

‘응급의료센터 경증응급·비응급환자 본인부담률 인상’ 관련 질의응답

(2024.9.12.)

□ 적용 대상 및 방법

연 번	질 의	답 변
1-1	적용 대상기관 및 대상 환자는?	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「응급의료에 관한 법률」 제26조에 따른 권역응급의료센터, 동법 제29조에 따른 전문응급의료센터, 동법 제30조의2에 따른 권역외상센터 응급실에 내원한 경증응급환자(KTAS 4등급) 및 비응급환자(KTAS 5등급)* ○ 「응급의료에 관한 법률」 제30조에 따른 지역응급의료센터 응급실에 내원한 비응급환자(KTAS 5등급)* * 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」 제18조의3제2항에 따른 한국 응급환자 중증도 분류기준 ○ 대상 환자는 건강보험 환자를 대상으로 함 <ul style="list-style-type: none"> - 차상위, 건강보험 보훈 이중자격 환자 포함
1-2	적용 시작일은?	<ul style="list-style-type: none"> ○ 2024.9.13. 응급실 진료분 부터 적용함 - 청구는 2024.10.14.부터 가능함
1-3	적용되는 응급실 진료비 범위는?	<ul style="list-style-type: none"> ○ 응급의료수가 및 그 밖에 응급실에서 실시하는 요양급여비용이 모두 적용됨 - 단, 응급실에서 진료 후 현행 응급실 요양급여비용의 본인부담률 산정방법에 의거하여 입원환자 본인부담액 산정방법에 따라 산정하는 경우는 적용 제외함
1-4	해당 대상자의 응급실 진료에 대한 본인부담률이 어떻게 적용되는지?	<ul style="list-style-type: none"> ○ ‘응급의료센터 경증응급·비응급환자 본인부담률 인상’ 적용 대상기관 및 환자에 해당하는 경우는 응급실 진료비의 본인부담률을 90%로 적용함

연 번	질 의	답 변
1-5	희귀질환자 등 산정특례 적용 대상자 및 임신부, 1세 미만 소아 등 본인부담률이 달리 적용되는 환자도 동일하게 해당되는지?	<p>○ 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 의한 산정특례 대상자 및 「국민건강보험법 시행령」(별표2)에 따른 임신부, 난임, 조산아 및 저체중 출생아, 6세 미만 및 의약분업 예외환자 등 본인부담률을 달리 적용하는 경우도 예외* 없이 '응급의료센터 경증응급·비용급환자 본인부담률 인상' 적용 대상에 해당할 경우 응급실 진료비의 본인부담률을 90%로 적용함</p> <p>* 일부 예외기준 관련 등 질의응답 '2-1' 참조</p>
1-6	급여기준에 따른 선별급여 항목도 본인부담률 인상 적용대상인지?	<p>○ 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 고시되는 항목 및 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따른 선별급여 항목 모두 예외 없이 응급실 진료비의 본인부담률을 90%로 동일하게 적용함</p>
1-7	상급종합병원 외래에서 경증질환을 주상병으로 진료받은 환자의 경우도 본인부담률 인상 적용대상인지?	<p>○ 상급종합병원 외래에서 경증질환을 주상병으로 진료받은 환자*인 경우도 '응급의료센터 경증응급·비용급환자 본인부담률 인상' 적용 대상에 해당하는 경우는 응급실 진료비의 본인부담률을 90%로 동일하게 적용함</p> <p>* 응급실 요양급여비용 본인부담률이 '외래 본인부담률'로 적용되는 특정기호 'F025'(상급종합 외래경증재진) 또는 'F026'(상급종합 외래경증초진)에 해당하는 환자</p>
1-8	'연간 외래진료 횟수 365회 초과 대상자(F029)' 횟수 산정 시, '응급의료센터 경증응급·비용급환자 본인부담률 인상' 대상도 포함되는지?	<p>○ '연간 외래진료 횟수 365회 초과 대상자(F029)' 횟수 산정에 포함함</p> <p>* 「국민건강보험법 시행령」 별표2 제5호의2에 따른 연간 외래진료 횟수 365회 초과 대상자 외래진료</p>
1-9	별도의 본인부담률을 정하고 있는 각종 시범사업에서 본인부담률은 어떻게 적용되는지?	<p>○ 각종 시범사업의 경우에도 '응급의료센터 경증응급·비용급환자 본인부담률 인상' 적용 대상에 해당하는 경우, 예외 없이 응급실 진료비의 본인부담률을 90%로 동일하게 적용함</p>

연 번	질 의	답 변																	
1-10	응급실에 진료외 방문으로 내원한 경우도 적용대상에 포함되는지?	<ul style="list-style-type: none"> ○ 진료외 방문시*에는 KTAS 등급 산출이 불필요(등급에 '8' 기재)하며, 응급의료관리료 및 진찰료 등을 산정할 수 없음 - 따라서, '응급의료센터 경증응급·비응급환자 본인 부담률 인상' 적용 대상에도 해당하지 않음 * NEDIS 진료외 방문: 차트복사 등 각종 서류발급, 응급실 진료하지 않은 환자의 입원을 위한 접수 등 																	
1-11	1일 2회 이상 응급실 재방문 시 본인부담률 및 산정방법은?	<ul style="list-style-type: none"> ○ 응급실 재방문 시 수가산정 기준 등*에 의거하여 수가 산정 및 응급실 요양급여비용의 본인부담률을 적용하여 청구함 <ul style="list-style-type: none"> * 응급실 재방문 시 수가산정 기준(보건복지부 고시 제2024-181호, 2024.9.13. 시행) * 1일 2회 이상 동일 상병으로 의료기관 방문 시 응급의료 수가 산정방법(동 질의응답과 동시 개정된 행정해석 참조, 2024.9.13.시행) ○ 응급의료센터로 1일 2회 이상 환자가 응급실을 내원한 경우, 응급실 내원 시 판단한 응급환자 중증도 분류(KTAS)에 따른 본인부담률이 상이하다면 본인부담률에 따라 분리적용 하여 청구하여야 함 <ul style="list-style-type: none"> · 예시) '지역응급의료센터' 로 지정받은 기관 응급실에 1일 2회 재방문 시, 응급환자 중증도 분류에 따라 본인부담률이 상이한 경우 <table border="1" data-bbox="708 1496 1425 1973" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">구 분</th> <th style="width: 20%;">'24.9.13. 1pm 내원</th> <th style="width: 20%;">'24.9.13. 10pm 재내원</th> <th style="width: 45%;">적용 외래 명세서</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>주된 진료기관</td> <td>지역응급의료센터</td> <td>지역응급의료센터</td> <td rowspan="4">분리청구</td> </tr> <tr> <td>KTAS 등급</td> <td>4등급</td> <td>5등급</td> </tr> <tr> <td>응급실 진료비 본인부담률</td> <td>환자 법정 본인부담률 (외래)</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>청구방법</td> <td>-</td> <td>특정기호 (F031) 기재, 분리청구</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> * 각각 내원 중 가장 높은 KTAS 등급이라고 가정 	구 분	'24.9.13. 1pm 내원	'24.9.13. 10pm 재내원	적용 외래 명세서	주된 진료기관	지역응급의료센터	지역응급의료센터	분리청구	KTAS 등급	4등급	5등급	응급실 진료비 본인부담률	환자 법정 본인부담률 (외래)	90%	청구방법	-	특정기호 (F031) 기재, 분리청구
구 분	'24.9.13. 1pm 내원	'24.9.13. 10pm 재내원	적용 외래 명세서																
주된 진료기관	지역응급의료센터	지역응급의료센터	분리청구																
KTAS 등급	4등급	5등급																	
응급실 진료비 본인부담률	환자 법정 본인부담률 (외래)	90%																	
청구방법	-	특정기호 (F031) 기재, 분리청구																	

연 번	질 의	답 변																	
		<p>○ 두 개 이상의 응급의료센터로 지정된 기관에 1일 2회 이상 각각 다른 응급의료센터로 환자가 내원한 경우, 각각 내원 시 판단한 응급환자 중증도 분류(KTAS)에 따른 본인부담률을 적용토록 하며 상이한 경우 분리청구 하여야 함</p> <p>· 예시) ‘지역응급의료센터’ 이면서 ‘소아전문응급의료센터’로 지정받은 기관 응급실에 1일 2회 재방문 시 응급환자 중증도 분류에 따라 본인부담률이 상이한 경우</p> <table border="1" data-bbox="708 712 1425 1187"> <thead> <tr> <th data-bbox="708 712 890 797">구 분</th> <th data-bbox="890 712 1072 797">'24.9.13. 1pm 내원</th> <th data-bbox="1072 712 1254 797">'24.9.13. 10pm 재내원</th> <th data-bbox="1254 712 1425 797">적용 외래 명세서</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="708 797 890 882">주된 진료기관</td> <td data-bbox="890 797 1072 882">지역 응급의료센터</td> <td data-bbox="1072 797 1254 882">소아전문 응급의료센터</td> <td data-bbox="1254 797 1425 1187" rowspan="4">분리청구</td> </tr> <tr> <td data-bbox="708 882 890 936">KTAS 등급</td> <td data-bbox="890 882 1072 936">4등급</td> <td data-bbox="1072 882 1254 936">4등급</td> </tr> <tr> <td data-bbox="708 936 890 1061">응급실 진료비 본인부담률</td> <td data-bbox="890 936 1072 1061">환자 법정 본인부담률 (외래)</td> <td data-bbox="1072 936 1254 1061">90%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="708 1061 890 1187">청구방법</td> <td data-bbox="890 1061 1072 1187">-</td> <td data-bbox="1072 1061 1254 1187">특정기호 (F031) 기재, 분리청구</td> </tr> </tbody> </table> <p>* 각각 내원 중 가장 높은 KTAS 등급이라고 가정</p>	구 분	'24.9.13. 1pm 내원	'24.9.13. 10pm 재내원	적용 외래 명세서	주된 진료기관	지역 응급의료센터	소아전문 응급의료센터	분리청구	KTAS 등급	4등급	4등급	응급실 진료비 본인부담률	환자 법정 본인부담률 (외래)	90%	청구방법	-	특정기호 (F031) 기재, 분리청구
구 분	'24.9.13. 1pm 내원	'24.9.13. 10pm 재내원	적용 외래 명세서																
주된 진료기관	지역 응급의료센터	소아전문 응급의료센터	분리청구																
KTAS 등급	4등급	4등급																	
응급실 진료비 본인부담률	환자 법정 본인부담률 (외래)	90%																	
청구방법	-	특정기호 (F031) 기재, 분리청구																	

□ 예외기준

연 번	질 의	답 변																
2-1	응급실 격리병상 격리관리료 등 수가 및 본인부담 인상 예외 대상항목은?	<p>○ 수가 및 본인부담률 인상 예외대상으로 해당항목의 본인부담률을 적용하는 본인부담 별도 대상항목은 아래와 같음</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">연번</th> <th style="width: 60%;">항목</th> <th style="width: 30%;">근거</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>응6 응급실 1인 격리병상 격리관리료</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">시행령[별표2]</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>상급종합병원 진찰료</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>가5 회송료</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">시행령 [별표2] 제3호</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>가8-2나 원격협의진찰료-자문료</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>퇴장방지의약품 사용장려금*</td> <td style="text-align: center;">시행령 제75조의2</td> </tr> </tbody> </table> <p>* 장려금의 경우 전액 공단부담금 지급 대상임</p>	연번	항목	근거	1	응6 응급실 1인 격리병상 격리관리료	시행령[별표2]	2	상급종합병원 진찰료	3	가5 회송료	시행령 [별표2] 제3호	4	가8-2나 원격협의진찰료-자문료	5	퇴장방지의약품 사용장려금*	시행령 제75조의2
연번	항목	근거																
1	응6 응급실 1인 격리병상 격리관리료	시행령[별표2]																
2	상급종합병원 진찰료																	
3	가5 회송료	시행령 [별표2] 제3호																
4	가8-2나 원격협의진찰료-자문료																	
5	퇴장방지의약품 사용장려금*	시행령 제75조의2																
2-2	요양급여비용의 본인부담률이 100분의100본인부담을 따르는 항목의 경우는 어떻게 적용되는지?	<p>○ 「국민건강보험법 시행령」 [별표2] 제6호 및 「국민건강보험법 시행규칙」 [별표6] 에 의거하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 비용이 100분의 100본인부담에 해당하는 항목은 100분의 100본인부담으로 적용함</p>																
2-3	응급의료 관련 한시적 수가 및 비상진료 정책 지원금의 본인부담은 어떻게 적용되는지?	<p>○ 기존과 동일하게 본인부담금은 발생하지 않으며, 전액 공단부담금(기금부담금)으로 적용함</p>																
2-4	각종 지원금 지원대상에 해당하는 경우 본인부담 지원은 어떻게 적용되는지?	<p>○ 희귀난치성질환 의료비, 잠복결핵 감염, 여성 청소년대상 사람유두종바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰·상담사업, 차상위 등록장애인 지원대상자더라도 '응급의료센터 경증응급·비용급환자 본인부담률 인상' 적용 대상이라면 해당 지원사업에 따른 본인부담 지원은 미지원 함</p> <p>- 단, 긴급복지사업지원 대상자의 경우는 '응급의료센터 경증응급·비용급환자 본인부담률 인상' 적용 대상 이더라도 해당 지원사업에 따른 본인부담 지원 적용함</p>																

연 번	질 의	답 변
2-5	건강보험 보훈 이중자격 환자의 본인부담 지원은 어떻게 적용되는지?	○ 건강보험 보훈 이중자격 환자가 '응급의료센터 경증응급·비용급환자 본인부담률 인상' 적용 대상인 경우, 본인부담을 지원함
2-6	본인부담상한액 적용 대상인지?	○ 본인부담상한액 적용에서 제외됨 - 단, 「국민건강보험법 시행규칙」 제16조(별표6)에 따른 예외항목(상급종합병원 진찰료 및 격리입원료)은 본인부담상한제에 포함

□ 청구 방법

연 번	질 의	답 변												
3-1	해당 대상자의 외래 요양급여비용 청구 시, 명세서 기재내역은?	○ 특정내역 구분코드 'MT002'(특정기호)란에 특정기호 'F031'를 기재함 * F031: 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 6 제1호 사목2)·3)에 따른 응급실 진료												
3-2	본인부담 경감대상과 동시 적용되는 경우 특정기호 기재방법은?	○ 해당하는 특정기호를 각각 기재하되 특정기호 'F031'를 우선으로 기재함. 단, 아래 대상자의 경우 'F031'만 기재함 - 아 래 - <table border="1" data-bbox="715 786 1414 1581"> <thead> <tr> <th data-bbox="715 786 842 824">특정기호</th> <th data-bbox="842 786 1414 824">대상</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="715 824 842 869">F009</td> <td data-bbox="842 824 1414 869">잠복결핵감염 검진비지원대상자</td> </tr> <tr> <td data-bbox="715 869 842 958">F012</td> <td data-bbox="842 869 1414 958">여성 청소년 대상 사람유두종바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰·상담사업 지원대상자</td> </tr> <tr> <td data-bbox="715 958 842 1189">F025</td> <td data-bbox="842 958 1414 1189">「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호너목에 따른 보건복지부장관이 정하여 고시하는 “약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상” 질환 환자가 상급종합병원에서 진료 받는 경우, 보건복지부장관이 정하여 고시한 본인부담률을 적용하는 외래 재진 진료</td> </tr> <tr> <td data-bbox="715 1189 842 1458">F026</td> <td data-bbox="842 1189 1414 1458">「국민건강보험법 시행령」 제19조제3항제1의2호에 따라 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 “약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상” 질병을 주상병으로 상급종합병원에서 받은 외래 초진 진료 시 별표 2 제1호나목에 따라 부담한 금액을 본인부담상한액에서 제외하는 경우</td> </tr> <tr> <td data-bbox="715 1458 842 1581">F029</td> <td data-bbox="842 1458 1414 1581">「국민건강보험법 시행령」 별표2 제5호의2에 따른 연간 외래진료 횟수가 365회를 초과 하는 대상자의 외래진료</td> </tr> </tbody> </table>	특정기호	대상	F009	잠복결핵감염 검진비지원대상자	F012	여성 청소년 대상 사람유두종바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰·상담사업 지원대상자	F025	「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호너목에 따른 보건복지부장관이 정하여 고시하는 “약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상” 질환 환자가 상급종합병원에서 진료 받는 경우, 보건복지부장관이 정하여 고시한 본인부담률을 적용하는 외래 재진 진료	F026	「국민건강보험법 시행령」 제19조제3항제1의2호에 따라 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 “약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상” 질병을 주상병으로 상급종합병원에서 받은 외래 초진 진료 시 별표 2 제1호나목에 따라 부담한 금액을 본인부담상한액에서 제외하는 경우	F029	「국민건강보험법 시행령」 별표2 제5호의2에 따른 연간 외래진료 횟수가 365회를 초과 하는 대상자의 외래진료
특정기호	대상													
F009	잠복결핵감염 검진비지원대상자													
F012	여성 청소년 대상 사람유두종바이러스(HPV) 예방접종 및 진찰·상담사업 지원대상자													
F025	「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호너목에 따른 보건복지부장관이 정하여 고시하는 “약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상” 질환 환자가 상급종합병원에서 진료 받는 경우, 보건복지부장관이 정하여 고시한 본인부담률을 적용하는 외래 재진 진료													
F026	「국민건강보험법 시행령」 제19조제3항제1의2호에 따라 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 “약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상” 질병을 주상병으로 상급종합병원에서 받은 외래 초진 진료 시 별표 2 제1호나목에 따라 부담한 금액을 본인부담상한액에서 제외하는 경우													
F029	「국민건강보험법 시행령」 별표2 제5호의2에 따른 연간 외래진료 횟수가 365회를 초과 하는 대상자의 외래진료													
3-3	「국민건강보험법 시행령」 별표2 제3호타목 대상자의 경우 특정기호 기재방법은?	○ 본인부담률 90%를 적용하지 않는 본인부담 면제대상자로 특정기호 'F022'만 단독으로 기재·청구함 * F022: 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호타목1) 일반건강검진 결과에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환이나 질병진료 본인부담 면제 대상자												

연 번	질 의	답 변																																																	
3-4	해당 대상자의 선별급여 항목에 대한 청구방법은?	○ 기존 청구방법과 동일하게 명세서 진료내역의 해당 항(A,B,D,E항)에 작성하되, 본인부담률 90%를 적용한 금액을 '100분의100미만 본인 일부부담금'란에 작성·청구함																																																	
3-5	외래진료 후 당일 입원하는 경우 청구방법은?	○ 응급실 경증 진료 후 당일 입원한 대상자의 경우에는 입원명세서에 특정기호 'F031'를 기재하지 않음																																																	
3-6	처방전에 본인부담 구분기호를 작성해야하는지?	○ 처방전 발급 시 '본인부담 구분기호'란에 'F031'은 기재하지 않음																																																	
3-7	상급종합병원 외래에서 경증질환*을 주상병으로 진료받은 환자의 경우 특정내역(CT002) 청구방법은? * 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제6조 [별표6] “약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상” 질병	○ 처방내역 단위 특정내역 구분코드 'CT002' (처방내역 특정기호(의료기관)란에 'V252, V352, V452, V100'을 구분·기재하여 청구함 ※ 처방전 발급 시, 처방전 서식의 '본인부담 구분기호'란에 동일하게 'V252, V352, V452, V100'으로 구분·기재함																																																	
3-8	응급의료센터 응급실에서 경증응급환자(KTAS 4등급)·비응급환자(KTAS 5등급)를 진료한 경우, 청구 시 필수 기재해야 하는 특정내역이 있는지?	○ 명세서 단위 특정내역 MT046(응급환자 중증도 분류기준)란에 KTAS 중증도 등급을 필수 기재하여 청구하여야 함. 최종 중증도 분류 이후 환자의 상태가 변화하여 중증도 등급이 변화한 경우에는 '중증도가 높은 등급' 을 기재하여 청구 - 기재방법: 왼쪽 첫 번째 자리부터 붙여서 숫자만 기재 - 기재형식: 9(1) - 작성 예시) <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="9">특정내역(MT046)기재</th> <th rowspan="2">청구유형</th> </tr> <tr> <th>①</th> <th>②</th> <th>③</th> <th>④</th> <th>⑤</th> <th>⑥</th> <th>⑦</th> <th>⑧</th> <th>...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>올바른 기재</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>등</td> <td>급</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>잘못된 기재</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>잘못된 기재</td> </tr> </tbody> </table>	특정내역(MT046)기재									청구유형	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	...	4									올바른 기재	4	등	급							잘못된 기재		4								잘못된 기재
특정내역(MT046)기재									청구유형																																										
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	...																																											
4									올바른 기재																																										
4	등	급							잘못된 기재																																										
	4								잘못된 기재																																										

연 번	질 의	답 변																																											
		<p>○ 두 개 이상의 응급의료센터로 지정받지 않은 단일 응급의료센터인 경우에도 명세서 단위 특정내역 MT048(응급의료센터 구분코드)란에 응급의료센터 구분코드를 필수 기재하여 청구하여야 함</p> <p>- 기재방법: 왼쪽 첫 번째 자리부터 붙여서 숫자만 기재 - 기재형식: 9(1) - 작성 예시)</p> <table border="1" data-bbox="742 689 1394 891"> <thead> <tr> <th colspan="10">특정내역(MT048)기재</th> <th rowspan="2">청구유형</th> </tr> <tr> <th>①</th><th>②</th><th>③</th><th>④</th><th>⑤</th><th>⑥</th><th>⑦</th><th>⑧</th><th>...</th><th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>올바른 기재</td> </tr> <tr> <td>0</td><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>잘못된 기재</td> </tr> </tbody> </table> <p>① '권역응급의료센터' 단일기관으로 지정받은 기관에 내원한 경증응급환자(KTAS 4등급)를 진료한 경우, MT048= "2" 기재 ② '지역응급의료센터' 이면서 '권역외상센터'로 지정받은 기관에 내원한 경증응급환자(KTAS 4등급)의 주된 진료를 '권역외상센터'에서 진료한 경우, MT048= "6" 기재</p>	특정내역(MT048)기재										청구유형	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	...		2										올바른 기재	0	2									잘못된 기재
특정내역(MT048)기재										청구유형																																			
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	...																																					
2										올바른 기재																																			
0	2									잘못된 기재																																			
3-9	<p>응급실 본인부담률 차등 적용(90%) 내역과 본인부담률이 상이한 진료내역의 청구방법?</p>	<p>○ 본인부담률이 상이한 경우, 동일한 청구서 내에 명세서를 각각 분리하여 작성함</p> <p>예시1) 2024.10.1. 오전 신경과 외래 진료 후, 당일 오후 눈 이물감 호소로 권역응급의료센터 내원, KTAS(응급환자 중증도 분류기준) 5등급인 경우</p> <table border="1" data-bbox="300 1637 1410 2056"> <thead> <tr> <th rowspan="2">구분</th> <th>외래 진료</th> <th>응급실 진료</th> </tr> <tr> <th>외래명세서①</th> <th>외래명세서②</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>요양개시일</td> <td>2024.10.1.</td> <td>2024.10.1.</td> </tr> <tr> <td>총내원일수</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>요양급여일수</td> <td>내원일수에 원내투약일수를 산입하여 기재</td> <td>내원일수에 원내투약일수를 산입하여 기재</td> </tr> <tr> <td>MT002 (특정기호)</td> <td>-</td> <td>F031</td> </tr> <tr> <td>MT046 (응급환자 중증도 분류기준)</td> <td>-</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>MT048 (응급의료센터 구분코드)</td> <td>-</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	구분	외래 진료	응급실 진료	외래명세서①	외래명세서②	요양개시일	2024.10.1.	2024.10.1.	총내원일수	1	1	요양급여일수	내원일수에 원내투약일수를 산입하여 기재	내원일수에 원내투약일수를 산입하여 기재	MT002 (특정기호)	-	F031	MT046 (응급환자 중증도 분류기준)	-	5	MT048 (응급의료센터 구분코드)	-	2																				
구분	외래 진료	응급실 진료																																											
	외래명세서①	외래명세서②																																											
요양개시일	2024.10.1.	2024.10.1.																																											
총내원일수	1	1																																											
요양급여일수	내원일수에 원내투약일수를 산입하여 기재	내원일수에 원내투약일수를 산입하여 기재																																											
MT002 (특정기호)	-	F031																																											
MT046 (응급환자 중증도 분류기준)	-	5																																											
MT048 (응급의료센터 구분코드)	-	2																																											

연 번	질 의	답 변																																			
	<p>예시2) 2024.10.1. 오전 눈 이물감 호소로 권역응급의료센터 내원, KTAS(응급환자 중증도 분류기준) 5등급 분류, 오후에 소화불량으로 지역응급의료센터 내원 KTAS 4등급 분류</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="text-align: center;">구분</th> <th style="text-align: center;">응급실 진료 외래명세서①</th> <th style="text-align: center;">응급실 진료 외래명세서②</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">요양개시일</td> <td style="text-align: center;">2024.10.1.</td> <td style="text-align: center;">2024.10.1.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">총내원일수</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">요양급여일수</td> <td style="text-align: center;">내원일수에 원내투약일수를 산입하여 기재</td> <td style="text-align: center;">내원일수에 원내투약일수를 산입하여 기재</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MT002 (특정기호)</td> <td style="text-align: center;">F031</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MT046 (응급환자 중증도 분류기준)</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MT048 (응급의료센터 구분코드)</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </tbody> </table> <p>예시3) 2024.10.1. 오전 눈 이물감 호소로 권역응급의료센터 내원, KTAS(응급환자 중증도 분류기준) 5등급 분류, 오후에 소화불량으로 지역응급의료센터 내원 KTAS 5등급 분류</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="text-align: center;">구분</th> <th style="text-align: center;">응급실 진료 외래명세서①</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">요양개시일</td> <td style="text-align: center;">2024.10.1.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">총내원일수</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">요양급여일수</td> <td style="text-align: center;">내원일수에 원내투약일수를 산입하여 기재</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MT002 (특정기호)</td> <td style="text-align: center;">F031</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MT046 (응급환자 중증도 분류기준)</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">MT048 (응급의료센터 구분코드)</td> <td style="text-align: center;">주된 응급의료센터 판단하여 기재 (2:권역응급센터 or 3:지역응급의료센터)</td> </tr> </tbody> </table>	구분	응급실 진료 외래명세서①	응급실 진료 외래명세서②	요양개시일	2024.10.1.	2024.10.1.	총내원일수	1	1	요양급여일수	내원일수에 원내투약일수를 산입하여 기재	내원일수에 원내투약일수를 산입하여 기재	MT002 (특정기호)	F031	-	MT046 (응급환자 중증도 분류기준)	5	4	MT048 (응급의료센터 구분코드)	2	3	구분	응급실 진료 외래명세서①	요양개시일	2024.10.1.	총내원일수	1	요양급여일수	내원일수에 원내투약일수를 산입하여 기재	MT002 (특정기호)	F031	MT046 (응급환자 중증도 분류기준)	5	MT048 (응급의료센터 구분코드)	주된 응급의료센터 판단하여 기재 (2:권역응급센터 or 3:지역응급의료센터)	
구분	응급실 진료 외래명세서①		응급실 진료 외래명세서②																																		
	요양개시일	2024.10.1.	2024.10.1.																																		
총내원일수	1	1																																			
요양급여일수	내원일수에 원내투약일수를 산입하여 기재	내원일수에 원내투약일수를 산입하여 기재																																			
MT002 (특정기호)	F031	-																																			
MT046 (응급환자 중증도 분류기준)	5	4																																			
MT048 (응급의료센터 구분코드)	2	3																																			
구분	응급실 진료 외래명세서①																																				
	요양개시일	2024.10.1.																																			
총내원일수	1																																				
요양급여일수	내원일수에 원내투약일수를 산입하여 기재																																				
MT002 (특정기호)	F031																																				
MT046 (응급환자 중증도 분류기준)	5																																				
MT048 (응급의료센터 구분코드)	주된 응급의료센터 판단하여 기재 (2:권역응급센터 or 3:지역응급의료센터)																																				
3-10	<p>건강보험 이중자격이 있는 보훈환자의 경우 청구방법은?</p>	<p>건강보험 이중자격이 있는 보훈 국비환자의 경우, 명세서를 별도로 분리하지 않고 명세서 일반내역 '공상 등 구분'란에 '4' 또는 'B'를 기재, 보훈 감면환자의 경우 감면율에 따른 특정내역(MT038)을 기재하여 합산 청구</p>																																			