국민건강보험 일산병원 진료협력 간담회 · 2026. 11. 3.

종이 진료의뢰서에서 , 전자 진료의뢰서로

일산 지역 1 차 의료기관을 위한 진료의뢰 · 회송 실무가이드 — 이지스전자차트 2.0 화면과 함께

남준식

연세미소내과 원장 · 이지스헬스케어 연구소장

주최

국민건강보험 National Health Insurance Service 일산병원 Ilsan Hospital

같은 의뢰, 다른 결과

종이로 작성한 진료의뢰서

- 의뢰료 산정 불가
- 환자가 서류를 들고 가야 함 — 분실 · 누락 위험
- 검사결과 · 영상은 따로 복사하거나 CD 로 제작
- 회신이 오는지 확인하기 어려움

0 원

의뢰 1 건당 수가

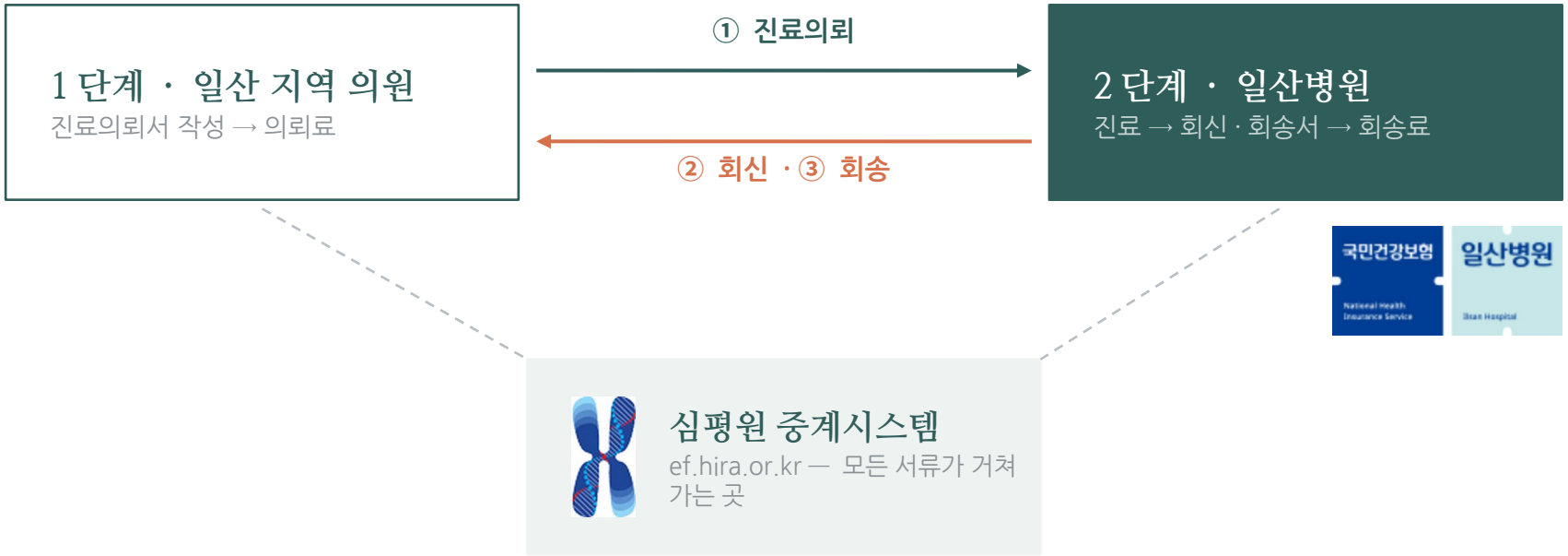
전자 진료의뢰서

- 진료의뢰서가 일산병원 진료협력센터에 바로 도착
- 검사결과지 · 내시경 / 초음파 영상까지 함께 전송
- 송신목록에서 접수 · 회신 상태 확인
- 환자 본인부담 없음 (의사판단 의뢰)

최대 26,000 원

의뢰 1 건당 수가 · 전액 공단 부담

한눈에 보는 의뢰 · 회송 구조



일산병원은 종합병원이자 2 단계 시범기관 — 협력기관 협약과 심평원 승인이 있어야 의뢰료가 산정됩니다 . 회송료는 일산병원이 산정하고 , 의원은 진찰료에 회송번호 (MT078) 만 기재합니다 .

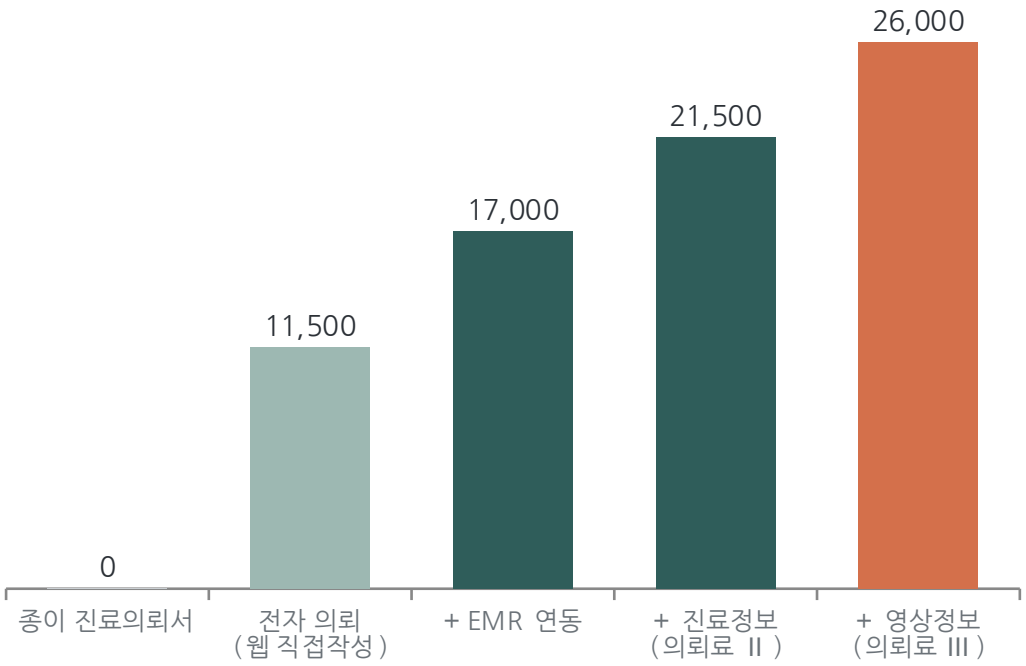
일산병원으로 의뢰할 때 받는 의뢰료

구분	코드	금액	산정 조건	환자부담
진료의뢰료 I · 의사판단	IA026	11,500 원	전자 진료의뢰서 + 중계시스템 등록	**없음**
진료의뢰료 I · 환자요청	IA027	11,500 원	환자·가족 요청에 의한 의뢰	**30%**
EMR 연동 가산 (주 1)	IA024	5,500 원	Agent 등 EMR 연계로 의뢰 시	없음
진료의뢰료 II	IA710	4,500 원	표준서식 진료정보 1 종 이상	없음
진료의뢰료 III	IA720	9,000 원	영상정보·영상검사결과지 포함 진료정보 2 종 이상	없음

II 와 III는 둘 중 하나만 산정 · 동일 광역시·도 가산 (IA023) 은 비수도권만 — 일산 지역 해당 없음 · 2025. 1. 1. 진료분부터

의뢰 사유를 '의사판단'으로 정확히 선택하면 환자 본인부담이 없습니다.

의뢰 1건, 얼마나 달라질까



26,000 원

의사판단 + EMR 연동 + 의뢰료 III
일산 지역 의원 → 일산병원

환자 본인부담 0 원

전액 공단 부담. 내시경·초음파 영상도 DICOM 이면 영상정보로 인정됩니다 (지침 Q24).

h·well 국민건강보험

산정 전에 확인할 여섯 가지

01 **일산병원 협력기관 등록**
일산병원이 분기 말 현황신고 → 심평원 승인 (약 1 개월)

02 **개인정보 동의서**
중계시스템 이용 동의서 (별지 3 호) 를 받아 보관

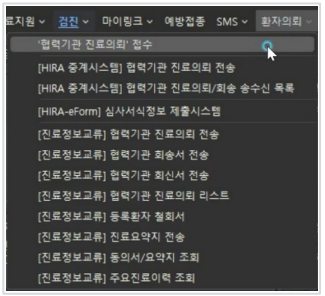
03 **외래 환자만**
입원 · 응급실 환자 , 응급실로의 의뢰는 산정 불가

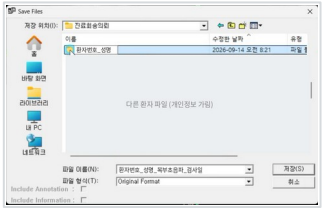
04 **건강보험만**
의료급여 · 자보 · 차상위 경감 · 보훈 환자는 수가 제외

05 **당일 등록**
부득이한 경우 진료의뢰서는 3 일 내 (공휴일 제외), 첨부자료는 의뢰서 등록 익일부터 3 일 내 (공휴일 포함)

06 **사전 연락**
일산병원 진료협력센터에 의뢰 사실 통보 (전화 · 팩스 등)

이지스전자차트 2.0 에서 의뢰하기, 다섯 단계





01

진료 접수

환자의뢰 메뉴 > 협력기관 진료의뢰 접수

02

차트 작성

SOAP 경과기록 · 판독결과지 작성 후 메모지에 복사

03

영상 내려받기

PACS 에서 초음파 · 내시경 영상을 DICOM 으로 저장

04

진료의뢰서 작성

기본항목 · 외래경과지 · 판독결과지 + 영상 (DICOM) 첨부

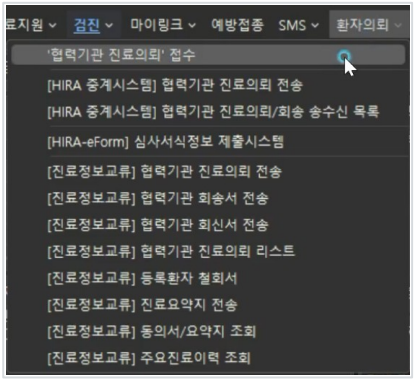
05

전송 · 완료

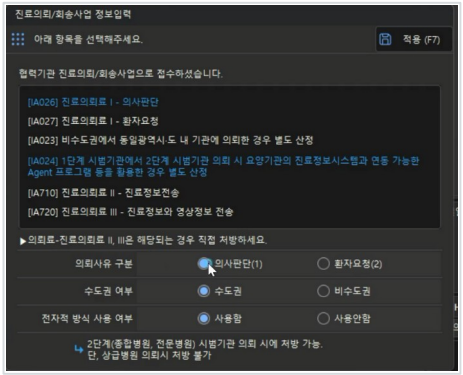
전송 → MT066 자동작성 → 차트 완료 (재저장), 영상 전송 확인

STEP 1 진료 접수 — '환자의뢰' 메뉴에서 시작

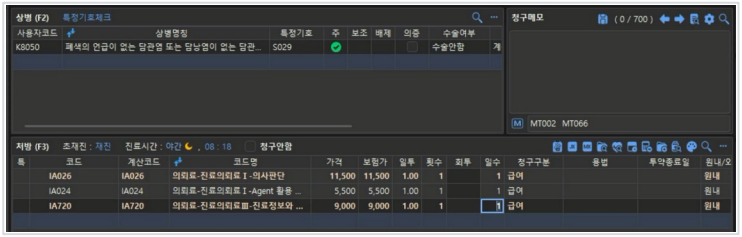
1 환자의뢰 메뉴 > 접수



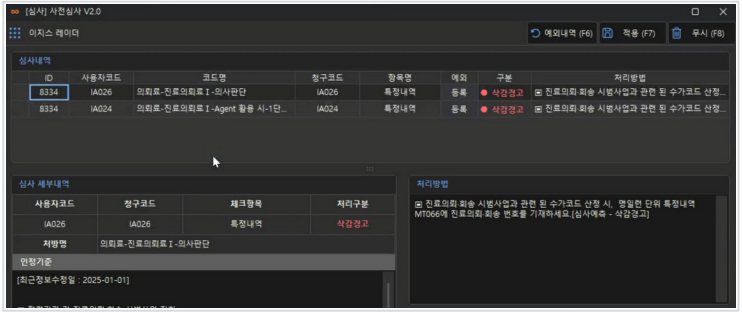
2 의뢰사유 · 수도권 · 전자방식 선택



3 S029·IA026·IA024 자동 입력 , II·III 는 직접



4 저장 시 'MT066 미기재' 삭감경고 → 정상

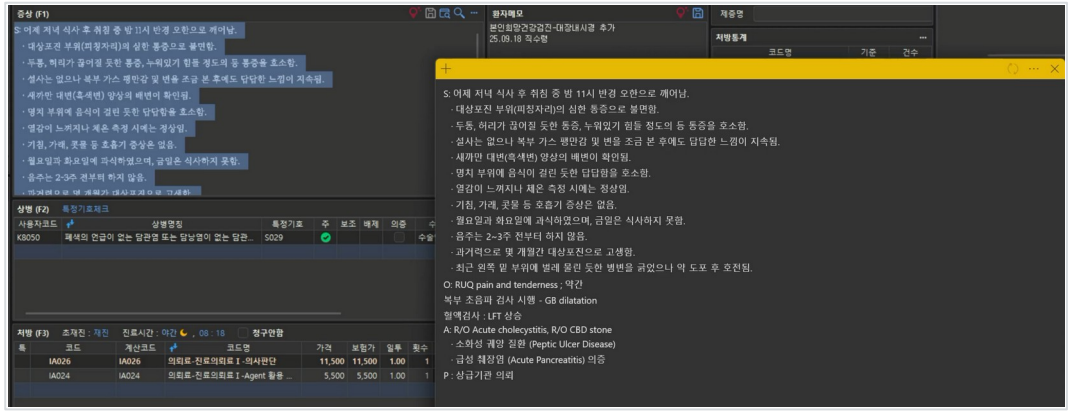


경고가 떠도 당황하지 마세요

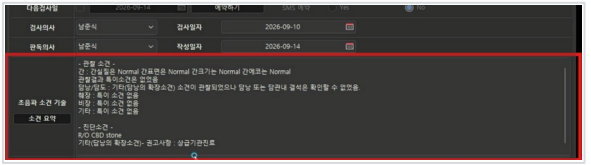
의뢰번호 (MT066) 는 진료의뢰서를 작성 · 전송할 때 만들어집니다 . 지금은 저장하고 넘어간 뒤 , **STEP 5 에서 차트를 다시 저장**해야 특정내역이 기재되어 마무리됩니다 .

STEP 2 경과기록과 판독결과지를 먼저 써 두고 복사

1 외래 차트에 SOAP 형식으로 경과기록 작성 → 메모지에 복사



2 초음파 · 내시경 판독결과지 작성



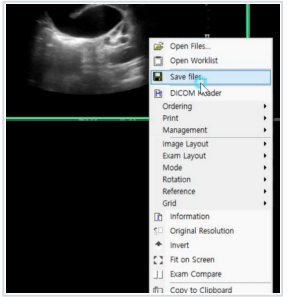
판독결과지의 ' 소견 기술 ' 을 메모지에 복사해 두면 영상검사결과지 e-Form 에 그대로 붙여넣을 수 있습니다 .

왜 미리 복사하나요

진료의뢰서 작성 창은 모달 창이라 , 열려 있는 동안 외래진료 창을 볼 수 없습니다 . 경과기록과 판독결과를 메모지에 먼저 담아 두면 진료의뢰서의 진료소견 ·e-Form 에 붙여넣기만 하면 됩니다 .

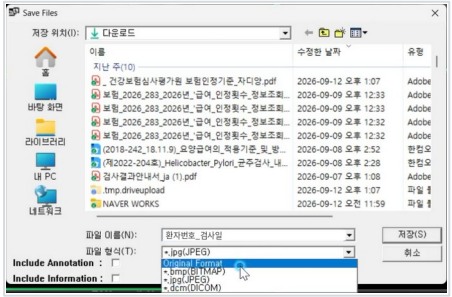
STEP 3 PACS 에서 영상을 DICOM 으로 내려받기

1 Save files



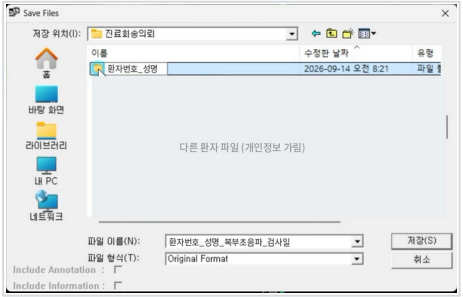
대상 환자 영상 선택 > 우클릭 > Save files

2 형식 : Original Format



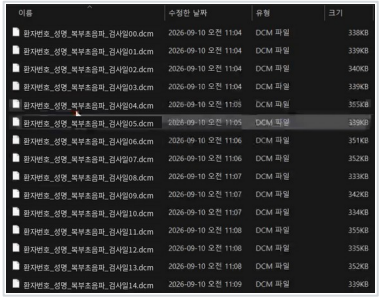
원본 (DICOM) 또는 *.dcm — JPG·BMP 는 의뢰료 III 불인정

3 환자별 폴더에 저장



진료회송의뢰 > 환자번호 _ 성명 폴더 생성 후 저장

4 저장 파일 확인



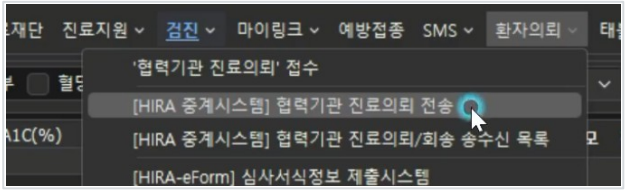
유형이 'DCM 파일' 인지, 장수가 맞는지 확인

판독결과지는 차트에서, 영상은 폴더에서

저장한 DICOM 폴더는 STEP 4 진료의뢰서 '영상정보 > 파일추가' 에서 그대로 불러옵니다. 환자별 폴더로 모아두면 다른 환자 영상이 섞이지 않습니다.

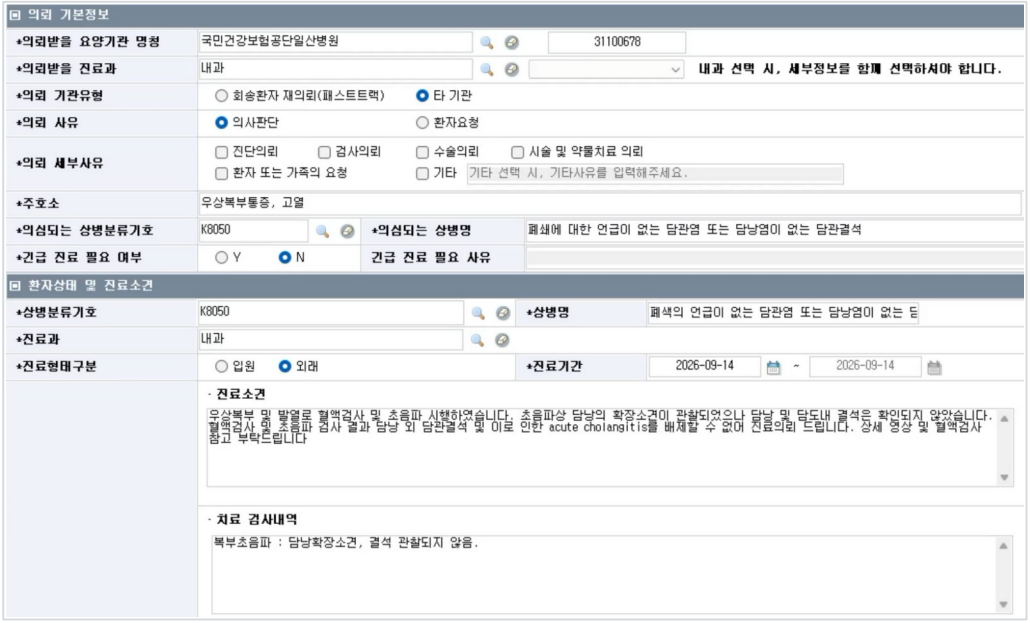
STEP 4 진료의뢰서 작성 ① 열기 · 기본정보

1 환자의뢰 > 진료의뢰 전송 → 환자 선택



- 의뢰받을 기관 : 국민건강보험공단일산병원 (31100678), 진료과 · 세부과목
- 의뢰 사유 ' 의사판단 ' — 처방한 IA026 과 일치
- **의사판단이면 세부사유 1 개 이상 선택 (필수)**
- 주호소 · 의심 상병 · 진료소견 · 치료검사내역은 메모지에서 붙여넣기

2 의뢰 기본정보 · 환자상태 및 진료소견 입력

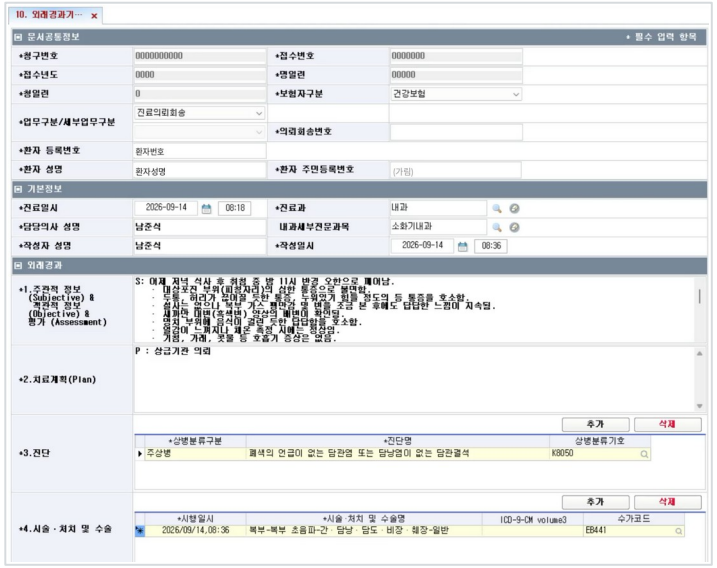


진료의뢰서, 이것만은 꼭 채우세요

의뢰 사유	의사판단 / 환자요청 — 본인부담이 달라집니다
의뢰 세부사유	진단 · 검사 · 수술 · 시술 및 약물치료 의뢰 (의사판단 시 필수)
주호소 · 의심 상병	왜 보내는지 한 줄로
환자상태 및 진료소견	치료 · 검사내역, 과거력, 투약력, 가족력 · 알레르기
주의 의약품 · 감염병	항응고제 등 주의 약물, 법정 감염병 여부
회신요청 여부	'Y' 로 하면 병원의 회신서를 받아볼 수 있습니다

STEP 4 진료의뢰서 작성 ② 진료정보 (e-Form)

1 외래경과기록지 탭 > 신규작성 → SOAP 붙여넣기

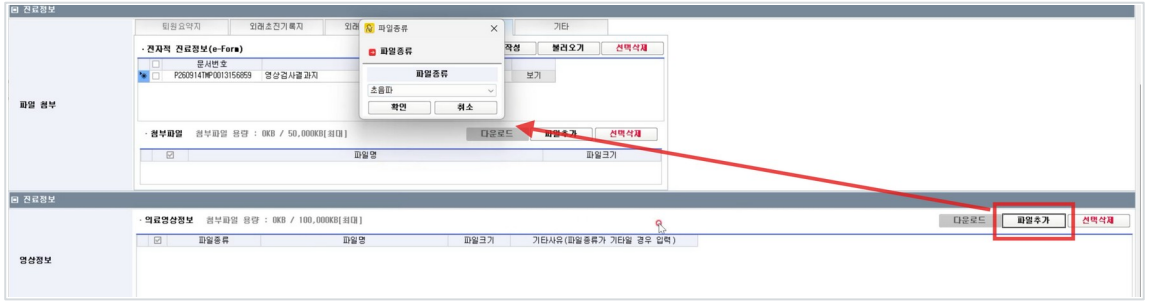


2 검사결과지 탭 > 신규작성 → 영상검사결과지 · 저장 (F7)

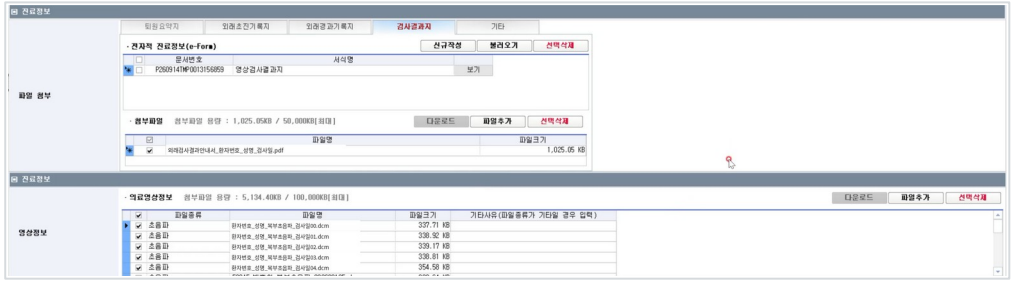
표준서식 (e-Form) 으로 작성해야 의뢰료 II ·III 인정 . PDF 첨부파일은 참고용입니다 . 영상검사결과지는 의뢰료 III의 필수 요건 .

STEP 4 진료의뢰서 작성 ③ 영상 (DICOM) 첨부

1 영상정보 > 파일추가 → 파일종류 ' 초음파 ' 선택 > 확인



2 STEP 3 환자 폴더의 .dcm 파일 전체 선택 → 업로드



첨부 후 확인

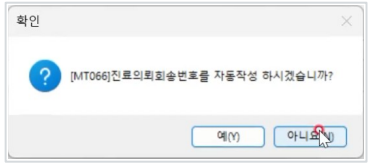
- 검사결과지 탭에 영상검사결과지 문서번호 생성
- 의료영상정보 : 파일종류 ' 초음파 ', 확장자 .dcm
- 첨부 용량 (최대 100MB) 안에서 장수 확인
- 내시경 영상은 파일종류 ' 내시경 ' 으로

STEP 5 전송 → 의뢰번호 자동작성 → 차트 완료

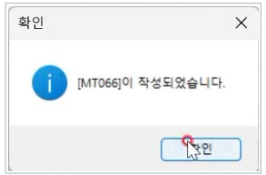
1 내용 확인 후 '전송'

2 전송 완료 · 의뢰번호 생성

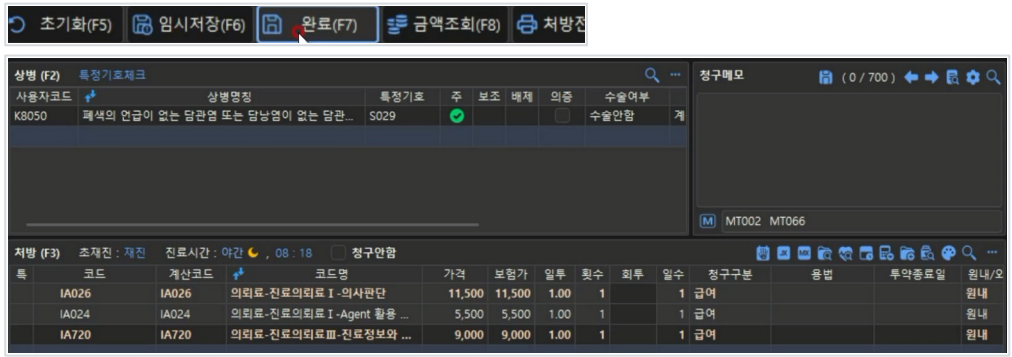
3 MT066 자동작성 '예'



4 작성 완료



5 차트에서 '완료 (F7)' — 특정내역 MT002·MT066 자동 기재



완료 시 사전심사창이 뜬다면

특정내역 (MT066) 이 아직 기재되지 않은 상태입니다 .

- 진료의뢰서 창에서 의뢰회송번호 '번호복사' 후 붙여넣기
- 또는 재저장 후 자동작성 '예'를 다시 진행

심사창 없이 저장되면 정상 완료

첨부 방식에 따라 수가가 갈립니다

○ **EMR 연동 (Agent) · 표준서식**
의뢰료 I + 연동 가산 + II/III 모두 인정

△ **중계시스템 웹에서 직접 작성**
의뢰료 I 만 인정 — 웹 작성 e-Form 은 II·III 불가

× **스캔 파일·PDF 첨부**
의뢰료 II·III 불가 — 정보 전달용으로만

의뢰료 III 요건

표준화된 진료정보 2 종 이상 전자 전송

그 2 종 안에 아래 두 가지가 반드시 포함

① 영상정보 — DICOM 파일

② 영상검사결과지 (또는 영상의학판독소견서) — 표준서식

영상만 보내면 → II·III 모두 불가

영상 없이 진료정보만 → 의뢰료 II

근거 : 지침 진료의뢰료 III 산정기준 3)

'21. 4. 1. 진료분부터 e-Form Agent 표준서식만 진료정보 수가 인정 (심평원 안내)

실제 사례 — 영상을 첨부했는데 III가 조정됐습니다

1 진료의뢰서 영상정보란에 초음파 DICOM 4 건 첨부

2 그런데 송신목록에는 ' 영상파일 첨부 ' 가 비어 있음

심사 결과

~~IA720 9,000 원~~

→ IA710 4,500 원

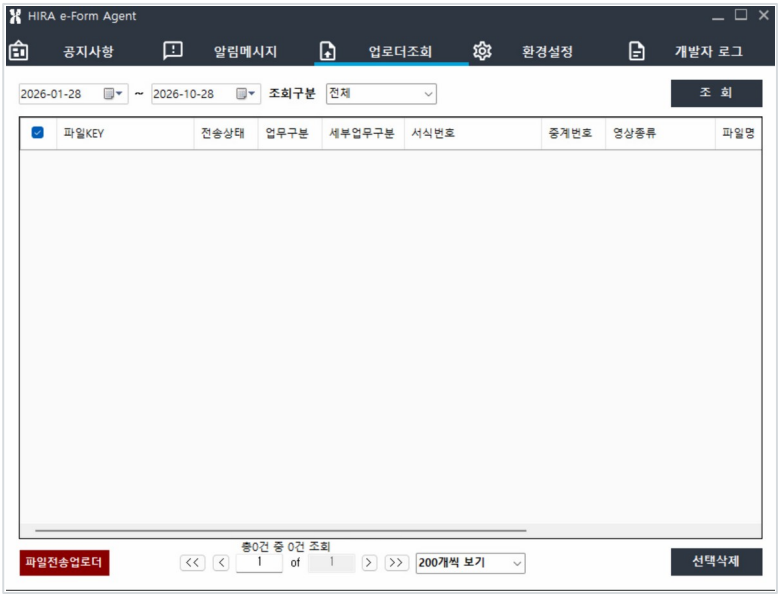
−4,500 원

III 요건 (영상정보 · 영상검사결과지 포함 진료정보 2 종 이상 전자 전송) 미충족 → 진료정보만 인정되어 II 로 조정 . 근거 : 지침 Q&A 17 번

원인

영상은 진료의뢰서에 ' 첨부 ' 만 되고 Agent 를 통해 중계시스템으로 ' 전송 ' 되지 않았습니다 . 화면에 첨부된 것과 심평원에 도착한 것은 다를 수 있습니다 .

의뢰료 III 청구 전, 전송까지 확인하세요



HIRA e-Form Agent > 업로더조회

01 첨부

진료의뢰서 영상정보란에 DICOM(.dcm) 파일 '파일추가' — non-DICOM 은 III 불인정

02 전송 확인

Agent [업로더조회] > [파일전송업로더] 에서 전송상태 확인. '실패' 면 수정모드에서 재업로드 (다음 장)

03 송신목록 확인

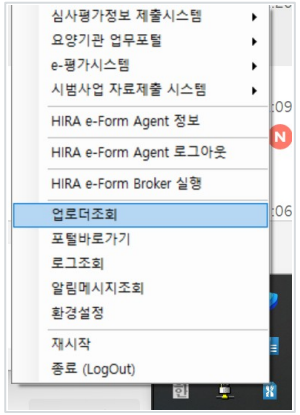
중계시스템 송신목록 '영상파일 첨부' 체크 확인 후 IA720 청구

체크가 없다면

IA720 이 아닌 IA710 으로 청구하거나, 진료의뢰서 등록 익일부터 3 일 이내 (공휴일 포함) 에 재전송합니다.

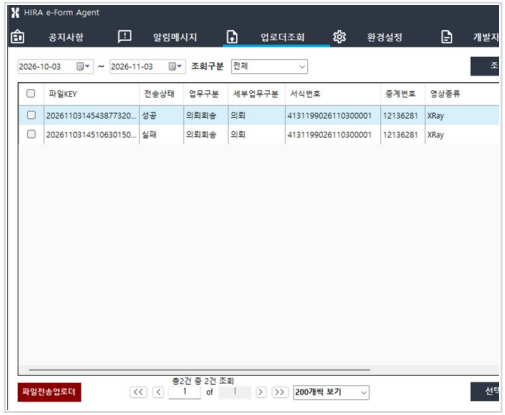
영상 전송 확인 — 업로더 조회, '실패'면 다시 올리기

1 아이콘 우클릭



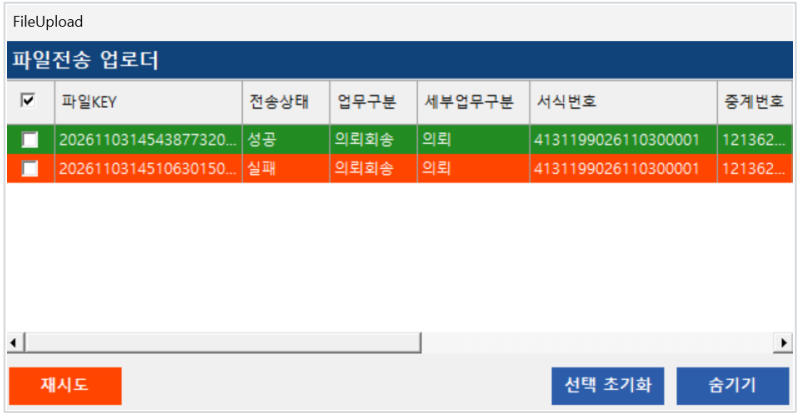
Agent 아이콘 우클릭 > '업로더조회'

2 업로더조회 화면



전송상태 성공·실패 확인 > 하단 [파일전송업로더] 클릭

3 파일전송 업로더



빨간 줄이 '실패'. 같은 진료의뢰서(서식번호) 라도 파일마다 성공·실패가 갈릴 수 있습니다

04 실패라면 수정모드에서 영상을 다시 업로드

해당 진료의뢰서를 수정모드로 열어 영상정보에 DICOM 재첨부 → 업로더 '성공'·송신목록 '영상파일 첨부' 체크 확인 후 IA720 청구

재업로드 기한

진료의뢰서 등록 익일부터 3 일 이내 **(공휴일 포함)**· 청구 전

청구는 진찰료 명세서와 분리해서

명세서	진찰료 (비시범) 명세서와 분리 , 같은 청구서에 연이어 작성
MT002	특정기호 **S029** — 의사판단 · 환자요청 공통 단 , **환자요청 (IA027) 경감대상자만** 경감 특정기호를 S029 와 함께 기재 · 낮은 본인부담률 기호부터
MT066	의뢰번호 19 자리 = 요양기관기호 8 + YYMMDD + 일련번호 5
내원 · 급여일수	0 일 (의뢰료 명세서)
진료내역	01 항 03 목 ' 응급 및 회송료 등 ', 상병내역에 면허번호

예) 일산 A 의원 (12345678) 이 2026. 11. 5. 첫 번째로 의뢰 → MT066 1234567826110500001

반드시 청구 전에 중계시스템 등록 · 첨부를 마쳐야 수가가 인정됩니다 .

이지스 2.0 에서 MT002·MT066 확인하기

1 처방 목록 '특' 칸의 빈 곳 더블클릭

진료의뢰료 (IA026 등) 가 처방된 줄의 '특' 칸을 더블클릭하면 **특정내역 기재** 창이 열립니다 .

직접 적을 필요는 없습니다

진료의뢰서 전송 후 'MT066 자동작성' 을 하면 S029 와 의뢰번호가 자동으로 들어갑니다 . 이 창에서는 **확인만** 하시면 됩니다 .

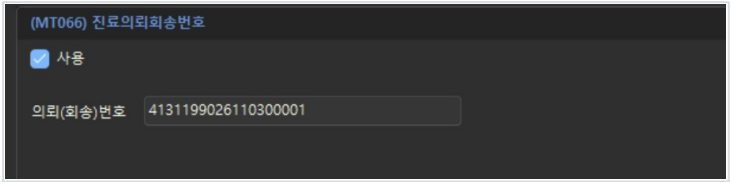
그래도 적는 방법은 알아 두세요 — 자동작성이 빠졌을 때 : 항목 선택 > '사용' 체크 > 값 입력 > 적용 (F7)

2 특정내역 기재 창 > 하단 목록에서 기재값 확인

특정기호	특정내역	
MT002	특정기호	S029
MX999	기타내역	
MT066	진료의뢰회송번호	4131199026110300001

3 항목을 누르면 오른쪽에 내용이 표시됩니다

S029
의사판단 · 환자요청 공통



19 자리
기관기호 8 · 날짜 6 · 일련번호 5

진료의뢰서의 '의뢰 사유' 체크가 곧 청구 코드

✓ **의사판단**
의학적 판단에 의한 의뢰
세부사유 (진단 · 검사 · 수술 · 시술 등) 필수

→ IA026
진료의뢰료 Ⅰ · 11,500 원

→ 환자 본인부담
0 원

✓ **환자요청**
환자 · 가족의 요청에 의한 의뢰
세부사유는 선택하지 않음

→ IA027
진료의뢰료 Ⅰ · 11,500 원

→ 환자 본인부담
30%

금액은 같고 '누가 내느냐' 가 다릅니다

진료의뢰서 작성 시 체크한 의뢰 사유와 청구 코드 (IA026/IA027) 가 반드시 일치해야 합니다 . 사유를 잘못 체크하면 환자에게 받아야 할 본인부담도 틀어집니다 .

일산병원 의뢰, 실제 청구는 이렇게

의사판단 의뢰

항·목	코드	금액
01 03	IA026	11,500
01 03	IA024	5,500
01 03	IA720	9,000
요양급여비용총액		26,000
본인일부부담금		0
청구액		26,000

환자요청 의뢰

항·목	코드	금액
01 03	IA027	11,500
01 03	IA024	5,500
01 03	IA720	9,000
요양급여비용총액		26,000
본인일부부담금		3,400
청구액		22,600

- IA720 은 영상정보 (DICOM)· 영상검사결과지 포함 진료정보 2 종 이상 전송 시 (영상 없이 진료정보만이면 IA710 4,500 원). 공통 : MT002 S029, MT066 의뢰번호 19 자리 , 내원 · 급여일수 0, 진찰료 명세서와 분리 . IA023(동일권역 가산) 은 일산 지역 해당 없음
- 환자요청 본인부담 = IA027 11,500 원 × 30% (100 원 미만 절사). 65 세 이상 의원 외래 정액 1,500 원 , 산정특례 등 경감대상자는 경감 적용 (MT002 에 경감 특정기호 + S029 함께 기재 — IA027 만 해당)

환자가 회송되어 돌아오면

MT078

진료의뢰회송 확인번호

회송료 (외래 44,000 원 / 입원 58,000 원) 는 일산병원이 산정합니다

의원은 평소처럼 진찰료를 청구하되 , 회송서의 회송번호 19 자리를 진찰명세서 MT078 에 기재합니다 . 분리청구는 필요 없습니다 .

- 회송번호는 중계시스템 수신목록에서 확인 (회송서 열람 시 환자 주민번호 뒷자리 입력)
- 상태 악화 시 ' 회송환자 재의뢰 (패스트트랙)' 로 빠른 재진료 연계
- 여러 기관에서 회송받았다면 회송번호를 모두 기재

자주 묻는 질문

Q 같은 날 일산병원 2 개 과로 의뢰하면 ?

같은 기관이면 의뢰료는 1 회만 산정합니다 .

Q 환자가 병원에 가지 않았다면 ?

사전 연락과 정보 제공을 했다면 산정 가능합니다 .

Q 다음 날 진료의뢰서를 올려도 되나요 ?

야간 · 검사결과 대기 등은 3 일 이내에 가능 .
의뢰번호 일자를 진료일로 수정합니다 .

Q 병원이 아직 ' 접수 ' 하지 않았다면 ?

지침 절차를 지켰다면 산정 가능합니다 .

오늘 기억하실 세 가지

01

전자로 보내야 수가가 붙습니다

일산병원 협력기관 등록 + 동의서 + 중계시스템 등록

02

의뢰 사유는 ' 의사판단 ' 으로 정확히

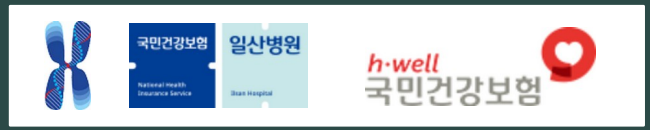
환자 본인부담 0 원

03

EMR 에서 바로 , 자료는 표준서식으로

최대 26,000 원 · 내시경 · 초음파 영상 (DICOM) 도 영상정보

근거 : 협력기관 간 진료의뢰 · 회송 시범사업 지침 V8.0(2025. 1., 보건복지부 · 건강보험심사평가원) · 시범사업 기간 2025. 1. 1. ~ 2027. 12. 31.



같은 날 진찰 + 의뢰 — 명세서는 두 장, 방문은 한 번

명세서 #0012	일반 외래
수진자	홍○○ (예시) · 2026-11-05
내원 · 급여일수	내원 1 급여 1
진료내역	AA254 재진진찰료 (의원) · 당일 검사 · 처방
특정내역	해당 없음
본인부담	일반 외래 기준

→

명세서 #0013	시범사업 · 의뢰료
수진자	홍○○ (예시) · 2026-11-05
내원 · 급여일수	내원 0 급여 0
특정내역	MT002 **S029** · MT066 1234567826110500001
진료내역	IA026 11,500 · IA024 5,500 · IA720 9,000 = **26,000**
본인부담	**0 원** (의사판단)

이날 방문은 1 + 0 = 1 회로 계산됩니다

S029 · MT066 로 시범사업 명세서임을 표시

왜 나누나요

같은 날 시범사업 수가와 일반 진료가 함께 있으면 반드시 분리청구합니다.

왜 0 일인가요

방문은 원 명세서에서 이미 1 일로 셉니다. 이중 계산을 막으려 0 으로 적습니다.

어떻게 묶이나요

같은 청구서에 연이어 실린 같은 수진자 · 같은 진료일 명세서로 함께 봅니다.

심사에서는 두 장을 묶어 대조합니다

수진자별 명세서 묶음 · 홍○○ · 2026-11-05 [개념도]

명세서	구분	특정기호	내원	급여일
#0012	일반 외래	—	1	1
#0013	시범사업	S029	0	0
이날 방문			1	1

중계시스템 의뢰서 대조 (MT066 번호로 조회)

수신기관	의뢰 사유	진료정보	영상파일
국민건강보험공단일산병원	의사판단	✓	✓

청구액	조정	인정액
26,000	0	26,000

개념도 · 지침 V8.0 산정 요건을 심사 순서로 재구성한 것이며 실제 심평원 시스템 화면이 아닙니다 .

✓ **같은 환자 · 같은 날 명세서로 묶임**
#0012 + #0013 · 같은 청구서에 연이어

✓ **방문은 한 번으로 계산**
내원 1 + 0 = 1 · 급여 1 + 0 = 1

✓ **시범사업 의뢰료 명세서 표시**
MT002 특정기호 S029

✓ **의뢰번호로 중계시스템 의뢰서 확인**
19 자리 · 의뢰일 = 진료일

✓ **의뢰 사유와 코드 일치**
" 의사판단 " ↔ IA026 · 본인부담 0 원

✓ **EMR(Agent) 로 전송**
Agent 연동 전송 → IA024 가산

✓ **진료의뢰료 III 요건**
영상정보 · 영상검사결과지 포함 진료정보 2 종 이상 전송 → IA720

영상이 전송되지 않았다면

영상파일 첨부 기록이 없으면 진료정보만 인정되어 IA720 이 IA710 으로 조정됩니다 (Q&A 17) — 조정 − 4,500 원 , 인정액 21,500 원 .