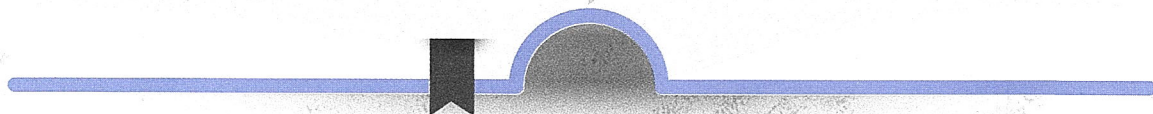
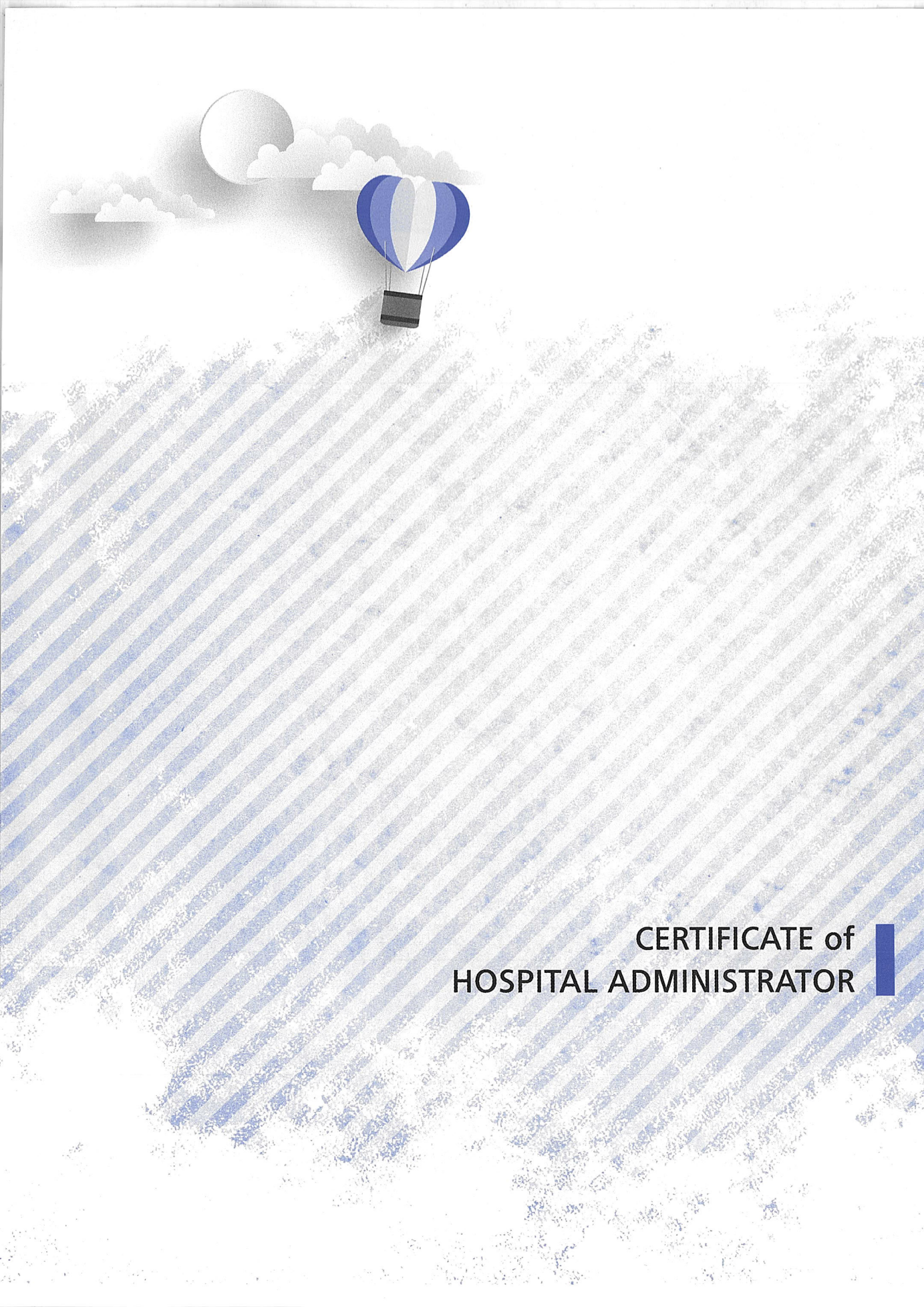


Part
3

병원사무

1. 원물관리
2. 건강보험
3. 병원전산





**CERTIFICATE of
HOSPITAL ADMINISTRATOR**



1. 원무관리

• 단원별 요약정리

원무관리는 환자(고객), 경영진(설립자) 및 의료진 간에 병원의 진료업무가 원활하게 수행될 수 있도록 조정, 지원하는 역할을 담당한다.

I

병원과 원무관리

1. 병원

1) 병원의 개요

의료법에 의한 병원의 정의는 의료인의 진료기능만 강조한 경향이 있어, 병원의 또 다른 기능인 연구 및 의료서비스에 대한 내용도 포함하여 병원의 사회적 중요성을 강조할 필요가 있다.

우리나라 의료법 제3조에서 의료기관은 “의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(의료업)을 행하는 곳”이라 폭넓게 정의한 후 종별에 따라 ① 종합병원 ② 병원급 의료기관(병원·치과병원·한방병원), ③ 요양병원, ④ 의원급 의료기관(의원·치과의원·한의원), ⑤ 조산원으로 진료과목·수용 시설 및 입원·외래기능에 따라 구분하였다.

병원(병원·치과병원·한방병원 및 요양병원)은 30개 이상의 병상(병원·한방병원만 해당한다) 또는 요양병상(요양병원만 해당하며, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상을 말한다)을 갖추어야 한다고 규정하고 있다(제3조의2).

종합병원은 100개 이상의 병상을 갖춘 시설로 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두도록 하고 있다. 또한 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두도록 규정하고 있다(제3조의3).

그리고 보건복지부장관은 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문

적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있으며, 병원급 의료기관 중에서 특정 진료 과목이나 특정 질환 등에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 하는 병원을 전문병원으로 지정할 수 있다고 규정하고 있다(제3조의4, 5).

1957년 세계보건기구(WHO)에서 “병원은 조직화된 의료인력과 입원병상을 포함한 시설을 갖추고 계속적인 간호서비스를 포함한 진단과 치료 등의 의료서비스를 환자에게 제공하는 장소이다. 또한 지역사회 주민들에게 치료와 예방을 종합하는 완전한 보건의료를 제공하고 가족의 건강증진은 물론 가정환경개선의 노력까지 포함하는 보건의료를 제공하고 보건의료관계 종사자들의 훈련과 의료에 관련된 사회의학적 연구중심기관이다”라고 정의한 바 있다. 즉, 병원이란 사회·의료조직의 핵심적 기관으로서 치료와 예방을 통합한 완전한 보건의료서비스를 제공하고 가족과 가정 및 환경까지 다루는 외래진료를 행하며, 보건의료인력의 교육과 생물·사회학적 연구의 중심기관을 말한다.

2) 병원의 기능

(1) 진료

병원은 상병자를 수용·치료해 주는 시설로서의 기능이 있다. 환자를 조기에 정상적인 일상활동을 할 수 있도록 진료와 간호를 제공할 수 있는 통합적인 기술과 설비가 필요하다. 입원을 함으로써 환자가 부적당한 환경의 자극에서 벗어나 안정된 환경에서 치료받게 되고, 환자와 근접해서 계속적인 관찰과 처치가 가능하므로 증상에 따른 적절한 치료가 가능하다.

(2) 교육 및 연구

병원은 의과대학을 졸업한 의사들의 수련, 연구, 보수교육의 목적으로도 이용된다. 특히 Intern이나 Residency제도를 통하여 젊은 의사들이 진료를 담당하고, 환자의 의학적인 면뿐만 아니라 심리적, 사회적인 면을 포함하는 전인적인 관리를 하게 된다. 이와 같은 경험을 통해 진료기술이 향상되고 의사의 윤리관이 형성되므로 전문의나 일반의의 육성에 병원의 역할이 매우 크다. 병원은 의학의 연구에 있어서 중요한 장소로 인간을 대상으로 하는 실험적 연구에 제한을 받는 의학연구에 있어 병원은 상병자의 관찰이 가능한 곳이기 때문에 많은 환자가 같은 장소에 수용되어 수시로 관찰과 진료가 가능하므로 교육, 연구의 역할을 수행한다.

(3) 질병예방

병원은 진료, 교육 및 연구의 기능 외에도 공중보건활동과 질병예방의 기능이 있다.

오늘날 질병예방의 중요성이 더욱 강조되고 있으므로 병원도 질병의 예방 및 건강의 증진에 적극적인 활동을 펼쳐야 지역사회에 병원의 이미지를 제고할 수 있다.

또한 병원은 환자와 일반인을 대상으로 건강교육을 하는 기능으로 의료에 대한 정보 뿐만 아니라 건전한 생활태도의 중요성을 교육함으로써 국민보건에 이바지 할 수 있다.

광의의 원물관리는 병원내의 모든 기능부문을 정보전달을 통해서 결합함으로써 종합적인 기능을 발휘하도록 연결기능을 수행하고, 각 기능의 업무를 합리적으로 수행하여 사무능률이 향상되도록 계획하고 조직하며 조정·통제하는 제반활동으로 병원의 모든 사무를 포함한다.

그러나 일반적 의미의 원무정보관리란 병원의 사무활동 중 환자들이 진료를 보다 편리하게 받을 수 있도록 제반 수속절차와 관련된 업무, 그에 따른 진료비관리 및 의료진의 진료지원업무를 관리하는 협의의 원물관리를 말한다.

즉, 외래진료 접수, 외래진료비 계산·수납, 진료예약, 입·퇴원 수속, 입원진료비 계산, 본인부담진료비 청구, 입원환자의 병실이동과 진료과의 전환 정리, 기관부담 진료비의 청구, 입금에 따른 정리절차 등 병원이용자들이 내원하여 진료를 마치고 귀가할 때까지의 제반 행정적인 업무를 수행한다.

따라서 원무정보관리란 병원의 사무관리로서 병원의 목적달성을 위해 합리적으로 수행하는 활동 중 특히 환자 및 진료비관리(patient & medical charge management)를 의미한다.

2. 원물관리

환자수용시설이 확대되고, 환자수의 증가에 따라 업무량 및 직원수가 증가하였으며 업무의 분업화 및 전문화로 조정과 통제가 필요하게 되었다.

의료의 종적분화로 진료능력 수준이 고도화되었고, 진료과목이 인체조직 부위별, 진료대상별로 다양화되었으며 병원업무의 전문화로 인하여 간호 및 진료지원부문에서 병원사무가 분리되었다.

의료보장제도의 적용대상이 확대되어 관련 법령에 의한 환자 및 진료비관리 업무처리가 복잡해졌을 뿐만 아니라 업무량이 증가하여 의료에 관한 사무의 확대 및 별도 전문관리체계의 필요성이 증대되었다.

1) 원무조직

병원마다 그 조직에는 원무를 관장하는 담당부서가 조직별로 체계화되어 있다. 점차 확대되는 의료보장제도에 따라 내원환자 및 조직원의 증가로 진료 및 행정업무가 다양화됨으로서 업무가 확장되고 기능 또한 부서별로 분업화되고 있다. 일반적인 원무부서의 기본적인 업무조직은 다음과 같다.

- ① 입원 수속 관리 및 입원 약정서 보관
- ② 전과 전실 관리
- ③ 재원 환자 관리
- ④ 진료비 상담 및 확인
- ⑤ 계약처별 환자 관리
- ⑥ 기타 원무 행정 및 서무에 관한 사항
- ⑦ 퇴원 수속
- ⑧ 재원 환자 미수금 독촉, 독려

- ⑨ 계약처별 진료비 청구 및 관리
- ⑩ 문제 환자 및 도주 환자 채권 확보
- ⑪ 문제 환자 조기 퇴원 및 진료 상담
- ⑫ 악성 미수금에 대한 소송 및 채권 보존 조치
- ⑬ 퇴원 미수금 납부 독려 및 징수
- ⑭ 채무자 거주지 조회 및 채권 확보
- ⑮ 퇴원 미수금 통계
- ⑯ 진단서 및 각종 제증명서 발급

원무관리는 창구대응업무, 창구지원업무 및 전반관리로 구분되며 상호 유기적인 체계를 이루고 있다. 창구대응업무는 환자와 직접 접촉하여 진료접수, 진료비 수납 등 즉시 처리하는 업무이고, 창구지원업무는 창구대응업무가 원활하게 수행되도록 지원하며, 미수금 및 보험청구 등 사후관리를 하는 업무이며, 전반관리업무는 원무행정 전반에 걸쳐 병원경영의 목표에 맞도록 운영·조정하며, 진료수가의 관리 및 자료의 분석을 통한 원무정책을 수립하는 업무이다. 원무관리에는 초진·재진 접수, 수납 및 예약, 수급자격관리, 수탁관리, 환불, 안내 및 불편 상담, 제 증명 발급, 응급실 업무, 입원수속, 퇴원수속, 재원환자관리 및 소송, 수입관리, 계약기관관리, 통계 및 서무, 원무기획 등이 포함된다.

병원정보의 일반적인 원무정보 관리내용은 다음과 같다.

(1) 창구업무

접수, 접수 예약, 수납, 입원 수속업무, 진료비 계산(중간 납부 청구), 퇴원수속, 제 증명서 발급 업무

(2) 관리업무

문제환자 채권확보, 재원환자관리, 퇴원환자관리, 진료비 청구 및 관리, 소송(민원) 관련 업무, 환자 고충상담, 미수금 관리

(3) 행정업무

제반 대외 관련 공문서 관리, 보고, 기안, 통계 등

※ 한 대학병원의 사례를 참고로 세분화하면 아래와 같다.

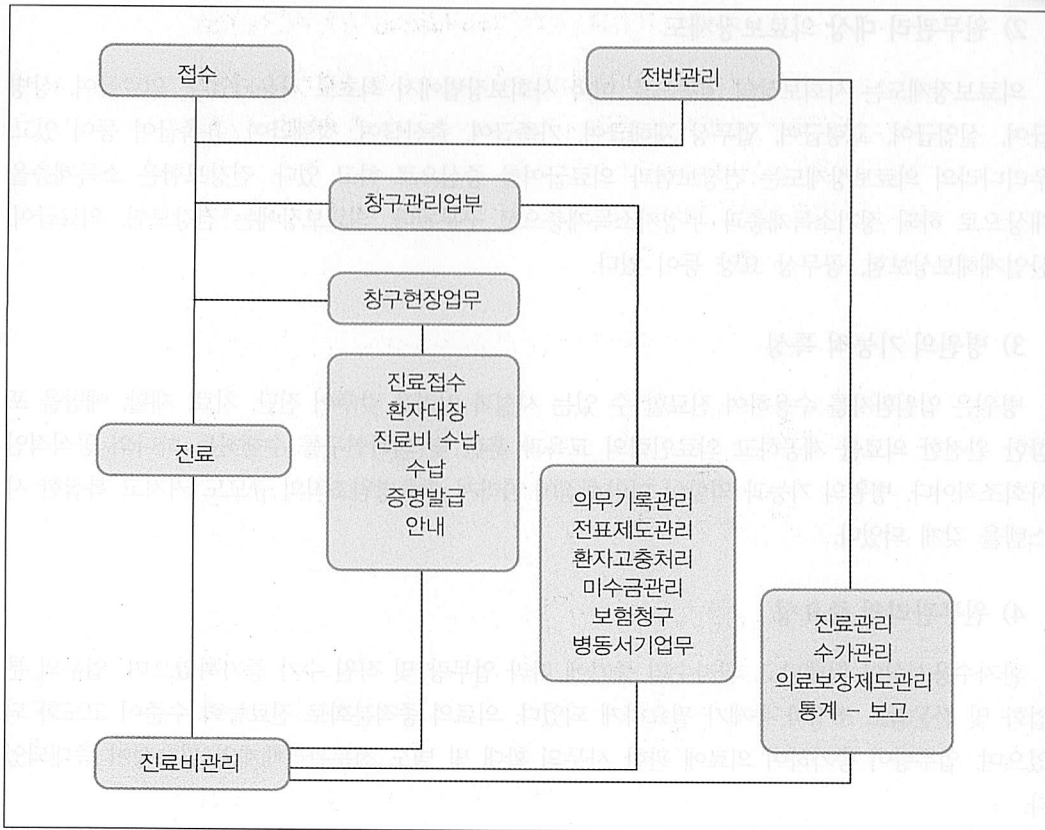
업무구분	업무내용
초·재진 접수업무	① 진료신청서 접수 ② 초·재진 환자 접수 및 수납 ③ 의료전달체계에 의한 구비서류 접수 및 확인 ④ 재진환자 접수시 변경사항을 입력 및 수정 ⑤ 분실한 진료카드 재발행 ⑥ 진료기록부 및 각종 증명서 발급
외래수납 및 예약업무	① 외래진료비와 예약접수비 수납 ② 예약변경 관리 ③ 예약업무(전화, Fax, 병원 홈페이지)
수급자격·수탁관리·환불업무	① 의료전달체계에 따른 수급자격 관리 및 그에 따른 서류관리 ② 수탁환자 관리 ③ 각종 환불업무 관리
안내 및 불편상담업무	① 종합적이고 다양한 전문 안내기능 및 각종 진료편의 제공 ② 각종 불편 상담 ③ 진료 상담 ④ 대외 민원관련 공문처리
제 증명 발급관리업무	① 각종 진단서 및 증명서 발급 및 발급대장관리 ② 각종 진단서 및 증명서 발급에 따른 제반수수료 수납 ③ 통계물 출력 후 유지보관
응급실 관련 업무	① 진료신청 접수 및 진료비 수납 ② 야간입원수속 및 가퇴원환자 처리 ③ 구급차를 배치하고 기타 야간원무관련 업무 관장 ④ 영안실관련 업무 관장
입원수속업무	① 입원수속 및 병실 배정 ② 입원수속과 관련된 구비서류 접수 및 기재사항 확인 대조 ③ 입원환자 명단 기록 관리 ④ 입원환자의 전과·전실에 관한 수속 관리 ⑤ 비보험환자의 입원보증금 고지
입원예약관리 및 상담업무 예약관리	① 일일, 주간, 월간 병실수급계획 수립 및 입원결정서 확인 ② 입원수속과 관련된 구비서류 배부 및 작성요령을 안내 ③ 입원예약 일시 결정 후 입원접수증 발급
퇴원수속 관련 업무 송부	① 퇴원환자의 보험심사 완료순에 따라 퇴원계산서 출력 및 병동에 퇴원환자의 명단 기록 관리 ② 제반 통계작성 유지 ③ 퇴원수속 완료증 발급 및 출입증 회수관리
재원환자 관리 및 소송업무	① 입원환자카드 검토·보완, 수급자격 확인 및 자격 변경사항 관리 ② 중간계산서 발급 및 재원환자 미수금 관리 ③ 재원환자 체납 진료비 납부촉촉 및 문제환자 조기 파악 후 대책수립 ④ 보험사항 변경에 따른 환자 구분 및 전환 대체 ⑤ 재원환자 고충 처리 ⑥ 후불퇴원에 관한 사항 결정 ⑦ 의료분쟁, 미수금관련 소송업무 관리

업무구분	업무내용
입원·외래 수입관리업무	① 입원·외래에서 발생하는 제반수입 관리 ② 입원·외래미수 환자의 채무확정 및 관계증빙서류 보전 ③ 채권확보에 필요한 제반사항 조치 ④ 악성미수금 결손 처리 ⑤ 입원·외래미수금의 발생액 및 징수액 보고 ⑥ 일·월수익 통계자료 총괄 관리
계약기관 관리업무	① 비영리 복지단체 ② 한국심장재단, 사회복지협의회, 대한적십자사, 한국신장협회 ③ 일반기관 관리 ④ 그룹사, 근로복지공단, 손보사 및 공제조합, 일반병원
통계 및 서무업무	① 진료일정 관리 ② 환자 및 수입통계 관리 ③ 대내외 공문처리
원무기획업무	① 단위부서의 인력운용계획 수립 ② 원무관련 교육계획 집행 ③ 사업계획수립

3. 원무관리의 업무흐름

원무관리 업무는 외래진료실, 입원실, 응급실, 각종검사실 등 환자가 직접 진료를 받는 현장과 원무부서를 연결하는 진료지시를 확인하고 소정의 진료비를 수납하는 행위가 기본적인 흐름이 된다. 그 과정에서 진료진의 만족도를 극대화하고 대내외적인 행정서비스를 원활히 하도록 업무흐름을 파악해야 한다.

원무관리의 주요업무는 ① 창구현장업무(환자와 직접 접촉하여 즉시 처리하는 업무) ② 창구관리업무(현장업무가 원활하게 진행되도록 지원 및 사후 관리하는 업무) ③ 전반관리업무(원무행정이 병원의 목표와 활동에 맞게 조정·기획 및 분석·보고하는 업무)로 구분된다.



II

외래, 입퇴원 관리

1. 원무관리

1) 병원의 특성

병원은 진료와 질병예방, 교육과 연구, 사회봉사 등 매우 다양한 사업목적을 가지고 있고, 병원 은 복잡한 전환과정을 거쳐 서비스를 생산한다. 또한 자본집약적이고 노동집약적인 경영체이다. 생산된 서비스의 품질관리가 어렵다. 경영목적이 상충적이며, 병원조직은 과업관리가 어려운 특성이 있다.

2) 원무관리 대상 의료보장제도

의료보장제도는 사회보장의 일종으로 미국 사회보장법에서 최초로 사용되었다. 의료급여, 상병급여, 실업급여, 고령급여, 업무상 재해급여, 가족급여, 출산급여, 장애급여, 유족급여 등이 있고 우리나라의 의료보장제도는 건강보험과 의료급여를 중심으로 하고 있다. 건강보험은 소득계층을 대상으로 하되 정기소득계층과 부정기소득계층으로 구분된다. 의료보장에는 건강보험, 의료급여, 산업재해보상보험, 공무원 요양 등이 있다.

3) 병원의 기능적 특성

병원은 입원환자를 수용하여 진료할 수 있는 시설과 인력을 갖추어 진단, 치료, 재활, 예방을 포함한 완전한 의료를 제공하고 의료인력의 교육과 훈련 및 의학연구를 수행하는 하나의 공식적인 사회조직이다. 병원의 기능과 역할이 다양해짐에 따라서 수준병원조직의 규모도 커지고 복잡한 시스템을 갖게 되었다.

4) 원무관리의 중요성

환자수용시설이 확대되고, 환자수의 증가에 따라 업무량 및 직원 수가 증가하였으며, 업무의 분업화 및 전문화로 조정과 통제가 필요하게 되었다. 의료의 종적분화로 진료능력 수준이 고도화되었으며, 업무량이 증가하여 의료에 관한 사무의 확대 및 별도 전문관리체계의 필요성이 증대되었다.

5) 원무관리 전문화 필요성

외부의 경영압박 증가와 고객의식의 증대로 체계적인 병원경영의 필요성이 대두되어 전문가가 더욱 필요하게 되었다. 진료비 지불 방법이나 여러 가지 증명서의 작성·보관·보고 등이 많아지고, 소비자들의 욕구 증대에 따른 신속한 대응이 요구되며, 사무수속이 복잡해진다. 병원의 규모가 커질수록 업무는 점차 분업화를 요구한다.

6) 원무관리자의 기본요건

- (1) 환자의 심리적 불안감과 긴장감을 이해하고 친절하며 편안하게 대응할 수 있는 능력
- (2) 병원사무에 관련된 원무통계, 의료법규, 각종보험(건강보험, 의료급여, 산재보험, 자동차 보험)에 대한 전문적인 지식 확보
- (3) 의료분야에 대한 전문상식(의학용어, 의약품, 치료재료, 진단명)은 물론 전산운용 능력 확보
- (4) 의료서비스에 대한 환자의 만족도를 정기적으로 측정하여 환자의 불편사항을 새로운 아이디어로 개발하여 서비스의 질을 향상 시키는 노력
- (5) 보건의료정책을 포함한 병원 내·외부의 환경분석과 전략의 개발

- 7) 원무분야가 급변하는 의료환경을 선도하고 병원을 강한 조직으로 만드는 주역이 되기 위해 수행해야 할 업무내용은 ① 업무효율성 향상전략 수립 ② 업무절차의 효과적 개선 ③ 업무환경의 전산화

2. 외래관리

1) 병원 외래 업무

(1) 병원 외래의 중요성

- ① 지속적인 의료서비스를 제공할 수 없다.
- ② 입원진료비를 상대적으로 인하시킬 수 있다.
- ③ 입원환자의 공급원이다.
- ④ 의료진에게 임상교육의 장으로 중요하다.

(2) 외래업무의 서비스 개선 지침

- ① 창조적인 MOT(진실의 순간; The Moment Of Truth)관리지침을 마련하여 실행한다.
- ② 고객 정보를 정확하게 입력하고 보안 및 관리기능을 확보한다.
- ③ 다양한 민원과 요구사항에 대해 고객(환자) 입장에서 수용하면서 대응방안을 강구한다.
- ④ 편리한 절차의 구축과 신속, 정확한 업무능력을 제고한다.

2) 진료예약제

진료예약제는 환자들의 대기시간을 단축하여 불만을 완화시킴으로써 환자의 시간가치도 존중하고 병원의 진료능력(인력, 시설, 장비 등)을 고려하여 내원환자수를 요일별, 시간대별로 조정하여 내원하도록 하는 방법을 말한다.

(1) 진료예약 제도의 대상

외래진료예약, 입원예약, 검사예약, 치료예약, 수술예약

- ① 환자가 편리한 시간에 진료 받기 위하여
- ② 병원의 진료 능력에 맞게 내원 환자 수를 조정하기 위하여
- ③ 진료예약제는 의료인으로 하여금 질병별 특성에 따른 진료를 쉽게 한다.
- ④ 내원환자에게 양질의 의료서비스를 제공할 수 있다.

(2) 외래진료 예약제도의 도입에서 고려사항

외래진료 예약제도의 도입은 병원의 진료능력, 진료시간계획, 환자편의 등을 고려하여 요일별, 일자별, 시간대별로 조정하여 예약하는 제도이며, 환자의 내원경력과 무관하다.

(3) 진료예약제도의 목적

예약제도의 도입 목적은 외래환자의 진료 대기시간을 단축하거나 해소시켜 양질의 의료서비스를 제공한다. 병원에서는 안정적 수입원 확보, 병원이용률 극대화, 양질의 의료서비스 제공, 혼잡도 완화, 안전사고 예방, 탄력적 인적자원관리 등이며, 환자에서는 대기시간 단축, 제한적 의료서비스 선택, 만족도 향상 등이 있다.

(4) 진료예약제도의 효과

진료예약제도의 시행은 환자의 대기시간을 단축시켜주고, 이용자들의 불만을 감소시켜준다. 환자가 폭증하는 현상이 줄게 되어, 인력의 효율적인 관리가 가능하다. 또한 대기에 따른 간접의료비용도 줄일 수 있어 의료서비스 개선에 기여한다. 직원들은 특정시간에 집중하는 업무를 고르게 분산시킬 수 있으므로 예측 가능한 업무를 수행할 수 있다. 인력관리의 효율화, 병원관리의 용이, 환자의 증가 등의 효과를 볼 수 있다.

3) 외래환자의 초진율

외래환자 초진율이 높아지면 병원의 수익성이 높아진다. 이유는 초진환자의 경우에는 재진환자에 비해 진찰료도 비싸며 진단을 위하여 여러 가지 검사가 행해지기 때문에 평균진료비가 많이 발생하기 때문이다. 또한 초진환자가 많다는 것은 진료서비스의 개선을 통하여 재진환자로 전환함으로써 외래환자수의 증가가 용이하다는 것을 의미한다.

4) 상급종합병원에서 외래 접수시 확인사항

상급종합병원 외래 접수시에는 진료절차(요양급여절차)에 따라서 요양급여 의뢰서와 건강보험증 및 본인 여부를 확인할 수 있는 신분증(주민등록증 등)을 제시해야 한다. 산재환자는 요양승인 결정통보서, 자동차보험환자는 해당 손해보험회사의 지불 보증서를 확인해야 한다.

5) 병원의 진료접수창구나 수납창구에 게시할 안내문

창구 게시문은 병원 및 병원 이용에 도움을 줄 수 있는 내용을 게시하는 것으로 접수 및 진료 시간, 진료과 및 담당의사명, 진료시간표, 지역가입자 보험료체납시 급여제한에 대한 게시, 선택진료의사와 비선택의사의 명단, 선택진료로 산정기준, 외래 및 입원 진료절차, 진료과 및 부서위치도, 주요 진료과목 및 특수클리닉, 예약진료, 전화예약 안내 등, 건강보험 등 미지참자 자격확인 안내문, 상급병실 입원료 차액 등이 있다.

6) 진료 접수 시 필요한 정보

환자의 등록번호, 이름, 전화번호, 주소, 생년월일, 주민번호, 진료의사, 진료과, 진료일시, 보험자기호, 보험증번호, 피보험자명, 자격취득일, 진료자격, 직원구분, 직원소속, 이름, 부서, 진찰료,

수납구분, 의뢰서종류, 승인번호, 제출일자, 최종내원일 등이 적혀있다.

7) 환자의뢰시스템(refer back system)

환자의뢰 즉 진료의뢰는 진료의사의 진료상 필요한 경우에 의료전달체계를 절차에 따라서 의뢰하게 되며, 건강보험(요양급여의뢰서)·의료급여(진료의뢰서)시 준비서류를 지참해야 한다. 병원간 정보교류 및 유대강화에 도움이 되며, 연계병원의 특성이나 진료능력을 고려해야 한다.

8) 외래진료비 수납 시에 수납담당직원이 반드시 해야 하는 업무

외래에서는 진료 후 각종 검사나 촬영 및 투약 등이 이루어지기 전에 진료비를 수납하고 있다. 수납에서는 외래진료비 계산 및 처방입력, 입력내역 확인을 할 수 있는 기능이 필요하고 수납과 동시에 예약이 가능하도록 한다. 처방전달시스템(OCS)에 의해 처방이 입력되었을 경우에는 비급여 항목의 급여나 처방누락이 있는지를 확인하고 다음 진료예약까지 시행한 후 영수증을 발행하게 한다.

9) 외래수납업무의 정확성을 확보하기 위하여 시행하는 내부통제 체계

1일 결산 원칙, 영수증 일련번호 부여, 수납내역과 처방전 대조

10) 병원에 진료비를 신용카드로 결제하는 제도를 도입한 목적

1999년 7월부터 모든 요양기관이 신용카드를 의무적으로 사용하게 되었으며 이에 따라 진료비계산 시 신용카드를 제출할 경우 카드회사에 조회하여 수납한다. 요양기관 종별 카드 수수료는 요양기관에서 사용하는 카드 이용실적에 따라 변동이 있으며, 2005년부터는 현금영수증 제도를 시행하고 있으므로 진료비영수증 발행시 현금영수증으로 사용되도록 가입하여 처리한다.

11) 진료비 환불

- ① 진료신청 후 본인 사정으로 진찰을 받지 못한 경우 진찰료를 환불한다.
- ② 선택 진료를 신청하였으나 선택 진료를 받지 못한 경우 선택 진료비를 환불한다.
- ③ 처방 입력 오류 발생 시 잘못 계산된 진료비를 환불한다.
- ④ 건강보험증 사후 제출은 진료비를 납부 후 7일 이내에 건강보험증을 제출하면 환불 사유가 된다.

12) 외래창구시설

창구는 일반 사무실의 연장이며 이용자들이 쉽고 편리하게 방문목적을 수행할 수 있도록 편의를 도모하고 업무처리의 능률성을 제고시킬 수 있어야 한다. 창구의 위치는 환자의 이동거리가 가

장 짧은 장소여야 하며, 창구에서 처리하는 업무와 업무에 관련된 부서와의 연계를 고려해야 한다. 이용자들에게는 해당창구에 대한 명확한 안내 등이 필요하다.

13) 창구업무의 중요성

- (1) 창구 업무는 신속하고 정확해야 한다.
- (2) 친절한 태도의 인품이 갖추어져야 한다.
- (3) 사무처리 뿐만이 아닌 인관관계를 우선시 해야 한다.
- (4) 대기시간 단축을 통하여 환자의 시간가치를 존중해야 한다.
- (5) 환자의 심리상태를 고려한 배려가 필요하다.
- (6) 진료비 등 환자의 궁금증에 대한 확실한 답변을 해주어야 한다.
- (7) 정기적인 환자 평가(만족도)를 업무에 반영해야한다.

14) 외래진료 제도

- | | |
|----------------|-----------------------|
| ① 통원수술제도 | ② 전화예약 제도 |
| ③ 야간 외래 연장진료제도 | ④ 당일수술센터(day surgery) |

15) 당일 수술센터(day surgery center) 운영

당일수술센터란 입원·수술·퇴원이 하루에 이루어지는 것으로 수일 동안의 입원으로 인한 환자의 병원내 감염, 정서적 불안을 줄이고, 시간과 비용이 절감되며 가족과의 격리 없이 수술 후 조기에 일상으로 복귀 할 수 있는 장점이 있다. 당일수술의 종류에는 간단한 절제술 및 생검술, 발치술, 복강경, 흉강경(다한증), 안검내반 수술 등이 있다.

16) 진료비 분담 방법

- ① 정액제는 발생한 진료비 중 일정액은 환자가 부담하고 그 금액을 초과하는 진료비에 대하여 일정비용을 적용한 금액을 추가 부담하는 방법이다. 우리나라의 경우 65세 이상의 건강보험 수진자가 의원급 이상의 의료기관을 이용할 때 총진료비가 15,000원 이하일 경우 외래본인 부담금 산정방식이 해당된다.
- ② 정률제는 발생한 진료비 중 일정비율에 해당되는 금액은 환자가 부담하고 그 금액을 초과하는 진료비에 대하여 일정비용을 적용한 금액을 추가 부담하는 방법이다.

3. 입원, 퇴원관리

입원결정서에 포함되어야 할 항목은 환자 인적사항, 환자구분, 주치의 및 진료과, 입원경로, 전 실·전과, 병명 및 증상, 퇴원결정내용 등이다.

※ 입원 우선순위: 응급수술을 요하는 환자, 수술 예약 환자, 응급실에 대기 중인 중환자, 외래환자 중 중증환자, 접수순서에 의한 환자 순이다.

1) 입원예약제도

입원진료를 받는 환자들에게 편의를 제공하고 진료계획에 의한 진료를 가능하게 하며 병상운영에 효율화를 기해 평균재원일수를 단축하고 인력을 절감할 수 있는 효과를 가져다 준다.

2) 입원환자의 업무

입원중인 환자를 중심으로 수급자격, 진료비계산, 전실, 전과, 외출, 외박, 문제환자 관리 등 행정적인 지원업무를 지속적으로 제공함으로써 양질의 의료서비스 제공과 동시에 예상되는 문제를 조기에 파악하여 대응함으로써 환자와의 신뢰관계를 형성하고 나아가 관련 보험자 단체와 유기적인 협조체계를 유지할 수 있게 한다.

- ① 장기환자의 중간진료비 청구 관리
- ② 수가유형의 지속관리 및 변경 시 조정
- ③ 전실·전과 사항의 관리

3) 병동환자 자격관리

- ① 건강보험: 제3자가 가해에 의한 상병인 경우에는 ‘급여제한여부 조회서’를 통보하여 그 결과에 따라 조치한다.
- ② 의료급여: 연도를 달리해 장기 입원하는 경우에는 급여자격 확인이 필요하다.
- ③ 산업재해: 사고와 관련 없는 질환의 확인 및 조치
- ④ 자동차보험: 보험회사의 지급보증서 확인 관리

4) 입원 수속의 병상 배정 시 고려할 사항

병상 배정은 진료과별 병동, 과별 쉼터제, 담당의사의 동선, 야간, 입실, 격리 여부, 병실내 동일 상병, 질병의 상태 및 중증도, 소아, 노인, 남녀 등을 고려해야 하며, 해당병동의 간호사실과 긴밀한 업무 연락으로 환자진료에 효율성을 높이고 병상가동률을 높이는 요인을 충분히 파악하고 있어야 한다.

5) 평균재원일수

재원일수란 한 환자가 입원하여 퇴원까지의 전체 입원기간을 말한다. 한 환자당 재원일수가 길어지면 1일당 평균 진료비는 낮아지고 1인당 총진료비는 높아진다. 병원의 병상 회전율이 높은 병원은 1일당 평균 진료비가 높아져야만 더 많은 진료수익을 창출할 수 있다.

(1) 평균재원일수

- ① 평균재원일수가 짧으면 병상회전율도 빨라진다. 즉, 재원일수가 짧을수록 환자 1인당 1일 평균진료비는 높아진다.
- ② 평균재원일수 산출은 일정 기간 중 퇴원 환자의 총 재원일수를 퇴원환자 실인원수로 나누어 계산한다.
- ③ 입원대기 환자가 많은 병원에서 평균재원일수가 짧으면 병원수익이 늘어난다.
- ④ 재원일수의 단축은 환자의 진료비 부담을 경감시킬 수 있다.
- ⑤ 평균재원일수가 길수록 병원수익은 감소한다. 일반적으로 환자가 입원한 후 2~5일 동안 각종 검사나 진단, 수술, 마취, 처치, 투약과 같은 진료서비스가 집중적으로 제공되고, 그 후에 제공되는 서비스는 단순해지고 단가와 투입량도 감소하여 진료수익이 떨어지기 때문이다. 평균재원일수가 길다는 것은 병원이용률은 높지만 병상회전율은 낮아져, 진료비는 많이 발생하지만 이익률이 낮다.
- ⑥ 1일당 진료비는 재원초기에 많이 발생하고 입원후반기로 갈수록 줄어드는 원리를 적용한 개념이다.
- ⑦ 재원일수는 단축하려는 목적은 입원환자의 진료비 부담 경감 및 의료자원의 이용 효율성을 높이려는 것이다.

(2) 재원일수 단축의 효과

- ① 병원의 진료수익이 증대
- ② 기존 의료자원의 효율적 이용이 가능
- ③ 이용고객의 본인부담은 물론 사회간접비용이 감소
- ④ 장기간 입원대기로 인한 이용자의 불만을 해소
- ⑤ 환자가 고통에서 조기에 호전될 수 있도록 해주는 효과

(3) 재원일수 단축 방안

재원일수를 단축하기 위한 방법은 장기입원의 원인을 파악하여 그에 따른 대책을 수립하여 시행한다. 수술전 외래검사 및 수술예약 후 입원(수술당일에 입원하거나 필요한 경우에는 하루 전에 입원하여 수술하는 방법), 조기퇴원 및 자매병원으로 후송(진료에 관련된 자료를 복사하여 인근병원으로 회송하여 진료), 입원대기 검사 및 퇴원예고제(재원일수 단축은 물론 질병의 악화를 초기에 치료)

6) 퇴원예고제

퇴원예고제란 퇴원환자의 퇴원시간을 조정하여 퇴원대기시간을 단축시킴으로써 평균재원일수를 단축하고 소요인력의 증원을 억제하고자 하는 방법이다. 퇴원결정이 되면 차트가 내려오는 순서로

퇴원을 하였으나, 퇴원예고제는 보호자를 통해 차트가 내려오지 않고 바로 각 해당과로 전해지기 때문에 소요시간을 줄일 수 있다.

(1) 전일 퇴원 예고제

퇴원예고제란 퇴원환자의 퇴원시간을 조정하여 퇴원대기시간을 단축시킴으로써 평균재원일수를 단축하고 소요인력의 증원을 억제하고자 하는 방법이다. 개선효과로는 입·퇴원 환자들의 대기시간 단축으로 서비스 개선, 진료계획의 원활한 수행, 평균재원일수 단축과 수익증대, 인력의 효율적 관리들이 있다.

(2) 퇴원

입원진료가 종료되면 치유, 타 의료기관 이송, 외래통원진료로 전환, 사망 및 환자측의 퇴원요구 등의 사유로 진료담당의사가 퇴원을 최종 결정한다. 퇴원은 환자들이 퇴원시에 갖는 병원이미지가 비교적 오래 지속되기 때문에 병원의 입장에서는 가능하면 퇴원절차의 간소화, 24시간 정산 퇴원제 및 전일퇴원예고제의 실시로 환자의 동선을 줄이고 평균재원일수 및 환자대기시간을 단축시켜야 한다.

☞ 의학적 충고에 반한 퇴원(Discharge Against Medical Advice: DAMA)

환자의 회복가능성과 생존 가능성이 아주 낮고, 환자 상태가 점차 악화되는 추세에 있고, 계속적인 치료를 희망하는 환자의 의사표시가 없으며, 환자보호자의 적극적인 퇴원요구 및 서면 동의 등 4가지 요건이 충족 된다면 퇴원 가능 할 것이다.

(3) 퇴원 수속시간의 단축을 위한 방법

- ① 재원심사를 실시한다.
- ② 전일퇴원예고제 실시한다.
- ③ 퇴원 전일 진료기록부를 작성한다.
- ④ 퇴원환자의 외래진료예약이나 증명서 발급을 전일에 시행한다.
- ⑤ 협진(Consult)을 퇴원 당일에는 의뢰를 아니한다.

(4) 퇴원 전 심사 업무

- ① 수가유형별 급여제한 여부 확인
- ② 처방 전 및 고가 재료 대 누락 여부확인
- ③ 질병별 적정진료 범위에 관한 교육

(5) 퇴원전 심사를 하는 목적

- ① 퇴원계산서와 진료비청구 명세서상의 오차를 줄이고 적정진료비 산정으로 신뢰성 확보 및 사후 발생 될 수 있는 민원 감소
- ② 의료보장유형에 따른 급여제한사항에 대해 적정급여여부를 사전에 검토하고 청구불가능으로

인한 악성미수의 발생을 감소

- ③ 진료과의 처방전 발생 누락 및 삭제 혹은 착오에 의한 진료비의 누락이나 과다계산을 예방함으로써 병원 경영에 도움을 줄 수 있다.

7) 입원병상 관리

국가 및 지방자치단체로부터 인가받은 병상 수를 허가병상이라 하고, 병원이 실제로 환자를 입원진료하기 위해 사용하는 병상을 가동병상으로 구분한다. 병실 사용자에 따라 침상의 크기와 높이, 노인용, 산모용, 특수 환자용 병상으로 구분되기도 한다. 병실의 크기와 수용 인원수에 따라 일반 병상과 상급 병상으로 구분하기도 한다.

(1) 병상관리

병상관리란 입원진료에 필요한 병실의 배정과 수속 등을 효율적으로 수행하기 위한 것이다. 병원 전체의 병상을 특정 부서에서 통제하는 중앙집중식 관리방식과 진료과 혹은 진료계열별로 구분하는 분산관리방식이 있다. 특정 진료과는 입원이 불가능하나 타과는 여유병상이 있는 경우도 발생할 뿐 아니라, 업무가 계열별로 분산되어 인력낭비가 많고 업무전문화에도 어려움이 있다.

- ① 중앙관리방식: 병상을 총괄적으로 운용 가능하므로 병상이용률을 향상시켜 수익성 향상에 기여할 수 있다.
- ② 분산병상관리: 진료행위의 실시에서 의사들의 계획에 따라서 효율적으로 잘 운용될 경우 진료의 효과도 향상되고 병상이용률도 향상 시킬 수 있다.

(2) 병상 중앙관리

병상의 중앙관리란 병상관리 업무의 전체를 원무과가 담당한다. 사무적인 절차, 수속은 중앙화 하고 환자를 병상으로 배정하는 일은 진료과나 간호부서에서 담당하는 방법도 있다.

장점으로는 병상의 총괄로 병상이용률을 재고, 특정 개인의 사물화 방지, 병상이용 상황 총괄적으로 파악(공병상), 사무의 효율과 능률화(직원의 전문화 필요), 입원수속의 일원화로 환자 편리, 병동의 중환자 기피현상 방지 등이다.

① 장점

- 분산관리보다 적은 인력 투입
- 자격관리나 문제예상환자의 파악이 용이
- 항상 빈 병상을 파악할 수 있어 재원환자를 늘릴 수 있는 관리방식
- 병원전체의 병상 가동률을 높일 수 있음

② 단점

- 의사의 회진 동선이 길어짐
- 간호사의 전문적인 간호서비스 제공이 어려움

(3) 병상 분산관리방법

진료과별 분리운영은 총병상수 중에서 진료과목별 환자의 분포, 외래환자수, 진료수입, 병상가동률 등 각종 통계의 분석을 통하여 진료과별로 병상수를 정하고 병실을 가급적 같은 층에 배정함으로써 회진 등 진료에 효율을 높이고, 전문간호사 및 필요한 설비들을 갖추어 전문적인 의료서비스를 제공하게 할 수 있다. 그러나 병상가동률이 저하될 수 있다.

① 장점

- 병동별 병상이용률을 높일 수 있다.
- 회진 등 진료에 효율을 높일 수 있고 전문간호서비스 제공

② 단점

- 병상이 특정 진료과 사유병상이 될 수 있음
- 항상 일정수의 재원환자수를 유지하기 위하여 불필요하게 재원일수가 길어 질수 있어 병원 전체의 병상이용률은 저하됨
- 병동에서 타과환자의 입원을 기피
- 계절별 환자의 증감 등의 변화에 신속히 적응하지 못함
- 인력의 낭비와 업무의 전문화를 어렵게 할 수 있음

(4) 분산관리 방법을 도입 시 문제점

진료과별 분리운영은 총병상수 중에서 진료과목별 환자의 분포, 외래환자수, 진료수입, 병상가동률 등 각종 통계의 분석을 통하여 진료과별로 병상수를 정하고 병실을 가급적 같은 층에 배정함으로써 회진 등 진료에 효율을 높이고, 전문간호사 및 필요한 설비들을 갖추어 전문적인 의료서비스를 제공하게 할 수 있다. 그러나 병상가동률이 저하될 수 있다.

(5) 병상

- ① 허가 병상수는 지방자치단체로부터 인가를 받은 병상수이다.
- ② 병상이용률은 재원 환자 연환자를 연가동병상수로 나누어 계산한다.
- ③ 병상에 1인을 수용하는 경우는 6.3 m^2 이상이어야 한다(1.9평).
- ④ 의원, 병원의 기준병상수는 전체 운영병상수의 50% 이상이어야 한다.
- ⑤ 종합병원, 상급종합병원의 기준 병상수는 전체 운영 병상수의 70% 이상이어야 한다.

(6) 효율적인 병상관리

병상관리는 입원진료에 필요한 병실의 배정과 수속 등을 효율적으로 수행하기 위한 것이다. 병실을 전체적으로 관리하는 중앙관리방식은 모든 병상의 관리가 한곳에서 이루어지고 업무의 전문화를 가져오지만 분산관리방식은 업무가 계열별로 분산되어 인력낭비가 많고 계절적 요인에 따른 환자의 증감 등의 변화에 신속히 적응하지 못하는 경우가 있다. 효율적인 병상운영에는 입원예약제도, 퇴원예고제, 가퇴원제도, 단기병상운영, 입원전 검사실 운영, 재원 진료비 심사제도, 당일수술센터(Day Surgery Center)운영 등이 있다.

- ① 원무 담당자는 병상가동률을 최대한으로 높인다는 목표의식이 있어야 한다.
- ② 병상관리 중 중앙관리 방식의 장점은 입원대기환자의 적체현상을 완화하고 병상가동률을 최대한으로 높일 수 있다.
- ③ 병상관리 중 분산관리 방식의 단점은 병상가동률이 낮아질 수 있고 의사나 진료과의 전유물로 인식될 수 있다.

(7) 병원의 보유병상을 진료과별로 배분

진료과별 병상의 배치는 환자의 유형(소아, 산모, 장기, 단기, 귀빈용 등) 외래진료실, 수술실, 중환자실, 각 검사실 등과의 연결성, 건물구조 등을 고려하여 몇 층에 어떠한 진료과가 있어야 하는지는 충분한 검토 후에 결정해야 진료의 효율을 높일 수 있다. 격리병실 등 특수병실의 확보와 병실의 남·여 구분, 소아병실 등의 구분을 해야 한다.

병상배정은 진료과별 병동, 과별 씰링(ceiling)제, 담당의사의 동선 야간, 입실, 격리여부, 병실 내 동일상병, 질병의 상태 및 중증도, 소아, 노인, 남녀 등을 고려해야 하며, 해당병동의 간호사실과 긴밀한 업무연락으로 환자진료에 효율성을 높이고 병상가동률을 높이는 요인을 충분히 파악하고 있어야 한다.

(8) 허가병상수와 가동병상수

국가 및 지방자치단체로부터 인가받은 병상 수를 허가병상이라고 하고, 병원이 실제로 환자를 입원진료하기 위해 사용하는 병상을 가동병상으로 구분한다.

- ① 허가병상수는 의료기관 개설시 인가받은 병상수이다.
- ② 가동병상수는 현재 병원에서 실제 사용되고 있는 병상수이다.
- ③ 가동병상수가 허가병상수보다 많아서는 안 된다.

(9) 가동병상수

- ① 중환자실 병상 ② 신생아보육기 병상 ③ 감염환자 격리 병상

가동 병상수에서 제외 - 검사실, 분만실, 수술실, 회복실, 외래환자 병상, 응급실

예 한 병원의 허가병상은 기준병상이 440병상, 상급병상 300병상, 중환자실 40병상, 응급실 20병상일 때 일반병상의 비율기준병상 / 기준병상 + 상급병상 + 중환자실 + 응급실 × 100

$$440 / 440 + 300 + 40 + 20 \times 100 = 55\%$$

8) 가퇴원제도

가퇴원제도는 근무시간 이외에 환자가 퇴원을 희망하거나 환자의 상태 악화로 사망전 퇴원(hopeless discharge)등과 같이 본인이나 보호자의 요구에 의해 진료비가 적정하게 계산되기 전에 퇴원이 필요한 경우에 가퇴원을 시키게 되며, 이 경우 진료비 보증금을 우선 예치하고 차후에 정산절차를 따르게 된다.

(1) 가퇴원제도의 발생하는 문제점

- ① 가퇴원 진료비의 재정산절차 등의 불편함이 있다.
- ② 추정 진료비의 가산으로 진료비 부담이 가중되고 병원의 신뢰도 하락
- ③ 악성 미수금 발생으로 병원의 손실 및 미수금회수 등의 업무량 증가

(2) 가퇴원 제도

- ① 정규 근무시간에 진료비를 다시 산정하고 정산해야 하는 불편함
- ② 사망전 퇴원 또는 기타 부득이한 사유로 공휴일이나 야간에 퇴원하는 절차
- ③ 진료비 추정이 잘못되면 악성 미수금이 발생할 우려가 큼

9) 진료수가

의료기관종별 가산, 의료 전달체계에 따른 진료비 산정기준의 구분 등 여러 가지 진료 및 요양 형식에 따라 진료비를 가감하는 기준들을 요양급여규칙이라고 하며 관련 법규에 규정되어 있다. 진료수가는 개별 의료행위에 대한 보수이므로 의료행위의 종류가 많기 때문에 요양급여규칙 및 진료수가기준을 자세히 설명하고 분류한 요양급여비용이 별도로 작성되어 활용되고 있다.

(1) 본인일부 부담금

본인부담금의 주요 내용은 1종 수급권자의 진료비는 외래·입원 분야를 막론하고 모두 무료이나, 2종 수급권자가 입원진료를 받거나, 제2차·제3차 의료급여 기관 외래에서 진료를 받은 경우는 총 진료비의 15%를 요양기관에 직접 납입해야한다. 2004년 1월 1일부터는 한 달에 120만원을 초과하는 경우에 초과액을 50%를 지급하되 그 금액일 2천원 미만인 경우는 제외하도록 개정되었다.

- ① 암환자의 급여부분 5%로 적용받는 기간은 등록일로부터 10년이다.
- ② 본인부담금 산정 특례 대상질환의 외래 본인 부담률은 입원진료비 부담률에 의한다.
- ③ 외래환자 중 각종 암환자의 경우 급여부분 본인부담금은 5%이다.
- ④ 본인부담금 산정특례 대상은 외래 진료비 부담을 경감시켜주는 제도이다.

(2) 입원환자 진료비 회수

진료비는 수입과 수익, 비용으로 나뉜다. 수입은 지출의 반대 개념이고, 수입은 비용에 대응되는 개념으로 일정기간 고객에게 제공된 재화나 용역의 판매가격이라고 한다. 비용은 수익을 위해 소요된 재화나 용역의 원가를 말한다.

- ① 중간진료비를 회수하는 목적 중 하나는 문제환자를 조기에 파악하는 것도 포함된다.
- ② 입원보증금을 받지 못하는 현 건강보험제도하에서는 진료비 체납자를 줄이기 위한 방법으로 많은 병원이 실시하고 있다.
- ③ 자동차, 산재보험환자, 의료급여환자는 입원보증금을 징수할수 없다.
- ④ 중간진료비를 조기에 회수하면 운영자금에 도움이 될 수 있다.

III

응급의료, 응급실 관리

1. 응급의료: 생명위험을 회복하기까지의 과정에서 상담, 구조, 이송, 처치

1) 응급의료에 관한 법률의 목적

국민들이 응급상황에서 신속하고 적절한 응급의료를 받을 수 있도록 응급의료에 관한 국민의 권리와 의무, 국가 지방자치단체의 책임, 응급의료 제공자의 책임과 권리를 정하고 응급의료자원의 효율적인 관리를 위하여 필요한 사항을 규정함으로써 응급환자의 생명과 건강을 보호하고 국민의료의 적정을 기함을 목적으로 한다.

2) 응급환자에 대한 우선 응급의료 등

- ① 응급환자라 함은 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 기타 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신상의 중대한 위해가 초래될 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 자로서 보건복지부령이 정하는 자를 말한다.
- ② 응급의료종사자는 응급환자에 대하여는 다른 환자에 우선하여 상담 구조 및 응급처치를 실시하고 진료를 위하여 필요한 최선의 조치를 하여야 한다.
- ③ 응급의료종사자는 응급환자가 2인 이상인 경우에는 의학적 판단에 기초한 위급의 정도에 따라 응급의료를 실시하여야 한다.

응급의료에 관한 법률 제3조(응급의료를 받을 권리)

모든 국민은 성별, 나이, 민족, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 차별받지 아니하고 응급의료를 받을 권리를 가진다. 국내에 체류하고 있는 외국인도 또한 같다.[전문개정 2011.8.4.]

3) 응급환자 중증도 분류

- ① 지연환자: 사망하였거나 생존가능성이 없는 환자로 응급실 도착 당시 사망환자
- ② 긴급환자(urgent): 수분 혹은 빠른 시간 이내에 치료하지 않으면 사망하거나 신체에 치명적인 영향을 초래할 수 있는 환자
 - 기도와 호흡에 관한 문제 환자
 - 심정지
 - 피가 모자를 정도의 출혈
 - 개방성 흉부 또는 복부좌상
 - 심한 두부손상이나 의식감소를 동반한 두부손상
 - 주요 또는 합병증이 있는 화상
 - 긴장성 기흉
 - 심장압전(Pericardial Tamponade)

- 합병증이 심각한 의학적 환자: 중독, 합병증을 동반한 당뇨, 심질환, 임신 등

예) 급성 심근경색증, 불안정 협심증, 뇌졸중, 지주막하 출혈, 대동맥 박리, 폐색전증, 급성 기관지천식, 갑자기 악화된 만성호흡부전, 급성 상부위장관 출혈, 당뇨병성 케톤산증, 고삼투압비케톤성 고혈당증, 고칼슘혈증 등

- ③ 응급환자(emergent): 수시간 이내에 치료하지 않으면 사망 혹은 합병증 발생률이 높은 환자

- 척추손상이 동반된 배부 손상
- 합병증이 없는 화상
- 주요 개방성 다발성골절
- 안손상(Eye Injuries)
- 안전성 복부손상

예) 악성고혈압, 폐부종, 심막염, 척추압박, 대발작, 급성 간성뇌병증, 급성신부전 등

- ④ 비응급환자(non-urgent): 수시간 이후에 치료하여도 생명과 관계가 적은 경증환자

예) 단순골절, 염좌, 열상, 연조직 손상, 고혈압, 관절염 등

- 한국형 응급환자 분류도구(KTAS, Korean Triage and Acuity Scale)

KTAS 1 등급 - 소생, KTAS 2 등급 - 긴급, KTAS 3 등급 - 응급, KTAS 4 등급 - 준응급, KTAS 5 등급 - 비응급

4) 응급의료 관리료와 낮병동 입원료

- ① 응급의료 관리료: 위독한 상태의 환자에게 응급처치 및 응급의료행위를 실시하는 초일에 한하여 1회 산정
- ② 낮병동 입원료: 종합병원 응급실, 수술실 등에서 처치수술 등을 받고 6시간 이상 관찰 후 당일 귀가 또는 이송하여 입원료를 산정하지 아니한 경우 낮병동 입원료를 산정

5) 응급의료기관

(1) 응급의료기관의 지정

- ① 보건복지부장관: 중앙 응급의료센터, 권역 응급의료센터, 전문 응급의료센터
- ② 시·도지사: 전문 응급의료센터, 지역 응급의료센터
- ③ 시장·군수·구청장: 지역 응급의료기관

(2) 응급의료에 관한 법률 제2조(정의)

“응급의료기관”이라 함은 의료법 제3조의 규정에 의한 의료기관 중에서 이 법에 의하여 지정된 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

6) 전문응급의료센터 지정(제29조)

- ① 보건복지부장관은 소아환자, 화상환자 및 독극물중독환자 등에 대한 응급의료를 위하여 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 지역응급의료센터 중에서 분야별로 전문응급의료센터를 지정할 수 있다.
- ② 전문응급의료센터 지정의 기준·방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

7) 응급의료정보센터 및 지역응급의료센터

※ 중앙응급의료센터의 역할

- 권역응급의료센터 간 업무조정 및 지원
- 응급의료종사자에 대한 교육훈련
- 응급의료 관련 연구

(1) 응급의료정보센터의 설치 및 운영

- ① 보건복지부장관은 응급의료를 효율적으로 제공할 수 있도록 응급의료지원의 분포와 주민의 생활권을 고려하여 지역별로 응급의료지원센터를 설치·운영하여야 한다.
- ② 정보센터의 업무
 1. 응급의료에 관한 각종 정보의 관리 및 제공
 2. 지역 내 응급의료종사자에 대한 교육훈련
 3. 지역 내 응급의료기관 간 업무조정 및 지원
 4. 지역 내 응급의료의 질 향상 활동에 관한 지원
 5. 지역 내 재난 등의 발생 시 응급의료 관련 업무의 조정 및 지원
 6. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 응급의료 관련 업무

(2) 지역응급의료센터의 지정(제30조)

- ① 시·도지사는 응급의료에 관한 다음 각 호의 업무를 수행하게 하기 위하여 종합병원 중에서 지역응급의료센터를 지정할 수 있다.
 1. 응급환자의 진료
 2. 제11조에 따라 응급환자에 대하여 적절한 응급의료를 할 수 없다고 판단한 경우 신속한 이송
- ② 지역응급의료센터의 지정 기준·방법·절차와 업무 등에 필요한 사항은 시·도의 응급의료 수요와 공급 등을 고려하여 보건복지부령으로 정한다.

(3) 지역응급의료기관(제31조)

- ① 시장·군수·구청장은 응급의료에 관한 다음 각 호의 업무를 수행하게 하기 위하여 종합병

원 중에서 지역응급의료기관을 지정할 수 있다. 다만, 시·군의 경우에는 「의료법」 제3조제2항제3호가목의 병원 중에서 지정할 수 있다.

1. 응급환자의 진료
2. 제11조에 따라 응급환자에 대하여 적절한 응급의료를 할 수 없다고 판단한 경우 신속한 이송
- ② 지역응급의료기관의 지정 기준·방법·절차와 업무 등에 필요한 사항은 시·군·구의 응급의료 수요와 공급 등을 고려하여 보건복지부령으로 정한다.

8) 응급의료시설

종합병원은 의료법 제36조(준수사항) 규칙 제34조(의료기관의 시설 기준 및 규격)에 의하여 응급실을 두어야 하며, 병원 요양병원은 응급의료에 관한 법률 제31조(지역 응급의료기관)에 의하여 지정을 받은 때에 한한다.

응급의료에 관한 법률 제33조 (예비병상의 확보)

- 응급의료기관은 응급환자를 위한 예비병상을 확보해야 하며 예비병상을 응급환자가 아닌 자가 사용하게 하여서는 아니 된다.
- 예비병상의 확보 및 유지에 관하여 필요한 사항은 보건복지령으로 정한다.

응급의료에 관한 법률 시행규칙 제20조(예비병상의 확보 및 유지)

- 응급의료기관은 응급실을 전담하는 의사(이하 “전담의사”라 한다)가 입원을 의뢰한 응급환자에 한하여 제1항의 규정에 의한 예비병상을 사용하게 하여야 한다. 다만, 최근의 응급환자발생상황과 다음 날의 예비병상 확보가능성 등을 감안하여 매일 오후 10시 이후에는 응급실에 있는 응급환자 중 입원 등의 필요성이 더 많이 요구되는 환자의 순으로 예비병상을 사용하도록 할 수 있다.
- 법 제33조제2항의 규정에 의하여 응급의료기관이 확보해야 하는 예비병상의 수는 의료법 제30조제4항의 규정에 의하여 허가받은 병상 수의 100분의 1 이상(병 의원의 경우에는 1병상 이상)으로 한다.

9) 응급환자 미수금의 대지급 청구 <응급의료에 관한 법률>

- ① 보건복지부장관은 법 제19조제2항의 규정에 의하여 응급의료기금(이하 “기금”이라 한다)의 관리 운용을 국민건강보험법 제55조의 규정에 의한 건강보험심사평가원(이하 “심사평가원”이라 한다)에 위탁한다.
- ② 영 제19조 (미수금 대지급의 범위) 법 제22조제5항의 규정에 의한 미수금 대지급의 범위는 다음 각호의 비용 중 응급환자 본인이 부담해야 하는 비용으로 한다. 1. 의료기관의 응급의료비용 2. 구급차등을 운용하는 자의 법 제24조의 규정에 의한 이송치료료(의료기관이 구급차등을 운용하는 경우를 제외한다)
- ③ 영 제20조 (미수금 대지급의 청구 및 심사 절차)
 - 법 제22조제1항의 규정에 의하여 미수금을 대지급 받고자 하는 의료기관 등은 법 제22조제4항의 규정에 의한 응급환자 본인, 부양의무자 또는 다른 법령에 의한 진료비부담 의무자(이하 “상환의무자”라 한다)에게 응급의료비용을 청구한 날부터 3년 이내에 미수금대지급 청구서에 보건복지부령이 정하는 서류를 첨부하여 심사평가원장에게 제출해야 한다.

- 심사평가원장은 제1항의 규정에 의한 의료기관 등의 미수금 대지급청구에 대하여 그 내용을 심사한 후 대지급해야 한다.
- 이 영에 규정된 것 외에 미수금 대지급청구의 심사에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정한다.

10) 응급진료비 대지급제도

심사평가원장은 법 제22조제2항의 규정에 의하여 미수금을 대지급한 경우에는 즉시 대지급금 전액에 대하여 상환의무자로 하여금 12월의 범위 내에서 이를 납부하도록 해야 한다. 이 경우 상환의무자의 신청에 의하여 분할하여 납부하게 할 수 있다. 상환의무자가 제1항의 규정에 의한 기간 내에 대지급금을 납부하지 아니하는 경우에는 지체 없이 3월 이내(분할납부의 경우에는 1월 이내)의 납부기간을 정하여 독촉장을 발부해야 한다. 단, 선택진료비, 상급병실 사용료는 대지급대상에서 제외한다.

11) 응급진료비 대지급대상

응급진료비용 중 환자로부터 받지 못한 본인부담금으로서 응급관리료를 산정할 수 있는 응급증상을 가진 환자가 진료 개시일부터 응급처치가 종료될 때까지 발생한 응급진료비와 응급환자를 이송한 이송치료의 미수금이 해당된다. 미수금 대지급 청구 기간은 미수금이 발생한 시점부터 3년 까지이다.

12) 구급차의 용도

- ① 일반구급차: 구급의약품-수액제제(인공혈액제제 등)로서 반드시 비닐팩에 포장된 것, 아트로핀
- ② 특수구급차: 통신장비-급차에 장착된 무전기로서 방송통신위원회위원장이 지정한 응급의료 전용 주파수를 사용할 수 있는 무전기. 다만, 소방서구급차에 장착된 무전기는 방송통신위원회위원장이 지정한 소방용전파 지정기준에 의한 전파를 사용할 수 있는 통신장비를 갖춘 경우에는 이를 구급차무전기에 갈음할 수 있다.
- ③ 구급차등의 운용신고 등(제44조제1항제1호): 국가 또는 지방자치단체가 구급차등을 운용하고자 할 때에는 해당 구급차등을 관계 법령에 따라 등록한 후 지체 없이 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장에게 통보하여야 한다.

13) 구급차 세부관리 기준

- ① 구급차 등의 외관은 청결하게 관리
- ② 구급차 등에는 의료장비·구급의약품 및 통신장비가 항상 사용 가능한 상태로 유지되어야 함
- ③ 구급차의 연료는 최대주입량의 4분의 1 이상인 상태로 유지하는 등 차량 자체는 항상 사용

가능한 상태로 유지사고를 대비한 책임보험 및 종합보험에 가입되어야 함

- ④ 구급차의 통신시설은 응급의료정보센터 및 응급의료기관과 항상 교신이 이루어질수 있도록 관리
- ⑤ 구급차 등의 운행기록을 기재하는 구급차 운행기록 대장을 비치·작성하고 구급차 운용자는 이를 3년간 보관하여야 함

14) 과태료 처분

제62조 (과태료) 제2항의 규정에 의한 과태료 처분에 불복이 있는 자는 그 처분의 고지를 받은 날부터 30일 이내에 부과권자에게 이의를 제기할 수 있다.

15) 응급환자의 이송(제11조)

- ① 의료인은 해당 의료기관의 능력으로는 응급환자에 대하여 적절한 응급의료를 할 수 없다고 판단한 경우에는 지체 없이 그 환자를 적절한 응급의료가 가능한 다른 의료기관으로 이송하여야 한다.
- ② 의료기관의 장은 제1항에 따라 응급환자를 이송할 때에는 응급환자의 안전한 이송에 필요한 의료기구와 인력을 제공하여야 하며, 응급환자를 이송받는 의료기관에 진료에 필요한 의무기록(醫務記錄)을 제공하여야 한다.
- ③ 의료기관의 장은 이송에 든 비용을 환자에게 청구할 수 있다.
- ④ 응급환자의 이송절차, 의무기록의 이송 및 비용의 청구 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

16) 전문응급의료센터의 지정(법29조)

보건복지부장관은 소아환자, 화상환자 및 독극물중독환자 등에 대한 응급의료를 위하여 종합병원 중에서 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 지역응급의료센터 중에서 분야별로 전문응급의료센터를 지정할 수 있다.

2. 응급실 관리

1) 응급실 근무자가 담당하는 업무영역

- ① 환자의 타 의료기관 이송시 편의제공
- ② 무연고자 및 행려환자의 거주지 파악을 위한 노력
- ③ 보험유형에 따른 급여 적용 여부를 파악하기위한 상병원인 파악

2) 응급실 업무

- ① 응급환자란 수 시간 이내에 치료하지 않으면 사망 혹은 합병증 발생률이 높은 환자를 말한다.

- ② 중앙, 권역, 전문, 지역응급의료센터 및 응급의료기관으로 구분한다.
- ③ 병원속에 작은 병원같이 업무가 복잡하고 다기능적이다.

3) 응급실로 내원한 신원 미상자의 응급진료비 미수금을 회수하기 위한 방법

신원 미상자는 관할 경찰서로 신고하여 신원 파악 의뢰를 해야 하며, 신원 미상환자(행려)일 경우에는 시·군·구청 사회복지과에 의뢰하여 의료급여(보호) 추가 책정 대상으로 요청해야 한다.

4) 응급의료시설을 갖추어야 하는 의료기관

종합병원은 의료법 제32조(시설 기준 등) 규칙 제28조의 2(의료기관의 시설 기준 및 규격)에 의하여 응급실을 두어야 하며, 병원 요양병원은 응급의료에 관한 법률 제31조(지역 응급의료기관)에 의하여 지정을 받은 때에 한한다.

5) 진료비 환불

사후자격관리에 따른 환불(건강보험증 사후제출, 요양급여의뢰서 사후제출, 유형변경에 따른 환불 등), 진찰료 환불(예약이나 당일 진료신청 후 본인 혹은 병원측 사정으로 진찰을 받지 못한 경우, 선택진료를 신청하였으나 사정에 의해 선택진료가 취소된 경우), 기타환불(검사, 촬영 신청 후 본인 거부나 병원측 사정으로 취소 시, 입력오류 혹은 처방내용 변경)

6) 응급원무 담당자 업무처리

진료거부금지(의료법 제15조) 의료인은 정당한 이유 없이 진료거부를 못하며, 응급환자에 대하여는 응급의료에 관한 법률이 정하는 바에 따라 최선의 처치를 행해야 한다.

- ① 보호자 없이 후송된 무의식 환자의 소지품을 후송자와 같이 확인하고 목록을 작성하였다.
- ② 상해환자를 동행한 연고자에게 사고경위를 자세히 듣고 기록으로 남겼다.
- ③ 무연고환자를 후송한 경찰관에게 「응급행려 환자의뢰서」를 청구하였다.
- ④ 의료기관에서 응급환자 미수금의 대지급을 건강보험심사평가원에 청구한다.

7) 구급차의 운용

법 제45조 (다른 용도에의 사용금지) 구급차등은 다음 각호의 용도 외의 다른 용도에는 사용할 수 없다.

- ① 응급환자 이송
- ② 응급의료를 위한 혈액, 진단용 검체 및 진료용 장비 등의 운반
- ③ 응급의료를 위한 응급의료종사자의 운송
- ④ 사고 등에 의하여 현장에서 사망하거나 진료를 받다가 사망한 자의 의료기관 등으로의 이송
- ⑤ 기타 보건복지부령이 정하는 용도

8) 일반 구급차가 꼭 갖추어야 할 의료장비

응급의료에 관한 법률 시행규칙 제38조 (구급차등의 장비 및 관리)

- ① 법 제46조제2항의 규정에 의한 구급자동차는 위급의 정도가 중한 응급환자의 이송에 적합하도록 제작된 구급차(이하 “특수구급차”라 한다)와 위급의 정도가 중하지 아니한 응급환자의 이송에 주로 사용되는 구급차(이하 “일반구급차”라 한다)로 구분한다.
- ② 제1항의 규정에 의한 구급차에 갖추어야 하는 의료장비 구급의약품 및 통신장비의 기준은 다음과 같다.

▶ 특수구급차 의료장비

구분	이 송 료		이송 중 응급처치료 (법24조)
	기본요금(10km)	10km 초과 1km 당	
특수구급차	75,000원	1,300원	응급의료수가기준
일반 구급차	30,000원	1,000원	응급의료수가기준

※ 사회복지사업법에 따라 설립된 사회복지법인이 구급차를 운영하는 경우 그 이송료는 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액으로 한다.

※ 구급차 등을 운영하는 자가 구급차 등을 이용하여 환자를 이송한 경우에는 보건복지부장관 정하는 이송 처치료를 징수 할 수 있다. 현행 응급의료에 관한 법률 시행규칙(별표3)에 규정한 이송처치료는 이송 중 응급처치료는 응급의료수가기준으로 산정하며 일반구급차는 기본요금(10km 이내) ④ 의료기관: 30,000원, 10km 초과시 1km당 1,000원 추가 ⑤ 비영리기관(비영리법인): 20,000원, 10km 초과시 1km당 1,000원 추가, 특수구급차는 기본요금(10km 이내) ④ 의료기관: 75,000원, 10km 초과시 1km당 1,300원 추가 ⑤ 비영리기관(비영리법인): 50,000원, 10km 초과시: 1km당 1,300원 추가

- 후두경등 기도삽관장치
- 외상처치에 필요한 기본장비
- 휴대용 간이 인공호흡기
- 산소호흡기 및 흡입기
- 쇼크방지용 하의(MAST)
- 부목 및 기타 고정장치(Wire-Splint, Cervical, Spine-Protector 등)

▶ 일반구급차 의료장비

구분	장비 분류	장 비
가. 환자 평가용 의료장비	신체검진	가) 체온계(쉽게 깨질 수 있는 유리 등의 재질로 되지 않은 것) 나) 청진기 다) 휴대용 혈압계 라) 휴대용 산소포화농도 측정기
나. 응급 처치용 의료장비	1) 기도 확보 유지	기도확보장치(구인두기도기, 비인두기도기 등)
	2) 호흡 유지	가) 성인용 · 소아용 산소 마스크(안면용 · 비재호흡 · 백밸브) 나) 의료용 산소발생기 및 산소공급장치 다) 전동식 의료용 흡입기(흡인튜브 등 포함)
	3) 순환 유지	정맥주사세트
	4) 외상 처치	외상처치에 필요한 기본 장비(압박붕대, 일반거즈, 반창고, 지혈대, 라텍스장갑, 비닐장갑, 가위 등)

9) 구급차 이송 치료의 기본거리와 의사 동승 시 기본요금

구급차 등을 운영하는 자가 구급차 등을 이용하여 환자를 이송한 경우에는 보건복지부장관 정하는 이송 치료료를 징수 할 수 있다. 현행 응급의료에 관한 법률 시행규칙(별표3)에 규정한 이송 치료료는 이송 중 응급치료료는 응급의료수가기준으로 산정하며 일반구급차는 기본요금(10km 이내) ㉠ 의료기관: 30,000원, 의사, 간호사, 응급구조사 동승 15,000원 ㉡ 비영리기관(비영리법인): 20,000원. 의사, 간호사, 응급구조사 동승 10,000원 10km 초과 시 1km당 800원 추가, 특수구급차는 기본요금(10km 이내) ㉠ 의료기관: 75,000원, ㉡ 비영리기관(비영리법인): 50,000원. 10km 초과 시: 1km당 1,000원 추가

10) 응급실의 원무담당자

환자의 상태 파악과 즉각적인 의학적 판단에 따라 응급처치 및 응급의료를 신속히 제공하고, 내원경위와 병명확인, 환자유형에 따른 보험여부 등을 파악하며, 행려환자·무연고자, 사고 및 무의식환자 분류해야한다. 환자의 소지품 확인 및 보관 소홀과 비급여, 고가검사항목에 대한 설명부족으로 민원을 야기할 수 있다.

11) 응급의료관리료 산정 질환

응급의료에 관한 법률 제2조 1항에 의한 응급증상 및 이에 준하는 증상

(1) 응급증상

- ① 신경학적 응급증상: 급성 의식장애, 급성 신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
- ② 심혈관계 응급증상: 심폐소생술이 필요한 증상, 급성 호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동 이상 및 쇼크
- ③ 중독 및 대사장애: 심한 탈수, 약물, 알코올 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성 대사장애(간부전, 신부전, 당뇨병 등)
- ④ 외과적 응급증상: 개복술을 요하는 급성 복증(급성 복막염, 장폐색증, 급성 췌장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부 신체표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부, 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급 수술을 요하는 증상, 다발성 외상
- ⑤ 출혈: 계속되는 각혈, 지혈이 안 되는 출혈, 급성 위장관 출혈
- ⑥ 안과적 응급증상: 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력손실
- ⑦ 알레르기: 얼굴 부종을 동반한 알레르기 반응
- ⑧ 소아과적 응급증상: 소아 경련성 장애
- ⑨ 정신건강의학과적 응급증상: 자신 또는 타인을 해할 우려가 있는 정신장애

(2) 응급증상에 준하는 증상

- ① 신경학적 응급증상: 의식장애, 현훈
- ② 심혈관계 응급증상: 호흡곤란, 과호흡
- ③ 외과적 응급증상: 화상, 급성 복증을 포함한 배의 전반적인 이상 증상, 골절, 외상 또는 탈골, 기타 응급수술을 요하는 증상, 배노장에
- ④ 출혈: 혈관 손상
- ⑤ 소아과적 응급증상: 소아경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
- ⑥ 산부인과적 응급증상: 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
- ⑦ 이물에 의한 응급증상: 귀, 눈, 코, 항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

IV

요양관리

1. 의료급여

1) 의료급여제도

의료급여제도는 생활유지능력이 없거나 생활이 어려운 자에게 의료급여를 실시함으로써 국민보건의 향상과 사회복지 증진에 이바지함을 목적으로 도입된 제도로써, 생활무능력자 및 저소득층을 대상으로 국가 재정에서 의료서비스를 부담하는 공공부조 형태의 의료보장제도라고 할 수 있다.

- ① 1차, 2차, 3차 급여기관으로 구분된 진료전달체계로 운영된다.
- ② 분만이나 응급진료는 2단계 혹은 3단계 급여기관에서 가능하다.
- ③ 요양비는 관할 건강보험심사평가원으로 청구 한다.
- ④ 정신질환 환자의 수가는 1일당 정액수가제도제를 적용한다.
- ⑤ 의료급여 수급자의 자격은 연 1회 확정하므로 장기 입원환자는 관리가 필요하다.
(유효기간은 원칙적으로 매년 1월 1일에서 12월 31일까지)
- ⑥ 수급자의 자격을 확인하지 않고 진료를 제공하면 기관부담금의 회수가 불가능하다.
- ⑦ 대지급금 신청은 퇴원 전에 급여기관의 승인을 받아야 한다.
- ⑧ 의료급여 대상자의 범위에는 국민기초생활보장법에 의한 수급자가 포함된다.
- ⑨ 부양의무자가 없거나 있어도 부양능력이 없는 65세 이상 고령자, 임산부는 1종 대상자이다.
- ⑩ 제3자의 고의, 과실 행위로 인해 발생한 진료비는 비급여범위에 해당한다.

2) 의료급여 의료전달체계

의료급여 기금의 재정안정화를 기하기 위하여 자신이 부담하는 건강보험과는 달리 3단계의 급여절차를 시행하고 있다. 의료급여 수급권자가 의료급여를 받고자 하는 경우에는 먼저 제1차의료급여기관, 제2차의료급여기관, 제3차의료급여기관의 순서로 이용해야 하며, 의료급여의뢰서를 발급 받아 이용해야 한다.

구분	적용	지정	진료범위
1차 의료급여기관	의원	시·군·구청장	외래 진료(단, 응급 입원수술, 분만 등 제외)
2차 의료급여기관	병원, 종합병원	시·도지사	입원 진료
3차 의료급여기관	상급종합병원	보건복지부장관	고도의 전문인력과 특수시설 진료(특수진료)

3) 2종 수급권자

2종 수급권자가 제2차 및 제3차 의료급여기관을 외래로 이용하는 경우, 본인일부부담진료비는 15%를 본인이 부담한다.

본인일부부담금이 매 30일간 1종수급권자는 2만원, 2종 수급권자는 20만원을 초과한 경우에 초과한 금액의 범위 안에서 초과금액의 50%를 지급하는 제도이다. 급여대상 본인부담금에서 지급받은 금액을 차감한 금액이 1종수급권자: 매 30일간 5만원, 2종수급권자: 매 6개월간 60만원 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다(영제13조).

※ 의료급여법 제3조(수급권자)

1. 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자
2. 「재해구호법」에 따른 이재민
3. 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료급여를 받는 사람
4. 「입양특례법」에 따라 국내에 입양된 18세 미만의 아동
5. 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「보훈보상 대상자 지원에 관한 법률」의 적용을 받고 있는 사람과 그 가족
6. 「문화재보호법」에 따라 지정된 중요무형문화재의 보유자(명예보유자 포함)와 그 가족
7. 「북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률」의 적용을 받고 있는 사람과 그 가족
8. 「5·18민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」 제8조에 따라 보상금등을 받은 사람과 그 가족
9. 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」에 따른 노숙인 등
10. 그 밖에 생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 사람으로서 대통령령으로 정하는 사람

4) 의료급여기관 종별 가산율

요양기관종별	진료 행위별 가산율(%)			
	건강보험	산재보험	의료급여	자동차보험
상급종합병원	30	45	22	45
종합병원, 치과대학부속병원	25	37	18	37
병원, 치과병원	20	21	15	21
의원, 치과의원	15	15	11	15

5) 본인부담금

2종 수급권자는 제1·2·3차 의료급여기관에서의 입원시에는 총 진료비의 10%를 본인부담하고(2009년 6월1일 부터), 장애인은 전액 무료이다. 2종 수급권자가 제2차 및 제3차 의료급여기관을 외래로 이하는 경우, 본인일부부담진료비는 15%를 본인이 부담한다. 2종 수급권자 전산화단층촬영(CT)시는 총액의 10%를 본인부담 한다. 본인일부부담금이 매 30일간 20만원을 초과한 경우에 초과한 금액의 범위 안에서 초과금액의 50%를 지급하는 제도이다.

(1) 1종 수급권자 외래 본인부담 면제자

18세 미만인 자, 임신부, 보건복지부장관이 고시하는 등록 희귀난치성환자, 무연고자, 중증장애인 중 보건복지부령으로 정한 자, 65세 이상인 자 중 보건복지부령으로 정하는 자

(2) 2종 수급권자 중 입원 본인부담 면제자 : 자연분만, 6세 미만

※ 본인일부 부담금 경감 기준[산정 특례] 요약

구분	건강보험	의료급여	
0%		1종	18세 미만인 자, 임신부, 보건복지부장관이 고시하는 등록 희귀난치성환자, 무연고자, 중증장애인 중 보건복지부령으로 정한 자, 65세이상인 자 중 보건복지부령으로 정하는 자
		2종	입원 자연분만, 6세 미만, 장애인
5%	[입원] 중증암, 중증화상	1종	CT, MRI, PET촬영
10%	[외래] 희귀난치성 질환	2종	입원 CT, MRI, PET촬영
15%		2종	외래 진료비
20%	[외래] 미등록 암환자	1종	입원 식대
50%	식대	2종	매 30일간 1종 수급권자는 2만원, 2종 수급권자는 20만원을 초과한 경우에 초과한 금액의 범위 안에서 초과금액의 50%를 지급

6) 의료급여 대상자의 범위(1종과 2종으로 구분)

- (1) 1종은 거택보호자(거택보호, 시설보호 대상자), 이재민, 의상자 및 의사자 유족, 국가유공자와 그 가족, 인간문화재 보유자와 그 가족, 월남귀순자 및 그 가족, 민주화운동 관련자, 거택보호 유사자(생활능력이 없거나 생활이 어려운자로서 대통령령이 정하는 자)

※ 1종 [거택보호대상자]

- ① 18세 미만인자
- ② 65세 이상자
- ③ 임산부

- (2) 2종은 자활보호자로서 1종에 해당되지 않는 자로서 그 자활 조성을 위하여 의료급여, 해산보호를 행할 자

7) 청구, 심사 및 지급체계

- ① 의료급여기관에서는 건강보험심사평가원으로 비용을 청구한다.
- ② 건강보험심사평가원은 의료급여기관과 자치단체에 심사결과를 통보한다.
- ③ 지방자치단체는 의료급여기관에 장애인 의료비를 지급한다.
- ④ 국민건강보험공단은 수급권자의 선정은 시·군·구에서 담당한다.

8) 행려환자(homeless patient; 行旅患者) 업무 처리

행려환자란 1. 일정한 거소가 없는 자, 2. 행정기관이 응급진료를 받게 한 자, 3. 신분증 또는 경찰관서 지문조회 등을 통해 무연고자로 파악된 자, 이 모든 조건을 충족한 사람을 행려환자로 정의한다.

- ① 일정한 거소가 없는 자로서 경찰관서로부터 무연고자임이 확인된 자를 말한다.
- ② 진료비는 시·군·구청에 청구한다.
- ③ 행려환자를 진료할 경우에는 해당급여기관에 “의료급여대상자증명서”발급을 요청한다.

9) 대지급제도

응급진료비 대지급금이란 의료기관 등이 응급환자에게 응급진료 및 이송처치를 제공하고 응급환자로부터 응급의료 비용을 지불받지 못하였을 경우에는 응급의료에 관한 법률에 의하여 대지급사업을 위탁받은 건강보험심사평가원에 응급환자를 대신하여 지불하여 줄 것을 청구하면 건강보험심사평가원은 동 응급의료비용을 대지급해주고 사후에 응급환자 본인, 부양의무자 및 다른 법령에 의한 진료비부담 의무자에게 대지급금을 상환받는 제도이다.

응급진료비는 진료와 관련되어 발생하는 비용을 포함시킨다. 다만, 국민건강보험법령 등에서 정한 “선택진료비” 및 “상급병상 이용에 따라 추가 부담하는 입원료”는 미수금 대지급대상에서 제외하고, 급식비의 경우는 의료급여 진료수가를 준용한다.

10) 대지급의 범위 및 절차

2종 수급권자가 의료급여기관에서 입원진료를 받은 경우, 본인이 부담하는 금액이 100,000원을 초과하는 경우에 그 초과하는 금액중 2종 수급권자 본인 또는 그 부양의무자의 신청에 의하여 보장기관이 승인한 금액이다.

시장·군수·구청장은 지체없이 대지급여부를 심사·결정하고 대지급을 승인한 때에는 급여비용대지급승인서를 수급권자 또는 그 부양의무자에게 발급하여야 하며, 수급권자 또는 그 부양의무자는 급여비용 대지급승인서를 의료급여를 행한 의료급여기관에 제출한다.

급여비용대지급승인서를 받은 의료급여기관은 시장·군수·구청장이 급여비용의 대지급을 결정한 금액을 의료급여비용명세서에 기재하여 심사평가원에 심사청구를 한다.

시장·군수·구청장은 심사평가원으로부터 심사결과를 통보

※ 대지급: 본인 부담금이 10만원 이상 일 때 신청

-본인부담금이 100만원을 초과할 경우 무이자로 대출

※ 상환

-대지급금액이 10만원 미만은 3회

-대지급금액이 10만원 이상 30만원 미만은 8회

-대지급금액이 30만원 이상은 12회

대지급을 받은 수급권자 또는 그 부양의무자는 대지급금 총액에 따라 정해진 대로 분할하여 상환한다.(최초의 납입기한은 급여비용을 대지급한 날부터 3월이 경과된 날이 속하는 달의 말일)

11) 의료급여기관(제9조)

① 의료급여는 다음 각 호의 의료급여기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익상 또는 국가정책상 의료급여기관으로 적합하지 아니하다고 인정할 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 의료급여기관에서 제외할 수 있다.

- 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
- 「지역보건법」에 따라 설치된 보건소·보건의료원 및 보건지소
- 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소
- 「약사법」에 따라 개설등록된 약국 및 같은 법 제91조에 따라 설립된 한국회귀의약품센터

② 의료급여기관은 다음 각 호와 같이 구분하되, 의료급여기관별 진료범위는 보건복지부령으로 정한다.

• 제1차 의료급여기관

가. 「의료법」 제33조제3항에 따라 개설신고를 한 의료기관

나. 제1항제2호부터 제4호까지의 규정에 따른 의료급여기관

• 제2차 의료급여기관: 「의료법」 제33조제4항 전단에 따라 개설허가를 받은 의료기관

• 제3차 의료급여기관: 제2차 의료급여기관 중에서 보건복지부장관이 지정하는 의료기관

12) 의료급여(미국 의료보험제도)

① Medicare: 65세 이상의 노인이나 신체 장애인에 대한 의료 보험 제도

- ② Medicaid: 국민 의료 보조 제도로써 65세 미만의 저소득층
- ③ HMO(health maintenance organization): 미국의 건강 유지 기구
- ④ Blue Cross: 피고용자 및 그 가족을 대상으로 하는 건강보험 조합

13) 의료보장 유형별 수혜자의 범위

- ① 건강보험환자 - 건강보험 가입자 및 피부양자
- ② 의료급여환자 - 의료급여 세대주 및 피부양자
- ③ 자동차보험환자 - 책임보험, 종합보험가입차량에 의한 교통사고 환자
- ④ 산재보험환자 - 산재사고 피해자
- ⑤ 공상환자 - 공무원, 직업군인, 사립학교교직원
- ⑥ 일반환자 - 기타환자

14) 의료급여의 제한

- ① 수급권자가 자신의 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 기인하거나 공의로 사고를 발생시킨 경우
- ② 제3자의 고의 또는 과실로 인한 경우
- ③ 의료급여제한 사유 통보에 의하여 보장기관이 조사한 결과 수급권자 본인 또는 부양의 무자가 급여비용을 부담할 능력이 전혀 없거나 일부만 부담할 능력이 있다고 판단되어 전 부 또는 일부의 의료급여를 인정한 경우
- ④ 가해자가 급여비용 부담능력이 없다고 보장기관이 인정하는 경우
공단이나 요양기관의 요양에 관한 지시에 따르지 아니한 때

2. 산재보험

1) 산업재해보상보험의 특징

산업재해보상보험은 건강보험, 국민연금, 고용보험과 함께 사회보험으로 공적(公)보험이며, 우리나라에서 가장 먼저 도입된 보장제도이다. 자동차보험은 개인(私)보험이다. 업무상 사유에 의거하여 재해를 입은 근로자에 대하여 국가가 책임을 지는 강제보험으로써, 국가는 산업재해보상보험 법상 적용이 되는 모든 사업장(근로자를 사용하는 모든 사업장)으로 부터 소정의 보험료를 징수하여 법령이 정하는 바에 따라 재해근로자에게 보상을 해주는 제도이며, 정부가 사업주의 보상책임을 담보해주는 사업주의 책임보험이다. 우리나라 근로자의 산업재해에 대한 사후적 보상조치를 규정하고 있는 산업재해보상보험법은 1963년 11월 3일에 처음으로 제정 공포되었다.

2) 업무상 재해

업무상 재해는 근로자가 근로계약에 의한 업무를 사업주의 지배관리하에 수행하는 상태에서 사

고가 발생하거나, 사업주가 관리하고 있는 시설물의 결함 또는 관리상의 하자로 사고가 발생하여 사상(死傷)하였을 때를 말한다. 작업시간 중 재해, 작업 시간외 재해, 사업장내 사고, 사업장외 사고, 기타 업무와 사고 간에 상당 인과관계가 인정되는(타인의 폭력, 제3자 행위)사고, 요양 중에 근로자가 요양과 관련된 행위 중에 발생한 재해 등이다.

※ 사적 운동경기 중 사고는 개인적 재해이다.

3) 산업재해보험 급여의 종류

산업재해보험급여는 산업재해보험에 가입한 사업장에 소속된 근로자가 업무로 인하여 부상이나 질병, 장애를 입거나 사망한 경우에 근로자에게 진료와 임금을 제공하는 일체의 현금, 현물을 말한다. 산업재해보험급여에는 요양급여, 휴업급여, 간병료, 간병급여료, 상병보상 연금, 장애급여, 유족급여 및 장의비, 2종 요양비 등이 있다.

4) 요양급여의 범위

진찰, 약제 또는 진료재료와 의지, 기타 보철구의 지급, 처치, 수술 기타의 치료, 의료 시설에의 수용, 간병, 이송, 기타 노동부령으로 정하는 사항 등이다. MRI와 CT는 원칙적으로 상병부위별 1회만 인정하며, 동일부위에 촬영한 경우에는 MRI는 불인정된다.

5) 적용 범위(제6조)

이 법은 근로자를 사용하는 모든 사업 또는 사업장(이하 “사업”이라 한다)에 적용한다. 다만, 위험물·규모 및 장소 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 사업에 대하여는 이 법을 적용하지 아니한다.

6) 산업재해 보상 보험

피재근로자가 업무로 인해 발생한 부상이나 질병이 완치될때까지 의료기관에서 의료서비스로 제공받는 현물급여가 요양급여이다. 그 부상이나 질병으로 4일 이상의 요양이 필요한 경우이다.

- ① 사업주의 보험가입을 국가가 책임지는 강제보험이다.
- ② 업무상 재해의 범위를 업무상 사고와 업무상 질병으로 구분하고 있다.
- ③ 업무상 재해의 판단근거가 되는 업무수행성은 당해 근로자가 사업주의 지휘명령 하에서 업무를 수행하는 것을 말한다.
- ④ 부상이나 질병으로 4일 이상의 요양을 필요로 하는 경우에 요양급여가 제공된다.

7) 요양급여 성립 조건

요양급여의 적용범위는 1차로 치료가 종결된 후 상병이 재발한 경우에 제공하는 재요양, 요양의 계속 필요성 여부를 판정하거나, 장애등급의 판정, 시기 확인 등이 필요한 경우에 신청하는 특

별진찰, 추가로 새로운 질병이나 합병증이 발생한 경우의 추가상병승인 요청 등이 있으며, 진찰, 약제, 진료재료와 의지, 기타 보철구의 지급, 처치, 수술 기타의 치료, 이송, 간병 등 고용노동부령으로 정하는 사항이다.

- ① 산업재해보험이 적용되는 사업장의 근로자일 것
- ② 업무상 발생한 부상 또는 질병일 것
- ③ 부상 또는 질병이 4일 이상의 요양을 요할 것
- ④ 3일 이하의 간단한 외래 진료는 회사내 규정에 의한 공상으로 처리한다.

※ 산업재해보상보험법 제40조(요양급여) 3항에 의거 부상 또는 질병이 3일 이내의 요양으로 치유될 수 있으면 요양급여를 지급하지 아니한다.

8) 간병(看病)

- ① 간병(看病)이란 개호(介護)를 변경한 것으로 피재근로자(환자)의 상태가 위중하여 요양 중인 의료기관의 간호사 등의 통상적인 간호 이외에 상시 부첨간호가 필요한 경우에 행하는 부첨간호를 말한다.

• 간병담당자의 자격

- 의료법에 따른 간호사 또는 간호조무사
- 요양보호사 등 공단이 인정하는 간병교육을 받은 사람
- 해당근로자의 배우자, 부모, 13세 이상의 자녀 또는 형제자매
- 그 밖에 간병에 필요한 지식이나 자격을 갖춘 사람 중에서 간병을 받을 근로자가 지정하는 사람

② 간병의 범위

- 두 손의 손가락을 모두 잃어 자력으로 식사를 할 수 없는 자
- 두부손상 등으로 정신이 혼미하거나 착란되어 절대안정을 요하는 자
- 체표면적이 35% 이상에 걸친 화상으로 수시로 적절한 조치가 필요한 자
- 하반신마비 등으로 배뇨, 배변을 제대로 가누지 못하거나 욕창 방지를 위하여 수시로 체위를 변경시킬 필요가 있는 자
- 직업병이 있는 자로서 신체가 몹시 허약하여 타인의 조력 없이 거동이 전혀 불가능한 자
- 수술 등으로 일정기간 동안 거동이 제한되어 생활유지에 필요한 일상생활의 처리 동작을 자력으로 할 수 없는 자

9) 휴업급여 지급

업무상 사유에 의하여 부상을 당하거나 질병에 걸린 근로자에게 요양으로 인하여 취업하지 못한 기간에 대하여 지급하되, 1일당 지급액은 평균임금의 100분의 70에 상당하는 금액으로 하며, 65세 이상이 되는 경우에는 65% 지급한다. 다만, 취업하지 못한 기간이 3일 이내인 때에는 이를 지급하지 아니한다.

※ 평균임금이란 산정사유 발생일로부터 3개월간 소급하여 그 기간 동안에 지급된 총임금을 총 일수로 나눈 금액을 말한다.

10) 상병 보상연금

업무상 재해로 인하여 요양급여를 받는 근로자가 요양 개시 후 2년이 경과되어도 치유가 되지 아니하고 폐질등급(1~3급)에 해당되는 경우와 장해보상연금을 받고 있던 근로자가 부상 또는 질병이 악화되어 재요양하고 있는 경우에 상병보상연금을 지급한다. 즉, 요양기간 중 노동불능에 대한 장기적 소득 보장의 성격을 갖는 보험급여이다.

〈상병보상연금표〉

폐질등급	상병보상연금
제1급	평균임금의 329일분
제2급	평균임금의 291일분
제3급	평균임금의 257일분

11) 신체 장애등급

장해등급은 제1급~제14급으로 나뉜다. 장해급여는 치료가 종결되었으나 장해가 남았을 때에 지급하게 되는데, 지급기준은 평균임금에 각 등급별 해당 보상일수를 곱하여 보상금을 산출하게 된다. 치료가 종결된 피재근로자는 장해보상청구서 3부를 작성하여 소속회사로부터 확인을 받아, 요양기관에 제출하여 주치의의 소견서를 받아 근로복지공단에 제출한다.

12) 폐질등급 판정 기준

산업재해보상보험법 시행규칙 제53조(폐질등급 판정 기준) 영 제65조제1항에 따른 폐질등급 기준에 대한 세부기준은 별표 5에 따른 신체부위별 장해등급 판정에 관한 세부기준을 준용한다. 이 경우 요양을 시작한 지 2년이 지났으나 폐질 상태의 변동이 심하여 제52조에 따른 시기에 폐질등급을 판정하기 곤란한 경우에는 과거 6개월간의 폐질상태를 종합하여 판정한다.

13) 상급종합병원에서 입원료의 가산율

병원, 의원급 의료기관의 경우에 산재보험환자의 입원료는 기간별 체감제가 적용된다. 1~50일은 100%, 51~150일은 90%, 151일 이후는 85%를 적용한다. 그러나 상급종합병원과 근로복지공단 산하에 설치한 보험시설은 입원기간에 관계없이 해당 점수의 100%에, 병원관리료 100%를 가산하여 산정할 수 있으며, 종합병원의 경우는 입원기간에 관계없이 100%를 산정한다.

14) 유족급여

근로자가 업무상의 사유에 의하여 사망한 경우에 유족에게 지급되는 현금급여를 말한다. 휴업급여는 근로자가 업무수행 중 사고로 인하여 병원에서 요양을 받아야 하기 때문에 취업하지 못한 기간에 대해 임금대신 현금을 지급하는 것이다. 지급기준은 피재근로자의 평균임금을 산출하여 70%

를 지급한다.

15) 상병보상연금

업무상 재해로 인하여 요양급여를 받는 근로자가 요양 개시 후 2년이 경과되어도 치유가 되지 아니하고 폐질등급(1~3급)에 해당되는 경우와 장해보상연금을 받고 있던 근로자가 부상 또는 질병이 악화되어 재요양하고 있는 경우에 상병보상연금을 지급한다. 즉, 요양기간 중 노동 불능에 대한 장기적 소득 보장의 성격을 갖는 보험급여이다.

16) 비급여

업무상 부상 또는 질병의 치료 목적이 아닌 진료 또는 투약, 요양중인 범위에 포함되지 않는 상병에 관한 수술, 본인의 희망에 따른 선택진료 등이다.

17) 2중 요양비

여러 가지 사유로 인하여 산재요양 승인이 늦어진 경우, 기납부한 진료비를 근로복지공단에 청구하는 현금급여는 2중 요양비이다.

18) 작업시간중 재해

- ① 작업행위(작업시간중의 사적행위는 원칙적으로 불인정)
- ② 용변 등 생리적 필요행위
- ③ 작업을 위한 준비나 마무리 행위 등 작업에 수반되는 필요적 부수행위
- ④ 사업장내에서 천재지변 또는 화재 등 돌발사고가 발생하여 사회통념상 예견할 수 있는 구조 행위 또는 긴급피난행위를 하고 있을 때 발생한 사고

3. 자동차보험(자보)

자동차사고가 발생하게 되면 운전자는 민사적, 형사적 책임 및 행정적인 처벌을 받게 된다. 특히 사고 특성상 대부분 동시에 발생한다. 다만 교통사고처리특례법의 시행에 따라 자동차보험에 가입하였을 때 발생하는 사고 중 대부분은 형사책임과 민사책임이 면제되고 있다.

1) 자동차손해배상보험

책임보험 - 강제보험 - 유한책임, 종합보험 - 임의보험 - 무한책임

2) 손해보험사에서 부담항목

재원환자를 관리하는 담당자는 보험회사 및 보호자의 보증 유무 확인과 보완, 종합보험 미가입

차량에 의한 사고 환자의 채권 확보, 자동차보험에 제외되거나 책임보험을 초과하여 진료비가 발생한 경우의 수가유형 관리 및 적용, 사고와 무관한 질병, 질환 진료비 확인과 구분 및 본인부담금 청구 및 회수, 진단서 발급 및 추가 상병발생 확인과 진단기간 관리 등을 한다.

3) 자동차 사고시 의료보장(건강보험 등) 적용

교통사고환자라도 다음과 같은 경우에는 건강보험이나 의료급여, 산재보험 등을 적용해야 한다. 다음과 같이 건강보험 및 의료급여를 적용해야 하는 경우는 보험자에게 급여적용 사실을 통보해야 한다.

가해차량 운전자 또는 피보험자의 부모, 배우자, 직계 자녀의 부상, 운전자 본인의 부상, 뺑소니 차량에 의한 사고, 무보험 차량에 의한 사고로 가해자의 보상능력 부재, 천재지변, 소요사태로 사고 또는 업무용이나 영업용 자동차를 직접 운전하다가 사고를 유발한 운전자나 피보험자가 부상을 당한 경우에는 산업재해보상보험을 적용해야 한다.

- ① 가해 차량에 탑승한 운전자의 부모, 배우자
- ② 뺑소니 차량에 의한 부상으로 책임보험을 초과한 부분
- ③ 불가항력적인 사고 시 운전자 본인

4) 자동차보험 진료수가 분쟁 심의회

- ① 교통사고 환자에 대한 적절한 진료보장하기 위한 설립취지를 갖고 있다.
- ② 진료수가 분쟁심의회는 보험사업자와 의료기관 서로 협의하여 구성된다.
- ③ 자동차보험 진료수가와 관련된 분쟁의 예방 및 해결을 위해 설립되었다.
- ④ 지급보증에 따른 사실관계를 고려하기 위해 입원료 및 식대 심사지침을 적용하고 있다.

5) 감정판정

주로 장해보상과 정밀 확인을 위한 것이다. 자동차보험의 경우 신체감정서를 토대로 장해보상의 주요 내용을 맥브라이드 장해 등급표에 의하여 평가하고 있으며, 산재보험의 경우에는 산업재해보상보험법에 의한 신체장해 등급표에 의하여 분류 평가하고 있다.

6) 교통사고 처리 특례법

차의 운전자가 업무상 과실치상죄 또는 중과실치상죄를 범하고 피해자를 구호하는 등 사고 발생시의 조치를 하지 않고 도주하거나 피해자를 사고장소에서 옮겨 유기하고 도주한 경우와 신호등의 위반, 중앙선침범 등과 제한속도 초과, 앞지르기 방법 등의 위반, 건널목 통과방법 위반, 횡단보도보행자보호의무 위반, 무면허운전·음주운전·보도횡단방법 위반, 승객 추락방지의무 위반 등의 항목에 해당하는 행위로 인하여 그 죄를 범한 때를 말한다.

7) 자동차보험환자의 진료비 중 환자에게 직접 청구

- ① 보험사업자 등이 지급의사가 없다는 통지를 한 경우
- ② 보험사업자 등이 지급의사를 철회한 경우
- ③ 보험사업자 등이 보상대상이 아닌 진료비

8) 자동차 보험회사로부터 회수할 수 있는 진료비

- ① 다른 병원 진료 후에 보험회사에 한도금액이 남아 있을때
- ② 지불보증서에 기재된 질환
- ③ 지급한도액, 지급범위, 지급의사 내용을 표기할 때

9) 공무원 및 사립학교 교직원의 직무상 부상이나 질병 시 적용되는 수가

산재보험 수가

10) 환자유형별 수가적용이나 자격관리

- ① 자동차보험환자의 경우 교통사고와 관련이 없는 질환에는 자동차보험수가를 적용하지 아니한다.
- ② 산업재해보상보험환자의 경우에는 업무와 관련이 있는 질환이 산재보험급여대상이 된다.
- ③ 의료급여환자의 경우 2차 의료기관에서 진료를 받으려면 일부의 경우를 제외하고는 요양급여의뢰서가 있어야 한다.
- ④ 국민건강보험환자의 경우 범죄행위로 인한 상병으로 판단되면 공단에 급여제한여부 조회서를 보내야 한다.

11) 자동차보험과 관련한 설명

- ① 가해차량 운전자 또는 피보험자의 부모, 배우자, 직계자녀의 부상은 건강보험이나 의료급여를 적용할 수 있다.
- ② 병원은 입원환자의 외출·외박과 관련한 내용과 사유를 기록하여 3년간 보관해야 한다.
- ③ 업무용이나 영업용 자동차를 운전하다 사고를 당한 운전자나 피보험자는 산업재해 보상보험을 적용할 수 있다.

12) 자동차보험 급여에서 인정이 제외되는 범위

① 진료수가 인정 제외대상

- 1. 명백히 해당 자동차사고와 인과관계가 없는 상병(傷病)에 대한 진료비. 다만, 해당 자동차 사고 당시에는 증상이 없었으나 환자에게 고의 또는 중대한 과실이 없으며 의료기관 또한

고의 또는 과실 없이 진료 중에 발생한 증상(“합병증”을 말한다)에 대한 진료비는 그러하지 아니하다.

※ 진료수가의 인정범위에서 제외되는 비용은 교통사고환자 등에게 청구할 수 있다. 다만, 위 단서 중 의료기관의 고의 또는 과실로 인한 합병증에 대한 진료비는 그러하지 아니하다.

2. 해당 자동차사고가 있기 전에 이미 가지고 있던 증상(“기왕증”을 말한다)에 대한 진료비. 다만, 기왕증이라 하여도 해당 자동차사고로 인하여 악화된 경우에는 그 악화로 인한 진료비는 그러하지 아니하다.
3. 교통사고환자의 요구로 발생한 상급병실료(일반병실료와의 차액을 말한다). 다만, 「보험업법」에 따라 인가된 자동차보험약관이 정하는 기준에 의하여 부득이하게 상급병실을 사용한 경우에는 그러하지 아니하다.
4. 교통사고환자가 제12조제1항에 따른 의료기관의 퇴원 또는 전원(轉院) 지시에 불응하는 경우에 그 지시일의 다음 날부터 그 의료기관에서 입원함으로써 인하여 증가된 진료비. 다만, 퇴원 또는 전원 지시에 따라 통원치료 또는 다른 의료기관으로 전원하여 발생한 진료비는 그러하지 아니하다.

② 선택진료비용의 인정범위 등

교통사고환자가 「의료법」제46조제5항에 따른 선택진료를 받은 경우에 「선택진료에 관한 규칙」에 따라 추가되는 비용의 인정범위는 다음 각 호와 같다.

1. 진찰(한방 포함)
2. 방사선티수영상진단(일반전산화단층영상진단 및 자기공명영상진단 제외)
3. 마취
4. 수술

※ 위에서 정한 4가지 항목 외에 추가되는 선택진료비용은 교통사고환자에게 청구할 수 없다.

13) 자동차 사고 환자가 응급실을 방문할 시 병원에서 조치할 사항

피해가 경미한 부상인 경우에는 가해자가 경찰 및 보험회사에 신고를 하지 않고 상호간 직접 합의처리하려는 경향이 많으므로 진료비는 우선적으로 피해자(환자)나 피해자 가족에게 부담시켜 수납하거나 보증을 받는다. 그러나 의료기관에서 가해자와 피해자간에 합의처리를 중용하는 것은 문제가 확대될 수 있으므로 중립적인 입장을 유지하되 가능한 보험처리를 유도한다.

V

진료미수금, 의료분쟁, 원무통계 등

1. 진료미수금

1) 진료미수금(未收金; account receivable)

진료비 미수금은 발생원천, 관리하는 목적과 방법에 따라서 몇 가지로 분류할 수 있으나 원칙적으로 진료미수금이 의료수익에 포함되므로 의료수익의 분류는 회계원칙에 의한 분류, 진료형태에 따른 분류, 환자종별에 의한 분류, 지불처에 따른 분류 건강보험공단미수금, 산재보험기관미수금 등이 있다.

- ① 발생주의(accrual basis)는 환자에게 제공한 재료(약품 등)와 용역(진찰, 수술 등)의 대가로 받을 권리가 생긴 시점에 계산하는 방법이다. 장점으로는 의료수익, 미수금, 현금을 종합관리 함으로써 부정을 최소화 하게 되고(상호검증), 매일 진료비가 집계되므로 퇴원환자진료비 정산이 정확하고 빠르다. 그러나 업무가 복잡하고, 회계장부를 원무과와 경리과가 각각 정리하여 협조해야 한다는 단점이 있다.
- ② 현금주의는 진료비 가운데 일부라도 입금이 되면 그 입금시점으로 계산하는 방법으로 업무 처리가 단순한 장점이 있다. 단점으로는 회계기간의 공준을 지키지 않는 방법이고(기간수익의 왜곡), 의료수익관리 및 의료미수금, 현금관리의 착오나 부정소지가 많으며, 퇴원진료비 계산이 늦으며, 계산시 정산착오의 가능성이 많다. 따라서 발생주의에 따라 재원미수금부터 관리해야 한다.

2) 진료비 미수금관리

- ① 발생주의 원칙: 진료행위와 동시에 진료수입이 인식 → 수납 - 진료미수금
- ② 재원미수금: 진료미수금 회계결산시점에만 계상 - 중간입금관리 근거로 활용
- ③ 대손처리 기준: 법인세법(시행령 제21조)규정, 채무자의 장기간 주소불명으로 독촉 및 회수가 불가능한 경우, 가압류나 소송비용이 진료비를 상회하는 경우, 채무자의 사망, 소멸시효 경과
 - 기회비용이란 여러 대안이 존재하는 경우에 한 가지를 선택함으로써 포기하게 되는 나머지 대안의 가치를 말한다.
 - 수금비용은 미수금 회수에 수반되는 비용은 일반적으로 신용조사비용과 미수금 회수비용으로 구분된다.
 - 대손비용은 채권자가 보유한 채권중 채무자의 상환능력이 없거나 사실상 회수가 불가능한 사유에 해당하는 채권을 회계기준에 따라 비용으로 설정해 놓은 대손충당금과 상계하여 손실로 처리하는 것을 대손상각이라 하고 이에 해당하는 비용을 대손비용이라 한다.
 - 환자 및 보호자의 주소가 장기간 불명으로 파악되어 독촉통보가 불가능하거나 소액으로서

가압류나 소송비용이 진료비를 상회할 경우, 혹은 채무자 사망 등으로 인하여 채권회수대상의 소명, 시효경과 등에 대해서는 관계서류를 첨부하여 자체규정에 따라 결손처리함.

3) 진료비의 채권

의료기관의 진료비 채권은 민법 제163조제2호의 규정을 적용한다면 3년의 단기소멸시효를 가진다. 따라서 3년 이내에 채권을 행사하지 못한다면 소멸시효가 완성되어 채무자가 소멸시효의 이익을 포기하지 않는 한 동 채권은 자동 상실하게 된다. 진료비 채권청구 소멸시효의 기산점은 통상적으로 진료가 완료된 날이라고 할 수 있다.

☞ 국민건강보험법 제91조(시효)

권리는 3년 동안 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성된다. *보험급여 비용을 받을 권리

☞ 민법 제163조(3년의 단기소멸시효)

채권은 3년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성한다.

* 의사, 조산사, 간호사 및 약사의 치료, 근로 및 조제에 관한 채권

4) 대손처리

대손상각(bad debts expense)이란 채권자가 보유한 채권 중 채무자의 상환능력이 없거나 사실상 회수가 불가능한 채권을 기업회계기준에 따라 대손충당금과 상계하여 채권 등의 자산을 손비로 처리하는 것을 말한다.

채무상태표(대차대조표)에 계상하는 외상매출금이나 받을어음 등 수취채권의 기말잔액은 회수될 금액을 정확히 나타내는 것이 아니므로 그 회수가능성을 검토할 필요가 있다. 거래처의 파산, 행방불명, 사망 및 재해 등으로 인하여 회수가 불가능한 채권을 대손이라고 하는데 이로 인한 손실을 대손상각이라고 한다. 대손상각이란 미수의 매출채권에 대한 처리를 할때 사용하며, 보통 1% 정도 대손을 잡아준다.

5) 채권 확보

- 근저당(根抵當): 일정기간 동안 증감변동할 불특정의 채권을 결산기에 최고액을 한도로 담보하기 위한 저당권
- 공증(公證): 특정한 사실 또는 법률관계의 존재를 공적으로 증명하는 행정행위
- 가압류(假押留): 금전 또는 금전으로 환산할 수 있는 청구권을 그대로 두면 장래 강제집행이 불가능하게 되거나 곤란하게 될 경우에 미리 일반담보가 되는 채무자의 재산을 압류하여 현상(現狀)을 보전하고, 그 변경을 금지하여 장래의 강제집행을 보전하는 절차
- 지급명령(支給命令): 금전 기타의 대체물(代替物) 또는 유가증권의 일정수량의 지급을 목적으로 하는 청구에 관하여 채권자의 일방적 신청이 있으면 채무자를 신문하지 않고 채무자에게 그 지급을 명하는 재판(민사소송법 432·436조)
- 약속어음: 채무지불을 위해 합법적인 형식에 따라 작성된 특별한 종류의 약속. 이것을 지참한 사람에게 여기에 서명한 사람으로 하여금 명시된 금액을 일정 기간 내에 지불하도록

요구할 수 있는 확실한 권리. 약속어음은 채무자가 채권자에게 발행한 서면으로 된 약속

- 채권양도 약정: 진료비를 납부하지 못한 암 환자에게 지급될 예정인 생명보험회사의 보험료를 진료비 후불 조건으로 병원에게 양도할 것을 목적으로 체결하는 계약
- 공탁금: 잘못된 기압류로 인해 발생할 수 있는 채무자의 손해를 담보하기 위해 법원이 채권자로 하여금 일정한 금액을 은행을 예치하도록 명령하는 것
- 본안소송: 일반적으로 상호 주장이 상이하여 다툼이 있는 경우에 채무명의를 판단하기 위하여 양 당사자에게 주장할 수 있는 기회를 부여하는 일반적인 소송절차를 말한다.

6) 지급명령

독촉절차(督促 절차)라고도 한다. 지급명령의 신청인을 채권자, 상대방을 채무자라고 한다. 지급명령은 다툼이 없는 청구에 관해 간이·신속하고 경미한 비용으로 채무명의를 얻게 하는 것을 목적으로 한다. 이 절차는 채무자가 이의신청을 하지 않으면 집행력이 부여되므로 통상의 판결절차보다 간이·신속하게 채무명의를 얻게 되는 이점이 있으나, 채무자가 사후에 이의신청을 하게 되면 통상의 민사소송절차로 이행하게 된다.

지급명령의 신청에 대해서는 채무자를 심문하지 않고 결정으로 재판한다. 신청이 관할위반이거나 앞서 개념정의에서 본 신청요건이 흠결된 경우에는 결정으로 신청을 각하한다. 이에 대해서는 불복신청을 할 수 없다. 각하사유가 없으면 그 취지에 따라 지급명령을 발하고 당사자 쌍방에게 송달한다(제438조).

채무자가 지급명령의 송달을 받으면 그는 송달일로부터 2주일 이내에 이의신청을 할 수 있다 이는 지급명령에 대한 유일한 불복신청방법으로서 이의의 범위 내에서 지급명령을 실효시킨다. 법원이 이의신청을 적법하지 않다고 인정한 때에는 결정으로 이를 각하해야 한다. 지급명령에 대해 이의신청이 없거나 이의신청을 취하하거나 각하결정이 확정된 때에는 지급명령이 확정된다(제445조).

2. 의료분쟁

2011년 4월 7일, 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」이 공포되어 의료분쟁으로 고통 받는 환자와 의료인을 위해 보건복지부 산하 공공기관으로 「한국의료분쟁조정중재원」이 2012년 4월 8일 개원되었다.

의료분쟁의 일방 당사자가 한국의료분쟁조정중재원에 조정신청을 하면, 한국의료분쟁조정중재원이 당사자들의 주장과 사실 여부의 확인, 의료적 과실의 유무, 인과관계의 유무 등을 종합적으로 판단하여 적절한 합의안을 도출하고 양측에 권고함으로써 당사자들이 이에 동의하여 원만한 해결에 이를 수 있도록 하는 분쟁해결 절차를 받아들이어 업무처리를 한다.

1) 의료사고, 의료과오, 의료분쟁

- 의료사고: 의료행위에 의한 나쁜 결과가 발생하는 경우뿐 아니라 의술의 불완전성 및 의료인의 과실 등으로 인한 당초에 기대한 수준에 반하는 결과가 나타난 것

- 의료과오: 의료인이 업무과정에서 요구되는 선량한 관리자로서 주의 의무를 태만히 하여 환자의 상태를 악화시키거나 사망에 이르게 하는 등의 결과를 야기한 경우
- 의료분쟁: 의료행위의 결과에 따라 환자측이나 다른 의료기관이 의료인의 과오를 주장하면서 손해배상이나 형사처벌을 요구하는 다툼이 제기된 상태

2) 민사 및 형사소송의 경우에 항소기간

민사소송의 항소기간은 판결이 선고되면 판결서가 10일 정도 안에 송달되는데, 판결正本 송달 받은 날부터 2주일(14일) 내에 패소한 당사자는 항소장을 제출해야 한다(항소장은 원심법원에 제출). 형사소송의 항소는 제기할 수 있는 기간을 항소기간이라고 하는데 민사소송에서는 판결의 송달이 있는 뒤에 2주일 안에, 형사소송에서는 판결을 선고한 날로부터 7일 안에 항소를 해야 한다.

3) 의료분쟁의 예방을 위한 의료사고 예방대책

의료분쟁이 해소방안으로는 의료의 질 향상, 원만한 병원-환자 관계의 유지, 환자측에 대한 설명·동의 및 기록 철저, 의료분쟁에 대한 교육 강화, 적절한 보상제도의 확립, 한국소비자보호원

- ① 환자와의 관계는 신뢰관계 유지
- ② 정확하고 세심한 진료기록의 작성
- ③ 설명의무 철저
- ④ 오진에 대한 주의와 지속적인 사후관찰
- ⑤ 성실하고 충분한 설명 및 철저한 의무기록
- ⑥ 의료분쟁 사례 교육 강화
- ⑦ 의료배상책임보험 가입
- ⑧ 의료의 질향상
- ⑨ 적절한 보상제도의 확립(의료심사조정위원회)

4) 의료분쟁

의료분쟁은 의료사고가 직접적인 원인이 되는 경우가 대부분이지만, 완치를 바라는 환자측의 과도한 기대감이나 응급 및 의료전달 체계의 미비, 의료에 대한 사회적 인식 등과 같은 간접적 원인에 의해 발생하기도 한다. 의료 주체적 요인, 의료 본질적 요인, 사회, 제도적 요인, 의료 소비자측 요인 등이 있다.

의료분쟁은 아예 발생시키지 않도록 예방하는 것이 중요하다. 의료분쟁은 의료행위가 있는 곳에는 부득이 발생하는 현상으로 이해될 수도 있지만 예방하려는 노력의 정도에 따라서 그 발생빈도를 극소화할 수 있다. 의료기술의 충실화, 설명(대화)의 충실화(친절성, 진실성, 일관성, 적시성), 의료윤리확립과 환자의 권리보호 등이 있다.

5) 의료계약의 법적성질

준계약(準契約, quasi-contract)은 계약은 아니나 법적으로 계약과 같은 효력을 내포하고 있는 것을 말한다. 예를들면 의사 A가 교통사고를 당하여 의식불명인 자 B를 치료하여 준 경우 A와 B 사이에는 아무런 계약도 성립되지 아니하였지만 B는 A에게 치료비를 지불할 의무를 부담한다. 또한, 계약이 유효하게 성립되지 아니한 경우에도 채무자가 유효하게 성립된 것으로 오인하여 채무를 이행한 경우에도 채권자는 자신이 받은 부당이득을 채무자에게 반환할 의무를 부담한다.

6) 손해액의 산정

- 의료사고로 인한 손해배상금 또는 합의금을 산출하기 위해서는 먼저 외형상의 총 손해액을 확정해야 한다.
- 의료사고로 인해 발생하는 민법상의 손해배상 형태는 적극적 손해, 소극적 손해, 위자료 등으로 나누어 진다.
- 전체 손해배상액을 계산하는 방식은 다음과 같다.

전체 손해배상금

$$[(\text{적극적 손해} + \text{소극적 손해}) \times (1 - \text{환자의 과실비율})] + \text{위자료}$$

- 사망한 환자의 일실수입을 계산함에 있어 본인이 살아 있었더라도 그 본인이 일정한 수입을 얻기 위해 지출했을 생활비를 공제하여야 한다. 본인이 일정한 수입을 얻기 위해서는 기본적인 생계비를 지출했을 것이고, 그 생계비를 제외한 금액이 본인의 순수한 수입일 것이기 때문이다. 법원에서는 30%, 1/3, 35%, 40% 등으로 사망자의 본인의 생계비를 공제하고 있으나 보통 가피해자의 상호간에 1/3공제의 다툼 없는 사실로 처리한다.

7) 의료분쟁 해소방안

의료의 질 향상, 의연하고 적극적 태도, 의사에 대한 불신해소와 동의 확보, 불필요한 오해방지와 친절한 서비스, 법률적 사고 능력 제고, 감정의 공정성확보

3. 원무통계

1) 통계의 기본 요건

- ① 적시성은 통계의 작성과 보고 시기가 활용시기와 맞아야 한다.
- ② 명료성은 작성 목적과 기준 및 출처가 명확해야 한다.
- ③ 간결성은 내용과 서식 등이 간결해야 한다.
- ④ 정확성은 통계정보와 수치가 정확해야 한다.

2) 병원의 가동병상수

가동병상수는 허가병상과는 달리 입원환자의 진료를 위하여 병실에 실제로 사용하는 병상을 말한다. 병상이 효율적으로 운영된다는 것은 입원환자수가 많아 시설이용도가 높아 수익성이 좋아지며, 국가차원에서도 의료자원이 효율적으로 운영된다는 것을 의미한다는 것이다.

- ① 격리병동 병상 ② 보육기 ③ 중환자실 병상

3) 외래 환자의 분류 방법

- ① 외래환자 분류는 수진형태(입원, 외래), 내원경험(신환, 구환), 질병양상(초진, 재진), 진료희망(선택진료, 일반진료), 진료수가유형(건강보험, 의료급여, 산재보험, 자동차보험), 내원양태(응급, 의뢰, 일반) 등으로 구분된다.
- ② 수가 유형별에는 건강보험환자, 의료급여환자, 자동차보험환자, 산업재해보상보험환자가 있다.

4) 원무통계

- ① 원무통계는 주로 환자 진료통계와 진료수익통계로 나눌 수 있으며, 환자진료통계는 외래와 입원으로 구분하여 집계하며, 진료수익통계는 외래진료수익과 입원진료수익으로 구분하고 다시 환자 종류별, 진료과별, 수가항목별로 나누어 집계한다.
- ② 지역별 환자분포: 특정병원의 진료권(service area)과 환자의 분포상황을 알 수 있으므로 특정지역사회에 대한 친화도(relevance index)와 관계된다.

5) 외래 초진율

- ① 병원의 환자 유인력의 변화를 의미하며, 연 외래환자수가 증가하면서 이 비율이 높아지는 것은 병원진료권 인구가 증가되고 병원 신뢰도가 커지고 있다는 점을 간접적으로 시사하는 지표이다. 외래환자 초진율이 높아지면 병원의 수익성이 높아진다. 이유는 초진환자의 경우에는 재진환자에 비해 진찰료도 비싸며 진단을 위하여 여러 가지 검사가 행해지기 때문에 평균진료비가 많이 발생하기 때문이다. 또한 초진환자가 많다는 것은 진료서비스의 개선을 통하여 재진환자로 전환함으로써 외래환자수의 증가가 용이하다는 것을 의미한다.
- ② 응급환자는 외래환자로 분류되며 총 외래환자 대비 응급실이용자가 차지하는 비율이 높을수록 일반적으로 지역병원으로서의 신뢰도가 높다. 평균재원일수는 환자가 입원하여 퇴원할 때까지의 평균입원기간을 의미하며, 퇴원환자의 연인원을 실 퇴원 환자수로 나눈 것이다.
- ③ 입원 대 외래환자 비율은 입원환자수에 대한 외래환자수의 비중을 나타내고 의료수익의 외래 의존도를 나타낸 것이다.
- ④ 외래환자 초진율: $\text{초진환자수} / \text{연외래환자수} \times 100$

6) 진료량 분석지표

- ① 외래환자 초진율은 병원의 환자 유인력을 나타내는 지표이다.
- ② 100병상당 일평균 입원환자수는 규모가 다른 병원과 비교하기 위한 지표이다.
- ③ 외래진료일수에는 공휴일은 제외하며, 토요일은 0.5로 계산한다.
- ④ 입원한 날은 재원일수 또는 총재원일수를 계산하는데 포함하나 퇴원한 날은 포함하지 않는다.
- ⑤ 100병상당 조정환자수로 외래 및 입원 환자 전체에 대한 병원간의 규모 적정성 여부를 파악하기도 한다.

7) 환자진료실적 지표(utilization indicator)

- ① admissions of outpatients(외래환자 입원율)
- ② hospital utilization(병원 이용률)
- ③ average length of stay(평균 재원일수)

8) 통계지수와 진료수익

병원 수익의 원천은 진료수익이다. 진료수익의 분석은 경영분석의 일부이며, 다양한 방법으로 이를 분석 진료의 원가 최적화, 경영의 방향설정의 가장 기본적인 정보가 된다. 다양한 분석의 방법이 있으나 기본적인 필수사항은 외래환자 1인 1일당 평균진료비, 100병상당 일평균 외래수익, 외래환자수가 항목별 진료건당 외래수익, 입원환자수가 항목별 진료건당진료비, 의료미수금 회전기간 등이 있다.

진료 수익 분석; 외래환자 1인 1일당 평균 진료비, 100병상당 일평균 외래수익, 외래환자 수가항목별 진료 건당 외래수익, 입원환자 1인 1일당 평균진료비, 입원환자 수가항목별 진료건당진료비, 의료미수금 회전기간, 보험심사조정(삭감)률

9) 외래환자 분석

- ① 일일평균 외래환자수: 외래환자 연인원수 / 외래진료일수
- ② 외래환자 초진율: 초진환자수 / 연외래환자수 × 100
- ③ 외래환자 1인당 평균방문횟수: 외래환자 연인원수 / 외래 실인원수
- ④ 외래환자 입원율: 실 입원환자 실인원수 / 연외래 환자수 × 100

10) 병상이용률 = 총재원일수 / 연가동병상수 × 100

일정기간 중 환자를 수용 할 수 있는 상태로 설치한 병상수가 실제 환자에 의해 점유된 비율로서 병원인력 및 시설의 활용도를 간접적으로 의미함을 알아볼 수 있다.

일정기간 동안 가동병상 중 입원환자가 실제로 사용한 병상의 비율을 의미하는데 병상수는 인

력, 의료장비, 총비용과 같은 투입요소와 밀접한 관련성이 있으므로 이 비율은 병원의 인적자원이 나 시설의 활용도를 의미한다.

$$11) \text{ 평균재원일수} = \{ \text{총재원일수} / (\text{입원실인원} + \text{퇴원실인원}) / 2 \} / 2$$

평균재원일수는 환자가 입원하여 퇴원할 때까지의 평균입원기간을 의미하며, 퇴원환자의 연인원을 실 퇴원 환자수로 나눈 것이다. 퇴원환자 연 재원일수/실퇴원환자수 혹은 퇴원환자연인원수/[(실입원환자수+실퇴원환자수)/2]의 공식이 있다.

$$12) \text{ 병상회전율} = \text{실퇴원환자수} / \text{평균가동병상수 또는 입원환자수} / \text{허가병상수}$$

병상이 효율적으로 운영된다는 것은 입원환자수가 많아 시설이용도가 높아 수익성이 좋아지며, 국가차원에서 의료자원이 효율적으로 운영된다는 것을 의미하는 것이다. 병원이용률은 병원의 시설이용도를 나타내는 대표적인 지표로 입원환자가 실제로 사용한 병상의 비율을 말한다. 병상회전율은 병상이용률이 높을 때 이 비율이 높을수록 병원의 수익성이 좋다고 할 수 있다.

$$13) \text{ 병원이용률(\%)} = \text{조정환자수} / \text{연가동병상수} \times 100$$

병상이용률이 입원환자만을 대상으로 한 지표임에 비하여 병원이용률은 입원과 외래를 동시에 평가하는 지표라 할 수 있다. 병원이용률은 병원인력, 시설의 활용도를 종합적으로 설명하는 지표로서 병상이용률보다 설명력이 높다.

※ 병상이용도 분석: 병상이용률, 병원이용률, 병상회전율, 병상회전기간

$$14) \text{ 응급환자입원율(\%)} = \text{응급환자 중 입원환자수} / \text{총응급환자수} \times 100$$

응급실에 온 총 응급환자 수 중 입원환자 수

15) 진료비 산정 수가기준

건강보험, 의료급여, 산업재해보상보험, 자동차보험

4. 기타

1) 진단서

의료법 제17조(진단서 등) ① 의료업에 종사하고 직접 진찰하거나 검안(檢案)한 의사[이하 이 항에서는 검안서에 한하여 검시(檢屍)업무를 담당하는 국가기관에 종사하는 의사를 포함한다, 치과 의사, 한의사가 아니면 진단서·검안서·증명서 또는 처방전(의사나 치과 의사가 「전자서명법」에 따른 전자서명이 기재된 전자문서 형태로 작성한 처방전(이하 “전자처방전”이라 한다)을 포함

한다. 이하 같다)을 작성하여 환자(환자가 사망한 경우에는 배우자, 직계존비속 또는 배우자의 직계존속을 말한다) 또는 「형사소송법」 제222조제1항에 따라 검시(檢屍)를 하는 지방검찰청검사(검안서에 한한다)에게 교부하거나 발송(전자처방전에 한한다)하지 못한다. 다만, 진료 중이던 환자가 최종 진료 시부터 48시간 이내에 사망한 경우에는 다시 진료하지 아니하더라도 진단서나 증명서를 내줄 수 있으며, 환자 또는 사망자를 직접 진찰하거나 검안한 의사·치과의사 또는 한의사가 부득이한 사유로 진단서·검안서 또는 증명서를 내줄 수 없으면 같은 의료기관에 종사하는 다른 의사·치과의사 또는 한의사가 환자의 진료기록부 등에 따라 내줄 수 있다. <개정 2009.1.30>

② 의료업에 종사하고 직접 조산한 의사·한의사 또는 조산사가 아니면 출생·사망 또는 사산 증명서를 내주지 못한다. 다만, 직접 조산한 의사·한의사 또는 조산사가 부득이한 사유로 증명서를 내줄 수 없으면 같은 의료기관에 종사하는 다른 의사·한의사 또는 조산사가 진료기록부 등에 따라 증명서를 내줄 수 있다.

2) 진단서 종류

일반진단서, 사망진단서, 사체검안서, 병사용 진단서, 건강진단서, 상해진단서, 진료비 추정서, 장해진단서, 정신감정서, 입·퇴원 확인서, 출생증명서 등 수수료를 받으며, 회신할 공문을 2부 작성해 결제를 득한 후 1부는 보관하고, 1부는 총무부서를 통해 대외기관에 발송하게 된다.

※ 병사용진단서의 기재내용은 1) 이름, 2) 주민등록번호, 3) 주소, 4) 직업, 5) 병명과 발병일, 6) 발병장소와 초진일, 7) 발병원인, 8) 질병에 대한 의사소견, 9) 치료경과, 10) 회복경과와 일상생활 가능 여부, 11) 계속 치료를 요하는 기간, 12) 향후 치료에 대한 소견, 13) 치료후의 심신장애 소견, 14) 병명을 진단한 검사내용

※ 병원도착 전 이미 사망한 경우(DOA)에는 반드시 의사가 사체를 검안한 후 사체검안서를 발급한다.

3) 진료기록 보존기간

환자 명부 5년, 진료기록부 10년, 처방전 2년, 수술기록 10년, 검사소견기록 5년, 방사선사진 및 그 소견서 5년, 간호기록부 5년, 조산기록부 5년, 진단서등 부분(진단서·사망진단서 및 시체검안서등 별도 구분하여 보존) 3년 등이 있다.

4) 비급여수가

국민건강보험진료수가기준에 정하여지지 아니한 진료비의 수가를 말하며 각 의료기관에서 정한다. 의료법 시행규칙(제42조의2) 진료비용 고지방법에 의하여 의료기관 잘 보이는 곳에 게시하여야 한다.

5) 의료인의 의무

의료법 제15조(진료거부 금지), 제19조(비밀누설 금지)와 환자 진료과정 및 수술 등에 대한 설

명 등 고지의무, 주의의무, 설명의무, 진료기록의무, 번사체신고의무, 설득의무, 전원의무 등이 있다.

6) 환자의 자기결정권과 관련한 설명의무

수술과 같이 환자의 신체에 의료적인 행위를 함에 있어, 환자에게 그 선택 여부를 결정하는데 필요한 정보로서 질병의 증상, 진료의 방법, 위험성 등을 설명하여야 할 의무를 말한다. 즉, 의사는 환자가 질병의 증상, 치료방법의 내용 및 필요성, 발생이 예상되는 위험 등에 관하여 당시의 의료수준에 비추어 상당하다고 생각되는 사항을 설명 듣고, 시술 또는 수술을 받을지를 결정할 수 있게 해 주어야 한다는 것이다.

설명 의무의 주체는 원칙적으로 당해 처치의사라 할 것이나 특별한 사정이 없는 한 다른 의사를 통해서도 할 수 있다(대법원 1999.9.3 선고 99다10479 판결).

5. 건강검진 등

1) 검진기관의 지정(건강검진기본법 제14조)

- ① 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 및 「지역보건법」 제10조에 따른 보건소(보건의료원을 포함한다)가 국가건강검진을 수행하고자 하는 경우에는 보건복지부장관으로부터 검진기관으로 지정을 받아야 한다.
- ② 제1항에 따른 검진기관의 인력·시설 및 장비 등 검진기관 지정기준 및 절차는 보건복지부령으로 정한다.

2) 암검진사업 대상 암의 종류·검진주기 등(암관리법 시행령 제8조)

암검진사업의 대상이 되는 암의 종류는 다음 각 호와 같다.

- ① 위암 ② 간암 ③ 대장암 ④ 유방암 ⑤ 자궁경부암

암의 종류별 검진주기와 연령 기준 등(제8조제2항 관련)

암의 종류	검진주기	연령 기준 등
위암	2년	40세 이상의 남·여
간암	6개월	40세 이상의 남·여 중 간암 발생 고위험군
대장암	1년	50세 이상의 남·여
유방암	2년	40세 이상의 여성
자궁경부암	2년	20세 이상의 여성

비고: '간암 발생 고위험군'이란 간경변증, B형간염 항원 양성, C형간염 항체 양성, B형 또는 C형 간염 바이러스에 의한 만성 간질환 환자를 말한다.

※ 암관리 종합계획

국가암등록통계사업, 암예방사업, 국가암검진사업, 암환자의료비지원사업, 지역암센터지원사업, 재가암관리사업, 호스피스완화의료사업 등을 수행한다.

3) 국민건강보험공단에서 실시하는 건강검진

- ① 비사무직: 1년에 1회, 사무직: 2년에 1회 실시
- ② 1차 검진: 문진 및 체위검사, 흉부방사선 검사, 혈액검사, 뇨검사, 구강검진 등 22개 항목, 건강위험평가 결과제공
- ③ 2차 검진: 고혈압, 당뇨병 의심자 및 인지기능장애 고위험군에 대한 2차 검사, 1차 검진결과 상담 및 보건교육 등
- ④ 만40세, 만66세 생애전환기 1차 검사항목은 진찰과 상담, B형간염 항원항체검사 등 23항목임
- ⑤ 만66세 생애전환기 1차 검사항목은 진찰과 상담, 골밀도, 노인검사 등 26항목임
- ⑥ 간염검사: B형간염 항원, 항체검사를 실시한다.

4) 검진비용부담 및 청구 지급(건강검진기본법 제13, 14조)

- ① 일반건강검진, 생애전환기건강진단, 영유아건강검진은 공단이 전액 부담한다.
- ② 의료급여수급권자의 검진비용은 국기와 지방자치단체에서 부담한다.
- ③ 검진기관은 건강검진을 완료한 날로부터 30일 이내에 다음 각 호 중 해당 내용을 수록한 전산자료로 검진비용을 공단에 청구하여야 한다. <개정 2016. 1. 25.>
- ④ 공단은 제2항의 검진비용 청구서가 접수된 날로부터 15일 이내에 해당 검진기관의 건강보험 요양급여비용 지급계좌로 검진비용을 지급하여야 한다. 다만, 공단이 검진기관에 기재 오류 등 청구 착오에 대한 정정을 요청한 경우에는 그에 소요되는 기간은 제외한다.

5) 건강검진(국민건강보험법 시행령 제25조)

법 제52조에 따른 건강검진(이하 “건강검진”이라 한다)은 일반건강검진, 암검진 및 영유아건강검진으로 구분하여 실시한다.

6) 생애전환기 건강진단 주요내용

- ① 질병발견 위주의 선별적 검진체계를 사전 예방적 건강관리체계로 전환 가능하게 됨
 - 개인별 건강위험평가를 도입하여 뇌졸중, 당뇨병 등 심·뇌혈관질환 발생위험도, 교정 가능한 위험요인과 개선목표를 제시하고, 개인별 특성에 맞는 교육자료를 제공
 - 생활습관 평가 및 개선 처방 등 의사 상담 프로그램을 도입하여 5대 건강위험요인에 대한 생활습관 평가 및 처방, 상담을 제공

- ② 성별, 연령별 특성을 고려하여 생애주기에서 성별·연령별 예방효과가 탁월한 검진항목을 제공한다.
- ③ 건강검진의 사각지대에 있던 의료급여수급권자 및 비취학 청소년을 생애 전환기 건강진단의 대상으로 포함하여 건강형평성을 제고하였다.

15점

15점



15점

15점

15점

15점

15점

15점

15점

15점

15점

15점

15점

15점

15점

15점

15점

15점

15점



단원별 문제정리

• 1. 원물관리



1. 외래, 입퇴원 관리

1. 병원의 특성이 아닌 것은?

- ① 대량생산 가능하고, 비영리 단체이다.
- ② 공공재
- ③ 응급성
- ④ 항상성

해설 병원은 진료와 질병예방, 교육과 연구, 사회봉사 등 매우 다양한 사업목적 가지고 있고, 병원은 복잡한 전환과정을 거쳐 서비스를 생산한다. 또한 자본집약적이고 노동집약적인 경영체이다. 생산된 서비스의 품질관리가 어렵다. 경영목적이 상충적이며, 병원조직은 과업관리가 어려운 특성이 있다.

2. 의료기관에서 원물관리의 기능이 아닌 것은?

- ① 환자에 대한 접수, 수납서비스 제공
- ② 환자에게 제공할 의료서비스의 종류를 결정
- ③ 경영자에 대한 경영정보제공
- ④ 의료진에 대한 진료지원

해설 원물관리의 기능은 환자에 대한 서비스 제공(수속, 안내, 고충, 민원처리)과 의료진에 대한 진료지원(접수, 등록, 의무기록), 경영자에 대한 경영정보제공(원무 통계)기능이 있다.

3. 원물관리 대상 의료보장제도가 아닌 것은?

- ① 건강보험급여
- ② 개인질병 보험급여
- ③ 의료급여
- ④ 산업재해 보장보험급여

해설 의료보장제도는 사회보장의 일종으로 미국 사회보장법에서 최초로 사용되었다. 의료급여, 상병급여, 실업급여, 고령급여, 업무상 재해급여, 가족급여, 출산급여, 장애급여, 유족급여 등이 있고, 우리나라의 의료보장제도는 건강보험과 의료급여를 중심으로 하고 있다. 건강보험은 소득계층을 대상으로 하되 정기소득계층과 부정기소득계층으로 구분된다. 의료보장에는 건강보험, 의료급여, 산업재해보상보험, 공무상 요양 등이 있다.

4. 병원의 기능적 특성 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 업무의 수행과정 중 응급성, 판단의 신속성이 요구된다.
- ② 비영리를 추구하며 대체가 가능하다.
- ③ 자동화가 어렵고 대량전문생산이 어려운 서비스다.
- ④ 병원은 항상성이 있다.

해설 병원은 입원환자를 수용하여 진료할 수 있는 시설과 인력을 갖추어 진단, 치료, 재활, 예방을 포함한 완전한 의료를 제공하고 의료인력의 교육과 훈련 및 의학연구를 수행하는 하나의 공식적인 사회조직이다. 병원의 기능과 역할이 다양해짐에 따라서 수준병원조직의 규모도 커지고 복잡한 시스템을 갖게 되었다.

정답

1. ① 2. ② 3. ② 4. ②

5. 병원에 원무관리 기능이 효과적으로 구축되어야 하는 이유가 아닌 것은?
- ① 명확한 업무분장을 통해 업무과정에 혼란을 방지해야 하므로
 - ② 의료보장 규정에 따른 업무처리 능력을 함양시켜야 하기 때문에
 - ③ 의료보장 유형에 따라 진료비를 정확하게 산정하고 회수해야 하므로
 - ④ 경쟁병원의 환자 유치 전술을 신속히 파악, 업무에 즉시 반영하기 때문에
6. “원무관리는 (), () 및 () 간에 병원의 진료업무가 원활하게 수행될 수 있도록 조정, 지원하는 역할을 담당한다.” ()안에 들어갈 단어의 순서가 옳은 것은?
- ① 환자(고객), 연구직원, 제약회사직원
 - ② 환자(고객), 경영진(설립자), 의료장비업체
 - ③ 의료진, 경영진(설립자), 변호사
 - ④ 환자(고객), 경영진(설립자), 의료진
7. 적정이윤의 확보를 목표로 하는 병원과 진료비를 저렴하게 부담하기 원하는 환자가 공통적으로 추구하는 욕구는?
- ① 의료의 질
 - ② 신속한 업무처리
 - ③ 제도나 규정의 준수
 - ④ 처우 개선
8. 원무관리의 중요성이 대두된 배경으로 옳지 않은 것은?
- ① 의료의 발전
 - ② 의료보장제도의 발전
 - ③ 의료수요의 증가 및 병원규모의 대형화
 - ④ 자격증제도의 도입
- 해설** 환자수용시설이 확대되고, 환자수의 증가에 따라 업무량 및 직원 수가 증가하였으며, 업무의 분업화 및 전문화로 조정과 통제가 필요하게 되었다. 의료의 종적분화로 진료능력 수준이 고도화 되었으며, 업무량이 증가하여 의료에 관한 사무의 확대 및 별도 전문관리체계의 필요성이 증대되었다.
9. 처방전달시스템(OCs) 환경을 갖춘 병원의 외래 수납직원이 전산암호(pass word)를 새로 입력하거나 변경해야 하는 경우가 아닌 것은?
- ① 창구대체 업무에 들어갈 때
 - ② 업무 이동을 지시 받는 직후
 - ③ 신환 환자가 왔을 때
 - ④ 전직 또는 부서 이동 직후
10. 원무관리 전문화 필요성과 관련 없는 것은?
- ① 요양기관수의 증가
 - ② 다양한 의료보장제도의 실시
 - ③ 원무업무의 복잡화
 - ④ 환자(고객)의 욕구증대
- 해설** 외부의 경영압박 증가와 고객의식의 증대로 체계적인 병원경영의 필요성이 대두되어 전문가가 더욱 필요하게 되었다. 진료비 지불 방법이나 여러 가지 증명서의 작성·보관·보고 등이 많아지고, 소비자들의 욕구 증대에 따른 신속한 대응이 요구되며, 사무수속이 복잡해진다. 병원의 규모가 커질수록 업무는 점차 분업화를 요구한다.
11. 원무분야가 급변하는 의료환경을 선도하고 병원을 강한 조직으로 만드는 주역이 되기 위해 수행해야 할 업무내용이 아닌 것은?
- ① 업무효율성 향상 전략수립
 - ② 원무부서의 주장 관철
 - ③ 업무절차의 효과적 개선
 - ④ 원무업무의 one-stop 서비스 실시

12. 원무관리자가 갖추어야 할 조건이 아닌 것은?

- ① 의료관계법규에 대한 지식을 갖추어야 한다.
- ② 각종 의료보장제도에 대한 기본적 지식 및 처리 능력을 배양해야 한다.
- ③ 진료와 간호 등 병원 업무에 필요한 기본 지식의 배양이 필요하다.
- ④ 병명, 약품명 및 수술명 등의 지식은 업무처리에 필요치 않다.

해설 원무관리자는 병원을 위해서는 병원의 지속적 운영과 발전에 필요한 적정 이윤을 확보하는 데 기여해야 하고, 고객인 환자에게는 진료서비스를 제공 받는 과정에 불편이 없도록 모든 편의를 제공해야 하는 동시에, 의료서비스를 생산하는 주체인 의료진이 진료하는데 불편함이 없도록 효과적으로 지원하는 역할을 완벽하게 수행해야 한다.

13. 원무관리자의 기본요건이 아닌 것은?

- ① 진료과정 이해와 개괄적인 의학적 지식 함양이 필요하다.
- ② 각종 의료보장제도에 대한 이론 및 정보처리 능력도 필요하다.
- ③ 법무팀이 있으므로 의료관련 법규 습득은 중요하지 않다.
- ④ 보건의료정책을 포함한 병원 내·외부의 환경분석과 전략의 개발 능력도 필요하다.

해설 원무관리자는 ① 환자의 심리적 불안감과 긴장감을 이해하고 친절하고도 편안하게 대응할 수 있는 능력
 ② 병원사무에 관련된 원무통계, 의료법규, 각종보험(건강보험, 의료급여, 산재보험, 자동차 보험)에 대한 전문적인 지식 확보
 ③ 의료분야에 대한 전문상식(의학용어, 의약품, 치료재료, 진단명)은 물론 전산운영 능력 확보
 ④ 의료서비스에 대한 환자의 만족도를 정기적으로 측정하여 환자의 불편사항을 새로운 아이디어로 개발하여 서비스의 질을 향상 시키는 노력을 해야 한다.

14. 효과적인 병원경영을 위해 원무관리자가 행한 행동이 아닌 것은?

- ① 창구가 혼잡하고 대기시간이 길어 민원이 많은 진단서 발급창구를 여러 곳으로 분산 배치하여 대기 시간을 단축 및 혼잡도를 해소하였다.
- ② 고객으로부터 칭찬을 받는 창구직원에게 포상제도를 시행하여 사기를 진작시켰다.
- ③ 입원대기환자가 많아 관련부서 협조 아래 전일퇴원예고제를 실시하였다.
- ④ 입원대기환자가 많음에도 불구하고 장기재원환자는 병원경영을 위해 조기퇴원을 유도하지 않았다.

15. 전문화와 분업화가 가속화되는 원무분야에 근무하는 관리자가 지녀야 할 기본요건으로 가장 적절하지 않은 것은?

- ① 진료와 간호를 중심으로 한 병원업무의 진행과정에 대한 이해
- ② 질환이나 수술의 종류에 따른 진료서비스의 특성, 치료기간, 예상 진료비 등에 관한 지식
- ③ 진료비 청구의 극대화 기술
- ④ 의료보장제도에 대한 지식 및 처리능력

해설 원무담당자는 진료와 간호를 중심으로 한 병원 업무가 진행되는 과정에 관한 이해, 질환·약품·수술의 종류에 따라 제공되는 진료서비스의 방법 및 특성, 치료기간, 예상되는 진료비를 포함한 개괄적 의학지식, 환자의 심리상태를 이해하고, 쾌유할 수 있도록 배려하는 마음을 지닌 성숙된 인품, 병원을 아끼는 언행과 양질의 의료서비스를 제공하고자 하는 진실된 주인의식 등을 들 수 있다.

16. 원무부서 중심으로 업무 관련성을 갖게 되는 주요 이해 관련자에 대한 원물관리자의 역할 설명이 옳지 않은 것은?

- ① 환자 - 편의제공 ② 보험자 - 진료비 증액방안 협의
③ 설립자 - 적정이윤확보 ④ 의료진 - 진료지원

17. 의료기관을 개설·운영하는 개설자나 관리자의 준수사항이 아닌 것은?

- ① 입원실의 정원을 초과하여 입원시키지 아니할 것
② 입원실은 남·여로 구분할 것
③ 정신질환자는 절대 입원시키지 아니할 것
④ 입원실이 아닌 장소에서 환자·임부 또는 해산부를 입원시키지 아니할 것

해설 의료법 시행규칙 제33조(개설자 또는 관리자의 준수 사항) 법 제36조에 따라 의료기관을 개설·운영하는 개설자나 관리자는 다음 각 호의 사항을 지켜야 한다. <개정 2013. 3. 23>

1. 입원실의 정원을 초과하여 입원시키지 아니할 것
2. 입원실은 남·여별로 구별할 것
3. 입원실이 아닌 장소에 환자·임부 또는 해산부를 입원시키지 아니할 것
4. 정신질환자는 정신병 입원실 외에는 입원시키지 아니할 것
5. 전염의 우려가 있는 환자와 그 밖의 환자를 같은 입원실에 입원시키지 아니할 것
6. 전염의 우려가 있는 환자가 입원하였던 입원실 및 그 옷·침구·식기 등은 완전히 소독하기 전에는 사용하지 아니할 것
7. 변질·오염·손상되었거나 유효기간 또는 사용기한이 지난 의약품은 진열하거나 사용하지 아니할 것
8. 한방병원 또는 한의원의 개설자나 관리자는 「의약품등의 안전에 관한 규칙」 제62조제5호에 따라 규격품으로 판매하도록 지정·고시된 한약을 조제하는 경우에는 규격품을 사용할 것
9. 외래진료실에 진료 중인 환자 외에 다른 환자를 대기시키지 않도록 할 것
10. 의료기관에서 환자의 처치에 사용되는 기구 및 물품(회용품은 제외한다)은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 방법에 따라 소독하여 사용할 것

18. 급변하는 의료환경은 원무분야에도 전문화와 분업화 가속을 초래하고 있다. 원무분야에서 지녀야 할 기본요건이 아닌 것은?

- ① 의료보장 제도에 대한 지식 및 처리능력 배양
② 진료와 간호를 중심으로 한 병원 업무의 진행과정 이해
③ 병원수의 극대화 의료기술 개발
④ 질환이나 수술의 종류에 따른 진료서비스의 특성, 치료기간, 예상진료비 등에 관한 지식습득

19. 원무분야가 급변하는 의료환경을 선도하고 병원을 강한 조직으로 만드는 주역이 되기 위해 수행해야 할 업무내용이 아닌 것은?

- ① 업무효율성 향상전략 수립 ② 업무절차의 효과적 개선
③ 원무부서의 주장 관철 ④ 업무환경의 전산화

해설 원물관리 목표는 진료 및 지원업무 효율 극대화 및 적정 진료환경 Data 창출, 맞춤형 고객서비스제공을 통하여 최적의 의료환경과 서비스를 구현하여야 한다.

20. 고객 접점 부서 직원의 요건에 해당되지 않는 경우는?

- ① 병원과 관련된 충분한 지식이 있어야 된다.
- ② 친절하고 예의바른 태도, 단정한 복장을 갖추어야 한다.
- ③ 직장상사가 무엇을 원하는지 파악하고 있어야 한다.
- ④ 고객이 기다리지 않게 신속히 대응 하는 자세가 필요하다.

해설 고객 접점 부서 직원의 요건에서 직장상사가 무엇을 원하는지 파악하고 있어야 한다는 해당되지 않는다.

21. 최근 많은 의료기관에서 새로운 최접점부서로 인식되고 있으며, 고객 1차 응대처로서 신규 환자창출에 중요한 역할을 하는 부서는?

- ① 외래원무과 ② 입원원무과 ③ 전화예약센터 ④ 외래간호과

해설 창구업무의 중요성

- (1) 창구 업무는 신속하고도 정확해야 한다.
- (2) 친절한 태도의 인품이 갖추어져야 한다.
- (3) 사무처리 뿐만이 아닌 인관관계를 우선시 해야 한다.
- (4) 대기시간 단축을 통하여 환자의 시간가치를 존중해야 한다.
- (5) 환자의 심리상태를 고려한 배려가 필요하다.
- (6) 진료비 등 환자의 궁금증에 대한 확실한 답변을 해주어야 한다.
- (7) 정기적인 환자 평가(만족도)를 업무에 반영해야한다.

22. 병원 외래의 중요성과 관련이 먼 내용은?

- ① 병원 외래는 지속적인 의로서비스를 제공할 수 있다.
- ② 병원 외래는 입원진료비를 상대적으로 인하시킬 수 있다.
- ③ 병원 외래는 입원환자의 공급원이다.
- ④ 병원 외래는 의료진에게 임상교육의 장으로 중요하다.

해설 병원 외래는 지속적인 의로서비스를 제공할 수 없으며, 지속적인 의로서비스 제공을 위해서는 입원 진료가 필요하다.

23. 병원자원의 효율적인 활용, 진료대기시간 단축 및 내원환자수의 불균형 등을 해소하기 위하여 고안된 제도는?

- ① 지정진료제 ② 진료예약제 ③ 진료전달체제 ④ 시간외 외래진료제

해설 진료예약제는 환자들의 대기시간을 단축하여 불만을 완화시킴으로써 환자의 시간가치도 존중하고 병원의 진료능력(인력, 시설, 장비 등)을 고려하여 내원환자수를 요일별, 시간대별로 조정하여 내원하도록 하는 방법을 말한다.

24. 진료예약 제도의 대상이 아닌 것은?

- ① 환자가 편리한 시간에 진료 받기 위하여
- ② 병원의 진료 능력에 맞게 내원 환자 수를 조정하기 위하여
- ③ 진료예약제는 의료인으로 하여금 질병별 특성에 따른 진료를 어렵게 한다.
- ④ 내원환자에게 양질의 의로서비스를 제공할 수 있다.

해설 진료예약제는 의료인으로 하여금 질병별 특성에 따른 진료를 쉽게 한다.

25. 외래진료 예약제도의 도입에서 고려되지 않아도 되는 사항은?

- ① 환자의 내원경력 ② 병원의 진료능력 ③ 환자의 내원양상 ④ 예약 방법과 절차

해설 외래진료 예약제도의 도입은 병원의 진료능력, 진료시간계획, 환자편의 등을 고려하여 요일별, 일자별, 시간대별로 조정하여 예약하는 제도이며, 환자의 내원경력과는 무관하다.

26. 진료예약제도의 장점과 가장 거리가 먼 것은?

- ① 이용자 만족 증대 ② 병원관리 용이 ③ 업무능률 향상 ④ 진료비 절감

해설 진료예약제도의 장점은 이용자 만족 증대, 병원관리 용이, 업무능률 향상, 인력관리의 효율화, 환자의 증가

27. 진료예약제도의 필요성이 아닌 것은?

- ① 환자의 진료대기시간 단축 및 편리한 진료시간 선택
② 병원의 진료능력에 맞게 환자수와 업무량 조정
③ 병원(직원)중심 업무개선 및 전화예약 축소
④ 계절별, 요일별, 시간대별, 의사별 환자집중현상 해소

해설 진료예약제도의 시행은 환자의 대기시간을 단축시켜주고, 이용자들의 불만을 감소시켜준다. 환자가 폭증하는 현상이 줄게 되어, 인력의 효율적인 관리가 가능하다. 또한 대기에 따른 간접의료비용도 줄일 수 있어 의료서비스 개선에 기여한다. 직원들은 특정시간에 집중하는 업무를 고르게 분산시킬 수 있으므로 가능한 업무를 수행할 수 있다. 인력 관리의 효율화, 병원관리의 용이, 환자의 증가 등의 효과를 볼 수 있다.

28. 진료예약제도의 대상이 아닌 것은?

- ① 외래진료예약 ② 입원예약 ③ 검사예약 ④ 응급예약

해설 • 예약제도의 대상
외래진료예약, 입원예약, 검사예약, 치료예약, 수술예약

29. 외래환자의 초진율이 높은 경우 올바른 해석이 아닌 것은?

- ① 병원 신뢰도가 높아짐을 알 수 있다.
② 병원의 환자 유인 인력이 많음을 의미한다.
③ 각종 검사촬영 등이 많아져 경영에 도움이 된다.
④ 입원환자의 공급원이 줄어들고 있음을 의미한다.

해설 외래환자 초진율이 높아지면 병원의 수익성이 높아진다. 이유는 초진환자의 경우에는 재진환자에 비해 진찰료도 비싸며 진단을 위하여 여러 가지 검사가 행해지기 때문에 평균진료비가 많이 발생하기 때문이다. 또한 초진환자가 많다는 것은 진료서비스의 개선을 통하여 재진환자로 전환함으로써 외래환자수의 증가가 용이하다는 것을 의미한다.

30. 상급종합병원에서 외래 접수 시 확인사항으로 가장 적당하지 않은 것은?

- ① 산재보험환자의 산재 등급 판정여부 및 질병정도
② 건강보험환자의 건강보험증
③ 건강보험 수급절차 준수 여부
④ 자동차보험환자의 보험회사 지불보증 여부

해설 상급종합병원 외래 접수시에는 진료절차(요양급여절차)에 따라서 요양급여 의뢰서와 건강보험증 및 본인 여부를 확인할 수 있는 신분증(주민등록증 등)을 제시해야 한다. 산재환자는 요양승인 결정통보서, 자동차보험환자는 해당 손해보험회사의 지불 보증서를 확인해야 한다.

31. 병원의 진료접수창구나 수납창구에 게시할 안내문에 해당되지 않는 내용은?

- ① 진료접수 및 진료시간 ② 선택진료안내
③ 진료과별 의사명, 특수클리닉 안내 ④ 진료방법 및 의사의 경력

해설 창구 게시문은 병원 및 병원 이용에 도움을 줄 수 있는 내용을 게시하는 것으로 접수 및 진료시간, 진료과 및 담당의사명, 진료시간표, 지역가입자 보험료체납시 급여제한에 대한 게시, 선택진료의사와 비선택의사의 명단, 선택진료로 산정기준, 외래 및 입원 진료절차, 진료과 및 부서위치도, 주요 진료과목 및 특수클리닉, 예약진료, 전화예약 안내 등, 건강보험 등 미지참자 자격확인 안내문, 상급병실 입원료 차액 등이 있다.

32. 진료 접수 시에 필요한 정보와 거리가 먼 정보는?

- ① 환자 성명, 주소 ② 환자의 주민등록번호
③ 환자의 질병, 담당의사 ④ 환자의 학력, 재산 정도

해설 환자의 등록번호, 이름, 전화번호, 주소, 생년월일, 주민번호, 진료의사, 진료과, 진료일시, 보험자기호, 보험증번호, 피보험자명, 자격취득일, 진료자격, 직원구분, 직원소속, 이름, 부서, 진찰료, 수납구분, 의뢰서종류, 승인번호, 제출일자, 최종내원일 등이 적혀 있다.

33. 외래창구에 게시해야 할 내용과 거리가 먼 것은?

- ① 접수 및 진료시간 ② 의사의 출신학교 및 경력
③ 선택진료의사와 비선택진료의사의 구분 ④ 진료과 및 담당의사명

해설 외래창구에 게시해야 할 내용으로서는 1. 접수 및 진료시간 2. 진료과 및 담당 의사명 3. 의사진료시간표 4. 선택진료 의사와 비선택진료의사의 구분 5. 주요 진료과목 및 전문(특수)클리닉 6. 예약 진료 및 전화예약안내가 있다.

34. 외래창구시설에 관한 설명 중 옳지 않은 것은?

- ① 환자 편의를 위하여 환자의 이동거리가 짧은 장소에 설치하는 것이 좋다.
② 창구에서 처리할 업무와 그 업무에 관련된 부서와의 연계를 고려하여 편리한 장소에 설치하는 것이 좋다.
③ 창구의 전면은 상대방과 대화할 수 있고 상대방의 행동을 잘 볼 수 있도록 개방되는 것이 좋다.
④ 창구의 수는 환자의 편의를 위하고, 진료수의 증대를 위해 많을수록 좋다.

해설 창구는 일반 사무실의 연장이며 이용자들이 쉽고 편리하게 방문목적 수행할 수 있도록 편의를 도모하고 업무처리의 능률성을 제고시킬 수 있어야 한다. 창구의 위치는 환자의 이동거리가 가장 짧은 장소여야 하며, 창구에서 처리하는 업무와 업무에 관련된 부서와의 연계를 고려해야 한다. 이용자들에게는 해당창구에 대한 명확한 안내 등이 필요하다.

35. 환자의뢰시스템(refer back system) 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 병원간 정보교류 및 유대강화에 도움이 된다.
② 연계병원의 특성이나 진료능력을 고려해야 한다.
③ 진료의뢰 및 회송 시스템(Refer-In, Out)이 구축되어야 win-win할 수 있다.
④ 연계병원의 특성보다는 환자가 원하는 대로 이송하는 것이 더 효율적이다.

해설 환자의뢰 즉 진료의뢰는 진료의사의 진료상 필요한 경우에 의료전달체계를 절차에 따라서 의뢰하게 되며, 건강보험(요양급여의뢰서)·의료급여(진료의뢰서)시 준비서류를 지참해야 한다.

36. 외래진료비 수납 시에 수납담당직원이 반드시 해야 하는 업무는?

- ① 건강보험증 확인 ② 진료비 명세서 발급
③ 진료비 영수증(계산서)발급 ④ 주민등록증을 확인한다.

해설 외래에서는 진료 후 각종 검사나 촬영 및 투약 등이 이루어지기 전에 진료비를 수납하고 있다. 수납에서는 외래진료비 계산 및 처방입력, 입력내역 확인을 할 수 있는 기능이 필요하고 수납과 동시에 예약이 가능하도록 한다. OCS에 의해 처방이 입력되었을 경우에는 비급여 항목의 급여나 처방누락이 있는지를 확인하고 다음 진료예약까지 시행한 후 영수증을 발행하게 한다.

37. 발생한 진료비 중 일정액은 환자가 부담하고 그 금액을 초과하는 진료비에 대해 일정비용을 적용한 금액을 추가 부담하는 진료비 분담 방법은?

- ① 정률제 ② 정액제 ③ 정률·정액제 ④ 한도초과부담제

해설 1) 정액제는 발생한 진료비 중 일정액은 환자가 부담하고 그 금액을 초과하는 진료비에 대하여 일정비용을 적용한 금액을 추가 부담하는 방법이다. 우리나라의 경우 65세 이상의 건강보험 수진자가 의원급 이상의 의료기관을 이용할 때 총진료비가 15,000원 이하일 경우 외래본인부담금 산정방식이 해당된다.
2) 정률제는 발생한 진료비 중 일정비율에 해당하는 금액은 환자가 부담하고 그 금액을 초과하는 진료비에 대하여 일정비용을 적용한 금액을 추가 부담하는 방법이다.

38. 외래수납업무의 정확성을 확보하기 위하여 시행하는 내부통제 체계가 아닌 것은?

- ① 1일 결산원칙 ② 영수증 일련번호부여 ③ 수납내역과 처방전대조 ④ 감시 카메라설치

해설 1일 결산 원칙, 영수증 일련번호 부여, 수납내역과 처방전 대조는 내부통제 체계에 해당되나 감시카메라 설치의 내부통제 체계와 무관하다.

39. 병원진료비를 신용카드로 결제하는 목적이 아닌 것은?

- ① 진료수익 증대 ② 고객 편의 ③ 신용사회 구현 ④ 고객 창출

해설 1999년 7월부터 모든 요양기관이 신용카드를 의무적으로 사용하게 되었으며 이에 따라 진료비계산시 신용카드를 제출할 경우 카드회사에 조회하여 수납한다. 요양기관 종별 카드 수수료는 요양기관에서 사용하는 카드 이용실적에 따라 변동이 있으며, 2005년부터는 현금영수증 제도를 시행하고 있으므로 진료비영수증 발행시 현금영수증으로 사용되도록 가입하여 처리한다.

40. 진료비 환불에 관한 설명 중 옳지 않은 것은?

- ① 진료신청 후 본인 사정으로 진찰을 받지 못한 경우 진찰료를 환불한다.
② 선택 진료를 신청하였으나 선택 진료를 받지 못한 경우 선택 진료비를 환불한다.
③ 처방 입력 오류 발생 시 잘못 계산된 진료비를 환불한다.
④ 건강보험증 사후 제출은 진료비 환불 사유가 되지 않는다.

해설 진료비 환불에서 진료비를 납부 후 7일 이내에 건강보험증을 제출하면 진료비 환불 사유가 된다.

41. 외래진료 제도가 아닌 것은?

- ① 통원수술제도 ② 전일 퇴원 예고 제도 ③ 야간 외래 연장진료제도 ④ 전화예약 제도

해설 전일 퇴원예고제도는 입원진료제도에 해당된다.

42. 외래창구시설에 관한 설명 중 가장 적당하지 않은 것은?

- ① 창구는 환자 편의를 위하여 환자의 이동거리가 짧은 장소에 설치하는 것이 좋다.
- ② 창구는 창구에서 처리할 업무와 그 업무에 관련된 부서와의 연계를 고려하여 편리한 장소에 설치하는 것이 좋다.
- ③ 창구의 수는 환자의 편의를 위하고, 진료수익 증대를 위해 많을수록 좋다.
- ④ 창구에는 창구 명칭 등 해당 창구에 대한 안내가 있어야 좋다.

해설 창구는 일반 사무실의 연장이며 이용자들이 쉽고 편리하게 방문목적 수행할 수 있도록 편의를 도모하고 업무처리의 능률성을 제고시킬 수 있어야 한다. 창구의 위치는 환자의 이동거리가 가장 짧은 장소여야 하며, 창구에서 처리하는 업무와 업무에 관련된 부서와의 연계를 고려해야 한다. 이용자들에게는 해당창구에 대한 명확한 안내 등이 필요하다.

43. 외래업무의 서비스 개선 지침이 아닌 것은?

- ① 창조적인 MOT(진실의 순간; The Moment Of Truth)관리지침을 마련하여 실행한다.
- ② 고객 정보를 정확하게 입력하고 보안 및 관리기능을 확보한다.
- ③ 다양한 민원과 요구사항에 대해 단호하면서 사무적인 대응방안을 강구한다.
- ④ 편리한 절차의 구축과 신속, 정확한 업무능력을 제고한다.

44. 외래진료 서비스를 최적화하기 위한 외래관리의 내용은?

- | | |
|------------------|----------------------|
| 가. 재원일수 관리 | 나. 접수, 수납 등 대기시간 최소화 |
| 다. 인력·시설을 효율적 활용 | 라. 퇴원예고제 확립 |
- ① 가, 나 ② 나, 다 ③ 다, 라 ④ 가, 나, 다

해설 재원일수 관리와 퇴원예고제 확립은 재원일수 단축 제도의 방안이다.

45. 당일수술센터(day surgery center) 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 환자를 입원시키지 않고 당일수술 후 회복·귀가(퇴원)하는 병원수술
- ② 병원운영 시설 및 장비의 활용에는 비효율적이다.
- ③ 수술 후 정상적인 사회활동을 조기에 적응할 수 있도록 한다.
- ④ 대상환자는 수술시간이 2시간을 초과하지 않으며 합병증 발생빈도가 적고 전신질환이 없는 건강한 환자로 담당의사가 판단한다.

해설 당일수술센터란 입원·수술·퇴원이 하루에 이루어지는 것으로 수일 동안의 입원으로 인한 환자의 병원내 감염, 정서적 불안을 줄이고, 시간과 비용이 절감되며 가족과의 격리 없이 수술 후 조기에 일상으로 복귀 할 수 있는 장점이 있다. 당일수술의 종류에는 간단한 절제술 및 생검술, 발치술, 복강경, 흉강경(다한증), 안검내반 수술 등이 있다.

46. 입원결정서에 포함되어야 할 항목이 아닌 것은?

- ① 주치의 ② 최종병명 ③ 입원경로 ④ 환자구분

해설 입원결정서에는 입원수속 및 진료에 대한 참고할 수 있는 기본사항들 즉 등록번호, 성명, 추정병명, 진료과, 담당의사명, 환자상태, 환자의 유형, 입원일시, 병실번호, 전실 전과사항, 선택진료여부 등을 기록한다. 최종병명은 환자 퇴원시 입퇴원기록 서식에 작성한다.

47. 입원 우선순위에 해당하는 환자 묶음으로 옳은 것은?

가. 응급수술을 요하는 환자

나. 수술예약환자

다. 응급실에 대기 중인 환자

라. 외래환자 중 중증 환자

① 가, 다, 라

② 가, 나, 라

③ 나, 다, 라

④ 가, 나, 다

해설 입원 우선순위: 응급수술을 요하는 환자, 수술 예약 환자, 응급실에 대기 중인 중환자, 외래환자 중 중증환자, 접수순서에 의한 환자

48. 입원예약제도의 장점이 아닌 것은?

① 재원일수 단축효과를 가져온다.

② 의료진의 계획적인 진료가 가능해진다.

③ 효율적인 병상배분이 가능하다.

④ 환자가 편리한 시간에 입원수속이 불가능하다.

해설 입원예약제도는 입원진료를 받는 환자들에게 편의를 제공하고 진료계획에 의한 진료를 가능하게 하며 병상운영에 효율화를 기해 평균재원일수를 단축하고 인력을 절감할 수 있는 효과를 가져다 준다.

49. 입원예약제도의 장점으로 옳지 않은 것은?

① 의료진의 계획적인 진료 가능

② 효율적인 병상 배분

③ 재원일수 연장 효과

④ 환자의 입원 대기 불편 해소

해설 입원예약의 장점: 병원의 보유병상 수, 진료계획, 환자 편의

50. 병동환자 자격관리에 관한 설명으로 옳지 않은 것은?

① 건강보험: 제3자가 가해에 의한 상병인 경우에는 '급여제한여부 조회서'를 통보하여 그 결과에 따라 조치한다.

② 의료급여: 연도를 달리해 장기 입원하는 경우에는 급여자격 확인이 필요치 않다.

③ 산업재해: 사고와 관련없는 질환의 확인 및 조치

④ 자동차 보험: 보험회사의 지급보증서 확인 관리

해설 의료급여 환자관리: 진료중인 환자 중 365일 초과 진료한 환자는 의료급여 연장 신청을 해당과 주치의의 소견서 작성 확인 후 직인 날인 해준다. 재원환자의 편의도모와 양질의 의료서비스를 제공한다. 재원환자 관리는 입원진료 과정에서 나타날 수 있는 환자의 건의, 불만 또는 민원사항을 파악하고 고충을 해결함으로써 고객 중심의 병원을 만드는 데 목표를 둔다.

51. 입원 수속의 병상 배정 시 고려할 사항이 아닌 것은?

① 진료과별 병동

② 격리질환 여부

③ 의무기록 도착

④ 소아, 남녀구분

해설 병상 배정은 진료과별 병동, 과별 실링제, 담당의사의 동선, 야간 입실, 격리 여부, 병실내 동일상병, 질병의 상태 및 중증도, 소아, 노인, 남녀 등을 고려해야 하며, 해당병동의 간호사실과 긴밀한 업무 연락으로 환자진료에 효율성을 높이고 병상가동률을 높이는 요인을 충분히 파악하고 있어야 한다.

52. 병상의 구분에 대한 설명 중 옳지 않은 것은?

- ① 신체장애로 인하여 재활치료를 요하는 입원환자에 대하여 의료를 제공하기 위해 설치된 병상을 재활병상이라 한다.
- ② 의료법 제3조 2항에 의한 요양병원, 노인복지법 제34조 6항에 의한 노인전문병원 등에 설치된 장기요양을 위해 설치된 병상을 요양병상이라 한다.
- ③ 정신보건법 제3조 3항에 의한 정신의료기관에 정신질환에 의한 요양을 요하는 환자를 위해 설치된 병상을 정신병상이라고 한다.
- ④ 회복실, 주사실, 물리치료실 등 병원에 설치된 모든 병상을 허가 및 운용 입원 병상수에 포함해야 한다.

[해설]

의료법 제36조(준수사항) 의료기관의 시설 등에 관하여 규정하고 있으나, 의료법령에서 구체적으로 허가병상의 기준에 대해서 규정하고 있지 아니하다. 병상 운용과 관련하여 허가병상수에 포함 여부에 대해서는 단순히 병상의 명칭으로 기준을 삼는 것은 아니며, 일반적으로는 운영하고 있는 병상이 입원치료를 목적으로 하는가를 기준으로 판단하여야 한다. 일시적으로 수술, 처치 등을 위하여 이용하는 병상은 허가병상수에 포함할 수는 없을 것이다. 일반적으로 의료기관의 허가 병상에는 입원실, 중환자실, 응급입원실, 무균치료실, 격리병실, 신생아실이 해당되며, 응급실, 수술실, 분만실, 주사실, 회복실, 인공신장실, 물리치료실, 낮병동 등은 허가병상수에 포함되지 아니할 것이다.

53. 환자의 입원 병실배정에 고려할 사항이 아닌 것은?

- ① 격리질환 여부에 따른 배정
- ② 성별 및 성인과 소아의 구분
- ③ 보험환자와 의료급여환자의 구분
- ④ 질병상태의 중증도에 따른 구분

[해설]

보험환자와 의료급여환자의 구분으로 병실을 배정하지 않는다.

54. 의료기관의 병상을 진료과별로 배치할 경우 검토하여야 할 사항이 아닌 것은?

- ① 수술실, 중환자실과의 기능 연관성
- ② 진료의사의 이동 동선
- ③ 간호의 전문성
- ④ 진료비 관리의 편리성

55. 평균재원일수에 대한 설명 중 옳지 않은 것은?

- ① 평균재원일수가 짧으면 병상회전율도 빨라진다.
- ② 평균재원일수 산출은 일정 기간 중 퇴원 환자의 총 재원일수를 퇴원환자 실인원수로 나누어 계산한다.
- ③ 입원대기 환자가 많은 병원에서 평균재원일수가 짧으면 병원수익이 늘어난다.
- ④ 평균재원일수가 길수록 병원수익은 증가한다.

[해설]

일반적으로 환자가 입원한 후 2~5일 동안 각종 검사나 진단, 수술, 마취, 처치, 투약과 같은 진료서비스가 집중적으로 제공되고, 그 후에 제공되는 서비스는 단순해지고 단가와 투입량도 감소하여 진료수익이 떨어지기 때문이다. 평균재원일수가 길다는 것은 병원이용률은 높지만 병상회전율은 낮아져, 진료비는 많이 발생하지만 이익률이 낮다.

56. 재원일수 관리에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 재원기간이 손익분기점보다 짧을 경우에는 손실이 발생하고 길어지게 되면 수익이 발생한다.
- ② 재원일수의 단축은 병상회전율을 증가시킬 수 있다.
- ③ 재원일수의 단축은 환자의 진료비 부담을 경감시킬 수 있다.
- ④ 재원기간이 길어지면 환자1인당 일평균 수익은 감소한다.

[정답]

52. ④ 53. ③ 54. ④ 55. ④ 56. ①

57. 평균재원일수가 긴 경우에 나타나는 현상으로 옳지 않은 것은?

- ① 병상 이용률이 높아진다. ② 병상 회전율이 낮아진다.
③ 진료건당 진료비가 증가한다. ④ 환자 1인당 1일 평균 진료비가 증가한다.

해설 평균재원일수가 길다는 것은 병원이용률은 높지만 병상회전율은 낮아지고, 진료비는 많이 발생하지만 이익률은 낮아진다.

58. 평균재원일수 설명에서 () 안에 순서로 옳은 것은?

평균재원일수가 () 병상이용률은 높아지나 ()은 낮아지고, 진료건(Case)당 진료비가 증가되는 반면 입원환자 1인당 1일평균 진료비는 ()한다.

- ① 길어지면 - 병상회전율 - 감소 ② 짧아지면 - 병상회전율 - 감소
③ 길어지면 - 병상이용률 - 증가 ④ 짧아지면 - 병상이용률 - 감소

해설 재원일수 단축의 효과는 ① 병원의 진료수익이 증대하고, ② 기존 의료자원의 효율적 이용이 가능하며, ③ 이용고객의 본인부담은 물론 사회간접비용을 감소시켜주고, ④ 장기간 입원대기로 인한 이용자의 불만을 해소하고, ⑤ 환자가 고통에서 조기에 호전될 수 있도록 해주는 효과가 있다.

59. 평균 재원일수가 단축되는 경우는?

- ① 병상이용률이 높아진다. ② 병상회전율이 높아진다.
③ 진료건당 진료비는 증가하다. ④ 환자 1인당 1일 평균 진료비가 감소한다.

해설 평균재원일수의 단축은 병원이용률은 낮아지고, 병상회전율은 높아지며, 진료건당 진료비는 감소하나 이익률은 증가한다.

60. 평균재원일수에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 평균재원일수를 단축하면 병상회전율이 높아져 병원수익이 증대된다.
② 평균재원일수가 짧아지면 입원환자 1인당 1일 평균 진료비는 감소한다.
③ 평균재원일수가 짧다는 것은 진료의 집중도가 크다고 볼 수 있다.
④ 평균재원일수가 길어지면 병상이용률은 높아지나 입원환자 1인당 1일 평균 진료비는 감소한다.

해설 재원일 수단축의 효과는 ① 병원의 진료수익이 증대하고, ② 기존 의료자원의 효율적 이용이 가능하며, ③ 이용고객의 본인부담은 물론 사회간접비용을 감소시켜주고, ④ 장기간 입원대기로 인한 이용자의 불만을 해소하고, ⑤ 환자가 고통에서 조기에 호전될 수 있도록 해주는 효과가 있다.

61. 환자의 평균재원일수가 길 경우 발생하는 병원경영상의 문제점은?

- ① 병원이용률은 낮고, 병상회전율이 높아지므로 진료비는 줄어들지만 이익률은 높다.
② 병원이용률은 높고, 병상회전율이 낮아지므로 건당 진료비는 많지만 이익률은 낮다.
③ 병원이용률과 병상회전율 모두 높아지므로 당연히 진료수익은 늘어난다.
④ 병상이용률과 병상회전율 모두 낮아지므로 당연히 진료수익은 감소한다.

해설 재원일수란 한 환자가 입원하여 퇴원까지의 전체 입원기간을 말한다. 한 환자당 재원일수가 길어지면 1일당 평균 진료비는 낮아지고 1인당 총진료비는 높아진다. 병원의 병상 회전율이 높은 병원은 1일당 평균 진료비가 높아져야만 더 많은 진료수익을 창출 할 수 있다.

62. 재원일수관리에 관한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 재원일수 단축 목적으로 병원의 진료수익 증대, 의료자원의 효율적 이용 가능, 이용고객의 본인부담은 물론 사회간접비용을 감소시키고, 입원대기로 인한 이용자의 불만해소와 고통으로부터 조기에 벗어날 수 있게 해 준다.
- ② 장기 재원의 환자측 요인에는 보상심리, 만성질환, 무의탁자 증가, 개인보험가입, 경제적 사정, 진료상 문제를 들 수 있다.
- ③ 재원일수 단축을 위해서 입원대기검사 및 퇴원예고제, 조기퇴원, 자매병원으로 후송, 수술전 외래검사, 수술예약 후 입원 등이 있다.
- ④ 입원기간이 경과할수록 수익은 증가하고 고정비가 차지하는 비율이 줄어들어 점차 이익이 확대 된다.

해설

재원일수의 단축 목적은 ① 병원의 진료수익 증대 ② 기존 의료자원의 효율적 이용 ③ 이용고객의 본인 부담은 물론 사회간접비용 감소 ④ 입원대기로 인한 이용자의 불만 해소와 고통으로부터 조기에 벗어날 수 있게 한다. 입원 초기에는 수익이 비용을 초과하고 있어 순이익이 발생하나 입원기간이 경과 할수록 수익은 줄고 고정비를 차지하는 비율이 높아져 손실이 확대된다.

63. 재원일수 단축을 위한 노력으로 옳지 않은 것은?

- ① 표준진료지침을 개발해 적용한다.
- ② 만성질환자를 가정간호와 연계해준다.
- ③ 진료과별 병상배분제를 도입한다.
- ④ 통원수술센터를 운영한다.

해설

재원일수를 단축하기 위한 방법은 장기입원의 원인을 파악하여 그에 따른 대책을 수립하여 시행한다. 수술전 외래검사 및 수술예약 후 입원(수술당일에 입원하거나 필요한 경우에는 하루 전에 입원하여 수술하는 방법), 조기퇴원 및 자매병원으로 후송(진료에 관련된 자료를 복사하여 인근병원으로 회송하여 진료), 입원대기 검사 및 퇴원예고제(재원일수 단축은 물론 질병의 악화를 조기에 치료)

64. 재원일수 단축을 위한 병상운영 제도로 조합된 것은?

가. 진료비 후불 시스템
다. 입원전 검사실 운영

나. 퇴원 예고제
라. 지능형 순번제 시스템 도입

- ① 가, 나 ② 나, 다 ③ 다, 라 ④ 가, 나, 다

해설

재원일수를 단축하기 위한 방법은 장기입원의 원인을 파악하여 그에 따른 대책을 수립하여 시행한다. 수술전 외래검사 및 수술예약 후 입원(수술당일에 입원하거나 필요한 경우에는 하루전에 입원하여 수술하는 방법), 조기퇴원 및 자매병원으로 후송(진료에 관련된 자료를 복사하여 인근병원으로 회송하여 진료), 입원대기 검사 및 퇴원예고제(재원일수 단축은 물론 질병의 악화를 조기에 치료)가 있다.

65. 재원일수 관리에 대한 설명으로 옳은 것은?

- 가. 재원일수 단축은 병원의 진료수익 증대는 물론 기존 의료자원의 효율적인 이용이 가능하다.
- 나. 입원기간이 경과할수록 수익은 증가하고 고정비가 차지하는 비율이 높아져 점차 수익이 증가한다.
- 다. 재원일수를 단축함으로써 병상회전율을 높여 의료수익을 증대시킬 수 있다.
- 라. 재원일수 단축은 입원환자의 진료비 부담을 경감시켜주며 자원이용의 효율성을 제고한다.

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

해설

· 재원일수 관리의 목적
- 병원의 진료수익 증대
- 기존 의료자원의 효율적인 이용 가능
- 이용 고객의 본인 부담은 물론 사회간접비용을 감소
- 입원대기로 인한 이용자의 불만해소와 고통으로부터 조기에 벗어남

정답

62. ④ 63. ③ 64. ② 65. ②

66. 재원일수 관리에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 재원일수를 단축시키면 환자의 진료비 부담을 경감시킴
- ② 재원기간이 길어지면 환자 1인당 일평균 수익은 감소함
- ③ 재원일수가 단축되면 병상회전율이 높아짐
- ④ 병상가동률과 관계없이 재원일수가 짧을수록 병원의 수익이 증가함

해설 입원 환자의 진료비는 입원초기에 많이 발생하고 재원기간이 경과함에 따라 감소하므로 재원일수를 단축함으로써 병상회전율을 높여 의료수익을 증대시킬 수 있다.

67. 진료량 분석지표 중 평균재원일수에 대한 설명 중 옳지 않은 것은?

- ① 평균 재원일수가 길면 건당 진료비는 증가한다.
- ② 입원 대기환자가 많은 병원이라면 재원일수가 길수록 좋다.
- ③ 평균 재원일수가 길면 일평균 진료비는 감소한다.
- ④ 평균재원일수가 길어지면 병상이용률은 높아지나 병상회전율은 낮아진다.

해설 입원환자의 재원일수를 단축하여 병상회전율을 높임으로써 일평균진료수익 증가가 가능하고 또한 재원일수 단축은 입원 환자의 진료비 부담을 경감시켜주며 자원이용의 효율성을 제고하여 국민 의료비의 절감에도 기여하게 된다.

68. 일반적으로 병상이 부족한 병원에서 고려하고 있는 입원환자 재원기간 단축방안이라고 볼 수 없는 것은?

- ① 당일 수술(day surgery) 확대
- ② 입원 전 검사 실시
- ③ 일시 퇴원 재입원제도 운영
- ④ 외래환자수 축소

69. 입원환자의 원무관련 업무와 거리가 먼 것은?

- ① 해당 환자의 질병, 부상의 정도 파악
- ② 수가유형의 지속관리 및 변경시 조정
- ③ 전실·전과 사항의 관리
- ④ 장기환자의 중간 진료비 청구 관리

해설 입원중인 환자를 중심으로 수급자격, 진료비계산, 전실, 전과, 외출, 외박, 문제환자 관리 등 행정적인 지원업무를 지속적으로 제공함으로써 양질의 의료서비스 제공과 동시에 예상되는 문자를 조기에 파악하여 대응함으로써 환자와의 신뢰관계를 형성하고 나아가 관련보험자 단체와 유기적인 협조체계를 유지할 수 있게 한다.

70. 퇴원예고제가 시행될 경우 장점에 해당되지 않는 것은?

- ① 입원대기시간단축
- ② 재원일수(LOS)단축
- ③ 응급실환자 적체현상해소가능
- ④ 야간 근무자 인력감소

해설 퇴원예고제란 퇴원환자의 퇴원시간을 조정하여 퇴원대기시간을 단축시킴으로써 평균재원일수를 단축하고 소요인력의 증원을 억제하고자 하는 방법이다.
※ 재원일수(LOS): Length of Stay

71. 퇴원예고제의 효과에 해당되지 않는 것은?

- ① 의료진에게 진료 계획에 의한 진료 가능
- ② 평균 재원일수 길어짐
- ③ 입원 대기시간 단축
- ④ 인력의 효율적인 관리 가능

해설 퇴원예고제란 퇴원환자의 퇴원시간을 조정하여 퇴원대기시간을 단축시킴으로써 평균재원일수를 단축하고 소요인력의 증원을 억제하고자 하는 방법이다. 개선효과로는 입·퇴원 환자들의 대기시간 단축으로 서비스 개선, 진료계획의 원활한 수행, 평균재원일수 단축과 수익증대, 인력의 효율적 관리들이 있다.

72. 전일 퇴원 예고제에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 재원일수단축에 효과가 있다.
- ② 병동근무자가 퇴원환자를 조기에 인식하여 서비스 질 제공 가능
- ③ 병상현황 사전인지 가능하여 조기입원수속 가능
- ④ 전담자가 필요한 단점이 있어 추가 인력이 필요함

해설 퇴원환자의 퇴원시간을 앞당김으로써 환자들의 입·퇴원시간을 줄여 평균재원일수를 단축하고 소요인력의 증원을 억제하고자 하는 방법이다. 개선효과로는 입·퇴원 환자들의 대기시간 단축으로 서비스 개선, 진료계획의 원활한 수행, 평균 재원일수 단축과 수익증대, 인력의 효율적 관리들이 있다.

73. 퇴원 예고제에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 평균재원일수를 단축하는데 그 목적이 있다.
- ② 퇴원예정자를 미리 파악 할 수 있어 퇴원 당일 신속한 퇴원이 이루어질 수 있다.
- ③ 퇴원을 사전에 고지함으로써 인력이 추가로 필요하다.
- ④ 환자에게는 심리적 안정을 제공하고 퇴원준비를 할 수 있도록 유도할 수 있다.

해설 퇴원예고제는 퇴원환자의 퇴원시간을 앞당김으로써 환자들의 입·퇴원시간을 줄여 평균재원일수를 단축하고 소요인력의 증원을 억제하고자 하는 방법이다. 퇴원결정이 나면 차트가 내려오는 순서로 퇴원을 하였으나 퇴원예고제는 보호자를 통해 차트가 내려오지 않고 바로 각 해당과로 전해지기 때문에 소요시간을 줄일 수 있다.

74. 퇴원 전 심사 업무에 포함되지 않는 것은?

- ① 진료기록부에 의한 상병 및 코드 대조
- ② 수가유형별 급여제한 여부 확인
- ③ 처방전 및 고가 재료대 누락 여부확인
- ④ 질병별 적정진료 범위에 관한 교육

75. 입원환자의 재원기간 중 자체심사의 필요성에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 병원의 진료비 신뢰도 확보
- ② 진료비 민원 발생 방지
- ③ 누락 처방 사전발견으로 진료비 누수 방지
- ④ 안전한 처방을 담보

해설 퇴원전 심사를 하는 목적은 1) 퇴원계산서와 진료비청구 명세서상의 오차를 줄이고 적정진료비 산정으로 신뢰성 확보 및 사후 발생 될 수 있는 민원 감소 2) 의료보장유형에 따른 급여제한사항에 대해 적정급여여부를 사전에 검토하고 청구 불가능으로 인한 악성미수의 발생을 감소 3) 진료과의 처방전 발생 누락 및 삭제 혹은 착오에 의한 진료비의 누락이나 과다계산을 예방함으로써 병원 경영에 도움을 줄수 있다.

76. 퇴원 수속시간의 단축을 위한 방법이 아닌 것은?

- ① 재원심사 실시
- ② 전일퇴원예고제 실시
- ③ 퇴원 전일 진료기록부 작성
- ④ 가퇴원 제도 실시

77. 동일 상병으로 입원한 환자의 진료비 중 본인부담금이 차이가 나는 사유로 옳지 않은 것은?

- ① 재원 병실 등급
- ② 환자의 성별
- ③ 요양기관 종별
- ④ 도시와 농어촌의 진료지역

78. 퇴원수속시간을 단축하기 위한 방법이 아닌 것은?

- ① 전일 퇴원예고제를 실시한다.
- ② 원무직원이 병실을 찾아가 퇴원진료비를 수납한다.
- ③ 퇴원환자의 외래진료예약이나 증명서 발급을 전일에 시행한다.
- ④ 협진(Consult)을 퇴원 당일에 의뢰한다.

해설

• 퇴원예고제란 퇴원환자의 퇴원시간을 조정하여 퇴원대기시간을 단축시킴으로써 평균재원일수를 단축하고 소요인력의 증원을 억제하고자 하는 방법이다. 개선효과로는 입·퇴원 환자들의 대기시간 단축으로 서비스 개선, 진료계획의 원활한 수행, 평균재원일수 단축과 수익증대, 인력의 효율적 관리들이 있다.

• 입원진료가 종료되면 치유, 타 의료기관 이송, 외래통원진료로 전환, 사망 및 환자측의 퇴원요구 등의 사유로 진료담당 의사가 퇴원을 최종 결정한다. 퇴원은 환자들이 퇴원시에 갖는 병원이미지가 비교적 오래 지속되기 때문에 병원의 입장에서 가능한 퇴원절차의 간소화, 24시간 정산 퇴원제 및 전일퇴원예고제의 실시로 환자의 동선을 줄이고 평균재원일수 및 환자대기시간을 단축시켜야 한다.

79. 입원환자의 병상관리방식 중 중앙관리방식의 내용이 아닌 것은?

- ① 병상의 효율적 이용 ② 효율적 행정관리 ③ 의사의 재량권 증대 ④ 업무의 전문화

해설

병상의 중앙관리는 병상관리 업무의 전체를 원무과가 담당한다. 사무적인 절차, 수속은 중앙화하고 환자를 병상으로 배정하는 일은 진료과나 간호부서에서 담당하는 방법도 있다.

장점으로는 병상의 총괄로 병상이용률을 재고, 특정 개인의 사물화 방지, 병상이용상황 총괄적으로 파악(공병상), 사무의 효율과 능률화(직원의 전문화 필요), 입원수속의 일원화로 환자 편리, 병동의 중환자 기피현상 방지 등이다.

80. 병상의 중앙관리에 대한 설명으로 옳은 것은?

가. 의사의 회진 동선이 짧아지고 간호사의 전문적인 간호서비스 제공이 쉽다.
 나. 분산관리 방식보다 인력이 적게 투입된다.
 다. 자격관리나 문제 예상환자의 파악을 용이하게 한다.
 라. 빈 병상을 항상 파악할 수 있어 재원환자를 늘릴 수 있는 관리방식이다.

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

해설

▶ 중앙관리
 -모든 병상에 어떠한 환자라도 입원할 수 있는 방법
 -모든 병상을 한곳에서 관리하기 때문에 빈병상을 효율적으로 이용하여 병상이용률이 향상

▶ 장점
 -인력이 적게 투입
 -자격관리나 문제예상환자의 파악 용이
 -원무의 전문화
 -빈 병상을 항상 파악할 수 있어 재원환자를 늘릴 수 있음

▶ 단점
 -의사의 회진동선이 길어짐
 -간호사의 전문적인 간호서비스 제공이 어려움

81. 효율적인 병상운동을 위한 노력으로 옳지 않은 것은?

- ① 가퇴원제도 ② 단기병상 운영 ③ 가상계좌 도입 ④ 재원진료비 심사제도

해설

효율적인 병상운동에는 ① 입원예약제도 ② 퇴원예고제 ③ 가퇴원제도 ④ 단기병상운영 ⑤ 입원전 검사실 운영 ⑥ 재원 진료비 심사제도 ⑦ 당일수술센터(Day Surgery Center)운영 등이 있다.

82. 임상과 또는 주치의사 별로 병실을 배분하는 분산관리 방법을 도입했을 때의 문제점은?

- ① 간호전문성 저하 ② 병상의 사유화 경향 ③ 재원일수 연장 ④ 중환자 기피현상

83. 병상운영방법에 따른 장·단점으로 옳지 않은 것은?

- ① 통합중앙관리 - 병상가동을 극대화 ② 분산관리 - 특정병상의 사유화
③ 분산관리 - 병원수익성 악화 요인 ④ 통합중앙관리 - 진료 동선이 효율적

해설

1. 병상의 분산관리

- 1) 장점: ① 병동별 병상이용률을 높일 수 있다.
② 회진 등 진료에 효율을 높일 수 있고 전문간호서비스 제공됨
2) 단점: ① 병상이 특정 진료과 사유병상이 될 수 있다.
② 항상 일정수의 재원환자수를 유지하기 위하여 불필요하게 재원일수가 길어 질수 있어 병원 전체의 병상이용률은 저하
③ 병동에서 타과환자의 입원을 기피
④ 계절별 환자의 증감등의 변화에 신속히 적응하지 못함
⑤ 인력의 낭비와 업무의 전문화를 어렵게 할수 있음

2. 병상의 중앙관리

- 1) 장점: ① 분산관리보다 인력이 적게 투입
② 자격관리나 문제제상환자의 파악을 용이
③ 빈 병상을 항상 파악할 수 있어 재원환자를 늘릴 수 있는 관리방식
④ 병원전체의 병상가동률을 높일 수 있다.
2) 단점: ① 의사의 회진 동선이 길어짐
② 간호사의 전문적인 간호서비스 제공 어려움

84. 입원환자의 병상관리에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 환자들의 병상 배정, 변경, 이동 상태를 분석하고 조정하여 병상이용의 효율성을 높일 수 있다.
② 통합운영방식은 병상이용률이 높아져 병원의 수익성 향상에 기여할 수 있다.
③ 진료과목 분리운영은 진료과별로 대기환자수 불균형으로 병상가동률이 저하될 수 있다.
④ 진료과목, 질병의 종류에 관계없이 환자를 입원시키는 통합운영방식은 병동별 전문적인 간호서비스를 향상시킬 수 있다.

85. 효율적인 병상관리를 위한 병상운영방법에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 병상가동을 극대화를 위해 병상관리를 통합중앙화 하였다.
② 진료과 또는 질환별로 배정된 병상수는 절대 변경하지 않는다.
③ 병상을 남녀로 구분하여 운영하였다.
④ 병실을 환자 특성에 맞게 회복실, 중환자실, 응급실, 일반병실로 구분하여 운영하였다.

해설

환자별 병상 배정은 환자의 신청, 환자 질병의 특성, 질병의 중증도, 연령에 따라 배정 한다.

86. 병상운영을 진료과별로 분리하여 운영할 때의 장점이 아닌 것은?

- ① 병상 가동률을 높일 수 있다. ② 진료효율이 높아진다.
③ 간호사의 분야별 전문성을 확보할 수 있다. ④ 의사의 동선이 짧아진다.

해설

진료과별 분리운영은 총병상수 중에서 진료과목별 환자의 분포, 외래환자수, 진료수입, 병상가동률 등 각종 통계의 분석을 통하여 진료과별로 병상수를 정하고 병실을 가급적 같은 층에 배정함으로써 회진 등 진료에 효율을 높이고, 전문간호사 및 필요한 설비들을 갖추어 전문적인 의료서비스를 제공하게 할 수 있다. 그러나 병상가동률이 저하될 수 있다.

정답

82. ② 83. ④ 84. ④ 85. ② 86. ①

87. 병상관리에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 병상관리란 고유 병상의 효율적인 운영 계획을 수립하여 배정하고 평가하는 것이다.
- ② 병상이 효율적 활용을 위해서는 분산관리보다 중앙관리 방식이 더 좋다.
- ③ 입원 진료가 필요한 환자에게 적당한 시기에 제공되어야 한다.
- ④ 병원경영 측면보다 진료 및 간호의 효율만을 고려하는 것이 좋다.

해설 병상관리는 입원진료에 필요한 병실의 배정과 수속 등을 효율적으로 수행하기 위한 것이다. 병원 전체의 병상을 특정 부서에서 통제하는 중앙집중식 관리방식과 진료과 혹은 진료계열별로 구분하는 분산관리방식이 있다. 특정 진료과는 입원이 불가능하나 타과는 여유병상이 있는 경우도 발생할 뿐 아니라, 업무가 계열별로 분산되어 인력낭비가 많고 업무전문화에도 어려움이 있다.

88. 병상관리 방법 중 분산관리방법에 관한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 해당진료과 의사들의 진료계획에 따라 운용 가능하므로 진료효과를 높일 수 있다.
- ② 회진이 용이하고 간호의 전문성이 높아진다.
- ③ 진료과별 환자수 변화와 진료과 간의 연계진료를 감안할 수 있어 병상가동율이 최대로 높아진다.
- ④ 병상이 특정 진료과의 사유화가 될 우려가 있다.

해설 진료행위의 실시에서 의사들의 계획에 따라서 효율적으로 잘 운용될 경우에는 진료의 효과도 향상되고 병상이용률도 향상시킬 수 있으나 병원의 총괄적인 경영관리의 측면에서는 분산으로 인하여 병원전체적인 측면에서 병상이용률을 감소시킬 수 있다.

진료과별 분리운영은 총병상수 중에서 진료과목별 환자의 분포, 외래환자수, 진료수입, 병상가동률 등 각종 통계의 분석을 통하여 진료과별로 병상수를 정하고 병실을 가급적 같은 층에 배정함으로써 회진 등 진료에 효율을 높이고, 전문간호사 및 필요한 설비들을 갖추어 전문적인 의료서비스를 제공하게 할 수 있다. 그러나 병상가동률이 저하될 수 있다.

89. 병상에 대한 다음 설명 중 옳지 않은 것은?

- ① 허가 병상수는 지방자치단체로부터 인가를 받은 병상수이다.
- ② 병상이용률은 재원 환자 연환자를 연가동병상수로 나누어 계산한다.
- ③ 병상에 1인을 수용하는 경우는 6.3 m² 이상이어야 한다.
- ④ 병원의 기준병상수는 전체 운영병상수의 60% 이상이어야 한다.

해설 국가 및 지방자치단체로부터 인가받은 병상 수를 허가병상이라 하고, 병원이 실제로 환자를 입원진료하기 위해 사용하는 병상을 가동병상으로 구분한다. 성인용 병상과 소아용 병상, 영아용, 노인용, 산모용, 특수 환자용 등으로 구분하기도 한다. 4인 이상의 환자를 수용하는 병상은 의원, 병원이 보유하고 있는 총 병상 중 50%, 종합병원, 상급종합병원은 70% 이상 확보하도록 규정되어 있다.

90. 효율적인 병상관리에 대한 설명으로 거리가 먼 것은?

- ① 원무 담당자는 병상가동률을 최대로 높인다는 목표의식이 있어야 한다.
- ② 병상관리 중 중앙관리 방식의 장점은 입원대기환자의 적체현상을 완화하고 병상가동률을 최대로 높일 수 있다.
- ③ 병상관리 중 분산관리 방식의 단점은 병상가동률이 낮아질 수 있고 의사나 진료과의 전유물로 인식될 수 있다.
- ④ 병원의 기준병상수는 전체 운영병상수의 55% 이상이어야 한다.

해설 병상관리는 입원진료에 필요한 병실의 배정과 수속 등을 효율적으로 수행하기 위한 것이다. 병실을 전체적으로 관리하는 중앙관리방식은 모든 병상의 관리가 1곳에서 이루어지고 업무의 전문화를 가져오지만 분산관리방식은 업무가 계열별로 분산되어 인력낭비가 많고 계절적 요인에 따른 환자의 증감 등의 변화에 신속히 적응하지 못하는 경우가 있다.

91. 병원의 보유병상을 진료과별로 배분할 때 고려하지 않아도 되는 것은?

- ① 진료의사의 동선 ② 수술실, 중환자실, 검사실과의 연결성
③ 진료비 관리의 편의성 ④ 간호의 전문성

해설

진료과별 병상의 배치는 환자의 유형(소아, 산모, 장기, 단기, 귀반응 등) 외래진료실, 수술실, 중환자실, 각 검사실 등과의 연결성, 건물구조 등을 고려하여 몇 층에 어떠한 진료과가 있어야 하는지는 충분한 검토 후에 결정해야 진료의 효율을 높일 수 있다. 격리병실 등 특수병실의 확보와 병실의 남·여 구분, 소아병실 등의 구분을 해야 한다.

92. 병원의 입원환자 병상배정 시 고려사항이 아닌 것은?

- ① 진료과별 병동 ② 과별 상한제(ceiling) ③ 격리질환여부 ④ 환자 거주지(지역)요건

해설

병상배정은 진료과별 병동, 과별 실량제, 담당의사의 동선 야간, 입실, 격리여부, 병실 내 동일상병, 질병의 상태 및 중증도, 소아, 노인, 남녀 등을 고려해야 하며, 해당병동의 간호사실과 긴밀한 업무연락으로 환자진료에 효율성을 높이고 병상 가동률을 높이는 요인을 충분히 파악하고 있어야 한다.

93. 진료의 효율을 높이기 위한 진료과별 병상 배치의 고려사항이 아닌 것은?

- ① 각 검사실, 수술실, 중환자실 등과의 연결성 ② 진료비 수납 부서
③ 소아 병실 ④ 다인용 병실의 남, 여 구분

94. 병상은 지방자치단체로부터 인가를 받은 ()병상과, 병원에서 현재 환자입원시설로 확보하여 사용하고 있는 ()병상으로 구분된다. ()안에 적합한 용어는?

- ① 허가, 가동(운영) ② 허가, ICU(중환자실) ③ 가동, 응급 ④ 가동, 예비

95. 허가병상수와 가동병상수에 대한 설명 중 옳지 않은 것은?

- ① 허가병상수는 의료기관 개설 시 인가받은 병상수이다.
② 가동병상수는 현재 병원에서 실제 사용되고 있는 병상수이다.
③ 가동병상수가 허가병상수보다 많아서는 안 된다.
④ 허가병상수와 가동병상수는 반드시 같아야 한다.

해설

국가 및 지방자치단체로부터 인가받은 병상 수를 허가병상이라고 하고, 병원이 실제로 환자를 입원진료하기 위해 사용하는 병상을 가동병상으로 구분한다.

96. 입원환자를 위한 가동병상수에 포함되지 않는 것은?

- ① 중환자실 병상 ② 신생아보육기 병상 ③ 전염환자격리 병상 ④ 인공신장실 병상

해설

가동 병상수에서 제외 - 검사실, 분만실, 수술실, 회복실, 외래환자 병상, 응급실

97. 한 병원의 허가병상은 기준병상이 440병상, 상급병상 300병상, 중환자실 40병상, 응급실 20병상일 때 일반병상의 비율은?

- ① 55% ② 57.1% ③ 58.1% ④ 51.2%

해설

기준병상 / {기준병상 + 상급병상 + 중환자실 + 응급실} × 100
 $\{440 / (440 + 300 + 40 + 20)\} \times 100 = 55\%$

정답

91. ③ 92. ④ 93. ② 94. ① 95. ④ 96. ④ 97. ①

98. 가퇴원 제도의 발생되는 문제점 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 사망 직전의 환자 등 기타 부득이한 사유로 비정규 퇴원하는 절차
- ② 추정 진료비의 가산으로 진료비 부담이 가중되고 병원의 신뢰도 하락
- ③ 악성 미수금 발생으로 병원의 손실 및 미수금회수 등의 업무량 증가
- ④ 가퇴원 진료비의 재 정산절차 등의 불편함이 있다.

해설 가퇴원 제도는 근무시간 이외에 환자가 퇴원을 희망하거나 환자의 상태 악화로 사망전 퇴원(hopeless discharge) 등과 같이 본인이나 보호자의 요구에 의해 진료비가 적정하게 계산되기 전에 퇴원이 필요한 경우에 가퇴원을 시키게 되며, 이 경우 진료비 보증금을 우선 예치하고 차후에 정산절차를 따르게 된다.

99. 병동환자 자격관리에 관한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 건강보험: 제3자 가해에 의한 상병인 경우에는 '급여제한여부조회서'를 통보하여 그 결과에 따라 조치한다.
- ② 의료급여: 자격 유효기간이 없으므로 의료급여증에 등재 여부만 확인한다.
- ③ 산업재해: 사고와 관련 없는 질환의 확인 및 조치
- ④ 자동차보험: 보험회사의 지급보증서 확인 관리

해설 의료급여(보호)는 유효기간이 연도별 즉 해당년도 1월 1일부터 12월 31일까지이므로 연도가 바뀔 경우 해당 시·군·구청에 자격여부를 확인해야 한다.

100. 진료수가에 관한 설명 중 옳지 않은 것은?

- ① 일반수가는 보험자의 통제를 받지 않고 병원 자체적으로 진료비를 정한 수가이다.
- ② 병원급 이상은 일반수가를 관할 시·도지사에게 신고해야 한다.
- ③ 의원, 치과의원, 한의원, 조산원은 일반수가를 시·도지사에게 신고해야 한다.
- ④ 건강보험 수가는 보험자 단체와 의료기관간의 계약에 의해 결정된다.

해설 의료기관종별 가산, 의료 전달체계에 따른 진료비산정기준의 구분 등 여러 가지 진료 및 요양 형식에 따라 진료비를 가감하는 기준들을 요양기준이라고 하며 관련 법규에 규정되어 있다. 진료수가는 개별 의료행위에 대한 보수이므로 의료행위의 종류가 많기 때문에 요양기준 및 진료수가기준을 자세히 설명하고 분류한 책이 별도로 작성되어 활용되고 있다.

101. 입원환자 진료비 회수와 관련된 설명으로 거리가 먼 것은?

- ① 중간진료비를 회수하는 목적 중 하나는 문제환자를 조기에 파악하는 것도 포함된다.
- ② 입원보증금을 받지 못하는 현 건강보험제도하에서는 진료비 체납자를 줄이기 위한 방법으로 많은 병원이 실시하고 있다.
- ③ 자동차, 산재보험환자, 의료급여환자는 입원보증금을 징수하여도 무방하다.
- ④ 중간진료비를 조기에 회수하면 운영자금에 도움이 될 수 있다.

해설 진료비는 수입과 수익, 비용으로 나뉜다. 수입은 지출의 반대 개념이고, 수입은 비용에 대응되는 개념으로 일정기간 고객에게 제공된 재화나 용역의 판매가격이라고 한다. 비용은 수익을 위해 소요된 재화나 용역의 원가를 말한다.

102. 환자 측이 의학적 충고에 반한 퇴원을 요구할 경우, 퇴원을 허락할 수 있는 요건으로 옳지 않은 것은?

- ① 환자의 회복가능성과 생존 가능성이 아주 낮을 것
- ② 환자 상태가 점차 악화되는 추세에 있을 것
- ③ 계속적인 치료를 희망하는 환자의 사전 의사표시가 있을 것
- ④ 환자 보호자의 적극적인 퇴원요구 및 서면동의

해설 의학적 충고에 반한 퇴원(Discharge Against Medical Advice: DAMA): 환자의 회복가능성과 생존 가능성이 아주 낮고, 환자 상태가 점차 악화되는 추세에 있고, 계속적인 치료를 희망하는 환자의 의사표시가 없으며, 환자보호자의 적극적인 퇴원요구 및 서면 동의 등 4가지 요건이 충족 된다면 퇴원 가능 할 것임



2. 응급의료, 응급실 관리

103. 적절한 응급처치가 시행되어도 생존보다 사망의 위험이 더욱 높은 환자는?

- ① 응급환자(emergent) ② 긴급환자(urgent)
③ 비응급환자(non-urgent) ④ 건강검진환자(health screening)

해설 응급환자 중증도 분류

1) 긴급환자(urgent)

수분 혹은 빠른 시간 이내에 치료하지 않으면 사망하거나 신체에 치명적인 영향이 초래되는 환자들로서 아래와 같이 분류할 수 있다.

- (1) 기도와 호흡에 관한 문제 환자
- (2) 심정지
- (3) 피가 모자랄 정도의 출혈
- (4) 개방성 흉부 또는 복부좌상
- (5) 심한 두부손상이나 의식감소를 동반한 두부손상
- (6) 주요 또는 합병증이 있는 화상
- (7) 긴장성 기흉
- (8) 심장압전(Pericardial Tamponade)
- (9) 합병증이 심각한 의학적 환자 : 중독, 합병증을

예 급성 심근경색증, 불안정 협심증, 뇌졸중, 지주막하 출혈, 대동맥 박리, 폐색전증, 급성 기관지천식, 갑자기 악화 된 만성호흡부전, 급성 상부위장관 출혈, 당뇨병성 케톤산증, 고산투압비케톤성 고혈당증, 고칼슘혈증 등

2) 응급환자(emergent)

수시간 이내에 치료하지 않으면 사망 혹은 합병증 발생률이 높은 환자들로서 다음과 같이 분류할 수 있다.

- (1) 척추손상이 동반된 배부손상
- (2) 합병증이 없는 화상
- (3) 주요 개방성 다발성골절
- (4) 안손상(Eye Injuries)
- (5) 안전성 복부손상

☐ 예 악성고혈압, 폐부종, 심막염, 척추압박, 대발작, 급성 간성뇌병증, 급성신부전 등

3) 비응급환자(non-urgent)

수시간 이후에 치료하여도 생명과 관계가 적다고 판단되는 경증환자들이다.

☐ 예 단순골절, 염좌, 열상, 연조직 손상, 고혈압, 관절염 등

4) 지연(遲延)환자

사망하였거나 생존가능성이 없는 환자로 응급실 도착당시 사망환자 등을 말한다.

104. 응급의료에 관한 법률 중 국민의 권리와 의무에 해당하지 않는 것은?

- ① 모든 국민은 성별, 나이, 민족, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 차별받지 아니하고 응급의료를 받을 권리를 가진다. 다만, 국내에 체류하고 있는 외국인은 해당하지 않는다.
- ② 모든 국민은 국가나 지방자치단체의 응급의료에 대한 정책에 대하여 알 권리를 가진다.
- ③ 누구든지 응급환자를 발견하면 즉시 응급의료기관등에 신고하여야 한다.
- ④ 응급의료종사자가 응급의료를 위하여 필요한 협조를 요청하면 누구든지 적극 협조하여야 한다.

해설 응급의료에 관한 법률 제3조(응급의료를 받을 권리) 모든 국민은 성별, 나이, 민족, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 차별받지 아니하고 응급의료를 받을 권리를 가진다. 국내에 체류하고 있는 외국인도 또한 같다.

105. 응급실 원무담당자가 수행해야 하는 업무영역이 아닌 것은?

- ① 행려환자의 거주지 파악을 위한 노력
- ② 보호자 없는 무의식 환자의 소지품 방치
- ③ 내원경위 및 상병원인 파악
- ④ 보험유형에 따른 급여 적용 여부를 파악하기 위한 상병원인 파악

해설 응급실의 원무담당자는 환자의 상태 파악과 즉각적인 의학적 판단에 따라 응급처치 및 응급의료를 신속히 제공하고, 내원 경위와 병명확인, 환자유형에 따른 보험여부 등을 파악하며, 행려환자·무연고자, 사고 및 무의식환자 분류해야한다. 환자의 소지품 목록을 작성(후송자와 확인)하여, 소지품 관리는 경찰에게 맡겨야함. 이는 인권문제, 개인정보활용동의서, 소지품보실우려 및 향후 분쟁소지가 있음. 비급여, 고가검사항목에 대한 설명부족으로 민원을 야기할 수 있다.

106. 응급실 업무에 관한 내용으로 옳지 않은 것은?

- ① 응급환자란 수 시간 이내에 치료하지 않으면 사망 혹은 합병증 발생률이 높은 환자를 말한다.
- ② 중양, 권역, 전문, 지역응급의료센터 및 응급의료기관으로 구분한다.
- ③ 병원속에 작은 병원같이 업무가 복잡하고 다기능적이다.
- ④ 특수구급차에 의사나 간호사, 응급구조사가 동승한 경우는 기본요금에 25%를 가산한다.

해설 이송료 산정지침에 의거 일반 구급차에 의사, 간호사 또는 응급구조사가 탑승한 경우 법제44조제1항 제1호~제4호(의료 기관 등)은 15,000원이고, 법제44조 1항 제1호~제5호(비영리법인)는 10,000원 이다.

107. 종합병원 응급실에서 낮병동 입원료를 산정할 수 있는 체류시간 산정기준은?

- ① 3시간 이상 ② 6시간 이상 ③ 9시간 이상 ④ 12시간 이상

해설 종합병원 응급실, 수술실 등에서 처치수술 등을 받고 6시간 이상 관찰 후 당일 귀가 또는 이송하여 입원료를 산정하지 아니한 경우 낮병동 입원료를 산정한다.

108. 다음 내용 중 ()에 들어갈 내용이 순서대로 옳은 것은?

응급의료 관리로는 위독한 상태의 환자에게 응급처치 및 응급의료행위를 실시하는 ()에 한하여 산정하며, 일반 구급차에 의사나 간호사가 동승한 경우에는 기본 요금의 ()를 가산한다.

- ① 첫날, 50% ② 입원일, 15%
- ③ 마지막날, 25% ④ 응급실에 체류한 기간 매일, 15%

해설 응급의료관리료는 초일에 한하여 1회 산정한다.

109. 다음 설명 중 옳지 않은 것은?

- ① 응급환자란 수시간 이내에 치료하지 않으면 사망 혹은 합병증 발생률이 높은 환자
- ② 긴급환자란 수분 혹은 빠른 시간 이내에 치료하지 않으면 사망하거나 신체에 치명적인 영향을 초래할 수 있는 환자
- ③ 종합병원에서는 응급환자를 위한 예비병상 확보는 가동병상수에 100분의 10 이상 되어야 한다.
- ④ 응급의료에 관한 법률의 목적은 응급환자의 생명과 건강을 보호하고 국민 의료의 적정을 기함이다.

해설 응급환자라 함은 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 기타 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신상의 중대한 위해가 초래될 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 자로서 보건복지부령이 정하는 자를 말한다.

110. 응급환자 중증도 분류에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 지연환자 - 치료가 지연되어 긴급한 응급처치가 요구되는 환자
- ② 긴급환자 - 수분 혹은 빠른 시간 이내에 치료하지 않으면 사망하거나 신체에 치명적인 영향을 초래할 수 있는 환자
- ③ 응급환자 - 수 시간 이내에 치료하지 않으면 사망 혹은 합병증 발생률이 높은 환자
- ④ 비응급환자 - 수 시간 이후에 치료하여도 생명과 관계가 적은 경증환자

해설 지연환자란 사망하였거나 생존가능성이 없는 환자로 응급실 도착 당시 사망환자

111. 응급환자 중증도 분류에 따른 환자로 옳은 것은?

가. 긴급환자	나. 응급환자	다. 준응급환자	라. 지연환자
① 가, 나, 다	② 가, 나, 라	③ 가, 다, 라	④ 가, 나, 다, 라

해설 • 한국형 응급환자 분류도구(KTAS, Korean Triage and Acuity Scale)
KTAS 1 등급 - 소생, KTAS 2 등급 - 긴급, KTAS 3 등급 - 응급, KTAS 4 등급 - 준응급,
KTAS 5 등급 - 비응급

112. 응급의료에 관한 법률에 의하여 응급환자가 아닌 자는 종합병원의 응급실이 아닌 의료시설에 진료를 의뢰하거나 다른 기관에 환자를 이송할 수 있는데 다음 중 “응급환자가 아닌 자”의 기준에 적합하지 않은 것은?

- ① 수축기 혈압이 정상인의 100분의 60 이상일 것
- ② 분당 호흡수가 10 ~ 24회일 것
- ③ 분당 맥박수가 60 ~ 100회일 것
- ④ 체온이 36 ~ 37.5℃일 것

113. 응급실로 내원한 신원 미상자의 응급진료비 미수금을 회수하기 위한 방법은?

- ① 응급진료비 대지급신청
- ② 의료급여대상자 지정요청
- ③ 대손처리
- ④ 미수금으로 계상

해설 신원 미상자는 관할 경찰서로 신고하여 신원 파악 의뢰를 해야 하며, 신원 미상환자(행려)일 경우에는 시·군·구청 사회 복지과에 의뢰하여 의료급여(보호) 추가 책정 대상자로 요청해야 한다.

114. 응급의료관리로 산정대상인 응급증상의 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 외과적 증상 - 개복술을 요하는 급성복증, 광범위한 화상, 다발성 외상
- ② 중독 및 대사장애 - 심한 탈수, 약물 등의 기타물질 과다복용이나 중독
- ③ 신경학적 응급증상 - 급성호흡곤란, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
- ④ 출혈 - 계속되는 객혈, 지혈이 안 되는 출혈, 급성위장관 출혈

해설 응급의료에 관한 법률 제2조 1항에 의한 응급증상 및 이에 준하는 증상

1) 응급증상

- (1) 신경학적 응급증상-급성의식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
- (2) 심혈관계 응급증상-심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
- (3) 중독 및 대사장애-심한 탈수, 약물, 알코올 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전, 신부전, 당뇨병 등)
- (4) 외과적 응급증상-개복술을 요하는 급성복증(급성복막염, 장폐색증, 급성체장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부 신체표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부, 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급 수술을 요하는 증상, 다발성 외상
- (5) 출혈-계속되는 객혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성위장관 출혈
- (6) 안과적 응급증상-화학물질에 의한 눈의 손상, 급성시력손실
- (7) 알레르기-얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
- (8) 소아과적 응급증상-소아경련성 장애
- (9) 정신건강의학과적 응급증상-자신 또는 타인을 해할 우려가 있는 정신장애

2) 응급증상에 준하는 증상

- (1) 신경학적 응급증상-의식장애, 현훈
- (2) 심혈관계 응급증상-호흡곤란, 과호흡
- (3) 외과적 응급증상-화상, 급성 복증을 포함한 배의 전반적인 이상 증상, 골절, 외상 또는 탈골, 기타 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
- (4) 출혈-혈관 손상
- (5) 소아과적 응급증상-소아경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일 야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
- (6) 산부인과적 응급증상-분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
- (7) 이물에 의한 응급증상-귀, 눈, 코, 항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

115. 의료기관 간 환자 의뢰 및 회송시스템에 관한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 환자거주지 지역의 종합병원 등과 연계하여 환자를 이송시킬 수 있다.
- ② 의료기관 간의 유대강화 및 정보교류에 도움이 된다.
- ③ 환자가 이송을 요구할 경우에만 해당된다.
- ④ 연계 병원간의 진료능력이나 특성을 고려해야 한다.

해설 응급의료에 관한 법률 제11조(응급환자의 이송)

- ① 의료인은 해당 의료기관의 능력으로는 응급환자에 대하여 적절한 응급医료를 할 수 없다고 판단한 경우에는 지체 없이 그 환자를 적절한 응급의료가 가능한 다른 의료기관으로 이송하여야 한다.
- ② 의료기관의 장은 제항에 따라 응급환자를 이송할 때에는 응급환자의 안전한 이송에 필요한 의료기구와 인력을 제공하여야 하며, 응급환자를 이송받는 의료기관에 진료에 필요한 의무기록(醫務記錄)을 제공하여야 한다.
- ③ 의료기관의 장은 이송에 든 비용을 환자에게 청구할 수 있다.
- ④ 응급환자의 이송절차, 의무기록의 이송 및 비용의 청구 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

116. 응급의료에 관한 법률에서 응급의료기관이 아닌 것은?

- ① 권역응급의료센터 ② 응급실 ③ 지역응급의료기관 ④ 중앙응급의료센터

117. 중앙응급의료센터의 역할이 아닌 것은?

- ① 권역응급의료센터 간 업무조정 및 지원 ② 응급의료종사자에 대한 교육훈련
③ 응급의료 관련 연구 ④ 관할 지역 주민에게 응급의료 제공

|해설

중앙응급의료센터의 역할

- 권역응급의료센터 간 업무조정 및 지원
- 응급의료종사자에 대한 교육훈련
- 응급의료 관련 연구

118. 응급의료기관에 포함되지 않는 것은?

- ① 지역응급의료센터 ② 전문응급의료기관 ③ 권역응급의료센터 ④ 지역응급의료기관

|해설

지정권자: 보건복지부장관 - 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터
시·도지사 - 전문응급의료센터, 지역응급의료센터
시장·군수·구청장 - 지역 응급의료기관

119. 응급의료에 관한 법률에서 규정한 응급의료기관의 종류가 아닌 것은?

- ① 중앙응급의료센터 ② 전문응급의료센터 ③ 지역응급의료센터 ④ 응급의료정보센터

|해설

응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 5. "응급의료기관"이라 함은 의료법 제3조의 규정에 의한 의료기관 중에서 이 법에 의하여 지정된 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

120. 전문응급의료센터가 아닌 것은?

- ① 외상 전문응급의료센터 ② 소아 전문응급의료센터
③ 화상 전문응급의료센터 ④ 중독 전문응급의료센터

|해설

응급의료에 관한 법률 제29조(전문응급의료센터의 지정) ① 보건복지부장관은 소아환자, 화상환자 및 독극물 중독환자 등에 대한 응급의료를 위하여 중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 지역응급의료센터 중에서 분야별로 전문응급의료센터를 지정할 수 있다. <개정 2015.1.28.>

121. 응급의료정보센터의 업무로 옳지 않은 것은?

- ① 응급의료에 관한 각종 정보의 관리 및 제공 ② 응급환자의 안내, 상담
③ 응급환자를 이송 중인 자에 대한 응급처치의 지도 ④ 응급환자의 진료

|해설

제27조(응급의료정보센터의 설치 및 운영) ① 보건복지부장관은 응급의료를 효율적으로 제공할 수 있도록 응급의료자원의 분포와 주민의 생활권을 감안하여 지역별로 응급의료정보센터(이하 "정보센터"라 한다)를 설치·운영해야 한다.

② 정보센터의 업무는 다음 각호와 같다.

1. 응급환자의 안내·상담 및 지도
2. 응급환자를 이송 중인 자에 대한 응급처치의 지도 및 이송병원의 안내
3. 응급의료에 관한 각종 정보의 관리 및 제공
4. 응급의료통신망 및 응급의료전산망의 관리·운영 및 그에 따른 업무

122. 응급의료시설을 갖추어야 하는 의료기관은?

- ① 의료법에 의한 병원 ② 의료법에 의한 모든 의료기관
③ 응급의료법에 의한 병원 ④ 의료법에 의한 종합병원

|해설

종합병원은 의료법 제32조(시설 기준 등) 규칙 제28조의 2(의료기관의 시설 기준 및 규격)에 의하여 응급실을 두어야 하며, 병원 요양병원은 응급의료에 관한 법률 제31조(지역 응급의료기관)에 의하여 지정을 받은 때에 한한다.

|정답

117. ④ 118. ② 119. ④ 120. ① 121. ④ 122. ④

123. 응급의료정보센터의 설치와 운영에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 보건복지부장관은 응급의료자원의 분포와 주민의 생활권을 고려하여 지역별로 응급의료정보센터를 설치·운영하여야 한다.
- ② 응급환자의 배분 및 이용병원 지정
- ③ 응급의료에 관한 각종 정보의 관리 및 제공
- ④ 응급의료 통신망 및 응급의료 전산망의 관리·운영 및 그에 따른 업무

해설 응급의료에 관한 법률 제27조(응급의료정보센터의 설치 및 운영)

- 1) 보건복지부장관은 응급医료를 효율적으로 제공할 수 있도록 응급의료자원의 분포와 주민의 생활권을 고려하여 지역별로 응급의료정보센터(이하 "정보센터"라 한다)를 설치·운영하여야 한다.
- 2) 정보센터의 업무는 다음 각 호와 같다.
- 3) 응급의료에 관한 각종 정보의 관리 및 제공
- 4) 응급의료 통신망 및 응급의료 전산망의 관리·운영 및 그에 따른 업무

124. 종합병원이 확보해야 할 예비병상의 수는?

- ① 허가받은 병상수의 1/10 이상
- ② 허가받은 병상수의 1/50 이상
- ③ 허가받은 병상수의 1/100 이상
- ④ 허가받은 병상수의 10/100 이상

해설 응급의료에 관한 법률 제33조 (예비병상의 확보)

- 응급의료기관은 응급환자를 위한 예비병상을 확보해야 하며 예비병상을 응급환자가 아닌 자가 사용하게 하여서는 아니 된다.
- 예비병상의 확보 및 유지에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. 응급의료에 관한 법률시행규칙 제21조 (예비병상의 확보 및 유지)
- 법 제33조제2항의 규정에 의하여 응급의료기관이 확보해야 하는 예비병상의 수는 의료법 제30조제4항의 규정에 의하여 허가받은 병상 수의 100분의 1 이상(병 의원원의 경우에는 1병상 이상)으로 한다.

125. 진료비 환부에 관한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 진료신청 후 본인 사정으로 진찰을 받지 못한 경우의 진찰료 환불
- ② 건강보험증 사후제출은 환불되지 않는다.
- ③ 처방입력오류로 잘못 계산된 진료비 환불
- ④ 검사신청 후 본인 사정으로 검사를 취소할 경우 검사료 환불

해설

사후자격관리에 따른 환불(건강보험증 사후제출, 요양급여의뢰서 사후제출, 유형변경에 따른 환불 등), 진찰료 환불(예약이나 당일 진료신청 후 본인 혹은 병원측 사정으로 진찰을 받지 못한 경우, 선택진료를 신청하였으나 사정에 의해 선택진료가 취소된 경우), 기타환불(검사, 촬영 신청 후 본인 거부나 병원측 사정으로 취소 시, 입력오류 혹은 처방내용 변경)

126. 응급원무 담당자가 취한 행동 중 옳지 않은 것은?

- ① 외상으로 보호자 동행 없이 내원한 미성년 환자를 보호자 내원시까지 진료접수를 보류하고 대기하도록 하였다.
- ② 상해환자를 동행한 연고자에게 사고경위를 자세히 듣고 기록으로 남겼다.
- ③ 무연고환자를 후송한 경찰관에게 「응급행려 환자의뢰서」를 청구하였다.
- ④ 보호자 없이 후송된 무의식 환자의 소지품을 후송자와 같이 확인하고 목록을 작성하였다.

해설

진료거부금지(의료법 제6조): 의료인은 정당한 이유 없이 진료거부를 못하며, 응급환자에 대하여는 응급의료에 관한 법률이 정하는 바에 따라 최선의 처치를 행해야 한다.

127. 의료기관에서 응급환자 미수금에 대한 대지급을 어디에 청구하는가?

- ① 응급구조본부 ② 해당 건강보험공단 ③ 건강보험심사평가원 ④ 관할 지방자치단체

해설

• <응급의료에 관한 법률> 보건복지부장관은 법 제19조제2항의 규정에 의하여 응급의료금(이하 “기금”이라 한다)의 관리 운영을 국민건강보험법 제55조의 규정에 의한 건강보험심사평가원(이하 “심사평가원”이라 한다)에 위탁한다.

• 영 제19조 (미수금 대지급의 범위) 법 제22조제5항의 규정에 의한 미수금 대지급의 범위는 다음 각호의 비용 중 응급환자 본인이 부담해야 하는 비용으로 한다. 1. 의료기관의 응급의료비용 2. 구급차등을 운용하는 자의 법 제24조의 규정에 의한 이송처치료(의료기관이 구급차등을 운용하는 경우를 제외한다)

• 영 제16조 (미수금 대불의 청구 및 심사 절차)
법 제22조제5항의 규정에 의하여 미수금을 대불 받고자 하는 의료기관 등은 법 제22조제4항의 규정에 의한 응급환자 본인, 부양의무자 또는 다른 법령에 의한 진료비부담 의무자(이하 “상환의무자”라 한다)에게 응급의료비용을 청구한 날부터 7일 이후에 미수금대불 청구서에 보건복지부령이 정하는 서류를 첨부하여 심사평가원장에게 제출해야 한다.

- 심사평가원장은 제1항의 규정에 의한 의료기관 등의 미수금 대지급청구에 대하여 그 내용을 심사한 후 대지급해야 한다.

- 이 영에 규정된 것 외에 미수금 대지급청구의 심사에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정한다.

128. 응급진료비 대지급제도에 관한 설명 중 옳지 않은 것은?

- ① 청구는 건강보험공단으로 한다.
② 청구 기간은 진료종료일로부터 3년 이내이다.
③ 건강보험 및 의료급여 환자에게 적용된다.
④ 대지급금은 응급관리를 산정할 수 있는 응급증상이고 진료개시일로부터 응급처치가 종료될 때까지 발생한 응급진료비와 이송처치료를 포함한다.

해설

심사평가원장은 법 제22조제2항의 규정에 의하여 미수금을 대지급한 경우에는 즉시 대지급금 전액에 대하여 상환의무자로 하여금 12월의 범위 내에서 이를 납부하도록 해야 한다. 이 경우 상환의무자의 신청에 의하여 분할하여 납부하게 할 수 있다. 상환의무자가 제항의 규정에 의한 기간 내에 대지급금을 납부하지 아니하는 경우에는 지체 없이 3월 이내(분할 납부의 경우에는 1월 이내)의 납부기간을 정하여 독촉장을 발부해야 한다.

129. 응급환자 미수금의 대지급 청구기간은?

- ① 미수금 발생된 시점으로부터 5년 이내 ② 진료 종료일로부터 3년 이내
③ 미수금을 청구한 날로부터 2년 이내 ④ 진료 시작일로부터 3년 이내

해설

미수금 대지급 청구 기간: 미수금이 발생된 시점부터 3년 까지

130. 응급진료비 대지급제도에 관한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 응급환자 본인 및 부양의무자가 진료비를 부담할 능력이 없을 경우 신청할 수 있다.
② 대지급금에는 응급환자 이송료도 포함한다.
③ 대지급금은 보험자부담금이 포함된 진료비 전액을 청구한다.
④ 대지급금을 심사하는 기관은 건강보험심사평가원이다.

해설

응급진료비 대지급금이란 의료기관 등이 응급환자에게 응급진료 및 이송처치를 제공하고 응급환자로부터 응급의료 비용을 지불받지 못하였을 경우에는 응급의료에 관한 법률에 의하여 대지급사업을 위탁받은 건강보험심사평가원에 응급환자를 대신하여 지불하여 줄 것을 청구하면 건강보험심사평가원은 동 응급의료비용을 대지급해 주고 사후에 응급환자 본인, 부양의무자 및 다른 법령에 의한 진료비부담 의무자에게 대지급금을 상환받는 제도이다.

응급진료비는 진료와 관련되어 발생되는 비용을 포함시킨다. 다만, 국민건강보험법령 등에서 정한 “선택진료비” 및 “상급 병상 이용에 따라 추가 부담하는 입원료”는 미수금 대지급대상에서 제외하고, 급식비의 경우는 의료급여 진료수가를 준용함

정답

127. ③ 128. ① 129. ④ 130. ③

131. 응급진료비 대지급제도에 관한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 급식비는 의료급여 진료수가를 준용
- ② 청구는 건강보험심사평가원으로 함
- ③ 외국인이 치료를 받은 후 미납한 진료비도 청구 가능
- ④ 대지급금 발생시점부터 1년 이내에 청구해야 함

해설 의료기관등이 응급의료비 미수금 대지급을 청구할 수 있는 기간은 미수금이 발생한 시점부터 3년까지임

132. 응급진료비 대지급 대상에 대한 설명 중 옳지 않은 것은?

- ① 응급진료비란 응급증상 및 이에 준하는 증상으로 의료기관의 응급실에서 진료받기 시작한 날로부터 그 증상이 완화되어 응급의료로 종료될 때까지 발생한 진료비를 대지급대상으로 한다.
- ② 수가는 응급의료수가를 기준으로 산정하되 병실차액과 선택진료비도 포함한다.
- ③ 급식비는 의료급여 진료 수가를 준용한다.
- ④ 응급환자를 이송하고 회수하지 못한 이송처치료 미수금도 포함한다.

해설 응급진료비용 중 환자로부터 받지 못한 본인부담금으로서 응급관리료를 산정할 수 있는 응급증상을 가진 환자가 진료 개시일부터 응급처치가 종료될 때까지 발생한 응급진료비와 응급환자를 이송한 이송처치료의 미수금이 해당된다.

133. 의료급여 수급권자의 대지급 제도에 관한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 2종 수급권자로 일시적으로 발생한 과중한 진료비 부담을 덜어 주기 위한 의료급여 기금에서 우선 지불해 주는 제도이다.
- ② 본인부담금이 10만원을 초과한 금액 중 수급권자의 신청에 의해 보장기관이 승인한 경우에 금액이 확정된다.
- ③ 대지급사항을 심사평가원이 심사하여 그 결과를 의료급여기관 및 보장기관에 통보한 뒤에 지급된다.
- ④ 진료가 종결된 후 2개월 이후에 보장기관에 승인을 요청할 수 있다.

해설 의료급여대지급금제도는 입원중(의료급여기관의 진료비 분리청구 시점)또는 퇴원날부터 7일 이내 신청가능 함

134. 구급차의 운용에 관한 사항 중 옳지 않은 것은?

- ① 환자진료를 위한 가검물을 운반할 수 있다.
- ② 사고로 현장에서 사망한 환자를 의료기관으로 이송할 수 있다.
- ③ 응급실에서 진료 중 사망한 환자를 이송할 수 있다.
- ④ 환자 진료를 위한 응급의료종사자를 이동할 수 있다.

해설 법 제45조 (다른 용도에의 사용금지) 구급차등은 다음 각호의 용도 외의 다른 용도에는 사용할 수 없다.

- 응급환자 이송
- 응급의료를 위한 혈액, 진단용 검체 및 진료용 장비 등의 운반
- 응급의료를 위한 응급의료종사자의 운송
- 사고 등에 의하여 현장에서 사망하거나 진료를 받다가 사망한 자의 의료기관 등으로의 이송
- 기타 보건복지부령이 정하는 용도

135. 구급차에 관한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 구급차는 일반, 특수로 구분하며 동일한 이용료를 부과한다.
- ② 일반 구급차에는 비닐팩 포장 수액제제와 아트로핀을 의약품으로 구비하여야 한다.
- ③ 응급환자 이송 외에 응급의료를 위한 혈액운반도 사용범위에 해당한다.
- ④ 특수 구급차에는 응급의료전용 주파수를 사용할 수 있는 무전기를 구비해야 한다(소방서 구급차는 소방용전파 지정기준에 의한 무전기로 같음 가능).

해설 응급의료에 관한 법률 제38조2항관련

1. 일반구급차: 구급의약품-수액제제(인공혈액제제 등)로서 반드시 비닐팩에 포장된 것 아트로핀
 2. 특수구급차: 통신장비-급차에 장착된 무전기로서 방송통신위원회위원장이 지정한 응급의료전용 주파수를 사용할 수 있는 무전기. 다만, 소방서구급차에 장착된 무전기는 방송통신위원회위원장이 지정한 소방용전파 지정기준에 의한 전파를 사용할 수 있는 통신장비를 갖춘 경우에는 이를 구급차무전기에 갈음할 수 있다.
- 법 제45조다른 용도에의 사용금지응급환자 이송, 혈액, 진단용 검체 및 진료용 장비 등의 운반, 응급의료종사자의 운송, 현장에서 사망하거나 진료를 받다가 사망한 자의 의료가관 이송 외에는 구급차는 다른 용도로 사용해서는 안된다.

136. 구급차 운행 관리기준으로 옳지 않은 것은?

- ① 구급차에는 의료장비, 구급의약품 및 통신장비가 항상 사용가능한 상태로 유지 되어야 한다.
- ② 구급차의 연료는 최대주입량의 3분의 2이상인 상태로 유지하여야 한다.
- ③ 자동차 사고에 대비한 책임보험 및 종합보험에 가입되어야 한다.
- ④ 구급차 운행기록대장을 비치하고 이를 3년간 보관해야 한다.

해설 구급차 세부관리 기준

1. 구급차 등의 외관은 청결하게 관리
2. 구급차 등에는 의료장비·구급의약품 및 통신장비가 항상 사용 가능한 상태로 유지되어야 함
3. 구급차의 연료는 최대주입량의 4분의 1 이상인 상태로 유지하는 등 차량 자체는 항상 사용 가능한 상태로 유지
4. 사고를 대비한 책임보험 및 종합보험에 가입되어야 함
5. 구급차의 통신시설은 응급의료정보센터 및 응급의료기관과 항상 교신이 이루어질수 있도록 관리
6. 구급차 등의 운행기록을 기재하는 구급차 운행기록 대장을 비치·작성하고 구급차 운용자는 이를 3년간 보관하여야 함

137. 병원 구급차의 용도에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 응급의료를 위한 혈액, 진단용 검체 및 진료용 장비 등의 운반을 할 수 있다
- ② 병원에서 진료를 받다가 사망한 사체를 장례식장으로 옮기는 장의차로 활용한다.
- ③ 사고에 의해 현장에서 사망한 자를 의료기관으로 이송할 수 있다
- ④ 응급환자를 이송할 수 있다.

해설 응급의료에 관한 법률 제45조(다른 용도에의 사용금지) ① 구급차 등은 다음 각호의 용도 외의 다른 용도에는 사용할 수 없다. <개정 2008.2.29, 2010.1.18>

1. 응급환자 이송
2. 응급의료를 위한 혈액, 진단용 검체 및 진료용 장비 등의 운반
3. 응급의료를 위한 응급의료종사자의 운송
4. 사고 등에 의하여 현장에서 사망하거나 진료를 받다가 사망한 자의 의료가관 등으로의 이송
5. 기타 보건복지부령이 정하는 용도

138. 일반 구급차가 꼭 갖추어야 할 의료장비가 아닌 것은?

- ① 산소호흡기 ② 산소흡입기
③ 외상처치에 필요한 기본장치 ④ 후두경 등 기도삽관장치

해설

구분	장비 분류	장 비
가. 환자 평가용 의료장비	신체 검진	가) 체온계(쉽게 깨질 수 있는 유리 등의 재질로 되지 않은 것) 나) 청진기 다) 휴대용 혈압계 라) 휴대용 산소포화도 측정기
나. 응급 처치용 의료장비	1) 기도 확보 유지	기도확보장치(구인두기도기, 비인두기도기 등)
	2) 호흡 유지	가) 성인용 · 소아용 산소 마스크(안면용 · 비재호흡 · 백밸브) 나) 의료용 산소발생기 및 산소공급장치 다) 전동식 의료용 흡입기(흡인튜브 등 포함)
	3) 순환 유지	정맥주사세트
	4) 외상 처치	외상처치에 필요한 기본 장비(압박붕대, 일반거즈, 반창고, 지혈대, 라텍스장갑, 비닐장갑, 가위 등)

구급차등에 갖추어야 하는 의료장비 · 구급의약품 및 통신장비의 기준 - 일반구급차

구분	이송료		이송 중 응급처치료 (법23조)
	기본요금(10km)	10km 초과 1km 당	
특수구급차	75,000원	1,300원	응급의료수가기준
일반 구급차	30,000원	1,000원	응급의료수가기준

* 사회복지사업법에 따라 설립된 사회복지법인인 구급차를 운영하는 경우 그 이송료는 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액으로 한다.

- ▷ 후두경 등 기도삽관장치 ▷ 외상처치에 필요한 기본장비
▷ 휴대용 간이 인공호흡기 ▷ 산소호흡기 및 흡입기
▷ 소크방지용 하의(MAST) ▷ 부목 및 기타 고정장치(Wire-Splint, Cervical, Spine-Protector 등)

▶ 일반구급차 의료장비

- ▷ 산소호흡기 및 흡입기 ▷ 외상처치에 필요한 기본장비 ▷ 기도확보장비
▷ 구급의약품 - 수액제제(인공혈액제제 등)로서 반드시 비닐팩에 포장된 것. 아트로핀

139. 일반 구급차 이송처치료의 기본거리와 의사 동승시 기본요금의 가산율은?

- ① 2 km 미만 ② 5 km 미만 ③ 10 km 미만 ④ 10 km 초과

해설

구급차 등을 운영하는 자가 구급차 등을 이용하여 환자를 이송한 경우에는 보건복지부장관 정하는 이송 처치료를 징수할 수 있다. 현행 응급의료에 관한 법률시행규칙(별표 3)에 규정한 이송처치료는 이송 중 응급처치료는 응급의료수가기준으로 산정하며 일반구급차는 기본요금 (10km 이내) ④ 의료기관: 30,000원, 의사, 간호사, 응급구조사 동승 15,000원 ⑥ 비영리기관(비영리법인): 20,000원, 의사, 간호사, 응급구조사 동승 10,000원 10km 초과 시 1km당 800원 추가, 특수구급차는 기본요금 (10km 이내) ④ 의료기관: 75,000원, ⑥ 비영리기관(비영리법인): 50,000원, 10km 초과 시: 1km당 1,000원 추가

140. 구급차의 이송처치료에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 이송처치료는 응급환자 이송업 허가를 받은 자가 구급차를 이용 하여 환자를 이송한 경우에 적용한다.
② 구급차를 이용시에는 영수증을 발행하고 그 사본을 2년간 보관 하여야 한다.
③ 일반구급차 이송처치료는 기본 10km 이내에는 30,000원을 기준으로 한다.
④ 일반구급차에 의사나 간호사, 응급구조사가 동승하더라도 추가 요금은 부과하지 않는다.

해설

일반구급차에 의사나 간호사, 응급구조사가 동승한 경우에는 기본료의 50%(15,000원) 가산함

정답

138. ④ 139. ④ 140. ④

141. 구급차 이송처치로 산정기준에 관한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 구급차 이용 시에는 영수증을 발행하면 사본은 3년간 보관한다.
- ② 일반구급차의 기본거리는 10 km이다.
- ③ 구급차를 운행하고자 하는 자는 관할 시장·군수·구청장에 운용신고를 해야 한다.
- ④ 일반구급차에 의사나 간호사가 동승한 경우에는 기본요금의 50%를 가산하여 산정한다.

해설 응급의료에 관한 법률 제44조의2(구급차등의 운용신고 등) ① 제44조제1항제1호의 국가 또는 지방자치단체가 구급차등을 운용하고자 할 때에는 해당 구급차등을 관계 법령에 따라 등록한 후 자체 없이 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장에게 통보하여야 한다.
 응급의료에 관한 법률 시행규칙 [별표17] 구급차 등의 세부관리기준(제38조제3항관련)구급차 등의 운행기록을 기재하는 구급차 운행기록 대장을 비치·작성하고 구급차 운용자는 이를 3년간 보관하여야 한다.

142. 보건복지부장관은 응급환자정보센터의 운영을 누구에게 위탁하는가?

- ① 권역 응급의료센터장
- ② 시·도지사
- ③ 지역 응급의료센터장
- ④ 국립보건원장

해설 응급의료정보센터의 설치 및 운영(법 제27조) 보건복지부장관은 응급의료를 효율적으로 제공할 수 있도록 응급의료자원의 분포와 주민생활권을 감안하여 지역별로 응급의료정보센터를 설치 운영해야 하며, 그 운영에 관한 업무를 권역응급의료센터의 장에게 위탁할 수 있다.

143. 지역응급의료기관 지정을 위해 확보해야 할 응급실 최소 병상 수는?

- ① 10병상
- ② 15병상
- ③ 20병상
- ④ 30병상

해설 시행령 제17조 (지역응급의료센터의 지정)
 ▷시 도지사는 관할 지역안의 주민에게 적절한 응급의료를 제공하기 위하여 종합병원중에서 지역응급의료센터를 지정할 수 있다.
 ▷지역응급의료센터 지정의 기준 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. [시행일 2010.9.1]
 ▷지역응급의료센터 지정기준: 응급환자 진료구역 1개소 110㎡, 20병상 이상 설치할 것(최소기준)

제18조 (지역응급의료기관)

▷시장 군수 구청장(자치구의 구청장에 한한다. 이하 같다.)은 관할 지역안의 주민에게 적절한 응급의료를 제공하기 위하여 종합병원과 의료법 제33조의 규정에 의한 병원 및 의원중에서 지역응급의료기관을 지정할 수 있다.
 ▷지역응급의료기관 지정의 기준 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. [시행일 2010.9.1]
 ※ 지역응급의료기관 지정의 기준: 응급환자 진료구역 1개소 55㎡, 10병상 이상 설치할 것(최소기준)

144. 응급구조사의 출동사항 및 응급처치의 진료기록 보존 기간은?

- ① 1년
- ② 2년
- ③ 3년
- ④ 5년

해설 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제46조 (응급구조사의 출동 및 처치기록 보존) 구급차등의 운전자와 의료기관의 장은 법 제49조제3항의 규정에 의하여 응급구조사의 출동 및 처치기록을 3년간 보존해야 한다.

145. 과태료처분에 이의를 신청하는 경우 부과자에게 고지받은 날로부터 며칠 이내에 해야 하나?

- ① 7일
- ② 10일
- ③ 20일
- ④ 30일

해설 응급의료에 관한 법률 제62조 (과태료) 제2항의 규정에 의한 과태료처분에 불복이 있는 자는 그 처분의 고지를 받은 날부터 30일 이내에 부과자에게 이의를 제기할 수 있다.



3. 요양관리(의료급여, 산재, 자보)

146. 의료급여의 관한 설명 중 옳은 것은?

- ① 1종 대상자의 진료비는 전액 국가에서 부담한다.
- ② 2종 환자 중 장애인 카드 소지자의 본인 부담 진료비는 보험자가 부담한다.
- ③ 의료급여 2종 환자의 외래 및 입원 진료비 본인 부담률은 급여 진료비의 20%이다.
- ④ 의료급여 환자의 의료전달체계는 1단계, 2단계 진료로 구분한다.

해설

2종 수급권자가 제2차 및 제3차 의료급여기관을 이용하는 경우, 본인일부부담진료비는 15%를 본인이 부담한다. 2종 수급권자 전산화단층촬영(CT)시는 CT 총액의 15%를 본인부담한다. 본인일부부담금이 매 30일간 20만원을 초과한 경우에 초과한 금액의 범위 안에서 초과금액의 50%를 지급하는 제도이다.

구분	적용	지정	진료범위
1차 의료급여기관	의원	시·군·구청장	외래 진료(단, 응급 입원수술, 분만 등 제외)
2차 의료급여기관	병원, 종합병원	시·도지사	입원 진료
3차 의료급여기관	상급종합병원	보건복지부장관	고도의 전문인력과 특수시설 진료(특수진료)

147. 의료급여제도 설명으로 옳은 것은?

- ① 국민건강보험법에 의거하여 운영되며, 1종과 2종으로 나누어 운영함
- ② 기초생활보장수급권자와 차상위 계층을 위한 의료지원 제도임
- ③ 의료급여 1종은 국민기초생활보장법에 의한 수혜자 중 근로능력이 있는 자가 대상임
- ④ 국가유공자, 중요 무형문화재, 이주민, 북한 이탈자는 의료급여 2종에 해당됨

해설

- 의료급여는 생활이 어렵거나 희귀난치성질환에 걸린 국민을 위해 국가가 치료비를 전액 또는 일부 지원해 주는 제도
- 1종 수급권자는 국민기초생활보장수급권자(근로무능력세대), 차상위 수급권자(희귀난치병) - 본인부담금 전액 지원
- 2종 수급권자는 2종은 국민기초생활보장수급권자(근로능력세대), 차상위 수급권자(만성질환자, 18세 미만아동) - 본인 부담금의 85% 지원
- 이주민, 의사상자, 국가유공자, 무형문화재보유자, 북한이탈주민, 광주민주화보상자, 입양아동(18세미만), 행려환자는 의료급여 1종에 해당됨

148. 1종 의료급여 수급권자 중 본인부담 면제자가 아닌 사람은?

- ① 20세 미만인 자
- ② 무연고자
- ③ 등록 희귀난치성 환자
- ④ 중증장애인 중 보건복지부령으로 정한 자

해설

1. 1종 수급권자 외래 본인부담면제자
 - 18세 미만인 자
 - 임산부
 - 보건복지부장관이 고시하는 등록 희귀난치성환자
 - 무연고자
 - 중증장애인 중 보건복지부령으로 정한 자
 - 65세 이상인 자 중 보건복지부령으로 정하는 자
2. 2종 수급권자 중 입원 본인부담면제자: 자연분만, 6세 미만

149. 의료급여제도에 관한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 국가재정으로 의료서비스를 부담하는 공적부조 형태의 의료보장 제도이다.
- ② 본인부담 보상금 제도는 대통령령이 정한 금액 초과시 본인부담금의 50%에 해당하는 금액을 보상한다.
- ③ 생계유지가 곤란한 2종 의료급여 대상자를 위해 대지급금제도가 운영된다.
- ④ 진료비의 부담주체는 건강보험공단이다.

|해설

· 본인부담금 보상금의 목적은 국민기초생활수급자중 의료급여2종대상자가 병원에 입원한 진료비의 급여비용중 본인부담금(비급여금액 제외)이 1개월(30일간)안에 20만원을 초과하는 경우 수급권자가 신청에 의하여 그 초과금액의 100분의 50을 국가에서 본인부담보상금으로 돌려주는 보상제도로 지급기준은 의료급여수급권자가 입원하여 매30일간 본인부담액이 20만원을 초과하는 경우 초과액의 50%를 보상

· 진료비의 부담주체는 지방자치단체이다.

150. 의료급여제도에 관한 설명 중 옳지 않은 것은?

- ① 의료급여 대상자는 1종과 2종으로 구분함
- ② 1차, 2차, 3차 급여기관으로 구분된 진료전달체계 운영
- ③ 진료비는 관할 건강보험심사평가원으로 청구함
- ④ 진료비의 부담주체는 건강보험공단임

|해설

국민건강보험공단은 수급권을 확인한 후 심사평가원의 심사결과와 수급권 점검 결과에 따라 의료급여 기관에 의료급여비용을 지급하고 보장기관(시·군·구)에 최종결과를 통보 한다.

151. 의료급여에 관한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 의료급여 수급자의 자격은 연 1회 확정하므로 장기 입원환자는 별도의 관리가 필요하다.
- ② 수급자의 자격을 확인하지 않고 진료를 제공하면 기관부담금의 회수가 불가능하다.
- ③ 의료전달체계를 준수하지 않아도 된다.
- ④ 대지급금 신청은 퇴원 전에 급여기관의 승인을 받아야 한다.

|해설

의료급여 기금의 재정안정화를 기하기 위하여 자신이 부담하는 건강보험과는 달리 3단계의 급여절차를 시행하고 있다. 의료급여 수급권자가 의료급여를 받고자 하는 경우에는 먼저 제1차의료급여기관, 제2차의료급여기관, 제3차의료급여기관의 순서로 이용해야 하며, 의료급여의뢰서를 발급 받아 이용해야 한다.

152. 의료급여 환자에 관한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 생활이 어려운 자에게 의료급여를 실시함으로써 국민보건 향상과 사회복지 증진에 이바지함을 목적으로 한다.
- ② 의료급여 2종환자의 대지급금은 본인부담 30만원을 초과하는 금액에 대해 신청할 수 있다.
- ③ 의료급여 정신질환자의 진료비는 1일당 정액수가를 적용한다.
- ④ 의료급여증의 유효기간은 원칙적으로 매년 1월 1일에서 12월 31일까지로 한다.

|해설

의료급여제도는 생활유지능력이 없거나 생활이 어려운 자에게 의료급여를 실시함으로써 국민보건의 향상과 사회복지 증진에 이바지함을 목적으로 도입된 제도로서, 생활무능력자 및 저소득층을 대상으로 국가 재정에서 의료서비스를 부담하는 공공부조 형태의 의료보장제도라고 할 수 있다. 급여비용의 일부를 의료급여기금에서 부담하는 경우에 그 나머지 급여비용에 대하여는 수급권자가 부담함이 원칙이나 수급권자 또는 그 부양의무자의 신청에 따라 의료급여기금에서 대지급할 수 있다. 2종 수급권자가 의료급여기관에서 입원진료를 받은 경우, 본인이 부담하는 금액이 200,000원을 초과하는 경우에 그 초과하는 금액중 2종 수급권자 본인 또는 그 부양의무자의 신청에 의하여 보장기관이 승인한 금액이다. 2종 수급권자가 의료급여기관에서 입원진료를 받은 경우, 본인이 부담하는 금액이 200,000원을 초과하는 경우에 그 초과하는 금액중 2종 수급권자 본인 또는 그 부양의무자의 신청에 의하여 보장기관이 승인한 금액이다.

정답

149. ④ 150. ④ 151. ③ 152. ②

153. 의료급여에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 의료급여 대상자는 1종과 2종으로 구분하고 진료단계는 3단계로 구분한다.
- ② 의료급여 대상자의 범위에는 국민기초생활보장법에 의한 수급자가 포함된다.
- ③ 부양의무자가 없거나 있어도 부양능력이 없는 65세 이상 고령자, 임산부는 1종 대상자이다.
- ④ 제3자의 고의, 과실 행위로 인해 발생한 진료비도 급여범위에 해당한다.

해설 제3자의 고의, 과실 행위로 인해 발생한 진료는 진료제한에 해당된다.

154. 의료급여의 요양급여 기관은 몇 차로 구분되어 있는가?

- ① 1차 ② 1차, 2차 ③ 1차, 2차, 3차 ④ 구분 없음

해설 의료급여 기금의 재정안정화를 기하기 위하여 자신이 부담하는 건강보험과는 달리 3단계의 급여절차를 시행하고 있다. 의료급여 수급권자가 의료급여를 받고자 하는 경우에는 먼저 제1차 의료급여기관, 제2차 의료급여기관, 제3차 의료급여기관의 순서로 이용해야 하며, 반드시 의료급여의뢰서를 발급 받아 이용해야 한다.

155. 의료급여 전달체계의 운영형태로 옳지 않은 것은?

- ① 의원, 보건기관 또는 보건의료원에서 1단계 진료를 받음
- ② 병원이나 종합병원에서 2단계 진료를 받음
- ③ 건강보험 요양단계에서 지정한 상급종합병원에서 3단계 진료를 받음
- ④ 보건복지부장관이 지정한 3차의료기관에서 3단계 진료를 받음

해설 의료급여의 절차는 의원, 보건기관(보건소, 보건지소, 보건지료소), 보건의료원 1단계진료와 병원, 종합병원인 2단계진료와 복지부장관이 지정한 제3차 진료기관인 3단계 전달체계로 운영된다.

156. 의료급여환자의 급여범위에 포함되지 않는 것은?

- ① 치과 교정치료 ② MRI ③ PET ④ CT

해설 의료급여 범위는 건강보험과 동일하나 건강보험에서 제외되어 있는 식대 및 안치료를 급여한다.

157. 의료급여기관 종별 가산율이 옳지 않은 것은?

- ① 3차 의료기관 - 20% ② 특수기관 - 18%
- ③ 2차 의료기관 - 15% ④ 1차 의료기관 - 11%

해설 요양기관 종별 가산율 비교표

요양기관종별	진료 행위별 가산율(%)			
	건강보험	산재보험	의료급여	자동차보험
상급종합병원	30	45	22	45
종합병원, 치과대학부속병원	25	37	18	37
병원, 치과병원	20	21	15	21
의원, 치과의원	15	15	11	15

158. 의료급여법 시행규칙상 제1차 의료급여기관을 통하지 않고 바로 제2차나 제3차 의료급여기관에 의료급여를 신청할 수 있는 경우가 아닌 것은?

- ① 희귀난치성 질환을 가진 자가 의료급여를 받고자 하는 경우
- ② 한센병 환자가 의료급여를 받고자 하는 경우
- ③ 분만의 경우
- ④ 응급의료에 관한 법률에 해당하는 응급환자의 경우

해설

의료급여법 시행규칙 제3조(의료급여의 절차) ① 수급권자가 의료급여를 받고자 하는 경우에는 법 제9조제2항제1호에 따른 제1차 의료급여기관(이하 "제1차 의료급여기관"이라 한다)에 의료급여를 신청하여야 한다. 다만, 다음 각 호 중 제1호부터 제6호까지의 어느 하나에 해당하는 경우에는 같은 항 제2호 또는 제3호에 따른 제2차 의료급여기관 또는 제3차 의료급여기관에 의료급여를 신청할 수 있고, 제7호부터 제11호까지의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제2차 의료급여기관에 의료급여를 신청할 수 있다.

1. 「응급의료에 관한 법률」제2조제1호에 해당하는 응급환자인 경우
2. 분만의 경우
3. 영 제3조제2항제1호라목에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성질환을 가진 자가 의료급여를 받고자 하는 경우
4. 제2차의료급여기관 또는 제3차의료급여기관에서 근무하는 수급권자가 그 근무하는 의료급여기관에서 의료급여를 받고자 하는 경우
5. 「장애인복지법」제32조에 따라 등록된 장애인이 장애인 보장구를 지급받고자 하는 경우
6. 감염병의 확산 등 긴급한 사유가 있어 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준에 따라 의료급여를 받고자 하는 경우
7. 단순물리치료가 아닌 작업치료·운동치료 등의 재활치료가 필요하다고 인정되는 자가 재활의학과에서 의료급여를 받고자 하는 경우
8. 한센병환자가 의료급여를 받고자 하는 경우
9. 「장애인복지법」제32조에 따라 등록된 장애인이 의료급여를 받고자 하는 경우
10. 「국민건강보험법 시행령」제46조제1호에 해당하는 지역의 의료급여수급권자가 의료급여를 받고자 하는 경우
11. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」제14조에 의한 상이등급을 받은 자가 의료급여를 받고자 하는 경우
12. 8세 미만의 소아가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 야간·공휴일에 의료급여를 받으려는 경우

159. 수급권자가 의료급여를 받고자 하는 경우 제1차 의료급여기관 중 한 곳을 선택하여야 하지만 예외적으로 제2차 의료급여기관에서 진료를 받을 수 있는 경우로 옳지 않은 것은?

- ① 한센병 환자가 의료급여를 받고자 하는 경우
- ② 장애인복지법에 따라 등록된 장애인이 보장구를 지급받고자 하는 경우
- ③ 섬·벽지·농어촌 등 대통령령으로 정한 지역의 의료급여수급권자가 의료급여를 받고자 하는 경우
- ④ 단순 물리치료·작업치료·운동치료 등의 재활치료가 필요하다고 인정되는 자가 재활의학과에서 의료급여를 받고자 하는 경우

160. 2종 수급권자에 대한 입원진료비 중 급여비용을 제외한 본인부담금이 보건복지부장관이 정하는 금액을 초과한 경우 그 초과금액의 ()에 해당하는 금액을 시장, 군수, 구청장이 지급한다. ()에 옳은 것은?

- ① 100분의 30 ② 100분의 40 ③ 100분의 50 ④ 100분의 60

해설

2종 수급권자는 제1·2·3차 의료급여기관에서의 입원시에는 총 진료비의 15%를 본인부담하고, 장애인은 전액 무료이다. 2종 수급권자가 제2차 및 제3차 의료급여기관을 이용하는 경우, 본인일부부담진료비는 15%를 본인이 부담한다. 2종 수급권자 전산화단층촬영(CT)시는 CT총액의 15%를 본인부담한다. 본인부담금 초과금액의 100분의 50은 시장, 군수, 구청장이 지급한다.〈시행령 제13조〉

정답

158. ② 159. ④ 160. ③

161. 의료급여 1종 수급권자 중 외래진료 시 본인부담금을 면제하는 경우는?

- 가. 선택 의료급여기관을 이용하는 자
 나. 장기이식 환자
 다. 국가유공자로서 보건복지부장관이 인정한 자
 라. 탈북주민으로서 보건복지부장관이 인정한 자

- ① 가, 나 ② 나, 다 ③ 다, 라 ④ 가, 나, 다

해설 본인부담금이 부과되지 않았던 1종 의료급여수급권자도 2007년 7월 1일부터 외래 이용시 소액 본인부담금을 부담하게 되었다. 1종 수급권자중 본인 부담금 면제 대상으로는 희귀난치성질환자, 18세미만 아동, 임산부, 장기이식환자, 가정간호 대상자, 행려환자, 선택병의원 대상자가 해당 된다.

162. 의료급여대상자의 범위에 해당되지 않는 것은?

- ① 국민기초생활보장법에 의한 수급자
 ② 재해구호법에 의한 이재민
 ③ 생활이 어려운 자로서 총리령이 정하는 자
 ④ 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률이 적용을 받고 있는 자

해설 의료급여대상은 1종과 2종으로 구분
 • 1종은 거택보호자(거택보호, 시설보호 대상자), 이재민, 의상자 및 의사자 유족, 국가유공자와 그 가족, 인건문화재 보유자와 그 가족, 월남귀순자 및 그 가족, 민주화운동 관련자, 거택보호 유사자(생활능력이 없거나 생활이 어려운자로서 대통령령이 정하는 자)
 • 2종은 자활보호자로서 1종에 해당되지 않는 자로서 그 자활 조성을 위하여 의료급여, 해산보호를 행할 자

163. 의료급여대상자의 범위에 해당되지 않는 것은?

- ① 재해구호법에 의한 이재민
 ② 공무원 및 사립학교 교직원으로 임용 또는 채용된 자
 ③ 의사상자 예우에 관한 법률에 의한 의상자 및 의사자 유족
 ④ 일정한 주거지가 없는 자로서 경찰관서에서 무연고자임이 확인된 자

해설 공무원 및 사립학교 교직원으로 임용 또는 채용된 자는 건강보험 자격취득 대상자이다.

164. 의료급여에 관해서 옳지 않은 것은?

- ① 1차 진료기관에서 긴급한 입원 및 수술이 허용되는 경우에도 진료기간 연장승인을 받아야 한다.
 ② 1차 진료기관에서는 응급수술 및 의료비를 청구할 수 없다.
 ③ 신장이식에 필요한 신장제공자도 의료급여혜택을 받을 수 있다.
 ④ 환자 이송 시 응급환자를 제외하고는 소견서 미소지자는 진료비를 전액 부담해야 한다.

해설 1차 의료급여기관에서는 응급수술, 분만 등은 예외사항이므로 의료비를 청구할 수 있다.

165. 의료급여에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 3단계 진료절차 ② 대상을 1, 2종으로 구분
 ③ 공공부조의 성격 ④ 의료비 전액 정부지원

해설 의료급여 2종의 경우 현행 15%, 2009년 6월1일부터 입원 10%, 외래 15% 본인부담금 발생

166. 의료급여법에 따른 수급권자에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 「문화재관리법」에 의한 문화재 수리 기능 보유자
- ② 「재해구호법」에 따른 이재민으로서 보건복지부장관이 인정한 사람
- ③ 「의사상사 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 의사자
- ④ 「입양특례법」에 따라 국내에 입양된 18세 미만의 아동

해설

☞ 의료급여법 제3조(수급권자)

① 이 법에 따른 수급권자는 다음 각 호와 같다.

1. 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자
2. 「재해구호법」에 따른 이재민으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
3. 「의사상사 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료급여를 받는 사람
4. 「입양특례법」에 따라 국내에 입양된 18세 미만의 아동
5. 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」의 적용을 받고 있는 사람과 그 가족으로서 국가보훈처장이 의료급여가 필요하다고 추천한 사람 중에서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
6. 「문화재보호법」에 따라 지정된 중요무형문화재의 보유자(명예보유자를 포함한다)와 그 가족으로서 문화재청장이 의료급여가 필요하다고 추천한 사람 중에서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
7. 「북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률」의 적용을 받고 있는 사람과 그 가족으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
8. 「5·18민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」 제8조에 따라 보상금등을 받은 사람과 그 가족으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
9. 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」에 따른 노숙인 등으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
10. 그 밖에 생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 사람으로서 대통령령으로 정하는 사람

167. 의료급여 환자의 급여 범위로 옳지 않은 것은?

- ① 전산화단층촬영(CT)
- ② 자기공명영상진단(MRI)
- ③ 치과 교정치료
- ④ 충수절제술

해설

☞ 의료급여시행규칙 제9조(비급여대상) 법 제7조제3항의 규정에 의하여 의료급여대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 별표 2에 규정된 비급여대상으로 한다.

168. 의료급여 청구, 심사 및 지급체계의 설명 중 옳지 않은 것은?

- ① 의료급여기관에서는 건강보험심사평가원으로 비용을 청구한다.
- ② 건강보험심사평가원은 의료급여기관과 자치단체에 심사결과를 통보한다.
- ③ 지방자치단체는 의료급여기관에 장애인 의료비를 지급한다.
- ④ 국민건강보험공단은 수급권자의 선정과 자격확인 업무를 담당한다.

해설

☞ 수급권자의 선정은 시·군·구에서 담당한다.

169. 의료급여대상자 1종인 거택보호대상자가 아닌 것은?

- ① 19세 이하의 아동
- ② 65세 이상 고령자
- ③ 임산부
- ④ 폐질로 인해 노동능력이 없는 자

해설

☞ 거택보호대상자는 부양의무가 없거나, 있어도 부양능력이 없는 자로서 18세 미만 아동이 해당된다.

정답

166. ① 167. ③ 168. ④ 169. ①

170. 의료급여기관에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 제2차 의료급여기관은 의료법에 따라 시·도지사가 개설을 허가한 의료기관이 해당된다.
- ② 1차, 2차, 3차 급여기관으로 구분된 진료전달체계가 운영된다.
- ③ 의료급여기관 종별 가산율은 3차의료기관 22%, 종합병원급 18%, 병원급 15%, 의원급 11%이다.
- ④ 건강보험 상급종합병원은 제3차 의료급여기관으로 자동 지정된다.

해설 의료급여법 제9조(의료급여기관) ① 의료급여는 다음 각 호의 의료급여기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익상 또는 국가시책상 의료급여기관으로 적합하지 아니하다고 인정할 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 의료급여기관에서 제외할 수 있다.

- 1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
- 2. 「지역보건법」에 따라 설치된 보건소·보건의료원 및 보건지소
- 3. 「농어촌 등 보건의료에 관한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소
- 4. 「약사법」에 따라 개설등록된 약국 및 같은 법 제91조에 따라 설립된 한국화귀의약품센터
- ② 의료급여기관은 다음 각 호와 같이 구분하되, 의료급여기관별 진료범위는 보건복지부령으로 정한다.
 - 1. 제1차 의료급여기관
 - 가. 「의료법」 제33조제3항에 따라 개설신고를 한 의료기관
 - 나. 제1항제2호부터 제4호까지의 규정에 따른 의료급여기관
 - 2. 제2차 의료급여기관: 「의료법」 제33조제4항 전단에 따라 개설허가를 받은 의료기관
 - 3. 제3차 의료급여기관: 제2차 의료급여기관 중에서 보건복지부장관이 지정하는 의료기관

〈의료급여수가의 기준 및 일반기준〉 제2조(의료급여기관 종별가산율) ① 상대가치점수 제1편 제1부 행위 급여 일반원칙에 의하여 적용되는 의료급여기관 종별에 따른 가산비율은 다음 각 호와 같이 적용한다. 다만, 조산원, 보건소, 보건지소, 보건진료소, 약국 및 정신건강의학과 정액진료비, 혈액투석 정액수가를 산정하는 경우에는 종별가산율을 적용하지 아니한다.

- 1. 「의료급여법」 제9조제2항제3호에 따른 다음 각목에 해당되는 의료급여기관은 22%
 - 가. 제3차의료급여기관으로 지정된 종합병원
 - 나. 제3차의료급여기관으로 지정된 종합병원과 동일 구내에 설치되어 있는 치과대학부속치과병원
- 2. 제1호에 해당되지 아니하는 종합병원, 치과대학부속치과병원, 허가병상수가 30병상 이상으로 한방 6개과가 설치되어 있는 한의과대학부속 한방병원 및 국립병원 한방진료부는 18%
- 3. 제1호 또는 제2호에 해당되지 아니하는 병원, 치과병원, 한방병원 또는 요양병원은 15%
- 4. 의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원은 11%

[시행 2013.10.1.] [보건복지부고시 제2013-133호, 2013.9.13., 일부개정]

171. 의료급여 제한 범위에 해당되지 않는 것은?

- ① 제3자의 고의, 과실 행위로 인한 상해
- ② 수급권자가 자신의 범죄 행위나 고의로 사고를 발생시킨 경우
- ③ 작년도는 대상자였으나 당해년도는 대상자 책정에 누락된 자가 입원치료중인 경우
- ④ 정당한 이유 없이 법 규정이나 의료급여 진료기관의 지시에 따르지 아니한 경우

해설 ·의료급여의 제한
 -수급권자가 자신의 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 기인하거나 고의로 사고를 발생시킨 경우
 -제3자의 고의 또는 과실로 인한 경우
 -의료급여제한 사유 통보에 의하여 보장기관이 조사한 결과 수급권자 본인 또는 부양의무자가 급여비용을 부담할 능력이 전혀 없거나 일부만 부담할 능력이 있다고 판단되어 전부 또는 일부의 의료급여를 인정한 경우
 -가해자가 급여비용 부담능력이 없다고 보장기관이 인정하는 경우
 -공단이나 요양기관의 요양에 관한 지시에 따르지 아니한 때

172. 의료급여 절차에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 건강보험과 같이 2단계의 급여절차를 시행하고 있다.
- ② 대형병원으로의 환자 집중현상을 방지하기 위하여 시행하고 있다.
- ③ 의료자원의 효율적 배분을 통한 의료기관의 역할정립을 도모하기 위하여 시행하고 있다.
- ④ 의료급여 수급권자가 의료급여를 받고자 하는 경우에는 반드시 의료급여의뢰서를 발급 받아 의료급여기관에 제출하여야 한다.

173. 행려환자 처리에 관한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 일정한 거소가 없는 자로서 경찰관서로부터 무연고자임이 확인된 자를 말한다.
- ② 행려환자가 이송되면 의료기관에 “무연고자 진료의뢰서” 또는 “행려환자 수용의뢰서” 발급을 요청한다.
- ③ 진료비는 시·군·구청에 청구한다.
- ④ 행려환자를 진료할 경우에는 해당급여기관에 “의료급여대상자증명서”발급을 요청한다.

해설 행려환자란 1. 일정한 거소가 없는 자, 2. 행정기관이 응급진료를 받게 한 자, 3. 신분증 또는 경찰관서 지문조회 등을 통해 무연고자로 파악된 자, 이 모든 조건을 충족한 사람을 행려환자로 정의한다.

174. 응급실로 내원한 행려환자에 관련된 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 거처가 불분명하고 연고가 없는 것으로 확인된 환자를 말한다.
- ② 경찰이나 119구급대가 이송한 경우는 “응급 행려 환자 의뢰서”를 수령한다.
- ③ 발생된 진료비는 응급의료대지급금으로 청구한다.
- ④ 관할 시·군·구청에 의료급여대상자로 지정을 요청한다.

해설 행려환자의 퇴원 후 발생 진료비는 해당 급여기관에 청구 한다. 단 의료급여 적용일 이전의 진료비 및 비급여 부분에 대해서는 병원에서 결손 처리한다.

175. 행려환자(homeless patient: 行旅患者)에 대한 설명으로 옳은 것은?

- ① 보호기관(시, 군, 구청)이 인정한 경우에 한하여 의료급여 대상자로 적용한다.
- ② 무연고자 진료의뢰서는 소방관서에서 발행한다.
- ③ 발생 진료비는 건강보험심사평가원에 청구한다.
- ④ 영안실 안치료는 기간에 관계없이 인정한다.

해설 행려환자는 다음 4가지 조건을 모두 충족한 경우에 해당 합니다. ① 일정한 거소가 없는 자 ② 행정관서(경찰서, 소방서 등)에 의하여 병원에 이송된 자 ③ 응급의료에 관한 법률 제2조제1호 내지 제3호의 규정에 의한 응급의료로 받은 응급환자임이 의사진단서상 확인되는 자 ④ 부양의무자가 없거나 있어도 부양능력이 없거나 부양을 기피하는 자

176. 미국 의료보험제도 중 우리나라의 의료급여제도와 비슷한 제도로 옳은 것은?

- ① Medicare ② Medicaid ③ HMO ④ Blue Cross

해설 ① Medicare: 65세 이상의 노인이나 신체 장애인에 대한 의료 보험 제도
 ② Medicaid: 국민 의료 보조 제도로써 65세 미만의 저소득층
 ③ HMO(health maintenance organization): 미국의 건강 유지 기구
 ④ Blue Cross: 피고용자 및 그 가족을 대상으로 하는 건강보험 조합

177. 우리나라에서 가장 먼저 도입된 보장제도는?

- ① 건강보험 ② 의료급여 ③ 자동차보험 ④ 산업재해 보상보험

해설 최초의 의료보장제도는 사회보험방식으로 실시되었고 이 방식은 사회적으로 어떤 동질성을 갖는 국민이 보험집단을 형성하여 보험료를 각출함으로써 질병으로 인한 경제적 손실을 방지하고자 한 것이다. 처음에는 노동자를 중심으로 보험집단이 형성되었으나 점차 그 적용이 국민 전체로 확대되어 오늘날에 이르고 있다.

▷산업재해보상보험: 1964. 7. 1 ▷건강(의료)보험: 1977.1. 1 ▷의료급여: 1977. 1. 1

178. 산업재해보상보험 설명으로 옳은 것은?

- ① 산업재해보상보험은 근로자를 사용하는 모든 사업장에 적용되며 사업주는 산재보험관계의 보험가입자로서 성립일로부터 14일 이내에 보험관계 성립신고의 의무와 매년 초일로부터 70일 이내에 보험료의 신고납부의 의무가 주어진다.
 ② 업무상재해의 범위에 휴게시간 중의 사고는 포함되지 않는다.
 ③ 산업재해보험의 요양급여 범위, 비용 등 요양급여산정기준은 고용노동부령으로 정하고 고시한다.
 ④ 산업재해보상보험에서 최초요양 승인을 받고 요양 중인 근로자가 다른 의료기관으로 전원한 경우에는 의료기관을 관할하는 지사는 최초 요양을 한 지사에서 관리한다.

해설 산재환자 요양에 소요된 비용은 보건복지부장관이 고시하는 요양급여 한도 안에서 지급하고 있으므로 치료 중 산재환자는 치료비를 부담할 부분은 없다.

179. 산업재해보상보험의 특징이 아닌 것은?

- ① 자진신고 및 자진납부의 원칙이다. ② 보상의 신속성·공정성·확실성(적시성)
 ③ 민간보험 제도의 일환이다. ④ 개별 사업장 중심관리

해설 산업재해보상보험은 건강보험, 국민연금, 고용보험과 함께 사회보험으로 공적(公)보험이며, 자동차보험이 사적(私)보험 즉, 민간보험이다.

180. 산업재해보상보험법의 특징으로 옳은 것은?

- 가. 보험료는 사업주 50%, 근로자 50% 부담 나. 자진신고 및 자진납부의 원칙
 다. 무과실책임주의 라. 자율가입방식

- ① 가, 나 ② 나, 다 ③ 다, 라 ④ 가, 나, 다

해설 산업재해보상보험제도는 업무상 사유에 의거하여 재해를 입은 근로자에 대하여 국가가 책임을 지는 강제보험으로써, 국가는 산업재해보상보험법상 적용이 되는 모든 사업장(근로자를 사용하는 모든 사업장)으로부터 소정의 보험료를 징수하여 법령이 정하는 바에 따라 재해근로자에게 보상을 해주는 제도이며, 정부가 사업주의 보상책임을 담보해주는 사업주의 책임보험이다. 우리나라 근로자의 산업재해에 대한 사후적 보상조치를 규정하고 있는 산업재해보상보험법은 1963년 11월 3일에 처음으로 제정 공포되었다.

181. 산업재해보험 급여의 종류가 아닌 것은?

- ① 요양급여, 휴업급여 ② 장해급여, 유족급여
 ③ 상병보상급여, 장의비 ④ 특별급여, 선택급여

해설 급여의 종류-요양급여, 휴업급여, 상병보상연금, 장해급여, 유족급여, 장의비, 간병급여, 후유증상

182. 산업재해보상보험에서 보상하는 급여의 종류가 아닌 것은?

- ① 휴업급여 ② 장해급여 ③ 유족급여 ④ 보상급여

해설 산재보험의 급여에는 요양급여, 휴업급여, 장해 급여, 유족급여, 상병보상급여, 간병급여, 장의비 등이 있다.

183. 산업재해보상보험의 요양급여 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 입원환자 급식비는 급여대상이다.
 ② 의지와 보조기는 급여대상이다.
 ③ 환자의 희망에 따라 사용한 상급병실료 차액은 비급여대상이다.
 ④ MRI, 초음파, CT 검사비는 비급여 대상이다.

해설 산업재해보상보험의 요양급여의 범위는 진찰, 약제 또는 진료재료와 의지, 기타 보철구의 지급, 처치, 수술 기타의 치료, 의료 시설에의 수용, 간병, 이송, 기타 노동부령으로 정하는 사항 등이다. MRI와 CT는 원칙적으로 상병부위별 1회만 인정하며, 동일부위에 촬영한 경우에는 MRI는 불인정된다.

184. 산업재해보상보험에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 자진신고 및 자진납부가 원칙임
 ② 급여의 종류에는 요양급여, 휴업급여, 장해급여, 유족급여 등
 ③ 입원환자의 급식비는 급여대상임
 ④ 민간보험과 공적보험이 결합된 의료보장제도

해설 산업재해보상보험은 근로자가 근로 중에 입은 신체상의 피해와 그로 인한 경제적 손실을 신속하고 공정하게 보상하기 위해 사업주의 보험가입을 국가가 책임지는 강제보험으로, 보험 가입을 전제로 하여 근로기준법에 규정하고 있는 사용자가 피해를 입은 근로자에 부담해야 하는 형사 및 보상 책임을 담보하는 제도이다.

185. 산업재해보상보험법에서 업무상 재해의 판단 근거로 옳은 것은?

- ① 업무연속성과 업무수행성 ② 업무수행성과 업무기인성
 ③ 업무연속성과 업무기인성 ④ 업무연속성과 업무촉발성

해설 업무상 재해판단의 근거로는 업무수행성과 업무기인성에 있다. 업무수행성(業務遂行性)은 당해 근로자가 사업주의 지휘명령 하에서 업무를 행하는 것을 말하는 것이며 업무기인성(業務起因性)은 업무와 재해로 인한 상병 등과의 사이에 상당한 인과관계가 인정되는 것을 말한다.

186. 산업재해보상보험에 관한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 보험가입은 직장 단위로 하여, 보험료는 전액 기업주가 부담한다.
 ② 업무상 재해의 범위는 업무상사고와 업무상질병으로 구분된다.
 ③ 업무수행성이란 당해 근로자가 사업주의 지휘명령 하에서 업무를 수행하는 것을 말한다.
 ④ 5일 이상의 요양을 필요로 하는 부상이나 질병의 경우에 요양급여가 적용된다.

해설 산업재해보상보험법 제40조(요양급여) 3항에 의거 부상 또는 질병이 3일 이내의 요양으로 치유될 수 있으면 요양급여를 지급하지 아니한다.

187. 산업재해보상보험과 관련한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 사업주의 보험가입을 국가가 책임지는 강제보험이다.
- ② 업무상 재해의 범위를 업무상 사고와 업무상 질병으로 구분하고 있다.
- ③ 업무상 재해의 판단근거가 되는 업무수행성은 당해 근로자가 사업주의 지휘명령 하에서 업무를 수행하는 것을 말한다.
- ④ 부상이나 질병으로 5일 이상의 요양을 필요로 하는 경우에 요양급여가 제공된다.

188. 산업재해보상보험의 요양급여의 성립 조건이 아닌 것은?

- ① 산업재해보험이 적용되는 사업장의 근로자일 것
- ② 업무상 발생한 부상 또는 질병일 것
- ③ 부상 또는 질병이 4일 이상의 요양을 요할 것
- ④ 3일 이하의 간단한 외래 진료는 건강보험법 적용을 받는다.

해설 요양급여의 적용범위는 1차로 치료가 종결된 후 상병이 재발한 경우에 제공하는 재요양, 요양의 계속 필요성 여부를 판정하거나, 장해등급의 판정, 시기 확인 등이 필요한 경우에 신청하는 특별진찰, 추가로 새로운 질병이나 합병증이 발생한 경우의 추가상병승인 요청 등이 있으며, 진찰, 약제, 진료재료와 의지, 기타 보철구의 지급, 처치, 수술 기타의 치료, 이송, 간병 등 노동부령으로 정하는 사항이다.

189. 산업재해보상보험 요양급여에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 급여의 성립조건은 업무상 부상 또는 질병이다.
- ② 선택진료, 상급병실차액은 비급여로 본인이 전액 부담한다.
- ③ 외래진료는 요양일수와 관계없이 요양급여의 대상이 된다.
- ④ 환자의 지병에 대한 진료 및 투약에 대한 비용은 다른 보험 유형을 적용한다.

해설 피재근로자가 업무로 인해 발생한 부상이나 질병이 완치될 때까지 의료기관에서 의로서비스로 제공받는 현물급여가 요양급여이다. 그 부상이나 질병으로 4일 이상의 요양이 필요한 경우이다.

190. 산재보험을 적용받기 위한 업무상 재해의 인정기준에 해당하지 않는 것은?

- ① 근무시간 외 사적 행위
- ② 용변 등 생리적 필요 행위
- ③ 작업을 위한 준비나 마무리 행위 등 작업에 수반되고, 필요한 부수적인 행위
- ④ 사회통념상 예견할 수 있는 구조 행위 또는 긴급피난 행위

해설 · 작업시간중 재해
 - 작업 행위(작업시간중의 사적행위는 원칙적으로 불인정)
 - 용변 등 생리적 필요 행위
 - 작업을 위한 준비나 마무리 행위 등 작업에 수반되는 필요적 부수 행위
 - 사업장내에서 천재지변 또는 화재 등 돌발사고가 발생하여 사회통념상 예견할 수 있는 구조행위 또는 긴급피난행위를 하고 있을 때 발생한 사고

191. 공단이 승인 결정을 하기 전에 건강보험으로 치료받은 본인부담 진료비를 산재근로자가 의료기관에 먼저 지급한 경우 소속 근로복지공단에 직접 청구하는 것은?

- ① 진료비 청구 ② 요양비 청구 ③ 휴업급여 청구 ④ 상병보상비 청구

해설 여러 가지 사유로 인하여 산재요양 승인이 늦어진 경우, 기납부한 진료비를 근로복지공단에 청구하는 현금급여는 2종 요양비이다.

192. 업무상 재해의 기본원칙이 아닌 것은?

- ① 업무상질병 ② 작업 중 사고 ③ 사적 운동경기 중 사고 ④ 출장 중 사고

해설 업무상 재해는 근로자가 근로계약에 의한 업무를 사업주의 지배관리하에 수행하는 상태에서 사고가 발생하거나, 사업주가 관리하고 있는 시설물의 결함 또는 관리상의 하자로 사고가 발생하여 사상(死傷)하였을 때를 말한다. 작업시간 중 재해, 작업 시간외 재해, 사업장내 사고, 사업장의 사고, 기타 업무와 사고 간에 상당 인과관계가 인정되는(타인의 폭력, 제3자 행위)사고, 요양 중에 근로자가 요양과 관련된 행위 중에 발생한 재해 등이다.
※ 사적 운동경기 중 사고는 개인적 재해이다.

193. 영업용 택시 운전자가 근무 중 본인 과실로 부상을 당했을 때 적용되는 수가는?

- ① 건강보험 ② 상해보험 ③ 자동차보험 ④ 산업재해보상보험

해설 업무용이나 영업용 자동차를 직접 운전하다가 사고를 유발한 운전자나 피보험자가 부상을 당한 경우에는 산업재해보상보험을 적용해야 한다. 산업재해보험은 산업재해보험에 가입한 사업장에 소속된 근로자가 업무로 인하여 부상이나 질병, 장애를 입거나 사망한 경우에 근로자에게 진료와 임금을 제공하는 일체의 현금, 현물을 말한다. 산업재해보험급여에는 요양급여, 휴업급여, 간병료, 간병급여료, 상병보상 연금, 장해급여, 유족급여 및 장의비, 2종 요양비 등이 있다.

194. 산업재해보상보험 요양급여에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 산재보험의 급여의 성립조건은 업무상 부상 또는 질병이어야 한다.
② 3일 이하 기간에 외래에서 통원진료가 가능한 경우도 요양급여에 포함한다.
③ 산재보험 용양급여 중 선택진료, 상급병실 차액은 비급여로 본인이 전액 부담한다.
④ 업무상 부상 또는 질병의 치료목적이 아닌 투약에 관한 비용은 비급여 대상이다.

해설 피재근로자가 업무로 인해 발생한 부상이나 질병이 완치될 때까지 의료기관에서 의료서비스로 제공받는 현물급여가 요양 급여이다. 요양급여가 제공되기 위해 충족되어야 할 조건은 산재가 업무와 연관이 있어야 하며, 피재근로자가 소속된 사업장이 산재보험에 가입되어 있어야 하고, 그 부상이나 질병으로 4일 이상의 요양이 필요한 경우이다.

195. 산재보험법이 규정하는 보험급여가 아닌 것은?

- ① 휴업급여 ② 장의비 ③ 3종요양비 ④ 유족급여

해설 산업재해보험급여는 산업재해보험에 가입한 사업장에 소속된 근로자가 업무로 인하여 부상이나 질병, 장애를 입거나 사망한 경우에 근로자에게 진료와 임금을 제공하는 일체의 현금, 현물을 말한다. 산업재해보험급여에는 요양급여, 휴업급여, 간병료, 간병급여료, 상병보상 연금, 장해급여, 유족급여 및 장의비, 2종 요양비 등이 있다.

196. 간병의 범위에 속하지 않는 것은?

- ① 두 눈의 실명으로 거동이 전혀 불가능한 자
② 체표면적이 30% 이상에 걸친 화상으로 수시로 적절한 조치가 필요한 자
③ 골절로 인한 견인장치, 석고붕대로 배뇨, 배변을 할 수 없는 자
④ 말하는 기능의 장애로 의사소통이 안되고 치료에 뚜렷한 지장을 초래하는 자

해설 · 간병(看護)이란 개호(介護)를 변경한 것으로 피재근로자(환자)의 상태가 위중하여 요양 중인 의료기관의 간호사 등의 통상적인 간호 이외에 상시 부첨간호가 필요한 경우에 행하는 부첨 간호를 말한다.
· 간병의 범위
- 두 손의 손가락을 모두 잃어 자력으로 식사를 할 수 없는 자
- 두부손상 등으로 정신이 혼미하거나 착란되어 절대안정을 요하는 자
- 체표면적이 35% 이상에 걸친 화상으로 수시로 적절한 조치가 필요한 자
- 허반신마비 등으로 배뇨, 배변을 제대로 가누지 못하거나 욕창 방지를 위하여 수시로 체위를 변경시킬 필요가 있는 자
- 직업병이 있는 자로서 신체가 몹시 허약하여 타인의 조력 없이 거동이 전혀 불가능한 자
- 수술 등으로 일정기간 동안 거동이 제한되어 생활유지에 필요한 일상생활의 처리 동작을 자력으로 할 수 없는 자

197. 산재급여 간병담당자의 자격으로 옳지 않은 것은?

- ① 의료법에 따른 간호사는 가능하나 간호조무사는 불가능
- ② 요양보호사 등 공단이 인정하는 간병교육을 받은 사람
- ③ 해당 근로자의 배우자, 부모, 형제자매
- ④ 간병에 필요한 지식이나 자격을 갖춘 사람 중에서 간병을 받을 근로자가 지정하는 사람

| 해설

· 간병담당자의 자격

- 의료법에 따른 간호사 또는 간호조무사
- 요양보호사 등 공단이 인정하는 간병교육을 받은 사람
- 해당근로자의 배우자, 부모, 13세 이상의 자녀 또는 형제자매
- 그 밖에 간병에 필요한 지식이나 자격을 갖춘 사람 중에서 간병을 받을 근로자가 지정하는 사람

198. 요양 중인 산재환자에게 휴업급여 지급에 대한 설명 중 옳은 것은?

- ① 재해발생 전 3개월간의 평균임금의 70% 지급
- ② 재해발생 전 3개월간의 평균임금의 80% 지급
- ③ 재해발생 전 6개월간의 평균임금의 70% 지급
- ④ 재해발생 전 6개월간의 평균임금의 80% 지급

| 해설

업무상 사유에 의하여 부상을 당하거나 질병에 걸린 근로자에게 요양으로 인하여 취업하지 못한 기간에 대하여 지급하되, 1일당 지급액은 평균임금의 100분의 70에 상당하는 금액으로 하며, 65세 이상이 되는 경우에는 65% 지급한다. 다만, 취업하지 못한 기간이 3일 이내인 때에는 이를 지급하지 아니한다.

※ 평균임금이란 산정사유 발생일로부터 3개월간 소급하여 그 기간 동안에 지급된 총임금을 총 일수로 나눈 금액을 말한다.

199. 산재보험 급여 중 상병보상연금의 지급요건에 대한 설명으로 옳은 것은?

- ① 요양개시 후 3년이 경과되어야 한다.
- ② 당해 부상 또는 질병이 치유된 상태에 있어야 한다.
- ③ 요양으로 인하여 취업을 할 수 없는 상태에 있어야 한다.
- ④ 당해 부상 또는 질병에 폐질정도가 폐질등급표상 1~5등급에 해당해야 한다.

| 해설

상병보상연금: 업무상 재해로 인하여 요양급여를 받는 근로자가 요양 개시 후 2년이 경과되어도 치유가 되지 아니하고 폐질등급(1~3급)에 해당되는 경우와 장해보상연금을 받고 있던 근로자가 부상 또는 질병이 악화되어 재요양하고 있는 경우에 상병보상연금을 지급한다. 즉, 요양기간 중 노동불능에 대한 장기적 소득 보장 성격의 보합급여이다.

200. 상병보상연금은 요양개시 언제부터 신청할 수 있는가?

- ① 1년
- ② 1.5년
- ③ 2년
- ④ 2.5년

| 해설

상병보상연금은 업무상 부상 또는 질병의 요양이 장기화되어 요양개시 후 2년이 경과하여도 상병이 치유되지 않고 폐질 등급표상의 폐질등급에 해당하는 경우 상병보상연금을 받을 수 있다.

201. 산재보험의 장애급여의 신체장애등급은 몇 등급으로 구분되는가?

- ① 4등급
- ② 7등급
- ③ 8등급
- ④ 14등급

| 해설

장애등급은 제1급~제14급으로 나뉜다. 장애급여는 치료가 종결되었으나 장애가 남았을 때에 지급하게 되는데, 지급기준은 평균임금에 각 등급별 해당 보상일수를 곱하여 보상금을 산출하게 된다. 치료가 종결된 피재근로자는 장애보상청구서 3부를 작성하여 소속

회사로부터 확인을 받아, 요양기관에 제출하여 주치의의 소견서를 받아 근로복지공단에 제출한다.

정답

197. ① 198. ① 199. ③ 200. ③ 201. ④

202. 산업재해보상보험법에 의한 상병보상연급에 관한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 요양급여가 개시된 뒤 2년이 경과되어도 치유되지 않을 때
 ② 환자상태가 폐질등급에 해당될 때
 ③ 평균임금의 3,600일분이 지급된다.
 ④ 피재근로자에게 지급되는 휴업급여 대신 지급되는 현금급여이다.

해설

☞ 상병보상연급표

폐질등급	상병보상연급
제1급	평균임금의 329일분
제2급	평균임금의 291일분
제3급	평균임금의 257일분

203. 산업재해보상보험에 있어서 의료기관 가산을 중 옳지 않은 것은?

- ① 상급종합병원 - 45% ② 종합병원 - 30%
 ③ 병원 - 21% ④ 의원 - 15%

해설

요양기관의 종별에 따라 산재환자에게 제공한 행위료에 가산할 수 있는 비율은 상급종합병원의 경우는 45%, 종합병원은 37%이며, 병원과 의원급 요양기관은 각각 21%와 15%이다.

204. 산재보험환자의 경우 상급종합병원에서 입원료의 가산율은?

- ① 85% ② 90% ③ 100% ④ 110%

해설

병원, 의원급 의료기관의 경우에 산재보험환자의 입원료는 기간별 체감제가 적용된다. 1~50일은 100%, 51~150일은 90%, 151일 이후는 85%를 적용한다. 그러나 상급종합병원과 근로복지공단이 설치한 보험시설은 입원기간에 관계없이 해당 점수의 100%에, 병원관리료 100%를 가산하여 산정할 수 있으며, 종합병원의 경우는 입원기간에 관계없이 100%를 산정한다.

205. 다음 설명 중 옳지 않은 것은?

- ① 산재환자의 휴업급여는 재해 발생전 3개월간의 평균임금의 70%를 지급한다.
 ② 유족 보상 일시금은 평균임금의 1,300일분을 지급한다.
 ③ 장제비는 평균임금의 120일분을 지급한다.
 ④ 상해보상연급은 요양개시일로부터 3년이 경과되어야 신청할 수 있다.

해설

유족급여는 근로자가 업무상의 사유에 의하여 사망한 경우에 유족에게 지급되는 현금급여를 말한다. 휴업급여는 근로자가 업무수행 중 사고로 인하여 병원에서 요양을 받아야 하기 때문에 취업하지 못한 기간에 대해 임금대신 현금을 지급하는 것이다. 지급기준은 피재근로자의 평균임금을 산출하여 70%를 지급한다.

206. 부득이한 사정으로 산재 요양급여를 받지 못한 피재근로자가 자신이 진료비를 우선 납부하고, 차후 근로복지공단에 직접 청구하는 현금급여는?

- ① 간병급여 ② 휴업급여 ③ 상병보상연급 ④ 본인부담금 상환제

해설

- 간병급여: 요양중인 산재근로자의 상병상태가 타인의 도움 없이는 생활이 곤란하여 의학적으로 간병(개호)이 필요하다는 의학적 소견이 있는 다음 경우에 해당되는 사람은 간병료를 지급받을 수 있다.
- 상병보상연급: 업무상 재해로 인하여 요양급여를 받는 근로자가 요양 개시 후 2년이 경과되어도 치유가 되지 아니하고 폐질등급(1~3급)에 해당되는 경우와 장해보상연급을 받고 있던 근로자가 부상 또는 질병이 악화되어 재요양하고 있는 경우에 상병보상연급을 지급한다. 즉, 요양기간 중 노동 불능에 대한 장기적 소득 보장의 성격을 갖는 보험급여이다.

정답

202. ③ 203. ② 204. ③ 205. ④ 206. ④

207. 여러 가지 사유로 인하여 산재요양 승인이 늦어진 경우, 기납부한 진료비를 근로복지공단에 청구하는 현금급여는?

- ① 휴업급여 ② 2종 요양비 ③ 개호비 ④ 상병보상

208. 아래 () 안에 들어갈 단어만으로 조합된 것은?

업무상 부상이나 질환으로 인해 산재요양급여가 개시된 후 ()년이 경과해도 상병이 치유되지 않고, 환자상태가 폐질등급에 해당하는 경우에는 ()이 지급된다.

- ① 2 - 장해보상연금 ② 1 - 상병보상연금
③ 1 - 장해보상연금 ④ 2 - 상병보상연금

해설 산업재해보상보험법 시행규칙 제53조(폐질등급 판정 기준) 영 제65조제1항에 따른 폐질등급 기준에 대한 세부기준은 별표 5에 따른 신체부위별 장해등급 판정에 관한 세부기준을 준용한다. 이 경우 요양을 시작한 지 2년이 지났으나 폐질상태의 변동이 심하여 제52조에 따른 시기에 폐질등급을 판정하기 곤란한 경우에는 과거 6개월간의 폐질상태를 종합하여 판정한다.

209. 산업재해보상보험법상의 비급여대상은?

가. 업무상 부상 또는 질병의 치료 목적이 아닌 진료 또는 투약
나. 요양중인 범위에 포함되지 않는 상병에 관한 수술
다. 일반병실이 없어 부득이 사용한 7일 이내의 종합병원 상급병실료 차액
라. 본인의 희망에 따른 선택진료

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

210. 의료보장 유형별 수혜자의 범위가 옳지 않은 것은?

- ① 건강보험 - 가입자 및 피부양자 ② 의료급여 - 수급권자
③ 산재보험 - 피재근로자 ④ 자동차보험 - 교통사고를 당한 환자

해설

- 건강보험환자 - 건강보험 피보험자 및 피부양자
- 의료급여환자 - 수급권자
- 자동차보험환자 - 책임보험, 종합보험가입차량에 의한 교통사고 환자
- 산재보험환자 - 산재사고 피해자
- 공상환자 - 공무원, 직업군인, 사립학교교직원
- 일반환자 - 기타환자

211. 자동차보험환자의 경우에 손해보험사에서 부담하는 항목은?

- ① 식대 ② 간식비 ③ 상급병실료 ④ 선택진료비

해설 재원환자를 관리하는 담당자는 보험회사 및 보호자의 보증 유무 확인과 보완, 종합보험 미가입 차량에 의한 사고 환자의 채권 확보, 자동차보험에 제외되거나 책임보험을 초과하여 진료비가 발생한 경우의 수가유형 관리 및 적용, 사고와 무관한 질병, 질환 진료비 확인과 구분 및 본인부담금 청구 및 회수, 진단서 발급 및 추가 상병발생 확인과 진단기간 관리 등을 한다.

212. 자동차보험에 관한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 종합보험은 피보험자가 가입을 임의로 선택할 수 있고 무한보상이 가능하다.
- ② 자동차 사고를 당한 환자에게는 건강보험이나 의료급여 등의 급여가 제공될 수 없다.
- ③ 책임보험은 자동차 소유자가 의무적으로 가입해야 하지만, 보상은 부상정도에 따라 일정액이 지급된다.
- ④ 의료기관의 병실사정으로 부득이 7일간 상급병실을 이용해도 급여가 가능하다.

해설

※ 교통사고 환자의 의료보장 적용

교통사고환자라도 다음과 같은 경우에는 건강보험이나 의료급여, 산재보험 등을 적용해야 한다. 다음과 같이 건강보험 및 의료급여를 적용해야 하는 경우는 보험자에게 급여적용 사실을 통보해야 한다.

- 1) 가해차량 운전자 또는 피보험자의 부모, 배우자, 직계자녀의 부상
- 2) 운전자 본인의 부상
- 3) 뺑소니 차량에 의한 사고(책임보험 범위 내 제외)
- 4) 무 보험 차량에 의한 사고로 가해자의 보상능력 부재(책임보험 범위 초과분)
- 5) 천재지변, 소요사태로 인한 사고
- 6) 업무용이나 영업용 자동차를 직접 운전하다가 사고를 유발한 운전자나 피보험자가 부상을 당한 경우는 산업재해 보상보험을 적용하여야 한다.

213. 자동차보험에 대한 설명으로 옳은 것은?

- ① 자동차보험 중 책임보험과 종합보험은 가입이 강제되는 강제보험이다.
- ② 자동차사고는 대인사고와 대물사고로 구분할 수 있다.
- ③ 자동차 종합보험에 가입하면 민사상, 형사상, 행정상의 모든 책임을 당연히 면제받는다.
- ④ 자동차 종합보험에 가입하면 교통사고처리특례법에 적용되지 않으므로 어떠한 형사적 책임을 지지 않는다.

해설

- 자동차 보험 중 책임보험은 강제보험이나, 종합보험은 임의보험임
- 자동차사고가 발생하게 되면 운전자는 민사적, 형사적 책임 및 행정적인 처벌을 받게 된다. 특히 사고 특성상 대부분 동시에 발생한다. 다만 교통사고처리특례법의 시행에 따라 자동차보험에 가입하였을 때 발생하는 사고 중 대부분은 형사책임과 민사책임이 면제되고 있다.

214. 자동차 사고 환자가 응급실을 방문할 시 병원에서 조치할 사항이 아닌 것은?

- ① 환자의 인적사항 확인
- ② 자동차 보험회사로부터 지불보증서 접수
- ③ 사고가 경미한 부상인 경우 가해자와 피해자 간의 협의 처리 권고
- ④ 가해자나 보호자의 진술에 의존해서 처리하지 말고 객관적인 사실을 확인

해설

- 피해가 경미한 부상인 경우에는 가해자가 경찰 및 보험회사에 신고를 하지 않고 상호간 직접 협의처리하려는 경향이 많으므로 진료비는 우선적으로 피해자(환자)나 피해자 가족에게 부담시켜 수납하거나 보증을 받는다. 그러나 의료기관에서 가해자와 피해자간에 협의처리를 중용하는 것은 문제가 확대될 수 있으므로 중립적인 입장을 유지하되 가능한 보험처리를 유도한다.

215. 자동차보험 의료수가 산정에 있어 의료기관종별 행위료의 가산 내용 중 옳지 않은 것은?

- ① 상급종합병원: 소정 행위료의 45% 가산
- ② 종합병원: 소정 행위료의 35% 가산
- ③ 병원: 소정 행위료의 21% 가산
- ④ 의원: 소정 행위료의 15% 가산

해설

요양기관 종별 가산율

216. 자동차 손해배상보험과 관련하여 올바른 조합은?

- ① 책임보험 - 강제보험 - 무한책임 ② 종합보험 - 임의보험 - 유한책임
 ③ 책임보험 - 임의보험 - 유한책임 ④ 종합보험 - 임의보험 - 무한책임

해설 책임보험-강제보험-유한책임, 종합보험-임의보험-무한책임

217. 자동차 사고 시 의료보장(건강보험 등) 혜택을 받을 수 없는 경우는?

- ① 가해 차량에 탑승한 운전자의 부모, 배우자
 ② 뺑소니 차량에 의한 부상으로 책임보험을 초과한 부분
 ③ 영업용 자동차로 가해 운전자 본인
 ④ 불가항력적인 사고시 운전자 본인

해설 가해차량 운전자 또는 피보험자의 부모, 배우자, 직계 자녀의 부상, 운전자 본인의 부상, 뺑소니 차량에 의한 사고, 무보험 차량에 의한 사고로 가해자의 보상능력 부재, 천재지변, 소요사태로 사고 또는 업무용이나 영업용 자동차를 직접 운전하다가 사고를 유발한 운전자나 피보험자가 부상을 당한 경우에는 산업재해보상보험을 적용해야 한다.

218. 자동차보험 진료수가 분쟁 심의회에 대한 설명 중 옳지 않은 것은?

- ① 교통사고 환자에 대한 적절한 진료보장하기 위한 설립취지를 갖고 있다.
 ② 진료수가 분쟁심의회는 보험사업자 중심으로 구성된다.
 ③ 자동차보험 진료수가와 관련된 분쟁의 예방 및 해결을 위해 설립되었다.
 ④ 지급보증에 따른 사실관계를 고려하기 위해 임원료 및 식대 심사지침을 적용하고 있다.

해설 진료수가 분쟁심의회는 보험사업자와 의료기관 서로 협의하여 구성된다.

219. 감정판정 기준법에 해당되지 않는 것은?

- ① 근로기준법 ② 산재보상법 ③ 국가배상법 ④ 장애인복지법

해설 감정판정은 주로 장애보상과 정밀 확인을 위한 것이다. 자동차보험의 경우 신체감정서를 토대로 장애보상의 주요 내용을 맥브라이드 장애 등급표에 의하여 평가하고 있으며, 산재보험의 경우에는 산업재해 보상보험법에 의한 신체장애 등급표에 의하여 분류 평가하고 있다.

220. 교통사고 처리 특례법의 형사처벌 면제에서 제외되는 10가지 조항에 해당되지 않는 것은?

- ① 운전자의 신호위반(전경대원 수신호는 포함되지 않음)
 ② 앞지르기 방법위반
 ③ 당해도로 제한속도 20 km 초과
 ④ 난폭운전

해설 차의 운전자가 업무상 과실치상죄 또는 중과실치상죄를 범하고 피해자를 구호하는 등 사고 발생시의 조치를 하지 않고 도주하거나 피해자를 사고장소에서 옮겨 유기하고 도주한 경우와 신호등의 위반, 중앙선침범 등과 제한속도 초과, 앞지르기 방법 등의 위반, 건널목 통과방법 위반, 횡단보도보행자보호의무 위반, 무면허운전·음주운전·보도횡단방법 위반, 승객 추락방지 의무 위반(개문발차사고) 등의 항목에 해당하는 행위로 인하여 그 죄를 범한 때를 말한다.

221. 자동차보험에 가입하였더라도 형사처벌에 해당하는 조항은?

가. 중앙선 침범
다. 개문발차사고

나. 건널목 통과방법위반
라. 제한속도 10 km 초과

① 가, 나

② 나, 라

③ 다, 라

④ 가, 나, 다

|해설

형사처벌대상이 되는 사고

나. 중앙선 침범 또는 고속도로에서 횡단, 회전, 후진 등

라. 건널목 통과방법 위반

바. 앞지르기 방법위반

아. 음주 및 약물복용

차. 개문발차 사고(승객의 추락방지 의무 위반)

카. 사고 발생시의 조치를 위반한 뺑소니 사고나 피해자 사망 사고

가. 신호위반(수신호 포함)

다. 해당도로의 제한속도 20킬로미터 초과

마. 횡단보도상의 보행자 보호의무 위반

사. 무면허 운전

자. 인도 돌진 사고(보도 침범 및 횡단보도 위반 사고)

222. 자동차 보험환자의 진료비 중 환자에게 직접 청구할 수 없는 진료비는?

① 보험사업자 등이 지급의사가 없다는 통지를 한 경우

② 보험사업자 등이 지급의사를 철회한 경우

③ 보험사업자 등이 보상대상이 아닌 진료비

④ 보험사업자 등이 지급보증한 금액 이내의 진료비

|해설

자동차보험은 해당 손해보험회사나 공제조합에서 지급보증 한도액 범위 내에서 부상과 장해에 대한 급여를 실시하며, 대인사고는 무제한이다.

223. 자동차 보험회사로부터 회수할 수 있는 진료비 항목이 아닌 것은?

① 자동차 사고와 무관한 기왕증

② 지불보증서에 기재된 질환

③ 지급한도액, 지급범위, 지급의사 내용을 표기할 때

④ 다른 병원 진료 후에 보험회사에 한도금액이 남아 있을 때

224. 교통사고환자가 진료상 필요한 경우나 의료기관의 병실사정으로 부득이 상급병실을 이용할 경우 급여가 가능한 기준일은?

① 3일

② 5일

③ 7일

④ 10일

|해설

교통사고 환자가 진료 상 필요할 경우나 의료기관의 병실 사정으로 부득이 상급병실을 이용할 경우 7일 이내는 급여 가능함

225. 공무원 및 사립학교 교직원의 직무상 부상이나 질병 시 적용되는 수가는?

① 건강보험 수가

② 의료급여 수가

③ 자동차보험 수가

④ 산재보험 수가

|해설

공무원·사립학교교직원 등 특수직역 근로자는 건강보험공단이 관장하고, 건강보험의 경우에는 표준월급여액의 5.89% (2013년 기준)로 하여 본인과 정부가 각각 50%를 부담(사립학교 교직원은 본인 50%, 재단 30%, 정부 20%를 각각 부담)한다.

정답

221. ④ 222. ④ 223. ① 224. ③ 225. ④

226. 자동차보험으로 보장받을 수 있는 진료비는?

- ① 당해 자동차 사고와 인과관계가 없는 상병에 대한 진료비
- ② 당해 자동차 사고 때문에 악화되어 추가된 진료비
- ③ 선택진료를 받은 경우의 선택진료비
- ④ 교통사고 환자의 요구에 의하여 상급병실을 사용하였을 때 일반 병실료 차액

해설 자동차보험 급여에서 인정이 제외되는 범위

1. 명백히 당해 자동차사고와 인과관계가 없는 상병에 대한 진료비. 다만, 당해 자동차사고 당시에는 증상이 없었으나 환자에게 고의 또는 중대한 과실이 없으며 의료기관 또한 고의 또는 과실없이 진료 중에 발생한 증상("합병증"을 말한다)에 대한 진료비는 그러하지 아니하다.
2. 당해 자동차사고가 있기 전에 이미 가지고 있던 증상("기왕증"을 말한다)에 대한 진료비. 다만, 기왕증이라 하여도 당해 자동차사고로 인하여 악화된 경우에는 그 악화로 인하여 추가된 진료비는 그러하지 아니하다.
3. <개정 2000.4.12, 2001.1.22, 삭제 2004.7.29>
4. 교통사고환자의 요구에 의하여 상급병실을 사용하였거나 치료이외의 목적의 진료를 행한 경우에 일반병실료와의 차액 및 치료이외의 목적의 진료로 인한 비용. 다만, 보험업법에 의하여 인가된 자동차보험약관 또는 심의회가 정하는 기준에 의하여 부득이 상급병실의 사용 또는 치료목적이외의 진료비로 인정되는 경우에는 그러하지 아니하다.
5. 교통사고환자가 제16조제1항의 규정에 의한 의료기관의 퇴원 또는 전원(轉院) 지시에 불응하는 경우에 그 지시일의 다음 날부터 그 의료기관에서 입원함으로써 인하여 증가된 진료비. 이 경우 통원치료 또는 다른 의료기관으로 전원하는 경우에도 필요한 진료항목에 대한 진료비는 이에 산입하지 아니한다.
- ③ 교통사고환자가 의료법 제46조제5항의 규정에 의한 선택진료를 받은 경우의 비용의 인정범위는 다음 각 호와 같다. <신설 2004.7.29>
 1. 선택진료에 관한 규칙(보건복지가족부령) 별표 「추가비용을 징수할 수 있는 선택진료의 항목과 추가비용의 산정 기준」중 다음 각목의 항목에 대하여는 동 규칙에서 인정한 추가비용을 산정한 진료비
 - 가. 진찰(한방 포함)
 - 나. 방사선흥수영상진단료(일반전산화단층영상진단 및 자기공명영상진단 제외)
 - 다. 마취
 - 라. 수술
 2. 선택진료에 관한 규칙(보건복지가족부령) 별표 「추가비용을 징수할 수 있는 선택진료의 항목과 추가비용의 산정 기준」중 제1호 외의 항목에 대하여는 추가비용을 산정하지 아니한 진료비
- ④ 제2항의 규정에 의하여 자동차보험 진료수가의 인정범위에서 제외되는 비용은 교통사고환자 등에게 청구할 수 있다. 다만, 제2항 제1호 단서 중 의료기관의 고의 또는 과실로 인한 합병증에 대한 진료비는 그러하지 아니하다. <단서신설 1999.12.6, 개정 2004.7.29.>
- ⑤ 제3항의 규정에 의하여 자동차보험 진료수가의 인정 범위에서 제외된 비용을 교통사고환자에게 청구할 수 없다. <신설 2004.7.29>

227. 교통사고로 입원한 환자의 외출 또는 외박 시 요양기관에서 기록 하지 않아도 되는 것은?

- ① 외출 또는 외박 사유
- ② 외출 또는 외박하는 자의 이름 및 생년월일, 주소
- ③ 외출 또는 외박하는 자의 행선지
- ④ 외출 또는 외박을 허락한 기간 및 귀원일시

해설 자동차손해배상 보장법 시행규칙 제6조의5(입원환자의 외출 또는 외박에 관한 기록·관리) 영 제2조제4항에 따라 의료기관이 입원환자의 외출 또는 외박에 관한 사항을 기록·관리할 때에는 별지 제3호의2사식의 외출·외박 기록표에 적어야 한다.

[외출·외박 기록표]

(20 년 월)

순번	환자 이름	생년월일	환자 또는 그 보호자의 서명	외출· 외박 사유	허락 기간	허락한 의료인 등의 서명	외출· 외박 일시	귀원 일시	귀원을 확인한 의료인 등의 서명	비고
		주소								

정답

226. ② 227. ③

228. 환자유형별 수가적용이나 자격관리에 관한 설명 중 옳지 않은 것은?

- ① 자동차보험환자의 경우 교통사고와 관련이 없는 질환에는 자동차보험수가를 적용하지 아니한다.
- ② 산업재해보상보험환자의 경우에는 업무와 관련이 없는 질환도 산재보험급여대상이 된다.
- ③ 의료급여환자의 경우 2차의료기관에서 진료를 받으려면 일부의 경우를 제외하고는 요양급여의뢰서가 있어야 한다.
- ④ 국민건강보험환자의 경우 범죄행위로 인한 상병으로 판단되면 공단에 급여제한여부 조회서를 보내야 한다.

229. 자동차보험과 관련한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 가해차량 운전자 또는 피보험자의 부모, 배우자, 직계자녀의 부상은 건강보험이나 의료급여를 적용할 수 있다.
- ② 병원은 입원환자의 외출·외박과 관련한 내용과 사유를 기록하여 3년간 보관해야 한다.
- ③ 자동차보험 진료수가분쟁심의회는 자동차보험 진료수가 기준의 마련 및 적용 여부를 심사한다.
- ④ 업무용이나 영업용 자동차를 운전하다 사고를 당한 운전자나 피보험자는 산업재해 보상보험을 적용할 수 있다.

230. 교통사고 환자가 선택진료를 받은 경우에 추가되는 비용의 인정범위로 옳은 것은?

- ① 수술
- ② 혈액검사
- ③ 진찰(한방 제외)
- ④ 방사선특수영상진단료(CT 및 MRI 포함)

해설

자동차보험 급여에서 인정이 제외되는 범위

① 진료수가 인정 제외대상

1. 명백히 해당 자동차사고와 인과관계가 없는 상병(傷病)에 대한 진료비. 다만, 해당 자동차사고 당시에는 증상이 없었으나 환자에게 고의 또는 중대한 과실이 없으며 의료기관 또한 고의 또는 과실 없이 진료 중에 발생한 증상(“합병증”을 말한다)에 대한 진료비는 그러하지 아니하다.

※ 진료수가의 인정범위에서 제외되는 비용은 교통사고환자 등에게 청구할 수 있다. 다만, 위 단서 중 의료기관의 고의 또는 과실로 인한 합병증에 대한 진료비는 그러하지 아니하다.

2. 해당 자동차사고가 있기 전에 이미 가지고 있던 증상(“기왕증”을 말한다)에 대한 진료비. 다만, 기왕증이라 하여도 해당 자동차사고로 인하여 악화된 경우에는 그 악화로 인한 진료비는 그러하지 아니하다.

3. 교통사고환자의 요구로 발생한 상급병실료(일반병실료와의 차액을 말한다). 다만, 「보험업법」에 따라 인가된 자동차보험약관이 정하는 기준에 의하여 부득이하게 상급병실을 사용한 경우에는 그러하지 아니하다.

4. 교통사고환자가 제12조제1항에 따른 의료기관의 퇴원 또는 전원(轉院) 지시에 불응하는 경우에 그 지시일의 다음 날부터 그 의료기관에서 입원함으로 인하여 증가된 진료비. 다만, 퇴원 또는 전원 지시에 따라 통원치료 또는 다른 의료기관으로 전원하여 발생한 진료비는 그러하지 아니하다.

② 선택진료비용의 인정범위 등

교통사고환자가 「의료법」 제46조제5항에 따른 선택진료를 받은 경우에 「선택진료에 관한 규칙」에 따라 추가되는 비용의 인정범위는 다음 각 호와 같다.

1. 진찰(한방 포함)
2. 방사선특수영상진단(일반전산화단층영상진단 및 자기공명영상진단 제외)
3. 마취
4. 수술

※ 위에서 정한 4가지 항목 외에 추가되는 선택진료비용은 교통사고환자에게 청구할 수 없다.



4. 진료미수금, 의료분쟁, 원무통계 등

231. 재원환자 미수금관리에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 재원환자 개인별 본인부담금을 집계할 수 있다.
- ② 병원의 운영자금을 확보하기 위해 조기에 회수할 수 있다.
- ③ 병원의 1일 재원수입을 집계할 수 있다.
- ④ 재원환자 입원보증금을 청구할 수 있다.

해설 건강보험, 의료급여, 산재보험, 자동차보험 환자의 입원수속 시에는 입원보증금을 징수 할 수 없으며, 입원 후에는 입원기간과 관계없이 본인부담금에 한해서 중간청구를 할 수 있다.

232. 진료미수금 체납자 관리 방법으로 옳지 않은 것은?

- ① 진료비 체납건은 원활한 행정처리와 의료진의 신변보호를 위해 담당의사의 참여없이 처리한다.
- ② 경제적 능력이 없는 환자의 경우는 추가 연대자불 보증인 확보에 주력한다.
- ③ 입원 8일 이후부터는 재원중에도 중간계산을 청구할 수 있다.
- ④ 환자, 보호자, 연대보증인과의 면담으로도 납부계획이 정해지지 않을 경우는 주소지를 답사하여 가정환경을 확인하는 것도 방법이다.

해설 진료비가 체납되는 원인은 의료불만이나 경제적능력 부적인 경우가 대부분이므로 진료에 불만이 있는 경우에는 조기에 문제를 파악하여 진료비 청구 및 수납에 관한 문제를 협의하고 이를 거부할 경우에는 진료에 관하여 담당의사와 협의후 처리한다.

233. 진료비의 채권소멸 및 청구소멸시효가 올바르게 연결된 것은?

- ① 3년 - 2년
- ② 3년 - 3년
- ③ 3년 - 5년
- ④ 2년 - 2년

해설 의료기관의 진료비 채권은 민법 제163조제2호의 규정을 적용한다면 3년의 단기소멸시효를 가진다. 따라서 3년 이내에 채권을 행사하지 못한다면 소멸시효가 완성되어 채무자가 소멸시효의 이익을 포기하지 않는 한 동 채권은 자동 상실하게 된다. 진료비 채권청구 소멸시효의 기산점은 통상적으로 진료가 완료된 날이라고 할 수 있다.

• 국민건강보험법 제91조(시효)

권리는 3년 동안 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성된다.

* 보험급여 비용을 받을 권리

• 민법 제163조(3년의 단기소멸시효)

채권은 3년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성한다. <개정 1997.12.13.>

* 의사, 조산사, 간호사 및 약사의 치료, 근로 및 조제에 관한 채권

234. 진료비 미수금 회수방법이 아닌 것은?

- ① 미수금 납부 독촉 내용증명 발송
- ② 대손처리
- ③ 재산가압류
- ④ 민사소송

해설 환자 및 보호자의 주소가 장기간 불명으로 파악되어 독촉통보가 불가능하거나 소액으로서 가압류나 소송비용이 진료비를 상회할 경우, 혹은 채무자 사망 등으로 인하여 채권회수대상의 소멸, 시효경과 등에 대해서는 관계서류를 첨부하여 자체 규정에 따라 결손처리함

235. 아래 설명에서 옳지 않은 것은?

- ① 진료비 채권 시효는 최종 지급약속이 종료된 때로부터 3년이다.
- ② 응급의료비 대지급청구 시기는 진료 또는 이송종료일로부터 2년 이내 청구
- ③ 퇴원 시에 퇴원 전 심사를 실시하여 입원진료 중에 발행된 처방전과 계산된 진료비가 맞는지를 진료 기록부와 확인대조하는 과정이 필요하다.
- ④ 입원진료가 종료되면 치유, 타 의료기관 이송, 외래 통원진료로 전환, 사망 및 환자측의 퇴원요구 등의 사유로 진료담당의사가 퇴원을 최종 결정한다.

해설 진료비의 채권시효는 민법 제163조제2항에 의거 최종지급이 약속이 종료된 때부터 3년이며, 의료기관 등이 응급의료비 미수금 대지급을 청구할 수 있는 기간은 미수금이 발생된 시점부터 3년까지이다.

236. 아래 미수금 설명 내용으로 옳은 것은?

의료기관 등이 미수금 대지급을 신청할 수 있는 기간은 미수금이 발생된 시점부터 () 이내이며 청구관련 서류는 () 동안 보존해야 한다.

- ① 3년, 2년 ② 2년, 2년 ③ 3년, 3년 ④ 2년, 3년

해설 응급의료에 관한 법률 시행령 제20조(미수금 대지급의 청구 및 심사 절차) ① 의료기관과 구급차등을 운용하는 자가 법 제22조제1항의 규정에 따라 미수금의 대지급을 받고자 하는 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 심사평가원에게 미수금의 대지급청구를 하여야 한다. <개정 2008.2.29, 2010.3.15>
 ② 제1항의 규정에 의한 미수금의 대지급청구는 진료종료일 또는 이송종료일로부터 3년 이내에 하여야 한다.
 ③ 심사평가원장은 제1항의 규정에 의한 의료기관등의 미수금 대지급청구에 대하여 그 내용을 심사한 후 대지급금을 지급하여야 한다.
 ④ 미수금 대지급청구의 심사에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2008.2.29, 2010.3.15>

237. 진료비 미수금의 대손(貸損)처리 요건(회수불능)이 아닌 것은?

- ① 채무자의 실종 ② 강제집행 불가능
- ③ 채무자 사업의 휴업 ④ 회수비용이 채권액을 초과

해설 진료미수금은 발생주의 원칙, 진료행위와 동시에 진료수입 인식으로 진료미수금 발생, 재원미수금: 진료미수금 회계결산시점에만 계상하여 중간입금관리 근거로 활용, 대손처리 기준: 법인세법(시행령 제21조)규정, 채무자의 장기간 주소불명으로 독촉 및 회수가 불가능한 경우, 가압류나 소송비용이 진료비를 상회하는 경우, 채무자의 사망, 소멸시효 경과 ※ 대손처리: 회수불능

238. 대손처리 업무에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 대손비용은 회수가 불가능한 사유에 해당하는 채권을 손실로 처리한 금액이다.
- ② 회수가 불가능한 채권을 비용으로 처리하기위한 계정과목을 대손 충당금 이라고 한다.
- ③ 법인세법에 따르면 대손 비용은 회계 연도말 미수금 잔액의 2% 한도 내에서 대손 충당금과 상각할 수 있다.
- ④ 악성채권을 대손 충당금과 상계하여 손실로 처리하는 것을 대손상각이라고 한다.

해설 대손상각(bad debts expense)이란 채권자가 보유한 채권 중 채무자의 상환능력이 없거나 사실상 회수가 불가능한 채권을 기업회계기준에 따라 대손충당금과 상계하여 채권 등의 자산을 손비로 처리하는 것을 말한다. 재무상태표(대차대조표)에 계상하는 외상매출금이나 받을어음 등 수취채권의 기말잔액은 회수될 금액을 정확히 나타내는 것이 아니므로 그 회수가능성을 검토할 필요가 있다. 거래처의 파산, 행방불명, 사망 및 재해 등으로 인하여 회수가 불가능한 채권을 대손이라고 하는데 이로 인한 손실을 대손상각이라고 한다. 대손상각이란 미수의 매출채권에 대한 처리를 할때 사용하며, 보통 1% 정도 대손을 잡아준다.

239. 진료비 미수금 대손처리 업무에 관한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 회수가 불가능한 악성 미수금을 대손(bad debt)이라 함
- ② 채권 손실로 처리한 금액을 대손비용이라 함
- ③ 대손비용으로 설정해 놓은 대손충당금과 상계하여 손실로 처리한 것을 대손상각이라 함
- ④ 채무자가 사업이 어려워 잠시 휴업중인 경우에 대손상각 대상임

해설 미수금을 대손상각 할 수 있는 법률적 근거는 법인세법 시행령 제 21조에 규정하고 있으며 1. 채무자의 파산 강제집행 형의 집행 또는 사업의 폐지로 인하여 회수할 수 없는 채권 2. 채무자의 사망이나 실종 또는 행방불명으로 인하여 회수할 수 없는 채권 3. 미수금 발생 후 3년이 경과 되어 소멸시효가 완성된 채권(민법 제163조)등이다.

240. 진료비 납부와 관련하여 다툼이 있는 경우 채무명의를 판단하기 위해 당사자에게 변론 기회를 부여하는 채권회수를 위한 법률행위는 무엇인가?

- ① 지급명령 ② 본안소송 ③ 강제집행 ④ 임의경매

해설 일반적으로 상호 주장이 상이하여 다툼이 있는 경우에 채무명의를 판단하기 위하여 양 당사자에게 주장할 수 있는 기회를 부여하는 일반적인 소송절차를 본안 소송이라 한다.

241. 진료미수금이 발생했을 때 채권을 회수하기 위한 법률행위가 아닌 것은?

- ① 지급명령 ② 대손처리 ③ 본인소송 ④ 임의 경매

242. 채무명의에 해당되는 것은?

- ① 지불보증서 ② 판결문 ③ 내용증명 ④ 미수금내역서

해설 채무명의로 인정한 사법상 청구권의 존재 및 범위를 표시하고 이를 실현시키는 집행력을 인정하는 공적인 문서

243. 진료비 미수금으로 인하여 발생 할 수 있는 비용이 아닌 것은?

- ① 기회비용 ② 예금비용 ③ 수금비용 ④ 대손비용

해설 진료미수금은 발생하는 순간부터 전액 회수될 때 까지 비용을 유발한다.
 1) 기회비용이란 여러 대안이 존재하는 경우에 한 가지를 선택함으로써 포기하게 되는 나머지 대안의 가치를 말한다.
 2) 수금비용은 미수금 회수에 수반되는 비용은 일반적으로 신용조사비용과 미수금 회수비용으로 구분된다.
 3) 대손비용은 채권자가 보유한 채권중 채무자의 상환능력이 없거나 사실상 회수가 불가능한 사유에 해당하는 채권을 회계기준에 따라 비용으로 설정해 놓은 대손충당금과 상계하여 손실로 처리하는 것을 대손상각이라 하고 이에 해당하는 비용을 대손비용이라 한다.

244. 재원미수금 관리에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 입원 환자의 중간 진료비를 청구하는 것은 경제적 부담 능력이 없는 환자를 조기에 파악하여 대응책을 수립하는 데 도움이 된다.
- ② 중간진료비를 조기 회수하면 운영 자금 회전에 도움이 된다.
- ③ 건강보험환자, 자동차보험환자, 의료급여환자에 대하여 입원 보증금을 징수하는 것이 진료비 체납자를 줄이는 방법이다.
- ④ 경제적 능력이 부족하다고 파악된 환자에게는 보증인을 추가로 확보하는 것이 좋다.

해설 진료미수금은 발생원천, 관리하는 목적과 방법에 따라서 몇 가지로 분류할 수 있으나 원칙적으로 진료미수금이 의료수익에 포함되므로 의료수익의 분류는 회계원칙에 의한 분류, 진료형태에 따른 분류, 환자종별에 의한 분류, 지불처에 따른 분류 건강보험공단미수금, 산재보험기관미수금 등이 있다.

245. 의료미수금 회수를 목적으로 채권확보를 위한 법률행위 중 금전채권 또는 금전으로 환산할 수 있는 청구권을 대상으로 장래 강제집행의 목적을 이루기 위해서 채무자의 재산을 이동하거나 소비하지 못하도록 제한하는 조치를 취하는 법률행위는?

- ① 가압류 ② 근저당 ③ 공증 ④ 지급명령

해설 가압류란 금전채권 또는 금전으로 환산할 수 있는 청구권을 대상으로 장래 강제집행의 목적을 이루기 위해서 채무자의 재산을 이동하거나 소비하지 못하도록 제한하는 조치를 취하여 법의 보호를 받는 것으로 본안소송에서 승소하더라도 강제집행을 할 때까지 채무자의 재산은닉 때문에 집행이 불가능 하거나 상당히 어려운 상황이 발생할 염려가 있을 때 취하는 법적조치를 말한다.

246. 병원이 의료미수금을 회수할 수 있는 근거인 채무명의에 해당하지 않는 것은?

- ① 입원약정서 ② 공증된 약속어음 ③ 근저당권 ④ 판결문

해설 채무명의란 집행명의라고도 하며 법률규정에 따라 집행기관에 의한 강제집행의 근거가 되는 문서로 강제집행을 실행시킬 수 있는 사법상의 이행청구권의 존재와 범위를 밝힌 공적인 증서를 말하는데 공정증서, 판결문, 가압류 명령, 가처분 명령, 지급명령, 화해조서 등이 있다.

247. 환자측의 경제적 사정으로 불가피하게 진료비를 후납으로 처리해야 할 경우 급여 청구권의 존재와 범위가 표시되고 집행력이 부여된 문서는?

- ① 약속어음 ② 입원약정서 ③ 채무명의 ④ 가압류

248. 진료비를 납부하지 못한 암 환자에게 지급될 예정인 생명보험회사의 보험료를 진료비 후불 조건으로 병원에게 양도할 것을 목적으로 체결하는 계약은?

- ① 약속어음 공증 ② 채권양도 약정 ③ 근저당권 설정 ④ 가압류 조치

249. 채권확보를 위한 법률행위에 해당하지 않는 것은?

- ① 약속어음과 공증 ② 채권양도 약정서 ③ 지급명령 ④ 근저당권 설정

해설 채권회수를 위한 법률행위로는 지급명령, 본안소송, 강제집행, 임의경매 등 이다.

250. 진료비 채권확보를 위한 법률행위에 해당하지 않는 것은?

- ① 근저당 설정 ② 가압류 ③ 약속어음과 공증 ④ 본안소송

해설 채권 확보가 가능하다고 판단될 때에는 부동산가압류, 근저당설정, 경제력이 있는 자의 지불보증 등 신속한 후속조치를 취하도록 한다. 채권 확보는 물론 경제력이 없어 진료비 회수에 지장이 있을 때에는 주치의에게 의뢰하여 환자의 상태를 파악하고 조기퇴원 및 공공립병원으로의 이송, 통원치료 등을 고려해야 한다.

251. 잘못된 가압류로 인해 발생할 수 있는 채무자의 손해를 담보하기 위해 법원이 채권자로 하여금 일정한 금액을 은행을 예치하도록 명령하는 것은?

- ① 송달료 ② 인지대 ③ 공탁금 ④ 영치금

252. 연대보증인의 부동산에 대한 채권 확보에 소요되는 경비를 채무자가 부담하며, 납부의무를 이행하지 않을 때 임의경매에 의해 채권을 행사할 수 있는 법적 효력을 지닌 것은?

- ① 근저당 ② 공증 ③ 가압류 ④ 지급명령

해설

근저당(根抵當): 일정기간 동안 증감변동할 불특정의 채권을 결산기에 최고액을 한도로 담보하기 위한 저당권

- 공증(公證): 특정한 사실 또는 법률관계의 존재를 공적으로 증명하는 행정행위
- 가압류(假押留): 금전 또는 금전으로 환산할 수 있는 청구권을 그대로 두면 장래 강제집행이 불가능하게 되거나 곤란하게 될 경우에 미리 일반담보가 되는 채무자의 재산을 압류하여 현상(現狀)을 보전하고, 그 변경을 금지하여 장래의 강제집행을 보전하는 절차
- 지급명령(支給命令): 금전 기타의 대체물(代替物) 또는 유가증권의 일정수량의 지급을 목적으로 하는 청구에 관하여 채권자의 일방적 신청이 있으면 채무자를 신문하지 않고 채무자에게 그 지급을 명하는 재판(민사소송법 432·436조)

253. 일정기간 동안 변동될 수 있는 불특정 채권을 결산기에 최고액으로 확보하기 위한 법률행위는?

- ① 가압류 ② 지급명령 ③ 근저당 설정 ④ 공탁금

254. 채무자가 장래에 정해진 날짜 또는 채권자가 요구하는 날짜에 일정 금액을 지급할 것을 약속하는 단기 신용증서는?

- ① 약속어음 ② 채무명의 ③ 근저당권 ④ 채권양도 약정서

해설

채무지불을 위해 합법적인 형식에 따라 작성된 특별한 종류의 약속. 이것을 지참한 사람에게 여기에 서명한 사람으로 하여금 명시된 금액을 일정 기간 내에 지불하도록 요구할 수 있는 확실한 권리. 약속어음은 채무자가 채권자에게 발행한 서면으로 된 약속이다

255. 환자 측의 경제적 사정으로 불가피하게 입원진료비를 후납으로 처리해야 할 때 채권확보를 위한 법률행위가 아닌 것은?

- ① 강제경매 신청 ② 근저당권설정 ③ 약속어음 작성과 공증 ④ 채권양도 약정

256. 의료수익 중 진료미수금의 비중이 급격히 늘어나게 된 배경이 아닌 것은?

- ① 건강보험 미수금 ② 자동차보험 미수금 ③ 개인 미수금 ④ 의료급여 미수금

해설

제3자 지불제도의 확대-의료수익의 통제, 진료미수금 증가

257. 확실한 채권확보가 전제되지 않았을 경우에 약성채권으로 변질될 가능성이 가장 큰 미수금은?

- ① 건강보험 미수금 ② 자동차보험 미수금 ③ 개인 미수금 ④ 의료급여 미수금

258. 채권확보 행위의 하나인 지급명령에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 채무자가 지급명령의 송달을 받으면 송달일로부터 2주일 이내 이의신청할 수 있다.
- ② 채무자에게 송달 여부와 관계없이 신청인의 명확한 증거로 소송절차가 가능하다.
- ③ 채무에 대한 다툼이 없는 경우 신청인의 증거로 채무명의를 구하는 소송절차이다.
- ④ 변론, 심문 없이 진행되는 특별 소송절차이다.

해설

지급명령(支給命令): 금전 기타의 대체물 또는 유가증권의 일정수량의 지급을 목적으로 하는 청구에 관하여 채권자의 일방적 신청이 있으면 채무자를 신문하지 않고 채무자에게 그 지급을 명하는 재판(민사소송법 제 432조, 436조)

정답

252. ③ 253. ③ 254. ① 255. ① 256. ③ 257. ③ 258. ②

259. 재원환자미수금을 적절히 관리하기 위한 방법으로 옳은 것은?

- ① 현금주의에 의한 본인부담금부터 관리한다. ② 현금주의에 의한 청구금부터 관리한다.
 ③ 발생주의에 의한 본인부담금부터 관리한다. ④ 발생주의에 의한 청구금부터 관리한다.

[해설]

- 1) 발생주의(accrual basis)는 환자에게 제공한 재료(약품 등)와 용역(진찰, 수술 등)의 대가로 받을 권리가 생긴 시점에 계산하는방법이다. 장점으로는 의료수익, 미수금, 현금을 종합관리 함으로써 부정을 최소화 하게 되고(상호검증), 매일 진료비가 집계되므로 퇴원환자진료비정산이 정확하고 빠르다. 그러나 업무가 복잡하고, 회계장부를 원무과와 경리과가 각각 정리하여 협조해야 한다는 단점이 있다.
 2) 현금주의는 진료비 가운데 일부라도 입금이 되면 그 입금시점으로 계산하는 방법으로 업무 처리가 단순한 장점이 있다. 단점으로는 회계기간의 공존을 지키지 않는 방법이고(기간수익의 왜곡), 의료수익관리 및 의료미수금, 현금관리의 착오나 부정소지가 많으며, 퇴원진료비 계산이 늦으며, 계산시 정산착오의 가능성이 많다. 따라서 발생주의에 따라 재원미수금부터 관리해야 한다.

260. 채권회수를 위한 법률 행위 중 지급명령에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 지급명령의 신청인을 채권자, 상대방을 채무자라고 한다.
 ② 채무자를 심문하지 않고 결정으로 재판한다.
 ③ 채무자가 지급명령의 송달을 받으면 그는 송달일로부터 3주일 이내에 이의신청을 할 수 있다.
 ④ 이의신청이 없거나 이의신청을 취하하거나 각하결정이 확정된 때에는 지급명령이 확정된다.

[해설]

- 독촉절차(督促節次)라고도 한다. 지급명령의 신청인을 채권자, 상대방을 채무자라고 한다. 지급명령은 다툼이 없는 청구에 관해 간이·신속하고 경미한 비용으로 채무명의를 얻게 하는 것을 목적으로 한다. 이 절차는 채무자가 이의신청을 하지 않으면 집행력이 부여되므로 통상의 판결절차보다 간이·신속하게 채무명의를 얻게 되는 이점이 있으나, 채무자가 사후에 이의신청을 하게 되면 통상의 민사소송절차로 이행하게 된다.
- 지급명령의 신청에 대해서는 채무자를 심문하지 않고 결정으로 재판한다. 신청이 관할위반이거나 앞서 개념정의에서 본 신청요건이 흠결된 경우에는 결정으로 신청을 각하한다. 이에 대해서는 불복신청을 할 수 없다. 각하사유가 없으면 그 취지에 따라 지급명령을 발하고 당사자 쌍방에게 송달한다(제438조).
- 채무자가 지급명령의 송달을 받으면 그는 송달일로부터 2주일 이내에 이의신청을 할 수 있다 이는 지급명령에 대한 유일한 불복신청방법으로서 이의의 범위 내에서 지급명령을 실효시킨다. 법원이 이의신청을 적법하지 않다고 인정한 때에는 결정으로 이를 각하해야 한다. 지급명령에 대해 이의신청이 없거나 이의신청을 취하하거나 각하결정이 확정된 때에는 지급명령이 확정된다(제445조).

261. 민사 및 형사소송의 경우에 항소기간은?

- ① 민사소송 - 송달일로부터 7일, 형사소송 - 판결선고일로부터 14일
 ② 민사소송 - 송달일로부터 14일, 형사소송 - 판결선고일로부터 7일
 ③ 민사소송 - 판결선고일로부터 14일, 형사소송 - 송달일로부터 7일
 ④ 민사소송 - 판결선고일로부터 7일, 형사소송 - 송달일로부터 14일

[해설]

민사소송의 항소기간은 판결이 선고되면 판결서가 10일 정도 안에 송달되는데, 판결정본 송달 받은 날부터 2주일(14일) 내에 패소한 당사자는 항소장을 제출해야 한다(항소장은 원심법원에 제출). 형사소송의 항소는 제기할 수 있는 기간을 항소기간이라고 하는데 민사소송에서는 판결의 송달이 있는 뒤에 2주일 안에, 형사소송에서는 판결을 선고한 날로부터 7일 안에 항소를 해야 한다.

262. 환자 또는 타 의료기관이 의료행위 결과에 따른 의료인의 잘못을 주장하면서 배상이나 처벌을 요구하는 다툼이 제기된 상태는?

- ① 의료사고(medical accident) ② 의료과오(medical malpractice)
 ③ 의료분쟁(medical dispute) ④ 간호분쟁(nursing dispute)

정답

259. ③ 260. ③ 261. ② 262. ③

263. 다음 문장의 (A)와 (B)에 적합한 용어는?

의료사고는 (A) 때문에 생길 수도 있고 (A)와 무관하게 발생할 수 있으며, 의료사고가 모두 (B)으로 이어진다고 볼 수도 없다.

- ① A - 의료비, B - 간호분쟁 ② A - 의료착오, B - 간호분쟁
 ③ A - 주의의무 태만, B - 의료분쟁 ④ A - 의료과오, B - 의료분쟁

264. 아래 내용 중 빈칸에 들어갈 말로 옳은 것은?

의료행위에 의한 나쁜 결과가 발생하는 경우뿐 아니라 의술의 불완전성 및 의료인의 과실 등으로 인한 당초에 기대한 수준에 반하는 결과가 나타난 것을 () (이)라고 하며 의료인이 업무과정에서 요구되는 선량한 관리자로서 주의 의무를 태만히 하여 환자의 상태를 악화시키거나 사망에 이르게 하는 등의 결과를 야기한 경우를 () (이)라고 한다. 의료행위의 결과에 따라 환자측이나 다른 의료기관이 의료인의 과오를 주장하면서 손해배상이나 형사 처벌을 요구하는 다툼이 제기된 상태를 () (이)라 한다.

- ① 의료사고, 의료과오, 의료분쟁 ② 의료과오, 의료분쟁, 의료사고
 ③ 의료과오, 의료사고, 의료분쟁 ④ 의료사고, 간호사고, 간호분쟁

265. 한국의료분쟁조정중재원에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 보건복지부 산하 공공기관으로 2012년 8월에 개원하였다.
 ② 신속 공정한 피해구제와 안정적인 진료환경 조성을 목적으로 설립되었다.
 ③ 의료분쟁조정위원회에서는 의료사고감정단의 감정서를 바탕으로 합리적인 조정결정을 내린다.
 ④ 의료분쟁조정결정이 내려지면 환자나 병원은 모두 이를 수용해야 한다.

해설 2011년 4월 7일, 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」이 공포되어 의료분쟁으로 고통 받는 환자와 의료인을 위해 보건복지부 산하 공공기관으로 “한국의료분쟁조정중재원”이 2012년 4월 8일 개원되었다.

266. 의료분쟁 발생 시 당사자 또는 대리인이 조정신청을 할 수 있는 기관은?

- ① 의료분쟁조정중재원 ② 병원 ③ 경찰서 ④ 보건복지부

해설 • 의료분쟁조정중재원의 조정
 - 의료분쟁의 일방 당사자가 한국의료분쟁조정중재원에 조정신청을 하면, 한국의료분쟁조정중재원이 당사자들의 주장과 사실 여부를 확인, 의료적 과실의 유무, 인과관계의 유무 등을 종합적으로 판단하여 적절한 합의안을 도출하고 양측에 권고함으로써 당사자들이 이에 동의하여 원만한 해결에 이를 수 있도록 하는 분쟁해결 절차

267. 우리나라의 다수 학설은 의료계약의 법적성질을 어떻게 보고 있는가?

- ① 고용계약 ② 도급계약 ③ 위임계약 ④ 준위임계약

해설 준계약(準契約, quasi-contract)은 계약은 아니나 법적으로 계약과 같은 효력을 내포하고 있는 것을 말한다. 예를들면 의사 A가 교통사고를 당하여 의식불명인 자 B를 치료하여 준 경우 A와 B사이에는 아무런 계약도 성립되지 아니하였지만 B는 A에게 치료비를 지불할 의무를 부담한다. 또한, 계약이 유효하게 성립되지 아니한 경우에도 채무자가 유효하게 성립된 것으로 오인하여 채무를 이행한 경우에도 채권자는 자신이 받은 부당이익을 채무자에게 반환할 의무를 부담한다.

268. 의료분쟁에 관한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 의료사고는 환자 측의 진료협조위반으로 발생할 수도 있다.
- ② 환자가 의료기관에서 진료 받는 것은 대부분 법적으로 의료계약에 해당된다.
- ③ 의료계약의 법적 성질에 관하여 다수 학자는 도급계약으로 보고 있다.
- ④ 의료분쟁의 가장 바람직한 해결방법은 당사자 간의 합의이다.

해설 의료계약의 법적성질은 준위임계약으로 본다.

269. 의료분쟁의 예방을 위한 의료사고 예방대책에 관한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 환자와의 관계는 신뢰관계 유지보다 환자진료상 비밀유지에 우선
- ② 정확하고 세심한 진료기록의 작성
- ③ 설명의무 철저
- ④ 오진에 대한 주의와 계속적인 사후관찰

270. 의료분쟁을 예방하기 위한 예방대책이 아닌 것은?

- ① 환자와의 신뢰관계 유지
- ② 정확하고 세심한 의무기록의 작성
- ③ 의료배상책임보험 가입 및 보상제도 확립
- ④ 설명의 의무에 철저

해설 의료분쟁의 해소방안으로서는 1) 의료의 질 향상 2) 원만한 병원-환자 관계의 유지 3) 환자측에 대한 설명·동의 및 기록철저 4) 직원들에 대한 의료분쟁에 대한 교육 강화 5) 적절한 보상제도의 확립마련 등이며, 의료배상책임보험 가입 및 보상제도 확립은 의료분쟁의 해결제도 중 의사측의 해결제도방안이다.

271. 의료분쟁 예방활동의 하나로 진료과정과 예후에 관한 충분한 설명이 필수적인데, 이 과정에서 지켜야 할 원칙과 거리가 먼 내용은?

- ① 상황분석과 판단에 따른 현장 대응
- ② 설명 내용의 일관성 유지
- ③ 책임범위와 의료수준의 한계에 대한 진실성
- ④ 설명해야 할 순서와 때를 놓치지 않는 적시성

해설 의료분쟁은 아예 발생시키지 않도록 예방하는 것이 중요하다. 의료분쟁은 의료행위가 있는 곳에는 부득이 발생되는 현상으로 이해될 수도 있지만 예방하려는 노력의 정도에 따라서 그 발생빈도를 극소화할 수 있다. 의료기술의 충실화, 설명(대화)의 충실화(친절성, 진실성, 일관성, 적시성), 의료윤리확립과 환자의 권리보호 등이 있다.

272. 의료분쟁의 증가원인으로 보기 어려운 것은?

- ① 국민들의 권리의식의 향상
- ② 수진기회의 확대
- ③ 의료의 질관리 저하
- ④ 의료기술의 고도화

해설 의료분쟁은 의료사고가 직접적인 원인이 되는 경우가 대부분이지만, 완치를 바라는 환자측의 과도한 기대감이나 응급 및 의료전달 체계의 미비, 의료에 대한 사회적 인식 등과 같은 간접적 원인에 의해 발생하기도 한다. 의료 주체적 요인, 의료 본질적 요인, 사회, 제도적 요인, 의료 소비자측 요인 등이 있다.

273. 의료사고 및 의료분쟁의 원인으로 옳은 것은?

- ① 의료의 질향상
- ② 환자측에 대한 설명, 동의 및 기록 철저
- ③ 적절한 보상제도의 확립
- ④ 수진기회 확대

해설 의료사고 및 의료분쟁의 원인으로는 국민의식 변화, 수진기회 확대, 의료정보 접근 용이성, 의료분쟁기구 및 배상제도 결여, 의사와 환자간의 신뢰도 저하 등이다.

274. 의료소송에 관한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 의료소송은 일반적으로 환자 측에서 제기한다.
- ② 의료소송의 입증책임은 원칙적으로 의사 측에 있다.
- ③ 의료소송 진행 중에도 환자측과 병원측은 합의할 수 있다.
- ④ 의료사고가 발생한지 10년이 넘으면 소송을 제기할 수 없다.

해설

계약위반의 경우 채권자인 환자는 채무자인 의사가 채무의 내용에 따라 이행을 하지 아니한 사실에 대해 입증책임을 진다. 즉 불완전이행 사실은 채권자인 환자 측이 입증하여야 하며, 채무자인 의사 측에서는 고의 또는 과실에 관하여 입증 책임을 진다.(민법 제390조 참조)

275. 의료사고에 대한 손해배상에 관하여 옳지 않은 것은?

- ① 의료사고에 대한 손해배상은 5억원 한도 내에서 한다.
- ② 합의금 보다는 판결금이 평균적으로 높다.
- ③ 통상 판결 선고 시에는 이자도 지급하라고 선고한다.
- ④ 합의를 하였다라도 합의금이 현저히 적을 때에는 무효가 될 수 있다.

해설

손해액의 산정

- 의료사고로 인한 손해배상금 또는 합의금을 산출하기 위해서는 먼저 외형상의 총 손해액을 확정해야 합니다.
- 의료사고로 인해 발생하는 민법상의 손해배상 형태는 적극적 손해, 소극적 손해, 위자료 등으로 나뉘집니다.
- 전체 손해배상액을 계산하는 방식은 다음과 같습니다.

$$\frac{\text{전체 손해배상금}}{\{(\text{적극적 손해} + \text{소극적 손해}) \times (1 - \text{환자의 과실비율})\} + \text{위자료}}$$

276. 의료분쟁을 해소하기 위한 방안으로 옳지 않은 것은?

- ① 의료기관의 의연하고 적극적인 태도
- ② 의료의 질 향상을 위한 꾸준한 노력
- ③ 환자에 대한 친절한 서비스
- ④ 진료비 할인

해설

• 의료분쟁 해소방안

- ▷의료의 질 향상 ▷의연하고 적극적 태도 ▷의사에 대한 불신해소와 동의 확보
- ▷불필요한 오해방지과 친절한 서비스 ▷법률적 사고 능력 제고 ▷감정의 공정성확보

277. 의료사고 등으로 인한 손해배상 판결 시 판례에서 인정하는 연체이자(판결 선고 이후의 연체이자) 연(年) 몇 %인가?

- ① 20%
- ② 25%
- ③ 30%
- ④ 40%

해설

이자제한법 제2조(이자의 최고한도)

금전대차에 관한 계약상의 최고이자율은 연 25%를 초과하지 아니하는 범위 안에서 대통령령으로 정한다. <개정 2011.7.25., 2014.1.14.>

278. 손해배상금 중 정신적 고통에 대한 비용은?

- ① 위자료
- ② 일일수입
- ③ 개호비
- ④ 교통비

해설

위자료는 정신상의 고통을 금전으로 보상하기 위하여 지급되는 비용이다. 이 때 정신상의 고통은 과거와 현재의 것뿐만 아니라 장래의 고통도 포함시키고 있다.

279. 환자의 의료과오로 사망한 경우 환자 측은 장래 얻을 수 있는 수입을 상실 하였지만 동시에 장래의 생활비 지출도 면하게 되는데, 이러한 경우 일반적으로 수입의 얼마를 공제하게 되는가?

- ① 1/2 ② 1/3 ③ 1/4 ④ 1/5

해설 사망한 환자의 일일수입을 계산함에 있어 본인이 살아 있었더라도 그 본인이 일정한 수입을 얻기 위해 지출했을 생활비를 공제하여야 한다. 본인이 일정한 수입을 얻기 위해서는 기본적인 생계비를 지출했을 것이고, 그 생계비를 제외한 금액이 본인의 순수한 수입일 것이기 때문이다. 법원에서는 30%, 1/3, 35%, 40% 등으로 사망자의 본인의 생계비를 공제하고 있으나 보통 가피해자의 상호간에 1/3공제의 다름 없는 사실로 처리한다.

280. 통계가 그 역할을 다하고 목적 달성에 잘 사용되기 위해서 갖추어야 될 요건이 아닌 것은?

- ① 적시성 ② 명료성 ③ 복잡성 ④ 정확성

해설 통계의 기본 요건
 • 적시성은 통계의 작성과 보고 시기가 활용시기와 맞아야 한다.
 • 명료성은 작성 목적과 기준 및 출처가 명확해야 한다.
 • 간결성은 내용과 서식 등이 간결해야 한다.
 • 정확성은 통계정보와 수치가 정확해야 한다.

281. 병원의 가동병상수에 포함되지 않는 병상은?

- ① 격리병동 병상 ② 보육기 ③ 응급실 병상 ④ 중환자실 병상

해설 가동병상수는 허가병상과는 달리 입원환자의 진료를 위하여 병실에 실제로 사용하는 병상을 말한다.
 • 병상수(病床數) 인정 - 일반병상, 중환자병상, 감염병실병상, 보육기
 • 병상수(病床數) 제외 - 응급실, 분만실, 회복실, 신생아실(베지넷), 주사실, 인공신장실

282. 외래 환자의 분류 방법으로 적당하지 않은 것은?

- ① 초진환자 ② 재진환자 ③ 선택진료환자 ④ D.R.G 환자

해설 외래환자 분류는 수진형태(입원, 외래), 내원경험(신환, 구환), 질병양상(초진, 재진), 진료희망(선택진료, 일반진료), 진료수거기준(건강보험, 의료급여, 산재보험, 자동차보험), 내원양태(응급, 의뢰, 일반) 등으로 구분된다.

283. 진료비를 산정하는 수거기준에 따른 환자유형이 아닌 것은?

- ① 건강보험환자 ② 의료급여환자 ③ 자동차보험환자 ④ 입원환자

해설 진료비 산정 수거기준: 건강보험, 의료급여, 산업재해보상보험, 자동차보험

284. 통상적으로 의료수익을 집계하는 방법이 아닌 것은?

- ① 진료과별, 환자종류별 집계 ② 진료과별, 수가종목별로 집계
 ③ 수가종목별, 환자종류별로 집계 ④ 지역별, 수가종목별로 집계

해설 • 원무통계는 주로 환자 진료통계와 진료수익통계로 나눌 수 있으며, 환자진료통계는 외래와 입원으로 구분하여 집계하며, 진료수익통계는 외래진료수익과 입원진료수익으로 구분하고 다시 환자 종류별, 진료과별, 수가항목별로 나누어 집계한다.
 • 지역별 환자분포: 특정병원의 진료권(service area)과 환자의 분포상황을 알 수 있으므로 특정지역사회에 대한 친화도(relevance index)와 관계된다.

285. 환자는 병원시설 이용방법, 내원경험, 적용수가유형 등을 구분할 경우 수가유형별 구분이 아닌 것은?

- ① 산업재해보상보험환자 ② 의료급여환자
③ 응급환자 ④ 건강보험환자

해설 수가 유형별에는 건강보험환자, 의료급여환자, 자동차보험환자, 산업재해보상보험환자가 있다.

286. 외래환자 신환율(초진율)에 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 신환(초진)환자수/외래환자 연인원수 × 100으로 계산한다.
② 병원의 환자 유인력을 나타내는 지표이다.
③ 외래환자 신환율(초진율)이 높아지게 되면 병원의 수익성이 높아지게 된다.
④ 외래환자수가 감소해도 이 비율이 높아지게 되면 병원 진료권 인구가 증가하고 병원의 신뢰도가 높아지고 있음을 의미한다.

해설 외래 초진율

- 병원의 환자 유인력의 변화를 의미하며, 연 외래환자수가 증가하면서 이 비율이 높아지는 것은 병원진료권 인구가 증가되고 병원 신뢰도가 커지고 있다는 점을 간접적으로 시사하는 지표이다.
- 응급환자는 외래환자로 분류되며 총 외래환자 대비 응급실이용자가 차지하는 비율이 높을수록 일반적으로 지역병원으로서의 신뢰도가 높다. 평균재원일수는 환자가 입원하여 퇴원할 때까지의 평균입원기간을 의미하며, 퇴원환자의 연인원을 실 퇴원 환자수로 나눈 것이다.
- 입원 대 외래환자 비율은 입원환자수에 대한 외래환자수의 비중을 나타내고 의료수익의 외래의존도를 나타낸 것이다
- 외래환자 초진율: 초진환자수 / 연외래환자수 × 100

287. 환자진료 실적을 측정하는 지표에 대한 설명은?

병원의 환자 유인력의 변화를 의미하며, 연 외래환자수가 증가하면서 이 비율이 높아지는 것은 병원진료권 인구가 증가되고 병원 신뢰도가 커지고 있다는 점을 간접적으로 시사하는 지표이다.

- ① 응급환자율 ② 평균재원일수
③ 재진율 ④ 입원 대 외래환자 비율

해설

응급환자는 외래환자로 분류되며 총 외래환자 대비 응급실 이용자가 차지하는 비율이 높을수록 일반적으로 지역병원으로서의 신뢰도가 높다. 평균재원일수는 환자가 입원하여 퇴원할 때까지의 평균입원기간을 의미하며, 퇴원환자의 연인원을 실 퇴원 환자수로 나눈 것이다. 입원 대 외래환자 비율은 입원환자수에 대한 외래환자수의 비중을 나타내고 의료수익의 외래 의존도를 나타낸 것이다.

288. 병원 환자증감의 변화, 병원의 환자 유인력을 나타내는 지표로 이것이 증가하면 향후 병원의 월환자수가 증가할 것이라는 예측이 가능한 지표는?

- ① 외래환자입원율 ② 외래초진율
③ 외래재진율 ④ 입원환자증가율

해설

외래환자 초진율이 높아지면 병원의 수익성이 높아진다. 이유는 초진환자의 경우에는 재진환자에 비해 진찰료도 비싸며 진단을 위하여 여러 가지 검사가 행해지기 때문에 평균진료비가 많이 발생하기 때문이다. 또한 초진환자가 많다는 것은 진료서비스의 개선을 통하여 재진환자로 전환함으로써 외래환자수의 증가가 용이하다는 것을 의미한다. 또한 외래환자 초진율은 병원의 환자 유인력을 나타내는 지표이다.

289. 응급환자 입원율에 대한 설명은?

- ① $(\text{응급실 입원환자수} / \text{응급실 내원환자수}) \times 100$
- ② 응급실 내원 환자들은 외래로 내원하는 환자와 대비하여 입원비율이 낮게 나타난다.
- ③ 병원시설이나 지역, 의료인력 등과 관계없이 내원형태가 동일하다.
- ④ 응급환자 입원율을 높이면 병상가동율이 감소한다.

해설 응급실로 내원한 환자 중 입원한 환자의 비율을 나타내는 지표이다. 많은 응급실 방문환자들이 입원진료를 하는 경향이 있다.

290. 아래와 같은 특성으로 옳은 것은?

일정기간 중 환자를 수용할 수 있는 상태로 설치한 병상수가 실제 환자에 의해 점유된 비율로서 자정을 기준으로 재원하고 있는 연환자를 연병상수로 나누어 계산하며, 이 지표는 병원인력 및 시설의 활용도를 간접적으로 의미함을 알아볼 수 있다.

- ① 병상이용률 ② 응급환자 초진율
③ 응급환자율 평균재원일수 ④ 응급환자율 평균재원일수

291. 아래 설명은 어떤 지표인가?

병원의 환자 유인력의 변화, 대외신임도를 가늠해 볼 수 있는 지표로 이것이 증가하면 향후 병원의 외래환자수가 증가할 것이라는 추측이 가능하다.

- ① 외래환자 입원율 ② 외래 초진율 ③ 외래환자 대 입원환자 비율 ④ 외래 재진율

292. 환자 진료실적 지표 일정기간의 실퇴환자를 평균 가동병상수로 나누어 구하는 분석지표는?

- ① 병상이용률 ② 병상회전율 ③ 병원이용률 ④ 응급환자 입원율

해설 (1) 병상이용률: 일정기간 중 환자를 수용할 수 있는 상태로 가동한 연가동병상이 실제 환자에 의해 점유된 비율이다. 병상이용률을 이용하여 병원인력 및 시설의 활용도를 간접적으로 파악할 수 있다.

$$\text{병상이용률(\%)} = \frac{\text{총재원일수}}{\text{연가동병상수}} \times 100 = \frac{\text{일평균 재원환자수}}{\text{평균가동병상수}} \times 100$$

(2) **병상회전율**: 일정기간 중 병원에서 실제 입원 또는 퇴원한 환자수를 평균가동병상 수로 나눈 지표이다. 병상회전율은 일정기간 중 병원에서 평균적으로 1병상당 몇 명의 입원환자를 수용하였는가를 의미하는 것으로서, 병상이용률이 높을 경우에는 병상회전율이 증가할수록 병원의 수익성 측면에서 바람직하다.

$$\text{병상회전율(회)} = \frac{\text{퇴원(입원)환자 실인원수}}{\text{평균가동병상수}}$$

(3) 병원이용률: 병상이용률이 입원환자만을 대상으로 한 지표임에 비하여 병원이용률은 입원과 외래를 동시에 평가하는 지표라 할 수 있다. 병원이용률은 병원인력, 시설의 활용도를 종합적으로 설명하는 지표로서 병상이용률보다 설명력이 높다.

$$\text{병원이용률(\%)} = \frac{\text{조정환자수}}{\text{연가동병상수}} \times 100$$

(4) 응급환자입원율: 응급실에 온 총 응급환자 수 중 입원환자 수

$$\text{응급환자입원율(\%)} = \frac{\text{응급환자 중 입원환자수}}{\text{총응급환자수}} \times 100$$

293. A 병원의 총재원일수는 3,650일이며, 10병상을 365일 동안 운영하였다. A병원의 병상이용률은?

- ① 10% ② 100% ③ 5% ④ 50%

해설

$$\text{병상이용률} = \frac{\text{총재원일수}}{\text{인가동병상수}} \times 100 = \frac{3,650}{10 \times 365} \times 100 = 100$$

294. 병상회전율에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① (실퇴원환자수 / 평균가동병상수) × 100으로 구한다.
 ② 병상의 운영효율을 파악하기 위한 지표
 ③ 병상의 시설이용도를 나타내는 대표적인 지표
 ④ 병상회전율이 높을수록 재원일수가 짧아지고 자원의 효율적인 이용으로 수익성이 높아진다.

해설

병상회전율은 일정기간중 병원에서 실제 입원 또는 퇴원한 환자수를 평균가동병상 수로 나눈 지표이다. (실퇴원(입원)환자수/평균가동병상수)

295. 입원환자 분석지표가 아닌 것은?

- ① 일평균 재원환자수 ② 응급환자율 ③ 병상회전율 ④ 평균재원일수

296. 병원의 수익을 최대화 하고자 하는데 있어 병상의 이용정도는 매우 중요한 요소이다. 원무 통계에 있어서 병상이용도 분석에 속하지 않는 지표는?

- ① 병상이용률 ② 병원이용률 ③ 병상회전율 ④ 평균재원일수

해설

평균재원일수는 가 길다는 것은 병원이용률은 높지만 병상회전율은 낮아지고, 진료비는 많이 발생하지만 이익률은 낮아진다.

297. 진료량 분석지표에 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 외래환자 초진율은 병원의 환자 유인력을 나타내는 지표이다.
 ② 100병상당 일평균 외래환자수는 규모가 다른 병원과의 일평균 외래환자수를 비교하기 위한 지표이다.
 ③ 입원진료일수에는 공휴일은 제외하며 토요일은 0.5로 계산한다.
 ④ 입원한 날은 재원일수 또는 총재원일수를 계산하는데 포함하나 퇴원한 날은 포함하지 않는다.

해설

100병상당 일평균 외래환자수 통계는 없으며, 100병상당 입원환자수는 재원환자의 적정성을 분석하며, 100병상당 조정환자수로 외래 및 입원 환자 전체에 대한 병원간의 규모 적정성 여부를 파악하기도 한다.

외래환자 입원율은 외래환자수와 입원환자수 사이의 상관관계를 통하여 병원에 내원하는 환자의 중증도 또는 의사의 지명도를 측정하는 지표로 활용된다. 외래환자 초진율은 병원의 진료지역 내 환자를 병원으로 내원하게 하는 유인력을 측정하고, 병원에 대한 지역사회의 신뢰도를 간접적으로 측정할 수 있으므로 어느 정도 이상의 수준을 유지해야 한다.

298. 환자진료실적지표(utilization indicator) 범주 지표가 아닌 것은?

- ① admissions of outpatients(외래환자 입원율) ② hopeless discharge(가망없는 퇴원)
 ③ average length of stay(평균 재원일수) ④ hospital utilization(병원 이용률)

해설

hopeless discharge(가망없는 퇴원, 사망전퇴원)는 가퇴원 제도에 해당된다.

299. 의료기관에서 작성하는 진료실적에 해당하지 않는 것은?

- ① 외래환자 통계 ② 진료수익 통계 ③ 병상이용률 통계 ④ 부대수익 통계

해설

진료수익 분석: 외래환자 1인 1일당 평균 진료비, 100병상당 일평균 외래수익, 외래환자 수가항목별 진료건당 외래수익, 입원환자 1인 1일당 평균진료비, 입원환자 수가항목별 진료건당진료비, 의료미수금 회전기간, 보험심사조정(삭감)률

300. 통계지수가 진료수익에 미치는 효과가 아닌 것은?

- ① 전일 퇴원예고제 ② 재원일수 ③ 신용카드 수납 ④ 환자수

해설

병원 수익의 원천은 진료수익이다. 진료수익의 분석은 경영분석의 일부이며, 다양한 방법으로 이를 분석 진료의 원가 최적화, 경영의 방향설정의 가장 기본적인 정보가 된다. 다양한 분석의 방법이 있으나 기본적인 필수사항은 외래환자 1인 1일당 평균진료비, 100병상당 일평균 외래수익, 외래환자수가 항목별 진료건당 외래수익, 입원환자수가 항목별 진료건당 진료비, 의료미수금 회전기간 등이 있다.

301. 외래환자 분석에 활용되는 통계방법의 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 일일평균 외래환자수: 외래환자 연인원수 / 외래진료일수
 ② 외래환자 초진율: 초진환자수 / 외래재진환자 연인원수 × 100
 ③ 외래환자 1인당 평균방문횟수: 외래환자 연인원수 / 외래 실인원수
 ④ 외래환자 입원율: 입원환자 실인원수 / 연외래 환자수 × 100

해설

외래환자 초진율 = 초진환자수/연외래환자수 × 100, 외래환자 입원율 = 실입원환자수/연외래환자수 × 100, 외래환자 통계는 외래에서 진료한 이용환자수를 의미한다. 외래환자 집계에서 진료일수는 실제 진료일수를 기록하며 오전만 진료하는 토요일은 0.5로 계산하기도 한다. 다른 병원과 비교할 때에는 계산방법도 동시에 고려해야 하고 환자통계작성에 있어서 진료과별 의료보장유형별로 1일통계, 월별통계, 분기별통계, 연통계 등으로 구분할 수 있다.

302. K병원은 1일부터 10일까지는 100병상, 11일부터 30일까지는 200병상을 운영하였을 경우 병원의 월평균 가동 병상수는?

- ① 100병상 ② 200병상 ③ 167병상 ④ 150병상

해설

- 입원일수 계산: 1~10일 → 10일, 11~30일 → 20일
- 가동 병상수: 10일 × 100병상 + 20일 × 200병상 = 5,000병상/30일 = 166.67 ≈ 167일

303. 다음 <예시>에서 100병상당 일평균 재원환자 수는?

<예시> 연재원환자수: 299,300명	일평균 입원환자수: 95명
입원진료일수: 365일	일평균 외래환자수: 2,700명
일평균 가동병상수: 1,000	

- ① 82 ② 85 ③ 92 ④ 95

해설

☞ 평균재원환자수는 1일 재원환자수를 파악하기 위한 통계이며 입원중인 평균재원환자수를 100병상 기준으로 계산한 것이다.

100병상당 일평균 재원환자수(명) = {(연재원환자수 / 입원진료일수) / 일평균가동병상수} × 100병상당
 → {(299,300 / 365) / 1,000} × 100

304. A병원에 6월 입원 환자가 100명이었던 날씨가 10일, 130명인 날씨가 5일, 120명인 날씨가 10일, 150명인 날씨가 5일로 집계되었을 경우 월평균 가동병상수는?

- ① 115병상 ② 120병상 ③ 135병상 ④ 140병상

해설 • 가동병상수: (100명 × 10일) + (130명 × 5일) + (120명 × 10일) + (150명 × 5일) 3,600일 / 30일 120병상

305. 병상이용률 산정방법은?

- ① $\frac{\text{총재원일수}}{\text{평균가동병상수}} \times 100$ ② $\frac{\text{일평균재원환자수}}{\text{연가동병상수}} \times 100$
 ③ $\frac{\text{입원환자실인원}}{\text{평균가동병상수}} \times 100$ ④ $\frac{\text{총재원일수}}{\text{연가동병상수}} \times 100$

해설 병원의 시설이용도를 나타내는 대표적인 지표로 병상을 평균적으로 어느정도 이용하고 있는가를 병상에 대한 재원환자수의 비율로 계산한 것으로 일정기간 동안 가동병상 중 입원환자가 실제로 사용한 병상의 비율을 의미하는데 병상수는 인력, 의료장비, 총비용과 같은 투입요소와 밀접한 관련성이 있으므로 이 비율은 병원의 인적자원이나 시설의 활용도를 의미한다.

306. 평균재원일수를 산정하는 공식은?

- ① $\frac{\text{퇴원연인원수}}{\text{평균가동병상수}}$ ② $\frac{\text{총재원일수}}{(\text{입원실인원} + \text{퇴원실인원}) \div 2}$
 ③ $\frac{(\text{입원실인원} + \text{퇴원실인원}) \div 2}{\text{평균가동병상수}}$ ④ $\frac{\text{연가동병상수} - \text{퇴원환자총재원일수}}{\text{퇴원실인원}}$

해설 평균재원일수는 환자가 입원하여 퇴원할 때까지의 평균입원기간을 의미하며, 퇴원환자의 연인원을 실 퇴원 환자수로 나눈 것이다. 퇴원환자 연 재원일수 / 실퇴원환자수 혹은 퇴원환자연인원수 / ((실입원환자수 + 실퇴원환자수) / 2)의 공식이 있다.

307. 병상가동률이 최고점에 있을 때 운영효율성을 파악하기 위한 것은?

- ① 병상회전율 ② 병상이용률 ③ 평균재원일수 ④ 일평균 재원환자수

해설 병상이 효율적으로 운영된다는 것은 입원환자수가 많아 시설이용도가 높아 수익성이 좋아지며, 국가차원에서 의료자원이 효율적으로 운영된다는 것을 의미하는 것이다. 병원이용률은 병원의 시설이용도를 나타내는 대표적인 지표로 입원환자가 실제로 사용한 병상의 비율을 말한다. 병상회전율은 병상이용률이 높을 때 이 비율이 높을수록 병원의 수익성이 좋다고 할 수 있다.

308. 병상 이용도 분석 지표 중 조정환자수를 이용하는 방법은?

- ① 병상이용률 ② 병원이용률 ③ 병상회전율 ④ 병상회전기간

해설 병원이용률(%) = 조정환자수 / 연가동병상수 × 100(입원과 외래를 동시에 평가한다.)
 조정환자수(명) = 총재원일수 + 연외래환자수 × (외래환자 1인 1일당 진료비 / 입원환자 1인 1일당 진료비)

309. 병상회전율은 병상운영의 효율성을 파악하기 위한 지표는?

- ① 총재원일수 / 연가동병상수 × 100 ② 실퇴원환자수 / 평균가동병상수
 ③ 조정환자수 / 연가동병상수 × 100 ④ 퇴원환자연인원 / 평균가동병상수

해설 병상의 운영효율을 파악하기 위한 지표로 일정기간의 실퇴원환자를 평균가동병상수로 나눈 것이다. 병상회전율이 높을수록 재원일수가 짧아지고 자원의 효율적인 이용으로 수익성이 높아진다.

정답 304. ② 305. ④ 306. ② 307. ① 308. ② 309. ②

310. 의료기관의 병상이용 분석방법이 아닌 것은?

- ① 병상이용률 ② 병상회전율 ③ 평균재원일수 ④ 외래환자 입원율

해설 병상이용도 분석: 병상이용률, 병원이용률, 병상회전율, 병상회전기간

311. 병사용 진단서에 반드시 첨부기록하지 않아도 되는 것은?

- ① 증명사진 ② 해당부위사진 ③ 주민등록번호 ④ 발급기관 및 의사명

해설 진단서 기재사항(의료법 제18조, 규칙 제12조)은 의사, 치과의사 또는 한의사가 교부한다.

- 일반진단서는 환자의 주소, 성명 및 주민등록번호, 병명, 발병년월일, 향후 치료에 대한 소견, 진단년월일, 의료기관의 명칭, 소재지, 진찰한 의사·치과의사·한의사의 성명, 면허자격, 면허번호를 기재해야 한다.
- 병사용 진단서는 병무청에서 지정한 의료기관에서 발급하나, 장기 입원치료 중인 환자의 경우에는 지정병원이 아니라도 발급이 가능하며, 증명사진이 첨부된다.

312. 사망진단서 발급 시 반드시 기록하지 않아도 되는 것은?

- ① 본적, 주소 ② 직접사인 ③ 사망일시, 장소 ④ 용도

해설 사망진단서(의료법 제18조, 규칙 제13조) 진료 중이던 환자가 최종진료시부터 48시간 이내에 사망한 경우에는 다시 진찰하지 아니하고 진단서를 발급할 수 있으며, 최종 진료 후 48시간이후 사망하였거나 48시간 이내라도 예측하지 못한 사망, 병원 도착 전 사망(DOA)시에는 의사가 사체를 검안하여 사체 검안서를 발급한다.

※ 사망진단서 발급 시 용도의 기재는 무방하며 보통 5~6부를 발행하게 된다.

313. 사망진단서나 사체검안서에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 사망진단서 발급할 시는 사망원인란에 질병, 외인사, 기타 및 불상을 정확히 기록하여야 한다.
 ② 사망진단서 발급은 최종진료 시 예후로 보아 48시간 이내에 사망이 예견이 사망자는 다시 검안하지 않고 진단서를 발급할 수 있다.
 ③ 병원도착 전 이미 사망한 경우에는 의사가 사체를 검안할 필요없이 사체 검안서를 발급해도 무방하다.
 ④ 사인 판단이 어려운 경우에는 기타 및 불상으로 처리하여 관할 경찰서에 외인사로 신고한다.

해설 병원도착 전 이미 사망한 경우(DOA)에는 반드시 의사가 사체를 검안한 후 사체검안서를 발급한다.

314. 제 증명서 발급 수수료를 받을 수 없는 경우는?

- ① 병사용 진단서 ② 요양급여의뢰서 ③ 입원 중 발급한 진단서 ④ 상해진단서

315. 의사의 소견이 있어야 발급할 수 있는 증명서류는?

- ① 1주일전에 채취한 조직검사결과 ② 어제 촬영한 CT촬영 영상자료
 ③ 3개월전 진료 내용에 대한 진단서 ④ 재원기간에 채취한 혈액검사 결과

해설 소견서는 특별한 서식이나 기준이 없고 다만, 질병에 대한 의사의 소견을 진단서의 기준에 적용하여 발급하는 것이다. 진단이 확진되지 않았으나 환자나 보호자의 요청에 의해 발급되고 주로 환자의 상태나 증상, 향후 치료계획 등의 소견을 기록한다.(의사자신이 진찰한 것에 대한 의사소견서는 의료법 제18조의 증명서에 해당된다)

일반진단서, 사망진단서, 사체검안서, 병사용 진단서, 건강진단서, 상해진단서, 진료비 추정서, 장해진단서, 정신감정서, 입·퇴원 확인서, 출생증명서 등 수수료를 받으며, 회신할 공문을 2부 작성해 결제를 득한 후 1부는 보관하고, 1부는 총무부서를 통해 대외기관에 발송하게 된다.

316. 제 증명서 발급 시 증명사진이 첨부되어야 하는 것은?

- ① 상해진단서 ② 병사용 진단서 ③ 사망진단서 ④ 출생증명서

해설 병사용진단서는 병무청이 지정한 의료기관에서 발급이 가능하며, 증명사진이 첨부 된다. 병사용진단서의 기재내용은 1) 이름, 2) 주민등록번호, 3) 주소, 4) 직업, 5) 병명과 발병일, 6) 발병장소와 초진일, 7) 발병원인, 8) 질병에 대한 의사소견, 9) 치료경과, 10) 회복경과와 일상생활 가능 여부, 11) 계속 치료를 요하는 기간, 12) 향후 치료에 대한 소견, 13) 치료후의 심신장애 소견, 14) 병명을 진단한 검사내용

317. 제 증명발급 설명으로 옳은 것은?

- ① 출생증명서를 발급할 수 있는 의료인은 의사, 한의사, 치과의사, 조산사이다.
 ② 사산(사태)증명서를 발급할 수 있는 의료인은 의사, 한의사, 치과의사, 조산사이다.
 ③ 자신이 진찰 또는 검안한 의사, 치과의사, 한의사, 조산사가 아니면 진단서, 검안서 또는 증명서를 교부하지 못한다.
 ④ 장애진단서의 경우 진단서 대금과 등급조정을 위한 진단서 발급 때는 본인이 부담해야 한다.

해설 의료법 제17조(진단서 등) ① 의료업에 종사하고 직접 진찰하거나 검안(檢案)한 의사[이하 이 항에서는 검안서에 한하여 검시(檢屍)업무를 담당하는 국가기관에 종사하는 의사를 포함한다. 치과의사, 한의사가 아니면 진단서·검안서·증명서 또는 처방전(의사나 치과의사가 「전자서명법」에 따른 전자서명이 기재된 전자문서 형태로 작성한 처방전(이하 “전자처방전”이라 한다))을 포함한다. 이하 같다]을 작성하여 환자(환자가 사망한 경우에는 배우자, 직계존비속 또는 배우자의 직계 존속을 말한다) 또는 「형사소송법」 제222조제1항에 따라 검시(檢屍)를 하는 지방검찰청검사(검안서에 한한다)에게 교부하거나 발송(전자처방전에 한한다)하지 못한다. 다만, 진료 중이던 환자가 최종 진료 시부터 48시간 이내에 사망한 경우에는 다시 진료하지 아니하더라도 진단서나 증명서를 내줄 수 있으며, 환자 또는 사망자를 직접 진찰하거나 검안한 의사·치과의사 또는 한의사가 부득이한 사유로 진단서·검안서 또는 증명서를 내줄 수 없으면 같은 의료기관에 종사하는 다른 의사·치과의사 또는 한의사가 환자의 진료기록부 등에 따라 내줄 수 있다. <개정 2009.1.30>
 ② 의료업에 종사하고 직접 조산한 의사·한의사 또는 조산사가 아니면 출생·사망 또는 사산 증명서를 내주지 못한다. 다만, 직접 조산한 의사·한의사 또는 조산사가 부득이한 사유로 증명서를 내줄 수 없으면 같은 의료기관에 종사하는 다른 의사·한의사 또는 조산사가 진료기록부 등에 따라 증명서를 내줄 수 있다.

318. 유효기간에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 진료의뢰서는 발급일로부터 7일 이내
 ② 급여제한 여부 조회서 발송은 진료개시일로부터 7일 이내
 ③ 건강진단서는 발급일로부터 30일 이내
 ④ 원외처방전은 발급일로부터 7일 이내

해설 병원에 따라 10년 이상 된 경우도 보존하는 경우가 있으나, 법적으로는 10년이 보존기한이다. 환자 명부 5년, 진료기록부 10년, 처방전 2년, 수술기록 10년, 검사소견기록 5년, 방사선사진 및 그 소견서 5년, 간호기록부 5년, 조산기록부 5년, 진단서등 부분(진단서·사망진단서 및 시체검안서등 별도 구분하여 보존) 3년 등이 있다.

319. 의료수가가 해당 기관 고시가 옳지 않은 것은?

- ① 건강보험수가 - 보건복지부 고시 ② 산재수가 - 고용노동부 고시
 ③ 자동차보험 수가 - 국토교통부 고시 ④ 비급여수가 - 건강보험공단 고시

해설 “비급여수가”라 함은 국민건강보험진료수가기준에 정하여지지 아니한 진료비의 수가를 말하며 각 의료기관에서 정한다. 의료법 시행규칙 (제42조의2)진료비용 고지방법에 의하여 의료기관 잘 보이는 곳에 게시하여야 한다.

320. 의사와 환자와의 법적관계에서 의사의 법적의무가 아닌 것은?

- ① 설명 의무 ② 진료 의무 ③ 진료협조 의무 ④ 비밀준수 의무

해설 의료인의 의무: 의료법 제15조(진료거부 금지), 제19조(비밀누설 금지)와 환자 진료과정 및 수술 등에 대한 설명 등 고지의무, 주의의무, 설명의무, 진료기록의무, 변사체신고의무, 설득의무, 전원의무 등이 있다.

321. 의사의 설명의무에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 설명의무란 환자를 진료함에 있어 질병의 상태, 치료방법, 위험성, 환자가 지켜야 할 주의사항 등을 설명해야 하는 의무를 말한다.
 ② 설명의무 중 진료적 설명의무는 진료행위를 하는데 있어 환자가 지키고 따라야 할 사항을 지시하거나 설명하는 의무이다.
 ③ 설명의무 중 자기결정적 설명의무는 의사가 환자에게 예상되는 의료행위 및 관련 사항을 설명하여 환자로 하여금 자기의 진료여부 및 방법을 결정할 수 있도록 하는 것이다.
 ④ 진료기록 작성에 대한 의무도 설명의무에 포함된다.

해설 “환자의 자기결정권과 관련한 설명의무”란 수술과 같이 환자의 신체에 의료적인 행위를 함에 있어, 환자에게 그 선택 여부를 결정하는데 필요한 정보로서 질병의 증상, 진료의 방법, 위험성 등을 설명하여야 할 의무를 말한다. 즉, 의사는 환자가 질병의 증상, 치료방법의 내용 및 필요성, 발생이 예상되는 위험 등에 관하여 당시의 의료수준에 비추어 상당하다고 생각되는 사항을 설명 듣고, 시술 또는 수술을 받을지를 결정할 수 있게 해 주어야 한다는 것이다.

322. 의사의 설명의무에 대한 설명으로 옳지 않은 것은?

- ① 의사가 환자를 진료함에 있어서 질병의 상태, 치료방법 및 위험성 등에 대해 설명해야 하는 의무이다.
 ② 설명의무 중 진료적 설명의무는 환자가 지키고 따라야 할 사항을 환자에게 지시하거나 설명하는 의무이다.
 ③ 설명의무의 주체는 반드시 당해 처치 의사이어야 한다.
 ④ 설명의무 중 자기결정적 설명의무는 환자가 자기결정권을 행사 할 수 있도록 자기의 진료여부 및 방법 등을 설명하는 의무이다.

해설 설명의무의 주체는 원칙적으로 당해 처치의사라 할 것이나 특별한 사정이 없는 한 다른 의사를 통해서도 할 수 있다(대법원 1999.9.3 선고 99다10479 판결).



5. 건강검진 등

323. 건강검진기관으로 지정 여부를 결정하는 기관은?

- ① 보건소 ② 보건복지부
 ③ 국민건강보험공단 ④ 특별자치도지사·시장·군수·구청장

해설 건강검진기본법 제14조(검진기관의 지정)

- ① 「의료법」제3조에 따른 의료기관 및 「지역보건법」 제10조에 따른 보건소(보건의료원을 포함한다)가 국가건강검진을 수행하고자 하는 경우에는 보건복지부장관으로부터 검진기관으로 지정을 받아야 한다. <개정 2010.1.18, 2015.5.18>
 ② 제1항에 따른 검진기관의 인력·시설 및 장비 등 검진기관 지정기준 및 절차는 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010.1.18>

324. 건강검진의 목적으로 옳지 않은 것은?

- ① 검진 후 질병 '유소견자'는 추적관찰을 통해 질병유무와 상태를 확인하고 치료한다.
- ② 질병을 조기에 발견, 치료하여 삶의 질을 향상 시키는데 있다.
- ③ 대체로 건강하다고 생각하는 사람을 대상으로 질병을 알아내는 screening 검사이다.
- ④ 정기적으로 받으면 몸에 잠재하고 있는 질병을 조기에 발견할 수 있다.

해설 추적관찰이란 치료가 종료된 이후에도, 정기적으로 병원에 들러 건강상태를 확인하고 병이 재발하려는 조짐이 없는지, 치료의 후유증이 남아있지는 않는지 확인해야 한다. 이렇게 치료했던 질병의 재발 여부를 시간을 갖고 주기적으로 확인하는 것을 말한다.
검진 후 유소견자는 질병유무를 확인하기 위해 즉시 치료를 하는 것이 좋다.

325. 연령별 검진 항목과 검진주기가 옳지 않은 것은?

- ① 위암 - 2년 - 40세 이상 남, 여
- ② 대장암 - 1년 - 50세 이상 남, 여
- ③ 자궁경부암 - 2년 - 30세 이상 여
- ④ 유방암 - 2년 - 40세 이상 여

해설 암관리법 시행령 제8조(암검진사업 대상 암의 종류·검진주기 등)

암검진사업의 대상이 되는 암의 종류는 다음 각 호와 같다.

1) 위암 2) 간암 3) 대장암 4) 유방암 5) 자궁경부암

암의 종류별 검진주기와 연령 기준

암의 종류별 검진주기와 연령 기준 등(제8조제2항 관련)

암의 종류	검진주기	연령 기준 등
위암	2년	40세 이상의 남·여
간암	6개월	40세 이상의 남·여 중 간암 발생 고위험군
대장암	1년	50세 이상의 남·여
유방암	2년	40세 이상의 여성
자궁경부암	2년	20세 이상의 여성

※ 비교: "간암 발생 고위험군"이란 간경변증, B형간염 항원 양성, C형간염 항체 양성, B형 또는 C형 간염 바이러스에 의한 만성 간질환 환자를 말한다.

326. 검진 전날 주의사항으로 옳지 않은 것은?

- ① 전날은 술을 피해야 한다.
- ② 여성 검진자는 생리시작 1주일 후 검진한다.
- ③ 검진 전 문진기록은 명확하고 간략하게 써야 한다.
- ④ 수면내시경 전 검사자는 자가운전을 해서는 안된다.

해설 수면내시경은 검사 시 수면유도제를 투여하므로 검사 후 검진자는 어지럼증, 졸림 등의 증상이 있을 수 있으니 운전이나 정밀한 작업을 피해야 한다.

327. 암의 종류별 검진대상과 검진방법 및 검진주기가 옳은 것은?

- ① 위암 - 40세 이상 - X-선 특수촬영, 위내시경검사 - 2년
- ② 간암 - 간염 바이러스 보유자와 간경화 환자 - 간초음파, AFP검사 - 6개월
- ③ 대장암 - 50세 이상 - 대장내시경검사 - 3~5년
- ④ 자궁경부암 - 20세 이상 모든 여성 - 자궁경부 세포진 검사

해설 암관리법 시행령 제8조(암검진사업 대상 암의 종류·검진주기 등)
·자궁경부암은 만 30세 이상인 여성이며 검진 주기는 2년이다.
·유방암 - 40세이상 여성 - 유방촬영술, 초음파 + 진찰 - 1~2년

328. 국민건강보험공단에서 실시하는 건강검진에서 옳지 않은 것은?

- ① 1차 건강검진 - 비사무직, 사무직 각각 2년에 1회, 1년에 1회 실시한다.
- ② 2차 건강검진 - 1차 검진 결과 고혈압 질환 의심자가 받는다.
- ③ 2차 건강검진 - 1차 검진 결과 당뇨병 질환 의심자가 받는다.
- ④ 2차 건강검진 - 1차 검진 결과 만 74세 중 인지기능장애 고위험군 판정자에게 실시한다.

|해설

• 비사무직: 1년에 1회, 사무직: 2년에 1회 실시
 • 1차 검진: 문진 및 체위검사, 흉부방사선 검사, 혈액검사, 뇨검사, 구강검진 등 22개 항목, 건강위험평가 결과제공
 • 2차 검진: 고혈압, 당뇨병 의심자 및 인지기능장애 고위험군에 대한 2차 검사, 1차 검진결과 상담 및 보건교육 등

329. 생애전환기 건강진단에 대한 내용 중 옳지 않은 것은?

- ① 개인별 건강위험평가를 도입하여 뇌졸중, 당뇨병 등 심·뇌혈관질환 발생위험도를 제시한다.
- ② 성별·연령별 특성을 고려하여 생애주기에서 성별·연령별 예방효과가 탁월한 필수 검사항목을 제공한다.
- ③ 검진결과에 대한 사후상담 및 생활습관개선에 대한 처방 등 사후 관리를 강화한다.
- ④ 의료급여 수급권자 및 비취학 청소년은 대상에 제외하여 건강의 형평성에 맞지 않는다.

|해설

• 생애전환기 건강진단 주요내용
 1. 질병발견 위주의 선별적 검진체계를 사전 예방적 건강관리체계로 전환 가능하게 됨.
 ▶ 개인별 건강위험평가를 도입하여 뇌졸중, 당뇨병 등 심·뇌혈관질환 발생위험도, 교정가능한 위험요인과 개선목표를 제시하고, 개인별 특성에 맞는 교육자료를 제공
 ▶ 생활습관 평가 및 개선 처방 등 의사 상담 프로그램을 도입하여 5대 건강위험요인에 대한 생활습관 평가 및 처방, 상담을 제공
 2. 성별, 연령별 특성을 고려하여 생애주기에서 성별·연령별 예방효과가 탁월한 검사항목을 제공한다.
 3. 건강검진의 사각지대에 있던 의료급여수급권자 및 비취학 청소년을 생애 전환기 건강진단의 대상으로 포함하여 건강형평성을 제고하였다.

330. 생애전환기 검사항목과 실시에 대해서 옳지 않은 것은?

- ① 간염검사 - 만 40세에 해당하는 자에 한한다. B형간염 항원, 항체검사를 실시한다.
- ② 골밀도 검사 - 만 66세 여성에게만 실시한다.
- ③ 노인 신체기능 평가 - 만 66세 하지기능, 평형성검사
- ④ 골밀도 검사 - 만 40세, 66세 여성에게만 실시한다.

|해설

• 만 40세, 만 66세 생애전환기 1차 검사항목은 진찰과 상담, B형간염 항원 항체검사 등 23항목임
 • 만 66세 생애전환기 1차 검사항목은 진찰과 상담, 골밀도, 노인검사 등 26항목임
 • 간염검사 - B형간염 항원, 항체검사를 실시한다.

331. 국민건강보험법에 따른 건강검진으로 옳은 것은?

- | | | | |
|-----------|--------|------------|-----------|
| 가. 일반건강검진 | 나. 암검진 | 다. 영유아건강검진 | 라. 학생건강검진 |
| ① 가, 나 | ② 나, 다 | ③ 다, 라 | ④ 가, 나, 다 |

|해설

국민건강보험법 시행령 제25조(건강검진)

① 법 제52조에 따른 건강검진(이하 "건강검진"이라 한다)은 일반건강검진, 암검진 및 영유아건강검진으로 구분하여 실시한다.

정답

328. ① 329. ④ 330. ④ 331. ④

332. 건강검진비용에 대한 설명으로 옳은 것은?

- ① 의료급여수급자의 건강검진비용은 국가와 지방자치단체에서 부담한다.
- ② 건강검진기관은 건강검진을 완료한 날로부터 15일 이내에 검진비용을 공단에 청구하여야 한다.
- ③ 건강보험공단은 건강검진비용 청구서가 접수된 날로부터 30일 이내에 건강검진비용을 지급하여야 한다.
- ④ 일반건강검진, 생애전환기건강진단, 영유아건강검진 비용은 대상자 및 수검자가 20%, 국민건강보험공단이 80%를 부담한다.

해설

건강검진실시기준 제4장 검진비용

제13조(검진비용의 부담) ① 제7조제1항에 따른 건강보험가입자 및 피부양자의 검진비용 부담은 다음 각 호와 같다.

- 1. 일반건강검진, 생애전환기건강진단, 영유아건강검진은 공단이 전액 부담한다.
- ② 제7조제1항에 따른 의료급여수급권자의 검진비용은 국가와 지방자치단체에서 부담한다.

제14조(검진비용의 청구·지급)

- ① 검진기관은 건강검진을 완료한 날로부터 30일 이내에 다음 각 호 중 해당 내용을 수록한 전산자료로 검진비용을 공단에 청구하여야 한다.〈개정, 2016. 1. 25.〉
- ③ 공단은 제2항의 검진비용 청구서가 접수된 날로부터 15일 이내에 해당 검진기관의 건강보험 요양급여비용 지급계좌로 검진비용을 지급하여야 한다. 다만, 공단이 검진기관에 기재 오류 등 청구 착오에 대한 정정을 요청한 경우에는 그에 소요되는 기간은 제외한다.

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