

# 〔醫 療 保 險 誌 上 講 座〕

<齒協保險委 提供>

이번 호에는療養取扱機關의診療費請求明細書作成에 필요한 가장 基本的인 사항만을 간추려 掲載한다. 當局의 書式변경을 계기로 補助要員들의 實務教材로 이용함으로써 醫療保險에 관한 業務의 원활과 迅速을 기할수 있으리라 본다.

## 1. 診療酬價 청구명세서작성의 基本事項

診療費請求는 금일 해당분을 익월 10 일 까지 즉, 1 개월을 한 단위로 청구하는 것이 원칙이나, 각療養取扱機關의 편의에 따라 그請求分量을 1~2 개월분 혹은 2~3 개월분을 한번에 청구하여도 무방하다.

請求明細書는 한글과 아라비아 숫자만을 사용하는 것이 좋으며 1, 2種(協議會)이나 公·教(管理公團) 모두 흑색필기구를 사용토록 권장하고 있다. 청구명세서 上端의 記載欄은 診療費심사과정의 重要한 체크 事項이므로 各欄 公히 빠짐없이 기재하여야 하며, 이 部分의 記載不實로 제출된 請求明細書가 반송되는 사례가 있다.

(1) 조합명칭(協議會) : 피보험자가 소속된 組合(대개 會社名이나 當局의 방침은 앞으로 피보험자수가 적은 給合(會社)을 大單位化하여 共同組合으로 育成하고자 하고있다)의 名稱을 적는다.

組合名稱이 길어 記載가 곤란한 것은 社會의 통례대로 略記하여도 된다.

(2) 조합記號(協議會) 또는 기호(公團) : 조합의 기호는 8 자리 一連숫자로 각 組合마다의 고유번호가 있으나 公團의 기호는 二元化되어 있다. 즉 公務員은 8 자리 숫자의 一連기호로 되어있고 私立學校 敎職員의 기호는 7 자리의 이은숫자(連結番號)로 되어있는 점이 약간 다르다.

(3) 명칭(公團) : 피보험자가 소속된 機關(학교

이름 또는 官廳이름)의 名稱을 기재한다.

(4) 피보험자증 번호(協議會) : 1, 2종이나 公團 및 敎職員 醫療保險 모두 被保險者證에는 그 固有의 번호가 있다. 그중 1種被保險者에 한하여 請求明細書에 번호를 기재토록 되어있다.

(5) 수진자 성명(共同) : 진료받은 자의 이름을 적는다. 齒科의 경우는 매우 희귀하다고 보겠으나 受診者가 신생아일 경우 신생아 성명대신 그 모(母)의 이름을 표시된 ( ) 안에 쓰고 受診者 주민등록번호欄 아래에 신생아의 생년월일을 기재한다.

(6) 청구일(協議會·公團共同) : 診療費를 청구하는 날짜를 적는다. 이때 公團에 請求하는 明細書의 청구일자에 비하여 協議會의 그것은 記載해야 할 必要度가 더 높다. 公團에 청구하는 것은 公團 自體內에서 一括처리 되지만 協議會는 同請求明細書의 精算後 각 被保險者의 소속組合別 分離·移送되기 때문이다.

(7) 受診者주민등록번호(協議會·公團共同) : 診療를 받은자의 주민등록번호를 적는다.

(8) 요양취급기관의 번호(共同) : 요양취급기관으로 지정된 指定番號(8 자리 숫자)를 적는다.

(9) 요양취급기관의 명칭(共同) : 病·醫院의 名稱을 적는다.

(10) 요양취급기관의 증별(共同) : 當該 病·의원 種別의 해당되는 곳에 ○표한다.

(11) 요양취급기관의 지역(共同) : 當該 病·의원 이 所在한 地域의 해당되는 곳에 ○표한다(대도시는 인구 50 만명 이상, 기타지역은 市·郡·邑·面 등 인구 50 만명 이하인 지역)

(12) 성별(共同) : 진료 받은자의 해당되는 欄의

번호에 ○표한다.

(13) 피보험자 또는 피부양자의 구분(共同): 診療를 받은자가 被保險者일 경우 1. 被保險者 欄의 번호에, 受診者가 被扶養者일 경우 2. 被扶養者 欄의 번호에 각각 ○표한다.

(14) 초진, 재진의 구분(共同): 受診者가 초진으로 診療終了되었을 경우 1. 초진欄의 번호에 ○표, 再診 또는 再診이 계속되어 진료가 종료되었을 경우 初診·再診 두곳에 모두 ○표한다. 대체적으로 치과의 경우, 初診과 再診의 日距離는 31일을 기준으로 일단 診療가 終了된 후 31일 이후에 再來院했을 때에는 初診으로 간주하여도 무방하다.

(15) 부위 및 상병명(共同): 診療된(또는 傷病이 있는) 치아의 部位를 齒式에 의해 표시하고 그 傷病名을 적는다. 상병명은 그 原語를 略語로 기재하여도 무방하다(大韓齒科醫師協會 發行 「치과 의료보험의 실제」 p.96 참조) 傷病名이 2 가지 이상일 때에도 모두 기재하는 것이 좋다.

(16) 분류기호(共同): 世界保健機構(W·H·O)에서 判定한 국제질병사인분류중 999 傷 疾病分類番號를 기재하되 3 단분류번호(3 자리番號)를 적는다. 새 書式의 청구명세서에는 4 단분류번호(4 자리 숫자)까지 적도록 되어 있으나 点(·)以下 마지막 칸은 空欄으로 남겨두어도 무방하다.

(17) 진료과목(共同): 齒科의 경우 「치과」라고 기재하도록 되어 있다.

(18) 진료개시 년월일(共同): 診療가 시작된 날의 년월일을 아라비아 숫자 만으로 기재한다.

(19) 진료종료일(共同): 診療가 끝난날의 月日을 기재하기 쉬운방법으로 적는다.

(20) 진료결과(共同): 진료결과의 해당란(치유, 계속, 중지, 이송, 사망)의 번호에 ○표한다.

(21) 진료일수(共同) 초진과 재진을 합한 총진료 일수를 적는다.

(22) 재진일(共同): 再診을 행한 경우에 한하여 再診을 시행한 날짜마다 ○표한다.

## 2. 行爲別 作成要領

点数 1 点은 현행 貨幣單位 10 원을 뜻하며 点数欄은 「진료비 및 약제란 I」과 「진료행위란 II」로 大別된다. 진료비 및 약제는 순수한 診療料

와 투여한 藥劑 및 材料를 말하고, 진료행위는 術者의 術式을 의미한다. 請求明細書에는 별도의 分類欄이 있어 투여한 藥·材를 설명하거나, 특별히 術者의 보충해설을 요하는 사항들을 기재하게 되어 있다.

(1)진찰료(외래병원 관리료 포함): 초진·재진 등 診察回數와 回數를 곱한 診察料를 기재한다.

①初診: 상병이 2 개이상의 환자일지라도 初診은 1 회로 산정한다. 그러나 綜合病院에서 同一의 환자가 하나의 상병으로 그이상의 專門科目에서 診察을 받았을 때는 그렇지 않다.

②심야: 밤 10 시 이후 익일 오전 6 시 사이에 來院한 환자에게는 初診 및 再診의 기본 診療料에 50 %를 가산하여 산정한다.

③再診: 齒科醫院의 外來의 경우 同一 또는 2 개이상 傷病을 가진 患者가 初診後 再來院했을 때 산정하며 입원중인 환자에 대해서는 인정되지 않는다.

(2)입원, 기타: 入院한 환자에 대한 入院料와 入院室料, 食代을 기재한다.

### (3)투약 및 처방전료

①약제: 투약한 藥價를 「약가기준액표」에 收載된 品目에 한해 점수로 환산, 산정한다. 이때 위에서 말한 分類欄에 내역설명 필요하다(약품명, 단가, 투여량(일수) 등)

②조제: 「약가기준액표」에 수재된 약을투여했을때 소정의 조제료를 산정한다.

③처방전: 요양취급기관으로 지정된 藥局에서 환자가 조제받을 수 있도록 처방전을 발행한 경우 소정의 처방전료를 산정할 수 있으나 80 年 3 月末 현재 藥局은 療養取扱機關의 지정에서 除外되어 있다.

(4)주사료: 주사료와 주사약제를 별도 區分하여 기재한다. 이때도 分類欄의 說明이 필요하다.

(5)마취료: 마취료와 약제를 구분하여 算定하게 되어 있으나 齒科에서 사용하는 傳達麻醉(2%리도카인등)料는 인정되지 않고 있으며 단지 약제료만이 인정되고 있다. 이때 또한 사용한 藥材名 및 單價와 總投與量등을 分類欄에 보조 설명해야 한다.

<< 처치 및 수술료등은 次號에 連載함 >>