

## 건강진단결과서 발급 건강보험 적용 안내 (의료기관)

건강진단결과서 발급 대상자가 의료기관에 방문하여 검사 시행 후 증명서 발급을 하는 경우, 수가산정 및 청구방법 등을 다음과 같이 안내합니다.

- 다 음 -

### ① 요양급여 대상

- (적용대상) 「식품위생법」 제40조에 따른 영업자 및 종업원, 「학교 급식법 시행규칙」 제6조[별표4]에 따른 식품취급 및 조리작업자

\* 식품 또는 식품첨가물 채취·제조·가공·조리 등에 직접 종사하는 자는 연 1회 이상 건강진단을 받아야 함

- 건강보험 가입자 및 피부양자만 해당(차상위 포함)되며, 의료급여 및 무자격자 등 제외

- (대상기관) 1) 관할 보건소의 위임\*을 받아 건강진단결과서 발급 업무를 시행하는 의료기관 2) 건강진단결과서를 건강보험으로 적용하고자 하는 의료기관\*\*

\* 관할 보건소의 '건강진단결과서 발급 협조기관' 신청에 응한 기관 대상으로 각 기초 단체(시군구청) 또는 보건소 홈페이지 등을 통해 안내

\*\* 1) 및 2)의 의료기관은 상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원만 해당 (치과병원, 한방 병원, 요양병원, 정신병원, 치과의원, 한의원, 조산원, 보건의료원은 제외)

- (검사항목) 장티푸스 검사, 폐결핵검사, 전염성 피부 질환검사

## ② 요양급여 목록 및 상대가치점수

### ○ 대상 수가

구분	분류번호	수가코드	수가명	점수
외래 환자 초진 진찰료	가-1-가.	AA154	초진진찰료-의원	188.11
		AA155	초진진찰료-병원	208.86
		AA156	초진진찰료-종합병원	232.33
		AA157	초진진찰료-상급종합병원	255.79
장티푸스	누-581-나.	D5820	일반배양-배양 및 동정	167.95
폐결핵	다-121-가.	G2101	흉부 1매	75.53

※ 전염성 피부 질환 검사는 기본 진찰에 포함

## ③ 본인부담률

### ○ 종별 지정 본인부담률을 적용함

구분	의원	병원	종합병원	상급종합병원*
동 지역	30%	40%	50%	60%
읍·면 지역		35%	45%	

\* 단, 상급종합병원의 경우, 진찰료는 100%를 적용함

※ 국민건강보험법 시행령 제19조 제1항 [별표2]에 의한 본인부담경감(산정특례, 차상위 본인부담경감, 연령감면 등) 및 국민건강보험법 시행규칙 제13조 제1항 [별표3] 제1호에 의한 65세 이상 노인 외래진료에도 불구하고, 종별 지정 본인부담률을 적용함

※ 또한, 본인부담상한액 및 각종 지원금(희귀질환, 차상위 2종 장애인환자 장애인 기금, 긴급복지 의료비지원) 적용에서 제외됨

## ④ 적용기준

○ 건강진단결과서 발급 대상자가 의료기관에 방문하여 증명서 발급을 위한 검사를 시행 하는 경우, 대상 수가 산정함

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제1장 기본진료료, 제2장 제1절 검체 검사료 및 제3장 제1절 방사선 단순영상진단료에 따른 각종 가산은 산정하지 아니함
- 제증명 발급 관련 비용은 진찰료 등 급여항목에 포함된 것으로 함

## 5 청구방법

- 건강진단결과서 관련 진료내역은 타 진료내역과 별도 분리하여 외래명세서(의과)로 청구함
- 명일련단위 특정내역 구분코드 MX999에 “C/건강진단결과서”를 기재하여 청구함

## 6 적용기간

- 2021.8.2.부터 2021.12.31. 진료 분까지 한시적 적용함

1 수가 산정 관련

연번	질 의	답 변
1	건강진단결과서 발급 관련 건강보험 적용 가능 기관은?	<p>○ 1) 관할 보건소 위임*을 받아 <b>건강진단결과서 발급업무를 시행하는 의료기관</b> 또는 2) <b>건강진단결과서를 건강보험으로 적용하기로 자체 결정한 의료기관**</b></p> <p>* 관할 보건소의 '건강진단결과서 발급 협조기관' 신청에 응한 기관 대상으로 각 기초단체(시군구청) 또는 보건소 홈페이지 등을 통해 안내</p> <p>** 1) 및 2)의 의료기관은 상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원만 해당 (치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 치과의원, 한의원, 조산원, 보건의료원은 제외)</p> <p>※ 보건의료원은 '지역보건법'에 따라 운영하는 기관으로, 지원대상에서 제외됨</p>
2	대상자가 모든 의료기관 방문 시 건강진단결과서 건강보험 적용 가능한지?	<p>○ 건강진단결과서 발급 비용은 <b>건강보험 법령상 원칙적으로 비급여항목으로</b>, 의료기관이 현행 비급여를 유지하고자 하는 경우 <b>자율적으로 가격 산정 가능</b></p> <p>○ 건강진단결과서 건강보험 적용 여부는 <b>개별 의료기관 선택에 따른 사항임</b></p> <p>* 단, 건강보험 적용 시 동일 의료기관 내 개별 환자 또는 특정일자·요일 단위로 비급여·급여 여부를 달리 하는 것은 불가능</p>
3	건강진단결과서 발급 관련 건강보험적용 검사 항목은?	<p>○ 「식품위생 분야 종사자의 건강진단 규칙」 제2조[별표]에 따른 영업자·종업원 및 「학교급식법 시행규칙」제6조[별표4]에 따른 식품취급·조리작업자의 건강진단 항목에 대하여만 지원하며, 장티푸스 검사, 폐결핵 검사, 전염성 피부 질환검사 항목이 해당함</p>

연번	질 의	답 변
4	장티푸스 검사, 폐결핵검사, 전염성 피부 질환검사를 모두 시행해야 산정 가능한지?	○ 「식품위생 분야 종사자의 건강진단 규칙」 제2조[별표]에 따른 영업자·종업원 및 「학교급식법 시행규칙」제6조[별표4]에 따른 식품취급·조리작업자의 건강진단 항목 및 횟수를 준수하여 시행 후 산정 가능함
5	건강진단결과서 발급 관련 검사 수가는 중별가산을 적용할 수 있는지?	○ 진찰료를 제외한 행위에 대해서는 요양기관 <b>중별가산율을 적용</b> 하여 산정함
6	진찰료 및 검사료는 별도 가산 적용이 가능한지?	○ 검체검사 질 가산, 영상의학과전문의 판독 가산, 야간, 공휴 등 <b>별도 가산은 제외함</b>
7	의료질평가지원금, 만성질환관리료 산정 가능한지?	○ 의료질평가지원금, 전문병원 의료질평가 지원금, 만성질환관리료 <b>산정 불가함</b>
8	건강진단결과서 발급을 위한 진찰 및 검사 당일 <b>동일 의사</b> 에게 별도로 질환에 대한 진찰이 이루어져 진찰 이외에 의사의 처방(약제 처방전 발급, 진료행위)이 발생한 경우 진찰료를 추가로 산정 가능한지?	○ 별도로 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우에도 진찰료는 <b>별도 산정할 수 없음</b>
9	건강진단결과서 발급을 위한 진찰 및 검사 당일 <b>다른 의사</b> 에게 별도로 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우 진찰료를 추가로 산정 가능한지?	○ 2개 이상의 진료과목이 설치되어 있고 해당과의 전문의가 상근하는 요양기관에서 검사 당일 건강진단결과서 발급 의사와 전문과목 및 전문분야가 다른 진료담당 의사가 별도로 질환에 대하여 진료한 경우에 한하여 <b>초진(또는 재진) 진찰료를 산정할 수 있음</b> ※ 이 때 진찰료 별도 산정 시, 건강진단결과서 발급 관련 진료내역과는 <b>분리하여 청구함</b>

연번	질 의	답 변
10	「국민건강보험법」 제52조에 의거 가입자 및 피부양자에게 실시하는 건강검진과 건강진단결과서 발급을 위한 진찰 및 검사가 동시에 이루어진 경우, 건강진단결과서 관련 진찰료 및 검사료 산정가능한지?	○ 건강검진 시행 당일 건강진단결과서 관련 진찰료는 <b>산정 불가함</b>  ○ 건강검진 시행 당일 건강진단결과서 관련 검사(흉부 x-ray)를 시행하는 경우, 동일한 검사는 <b>산정 불가함</b>
11	누-581-나. 일반배양-배양 및 동정(D5820)검사는 위탁이 가능한지?	○ 위탁 가능하며, 검체검사 위탁에 관한 기준에 따라 <b>위탁검사관리료(10%) 산정 가능함</b> (이때, 요양기관 중별가산율은 적용 불가)
12	장티푸스 검사를 위해 누-581-나. 배양 및 동정(D5820)이 아닌 누-581-마. 배양, 동정 및 약제감수성 검사(D5851~D5856)를 시행하고 해당되는 수가로 산정가능한지?	○ 배양, 동정 이외의 검사를 추가 시행하더라도, 누-581-나. 일반배양-배양 및 동정(D5820)의 소정점수를 산정함
13	흉부 x-ray 시행 후 필름료 또는 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 비용을 별도로 수가 산정 가능한지?	○ 다-121-가. 흉부 [직접] 1매(G2101)만 산정함
14	흉부 x-ray를 2매 촬영하였을 경우 다-121-나. 흉부[직접] 2매(G2102)로 산정 가능한지?	○ 2매 이상 촬영하더라도, 다-121-가. 흉부 [직접] 1매(G2101)로 산정함

## 2 청구방법 관련

연번	질 의	답 변																																																								
15	건강진단결과서 발급 관련 진료비 명세서 작성방법은?	<p>○ 건강진단결과서 발급 관련 진료비는 다른 진료내역과 구분하여 의과 외래명세서에 별도의 행위별 명세서로 작성하되, 반드시 명일련 단위 특정내역 구분코드 ‘MX999’ (기타내역)란에 “C/건강진단결과서”를 기재하고, 내원일수는 “1”로 청구함</p> <p>○ 또한, 건강진단결과서 발급 관련 외래진료 당일에 입원하는 경우에도 외래명세서로 구분하여 분리청구함</p> <p>[예시] 의원 외래에 방문하여 건강진단결과서를 발급받는 경우</p> <table><tr><th colspan="7">명세서 진료내역</th></tr><tr><th>항</th><th>목</th><th>줄번호</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>일투</th><th>총투</th></tr><tr><td>01</td><td>01</td><td>0001</td><td>1</td><td>AA154</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>09</td><td>01</td><td>0002</td><td>1</td><td>D5820</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>10</td><td>01</td><td>0003</td><td>1</td><td>G2101</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><th colspan="7">명세서 특정내역기재란</th></tr><tr><th colspan="2">발생단위구분</th><th>줄번호</th><th>특정내역구분</th><th colspan="3">특정내역</th></tr><tr><td colspan="2">1</td><td></td><td>MX999</td><td colspan="3">C/건강진단결과서</td></tr></table>	명세서 진료내역							항	목	줄번호	코드구분	코드	일투	총투	01	01	0001	1	AA154	1	1	09	01	0002	1	D5820	1	1	10	01	0003	1	G2101	1	1	명세서 특정내역기재란							발생단위구분		줄번호	특정내역구분	특정내역			1			MX999	C/건강진단결과서		
명세서 진료내역																																																										
항	목	줄번호	코드구분	코드	일투	총투																																																				
01	01	0001	1	AA154	1	1																																																				
09	01	0002	1	D5820	1	1																																																				
10	01	0003	1	G2101	1	1																																																				
명세서 특정내역기재란																																																										
발생단위구분		줄번호	특정내역구분	특정내역																																																						
1			MX999	C/건강진단결과서																																																						
16	건강진단결과서 발급 관련 진료당일에 원외처방 등 다른 진료가 이루어진 경우 청구방법은?	<p>○ 건강진단결과서 발급 관련 진료내역과 다른 진료내역(원외처방 등)은 명세서를 각각 분리·작성하되, 명세서의 내원일수와 요양급여일수는 각각의 해당 일수를 기재하여 청구함</p>																																																								

연번	질 의	답 변																																																																												
17	건강진단결과서 발급 관련 진료비 명세서의 특정내역란 작성방법은?	<div>○ 명일련단위 특정내역 구분코드 ‘MX999’ (기타내역)란에 “C/건강진단결과서”를 반드시 기재하여 청구함</div> <div>○ 이 때, 다른 MX999(기타내역)와 구분될 수 있도록 줄을 달리하고, 왼쪽 첫 번째 칸부터 띄어쓰기 없이 붙여서 기재함</div> <div>[예시]</div> <table><tr><th colspan="10">특정내역 (MX999)기재</th><th rowspan="2">청구유형</th></tr><tr><th>①</th><th>②</th><th>③</th><th>④</th><th>⑤</th><th>⑥</th><th>⑦</th><th>⑧</th><th>⑨</th><th>...</th></tr><tr><td>C</td><td>/</td><td>건</td><td>강</td><td>진</td><td>단</td><td>결</td><td>과</td><td>서</td><td></td><td>올바른 기재</td></tr><tr><td></td><td>C</td><td>/</td><td>건</td><td>강</td><td>진</td><td>단</td><td>결</td><td>과</td><td>서</td><td>잘못된 기재</td></tr><tr><td>C</td><td>/</td><td>건</td><td>강</td><td>진</td><td>단</td><td></td><td>결</td><td>과</td><td>서</td><td>잘못된 기재</td></tr><tr><td>C</td><td>/</td><td>건</td><td>강</td><td>진</td><td>단</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>잘못된 기재</td></tr><tr><td>건</td><td>강</td><td>진</td><td>단</td><td>결</td><td>과</td><td>서</td><td></td><td></td><td></td><td>잘못된 기재</td></tr></table>	특정내역 (MX999)기재										청구유형	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	...	C	/	건	강	진	단	결	과	서		올바른 기재		C	/	건	강	진	단	결	과	서	잘못된 기재	C	/	건	강	진	단		결	과	서	잘못된 기재	C	/	건	강	진	단					잘못된 기재	건	강	진	단	결	과	서				잘못된 기재
특정내역 (MX999)기재										청구유형																																																																				
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	...																																																																					
C	/	건	강	진	단	결	과	서		올바른 기재																																																																				
	C	/	건	강	진	단	결	과	서	잘못된 기재																																																																				
C	/	건	강	진	단		결	과	서	잘못된 기재																																																																				
C	/	건	강	진	단					잘못된 기재																																																																				
건	강	진	단	결	과	서				잘못된 기재																																																																				
18	이중자격(건강보험)이 있는 보훈 환자의 청구방법은?	<div>○ 보훈환자는 제외되므로, 보훈환자 중 건강보험 이중자격자는 공상 구분자를 삭제 후 보험자 건강보험(4) 자격만 기재 후 청구함</div>																																																																												



### ③ 본인부담률 관련

연번	질 의	답 변																															
19	종별 지정 본인부담률에 따른 본인부담금은 어떻게 되는지?	<p>○ 종별 지정 본인부담률에 따른 청구 금액 <u>예시</u>는 아래와 같음</p> <p>[예시]</p> <table><tr><th colspan="2">대 상 기 관</th><th>요양급여비용 총 금액(원)<sup>주1</sup></th><th>본 인 부 담 률</th><th>본인부담금 (원)</th></tr><tr><td colspan="2">의 원</td><td>41,010</td><td>30%</td><td>12,300</td></tr><tr><td rowspan="2">병 원</td><td>동지역</td><td rowspan="2">38,720</td><td>40%</td><td>15,400</td></tr><tr><td>읍면지역</td><td>35%</td><td>13,500</td></tr><tr><td rowspan="2">총 합 병 원</td><td>동지역</td><td rowspan="2">41,480</td><td>50%</td><td>20,700</td></tr><tr><td>읍면지역</td><td>45%</td><td>18,600</td></tr><tr><td colspan="2">상급 총 합 병 원<sup>주2</sup></td><td>44,230</td><td>60%</td><td>34,400</td></tr></table> <p>주1) 장기포스, 폐결핵, 전염성 피부 질환검사 모두 시행한 경우 주2) 진찰료는 100%를 적용함(차상위포함)</p> <p>※ 요양급여비용 총 금액은 검사 항목, 자체(위탁)검사 여부, 「국민건강보험법」 제52조에 따른 건강검진 동시 실시 유무 등에 따라 달라질 수 있음</p>	대 상 기 관		요양급여비용 총 금액(원) <sup>주1</sup>	본 인 부 담 률	본인부담금 (원)	의 원		41,010	30%	12,300	병 원	동지역	38,720	40%	15,400	읍면지역	35%	13,500	총 합 병 원	동지역	41,480	50%	20,700	읍면지역	45%	18,600	상급 총 합 병 원 <sup>주2</sup>		44,230	60%	34,400
대 상 기 관		요양급여비용 총 금액(원) <sup>주1</sup>	본 인 부 담 률	본인부담금 (원)																													
의 원		41,010	30%	12,300																													
병 원	동지역	38,720	40%	15,400																													
	읍면지역		35%	13,500																													
총 합 병 원	동지역	41,480	50%	20,700																													
	읍면지역		45%	18,600																													
상급 총 합 병 원 <sup>주2</sup>		44,230	60%	34,400																													
20	건강진단결과서 발급 관련 진료비는 「국민건강보험법 시행령」 별표2 및 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 의한 본인부담 경감을 적용할 수 있는지?	<p>○ 「국민건강보험법 시행령」 [별표2] 및 「본인 일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 의거한 본인부담 경감은 적용할 수 없음</p> <p>- 따라서, 명세서의 특정내역 구분코드(MT002)란에 특정기호를 기재하여 청구할 수 없음</p>																															