포괄 2차 종합병원 및 필수특화 기능 강화 지원사업 추진계획

보건복지부

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

목 차

포괄 2차 종합병원 지원사업

Ⅰ 추진 배경

Ⅱ 추진 방안

Ⅲ 세부 방안

필수특화 기능 강화 지원사업

Ⅰ 추진 배경

Ⅱ 세부 방안

향후 계획

포괄 2차 종합병원 지원사업

Ⅰ 추진 배경

Ⅱ 추진 방안

Ⅲ 세부 방안

추진배경

종합병원 간 기능·역량 편차	획일적 종별 가산제도	상급종합병원 중심 의료 질 평가
⇒ 지역 주민의 신뢰 저하	상종 15%, 종병 10%, 병원 5%	(예): 중증(DRG A) 비중에 따른 상대평가 지표 등
⇒ 대형병원 쏠림 심화	⇒ 공정한 보상 곤란	

지역 필수의료 강화를 위한 종합병원 기능 정립 및 보상체계 정비 필요



비상진료체계 운영, 상급종합병원 구조전환 등으로
종합병원 역할에 대한 국민 인식 제고

* ’24.12월 기준 상급종합병원 및 종합병원 전체 환자 수는 전년동기 대비 98%로 평년 수준 회복

종합병원의 역량이 유지·강화되도록 지속가능한 종합병원 육성체계 확립

추진방안

○「새로운 의료 공급·이용체계 확립」 방향 下에서 단계적 추진

- 각 의료기관이 기능에 맞춰 **필수진료 역량을 집중**할 수 있도록 **의료 공급체계 구조 전환**
- **상급종합병원**은 **중증·응급·희귀질환**에 집중, **2차 병원**은 **중등도** 환자 및 **24시간 진료** 등 필수 기능에 집중

새로운 의료 공급·이용체계 下 2차 병원 육성 방향



(현행) **2차 병원 기능 모호**, 종합병원/병원 **형식적 구분** → 개선 ▲ **포괄 + 거점으로 기능 전환**

포괄 2차 종합병원 현재 모습 및 향후방향

	현 행	개 선
포괄 거점화	포괄성 높은 병원 * DRG 종류 수 350개 이상 종합병원(58.2%)	**포괄·거점화** 방향으로 지원
종합병원 환자구성	입원 : DRG A 14.3% / DRG B 61.5%, DRG C 24.2%('24.) 외래 : 경증비중 19.9%	입원 : DRG B 중심, **진료협력 환자*** 비중 확대 * 지역 병·의원 의뢰 + 상종 회송 외래 : 경증 비중 축소, 중등도 비중 확대
중환자실 인프라	종합병원 중환자실 병상 비중 평균 : 5.86% * 적정성 평가 1등급 32, 2등급 58, 3등급 114, 4등급 42, 5등급 9, 등급외 75 개소	**중환자실 인프라** 및 적정성 평가 등급 향상 * 중환자실 평가 개편 연계
지역환자 비중	종합병원 평균 84.2%, 수도권 79.6%, 비수도권 87.6%('23.)	지역환자 비중 향상
응급기능	종합병원 권역센터 15개소, 지역센터 118개소, 지역기관 167개소('25.)	**응급의료기관** 이상 지정 + **24시간 진료체계** 유지

세부 추진 방안 1. 대상기준

**지역 대부분 의료문제 해결가능한 진료역량 및 포괄성을 갖추고,
응급 등 필수기능 수행하는 종합병원 선정**

지정요건

기본역량 및 기본 필수기능 수행

- 평가인증 종합병원
- 지역응급의료기관 이상
- 진료 가능한 수술 · 시술 등(AADRG기준) 종류 350개 이상('23 또는 '24년 기준)

예비지정

지역 여건 고려하여
중진료권 內 '포괄 2차 종합병원' 없는 경우는 예비 지정 병행

세부 추진 방안 2. 4대 기능 혁신

포괄 2차 종합병원

적정진료

적합질환 중심 진료

- 입원수술 환자는
  - ▲ 일반진료질병군(DRGB) 중심,
  - ▲ 지역 내 병의원 의뢰환자,
  - ▲ 상급종합병원 회송환자,
  - ▲ 응급환자 진료 집중

  * 외래는 105대 경증질환 진료 비중 감축 지향
- **비급여보다급여행위집중**

진료효과성 강화

효율·효과적 진료 수행

- **진료비 증가율 완화**
- **중증화 보정 사망비 · 재입원비 등 건강성과 개선**

*지원사업기간중평가지표마련

시범적용 우선 실시

지역 의료 문제 해결

지역 내 필수진료 수행

- **지역 필수기능 담당, 응급 등 24시간 진료**

  ⇒ 24시간 진료과목은 각 병원이 제시 응급환자수용률등연계
- **지역 환자 중심 운영** (지역 환자 비중 등 평가)

진료협력 강화

지역 의료기관 간 협력체계 구축

- **상급종합-포괄 2차-지역 병의원 간 연계협력 확대**



지역 주민이 수도권 상급종합병원에 가지 않더라도 안심하고 진료받는 여건 조성

세부 추진 방안 3. 지원강화(안)

보상 개편 방안	
기능 강화 보상	중환자실(일정 등급 이상) 50% 보상
응급의료행위 보상	응급수술 등 응급의료에 필요한 항목 보상 * 비상진료 → 제도화
24시간 진료 지원	응급 상황 대기 등에 필요한 보상 강화 * 비상진료 → 제도화
성과 지원	2차 진료/급여 중심 진료, 진료협력, 지역의료 문제 해결(지역환자 비중) 및 진료비 대비 의료 질과 환자 건강 개선 정도를 평가하여 성과 지원
지역 지원	지역별 의료 공급 및 이용분석 기반 활용(예: 진료권, 헬스맵, 지역의료DB) 응급 등 의료 접근성이 취약 지역은 수가 추가 가산

세부 추진 방안 3. 지원강화(안)

포괄2차 진료 역량 제고를 위해 연간 7천억원 내외 투자

중환자실 수가 인상	적정성 평가 결과와 연동, 입원 1일당 정액 수가 가산(3~15만원) * 적정성평가 1~2등급(15만원), 3등급(9만원), 4등급(3만원)	年 1,700억원
응급수술 가산	응급실 내원 24시간 이내 응급수술(KTAS 1~3등급) 가산율 인상 * 권역·전문·권역외상센터 50%, 지역응급의료센터 150% ** 「상급종합병원 구조전환 지원사업」 가산 기준 준용	年 1,100억원
24시간 진료 지원	의료진 당직(대기) 비용 지원 (비상) - 레지던트 수련병원 여부 등에 따라 지원인원 및 단가 차등	年 2,000억원
성과지원	포괄 2차 병원으로서 기능혁신 성과*를 평가하여 지원 * 2차 진료 집중, 급여 중심 진료, 진료협력, 지역환자 비중 등 - 예비지정 병원은 지정기준 충족 이후 본 지정 이후부터 성과평가 · 지원	年 2,000억원

성과지표 예시

구조/과정 보다는 **결과**, 상대평가 보다는 **절대 평가**,
- 시행 초기는 여건 조성 등 위한 구조과정 지표 포함, 병원별 상황 확인 후 상대⇒ 절대평가 전환 (영역별 성과평가 벤치마크 설정)

적정 진료	**DRG B + 지역 병의원 의뢰 + 상급종합병원 회송 + 응급**(KTAS 1~4) **환자 비중 등**
필수 기여도	**24시간 진료 제공 가능한 진료과목 수, 응급환자 수용률, 지역 내 환자 비중 (CI)**
진료 협력	포괄 2차-상종-지역 병의원 등과 **진료 의뢰·회송 등 협력 성과, 기반 조성** (협력 지역병원의 시스템 개선 등 지원금 지급)
효율적/효과적 진료 (시범지표)	**중증화 보정 사망비, 재입원비, 진료비**
기타 정책지원	**의료비용 자료 제출**

포괄 2차병원 지정-운영-보상기준 체계도

	지정기준	운영기준	보상연계
기본적 진료수준	평가인증 통과		
진료영역	포괄적 진료	**적합질환** - DRG B 중심, 지역병의원 의뢰, 상급종합병원 회송, 응급 (KTAS 1~4), 외래 경증질환 하향 **급여중심 진료**	성과보상
필수기여도	24시간 진료 유지 (응급의료기관 이상)	**지역 내 필수기능** - 필수기능 병원 선택, 응급환자 수용률 등 **지역 친화도** (*지역내 환자 비중(CI))	24시간 진료지원금 성과보상
의료서비스 수준		**중환자실 우수** - 중환자실 비중, 적정성 평가 등급 **효율효과적 진료** - 중증화 보정 사망비·진료비 재입원비,	중환자실 보상강화 성과보상
진료협력		**진료협력 성과** - 지역병의원, 상급종합병원 협력	성과보상
기타 정책기능		의료비용자료 제출	성과보상

세부 추진 방안 4. 지역수가 적용방안(안)

지역별 의료공급 및 이용분석 기반 활용(예: 진료권, 헬스맵, 지역의료 DB)
의료수요와 공급이 **취약할수록 보상을 강화**하는
'지역수가' 본격 적용, 단계적 확대·고도화

* 지역, 분야별 수급 상황 토대로 공급, 수요 부족 지역은 기존 수가 대비 추가 가산

상급종합병원 및 포괄 2차병원
접근성 취약한 주민 비중이
평균 이상 또는 일정 비중 초과
진료권 선정

+

해당 진료권의
응급 사망비도 **보완지표로 적용**

포괄 2차 종합병원 지원 수가의 일정 비율 가산

필수특화 기능 강화 지원사업

Ⅰ 추진 배경

Ⅱ 세부 방안

추진방안

필수특화 기능 이란?

전반적인 응급기능을 하지 않더라도, **특정 분야 24시간 진료체계 유지**하는 기능

➡ **야간 · 휴일 의료 수요 해결 및 지역 의료 충족률 개선**

골든타임/공급부족

- 고도화된 기술·경험 필요
- 상급종합병원 회송건 多
- 2차병원에서 중증환자 등 해당 분야 특화치료

① 화상 | ② 수지접합

골든타임/수요부족

- 응급상황 대응 인프라 유지필요
- 수요 감소로 전문화 필요성 ↑

③ 분만

24시간 진료필요 高/ 수요부족

- 응급상황 대응 인프라 유지 필요
- 수요 감소로 전문화 필요성 ↑

④ 소아

24시간 진료필요 高 /골든타임

- 응급상황 대응 인프라 유지필요

⑤ 뇌혈관

➡ **시급한 필요분야부터 우선 시작, 향후 단계적 확대**

세부 추진 방안 1. 지정요건

필수특화 기능 강화

기본 틀은 공통으로 적용하되, 각 질환 특성에 맞춰 맞춤형 기준 마련

기본 인프라

평가인증 종합병원 및 병원

진료 역량

진료 역량: **전체 의료기관 중에서 백분위수로 상위 30분위 이내***

* 해당 질환(화상, 수지접합, 분만, 소아, 뇌혈관)으로 입원 연환자 수 상위 30분위 이내

※ 포괄 2차 종합병원 지원사업 등 타 시범사업 대상기관 제외

24시간 진료

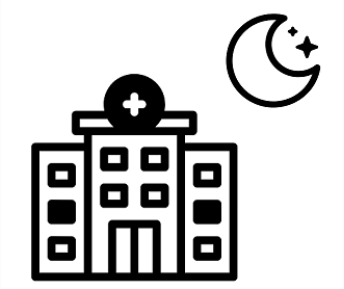
야간·휴일 진료 여부 및 실적

* 질환별 야간·휴일 청구 건수 10%이상 또는 MDC 청구건수 1천건 이상 & 야간·휴일 건수 100건 이상

** 뇌혈관 분야 재활병원, 재활의학과 제외

세부 추진 방안 2. 참여 조건

필수특화 기능 강화



필수특화 분야에 대해서는 24시간 진료체계 유지
(휴일·야간 진료실 운영)

→ 휴일 · 야간에 발생하는 의료문제 실질적 해결되도록 관리



인근 상급종합병원, 포괄2차 종합병원, 지역 병의원과
환자 연계 및 협력체계 구축

→ 해당질환에 대한 전문적 진료 필요 시 지역 내 특화병원으로 전원

→ 해당질환 응급상황 처치 후 타질환 치료 동시 필요한 경우 포괄 2차 종합병원 이상으로 전원

세부 추진 방안 3. 지원강화(안)

필수특화 기능 강화

보상 개편 방안	
24시간 진료 지원	**응급 상황 대기 등에 필요한 보상 강화** * 비상진료 → 제도화
성과 지원	**분야별* 24시간 진료실적, 응급대응 및 진료협력, 환자만족도 등을 평가하여 성과지원** * 화상, 수지접합, 분만, 소아, 뇌혈관
응급 의료체계 포함	**이송체계 포함,** 광역상황실을 통한 **환자 전원 지원** **환자들이 알 수 있도록 표시** * 〈예〉 24시간 진료 “화상 "

세부 추진 방안 3. 지원강화(안)

필수특화 기능 강화

특정질환 기본 역량 갖추고, 24시간 진료 유지하는 기관 육성을 위해

연간 440억원 내외 지원

24시간 진료 지원	의료진 당직(대기) 비용 지원 (비상) - 최대 4명이내, 직종별(의사, 간호사) 단가 차등	年 200억원
성과지원	특정질환에 대한 24시간 진료체계 유지 성과*를 평가하여 지원 * 24시간 진료실적, 응급대응 및 진료협력, 환자 만족도 등	年 240억원

성과지표 예시

구조/과정 보다는 **결과**, 상대평가 보다는 **절대 평가**,
- 시행 1년차는 기존 대비 향상 실적을 기반으로 성과지원금 지원

24시간 진료실적	**해당분야 야간·휴일 진료실적 / 진료 비중 및 진료량** * 화상, 수지접합, 분만, 뇌혈관 입원환자 진료 / 소아는 외래+입원+상담
응급대응 및 진료협력	**광역상황실 통한 환자 전원 수용률** **상급종합병원, 포괄2차 병원 → 회송 환자 수 및 비율**
환자만족도	**환자 경험평가** (시범지표 도입 후 본 지표화)
기타 정책지원	**의료비용 자료 제출**

필수특화 기능 병원 지정-운영-보상기준 체계도

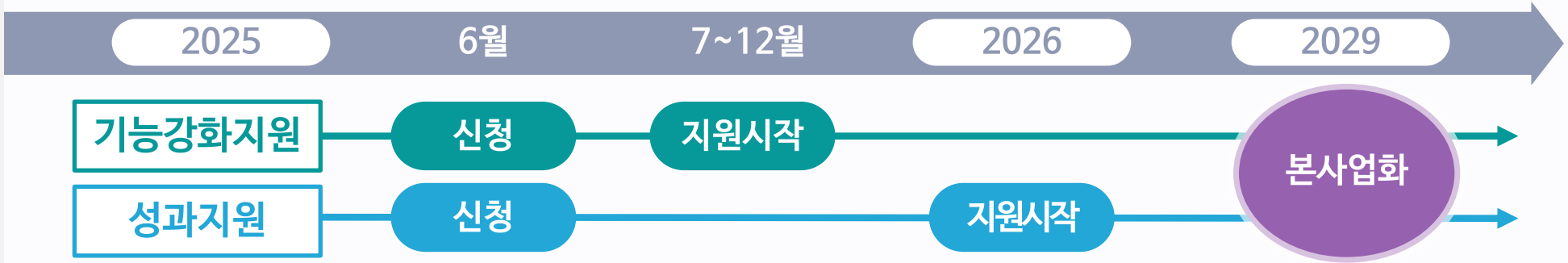
	지정기준	운영기준	보상연계
기본적 진료수준	평가인증 통과		
진료역량	①해당 질환 입원 연환자수 이내 +②야간·휴일 진료 실적	①전체 의료기관 중 백분위수 상위 30분위 이내 ②질환별 야간·휴일 청구건수 10% 이상 또는 MDC 청구건수 1천건 이상+야간·휴일 건수 100건 이상	성과보상
필수기여도	특정질환에 대해 24시간 진료 유지	**분야별 24시간 진료 실적** - 해당분야 야간, 휴일 진료 실적 / 진료 비중 진료량 *화상, 수지접합, 분만, 뇌혈관 입원환자 진료 / 소아는 외래+입원+상담	24시간 진료지원금 성과보상
의료서비스 수준		**환자 경험평가** (시범지표 도입 후 본 지표화)	성과보상
응급대응 및 진료협력		**광역상황실을 통한 환자 전원 수용률** **진료협력 성과** - 상급종합병원, 포괄 2차 종합병원, 지역병의원 협력	성과보상
기타 정책기능		**의료비용자료 제출**	성과보상

향후 계획

향후 계획

포괄 2차 종합병원
필수특화 기능 강화

사업기간	▪ 3년('25.7월~'28.12.31.), 연 단위 신규 진입 가능
사업일정	▪ '25년부터 매년 6월 선정 → 7월 지원 시작 → '26년부터 성과평가 → '27년 지원
모니터링·평가	▪ 매년 지정기준 유지 여부 확인 ▪ 미충족 시 6개월 유예기간 부여, 보완 여부에 따라 차년도 사업 참여 판단 ※ 포괄2차 종합병원 지원사업 예비지정기관: 유예기간 2년



대국민 인식개선

- 상급종합병원구조전환및포괄2차종합병원지원사업을통한**의료전달체계확립**에대한**정보제공강화**
- 종별의료기관의**기능**과**진료협력**관계, 환자상태에맞는**의료이용방법안내** (전용포털등구축)

포괄 2차 종합병원 지원사업

2025.6.9.,6.11.

보건복지부

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE



목차

Ⅰ 지원사업 참여신청 및 선정방법

Ⅱ 이행계획서 작성방법

Ⅲ 기능강화 정책수가

Ⅰ 지원사업 참여신청 및 선정방법

보건복지부

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

1. 지원사업 참여신청

제출기간

'25. 6. 5.(목) ~ '25. 6. 18.(수) 18:00까지 (서류 제출 완료분에 한함)

* 신청 접수 상황에 따라 신청서 접수 일정은 연장될 수 있음

제출서류

❶ 참여 신청서 [별지 제1호 서식]

❷ 이행계획서 [별지 제2호 서식]

❸ 이행약정서 [별지 제3호 서식]

제출방법

건강보험심사평가원 시범사업 자료제출 시스템을 통해 제출

- 제출 경로: 요양기관업무포털 > 시범사업 자료제출 시스템
- 담당 부서: 의료시스템개선단 의료시스템개선부
  - 문의: (033)-739-2148~50, 2155, 2144, 2146~2147, 2154

[참고] 지원사업 참여 신청방법



1. 시범사업 자료제출 시스템 접속

(접속방법) 요양기관업무포털(https://biz.hira.or.kr) 접속 > 공동인증서 로그인 > 시범사업 자료제출 시스템(바로가기) > [시범사업 신청] > [시범사업 대상기관 신청] 선택

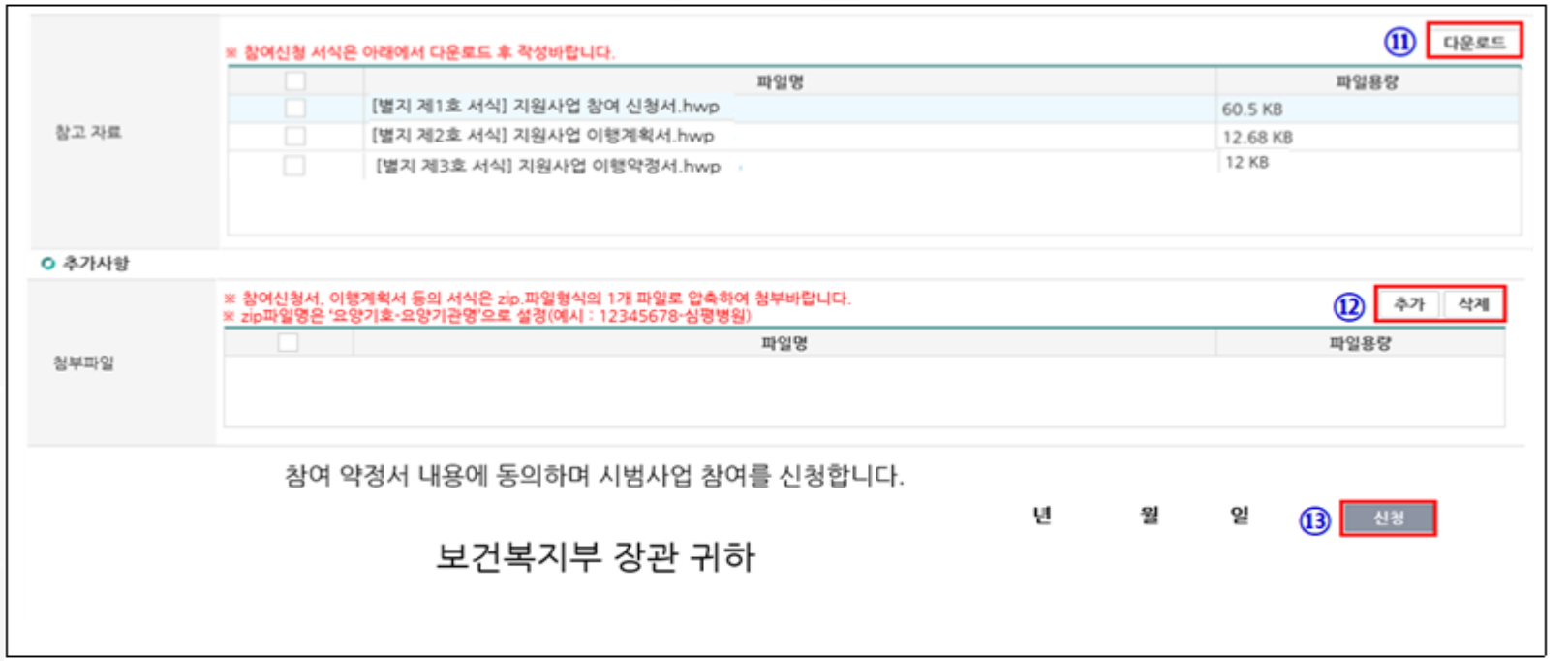
[참고] 지원사업 참여 신청방법



2. 시범사업명 선택

①: 지원사업명 선택
② ~ ⑦: 자동 입력됨
⑧, ⑨: 지원사업 관련 담당자 전화번호 및 메일주소 기재
⑩: 필요시 내용 기입

[참고] 지원사업 참여 신청방법



3. 지원사업 참여 신청서 등 구비서류 첨부하여 신청서 제출

⑪: 체크박스 선택 후 참여 신청 서식 다운로드

⑫: '추가' 버튼 클릭하여 별지 제1호, 제2호 및 제3호 서식을 하나의 zip파일 형으로 업로드

※ zip 파일명은 '신청기관 요양기호-신청기관 요양기관명'으로 설정 (예시: 12345678- ○○○병원)

⑬: 지원사업 신청서 제출

[참고] 지원사업 참여 신청방법



4.지원사업 신청내역 확인

시범사업 신청 > 시범사업 신청내역 조회 > 시범사업명 선택 후 조회 > 지원사업 신청 내역 확인 가능

2. 지원기관 선정방법

선정기준 및 방법

○ 신청기관에서 제출한 이행계획서 등을 토대로 지정요건 충족 여부 등을 심사하여 선정

※ 종합병원 · 병원급 대상 유사 건강보험 지원 시범사업과 중복참여 불가

(예시) 외과계 병원 응급 복부수술 지원 시범사업, 필수특화기능 보상 지원사업 등

○ 선정결과 발표

보건복지부 누리집(알림→공지사항) 공고 및 개별통보

3. 지원사업 참여기관 준수사항

지원사업 이행약정 체결

지원사업 참여기관은 지원사업 시작 전 준수사항에 대해 보건복지부와 이행약정을 체결하여야 함

지원사업 수행 및 지침 준수

지원사업 참여기관은 지원사업 지침에 따라 사업을 수행하여야 하며, 이를 준수하지 않을 경우 지원사업 참여가 중단될 수 있음

※ *지원사업 지침 향후 배포 예정*

자료 제출 의무

- 지원사업 참여기관은 지원사업 성과평가에 필요한 자료를 건강보험심사평가원에 제출하여야 함
- 보건복지부는 지원사업 참여기관에 지원사업에 대한 점검, 모니터링, 연구과제 수행 등에 필요한 자료를 요청할 수 있으며, 요청을 받은 참여기관은 해당 자료를 제출하여야 함

II 이행계획서 작성방법

1. 일반 현황 및 지정요건

사 업 명	포괄 2차 종합병원 지원사업 (해당 항목에 ☑표기 및 내용작성)		
요양기호		요양기관명	
1. 일반현황('25년 4월)			
일반의 (명)		전문의 (명)	
간호사 (명)		진료지원간호사 (명)	
* 진료지원간호사는 간호사 수에 포함하지 않고 기입			
2. 지정요건			
가. 의료기관 인증 * 4주기 급성기병원	☐ 인증 (YYYY.MM.DD.~YYYY.MM.DD.) ☐ 미인증 * 의료법 제58조의3제2항에 따른 의료기관 인증을 받은 기관		
나. 응급의료기관	☐ 권역응급의료센터 (YYYY.MM.DD.~YYYY.MM.DD.) ☐ 지역응급의료센터 (YYYY.MM.DD.~YYYY.MM.DD.) ☐ 지역응급의료기관 (YYYY.MM.DD.~YYYY.MM.DD.) ☐ 미지정 * 응급의료에 관한 법률에 의한 권역응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관 지정내역		
다. DRG 종류 수	☐ '23년 (개) ☐ '24년 (개) * 해당년도에 실시한 수술·시술 등 AADRG(KDRG 4.4 version) 종류 개수		

의사, 간호사 및 진료지원간호사 수

요양기관 현황신고서 '인원현황'의 의사 수와 간호사 수를 작성('25.4.30.기준)

- (의사 수) 일반의와 전문의에 해당하는 (의과)의사 수
- (간호사* 수) 전체 간호사 수

*진료지원간호사의 경우 간호사 수에 포함하지 않고 구분하여 기입

DRG 종류 수

진료 가능한 수술·시술 등 AADRG(KDRG 4.4 version 기준) 종류 수를 의미

1. 일반현황 및 지정요건

3. 지정요건 중 미 충족 요건이 있는 경우 유예기간 내 달성계획(예비지정 기관)

○ 급성기 평가 미충족 기관

- 예시) 의료기관평가인증원 급성기병원 인증 예정: (YYYY.MM)

○ DRG 개수 미충족 기관

- 예시) '26년 상반기 OOO 진료과 신설 예정

권역	연번	지역	시군구
서울(4개)	1	서울서북	종로구, 중구, 용산구, 서대문구, 마포구, 은평구
	2	서울동북	동대문구, 중랑구, 성동구, 광진구, 도봉구, 노원구, 강북구, 성북구
	3	서울서남	양천구, 구로구, 강서구, 금천구, 영등포구
	4	서울동남	서초구, 강남구, 강동구, 송파구, 관악구, 동작구
부산(3개)	5	부산서부	강서구, 사하구, 사상구, 북구
	6	부산중부	서구, 중구, 동구, 영도구, 남구, 부산진구, 연제구, 동래구
	7	부산동부	금정구, 기장군, 수영구, 해운대구
대구(2개)	8	대구동북	동구, 북구, 중구, 수성구, 군위군
	9	대구서남	남구, 달서구, 달성군, 서구
인천(4개)	10	인천서북	서구, 강화군
	11	인천동북	부평구, 계양구
	12	인천중부	중구, 미추홀구, 동구, 옹진군
	13	인천남부	연수구, 남동구
광주(2개)	14	광주광서	광산구, 서구
	15	광주동남	북구, 동구, 남구
대전(2개)	16	대전서부	유성구, 서구
	17	대전동부	대덕구, 동구, 중구
울산(2개)	18	울산서남	울주군, 중구
	19	울산동북	남구, 북구, 동구
세종(1개)	20	세종	세종
경기(12개)	21	수원권	수원시, 화성시, 오산시
	22	성남권	성남시, 광주시, 용인시, 하남시
	23	의정부권	의정부시, 동두천시, 양주시, 연천군
	24	안양권	안양시, 과천시, 의왕시, 군포시
	25	부천권	부천시, 광명시
	26	평택권	평택시, 안성시
	27	안산권	안산시, 시흥시
	28	고양권	고양시, 김포시
	29	남양주권	남양주시, 구리시, 양평군, 가평군
	30	파주시	파주시
	31	이천권	이천시, 여주시
	32	포천시	포천시
강원(6개)	33	춘천권	춘천시, 홍천군, 화천군, 양구군, 철원군
	34	원주권	원주시, 횡성군
	35	영월권	영월군, 정선군, 평창군
	36	강릉권	강릉시
	37	동해권	동해시, 태백시, 삼척시
	38	속초권	속초시, 고성군, 양양군, 인제군

권역	연번	지역	시군구
충북(3개)	39	청주권	청주시, 증평군, 진천군, 옥천군, 영동군, 보은군
	40	충주권	충주시, 괴산군, 음성군
	41	제천권	제천시, 단양군
충남(5개)	42	천안권	천안시, 아산시
	43	공주권	공주시, 계룡시
	44	서산권	서산시, 태안군, 당진시
	45	논산권	논산시, 부여군, 금산군, 서천군
	46	홍성권	홍성군, 청양군, 예산군, 보령시
전북(5개)	47	전주권	전주시, 김제시, 완주군, 진안군, 무주군
	48	군산시	군산시
	49	익산시	익산시
	50	정읍권	정읍시, 고창군, 부안군
	51	남원권	남원시, 순창군, 임실군, 장수군
전남(6개)	52	목포권	목포시, 영암군, 무안군, 신안군, 진도군, 함평군
	53	여수권	여수시
	54	순천권	순천시, 광양시, 구례군, 고흥군, 보성군
	55	나주권	나주시, 화순군, 곡성군
	56	해남권	해남군, 장흥군, 강진군, 완도군
	57	영광권	영광군, 담양군, 장성군
경북(6개)	58	포항권	포항시, 영덕군, 울진군, 울릉군
	59	경주권	경주시, 경산시, 청도군, 영천시
	60	안동권	안동시, 의성군, 청송군, 영양군
	61	구미권	구미시, 칠곡군, 김천시, 성주군, 고령군
	62	영주권	영주시, 예천군, 봉화군
	63	상주권	상주시, 문경시
경남(5개)	64	창원권	창원시, 의령군, 함안군, 창녕군
	65	진주권	진주시, 산청군, 하동군, 사천시, 남해군
	66	통영권	통영시, 고성군, 거제시
	67	김해권	김해시, 밀양시, 양산시
	68	거창권	거창군, 합천군, 함양군
제주(2개)	69	제주시	제주시
	70	서귀포시	서귀포시

※ 2019년 중진료권 설정 이후, 행정구역의 명칭 및 지역이 변경된 내역 반영
(인천) 남구→미추홀구('18년), (경북) 군위군→(대구) 군위군('23년)

지정 요건 중 미 충족 요건이 있는 경우

(예비지정 기관 대상) 3가지 지정요건에 부합되지 않는 항목에 대해서 유예기간 내 달성계획에 대해 자유롭게 작성

예비지정이 가능한 중진료권

포괄 2차 지정요건을 충족하는 종합병원이 없는 중진료권 대상*

*강원(강릉권, 속초권, 영월권, 원주권), 충남(공주권, 논산권), 경북(영주권), 경남(진주권), 전남(나주권, 영광권, 해남권)

2. 운영 현황 및 향후계획

❶ 적정진료

운영 현황('23년)	'26년 계획
1. 의료수익 중 급여수익 비율('23년)	1. 의료수익 중 급여수익 비율
(*급여수익 / 의료수익 × 100* %)	(*급여수익 / 의료수익 × 100* %)
- (의료수익* : 원)	- (의료수익: 원)
- (급여수익**: 원)	- (급여수익: 원)
* 한국보건산업진흥원에 제출한 2023 회계연도 회계자료(손익계산서) 기준으로 1. 입원수익 + 2. 외래수익 + 3.기타의료수익(직원급식수익과 정부보조금 제외)을 합산한 금액	
** 선별급여포함 요양급여비용총액(건강보험, 의료급여, 보훈) + 국민건강보험공단에 지급받은 건강검진비	

의료수익 중 급여수익 비율 산출 방법 :
2023년의 급여수익을 의료수익으로 나누어 산출

의료수익

한국보건산업진흥원에 제출한 2023 회계연도 회계자료 기준 1.입원수익, 2.외래수익, 3.기타의료수익(직원급식 수익과 정부보조금 제외)을 합산한 금액

- 확인경로: 의료기관회계정보공시(https://haspa.khidi.or.kr) > 공시정보조회 > 손익계산서
- 회계연도: (학교법인)'23.3.1.~'24.2.29.
  (학교법인 외)'23.1.1.~'23.12.31.

급여수익

건강보험심사평가원에서 심사 결정된 건강보험, 의료급여, 보훈 환자의 2023년 선별급여가 포함된 요양급여비용총액*과 국민건강보험공단에서 지급받은 건강검진비를 합산한 금액

*(학교법인)'23.3.1.~'24.2.29.
(학교법인 외)'23.1.1.~'23.12.31.

2. 운영 현황 및 향후계획

❷ 지역의료 문제해결

운영 현황('25년 4월)	'26년 계획
1-1. (24시간 진료) 운영 진료과목 (*24시간 운영 중인 모든 과목 기재*)	1-1. (24시간 진료) 운영 진료과목 (*24시간 운영 중인 모든 과목 기재*)
1-2. (24시간 진료) 운영 인력 - 응급실 소속 · 응급의학과 전문의 수 (명) · 응급실 간호사 수 (명) - 배후 진료과 소속 · 전문의 수 (명) · 간호사 수 (명) · 진료지원간호사 수 (명)	1-2. (24시간 진료) 운영 인력 - 응급실 소속 · 응급의학과 전문의 수 (명) · 응급실 간호사 수 (명) - 배후 진료과 소속 · 전문의 수 (명) · 간호사 수 (명) · 진료지원간호사 수 (명)
* 진료지원간호사는 간호사 수에 포함하지 않고 기입	

(24시간 진료) 운영 진료과목

진료과목 중 응급실 방문 환자에 대한 24시간 전문의 진료가 가능한 진료과목을 의미

(24시간) 운영 인력

- 요양기관 현황신고서 '인원현황'에 신고된 인력 중 응급실 소속과 배후 진료과 소속을 구분하여 작성
- 응급실에 소속된 응급의학과 전문의 수와 응급실 간호사 수를 각각 작성하고, 배후 진료과에 소속된 전문의 수, 간호사 수, 진료지원 간호사를 각각 작성
  - 이 때, 진료지원간호사는 간호사 수에 포함하지 않고 기입

※ 24시간 진료지원금 지급 시 적용되는 인력 현황과는 상이할 수 있음

2. 운영 현황 및 향후계획

❷ 지역의료 문제해결

운영 현황('25년 4월)	'26년 계획
2. 필수의료 운영 현황 - 심뇌혈관센터 운영 (○ / ×) (지정일자: YYYY.MM.DD.) - 암 진료협력 기관 (○ / ×) (지정일자: YYYY.MM.DD.) - 달빛어린이병원 (○ / ×) (지정일자: YYYY.MM.DD.) - 기타 ( ) (지정일자: YYYY.MM.DD.)	2. 필수의료 운영 현황 - 심뇌혈관센터 운영 (○ / ×) (지정일자: YYYY.MM.DD.) - 암 진료협력 기관 (○ / ×) (지정일자: YYYY.MM.DD.) - 달빛어린이병원 (○ / ×) (지정일자: YYYY.MM.DD.) - 기타 ( ) (지정일자: YYYY.MM.DD.)

필수의료 운영 현황

보건복지부에서 주관하는 사업으로 심뇌혈관센터, 암 진료협력기관, 달빛어린이병원 등에 대한 운영 여부와 지정일자 기재

2. 운영 현황 및 향후계획

❷ 지역의료 문제해결

운영 현황('25년 4월)	'26년 계획
3. 지역응급환자 진료 건수*	3. 지역응급환자 진료 건수*
- '23년 (건)	- '25년 (건)
- '24년 (건)	- '26년 (건)
* 응급실 수용 환자 중 해당 종합병원 소재 중진료권에 주소지를 둔 환자 진료 건수	
4. 지역환자 진료 비중*('24년)	4. 지역환자 진료 비중
(%)	(%)

$$\text{지역환자 진료비중} = \frac{\text{해당 종합병원 소재 중진료권 내 거주 환자의 총 진료비}}{\text{해당 종합병원에서 발생한 총 진료비}} \times 100$$

지역응급환자 진료 건수

응급실 수용 환자 중 해당 종합병원 소재 중진료권에 주소지를 둔 환자 진료 건수를 의미

지역환자 진료 비중

해당 종합병원에서 발생한 '24년 진료비* 중 해당 종합병원 소재 중진료권내에 거주하고 있는 환자의 총 진료비 비율을 의미

*(진료비) 선별급여포함 요양급여 비용 총액(건강보험, 의료급여)

- 진료년월 : '24년 1월 ~ '24년 12월 진료분

2. 운영 현황 및 향후계획

❸ 진료협력강화

4. 운영 현황 및 향후계획 (해당 항목에 ○ / × 및 괄호에 내용 작성)		
	운영 현황('25년 4월)	'26년 계획
❸ 진료협력강화	1. 기반구축 - 진료정보교류시스템 사용 (○ / ×) - 진료의뢰·회송 중계 시스템 사용 (○ / ×) - 진료협력센터 운영 (○ / ×)	1. 기반구축 - 진료정보교류시스템 사용 (○ / ×) - 진료의뢰·회송 중계 시스템 사용 (○ / ×) - 진료협력센터 운영 (○ / ×)
	2. 진료협력 사업 참여 - 상급종합병원 구조전환 지원사업 진료협력병원 참여 (○ / ×) - 진료·의뢰회송 시범사업 참여 (○ / ×)	2. 진료협력 사업 참여 - 상급종합병원 구조전환 지원사업 진료협력병원 참여 (○ / ×) - 진료·의뢰회송 시범사업 참여 (○ / ×)
	3-1. 상급종합병원 구조전환 지원사업 회송환자 비중('24년) (*회송건수 / 청구건수 × 100* %) - (연간 청구건수*: 건) - (연간 회송건수**: 건) 3-2. 지역 내 진료협력 병·의원(요양병원 제외) 의뢰환자 비중('24년) (*의뢰건수 / 청구건수 × 100* %) - (연간 청구건수*: 건) - (연간 의뢰건수***: 건)	3-1. 상급종합병원 구조전환 지원사업 상급종합병원 회송환자 비중 (*회송건수 / 청구건수 × 100* %) - (연간 청구건수: 건) - (연간 회송건수: 건) 3-2. 지역 내 진료협력 병·의원(요양병원 제외) 의뢰환자 비중('24년) (*의뢰건수 / 청구건수 × 100* %) - (연간 청구건수: 건) - (연간 의뢰건수: 건)
	* '24년 건강보험 및 의료급여 환자 전체 청구건수 ** 진료협력 상급종합병원에서 시스템을 통하여 환자를 회송받은 건수('24년 1월 – 12월 회송) *** 지역 내(▲70개 중진료권 + ▲인접지역(중진료권 인접 시군구) + ▲시도 내(수도권, 광역시 제외)) 진료협력 병·의원(요양병원 제외)에서 시스템을 통하여 환자를 의뢰받은 건수('24년 1월 ~ 12월 의뢰) (심사평가정보 제출시스템(Https://ef.hira.or.kr)>진료의뢰·회송>수신목록>조회기간, 사업구분 등 설정 후 조회)	

상급종합병원 회송건수

상급종합병원 구조전환 지원사업을 통해 진료협력을 맺은 상급종합병원에서 시스템*을 통하여 '24년 1월 ~ 12월 회송 받은 건수**를 의미

병·의원 의뢰건수

지역 내*** 진료협력 병·의원(요양병원 제외)에서 시스템*을 통하여 '24년 1월 ~ 12월 의뢰 받은 건수**를 의미

*건강보험심사평가원의 '진료의뢰·회송 중계시스템' 또는 한국보건의료정보원의 '진료정보교류시스템'

**심사평가정보제출시스템(https://ef.hira.or.kr) > 진료의뢰 ·회송 > 수신목록

*** 70개 중진료권 + 인접지역(중진료권 인접 시군구) + 시도 내(수도권, 광역시 제외)

※ 실제 진료협력 관련 성과지원 시 적용되는 기준은 상이할 수 있음

3. 진료협력기관 현황

5-1. (상급종합병원) 진료협력기관 현황* (필요시 행 추가하여 작성)

연번	종별	요양기호	요양기관명
1	상급종합병원	11111111	AA병원
2			

* '상급종합병원 구조전환 지원사업'을 통해 진료협력 관계를 맺은 상급종합병원 현황 기재

5-2. (병·의원) 진료협력기관 현황* (필요시 행 추가하여 작성)

연번	종별	요양기호	요양기관명	소재지역		
				시·도	시·군·구	중진료권
1	병원	22222222	BB병원	○○광역시	△△구	▽▽권
2	의원	33333333	CC의원	□□도	◇◇군	▷▷권
3						

※ 지원기관과 진료협력을 맺은 지역 내* 병·의원 진료협력기관(요양병원 제외) 현황 기재

* ▲70개 중진료권 + ▲인접지역(중진료권 인접 시군구) + ▲시도 내(수도권, 광역시 제외)

진료협력기관 현황

- 상급종합병원 현황에는 '상급종합병원 구조전환 지원 사업 ' 을 통해 진료협력 관계를 맺은 상급종합병원을 기재
- 지역 내 진료협력기관(병·의원) 현황에는 ▲70개 중진료권, ▲인접지역(중진료권 인접 시·군·구), ▲ 시도 내(수도권, 광역시 제외) 소재한 병·의원(요양병원 제외) 중 진료협력 관계를 맺은 기관을 기재

'중진료권'의 기준

'중진료권(붙임 참조)은 「믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화 대책(2019)」에 따른 70개의 중진료권

※ 행정구역상 변경이 있을 경우, 변경 사항 반영

III 기능강화 정책수가

1. 중환자실 기능강화 정책수가

산정 대상

중환자실별 산정조건을 충족하는 경우

구 분		산정조건
중환자실	일반	일반 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 신고기관 이면서 중환자실 적정성 평가 결과 4등급 이상인 경우
	신생아	신생아 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 신고기관 이면서 중환자실 적정성 평가 결과 4등급 이상인 경우
	소아	소아 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 신고기관 이면서 중환자실 적정성 평가 결과 4등급 이상인 경우

대상 환자

중환자실에 입원한 환자

수가 산정

중환자실 적정성 평가 결과에 따라 정책수가 산정

1. 중환자실 기능강화 정책수가

급여목록

분류번호	코 드	분 류	금 액
포괄2차 종합병원		가. (포괄2차시범) 일반 중환자실 기능강화 정책수가	
	IH1B0	1. 일반 중환자실 기능강화 정책수가-평가 1등급	150,000
	IH2B0	2. 일반 중환자실 기능강화 정책수가-평가 2등급	150,000
	IH3B0	3. 일반 중환자실 기능강화 정책수가-평가 3등급	90,000
	IH4B0	4. 일반 중환자실 기능강화 정책수가-평가 4등급	30,000
		나. (포괄2차시범) 신생아 중환자실 기능강화 정책수가	
	IH1C0	1. 신생아 중환자실 기능강화 정책수가-평가 1등급	150,000
	IH2C0	2. 신생아 중환자실 기능강화 정책수가-평가 2등급	150,000
	IH3C0	3. 신생아 중환자실 기능강화 정책수가-평가 3등급	90,000
	IH4C0	4. 신생아 중환자실 기능강화 정책수가-평가 4등급	30,000
		다. (포괄2차시범) 소아 중환자실 기능강화 정책수가	
	IH1D0	1. 소아 중환자실 기능강화 정책수가-평가 1등급	150,000
	IH2D0	2. 소아 중환자실 기능강화 정책수가-평가 2등급	150,000
	IH3D0	3. 소아 중환자실 기능강화 정책수가-평가 3등급	90,000
	IH4D0	4. 소아 중환자실 기능강화 정책수가-평가 4등급	30,000

2. 중증응급환자 응급의료행위(별표3) 가산 수가

산정대상

「응급의료에 관한 법률」에 따른 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 권역외상센터, 지역응급의료센터 응급실 내원 후 24시간 이내 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2부 제19장 (별표3) 행위*를 실시하는 경우

*(별표3) 행위 중 제6장 마취료 및 제9장 처치 및 수술료 행위에 한함

대상 환자

한국 응급환자 중증도 분류기준(KTAS) 1~3에 해당하는 중증응급 환자 및 중증응급 의심환자

※권역외상센터의 경우 중증외상환자 포함

2. 중증응급환자 응급의료행위(별표3) 가산 수가

수가 산정

권역·전문응급의료센터 및 권역외상센터는 해당하는 행위료의 50% 수준 추가 가산,
지역응급의료센터는 150% 수준 가산

산정 횟수

해당하는 행위료 산정횟수와 동일하게 산정하며, 제2의 수술(종병이상)은 산정횟수의 70%(0.7회)를 산정

2. 중증응급환자 응급의료행위(별표3) 가산 수가

급여목록

분류번호	코 드	분 류	금 액
포괄2차 종합병원	IHL01011	(포괄2차시범)정맥마취(전신마취)(지역응급의료센터)	125,880
	IHL12111	(포괄2차시범)기관내삽관에의한폐쇄순환식전신마취관리기본[1시간기준](지역응급의료센터)	187,550
	IHL12121	(포괄2차시범)마스크에의한폐쇄순환식전신마취관리기본[1시간기준](지역응급의료센터)	183,510
	IHL12131	(포괄2차시범)척추마취관리기본[1시간기준](지역응급의료센터)	151,120
	IHL12141	(포괄2차시범)경막외마취관리기본[1시간기준](지역응급의료센터)	151,750
	IHL12151	(포괄2차시범)상박신경총마취관리기본[1시간기준](지역응급의료센터)	170,140
	IHL12161	(포괄2차시범)척추경막외마취관리기본[1시간기준](지역응급의료센터)	159,410
	IHL12211	(포괄2차시범)기관내삽관에의한폐쇄순환식전신마취유지[1시간초과15분당](지역응급의료센터)	36,080
	IHL12221	(포괄2차시범)마스크에의한폐쇄순환식전신마취유지[1시간초과15분당](지역응급의료센터)	28,950
	IHL12231	(포괄2차시범)척추마취유지[1시간초과15분당](지역응급의료센터)	24,970
	IHL12241	(포괄2차시범)경막외마취유지[1시간초과15분당](지역응급의료센터)	24,970
	⋮		

※ 응급의료행위(별표3) 가산 수가
가산 대상수가 변경 등의 사유로 수시 변경 가능하며, 변경 시 별첨 자료 공고

2. 중증응급환자 응급의료행위(별표3) 가산 수가

청구방법

구 분	특정내역 기재사항
두 개 이상의 응급의료센터를 지정받은 기관의 경우	명세서 단위 특정내역 MT048(응급의료센터 구분코드)란에 환자에 대한 주된 진료를 수행한 기관을 반드시 기재하여 청구
응급의료행위(별표 3) 가산 수가 청구 시	아래 특정내역을 반드시 기재하여 청구 • 특정내역 구분코드 MS003(낮병동, 응급실 재원시간)란에 응급실 내원일시와 재원기간의 From/To 기재 • JS010(야간가산, 응급의료수가)란에 수술·처치, 마취료 등 실시시간 기재 • MT046(응급환자 중증도 분류기준)란에 한국 응급환자 중증도 분류기준(KTAS)에 해당되는 중증도 등급 기재
위탁진료의 경우	기존 위탁진료 청구와 동일하게 각 수가별 JS008(위탁진료)란을 반드시 기재하여 청구

2. 중증응급환자 응급의료행위 가산 수가

청구방법 예시

'권역응급의료센터' 이면서 '소아전문응급의료센터'로 지정받은 기관에 중증응급환자(KTAS 2)가 '권역응급의료센터' 응급실에 도착해서 24시간 이내에 (별표3)의 처치, 수술 등을 시행한 경우

구 분	응급실 입원	처치·수술	응급실 퇴실
날짜 및 시각	2025.7.1. 오전 10시 30분	2025.7.1. 오후 11시 30분	2025.7.2. 오전 9시00분
MS005 기재방법(From/To)	202507011030/202507020900		
JS010 기재방법	202507012330		
MT046 기재방법	2		
MT048 기재방법	2		

필수특화 기능 강화 지원사업

2025.6.9.,6.11.

보건복지부

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE



목차

Ⅰ 이행계획서 작성방법

Ⅱ 질의 및 응답

보건복지부

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

Ⅰ 이행계획서 작성방법

1. 일반 현황 및 지정요건

사 업 명	필수특화 기능 강화 지원사업 (해당 항목에 ☑표기 및 내용작성)		
요양기호	12345678 (8자리)	요양기관명	
1. 일반현황 ('25년 4월)			
의사	일반의 (명)	전문의 (명)	
간호사	(명)		
2. 지정요건			
가. 급성기 평가	☐ 인증 (YYYY.MM.DD.~YYYY.MM.DD.) ☐ 미인증 * 의료법 제58조 의한 의료기관평가인증원의 급성기병원 인증내역		
나. 진료역량	1. 필수특화 기능 분야('24년) ☐ 화상 ☐ 수지접합 ☐ 분만 ☐ 소아 ☐ 뇌혈관 2. 전년도 진료량*('24년) 필수특화 기능 분야 / 분야별 연환자수 ex) 소아 / ex) 화상 / ※필요시 행 추가 * 전문병원의 지정 및 평가 등에 관한 규칙 [별표1] 제2호에 따른 입원 연환자수		
다. 야간휴일 진료	1. 필수특화 기능 분야별 따른 진료 건수('24년) 필수특화 분야 / 분야별 진료건수*(A) / 야간휴일 진료건수** (B) / 야간휴일 진료비율(B/A) ex) 화상 / ex) 수지접합 / ※필요시 행 추가 * 전문병원의 지정 등에 관한 고시 [별표1]에 따른 분야별 질병군의 전년도 입원건수(소아는 외래도 포함). 단, 뇌혈관분야는 재활병원 또는 재활의학과는 제외함 ** (A)에 해당 하는 입원 건 중 야간·휴일에 수술·시술 시행한 건수. 단, 소아는 진찰료도 포함		

의사, 간호사 수

「국민건강보험법 시행규칙」 [별지 제4호서식] 요양기관 현황 신고서 '인원현황'의 의사 수와 간호사 수를 작성('25.4.30.기준)

- (의사 수) 일반의와 전문의에 해당하는 (의과)의사 수
- (간호사 수) 외래, 병동(일반/특수)을 포함한 전체 간호사 수

전년도 진료량

「전문병원의 지정 및 평가 등에 관한 규칙」 [별표 1] 제2호에 따른 입원 연환자수*

* 입원환자의 일일 시점 입원일수의 합

야간·휴일 진료

「전문병원의 지정 등에 관한 고시」(고시 제2023-108호, '23.6.16.)[별표 1]에 따른 분야별 질병군의 입원진료(소아는 외래 포함) 건 중 야간·휴일의 수술·시술 시행 건수. 단, 소아는 진찰료도 포함

* 뇌혈관 분야 재활병원 또는 재활의학과 제외함

2. 운영 현황 및 향후계획

❶ 필수특화 기능여부

운영 현황('25년 4월)	'26년 계획
1-1. **(24시간 진료)** □ ○ □ X 1-2. **(24시간 진료)** 운영 인력 - 필수특화 기능에 참여하는 인력* · 전문의** 수 (명) · 간호사** 수 (명)	1-1. **(24시간 진료)** □ ○ □ X 1-2. **(24시간 진료)** 운영 인력 - 필수특화 기능에 참여하는 인력* · 전문의** 수 (명) · 간호사** 수 (명)
* 「전문병원의 지정 및 평가 등에 관한 규칙」[별표1] 제4호 '의료인력'에 따름 단, 뇌혈관에서 재활의학과 제외 ** 「국민건강보험법 시행규칙」[별지 제14호서식] 요양기관 현황신고서 '인원현황' 기준	
2. 기타 지정여부 - 전문병원지정기관 (○ / X) (지정일자: *YYYY.MM.DD.*) - 달빛어린이병원 (○ / X) (지정일자: *YYYY.MM.DD.*) * 소아분야만 해당	2. 기타 지정여부 - 전문병원지정기관 (○ / X) (지정일자: *YYYY.MM.DD.*) - 달빛어린이병원 (○ / X) (지정일자: *YYYY.MM.DD.*) * 소아분야만 해당

전문의, 간호사 수**

- 전문의 수, 간호사 수
  필수특화 기능 분야 관련 진료과목*의 전문의 및 간호사 수 기입(단, 뇌혈관 분야 재활의학과 제외)

*「전문병원의지정 및평가등에관한규칙」[별표1] 제4호참고

기타 지정여부

필수특화 기능 관련 전문병원지정기관 및 소아분야 달빛어린이병원 운영 여부와 지정일자 기재

3. 진료협력기관 현황

4. 진료협력기관 현황*(필요시 행 추가하여 작성)

연번	종별	요양기호	요양기관명
1	*상급종합병원*	*11111111*	*A병원*
2	*종합병원*	*22222222*	*B병원*
3	*병원*	*33333333*	*C병원*

* 지역 제한없이 전국단위 진료협력을 맺은 기관(의과)을 모두 기재

협력기관의 범위

지역 제한없이 전국단위 진료협력을 맺은 의료기관 전체를 기재합니다. (단, 의과만 해당)

Ⅱ 질의 및 응답

1. 지원사업 대상 및 참여신청

Q1 지원사업에 참여할 수 있는 대상 기관은 어디인가요?

- 3가지 지정요건을 모두 충족하는 종합병원 및 병원 중 참여를 희망하는 기관

  - (지정요건) ❶ 급성기병원 의료기관 인증 획득

    ❷ 진료량 상위30분위 이내

    ❸ 야간·휴일 진료 여부 및 진료실적

  * 「전문병원의 지정 및 평가 등에 관한 규칙」 (보건복지부령 제1068호, '24.11.7.) [별표 1]에 따름

    다만, ❸은 질환별 주요 진단범위에 따른 야간·휴일의 수술·시술 시행 건수로 설정함(단, 소아는 진찰료도 포함)

< 질환별 주요 진단 범위(입원기준 단, 소아는 외래도 포함) >

구 분	화상	수지접합	분만	소아	뇌혈관주2)
MDC주1)	MDC "Y"	MDC "I", "X"	MDC "O", 1세 이하 환자	18세 이하 환자	MDC "B" * B05, B60 제외

주1) 주요진단 범위 또는 환자 유형을 뜻함(Major diagnosis Category)
주2) 재활병원, 재활의학과 청구 제외

1. 지원사업 대상 및 참여신청

Q2 지원사업과 타 시범사업에 중복 참여가 가능한가요?

- 종합병원 및 병원 대상 건강보험 지원 시범사업과 중복참여는 불가합니다.

  * (예시) 포괄 2차 종합병원 지원사업 등

2. 이행계획서 - 일반현황

Q1 의사,간호사수는 어떻게 작성하나요?

- 「국민건강보험법 시행규칙」 [별지 제14호서식] 요양기관 현황신고서 '인원현황'의 의사 수와 간호사 수를 작성하면 됩니다.('25.4.30.기준)

  - (의사) 일반의와 전문의에 해당하는 (의과)의사 수

  - (간호사) 외래, 병동(일반/특수)을 포함한 전체 간호사 수

2. 이행계획서 - 지정요건

Q2 입원 연환자수는 어떻게 산출하나요?

- 입원 연환자수는 입원 환자의 일일 시점 입원일수의 합을 의미합니다.

  - 공고일 기준 전년도 진료기간 ('24.1.1. ~ '24.12.31.) 건강보험 및 의료급여 입원 환자의 진료 실적을 기준으로 산출합니다.

<예> 환자 A가 화상으로 '24.3.1.~'24.3.20. (20일) 입원, 화상으로 '24.5.8. ~ '24.5.22. (15일) 입원한 경우

→ (화상) 연환자수 35일

2. 이행계획서 - 지정요건

Q3 지정요건의 "진료량 상위 30분위 이내" 의미는 무엇인가요?

- 전체 종합병원 및 병원에 대하여 기준에 해당하는 연환자수를 산출 후 기관별 순위를 매기고 전체 순위를 100으로 환산하였을 때 신청한 의료 기관 상위 30위 이내를 의미합니다.

  * 관련근거: 「전문병원의 지정 및 평가 등에 관한 규칙」 (보건복지부령 제1068호, '24.11.7.) [별표 1]

- 다만, 의료기관에서 기준 충족 여부를 확인할 수 있도록 아래와 같이 분야별 진료량 최소값을 안내하오니 참고하시기 바랍니다.

< 참고 > 분야별 진료량의 최소값

구 분	화상	수지접합	분만	소아	뇌혈관
진료량	152	168	2,940	2,602	3,557

2. 이행계획서 - 지정요건

Q4 야간·휴일 진료 여부 및 진료 실적은 어떻게 작성하나요?

- 「전문병원의 지정 등에 관한 고시」 [별표1]에 따른 해당 필수특화 기능 분야별 질병군의 진료건수 및 야간·휴일에 수술 또는 시술을 시행한 건수
  - (분야별 진료건수) 필수특화 기능 분야별 질병군으로 입원한 건수(소아는 외래 포함) 단, 뇌혈관 분야는 재활병원 또는 재활의학과 제외함
  - (야간·휴일 진료건수) 야간·휴일에 시행한 수술 또는 시술 청구 건수(단, 소아는 진찰료도 포함)

2. 이행계획서 – 필수특화 기능여부

Q5 (24시간 진료) 운영 인력은 무엇을 의미하나요?

- 24시간 진료가 가능한 진료과목에 소속된 의료인력(의사, 간호사)으로「국민건강보험법 시행규칙」[별지 제14호서식] 요양기관 현황신고서 '인원현황'을 작성하면 됩니다.('25.4.30.기준)
  - (의사 수) 해당 진료과목에 소속된 전문의*(상근, 비상근 형태의 전속근무) 수
  - (간호사 수) 해당 진료과목에 소속된 간호사* 수

* 필수특화기능 분야 관련 진료과목의 전문 및 간호사 수 기입

※ 실제 24시간 진료지원금 시 적용되는 인력현황과는 상이할 수 있음

Q & A

감사합니다