 <input checked="" type="radio"/> 외래	* 진료기간	-- -- ~ -- --
* 진료소견		소견선택	
[진단의뢰] <input type="text"/>			

* 환자상태 및 진료소견	• 치료·검사내역	<input type="text"/>		
	• 과거력	<input type="text"/>		
	• 투약력	<input type="text"/>		
	• 기타 가족력 알려지 유무 등	<input type="text"/>		
* 주의 의약품 여부	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	* 주의 의약품 내용	<input type="text"/>	
* 감염병 여부	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	* 감염병 내용	<input type="text"/>	
* 회신요청 여부	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N			

상병

- 환자의 현상병 기재 (의심되는 상병과 동일한 경우 동일하게 기재 가능)

진료소견

- 의뢰사유에 맞는 진료소견 입력 (자주 사용하는 소견내용 미리 저장 후 선택하여 사용 가능)

주의 의약품 내용

- 투여중인 의약품 중 특히 주의가 필요한 의약품 기재

감염병 여부

- 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률에 따른 감염병 간략 기재

회신요청 여부

- 수신 의료기관으로부터 의뢰에 대한 회신을 받고자 하는 경우 'Y' 선택

③ 의뢰서 진료정보

D. 진료정보

진료·영상정보 가산 관련 주의사항

파일 첨부	<input type="checkbox"/> 퇴원요약지 <input type="checkbox"/> 외래초진/경과기록지 <input type="checkbox"/> 검사결과지 <input type="checkbox"/> 기타								
	• 전자적 진료정보(e-Form) (총 : 0건) <input type="button" value="불러오기"/> <input type="button" value="선택삭제"/>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th><input type="checkbox"/></th> <th>문서번호</th> <th>서식명</th> <th>상태</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">No Data</td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/>	문서번호	서식명	상태	No Data			
	<input type="checkbox"/>	문서번호	서식명	상태					
No Data									
• 첨부파일 <input type="button" value="파일추가"/> <input type="button" value="선택삭제"/>									
<table border="1"> <thead> <tr> <th><input type="checkbox"/></th> <th>파일명</th> <th>파일크기</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">No Data</td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/>	파일명	파일크기	No Data					
<input type="checkbox"/>	파일명	파일크기							
No Data									

진료정보 작성

- 의뢰·회송 중계시스템과 심사평가자료제출시스템(e-Form 표준서식)을 연계하여 환자정보 공유 (Agent 또는 웹포털 방식)

④ 의뢰서 영상정보

E. 영상정보

- 진료정보와 함께 영상정보(영상파일+영상검사결과지)를 첨부한 경우 의뢰료III 수가 인정
- 영상검사결과지는 D.진료정보>검사결과지란에 첨부하시기 바랍니다.

영상정보	* 의료영상정보(전체) (총: 0건) 파일추가 선택삭제			
	<input type="checkbox"/>	파일종류	기타 영상종류	파일명
	No Data			

영상정보 파일추가

- 파일추가 버튼 클릭 후 탐색기 창에서 추가할 영상파일(MRI, CT 등) 선택

⑤ 예약 및 담당자 정보

F. 예약관련 정보

예약희망일시 및 요청사항 등	<input type="text"/>
-----------------	----------------------

G. 담당자 정보

* 담당의사 성명	<input type="text"/>	담당의 선택	* 담당의사 면허번호	<input type="text"/>
(진료협력센터) 담당자 성명	<input type="text"/>	(진행)담당자 선택	* (진료협력센터) 담당자 연락처	숫자만 입력

예약관련 정보

- 예약희망일시 및 요청사항, 환자 특이사항 등 입력

【그림8. 요양급여회송서 화면】

요양(의료)급여회송서

☞ 관련 문약사 보기
사용자 매뉴얼 다운로드
* 필수 입력 항목

A. 기본정보

* 의료회송번호	111111111	-	241204	-	일련번호	<small>입력 예) 00001 ~ 99999 환자의 숫자 5자리 범위 ※ '상급종합병원 구조전환 지원사업' 대상자의 경우엔 일련번호 A+숫자4자리로 부여</small>
환자 등록번호						
* 보험자유형구분	건강보험					
건강보험증번호(또는 사립정기회)	숫자만 입력					
가입자 또는 세대주 성명				가입자 또는 세대주 주민등록(관리)번호	숫자만 입력	
* 환자 성명				* 환자 주민등록번호	-	
* 환자 전화번호1)	숫자만 입력	* 환자 전화번호2)	숫자만 입력	* 환자 전화번호3)	숫자만 입력	
환자 주소						검색

B. 회송 기본정보

* 회송받을 요양기관 명칭	<input type="text"/>					
* 회송받을 진료과	<input type="text"/>					
* 회송 기관유형	<input type="radio"/> 덕의뢰(역의뢰)된 기관으로 회송) <input type="radio"/> 타 기관					
* 회송 진료형태유형	<input type="radio"/> 입원치료를 위해 회송 <input type="radio"/> 외래치료를 위해 회송					
* 회송 사유	<input type="checkbox"/> 약물치료 <input type="checkbox"/> 삽입관 관리 <input type="checkbox"/> 수술 후 관리 <input type="checkbox"/> 상처 관리 <input type="checkbox"/> 재활 <input type="checkbox"/> 호스피스 <input type="checkbox"/> 환자 또는 가족요청 <input type="checkbox"/> 연고지 <input type="checkbox"/> 기타 <small>기타 선택 시, 기타사유를 입력해주세요.</small>					

C. 환자상태 및 진료조건

* 상병분류기호	<input type="text"/>	* 상병명	<input type="text"/>
* 진료과	<input type="text"/>		
* 진료형태구분	<input type="radio"/> 입원 <input checked="" type="radio"/> 외래	* 진료기간	-- -- -- --
* 환자상태 및 진료조건	• 진료조건 소견선택 <input type="text"/>		
	• 치료·검사내역 <input type="text"/>		
	• 과거력 <input type="text"/>		
	• 투약력 <input type="text"/>		
	• 기타 가족력 알려지 유무 등 <input type="text"/>		
* 주의 의약품 여부	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	* 주의 의약품 내용	<input type="text"/>
* 감염병 여부	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	* 감염병 내용	<input type="text"/>
* 회신요청 여부	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N		

D. 진료정보

- 서식은 상담의 [심사서식정보] 메뉴에서 작성하시기 바랍니다.

파일 첨부	<input type="radio"/> 퇴원요약지 <input type="radio"/> 외래초진/경과기록지 <input type="radio"/> 검사결과지 <input type="radio"/> 기타								
	• 전자적 진료정보(e-Form) (총 : 0건) 붙여오기 선택삭제 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th><input type="checkbox"/></th> <th>문서번호</th> <th>서식명</th> <th>상태</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">No Data</td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/>	문서번호	서식명	상태	No Data			
	<input type="checkbox"/>	문서번호	서식명	상태					
	No Data								
• 첨부파일 파일추가 선택삭제 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th><input type="checkbox"/></th> <th>파일명</th> <th>파일크기</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">No Data</td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/>	파일명	파일크기	No Data					
<input type="checkbox"/>	파일명	파일크기							
No Data									

E. 영상정보

영상정보	• 의료영상정보(전체) (총 : 0건) 파일추가 선택삭제 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th><input type="checkbox"/></th> <th>파일종류</th> <th>기타 영상종류</th> <th>파일명</th> <th>파일크기</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5">No Data</td> </tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/>	파일종류	기타 영상종류	파일명	파일크기	No Data				
	<input type="checkbox"/>	파일종류	기타 영상종류	파일명	파일크기						
No Data											

F. 예약관련 정보

예약희망일시 및 요청사항 등	<input type="text"/>
-----------------	----------------------

G. 담당자 정보

* 담당의사 성명	<input type="text"/>	담당의사 선택	* 담당의사 연허번호	<input type="text"/>
(전료협력센터) 담당자 성명	<input type="text"/>	(전료)담당자 선택	(전료협력센터) 담당자 연락처	숫자만 입력

[그림8-1. 영양급여회송서 작성예시]

① 회송서 기본정보

A. 기본정보

* 의뢰회송번호	11111111 - 241204 - 일련번호	<small>일련 예) 00001 - 99999 까지의 숫자 5자리 임의 부여 ※ '상급종합병원 구조전환 지원사업' 대상자의 경우만 일련번호 A+숫자4자리로 부여</small>
환자 등록번호	<input type="text"/>	
* 보험자유형구분	건강보험	
건강보험증번호(또는 사업장기호)	숫자만 입력	
가입자 또는 세대주 성명	<input type="text"/>	가입자 또는 세대주 주민등록(관리)번호 <input type="text"/>
* 환자 성명	<input type="text"/>	* 환자 주민등록번호 <input type="text"/>
* 환자 전화번호1)	숫자만 입력	환자 전화번호2) <input type="text"/>
		환자 전화번호3) <input type="text"/>
환자 주소	<input type="text"/>	

B. 회송 기본정보

* 회송받을 요양기관 명칭	<input type="text"/>
* 회송받을 진료과	<input type="text"/>
* 회송 기관유형	<input type="radio"/> 의뢰(의뢰했던 기관으로 회송) <input type="radio"/> 타 기관
* 회송 진료형태유형	<input type="radio"/> 입원치료를 위해 회송 <input type="radio"/> 외래치료를 위해 회송
* 회송 사유	<input type="checkbox"/> 약물치료 <input type="checkbox"/> 삽입관 관리 <input type="checkbox"/> 수술 후 관리 <input type="checkbox"/> 상처 관리 <input type="checkbox"/> 재활 <input type="checkbox"/> 호스피스 <input type="checkbox"/> 환자 또는 가족요청 <input type="checkbox"/> 연고지 <input type="checkbox"/> 기타 기타 선택 시, 기타사유를 입력해주세요. <input type="text"/>

회송서 작성

- 의료급여 환자의 경우 선택의료급여기관 미적용자 또는 노숙인 진료시설 선택
- ※ 선택의료급여기관 적용자의 경우 회송 불가

② 회송서 환자상태 및 진료·영상정보

C. 환자상태 및 진료소견

* 상병분류기호	<input type="text"/>	* 상병명	<input type="text"/>
* 진료과	<input type="text"/>	* 진료기간	-- -- ~ -- --
* 진료형태구분	<input type="radio"/> 입원 <input checked="" type="radio"/> 외래		
* 환자상태 및 진료소견	• 진료소견 <input type="text"/> 소견선택 • 치료·검사내역 <input type="text"/> • 과거력 <input type="text"/> • 투약력 <input type="text"/> • 기타 가족력 알리지 유무 등 <input type="text"/>		

(중 략)

F. 예약관련 정보

예약희망일시 및 요청사항 등	<input type="text"/>
-----------------	----------------------

G. 담당자 정보

* 담당의사 성명	<input type="text"/>	담당의 선택	* 담당의사 면허번호	<input type="text"/>
(진료협력센터) 담당자 성명	<input type="text"/>	(전입)담당자 선택	* (진료협력센터) 담당자 연락처	숫자만 입력

환자상태 및 진료소견, 진료·영상정보 등

- C~G까지의 정보는 의뢰서와 동일

3. 영양급여의뢰서 또는 회송서 등 확인방법

가. 「심사평가정보 제출시스템(<https://ef.hira.or.kr>) 접속 → 공인인증서 로그인 → '진료의뢰·회송' → '수신목록' 또는 '송신목록'을 선택한다.

나. (송신목록) 의뢰·회송서 작성내역 확인방법은 다음과 같다.

- (1) 송신목록에서 해당 의뢰·회송서 더블클릭(또는 '보기' 버튼 클릭) 후 '의뢰·회송서'를 확인한다.
- (2) 의뢰서의 '동일지역 가산인정' 여부가 'Y'인 경우는 비수도권 동일 시·도 내 가산 수가를 추가 산정할 수 있음을 말한다.
- (3) '회신서'란에 **회신서**가 존재하는 경우는 환자를 의뢰·회송 받은 진료기관에서 회신서를 작성하였음을 말한다.
- (4) 상태 값에 따른 송·수신 기관별 처리방법은 아래 표와 같다.

상태	상태 설명	처리	
		송신기관	수신기관
임시저장	송신기관에서 전송 전 상태	수정, 삭제 가능	조회 안됨
접수전	송신기관에서 전송한 상태	수정, 삭제 가능	접수, 거절 가능
접수	수신기관에서 접수한 상태	수정, 삭제 불가	취소 가능 (취소시 접수전으로 변경)
거절	수신기관에서 거절한 상태	조회만 가능	조회만 가능
삭제	송신기관에서 접수 전인 건을 삭제한 상태	재작성 가능	조회 안됨

【그림9. 송신목록 화면】



다. (수신목록) 의뢰·회송서 수신목록 확인방법은 다음과 같다.

(1) 수신목록에서 해당 의뢰·회송서 더블클릭(또는 '보기' 버튼 클릭) 후 '의뢰·회송서'를 확인한다.

※ 회송서의 경우 접수담당자, 주민번호 뒷자리 입력 후 접수번호 클릭

(2) '회신서' 클릭시 의뢰에 대한 회신내용을 간략하게 작성 가능하며, '회신요청' 여부가 'Y'인 경우는 환자를 의뢰·회송한 진료기관에서 회신요청이 있는 경우를 말한다.

(3) 상태 값에 따른 송·수신 기관별 처리방법은 아래 표와 같다.

상태	상태 설명	처리	
		송신기관	수신기관
접수전	송신기관에서 전송한 상태	수정, 삭제 가능	접수, 거절 가능
접수	수신기관에서 접수한 상태	수정, 삭제 불가	취소 가능 (취소시 접수전으로 변경)
거절	수신기관에서 거절한 상태	조회만 가능	조회만 가능

【그림10. 수신목록 화면】

② 수신목록

수신 목록
조회

의뢰회송번호:

의뢰회송구분: | 회송구분:

접수담당자명: | 회신요청여부:

송신기관번호:

의뢰일자: | 회신내 적성여부:

제스프번호 여부: | 의뢰성부 여부:

조회기간: 2019-09-05 ~ 2020-09-11

검색조건: 의뢰일시연순

상태: 전체 접수 거절

순번	구분	의뢰회송번호	작성일자	환자명	성별	생년월일	전과번호	송신기관번호	송신기관명	진료구분	병원명	상태	접수담당자	회신요청	제스프번호	의뢰장부	회신장부	보기	회신서	비고
1	의뢰	11111111-200710-23211	2020.07.10	이은지	남	1935.11.25	016123456	11111111	간호보현심사원병원	중계포털	중계포털	접수	취소						회신서	
2	의뢰	11111111-200611-00001	2020.06.11	김환자	여	1985.06.10	0337891557	11111111	심명대원	외래	중계포털	접수	취소	테스트Y	Y	Y	N	N	회신서	

수신목록 조회

- 의뢰서 또는 회송서를 수신받은 정보에 대한 조회 화면
- 수신받은 기관에서 접수 또는 거절 등 상태 정보 변경

4. 등록 진료정보 및 수신 진료정보 확인방법

가. 등록 진료정보 목록 조회

심사평가정보 제출시스템을 연계하여 작성(또는 전송)한 진료정보 표준서식에 대하여 조회할 수 있다.

【그림11. 등록 진료정보 목록 화면】

① 등록진료정보 목록

등록 진료정보
조회

의뢰의송구분: 전체

수신기관기호:

표준서식정보:

의뢰의송번호:

의뢰의송상태: 전체

수령가능여부: 전체

의뢰의송일자: 2019-06-01 ~ 2020-09-11

환자명:

생년월일:

성별:

의뢰의송상태: 전체

환자성별: 전체

(총 3건)

순번	환자명	생년월일	성별	의뢰의송번호	수신기관기호	수신기관명	서식명	문서번호	수령가능여부	의뢰의송일자	상태	접수확인일자	보기	
1	이문서	2019.10.25	여성	1111111120010331231	33333333	심원종합병원	어제초진기록지서	T200116RF000100011	불가능	비서제	2019.10.28 16:08	접수	2020.01.16 17:49	보기
2	이문서	2019.10.25	여성	1111111120010331231	33333333	성원종합병원	전단검사결과서	T200116RF000100012	불가능	의사제	2019.10.28 16:04	접수	2020.01.16 17:49	보기
3	이문서	2019.10.25	여성	1111111120010331231	33333333	심원종합병원	투약기록지서	T200116RF000100013	불가능	비서제	2019.10.25 14:04	접수	2020.01.16 17:49	보기

작성진료정보 목록 조회

- 심사평가자료제출시스템(e-Form 표준서식)을 연계하여 작성(또는 전송)한 진료정보 표준서식에 대한 조회 화면
- '보기'를 클릭하거나 행 선택 후 더블클릭 시 상세정보 확인 가능

나. 수신 진료정보 목록 조회

의뢰·회송과 함께 수신받은 진료정보 표준서식에 대하여 조회할 수 있다.

【그림12. 수신 진료정보 목록 화면】

② 수신진료정보 목록

수신진료정보 목록
조회

의뢰의송구분: 전체

수신기관기호:

표준서식정보:

의뢰의송번호:

의뢰의송상태: 전체

수령가능여부: 전체

의뢰의송일자: 2020-05-26 ~ 2020-06-26

환자명:

생년월일:

성별:

의뢰의송상태: 전체

환자성별: 전체

(총 3건)

순번	구분	환자명	생년월일	성별	의뢰의송번호	수신기관기호	수신기관명	서식명	문서번호	작성일자	상태	접수확인일자	보기
1	회송	홍길동	2020.06.03	남자				외과요양기록	T200603RF10000101226	2020.06.03 10:52	접수	2020.06.03 10:52	보기
2	회송	김민서	2020.05.26	여성				의제초진기록지서	T200526RF10000101104	2020.05.26 09:22	접수	2020.05.26 11:19	보기
3	회송	김민서	2020.05.26	여성				외제초진기록지서	T200526RF10000101103	2020.05.26 10:53	접수	2020.05.26 11:19	보기

수신진료정보 목록 조회

- 의뢰(회송)과 함께 수신받은 진료정보 표준서식에 대한 조회 화면
- '보기'를 클릭하거나 행 선택 후 더블클릭 시 상세정보 확인 가능

별지

서 식 모 음

[제1호서식] 요양급여의뢰서[시범사업]

[제2호서식] 요양급여회송서[시범사업]

[제3호서식] 진료의뢰·회송 중계시스템 이용에 관한
개인정보 수집이용 및 제3자 제공 동의서

[별지 제3호서식]

(3쪽 중 1쪽)

진료의뢰·회송 중계시스템 이용에 관한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서

환자성명		주민등록번호	
전화번호			

「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제6조 및 「의료급여법 시행규칙」 제3조에 따라 진료의뢰·회송을 위하여 「진료의뢰·회송 중계시스템」을 이용하는 경우 아래의 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공에 대한 내용을 자세히 읽어 보신 후 동의 여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

가. 개인정보를 수집하는 자

- 진료의뢰·회송 중계시스템을 사용하여 전자적으로 의뢰·회송서를 송신하는 요양기관

나. 개인정보 수집·이용에 관한 동의

개인정보의 수집·이용 목적	진료의뢰·회송 중계시스템을 이용한 의뢰·회송 업무수행
수집하는 개인정보의 항목	성명, 주소, 전화번호, 건강보험증번호, 가입자 또는 세대주 성명
개인정보 보유 및 이용기간	보유기간 5년

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

위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?

[] 동의함 [] 동의하지 않음

다. 민감정보 수집·이용에 관한 동의

민감정보의 수집·이용 목적	진료의뢰·회송 중계시스템을 이용한 의뢰·회송 업무수행
수집하는 민감정보의 항목	의뢰·회송 사유, 상병명, 환자상태 및 진료소견(진료소견, 치료·검사내역, 과거력 및 투약력, 기타 가족력 알려지 유무 등), 주의사항, 진료정보*·영상정보, 예약관련정보 등 진료의뢰·회송 중계시스템에 등록된 항목
민감정보 보유 및 이용기간	보유기간 5년

※ 심평원장 공고에 따른 표준서식을 활용하거나, 첨부파일 형태로 중계시스템으로 전송된 진료정보

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

위와 같이 민감정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?

[] 동의함 [] 동의하지 않음

라. 고유식별정보 수집·이용에 관한 동의(※ 외국인에 해당하는 경우)

고유식별정보 수집·이용 목적	<u>진료의뢰·회송 중계시스템을 이용한 의뢰·회송 업무수행</u>
수집하는 고유식별정보의 항목	<u>외국인등록번호</u>
고유식별정보 보유 및 이용기간	<u>보유기간 5년</u>

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

☞ 위와 같이 고유식별정보를 수집·이용하는데 동의하십니까?

동의함 동의하지 않음

마. 개인정보의 제3자 제공에 관한 동의

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

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

☞ 위와 같이 개인정보를 제3자에게 제공하는데 동의하십니까?

동의함 동의하지 않음

바. 민감정보의 제3자 제공에 관한 동의

민감정보를 제3자에게 제공하는 자	진료의뢰·회송 중계시스템을 이용하여 전자적으로 의뢰·회송서를 송신하는 요양기관
민감정보를 제공받는 제3자	제3자의 민감정보 수집·이용 목적
<u>진료의뢰·회송 중계시스템을 통하여 전자적으로 의뢰·회송서를 수신하는 요양기관</u>	<u>의뢰·회송된 환자의 진료</u>
<u>보건복지부</u>	<u>진료의뢰·회송 사업 총괄 및 평가</u>
<u>건강보험심사평가원</u>	<u>진료의뢰·회송 사업 운영 및 급여비용 심사·지급</u>
제3자가 제공받는 민감정보의 항목	<u>의뢰·회송 사유, 상병명, 환자상태 및 진료소견(진료 소견, 치료·검사내역, 과거력 및 투약력, 기타 가족력 알려지 유무 등), 주의사항, 진료정보·영상정보, 예약 관련정보 등 진료의뢰·회송 중계시스템에 등록된 항목</u>
제3자의 민감정보 보유 및 이용기간	<u>보유기간 5년</u>

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

☞ 위와 같이 민감정보를 제3자에게 제공하는데 동의하십니까?

동의함 동의하지 않음

사. 고유식별정보의 제3자 제공에 관한 동의

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

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

위와 같이 고유식별정보를 제3자에게 제공하는데 동의하십니까?
 동의함 동의하지 않음

아. 고유식별정보 수집·이용 고지

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

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

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

- 본인은 환자(성명:)의 법정대리인으로서 「개인정보 보호법」 제22조에 의거하여 개인정보의 수집·이용·제3자 제공 등에 관하여 확인하였습니다.

법정 대리인	성명	(서명 또는 인)	전화번호	
	생년월일		주소	

※ 법정대리인은 법정대리인을 증명할 수 있는 서류(가족관계증명서, 주민등록등본) 제출 요망

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

년 월 일

환자와의 관계

성 명 (서명 또는 인)

별첨

시범사업 관련 질의·응답

1. 수가 및 산정방법 관련
2. 청구방법 관련
3. 현황신고 관련
4. 중계시스템 관련
5. 질병군 포괄수가 관련
6. 기타

1. 수가 및 산정방법 관련

[대상자격]

Q1. 건강보험 환자가 아닌 경우 시범사업 수가 산정은 어떻게 하나요?

- 동 시범사업은 건강보험 환자인 경우에만 시범수가를 산정할 수 있습니다.
- 다만, 의료급여 및 자동차보험 환자의 경우 수가 산정은 할 수 없어도 중계시스템을 이용한 진료의뢰·회송은 가능합니다.

Q2. 차상위 본인부담 경감대상자, 보훈환자도 '의뢰료' 또는 '회송료' 산정이 가능한가요?

- 차상위 본인부담금 경감대상자와 보훈환자는 별도 재원에 의해 지원 받는 등 특수성이 있어 시범사업 대상에서 제외하고 있습니다.

Q3. 외국인 환자, 신생아를 진료의뢰·회송시 시범사업 수가 산정이 가능한가요?

- 국민건강보험법 적용 대상자이면 산정할 수 있습니다.

[시범사업대상- 협력관계 여부]

Q4.

2단계 시범기관(종합병원, 전문병원)으로 진료의뢰 한 경우에만 '의뢰료'를 산정할 수 있나요?

- 2단계 시범기관(종합병원, 전문병원)으로 진료의뢰는 동 시범사업 참여 관련 협약을 맺은 협력관계의 1단계 진료기관(의원, 병원)이 지침에서 정한 절차에 따라 진료 의뢰하는 경우 '의뢰료'를 산정할 수 있습니다.
- 다만, 2020년 10월 8일부터 상급종합병원 '회송료'가 본사업으로 전환됨에 따라 상급종합병원으로의 진료의뢰는 협력관계와 상관없이 모든 1단계 진료기관(상급종합병원 및 보건소·보건지소를 제외한 모든 요양기관)이 지침에서 정한 절차에 따라 진료 의뢰하는 경우에 '의뢰료'를 산정할 수 있습니다.

예시) A의원의 자체 협력기관 3개소

- B종합병원(시범사업 미선정기관)
- C종합병원(시범사업 선정기관, 협력기관으로 시범사업 참여 동의)
- D종합병원(시범사업 선정기관, 협력기관으로 시범사업 참여 미동의)
- E상급종합병원

● C종합병원, E상급종합병원으로 의뢰한 경우에만 '의뢰료' 산정 가능

※ D종합병원의 경우 시범사업에 함께 참여하기로 A의원에서 동의하지 않은 경우로 '의뢰료' 산정 불가

- 비협력관계의 2단계 시범기관(종합병원, 전문병원)으로 진료의뢰 할 경우 현행 규정에 따라 별도의 비용을 산정할 수 없습니다.

Q5.

‘회송료’는 협력기관으로 회송한 경우에만 산정할 수 있나요?

- ‘회송료’는 협력기관으로 회송할 때 산정하는 것을 원칙으로 합니다.
- 다만, 환자에게 적절한 요양급여를 위해 회송하고자 하는 경우 요양기관이 비협력기관이더라도 예외적으로 산정할 수 있습니다.

※ 2단계 시범기관에서 같은 종별 2단계 진료기관으로의 회송은 제외

Q6.

보건소 및 보건지소 등으로 진료의뢰 또는 회송시에도 ‘의뢰료’ 또는 ‘회송료’를 산정할 수 있나요?

- 보건소, 보건지소, 보건진료소, 조산원의 경우는 시범사업 대상기관에 포함되지 않습니다.
- 다만, 상기 기관들이 상급종합병원으로 진료 의뢰하는 경우에는 중계 시스템을 이용하여 의뢰는 할 수 있으나 ‘의뢰료’는 산정 불가하며,
 - 상급종합병원에서 상기 기관들에 회송한 경우에는 ‘회송료’를 산정할 수 있습니다.

Q7.

진료 의뢰(회송) 후 의뢰(회송) 정보를 수신·접수한 진료기관이 산정할 수 있는 시범수가 있나요?

- 의뢰(회송)을 받은 진료기관에서 의뢰(회송) 정보를 수신·접수시 산정할 수 있는 시범수는 없습니다.

[공통]

Q8. (변경) 시범사업 수가를 산정할 때 환자 본인부담금은 어떻게 되나요?

- 의학적 판단에 따른 의뢰 강화를 위해 2025년 1월 1일 진료분부터 ‘진료의뢰료 I’의 ‘IA027(90027)’ 수가에 대해서만 「국민건강보험법 시행령」 [별표 2]와 「국민건강보험법 시행규칙」 [별표 3]에서 정하는 바에 따라 본인일부부담하며, 100분의 30을 초과하지 않습니다.
- 다만, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등 본인부담경감 대상 환자의 경우 경감된 본인일부부담금액을 적용하며,
- 65세 이상 의원급 요양기관 및 보건의료원 외래 환자의 경우 「국민건강보험법 시행규칙」 [별표 3] 제1호의 ‘요양급여비용 총액에 관한 조건’은 ‘진료의뢰료 I’의 ‘IA027(90027)’ 수가에 대해서만 적용합니다.
- 이 외 시범사업 수가인 ‘진료의뢰료 I’ 주사항 및 ‘(1) 의사판단’, ‘진료의뢰료 II·III’, ‘비수도권 동일 광역시·도 내 의뢰 가산료’, ‘회송료’는 해당 수가 전액을 국민건강보험공단이 부담합니다.

Q9. 1단계 시범기관에서 2단계 시범기관으로 진료의뢰 한 경우 또는 2단계 시범기관에서 1단계 시범기관으로 회송한 경우 산정할 수 있는 수가는 무엇인가요?

- 지침에서 정한 절차에 따라 의뢰를 담당하는 1단계 시범기관*이 2단계 시범기관* 또는 상급종합병원으로 의뢰한 경우 ‘의뢰료’를 산정할 수 있으며,
- 2단계 시범기관이 1단계 시범기관으로 회송한 경우는 ‘회송료’를 산정할 수 있습니다.

※ 1단계 시범기관: ① 2단계 시범기관과 협약관계에 있는 1단계 진료기관
 ② 상급종합병원에 의뢰하는 모든 1단계 진료기관
 2단계 시범기관: 종합병원 이하 2단계 진료기관(종합병원·전문병원)

Q10.

1단계 시범기관에서 외래진료 후 2단계 시범기관(또는 상급종합병원) 응급실로 환자를 의뢰한 경우와 2단계 시범기관 응급실에서 1단계 시범기관으로 회송한 경우 '의뢰료' 또는 '회송료'를 산정할 수 있나요?

○ 응급실로(에서) 의뢰(회송)한 경우는 '의뢰료' 또는 '회송료'를 산정할 수 없습니다.

Q11.

동일 날 동일 환자를 다른 질환(진료과, 진료의)으로 서로 다른 요양기관에 각각 진료의뢰·회송한 경우 '의뢰료' 또는 '회송료'는 어떻게 산정하나요?

- 동일 날 동일 환자를 서로 다른 2단계 진료기관(1단계 진료기관)에 다른 질환(진료과, 진료의)으로 각각 의뢰·회송한 경우 '의뢰료' 또는 '회송료'는 각각 산정할 수 있습니다.
- 다만, 환자를 의뢰·회송한 진료의가 1명인 경우 서로 다른 2단계(1단계) 진료기관에 다른 질환으로 각각 의뢰·회송한 경우에는 '의뢰료' 또는 '회송료'는 1회 산정합니다.

Q12.

동일 날 동일 환자를 동일한 요양기관의 2개 이상 진료과에 진료의뢰·회송한 경우 '의뢰료' 또는 '회송료'는 어떻게 산정하나요?

- '의뢰료'는 환자에게 적절한 요양급여를 제공할 2단계 진료기관을 선정하여 해당 기관의 진료협력센터(또는 진료의뢰·회송 전담인력)에 연락하는 절차 등을 거친 경우 산정할 수 있으며,
 - '회송료'는 환자 및 보호자와 충분한 상담을 통하여 환자에게 적절한 요양급여를 제공할 1단계 진료기관을 선정하여 해당 기관에 이를 알리고 방문할 수 있도록 안내하는 절차 등을 실시한 경우 산정할 수 있습니다.
- 이에, 동일 날 동일 환자를 동일한 2단계(1단계) 진료기관으로 의뢰·회송한 경우에는 진료과가 2개 이상이라도 '의뢰료' 또는 '회송료'는 1회 산정합니다.

Q13. 종합병원에서 전문병원으로 지정받은 종합병원으로 의뢰하는 경우 (변경) '의뢰료'를 산정할 수 있나요?

- 같은 종별 간 의뢰·회송은 인정되지 않습니다.
다만, 아래의 경우에는 의뢰료 또는 회송료를 산정 할 수 있습니다.

구분	송신	수신
의뢰료	전문병원	종합병원
	병·의원	전문병원, 종합병원
회송료	종합병원	전문병원, 병·의원
	전문병원	병·의원

※ 상급종합병원은 본사업 기관으로 병·의원, 종합병원 모두 의뢰 가능

Q14. '의뢰료' 또는 '회송료'와 별도로 진찰료를 산정할 수 있나요?

- 1단계 또는 2단계 시범기관에서 진찰행위가 이루어진 경우 '진찰료'는 별도로 산정할 수 있으며, '진찰료'와 시범사업 수가인 '의뢰료' 또는 '회송료'는 분리청구합니다.

Q15. 요양급여의뢰·회송서의 의뢰·회송결과는 반드시 회신하여야 하나요?

- 의뢰·회송결과 회신은 충실하고 체계적인 진료의뢰·회송의 일환으로 필요한 절차입니다. 다만, 환자가 동의하지 않거나 불가피한 경우에는 실시하지 못할 수 있습니다.

Q16.

야간·주말·휴일에 진료의뢰·회송시 수신기관에 사전연락을 실시하지 못한 경우 '의뢰료' 또는 '회송료'는 산정할 수 있나요?

- 지침에 따른 진료의뢰·회송 절차를 시행했다면 '의뢰료' 또는 '회송료'는 산정할 수 있습니다.
- 다만, 추후 해당 기관에 진료의뢰·회송 사실을 알려 환자가 적절한 2단계(또는 1단계) 요양급여를 받을 수 있도록 조치하고, 환자에게 안내하여야 합니다.

[의뢰료]

Q17. (변경) 2025년 1월 1일자로 시행되는 '의뢰료'는 어떻게 달라지나요?

- '진료의뢰료 I'은 의뢰 사유에 따라 구분되며, 요양기관의 전자의무기록 시스템(EMR, Electronic Medical Record)을 요양급여의뢰서에 연계하여 전자적으로 의뢰 한 경우 "주1" 또는 "주2"를 별도 산정 합니다.
- 비수도권(서울, 경기, 인천 외) 동일 광역시·도내 가산은 권역 확대에 따라 13개 행정구역으로 구분하여 가산합니다.

의뢰료	기준
진료의뢰료 I <input type="checkbox"/> 개선	<ul style="list-style-type: none"> · 요양급여의뢰서를 전자적 방식으로 제공시 산정 · 의뢰 사유*에 따라 수가 산정 * ⁽¹⁾의사판단 또는 ⁽²⁾환자요청 · 'Agent 프로그램' 또는 한국보건 의료정보원 '진료기록전송 시스템(진료정보교류시스템)'을 통해 전자적 방식으로 의뢰 한 경우 단계*에 따라 별도 산정 * ^{주1}1단계 시범기관→2단계 시범기관 또는 ^{주2}종합 전문병원→상급종합병원
진료의뢰료 II <input type="checkbox"/> 유지	<ul style="list-style-type: none"> · '진료의뢰료 I' 산정시 표준화된 진료정보 1종 이상을 전자적 방식으로 전송시 추가 산정
진료의뢰료 III <input type="checkbox"/> 유지	<ul style="list-style-type: none"> · '진료의뢰료 I' 산정시 영상정보와 영상검사결과지(또는 영상의학 판독소견서) 포함 표준화된 진료정보 2종 이상을 전자적 방식으로 전송시 추가 산정
동일 광역시·도내 가산 <input type="checkbox"/> 개선	<ul style="list-style-type: none"> · 비수도권(서울, 경기, 인천 외)에서 동일 광역시·도내 기관에 의뢰한 경우 별도 산정

Q18. 1단계 시범기관에서 입원환자를 2단계 시범기관 또는 상급종합 병원으로 의뢰한 경우 '의뢰료'를 산정할 수 있나요?

- '의뢰료'는 1단계 진료기관에서 외래환자를 의뢰할 경우 산정할 수 있습니다.
- 따라서, 1단계 진료기관의 입원환자(입원 중, 퇴원시 의뢰하는 경우 모두 포함), 응급실 환자 또는 타 기관에 입원 중인 환자(위탁진료)는 '의뢰료'를 산정할 수 없습니다.

Q19. (변경) 요양급여의뢰(회송)서에 심사평가자료 제출시스템 표준서식 (e-Form)은 어떻게 이용하여 진료정보를 첨부할 수 있나요?

○ 요양급여의뢰(회송)서와 표준서식(e-Form)은 독립적인 서식으로 별도 작성순서는 없으며, 의뢰(회송)서 작성 전·후 모두 표준서식(e-Form) 작성*이 가능합니다.

※ (경로) 심사평가정보 제출시스템(<https://ef.hira.or.kr>) > 심사서식정보 > 공고서식 제출(28종) 작성(문서공통정보의 업무구분 '진료의뢰회송' 선택)

○ 의뢰(회송)서 작성 전 표준서식(e-Form)을 먼저 작성하는 경우

- ① 첨부할 표준서식 세부내용 작성 후 '의뢰회송번호'에 "-"을 기재 하여 임시 저장
- ② 의뢰(회송)서 작성 시 서식 내 'D. 진료정보 > 파일첨부 > 전자적 진료정보(e-Form)'에서 '불러오기'를 이용하여 해당 진료정보 서식을 첨부하거나,
의뢰(회송)서 작성 후 생성된 '의뢰회송번호'를 '진료정보(e-Form) > 등록 진료정보'에 첨부할 행 선택 및 '의뢰회송번호 입력' 클릭 후 해당하는 '의뢰회송번호'를 입력합니다.

○ 의뢰(회송)서 작성 후 표준서식(e-Form)을 나중에 작성하는 경우

- 작성된 의뢰(회송)서의 의뢰·회송번호를 첨부할 서식의 '의뢰회송번호'란에 기재 및 서식 세부내용 작성 후 임시 저장합니다.

○ 표준서식(e-Form)이 모두 첨부되면 송신목록의 해당 행에서 '전송'을 클릭 시 의뢰(회송)서가 전송됩니다.

○ 의뢰(회송)서 상태가 접수 전인 경우에는 표준서식의 수정과 '의뢰회송번호' 입력이 가능합니다.

- 단, '진료의뢰료 II'는 AGENT 프로그램을 이용한 심사평가자료 제출시스템 (e-Form)으로 등록한 경우만 인정됩니다.

Q20. (변경) 검사결과지를 스캔하여 파일로 첨부하는 경우에도 '진료의뢰료 II'를 산정할 수 있나요?

- '진료의뢰료 II' 산정시 첨부되는 표준화된 진료정보는
 - 중계시스템을 이용하는 경우에는 심평원장 공고 「정보통신망을 이용한 심사관련 자료제출에 대한 세부사항」에 따른 (별표1) 표준서식을,
 - 진료기록전송지원시스템을 이용하는 경우에는 「진료정보교류 표준」에 따른 서식(진료의뢰서, 진료기록요약지, 영상의학판독소견서)을 말합니다.
- 스캔하여 파일로 첨부되는 환자 진료정보는 진료의뢰료II, III 수가 산정이 불가합니다.

Q21. 중계시스템에 요양급여의뢰서 등록 후 검사결과가 확인되어 검사 결과지 및 영상정보(영상파일 및 영상검사결과지)를 늦게 첨부하는 경우에도 '진료의뢰료 II' 또는 '진료의뢰료 III'를 산정할 수 있나요?

- '진료의뢰료 II' 또는 '진료의뢰료 III'는 '진료의뢰료 I' 산정시 첨부되는 표준화된 진료정보 및 영상정보를 진료 당일 중계시스템 내 의뢰서를 등록하면서 함께 수신기관에 제공하여야 하나,
 - 부득이하게 당일 등록하지 못한 경우에는 의뢰기관의 수가 청구 전 이면서 수신기관이 의뢰서 접수 전에 한하여 의뢰서 등록 익일부터 3일 이내(공휴일 포함) 중계시스템에 등록한 경우 산정할 수 있습니다.
- 다만, 의뢰서 등록일 후 3일을 초과하는 경우에는 수신기관에 정보 제공은 가능하나 수가는 산정할 수 없습니다.

Q22.

영상파일만 첨부하는 경우에도 '진료의뢰료 III'를 산정할 수 있나요?

- '진료의뢰료 III'는 '진료의뢰료 I'을 산정할 때 영상검사결과지(또는 영상의학판독소견서) 포함 의뢰환자의 표준화된 진료정보 2종 이상과 영상정보를 전자적 방식으로 전송하는 경우 추가 산정할 수 있습니다.
- 따라서, 영상파일만 첨부하는 경우에는 '진료의뢰료 III'뿐 아니라, '진료의뢰료 II'도 산정할 수 없으며,
 - 영상파일 없이 영상검사결과지(또는 영상의학판독소견서)와 표준화된 진료정보 1종 이상을 전자적으로 전송한 경우에는 '진료의뢰료 II'를 산정할 수 있습니다.

Q23.

진료의뢰·회송 시범사업과 진료정보교류사업(한국보건의료정보원) 모두 참여하는 기관이 '진료기록전송지원시스템'을 통해 송신한 의뢰서를 진료의뢰·회송 시범사업에는 참여하나 진료정보교류사업 미참여 기관이 수신받는 경우에도 '진료의뢰료 II, III'를 산정할 수 있나요?

- 진료기록전송지원시스템으로 진료·영상정보가 첨부된 의뢰서를 전송하는 기관은 진료기록전송지원시스템 사용기관(교류사업1) 또는 미사용기관(교류사업2)에 의뢰한 경우 모두 '진료의뢰료 II 또는 III'를 추가 산정할 수 있습니다.
 - ※ 해당 내용은 '23.8.1. 진료분부터 적용
- 진료기록전송지원시스템으로 진료 의뢰를 받은 진료기록전송지원시스템 미사용기관(교류사업2)은 중계시스템에서 연계된 의뢰서 및 진료·영상정보를 확인할 수 있습니다.

Q24.

내시경검사시 촬영된 슬라이드 필름 등도 영상정보로서 '진료의뢰료 Ⅲ'를 산정할 수 없나요?

- '진료의뢰료 Ⅲ'는 진료 의뢰시 영상정보와 영상검사결과지(또는 영상의학판독소견서)를 포함한 의뢰환자의 표준화된 진료정보 2종 이상을 전자적 방식으로 전송하는 경우 추가 산정합니다.
- 내시경검사시 촬영된 슬라이드 필름 등도 영상정보로 인정할 수 있습니다.

Q.25

(신설)

'진료의뢰료 I' 가산 수가는 어떻게 산정하나요?

- '진료의뢰료 I' 산정 시 'Agent 프로그램' 또는 한국보건의료정보원 '진료기록전송시스템(진료정보교류시스템)'을 통해 요양기관의 EMR과 연계하여 전자적 방식으로 의뢰 한 경우 의뢰 단계*에 따라 별도 산정합니다.

* IA024(90024): 1단계 시범기관→2단계 시범기관
 IA025(90025): 종합병원 또는 전문병원→상급종합병원

Q26.

(변경)

동일 광역시·도내 의뢰 가산은 무엇인가요?

- 동일 광역시·도내 의뢰가산은 서울·경기·인천을 제외한 비수도권 지역의 1단계 시범기관이 동일 광역시·도내 상급종합병원·종합병원·전문병원으로 진료 의뢰시 산정할 수 있는 가산 수가입니다.
- 따라서, 수도권(서울→서울) 내 또는 수도권(충남→경기도 or 인천, 서울 or 인천→경기 등)으로의 의뢰는 가산수가를 산정할 수 없습니다.

[회송료]

Q27.

회송은 반드시 의뢰했던 기관으로 이루어져야 하나요?

- 의뢰했던 기관으로 회송(되의뢰)하는 것이 바람직하나, 의학적 판단 등에 따라 의뢰하지 않은 기관으로 회송한 경우에도 '회송료'는 산정할 수 있습니다.
- 이 경우 요양급여회송서[시범사업]에 회송 기관유형(타기관)을 구분하여 표시하여야 합니다.

Q28.

종합병원에서 의원급 요양기관으로 환자를 회송한 경우 '회송료'를 산정할 수 있나요?

- 동 시범사업에서 회송을 담당하는 2단계 시범기관은 종합병원, 전문병원이 해당됩니다.
- 따라서, 종합병원에서 병원·의원급 요양기관으로 회송한 경우, 전문병원으로 지정받은 병원이 병원·의원급 요양기관으로 회송한 경우에는 '회송료'를 산정할 수 있습니다.

Q29.

'의뢰료'를 산정하면서 의뢰한 환자를 회송한 경우에만 '회송료'를 산정할 수 있나요?

- 의뢰 당시 '의뢰료'를 산정하지 않은 환자도 본 지침에 따라 회송한 경우에는 '회송료'를 산정할 수 있습니다.

Q30.

‘회송료-입원’은 환자를 회송하는 요양기관에서 산정하나요?

- 회송료는 2단계 시범기관에서 환자를 전자적 방식으로 협력기관인 1단계 진료기관으로 회송하는 경우 산정하며, 2단계 시범기관 환자의 입원·외래 상태에 따라 구분하여 산정합니다.

[기타]

Q31.

진료의뢰·회송하고자 하는 기관을 반드시 지정하여야 하나요?

- 협력기관 간 진료의뢰·회송에 대해 적용되는 수가로 의뢰·회송을 결정하는 과정에서 해당 기관과 연락하는 절차를 거쳐 의뢰·회송할 기관을 지정하여야 합니다.
- 다만, 사전연락을 통하여 의뢰·회송기관을 지정하고 의뢰·회송 관련 정보를 제공하였지만, 환자가 자의적으로 내원하지 않은 경우에도 시범수가는 산정할 수 있습니다.

Q32.

진료의뢰·회송하고자 하는 기관과 연락방법은 무엇인가요?

- 전화, FAX, 서면, refer system 등 자체적으로 운영 중인 협력체계를 활용하여 연락방법은 자유롭게 선택할 수 있습니다.

Q33.

진료의뢰·회송 정보를 수신기관에서 “접수(중계시스템 내 수신목록 > ‘접수’ 클릭)” 하여야 시범사업 수가를 산정할 수 있나요?

- 진료의뢰·회송 정보는 수신기관에서 중계시스템에서 수신·접수하여야 확인하실 수 있습니다.
- 다만, 의뢰·회송기관이 지침에서 정한 절차를 수행하였으나, 예외적으로 별도의 경로로 의뢰·회송 정보를 확인하여 “접수”가 지연·누락된 경우에도 시범사업 수가는 산정할 수 있습니다.

Q34.
(변경)

진료의뢰·회송 목적으로 진료기록부 사본을 제공한 이후 환자 요구에 의해 진료기록부 사본 제공비용이 추가로 발생할 경우 그 비용은 환자가 부담하나요?

- 진료의뢰·회송을 목적으로 발행한 진료기록부 등 복사에 소요되는 비용은 '의뢰료' 또는 '회송료'에 포함되어 있습니다.
- 또한, 진료의뢰·회송에 필요한 서류는 담당의사 판단에 의해 제공되는 것이며 환자 요구 등 이외의 목적으로 발생하는 비용은 환자가 부담하도록 합니다.

Q35.

비급여 진료를 받은 환자를 진료의뢰·회송한 경우에도 시범사업 수가를 산정할 수 있나요?

- 현행 규정에 따라 건강보험 대상자의 진료목적이 건강검진, 미용목적의 성형수술 등과 같이 명백하게 비급여대상에 해당하는 경우 모든 진료 비용은 요양급여대상이 되지 않습니다.
- 따라서, 비급여 진료를 받은 환자의 진료의뢰·회송시 동 시범사업 수가는 산정할 수 없습니다.

Q36.

진료의뢰·회송이 소아환자대상 또는 야간·공휴일에 실시된 경우 '의뢰료' 또는 '회송료' 산정은 어떻게 하나요?

- 동 시범사업 수가는 소아, 야간·공휴가산 등 각종 가산을 별도로 산정하지 않습니다.

Q.37
(신설)

‘진료의뢰회송 시범사업 확인번호’ 기재를 위한 의뢰(회송) 번호는 어떻게 확인하나요?

- 중계시스템 내 수신 목록에서 의뢰(회송) 기관으로부터 수신 받은 환자의 의뢰서(회송서) 및 의뢰(회송)번호 조회 가능합니다.
- (경로) 심사평가정보 제출시스템(<https://ef.hira.or.kr>) > 진료의뢰·회송 > 송수신 목록 > 수신 목록

2. 청구방법 관련

Q38. 시범사업 명세서는 어떻게 청구하나요?

- 시범사업내역은 비시범사업내역과 심사청구서 구분없이 하나의 심사 청구서로 작성하되, 명세서는 시범사업내역과 비시범사업내역을 분리하여 명일련번호를 연이어 작성·청구하여야 합니다.
- 또한, 반드시 청구 전 '중계시스템'에 '요양급여의뢰서' 및 '진료·영상정보'를 첨부·전송하여야만 '진료의뢰료 I' 또는 '진료의뢰료 II, III'를 산정할 수 있습니다.

Q39. (변경) 시범사업 명세서를 분리청구시 기재하는 특정기호는 어떻게 되나요?

- 시범사업 명세서의 명일련단위 특정내역 구분코드(MT002)란에 회송료는 "S002"를 기재하고, 의뢰료는 "S029"를 기재하여 작성·청구합니다.
- ※ S002: 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 - 회송료
S029: 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 - 의뢰료

Q40. (변경) 산정특례 경감대상자 등 '의뢰료' 또는 '회송료' 청구시 특정기호는 어떻게 기재하나요?

- 진료의뢰료 I 'IA027(90027)'을 산정하는 경우는 명일련단위 특정내역 구분 코드(MT002)란에 해당 산정특례 경감대상 특정기호와 "S029"를 동시 기재하되, 낮은 본인부담률 특정기호 순으로 기재하여 작성·청구합니다.
- 단, 진료의뢰료 I 'IA027(90027)'이 발생하지 않는 명세서는 별도의 본인 부담이 없으므로, 특정기호 "S029"만 단독 기재 합니다.
- '회송료'는 명일련단위 특정내역 구분코드(MT002)란에 "S002"만 단독 기재하고, 다른 경감대상 특정기호를 기재하지 않습니다.

Q41. 시범사업 명세서의 진료결과는 어떻게 기재하나요?

○ 현행 요양급여비용 청구방법에 의거 환자상태를 구분하여 기재합니다.

항목명	MODE	POSITION	항목설명
진료 결과	an(1)	178	요양급여비용명세서 상 최종 진료일의 환자상태를 구분하여 기재 ▪ 진료결과 1. 계속 2:이송 3:회송 4: 사망 9: 퇴원 또는 외래 치료종결

Q42. 외래 명세서의 시범사업내역 청구시 내원일수와 요양급여일수는 어떻게 기재하나요?

- 동일 날 시범사업내역과 비시범사업내역은 반드시 분리청구 하되,
 - 시범사업 중 '회송료(S002)'를 산정하는 명세서의 '내원일수' 및 '요양급여일수'는 각각 '1'로 기재하고,
 - '의뢰료(S029)'를 산정하는 명세서의 '내원일수' 및 '요양급여일수'는 각각 '0'으로 기재합니다.

Q43. 시범사업 수가를 청구할 경우 담당의사의 면허번호를 기재하여야 하나요?

○ 시범사업 수가 진료내역에는 면허번호를 기재하지 않으나, 시범사업 명세서 상병내역에는 담당의사 면허번호를 기재하여야 합니다.

Q44.

시범사업내역 청구시 의뢰·회송번호는 어떻게 기재하나요?

- 시범사업 명세서의 명일련단위 특정내역 구분코드(MT066)란에 중계시스템에 등록된 '의뢰회송번호'를 숫자 19자리 형식(하이픈(-) 제외)으로 기재하여 청구합니다.

※ 특정내역 구분코드 MT066(진료의뢰회송번호)

- 기재형식: 9(19)

- 기재방법: '의뢰(회송)기관기호(8자리)'와 '회송일자(Y Y M M D D)', '일련번호(5자리)'를 순서대로 기재

- 예시: 2025년 1월 9일 A의원(요양기호 12345678)에서 의뢰환자 일련번호가 2번째인 경우

MT066

1234567825010900002

Q45.

(신설)

'진료의뢰회송 시범사업 확인번호'(MT078)는 어떻게 기재하나요?

- 타 기관*으로부터 의뢰(회송) 받은 환자를 의뢰(회송) 받은 기관에서 진료 후 명세서 청구시, 진료 명세서의 명일련단위 특정내역 구분코드(MT078)란에 중계시스템에 등록된 '의뢰회송번호' 19자리(하이픈(-) 제외)를 기재하여 청구합니다.

* 비협력 기관으로부터의 회송 및 상급종합병원으로부터 회송 받은 경우도 포함

- '25년 1월 1일 의뢰(회송)건부터 기재해야 합니다.

별도의 명세서 분리청구는 필요하지 않으며, 입원 명세서의 경우 첫 번째 명세서*에만 기재합니다.

* (예시) '25년 1월~2월 입원한 환자의 명세서를 월별 분리청구 할 경우 첫 번째 1월 명세서에만 MT078기재

※ 특정내역 구분코드 MT078(진료의뢰회송 시범사업 확인번호)
 - 기재 형식: X(19)
 - 기재방법: 의뢰(회송) 시 생성한 의뢰(회송) 번호 19자리 기재
 - 예시: 2025년 1월 9일 A의원(요양기호 12345678)에서 의뢰받은 환자를 B병원
 (요양기호 12134567)에서 2025년 1월 13일 외래 진료한 경우
 ▶ (B병원) 2025년 1월 13일 외래 명세서에 기재
 MT078 1234567825010900002

- 여러 기관으로부터 의뢰(회송) 받은 후 진료할 경우 발생한 의뢰(회송) 번호는 명세서에 모두 기재 하여야 합니다.

※ '25년 1월 3일 A종합병원 내과, '25년 1월 7일 B전문병원 정형외과로 부터 회송받은 환자를 '25년 1월 15일 C의원에서 진료 한 경우
 - A종합병원 회송번호: 1112100025010300001
 B전문병원 회송번호: 1121211125010700005
 - C의원 '25년 1월 15일 명세서 특정내역

발생단위 구분	줄번호	특정내역 구분	특정내역
1		MT078	1112100025010300001
1		MT078	1121211125010700005
⋮			

3. 현황신고 관련

Q46. 시범사업으로 지정된 기관은 모두 현황신고를 하여야 하나요?

- 보건복지부로부터 시범사업 기관으로 지정받은 기관은 별도의 현황 신고가 필요하지 않습니다.

Q47.
(변경) 시범사업 운영 중 협력기관을 추가할 수 있나요?

- 매년 분기 마지막 월(3월, 6월, 9월, 12월)*에 협력기관 변경현황을 건강보험심사평가원으로 제출하면 절차에 따라 승인 후 시범사업 수가를 적용할 수 있습니다.
※ 시범사업 운영진행에 따라 변경될 수 있음

Q48.
(변경) 대표자 변경 등으로 요양기관 기호가 변경된 경우 시범사업에 참여하려면 어떻게 해야 하나요?

- 대표자 변경 등으로 기존 요양기관 기호가 삭제되었거나, 폐업 후 요양기관 기호가 변경된 경우,
 - 2단계 시범기관은 보건복지부(보험급여과)에 기호 변경 전 기관과 동일한 기관임을 소명하는 자료를 제출하여 이에 대한 회신을 받은 경우 시범기관으로서의 지정을 연계 받을 수 있으며,
 - 1단계 진료기관의 경우 협력 병·의원 변경현황신고 기간인 매년 분기 마지막 월(3월, 6월, 9월, 12월)에 협력관계인 2단계 시범기관에 신청하여 참여를 지속할 수 있습니다.
- ※ 변경현황 신고 후 시범사업 참여 적용일까지는 약 1개월 소요

Q49.
(변경)

1단계 진료기관이 2단계 시범기관과 협약을 맺고 시범사업 참여에 동의하였으나, 중계시스템에 의뢰할 2단계 시범기관 목록이 보이지 않습니다. 어떻게 해야 하나요?

- 변경현황 신고는 실시간으로 반영되는 것이 아니라, 변경현황신고 접수 기간(3월, 6월, 9월, 12월)에 자료 취합 후 건강보험심사평가원의 승인을 받은 후 적용되므로 현황신고 후 적용까지 약 1개월 소요됩니다.

4. 중계시스템 관련

Q50.

진료의뢰·회송서 정보는 요양기관에서 중계시스템에 일일이 입력하는 방법 밖에 없나요?

- 진료의뢰·회송서의 정보 전송은 중계시스템 직접 입력 외에 AGENT 프로그램을 활용하는 방법이 있으며, 중계시스템 화면과 AGENT 프로그램 모두 의뢰·회송서 송·수신 및 조회가 가능합니다.

Q51.

중계시스템 화면의 모든 내용은 반드시 입력하여야 하나요?

- 의뢰·회송서 화면의 “ * ” 표시된 항목은 반드시 입력하여야 하며, 환자 상태 및 진료소견은 구체적 소견을 기재하여야 합니다.

Q52.

중계시스템의 A. 기본정보 중 ‘의뢰회송번호’는 각 요양기관에서 직접 생성하나요?

- ‘의뢰회송번호’는 의뢰(회송)에 대해 환자가 갖는 고유한 번호입니다.
- 따라서, 진료의뢰·회송을 실시하는 기관에서 직접 생성·부여하여야 합니다.

※ 생성된 ‘의뢰회송번호’는

- 1) 요양급여의뢰(회송)시 중계시스템에 입력
- 2) 의뢰료(회송료) 청구시 특정내역(MT066)에 기재
- 3) 표준서식(e-Form)을 이용한 진료정보 첨부시 입력함

Q53.

1단계 진료기관이면서 2단계 시범기관인 경우, 동일 날 작성된 의뢰번호와 회송번호가 동일해도 되나요?

- 의뢰회송·번호는 19자리(요양기호+날짜+임의부여5자리)로 구성되어 있으며, 환자단위의 고유번호이므로 각각 다르게 생성합니다.
- 동일 요양기관에서 동일날 발생된 요양급여의뢰서와 요양급여회송서는 동일번호로 생성되지 않도록 합니다.

Q54.
(신설)

중계시스템의 B.의뢰 기본정보에서 '의뢰 사유'와 '의뢰 세부사유'는 어떻게 선택해야하나요?

- 의뢰 사유에 따라 '진료의뢰료 I' 수가의 본인부담액이 달라짐에 따라 '의뢰 사유'를 정확하게 선택 후 전송해야합니다.
- 의사판단인 경우 '의뢰 세부사유' 항목 중 한 가지를 선택 하여야 하며, 환자요청인 경우 '의뢰 세부사유'는 선택 하지 않습니다.

Q55.

요양급여의뢰·회송서의 C. 환자상태 및 진료소견 중 진료기간은 어떻게 입력하나요?

- 외래의 경우에는 '외래 진료일자'를 기재하며, 입원의 경우에는 진료 시작일에 '요양개시일자'를 진료종료일에 '퇴원일자'를 기재합니다.
- 다만, 퇴원일자가 정해져 있지 않은 입원의 경우에는 '진료종료일'을 빈칸으로 입력할 수 있습니다.

Q56.

첨부자료는 반드시 중계시스템에 업로드 하여야 하나요?

- 진료의뢰·회송 관련 제공 진료정보는 중계시스템에 첨부하여 수신기관에 전송하거나, 환자에게 직접 제공하는 등 비전자적인 방식으로도 제공할 수 있습니다.
- 다만, 진료의뢰 시 ‘진료의뢰료 Ⅱ·Ⅲ’를 ‘진료의뢰료 I’에 추가 산정할 수 있는 경우는 반드시 표준화된 진료·영상정보를 전자적 방식으로 전송하는 경우에만 해당합니다.

Q57.

(변경)

환자를 진료의뢰·회송한 다음 날 의뢰·회송 정보를 중계시스템에 등록하여도 되나요?

- 진료의뢰·회송 정보는 의뢰·회송서 발급 당일(진료일) 기준으로 중계시스템에 등록하여 수신기관으로 제공되어야 하는 것이 원칙입니다.
- 단, 다음과 같이 부득이하게 당일 등록하지 못한 경우에는 ‘요양급여 의뢰·회송서’는 진료일 익일부터 3일 이내(공휴일 산입 제외), 각종 진료·영상정보는 의뢰서 등록 익일부터 3일 이내(공휴일 포함) 중계시스템에 등록할 수 있습니다.

- 다 음 -

- 1) 진료의뢰·회송이 야간·주말·휴일에 발생되었으나, 처리인력이 부재하여 당일 처리하지 못한 경우
- 2) 진료일에 의뢰·회송 필요성이 있다고 판단하였으나, 검사결과 확인 등 의학적 사유로 인하여 진료일 이후 의뢰·회송 결정 및 정보제공이 필요한 경우

※ 이에 따라 진료일 이후 등록하는 경우에는 중계시스템에서 ‘의뢰회송번호’ 중 일자를 진료일자로 수정하여야 합니다.

(예시1) A병원(요양기호 12345678)에서 2025년 1월 3일(금) 외래 야간진료(pm 6:25)시 진료의뢰를 실시하였으나, 당일 '중계시스템'에 진료정보(요양급여의뢰서) 미등록

구분	내원 진료일	진료일 익일		진료일 익일		
		1일차	공휴 (산입제외)	2일차	3일차	4일차
	1/3(금)	1/4(토)	1/5(일)	1/6(월)	1/7(화)	1/8(수)
의뢰서 등록	가능	가능 (진료일 익일부터 3일 이내- 공휴 산입 제외)				불가

→ (의뢰서) '의뢰회송번호' 의뢰서 발급 년·월·일을 진료일(2025.1.3.)로 하여 2025년 1월 7일까지 등록 가능(의뢰회송번호: 123456782501030000*)

(예시2) A병원(요양기호 12345678)에서 2025년 1월 13일(월) 외래 야간진료 (pm 6:25)시 진료의뢰를 실시하였으나, 처리 인력 부재로 2025년 1월 16일(목) '중계시스템'에 진료정보(요양급여의뢰서) 등록
☞ 등록 당일 검사결과 나오지 않아 검사 결과 미첨부

구분	내원 진료일	진료일 익일						
		1일차	2일차	3일차	4일차	5일차	6일차 (공휴)	7일차
	1/13(월)	1/14(화)	1/15(수)	1/16(목)	1/17(금)	1/18(토)	1/19(일)	1/20(월)
의뢰서 등록	가능 (진료일 익일부터 3일 이내)			가능	불가	불가	불가	불가
검사 결과지 첨부	-	-	-	첨부 가능 (의뢰서 등록(1/16) 후 3일 이내 첨부 가능)				첨부가능 (수가산정 불가)

→ (의뢰서) '의뢰회송번호'는 의뢰서 발급 년·월·일을 진료일(2025.1.13.)로 하여 2025년 1월 16일까지 등록 가능(의뢰회송번호: 123456782501160000*)

→ (검사결과지 등 진료정보 첨부) 2025년 1월 16일 등록했던 의뢰서와 동일한 '의뢰회송번호'를 검사결과지(e-Form) '의뢰회송번호'란에 입력하여 2025년 1월 19일까지 첨부시 수가 청구 가능

※ 반드시 요양급여비용 청구 전 '중계시스템'에 의뢰서와 진료·영상정보를 등록 하여야만 해당 수가 인정

Q58.

중계시스템에서 작성한 진료의뢰·회송 사항은 환자에게 제공할 수 있나요?

- 중계시스템에서 작성한 진료의뢰·회송 사항은 전자적으로 수신기관으로 전송하는 것이 원칙이나, 필요할 경우 '송신목록'에서 출력하여 환자에게 추가로 제공할 수 있습니다.
- 환자에게 제공할 목적으로 출력할 경우에는 [별지 제1호서식] 또는 [별지 제2호서식]과 같이 기타 전달사항, 의뢰·회송 사유는 제외하고 출력됩니다.

Q59.

중계시스템을 통하여 전송된 진료의뢰·회송 진료정보(의뢰·회송 기관 등)를 수정할 수 있나요?

- 원칙적으로 수신기관에서 접수하기 전까지는 수정할 수 있습니다.
- 수신기관에서 접수한 이후 불가피하게 수정하여야 한다면 수신기관에서 “중계시스템 → 수신목록 → 취소”를 한 경우 접수 전으로 상태 값이 변경된 후 의뢰·회송 사항을 입력(전송)한 기관에서 수정할 수 있습니다.

Q60.

중계시스템을 통해 진료의뢰·회송한 이력은 어떻게 확인하나요?

- “중계시스템 → 송신목록”에서 이력을 확인하고 그 목록을 “내보내기”하여 다운로드 받을 수 있습니다.
 - ※ 이력 조회시 조회기간 제한은 없으나, “내보내기”의 경우 1년 단위로 다운로드 가능

Q61.

중계시스템을 통한 진료의뢰·회송시 개인정보 노출 위험은 없나요?

- 제출한 내용은 진료의뢰·회송 수신기관에서만 확인 가능하며, 회송의 경우 환자가 가지고 있는 고유의 인증키를 입력해야 열람이 가능합니다.

Q62.

작성된 의뢰·회송서를 삭제할 수 있나요?

- 환자의 개인정보제공에 대한 거부 등으로 부득이하게 삭제가 필요한 경우는 “송신목록” 화면에서 삭제 가능합니다.

5. 질병군 포괄수가제 관련

Q63.

보건복지부 장관이 정하여 고시한 질병군 진료시 이루어진 시범 사업수가는 어떻게 청구하나요?

- 질병군 진료시 협력기관 간 진료의뢰·회송비용은 **질병군 요양급여비용 명세서와 분리하여** 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업에서 정하고 있는 청구방법에 따라 **행위별로** 청구합니다.
- 수정체수술 및 기타항문수술 등 6시간 미만 관찰 후 당일 귀가 또는 이송한 경우이나 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2편 질병군 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1부 질병군 급여 일반 원칙 제3호에 해당하여 질병군 입원 진료에 포함되는 경우의 협력기관 간 진료의뢰·회송비용은 행위별 외래 요양급여비용 명세서에 작성·청구합니다.

Q64.

(변경)

신포괄수가 시범사업기관이면서 회송을 담당하는 2단계 시범기관 입원환자를 1단계 시범기관 외래로 회송한 경우 회송료 청구방법은?

- ‘회송료’는 입원 진료내역(원청구)과 분리하여 별도로 추가 청구합니다.
- ‘회송료’는 ‘01항 03목 응급 및 회송료 등’란 해당 수가의 100% 비포괄 (보상률 “1” 기재)로 산정하고, 본인부담금 면제 항목이므로 ‘청구액’란에 회송료 전액을 기재

(예시) 2025년 1월 10일 종합병원(요양기호 23156789)의 입원환자를 병원 내과 외래로 회송한 경우(의뢰일련번호: 00005)

항 목	코드구분	코드	단가	일투	총투	보상률	금액	변경일
01	03	1	IA321	58,000	1	1	58,000	20250110
특정내역기재란								
발생단위구분		줄번호	특정내역구분			특정내역		
1		-	MT002			S002		
1		-	MT066			2315678925011000005		

6. 기타

Q65. 시범사업 지침은 어디에서 확인할 수 있나요?

- ①심평원 홈페이지 공지사항, ②요양기관업무포털서비스 공지사항, ③진료의뢰·회송 중계시스템 공지사항에서 복지부로부터 통보받은 시범사업 지침이 게시되어 있습니다.
- 수가파일은 ①심평원 홈페이지 공지사항, ②요양기관업무포털서비스 공지사항에 게시되어 있습니다.

Q66. 입원 중인 환자를 실제 환자를 회송 보내는 날(퇴원일) 이전에 회송서를 작성하고 진료정보를 교류할 경우 회송번호의 날짜는 어떻게 하나요?

- ‘회송료’는 환자 또는 보호자와의 상담 후 회송기관을 선정하고, 해당 기관으로 회송정보를 전자적으로 제공할 경우 산정할 수 있으므로, 회송번호의 날짜는 해당 행위를 실시한 날을 기준으로 기재합니다.

※ ‘회송료’ 청구명세서의 요양개시일 역시 회송번호의 날짜와 동일 날을 기재합니다.

Q67. 진료의뢰·회송 과정에서 진료기록부, 검사결과지 등을 중계시스템에 첨부하는 경우에도 기존 의무기록사본 발급시와 동일한 절차를 거쳐야 하나요?

- 중계시스템에 의무기록사본을 첨부할 때에도 현행 법령에서 정한 의무기록사본 발급 절차를 준수하여야 합니다.