

보건소·보건지소의 비대면진료 시범사업 요양급여 적용기준 및 청구방법 안내

1 요양급여 대상 및 시행시기

- (대상 기관) 비대면진료 시범사업 참여를 원하는 보건소, 보건지소
- (대상 보건의료인) 보건소, 보건지소에 소속된 의사, 치과의사, 한의사
- (대상 환자) 보건의료 위기 상황*에 비대면진료가 필요한 환자**
 - * 보건복지부장관이 국민의 의료접근성이 제약되어 공익상 필요하다고 인정하는 기간
 - ** 「국민건강보험법」에 의한 가입자 또는 피부양자, 「의료급여법」에 의한 수급권자
- (시행일자) 2024.4.3.~, 종료일은 별도 공고 예정

2 요양급여 산정기준 및 환자 본인부담률

- (산정기준) 보건소·보건지소에서 비대면진료 시범사업 지침에 따라 비대면진료 시행 시 보건소·보건지소 1회 방문당 수가* 산정
 - * 보건소 분류코드: (의과) W0411, (치과) W0421, (한의학) 80621
보건지소 분류코드: (의과) W0311, (치과) W0321, (한의학) 80621
- (환자 본인부담률) 법정 외래 환자본인부담률 적용

3 요양급여비용 청구방법

□ 명세서 일반내역

- (요양급여비용총액) 비대면진료와 관련된 '1회 방문당 수가'의 금액을 '요양급여비용총액1'에 기재
- (내원일자) 비대면진료를 실시한 일자를 기재

□ 명세서 상병내역

- (면허종류 및 번호) 주상병명에 대하여 비대면진료한 의사의 면허종류와 면허번호를 기재

□ 특정내역 기재 방법

- (명세서단위 특정내역) MX999(기타내역)에 '비대면/Z'를 기재
 - 타 MX999(기타내역)와 구분될 수 있도록 줄을 달리하여 기재하고, 반드시 왼쪽 첫 번째부터 붙여서 기재

특정내역 (MX999) 기재								청구유형
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	...	
비 대 면 / Z								올바른 기재
Z / 비 대 면								잘못된 기재

- (처방내역단위 특정내역) 비대면진료를 통해 처방전 발행 시 처방내역단위 특정내역 CT003(비대면처방)에 'Y' 기재

구분 코드	특정내역	특정내역 기재형식	설 명
CT003	비대면 처방	X(1)	시범의료기관의 의사가 대상환자에게 비대면진료 후 원외처방전을 발행하는 경우 'Y'를 기재

4 청구방법 예시

- 비대면진료에 대한 1회 방문당 수가(보건소 W0411, 보건지소 W0311)의 횟수·금액 등을 명세서에 기재
- 명세서단위 특정내역 MX999에 '비대면/Z' 기재
- 비대면진료 후 발행된 처방전에는 처방내역단위 특정내역 CT003에 'Y' 기재

<일반내역>

예시	방문 횟수	진찰 횟수	요양급여 비용총액 ¹	본인일부 부담금	청구액	면허종류	면허번호
보건소	1	1	5,930	500	5,430	1	12345
보건지소	1	1	5,210	500	4,710	1	12345

<처방내역>

처방전발급번호	코드 구분	코드	1회 투약량	일투	총투
2024040100001	3	650000001	1	1	7

<특정내역기재란>

발생단위구분	줄번호	특정내역코드	특정내역
1	-	MX999	비 대 면 / Z
발생단위구분	처방전발급번호	특정내역코드	특정내역
4	2024040100001	CT003	Y