
상급종합병원 구조전환 지원사업 지침

2025. 2.



보건복지부



건강보험심사평가원

HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

차 례 CONTENTS

I. 지원사업 개요

- 1. 추진 배경 1
- 2. 추진 목적 1
- 3. 근거 법령 1

II. 지원사업 내용

- 1. 사업 대상 2
- 2. 사업 기간 2
- 3. 사업 세부내용 3
- 4. 사업 지원방향 6
- 5. 운영 체계 7
- 6. 자문 등 운영지원 8

III. 지원사업 대상기관 선정

- 1. 지원사업 참여 신청 9
- 2. 지원기관 선정평가 9
- 3. 지원기관 선정 10

차례 CONTENTS

IV. 기능강화 지원 ❶

1. 요양급여 기준	11
2. 산정지침	12
3. 급여목록	18
4. 요양급여비용 청구방법	20

V. 기능강화 지원 ❷

1. 24시간 진료지원금 지원 목적	33
2. 24시간 진료지원금 지불체계	33
3. 24시간 진료지원금 관리 및 집행기준	35
4. 24시간 진료지원금 지급 및 환수	37

차례 CONTENTS

VI. 지원기관 성과지원 39

1. 성과지원 개요 39
2. 성과지원 세부내용 40
 - 가. 중증(적합질환) 중심 진료 성과 40
 - 나. 전문 의뢰·회송 성과 41
 - 다. 병상 구조전환 성과 46
 - 라. 정책지원 성과 48
3. 이의신청 접수 및 처리 49
4. 지원금 지급 및 환수 49

VII. 지원사업 자료제출 방법

1. 지원사업 자료제출 시스템 접속 51
2. 공지사항 51
3. 선정기관 최종 이행계획서 제출 52
4. 현황 변경 신고 자료 제출 53
5. 24시간 진료지원 당직 계획 및 증빙자료 제출 56
6. 진료협력 자료 제출 57

차례 CONTENTS

VIII. 지원기관 준수사항

- 1. 자료제출 의무 및 현장검증 협조 59
- 2. 개인정보 제공 동의서 작성 및 보관 59
- 3. 준수사항 이행약정 체결 59
- 4. 지원사업 중단 관련 조치 60

IX. 지원사업 사후관리 61

차례 CONTENTS

[별지 서식]

[제1호 서식] 지원사업 참여 신청서	63
[제2호 서식] 지원사업 이행계획서	64
[제3호 서식] 지원사업 이행약정서	73
[제4-1호 서식] 진료협력기관 현황(변경) 신고서	77
[제4-2호 서식] 진료협력 기반구축 운영 계획서	78
[제4-3호 서식] 진료협력 기반구축 운영 결과서	80
[제5호 서식] 일반입원실 허가병상 현황(변경) 신고서	82
[제6-1호 서식] 24시간 진료지원 연간(월별) 당직 계획서	83
[제6-2호 서식] 24시간 진료지원 월별 당직 현황	84
[제7호 서식] 진료의뢰·회송 중계시스템 이용에 관한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서(환자용)	85
[제8호 서식] 지원사업 이의신청서	88
[제9호 서식] 지원사업 지정 철회 요청서	89
[제10호 서식] 지원기관 선정평가 자문단 청렴서약서	90
[제11호 서식] 지원기관 선정평가 자문단 제척·기피 회피 신청(확인)서 ..	91

1. 추진 배경

- 상급종합병원의 과중한 전공의 의존도를 낮추면서, 밀도있는 수련을 제공하고, 중증 중심으로 진료하는 「지속가능한 진료체계」 확립 필요
- 비상진료체계의 긍정적 변화는 유지 확대하고 문제점은 개선
 - ※ (긍정) 중증·응급 진료 집중, 환자 쏠림 개선, 진료지원간호사 등 양성, 상종과 종합병원간 협력 강화
 - (부정) 의료진 피로도 증가, 여전히 많은 상종의 경증환자, 상종의 급격한 진료 감소에 따른 문제 등
- 수도권 대형병원 쏠림 등 왜곡된 의료 공급·이용체계 근본 해결 등 궁극적으로 바람직한 「의료 공급·이용체계」로 전환 추진

2. 추진 목적

- 상급종합병원이 일반병상 감축을 통해 중등증 이하 진료량을 줄이고, 중증·응급·희귀질환 진료에 집중하면서 전공의에게는 밀도 있는 수련을 제공하는 등 안정적인 구조전환을 지원하고자 함

3. 근거 법령

- 보건의료기본법 제44조(보건의료 시범사업) ① 국가와 지방자치단체는 새로운 보건의료제도를 시행하기 위하여 필요하면 시범사업을 실시할 수 있다.

II

지원사업 내용

1. 사업 대상

- (대상기관) 상급종합병원 구조전환 지원사업(이하 ‘지원사업’ 이라 함)
참여 신청 후 선정평가를 거쳐 보건복지부장관이 지정한 기관(이하 ‘지원기관’ 이라 함)
- (대상환자) 지원기관에서 진료를 받은 건강보험·의료급여 환자

2. 사업 기간

▶ (기능강화지원 사업 기간) 2024. 10월* ~ 2027. 12. 31.

* ❶ 이행약정서 제출 이전 지방자치단체 병상감축 신고 처리 완료된 기관

⇒ 이행약정서 제출 다음 날부터 적용 (평일 기준)

❷ 이행약정서 제출 이후 지방자치단체 병상감축 신고 처리 완료된 기관

⇒ 병상감축 신고 처리 완료된 다음 날부터 적용 (평일 기준)

▶ (성과평가 사업 기간) 2025. 1. 1. ~ 2027. 12. 31. (3년)

- 지원사업 효과평가 결과에 따라 필요 시 기간 단축 또는 연장 가능

3. 사업 세부내용

① 진료

◆ 중증·응급 및 희귀질환에 집중하는 진료체계 확립

- (중증중심 진료) 중증 진료 비중을 환자기준 현행 50%→70% 단계적 상향
 - 현재 중증 비중이 상급종합병원별로 상이한 점을 감안,
현재보다 일정 수준 이상 상향한 경우도 목표 달성한 것으로 인정
 - * 입원환자 중 ①적합질환자 비중 70% 달성
또는 ②'23년 적합질환자 비중 대비 일정수준 상향
 - 현행 중증 분류 기준 한계를 보완하여 진료가 필요함에도 비중중으로 분류되는 사례가 없도록 인정기준 확대

※ 상급종합병원 적합질환자 인정 기준

- ① DRG A(전문진료질병군) 입원환자(로봇수술 환자 포함)
- ② 진료협력병원(2차급) 전문의뢰* 입원환자(수도권→비수도권 회송환자** 포함)
 - * *권역 내 진료협력병원, *상세한 의사 소견 명시, *진료기록 첨부, *시스템 활용, *패스트트랙
 - ** 수도권 상급종합병원에서 비수도권 상급종합병원으로 회송된 입원 환자
- ③ 응급실 경유 중증응급(KTAS 1~2) 입원환자
- ④ 소아 중증질환 입원환자
 - * 어린이공공전문진료센터·응급의료기관 평가 소아중증 상병, 연령가산 적용되는 소아중증수술
- ⑤ 권역외상센터 입원환자
- ⑥ 희귀질환 입원환자(본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 [별표4] 희귀질환자 산정특례 대상)

- 단순히 상병 기준이 아닌, 연령·기저질환 등 환자 상태 반영 기준으로 개선
- ⇒ 중증 중심 전환 과정에서, 진료과목 간 균형이 급격히 변하지 않도록 과목별 환자비중 등 세밀히 살피고, 그 범위 안에서 목표 달성할 수 있도록 개선
- (필수의료 강화) 응급, 심뇌, 외상, 고위험분만, 중증소아 등 기능 강화
- (외래진료량 관리) 최근 외래진료 증가율 이하 수준 관리

② 진료협력

◆ 상종을 중심으로 진료협력병원과 강력한 협력체계 구축

◆ 지역완결적 협력 네트워크 확립

- (의뢰회송 내실화) 의사 판단에 따른 전문적 의뢰 강화* 및 회송 이후 상종 진료 필요시 최우선 예약 등 패스트트랙 적용

* ▲ 권역 내 진료협력 기관 간, ▲ 상세한 의사 소견 명시, ▲ 진료기록 첨부, ▲ 시스템 활용
▲ 패스트트랙(의료기관, 진료일자 우선예약)

- (진료협력 강화) 시스템 연계, 진료협력센터 인원 보강, 의료인력·장비 자원 공유 등 진료협력 유도

* 지방의료원, 종합병원, 전문병원 등 2차급 병원 등 다양한 의료기관과 진료협력 추진 가능

③ 병상

◆ 상종이 규모 확장보다 의료 질 제고에 집중하도록 일반병상 축소

◆ 중환자 병상 확대하여 중증 중심 병상 확립

- (일반병상 축소) 지역, 현행 병상 수, 현행 중증환자 진료실적 등 감안하여 일반병상의 5~15%를 축소

* 참고 : 비상진료체계 下 평균 일반병상 감축 비율 △19%

- ▲ 서울 10~15%(허가병상 1,500병상* 이상 15%, 미만 10%),
▲ 경기·인천 10%, ▲ 비수도권 5% 감축

* 중환자실 포함 전체 입원병상 허가병상

구분	서울		경기·인천	비수도권
	전체 허가병상 1,500병상 이상	전체 허가병상 1,500병상 미만		
감축수준 (일반입원실 허가병상)	15%	10%	10%	5%

- (중장기 : 병상 관리 강화) 제6기(27) 상종 지정평가 기준 연계

【 참고 : 병상 감축 계산 기준 】

< 의료법 시행규칙 별지 16호(의료기관 개설(허가신청서, 허가사항 변경 신청서) 서식 >

[시설현황①]

입원병실(A)										특수진료실 등								
구분	계	일반 입원 실 (B)	정신건강 의학과 입원실		중환자실			격리 병실	무균 치료 실	임 종 실	구분	수 술 실	회 복 실	응 급 실	물 리 치 료 실	임상 검사 실	조제 실	탕전실
			개방	폐쇄	소계	성인 소아	신생 아											
병실											병실					유[]	유[]	유(내[], 외[])
병상											병상					무[]	무[]	무(원외 이용[], 무[])

- (전체 허가병상) 일반입원실(간호·간병통합병동 포함), 정신건강의학과 입원실, 중환자실, 격리병실, 무균치료실, 임종실을 합한 전체 입원병실 병상(A)
- (일반입원실 허가병상) 전체 입원병실 병상(A) 중 일반입원실 병상(B)
 - (감축제외) 병상감축분(5~15%) 계산 시 일반입원실 병상(B)에서 '고위험임산부 집중치료실, 뇌졸중 집중치료실, 어린이 공공전문진료센터·권역응급의료센터·권역외상센터 병상, 긴급 치료병상'을 분자와 분모에서 모두 제외

④ 인력

◆ 인력 감소없이 現 규모 유지, 숙련된 인력 중심 병원별 효율적 운영
⇒ 중증진료 및 입원서비스 질 제고

- (숙련된 인력 확충) 전문의 등 숙련된 인력 중심으로 운영 가능하도록 의사, 간호사에 대한 교육·훈련 및 업무 재설계*

* 예: 전공의 중심 당직 운영 → 전문의 + 진료지원간호사 팀 운영으로 전환

- (기존인력 재배치) 기존 인력 감축 또는 무급휴가 등 고용 단절 없이 지속가능한 운영이 이루어지도록 병원별 인력 운영방안 계획 수립

⑥ 전공의 수련

◆ 수련생으로서 전공의 지위 강화, 밀도있는 수련 제공

◆ 수련환경 대폭 개선 및 수련 프로그램 고도화

○ (수련여건 개선) 총 수련시간 감소에도 유의미한 수련시간은 확대될 수 있도록 단계적 추진

- 전공의 연속근무 단축 시범사업 참여부터 시작

○ (밀도있는 수련) 지도전문의 확충 등 전문의의 전공의 수련 기능 강화 및 병원 차원의 체계적 수련 프로그램 설계

* 다기관 협력수련 시범사업을 통해 모델을 마련하여 성과평가 도입 검토

⇒ 점진적 적용을 통해 전공의 의존도 단계적 감소

◆ 본사업 추진방향 : 상급종합병원이 수행해야 하는 바람직한 역할 제도화

■ 상급종합병원 지정기준 개편 연계

* 중증도 분류 개편 등

■ 의료기관 성과·기능평가 체계에 반영

* 의료기관별 적합질환군 기준 및 평가기준, 진료효과성, 지역의료 역할 등

4. 사업 지원방향

가. 기능강화 지원

○ (중증환자 입원 지원) 중증환자 입원 진료 인프라 유지 및 기능 강화를 위한 중환자실 및 특수병실 수가 인상

○ (입원료) 일반입원 진료량 감축 시에도 의료서비스 질은 유지 할 수 있도록 4인실 이하 입원실 지원 강화

○ (수술 가산) 상급종합병원의 고난도 의료서비스 특화 유도를 위해 중증수술에 대한 마취·수술료 50% 수준 정액 가산

- (응급 진료 및 수술 가산) 응급진료 전문의 진찰료 100%, 응급의료센터 내원 후 24시간 이내 중증응급수술 150% 가산 **비상**
- (전문 의 진료 정책수가) 중환자실·입원환자 관리 위한 정액 가산 **비상**
- (전문 의뢰·회송) 환자 진료기록, 영상정보 추가 및 의뢰사유 명확화 등 실효성 있는 의뢰 시 보상 강화
 - 중증 진료가 끝난 환자의 회송 활성화를 위해 상급종합병원에서의 회송료 인상 **비상**
- (24시간 진료 지원) 24시간 진료 기능 유지를 위해 24시간 진료지원금 신설 일부 사전 지급 및 실제 지급실적 등 주기적 확인하여 사후 지급 **비상**

◆ 기능강화 지원 관련 참고 사항

- 비상진료 유지기간 중에는 비상진료항목을 적용, 다만, 구조전환 지원 수준이 높은 항목은 구조전환 수가 적용
- 비상진료기간 중 추가 본인부담은 없으며, 비상진료 종료 후에도 중환자실, 중증수술 등 중증 환자에 대해서는 추가 본인부담 미적용

나. 성과평가 지원

- (주요내용) 병상 감축 목표 이행 및 성과평가 지표 이행 실적 평가에 따른 지원기관별 차등 지원
 - ※ 성과평가 지표는 구조전환을 유도할 수 있도록 평가내용 및 기준을 연도별 달리 설정할 수 있음

5. 운영 체계

- (보건복지부) 지원사업 관련 주요 정책 결정 등 지원사업 총괄
- (건강보험심사평가원, 이하 '심사평가원') 지원사업 운영지침 개발 및 관리, 지원사업 모니터링 및 평가, 전문가 자문단 운영 등 지원사업 운영·관리
- (지원기관) 중증진료체계 및 진료협력병원 간 협력체계 강화, 중증환자에 집중할 수 있는 인력 운영 및 전공의 수련 강화 등

- (국민건강보험공단, 이하 '건강보험공단') 24시간 진료지원금 및 성과지원금 지급 기 지급 지원금 정산 또는 지원사업 중단에 따른 성과지원금 환수 등

6. 자문 등 운영 지원

가. 의료개혁특별위원회 및 건강보험정책심의위원회

- 지원사업 관련 진행상황이나 제도 개선 사항 등에 대해 논의할 수 있음

나. 지원기관 선정평가 자문단 구성·운영

- (구성) 전문가(보건의료·학계 등), 의료계 및 소비자·환자단체 추천인, 정부·산하기관 소속 공무원 및 임직원 포함 총 14인
- (역할) 지원기관 선정평가에 관한 사항 자문

Ⅲ

지원사업 대상기관 선정

1. 지원사업 참여 신청

○ (신청대상) 참여를 희망하는 모든 상급종합병원

- 상급종합병원과 진료협력병원* 함께 신청

* 진료협력을 맺고 있는 의료기관과 신청가능, 성과평가 및 전문의뢰·회송료는 동일 권역 내 또는 인접지역 2차급 진료협력병원 중심으로 적용

○ (신청서류)

- 상급종합병원 구조전환 지원사업 참여 신청서 [별지 제1호 서식]
- 상급종합병원 구조전환 지원사업 이행계획서 [별지 제2호 서식]
- 「전공의 연속근무 단축 시범사업」 참여 신청서 등 구비서류

2. 지원기관 선정평가

○ (선정요건)

① 일반입원실 허가병상 감축 계획* 제출

- ▲서울 10~15%(허가병상 1,500병상 이상 15%, 미만 10%) 감축
▲경기·인천 10% 감축 ▲비수도권 5% 감축

* 「별지 제2호 서식」 I-2 일반입원실 허가병상 감축계획 작성, '24.12월까지 이행 완료 필요

② 「전공의 연속근무 단축 시범사업」 참여

- 「전공의 연속근무 단축 시범사업」 미참여 기관은 지원사업 참여 신청서 등 구비서류* 제출 필요

* 2024년 「전공의 연속근무 단축 시범사업」 참여기관 모집 공고(보건복지부 제2024-358호) 참조
(보건복지부 누리집(www.mohw.go.kr) 알림 > 공지사항 > 공고)

③ 구조전환(진료·진료협력·인력·전공의 수련) 이행계획서 제출

※ 2025년 이행계획서 제출

- (평가방법) 지원기관 선정평가 자문단에서 평가
- (평가항목) ❶ 일반병상 감축 예정 내용 적합여부, ❷ 전공의 연속근무 단축 시범사업 참여(또는 신청서 제출) 여부, ❸ 구조전환 이행계획 수립 여부*
 - * 이행계획은 병원의 구조전환에 필요한 투입 및 과정에 대한 계획을 여건에 맞게 자율적으로 수립하기 위한 목적이며, 성과평가는 별도 지표로 평가 예정
- (선정) 평가자 2/3 이상의 적합 평가를 받은 평가지표가 2/3 이상 (총 16개 지표 중 11개 이상)인 기관 선정
 - * 평가결과 평가자 2/3 이상이 부적합하다고 판단한 평가지표에 대해서는 선정 후 보완하여 최종 이행계획서와 이행약정서 제출
- 평가결과 부적합한 항목이 있어 선정되지 않은 기관은 이행계획서를 보완토록 하여 재평가

3. 지원기관 선정

- 개별통보 및 보건복지부 누리집(알림→공지사항) 공고
 - ※ 선정 기관은 의료기관 개설 허가사항 변경신청 내역서를 심사평가원 시범사업 자료 제출 시스템을 통해 제출하여야 함

1. 요양급여 기준

가. 요양급여의 적용·방법·범위

- 요양급여의 적용·방법은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제1항에 의한 [별표1] ‘요양급여의 적용기준 및 방법’을 따르며, 요양급여의 범위는 동 규칙 제9조제1항에 의한 [별표2] ‘비급여대상’을 제외한 일체의 것으로 함

나. 요양급여의 비용 부담

- 본 지침 IV. 기능강화 지원 ①의 3. 급여목록에 분류된 항목에 대하여 건강보험 가입자 및 피부양자는 건강보험공단에서 요양급여비용 전액을 부담하며, 의료급여 수급권자는 의료급여비용 전액을 기금에서 부담함

※ 추후 변경 가능

2. 산정지침

가. 일반원칙

- 본 지침 IV. 기능강화 지원 ❶의 3. 급여목록에 분류된 항목은 종별·소아·공휴·야간 등 각종 가산을 적용하지 않음

나. 입원료 등

1) (상급종합시범) 입원 기능강화 정책수가

- (산정 대상) 입원실별 산정조건을 충족하는 경우(일반중환자실은 Unit별)

구분*		산정조건
중환자실	일반	일반 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 1등급 이상
	신생아	신생아 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 2등급 이상
	소아	소아 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 1등급 이상
기타 특수병실		전체 대상 (낮병동 제외)
일반병실		입원환자 간호관리료 차등제 1등급 이상

* 세부 목록은 수가 산정 및 질의응답 참조

- (대상 환자) 중환자실(일반중환자실은 Unit별), 기타 특수병실(낮병동 제외) 및 일반병실(2~4인실)에 입원한 환자
- (수가 산정) 대상 환자의 입원료에 따른 정책수가 산정

수가 구분		대상 입원실
중환자실 기능강화 정책수가		중환자실(일반, 신생아, 소아)
기타	특수병실 기능강화 정책수가Ⅰ	무균치료실, 음압 격리실, 납차폐특수치료실
특수병실	특수병실 기능강화 정책수가Ⅱ	집중치료실, 신생아실, 일반 격리실, 임종실
일반병실 기능강화 정책수가		(2~4인실) 일반병실

* 각 기능강화 정책수가 세부 산정대상은 질의응답 참조

- (산정 횟수) 입원료 산정횟수와 동일하게, 해당되는 정책수가를 각각 산정

2) (상급종합시범) 입원환자 전문의 정책수가

- (대상 환자) 해당 병동에서 전문의가 입원 진료를 시행하는 중환자실, 기타 특수병실(낮병동 제외) 및 일반병실의 입원 환자
- (산정 대상) 입원병동의 전담전문의 수가 종류 또는 산정 여부에 따라 구분

수가 구분		산정 대상
중환자실	입원환자 전문관리 정책수가Ⅰ	중환자실 전담전문의 가산을 산정하는 중환자실
기타 특수병실 일반병실	입원환자 전문관리 정책수가Ⅱ	(입원환자 전문관리 정책수가Ⅰ,Ⅲ 산정병동 외) 전문의가 대상 환자를 직접 진료하는 병실*
	입원환자 전문관리 정책수가Ⅲ	입원환자 전담전문의 관리료(12형)를 산정하는 병실

* 단, 입원환자 전담전문의 관리료 24시간형(3형) 등은 입원환자 전문관리 정책수가Ⅱ를 산정

- (산정 횟수) 입원료 산정횟수와 동일하게 해당되는 정책수가를 각각 산정

다. 응급진료

1) (상급종합시범) 응급진료 전문의 진찰료 가산

- (산정 대상) 「응급의료에 관한 법률」에 따른 권역응급의료센터, 소아전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 권역외상센터 응급실에서 전문의가 대상 환자를 직접 진료한 경우
- (대상 환자) 중증응급환자 또는 중증응급의심환자(KTAS 1~3)
- (수가 산정) 응급의료기관 평가결과 등급에 맞춰 등급별 소정점수의 100% 가산
- (산정 횟수) 응2 응급진료 전문의 진찰료 또는 응2-1 권역외상센터 전문의 진찰료 산정횟수와 동일하게 산정

2) (상급종합시범) 중증응급환자 응급의료행위(별표3) 가산

- (산정 대상) 「응급의료에 관한 법률」에 따른 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 권역외상센터 응급실 내원 후 24시간 이내 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」 제2부 제19장 (별표3) 행위*를 실시하는 경우

※ (별표3) 행위 중 제6장 마취료 및 제9장 처치 및 수술료 행위에 한함

- (대상 환자) 중증응급환자 또는 중증응급의심환자(KTAS 1~3)

※ 권역외상센터의 경우 중증외상환자 포함

- (수가 산정) 권역·전문응급의료센터 및 권역외상센터는 해당하는 행위료의 50% 수준 추가 가산, 지역응급의료센터는 150% 수준 가산
- (산정 횟수) 해당하는 행위료 산정횟수와 동일하게 산정하며, 제2의 수술(중병이상)은 산정횟수의 70%(0.7회) 산정

라. (상급종합시범) 중증 수술과 동반 마취 가산 수가

- (대상 환자) 지원기관의 입원환자
- (수가 산정) 중증 수술 및 중증 수술과 동반되는 마취 행위료의 50% 수준 가산
- (산정 횟수) 해당하는 수술 및 마취 행위료 산정횟수와 동일하게 산정하되, 제2의수술(중병이상)은 산정횟수의 70%(0.7회) 산정

마. 전문 의뢰·회송

< 전문 의뢰·회송 수가 요약 >

구분	1) 진료협력병원 전문 회송료	2) 상급종합병원 전문 회송료	3) 진료협력병원 전문 의뢰료	4) 진료협력병원 등 회송환자 관리료*
대상 기관	지원기관 → 2차급 진료협력병원	지원기관 → 상급종합병원	2차급 진료협력병원 → 지원기관	지원기관 → 2차급 진료협력병원 또는 상급종합병원
지역 구분	권역 내 또는 인접지역	수도권→비수도권	권역 내 또는 인접지역	<2차급 회송> 권역 내 또는 인접지역, <상급종합병원 회송> 수도권→비수도권
대상 환자	외래 또는 입원	외래 또는 입원	외래	외래 또는 입원
요건	▲ 패스트트랙 운영, ▲ 의사의 상세한 소견, ▲ 진료·영상정보 전자적 방식 제공 * 4) 진료협력병원 등 회송환자 관리료는 회송환자를 회송일로부터 90일 이내 진료한 경우			
지역가산	-	-	동일 권역 내	-

1) (상급종합시범) 진료협력병원 전문 회송료

※ 지원기관 → 2차급 진료협력병원

- (산정 대상) 지원기관이 다음의 회송 절차와 전자적 방식에 따라 진료협력병원(권역 내 또는 인접지역)으로 회송하는 경우
 - (회송 절차) 환자의 기본정보·상태 등을 ‘진료의뢰·회송 중계시스템’ (이하 ‘중계시스템’)을 이용한 ‘요양(의료)급여회송서’ 또는 ‘진료 기록전송지원시스템*’을 이용한 ‘진료회송서’를 통하여 전송
 - * 「의료법」 제21조의2 제3항에 따름
 - (전자적 방식) 회송에 따른 상세한 의사 소견, 그간 진료내역, 검사결과 등 진료·영상정보를 포함하여 전자적 방식으로 제공
- (대상 환자) 지원기관의 외래 또는 입원 환자
- (산정 횟수) ‘가-5 회송료’ 입원 또는 외래 산정횟수와 동일하게 ‘진료협력병원 전문 회송료’ 산정

2) (상급종합시험) 상급종합병원 전문 회송료

※ 수도권(서울, 경기, 인천) 지원기관 → 비수도권 상급종합병원

- (산정 대상) 지원사업에 참여하는 수도권 상급종합병원이 다음의 회송 절차와 전자적 방식에 따라 비수도권 상급종합병원으로 회송하는 경우
 - (회송 절차) 환자의 기본정보·상태 등을 '진료의뢰·회송 중계시스템' (이하 '중계시스템')을 이용한 '요양(의료)급여회송서' 또는 '진료기록전송지원시스템*'을 이용한 '진료회송서'를 통하여 전송
- * 「의료법」 제21조의2 제3항에 따름
- (전자적 방식) 회송에 따른 상세한 의사 소견, 그간 진료내역, 검사결과 등 진료·영상정보를 전자적 방식으로 제공
- (대상 환자) 지원기관의 외래 또는 입원 환자
- (산정 횟수) 회송 기준에 따라 '상급종합병원 전문 회송료*' 산정
- * '가-5 회송료' 산정 기준에 따라 '상급종합병원 전문 회송료 I·II' 산정

3) (상급종합시험) 진료협력병원 전문 의뢰료

※ 2차급 진료협력병원 → 지원기관

- (산정 대상) 진료협력병원이 다음의 의뢰 절차와 전자적 방식에 따라 협력관계의 지원기관(권역 내 또는 인접지역)으로 진료 의뢰하는 경우
 - (의뢰 절차) 환자의 기본정보·상태 등을 '중계시스템'을 이용한 '요양급여의뢰서' 또는 '진료기록전송지원시스템*'을 이용한 '진료의뢰서'를 통하여 전송
- * 「의료법」 제21조의2 제3항에 따름
- (전자적 방식) 의뢰에 따른 상세한 의사 소견, 그간 진료내역, 검사결과 등 진료·영상정보를 포함하여 전자적 방식으로 제공하여야 함

- (대상 환자) 진료협력병원이 협력 관계의 권역 내 또는 인접지역 지원기관으로 진료 의뢰하는 외래 환자
- (산정 횟수) 「협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업」의 ‘진료의뢰료Ⅰ’ 및 ‘진료의뢰료Ⅱ’ 또는 ‘진료의뢰료Ⅲ’ 산정횟수와 동일하게 ‘진료협력병원 전문 의뢰료’ 산정

4) (상급종합시범) 진료협력병원 등 회송환자 관리료

※ 지원기관 → 2차급 진료협력병원, 비수도권 상급종합병원

- (산정 대상) 지원기관이 전자적 방식을 통해 환자 회송 후 해당 환자를 진료(회송일 포함 90일 이내)한 경우 산정
- (대상 환자) 지원기관의 회송으로 방문한 환자
- (산정 횟수) 회송 받은 환자 진료 시 최초 1회 산정(회송일 포함 90일 이내)

5) 기타 사항

◆ 본 지원사업 지침에서 정하고 있지 않은 사항은 ‘가-5 회송료’ 산정 기준 및 「협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침*」에 따름
 * 보건복지부 보험급여과-5706호(2024.12.31.) “「협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업」 지침 일부개정 통보”

3. 급여목록

분류 번호	코드	분류	금액
입원료 등		가. (상급종합시범) 입원 기능강화 정책수가	
	IF001	1. 중환자실 기능강화 정책수가	300,000
	IF002	2. 특수병실 기능강화 정책수가Ⅰ	200,000
	IF003	3. 특수병실 기능강화 정책수가Ⅱ	100,000
	IF004	주. 중환자실 등 특수병실에 대해 별도로 정한 사항에 해당하는 경우 산정	75,000
	IF005	4. 일반병실 기능강화 정책수가	75,000
		나. (상급종합시범) 입원환자 전문의 정책수가	
	IF011	1. 입원환자 전문관리 정책수가Ⅰ	50,000
	IF012	2. 입원환자 전문관리 정책수가Ⅱ	25,000
	IF013	3. 입원환자 전문관리 정책수가Ⅲ	12,500
응급진료		가. (상급종합시범) 응급진료 전문의 진찰료	
		1. 권역응급의료센터	
	IF200	(가) 권역응급의료센터(기본등급)	41,540
	IF201	(나) 권역응급의료센터(1등급)	62,310
	IF202	(다) 권역응급의료센터(2등급)	58,160
		2. 지역응급의료센터	
	IF203	(가) 지역응급의료센터(기본등급)	37,730
	IF204	(나) 지역응급의료센터(1등급)	56,600
	IF205	(다) 지역응급의료센터(2등급)	52,820
		3. 소아전문응급의료센터	
	IF206	(가) 소아전문응급의료센터(기본등급)	41,540
	IF207	(나) 소아전문응급의료센터(1등급)	62,310
	IF208	(다) 소아전문응급의료센터(2등급)	58,160
	IF209	나. (상급종합시범) 권역외상센터 전문의 진찰료	41,540

분류 번호	코드	분류	금액
		다. (상급종합시범) 응급의료행위(별표3) 추가 가산 - 세부 행위 목록 별첨 참조	
중증 수술·마취		가. (상급종합시범) 중증 수술 가산수가 - 세부 행위 목록 별첨 참조 나. (상급종합시범) 중증 수술 동반 마취 가산수가 - 세부 행위 목록 별첨 참조	
전문 의뢰·회송		가. (상급종합시범) 진료협력병원 전문 회송료 1. (상급종합시범) 진료협력병원 전문 회송료 I (가) 입원 (나) 외래 2. (상급종합시범) 진료협력병원 전문 회송료 II (가) 입원 (나) 외래 3. (상급종합시범) 상급종합병원 전문 회송료 I (가) 입원 (나) 외래 4. (상급종합시범) 상급종합병원 전문 회송료 II (가) 입원 (나) 외래 나. (상급종합시범) 진료협력병원 전문 의뢰료 주: 비수도권에서 동일 권역 내 기관에 의뢰한 경우 별도로 산정한다. 다. (상급종합시범) 진료협력병원 등 회송환자 관리료	33,000 25,000 36,000 28,000 66,000 49,000 72,000 56,000 15,000 5,000 15,000

※ 응급의료행위(별표3) 추가 가산 및 중증 수술·마취 가산 수가
- 가산대상수가 변경 등의 사유로 수시 변경 가능하며 변경 시 별첨 자료 공고

4. 요양(의료)급여비용 청구방법

본 지원사업의 요양(의료)급여비용 청구방법으로, 이 지침에서 정하고 있지 아니한 사항은 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 의한다.

가. 요양급여비용 청구원칙

1) 개요

- (요양급여비용 청구 및 자료제출 매체) 지원기관은 정보통신망 또는 전산 매체 중 한가지 방법을 선택하여 요양(의료)급여비용을 청구
- (심사청구서) 심사청구서는 지원사업 내역과 비지원사업 내역(다른 진료내역)의 구분 없이 하나의 심사청구서로 작성
- (명세서의 구분 및 작성방법) 동일 수진자에 대한 지원사업 내역과 비지원사업 내역(다른 진료내역)은 분리하지 않고 하나의 요양급여비용 명세서에 작성
 - ※ (진료협력병원 전문 의뢰료 및 진료협력병원 등 회송환자 관리료) 동일 수진자에 대해 지원사업 내역(진료협력병원 전문 의뢰료 및 진료협력병원 등 회송환자 관리료)과 비지원사업 내역(다른 진료내역)은 분리하여 요양급여비용명세서에 연이어 작성
- (특정내역 기재) 진료협력병원 전문 의뢰료, 진료협력병원 등 회송환자 관리료를 산정하는 경우 각각 명일련단위 특정내역 구분코드(MT002)란에 특정기호 “S046(상급종합병원 구조전환 지원사업(진료협력병원 전문 의뢰료))”, “S047(상급종합병원 구조전환 지원사업(진료협력병원 등 회송환자 관리료))”를 기재하여 청구

나. 명세서 작성요령

1) 일반내역

구분		세부작성요령	
		요양급여일수	입원일수, 총 내원일수
입원료		실 요양급여일수 기재	실 입원(내원)일수 기재
응급진료			
중증 수술과 동반 마취 가산			
전문 의뢰·회송	진료협력병원 전문 회송료	실 요양급여일수 기재	실 입원(내원)일수 기재
	상급종합병원 전문 회송료		
	진료협력병원 전문 의뢰료	0	0
	진료협력병원 등 회송환자 관리료		

2) 상병내역

항목	세부작성요령	
	내원일자, 당월 요양개시일	
입원료	외래 명세서의 경우 진료일자 기재,	
응급진료	입원 명세서의 경우 요양기관에 해당 상병 진료를 위하여 그 달에 최초 입원한 년·월·일을 기재	
중증 수술과 동반 마취 가산		
전문 의뢰·회송	(진료협력병원 전문 회송료 및 상급종합병원 전문 회송료) 외래 명세서의 경우 회송 실시일자를 기재 하며, 입원 명세서의 경우 입원일 기재	
	(진료협력병원 전문 의뢰료) 외래 명세서의 의뢰 실시일자 기재	
	(진료협력병원 등 화송환자 관리료) 외래 또는 입원 명세서의 진료 실시일자를 기재	

3) 진료내역

항목		세부작성요령
입원료		'02항(입원료) 99목(기타)'란에 기재
응급 진료	응급진료전문의 진찰료 가산	'01항(진찰료) 03목(응급 및 회송료 등)'란에 기재
	중증응급환자 응급의료행위 (별표3) 가산	기존 응급의료행위의 항, 목번호와 동일하게 기재
중증 수술과 동반 마취 가산		가산 대상 행위의 항, 목번호와 동일하게 기재
전문 의뢰·회송		'01항(진찰료) 03목(응급 및 회송료 등)'란에 기재

4) 특정내역

가) 입원료

구분	특정내역 기재사항
입원 기능강화 정책수가 산정 시 중환자실의 경우	진료(조제)내역 줄번호 특정내역 JT001(확인코드)란에 해당 중환자실 확인코드를 반드시 기재하여 청구

나) 응급진료

구분	특정내역 기재사항
두 개 이상의 응급의료센터 를 지정받은 기관의 경우	명세서 단위 특정내역 MT048(응급의료센터 구분코드)란에 환자에 대한 주된 진료를 수행한 기관을 반드시 기재
응급의료행위(별표 3) 가산 수가 청구 시	아래 특정내역을 반드시 기재하여 청구 - 특정내역 구분코드 MS005(낮병동, 응급실 재원시간)란에 응급실 내원일시와 재원기간의 From/To 기재 - JS010(야간가산, 응급의료수가)란에 수술·처치, 마취료 등 실시 시간 기재 - MT046(응급환자 중증도 분류기준)란에 한국 응급환자 중증도 분류기준(KTAS)에 해당되는 중증도 등급 기재
위탁진료의 경우	기존 위탁진료 청구와 동일하게 각 수가별 JS008(위탁진료)란을 반드시 기재하여 청구

<예시> ‘권역응급의료센터’ 이면서 ‘소아전문응급의료센터’로 지정받은 기관에 중증응급환자 (KTAS1)가 ‘권역응급의료센터’ 응급실에 도착해서 24시간 이내에 (별표 3)의 처치·수술 등을 시행한 경우

구 분	응급실 입원	처치·수술	응급실 퇴실
날짜 및 시각	2025.1.2. 오전 10시15분	2025.1.3. 오전 3시30분	2025.1.3. 오전 8시30분
MS005 기재방법(From/To)	202501021015/202501030830		
JS010 기재방법	202501030330		
MT046 기재방법	1		
MT048 기재방법	2		

다) 전문 의뢰·회송

○ 특정내역 기재사항

구분	특정내역 기재사항
지원기관에서 진료협력병원으로 전문 회송을 하는 경우	명세서 단위 특정내역 MT066(진료의뢰회송번호)란에 중계시스템에 등록된 '회송번호'를 기재
수도권 지원기관에서 비수도권 상급종합병원으로 회송을 하는 경우	■ 회송번호: 지원기관기호 + YYMMDD + 일련번호 - YYMMDD: 요양급여회송서 발급 년.월.일(6자리) - 일련번호: 'A'+ 요양급여회송서 발급 년.월.일에 발생한 일련번호(4자리)
진료협력병원에서 지원기관으로 전문 의뢰를 하는 경우	① 명세서 단위 특정내역 MT002(특정기호)란에 'S046' 기재 ② 명세서 단위 특정내역 MT066(진료의뢰회송번호)란에 중계시스템에 등록된 '의뢰번호'를 기재 ■ 의뢰번호: 의뢰기관기호 + YYMMDD + 일련번호 - YYMMDD: 요양급여의뢰서 발급 년.월.일(6자리) - 일련번호: 'A'+ 요양급여의뢰서 발급 년.월.일에 발생한 일련번호(4자리)
지원기관에서 회송받은 환자를 진료협력병원·비수도권 상급종합병원에서 90일 이내 진료한 경우	① 명세서 단위 특정내역 MT002(특정기호)란에 'S047' 기재 ② 명세서 단위 특정내역 MT076(진료협력병원 등 회송환자 관리료 회송 확인번호)란에 중계시스템에 등록된 '회송번호'를 기재 ■ 회송번호: 지원기관기호 + YYMMDD + 일련번호 - YYMMDD: 요양급여의뢰서 발급 년.월.일(6자리) - 일련번호: 'A'+요양급여회송서 발급 년.월.일에 발생한 일련번호(4자리)

○ 특정내역 구분코드 작성요령

구분 코드	특정 내역	특정내역 기재형식	작성요령 및 기재형식
MT066	진료의뢰 회송번호 (*)	X(19)	◆ 상급종합병원 구조전환 지원사업에 해당하는 의뢰(회송)를 실시할 시 의뢰(회송)번호를 기재 ※ 의뢰(회송)번호는 19자리까지 기재 ■ 의뢰번호: 의뢰기관기호 + YYMMDD + 일련번호 - YYMMDD: 요양급여의뢰서 발급 년.월.일(6자리) - 일련번호: 'A'+요양급여의뢰서 발급 년.월.일에 발생한 일련번호(4자리) ■ 회송번호: 회송기관기호 + YYMMDD + 일련번호 - YYMMDD: 요양급여회송서 발급 년.월.일(6자리) - 일련번호: 'A'+ 요양급여회송서 발급 년.월.일에 발생한 일련번호(4자리)

구분 코드	특정 내역	특정내역 기재형식	작성요령 및 기재형식
MT076	진료협력 병원 등 회송환자 관리료 회송 확인번호 (*)	X(19)	◆ 상급종합병원 구조전환 지원사업에 참여하는 기관이 진료 협력을 맺은 지원기관으로부터 회송 받은 환자를 회송일 포함 90일 이내 진료 후 진료협력병원 등 회송환자 관리료 청구 시 회송 받은 번호 기재 ※ 회송 번호는 19자리까지 기재 ■ 회송번호: 지원기관 기호 + YYMMDD + 일련번호 - YYMMDD: 요양급여회송서 발급 년.월.일(6자리) - 일련번호 'A'+ 요양급여회송서 발급 년.월.일에 발생한 일련번호(4자리)

다. 세부작성요령

1) 응급 진료

항목	세부작성요령																														
응급 진료 전문의 진찰료, 권역 외상 센터 전문의 진찰료	□ '01항(진찰료) 03목(응급 및 회송료 등)' 란에 기재한다. <예시> 2025년 1월 2일 권역응급의료센터에서 중증응급환자를 중증응급환자 진료 구역 병상을 배정받아 전문의가 직접 진료한 경우 <table><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><tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>V2200</td><td>42,050</td><td>1</td><td>1</td><td>42,050</td></tr><tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IF200</td><td>41,540</td><td>1</td><td>1</td><td>41,540</td></tr></table> <table><tr><th>요양급여비용총액¹</th><th>본인일부부담금^{주1)}</th><th>청구액^{주2)}</th></tr><tr><td>83,590원</td><td>8,410원</td><td>75,180원</td></tr></table> 주1. {41,540원(응급진료전문의진찰료가산) X 0%(본인부담률)} + {요양급여총액1 - (응급진료 전문의진찰료가산 41,540원) X 20%(본인부담률)} = 8,410원(10원미만 절사) 2. 83,590원(요양급여비용총액1) - 8,410원(본인일부부담금) = 75,180원	항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	01	03	1	V2200	42,050	1	1	42,050	01	03	1	IF200	41,540	1	1	41,540	요양급여비용총액 ¹	본인일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}	83,590원	8,410원	75,180원
항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액																								
01	03	1	V2200	42,050	1	1	42,050																								
01	03	1	IF200	41,540	1	1	41,540																								
요양급여비용총액 ¹	본인일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}																													
83,590원	8,410원	75,180원																													

항목	세부작성요령																														
응급의료행위 (별표3) 추가 가산	□ 중증응급환자 응급의료행위 (별표3) 가산: 기존 응급의료행위 항, 목번호과 동일 기재 <예시1> 2025년 1월 6일 오전 10시15분 권역응급의료센터(A상급종합병원) 응급실에 내원한 중증응급환자가 2025년 1월 7일 새벽 3시30분에 늑골골절관혈적정복술(제2의수술) 실시한 경우(응급실에서 1월 8일 오전 8시 30분 퇴실 후 입원한 경우)																														
	<table><tr><th>항</th><th>목</th><th>줄번호</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>i/ii</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr><tr><td>08</td><td>01</td><td>5</td><td>1</td><td>N05320D4</td><td>ii</td><td>662,000</td><td>1</td><td>1</td><td>662,000</td></tr><tr><td>08</td><td>01</td><td>6</td><td>1</td><td>IFN05322</td><td>i</td><td>233,550</td><td>0.7</td><td>1</td><td>163,485</td></tr></table>	항	목	줄번호	코드구분	코드	i/ii	단가	일투	총투	금액	08	01	5	1	N05320D4	ii	662,000	1	1	662,000	08	01	6	1	IFN05322	i	233,550	0.7	1	163,485
	항	목	줄번호	코드구분	코드	i/ii	단가	일투	총투	금액																					
	08	01	5	1	N05320D4	ii	662,000	1	1	662,000																					
	08	01	6	1	IFN05322	i	233,550	0.7	1	163,485																					
	특정내역기재란 <table><tr><th>발생단위구분</th><th>줄번호</th><th>특정내역구분</th><th>특정내역</th></tr><tr><td>1</td><td></td><td>MS005</td><td>202501061015/202501080830</td></tr><tr><td>1</td><td></td><td>MT046</td><td>1</td></tr><tr><td>1</td><td></td><td>MT048</td><td>2</td></tr><tr><td>2</td><td>5</td><td>JS010</td><td>202501070330</td></tr></table>	발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역	1		MS005	202501061015/202501080830	1		MT046	1	1		MT048	2	2	5	JS010	202501070330										
	발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역																											
	1		MS005	202501061015/202501080830																											
	1		MT046	1																											
	1		MT048	2																											
2	5	JS010	202501070330																												
<table><tr><th>요양급여비용총액¹</th><th>본인일부부담금^{주1)}</th><th>청구액^{주2)}</th></tr><tr><td>924,780원</td><td>152,250원</td><td>772,530원</td></tr></table>	요양급여비용총액 ¹	본인일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}	924,780원	152,250원	772,530원																									
요양급여비용총액 ¹	본인일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}																													
924,780원	152,250원	772,530원																													
주1. {163,485원(늑골골절관혈적정복술(제2의수술)응급의료행위가산) X 0%(본인부담률)} + {요양급여총액1-(늑골골절관혈적정복술(제2의수술)응급의료행위가산 163,485원) X 20%(입원본인부담률)} = 152,250원(10원미만 절사) 2. 924,780원(요양급여비용총액1) - 152,250원(본인일부부담금) = 772,530원																															

항목

세부작성요령

<예시2> 2025년 1월 2일 오전 10시15분 지역응급의료센터(A상급종합병원) 응급실에 내원한 중증응급환자가 2025년 1월 2일 오후 4시30분에 경피적 대동맥류내 다층구조 혈류 모듈레이터 삽입술을 실시한 경우(응급실에서 1월 4일 오전 8시 30분 퇴실 후 입원한 경우)

항	목	줄번호	코드구분	코드	i/ii	단가	일투	총투	금액
08	01	7	1	IFM66151	i	2,068,400	1	1	2,068,400
B	01	8	1	M6615	ii	1,395,920	1	1	1,395,920

특정내역기재란

발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
1		MT002	V192
1		MS005	202501021015/202501040830
1		MT046	1
1		MT048	3
2	7	JS010	202501021630

요양급여 비용총액 ¹⁾	본인 일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}	100분의100미만 총액	100분의100미만 본인부담금 ^{주3)}	100분의100미만 청구액 ^{주4)}
2,068,400원	0원	2,068,400원	1,605,300원	1,284,240원	321,060원

주1. 2,068,400원(경피적 대동맥류내 다층구조 혈류 모듈레이터 삽입술 응급의료행위가산) X 0%(본인부담률) = 0원

2. 2,068,400원(요양급여비용총액1) - 0원(본인일부부담금) = 2,068,400원

3. 1,605,308원(B항 총액) X 80%(B항 본인부담률) = 1,284,240원(10원미만 절사)

4. 1,605,300원(100분의100미만총액) - 1,284,240원 = 321,060원

2) 중증수술과 동반 마취가산

항목

세부작성요령

중증수술가산, 중증수술동반마취가산가

□ 가산 대상 행위의 항, 목번호와 동일하게 기재

<예시> 중증산정특례 유방암 환자가 A상급종합병원에 입원하여 유방절제술-악성-부분절제

- 액와림프절 청소술 포함 및 액와감시림프절절제술 제2의수술(종병이상)을

기관내 삽관에 의한 폐쇄순환식 전신마취하에 시행하는 경우

항	목	코드구분	코드	i / ii	단가	일투	총투	금액
05	01	1	L1211	ii	125,040	1	1	125,040
05	01	1	L1231	ii	29,940	8	1	239,520
05	01	1	IFL12110	i	61,760	1	1	61,760
05	01	1	IFL12310	i	11,880	8	1	95,040
08	01	1	N7136	ii	1,847,120	1	1	1,847,120
08	01	1	P2123004	ii	335,900	1	1	335,900
08	01	1	IFN71360	i	912,330	1	1	912,330
08	01	1	IFP21230	i	237,010	0.7	1	165,907

요양급여비용총액 ¹	본인일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}
4,164,750원	146,480원	4,018,270원

주1. {(1,235,037원(중증수술·동반마취 가산 수가) X 0%(본인부담률))} + {요양급여비용총액1- (중증수술·동반마취 가산 1,235,037원) X 5%(본인부담률)} = 146,480원(10원미만 절사)

2. 4,164,750원(요양급여비용총액1) - 146,480원(본인일부부담금) = 4,018,270원

3) 전문 의뢰·회송

항목	세부작성요령																																														
진료 협력 병원 전문 회송료 I,Ⅱ	□ '01항(진찰료) 03목(응급 및 회송료 등)' 란에 기재한다. <예시> 2025년 1월 2일 A상급종합병원(요양기호 11234567)에서 입원중인 환자의 상태가 호전되어 영상정보와 표준화된 진료정보에 해당하는 영상검사 결과지 등을 첨부하여 권역 내 협력 관계인 B병원(요양기호 12245678)으로 회송하는 경우 (A상급종합병원에서 부여한 회송 일련번호가 1인 경우) <table><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><tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>AE011</td><td>65,200</td><td>1</td><td>1</td><td>65,200</td></tr><tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IF111</td><td>33,000</td><td>1</td><td>1</td><td>33,000</td></tr><tr><td>09</td><td>01</td><td>1</td><td>D3002</td><td>17,940</td><td>1</td><td>1</td><td>17,940</td></tr></table> 특정내역기재란 <table><tr><th>발생단위구분</th><th>줄번호</th><th>특정내역구분</th><th>특정내역</th></tr><tr><td>1</td><td></td><td>MT066</td><td>11234567250102A0001</td></tr></table> <table><tr><th>요양급여비용총액1</th><th>본인일부부담금^{주1)}</th><th>청구액^{주2)}</th></tr><tr><td>116,140원</td><td>3,580원</td><td>112,560원</td></tr></table> 주1. 98,200원(회송료 I + 진료협력병원 전문 회송료 I) X 0%(본인부담률)+{(요양급여 총액1-98,200원(회송료 I + 진료협력병원 전문 회송료 I)) X 20%(본인부담률)}= 3,580원(10원미만 절사) 2. 116,140원(요양급여비용총액1)-3,580원(본인일부부담금)=112,560원	항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	01	03	1	AE011	65,200	1	1	65,200	01	03	1	IF111	33,000	1	1	33,000	09	01	1	D3002	17,940	1	1	17,940	발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역	1		MT066	11234567250102A0001	요양급여비용총액1	본인일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}	116,140원	3,580원	112,560원
	항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액																																							
	01	03	1	AE011	65,200	1	1	65,200																																							
	01	03	1	IF111	33,000	1	1	33,000																																							
	09	01	1	D3002	17,940	1	1	17,940																																							
	발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역																																											
	1		MT066	11234567250102A0001																																											
	요양급여비용총액1	본인일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}																																												
	116,140원	3,580원	112,560원																																												
	상급중 합병원 전문 회송료 I,Ⅱ	□ '01항(진찰료) 03목(응급 및 회송료 등)' 란에 기재한다. <예시> 2025년 1월 5일 서울시 A상급종합병원(요양기호 11234567)에서 입원중인 환자를 권역 외 부산시 B상급종합병원(요양기호 11345678)으로 회송하는 경우 (A상급종합병원에서 부여한 회송 일련번호가 2인 경우) <table><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><tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IF131</td><td>66,000</td><td>1</td><td>1</td><td>66,000</td></tr><tr><td>09</td><td>01</td><td>1</td><td>D3002</td><td>17,940</td><td>1</td><td>1</td><td>17,940</td></tr></table> 특정내역기재란 <table><tr><th>발생단위구분</th><th>줄번호</th><th>특정내역구분</th><th>특정내역</th></tr><tr><td>1</td><td></td><td>MT066</td><td>11234567250105A0002</td></tr></table> <table><tr><th>요양급여비용총액1</th><th>본인일부부담금^{주1)}</th><th>청구액^{주2)}</th></tr><tr><td>83,940원</td><td>3,580원</td><td>80,360원</td></tr></table> 주1. 66,000원(상급종합병원 전문 회송료 I) X 0%(본인부담률)+{(요양급여총액1-66,000원 (상급종합병원 전문 회송료 I)) X 20%(본인부담률)}=3,580원(10원미만 절사) 2. 83,940원(요양급여비용총액1)-3,580원(본인일부부담금)=80,360원	항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	01	03	1	IF131	66,000	1	1	66,000	09	01	1	D3002	17,940	1	1	17,940	발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역	1		MT066	11234567250105A0002	요양급여비용총액1	본인일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}	83,940원	3,580원	80,360원							
항		목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액																																							
01		03	1	IF131	66,000	1	1	66,000																																							
09		01	1	D3002	17,940	1	1	17,940																																							
발생단위구분		줄번호	특정내역구분	특정내역																																											
1			MT066	11234567250105A0002																																											
요양급여비용총액1		본인일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}																																												
83,940원		3,580원	80,360원																																												

항목	세부작성요령																																																
진료 협력 병원 전문 의뢰료	❖ 「협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업」 지침 개정에 따라 '24년 12월 31일 진료분까지 예시1~2 참고, '25년 1월 1일 진료분부터 예시3~4 참고																																																
	□ '01항(진찰료) 03목(응급 및 회송료 등)' 란에 기재한다.																																																
	<예시1> 2024년 11월 10일 대구시 A병원(요양기호 12245678) 외래 진료 후 표준화된 진료정보에 해당하는 검사 결과지를 첨부하여 권역 내 협력 관계인 B상급종합 병원(요양기호 11245678)으로 의뢰 하는 경우 (A병원에서 부여한 의뢰일련번호가 3번인 경우)																																																
	<table><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><tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IA100</td><td>2,900</td><td>1</td><td>1</td><td>2,900</td></tr><tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IA102</td><td>10,730</td><td>1</td><td>1</td><td>10,730</td></tr><tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IA110</td><td>4,120</td><td>1</td><td>1</td><td>4,120</td></tr><tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IF101</td><td>15,000</td><td>1</td><td>1</td><td>15,000</td></tr><tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IF102</td><td>5,000</td><td>1</td><td>1</td><td>5,000</td></tr></table>	항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	01	03	1	IA100	2,900	1	1	2,900	01	03	1	IA102	10,730	1	1	10,730	01	03	1	IA110	4,120	1	1	4,120	01	03	1	IF101	15,000	1	1	15,000	01	03	1	IF102	5,000	1	1	5,000
	항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액																																									
	01	03	1	IA100	2,900	1	1	2,900																																									
	01	03	1	IA102	10,730	1	1	10,730																																									
	01	03	1	IA110	4,120	1	1	4,120																																									
	01	03	1	IF101	15,000	1	1	15,000																																									
	01	03	1	IF102	5,000	1	1	5,000																																									
특정내역기재란																																																	
<table><tr><th>발생단위구분</th><th>줄번호</th><th>특정내역구분</th><th>특정내역</th></tr><tr><td>1</td><td></td><td>MT002</td><td>S046</td></tr><tr><td>1</td><td></td><td>MT066</td><td>12245678241110A0003</td></tr></table>	발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역	1		MT002	S046	1		MT066	12245678241110A0003																																					
발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역																																														
1		MT002	S046																																														
1		MT066	12245678241110A0003																																														
<table><tr><th>요양급여비용총액¹</th><th>본인일부부담금^{주1)}</th><th>청구액^{주2)}</th></tr><tr><td>37,750원</td><td>3,200원</td><td>34,550원</td></tr></table>	요양급여비용총액 ¹	본인일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}	37,750원	3,200원	34,550원																																											
요양급여비용총액 ¹	본인일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}																																															
37,750원	3,200원	34,550원																																															
주1. 27,020원(진료의뢰료Ⅱ+진료협력병원 전문 의뢰료+비수도권 동일시·도 및 동일 권역내 가산) X 0%(본인부담률)+{(요양급여비용총액1-27,020원(진료의뢰료Ⅱ+진료 협력병원 전문 의뢰료+비수도권 동일시·도 및 동일 권역내 가산)) X 30%(본인 부담률)}=3,200원(100원미만 절사)																																																	
2. 37,750원(요양급여비용총액1)-3,200원(본인일부부담금)=34,550원																																																	
<예시2> 2024년 11월 11일 서울시 A종합병원(요양기호 11345678) 외래 진료 후 B환자 (중증 암 V193진료)의 영상정보와 표준화된 진료정보에 해당하는 영상검사 결과지와 검사 결과지 등을 첨부하여 권역내 협력 관계인 C상급종합병원(요양 기호 11198765)으로 의뢰하는 경우 (A종합병원에서 부여한 의뢰일련번호가 7번인 경우)																																																	

항목	세부작성요령						
----	--------	--	--	--	--	--	--

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	1	IA103	10,730	1	1	10,730
01	03	1	IA120	8,110	1	1	8,110
01	03	1	IF101	15,000	1	1	15,000

특정내역기재란

발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
1		MT002	V193
1		MT002	S046
1		MT014	0123456789
1		MT066	11345678241111A0007

요양급여비용총액1	본인일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}
33,840원	500원	33,340원

주1. 23,110원(진료의뢰료Ⅲ+진료협력병원 전문 의뢰료) X 0%(본인부담률)+{(요양급여
 총액1-23,110원(진료의뢰료Ⅲ+진료협력병원 전문 의뢰료)) X 5%(중증 암환자
 본인부담률)}=500원(100원미만 절사)
 2. 33,840원(요양급여비용총액1)-500원(본인일부부담금)=33,340원

<예시3> 2025년 1월 23일 서울시 A종합병원*(요양기호 11345678) 외래 진료 후 의사
 판단에 따라 B환자의 영상정보와 표준화된 진료정보에 해당하는 영상검사
 결과지와 검사 결과지 등을 첨부하여 권역내 협력 관계인 C상급종합병원(요양기호
 11198765)으로 의뢰하는 경우
 * 단, Agent를 통해 의뢰서 작성
 (A종합병원에서 부여한 의뢰일련번호가 7번인 경우)

항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
01	03	1	IA025	11,000	1	1	11,000
01	03	1	IA026	11,500	1	1	11,500
01	03	1	IA720	9,000	1	1	9,000
01	03	1	IF101	15,000	1	1	15,000

특정내역기재란

발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
1		MT002	S046
1		MT066	11345678250123A0007

요양급여비용총액1	본인일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}
46,500원	0원	46,500원

주1. 46,500원(진료의뢰료 I - "주2"+진료의뢰료 I -(1)+진료의뢰료Ⅲ+진료협력병원 전문
 의뢰료) X 0%(본인부담률)=0원(100원미만 절사)
 2. 46,500원(요양급여비용총액1)-0원(본인일부부담금)=46,500원

항목	세부작성요령																																																																		
	<예시4> 2025년 1월 2일 세종특별시 B병원(요양기호 12234567) 외래 진료 후 환자 요청에 따라 B환자의 표준화된 진료정보에 해당하는 검사 결과지를 첨부하여 협력 관계인 대전시 A상급종합병원(요양기호 11198760)으로 의뢰하는 경우 (A종합병원에서 부여한 의뢰일련번호가 7번인 경우) <table><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><tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IA023</td><td>6,500</td><td>1</td><td>1</td><td>6,500</td></tr><tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IA027</td><td>11,500</td><td>1</td><td>1</td><td>11,500</td></tr><tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IA710</td><td>4,500</td><td>1</td><td>1</td><td>4,500</td></tr><tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IF101</td><td>15,000</td><td>1</td><td>1</td><td>15,000</td></tr><tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IF102</td><td>5,000</td><td>1</td><td>1</td><td>5,000</td></tr></table> 특정내역기재란 <table><tr><th>발생단위구분</th><th>줄번호</th><th>특정내역구분</th><th>특정내역</th></tr><tr><td>1</td><td></td><td>MT002</td><td>S046</td></tr><tr><td>1</td><td></td><td>MT066</td><td>12234567250102A0007</td></tr></table> <table><tr><th>요양급여비용총액¹</th><th>본인일부부담금^{주1)}</th><th>청구액^{주2)}</th></tr><tr><td>42,500원</td><td>3,400원</td><td>39,100원</td></tr></table> 주1. 31,000원(진료의뢰료Ⅱ+진료협력병원 전문 의뢰료+동일 광역사도내 가산 및 동일 권역내 가산) X 0%(본인부담률)+{(요양급여비용총액1-31,000원(진료의뢰료Ⅱ+진료협력병원 전문 의뢰료+동일 광역사도내 가산 및 동일 권역내 가산)) X 30%(본인부담률)} =3,400원(100원미만 절사) 2. 42,500원(요양급여비용총액1)-3,400원(본인일부부담금)=39,100원	항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	01	03	1	IA023	6,500	1	1	6,500	01	03	1	IA027	11,500	1	1	11,500	01	03	1	IA710	4,500	1	1	4,500	01	03	1	IF101	15,000	1	1	15,000	01	03	1	IF102	5,000	1	1	5,000	발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역	1		MT002	S046	1		MT066	12234567250102A0007	요양급여비용총액 ¹	본인일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}	42,500원	3,400원	39,100원
항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액																																																												
01	03	1	IA023	6,500	1	1	6,500																																																												
01	03	1	IA027	11,500	1	1	11,500																																																												
01	03	1	IA710	4,500	1	1	4,500																																																												
01	03	1	IF101	15,000	1	1	15,000																																																												
01	03	1	IF102	5,000	1	1	5,000																																																												
발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역																																																																
1		MT002	S046																																																																
1		MT066	12234567250102A0007																																																																
요양급여비용총액 ¹	본인일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}																																																																	
42,500원	3,400원	39,100원																																																																	
진료협력병원 등 회송환자 관리료	☐ '01항(진찰료) 03목(응급 및 회송료 등)' 란에 기재한다. <예시> 2025년 1월 2일 권역내 협력 관계인 A상급종합병원(요양기호 11234567) 으로부터 회송받은 환자를 2025년 1월 30일(90일 이내) B병원(요양기호 12245678)에서 진료 한 경우 (A상급종합병원의 회송 일련번호 기재) <table><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><tr><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IF103</td><td>15,000</td><td>1</td><td>1</td><td>15,000</td></tr></table> 특정내역기재란 <table><tr><th>발생단위구분</th><th>줄번호</th><th>특정내역구분</th><th>특정내역</th></tr><tr><td>1</td><td></td><td>MT002</td><td>S047</td></tr><tr><td>1</td><td></td><td>MT076</td><td>11234567250102A0001</td></tr></table> <table><tr><th>요양급여비용총액¹</th><th>본인일부부담금^{주1)}</th><th>청구액^{주2)}</th></tr><tr><td>15,000원</td><td>0원</td><td>15,000원</td></tr></table> 주1. 15,000원(진료협력병원 등 회송환자 관리료) X 0%(본인부담률) = 0원(100원미만 절사) 2. 15,000원(요양급여비용총액1)-0원(본인일부부담금)=15,000원	항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	01	03	1	IF103	15,000	1	1	15,000	발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역	1		MT002	S047	1		MT076	11234567250102A0001	요양급여비용총액 ¹	본인일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}	15,000원	0원	15,000원																																
항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액																																																												
01	03	1	IF103	15,000	1	1	15,000																																																												
발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역																																																																
1		MT002	S047																																																																
1		MT076	11234567250102A0001																																																																
요양급여비용총액 ¹	본인일부부담금 ^{주1)}	청구액 ^{주2)}																																																																	
15,000원	0원	15,000원																																																																	

라. 보완청구 및 추가청구

- (보완청구) 요양급여비용을 청구하였으나 심사평가원에서 심사 불능 처리한 경우, 해당사유를 보완하여 보완청구
- (추가청구) 요양급여비용을 지급받은 명세서 중 진료내역의 일부가 당초 청구 시 누락된 경우, 누락된 진료내역만을 추가청구
- (기타) 보완·추가청구 시 기재하는 구분코드 등 청구방법은 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서 서식 및 작성요령」을 따름

1. 24시간 진료지원금 지원 목적

- 24시간 진료지원금은 중증·응급환자 등 24시간 진료기능 유지에 대한 지원을 하기 위함

※ 특수검사, 처치 및 수술을 위한 당직(대기) 근무에 한해 지원하며, 교대 근무를 하는 경우(진료지원간호사 포함한 간호사 등)는 지원 대상에서 제외

2. 24시간 진료지원금 지불체계

가. 24시간 진료지원금 산정

- 연간(월별) 당직 계획을 기준으로 전문의, 간호사, 진료지원간호사의 24시간 진료지원금 산정
 - (사전 지원금) 연간(월별) 당직 계획 기준 진료지원금 50% 일괄 지급
 - (사후 지원금) 실제 지원금 지급 평가* 후 진료지원금의 50% 정산지급

* 24시간 진료지원 월별 당직 현황([별지 제6-2호 서식]), 실제 당직 근무표 등

나. 산정 방법

- 연간(월별) 전문의, 간호사, 진료지원간호사의 당직 계획서([별지 제6-1호 서식])를 작성 및 제출
 - 직종별(전문의, 간호사(진료지원간호사 포함)) 전체 인원의 10% 범위 내 작성
- ※ 전문의 총 326명인 경우, 전문의 인력의 10%인 33명 작성 (소수 첫째자리에서 반올림)
계획서 제출 시 당직인원을 10% 이하로 제출한 경우 계획서에 따라 정산 지급

○ 연간(월별) 당직 계획을 반영하여 연간 진료지원금 산정

※ 연간 진료지원금 산정은 아래 방식으로 하나, 총액의 범위 내에서 「3. 24시간 진료 지원금 관리 및 집행기준」에 따라 실제 집행은 자율적으로 수행 가능

직종별 ① 당직 인원 × ② 당직 일수 × ③ 당직비

① 당직 인원: 특정 당직일에 근무하는 직종별 당직 인원 수

② 당직 일수: 직종별 당직 근무 일수

③ 당직비: '24년 비상진료 의료인력 당직비 지원 수준

- 의사(전문의): 휴일 90만원, 평일 45만원

- 진료지원간호사: 휴일·평일 15만원

- 간호사: 휴일·평일 14만원

다. 지급시기

○ (사전지급) 사업연도 1분기에 연간 진료지원금의 50% 지급

○ (사후지급) 실제 근무 당직현황 등을 반기별로 확인 후 다음연도 1분기에 지급

연도	2024년	2025년				2026년				2027년				2028년
	4분기	1분기	2분기	3분기	4분기	1분기	2분기	3분기	4분기	1분기	2분기	3분기	4분기	1분기
1년차 ('25)	계획 제출	사전 지급		결과 제출		결과 제출								
				이행 평가		이행 평가								
						사후 지급								
2년차 ('26)					계획 제출	사전 지급		결과 제출		결과 제출				
							이행 평가			이행 평가				
										사후 지급				
3년차 ('27)								계획 제출	사전 지급			결과 제출		결과 제출
												이행 평가		이행 평가
														사후 지급

* 계획제출: 24시간 진료지원 연간(월별) 당직 계획서 [별지 제6-1호 서식]

결과제출: 24시간 진료지원 월별 당직 현황 [별지 제6-2호 서식], 진료지원금 지급내역(급여명세서 등) 및 당직 근무표 등 증빙서류

라. 제출자료

- (24시간 진료지원 당직 계획 및 현황) 24시간 진료지원 연간(월별) 당직 계획서([별지 제6-1호 서식]) 및 24시간 진료지원 월별 당직 현황([별지 제6-2호 서식])
- (증빙자료) 실제 당직 근무를 확인할 수 있는 당직 근무표 및 지급금액을 확인할 수 있는 급여명세서 등 증빙서류

마. 자료제출 방법

- 심사평가원 시범사업 자료제출 시스템(https://aq.hira.or.kr/hira_mc/)에 접속하여 제출
- ※ 파일명은 '신청기관 요양기호-신청기관 요양기관명'으로 설정 (예시: 12345678-000병원)

3. 24시간 진료지원금 관리 및 집행기준

가. 기본원칙

- 지원기관 및 참여 당직자는 24시간 진료지원금을 지원사업 지출, 기타 관련 법령 및 규정에 따라 책임감을 가지고 성실하게 사용하여야 함
- 지원기관은 24시간 진료지원금을 지원사업 수행 당직자의 인건비(당직비, 성과금 등)에 사용하여야 하며, 지원사업 수행과 직접적인 관련이 없는 항목으로 사용하여서는 아니 됨
- 지원기관은 24시간 진료지원금의 90%이상을 지원사업을 수행하는 참여 당직자에게 지급하여야 하며, 당직비 수준에 대한 기관 내 실제 집행은 자율적으로 수행 가능함
- 지원기관은 참여 당직자에게 월별로 분할하여 정기적으로 지급하여야 하며, 최초 지원금을 지급받은 날로부터 30일 이내에 참여 당직자에게 초회 지급하여야 함

- 24시간 진료지원금과 타 예산을 동일한 용도로 중복 집행하여서는 아니 됨
- 지원기관은 24시간 진료지원금 집행의 책임성 확보 및 집행과정에서의 지원금 누수 방지와 지원사업 목적에 따른 사용을 위하여 반드시 정당한 결재권자에 의한 결재가 이루어진 후 집행되도록 관리·감독하여야 함
- 지원기관은 실제 근무한 월별 당직 현황([별지 제6-2호 서식])등을 정기적(반기별)으로 보건복지부장관(위탁 심사평가원장)에게 제출하여야 함
- 지원기관은 지원사업 목적 및 사용계획 등에 따라 24시간 진료지원금 전액을 당해연도 집행을 원칙으로 하되, 지원사업 추진 일정에 따라 당해연도 24시간 진료지원금의 10% 내에서 차기 이월할 수 있음
- 심사평가원은 지원기관으로부터 24시간 진료지원금 사용내역을 수집하여 24시간 진료지원금 집행의 적절성을 평가하고 필요시 지원금 집행 관련 추가 자료 제출 등을 요구할 수 있음
- 24시간 진료지원금을 목적 외 사용, 착오·허위, 기타 부당한 방법으로 수령한 사실이 확인되는 경우 해당 지원금을 환수함

나. 집행방법 및 증빙자료 구비 원칙

- 24시간 진료지원금은 별도의 전용 통장과 회계장부로 관리하며, 지출을 명백히 기록하여야 함
- 24시간 진료지원금 전용 통장은 지원기관 명의로 개설하여야 하며, 기존에 개설된 통장을 사용하는 경우에는 통장잔액을 '0원'으로 통장 정리 후 사용하여야 함
- 24시간 진료지원금 지출은 지원사업 관련 내용의 내부 기안과 그 기안을 근거로 한 지출결의서가 있어야 하며, 이와 관련된 사업 운영비 지출은 지원기관 명의의 전용 법인카드를 사용하는 것을 원칙으로 함. 불가피한

현금(계좌이체) 사용 시 지출결의서에 현금 지급 사유를 명시하여야 하며 현금 인출은 원칙적으로 금함

- 24시간 진료지원금 집행은 카드영수증, (전자)세금계산서, 계좌이체확인증 등 법적 증빙 영수증에 한하여 인정하며, 계좌이체 시 (전자)세금계산서, 사업자등록증 사본, 통장사본의 증빙을 갖추어야 함. 인건비 등 개인에게 지급하는 경우에는 지급받는 본인 계좌에 이체하여야 함
- 24시간 진료지원금 전용 통장과 지출결의서, 증빙 영수증 간 집행일자 및 금액 등이 상호 일치하여야 함

다. 기타사항

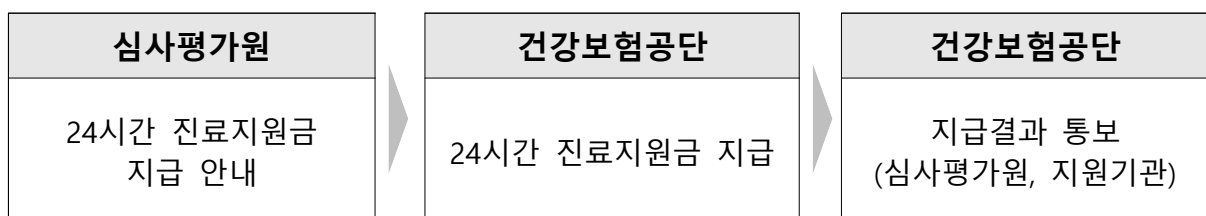
- 보건복지부장관은 여건의 변화 등을 감안하여 필요한 경우 24시간 진료지원금 관리 및 집행기준을 추가·변경 통보할 수 있음
- 24시간 진료지원금은 내부 품의서, 지출원인행위서 등의 집행계획에 근거하여 처리하고 증빙서류는 지원사업 종료 후 5년간 보관하여야 함

4. 24시간 진료지원금 지급 및 환수

가. 지급 절차

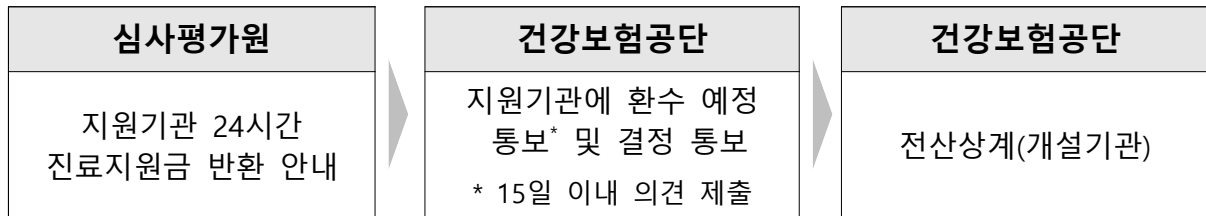
- 24시간 진료지원금 산출 결과 자료를 인수받은 건강보험공단은 10일 이내 지원기관의 요양급여비용 계좌에 '가감지급' 내용으로 지급

※ 원천징수세액, 환수금, 채권 등이 있는 경우 진료지원금에서 우선 공제



나. 환수 절차

- 심사평가원의 모니터링 결과 실제 당직 현황과 지급내역이 상이한 경우, 진료지원금 반환을 결정하고, 지원기관에 지급할 요양급여비용에서 공제 후 상계



1. 성과지원 개요

- (기간) 3년간 지원사업 기간 중 매년 평가·지원
- (지표) 5대 구조전환 항목에 대한 연차별 성과지표 마련
 - 1차 연도(25년)는 ▲^[진료] 중증환자 비중, ▲^[진료협력] 전문의뢰·회송 기반구축 및 실적, ▲^[병상] 병상 감축 및 중환자실 비중 중심으로 평가 및 지원
 - 현장 적응 등에 시일이 필요한 인력·전공의 수련 분야는 이행 상황을 모니터링하면서 2차 연도 이후 지표 제시

2. 성과지원 세부내용

가. 중증(적합질환)중심 진료 성과

1) 개요

- (평가기준) ① 사업연도 적합질환자 비중 70% 초과 달성여부 또는
② '23년 적합질환자 비중 대비 3%p 상향 달성률* 평가

- * (달성률) 지원기관별 '23년 적합질환자 비중 대비 1차 연도 상향 비율(%p) ÷ 3%p
- (가점) 사업연도 적합질환자 비중이 70%를 초과하면서 '23년 적합질환자 비중 대비 3%p 이상 상향한 경우

- (평가자료) 심사평가원 진료비 청구자료

2) 기준지원금 산정

- 지원기관별 '23년 진료비 비례 지원금 및 균등 지원금으로 구성

지원기관별 ① '23년 진료비(입원·외래)의 0.90%* + ② 균등 지원금 28억원**

* 전체 지원기관의 '23년 진료비(건강보험 및 의료급여 환자의 입원·외래 진료비) 대비 중증환자 비중 지원금(3,300억원)의 60% 금액 비율

** 중증환자 비중 지원금(3,300억원)의 40% 금액을 지원기관에 동일하게 배분

3) 지원금 결정

- 지원기관별 중증환자 비중 달성 성과에 따라 사후 차등지급

구분	지원금 산정	추가 지원금 산정
사업연도 적합질환자 비중 70% 초과	기준지원금의 100% 산정	* 3%p 상향 동시 달성 시 기준 지원금의 5% 추가 지원
'23년 적합질환자 비중 대비 3%p 이상 상향		
'23년 적합질환자 비중 대비 3%p 미만 상향	기준지원금의 0~100% 미만* 산정 * 기준지원금 × 달성률	

4) 평가 및 지원 시기

- 사업연도('25년 3~12월) 실적 평가하여, '26년 6월 지급

나. 전문 의뢰·회송 성과

1) 기반구축 지원

- (개요) 지원기관과 권역 내 진료협력병원*을 대상으로, 시스템 개선, 진료협력 기능 강화 활동 수행, 진료협력 전담의료진 배치를 지원하기 위함

* 지원기관이 자체 선정하며, 매월 추가 등록 가능(최대 20개소, 연중), 다른 지원기관과 중복하여 선정 가능

※ 지원 대상으로 선정된 진료협력병원(이하 '기반구축 지원 대상 진료협력병원')은 진료협력 전담의료진을 확보(1명 이상)하고, 진료역량정보**를 등록 및 매달 현행화하여야 함

** 질의응답 '6. 성과지원, 진료역량정보' Q1 참조

- ① (사진·영상 공유 시스템 개선) 전자의무기록시스템(EMR)에서 직접 진료의뢰·회송 중계시스템 또는 진료정보교류시스템을 통해 사진·영상 정보 전송 등이 가능하도록 기능 개선

※ 시스템 개발 가이드라인은 '25년 상반기에 배포 예정

- ② (진료협력 기능 강화 활동 수행) 지원기관은 진료협력병원의 역량 강화를 지원하고, 진료협력병원은 진료역량정보 등록·관리, 의뢰·회송 환자 관리 등 수행

- ③ (진료협력 전담의료진 배치) 환자가 적절한 시기에 치료 가능하도록 전담의료진(의사 또는 간호사)을 신규 배치하여 의뢰·회송 절차 관리, 의뢰·회송 환자 모니터링 등 수행

- (지원금 산정) ①시스템 개선, ②진료협력 강화 활동, ③전담의료진 배치*에 대한 계획을 기준으로 지원기관은 최대 5억원, 진료협력병원은 최대 2억원으로 차등하여 산정

* '24년 3월 이후 배치부터 인정, 단, 「중증진료체계 강화 시범사업」 참여기관은 사업계획서에 따른 신규 배치까지 인정

구분	지원금
1. 지원기관	
1) ❶ + ❷ + ❸(1명)	1억 6,400만원
2) ❶ + ❷ + ❸(2명)	2억 1,200만원
3) ❶ + ❷ + ❸(3명)	2억 6,000만원
4) ❶ + ❷ + ❸(4명)	3억 800만원
5) ❶ + ❷ + ❸(5명)	3억 5,600만원
6) ❶ + ❷ + ❸(6명)	4억 400만원
7) ❶ + ❷ + ❸(7명)	4억 5,200만원
8) ❶ + ❷ + ❸(8명)	5억원
2. 진료협력병원	
1) ❶ + ❷ + ❸(1명)	1억 400만원
2) ❶ + ❷ + ❸(2명)	1억 5,200만원
3) ❶ + ❷ + ❸(3명)	2억원

- (지원금 결정) 진료협력 기반구축 운영 계획서([별지 제42호 서식]) 작성 하여 제출 시 이에 대한 운영 성과를 확인하여 연간 지원금 지급
- (사전 지원금) 연간 계획에 따른 지원금의 70% 일괄 지급*

* '25년 3월 이후 등록된 진료협력병원은 이행계획 고려하여 차등 지급

※ 진료협력 전담의료진 신규배치는 1인당 월 400만원

- (사후 지원금) 운영 성과([별지 제43호 서식]) 등 확인 후 지원금의 30% 정산 지급*

* 실제 이행 결과를 고려하여 정산

※ 총 지원금이 사전지원금 보다 적은 경우 차액을 환수 조치

- (평가 및 지원 시기) 운영 계획 확인 후 사전(70%), 운영 성과 확인 후 '26년 6월에 사후(30%) 지원

2) 진료협력 평가

- (개요) 진료협력체계의 유기적 작동 여부를 평가하기 위한 지표*로 구성

* 진료협력병원과의 전문 의뢰·회송 건수 및 비율, 회송 후 재의뢰 환자의 대기기간

- (평가방법) 지표별로 상대평가를 통해 점수를 부여하고 지표별 점수를 합산하여 종합점수 산출

① 진료협력병원과의 전문 의뢰·회송 건수 및 비율

정의	진료협력병원 간 전문의뢰·회송 건수 및 지원기관의 외래·입원 전문의뢰·회송 비율						
산출식	① 진료협력병원 간 전문의뢰·회송 건수의 표준화점수(50%) + ② 지원기관의 외래 전문의뢰·회송 비율의 표준화점수(25%) + ③ 지원기관의 입원 전문회송 비율의 표준화점수(25%) ※ 가중치 변경 가능 [표준화점수 산출 방법] (의료질평가 표준화 방식 적용) $Y = (X - X_{\min}) / (X_{\max} - X_{\min})$ Y : 표준화 값 X_{min} : 최솟값 X : 원 값(지표별 결과값) X_{max} : 최댓값 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">① 진료협력병원 간 전문의뢰·회송 건수</td><td>진료협력병원에서 지원기관으로 전문의뢰된 건수 + 진료협력병원으로 전문회송된 건수</td></tr> <tr> <td>② 외래 전문의뢰·회송 환자 비율</td><td>$\frac{\text{지원기관으로 전문의뢰된 외래 환자수} + \text{전문회송된 외래 환자수}}{\text{지원기관의 외래 환자수}} \times 100$</td></tr> <tr> <td>③ 입원 전문회송 건수 비율</td><td>$\frac{\text{퇴원 건 중 전문회송된 입원 건수}}{\text{지원기관에서 퇴원이 발생한 입원 건수}} \times 100$</td></tr> </table>	① 진료협력병원 간 전문의뢰·회송 건수	진료협력병원에서 지원기관으로 전문의뢰된 건수 + 진료협력병원으로 전문회송된 건수	② 외래 전문의뢰·회송 환자 비율	$\frac{\text{지원기관으로 전문의뢰된 외래 환자수} + \text{전문회송된 외래 환자수}}{\text{지원기관의 외래 환자수}} \times 100$	③ 입원 전문회송 건수 비율	$\frac{\text{퇴원 건 중 전문회송된 입원 건수}}{\text{지원기관에서 퇴원이 발생한 입원 건수}} \times 100$
① 진료협력병원 간 전문의뢰·회송 건수	진료협력병원에서 지원기관으로 전문의뢰된 건수 + 진료협력병원으로 전문회송된 건수						
② 외래 전문의뢰·회송 환자 비율	$\frac{\text{지원기관으로 전문의뢰된 외래 환자수} + \text{전문회송된 외래 환자수}}{\text{지원기관의 외래 환자수}} \times 100$						
③ 입원 전문회송 건수 비율	$\frac{\text{퇴원 건 중 전문회송된 입원 건수}}{\text{지원기관에서 퇴원이 발생한 입원 건수}} \times 100$						
세부 기준	• (진료협력병원 간 전문의뢰·회송 건수) 지원기관과 진료협력병원 간 전문의뢰·회송 건수(건강보험 및 의료급여 환자 대상) • (지원기관으로 전문의뢰된 외래 환자수) 외래 명세서의 명일련 단위 특정내역(MT078)이 기재*된 건강보험 및 의료급여 환자수 * 질의응답 '6. 성과지원, 전문 의뢰·회송 성과' Q13 참조 • (진료협력병원으로 전문회송된 외래 환자수) 외래 명세서에 전문회송료가 산정된 건강보험 및 의료급여 환자수 • (지원기관의 외래 환자수) 지원기관의 건강보험 및 의료급여 외래 환자수 • (퇴원 건 중 전문회송된 입원 건수) 전문회송료가 산정된 입원 에피소드 건수 • (지원기관에서 퇴원이 발생한 입원 건수) 퇴원이 발생한 입원 에피소드 건수 * 진료결과 사망 제외, 건강보험 및 의료급여 환자 대상						
자료원	심사평가원 진료비청구자료 및 진료의뢰·회송 중계시스템 자료						

㉔ 회송 후 재의뢰 환자의 대기기간

정의	지원기관에서 진료협력병원으로 전문회송된 환자의 상태 악화 등으로 해당 지원기관으로 재의뢰 후 재의뢰일자부터 해당 지원기관의 진료까지 소요되는 평균 기간
산출식	$\Sigma(\text{지원기관 진료일자} - \text{진료협력병원 재의뢰일자}) \div \text{지원기관 재의뢰 건수}$
세부 기준	• (재의뢰) 지원기관에서 진료협력병원으로 '25.1.1. 이후 전문회송된 환자가 전문의뢰 방식을 통해 해당 지원기관으로 재의뢰된 경우를 의미함 • (전문회송된 환자) 지원기관의 건강보험 및 의료급여 환자 중 전문회송료 청구 명세서의 명일련 단위 특정내역(MT066)에 기재된 회송번호와 진료협력병원의 회송환자관리료 청구 명세서의 명일련 단위 특정내역(MT076)에 기재된 회송번호 연계하여 산출 • (지원기관 진료일자) 재의뢰 이후 해당 지원기관에서 첫 진료일자 기준으로, 외래 명세서의 명일련 단위 특정내역(MT078)이 기재 건으로 적용
자료원	심사평가원 진료비청구자료 및 진료의뢰·회송 중계시스템 자료

- (가점) 회송환자 통합평가* 실시율이 일정기준 이상인 경우

* 급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 2단계 시범사업 참여 및 절차 준수

㉕ 회송환자 통합평가 실시율

정의	「급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업」에 참여 중인 지원기관에서 중추신경계 뇌손상 및 근골격계 질환 등 재활손상대분류에 해당되어 입원 치료 후 진료협력병원에 전문회송된 건수 중 의료적 환자상태를 종합적으로 평가하여, 통합평가표 I을 작성하고 공유한 비율
산출식	$\frac{\text{통합평가표 I 작성 및 공유건수}}{\text{지원기관에 대상상병으로 입원 치료 후 전문회송된 건수}} \times 100$ ※ 추후 보완·구체화하여 안내
세부 기준	• (대상환자) 「급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업」에 참여 중인 지원기관에 대상상병으로 입원한 건강보험 환자 • (대상상병) 「급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업」 지침의 중추신경계 뇌손상 및 근골격계 질환 등 회복기 재활환자 구성의 재활손상대분류(KRIC) 활용한 한국표준질병사인분류(KCD) 상병 코드 • (전문회송된 건수) 진료협력병원 전문 회송료 I, 전문 회송료 II 청구건수 • (통합평가표 I 작성 및 공유건수) 의료적 연계 및 퇴원 후 관리가 필요한 환자를 대상으로 의료적 상태를 종합적으로 평가 및 통합평가표 I을 작성 후 통합평가표 I(1B151)을 청구하고 진료의뢰·회송 중계시스템을 통해 진료협력병원에 공유한 건수
자료원	심사평가원 진료비청구자료 및 진료의뢰·회송 중계시스템 자료

- (기준지원금 산정) 지원기관별 '23년 진료비 비례 지원금 및 균등 지원금으로 구성

지원기관별 ① '23년 진료비(입원·외래)의 0.32%* + ② 균등 지원금 10억원**

* 전체 지원기관의 '23년 진료비(건강보험 및 의료급여 환자의 입원·외래 진료비) 대비 진료협력 평가지원금(1,185억원)의 60% 금액 비율

** 진료협력 평가지원금(1,185억원)의 40% 금액을 지원기관에 동일하게 배분

- (지원금 결정) 지원기관별 종합점수에 따라 순위를 결정하여 기준 지원금의 80~120%로 사후 차등지급

종합점수 순위	지원금 산정	
상위 20%≥	지원기관별 기준지원금 ×	120%
20%< ≤40%		110%
40%< ≤60%		100%
60%< ≤80%		90%
80%< ≤100%		80%

- 회송환자 통합평가 실시율 순위에 따라 기준지원금의 5~10% 추가 지원

실시율 순위	추가 지원금 산정	
상위 25%≥	지원기관별 기준지원금 ×	10%
25%< ≤50%		7.5%
50%< ≤75%		5%

3) 평가 및 지원 시기

- 사업연도('25년 3~12월) 실적 평가하여, '26년 6월 지급

다. 병상 구조전환 성과

1) 일반병상 감축 지원

- (개요) 병상 감축 목표 이행에 대한 지원을 하기 위함
- (기준지원금 산정) 지원기관별 병상 감축에 따른 진료비 감축 예상 비용의 30% 산정

지원기관별 ① 허가병상 당 입원 진료비 × ② 감축 일반병상 수

① 허가병상 당 입원 진료비

지원기관별 '23년 입원 진료비* ÷ 전체 허가병상** 수('23.12.31.기준)

* '23년 건강보험 및 의료급여 환자의 입원 진료비

* 일반입원실, 정신건강의학과 입원실, 중환자실, 격리병실, 무균치료실, 임종실 포함

② 감축 일반병상 수

'23.12.31. 기준 감축대상 병상 수¹⁾ - 기능강화지원 사업 시작일²⁾ 기준 감축대상 병상 수

1) 일반입원실 허가병상 수 - 감축제외 병상 수*

2) 지원기관별 기능강화 지원사업 시작일 이후 추가 감축 병상 수 미반영

* 고위험임산부 집중치료실, 뇌졸중 집중치료실, 어린이 공공전문진료센터·권역응급 의료센터·권역외상센터 병상, 긴급치료병상

- (지원금 결정) 지원기관별 감축 일반병상 수에 따라 지원금 결정
- (평가 및 지원 시기) 지원기관별 결정된 지원금을 '25년 2월(50%) / 6월·12월(각 25%) 분할 지원(지원시기는 변동될 수 있음)

2) 중환자실 비중 상향 가점

- (개요) 중증 중심 병상 확립 위해 사업연도 성과평가 종료 시점('25.12.31.) 기준으로 '중환자실 비중' 또는 '감축제외병상 포함 중환자실 비중'에 따라 추가 지원
- 중환자실 또는 감축제외병상을 지원사업 공고일('24.10.2.) 이후 증설한 경우에만 해당

• 중환자실 비중 =	$\frac{\text{중환자실 병상 수}}{\text{일반입원실 병상 수} + \text{정신건강의학과 입원실 병상 수}} \times 100$
• 감축제외병상 포함 중환자실 비중 =	$\frac{\text{중환자실 병상 수} + \text{감축제외* 병상 수}}{\text{일반입원실 병상 수} + \text{정신건강의학과 입원실 병상 수}} \times 100$
* 일반입원실 병상 중 고위험임산부 집중치료실, 뇌졸중 집중치료실, 어린이 공공전문진료센터·권역응급의료센터·권역외상센터 병상, 긴급치료병상	

- (지원금 산정) ‘중환자실 비중’이 13% 이상이거나 ‘감축제외병상 포함 중환자실 비중’이 26% 이상인 경우 구간에 따라 일반병상감축 지원금의 5~10% 추가 지원

중환자실 비중		감축제외병상 포함 중환자실 비중	추가 지원금 산출	
15% ≤	또는	30% ≤	일반병상 감축지원금 ×	10%
14% ≤ <15%		28% ≤ <30%		7.5%
13% ≤ <14%		26% ≤ <28%		5%

- (지원금 결정) ‘중환자실 비중’ 또는 ‘감축제외병상 포함 중환자실 비중’에 따라 지원금 결정
- (평가 및 지원시기) '25년 12월 중환자실 · 감축제외병상 비중 확인 하여, '26년 6월 지급

라. 정책지원 성과

- (개요) 의료비용 자료 제출을 통해 원가분석에 기반한 불균형한 수가 정상화에 기여한 경우 기관당 5억원 추가 지원*

* 타사업과 중복 지원은 불가

- (제출방법) 의료비용 계산*을 위한 수익·비용자료 등 제출(심사평가원, 건강보험공단)

* 의료비용분석위원회 방법 준수

- (지원금 결정) 자료 제출내역을 확인·평가하여 사후 지원

- (평가 및 지원 시기) '25년 중 전년도('24년) 회계자료 제출 확인하여 '26년 6월 지급

3. 이의신청 접수 및 처리

- 지원기관 및 기반구축 지원 대상 진료협력병원은 평가결과에 이의가 있을 경우 결과를 통보받은 날로부터 14일 이내에 이의신청서([별지 제8호 서식])를 심사평가원에 접수할 수 있음
- 심사평가원은 지원기관 및 기반구축 지원 대상 진료협력병원의 이의신청 내용에 대한 검토결과를 해당 기관에 통보하여야 함

4. 지원금 지급 및 환수

가. 1차 연도 지원금 지급시기

항목	2025년				2026년			
	1분기	2분기	3분기	4분기	1분기	2분기	3분기	4분기
❶ 중증중심 진료 성과 지원금					이행평가	사후지급		
❶-1 중증중심 진료 성과 가점 지원금					이행평가	사후지급		
❷ 전문 의뢰·회송 기반구축 지원금	지원대상 진료협력병원 선정 및 계획제출 → 사전지급 (연중)				결과 제출	이행평가	사후지급	
❸ 전문 의뢰·회송 성과 지원금					이행평가	사후지급		
❸-1 전문 의뢰·회송 성과 가점 지원금					이행평가	사후지급		
❹ 일반병상감축지원금*	이행 평가	지급	지급	지급				
❹-1 중증병상 추가 지원금					이행평가	사후지급		
❺ 정책지원금			결과제출		이행평가	사후지급		

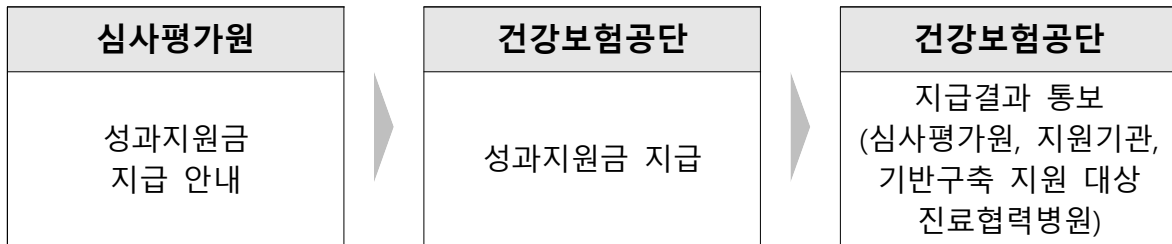
* 지급시기는 변동될 수 있음

※ 2026년, 2027년 지급시기 등 추후 안내 예정

나. 지원금 지급 절차

- 성과지원금 지급자료를 인수받은 건강보험공단은 10일 이내 지원기관과 기반구축 지원 대상 진료협력병원의 요양급여비용 계좌에 '가감지급' 내용으로 성과지원금 지급

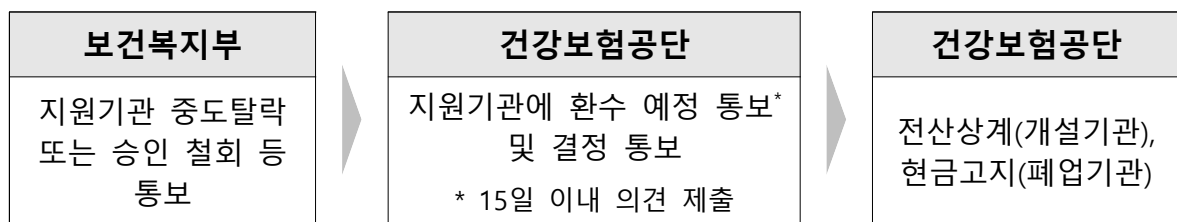
※ 원천징수세액, 환수금, 채권 등이 있는 경우 성과지원금에서 우선 공제



다. 지원금 환수 절차

- 지원사업 기간 중 중단된 경우(중도 탈락, 승인 철회 등), 전문 의뢰·회송 기반구축 지원금이 사전 지원금에 미달하는 경우에는 통보된 성과지원금 정산내역에 따라 건강보험공단은 성과지원금을 반환 결정하고, 지원기관에 지급할 요양급여비용에서 공제 후 상계

※ 요양급여비용 지급 시 폐업기관인 경우 '기타징수금'으로 현금 고지



VII

지원사업 자료제출 방법

1. 지원사업 자료제출 시스템 접속

가. 시범사업 자료제출 시스템(https://aq.hira.or.kr/hira_mc/) 접속 후 의료기관 공동인증서 로그인

나. [시범사업 서식관리] - [수가 시범사업] - [상급종합병원 구조전환 지원사업] 선택



[그림 1] 시범사업 자료제출 시스템 접속 화면

2. 공지사항

가. [시범사업 서식관리] - [수가 시범사업] - [상급종합병원 구조전환 지원사업] - [공지사항] 선택

나. '공지사항 목록'에서 사업 관련 게시글 선택 후 '공지사항 상세' 내용 확인

다. '목록' 버튼 클릭하여 공지사항 목록으로 이동

3. 선정기관 최종 이행계획서 제출

가. [시범사업 서식관리] - [수가 시범사업] - [상급종합병원 구조전환 지원사업] - [최종 이행계획서 등 제출] 선택

HIRA 시범사업 자료제출 시스템

Home 전체메뉴 원격지원요청 로그아웃 56:35

업무안내 시범사업 신청 시범사업 서식관리 통계 Agent 가이드

시범사업 서식관리

최종 이행계획서 등 제출

시범사업 서식관리 > 수가 시범사업 > 상급종합병원 구조전환 지원사업 > 최종 이행계획서 등 제출

인쇄 팝업

제출일자: 2023-10-14 ~ 2024-10-14 제출상태: 전체

최종이행계획서 등 제출

파일 업로드 및 제출

연번	요양기호	요양기관명	첨부파일명	선정기관 자료 제출 상태(최종 이행계획서 등)	제출일시
1	12345678	000병원	12345678-최종 이행계획서_000병원.zip	제출완료	24-10-14 19:03

[그림 2] 선정기관 최종 이행계획서 등 제출 화면 일부

나. '파일 업로드 및 제출' 버튼 클릭하여, 팝업창 생성

파일 업로드 및 제출

항목	내용
등록일자	2024-10-21
제출상태	신규작성

추가 삭제 다운로드

	파일명	파일용량
☐		

선정기관 자료 제출

삭제 임시저장 제출

[그림 3] 파일 업로드 및 제출 화면

- 선정기관 자료제출(최종 이행계획서 등) '추가' 버튼 클릭하여 파일 업로드, 업로드 후 팝업창 내에서 파일 삭제 및 다운로드 가능

※ 개별 파일 당 10MB까지, 전체 파일 총 용량 50MB까지 업로드 가능

- 팝업창 내에서 '제출' 버튼 클릭하여, 업로드 파일 제출완료
- 팝업창 '닫기' 버튼 클릭 후, '선정기관 최종 이행계획서 제출' 화면에서 처리 상태 확인(임시저장/제출완료/반려/승인)
- 선정기관 자료제출(최종 이행계획서 등) '추가' 버튼 클릭하여 파일 업로드, 업로드 후 팝업창 내에서 파일 삭제 및 다운로드 가능

4. 현황 변경 신고 자료 제출

1) 진료협력병원 변경 신고서 제출

- 가. [시범사업 서식관리] - [수가 시범사업] - [상급종합병원 구조전환 지원사업] - [현황 변경 신고 자료 제출] - [진료협력기관 변경 신고서] 선택
- 나. '서식 다운로드' 버튼 클릭하여 서식 다운로드
- 다. '파일 업로드 및 제출' 버튼 클릭하여, 팝업창 생성

[그림 4] 현황 변경 신고 자료제출화면 일부

- 안내사항 확인 후, “☐ 상기내용을 모두 확인하였습니다.” 클릭 및 '확인' 버튼 클릭

2) 일반입원실 허가병상 변경 관련 자료 제출

가. [시범사업 서식관리] - [수가 시범사업] - [상급종합병원 구조전환 지원사업] - [현황 변경 신고 자료 제출] - [일반입원실 허가병상 변경 신고서] 선택

나. '서식 다운로드' 버튼 클릭하여 서식 다운로드

다. '파일 업로드 및 제출' 버튼 클릭하여, 팝업창 생성

The screenshot shows the HIRA system interface for submitting data. The sidebar on the left contains navigation links. The main content area has a search bar and filters. A table at the bottom displays submitted data. Red boxes highlight the '일반입원실 허가병상 변경 신고서' link, the '서식 다운로드' button, and the '파일 업로드 및 제출' button.

연번	요양기호	요양기관명	자료구분	첨부파일명	자료 제출 상태	제출일시
1	12345678	000병원	일반입원실 허가병상 변경 신고서	별지 제5호 서식_일반입원실 허가병상 현황(변경) 신고서_000병원_000기호.xlsx	제출완료	2024-11-20 09:51:32

[그림 7] 현황 변경 신고 자료제출화면 일부

- '담당부서 전화번호'에 연락 가능한 연락처 입력
- '추가' 버튼 클릭하여 파일 업로드, 업로드 후 팝업창 내에서 파일 삭제 및 다운로드 가능
 - ※ 개별 파일 당 10MB까지, 전체 파일 총 용량 50MB까지 업로드 가능
- '제출' 버튼 클릭하여, 업로드 파일 제출 완료
 - ※ '임시저장' 상태에서는 수정가능하며, '제출' 상태에서는 수정 불가함
- 팝업창 '닫기' 버튼 클릭 후, '진료협력기관 변경 신고서' 화면에서 처리 상태 확인(임시저장/제출완료/반려/승인)

[그림 8] 현황 변경 신고 자료 업로드 및 제출

5. 24시간 진료지원 당직 계획 및 증빙자료 제출

가. [시범사업 서식관리] - [수가 시범사업] - [상급종합병원 구조전환 지원사업] - [당직 계획 및 증빙자료 제출] 선택

나. 제출하고자 하는 자료에 따라 '당직 계획서 제출' 또는 '당직 현황 및 증빙자료 제출' 선택

다. '서식 다운로드' 버튼 클릭하여 서식 다운로드

라. '파일 업로드 및 제출' 버튼 클릭하여, 팝업창 생성

[그림 9] 당직 계획 및 증빙자료 제출 화면

- 제출하고자 하는 자료가 해당되는 '대상 연도' 및 '대상 반기' 선택
 - ※ '대상 반기' 선택은 당직현황 및 증빙자료를 제출하는 경우에만 해당
- '추가' 버튼 클릭하여 파일 업로드, 업로드 후 팝업창 내에서 파일 삭제 및 다운로드 가능
 - ※ 개별 파일 당 10MB까지, 전체 파일 총 용량 50MB까지 업로드 가능
- 팝업창 내에서 '임시저장' 또는 '제출' 버튼 클릭하여, 파일 업로드
 - ※ '임시저장' 상태에서는 수정가능하며, '제출' 상태에서는 수정 불가함
- 팝업창 '닫기' 버튼 클릭 후, '당직 계획서 제출' 또는 '당직 현황 및 증빙자료 제출' 화면에서 처리 상태 확인(임시저장/제출완료/반려/승인)

[그림 10] 당직계획 및 증빙자료 업로드 및 제출 팝업창

6. 진료협력 자료 제출

- [시범사업 서식관리] - [수가 시범사업] - [상급종합병원 구조전환 지원사업] - [진료협력 자료 제출] 선택
- 제출하고자 하는 자료에 따라 '연간 계획서 제출' 또는 '운영 현황 및 증빙자료 제출' 선택
- '서식 다운로드' 버튼 클릭하여 서식 다운로드
- '파일 업로드 및 제출' 버튼 클릭하여, 팝업창 생성

[그림 11] 진료협력센터 자료 제출 화면

- 제출하고자 하는 자료가 해당되는 '대상연도' 선택
- '추가' 버튼 클릭하여 파일 업로드, 업로드 후 팝업창 내에서 파일 삭제 및 다운로드 가능
 - ※ 개별 파일 당 10MB까지, 전체 파일 총 용량 50MB까지 업로드 가능
- 팝업창 내에서 '임시저장' 또는 '제출' 버튼 클릭하여, 파일 업로드
 - ※ '임시저장' 상태에서는 수정가능하며, '제출' 상태에서는 수정 불가함
- 팝업창 '닫기' 버튼 클릭 후, '연간 계획서 제출' 또는 '운영 현황 및 증빙자료 제출' 화면에서 처리 상태 확인(임시저장/제출완료/반려/승인)

[그림 12] 진료협력센터 자료 업로드 및 제출 화면

1. 자료제출 의무 및 현장검증 협조

- 지원기관은 지침을 준수하여 지원사업 수행에 요구되는 자료를 성실히 제출해야 함
 - 수집된 자료는 지원사업 목적으로만 활용되며, 별도의 다른 정보와 연계하여 활용되지 않음
- 지원기관은 보건복지부 또는 심사평가원이 지원사업 모니터링, 효과 평가 등을 위해 관련 자료를 요구할 때에는 지체 없이 제출해야 함
- 지원기관은 일반입원실 허가병상 변경, 「전공의 연속근무 단축 시범 사업」 참여상황 변경 등 선정기준에 관한 변동사항이 발생할 시에는 지체 없이 관련 자료를 제출해야 함
- 지원기관은 제출된 자료에 대한 현장검증이 필요한 경우 협조하여야 함

2. 개인정보 제공 동의서 작성 및 보관

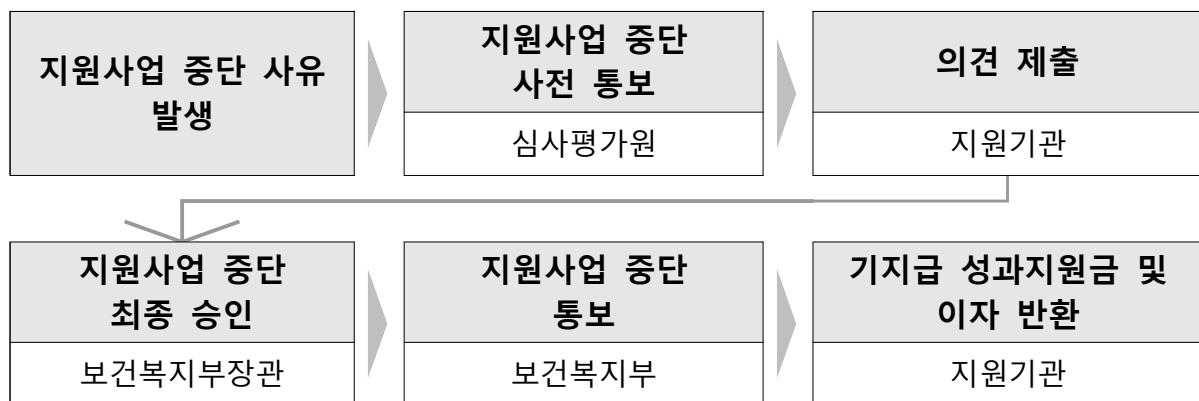
- 지원기관은 환자에게 지원사업 내용에 대해 충분히 설명 후, 진료의뢰·회송 중계시스템 이용에 관한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서 ([별지 제7호 서식])를 작성 받아 5년간 보관하여야 함

3. 준수사항 이행약정 체결

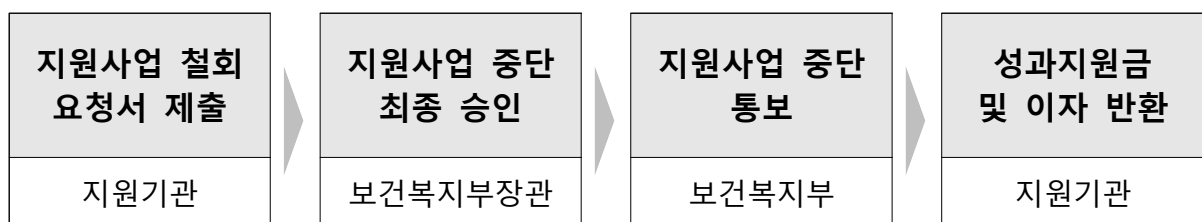
- 지원기관은 지원사업 지침 등 관련 규정을 준수해야 하며, 이를 준수하지 않을 경우 지원사업 중단 및 지원기관 지정이 취소될 수 있음
- 이행약정기간은 사업 마지막 연도(27년) 성과평가 지원금 정산 완료일까지로 함
 - ※ 지원기관은 준수할 사항에 대해 이행 약정을 체결하여야 함 ([별지 제3호 서식])

4. 지원사업 중단 관련 조치

- 지원기관은 이행약정서 내용에 따라 지원사업 중단사유가 발생할 경우 보건복지부장관의 최종 승인을 거쳐 지원사업 참여가 중단됨
- 심사평가원은 지원사업 중단 사유 발생 시 지원기관에 사전 통보 하여야 하며, 지원기관은 사전 통보를 받은 날로부터 10일 이내에 중단 사유에 대한 의견을 제출하여야 함



- 지원기관이 지원사업 참여 철회를 요청하는 경우, 보건복지부에 지원사업 지정 철회 요청서(별지 제9호 서식)를 제출하여야 하며, 보건복지부장관의 최종 승인을 거쳐 지원사업을 중단할 수 있음



- 지원기관은 지원사업 참여가 중단되는 경우, 이행약정서 내용에 따라 기지급된 24시간 진료지원금 사전지급분, 성과지원금 및 이자를 반환하여야 함

1. 모니터링 주체

- 보건복지부, 심사평가원

2. 모니터링 시기

- 모니터링은 정기적(분기별)으로 실시하는 것을 원칙으로 하되, 필요하다고 판단되는 경우 수시로 실시함

3. 모니터링 내용

- 적합질환자 비중, 전문 의뢰·회송 현황, 일반입원실 허가병상 축소 유지 및 24시간 진료지원 운영현황 등 지원사업 운영과 관련하여 모니터링이 필요하다고 판단되는 기타사항

4. 모니터링 방법

- 지원기관 및 진료협력병원으로 신고된 의료기관을 대상으로 지방자치단체 병상신고 현황, 진료비 청구자료 및 지원사업 관련 서식 등을 활용하여 분석하고 모니터링 함

5. 모니터링 결과 조치

- 일반입원실 허가병상 감축 유지 미준수, 부적절한 전문 의뢰·회송 및 인력 신고, 청구 경향 변화 등 지원사업 취지에 부합하지 않거나, 성과 평가에 영향을 줄 것으로 예상되는 부당 행위가 의심될 경우 해당 기관에 사실관계를 확인하고 지원사업 중단 등 필요한 조치를 취할 수 있음

별 지 서 식 모 음

[별지 제1호 서식] 지원사업 참여 신청서

[별지 제2호 서식] 지원사업 이행계획서

[별지 제3호 서식] 지원사업 이행약정서

[별지 제4-1호 서식] 진료협력기관 현황(변경) 신고서

[별지 제4-2호 서식] 진료협력 기반구축 운영 계획서

[별지 제4-3호 서식] 진료협력 기반구축 운영 결과서

[별지 제5호 서식] 일반입원실 허가병상 현황(변경) 신고서

[별지 제6-1호 서식] 24시간 진료지원 연간(월별) 당직 계획서

[별지 제6-2호 서식] 24시간 진료지원 월별 당직 현황

[별지 제7호 서식] 진료의뢰·회송 중계시스템 이용에 관한 개인정보
수집·이용 및 제3자 제공 동의서(환자용)

[별지 제8호 서식] 지원사업 이의신청서

[별지 제9호 서식] 지원사업 지정 철회 요청서

[별지 제10호 서식] 지원기관 선정평가 자문단 청렴서약서

[별지 제11호 서식] 지원기관 선정평가 자문단 제척·기피·회피 신청확인서

상급종합병원 구조전환 지원사업 참여 신청서

신청 의료기관	기 관 명		요양기호	
	소 재 지	* (우편번호 포함) 도로명 주소로 기재		
	전화번호(FAX)		대 표 자	
사업책임자	성 명		전 화 번 호	
	직급/직위		e-mail	
사업담당자	성 명		전 화 번 호	
	직급/직위		e-mail	

본 의료기관은 「상급종합병원 구조전환 지원사업」 참여를 신청하고, 지원사업 이행계획서를 제출합니다.

년 월 일

신청인(기관장) (인)

보 건 복 지 부 장 관 귀 하

구비서류 : [별지 제2호 서식] 상급종합병원 구조전환 지원사업 이행계획서
「전공의 연속근무 단축 시범사업」 참여 신청서 등

[별지 제2호 서식]

※ 지원사업 이행계획서 모든 항목을 빠짐없이 작성하여 주시기 바랍니다.

※ 이외 추가하고자 하는 항목이 있는 경우 자율적으로 작성하여 주시기 바랍니다.

상급종합병원 구조전환 지원사업 이행계획서

2024. 00. 00.

○○○ 병원

I - 1. 요양기관 일반현황

※ 인력현황은 신청일 전월을 기준으로 작성하여 주시기 바랍니다.

사 업 명	상급종합병원 구조전환 지원사업			
요양기호			요양기관명	
인력현황 ¹⁾				
의사	일반의(상근/비상근)		명/	명
	인턴(상근/비상근)		명/	명
	레지던트(상근/비상근)		명/	명
	전문의(상근/비상근)		명/	명
간호사	일반	외래		명
		병동 (일반/특수)	명/	명
	진료지원			명
	전문(가정, 보건 등)			명
진료협력센터 설치 여부			☐ 유	☐ 무
종별 협력기관 수	구분	▪ 진료권역 및 인접지역 ²⁾	▪ 그 외 지역	
	합계	개소	개소	
	상급종합병원		개소	
	종합병원	개소	개소	
	병원	개소	개소	
	의원	개소	개소	
진료협력센터 전담인력	의사(전담/겸임)		명/	명
	간호사			명
	사회복지사			명
	기타()			명

1) 인력현황: 「국민건강보험법 시행규칙」 [별지 제14호 서식] 요양기관 현황신고서 '인원현황' 기준

※ 진료지원간호사가 일반 또는 전문 간호사에 포함될 경우 '진료지원간호사' 란에 상세 작성 기재

2) 진료권역: 「상급종합병원의 지정 및 평가 규정」 제5조(진료권역) 관련 [별표3] 상급종합병원의 소요병상수 산정을 위한 진료권역 (보건복지부 고시 제 2023-265호)

인접지역: 지원기관 소재지(시군)를 기준으로 행정구역상 맞닿아 있는 타 권역의 시군

I - 2. 일반입원실 허가병상 감축 계획

구분	① 병동구분	② 일반입원실 허가병상 수 (변경 전)	③ 일반입원실 허가병상 수 (변경 후)	④ 변경 병상 수 (증감 수)	⑤ 신고예정일
총계 : 일반입원실 허가병상					
소계 : 감축대상 병상*					
* 어린이공공전문진료센터·응급센터·외상센터 등 제외					
1	일반병동	50	45	-5	20241018
2	어린이공공전문진료센터	40	40	0	20241018
3	⋮				
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
※ 필요시 행 추가하여 작성 ① 병동구분: 일반병동, 고위험임산부 집중치료실, 뇌졸중 집중치료실, 어린이 공공전문진료센터·권역응급의료센터·권역외상센터 병상, 긴급치료병상으로 구분하여 작성 ② 일반입원실 허가병상 수(변경 전): 2023.12.31. 기준 지방자치단체에 신고한 일반입원실 허가병상 수 작성 ③ 일반입원실 허가병상 수(변경 후): 감축 예정 일반입원실 허가 병상 수 작성 ④ 변경 병상 수: 일반입원실 허가병상 수(변경 후) - 일반입원실 허가병상 수(변경 전) ⑤ 신고 예정일: 의료기관 개설 허가사항 변경신청서(「의료법 시행규칙」 [별지 제16호 서식]) 신고 예정일					

I - 3. 진료협력기관 현황

연번	종별	요양기호	요양기관명	소재지 (시·도)	진료권역 (√)	인접지역 (√)	그 외 지역 (√)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

※ 필요시 행 추가하여 작성

(참고) 진료협력기관(2차급) 목록이 제출되어야 전문 의뢰·회송 지원수가를 산정할 수 있음

II. 2025년 사업 이행계획

① 진료

①-1. 중증중심 진료

※ (참고) 적합질 환자 비중은 '25년 성과평가 시 확인

<표> 적합질환자 인정기준

구분		인정기준
1	DRG A(전문진료질병군) 입원환자	· 「상급종합병원의 지정 및 평가 규정」 제3조제1항 관련 [별표 1] 입원환자의 질병군별 질병의 종류
2	진료협력병원(2차급) 전문의뢰 입원환자 등	· 진료협력병원(2차급)의 전문의뢰로 지원기관에 입원한 환자 · 수도권 상급종합병원에서 비수도권 상급종합병원으로 회송되어 입원한 환자
3	응급실 경유 중증응급(KTAS 1~2) 입원환자	· 「한국 응급환자 중증도 분류기준」 [별표 1] 중증도 분류 성인 및 [별표 2] 중증도 분류 소아
4	소아 중증질환 입원환자	· 「어린이 공공전문진료센터 사후보상 시범사업」 지침 [별첨 제1호] 소아중증질환 상병코드(18세 이하 및 주상병 기준) · 「2025년 응급의료기관 평가 기준집」 [첨부 23] 소아중증상병 진단코드(18세 이하 및 주상병 기준) · 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부 제9장 제1절 [별표 12] 해당 분류항목(6세미만)
5	권역외상센터 입원환자	· 요양급여비용(의료급여비용) 심사청구서의 진료형태가 “D(권역 외상센터 입원)”인 명세서
6	희귀질환 입원환자	· 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조 관련 [별표 4] 희귀 질환자 산정특례 대상(주상병 및 특정기호 기준)
7	DRG A(전문진료질병군)에 해당하는 경우로서 로봇 보조 수술 입원환자	· DRG A(전문진료질병군)에 해당하는 경우로서 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3부 행위 비급여 목록의 조-961 로봇 보조 수술을 한 환자

※ 세부기준은 항목별 고시 및 기준집 등 개정에 따라 변동될 수 있으며, 시범사업 자료제출 시스템 공지사항을 통해 매년 사전 안내 예정

①-2. 필수의료 강화

○ 필수의료 기능 강화 계획 (5개 분야 모두 작성)

- 권역 내 필수의료 대상 분야(응급, 심뇌혈관질환, 외상, 고위험분만, 중증소아 등)에 대한 현재 역할과 향후 기능 강화 계획

특히, 응급의 경우 권역 및 거점지역응급의료센터로서의 기능 여부 및 향후 계획, 중증응급질환 후속진료 역량 강화 계획 포함

* 응급실 종합상황판의 중증응급질환

※ (참고) 1차연도(2025년) 권역 내 필수의료 기능 수행에 대한 모니터링 후 2차연도부터 성과평가 지표 도입여부 검토 예정

② 진료협력

②. 진료협력 강화

○ 진료협력병원과 진료협력체계 구축

- 시스템 연계 또는 진료협력센터 인원 보강 계획 수립

- ① 시스템 연계 등 진료정보 공유체계 구축 및 확대 계획
- ② 진료협력센터 직원 확대 계획
- ③ 패스트트랙 운영 계획
- ④ 진료협력병원 진료협력 역량 강화 계획

: 진료협력센터 인력 확충, 의뢰·회송 교육 지원 등 작성

※ (참고) 1차연도 진료협력병원과 전문적 진료협력체계 구축 여부 확인 후 2차연도 부터 정량 지표 도입 예정

③ 인력

③-1. 업무 재설계 및 운영

○ 업무 재설계 계획

- 진료과별 팀(전문의 + 진료지원간호사) 구성 및 운영 방식 전환 계획 등 작성
- * 진료지원간호사 선정기준은 「간호사 업무 관련 시범사업」 기준 준수 권고

○ 기존인력 감축 없는 인력운영 계획 수립

※ (참고) 「간호사 업무 관련 시범사업」 준수

③-2. 교육·훈련 체계 구축

○ 교육·훈련 체계 구축 계획

- 교육·훈련 대상, 교육·훈련 내용, 주기 등

④ 수련

④. 수련여건 개선

○ 근무환경 개선 및 수련기능 강화 계획

* 수련 프로그램 개선 계획, 지도전문의 역할 강화 계획 등 작성

상급종합병원 구조전환 지원사업 이행약정서

지원기관명:

요양기관기호:

위 기관은 상급종합병원 구조전환 지원사업(이하 “지원사업”) 수행기관(이하 “지원기관”)으로서 다음 각 호의 사항을 성실히 이행할 것을 약속하며, 본 약정서를 제출합니다.

1. 의무 및 협조

가. 지원기관은 지원사업이 성공적으로 수행될 수 있도록 최선의 노력을 다하여야 하며, 지원기관은 지원사업과 관련하여 보건복지부, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단(이하 “보건복지부 등”)의 요청사항에 대하여 적극 협조하여야 한다.

나. 지원기관은 각 호의 사항을 준수하여야 하며, 보건복지부 등의 요청사항에 대해 적극 협조하여야 한다.

- ① 지원기관은 보건복지부의 지원사업 참여기간(~'27.12.31.) 동안 지침 등에서 정한 기준에 따라 성실하게 지원사업을 운영하여야 한다.
- ② 지원기관은 지원사업 수행에 따라 생성된 관련 자료를 보건복지부 등이 지원사업에 대한 점검, 모니터링, 평가 및 연구과제 수행 등에 필요하여 요청할 때는 지체 없이 제출하여야 한다.
- ③ 지원기관은 보건복지부 등이 지원사업에 대한 점검, 모니터링, 평가 및 연구과제 수행 등에 필요하여 사업장 출입을 요청하거나 관련서류의 열람 등을 요구할 때는 이에 적극 협조하여야 한다.

- 다. 지원기관은 지원사업 기간 중 동 사업의 모형 개선이 필요한 경우, 보건복지부 등과 상호 협의하여 개선된 모형의 지원사업을 수행하여야 한다.
- 라. 지원기관은 지원사업 관련하여 보건복지부 등이 협의 등을 요청하면 이에 적극 협력하여야 한다.

2. 관련자료 제출

- 가. 지원기관은 지방자치단체장에게 일반입원실 허가병상 감축에 따른 의료기관 개설 허가사항 변경 신청을 하고 변경 처리 완료서를 제출하여야 하며, 감축 수준을 유지하여야 한다.
- 나. 지원기관은 지원사업 수행에 따른 환자 진료정보 등 지원사업의 성과평가에 필요한 자료를 지원사업 지침에 따라 건강보험심사평가원에 제출하여야 한다.
- 다. 지원기관은 지원사업 운영에 따라 발생하는 관련 서류를 보관하고 관련서류 제출을 요구받는 경우 지체 없이 제출하여야 한다.

3. 점검상의 조치

- 가. 보건복지부 등은 지원사업 수행에 대한 지도점검 및 평가 등을 위하여 필요하다고 인정하는 때에는 사업장을 출입하거나 관련서류의 열람·제출 등을 요구할 수 있다.
- 나. 보건복지부 등은 지원기관이 지원사업 운영지침 등에서 정한 기준을 준수하지 않을 경우, 지원기관에 대해 지원사업 중단 등의 조치를 취할 수 있다.

4. 지원사업의 중단 및 제재조치

가. 보건복지부는 지원기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 지원기관의 사업 참여를 중단시킬 수 있다.

- ① 허가병상 감축 기준을 미준수한 경우
- ② 전공의 연속근무 단축 시범사업 참여기준을 미준수한 경우
- ③ 정당한 사유 없이 지원사업 지침을 미준수한 경우
- ④ 자료제출 의무를 위반한 경우
- ⑤ 보건복지부 등의 현장검증 업무를 방해한 경우
- ⑥ 그 밖에 지원사업을 성실히 수행할 능력이 없다고 판단되는 경우

나. 지원기관이 지원사업 수행이 현저히 곤란하다고 판단하는 경우, 보건복지부와 사전 협의를 거쳐 지원사업 참여 철회를 요청할 수 있으며, 보건복지부의 승인과 동시에 지원사업을 중단할 수 있다.

다. ‘가’ 및 ‘나’의 사유에 따라 지원사업이 중단되는 경우에는 다음 각 호에 해당하는 금액을 반환하여야 한다.

- ① 기 지급된 성과평가지원금 전액 및 이자
- ② 지원사업 중단을 통보받은 날이 속하는 해당 연도에 지급받은 24시간 진료지원금 사전지급분 및 이자 중 사업 참여 기간을 제외하여 일할 계산한 금액
- ③ ‘가’의 1호 및 2호에 사유가 발생하는 경우 지원기관은 이를 지체없이 신고하여야 하나, 신고를 하지 않거나 신고를 지연한 경우에는, 사유가 발생한 날부터 지원중단이 통보된 날까지 기 지급된 지원사업 수가의 요양(의료)급여비용 및 이자

라. ‘다’에 따른 이자는 민법의 법정이율 연 5%(이하 “본 건 이자율”)를 적용하여 지원금을 지급받은 날로부터 반환하는 날까지 일할 계산한 금액으로 한다.

마. '다' 및 '라'에 따른 반환금액은 지원사업 중단을 통보받은 날로부터 6개월 이내에 국민건강보험공단에 반환하여야 한다.

바. 지원기관이 보건복지부로부터 반환명령을 받고도 반환하지 아니한 때에는 국민건강보험공단이 지원기관에 지급하여야 할 성과평가 지원금이 있는 경우 그 지급을 정지하거나 요양급여비용이 있을 때에는 반환하지 않은 금액과 상계할 수 있다.

5. 준용

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

년 월 일

기관장 (직인)

보 건 복 지 부 장 관 귀 하

진료협력기관 현황(변경) 신고서

연번	종별	요양기호	요양기관명	소재지 (시·도)	진료권역 (√)	인접지역 (√)	그 외 지역 (√)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

※ 필요시 행 추가하여 작성

(참고) 진료협력기관(2차급) 목록이 제출되어야 전문 의뢰·회송 지원수가를 산정할 수 있음

년 월 일

기관장 (직인)

진료협력 기반구축 운영 계획서

1. 일반현황

신청 기관	기관명		요양기호	
	소재지			
	전화번호(FAX)		대표자	
담당자	성명		전화번호	
	직급/직위		e-mail	

2. 운영 계획

① 진료협력 전담의료진 배치

※ 아래 작성 예시를 참고하여 작성

<작성 예시>

구분	기존	신규	배치기간
의사	1명	1명	'24.3월~
간호사	3명	2명	'24.3월~
		2명	'25.3월~
		2명	'25.6월~

② 사진·영상 공유 시스템 개선

※ 아래 작성 예시를 참고하여 작성

<작성 예시>

활동내용	유	무
시스템 개선 계획*	○	

* 시스템 개발 가이드라인은 6월 중 배포 예정이며, 가이드라인에 따라 '25년 내 개발 필요

※ 계획 유/무에 따라 해당 칸에 ○ 표시

③ 진료협력 기능강화 활동 수행

※ 아래 작성 예시를 참고하여 작성

<작성 예시>

[지원기관]

연번	활동내용	유	무
1	진료협력병원 대상 회송환자 진료 컨설팅 실시	O 연간 시행 횟수 4회	
2	진료협력병원 의료진 교육(세미나, 워크숍 등) 및 교육자료 제공	O 연간 시행 횟수 4회	
3	회송·재의뢰 관련 매뉴얼 제작 및 현행화	O	
4	진료협력병원과 소통 강화 활동* 수행 * SNS활용, 간담회	O 연간 시행 횟수 4회	
5	진료협력병원 만족도 조사	O	

[기능강화 지원 대상 진료협력병원]

연번	활동내용	유	무
1	진료역량정보 매달 현행화	O	
2	지원기관→진료협력병원 대상 회송환자 진료 컨설팅 참여	O	
3	지원기관→진료협력병원 의료진 교육(세미나, 워크숍 등) 참여	O	
4	의뢰·회송 관련 매뉴얼 제작 및 현행화	O	
5	진료협력병원과 소통 강화 활동* 참여 * SNS활용, 간담회	O	
6	지원기관→진료협력병원 만족도 조사 참여	O	

* 2, 3, 5, 6번 활동은 지원기관에서 실시하는 경우를 전제

위와 같이 진료협력 기반구축 운영 계획을 제출하며, 착오, 허위, 기타 부당한 방법으로 지원금을 지급받은 경우에는 지원사업 취소 또는 지원금을 반환하는 것에 동의합니다.

년 월 일

기관장 (직인)

진료협력 기반구축 운영 결과서

1. 일반현황

신청 기관	기관명		요양기호	
	소재지			
	전화번호(FAX)		대표자	
담당자	성명		전화번호	
	직급/직위		e-mail	

2. 운영 결과

① 진료협력 전담의료진 배치

※ 아래 작성 예시를 참고하여 작성하고, 증빙자료 제출

구분	직종	근무기간	근무일자
1	간호사	2025.3.1.~2025.12.31	10개월
2	간호사	2025.10.22.~2025.12.31	2개월 10일
	⋮		

* 필요시 행 추가하여 작성

② 사진·영상 공유 시스템 개선

※ 아래 작성 예시를 참고하여 작성하고, 증빙자료 제출

활동내용	유	무
시스템 개선	○	

③ 진료협력 기능강화 활동 수행

※ 아래 작성 예시를 참고하여 작성

<작성 예시>

[지원기관]

연번	활동내용	유	무
1	진료협력병원 대상 회송환자 진료 컨설팅 실시	O	
		연간 시행 횟수	
		4회	
2	진료협력병원 의료진 교육(세미나, 워크숍 등) 및 교육자료 제공	O	
		연간 시행 횟수	
		4회	
3	회송·재의뢰 관련 매뉴얼 제작 및 현행화	O	
4	진료협력병원과 소통 강화 활동 수행* * SNS활용, 간담회	O	
		연간 시행 횟수	
		4회	
5	진료협력병원 만족도 조사	O	

[기능강화 지원 대상 진료협력병원]

연번	활동내용	유	무
1	진료역량정보 매달 현행화	O	
2	지원기관→진료협력병원 대상 회송환자 진료 컨설팅 참여	O	
3	지원기관→진료협력병원 의료진 교육(세미나, 워크숍 등) 참여	O	
4	의뢰·회송 관련 매뉴얼 제작 및 현행화	O	
5	진료협력병원과 소통 강화 활동* 참여 * SNS활용, 간담회	O	
		O	
6	지원기관→진료협력병원 만족도 조사 참여	O	

* 2, 3, 5, 6번 활동은 지원기관에서 실시하는 경우를 전제

위와 같이 진료협력 기반구축 운영 결과를 제출하며, 착오, 허위, 기타 부당한 방법으로 지원금을 지급받은 경우에는 지원사업 취소 또는 지원금을 반환하는 것에 동의합니다.

년 월 일

기관장 (직인)

일반입원실 허가병상 현황(변경) 신고서

구분	① 병동구분	② 일반입원실 허가병상 수 (변경 전)	③ 일반입원실 허가병상 수 (변경 후)	④ 변경 병상 수 (증감 수)	⑤ 신고예정일
총계 : 일반입원실 허가병상					
소계 : 감축대상 병상*					
* 어린이공공전문진료센터·응급센터·외상센터 등 제외					
1	일반병동	50	45	-5	20241018
2	어린이공공전문진료센터	40	40	0	20241018
3	⋮				
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

※ 필요시 행 추가하여 작성

- ① 병동구분: 일반병동, 고위험임산부 집중치료실, 뇌졸중 집중치료실, 어린이 공공전문진료센터·권역응급의료센터·권역외상센터 병상, 긴급치료병상으로 구분하여 작성
- ② 일반입원실 허가병상 수(변경 전): 지방자치단체에 신고한 일반입원실 허가병상 수 작성
- ③ 일반입원실 허가병상 수(변경 후): 변경 예정 일반입원실 허가 병상 수 작성
- ④ 변경 병상 수: 일반입원실 허가병상 수(변경 후) - 일반입원실 허가병상 수(변경 전)
- ⑤ 신고 예정일: 의료기관 개설 허가사항 변경신청서(「의료법 시행규칙」 [별지 제16호 서식]) 신고 예정일

년 월 일

기관장 (직인)

24시간 진료지원 연간(월별) 당직 계획서

구분	① 당직 월	② 병동명	③ 진료과	④ 직종	⑤ 당직구분	⑥ 근무구분	⑦ 당직인원	⑧ 근무일수
1	1월	응급실	응급의학과	전문의	당직	주말	23	11
2	1월	응급실	신경외과	전문의	배후	평일	23	20
3	1월	응급실	신경외과	진료지원 간호사	배후	주말	5	11
4	1월	수술실	수술실	일반 간호사	당직	평일	7	9
5	⋮							
6								
7								
8								
9								
10								

① **당직월:** 당직(배후)을 계획하고 있는 월(月)을 기재 또는 입력

② **병동명:** 병원별 병동명칭 작성 (예: 31병동, 진달래병동 등)

③ **진료과:** 당직(배후) 근무하는 진료과를 각각 기재 또는 입력

④ **직종:** 당직(배후) 근무하는 직종을 각각 기재 또는 입력

⑤ **당직구분**

※ **당직:** 병원에서 당직 근무를 하는 경우

※ **배후:** 당직자에게 1차로 연락을 받고 당직 대기 근무를 하는 경우

⑥ **근무구분:** 직종별 당직(배후) 근무하는 평일, 주말(공휴일 포함)을 각각 기재 또는 입력

⑦ **근무인원:** 직종별 당직(배후) 근무 인원 기재 또는 입력

⑧ **근무일수:** 당직(배후) 근무자의 근무기간 기재 또는 입력

년 월 일

기관장 (직인)

24시간 진료지원 월별 당직 현황 (실제 근무)

구분	① 당직월	② 병동명	③ 진료과	④ 직종	⑤ 당직구분	⑥ 근무구분	⑦ 당직인원	⑧ 근무일수
1	1월	응급실	응급의학과	전문의	당직	주말	23	11
2	1월	응급실	신경외과	전문의	배후	평일	23	20
3	1월	응급실	신경외과	진료지원 간호사	배후	주말	5	11
4	1월	수술실	수술실	일반 간호사	당직	평일	7	9
5	⋮							
6								
7								
8								
9								
10								

① **당직월:** 당직(배후) 근무가 발생한 월(月)을 기재 또는 입력

② **병동명:** 병원별 병동명칭 작성 (예: 31병동, 진달래병동 등)

③ **진료과:** 당직(배후) 근무하는 진료과를 각각 기재 또는 입력

④ **직종:** 당직(배후) 근무하는 직종을 각각 기재 또는 입력

⑤ **당직구분**

※ **당직:** 병원에서 당직 근무를 하는 경우

※ **배후:** 당직자에게 1차로 연락을 받고 당직 대기 근무를 하는 경우

⑥ **근무구분:** 직종별 당직(배후) 근무하는 평일, 주말(공휴일 포함)을 각각 기재 또는 입력

⑦ **근무인원:** 직종별 당직(배후) 근무 인원 기재 또는 입력

⑧ **근무일수:** 당직(배후) 근무자의 근무기간 기재 또는 입력

년 월 일

기관장 (직인)

[별지 제7호 서식]

■ 진료의뢰·회송 중계시스템 운영 등에 관한 세부사항 [별지 제3호서식] <개정 2024. 10. 29.>

(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	<u>보유기간 5년</u>

※ 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	<u>진료의뢰·회송 중계시스템을 이용한 의뢰·회송 업무수행</u>
수집하는 민감정보의 항목	<u>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</u>
민감정보 보유 및 이용기간	<u>보유기간 5년</u>

※ 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	진료의뢰·회송 중계시스템을 이용한 의뢰·회송 업무수행
수집하는 고유식별정보의 항목	외국인등록번호
고유식별정보 보유 및 이용기간	보유기간 5년

※ 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</u> <u>중계시스템을 통하여</u> <u>전자적으로 의뢰·회송서를</u> <u>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	보유기간 5년

※ 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</u> <u>중계시스템을 통하여</u> <u>전자적으로 의뢰·회송서를</u> <u>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	보유기간 5년

※ 귀하는 위의 개인정보의 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
<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 고유식별정보의 항목	<u>외국인등록번호</u>
제3자의 고유식별정보 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 고유식별정보를 제3자에게 제공하는데 동의하십니까?

[] 동의함 [] 동의하지 않음

아. 고유식별정보 수집 · 이용 고지

※ 「개인정보 보호법」 제15조제1항제3호에 따라 개인정보를 수집할 수 있으며, 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있습니다.

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

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)

「상급종합병원 구조전환 지원사업」 이의신청서			
요양기관명		요양기관기호	
결과 통보	a. 통보서 문서번호		b. 통보서 도달한 날
이의신청 내용 (상세히 기술)			
() 과 관련하여 위와 같이 이의신청합니다. 년 월 일 신청인 (서명 또는 인) 담당자 성 명 (서명 또는 인) 연락처 건강보험심사평가원장 귀하			
작성요령			
1. 구체적인 이의신청 내용을 기재 하고, 여백이 부족한 경우 별지를 사용합니다. 2. 이의신청하는 사실을 증명할 수 있는 자료를 반드시 첨부하여 주시기 바랍니다.			

제척·기피·회피 신청(확인)서

본인은 「상급종합병원 구조전환 지원사업」 선정평가 대상기관에 대하여 아래와 같이 제척·기피·회피 사유가 있기에 신청(확인)서를 제출합니다.

- 아 래 -

구분	신청(확인) 사유	체크
제척	• 위원이 해당 안건의 당사자와 친족이거나 친족이었던 경우	()
	• 위원이 심의 안건과 직접적인 이해관계가 있다고 인정되는 경우	()
	• 그 밖에 위원장이 공정한 심의를 저해할 중대한 사유가 있음이 명백하다고 인정하는 경우	()
기피	• 제척사유가 있거나 그 밖에 심의·의결의 공정성을 기대하기 어려운 사정이 있는 경우	()
회피	• 위원이 해당 안건의 당사자와 친족이거나 친족이었던 경우	()
	• 위원이 심의 안건과 직접적인 이해관계가 있다고 인정되는 경우	()
	• 기피사유에 해당하거나 그 밖에 심의·의결의 공정성을 기대하기 어려운 사정이 있는 경우	()
세부 내용		()

- 주) 1. 제척, 기피 및 회피 사유가 있는 경우 체크란에 “○” 표시(중복 표시 가능)
2. 세부내용: 제척, 기피 또는 회피관련 구체적인 내용 기재
3. 제척, 기피 및 회피 등의 사유가 있는 자는 FAX 또는 E-mail 등의 방법으로 ‘신청(확인)서’ 제출

20 . . .

신청인 (서명)

보건복지부 장관 귀하