

'응급실 요양급여비용 본인부담 산정' 등 행정해석 개정

(2024.9.12.)

※ 다음의 개정 내용은 기존 '응급의료수가 관련 질의답변 안내' 응급의료과-8838호 (2015.12.30.) 및 응급의료과-940호(2017.02.06.), 응급의료과-4867호(2023.12.29.)를 기반으로 작성되었으며, 다음에서 기재되지 않은 내용은 기존의 질의답변을 따름

1 응급실 진료비 본인부담액 산정방법 관련

○ KTAS 4~5등급 환자가 중증질환자 또는 희귀난치성 질환자로 산정특례 대상인 경우 본인부담률 산정방법

- 권역응급의료센터·전문응급의료센터·권역외상센터 응급실에 경증응급 환자(KTAS 4등급), 비응급환자(KTAS 5등급)가 내원한 경우와 지역 응급의료센터 응급실에 비응급환자(KTAS 5등급)가 내원한 경우, 산정특례 대상인 경우라도 응급실 진료비*의 본인부담률을 90%로 적용함

* 응급실에서 진료 후 현행 응급실 요양급여비용의 본인부담률 산정방법에 의거하여 입원환자 본인부담액 산정방법에 따라 산정하는 경우는 제외함

○ KTAS 4~5등급 환자의 응급의료관리료 산정방법

- 응급의료관리료는 응급환자* 또는 응급실에 내원한 환자에게 응급실에서 응급처치 및 응급의료를 행한 경우 산정

* 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호 및 같은 법 시행규칙 제2조에 따른 [별표1]에 해당되는 증상을 가진 환자

○ 중증도 분류에 따른 추가적용 기본원칙

- 삭제

○ (응급환자 중증도 분류 및 선별료) 응급실 재방문 시 산정방법

- 응급실 재방문시 추가산정 기준(고시 제2024-181호, '24.9.13. 시행)에 따라 응급실 내원환자가 동일상병 또는 증상으로 당일 또는 퇴실 후 6시간 이내 응급실을 재방문하는 경우 응급실 진료가 계속된 것과 동일하게 응급의료수가를 산정하며, 이 경우 1회에 한하여 산정함

○ 경증·비응급환자(KTAS 4~5등급)를 응급실 1인 격리병상에서 진료 시, 환자의 본인부담액 산정방법

- 응급실 1인 격리병상에 경증응급환자 또는 비응급환자를 배정하고 진료한 경우, 격리관리료는 10% 본인부담률을 적용하며,
- 이외의 응급실 진료비는 아래와 같이 적용한다.

① 권역응급의료센터·전문응급의료센터·권역외상센터에 내원한 경증·비응급환자(KTAS 4~5등급)를 응급실 1인 격리병상에서 진료 시, 응급실 진료비*의 본인부담률을 90%로 적용함

② 지역응급의료센터에 내원한 비응급환자(KTAS 5등급)를 응급실 1인 격리병상에서 진료 시, 응급실 진료비*의 본인부담률을 90%로 적용함

* 응급실에서 진료 후 현행 응급실 요양급여비용의 본인부담률 산정방법에 의거하여 입원환자 본인부담액 산정방법에 따라 산정하는 경우는 제외함

③ 지역응급의료기관은 응급환자 중증도 분류와 관계없이 응급실 체류시간에 따른 해당 본인부담률을 따름

○ 응급실 진료후 퇴원하는 환자에 대한 청구방법

- 중증응급환자 또는 중증응급 의심환자가 중증응급환자 진료구역 또는 응급환자 진료구역의 병상에서 진료가 이루어진 경우 입원명세서로 청구
- 응급의료센터의 응급실에서 외래환자 본인부담률이 적용되는 경우로 날짜를 달리하여 퇴원한 경우에는 일자별로 분리하여 청구
- * 단, 응급의료관리료, 동일진료과목 전문의 진찰료, 응급실 관찰료 등은 전체 응급실 재실기간에 1회만 청구가능

○ 1일 2회 이상 동일 상병으로 의료기관 방문시 응급의료수가 산정방법

- 응급실 진료가 이루어진 경우 응급의료수가를 산정하는 것을 원칙으로 하되, 중복되는 급여가 발생하지 않도록 다음 산정방법을 적용함
- 응급실 요양급여비용 본인부담률이 '외래환자 본인부담률' 산정조건에 해당되나, 「국민건강보험법 시행규칙」 [별표 6] 제1호사목 2)·3)에 따라 본인부담률을 달리 적용할 경우는 각각의 본인부담률로 산정함
- * 다른 증상 및 상병에 의한 진료는 별개로 간주함

구 분	산정방법
응급실 - 응급실	<ul style="list-style-type: none"> ○ 응급실 내원환자가 동일 상병으로 당일 또는 퇴실후 6시간 이내 응급실을 재방문하는 경우 응급실 진료가 응급실 진료가 계속된 것과 동일하게 응급의료수가를 산정하되, 두 개 이상 응급의료센터로 지정된 기관의 경우, 첫 번째 방문한 응급의료센터를 기준으로 하여 중복되는 급여가 발생하지 않도록 산정함 - 응1 응급의료관리료, 응3 중증응급환자 진료구역 관찰료, 응4 응급환자 진료구역 관찰료 등은 1회에 한하여 산정함 * 응2 응급진료 전문의 진찰료는 응급실 담당전문의에 의한 경우는 1회만 산정. 후속진료과 협진전문의에 의한 경우 진료과목(전문분야)별로 1회만 산정 - 응급실 방문 중 한 번이라도 입원환자 본인부담률 산정조건에 해당되면, 전체 응급실 요양급여비용은 입원환자 본인부담률에 따라 산정함

(일반)외래 - 응급실	<ul style="list-style-type: none"> ○ 외래진료 후 귀가하였으나 상태가 악화되어 다시 응급실에 내원한 경우 응급의료 관리료 등 산정가능(고시 제2003-65호 준용) * 단, 진료과목(전문분야)별로 진찰료는 1회만 산정할 수 있음. (고시 제2001-40호, 제2013-36호 준용) ○ 환자의 본인부담률은 응급실 요양급여비용의 본인부담률에 따라 산정(고시 제2004-36호 준용)
병동입원 - 응급실	<ul style="list-style-type: none"> ○ 퇴원 후 귀가하였으나 상태가 악화되어 다시 응급실에 내원한 경우 응급의료관리료, 진찰료 등 산정가능 (고시 제2003-65호 준용) ○ 응급실 진료 후 귀가한 경우 응급실 요양급여비용은 외래환자 본인부담률에 따라 산정 (고시 제2003-65호) ○ 응급실 진료 후 입원한 경우 응급실 요양급여비용은 입원환자 본인부담률에 따라 산정하되, 입원료 체감제는 일반입원실에 입실한 날부터 기산 * 단, 응급실 체류기간 중 1일당 입원료 등은 산정할 수 없음
응급실 - 병동입원	<ul style="list-style-type: none"> ○ 입원환자 본인부담률을 적용하고, 외래환자 본인부담률에 따라 요양급여비용을 징수하였다면 정산하여야 함 (고시 제2004-36호)

2 응급의료 행위 가산 관련

○ 응급의료 행위가산 시 다른 가산기준과 병행적용 여부

- 다른 행위가산과 중복하여 산정가능

* 예시) ① 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부제9장제1절 (별표1)의 외과전문의 가산항목 중, ②제19장제2절 (별표3)에 해당되는 행위를 권역응급의료센터에서 KTAS 1~3등급 환자에 대해 응급실 내원 후 24시간 이내 ③공휴일에 실시한 경우

☞ 외과전문의 가산 + 응급행위 가산 + 공휴 가산