

공공수가정책실 연계협력수가부

Health Insurance Review & Assessment Service

협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업

세부 운영 사항 안내

2025. 3. 24.



HIRA



건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

CONTENTS



- 01 시범사업 개요
- 02 시범사업 세부 산정 지침
- 03 시범사업 급여목록
- 04 시범사업 청구방법
- 05 시스템 안내
- 06 상급종합병원 구조전환 지원사업
전문의료·회송
- 07 Q & A



CHAPTER . 01

시범사업 개요



배경

협력진료체계를 통한 합리적인 상급병원 진료 유도, 대형병원 환자 쏠림 완화
등을 위해 진료의뢰·회송제도 운영

* 2016년 5월 시행 → (2단계) 2020년 11월 시행 → (3단계) 2025년 1월 시행

목적

충실한 협력 진료를 유도하여 적정 의료기관에서 환자 상태에 맞는 진료가
이루어지도록 의뢰·회송 활성화 및 내실화 추진

02

시범사업 추진경과

('16.5월)

협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 시작(상급종합 13기관)

('17.12월)

전체 상급종합병원으로 시범사업 확대(13기관→42기관)

('19.7월)

전체 종합병원 및 전문병원 회송기관 확대(103기관→233기관)

('20.10월)

상급종합병원 '회송료' 본사업 전환

('20.11월)

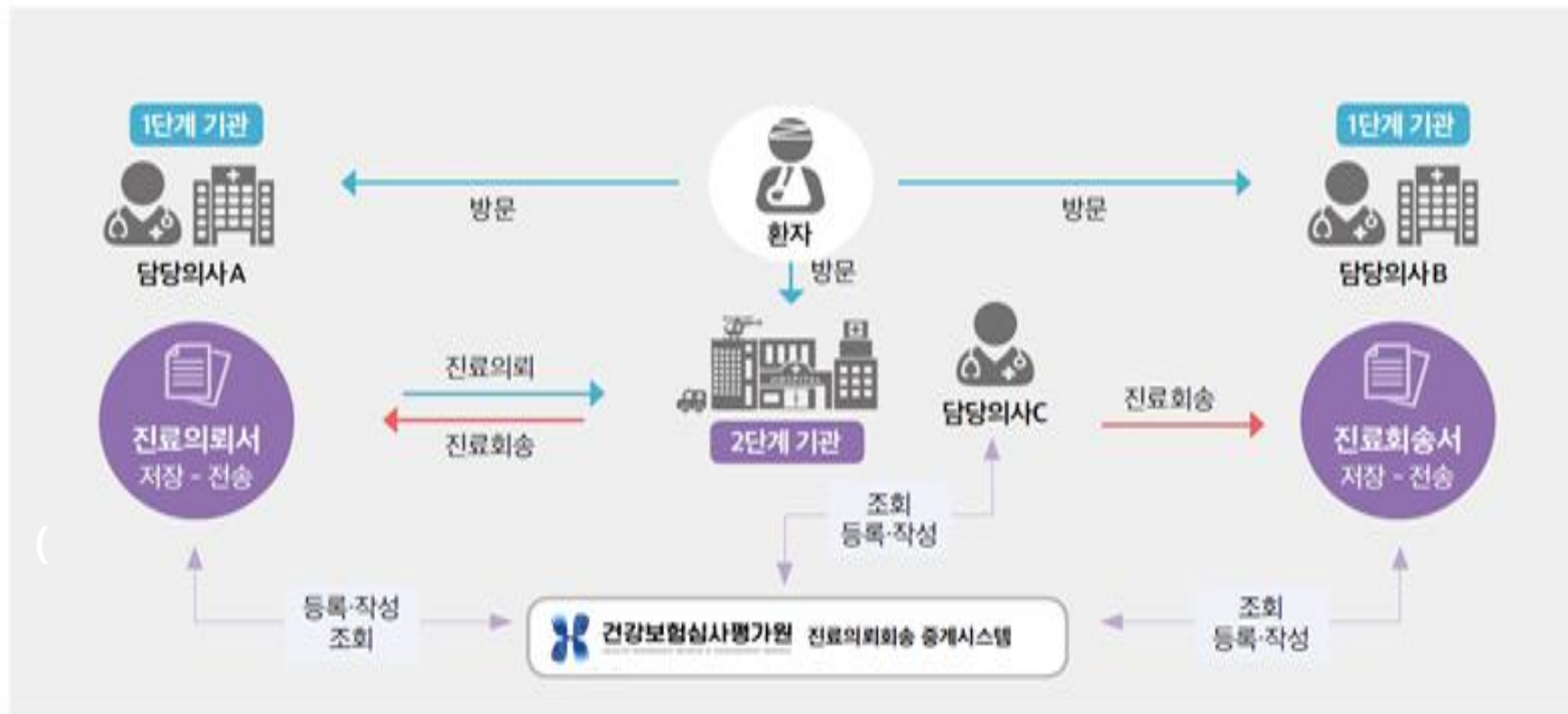
협력기관 간 진료의뢰·회송 2단계 시범사업 추진

* 진료의뢰·회송 시범사업 지침 통보(보험급여과-5003, 2020.10.29.)

('24.12월)

협력기관 간 진료의뢰·회송 3단계 시범사업 추진

* 진료의뢰·회송 시범사업 지침 통보(보험급여과-5706, 2024.12.31.)



(2단계 기관) 회송: 1) 2단계 시범기관(종합병원, 전문병원)
2) 상급종합병원(47기관)

(1단계 기관) 의뢰: 1) 2단계 시범기관(종합병원, 전문병원)과 협력 관계의 병·의원
2) 상급종합병원으로 의뢰 가능한 종합병원 이하 기관

04

시범사업 참여기관 준수사항

요양급여
안내

- 대상자에게 사업의 내용 및 급여에 대하여 **사전 안내**
- 적절한 방법으로 안내문 게시
 - 당해 기관이 시범기관인 점
 - 시범수가 산정기준, 환자의 본인부담 내역 등

개인정보
제공동의서
징구

- 의뢰서 (회송서)를 송신하는 요양기관에서 수행
 - * 시스템에 따라 각각의 **동의서 작성** 후 보관
 - (중계시스템) 진료의뢰회송 중계시스템 이용에 관한 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서
 - ※ 시범사업 지침 별지3
 - (교류시스템) 진료정보교류 개인정보 수집 및 이용·제공 동의서
 - ※ 고시제2024-200호 별지2

협력관계
유지

- 협력관계의 1단계 진료기관이 적극적으로 시범사업에 참여할 수 있도록 긴밀한 **협력체계 유지**
- 체계적인 진료 의뢰·회송을 위해 진료협력센터를 중심으로 협력기관 간 상시 연락체계구축, 간담회 및 교육 등 소통채널 유지

자료제출

- 자료제출을 요청 받았을 때 성실히 제출

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

제2조(요양급여의 절차)

- ① 요양급여는 1단계 요양급여와 2단계 요양급여로 구분하며, 가입자 또는 피부양자는 1단계 요양급여를 받은 후 2단계 요양급여를 받아야 한다.
- ② 1단계 요양급여는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원을 제외한 요양기관에서 받는 요양급여, 2단계 요양급여는 상급종합병원에서 받는 요양급여를 말한다.
- ③ 제1항 및 제2항의 규정에 불구하고 가입자등이 다음 각호의 1에 해당하는 경우에는 상급종합병원에서 1단계 요양급여를 받을 수 있다.
1~7. (응급, 분만, 치과, 장애인 재활, 가정의학과, 요양기관 근무자, 혈우병)
- ④ 상급종합병원에서 2단계 요양급여를 받고자 하는 때에는 상급종합병원에서의 요양급여가 필요하다는 의사소견이 기재된 건강진단·건강검진 결과서 또는 요양급여의뢰서를 건강보험증 또는 신분증명서와 함께 제출하여야 한다.

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

제6조(요양급여의 의뢰 및 가입자등의 회송 등)

- ① 요양기관은 가입자등에게 적절한 요양급여를 행하기 위하여 필요한 경우에는 다른 요양기관에게 요양급여를 의뢰할 수 있다.
- ② 요양급여를 의뢰받은 요양기관은 가입자등의 상태가 호전되었을 때에는 요양급여를 의뢰한 요양기관이나 1단계 요양급여를 담당하는 요양기관으로 회송할 수 있다.
- ③ 요양급여를 의뢰하는 경우에는 요양급여의뢰서를, 회송하는 경우에는 요양급여 회송서를 발급해야 한다. ~ 가입자등의 동의를 받아 진료기록의 사본 등 ~ 요양기관에 제공해야 한다.
- ④ 건강보험심사평가원은 요양급여의 의뢰 및 가입자등의 회송이 효율적으로 이루어질 수 있도록 진료의뢰·회송 중계시스템을 설치하여 운영할 수 있다.
- ⑤ 의뢰, 회송, 시스템 운영 방법 등 보건복지부장관 고시 → 진료의뢰·회송 중계 시스템 운영 등에 관한 세부사항

CHAPTER . 02

시범사업 세부 산정 지침



시범사업 주요 개정 내용 (2025.1. 적용)

2단계

① 진료의뢰료 I

- 요양기관 종별에 따라 구분

예) 의원: IA101
병원: IA102

② EMR연계가산

- 해당 없음

③ 지역가산

- 동일 시·도내 가산
17개 행정구역

④ 추가금액

- 상대가치점수 X
점수당단가 적용



3단계

① 진료의뢰료 I 기준 개선

- 의뢰사유에 따라 구분

예) 의사판단 또는
환자요청

② EMR연계 가산 신설



- 의뢰 단계에 따라
진료의뢰료 I
주사항 신설

③ 지역가산 확대

- 동일 광역시·도내
가산 13개 행정
구역

④ 추가금액 기준 변경

- 정액금액 적용

구분	내용
	<ul style="list-style-type: none"> · 의뢰를 담당하는 1단계 시범기관 <ul style="list-style-type: none"> - 1단계 시범기관(병·의원)에서 협력관계에 있는 2단계 시범기관(종합병원, 전문병원)으로의 의뢰 - 상급종합병원에 의뢰하는 “국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙, 제2조제2항의 1단계 요양급여”를 담당하는 요양기관
	<ul style="list-style-type: none"> · 회송을 담당하는 2단계 시범기관 <ul style="list-style-type: none"> - 보건복지부 장관이 지정한 종합병원 이하 2단계 진료기관(종합병원, 전문병원) * 상급종합병원은 본사업기관으로 운영(세부사항 고시 제2020-221호, 2020.9.28.)

참고. 시범기관 현황(2025.3.5.)

- (회송) 314기관 (종합병원 270기관, 전문병원 44기관)
- (의뢰) 20,653기관 (병원 2,936기관, 의원 17,717기관)

구분

내용

대상 환자

- 적절한 요양급여를 위하여 요양급여 의뢰 또는 회송을 필요로 하는 건강보험 (차상위 제외) 환자
 - (진료의뢰) 요양급여를 받고자 외래 진료를 본 환자 중 적절한 요양급여를 행하기 위해 진료의뢰가 필요한 자
 - 1) 1단계 시범기관(병·의원) → 협력관계의 2단계 시범기관(전문병원, 종합병원)
 - 2) 1단계 진료기관(종합병원 이하 기관) → 상급종합병원
 - (진료회송) 요양급여를 받고자 입원 또는 외래 진료를 본 환자 중 적절한 요양급여를 행하기 위해 진료회송이 필요한 자
 - 1) 2단계 시범기관(전문병원, 종합병원) → 협력관계의 1단계시범기관(병·의원)
 - * 회송의 경우 예외적으로 필요시 협력을 맺지 않은 1단계기관으로 회송 가능(단, 동일종별제외)
 - 2) 상급종합병원 → 1단계 진료기관(종합병원 이하 기관)
- ⇒ 단, “개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서”에 동의한 자에 한한다.

구분

내용

진료의뢰료 I

· (2) 환자요청 'IA027(90027)'

- 요양기관 종별 상관없이 30% 적용(11,500원의 30% → 3,400원)
단, 본인부담 경감 대상 환자의 경우 경감된 본인일부부담금액을 적용
(중증 암, 희귀질환, 중증난치질환, 임신부 외래진료 등)

* 관련근거

- 1) 「국민건강보험법시행령」 제19조제1항에 의한 '본인일부부담금의 부담률 및 부담액' [별표 2]
- 2) 「국민건강보험법시행규칙」 제13조제1항에 의한 '외래진료 등의 요양급여비용 총액에 관한 조건 및 본인부담액' [별표 3]
- 3) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 등

그 외
의뢰료 및
화송료

· 본인부담금 면제

- 전액 국민건강보험공단이 부담

★ 수가 산정을 위한 진료의뢰·회송서는 **전자적 방식**으로 제공

○ 건강보험심사평가원

① (웹 제출 방식) 심사평가정보제출시스템(<https://ef.hira.or.kr>) → 공인인증서 로그인

→ 진료의뢰·회송 → 의뢰회송서 작성 → ‘의뢰서작성’ 또는 ‘회송서작성’

The screenshot displays the HIRA e-Form system interface. At the top, there is a navigation bar with links: 종합 안내, 심사서식정보, 평가서식정보, **진료의뢰·회송** (highlighted in a red box), 진료지원(한방 등), 테스트(임시), and 샘플. Below this, a sidebar on the left contains a '공인인증서 로그인' button (highlighted in a red box) and other options like '의뢰서작성' and '회송서작성'. The main area shows the '심사평가정보 제출시스템(HIRA e-Form)' with a '요양(의료)급여의뢰서' form. The form includes fields for '의뢰번호', '환자등록번호', '보험자등록번호', and '의뢰자 또는 세대주 성명'. A red box highlights the '의뢰서작성' and '회송서작성' buttons in the sidebar.

○ 건강보험심사평가원

② (EMR연계 방식) AGENT 프로그램 활용(전산 개발 필요)

- 심사평가정보제출시스템 → 메인 화면 로그인 하단 'Agent 개발 가이드' 참고

- ※ 진료의뢰료 II · III 산정 위한 표준서식(e-Form)은 심평원에서 제공하는
API(프로그래밍 서비스)를 통해 EMR에 추가 개발 후 Agent로 송신하는 건만 해당
☎ 필요시 건강보험심사평가원 정보관리부(033-739-0813, 0818) 문의

○ 한국보건의료정보원

③ (EMR연계 방식) 진료기록전송시스템(진료정보교류시스템) 활용(전산 개발 필요)

- ※ 진료의뢰료 II · III 산정 위한 표준서식: 약물처방내역, 검체검사결과, 수술내역,
영상의학판독소견서, 기능검사결과, 병리검사결과, 영상검사결과
☎ 필요시 한국보건의료정보원 진료정보교류사업단 콜센터(1666-7598) 문의

1) 의뢰서·회송서 작성

- 진료의뢰 · 회송이 결정 된 진료일 당일 시스템에 등록하여 수신기관에 제공하는 것이 원칙이나,
부득이 하게 당일 등록하지 못한 경우는 진료일 익일부터 3일 이내(공휴일은 산입 제외) 등록 하여야 한다
* 3일이 지난 경우 등록 할 수 없으며 수가 산정 불가함
- 의뢰서 · 회송서 작성 완료 후 일부 항목(보험자 종별, 수진자 주민등록번호 등) 외 수정 불가함에 따라 삭제 후 기한 내 재작성 하여야 한다

2) 진료정보 및 영상정보 첨부

- 진료의뢰료 II · III 산정 관련 진료·영상정보는 의뢰서 등록 익일부터 3일 이내 (공휴일 포함) 등록 하여야 한다

★ 진료일 이후 의뢰·회송 정보를 등록하는 경우에는
'의뢰회송번호' 중 일자를 진료일로 수정하여야 한다 ★

구분

내용

진료의뢰료 I

· 의뢰사유에 따라 기본 수가코드 산정(① 또는 ②)

① 의사판단(IA026): 의사의 의학적 판단에 따라 타 기관에 의뢰하는 경우

② 환자요청(IA027): 단순 환자요청에 의해 타 기관에 의뢰하는 경우

· 전자적 의뢰 방식 및 종별 의뢰 단계에 따라 주사항 코드 추가 산정

⇒ EMR연계 방식(agent 및 진료정보교류 시스템)으로 진료의뢰서를 작성 한 경우

① IA024: 1단계 시범기관(병·의원) → 2단계 시범기관(전문병원, 종합병원)

* 단, 상급종합병원 의뢰는 제외

② IA025: 전문병원, 종합병원 → 상급종합병원

* 한방코드 생략

예시	산정 가능 수가	
의원에서 의사판단에 따라 협력 관계의 종합병원 으로 Agent를 통해 의뢰	IA026	IA024
의원에서 환자요청에 따라 상급종합병원 으로 Agent를 통해 의뢰	IA027	-
종합병원 에서 의사판단에 따라 상급종합병원 으로 Agent를 통해 의뢰	IA026	IA025

구분	내용
진료의뢰료 II IA710	<p>· 표준화된 진료정보 1종 이상을 전송하는 경우 추가 산정</p> <p>① 건강보험심사평가원에서 제공하는 <u>표준서식(e-Form) 28종 중 1종 이상</u>을 API를 통해 Agent로 송신</p> <p>② 한국보건의료정보원에서 제공하는 진료정보교류시스템을 통해 <u>약물처방내역, 수술내역, 영상의학판독소견서, 검사결과(검체, 기능, 병리, 영상) 중 1종 이상</u>을 송신 (예시) Agent를 통해 요양급여의뢰서와 진단검사결과지(e-Form서식)를 전송한 경우 산정</p>
진료의뢰료 III IA720	<p>· 표준화된 진료정보 2종 이상(영상검사 결과지 또는 영상의학판독소견서 포함)과 영상정보를 전송하는 경우 추가 산정</p> <p>① <u>DICOM으로 획득한 영상정보와</u> 심평원에서 제공하는 표준서식(e-Form) 28종 중 영상검사 결과지 외 추가 서식 1종 이상을 API를 통해 Agent로 송신</p> <p>② 한국보건의료정보원에서 제공하는 진료정보교류시스템을 통해 <u>영상정보, 영상 의학판독소견서 외 추가 서식 1종 이상</u>을 송신 (예시) Agent를 통해 요양급여의뢰서, CT영상, 영상검사 결과지 및 진단검사결과지(e-Form서식)를 전송한 경우 산정</p>

단, 진료의뢰료 II·III는 중복 산정 불가

구분

내용

비수도권
동일 광역
시·도내
가산
IA023

·비수도권에서 동일 광역시·도내 기관에 의뢰한 경우 추가 산정

⇒ 비수도권: 서울, 경기, 인천을 제외한 지역

① 1단계 시범기관(병·의원) → 2단계 시범기관(종합병원, 전문병원)

② 1단계 진료기관(종합병원 이하 기관) → 상급종합병원

- 동일 행정구역기준(13개) -

구분	행정구역	구분	행정구역
1	서울특별시	8	전라남도·광주광역시
2	강원도	9	경상북도·대구광역시
3	경기도	10	울산광역시
4	인천광역시	11	경상남도
5	대전광역시·충청남도·세종특별시	12	부산광역시
6	충청북도	13	제주도
7	전라북도	-	-

구분

내용

- 회송기관으로 등록 된 전문병원 또는 종합병원에서 진료 후 회송 시 산정
 - 2단계 시범기관(종합병원, 전문병원) → 협력관계의 1단계 시범기관(병·의원)
 - 단, 필요시 비협력 관계의 병·의원으로 회송가능
- 종별(종합병원, 전문병원) 및 서식(입원, 외래)에 따라 수가 구분
- * (참고) 2024년 2월부터 운영중인 비상진료 한시적 인상수가는 종료시까지 산정 가능

(단위: 원)

구분		시범사업		한시적 인상수가	
종합병원	(1) 입원	IA321	58,000	IE121	86,230
	(2) 외래	IA331	44,000	IE131	64,670
전문병원 (중병제외)	(1) 입원	IA322	50,000	IE122	74,660
	(2) 외래	IA332	38,000	IE132	55,990
보험자종별		건강보험 (차상위보훈이중자격제외)		건강보험 (차상위보훈이중자격포함)	

* 기타 세부 사항은 비상진료 지원방안 지침 참고

구분

내용

각종 가산 등

· 의무기록 및 영상정보(CD, DVD) 등 복사 비용

- 요양급여 의뢰·회송을 목적으로 발행한 진료기록부, 영상 등 의무기록 복사에 소요 되는 비용은 의뢰료 및 회송료에 포함되어 있으므로 별도 산정하지 않는다.
- 다만, 회송시 환자 필요에 따라 영상정보(CD, DVD) 등을 별도로 생성한 경우는 실비로 환자가 부담할 수 있다.

* 의뢰의 경우 별도 산정 불가함

· 공휴·야간·소아 등 각종 가산은 적용하지 않는다.



CHAPTER . 03

시범사업 급여목록



코드	분류	금액
	의뢰료	
	주: 1. 의뢰기관에서 환자의 진료의뢰서를 작성하고 의뢰·회송 중계시스템을 통하여 상급종합병원 등에 환자를 의뢰한 경우 산정한다.	
IA023 (90023)	2. 비수도권에서 동일 광역시·도내 기관에 의뢰한 경우 별도 산정한다.	6,500
	3. 「나」와 「다」는 중복하여 산정하지 아니한다.	
	가. 진료의뢰료 I	
IA024 (90024)	주: 1. 1단계 시범기관에서 2단계 시범기관 의뢰 시 요양기관의 진료정보 시스템과 연동 가능한 gent 프로그램 등을 활용한 경우 별도 산정한다.	5,500
IA025 (90025)	2. 종합병원 또는 전문병원에서 상급종합병원 의뢰 시 요양기관의 진료정보 시스템과 연동 가능한 Agent 프로그램 등을 활용한 경우 별도 산정한다.	11,000
IA026 (90026)	(1) 의사판단	11,500
IA027 (90027)	(2) 환자요청	11,500
	나. 진료의뢰료 II	
IA710 (90710)	주: 의뢰기관에서 의뢰환자의 진료정보를 표준화된 전자적 방식으로 전송하는 경우 별도 산정한다.	4,500
	다. 진료의뢰료 III	
IA720 (90720)	주: 의뢰기관에서 의뢰환자의 진료정보와 영상정보를 표준화된 전자적 방식으로 전송하는 경우 별도 산정한다.	9,000

웹 제출 가능

EMR 연계 필수

코드	분류	금액
	회송료	
	가. 종합병원	
IA321	(1) 입원	58,000
IA331	(2) 외래	44,000
	나. 전문병원(종합병원 제외)	
IA322	(1) 입원	50,000
IA332	(2) 외래	38,000

* 상급종합병원 회송료는 본사업으로 수가 고시 적용(고시 제2020.-155호, 2020.7.23.)

CHAPTER . 04

시범사업 청구방법



심사청구서

시범사업 내역과 비시범사업 내역의 심사청구서는 하나의 심사청구서로 작성

명세서

시범사업 내역과 비시범사업 내역은 분리하여 요양급여비용 명세서에 연이어 작성

항·목

의뢰료 및 회송료는 “01항(진찰료) 03목(응급 및 회송료 등) ” 란에 기재

*한방의 경우 “01항(진찰료) 99목(기타)”란에 기재

특정내역

① 의뢰료와 회송료는 각각 아래의 명일련단위 특정내역을 기재하여 분리청구

구분	MT002	MT066
의뢰료	S029	의뢰 또는 회송 번호 19자리 기재
회송료	S002	

- 단, 진료의뢰료 I 중 본인부담금이 있는 '환자요청 IA027(90027)'수가 청구 시 본인부담 경감 사유가 있는 환자의 경우 해당 특정기호를 동시 기재 한다(낮은 본인부담률 특정기호 순)

② 의뢰(회송)된 환자를 진료한 경우 의뢰(회송) 기관에서 생성한 의뢰(회송) 번호를
진료를 시행한 기관에서 아래와 같이 기재하여 청구

구분	MT078
일반 진료 명세서	의뢰 또는 회송 번호 19자리 기재

* MT078과 매칭되는 별도의 수가코드 없으며, 의뢰·회송 내실화를 위해 모니터링 후 활용예정

내원일수 등

명세서 서식에 따라 요양급여일수 및 입원일수, 총내원일수를 아래와 같이 기재하여 청구

구분			요양급여일수	입원일수, 총 내원일수
S029	MT066	외래	0	0
S002	MT066	입원	0	0
		외래	1	1
-	MT078	입원 또는 외래	실 요양급여일수 기재	실 입원일수, 총 내원일수 기재

명세서 서식에 따라 내원일자, 당월 요양개시일은 아래와 같이 기재하여 청구

구분			내원일자, 당월 요양개시일
S029	MT066	외래	의뢰 실시일자 기재
S002	MT066	입원	분리청구 명세서에 회송 실시일자 기재 *입원 기간 내 포함되어야 함
		외래	회송 실시일자 기재
-	MT078	입원 또는 외래	진료일자 기재

MT066

의뢰(회송)를 실시하는 경우 의뢰(회송)하는 요양기관에서 생성한 의뢰(회송) 번호 기재

구분	의뢰번호		회송번호	
	의뢰 하는 기관	의뢰 받는 기관	회송 하는 기관	회송 받는 기관
기재대상 명세서	S029	의뢰료 청구 명세서 MT066	S002	회송료 청구 명세서 MT066

※ 의뢰/회송번호 구성(총 19자리)

1	2	3	4	5	6	7	8	Y	Y	M	M	D	D	1	2	3	4	5
(발급기관 기호)								(의뢰·회송서 발급일자)						(일련번호)				

- 발급기관 기호 : 의뢰서/회송서를 발급한 기관의 요양기호 (8자리)
- 의뢰·회송서 발급일자 : 년(YY)·월(MM)·일(DD) (6자리)
- 일련번호 : 발급일자(년·월·일)에 발생한 일련번호 (5자리)

MT078

의뢰 (회송)된 환자를 진료하는 경우
 의뢰 (회송)한 요양기관에서 생성한 의뢰(회송) 번호를 진료한 기관에서 기재

구분	의뢰번호			회송번호		
	의뢰 하는 기관		의뢰 받는 기관	회송 하는 기관		회송 받는 기관
기재대상 명세서	S029	의뢰료 청구 명세서	일반 진료 명세서	S002	회송료 청구 명세서	일반 진료 명세서
		MT066	MT078		MT066	MT078

※ 의뢰/회송번호 구성(총 19자리)

1	2	3	4	5	6	7	8	Y	Y	M	M	D	D	1	2	3	4	5
(발급기관 기호)								(의뢰 · 회송서 발급일자)						(일련번호)				

- 발급기관 기호 : 의뢰서/회송서를 발급한 기관의 요양기호 (8자리)
- 의뢰·회송서 발급일자 : 년(YY)·월(MM)·일(DD) (6자리)
- 일련번호 : 발급일자(년·월·일)에 발생한 일련번호 (5자리)

CHAPTER . 05

시스템 안내



진료의뢰·회송 중계시스템이란?

진료의뢰·회송을 위해 필요한 정보를 요양기관 간 송·수신할 수 있는 시스템

(경로) 심사평가정보제출시스템(<https://efhira.or.kr>) → 공인인증서 로그인 → 진료의뢰·회송

The screenshot displays the HIRA e-Form system interface. At the top, the navigation bar includes links for '종합 안내' (General Guide), '심사서식정보' (Review Form Information), '평가서식정보' (Evaluation Form Information), '진료의뢰·회송' (Medical Referral/Return), and '진료지원(한방 등)' (Medical Support (Traditional Medicine, etc.)).

The main content area is divided into two sections. The left section, titled '심사평가정보 제출시스템(HIRA e-Form)', contains a '공동인증서 로그인' (Public Certificate Login) button, which is highlighted with a red box. Below this are buttons for '회원가입' (Member Registration), '인증서 등록' (Certificate Registration), and '공동인증센터' (Public Certificate Center). A note states: '※ 법인을 공동인증서를 발급받은 기관회원 전용 서비스입니다.' (※ This is a service for corporate members who have received a public certificate).

The right section, titled '진료의뢰·회송' (Medical Referral/Return), contains a '요양(의료)급여의뢰서' (Nursing (Medical) Benefit Referral Form). This section is also highlighted with a red box. It includes a '기본정보' (Basic Information) section with fields for '의료기관번호' (Medical Institution Number), '환자 등록번호' (Patient Registration Number), '보험자유형구분' (Insurance Type), '건강보험증번호(또는 사업장번호)' (National Health Insurance Number (or Business Number)), '거점지 또는 세대주 성명' (Head of Household or Branch Name), and '환자 성명' (Patient Name). There are also fields for '거점지 또는 세대주 주민등록(전라)번호' (Head of Household or Branch Resident Registration Number (Jeolla)) and '환자 주민등록번호' (Patient Resident Registration Number).

A red arrow points from the '공동인증서 로그인' button to the '진료의뢰·회송' section, indicating the flow of the process.

작성·제출 방식

- ① (웹 제출 방식) 심사평가정보제출시스템(<https://ef.hira.or.kr>) → 공인인증서 로그인
→ 진료의뢰·회송 → 의뢰회송서 작성 → ‘의뢰서작성’ 또는 ‘회송서작성’
- ② (EMR연계 방식) AGENT 프로그램 활용(전산 개발 필요)
 - 심사평가정보제출시스템 → AGENT 다운로드, AGENT 개발 가이드 확인
 - ☎ 필요시 건강보험심사평가원 정보관리부(033-739-0813, 0818) 문의



① 기본정보

A. 기본정보

* 의뢰회송번호	11111111 - 250224 - 일련번호	입력 예) 00001 ~ 99999 까지의 숫자 5자리 임의 부여 최초 생성 후 수정불가		※ '상급종합병원 구조전환 지원사업' 대상자의 경우만 일련번호 A+숫자4자리로 부여	
환자 등록번호	<input type="text"/>				
* 보험자유형구분	건강보험 ▼				
건강보험증번호(또는 사업장기호)	<input type="text"/> 숫자만 입력				
가입자 또는 세대주 성명	<input type="text"/>	가입자 또는 세대주 주민등록(관리)번호	<input type="text"/> 숫자만 입력		
* 환자 성명	<input type="text"/>	* 환자 주민등록번호	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
* 환자 전화번호1)	<input type="text"/> 숫자만 입력	환자 전화번호2)	<input type="text"/> 숫자만 입력	환자 전화번호3)	<input type="text"/> 숫자만 입력
환자 주소	<input type="text"/>				<input type="button" value="검색"/>

- 의뢰회송번호: 요양기관기호(자동생성) + 연월일(자동생성) + 일련번호(수기입력)
- 환자등록번호: 의료기관에서 부여한 환자등록번호 기재
- 보험자유형구분: 건강보험 / 의료급여 / 자동차보험 중 선택
- 환자 성명, 주민등록번호, 전화번호 입력

※ <참고> * 표시는 필수값으로 반드시 입력해야만 전송 가능!

추후 요양급여의뢰서 수정 시, 접수 전 상태에서 '보험자유형구분', '환자 주민등록번호'는 수정 가능

의뢰회송번호는 최초 생성 후 수정 불가하므로, 진료일 이후 작성 시 '연월일'을 진료일로 수정!

① 기본정보

B. 의뢰 기본정보

* 의뢰 사유	<input type="radio"/> 의사판단 <input type="radio"/> 환자요청	
* 의뢰 세부사유	<input type="checkbox"/> 진단의뢰 <input type="checkbox"/> 검사의뢰 <input type="checkbox"/> 수술의뢰 <input type="checkbox"/> 시술 및 약물치료 의뢰 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="text" value="기타 선택 시, 기타사유를 입력해주세요."/>	
* 주호소	<input type="text"/>	
* 의심되는 상병분류기호	<input type="text" value=""/>	* 의심되는 상병명 <input type="text"/>
* 의뢰받을 요양기관 명칭	<input type="text" value=""/>	<input type="text"/>
* 의뢰받을 진료과	<input type="text" value=""/>	
* 의뢰 기관유형	<input type="radio"/> 회송환자 재의뢰(패스트트랙) <input type="radio"/> 타 기관	
* 긴급진료필요	<input type="radio"/> Y <input type="text"/> <input type="radio"/> N	

- **의뢰사유:** ① 의사판단: 담당의사의 의학적 판단 ② 환자요청: 환자 또는 가족 등의 요청
- **의뢰 세부사유:** ‘의사판단’으로 의뢰 시 필수 입력
- **주호소:** 환자의 주호소를 텍스트 형식으로 입력 예) Lt. Chest pain, 왼쪽 무릎 관절통, ...
- **의심되는 상병:** 환자 의뢰의 사유가 되는 의심 상병 기재
- **의뢰 기관유형 ‘회송환자 재의뢰(패스트트랙):** 1단계 진료기관에 회송된 환자가 상태 악화 등으로 다시 2단계 진료기관에 재의뢰시 빠른 진료연계로 진료 받을 수 있는 시스템
- **긴급진료필요:** 환자가 신속한 진료가 필요하다고 판단하는 경우 ‘Y’

② 환자상태 및 진료소견

C. 환자상태 및 진료소견

* 상병분류기호	<input type="text"/>	* 상병명	<input type="text"/>
* 진료과	<input type="text"/>		
* 진료형태구분	<input type="radio"/> 입원 <input checked="" type="radio"/> 외래	* 진료기간	<input type="text"/> -- <input type="text"/> ~ <input type="text"/> -- <input type="text"/>
* 환자상태 및 진료소견	• 진료소견 소견선택 <input type="text"/>		
	• 치료·검사내역 <input type="text"/>		
	• 과거력 <input type="text"/>		
	• 투약력 <input type="text"/>		
	• 기타 가족력 알려지 유무 등 <input type="text"/>		
* 주의 의약품 여부	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	* 주의 의약품 내용	<input type="text"/>
* 감염병 여부	<input type="radio"/> Y <input type="radio"/> N	* 감염병 내용	<input type="text"/>
* 회신요청 여부	<input checked="" type="radio"/> Y <input type="radio"/> N		

- **상병**: 환자의 현상병 기재 (의심되는 상병과 동일한 경우, 동일하게 기재 가능)
- **진료과, 진료형태구분, 진료기간**: 의뢰하는 요양기관에서의 진료형태에 따라 기재
- **환자상태 및 진료소견**: 진료의뢰 관련 의학적 소견 및 환자 과거력, 투약력 등 충실하게 기재
- **주의 의약품, 감염병 여부**: 주의가 필요한 의약품 및 감염병 간략 기재
- **회신요청 여부**: 수신 기관으로부터 의뢰에 대한 회신을 받고자 하는 경우 'Y'

③ 진료정보

D. 진료정보

진료·영상정보 가산 관련 주의사항

퇴원요약지	익례초진/경과기록지	검사결과지	기타								
<div>• 전자적 진료정보(e-Form) (총 : 0건) 블러오기 선택삭제</div> <table border="1"> <thead> <tr> <th><input type="checkbox"/></th> <th>문서번호</th> <th>서식명</th> <th>상태</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">No Data</td> </tr> </tbody> </table>				<input type="checkbox"/>	문서번호	서식명	상태	No Data			
<input type="checkbox"/>	문서번호	서식명	상태								
No Data											
<div>• 첨부파일 파일추가 선택삭제</div> <table border="1"> <thead> <tr> <th><input type="checkbox"/></th> <th>파일명</th> <th>파일크기</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">No Data</td> </tr> </tbody> </table>				<input type="checkbox"/>	파일명	파일크기	No Data				
<input type="checkbox"/>	파일명	파일크기									
No Data											

- 중계시스템과 심사평가자료제출시스템(e-Form 표준서식)을 연계*하여 환자정보 공유

* 연계방식 ※ 진료의뢰료 II, III는 Agent 프로그램을 통해 표준서식 연계 시에만 수가 인정

- ① Agent 프로그램 이용: 심사평가정보 제출시스템 > Agent 다운로드, Agent 개발 가이드 참고
- ② 웹 포털 이용: 심사평가정보 제출시스템 > 심사서식정보 > 공고서식 제출(28종) 작성 (문서공통정보의업무구분 진료의뢰회송 선택)

* 단, 웹 제출 방식은 상급종합병원 구조전환 지원사업에서만 인정

강보협심사평가원

종합 안내

② 심사서식정보

④ 영상정보

E. 영상정보

- 진료정보와 함께 영상정보(영상파일+영상검사결과지)를 첨부한 경우 의뢰료Ⅲ 수가 인정
 - 영상검사결과지는 D.진료정보>검사결과지란에 첨부하시기 바랍니다.

영상정보	• 의료영상정보(전체) (총 : 0건)				파일추가	선택삭제
	<input type="checkbox"/>	파일종류	기타 영상종류	파일명	파일크기	
No Data						

F. 예약관련 정보

예약희망일시 및 요청사항 등	
-----------------	--

G. 담당자 정보

* 담당의사 성명		담당의 선택	* 담당의사 면허번호	
(진료협력센터) 담당자 성명		(진협)담당자 선택	* (진료협력센터) 담당자 연락처	숫자만 입력

- **영상정보:** 파일추가 버튼 클릭 후 탐색기 창에서 추가할 영상파일(MRI, CT 등) 선택

※ 진료의뢰료Ⅲ 산정을 위한 영상정보는 의료영상기기를 통해 DICOM으로 획득한 정보만 인정

- **예약관련 정보:** 의뢰회송 시 예약 희망일시 및 요청사항 등 입력
- **담당자 정보:** 담당의사 정보 및 진료협력업무 담당자 입력

요양급여회송서

A. 기본정보

* 의뢰회송번호	11111111 - 250227 - 일련번호	<small>입력 예) 00001 ~ 99999 까지의 숫자 5자리 임의 부여</small> ※ '상급종합병원 구조전환 지원사업' 대상자의 경우만 일련번호 A+숫자4자리로 부여	
환자 등록번호			
* 보험자유형구분	건강보험 ▾		
건강보험증번호(또는 사업장기호)	숫자만 입력		
가입자 또는 세대주 성명		가입자 또는 세대주 주민등록(관리)번호	숫자만 입력
* 환자 성명		* 환자 주민등록번호	-
* 환자 전화번호1)	숫자만 입력	환자 전화번호2)	숫자만 입력
		환자 전화번호3)	숫자만 입력
환자 주소			<input type="button" value="검색"/>

B. 회송 기본정보

* 회송받을 요양기관 명칭	<input type="text"/> <input type="button" value="Q"/>		
* 회송받을 진료과	<input type="text"/> <input type="button" value="Q"/>		
* 회송 기관유형	<input type="radio"/> 퇴원(퇴원했던 기관으로 회송) <input type="radio"/> 타 기관		
* 회송 진료형태유형	<input type="radio"/> 입원치료를 위해 회송 <input type="radio"/> 외래치료를 위해 회송		
* 회송 사유	<input type="checkbox"/> 약물치료 <input type="checkbox"/> 삽입관 관리 <input type="checkbox"/> 수술 후 관리 <input type="checkbox"/> 상처 관리 <input type="checkbox"/> 재활 <input type="checkbox"/> 호스피스 <input type="checkbox"/> 환자 또는 가족요청 <input type="checkbox"/> 연고지 <input type="checkbox"/> 기타 기타 선택 시, 기타사유를 입력해주세요.		

C. 환자상태 및 진료소견

* 상병분류기호	<input type="text"/> <input type="button" value="Q"/>	* 상병명	<input type="text"/>
* 진료과	<input type="text"/> <input type="button" value="Q"/>		
* 진료형태구분	<input type="radio"/> 입원 <input type="radio"/> 외래	* 진료기간	-- -- ~ -- -- <input type="button" value="소견선택"/>
	* 진료소견	<input type="text"/>	

- 의뢰서 작성법과 동일 ('B. 회송 기본정보' 일부 항목 다름, 사유에 따른 수가코드 차이 없음)



CHAPTER . 06

상급종합병원구조전환자원사업 전문 의뢰·화송



배경

상급종합병원의 과중한 전공의 의존도를 낮추면서, 밀도있는 수련을 제공하고, 중증 중심으로 진료하는 「지속가능한 진료체계」 확립 필요
 수도권 대형병원 쏠림 등 왜곡된 의료 공급. 이용체계 근본 해결 등 궁극적으로 바람직한 「의료 공급. 이용체계」로 전환 추진

* 2024년 10월 시행

상급종합병원 구조전환 지원사업지침 개정안 통보(의료체계추진단-236호, 2025.2.10.)

전문 의뢰·회송 목적

(의뢰회송 내실화) 의사 판단에 따른 전문적 의뢰 강화* 및 회송 이후 상종 진료 필요시 최우선 예약 등 패스트트랙 적용

(진료협력 강화) 시스템 연계, 진료협력센터 인원 보강, 의료인력·장비 자원 공유 등 진료협력 유도

수가 요약

구분	1) 진료협력병원 전문 회송료	2) 상급종합병원 전문 회송료	3) 진료협력병원 전문 의뢰료	4) 진료협력병원 등 회송환자 관리료*
대상 기관	지원기관 → 2차급 진료협력병원	지원기관 → 상급종합병원	2차급 진료협력병원 → 지원기관	지원기관 → 2차급 진료협력병원 또는 상급종합병원
지역 구분	권역 내 또는 인접지역	수도권→비수도권	권역 내 또는 인접지역	<2차급 회송> 권역 내 또는 인접지역, <상급종합병원 회송> 수도권→비수도권
대상 환자	외래 또는 입원	외래 또는 입원	외래	외래 또는 입원
요건	▲패스트트랙 운영, ▲의사의 상세한 소견, ▲표준화된 진료·영상정보 전자적 방식 제공 * 4) 진료협력병원 등 회송환자 관리료는 회송환자를 회송일로부터 90일 이내 진료한 경우			
지역가산	-	-	동일 권역 내	-

(지원기관) 상급종합병원 구조전환 지원사업 참여신청 후 선정평가를 거쳐 보건복지부장관이 지정한 기관
(진료협력병원) 지원기관과 진료협력을 맺은 2차 병원급 기관(권역내 또는 인접지역)

수가 산정기준 등

- ① (대상) 전자적 방식에 따라 의뢰 또는 회송 하는 경우
- ② (전자적 방식) 상세한 의사 소견, 그간 진료내역, 검사결과 등
표준화된 진료·영상정보를 포함하여 전자적 방식으로 제공
- ③ (절차) 환자의 기본정보·상태 등을 ‘진료의뢰·회송 중계시스템’을 이용한
‘요양(의료)급여 의뢰(회송)서’ 또는 ‘진료기록전송지원시스템*’을
이용한 ‘진료 의뢰(회송)서’를 통하여 전송
* 「의료법」 제21조의2 제3항에 따름

④ (대상 환자) 건강보험(차상위 포함), 의료급여 환자

- (전문 회송료) 지원기관의 외래 또는 입원 환자(단, 선택의료급여 환자 제외)
- (전문 의뢰료) 진료협력기관의 외래 환자
* 의료급여 환자는 「협력기관간 진료의뢰·회송 시범사업」수가산정불가
- (회송환자 등 관리료) 비수도권 상급종합병원 또는 진료협력기관의 외래 또는 입원
환자(단, 선택의료급여 환자 제외)

⑤ (요양급여의 부담) 본인부담금 면제

수가 산정기준 등

⑥ (산정횟수) 수가에 따라 아래와 같이 산정

구분	수가명	산정 수가코드	
		기본 수가	추가 산정
회송료 (지원기관)	진료협력병원 전문 회송료 • 가-5 회송료 입원 또는 외래 산정 횟수와 동일하게 전문 회송료 산정	AE011, AE012 AE021, AE022	IF111, IF112 IF121, IF122
	상급종합병원 전문 회송료 • 상급종합병원 전문 회송료 단독 산정	-	IF131, IF132 IF141, IF142
의뢰료 (협력기관)	진료협력병원 전문 의뢰료 • “협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업” 진료의뢰료 수가 산정횟수와 동일 하게 전문 의뢰료 산정	① IA026 또는 IA027 ② IA710 또는 IA720 등	IF101, IF102
비수도권 상급종합 병원 및 진료협력기관	진료협력병원 등 회송환자 관리료	-	IF103

※ 단, 수가별 세부 산정기준은 지원사업 지침 및 ‘가-5 회송료’ 수가 산정 고시, 시범사업 지침 등에 따름

코드	분류	금액
	가. (상급종합시험) 진료협력병원 전문 회송료	
	1. (상급종합시험) 진료협력병원 전문 회송료 I	
IF111	(가) 입원	33,000
IF112	(나) 외래	25,000
	2. (상급종합시험) 진료협력병원 전문 회송료 II	
IF121	(가) 입원	36,000
IF122	(나) 외래	28,000
	3. (상급종합시험) 상급종합병원 전문 회송료 I	
IF131	(가) 입원	66,000
IF132	(나) 외래	49,000
	4. (상급종합시험) 상급종합병원 전문 회송료 II	
IF141	(가) 입원	72,000
IF142	(나) 외래	56,000
IF101	나. (상급종합시험) 진료협력병원 전문 의뢰료	15,000
IF102	주: 비수도권에서 동일 권역 내 기관에 의뢰한 경우 별도로 산정한다.	5,000
IF103	다. (상급종합시험) 진료협력병원 등 회송환자 관리료	15,000

코드	분류	금액
	의뢰료	
	주: 1. 의뢰기관에서 환자의 진료의뢰서를 작성하고 의뢰·회송 중계시스템을 통하여 상급종합병원 등에 환자를 의뢰한 경우 산정한다.	
IA023 (90023)	2. 비수도권에서 동일 광역시·도내 기관에 의뢰한 경우 별도 산정한다.	6,500
	3. 「나」와 「다」는 중복하여 산정하지 아니한다.	
	가. 진료의뢰료 I	
IA024 (90024)	주: 1. 1단계 시범기관에서 2단계 시범기관 의뢰 시 요양기관의 진료정보 시스템과 연동 가능한 gent 프로그램 등을 활용한 경우 별도 산정한다.	5,500
IA025 (90025)	2. 종합병원 또는 전문병원에서 상급종합병원 의뢰 시 요양기관의 진료정보 시스템과 연동 가능한 Agent 프로그램 등을 활용한 경우 별도 산정한다.	11,000
IA026 (90026)	(1) 의사판단	11,500
IA027 (90027)	(2) 환자요청	11,500
	나. 진료의뢰료 II	
IA710 (90710)	주: 의뢰기관에서 의뢰환자의 진료정보를 표준화된 전자적 방식으로 전송하는 경우 별도 산정한다.	4,500
	다. 진료의뢰료 III	
IA720 (90720)	주: 의뢰기관에서 의뢰환자의 진료정보와 영상정보를 표준화된 전자적 방식으로 전송하는 경우 별도 산정한다.	9,000

웹 제출 가능

해당없음

EMR 연계 필수

웹 제출 가능
(e-Form)

- 상급종합병원 구조전환 지원사업에서의 진료정보는 Agent 프로그램 활용 또는 증계시스템 포털 (Web)*, 교류시스템**을 통한 작성·전송 모두 인정

* (web) 1단계: 심사평가정보 제출시스템(<https://efhira.or.kr>) > 심사서식정보 > 공고서식 제출(28종) > 문서공통정보 > '업무구분 - 진료의뢰회송' 선택 > 내용 작성 > 임시저장

2단계: 심사평가정보 제출시스템(<https://efhira.or.kr>) > 진료의뢰·회송 > 의뢰·회송서 작성 > 의뢰서 작성(회송서작성) > 'D.진료정보 - 불러오기' 통해 첨부 > 전송

건강보험심사평가원 HIRA HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

종합 안내 **심사서식정보** 평가서식정보 진료의뢰·회송

심사평가정보 제출시스템

심사서식정보

서식명 [] Q

제출 목록 및 요청자료내역 조회

- 제출 목록조회(전체)
- 제출 목록조회(명세서별)
- 제출 목록조회(신포괄3종)
- 요청자료내역 등 조회
- 공고서식 제출 (28종)**
- 퇴원요약자료
- 진단검사결과지

진단검사결과지

기재형식 화면 가이드

문서공통정보 초기화 명세서조회

- 청구번호 0000000000
- 접수년도 0000
- 청일련 0
- 업무구분 / 세부업무구분 진료의뢰회송**
- 환자 등록번호
- 환자 성명

A. 기본 정보

- 진료과
- 처방의사 성명

B. Text형 검사결과 ※ Text, Grid형 검사결과 중 하나 이상 반드시 작성

- ** (교류시스템): 의뢰·회송서의 진료정보(약물처방내역, 검체·병리·영상·기능검사결과, 수술내역과 영상의학 판독소견서) 작성 후 전송

- 상급종합병원 구조전환 지원사업의 전문 의뢰는 지원기관(권역내 또는 인접지역의 진료협력을 맺고 있는 상급종합병원)으로 의뢰하는 경우만 수가 인정
- 지원기관과 1:1 협력이므로 각 기관별 협력시작일 이후 진료행위부터 수가 산정 가능함

* (지원기관 확인 경로) 심사평가정보 제출시스템(<https://ef.hira.or.kr>) > 진료의뢰·회송 > 편의기능 > 상급종합병원 구조전환 협력병원 목록 > 의뢰 가능 상급종합병원 목록 확인

진료의뢰·회송

• 의뢰서작성

• 회송서작성

• 의뢰서작성(수신목록생성용)

• 회송서작성(수신목록생성용)

진료정보(e-Form)

• 등록 진료정보

• 수신 진료정보

편의기능

• 사용자 및 소견 관리

• 협력기관 명단 목록

• 협력기관 현황 신고

• 상급종합병원 구조전환 협력병원 목록

• 기간별 송수신 통계

• 의뢰회송 송수신 통계

상급종합병원 구조전환 협력병원 목록

의뢰 가능 상급종합병원 목록(총 15건)

요양기관번호



조회

내보내기

순번	요양기호	요양기관명	주소	연락처	권역구분	협력시작일
1	3	병원	인천광역시	032	인접지	2024-11-26
2	1	병원	서울특별시		권역내	2024-11-12
3	1	병원	서울특별시	02	권역내	2024-10-23
4					권역내	2024-10-23
5					인접지	2024-11-04
6					권역내	2025-01-07
7					인접지	2024-11-07
8					권역내	2024-10-30
9					인접지	2024-11-01

회송 가능 협력기관 목록 (총 0건)

요양기관번호



협력시작일

--

순번	요양기호	요양기관명	주소	연락처	권역
No Data					

심사청구서

시범사업 내역과 비시범사업 내역의 심사청구서는 하나의 심사청구서로 작성

명세서

(전문 회송료) 시범사업 내역과 비시범사업 내역은 분리하지 않고 하나의
요양급여비용 명세서에 작성

(전문 의뢰료 및 회송환자 등 관리료) 시범사업 내역과 비시범사업 내역은 분리하여
요양급여비용 명세서에 연이어 작성

항·목

의뢰료 및 회송료는 "01항(진찰료) 03목(응급 및 회송료 등) " 란에 기재

특정내역

- ① 전문 의뢰료는 아래의 명일련단위 특정내역을 기재하여 분리청구,
전문 회송료는 분리청구 없이 특정내역 MT066에 회송번호 기재

구분	MT002	MT066
전문 의뢰료	S046 * S029 미기재, S046 단독 기재	의뢰 또는 회송 번호 19자리 기재
전문 회송료	-	단, 일련번호 첫자리 'A'기재

- 단, 진료의뢰료 I 중 본인부담금이 있는 '환자요청 IA027'수가 청구 시
 본인부담 경감 사유가 있는 환자의 경우 해당 특정기호를 동시 기재 한다(낮은 본인부담률 특정기호 순)

- ② 협력병원 등 회송환자 관리료는 전문 회송 환자를 90일 이내 진료시
진료를 시행한 기관에서 아래와 같이 기재하여 분리청구

MT002	MT076
S047	지원기관의 회송 번호 19자리 기재

내원일수 등

명세서 서식에 따라 요양급여일수 및 입원일수, 총내원일수를 아래와 같이 기재하여 청구

구분		요양급여일수	입원일수, 총 내원일수
전문 의뢰료	외래	0	0
전문 회송료	입원 또는 외래	실 요양급여일수	실 내원일수
회송환자 등 관리료	입원 또는 외래	0	0

명세서 서식에 따라 내원일자, 당월 요양개시일은 아래와 같이 기재하여 청구

구분		내원일자, 당월 요양개시일
전문 의뢰료	외래	의뢰 실시일자 기재
전문 회송료	입원 또는 외래	회송 실시일자 기재 *입원의 경우 입원 기간 내 포함되어야 함
회송환자 등 관리료	입원 또는 외래	외래 또는 입원 명세서의 진료 실시일자 기재

구분	협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업	상급종합병원 구조전환 지원사업	
시행일	2025.1.1.(3단계)	2024.10.22.	
구분	진료의뢰료	(상급종합시범) 진료협력병원 전문 의뢰료	(상급종합시범) 진료협력병원 등 회송환자 관리료
수가	IA코드	시범사업(IA코드) 수가+IF101 (비수도권 권역내, 인접지역 협력 시 IF102 추가)	IF103
표준화된 진료정보	비필수 *단, 진료의뢰료 Ⅱ·Ⅲ는 agent 통한 E-form 서식 첨부 필수	필수 *예외적으로 중계시스템 내 E-form 서식 첨부 가능	2차 협력기관의 경우 지원기관의 표준화된 진료정보가 있을 경우 산정 가능
요양기관 종별	종합병원, 전문병원, 병원, 의원, 보건의료원	종합병원, 병원, 정신병원 *치과, 한방, 요양병원 제외	비수도권 상급종합병원, 종합병원, 병원, 정신병원 *치과, 한방, 요양병원 제외
보험자 종별	건강보험(차상위 제외, 보훈 이중자격 제외)	건강보험(차상위 포함, 보훈 이중자격 제외), 의료급여(보훈 이중자격 제외) 단, 의료급여는 가산 IF% 수가만 산정 가능 진료협력병원 등 회송환자관리료는 선택의료급여기관 적용 대상자는 산정 불가	
서식	의과 및 한방 외래	의과 외래	의과 입원, 외래
본인부담률	IA027(90027): 최대 30%(감면 가능) 나머지 의뢰료 본인부담금 면제	본인부담금 면제	
분리청구	유		
특정기호	S029	S046	S047
특정내역	MT066: 의뢰번호(19자리 숫자) 기재	MT066: 전문의뢰번호 (일련번호 첫 자리 A) 기재	MT076: 지원기관 회송번호 (일련번호 첫 자리 A) 기재
내원일수/ 당월 요양일수	0/0		
응급실	산정불가		가능
기타	상급종합병원 외 협력 필요	지원기관과 권역내, 인접지역으로 협력 필요	회송일로부터 90일 이내 진료시 산정



CHAPTER .07

Q&A



1) 1단계 진료기관에서 입원환자를 2단계 시범기관 또는 상급종합병원으로 의뢰한 경우 ‘의뢰료’를 산정할 수 있나요?

- ‘의뢰료’는 1단계 진료기관에서 외래환자를 의뢰할 경우 산정할 수 있습니다. 따라서, 1단계 진료기관의 입원환자(입원 중, 퇴원 시 의뢰하는 경우 모두 포함), 응급실 환자, 타 기관에 입원 중인 환자(위탁진료)는 ‘의뢰료’를 산정할 수 없습니다.

2) 지침에서 정한 절차에 따라 의뢰·회송하였으나, 환자가 자의적으로 내원하지 않은 경우 수가 산정할 수 있나요?

- 가능합니다.
기관 간 사전연락을 통하여 의뢰·회송할 기관을 지정하고 의뢰·회송 관련 정보를 제공하였지만, 환자가 자의적으로 내원하지 않은 경우에도 시범수가는 산정할 수 있습니다.

3) 응급실에서(로) 의뢰·회송하는 경우 ‘의뢰료’ 또는 ‘회송료’를 산정할 수 있나요?

- 응급실에서(로) 의뢰·회송한 경우는 동 시범사업 수가를 산정할 수 없습니다.

4) 협력을 맺은 2단계 시범기관으로 진료의뢰 시에만 ‘의뢰료’를 산정할 수 있나요?

- 2단계 시범기관(종합병원, 전문병원)으로 진료의뢰는 동 시범사업 참여 관련 협약을 맺은 협력관계의 1단계 시범기관(의원, 병원)이 지침에서 정한 절차에 따라 진료 의뢰하는 경우 ‘의뢰료’를 산정할 수 있습니다.
- 다만, 상급종합병원으로의 진료의뢰는 협력관계와 상관없이 모든 1단계 진료 기관*이 지침에서 정한 절차에 따라 진료 의뢰하는 경우 ‘의뢰료’를 산정할 수 있습니다.

* 보건소, 보건지소, 보건진료소, 조산원, 약국 제외

5) ‘회송료’ 입원/외래는 환자를 회송하는 요양기관에서의 진료유형에 따라 산정하나요?

- 네 그렇습니다.

2단계 시범기관에서 환자 회송 시 ‘회송료’는 2단계 시범기관에서의 환자 입원/외래 상태에 따라 구분하여 산정합니다.

예시1) 2단계 시범기관인 A전문병원에서 입원 치료 후 퇴원하는 환자를 회송하여 B의원에서 외래 진료를 본 경우 → A전문병원에서 ‘회송료-전문병원-입원’ 산정

예시2) 2단계 시범기관인 C종합병원에서 외래 진료를 받은 환자를 회송하여 D병원에서 입원한 경우 → C종합병원에서 ‘회송료-종합병원-외래’ 산정

6) 시범사업 운영 중 협력기관을 추가할 수 있나요?

- 가능합니다. 매년 분기 마지막 월(3월, 6월, 9월, 12월)*에 협력기관 변경현황을 건강보험 심사평가원으로 제출하면 절차에 따라 승인 후 시범사업 수가를 적용할 수 있습니다.

* 시범사업 운영진행에 따라 변경될 수 있음, 신고 후 시범사업 참여 적용까지는 약 1개월 소요

7) 진료의뢰·회송서 작성 시 ‘의뢰회송번호’는 각 요양기관에서 직접 생성하나요?

- ‘의뢰회송번호’는 의뢰(회송)에 대해 환자가 갖는 고유한 번호로서, 진료의뢰·회송을 실시하는 기관에서 직접 생성·부여하여야 합니다.
- 또한, 진료일 이후 의뢰·회송서를 등록할 시에는 반드시 의뢰회송번호 가운데 날짜를 진료일로 수정하여야 합니다.

1) 표준화된 진료정보를 첨부하지 않고 환자 의뢰 시 '진료협력병원 전문 의뢰료' 산정 가능한가요?

- 산정 불가합니다. 상급종합병원 구조전환 지원사업의 전문의뢰·회송 수가는 표준화된 진료정보 첨부 기준 충족 시 산정 가능합니다.
- 표준화된 진료정보는 중계시스템 Agent 프로그램 활용, 중계시스템 포털 (Web), 교류시스템을 통한 작성·전송 모두 인정합니다.
- 진료정보 미첨부로 산정기준을 충족하지 않는 의뢰 행위는 협력기관 간 진료 의뢰·회송 시범사업 청구방법을 따릅니다.

2) 진료의뢰·회송 시범사업 ‘의뢰료’와 상종 구조전환 지원사업 ‘진료협력 병원 전문 의뢰료’는 중복 산정 가능한가요?

- 가능합니다.

건강보험 환자(차상위 본인부담 경감대상자 포함)의 경우, 협력 맺은 동일 권역 내(인접지역 포함) 지원기관으로 전문 의뢰 시 「협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업」 ‘진료의뢰료 I’과 「상급종합병원 구조전환 지원사업」 ‘진료협력병원 전문 의뢰료’를 동시 산정 및 동시 청구합니다.

단, 의료급여환자의 경우 진료협력병원 전문 의뢰료만 산정 가능합니다.

- 「협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업」 ‘의뢰료’는 진료정보 첨부 단계에 따라 ‘진료의뢰료 II’ 또는 ‘진료의뢰료 III’를 추가 산정하며, 종합병원 및 전문병원의 경우 Agent 프로그램 활용 가산 수가(IA025) 별도 산정 가능합니다.

3) '진료협력병원 등 회송환자 관리료' 산정 시 중계시스템에 작성·등록해야 하는 서식이 있나요?

- 중계시스템(또는 교류시스템)에 작성·등록해야 하는 서식은 없으나, 수가 청구 시 명세서 특정내역(MT076)에 지원기관으로부터 받은 회송서의 회송번호를 기재합니다.

※ 2단계 진료협력병원의 경우(비수도권 상급종합병원 제외), 협력 맺은 동일 권역 내 (인접지역 포함) 지원기관으로부터 전문 회송된 환자만 산정 대상으로 인정

4) 지원기관으로 전문 의뢰할 수 있는 진료협력병원의 종별 기준이 있나요?

- 네. 요양병원, 한방병원, 치과병원, 의원은 상급종합병원 구조전환 지원사업 수가 산정 불가합니다.

5) 진료의뢰·회송 시범사업 ‘의뢰료’와 상종 구조전환 지원사업 ‘진료협력 병원 전문 의뢰료’의 청구방법은 어떻게 되나요?

- ① 명세서단위 특정내역 MT002(특정기호)란에 ‘S046’ 기재 하여 분리청구
- ② 명세서단위 특정내역 MT066(진료의뢰회송번호)란에 중계시스템에 등록된 ‘의뢰번호’를 19자리 형식(하이픈(-) 제외)으로 기재

- 의뢰번호: 의뢰기관기호 + YYMMDD + 일련번호
 - YYMMDD: 요양급여의뢰서 발급 년. 월. 일(6자리)
 - 일련번호: ‘A’+요양급여의뢰서 발급 년. 월. 일에 발생한 일련번호(4자리)
- <예시> 의뢰번호 12345678240901A0001인 환자를 의뢰한 경우

① MT002 S046

② MT066 12345678240901A0001

(반드시 첫 칸부터 붙여서 기재, 명세서단위 특정내역 ‘1’ 기재)

※ 특정기호 ‘S029’는 기재하지 않으며,
시범사업 수가(IA코드)와 전문의뢰료 수가(IF코드)를 하나의 명세서에 함께 청구
(의료급여는 시범사업 수가 없이 전문의뢰료만 산정)

시범(지원)사업 지침 게재 위치

협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업

- 심사평가정보 제출시스템(<https://ef.hira.or.kr>) > 종합안내 > 기타 > 공지사항
 - 요양기관업무포털(<https://biz.hira.or.kr>) > 심사기준 종합서비스 > 기타 > 공지사항
 - 심평원 홈페이지(<https://www.hira.or.kr>) > 기관소식 > HIRA 소식 > 공지사항
- ‘협력기관’ 으로 검색하여 시범사업 지침 확인

상급종합병원 구조전환 지원사업

- 보건복지부 홈페이지(<https://www.mohw.go.kr>) > 정보 > 법령 > 훈령/예규/고시/지침
 - 요양기관업무포털(<https://biz.hira.or.kr>) > 심사기준 종합서비스 > 기타 > 공지사항
 - 심평원 홈페이지(<https://www.hira.or.kr>) > 기관소식 > HIRA 소식 > 공지사항
- ‘구조전환’ 으로 검색하여 지원사업 지침 및 질의응답 확인



앞으로도 건강하고 안전한 의료문화를 열어가는
국민의료 심사평가기관이 되고자 최선을 다하겠습니다.

감사합니다