

## 1. 관련근거 : 보건복지가족부 보험급여과-1201(2008.7.4)

- 2008.7.1부터 노인장기요양보험이 시행됨에 따라 「장기요양기관(노인복지법 제34조제1항에 따른 노인요양시설 및 노인요양공동생활가정)」의 촉탁의 또는 협약의료기관 의사는 동 시설에 입소하여 시설급여를 받는 건강보험 가입자 또는 피부양자(의료급여 수급권자 포함)에게 투약의 필요성이 있는 경우 시설 내에서 원외처방전을 교부할 수 있음.
- 이 경우 대상자는 장기요양기관에 입소하여 시설급여를 받는 장기요양보험수급자 뿐 아니라 등급외자도 포함하며, 의사는 의료기관에 소속된 촉탁의 또는 협약의료기관 의사이어야 함.
- 원외처방전 교부시 원외처방에 소요된 비용은 건강보험은 처방의사가 속한 요양기관 종별 재진진찰료 중 외래관리료 소정점수로 산정(산정코드 두 번째 자리에 8로 기재)하고, 의료급여는 종별 구분없이 의과의원의 재진진찰료 중 외래관리료로 산정하되, 원외처방전 교부없이 진찰만 이루어진 경우 외래관리료는 산정할 수 없으며, 원외처방전을 교부한 의사는 시설입소자에 대한 원외처방전 교부내역을 의료법에 의한 진료기록부(시설내 진료 표시)에 작성하여 소속의료기관에 반드시 비치하여야 함.
- 또한 원외처방전에 의해 발생한 약국약제비도 별도 산정할 수 있으나, 원외처방전 교부와 관련하여 발생한 비용 이외 행위 등(가정간호 포함)에 대해서는 종전과 같이 요양급여 및 의료급여 비용산정이 불가함.
- 본인부담액은 건강보험의 경우 국민건강보험법시행령 [별표2]의 규정에 의한 외래본인부담율(의원급 요양기관은 요양급여비용총액에 불문하고 30% 산정)에 의해 산정하고, 의료급여는 의료급여법 제 9조제2항제1호 가목에 해당하는 제1차 의료급여기관의 외래본인부담액(1,000원)을 산정함.

장기요양기관내 촉탁의 원외처방전 교부시 비용산정방법 주요 내용

구분	건강보험	의료급여
대상자	장기요양기관(노인요양시설 및 노인요양공동생활가정) 입소자(장기요양보험수급권자 및 등급외자)	
원외처방전 교부시	의사	의료기관에 소속된 촉탁의 또는 협약의료기관 의사
	교부비용	처방의사가 속한 요양기관종별 재진진찰료 중 외래관리료 소정점수 (산정코드 두 번째 자리에 8로 기재)
	본인부담액	외래본인부담율 적용 (의원급 요양기관은요양급여비용총액 불문 30%)
약국약제비	별도 산정	
기타	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 원외처방전 교부없이 진찰만 이루어진 경우, 원외처방전 교부 이외 행위 등(가정간호 포함) 비용 산정 불가</li> <li>- 원외처방전 교부내역을 진료기록부(시설내 진료 표시)에 작성하여 소속 의료기관에 반드시 비치</li> <li>- 원외처방전 교부 관련 비용(외래관리료, 약국약제비) 산정은 2008.7.1 진료분부터 가능</li> <li>- 청구방법은 관련 고시 개정 내용 적용</li> </ul>	

## 1. 관련근거: 보건복지가족부 보험급여과-1475(2008.7.28)

질문	회신
장기요양기관이 의약분업 예외지역에 있는 경우 촉탁의 또는 협약의료기관 의사가 시설내에서 원외처방전을 교부해야 하는지	<p>○장기요양기관과 촉탁의가 속한 의료기관 또는 협약의료기관이 모두 의약분업 예외지역에 위치해 있는 경우 시설내 처방에 대하여 원내 조제로 의료기관에서 청구가 가능함.</p> <p>○다만, 이 경우에도 처방에 소요된 비용은 처방의사가 속한 요양기관 중별 재진진찰료 중 외래관리료 소정점수(의료급여는 의과위원의 재진진찰료 중 외래관리료)로 산정하되, 본인부담금은 국민건강보험법 시행령 [별표2]의 규정에 의한 외래본인부담율에 의해 산정함.주사제에 대해서도 원외처방이 가능한지</p>
주사제에 대해서도 원외처방이 가능한지	<p>○자가주사제를 제외한 주사제는 원외처방전 교부 대상이 아니므로, 시설입소자에게 급여로 주사제 투여가 필요한 경우는 의료기관에 내원하여 주사를 투여받아야 함.</p> <p>○촉탁의 또는 협약의료기관 의사가 시설내에서 입소자에게 주사약을 투여한 경우는 주사약제비 및 행위료 등 비용을 산정할 수 없음.</p>
장기요양기관에 대해 왕진을 요청할 수 있는지	<p>○장기요양기관은 촉탁의나 협약의료기관 의사의 시설 내 처방전 발행이 허용되어 거동이 불편하거나 이송이 곤란한 입소자에 대한 투약이 가능하므로 별도로 왕진을 신청할 수 없으며, 관련 비용도 산정할 수 없음.</p>

- 장기요양기관 내에서 촉탁 한의사 또는 협약의료기관 한의사에 의해 시설내에서 이루어진 처방에 대해 원내조제로 청구하는 경우는 국민건강보험법 시행령 [별표2]의 규정에 의한 외래본인부담율에 의해 산정함.

아울러, 가정에서 가정간호를 제공받고 있는 가입자 또는 피부양자가 노인장기요양보험으로 방문간호도 제공받는 경우, 동일날 가정간호와 방문간호의 동시산정은 불가하니 가정간호와 방문간호를 제공하는 기관은 이 점 유념하시기 바랍니다.

- 상기 사항은 의료급여에도 동일하게 적용되나, 의약분업 예외지역 및 촉탁 한의사 또는 협약의 료기관 한의사에 의한 시설내 처방에 대한 본인부담금은 의료급여기관 중별 구분없이 1500원을 부담하며, 1종 수급권자 중 시행령 별표 제1호 다목에 해당하는 자는 본인부담을 면제함.

## 1. 관련근거

- 노인장기요양보험법 제23조제①항 2호, 제31조 및 동법 시행령 제8조 2호
- 보건복지가족부 고시 제2008- 호(2008.7.) “건강보험 요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 중 개정”
- 보건복지가족부 보험급여과-1201호(2008.7.4) “장기요양기관에서 촉탁의가원외처방전 교부시 요양급여비용 산정 관련 통보”

## 2. 주요 개정내용

### □ 장기요양기관(노인요양시설 및 노인요양공동생활가정) 원외처방 진료 관련 상해외인코드 신설

#### ○ 특정내역 구분코드 MT001(상해외인)란의 『J』신설

- 대상 :
  - 의료기관에 소속한 촉탁의 또는 협약의료기관의 의사가 장기요양기관에서 진료 후 원외처방한 경우
  - 동 처방전에 의한 약국의 처방조제분
- 진료유형 : 외래 및 약국(처방조제)

※ 서면청구 기관인 경우에는 ‘상해외인’ 란에 『J』기재

#### ○ 적용시점 : 2008. 7. 1일 진료분부터

- 청구개시일 고려 8/1일 청구분부터(주단위 청구인 경우 7/7일 청구분부터)

## 3. 명세서 작성 및 요양급여비용 산정방법

- 장기요양기관 입소자 “원외처방전” 교부시
  - 명세서 ‘특정내역 구분코드’ : MT001(상해외인)란에 ‘J’ 기재
  - 요양급여비용 산정방법

구분	종별	산정내용		본인부담액	
건강 보험	종합전문 요양기관	치방의사가 속한 요양기관종별 재 진진찰료 중 외래 관리료 소정점수 기재(산정코드 두 번째 자리에 8로 기재)	AA257080 (6,240원)	외래 본인부담 율 적용(의원 급 요양기관은 요양급여비용 총액 불문 30%)	외래관리료 총액
	치대부속치과병원 (종합전문설치)		AA257080 (6,380원)		외래관리료 × 40/100 (음·면지역 35%)
	종합병원		AA256080 (4,780원)		외래관리료 × 50/100 (음·면지역 45%)
	치대부속치과병원 (종합전문설치제외)		AA256080 (4,890원)		외래관리료 × 40/100 (음·면지역 35%)
	병원, 요양병원의과		AA255080 (3,320원)		
	치과병원		AA209080 (1,720원)		
	의원, 보건의료원의과		AA254080 (2,260원)		
	치과의원		AA200080 (920원)		외래관리료 × 30/100 (정액 진료 불문)
보건의료원치과	AA200080 (900원)				
의료급여	종별 구분없이 의과 의원 재진진찰료 중 외래관리료	AA900 (2,260원)	1,000원		
약국약제비	현행과 동일				

[예시 1] A의원에 소속된 촉탁의가 장기요양기관(노인요양시설)에서 진료 후 원외처방전을 교부한 경우(건강보험)

상해외인	요양급여비용총액	본인일부부담금	청구액
J	2,260	600	1,660

※ 의원급 65세 이상이지만 본인부담율 30% 적용(100원 미만 절사)

[예시 2] 협약의료기관인 A병원 의사가 장기요양기관에서 암상병관련 진료후 원외처방전을 교부한 경우(건강보험 등록암환자)

상해외인	요양급여비용총액	본인일부부담금	청구액
J	3,310	330	2,980

※ 본인부담율 10% 적용, 등록암환자 특정기호(V193) 함께 기재

## 4. Q&amp;A

연번	질 의	답 변
1	장기요양기관에서 촉탁의(협약의료기관 의사)가 원외처방전을 교부한 경우 청구의 주체	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 촉탁의가 소속된 의료기관(협약의료기관)에서 명세서에 상해외인코드 'J'를 기재하여 청구함</li> <li>○ 원외처방전 교부내역을 진료기록부(시설내 진료 표시)에 작성하여 소속 의료기관에 비치하여야 함</li> </ul>
2	처방의료기관의 명세서 산정 내용	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 원외처방이 이루어진 경우에 한해 <b>진찰료 증 외래관리료 만 산정</b>(처방전 내역 기재)</li> <li>○ 의원급의 경우 본인부담금은 65세이상이지만 30%로 산정</li> </ul>
3	처방기관의 원외처방전 기재방법 및 약국 청구방법	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 의료기관은 <b>원외처방전</b> 발행 시 <b>'조제시 참고사항' 란에 상해외인코드 'J'</b>를 반드시 기재토록 함</li> <li>○ 약국에서도 '상해외인' 란에 'J'를 기재하여 청구함</li> </ul>
4	암등록환자 등 본인부담율 산정특례 적용 대상자인 경우 본인부담율 산정방법	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 각종 본인부담율 <b>산정특례 적용은 현행대로</b> 적용함</li> <li>○ 해당 <b>특정기호 코드</b> 함께 기재함</li> </ul>
5	촉탁의 소속 의료기관 또는 협약의료기관을 별도 신고하여야 하는지?	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 심사평가원으로서의 <b>별도 신고 절차는 생략함</b></li> <li>○ 단, 별도 관리시스템에 의거 청구가능의료기관 점검 실시 (해당 의료기관이 아닌 경우 'J'기재 청구시 심사불능 처리)</li> </ul>
6	시설내 진료와 의료기관 방문 진료가 동일일에 함께 발생한 경우(월 통합 작성기관)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 시설내 진료 후 원외처방전 교부시 진료와 방문 진료를 <b>구분하여 명세서를 각각 작성함</b></li> </ul>

## 5. 요양기관 협조 사항

- 청구프로그램 변경 필요  
(특히, 의원의 경우 65세 이상인 경우에도 정율 30% 산정)
- 처방전 발행시 **'조제시 참고사항' 란에 상해외인 구분코드 'J'**를 반드시 기재  
예) 촉탁의 진료 J  
협약의료기관 진료 J