# 심사 사후관리 업무 안내

## □ 심사 사후관리 개요

○ **(정의) 심사 사후관리는** 심사단계에서는 확인 및 점검이 불가한 항목을 요양급여비용 지급 후에 관련 법령과 급여기준 등에 따른 적합성 여부를 검토

○ **(목적)** 검토 결과 피드백을 통해 요양기관의 올바른 청구 유도

○ **(법적 근거)** 국민건강보험법, 요양급여비용 심사·지급업무 처리기준

## □ 심사 사후관리 항목

○ **(항목) 중증응급환자 배정지원금** 착오청구 점검

○ **(배경)** 중앙응급의료센터 정보 미연계로 인한 일반심사 불가

○ **(대상)** 중앙응급의료센터를 통해 배정되지 않은 중증응급(의심)환자를 수용한 요양기관*에서 한시적 배정지원금을 산정한 건

* 중증응급(의심)환자 배정 관련 중앙응급의료센터의 배정지원금 배정목록과 불일치 건

** 보험급여과-2358호(2024.6.7.) "「비상진료 추가 지원방안(건강보험, 의료급여)」안내 및 협조요청"

**[참고] '중증응급환자 배정지원금' 급여기준**

- **(대상 기관)** 「응급의료에 관한 법률」에 의한 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 권역외상센터, 지역응급의료센터 및 「의료법」제3조의 5에 따라 전문병원으로 지정받은 의료기관*
  * 심장, 뇌혈관, 신경과, 화상, 수지접합, 소아청소년과, 산부인과, 주산기, 안과, 외과
- **(산정기준)** 중증응급환자 또는 중증응급의심환자(KTAS 1~3) 대상으로 "병원 간 전원" 또는 "119 구급대 이송"과정에서 중앙응급의료센터를 통해 중증응급(의심)환자를 수용한 경우에 한함
- **(적용기간)**
  - (건강보험) 2월 20일 ~ 별도 안내 시까지
  - (의료급여) 3월 11일 ~ 별도 안내 시까지

  ※ 119구급대 이송 및 전문병원 지정기관은 6월 11일부터 적용

○ **(점검주기)** 연 2회(반기별, 한시적 수가 종료 후 3년까지 유지)

○ **(1차 점검일정)** '24. 12월 중 요양기관 안내, '25. 1월 정산 예정

## 별첨1 [심사 사후관리] 법적 근거

○ 국민건강보험법 제41조(요양급여) 제2항, 제3항, 제4항

② 제1항에 따른 요양급여(이하 "요양급여"라 한다)의 범위(이하 "요양급여대상"이라 한다)는 다음 각 호와 같다.

1. 제1항 각 호의 요양급여(제1항제2호의 약제는 제외한다): 제4항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
2. 제1항제2호의 약제: 제41조의3에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것

③ 요양급여의 방법.절차.범위.상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.

④ 보건복지부장관은 제3항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)으로 정할 수 있다.

○ 국민건강보험법 시행규칙 제20조(요양급여비용의 심사·지급) 제1항, 제4항

① 심사평가원은 요양급여비용에 대한 심사청구를 받으면 그 심사청구 내용이 법 제41조 제2항부터 제4항까지에 따른 요양급여의 기준 및 법 제45조제4항에 따라 보건복지부장관이 고시한 요양급여비용의 명세에 적합한지를 보건복지부장관이 정하여 고시 한 바에 따라 심사한다. 이 경우 심사평가원의 원장은 제12조, 제19조 및 법 제96조에 따라 제공받은 자료의 사실 여부를 확인할 필요가 있으면 소속 직원으로 하여금 현장 조사를 통하여 해당 사항을 확인하게 할 수 있다.

②~③ <중략>

④ 요양급여비용 심사결과통보서 및 요양급여비용 지급통보서의 서식과 요양급여비용의 심사.지급에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

○ 요양급여비용 심사·지급업무 처리기준 제4조의2(요양급여비용의 심사방법 및 절차 등) 제3항 제5호

제4조의2(요양급여비용의 심사방법 및 절차 등)

③ 심사평가원은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제9조에 따른 요양급여비용의 지급 후 심사내역을 확인할 수 있다.

5. 국가, 지방자치단체, 공공기관 등이 법률에 근거하여 확인 요청을 하는 경우 또는 환자안전에 관한 중요사항 등 사회적 요구가 있는 경우로서 심사평가원장이 확인이 필요하다고 인정하는 요양급여비용

## 별첨2 중증응급환자 배정지원금' 비상진료 지원방안

### □ 보험급여과-2358호(2024.6.7.)

### ❶ 주요내용

○ 집단행동 기간 중 **중앙응급의료센터를 통해 배정***된 중증응급(의심)환자를 실제로 수용한 응급의료기관에 **한시적 배정지원금 산정**

* 중앙응급의료상황실 또는 광역응급의료상황실

### ❷ 적용대상

○ **(대상기관)** 「응급의료에 관한 법률」에 의한 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 권역외상센터, 지역응급의료센터 및 「의료법」 제3조의 5에 따라 전문병원으로 지정받은 의료기관*

* 중증·응급환자 진료가 가능한 "심장", "뇌혈관", "신경과", "화상", "수지접합", "소아청소년과", "산부인과", "주산기", "안과", "외과" 전문병원

※ 전원 보내는 기관이 전원 받는 기관보다 상·하위 종별인지 관계 없음

○ **(대상환자)** 중증응급환자 또는 중증응급의심환자(KTAS 1~3)

○ **(산정기준)** "병원 간 전원" 또는 "119 구급대 이송"과정에서 중앙응급의료센터를 통해 중증응급(의심)환자를 수용한 경우에 한함

- **(전원 요청 기준)** ①**응급실**(응급의료시설 포함)에 **재실 중인 환자**로, ②해당 의료기관의 **진료역량이 부족**하여 전원이 필요한 환자로서, ③환자를 진료하고 있는 **의료진이 전원지원 요청**하는 경우에 한함
- **(구급대 이송 기준)** ①119구급대가 병원 전 중증도 분류기준(Pre-KTAS)**에 따라 1등급으로 분류한 환자로**, ②**구급상황관리센터의 공동대응 요청에 따라 광역응급의료상황실이** 수용병원을 선정한 경우에 한함

### ❸ 적용기간

○ (건강보험) 2월 20일 ~ 별도 안내 시까지

○ (의료급여) 3월 11일 ~ 별도 안내 시까지

※ 119구급대 이송 및 전문병원 지정기관은 6월 11일부터 적용

## 참고1 집단휴진 기간 중증응급환자 배정지원금 수가

### □ 한시적 중증응급환자 배정지원금 수가

○ 2024년 6월 10일까지

(2024년 기준, 점수 당 단가 **81.2원** 적용)

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

○ 2024년 6월 11일부터

(2024년 기준, 점수 당 단가 **81.2원** 적용)

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

## 참고2 한시적 중증응급환자 배정지원금 관련 질의·답변

### 1 수가 산정

| 연번 | 질 의 | 답 변 |
|---|---|---|
| 1-1 | 한시적 중증응급환자 배정지원금 수가 산정 가능한 기관은? | - 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 권역외상센터, 지역응급의료센터, 「의료법」제3조의 5에 따라 전문병원으로 지정받은 의료기관*에서 중앙응급의료센터를 통해 환자를 배정받아 수용 후 진찰한 경우 산정 가능함<br>* 중증·응급환자 진료가 가능한 "심장", "뇌혈관", "신경과", "화상", "수지접합", "소아청소년과", "산부인과", "주산기", "안과", "외과" 전문병원<br>- 단, 전문병원은 2024.6.11. 이전 진료분은 산정 불가함<br>※ 배정기관의 수용 후 진찰은 응급환자 분류 및 진찰, 진단 등 기본적 응급진료 행위가 이루어진 경우로, 단순 분류 후 재전원 등의 경우 산정하지 아니함. 이때 진찰 여부 기준은 진찰료(응-2 응급진료 전문의 진찰료(응-2-1 포함), 가-1 외래환자 진찰료) 또는 가-2 등 입원료 청구 여부로 판단 |
| 1-2 | 한시적 중증응급환자 배정지원금 수가 산정 방법은? | 중앙응급의료센터를 통해 배정되어 수용한 중증응급(의심) 환자 당 1회 산정함<br>※ 응급의료기관의 경우, 중앙응급의료센터를 통한 병원별 배정 현황은 2024.6.11.부터 "응급의료정보인트라넷"에서 확인 가능(전문병원은 확인 필요 시 중앙응급의료센터 중앙응급의료상황팀(☎02-6362-3554)으로 문의) |
| 1-3 | 한시적 중증응급환자 배정지원금 수가는 공휴일 또는 야간, 소아 가산 및 종별 가산 등 가산을 적용하는지? | 소아, 공휴·야간, 종별 등 각종 가산은 적용하지 아니함 |
| 1-4 | 구급차 등 이송 시 중앙응급의료센터를 이용하여 배정된 환자의 경우, 한시적 중증응급환자 배정지원금 수가 산정이 가능한가요? | - 2024.6.11. 진료분부터는 산정기준(구급대 이송 기준)에 맞춰 배정된 중증응급(의심)환자인 경우 산정 가능함<br>※ Pre-KTAS가 "1"인 환자가 병원 도착 시, KTAS "4~5등급"으로 분류된 경우 산정 불가함<br>- 단, 응급환자 중증도 분류 시행 인력*이 없는 전문병원의 경우, 중앙응급의료센터 상황실에서 환자 배정 시 분류한 KTAS 중증도 등급이 1~3등급인 경우 산정 가능함<br>* 보건복지부 고시 제2020-316호「한국 응급환자 중증도 분류기준」 제3호(중증도 분류의 시행주체) |

| 연번 | 질 의 | 답 변 |
|---|---|---|
| 1-5 | 한시적 중증응급환자 배정 지원금 수가 산정이 가능한 환자 자격은? | **건강보험 환자(차상위 본인부담 경감대상자 포함)와 의료급여 환자만 산정 가능**<br>자동차보험, 보훈환자는 한시적 수가 적용 불가함 |
| 1-6 | (신)포괄수가에도 동일하게 적용하는지? | 행위별수가제의 적용대상, 한시적 수가코드, 산정방법 및 적용기간 등 동일적용 |
| 1-7 | 상급종합병원 외래에서 경증질환*을 주상병으로 진료받은 환자의 경우 한시적 수가 산정이 가능한가요?<br>*보건복지부 장관이 정하여 고시하는 "약국 요양급여비용 총액의 본인부담률 산정특례 대상" 질병 | 경증질환을 주상병으로 상급종합병원 응급실에서 진료를 받은 **환자*의 경우, KTAS 1~3등급으로 분류되었어도 한시적 수가 산정 불가**<br>* 응급실 요양급여비용 본인부담률이 '외래 본인부담률'로 적용되는 특정기호 'F025'(상급종합 외래경증재진) 또는 'F026'(상급종합 외래경증초진)에 해당하는 환자 |

## 2 청구방법

| 연번 | 질 의 | 답 변 |
|---|---|---|
| 2-1 | 청구는 언제부터 가능한지? | ○ 2024.2.20. 진료분부터 수가 산정 가능하나, 청구는 2024.3.11.부터 가능함<br>- 단, 의료급여 환자의 경우 2024.3.11. 진료분부터 수가 산정 가능하며, 청구는 2024.3.25.부터 가능함<br>○ 병원 전 이송단계에서 구급대 이송 기준에 맞춰 배정받은 경우 및 전문병원은 2024.6.11. 진료분부터 수가 산정 및 청구 가능 |
| 2-2 | 본인부담금 발생여부는? | 한시적인 수가로 본인부담금은 발생하지 않으며 전액 공단부담금(기금부담금)으로 청구함 |
| 2-3 | 건강보험(의료급여) 이중자격이 있는 보훈환자의 경우 한시적 수가 산정 시, 어떻게 청구해야 하나요? | 건강보험(의료급여) 이중자격이 있는 보훈 환자의 경우, 명세서를 별도로 분리하지 않고 명세서 일반내역 '공상 등 구분'란에 '4' 또는 'B'를 기재하여 합산 청구 |
| 2-4 | 2024년 2월 20일 이전에 중앙응급의료센터를 통해 응급실에 내원한 환자가 한시적 수가 적용일 이후까지 체류하고 진료한 경우 수가 적용방법은? | 한시적 수가 적용은 2024년 2월 20일 이후 배정완료 및 응급실에 도착한 환자부터 적용함<br>위 경우, 명세서 분리작성·청구는 불필요함 |
| 2-5 | 한시적 수가 산정 시 명세서 진료내역의 항, 목번호는? | 명세서 진료내역 "01항"(진찰료) "03목"(응급 및 회송료 등)란에 기재하여 청구함 |

<table>
<tr><th>연번</th><th>질 의</th><th>답 변</th></tr>
<tr><td>2-6</td><td>위탁진료 시 한시적 수가 청구는 어떻게 하나요?</td><td>위탁진료의 경우, 청구는 2024.3.25.부터 가능함<br>* 한시적 수가 코드 청구 시, 기존 위탁진료 청구와 동일하게 JS008(위탁진료)란을 반드시 기재하여 청구</td></tr>
<tr><td>2-7</td><td>한시적 수가 청구 시, 필수 기재해야하는 특정내역이 있나요?</td><td>○ 명세서 단위 특정내역 MT046(응급환자 중증도 분류기준)란에 KTAS 중증도 등급을 반드시 기재하여 청구<br>- 응급환자 중증도 분류 시행 인력이 없는 전문병원의 경우, 중앙응급의료센터 상황실에서 환자 배정 시 분류한 KTAS 중증도 등급을 기재<br>- 기재방법: 왼쪽 첫 번째자리에 붙여서 숫자만 기재<br>- 예시)
<table>
<tr><th colspan="9">특정내역(MT046)기재<br>① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ …</th><th>청구유형</th></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>올바른 기재</td></tr>
<tr><td>1</td><td>등</td><td>급</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>잘못된 기재</td></tr>
<tr><td></td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>잘못된 기재</td></tr>
</table>
○ 2024년 6월 11일 진료분부터 줄단위 특정내역 JX999(기타내역)란에 '중앙응급의료센터 배정 여부'를 반드시 기재하여 청구<br>① 병원 간 전원 요청하여 중앙응급의료센터를 통해 배정받은 경우: "배정"을 기재<br>② 병원 간 전원이 아닌 119구급대를 통해, 구급상황관리센터의 공동대응 요청에 따라 광역응급의료상황실이 수용병원을 선정하여 이송된 경우: "배정119"를 기재<br>※ 이 때, 타 JX999와 구분하여 줄을 달리하고 왼쪽 첫 번째 자리부터 붙여서 기재
<table>
<tr><th colspan="9">특정내역(JX999) 작성예시<br>① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ …</th><th>청구유형</th></tr>
<tr><td>배</td><td>정</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>올바른 기재</td></tr>
<tr><td>배</td><td>정</td><td>1</td><td>1</td><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>올바른 기재</td></tr>
<tr><td></td><td>배</td><td>정</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>잘못된 기재</td></tr>
<tr><td></td><td>배</td><td>정</td><td>1</td><td>1</td><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td>잘못된 기재</td></tr>
<tr><td>N</td><td>M</td><td>C</td><td>배</td><td>정</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>잘못된 기재</td></tr>
<tr><td>1</td><td>1</td><td>9</td><td>배</td><td>정</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>잘못된 기재</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

## 3 기타

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