

□ 건강보험 「본인부담상한제」·「요양병원 입원료」 관련 질의회신

	질 의	회 신
본 인 부 담 상 한 제	본인부담액 상한제 시행일인 2004. 7. 1 전·후 계속 입원 환자의 경우 명세서를 분리 청구하여야 하는지?	본인부담액 상한제 시행에 따른 수진자별 누적관리를 위하여 상한제 대상여부에 상관없이 7월 1일 전·후 입원진료는 분리청구하여야 함. 다만, 국민건강보험법시행령[별표2]제2호에 의한 질병군(DRG) 청구는 분리가 불가능하므로 1건으로 청구함.
	환자가 법정 본인부담액을 미수납하였거나, 다른 제도 등에 의해 감면받은 경우 명세서 작성방법은?	본인부담액의 미수납 또는 감면으로 실제 환자가 부담한 금액이 300만원에 미달한다 할지라도 총진료비용에 근거한 본인부담액이 300만원을 초과하여 상한제에 해당될 경우 - 명세서의 「대불금」란에 상한초과금액을 기재하고, - 「본인일부부담금」란에는 환자가 실제 부담한 금액과 상한초과금액을 합산한 금액을 기재함.
	입원기간 중에 건강보험 환자가 일시적으로 자격이 타 법령에 의한 환자(의료급여 등)로 변경되었다가 다시 건강보험환자로 변경되어 계속 입원한 경우 청구방법은?	자격변경 전·후의 건강보험 진료분은 분리 청구토록 하고, 상한제를 적용하는 6개월은 월력기준이므로 자격변경(의료급여 등) 기간을 포함하여 6개월을 계산하여야 함. 한편, 타법령(의료급여 등)으로 입원진료중에 건강보험으로 자격 변경되어 계속 진료한 경우에는 건강보험으로 자격변경된 시점을 상한제 적용 기산점으로 함.
요 양 병 원 입 원 료	요양병원 입원료(의과 AB 500, 한방과 15500)의 적용 대상	의료법제3조제5항에 명시된 요양병원(노인복지법 제35조에 의한 노인전문병원 포함)으로 개설된 의료기관인 요양기관에서 입원 진료한 경우에 산정하는 것이며, 그 외의 요양기관에서는 장기입원환자라 하더라도 해당되지 아니함.
	요양병원 입원료에 대하여 가-2 입원료 주1.에 의한 내과질환자, 정신질환자, 만8세미만의 소아환자에 대한 입원료가산 등 각종 입원료가감기준의 적용 여부.	요양병원 입원료에는 현행 입원료 산정시 적용되는 각종 가감이 적용되는 것이며, 이때 요양병원 입원료의 소정점수는 '병원, 한방병원' 입원료 소정점수의 80%인 326.94점임. 다만, 입원일수에 따른 체감률은 개정고시된 내용대로 요양병원 입원료에 대해 별도 적용됨.
	동 개정고시 이전부터 계속 입원진료중인 환자의 요양병원 입원료의 입원일수에 따른 체감률 적용방법	입원일수에 따른 체감률은 최초 입원일자부터 기산하는 것으로 개정고시 시행일 이후에는 요양병원 입원료의 해당 일수에 따른 체감률을 적용하여야 함.
	요양병원의 일반병실에 입원해 있던 환자가 집중치료실로 전실한 경우 체감률 적용방법	- 요양병원의 일반병실에 대한 입원료는 입원초일부터 기산하여 181일~360일은 해당점수의 95%, 361일 이후는 90%를 산정하고, - 입원중에 집중치료실로 전실한 경우는 집중치료실로 전실한 초일부터 기산하여 16일~30일은 집중치료실입원료의 90%, 31일 이후에는 85%를 산정함.