

2. 건강보험

• 단원별 요약정리

I 요양급여규칙

※ 국민건강보험법에 근거하여 2018년 5월 1일을 기준으로 하고 있으며, 정책변화에 따라 정답이 오답이 될 수 있는 개연성이 있다.

1. 요양급여(Medical care) (국민건강보험법 제41조 제1항)

가입자 및 피부양자의 질병·부상·출산 등에 대하여 다음의 요양급여를 실시한다.

- ① 진찰·검사
- ② 약제(藥劑)·치료재료의 지급
- ③ 처치·수술 및 그 밖의 치료
- ④ 예방·재활
- ⑤ 입원
- ⑥ 간호
- ⑦ 이송(移送) 등이다.

단, 간호, 이송은 현재 요양급여를 실시하고 있지 않고 있다.

2. 건강보험 급여의 종류

1) 현물급여

질병, 부상, 출산과 건강검진을 위해 지정된 요양기관에서 직접 의료 서비스를 제공하는 것을 말한다. 종류에는 요양급여, 건강검진이 있다.

구분	법정급여	부가(임의)급여
현물급여(의료서비스)	요양급여	건강검진
현금급여	요양비	본인부담금 상한액 보상금

2) 현금급여

가입자 및 피부양자가 긴급 기타 부득이한 사유로 인하여 요양기관과 유사한 기능을 수행하는 기관에서 질병·부상·출산 등에 대하여 요양을 받은 후에 혹은 요양기관 이외의 장소에서 출산 후 출산요양급여에 상당하는 금액을 공단으로부터 가입자 또는 피부양자가 직접 현금으로 받는 것을 말한다. 종류에는 요양비, 장애인보장구급여비, 임신·출산 진료비가 있다.

급여의 종류		수급권자
현물급여	요양급여	가입자 및 피부양자
	건강검진	가입자 및 피부양자
현금급여	요양비	가입자 및 피부양자
	장애인보장구급여비	장애인복지법에 의해 등록된 장애인인 가입자 및 피부양자
	임신·출산 진료비	가입자 및 피부양자

3. 건강검진(국민건강보험법 제52조, 시행령 제26조)

- ① 공단은 가입자와 피부양자에 대하여 질병의 조기 발견과 그에 따른 요양급여를 하기 위하여 건강검진을 실시한다.
- ② 건강검진은 일반건강검진, 암검진 및 영유아건강검진으로 구분하여 실시한다.
- ③ 건강검진을 받을 수 있는 자
 - 일반건강검진: 직장가입자, 세대주인 지역가입자, 40세 이상인 지역가입자 및 40세 이상인 피부양자
 - 암검진: 암종별 특성을 고려하여 검진이 필요한 자로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 자
 - 영유아건강검진: 6세 미만의 가입자 및 피부양자
- ④ 건강검진은 2년마다 1회 이상 실시하되, 사무직에 종사하지 아니하는 직장가입자에 대하여는 1년에 1회 실시한다. 다만, 암검진과 영유아건강검진은 암종별 특성과 영유아의 연령 등을 고려하여 검진주기와 검진횟수를 보건복지부장관이 정하여 고시하는 바에 따라 실시할 수 있다.
- ⑤ 건강검진은 지정된 건강검진기관에서 실시하여야 한다.

4. 요양비(국민건강보험법 제49조, 시행규칙 제15조)

- 1) 공단은 가입자나 피부양자가 보건복지부령으로 정하는 긴급하거나 그 밖의 부득이한 사유로 요양기관과 비슷한 기능을 하는 기관으로서 질병·부상·출산 등에 대하여 요양을 받거나 요양기관이 아닌 장소에서 출산한 경우에는 그 요양급여에 상당하는 금액을 가입자나 피부양자에게 요양비로 지급한다.
- 2) 긴급 기타 부득이한 사유는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

- ① 영양기관을 이용할 수 없거나 영양기관이 없는 경우
 - ② 만성신부전증환자가 의사의 처방전에 의하여 복막관류액 또는 자동복막투석에 사용되는 소모성 재료를 영양기관외의 의약품판매업소에서 구입·사용한 경우
 - ③ 산소치료를 필요로 하는 환자가 의사의 산소치료처방전에 의하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 방법으로 가정에서 산소치료를 받는 경우
 - ④ 제1형 당뇨병환자가 의사의 처방전에 의하여 혈당검사에 사용되는 소모성 재료를 영양기관 외의 의료기기판매업소에서 구입·사용한 경우
- 3) 영양기관이 아닌 자택, 이송 중 가입자 또는 피부양자가 출산한 경우의 출산비용 250,000원을 지급한다(2006년 11월 1일 이후 출생부터 급여).

5. 임신·출산 진료비(국민건강보험법 시행령 제25조, 시행규칙 제16조)

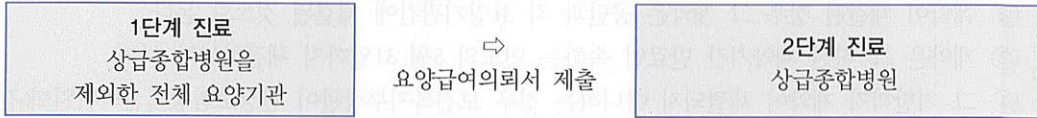
- ① 임신·출산 진료비는 임신이 확진된 임신부의 본인 부담금을 경감하여 출산의욕을 높이고, 건강한 태아를 분만하도록 임신, 출산에 소요되는 진료비에 대하여 본인부담금을 지원해주는 제도를 말한다.
- ② 임신·출산 진료비는 임신한 가입자 또는 피부양자가 지정된 영양기관에서 받는 임신과 출산에 관련된 진료(출산 전후 산모의 건강관리와 관련된 진료를 포함한다)에 드는 비용으로 하되, 그 지급액은 한 명의 태아일 때 50만원, 두 명 이상의 태아일 때 90만원 범위에서 임신한 가입자 또는 피부양자가 실제 부담한 금액으로 한다.
상기 지급액에도 불구하고 분만취약지 자원 사업에 따른 분만취약지 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건을 갖춘 경우에는 20만원을 추가 지급한다.
- ③ 임신한 가입자 또는 피부양자가 임신·출산 진료비를 받으려면 국민건강보험공단에 신청하여야 한다.
- ④ 공단은 임신·출산 진료비의 지급과 관련하여 임신한 가입자 또는 피부양자에게 이용권(고운맘 카드)을 발급하여야 한다.
- ⑤ 임신한 가입자 또는 피부양자는 이용권을 영양기관이 확인한 분만 예정일부터 60일이 지난 후에는 사용할 수 없다(사용한도는 하루 진료비 6만원까지 지원 가능).
- ⑥ 지원범위는 임신·출산과 관련된 진료비를 지원하는 것을 원칙으로 하여 보험급여 및 비급여 진료비를 모두 포함되며, 기한 내 사용하지 않은 금액은 자동 소멸된다.

6. 영양기관(국민건강보험법 제42조)

- ① 「의료법」에 따라 개설된 의료기관(상급종합병원, 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 의원, 치과의원, 한의원, 조산원)
- ② 「약사법」에 따라 등록된 약국
- ③ 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국희귀의약품센터
- ④ 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소

- ⑤ 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소

7. 요양급여 절차



8. 상급종합병원에서 1단계 요양급여

- ① 응급환자인 경우
- ② 분만의 경우
- ③ 치과에서 요양급여를 받는 경우
- ④ 등록 장애인 또는 단순 물리치료가 아닌 작업치료·운동치료 등의 재활치료가 필요하다고 인정되는 자가 재활의학과에서 요양급여를 받는 경우
- ⑤ 가정의학과에서 요양급여를 받는 경우
- ⑥ 당해 요양기관에서 근무하는 가입자가 요양급여를 받는 경우
- ⑦ 혈우병환자가 요양급여를 받는 경우

9. DRG 적용대상 질병군

- ① 2012년 7월 1일부터 병원, 의원 DRG 강제적용
- ② 2013년 7월 1일부터 종합병원, 상급종합병원 DRG 강제적용
- ③ 2018년 현재 모든 요양기관(의료기관)에서 DRG 강제적용

포괄수가제 적용 질병군은 4개 진료과 7개 질병군으로 입원하여 수술하거나 출산의 경우에 적용한다.

- | | |
|------------|--------------------------|
| (1) 안과: | ① 수정체 수술(백내장 수술) |
| (2) 이비인후과: | ② 편도 및 아데노이드 수술 |
| (3) 외과: | ③ 항문 및 항문주위수술(치질수술) |
| | ④ 서혜부 및 대퇴부 탈장수술 |
| | ⑤ 충수절제술 |
| (4) 산부인과: | ⑥ 자궁 및 자궁부속기 수술(악성종양 제외) |
| | ⑦ 제왕절개분만 |

10. 요양급여비용의 산정 등(국민건강보험법 제45조)

- ① 요양급여비용은 공단의 이사장과 대통령령으로 정하는 의약계를 대표하는 사람들의 계약으로 정한다. 이 경우 계약기간은 1년으로 한다.
- ② 계약이 체결된 경우 그 계약은 공단과 각 요양기관간에 체결된 것으로 본다.
- ③ 계약은 그 직전 계약기간 만료일 속하는 연도의 5월 31일까지 체결하여야 하며,
- ④ 그 기한까지 계약이 체결되지 아니하는 경우 보건복지부장관이 건강보험정책심의위원회(건정심)의 의결을 거쳐 정하는 금액을 요양급여비용으로 한다.
- ⑤ 요양급여비용이 정하여지는 경우에 보건복지부장관은 그 요양급여비용의 내역을 지체없이 고시하여야 한다.

11. 요양급여 비용의 청구와 지급 등(국민건강보험법 제47조)

- ① 요양기관은 공단에 요양급여비용의 지급을 청구할 수 있다. 이 경우 요양급여비용에 대한 심사청구는 공단에 대한 요양급여비용의 청구로 본다.
- ② 요양급여비용을 청구하려는 요양기관은 심사평가원에 요양급여비용의 심사청구를 하여야 하며, 심사청구를 받은 심사평가원은 이를 심사한 후 지체 없이 그 내용을 공단과 요양기관에 알려야 한다.
- ③ 심사 내용을 통보받은 공단은 지체 없이 그 내용에 따라 요양급여비용을 요양기관에 지급한다. 이 경우 이미 낸 본인일부부담금이 통보된 금액보다 더 많으면 요양기관에 지급할 금액에서 더 많이 낸 금액을 공제하여 해당 가입자에게 지급하여야 한다.

12. 급여제한(국민건강보험법 제53조)

- ① 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으킨 경우
- ② 고의 또는 중대한 과실로 공단이나 요양기관의 요양에 관한 지시에 따르지 아니한 경우
- ③ 고의 또는 중대한 과실로 제55조(급여의 확인)에 따른 문서와 그 밖의 물건의 제출을 거부하거나 질문 또는 진단을 기피한 경우
- ④ 업무 또는 공무로 생긴 질병·부상·재해로 다른 법령에 따른 보험급여나 보상(報償) 또는 보상(補償)을 받게 되는 경우
- ⑤ 공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체로부터 보험급여에 상당하는 급여를 받거나 보험급여에 상당하는 비용을 지급받게 되는 경우에는 그 한도에서 보험급여를 하지 아니한다.

13. 급여의 정지(국민건강보험법 제54조)

- ① 국외에 여행중인 때

② 국외에서 업무에 종사하고 있는 때

※ 법 제60조에 의거 공단 위탁 시 적용

- 하사(단기복무자에 한한다) · 병 및 무관후보생으로 복무중인 때(2004. 4. 30 급여실시)
- 교도소 기타 이에 준하는 시설에 수용되어 있는 때(2006. 1. 1 급여실시)

14. 구상권(국민건강보험법 제58조)

- ① 공단은 제3자의 행위로 인한 보험급여사유가 발생하여 가입자에게 보험급여를 한 때에는 그 급여에 소요된 비용의 한도내에서 그 제3자에 대한 손해배상청구의 권리를 얻는다.
- ② 보험급여를 받은 자가 제3자로부터 이미 손해배상을 받은 때에는 공단은 그 배상액의 한도 내에서 보험급여를 하지 아니한다.

15. 요양급여비용 계산서의 발급 및 보존(국민건강보험법 시행규칙 제46조)

요양기관이 요양급여를 행한 경우에는 계산서 부분을 당해 요양급여가 종료된 날부터 5년간 보존하여야 한다. 다만, 처방전은 요양급여비용을 청구한 날부터 3년간 보존하여야 한다.

- ① 요양급여비용심사청구서 및 요양급여비용명세서
- ② 약제 및 치료재료 기타 요양급여의 구성요소의 구입에 관한 서류
- ③ 개인별 투약기록 및 처방전(약국 및 한국회귀의약품센터의 경우에 한한다)
- ④ 그밖에 간호관리등급료의 산정자료 등 요양급여비용의 산정에 필요한 서류 및 이를 증명하는 서류
- ⑤ 위의 서류 등을 디스켓 · 마그네틱테이프 등 전산기록장치에 의한 자기매체에 의하여 저장하고 있는 경우에는 동 자료

16. 비급여(국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 별표2)

- (1) 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위 · 약제 및 치료재료
- (2) 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위 · 약제 및 치료재료
- (3) 예방진료로서 질병 · 부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위 · 약제 및 치료재료
- (4) 기타 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위 · 약제 및 치료재료
- ① 상급병상은 요양기관에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상이며, 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우 적용
 - ※ 일반병상 확보율
 - 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 의원급 의료기관과 병일급 의료기관(종합병원 및 상급종합병원은 제외한다): 50%

- 종합병원(상급종합병원을 포함한다): 70%
- ② 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구
- ③ 친자 확인을 위한 진단
- ④ 치과의 보철(보철재료 및 가공료 등 포함)
- ⑤ 한방물리요법(수기요법·전자요법 및 온열요법 등)
- ⑥ 한방 침약 및 기성 한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제
- ⑦ 보건복지부장관이 고시한 약제에 관한 급여목록표에서 정한 일반의약품으로서 약사법에 의한 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제
- ⑧ 의료법에 의한 선택진료를 받는 경우에 선택진료에 관한규칙에 따라 추가되는 비용
- ⑨ 장기이식등에 관한 법률에 의한 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용
- ⑩ 마약류관리에 관한 법률 규정에 의한 마약류중독자의 치료보호에 소요되는 비용
- ⑪ 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 신의료기술 등

17. 신의료기술 등의 결정신청(국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제10조)

요양기관, 의약관련 단체, 치료재료의 제조업자·위탁제조판매업자·수입자 또는 비급여대상으로 결정되지 아니한 새로운 행위 및 치료재료에 대하여는 다음 각호에 규정된 날부터 30일 이내에 요양급여대상 여부의 결정을 보건복지부장관에게 신청하여야 한다.

- ① 행위의 경우에는 가입자 등에게 최초로 실시한 날
- ② 치료재료의 경우에는 식품의약품안전청장으로부터 품목허가를 받거나 품목신고를 한 날

18. 신의료기술 등에 대한 결정(국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제11조)

요양급여대상 여부의 결정신청을 받은 보건복지부장관은 정당한 사유가 없는 한 결정 신청일부 터 100일 이내에 건강보험심사조정위원회의 심의를 거쳐 요양급여대상 또는 비급여대상에의 해당 여부를 결정하여 고시하여야 한다.

19. 의약분업

1) 의의

의약분업은 의약품을 전문가의 지도·감독이 필요한 전문의약품과 안정성이 확보된 일반의약품으로 분류하며, 전문의약품은 소비자가 의사의 처방에 따라 약국에서 조제 투약받을 수 있도록 하는 제도로 2000년 7월 1일 전면 실시하였다.

2) 기본원칙

- ① 의사·치과의사는 전문의약품과 일반의약품을 처방할 수 있고, 약사는 의사·치과의사의 처방전에 의하여 전문의약품과 일반의약품을 조제하여야 한다.
- ② 의사·치과의사는 외래환자에 대하여 원외처방전을 발행해야 하고, 약국의 약사만이 원외처방전을 조제할 수 있다.
- ③ 약국개설자는 의사·치과의사의 처방에 의하여 조제하는 경우를 제외하고는 전문의약품을 판매할 수 없으나, 일반의약품은 의사·치과의사의 처방에 의하지 아니하고 판매할 수 있다.

3) 의약분업 예외환자

- ① 응급환자
- ② 정신분열증·조울증 등으로 인하여 자신 또는 타인을 해할 우려가 있는 정신질환자
- ③ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률에 의한 제1군 감염병 환자
- ④ 사회복지사업법에 의한 사회복지시설 입소자
- ⑤ 병역의무를 수행중인 군인·전투경찰순경·교정시설경비교도 및 교정시설·소년보호시설·외국인 보호시설에 수용중인 자
- ⑥ 장애인복지법에 의한 1·2급 장애인
- ⑦ 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법령에 의한 1급 내지 3급 상이자
- ⑧ 고엽제후유증환자 지원 등에 관한 법령에 의한 고도장애인 및 기타 이에 준하는 중증 장애인
- ⑨ 파킨슨병환자 및 나병(한센병)환자
- ⑩ 장기이식을 받은 자에 대하여 이에 관련된 치료를 하거나 후천성면역결핍증(AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome) 환자에 대하여 당해 질병을 치료하기 위한 경우 및 결핵예방법에 따라 결핵치료제를 투약하는 경우(보건소 및 결핵협회 부속의원의 경우에 한한다)
- ⑪ 국가안전보장에 관련된 정보 및 보안을 위하여 처방전을 공개할 수 없는 경우 및 기타 대통령령으로 정하는 경우
- ⑫ 사회(의료)봉사 활동으로서 의약품을 투여하는 경우에는 의사·치과의사 및 약사 모두 직접 조제 허용한다.

4) 의약분업 예외코드

구분	코드	예외 사유
지역	01	약국이 없는 지역, 재해발생지역, 보건기관 중 예외기관
환자	11	응급환자
	13	정신보건법에 의한 정신요양시설에 수용중인 정신질환자 및 정신분열증·조울증 등 자신 또는 타인을 해할 우려가 있는 정신질환자
	15	감염병예방 및 관리에 관한 법률에 의한 제1군 감염병환자
	17	국가유공자등예우 및 지원에 관한법령에 의한 상이등급 1급 내지 3급 해당자
	19	장애인복지관련법령에 의한 1·2급 장애인 및 이에 준하는 장애인 장애인복지법에 의한 1·2급 장애인 및 중증 장애인 보호자와 동반한 소아환자, 고엽제후 유의증환자 지원 등에 관한 법령에 의한 고도장애인
	21	파킨슨질환자, 나병환자
	23	장기이식을 받은 자, 후천성면역결핍증환자
	25	사회복지사업법에 의한 사회복지시설 입소자
	27	가정간호대상자, 방문 보건 의료사업 대상자
	29	협진(한양방, 양한방, 양양방)환자
	31	행형법에 의한 교정시설, 소년원법에 의한 소년보호시설, 치료감호법에 의한 치료감호시설 수용자
약품	41	전염병예방접종약, 진단용의약품
	43	보건소, 보건지소, 결핵협회부속의원에서 결핵예방법에 의하여 결핵치료제를 투여하는 경우
	45	의료기관 조제실 제제·임상시험용 의약품·마약·방사성의약품·신장투석액 및 이식정 등 투약을 위하여 기계·장치를 이용하거나 시술이 필요한 의약품·식품의약품안전처장 이 정하는 희귀의약품
	47	6세 이하의 소아에게 투약하는 항암제(경구)
	51	운반 및 보관중 냉동·냉장 또는 차광을 필요로 하는 주사제
	52	주사제를 원내 투약하는 경우
	53	항암제 중 주사제
기타	55	검사를 위하여 필요하거나 수술 및 처치에 사용하는 의약품
	57	예외약제와 동시 투여하는 약제
	64	국군의료시설, 경찰병원 또는 중앙소방전문치료센터에서 그 업무수행으로서 군인환자, 경 찰환자·소방공무원인 환자에 대하여 조제하는 경우 등
	99	수혈

20. 우리나라에서 운영되는 진료비 지불체계

행위별수가제는 현재 우리나라에서 시행되는 기본적인 진료비 지불체계이며, 일부 포괄수가제는 현재 4개 진료과, 7개 질병군을 대상으로 시행중인 진료비 지불체계이고, 실포괄수가제는 현재 국민건강보험공단 일산병원 및 서울특별시 서울의료원 등 지역거점 공공병원 39개 기관에서 시범 사업으로 실시하고 있는 새로운 '의료비 정착제'이다.

21. 상급종합병원의 지정 기준(제2조 관련)

□ 진료기능

- 가. 지정 신청일 이전 1년 동안 다음 진료과목 중 필수진료과목을 포함하여 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의 1명 이상을 둘 것
- 1) 필수진료과목(9): 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과, 치과
 - 2) 선택진료과목(18): 진단검사의학과 또는 병리과, 흉부외과, 방사선종양학과, 핵의학과, 응급의학과, 신경과, 피부과, 신경외과, 안과, 재활의학과, 정형외과, 이비인후과, 비뇨기과, 성형외과, 가정의학과, 예방의학과, 결핵과, 직업환경의학과
- 나. 「응급의료에 관한 법률」 제26조, 제29조 또는 제30조에 따라 권역응급의료센터·전문응급의료센터 또는 지역응급의료센터로 지정받았을 것

□ 교육기능

「전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정」 제6조제2항 및 같은 규정 시행규칙 제7조제2항에 따라 레지던트의 수련병원으로 지정받았을 것

□ 인력·시설·장비 등

- 가. 지정 신청일 이전 1년 동안 의사는 연평균 1일 입원환자 10명당 1명 이상, 간호사는 연평균 1일 입원환자 2.3명당 1명 이상을 둘 것
- 나. 「가」목의 입원환자 수는 지정 신청일 이전 1년 동안 건강보험 및 의료급여 입원환자의 진료 실적에 대하여 건강보험심사평가원에 영양급여비용을 심사청구한 입원 및 외래환자의 자료를 기준으로 한다. 이 경우 외래환자 3명은 입원환자 1명으로 환산하고, 의료인 수는 해당 기간 중 실제 근무한 개월 수를 연간으로 환산하는 방법(Full Time Equivalent)을 사용한다.
- 다. 「의료법 시행규칙」 별표 4 제2호에 따른 중환자실 및 신생아중환자실을 설치하고, 지정 신청일 이전 1년 동안 전담전문의를 각각 1명 이상 둘 것
- 라. 전산화단층촬영기(CT), 자기공명영상촬영기(MRI), 근전도검사기(EMG), 혈관조영촬영기(angiography system), 감마카메라(gamma camera) 및 심전도기록기(holter monitoring)를 각각 1대 이상 설치하였을 것
- 마. 「라」목의 의료장비 중 「의료법」 제38조제1항에 따른 특수의료장비는 「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」 제6조의2제1항에 따라 등록된 품질관리검사기관의 정기적인 품질관리검사에서 적합으로 판정받았을 것
- 바. 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 전실(前室) 및 음압시설(音壓施設) 등을 갖춘 1인 병실을 500병상 당 1개 이상 갖출 것
- 사. 환자의 진료·검사·질환 또는 임상 등에 관한 정보교류를 위하여 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 정보협력체계를 갖출 것

□ 질병군별(疾病群別) 환자의 구성비율

가. 지정 신청일 이전 2년 6개월 동안 다음 표의 전문진료질병군에 속하는 입원환자의 비율이 해당 의료기관이 진료한 전체 입원환자의 100분의 17 이상이고, 단순진료 질병군에 속하는 입원환자의 비율은 100분의 16 이하일 것

구분	분류 기준	질병의 종류
전문진료 질병군	희귀성 질병, 합병증 발생의 가능성이 높은 질병, 치사율이 높은 질병, 진단난이도가 높은 질병, 진단을 위한 연구가 필요한 질병	각 질병군에 해당하는 질병의 종류는 보건복지부장관이 정하여 고시한다.
일반진료 질병군	모든 의료기관에서 진료가 가능하거나 진료를 하여도 되는 질병	
단순진료 질병군	진료가 간단한 질병, 일반적으로 진료의 결과가 치명적이 아닌 질병, 그 밖에 진료난이도 또는 진단난이도가 낮은 질병	

나. 지정 신청일 이전 2년 6개월 동안 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 속하는 외래 환자의 비율이 해당 의료기관이 진료한 전체 외래환자의 100분의 17 이하일 것

다. 「가」목의 입원환자 수와 「나」목의 외래환자 수는 「가」목 및 「나」목에 따른 질병군에 대한 건강보험 및 의료급여 입원환자와 외래환자의 진료실적에 대하여 건강보험심사평가원에 요양급여비용을 심사청구한 자료를 기준으로 한다.

□ 의료서비스 수준

「의료법」 제58조의3제4항에 따른 인증 또는 조건부 인증을 받았을 것

□ 상급종합병원 지정 기준(의료법 제3조의4): 3년

22. 전문병원의 지정 기준(제2조제1항 제1호 관련)

□ 질환별·진료과목별 환자의 구성비율

가. 다음 표의 구분에 따라 해당 병원이 진료한 전체 입원 연환자(특정기간동안 입원 환자의 입원일수를 환자수로 환산한 연인원을 말한다. 이하 같다) 중 주요 진단 범위 또는 환자 유형에 속하는 환자의 구성비율이 각각 해당 기준 이상이어야 한다. 이 경우 질병군별(DRG) 포괄수가제가 적용되는 진료과목에 대한 환자의 구성비율을 계산할 경우에는 해당 병원이 진료한 전체 입원 실환자(특정기간동안 실제 입원한 환자의 수를 말한다. 이하 같다)로 할 수 있다.

구분	주요 진단 범위(Major Diagnosis Category) 또는 환자 유형	환자의 구성 비율	
질 환	관절	MDC 'I' 근골격계 및 결합조직 질환 및 장애	45%
	뇌혈관	MDC 'B' 신경계 질환 및 장애(B05, B60 제외)	30%
	대장항문	MDC 'G' 소화기계 질환 및 장애	45%
	수지접합	MDC 'I' 근골격계 및 결합조직 질환 및 장애 MDC 'X' 외상, 중독 및 독성 효과	45%(한 가지 주요 진단 범위에 속하는 비율) 또는 66%(두 가지 주요 진단 범위에 속하는 비율)
	심장	MDC 'F' 순환기계 질환 및 장애	30%
	알코올	MDC 'V' 알코올/약물 사용 및 알코올/약물로 인한 정신 장애	66%
	유방	MDC 'J' 피부, 피하조직, 유방 질환 및 장애	30%
	척추	MDC 'I' 근골격계 및 결합조직 질환 및 장애 MDC 'B' 신경계 질환 및 장애 중 B05, B60	66%
	화상	MDC 'Y' 화상	45%
	주산기 (周産期)	MDC 'O' 임신, 출산, 산욕(産褥) 1세 이하인 환자(정상신생아 제외)	25%(각각)
진 료 과 목	산부인과	MDC 'N' 여성 생식기 질환 및 장애 MDC 'O' 임신, 출산, 산욕(産褥)(1세 이하인 정상신생아 제외)	45%(한 가지 주요 진단 범위에 속하는 비율) 또는 66%(두 가지 주요 진단 범위에 속하는 비율)
	소아청소년과	18세 이하인 환자	66%
	신경과	MDC 'B' 신경계 질환 및 장애 MDC 'C' 눈의 질환 및 장애 중 C61 MDC 'D' 귀, 코, 입, 인후 질환 및 장애 중 D61 MDC 'I' 근골격계 및 결합조직 질환 및 장애 중 I68 MDC 'U' 정신 질환 및 장애 중 U60, U65	66%
	안과	MDC 'C' 눈의 질환 및 장애	45%
	외과	MDC 'F' 순환기계 질환 및 장애 중 F06, F10, F15, F16, F64, F66 MDC 'G' 소화기계 질환 및 장애 MDC 'H' 간담도계 및 췌장 질환 및 장애 MDC 'J' 피부, 피하조직, 유방 질환 및 장애(J67, J68, J69, J70 제외) MDC 'K' 내분비, 영양, 대사성 질환 및 장애 중 K02, K03, K04, K05, K06, K65, K66, K67 MDC 'Y' 화상	45%
	이비인후과	MDC 'D' 귀, 코, 입, 인후 질환 및 장애	45%
	재활의학과	전문재활치료를 받는 환자로서, 발병에서 입원까지의 기간이 2년 이내인 환자	66%

나. 「가」목에 따른 환자의 구성비율은 지정계획 공고일 기준 전년도 1년간의 입원환자 진료실적을 기준으로 한다. 이 경우 「의료법」 제3조제2항 각 호에 따른 의료기관의 종류가 변경된 의료기관의 경우에는 변경 전후 동일성이 인정되는 해당 진료실적을 포함한다.

□ 질환별·진료과목별 진료량

가. 해당 병원이 진료한 보건복지부장관이 정하여 고시하는 전문진료질병군 및 일반진료질병군(외과 및 재활의학과외의 경우 단순진료질병군을 포함한다. 이하 같다) 또는 환자 유형에 속하는 입원 연환자가 전체 병원급 의료기관이 진료한 보건복지부장관이 정하여 고시하는 전문진료질병군 및 일반진료질병군 또는 환자유형에 속하는 입원 연환자의 상위 30퍼센타일(백분위수) 이상이어야 한다.

나. 「가」목에 따라 전체 병원급 의료기관의 입원 연환자를 산정할 때 다음에 해당하는 병원의 진료실적은 제외한다.

- 1) 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원
- 2) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 전문진료질병군 및 일반진료질병군에 속하는 입원 연환자가 연간 10명 이하인 병원
- 3) 「의료법」 제3조제2항 제3호「라」목에 따른 요양병원

다. 「가」목에 따른 진료량은 지정계획 공고일 기준 전년도 1년간의 입원환자 진료실적을 기준으로 한다. 이 경우 「의료법」 제3조제2항 각 호에 따른 의료기관의 종류가 변경된 의료기관의 경우에는 변경 전후 동일성이 인정되는 해당 진료실적을 포함한다.

□ 필수 진료과목

다음 표의 구분에 따라 질환별 또는 진료과목별로 필수 진료과목을 갖추어야 하고, 필수 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 한다.

질환/진료과목		필수 진료과목
질 환	관절질환	정형외과, 내과
	뇌혈관질환	신경외과, 신경과, 재활의학과
	대장항문질환	외과, 내과
	수지접합	정형외과 또는 성형외과, 내과
	심장질환	흉부외과, 내과, 소아청소년과
	알코올질환	정신건강의학과
	유방질환	외과, 내과
	척추질환	정형외과 또는 신경외과, 내과
	화상질환	외과, 내과
	주산기질환	산부인과, 소아청소년과

질환/진료과목		필수 진료과목
진료과목	산부인과	산부인과, 소아청소년과
	소아청소년과	소아청소년과
	신경과	신경과
	안과	안과
	외과	외과, 내과
	이비인후과	이비인후과
	재활의학과	재활의학과

□ 의료인력

가. 다음 표의 구분에 따라 질환별 또는 진료과목별로 전문의 인정 진료과목에 전속하는 전문의를 각각 해당 인원 이상 두어야 한다.

질환/진료과목	전문의 수	전문의 인정 진료과목
질환	관절질환	8명 이상 정형외과
	뇌혈관질환	6명 이상 신경외과, 신경과, 재활의학과
	대장항문질환	8명 이상 외과
	수지접합	8명 이상 정형외과, 성형외과
	심장질환	8명 이상 흉부외과, 내과, 소아청소년과
	알코올질환	4명 이상 정신건강의학과
	유방질환	4명 이상 외과
	척추질환	8명 이상 정형외과, 신경외과
	화상질환	4명 이상 외과
	주산기질환	8명 이상 산부인과, 소아청소년과
진료과목	산부인과	8명 이상 산부인과
	소아청소년과	6명 이상 소아청소년과
	신경과	4명 이상 신경과
	안과	8명 이상 안과
	외과	4명 이상 외과
	이비인후과	8명 이상 이비인후과
	재활의학과	4명 이상 재활의학과

나. 「가」목에 따른 의료인력은 지정계획 공고일 기준 전년도 1년간의 근무실적을 기준으로 한다.

□ 병상

다음 표의 구분에 따라 질환별 또는 진료과목별로 최소한의 병상 수를 갖추어야 한다. 이 경우 병상 수는 지정계획 공고일 기준 전년도 12월 31일을 기준으로 한다.

질환/진료과목	최소 병상 수
관절질환, 뇌혈관질환, 대장항문질환, 수지접합, 심장질환, 알코올질환, 척추질환	80
화상질환, 주산기질환, 산부인과, 소아청소년과, 외과, 재활의학과	60
신경과, 유방질환, 안과, 이비인후과	30

□ 의료 질(質) <2017.11.28. 개정>

가. 질환 및 진료과목에 대한 임상 질 평가와 적정성 평가는 다음 표와 같이 구분하여 평가한다.

구분	임상 질 평가	적정성 평가
질환	수지접합, 알코올질환, 척추질환, 화상질환, 주산기질환(자)	관절질환, 뇌혈관질환, 대장항문질환, 심장질환, 유방질환, 주산기질환(모)
진료과목	소아청소년과, 이비인후과, 재활의학과	산부인과, 신경과, 안과, 외과

나. 가목에 따른 의료질 평가는 지정계획 공고일 기준 전년도 1년간의 실적을 기준으로 한다.

다. 임상 질 평가는 환자의 재원일수, 합병증 발생률, 재수술률, 재입원율, 치료 결과 등을 포함하여 평가하여야 하고, 평가결과가 70점 이상이어야 한다. 평가 대상 및 절차 등 세부사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

라. 적정성 평가는 「국민건강보험법 시행규칙」 제29조에 따라 실시한 요양급여 등의 적정성에 대한 평가결과를 적용하며, 공개된 평가등급이 2등급 이내이어야 하되, 평가결과가 등급으로 공개되지 아니하는 경우에는 평가등급에 준하는 기준을 전문병원심의위원회에서 정할 수 있다. 이 경우 「국민건강보험법 시행규칙」 제29조에 따른 평가결과는 전문병원 지정계획 공고일 기준 1년 6개월 이내 공개한 평가결과로 한다.

□ 의료서비스 수준

「의료법」 제58조제1항에 따른 의료기관 인증을 받아야 한다.

23. 전문요양기관의 인정기준(제11조제1항 관련)

- ① 「의료법」 제3조·제36조에 따른 병원급 이상의 시설·장비·인력 등을 갖추고 결핵, 한센병, 정신질환, 심장질환, 재활 치료, 그 밖에 보건복지부장관이 정하는 감염성 질환 및 만성 질환 중 1개의 질환을 전문적으로 진료하는 의료기관으로서 해당 특정질환의 진료실적이 총 진료실적의 100분의 80 이상(심장질환을 전문적으로 진료하는 의료기관의 경우에는 심장수술 실적이 연간 300건 이상)이어야 한다.
- ② 「전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정 시행규칙」 제7조제1항·제2항 및 제4항에 따른 인턴 수련병원 지정기준 또는 레지던트 수련병원 지정기준을 충족하는 의료기관으로서

해당 과목의 진료실적이 총 진료실적의 100분의 50 이상이어야 한다.

- ③ 전문병원으로 지정받은 의료기관에 대하여 3년마다 제3항에 따른 평가를 실시하여 전문병원으로 재지정할 수 있다.

24. 중증질환자의 본인부담 경감기준

- ① 등록 암환자, 등록 중증화상환자: 요양급여비용총액(식대제외) × 5% + (식대 × 50%)
 ② 등록희귀난치성환자: 요양급여비용총액(식대제외) × 10% + (식대 × 50%)
 ③ 미등록암환자: 요양급여비용총액(식대제외) × 20% + (식대 × 50%)

II

국민건강보험법

1. 국민건강보험법 역사

1963. 12. 16: 의료보험법 제정(법률 제1623호)
 1976. 12. 22: 의료보험법 전문개정(법률 제2942호)
 1977. 7. 1: 강제적용 의료보험 급여개시(의료보험 실시 시기)
 1977. 12. 31: 공무원 및 사립학교교직원의료보험법 제정(법률 제3081호)
 1981. 7. 1: 지역주민 의료보험 1차 시범사업 실시(홍천군, 옥구군, 군위군)
 1982. 7. 1: 지역주민 의료보험 2차 시범사업 실시(강화군, 보은군, 목포시)
 1989. 7. 1: 전국민의료보험 실시
 1999. 2. 8: 국민건강보험법 제정(법률 제5855호)
 2000. 7. 1: 국민건강보험 실시 - 의료보험에서 건강보험으로 명칭변경 실시
 2000. 7. 1: 국민건강보험공단 및 건강보험심사평가원 업무 개시
 2000. 7. 1: 의·약분업 전면 실시
 2003. 7. 1: 건강보험 재정 완전 통합(직장, 지역건강보험)
 2008. 7. 1: 노인장기요양보험 실시
 2011. 1. 1: 4대보험(건강보험, 산재보험, 국민연금, 고용보험)보험료 징수 통합

2. 가입자

- 직장가입자: 사업장 근로자 및 그 사용자, 공무원 및 교직원
- 지역가입자: 가입자 중 직장가입자와 그 피부양자를 제외한 자

1) 자격 취득(국민건강보험법 제8조)

- (1) 가입자는 국내에 거주하게 된 날에 직장가입자 또는 지역가입자의 자격을 얻는다. 다만, 다음 각호의 1에 해당하는 자는 그 해당되는 날에 각각 자격을 얻는다.
- ① 수급권자이었던 자는 그 대상자에서 제외된 날
 - ② 직장가입자의 피부양자이었던 자가 그 자격을 잃은 날
 - ③ 유공자 등 의료급여대상자이었던 자는 그 대상자에서 제외된 날
 - ④ 유공자 등 의료급여대상자로서 건강보험의 적용을 보험자에 신청한 자는 그 신청한 날
- (2) 자격을 얻은 경우 당해 직장가입자의 사용자 및 지역가입자의 세대주는 자격취득일부터 14일 이내에 보험자에게 신고하여야 한다.

2) 자격상실(국민건강보험법 제10조)

- (1) 가입자는 다음 각호의 1에 해당하게 된 날에 그 자격을 잃는다.
- ① 사망한 날의 다음 날
 - ② 국적을 잃은 날의 다음 날
 - ③ 국내에 거주하지 아니하게 된 날의 다음 날
 - ④ 직장가입자의 피부양자가 된 날
 - ⑤ 수급권자가 된 날
 - ⑥ 건강보험의 적용을 받고 있던 자로서 유공자등의료보호대상자가 된 자가 건강보험의 적용배제신청을 한 날
- (2) 자격을 잃은 경우 당해 직장가입자의 사용자 및 지역가입자의 세대주는 그 내역을 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 자격을 잃은 날부터 14일 이내에 보험자에게 신고해야 한다.

3. 피부양자(국민건강보험법 제5조2항)

피부양자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 중 직장가입자에게 주로 생계를 의존하는 사람(피부양자)으로서 보수나 소득이 없는 사람을 말한다.

- 1) 직장가입자의 배우자
- 2) 직장가입자의 직계존속(배우자의 직계존속을 포함한다)
- 3) 직장가입자의 직계비속(배우자의 직계비속을 포함한다)과 그 배우자
- 4) 직장가입자의 형제·자매
 - (1) 배우자(配偶者)
가입자의 처(아내) 또는 부(남편)를 말한다. 실질적으로 부부관계에 있는 사실혼(통반장 확인서, 인우보증서 등의 서류제출시)도 배우자로 인정한다.
 - (2) 직계존속(直系尊屬) <배우자의 직계존속 포함>
가입자의 혈통으로 연결된 관계, 즉, 부모, 조부모, 증조부모 등 윗세대를 말하는데 친

족뿐만 아니라 외조부모도 포함되며 호적상의 양부모, 호적에 등재되지 않은 생부모, 계부, 계모도 포함된다.

- (3) 직계비속(直系卑屬) <배우자의 직계비속 포함>
가입자를 중심으로 아랫세대에 속하는 자녀, 손자녀, 증손자녀를 말하며, 실자(實子)뿐만 아니라 법률상의 양자, 계자, 호적에 등재되지 않는 생자녀도 포함된다.
- (4) 직계비속(直系卑屬)의 배우자
직장가입자의 직계비속의 배우자는 며느리, 사위를 말한다. 계자의 배우자도 포함

4. 건강보험정책심의위원회(국민건강보험법 제4조)

- 1) 건강보험정책에 관한 다음 각 호의 사항을 심의·의결하기 위하여 보건복지부장관 소속으로 건강보험정책심의위원회를 둔다.
 - ① 중장기계획 및 시행계획에 관한 사항(심의에 한정한다.)
 - ② 요양급여의 기준
 - ③ 요양급여비용에 관한 사항
 - ④ 직장가입자의 보험료율
 - ⑤ 지역가입자의 보험료부과점수당 금액
 - ⑥ 그 밖에 건강보험에 관한 주요 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
- 2) 심의위원회는 위원장 1명과 부위원장 1명을 포함하여 25명의 위원으로 구성한다.
- 3) 심의위원회의 위원장은 보건복지부차관이 되고, 부위원장은 위원 중에서 위원장이 지명하는 사람이 된다.
- 4) 심의위원회의 위원은 다음 각 호에 해당하는 사람을 보건복지부장관이 임명 또는 위촉한다.
 - ① 근로자단체 및 사용자단체가 추천하는 각 2명
 - ② 시민단체, 소비자단체, 농어업인단체 및 자영업자단체가 추천하는 각 1명
 - ③ 의료계를 대표하는 단체 및 약업계를 대표하는 단체가 추천하는 8명
 - ④ 다음 각 목에 해당하는 8명
 - ㉠ 대통령령으로 정하는 중앙행정기관 소속 공무원 2명
 - ㉡ 국민건강보험공단의 이사장 및 건강보험심사평가원의 원장이 추천하는 각 1명
 - ㉢ 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 4명

5. 국민건강보험공단(보험자)의 업무 등(국민건강보험법 제4조)

- ① 가입자 및 피부양자의 자격관리
- ② 보험료 기타 이법에 의한 징수금의 부과·징수
- ③ 보험급여의 관리
- ④ 가입자 및 피부양자의 건강의 유지·증진을 위하여 필요한 예방사업
- ⑤ 보험급여비용의 지급

- ⑥ 자산의 관리·운영 및 증식사업
- ⑦ 의료시설의 운영
- ⑧ 건강보험에 관한 교육훈련 및 홍보
- ⑨ 건강보험에 관한 조사연구 및 국제 협력
- ⑩ 이 법에서 공단의 업무로 정하고 있는 사항
- ⑪ 「국민연금법」, 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」, 「임금채권보장법」 및 「석면피해구제법」(이하 “징수위탁근거법”이라 한다)에 따라 위탁받은 업무
- ⑫ 그 밖에 이 법 또는 다른 법령에 따라 위탁받은 업무
- ⑬ 그 밖에 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무

6. 건강보험심사평가원 업무 등(국민건강보험법 제63조)

- ① 요양급여비용의 심사
- ② 요양급여의 적정성에 대한 평가
- ③ 심사 및 평가 기준의 개발
- ④ 제1호 내지 제3호의 업무와 관련된 조사연구 및 국제협력
- ⑤ 다른 법률의 규정에 의하여 지급되는 급여비용의 심사 또는 의료의 적정성 평가에 관하여 위탁받은 업무
- ⑥ 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무
- ⑦ 그 밖에 보험급여비용의 심사와 보험급여의 적정성 평가와 관련하여 대통령령이 정하는 업무

7. 보험료(국민건강보험법 제69조)

1) 직장가입자

월별 보험료액은 다음 각 호에 따라 산정한 금액으로 한다.

- (1) 보수월액보험료: 법제70조(보수월액)에 따라 산정한 보수월액에 법제73조제1항(직장가입자의 보험료율은 1천분의 80의 범위에서 심의위원회의 의결을 거쳐 대통령령으로 정한다) 또는 제2항(국외에서 업무에 종사하고 있는 직장가입자에 대한 보험료율은 제1항에 따라 정해진 보험료율의 100분의 50으로 한다)에 따른 보험료율을 곱하여 얻은 금액
- (2) 소득월액보험료: 법제71조(소득월액)에 따라 산정한 소득월액에 보험료율의 100분의 50을 곱하여 얻은 금액
- (3) 매월 납부하되 그 다음달 10일까지 납부하여야 한다. 납부기한이 경과한 날부터 체납된 보험료등의 100분의 3에 해당하는 가산금을 징수한다.

2) 지역가입자

월별 보험료액은 세대 단위로 산정하되, 지역가입자가 속한 세대의 월별 보험료액은 법제72조(보험료부과점수)에 따라 산정한 보험료부과점수에 법제73조제3항(지역가입자의 보험료부과점수당 금액은 심의위원회의 의결을 거쳐 대통령령으로 정한다)에 따른 보험료부과점수당 금액을 곱한 금액으로 한다.

8. 보험료 산정 기준

1) 직장가입자 보험료 산정기준<국민건강보험법 시행령 제32조(보수월액의 상한과 하한)>: 보수월액 × 보험료율

보수월액은 직장가입자가 지급받는 보수를 기준으로 하여 산정하되, 대통령령이 정하는 기준에 따라 상·하한을 정할 수 있다. 직장가입자의 보수월액이 28만원 미만인 경우에는 28만 원으로 하고, 보수월액이 7,810만원을 초과하는 경우에는 7,810만원으로 한다.

2) 지역가입자 보험료 산정기준

부과표준소득은 지역가입자의 소득·재산·생활수준·직업·경제활동참가율 등을 참작하여 정하되, 부과표준소득의 산정방법·기준 기타 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

- 소득 점수(75등급): 이자소득, 배당소득, 사업소득, 근로소득, 연금소득, 기타소득
- 재산 점수(50등급): 주택, 건물, 토지, 선박, 항공기, 전월세
- 자동차 점수(7등급, 28구간)
- 생활수준 및 경제활동참가율 점수(30등급)
 - 연 소득 500만원 이하 세대: 생활수준 및 경제활동참가율 점수 + 재산 점수 + 자동차 점수
 - 연 소득 500만원 초과 세대: 소득 점수 + 재산 점수 + 자동차 점수

9. 보험료 부담(국민건강보험법 제76조)

1) 직장가입자 보험료

- ① 직장가입자가 근로자인 경우: 근로자와 사업장의 사업주가 각각 50%씩 부담한다.
- ② 직장가입자가 공무원인 경우: 공무원과 그 공무원이 소속되어 있는 국가 또는 지방자치단체가 각각 50%씩 부담한다.
- ③ 직장가입자가 교직원인 경우: 교직원이 50%를 부담하고, 학교경영자가 30%, 국가가 20%씩 부담한다.

2) 직장가입자 보험료 납부 의무자

- ① 직장가입자가 근로자인 경우에는 사업주
- ② 직장가입자가 공무원인 경우에는 그 공무원이 소속되어 있는 국가 또는 지방자치단체
- ③ 교직원(사립학교에 근무하는 교원은 제외한다)인 경우에는 제3조제2호다목에 해당하는 자

3) 지역가입자 보험료 납부 의무자

- ① 그 가입자가 속한 세대의 지역가입자 전원이 연대하여 부담한다.

10. 보험료의 면제(국민건강보험법 제74조)

- 1) 국외에서 업무에 종사하고 있는 경우
- 2) 병역법에 따른 현역병(지원에 의하지 아니하고 임용된 하사를 포함한다, 전환복무된 사람 및 무관후보생)에 해당하게 된 경우 (2004. 4. 30 급여실시)
- 3) 교도소, 그 밖에 이에 준하는 시설에 수용되어 있는 경우
단, 국외에서 업무에 종사하고 있는 직장가입자의 경우에는 국내에 거주하는 피부양자가 없을 때에만 보험료를 면제한다. (2006. 1. 1 급여실시)

11. 보험료의 경감(국민건강보험법 제75조)

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 가입자 중 보건복지부령으로 정하는 가입자에 대하여는 그 가입자 또는 그 가입자가 속한 세대의 보험료의 일부를 경감할 수 있다.

- 1) 섬·벽지(僻地)·농어촌 등 대통령령으로 정하는 지역에 거주하는 사람
- 2) 65세 이상인 사람
- 3) 「장애인복지법」에 따라 등록된 장애인
- 4) 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 국가유공자
- 5) 휴직자
- 6) 그 밖에 생활이 어렵거나 천재지변 등의 사유로 보험료를 경감할 필요가 있다고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 사람

III

노인장기요양보험

1. 노인장기요양보험

고령이나 노인성 질병 등으로 인하여 일상생활을 혼자 수행하기 어려운 노인 등에게 신체활동 또는 가사지원 등의 장기요양급여를 사회적 연대원리에 의해 제공하는 사회보험 제도를 말한다. 시행일은 2008년 7월 1일이다.

2. 장기요양보험(노인장기요양보험법 제2조1항, 7조)

- 1) 대상: 노인 등이란 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병을 가진 자를 말한다.
- 2) 관장: 장기요양보험사업은 보건복지부장관이 관장한다.
- 3) 보험자: 장기요양보험사업의 보험자는 국민건강보험공단으로 한다.

3. 장기요양보험의 보험료 징수(노인장기요양보험법 제8조)

- 1) 공단은 장기요양사업에 사용되는 비용에 충당하기 위하여 장기요양보험료를 징수한다.
- 2) 장기요양보험료는 건강보험료와 통합하여 징수한다. 이 경우 공단은 장기요양보험료와 건강보험료를 구분하여 고지해야 한다.
- 3) 공단은 통합 징수한 장기요양보험료와 건강보험료를 각각의 독립회계로 관리해야 한다.

4. 장기요양보험료의 산정(노인장기요양보험법 제9조제1항)

- 1) 장기요양보험료는 건강보험료액에서 경감 또는 면제되는 비용을 공제한 금액에 장기요양보험료율을 곱하여 산정한 금액으로 한다.

$$\text{장기요양보험료} = \text{건강보험료액} \times \text{장기요양보험료율}$$

5. 장기요양보험 등급판정기준(노인장기요양보험법 시행령 제7조)

- 1) 장기요양 1등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 95점 이상인 자
- 2) 장기요양 2등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 75점 이상 95점 미만인 자
- 3) 장기요양 3등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 60점 이상 75점 미만인 자

- 4) 장기요양 4등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 51점 이상 60점 미만인 자
- 5) 장기요양 5등급: 치매(제2조에 따른 노인성 질병에 해당하는 치매로 한정한다.) 환자로서 장기요양인정 점수가 45점 이상 51점 미만인 자
- 6) 장기요양 인지 지원등급: 치매(제2조에 따른 노인성 질병에 해당하는 치매로 한정한다.) 환자로서 장기요양인정 점수가 45점 미만인 자

6. 장기요양급여의 종류(노인장기요양보험법 제23조)

1) 재가급여

- 가. 방문요양: 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여
- 나. 방문목욕: 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여
- 다. 방문간호: 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 “방문간호지시서”라 한다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여
- 라. 주·야간보호: 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
- 마. 단기보호: 수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위 안에서 일정 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
- 바. 기타재가급여: 수급자의 일상생활·신체활동 지원에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것

2) 시설급여

장기요양기관이 운영하는 「노인복지법」 제34조에 따른 노인의료복지시설(노인전문병원은 제외한다) 등에 장기간 동안 입소하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여

3) 특별현금급여

도서·벽지 지역 등 요양시설이 현저히 부족한 지역에 거주하는 자 등 불가피하게 가족 등으로부터 장기요양을 받는 경우에 지원되는 현금급여 등

- ① 가족요양비: 법제24조(가족요양비)에 따라 지급하는 가족장기요양급여
- ② 특례요양비: 법제25조(특례요양비)에 따라 지급하는 특례장기요양급여

- ③ 요양병원간병비: 법제26조(요양병원간병비)에 따라 지급하는 요양병원장기요양급여

7. 장기요양기관의 지정(노인장기요양보험법 제31조)

장기요양기관을 설치·운영하고자 하는 자는 소재지를 관할 구역으로 하는 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장으로부터 지정을 받아야 한다.

8. 본인일부부담금(노인장기요양보험법 제40조)

- 1) 재가급여: 당해 장기요양급여비용의 100분의 15
- 2) 시설급여: 당해 장기요양급여비용의 100분의 20
- 3) 본인일부부담금의 100분의 50을 감경한다.
 - ① 의료급여수급권자
 - ② 소득·재산 등이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 일정 금액 이하인 자
 - ③ 천재지변 등 보건복지부령으로 정하는 사유로 인하여 생계가 곤란한 자

9. 재가 및 시설 급여비용의 청구 및 지급(노인장기요양보험법 제38조)

- 1) 장기요양기관은 수급자에게 재가급여 또는 시설급여를 제공한 경우 국민건강보험공단에 장기요양급여비용을 청구해야 한다.
- 2) 국민건강보험공단은 장기요양기관으로부터 재가 또는 시설 급여비용의 청구를 받은 경우 이를 심사하여 장기요양에 사용된 비용 중 공단부담금(재가 및 시설 급여비용 중 본인일부부담금을 공제한 금액을 말한다)을 당해 장기요양기관에 지급해야 한다.

10. 등급판정위원회의 설치(노인장기요양보험법 제52조)

- 1) 장기요양인정 및 장기요양등급 판정 등을 심의하기 위하여 공단에 장기요양등급판정위원회를 둔다.
- 2) 등급판정위원회는 시·군·구 단위로 설치한다. 다만, 인구 수 등을 고려하여 하나의 시·군·구에 2 이상의 등급판정위원회를 설치하거나 2 이상의 시·군·구를 통합하여 하나의 등급판정위원회를 설치할 수 있다.
- 3) 등급판정위원회는 위원장 1인을 포함하여 15인의 위원으로 구성한다.
- 4) 등급판정위원회 위원은 다음 각 호의 자 중에서 공단 이사장이 위촉한다. 이 경우 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 추천한 위원은 7인, 의사 또는 한의사가 1인 이상 각각 포함되어야 한다.
 - ① 「의료법」에 따른 의료인
 - ② 「사회복지사업법」에 따른 사회복지사

- ③ 시·군·구 소속 공무원
- ④ 그 밖에 법학 또는 장기요양에 관한 학식과 경험이 풍부한 자
- 5) 등급판정위원회 위원의 임기는 3년으로 한다. 다만, 공무원인 위원의 임기는 재임기간으로 한다.

11. 이의신청(노인장기요양보험법 제55조)

- 1) 장기요양인정·장기요양등급·장기요양급여·부당이득·장기요양급여비용 또는 장기요양보험료 등에 관한 공단의 처분에 이의가 있는 자는 공단에 이의신청을 할 수 있다.
- 2) 이의신청은 처분이 있는 날부터 90일 이내에 문서로 해야 한다. 다만, 정당한 사유로 본문의 기간 이내에 이의신청을 할 수 없었음을 소명한 때는 그러하지 아니하다.

12. 장기요양 인정 유효기간(노인장기요양보험법 시행령 제8조)

- 1) 장기요양인정 유효기간은 1년으로 한다. 다만, 연속하여 3회 이상 같은 등급으로 판정되는 사람이 3회 이후에 장기요양인정을 받는 경우 그 유효기간은 2년으로 한다.
- 2) 등급판정위원회는 제1항에도 불구하고 장기요양 신청인의 심신상태 등을 고려하여 장기요양 인정 유효기간을 6개월의 범위에서 늘리거나 줄일 수 있다. 다만, 이 경우에도 장기요양인정 유효기간을 1년 미만으로 할 수 없다.

13. 장기요양급여종류별 장기요양요원의 범위(노인장기요양보험법 시행령 제11조)

- 1) 방문요양에 관한 재가급여 업무를 하는 장기요양요원은 요양보호사 중 1급 또는 2급 자격을 가진 자로 한다.
- 2) 방문목욕에 관한 재가급여 업무를 하는 장기요양요원은 요양보호사 중 1급 자격을 가진 자로 한다.
- 3) 방문간호의 재가급여 업무를 하는 장기요양요원은 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.
 - ① 간호사로서 2년 이상의 간호업무경력이 있는 자
 - ② 간호조무사로서 3년 이상의 간호보조업무경력이 있고, 보건복지부장관이 정하는 교육을 이수한 자
 - ③ 치과위생사(치과위생 업무를 하는 경우로 한정한다)

14. 장기요양급여의 비급여(노인장기요양보험법 시행규칙 제14조)

- 1) 식사 재료비
- 2) 상급침실 이용에 따른 추가비용: 노인요양시설 또는 노인요양공동생활가정에서 본인이 원하

여 1인실 또는 2인실을 이용하는 경우 장기요양에 소요된 총 비용에서 1), 3), 4)비용과 장기요양급여비용을 제외한 금액

- 3) 이·비용비
- 4) 그 외 일상생활에 통상 필요한 것과 관련된 비용으로 수급자에게 부담시키는 것이 적당하다고 보건복지부장관이 정하여 고시한 비용

IV

요양급여비용기준 · 비용부담 · 약제 · 치료재료

1. 요양급여비용기준

1) 건강보험 요양급여기준

- ① 요양기관이 요양급여를 실시하고 행위에 대한 비용을 산정할 때는 각 분류항목에 상대가치 점수당 단가를 곱하여 10원 미만은 4사5입하여 산정한다.
- ② 요양기관 종별 가산율에 의하여 산출된 금액은 원 미만은 4사5입한다.
- ③ 진찰료는 기본진찰료와 외래관리료의 소정점수를 합하여 산정한다.
- ④ 입원료는 입원환자의 의학관리료, 간호관리료, 병원관리료가 포함되어 있으며 요양기관 종별에 따라 산정한다.

2) 요양급여 비용 산정

※ 자원기준 상대가치점수(RBRVS: Resource Based Relative Value Scale)
요양급여에 소요되는 시간, 노력 등 업무량, 인력, 시설, 장비 등 자원의 양과 요양급여의 위험도를 고려하여 요양급여 가치를 각 항목 간 상대적 점수로 나타낸 것을 말한다.

- ① 요양급여비용은 공단의 이사장과 대통령령으로 정하는 의약계를 대표하는 사람들의 계약으로 정한다. 이 경우 계약기간은 1년으로 한다.
- ② 계약이 체결되면 그 계약은 공단과 각 요양기관 사이에 체결된 것으로 본다.
- ③ 계약은 그 직전 계약기간 만료일이 속하는 연도의 5월 31일까지 체결하여야 하며, 그 기한까지 계약이 체결되지 아니하는 경우 보건복지부장관이 그 직전 계약기간 만료일이 속하는 연도의 6월 30일까지 심의위원회의 의결을 거쳐 요양급여비용을 정한다. 이 경우 보건복지부장관이 정하는 요양급여비용은 계약으로 정한 요양급여비용으로 본다.
- ④ 요양급여비용이 정해지면 보건복지부장관은 그 요양급여비용의 명세를 지체 없이 고시하여야 한다.
- ⑤ 공단의 이사장은 재정부운영위원회의 심의·의결을 거쳐 계약을 체결하여야 한다.

- ⑥ 심사평가원은 공단의 이사장이 제1항에 따른 계약을 체결하기 위하여 필요한 자료를 요청하면 그 요청에 성실히 따라야 한다.
- ⑦ 계약의 내용과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

3) 건강보험 종별 가산율

(1) 30% 가산

- 상급종합병원으로 인정받은 종합병원
- 상급종합병원에 설치된 치과대학 부속 치과병원
- 상급종합병원에 설치된 특수전문병원

(2) 25% 가산

- 상급종합병원을 제외한 종합병원
- 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학 부속 치과병원
- 허가 병상 수가 30병상 이상이고, 한방 6개 과가 설치되어 있는 한의과대학 부속 한방병원
- 국립병원 한방진료부

(3) 20% 가산

- 병원
- 치과병원
- 한방병원
- 요양병원

(4) 15% 가산

- 의원
- 치과의원
- 한의원
- 보건의료원

요양기관 종별	가산율 (%)			
	건강보험	산재 보험	의료 급여	자동차 보험
상급종합병원	30	45	22	45
종합병원, 치과대학부속병원	25	37	18	37
병원, 치과 병원	20	21	15	21
의원, 치과 의원	15	15	11	15

4) 종별 가산율이 적용되지 않는 요양기관

- 약국 및 한국희귀의약품센터
- 조산원, 보건소, 보건지소, 보건진료소
- 사업장 부속 의료기관

5) 진료행위에도 불구하고 요양기관 종별가산율을 적용하지 아니하는 항목

- 바이러스 혈청검사
- 각 장의 산정지침 또는 분류항목의 “주”에서 별도로 산정할 수 있도록 규정한 약제비, 치료재료대 등
- 의학영상저장 및 전송시스템(PACS)을 이용한 처리비용, C-arm형 영상증폭장치 이용료
- 생혈, 교환, 자가조혈모세포이식준비-냉동처리 및 보관, 자기수혈채혈료, 연성신요관경하 요관협착확장술(R3196), 연성신요관경하 결석제거술(R3429)
- 퇴장방지의약품 사용장려비
- 가정간호 기본방문료, 가정간호 교통비
- 검체검사위탁에 관한 기준에서 정한 수탁기관으로 위탁하는 경우의 검사료 및 위탁검사 관리료
- Infusion Pump(약물 자동 주입기) 사용료
- 마취통증의학과전문의 초빙료

6) 차등수가 - 한의원, 치과의원(진찰료), 약국(조제료) ※ 의과 의원(2015. 12월 폐지)

- 치과의원, 한의원, 치과의사, 한의사 1인당 1일 진찰횟수를 기준으로 진찰료에 대하여 다음과 같이 차등지급한다.
- 약국 및 한국희귀의약품센터의 약사 1인당 1일 조제건수(의약분업 예외지역에서는 직접조제건수 포함)를 기준으로 조제료 등에 대하여 다음과 같이 차등지급한다.
 - 75건 이하: 100%
 - 75건을 초과하여 100건까지: 90%
 - 100건을 초과하여 150건까지: 75%
 - 150건을 초과한 건: 50%

차등수가 (진찰료, 조제료)	100%
	1~ 75건
	90%
	76~100건 (25)
	75%
	101~150건 (50)
	50%
	151건~

7) 가정간호 기본방문료

- 의사 또는 한의사의 진단과 처방에 따라 가정전문간호사가 가정간호를 한 경우에 산정한다.
- 의약품관리료는 외래환자 의약품관리료를 산정하고, 조제료는 퇴원환자 조제료를 산정한다.
- 연 96회를 초과하여 계속 가정간호를 받을 경우에는 가정간호 기본방문료를 포함하여 환자본인이 100분의 100을 부담한다.
- 교통비는 가정전문간호사가 진료담당의사의 진단과 처방에 따라 환자자택을 방문하는 경우 소요시간, 방문지역 등에 불문하고 1회 방문당 108.30점을 환자본인이 100분의 100을 부담한다.

2. 비용의 부담

1) 요양급여일수의 상한

- 1997년 1인당 연간 270일: 보험자부담 요양급여비용 상한액 150만원
- 1999년 1인당 연간 330일: 보험자부담 요양급여비용 상한액 150만원
- 2000년 1인당 연간 365일(급여기간 완전철폐): 보험자부담 상한액 폐지
- 2002년부터 1인당 연간 365일: 보험자부담 요양급여비용 상한액 170만원
- 2006년 1월 16일: 요양급여일수 상한제도 폐지

2) 요양급여비용의 100분의 100을 본인이 부담

(1) 100분의 100을 본인이 부담

- ① 가입자 또는 피부양자가 요양급여의 절차에 따르지 아니하고 요양기관을 이용한 경우
- ② 가입자 또는 피부양자가 보험료 체납으로 급여제한을 받은 기간에 요양기관을 이용한 경우
- ③ 학교폭력 중 학생 간의 폭행에 기인한 사람이 요양기관을 이용한 경우

(2) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 공단이 부담하는 요양급여비용의 상한금액을 초과하는 비용

- ① 요양급여의 필요성이 의학적으로 인정되는 약제·치료재료로서 당해 약제·치료재료의 상한금액이 대체가능한 약제·치료재료의 상한금액의 2배 이상인 경우
- ② 약제·치료재료에 대한 요양급여비용이 연간 200억 원 이상 소요되어 보험재정에 상당한 부담을 줄 우려가 있는 약제·치료재료의 경우

(3) 장기 또는 조혈모세포공여희망자에게 행한 공여적합성 확인진단에 소요된 비용. 다만, 공여적합성이 확인되어 장기 또는 조혈모세포를 공여한 자에게는 확인진단에 소요된 검사비용을 영 제22조의 규정에 의하여 정한 금액으로 소급정산 한다.

(4) 왜소증의 원인감별을 위해 실시한 검사비용. 다만, 진단결과 기질성 원인으로 판단된 경우

진단에 소요된 검사비용은 영 제22조의 규정에 의하여 정한 금액으로 소급 정산한다.

- (5) 혈액성분 채집술을 위한 공혈적합성여부 검사에서 부적합으로 판정되어 혈액성분채집술을 실시하지 아니한 경우 소요된 검사비용
- (6) 요양기관의 과실이 없는 상태에서 가입자 또는 피부양자의 기피로 인하여 준비된 혈액을 폐기하였을 경우의 혈액비용과 미리 채혈한 자기혈소판을 수혈하지 못한 경우 이에 소요된 비용
- (7) 「응급의료에 관한 법률」에 따라 요양기관의 구급차를 이용하여 이송되었을 경우의 이송치료 및 응급의료수가기준에서 정한 응급의료관리료 산정대상이 아닌 환자의 응급의료관리료
- (8) 보건복지부장관이 정하여 고시한 항목에 해당하는 비용
 - ① 각종 수술후 통증관리를 위한 통증 자가 조절법(PCA) 등 보험제정에 상당한 부담을 초래하는 경우
 - ② 인공요도괄약근, 혈관내 초음파 영상법에 사용된 혈관내 영상카테타 등 대체가능하고 비용효과적 측면에서 상대적 고가인 경우
 - ③ 프로스타그란딘 F1알파(정밀측정), 알파2 마이크로글로블린 등 대체가능하고 보편적이지 아니한 경우

3) 본인부담액 상한제 <국민건강보험법시행령> 제19조 2항 (비용의 본인부담)

본인부담액 상한제란 고액·중증질환자의 과도한 진료비 지출로 인한 가계의 경제적 부담을 덜기 위하여 2016년 기준(1.1~12.31) 건강보험 본인부담금이 일정액을 초과하였을 경우, 그 초과한 금액을 공단이 부담함으로써 가계안정을 도모하기 위한 제도이다.

소득분위	1	2~3	4~5	6~7	8	9	10
상한액기준(천원)	1,210	1,520	2,030	2,540	3,050	4,070	5,090

본인부담 상한액을 7소득 분위로 구분하여 차등적용

4) 국민건강보험공단에 등록된 암 등 중증환자의 본인일부부담: 5%

- (1) 중증질환자 산정특례 대상 (2005년 9월 1일 급여 실시)
- (2) 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 및 고가의료장비사용 포함)시 요양급여비용 총액의 100분의 5를 본인일부부담
 - ① 국민건강보험공단에 등록된 암환자가 등록신청일로부터 5년간 해당 상병(C00~C97, D00~D09, D32~D33, D37~D48)으로 진료를 받은 경우
 - ② 뇌혈관질환자가 입원하여 해당 상병으로 관혈적수술을 받은 경우 1회 수술당 최대 30일
 - ③ 심장질환자가 입원하여 해당 상병으로 관혈적수술을 받은 경우 1회 수술당 최대 30일

5) 고가특수의료장비 급여

입원진료의 경우에도 외래진료의 본인일부부담금 산정방법에 따라 산정한 금액을 본인이 부담하는 고가의료장비는 다음과 같다.

- (1) 전산화 단층촬영(CT: Computer Tomography): 1996년 1월 1일 급여 실시
- (2) 자기공명영상장치(MRI: Magnetic Resonance Image): 2005년 1월 1일 급여 실시
- (3) 양전자 단층촬영(PET: Positron Emission Tomography): 2000년 6월 1일 급여 실시

6) 본인일부부담금

- (1) 가정간호 산정특례대상: 요양급여총액의 100분의 20(등록암환자는 100분의 5 및 등록 희귀난치성 질환자의 100분의 10)을 본인일부 부담한다.
- (2) 모든 결핵 환자는 본인부담률 10% → 전액 면제(2016년 7월 1일부터)
- (3) 중증화상환자의 본인부담률은 5%(2010년 7월 1일부터)
- (4) 식대의 본인부담은 요양급여비용 총액의 100분의 50에 해당된다.

7) 본인일부부담 면제 및 감면대상

(1) 면제대상

- ① 정상분만
- ② 신생아(조산아, 저체중 출생아 포함 28일 이내)
- ③ 의료급여1종 환자 입원진료비용

(2) 6세 미만(신생아 제외 소아)

- ① 입원진료비용: 요양급여비용의 10%
- ② 외래진료비용: 성인 본인부담율 70% 적용

3. 산정지침

1) 진찰료

- (1) 진찰료는 외래에서 초진환자를 진찰하였을 경우에는 초진진찰료 또는 재진환자를 진찰하였을 경우에는 재진진찰료를 산정
 - ① 진찰료는 기본진찰료(의원, 병원, 종합병원, 상급종합병원; 초진 155.57점, 재진 98.03점)와 외래관리료(진찰료에서 기본 진찰료를 제외한 점수)의 소정 점수를 합하여 산정
 - ② 초진 환자란 해당 상병으로 동일 의료기관의 동일 진료과목 의사에게 진료받은 경험이 없는 환자
 - ③ 재진 환자란 해당 상병으로 동일 의료기관의 동일 진료과목 의사에게 계속해서 진료 받

고 있는 환자

- ④ 해당 상병의 치료가 종결되지 아니하여 계속 내원하는 경우 재진환자로 본다. 완치 여부가 불분명 하여 치료 종결 여부가 명확하지 않은 경우 90일 이내에 내원시 재진환자로 본다.
- ⑤ 해당 상병의 치료가 종결된 후 동일 상병이 재발하여 진료를 받기 위해 내원한 경우 초진환자로 본다. 다만 치료종결 후 30일 이내 내원한 경우 재진환자로 본다.
- ⑥ 치료의 종결이라 함은 해당 상병의 치료를 위한 내원이 종결되었거나, 투약이 종결되었을 때
- ⑦ 진찰료 중 기본진찰료는 병원관리 및 진찰권 발급 등, 외래 관리료는 외래환자의 처방 등에 소요되는 비용을 포함

(2) 다음에 해당하는 경우 진찰료는 1회 산정

- ① 동일 의사가 동시에 2가지 이상의 상병에 대하여 진찰을 한 경우
 - 예 편도선염과 위염(동일 의사, 두 개의 상병진료 - 1회 산정)
 - ② 하나의 상병에 대한 진료를 계속 중에 다른 상병이 발생하여 동일 의사가 동시에 진찰을 한 경우
 - 예 위염치료 기간 중 간염치료(동일 의사, 두 개의 상병진료 - 1회 산정)
 - ③ 동일한 상병에 대하여 2인 이상의 의사가 동일한 날에 진찰을 한 경우
 - 예 편도선염-내과, 이비인후과(하나의 상병, 두명의 의사 진료 - 1회 산정)
- (3) 2개 이상의 진료과목이 설치된 요양기관에서 동일환자의 다른 상병에 대하여 전문과목 또는 전문분야가 다른 진료담당 의사가 각각 진찰한 경우 각각 산정
- 예 결막염-안과, 위염-내과(2개 진료과, 2개 상병을 의사가 각각 진료 - 2회 산정)

2) 입원료 등

- (1) 입원료등의 소정점수에는 입원환자 의학관리료(40%), 입원환자 간호관리료(25%), 입원환자 병원관리료(35%)가 포함
- (2) 무균치료실입원료, 낮병동입원료, 신생아입원료, 중환자실입원료, 격리실입원료 등 특수병실 입원료를 산정하는 경우 중복하여 산정을 아니함
 - ① 전체 입원시간이 6시간 이상은 입원료를 산정. 단, 분만은 제외
 - ② 낮병동 입원료를 산정하는 당일의 본인일부부담금은 입원진료 본인일부부담률에 따라 산정
- (3) 입원료 등은 1일당으로 다음과 같이 산정
 - ① 1일이라 함은 12시(정오)부터 다음날 12시(정오)까지 숙박의 개념을 의미
 - ② 0~6시 사이에 입원, 18~24시 사이에 퇴원한 경우 입원료 소정점수의 50%를 별도산정
 - ③ 6~12시 사이에 입원, 12~18시 사이에 퇴원한 경우 동기간의 입원료는 별도산정안함
 - ④ 입원과 퇴원이 같은날에 이루어진 경우 전체 입원 시간이 6시간 이상인 경우에 한하여 1일의 입원료를 산정

- ⑤ 입원료는 입원 16일째부터 30일째까지는 해당 점수의 90% 산정
- ⑥ 입원료는 입원 31일째부터는 해당 점수의 85%를 산정
- ⑦ 요양병원 입원료는 입원 181일째부터 360일째까지는 해당 점수의 95%산정, 입원 361일째부터는 해당 점수의 90%산정

(4) 입원료 체감이 적용되는 항목

- ▶ 가-2(입원료) ▶ 가-9-가(성인 또는 소아 중환자실 입원료) ▶ 가-10(격리실 입원료)
- ▶ 가-10-1(납차폐 특수치료실 입원료)

구분	입원일수	입원료 체감률(%)	구분	입원일수	입원료 체감률(%)
의료기관	1~5일	100%	요양병원	1~180일	100%
	16~30일	90%		181~360일	95%
	31일~	85%		361일~	90%

(5) 간호관리료 차등제

① 상급종합병원, 의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원

간호	병상 수 대 간호사 수의 비	입원료
1등급	2.5:1 미만인 경우(상급종합병원은 2.0:1 미만)	소정점수 50% 가산
2등급	3.0:1 미만 2.5:1 이상인 경우(상급종합병원은 2.5:1 미만 2.0:1 이상)	소정점수 40% 가산
3등급	3.5:1 미만 3.0:1 이상인 경우(상급종합병원은 3.0:1 미만 2.5:1 이상)	소정점수 30% 가산
4등급	4.0:1 미만 3.5:1 이상인 경우(상급종합병원은 3.5:1 미만 3.0:1 이상)	소정점수 20% 가산
5등급	4.5:1 미만 4.0:1 이상인 경우(상급종합병원은 4.0:1 미만 3.5:1 이상)	소정점수 10% 가산
6등급	6.0:1 미만 4.5:1 이상인 경우(상급종합병원은 4.0:1 이상)	소정점수
7등급	6.0:1 이상	-

② 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원

간호	입원료
1등급	2등급 입원료에 2등급 입원료 소정점수의 10% 가산
2등급	3등급 입원료에 3등급 입원료 소정점수의 10% 가산
3등급	4등급 입원료에 종합병원은 4등급 입원료 소정점수의 15%, 병원은 4등급 입원료 소정점수의 10% 가산
4등급	5등급 입원료에 5등급 입원료 소정점수의 10% 가산
5등급	6등급 입원료에 종합병원은 6등급 입원료 소정점수의 10%, 병원은 6등급 입원료 소정점수의 15% 가산
6등급	입원료 소정점수로 산정
7등급	1) 의료취약지역 소재 요양기관은 6등급 입원료 소정점수 2) 서울특별시 및 광역시 구지역 소재 요양기관은 입원료 소정점수의 5% 감산 3) "1)" 및 "2)" 에 해당되지 아니하는 요양기관은 입원료 소정점수의 2% 감산

(6) 신생아 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제

간호등급	병상 수 대 간호사수의 비	입원료 가감
1등급	1.0:1 미만인 경우	신생아 중환자실 입원료 소정점수의 30% 가산
2등급	1.5:1 미만 1.0:1 이상인 경우	신생아 중환자실 입원료 소정점수의 15% 가산
3등급	2.0:1 미만 1.5:1 이상인 경우	신생아 중환자실 입원료 소정점수로 산정
4등급	2.0:1 이상인 경우	신생아 중환자실 입원료 소정점수의 25% 감산

3) 의약품 관리료

(1) 외래환자 의약품 관리료는 다음과 같이 산정

① 상급종합병원, 종합병원, 병원, 치과병원, 요양병원(치과), 한방병원(치과)

① 방문당으로 선정

② 외용약 및 주사제를 단독 또는 복합으로 사용시에도 방문당(소정점수)으로 산정

② 의원, 치과의원, 보건의료원(의과, 치과)

① 내복약 조제일수에 따라 산정

② 외용약 또는 주사제를 내복약과 복합으로 처방, 조제한 경우 내복약의 조제일수에 의함

③ 외용약 및 주사제를 복합 또는 단독으로 조제한 경우 조제일수에 불문하고 1일분의 의약품관리료를 산정

(2) 입원환자에 대하여 입원기간 중 투약한 경우 투약일수에 따라 산정

(3) 한방병원, 한의원, 보건의료원 한의과, 상급종합병원·종합병원·병원·치과병원 내 한의과는 산정하지 아니함

4) 검사료 산정지침

(1) 외관, 취기, 색도 등의 간단한 검사 또는 계산 방법에 의하여 검사치를 얻는 경우 검사료를 산정하지 아니함

(2) 대청기관에 대한 양측검사를 하였을 때 “편측”이라는 표기가 없는 한 소정점수만 산정

(3) 검사에 사용된 약제 및 재료대(1회용주사기 포함)는 소정 점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니함

(4) 다음의 경우 “약제 및 치료재료의 구입금액에 대한 산정기준”에 의해 별도 산정

① 인체에 주입된 약제

② 부하시험 시 사용된 약제

③ 안기능검사 시 사용된 필름, 형광물질, 사진현상 및 인화료

④ 내시경검사 시 사용된 슬라이드 필름 및 사진현상료, 플라로이드 필름 또는 칼라프린터 인화지

⑤ 핵의학 기능검사 시 사용된 방사성 동위원소 및 약제

- ⑥ 분류항목에 별도로 규정한 약제 및 재료대
- ⑦ 기타 장관이 별도로 인정한 약제 및 재료대

5) 영상진단 산정 지침

- (1) 다음의 경우 “약제 및 치료재료의 구입금액에 대한 산정기준”에 의하여 별도산정
 - ① 조영제(contrast media, dye)
 - ② 방사선 필름, 플라로이드 필름 및 SPECT시 사용된 칼라프린터 인화지
 - ③ 맥관 조영용 카테터(catheter)
 - ④ 혈관 조영용 가이드 와이어(guide wire)
 - ⑤ 1회용 방사성 입자 및 방사성 동위원소
 - ⑥ 부하검사 시 사용된 약제, 인체에 주입된 약제
 - ⑦ 운동부하검사 시 사용된 EKG Paper 및 1회용 Electrode
 - ⑧ 기타 장관이 별도로 인정한 약제 및 재료
- (2) 조영제 주입료와 방사선 필름 현상료는 소정 방사선 진단료에 포함되므로 별도산정하지 아니함
- (3) 분류된 영상진단을 실시한 경우 반드시 판독소견서를 작성, 비치
- (4) 분류된 영상진단료의 소정점수에는 판독료(30%)와 촬영료 등(70%) 포함

6) 투약 및 처방, 조제료 산정지침

- (1) 투약 시 사용된 용기(투약병, 연고곽, 안약병, 포장지 등 포함)의 재료대는 소정점수에 포함되므로 별도산정하지 아니함
- (2) 조제실 제제를 조제 투약한 경우에는 퇴원환자 조제료, 외래환자 조제·복약지도료, 입원환자 조제·복약지도료 소정점수의 50%를 제제료로 별도 산정
- (3) 요양급여규칙 제5조의3(동일성분 의약품의 중복 처방·조제 제한) 가입자 등이 3개 이상의 요양기관을 방문하여 동일한 상병(傷病)으로 동일성분 의약품을 처방·조제 받을 수 있는 일수는 6개월 동안 215일 미만으로 한다.

7) 주사료 산정지침

- (1) 주사 시 사용된 주사재료대(1회용 주사기, 1회용 주사침, 나비침, 정맥내 유치침, 수액세트, 혈액 bag 등)와 수혈에 소요되는 약제 및 재료대는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니함
- (2) 만1세 미만의 소아에 대하여는 주사료 소정점수의 50%를, 만1세 이상 만6세 미만의 소아에 대하여는 주사료 소정점수의 30%를 가산(다만, 피하 또는 근육내주사, 생물학적제제 주사, 수액제 주입로를 통한 주사, 항암제 피하내주사, 급속항온주입은 그러지 아니한다)

8) 마취료 산정지침

- (1) 신신생아 마취시에는 마취료 소정점수의 100%를 가산하며, 만1세 미만의 소아의 경우에는 마취료 소정점수의 50%를, 만1세 이상 만6세 미만의 소아 또는 만70세 이상의 노인의 경우에는 마취료 소정점수의 30%를 가산한다.
- (2) 18시~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 마취를 행한 경우 소정점수의 50% 가산
- (3) 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취의 비용은 별도산정하지 아니함
- (4) 마취과 전문의를 초빙하여 마취를 실시한 경우 마취과 전문의의 성명, 주민등록번호, 전문의 자격번호를 기재하고 마취과 전문의가 서명 또는 날인한 마취기록지 사본을 요양급여비용명세서에 첨부해야함. 단, 종합병원인 요양기관 또는 마취과 전문의가 상근하고 있는 병, 의원급 요양기관은 제외
- (5) 마취관리기본료는 1시간 기준으로 산정하고, 1시간을 초과하여 마취관리를 지속시킨 경우 매15분 증가할 때마다 마취유지료를 별도 산정

9) 이학요법

구분	기본 물리치료	단순재활치료	전문 재활치료
인력	모든 진료과 의사, 물리치료사	재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과, 일반외과, 흉부외과, 마취통증의학과 전문의 + 물리치료사	재활의학과 전문의 전공의, 물리치료사 또는 해당분야 전문치료사
시설·장비	○	○	○
진료기록부 기재	○	○	○
수가항목	사101~사106	사110~사121	사121~사141
	<ul style="list-style-type: none"> • 표층열치료(온습포, 적외선치료 포함) • 한냉치료 • 심층열치료(1일당) • 자외선치료(1일당) • 경피적전기자극치료 • 마사지치료(1일당) • 단순운동치료(1일당) 	<ul style="list-style-type: none"> • 파라핀욕(1일당) • 수치료 • 간헐적 견인치료 • 전기자극치료 • 간섭파전류치료 • 재활저출력레이저치료(1일당) • 운동치료(1일당) • 운동점차단술(근육당) • 압박치료(1일당) 	<ul style="list-style-type: none"> • 풀치료(1일당) • 중추신경계발달재활치료 • 작업치료 • 일상생활 동작 훈련치료(1일당) • 신경인성 방광훈련 치료 • 기능적전기자극치료 • 근막동통유발점 주사자극치료(1일당) • 재활사회사업 • 호흡재활치료(1일당) • 재활기능치료 • 연하장애재활치료

10) 정신요법 산정지침

- (1) 정신건강의학과 전문의가 정신건강의학과 환자에게 행한 경우 산정, 반드시 분류항목 별 치료행위에 관한 내용을 진료기록부 등에 기록한 경우 산정할 수 있다.
- (2) 다음 분류 항목은 정신건강의학과 전문의 지도하에 정신건강의학과 전공의가 실시한 경우에도 산정
 - ① 심층분석요법, 분석집단정신치료, 약물이용면담 (3년차 이상 전공의)
 - ② 지지요법(아-1-가), 집중요법(아-1-나), 가족치료(아-3), 전기충격요법(아-7), 지속적 수면요법(아-8) [1,2년차 전공의도 가능]

11) 처치 및 수술 산정지침

- (1) 18~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 처치 및 수술을 행한 경우 소정점수의 50% 가산. * 이 경우 해당 처치 및 수술을 시작한 시간(착수시간)을 기준하여 산정
- (2) 응급의료에 관한 법률에 의한 응급의료관리로 산정대상 응급환자에게 소정점수의 50% 가산
- (3) 처치 및 수술료에 기재되지 아니한 간단한 처치 및 수술의 비용은 기본진료료에 포함되므로 산정하지 아니함
- (4) 처치 및 수술료에 기재되지 아니한 처치·수술로서 (3)에 해당되지 않는 처치 및 수술료는 가장 비슷한 처치 및 수술 분류항목의 소정점수에 의하여 산정
- (5) 대칭기관에 관한 처치 및 수술 중 “양측”이라고 표기한 것은 “양측”을 시술할지라도 소정점수만 산정 * 편측은 검사, 양측은 처치 * 편측표기: 모두산정(각각), 양측표기: 소정점수만 산정(한번만)
- (6) 동일 피부 절개하에 2가지 이상 수술을 동시에 시술한 경우 주된 수술은 소정점수에 의하여 산정(100%), 제2의 수술부터는 해당 수술 소정점수의 50%산정, 상급종합병원·종합병원은 해당 수술 소정점수의 70%를 산정한다. 다만, 주된 수술 시에 부수적으로 동시에 실시하는 수술의 경우에는 주된 수술의 소정점수만 산정
- (7) 경부림프절청소술은 소정점수의 50% 별도산정
- (8) 근접하고 있는 다발성 절종을 수개처에서 절개한 경우나 동일 검내에 존재하는 맥립종, 산립종의 수술 등은 1회 절개로 간주
- (9) 수술을 개시하였으나 부득이한 사유로 그 수술을 중단하여야 할 경우 수술의 중단까지와 시술상태가 가장 비슷한 항목의 수술료를 산정
- (10) 처치 및 수술 등에 레이저를 이용한 경우 소정점수만을 산정
- (11) 처치 및 수술 시에 사용된 약제 및 치료재료대는 소정저수에 포함되므로 별도산정 안함
 다만, 다음의 경우 “약제 및 치료재료의 구입금액에 대한 산정기준”에 의하여 별도 산정한다.
 - 인공식도
 - 인공심장판막

- 인공심폐회로
- 인공심박기
- 인조혈관
- 인공관절
- 골, 관절의 수복 또는 결손보철용 인공재료(체내유치)
- 인공수정체
- 조직대용인조섬유포
- 1회용 혈산화기
- 동정맥간도회로
- 경정맥용 심박기도선전극
- 심근부착용 심박기도선전극
- 심장수술용 카테타
- 혈관내수술용 카테타
- 체내고정용 나사, 고정용 금속핀, 고정용 금속선, 고정용 못
- 지속적주입, 지속적배액 및 지속적 배기용도관(체내유치)
- 고정용 신축성 붕대(=탄력붕대)
- 피부과 처치 또는 화상 처치 시 사용된 연고

(12) 다만, 22시~06시에 분만을 시행한 경우에는 소정점수의 100%를 가산한다.

12) 캐스트 산정지침

- (1) 만1세 미만의 소아에 대하여는 50%, 만1세 이상 만6세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 30% 가산
- (2) 18~09시, 공휴일에 응급진료가 불가피하여 시술을 행한 경우 소정점수의 50% 가산
- (3) 기재되지 아니한 시술료는 기재되어 있는 시술 중에서 가장 비슷한 분류항목의 소정점수로 산정
- (4) 캐스트에 사용되는 석고붕대 또는 합성캐스트(scotch)는 실사용 갯수 및 규격에 불문하고 부위별 및 시술방법에 따라 정한(부위별 석고붕대 사용기준) 또는 (부위별 합성캐스트 사용기준)에 의함
- (5) 캐스트에 사용되는 재료중 석고붕대, 합성캐스트, 외고정용 소모성 치료재료(합성수지 splint, 석고 splint roll), Cast heel, 고정용 신축성 붕대의 재료대는 별도산정 Stockinet, Cotton bandage, Cast wire, Cast remove wire 등의 재료대는 소정캐스트료에 포함되므로 별도산정 아니함
- (6) 외고정용 소모성 치료재료(합성수지 splint)는 치료기간 중 1회만 산정
- (7) Cast heel, 고정용 신축성 붕대는 실사용한 개수 및 규격에 따라 산정

※ 석고붕대 크기 적용: "6" 기준으로 되어있으나 "3"이나 "4" 사용 시에는 그 개수 비율을 1:1.5 기준으로 인정

13) 보건기관의 진료수가 산정지침

- (1) 보건기관의 진료수가는 방문당
- (2) 방문당이란 수진자가 보건기관을 방문하여 진료를 받는 경우 또는 진료 요청에 의해서 의료 인력이 환자 가정을 방문하여 진료를 행하는 경우를 말함. 환자의 성별, 연령, 특성, 질병의 종류, 합병증 유무, 진료소요시간 등을 불문함
- (3) 방문당 수가는 초진 또는 재진을 구분하지 아니하며, 동시에 2가지 이상의 상병에 대하여 각각 진료를 행한 경우에도 방문당 수가는 1회만 산정
- (4) 조산료는 보건기관에 방문하거나 조산 요청에 의하여 의료인력이 환자 가정을 방문하여 조산한 경우에 산정
- (5) 보건지소에 방사선진단과 임상병리검사를 실시할 수 있는 시설 및 장비를 보유하고 방사선사와 임상병리사가 상근하며 해당 의료기사 업무에 종사하는 경우 보건소의 수가를 산정

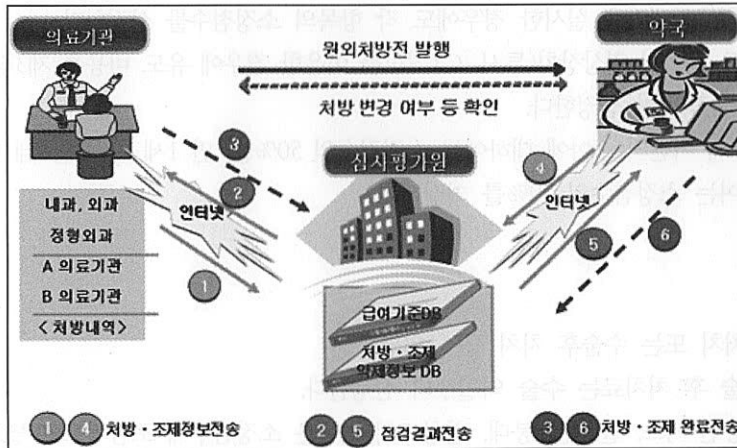
14) 식이(食餌: Diet)

- ① NPO는 Nothing Per Oral(Os)(=nothing by mouth:금식: 禁食)이다.
- ② RD는 Regular Diet, Normal Diet, General Diet(정식, 일반식)이다. 식품의 종류나 양에 크게 제한 없이 영양적으로 균형이 있도록 하되, 과식이나 튀김음식, 자극이 강하고 양념이 첨가된 음식은 제한해야 한다.
- ③ SD는 Soft Diet(연식: 죽)이다. 연식은 씹기 쉬운 음식이 필요한 환자에게 사용되며 수술 후 위장장애, 회복기환자, 부족한 영양소 보충, 채소나 과일, 연한 육류를 채택한다.
- ④ LD는 Liquid Diet(유동식)이다. 음식을 삼키기 곤란한 환자, 수술 후의 환자, 급성고혈환자 등 영양소를 농축한 액체음식이 필요할 때 쓰인다. 유동식에는 Soup, 미음(米飮), 밥물 등이 있다.
- ⑤ 일반식 가산: 영양사, 조리사, 직영
 - 직영 가산 산정 기준: 당해 요양기관에서 급식시설을 직접 운영하여야 함. 또한, 입원환자 식사에 필요한 인력은 환자식 제공업무를 주로 담당하는 요양기관 소속이어야 하며, 영양사가 1인 이상 상근하는 경우에 한하여 산정
 - 시행일자: 2016년 6월 15일(수)
 - 금액: 200원
- ⑥ 본인부담: 기본식 50%, 가산항목: 50%
- ⑦ 중증질환자(암, 신장질환 등): 기본식대의 10%
- ⑧ 기본식대 무료(자연분만 산모, 6세 미만 아동): 가산항목 50%

15) DUR(Drug Utilization Review) 이란?

- ① DUR(의약품 처방·조제지원서비스)은 의사·약사의 안전하고 적절한 의약품 사용과 국민에게 약을 안전하게 복용할 수 있도록 하는 서비스이다.

- ② 환자가 여러 명의 의사를 방문할 경우 의사와 약사는 환자가 복용하고 있는 약을 알지 못하고 처방·조제하여 환자가 약물 부작용에 노출 될 수 있다. 즉, 의약품 처방·조제 시에 병용금지 등 안전성 관련 정보를 실시간 제공하여 부적절한 약물 사용을 사전에 차단하는 제도를 말한다.



16) 치료(진료용)재료

- ① 건강보험 요양급여대상 진료(치료)재료는 보건복지부장관이 정하여 고시하는 상한금액 내에서 실구입가로 산정한다.
- ② 산정불가 진료재료 : 재료대는 별도로 산정할 수 없다.
- ③ 비급여 재료 : 실구입가 내지 요양기관 일반수가로 산정한다.

17) 검사료 가산율

- ① 신경학적 검사
 - 가. 일반검사 Routine
 - 신경계의 질환에만 한정하되 월 1회 이상 실시 하더라도 1회만 산정한다.
 - 만1세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 50%를, 만 1세 이상 만6세 미만 소아에 대하여는 소정점수의 30%를 가산한다.
- ② 내시경 검사
 - 기기(Scopy, Ficroscopy, Microscopy)의 종류를 불문하고 소정점수를 산정한다.
 - 만1세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 50%를, 만 1세 이상 만6세 미만 소아에 대하여는 소정점수의 30%를 가산한다.
 - 내시경하 생검을 하는 경우 해당 내시경 점수의 20%를 산정한다.
- ③ 천자
 - 천자를 치료목적(약물주입 또는 지속적인 배액)으로 실시한 경우에는 본 분류항목 소정

점수의 30%를 가산한다.

- 만1세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 50%를, 만 1세 이상 만6세 미만 소아에 대하여는 소정점수의 30%를 가산한다.

④ 일반생검

- 세침흡인생검을 실시한 경우에도 각 항목의 소정점수를 산정한다.
- 유도 생검시 영상장치(투시, CT 등)를 이용한 경우에 유도 비용은 제3장 제1절 및 제2절에 의하여 산정한다.
- 만1세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 50%를, 만 1세 이상 만6세 미만 소아에 대하여는 소정점수의 30%를 가산한다.

18) 처치

① 일반처치 또는 수술후 처치 등 [1일당]

- 수술 후 처치료는 수술 익일부터 산정한다.
- 사용된 거즈, 탈지면, 붕대, 반창고의 비용은 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.

② 피부과처치 [1일당]

- 피부연고 도포 등 단순한 피부 처치는 기본진료료에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.
- 사용된 거즈, 탈지면, 붕대, 반창고의 비용은 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.

③ 화상처치

- 화상부위가 수개 부위일 경우에는 수개 부위의 화상범위를 합하여 아래 항목에 의거하여 산정하되 화상범위 산정시 1도 화상 범위는 제외한다.
- 사용된 거즈, 붕대의 재료대는 별도 산정하되 탈지면, 반창고 등의 비용은 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.

④ 피부과처치 [1일당]

- 피부연고 도포 등 단순한 피부 처치는 기본진료료에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.
- 사용된 거즈, 탈지면, 붕대, 반창고의 비용은 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.

⑤ 화상처치

- 화상부위가 수개 부위일 경우에는 수개 부위의 화상범위를 합하여 아래 항목에 의거하여 산정하되 화상범위 산정시 1도 화상 범위는 제외한다.
- 사용된 거즈, 붕대의 재료대는 별도 산정하되 탈지면, 반창고 등의 비용은 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.

V

요양급여비용 청구

1. 요양급여비용 청구개요

1) 요양급여비용 청구인과 작성자

국민건강보험법(47조) 시행규칙(11~14조)

- 청구인: 요양기관의 대표자
- 작성자: 성명 및 생년월일 기재하고 서명 또는 날인
만약 2인 이상이 공동으로 작성한 경우 작성책임자만 기재한다.

2) 요양급여비용 명세서 청구 방법

- ① 정보통신망 - EDI(전자문서 교환방식; Electronic Data Interchange)
- ② 전산매체 - Diskette(디스켓)
- ③ 서면 - 요양급여비용 명세서

※ 청구방법은 정보통신망, 전산매체, 서면 중 1개만 선택하며, 청구방법 변경 시에는 사전에 건강보험심사평가원에 통보

▶ 의약품 구입 내역 목록 제출

시장형 실거래가격제도 실시(2010.10.1일)로 인해 의약품 구입내역신고 전면 폐지

3) 요양급여비용 청구처

(1) 건강보험심사평가원 본원 청구 요양기관

- 상급종합병원 ▷ 종합병원 ▷ 치과대학부속 치과병원 ▷ 한방병원

(2) 건강보험심사평가원 지원 청구 요양기관

- 병원 ▷ 치과병원 ▷ 요양병원 ▷ 의원 ▷ 치과의원 ▷ 한의원 ▷ 보건의료원 ▷ 보건소
▷ 보건지소 ▷ 보건진료소 ▷ 조산원 ▷ 약국

(3) 병원·의원급 영양기관 소재지역권별 청구처

관할 지역	청구처
서울	건강보험심사평가원 서울 지원
경기 북부, 강원	건강보험심사평가원 의정부 지원
경기 남부, 인천	건강보험심사평가원 수원 지원
부산, 제주	건강보험심사평가원 부산 지원
대구, 경북	건강보험심사평가원 대구 지원
광주, 전남	건강보험심사평가원 광주 지원
전북	건강보험심사평가원 전주 지원
대전, 충남, 충북, 세종	건강보험심사평가원 대전 지원
경남, 울산	건강보험심사평가원 창원 지원
인천	건강보험심사평가원 인천 지원

4) 청구시기<요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 제9조>

① 요양급여비용 청구시기

▶ 서면, 전산매체

1. 외래(내원일), 입원(퇴원일)이 속한 날의 다음 달 초일부터 월별로 청구

▶ 정보통신망(EDI)

1. 입원진료 - 퇴원일 이 속한 날의 다음 주 월요일부터 주1회 청구할 수 있음
2. 외래 진료(약국포함)는 내원일이 속한 날의 다음 달 초일부터 월별로 청구

② 장기입원(30일 초과) - 월(月)단위로 분할 청구

구분	정보통신망(EDI)	전산매체(diskette)	서면(명세서)	비고
입원	주1회	○	○	○ 다음 달 초일~
외래	○	○	○	

5) 의약품 구입자료 제출 시기

- ① 매분기 첫째달 14일까지 전 분기에 구입한 의약품의 구입내역을 목록표로 건강보험심사평가원에 제출
- ② 처음 구입한 의약품이거나 반품 후 다시 구입한 의약품
해당 의약품을 처음 사용한 진료분의 요양급여비용명세서 접수 7일전까지 목록표를 제출
- ③ 치료재료, 조제·제계약 등에 대한 구입내역 - 요양급여비용 명세서 접수전에 제출

6) 명세서 구분

(1) 진료분야 구분 - 진료과별, 이과와 치과

- 가. 상급종합병원, 종합병원 요양급여비용명세서의 진료분야별 편철 순서

- ① 내과분야: 내과, 정신건강의학과, 신경과, 결핵과, 영상의학과, 방사선종양학과, 가정의학과, 산업의학과(8개과)
- ② 외과분야: 외과, 흉부외과, 신경외과, 정형외과, 성형외과, 재활의학과, 미취통증의학과, 응급의학과(8개과)
- ③ 산부인과, 소아청소년과 분야
- ④ 안과, 이비인후과 분야
- ⑤ 피부과, 비뇨기과 분야
- ⑥ 치과의 순서로 편철한다.

나. 치과는 구강외과, 치과보철과, 치과교정과, 소아치과, 치주과, 치과보존과, 구강내과, 구강악안면방사선과, 구강병리과, 예방치과 순서로 편철한다.

다. 한방은 한방내과, 한방부인과, 한방소아과, 한방안·이비인후·피부과, 한방신경정신과, 침구과, 한방재활의학과, 사상제질과, 한방응급과 순서로 편철한다.

- (2) 입원과 외래 구분
- (3) 외래 본인일부부담금 구분(정률, 정액)

7) 서류보관

- (1) 근거: 국민건강보험법 시행규칙 제46조
- (2) 보관대상: 심사청구서와 명세서 - 5년
- (3) 요양급여의 소멸시효 - 3년

8) 한글전용

- (1) 서류기재사항 - 심사청구서, 명세서 및 요양 급여비용 청구에 필요한 서류 한글과 이라비아 숫자로 정확하게 기재
- (2) 의학용어 등 특수한 용어가 필요한 경우에는 영문 또는 한문으로 표기

예) 흉부 P-A(후전촬영; PosteroAnterial)

예) 코뼈(비골; 鼻骨; nasal), 종아리뼈(비골; 腓骨; fibular)

9) 끝수(단수)계산

- (1) 근거: 국민건강보험법 제107조
- (2) 대상: 심사청구서와 명세서
- (3) 내용

- ① 요양급여비용 총액, 청구액은 10원 미만의 단수가 있을 때에는 그 단수는 계산하지 아니한다.
- ② 본인일부부담금은 외래 100원 미만 절사, 입원 10원 미만 절사

- ③ 상대가치점수 - 10원 미만(未滿) 4사5입(4捨5入)
- ④ 가산율(加算率) - 원 미만(未滿) 4사5입(4捨5入)

2. 명세서 세부 작성요령

1) 증번호 - 국민건강보험공단 발행

“증번호”를 기재한다.

2) 가입자, 수진자 및 주민등록번호

가입자 성명은 건강보험증에 기재된 가입자(세대주)의 성명을 기재한다.

- ※ 건강보험증과 주민등록증상의 주민번호가 서로 다른 경우에는 ‘특정내역(기재)란’에 주민등록상의 주민번호도 동시에 기재한다.
- 신생아로서 건강보험증에 등재확인을 받지 못한 경우에는 “수진자 성명”란에 산모이름과 신생아임을 구분할 수 있도록 “아기”를 함께 쓰거나 “이름”을 쓰고, “주민등록번호”란에는 앞부분에 생년월일과 뒷부분은 남이는 “3”, 여이는 “4”로 기재한다. 다만 쌍태아의 경우에는 “주민등록번호”란의 끝자리에 첫째 아이는 “1”, 둘째 아이는 “2”를 기재한다.

3) 상병명 및 상병분류기호

통계청 고시에 의한 ‘한국표준질병·사인분류’의 상병명 및 분류기호를 주상병, 부상병, 배제진단 순으로 기재(영문자는 반드시 대문자로 기재, ‘·’ 또는 *, † 등 특수기호는 기재 생략)한다. 이 경우 ① 주상병은 반드시 첫 번째 자리(제1단)에 기재하여야 하며, ② 주상병과 함께 있었거나 발생된 병태로서 환자 진료에 영향을 주었던 병태(부상병)는 두 번째 자리(제2단)부터 중요도 순으로 기재한다. 또한, ③ 배제진단(상병명을 최종 확진한 경우 이전에 고려되었던 R/O 상병 등)은 상병명에 배제진단임을 별도 명시한다.

4) 특정내역 등 기재

상해외인, 특정기호, 의약분업예외구분코드, 100분의100본인부담급여내역 등 특정의 진료(조제)내역 및 청구내역에 대한 추가적 기술사항 등이 있을 경우에는 “특정내역구분코드”에 따라 해당 구분코드 및 내역을 “특정내역기재란”에 기재한다. 다만, 서면청구인 경우의 상해외인, 특정기호, 의약분업예외구분코드는 각 호와 같이 해당 항목란에 각각 기재하고, 그 외 100분의100본인부담내역, 신생아체중 등 특정의 진료(조제)내역 및 청구내역에 대한 추가적 기술사항 등은 “특정내역”란에 기재한다. 또한, 의료기관에서 발행하는 처방전의 ‘조제시 참고사항’란에는 ‘본인일부부담금 산정특례에 관한기준’에 의한 특정기호, ‘공상 등 구분’, ‘상해외인’ 등 환자부담율 산정과 관련된 환자정보를 함께 기재한다.

(1) 상해외인

가. “한국표준질병·사인분류” 제20장에 의거 상병의 원인에 해당되는 분류기호 중 영문 첫 자리(V, W, X 또는 Y)만 기재한다.

V01~X59 accident(사고)	Y10~Y34 고의, 미확인사건 event
V01~V99 운수사고 Transport accidents	Y35~Y36 법적개입 및 전쟁확인 legal & war
W00~X59 불의의 손상 injury	Y40~Y84 합병증(외과) complications
X60~X84 의도적 자해 self - harm	

나. 특정 입원기간 중 발생한 타 진료분 등 다음에 해당하는 경우 해당 상해외인 코드를 기재한다.

- ① 의과, 치과, 한의과가 개설된 병원급이상 의료기관 및 보건의료원에서 의과(치과, 한의과) 입원기간 중 한의과(의과, 치과) 협의 진료로 별도의 명세서 작성 시 C
- ② 자연분만으로 인한 동일 입원기간 중 발생한 타 상병 진료로 별도의 명세서 작성 시 D
- ③ 차상위(장애인) 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자의 정신건강의학과 입원진료 중 다른 진료과목 전문의 진료 및 의료급여 수급권자의 정신건강의학과(다른 진료과목) 입원진료 중 다른 진료과목(정신건강의학과) 전문의 진료로 별도로 명세서 작성 시 E
- ④ 중증질환자 및 희귀난치성질환자가 해당 산정특례 대상 상병(합병증 포함)과 동시에 타 상병 진료로 별도의 명세서를 작성하거나 타 상병 치료에 대한 진료기간 중 해당 산정특례 대상 상병(합병증 포함) 진료로 별도의 명세서 작성 시 F
- ⑤ 본인부담금 면제대상 신생아 입원 진료분으로 산모 입원 명세서와 별도 작성 시 G
- ⑥ 의료급여 수급권자 및 차상위(장애인) 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자가 외래에서 의사 진찰없이 예약된 검사만을 실시하여 그 해당 내역을 별도 명세서로 작성 시 H
- ⑦ 희귀·난치성질환 지원대상자(공상 등 구분 ‘H’)가 의료비 지원대상(합병증 포함)과 동시에 타 상병 진료로 별도의 명세서를 작성하거나 타 상병 치료에 대한 진료기간 중 지원대상 상병(합병증 포함) 진료로 별도의 명세서 작성 시 I
- ⑧ 의료기관에 소속된 촉탁의 또는 협약의료기관의 의사가 해당 의료기관이 아닌 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설(「노인장기요양보험법」에 따른 장기요양기관을 포함)내에서 시설입소자(사회복지시설에서 숙식하는 자를 뜻함)에게 진료 후 원외처방한 경우(약국의 처방조제 포함), 촉탁의가 소속된 의료기관(또는 협약의료기관) 및 사회복지시설이 모두 의약분업예외지역에 해당되어 사회복지시설에서 진료 후 의료기관에서 원내조제하거나 한의사가 원내조제한 경우, 의료기관에 소속된 촉탁의(또는 협약의료기관 의사)가 사회복지시설에서 의료급여 수급권자인 정신질환자를 진료 후 의료기관에서 원내 직접조제·투약한 경우 J

(2) 특정기호: 만성신부전증환자, 암환자, 조혈모세포이식대상질환자, 혈우병환자, 장기(간장, 심장, 췌장)이식환자 등 “특정기호코드”에 해당되는 기호를 기재한다.

구분	특정기호
인공신장투석 시	V001
계속적 복막관류술 시	V003
신이식술후 조직이식 거부반응 억제제 투여 시	V005
고엽제후유증 질환자	V006
고셔질환자의 효소대치법 억제투여 시	V007

(3) 의약분업 예외 구분코드: 의약분업 예외사항 발생으로 의료기관 또는 보건기관인 요양기관에서 자체 조제·투약하는 경우에는 “의약분업 예외 구분코드”에 해당되는 코드를 기재한다.

구분	코드	의약분업 예외사유
지역	01	약국이 없는 지역, 재해발생지역, 보건기관중 예외기관
환자	11	응급환자
	13	정신보건법에 의한 정신요양시설에 수용중인 정신질환자 및 정신분열증·조울증 등 자신 또는 타인을 해할 우려가 있는 정신질환자
	15	전염병예방법에 의한 제1종 전염병환자
	17	국가유공자등에우미지원에 관한법령에 의한 상이등급 1급내지 3급 해당자
	19	장애인복지관련법령에 의한 1급·2급 장애인 및 이에 준하는 장애인 고엽제후유증환자 지원 등에 관한 법령에 의한 고도장애인
	21	파킨슨질환자, 나병환자
	23	장기이식을 받은 자, 후천성면역결핍증환자
	25	사회복지사업법에 의한 사회복지시설 입소자
	27	가정간호대상자, 방문 보건 의료사업 대상자
	29	협진(한양방, 양한방, 양양방)환자
약품	41	전염병예방접종약, 진단용의약품
	43	결핵예방법에 의하여 결핵치료제를 투여하는 경우
	45	의료기관 조제실 제제·임상시험용 의약품·마약·방사성의약품·신장투석액 및 이식 등 투약을 위하여 기계·장치를 이용하거나 시술이 필요한 의약품·식품의약품 안전청장이 정하는 희귀의약품
	51	운반 및 보관중 냉동·냉장 또는 차광을 필요로 하는 주사제
	52	주사약제(약사법 개정 법률 제6511호, 2001.8.14) 2001.11.15일 부터
	53	항암제중 주사제
	55	검사를 위하여 필요하거나 수술 및 처치에 사용하는 의약품(마취약제)
	57	예외약제와 동시 투여하는 약제
기타	61	국군의료시설 및 경찰병원에서 그 업무수행으로서 군인환자 및 경찰환자에 대하여 조제하는 경우 등
	99	수혈

5) 진료과목

실제 진료를 받은 진료과목(병원급 이상 요양기관) 또는 상병명에 해당되는 진료 과목(의원급 요양기관)을 “진료과목별 코드”에 따라 기재하되, 진료과목이 2개 이상에 해당되는 경우에는 이를 모두 기재한다.

※ 내과 세부 전문과목

진료과목	코드번호	진료과목	코드번호
내과 통합	00	신장내과	05
소화기내과	01	혈액종양내과	06
순환기내과	02	감염내과	07
호흡기내과	03	알레르기내과	08
내분비·대사내과	04	류마티스내과	09

6) 당월 요양개시일

당해 요양기관에 해당 상병의 요양급여를 위하여 그 달에 최초 내원(입원)한 연, 월, 일을 기재하고, 30일을 초과한 입원요양급여비용의 분리청구시에는 “최초 입원개시일”란에 해당 상병의 요양급여를 위해 최초 입원한 연, 월, 일을 기재한다.

7) 내원일자(일자별 청구기관에 해당)

당해 요양기관에 해당 상병의 요양급여를 위하여 내원한 일자를 기재하며, 동일인에게 초진 및 재진을 1일에 2회 이상 행하고 초·재진 진찰료를 2회 이상 산정하는 경우에는 명세서 ‘특정내역’란에 그 사유를 기재한다.

8) 당월요양급여일수(일자별 청구기관의 경우는 ‘요양급여일수’)

해당 상병으로 당월(당일)에 요양급여를 받은 실 일수를 기재하며, 입원 또는 내원일수에 투약일수(의료기관의 경우 원내투약일수)를 산입하여 산정한다. 이때 입원 또는 내원일수와 투약일수가 중복될 때에는 1일로 계산한다.

▶ 동일인에 대한 정률제와 정액제가 적용될 경우 요양개시일- 해당 명세서의 각각 최초 진료일자

9) 진료결과

계속(1): 명세서상 최종진료일 당시 입원중이거나 계속내원이 예정된 경우(Continue)

이송(2): 다른 요양기관으로 진료를 의뢰한 경우(Referral)

회송(3): 당초 의뢰한 요양기관 또는 1단계 요양기관으로 보낸 경우(Transfer)

사망(4): 요양기관내에서 사망이 확인된 경우(Expired)

퇴원, 외래치료 종결(9): 퇴원 또는 외래치료 종결인 경우(Discharge & The other)

10) 진료코드

(1) 진료코드

코드는 수가, 준용, 보험등재약 및 동 의약품의 일반(성분)명, 원료, 조제(제제)약, 치료재료로 분류되며, 각각의 코드는 다음과 같은 코드 구분자를 갖는다.

(양방)

수가(공수수가 포함): 1	원료, 조제(제제)약: 4
준용: 2	보험등재약의 일반(성분)명: 5
보험등재약: 3	협약재료: 7
치료재료: 8	

(2) 의약품코드

가. 코드사용

보험등재의약품 및 동 의약품의 일반(성분)명 코드는 “건강보험약가기준액표”에 등재된 코드를 사용하고 원료약, 조제(제제)약은 건강보험심사평가원에서 부여한 코드를 사용하며 한방은 한약제 제약가표와 기준처방별 가격표에 등재된 품목에 부여한 코드를 사용한다.

나. 보험등재약

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

①~④: 일련번호 ⑤~⑥: 합량구분

⑦ : 투여경로(A: 내복약, B: 주사제, C: 외용제)

⑧~⑨: 제형구분(일반정제, 서방정제, 시럽제, 액제, 산제 등)

의약품	- 일반의약품	A
	- 향정의약품제조업	G

<예시>

항	목	코드 구분	코드	분류명	단가	일투	총투	금액	예외 구분
03	01	3	A01502211	멕소롱	9	6	2	108	11

※ 항-03(투약), 목-01(내복약), 구분 3-보험 등재약, A- 일반의약품

(3) 치료재료 코드

치료재료 코드는 재료 제조자 또는 수입자가 건강보험심사평가원으로부터 사전 인정받은 코드

를 사용한다.

(4) 수가 코드

기본코드는 각 장별 분류행위에 부여된 코드(주항목 포함)를 사용하고, 각 장의 산정지침이나 절의 “주”에 의하여 가산 또는 감산하면서 산정코드로 표현하도록 한 경우는 요양기관이 조합하여 8자리 코드를 사용한다.

예) 코뼈(비골)촬영 2매: G1002,

코뼈(비골)촬영 2매, 만8세 미만: G1002300

11) 요양급여 내역과 처방 내역(명세서 중단 우측)

- (1) 처방전 교부번호 및 점검번호, 처방일수
- (2) 처방내역
- (3) 요양급여의 내역

12) 기본진료, 약제, 특정재료, 진료행위

(1) “기본진료, 약제, 특정재료(Ⅰ)”란은

기본진료료, 의약품관리료, 약제, 치료재료 및 혈액 등 요양기관 종별 가산율이 적용되지 아니하는 비용을 기재

(2) “진료행위(Ⅱ)”란은 요양기관 종별 가산율이 적용되는 비용을 기재

13) 요양급여 내역

- (1) 진찰료, 입원료(식대 포함), 투약료 및 처방전, 주사료, 마취료, 이학요법료, 정신요법료, 처치 및 수술료, 검사료, 영상진단 및 방사선 치료료, 요양병원 정액, 특수장비, 100분의100분 인부담, 비급여 순서로 코드, 분류, 상한가, 단가, 1회 투약량[3항(투약료 및 처방전), 4항(주사료) 의약품인 경우만 해당. 단, 한방은 제외], 1일 투여량 또는 투여(실시)횟수, 총투여 일수 또는 실시횟수, 금액, 약제상한차액을 각각 기재하되, 100분의100분인부담 및 비급여는 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자 진료분에 한하여 기재한다.
- (2) 치료재료를 구입·사용한 경우에는 “치료재료구입목록표(별지 제8호 서식)”를 작성하여 심사평가원에 요양급여비용 청구전에 제출하여야 하며, 요양급여비용명세서 기재시 코드, 품명, 규격, 구입연월일, 수량, 구입가, 단가, 구입처, 제조회사를 정확히 기재하여야 한다.

14) 수가 계산

(1) 소 계

“1”란부터 “S”란까지의 (I)란의 합계금액과 (II)란의 합계금액을 각각 기재

(2) 가산율

요양기관종별 가산율을 기재하고, 가산금액란은 (II)란의 소계금액에 요양기관종별 가산율을 곱한 금액으로 기재하되, “원” 미만은 4사5입

(3) 요양급여비용 총액

(I)란과 (II)란의 소계와 가산금액을 합한 총금액에서 10원미만은 절사한 금액을 기재

(4) 본인일부 부담금

요양급여비용 총액에 요양기관 종별, 요양급여 형태별 본인일부부담률을 곱한 금액에서 입원은 10원 미만은 절사한 금액을 기재하고 외래는 100원 미만을 절사한 금액을 기재

(5) 청구액

“13. 요양급여비용 총액”에서 국민건강보험법 시행령 별표2, 동법 시행규칙 별표3 및 4에 의한 “14. 본인일부부담금”을 공제한 금액을 기재하며, 차상위 장애인 만성질환·18세미만 본인부담경감대상자의 경우는 “13. 요양급여비용 총액”에서 “14. 본인일부부담금”과 “20. 장애인의료비”를 공제한 금액으로 기재한다. 단, 보훈위탁진료 요양기관의 보훈 국비환자 중 상이처, 무자격자인 경우에는 ‘0’으로 기재한다.

15) 요양기관 종별 외래진료 본인부담

(1) 65세 미만 연령의 경우

기관종별	소재지	환자구분	본인부담액
상급종합병원	모든지역	일반환자	진찰료총액+(요양급여비용총액 - 진찰료총액)×60/100
		의약분업예외환자	진찰료총액+요양급여비용총액 - 약가총액 - 진찰료총액)×60/100+약가총액×30/100
종합병원	동지역	일반환자	요양급여비용총액×50/100
		의약분업예외환자	(요양급여비용총액 - 약가총액)×50/100+약가총액×30/100
	읍면지역	일반환자	요양급여비용총액×45/100
		의약분업예외환자	(요양급여비용총액 - 약가총액)×45/100+약가총액×30/100
병원	동지역	일반환자	요양급여비용총액×40/100
		의약분업예외환자	(요양급여비용총액 - 약가총액)×40/100+약가총액×30/100
	읍면지역	일반환자	요양급여비용총액×35/100
		의약분업예외환자	(요양급여비용총액 - 약가총액)×35/100+약가총액×30/100
의원	모든지역	요양급여비용총액×30/100	

(2) 65세 이상 연령의 경우

① 기관종별	요양급여비용 총액(2018. 1. 1. 시행)	본인부담
의원	15,000원 이하	1,500원
	15,000원 초과 ~ 20,000원 이하	10%
	20,000원 초과 ~ 25,000원 이하	20%
	25,000원 초과	30%

② 약국의 경우: 요양급여비용총액이 10,000원 미만은 1,200원, 단, 15,000원 초과 시 요양급여비용총액의 30%를 본인부담

(3) 6세 미만의 아동의 경우

- 성인 본인부담율의 70% 적용(산정특례대상 포함) 단, 약국 직접조제분은 제외
- ① 코드착오(K) 등 청구오류 건에 대하여 요양기관과 심사평가원 간에 요양급여비용청구명세서 접수단계에서 수정 보완 처리가 가능토록 하는 시스템을 말한다.
- ② 요양기관에서 청구한 청구명세서를 심사평가원이 접수와 동시에 자동점검한 후 → A,F,K(수가, 재료, 코드)착오로 조정된 내역을 즉시 요양기관에 제공 → 요양기관이 이를 수정·보완하면 → 심사평가원에서 수정·보완된 내용을 토대로 전산자동점검을 재실행하여 심사에 착수하는 시스템을 말한다.

16) 요양급여비용 행위분류항목 및 건강보험 요양급여비용명세서 분류

건강보험요양급여비용의 내역 행위 분류번호(수가책)	요양급여비용 명세서	분류 항목
가	1	진찰료
가	2	입원료
나	9	검사료
다	10	영상진단 및 방사선 치료료
라	3	투약 및 조제료
마	4	주사료
바	5	마취료
사	6	이학요법료
아	7	정신요법료
자	8	처치 및 수술료
차	-	치과
카	-	조산원
타	-	보건기관
한	-	한방검사
하	-	한방 처치 및 수술료
약	-	약국

17) 건강보험 요양급여비용 가산·제감률(제)

분류	시간 (야간·공휴)	나이 (㉔1세미만, ㉔6세미만)	항목(횟수)
초진료	30%	㉔↓: 9.03점	치과 장애인: 9.03점
재진료	(기본초진료 기본재진료)	㉔↓: 3.61원	치과 장애인: 9.03점
입원료	(0~6시 입원 18~24시퇴원) 50%		<ul style="list-style-type: none"> 내과, 정신질환, 8세미만소아: 30% 강내, 옥소입원치료: 100% 간호인력 등급: 1등급: 50%, 2등급: 40%, 3등급: 30%, 4등급: 20%, 5등급: 10%
단순 영상진단		㉔↓: 15%	
특수 영상진단		㉔↓: 20%	<ul style="list-style-type: none"> C-T 조영제 주입후 판독: 10% 전문의판독: 10%
핵 의학		㉔↓: 15%	<ul style="list-style-type: none"> 전문의판독: 10% 정량분석: 30%
방사선 치료		①↓: 50%, ① - ㉔↓: 30%	
투약(조제료)		①↓: 50% ① - ㉔↓: 30%	
주사료			
마취료	50%	①↓: 50%, ① - ㉔ ↓, 70세 이상①↓: 50%, ① - ㉔↓: 30%: 30%, 신생아: 100%	<ul style="list-style-type: none"> 심폐체외 순환법, 일측폐 기환법, 고빈도제트 환기법, 개흉식 심장수술, 뇌종양, 뇌혈관 질환 개두술 마취: 30%
처치·수술	50%	신생아: 100%, ①↓: 50%, ① - ㉔ ↓, 70세 이상: 30%,	<ul style="list-style-type: none"> 제2수술: 50%(병·의원) 제2수술: 70%(상급, 종합병원)
응급처치료			응급의료법률(응급처치료): 50%
캐스트	50%	①↓: 50%, ① - ㉔ ↓: 30%	
치과	50%		
약국	30%	㉔↓: 100%(20시~07시) 토요일 09시~13시 전: 30%	
초진료 (의원, 약국)	★ 차등수가 → 1일~75일: 100%, 76일~100일: 90%, 101일~150일: 75%, 150일 이상: 50%		
재진료	물리치료, 주사, 검사, 영상진단: (재진 기본진찰료 49.09점 가산)		
입원료	★ 체감제 → 입원료, ICU, 격리실, 간호관리료: 16일~30일: 90%, 31일이상: 85%		

3. 요양급여비용 사후관리

1) 주요 요양급여비용 심사(조정)내역 사유별 코드

코드	내역
A	금액산정착오 조정(행위, 약제, 치료재료)
B	요양급여비용 적용착오 비용조정
C	요양급여기준 범위초과비용 조정
D	계산착오 금액 조정
E	비급여 또는 요양급여비용의 100분의100 본인부담항목 조정
F	구입증빙자료 미제출분 조정
G	중복청구 비용조정

2) 주요 요양급여비용 심사보류, 불능 및 반송 사유별 코드

반송 코드	세부코드	내역
01	15	청구서 한글코드 기재착오
03	02	청구서의 요양기관기호 기재누락 또는 기재 착오
07	01	진료년월 기재누락
심사불능 코드	세부코드	내역
02	05	증번호 기재누락
04	04	상병분류기호 기재 착오 또는 기재누락
08	01	요양개시일, 내원일자 기재누락 또는 기재 착오
10	02	수진자 주민등록번호 기재 착오 또는 기재누락
10	06	수진자 성명 기재 누락

3) 심사평가원 업무

- ① 요양급여비용의 심사
- ② 요양급여의 적정성에 대한 평가
- ③ 심사 및 평가 기준의 개발
- ④ 제1호 내지 제3호의 업무와 관련된 조사연구 및 국제협력
- ⑤ 다른 법률의 규정에 의하여 지급되는 급여비용의 심사 또는 의료의 적정성 평가에 관하여 위탁받은 업무
- ⑥ 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무
- ⑦ 기타 보험급여비용의 심사와 보험급여의 적정성 평가와 관련하여 대통령령이 정하는 업무

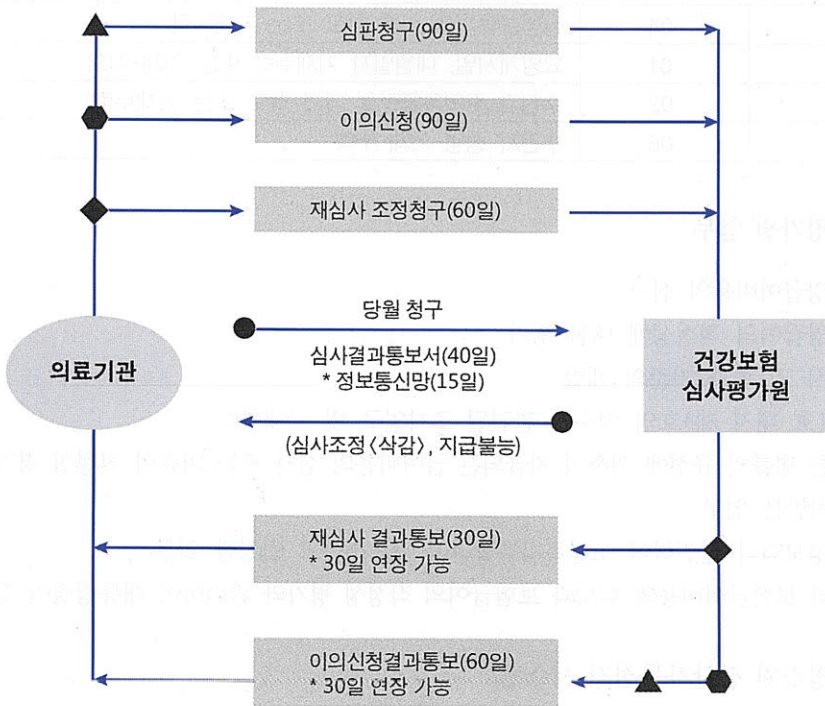
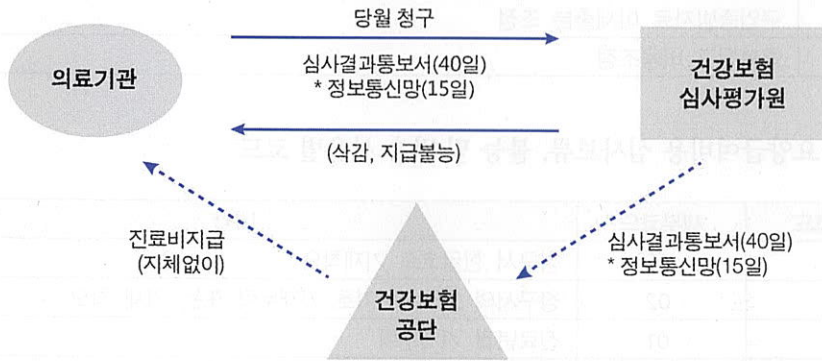
4) 심사평가원 전산자동점검 시스템

- (1) 금액산정착오(A), 증빙자료미제출(F), 코드착오(K) 등 청구오류 건에 대하여 요양기관과 심

사평가원 간에 요양급여비용청구명세서 접수단계에서 수정 보완 처리가 가능토록 하는 시스템을 말한다.

- (2) 요양기관에서 청구한 청구명세서를 심사평가원이 접수와 동시에 자동점검한 후 → A, F, K 코드로 조정된 내역을 즉시 요양기관에 제공 → 요양기관이 이를 수정·보완하면 → 심사평가원에서 수정·보완된 내용을 토대로 전산자동점검을 재실행하여 심사에 착수하는 시스템을 말한다.

5) 요양급여비용(진료비) 사후관리



6) 청구관리

(1) **당월청구:** 익월말까지 * 정보통신망(EDI) 입원 진료분은 주1회(진료한 다음 주 부트)

(2) **보완청구:** 주민번호 착오 등의 사유로 지급불능 처리된 건에 대한 사유를 보완하여 다시 청구하는 것으로 심사지급 불능 건(건강보험심사평가원)으로 10일 이내 청구

자격관리: 기관기호, 증번호, 주민등록번호, 상병명 기재 누락, 요양개시일 누락 등)

※ 진료비 심사결과 통보서상의 지급불능내역에 대해 보완한 후 재청구시 요양급여비용 명세서를 재작성 하되, 명세서 여백에 “붙은편”으로 당초 접수되었던 접수번호, 묶음번호, 심사치수, 재청구사유, 명세서 일련번호 등을 반드시 기재하여 청구해야 한다.

(3) **재청구:** 다시 청구한다는 것이며, 이의신청과 재심사 조정청구 및 심판청구가 해당됨

가. 재심사 조정청구: 심사조정(삭감) 건

A: 금액산정착오, B: 요양급여기준적용착오, C: 요양급여기준범위초과비용 조정

D: 계산착오, F: 구입증빙자료 미제출, G: 중복청구 K: 산정코드 착오, 누락 등

나. 이의신청: 재심사 조정청구 결과 이의신청

① 단순심사 → 자료보완 → 재 지급 (상병착오, 코드착오, 자료미제출 등)

② 의학적 심사 (진료내역 착오기재, 내역분석 등)

다. 심판청구: 이의신청 심사결과 심판청구 * 행정소송

(4) **추가청구:** 이미 청구를 마친 달에 대해 특정 환자의 특정일 진료내역 중 특정처치 또는 특정 재료 입력을 누락한 채로 청구한 것을 발견하고 누락 내역을 추가 입력한 후, 누락된 행위로 또는 재료에 대해서만 추가로 청구하는 것으로 진료내역 누락분을 3년 이내 (소멸시효)청구

예) 수술을 시행 하였는데 마취료가 누락 된 경우 등

(5) **정산 재청구:** 진료비 지급 이후 공단이나 요양기관의 이의신청에 의해 진료비를 환수하거나 추가지급

가. 자격관리: 기관기호, 증번호, 주민등록번호, 상병명기재 누락, 요양개시일 누락 등

나. 정률, 정액 착오, 중복청구, 의료급여청구, 소멸시효 비급여 약제청구 등

7) 현지조사

① 현지조사는 정기와 기획 조사로 구분하며, 기획조사는 문제분야에 대한 실태조사, 제도개선 목적의 목적으로 시행한다.

② 현지조사에 따른 행정처분 중 건강보험법에 의한 처분(대물처분)에는 부당이득금 환수, 업무정지 또는 과징금처분이 있다.

③ 보건복지부장관은 의료인이 관련 서류를 위조·변조하거나 속임수 등 부정한 방법으로 진료비를 거짓 청구한 때에는 1년의 범위에서 면허자격을 정지시킬 수 있다.

④ 업무정지 처분의 승계 규정은 합법적 회피를 막기 위한 시간적 규정이다.

8) 요양급여 심사 기관

요양급여 종류	심사기관	관련 법령
건강보험	심사평가원	국민건강보험법 제63조
의료급여		의료급여법 시행령 제20조
자동차보험		자동차손해배상 보장법 시행령 제11조의2
산재보험	근로복지공단	산업재해보상보험법 제41조

9) 부당이득의 징수, 업무정지, 과징금

- ① 제57조(부당이득의 징수) 공단은 속임수(詐僞)나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람이나 보험급여 비용을 받은 요양기관에 대하여 그 보험급여나 보험급여 비용에 상당하는 금액의 전부 또는 일부를 징수한다.
- ② 제98조(업무정지) 보건복지부장관은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 요양기관에 대하여 1년의 범위에서 기간을 정하여 업무정지를 명할 수 있다.
 - 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험자·가입자 및 피부양자에게 요양급여비용을 부담하게 한 경우
 - 제97조제2항에 따른 명령에 위반하거나 거짓 보고를 하거나 거짓 서류를 제출하거나, 소속 공무원의 검사 또는 질문을 거부·방해 또는 기피한 경우
 - 정당한 사유 없이 요양기관이 제41조의3제1항에 따른 결정을 신청하지 아니하고 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 행위·치료재료를 가입자 또는 피부양자에게 실시 또는 사용하고 비용을 부담시킨 경우
- ③ 제99조(과징금) ① 보건복지부장관은 요양기관이 제98조제1항제1호에 대하여 업무정지 처분을 하여야 하는 경우로서 그 업무정지 처분이 해당 요양기관을 이용하는 사람에게 심한 불편을 주거나 보건복지부장관이 정하는 특별한 사유가 있다고 인정되면 업무정지 처분을 갈음하여 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 부담하게 한 금액의 5배 이하의 금액을 과징금으로 부과·징수할 수 있다. 이 경우 보건복지부장관은 12개월의 범위에서 분할 납부를 하게 할 수 있다. ② 보건복지부장관은 제41조의2제1항 또는 제2항에 따라 약제를 요양급여에서 적용 정지 또는 제외하는 경우 국민 건강에 심각한 위험을 초래할 것이 예상되는 등 특별한 사유가 있다고 인정되는 때에는 요양급여의 적용 정지 또는 제외에 갈음하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 약제에 대한 요양급여비용 총액의 100분의 40을 넘지 아니하는 범위에서 과징금을 부과·징수할 수 있다. 이 경우 보건복지부장관은 12개월의 범위에서 분할납부를 하게 할 수 있다.

10) 요양급여 적정성 평가

요양급여 적정성 평가는 과다이용(overuse)을 주로 평가하고 있어 의료의 질 평가라기보다는 진료비 증가 억제 대책의 일환으로서 과소이용(underuse)이나 오용(misuse)에 대한 평가를 간과하고

있다는 지적이 제기되고 있다.

11) 시설, 장비, 인력 현황 제출 기관

요양기관이 요양급여비용을 최초로 청구할 때 요양기관의 시설, 장비 및 인력 등에 대한 현황은 건강보험심사평가원에 제출해야 한다.



단원별 문제정리

· 2. 건강보험



1. 요양급여규칙

※ 국민건강보험법에 근거하여 2017년 4월 1일을 기준으로 하고 있으며, 정책변화에 따라 정답이 오답이 될 수 있는 개연성이 있다.

1. 국민건강보험법의 목적에서 ()에 옳은 것은?

국민의 ()·부상에 대한 예방·진단·()·재활과 ()·사망 및 ()에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회보장을 증진함을 목적으로 한다.

- ① 질병 - 출산 - 의료비 - 치료 ② 질병 - 치료 - 출산 - 건강증진
 ③ 건강 - 질병 - 치료 - 예방 ④ 건강 - 질병 - 출산 - 건강증진

해설 <국민건강보험법> 제1조(목적) 이 법은 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회보장을 증진함을 목적으로 한다.

2. 건강보험의 특징으로 옳지 않은 것은?

- ① 장기보험 ② 보험급여의 균등 ③ 수익자 부담 ④ 강제가입

해설 건강보험은 단기(1년) 보험이며, 장기보험은 국민연금(20년 이상) 이다.

3. 건강보험의 특징이 아닌 것은?

- ① 법률에 의한 강제 가입 ② 능력에 따른 보험료의 차등 부과
 ③ 보험료 부과 내역에 따른 차등 급여 ④ 보험료 납부의 의무성

해설 보험 급여에 대한 균등 급여

4. 현재 우리나라에서 운영되는 진료비 지불체계가 아닌 것은?

- ① 행위별수가제 ② 일부 포괄수가제 ③ 일당진료비 ④ 진료비 총액제

해설 우리나라에서 운영되는 진료비 지불체계
 행위별수가제는 현재 우리나라에서 시행되는 기본적인 진료비 지불체계이며, 일부 포괄수가제는 현재 4개 진료과, 7개 질병군을 대상으로 시행중인 진료비 지불체계이고, 신포괄수가제는 현재 국민건강보험공단 일산병원 및 서울특별시 서울의료원 등 지역거점 공공병원 39개 기관에서 시범사업으로 실시하고 있는 새로운 '의료비 정찰제'이다.

5. 요양급여에 해당하는 것은?

- 가. 진찰, 약제지급 나. 처치, 수술 다. 간호, 이송 라. 입원
- ① 가 ② 나, 다 ③ 나, 다, 라 ④ 가, 나, 다, 라

해설 <국민건강보험법> 제41조(요양급여) 가입자 및 피부양자의 질병·부상·출산 등에 대하여 다음의 요양급여를 실시한다.
 ▷진찰·검사 ▷약제·치료재료의 지급 ▷처치·수술, 기타의 치료 ▷예방·재활 ▷입원 ▷간호 ▷이송 등이다.
 다만, 이송은 현재 요양급여를 실시하고 있지 않고 있다.

6. 요양급여의 일반원칙으로 옳지 않은 것은?

- ① 요양급여는 정확한 진단을 토대로 하여 환자의 건강증진을 위하여 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시하여야 한다.
 ② 의료인은 필요한 사항이나 예방의학 및 공중보건에 관한 지식을 환자 또는 보호자에게 이해하기 쉽도록 적절하게 설명하고 지도하여야 한다.
 ③ 요양급여는 경제적으로 비용효과적인 방법으로 행하여야 한다.
 ④ 개설자가 동일한 요양기관은 동일가입자의 동일상병에 대하여 같은 날 횡수에 관계없이 외래로 요양급여 실시가 가능하다.

해설 개설자가 동일한 요양기관은 동일가입자의 동일상병에 대하여 같은 날 횡수에 관계없이 외래로 요양급여 실시가 불가능하다.

7. 현물급여에 해당하는 것은?

- ① 건강검진 ② 만선신부전증 요양비 ③ 임신출산진료비 ④ 본인부담액 상한제

해설

구분	법정급여	부가(임의)급여
현물급여(의료서비스)	요양급여	건강검진
현금급여	요양비	본인부담금 상한액 보상금

8. 건강보험에서 요양급여를 행하는 기관은?

- ① 보험자 ② 가입자 ③ 보건복지부 ④ 요양기관

해설 <국민건강보험법> 제42조 제1항 요양급여(간호 및 이송을 제외한다)는 요양기관에서 행한다.

9. 건강보험 요양급여를 행하는 요양기관이 아닌 것은?

- ① 상급종합병원 ② 약국 ③ 정신요양원 ④ 한국회귀의약품센터

해설 <국민건강보험법> 제42조 제1항(요양기관) 요양급여(간호 및 이송을 제외한다)는 다음 각호의 요양기관에서 행한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익 또는 국가정책상 요양기관으로 적합하지 아니하다고 인정되는 의료기관 등으로서 대통령령이 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.

- 의료법에 의하여 개설된 의료기관(종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 의원, 치과의원, 한의원, 조산원)
- 약사법에 의하여 등록된 약국
- 약사법 제72조의12의 규정에 의하여 설립된 한국회귀의약품센터
- 지역보건법에 의한 보건소·보건의원 및 보건지소
- 농어촌등 보건요리를 위한 특별조치법에 의하여 설치된 보건진료소

10. 의료전달체계를 실시하는 목적이 아닌 것은?

- ① 환자의료 및 회송체계를 통한 의료의 효율성 도모
- ② 상급종합병원으로의 환자 집중
- ③ 환자의 질병이나 중증도 등에 따른 적절한 의료서비스 제공
- ④ 보건의료분야 자원의 효율적 이용

해설

의료전달체계 실시 목적

- 환자의료 및 회송체계를 통한 의료 효율성 도모
- 환자의 질병이나 중증도 등에 따른 적절한 의료서비스 제공
- 보건의료분야 자원의 효율적 이용
- 각 질병에 맞는 환자 의료기관(1차, 2차, 3차) 결정

11. 상급종합병원에서 1단계 요양급여를 받을 수 있는 경우가 아닌 것은?

- ① 해당 상급종합병원 종사자
- ② 분만을 하는 산모
- ③ 치과 환자
- ④ 해당 상급종합병원 직원가족

해설

상급종합병원에서 1단계 요양급여(요양급여기준에 관한규칙) 제2조제3항

- 응급의료에 관한 법률 제2조제1호에 해당하는 응급환자인 경우
- 분만의 경우
- 치과에서 요양급여를 받는 경우
- 장애인복지법 제32조의 규정에 의한 등록장애인 또는 단순물리치료가 아닌 작업치료·운동치료 등의 재활치료가 필요하다고 인정되는 자가 재활의학과에서 요양급여를 받는 경우
- 가정의학과에서 요양급여를 받는 경우
- 당해 요양기관에서 근무하는 가입자가 요양급여를 받는 경우
- 혈우병환자가 요양급여를 받는 경우

12. 다음 설명 중 옳지 않은 것은?

- ① 건강보험환자의 요양급여절차는 1단계 진료, 2단계 진료로 구분한다.
- ② 의료급여환자의 요양급여절차는 1차, 2차, 3차로 구분한다.
- ③ 초진환자란 최초상병으로 처음 내원한 환자이다.
- ④ 진료 중 다른 상병으로 진료과목을 변경하는 경우에는 재진료를 부과한다.

해설

초진환자란 해당 상병으로 동일 의료기관의 동일 진료과목 의사에게 진료받은 경험이 없는 환자를 말한다.

13. 국민건강보험법에 의한 요양급여 절차에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 요양급여 절차는 1단계 요양급여와 2단계 요양급여로 구분한다.
- ② 2단계 요양급여는 종합병원과 상급요양기관에서의 진료를 의미한다.
- ③ 2단계 요양급여를 받고자 할 때는 건강진단·건강검진결과서, 요양급여 의뢰서를 제출하여야 한다.
- ④ 요양급여의 절차 위반시 요양급여 비용의 100/100을 본인이 부담해야 한다.

해설

- 1) 1단계 요양급여: 상급종합병원을 제외한 요양기관
- 2) 2단계 요양급여: 상급종합병원
- 3) 2단계 요양급여를 받고자 할 때에는 건강진단·건강검진결과서, 요양급여 의뢰서를 제출하여야 한다.

14. 건강보험 가입자 등이 요양기관에 요양급여를 신청하는 때에는 건강보험증 또는 신분증명서를 제출하여야 하지만 그렇지 못한 경우 요양급여를 신청한 날로부터 ()일 이내에 해당서류를 제출하여야 요양급여 적용을 받을 수 있다. ()안에 옳은 것은?

① 3일 ② 7일 ③ 10일 ④ 14일

해설 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제3조(요양급여의 신청)

① 가입자등이 요양기관에 요양급여를 신청하는 때에는 건강보험증 또는 신분증명서를 제출하여야 한다. 이 경우 가입자등이 요양급여를 신청한 날(가입자등이 의식불명 등 자신의 귀책사유 없이 건강보험증 또는 신분증명서를 제시하지 못한 경우에는 가입자등이 확인된 날로 한다)부터 14일 이내에 건강보험증 또는 신분증명서를 제출하는 경우에는 요양급여를 신청한 때에 건강보험증 또는 신분증명서를 제출한 것으로 본다. <개정 2009.7.31., 2015.5.29.>

15. 상급종합병원을 지정하는 주체는?

① 시장·군수·구청장 ② 시·도지사 ③ 보건복지부장관 ④ 국무총리

해설 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정) ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다. <개정 2010.1.18.>

16. 상급종합병원과 전문병원의 재지정 기간이 옳게 연결된 것은?

① 상급종합병원 - 1년, 전문병원 - 1년 ② 상급종합병원 - 2년, 전문병원 - 2년
③ 상급종합병원 - 3년, 전문병원 - 3년 ④ 상급종합병원 - 4년, 전문병원 - 4년

해설 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정) ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다
제3조의5(전문병원 지정) ④ 보건복지부장관은 제1항에 따라 전문병원으로 지정받은 의료기관에 대하여 3년마다 제3항에 따른 평가를 실시하여 전문병원으로 재지정할 수 있다.

17. 요양급여비용의 100분의 100을 본인이 부담하는 경우에서 옳지 않은 것은?

① 보험료 체납으로 급여제한을 받은 기간에 요양기관을 이용한 경우
② 상급종합병원에서 진료한 모든 1단계 진료의 요양급여비용
③ 건강보험증을 기간 내에 제시하지 못한 소정 해당기간에 소요된 요양급여비용
④ 장기 또는 조혈모세포 공여희망자에게 행한 공여적합성 확인진단에 소요된 비용

18. 건강보험 요양급여비용의 전액본인부담(100분의 100)이 아닌 것은?

① 요양급여 수급절차에 따르지 아니하고 요양기관을 이용한 경우
② 응급의료수가기준에서 정한 응급의료관리료 산정대상이 아닌 환자의 응급관리료
③ 가입자 또는 피부양자가 보험료 체납으로 급여제한을 받은 기간에 요양기관을 이용한 경우
④ 건강보험증이 없는 해외교민이 종합병원 또는 상급종합병원을 이용한 경우

19. 상급종합병원의 지정기준 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 필수진료과목 9과목을 포함하여 20개 이상의 진료과목을 갖추어야 한다.
- ② 지정신청일 이전 2년 6개월 동안 보건복지부장관이 고시한 질병에 속하는 외래환자의 비율이 100분의 21 이하여야 한다.
- ③ 의사는 지정신청일 이전 1년 동안 연평균 1일 입원환자 10명당 1명 이상을 두어야 한다.
- ④ 전문진료질병군에 속하는 입원환자의 비율이 지정신청일 이전 2년 6개월 동안 전체 입원환자의 100분의 17 이상이어야 한다.

해설

지정 신청일 이전 2년 6개월 동안 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 속하는 외래환자의 비율이 해당 의료기관이 진료한 전체 외래환자의 100분의 17 이하일 것

상급종합병원의 지정 기준(제2조 관련)

1. 진료기능
 - 가. 지정 신청일 이전 1년 동안 다음 진료과목 중 필수진료과목을 포함하여 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의 1명 이상을 둘 것
 - 1) 필수진료과목(9): 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과, 치과
 - 2) 선택진료과목(18): 진단검사의학과 또는 병리과, 흉부외과, 방사선종양학과, 핵의학과, 응급의학과, 신경과, 피부과, 신경외과, 안과, 재활의학과, 정형외과, 이비인후과, 비뇨기과, 성형외과, 가정의학과, 예방의학과, 결핵과, 직업환경의학과
 - 나. 「응급의료에 관한 법률」 제26조, 제29조 또는 제30조에 따라 권역응급의료센터·전문응급의료센터 또는 지역응급의료센터로 지정받았을 것
2. 교육기능
 - 「전문주의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정」 제6조제2항 및 같은 규정 시행규칙 제7조제2항에 따라 레지던트의 수련병원으로 지정받았을 것
3. 인력·시설·장비 등
 - 가. 지정 신청일 이전 1년 동안 의사는 연평균 1일 입원환자 10명당 1명 이상, 간호사는 연평균 1일 입원환자 2.3명당 1명 이상을 둘 것
 - 나. 가목의 입원환자 수는 지정 신청일 이전 1년 동안 건강보험 및 의료급여 입원환자의 진료실적에 대하여 건강보험심사평가원에 요양급여비용을 심사청구한 입원 및 외래환자의 자료를 기준으로 한다. 이 경우 외래환자 3명은 입원환자 1명으로 환산하고, 의료인 수는 해당 기간 중 실제 근무한 개월 수를 연간으로 환산하는 방법(Full Time Equivalent)을 사용한다.
 - 다. 「의료법 시행규칙」 별표 4 제2호에 따른 중환자실 및 신생아중환자실을 설치하고, 지정 신청일 이전 1년 동안 전담전문의를 각각 1명 이상 둘 것
 - 라. 전산화단층촬영기(CT), 자기공명영상촬영기(MRI), 근전도검사기(EMG), 혈관조영촬영기(angiography system), 감마카메라(gamma camera) 및 심전도기록기(holter monitoring)를 각각 1대 이상 설치하였을 것
 - 마. 라목의 의료장비 중 「의료법」 제38조제1항에 따른 특수의료장비는 「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」 제6조의2제1항에 따라 등록된 품질관리검사기관의 정기적인 품질관리검사에서 적합으로 판정받았을 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자의 구성비율
 - 가. 지정 신청일 이전 2년 6개월 동안 다음 표의 전문진료질병군에 속하는 입원환자의 비율이 해당 의료기관이 진료한 전체 입원환자의 100분의 17 이상이고, 단순진료질병군에 속하는 입원환자의 비율은 100분의 16 이하일 것

구분	분류 기준	질병의 종류
전문진료 질병군	희귀성 질병, 합병증 발생의 가능성이 높은 질병, 치사율이 높은 질병, 진단난이도가 높은 질병, 진단을 위한 연구가 필요한 질병	각 질병군에 해당하는 질병
일반진료 질병군	모든 의료기관에서 진료가 가능하거나 진료를 하여도 되는 질병	병의 종류는 보건복지부장관이 정하여 고시한다.
단순진료 질병군	진료가 간단한 질병, 일반적으로 진료의 결과가 치명적이지 않은 질병, 그 밖에 상급종합병원에서 진료를 받지 않아도 되는 질병	
5. 의료서비스 수준
 - 「의료법」 제58조의3제4항에 따른 인증 또는 조건부인증을 받았을 것

22. 요양급여비용의 본인일부부담금 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 입원진료비 중 식대: 100분의 60
- ② 자연분만, 출생 후 28일 미만의 신생아입원진료: 본인부담금 면제
- ③ 중증등록 암환자 100분의 5, 희귀난치성 질환자 100분의 10
- ④ 6세 미만 입원진료: 100분의 10

해설 입원진료비 식대: 100분의 50

23. 고액·중증질환자의 과다한 진료비 지출로 인한 가계의 경제적 부담을 덜기 위하여 건강보험 본인부담금이 일정액을 초과하였을 경우 그 초과한 금액을 공단이 부담하여 가계의 안정을 도모하기 위한 제도는?

- ① 본인부담 상한제
- ② 진료비 본인부담 환급금
- ③ 본인일부부담금 산정특례제도
- ④ 초과진료비 지불제

해설 본인부담 상한제

· 고액중증질환자의 과다한 진료비 지출로 인한 가계의 경제적 부담을 덜기 위하여 건강보험 본인부담금이 일정액을 초과하였을 경우 그 초과한 금액을 공단이 부담하여 가계의 안정을 도모하기 위한 제도

24. 본인부담상한제의 적용기준은?

- ① 연령에 따른 차등적용
- ② 지역에 따른 차등적용
- ③ 소득수준에 따른 차등적용
- ④ 중증도 수준에 따른 차등적용

해설 본인부담상한액은 소득분위(7분위)로 구성되어 있으며, 본인이 부담할 비용이 연간총액의 일정금액을 초과하는 경우 그 초과하는 금액을 공단이 부담한다(법 제44조, 시행령 제19조 제2항).

25. A년도(1.1~12.31) 입원한 환자의 급여총액 18,000천원, 요양급여 비용이 산출되었을 경우 상한액 초과금은? [단, 환자의 상한액 기준은 5분위(2,020천원)]

- ① 1,580천원
- ② 2,090천원
- ③ 1,070천원
- ④ 2,390천원

해설 본인일부 부담금은 1) 급여총액 18,000천원 × 20%(0.2) = 3,600천원 2) 상한액 적용 3,600천원 - 2,020천원(5분위 2,020천원) = 1,580천원 3) 비급여 총액은 제외한다

(국민건강보험법시행령) 제19조 2항 (비용의 본인부담)

본인부담액 상한제는 고액·중증질환자의 과다한 진료비 지출로 인한 가계의 경제적 부담을 경감하기 위해 1년 기준(1.1~12.31) 건강보험 본인부담금이 일정액을 초과하였을 경우, 그 초과한 금액을 공단이 부담함으로써 가계안정을 도모하기 위한 제도이다.

· 본인부담 상한액을 7소득 분위로 구분하여 차등적용

26. 본인부담 상한액은 소득분위를 몇 분위로 구분하여 차등 적용하는가?

- ① 2분위
- ② 3분위
- ③ 5분위
- ④ 7분위

32. 비급여 항목이 아닌 것은?

- ① 치과의 보철
② 한방 물리치료
③ 귀두포피염이 동반된 포경수술
④ 안경, 콘택트렌즈를 대체하기 위한 시력교정술

해설 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조의 <별표2>

- 1-마 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosi)
2-바 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
4-바 치과의 보철(보철재료 및 기공료 등을 포함한다) 및 치과임플란트를 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 75세 이상의 노인의 틀니 및 치과임플란트는 제외한다.
7-가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법

33. 국민건강보험법상 급여 대상은?

- ① 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료 목적으로 사용하는 예방주사 제외)
② 단순한 피로 또는 권태
③ 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
④ 공단이 가입자 등에게 실시하는 건강검진

해설 제52조(건강검진)

공단은 가입자와 피부양자에 대하여 질병의 조기 발견과 그에 따른 요양급여를 하기 위하여 건강검진을 실시한다.

34. 국민건강보험의 비급여대상 질환은?

- ① 검열반 등 안과 질환
② 질병을 동반한 포경수술
③ 십이지장 천공 단순 봉합술
④ 치료목적으로 사용하는 파상풍 혈청주사

35. 국민건강보험공단에 등록된 암 등 중증환자의 본인일부부담은?

- ① 5% ② 10% ③ 20% ④ 50%

해설 중증질환자 산정특례 대상(2005년 9월 1일 급여 실시)

외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 및 고가의료장비사용 포함)시 요양급여비용총액의 100분의 5를 본인일부부담(암환자 등 본인부담 경감: 10%에서 → 5%로 2009년 12월부터 실시)

- 1) 서식에 의거 등록된 암환자가 등록신청일로부터 5년간 해당 상병(C00~C97, D00~D09, D32~D33, D37~D48)으로 진료를 받은 경우(본인부담 5%로 2009년 12월 1일부터 실시)
2) 뇌혈관질환자가 입원하여 해당 상병으로 관혈적수술을 받은 경우 1회 수술당 최대 30일(본인부담 5%로 2010년 1월 1일부터 실시)
3) 심장질환자가 입원하여 해당 상병으로 관혈적수술을 받은 경우 1회 수술당 최대 30일(본인부담 5%로 2010년 1월 1일부터 실시)

36. 본인부담률 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 결핵환자의 본인부담률은 100분의 10에 해당된다.
② 중증화상환자의 본인부담률은 100분의 5에 해당된다.
③ 심장·뇌혈관의 중증질환자의 본인부담률은 100분의 5에 해당된다.
④ 식대의 본인부담률은 100분의 20에 해당된다.

해설

- ※ 모든 결핵 환자는 2010년 1월 1일부터 본인부담률이 현행 입원 20%, 외래 30~60%를 10%로 인하하였다.
※ 중증화상환자의 본인부담률은 2010년 7월 1일부터 현행 입원 20%, 외래 30~60%를 5%로 인하하였다.
※ 식대의 본인부담은 요양급여비용 총액의 100분의 50에 해당된다.

42. 신의료기술 등의 요양급여 결정신청 제도의 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 행위에 대한 요양급여 결정신청은 최초로 실시한 날부터 30일 이내에 신청하여야 한다.
- ② 요양기관이 신의료기술 등에 대해 요양급여대상 여부의 결정신청을 하였다더라도 보건복지부장관이 결정하여 고시하기 전까지는 환자에게 신의료기술 등을 비급여로 적용하여서는 아니된다.
- ③ 요양급여 결정신청은 요양기관, 의약관련단체 외에 치료재료의 제조업자 및 수입업자도 신청 가능하다.
- ④ 요양급여대상 여부의 결정신청을 받은 보건복지부장관은 결정신청일로부터 150일 이내에 건강보험정책심의위원회의 심의를 거쳐 요양급여대상 또는 비급여대상에의 해당 여부를 결정하여 고시하여야 한다.

해설 행위에 대한 요양급여 결정신청은 가입자에게 최초로 실시한 날부터 30일 이내에 신청하여야 한다.

43. 신(新)의료기술 등에 대한 급여 또는 비급여 결정 시 그 결과 조치는?

- ① 고시
- ② 심사지침
- ③ 유권해석
- ④ 시행규칙

해설

- 신의료기술에 대한 결과 조치 및 결정 건강보험요양급여기준 제10조제1항
의약관련단체: 대한병원협회, 대한의사협회, 대한치과의사협회, 대한한의학협회, 대한약사회
신의료기술 등의 결정신청은 결정신청자(요양기관, 의약관련 단체, 약제·치료재료의 수입·제조업자)가 새로운 진료행위·약제 및 치료재료에 대하여 최초로 실시한(사용한)날로부터 30일 이내에 요양급여여부의 결정을 보건복지부장관에게 신청해야 한다.
- 신의료기술에 대한 결과 조치 및 결정 건강보험요양급여기준 제11조제1항
신의료기술 등에 대한 결정: 제10조(신의료기술등의 결정신청)의 규정에 의하여 요양급여대상 여부의 결정신청을 받은 보건복지부장관은 정당한 사유가 없는 한 결정신청일로부터 150일 이내에 법 제4조(건강보험심의조정위원회)의 규정에 의한 건강보험심의조정위원회(이하 "심의조정위원회"라 한다)의 심의를 거쳐 요양급여대상 또는 비급여대상의 해당 여부와 그 적용시기를 결정하여 고시해야 한다. 이 경우 요양급여대상으로 결정한 신의료기술 등에 대하여는 영 제24조제2항 또는 동조 제3항의 규정에 의한 요양급여의 상대가치점수 또는 약제·치료재료의 상한금액을 함께 정하여 고시해야 한다.

44. 신의료기술 평가에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 신의료기술평가를 받지 아니한 새로운 의료기술을 대상으로 한다.
- ② 고시된 신의료기술의 사용목적, 사용대상 및 시술방법 등이 변경된 의료기술을 대상으로 한다.
- ③ 평가신청은 병원에서만 할 수 있다.
- ④ 평가신청서는 한국보건 의료연구원에 제출한다.

해설 신의료기술평가 신청 대상자는 제한이 없음

45. 요양급여의 서류보존 기간이 옳은 것은?

- ① 약국의 개인별 투약기록 및 처방전 - 2년
- ② 진료비 계산서·영수증 부분 - 3년
- ③ 요양급여비용 명세서 - 5년
- ④ 진료기록부 - 7년

해설 국민건강보험 요양급여규칙 제7조
 • 5년간 보관
 • 요양급여비용 명세서, 계산서, 영수증

46. 요양급여비용 심사청구서 등 급여에 관한 서류는 급여 종료일로부터 몇 년간 보관해야 하는가?

- ① 1년 ② 2년 ③ 3년 ④ 5년

해설

서류의 보존 <국민건강보험법시행규칙> 제48조제1항

- 요양기관은 가입자 또는 피부양자에게 요양급여를 한 때에는 다음 각호의 서류를 당해 급여가 종료된 날부터 5년간 보존해야 한다.
 - 요양급여비용심사청구서 및 요양급여비용명세서
 - 약제 및 치료재료 기타 요양급여의 구성요소의 구입에 관한 서류
 - 개인별 투약기록 및 처방전(약국의 경우에 한한다)
 - 그밖에 간호관리등급료의 산정자료 등 요양급여비용의 산정에 필요한 서류 및 이를 증명하는 서류
 - 제1호 내지 제3호 및 제3호의2의 서류 등을 디스켓·마그네틱테이프 등 전산기록장치에 의한 자기매체에 의하여 저장하고 있는 경우에는 동 자료
- 사용자는 건강보험에 관한 서류를 3년간 보존해야 한다.

47. 요양기관이 요양급여를 행한 후 가입자에게 발급한 계산서·영수증 부분의 보존 기간은?

- ① 2년 ② 3년 ③ 5년 ④ 10년



2. 국민건강보험법

48. 국민건강보험법의 제정일자는?

- ① 1996년 1월 18일 ② 1997년 2월 24일 ③ 1999년 2월 8일 ④ 2000년 7월 1일

해설

국민건강보험법은 1999년 2월 8일, 법률 제5854호로 제정되었다.

49. 건강보험 사업을 관장하는 자는?

- ① 대통령 ② 보건복지부장관
③ 건강보험심사평가원장 ④ 국무총리

해설

<국민건강보험법> 제2조(관장)

이 법에 의한 의료보험사업은 보건복지부장관이 관장한다.

50. 건강보험법에 명시한 요양급여의 주체는?

- ① 국민건강보험공단 ② 가입자 ③ 보건복지부 ④ 요양기관

해설

요양급여의 담당은 요양기관이며, 건강보험법 제13조(공단의 업무 등) 요양급여의 주체는 보험사업의 주체인 보험자(국민건강보험공단)이다.

51. 보건복지부의 건강보험 담당부서는?

- ① 기획조정실 ② 보건의료정책실 ③ 사회복지정책실 ④ 보건산업정책국

| 해설

> 건강보험 담당부서는 보건의료정책실이다.

○ 건강보험 업무부서는 보험정책과, 보험급여과, 보험약제과, 보험평가과가 있다.

> 국민연금, 의료급여 담당부서는 사회복지정책실이다.

○ 국민연금 업무부서는 국민연금정책과, 국민연금재정과, 국민연금급여과, 기초고령연금과가 있고, 의료급여 업무부서는 기초의료보장과가 있다.

52. 국민건강보험공단의 업무로 옳은 것은?

- ① 요양급여비용의 심사 ② 보험급여비용의 지급
③ 요양급여의 적정성에 대한 평가 ④ 심사 및 평가 기준개발

| 해설

국민건강보험법 제14조

· 제14조(업무 등)

① 공단은 다음 각 호의 업무를 관장한다.

1. 가입자 및 피부양자의 자격 관리
2. 보험료와 그 밖에 이 법에 따른 징수금의 부과·징수
3. 보험급여의 관리
4. 가입자 및 피부양자의 건강 유지와 증진을 위하여 필요한 예방사업
5. 보험급여 비용의 지급
6. 자산의 관리·운영 및 증식사업
7. 의료시설의 운영
8. 건강보험에 관한 교육훈련 및 홍보
9. 건강보험에 관한 조사연구 및 국제협력
10. 이 법에서 공단의 업무로 정하고 있는 사항
11. 「국민연금법」, 「고용보험 및 산업재해보상보험의 보험료징수 등에 관한 법률」, 「임금채권보장법」 및 「석면피해구제법」(이하 “징수위탁근거법”이라 한다)에 따라 위탁받은 업무
12. 그 밖에 이 법 또는 다른 법령에 따라 위탁받은 업무
13. 그 밖에 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무

53. 국민건강보험법에 명시된 피부양자의 범위는?

가. 직장가입자의 배우자

나. 직장가입자의 직계존속

다. 직장가입자의 형제자매

라. 국민건강보험공단의 직원

- ① 가, 나, 다 ② 가, 다 ③ 나, 라 ④ 라

| 해설

<국민건강보험법> 제5조(적용대상 등) 2항

피부양자는 다음 각호의 1에 해당하는 자 중 직장가입자에 의하여 주로 생계를 유지하는 자로서 보수 또는 소득이 없는 자를 말한다.

1. 직장가입자의 배우자
2. 직장가입자의 직계존속(배우자의 직계존속을 포함한다)
3. 직장가입자의 직계비속(배우자의 직계비속을 포함한다) 및 그 배우자
4. 직장가입자의 형제·자매

54. 가입자의 자격취득 및 상실을 확인할 수 있는 자는?

- ① 국민건강보험공단 ② 심의조정위원회 ③ 가입자 ④ 보건복지부장관

해설 <국민건강보험법> 제9조(자격의 변동의 시기)

- ① 가입자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하게 된 날에 그 자격이 변동된다.
1. 지역가입자가 적용대상사업장의 사용자로 되거나, 근로자·공무원 또는 교직원(이하 "근로자 등"이라 한다)으로 사용된 날
 2. 직장가입자가 다른 적용대상사업장의 사용자로 되거나 근로자등으로 사용된 날
 3. 직장가입자인 근로자등이 그 사용관계가 종료된 날의 다음 날
 4. 직장가입자인 사용자의 사업장에 제7조의2제2호에 따른 사유가 발생한 날의 다음 날
 5. 지역가입자가 다른 세대로 전입한 날
- ② 가입자가 자격이 변동된 경우 사용자 또는 세대주는 다음 각 호의 구분에 따라 각각 그 내역을 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 자격이 변동된 날부터 14일 이내에 보험자에게 신고해야 한다.
1. 제1항제1호 및 제2호에 따라 자격이 변동된 경우: 사용자
 2. 제1항제3호부터 제5호까지의 규정에 따라 자격이 변동된 경우: 지역가입자의 세대주

국민건강보험법 제10조(자격득실의 확인)

- ① 가입자의 자격의 취득·변동 및 상실은 제7조 내지 제9조의 규정에 의한 자격의 취득·변동 및 상실의 시기에 소급하여 효력을 발생한다. 이 경우 보험자는 그 사실을 확인할 수 있다.

55. 건강보험 가입자의 자격상실 시기로 옳지 않은 것은?

- ① 국내에 거주하지 아니하게 된 날의 다음 날 ② 사망한 날
③ 직장가입자의 피부양자가 된 날 ④ 국적을 잃은 날의 다음날

해설 <국민건강보험법> 제10조(자격상실의 시기)

- ① 가입자는 다음 각호의 1에 해당하게 된 날에 그 자격을 잃는다.
- 1) 사망한 날의 다음 날
 - 2) 국적을 잃은 날의 다음 날
 - 3) 국내에 거주하지 아니하게 된 날의 다음 날
 - 4) 직장가입자의 피부양자가 된 날
 - 5) 수급권자가 된 날
 - 6) 건강보험의 적용을 받고 있던 자로서 유공자등의료보호대상자가 된 자가 건강보험의 적용배제신청을 한 날
- ② 제1항의 규정에 의하여 자격을 잃은 경우 당해 직장가입자의 사용자 및 지역가입자의 세대주는 그 내역을 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 자격을 잃은 날부터 14일 이내에 보험자에게 신고해야 한다.

56. 국민건강보험법상 직장가입자 보험료 산정의 기초가 되는 것은?

- ① 보험료율을 곱하여 얻은 금액 ② 부과표준소득액
③ 등급 구분액 ④ 보수월액

해설 <국민건강보험법> 제70조(보수월액)

- * 직장가입자 보험료 산정기준: 보수월액 × 보험료율
보수월액은 직장가입자가 지급받는 보수를 기준으로 하여 산정하되, 대통령령이 정하는 기준에 따라 상·하한을 정할 수 있다. 다만, 직장가입자의 보수월액이 28만원 미만인 경우에는 28만원으로 하고, 보수월액이 6,579만원을 초과하는 경우에는 6,579만원으로 한다.

<국민건강보험법> 제72조(부과표준소득)

부과표준소득은 지역가입자의 소득·재산·생활수준·직업·경제활동참가율 등을 참작하여 정하되, 부과표준소득의 산정방법·기준 기타 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

* 지역가입자 보험료 산정기준

- 1) 과세소득이 500만원 초과하는 세대의 경우: 과세소득보험료(70등급) + 재산보험료(50등급) + 자동차보험료(7등급)
- 2) 과세소득이 없거나 과세소득이 500만원 이하인 세대의 경우: 평가소득보험료(30등급) + 재산보험료(50등급) + 자동차보험료(7등급)

57. 직장가입자의 보험료 부과기준이 아닌 것은?

- ① 월 건강보험료는 보수월액과 보험료율의 곱으로 한다.
- ② 사립학교 교원은 보험료 부담비율을 가입자 50%, 국가 30%, 사용자 20%로 한다.
- ③ 가입자의 보수월액이 28만원 미만인 경우 28만원을 한다.
- ④ 보수월액이 상·하한선에 속하지 아니한 가입자는 실제 보수월액을 기준으로 하여 보험료를 산정한다.

해설 사립학교 교원은 보험료 부담비율을 가입자 50%, 국가 20%, 사용자 30%로 한다.

58. 국민건강보험의 보험료 부담에 관한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 직장가입자의 보험료는 가입자와 사업주가 각각 보험료액의 50%를 부담한다.
- ② 교직원의 보험료는 직장가입자가 50%, 사립학교설립운영자가 30%, 국가가 20%를 부담한다.
- ③ 지역가입자의 보험료는 그 가입자가 속한 세대의 지역가입자 전원이 연대하여 부담한다.
- ④ 공무원의 보험료는 국가가 전액 부담한다.

해설 <건강보험법> 제76조(보험료의 부담)

- ① 직장가입자의 보험료는 직장가입자와 다음 각호의 구분에 의한 자가 각각 보험료액의 100분의 50씩 부담한다. 다만, 직장가입자가 교직원인 경우의 보험료액은 그 직장가입자가 100분의 50을, 제3조제2호 다목에 규정된 자가 100분의 30을, 국가가 100분의 20을 각각 부담하되, 제3조제2호 다목에 규정된 자가 그 부담액의 전액을 부담할 수 없을 때에는 그 부족액을 학교에 속하는 회계에서 부담하게 할 수 있다.
 - 1. 직장가입자가 근로자인 경우에는 제3조제2호 가목에 규정된 자
 - 2. 직장가입자가 공무원인 경우에는 그 공무원이 소속되어 있는 국가 또는 지방자치단체
- ② 지역가입자의 보험료는 그 가입자가 속한 세대의 지역가입자 전원이 연대하여 부담한다.

59. 보건복지부령에 의한 보험료 경감대상자가 아닌 것은?

- ① 섬·벽지(僻地)·농어촌 등 대통령령으로 정하는 지역에 거주하는 사람
- ② [장애인복지법]에 따라 등록된 장애인
- ③ 혈우병 환자
- ④ 65세 이상인 사람

해설 혈우병 환자는 보험료 경감대상자 대상이 아니며, 국가유공자나 휴직자가 해당되며, 혈우병환자는 요양급여절차에서 상급종합병원에서 1단계 요양급여를 받을 수 있는 예외에 해당된다.

60. 보험료 납부기한이 경과한 자에 대한 가산금은 체납된 보험료의 얼마를 가산금으로 징수하는가?

- ① 100분의 1 ② 100분의 3 ③ 100분의 5 ④ 100분의 10

해설 <국민건강보험법> 제80조(연체금)

- ① 공단은 보험료등의 납부무자가 납부기한까지 이를 납부하지 아니한 때에는 그 납부기한이 경과한 날부터 체납된 보험료등의 100분의 3에 해당하는 가산금을 징수한다.
- ② 공단은 보험료등의 납부무자가 체납된 보험료등을 납부하지 아니한 때 납부기한이 경과한 날부터 1개월이 경과할 때마다 체납된 보험료등의 100분의 1에 해당하는 가산금을 제1항에 따른 가산금에 가산하여 징수한다. 이 경우 가산금은 체납된 보험료등의 100분의 9를 초과하지 못한다.
- ③ 제1항 및 제2항에 불구하고 천재·지변 기타 보건복지부령이 정하는 부득이한 사유가 있는 경우에는 제1항 및 제2항에 따른 가산금은 이를 징수하지 아니할 수 있다.

61. 제3자 행위로 인해 가입자에게 요양급여를 한 경우 그 요양급여비용의 한도 내에서 제3자에 대한 손해배상청구의 권리를 가진 자는?

- ① 가해자 ② 요양급여 수급자 ③ 보험자 ④ 요양기관

해설 <국민건강보험법> 제58조(구상권: 求償權)

- ① 공단은 제3자의 행위로 인한 보험급여사유가 발생하여 가입자 또는 피부양자에게 보험급여를 한 때에는 그 급여에 소요된 비용의 한도내에서 그 제3자에 대한 손해배상청구의 권리를 얻는다.
 ② 제1항의 경우에 있어 보험급여를 받은 자가 제3자로부터 이미 손해배상을 받은 때에는 공단은 그 배상액의 한도내에서 보험급여를 하지 아니한다.

62. 국민건강보험법상 구상권(求償權)을 행사할 수 있는 것은?

- ① 고의의 사고를 발생시킨 때
 ② 고의 또는 중대한 과실로 요양기관의 요양에 관한 지시에 따르지 아니한 때
 ③ 대통령이 정하는 기간 이상 보험료를 체납한 지역 가입자
 ④ 제3자 가해로 인해 요양급여 사유가 발생한 때

해설 제3자 가해로 인해 요양급여 사유가 발생한 때에는 가해자가 부담한다. 건강보험으로 급여가 지급된 경우에는 보험자가 가해자에게 구상권(求償權)을 행사할 수 있다.

63. 요양급여의뢰서에 관한 설명 중 옳지 않은 것은?

- ① 요양급여의뢰서는 질병표기가 있는 건강진단서로 대체할 수 있다.
 ② 요양급여의뢰서는 상급종합병원 치과에 갈 때는 필요없다.
 ③ 요양급여의뢰서는 일정 수가를 지불하고 발급받는 것이 아니다.
 ④ 군의관은 요양급여의뢰서를 작성할 수 없다.

해설 건강보험요양급여기준 제2조(요양급여의 절차)제4항

가입자등이 상급종합병원에서 2단계 요양급여를 받고자 하는 때에는 상급종합병원에서의 요양급여가 필요하다는 의사소견이 기재된 "건강진단·건강검진결과서" 또는 "요양급여의뢰서"를 건강보험증과 함께 제출해야한다. 군의관도 의사이기 때문에 요양급여의뢰서를 작성할 수 있다.

64. 국민건강보험법에 의하면 요양급여비용은 국민건강보험공단이사장과 의·약계 대표와 계약으로 결정하게 되어 있다. 이 계약기간은?

- ① 1년 ② 2년 ③ 3년 ④ 4년

해설 <국민건강보험법> 제45조(요양급여비용의 산정 등)

- ① 요양급여비용은 공단의 이사장과 대통령령이 정하는 의·약계를 대표하는 자와의 계약으로 정한다. 이 경우 계약기간은 1년으로 한다.
 ② 제1항의 규정에 의하여 계약이 체결된 경우 그 계약은 공단과 각 요양기관간에 체결된 것으로 본다.
 ③ 제1항의 규정에 의한 계약은 그 계약기간 만료일의 75일 전까지 체결해야 하며, 그 기한까지 계약이 체결되지 아니하는 경우 보건복지부장관이 심의위원회의 의결을 거쳐 정하는 금액을 요양급여비용으로 한다. 이 경우 보건복지부장관이 정하는 요양급여비용은 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 계약으로 정한 요양급여비용으로 본다.
 ④ 제1항 또는 제3항의 규정에 의하여 요양급여비용이 정하여지는 경우에 보건복지부장관은 그 요양급여비용의 내역을 지체없이 고시해야 한다.

69. 임신·출산 전 진료비에 대한 내용에서 옳지 않은 것은?

- ① 임신·출산 전 진료비는 임신한 가입자 또는 피부양자가 그 임신과 출산기간 중 요양기관에서 받는 진료에 드는 비용을 말한다.
- ② 진료비는 단태아의 경우 30만원의 범위에서 임신한 가입자 또는 피부양자가 실제 부담한 금액으로 한다.
- ③ 출산 전 진료비를 지급받으려면 임신한 사실을 증명하는 확인서를 첨부하여 공단에 신청해야 한다.
- ④ 임신한 가입자 또는 피부양자는 지정된 요양기관에서 임신·출산 전 진료비를 지급받으려면 이용권을 해당 요양기관에 제시해야 한다.

해설

〈국민건강보험법시행령〉 제25조(부가급여) ※ Voucher(바우처)제도

- ① 임신·출산 진료비는 임신한 가입자 또는 피부양자가 지정된 요양기관에서 받는 임신과 출산에 관련된 진료(출산 후 산모의 건강관리와 관련된 진료를 포함한다)에 드는 비용으로 하고, 그 지급액은 다음 각 호의 구분에 따른 금액의 범위에서 임신한 가입자 또는 피부양자가 실제 부담한 금액으로 한다.
 - (1) 하나의 태아를 임신한 경우: 50만원
 - (2) 둘 이상의 태아를 임신한 경우: 70만원
- ② 임신한 가입자 또는 피부양자가 부가급여를 받으려면 공단에 신청하여야 한다.
- ③ 공단은 임신·출산 진료비의 지급과 관련하여 임신한 가입자 또는 피부양자에게 이용권(고은맘 카드)을 발급하여야 한다.
- ④ 임신한 가입자 또는 피부양자는 이용권을 요양기관이 확인한 분만 예정일부터 60일이 지난 후에는 사용할 수 없다.
- ⑤ 보험급여가 되는 진료, 초음파 등 보험급여가 안 되는 진료 모두 지원 대상이며, 기한 내 사용하지 않은 금액은 자동 소멸된다.

70. 요양기관은 가입자 등이 다음에 해당되는 것으로 판단되는 경우에는 우선 요양급여를 하되, 소정서식에 의거 보험자에게 급여제한 여부를 조회해야 한다. 옳지 않은 것은?

- ① 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 기인하거나 고의로 사고를 발생시킨 때
- ② 회사에서 업무를 하다가 손가락이 절단되어 급여를 받았을 때
- ③ 고의 또는 중대한 과실로 요양기관의 요양에 관한 지시에 따르지 아니한 때
- ④ 업무상 또는 공무상 질병·부상·재해로 인하여 다른 법령에 의한 보험급여나 보상 또는 보상을 받게 되는 때

해설

급여의 제한 〈국민건강보험법〉 제53조

공단은 보험급여를 받을 수 있는 자가 다음 각호에 해당하는 때에는 보험급여를 하지 아니한다.

- 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 기인하거나 고의로 사고를 발생시킨 때
 - 고의 또는 중대한 과실로 공단이나 요양기관의 요양에 관한 지시에 따르지 아니한 때
 - 고의 또는 중대한 과실로 제55조(급여의 확인)의 규정에 의한 문서 기타 물건의 제출을 거부하거나 질문 또는 진단을 기피한 때
 - 업무상 또는 공무상 질병·부상·재해로 인하여 다른 법령에 의한 보험급여나 보상 또는 보상을 받게 되는 때
- ② 공단은 보험급여를 받을 수 있는 자가 다른 법령에 의하여 국가 또는 지방자치단체로부터 보험급여에 상당하는 급여를 받거나 보험급여에 상당하는 비용을 지급받게 되는 때에는 그 한도내에서 보험급여를 실시하지 아니한다.

71. 요양급여 정지 사유가 아닌 것은?

- ① 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나, 고의로 사고를 일으킨 경우
- ② 국외에 여행 중인 경우
- ③ 국외에서 업무에 종사하고 있는 경우
- ④ 교도소, 그 밖에 이에 준하는 시설에 수용되어 있는 경우

해설

①은 급여 제한사유이다.

정답

69. ② 70. ② 71. ①

72. 국민건강보험법에서 급여의 정지에 해당하지 않는 경우는?

- ① 국외에 여행 중인 때
- ② 국외에서 업무에 종사하고 있는 때
- ③ 사회복지 시설에 수용되어 있는 때
- ④ 교도소 또는 기타 이에 준하는 시설에 수용되어 있는 때(단, 60조에 의거 법무부장관이 공단에 예탁한 경우의 요양급여는 실시)

|해설

급여의 정지(국민건강보험법) 제54조

• 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 기간에는 보험급여를 하지 아니한다. 다만, 제3호 및 제4호의 경우에는 제60조에 따른 요양급여를 실시한다.

- 1) 국외에 여행 중인 경우
- 2) 국외에서 업무에 종사하고 있는 경우
- 3) 제6조제2항제2호에 해당하게 된 경우
- 4) 교도소, 그 밖에 이에 준하는 시설에 수용되어 있는 경우

• 병역법의 규정에 의한 현역병(지원에 의하지 아니하고 임용된 하사를 포함), 전환복무된 사람 및 무관후보생 (2004. 4. 30 급여실시)

• 교도소 기타 이에 준하는 시설에 수용되어 있는 때 (2006.1.1급여 실시)

73. 전문요양기관의 인정기준에 해당하지 않는 것은?

- ① 결핵, 한센병, 정신질환, 심장질환, 재활치료의 5개 분야에 한하여 전문적으로 진료하는 기관
- ② 해당 특정질환의 진료실적이 100분의 80 이상
- ③ 심장질환을 전문적으로 하는 심장수술 실적 연간 300건 이상
- ④ 수련병원 지정기준을 충족하고 해당 과목의 진료실적이 총 진료실적의 100분의 50 이상

|해설

전문요양기관의 인정기준(제11조제1항 관련)

1. 「의료법」 제3조·제36조에 따른 병원급 이상의 시설·장비·인력 등을 갖추고 결핵, 한센병, 정신질환, 심장질환, 재활치료, 그 밖에 보건복지부장관이 정하는 감염성 질환 및 만성질환 중 1개의 질환을 전문적으로 진료하는 의료기관으로서 해당 특정질환의 진료실적이 총 진료실적의 100분의 80 이상(심장질환을 전문적으로 진료하는 의료기관의 경우에는 심장수술 실적이 연간 300건 이상)이어야 한다.
2. 「전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정 시행규칙」 제7조제1항·제2항 및 제4항에 따른 인턴 수련병원 지정기준 또는 레지던트 수련병원 지정기준을 충족하는 의료기관으로서 해당 과목의 진료실적이 총 진료실적의 100분의 50 이상이어야 한다.

74. 전문병원 지정기준에 관한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 해당병원의 전체 입원 연환자수 중 주요 진단범위 또는 환자유형에 속하는 환자의 구성비율이 각각 45% 또는 66% 이상이어야 한다.
- ② 심장질환 전문병원도 흉부외과, 내과, 소아청소년과를 필수진료과목으로 갖추어야 하고 전속하는 전문의를 두어야 한다.
- ③ 관절질환, 대장항문질환, 척추질환 전문병원은 최소한 80병상을 갖추어야 한다.
- ④ 질환별 또는 진료과목별로 전문의 인정 진료과목에 전속하는 전문의를 각각 4명 이상 또는 8명 이상 두어야 한다.

|해설

전문병원의 지정 기준(제2조제1항제1호 관련)

1. 질환별·진료과목별 환자의 구성비율

가. 다음 표의 구분에 따라 해당 병원이 진료한 전체 입원 연환자(특정기간동안 입원 환자의 입원일수를 환자수로 환산한 연인원을 말한다. 이하 같다) 중 주요 진단 범위 또는 환자 유형에 속하는 환자의 구성비율이 각각 해당 기준 이상이어야 한다. 이 경우 질병군별(DRG) 포괄수가제가 적용되는 진료과목에 대한 환자의 구성비율을 계산할 경우에는 해당 병원이 진료한 전체 입원 실환자(특정기간동안 실제 입원한 환자의 수를 말한다. 이하 같다)로 할 수 있다.

정답

72. ③ 73. ① 74. ①

구분	주요 진단 범위(Major Diagnosis Category) 또는 환자 유형	환자의 구성비율	
진 환	관절	MDC 'I' 근골격계 및 결합조직 질환 및 장애	45%
	뇌혈관	MDC 'B' 신경계 질환 및 장애(B05, B60 제외)	30%
	대장항문	MDC 'G' 소화기계 질환 및 장애	45%
	수지접합	MDC 'I' 근골격계 및 결합조직 질환 및 장애 MDC 'X' 외상, 중독 및 독성 효과	45%(한 가지 주요 진단 범위에 속하는 비율) 또는 66%(두 가지 주요 진단 범위에 속하는 비율)
	심장	MDC 'F' 순환기계 질환 및 장애	30%
	알코올	MDC 'V' 알코올/약물 사용 및 알코올/약물로 인한 정신 장애	66%
	유방	MDC 'J' 피부, 피하조직, 유방 질환 및 장애	30%
	척추	MDC 'I' 근골격계 및 결합조직 질환 및 장애 MDC 'B' 신경계 질환 및 장애 중 B05, B60	66%
	화상	MDC 'Y' 화상	45%
	주산기 (周産期)	MDC 'O' 임신, 출산, 산욕(産褥) 1세 이하인 환자(정상신생아 제외)	25%(각각)
진 료 과 목	산부인과	MDC 'N' 여성 생식기 질환 및 장애 MDC 'O' 임신, 출산, 산욕(産褥)(1세 이하인 정상신생아 제외)	45%(한 가지 주요 진단 범위에 속하는 비율) 또는 66%(두 가지 주요 진단 범위에 속하는 비율)
	소아청소년과	18세 이하인 환자	66%
	신경과	MDC 'B' 신경계 질환 및 장애 MDC 'C' 눈의 질환 및 장애 중 C61 MDC 'D' 귀, 코, 입, 인후 질환 및 장애 중 D61 MDC 'I' 근골격계 및 결합조직 질환 및 장애 중 I68 MDC 'U' 정신 질환 및 장애 중 U60, U65	66%
	안과	MDC 'C' 눈의 질환 및 장애	45%
	외과	MDC 'F' 순환기계 질환 및 장애 중 F06, F10, F15, F16, F64, F66 MDC 'G' 소화기계 질환 및 장애 MDC 'H' 간담도계 및 췌장 질환 및 장애 MDC 'J' 피부, 피하조직, 유방 질환 및 장애(J67, J68, J69, J70 제외) MDC 'K' 내분비, 영양, 대사성 질환 및 장애 중 K02, K03, K04, K05, K06, K65, K66, K67 MDC 'Y' 화상	45%
	이비인후과	MDC 'D' 귀, 코, 입, 인후 질환 및 장애	45%
	재활의학과	전문재활치료를 받는 환자로서, 발병에서 입원까지의 기간이 2년 이내인 환자	66%

나. 가목에 따른 환자의 구성비율은 지정계획 공고일 6개월의 전부터 과거 1년간의 입원환자 진료실적을 기준으로 한다. 이 경우 「의료법」 제3조제2항 각 호에 따른 의료기관의 종류가 변경된 의료기관의 경우에는 변경 전후 동일성이 인정되는 해당 진료실적을 포함한다.

2. 질환별·진료과목별 진료량

가. 해당 병원이 진료한 보건복지부장관이 정하여 고시하는 전문진료질병군 및 일반진료질병군(외과 및 재활의학과외의 경우 단순진료질병군을 포함한다. 이하 같다) 또는 환자 유형에 속하는 입원 연환자가 전체 병원급 의료기관이 진료한 보건복지부장관이 정하여 고시하는 전문진료질병군 및 일반진료질병군 또는 환자유형에 속하는 입원 연환자의 상위 30퍼센타일(백분위수) 이상이어야 한다.

나. 가목에 따라 전체 병원급 의료기관의 입원 연환자를 산정할 때 다음에 해당하는 병원의 진료실적은 제외한다.

- 1) 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원
- 2) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 전문진료질병군 및 일반진료질병군에 속하는 입원 연환자가 연간 10명 이하인 병원
- 3) 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원

다. 가목에 따른 진료량은 지정계획 공고일 6개월 전부터 과거 1년간의 입원환자 진료실적을 기준으로 한다. 이 경우 「의료법」 제3조제2항 각 호에 따른 의료기관의 종류가 변경된 의료기관의 경우에는 변경 전후 동일성이 인정되는 해당 진료실적을 포함한다.

3. 필수 진료과목

다음 표의 구분에 따라 질환별 또는 진료과목별로 필수 진료과목을 갖추어야 하고, 필수 진료과목마다 전속하는 전문의를 두어야 한다.

질환/진료과목		필수 진료과목
질 환	관절질환	정형외과, 내과
	뇌혈관질환	신경외과, 신경과, 재활의학과
	대장항문질환	외과, 내과
	수지접합	정형외과 또는 성형외과, 내과
	심장질환	흉부외과, 내과, 소아청소년과
	알코올질환	정신건강의학과
	유방질환	외과, 내과
	척추질환	정형외과 또는 신경외과, 내과
	화상질환	외과, 내과
진 료 과 목	주산기질환	산부인과, 소아청소년과
	산부인과	산부인과, 소아청소년과
	소아청소년과	소아청소년과
	신경과	신경과
	안과	안과
	외과	외과, 내과
	이비인후과	이비인후과
	재활의학과	재활의학과

4. 의료인력

가. 다음 표의 구분에 따라 질환별 또는 진료과목별로 전문의 인정 진료과목에 전속하는 전문의를 각각 해당 인원 이상 두어야 한다.

질환/진료과목	전문 의 수	전문 의 인정 진료과목	
질 환	관절질환	8명 이상	정형외과
	뇌혈관질환	6명 이상	신경외과, 신경과, 재활의학과
	대장항문질환	8명 이상	외과
	수지접합	8명 이상	정형외과, 성형외과
	심장질환	8명 이상	흉부외과, 내과, 소아청소년과
	알코올질환	4명 이상	정신건강의학과
	유방질환	4명 이상	외과
	척추질환	8명 이상	정형외과, 신경외과
	화상질환	4명 이상	외과
진 료 과 목	주산기질환	8명 이상	산부인과, 소아청소년과
	산부인과	8명 이상	산부인과
	소아청소년과	8명 이상	소아청소년과
	신경과	4명 이상	신경과
	안과	8명 이상	안과
	외과	4명 이상	외과
	이비인후과	8명 이상	이비인후과
재활의학과	4명 이상	재활의학과	

나. 가목에 따른 의료인력은 지정계획 공고일 전후 각각 3개월의 평균을 기준으로 한다.

5. 병상

다음 표의 구분에 따라 질환별 또는 진료과목별로 최소한의 병상 수를 갖추어야 한다.

질환/진료과목	최소 병상 수
관절질환, 뇌혈관질환, 대장항문질환, 수지접합, 심장질환, 알코올질환, 척추질환	80
화상질환, 주산기질환, 산부인과, 소아청소년과, 외과, 재활의학과	60
신경과, 유방질환, 안과, 이비인후과	30

6. 의료 질(質)

가. 질환 및 진료과목에 대한 임상 질 평가와 적정성 평가는 다음 표와 같이 구분하여 평가한다.

구분	임상 질 평가	적정성 평가
질환	수지절합, 알코올질환, 척추질환, 화상질환, 주산기질환(자)	관절질환, 뇌혈관질환, 대장항문질환, 심장질환, 유방질환, 주산기질환(모)
진료과목	소아청소년과, 이비인후과, 재활의학과	산부인과, 신경과, 안과, 외과

나. 임상 질 평가는 환자의 재원일수, 합병증 발생률, 재수술률, 재입원율, 치료 결과 등을 포함하여 평가하여야 하고, 평가결과가 70점 이상이어야 한다. 평가 대상 및 절차 등 세부사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

다. 적정성 평가는 「국민건강보험법 시행규칙」 제29조에 따라 실시한 요양급여 등의 적정성에 대한 평가결과를 적용하며, 공개된 평가등급이 2등급 이내이어야 하되, 평가결과가 등급으로 공개되지 아니하는 경우에는 평가등급에 준하는 기준을 전문병원심의위원회에서 정할 수 있다. 이 경우 「국민건강보험법 시행규칙」 제29조에 따른 평가결과 는 전문병원 지정계획 공고일 기준 1년 6개월 이내 공개한 평가결과로 한다.

7. 의료서비스 수준

「의료법」 제58조제1항에 따른 의료기관 인증을 받아야 한다.

75. 전문병원에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 종합병원급 의료기관 중에서 지정할 수 있다.
- ② 특정 질환별 진료과목별 환자의 구성비율 등이 기준이 된다.
- ③ 특정 진료과목이나 특정 질환 등에 대하여 난이도가 높은 의료 행위를 하는 병원이다.
- ④ 지정요건 및 진료의 난이도 등에 대하여 3년마다 평가하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.

해설

의료법 제3조의5(전문병원 지정) ① 보건복지부장관은 병원급 의료기관 중에서 특정 진료과목이나 특정 질환 등에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 하는 병원을 전문병원으로 지정할 수 있다. <개정 2010.1.18.>

② 제1항에 따른 전문병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. <개정 2010.1.18.>

- 1. 특정 질환별·진료과목별 환자의 구성비율 등이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- 2. 보건복지부령으로 정하는 수 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 전문병원으로 지정하는 경우 제2항 각 호의 사항 및 진료의 난이도 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다. <개정 2010.1.18.>

④ 보건복지부장관은 제1항에 따라 전문병원으로 지정받은 의료기관에 대하여 3년마다 제3항에 따른 평가를 실시하여 전문병원으로 재지정할 수 있다. <개정 2010.1.18., 2015.1.28.>

⑤ 보건복지부장관은 제1항 또는 제4항에 따라 지정받거나 재지정받은 전문병원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 지정 또는 재지정을 취소할 수 있다. 다만, 제1호에 해당하는 경우에는 그 지정 또는 재지정을 취소하여야 한다. <신설 2015.1.28.>

76. 국민건강보험공단이 실시하는 건강검진의 대상자로 옳지 않은 것은?

- ① 25세 직장가입자
- ② 32세 세대주인 지역가입자
- ③ 42세 지역가입자
- ④ 35세 피부양자

해설

건강검진을 받을 수 있는 사람(국민건강보험법 시행령 25조 2항)

- 1. 일반건강검진: 직장가입자, 세대주인 지역가입자, 40세 이상인 지역가입자 및 40세 이상인 피부양자
- 2. 암검진: 「암관리법 시행령」 별표 1의 암의 종류별 검진주기와 연령 기준 등에 해당하는 사람
- 3. 영유아건강검진: 6세 미만의 가입자 및 피부양자 노인장기요양



3. 노인 장기요양보험

77. 노인 장기요양보험의 시행 시기는?

- ① 1977년 7월 1일 ② 1989년 7월 1일 ③ 2000년 7월 1일 ④ 2008년 7월 1일

해설 노인장기요양보험은 고령이나 노인성 질병 등으로 인하여 일상생활을 혼자 수행하기 어려운 노인 등에게 신체활동 또는 가사지원 등의 장기요양급여를 사회적 연대원리에 의해 제공하는 사회보험 제도를 말하며, 시행일은 2008년 7월 1일이다.

78. 노인 장기요양보험 대상자로 옳지 않은 자는?

- ① 65세 이상의 노인
 ② 65세 미만은 노인성 질환을 가진 자로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요한 자
 ③ 치매, 뇌혈관성 질환, 파킨슨병 질환을 가진 65세 미만 자
 ④ 당뇨병 질환을 가진 65세 미만 자

해설 <노인장기요양보험법> 제2조제1항 "노인 등"이란 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병을 가진 자를 말한다.

79. 노인 장기요양보험 사업의 보험자는?

- ① 국민건강보험공단 ② 건강보험심사평가원 ③ 국민건강관리공단 ④ 근로복지공단

해설 <노인장기요양보험법> 제7조제2항
 ① 장기요양보험사업은 보건복지부장관이 관장한다.
 ② 장기요양보험사업의 보험자는 공단으로 한다.

80. 노인 장기요양보험의 보험료에 관한 내용으로 옳지 않은 것은?

- ① 국민건강보험공단은 장기요양사업에 사용되는 비용에 충당하기 위하여 장기요양보험료를 징수한다.
 ② 장기요양보험료는 「국민건강보험법」 건강보험료와 통합하여 징수한다.
 ③ 국민건강보험공단은 통합 징수한 장기요양보험료와 건강보험료를 각각 통합회계로 관리해야 한다.
 ④ 국민건강보험공단은 장기요양보험료와 건강보험료를 구분하여 고지해야 한다.

해설 <노인장기요양보험법> 제8조(장기요양보험료의 징수)
 ① 공단은 장기요양사업에 사용되는 비용에 충당하기 위하여 장기요양보험료를 징수한다.
 ② 제1항에 따른 장기요양보험료는 「국민건강보험법」 제69조에 따른 보험료(이하 이 조에서 "건강보험료"라 한다)와 통합하여 징수한다. 이 경우 공단은 장기요양보험료와 건강보험료를 구분하여 고지해야 한다.
 ③ 공단은 제2항에 따라 통합 징수한 장기요양보험료와 건강보험료를 각각의 독립회계로 관리해야 한다.

81. 노인 장기요양보험료 산정방법으로 옳은 것은?

- ① 건강보험료액 × 장기요양보험료율 ② 보수월액 × 장기요양보험료율
- ③ 표준보수월액 × 장기요양보험료율 ④ 연급여액 × 장기요양보험료율

해설 <노인장기요양보험법> 제9조(장기요양보험료의 산정)제1항
 ① 장기요양보험료는 「국민건강보험법」 제69조제4항 및 제5항에 따라 산정한 보험료액에서 같은 법 제74조 또는 제75조의2에 따라 경감 또는 면제되는 비용을 공제한 금액에 장기요양보험료율을 곱하여 산정한 금액으로 한다.
 <노인장기요양보험법시행령> 제4조(장기요양보험료율) ⇒ 장기요양보험료율은 1만분의 655로 한다.

82. 노인 장기요양보험 등급판정기준에 관한 내용 중 옳지 않은 것은?

- ① 장기요양 1등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 95점 이상인 자
- ② 장기요양 2등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 75점 이상 95점 미만인 자
- ③ 장기요양 3등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 60점 이상 75점 미만인 자
- ④ 장기요양 5등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 51점 이상 60점 미만인 자

해설 <노인장기요양보험법시행령> 제7조(등급판정기준 등)
 ① 법 제15조제2항에 따른 등급판정기준은 다음 각 호와 같다.
 1. 장기요양 1등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 95점 이상인 자
 2. 장기요양 2등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 75점 이상 95점 미만인 자
 3. 장기요양 3등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 60점 이상 75점 미만인 자
 4. 장기요양 4등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 51점 이상 60점 미만인 자
 5. 장기요양 5등급: 치매(제2조에 따른 노인성 질병에 해당하는 치매로 한정한다.)환자로서 장기요양인정 점수가 45점 이상 51점 미만인 자
 6. 장기요양 인지지원등급: 치매(제2조에 따른 노인성 질병에 해당하는 치매로 한정한다.)환자로서 장기요양인정 점수가 45점 미만인 자

83. 노인 장기요양급여의 종류에 관한 내용으로 옳지 않은 것은?

- ① 재가급여 ② 시설급여 ③ 장제급여 ④ 특별현금급여

해설 <노인장기요양보험법> 제23조(장기요양급여의 종류)
 1. 재가급여
 가. 방문요양 나. 방문목욕
 다. 방문간호 라. 주·야간보호
 마. 단기보호 바. 기타재가급여
 2. 시설급여: 장기요양기관이 운영하는 「노인복지법」 제34조에 따른 노인의료복지시설(노인전문병원 제외한다) 등에 장기간 동안 입소하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
 3. 특별현금급여: 도서·벽지 지역 등 요양시설이 현저히 부족한 지역에 거주하는 자 등 불가피하게 가족 등으로부터 장기요양을 받는 경우에 지원되는 현금급여 등
 가. 가족요양비: 제24조에 따라 지급하는 가족장기요양급여
 나. 특례요양비: 제25조에 따라 지급하는 특례장기요양급여
 다. 요양병원간병비: 제26조에 따라 지급하는 요양병원장기요양급여

88. 노인 장기요양인정 및 등급판정을 위한 등급판정위원회 위원구성에 해당되지 않는 자는?

- ① 「의료법」에 따른 의료인
- ② 「사회복지사업법」에 따른 사회복지사
- ③ 「의료가사 등에 관한 법률」에 따른 물리치료사
- ④ 시·군·구 소속 공무원

해설 <노인장기요양보험법> 제52조(등급판정위원회의 설치) ① 장기요양인정 및 장기요양등급 판정 등을 심의하기 위하여 공단에 장기요양등급판정위원회를 둔다.
 ② 등급판정위원회는 시·군·구 단위로 설치한다. 다만, 인구 수 등을 고려하여 하나의 시·군·구에 2 이상의 등급판정위원회를 설치하거나 2 이상의 시·군·구를 통합하여 하나의 등급판정위원회를 설치할 수 있다.
 ③ 등급판정위원회는 위원장 1인을 포함하여 15인의 위원으로 구성한다.
 ④ 등급판정위원회 위원은 다음 각 호의 자 중에서 공단 이사장이 위촉한다. 이 경우 시장·군수·구청장이 추천한 위원은 7인, 의사 또는 한의사가 1인 이상 각각 포함되어야 한다.
 1. 「의료법」에 따른 의료인
 2. 「사회복지사업법」에 따른 사회복지사
 3. 시·군·구 소속 공무원
 4. 그 밖에 법학 또는 장기요양에 관한 학식과 경험이 풍부한 자
 ⑤ 등급판정위원회 위원의 임기는 3년으로 한다. 다만, 공무원인 위원의 임기는 재임기간으로 한다.

89. 노인 장기요양인정·장기요양등급 등 이의신청은?

- ① 건강보험심사평가원
- ② 국민건강보험공단
- ③ 시·군·구청
- ④ 근로복지공단

해설 <노인장기요양보험법> 제55조(이의신청) 제1항 장기요양인정·장기요양등급·장기요양급여·부당이득·장기요양급여비용 또는 장기요양보험료 등에 관한 공단의 처분에 이의가 있는 자는 공단에 이의신청을 할 수 있다.

90. 노인장기요양인정·장기요양등급·장기요양급여·부당이득·장기요양급여비용 또는 장기요양보험료 등에 관한 공단의 처분에 이의가 있는 자는 며칠 이내에 신청해야 하나?

- ① 처분이 있는 날부터 60일 이내에 문서로
- ② 처분이 있는 날부터 90일 이내에 문서로
- ③ 처분이 있는 날부터 120일 이내에 문서로
- ④ 처분이 있는 날부터 150일 이내에 문서로

해설 <노인장기요양보험법> 제55조(이의신청) 제2항 이의신청은 처분이 있는 날부터 90일 이내에 문서로 해야 한다. 다만, 정당한 사유로 본문의 기간 이내에 이의신청을 할 수 없었음을 소명한 때는 그러하지 아니하다.

91. 노인 장기요양 인정 유효기간은?

- ① 1년
- ② 2년
- ③ 3년
- ④ 4년

해설 <노인장기요양보험법> 시행령 제8조(장기요양인정 유효기간) ① 법 제9조제1항에 따른 장기요양인정 유효기간은 1년으로 한다. 다만, 연속하여 3회 이상 같은 등급으로 판정되는 사람이 3회 이후에 장기요양인정을 받는 경우 그 유효기간은 2년으로 한다.
 ② 법 제52조에 따른 등급판정위원회는 제항에도 불구하고 장기요양 신청인의 심신상태 등을 고려하여 장기요양인정 유효기간을 6개월의 범위에서 늘리거나 줄일 수 있다. 다만, 이 경우에도 장기요양인정 유효기간을 1년 미만으로 할 수 없다.

92. 노인 장기요양기관에 소속되어 노인의 신체활동 또는 가사 활동 지원 등 서비스를 제공하는 장기요양요원에 관한 내용으로 옳지 않은 것은?

- ① 요양보호사 1급
- ② 간호사로서 2년 이상의 간호업무경력이 있는 자
- ③ 「의료기사 등에 관한 법률」 제2조에 따른 치과위생사
- ④ 「의료기사 등에 관한 법률」 제2조에 따른 작업치료사

해설

〈노인장기요양보험법〉 시행령 제11조(장기요양급여 종류별 장기요양요원의 범위) 법 제23조제2항에 따른 장기요양급여 종류별 장기요양요원의 범위는 다음 각 호와 같다.

1. 법 제23조제1항제1호나목에 따른 방문요양에 관한 재가급여 업무를 하는 장기요양요원은 「노인복지법」 제39조의2에 따른 요양보호사 중 1급 또는 2급 자격을 가진 자로 한다.
2. 법 제23조제1항제1호나목에 따른 방문목욕에 관한 재가급여 업무를 하는 장기요양요원은 「노인복지법」 제39조의2에 따른 요양보호사 중 1급 자격을 가진 자로 한다.
3. 법 제23조제1항제1호다목에 따른 방문간호의 재가급여 업무를 하는 장기요양요원은 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.
 - 가. 「의료법」 제2조에 따른 간호사로서 2년 이상의 간호업무경력이 있는 자
 - 나. 「의료법」 제80조에 따른 간호조무사로서 3년 이상의 간호보조업무경력이 있고, 보건복지부장관이 정하는 교육을 이수한 자
 - 다. 「의료기사 등에 관한 법률」 제2조에 따른 치과위생사(치과위생 업무를 하는 경우로 한정한다)

93. 단기요양보호 급여를 받을 수 있는 기간은?

- ① 1회 60일
- ② 1회 90일
- ③ 1회 120일
- ④ 1회 150일

해설

〈노인장기요양보험법시행규칙〉 제11조(단기보호 급여기간)

법 제23조제1항제1호다목에 따른 단기보호 급여를 받을 수 있는 기간은 1회 90일 이내로 하되, 이용일수는 연간 180일을 초과할 수 없다.

94. 노인 장기요양급여의 적용 대상은?

- ① 이·미용비
- ② 식사 재료비
- ③ 방문목욕 비용
- ④ 상급침실 이용에 따른 추가 비용

95. 노인 장기요양급여의 범위 등에서 제외(비급여대상)되는 내용으로 옳지 않은 것은?

- ① 식사 재료비
- ② 상급침실 이용에 따른 추가 비용
- ③ 이·미용비
- ④ 방문 목욕 비용

해설

〈노인장기요양보험법시행규칙〉 제14조(장기요양급여의 범위 등)

- ① 법 제23조제1항에 따른 장기요양급여의 범위에서 제외되는 사항(이하 “비급여대상”이라 한다)은 다음 각 호와 같다.
 1. 식사재료비
 2. 상급침실 이용에 따른 추가비용: 노인요양시설 또는 노인요양공동생활가정에서 본인이 원하여 1인실 또는 2인실을 이용하는 경우 장기요양에 소요된 총 비용에서 제1호·제3호 및 제4호의 비용과 장기요양급여비용을 제외한 금액
 3. 이·미용비
 4. 그 외 일상생활에 통상 필요한 것과 관련된 비용으로 수급자에게 부담시키는 것이 적당하다고 보건복지부장관이 정하여 고시한 비용

96. 노인 장기요양보험의 재가급여 내용이 아닌 것은?

- ① 방문간호
- ② 방문목욕
- ③ 수야간보호
- ④ 노인요양 공동생활가정

해설

재가급여는 방문급여, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호, 단기보호, 기타 재가급여로 구분된다.

정답

92. ④ 93. ② 94. ③ 95. ④ 96. ④

97. 노인 장기요양에 관한 기록의 보존 기간은?

- ① 3년 ② 5년 ③ 7년 ④ 10년

해설 <노인장기요양보험법시행규칙> 제43조(장기요양에 관한 기록의 보존)

장기요양기관은 다음 각 호의 장기요양에 관한 기록을 해당 서류에 따른 장기요양급여가 종료된 날부터 5년간 보존해야 한다.

1. 장기요양 급여계약에 관한 서류
2. 장기요양급여비용 청구서 및 장기요양급여비용 청구명세서
3. 장기요양급여제공기록지 등 장기요양급여비용의 산정에 필요한 서류 및 이를 증명하는 서류
4. 방문간호지시서
5. 장기요양급여비용 명세서 부분. 다만, 별지 제34호서식의 본인부담금수납대장을 작성하여 보존하는 경우에는 이를 장기요양급여비용 명세서 부분에 같음한다.

98. 요양병원의 입원급여 산정방법으로 옳은 것은?

- ① 정액 수가 ② 정률 수가 ③ 진료행위별 ④ 상대가치점수 수가

해설 현자군별 상대가치점수는 입원일당 정액(정액수가)으로 한다.



4. 요양급여비용기준 · 비용부담 · 약제 · 치료재료

99. 요양급여비용 의료행위료의 행위별수가 산정방식은?

- ① 보험유형별 고시 수가 × 점수당 단가 ② 보험급여항목별 수가 × 종별가산율
③ 행위별 상대가치점수 × 점수당 단가 ④ 행위별 상대가치점수 × 종별가산율

해설 건강보험요양급여비용 행위 급여 일반원칙 - 일반기준 1

· 요양기관이 국민건강보험법령의 규정에 의한 요양급여를 실시하고 행위에 대한 비용을 산정할 때에는 제2부 각 장에 분류된 분류항목의 상대가치점수(이하 "점수"라 한다)에 국민건강보험법 제45조제3항과 같은 법 시행령 제21조제1항에 따라 정하여진 점수당 단가(제16장에 분류된 항목은 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의원 및 보건지소와 「농어촌 등 보건의료에 관한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소의 점수당 단가)를 곱하여 10원 미만은 4사 5입한 금액으로 산정한다. 다만, 요양기관 종별가산율에 의하여 산출된 금액에 대하여는 원 미만을 4사 5입한다.

100. 요양급여비용 산정 방법이 아닌 것은?

- ① 요양급여비용은 보건복지부장관과 대통령령으로 정하는 의약계 대표들의 계약으로 정하고 계약기간은 1년으로 한다.
- ② 계약의 내용은 요양급여의 각 항목에 대한 상대가치점수의 점수당 단가를 정하는 것으로 한다.
- ③ 계약이 체결되면 그 계약은 공단과 각 요양기관 사이에 체결된 것으로 본다.
- ④ 요양급여비용이 정해지면 보건복지부장관은 그 요양급여비용의 명세를 지체없이 고시하여야 한다.

101. 건강보험의 상대가치점수에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 상대가치는 의료행위에 소요되는 의사의 시간과 노력에 따른 업무량 인력·시설·장비 등 자원의 양, 요양급여의 위험도를 고려하여 산출한 것이다.
- ② 건강보험수가는 상대가치점수에 점수당 단가(환산점수)를 곱하여 산출한다.
- ③ 점수당 단가(환산지수)는 보건복지부장관과 의약계를 대표하는 자와 계약으로 정하고, 계약기간은 1년으로 한다.
- ④ 계약은 그 직전 계약기간 만료일이 속하는 연도의 5월 31일까지 체결하여야 한다.

|해설

요양급여비용산정(국민건강보험법 제45조)

- ① 요양급여비용은 공단의 이사장과 대통령령으로 정하는 의약계를 대표하는 사람들의 계약으로 정한다. 이 경우 계약기간은 1년으로 한다.
- ② 계약이 체결된 경우 그 계약은 공단과 각 요양기관간에 체결된 것으로 본다.
- ③ 계약은 그 직전 계약기간 만료일 속하는 연도의 5월 31일까지 체결하여야 하며,
- ④ 그 기한까지 계약이 체결되지 아니하는 경우 보건복지부장관이 건강보험정책심의위원회(건강심시)의 의견을 거쳐 정하는 금액을 요양급여비용으로 한다.
- ⑤ 요양급여비용이 정하여지는 경우에 보건복지부장관은 그 요양급여비용의 내역을 지체없이 고시하여야 한다.

102. 건강보험 요양급여기준 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 요양기관이 요양급여를 실시하고 행위에 대한 비용을 산정할 때는 각 분류항목에 상대가치 점수당 단가를 곱하여 10원 미만은 4사5입하여 산정한다.
- ② 요양기관 종별 가산율에 의하여 산출된 금액은 원 미만을 절사한다.
- ③ 진찰료는 기본진찰료와 외래관리료의 소정점수를 합하여 산정한다.
- ④ 입원료는 입원환자의 의학관리료, 간호관리료, 병원관리료가 포함되어 있으며 요양기관 종별에 따라 산정한다.

|해설

〈건강보험요양급여비용=건강보험요양급여행위 및 그상대가치점수 제1부-1.1〉

- 요양기관이 요양급여를 실시하고 행위에 대한 비용을 산정할 때는 각 분류항목에 상대가치 점수 당 단가를 곱하여 10원 미만은 4사5입하여 산정한다.
- 요양기관 종별가산율에 의하여 산출된 금액에 대하여는 원 미만을 4사5입(4捨 5入)한다.
- 진찰료는 기본진찰료(초진의 경우 ⇒ 의과는 155.57점, 치과는 152.11점, 한방은 152.06점, 재진의 경우 ⇒ 의과는 98.03점, 치과, 한방은 95.98점)와 외래병원관리료(진찰료에서 기본진찰료를 제외한 점수)의 소정점수를 합하여 산정한다.
- 입원료는 입원환자 의학관리료(소정점수의 40%), 입원환자 간호관리료(소정점수의 25%), 입원환자 병원관리료(소정점수의 35%)포함되어 있으며 요양기관 종별에 따라 산정한다.
- 요양기관 종별가산율에 의하여 산출된 금액은 원 미만을 4사5입 한다.

103. 요양급여의 상대가치점수는 ()을/를 고려하여 산정한 요양급여의 가치를 각 항목 간에 상대적 점수로 나타낸 것이다. ()에 적당한 내용은?

- ① 업무량, 자원의 양
- ② 소요시간, 비용
- ③ 업무량, 자원의 양, 위험도
- ④ 소요시간, 비용, 난이도

|해설

자원기준 상대가치점수(RBRVS: Resource Based Relative Value Scale)

요양급여에 소요되는 시간, 노력 등 업무량, 인력, 시설, 장비 등 자원의 양과 요양급여의 위험도를 고려하여 요양급여 가치를 각 항목 간 상대적 점수로 나타낸 것을 말한다.

104. 요양급여 비용의 산정 기준으로 옳은 것은?

- ① 의료행위로는 상대가치점수에 점수당 단가를 곱하여 산정한다.
- ② 상대가치점수의 점수당 단가는 모든 요양기관에 동일하게 적용된다.
- ③ 점수당 단가의 계약 기간은 2년이다.
- ④ 약제 및 치료재료는 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액으로 산정한다.

|해설

건강보험요양급여비용 - 제1부 행위 급여 - 일반원칙 - 1. (일반기준의 1)

• 요양기관이 국민건강보험법령의 규정에 의한 요양급여를 실시하고 행위에 대한 비용을 산정할 때에는 제2부 각 장에 분류된 분류항목의 상대가치점수에 국민건강보험법 제45조 제3항과 같은 법 시행령 제21조 제1항에 따라 정하여진 점수당 단가를 곱하여 10원 미만은 4사5입한 금액으로 산정한다.

• 국민건강보험법 시행령 제21조 제3항

③ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 경우에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 요양급여의 상대가치점수를 산정할 수 있다.

1. 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에서 입원진료를 받는 경우: 해당 진료에 필요한 요양급여 각 항목의 점수와 약제·치료재료의 비용을 합산하여 중세의 경중도(輕重度)의 구분에 따른 1일당 상대가치점수로 산정
2. 「의료법」 제3조제2항제1호가목에 따른 의원, 같은 항 제3호가목에 따른 병원, 같은 호 라목에 따른 요양병원, 같은 호 마목에 따른 종합병원, 같은 법 제3조의4에 따른 상급종합병원 또는 「지역보건법」 제8조에 따른 보건의료원에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군(진단명, 시술명, 중증도, 나이 등을 기준으로 분류한 환자집단을 말한다)에 대하여 입원진료를 받는 경우: 해당 진료에 필요한 요양급여 각 항목의 점수와 약제·치료재료의 비용을 포괄하여 입원 건강 하나의 상대가치점수로 산정

• 국민건강보험법 제45조 제1항

① 요양급여비용은 공단의 이사장과 대통령령으로 정하는 의약계를 대표하는 사람들의 계약으로 정한다. 이 경우 계약기간은 1년으로 한다.

• 국민건강보험법 제46조

제41조제1항제2호의 약제·치료재료(이하 "약제·치료재료"라 한다)에 대한 요양급여비용은 제45조에도 불구하고 요양기관의 약제·치료재료 구입금액 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 달리 산정할 수 있다.

105. 요양급여 행위에 대한 비용 산정 방법으로 옳지 않은 것은?

- ① 요양기관 종별 가산율에 의하여 산출된 금액에 대하여는 원미만을 4사5입한다.
- ② 각종 가감률에 의하여 산출된 금액에 대하여는 상대가치점수에 가감률을 곱하여 총 점수를 산출한다.
- ③ 각종 가감률이 복합 적용될 경우에는 가감률을 모두 합한 총 가감률을 상대가치점수에 곱하여 총 점수를 산출한다.
- ④ 가감률이 중복 적용될 경우에는 중복 가산한다.

|해설

건강보험요양급여비용 - 제1부 행위 급여 - 일반원칙 - 1. 일반기준

1. 요양기관이 국민건강보험법령의 규정에 의한 요양급여를 실시하고 행위에 대한 비용을 산정할 때에는 제2부 각 장에 분류된 분류항목의 상대가치 점수(이하 "점수"라 한다)에 국민건강보험법 제45조제3항과 같은 법 시행령 제21조제1항에 따라 정하여진 점수당 단가(제16장에 분류된 항목은 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소와 「농어촌 등 보건의료원 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소의 점수당 단가)를 곱하여 10원 미만은 4사5입한 금액으로 산정한다. 다만, 요양 기관종별 가산율에 의하여 산출된 금액에 대하여는 원 미만을 4사5입한다.

2. 각종 가감률에 의하여 산출된 금액에 대하여는 1호와 동일한 방법으로 산정하되 상대가치점수에 가감률을 곱하여 총 점수(소수점 이하 셋째 자리에서 4사5입)를 산출하고, 각종 가감률이 복합 적용될 경우에는 가감률을 모두 합한 총 가감률을 상대가치점수에 곱하여 총 점수(소수점 이하 셋째 자리에서 4사5입)를 산출한다. 이 경우 가감률이 중복 적용될 경우에는 중복 가산하지 아니한다.

106. 요양기관 종별가산율 설명으로 옳은 것은?

- ① 바이러스혈청검사, 마취통증의학과 전문의 초빙료, 위탁검사료는 종별가산율을 적용하지 아니한다.
- ② 상급종합병원에 설치된 특수전문병원은 병원급일지라도 25%의 종별가산율을 적용한다.
- ③ 요양병원을 포함하여 모든 치과병원, 모든 한방병원은 20%의 종별가산율을 적용한다.
- ④ 의원, 보건의료원, 약국의 종별가산율은 15%를 적용한다.

해설

요양기관 종별가산율

- 상급종합병원에 설치된 특수전문병원은 30%의 종별가산율을 적용한다.
- 요양병원, 치과병원, 한방병원은 20%의 종별가산율을 적용한다.
- 의원, 보건의료원의 종별가산율은 15%를 적용한다.

107. 종합병원의 행위료 가산율로 옳지 않은 것은?

- ① 건강보험 : 25% ② 의료급여 : 21% ③ 산재보험 : 37% ④ 자동차보험 : 37%

108. 상급종합병원의 건강보험 종별 가산율은?

- ① 23% ② 27% ③ 20% ④ 30%

해설

〈건강보험요양급여비용=건강보험요양급여행위 및 그상대가치점수 제1부-Ⅱ〉

※ 요양기관 종별 가산율 비교표

요양기관 종별	진료 행위료 가산율(%)			
	건강보험	산재 보험	의료 급여	자동차 보험
상급종합병원	30	45	22	45
종합병원, 치과대학부속병원	25	37	18	37
병원, 치과 병원	20	21	15	21
의원, 치과 의원	15	15	11	15

※ 자동차보험 종별 가산율은 2003년 10월 10일부터 산재보험가산율로 적용

109. 상급종합병원으로 인정받은 종합병원의 의료보장 유형별 가산율(%)은?

구분	건강보험	산업재해보상보험	자동차보험	의료급여
①	30	40	45	25
②	30	45	45	22
③	35	40	45	20
④	35	45	40	22

110. 건강보험의 요양기관 종별 가산율에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 상급종합병원: 30%
- ② 상급종합병원에 설치된 한방병원: 25%
- ③ 상급종합병원에 설치된 특수전문병원: 30%
- ④ 상급종합병원에 설치된 치과대학부속 치과병원: 25%

해설

다음 각 항의 요양기관 종별가산율은 30%

- 1) 상급종합병원으로 인정받은 종합병원
- 2) 상급종합병원에 설치된 치과대학 부속 치과병원
- 3) 상급종합병원에 설치된 특수전문병원

정답

106. ① 107. ② 108. ④ 109. ② 110. ④

111. 요양기관 종별 가산율이 적용되지 않는 요양기관은?

- ① 요양병원 ② 한의원 ③ 조산원 ④ 치과의원

|해설

건강보험요양급여수가-제부-Ⅱ. 요양기관 종별가산율
 • 다음 각 항의 요양기관은 종별가산율을 적용하지 아니한다.
 ① 약국 및 한국회귀의약품센터
 ② 조산원, 보건소, 보건지소, 보건진료소
 ③ 의료법 제35조에 의한 부속 의료기관

112. 종합병원이 의료법에 규정된 시설·인력기준에 미달하여 시정기간 내에 시정을 하지 않은 경우에 해당하는 것은?

- ① 입원료·종별 가산율 등을 “병원”의 기준에 의해 적용받는다.
 ② 입원료만 “병원”으로 적용받는다.
 ③ “병원”으로 종별 가산율을 적용받는다.
 ④ 진찰료만 “병원”으로 적용받는다.

|해설

종합병원이 의료법에 규정된 시설, 인력기준에 미달하여 시정기간 내에 시정을 하지 않은 경우는 병원으로 종별 가산율이 적용된다.

113. 행위(기술)료에 종별 가산율이 적용되지 않는 요양기관은?

- ① 국립병원 한방진료부 ② 한의원
 ③ 사업장 부속 의료기관 ④ 상급종합병원에 설치된 특수전문병원

|해설

〈건강보험요양급여비용=건강보험요양급여행위 및 그상대가치점수 제부-Ⅱ. 1. 마.〉
 • 종별가산율을 적용하지 아니하는 요양기관
 -약국 및 한국회귀의약품센터
 -조산원, 보건소, 보건지소, 보건진료소
 -사업장 부속 의료기관

114. 요양기관 종별 가산율을 적용할 수 있는 항목은?

- ① 바이러스 혈청검사 ② C-Arm형 영상증폭장치이용료
 ③ 충수절제술 ④ 전혈 및 혈액성분제제

|해설

〈건강보험요양급여비용=건강보험요양급여행위 및 그상대가치점수 제부-Ⅱ-2〉
 • 진료행위에도 불구하고 요양기관 종별가산율을 적용하지 아니하는 항목
 -바이러스 혈청검사
 -각 장의 산정지침 또는 분류항목의 “주”에서 별도로 산정할 수 있도록 규정한 약제비, 치료재료대 등
 -컴퓨터영상처리장치(CR), 디지털촬영장치(DR), 의학영상저장및전송시스템(PACS)을 이용한 처리비용, C-Arm형 영상증폭장치 이용료
 -생혈, 교환, 자가조혈모세포이식준비-냉동처리 및 보관, 자가수혈채혈료, 연성신요관경하 요관협착확장술(R3196), 연성신요관경하 결석제거술(R3429)
 -퇴장방지의약품 사용장려비
 -가정간호 기본방문료, 가정간호 교통비
 -검체검사위탁에 관한 기준에서 정한 수탁기관으로 위탁하는 경우의 검사료 및 위탁검사 관리료
 -Infusion Pump 사용료
 -마취통증의학과전문의 초빙료

정답

111. ③ 112. ③ 113. ③ 114. ③

115. 진료행위임에도 불구하고 요양기관 종별가산율을 적용하지 않는 것은?

- ① 의학영상저장 및 전송시스템(PACS)을 이용한 처리 비용
- ② 수혈 수수료
- ③ 마취료
- ④ 물리치료료

116. 한의원과 약국에서 의사 및 약사 1인당 1일 진찰 및 조제건수에 따라 차등수가가 지급된다. 다음 중 건수와 차등수가가 옳지 않은 것은?

- ① 75건 이하 - 100%
- ② 75건 초과 100건까지 - 90%
- ③ 100건 초과 150건까지 - 80%
- ④ 150건 초과 - 50%

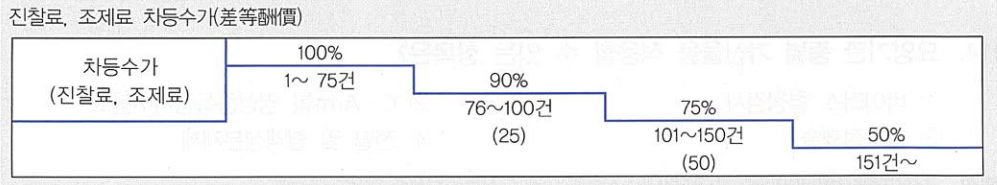
해설

〈건강보험요양급여비용=건강보험요양급여행위 및 그상대가치점수 제1부-III-가〉
 • 치과의원, 한의원, 보건의료원의 의사, 치과의사, 한의사 1인당 1일 진찰횟수를 기준으로 진찰료에 대하여 다음과 같이 차등지급한다.
 • 약국 및 한국회귀의약품센터의 약사 1인당 1일 조제건수(의약품업 예외지역에서는 직접조제건수 포함)를 기준으로 조제료등에 대하여 다음과 같이 차등지급한다.
 - 75건 이하: 100%
 - 75건을 초과하여 100건까지: 90%
 - 100건을 초과하여 150건까지: 75%
 - 150건을 초과한 건: 50%

117. 진찰료 또는 조제료의 차등 지급기준이 옳은 것은?

- ① 치과의원 치과의사 1인당 1일 진찰횟수 100건 이하 - 진찰료의 100% 산정
- ② 한의원 한의사 1인당 1일 진찰횟수 100건 초과 150건 까지 - 진찰료의 75% 산정
- ③ 약국 약사 1인당 1일 조제 건수 75건 초과 100건까지 - 조제료의 85% 산정
- ④ 한국회귀의약품센터 약사 1인당 1일 조제건수 150건 초과 - 조제료의 55% 산정

해설



118. 가정간호 기본방문료 교통비는 소요시간과 방문지역을 불문하고 1회 방문당 소정수가의 100분의 ()을 본인이 부담하는가?

- ① 100분의 30
- ② 100분의 50
- ③ 100분의 60
- ④ 100분의 100

해설

〈행위급여목록·상대가치점수 및 산정지침-제장 기본진료료-산정지침-4〉 가정간호 기본방문료
 • 의사 또는 한의사의 진단에과 처방에 따라 가정전문간호사가 가정간호를 한 경우에 산정한다.
 • 의약품관리료는 외래환자 의약품관리료를 산정하고, 조제료는 퇴원환자 조제료를 산정한다.
 • 연 96회를 초과하여 계속 가정간호를 받을 경우에는 가정간호 기본방문료를 포함하여 환자본인이 100분의 100을 부담한다.
 • 교통비는 가정전문간호사가 진료담당의사의 진단과 처방에 따라 환자자택을 방문하는 경우 소요시간, 방문지역 등에 불문하고 1회 방문당 100.30점을 환자본인이 100분의 100을 부담한다.

119. 차등수가를 적용하는 요양기관에 해당되지 않는 곳은?

- ① 한의원 ② 보건의료원 ③ 의과의원 ④ 약국

해설 <건강보험요양급여비용-건강보험요양급여행위 및 그상대가치점수 제부-Ⅲ> 의과의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원, 약국 및 한국회귀의약품센터의 경우에는 의사, 치과의사, 한의사, 약사 1인당 1일 진찰횟수, 약국 및 한국회귀의약품센터의 경우에는 조제건수에 따라서 요양기관에 진찰료와 조제로 등을 차등지급한다.

120. 공휴일에 외래 초진 진찰을 받은 경우 진찰료 산정방법이 옳은 것은?

- ① 초진 진찰료 + 초진 기본진찰료 × 30% ② 초진 진찰료 + 초진 기본진찰료 × 50%
 ③ 초진 진찰료 + 초진 외래관리료 × 30% ④ 초진 진찰료 + 초진 외래관리료 × 50%

해설 <제장 기본진료료-외래환자진찰료-가, 나-주3>
 • 평일18시(토요일은 13시)~익일 09시에 진찰료 중 기본진찰료 소정점수의 30%를 가산한다.
 • 초진·재진진찰료 = 기본진찰료 + 외래관리료

121. 진찰료 산정에 있어서 야간 진찰 시 시간과 가산율이 옳은 것은?

- ① 토요일 17:00~익일 09:00, 30% ② 평일 20:00~익일 09:00, 30%
 ③ 토요일 13:00~익일 09:00, 30% ④ 평일 18:00~익일 09:00, 50%

해설 <외래환자 진찰료(가-1)-가, 나-주3> 가산(야간, 공휴)
 진찰료는 평일(18시 - 익일 09시), 토요일(13:00 - 익일 09시) 진찰 시 진찰료 중 기본진찰료(초진, 재진에 30%를 가산한다.

122. 토요일 16:00시에 환자에게 실시한 행위 중 가산이 되는 항목은?

- ① 진찰료 ② 마취료 ③ 방사선촬영료 ④ 수술료

해설 평일18시(토요일은 13시)~익일 09시에 진찰료 중 기본진찰료 소정점수의 30%를 가산한다.

123. A씨는 고혈압으로 B종합병원의 내과에서 계속 치료 중이다. 예정 내원일에 동일의사에게 위궤양으로 인한 진료를 동시에 받았다면 진찰료의 산정은?

- ① 위궤양은 계속 진료 중인 고혈압과 별개의 상병이므로 재진료 1회, 초진료 1회 각각 산정한다.
 ② 동일 진료과목이나 전문분야가 다르므로 재진료 1회, 초진료 1회를 산정한다.
 ③ 고혈압 진료 중 위궤양이 발생하여 진찰하였으므로 진찰료는 1회만 산정한다.
 ④ 2개의 질환으로 재진료를 2회 산정한다.

해설 진찰료 산정
 • 하나의 진료과(의사) 하나의 진찰료 - 동일상병, 다른 상병 편도선염과 위염
 • 하나의 상병 하나의 진찰료 - 동일상병 편도선염 - 내과, 이비인후과
 • 두 개의 진료과 두 개의 진찰료 - 다른 상병 두 개 이상 전문과목
 2개 이상의 진료과목이 설치되어 있고 해당과의 전문의가 상근하는 요양기관에서 동일환자의 다른 상병에 대하여 전문 과목 또는 전문분야가 다른 진료담당의사가 각각 진찰한 경우에는 진찰료는 각각 산정할 수 있다.

124. 진찰료의 구성 요소는?

- ① 기본진찰료, 외래관리료 ② 기본진찰료, 의학관리료
 ③ 기본진찰료, 간호관리료 ④ 기본진찰료, 병원관리료

해설 요양급여비용 수가 - 제장 기본진료료 - 산정지침 (1) 가.
 • 진찰료는 기본진찰료와 외래관리료(진찰료에서 기본진찰료를 제외한 점수)의 소정점수를 합하여 산정한다.

정답 119. ③ 120. ① 121. ③ 122. ① 123. ③ 124. ①

125. 진찰료에 야간가산을 적용할 수 있는 경우는?

- ① 19:10분에 병원에 도착하여 19:30분에 진료를 받은 경우
- ② 17:40분에 병원에 도착하여 18:20분에 진료를 받은 경우
- ③ 15:10분에 병원에 도착하여 15:40분에 진료를 받은 경우
- ④ 08:30분에 병원에 도착하여 09:05분에 진료를 받은 경우

해설

외래환자 진찰료 야간 가산율 적용시간은 국민편익을 제고하기 위하여 환자가 야간가산 기준시간인 평일 18시(토요일은 13시)에서 다음 날 09시 사이에 내원한 경우는 요양기관의 진료 담당 의사가 진료를 개시한 시각(着手時間)을 기준으로 적용하고, 동 시각 이외의 시각에 내원한 경우에는 환자가 요양기관에 도착한 시각(到着時間)을 기준으로 함.(고시 제 2006-9호, '06. 2. 1. 시행) 도착

126. 진찰료 산정에 관한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 진찰료는 기본진찰료와 외래관리료, 입원환자 병원관리료의 소정점수를 합하여 산정한다.
- ② 초진환자란 해당 상병으로 동일 의료기관의 동일 진료과목 의사에게 진료받은 경험이 없는 환자를 말한다.
- ③ 재진환자란 해당 상병으로 동일 의료기관의 동일 진료과목 의사에게 계속해서 진료받고 있는 환자를 말한다.
- ④ 동일 의사가 동시에 2가지 이상의 상병에 대하여 진찰을 한 경우 진찰료는 1회 산정한다.

해설

〈행위 급여목록·상대가치점수 및 산정치침-기본진료료-1-가-(1)〉
진찰료는 기본진찰료와 외래관리료의 소정점수를 합하여 산정한다.

127. 진찰료를 1회만 산정하는 경우로 옳지 않은 것은?

- ① 동일의사가 동시에 2가지 이상의 상병에 대하여 진찰을 한 경우
- ② 하나의 상병에 대한 진료를 계속 중에 다른 상병이 발생하여 동일의사가 동시에 진찰을 한 경우(재진진찰료)
- ③ 동일한 상병에 대하여 2인 이상의 의사가 동일한 날에 진찰을 한 경우
- ④ 동일한 상병에 대하여 2인 이상의 의사가 다른 날에 진찰을 한 경우

해설

동일한 상병에 대하여 2인 이상의 의사가 다른 날에 진찰을 한 경우에는 진찰료가 2회 산정된다.

128. 진찰료 산정에 관한 사항 중 옳지 않은 것은?

- ① 초진환자란 해당상병으로 동일 의료기관의 동일 진료과목 의사에게 진료 받은 경험이 없는 환자를 말한다.
- ② 동일한 상병에 대하여 2인 이상의 의사가 동일한 날에 진찰한 경우 진찰료는 2회 산정한다.
- ③ 해당상병의 치료가 종결된 후 동일상병으로 30일 이내 내원한 경우에는 재진료를 산정한다.
- ④ 요양기관 사정에 의하여 진료당일 검사, 방사선 진단 등을 실시하지 못한 경우 검사를 실시한 당일의 진찰료는 산정하지 않는다.

해설

진찰료 산정〈건강보험요양급여비용-제2부-제장-산정치침-1.-가-(4), (5), (6)〉

- (4) 해당상병의 치료가 종결되지 아니하여 계속 내원하는 경우에는 내원간격에 상관없이 재진환자로 본다. 또한, 원치여부가 불분명하여 치료의 종결여부가 명확하지 아니한 경우 90일 이내에 내원 시 재진환자로 본다.
- (5) 해당상병의 치료가 종결된 후 동일상병이 재발하여 진료를 받기 위해서 내원한 경우에는 초진환자로 본다. 다만, 치료 종결 후 30일 이내 내원한 경우에는 재진환자로 본다.
- (6) 치료의 종결이라 함은 해당 상병의 치료를 위한 내원이 종결되었거나, 투약이 종결되었을 때로 본다.

정답

125. ① 126. ① 127. ④ 128. ②

129. 초·재진 진찰료 산정지침 설명에서(A , B)에 적합한 것은?

가. 해당 상병의 치료가 종결된 후 동일상병이 재발하여 진료를 받기 위해서 내원한 경우에는 초진환자로 본다. 다만 치료종결 후(A) 이내에 내원한 한 경우에는 재진환자로 본다.
 나. 해당 상병의 치료가 종결되지 아니하여 계속 내원하는 경우에는 내원간격에 상관없이 재진환자로 본다. 또한 완치여부가 불분명하여 치료의 종결여부가 명확하지 아니한 경우(B)이내에 내원시 재진환자로 본다.

- ① A 30일, B 30일 ② A 30일, B 60일 ③ A 30일, B 90일 ④ A 90일, B 30일

130. 환자가 직접 내원하지 아니하고 보호자가 내원하여 상담한 후 약제 또는 처방전을 수령하는 경우에는 재진 진찰료의 ()%를 산정한다. ()에 적합한 내용은?

- ① 30% ② 50% ③ 80% ④ 100%

해설

〈행위급여목록·상대가치점수 및 산정지침-제1장 기본진료료-가 외래환자 진찰료 나-5〉

· 환자가 직접 내원하지 아니하고 환자가족이 내원하여 진료담당 의사와 상담한 후 약제 또는 처방전만 수령 또는 발급하는 경우에는 재진진찰료 소정점수의 50%를 산정한다.

131. 재진료를 산정해야 하는 경우로 옳지 않은 것은?

- ① 산전진찰을 받은 임신부가 당해 기관에서 분만을 위하여 내원한 경우
 ② 위궤양 환자가 9월 1일 30일간의 투약을 받은 후 10월 2일에 재내원한 경우
 ③ 9월 20일 상기도염으로 내원했던 환자가 10월 10일 감기로 재내원한 경우
 ④ 타 기관에서 산전진찰을 받은 임신부가 분만을 위하여 당해기관에 처음 내원한 경우

해설

타 요양기관의 진찰은 당해요양기관의 진찰과는 연관관계가 없으므로 재진료가 아닌 초진료를 산정해야 한다.

132. 입원 중인 환자에 대하여 해당 진료전문과 이외의 타 진료전문과에서 다른 상병의 진찰을 행한 경우에 산정할 수 있는 것은?

- ① 초진진찰료 ② 재진진찰료 ③ 협의진찰료 ④ 만성질환관리료

해설

협의진찰료 〈제1장 기본진료료. 가-8. 협의진찰료〉

· 입원중인 환자의 특별한 문제에 대한 평가 및 관리를 위하여 그 환자의 주치의가 아닌 다른 진료과목 의사의 견해나 조언을 얻는 경우에 산정한다.
 · 협의진료를 요청하는 특별한 문제 및 협의진료의사의 견해 등을 의무기록에 명시해야 하며 동일 문제에 대한 협의진찰료는 입원기간 중 30일에 1회만 산정한다.

133. 다음 설명 중 옳지 않은 것은?

- ① 진찰료는 외래에서 환자를 진찰한 경우에 처방전의 발행과 관계없이 산정한다.
 ② 진찰료는 기본진찰료와 외래관리료의 소정점수를 합하여 산정한다.
 ③ 입원료는 의학관리료(40%) + 간호관리료(25%) + 병원관리료(35%)의 합이며 요양기관 종별에 따라 산정한다.
 ④ 입원료의 1일이라 함은 밤 12시(자정)부터 다음 날 밤 12시(자정)까지를 의미한다.

해설

입원료의 1일이라 함은 12시(정오)부터 다음 날 12시(정오)까지를 의미한다.

정답

129. ③ 130. ② 131. ④ 132. ③ 133. ④

134. 건강보험기준 요양기관에서 입원으로 간주하는 기준시간은?

- ① 5시간 이상 ② 6시간 이상 ③ 7시간 이상 ④ 10시간 이상

[해설]

〈행위급여목록·상대가치점수및산정지침-제장 기본진료료-산정지침-2-입원료-가〉

- 입원료 = 입원환자 의학관리료(소정점수의 40%), 입원환자 간호관리료(소정점수의 25%), 입원환자 병원관리료(소정점수의 35%)가 포함되어 있으며 요양기관 종별에 따라 산정한다.
- 요양기관에서 처치·수술 등으로 6시간 이상 진료를 받은 경우에 1일간의 입원료를 산정한다.

135. 입원료 산정에 관한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 1일이라 함은 12시(정오)부터 다음날 12시(정오)까지를 의미한다.
 ② 0~6시 사이에 입원하거나, 18시~24시 사이에 퇴원한 경우에는 입원료 소정점수의 50%를 별도 산정한다.
 ③ 6~12시 사이에 입원하거나, 12~18시 사이에 퇴원한 경우에는 동기간의 입원료는 별도 산정하지 아니한다.
 ④ 입원일과 퇴원일이 같은 날에 이루어진 경우에는 전체 입원시간이 8시간 이상인 경우에 한하여 1일의 입원료를 산정한다.

[해설]

1일당의 입원료 산정 〈제장 기본진료료-산정지침-2-다〉

- 1일이라 함은 12시(정오)부터 다음날 12시(정오)까지를 의미한다.
- 0~6시 사이에 입원하거나, 18시~24시 사이에 퇴원한 경우에는 입원료 소정점수의 50%를 별도 산정한다.
- 6~12시 사이에 입원하거나, 12~18시 사이에 퇴원한 경우에는 동기간의 입원료는 별도 산정하지 아니한다.
- 입원일과 퇴원일이 같은 날에 이루어진 경우에는 전체 입원시간이 6시간 이상인 경우에 한하여 1일의 입원료를 산정한다.

136. 2017년 3월 30일(목) 오전 11시에 A병원의 외래진료 후 입원하였다가 4월 3일(월) 저녁 9시에 B병원으로 이송하였을 경우 전체 입원료 산정은?

- ① 100% × 3일 ② 100% × 3일 + 50% 가산
 ③ 100% × 4일 ④ 100% × 4일 + 50% 가산

[해설]

입원일수 적용

- 3월은 31일 까지 있으므로 31 - 30 = 1 (3월 동안에 입원한 날)
- 1 + 3(4월에 입원한 날) = 4일 (총 입원일수)
- 4월 3일은 저녁 9시에 이송하였으므로 50% 가산
- 3 + 1.5(50% 가산 적용) = 4.5일

137. 소정 입원료의 30%를 가산할 수 없는 경우는?

- ① 내과 질환자 ② 정신질환자
 ③ 만 8세 미만의 소아환자 ④ 만 70세 이상의 노인환자

[해설]

〈기본진료료, 입원료〉 내과질환자, 정신질환자, 만 8세 미만의 소아환자에 대하여는 소정점수의 30% 가산한다.

138. 장기 입원인 경우 입원료는 체감되는데 입원료의 15% 체감율이 적용되는 시기는?

- ① 16일째부터 ② 31일째부터 ③ 46일째부터 ④ 61일째부터

[해설]

〈건강보험요양급여행위 및 그상대가치점수 제2부-기본진료료-2-다〉

- 입원료: 입원 1일째부터 ~ 15일째까지: 해당점수의 100% 산정
- 입원 16일째부터 ~ 30일째까지: 해당점수의 90% 산정(10% 체감)
- 입원 31일째부터 ~ 퇴원까지: 해당점수의 85% 산정(15% 체감)

139. 건강보험환자 입원료를 산정할 때 입원일수에 따라 체감되는 것은?

- | | |
|------------|--------------|
| 가. 입원료 | 나. 무균치료실 입원료 |
| 다. 낮병동 입원료 | 라. 중환자실 입원료 |
| 마. 격리실 입원료 | |

- ① 가, 나, 다 ② 나, 다, 라 ③ 다, 라, 마 ④ 가, 라, 마

해설

〈건강보험요양급여행위 및 그상대가치점수 제2부-기본진료료-2-다-(6)〉

1) 입원료(가-2, 가-9-가, 가-10, 가-10-1)은 입원 16일째부터 30일째까지는 해당점수의 90%를 산정한다.

2) 입원료(가-2, 가-9-가, 가-10, 가-10-1)은 입원 31일째부터는 해당점수의 85%를 산정한다.

※ 가-2(입원료), 가-9-가(성인 또는 소아 중환자실 입원료), 가-10(격리실 입원료), 가-10-1(남차폐특수치료실 입원료)

140. 입원으로 간주하여 1일의 입원료 또는 낮병동 입원료를 산정할 수 있는 내용이 아닌 것은?

- ① 분만 후 당일 귀가 또는 이송된 경우
- ② 응급실에서 응급처치를 받고 6시간이 지난 후 타 기관으로 이송된 경우
- ③ 정신건강의학과와 낮병동에서 5시간 미만 진료를 받고 귀가한 경우
- ④ 수술실에서 수술을 받고 6시간 이상 관찰 후 당일 귀가한 경우

해설

낮병동 입원료 산정 〈제장 기본진료료-산정지침-2-나-(2)〉

• 분만 후 당일 귀가 또는 이송하여 입원료를 산정하지 아니한 경우(분만의 경우는 6시간 미만이라도 1일당 입원료 산정할 수 있다)

• 응급실, 수술실 등에서 처치·수술 등을 받고 6시간 이상 관찰 후 당일 귀가 또는 이송하여 입원료를 산정하지 아니한 경우

• 정신건강의학과와 “낮병동”에서 6시간 이상 진료를 받고 당일 귀가한 경우

141. 낮병동 입원료 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 분만후 당일 귀가는 경우에 산정할 수 있다.
- ② 수술실에서 수술을 받고 6시간 이상 관찰 후 귀가하는 경우 산정한다.
- ③ 정신건강의학과와 낮병동에서 6시간이상 진료를 받고 당일 귀가하는 경우 산정한다.
- ④ 본인일부 부담금은 외래 본인일부부담율에 따른다.

해설

본인일부 부담금은 입원 본인일부부담율에 따른다.

142. 격리실 입원료의 산정대상과 거리가 먼 것은?

- ① 면역이 억제된 환자를 보호하기 위해 격리한 경우
- ② 일반환자를 보호하기 위해 전염력이 강한 전염성 환자를 격리한 경우
- ③ 3도 이상 36% 범위 이상의 화상환자를 진료에 반드시 필요하여 격리한 경우
- ④ 전염성 환자만을 수용하는 요양기관의 경우

해설

격리실 입원료〈제장 기본진료료-산정지침-2-나-(5)〉

• 면역이 억제된 환자를 보호하기 위하여 일반환자와 격리하여 치료한 경우

• 일반환자를 보호하기 위하여 전염력이 강한 전염성 환자를 일반환자와 격리하여 치료한 경우

• 3도 이상으로 36% 범위 이상의 화상환자를 진료에 반드시 필요하여 격리하여 치료한 경우

정답

139. ④ 140. ③ 141. ④ 142. ④

143. 상급종합병원 간호인력 확보수준에 따른 간호 2등급 입원료는 소정점수의 몇 %가 가산되는가?

- ① 소정점수의 50% ② 소정점수의 40% ③ 소정점수의 20% ④ 입원소정점수로 산정

해설

간호인력확보에 따른 등급별 소정입원환자 관리료(제1장 기본진료료-산정지침-2-라-(3))

(가) 상급종합병원, 의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원

- 1등급: 입원료 소정점수의 50% 가산
- 2등급: 입원료 소정점수의 40% 가산
- 3등급: 입원료 소정점수의 30% 가산
- 4등급: 입원료 소정점수의 20% 가산
- 5등급: 입원료 소정점수의 10% 가산
- 6등급: 입원료 소정점수로 산정

(나) 종합병원, 병원, 한방병원

- 1등급: 2등급 입원료에 2등급 입원료 소정점수의 10% 가산
- 2등급: 3등급 입원료에 3등급 입원료 소정점수의 10% 가산
- 3등급: 4등급 입원료에 종합병원은 4등급 입원료 소정점수의 15%, 병원은 4등급 입원료 소정점수의 10% 가산
- 4등급: 5등급 입원료에 5등급 입원료 소정점수의 10% 가산
- 5등급: 6등급 입원료에 종합병원은 6등급 입원료 소정점수의 10%, 병원은 6등급 입원료소정점수의 15% 가산
- 6등급: 입원료 소정점수로 산정
- 7등급: 가. 「소득세법」 시행규칙 제7조제4호에 의한 의료취약지역 소재요양기관은 6등급 입원료 소정점수 나. 서울특별시 및 광역시 구지역 소재 요양기관은 입원료 소정점수의 5% 감산 다. 위 "가" 및 "나"에 해당되지 아니하는 요양기관은 입원료 소정점수의 2% 감산

144. 간호인력 확보 수준에 따른 입원료는 등급별로 가감하여 산정한다. 상급종합병원에서 2등급인 경우 가감율은?

- ① 20% ② 30% ③ 40% ④ 50%

해설

상급종합병원에서 2등급인 경우 가감율은 40%가산 이다.

상급종합병원에서 간호인력확보수준 2등급에 해당하는 범위는 2.5 : 1 미만 2.0 : 1 이상이다

145. 종합병원의 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제에 있어서 '등급'과 병상수 대 간호사 수의 비율 기준이 잘못 연결된 것은?

- ① 1등급 - 2.5 : 1 미만인 경우 ② 2등급 - 3.0 : 1 미만 2.5 : 1 이상인 경우
 ③ 3등급 - 3.5 : 1 미만 3.0 : 1 이상인 경우 ④ 4등급 - 4.5 : 1 미만 3.5 : 1 이상인 경우

해설

간호인력확보수준을 1등급 내지 7등급으로 구분한다. 다만, 의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원은 7등급에 해당되는 경우에도 6등급을 적용한다.

(가) 1등급: 2.5 : 1 미만인 경우(상급종합병원은 2.0 : 1 미만)

(나) 2등급: 3.0 : 1 미만 2.5 : 1 이상인 경우(상급종합병원은 2.5 : 1 미만 2.0 : 1 이상)

(다) 3등급: 3.5 : 1 미만 3.0 : 1 이상인 경우(상급종합병원은 3.0 : 1 미만 2.5 : 1 이상)

(라) 4등급: 4.0 : 1 미만 3.5 : 1 이상인 경우(상급종합병원은 3.5 : 1 미만 3.0 : 1 이상)

(마) 5등급: 4.5 : 1 미만 4.0 : 1 이상인 경우(상급종합병원은 4.0 : 1 미만 3.5 : 1 이상)

(바) 6등급: 4.5 : 1 이상인 경우(상급종합병원은 4.0 : 1 이상)

(사) 7등급: 6.0 : 1 이상인 경우

146. 입원환자의 입원료 차등제 적용 기준은?

- ① 간호인력확보수준 ② 병상수
 ③ 응급환자 비율 및 중환자수 ④ 전문 진료과목 설치 수

해설

간호관리료 차등제

147. 간호인력 확보수준에 따른 간호등급산정기준 중 일반병상수 산정대상은?

가. 내과 일반병상	나. 정신건강의학과 개방병동
다. 중환자실	라. 분만실 및 응급실

- ① 가, 나 ② 가, 나, 다 ③ 가, 라 ④ 가, 나, 다, 라

해설 일반병동의 병상(건강보험요양급여비용-제2부-제1장 기본진료료-2.입원료 등-라-(2))
 일반병동의 병상은 요양기관 전체 병상에서 응급실, 신생아실, 분만실, 회복실, 중환자실, 격리실, 무균치료실, 인공신장실, 낮병동, 정신보건법에 의한 정신보건의료시설 중 폐쇄병동 등을 제외한 병상을 말한다. 이때 별도의 병동으로 구분은 영하지 않는 격리실, 무균치료실 등은 일반병동의 병상으로 본다.
 • 병상수(病床數) 인정 - 일반병상, 감염병실병상, 보육기
 • 병상수(病床數) 제외 - 응급실, 분만실, 회복실, 신생아실(베지넷), 주사실, 인공신장실

148. 요양기관에서 일반병상의 계산에 포함되는 것은?

- ① 격리병실 ② 무균치료실 ③ 중환자실 ④ 입원실

해설 요양기관현황통보서 또는 요양기관변경통보서상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다

149. 일반병동의 직전분기 평균 병상 수 대비 당해 병동에서 간호업무에 종사하는 직전분기 평균 간호사 수에 따라서 요양급여비용을 산정하는 것은?

- ① 외래환자 간호관리료 차등제 ② 입원환자 간호관리료 차등제
 ③ 중환자실 간호 등급제 ④ 가정간호 산정 특례

150. 만성질환관리료 산정방법으로 옳지 않은 것은?

- ① 고혈압, 당뇨병 등의 만성질환 ② 교육, 상담 등 진료기록부에 기록, 보관
 ③ 월 2회 이내 청구 ④ 65세 이상 노인환자

해설 만성질환관리료 <제1장 기본진료료 - 분류번호 가-14>
 • 고혈압, 당뇨병등의 상병으로 당해 의료기관에 지속적으로 내원하는 재진환자에 대하여 교육·상담 등을 통하여 환자가 자신의 질병을 이해하고 합병증을 예방할 수 있도록 관리체계를 수립한 경우에 산정
 • 기관당 한 환자에 대하여 연간 12회 이내 (단, 월 2회 이내)로 산정
 • 해당 만성질환자를 진료한 기관은 개인별 진료기록부에 만성질환자 관리내역을 기록·보관해야 한다.

151. 만성질환관리료를 산정할 수 있는 요양기관은?

- ① 의원 ② 병원 ③ 종합병원 ④ 상급종합병원

해설 만성질환관리료 <제1장 기본진료료 - 분류번호 가-14>
 대상환자는 의원급 요양기관(보건의료원 포함)의 외래에서 진료하는 환자로서 “한국표준질병사인분류표”에 의한 질병코드(고혈압: I10~I13, I15, 당뇨병: E10~E14)를 상병명으로 하는 자 및 질병코드(정신 및 행동장애: F00~F99, G40~G41, 호흡기결핵: A15~A16, A19, 심장질환: I05~I09, I20~I27, I30~I52, 대뇌혈관질환: I60~I69, 신경계질환: G00~G37, G43~G83, 악성신생물: C00~C97, D00~D09, 갑상선의 장애: E00~E07, 간의질환: B18, B19, K70~K77, 만성신부전증: N18)를 주 상병명으로 하는 자에 한한다.

152. 건강보험에서 질병이 있는 신생아를 보육기에서 진료한 경우 보육기의 진료비 산정은?

- ① 1회만 산정 ② 1일당 산정 ③ 주 2회 산정 ④ 2일당 산정

해설 보육기 입원료 <제1장 기본진료료, 가-12, 보육기> 질병이 있는 신생아를 보육기에서 진료한 경우에 1일당으로 산정한다.

153. 검사료 산정지침 설명으로 옳은 것은?

- ① 검사항목에 편측으로 표기가 없더라도 대칭기관에 대한 양측 검사는 소정검사료 200%를 산정한다.
 ② 외관, 취기, 간단한 계산상 검사치를 얻는 경우에 검사료를 산정할 수 없다.
 ③ 동시 동일 부위, 방사선 촬영 시 3매(장)를 초과하는 경우
 ④ 전혈수혈로는 기술로이기 때문에 종별 가산율을 산정한다.

해설 대칭기관의 검사료는 대칭기관에 대한 양측검사를 하였을 때에도 “편측”이라는 표기 없는 한 소정점수 산정한다. <제2장 검사료-산정지침-(2)>
 • 외관, 취기, 색도 등의 간단한 검사 또는 계산방법에 의하여 검사치를 얻는 경우 검사료를 산정하지 아니한다. <제2장 검사료-산정지침-(1)>
 • 동시, 동일부위 방사선 촬영시에는 최대 5매까지 산정한다.<건강보험요양급여비용-제3장 영상진단 및 방사선치료료-제1절-방사선단순영상진단료-주3>
 • 전혈(마-1), 혈액성분제제(마-2), 생활(마-3), 교환(마-4), 자가수혈채혈료(마-106-가)는 종별가산율이 적용되지 않는다.

154. 검사 시 별도로 비용을 산정할 수 없는 항목은?

- ① 항생제 피부반응검사 ② 내시경검사 시 사용된 컬러프린터 인화지
 ③ 부하시험 시 사용된 약제 ④ 안기능 검사 시 사용된 형광물질

해설 항생제 피부반응 검사(AST: Antibiotic Skin Test)는 기본진료료에 포함된다. 그러나 알레르기 검사 중 피부반응검사(나-71)는 별도 수가를 산정한다(간디스토마, 페디스토마, 결핵 피부반응검사 등).

155. 검사에 사용된 재료대 및 약제 중 별도 산정할 수 있는 항목이 아닌 것은?

- ① 인체에 주입된 약제
 ② 안 기능 검사 시 사용된 필름, 형광물질, 사진현상 및 인화료
 ③ 핵의학 기능 검사 시 사용된 방사성 동위원소 및 약제
 ④ 1회용 주사침 및 주사기

해설 주사료 산정지침에 의거 1회용 주사침 및 주사기는 별도 산정할 수 없음

156. 검사에 소요된 재료를 산정하는 항목은?

- ① 심전도 판독지 ② 검체 용기 ③ 내시경 슬라이드 필름 ④ 1회용 주사기

해설 검사에 사용된 약제 및 재료대는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다. 다만, 다음의 경우는 별도 산정할 수 있다. <제2장 검사료-산정지침-(3)>
 • 인체에 주입된 약제
 • 부하시험 시 사용된 약제
 • 안기능검사 시 사용된 필름, 형광물질, 사진현상 및 인화료
 • 내시경검사 시 사용된 슬라이드 필름 및 사진현상료, 플라로이드필름 또는 컬러프린터 인화지
 • 핵의학 기능검사 시 사용된 방사성 동위원소 및 약제
 • 제2장 분류항목에 별도로 규정한 약제 및 재료대
 • 기타 장관이 별도로 인정한 약제 및 재료대

157. '편측'이라는 표기가 없는 나-671(굴절 및 조절 검사)를 양안에 대해 실시하였다. 이 경우의 수가산정은?

- ① 소정수가 ② 소정수가 × 200% ③ 소정수가 × 150% ④ 소정수가 × 130%

해설 대칭기관 검사 (제2장 검사료-산정지침-(2)) 대칭기관에 대한 양측검사를 하였을 때에도 "편측"이라는 표기가 없는 한 소정점수만 산정한다.
 ※ 편측(片側)이라는 표기가 있는 경우에는 소정수가의 200%를 산정한다.

158. 나-406(미생물 약제 감수성 검사)의 청구 방법은?

- ① 검사결과지를 첨부한다. ② 검사결과지를 첨부할 필요는 없다.
 ③ 검사결과를 명세서에 기재하여 청구한다. ④ 검사결과만 기록하여 청구하면 된다.

해설 미생물 약제감수성 검사(나-406)의 청구 방법은 검사결과를 첨부해야 한다. 다만, 항산균 약제감수성 검사를 위탁검사실 시기관에 의뢰하여 검사결과지가 도착하지 아니한 경우에는 검사 실시기관이 발급한 검사의뢰접수증을 첨부해야 한다.

159. 만 6세 이상의 소아에게 천자 검사를 실시하였을 경우 소정점수의 몇 %를 가산하는가?

- ① 10% ② 20% ③ 30% ④ 40%

해설 <제2장 검사료-제4절 내시경, 천자 및 생검료>
 • 내시경
 - 기기(Scopy, Fibroscopy, Microscopy)의 종류를 불문하고 소정점수를 산정한다.
 - 만1세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 50%를, 만1세 이상 만6세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 30%를 가산한다.
 - 내시경하 생검을 하는 경우 해당 내시경 점수의 20%를 산정한다.
 • 천자
 - 천자를 치료목적(약물주입 또는 지속적인 배액)으로 실시한 경우에는 소정점수의 30%를 가산한다.
 - 만1세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 50%를, 만1세 이상 만6세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 30%를 가산한다.
 • 일반생검
 - 세침흡인생검을 실시한 경우에도 각 항목의 소정점수를 산정한다.
 - 만1세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 50%를, 만1세 이상 만6세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 30%를 가산한다.

160. 만 6세 이상의 소아에게 검사를 실시하였을 경우 소정점수 20%를 가산할 수 있는 검사는?

- | | | | |
|-----------|----------|---------|-----------|
| 가. 내시경검사 | 나. 미생물검사 | 다. 천자검사 | 라. 일반화학검사 |
| ① 가, 나, 다 | ② 가, 다 | ③ 나, 라 | ④ 라 |

161. 다음 괄호안에 들어갈 내용으로 옳은 조합은?

영상진단료의 소정점수에서는 판독료(소정점수의 ㉠ %)와 촬영료 등(소정점수의 ㉢ %)이 포함되어 있다. 따라서 판독소견서를 작성, 비치하지 아니하는 경우에는 촬영료 등(소정점수의 ㉡ %)만 산정한다.

- ① ㉠ 10% ㉢ 90% ㉡ 90% ② ㉠ 20% ㉢ 80% ㉡ 80%
 ③ ㉠ 30% ㉢ 70% ㉡ 70% ④ ㉠ 40% ㉢ 60% ㉡ 60%

해설 1) 영상진단료의 소정점수에는 판독료(소정점수의 30%)와 촬영료 등(소정점수의 70%)이 포함되어 있다.
 2) 위의 규정에도 불구하고 판독소견서를 작성·비치하지 아니한 경우에는 촬영료 등 소정점수의 70%만 산정한다.

정답 157. ① 158. ① 159. ② 160. ② 161. ③

162. 검사료에서 소아 가산율에 대한 내용으로 옳지 않은 것은?

- ① 신경학적 검사(일반검사): 만 1세 이상 만 6세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 30%를 가산한다.
- ② 내시경 검사: 만 6세 이상의 소아에 대하여는 소정점수의 20%를 가산한다.
- ③ 천자: 만 8세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 30%를 가산한다.
- ④ 일반생검: 만 6세 이상의 소아에 대하여는 소정점수의 20%를 가산한다.

해설

검사료 가산율

① 신경학적 검사

가. 일반검사 Routine

- 신경계의 질환에만 한정하되 월 1회 이상 실시 하더라도 1회만 산정한다.
- 만1세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 50%를, 만1세 이상 만6세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 30%를 가산한다.

② 내시경 검사

- 기기(Scopy, Ficroscopy, Microscopy)의 종류를 불문하고 소정점수를 산정한다.
- 만1세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 50%를, 만1세 이상 만6세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 30%를 가산한다.
- 내시경하 생검을 하는 경우 해당 내시경 점수의 20%를 산정한다.

③ 천자

- 천자를 치료목적(약물주입 또는 지속적인 배액)으로 실시한 경우에는 본 분류항목 소정점수의 30%를 가산한다.
- 만1세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 50%를, 만1세 이상 만6세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 30%를 가산한다.

④ 일반생검

- 세침흡인생검을 실시한 경우에도 각 항목의 소정점수를 산정한다.
- 유도 생검시 영상장치(투시, CT 등)를 이용한 경우에 유도 비용은 제3장 제1절 및 제2절에 의하여 산정한다.
- 만1세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 50%를, 만1세 이상 만6세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 30%를 가산한다.

163. 내시경하 생검을 시행하였을 경우 해당 내시경 점수의 가산율로 옳은 것은?

- ① 20%
- ② 30%
- ③ 40%
- ④ 50%

해설

내시경하 생검을 하는 경우 해당 내시경 점수의 20%를 산정한다.

164. 방사선피름 현상료(현상액 및 정착액 비용 등)의 산정기준은?

- ① 별도 산정할 수 있다.
- ② 별도 산정할 수 없다.
- ③ 소정 방사선 수가의 50% 산정
- ④ 소정 방사선 수가의 100% 산정

해설

〈제3장 영상진단 및 방사선 치료료-산정지침-(2) 조영제 주입료와 방사선 필름 현상료(현상액 및 정착액 비용 등)는 소정 방사선진단료에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.〉

165. 방사선헬영을 하였을 때 당해 요양기관의 영상의학과 전문의가 판독을 하고 판독소견서를 작성하였을 경우에는 소정수가의 10%를 가산한다. 다음 중 가산할 수 없는 항목은?

- ① 흉부촬영
- ② 투시촬영
- ③ 단층촬영
- ④ C-Arm형 영상증폭장치이용료

해설

방사선 진단·치료 가산(제3장 방사선단순영상진단료 및 방사선특수영상진단료-제1절-주1) 당해요양기관에 상근하는 영상의학과 전문의가 판독하고 판독소견서를 작성한 경우에는 소정점수의 10%를 가산한다. 단, C-Arm형 영상증폭장치이용료는 그러하지 아니한다.

정답

162. ③ 163. ① 164. ② 165. ④

166. 방사선 영상진단에 사용된 재료 중 별도 산정할 수 없는 재료대는?

- ① 조영제 ② 1회용 주사기 ③ 방사선필름 ④ 혈관조영용 가이드와이어

해설

방사선 진단·치료 가산(제3장 영상진단 및 방사선 치료료-산정지침-(1))

- 별도 산정할 수 있는 영상진단 및 방사선 치료에 사용된 약제 및 재료대
- 조영제
- 방사선필름, 폴라로이드 필름 및 SPECT 시 사용된 컬러프린터 인화지
- 맥관조영용 카테타
- 혈관조영용 가이드와이어
- 1회용 방사성 입자 및 방사성 동위원소
- 부하검사 시 사용된 약제, 인체에 주입된 약제
- 운동부하검사 시 사용된 EKG Paper 및 1회용 Electrode
- 기타 장관이 별도로 인정한 약제 및 재료대

167. 만 1세 미만의 소아에 대하여 방사선 단순영상진단을 한 경우 소정점수의 몇 %를 가산하는가?

- ① 10% ② 15% ③ 20% ④ 25%

해설

방사선 진단·치료 가산 (제3장 방사선단순영상진단료, 방사선특수영상진단료, 핵의학 영상진단 및 골밀도검사료, 방사선치료료-제1, 2, 3, 4절)

- ▷ 방사선단순영상진단료: 만 1세 미만의 소아에 대하여는 소정금액의 15%를 가산
- ▷ 방사선특수영상진단료: 만 6세 미만의 소아에 대하여는 소정금액의 20%를 가산
- ▷ 핵의학 영상진단 및 골밀도검사료: 만 6세 미만의 소아에 대하여는 소정금액의 15%를 가산
- ▷ 방사선치료료: 만 1세 미만의 소아에 대하여는 50%를 가산, 만1세 이상 만6세 미만의 소아에 대하여는 30%를 가산

168. 수가항목 중에서 방사선 영상진단료에 포함되는 수가종목은?

- ① 내시경검사료 ② 근전도검사료 ③ 혈관조영술 ④ 조직검사료

해설

검사료 해당항목은 내시경검사료(나-750~나-776), 근전도검사료(나-611), 조직검사료(나-550~나-559) 등이며, 혈관조영술(다-260~다-276)은 영상진단료(방사선료)에 해당된다.

169. 조제료 설명을 옳지 않은 것은?

- ① 퇴원 익일부터 산정한다.
 ② 내복약은 1일당 신청한다.
 ③ 제수, 투약량 등을 불문한다.
 ④ 동일환자에게 1일 2회 이상 처방조제를 하더라도 1회만 산정한다.

해설

내복약은 1회당 산정한다.

170. 의약분업 예외환자에게 약을 조제한 경우 또는 예외 의약품을 조제하여 투약한 경우 산정할 수 있는 것은?

- ① 퇴원환자 조제료 ② 퇴장방지의약품 사용장려비
 ③ 외래환자 조제·복약 지도료 ④ 입원환자 조제·복약 지도료

해설

외래환자 조제복약지도료 (제4장 투약 및 조제료 산정지침 (3))

- 외래환자 조제복약지도료는 약사법 제23조제4항에 따라 의약분업 예외환자에게 요양기관인 의료기관의 의사 또는 치과 의사가 처방하고 당해 의료기관의 약사가 조제실에서 조제투약한 경우에 산정한다.

175. 퇴원환자 조제료는 언제부터 산정하는가?

- ① 외래진료 당일 ② 입원 당일 ③ 퇴원일 ④ 퇴원 익일(다음 날)

해설 <제4장 투약 및 조제료-(조제료-라-1 퇴원환자조제료-주)>
 • 퇴원환자 조제료는 퇴원 익일(휴일: 다음날)부터 산정한다.

176. 투약료에 대한 설명으로 옳은 것은?

- ① 투약 시 사용한 투약병은 별도 산정 가능하다.
 ② 만 6세 환자에 대해 퇴원약을 처방 시 소정금액의 30%를 가산한다.
 ③ 동일인에게 같은 날에 원내처방과 원외처방으로 분할하여 투여하는 경우는 처방조제료와 원외처방료를 각각 산정한다.
 ④ 제제시설을 갖춘 종합병원에서 제제약을 투약한 경우는 처방조제료 50%를 제제료로 가산한다.

해설 투약 시 사용된 용기(투약병, 연고곽, 안약병, 포장지 등 포함)의 재료대는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다. <제4장 투약 및 조제료 - 산정치침 -(3)>
 • 퇴원환자 조제료(라-1)
 퇴원 익일부터 산정한다. 제수, 투약량 등을 불문한다.
 • 2개 이상의 진료과목이 설치되어 있고 해당과의 전문의가 상근하는 요양기관에서 동일 퇴원환자의 다른 상병에 대하여 전문과목 또는 전문분야가 다른 진료담당의사의 처방에 따라 각각 조제한 경우에는 각각 산정할 수 있다.
 • 내복약은 1회당으로 산정하며, 만6세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 20% 가산한다.
 • 외래환자 조제·복약지도료(라-1-1)
 • 의약품업 예외환자에게 조제한 경우 또는 예외의약품을 조제하여 투약한 경우에 산정한다.
 • 제수, 투약량 등을 불문한다.
 • 동일 환자에게 1일 2회 이상 처방조제를 하더라도 1회만 산정한다. 다만, 내복약의 경우에는 2개 이상의 진료과목이 설치되어 있고 해당과의 전문의가 상근하는 요양기관에서 동일 퇴원환자의 다른 상병에 대하여 전문과목 또는 전문분야가 다른 진료담당의사의 처방에 따라 각각 조제한 경우에는 각각 산정할 수 있다.

177. 처방전을 가지고 약국 이용 시 아래 본인부담액 산정기준 중 옳은 것은?

- ① 요양급여비용총액이 1만원을 초과하면 40/100
 ② 요양급여비용총액이 1만원을 초과하지 않는 경우 65세 이상이면 1,200원
 ③ 요양급여비용총액이 1만원을 초과하지 않는 경우 65세 이하이면 1,500원
 ④ 요양급여비용총액이 1만원을 초과하지 않는 경우 65세 이하이면 1,200원

해설 약국 이용의 경우 요양급여비용총액에 관한 조건및본인부담액(제9조제2항관련)
 국민건강보험법시행규칙 <별표4>

요양급여비용총액에 관한 조건		환자의 연령	투약일수	본인부담액
1. 처방전에 의하여 의약품 을 조제 받은 경우	가. 1만원을 초과하는 경우			요양급여비용총액 × 30 / 100
	나. 1만원을 초과하지 아니하는 경우	65세 이상		1,200원
2. 처방전에 의하지 아니하 고 의약품을 조제 받은 경우	가. 4,000원을 초과하는 경우 나. 4,000원을 초과하지 아니하는 경우		1일	요양급여비용총액 × 40 / 100 1,400원
			2일	1,600원
			3일 이상	2,000원

178. 건강보험 가입자가 3개 이상의 요양기관을 방문하여 동일한 상병(傷病)으로 동일성분 의약품을 처방·조제 받을 수 있는 일수는?(단, 6개월 기준)

- ① 185일 미만 ② 215일 미만 ③ 245일 미만 ④ 255일 미만

해설 요양급여규칙 제5조의3(동일성분 의약품의 중복 처방·조제 제한) 가입자등이 3개 이상의 요양기관을 방문하여 동일한 상병(傷病)으로 동일성분 의약품을 처방·조제 받을 수 있는 일수는 6개월 동안 215일 미만으로 한다

179. 주사료에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 점적주사수기료는 병당 계산한다.
 ② 정맥내 일시주사는 입원환자의 경우 1일 2회만 인정한다.
 ③ 근육내 주사는 응급을 요하는 경우에는 횟수에 제한이 없다.
 ④ 근육내 주사는 입원은 1일 2회 이내만 산정한다.

해설 주사 수기료(technic fee)

- 정맥내 점적주사 수기료(마-5)는 병당 계산한다.
- 정맥내 일시주사(마-2)는 1일당으로 산정한다.
- 피하 또는 근육내 주사(마-1) 외래는 1일회, 입원은 1일 2회이내만 산정한다. 다만, 응급을 요하거나 진료상 반드시 필요한 경우에는 예외로 한다.
- 피하 또는 근육내 주사, 생물학적 제제주사, 수액제 주입로를 통한 주사 및 항암제 피하내 주사는 8세 미만 소아에게 시행시 가산되지 않는다.

180. 주사료 산정에 관한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 근육주사는 외래환자의 경우 1일 1회 산정한다.
 ② 피하주사는 입원환자의 경우 1일 2회 이내 산정한다.
 ③ 정맥내 일시주사는 입원환자의 경우 1일 2회 이내 산정한다.
 ④ 점적주사 수기료는 병당 계산한다.

해설 정맥내 일시주사는 1일당 산정한다.

181. 마-5(점적주사)는 ① 100 mL 미만 ② 100~500 mL ③ 501~1,000 mL로 나누어 산정할 수 있다. 이 경우 ①~③의 경우 수기료 산정방법은?

- ① 1병당 산정한다. ② 1일당 산정한다.
 ③ 1회당으로 산정한다. ④ 입원기간당으로 산정한다.

해설 정맥내 점적주사(마-5)의 주사료는 일수에 상관없이 병당으로 산정한다.

182. Infusion pump(약물자동주입기)의 산정방법은?

- ① 기기수 불문하고 1일당 ② 기기당 1일 1회
 ③ 1일 2기기 ④ 기기당 사용기간당 1회

해설 <제절 주사료-정맥주사-주2> 정밀 지속적 점적주입을 위해 Infusion Pump(약물자동주입기)를 사용한 경우에는 기기당 27.08점을 1일 1회 산정한다.

183. 주사료 산정 방법으로 옳지 않은 것은?

- ① 피하 또는 근육내 주사 - 외래, 입원 모두 1일 2회 이내만 산정한다.
- ② 수액제주입로를 통한 주사 - 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회 이내만 산정한다.
- ③ 정맥내 일시주사 - 1일당 1회만 산정한다.
- ④ 정맥내 점적주사 - 병당 또는 포장단위당으로 산정한다.

|해설

주사료 <건강보험요양급여비용-제5장 주사료-제1절 주사료>

- 피하 또는 근육내주사(마-1)는 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회이내만 산정한다. 다만, 응급을 요하거나 진료상 반드시 필요한 경우에는 예외로 한다.
- 정맥내 일시주사(마-2)는 1일당 산정한다.
- 수액제 주입로를 통한 주사(IV Side Injection: 마-5-1)는 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회 이내만 산정한다.
- 정맥내 점적주사(마-5)는 병당 또는 포장단위당으로 산정한다.

184. 만 1세 이상 만 6세 미만의 소아에 대하여 정맥내 점적주사(마-5)를 실시한 경우 주사료 소정점수의 몇 %를 가산하는가?

- ① 10%
- ② 20%
- ③ 30%
- ④ 40%

|해설

주사료 가산 <제5장 주사료-산정지침-(2)>

- 주사료는 만 1세 미만의 소아, 만 1세 이상 만 6세 미만의 소아에 대한 가산 한다.
- 정맥내 점적주사(마-5, 마-15-다)는 주사료 소정점수의 30%를 가산한다.
- 기타 주사는 주사료 소정점수의 20%를 가산한다.
- 피하 또는 근육내 주사(마-1), 생물학적 제제주사(마-4), 수액제 주입로를 통한 주사(마-5-1), 항암제 피하내 주사(마-15-가), 급속항온주입(마-16)은 가산하지 아니한다.

185. 동일 목적을 위하여 2종류 이상 마취를 병용한 경우의 마취료 산정으로 옳은 것은?

- ① 별도로 산정한다.
- ② 주된 마취의 소정점수만 산정한다.
- ③ 주된 마취의 소정점수의 50%를 가산하여 산정한다.
- ④ 주된 마취의 소정점수의 100%를 가산하여 산정한다.

|해설

동일 목적을 위하여 2 이상의 마취를 병용한 경우 마취 중에 다른 마취법으로 변경한 경우에는 주된 마취의 소정점수만 산정한다.

186. 마취관리기본은 1시간 기준이다. 1시간을 초과하여 마취관리를 지속시킨 경우에는 매 ()분 증가할 때마다 마취유지료를 산정하는가?

- ① 5분
- ② 10분
- ③ 15분
- ④ 20분

|해설

마취관리 기본시간(바-2)

- 마취관리 기본은 1시간 기준으로 한다.
- 마취유지는 1시간을 초과하여 마취관리를 지속시킨 경우에는 매 15분 증가할 때 마다 산정한다.

정답

183. ① 184. ③ 185. ② 186. ③

192. 이학요법로 중 재활의학과 전문의가 상근해야 산정할 수 있는 것은?

- ① 전문 재활치료로 ② 단순 재활치료로 ③ 한냉 치료 ④ 간섭파 전류치료

193. 재활 및 물리치료 항목 중 물리치료사는 상근하고, 재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과, 외과, 흉부외과 또는 마취 통증의학과 전문의가 상근하지 않아도 산정 가능한 항목은?

- ① 심층열 치료 ② 간헐적 견인 치료 ③ 전기자극 치료 ④ 복합작업 치료

해설 요양기관에서 의사의 처방에 따라 상근하는 물리치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우 산정할 수 있는 물리치료는 표층열치료, 한냉치료, 심층열치료, 자외선치료, 경피적 전기신경자극치료, 마사지치료, 단순운동치료가 있다.

194. 이학요법로는 기본물리치료로, 단순재활치료로, 전문재활치료로로 구분한다. 다음 중 반드시 재활의학과 전문의가 상근해야 치료가 가능한 치료는?

- ① 작업치료 ② 간섭파 전류치료 ③ 간헐적 견인치료 ④ 수치료

해설

구분	기본 물리치료	단순재활치료	전문 재활치료
인력	모든 진료과 의사, 물리치료사	재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과, 일반외과, 흉부외과, 마취 통증의학과 전문의 + 물리치료사	재활의학과 전문의 전공의, 물리치료사 또는 해당분야 전문치료사
시설·장비	○	○	○
진료기록부 기재	○	○	○
수가항목	사101~사106 • 표층열치료(온습포, 적외선치료 포함) • 한냉치료 • 심층열치료(1일당) • 자외선치료(1일당) • 경피적전기자극치료 • 마사지치료(1일당) • 단순운동치료(1일당) ※ 표층열치료, 한냉치료, 경피적전기신경자극치료, 간섭파전류치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다.	사110~사121 • 파라핀욕(1일당) • 수치료 • 간헐적 견인치료 • 전기자극치료 • 간섭파전류치료 • 재활저출력레이저치료(1일당) • 운동치료(1일당) • 운동점차단술(근육당) • 압박치료(1일당) ※ 간헐적 견인치료, 전기자극치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다.	사121~사141 • 풀치료(1일당) • 중추신경계발달재활치료 • 작업치료 • 일상생활동작훈련치료(1일당) • 신경인성 방광훈련치료 • 기능적전기자극치료 • 근막동통유발점 주사자극치료(1일당) • 재활사회사업 • 호흡재활치료(1일당) • 재활기능치료 • 연하장애재활치료 ※ 중추신경계발달치료, 작업치료, 신경인성방광훈련치료, 기능적전기자극치료, 재활기능치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다.

195. 정신건강의학과 전문의 지도하에 1년차 전공의가 실시한 경우 산정할 수 있는 정신요법로는?

- ① 약물이용면담 ② 심층분석요법 ③ 분석집단 정신치료 ④ 지지요법

해설 정신건강의학과 전문의 지도하에 1년차 정신건강의학과 전공의가 실시한 경우에도 산정할 수 있는 항목은 지지요법, 집중요법, 가족치료, 전기충격요법, 지속적 수면요법이다.

정답 192. ① 193. ① 194. ① 195. ④

196. 정신건강의학과 전문의 지도하에 정신건강의학과 전공의 2년차가 실시한 정신요법이다. 정신요법료를 산정할 수 없는 것은?

- ① 지지요법(아-1-가) ② 가족치료(아-3) ③ 전기충격요법(아-7) ④ 심층분석요법(아-1-다)

해설 정신요법료 산정 <제8장 정신요법료-산정지침-(2)>

- 1. 2년차 전공의가 실시 후 산정할 수 있는 항목
 - 지지요법(아-1-가)
 - 집중요법(아-1-나)
 - 가족치료(아-3)
 - 전기충격요법(아-7)
 - 지속적 수면요법(아-8)
- 3년차 이상 전공의가 실시 후 산정할 수 있는 항목
 - 심층분석요법(아-1-다)
 - 분석집단정신치료(아-2-나)
 - 악물이용면담(아-5)

197. 정신요법료는 정신건강의학과 전문의가 정신질환자에게 행한 경우에 산정하되, 반드시 분류 항목별 치료행위에 관한 내용을 진료기록부 등에 기록한 경우에 산정할 수 있다. 이 규정에도 불구하고 정신건강의학과 전문의 지도하에 정신건강의학과 3년차 이상의 전공의가 실시한 경우에도 산정할 수 있는 항목은?

- ① 지지요법(아-1-가) ② 가족치료(아-3)
 ③ 분석집단정신치료(아-2-나) ④ 전기충격요법(아-7)

198. 야간시간에 처치 및 수술을 행한 경우 가산율은?

- ① 20% ② 30% ③ 40% ④ 50%

해설 처치수술 야간가산 <제9장 처치 및 수술료 등-산정지침-(1)>

야간(18시~09시) 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 처치 및 수술을 행한 경우에 소정점수의 50%를 가산한다. 이 경우 해당 처치 및 수술을 시작한 시각을 기준으로 산정한다.

199. 병원에서 동일피부절개하에 2가지 수술을 동시에 시술하였을 경우 수술료 산정방법으로 옳은 것은?

- ① 주된 수술 - 100%, 제2수술 - 50% ② 주된 수술 - 100%, 제2수술 - 70%
 ③ 주된 수술 - 100%, 제2수술 - 80% ④ 주된 수술 - 100%, 제2수술 - 100%

해설 <건강보험요양급여비용-제9장 처치 및 수술료 등-산정지침-(6)> 동일피부 절개하에 2가지 이상 수술을 동시에 시술한 경우 주된 수술은 소정금액에 의하여 산정하고, 제2의 수술부터는 해당 수정점수의 50% 상급종합병원·종합병원은 해당 수술 소정점수의 70%를 산정한다. 다만, 주된 수술시에 부수적으로 동시에 실시하는 수술의 경우에는 주된 수술의 소정점수만 산정한다.

200. 종합병원에서 동일피부절개하에 2가지 이상 수술을 동시에 시술한 경우, 제2의 수술에 대한 소정점수 대비 가산율은?

- ① 30% ② 50% ③ 70% ④ 100%

201. 전신마취하에 골절제술을 시행한 후 15일 이내에 재수술을 하였다면 두 번째의 수술료 및 마취료 산정은?

- ① 수술료 100%, 마취료 100%, 마취재료대 100%
- ② 수술료 50%, 마취료 100%, 마취재료대 100%
- ③ 수술료 50%, 마취료 50%, 마취재료대 100%
- ④ 수술료 50%, 마취료 50%, 마취재료대 50%

해설 2014년 8월 1일부터 15일 이내 재수술 시 50% → 100%로 인정함에 따라 산정코드가 삭제 됨

202. 수술 후 치료료는 어느 날부터 산정할 수 있는가?

- ① 수술 당일 ② 수술 익일(다음 날) ③ 수술 후 2일째 ④ 수술 후 일주일째

해설 일반처치 및 수술 후 처치 등(1일당) <처치 및 수술료 -분류번호 자-2-1>
 • 수술 후 치료료는 수술 익일(翌日; 다음날)부터 산정한다.
 • 사용된 거즈, 탈지면, 붕대, 반창고의 비용은 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.

203. 사용된 거즈와 붕대 등을 별도로 산정할 수 있는 경우는?

- ① 일반 단순 창상 처치 ② 수술후 염증성 창상 처치
- ③ 피부과 처치 ④ 화상 처치

해설 처치

- ① 일반처치 또는 수술후 처치 등 [1일당]
 - 수술 후 치료료는 수술 익일부터 산정한다.
 - 사용된 거즈, 탈지면, 붕대, 반창고의 비용은 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.
- ② 피부과처치 [1일당]
 - 피부연고 도포 등 단순한 피부 처치는 기본진료료에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.
 - 사용된 거즈, 탈지면, 붕대, 반창고의 비용은 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.
- ③ 화상처치
 - 화상부위가 수개 부위일 경우에는 수개 부위의 화상범위를 합하여 아래 항목에 의거하여 산정하되 화상범위 산정시 1도 화상 범위는 제외한다.
 - 사용된 거즈, 붕대의 재료대는 별도 산정하되 탈지면, 반창고 등의 비용은 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.
- ④ 피부과처치 [1일당]
 - 피부연고 도포 등 단순한 피부 처치는 기본진료료에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.
 - 사용된 거즈, 탈지면, 붕대, 반창고의 비용은 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.
- ⑤ 화상처치
 - 화상부위가 수개 부위일 경우에는 수개 부위의 화상범위를 합하여 아래 항목에 의거하여 산정하되 화상범위 산정시 1도 화상 범위는 제외한다.
 - 사용된 거즈, 붕대의 재료대는 별도 산정하되 탈지면, 반창고 등의 비용은 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.

204. 만 1세 이상 만 6세 미만의 소아에게 캐스트를 실시할 경우 소정점수의 몇 %를 가산하는가?

- ① 10% ② 20% ③ 30% ④ 40%

해설 <제2절 캐스트료 -산정지침-(1)> 만 8세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 20%를 가산한다.

정답 201. ① 202. ② 203. ④ 204. ③

205. 캐스트에 사용되는 재료 중 소정 캐스트료에 포함되어 별도로 산정할 수 없는 재료는?

- ① cast heel ② 합성 캐스트 ③ 고정용 신축붕대 ④ stockinet

|해설

캐스트 재료대 산정 (제2절 캐스트료-산정지침-(5))

- 산정 가능 재료: ○ 석고붕대 ○ 합성 캐스트 ○ 외고정용 소모성 치료재료(합성수지 Splint, 석고 Splint Roll)
○ Cast heel ○ 고정용 신축성 붕대 등이다.
- 산정 불가능 재료: ○ Stockinet ○ Cotton bandage ○ Cast wire ○ Cast remove wire 등이다.

206. 처치 및 수술료 산정지침 설명 중 옳은 것은 몇 개인가?

1. 18~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 처치 및 수술을 행한 경우에는 소정점수의 50%를 가산한다.
2. 대칭기관에 관한 처치 및 수술 중 “양측”이라고 표기한 것은 “양측”을 시술할 경우 각각 산정한다.
3. 동일 피부 절개 하에 2가지 이상 수술을 동시에 시술한 경우 주된 수술은 소정점수에 의하여 산정하고, 제2의 수술부터는 해당 수술소정점수의 50%를 산정한다.
4. 수술은 개시하였으나 병상의 급변 등 부득이한 사유로 인하여 그 수술을 중도에서 중단하여야 할 경우에는 수술의 중단까지와 시술 상태가 가장 비슷한 항목의 수술료를 산정한다.
5. 각 분류항목의 처치 및 수술 등에 레이저를 이용한 경우에는 비급여로 산정한다.
6. 수술시 사용된 체내고정용 나사, 고정용 금속핀, 지속적 주입, 지속적배기 용도관은 별도 산정할 수 있다.
7. 캐스트에 사용되는 재료 중 석고붕대, 합성캐스트 재료대는 별도 산정하되, stockinet, cotton bandage 등의 재료대는 소정 캐스트료에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.

- ① 1개 ② 3개 ③ 5개 ④ 모두

|해설

2. 대칭기관에 관한 처치 및 수술 중 “양측”이라고 표기한 것은 “양측”을 시술할 경우 소정점수만 산정한다.
5. 각 분류항목의 처치 및 수술 등에 레이저를 이용한 경우에는 각 분류항목 소정점수만 산정한다.

207. 처치 및 수술료에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 18시~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 처치 및 수술을 행한 경우에는 소정점수의 50%를 가산한다.
- ② 응급의료 관리료 산정대상 응급환자에게 상대가치점수에서 [응급처치]로 분류된 항목의 응급처치를 실시한 경우에는 소정점수의 50%를 가산한다.
- ③ 처치 및 수술료에 기재되지 아니한 처치 및 수술로서 간단한 처치 및 수술의 비용은 기본 진료료에 포함되므로 산정하지 아니한다.
- ④ 대칭기관에 관한 처치 및 수술 중 “양측”이라고 표기한 것은 “양측”을 시술할 경우 소정점수의 50%를 가산한다.

|해설

처치 및 수술료 산정지침

- (1) 18시~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 처치 및 수술을 행한 경우에는 소정점수의 50%를 가산한다. 이 경우 해당 처치 및 수술을 시작한 시간을 기준으로 산정한다.
- (2) 「응급의료에 관한 법률」에 의한 응급의료관리료 산정대상 응급환자에게 응급의료수가기준 “(별표2) 응급의료수가기준 액표 나. 응급치료”의 해당 항목을 실시한 경우에는 소정점수의 50%를 가산한다.
- (3) 제1절에 기재되지 아니한 처치 및 수술로서 간단한 처치 및 수술의 비용은 기본진료료에 포함되므로 산정하지 아니한다.
- (4) 제1절에 기재되지 아니한 처치 및 수술로서 위 “(3)”에 해당되지 아니 하는 처치 및 수술로는 제1절에 기재되어 있는 처치 및 수술 중에서 가장 비슷한 처치 및 수술 분류항목의 소정점수에 의하여 산정한다.
- (5) 대칭기관에 관한 처치 및 수술 중 “양측”이라고 표기한 것은 “양측”을 시술할지라도 소정점수만 산정한다.

정답

205. ④ 206. ③ 207. ④

208. 치과충전 재료중 급여에 해당되는 것은?

- 가. 아말감 나. 인산시멘트 다. 글래스이노머시멘트 라. 규산시멘트
- ① 가, 나, 다 ② 가, 다 ③ 나, 라 ④ 라

해설 <제10장 치과 처치 및 수술료-산정지침-(7)-(가)>
 • 별도산정 치과 충전재료는 글래스이노머시멘트, 아말감, 복합레진 등이다.
 • 인산시멘트, 규산시멘트는 별도산정 치과 충전재료에서 제외되었다.

209. 보건기관의 진료수가 산정방법은?

- ① 1일당 ② 1회당 ③ 점수당 ④ 방문당

해설 건강보험요양급여비용-제12장-산정지침 (1)
 • 보건기관의 진료수가는 방문당으로 한다.

210. 보건기관의 방문당 수가 설명으로 옳은 것은?

- 가. 방문당이란 수신자가 보건기관을 방문하여 진료를 받는 경우를 말한다.
 나. 1회 방문당 수가는 초진과 재진을 구분하여 산정한다.
 다. 1회 방문당 수가에는 진찰, 처방, 각종 검사, 처치 및 수술 등의 비용이 포함되어 있다.
 라. 동시에 2가지 이상의 상병에 대하여 각각 진료한 경우에도 방문당 수가는 1회만 산정한다.
- ① 가 + 나 ② 나 + 라 ③ 다 + 라 ④ 가 + 다 + 라

해설 • 1회 방문당 수가에는 초·재진 불문하고 진찰, 처방, 각종 검사, 처치·수술 등의 비용이 포함되어 있다.
 • 방문당 수가는 초진 또는 재진을 구분하지 아니하며, 동시에 2가지 이상의 상병에 대하여 각각 진료를 행한 경우에도 방문당수가는 1회만 산정한다.

211. 보건기관 진료수가 산정지침으로 옳지 않은 것은?

- ① 보건기관의 진료수가는 방문당으로 한다.
 ② 방문당이란 의료인력이 환자 가정을 방문하여 진료를 행하는 경우는 포함하지 않는다.
 ③ 1회 방문당 수가에는 초·재진 불문하고 진찰, 처방, 각종 검사, 처치·수술등의 비용이 포함되어 있다.
 ④ 의과, 치과, 한방과별로 각각 진료를 행한 경우에는 방문당 수가를 각각 산정한다.

해설 보건기관의 진료수가 산정지침
 1) 보건기관의 진료수가는 방문당으로 한다.
 2) 방문당이란 수신자가 보건기관을 방문하여 진료를 받는 경우 또는 진료 요청에 의해서 의료인력이 환자 가정을 방문하여 진료를 행하는 경우를 말하며 환자의 성별·연령·특성, 질병의 종류, 합병증의 유무, 진료소요시간 등을 불문한다.
 3) 1회 방문당 수가에는 초·재진 불문하고 진찰, 처방, 각종 검사, 처치·수술 등의 비용이 포함되어 있다.
 4) 방문당 수가는 초진 또는 재진을 구분하지 아니하며, 동시에 2가지 이상의 상병에 대하여 각각 진료를 행한 경우에도 방문당 수가는 1회만 산정한다.
 5) 의과·치과·한방과별로 각각 진료를 행한 경우에는 방문당 수가를 각각 산정한다. 다만, 진료담당 의사(한의사)가 진료상 필요에 의하여 한방진료(양방진료)를 의뢰하여 한·양방진료를 같이 받았을 때는 의과방문당 수가(한방방문당 수)를 1회만 산정한다.

212. 한방시술 및 처치료에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 침·구·부항술은 1일 2회 이상 시술한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회 산정한다.
- ② 신생아에게 침술을 시술한 경우에는 소정점수의 100%를 가산한다.
- ③ 18~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 시술 및 처치를 행한 경우에는 소정점수의 50%를 가산한다.
- ④ 만 8세 미만의 소아에게 침·구·부항술을 시술한 경우에는 소정점수의 30%를 가산한다.

해설 신생아에게 침술을 시술한 경우에는 소정점수의 100%를 가산하고, 만세 미만의 소아에게 침·구·부항술을 시술한 경우에는 소정점수의 50%, 만세 이상 만 6세 미만의 소아에게 침·구·부항술을 시술한 경우에는 소정점수의 30%를 가산한다.

213. 한방시술 및 처치료에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 침, 구, 부항술은 외래에서 1일 2회 이상 시술한 경우에도 1회만 산정한다.
- ② 침술은 1일 2종 이내만 산정한다.
- ③ 경혈침술에 자락술을 시술한 경우에는 경혈침술 소정점수의 20%를 가산한다.
- ④ 신생아에게 침술을 시술한 경우에는 소정점수의 60%를 가산한다.

해설 건강보험요양급여기준-제14장 한방시술 및 처치료 - 산정지침
 (1) 침, 구, 부항술은 1일 2회 이상 시술한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회 산정한다.
 (2) 침술은 1일 3종 이내로 산정하되 하-3(안외내 침술) 내지 하-8(투자법 침술), 하-10(레이저 침술)의 침술은 2종 이상 시술하더라도 주(主)된 침술은 소정점수를 산정하고, 제2의 침술은 소정점수의 50%만 산정한다.
 (3) 같은 날에 하-51(체위변경처치)과 하-53(침상목욕) 또는 하-53(침상목욕)과 하-54(통목욕)를 실시한 경우에는 하-53(침상목욕)의 소정점수만을 산정한다.
 (4) 경혈침술(하-1)에 자락술 또는 도침술, 산침술(산자법)을 시술한 경우에는 경혈침술(하-1) 소정점수의 20%를 가산한다.
 (5) 경혈침술(하-1)에 사암침법, 오행침법, 체질침법을 시술한 경우에는 경혈 침술(하-1) 소정점수의 50%를 가산한다.
 (6) 경혈침술(하-1)에 화침 또는 온침을 시행한 경우에는 경혈침술(하-1) 소정점수의 50%를 가산한다.
 (7) 신생아(생후 4주 이내)에게 침술을 시술한 경우에는 소정점수의 60%를 가산하고, 만 8세 미만의 소아에게 침·구·부항술을 시술한 경우에는 소정점수의 20%를 가산한다.
 (8) 18~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 시술 및 처치를 행한 경우에는 소정 점수의 50%를 가산한다. 이 경우 해당 시술 및 처치를 시작한 시각을 기준으로 산정한다.
 (9) 제2절 시술료의 시술시 사용된 재료대는 소정 시술료에 포함되므로 별도 산정하지 아니하며, 고정용 신축성붕대 및 제2절 처치료의 처치시 사용된 재료대는 "약제 및 치료재료의 구입금액에 대한 산정기준"에 의하여 별도 산정한다.

214. 한방검사 종류에 해당되지 않는 것은?

- ① 양도락 검사 ② 맥전도 검사 ③ 현훈검사 ④ 심전도 검사

해설 건강보험요양급여기준-제13장 한방검사로 - 산정지침
 (1) 검사에 소요된 재료대(Roll Paper 등)는 검사료의 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.
 (2) 최초 진단시와 최종 치료여부 확인시 실시한 경우에는 외래·입원, 실시횟수를 불문하고 각 1회 산정할 수 있다.
 (3) 염좌·골절·탈구 등과 같이 상병 원인이 확실하고 내과적 진찰을 필요로 하지 않는 경우에는 산정하지 아니한다.
 ※ 한방검사에는 양도락검사(한-1), 맥전도검사(한-2), 경락기능검사(한-3), 현훈검사(한-3), 인성검사(한-4), 치매검사(한-5)가 있다.

215. 만 6세 미만 소아에게 가산율이 적용 안되는 항목은?

- ① 처방·조제료 ② 방사선 단순영상진단료 ③ 캐스트료 ④ 안근기능 검사료

해설 처방·조제료는 만 6세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 20%를 가산한다.
 • 방사선 단순영상진단료는 만 8세 미만의 소아에 대하여 소정점수의 10%를 가산한다.
 • 캐스트의 경우 만 8세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 20%를 가산한다.
 • 안근기능검사(나-678)의 경우 시기능검사는 소아가산을 적용하지 아니한다.

216. 입원환자 식대에서 식사 가산항목에 포함되는 것은?

- ① 영양사수 ② 위탁운영 ③ 병상수 ④ 선택식단

해설 <건강보험요양급여기준-제17장 입원환자식대 - 나. 식사가산>
식사가산

- 영양사 가산은 당해 요양기관에 소속된 상근 영양사수에 따라 산정한다.
- 조리사 가산은 적시급식을 실시할 경우 산정하되, 당해 요양기관에 소속된 상근 조리사수에 따라 산정한다.
- 영양사 및 조리사수는 환자식사를 담당하는 전전월 평균 영양사 및 조리사수에 따라 산정한다.
- 완제품으로된 경관영양유동식을 제공한 경우에는 산정하지 아니한다.
- 2008.1.1일 요양급여분부터 모든 입원환자의 식대(기본식대 및 가산식대) 본인부담률은 50%를 적용한다 - 국민건강보험법 시행령 개정(대통령령 제20461호, '07.12.27 개정)
- 본인부담면제 대상인 신생아(28일 이내)를 제외한 6세미만 입원 아동의 본인부담률은 10%금액에 입원기간 중 식대 50%를 적용한다 - 국민건강보험법 시행령 개정(대통령령 제23526호, '12.1.20 개정)

217. 가산율이 가장 적은 것은?

- ① 야간에 실시한 처치 및 수술료 ② 6세 환자에게 실시한 캐스트료
③ 71세 노인에 대한 마취료 ④ 6세 소아에 대한 방사선단순영상진단료

해설 야간에 실시한 처치 및 수술료는 소정점수의 50%를 가산한다.

- 만 1세 이상 만 6세 미만의 소아 환자에게 실시한 캐스트료는 소정점수의 30%를 가산한다.
- 70세 이상의 노인에 대한 마취료는 소정점수의 30%를 가산한다.
- 만 6세 미만의 소아에 대한 방사선 단순영상진단료는 소정점수의 15%를 가산한다.

218. 가산율 설명으로 옳은 것은?

- ① 18~09시에 응급진료가 불가피하여 처치 및 수술을 행한 경우 소정점수의 30%가산
② 만 8세미만의 소아에 대하여 내시경검사 시에는 소정의 30%를 가산
③ 만 70세 이상의 노인 마취 시에는 마취료 소정점수의 30%를 가산
④ 만 8세 미만의 소아에 대하여 정맥 내 점적주사는 주사료 소정점수의 20%를 가산

해설 가산율

- 18~09시에 응급진료가 불가피하여 처치 및 수술을 행한 경우 소정점수의 50% 가산
- 만 1세 미만의 소아에 대하여 내시경검사시에는 소정점수의 50%를, 만1세 이상 만 6세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 30%를 가산
- 만 1세 미만의 소아에 대하여 정맥내 점적주사는 주사료 소정점수의 50%를, 만1세 이상 만6세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 30% 가산

219. 건강보험 진료의 의료행위 중 야간에 시행된 일부 행위를 공휴일에 시행 시 50% 가산을 산정할 수 있다. 다음 중 공휴일에 실시하더라도 가산할 수 없는 항목은?

- ① 검사료 ② 마취료 ③ 처치 및 수술료 ④ 캐스트료

해설 마취료, 처치 및 수술료, 캐스트료, 치과처치 및 수술료, 한방 시술 및 처치료는 야간(18:00~익일 09:00) 또는 공휴일에 행한 경우에는 소정점수의 50%를 가산한다.

220. 야간 진료 시 야간 가산율이 적용되지 않는 항목은?

- ① 진찰료 ② 주사료 ③ 마취료 ④ 수술료

해설 병일 18시(토요일은 13시)~익일 09시 또는 공휴일에 진찰을 한 경우 기본진찰료 소정점수의 30%를 가산한다.

221. 요양기관에서 전분기(前分期)에 구입한 의약품 구입내역 제출시기로 옳은 것은?

- ① 매분기 첫 달의 14일까지 ② 매분기 마지막 달의 14일까지
③ 매분기 둘째 달의 14일까지 ④ 매분기 중간 달의 14일까지

해설

〈요양급여비용 심사청구서·명세서세부작성요령-11-3.첨부자료〉 요양기관에서 전분기에 구입한 의약품의 구입내역은 매분기 첫째달 14일까지 목록표를 제출해야 하고, 치료재료, 조제·제제약 등에 대한 구입내역도 요양급여비용명세서 접수 7일전까지 제출해야 한다.

222. 약제 실구입가격을 가중평균가격으로 적용할 경우 구입약가의 적용시점 및 기간은?

- ① 다음 분기 둘째달 초일 진료분부터 3개월의 진료분
② 해당 분기 초일 진료분부터 3개월의 진료분
③ 다음월 초일 진료분부터 3개월의 진료분
④ 해당월 초일 진료분부터 3개월의 진료분

해설

약제 및 치료재료의 구입금액에 대한 산정기준 제2조(구입약가의 산정) 요양급여에 소요된 약제의 구입금액(이하 "구입약가"라 한다)은 매분기별 약제 실구입가격의 가중평균가격(실구입총액의 합을 총 구입량으로 나눈 가격)을 다음 분기 둘째 달 초일 진료분부터 3개월까지의 진료분의 구입약가로 산정한다.

223. 의약품 실거래가 상환제도에 관한 설명 중 옳지 않은 것은?

- ① 개별 요양기관의 품목별 실제 구입가격에 대한 약제가 상환제도
② 약기표에 의한 상한금액 범위 내의 요양기관 실구입가
③ 실구입가(가중 평균가격)는 다음분기 첫째달 초일부터 6개월까지 진료분의 약가로 산정
④ 처음 구입하여 사용한 약제는 상한금액 범위내에서 최초 구입가격을 우선 산정 <분기별 가중 평균 가격이 산정되어 적용되지 전까지>

해설

실구입가(가중 평균가격)는 다음분기 둘째달 초일부터 진료분의 약가로 산정

224. 의약품 실거래가 상환제도에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 약기표에 대한 상한금액 범위내의 요양기관 실구입가로 신청
② 매분기별 약제 실구입가격의 가중평균가격으로 산정
③ 매분기마다 약제구입이 발생하지 않는 경우 약기표의 상한금액으로 산정
④ 처음 구입하여 사용한 약제는 상한금액 내에서 최근 구입가격으로 산정

225. 요양급여비용 명세서 작성 시 재료에 해당되어 ()란으로 산정해야 하는 항목은?

- ① 검사료 ② 수술료 ③ Film료 ④ 방사선(X-ray) 촬영료

해설

검사료, 수술료, 방사선영상진단료는 진료행위로 (H)란으로 기재하여 산정하며, 방사선 Film은 재료대로서 (I)란으로 기재하여 산정한다. (I)란은 기본진료, 약제, 특정재료를 기재한다.

226. 요양급여비용 명세서 내용 기재시 ()에 기재되지 아니하는 것은?

- ① 주사 수기로 ② 진찰료 ③ 의약품 관리료 ④ 약값

정답

221. ① 222. ① 223. ③ 224. ③ 225. ③ 226. ①

227. 퇴장방지 의약품의 산정기준에서 원외 처방의 경우 해당약가를 퇴장방지 약제 장려비용으로 몇 %를 가산하는가?

- ① 5% ② 10% ③ 20% ④ 30%

해설

퇴장방지의약품

- 대상의약품은 고가약제의 대체효과가 있어 비용효과적인 측면에서 특별히 관리해야할 필수약품으로서 기준약가의 보상기준이 미흡하여 품질가능성이 있거나 생산을 기피하여 임상진료에 지장을 초래하는 품목을 말한다.
- 선정방법은 대한의사회, 대한병원협회, 한국제약협회 등 관련단체들의 의견을 수렴하여 결정한다.
- 원외처방의 경우 해당약가를 퇴장방지 약제 장려비용으로 10%를 가산한다.

◆ 사용장려비용 가산방법에 대한 예시 ◆

- 1) 실구입가가 기준약가(고시가)보다 높을 때
 ✦ 기준약가(A)에 사용장려비(B)를 가산하여 청구

구입일	구입단가 (단위: 원)	구입량 (단위: 개)	실구입가 (분기별가중평균가)	기준약가 (A)	사용장려비 (B)	청구단가 (A+B)
2018.1.18	200	500	204원	180원	18원	198원
2018.2.21	210	400				

- 2) 실구입가가 기준약가(고시가)보다 낮을 때
 ✦ 기준약가(A)에 사용장려비(B)를 가산하여 청구

구입일	구입단가 (단위: 원)	구입량 (단위: 개)	실구입가 (분기별가중평균가)	기준약가 (A)	사용장려비 (B)	청구단가 (A+B)
2018.1.19	145	1,000	144원	150원	15원	159원
2018.2.6	140	500				
2018.3.20	145	1,000				

- 3) 실구입가가 기준약가(고시가)와 동일할 때
 ✦ 기준약가(A)에 사용장려비(B)를 가산하여 청구

구입일	구입단가 (단위: 원)	구입량 (단위: 개)	실구입가 (분기별가중평균가)	기준약가 (A)	사용장려비 (B)	청구단가 (A+B)
2018.1.18	80	1,000	80원	80원	8원	88원
2018.2.10	80	500				

228. 요양기관 종별 가산율이 적용되는 II란(진료행위)에 산정하는 항목은?

- ① 난관결찰술 ② 수탁기관에 대한 의뢰검사
 ③ 가정간호 기본방문료 ④ 마취통증의학과 전문의 초빙료

해설

종별 가산율이 적용(II란)되는 항목은 진료행위에 해당되는 항목

- 가족보건사업계획에 의거 약제비를 제외한 진찰료, 검사료, 처방료, 주사료, 마취료, 발사료와 경증, 중등증의 사후관리 비용이 포함되므로 다음의 경우 종별가산율이 적용된다. <제9장 처치 및 수술료-남성생식기, 여성 생식기, 임신과 분만>
 - 정관절제술 또는 결찰술 (자-389-1-라)
 - 난관결찰술(양측) (자-434)
 - 자궁내장치삽입술(자-427)
- 수탁기관에 대한 의뢰 검사는 인체에서 채취한 가검물에 대한 검사를 "검체검사 위탁에 관한 기준"에서 정한 수탁기관으로 위탁하는 경우 소정점수에 10%를 "위탁검사관리료"로 산정하되 각 분류항목의 검사료와 위탁검사관리료에는 요양기관 종별 가산율이 적용되지 아니한다. <제2장 검사료-제1절 검체검사료-검체검사-주5>
- 마취통증의학과 전문의 초빙료는 요양기관 종별가산율이 적용되지 아니한다. <제1편 행위 및 이상대가치점수-제1부 일 반원칙-II-2-파>

229. 치료재료에 대한 산정 방법으로 옳지 않은 것은?

- ① 비급여 재료: 실구입가 내지 요양기관 일반수가로 산정
- ② 산정불가 재료: 일반수가로 산정
- ③ 정액고시가 재료: 고시된 가격 또는 장관이 별도로 정한 가격으로 산정
- ④ 급여 재료: 상한금액 내에서 실구입가로 산정

해설

- 1) 건강보험 요양급여대상 진료(치료)재료는 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 상한금액 내에서 실구입가로 산정한다.
- 2) 산정불가진료재료: 재료대는 별도로 산정할 수 없다.
- 3) 비급여재료: 실구입가 내지 요양기관 일반수가로 산정한다.



5. 요양급여비용 청구

230. 요양급여비용 청구시기가 동일하지 않은 항목은?

- ① 디스켓 - 외래
- ② 정보통신망 - 입원
- ③ 서면 - 외래
- ④ 디스켓 - 입원

해설

요양급여비용 청구시기

- 서면, 전산매체
 1. 외래(내원일), 입원(퇴원일)이 속한 날의 다음 달 초일부터 월별로 청구
- 정보통신망(EDI)
 1. 입원진료 - 퇴원일 이 속한 날의 다음 주 월요일부터 주1회 청구할 수 있음
 2. 외래 진료(약국포함)는 내원일이 속한 날의 다음 달 초일부터 월별로 청구

구 분	정보통신망(EDI)	전산매체(diskette)	서면(명세서)	비 고
입원	주1회	○	○	○ 다음 달 초일~
외래	○	○	○	

231. 요양급여 비용 청구시기 내용으로 옳은 것은?

- ① 정보통신망으로 요양급여 비용을 청구하는 경우 입원진료는 월별로 청구한다.
- ② 정보통신망으로 요양급여 비용을 청구하는 경우 외래진료는 주별로 청구한다.
- ③ 서면으로 청구하는 경우 주별로 청구가 가능하다.
- ④ 전산매체로 청구하는 경우 월별로 청구가 가능하다.

해설

청구시기(요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 제9조)

- ① 요양급여비용 청구시기
 - 서면, 전산매체
 1. 외래(내원일), 입원(퇴원일)이 속한 날의 다음 달 초일부터 월별로 청구
 - 정보통신망(EDI)
 1. 입원진료 - 퇴원일이 속한 날의 다음 주 월요일부터 주 1회 청구할수 있음
 2. 외래 진료(약국포함)는 내원일이 속한 날의 다음 달 초일부터 월별로 청구

정답

229. ② 230. ② 231. ④

232. 요양기관이 정보통신망 등으로 심사평가원에 요양급여 비용을 청구하는 방식은?

- ① EDI(Electronic Date Interchange)
- ② EMR(Electronic Medical Record)
- ③ OCS(Order Communication System)
- ④ PACS(Picture Archiving and Communication System)

해설 Electronic Data Interchange 전자문서교환은 EDI의 약어로 우편이나 인편 등을 통해 주고받던 각종 문서를 컴퓨터 통신으로 교환하는 새로운 통신형태를 의미한다.

233. 심사평가원은 심사청구서 등이 접수된 경우 접수증을 발급해주는 기간은?

- ① 지체없이 ② 3일 이내 ③ 7일 이내 ④ 14일 이내

234. 요양급여비용 청구방법에 대한 선택으로 옳지 않은 것은?

- ① 병원 - 전산매체 ② 상급종합병원 - EDI
- ③ 종합병원 - 서면 ④ 의원 - EDI

해설 전산매체(Diskette)는 의원, 한의원만 가능하다.

235. 요양급여비용 청구 서류 보관 및 작성자에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 심사청구서와 명세서는 5년간 보존해야 한다.
- ② 요양급여의 청구 소멸시효는 3년이다.
- ③ 요양급여비용의 청구인은 청구부서 책임자로 기재한다.
- ④ 요양급여비용 작성인이 2인 이상인 경우 작성책임자만 기재한다.

236. 다음 내용의 ()에 적절한 항목을 선택하시오.

의사(치과)는 ()에 대하여 ()을(를) 발행하고 약국의 약사는 원외처방전을 ()을(를)할 수 있으며, 일반의약품은 의사의 ()에(의) 의하지 아니하고 판매할 수 있다.

- ① 외래환자 - 원외처방전 - 조제 - 처방 ② 외래환자 - 원내처방전 - 조제 - 통보
- ③ 입원환자 - 원외처방전 - 조제 - 처방 ④ 입원환자 - 원내처방전 - 조제 - 통보

해설 의약분업

- 의사·치과의사는 전문의약품과 일반의약품을 처방할 수 있고, 약사는 의사·치과의사의 처방전에 의하여 전문의약품과 일반의약품을 조제해야 한다.
- 의사·치과의사는 외래환자에 대하여 원외처방전을 발행해야 하고, 약국의 약사만이 원외처방전을 조제할 수 있다.
- 약국개설자는 의사·치과의사의 처방에 의하여 조제하는 경우를 제외하고는 전문의약품을 판매할 수 없으나, 일반의약품은 의사·치과의사의 처방에 의하지 아니하고 판매할 수 있다.

237. 의약분업 예외 환자로 옳지 않은 것은?

- ① 장애인 복지법에 의한 1~3급 장애인
- ② 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률에 의한 상이등급 1급~3급 해당자
- ③ 응급환자
- ④ 제1군 감염병 환자

정답 232. ① 233. ① 234. ① 235. ③ 236. ① 237. ①

238. 응급환자에게 부득이 원내투약한 경우 의약분업 예외 코드번호는?

- ① 01 ② 11 ③ 13 ④ 15

|해설

의약분업 예외 구분코드

▷지역: • 코드 01 (약국이 없는 지역, 재해발생 지역, 보건기관 중 예외기관)

▷환자: • 코드 11 (응급환자)

• 코드 13 (정신보건법에 의한 정신요양시설에 수용 중인 정신질환자 및 정신분열증·조울증 등 자신 또는 타인을 해할 우려가 있는 정신질환자)

• 코드 15 (감염병 예방 및 관리에 관한 법률에 의한 제1군 감염병 환자)

• 코드 17 (국가유공자등예우및지원에 관한 법령에 의한 상이등급 1급 내지 3급 해당자)

• 코드 19 (장애인복지관련법령에 의한 1급·2급 장애인 및 이에 준하는 장애인 고엽제후유의증환자 지원 등에 관한 법령에 의한 고도장애인)

• 코드 21 (파킨슨질환자, 나병환자)

• 코드 23 (장기이식을 받은 자, 후천성 면역결핍증환자)

• 코드 25 (사회복지사업법에 의한 사회복지시설 입소자)

• 코드 27 (가정간호대상자, 방문 보건 의료사업 대상자)

• 코드 29 (협진(한양방, 양한방, 양양방)환자)

• 코드 31 (행형법에 의한 교정시설, 소년원법에 의한 소년보호시설, 치료감호법에 의한 치료감호시설 수용자)

▷약품: • 코드 41 (감염병예방접종약, 진단용약품)

• 코드 43 (결핵예방법에 의하여 결핵치료제를 투여하는 경우)

• 코드 45 (의료기관 조제실 제제·임상시험용 의약품·미약·방사성약품·신장투석액 및 이식정 등 투약을 위하여 기계·장치를 이용하거나 시술이 필요한 의약품·식품약품안전청장이 정하는 희귀의약품)

• 코드 51 (운반 및 보관중 냉동·냉장 또는 차관을 필요로 하는 주사제)

• 코드 53 (항암제중 주사제)

• 코드 55 (검사를 위하여 필요하거나 수술 및 처치에 사용하는 의약품)

• 코드 57 (예외약제와 동시 투여하는 약제)

▷기타: • 코드 61 (국군의료시설 및 경찰병원에서 그 업무수행으로서 군인환자 및 경찰환자에 대하여 조제하는 경우 등)

239. 수술환자를 위하여 마취약제를 사용한 경우 의약분업 예외 코드번호는?

- ① 55 ② 11 ③ 01 ④ 99

240. 의약분업 예외적 의약품이 아닌 항목은?

- ① 항암제(경구용) ② 진단용 의약품 ③ 마약 ④ 방사성 의약품

|해설

의약분업 예외 의약품 (의약분업 시행관련 업무처리요령, 보건복지부)

• 감염병 예방 접종약

• 진단용(검사용) 의약품

• 희귀 의약품

• 의료기관조제실 제제약

• 임상시험용 의약품

• 미약

• 방사성 의약품

• 신장 투석액 및 이식 등 투약 시에 기계, 장치를 이용하거나 시술이 필요한 의약품

• 검사를 위하여 필요하거나 수술 및 처치에 사용되는 의약품 등

• 주사제 원내허용(2001년 11월 15일부터 의약분업 예외 적용)

241. 요양급여비용 심사는 청구를 받은 날로부터 며칠 이내에 하도록 되어 있는가?

- ① 40일 ② 30일 ③ 20일 ④ 10일

|해설

(국민건강보험법 시행규칙) 제20조 제2항(요양급여의 심사·지급)

심사평가원의 원장은 제항의 규정에 의하여 심사를 하는 경우에는 요양급여비용의 심사청구를 받은 날부터 40일(제22조 제 1항의 규정에 의한 전자문서교환방식에 의한 경우에는 15일) 이내에 심사하여 그 내용이 기재된 요양급여비용 심사결과통보서를 공단 및 당해 요양기관에 각각 송부해야 하며, 요양급여비용심사결과를 송부 받은 공단은 지체없이 요양급여비용지급내역이 기재된 요양급여비용 지급통보서에 의하여 요양급여비용을 해당 요양기관에 지급해야 한다.

|정답

238. ② 239. ① 240. ① 241. ①

242. 의약분업대상 예외 환자에 해당되지 않는 경우는?

- ① 감염병 예방 및 관리에 관한 법률에 의한 1, 2군 감염병 환자
- ② 사회복지사업법에 의한 사회복지시설 입소자
- ③ 장애인복지법에 의한 1, 2급 장애인
- ④ 파킨슨병 환자 및 나병(한센병) 환자

해설

의약분업 예외환자

- 응급환자
- 정신분열증·조울증 등으로 인하여 자신 또는 타인을 해할 우려가 있는 정신질환자
- 감염병 예방 및 관리에 관한 법률에 의한 제1군 감염병 환자
- 사회복지사업법에 의한 사회복지시설 입소자
- 병역의무를 수행 중인 군인·전투경찰순경·교정시설경비교도 및 교정시설·소년보호시설·외국인보호시설에 수용중인 자
- 장애인복지법에 의한 1급·2급 장애인
- 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법령에 의한 1급 내지 3급 상이자
- 고엽제후유증환자 지원 등에 관한 법령에 의한 고도장애인 및 기타 이에 준하는 중증 장애인
- 파킨슨병환자 및 나병(한센병)환자
- 장기이식을 받은 자에 대하여 이에 관련된 치료를 하거나 후천성면역결핍증(AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome) 환자에 대하여 당해 질병을 치료하기 위한 경우 및 결핵예방법에 따라 결핵치료제를 투약하는 경우(보건소 및 결핵협회 부속의원의 경우에 한한다)
- 국가안전보장에 관련된 정보 및 보안을 위하여 처방전을 공개할 수 없는 경우 및 기타 대통령령으로 정하는 경우
- 사회(의료)봉사 활동으로서 의약품을 투여하는 경우에는 의사·치과의사 및 약사 모두 직접 조제 허용한다.

243. 요양급여비용 명세서의 진료결과에 설명 중 옳지 않은 것은?

- ① 1(계속): 계속 내원이 예정된 경우
- ② 2(이송): 당초 의뢰한 요양기관으로 보낸 경우
- ③ 4(사망): 의료기관 내에서 사망이 확인된 경우
- ④ 9(치료종결): 퇴원 또는 외래치료 종결인 경우

해설

(요양급여비용 심사청구서·명세서 작성요령) 제25조(진료결과)

- 1 계속: 명세서상 최종진료일 당시 입원중이거나 계속내원이 예정된 경우
- 2 이송: 다른 요양기관으로 진료를 의뢰한 경우
- 3 회송: 당초 의뢰한 요양기관 또는 1단계 요양기관으로 보낸 경우
- 4 사망: 요양기관내에서 사망이 확인된 경우
- 9 퇴원 또는 외래치료 종결: 퇴원 또는 외래치료 종결인 경우

244. 요양급여비용 명세서 작성 시 진료결과에 대한 표기로 옳은 것은?

- ① 2 - 회송
- ② 3 - 이송
- ③ 4 - 계속
- ④ 9 - 퇴원 또는 외래치료종결

해설

진료결과 표기

결과 코드번호	내용
계속(1)	명세서상 최종진료일 당시 입원중이거나 계속내원이 예정된 경우
이송(2)	다른 요양기관으로 진료를 의뢰한 경우
회송(3)	당초 의뢰한 요양기관 또는 1단계 요양기관으로 보낸 경우
사망(4)	요양기관내에서 사망이 확인된 경우
퇴원, 외래 치료종결(9)	퇴원 또는 외래치료 종결인 경우

정답

242. ① 243. ② 244. ④

245. 요양급여비용 명세서상의 진료결과 내용으로 옳지 않은 것은?

- ① 명세서상 최종진료일 당시 입원중이거나 계속 내원이 예상된 경우 - 계속(1)
- ② 다른 요양기관으로 진료를 의뢰한 경우 - 이송(2)
- ③ 당초 의뢰한 요양기관 또는 1단계 요양기관으로 보낸 경우 - 반송(4)
- ④ 이송 또는 사망에 해당되지 않은 퇴원 또는 외래 치료종결인 경우 - 퇴원 또는 외래 치료종결(9)

246. 요양급여비용 청구 및 자료제출 시기에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 소명자료는 정보통신망 뿐만 아니라 모사전송도 가능하다.
- ② 분할청구시 기 청구 명세서의 접수번호, 명세서 일련번호 및 최초 입원개시일을 기재한다.
- ③ 30일을 초과하여 입원진료를 하는 경우 월단위로 분할청구가 가능하고 청구구분란에 '3'을 기재한다.
- ④ 명세서를 방문일자별로 작성하는 의료기관의 외래진료를 EDI로 청구 시 방문일이 속한 날의 다음 달 초일부터 주 단위로 청구할 수 있다.

|해설

- 1) 명세서를 방문일자별로 작성하는 의료기관의 외래진료를 EDI로 청구 시 방문일이 속한 날의 다음 주 월요일부터 주 단위로 청구할 수 있다.
- 2) 명세서를 방문일자별로 작성하는 의료기관의 외래진료를 EDI로 청구 시 방문일이 속한 날의 다음 달 초일부터 월별로 청구한다.

247. 요양급여비용의 청구 및 자료 제출시기에 대한 설명을 옳지 않은 것은?

- ① 정보통신망(EDI)으로 청구 시 입원진료는 퇴원일이 속 날의 다음 주 월요일부터 주1회 청구할 수 있다. 다만, 월의 말일과 초일이 모두 포함된 주의 요양 급여비용을 청구하는 경우에는 이를 월별로 구분하여 청구한다.
- ② 외래 진료(약국의 경우를 포함한다)는 내원일이 속한 날의 다음 달 초일부터 월별로 청구한다.
- ③ 서면 또는 전산매체로 요양급여비용을 청구하는 경우에는 내원일(입원진료의 경우는 퇴원일)이 속한 다음 달 초일부터 월별로 청구한다.
- ④ 요양기관은 매분기 첫째 달 20일까지 전 분기에 구입한 의약품의 구입내역을 목록표로 제출한다.

|해설

요양기관은 원료약, 요양기관 자체 조제(제제)약 및 치료재료에 대한 구입내역을 명세서 접수전에 제출하여야 한다.

248. 요양급여비용의 청구와 관련된 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 정보통신망(EDI)에 의한 입원진료비 청구는 퇴원일이 속한 날의 다음 주 월요일부터 주 2회 청구할 수 있음
- ② 정보통신망(EDI)에 의한 외래진료비 청구는 내원일이 속한 날의 다음 달 초일부터 월별로 청구
- ③ 장기입원(30일 초과)의 경우 월별로 분할 청구 가능
- ④ 서면 또는 디스켓으로 요양급여비용을 청구하는 경우에는 내원일(입원진료의 경우는 퇴원일)이 속한 날의 다음 달 초일부터 월별로 청구

|해설

정보통신망(EDI)에 의한 입원진료비 청구는 퇴원일이 속한 날의 다음 주 월요일부터 주 1회 청구할 수 있음

249. 건강보험 진료비용 청구방식이 아닌 것은?

- ① 서면청구
- ② 이메일(E-mail)청구
- ③ 정보통신망 청구
- ④ 전산매체(Diskette) 청구

|해설

<요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서작성 및 작성요령> 제5조(요양급여비용 청구 및 자료제출 매체의 선택)
요양기관은 ED(전자문서교환방식), 전산매체, 서면 중 한가지의 방법을 선택하여 요양급여비용을 심사평가원에 청구한다.

정답

245. ③ 246. ④ 247. ④ 248. ① 249. ②

254. 요양급여비용 명세서 작성요령 중 기재사항에 해당하지 않는 것은?

- ① 가입자, 수진자 및 주민등록번호 ② 상병명 및 상병분류기호
③ 진료결과 ④ 비급여 코드

255. 요양급여비용 명세서 작성 시 영문 또는 한문으로 표기할 수 있는 경우는?

- ① 약제 상품명 ② 의학용어 등 특수용어가 필요한 경우
③ 검사항목 명칭 ④ 처치항목 명칭

해설 의학용어 등 특수용어가 필요한 경우 예 흉부(가슴) P-A

256. 요양급여비용 명세서 작성시 상병명 분류기호 중 가장 먼저 기재되어야 할 원칙은?

- ① 부상병 ② 주상병 ③ 배제진단 ④ 주증상

해설 통계청 고시에 의한 '한국표준질병·사인분류'의 상병명 및 분류기호를 주상병, 부상병, 배제진단 순으로 기재(영문자는 반드시 대문자로 기재, '.' 또는 *, † 등 특수기호는 기재 생략)한다. 이 경우 주상병은 반드시 첫 번째 자리(제1단)에 기재하여야 하며, 주상병과 함께 있었거나 발생된 병태로서 환자 진료에 영향을 주었던 병태(부상병)는 두 번째 자리(제2단)부터 중요도 순으로 기재한다. 또한, 배제진단(상병명을 최종 확인한 경우 이전에 고려되었던 R/O 상병 등)은 상병명에 배제진단임을 별도 명시한다.

257. 요양급여비용 명세서 「상병분류기호」란에 기재하는 질병코드 기재원칙에 해당되지 않는 것은?

- ① 질병코드는 알파벳과 숫자를 사용하여 표현한다.
② 요양급여비용 청구시 특수기호를 표기해도 된다.
③ 청구된 질병코드는 의무기록 내용과 일치하여야 한다.
④ 병원 또는 의료기관 방문을 하게 만든 가장 중요한 병태를 주진단으로 기재한다.

해설 <질병코드 기재원칙>

- 한국표준질병·사인분류(KCD)체계에 의해 기재한다.
- 요양급여비용 청구 시에는 특수기호를 표기하지 않고 질병코드만 표기한다.
- 요양급여비용 명세서에 기재하는 질병코드는 의무기록지에 기록되어 있는 자료를 근거로 작성하여야 한다. 심사조정을 우려하여 질병코드를 추가 기재하거나 더 중한 질환으로 기재하지 않도록 한다.
- 병원 또는 의료기관 방문을 하게 만든 가장 중요한 병태를 주진단으로 기재한다.
- 기타진단은 두 번째 자리부터 중요도 순으로 기재한다.
- 불명확한 진단이나 의심나는 병태는 증상, 검사의 이상소견 등을 나타내는 코드를 기재한다.
- 질병코드는 마지막 단위까지 구체적으로 기재한다.
- 확진된 질병코드와 동일 병태의 유사질병코드는 같이 기재하지 않는다.
- 한쪽 성(sex)으로 제한된 코드가 별도 구분되어 있다.
- 질병이환 및 사망의 외인(V01-Y98) 코드는 특정내역 기재란에 질병코드의 영문 첫 자리만 기재한다.
- 감염병은 진단이 확정된 경우에 한하여 해당 질병코드를 기재한다.

258. 질병이환 및 사망의 외인의 코드가 아닌 것은?

- ① V ② W ③ X ④ Z

해설 <한국표준질병사인분류 - 2011년 1월 1일 시행>

- 질병이환 및 사망의 외인(V01-Y98) 코드는 특정내역 기재란에 질병 코드의 영문 첫 자리(V, W, X, Y)만 기재한다.
- 요양급여비용 청구시에는 분류코드(V01-Y98)의 영문 첫 자리(V, W, X, Y)만 "특정내역기재란(서면의 경우 상해외인란)"에 기재한다.

259. 요양급여비용 명세서 작성 시 4사5입(4捨5入) 계산법은?

- ① 요양급여비용 총액
- ② 입원 본인일부 부담금
- ③ 청구액
- ④ 요양기관종별 가산율

해설

〈요양급여비용명세서 세부작성요령-1.일반사항-자. 구분사항〉

- 요양급여비용 총액, 입원본인일부부담금, 청구액은 "10"원 미만은 절사(切捨)한다. (단, 외래 본인 일부부담금은 100원 미만 절사)
- 요양기관종별 가산율은 "원" 미만은 4사5입(4捨5入)한다.

260. 요양급여비용 명세서 작성 시 "반올림(4사5입)"단수(end number) 계산법을 적용하는 것은?

- ① 요양급여비용 총액
- ② 본인일부 부담금
- ③ 요양기관종별 가산율
- ④ 청구액

해설

- 가산율: "원"미만은 4사5입
- 요양급여비용 총액: 10원 미만은 절사한 금액
- 본인일부부담금: 입원은 10원 미만은 절사한 금액, 외래는 100원 미만은 절사한 금액
- 청구액: 요양급여비용 총액에서 본인일부부담금을 공제한 금액을 기재

261. 단수(end number)계산 방법으로 옳지 않은 것은?

- ① 외래본인부담금 - 10원 미만 절사
- ② 요양급여비용 총액 - 10원 미만 절사
- ③ 요양기관 종별 가산율 - 4사5입
- ④ 요양급여비용 산정 - 10원 미만 4사5입

해설

- 1) 요양급여비용 총액, 청구액은 10원 미만의 단수가 있을 때에는 그 단수는 계산하지 아니한다.
- 2) 본인일부부담금은 외래 100원 미만 절사, 입원 10원 미만 절사
- 3) 상대가치점수 - 10원 미만(未滿) 4사5입(4捨5入)
- 4) 가산율(加算率) - 원 미만(未滿) 4사5입(4捨5入)

262. 요양급여비용산정시 10원 미만은 절사하는 항목은?

- ① 치료재료대
- ② 요양급여비용 총액
- ③ 요양기관 종별 가산율
- ④ 분할사용한 약제로

263. 요양급여비용 명세서 작성시 요양급여내역과 처방내역순서가 옳은 것은?

- ① 처방전내역 - 점검번호 - 처방일수
- ② 처방일수 - 점검번호 - 처방전 교부번호
- ③ 처방전 교부번호 - 점검번호 - 처방일수
- ④ 요양급여내역 - 점검번호 - 처방일수

해설

처방전 교부번호 - 점검번호 - 처방일수 순서로 기재한다.

264. 건강보험심사평가원은 요양기관의 요양급여비용 심사청구를 받은 날로부터 며칠이내에 심사하는가?

- ① 25일
- ② 30일
- ③ 35일
- ④ 40일

해설

국민건강보험법 시행규칙 제20조(요양급여비용의 심사지급) 2항

- 심사평가원의 원장은 제1항에 따라 심사를 하는 경우에는 요양급여비용에 대한 심사청구를 받은 날부터 40일(제22조제1항에 따른 정보통신망을 통하여 통보하는 경우에는 15일)이내에 심사하여 그 내용이 기재된 요양급여비용 심사결과통보서를 공단 및 해당 요양기관에 각각 송부해야 함

정답

259. ④ 260. ③ 261. ① 262. ② 263. ③ 264. ④

265. 요양급여 비용의 심사 및 지급 업무 처리 순서로 옳은 것은?

- ① 접수 - 보완자료요청(필요시) - 심사(곤란) - 비용지급 - 심사 - 결과통보
 ② 접수 - 보완자료요청(필요시) - 심사 - 결과통보 - 심사(곤란) - 비용지급
 ③ 접수 - 심사(곤란) - 비용지급 - 보완자료요청(필요시) - 심사 - 결과통보
 ④ 접수 - 심사(곤란) - 보완자료요청(필요시) - 심사 - 결과통보 - 비용지급

|해설

요양급여비용 심사·지급업무 처리기준(고시 제2000-41호, 2000. 7.18) 심사관련 보완자료의 요청(제5조)

- ① 심사평가원은 요양기관으로부터 제출받은 자료만으로 요양급여비용의 심사가 곤란하다고 인정되는 경우에는 진료기록부, 수진자에게 발행된 진료비계산서 사본, 의료의 질향상을 위한 점검표 등 요양급여비용 심사에 필요한 보완자료의 제출을 요청할 수 있다.
 ② 보완자료의 제출을 요청하는 경우에는 심사평가원은 10일의 기간을 정하여 요청하여야 하며, 동기간내에 보완자료를 제출하지 아니하는 경우에는 다시 7일의 기간을 정하여 보완자료의 제출을 요청하여야 한다.
 ③ 진료기록부등 요양급여비용심사에 필요한 보완자료의 제출을 요청받은 요양기관이 보완자료를 제출하는데 소요된 기간 또는 청구유류에 대한 수정·보완을 요청받은 요양기관의 수정·보완 기간은 요양급여비용 심사처리에 소요되는 기간에 산입하지 아니한다.

266. 요양급여비용 심사보류, 불능 및 반송이 되었을 경우의 청구는?

- ① 심판청구 ② 추가청구 ③ 보완청구 ④ 당월청구

|해설

보완청구는 진료비 심사결과 통보서상의 지급불능내역에 대해 보완한 후 재청구시 요양급여비용 명세서를 재작성하되, 명세서 여백에 “불능펜”으로 당초 접수되었던 접수번호, 무음번호, 심사차수, 재청구사유, 명세서일련번호 등을 반드시 기재하여 청구해야한다

267. 건강보험 심사평가원에서 요양기관에게 심사관련 보완자료를 요청할 경우 보완자료 요청기간은?

- ① 7일 ② 10일 ③ 14일 ④ 15일

|해설

건강보험심사평가원에서 보완자료를 요청 시 10일 이내에 제출한다.

268. 건강보험심사평가원에서 심사결과 내용을 통보받은 국민건강보험 공단이 요양급여 비용을 지급해야 하는 기준은?

- ① 15일 이내 ② 30일 이내 ③ 90일 이내 ④ 지체 없이

|해설

심사 내용을 통보받은 공단은 지체 없이 그 내용에 따라 요양급여비용을 요양기관에 지급한다.

〈국민건강보험법시행규칙〉 제13조 제2, 3항 심사의 내용을 통보받은 공단은 지체없이 그 내용에 따라 요양급여비용을 요양기관에게 지급한다. 이 경우 이미 납부한 본인일부부담금이 제2항의 규정(심사평가원이 심사내역을 공단 및 요양기관에 통보)에 의하여 통보된 금액보다 과다한 경우에는 요양기관에 지급할 금액에서 그 과다하게 납부된 금액을 공제하여 당해 가입자에게 지급해야 한다.

269. 요양급여비용에 관한 건강보험심사평가원의 처분에 이의가 있는 국민건강보험공단, 요양기관 또는 그 밖의 자가 건강보험심사평가원에 할 수 있는 것은?

- ① 이의신청 ② 심판청구 ③ 행정심판 ④ 구상권 신청

|해설

요양급여비용 및 요양급여의 적정성 평가 등에 관한 심사평가원의 처분에 이의가 있는 공단, 요양기관 또는 그 밖의 자는 심사평가원에 이의신청을 할 수 있다.

정답

265. ④ 266. ③ 267. ② 268. ④ 269. ①

270. 이의신청 처리결과에 불복이 있는 요양기관의 심사청구 대상은?

- ① 보건복지부 ② 국민건강보험공단 ③ 건강보험심사평가원 ④ 근로복지공단

해설 심사청구를 심리·의결하기 위하여 보건복지부에 건강보험분쟁조정위원회(이하 "분쟁조정위원회"라 한다)를 두며, 분쟁조정위원회는 위원장을 포함하여 60명 이내의 위원으로 구성하고, 위원장을 제외한 위원 중 1명은 당연직위원으로 한다.

271. 요양급여비용 심사결과에 대한 이의신청의 내용으로 옳지 않은 것은?

- ① 요양기관은 심사결과에 이의가 있을 때에는 처분이 있음을 안 날부터 90일 이내에 문서로 이의신청을 하여야 한다.
 ② 요양기관은 이의신청 결과 처분이 있는 날부터 180일이 경과하면 이를 제기하지 못한다.
 ③ 심사평가원은 이의신청을 받은 때에는 60일 이내에 이의신청결과를 통보하여야 한다.
 ④ 심사평가원은 부득이한 사정이 있을 경우에는 30일의 범위 안에서 그 기간을 연장할 수 있다.

272. 요양급여비용 심사결과에 대한 이의신청은 심사결과 통보를 받은 날로부터 () 이내에 이의신청할 수 있다. 위의 설명에서 빈 공간에 들어가기에 적절한 것은?

- ① 30일 ② 60일 ③ 90일 ④ 120일

해설 <국민건강보험법> 제87조 제2항 요양급여비용 및 요양급여의 적정성에 대한 평가 등에 관한 심사평가원의 처분에 이의가 있는 공단, 요양기관, 기타자는 심사평가원에 이의신청을 할 수 있다.
 <국민건강보험법> 제87조 제3항 이의신청은 처분이 있는 날부터 90일 이내에 문서로 해야 한다. 다만, 정당한 사유에 의하여 그 기간 내에 이의신청을 할 수 없었음을 소명한 때에는 그러하지 아니하다.

273. 다음 내용의 ()에 옳은 것은?

심사평가원은 이의 신청을 받은 날부터 ()일 이내에 결정을 해야 한다. 다만 부득이한 사정이 있는 경우에는 ()일의 범위 안에서 그 기간을 연장할 수 있다.

- ① 60, 30 ② 60, 60 ③ 90, 30 ④ 90, 60

해설 <국민건강보험법시행령> 제58조(이의신청결정기간)제1항 공단 또는 심사평가원은 이의신청을 받은 날부터 60일 이내에 결정을 해야 한다. 다만, 부득이한 사정이 있는 경우에는 30일의 범위 안에서 그 기간을 연장할 수 있다.

274. 건강보험 심사평가원의 업무는?

가. 중증환자의 진료 나. 요양급여비용의 심사
 다. 고가의료장비 대여 라. 심사 및 평가기준의 개발

- ① 가, 나, 다 ② 가, 다 ③ 나, 라 ④ 가, 나, 다, 라

해설 <국민건강보험법> 제63조 (업무 등) ① 심사평가원은 다음 각호의 업무를 관장한다.
 1. 요양급여비용의 심사
 2. 요양급여의 적정성에 대한 평가
 3. 심사 및 평가 기준의 개발
 4. 제1호 내지 제3호의 업무와 관련된 조사연구 및 국제협력
 5. 다른 법률의 규정에 의하여 지급되는 급여비용의 심사 또는 의료의 적정성 평가에 관하여 위탁받은 업무
 6. 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무
 7. 기타 보험급여비용의 심사와 보험급여의 적정성 평가와 관련하여 대통령령이 정하는 업무

275. 건강보험에서 실시하는 심사평가원 요양급여비용의 심사대상에 해당하지 않는 것은?

- ① 건강보험요양급여 비용의 심사
- ② 의료급여비용의 심사
- ③ 자동차보험 진료비의 심사
- ④ 산재보험 진료비의 심사

해설 요양급여 심사 기관

요양급여 종류	심사기관	관련 법령
건강보험	심사평가원	국민건강보험법 제63조
의료급여		의료급여법 시행령 제20조
자동차보험		자동차손해배상 보장법 시행령 제11조의2
산재보험	근로복지공단	산업재해보상보험법 제41조

276. 심사평가원의 요양급여 적정성 평가에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 서비스 과다 혹은 과소제공의 가능성에 따른 평가 필요성
- ② 의료의 질적 수준 향상 및 비용부담의 적정화 도모
- ③ 평가결과에 따른 가감지급제 시행
- ④ 의료기관 평가정보 공개로 병원 간 협력 및 담합 유도

277. 요양급여 적정성 평가의 필요성을 설명하는 질 문제(quality problem)에 해당되지 않는 것은?

- ① 서비스 과소 제공(under-service)의 가능성
- ② 서비스 오용(mis-use)의 가능성
- ③ 서비스 과다 제공(over-service)의 가능성
- ④ 요양급여비용 과다징수(abuse & fraud)의 가능성

해설 요양급여 적정성 평가

요양급여 적정성 평가는 과다이용(overuse)을 주로 평가하고 있어 의료의 질 평가라기보다는 진료비 증가 억제 대책의 일환으로서 과소이용(underuse)이나 오용(misuse)에 대한 평가를 간과하고 있다는 지적이 제기되고 있다.

278. 의료의 질적 수준향상 및 비용부담의 적정화 도모 등을 위해 건강보험 요양급여 적정성 평가를 시행하는 기관은?

- ① 국민건강보험공단
- ② 건강보험심사평가원
- ③ 대한병원협회
- ④ 의료의 질 평가위원회

해설 건강보험심사평가원의 업무

- 요양급여 비용 심사
- 진료비 확인 신청 제도
- 요양기관 현지조사 등
- 요양급여의 적정성 평가
- 정부 업무 지원

279. 보건복지부의 요양기관 현지조사 결과 부당청구가 확인된 경우 해당되는 국민건강보험법상의 행정처분은?

- ① 의료업 정지
- ② 과징금 부과
- ③ 면허정지
- ④ 과태료 부과

해설 국민건강보험법 제57조(부당이득의 징수)

- 1) 공단은 사위 기타 부당한 방법으로 보험급여를 받은 자 또는 보험급여비용을 받은 요양기관에 대하여 그 급여 또는 급여비용에 상당하는 금액의 전부 또는 일부를 징수한다.
- 2) 제항의 경우에 있어 사용자 또는 가입자의 허위의 보고 또는 증명에 의하거나 요양기관의 허위의 진단에 의하여 보험급여가 실시된 때에는 공단은 이들에 대하여 보험급여를 받은 자와 연대하여 동항의 규정에 의한 징수금을 납부하게 할 수 있다.

280. 요양기관 현지조사결과 부당청구기관에 대한 행정처분에 해당되지 않는 것은?

- ① 부당이득금 환수 처분 ② 과징금 처분
③ 면허취소 처분 ④ 요양기관 업무정지 처분

해설 현지조사

- (1) 현지조사는 정기와 기획 조사로 구분하며, 기획조사는 문제분야에 대한 실태조사, 제도 개선의 목적으로 시행한다.
(2) 현지조사에 따른 행정처분 중 건강보험법에 의한 처분(대물처분)에는 부당이득금 환수, 업무정지 또는 과징금처분이 있다.
(3) 보건복지부장관은 의료인이 관련 서류를 위조·변조하거나 속임수 등 부정한 방법으로 진료비를 거짓 청구한 때에는 1년의 범위에서 면허자격을 정지시킬 수 있다.
(4) 업무정지 처분의 승계 규정은 합법적 회피를 막기 위한 시간적 규정이다.

281. 요양기관은 요양급여비용 및 요양급여의 적정성에 대한 평가 등에 이의가 있는 경우 이의신청을 하는 곳은?

- ① 국민건강보험공단 ② 건강보험심사평가원 ③ 근로복지공단 ④ 보건복지부

282. 요양기관이 심사평가원의 이의신청에 대한 결정에 불복하는 경우 심사청구를 하는 곳은?

- ① 건강보험심사조정위원회 ② 건강보험분쟁조정위원회
③ 건강보험정책심의위원회 ④ 진료심사평가위원회

해설

〈국민건강보험법 제88조 제1항 별제88조(심판청구) 제1항〉 이의신청에 대한 결정에 불복하는 자는 제89조에 따른 건강보험분쟁조정위원회에 심판청구를 할 수 있다.

283. 거짓청구기관의 명단공표 제도에 관한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 행정처분대상기관 중 관련서류를 위조·변조하여 거짓으로 요양급여비용을 청구한 요양기관을 공표대상으로 한다.
② 보건복지부, 심평원, 공단, 시·군·구 등의 홈페이지에 위반행위, 처분내용, 요양기관명칭·주소·대표자 성명 등이 공표된다.
③ 건강보험공표심의위원회에서 공표 대상을 선정하고 의견진술기회를 부여한 후 최종 공표대상을 확정한다.
④ 허위청구금액 1,000만원 이상 또는 허위청구 비율 100분의 30 이상인 경우 공표대상이 된다.

해설

거짓으로 청구한 금액이 1천 500만원 이상인 경우 또는 요양급여비용 총액 중 거짓으로 청구한 금액의 비율이 100분의 20 이상인 경우 공표대상으로 한다.

284. 부당청구기관에 대한 국민건강보험법에 의한 행정처분(대물처분)이 아닌 것은?

- ① 업무정지 처분 ② 과징금 처분 ③ 부당이득금 회수 ④ 의사면허취소 처분

해설

부당청구기관에 대한 행정처분(대물처분)
· 업무정지처분, 과징금 처분, 부당이득금 환수

285. 요양기관 현지조사에 대한 기능으로 옳지 않은 것은?

- ① 보험재정의 확대 ② 심사에 대한 보완
③ 허위·부당청구 예방 ④ 요양급여의 청구질서 확립

정답 280. ③ 281. ② 282. ② 283. ④ 284. ④ 285. ①

286. 요양기관 현지조사결과에 따른 행정처분 중 건강보험법에 의한 처분에 해당되지 않는 것은?

- ① 부당이득금 환수처분 ② 면허취소처분
 ③ 과징금처분 ④ 요양기관 업무정지처분

해설

국민건강보험법(부당이득의 징수, 업무정지, 과징금)

- 제57조(부당이득의 징수) 공단은 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람이나 보험급여 비용을 받은 요양기관에 대하여 그 보험급여나 보험급여 비용에 상당하는 금액의 전부 또는 일부를 징수한다.
- 제98조(업무정지) 보건복지부장관은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 요양기관에 대해 1년의 범위에서 기간을 정하여 업무정지를 명할 수 있다.
- 제99조(과징금) 1)보건복지부장관은 요양기관이 제98조제1항제1호에 해당하여 업무정지 처분을 하여야 하는 경우로서 그 업무정지 처분이 해당 요양기관을 이용하는 사람에게 심한 불편을 주거나 보건복지부장관이 정하는 특별한 사유가 있다고 인정되면 업무정지 처분을 갈음하여 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 부담하게 한 금액의 5배 이하의 금액을 과징금으로 부과·징수할 수 있다. 이 경우 보건복지부장관은 12개월의 범위에서 분할 납부를 하게 할 수 있다. 2)보건복지부장관은 제41조의2제1항 또는 제2항에 따라 약제를 요양급여에서 적용 정지 또는 제외하는 경우 국민 건강에 심각한 위험을 초래할 것이 예상되는 등 특별한 사유가 있다고 인정되는 때에는 요양급여의 적용 정지 또는 제외에 갈음하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 약제에 대한 요양급여비용 총액의 100분의 40을 넘지 아니하는 범위에서 과징금을 부과·징수할 수 있다. 이 경우 보건복지부장관은 12개월의 범위에서 분할납부를 하게 할 수 있다.

287. 요양기관의 업무정지 처분에 관한 설명으로 옳은 것은?

- ① 업무정지 처분의 효과는 요양기관을 타인에게 양도하더라도 그 처분이 확정된 요양기관을 양수한 자에게 승계된다.
 ② 과징금은 업무정지 기간이 50일 이내인 경우 총 부당금액의 2배, 업무정지 기간이 50일을 초과하는 경우에는 총 부당금액의 3배로 한다.
 ③ 처분대상 요양기관의 선택에 따라 업무정지 처분에 갈음하여 과징금으로 부과, 징수할 수 있다.
 ④ 2년의 범위 안에서 기간을 정하여 업무정지를 명할 수 있다.

해설

건강보험법 제98조(업무정지)

- ① 보건복지부장관은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 요양기관에 대하여 1년의 범위에서 기간을 정하여 업무정지를 명할 수 있다. <개정 2016.2.3.>
1. 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험자·가입자 및 피부양자에게 요양급여비용을 부담하게 한 경우
 2. 제97조제2항에 따른 명령에 위반하거나 거짓 보고를 하거나 거짓 서류를 제출하거나, 소속 공무원의 검사 또는 질문을 거부·방해 또는 기피한 경우
 3. 정당한 사유 없이 요양기관이 제41조의3제1항에 따른 결정을 신청하지 아니하고 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 행위·치료재료를 가입자 또는 피부양자에게 실시 또는 사용하고 비용을 부담시킨 경우
- ② 제1항에 따라 업무정지 처분을 받은 자는 해당 업무정지기간 중에는 요양급여를 하지 못한다.
 ③ 제1항에 따른 업무정지 처분의 효과는 그 처분이 확정된 요양기관을 양수한 자 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인에 승계되고, 업무정지 처분의 절차가 진행 중인 때에는 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인에 대하여 그 절차를 계속 진행할 수 있다. 다만, 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인이 그 처분 또는 위반사실을 알지 못하였음을 증명하는 경우에는 그러하지 아니하다.
 ④ 제1항에 따른 업무정지 처분을 받았거나 업무정지 처분의 절차가 진행 중인 자는 행정처분을 받은 사실 또는 행정처분 절차가 진행 중인 사실을 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인에 지체 없이 알려야 한다.
 ⑤ 제1항에 따른 업무정지를 부과하는 위반행위의 종류, 위반 정도 등에 따른 행정처분기준이나 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

302. 외래진료 시 종별 요양기관에 따른 본인부담의 일반적 기준이 옳지 않은 것은?

- ① 상급종합병원(모든지역 일반환자): 진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 - 진찰료총액) × 60/100
- ② 종합병원(동지역 일반환자): 요양급여비용 총액 × 55/100
- ③ 병원(동지역 일반환자): 요양급여비용 총액 × 40/100
- ④ 의원, 보건의료원(모든지역): 요양급여비용 총액 × 30/100

해설 종합병원(동지역 일반환자): 요양급여비용 총액 × 50/100

303. 상급종합병원(모든 지역 일반환자, 임신부 제외)의 외래 진료시 건강보험 요양급여비용 본인부담액 산정방식은?

- ① 요양급여비용 총액 × 40/100
- ② 요양급여비용 총액 × 50/100
- ③ 진찰료총액 + (요양급여비용 총액 - 진찰료총액) × 60/100
- ④ 요양급여비용 총액 × 60/100

해설 외래진료시 건강보험 요양급여비용 본인부담액 산정방식

기관 종별	소재지	환자구분	본인부담액
			상급종합병원
		의약분업 예외환자	진찰료총액+(요양급여비용총액-약가총액-진찰료총액)×60/100+약가총액×30/100

304. 건강보험 환자의 경우 요양기관의 종류 및 입원 외래에 따라 본인부담금은 다르게 부과된다. 옳지 않게 설명한 것은?

- ① 환자가 의원을 방문하여 외래진료를 받았고 65세 미만이면서 원외처방전을 발급받았다면 전체 진료비의 30%를 본인부담 해야 한다.
- ② 65세 이상의 노인이 의원을 방문하여 진료를 받았을 때 진료비 총액이 15,000원 이하인 경우는 정액제로 1,500원만 내면 된다.
- ③ 6세 미만의 아이는 성인 본인부담금은 70%만 본인부담 한다.
- ④ 종합병원과 병원급의 본인부담률은 동지역, 읍면지역 상관없이 동일하다.

해설 <요양급여비용중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액-1-나>

- 종합병원
 - 동지역: 요양급여비용총액 × 50/100
 - 읍·면지역: 요양급여비용총액 × 45/100
- 병원
 - 동지역: 요양급여비용총액 × 40/100
 - 읍·면지역: 요양급여비용총액 × 35/100

<외래진료 및 고가특수의료장비를 이용한 진료의 경우의 요양급여비용총액에 관한 조건 및 본인부담액(제9조제1항 관련) 6항>

6세 미만인 자가 외래진료(제1호나목의 보건소, 보건지소, 보건진료소의 경우 요양급여비용총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 초과하지 아니하는 경우는 제외한다)를 받거나 약국 또는 한국회귀의약품센터에서 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우에는 본인이 부담할 비용의 부담률의 100분의 70에 해당하는 비용을 부담한다.

309. 환자가 의사에게 하소연하는 증상이나 증후군 및 증상을 기록할 때 사용되는 진료기록 내용은?

- ① subject ② object ③ assessment ④ plan

해설

경과기록지(Progress Note)

- S(Subjective data: 주관적인 자료-symptomatic data)는 환자의 호소(cc), social history, 증상(symptomatic data) 등 환자의 입장에서 환자가 표현하는 주관적인 문제로 의사가 자칫 소홀하기 쉬운 부분이지만 무시되어서는 안되는 자료이다.
- O(Objective data: 객관적인 자료-measurable, observable data)는 의사나 그 외 의료진들에 의한 외적 발견들 즉, TPR, BP, X-ray, 검사 결과 등과 같은 객관적인 사실이다.
- A(Assessment: 분석, 평가-interpretation or impression of the current condition)는 위의 두 가지 자료를 토대로 의사의 종합, 분석, 평가하여 환자의 문제가 무엇인가에 대한 판단, 진단이나 예후를 기록하며, 만약 협의의(consultant)와 의견을 달리하는 경우에는 그에 대한 언급이 되어야 하며, 언제나 본래의 목적과 계획을 염두에 두어야 한다.
- P(Plan: 계획)는 위에서 나온 결과에 대한 계획으로 진단목적 혹은 치료목적을 세우는 것이다.

310. 확진을 위한 검사와 거리가 먼 항목은?

- ① Infection - cytology ② Malignancy - histology
 ③ Fracture - radiology ④ Wound - suture

해설

확진을 위한 검사

- Infection-cytology (감염-세포학검사, 세포진단학검사), Malignancy-histology (악성종양-조직학검사), Fracture-radiology (골절-방사선 단층영상진단)
- Wound-suture (창상-봉합): 치료행위

311. 진료과목과 코드번호가 잘못 연결된 항목은?

- ① 응급의학과 - 24 ② 정신건강의학과 - 03
 ③ 소아과 - 11 ④ 피부과 - 15

해설

진료과목코드번호 <요양급여비용 심사청구서·명세서세부작성요령-별표3>

내과: 01	신경과: 02	정신건강의학과: 03	외과: 04	정형외과: 05
신경외과: 06	흉부외과: 07	성형외과: 08	마취통증의학과: 09	산부인과: 10
소아청소년과: 11	안과: 12	이비인후과: 13	피부과: 14	비뇨기과: 15
영상의학: 16	방사선종양학과: 17	병리과: 18	진단검사의학과: 19	결핵과: 20
재활의학과: 21	핵의학과: 22	가정의학과: 23	응급의학과: 24	산업의학과: 25
예방의학과: 26				

312. A 병원에 3일간 입원 중 근육내 주사 2회/일 3일, 정맥내 점적주사 5회/일 3일, 수액제 주입로를 통한 주사 4회/일 3일을 실시하였을 경우 산정 가능한 주사료는?

- ① 근육내 주사 3회/일×3일, 정맥내 점적주사 5회/일×3일, 수액제 주입로를 통한 주사 4회/일×3일
 ② 근육내 주사 2회/일×3일, 정맥내 점적주사 2회/일×3일, 수액제 주입로를 통한 주사 2회/일×3일
 ③ 근육내 주사 3회/일×3일, 정맥내 점적주사 5회/일×3일, 수액제 주입로를 통한 주사 3회/일×3일
 ④ 근육내 주사 2회/일×3일, 정맥내 점적주사 5회/일×3일, 수액제 주입로를 통한 주사 2회/일×3일

305. 외래진료 요양급여비용총액의 50%를 본인부담하는 요양기관은?

- ① 동지역 병원 ② 읍·면지역 종합병원 ③ 동지역 종합병원 ④ 읍·면지역 병원

해설 요양기관 종별 외래진료 본인부담 (2007. 8. 1 시행)

1. 65세 미만 연령의 경우
 - 상급종합병원: 진찰료총액+(요양급여비용총액-진찰료총액)×60/100
 - 종합병원
 - 동지역: 요양급여비용총액×50/100
 - 읍·면지역: 요양급여비용총액×45/100
 - 병원
 - 동지역: 요양급여비용총액×40/100
 - 읍·면지역: 요양급여비용총액×35/100
 - 의원: 요양급여비용총액×30/100
2. 65세 이상 연령의 경우: 종전과 동일(요양급여비용총액이 15,000원 미만의 경우 의원 1,500원, 약국 1,200원)
3. 6세 미만의 아동의 경우: 성인 본인부담율의 70% 적용(산정특례대상 포함) 단, 약국 직접제제는 제외

306. 동(洞)지역 종합병원에 입원한 환자가 전산화단층촬영(CT)을 받은 경우 본인부담금은?

- ① CT 비용 총액의 20% ② CT 비용 총액의 40%
 ③ CT 비용 총액의 45% ④ CT 비용 총액의 50%

해설 고가특수의료장비 산정특례(본인일부부담금 산정특례에 관한 기준)

- 입원진료의 경우에도 외래진료의 본인일부부담금 산정하는 의료
 - 전산화단층영상진단(CT)
 - 자기공명영상진단(MRI)
 - 양전자방출단층촬영(PET)

307. 식이(diet)의 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① NPO - 금식 ② RD - 정식 ③ SD - 연식 ④ LD - 일반식

해설 식이(食餌: Diet)

- NPO는 Nothing Per Oral(Os) (=nothing by mouth : 금식 : 禁食)이다.
- RD는 Regular Diet, Normal Diet, General Diet (정식, 일반식)이다. 식품의 종류나 양에 크게 제한 없이 영양적으로 균형이 있도록 하되, 과식이나 튀김음식, 자극이 강하고 양념이 첨가된 음식은 제한해야 한다.
- SD는 Soft Diet (연식: 죽)이다. 연식은 씹기 쉬운 음식이 필요한 환자에게 사용되며 수술 후 위장장애, 회복기환자, 부족한 영양소 보충, 채소나 과일, 연한 육류를 채택한다.
- LD는 Liquid Diet (유동식)이다. 음식을 삼키기 곤란한 환자, 수술 후의 환자, 급성고혈환자 등 영양소를 농축한 액체음식이 필요할 때 쓰인다. 유동식에는 Soup, 미음(米飮), 밥물 등이 있다.
 식대: 1식4찬(일반식: GD, LD, SD) <치료식: 당뇨병, 궤양식 등>
- 가산: 영양사, 조리사, 선택식단, 직영
- 본인부담: 기본식대, 가산식대: 50% 적용
- 중증질환자(암, 신장질환 등): 기본식대의 10%
- 기본식대 무료(자연분만 산모, 6세 미만 아동): 가산항목 50%

308. 요양급여비용 명세서 작성 시 상병명을 기재할 때 가장 거리가 먼 항목은?

- ① Rule out(R/O) ② Impression(imp) ③ Final diagnosis ④ Chief complaints(C/C)

해설 상병명(疾病과 負傷)

- Rule Out(R/O): 상병의 의증
- Impression(imp): 추정 진단명
- Final Diagnosis: 최종 진단명
- Chief complaints: 주소(환자의 호소(呼訴)중에서 가장 중요한 자각증상을 말한다)