

요양병원 수가 실무교육자료

2021. 6.



Contents

요양병원 수가 실무교육자료

I 요양병원 관련 법령

- 1. 국민건강보험법 시행령 ————— 3
- 2. 국민건강보험법 시행규칙 ————— 5
- 3. 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 ————— 6
- 4. 의료급여법 시행규칙 ————— 7

II 요양병원 수가 관련 고시 등

- 1. 요양병원 급여 목록 및 상대가치점수 ————— 11
- 2. 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 ————— 78
- 3. 요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 ————— 126

III 요양병원 행정해석 등

- 1. 요양병원 관련 행정해석 ————— 165
- 2. 개정고시 관련 질의응답 ————— 192
- [별첨] 입원환자 안전관리료 급여기준 등 ————— 241

부록 요양병원 환자평가표 작성매뉴얼

- 요양병원 환자평가표 작성 매뉴얼 ————— 275

I. 요양병원 관련 법령

1. 국민건강보험법 시행령
2. 국민건강보험법 시행규칙
3. 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙
4. 의료급여법 시행규칙

1 국민건강보험법 시행령

제21조(계약의 내용 등)

- ① 법 제45조제1항에 따른 계약은 공단의 이사장과 제20조 각 호에 따른 사람이 유형별 요양기관을 대표하여 체결하며, 계약의 내용은 요양급여의 각 항목에 대한 상대가치점수의 점수당 단가를 정하는 것으로 한다.
- ② 제1항에 따른 요양급여 각 항목에 대한 상대가치점수는 요양급여에 드는 시간·노력 등 업무량, 인력·시설·장비 등 자원의 양, 요양급여의 위험도 및 요양급여에 따른 사회적 편익 등을 고려하여 산정한 요양급여의 가치를 각 항목 사이에 상대적인 점수로 나타낸 것으로 하며, 보건복지부장관이 심의위원회의 심의·의결을 거쳐 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 고시한다.
- ③ 제2항에도 불구하고 다음 각 호의 경우에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 요양급여의 상대가치점수를 산정할 수 있다.
 1. 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에서 입원진료를 받는 경우 : 해당 진료에 필요한 요양급여 각 항목의 점수와 약제·치료재료의 비용을 합산하여 증세의 경중도(輕重度)의 구분에 따른 1일당 상대가치점수로 산정
 2. 「의료법」 제3조제2항제1호가목에 따른 의원, 같은 항 제3호가목에 따른 병원, 같은 호 라목에 따른 요양병원, 같은 호 마목에 따른 종합병원*, 같은 법 제3조의4에 따른 상급종합병원 또는 「지역보건법」 제12조에 따른 보건의료원에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군(진단명, 수술명, 증중도, 나이 등을 기준으로 분류한 환자집단을 말한다)에 대하여 입원진료를 받는 경우 : 해당 진료에 필요한 요양급여 각 항목의 점수와 약제·치료재료의 비용을 포괄하여 입원 건당 하나의 상대가치점수로 산정

* 의료법 제3조제2항제3호('21.3.5. 시행)에 따라 정신병원은 요양병원 세부종별에서 제외

[별표 2] 본인일부부담금의 부담률 및 부담액

1. 가입자 또는 피부양자는 요양급여비용 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금액(100원 미만은 제외한다)을 부담한다. 다만, 입원진료의 경우에는 100원 미만의 금액도 부담한다.
 - 가. 입원진료(나목의 표 중 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 진료의 경우는 제외한다) 및 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받은 경우(약국 또는 한국회귀·필수의약품센터인 요양기관에서 처방전에 따라 의약품을 조제 받는 경우를 포함한다)는 다음의 구분에 따라 계산한 금액
 - 1) 요양급여비용 총액(보건복지부장관이 정하여 고시하는 식대와 장애인 치과 진료에 대한 가산금액은 제외한다)의 100분의 20에 입원기간 중 식대[입원 환자의 식사의 질과 서비스에 영향을 미치는 부가적 요소에 드는 비용에 해당하는 가산금액(이하 “식대가산금액”이라 한다)을 포함한다. 이하 이 호, 제2호 및 제3호가목·나목·아목에서 같다]의 100분의 50을 더한 금액. (중략)
 - 2) 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 영양병원에서 입원진료를 받는 사람 중 입원치료보다는 요양시설이나 외래진료를 받는 것이 적합한 환자로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 환자군에 해당하는 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 40에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액

2 국민건강보험법 시행규칙

[별표 6] 요양급여비용의 본인부담 항목 및 부담률(제16조관련)

1. 요양급여비용의 본인부담 항목

가. 다음에 해당하는 경우에는 그에 든 비용 총액(나목 및 라목부터 사목까지의 규정에 해당하는 비용이 있는 경우에는 그 비용을 포함한다.)

- 5) 「의료법」 제3조제2항제3호라목의 요양병원 중 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호가목에 따른 정신병원*, 「장애인 복지법」 제58조제1항제4호의 장애인 의료재활시설을 제외한 요양병원에서 입원진료를 받는 가입자 또는 피부양자가 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제6조제1항에 따라 요양급여를 의뢰하지 않고 다른 요양기관에서 진료를 받는 경우 <2019.6.12. 개정>

* 의료법 제3조제2항제3호('21.3.5. 시행)에 따라 정신병원은 요양병원 세부종별에서 제외

2. 요양급여비용의 본인부담률 : 요양급여비용의 100분의 100

3 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

제3조의2(요양병원 입원진료 현황의 고지)

- ① 보건복지부 장관은 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원 「장애인 복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)의 장애인에게 해당 요양병원에서 입원진료를 받는 가입자등의 입원·퇴원 일시 등 입원진료 현황을 공단에 알리도록 요구할 수 있다. <2021.3.26. 개정>
- ② 제1항에 따른 입원진료 현황의 내용, 고지 방법 및 절차 등에 관한 구체적인 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

제6조(요양급여의 의뢰 및 가입자등의 회송 등)

- ① 요양기관은 가입자등에게 적절한 요양급여를 행하기 위하여 필요한 경우에는 다른 요양기관에게 요양급여를 의뢰할 수 있다.
- ③ 요양기관이 제1항에 따라 요양급여를 의뢰하는 경우에는 별지 제4호서식에 의한 요양급여의뢰서를, 제2항에 따라 가입자등을 회송하는 경우에는 별지 제5호서식에 따른 요양급여회송서를 가입자등에게 발급하여야 한다. 이 경우 요양급여를 의뢰하거나 가입자등을 회송하는 요양기관은 가입자등의 동의를 받아 진료기록의 사본 등 요양병원에 관한 자료를 요양급여를 의뢰받거나 가입자등을 회송받는 요양기관에 제공하여야 한다. <2020.6.29. 개정>

제8조 (요양급여대상의 고시)

- ④ 보건복지부장관은 제2항에도 불구하고 영 제21조제3항제1호에 따른 요양병원의 입원진료나 같은 항 제3호에 따른 호스피스·완화의료의 입원진료의 경우에는 제2항의 행위·약제 및 치료재료를 묶어 1일당 행위로 정하여 고시할 수 있다. 이 경우 1일당 행위에서 제외되는 항목은 보건복지부장관이 정하여 고시할 수 있다.

4 의료급여법 시행규칙

제4조 (요양병원 입원진료 현황의 고지)

- ① 보건복지부장관은 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원인 요양병원* 및 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)의 장애인에 해당 요양병원에서 입원진료를 받는 수급권자의 입원·퇴원 일시 등 입원진료 현황을 공단에 알리도록 요구할 수 있다.
- ② 제1항에 따른 입원진료 현황의 내용, 고지 방법 및 절차 등에 관한 구체적인 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

* 의료법 제3조제2항제3호('21.3.5. 시행)에 따라 정신병원은 요양병원 세부종별에서 제외

제8조 (의료급여의 범위 등)

- ② 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제2항 및 제4항은 의료급여 대상에 관하여 이를 준용한다.

별표1의2

1. 수급권자가 급여비용을 부담하는 경우 또는 항목의 비용

자. 「의료법」 제3조제2항제3호라목의 요양병원 중 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호가목에 따른 정신병원*과 「장애인복지법」 제58조제1항제4호의 장애인 의료재활시설을 제외한 요양병원에서 입원진료를 받은 수급권자가 제3조제3항에 따른 의료급여의뢰서 없이 다른 의료급여기관에서 진료를 받는 경우에 소요된 비용의 총액

* 의료법 제3조제2항제3호('21.3.5. 시행)에 따라 정신병원은 요양병원 세부종별에서 제외

2. 본인부담률 : 제1호에 해당하는 비용의 100분의 100

Ⅱ. 요양병원 수가 관련 고시 등

1. 요양병원 급여 목록 및 상대가치점수
2. 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항
3. 요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령

1 요양병원 급여 목록 및 상대가치점수

제3편 요양병원 급여 목록 및 상대가치점수

제1부 요양병원 급여 일반원칙

1. 의료법 제3조제2항제3호에 의한 요양병원(단, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설은 제외)이 국민건강보험법령의 규정에 의하여 입원·퇴원 일시 등 입원진료 현황을 고지하고, 입원진료에 대한 요양급여를 실시한 경우에 적용한다.
2. 국민건강보험법 시행령 제21조제3항제1호 및 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제8조제4항의 규정에 의하여 포괄적인 행위가 적용되는 환자(이하 “장기 환자”라 한다)는 제2부에 의하여 산정하고, 포괄적인 행위가 적용되지 않는 다음의 환자(이하 “제외환자”라 한다)는 제3부에 의하여 산정한다.
 - 가. 입원 6일 이내에 퇴원한 환자
 - 나. 낮병동 입원환자
 - 다. 한의과 입원환자
 - 라. 치과 입원환자
3. 장기환자가 입원기간 중 다음에 해당하는 경우 동 기간(이하 “특정기간”이라 한다) 동안에는 제3부에 의하여 산정할 수 있다.
 - 가. 폐렴 치료기간
 - 나. 패혈증 치료기간
 - 다. 체내출혈 치료기간
 - 라. 중환자실 입원기간
 - 마. 격리실 입원기간
 - 바. 외과적 수술 및 동 수술에 따른 관련된 치료기간
4. 요양급여비용 산정과 각종 가감률에 의하여 산출된 금액에 대하여는 제1편 제1부 I. 일반기준 1. 및 2.에 의한다.

제2부 요양병원 환자군 급여목록·상대가치점수 및 산정지침

[산정지침]

1. 환자군별 상대가치점수(이하 “점수”라 한다)는 입원일당 정액(이하 “정액수가”라 한다)으로 한다. 정액수가는 행위점수에 국민건강보험법 제45조제3항과 같은 법 시행령 제21조제1항에 따른 점수당 단가를 곱한 금액과 약제·치료재료 금액을 합하여 10원 미만은 4사5입한 금액으로 산정한다.
2. 정액수가는 다음 각목의 행위·약제 및 치료재료 등을 포함한다.
 - 가. 제1편 제1부 II. 요양기관 종별 가산율의 금액, 제2부 각 장에서 분류된 분류 항목의 점수와 각종 가산제도에 의해 가산한 금액 및 제3편 요-51 요양병원 입원료
 - 나. 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙(이하 “요양급여기준”이라 한다) 제8조제2항의 규정에 의하여 고시된 약제·치료재료 급여목록에 해당하는 약제 및 치료재료
 - 다. 다음 항목 중 위 가목 및 나목에 해당하는 경우
 - (1) 요양급여기준 [별표 1] 제1호마목 단서규정에 의하여 장관이 정하는 바에 따라 다른 기관에 검사를 위탁하거나 당해 요양기관에 소속되지 아니한 전문성이 뛰어난 의료인을 초빙하거나, 또는 다른 요양기관에서 보유하고 있는 양질의 시설·인력 및 장비를 공동 사용하는 경우 소요되는 행위·약제 및 치료재료
 - (2) 입·퇴원 당일에 발생한 행위·약제 및 치료재료로서 외래진료 및 퇴원약제 등. 다만, 입원이 결정되지 않은 상태에서 입원 당일 외래 진료를 받은 경우의 원외처방 약제비는 제외
 - (3) 요양기관의 요구에 의하여 가입자 등이 외부에서 직접 구입한 약제 및 치료재료

3. 위 2.에 불구하고 정액수가를 적용하는 기간(이하 “정액수가기간”이라 한다) 동안 의학적으로 필요한 경우 다음의 분류항목은 별도 산정 할 수 있다.

가. 정액수가에 포함되지 않는 다음의 항목(이하 “특정항목”이라 한다)은 제1편 제2부 각장에 분류된 항목의 상대가치점수 및 약제·치료재료 급여목록에 의하여 산정한다(별표1 참조). 이 때 분류항목별 산정기준 등은 제1편을 따른다.

- (1) 식대
- (2) CT, MRI
- (3) 전문재활치료
- (4) 혈액투석 및 혈액투석액, 복막투석액
- (5) 다음의 전문의약품
 - (가) Erythropoietin 주사제(품명 : 에포론주 등), Darbepoetin Alpha 주사제(품명 : 네스프프리필드주 등), Methoxy polyethylene glycol - epoetin β 주사제(품명 : 미세라프리필드주)
 - (나) Recombinant Human Epidermal Growth Factor(품명 : 이지에프 외용액)
 - (다) Riluzole(품명 : 리루텍정 등)
 - (라) Interferon β - 1a(품명 : 레비프프리필드주 등)
- (6) 전혈 및 혈액성분제제
- (7) 제1편 제3부 행위 비급여 목록과 치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한 금액표의 비급여 목록 중 '19년 1월 이후 급여로 변경 고시된 항목
- (8) 환자를 진료하는 중에 당해 요양기관에 인력·시설 또는 장비가 갖추어져 있지 아니하거나 기타 부득이한 사유로 해당 진료가 가능한 다른 요양기관으로 적절하게 의뢰한 경우 발생한 행위·약제 및 치료재료
- (9) 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제3조제2항의 규정에 의한 행위·치료재료

나. 다음에 분류된 항목의 산정기준 등은 제3부에서 정한 바에 따른다.

- (1) 요양병원 입원환자 안전관리료 (요-55)
- (2) 요양병원 지역사회 연계료 (요-56)
- (3) 요양병원 입원급여 적정성 평가 연계 질지원금(23.7.1. 시행)

4. 정액수가 1일당으로 다음과 같이 산정한다.

가. 1일이라 함은 12시(정오)부터 다음 날 12시(정오)까지를 의미한다.

나. 0~6시 사이에 입원하거나(산정코드 첫 번째 자리에 1로 기재), 18~24시 사이에 퇴원한 경우(산정코드 첫 번째 자리에 2로 기재)에는 정액수가 소정점수의 50%를 별도 산정한다.

다. 6~12시 사이에 입원하거나, 12~18시 사이에 퇴원한 경우에는 동 기간의 정액수가 별도 산정하지 아니한다.

라. 정액수가 입원료는 입원기간에 따라 다음과 같이 산정한다.

(1) 입원 181일째부터 270일째까지는 정액수가 소정점수에서 요양병원입원료 소정점수의 5%를 감산하여 산정한다(산정코드 첫 번째 자리에 3으로 기재).

(2) 입원 271일째부터 360일째까지는 정액수가 소정점수에서 요양병원 입원료 소정점수의 10%를 감산하여 산정한다(산정코드 첫 번째 자리에 4로 기재).

(3) 입원 361일째부터는 정액수가 소정점수에서 요양병원입원료 소정점수의 15%를 감산하여 산정한다(산정코드 첫 번째 자리에 5로 기재).

(4) 퇴원 후 90일 이내 재입원 하는 경우에는 입원기간에 이전 요양병원 입원 기간을 합산하여 적용한다.(다만, 2020년 12월 31일까지는 동일 요양 병원에 재입원 하는 경우에만 적용한다.)

마. 9인 이상 병실에 입원한 경우 정액수가 소정점수에서 요양병원 입원료 소정점수의 30%를 감산하여 산정한다.(산정코드 두 번째 자리에 9로 기재, '22.1.1.부터 적용)

5. 정액수가 제3부 4호 마목 및 바목의 의사 및 간호 인력확보수준에 따른 입원료 차등제를 적용하여 산정한다.

6. 「의료법」 제3조의5에 따라 전문병원으로 지정받은 요양병원은 「의료질평가지원금 등 산정을 위한 기준」의 평가결과에 따라 제1편의 전문병원(병원·요양병원·한방병원) 의료질평가지원금(가-24-1)을 산정한다. 다만, 입원료 중 외박수가를 산정하는 경우에는 제외한다.

7. 입원 중인 환자가 주치의의 허가를 받은 후 연속해서 24시간을 초과하여 외박한 경우에는 외박수가를 산정한다.

8. 정액수가 환자군은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 I. 행위 환자 평가표[별지 제25호 서식]를 사실에 근거하여 작성한 후 결정하되, 환자평가표의 각 항목별 세부인정사항은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정한 바에 따른다.

분류 번호	코 드	분 류	행위 점수	약제·치료재료 금액(원)
요 - 1	A1100	의료최고도 가. 입원환자군	690.15	13,000
	A1900	나. 외박	143.07	6,390
요 - 2	A2100	의료고도 가. 입원환자군	634.48	7,980
	A2900	나. 외박	142.97	4,730
요 - 3	A3000	의료중도 주: 의사의 판단하에 환자의 상태에 따라 적합한 “일상생활수행능력 향상 활동”을 1일 4회 이상 실시하고 진료기록부 등에 활동내용 및 개선경과를 기록한 경우에 51.70점 (1일당)을 별도 산정한다.		
	A3100	가. 입원환자군	516.96	6,630
	A3900	나. 외박	143.15	4,910
요 - 6	A6100	의료경도 가. 입원환자군	509.01	5,170
	A6900	나. 외박	143.10	3,750
요 - 7	A7100	선택입원군 가. 입원환자군	329.07	4,270
	A7900	나. 외박	143.10	3,750

제3부 요양병원 행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침

[산정지침]

1. 제1부에서 정한 제외환자 또는 특정기간에 적용한다.
2. 제3편에서 별도로 규정하지 않은 경우는 제1편에 의하여 산정한다.
3. 특정기간으로 적용할 수 있는 기준은 다음과 같다.
 - 가. 흉부방사선 상 신규 또는 진행성 폐 침윤(new or progressive infiltration)의 소견이 있으면서 다음 중 2가지 이상에 해당되어 폐렴이 확진된 경우(별표2 참조)
 - (1) 폐렴으로 인하여 체온이 38°C를 초과하는 경우
 - (2) 백혈구수가 4,000/ mm^3 미만 또는 12,000/ mm^3 를 초과하는 경우
 - (3) 화농성 객담이 새로 발생하였거나 객담 양상이 변화된 경우, 기침이 새로 발생하였거나 악화된 경우
 - (4) 흉부 진찰 결과 Rale(Crackle)이 있는 경우
 - (5) 혈액가스 검사결과 이상이 있는 경우(PaO_2 가 60mmHg 미만 등)
 - 나. 혈액 내 균 혹은 균 독소가 증명된 경우 또는 감염으로 인한 전신염증반응으로서 다음 중 2가지 이상에 해당되어 패혈증으로 확진된 경우(별표2 참조)
 - (1) 체온이 38°C 초과되거나 36°C 미만인 경우
 - (2) 심박동수가 90회(/분)를 초과한 경우
 - (3) 호흡수가 24회(/분)를 초과하거나 이산화탄소분압이 32mmHg 미만인 경우
 - (4) 백혈구수가 12,000/ mm^3 초과되거나 4,000/ mm^3 미만인 경우, 미성숙 호중성구 [Immature(band) Neutrophils] 수가 10% 초과된 경우
 - 다. 임상적으로 문제가 되는 체내출혈 소견(기관지 출혈, 위·장관계 출혈, 비뇨·생식기계 출혈 등)이 있으면서 지혈을 위한 처치 또는 수술을 시행한 경우(별표3 참조)
 - 라. 중환자실에 입실하여 집중치료를 받은 기간
 - 마. 격리실 입원치료가 필요한 경우 격리실 입원료 산정에 따른 격리기간

바. 입원 기간 중 (별표4)에 해당하는 외과적 수술을 시행한 날부터 외과적 수술과 관련한 치료가 완료된 기간

사. 위 “가” 및 “나”의 기준에 적합한 경우 진단일로부터 특정기간으로 적용한다.

아. 위 “다”의 기준에 적합한 경우 시행일로부터 특정기간으로 적용한다.

4. 제외환자 및 특정기간에 산정 가능한 입원료는 요양병원입원료·낮병동입원료·중환자실입원료·격리실입원료에 한하며 다음 기준에 의한다.

가. 입원료 등의 소정점수에는 다음의 세부항목이 포함되어 있다.

- (1) 요양병원입원료, 낮병동입원료, 격리실입원료

요양병원입원료, 낮병동입원료, 격리실입원료의 소정점수에는 입원환자 의학관리료(소정점수의 31%), 입원환자 간호관리료(소정점수의 16%), 입원환자 병원관리료(소정점수의 53%)가 포함되어 있다.

- (2) 중환자실입원료

중환자실입원료의 소정점수에는 입원환자 의학관리료(소정점수의 40%), 입원환자 간호관리료(소정점수의 25%), 입원환자 병원관리료(소정점수의 35%)가 포함되어 있다.

나. 입원료 등을 산정하기 위해서는 국민건강보험법 제43조 및 동법 시행규칙제 12조에 따라 요양기관의 병실 및 병상현황을 신고하여야 한다.

다. 낮병동입원료, 중환자실입원료, 격리실입원료를 산정할 수 있는 경우는 다음과 같으며 이때 입원료 등을 중복산정하지 아니한다.

- (1) 낮병동 입원료

(가) 다음 각 호의 1에 해당하는 경우

- 1) 분만 후 당일 귀가 또는 이송하여 입원료를 산정하지 아니한 경우
- 2) 응급실, 수술실 등에서 처치·수술 등을 받고 연속하여 6시간 이상 관찰 후 귀가 또는 이송하여 입원료를 산정하지 아니한 경우
- 3) 정신건강의학과와 “낮병동”에서 6시간 이상 진료를 받고 당일 귀가한 경우

(나) 낮병동 입원료를 산정 하는 당일 외래 또는 응급실에서 진찰을 행한 경우에는 진찰료를 함께 산정할 수 있다. 다만, 예정된 외래 수술을

위해 내원하는 경우 또는 정신건강의학과와 “낮병동”에서 매일 또는 반복하여 진료를 받는 경우에는 진찰료를 산정하지 아니한다.

(다) 낮병동 입원료를 산정하는 당일의 본인일부부담금은 입원진료 본인일부 부담률에 따라 산정한다.

(2) 중환자실 입원료 : 「의료법」 시행규칙 제34조 [별표4]에서 정한 중환자실의 시설·장비를 갖춘 중환자실(ICU)이 설치된 요양병원에서 지극히 심각한 질환이나 손상을 입어 집중적인 치료 및 간호가 필요한 환자를 중환자실에서 진료한 경우

(3) 격리실 입원료 : 다음 각 호의 1에 해당하는 경우

(가) 면역이 억제된 환자를 보호하기 위하여 일반 환자와 격리하여 치료한 경우

(나) 일반 환자를 보호하기 위하여 전염력이 강한 전염성 환자를 일반 환자와 격리하여 치료한 경우

(다) 기타 보건복지부장관이 반드시 격리가 필요하다고 인정하여 고시하는 경우

라. 입원료 등(요양병원입원료·중환자실입원료·격리실입원료)은 1일당으로 다음과 같이 산정한다.

(1) 1일이라 함은 12시(정오)부터 다음 날 12시(정오)까지를 의미한다.

(2) 0~6시 사이에 입원하거나(산정코드 첫 번째 자리에 1로 기재), 18~24시 사이에 퇴원한 경우(산정코드 첫 번째 자리에 2로 기재)에는 입원료 소정 점수의 50%를 별도 산정한다.

(3) 6~12시 사이에 입원하거나, 12~18시 사이에 퇴원한 경우에는 동기간의 입원료 등은 별도 산정하지 아니한다.

(4) 입원과 퇴원이 24시간 이내에 이루어진 경우에는 전체 입원 시간이 6시간 이상인 경우에 한하여 1일의 입원료 등을 산정한다.

(5) 요양병원 입원료는 입원기간에 따라 다음과 같이 산정한다.

(가) 입원 181일째부터 270일째까지는 해당점수의 95%를 산정한다(산정코드 첫 번째 자리에 3로 기재).

(나) 입원 271일째부터 360일째까지는 해당점수의 90%를 산정한다(산정

코드 첫 번째 자리에 4로 기재).

(다) 입원 361일째부터는 해당점수의 85%를 산정한다(산정코드 첫 번째 자리에 5로 기재).

(라) 퇴원 후 90일 이내 재입원 하는 경우에는 입원기간에 이전 요양병원 입원기간을 합산하여 적용한다.(다만, 2020년 12월 31일까지는 동일 요양병원에 재입원 하는 경우에만 적용한다.)

(6) 중환자실 입원료, 격리실 입원료는 입원 16일째부터 30일째까지는 해당 점수의 90%를 산정하고(산정코드 첫 번째 자리에 8로 기재), 입원 31일째부터는 해당점수의 85%를 산정한다.(산정코드 첫 번째 자리에 9로 기재)

(7) 요양병원입원료는 9인 이상 병실에 입원한 경우 해당점수의 70%를 산정한다.(산정코드 두 번째 자리에 9로 기재, '22.1.1.부터 적용)

마. 의사인력확보수준에 따른 입원료 차등제

(1) 요양병원입원료, 낮병동 입원료, 정액수가 산정시 적용한다.

(2) 직전 분기 평균 환자 수 대비 당해 요양기관에 상근하는 의사 수(환자 수 대 의사 수의 비)와 「전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정」 제3조에 따른 전문과목의 전문의 비율이 50% 이상인 경우와 50% 미만인 경우에 따라 의사인력확보수준을 다음 각 호의 1과 같이 1등급 내지 4등급으로 구분한다.

(가) 1등급 - 35:1 이하이면서 전문의 비율이 50% 이상인 경우

(나) 2등급 - 35:1 이하이면서 전문의 비율이 50% 미만인 경우

(다) 3등급 - 35:1 초과 40:1 이하인 경우

(라) 4등급 - 40:1 초과인 경우

(3) 환자 수는 낮병동 입원환자를 포함한 요양병원 입원환자 전체를 말하며, 다만, 중환자실 입원환자, 별도의 병동으로 구분 운영하는 격리실 입원환자는 제외한다.

(4) 의사인력확보수준에 따른 요양병원입원료 등은 등급별로 다음과 같이 가감한다.

(가) 1등급: 요양병원입원료 소정점수의 18% 가산(기본코드 네 번째 자리에 9로 기재)

(나) 2등급 : 요양병원입원료 소정점수의 10% 가산(기본코드 네 번째 자리에 1로 기재)

(다) 3등급 : 요양병원입원료 소정점수로 산정(기본코드 네 번째 자리에 0으로 기재)

(라) 4등급 : 요양병원입원료 소정점수의 50% 감산(기본코드 네 번째 자리에 5로 기재)

※ 보건복지부 고시 제2021-59호, '23.7.1. 시행

(4) 의사인력확보수준에 따른 요양병원입원료 등은 등급별로 다음과 같이 가감한다.

(가) 1등급 : 요양병원입원료 소정점수의 13% 가산(기본코드 네 번째 자리에 9로 기재)

(나) 2등급 : 요양병원입원료 소정점수의 5% 가산(기본코드 네 번째 자리에 1로 기재)

(다) 3등급 : 요양병원입원료 소정점수로 산정(기본코드 네 번째 자리에 0으로 기재)

(라) 4등급 : 요양병원입원료 소정점수의 50% 감산(기본코드 네 번째 자리에 5로 기재)

바. 간호인력확보수준에 따른 입원료 차등제

(1) 요양병원입원료, 낮병동 입원료, 정액수가 산정시 적용한다.

(2) 직전 분기 평균 환자 수 대비 간호업무에 종사하는 직전 분기 평균 간호인력(간호사 및 간호조무사) 수(환자 수 대 간호인력 수의 비)에 따라 간호인력확보수준을 다음 각 호의 1과 같이 1등급 내지 6등급으로 구분한다.

(가) 1등급 - 4.5:1 미만인 경우

(나) 2등급 - 4.5:1 이상 5:1 미만인 경우

(다) 3등급 - 5:1 이상 5.5:1 미만인 경우

(라) 4등급 - 5.5:1 이상 6:1 미만인 경우

(마) 5등급 - 6:1 이상 6.5:1 미만인 경우

(바) 6등급 - 6.5:1 이상인 경우

- (3) 환자 수는 낮병동 입원환자를 포함한 요양병원 입원환자 전체를 말하며, 다만, 중환자실 입원환자, 별도의 병동으로 구분 운영하는 격리실 입원환자는 제외한다.
- (4) 간호인력확보수준에 따른 요양병원입원료 등은 등급별로 다음과 같이 가감한다.
- (가) 1등급 : 요양병원입원료 소정점수의 60% 가산(기본코드 다섯 번째 자리에 1로 기재)
 - (나) 2등급 : 요양병원입원료 소정점수의 50% 가산(기본코드 다섯 번째 자리에 2로 기재)
 - (다) 3등급 : 요양병원입원료 소정점수의 35% 가산(기본코드 다섯 번째 자리에 3으로 기재)
 - (라) 4등급 : 요양병원입원료 소정점수의 20% 가산(기본코드 다섯 번째 자리에 4로 기재)
 - (마) 5등급 : 요양병원입원료 소정점수로 산정(기본코드 다섯 번째 자리에 0으로 기재)
 - (바) 6등급 : 요양병원입원료 소정점수의 50% 감산(기본코드 다섯 번째 자리에 8로 기재)
 - (사) 다만, 환자 수 대 간호사 수의 비가 18:1을 초과하는 경우 1등급 내지 5등급에 해당하는 요양병원은 요양병원 입원료 소정점수의 15%를 감산한 점수로 산정한다. (기본코드 세 번째 자리 6으로 기재. 다만, 정액수가(외박제외)에 대해서는 기본코드 세 번째 자리를 5로 기재)
- (5) 1등급 내지 5등급에 해당하는 요양병원 중 간호사 비율이 간호인력의 3분의 2 이상인 경우는 1일당 2,000원을 별도 산정한다.
- (코드는 의·치과 AB001, 한의과 15001)

사. 간호인력확보수준에 따른 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제

제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 2. 입원료 등 ‘바. 간호인력 확보 수준에 따른 일반 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제’의 (1)의 (나)항, (2)의 (나)항의 등급별 산정방법에 따른다.

[코드는 1등급 : AJ510, 19510, 2등급 : AJ520, 19520, 3등급 : AJ530, 19530, 4등급 : AJ540, 19540, 5등급 : AJ550, 19550, 6등급 : AJ560, 19560, 7등급 : AJ500, 19500, 8등급 : AJ580, 19580, 9등급 : AJ590, 19590 사용]

아. 필요인력 확보에 따른 별도 보상제

- (1) 직전 분기 당해 요양기관에 약사가 상근하고, 의무기록사, 방사선사, 임상병리사, 물리치료사, 사회복지사 중 상근자가 1명 이상인 직종이 4개 이상인 경우, 일당 1,710원을 별도 산정한다. 다만, 약사는 환자 수가 200명 미만인 경우, 약사가 주 16시간 이상 근무한 경우에도 산정할 수 있다. (코드는 의·치과 AB002, 한의과 15002)
- (2) 필요인력의 경우, 해당 치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 물리치료실, 임상병리실, 방사선실을 갖추고 실제 사용할 수 있는 해당 장비를 보유하고 있는 요양기관에 한하여 산정할 수 있다.

자. 요양병원 입원급여 적정성 평가결과 환류

위 ‘마~아’의 규정에도 불구하고 ‘요양병원 입원급여 적정성 평가’결과 평가영역이 전체 하위 20% 이하에 해당하는 요양병원은 평가결과 발표 직후 2분기 동안 위 ‘마’ 및 ‘바’의 입원료 가산과 ‘아’의 필요인력 확보에 따른 별도 보상을 적용하지 아니한다. (단, 동규정은 2011년 평가결과 발표 분부터 적용한다.)

※ 보건복지부 고시 제2021-59호, '23.7.1. 시행

자. 요양병원 입원급여 적정성 평가를 연계한 질지원금 및 환류는 다음 기준에 의한다.

(1) 요양병원 입원급여 적정성 평가 연계 질지원금

- (가) 요양병원입원료, 낮병동 입원료, 정액수가 산정 시 적용한다.
- (나) 요양병원 입원급여 적정성 평가 연계 질지원금은 위 ‘(가)’의 산정 횟수와 동일하게 산정한다. 다만, 입원료 중 병원관리료만을 산정하는 경우, 외박수가를 산정하는 경우, 0~6시 사이에 입원하거나 18~24시 사이에 퇴원하는 경우에는 별도 산정하지 아니한다.
- (다) ‘요양병원 입원급여 적정성 평가’ 결과 종합점수 상위 10% 이하인 경우는 요양병원입원료 소정점수의 20%를 별도 산정한다.(코드는 의·치과 AB003, 한의과 15003)
- (라) ‘요양병원 입원급여 적정성 평가’결과 종합점수 상위 10% 초과하고, 상위 30% 이하인 경우는 요양병원입원료 소정점수의 10%를 별도 산정한다.(코드는 의·치과 AB004, 한의과 15004)

(마) '요양병원 입원급여 적정성 평가' 결과 4등급 이상 이면서, 종합점수가 직전 평가 대비 5점 이상 향상된 경우에는 요양병원입원료 소정점수의 5%를 별도 산정한다.(코드는 의·치과 AB005, 한의과 15005)

(바) 요양병원 입원급여 적정성 평가 연계 질지원금은 (다)~(마)에 해당하는 경우 적정성 평가결과 발표 익월부터 다음 평가 결과 발표 월까지 산정하되 의료법 제58조·제58조의3에 따라 의료기관평가인증원에서 실시하는 의료기관 인증결과 '인증' 또는 '조건부인증' 등급이 유효한 기관에 한하여 산정한다.

(2) 요양병원 입원급여 적정성 평가결과 환류

위 '마~자(1)'의 규정에도 불구하고, '요양병원 입원급여 적정성 평가' 결과 종합점수가 하위 5% 이하에 해당하는 요양병원은 평가결과 발표 직후 2분기 동안 위 '마' 및 '바'의 입원료 가산과 '아'의 필요인력 확보에 따른 별도 보상, '자(1)'의 적정성 평가 연계 질지원금을 적용하지 아니한다.

차. 요양병원 인증조사 미신청기관에 대한 가산 배제

의료법 제58조의4에 따른 인증을 정해진 기간 내 신청하지 아니하여 인증조사 미신청기관으로 통보받은 요양병원은 통보 직후 1분기동안 위 '마~아'의 규정에도 불구하고 '마' 및 '바'의 입원료 가산과 '아'의 필요인력 확보에 따른 별도 보상을 적용하지 아니한다.

카. 「의료법」 제3조의5에 따라 전문병원으로 지정받은 요양병원은 「의료질평가 지원금 등 산정을 위한 기준」의 평가결과에 따라 제1편의 전문병원(병원·요양병원·한방병원) 의료질평가지원금(가-24-1)을 산정한다. 다만, 입원료 중 병원 관리료만을 산정하는 경우에는 제외한다.

5. 의약품관리료

의약품관리료는 특정기간 중 투약한 경우 특정기간이 종료되는 시점마다 투약일수에 따라 제1편 제2부 제1장 가-11 의약품관리료 나-(3)의 수가를 산정한다.

6. 요양병원 지역사회 연계 관리료Ⅱ를 산정한 경우 교통비는 소요시간, 방문지역 등에 불문하고 1회 방문당 108.30점(코드는 의·치과 AW004, 한의과 16004)을 환자 본인이 100분의 100을 부담한다.

분류 번호	코드	분 류	점수
요-51	AB500 (15500)	요양병원 입원료 Inpatient Care 주 : 내과질환자, 정신질환자, 만8세 미만의 소아환자에 대하여는 소정점수의 30%를 가산(산정코드 세 번째 자리에 4로 기재)한다.	270.04
요-52	AF500 (18500)	낮병동 입원료 Day Care	270.04
요-53		중환자실 입원료 ICU Patient Care	
	AJ002 (19002)	주 : 중환자실에 전담의를 두는 경우에는 136.03점을 별도 산정한다.	
	AJ500	(1) 요양병원 의·치과	1,077.71
	19500	(2) 요양병원 한의과	1,072.42
요-54		격리실 입원료 Isolation Room Patient Care 주 : 다인용의 경우 6인 이하의 격리병실을 이용한 경우에 산정한다.	
	AK500	(1) 1인용	1,574.16
	AK501	(2) 2인용	1,049.41
	AK502	(3) 다인용	881.55
요-55	AC500 (16500)	요양병원 입원환자 안전관리료(1일당) 주 : 환자의 안전을 위하여 움직임을 제한하는 등의 경우에는 의료법 시행규칙 별표4의2를 준수하여야 한다.	19.35
요-56		요양병원 지역사회 연계료 주 : 1. 환자지원팀(상근하는 의사, 간호사, 사회복지사 각 1인 및 기타 환자지원에 필요한 인력으로 구성)을 설치하여 운영하는 경우에 산정한다. 2. 「가」는 입원기간 중 1회 산정하되, 환자 상태의 급격한 변화 등 불가피한 경우 진료기록부에 이를 기록하고 추가 1회 산정한다. 3. 「나」, 「다」는 퇴원 시 1회 산정하되 동시에 실시하는 경우에는 주된 항목의 소정점수만 산정한다.	
	AW001 (16001)	가. 요양병원 지역사회 연계 평가료 (관련 상담 활동 포함)	233.27
	AW002 (16002)	나. 요양병원 지역사회 연계 관리료 I	295.76
	AW003 (16003)	다. 요양병원 지역사회 연계 관리료 II	631.72

(별표 1)

특정항목

1. 식대
 - 제1편 제2부 제17장 입원환자 식대
2. CT 및 MRI
 - 제1편 제2부 제3장 제2절 방사선 특수영상진단료 중 다-245 전산화단층영상진단(CT) 및 다-246 자기공명영상진단(MRI)
 - CT 및 MRI 촬영에 소요된 필름(또는 FULL PACS)·조영제
3. 전문재활치료
 - 제1편 제2부 제7장 이학요법료 중 제2절의 사116 운동치료와 제3절 전문재활치료료
4. 혈액투석 및 투석액
 - 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 중 자702 혈액투석(O7020, O7021)
 - 혈액투석에 사용된 투석액
 - 복막투석에 사용된 투석액
5. 전문의약품
 - 가. Erythropoietin 주사제(품명 : 에포론주 등), Darbepoetin Alpha 주사제(품명 : 네스프프리필드주 등), Methoxy polyethylene glycol-epoetin β 주사제(품명 : 미세라프리필드주)
 - 나. Recombinant Human Epidermal Growth Factor(품명 : 이지에프외용액)
 - 다. Riluzole(품명 : 리루텍정 등)
 - 라. Interferon β - 1a(품명 : 레비프프리필드주 등)
6. 전혈 및 혈액성분제제
 - 제1편 제2부 제16장 전혈 및 혈액성분제제료 중 파1 전혈과 파2 혈액성분제제
7. 제1편 제3부 행위 비급여 목록과 치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표의 비급여 목록 중 '19년 1월 이후 급여로 변경 고시된 항목
8. 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 제3조제2항의 규정에 의한 행위·치료재료

(별표 2)

폐렴 및 패혈증 점검표 및 인정상병

폐렴 환자에 대한 점검표

환 자 명 :

진 단 일 : 년 월 일

‘폐렴’으로 청구할 수 있는 폐렴의 진단기준은 다음 1의 소견이 있으면서 2~6의 항목 중에서 2가지 이상이 있는 경우로 한다.

- 다 음 -

1. 흉부방사선 상 신규 또는 진행성 폐 침윤(new or progressive infiltration) 등의 소견 : 유 ☐ 무 ☐
2. 체온 > 38°C(다른 원인에 의한 것이 아닌) : 유 ☐ 무 ☐
3. 백혈구수 > 12,000/ mm^3 또는 < 4,000/ mm^3 : 유 ☐ 무 ☐
4. 새로 발생한 화농성 객담 또는 객담양상의 변화, 또는 새로 발생하거나 악화된 기침 : 유 ☐ 무 ☐
5. 흉부 진찰 소견 상 Rale(Crackle) : 유 ☐ 무 ☐
6. 혈액가스 이상(PaO_2 < 60mmHg 등) : 유 ☐ 무 ☐

평가자 ☐ 의사☐ 간호사

----- (서명)

□ 폐렴 인정 상병

상병코드	상 병 명
A420	폐 방선균증
A430	폐 노카르디아증
B583	폐 톡소포자충증
B664	폐흡충증
J120	아데노바이러스 폐렴
J121	호흡기세포융합바이러스 폐렴
J122	파라인플루엔자바이러스 폐렴
J128	기타바이러스 폐렴
J1280	사람보카바이러스 폐렴
J1288	기타바이러스 폐렴
J129	상세불명의 바이러스 폐렴
J13	폐렴연쇄알균에 의한 폐렴
J14	인플루엔자균에 의한 폐렴
J150	폐렴막대균에 의한 폐렴
J151	슈도모나스에 의한 폐렴
J152	포도알균에 의한 폐렴
J153	연쇄알균B군에 의한 폐렴
J154	기타 연쇄알균에 의한 폐렴
J155	대장균에 의한 폐렴
J156	그람음성균에 의한 폐렴
J157	폐렴마이코플라스마에 의한 폐렴
J158	기타 세균폐렴
J159	상세불명의 세균폐렴
J160	클라미디아폐렴
J168	기타 명시된 감염성병원체에 의한 폐렴
J170	달리 분류된 세균질환에서의 폐렴
J171	달리 분류된 바이러스질환에서의 폐렴
J173	기생충질환에서의 폐렴
J178	달리 분류된 기타 질환에서의 폐렴
J180	상세불명의 기관지 폐렴
J181	상세불명의 대엽성 폐렴
J188	상세불명 병원체의 기타 폐렴
J189	상세불명의 폐렴
J690	음식 또는 구토물에 의한 폐렴
J691	기름 및 엷센스제에 의한 폐렴
J698	기타 고체 및 액체에 의한 폐렴
J853	종격의 농양

패혈증 환자에 대한 점검표

환 자 명 :

진 단 일 : 년 월 일

‘패혈증’으로 청구할 수 있는 패혈증의 진단기준은 다음 1 또는 2에 해당하는 경우로 한다.

- 다 음 -

1. 혈액 내 균 혹은 균 독소가 증명된 경우 : 유 ☐ 무 ☐
2. 감염으로 인한 전신염증반응으로서 다음 (1)~(4)의 항목 중에서 2가지 이상이 있는 경우
 - (1) 체온 > 38°C 또는 < 36°C : 유 ☐ 무 ☐
 - (2) 심박동수 > 90/분 : 유 ☐ 무 ☐
 - (3) 호흡수 > 24회/분 또는 이산화탄소분압 < 32mmHg
: 유 ☐ 무 ☐
 - (4) 백혈구수 > 12,000/ mm^3 또는 < 4,000/ mm^3 또는 immature(band) neutrophils
> 10% : 유 ☐ 무 ☐

평가자 ☐ 의사 ----- (서명)
 ☐ 간호사

□ 패혈증 인정 상병

상병코드	상 병 명
A021	살모넬라 패혈증
A327	리스테리아 패혈증
A391	위터하우스-프리데릭센 증후군
A392	급성 수막알균혈증
A393	만성 수막알균혈증
A394	상세불명의 수막알균혈증
A398	기타 수막알균감염
A399	상세불명의 수막알균감염
A400	연쇄알균A군에 의한 패혈증
A401	연쇄알균B군에 의한 패혈증
A402	연쇄알균D군 및 장알균에 의한 패혈증
A4020	장알균에 의한 패혈증
A4021	연쇄알균D군에 의한 패혈증
A403	폐렴연쇄알균에 의한 패혈증
A408	기타 연쇄알균패혈증
A409	상세불명의 연쇄알균패혈증
A411	기타 명시된 포도알균에 의한 패혈증
A412	상세불명의 포도알균에 의한 패혈증
A413	인플루엔자균에 의한 패혈증
A414	무산소균에 의한 패혈증
A418	기타 명시된 패혈증
A419	상세불명의 패혈증
A427	방선균 패혈증
A483	독성 쇼크증후군
R578	기타 쇼크

□ 폐렴·패혈증 점검표 작성요령

- 폐렴/패혈증을 확정 진단한 날에 점검표를 작성한다.
- 점검표는 발생 기간별로 1회 작성한다(동일 월에 하나 이상의 특정기간이 발생한 경우에는 기간별로 각각 작성한다).
- 점검표는 원칙적으로 환자를 치료한 의사 또는 간호사가 기재하며, 의무기록에 근거하여 작성하여 제출한다.

(별표 3)

체내출혈 점검표

체내출혈 환자에 대한 점검표

환 자 명 :

시 행 일 : 년 월 일

‘체내출혈’로 청구할 수 있는 기준은 다음 1의 소견이 있으면서 2 또는 3을 시행한 경우로 한다.

- 다 음 -

1. 임상적으로 문제가 되는 체내출혈 소견 : 유 ☐ 무 ☐
 - (1) 기관지 출혈 (객혈 등)
 - (2) 위·장관계 출혈 (토혈 또는 혈변 등)
 - (3) 비뇨·생식기계 출혈 (혈뇨 등)
 - (4) 기타부위 출혈(경미한 출혈 제외)
2. 지혈을 위한 처치(수혈 등) : 유 ☐ 무 ☐
3. 지혈을 위한 수술(시술 포함) : 유 ☐ 무 ☐

평가자 ☐ 의사

----- (서명)

☐ 간호사

□ 체내출혈 점검표 작성요령

- 체내출혈에 대한 처치 또는 수술을 시행한 날에 점검표를 작성한다.
- 점검표는 발생 기간별로 1회 작성한다(동일 월에 하나 이상의 특정기간이 발생한 경우에는 기간별로 각각 작성한다).
- 점검표는 원칙적으로 환자를 치료한 의사 또는 간호사가 기재하며, 의무기록에 근거하여 작성하여 제출한다.

(별표 4)

외과적 수술코드

코 드	명 칭
C8514	침생검(심부)-심낭 [EKG비용포함]
C8515	침생검(심부)-척수
C8532	절개생검(표재성)-기타부위
C8533	절개생검(심부[장기절개생검])-개흉에 의한 것
C8534	절개생검(심부[장기절개생검])-개복에 의한 것
C8535	절개생검(표재성)-근육 및 연부조직
C8552	전립선생검-관혈적
C8562	고환, 부고환생검-관혈적
C8572	자궁내막조직생검-구획소파생검
C8574	자궁내막조직생검-단순소파생검
C8575	자궁내막조직생검-자궁경내소파술
C8582	골생검(절개생검)-척추골
C8583	골생검(절개생검)-기타부위
C8592	갑상선생검-관혈적생검
C8601	관절절개생검술-견관절, 고관절, 천장관절
C8602	관절절개생검술-주관절, 슬관절
C8603	관절절개생검술-완관절 및 족관절
C8604	관절절개생검술-기타부위
C8610	신경생검술
C8642	유방생검 [편측]-절개생검
E6551	이식형 사건 기록기 삽입술
E6552	이식형 사건 기록기 제거술
E7500	관절경검사
E7501	관절경검사-고관절부위를 실시한 경우
E7593	기관지경검사(경기관지폐생검)
E7600	흉강경검사
E7605	종격동검사
E7690	복강경검사
E7691	후복강경검사
HD081	밀봉소선원치료-강내치료(고선량률분할치료, 1치료기간당, 5~15회 실시기준)
HD082	밀봉소선원치료-강내치료(고선량률분할치료, 치료중단시, 1회당)
HD083	밀봉소선원치료-강내치료(저선량률치료, 방사성선원 삽입 당일)
HD085	밀봉소선원치료-조직내치료, 관내치료(고선량률분할치료, 1치료기간당, 3회 이상 실시기준)
HD086	밀봉소선원치료-조직내치료, 관내치료(고선량률분할치료, 치료중단시, 1회당)
HD087	밀봉소선원치료-조직내치료, 관내치료(저선량률치료, 방사성선원삽입당일)
HD089	밀봉소선원치료-방사성입자의 자입치료 [본수불문 1회당]

코 드	명 칭
HD111	체부 정위적 방사선수술(1회당)
HD112	체부 정위적 방사선수술(1회로 치료 종결)
HD113	뇌 정위적 방사선수술(감마나이프)
HD114	뇌 정위적 방사선수술(사이버나이프)
HD115	뇌 정위적 방사선수술(선형가속기)
M0031	피부 및 피하조직 또는 근육내 이물제거술(봉침, 파면 등, 근막절개하 이물제거술)
M1661	혈관색전술-뇌혈관 [동맥류] 보조물지지
M1662	혈관색전술-뇌혈관 [동맥류] 기타의 경우
M1663	혈관색전술-뇌혈관 [동정맥기형] 보조물지지
M1664	혈관색전술-뇌혈관 [동정맥기형] 뇌경막동정맥루-동맥경유
M1665	혈관색전술-뇌혈관 [동정맥기형] 뇌경막동정맥루-정맥경유
M1666	혈관색전술-뇌혈관 [동정맥기형] 내경동맥해면동루
M1667	혈관색전술-뇌혈관 [동정맥기형] 두경부
M1668	혈관색전술-뇌혈관 [동정맥기형] 척추
M1669	혈관색전술-뇌혈관 [동정맥기형] 척추경막
M1671	혈관색전술-화학요법제 주입한 경우[뇌]
M1672	혈관색전술-화학요법제 주입한 경우[두경부]
M1673	혈관색전술-뇌혈관 [종양] 뇌
M1674	혈관색전술-뇌혈관 [종양] 두경부
M1675	혈관색전술-뇌혈관 [종양] 두경부
M6510	경피적 동맥관개존 폐쇄술
M6521	경피적 심방중격절개술-풍선심방중격절개술
M6522	경피적 심방중격절개술-칼날심방중격절개술
M6531	경피적 심장 판막성형술-승모판막
M6532	경피적 심장 판막성형술-대동맥판막
M6533	경피적 심장 판막성형술-폐동맥판막
M6541	부정맥의 고주파절제술(상심실성 부정맥)
M6542	부정맥의 고주파절제술(심방세동)
M6543	부정맥의 고주파절제술(상심실성 부정맥)
M6551	경피적 관상동맥확장술-단일혈관
M6553	급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적 관상동맥확장술 [일차적중재술 등]
M6554	만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥확장술
M6561	경피적 관상동맥스텐트삽입술-단일혈관
M6563	경피적 관상동맥스텐트삽입술(경피적 관상동맥확장술 또는 경피적 관상동맥죽상반절제술과 동시)-단일혈관
M6565	급성심근경색증의 원인병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술 [일차적중재술 등]
M6566	만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술
M6567	만성폐쇄성병변에 대한 경피적 관상동맥스텐트삽입술(경피적 관상동맥확장술 및 경피적 관상동맥죽상반절제술과 동시)
M6571	경피적 관상동맥죽상반절제술-단일혈관
M6593	경피적 풍선혈관성형술-뇌혈관

코 드	명 칭
M6594	경피적 풍선혈관성형술-경동맥 [추골동맥 포함]
M6595	경피적 풍선혈관성형술-대동맥
M6596	경피적 풍선혈관성형술-폐동맥
M6597	경피적 풍선혈관성형술-기타혈관
M6599	경피적 뇌혈관악물성형술
M6601	경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술-뇌혈관
M6602	경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술-경동맥 [추골동맥 포함]
M6603	경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술-대동맥
M6604	경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술-폐동맥
M6605	경피적 혈관내 금속스텐트 삽입술-기타혈관
M6611	경피적 혈관내 스텐트 이식 설치술-대동맥
M6612	경피적 혈관내 스텐트 이식 설치술-대동맥 및 장골동맥
M6613	경피적 혈관내 스텐트 이식 설치술-기타 혈관
M6620	경피적 혈관내 죽종제거술
M6630	경피적 혈전제거술-혈전용해술-두개강내 혈관
M6632	경피적 혈전제거술-혈전용해술-기타혈관
M6634	경피적 혈전제거술-혈전용해술-관상동맥
M6635	경피적 혈전제거술-혈전용해술-두개강외 경부혈관
M6636	경피적 혈전제거술-기계적 혈전제거술 [카테터법]-두개강내 혈관
M6637	경피적 혈전제거술-기계적 혈전제거술 [카테터법]-두개강외 경부혈관
M6638	경피적 혈전제거술-기계적 혈전제거술 [카테터법]-관상동맥
M6639	경피적 혈전제거술-기계적 혈전제거술 [카테터법]-기타혈관
M6644	혈관색전술-기타혈관
M6650	경피적 하대정맥여과기 설치술
M6661	방사선하 기관 및 기관지 협착 확장술-풍선카테터에 의한 것
M6662	방사선하 기관 및 기관지 협착 확장술-스텐트 삽입술에 의한 것
M6670	경피경간담즙배액술 [유도료 별도 산정]
M6681	경피적 담도협착확장술-풍선카테터에 의한 것
M6682	경피적 담도협착확장술-스텐트에 의한 것
M6690	경피적 담낭조루술 [유도료 별도 산정]
M6700	경피적 담석제거술
M6710	경경정맥간내문맥정맥단락술 [유도료 별도 산정]
M6730	경피적 위루술
M6792	경피적 비루관확장술-풍선카테터에 의한 것
M6793	경피적 비루관확장술-스텐트에 의한 것
M6830	경피적 장루술 [공장루, 맹장루포함] [유도료별도 산정]
MY762	투시하 이물제거술
N0021	골수염 또는 골농양수술 [골천공술, 골개창술, 배형성형술, 골부분절제술포함]-골반골, 대퇴골, 하퇴골
N0022	골수염 또는 골농양수술 [골천공술, 골개창술, 배형성형술, 골부분절제술포함]-상완골, 전완골, 쇄골
N0023	골수염 또는 골농양수술 [골천공술, 골개창술, 배형성형술, 골부분절제술포함]-기타

코 드	명 칭
N0111	박피술(종양치료에 한함, 25㎢미만)
N0112	박피술(종양치료에 한함, 25㎢이상)
N0142	피부양성종양적출술(기타근육층에 달하는 것)
N0144	티눈제거술(절제, 근층심부 포함)
N0151	피부악성종양적출술(광역수술)
N0152	피부악성종양적출술(광역수술및림프절수술)
N0153	피부악성종양적출술(모즈미세도식수술)
N0170	부분층피부이식술(기타, 900㎢ 이상)
N0173	부분층피부이식술(안면 또는 관절부, 25㎢ 미만)
N0174	부분층피부이식술(안면 또는 관절부, 25㎢ 이상)
N0175	부분층피부이식술(기타, 25㎢ 미만)
N0176	부분층피부이식술(기타, 25㎢ 이상~100㎢ 미만)
N0178	부분층피부이식술(기타, 100㎢ 이상~400㎢ 미만)
N0179	부분층피부이식술 (기타, 400㎢ 이상~900㎢ 미만)
N0190	액취수술
N0232	연부조직종양적출술(지방종, 혈관종, 섬유종, 거대세포종, 화골성근염, 근육육종, 혈관육종 등)-악성종양
N0233	연부조직종양적출술(지방종, 혈관종, 섬유종, 거대세포종, 화골성근염, 근육육종, 혈관육종 등)-피하양성종양
N0234	연부조직종양적출술(지방종, 혈관종, 섬유종, 거대세포종, 화골성근염 등)-근막하 또는 근육내양성종양
N0241	반흔구축성형술(운동제한이 있는 것)
N0242	반흔구축성형술 및 식피술(운동제한이 있는 것)-전층, 25㎢ 미만
N0243	반흔구축성형술 및 식피술(운동제한이 있는 것)-전층, 25㎢ 이상
N0244	반흔구축성형술 및 식피술(운동제한이 있는 것)-부분층, 안면 또는 관절부, 25㎢ 미만
N0245	반흔구축성형술 및 식피술(운동제한이 있는 것)-부분층, 안면 또는 관절부, 25㎢ 이상
N0246	반흔구축성형술 및 식피술(운동제한이 있는 것)-부분층, 기타, 25㎢ 미만
N0247	반흔구축성형술 및 식피술(운동제한이 있는 것)-부분층, 기타, 25㎢ 이상~100㎢ 미만
N0249	반흔구축성형술 및 국소피판술(운동제한이 있는 것)
N0251	다지증수술(건 및 골성형을 요하는 경우)
N0260	지유착증수술
N0270	골성장판성장억제술 [스태플 포함]
N0281	양성골종양의 소파술 또는 절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)
N0282	양성골종양의 소파술 또는 절제술(상완골, 전완골, 쇄골)
N0283	양성골종양의 소파술 또는 절제술(기타)
N0284	악성골종양의 광범위절제술(골반골, 대퇴골, 하퇴골)
N0285	악성골종양의 광범위절제술(상완골, 전완골, 쇄골)
N0286	악성골종양의 광범위절제술(기타)
N0302	절골술(상하지)
N0303	절골술(척추, 골반)
N0304	절골술 및 체내금속고정술(요골과 척골중 하나, 경골과 비골중 하나)
N0305	절골술 및 체내금속고정술(대퇴골)
N0306	절골술 및 체내금속고정술(상완골)

코 드	명 칭
N0307	절골술 및 체내금속고정술(요척골 동시, 경비골 동시)
N0311	골편절제술
N0312	골이식술
N0316	절골술(수근골, 족근골)
N0317	절골술(중수골, 중족골, 지골)
N0318	절골술 및 체내금속고정술(수근골, 족근골)
N0319	절골술 및 체내금속고정술(중수골, 중족골, 지골)
N0321	천두술(진단목적)
N0322	천두술(낭종, 혈종, 농양의 제거 및 배액)-경막하 혹은 경막외
N0323	천두술(낭종, 혈종, 농양의 제거 및 배액)-뇌실질내
N0324	천두술-기타의 것[도관, reservoir, ICPmonitor삽입등]
N0325	지속적 국소뇌혈류량 측정 probe삽입술
N0331	개두술 또는 두개절제술(진단목적)
N0333	개두술 또는 두개절제술(두개감압술)
N0334	개두술 또는 두개절제술(두개골 병소 또는 양성종양절제)
N0335	개두술 또는 두개절제술(두개골 악성종양절제)
N0342	두개골성형술(경뇌막성형을동반하는것)
N0344	두개골성형술(두개골조기불합교정, 단순)
N0345	두개골성형술(두개골조기불합교정, 복잡)
N0346	구개골성형술-두개골뿐인 것[단순]
N0347	구개골성형술-두개골뿐인 것[복잡]
N0354	비골골절 관혈적 정복술
N0355	비사골 골절의 관혈적 정복술
N0366	후두골절 관혈적 정복술
N0391	상악골부분절제술
N0392	상악골전적출술
N0402	상악골(관골포함)양성종양(낭종포함)절제술-3cm 미만
N0403	상악골(관골포함)양성종양(낭종포함)절제술-3cm 이상
N0404	상악골(관골포함)악성종양(림프절청소포함)부분절제술
N0405	상악골(관골포함)악성종양(림프절청소포함)전적출술
N0406	상악골신장술(Le Fort I)
N0407	상악골신장술(Le Fort II)
N0408	상악골신장술(Le Fort III)
N0411	하악골 재건술
N0421	하악골부분절제술
N0422	하악골반측절제술
N0423	하악골신장술
N0424	악골내골신장기구제거술
N0428	관상돌기절제술
N0432	하악골양성종양(낭종포함)절제술-편측악골1/3 미만

코 드	명 칭
N0433	하악골양성종양(낭종포함)절제술-편측악골1/3 이상~1/2 미만
N0434	하악골양성종양(낭종포함)절제술-편측악골1/2 이상
N0435	하악골양성종양(림프절 청소포함)-변연절제술
N0436	하악골양성종양(림프절 청소포함)-부분절제술
N0437	하악골양성종양(림프절 청소포함)-반측절제술
N0444	척추변형에척추관절전방고정[기기, 기구사용고정포함]-7구간(척추분절) 미만
N0445	척추변형에척추관절전방고정[기기, 기구사용고정포함]-7구간(척추분절) 이상
N0446	척추변형에척추관절후방고정[기기, 기구사용고정포함]-7구간(척추분절) 미만
N0447	척추변형에척추관절후방고정[기기, 기구사용고정포함]-7구간(척추분절) 이상
N0451	척추체제거술(경추)
N0452	척추체제거술(흉추)
N0453	척추체제거술(요추)
N0454	인대골화증 제거술-전방접근 후종인대골화증 제거술 [척추체제거술 포함]
N0455	인대골화증 제거술-후방접근 황색인대골화증 제거술 [척추후궁절제술 포함]
N0466	척추전방고정술-전방고정[요추]
N0468	척추후방고정술[기기, 기구사용고정포함]-흉추
N0469	척추후방고정술[기기, 기구사용고정포함]-요추
N0471	경피적척추성형술-제1부위
N0473	경피적척추후궁풍선복원술(방사선포함)-제1부위
N0480	척추열수술
N0500	늑골척추횡돌기절제술
N0510	쇄골절제술
N0532	늑골골절 관혈적 정복술
N0541	늑골절제술(제1늑골 또는 경늑골)
N0542	늑골절제술(기타의 늑골)
N0550	흉벽냉농양근치술
N0561	사지관절이단술(견갑홍곽간)
N0562	사지관절이단술(고관절)
N0563	사지관절이단술(견관절)
N0564	사지관절이단술(슬관절)
N0565	사지관절이단술(주관절, 완관절, 족관절)
N0566	사지관절이단술(수족지관절)
N0571	사지절단술(골반)
N0572	사지절단술(대퇴)
N0573	사지절단술(상완, 전완, 하퇴)
N0574	사지절단술(수족)
N0575	사지절단술(지)
N0581	단단성형술-골성형을요하는것(대퇴, 하퇴, 상완, 전완)
N0582	단단성형술-골성형을요하는것(수족지)
N0583	단단성형술-연부조직의성형을요하는것(대퇴, 하퇴, 상완, 전완)

코 드	명 칭
N0584	단단성형술-연부조직의성형을요하는것(수족지)
N0587	사지접합수술(사지)
N0588	사지접합수술(수족지)
N0591	척추 또는 골반의 골절 및 탈구에 대한 관혈적정복수술-척추
N0592	척추 또는 골반의 골절 및 탈구에 대한 관혈적정복수술-비구
N0593	척추 또는 골반의 골절 및 탈구에 대한 관혈적정복수술-골반
N0601	사지골절정복술 [복잡골절 포함]-관혈적-대퇴골
N0602	사지골절정복술 [복잡골절 포함]-관혈적-상완골, 견갑골
N0604	사지골절정복술 [복잡골절 포함]-관혈적-쇄골, 슬개골 [슬개골적출술 포함], 수근골, 족근골
N0605	사지골절정복술 [복잡골절 포함]-관혈적-중수골, 중족골, 지골
N0606	사지골절정복술 [복잡골절 포함]-Closed Pinning을 하는 경우-중수골, 중족골, 지골
N0610	수족골 적출술
N0621	가관절수술(대퇴골)
N0622	가관절수술(상완골, 전완골, 하퇴골)
N0623	가관절수술(중수골, 중족골)
N0624	가관절수술(쇄골, 슬개골, 수근골, 족근골)
N0625	가관절수술(지골)
N0651	골건인술(두개골)
N0652	골건인술(사지골)
N0660	구개 성형술
N0670	경골결절절제술
N0681	급성화농성관절염절개술(고관절)
N0684	급성화농성관절염절개술(견관절, 슬관절)
N0685	급성화농성관절염절개술(주관절, 완관절, 족관절)
N0686	급성화농성관절염절개술(지관절)
N0691	자가유래연골세포이식술-채취술 [관절경검사 포함]
N0692	자가유래연골세포이식술-이식술
N0693	자가골연골이식술
N0700	사지관절절제술 [활막절제를포함]-견관절
N0701	사지관절절제술 [활막절제를포함]-고관절
N0703	사지관절절제술 [활막절제를포함]-주관절, 완관절, 족관절
N0704	사지관절절제술 [활막절제를포함]-지관절
N0705	BAKER'S CYST절제술
N0710	사지관절절제술 [활막절제를 포함]-슬관절
N0711	인공관절치환술-전치환-고관절
N0714	인공관절치환술-전치환-지관절
N0715	인공관절치환술-부분치환술-고관절
N0717	인공관절치환술-부분치환술-지관절
N0719	악관절 치환술(인공관절 대치술)
N0721	절제관절성형술(고관절)

코 드	명 칭
N0722	절제관절성형술(견관절, 슬관절, 주관절, 완관절, 족관절)
N0723	절제관절성형술(지관절)
N0731	관절고정술-고관절
N0733	관절고정술-주관절, 완관절, 족관절
N0734	관절고정술-지관절
N0735	관절고정술-족관절에삼중관절고정술실시
N0738	관절고정술-견관절
N0739	관절고정술-슬관절
N0741	악관절 성형수술
N0742	하악과두절제술
N0743	악관절원반 성형술
N0751	관절탈구관혈정복술(고관절)
N0752	관절탈구관혈정복술(견관절)
N0753	관절탈구관혈정복술(주관절)
N0754	관절탈구관혈정복술(슬관절)
N0755	관절탈구관혈정복술(완관절, 족관절)
N0756	관절탈구관혈정복술(지관절)
N0772	악관절탈구 관혈적정복술
N0821	반월판연골절제술(내측 또는 외측)
N0822	반월판연골절제술(내.외측 동시)
N0823	반월상 연골융합술(내측 또는 외측)
N0824	반월상 연골융합술(내외측 동시)
N0825	반월상 연골 이식술
N0830	용수지수술
N0841	근농양배농술(요장근농양)
N0842	근농양배농술(둔근농양)
N0843	근농양배농술(대퇴근농양)
N0844	근농양배농술(기타근농양)
N0850	사각근절단술
N0860	사경수술
N0870	경부새열루새열낭적출술
N0880	십자인대성형술
N0890	십자인대접합술
N0900	갱그리온 적출술
N0911	전.인대피하단열수술
N0912	간단한건봉합술
N0920	아킬레스건 재건술
N0921	아킬레스건 연장술
N0922	근막절개술-단순 절개
N0923	근막절개술-복잡 절개(여러구획이나 근육 및 신경의 변연절제술을 시행한 경우)

코 드	명 칭
N0931	견뭇인대성형술-간단한 것(절제, 봉합, 박리)
N0932	견뭇 인대성형술-복잡한 것(이식, 이전, 교환, 인공건성형)
N0933	근의봉합술, 이식술, 이행술, 교환술 - 간단한 것
N0934	근의봉합술, 이식술, 이행술, 교환술 - 복잡한 것
N0935	견봉성형술
N0936	견봉성형술 및 회전근개파열복원술(일차봉합술)
N0937	견봉성형술 및 회전근개파열복원술(근 및 건성형이 동반된 경우)
N0941	견박리술
N0942	간단한견박리술
N0952	하악골절관혈적정복술(정중부, 골체부, 우각부)
N0953	하악골절관혈적정복술(하악과두부위)
N0955	부정유합된하악골절골교정술
N0962	상악골절관혈적정복술(LEFORT I)
N0963	상악골절관혈적정복술(LEFORT II)
N0964	상악골절관혈적정복술(LEFORT III)
N0965	관골골절정복수술-길리씨수술(관골궁, 관골체 포함)
N0966	관골골절관혈적정복수술(관골궁, 관골체 포함)
N0967	부정유합된 관골 절골 교정술
N0972	체내고정용금속제거술(대퇴골)
N0973	체내고정용금속제거술(상완골, 견갑골)
N0974	체내고정용금속제거술(요척골 동시, 경비골 동시)
N0975	체내고정용금속제거술(쇄골, 슬개골, 수근골, 족근골)
N0976	체내고정용금속제거술(중수골, 중족골, 지골)
N0977	체내고정용금속제거술(요골과 척골중 하나, 경골과 비골중 하나)
N0978	골에 삽입한 금속핀이나 금속정 간단한 제거술
N0981	체외금속 고정술(골반골, 대퇴골)
N0982	체외금속 고정술(상완골, 하퇴골)
N0983	체외금속 고정술(전완골)
N0984	체외금속 고정술(수근골, 족근골)
N0985	체외금속 고정술(중수골, 중족골, 지골)
N0991	사지골절정복술 [복잡골절 포함]-Closed Pinning을 하는 경우-대퇴골
N0992	사지골절정복술 [복잡골절 포함]-Closed Pinning을 하는 경우-상완골, 견갑골
N0995	사지골절정복술 [복잡골절 포함]-Closed Pinning을 하는 경우-쇄골, 슬개골 [슬개골적출술 포함], 수근골, 족근골
N0996	사지골절정복술 [복잡골절 포함]-Closed Pinning을 하는 경우-전완골-요골
N0997	사지골절정복술 [복잡골절 포함]-Closed Pinning을 하는 경우-전완골-척골
N0998	사지골절정복술 [복잡골절 포함]-Closed Pinning을 하는 경우-전완골-요척골 동시
N0999	사지골절정복술 [복잡골절 포함]-Closed Pinning을 하는 경우-하퇴골-경골
N1000	사지골절정복술 [복잡골절 포함]-Closed Pinning을 하는 경우-하퇴골-비골
N1001	사지골절정복술 [복잡골절 포함]-Closed Pinning을 하는 경우-하퇴골-경비골 동시

코 드	명 칭
N1491	관혈적 추간판제거술(척추후궁절제술 포함)-경추
N1492	관혈적 추간판제거술(척추후궁절제술 포함)-흉추
N1493	관혈적 추간판제거술(척추후궁절제술 포함)-요추
N1494	내시경하 추간판제거술(척추후궁절제술 포함)
N1495	추간판제거술-척추수핵용해술(방사선료 포함)
N1496	척추수핵흡인술(Nucleotom이용수핵제거등, 방사선료포함)
N1497	척추후궁절제술(경추)
N1498	척추후궁절제술(흉추)
N1499	척추후궁절제술(요추)
N1581	수지의 무지화 성형술
N1582	족지를 이용한 수지재건술(공여부절단술포함)
N1583	생골 및 생피부판 이식술(혈관부착 골 이식술)
N1584	생골 및 생피부판 이식술(혈관부착 골피부판 이식술)
N1585	생골및생피부판이식술-유경혈관화골이식술
N1601	사지골절정복술 [복잡골절 포함]-관혈적-전완골-요골
N1602	사지골절정복술 [복잡골절 포함]-관혈적-전완골-척골
N1603	사지골절정복술 [복잡골절 포함]-관혈적-전완골-요척골 동시
N1604	사지골절정복술 [복잡골절 포함]-관혈적-하퇴골-경골
N1605	사지골절정복술 [복잡골절 포함]-관혈적-하퇴골-비골
N1606	사지골절정복술 [복잡골절 포함]-관혈적-하퇴골-경비골 동시
N1711	인공관절재치환술-전치환-고관절
N1714	인공관절재치환술-전치환-지관절
N1715	인공관절재치환술-부분치환-고관절
N1717	인공관절재치환술-부분치환-지관절
N2071	인공관절치환술-전치환-견관절
N2072	인공관절치환술-전치환-슬관절
N2073	인공관절치환술-전치환-주관절
N2074	인공관절치환술-전치환-완관절
N2075	인공관절치환술-전치환-족관절
N2461	척추고정술-전방고정[경추]경국강접근
N2462	척추고정술-전방고정[경추]경추치상돌기나사못고정술
N2463	척추고정술-전방고정[경추]기타의경우
N2464	척추전방고정술-전방고정[흉추]흉골을통한상위충추접근
N2465	척추전방고정술-전방고정[흉추]경흉골접근
N2466	척추전방고정술-전방고정[흉추]기타의경우
N2467	척추전방고정술-후방고정[경추]후두골경추간
N2468	척추전방고정술-후방고정[경추]제1-2경추간
N2469	척추전방고정술-후방고정[경추]기타의경우
N2470	요추후방추체간융합술
N2471	척추체내고정용금속제거술-전방

코 드	명 칭
N2472	척추체내고정용금속제거술-후방
N2491	경추후궁성형술-제1부위
N2711	인공관절치환술-부분치환술-견관절
N2712	인공관절치환술-부분치환술-슬관절
N2713	인공관절치환술-부분치환술-주관절
N2714	인공관절치환술-부분치환술-완관절
N2715	인공관절치환술-부분치환술-족관절
N3711	인공관절재치환술-전치환-견관절
N3712	인공관절재치환술-전치환-슬관절
N3713	인공관절재치환술-전치환-주관절
N3714	인공관절재치환술-전치환-완관절
N3715	인공관절재치환술-전치환-족관절
N4711	인공관절재치환술-부분치환-견관절
N4712	인공관절재치환술-부분치환-슬관절
N4713	인공관절재치환술-부분치환-주관절
N4714	인공관절재치환술-부분치환-완관절
N4715	인공관절재치환술-부분치환-족관절
N7121	유방양성종양절제술-단발성
N7122	유방양성종양절제술-다발성
N7131	유방절제술-양성-단순전절제
N7132	유방절제술-양성-피하절제 [남성의 여성형 유방 절제 포함]
N7133	유방절제술-양성-부분절제
N7134	유방절제술-양성-액와부이소성유방절제
N7136	유방절제술-악성-부분절제-액와림프절청소술 포함
N7137	유방절제술-악성-부분절제-액와림프절청소술 포함하지 않는 것
N7138	유방절제술-악성-전체절제-액와림프절청소술 포함
N7139	유방절제술-악성-전체절제-액와림프절청소술 포함하지 않는 것
NA241	반흔구축성형술및식피술(운동제한이있는것)-부분층, 기타, 100㎠~400㎠미만
NA242	반흔구축성형술및식피술(운동제한이있는것)-부분층, 기타, 400㎠~900㎠미만
NA243	반흔구축성형술및식피술(운동제한이있는것)-부분층, 기타, 900㎠이상
NA281	악성종양의 사지구제술(골반부)
NA282	악성종양의 사지구제술(대퇴부, 견갑부, 상완부)
NA283	악성종양의 사지구제술(전완부, 하퇴부)
NA284	악성종양의 사지구제술(수족부)
NX021	자가 지방 혹은 진피-지방이식술
NY051	상악골성형술(분절골절단술)
NY052	상악골성형술(Le Fort I)
NY053	상악골성형술(Le Fort II)
NY054	상악골성형술(Le Fort III)
NY055	하악골성형술(분절골절단술)

코 드	명 칭
NY056	하악골성형술(이부성형술)
NY057	하악골성형술(하악지골절단술)
O0161	동맥간우회로조성술(대퇴-대퇴동맥간, 쇄골하-쇄골하 또는 액와-액와동맥간)-자가혈관이용(채취료포함)
O0162	동맥간우회로조성술(대퇴-대퇴동맥간, 쇄골하-쇄골하 또는 액와-액와동맥간)-인조혈관이용
O0163	동맥간우회로조성술(대퇴-슬와동맥간, 슬관절상부)-자가혈관이용(채취료포함)
O0164	동맥간우회로조성술(대퇴-슬와동맥간, 슬관절상부)-인조혈관이용
O0165	동맥간우회로조성술(대퇴-슬와동맥간, 슬관절하부)-자가혈관이용(채취료포함)
O0166	동맥간우회로조성술(대퇴-슬와동맥간, 슬관절하부)-인조혈관이용
O0167	동맥간우회로조성술(대퇴-경골, 비골동맥간)-자가혈관이용(채취료포함)
O0168	동맥간우회로조성술(대퇴-경골, 비골동맥간)-인조혈관이용
O0169	동맥간우회로조성술(슬와-경골, 비골동맥간)-자가혈관이용(채취료포함)
O0170	동맥간우회로조성술(슬와-경골, 비골동맥간)-인조혈관이용
O0171	동맥간우회로조성술(액와-대퇴 동맥간)-인조혈관이용
O0172	동맥간우회로조성술 [자가혈관이용시 채취료 포함]-경동맥간, 경동맥-쇄골하동맥간, 경동맥-무명동맥간
O0173	동맥간우회로조성술 [자가혈관이용시 채취료 포함]-대동맥-경동맥-쇄골하동맥
O0174	동맥간우회로조성술 [자가혈관이용시 채취료 포함]-대동맥-무명동맥-경동맥-쇄골하동맥
O0203	경정맥 체내용 심박기 거치술-심박기거치술(심방 또는 심실 전극을 삽입하는 경우)
O0204	경정맥 체내용 심박기 거치술-심박기거치술(심방 및 심실 전극을 삽입하는 경우)
O0205	경정맥 체내용 심박기 거치술-심박기교환술(심방 또는 심실 전극이 삽입된 경우)
O0206	경정맥 체내용 심박기 거치술-심박기교환술(심방 및 심실 전극이 삽입된 경우)
O0207	경정맥 체내용 심박기 거치술-삽입된 심박기 기능 향상
O0208	경정맥 체내용 심박기 거치술-제거술(심박기)
O0209	경정맥 체내용 심박기 거치술-제거술(심방 또는 심실 전극)
O0210	경정맥 체내용 심박기 거치술-제거술(심방 및 심실전극)
O0211	심율동 전환 제세동기 거치술 [경정맥]-삽입술
O0212	심율동 전환 제세동기 거치술 [경정맥]-교환술
O0215	사지정맥류 국소 제거술(경화요법)- 1~3부위
O0216	사지정맥류 국소 제거술(경화요법)- 4~6부위
O0217	사지정맥류 국소 제거술(경화요법)- 7부위 이상
O0218	혈전제거술(심부정맥-하지)
O0219	심율동 전환 제세동기 거치술 [경정맥]-제거술-심실제세동기
O0220	심율동 전환 제세동기 거치술 [경정맥]-제거술-심실전극
O0221	심율동 전환 제세동기 거치술 [경정맥]-제거술-심방 및 심실 전극
O0222	심율동 전환 제세동기 거치술 [경정맥]-전극재배치
O0223	동맥류절제술-복부대동맥(신동맥 상방[근접하방 포함])
O0224	동맥류절제술-복부대동맥(신동맥 하방)
O0226	혈관내 죽종제거술(혈관성형술 포함)-경동맥(내막박리술 포함)[단순]
O0227	혈관내 죽종제거술(혈관성형술 포함)-경동맥(내막박리술 포함)[복잡]
O0261	광범위정맥류발거술(스트리핑)-복재정맥 결찰 및 분지제거술(관통정맥 결찰술을 동반한 경우)
O0262	광범위정맥류발거술(스트리핑)-복재정맥 결찰 및 분지제거술(관통정맥 결찰술을 동반하지 아니한 경우)

코 드	명 칭
O0263	광범위정맥류발거술(스트리핑)-복재정맥 부분 발거술 및 분지제거술(관통정맥 결찰술을 동반한 경우)
O0264	광범위정맥류발거술(스트리핑)-복재정맥부분발거술 및 분지제거술(관통정맥 결찰술을 동반하지 아니한 경우)
O0265	광범위정맥류발거술(스트리핑)-복재정맥 전발거술 및 분지제거술(관통정맥 결찰술을 동반한 경우)
O0266	광범위정맥류발거술(스트리핑)-복재정맥 전발거술 및 분지제거술(관통정맥 결찰술을 동반하지 아니한 경우)
O0267	광범위정맥류발거술(스트리핑)-기타 부위 정맥류 절제술[회음부 포함]
O0277	혈관개창술
O0278	복재정맥판막교약술
O0279	감염이식편 제거술-흉강내
O0280	감염이식편 제거술-복강내
O0281	감염이식편 제거술-기타
O0282	임시 원위부 동정맥루 폐색술
O0961	비강, 부비동악성종양적출술(상악부분 절제)
O0962	비강, 부비동악성종양적출술(상악전적출술)
O0963	비강, 부비동악성종양적출술(두개안면절제술)
O0964	비강양성종양적출술, 비내접근
O0965	부비동양성종양적출술, 비내접근
O0966	비강, 부비동양성종양적출술, 비외접근
O0967	비강양성종양적출술, 비내접근(비강양성종양, 내시경하)
O0968	부비동양성종양적출술, 비내접근-내시경하에서 실시한 경우
O0980	위축성비염수술(양측)
O0994	비출혈지혈법(동맥결찰술)
O1001	비중격교정술 또는 성형술(연골에 달하는것)
O1002	비중격교정술 또는 성형술(골에 달하는것)
O1003	비중격교정술 또는 성형술(비중격재건술)
O1010	하비갑개절제술(중비갑개절제술 포함)
O1011	하비갑개절제술(중비갑개절제술 포함)-내시경하에서 실시한 경우
O1015	외향비갑개골절술
O1021	하비갑개점막하 절제술(중비갑개점막하 절제술포함)
O1022	하비갑개점막하 절제술(중비갑개점막하 절제술포함)-내시경하에서 실시한 경우
O1031	후비공폐쇄증 개방술(막성)
O1032	후비공폐쇄증 개방술(골성)
O1040	비인강혈관섬유종적출술
O1041	비인강양성종양적출술(기타의 것)
O1042	비인강혈관섬유종적출술-내시경하에서 실시한 경우
O1043	비인강양성종양적출술(기타의 것)-내시경하에서 실시한 경우
O1045	비인강 악성종양적출술(경비강, 경구강 접근방법)
O1047	비인강 악성종양적출술(상악골, 구개골 접근방법)
O1048	비인강 악성종양적출술(측두하와 접근법)
O1050	상악동비내수술
O1051	상악동비내수술-내시경하에서 실시한 경우

코 드	명 칭
O1055	상악동후비강 용종 적출술
O1056	상악동후비강 용종 적출술-내시경하에서 실시한 경우
O1061	비전정성형술
O1070	상악동근치수술
O1091	전두동비외수술(단순 천공술)
O1092	전두동비외수술(이마절개하 골성형)
O1093	전두동비외수술(관상봉합절개하 골성형)
O1100	사골동비내수술
O1101	사골동비내수술-내시경하에서 실시한 경우에
O1110	사골동비외수술
O1120	접형골동비내수술
O1121	접형골동비내수술-내시경하에서 실시한 경우에
O1130	전부비강근본수술
O1131	전부비강근본수술-내시경하에서 실시한 경우에
O1140	상악동사골동근본수술
O1141	상악동사골동근본수술-내시경하에서 실시한 경우
O1150	상악동사골동접형골동근본수술
O1151	상악동사골동접형골동근본수술-내시경하에서 실시한 경우에
O1160	전두동사골동근본수술
O1161	전두동사골동근본수술-내시경하에서 실시한 경우에
O1170	전두동사골동접형골동 근본수술
O1171	전두동사골동접형골동 근본수술-내시경하에 실시한 경우에
O1175	전두동, 사골동, 상악동근본수술
O1176	전두동, 사골동, 상악동근본수술-내시경하에서 실시한 경우에
O1180	사골동접형골동수술
O1181	사골동접형골동수술-내시경하에서 실시한 경우에
O1210	후두농양절제술
O1215	후두개 낭종제거술
O1221	후두 양성종양적출술 - 현수후두경하
O1222	후두 양성종양적출술 - 연성내시경하
O1223	후두 양성종양적출술 - 후두절개하
O1224	후두악성종양적출술 - 성대절제술
O1225	수직후두부분, 성문상부후두부분 악성종양적출술
O1226	윤상연골상후두부분 악성종양적출술
O1227	후두악성종양적출술-후두 전적출술
O1231	성대결절 및 폴립제거술
O1232	성대내 낭종제거술
O1233	범발성 폴립양성대 절개 및 흡인술
O1251	후두 및 하인두 전적출술
O1252	후두 전적출 및 하인두 부분적출술

코 드	명 칭
O1261	후두마비수술(양측마비)-레이저성대절제술
O1262	후두마비수술(양측마비)-피열연골절제술
O1263	후두마비수술(양측마비)-피열연골외전술, 갑상연골음성성형술제2형
O1265	후두마비수술(일측마비)-갑상연골음성성형술 제1형
O1266	후두마비수술(일측마비)-피열연골내전술
O1281	설골현수법
O1300	기관절개술
O1305	종격동 기관절개술
O1311	기관또는기관지종양제거술(경부접근)-기관절제및재건술
O1312	기관또는기관지종양제거술(경부접근)-기관절제및성형술
O1313	기관또는기관지종양제거술(흉부접근)-기관(지)절제및재건술
O1314	기관또는기관지종양제거술(흉부접근)-기관(지)절제및성형술
O1315	내시경적기관또는기관지종양제거술(육아조직포함)-연성기관지경
O1316	내시경적기관또는기관지종양제거술(육아조직포함)-경성기관지경
O1317	기관또는기관지종양제거술(흉부접근)-기관분기부 절제 및 재건술
O1321	기관 또는 기관지봉합술(경부접근)
O1326	기관 또는 기관지봉합술(흉부접근)
O1332	내시경적 기관 또는 기관지이물제거술(연성기관지경)
O1333	내시경적 기관 또는 기관지이물제거술(경성기관지경)
O1336	개흉적 기관 또는 기관지이물제거술
O1341	기관또는기관지협착증수술(경부접근)-기관절제및재건술
O1342	기관또는기관지협착증수술(경부접근)-기관절제및성형술
O1343	기관또는기관지협착증수술(경부접근)-기타(티-튜브삽관, 기관개창등)
O1344	기관또는기관지협착증수술(흉부접근)-기관(지)절제및재건술
O1345	기관또는기관지협착증수술(흉부접근)-기관(지)절제및성형술
O1346	내시경적기관또는기관지협착확장술-풍선카테터에의한것
O1347	내시경적기관또는기관지협착확장술-스텐트삽입술에의한것
O1348	내시경적기관또는기관지협착확장술-기타(레이저치료등)
O1349	기관식도누공술[Amatsu술식]
O1351	기관지흉막루폐쇄술
O1352	기관지식도루폐쇄술
O1353	기관지담도루폐쇄술
O1354	기관지대동정맥루폐쇄술
O1360	진단적개흉술
O1372	기관개구확장술-국소피판술을 동반한 경우
O1380	폐농양절개술
O1401	폐쇄기절제술-단일
O1403	폐쇄기절제술-2-3개
O1404	폐쇄기절제술-4-5개
O1405	폐쇄기절제술-6개 이상

코 드	명 칭
O1410	폐구역절제술
O1421	단일폐엽절제술
O1422	쌍폐엽절제술
O1423	폐엽과 폐구역절제술
O1424	소매폐엽절제술
O1431	폐전적출술
O1432	소매폐전적출술
O1440	폐봉합술
O1450	폐박피술
O1460	폐첨박리술, 흉막박리술
O1480	흉막유착술
O1483	흉벽종양절제술(흉벽 재건술을 동반한 경우)-양성
O1484	흉벽종양절제술(흉벽 재건술을 동반한 경우)-악성
O1485	흉벽종양절제술(기타의 경우)-양성
O1486	흉벽종양절제술(기타의 경우)-악성
O1491	흉곽성형술 (1차)
O1492	흉곽성형술 (2차)
O1501	흉강복강내측로조성술
O1520	흉강삼판술(개방식)
O1521	정중흉골재절개술시 심낭유착박리술
O1530	전흉벽함몰 기형 교정술, 누두흉재건술
O1531	흉벽이물제거술(의료용 금속판)
O1540	흉막절제술
O1541	흉골골절 관혈적 정복술
O1550	흉곽근육층전술
O1561	흉골절제술
O1562	흉골절제 및 재건술
O1570	폐기포절제술
O1571	흉골봉합술
O1572	흉골악성종양의근치적절제술(림프절절제술및재건술포함)
O1581	종격동엽배농술(비개흉식)
O1586	종격동엽배농술(개흉식)
O1591	종격동종양절제술(양성종양)
O1592	종격동종양절제술(악성종양[림프절청소포함])
O1593	종격동종양절제술(근무력증등에 흉선절제술을 실시한경우)
O1596	종격동림프절청소술
O1600	횡격막봉합술
O1605	횡격막 종양절제 및 재건술
O1610	횡격막탈장정복술
O1621	흉관봉합, 결찰술

코 드	명 칭
O1635	복재정맥-슬와정맥 문합술
O1640	동맥간우회로조성술 [자가혈관이용시 채취료 포함]-대동맥-관동맥간-단순-2개소
O1641	동맥간우회로조성술 [자가혈관이용시 채취료 포함]-대동맥-관동맥간-단순-1개소
O1643	자가혈관이용(채취료포함)동맥간우회로조성술(대동맥-신동맥, 흉대or복대동맥-대퇴동맥, 대동맥-내장동맥)
O1644	인조혈관이용동맥간우회로조성술(대동맥-신동맥간, 흉대동맥or대동맥-대퇴동맥간, 대동맥-내장동맥간)
O1645	동맥간우회로조성술 [자가혈관이용시 채취료 포함]-기타의 것-자가혈관 이용
O1646	동맥간우회로조성술 [자가혈관이용시 채취료 포함]-기타의 것-인조혈관 이용
O1647	동맥간우회로조성술 [자가혈관이용시 채취료 포함]-대동맥-관동맥간-복합 [관상동맥우회로술의 기왕력이 있는 경우]
O1648	동맥간우회로조성술 [자가혈관이용시 채취료 포함]-대동맥-관동맥간-단순-3개소
O1649	동맥간우회로조성술 [자가혈관이용시 채취료 포함]-대동맥-관동맥간-단순-4개소이상
O1660	심장 창상 봉합술
O1671	동맥관개존폐쇄술(결찰법)
O1672	동맥관개존폐쇄술(분리봉합법)
O1680	대동맥축착증 수술
O1690	폐쇄식 승모판 교련 절개술
O1701	심혈관 단락술(체폐동맥 단락술)
O1702	심혈관 단락 폐쇄술
O1703	폐동맥 결찰술(교약술)
O1704	폐동맥결찰술(교약술)해제
O1705	심방중격결손조성술
O1710	심방중격결손증수술
O1711	심실중격결손증수술(선천성)-최소침습적 방법에 의한 경우에
O1721	심실중격결손증수술(선천성)
O1722	심실중격결손증수술(심근경색후에 생긴 경우)
O1723	심실중격결손증수술(선천성)-최소침습적 방법에 의한 경우에
O1730	승모판협착증 수술
O1740	대동맥판협착증 수술
O1750	폐동맥판 협착증 수술
O1760	삼첨판 협착증 수술
O1770	심방중격결손증겸 폐동맥판협착증 수술
O1781	판막성형술(삼첨판)
O1782	판막성형술(승모판)
O1783	판막성형술(대동맥판)
O1791	인공판막치환술(삼첨판)
O1792	인공판막치환술(승모판)
O1793	인공판막치환술(대동맥판)
O1794	인공판막재치환술(삼첨판)
O1795	인공판막재치환술(승모판)
O1796	인공판막재치환술(대동맥판)

코 드	명 칭
O1797	인공판막치환술(폐동맥판)
O1798	인공판막재치환술(폐동맥판)
O1800	활로씨 4중후근 근본 수술
O1810	심실중격결손증검 폐동맥판협착증 수술
O1821	심내막상결손증수술(부분형)
O1822	심내막상결손증수술(완전형)
O1823	좌심실류절제술
O1824	좌심실용적축소성형술
O1825	좌심실 유출로 성형술
O1826	우심실 유출로 성형술(폐동맥판 성형술 포함)
O1830	관상동맥 내막절제술(땃취사용 포함)
O1840	발살바동 동맥류파열수술
O1841	동정맥 기형 교정술(개흉에 의한 것)
O1842	동정맥 기형 교정술(개복에 의한 것)
O1843	동정맥 기형 교정술(안면부)
O1844	동정맥 기형 교정술(기타)
O1851	기타복잡기형에 대한 심장수술-고도 복잡기형 [노우드씨수술, 대동맥전위술(니카이도씨수술), 디케이 에스수술, 주대동맥폐동맥부행혈로연결술, 총동맥간교정술, 이중전환술]
O1852	기타복잡기형에 대한 심장수술-기타
O1861	좌·우폐동맥 성형술
O1873	기능적 단심실증 교정술, 글렌수술(대정맥폐동맥단락술)
O1874	기능적 단심실증 교정술, 폰탄 수술
O1875	라스텔리씨 수술
O1878	총 폐정맥 환류이상증수술
O1879	대혈관전위증 수술
O1895	개흉심장 마사지
O1921	대동맥내풍선펌프
O1931	심낭루조성술
O1932	심낭창형성술(개흉적)
O1935	심낭창형성술(내시경하)
O1940	심막절제술
O1950	폐동맥혈전제거술
O1960	대동맥-폐동맥창폐쇄술(체외순환하)
O1970	심내이물제거술(개심술에 의한 것)
O1981	심장종양제거술(심방점액종제거술)
O1982	심장종양제거술(기타의것)
O2004	개흉적 체내용 심박기 거치술
O2006	부정맥수술-상심실성 부정맥
O2007	부정맥수술-심실성 부정맥
O2011	인공신장투석을위한단락또는동정맥루조성술(외동정맥단락조성술)

코 드	명 칭
O2012	인공신장투석을위한단락또는동정맥루조성술(내동정맥단락조성술)
O2031	동맥류절제술(상행대동맥, 혈관이식술포함)
O2032	동맥류절제술(궁부대동맥, 혈관이식술포함)
O2033	동맥류절제술(하행 흉부대동맥, 혈관이식술포함)
O2034	동맥류절제술(복부대동맥및양측장골동맥, 혈관이식술포함)
O2035	동맥류절제술(기타의것, 혈관이식술포함)
O2037	동맥류절제술(양측장골동맥, 혈관이식술포함)
O2038	동맥류절제술(편측장골동맥, 혈관이식술포함)
O2039	동맥류절제술(내장동맥(신동맥, 간동맥, 비장동맥, 장간막동맥 등), 혈관이식술포함)
O2045	하대정맥여과기설치술
O2052	사지정맥류 국소 제거술(국소 제거술)
O2053	혈전제거술(동맥-흉부)
O2054	혈전제거술(동맥-복부)
O2055	혈전제거술(동맥-경부)
O2056	혈전제거술(동맥-기타)
O2057	혈전제거술(심부정맥-흉부)
O2058	혈전제거술(심부정맥-복부)
O2059	혈전제거술(심부정맥-기타)
O2064	혈관내 죽종제거술(혈관성형술 포함)-복부동맥 또는 장골동맥
O2065	혈관내 죽종제거술(혈관성형술 포함)-기타
O2066	혈관내 죽종제거술(혈관성형술 포함)및 팻취 이용하여 봉합-경동맥(내막박리술 포함)
O2067	혈관내 죽종제거술(혈관성형술 포함)후 팻취 이용하여 봉합-복부동맥 또는 장골동맥
O2068	혈관내 죽종제거술(혈관성형술 포함)후 팻취 이용하여 봉합-기타
O2071	혈관결찰술(개흉에 의한 것)
O2072	혈관결찰술(개복에 의한 것)
O2073	혈관결찰술(기타)
O2074	혈관결찰술 및 혈관봉합술의 간단한 것
O2081	인공신장투석을위한단락또는동정맥루조성술(자가혈관을 이용한 동정맥루조성술)
O2082	인공신장투석을위한단락또는동정맥루조성술(인조혈관을 이용한 동정맥루조성술)
O2083	인공신장투석을 위한 동정맥루의 교정술
O7071	계속적복막관류술-도관삽입술(대량절제를 동반한 경우)
O7072	계속적복막관류술-도관삽입술(기타)
OA272	단순후두협착증수술(내시경하 길, 스텐트삽입등)
OA273	단순후두협착증수술(레이저시술)
OA274	복잡후두협착증수술(갑상, 윤상연골 절개술)
OA275	복잡후두협착증수술(연골이식술)
OA276	복잡후두협착증수술(성문하부절제술후 갑상-기관단단문합술)
OA631	혈관성형술(직접 봉합)-개흉에 의한 것
OA632	혈관성형술(직접 봉합)-개복에 의한 것
OA633	혈관성형술(직접 봉합)-기타

코 드	명 칭
OA634	혈관성형술(땃취이용한경우)-개흉에의한것(인조혈관이용)
OA635	혈관성형술(땃취이용한경우)-개흉에의한것(자가혈관이용(채취료포함))
OA636	혈관성형술(땃취이용한경우)-개복에의한것(인조혈관이용)
OA637	혈관성형술(땃취이용한경우)-개복에의한것(자가혈관이용(채취료포함))
OA638	혈관성형술(땃취이용한경우)-기타(인조혈관이용)
OA639	혈관성형술(땃취이용한경우)-기타(자가혈관이용(채취료포함))
OA640	무인공심폐 관상동맥우회로술-대동맥-관동맥간-단순-2개소
OA641	무인공심폐 관상동맥우회로술-대동맥-관동맥간-단순-1개소
OA647	무인공심폐 관상동맥우회로술-대동맥-관동맥간-복잡 [관상동맥우회로술의 기왕력이 있는 경우]
OA648	무인공심폐 관상동맥우회로술-대동맥-관동맥간-단순-3개소
OA649	무인공심폐 관상동맥우회로술-대동맥-관동맥간-단순-4개소이상
OB631	혈관성형술(개흉에의한직접봉합)-대동맥교차감자(Cross-Clamping)동시실시
OB632	혈관성형술(개복에의한직접봉합)-대동맥교차감자(Cross-Clamping)동시실시
OB633	혈관성형술(기타직접 봉합)-대동맥교차감자(Cross-Clamping)동시실시
OB634	혈관성형술(땃취이용-개흉에의함, 인조혈관이용), Cross-Clamping동시실시
OB635	혈관성형술(땃취이용-개흉에의함, 자가혈관이용(채취료포함), Cross-Clamping동시실시
OB636	혈관성형술(땃취이용-개복에의함, 인조혈관이용), Cross-Clamping동시실시
OB637	혈관성형술(땃취이용-개복에의함, 자가혈관이용(채취료포함), Cross-Clamping동시실시
OB638	혈관성형술(땃취이용-기타, 인조혈관이용), Cross-Clamping동시실시
OB639	혈관성형술(땃취이용-기타, 자가혈관이용(채취료포함)), Cross-Clamping동시실시
OB641	정맥간우회로조성술(자가혈관시채취료 포함), 하대정맥-대정맥간
OB642	정맥간우회로조성술(자가혈관이용-채취료포함), 대퇴정맥-대퇴정맥간
OB643	정맥간우회로조성술(인조혈관이용), 대퇴정맥-대퇴정맥간
P2081	비신정맥문합술(원위부)
P2082	비신정맥문합술(근위부)
P2091	비전절제술
P2093	비부분절제술
P2094	비봉합술
P2102	경부림프절절제술(표재성)
P2103	경부림프절절제술(심재성)
P2106	결핵성림프선종절제술(표재성)
P2107	결핵성림프선종절제술(심재성)
P2112	경부림프절청소술-편측(근치적)
P2113	경부림프절청소술-편측(보존적)
P2114	경부림프절청소술-편측(선택적)
P2118	경부림프절청소술-양측
P2121	액와림프절절제술
P2122	액와림프절청소술
P2123	액와감시림프절절제술
P2124	액와감시림프절절제술 (방사선검출기틀이용한경우)

코 드	명 칭
P2133	림프관종절제술(낭성림프관종포함)-경부(국소)
P2134	림프관종절제술(낭성림프관종포함)-경부(광범위)
P2135	림프관종절제술(낭성림프관종포함)-기타
P2136	림프부종수술(절제술)
P2137	림프부종수술(림프관정맥문합술)
P2138	림프부종수술(대망전치술)
P2141	서혜부림프절절제술
P2142	서혜부림프절청소술
P4541	부갑상선 절제술 (양성)-단발성
P4542	부갑상선 절제술 (양성)-다발성
P4543	부갑상선 절제술 -악성
P4545	부갑상선 근육이식
P4551	갑상선 수술 [낭종, 선종, 갑상선 기능항진 등](갑상선엽 전절제술)-편측
P4552	갑상선 수술 [낭종, 선종, 갑상선 기능항진 등](갑상선엽 전절제술)-양측
P4553	갑상선 수술 [낭종, 선종, 갑상선 기능항진 등](갑상선엽 아전절제술)-편측
P4554	갑상선 수술 [낭종, 선종, 갑상선 기능항진 등](갑상선엽 아전절제술)-양측
P4558	갑상선설관낭종절제술
P4561	갑상선악성종양근치수술
P4565	설근갑상선절제 또는 분획성형술
P4571	부신절제술-편측
P4572	부신절제술-양측
P4581	경동맥소체종양적출술-종양절제만 한 경우
P4582	경동맥소체종양적출술-경동맥 절제를 동반한 경우
Q0251	위아전절제술(부분절제)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
Q0252	위아전절제술(원위부절제)-림프절 청소를 포함하는 것
Q0253	위아전절제술(원위부절제)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
Q0254	위아전절제술(유문부보존)-림프절 청소를 포함하는 것
Q0255	위아전절제술(유문부보존)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
Q0256	위아전절제술(설상절제)-림프절 청소를 포함하는 것
Q0257	위아전절제술(설상절제)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
Q0258	위아전절제술(근위부절제)-림프절 청소를 포함하는 것
Q0259	위아전절제술-장관간치술 동시 실시한 경우
Q1261	결장절제술(아전절제)-림프절 청소를 포함하는 것
Q1262	결장절제술(아전절제)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
Q2150	구순암적출술(림프절 청소 포함)
Q2161	순열수술(일측성)
Q2162	순열수술(양측성)
Q2165	비순누공폐쇄술
Q2166	구강비강누공폐쇄술
Q2181	설암수술(림프절청소 포함)-설부분절제

코 드	명 칭
Q2182	설암수술(림프절청소 포함)-설반측절제
Q2183	설암수술(림프절청소 포함)-설전절제
Q2186	설종양적출술
Q2188	설단순절제술(거설증 등)-1/2미만
Q2189	설단순절제술(거설증 등)-1/2이상
Q2191	연구개열수술(점막하구개열수술)
Q2192	구개인두부전증 교정
Q2193	경구개열수술, 편측
Q2194	경구개열수술, 양측
Q2196	수면중무호흡증후군수술(구개인두성형)
Q2197	수면중무호흡증후군수술(구개수절제술)
Q2198	치조열수술(편측)
Q2199	치조열수술(양측)
Q2201	구강내종양적출술(양성)
Q2203	구강내종양적출술(악성[림프절청소포함])
Q2204	구강내종양적출술(양성)-구강저 병소제거
Q2206	구강내종양적출술(악성[림프절청소포함])-구강저 병소제거
Q2211	하마종조대술
Q2220	하마종적출술
Q2231	이하선종양적출술(양성)
Q2232	이하선종양적출술(악성[림프절청소포함])
Q2236	악하선 또는 설하선적출술
Q2242	타석적출술(타액선적출)
Q2251	인후 농양절개술(경구강)
Q2252	인후 농양절개술(경경부)
Q2255	인두림프선와 농전제거술
Q2261	연장경상돌기제거술
Q2280	아데노이드절제술
Q2281	아데노이드절제술-내시경하에서 실시한 경우
Q2285	윤상인두근절개술
Q2291	인두양성종양절제술
Q2292	구인두악성종양수술(단순절제)
Q2293	구인두악성종양수술(복잡절제-하악골등포함)
Q2294	하인두악성종양부분절제술
Q2300	편도전적출술
Q2310	설편도절제술
Q2320	편도주위농양절개술또는흡인술
Q2331	식도 절개술(경부접근)
Q2332	식도 절개술(흉부접근)
Q2333	식도조루술

코 드	명 칭
Q2341	식도봉합술(경부접근)
Q2342	식도봉합술(흉부접근)
Q2343	식도봉합술(복부접근)
Q2346	단순식도절제술(경, 복부접근)
Q2347	단순식도절제술(흉, 복부접근)
Q2348	단순식도절제술(경, 흉, 복부접근)
Q2351	식도열공탈장장정복술(흉부접근)
Q2352	식도열공탈장장정복술(복부접근)
Q2361	식도우회재건술 (경, 복부접근)
Q2362	식도우회재건술 (흉, 복부접근)
Q2363	식도우회재건술 (경, 흉, 복부접근)
Q2365	식도절제후 재건술(피판성형)
Q2366	식도절제후 재건술(위이용)
Q2367	식도절제후 재건술(공장이용)
Q2368	식도절제후 재건술(유리공장이식)
Q2369	식도절제후 재건술(대장이용)
Q2382	식도이물제거술(흉부접근)
Q2383	식도이물제거술(경부접근)
Q2390	식도양성종양적출술(식도입구부)
Q2391	식도양성종양적출술(흉부접근)
Q2392	식도양성종양적출술(복부접근)
Q2401	식도 악성종양근치수술(림프절 청소포함)-경, 복부접근
Q2402	식도 악성종양근치수술(림프절 청소포함)-흉, 복부접근
Q2403	식도 악성종양근치수술(림프절 청소포함)-경, 흉, 복부접근
Q2411	선천성식도무공증 수술(식도문합)
Q2412	선천성식도무공증 수술(기관식도루제거)
Q2413	선천성식도무공증 수술(식도문합과 기관식도루제거 동시 실시)
Q2423	식도 게실 절제술-경부접근
Q2424	식도 게실 절제술-흉부접근
Q2430	식도정맥류수술(직접결찰법)-복부접근
Q2431	식도정맥류수술(직접결찰법)-흉부접근
Q2432	식도정맥류수술(식도 혹은 상부 위절단 문합술)
Q2433	식도정맥류수술(식도, 위주위 혈행차단술)
Q2438	식도, 위주위혈행차단술과식도혹은상부위절단문합술동시실시
Q2440	진단적개복술
Q2450	복강농양 개복배액술
Q2490	횡격막하 농양 절개 및 배농술
Q2501	후복막종양적출술(양성)
Q2502	후복막종양적출술(악성 또는 갈색세포종)
Q2510	위절개술(이물제거, 혈관결찰 등 단순한 수술 포함)

코 드	명 칭
Q2521	위폴립절제술
Q2533	위전절제술(복부접근)-림프절 청소를 포함하는 것
Q2534	위전절제술(흉복부접근)-림프절 청소를 포함하는 것
Q2536	위전절제술(복부접근)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
Q2537	위전절제술(흉복부접근)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
Q2540	위 또는 십이지장 천공 단순 봉합술
Q2550	미주신경절단술(고위선택적)
Q2551	미주신경절단술(체간미주신경절단술)-우회술 또는 유문성형술 동시실시
Q2552	미주신경절단술(체간미주신경절단술)-위절제술동시실시
Q2561	유문성형술(비후성유문근절개술)
Q2562	유문성형술(기타)
Q2571	위장문합술(십이지장)
Q2572	위장문합술(공장)
Q2573	위장문합술(Roux-en-Y 공장)
Q2594	위아전절제술(부분절제)-림프절 청소를 포함하는 것
Q2598	위아전절제술(근위부절제)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
Q2601	식도공장문합술(Roux-en-Y, Loop 포함)
Q2612	위루술(경피적[내시경유도포함])
Q2613	위루술(관혈적)-일시적
Q2614	위루술(관혈적)-영구적
Q2640	장절개술
Q2645	소장또는결장폴립절제술
Q2650	소장절제술-림프절 청소를 포함하지 않는 것
Q2651	소장절제술-림프절 청소를 포함하는 것
Q2655	장개실절제술
Q2671	결장절제술(우반 또는 좌반)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
Q2672	결장절제술(전체)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
Q2673	결장절제술(부분절제)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
Q2676	선천성거대결장수술(협착부근절제)
Q2679	결장절제술 및 결장루, 원위장 폐쇄(하트만 수술)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
Q2680	장문합술
Q2687	선천성거대결장근본수술(부분결장형)
Q2688	선천성거대결장근본수술(전결장형)
Q2691	장폐색증수술(장절제동반)
Q2692	장폐색증수술(우회술)
Q2693	장폐색증수술(폐색장관유착박리술)
Q2710	장고정술
Q2721	제허니아근본수술(장관절제를 동반하는 것)
Q2722	제허니아근본수술(기타의 것)
Q2731	반흔허니아근본수술(장관절제를 동반하는 것)

코 드	명 칭
Q2732	반흔허니아근본수술(기타의 것)
Q2753	서혜부허니아근본수술(장관절제를동반하는것, 고위결찰만하는경우)
Q2754	서혜부허니아근본수술(장관절제를동반하는것, 고위결찰및후벽보강-인공막이용포함)
Q2755	서혜부허니아근본수술(기타의것, 고위결찰만하는경우)
Q2756	서혜부허니아근본수술(기타의것, 고위결찰및후벽보강-인공막이용포함)
Q2757	대퇴허니아수술
Q2761	장간막종양적출술(장관절제를 동반하는 것)
Q2762	장간막종양적출술(기타의 것)
Q2771	장 및 장간막 손상수술(장관절제를 동반하는 것)
Q2773	장 및 장간막 손상수술(장막또는장파열불합만하는경우)
Q2774	장 및 장간막 손상수술(장간막 불합만 하는경우)
Q2775	장막또는장파열불합과 장간막불합을 동시 실시
Q2781	제류 또는 복벽균열수술
Q2791	장루조성술(인공항문조성술)-튜브형(feeding jejunostomy 포함)
Q2792	장루조성술(인공항문조성술)-루프형
Q2793	장루조성술(인공항문조성술)-말단형
Q2794	장루조성술(인공항문조성술)-이중말단형
Q2796	장루조성술(인공항문조성술)-장루교정술-루프형 회장루 교정술
Q2797	장루조성술(인공항문조성술)-장루교정술-루프형 결장루 교정술
Q2798	장루조성술(인공항문조성술)-장루교정술-말단 회장루 또는 말단 결장루 교정술
Q2801	장루폐쇄술(루프형)
Q2802	장루폐쇄술(말단형)
Q2803	장루폐쇄술(이중말단형)
Q2804	장루폐쇄술(하트만술식복원술)
Q2810	장관유착박리술
Q2831	선천성장무공증수술-단순복원술(절제문합)
Q2832	선천성장무공증수술-복합수술(검경성형, 분획성형 등)
Q2841	장이상회전증수술-복원술(라드술식)
Q2842	장이상회전증수술-장절제동반(라드술식포함)
Q2850	충수주위농양절개술
Q2861	충수절제술(단순)
Q2862	충수절제술(천공성)
Q2863	충수절제술(충수농양절제 및 충수주위농양배액술)
Q2871	내장탈장수술(정복술)
Q2872	내장탈장수술(장절제술)
Q2875	수술중 장세척
Q2881	직장항문 주위농양수술(표재성-절개배농)
Q2882	직장항문 주위농양수술(표재성-괄약근절개동반)
Q2883	직장항문 주위농양수술(심부)
Q2890	직장종양 절제술(경천골 또는 방천골접근)

코 드	명 칭
Q2891	직장종양 절제술(경향문접근)
Q2892	직장종양 절제술(복부접근)
Q2901	회장낭항문문합술
Q2910	고위직장루수술
Q2921	직장 및 에스장절제술(전방절제)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
Q2922	직장 및 에스장절제술(저위전방절제)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
Q2923	직장및에스장절제(복회음절제혹은복천골절제)-림프절청소를포함하지않는것
Q2924	직장 및 에스장절제술(복부 풀수루수술)-림프절청소를포함하지않는것
Q2925	결장및직장전절제술(회장루동시실시)-림프절청소를포함하지않는것
Q2926	결장및직장전절제(회장낭항문문합술동시실시)-림프절청소를포함하지않는것
Q2927	직장 및 에스장절제술(저위전방절제)-결장낭조성술을 실시한 경우
Q2928	직장 및 에스장절제술(초저위전방절제)-림프절 청소를 포함하지 않는 것
Q2933	직장탈 교정술(회음부수술)-경화요법
Q2934	직장탈 교정술(회음부수술)-직장및결장점막절제후장봉축술[헬륨씨수술]
Q2935	직장탈 교정술(회음부수술)-장관절제술[알테마이어씨 수술]
Q2936	직장탈 교정술(회음부수술)-기타
Q2937	직장탈 교정술(개복수술)-천골교정술
Q2938	직장탈 교정술(개복수술)-장절제
Q2950	치열수술
Q2974	저위관통형치루절개술 및 절제술
Q2975	고위 혹은 복잡형 치루수술(한리수술 및 기타괄약근보존술식)
Q2976	고위 혹은 복잡형 치루수술(근충전술 혹은 점막근육편이동)
Q2977	고위 혹은 복잡형 치루수술(시톤수술-설치술)
Q2978	고위 혹은 복잡형 치루수술(시톤수술-절단술)
Q2981	선천성직장항문기형수술(저위기형)
Q2982	선천성직장항문기형수술(고위기형), 천미골접근술
Q2983	선천성직장항문기형수술(고위기형), 천미골접근술 및 개복술
Q2984	선천성직장항문기형수술(고위기형), 총배설강기형교정
Q2985	선천성직장항문기형수술(고위기형), 복강경하수술
Q2991	항문협착부위절단술
Q2992	항문협착증 교정술(피부판, 피부편 이용)
Q3002	항문괄약근성형술(괄약근만 성형)
Q3003	항문괄약근성형술(괄약근 및 거상근성형술)
Q3012	혈전성치핵(내치핵) 절제술
Q3013	치핵근치술
Q3014	교액성환상치핵의 수술
Q3017	치핵근치술
Q3020	직장류 교정수술
Q3031	총배설강외번증수술
Q3041	모소동 수술(조대술)

코 드	명 칭
Q3042	모소동 수술(절제술)
Q3062	화농성 한선염 수술 [항문및직장주위]-절제 및 조대술
Q3063	화농성 한선염 수술 [항문및직장주위]-광범위절제술
Q7211	간농양(농종)수술-개복에 의한 흡인 또는 주입술
Q7212	간농양(농종)수술-배액을 위한 간절개술
Q7213	간농양(농종)수술-조대술
Q7214	간농양(농종)수술-농종적출술
Q7221	간절제술-부분절제
Q7222	간절제술-구역절제
Q7223	간절제술-간엽절제
Q7224	간절제술-3구역절제
Q7225	간절제술-2구역절제
Q7230	간, 췌, 십이지장절제술
Q7240	간파열봉합술
Q7250	간동맥결찰술
Q7260	문정맥하공정맥문합술
Q7270	상장간막정맥하공정맥문합술
Q7280	간암에 실시하는 고주파 열치료술-개복술하
Q7281	간암에 실시하는 고주파 열치료술-복강경하
Q7310	담도절개술 및 담석제거술
Q7321	담도확장술-단순 [카테터 등을 이용하여 확장만 하는 경우]
Q7322	담도확장술-담도성형술
Q7331	담도낭종수술-우회술
Q7332	담도낭종수술-절제술
Q7341	담도종양수술-양성
Q7342	담도종양수술-악성 [근치적담도절제술]
Q7351	담도장문합술-담도-십이지장
Q7352	담도장문합술-담도-공장[Roux-en-Y]
Q7360	간내담도장문합술 [Roux-en-Y 시술 포함]
Q7371	선천성 담도폐쇄증수술-간문부장문합술
Q7372	선천성 담도폐쇄증수술-간문부담낭문합술
Q7380	담낭절제술
Q7390	담낭조루술, 담낭절개술 [담석제거포함]
Q7400	담낭장문합술
Q7410	담낭악성종양근치수술
Q7420	오디씨괄약근 절개 및 성형술
Q7430	바터씨팽대부절제 및 담췌관복원술
Q7511	췌장농양절개술 또는 주위배액술-단순 [절개, 주위배액 등]
Q7512	췌장농양절개술 또는 주위배액술-복잡 [변연절제, 부분절제 포함]
Q7520	췌장손상봉합술

코 드	명 칭
Q7531	췌장관결석제거-십이지장절개에 의한것
Q7532	췌장관결석제거-췌장절개에 의한것 [췌관-장 문합술 포함]
Q7541	췌장가성낭종수술-조대술
Q7542	췌장가성낭종수술-외부배액법
Q7543	췌장가성낭종수술-내부배액법
Q7550	췌장양성종양(낭종, 선종) 절제
Q7561	췌절제술-전절제
Q7562	췌절제술-십이지장보존췌장두부절제
Q7563	췌절제술-체부절제
Q7564	췌절제술-구역절제
Q7565	췌절제술-미부절제
Q7566	췌절제술-췌기절제
Q7567	췌절제술-비장보존 미부절제
Q7571	췌십이지장절제술-위폴씨수술
Q7572	췌십이지장절제술-유문보존수술
Q7580	췌장루제거술
Q7591	췌관장문합술-측측문합
Q7592	췌관장문합술-단단문합
Q7761	역행성 담췌관 내시경 수술-유두괄약근절개술
Q7762	역행성 담췌관 내시경 수술-담(췌)관배액술
Q7763	역행성 담췌관 내시경 수술-내시경적 담(췌)관 협착확장술
Q7764	역행성 담췌관 내시경 수술-담(췌)석제거술(바스켓 또는 풍선카테터 이용 기계적 쇄석술시)
Q7765	역행성 담췌관 내시경 수술-담(췌)석제거술(전기수압쇄석술시)
Q7766	역행성 담췌관 내시경 수술-용종 및 종양제거술
Q7767	역행성 담췌관 내시경 수술-이물질제거술
Q7771	경피적담관[낭]경이용시술[PTBDroute 또는 T-tube이용]-담관확장술(단순-카테터등이용, 확장만하는 경우)
Q7772	경피적담관[낭]경을이용한시술[PTBDroute 또는 T-tube을 이용한 경우]-담관확장술(스텐트삽입)
Q7773	경피적담관[낭]경이용시술[PTBD 또는 T-tube이용]-담석제거술(바스켓 또는 풍선카테터이용기계적쇄석)
Q7774	경피적담관[낭]경이용시술[PTBDroute 또는 T-tube이용]-담석제거술(전기수압식쇄석술시)
Q7775	경피적담관[낭]경을이용한시술[PTBDroute 또는 T-tube을 이용한 경우]-용종 및 종양제거술
Q7776	경피적담관[낭]경을이용한시술[PTBDroute또는T-tube을 이용한 경우]-이물질제거술
Q8030	간적출술[이식용]-뇌사자(전간)
Q8031	간적출술[이식용]-뇌사자(전간)-우삼구역
Q8032	간적출술[이식용]-뇌사자(전간)-단순우엽
Q8033	간적출술[이식용]-뇌사자(분할)-좌외측구역
Q8034	간적출술[이식용]-뇌사자(분할)-좌엽
Q8035	간적출술[이식용]-생체(좌외측구역)
Q8036	간적출술[이식용]-생체-간엽(좌, 우엽)
Q8037	간적출술[이식용]-생체(확대우엽)
Q8040	간이식술-뇌사자(전간)

코 드	명 칭
Q8041	간이식술-뇌사자(전간)-우삼구역
Q8042	간이식술-뇌사자(전간)-단순우엽
Q8043	간이식술-뇌사자(분할)-좌외측구역
Q8044	간이식술-뇌사자(분할)-좌엽
Q8045	간이식술-생체(좌외측구역)
Q8046	간이식술-생체(좌엽)
Q8047	간이식술-생체(단순우엽)
Q8048	간이식술-생체(확대우엽)
Q8049	간이식술-생체(변형우엽)
Q8050	간이식술-생체(두개의절편이용)
Q8051	췌적출술[이식용]-부분
Q8052	췌적출술[이식용]-췌장 및 십이지장
Q8061	췌이식술-부분
Q8062	췌이식술-췌장 및 십이지장
Q8070	심장적출술[이식용]
Q8080	심장이식술
Q8091	폐적출술[이식용]-일측 폐
Q8092	폐적출술[이식용]-양측 폐
Q8101	폐이식술-일측 폐
Q8102	폐이식술-양측 폐
Q8103	폐이식술-심장 및 폐
Q8140	간이식술-뇌사자(전간)-재이식
Q8141	간이식술-뇌사자(전간)-우삼구역-재이식
Q8142	간이식술-뇌사자(전간)-단순우엽-재이식
Q8143	간이식술-뇌사자(분할)-좌외측구역-재이식
Q8144	간이식술-뇌사자(분할)-좌엽-재이식
Q8145	간이식술-생체(좌외측구역)-재이식
Q8146	간이식술-생체(좌엽)-재이식
Q8147	간이식술-생체(단순우엽)-재이식
Q8148	간이식술-생체(확대우엽)-재이식
Q8149	간이식술-생체(변형우엽)-재이식
Q8150	간이식술-생체(두개의절편이용)-재이식
QA421	식도근절개술(헬러술식)-흉부접근
QA422	식도근절개술(헬러술식)-복부접근
QA423	식도항역류수술-흉부접근
QA424	식도항역류수술-복부접근
QA425	기타 식도분문성형술-흉부접근
QA426	기타 식도분문성형술-복부접근
QA536	위전절제술-장관간치술 동시 실시한 경우
QA671	결장절제술(우반 또는 좌반)-림프절청소를 포함하는 것

코 드	명 칭
QA672	결장절제술(전체)-림프절청소를 포함하는 것
QA673	결장절제술(부분절제)-림프절청소를 포함하는 것
QA679	결장절제술 및 결장루, 원위장 폐쇄(하트만수술)-림프절청소를 포함하는 것
QA753	재발서혜부허니아수술(장관절제를 동반하는것, 고위결찰만 하는 경우)
QA754	재발서혜부허니아수술(장관절제를 동반하는것, 고위결찰 및 후벽보강-인공막이용포함)
QA755	재발서혜부허니아수술(기타의것, 고위결찰만 하는 경우)
QA756	재발서혜부허니아수술(기타의것, 고위결찰 및 후벽보강-인공막이용포함)
QA921	직장 및 에스장절제술+림프절청소를 포함하는 것(전방절제)
QA922	직장 및 에스장절제술+림프절청소를 포함하는 것(저위전방절제)
QA923	직장 및 에스장절제술+림프절청소를 포함하는 것(복회음절제 혹은 복전골절제)
QA924	직장 및 에스장절제술+림프절청소를 포함하는 것(복부 폴수루수술)
QA925	결장 및 직장전절제술(회장루동시 실시)-림프절청소를 포함하는 것
QA926	결장 및 직장전절제술(회장낭항문문합술동시 실시)--림프절청소를 포함하는 것
QA928	직장 및 에스장절제술+림프절 청소를 포함하는 것(초저위전방절제)
QX271	타액관성형술
R0141	전자궁적출술-림프절절제를 하지 않는 경우-복강경술-단순
R0142	전자궁적출술-림프절절제를 하지 않는 경우-복강경술-복잡 [유착박리를 동반한 경우 또는 자궁무게 250g 이상]
R0408	질벽봉합술 [분만시제외, 치료목적]-전질벽 성형-방광류동반
R0409	질벽봉합술 [분만시제외, 치료목적]-전질벽 성형-방광류동반 않는 경우
R0410	질벽봉합술[분만시제외, 치료목적]-후질벽및회음성형-직장류동반
R0411	질벽봉합술[분만시제외, 치료목적]-후질벽및회음성형-직장류동반 않는 경우
R0412	질벽봉합술 [분만시제외, 치료목적]-전질벽, 후질벽 및 회음 성형-방광류직장류동반
R0413	질벽봉합술 [분만시제외, 치료목적]-전질벽, 후질벽 및 회음 성형-방광류직장류동반치 않는 경우
R2342	경피적내신우절개술[경피적신루설치술, 방사선료포함]
R2343	경피적내신우절개술[경피적신루설치술, 방사선료포함]-기존신루이용
R3131	유도분만[촉진분만포함](초산)-제1태아
R3133	유도분만[촉진분만포함](초산)-다태아분만시 제2태아부터 [1인당]
R3136	유도분만[촉진분만포함](경산)-제1태아
R3138	유도분만[촉진분만포함](경산)-다태아분만시 제2태아부터 [1인당]
R3141	겸자 또는 흡입분만(초산)-제1태아
R3143	겸자 또는 흡입분만(초산)-다태아분만시 제2태아부터 [1인당]
R3146	겸자 또는 흡입분만(경산)-제1태아
R3148	겸자 또는 흡입분만(경산)-다태아분만시 제2태아부터 [1인당]
R3151	요관방광문합술(단순)
R3152	요관방광문합술(중복요관)
R3153	요관방광문합술(요관축소성형 포함)
R3154	요관방광문합술(방광편이용)
R3156	요관신배문합술
R3170	요관에스자결장문합술(양측)

코 드	명 칭
R3180	요관단단문합술
R3191	경요도적요관확장술-풍선을 이용한 경우
R3192	경피적요관확장술[경피적신루설치술, 방사선료포함]
R3194	경요도적요관확장술-요관절제경을이용한경우
R3195	연성신요관경하 요관협착확장술
R3197	경요도적 신우, 요관절개술[방사선료 포함]
R3200	경요도적요관류절제술
R3211	경피적요관절석술(상부요관)[경피적신루설치술, 방사선료 포함]
R3216	요관경하 요관절석술(상부)
R3217	요관경하 요관절석술(중부)
R3218	요관경하 요관절석술(하부)
R3220	좌우요관문합술
R3231	요관장방광문합술
R3235	요관장피부분합술(양측), 실금성
R3236	요관장피부분합술(양측), 비실금성
R3241	방광확대성형술 [장이용]
R3251	방광대치술 [장이용]
R3261	요관스텐트설치술(요관경하)
R3262	요관스텐트설치술(방관경하)
R3263	요관스텐트설치술(경피적)[경피적신루설치술, 방사선료 포함]
R3264	요관스텐트설치술(관혈적)
R3268	요관스텐트제거술(경피적)[경피적신루설치술, 방사선료 포함]
R3269	요관스텐트제거술(관혈적)
R3271	신적출술(단순전적출)
R3272	신적출술[이식용]
R3273	신적출술(근치적전적출, 림프절 및 부신적출포함)
R3274	신적출술(피막하적출)
R3275	신적출술(이식된신적출)
R3280	신이식술
R3290	신부분절제술
R3303	신내시경하 신장이물제거술 [경피적신루설치술, 방사선료 포함]
R3305	신내시경하 신종양절제술 [경피적신루설치술, 방사선료 포함]
R3311	단순신낭종절제술
R3312	신장파열봉합술
R3320	신루설치술(관혈적)
R3321	신루설치술(경피적[방사선료포함])
R3330	신고정술
R3340	유합신이단술
R3360	신주위농양절개술
R3370	신절개술(절석포함)

코 드	명 칭
R3375	경피적 신절석술 [경피적 신루설치술, 방사선료 포함]
R3390	신우절석술
R3400	신우, 요관성형술
R3411	신우루설치술
R3416	경피적신우루설치술
R3421	관혈적요관절석술(상부)
R3422	관혈적요관절석술(중부)
R3423	관혈적요관절석술(하부)
R3424	연성신요관경하 결석제거술-신장
R3425	연성신요관경하 결석제거술-요관(상부)
R3426	연성신요관경하 결석제거술-요관(중부)
R3427	연성신요관경하 결석제거술-요관(하부)
R3432	요관적출술(신요관전적출술)
R3433	요관적출술(잔류요관적출술)
R3440	요관피부문합술
R3441	요관경하 요관이물제거술
R3451	요관경하 요관종양절제술
R3461	방광절개술(결석, 이물등)
R3462	방광절개술(종양-방광벽절제를 동반치 않는것)
R3470	방광부분절제술
R3481	방광전적출술(근치적-림프절적출포함)
R3482	방광전적출술(기타의 것)
R3501	체외충격파쇄석술(3회실시기준)[신, 요관결석 또는 담석, 췌석]
R3509	경요도적방광내수술-이물 등
R3510	경요도적방광내수술-결석-단순
R3514	경요도적방광내수술-요관구절개술
R3515	경요도적방광내수술-방광소작
R3516	전립선 온열요법
R3519	경요도적방광내수술-결석-복잡
R3520	경요도적괄약근절제술
R3530	경요도적방광경부절제술
R3541	경요도적방광내수술-종양-단순
R3542	경요도적방광내수술-종양-복잡
R3543	경요도적방광내수술-종양-고도복잡
R3550	방광파열봉합술
R3562	요실금수술(개복에 의한 수술)
R3564	요실금수술-질강을 통한 수술-자가근막을 이용한 수술[근막채취료포함]
R3565	요실금수술-질강을 통한 수술-기타의경우
R3566	인공요도괄약근 제거술
R3567	인공요도괄약근 설치술

코 드	명 칭
R3568	인공요도괄약근 교환술
R3571	방광루설치술(관혈적)
R3580	방광주위 농양절개술
R3590	후방광종양적출술
R3600	방광경부성형술
R3610	방광외번증교정술
R3620	방광류교정술
R3630	방광게실교정술
R3663	요도경하수술(요도스텐트설치술)
R3664	요도경하수술(요도파열교정술)
R3665	요도경하수술(요도절개술)
R3673	요도 결석 또는 이물제거술(후부요도)
R3681	요도협착수술(전부요도)
R3682	요도협착수술(회음부)
R3683	요도협착수술(경치골)
R3691	요도하열성형술(색대절제)
R3692	요도하열성형술(귀두부)
R3693	요도하열성형술(음경부)
R3694	요도하열성형술(회음부)
R3700	요도상열성형술
R3725	요도탈출교정술
R3740	요도루설치술
R3750	요도주위농양절개술
R3755	요도적출술-남성요도
R3756	요도적출술-여성요도
R3760	요도게실절제술
R3765	요막관기형교정술
R3791	음경절제술-부분절제
R3792	음경절제술-전절제
R3795	음경재문합술
R3801	음경악성종양적출술-림프절적출 포함
R3802	음경악성종양적출술-기타
R3810	음경성형술
R3815	음경음낭전위 교정술
R3822	포경수술 [질병을 동반하는 것에 한함]-환상절개
R3841	페이로니씨병교정술-단순
R3842	페이로니씨병교정술-진피이식포함
R3843	음경지속발기증수술 : 음경해면체-귀두 누공설치술
R3844	음경지속발기증수술 : 음경해면체-표재배부정맥단락술
R3845	음경지속발기증수술 : 음경해면체-요도해면체 단락술

코 드	명 칭
R3846	음경지속발기증수술 : 음경해면체-대복재정맥 단락술
R3851	고환적출술-단순고환
R3852	고환적출술-정류고환
R3853	고환적출술-부분
R3856	고환파열교정술
R3861	고환악성종양적출술 [양측]-림프절적출 포함
R3862	고환악성종양적출술 [양측]-기타
R3871	자가 고환이식술
R3881	고환고정술-복강내고환
R3882	고환고정술-서혜부 및 음낭고환
R3883	고환고정술-복강내고환(파울러스티븐스술식)
R3891	부고환적출술
R3893	정관수술 [양측]-정관정관문합술
R3894	정관수술 [양측]-부고환정관문합술
R3901	음낭절제술-전절제
R3902	음낭절제술-부분절제
R3903	음낭재건술
R3910	음낭수종근본수술
R3920	음낭농양절개술
R3925	음낭 피부부절제술
R3930	정낭적출술
R3935	경요도적 정구절제술
R3940	전립선농양절개술
R3950	전립선적출술
R3960	전립선정낭전적출술 [림프절적출포함]
R3975	경요도적 전립선절제술
R3976	광선택적 전립선 기화술
R3990	정계정맥류절제술
R3991	정액류절제술
R3992	정자육아종 절제술
R4001	외성기종양적출술-양성
R4003	외성기종양적출술(악성)-단순
R4004	외성기종양적출술(악성)-근치 [림프절절제술포함]
R4023	회음열창봉합술-항문에 달하는 것
R4024	회음열창봉합술 -질원개에 달하는 것
R4025	회음열창봉합술 -직장열창을 동반하는 것
R4026	자궁경관열상봉합술
R4040	치녀막절제술
R4041	음순유착해리술
R4042	음핵성형술; 양성의 경우

코 드	명 칭
R4050	바도린선농양절개술
R4060	바도린선낭종절제술
R4065	바도린선낭종 조대술
R4066	외음부종양적출술-양성
R4067	외음부종양적출술-악성-단순
R4068	외음부종양적출술-악성-근치[림프절절제술포함]
R4070	질종양적출술-양성인것
R4071	질종양적출술(악성인것)-단순 [질절제술만 하는 경우]
R4072	질종양적출술(악성인것)-근치 [림프절절제술포함]
R4073	질종양적출술(악성인것, 자궁적출술 포함)-단순[질절제술만 하는 경우]
R4074	질종양적출술(악성인것, 자궁적출술 포함)-근치[림프절절제술 포함]
R4085	직장질루교정술-질부조작
R4086	직장질루교정술-경항문 혹은 경회음부조작
R4087	직장질루교정술-복부조작
R4091	질폐쇄증수술-인공질조성술
R4092	질폐쇄증수술-확장기이용에 의한 것
R4101	질식배농술-다글라스와
R4102	질식배농술-질벽
R4103	질벽혈종제거
R4111	질탈교정술(수술적치료)-복부접근
R4112	질탈교정술(수술적치료)-질부접근
R4123	자궁근종절제술-질부접근
R4124	자궁근종절제술-복부접근-단순 [장막하근종]
R4125	자궁경하 자궁근종절제술-3cm미만
R4126	자궁경하 자궁근종절제술-3cm이상 [다발성포함]
R4127	자궁근종절제술-복부접근-복잡 [근층내, 점막하, 인대간, 간질내, 복막하근종이나, 결절2개이상인 다발성 자궁근종인 경우에 산정]
R4128	자궁근종절제술-복강경술-단순 [장막하근종]
R4129	자궁근종절제술-복강경술-복잡 [근층내, 점막하, 인대간, 간질내, 복막하근종이나, 결절2개이상인 다발성 자궁근종인 경우에 산정]
R4130	자궁질상부절단술
R4140	전자궁적출술-림프절절제를 하지 않는 경우-질부접근-복잡 [유착박리를 동반한 경우 또는 자궁무게 250g 이상]
R4143	전자궁적출술(림프절절제를 하는 경우)-단순
R4144	전자궁적출술(림프절절제를 하는 경우)-복잡 [유착박리를 동반한 경우]
R4147	전자궁적출술-림프절절제를 하지 않는 경우-복부접근-단순
R4148	전자궁적출술-림프절절제를 하지 않는 경우-복부접근-복잡 [유착박리를 동반한 경우]
R4149	전자궁적출술-림프절절제를 하지 않는 경우-질부접근-단순
R4154	광범위자궁적출 및 양측골반림프절절제술-대동맥주위림프절 생검을 하는 경우
R4155	광범위자궁적출 및 양측골반림프절절제술-대동맥주위림프절 생검을 안 하는 경우
R4156	골반내용물제거술

코 드	명 칭
R4157	골반및대동맥주위림프절절제술
R4160	골반내용물유착박리술
R4165	골반경하골반내용물소작술
R4166	골반경에 의한 이물제거술
R4170	기형자궁성형술
R4181	자궁내반증수술-Kustner수술
R4183	자궁내반증수술-전자궁적출술에 의한 것
R4202	자궁탈근본수술-질식자궁전적출술
R4203	자궁탈근본수술-질식자궁전적출술 및 질벽봉합술
R4204	자궁탈근본수술-Manchester 수술
R4211	자궁위치교정술-알렉산더수술 또는 도래리수술
R4212	자궁위치교정술-유착성자궁위치이상박리교정술
R4215	자궁거상술
R4221	자궁파열수술-전자궁적출을 하는 경우
R4223	자궁파열수술-자궁질상부절단하는 경우
R4224	자궁파열수술-자궁파열봉합술을 하는 경우
R4230	자궁경하 자궁내막소작박리술
R4235	자궁경하자궁강내유착박리술
R4241	자궁경하자궁내막폴립제거술
R4250	자궁경부암근치술 [질부 접근]
R4261	자궁경부원추형절제술-수술도 이용
R4262	자궁경부원추형절제술-전기루프 이용
R4281	자궁경관봉축술-맥도날드
R4282	자궁경관봉축술-쉬로도카법
R4283	자궁경관봉축술-복식자궁경관봉축술
R4284	자궁경관봉축술-양막복원 후 자궁경부원형봉합술
R4291	질중격절제술-전격인것
R4292	질중격절제술-부전격인것
R4295	자궁경하 자궁강내격막절제술
R4331	유착성자궁부속기절제술-편측
R4332	유착성자궁부속기절제술-양측
R4341	난관결찰술 [양측](골반경이용)-난관결찰술을 한 경우
R4342	난관결찰술 [양측](골반경이용)-난관소작술을 한 경우
R4343	난관결찰술 [양측]-미니랩이용
R4344	난관결찰술 [양측]-자궁경이용
R4345	난관결찰술 [양측]-개복술에의한경우
R4351	정상분만(초산)-제1태아
R4353	정상분만(초산)-다태아분만시 제2태아부터 [1인당]
R4356	정상분만(경산)-제1태아
R4358	정상분만(경산)-다태아분만시 제2태아부터 [1인당]

코 드	명 칭
R4361	둔위분만(초산)
R4362	둔위분만(경산)
R4380	제왕절개술 기왕력이 있는 질식분만
R4390	하복동맥결찰술 [양측]
R4400	난관구절개 또는 난관성형술
R4405	난관재부성형술
R4411	난관난관문합술
R4412	자궁난관이식술
R4413	난소위치전이술
R4421	부속기종양적출술 [양측]-양성
R4423	부속기종양적출술 [양측](악성)-단순 [난소및 부속기만 절제하는 경우]
R4424	부속기종양적출술 [양측](악성)-근치 [대망절제 또는 림프절 절제술포함]
R4425	부속기종양적출술 [양측](항암화학요법후의 2차추시개복술)-생검
R4426	부속기종양적출술 [양측](항암화학요법후의 2차추시개복술)-종양감축술
R4427	부속기종양적출술(양측)(악성, 자궁적출술포함)-단순 [난소 및 부속기만 절제하는 경우]
R4428	부속기종양적출술 [양측](악성, 자궁적출술포함)-근치 [대망절제 또는 림프절 절제술포함]
R4430	난소부분절제술 [질식포함]
R4435	난소낭종 또는 난소농양배액술 [질부접근]
R4441	계류유산소파술-12주 미만
R4442	계류유산소파술-12주 이상
R4452	인공임신중절수술-임신8주이내
R4456	인공임신중절수술-임신8주초과-12주미만
R4457	인공임신중절수술-임신12주이상-16주미만
R4458	인공임신중절수술-임신16주이상-20주미만
R4459	인공임신중절수술-임신20주이상
R4460	태아축소술
R4481	포상기태제거술-흡인소파술에 의한 것
R4482	포상기태제거술-전자궁적출술에 의한 것
R4507	제왕절개술및자궁적출술(1태아 임신의 경우)-부분절제(초산)
R4508	제왕절개술및자궁적출술(1태아 임신의 경우)-부분절제(경산)
R4509	제왕절개술및자궁적출술(1태아 임신의 경우)-전절제(초산)
R4510	제왕절개술및자궁적출술(1태아 임신의 경우)-전절제(경산)
R4514	제왕절개만출술(1태아 임신의 경우)-반복
R4516	제왕절개만출술(다태아 임신의 경우)-반복
R4517	제왕절개만출술(1태아 임신의 경우)-초회(초산)
R4518	제왕절개만출술(1태아 임신의 경우)-초회(경산)
R4519	제왕절개만출술(다태아 임신의 경우)-초회(초산)
R4520	제왕절개만출술(다태아 임신의 경우)-초회(경산)
R4521	자궁소파수술
R4531	자궁외임신수술-난관 또는 난소임신

코 드	명 칭
R4532	자궁외임신수술-자궁각임신
R4533	자궁외임신수술-자궁경관임신
R4534	자궁외임신수술-복강내임신
R5001	제왕절개술 및 자궁적출술-다태아 임신의 경우(초산)
R5002	제왕절개술 및 자궁적출술-다태아 임신의 경우(경산)
RA161	요루절제술(신우와 장)
RA162	요루절제술(신우와 피부)
RA163	요루절제술(요관과 장)
RA164	요루절제술(요관과 질)
RA165	요루절제술(요관과 피부)
RA166	요루절제술(방광과 장)
RA167	요루절제술(방광과 질)
RA168	요루절제술(방광과 피부)
RA169	요루절제술(요도와 장)
RA311	유도분만[촉진분만포함](초산)-제1태아-장애인등록증을 교부받은 장애인
RA312	유도분만[촉진분만포함](초산)-다태아분만시 제2태아부터 [1인당]-장애인등록증을 교부받은 장애인
RA313	유도분만[촉진분만포함](경산)-제1태아-장애인등록증을 교부받은 장애인
RA314	유도분만[촉진분만포함](경산)-다태아분만시 제2태아부터 [1인당]-장애인등록증을 교부받은 장애인
RA315	겸자 또는 흡입분만(초산)-제1태아-장애인등록증을 교부받은 장애인
RA316	겸자 또는 흡입분만(초산)-다태아분만시 제2태아부터 [1인당]-장애인등록증을 교부받은 장애인
RA317	겸자 또는 흡입분만(경산)-제1태아-장애인등록증을 교부받은 장애인
RA318	겸자 또는 흡입분만(경산)-다태아분만시 제2태아부터 [1인당]-장애인등록증을 교부받은 장애인
RA361	둔위분만(초산)-장애인등록증을 교부받은 장애인
RA362	둔위분만(경산)-장애인등록증을 교부받은 장애인
RA380	제왕절개술 기왕력이 있는 질식분만-장애인등록증을 교부받은 장애인
RA431	정상분만(초산)-제1태아-장애인등록증을 교부받은 장애인
RA432	정상분만(초산)-다태아분만시 제2태아부터 [1인당]-장애인등록증을 교부받은 장애인
RA433	정상분만(경산)-제1태아-장애인등록증을 교부받은 장애인
RA434	정상분만(경산)-다태아분만시 제2태아부터 [1인당]-장애인등록증을 교부받은 장애인
RB161	요루절제술(요도와 질)
RB162	요루절제술(후부요도와 피부)
RB163	요루절제술(전부요도와 피부)
S0023	창상봉합술(안면 또는 경부, 단순봉합, 제1범위, 길이3.0cm이상 또는 근육에 달하는 것)
S0161	피판작성술-피부-국소(기타)
S0162	피판작성술-피부-원거리-수부이외[서혜부, 복부, 둔부, 교차상지, 교차하지등](기타)
S0163	피판작성술-피부-원거리-수부내[교차수지피판, 무지구피판등](기타)
S0164	피판작성술-도서형(기타)
S0165	피판작성술-근(기타)
S0166	피판작성술(근-피부)(기타)
S0167	피판작성술-근막(기타)

코 드	명 칭
S0168	피판작성술(근막-피부)(기타)
S0171	식피술-전층피부이식술(안면부)-25cm ² 미만
S0172	식피술-전층피부이식술(안면부)-25cm ² 이상
S0173	식피술-전층피부이식술(수족부)-25cm ² 미만
S0174	식피술-전층피부이식술(수족부)-25cm ² 이상
S0175	식피술-전층피부이식술(기타)-25cm ² 미만
S0176	식피술-전층피부이식술(기타)-25cm ² 이상
S0471	두 개강내신경자극기 설치교환 및 제거술[운동장애뇌전증통증 치료난치성 강박장애 등]-두개강내신경 전극삽입
S0472	두 개강내신경자극기 설치교환 및 제거술[운동장애뇌전증통증 치료난치성 강박장애 등]-전기자극기 삽입
S0474	두 개강내신경자극기 설치교환 및 제거술[운동장애뇌전증통증 치료난치성 강박장애 등]-전기자극기 교환
S0475	두 개강내신경자극기 설치교환 및 제거술[운동장애뇌전증통증 치료난치성 강박장애 등]-두 개강내신경전극 제거
S0476	두 개강내신경자극기 설치교환 및 제거술[운동장애뇌전증통증 치료난치성 강박장애 등]-전기자극기 제거
S0479	두개강내뇌신경수술(신경미세감압술)-안면신경
S4593	신경성형술 [갑압, 박리 등]-두개강외 뇌신경
S4594	신경성형술 [갑압, 박리 등]-상완 및 요, 천추 신경총
S4595	신경성형술 [갑압, 박리 등]-중요말초신경 [사지부, 구간 등]
S4596	신경성형술 [갑압, 박리 등]-수족지부
S4601	신경봉합술-두개강외 뇌신경
S4602	신경봉합술-상완 및 요, 천추신경총
S4603	신경봉합술-중요 말초신경 [사지부, 구간 등]
S4604	신경봉합술-수족지부
S4605	신경이식술 [이식편채취 포함]-4cm ² 미만
S4606	신경이식술 [이식편채취 포함]-4cm ² 이상
S4611	신경절단술-두개강외 뇌신경
S4612	신경절단술-중요 말초신경 [사지부, 구간 등]
S4613	신경절단술-수족지부
S4615	신경종양절제술-양성
S4616	신경종양절제술-악성
S4621	혈종제거를 위한 개두술-경막하 혹은 경막외
S4622	혈종제거를 위한 개두술-뇌실질내
S4625	두개강내이물제거
S4634	종양절제를위한개두술(천막상부)단순
S4635	종양절제를위한개두술(천막상부)복잡
S4636	종양절제를위한개두술(천막하부)단순
S4637	종양절제를위한개두술(천막하부)복잡
S4638	종양절제를 위한 개두술-경비적 뇌하수체종양 적출술-단순
S4639	종양절제를 위한 개두술-경비적 뇌하수체종양 적출술-복잡
S4641	뇌동맥류수술-단순[경부 Clipping]

코 드	명 칭
S4642	뇌동맥류수술-복잡[경부 Clipping]
S4653	뇌동정맥기형적출술-뇌실질내-단순
S4654	뇌동정맥기형적출술-뇌실질내-복잡
S4655	뇌동정맥기형적출술-뇌경막-단순
S4656	뇌동정맥기형적출술-뇌경막-복잡
S4657	뇌동정맥기형적출술-해면성혈관기형-단순
S4658	뇌동정맥기형적출술-해면성혈관기형-복잡
S4661	두개강내 혈관문합술-직접법
S4662	두개강내 혈관문합술-간접법[EDAS, EMAS 등]
S4670	경동맥결찰술
S4671	척수동정맥기형수술 [척수혈관종포함]
S4681	중추신경계기형수술-대뇌류
S4682	중추신경계기형수술-척수수막류
S4683	중추신경계기형수술-수막류
S4684	중추신경계기형수술-지방척수수막류
S4685	중추신경계기형수술-척수결박증
S4694	척수내 종양 및 병소절제술-경추
S4695	척수내 종양 및 병소절제술-흉추
S4696	척수내 종양 및 병소절제술-요추
S4704	척수경막외종양 및 병소절제술-경추-척추경 또는 척추체를 포함하는 경우
S4705	척수경막외종양 및 병소절제술-경추-척추경 또는 척추체를 포함하지 아니한 경우
S4706	척수경막외종양 및 병소절제술-흉추-척추경 또는 척추체를 포함하는 경우
S4707	척수경막외종양 및 병소절제술-흉추-척추경 또는 척추체를 포함하는 경우
S4708	척수경막외종양 및 병소절제술-요추-척추경 또는 척추체를 포함하는 경우
S4709	척수경막외종양 및 병소절제술-요추-척추경 또는 척추체를 포함하지 아니한 경우
S4711	단락술 또는 측로조성술-경막하 또는 지주막하와 타부위간
S4712	단락술 또는 측로조성술-뇌실과 타부위간
S4713	단락술 또는 측로조성술-척수내낭종 또는 척수공동과 타부위간
S4721	뇌척수액루수술-두개강내
S4722	뇌척수액루수술-척추강내
S4723	뇌척수액루수술-비강접근
S4724	뇌척수액루수술-이과적접근
S4730	미주신경자극기설치술
S4731	뇌전증수술(진단을 위한 전극삽입)-관혈적
S4732	뇌전증수술(진단을 위한 전극삽입)-뇌정위적 심부삽입
S4733	뇌전증수술-측두엽절제술 [경련부축점제거술]
S4735	뇌전증수술-뇌량체절단술
S4736	뇌전증수술-뇌엽절제술 [반구절제포함]
S4737	뇌전증수술-다발성 대뇌피질연막하절단술
S4741	뇌내시경수술-진단목적

코 드	명 칭
S4742	뇌내시경수술-개창술
S4743	뇌내시경수술-종양 또는 낭종절제
S4744	뇌내시경수술-기타 [혈종, 농양 배액 등]
S4756	중추신경계정위수술-생검, 흡인, 병소절제, 혈종제거
S4757	중추신경계정위수술-병소발생술-단순
S4758	중추신경계정위수술-병소발생술-복잡[3개이상]
S4760	뇌엽절단술 [대상회전절개포함]
S4771	농양배농 또는 적출을 위한 개두술-농양배농
S4772	농양배농 또는 적출을 위한 개두술-농양적출
S4780	뇌엽절제술 [반구절제포함]
S4792	두개강내 뇌신경 수술(신경절단술)-삼차신경
S4793	두개강내 뇌신경 수술(신경절단술)-연수수삭 또는 중뇌수삭전리술
S4794	두개강내 뇌신경 수술(신경절단술)-기타신경
S4796	두개강내 뇌신경 수술(신경절단술)-전정신경
S4797	두개강내 뇌신경 수술(신경미세감압술)-삼차신경
S4798	두개강내 뇌신경 수술(신경미세감압술)-기타신경
S4799	두개강내 뇌신경 수술-신경성형술
S4801	뇌기저부수술 [경막을 이용한 이식포함]-전두개와
S4802	뇌기저부수술 [경막을 이용한 이식포함]-중두개와
S4803	뇌기저부수술 [경막을 이용한 이식포함]-후두개와
S4805	뇌기저부수술후 경막복원술
S4811	경피적 척수낭종 혹은 공동 흡인술
S4821	척수신경수술 [파괴, 절개, 절단 등]-DREZ파괴술
S4822	척수신경수술 [파괴, 절개, 절단 등]-신경근절개술
S4823	척수신경수술 [파괴, 절개, 절단 등]-척수절단술
S4824	척수신경수술 [파괴, 절개, 절단 등]-척수부신경절개
S4825	경피적척추고주파열응고술[척수포함]-단순
S4826	경피적척추고주파열응고술[척수포함]-복합[3부위이상]
S4827	척수신경수술[파괴, 절개, 절단등]-선택적척수후신경근절개술
S4831	교감신경절절제술-경부
S4832	교감신경절절제술-흉부
S4833	교감신경절절제술-요부
S4834	교감신경절절제술-경동맥주위
S4835	교감신경절절제술-고동맥 주위
S4836	교감신경절절제술-기타
S4880	안구내용제거술
S4891	안구내이물제거술-자석이용
S4892	안구내이물제거술-기타의 것
S4895	안와내 이물제거술
S4900	안구적출술

코 드	명 칭
S4911	안구충전물 삽입술 [2차적]
S4923	각막궤양수술-결막판피복
S4941	결막봉합술
S4950	결막종양절제술
S5000	공막봉합술
S5011	공막이식술-공막편이식
S5012	공막이식술-광범위 공막이식
S5021	홍채유착해리술
S5030	광학적 홍채절제술
S5035	홍채, 모양체봉합술
S5040	녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-비관통여과술
S5041	녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-홍채절제술[원거술, 공막절개, 공막절제, 홍채절제]
S5042	녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-여과수술[공막절개, 절제, 홍채감돈술, 모양체박리술]
S5043	녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-섬유주절제술
S5044	녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-홍채, 모양체응고술
S5045	녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-모양체냉동술
S5047	녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-현미경하 섬유주대 절개술
S5048	녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-현미경하 슈렘관 개방술
S5049	녹내장수술 [레이저사용 수술 포함]-녹내장임플란트삽입술
S5050	유리체흡인술
S5060	현미경하 유리체 이단술
S5070	유리체내주입술
S5071	유리체 견인대 해리술 [레이저이용]-안구 전반부
S5072	유리체 견인대 해리술 [레이저이용]-안구 후반부
S5091	전방세척
S5110	백내장 및 수정체 수술-모양체평면부수정체절제술
S5111	백내장 및 수정체 수술-수정체 낭외 또는 낭내 적출술
S5112	백내장 및 수정체 수술-후발성백내장수술
S5116	인공수정체 삽입술-이차
S5117	인공수정체 삽입술-일차[백내장수술과 동시 실시시]
S5118	인공수정체 교환술
S5119	백내장 및 수정체 수술-수정체유화술
S5121	유리체절제술-전절제
S5122	유리체절제술-부분절제
S5130	망막박리수술
S5140	망막열공냉동응고술
S5145	망막주위막제거술
S5150	시신경초 개방술
S5161	안구내삽관레이저 광응고술
S5162	광역학요법을 이용한 망막하막 제거술

코 드	명 칭
S5163	광역효법을 이용한 망막하막 제거술-동시에 양안을 시술한 경우
S5164	황반부종레이저수술
S5173	사시수술(단순)-단일안근
S5174	사시수술(단순)-복수안근
S5175	사시수술(복잡 [조정봉합술, 후고정봉합술, 외안근전이술 등])-단일안근
S5176	사시수술(복잡 [조정봉합술, 후고정봉합술, 외안근전이술 등])-복수안근
S5178	안구진탕증수술
S5182	안와감압술-3-Wall Decompression
S5183	안와감압술(2-Wall Decompression)관혈적
S5184	안와감압술(2-Wall Decompression)내시경하
S5185	내시경하시신경감압술
S5191	안와농양절개술-관혈적
S5192	안와농양절개술-내시경하-안와
S5193	안와농양절개술-내시경하-안와주위
S5200	안와내용제거술
S5211	안와골절정복술(관혈적)-Blow-out 골절
S5212	안와골절정복술(관혈적)-기타골절
S5220	안구적출 및 조직충전술
S5231	안와종양제거술-단순
S5232	안와종양제거술-복잡 [크렌라인 수술]
S5245	안검종양절제술-양성
S5246	안검종양절제술-악성
S5260	안검 또는 검판절제술
S5271	안검외반증수술 [점막 또는 피부의 식피술로 포함]-간단 [피부에 한하는 것]
S5272	안검외반증수술 [점막 또는 피부의 식피술로 포함]-광범위 [피부와 피하, 근육, 검판 등 교정]
S5281	안검내반증수술-간단 [피부에 한하는 것]
S5282	안검내반증수술-광범위 [피부와 피하, 근육, 검판 등 교정]
S5291	안검하수증수술-근막수술
S5292	안검하수증수술-근절제술
S5293	안검하수증수술-기타수술
S5310	결막낭재건술 [의안삽입을 위한 것]
S5321	결막낭성형술[점막 또는 피부의 식피술로 포함]-부분
S5322	결막낭성형술[점막 또는 피부의 식피술로 포함]-전체
S5323	결막낭성형술[점막 또는 피부의 식피술로 포함]-피부 및 결막성형 등 복잡한 것
S5324	안구유착박리술
S5341	익상편 수술-판이식 등 복합수술
S5342	익상편 수술-기타의 것
S5345	검열반수술
S5350	각막절제술
S5360	내안각 성형술

코 드	명 칭
S5371	각막이식-표층
S5372	각막이식-전층
S5373	각막윤부세포이식술[채취료포함]
S5380	각막봉합술
S5390	현미경하 각막봉합사제거술
S5411	안검후퇴교정술
S5450	검판봉합술
S5460	누선절제술
S5480	누소관성형술 [누관내삽관포함]
S5495	레이저 누낭 및 비루관 절개술
S5500	누낭절제술
S5520	누관튜브법
S5525	내시경하 누관스텐트 삽입술
S5530	선천성비루관폐쇄개방술
S5540	누낭비강문합술
S5541	결막누낭비강문합술
S5550	선천성이루관적출술
S5581	외이도폐쇄증수술-완전
S5582	외이도폐쇄증수술-부분
S5591	외이도 종양적출술-양성
S5592	외이도 종양적출술-악성
S5620	중이내튜브유치술
S5635	고실개방술
S5640	고실성형술[점막 또는 피부의 식피술료 포함]
S5651	고막성형술
S5654	현미경하고막땃치술
S5657	현미경하중이청소술
S5671	유양동절제술-공동폐쇄유양동절제술
S5672	유양동절제술-공동개방유양동절제술
S5673	유양동절제술-교각보존유양동절제술
S5690	등골수술 [난원창개술포함]
S5695	레이저등골절개술
S5711	안면신경감압술-이과적접근 [유양동, 경미로]
S5712	안면신경감압술-두개접근
S5713	안면신경감압술-복합접근
S5720	이후루공폐쇄술
S5731	미로절제술-유양동경유
S5732	미로절제술-고실경유
S5733	미로절제술-약물주입 이용한 것
S5741	청신경종양적출술-이과적접근 [경미로, 경와우, 후미로등]

코 드	명 칭
S5742	청신경종양적출술-두개접근
S5743	청신경종양적출술-복합접근
S5745	중이암제거술 [사구종포함]
S5750	추체돌기개방술
S5770	반고리관미로개창술
S5775	반고리관폐쇄술
S5780	내임파낭감압술
S5791	이소골재건술
S5800	인공와우이식술
S6691	척수경막내종양 및 병소절제술-경추-3구간미만
S6692	척수경막내종양 및 병소절제술-경추-3구간이상
S6693	척수경막내종양 및 병소절제술-흉추-3구간미만
S6694	척수경막내종양 및 병소절제술-흉추-3구간이상
S6695	척수경막내종양 및 병소절제술-요추-3구간미만
S6696	척수경막내종양 및 병소절제술-요추-3구간이상
SA023	창상봉합술(안면 또는 경부, 변연절제포함, 제1범위, 길이3cm이상 또는 근육에 달하는 것)
SA161	피판작성술-유리피판술[피부 또는 근육](기타)
SA162	피판작성술-유리감각피판술[근육-신경](기타)
SA163	피판작성술-유리복합조직이식술(유리건-피부피판술[피부-건-신경 또는 피부-건](기타)
SA164	피판작성술-유리복합조직이식술(유리근육-피부피판술[피부-근육-신경 또는 피부-근육](기타)
SA165	피판작성술-유리망대이식술, 유리공장이식술(기타)
SB023	창상봉합술(안면과 경부이외, 단순봉합, 제1범위, 길이 5.0cm 이상 또는 근육에 달하는 것)
SB161	피판작성술-피부-국소(안면부)
SB162	피판작성술-피부-원거리-수부이외[서혜부, 복부, 둔부, 교차상지, 교차하지등](안면부)
SB163	피판작성술-피부-원거리-수부내[교차수지피판, 무지구피판등](안면부)
SB164	피판작성술-도서형(안면부)
SB165	피판작성술-근(안면부)
SB166	피판작성술(근-피부)(안면부)
SB167	피판작성술-근막-(안면부)
SB168	피판작성술(근막-피부)(안면부)
SB171	사체피부이식술 (안면 또는 관절부, 25㎠미만)
SB172	사체피부이식술 (안면 또는 관절부, 25㎠이상)
SB173	사체피부이식술 (기타, 25㎠미만)
SB174	사체피부이식술 (기타, 25㎠이상~100㎠미만)
SB175	사체피부이식술 (기타, 100㎠이상~400㎠미만)
SB176	사체피부이식술 (기타, 400㎠이상~900㎠미만)
SB177	사체피부이식술 (기타, 900㎠이상)
SC023	창상봉합술(안면과 경부이외, 변연절제포함, 제1범위, 길이5cm이상 또는 근육에 달하는 것)
SC161	피판작성술-유리피판술[피부또는근육](안면부)
SC162	피판작성술-유리감각피판술[근육-신경](안면부)

코 드	명 칭
SC163	피판작성술-유리복합조직이식술(유리건-피부피판술[피부-건-신경 또는 피부-건])(안면부)
SC164	피판작성술-유리복합조직이식술(유리근육-피부피판술[피부-근육-신경 또는 피부-근육])(안면부)
SC165	피판작성술-유리망대이식술, 유리공장이식술(안면부)
SY621	척수신경자극기설치술(관혈적)-신경근절개를 하는 경우
SY622	척수신경자극기설치술(관혈적)-신경근절개를 하지 않는 경우
SY626	척수신경조절술(영구자극기삽입술)
SY633	척수신경자극기설치술-영구자극기설치술[경피적]-자극기설치술
SY635	척수신경자극기설치술-영구자극기설치술[경피적]-자극발생기교환술
SY636	척수신경자극기설치술-영구자극기설치술[경피적]-전극 및 자극발생기제거술
U4456	구강내소염수술(설 또는 구강저농양[이하극, 설하극, 악하극농양 등])
U4457	구강내소염수술(악골골염, 악골골수염 등)
U4465	구강외소염수술(심층, 근막극농양절개)
U4467	구강외소염수술(악골골염, 악골골수염 등)
U4476	구강내열상봉합술(혀, 구강저, 구개부, 2.5cm 이하)
U4477	구강내열상봉합술(혀, 구강저, 구개부, 2.5cm 초과)
U4520	치성편도주위농양절개술
U4533	악골수염수술(치조부에 국한된 경우)
U4534	악골수염수술(편측악골의 1/3 미만의 범위)
U4535	악골수염수술(편측악골의 1/3 이상의 범위)
U4551	법랑아세포종적출술(편측악골 1/3미만)
U4552	법랑아세포종적출술(편측악골 1/3이상 - 1/2 미만)
U4553	법랑아세포종적출술(편측악골 1/2 이상)
U4564	치근낭적출술(3치관크기 이상)
U4610	구강안면누공폐쇄술
U4621	구강상악동누공폐쇄술(전진피판이용)
U4622	구강상악동누공폐쇄술(유경피판이용)
U4640	하악골재건술
U4670	치은, 치조부 병소 또는 종양절제술[Epyulis 포함]
U4721	치조골절관혈적정복술 (2치이하)
U4722	치조골절관혈적정복술 (3치이상)
U4732	골융기절제술(구개골융기절제)
U4741	관골골절정복수술(길리씨수술)[관골궁, 관골체포함]
U4742	관골골절관혈적정복수술[관골궁, 관골체포함]
U4750	부정유합된 관골 절골 교정술
U4760	관상돌기절제술
U4781	상악골절관혈적정복술(Lefort I)
U4782	상악골절관혈적정복술(Lefort II)
U4783	상악골절관혈적정복술(Lefort III)
U4784	환관골궁 현수고정술
U4785	두개안면 현수고정술

코 드	명 칭
U4791	상악골부분절제술
U4792	상악골전적출술
U4801	상악골(관골포함)양성종양(낭종포함)절제술-3cm 미만
U4802	상악골(관골포함)양성종양(낭종포함)절제술-3cm 이상
U4811	상악골(관골포함)악성종양부분절제술[림프절청소포함]
U4812	상악골(관골포함)악성종양전적출술[림프절청소포함]
U4841	하악골골절관혈적정복술(정중부, 골체부, 우각부)
U4842	하악골골절관혈적정복술(하악 과두부)
U4843	환하악골 결찰술
U4850	부정유합된하악골절골교정술
U4861	하악골부분절제술
U4862	하악골반측절제술
U4871	하악골양성종양(낭종 포함)절제술(편측악골 1/3 미만)
U4872	하악골양성종양(낭종 포함)절제술(편측악골 1/3 이상~1/2 미만)
U4873	하악골양성종양(낭종 포함)절제술(편측 악골 1/2 이상)
U4881	하악골악성종양변연절제술[림프절 청소 포함]
U4882	하악골악성종양부분절제술[림프절 청소 포함]
U4883	하악골악성종양반측절제술[림프절 청소 포함]
U4910	악관절탈구관혈적정복술
U4930	악관절원반 성형술
U4940	악관절 성형수술
U4950	악관절 치환술 [인공관절 대치술]
U4960	하악과두절제술
U4971	악골내고정용 금속제거술(악골내강선고정의 제거)
U4972	악골내고정용 금속제거술(소형금속판의제거)
U4973	악골내고정용 금속제거술(재건용금속판의 제거, 악골 1/2이상의 크기에 달한것)
U4974	악골내고정용 금속제거술(재건용금속판의 제거, 악골 1/2미만의 크기인 것)
UY042	상악골성형술(본절골절단술)
UY043	상악골성형술(Le Fort I)
UY044	상악골성형술(Le Fort II)
UY045	상악골성형술(Le Fort III)
UY046	하악골성형술(본절골절단술)
UY047	하악골성형술(이부성형술)
UY048	하악골성형술(하악지골절단술)

2 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항

동 내용은 『요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항』 관련 2021년 5월까지 신설·변경된 보건복지부 고시사항 중 요양병원 관련 내용을 정리하였음.

□ 일반사항

항 목	제 목	세부인정사항
일반사항	요양병원에 관한 급여기준	건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수 제3편 요양병원 급여 목록 및 상대가치점수에서 제3편에 별도로 규정하지 않은 경우는 제1편을 따르도록 되어 있으므로, 요양병원에 대한 급여기준도 VI.요양병원에서 별도로 규정하지 않은 경우는 행위, 약제, 치료재료 등의 모든 기준을 동일하게 적용함. (고시 제2014-240호, '15.1.1. 시행)
	요양병원 6인 이상 병실·병상운영 등에 대한 현황제출	국민건강보험법 시행규칙 제12조의 규정에 따라 별지 제14호 서식 및 제17호 서식의 6인 이상 병실을 운영하는 경우, 요양병원 6인 이상 병실·병상 운영현황 [신규·변경] 통보서 (별지 제15호 서식)를 제출하여야 함. (고시 제2018-135호, '18.10.1. 시행)
	요양병원 입원 중인 산정특례 대상자를 다른 요양기관에 산정특례 대상 상병으로 진료의뢰 시 수가산정방법	요양병원에 입원 중인 본인일부부담금 산정특례 대상자를 치료하는 과정에서 인력·시설 또는 장비가 갖추어져 있지 아니하여 부득이하게 해당 진료가 가능한 요양기관으로 환자를 의뢰한 경우 수가산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 산정대상 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표3], [별표4] 및 [별표4의2]에 따른 산정특례 대상 상병명으로 진료 의뢰한 경우

항 목	제 목	세부인정사항
		<p>나. 산정방법</p> <p>1) 의뢰받은 요양기관 상기 가.는 의뢰받은 진료에 대하여 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편을 적용하여 청구함</p> <p>2) 의뢰한 요양병원 의뢰당일은 가산 등(의사 및 간호인력확보수준에 따른 입원료 차등제와 간호인력확보수준에 따른 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제에 따른 가산, 간호사 비율이 간호인력의 3분의 2이상 및 필요인력 확보에 따른 1일당 별도 산정 금액, 의료질평가지원금, 요양 병원 입원환자 안전관리료)을 적용하지 않은 일당 정액 수가를 산정함</p> <p>다. 기타 의뢰받은 요양기관과 의뢰한 요양병원은 요양급여비용 청구 시 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 의하여 특정내역 구분코드(MT063)를 작성하여 청구함 (고시 제2019-302호, '20.1.1. 시행)</p>
	요양병원 입원 중인 환자를 다른 요양기관으로 진료 의뢰 시 발생한 약제 산정기준	<p>1. 「요양병원 환자군 급여목록·상대가치점수 및 산정지침」에 따라 정액수가에 포함되지 않는 경우로서 환자를 진료 하는 중에 당해 요양기관에 인력·시설 또는 장비가 갖추어져 있지 아니하거나 기타 부득이한 사유로 해당 진료가 가능한 다른 요양기관으로 적절하게 의뢰한 경우에 발생하는 약제에 대해서는 다음과 같이 산정한다.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 최초 진료 시 1회(14일 처방 이내)에 한하여 별도 산정할 수 있음.</p> <p>나. 가.에도 불구하고 의·약학적 사유로 인해 약제 변경</p>

항 목	제 목	세부인정사항
		<p>등이 필요한 임상적 소견이 확인될 경우에는 이를 고려하여 사례별 인정함.</p> <p>2. 요양병원에 입원 중인 본인일부부담금 산정특례 대상자를 치료하는 과정에서 인력·시설 또는 장비가 갖추어져 있지 아니하여 부득이하게 해당 진료가 가능한 요양기관으로 환자를 의뢰하는 경우 「요양병원 입원 중인 산정특례 대상자를 타병원 진료 의뢰 시 수가 산정방법」을 적용함. (고시 제2021-30호, '21.2.1. 시행)</p>

□ 제2부 환자군 급여목록·상대가치점수 및 산정지침

항 목	제 목	세부인정사항
요1 의료최고도	의료최고도 급여기준	<p>일상생활수행능력이 11점 이상이면서 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우에 산정함</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 인공호흡기 나. 혼수 다. 중심정맥영양</p>
요2 의료고도	의료고도 급여기준	<p>다음 중 하나 이상에 해당하는 경우에 산정함</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 뇌성마비, 척수손상에 의한 마비, 사지마비, 편마비, 파킨슨병, 신경성 희귀난치성질환, 후천성면역결핍증, 다발경화증을 가진 환자가 일상생활수행능력이 18점 이상인 경우 : 위 “가”의 ‘신경성 희귀난치성질환’이란 중증근무력증 및 기타 근신경장애(G70), 근육의 원발성 장애(G71), 헌팅톤병(G10), 유전성 운동실조(G11), 척수성 근위축 및 관련 증후군(G12), 달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축(G13), 진행성 핵상안근마비[스틸-리차드슨-올스제위스키](G23.1), 중추신경계통의 비정형바이러스감염(A81), 아급성 괴사성 뇌병증[리이](G31.81)을 말함</p> <p>나. 3단계 이상의 욕창(울혈성·허혈성 궤양 등 포함)으로 2가지 이상의 피부궤양 치료를 받고 있는 경우 : 위 “나”의 ‘피부궤양 치료’는 압력을 줄여주는 도구 사용, 체위변경, 피부문제를 해결하기 위한 영양공급, 피부궤양 드레싱을 의미함</p> <p>다. 발열(탈수·구토·체중감소 중 하나 이상을 동반한 경우에 한함)이 최소 3일 이상 있고, 발열 원인을 찾는 검사와 처치를 받고 있는 경우</p>

항 목	제 목	세부인정사항
		<p>라. 2도 이상 화상으로 처치를 받고 있는 경우</p> <p>마. 매일 있는 격렬하거나 참을 수 없는 통증으로 통증관련 치료를 받고 있는 경우</p> <p>: 위 “마”의 ‘격렬하거나 참을 수 없는 통증’은 VAS (Visual Analogue Scale) 또는 NRS(Numeric Rating Scale) 10점 중 7점 이상이거나 FPS(Faces Pain Scale) 5단계 중 4단계 이상인 경우에 해당함</p> <p>바. 7일 이상의 지속적 경관영양</p> <p>: 위 “바”의 ‘경관영양’은 경관영양을 하고 있으면서 경관 또는 말초정맥을 통해 섭취하는 칼로리가 총 섭취 칼로리의 51% 이상인 경우 또는 경관 영양을 하고 있으면서 경관 또는 말초정맥을 통해 섭취하는 칼로리가 총 섭취 칼로리의 26-50%이면서 1일 섭취 수분 양이 501ml 이상인 경우에 해당함</p> <p>사. 기관절개관 관리를 매일 받고 있는 경우</p> <p>아. 당뇨병환자가 합병증으로 발의 감염이 있어 주기적으로 드레싱을 받고 있는 경우(일상생활수행능력 4~8점인 경우는 제외)</p> <p>자. 산소포화도(SaO₂ 또는 SpO₂)가 90% 이하인 상태에서 산소 투여를 시작하여 7일 이상 산소를 투여 받고 있는 경우</p> <p>차. 일상생활수행능력이 10점 이하이면서 의료최고도 조건에 해당하는 경우</p>
요3 의료중도	일상생활수행능력 향상 활동 인정기준	<p>요양병원 환자군 중 의료중도에서 산정하는 일상생활수행능력 향상 활동은 다음과 같이 실시하고 진료기록부 등에 기록한 경우 1일당 1회 요양급여를 인정함</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 일상생활수행능력 향상 활동은 환자가 기저귀를 하지 않고 하루 일정시간 보조를 받아 보행이나 탈기저귀 훈련 등의 활동을 시행하는 경우에 산정함</p>

항 목	제 목	세부인정사항
		<p>※ 탈기저귀 훈련 : 기저귀 사용을 줄이고 배뇨조절을 위해 규칙적인 화장실 이용 및 보행을 독려하는 활동을 말함</p> <p>나. 대상</p> <p>일상생활 활동 시(화장실 이동, 병실 밖 이동 등) 스스로 보행이 어려워 보조인력의 도움이 필요한 환자 (ADL 9점 이상)</p> <p>※ ADL 측정항목 : 식사하기, 체위변경하기, 옮겨앉기, 화장실 사용하기</p> <p>다. 실시인력 및 실시횟수 등</p> <p>(1) 실시인력 : 의사의 판단·감독하에 당해 기관의 간호 인력 및 기타 보조인력 등 1명 이상</p> <p>(2) 실시횟수 : 1일 4회 이상</p> <p>(3) 소요시간 : 1회당 최소 15분 이상</p>
	의료중도 급여기준	<p>다음 중 하나 이상에 해당하는 경우에 산정함</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 뇌성마비, 척수손상에 의한 마비, 사지마비, 편마비, 파킨슨병, 신경성 희귀난치성질환, 후천성면역결핍증, 다발경화증을 가진 환자가 일상생활수행능력이 11-17 점인 경우</p> <p>: 위 “가”의 ‘신경성 희귀난치성질환’이란 중증근무력증 및 기타 근신경장애(G70), 근육의 원발성 장애(G71), 헌팅톤병(G10), 유전성 운동실조(G11), 척수성 근위축 및 관련 증후군(G12), 달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축(G13), 진행성 핵상안근마비[스틸-리차드슨-올스제위스키](G23.1), 중추신경계통의 비정형바이러스감염(A81), 아급성 괴사성 뇌병증[리이](G31.81)을 말함</p>

항 목	제 목	세부인정사항
		<p>나. 2단계 욕창(울혈성·허혈성 궤양 등 포함)으로 2가지 이상의 피부궤양 치료를 받고 있는 경우</p> <p>: 위 “나”의 ‘피부궤양 치료’는 압력을 줄여주는 도구 사용, 체위변경, 피부문제를 해결하기 위한 영양공급, 피부궤양 드레싱을 의미함</p> <p>다. 당뇨병을 진단받은 환자 중 매일 3회 이상 혈당검사를 시행하고, 매일 2회 이상 인슐린 주사제를 투여 받고 있는 경우</p> <p>라. 매일 있는 중등도의 통증으로 통증관련 치료를 받고 있거나 암성통증으로 통증관련 치료(마약성 진통제 등)를 받고 있는 경우</p> <p>: 위 “라”의 ‘중등도의 통증’은 VAS(Visual Analogue Scale) 또는 NRS(Numeric Rating Scale) 10점 중 4점 이상이거나 FPS(Faces Pain Scale) 5단계 중 3단계 이상인 경우에 해당함</p> <p>마. 연속 또는 간헐적으로 3일 이상 정맥주사로 치료약제(항생제, 혈압강하제 등)를 투여 받고 있는 경우</p> <p>바. 하기도 증기흡입치료</p> <p>사. 수술창상 치료 및 이에 준하는 치료를 받고 있는 경우</p> <p>아. 3개월 이내 루(위루, 요루, 장루) 수술로 루 관리를 받고 있는 경우이거나, 출혈이나 감염 등의 문제로 지속적인 루 관리를 받고 있는 경우</p> <p>자. 배뇨장애로 일정하게 짜여진 배뇨계획, 방광훈련 프로그램, 규칙적 도뇨 중 하나 이상의 배뇨훈련을 받고 있으면서 7일 이상 배뇨일지가 작성된 경우</p> <p>차. 치매진단을 받은 환자가 망상, 환각, 초조·공격성, 탈억제, 케어에 대한 저항, 배회 중 하나 이상의 증상을 1주에 2일 이상 또는 4주에 8일 이상 보여 이에 대한 약물 치료를 받고 있는 경우</p>

항 목	제 목	세부인정사항
요6 의료경도	의료경도 급여기준	다음 중 하나 이상에 해당하는 경우에 산정함 - 다 음 - 가. 치매진단을 받은 환자가 우울·낙담, 불안, 이상 운동 증상 또는 반복적 행동, 수면·야간행동 중 하나 이상의 증상을 1주에 2일 이상 또는 4주에 8일 이상 보이며 치매관련 약제를 투여 받고 있는 경우 나. 요-1 의료최고도 내지 요-3 의료중도에 해당하지 않는 환자로서 루(위루, 요루, 장루) 관리를 받고 있는 경우 다. 일상생활수행능력이 6점 이상이면서 특정항목에 해당하는 전문재활치료 중 적어도 한 가지 이상을 주 2일 이상 받고 있으며, 지속적으로 입원 치료가 필요한 경우
요7 선택입원군	선택입원군 급여기준	국민건강보험법 시행령 제19조제1항 [별표2]의 1.가.2)의 규정을 적용 받는 경우로서, 일정기간 입원치료가 필요하나 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3편 제2부 요-1 의료최고도, 요-2 의료고도, 요-3 의료중도, 요-6 의료경도에 해당하지 않는 환자에게 산정함
<p>비고 1. 위 '일상생활수행능력'은 환자평가표[별지 제25호 서식]의 일상생활수행능력(Activities of Daily Living, ADL)에 따라 산정함</p> <p>2. ADL 점수계산 : 환자평가표의 ADL 측정항목 중 4항목(식사하기, 체위변경하기, 옮겨앉기, 화장실 사용하기)의 점수를 모두 합하여 산정함</p>		
환자평가표	A. 일반사항의 입원일*	이번 입원의 최초 입원일을 기재함.
	A. 일반사항의 요양개시일	<p>1. 최초 입원 월인 경우 입원일을 기재함.</p> <p>2. 계속 입원으로 월초에 작성된 경우 해당 월의 1일을 기재함.</p> <p>3. 특정기간 종료 후인 경우 특정기간 종료 다음 날짜(또는 정액수가 적용개시일)를 기재함.</p>

항 목	제 목	세부인정사항
	A. 일반사항의 평가구분	이번 평가가 최초 입원평가인지 계속 입원중인 환자 평가 인지를 기재함. 1. 입원평가: 입원하여 제 1~10일 사이에 작성된 경우 2. 계속 입원중인 환자평가: 입원평가가 아닌 경우 3. 이전 환자평가표를 적용하는 경우: 전월 환자평가표 작성일로부터 전월 마지막 날까지의 잔여일수가 7일 이하로 당월의 평가를 생략한 경우 또는 당월에 적용할 환자평가표가 없어 최근 3개월 이내의 환자평가표 중 가장 최근 평가표를 적용하는 경우
	A. 일반사항의 작성일	환자평가표 작성일(관찰기간의 마지막날)을 기재함.
	A. 일반사항의 혈압*	관찰기간 동안 측정한 혈압 중 가장 최근 기록을 기재함.
	B. 의식상태의 혼수*	진료기록부에 담당의사가 '혼수', '반혼수' 또는 '지속적인 식물인간 상태' 등에 대한 의식상태를 기록한 경우 해당함.
	B. 의식상태의 섬망*	진료기록부에 담당의사가 '섬망'에 대한 의식상태를 기록한 경우 해당함.
	C. 인지기능의 단기 기억력	알고 있거나 배운 것을 5분 후에도 동일하게 기억하는지 여부를 측정하여 기재하는 것으로 평가기준은 다음과 같음. - 다 음 - 0. 정상: 세 낱말 모두를 기억하는 경우 1. 이상 있음: 두 낱말 이하를 기억하는 경우 2. 확인 불가: 혼수는 아니지만 단기기억력을 평가할 수 없는 경우
	C. 인지기능의 일상 생활사에 관한 의사결정을 할 수 있는 인식기술	일상적인 생활(언제 식사해야 하는지, 휠체어의 용도를 알고 필요시 이용할 줄 아는지, 요의 또는 변의를 느낄 때 화장실을 가려하는지, 도움이 필요한 경우 보조인력 등 다른 사람에게 도움을 요청할 수 있는지 등)과 관련하여 스스로 의사결정이 가능한 정도를 측정하여 기재하는 것

항 목	제 목	세부인정사항
		<p>으로 평가기준은 다음과 같음.</p> <p>- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 새로운 상황(평소와 다른 상황을 의미)에서만 의사결정의 어려움이 있는 경우 2. 인식기술이 다소 손상됨 : 의사결정 능력이 부족하여 지도나 감독을 요하는 경우 3. 인식기술이 심하게 손상됨 : 거의 또는 전혀 의사결정을 하지 못하는 경우 또는 어떤 방법으로도 의사표현이 안 되는 경우
	C. 인지기능의 이해시키는 능력	<p>말이나 글 등으로 의사소통을 할 때 자신의 의견이나 요구사항을 표현할 수 있는 정도를 측정하여 기재하는 것으로 평가기준은 다음과 같음.</p> <p>- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 대부분 이해시킴 : 단어를 찾거나 생각을 마무리하는데 어려움이 있는 경우 2. 가끔 이해시킴 : 구체적인 요청을 하는 데 제한이 있는 경우
	C. 인지기능의 행동심리증상의 빈도*	<p>행동심리증상의 경감을 위한 약제를 복용중인 경우에는 그 상태에서 동일 기준으로 평가함.</p> <p>지난 7일 간의 상태를 기준으로 평가하되, 지난 4주간의 상태를 종합적으로 관찰하여 평가하는 것도 가능함. 관찰기간은 이전 관찰기간과 중복되지 않도록 함. 평가기준은 다음과 같음.</p> <p>- 다 음 -</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. 없음 : 지난 7일(4주) 동안 행동심리증상이 전혀 나타나지 않은 경우 1. 가끔 : 지난 7일(4주) 동안 1일(1~7일) 정도 행동심리증상이 나타난 경우

항 목	제 목	세부인정사항
		<p>2. 자주 : 지난 7일(4주) 동안 2일(8일) 이상 나타나나, 매일은 아닌 경우</p> <p>3. 매우자주 : 지난 7일(4주) 동안 매일 하루에 한 번 이상 행동심리증상이 나타난 경우</p> <p>※ 행동심리증상의 정의</p> <p>a. 망상은 사실이 아닌 것을 사실이라고 믿거나, 남들이 자기를 해치려 하거나 무엇을 훔쳐갔다고 주장하는 것을 의미함.</p> <p>b. 환각은 헛것을 보거나 듣는 등 현재에 없는 것을 실제로 보거나 듣거나 경험하는 것을 의미함.</p> <p>c. 초조 또는 공격성은 소리를 지르거나 욕을 하거나, 다른 사람을 때리거나 밀치는 것, 안절부절 못하는 행동 등을 보이는 것을 의미함.</p> <p>d. 우울 또는 낙담은 슬퍼 보이거나 우울해 보이는 것, 환자 스스로 슬프거나 우울하다고 말하는 것을 의미함.</p> <p>e. 불안은 특별한 이유 없이 신경이 매우 예민해 보이거나, 걱정하거나 무서워하는 것을 의미함.</p> <p>f. 들뜬 기분 또는 다행감은 특별한 이유 없이 비정상적으로 기분 좋아하거나 재미있어하는 것을 의미함.</p> <p>g. 무감동 또는 무관심은 주변에 관심과 흥미를 잃거나, 새로운 일을 시작하려는 의욕이 감소하는 것을 의미함.</p> <p>h. 탈억제는 충동적 행동, 사회적으로 부적당한 행동 등을 보이는 것을 의미함.</p> <p>i. 과민 또는 불안정은 평소에 비해 비정상적으로 화를 내거나 성급해졌거나 감정이 급격하게 변하는 것을 의미함.</p> <p>j. 이상 운동증상 또는 반복적 행동은 반복적으로 왔다 갔다 하거나 같은 일을 계속해서 반복하는 것을 의미함.</p> <p>k. 수면 또는 야간행동은 밤에 자지 않고 깨어 있거나 서성거리거나 돌아다녀 다른 사람의 수면을 방해하는 것을 의미함.</p>

항 목	제 목	세부인정사항
		<p>l. 식욕 또는 식습관의 변화는 식욕, 식습관, 음식의 선호가 바뀌는 것을 의미함.</p> <p>m. 케어에 대한 저항은 복약, 주사, 일상생활수행을 위한 도움, 식사 등에 대해 거부하는 것을 의미함.</p> <p>n. 배회는 납득할만한 목적 없이 돌아다니며, 필요사항이나 안전에는 신경 쓰지 않는 것 같이 보이는 것을 의미함.</p>
	C. 인지기능의 K-MMSE(또는 MMSE-K) 검사*	평가표 작성일로부터 6개월 이내의 검사 결과를 의미함.
	D. 신체기능의 일상 생활수행능력(ADL)	<p>일상생활을 하는데 필요한 기본 동작들을 수행하는 능력을 종합적으로 판단하여 평가함. 일시적 변동이나 예외적 상황은 제외하고 반복적이고 통상적인 수행능력의 수준(빈도가 높은 것)을 평가함. 일상적인 보장구 및 보조구 등의 기구를 사용(착용)하고 있는 경우는 그 상태에서 판단하며 평가기준은 다음과 같음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1. 완전자립 : 대부분의 경우 도움이나 감독 없이 스스로 수행할 수 있음.</p> <p>2. 감독필요 : 대부분의 경우 감독이나 격려가 필요함.</p> <p>3. 약간의 도움 : 대부분의 경우 환자가 스스로 행위를 수행하나 무게를 지탱하지 않는 정도의 도움이 필요함.</p> <p>4. 상당한 도움 : 대부분의 경우 무게를 지탱하는 도움을 제공하거나, 해당 활동의 일부분(전체가 아님)을 다른 사람이 전적으로 수행함.</p> <p>5. 전적인 도움 : 대부분의 경우 다른 사람의 전적인 도움을 받아 일상생활을 수행함.</p> <p>6. 행위발생 안함 : 일주일 동안 해당 행위가 전혀 발생하지 않음.</p>

항 목	제 목	세부인정사항
		<p>※ ADL 항목별 정의 및 측정 시 유의사항</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 옷벗고 입기는 일상적인 옷 벗고 입는 일련의 행위를 의미함. 2. 세수하기는 수건 준비, 수도꼭지 돌리기, 물 받기, 얼굴 씻기, 옷이 젖는지 확인, 수건으로 닦기 등의 행위를 의미함. 3. 양치질하기는 칫솔에 치약 바르기, 칫솔질하기, 행굼용 물 준비하기, 가글하기 등의 행위(틀니를 빼고, 씻고, 행구는 등의 행위도 포함)를 의미함. 4. 목욕하기는 목욕이나 샤워를 할 때 비누칠하기, 행구기 등의 행위를 의미함. 5. 식사하기는 투여 경로[경구, 비경구]를 불문하고 환자의 영양섭취와 관련된 일련의 동작을 의미함. 일반적인 식사의 경우 음식이 차려졌을 때 도구를 사용하여 스스로 섭취가 가능한 정도와 일반적인 식사[경관영양, 정맥영양(TPN 등)] 가 아닌 경우 그에 상응하는 식사 활동을 스스로 수행 가능한 정도를 평가함. 신체적 기능이 있다하더라도 치매환자 등에서 인지적인 문제로 인하여 식사하기 동작 수행이 되지 않아 다른 사람(보조인력 등)이 먹여줘야 하는 경우는 다른 사람(보조인력 등)이 먹여준 것을 기준으로 측정함. 그러나 환자의 식욕, 기분 등으로 인해 식사하지 않으려 해서 다른 사람(보조인력 등)이 먹여주는 경우 환자의 실제 '식사하기' 동작의 수행능력 정도를 측정함. 식사하기에서 '행위발생 안함'은 경구 또는 비경구 모두로 체내에 영양이 투여되지 않는 경우를 의미함. 그러므로 금식(NPO)을 하는 환자라도 비경구적으로 영양물질을 공급하고 있는 경우에는 '행위발생 안함'에 기재해서는 안 됨. 6. 체위변경하기는 제대로 돌아눕기, 옆드리기, 옆으로 눕기 등의 행위를 의미함.

항 목	제 목	세부인정사항
		<p>7. 일어나 앉기는 누운 상태에서 상반신을 일으켜 앉는 행위를 의미함.</p> <p>8. 옮겨앉기는 「침상에서 휠체어로」, 「의자에서 휠체어로」, 「휠체어에서 침상으로」, 「휠체어에서 의자로」 이동하는 행위를 의미함.</p> <p>9. 방밖으로 나오기는 환자가 자신의 방에서 복도 등으로 이동하는 행위를 말하며, 휠체어를 사용하는 경우는 일단 휠체어를 탄 상태에서 이동하는 능력을 평가함.</p> <p>10. 화장실 사용하기는 배뇨·배변과 관련된 일련의 동작으로 하의 벗기, 배설 후 닦기, 옷 입기, 변기에 물 내리기, 휴대용 변기 비우기, 사용한 카테터 뒤처리 등의 행위를 의미함. 화장실 또는 실내변기가 있는 곳까지 이동하는 능력은 측정대상에 포함되지 않음. 실내변기, 침상용 변기, 소변기를 사용하는 경우와 인공항문, 인공요루 등을 한 환자의 경우에도 그 상태에서의 수행정도를 판단함. 화장실 사용하기에서 ‘행위발생 안함’은 어떤 형태로든 배설 행위가 전혀 일어나지 않은 경우를 의미함.</p>
	D. 신체기능의 외상 상태 여부	일주일에 적어도 4일 이상 하루 22시간 이상을 자리에 누워 있는 상태를 말함.
	E. 배설기능의 일반 사항	원인에 관계없이 발생하는 모든 실금현상의 존재 여부와 그 정도를 평가함. 실금의 정도는 하루 24시간을 기준으로 기재함. 낮에는 대소변 조절이 가능하나, 밤에 예방적 차원으로 기저귀를 채우고 그 기저귀에 실금을 하였다면 이는 실금이 있는 것으로 봄.
	E. 배설기능의 대변 조절 상태*	<p>환자의 배변 주기를 고려하여 판단하며 평가기준은 다음과 같음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>0. 조절할 수 있음 : 전혀 실금하지 않는 경우</p>

항 목	제 목	세부인정사항
		1. 가끔 실금함 : 평균적인 배변 횟수를 고려하여 실금하는 경우보다 조절하는 경우가 더 많거나 같은 경우 2. 자주 실금함 : 평균적인 배변 횟수를 고려하여 조절하는 경우보다 실금하는 경우가 더 많은 경우 3. 조절 못함 : 배변을 보는 주기에 관계없이 배변할 때마다 실금하는 경우
	E. 배설기능의 소변 조절 상태*	환자의 소변 주기를 고려하여 판단하며 평가기준은 다음과 같음. - 다 음 - 0. 조절할 수 있음 : 전혀 실금하지 않는 경우 1. 가끔 실금함 : 실금하는 경우보다 조절하는 경우가 더 많거나 같은 경우 2. 자주 실금함 : 조절하는 경우보다 실금하는 경우가 더 많은 경우
	E. 배설기능의 배변 조절 기구 및 프로그램*	a. 일정하게 짜여진 배뇨계획 (Scheduled toileting plan) 방광이 차는 것과 관계없이 정해진 시간에 다른 사람 (보조인력 등)이 환자를 화장실에 데리고 가거나, 소변 기를 주거나, 화장실에 가도록 상기시켜 주는 것을 말함. b. 방광 훈련 프로그램 (Bladder training program) 인지기능 손상이 없는 환자에게 방광근 및 요도괄약근 재훈련을 위하여 의식적으로 배설하는 것을 지연시키도록 하거나 긴박하게 소변이 나오는 것을 참도록 교육시키는 것을 말함. c. 규칙적인 도뇨수행 (CIC, Clean Intermittent Catheterization) 일정한 간격(3-6시간)으로 방광 내에 고여 있는 소변을 배출시키는 것을 말함.

항 목	제 목	세부인정사항
		<p>d. 외부(콘돔형) 카테터 남성환자에게 유치도뇨관 삽입 없이 배뇨를 하기 위한 도구를 말함.</p> <p>f. 인공루 요루(urostomy), 장루(colostomy) 등을 말함.</p>
	E. 배설기능의 배뇨 일지 작성 여부*	작성일을 기준으로 7일 이상 지속적으로 작성한 경우 “예”로 기재함.
	F. 질병진단의 일반 사항	의사가 진단한 기록에 근거하여 기재함. 최근의 일상생활 수행능력, 인지기능, 정서, 행동, 의학적 치료, 간호 감시, 사망의 위험과 직접적인 상관이 있는 질병에만 기재함(현재 문제가 되지 않는(비활동성) 진단은 기재하지 않음).
	F. 질병진단의 질병*	c. 요로감염은 지난 30일 이내에 요로감염으로 인해 연속해서 1주일이상 비경구 항생제가 투여된 경우에 해당함.
	G. 건강상태의 문제 상황*	<p>a. 열은 37.2℃(직장 체온은 37.5℃) 이상의 체온이 3일 이상 있는 경우를 말함.</p> <p>b. 탈수는 다음 중 2가지 이상에 해당되는 경우(①, ③은 I/O sheet에 근거해야 함)를 말함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>① 1일 섭취하는 수분량이 1500ml 미만인 경우</p> <p>② 탈수의 임상적 증상[건조한 구강점막, 피부탄력도 저하, 색이 짙은 소변, 새로 발병한 또는 악화된 혼돈, 비정상적인 임상검사 결과(헤모글로빈, 헤마토크리트, 칼륨, 혈액요소질소, 요비중 증가 등)]등을 보이는 경우</p> <p>③ 구토, 열, 설사 등으로 섭취한 수분량 보다 수분 소실량이 많은 경우</p> <p>c. 구토는 약물독성, 독감, 심인성 문제 등 원인에 상관없는 구토를 말함.</p>

항 목	제 목	세부인정사항
	G. 건강상태의 통증*	통증은 통증 유발요인 혹은 완화요인(provocation/palliation), 통증의 양상(quality), 통증부위(region/radiation), 통증 강도(severity), 통증 지속시간(timing) 등을 평가하여 진료 기록부 등에 기록함. 통증강도는 통증 사정도구(VAS 등)를 이용하여 판단하며, 여러 부위에 통증이 있고 각 부위별 통증강도가 다를 경우에도 환자상태별 통증점수와 빈도 등을 통합적으로 고려하여 통증의 빈도와 강도를 기재함.
	G. 건강상태의 낙상 여부*	작성일을 기준으로 지난 30일 이내 또는 31일에서 180일 사이의 낙상존재여부를 말함.
	G. 건강상태의 말기 질환*	진료기록부에 '말기질환 또는 end-stage disease' 등 의사의 기록이 있어야 하며, 질환의 종류를 불문하고 기대여명이 얼마 남지 않아 의사가 말기상태로 진단한 것을 의미함.
	H. 구강 및 영양상태의 연하장애	정맥 또는 경관영양 등을 하고 있어 입으로 물이나 음식을 삼키지 않는 경우에는 연하곤란 증상이 없는 것으로 평가함.
	H. 구강 및 영양상태의 체중*	관찰기간 내에 체중을 측정한 경우 기재함. 체중감소란 지난 31일 이내에 5% 이상 감소 또는 184일 이내에 10% 이상 감소한 경우에 한함. 계산식1) $[\text{지난달 체중(kg)} - \text{이번달 체중(kg)}] / [\text{지난달 체중(kg)}] \geq 0.05$ 계산식2) $[\text{6개월전 체중(kg)} - \text{이번달 체중(kg)}] / [\text{6개월전 체중(kg)}] \geq 0.1$ ※ 체중감소율은 소수 셋째자리에서 절사
	H. 구강 및 영양상태의 영양 섭취방법*	a. 정맥영양(parenteral/IV)은 영양섭취를 목적으로 지속적 또는 간헐적으로 정맥내 영양공급(TPN 등)을 하는 것을 말함. b. 경관영양은 비위관 또는 위루 등을 통해 영양공급을

항 목	제 목	세부인정사항
		하는 것을 말하며 경구를 통한 수분 또는 영양섭취가 곤란한 상태에서 지난 7일 이상 지속적으로 경관영양을 한 경우에 해당함.
	H. 구강 및 영양상태의 정맥 또는 경관을 통한 섭취*	<p>I/O sheet 등에 근거하며 실제 환자가 섭취한 열량 및 수분량을 기준으로 계산함.</p> <p>a. 섭취한 칼로리 비율</p> <p>지난 6일 동안 환자가 섭취(구강섭취 포함)한 총 칼로리 중 정맥 또는 경관을 통해 섭취한 칼로리의 비율 (1일 평균)</p> $\frac{\text{지난 6일 동안 정맥·경관영양으로 섭취한 열량}}{\text{지난 6일 동안의 총 섭취 열량}} \times 100$ <p>b. 수분 섭취량</p> <p>지난 6일 동안 정맥 또는 경관을 통해 섭취한 1일 평균 수분량</p> $\frac{\text{지난 6일 동안 정맥·경관영양으로 섭취한 수분의 총량}}{6}$
	I. 피부상태의 피부 궤양*	<p>의사가 진단한 기록에 근거하여 기재함. 피부궤양(skin ulcer)의 종류에는 욕창(압박성 궤양), 울혈성 궤양, 허혈성 궤양, 말초신경병증 궤양이 있음.</p> <p>압박성 궤양(pressure ulcer)은 일정한 부위에 지속적 압력이 가해졌을 때 모세혈관의 순환장애로 인해 조직의 궤사가 일어나는 것, 울혈성 궤양(stasis ulcer)은 하지의 부적절한 정맥순환으로 인해 발생하는 정맥성 궤양(venous ulcer) 또는 말초정맥질환(PVD, Peripheral Vascular Disease)으로 인한 궤양, 허혈성 궤양(ischemic ulcer)은 동맥관류부전으로 인하여 주로 하지에 나타나는 동맥성 궤양(arterial ulcer), 말초신경병증 궤양(neuropathic ulcer)은 당뇨병 환자에서 흔히 나타나는 궤양을 말함.</p> <p>딱지(necrotic eschar)로 뒤덮여 있어 단계를 알 수 없다면</p>

항 목	제 목	세부인정사항
		<p>변연절제(Debridement)를 수행할 때까지 4단계로 기재하고, 낫고 있는(healing) 궤양의 단계를 평가할 경우 현재 보이는 양상대로 평가함. 예를 들어 3단계 욕창이 낫는 과정에서 현재 2단계 궤양의 양상을 보인다면 2단계로 기재함. 평가기준은 다음과 같음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1단계 : 압박을 제거한 후에도 지속적으로 피부 발적은 있으나, 피부 균열은 없는 경우</p> <p>2단계 : 피부가 벗겨지거나 수포모양을 보이는 부분적인 피부층의 소실 있는 경우</p> <p>3단계 : 피부가 전층 소실되거나 피하층이 나타나고 깊은 분화구가 생긴 경우</p> <p>4단계 : 피부와 피부층이 전부 소실되고 근육이나 뼈가 노출된 경우</p>
	I. 피부상태의 새로 발생한 욕창*	이전 평가 이후 새로 발생한 욕창(압박성 궤양) 존재 여부를 의미함.
	I. 피부상태의 지난 1년 간 욕창 과거력*	욕창(압박성 궤양)이 지난 1년 이내에 발생했다가 치유된 적이 있는지를 확인함. 현재의 압박성 궤양, 욕혈성 궤양 등의 과거력은 제외함.
	I. 피부상태의 피부의 기타 문제*	<p>a. 2도 이상의 화상은 진료기록부에 담당의사가 '2도 이상의 화상'에 대한 피부상태를 기록한 경우 해당함.</p> <p>b. 개방성 피부병변은 매독이나 피부암 등으로 인하여 발생한 개방성 피부질환을 의미함.(피부궤양, 자상, 발적은 제외)</p> <p>c. 수술창상은 수술 후 회복되지 않은 상처를 의미함.</p> <p>d. 발의 감염은 봉소염, 화농성 배출물이 있는 경우에 해당함.</p>

항 목	제 목	세부인정사항
	I. 피부상태의 피부 문제에 대한 처치*	<p>a. 압력을 줄여주는 도구에는 젤, 공기 또는 다른 쿠션을 포함한 의자나 휠체어, 공기방석, 물침대, 에어매트리스, 거품침대 등을 말함(도넛모양의 쿠션은 포함하지 않음).</p> <p>b. 체위변경은 두 시간마다 지속적으로 환자의 체위를 변경 시켜주는 것을 말함.</p> <p>c. 피부문제를 해결하기 위한 영양은 적절한 열량공급(30kcal/kg 이상)이나 고단백 치료(1.25g/kg 이상)만 해당함.</p> <p>f. 수술창상 치료는 수술창상을 보호하거나 치료하기 위한 중재를 말함. 예를 들어 국소 청결(topical cleansing), 창상세척(wound irrigation), 항생제연고 등을 발라줌, 드레싱 실시, 봉합사 제거, 침수 또는 열 요법을 적용한 경우임. 흉관(Chest-tube) 등의 드레싱도 포함함.</p>
	K. 특수처치 및 전문 재활 치료의 정맥 주사에 의한 투약*	주사 투여기준 범위 내에서 연속 또는 간헐적으로 3일 이상 정맥주사로 치료약제가 투여된 경우를 말함. 영양물질, 투석, 진단 혹은 수술 전 처치에 수반되는 일시적 약물만 투여된 경우는 제외함.
	K. 특수처치 및 전문 재활 치료의 배뇨 관련 루 관리*	방광루, 요루 등의 관리를 말함.
	K. 특수처치 및 전문 재활 치료의 배변 관련 루 관리*	장루 등의 관리를 말함.
	K. 특수처치 및 전문 재활 치료의 영양 관련 루 관리*	위루 등의 관리를 말함.
	K. 특수처치 및 전문 재활 치료의 산소 요법*	마스크, 캐놀라 등 투여경로를 불문하고 작성일을 기준으로 지난 14일 중 7일 이상 산소를 투여하되, 산소포화도(SaO ₂ 또는 SpO ₂)가 90% 이하인 상태에서 산소 투여를 시작한 경우를 말함. 날을 달리하여 비연속적으로 산소를

항 목	제 목	세부인정사항
		투여하는 경우에도 산소포화도(SaO ₂ 또는 SpO ₂)가 90% 이하로 재시작한 경우만 해당하고, 산소를 투여하는 하루 중에는 지속적 또는 간헐적으로 투여할 수 있음. 관찰기간은 이전 관찰기간과 중복되지 않도록 함. 관찰기간이 14일 미만인 경우에도 7일 이상 연속적으로 산소를 투여하거나 산소 투여일수의 합이 7일 이상이어야 함.
	K. 특수처치 및 전문 재활 치료의 하기도 증기흡입치료*	자4-1 하기도 증기흡입치료의 급여기준에 적합하게 시행한 경우를 말함.
	K. 특수처치 및 전문 재활 치료의 흡인*	흡인(suction)으로 상기도 및 기관지내의 분비물을 배출 시키는 경우에 한함. 구강내 및 비강내 흡인만 하는 경우는 제외함.
	K. 특수처치 및 전문 재활 치료의 기관 절개관 관리*	기관절개관 교환 및 기관절개구와 캐놀라의 세정 등을 시행한 경우 해당함.
	K. 특수처치 및 전문 재활 치료의 인공 호흡기*	지난 7일 동안 1일 8시간 이상 지속적으로 인공호흡기를 사용한 경우를 말하며 인공호흡기를 떼는 과정(weaning)도 포함함. 간헐적 양압/음압호흡치료(IPPB/INPB), 지속적 양압호흡치료(CPAP), 양위양압호흡치료(BIPAP) 등과 같은 호흡치료는 제외함.
	K. 특수처치 및 전문 재활 치료의 중심 정맥영양*	중심정맥관을 통하여 영양물질을 공급한 경우에 해당함.
	K. 특수처치 및 전문 재활 치료의 전문 재활치료*	지난 7일 동안 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제3편 (별표1) 특정항목에 해당하는 재활치료를 실시한 날 수를 기재함. 재활치료 인정기준은 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편에 의함.

□ 제3부 행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침

항 목	제 목	세부인정사항
요 - 51 요양병원 입원료	간호인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등적용 관련 기준	<p>적정수준의 간호인력을 확보하지 못한 요양병원에서 간호서비스의 일부를 보호자나 간병인에게 위임하는 등 입원 진료시 간호서비스의 질이 저하되는 바람직하지 않은 현상을 해소하기 위해서 시행하고 있는 [간호인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등제] 관련 기준은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 환자 산정기준</p> <p>간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등제의 기준이 되는 환자수는 건강보험심사평가원에 제출한 요양 병원 입원료 차등제 산정현황 통보서상의 입원 환자 수로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3편 제3부[산정지침] 4.바(3)을 말함.</p> <p>나. 간호인력 산정기준</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 간호인력은 입원환자 간호업무를 전담하는 간호사와 이에 대한 간호업무를 보조하는 간호조무사를 의미함. 2) (입원)병동에 근무하지만 입원환자 간호를 전담하지 않는 간호인력(간호감독, 전임노조, 가정간호사, 호스 피스 간호사 등), 일반병상과 특수병상을 순환 또는 파견(PRN 포함) 근무하는 간호인력, 특수병상 중 중환자실, 격리실, 인공신장실, 물리치료실에서 근무 하는 간호인력, 외래 근무자는 산정대상에서 제외 하며, 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우에는 동 기간 동안 간호인력 산정대상에서 제외함. 3) 계약직 및 단시간 근무 간호인력은 「기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률」 제17조(근로 조건의 서면명시)를 준수하고, 계약직의 경우에는 3개월 이상 고용계약을 체결한 경우에 산정함.

항 목	제 목	세부인정사항
		<p>4) 단시간 근무 간호사로 1주간의 근로시간이 휴게 시간을 제외하고 월평균 40시간 미만인 근무자에 대하여 16(이상)~20시간(미만) 근무자의 경우 0.4인, 20(이상)~24시간(미만) 근무자는 0.5인, 24(이상)~28시간(미만) 근무자는 0.6인, 28(이상)~32시간(미만) 근무자는 0.7인, 32(이상)~36시간(미만) 근무자는 0.8인, 36(이상)~40시간(미만) 근무자는 0.9인으로 산정하며, 「소득세법」 시행규칙 제7조 제4호에 의한 의료취약지역 소재 요양기관은 각각 0.5인, 0.6인, 0.7인, 0.8인, 0.9인, 1인으로 산정함. 다만, 계약직 간호사를 고용하는 경우, 정규직 간호사 의무고용 비율은 100분의 80으로 함.</p> <p>5) 전일제 근무 간호인력으로 1주간의 근로시간이 휴게 시간을 제외하고 월평균 40시간 이상인 근무자는 1인으로 산정함. 다만, 계약직 간호조무사는 전일제인 경우에만 3인을 2인으로 산정함.</p> <p>6) 출산휴가자를 대체하는 간호사는 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간 이상인 근무자의 경우 1인으로 산정함.</p> <p>다. 간호인력 확보수준에 따른 등급산정 및 신청방법</p> <p>1) 환자수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 환자수 평균으로, 간호인력수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직 일수 평균으로 산정하되, 평균 환자수와 평균 간호인력수는 각각 소수점 셋째자리에서 반올림하여 계산함.</p> <p>2) 요양기관은 [별지 제6호 서식]에 의한 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서를 건강보험심사평가원에 매분기말 16일부터 20일까지 제출하여야 하며, 미제출 기관은 6등급으로 산정함. 다만, 제출기간을 도과하더라도 적용분기 전일까지 부득이한 사유를 소명하여</p>

항 목	제 목	세부인정사항
		<p>제출하는 경우에 한하여 확인된 간호등급을 적용하며, 통보서 내용 중 간호인력 현황에 변경사항 발생 시는 즉시 제출하여야 함.</p> <p>(고시 제2019-183호, '20.1.1. 시행)</p>
	<p>의사인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등적용 관련 기준</p>	<p>적정수준의 의사인력을 확보하지 못한 요양병원에서 입원 환자에 대한 의료서비스의 질이 저하되는 현상을 방지하기 위하여 시행하는 [의사인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등제] 관련 기준은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 환자 산정기준</p> <p>의사인력 확보수준에 따른 입원료 차등제의 기준이 되는 환자수는 건강보험심사평가원에 제출한 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서상의 입원환자수로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3편제3부[산정지침 4.마.(3)을 말함.</p> <p>나. 의사인력 산정기준</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 의사는 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서상의 상근자를 의미하며, 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우에는 동 기간 동안 의사인력 산정대상에서 제외함. 2) 시간제 또는 격일제 의사는 주3일 이상이면서 주 20시간 이상인 경우 0.5인으로 인정하며, 기간제 의사는 근무시간 등 근무조건이 정규직 근무자와 동일하면서 3개월 이상 고용계약을 체결한 경우는 1인으로 인정함. <p>다. 의사인력 확보수준에 따른 등급산정 및 신청방법</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 환자수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 환자수 평균으로, 의사수는

항 목	제 목	세부인정사항
		<p>전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직일수 평균으로 산정하되, 평균 환자수와 평균 의사수는 각각 소수점 셋째자리에서 반올림하여 계산함.</p> <p>2) 요양기관은 [별지 제6호 서식]에 의한 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서를 건강보험심사평가원에 매분기말 16일부터 20일까지 제출하여야 하며, 미제출 기관은 4등급으로 산정함. 다만, 제출기간을 도과하더라도 적용분기 전일까지 부득이한 사유를 소명하여 제출하는 경우에 한하여 확인된 의사등급을 적용하며, 통보서 내용 중 의사인력 현황에 변경사항 발생 시는 즉시 제출하여야 함.</p> <p>(고시 제2019-302호, '21.1.1. 시행)</p>
	필요인력 확보에 따른 별도 보상제 관련 기준	<p>요양병원의 입원환자에게 질 높은 의료서비스를 제공토록 하기 위해 시행하는 [필요인력 확보에 따른 별도 보상제] 관련 기준은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 환자 산정기준 건강보험심사평가원에 제출한 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서상의 입원환자수를 말함.</p> <p>나. 약사 산정기준 환자수가 200명 이상인 경우 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서상의 상근자를 의미하며, 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우에는 동 기간 동안 산정대상에서 제외함.</p> <p>다. 의무기록사, 방사선사, 임상병리사, 물리치료사, 사회복지사 산정기준 건강보험심사평가원에 제출한 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서상의 상근자를 의미하며, 연속적 부재</p>

항 목	제 목	세부인정사항
		<p>기간이 16일 이상인 경우에는 동 기간 동안 산정대상에서 제외함.</p> <p>라. 필요인력 산정 및 신청방법</p> <p>1) 환자수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 환자수 평균으로 산정하되, 소수점 셋째자리에서 반올림하여 계산하며, 약사 및 의무기록사, 방사선사, 임상병리사, 물리치료사, 사회복지사는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직일수로 산정함.</p> <p>2) 요양기관은 [별지 제6호 서식]에 의한 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서를 건강보험심사평가원에 매분기말 16일부터 20일까지 제출하여야 하며, 미제출 기관은 별도 산정할 수 없음. 다만, 제출기간을 도과하더라도 적용분기 전일까지 부득이한 사유를 소명하여 제출하는 경우에 한하여 확인된 필요인력 현황을 적용함. 통보서 내용 중 필요인력 현황에 변경사항 발생 시는 즉시 제출하여야 함.</p> <p>(고시 제2019-302호, '21.1.1. 시행)</p>
요54 격리실 입원료	요양병원 격리실 입원료 급여기준	<p>요양병원 격리실 입원료는 전파경로별 격리지침을 준수하여야 하며 의료법 시행규칙 제34조 [별표 4] 제1호 사목을 준수한 경우(병상이 300개 미만 요양병원 포함) 다음과 같이 요양급여함</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 급여대상</p> <p>의료법 시행규칙 제36조제2항에 의한 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제41조제1항에 따라 제1급감염병 및 질병관리청장이 고시한 감염병에 걸린 같은 법 제2조제13호부터 제15호까지에 따른</p>

항 목	제 목	세부인정사항
		<p>감염병환자, 감염병의사환자 또는 병원체보유자(이하 “감염병환자등”이라 한다) 및 같은 법 제42조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 감염병환자등이 아닌 경우</p> <p>나. 인정기준</p> <p>상기 가.의 경우 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 I. 행위 제1장 기본진료료 가10 격리실 입원료에 의함</p> <p>(고시 제2021-135호, '21.5.4. 시행)</p>
요55 요양병원 입원 환자 안전관리료	요양병원 입원환자 안전관리료 산정기준	<p>요양병원 입원환자 안전관리료는 다음의 요건을 모두 충족하는 경우 요양급여하며, 입원환자 입원 1일당 1회 산정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 대상기관</p> <p>「환자안전법」 제11조·제12조를 준수하고 「의료법」 제58조·제58조의3에 따라 ‘인증’ 또는 ‘조건부인증’ 등급을 받은 200병상 이상 요양 병원</p> <p>나. 산정기준</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 환자안전위원회는 「환자안전법」 제11조제3항 및 같은 법 시행규칙 제8조에 명시된 업무를 시행하여야 하며, 위원회 구성은 같은 법 시행규칙 제6조를 따름. 2) 전담인력은 「환자안전법」 제12조제3항 및 같은 법 시행규칙 제9조제5항에 따른 업무를 시행하여야 하며, 환자안전 활동에 대한 연간 계획을 수립하고 관리하여야 함. 3) 「환자안전법」 제9조 및 같은 법 시행령 제6조에 따른 환자안전기준 준수를 위해 아래의 가), 나)를 포함한 체계적인 활동을 시행하여야 함.

항 목	제 목	세부인정사항
		<p>가) 입원환자 병문안 관리 규정을 자체적으로 수립하고 이를 시행하여야 함.</p> <p>나) 입원기간 동안 낙상, 욕창 예방 및 관리 등을 시행하여야 함.</p> <p>4) 인력기준 및 병문안 관리기준은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 I. 행위 제1장 기본진료료 가29 입원환자 안전관리료의 기준을 동일하게 적용함.</p> <p>5) 6인 이하 병실에 입원한 경우에만 산정함. ('22.1.1.부터 적용)</p> <p>(고시 제2021-135호, '21.5.4. 시행)</p>
요56 요양병원 지역 사회 연계료	요양병원 지역사회 연계료 산정기준	<p>요양병원 입원환자의 퇴원 후 원활한 지역사회 복귀를 지원하기 위한 요양병원 지역사회 연계료의 산정기준을 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적용대상</p> <p>입원일로부터 120일 경과 후 퇴원이 예정되어 있고 지역연계가 필요한 환자</p> <p>나. 산정방법</p> <p>1) 요양병원 지역사회 연계 평가료는 환자지원팀이 환자 (또는 보호자)를 대상으로 [별지 제17호 서식]에 따라 환자지원 심층평가를 실시하고 작성한 경우 산정함. 상담·평가를 수 회 실시하더라도 입원기간 중 1회 산정하며, 평가완료 후 환자 상태의 급격한 변화 등 불가피한 경우 진료기록부에 이를 기록하고 입원기간 중 최대 2회까지 산정함.</p> <p>2) 요양병원 지역사회 연계 관리료는 환자지원팀이 환자 (또는 보호자)를 대상으로 [별지 제18호 서식]에 따라</p>

항 목	제 목	세부인정사항
		<p>퇴원지원 표준계획을 수립·작성하고 지역사회 자원연계 계획에 따라 연계가 이루어진 경우 산정함. 환자지원팀이 환자(또는 보호자)와 함께 지역 행정기관 등을 방문하여 연계가 이루어진 경우 요양병원 지역사회연계 관리료 II를 산정하고, 이 외에는 요양병원 지역사회연계 관리료 I을 산정하며 종류 및 횟수를 불문하고 퇴원 시 1회만 산정</p> <p>다. 기타</p> <p>1) 환자지원팀은 요양병원 환자지원 심층평가표[별지 제 17호 서식], 요양병원 퇴원지원 표준계획서[별지 제 18호 서식] 및 연계내역(연계기관, 연계 서비스 등)을 요양기관정보마당으로 제출하여야 하며 관련 사항을 진료기록부에 기록·보관하여야 함.</p> <p>2) 환자지원팀(상근하는 의사, 간호사, 사회복지사) 중 1인 이상은 요양병원 퇴원환자 지원 기본교육을 매년 이수하여야 함. ('21.1.1.부터 적용)</p> <p>(고시 제2019-183호, '19.11.1. 시행)</p>

[별지 제6호 서식]

(앞면)

요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서																					
요양기관명												요양기관 기호									
소재지												작성자 성명			전화번호						
적용구분		년 분기 적용																			
간호 인력	① 등급	등급		의사 인력	⑧ 등급	등급		필요 인력	⑭ 환자수 (3개월 평균)	명											
	② 환자수 (3개월 평균)	명			⑨ 환자수 (3개월 평균)	명			⑮ 약사수	명											
	③ 간호사수 (3개월 평균)	명			⑩ 의사수 (3개월 평균)	명			⑯ 의무기록사수	명											
	④ 간호조무사수 (3개월 평균)	명			⑪ 환자수 대 의사수 (9/10)				⑰ 방사선사수	명											
	⑤ 환자수 대 간호인력수 ②/(③+④)				⑫ 전문의수 (3개월 평균)	명			⑱ 임상병리사수	명											
	⑥ 환자수 대 간호사수 ②/③				⑬ 전문의수 대 의사수 (12/10)				⑲ 물리치료사수	명											
	⑦ 간호사수 대 간호인력수 ③/(③+④)								⑳ 사회복지사수	명											
【환자수 현황】																					
구분	계	년 월 (전월15일 ~ 당월14일)					년 월 (전월15일 ~ 당월14일)					년 월 (전월15일 ~ 당월14일)									
		건강 보험	의료 급여	자보	산재	기타	건강 보험	의료 급여	자보	산재	기타	건강 보험	의료 급여	자보	산재	기타					
① 입원환자수 (환자별 재원일수의 합)																					
② 낮병동 입원환자수																					
③ 적용입원환자수 (3개월 평균)	명																				
【간호인력 현황】																					
연번	※ ② 인력 구분	※ ⑤ 직종 구분	※ ⑥ 근무 형태	※ ⑦ 직책 구분	성명	주민등록번호	면허 (자격) 번호	취득 일자	입사 일자	퇴사 일자	※ ⑧ 병동 구분 코드	병동		휴가		적용 구분	⑩출산대체				⑪ 재직 일수
												최초 근무 일자	최종 근무 일자	※ ⑨ 구분	시작 일자		종료 일자	출산 휴가자		대체 기간	
																		※ ⑩ 성명	※ ⑪ 주민 번호		
【의사인력 현황】																					
연번	※ ⑭ 근무 형태	성명	주민등록번호	※ ⑮ 면허 종별	면허 번호	면허 취득 일자	※ ⑯ 자격 종별	자격 번호	자격 취득 일자	입사 일자	퇴사 일자	휴가			⑫ 재직 일수						
												※ ⑰ 구분	시작 일자	종료 일자							

108 | 건강보험심사평가원

(뒷면)

요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서 작성요령

- ① 간호인력 등급 : 환자수 대 간호인력수(⑤)와 환자수 대 간호사수(⑥)에 따른 해당 등급을 기재
- ② ⑨ ⑭ 환자수 (3개월 평균) : 적용입원환자수(㉓)
- ③ 간호사수 (3개월 평균), ④ 간호조무사수 (3개월 평균) : 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 간호사, 간호조무사의 재직일수의 합/해당분기 일수 (소수점 3자리에서 반올림)
 - 계약직 및 단시간 근무 간호인력은 「기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률」 제17조(근로조건서의 서면명시)를 준수하고, 계약직의 경우에는 3개월 이상 고용계약을 체결한 경우에 산정함
 - 단시간 근무 간호사로 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간 미만인 근무자에 대하여 16(이상)~20시간(미만) 근무자의 경우 0.4인, 20(이상)~24시간(미만) 근무자는 0.5인, 24(이상)~28시간(미만) 근무자는 0.6인, 28(이상)~32시간(미만) 근무자는 0.7인, 32(이상)~36시간(미만) 근무자는 0.8인, 36(이상)~40시간(미만) 근무자는 0.9인으로 산정하며, 「소득세법」 시행규칙 제7조 제4호에 의한 의료취약지역 소재 요양기관은 각각 0.5인, 0.6인, 0.7인, 0.8인, 0.9인, 1인으로 산정함. 다만, 계약직 간호사를 고용하는 경우, 정규직 간호사 의무고용비율은 100분의 80으로 함
 - 전일제 근무 간호인력으로 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간 이상인 근무자는 1인으로 산정함. 다만, 계약직 간호조무사는 전일제인 경우에만 3인을 2인으로 산정함 (계약직 간호조무사수 × 0.6666667)
 - 출산휴가자를 대체하는 간호사는 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간 이상인 근무자의 경우 1인으로 산정함
- ⑤ 환자수 대 간호인력수 : ②/(③+④) (소수점 3자리 이하 절사)
- ⑥ 환자수 대 간호사수 : ②/③ (소수점 3자리 이하 절사)
- ⑦ 간호사수 대 간호인력수 : ③/(③+④) (소수점 3자리 이하 절사)
- ⑧ 의사등급 : 환자수 대 의사수(⑪)와 전문의수 대 의사수(⑬)에 따른 해당 등급을 기재
- ⑩ 의사수 (3개월 평균) : 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 의사별 재직일수의 합/해당분기 일수 (소수점 3자리에서 반올림)
 - 시간제 또는 격일제 의사는 주3일 이상이면서 주20시간 이상인 경우 0.5인으로 인정하며, 기간제 의사는 근무시간 등 근무조건이 정규직 근무자와 동일하면서 3개월 이상 고용계약을 체결한 경우는 1인으로 인정함
- ⑪ 환자수 대 의사수 : ⑨/⑩ (소수점 3자리 이하 절사)
- ⑫ 전문의수 (3개월 평균) : 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 전문의 (내과, 신경과, 정신건강의학과, 외과, 정형외과, 신경외과, 흉부외과, 성형외과, 마취통증의학과, 산부인과, 소아청소년과, 안과, 이비인후과, 피부과, 비뇨의학과, 영상의학과, 방사선종양학과, 병리과, 진단검사의학과, 결핵과, 재활의학과, 예방의학과, 가정의학과, 응급의학과, 핵의학 및 직업환경의학과)별 재직일수의 합/해당분기 일수 (소수점 3자리에서 반올림)
 - 시간제 또는 격일제 의사는 주3일 이상이면서 주20시간 이상인 경우 0.5인으로 인정하며, 기간제 의사는 근무시간 등 근무조건이 정규직 근무자와 동일하면서 3개월 이상 고용계약을 체결한 경우는 1인으로 인정함
- ⑬ 전문의수 대 의사수 : ⑫/⑩ (소수점 3자리 이하 절사)

- ⑮ 약사수 ~ ⑳ 사회복지사수 : 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직일수 기준
 ○ 물리치료실 등 시설을 갖추고 해당 장비를 보유 및 약사를 고용하고(3개월 평균 적용입원환자수가 200명 이상인 요양병원은 약사가 1명이상 상근시, 3개월 평균 적용입원환자수가 200명 미만인 요양병원은 약사가 주16시간 이상 근무시) 필요인력 5개 직종(의무기록사, 방사선사, 임상병리사, 물리치료사, 사회복지사) 중 4개 직종에서 각 1인 이상 고용 시 인센티브 부여
- ㉑ 입원환자수(환자별 재원일수의 합) : 입원환자수(대상기간 입원환자별 재원일수의 합), 건강보험/의료급여/자보/산재/기타 각각 기재
- ㉒ 낮병동 입원환자수 : 낮병동 입원환자수(대상기간 일자별 낮병동 입원환자수의 합), 건강보험/의료급여/자보/산재/기타 각각 기재
- ㉓ 적용입원환자수 (3개월 평균) : ㉑+㉒ (낮병동 1인도 입원환자 1인으로 환산)/해당분기 일수 (소수점 3자리에서 반올림)
- ㉔ 인력구분 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01. 간호사 02. 간호조무사
- ㉕ 직종구분 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01. 정규직(계약 기간에 정함이 없는 경우) 02. 계약직
- ㉖ 근무형태 (코드번호로 기재 또는 선택)
 01. 전일제 근무 : 정규직 또는 계약직으로 1주간의 근로시간이 월평균 40시간 이상 근무
 02. 단시간 근무(36~40시간) : 정규직 또는 계약직으로 1주간의 근로시간이 월평균 36시간 이상 40시간 미만 근무
 03. 단시간 근무(32~36시간) : 정규직 또는 계약직으로 1주간의 근로시간이 월평균 32시간 이상 36시간 미만 근무
 04. 단시간 근무(28~32시간) : 정규직 또는 계약직으로 1주간의 근로시간이 월평균 28시간 이상 32시간 미만 근무
 05. 단시간 근무(24~28시간) : 정규직 또는 계약직으로 1주간의 근로시간이 월평균 24시간 이상 28시간 미만 근무
 06. 단시간 근무(20~24시간) : 정규직 또는 계약직으로 1주간의 근로시간이 월평균 20시간 이상 24시간 미만 근무
 07. 단시간 근무(16~20시간) : 정규직 또는 계약직으로 1주간의 근로시간이 월평균 16시간 이상 20시간 미만 근무
- ㉗ 직책구분 (간호사의 경우에만 코드번호로 기재 또는 선택) : 01.부원장, 02.이사, 03.부장, 04.과장(팀장, 감독), 05.수간호사, 06.책임간호사, 07.부책임간호사, 08.간호사
- ㉘ 병동구분 병동코드 : 병동별 병상운영 현황의 병동구분, 병동코드를 기재 또는 선택 (예 : 1001-일반병동의 001병동코드, 2010-특수병동의 분만실, 9001-기타 행정)
- ㉙ 휴가구분 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.출산, 02.육아, 03.연수, 04.병가, 05.기타
- ㉚ 출산휴가자의 대체 간호사 신고 : 간호사 신고와 동일하게 연번 ㉔번부터 ㉙번까지 기재 및 입력 후, ㉚번에 출산 휴가자 성명·주민번호 입력 및 출산 대체 기간 입력
- ㉛ 재직일수 : 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직한 일수를 기재하며, 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동기기간은 재직일수에서 제외
- ㉜ 근무형태 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.상근, 02.비상근, 03.약사 주 16시간이상 근무
- ㉝ 면허종별 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.의사, 02.치과의사, 03.한의사
- ㉞ 자격종별 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.내과, 02.신경과, 03.정신건강의학과, 04.외과, 05.정형외과, 06.신경외과, 07.흉부외과, 08.성형외과, 09.마취통증의학과, 10.산부인과, 11.소아청소년과, 12.안과, 13.이비인후과, 14.피부과, 15.비뇨의학과, 16.영상의학과, 17.방사선종양학과, 18.병리과, 19.진단검사의학과, 20.결핵과, 21.재활의학과, 22.핵의학과, 23.가정의학과, 24.응급의학과, 25.직업환경의학과, 26.예방의학과, 50.구강악안면외과, 80.한방내과 등

[별지 제15호 서식]

(앞면)

요양병원 6인 이상 병실·병상 운영현황[신규·변경]통보서						1. 신규 2. 변경 ※
요양기관명				요양기관기호		
소재지		작성자 성명		전화번호		
[병상수 현황]						
순번	① 단위실※	② 단위코드※	③ 병실 수※	④ 병상 수※	⑤ 적용일자(from)※	⑥ 적용일자(to)※
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
국민건강보험법 시행규칙 제12조에 따라 요양병원 6인 이상 병실·병상 운영현황[신규·변경]통보서를 제출합니다.						
년 월 일						
개설자(대표자)					(서명 또는 인)	
작성자 성명					(서명 또는 인)	
건강보험심사평가원장 귀하						
주) 세부 작성요령(뒷면)을 참조하여 작성하시기 바라며 ※란은 반드시 기재하여야 합니다.						

요양병원 6인 이상 병실·병상 운영현황 통보서 작성요령

【제출시기】

- 신규통보 : 6인 이상 병실을 운영하는 경우 제출
- 변경통보 : 6인 이상 병실 운영현황 변경 발생 시 제출
- * 건강보험심사평가원 보건의료자원통합신고포탈을 통해 제출

【병상수 현황】

- ① 단위(실) : 5인실이하, 6인실, 7인실, 8인실, 9인실, 10인실, 11인실, 12인실, 13인실, 14인실 이상으로 구분하여 국민건강보험법 시행규칙 [별지 제14호 서식] 요양기관 현황신고서상의 실제 기준으로 기재
- ② 단위코드 : 005, 006, 007, 008, 009, 010, 011, 012, 013, 014로 구분하여 기재
(예 : 5인실 이하는 005, 6인실은 006, 7인실은 007, 8인실은 008, 9인실은 009, 10인실은 010, 11인실은 011, 12인실은 012, 13인실은 013, 14인실 이상은 014로 기재)
- ③ 병실수 : 병실수를 단위실별로 기재함. 다만, 5인실이하 또는 14인실이상 병실은 단위실별 병실수의 합으로 기재함. 「국민건강보험법 시행규칙」 제12조에 따른 요양기관 현황신고서 상의 병실수
<5인실 이하 예시> 1인실 1개, 2인실 2개, 3인실 3개, 4인실 4개, 5인실 5개 운영하는 경우
병실수의 합, $1+2+3+4+5=15$ (개), 15로 기재
- ④ 병상수 : 병상수를 단위실별로 기재함. 다만, 5인실이하 또는 14인실이상 병실은 단위실별 병상수의 합으로 기재함. 「국민건강보험법 시행규칙」 제12조에 따른 요양기관 현황신고서 상의 병상수
<5인실 이하 예시> 1인실 1개, 2인실 2개, 3인실 3개, 4인실 4개, 5인실 5개 운영하는 경우
1인실*1개=1병상
2인실*2개=4병상
3인실*3개=9병상
4인실*4개=16병상
5인실*5개=25병상
인실별 병상수의 합, $1+4+9+16+25=55$ (병상), 55로 기재
- ⑤ 적용일자(from) : 신규통보는 「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제14호 서식의 개설신고(허가)일, 변경통보는 「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제17호 서식의 변경일, 8자리 숫자로 입력 (예 : 20180701)
- ⑥ 적용일자(to) : 「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제17호의 변경일 전일, 8자리 숫자로 입력
(예 : 20180630)

※ 제출 대상 : 의료법 제3조제2항제3호에 의한 요양병원(단, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설은 제외)

(앞면)

요양병원 환자지원 심층평가표

A. 일반적 사항

1. 환자성명 : _____
2. 입원일 : _____ 3. 작성일 : _____
4. 읽고 쓰기가 가능하니까? ☐ 1. 가능 ☐ 2. 불가능 ☐ 3. 확인 불가
5. 주민등록상의 가구원 수 ()명
6. 가구형태
- 6-1. 주민등록기준 ☐ 1. 1인 가구 ☐ 2. 부부가구 ☐ 2-1. 둘 다 노인 ☐ 2-2. 한 쪽만 노인
☐ 2-3. 둘 다 노인이 아님
☐ 3. 자녀동거가구 ☐ 4. 기타 가구 ()
- 6-2. 실제거주기준 ☐ 1. 1인 가구 ☐ 2. 부부가구 ☐ 2-1. 둘 다 노인 ☐ 2-2. 한 쪽만 노인
☐ 2-3. 둘 다 노인이 아님
☐ 3. 자녀동거가구 ☐ 4. 기타 가구 ()
7. 입원 전 거주지
- ☐ 1. 환자본인 집 ☐ 2. 자녀/친인척/지인 등의 집 ☐ 3. 의료기관 ☐ 3-1. 요양병원
☐ 3-2. 요양병원 외의 의료기관
- ☐ 4. 장기요양시설 ☐ 5. 장기요양시설 외 사회복지시설 ☐ 6. 기타 ()
8. 의료보장유형
- ☐ 1. 건강보험 ☐ 2. 건강보험 차상위 1종 ☐ 3. 건강보험 차상위 2종
- ☐ 4. 의료급여 1종 ☐ 5. 의료급여 2종 ☐ 6. 기타 ()

B. 경제적 측면

1. 현재 직업 유무
- ☐ 1. 현재 일을 하고 있음 ☐ 2. 과거에는 일을 하였으나 지금은 하지 않음 ☐ 3. 평생 일을 하지 않음
- 1-1. (1번 문항의 답이 '2' 인 경우에만 응답) 현재 일을 하지 않는 이유?
- ☐ 1. 정년퇴직 ☐ 2. 장애/질병으로 인한 휴직 ☐ 3. 장애/질병으로 인한 중도퇴직
☐ 4. 해고 등으로 인한 실직 ☐ 5. 본인 스스로 퇴사 ☐ 6. 기타 ()
2. 주 수입원의 종류 (해당항목 모두 체크)
- ☐ 1. 근로소득 [☐ 1-1. 노인일자리사업 ☐ 1-2. 그 외] ☐ 2. 부동산 등 재산소득 ☐ 3. 사회보험
☐ 4. 정부보조금 ☐ 5. 가족, 친척 등 지원 ☐ 6. 후원금 ☐ 7. 기타 ()
- 2-1. (2번문항의 답이 '3'인 경우에만 응답) 사회보험 종류 (해당항목 모두 체크)
- ☐ 1. 공적연금 ☐ 2. 고용보험 ☐ 3. 산재보험 ☐ 4. 기타 ()
- 2-2. (2번 문항의 답이 '4'인 경우에만 응답) 정부보조금 종류 (해당항목 모두 체크)
- ☐ 1. 국민기초생활보장급여 [☐ 1-1. 생계급여 ☐ 1-2. 주거급여 ☐ 1-3. 자활급여] ☐ 2. 장애수당 및 장애아동 부양수당
☐ 3. 기초노령연금 ☐ 4. 긴급복지지원금 ☐ 5. 잘 모름 ☐ 6. 기타 ()
3. 월 가구 소득
- ☐ 1. 50만원 미만 ☐ 2. 50만원~100만원 미만 ☐ 3. 100만원~200만원 미만 ☐ 4. 200만원 이상
4. 가구의 현재 재산 규모 (해당항목 모두 체크)
- ☐ 1. 동산 ()원 ☐ 2. 부동산 ()원 ☐ 3. 기타 ()원
5. 과거에 정부보조금을 받기 위해 주민자치센터나 복지관을 통해 신청을 의뢰하였던 적이 있습니까?
- ☐ 1. 아니오 ☐ 2. 예 [☐ 2-1. 승인되어 수혜를 받고 있음 ☐ 2-2. 기각됨 ☐ 2-3. 신청 중]
6. 병원비 보상을 받을 수 있는 민간보험이 있습니까? ☐ 1. 아니오 ☐ 2. 예
7. 부양 의무자로부터 부양을 받을 수 있습니까? ☐ 1. 아니오 ☐ 2. 예

C. 심리사회적 측면

■ 가족 및 지지체계

1. 가족 교류(왕래) 정도

- ☐ 1. 전혀 없음 ☐ 2. 가끔(2개월에 한번) ☐ 3. 보통 (한 달에 한번) ☐ 4. 자주 ☐ 5. 가족 없음

2. 친척/친구/이웃/지인 교류(왕래) 정도

- ☐ 1. 전혀 없음 ☐ 2. 가끔(2개월에 한번) ☐ 3. 보통 (한 달에 한번)
☐ 4. 자주 ☐ 5. 친척/친구/이웃/지인 없음

3. 여가 및 사회활동참여 (해당항목 모두 체크)

- ☐ 1. 경로당 ☐ 2. 사회(노인)복지관 ☐ 3. 동호회 ☐ 4. 종교단체 ☐ 5. 봉사단체 ☐ 6. 지역단체 ☐ 7. 기타 ()

4. 가족과의 관계에 어려움이 있습니까? ☐ 1. 아니오 ☐ 2. 예 (답이 '예'인 경우만 4-1평가)

4-1. 가족관계 평가(대처자원, 가족발달주기, 의사소통, 가족역할의 유연성 등에 대해서 평가하여 기술)

5. 도움을 받을 수 있는 지지체계가 있습니까? ☐ 1. 아니오 ☐ 2. 예 (답이 '예'인 경우만 5-1평가)

5-1. 지지체계의 종류 ☐ 1. 가족 ☐ 2. 가족 외()

■ 질병의 이해 및 수용 정도 (※ 6번~8번 문항은 평가자가 환자와 가족의 상담을 통해 평가)

6. 질병(장애)에 대한 환자의 이해정도 ☐ 1. 명확히 이해 ☐ 2. 일부 이해 ☐ 3. 이해 못함

7. 질병(장애)에 대한 환자의 수용정도 ☐ 1. 명확히 이해하고 수용 ☐ 2. 일부 이해 ☐ 3. 이해 못함

8. 질병(장애)에 대한 가족의 이해정도 ☐ 1. 명확히 이해 ☐ 2. 일부 이해 ☐ 3. 이해 못함 ☐ 4. 해당 없음

9. 사회복귀 후 다음의 역할 수행이 가능합니까?

- 9-1. 일상생활 ☐ 1. 가능 ☐ 2. 불가능 ☐ 3 기타 ()
 9-2. 가족 역할 ☐ 1. 가능 ☐ 2. 불가능 ☐ 3 기타 ()
 9-3. 사회적 역할 ☐ 1. 가능 ☐ 2. 불가능 ☐ 3 기타 ()

D. 퇴원관련사항

■ 환자와 가족의 퇴원준비

1. 환자의 퇴원 고려 정도

- ☐ 1. 의료적 치료가 완료 되는데로 퇴원 희망 ☐ 2. 퇴원과 관련된 어려움(걱정)이 있어 거부 ☐ 3. 기타 ()

1-1.(1번 문항의 답이 '2' 경우만 응답) 퇴원방해 요인 (해당항목 모두 체크)

- ☐ 1. 퇴원 후 거처 없음 ☐ 2. 돌봄 제공자 부재 ☐ 3. 병원비 ☐ 4. 경제적 어려움
☐ 5. 식사 준비 ☐ 6. 가족 간의 불화 ☐ 7. 질병과 관련한 막연한 불안/두려움
☐ 8. 의료적 관리가 필요한 부분에 대한 대처(호흡기, 욕창, 배뇨, 기관절개, 감염 등)
☐ 9. 이동의 어려움 ☐ 10. 고립감/외로움 ☐ 11. 기타 ()

2. 가족의 퇴원 고려 정도

- ☐ 1. 의료적 치료가 완료 되는데로 퇴원 희망 ☐ 2. 퇴원과 관련한 어려움(걱정)이 있어 거부 ☐ 3. 기타 ()

2-1. (2번 문항의 답이 '2'인 경우에만 응답) 퇴원방해 요인 (해당항목 모두 체크)

- ☐ 1. 퇴원 후 모실 곳이 없음 ☐ 2. 돌봄 제공자 부재 ☐ 3. 병원비 ☐ 4. 경제적 어려움
☐ 5. 식사 준비 ☐ 6. 가족 간의 불화 ☐ 7. 질병과 관련한 막연한 불안/두려움
☐ 8. 의료적 관리가 필요한 부분에 대한 대처(호흡기, 욕창, 배뇨, 기관절개, 감염 등)
☐ 9. 이동의 어려움 ☐ 10. 기타 ()

■ 퇴원 후 거주지

3. 퇴원 후 거주지가 있습니까? ☐ 1. 아니오 ☐ 2. 예

3-1. (3번 문항의 답이 '예'인 경우에만 응답) 퇴원 후 거주지

- ☐ 1. 환자 본인 집 ☐ 2. 자녀/친인척/지인 등의 집 ☐ 3. 장기요양시설
☐ 4. 장기요양시설 외 사회복지시설 ☐ 5. 기타 ()

4. 일상생활이 불편한 경우, 거주하고 싶은 곳
☐ 1. 환자 본인 집 ☐ 2. 자녀/친인척/지인 등의 집
☐ 3. 돌봄, 식사, 생활편의 서비스 등이 제공되는 장기요양시설을 포함한 사회복지시설
☐ 4. 기타 () ☐ 5. 해당 없음 ()

5. 주택 임차료, 유지수선비 등 주거안정비용 지원이 필요합니까? (국민기초생활수급권자인 경우만 체크)
☐ 1. 아니오 ☐ 2. 예 ☐ 3. 해당 없음

■ 퇴원 후 돌봄제공자

6. 치료 및 돌봄 주 의사결정자
☐ 1. 환자 본인 ☐ 2. 가족 (관계:) ☐ 3. 기타 (관계:)

7. 입원 전 돌봄 제공자 (해당항목 모두 체크)
☐ 1. 환자 본인 ☐ 2. 가족 (관계:) ☐ 3. 유급 간병인
☐ 4. 요양보호사(노인장기요양보험등) ☐ 5. 기타 (관계:)

8. 퇴원 후 돌봄 제공자 (해당항목 모두 체크)
☐ 1. 환자 본인 ☐ 2. 가족 (관계:) ☐ 3. 유급 간병인
☐ 4. 요양보호사(노인장기요양보험등) ☐ 5. 기타 (관계:)

■ 주거환경개선

9. 주택소유 형태 ☐ 1. 자가 ☐ 2. 공공임대 ☐ 3. 일반 전·월세 ☐ 4. 기타 ()

10. 주택유형
 10-1. 가옥형태 ☐ 1. 아파트 ☐ 2. 빌라 ☐ 3. 단독주택 ☐ 4. 다세대주택 ☐ 5. 기타 ()
 10-2. 진입형태 (복수선택 가능) ☐ 1. 엘리베이터 ☐ 2. 계단 ☐ 3. 경사로 ☐ 4. 난간 ☐ 5. 기타 ()

11. 화장실 유형 ☐ 1. 양변기 ☐ 2. 화변기 ☐ 3. 이동변기 ☐ 4. 기타 ()

12. 집으로 퇴원 시 주거환경 개선 지원이 필요합니까? ☐ 1. 아니오 ☐ 2. 예

13. (12번 문항의 답이 '예'인 경우에만 응답) 주거환경 개선 필요 부분 (해당항목 모두 체크)
 13-1. ☐ 안전관리 ☐ 1. 문턱 ☐ 2. 미끄럼방지 ☐ 3. 손잡이 ☐ 4. 기타 ()
 13-2. ☐ 이동 ☐ 1. 계단 ☐ 2. 문턱 ☐ 3. 안전 바 ☐ 4. 기타 ()
 13-3. ☐ 일상생활 ☐ 1. 화장실 ☐ 2. 부엌 ☐ 3. 거실 ☐ 4. 침실 ☐ 5. 기타 ()
 13-4. ☐ 기타 ()

■ 퇴원 후 이동수단

14. 퇴원 시 또는 퇴원 후 이동 시 도움 제공자 유무 ☐ 1. 없음 ☐ 2. 있음 ☐ 3. 도움이 필요 없음

15. 이동수단
☐ 1. 자가용 ☐ 1-1. 자가운전 ☐ 1-2. 타인운전
☐ 2. 대중교통 ☐ 2-1. 자립이용 ☐ 2-2. 도움필요
☐ 3. 구급차 ☐ 4. 교통약자 이동지원 ☐ 5. 도보 ☐ 6. 기타 ()

E. 활용가능자원파악

1. 장애정도 ☐ 1. 해당 사항 없음 ☐ 2. 신청이 필요하나 신청하지 못함 ☐ 3. 신청 중
☐ 4. 신청하였으나 인정 못 받음 ☐ 5. 장애정도 인정받음(장애인복지법에 따른 등록장애인)

1-1. (1번 문항의 답이 '5'인 경우에만 응답) 장애의 종류
☐ 1. 지체장애 ☐ 2. 뇌 병변장애 ☐ 3. 시각장애 ☐ 4. 청각장애 ☐ 5. 언어장애
☐ 6. 안면장애 ☐ 7. 신장장애 ☐ 8. 심장장애 ☐ 9. 간장애 ☐ 10. 호흡기장애
☐ 11. 장루·요루장애 ☐ 12. 간질장애 ☐ 13. 정신지체장애 ☐ 14. 정신장애 ☐ 15. 발달장애

1-2. (1번 문항의 답이 '5'인 경우에만 응답) 장애 정도 ☐ 1. 심한 장애인 ☐ 2. 심하지 않은 장애인

2. 이용 중이거나 경험한 사회복지 서비스가 있음 ☐ 1. 아니오 ☐ 2. 예
- 2-1. (2번 문항의 답이 '예'인 경우에만 응답) 사회복지 서비스의 종류 (해당항목 모두 체크)
- ☐ 1. 사례관리 ☐ 2. 재가서비스 ☐ 3. 노인돌봄서비스 ☐ 4. 방문보건서비스
- ☐ 5. 가사간병서비스 ☐ 6. 장애인활동보조서비스 ☐ 7. 기타()

F. 문제사정

문제유형	문제여부	
■ 경제적 문제		
1. 병원비 마련에 어려움이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 1. 아니오	<input type="checkbox"/> 2. 예
2. 퇴원 후 생계유지에 어려움이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 1. 아니오	<input type="checkbox"/> 2. 예
3. 퇴원 후 치료유지에 어려움이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 1. 아니오	<input type="checkbox"/> 2. 예
■ 심리사회적 문제		
4. 질병, 장애에 대한 이해가 부족합니까?	<input type="checkbox"/> 1. 아니오	<input type="checkbox"/> 2. 예
5. 질병, 장애에 대한 수용이 어렵습니까?	<input type="checkbox"/> 1. 아니오	<input type="checkbox"/> 2. 예
6. 사회복지에 어려움이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 1. 아니오	<input type="checkbox"/> 2. 예
7. 사회적 지지체계가 부족합니까?	<input type="checkbox"/> 1. 아니오	<input type="checkbox"/> 2. 예
8. 가족기능에 문제가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 1. 아니오	<input type="checkbox"/> 2. 예
■ 퇴원계획 문제		
9. 퇴원 후 거주지 문제가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 1. 아니오	<input type="checkbox"/> 2. 예
10. 퇴원 필요성에 대한 인식이 부족합니까?	<input type="checkbox"/> 1. 아니오	<input type="checkbox"/> 2. 예
11. 퇴원 후 환자 돌봄에 문제가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 1. 아니오	<input type="checkbox"/> 2. 예
12. 퇴원 후 주거환경에 문제가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 1. 아니오	<input type="checkbox"/> 2. 예
13. 퇴원 또는 외래 치료 시 이동수단의 문제가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 1. 아니오	<input type="checkbox"/> 2. 예

■ 지역사회 자원연계 문제

14. 사회복지서비스 연계 필요합니까? ☐ 1. 아니오 ☐ 2. 예
- 14-1. (14번 문항의 답이 '예'인 경우에만 응답) 필요한 지역사회 자원의 종류(해당항목 모두 체크)
- ☐ 1. 일자리 ☐ 2. 주거 ☐ 3. 일상생활 ☐ 4. 신체건강 및 보건의료
- ☐ 5. 정신건강 및 심리정서 ☐ 6. 보호 및 돌봄, 요양 ☐ 7. 안전 및 권익보장

G. 개입계획 및 개입수준

유형	개입계획			
	문제의 심각성		개입수준	
심리사회적문제	<input type="checkbox"/> 1. 문제없음	<input type="checkbox"/> 2. 심하지 않음	<input type="checkbox"/> 1. 해당 없음	<input type="checkbox"/> 2. 단순연계
	<input type="checkbox"/> 3. 중간 정도	<input type="checkbox"/> 4. 심함	<input type="checkbox"/> 3. 서비스연계	<input type="checkbox"/> 4. 집중사례관리
경제적문제	<input type="checkbox"/> 1. 문제없음	<input type="checkbox"/> 2. 심하지 않음	<input type="checkbox"/> 1. 해당 없음	<input type="checkbox"/> 2. 단순연계
	<input type="checkbox"/> 3. 중간 정도	<input type="checkbox"/> 4. 심함	<input type="checkbox"/> 3. 서비스연계	<input type="checkbox"/> 4. 집중사례관리
퇴원계획문제	<input type="checkbox"/> 1. 문제없음	<input type="checkbox"/> 2. 심하지 않음	<input type="checkbox"/> 1. 해당 없음	<input type="checkbox"/> 2. 단순연계
	<input type="checkbox"/> 3. 중간 정도	<input type="checkbox"/> 4. 심함	<input type="checkbox"/> 3. 서비스연계	<input type="checkbox"/> 4. 집중사례관리
지역사회자원연계문제	<input type="checkbox"/> 1. 문제없음	<input type="checkbox"/> 2. 심하지 않음	<input type="checkbox"/> 1. 해당 없음	<input type="checkbox"/> 2. 단순연계
	<input type="checkbox"/> 3. 중간 정도	<input type="checkbox"/> 4. 심함	<input type="checkbox"/> 3. 서비스연계	<input type="checkbox"/> 4. 집중사례관리

환자지원팀 : 의사(), 간호사(), 사회복지사(), 기타1(), 기타2()

평가자(직종) : _____(서명 또는 인)

(뒷면)

요양병원 환자지원 심층평가표 작성요령

【작성 원칙】

1. 환자지원팀은 주거, 돌봄, 경제적지원 등의 퇴원지원이 필요할 정도의 사회경제적 욕구가 있는 환자를 찾아내기 위해 사회환경 선별조사(환자평가표 일반사항 11번~14번 질문을 활용)를 실시하고 잠재적 환자를 선별한 후 30분 이상 환자 및 보호자와 상담·면담을 통해 요양병원 환자지원 심층평가를 수행함
2. 요양병원 환자지원 심층평가는 평가하는 시점을 기준으로 작성함

【일반사항】

- 가구형태 실제거주 기준 : 평가시점에서 3개월 이상 같은 거주지에서 생활한 사람을 기준으로 함

【경제적 측면】

- 주 수입원의 종류
 - 근로소득 : 환자본인의 노동을 통한 소득
 - 부동산 등 재산소득 : 부동산 임대소득, 부동산 매매차익, 권리금 등 포함
 - 사회보험 : 공적연금, 고용보험, 산재보험, 사회보험 일시금 등이 포함됨
 - 정부보조금 : 국민기초생활보장급여, 장애수당 및 장애아동 부양수당, 기초노령연금, 긴급복지지원금 등이 포함됨
 - 가족, 친척 등 지원 : 부모나 자녀, 친인척으로부터 받는 용돈(현물제외) 등 포함
 - 후원금 : 종교 및 사회단체에서 받는 현금 등이 포함됨

【심리사회적 측면】

■ 가족 및 지지체계

- 가족교류 : 2촌 이내 혼인, 혈연 또는 입양으로 형성된 가족과의 교류 횟수 기재. 면대면의 방문, 전화, 편지 등 포함
- 친척/친구/이웃/지인 교류 : 3촌 이상의 친인척, 오랫동안 친하게 지내거나 인접하여 사는 이웃, 평소 잘 알고 지내는 사람들과의 교류 횟수를 기재. 면대면의 방문, 전화, 편지 등 포함
- 지지체계 : 가족 및 가족 외(종교, 지역사회기관(공공기관, 민간기관) 등 사회적 지지체계를 모두 포함하며, 지지체계의 종류를 기재하고 가능하다면 빈도수까지 기재
- 질병(장애)에 대한 환자의 이해 : 환자의 현재의 진단명, 치료계획, 치료에 대한 기대수준을 평가
- 질병(장애)에 대한 환자의 수용정도 : 질병(장애)의 특성·예후, 건강관리와 생활습관 개선 등에 대한 수용 정도 평가
- 질병(장애)에 대한 가족의 이해 : 진단명·치료계획에 대한 이해, 퇴원 후 건강관리 및 가족의 역할 등에 대한 이해 정도

【개입계획 및 개입수준】

각 영역에 맞는 문제들에 대한 개입계획 수립 후 결과를 평가

■ 문제의 심각성

- 문제없음 : 해당되는 문제없음
- 심하지 않음 : 문제가 있으나, 단순 또는 일회성 외부 개입 및 자원 투입(간단한 퇴원교육 등)으로 해결 가능
- 중간정도 : 문제가 있어 개입이 필요한 단계. 분기 또는 반기별 외부 개입 및 자원 투입으로 해결 가능
- 심함 : 문제가 있어 적극적인 개입이 필요한 단계. 매달 또는 매주 간격의 외부 개입 및 자원투입이 필요하며 지속적인 모니터링이 필요한 정도

■ 개입수준

- 해당 없음 : 개입 필요 없음
- 단순 연계 : 서비스 제공기관에 대한 단순 이용안내나 정보제공 등 사회복지사의 직접적인 개입 없이 연계가 가능한 경우 (예 : 노인장기요양보험 또는 보건소 각종 건강관련 서비스 안내 등)
- 서비스 연계 : 서비스 연계가 이루어지기까지 사회복지사의 직접적인 개입이 필요한 경우
(예 : 서류준비, 지원신청, 지원결과 확인 등 연계 과정을 직접 진행 하는 경우)
- 집중사례관리 : 환자의 건강 및 복지관련 욕구를 토대로 서비스를 발굴하고 지역사회 연계 한 달 이내 지속적인 모니터링을 통해 서비스 만족도를 확인해야 하는 정도의 개입수준

[별지 제18호 서식]

(양면)

요양병원 퇴원지원 표준계획서	
기본 사항	성명 : _____ 성별 : _____ 생년월일 : _____ 년 월 일 (만 세)
	행정 주소지 : _____ 환자 전화번호 : _____ 퇴원 후 거주지 : _____ 보호자 전화번호 : _____
보건 의료 정보	입원일 : _____ 년 월 일 퇴원 예정일 : _____ 년 월 일
	담당의 : _____ 퇴원 후 관리가 필요한 부분 □ 해당 없음 □ 기관지 절개관 관리 □ 흡인 □ 산소요법 □ 욕창간호 □ 암성통증간호 □ 도뇨관리 □ 장루간호 □ 투석간호 □ 당뇨발 간호 □ 기타 질병에 대한 유의점 () 만성질환 □ 해당 없음 □ 고혈압 □ 당뇨 □ 만성폐쇄성폐질환 □ 천식 □ 고지혈증 □ 심부전 □ 치매 □ 기타 () 약제 관리 □ 해당 없음 □ 완전자립 □ 투약도움 필요 - 다제 약물 □ 해당 없음 □ 5개 미만 □ 5개 ~ 9개 □ 10개 ~ 14개 □ 15개 이상
건강 수준 (신체 정신)	식사 하기 □ 완전자립 □ 감독필요 □ 약간의 도움 □ 상당한 도움 □ 전적인 도움 □ 행위 발생인함 - 형태 □ 일반식 □ 잘게 썰어줌 □ 죽 또는 미음 □ 경관영양 □ 확인불가 - 삼킨 장애 □ 없음 □ 있음 □ 간헐적 □ 항상 체위 변경하기 □ 완전자립 □ 감독필요 □ 약간의 도움 □ 상당한 도움 □ 전적인 도움 □ 행위 발생인함 올겨 앉기 □ 완전자립 □ 감독필요 □ 약간의 도움 □ 상당한 도움 □ 전적인 도움 □ 행위 발생인함 - 보행능력 □ 완전자립 □ 감독필요 □ 1명 도움필요 □ 2명 도움필요 □ 걷지 못함 - 이동방편(실내) □ 도보 □ 지팡이 □ 보행기 □ 휠체어 □ 기타 () 화장실 사용하기 □ 완전자립 □ 감독필요 □ 약간의 도움 □ 상당한 도움 □ 전적인 도움 □ 행위 발생인함 - 방법 □ 화장실 □ 이동식변기 □ 간이식 침상변기 □ 기저귀 인지기능 □ 스스로 일관성 있고 합리적인 의사결정을 함 □ 인식기술이 다소 손상됨 □ 새로운 상황에서만 의사결정의 어려움이 있음 □ 인식기술이 심하게 손상됨 문제행동 □ 없음 □ 망상 □ 환각 □ 초조/공격성 □ 우울/낙담 □ 불안 □ 수면/야간행동 □ 들뜬 기분/다행감 □ 탈억제 □ 과민/불안정 □ 배회 □ 무감동/무관심 □ 이상운동증상 또는 반복적 행동 □ 식욕/식습관의 변화 □ 케어에 대한 저항
	퇴원 후 거주지 □ 환자 본인 집 □ 자녀/친척/지인 등의 집 □ 장기요양시설 □ 장기요양시설 외 사회복지시설 □ 기타 ()
	가구 형태 □ 1인 가구 □ 부부가구 □ 자녀동거부부 □ 기타 ()
	퇴원 후 돌봄 제공자 □ 환자 본인 □ 가족(관계:) □ 유급 간병인 □ 요양보호사 □ 기타 (관계:)
	주거환경 개선 필요성 □ 안전관리 □ 문턱 □ 미끄럼방지 □ 손잡이 □ 기타 () □ 이동 □ 계단 □ 문턱 □ 안전 바 □ 기타 () □ 일상생활 □ 화장실 □ 부엌 □ 거실 □ 침실 □ 기타 ()
	이동 수단 □ 자가용 □ 자가운전 □ 타인운전 □ 대중교통 □ 자립이용 □ 도움필요 □ 구급차 □ 교통약자 이동지원 □ 도보 □ 기타 ()
	장기요양등급 □ 해당 없음 □ 신청 □ 신청 예정 □ 진행 중 □ 완료: _____ 등급 □ 기 등급자(_____ 등급) □ 추후 재의뢰
	장애정도 □ 해당 없음 □ 신청 필요하나 신청하지 못함 □ 3. 신청 중 □ 신청하였으나 인정 못 받음 □ 5. 장애정도 인정받음
	기초생활수급 및 차상위 □ 해당 없음 □ 의료급여수급권자 1급 □ 의료급여수급권자 2급 □ 생계급여수급권자 □ 주거급여수급권자 □ 자활급여수급권자 □ 차상위 ※ 해당사항 모두 체크
	일자리 □ 해당 없음 □ 직업상담 및 알선 □ 직업능력개발 및 직업교육 □ 창업지원 □ 자활 및 일자리사업 □ 직업유지 및 자립지원 □ 구직관련 비용지원
주거 □ 해당 없음 □ 주거환경개선 □ 거주마련 및 이주지원 □ 주거관련 비용지원	
일상생활 □ 해당 없음 □ 가사지원 □ 식사(식품)지원 □ 활동(이동)지원 □ 위생(이비용)지원 □ 생활용품 지원 □ 일상생활관련 비용지원 □ 복잡지원	
신체건강 및 보건의료 □ 해당 없음 □ 검진 진단 및 치료 □ 재활치료 □ 질병예방 및 건강관리 □ 의약품, 의약품 및 보장구 지원 □ 보건의료관련 비용지원	
정신건강 및 심리정서 □ 해당 없음 □ 정신건강교육 □ 심리검사 및 진단 □ 정서발달 및 치유지원 □ 정신, 심리상담 □ 정신질환자 치료 및 사회복귀 지원 □ 정신건강관련 비용 지원	
보호 및 돌봄, 요양 □ 해당 없음 □ 장기시설보호 □ 단기 시설보호 □ 주야간 보호 □ 간병 및 돌봄 서비스 □ 장제서비스 □ 돌봄, 요양관련 비용지원	
안전 및 권익보장 □ 해당 없음 □ 안전 및 인권교육 □ 학대 및 폭력피해자 지원 □ 법률 및 재무상담 □ 법률지원관련 비용지원	
퇴원 후 연계 필요 기관 □ 해당 없음 □ 지자체(케어안내장구) □ 보건소 □ 사회복지기관(복지관 등) □ 중독관리센터 □ 치매 안심센터 □ 건강보험공단(건강관리사업, 노인장기요양운영센터 등) □ 정신건강증진센터 □ 건강생활지원센터 □ 사회복지시설(요양시설 등) □ 기타 ()	
종합 평가 의견	환자지원팀: 의사(), 간호사(), 사회복지사(), 기타1(), 기타2(), 기타3() 작성 일자: _____ 년 월 일
상기 내용에 대해 충분히 설명을 들었고, 환자지원팀의 지원 계획에 동의하십니까? 환자(보호자): _____ (서명)	

요양기관명: _____ 전화: _____
주소: _____ 팩스: _____

[별지 제25호 서식]

(앞면)

환자평가표

‘*’ 표시가 있는 항목은 반드시 의무기록에 근거하여 기재

A. 일반사항

1. 환자성명 _____
2. 주민등록번호 □□□□□□ - □□□□□□
3. 입원일* □□□□년 □□월 □□일
4. 요양개시일 □□□□년 □□월 □□일
5. 평가구분
 - ☐ 1. 입원 평가 ☐ 2. 계속 입원 중인 환자 평가 ☐ 3. 이전 환자평가표를 적용하는 경우
6. 작성일 □□□□년 □□월 □□일
7. 입원 직전 있던 곳(5. 평가구분 중 입원 평가인 경우만 체크)
 - ☐ 1. 집에 거주(재가장기요양서비스/가정간호/방문간호를 받으면서)
 - ☐ 2. 집에 거주(재가장기요양서비스/가정간호/방문간호를 받지 않으면서)
 - ☐ 3. 요양시설/그룹홈 ☐ 4. 급성기병원 ☐ 5. 요양병원
 - ☐ 6. 정신병원/정신시설 ☐ 7. 기타
8. 교육수준(5. 평가구분 중 입원 평가인 경우만 체크)
 - ☐ 1. 무학 ☐ 2. 초졸(퇴) ☐ 3. 중졸(퇴) ☐ 4. 고졸(퇴) ☐ 5. 대졸(퇴) 이상 ☐ 6. 확인 불가
9. 혈압* □□□/□□□mmHg
10. 건강생활습관(5. 평가구분 중 입원 평가인 경우만 체크)
 - a. 담배를 피우십니까? ☐ 0. 아니요 ☐ 1. 예
 - b. 술을 자주 마십니까? ☐ 0. 아니요 ☐ 1. 예
 - c. 주 4일 이상, 한번에 30분 이상 운동을 합니까? ☐ 0. 아니요 ☐ 1. 예
 - d. 하루 세끼 식사를 꼬박꼬박 챙겨 먹습니까? ☐ 0. 아니요 ☐ 1. 예
11. 장기요양등급 및 신청(5. 평가구분 중 입원 평가인 경우만 체크)
 - ☐ 1. 해당사항 없음 ☐ 2. 미신청 ☐ 3. 신청 중
 - ☐ 4. 신청하였으나 인정 못 받음 ☐ 5. 등급 내 자 ☐ 6. 등급 외 자
12. 장기요양등급 및 이용 서비스(5. 평가구분 중 입원 평가인 경우, 11. 등급 내 자인 경우만 체크)
 - a. 등급
 - ☐ 1. 1등급 ☐ 2. 2등급 ☐ 3. 3등급 ☐ 4. 4~5등급 ☐ 5. 인지지원등급 ☐ 6. 확인 불가
 - b. 이용 중인 또는 이용하였던 서비스(해당 항목에 모두 체크)
 - ☐ 1. 주·야간보호 ☐ 2. 방문요양 ☐ 3. 방문간호 ☐ 4. 방문목욕
 - ☐ 5. 단기보호 ☐ 6. 복지용품 구입 및 대여 ☐ 7. 시설입소 ☐ 8. 기타
13. 장기요양서비스를 받고 싶은 의향이 있습니까?(5. 평가구분 중 입원 평가인 경우, 11. 장기요양등급 미신청 또는 신청하였으나 인정 못 받은 경우 체크)
 - ☐ 0. 아니요 ☐ 1. 예
14. 사회환경 선별조사(5. 평가구분 중 입원 평가인 경우, 지난 1년 동안의 상황을 종합하여 체크)
 - a. 응답 거부 ☐
 - b. 식사준비, 간병 등의 도움을 줄 수 있는 사람이 없음 ☐ 0. 아니요 ☐ 1. 예
 - c. 전기·수도 등 공과금 미납으로 서비스 중단 고지를 받은 적 있음 ☐ 0. 아니요 ☐ 1. 예
 - d. 안정적으로 거주할 집이 없어 노숙 등을 한 적 있음 ☐ 0. 아니요 ☐ 1. 예
 - e. 병원비, 월세 등 주거비, 난방비 등 비용 지출이 어려운적이 있음 ☐ 0. 아니요 ☐ 1. 예
 - f. 교통수단 부족으로 진료, 복지관 등 외출이 어려웠던 적이 있음 ☐ 0. 아니요 ☐ 1. 예
 - g. 먹을 것이 없거나 학대를 받는 등 긴급하게 도움이 필요한 적이 있음 ☐ 0. 아니요 ☐ 1. 예

B. 의식상태

1. 혼수*

- ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예(예 '예'라고 체크한 경우 'D. 신체기능'으로 넘어감)

2. 섬망*

- ☐ 0. 섬망의 증상이 전혀 나타나지 않음
☐ 1. 섬망의 증상이 있으나, 지난 7일 이전에 발생함
☐ 2. 섬망의 증상이 있으나, 지난 7일 이내에 발생하였거나 악화되고 있음

C. 인지기능

1. 단기기억력 ☐ 0. 정상 ☐ 1. 이상 있음 ☐ 2. 확인 불가
 2. 일상 생활사에 관한 의사결정을 할 수 있는 인식기술
☐ 0. 스스로 일관성 있고 합리적인 의사결정을 함
☐ 1. 새로운 상황에서만 의사결정의 어려움이 있음
☐ 2. 인식기술이 다소 손상됨 ☐ 3. 인식기술이 심하게 손상됨
 3. 이해시키는 능력
☐ 0. 이해시킴 ☐ 1. 대부분 이해시킴 ☐ 2. 가끔 이해시킴 ☐ 3. 거의/전혀 이해시키지 못함
 4. 말로 의사표현을 할 수 있음 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예
 5. 행동심리증상의 빈도*(해당 칸에 '√' 표시)

항 목	없음	가끔	자주	매우자주
a. 망상				
b. 환각				
c. 초조/공격성				
d. 우울/낙담				
e. 불안				
f. 들뜬 기분/다행감				
g. 무감동/무관심				
h. 탈억제				
i. 과민/불안정				
j. 이상 운동증상 또는 반복적 행동				
k. 수면/야간행동				
l. 식욕/식습관의 변화				
m. 케어에 대한 저항				
n. 배회				

6. K-MMSE(또는 MMSE-K) 검사*

- a. 평가표 작성일로부터 지난 6개월 이내 K-MMSE(또는 MMSE-K) 검사 실시 여부

☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

- b. 검사를 실시한 경우 기재

b-1. 점수(점) b-2. 검사일 년 월 일

7. 치매 척도 검사*

- a. CDR(Clinical Dementia Rating) 검사 실시 여부 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

- b. CDR(Clinical Dementia Rating) 검사를 실시한 경우 기재

b-1. 점수(점) . b-2. 검사일 년 월 일

- c. GDS(Global Deterioration Scale) 검사 실시 여부 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

- d. GDS(Global Deterioration Scale) 검사를 실시한 경우 기재

d-1. 점수(점) d-2. 검사일 년 월 일

D. 신체기능

■ 일상생활수행능력(Activities of Daily Living, ADL)(해당 칸에 '√' 표시)

항 목	기능자립정도					
	완전자립	감독필요	약간의 도움	상당한 도움	전적인 도움	행위 발생안함
1. 옷벗고 입기						
2. 세수하기						
3. 양치질하기						
4. 목욕하기						
5. 식사하기						
6. 체위변경하기						
7. 일어나 앉기						
8. 옮겨앉기						
9. 방밖으로 나오기						
10. 화장실 사용하기						

※ ADL 평가기준별 점수: 완전자립 1점, 감독필요 2점, 약간의 도움 3점, 상당한 도움 4점, 전적인 도움과 행위발생 안함은 5점임.

11. 와상상태 여부 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

E. 배설기능

1. 대변조절 상태*

☐ 0. 조절할 수 있음 ☐ 1. 가끔 실금함 ☐ 2. 자주 실금함 ☐ 3. 조절 못함

2. 소변조절 상태*

☐ 0. 조절할 수 있음 ☐ 1. 가끔 실금함 ☐ 2. 자주 실금함 ☐ 3. 조절 못함

3. 환자에게 실시하는 배변조절 기구 및 프로그램*(해당 항목에 모두 체크)

☐ a. 일정하게 짜여진 배뇨계획 ☐ b. 방광 훈련 프로그램 ☐ c. 규칙적 도뇨
☐ d. 외부(콘돔형) 카테터 ☐ e. 패드, 팬티형 기저귀 ☐ f. 인공루
☐ g. 유치도뇨관 삽입 ☒ 유치도뇨관 삽입(교체)일자 년 월 일
☐ h. 해당사항 없음

4. 배뇨일지*

a. 배뇨일지 작성 여부 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예
b. 배뇨일지 작성일수 일 (배뇨일지 작성 여부가 '1.예'인 경우)

F. 질병진단

1. 질병*(해당 항목에 모두 체크)

☐ a. 당뇨(☒ 당뇨에 체크한 경우 (1), (2) 기재)

(1) a. 1일 3회 이상 혈당검사 매일 실시 여부 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

b. 실시한 경우 가장 최근 혈당치

b-1. 공복시 혈당 mg/dl b-2. 식후2시간 혈당 mg/dl

(2) a. 최근 3개월 이내에 헤모글로빈A1c(HbA1c) 검사 실시 여부

☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

b. 실시한 경우 기재

b-1. HbA1c . % b-2. 검사일 년 월 일

☐ b. 고혈압 ☐ c. 요로감염 ☐ d. 말초혈관질환 ☐ e. 하지마비
☐ f. 사지마비 ☐ g. 편마비 ☐ h. 뇌성마비 ☐ i. 뇌혈관질환
☐ j. 파킨슨병(G20) ☐ k. 척수손상
☐ l. 중증근무력증 및 기타 근신경장애(G70) ☐ m. 근육의 원발성 장애(G71)

- ☐ n. 다발경화증(G35) ☐ o. 헌팅톤병(G10) ☐ p. 유전성 운동실조(G11)
☐ q. 척수성 근위축 및 관련 증후군(G12)
☐ r. 달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축(G13)
☐ s. 진행성 핵상 안근마비[스틸-리차드슨-울스제위스키](G23.1)
☐ t. 중추신경계통의 비정형바이러스 감염(A81)
☐ u. 아급성 괴사성 뇌병증[리이](G31.81)
☐ v. 후천성면역결핍증(B20~B24, Z21) ☐ w. 치매 ☐ x. 고지혈증
☐ y. 심부전 ☐ z. 만성폐색성폐질환 ☐ aa. 천식 ☐ ab. 해당사항 없음

2. 영양관련 장애*(해당 항목에 모두 체크)

- ☐ a. 파시오르코르(E40) ☐ b. 영양성 소모증(E41) ☐ c. 소모성 파시오르코르(E42)
☐ d. 상세불명의 중증 단백질-에너지 영양실조(E43)
☐ e. 중등도 및 경도의 단백질-에너지 영양실조(E44)
☐ f. 단백질-에너지 영양실조로 인한 발육지연(E45)
☐ g. 상세불명의 단백질-에너지 영양실조(E46)
☐ h. 해당사항 없음

G. 건강상태

1. 문제 상황*(해당 항목에 모두 체크)

- ☐ a. 열([°] 열에 체크한 경우 (1), (2), (3) 기재)
 (1) 체온 . ℃
 (2) 발열 원인을 찾는 검사와 처치 시행 여부 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예
 (3) 발열 일수 일
☐ b. 탈수 ☐ c. 구토 ☐ d. 수술 3개월 이내 루 관리
☐ e. 출혈·감염 등의 문제로 인한 루 관리 ☐ f. 해당사항 없음

2. 통증*

- ☐ a. 통증 발생 빈도
☐ 0. 통증 없음 ☐ 1. 통증 있으나 매일은 아님 ☐ 2. 매일 통증이 있음
☐ b. 통증 강도([°] 통증이 있는 경우 (1), (2), (3) 중 하나를 기재)
 (1) 시각 통증 등급(Visual Analogue Scale, VAS) 점
 (2) 숫자 통증 등급(Numeric Rating Scale, NRS) 점
 (3) 얼굴 통증 등급(Faces Pain Scale, FPS) 단계
☐ c. 통증 치료 여부
 (1) 통증관련 치료 여부 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예
 (2) 암성통증 치료 여부 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

3. 낙상 여부*

- ☐ a. 지난 30일 이내에 낙상 있었습니까?
☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예 ☐ 2. 확인 불가
☐ b. 지난 31일에서 180일 사이에 낙상 있었습니까?
☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예 ☐ 2. 확인 불가

4. 말기질환*

- ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

H. 구강 및 영양상태

- ☐ 1. 물이나 음식을 삼키기가 어렵습니까? ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

2-1. 체중*

- a. 환자평가표 작성기간에 체중 측정 여부 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예
 b. 측정할 경우 기재 b-1. Kg b-2. 측정일 년 월 일

2-2. 체중감소가 있습니까?*

- ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예 ☐ 2. 확인 불가

2-3. 키(신장)*

- a. 키 측정 여부 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예
 b. 측정할 경우 기재 b-1. cm b-2. 측정일 년 월 일

3. 영양섭취 방법*

- a. 정맥영양을 하고 있습니까? ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

b. 경관영양

- (1) 경관영양을 하고 있습니까? ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

- (2) 경관영양 일수 일 (경관영양이 '1.예'인 경우)

4. 정맥 또는 경관을 통한 섭취*(3. 영양섭취 방법' 중 하나라도 '1. 예'인 경우만 체크)

- a. 지난 6일 동안 정맥 또는 경관으로 섭취한 칼로리의 비율 (1일 평균)

- ☐ 0. 없음 ☐ 1. 1-25% ☐ 2. 26-50% ☐ 3. 51-75% ☐ 4. 76-100%

- b. 지난 6일 동안 정맥 또는 경관으로 섭취한 수분량 (1일 평균)

- ☐ 0. 없음 ☐ 1. 1-500ml ☐ 2. 501-1000ml ☐ 3. 1001-1500ml ☐ 4. 1501-2000ml ☐ 5. 2001ml 이상

I. 피부상태

1. 피부궤양(욕창 또는 울혈성 궤양 등)수 기재*(없는 경우 '0'으로 기재)

항 목	1단계	2단계	3단계	4단계
욕창(압박성궤양)				
울혈성 또는 허혈성궤양 등				

2. 새로 발생한 욕창*(압박성 궤양)

- a. 이전 평가 이후 새로운 욕창(압박성 궤양) 발생 여부 ☐ 0. 없음 ☐ 1. 있음

- b. 발생한 경우 기재 발생일 년 월 일

3. 지난 1년 사이의 욕창(압박성 궤양) 과거력*(현재의 욕창은 제외)

- ☐ 0. 없음 ☐ 1. 있음 ☐ 2. 확인 불가

4. 피부의 기타 문제*(해당 항목에 모두 체크)

- ☐ a. 2도 이상의 화상 ☐ b. 개방성 피부병변 ☐ c. 수술 창상 ☐ d. 발의 감염 ☐ e. 해당사항 없음

5. 피부문제에 대한 처치*(해당 항목에 모두 체크)

- ☐ a. 압력을 줄여주는 도구 사용 ☐ b. 체위변경 ☐ c. 피부문제를 해결하기 위한 영양공급

- ☐ d. 피부궤양(욕창 및 울혈성궤양 등) 드레싱

- ☞ 드레싱 부위 ☐ 1. 발 ☐ 2. 발 이외

- ☐ e. 피부궤양(욕창 및 울혈성궤양 등) 이외의 드레싱

- ☞ 드레싱 부위 ☐ 1. 발 ☐ 2. 발 이외

- ☐ f. 수술창상 치료

- ☐ g. 화상관련 처치

- ☐ h. 해당사항 없음

J. 투약

1. 인슐린 주사제 투여 일수*

- ☐ 0. 투여되지 않았거나, 투여되었지만 매일은 아님 ☐ 1. 매일 1회 투여됨 ☐ 2. 매일 2회 이상 투여됨

2. 망상, 환각, 초조·공격성, 탈억제, 케어에 대한 저항, 배회에 대한 약물 치료 여부*

- ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

3. 치매관련 약제 투여 여부*

☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

4. 지난 7일 동안 매일 복용한 의약품 수(제품명 기준)

☐ 0. 없음 ☐ 1. 5개 미만 ☐ 2. 5개 ~ 9개 ☐ 3. 10개 ~ 14개 ☐ 4. 15개 이상
K. 특수처치 및 전문재활치료

1. 특수처치*(해당 항목에 모두 체크)

☐ a. 정맥주사에 의한 투약(☞ 정맥주사에 의한 투약에 체크한 경우 (1) 기재)

 (1) 정맥주사 투여일수 일

☐ b. 배뇨관련 루 관리

☐ c. 배변관련 루 관리

☐ d. 영양관련 루 관리

☐ e. 산소요법(☞ 산소요법에 체크한 경우 (1), (2) 기재)

 (1) (산소투여 전) 산소포화도(SaO₂ 또는 SpO₂) . %

 (2) 산소투여일수 일

☐ f. 하기도 증기흡입치료

☐ g. 흡인

☐ h. 기관절개관 관리

☐ i. 인공호흡기

 ☞ ☐ 1. 개인용 ☐ 2. 병원용

☐ j. 중심정맥영양

☐ k. 해당사항 없음

2. 지난 7일 동안 전문재활치료를 실시한 날 수*(실시한 날이 없는 경우 '0'을 기재)

 일

작	의사	(서명)
성	간호사	(서명)

환자평가표 작성 및 적용 원칙

[환자평가표 작성 원칙]

1. 요양병원은 환자군별 상대가치점수 결정을 위하여 매월 환자평가표를 작성하여야 한다.
2. 환자평가표는 당해 환자를 담당하는 의사 및 간호사가 의무기록을 근거로 작성하여야 하며, 의무기록에 비치한다.
3. 환자평가표는 매월 1~10일에 작성함을 원칙으로 하며, 입원시 평가인 경우는 입원 제1일~10일 사이에, 월중 특정기간에서 정액수가기간으로 변경할 경우는 정액수가 적용 개시일로부터 제1일~10일 사이에 평가하여 작성한다.
4. 환자평가표는 작성일을 기준으로 관찰기간 7일이 확보되었다면 반드시 작성하되, 지난 7일간의 환자 상태를 종합적으로 평가하여 작성한다. 특정기간 발생 등 불가피한 경우에 한해 평가기간을 단축할 수 있다.
5. 환자 평가기간은 정액수가 적용 기간이어야 한다.
6. 월말 입원 등으로 인하여 익월에 환자평가표가 작성된 경우에는 익월의 환자평가를 생략한다.
7. 전월 환자평가표 작성일로부터 전월 마지막 날까지의 잔여일수가 7일 이하인 경우에는 당월의 환자평가를 생략할 수 있다.

[환자평가표의 적용 원칙]

1. 환자평가표는 정액수를 적용하는 경우 제출한다.
2. 정액수는 해당 월에 최초 작성된 환자평가표에 의해 결정하며, 동 수가는 그 달의 전체 정액수가 기간에 적용한다.
3. 환자 평가기간이 특정기간인 경우 동 환자평가표는 정액수가 결정에 사용할 수 없다.
4. 월말 입원 등으로 인하여 익월에 환자평가표가 작성된 경우 동 환자평가표는 당월 및 익월의 환자군 결정에 적용한다.
5. 전월 환자평가표 작성일로부터 전월 마지막 날까지의 잔여일수가 7일 이하로 당월의 환자평가를 생략한 경우 전월의 환자평가표를 당월의 환자군 결정에 적용한다.
6. 당월에 적용할 환자평가표가 없는 경우는 최근 3개월 이내의 환자평가표 중 가장 최근 환자평가표를 적용한다.
7. 위 1호 내지 6호에도 불구하고 적용 가능한 환자평가표가 없는 경우에는 '선택입원군(요-7-가)'의 수가를 적용한다.

3 요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령

동 내용은 『요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령』 관련 2021년 5월 까지 신설·변경된 보건복지부 고시사항 중 요양병원 관련 내용을 정리하였음.

가. 요양급여비용 청구방법

- 1) (요양급여비용 청구 및 자료제출 매체의 선택) 요양병원의 환자평가표는 포털 서비스로 제출한다.
- 2) (요양급여비용심사청구서 등의 제출) 요양병원은 정액수가 적용 명세서별 환자평가표를 심사평가원에 제출한다.
- 3) (명세서의 구분 및 작성방법) 요양병원형 수가를 적용하는 수진자의 명세서는 정액수가 적용기간과 행위별수가 적용기간(특정기간)의 요양급여내역을 구분하여 각각 작성한다.
- 4) (요양급여비용 청구 및 자료제출 시기)
 - 요양병원의 환자평가표는 해당 진료분의 명세서 접수전에 제출하여야 한다.
 - 요양병원형 수가를 적용하는 요양급여비용은 청구매체 및 입원기간에 관계없이 월별로 구분하여 진료월 다음달 초일부터 청구한다.
- 5) (심사청구서와 명세서의 구분) 요양병원 입원 요양급여비용 심사청구서와 명세서는 장기환자와 제외환자로 각각 구분한다.
- 6) (전자문서) 요양병원이 환자평가표를 정보통신망으로 제출하는 경우 사용하는 서식은 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」 (별첨1) 전자문서 작성요령 1. 요양기관이 심사평가원에 전송하는 전자문서 8. 환자평가표 파일'과 같다.
- 7) (서면서식)
 - 요양급여비용 심사청구서(GI01 별지 제9-3호 서식)
 - 요양급여비용명세서(의과입원)(GI02, 별지 제 10호, 제10-1호 서식)

- 8) (특정내역 등 기재) 상해외인, 특정기호, 의약분업예외구분코드 등 특정의 진료(조제)내역 및 청구내역에 대한 추가적 기술사항 등이 있을 경우에는 별표 8. “특정내역 구분코드”에 따라 해당 구분코드 및 내역을 “특정내역기재란”에 기재한다. 다만, 서면청구인 경우의 상해외인, 특정기호, 의약분업예외구분코드는 각 호와 같이 해당항목란에 각각 기재하고, 그 외 신생아체중 등 특정의 진료(조제)내역 및 청구내역에 대한 추가적 기술사항 등은 “특정내역”란에 기재한다. 또한, 의료기관에서 발행하는 처방전의 ‘본인부담 구분기호’란에는 「본인일부 부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 특정기호 ‘공상 등 구분’, ‘상해외인’ 등 환자부담률 산정과 관련된 환자정보를 함께 기재한다.
- 9) (요양병원 정액명세서 작성요령) 상대가치점수표 제3편제2부 [산정지침] 2. 에 따른 요양병원 정액수가를 적용하는 명세서에는 정액수가에 포함된 실제 행위별 진료내역을 I항의 해당 각 목에 기재하여야 하며, 요양급여비용에는 산입하지 아니한다.
- 10) (기타) 위 내용 이외의 나머지 기재사항은 행위별 청구와 동일

[별지 제10호서식]

의과
입원

서식번호		G I O Z				요양급여비용명세서										요양기관			
등록번호						중번호		기호											
가입자성명						공상등구분		명칭											
수진자성명						주위등록번호													
상범명						분류 기호	수술	진료 과목	상해 외인	특정 기호	면회 종류	면회 번호	달월요양개시일 최초입원개시일	당월요양급여일수 (투약일수포함)	진료결과				
															입				
															입				
															입				
입원일수				기본진료 아래특정 재료(1)		진료행위 (II)		처방전 발급번호						처방일수					
구분																			
1. 진찰료 (의대관리료 포함)	1초진	원	아간,공용 외	약품코드 (일반명 또는 제명명 코드)	약품명 (일반명 또는 제명명)							1회투약량	1일투여횟수	총투약일수	본인부담률 구분코드				
	2재진	원	아간,공용 외	코드	부류 (예외구분코드)	단가					1회투약량	1일투여량 또는 실시횟수	총투여일수 또는 실시횟수		금액	면회 종류			
	3의약품관리료	원														면회 번호			
	4응급 및 화송료	원																	
2. 입원료	4일반	원																	
	5내과질환자, 정신질환자 면양제대상자의료비	원																	
	6중환자실	원																	
	7격리병실	원																	
	8신생아	원																	
	9기타	원																	
	10기타	원																	
3. 투약료 및 처방전	1내보	원																	
	2외상	원																	
4. 주사료	3처방전	원																	
	4피하 또는 근육내 주사	원																	
	5정맥내 주사	원																	
	6정맥내 주사	원																	
	7정맥내 주사	원																	
	8정맥내 주사	원																	
5. 마취료	①	원																	
6. 이학요법료	①	원																	
7. 정신요법료	①	원																	
8. 처치 및 수술료	①처치 및 수술	원																	
9. 검사료	②케스트	원																	
	③자폐검사	원																	
	④위탁검사관리	원																	
10. 영진진단 및 평가진료료	⑤위탁검사	원																	
	⑥지압	원																	
	⑦지압	원																	
S. 특수장비	⑧CT	원																	
	⑨MRI	원																	
	⑩PET	원																	
A. 100분의50 본인부담	⑪의약품	원																	
	⑫치료재료	원																	
	⑬진료행위	원																	
B. 100분의80 본인부담	⑭의약품	원																	
	⑮치료재료	원																	
	⑯진료행위	원																	
D. 100분의30 본인부담	⑰의약품	원																	
	⑱치료재료	원																	
	⑲진료행위	원																	
E. 100분의90 본인부담	⑳의약품	원																	
	㉑치료재료	원																	
	㉒진료행위	원																	
U. 건강보험100분의 100본인부담	㉓의약품	원																	
	㉔치료재료	원																	
	㉕진료행위	원																	
V. 보훈 등 100분의100 본인부담	㉖의약품	원																	
	㉗치료재료	원																	
	㉘진료행위	원																	
W. 비급여	㉙의약품	원																	
	㉚치료재료	원																	
	㉛진료행위	원																	
특수장비총액		원	19. 청구액		원														
보훈 등 100분의100본인부담금총액		원	20. 본인부담상한액초과금		원														
비급여총액		원	21. 요양급여비용총액 2. 진료비용액		원														
11. 소계	원	22. 보훈청구액		원															
12. 가산율	%	23. 건강보험 100분의100본인부담금총액		원															
15. 요양급여비용총액 1	원	24. 보훈본인일부부담금		원															
16. 본인일부부담금	원	25. 100분의100미만 총액		원															
17. 지원금	원	26. 100분의100미만 본인일부부담금		원															
18. 장애인의료비	원	27. 100분의100미만 청구액		원															
입원번호		※심사조정			28. 100분의100미만 보훈청구액		원												

190mm×320mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

II. 요양병원 수가 관련 고시 등

(별지 제10-1호서식)

의과
입원

서식 번호					G	I	O	2	요양급여비용명세서										요양기관			
등록번호									증번호		기호											
가입자성명									공상등구분		병칭											
수진자성명									주민등록번호													
상병명					분류기호	수술	진료과목	상병의인	특정기호	면역종류	면역번호	당월요양개시일	당월요양급여일수 (투약일수포함)	진료결과								
														일								
														일								
입원일수							기본진료		진료행위 (II)		처방전 발급번호						처방일수					
구분							진료행위 (I)		진료번호													
1. 진찰료 (외래진료 포함)	①초진	회	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
	②재진	회	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
	③이차진료	회	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
	④응급 및 회송료	회	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
2. 입원료	①일	번	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
	②내과,정신과,정신과환자 민생세미안,소아	인	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
	③중환자실	일	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
	④격리병실	일	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
	⑤신생아	일	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
	⑥기타	일	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
	⑦기본실대		원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
	⑧가산식대		원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
3. 투약료 및 처방전	①내복	일반	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
	②외용	일반	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
	③처방전	회	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
4. 주사료	①피하 또는 근육내	일	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
	②정맥주	회	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
	③정맥주	회	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
	④정맥주	회	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
5. 마취료	①	회	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
6. 이학요법료	①	종	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
7. 정신요법료	①	종	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
8. 처치 및 수술료	①처치 및 수술	회	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
9. 검사료	①소변검사	종	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
10. 영상진단 및 방사선 치료료	①진단	종	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
11. 장기요양	①	일	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
S. 특수장비	①CT	회	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
	②MRI	회	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
	③PET	회	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
A. 100분의50 본인부담	①의약품	원	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
	②진료재료	원	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
	③진료행위	원	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
B. 100분의80 본인부담	①의약품	원	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
	②진료재료	원	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
	③진료행위	원	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
D. 100분의20 본인부담	①의약품	원	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
	②진료재료	원	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
	③진료행위	원	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
E. 100분의90 본인부담	①의약품	원	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
	②진료재료	원	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
	③진료행위	원	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
U. 건강보험100분의 100본인부담	①의약품	원	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
	②진료재료	원	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
	③진료행위	원	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
V. 보험 등 100분의100 본인부담	①의약품	원	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
	②진료재료	원	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
	③진료행위	원	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외		
W. 비급여	①의약품	원	원	원	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아간,공유 외	아								

[요양병원 정액]

190mm × 320mm(일반용지 60g/㎡(제철용품))

나. 전자문서 작성요령

1) 요양급여비용(의료급여비용) 심사청구서

항 목 명	항 목 설 명
진료형태	A : 요양병원 장기환자입원(의과)

2) 요양급여비용(의료급여비용) 명세서

- 명세서 일반내역

항 목 명	항 목 설 명
서식번호	H120 : 건강보험 의과 입원 요양급여비용명세서(요양병원 장기환자) H130 : 의료급여 의과 입원 명세서(요양병원 장기환자)
정액·정률구분	요양병원 장기환자 입원요양급여비용 명세서의 경우 정액수가 적용과 행위 별수가 적용(특정기간) 여부를 기재 1 : 정액수가 적용 2 : 행위별수가 적용(특정기간)

- 명세서 진료내역

항 목 명	항 목 설 명
항번호	“진찰료”항부터 “비급여”항까지 20개 항에 부여된 번호를 기재 01 : 진찰료 02 : 입원료 03 : 투약료 04 : 주사료 05 : 마취료 06 : 이학요법료 07 : 정신요법료 08 : 처치 및 수술료 09 : 검사료 10 : 영상진단 및 방사선치료료 L : 요양병원·호스피스 정액 S : 특수장비 T : 특수재료 및 관련 행위료 A : 100분의 50 본인부담 B : 100분의 80 본인부담 C : 100분의 30 본인부담 D : 100분의 90 본인부담 U : 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담 V : 보훈 등 100분의100본인부담 W : 비급여

항 목 명	항 목 설 명
	※ V항은 다음의 경우에 한하여 기재 - 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 진료분 - 보훈병원의 국비일반(상이처, 무자격자) 또는 국비보험(급여) 2차 명세서 ※ W항은 다음의 경우에 한하여 기재 - 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 진료분 - 보훈병원의 국비일반(무자격자) 또는 국비보험(급여) 2차 명세서(「국가 보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 제5조제1항 단서의 일부분인부담 대상 전상군경 등에 해당하는 경우)
목번호	20개 항의 소분류 단위로 부여된 번호 기재 ■ 목번호 분류 예시 - 진찰료 01 : 초진

항 목 명	항 목 설 명			
	<ul style="list-style-type: none"> - 검사 <ul style="list-style-type: none"> 01 : 자체검사 02 : 위탁검사 - 영상진단 및 방사선치료료 <ul style="list-style-type: none"> 01 : 진단 02 : 치료 - 요양병원·호스피스 정액 <ul style="list-style-type: none"> 01 : 요양병원 정액수가 02 : 호스피스 정액수가 81 : 진찰료 82 : 입원료 83 : 투약료 84 : 주사료 85 : 마취료 86 : 이학요법료 87 : 정신요법료 88 : 처치 및 수술료 89 : 검사료 90 : 영상진단 및 방사선치료료 91 : 특수장비 92 : 100분의 100본인부담 93 : 비급여 94 : 기타 - 특수장비 <ul style="list-style-type: none"> 01 : CT진단 02 : MRI진단 03 : PET진단 04 : (사용유보) 05 : (사용유보) - 특수재료 및 관련 행위료 <ul style="list-style-type: none"> 01 : 치료재료 02 : 진료행위 - 100분의50 본인부담 <ul style="list-style-type: none"> 01 : 의약품 02 : 치료재료 03 : 진료행위 - 100분의80 본인부담 <ul style="list-style-type: none"> 01 : 의약품 02 : 치료재료 03 : 진료행위 - 100분의30 본인부담 <ul style="list-style-type: none"> 01 : 의약품 02 : 치료재료 03 : 진료행위 - 100분의90 본인부담 <ul style="list-style-type: none"> 01 : 의약품 02 : 치료재료 03 : 진료행위 - 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담 <ul style="list-style-type: none"> 01 : 의약품 02 : 치료재료 03 : 진료행위 - 보훈 등 100분의100본인부담 <ul style="list-style-type: none"> 01 : 의약품 02 : 치료재료 03 : 진료행위 - 비급여 <ul style="list-style-type: none"> 01 : 의약품 02 : 치료재료 03 : 진료행위 			

3) 환자평가표 파일

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
서식버전	an(3)	1	'091'
A. 일반사항			
0. 요양기호	an(8)	4	요양기관기호 기재
1. 환자성명	an(12)	12	수진자의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
2. 주민등록번호	an(13)	24	수진자의 주민등록번호를 기재하되 생년월일 다음의 “-”는 기재 생략
3. 입원일	an(8)	37	이번 입원의 최초 입원일을 기재 ■ 유형 : CCYYMMDD
4. 요양개시일	an(8)	45	해당 요양급여비용 명세서의 요양개시일을 기재 ■ 유형 : CCYYMMDD
5. 평가구분	an(1)	53	다음에 해당하는 번호를 기재 1 : 입원 평가 2 : 계속 입원 중인 환자 평가 3 : 이전 환자평가표를 적용하는 경우
6. 작성일	an(8)	54	환자평가표 작성일을 기재 ■ 유형 : CCYYMMDD
7. 입원 직전 있던 곳	an(1)	62	입원 직전 있던 곳에 해당하는 번호를 기재 (‘5. 평가구분’이 ‘1’인 경우에만 기재) 1 : 집에 거주 (재가장기요양서비스/가정간호/방문간호를 받으면서) 2 : 집에 거주 (재가장기요양서비스/가정간호/방문간호를 받지 않으면서) 3 : 요양시설/그룹홈 4 : 급성기병원 5 : 요양병원 6 : 정신병원/정신시설 7 : 기타

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
8. 교육수준	an(1)	63	교육 정도에 해당하는 번호를 기재 (‘5. 평가구분’이 ‘1’인 경우에만 기재) 1 : 무학 2 : 초졸(퇴) 3 : 중졸(퇴) 4 : 고졸(퇴) 5 : 대졸(퇴) 이상 6 : 확인 불가
9. 혈압			
- 수축기혈압	n(3)	64	수축기 혈압과 이완기 혈압을 각각 기재
- 이완기혈압	n(3)	67	(단위 : mmHg, 혈압측정이 불가능한 경우 999/999로 기재)
10. 건강생활습관			a~d의 건강생활습관에 해당하는 번호를 기재 (‘5. 평가구분’이 ‘1’인 경우에만 기재)
a. 담배	an(1)	70	- 담배를 피우는지 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
b. 술	an(1)	71	- 술을 자주 마시는지 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
c. 운동	an(1)	72	- 주 4일 이상, 한번에 30분 이상 운동 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
d. 식사	an(1)	73	- 하루 세끼 식사를 꼬박꼬박 챙겨 먹는지 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
11. 장기요양등급 및 신청	an(1)	74	장기요양등급 및 신청에 해당하는 번호를 기재 (‘5. 평가구분’이 ‘1’인 경우에만 기재) 1 : 해당사항 없음 2 : 미신청 3 : 신청 중 4 : 신청하였으나 인정 못 받음 5 : 등급 내 자 6 : 등급 외 자
12. 장기요양등급 및 이용 서비스			장기요양등급 및 이용 서비스에 해당하는 번호를 기재 (‘5. 평가구분’이 ‘1’인 경우, ‘11. 장기요양등급 및 신청’이 ‘5’인 경우에만 기재)
a. 등급	an(1)	75	- 장기요양등급에 대해 해당하는 번호를 기재 1 : 1등급 2 : 2등급 3 : 3등급 4 : 4~5등급 5 : 인지지원등급 6 : 확인 불가

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
b. 이용 서비스			- (1)~(8) 서비스를 이용 중이거나 이용하였으면 '1', 그렇지 않으면 '0'을 기재
(1) 주·야간보호	an(1)	76	
(2) 방문요양	an(1)	77	
(3) 방문간호	an(1)	78	
(4) 방문목욕	an(1)	79	
(5) 단기보호	an(1)	80	
(6) 복지용구 구입 및 대여	an(1)	81	
(7) 시설입소	an(1)	82	
(8) 기타	an(1)	83	
13. 장기요양서비스 이용 의향	an(1)	84	장기요양서비스를 받고 싶은 의향 여부를 기재 (‘5. 평가구분’이 ‘1’인 경우, ‘11. 장기요양등급 및 신청’이 ‘2’ 또는 ‘4’인 경우에만 기재) 0 : 아니오 1 : 예
14. 사회환경 선별 조사			지난 1년 동안의 상황을 종합하여 해당하는 번호를 기재 (‘5. 평가구분’이 ‘1’인 경우에만 기재)
a. 응답거부	an(1)	85	- 아래 b~g에 대하여 응답을 거부하면 ‘1’, 응답하면 ‘0’을 기재
b. 식사준비, 간병 등	an(1)	86	- 식사준비, 간병 등의 도움을 줄 수 있는 사람이 없는지 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
c. 전기·수도 등	an(1)	87	- 전기·수도 등 공과금 미납으로 서비스 중단 고지를 받은 적이 있는지 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
d. 거주지	an(1)	88	- 안정적으로 거주할 집이 없어 노숙 등을 한 적이 있는지 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
e. 병원비, 주거비 등	an(1)	89	- 병원비, 월세 등 주거비, 난방비 등 비용 지불이 어려운 적이 있는지 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
f. 교통수단	an(1)	90	- 교통수단 부족으로 진료, 복지관 등 외출이 어려웠던 적이 있는지 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
g. 긴급도움	an(1)	91	- 먹을 것이 없거나 학대를 받는 등 긴급하게 도움이 필요한 적이 있는지 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
B. 의식상태			
1. 혼수	an(1)	92	혼수 상태 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예 ※ 혼수상태가 '1'인 경우 'D. 신체기능'으로 넘어감
2. 섬망	an(1)	93	섬망에 대해 다음에 해당하는 번호를 기재 0 : 섬망의 증상이 전혀 나타나지 않음 1 : 섬망의 증상이 있으나, 지난 7일 이전에 발생함 2 : 섬망의 증상이 있으나, 지난 7일 이내에 발생하였거나 악화되고 있음
C. 인지기능			
1. 단기기억력	an(1)	94	단기기억력에 대해 다음에 해당하는 번호를 기재 0 : 정상 1 : 이상 있음 2 : 확인 불가
2. 인식기술	an(1)	95	일상 생활사에 관한 의사결정을 할 수 있는 인식기술에 대해 다음에 해당하는 번호를 기재 0 : 스스로 일관성 있고 합리적인 의사결정을 함 1 : 새로운 상황에서만 의사결정의 어려움이 있음 2 : 인식기술이 다소 손상됨 3 : 인식기술이 심하게 손상됨
3. 이해시키는 능력	an(1)	96	이해시키는 능력에 대해 다음에 해당하는 번호를 기재 0 : 이해시킴 1 : 대부분 이해시킴 2 : 가끔 이해시킴 3 : 거의/전혀 이해시키지 못함

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
4. 의사표현	an(1)	97	말로 의사표현을 할 수 있는지 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
5. 행동심리 증상의 빈도			a~n 각 행동심리증상의 빈도에 대해 다음에 해당하는 번호를 기재
a. 망상	an(1)	98	0 : 없음
b. 환각	an(1)	99	1 : 가끔
c. 초조/공격성	an(1)	100	2 : 자주
d. 우울/낙담	an(1)	101	3 : 매우 자주
e. 불안	an(1)	102	
f. 들뜬 기분/다행감	an(1)	103	
g. 무감동/무관심	an(1)	104	
h. 탈억제	an(1)	105	
i. 과민/불안정	an(1)	106	
j. 이상 운동증상 또는 반복적 행동	an(1)	107	
k. 수면/ 야간행동	an(1)	108	
l. 식욕/ 식습관의 변화	an(1)	109	
m. 케어에 대한 저항	an(1)	110	
n. 배회	an(1)	111	
6. K-MMSE(또는 MMSE-K) 검사			
a. 실시여부	an(1)	112	- 평가표 작성일로부터 지난 6개월 이내 K-MMSE(또는 MMSE-K) 검사 실시 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
b-1. 점수 b-2. 검사일	n(2) an(8)	113 115	- 'a. 실시여부'가 '1'인 경우 점수와 검사일(CCYYMMDD)을 각각 기재
7. 치매 척도 검사			
a. CDR 실시여부	an(1)	123	- CDR(Clinical Dementia Rating) 검사 실시 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
b-1. 점수 b-2. 검사일	n(1.1) an(8)	124 126	- 'a. CDR 실시여부'가 '1'인 경우 점수와 검사일(CCYYMMDD)을 각각 기재
c. GDS 실시여부	an(1)	134	- GDS(Global Deterioration Scale) 검사 실시 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
d-1. 점수 d-2. 검사일	n(1) an(8)	135 136	- 'c. GDS 실시여부'가 '1'인 경우 점수와 검사일(CCYYMMDD)을 각각 기재
D. 신체기능			1~10은 일상생활수행능력(Activities of Daily Living, ADL)에 대하여 각 항목별 해당하는 번호를 기재
1. 옷벗고 입기	an(1)	144	옷벗고 입기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재 0 : 완전자립 1 : 감독필요 2 : 약간의 도움 3 : 상당한 도움 4 : 전적인 도움 8 : 행위 발생안함
2. 세수하기	an(1)	145	세수하기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재 0 : 완전자립 1 : 감독필요 2 : 약간의 도움 3 : 상당한 도움 4 : 전적인 도움 8 : 행위 발생안함
3. 양치질하기	an(1)	146	양치질하기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재 0 : 완전자립 1 : 감독필요 2 : 약간의 도움 3 : 상당한 도움 4 : 전적인 도움 8 : 행위 발생안함
4. 목욕하기	an(1)	147	목욕하기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재 0 : 완전자립 1 : 감독필요 2 : 약간의 도움 3 : 상당한 도움 4 : 전적인 도움 8 : 행위 발생안함
5. 식사하기	an(1)	148	식사하기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재 0 : 완전자립 1 : 감독필요 2 : 약간의 도움 3 : 상당한 도움 4 : 전적인 도움 8 : 행위 발생안함

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
6. 체위변경하기	an(1)	149	체위변경하기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재 0 : 완전자립 1 : 감독필요 2 : 약간의 도움 3 : 상당한 도움 4 : 전적인 도움 8 : 행위 발생안함
7. 일어나 앉기	an(1)	150	일어나 앉기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재 0 : 완전자립 1 : 감독필요 2 : 약간의 도움 3 : 상당한 도움 4 : 전적인 도움 8 : 행위 발생안함
8. 옮겨앉기	an(1)	151	옮겨앉기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재 0 : 완전자립 1 : 감독필요 2 : 약간의 도움 3 : 상당한 도움 4 : 전적인 도움 8 : 행위 발생안함
9. 밖으로 나오기	an(1)	152	밖으로 나오기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재 0 : 완전자립 1 : 감독필요 2 : 약간의 도움 3 : 상당한 도움 4 : 전적인 도움 8 : 행위 발생안함
10. 화장실 사용하기	an(1)	153	화장실 사용하기에 대한 기능자립정도에 해당하는 번호를 기재 0 : 완전자립 1 : 감독필요 2 : 약간의 도움 3 : 상당한 도움 4 : 전적인 도움 8 : 행위 발생안함
11. 외상상태	an(1)	154	외상상태 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
E. 배설기능			
1. 대변조절	an(1)	155	대변조절 상태에 대해 다음에 해당하는 번호를 기재 0. 조절할 수 있음 1. 가끔 실금함 2. 자주 실금함 3. 조절 못함
2. 소변조절	an(1)	156	소변조절 상태에 대해 다음에 해당하는 번호를 기재 0. 조절할 수 있음 1. 가끔 실금함 2. 자주 실금함 3. 조절 못함
3. 배변조절 기구 및 프로그램			
a. 일정하게 짜여진 배뇨계획	n(1)	157	- a~g 배변조절 기구 및 프로그램을 환자에게 실시하면 '1', 그렇지 않으면 '0'을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
b. 방광 훈련 프로그램	n(1)	158	
c. 규칙적 도뇨	n(1)	159	
d. 외부(콘돔형) 카테터	n(1)	160	
e. 패드, 팬티형 기저귀	n(1)	161	
f. 인공루	n(1)	162	
g. 유치도뇨관 삽입	n(1)	163	
g-1. 유치도뇨관 삽입(교체) 일자	an(8)	164	- 'g. 유치도뇨관 삽입'이 '1'인 경우 삽입(교체)일자(CCYYMMDD)를 기재
h. 해당사항 없음	n(1)	172	- 위 a~g 모두에 해당사항이 없으면 '1', 하나라도 해당하면 '0'을 기재
4. 배뇨일지			
a. 배뇨일지 작성 여부	an(1)	173	- 배뇨일지 작성 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
b. 배뇨일지 작성일수	n(2)	174	- 'a. 배뇨일지 작성 여부'가 '1'인 경우 배뇨일지 작성일수를 기재
F. 질병진단			
1. 질병			
a. 당뇨	n(1)	176	- a~aa 각 질병에 해당하면 '1', 그렇지 않으면 '0'을 기재
(1)① 혈당검사 실시여부	an(1)	177	- 'a. 당뇨'가 '1'인 경우 1일 3회 이상 혈당검사 매일 실시 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
①-1 공복시 혈당	n(3)	178	- '(1)① 혈당검사 실시여부'가 '1'인 경우 가장 최근의 '공복시 혈당'이나 '식후2시간 혈당' 검사 결과(단위 : mg/dl)를 기재
①-2 식후2시간 혈당	n(3)	181	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
(2)② HbA1c 검사 실시여부	an(1)	184	- 'a. 당뇨'가 '1'인 경우 최근 3개월 이내 헤모글로빈A1c (HbA1c) 검사 실시 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
㉞-1 HbA1c	n(2.1)	185	- '(2)② HbA1c검사 실시여부'가 '1'인 경우 헤모글로빈A1c (HbA1c) 검사 결과(단위 : %)와 검사일(CCYYMMDD)을 각각 기재
㉞-2 검사일	an(8)	188	
b. 고혈압	n(1)	196	
c. 요로감염	n(1)	197	
d. 말초혈관 질환	n(1)	198	
e. 하지마비	n(1)	199	
f. 사지마비	n(1)	200	
g. 편마비	n(1)	201	
h. 뇌성마비	n(1)	202	
i. 뇌혈관질환	n(1)	203	
j. 파킨슨병 (G20)	n(1)	204	
k. 척수손상	n(1)	205	
l. 중증근무력증 및 기타 근신경장애 (G70)	n(1)	206	
m. 근육의 원발성 장애(G71)	n(1)	207	
n. 다발경화증 (G35)	n(1)	208	
o. 헌팅톤병 (G10)	n(1)	209	
p. 유전성 운동실조 (G11)	n(1)	210	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
q. 척수성 근위축 및 관련 증후군 (G12)	n(1)	211	
r. 달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축 (G13)	n(1)	212	
s. 진행성 핵상 안근마비[스틸-리차드슨-올스제위스키] (G23.1)	n(1)	213	
t. 중추신경 계통의 비정형 바이러스 감염(A81)	n(1)	214	
u. 아급성 괴사성 뇌병증[리이] (G31.81)	n(1)	215	
v. 후천성면역 결핍증 (B20~B24, Z21)	n(1)	216	
w. 치매	n(1)	217	
x. 고지혈증	n(1)	218	
y. 심부전	n(1)	219	
z. 만성폐색성 폐질환	n(1)	220	
aa. 천식	n(1)	221	
ab. 해당사항 없음	n(1)	222	- 위 a~aa 모두에 해당사항이 없으면 '1', 하나라도 해당하면 '0'을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
2. 영양관련 장애			
a. 콕시오르코르 (E40)	n(1)	223	- a~g 각 질병에 해당하면 '1' 그렇지 않으면 '0'을 기재
b. 영양성 소모증 (E41)	n(1)	224	
c. 소모성 콕시오르 코르(E42)	n(1)	225	
d. 상세불명의 중증 단백질-에너지 영양실조(E43)	n(1)	226	
e. 중등도 및 경도의 단백질-에너지 영양실조(E44)	n(1)	227	
f. 단백질-에너지 영양실조로 인한 발육지연(E45)	n(1)	228	
g. 상세불명의 단백질-에너지 영양실조(E46)	n(1)	229	
h. 해당사항 없음	n(1)	230	- 위 a~g 모두에 해당사항이 없으면 '1', 하나라도 해당하면 '0'을 기재
G. 건강상태			
1. 문제상황			
a. 열	n(1)	231	- a~e 각 문제상황에 해당하면 '1', 그렇지 않으면 '0'을 기재 - 'a. 열'이 '1'인 경우 체온 측정결과(단위:℃)를 기재 - 'a. 열'이 '1'인 경우 발열 원인을 찾는 검사와 처치 시행 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예 - 'a. 열'이 '1'인 경우 발열 일수를 기재
(1) 체온	n(2.1)	232	
(2) 검사와 처치	n(1)	235	
(3) 발열 일수	n(2)	236	
b. 탈수	n(1)	238	
c. 구토	n(1)	239	
d. 수술 3개월 이내 루 관리	n(1)	240	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
e. 출혈·감염 등의 문제로 인한 루 관리	n(1)	241	
f. 해당사항 없음	n(1)	242	- 위 a~e 모두에 해당사항이 없으면 '1', 하나라도 해당하면 '0'을 기재
2. 통증			
a. 통증 발생 빈도	an(1)	243	- 통증 발생 빈도에 대해 다음의 해당하는 번호를 기재 0 : 통증 없음 1 : 통증이 있으나 매일은 아님 2 : 매일 통증이 있음
b. 통증 강도			- 'a. 통증 발생 빈도'가 '1' 또는 '2'인 경우 VAS, NRS, FPS 중 하나를 기재
(1) 시각 통증 등급	n(2)	244	- VAS(Visual Analogue Scale) 해당 점수를 기재
(2) 숫자 통증 등급	n(2)	246	- NRS(Numeric Rating Scale) 해당 점수를 기재
(3) 얼굴 통증 등급	n(1)	248	- FPS(Faces Pain Scale) 해당 단계를 기재
c. 통증 치료 여부			
(1) 통증관련 치료	an(1)	249	- 통증 관련 치료 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
(2) 암성통증 치료	an(1)	250	- 암성통증 치료 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
3. 낙상여부			
a. 30일 이내 낙상	an(1)	251	- 지난 30일 이내에 낙상 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예 2 : 확인 불가
b. 31~180일 사이에 낙상	an(1)	252	- 지난 31일에서 180일 사이에 낙상 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예 2 : 확인 불가
4. 말기질환	an(1)	253	말기질환 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
H. 구강 및 영양상태			
1. 삼키기	an(1)	254	물이나 음식을 삼키기가 어려운지 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
2-1. 체중			
a. 측정여부	an(1)	255	- 환자평가표 작성기간에 체중 측정 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
b-1. 체중	n(3.1)	256	- '2-1. a. 측정여부'가 '1'인 경우 체중을 Kg단위로 기재(소수
b-2. 측정일	an(8)	260	둘째자리에서 4사5입)하고 측정일(CCYYMMDD)을 기재
2-2. 체중감소	an(1)	268	체중 감소 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예 2 : 확인 불가
2-3. 키(신장)			
a. 측정여부	an(1)	269	- 키 측정 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
b-1. 키	n(3.1)	270	- '2-3. a. 측정여부'가 '1'인 경우 키를 cm단위로 기재(소수
b-2. 측정일	an(8)	274	둘째자리에서 4사5입)하고 측정일(CCYYMMDD)을 기재
3. 영양섭취 방법			
a. 정맥영양	an(1)	282	- 정맥영양 실시 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
b. 경관영양			
(1) 실시여부	an(1)	283	- 경관영양 실시 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
(2) 실시일수	n(2)	284	- 'b.(1) 실시여부'가 '1'인 경우 경관영양을 실시한 일수를 기재
4. 정맥 또는 경관을 통한 섭취			'3a. 정맥영양' 또는 '3b.(1) 실시여부'가 '1'인 경우에 기재
a. 칼로리	an(1)	286	- 지난 6일 동안 정맥 또는 경관으로 섭취한 칼로리의 비율 (1일 평균) 0 : 없음 1 : 1~25% 2 : 26~50% 3 : 51~75% 4 : 76~100%

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
b. 수분량	an(1)	287	- 지난 6일 동안 정맥 또는 경관으로 섭취한 수분량(1일 평균) 0 : 없음 1 : 1~500ml 2 : 501~1000ml 3 : 1001~1500ml 4 : 1501~2000ml 5 : 2001ml 이상
I. 피부상태			
1. 피부궤양의 수			
a-1. 1단계(욕창 (압박성 궤양))	n(2)	288	- 각 단계에 해당하는 ‘욕창(압박성 궤양)’의 개수를 기재 (없는 경우 ‘00’으로 기재)
a-2. 2단계(욕창 (압박성 궤양))	n(2)	290	
a-3. 3단계(욕창 (압박성 궤양))	n(2)	292	
a-4. 4단계(욕창 (압박성 궤양))	n(2)	294	
b-1. 1단계 (울혈성 또는 허혈성 궤양 등)	n(2)	296	- 각 단계에 해당하는 ‘울혈성 또는 허혈성 궤양 등’의 개수를 기재(없는 경우 ‘00’으로 기재)
b-2. 2단계 (울혈성 또는 허혈성 궤양 등)	n(2)	298	
b-3. 3단계 (울혈성 또는 허혈성 궤양 등)	n(2)	300	
b-4. 4단계 (울혈성 또는 허혈성 궤양 등)	n(2)	302	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
2. 새로 발생한 욕창 (압박성 궤양)			
a. 발생유무	an(1)	304	- 이전 평가 이후 새로 발생한 욕창(압박성 궤양) 유무를 기재 0 : 없음 1 : 있음
b. 발생일	an(8)	305	- 'a. 발생유무'가 '1'인 경우 그 발생일(CCYYMMDD)을 기재
3. 욕창(압박성 궤양) 과거력	an(1)	313	지난 1년 사이의 욕창(압박성 궤양) 과거력에 대해 다음에 해당하는 번호를 기재 0 : 없음 1 : 있음 2 : 확인 불가
4. 피부의 기타문제			
a. 2도 이상의 화상	n(1)	314	- a~d 각 피부의 기타문제에 해당하면 '1', 그렇지 않으면 '0'을 기재
b. 개방성 피부병변	n(1)	315	
c. 수술 창상	n(1)	316	
d. 발의 감염	n(1)	317	
e. 해당사항 없음	n(1)	318	- 위 a~d 모두에 해당사항이 없으면 '1', 하나라도 해당하면 '0'을 기재
5. 피부문제에 대한 처치			
a. 압력을 줄여주는 도구 사용	n(1)	319	- a~g 각 피부에 대한 처치를 실시하였으면 '1', 그렇지 않으면 '0'을 기재
b. 체위변경	n(1)	320	
c. 피부문제를 해결하기 위한 영양공급	n(1)	321	
d. 피부궤양 드레싱	n(1)	322	
- 드레싱 부위 :			- 'd. 피부궤양 드레싱'이 '1'인 경우 각 드레싱 부위에 해당 하면 '1', 그렇지 않으면 '0'을 기재
발	n(1)	323	
발 이외	n(1)	324	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
e. 피부궤양 이외의 드레싱 - 드레싱 부위: 발 발 이외	n(1) n(1) n(1)	325 326 327	- 'e. 피부궤양 이외의 드레싱'이 '1'인 경우 각 드레싱 부위에 해당하면 '1', 그렇지 않으면 '0'을 기재
f. 수술창상 치료	n(1)	328	
g. 화상관련 처치	n(1)	329	
h. 해당사항 없음	n(1)	330	
J. 투약			
1. 인슐린 주사제 투여 일수	an(1)	331	인슐린 주사제 투여 일수에 해당하는 번호를 기재 0: 투여되지 않았거나, 투여되었지만 매일은 아님 1: 매일 1회 투여됨 2: 매일 2회 이상 투여됨
2. 행동심리 증상에 대한 약물 치료 여부	an(1)	332	망상, 환각, 초조·공격성, 탈억제, 케어에 대한 저항, 배회에 대한 약물 치료 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
3. 치매관련 약제 투여 여부	an(1)	333	치매관련 약제 투여 여부를 기재 0: 아니오 1: 예
4. 복용한 의약품 수	an(1)	334	지난 7일 동안 매일 복용한 의약품 수를 기재(제품명 기준) 0: 없음 1: 5개 미만 2: 5개 ~ 9개 3: 10개 ~ 14개 4: 15개 이상
K. 특수처치 및 전문재활치료			
1. 특수처치			
a. 정맥주사에 의한 투약	n(1)	335	- a~j 각 특수처치를 실시했으면 '1', 그렇지 않으면 '0'을 기재
(1) 정맥주사 투여일수	n(2)	336	- 'a. 정맥주사에 의한 투약'이 '1'인 경우 정맥주사 투여일수를 기재
b. 배뇨관련 루 관리	n(1)	338	
c. 배변관련 루 관리	n(1)	339	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
d. 영양관련 루 관리	n(1)	340	
e. 산소요법	n(1)	341	
(1) (산소투여 전) 산소포화도	n(3.1)	342	- 'e. 산소요법'이 '1'인 경우 (산소투여 전) 산소포화도(SaO_2 또는 SpO_2 , 단위 : %)를 기재
(2) 산소투여 일수	n(2)	346	- 'e. 산소요법'이 '1'인 경우 산소투여일수를 기재
f. 하기도 증기흡입치료	n(1)	348	
g. 흡인	n(1)	349	
h. 기관절개관 관리	n(1)	350	
i. 인공호흡기	n(1)	351	
i-1. 개인용	n(1)	352	- 'i. 인공호흡기'가 '1'인 경우 사용하는 인공호흡기가 개인용 또는 병원용이면 '1', 아니면 '0'을 기재
i-2. 병원용	n(1)	353	
j. 중심정맥영양	n(1)	354	
k. 해당사항 없음	n(1)	355	- 위 a~j 모두에 해당사항이 없으면 '1', 하나라도 해당하면 '0'을 기재
2. 전문재활치료 실시일수	n(1)	356	지난 7일 동안 전문재활치료를 실시한 날 수를 기재 (실시한 날이 없는 경우에는 '0'을 기재)
L. 작성자			
1. 의사	an(12)	357	환자평가표를 작성한 의사 및 간호사의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
2. 간호사	an(12)	369	
CRLF	an(2)	381	CRLF

다. 특정기호 코드

구분	대 상	특정기호
6	「국민건강보험법 시행령」 별표2 제1호가목2)에 따른 요양병원 입원 본인부담률 40% 적용환자	F006

라. 특정내역 구분코드

1) 명일련 단위

구분 코드	특정내역	특정내역 기재형식	설 명
MT001	상해외인 (*)	X(1)	의과, 치과, 한의과가 개설된 병원급이상 의료 기관 및 보건의료원에서 의과(치과, 한의과) 입원기간 중 한의과(의과, 치과) 협의 진료로 별도의 명세서 작성시 'C'를 기재
MT010	폐렴 정보	X(1)/X(1) /X(1)/X(1) /X(1)/X(1) /ccyyymmdd	요양병원의 장기환자에게 폐렴이 발생되어 행위별수가를 적용하는 경우 '폐렴 환자에 대한 점검표' 항목별 해당유무(해당하면 "Y", 그렇지 않으면 "N")와 진단일을 순서대로 기재
MT011	패혈증 정보	X(1)/X(1) /X(1)/X(1) /X(1) /ccyyymmdd	요양병원의 장기환자에게 패혈증이 발생되어 행위별수가를 적용하는 경우 '패혈증 환자에 대한 점검표' 항목별 해당유무(해당하면 "Y", 그렇지 않으면 "N")와 진단일을 순서대로 기재
MT058	체내출혈 정보	X(1)/X(1) /X(1) /ccyyymmdd	요양병원의 장기환자에게 체내출혈이 발생되어 행위별수가를 적용하는 경우 '체내출혈 환자에 대한 점검표' 항목별 해당유무(해당하면 "Y", 그렇지 않으면 "N")와 시행일을 순서대로 기재
MT063	요양병원 입원 중 진료의뢰	9(8) /ccyyymmdd	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부 사항」에 따라 요양병원 입원 중인 산정특례 대상자를 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표3], [별표4] 및 [별표4의2]에 따른 산정특례 대상 상병명으로 다른 요양기관에 진료의뢰 한 경우 요양기관기호(의뢰한 요양 병원은 의뢰받은 요양기관의 기관기호, 의뢰 받은 요양기관은 의뢰한 요양병원의 기관기호)와 의뢰일자를 기재

2) 진료(조제)내역 줄번호(확장번호) 단위 및 처방내역 줄번호(확장번호) 단위

구분 코드	특정내역	특정내역 기재형식	설 명
JS005	검체검사 위탁	9(8) /ccyymmdd	수탁기관에 검체검사를 의뢰한 경우 수탁기관 기호와 검사의뢰일을 기재
JS006	시설 등의 공동이용 진료	9(8) /ccyymmdd	의료자원을 공동 이용하는 계약에 따라 요양 기관의 시설, 인력 및 장비 등을 공동이용하는 경우 실시기관의 요양기관기호와 진료의뢰일을 기재
JS008	위탁진료	9(8) /ccyymmdd	의료자원을 공동 이용하는 계약에 따른 경우가 아닌 시설·장비 및 인력 등을 보유한 다른 요양기관에 진료를 의뢰일을 기재
JT007	치매 검사결과	9(2) /ccyymmdd /9(1).V9(1) /ccyymmdd /9(1) /ccyymmdd	치매치료제 중 Acetylcholinesterase inhibitor 약제(예 : 아리셉트정, 레미닐정, 엑셀론정 등)나 Memantine 제제(예 : 에빅사정 등)를 투여하거나 신경인지기능검사를 시행한 경우 MMSE 검사결과 /검사실시일/CDR 검사결과/검사실시일/GDS 검사결과/검사실시일을 순서대로 기재
JT023	신경인지기능 검사 세부검사 항목코드	ccyymmdd /X(4)	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부 사항」에 따른 신경인지기능검사 개별검사를 하는 경우 시행일과 세부검사항목코드를 기재 하되, 세부검사항목코드가 두 개 이상일 경우 “/”로 구분하여 기재

마. 요양병원 요양급여비용 작성요령

1) 심사청구서 및 명세서 등 구분방법

항 목	세 부 작 성 요 령																																														
가. 장기환자· 제외환자	<div><div>□ 요양병원에 입원한 환자의 경우 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(이하 “상대가치점수표”라 한다) 제3편제1부 요양병원 급여 일반원칙에 따라 장기환자와 제외환자로 명세서를 분리하여 청구서를 각각 작성한다.</div><div>□ 요양병원에 입원한 장기환자의 요양급여비용은 요양급여비용 청구 방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령(이하 “고시”라 한다) 제1편 제2장제9조제9항에 따라 반드시 월단위로 구분하여 진료월 다음달 초일부터 월별로 청구한다.</div></div>																																														
나. 정액기간· 특정기간	<div><div>□ 요양병원에 입원한 장기환자는 고시 제1편제2장제8조제1항1호에 따라 요양병원형 수가 중 정액수가를 적용받는 기간과 특정기간인 행위별수가를 적용받는 기간으로 요양급여내역을 각각 분리하여 명세서를 작성한다.</div><div>□ 상기 내역에 따라 명세서를 분리할 경우 정액수가 적용기간의 요양 급여비용은 정액·정률 구분란에 「1」을 기재하여 작성(서면의 경우 별지 제10-1호서식)하고, 특정기간인 행위별수가 적용기간의 요양 급여비용은 정액·정률 구분란에 「2」로 기재하여 작성한다.(서면의 경우 별지 제10호서식)</div></div>																																														
다. 타보험 기왕증 진료	<div><div>□ 자동차보험이나 산재보험 적용 환자가 입원중에 건강보험 적용 질환(기왕증)에 대해 진료를 받는 경우 해당 내역만 별도의 명세서에 작성하여 “제외환자”로 청구한다.</div></div>																																														
라. 심사청구서 및 명세서 구분방법 (입원환자)	<table><tr><th colspan="3" rowspan="2">환자구분</th><th colspan="2">장 기 환 자</th><th>제 외 환 자</th></tr><tr><th>(정액수가)</th><th>특정기간 (행위별수가)</th><th>(행위별수가)</th></tr><tr><td rowspan="3">정보 통신 망</td><td>청구서</td><td>진료형태</td><td colspan="2">A : 요양병원 장기환자 입원(의과)</td><td>1 : 의과입원</td></tr><tr><td rowspan="2">명세서</td><td>서식번호</td><td colspan="2">H120 : 건강보험 의과 입원 요양급여비용 명세서</td><td>H020 : 건강보험 의과 입원 요양급여비용 명세서</td></tr><tr><td>정액·정률 구분</td><td>1 : 정액수가 적용</td><td>2 : 행위별수가 적용</td><td>9 : 정률</td></tr><tr><td rowspan="2">전산 매체</td><td>청구서</td><td>진료형태</td><td colspan="2">A : 요양병원 장기환자 입원(의과)</td><td>1 : 의과입원</td></tr><tr><td>명세서</td><td>정액·정률 구분</td><td>1 : 정액수가 적용</td><td>2 : 행위별수가 적용</td><td>9 : 정률</td></tr><tr><td rowspan="2">서면</td><td>청구서</td><td colspan="3">별지 제9-3호서식</td><td>별지 제9-3호서식</td></tr><tr><td>명세서</td><td>별지 제10-1호서식</td><td>별지 제10호서식</td><td colspan="2">별지 제10호서식</td></tr></table>	환자구분			장 기 환 자		제 외 환 자	(정액수가)	특정기간 (행위별수가)	(행위별수가)	정보 통신 망	청구서	진료형태	A : 요양병원 장기환자 입원(의과)		1 : 의과입원	명세서	서식번호	H120 : 건강보험 의과 입원 요양급여비용 명세서		H020 : 건강보험 의과 입원 요양급여비용 명세서	정액·정률 구분	1 : 정액수가 적용	2 : 행위별수가 적용	9 : 정률	전산 매체	청구서	진료형태	A : 요양병원 장기환자 입원(의과)		1 : 의과입원	명세서	정액·정률 구분	1 : 정액수가 적용	2 : 행위별수가 적용	9 : 정률	서면	청구서	별지 제9-3호서식			별지 제9-3호서식	명세서	별지 제10-1호서식	별지 제10호서식	별지 제10호서식	
환자구분					장 기 환 자		제 외 환 자																																								
			(정액수가)	특정기간 (행위별수가)	(행위별수가)																																										
정보 통신 망	청구서	진료형태	A : 요양병원 장기환자 입원(의과)		1 : 의과입원																																										
	명세서	서식번호	H120 : 건강보험 의과 입원 요양급여비용 명세서		H020 : 건강보험 의과 입원 요양급여비용 명세서																																										
		정액·정률 구분	1 : 정액수가 적용	2 : 행위별수가 적용	9 : 정률																																										
전산 매체	청구서	진료형태	A : 요양병원 장기환자 입원(의과)		1 : 의과입원																																										
	명세서	정액·정률 구분	1 : 정액수가 적용	2 : 행위별수가 적용	9 : 정률																																										
서면	청구서	별지 제9-3호서식			별지 제9-3호서식																																										
	명세서	별지 제10-1호서식	별지 제10호서식	별지 제10호서식																																											

2) 명세서 일반내역

항 목	세 부 작 성 요 령																																										
가. 청구구분	<div><div>□ 고시 제1편제2장제8조제1항1호에 따라 장기환자가 동일 월에 정액수가 적용기간과 행위별수가 적용기간(특정기간) 등 여러 개의 명세서로 분리되는 경우 청구구분의 코드는 분리청구에 해당하는 구분코드 '3'을 기재한다.</div><div>※ 접수번호, 명세서일련번호에 대한 기재방법</div><div>○ 최초 입원인 경우<ul style="list-style-type: none">- 최초 입원이면서 당월에 명세서가 분리된 경우 최초 입원일이 속한 명세서는 원청구로 작성한다.- 그 다음 명세서는 분리청구 명세서이므로 당초 청구한 명세서의 접수번호, 명세서일련번호는 각각 '9999999', '99999'로 기재한다.</div><div>○ 계속 입원인 경우<ul style="list-style-type: none">- 당초 청구한 명세서(전월 명세서)의 접수번호, 명세서일련번호를 당월에 분리된 모든 명세서에 동일하게 기재하되, 당초 청구한 명세서가 여러 개로 분리된 경우 명세서일련번호는 마지막 명세서의 일련번호를 기재한다.</div><div>(예시) 2021년 1월 5일 최초 입원한 경우</div><table><tr><th>진료월</th><th>1월</th><th>1월</th><th>2월</th><th>2월</th><th>2월</th></tr><tr><td>접수번호</td><td>AAAAAAA</td><td>AAAAAAA</td><td>BBBBBBB</td><td>BBBBBBB</td><td>BBBBBBB</td></tr><tr><td>명세서일련번호</td><td>1</td><td>2</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td></tr><tr><td>청구구분</td><td></td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td></tr><tr><td>접수번호</td><td></td><td>9999999</td><td>AAAAAAA</td><td>AAAAAAA</td><td>AAAAAAA</td></tr><tr><td>명세서일련번호</td><td></td><td>99999</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr><tr><td>최초입원개시일</td><td></td><td>20210105</td><td>20210105</td><td>20210105</td><td>20210105</td></tr></table></div>	진료월	1월	1월	2월	2월	2월	접수번호	AAAAAAA	AAAAAAA	BBBBBBB	BBBBBBB	BBBBBBB	명세서일련번호	1	2	15	16	17	청구구분		3	3	3	3	접수번호		9999999	AAAAAAA	AAAAAAA	AAAAAAA	명세서일련번호		99999	2	2	2	최초입원개시일		20210105	20210105	20210105	20210105
진료월	1월	1월	2월	2월	2월																																						
접수번호	AAAAAAA	AAAAAAA	BBBBBBB	BBBBBBB	BBBBBBB																																						
명세서일련번호	1	2	15	16	17																																						
청구구분		3	3	3	3																																						
접수번호		9999999	AAAAAAA	AAAAAAA	AAAAAAA																																						
명세서일련번호		99999	2	2	2																																						
최초입원개시일		20210105	20210105	20210105	20210105																																						
나. 본인일부 부담금	<div><div>□ 요양병원 입원환자의 본인일부부담금은 “요양급여비용 심사청구서·명세서 세부작성요령 III. 요양급여비용 명세서 작성요령 1. 일반(공통)사항 가. 명세서 일반내역”의 7) 본인일부부담금과 같다.</div><div>□ 단, 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 [별표 2] 제1호 가목2)의 규정을 적용받는 보건복지부장관이 정하여 고시하는 환자군에 해당하는 경우 본인 일부부담률은 100분의 40으로 한다.</div></div>																																										

항 목	세 부 작 성 요 령																																																										
	<div>▶ 서면으로 청구하는 경우</div> <table><tr><th colspan="2">구 분</th><th>(Ⅰ)</th><th>(Ⅱ)</th><th>코드</th><th>분 류</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr><tr><td rowspan="2">2. 입원료</td><td>⑦ 기본식대</td><td>418,500원</td><td></td><td>Y2300</td><td>일반식</td><td>4,500</td><td>3</td><td>31</td><td>418,500</td></tr><tr><td>⑧ 가산식대</td><td>53,940원</td><td></td><td>Z0010</td><td>일반식(영양사)</td><td>580</td><td>3</td><td>31</td><td>53,940</td></tr><tr><td>6. 의학 요법료</td><td>① 1종</td><td>원</td><td>287,910원</td><td>MM302</td><td>재활가능치료 -보행치료</td><td>13,710</td><td>1</td><td>21</td><td>287,910</td></tr><tr><td>L. 요양병원 정액</td><td>① 31일</td><td>1,767,930원</td><td></td><td>A2100</td><td>의료고도</td><td>57,030</td><td>1</td><td>31</td><td>1,767,930</td></tr></table>										구 분		(Ⅰ)	(Ⅱ)	코드	분 류	단가	일투	총투	금액	2. 입원료	⑦ 기본식대	418,500원		Y2300	일반식	4,500	3	31	418,500	⑧ 가산식대	53,940원		Z0010	일반식(영양사)	580	3	31	53,940	6. 의학 요법료	① 1종	원	287,910원	MM302	재활가능치료 -보행치료	13,710	1	21	287,910	L. 요양병원 정액	① 31일	1,767,930원		A2100	의료고도	57,030	1	31	1,767,930
구 분		(Ⅰ)	(Ⅱ)	코드	분 류	단가	일투	총투	금액																																																		
2. 입원료	⑦ 기본식대	418,500원		Y2300	일반식	4,500	3	31	418,500																																																		
	⑧ 가산식대	53,940원		Z0010	일반식(영양사)	580	3	31	53,940																																																		
6. 의학 요법료	① 1종	원	287,910원	MM302	재활가능치료 -보행치료	13,710	1	21	287,910																																																		
L. 요양병원 정액	① 31일	1,767,930원		A2100	의료고도	57,030	1	31	1,767,930																																																		
다. 입원환자 의약품 관리료	<div>□ 상대가치점수표 제3편제3부 [산정지침] 5.에 따라 입원환자 의약품관리료는 투약한 일수에 따라 특정기간이 종료되는 시점마다 각각 산정하여 “1항 03목”에 기재한다.</div> <div>(예시) 2021.4.10일에 처음 입원한 장기환자가 2021.6.20일부터 7.14일까지 폐렴에 대한 치료로 매일 투약하고 행위별수가로 청구하는 경우 입원환자 의약품관리료는 특정기간 동안의 투약일수를 합산하여 7월 명세서에 작성</div> <div>▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우(2021.7월 명세서)</div> <table><tr><th>줄</th><th>항</th><th>목</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr><tr><td>0001</td><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>AL786</td><td>8,070</td><td>1</td><td>1</td><td>8,070</td></tr></table> <div>▶ 서면으로 청구하는 경우(2021.7월 명세서)</div> <table><tr><th>입원일수</th><th>14</th><th>일</th><th rowspan="2">(Ⅰ)</th><th rowspan="2">(Ⅱ)</th><th rowspan="2">코드</th><th rowspan="2">분 류</th><th rowspan="2">단가</th><th rowspan="2">일투</th><th rowspan="2">총투</th><th rowspan="2">금액</th></tr><tr><th colspan="3">구 분</th></tr><tr><td>1. 진찰료</td><td>③ 의약품 관리료</td><td></td><td>8,070원</td><td></td><td>AL786</td><td>입원환자 의약품관리료 (16일~30일분)</td><td>8,070</td><td>1</td><td>1</td><td>8,070</td></tr></table>										줄	항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액	0001	01	03	1	AL786	8,070	1	1	8,070	입원일수	14	일	(Ⅰ)	(Ⅱ)	코드	분 류	단가	일투	총투	금액	구 분			1. 진찰료	③ 의약품 관리료		8,070원		AL786	입원환자 의약품관리료 (16일~30일분)	8,070	1	1	8,070						
줄	항	목	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액																																																			
0001	01	03	1	AL786	8,070	1	1	8,070																																																			
입원일수	14	일	(Ⅰ)	(Ⅱ)	코드	분 류	단가	일투	총투	금액																																																	
구 분																																																											
1. 진찰료	③ 의약품 관리료		8,070원		AL786	입원환자 의약품관리료 (16일~30일분)	8,070	1	1	8,070																																																	
라. 행위별 진료내역	<div>□ 상대가치점수표 제3편제2부 [산정지침] 2.에 따른 정액수가를 적용하는 명세서에는 정액수가에 포함된 실제 행위별 진료내역을 “L항 81목 진찰료 부터 94목 기타”란에 구분하여 해당 각 목에 기재하며 요양급여비용에 산입하지 아니한다.</div> <div>(예시) 의사인력 확보수준에 따른 입원료 차등 3등급과 간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등 5등급인 요양병원에서 2021.7.1일부터 2021.7.9일</div>																																																										

항 목	세 부 작 성 요 령								
까지 의료고도로 입원한 환자에게 기본식사(완제품경관유동식-완제품)를 제공하고, 영풍파모티딘정20mg(정액수가 포함항목)을 하루 2회씩 계속 복용 및 체위변경처치[1일당], 비강영양[1일당], 경피적 혈액산소포화도측정[1일당]을 매일 실시한 경우									
▶정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우									
줄	항	목	코드 구분	코드	단가	1회 투약량	일투	총투	금액
0001	02	10	1	Y7001	4,810	1	3	9	129,870
0002	L	01	1	A2100	57,030	1	1	8	456,240
0003	L	82	1	AB500	20,878	1	1	8	166,960
0004	L	83	3	661901320	58	1	2	9	1,044
0005	L	88	1	M0143	7,410	1	1	9	66,690
0006	L	88	1	Q2660	9,160	1	1	9	82,440
0007	L	89	1	E7230	7,180	1	1	9	64,620

4) 특정내역 구분코드 작성요령

항 목	세 부 작 성 요 령														
가. 명일련단위 작성 특정내역 항목	<div>□ MT010(폐렴 정보)</div> <div>○ 요양병원의 장기환자에게 폐렴이 발생되어 행위별수가를 적용하는 경우 ‘폐렴 환자에 대한 점검표’ 6항목의 해당유무(각 사항에 해당하면 “Y”, 그렇지 않으면 “N”)와 진단일을 순서대로 기재한다.</div> <div>- 기재형식 : X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/ccyymmdd</div> <div>(예시) 흉부방사선상 신구의 폐침윤이 있고, 체온이 38.5℃이며, 백혈구 수 15,000/mm³, 새로 발생한 화농성 객담이 있고, 흉부 진찰소견 상 Rale 없고, PaO₂ 50mmHg로 2021.7.10일에 폐렴으로 진단한 경우</div> <div>▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우</div> <div><table><tr><th colspan="4">특정내역기재란</th></tr><tr><th>발생단위구분</th><th>출번호</th><th>특정내역구분</th><th>특정내역</th></tr><tr><td>1</td><td></td><td>MT010</td><td>Y/Y/Y/Y/N/Y/20210710</td></tr></table></div> <div>▶ 서면으로 청구하는 경우</div> <div><table><tr><td>특정내역</td><td>폐렴 정보 : Y/Y/Y/Y/N/Y/20210710</td></tr></table></div>	특정내역기재란				발생단위구분	출번호	특정내역구분	특정내역	1		MT010	Y/Y/Y/Y/N/Y/20210710	특정내역	폐렴 정보 : Y/Y/Y/Y/N/Y/20210710
특정내역기재란															
발생단위구분	출번호	특정내역구분	특정내역												
1		MT010	Y/Y/Y/Y/N/Y/20210710												
특정내역	폐렴 정보 : Y/Y/Y/Y/N/Y/20210710														

항 목	세 부 작 성 요 령																												
	<div>□ MT011(패혈증 정보)</div> <div>○ 요양병원의 장기환자에게 패혈증이 발생되어 행위별수가를 적용하는 경우 ‘패혈증 환자에 대한 점검표’ 5항목의 해당유무(각 사항에 해당하면 “Y”, 그렇지 않으면 “N”)와 진단일을 순서대로 기재한다.</div> <div>- 기재형식 : X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/ccyymmdd</div> <div>(예시) pseudomonas aeruginosa 배양(+), 38.5℃, 심박동수 98회, 호흡수 30회, 백혈구수 12,000/㎟로 2021.7.21일에 패혈증으로 진단한 경우</div> <div>▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우</div> <table><tr><th colspan="4">특정내역기재란</th></tr><tr><th>발생단위구분</th><th>출번호</th><th>특정내역구분</th><th>특정내역</th></tr><tr><td>1</td><td></td><td>MT011</td><td>Y/Y/Y/Y/N/20210721</td></tr></table> <div>▶ 서면으로 청구하는 경우</div> <table><tr><td>특정내역</td><td>패혈증 정보 : Y/Y/Y/Y/N/20210721</td></tr></table> <div>□ MT058(체내출혈 정보) (2019.11.1.진료분부터 적용)</div> <div>○ 요양병원의 장기환자에게 체내출혈이 발생되어 행위별수가를 적용하는 경우 ‘체내출혈 환자에 대한 점검표’ 3항목의 해당유무(각 사항에 해당하면 “Y”, 그렇지 않으면 “N”)와 시행일을 순서대로 기재한다.</div> <div>- 기재형식 : X(1)/X(1)/X(1)/ccyymmdd</div> <div>(예시) 위장관 출혈로 혈변을 보여 혈액검사 후 2021.7.25일 수혈을 시행한 경우</div> <div>▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우</div> <table><tr><th colspan="4">특정내역기재란</th></tr><tr><th>발생단위구분</th><th>출번호</th><th>특정내역구분</th><th>특정내역</th></tr><tr><td>1</td><td></td><td>MT058</td><td>Y/Y/N/20210725</td></tr></table> <div>▶ 서면으로 청구하는 경우</div> <table><tr><td>특정내역</td><td>체내출혈 정보 : Y/Y/N/20210725</td></tr></table>	특정내역기재란				발생단위구분	출번호	특정내역구분	특정내역	1		MT011	Y/Y/Y/Y/N/20210721	특정내역	패혈증 정보 : Y/Y/Y/Y/N/20210721	특정내역기재란				발생단위구분	출번호	특정내역구분	특정내역	1		MT058	Y/Y/N/20210725	특정내역	체내출혈 정보 : Y/Y/N/20210725
특정내역기재란																													
발생단위구분	출번호	특정내역구분	특정내역																										
1		MT011	Y/Y/Y/Y/N/20210721																										
특정내역	패혈증 정보 : Y/Y/Y/Y/N/20210721																												
특정내역기재란																													
발생단위구분	출번호	특정내역구분	특정내역																										
1		MT058	Y/Y/N/20210725																										
특정내역	체내출혈 정보 : Y/Y/N/20210725																												

항 목	세 부 작 성 요 령																																																																																																																																				
나. 출번호단위 작성 특정내역 항목	<div>□ JT007(치매검사결과)</div> <div>○ 치매치료제 중 Acetylcholinesterase inhibitor제제(예 : 아리셉트정, 엑셀론정 등)나 memantine제제(예 : 에빅사정 등)를 투여하거나 신경인지기능검사를 시행한 경우 MMSE 검사결과/검사실시일/CDR 검사결과/검사실시일/GDS 검사결과/검사실시일 순서대로 기재한다.</div> <div>- 기재형식 : 9(2)/ccyymmdd/9(1).V9(1)/ccyymmdd/9(1)/ccyymmdd</div> <div>(예시 1) 2021.4.20일에 실시한 MMSE 검사결과가 16이고, 2021.3.11일에 실시한 GDS 검사결과가 3인 경우</div> <div>▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우</div> <table><tr><th>항 목</th><th>출번호</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>1회투약량</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr><tr><td>L 83</td><td>0001</td><td>3</td><td>652105760</td><td>1,914</td><td>1</td><td>1</td><td>31</td><td>59,334</td></tr><tr><td colspan="9">특정내역기재란</td></tr><tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td>출번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="4">특정내역</td></tr><tr><td colspan="2">2</td><td>0001</td><td colspan="2">JT007</td><td colspan="4">16/20210420///3/20210311</td></tr></table> <div>▶ 서면으로 청구하는 경우</div> <table><tr><th>코드</th><th>분 류</th><th>단가</th><th>1회투약량</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr><tr><td>652105760</td><td>아리셉트정</td><td>1,914</td><td>1</td><td>1</td><td>31</td><td>59,334</td></tr><tr><td>특정내역</td><td colspan="6">652105760 아리셉트정, MMSE 16(2021.04.20), GDS 3(2021.03.11)</td></tr></table> <div>(예시 2) 2021.1.20일에 실시한 MMSE 검사결과가 16이고, 2021.5.1일에 실시한 CDR 검사결과가 2인 경우</div> <div>▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우</div> <table><tr><th>항 목</th><th>출번호</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>1회투약량</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr><tr><td>L 83</td><td>0001</td><td>3</td><td>652105760</td><td>1,914</td><td>1</td><td>1</td><td>31</td><td>59,334</td></tr><tr><td colspan="9">특정내역기재란</td></tr><tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td>출번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="4">특정내역</td></tr><tr><td colspan="2">2</td><td>0001</td><td colspan="2">JT007</td><td colspan="4">16/20210120/2.0/20210501//</td></tr></table> <div>▶ 서면으로 청구하는 경우</div> <table><tr><th>코드</th><th>분 류</th><th>단가</th><th>1회투약량</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr><tr><td>652105760</td><td>아리셉트정</td><td>1,914</td><td>1</td><td>1</td><td>31</td><td>59,334</td></tr><tr><td>특정내역</td><td colspan="6">652105760 아리셉트정, MMSE 16(2021.01.20), CDR 2(2021.05.01)</td></tr></table>	항 목	출번호	코드구분	코드	단가	1회투약량	일투	총투	금액	L 83	0001	3	652105760	1,914	1	1	31	59,334	특정내역기재란									발생단위구분		출번호	특정내역구분		특정내역				2		0001	JT007		16/20210420///3/20210311				코드	분 류	단가	1회투약량	일투	총투	금액	652105760	아리셉트정	1,914	1	1	31	59,334	특정내역	652105760 아리셉트정, MMSE 16(2021.04.20), GDS 3(2021.03.11)						항 목	출번호	코드구분	코드	단가	1회투약량	일투	총투	금액	L 83	0001	3	652105760	1,914	1	1	31	59,334	특정내역기재란									발생단위구분		출번호	특정내역구분		특정내역				2		0001	JT007		16/20210120/2.0/20210501//				코드	분 류	단가	1회투약량	일투	총투	금액	652105760	아리셉트정	1,914	1	1	31	59,334	특정내역	652105760 아리셉트정, MMSE 16(2021.01.20), CDR 2(2021.05.01)					
항 목	출번호	코드구분	코드	단가	1회투약량	일투	총투	금액																																																																																																																													
L 83	0001	3	652105760	1,914	1	1	31	59,334																																																																																																																													
특정내역기재란																																																																																																																																					
발생단위구분		출번호	특정내역구분		특정내역																																																																																																																																
2		0001	JT007		16/20210420///3/20210311																																																																																																																																
코드	분 류	단가	1회투약량	일투	총투	금액																																																																																																																															
652105760	아리셉트정	1,914	1	1	31	59,334																																																																																																																															
특정내역	652105760 아리셉트정, MMSE 16(2021.04.20), GDS 3(2021.03.11)																																																																																																																																				
항 목	출번호	코드구분	코드	단가	1회투약량	일투	총투	금액																																																																																																																													
L 83	0001	3	652105760	1,914	1	1	31	59,334																																																																																																																													
특정내역기재란																																																																																																																																					
발생단위구분		출번호	특정내역구분		특정내역																																																																																																																																
2		0001	JT007		16/20210120/2.0/20210501//																																																																																																																																
코드	분 류	단가	1회투약량	일투	총투	금액																																																																																																																															
652105760	아리셉트정	1,914	1	1	31	59,334																																																																																																																															
특정내역	652105760 아리셉트정, MMSE 16(2021.01.20), CDR 2(2021.05.01)																																																																																																																																				

5) 환자평가표 제출

항 목	세 부 작 성 요 령
가. 정액 명세서당 환자평가표 제출	<p><input type="checkbox"/> 정액명세서에는 반드시 환자평가표를 제출해야 한다.</p> <p>○ 원청구 및 보완청구 명세서 동일 적용</p> <p>○ 적용예외</p> <ul style="list-style-type: none"> - 추가청구 명세서 - 부득이하게 환자평가표를 미작성하여 선택입원군 수가를 적용하는 경우(2019.10.31.까지는 신체기능저하군의 수가를 적용하는 경우에 해당) <p><input type="checkbox"/> 동월에 정액명세서를 2건 이상으로 분리 작성하는 경우</p> <p>○ 월초(또는 특정기간 이후)에 작성된 환자평가표를 각각 제출하며, 이때 환자평가표 내역 중 요양개시일은 각각 기재한다.</p> <p><input type="checkbox"/> 월말 입원으로 환자평가표가 익월에 작성된 경우</p> <p>○ 익월에 작성된 환자평가표를 각각 제출하며, 이 때 환자평가표 내역 중 요양개시일은 각각 기재한다.</p> <p><input type="checkbox"/> 환자평가표 작성일로부터 그 달 말일까지의 잔여일수가 7일 이하로 익월의 환자평가표를 생략한 경우</p> <p>○ 당월의 환자평가표를 익월에도 동일하게 제출하며, 이 때 환자평가표 내역 중 요양개시일은 익월의 요양개시일을, 평가구분은 '3'으로 기재한다.</p> <p>* 평가구분 3 : '이전 환자평가표를 적용하는 경우'를 의미</p>

6) 기타

항 목	세 부 작 성 요 령
가. 산정특례 대상의 타상병 발생시 청구방법	<p>□ 산정특례대상자 진료분 청구방법</p> <p>「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 따라 중증질환 산정특례 대상자 및 제5조에 따른 희귀질환 및 중증난치질환자가 요양병원에 입원하여 요양병원형 수가 적용 대상인 장기환자에 해당하는 경우 청구방법</p> <p>○ 산정특례 대상 상병 및 관련 합병증에 대한 진료는 산정특례대상 (중증질환자 5%, 희귀질환 및 중증난치질환자 10% 본인부담)임</p> <p>○ 산정특례 대상과 전혀 관련 없는 타상병(기왕증 포함)의 진료는 산정특례대상이 아니므로 행위별 수가를 적용하여 제외환자로 분리청구 한다.</p> <p>- 다만, 동일 진료과목 의사에게 진료를 받은 경우는 산정특례대상 이므로 “장기환자”로 청구한다.</p> <p>※ 분리청구 시 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 작성 요령」 제1편 행위 요양급여비용 제4장 심사청구서 및 명세서 작성요령 제24조의1. 상해외인에 해당하는 코드를 기재하여 청구함</p>
나. 보훈국비 환자 청구방법	<p>□ 보훈위탁진료 요양기관 보훈국비환자 진료분 청구방법</p> <p>○ 보훈환자 중 보훈국비환자(상이처, 무자격자) 진료분으로서 보험자 구분 ‘7’을 적용하는 경우 행위별수가를 적용하여 “제외환자”로 청구한다.</p> <p>○ 보훈환자 중 건강보험이거나 국비질환 이외의 일반질환에 해당 하여 보험자구분 ‘4’를 적용하는 경우 요양병원형 수가를 적용하여 “장기환자”로 청구한다.</p>

Ⅲ. 요양병원 행정해석 등

1. 요양병원 관련 행정해석

2. 개정고시 관련 질의응답

[별첨] 입원환자 안전관리료 급여기준 등

1 요양병원 관련 행정해석

○ 목 록 요 약

연번	제목 등
1	필요인력 별도보상 기준 (예시) 약사가 상근하고 필요인력 5개 직종이 상근하되, 이중 2개 직종의 인력이 퇴사 후 입사까지 4일의 공백기간(공백기간이 서로 겹치지 않음)이 있는 경우 필요인력 별도보상 산정 여부 (보험급여과-389호, '10.2.5.)
2	필요인력 유급휴가 중 대체 고용인력 인정여부 (보험급여과-389호, '10.2.5.)
3	필요인력의 퇴직 마지막 기간을 연차 휴가 시 인력산정 여부 (보험급여과-389호, '10.2.5.)
4	필요인력 확보에 따른 별도보상금액(1,710원)에 2010년 점수당 단가(환산지수) 적용가능 여부 (보험급여과-389호, '10.2.5.)
5	필요인력 확보에 따른 별도보상 산정 방법 (보험급여과-389호, '10.2.5.)
6	환자수 200명 미만에서 주당 16시간 이상 근무 약사를 고용한 경우 근로기준법상 연차 인정 여부 (보험급여과-389호, '10.2.5.)
7	요양병원 관련 산정기준 질의 (보험급여과-284호, '10.4.13.)
8	요양병원의 필요인력 확보에 따른 별도 보상제 관련 질의에 대한 회신 (보험급여과-753호, '13.2.22.)
9	요양병원 필요인력 확보에 따른 별도 보상제 관련 기준에 대한 질의 회신 (보험급여과-4243호, '15.7.31.)
10	(제도개편)요양병원도 상급병실료 제도개편에 따른 4·5인실 입원료수가 등이 적용되는지? (보험급여과-3093호, '14.9.1.)
11	징병전담의사 수련기간중 차등수가 등 인력산정에 대한 기준 통보 (보험급여과-1159호, '08.6.30.)
12	공익근무요원의 요양병원 의사인력확보수준에 따른 입원료 가산제 적용에 대한 질의 (보험급여과-341호, '12.2.3.)

연번	제목 등
13	요양병원 적정성 평가결과 환류 관련 질의 (보험급여과-1804호, '10.8.31.)
14	요양병원 적정성 평가결과 환류 (보험급여과-3100호, '11.9.22.)
15	요양병원 특정기간 적용 대상인 「패혈증」 관련 등 질의 (보험급여과-1799호, '10.8.31.)
16	요양병원 신종인플루엔자 A(H1N1)확진검사 등에 대한 급여기준 개선 관련 (보험급여과-3494호, '09.9.15.)
17	신종인플루엔자 국가위기단계 조정에 따른 급여기준 변경 안내 (보험급여과-612호, '10.3.5.)
18	신규('07.12.15이후) 개설기관의 의사 및 간호인력 확보수준에 따른 등급 산정 기준 (보험급여팀-204호, '08.1.24.)
19	의사 및 기타 인력의 '상근'의 개념과 기준 '상근'의 개념에 주당 근무일수 산정 시점 (보험급여과-389호, '10.2.5.)
20	의사인력, 간호인력 차등제 가산은 총재원일수 기준인지, 입원료 산정 기준인지 (보험급여과-389호, '10.2.5.)
21	환자 100명 입원 시, 당일 10명이 오전에 퇴원하고 당일 오후에 10명이 입원한 경우 환자수 산정은? (보험급여과-389호, '10.2.5.)
22	요양병원의 중환자실이 시설 기준 등 충족하지 못하는 경우 진료비 산정방법 통보 (보험급여과-1691호, '08.8.20.)
23	요양병원 중환자실에서 진료내역이 인공호흡기 치료와 기본적 처치가 주로서 적극적 치료이기보다 생명유지 및 연장의 진료로 판단되는 경우 중환자실 진료내역을 특정기간이 아닌 정액수가로 인정할 수 있는지 여부 (보험급여과-513호, '09.2.12.)
24	재활의학과 전문의가 장기 부재시 전문재활치료료 산정여부에 대한 민원회신 통보 (보험급여과-588호, '08.5.6.)
25	의사 1인, 한의사 2인이 근무하는 요양병원에서 의사가 해외 출국으로 부재중이고, 한의사만 근무한 기간에 대한 의과 입원환자 요양급여비용 인정 여부 (보험급여과-513호, '09.2.12.)
26	환자평가표 작성을 위한 의무기록의 작성 여부 등 (보험급여팀-204호, '08.1.24.)

연번	제목 등
27	탈수로 인하여 생리식염수에 Kcl등 전해질을 mix하여 투여한 경우 '정맥주사에 의한 투약'으로 적용할 수 있는지 (보험급여과-502호, '08.4.29.)
28	의료최고도 조건인 '중심정맥관을 통하여 영양물질을 공급한 경우'란 어떤 경우를 말하는지 (보험급여과-502호, '08.4.29.)
29	퇴원약 별도 산정여부 (보험급여팀-4048호, '07.12.31.)
30	의약품관리로 산정방법 (보험급여팀-4048호, '07.12.31.)
31	요양병원 입원이 부적절한 환자 (보험급여팀-4048호, '07.12.31.)
32	요양병원에서 외과적 수술이 가능한지 여부 (보험급여팀-4048호, '07.12.31.)
33	요양병원에서 수술이 가능한 응급수술의 범위 및 비용급 수술 관련 진료비 등 불인정 시점 (보험급여팀-204호, '08.1.24.)
34	요양병원에 입원중인 환자에게 원외처방전 발행시 수가산정방법 (보험급여팀-4048호, '07.12.31.)
35	요양병원 입원환자를 다른 요양기관에 진료의뢰시 수가산정방법 등 (보험급여팀-4048호, '07.12.31.)
36	요양병원에 입원중인 환자를 타 요양기관으로 진료의뢰하여 의뢰받은 요양기관에서 진료 후 발생한 약제비 산정방법 (보험급여팀-204호, '08.1.24.)
37	요양병원에 입원중인 환자를 타 요양기관에 진료의뢰하여 물리치료 실시시 비용 산정방법 (보험급여팀-204호, '08.1.24.)
38	물리치료사 1인당 1일 실시인원(30명)에 일당 정액수가를 적용받는 환자(장기환자) 포함 여부 (보험급여팀-4048호, '07.12.31.)
39	장기입원에 따른 입원료 체감제 적용시 기산점 (보험급여팀-4048호, '07.12.31.)

연번	질 의	답 변
1	필요인력 별도보상 기준 (예시) 약사가 상근하고 필요 인력 5개 직종이 상근하되, 이중 2개 직종의 인력이 퇴사 후 입사까지 4일의 공백기간 (공백기간이 서로 겹치지 않 음)이 있는 경우 필요인력 별도보상 산정 여부 (보험급여과-389호, '10.2.5.)	○ 요양기관에 약사가 상근하고, 5개 직종 중 상근 자가 1명 이상인 직종이 매일 4개 이상인 경우에 해당하므로 필요인력에 따른 인센티브 산정이 가능함. (단, 협회에서 예시한 직종 모두 상근인력이어야 함)
2	필요인력 유급휴가 중 대체 고용인력 인정여부 (보험급여과-389호, '10.2.5.)	○ 16일 이상 장기유급 휴가 시 인력 산정대상에서 제외됨. 다만 장기유급휴가자를 대체하는 상근자가 있는 경우 “요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서” 신고 후 인정 가능함.
3	필요인력의 퇴직 마지막 기 간을 연차 휴가 시 인력산정 여부 (보험급여과-389호, '10.2.5.)	○ 필요인력(상근하는 약사, 의무기록사, 방사선사, 임상병리사, 사회복지사, 물리치료사)은 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서 상의 상근자를 의미하며, 타 의료인력의 기준과 같이 16일 이상 장기 유급 휴가의 경우에는 산정대상에서 제외함.
4	필요인력 확보에 따른 별도 보상금액(1,710원)에 2010년 점수당 단가(환산지수) 적용 가능 여부 (보험급여과-389호, '10.2.5.)	○ 필요인력 확보에 따른 별도 보상인 ‘일당 1,710 원’은 상대가치점수가 아닌 금액 고시(보건복지 가족부 고시 제2009- 216호, '09.11.30.)이므로 점수당 단가를 적용할 수 없음.
5	필요인력 확보에 따른 별도 보상 산정 방법 (보험급여과-389호, '10.2.5.)	○ 필요인력 확보에 따른 별도 보상제는 필요인력의 조건이 충족되었을 때 입원 1일당 1,710원을 별도 산정함.
6	환자수 200명 미만에서 주당 16시간 이상 근무 약사를 고 용한 경우 근로기준법상 연차 인정 여부 (보험급여과-389호, '10.2.5.)	○ 필요인력 확보에 따른 별도 보상제 관련 환자수 200명 미만에서, 약사가 주 16시간 이상 근무한 경우 근로기준법령에 따른 휴가 인정 가능함.

연번	질 의	답 변
7	요양병원 관련 산정기준 질의 (보험급여과-284호, '10.4.13.)	<p>○ 필요인력 확보에 따른 별도 산정 관련</p> <p>(1) 필요인력 확보에 따른 보상은 일당 1,710원을 별도 산정한다고 규정하고 있는데, 외박 환자에게도 적용되는지?</p> <p>(2) 필요인력 확보에 따른 별도 보상이 입원료의 일당 개념으로 1,710원을 보상한다면, 중환자실 입원료에 대하여도 적용되는지?</p> <p>(3) 요양병원에서 폐렴, 패혈증 치료기간으로 정액 수가가 아닌 별도의 행위별 수가를 산정하는 경우에도 필요 인력 확보에 따른 일당 1,710원을 보상하는지?</p> <p>⇒ 필요인력 확보에 따른 별도 보상제는 필요인력을 확보한 경우 입원료의 일당 개념으로 1,710원을 보상하는 것으로 - 외래 환자 및 입원 환자 중 외박 수가 산정 시에는 별도 산정할 수 없음.</p> <p>- 필요인력 확보가 된 해당 기관의 중환자실 입원료에 산정 가능하며 또한, 요양병원의 폐렴 및 패혈증 치료기간 중 산정하는 '요양병원 입원료(AB500)'에도 산정 가능함.</p> <p>○ 신규개설기관 관련</p> <p>'10. 6. 10일 개설 신고를 한 요양병원이 개설 당일부터 의사 등 해당 인력은 갖춘 상태로 실제 입원 환자를 '10. 6. 17.부터 시행한 경우, 입원료 차등제 적용 관련 환자 수 산정기준은 ?</p> <p>⇒ 분기 마지막 월 14일 이전 개설기관의 다음 분기의 기관 등급은 신규개설 요양병원 입원료 차등제 산정기준(보험급여과-74호, '10.1.8)에 따라, 입원 환자 수는 개설 당일부터 해당 분기의 마지막 월 14일까지의 입원환자를 평균하여 산정하여야 함.</p>

연번	질 의	답 변
		<p>- 다만, 동 사례와 같이 '10.6.10~6.14까지의 현황을 기준으로 적용 시 개설은 분기 마지막 월 14일(6.14) 전에 하였으나, 실제 입원환자의 진료는 6.17.부터 실시하여 해당 기간 동안 평균할 환자 수가 없는 경우(환자수가 '0'인 기간)에는 '기본등급'을 산정함.</p>
8	<p>요양병원의 필요인력 확보에 따른 별도 보상제 관련 질의에 대한 회신 (보험급여과-753호, '13.2.22.)</p>	<p>가. 요양병원의 '필요인력 확보에 따른 별도 보상제'는 요양병원의 의료서비스의 질향상을 위하여 도입한 인력 확보에 따른 인센티브 제도로써 직전분기 당해 요양기관에 약사가 상근하고 의무기록사, 방사선사, 임상병리사, 물리치료사, 사회복지사 중 상근자가 1명 이상인 직종이 4개 이상인 경우 일당 1,710원을 별도 산정하도록 한 것임</p> <p>나. 한편, 현행 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」의 “요양기관의 시설·인력 및 장비 등의 공동이용시 요양급여비용 청구에 관한 사항”에 의하면 물리치료, 검체검사 및 FULL PACS 등과 같이 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 등에서 별도로 시설, 장비 및 인력에 대한 기준을 규정하고 있는 항목에 대하여는 우선원칙에 따라 타 요양기관과 시설, 장비 및 인력의 공동이용을 인정하지 않고 있음</p> <p>다. 이에, 요양병원의 '필요인력 확보에 따른 별도 보상제' 도입 취지 및 해당 인력(보상을 받고 있는 인력)에 대한 비용보상 기준을 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에서 별도로 정하고 있는 점을 감안할 때, 동 필요인력 확보에 따른 별도 보상제 규정을 우선 적용하는 것이 원칙으로 타 요양기관과 시설·장비 인력의 공동이용은 인정하지 않는 것이 기존 행정해석이었음</p>

연번	질 의	답 변
		<p>라. 따라서, 귀 원에서 질의한 필요인력이 상근하고 시설·장비를 보유한 요양병원이 필요인력이 상근하나 시설·장비를 보유하지 않는 타 요양병원과 시설·장비를 공동이용하는 경우는 공동이용으로 인정하지 않는 것이 타당하며, 이에 따라 시설·장비를 보유하지 않는 요양병원의 경우 필요인력이 상근하더라도 ‘필요인력 확보에 따른 별도 보상제’의 일당 비용을 산정할 수 없을 것임.</p> <p>마. 다만, 필요인력이 상근하고 시설·장비를 보유한 요양병원이 관련 규정에 따라 적합한 인력·시설·장비를 보유하고 해당 서비스가 적절하게 제공되었을 경우에는 관련 규정에 따라 ‘필요인력 확보에 따른 별도 보상제’의 일당 비용을 산정할 수 있을 것임.</p>
9	<p>요양병원 필요인력 확보에 따른 별도 보상제 관련 기준에 대한 질의 회신 (보험급여과-4243호, '15.7.31.)</p>	<p>○ 질의 내용</p> <ul style="list-style-type: none"> - 요양병원에 ‘상근자’로 신고되어 있는 사회복지사가 임신으로 「근로기준법」 제74조제7항에 따라 하루 2시간씩 단축 근무하여 하루 6시간 근무를 할 경우 상근자 인정 여부 <p>○ 회신 내용</p> <ul style="list-style-type: none"> - 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3편 제3부에 따른 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 VI.요양병원 제3부 중 ‘필요인력 확보에 따른 별도 보상제 관련 기준’에서는 요양병원의 입원환자에게 질 높은 의료 서비스를 제공토록 하기 위해 시행하는 필요인력 확보에 따른 별도 보상제에서 사회복지사 필요인력은 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서상의 상근자를 의미한다고 규정하고 있습니다.

연번	질 의	답 변
		<ul style="list-style-type: none"> - 또한, 「근로기준법」 제74조(임산부의 보호)는 “⑦ 사용자는 임신 후 12주 이내 또는 36주 이후에 있는 여성 근로자가 1일 2시간의 근로시간 단축을 신청하는 경우 이를 허용하여야 한다. ⑧ 사용자는 제7항에 따른 근로시간 단축을 이유로 해당 근로자의 임금을 삭감하여서는 아니된다.” 라고 규정하고 있습니다. - 따라서, 임산부 보호를 위한 제도취지와 관련 규정 등을 종합적으로 고려할 때, 관련 법령 등에 따라 상근자로 인정되고 있었던 사회복지사가, 상근자의 다른 조건은 충족하나, 근로시간에 대하여 근로기준법 제74조제7항에 따라 임신 후 12주 이내 또는 36주 이후에 1일 2시간의 근로시간 단축을 허용받은 경우에는 요양병원 필요인력 확보에 따른 별도보상제에서 상근자로 인정할 수 있을 것으로 판단됩니다. - 다만, 적정 의료서비스 제공 및 질적 수준 제고 등 필요인력 확보에 따른 별도 보상제 및 상근제도를 운영하는 취지에 부합될 수 있도록 해당 요양기관에서는 의료의 질 관리와 서비스 제공에 더욱 만전을 기하여야 할 것입니다.
10	<p>(제도개편) 요양병원도 상급병실료 제도개편에 따른 4·5인실 입원료수가 등이 적용되는지?</p> <p>(보험급여과-3093호, '14.9.1.)</p>	<p>요양병원은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 별표2 제4호 나목의 규정에 따라 기존대로 5인 이하 입원 병상에 상급병실료(고시한 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용)를 부과할 수 있음.</p> <p>또한, 요양병원은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 고시」 제3편이 적용되기 때문에, 제1편의 개정 규정(4인실 및 5인실 입원료 신설 등)은 적용되지 아니함.</p>

연번	질 의	답 변
11	<p>징병전담의사 수련기간중 차등수가 등 인력산정에 대한 기준 통보 (보험급여과-1159호, '08.6.30.)</p>	<p>○ 요양병원에서 징병전담의사를 의사등급에 포함시킬 수 있는지 여부에 대한 민원이 제기되어 검토한 결과를 알리고자 하오니 업무에 착오 없으시기 바랍니다.</p> <p>○ 징병전담의사는 병역법 제34조의3 제2항에 의거 징병검사를 실시하지 아니하는 기간 중 3월의 범위안에서 군병원등에서 직무와 관련된 수련을 실시할 수 있도록 되어 있습니다.</p> <p>○ 그러나 이 경우 진찰료 차등수가 및 의사인력확보수준에 따른 입원료 차등제 등급 산정시 징병전담의사의 포함여부는 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항에 의하여야 하며, 동 적용기준에 의거 징병전담의사는 기간의 정함이 있는 기간제(계약직)의사에 해당되며, 기간제 의사는 3개월 이상 고용계약을 체결하고 실제 근무기간도 3개월 이상이어야 1인으로 산정할 수 있습니다.</p> <p>○ 다만, 차등수가 산정시 3개월미만 수련허가를 받은 징병전담의사를 포함하여야 한다는 병무청의 문서가 이미 시달되어 있고, 일선 요양기관이 기 시달된 병무청의 문서로 차등수가 및 의사등급산정에 3개월미만 수련허가를 받은 징병전담의사를 이미 적용하여 혼란이 있었던 점 등을 감안하여, 차등수가는 '07.12월~'08.1/4분기, 의사등급은 '08년 1/4분기 진료분에 한하여 3개월미만 수련허가를 받은 징병전담의사를 포함하여 적용하고 '08년 2/4분기 진료분부터는 차등수가 및 의사등급(1/4분기 의사수)에서 제외함을 알려드립니다.</p>
12	<p>공익근무요원의 요양병원 의사인력확보수준에 따른 입원료 가산제 적용에 대한 질의 (보험급여과-341호, '12.2.3.)</p>	<p>가. 「병역법」 제33조 및 「공익근무요원 복무관리규정」 제28조의 규정에서 공익근무요원은 복무기관의 장의 허가를 받아 다른 직무를 겸할 수 있음.</p> <p>나. 요양병원의 의사인력확보수준에 따른 입원료</p>

연번	질 의	답 변
		<p>차등제에서 의사 수는 요양병원 입원료 차등제 산정현황통보서 상의 상근자를 의미하므로 당직 의사가 상근자인 경우에 포함되며, 의사확보수준에 따라 수가를 차등 적용하는 취지 및 상대가치 점수 산출 배경 등을 감안하여 주 5일 이상 근무 하면서 주 40시간 이상 근무하는 의사를 1인으로 산정하도록 정하고, 주 3일 이상이면서 주 20시간 이상 근무한 경우에는 0.5인으로 인정함.</p> <p>다. 따라서 해당 복무기관의 장으로부터 겸직근무 허가를 받은 공익근무요원인 의사가 요양병원에서 당직 의사로서 주 5일이상이면서 주 40시간 이상 근무하거나 주 3일 이상이면서 주 20시간이상 근무하는 경우 요양병원 의사인력확보수준에 따른 입원료 차등제 적용이 가능함</p>
13	<p>요양병원 적정성 평가결과 환류 관련 질의 (보험급여과-1804호, '10.8.31.)</p>	<p>1. 「「요양병원 입원급여 적정성 평가결과」 평가영역이 전체 하위 20%에 해당하는 요양병원」에서 전체 하위 20% 이하의 기준을 적용받는 기관이란?</p> <p>→ 구조와 진료부문 모두 종합순위 하위 20% 이하인 기관을 의미함</p> <p>2. '평가결과 발표 직후 2분기 동안'의 적용 기준은?</p> <p>→ 평가대상 기간 및 결과 발표 시기를 고려하여, 평가결과 발표연도의 4/4분기(10월~12월) 및 익년 1/4분기(1월~3월) 진료분에 적용함</p> <p>- 평가결과 발표 직후 청구실적이 없거나 지연 되는 경우에도 동일하게 진료분 기준으로 적용되며, 관리 기간은 청구소멸시효를 감안하여 3년으로 함.</p> <p>[2011년 평가결과 발표(3차년도 평가)]</p> <ul style="list-style-type: none"> • 평가대상 기간 : 2010년 10월 ~ 12월 진료분 • 결과적용 시기 : 2011년 10월 ~ 2012년 3월 진료분

연번	질 의	답 변
		<p>3. 간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등제의 입원료 가산 중 '간호사 비율이 간호인력의 3분의2 이상인 경우에 1일당 2,000원을 별도 산정'하는 규정도 요양병원 적정성 평가결과 환류 적용 범주에 포함 되는지?</p> <p>→ 간호사비율이 간호인력이 3분의2 이상인 경우에 1일당 2,000원을 별도 산정'도 적정성평가 결과 환류의 적용을 받는 입원료 가산의 범주에 포함됨.</p> <p>☞ 고시 제2021-59호(2023.7.1.시행)에 의거 '23.7.1. 삭제</p>
14	<p>요양병원 적정성 평가결과 환류 (보험급여과-3100호,'11.9.22.)</p>	<p>1. 요양병원 입원급여 적정성 평가 이후 설립구분을 변경하거나 공동대표자 중 주개설자가 변경된 경우 평가결과 연계가 가능한지 여부</p> <p>- 요양기관의 설립구분만 변경되었을 뿐 변경 전·후가 실질적으로 동일(시설, 인력, 운영 등)하다면 평가결과 연계</p> <p>2. 요양병원 입원급여 적정성 평가 이후, 양도·양수가 이루어진 경우 양수한 요양병원의 평가 결과(수가 연계)를 양수받은 대표자의 요양병원에 연계가 가능한지 여부</p> <p>- 타 요양병원을 양도·양수받아 재개설한 경우 기관의 대표자의 변경이 있었을 뿐 신규로 개설한 기관이 아니므로 양수받은 요양병원이 평가 대상 요양병원이고, 대표자 변경 전·후가 실질적으로 동일(시설, 인력, 운영 등)하다면 평가결과 연계</p> <p>- 다만, 평가결과를 통보받은 이후에 양도·양수가 이루어진 경우에 적용 가능</p>

연번	질 의	답 변
15	요양병원 특정기간 적용 대상인 「패혈증」 관련 등 질의 (보험급여과-1799호, '10.8.31.)	<p>1. 요양병원 입원료의 특정기간으로 적용할 수 있는 패혈증 기준 관련, 상기도감염 등의 경우에서 패혈증 진단의 2가지 이상 항목(체온 및 심박동수 상승 등)에 해당 시 특정기간(행위별 수가로 청구)으로 적용 가능한지?</p> <p>○ 요양병원 입원료는 환자군별로 소요되는 행위, 약제, 치료재료 각 항목을 반영하여 1일당 정액수가로 운영이 되고 있으며, 동 수가에 포함될 수 없는 특정기간(패혈증 등)을 일부 예외적으로 인정하고 있음.</p> <p>○ 위 기준 중 '감염으로 인한 전신염증 반응으로서 2가지 이상의 항목에 해당되어 패혈증으로 확진된 경우'에도 특정기간으로 적용할 수 있으며, 다만 일부 요양병원에서 단순 바이러스 감염(상기도감염 등)에서 패혈증진단의 2가지 이상 항목(별첨)에 해당된다 하여 특정기간으로 적용하여 행위별수가로 청구하는 것은 질병 진단 및 기준 적용상의 착오 사례로 판단됨.</p> <p>○ 따라서 일선 요양병원에서는 동 기준 적용에 착오가 발생되지 않도록 협조를 부탁드립니다. 진료비 심사를 담당하는 기관에서는 관련 진료비 심사에 만전을 기울여 주시기 바랍니다.</p> <p>〈별첨 - 패혈증 확진 기준〉</p> <p>: 혈액 내 균 혹은 균 독소가 증명된 경우 또는 감염으로 인한 전신염증반응으로서 다음 중 2가지 이상에 해당되어 패혈증으로 확진된 경우</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 체온이 38°C 초과되거나 36°C 미만인 경우 (2) 심박동수가 90회(/분)를 초과한 경우 (3) 호흡수가 24회(/분)를 초과하거나 이산화탄소 분압이 32mmHg 미만인 경우 (4) 백혈구수가 12,000/mm^3 초과되거나 4,000/mm^3 미만인 경우, 미성숙 호중성구 [immature(band) neutrophils] 수가 10% 초과된 경우

연번	질 의	답 변
16	요양병원 신종인플루엔자 A (H1N1) 확진검사 등에 대한 급여기준 개선 관련 (보험급여과-3494호, '09.9.15.)	<p>요양병원은 다른 요양기관 종별과는 달리 입원환자에 대한 일당정액수가제를 적용함에 따라, 현행 급여기준상 별도 산정토록 명시되어 있는 일부 행위 및 약제를 제외하고는 일당 정액수가에 포함되어 별도 산정할 수 없음.</p> <p>다만, 요양병원에 '신종인플루엔자 고위험군'이 다수 입원하고 있는 점을 감안, 신종 인플루엔자 확산에 신속하게 대처하고 확진환자를 조기에 치료하기 위하여 다음과 같이 한시적으로 별도 산정할 수 있음.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>○ 당해 요양기관내에서 신종인플루엔자 A(H1N1) 의심환자에게 확진검사를 실시한 경우, 일당정액수가에 포함되어 있으므로 별도 산정할 수 없으나, 검체 검사를 다른 요양기관에 위탁하는 경우는 행위별로 별도 산정 가능</p> <p>○ 적용기간: [재난 및 안전관리기본법]에 따라 보건복지가족부가 작성한 [전염병 위기 대응 실무 메뉴얼]상 위기 경보수준이 경계·심각 단계에 한시 적용</p> <p style="padding-left: 40px;">※ 대상환자(적응증), 검사종류, 적용수가 등은 신종인플루엔자 A(H1N1)의 의심환자 확진 검사법 급여기준 확대 변경 안내[보험급여과-3139호, '09.8.17]와 동일함.</p> <p>○ 아울러, 요양병원 입원환자에게 항바이러스제(타미플루캡셀 등)를 투여하고자 하나 병원 내 항바이러스제를 확보하지 못한 경우, 항바이러스제에 대해서만 원외 처방할 수 있음.</p>

연번	질 의	답 변
17	<p>신종인플루엔자 국가위기단계 조정에 따른 급여기준 변경 안내 (보험급여과-612호, '10.3.5.)</p>	<p>전염병 위기평가회의에서 신종인플루엔자의 발생 추세 등을 고려하여 그간 경계단계로 운영되던 국가 위기단계가 주의 단계로 조정됨에 따라 다음과 같이 급여기준을 변경합니다. 다만, 금번 변경적용은 진료 현장에서의 국민혼란을 방지하기 위하여 2010.3.15. (월)진료분부터 적용할 예정임을 알려드립니다.</p> <p>가. 신종인플루엔자A(H1N1)의 확진검사법의 급여 기준</p> <p>1) 변경 전 (보험급여과-3147호, 2009. 8.18)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Real-time RT-PCR, Conventional RT-PCR, Multiplex RT-PCR 검사 중 1종을 건강보험으로 인정 ○ 적용증 <ul style="list-style-type: none"> 급성 열성 호흡기 질환이 있으면서 - 입원증인환자(응급실 환자포함) - 신종인플루엔자 고위험군 환자 - 신종인플루엔자A(H1N1) 진단기준의 의심사례, 추정환자 또는 지역사회 감염이 의심되는 경우 등 의사가 검사 필요성을 인정한 경우 <p>※ 급여기준 이외 시행하는 경우의 검사비용은 전액을 환자가 부담</p> <p>2) 변경 후</p> <p>단계하향에 따라 신종인플루엔자A(H1N1)의 의심 환자 확진검사 시 검사비용은 전액을 환자가 부담 (비급여)</p> <p>나. 요양병원의 신종인플루엔자A(H1N1)의 확진검사법의 급여기준</p> <p>1) 변경 전(보험급여과-3494호, 2009. 9.15)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 당해 요양기관내에서 신종인플루엔자 A(H1N1) 의심환자에게 확진검사를 실시시 일당정액수가 포함되어 있으므로 별도 산정불가, 타 요양기관에 위탁시 별도 산정 가능

연번	질 의	답 변
		<p>2) 변경 후</p> <p>단계하향에 따라 신종인플루엔자A(H1N1)의 의심 환자 확진 검사시 검사비용은 전액을 환자가 부담 (비급여)</p> <p>다. 신종인플루엔자 거점병원의 감염전문관리료 적용</p> <p>1) 변경 전(보험급여과-3226호, 2009. 8.25)</p> <p>신종인플루엔자 환자가 신종인플루엔자 거점병원에 입원하여 치료받는 경우 감염전문관리료(가8 협의진찰료, 코드 AH400)를 입원기간 중 30일에 1회 산정</p> <p>2) 변경 후 : 동일하게 적용</p>
18	<p>신규('07.12.15이후) 개설기관의 의사 및 간호인력 확보 수준에 따른 등급 산정 기준 (보험급여팀-204호,'08.1.24.)</p>	<p>○ 신규개설기관('07.12.15이후 개설)의 당해 분기 및 차기 분기의 의사 및 간호인력 확보수준에 따른 등급 산정기준</p> <ul style="list-style-type: none"> - 개설 당해 분기 : 개설 당일을 기준으로 산정한 등급 적용 - 분기 시작월 15일 이후 개설한 경우의 개설 차기 분기 • 간호등급 : 개설 당일과 당해 분기 잔여기간을 평균(15일 기준)하여 산정한 등급 적용 • 의사등급 : 개설당일부터 당해 분기의 마지막 월 14일까지의 재직일수를 기준으로 산정한 등급 적용 • 평균할 잔여기간이 없는 경우(예 : 3월 20일 개설)에는 개설 당일을 기준으로 산정한 등급 적용 <p>※ 상기 내용은 현행 법령 및 고시와 일치하지 않지만 기존의 취지 등을 이해하는데 필요하다고 판단하여 동 교육자료에 포함하였음</p>

연번	질 의	답 변
		<p>○ 요양기관 폐업 후 동일 장소에 다른 요양기관이 개설된 경우 개설자, 의료기관명칭 및 관리의사가 변경되었다 하더라도 진료와 관련된 진료기록 일체를 개설 요양기관이 인수한 경우에는 입원 환자 및 외래환자 모두를 계속 진료로 보아야 하므로, 이와 같은 경우는 신규개설기관에 적용하는 등급 산정방법을 적용하지 아니함.</p> <p>○ 이 때 요양급여비용 청구는 폐업 전·후 진료분에 대하여 각각 분리 청구하되, 환자평가표는 개설한 월에 기 작성된 환자평가표가 있을 경우 동 환자평가표를 사용할 수 있음.</p>
19	의사 및 기타 인력의 '상근'의 개념과 기준 '상근'의 개념에 주당 근무일수 산정 시점 (보험급여과-389호, '10.2.5.)	<p>○ 상근하는 의료 인력에 대하여 차등된 수가를 인정하는 것은 적절한 의료행위를 할 수 있을 정도의 충분한 시간동안 근무하는 것을 전제로 국민건강보험 가입자에 대한 의료서비스의 질적 향상을 도모하는 것이 근본취지임</p> <p>○ 이에 비전속진료허용 등에 따른 수가적용기준(보험급여과-76호, 2010. 1. 8)에서도 의사확보수준에 따라 수가를 차등지급하는 경우 의사수 산정은 의사확보 수준에 따라 수가를 차등 적용하는 취지 및 상대가치점수 산출 배경 등을 감안하여 주5일 이상 근무하면서 주40시간 이상 근무하는 의사를 1인으로 산정토록 하고 있음.</p> <p>○ 아울러, 상근과 관련한 당해 근로자의 근무수준은 해당 사업장 내 다른 근로자나 동종 또는 유사 업종에 근무하는 다른 근로자의 근무조건(근무시간, 근무일수 등)에 비추어 판단해야 할 것임.</p>
20	의사인력, 간호인력 차등제 가산은 총재원일수 기준인지, 입원료 산정 기준인지 (보험급여과-389호, '10.2.5.)	○ 보건복지가족부 고시 제2009-216호, 제2009-214호('09.11.30) 및 「요양병원입원료 차등제 개정관련 기준송부(보험급여과-4556호, '09.12.24)」 내용과 동일함

연번	질 의	답 변
		<p>○ 즉, 환자수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지의 3개월 평균 환자수 (총 재원일수의 합을 대상기간 입원일수의 합으로 나눈 값)로 산정</p> <ul style="list-style-type: none"> • 입원환자수 = 3개월 간 입원환자수의 합/ 3개월간 일수의 합(소수점 3째자리에서 반올림) • 입원환자수에는 낮병동, 타법령 입원환자수 포함 <p>- 단, 입원과 퇴원이 같은 날에 이루어진 경우에만 1인으로 적용</p>
21	환자 100명 입원 시, 당일 10명이 오전에 퇴원하고 당일 오후에 10명이 입원한 경우 환자수 산정은? (보험급여과-389호,'10.2.5.)	<p>○ 환자수 산정의 원칙은 위 1번의 기준과 동일함.</p> <p>- 따라서 동 질의의 경우 환자수는 100명으로 적용</p>
22	요양병원의 중환자실이 시설 기준 등 충족하지 못하는 경우 진료비 산정방법 통보 (보험급여과-1691호,'08.8.20.)	<p>○ 2008.7.1부터 중환자실 입원료는 의료법시행규칙 제34조 [별표4]에서 정한 중환자실의 시설·장비를 갖춘 중환자실이 설치된 종합전문요양기관, 종합 병원, 병원, 요양병원에서 지극히 심각한 질환이나 손상을 입어 집중적인 치료 및 간호가 필요한 성인 또는 소아환자 또는 신생아를 중환자실에서 진료한 경우 산정할 수 있습니다.</p> <p>○ 이에 따라 중환자실을 운영하는 요양기관은 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 산정현황[신규, 변경, 분기] 통보서를 건강보험심사평가원에 매분기말 20일까지 제출하여야 하며, 미제출기관 및 의료법시행규칙 제34조 [별표4]에서 정한 중환자실의 시설·장비를 갖추지 못한 경우는 중환자실 입원료를 산정할 수 없습니다.</p> <p>○ 따라서 요양병원 중 요양기관현황 신고시 중환자실을 보유하였다고 신고한 기관이 「중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 산정현황 통보서」를</p>

연번	질 의	답 변
		<p>제출하지 못하였거나, 의료법시행규칙 제34조 [별표4]에서 정한 중환자실의 시설·장비 등 기준을 충족하지 못하는 경우는, 요양기관 현황통보서상의 중환자실에 입원한 환자에 대해 중환자실입원료를 산정할 수 없으므로 특정기간에 해당되지 않음을 알려드립니다.</p> <p>○ 아울러, 해당 요양기관은 기준에 미달된 중환자실에 대하여 요양기관현황을 조속히 변경·신고하여, 병상수, 의사등급, 간호등급 등이 정확히 산정될 수 있도록 조치하여 주시기 바랍니다.</p>
23	<p>요양병원 중환자실에서의 진료내역이 인공호흡기 치료와 기본적 처치가 주로서 적극적 치료이기보다 생명유지 및 연장의 진료로 판단되는 경우 중환자실 진료내역을 특정기간이 아닌 정액수가로 인정할 수 있는지 여부 (보험급여과-513호, '09.2.12.)</p>	<p>○ 요양병원에서 중환자실 입원료는 지극히 심각한 질환이나 손상을 입어 집중적인 치료 및 간호가 필요한 환자를 중환자실에서 진료한 경우에 산정할 수 있으며, 이 경우 '특정기간'으로 분류하여 일당정액이 아닌 행위별 수가를 적용하고 있음.</p> <p>○ 질의에서와 같이 중환자실 입원환자에 대하여 집중적인 치료행위가 아닌 생명유지 및 연장을 위한 기본적 처치만 한 경우라면 중환자실 입원이 필요한 환자(심각한 질환이나 손상을 입어 집중적인 치료 및 간호가 필요한 환자)로 보기 곤란할 뿐만 아니라 일반 병실에 입원한 동일 환자군과의 형평성 문제가 발생할 소지가 크다고 판단됨.</p> <p>○ 따라서, 요양병원 중환자실에서 인공호흡기 치료와 기본적 처치만으로 생명유지 진료만 한 경우라면 '특정기간'으로 분류하여 행위별 수가를 적용하기 보다는 동일한 환자군(의료최고도)의 일당정액수를 적용함이 타당하다고 판단되며,</p> <p>○ 향후 중환자실 입원료 산정이 부적절한 경우 발생 시 일당정액 적용 환자분류군에 대해서는 적용 기준, 환자상태 등을 고려하여 사례별로 적절히 적용하시기 바람.</p>

연번	질 의	답 변
24	재활의학과 전문의가 장기 부재시 전문재활치료료 산정여부에 대한 민원회신 통보 (보험급여과-588호, '08.5.6.)	<p>○ 건강보험 요양급여 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2부 제7장 이학요법료는 난이도 및 전문성 등에 따라 인력기준을 구분하여 정하고 있으며, 이중 제3절은 전문적인 재활치료 항목으로서 해당 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 재활의학과전문의가 상근하고, 해당전문의 또는 전공의의 처방에 따라 상근하는 물리치료사 또는 해당 분야 전문치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정토록 하고 있습니다.</p> <p>○ 재활의학과 전문의가 상근하는 기관에서만 전문 재활치료를 산정토록 한 것은 전문재활치료의 특성 및 전문성 등을 감안할 때 재활의학과 전문의가 처방 후 환자에게 직접 재활치료를 하지 않는다 할지라도 처방에 따른 각 행위의 지도·감독 및 환자 상태 등을 주도면밀하게 관찰하여 환자에게 적절한 재활치료가 될 수 있도록 하기 위함입니다.</p> <p>○ 또한, 요양병원에서 시행중인 의사인력 확보수준에 따른 입원료 차등제 적용 기준 중 의사는 요양기관 현황통보서상의 상근자를 의미하며, 분만 휴가자(16일 이상 장기 유급 휴가자 포함)의 경우에는 산정대상에서 제외토록 하고 있습니다.</p> <p>○ 따라서 요양병원에서 재활의학과 전문의가 16일 이상 장기휴가시 의사인력확보수준에 따른 입원료 차등제 산정대상에서 제외되는 점 및 전문재활치료의 특성 등을 감안하여 재활의학과 전문의가 휴가중에 발생한 전문재활치료는 휴가 초일부터 별도 산정이 불가함을 알려드립니다.</p>

연번	질 의	답 변
		○ 아울러, 전문재활치료의 특성을 감안할 때 재활 의학과전문의의 휴가중에는 전문재활치료료를 산정하지 않음이 원칙이므로 재활전문의의 휴가 중에 발생한 전문재활치료료는 휴가일수에 관계 없이 휴가 초일부터 별도 산정할 수 없으며, 동 내용은 2008. 6. 1일 진료분부터 적용됨을 알려 드립니다.
25	의사 1인, 한의사 2인이 근무하는 요양병원에서 의사가 해외 출국으로 부재중이고, 한의사만 근무한 기간에 대한 의과 입원환자 요양급여비용 인정 여부 (보험급여과-513호, '09.2.12.)	○ 「의료법」 제2조 및 제27조에 의거 의사는 의료와 보건지도를, 한의사는 한방의료와 한방 보건지도를 임무로 하며, 의료인은 면허된 것 이외의 의료 행위를 할 수 없도록 규정하고 있음. ○ 따라서, 의사 부재 중 의과 입원환자에 대한 의과 진료를 한의사가 대신 할 수 없으므로 기본적인 의사의 진료행위가 없는 상태에서 발생한 입원료, 식대 등 의과요양급여비용은 인정하기 곤란하며, 단, 동 상황에서 시행한 한의사의 한방 의료행위는 해당 내역에 한해 인정할 수 있음.
26	환자평가표 작성을 위한 의무 기록의 작성 여부 등 (보험급여팀-204호, '08.1.24.)	○ 의료인은 의료법 제22조 및 동법 시행규칙 제17조, 제18조에 의거 각각 진료기록부, 조산기록부, 간호기록부, 그 밖의 진료에 관한 기록(이하 “진료 기록부 등”이라 한다)을 갖추어 두고 그 의료행위에 관한 사항과 의견을 상세히 기록하고 서명하여야 하며, 진료기록부등에는 주된 증상, 치료내용, 투약, 처치 및 간호 등에 관한 기록을 하여 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보존하여야 함. ○ 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 상대가치점수 제3편에서 요양병원은 입원중인 환자의 환자군별 상대가치점수 결정을 위하여 매월 환자평가표를 작성하여야 하며, 환자평가표는 당해 환자를 담당하는 간호사가 의무기록을 근거로 작성하여 의무기록에 비치토록 하고 있음.

연번	질 의	답 변
		<ul style="list-style-type: none"> ○ 따라서, 요양병원은 환자의 의무기록(진료기록부, 간호기록부 등)에 의거 환자평가표를 작성함이 원칙임. ○ 환자평가표 작성을 용이하게 하기 위하여 별도의 check list 등을 만들어 사용하는 것은 무관하나, 이 경우에도 문제행동 등 의무기록에 근거하여 작성토록 되어 있는 모든 문항은 반드시 진료 기록부 등에 증상 등이 기재되어 있어야 함. ○ 아울러, 의무기록에 기록이 없이 환자평가표만 작성되어 환자평가표의 사실여부 확인이 불가능할 경우는 의무기록으로 확인된 사항을 적용하여 환자군을 적용함.
27	탈수로 인하여 생리식염수에 Kcl등 전해질을 mix하여 투여한 경우 '정맥주사에 의한 투약'으로 적용할 수 있는지 (보험급여과-502호,'08.4.29.)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 탈수환자에게 생리식염수에 전해질을 mix하여 투여하고 '정맥주사에 의한 투약'으로 적용할 수 있는 탈수의 기준은 아래 중 2가지 이상에 해당하는 경우(①, ③은 I/O sheet에 근거해야 함)에 적용함. ① 하루에 섭취하는 수분량이 1500ml 미만인 경우 ② 탈수의 임상적 증상이 있음 예 : 새로 발병된 또는 악화된 혼돈(confusion), 비정상적인 임상결과(헤모글로빈, 헤마토크리트, 칼륨, 혈액요소질소, 요비중 증가 등) ③ 구토, 열, 설사 등으로 섭취한 수분량보다 수분 소실량이 많은 경우
28	의료최고도 조건인 '중심정맥관을 통하여 영양물질을 공급한 경우'란 어떤 경우를 말하는지 (보험급여과-502호,'08.4.29.)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 중심정맥관을 통하여 일반적인 수액제(5% 또는 10% D/W 등)를 투여한 경우에는 말초정맥을 통하여 수액제를 투여하여야 하나 route확보 등이 어려워 말초정맥투여를 하지 못하는 경우에 해당하므로 말초정맥영양을 실시한 것으로 보아야 하며, 중심정맥영양의 경우는 반드시 중심정맥관을 통하여 TPN요법을 실시한 경우에만 해당됨.

연번	질 의	답 변
29	퇴원약 별도 산정여부 (보험급여팀-4048호, '07.12.31.)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 요양병원의 장기환자에게 적용하는 일당 정액수가에는 퇴원약이 포함(평균 10일 정도)되어 있으므로, 퇴원약 비용은 별도 산정할 수 없음. ○ 퇴원약이 필요한 환자에게 퇴원시 약을 처방하지 않고 수일내 외래로 내원케하여 약을 처방하는 것은 정액수가에 포함되어 있는 퇴원약에 대한 비용을 이중으로 청구하게 되므로 요양병원에서는 이와 같은 행위를 지양하기 바람.
30	의약품관리료 산정방법 (보험급여팀-4048호, '07.12.31.)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 입원환자 의약품관리료는 일당 정액수가에 포함되어 있으므로 별도 산정할 수 없음. ○ 특정기간 중 투약한 경우는 특정기간이 종료되는 시점마다 투약일수에 따라 제1편 제2부 제1장 가-11 의약품관리료 나-(3)의 수가를 산정함. ○ 다만, 2008.1.1이전부터 계속 입원환자 <ul style="list-style-type: none"> - 2008.1.1부터 일당 정액수가 적용환자 : 2007. 12.31까지의 입원기간 중 투약한 일수에 따라 의약품관리료 산정 - 2008.1.1 이후부터 특정기간 해당환자 : 특정기간이 종료되는 시점에 입원기간 중 투약한 일수에 따라 의약품관리료 산정 ○ 위 모든 경우의 의약품관리료는 입원 당시 상대가치점수 및 환산지수를 적용하여 산정함.
31	요양병원 입원이 부적절한 환자 (보험급여팀-4048호, '07.12.31.)	○ 의료법시행규칙 제28조의4에 의거 정신질환자(노인성치매환자 제외) 및 전염성질환자는 입원 대상이 아니므로 입원 진료비용은 인정하지 않음.
32	요양병원에서 외과적 수술이 가능한지 여부 (보험급여팀-4048호, '07.12.31.)	○ 의료법시행규칙 제28조의4에 의거 요양병원의 입원대상은 노인성질환자·만성질환자 및 외과적 수술 후 또는 상해후의 회복기간에 있는 자로서 주로 요양을 필요로 하는 자임.

연번	질 의	답 변
		<p>○ 따라서, 요양병원에 입원중인 장기환자에게 외과적 수술이 필요한 질환이 발생하여 수술을 실시한 경우는 제3편 제1부 일반원칙 3.에 의거 외과적 수술 및 동 수술에 따른 치료기간은 제3부에 의한 행위별로 비용을 산정할 수 있음.</p> <p>○ 그러나, 요양병원에서 장기환자가 아닌 급성기질 환자에게 외과적 수술을 시행하고 입원치료를 하는 것은 의료법시행규칙에서 정한 요양병원 입원대상에 부합된다고 할 수 없으므로 응급수술을 제외한 여타의 수술을 목적으로 한 입원은 인정하지 아니함.</p>
33	요양병원에서 수술이 가능한 응급수술의 범위 및 비응급 수술 관련 진료비 등 불인정 시점 (보험급여팀-204호, '08.1.24.)	<p>○ 요양병원에서 진료비용을 산정할 수 있는 응급 수술이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조에 의거 보건복지부장관이 별도로 정한 응급증상으로 내원한 환자에게 응급증상의 개선을 위해 수술을 실시한 경우를 말함.</p> <p>○ 비응급환자의 외과적수술이 2007.12월 말에도 발생한 점을 감안하여 비응급수술환자의 진료비용 불인정 시점은 2008.2.1이후 수술받은 환자의 입원초일부터임.</p> <p>(예시 : '08.2.1 치핵상병으로 수술받은 환자의 최초입원일이 '08.1.30인 경우 '08.1.30 입원일부터 퇴원일까지의 진료비용 불인정)</p>
34	요양병원에 입원중인 환자에게 원외처방전 발행시 수가산정 방법 (보험급여팀-4048호, '07.12.31.)	<p>○ 요양병원형 일당 정액수가에는 별도로 산정하도록 정해진 약제를 제외한 경구 및 비경구 약제비용이 모두 포함되어 있음.</p> <p>○ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제5조 제1항 관련 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법 1.요양급여의 일반원칙 중 바.항에서 요양기관은 별도로 정한 경우 이외에는 요양급여에 필요한 약제·치료재료를 직접 구입하여 가입자들에게 지급하도록 하고 있음.</p>

연번	질 의	답 변
		<p>○ 또한, 입원은 외래에서의 통원치료로는 충분한 치료효과를 기대하기 어려운 경우 입원을 통해 의료진의 지속적인 감시 및 치료가 필요하다는 판단하에 이루어지게 되므로 요양병원 입원환자에게 필요한 의약품은 요양병원에서 구입하여 환자상태에 즉각적인 투약이 가능하도록 하여야 할 것임.</p> <p>○ 따라서, 요양병원에 입원중인 환자에게 별도 산정토록 정해진 약제를 제외한 나머지 약제에 대하여 원외처방전을 발행하는 것은 인정하지 아니함.</p> <p>○ 다만, 요양병원에서 위 내용에도 불구하고 불가피하게 원외처방하는 경우는 동 내역을 청구명세서에 명기할 경우 심사시 이를 고려하여 심사·조정할 것임.</p>
35	<p>요양병원 입원환자를 다른 요양기관에 진료의뢰시 수가 산정방법 등 (보험급여팀-4048호, '07.12.31.)</p>	<p>○ 요양병원에 입원 진료중인 환자를 치료하는 과정에서 시설·장비 또는 인력이 갖추어져 있지 아니하여 부득이하게 해당 진료가 가능한 요양기관으로 환자를 의뢰하여 처치 및 수술, 방사선치료 등을 받도록 할 경우 수가산정방법은 아래와 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 진료비청구 및 정산</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 진료를 의뢰한 요양병원에서 의뢰한 진료내역을 포함하여 청구하되, 의뢰한 진료내역은 실제 진료한 요양기관의 종별가산율을 적용하여 (I) 란으로 청구함. ○ 이때 의뢰한 진료내역은 EDI청구기관은 특정 내역 기재란에 위탁진료임을 표시하는 구분코드(JS008), 위탁진료실시기관기호, 위탁진료실시연월일을 기재하여 청구하고, 서면청구기관은 특정내역란에 해당 진료항목, “T”, 위탁진료실시

연번	질 의	답 변
		<p>기관기호 및 위탁진료실시연월일을 기재하여 청구함.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 진료비 정산은 해당 요양기관간 상호 협의에 의함. <p>나. 본인일부부담금</p> <p>요양병원 입원환자의 본인일부부담률을 적용함.</p> <p>다. 진찰료</p> <p>입원 진료중인 해당 진료전문과이외의 다른 진료 전문과에 다른 상병의 진료를 의뢰한 경우에 한하여 소정 진찰료를 별도 산정함.</p> <p>라. 요양병원(의과)에서 타 요양기관(한방)으로 또는 요양병원(한방)에서 타 요양기관(의과)으로 진료 의뢰시</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 동일 구내에 있는 한방(의과)요양병원에 입원중인 환자가 특별한 문제에 대한 평가 및 관리를 위하여 담당의사의 지시에 따라 의과(한방)진료를 받기 위해 의과(한방) 요양기관의 외래를 방문 하거나 입원환자 진료를 위해 의과(한방)요양기관의 의사가 직접 방문한 경우에는 진찰료가 아닌 “협의진찰료”로 산정하여야 함. ○ 이 경우 요양급여비용은 실제 협의진찰을 실시한 요양기관에서 외래요양급여비용명세서에 작성하여 청구하되, 협의진찰료를 포함한 요양급여비용총액에 대한 외래본인부담액산정방법에 의해 청구하여야 함.
36	요양병원에 입원중인 환자를 타 요양기관으로 진료의뢰하여 의뢰받은 요양기관에서 진료 후 발생한 약제비 산정방법 (보험급여팀-204호,'08.1.24.)	○ 요양병원의 일당정액 수가에는 별도로 산정하도록 정해진 약제를 제외한 경구 및 비경구 약제 비용이 모두 포함되어 있으므로, 요양병원에 입원중인 환자에게 별도 산정토록 정해진 약제를 제외한 나머지 약제에 대하여 원외처방전을 발행

연번	질 의	답 변
		<p>하는 것은 인정하지 아니하나, 요양병원에서 위 내용에도 불구하고 불가피하게 원외처방하는 경우는 동 내역을 청구명세서에 명기할 경우 심사시 이를 고려하여 심사·조정할 것임을 기 통보한 바 있음.</p> <p>○ 따라서, 요양병원에 입원 진료중인 환자를 치료하는 과정에서 시설·장비 또는 인력이 갖추어져 있지 아니하여 부득이하게 해당 진료가 가능한 요양기관으로 환자를 의뢰하여 처치 및 수술, 방사선치료 등을 받도록 할 경우 의뢰받은 요양기관에서 처방한 약제는 요양병원에 입원중인 환자에 대한 처방이므로 의뢰받은 요양기관에서 원내처방 하여야 하며, 환자에게 처방한 약제를 포함한 진료내역은 의뢰한 요양병원에서 일괄 청구하여야 함.</p> <p>○ 다만, 의뢰받은 요양기관에서 원내처방 약제를 구비하지 아니하여 부득이하게 원내처방 할 수 없을 경우는, 처방내역을 의뢰한 요양병원에 통보하여 요양병원에서 원내처방토록 하고, 이 경우 요양병원에서 원내처방 한 약제는 별도 비용을 산정할 수 없음.</p>
37	<p>요양병원에 입원중인 환자를 타 요양기관에 진료의뢰하여 물리치료 실시시 비용 산정 방법 (보험급여팀-204호, '08.1.24.)</p>	<p>○ 물리치료는 해당 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수에서 별도로 정한 의사의 처방에 따라 상근하는 물리치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정토록 하고 있음.</p> <p>○ 또한, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 - [별표1] 1-라 및 마에 의거 요양기관은 가입자들의 요양급여에 필요한 적정한 인력·시설 및</p>

연번	질 의	답 변
		<p>장비를 유지하도록 정하여져 있는 바, 요양병원의 입원대상자가 주로 노인성·만성질환자로 물리치료의 적응증이 되는 대상이 많으므로, 물리치료를 실시할 수 있는 인력·시설 및 장비를 갖추어 바람직함.</p> <p>○ 한편, 전문재활치료는 그 특성상 일시적인 제공으로 의학적 효과를 기대하기 곤란하며 지속적인 관찰 및 치료를 요하는 고도의 전문치료로, 장기요양을 목적으로 요양병원에 입원한 환자에게 인근병원에 의뢰하여 물리치료를 실시하는 것은 요양병원 입원환자의 특성을 고려할 때 바람직하지 않음.</p> <p>○ 따라서, 요양병원 입원환자를 타 요양기관에 의뢰하여 물리치료를 받도록 하고 별도로 비용을 산정하는 것은 인정하지 아니하며, 환자등급 산정시도 적용하지 아니함.</p>
38	물리치료사 1인당 1일 실시인원 (30명)에 일당 정액수가를 적용받는 환자(장기환자)도 포함되는지 여부 (보험급여팀-4048호, '07.12.31.)	<p>○ 요양병원에 대해 별도로 규정하지 않은 급여기준은 행위, 약제, 치료재료의 모든 기준을 “요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항”에서 정한 대로 따라야 함.</p> <p>○ 따라서, 장기환자에게 물리치료를 실시할 경우 실시 인력 및 장비, 시설 기준 등 모든 기준은 행위별 수가를 적용받는 환자와 동일하게 적용받는 것임.</p>
39	장기입원에 따른 입원료 체감제 적용시 기산점 (보험급여팀-4048호, '07.12.31.)	○ 요양병원 입원환자의 장기입원에 따른 요양병원 입원료 체감제 적용 기산점은 최초 입원일부터 기산하여 적용함.

2 개정고시 관련 질의응답

○ 목 록 요약

연번	제목	관련근거(발령일)
1	요양병원 입원료 차등제 수가 개선 질의·응답	보건복지부 고시 제2021-59호('21.2.5.)
2	요양병원 환자 분류체계 및 입원정액수가 개정 관련 추가 질의·응답	보험급여과-3929호('20.8.27.) 보험급여과-1270호('21.3.4.) 보건복지부 고시 제2019-101호('19.5.31.) 보건복지부 고시 제2019-125호('19.6.26.) 보건복지부 고시 제2021-41, 42, 43호('21.2.9.)
3	환자평가표 개정 관련 질의·응답	보험급여과-1269호('21.3.4.) 보건복지부 고시 제2021-41, 42, 43호('21.2.9.)
4	요양병원 입원 중인 환자를 다른 요양기관으로 진료의뢰 시 발생한 약제 산정기준 개정 관련 질의·응답	보건복지부 고시 제2021-30호('21.1.29.)
5	요양병원 입원 중 산정특례 대상 상병으로 다른 요양기관에 진료 의뢰 시 수가산정방법 관련 질의·응답	보건복지부 고시 제2019-302호('19.12.26.)
6	요양병원 의사인력확보수준에 다른 입원료차등제 개정 관련 질의·응답	보건복지부 고시 제2019-301, 302호('19.12.26.)
7	요양병원 입원진료 현황 등 고지 및 입원료 체감제 질의·응답	보험급여과-231호('21.1.1.) 보건복지부 고시 제2019-235호('19.10.29.)
8	9인 이상 병실 입원료 감산 적용 관련 질의·응답	보건복지부 고시 제2019-183호('19.8.22.)
9	요양병원 격리실 입원료 관련 질의·응답	보건복지부 고시 제2018-281호('18.12.24.)
10	요양병원 간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등제 개정 관련 질의·응답	보건복지부 고시 제2019-183호('19.8.22.)
11	요양병원 지역사회 연계료 신설 관련 질의·응답	보건복지부 고시 제2019-183호('19.8.22.)
12	요양병원 입원환자 안전관리료 신설 관련 질의·응답	보건복지부 고시 제2019-183호('19.8.22.)
별첨	(급성기) 입원환자 안전관리료 관련 질의·응답	보건복지부 고시 제2017-170호('17.9.25.) 보건복지부 고시 제2018-114호('18.6.19.)

01. 요양병원 입원료 차등제 수가개선 질의·응답

보건복지부 고시 제2021-59호('23.7.1. 시행) 관련

요양병원 의사인력확보수준에 따른 입원료 차등제 개정

1

개정되는 요양병원 의사인력확보수준에 따른 입원료 차등제를 반영한 의사등급이 적용되는 시점은?

- '23년 7월 1일 진료분부터 적용되며, '23년 3사분기 요양병원 입원료 차등제 적용을 위해 '23년 3월 15일부터 6월 14일까지의 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서를 '23년 6월 16일부터 20일까지 제출하여야 함

요양병원 입원급여 적정성평가 결과 연계 질지원금 신설

1

“요양병원 입원급여 적정성평가 결과 연계 질 지원금”은 모든 요양병원에서 산정할 수 있는지?

- 의료법 제3조제2항제3호에 의한 요양병원(단, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설은 제외) 중 요양병원 입원급여 적정성 평가 결과 우수기관(종합 점수 상위 10%이하, 상위 10%초과하고 상위 30%이하) 및 향상기관(적정성평가 결과 4등급이면서, 종합점수가 직전 평가 대비 5점 이상 향상)에서 산정할 수 있음
 - 다만, 「의료법」 제58조·제58조의3에 따라 의료기관평가인증원에서 실시하는 의료기관 인증결과 ‘인증’ 또는 ‘조건부인증’ 등급을 획득한 기관에 한함

2

신설되는 “요양병원 입원급여 적정성 평가결과 연계 질 지원금”이 적용되는 적정성 평가의 시점은?

- '23년 7월 1일 진료분부터 적용되는 적정성 평가는 2주기 3차 평가 결과임

- 질지원금은 ‘요양병원 입원급여 적정성 평가’ 결과 발표 익월부터 다음 차수 평가 결과 발표일까지 적용됨

※ (예시) 2주기 3차 평가결과 발표 '23. 6.

- 질지원금 산정 '23. 7.~다음 평가결과 발표월

- 평가결과 발표 직후 청구실적이 없거나 지연되는 경우에도 동일하게 평가결과 발표 익월부터 다음 차수 평가 결과 발표월 진료분 기준으로 적용되며, 관리 기간은 청구 소멸시효를 감안하여 3년으로 함

3

의료기관 평가 인증의 유효기간이 만료된 경우 “요양병원 입원급여 적정성 평가결과 연계 질 지원금” 수가 산정이 가능한지?

- 수가산정을 위한 진료일에 인증 결과가 유효한(‘인증’ 및 ‘조건부 인증’) 기관에 한하여 산정
 - ‘인증’ 또는 ‘조건부 인증’ 유효기간 만료일 이후에는 산정불가
 - ‘조건부 인증’을 받은 요양병원은 유효기간(1년) 만료 전 재 인증을 받아야 하며, 재인증 결과 ‘불인증’ 획득 시 조건부 인증의 유효기간 이후에는 수가 적용 불가

4

“요양병원 입원급여 적정성 평가결과 연계 질 지원금” 청구 시 명세서 진료내역의 항목, 목 구분은?

- 요양병원 입원급여 적정성 평가결과 연계 질 지원금은 1항 03목으로 청구함

5

“요양병원 입원급여 적정성 평가결과 연계 질 지원금” 산정횟수는?

- 요양병원 입원급여 적정성 평가결과 연계 질지원금은 1일당* 1회 산정
 - * 1일당은 정액수가 및 입원료 산정기준의 1일당으로 입원료 산정 횟수와 동일하게 산정
- ※ (예시) 4박 5일 입원한 경우 4회 산정

6 요양병원 입원 중 산정특례 대상 상병으로 타병원 진료 의뢰한 경우 청구방법은?

- “요양병원 입원급여 적정성 평가결과 연계 질지원금” 산정 대상 요양병원이라도, 산정특례 대상 상병*으로 타병원 진료의뢰 당일에는 수가 산정 불가

* (보건복지부 고시 제2019-302호) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표3], [별표4] 및 [별표4의2]에 따른 산정특례 대상 상병

7 “요양병원 입원급여 적정성 평가결과 연계 질 지원금”과 전문병원(병원·요양병원·한방병원) 의료질평가지원금과 동시산정 가능한지?

- 동시산정 가능함

8 요양병원이 우수기관 및 향상기관 기준 모두 해당되는 경우는?

- 우수기관 및 향상기관 기준이 모두 해당되는 경우 높은 보상률 1개만 적용

9 요양병원 입원급여 적정성 평가 이후 설립구분을 변경하거나 공동대표자 중 주개설자가 변경된 경우 평가결과를 연계하여 수가 산정이 가능한지?

- 요양기관의 설립구분만 변경되었을 뿐 변경 전·후가 실질적으로 동일(시설, 인력, 운영 등)하다면 평가결과 연계하여 수가 산정이 가능함

10 요양병원 입원급여 적정성 평가 이후, 양도·양수가 이루어진 경우 양도한 요양병원의 평가 결과를 양수받은 대표자의 요양병원에 연계하여 수가 산정이 가능한지?

- 타 요양병원을 양도·양수받아 재개설한 경우 기관의 대표자의 변경이 있었을 뿐 신규로 개설한 기관이 아니므로 양수받은 요양병원이 평가대상 요양병원이고, 대표자 변경 전·후가 실질적으로 동일(시설, 인력, 운영 등)하다면 평가결과 연계

11

“요양병원 입원급여 적정성 평가결과 연계 질 지원금”의 대상 기관임을 확인하는 방법은?

- E-평가자료제출시스템을 통해 적정성 평가 결과 우수기관 및 향상기관을 확인할 수 있음
- 다만, 의료기관평가인증원에서 실시하는 의료기관 인증결과 ‘인증’ 또는 ‘조건부인증’ 등급 유효기간 내 산정 가능



요양병원 입원급여 적정성 평가 환류 개정

1

변경되는 요양병원 입원급여 적정성 평가결과 환류 기준이 적용되는 적정성 평가의 시점은?

- '23년 7월 1일 진료분부터 적용되는 적정성 평가는 2주기 3차 평가 결과임
 - 환류는 ‘요양병원 입원급여 적정성 평가’의 결과 발표 직후 2분기 동안 적용됨
 - ※ (예시) 2주기 3차 평가결과 발표 '23. 6.
 - 환류적용 '23. 7. ~ 12.(3/4, 4/4분기)
- 평가결과 발표 직후 청구실적이 없거나 지연되는 경우에도 동일하게 결과발표 직후 2분기 진료분 기준으로 적용되며, 관리 기간은 청구소멸시효를 감안하여 3년으로 함

2

요양병원 입원급여 적정성평가결과 환류인 경우, 간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등제의 입원료 가산 중 ‘간호사 비율이 간호인력의 3분의 2이상인 경우에 1일당 2,000원을 별도 산정’하는 규정도 환류 적용 범주에 포함되는지?

- ‘간호사 비율이 간호인력의 3분의 2 이상인 경우에 1일당 2,000원을 별도 산정’하는 규정도 요양병원 입원급여 적정성평가결과 환류의 적용을 받는 입원료 가산의 범주에 포함됨

02. 요양병원 환자 분류체계 및 일당정액수가 개정 관련 질의·응답

보건복지부 고시 제2019-101, 125호('19.11.1. 시행) 관련
보건복지부 고시 제2021-41, 42, 43호('21.5.1. 시행) 관련

연번	질 의	답 변	비고
1	일상생활수행능력(Activities of Daily Living, ADL)에 따른 중분류가 삭제되었는데 일상생활수행능력 평가를 해야 하는지?	○ 일상생활수행능력(ADL) 중분류는 삭제되었지만, 환자군별 기준은 남아있어 환자평가표의 ADL 평가는 해야 합니다.	
2	치매진단은 상급종합병원에서만 받아야 하는지?	○ 의료중도 또는 의료경도의 '치매진단을 받은 환자'는 치매 진단이 관련 검사결과 등을 통해 객관적으로 확인되는 경우 산정 가능합니다. 다만 해당 검사나 진단 등이 반드시 상급종합병원에서 이루어질 필요는 없습니다.	
3	새로 신설된 선택입원군은 어떤 환자인지?	○ 일정기간 입원치료가 필요하나 의료최고도, 의료고도, 의료중도, 의료경도에 해당하지 않는 환자입니다.	
4	이번 개정고시에서 정액수에 포함되지 않는 항목 중 '제1편 제3부 행위 비급여 목록과 치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표의 비급여 목록 중 '19년 1월 이후 급여로 변경 고시된 항목'은 어떻게 산정하는지?	○ 특정항목으로 별도 산정합니다. 또한, '19년 11월 1일 진료분부터는 제1편 제3부 행위 비급여 목록과 치료재료 급여·비급여 목록 및 급여 상한금액표의 비급여 목록 중 '18년 12월 31일까지 급여로 변경 고시된 항목은 별도 산정할 수 없습니다.	
5	'수혈'을 시행한 경우에는 어떻게 산정하는지?	○ '수혈'을 시행하는 경우 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 파-1 전혈, 파-2 혈액성분제제를 별도 산정합니다.	

연번	질 의	답 변	비고
		※ 개정 전 ‘수혈’을 시행하는 경우에는 의료 고도로 산정하였으나, 개정 후 ‘수혈’을 시행하는 경우에는 혈액에 대하여 별도 산정토록 변경함	
6	환자평가표의 ‘건강생활습관’의 작성기준은 어떻게 되는지?	○ 입원 평가인 경우에만 작성하는 것을 원칙으로 합니다. - ‘흡연’은 작성일 기준으로 흡연하고 있는 경우에만 ‘예’로 기재함 - ‘음주’는 입원하기 전 과거 1개월간의 음주습관을 기재하되, 술의 종류와 양에 관계없이 일주일에 3회 이상 음주하는 경우 ‘예’로 기재함 - ‘규칙적 운동 및 식사’는 입원하기 전 과거 1개월간의 운동 및 식사습관을 평가하여 기재함	
7	환자평가표의 ‘장기요양등급’의 작성기준은 어떻게 되는지?	○ 입원 평가인 경우에만 작성하는 것을 원칙으로 합니다. 환자평가표 A. 일반사항 중 ◆ 11번. 장기요양등급 및 신청 관련 - ‘해당사항 없음’은 65세 미만이거나, 노인성 질환자가 아니어서 장기요양등급신청 자격이 아닌 경우 기재함 - ‘신청하였으나 인정 못 받음’은 장기요양 등급 신청결과 ‘기각’ 또는 ‘각하’를 의미함 - ‘등급 내 자’는 장기요양 인정조사 후 등급을 받은 경우(1등급~5등급, 인지지원 등급)를 의미함 - ‘등급 외 자’는 장기요양 등급신청 하였으나, 등급 내 자가 아닌 경우(등급 외 자 A~C)를 말함	

연번	질 의	답 변	비고
		<p>◆ 12번. 장기요양등급 및 이용 서비스 관련</p> <ul style="list-style-type: none"> - ‘a. 등급’은 장기요양등급 ‘등급 내 자’에 한해서 평가하여 기재하며 환자가 기억을 잘 못할 경우 ‘확인불가’로 기재함 - ‘b. 이용 중인 또는 이용하였던 서비스’는 장기요양등급 ‘등급 내 자’에 한해서 평가하여 기재하며 환자가 기억을 잘 못하거나, 자신이 받는 서비스의 내용을 모를 경우, 특별현금급여, 가족요양비를 받는 경우는 ‘기타’로 기재함 <p>◆ 13번. 장기요양서비스 욕구의향 관련</p> <ul style="list-style-type: none"> - 65세 이상이거나 노인성질환을 갖고 있으면서, 등급 판정이 없는 경우에만 평가하여 기재함 	
8	‘사회환경 선별조사’의 작성기준은 어떻게 되는지?	<p>○ 환자평가표 A. 일반사항 중</p> <p>◆ 14. 사회환경 선별조사 관련</p> <ul style="list-style-type: none"> - a. 사회환경 선별조사 각 항목(b~g)에 답변 거부일 경우 ‘응답거부’ 기재함 - b. 가족, 친지 등의 보호자 또는 유·무급 형태의 돌봄 고용인력 모두 포함하여 식사 준비 등의 수발을 해줄 수 있는 사람이 없는 경우 ‘예’로 기재함 - d. 기차역, 공원, 차량 등에서의 노숙 또는 안정적으로 거주할 곳이 없어 찜질방, PC 방 등을 떠돌며 (방랑)생활을 한 적 있는 경우 ‘예’로 기재함 - f. 교통수단 부족은 교통수단 자체가 없거나, 혼자서는 대중교통을 이용하기 힘들어, 타인의 도움이 필요한데 도움을 받지 못하는 경우 ‘예’로 기재함 	
9	환자평가표는 누가 작성하는지?	○ 환자평가표는 당해 환자를 담당하는 의사 및 간호사가 의무기록을 근거로 작성해야 하며, 의무기록에 비치합니다.	

연번	질 의	답 변	비고
10	일상생활수행능력 향상 활동은 어떤 활동을 말하며 수가 산정 방법은?	<p>○ 일상생활수행능력 향상 활동은 환자의 잔존능력을 활용하여 탈기저귀나 독립적 보행 능력을 향상시키는 활동으로, 1일 4회 이상 시행해야 합니다.</p> <p>※ 자발적으로 보행이 가능한 환자에게는 산정 불가하며, 보조 인력*의 도움을 받아 시행한 경우는 산정 가능함</p> <p>* 의사, 간호인력, 물리치료사, 작업치료사 중 1인 이상이 일상생활수행능력향상 활동을 한 경우를 말하며, 간병인력, 자원 봉사자, 실습인력 등은 보조인력에 해당 하지 않음</p> <p>※ 의료중도 환자군에서 의사의 판단 하에 환자의 상태에 적합한 활동을 수행하는 경우 산정하며, 의료중도 불인정 시 동 수가도 불인정 함</p> <p>○ 입원료의 일당(1박) 개념으로 산정하며, 외박 수가 또는 입원료의 50%를 별도 산정하는 경우*에는 산정할 수 없습니다.</p> <p>* 0~6시 사이에 입원하거나, 18~24시 사이에 퇴원하여 입원료의 50%를 별도 산정한 경우</p> <p>○ 또한, 특정항목의 전문재활치료와는 다른 별개의 행위로 동 행위의 급여기준을 충족했다면 산정가능합니다.</p> <p>○ 일상생활수행능력 향상 활동을 시행한 경우에는 실시목적, 시간, 방법, 활동내역, 소요시간, 환자의 수행 정도(개선경과) 등을 구체적으로 진료기록부 등에 기록·보관해야 합니다.</p>	보험 급여과-3929호

연번	질 의	답 변	비고
		<p>〈예시〉</p> <ol style="list-style-type: none"> 탈기저귀 활동 <ol style="list-style-type: none"> 화장실 이동을 원하는지 물어본다. 환자가 배뇨욕구를 표현한다. 화장실 지물을 활용하여 화장실을 안전하게 이용하는 방법을 알려준다. 화장실까지 환자의 잔존능력으로 이동한 후 배뇨와 관련된 활동을 수행하고 안전하게 침상으로 복귀하는 활동을 수행하되, 보조인력은 이 과정을 감독, 격려, 지지하며 필요 시 도움을 준다. 실시 시마다 활동 내용 및 환자상태 개선 여부 등 관련 내용을 진료기록부에 자세히 기록한다. 보행 활동 <ol style="list-style-type: none"> 병실 밖 공간으로 이동을 원하는지 물어본다. 환자가 병실 밖 이동 욕구를 표현한다. 안전바 등 주변 지물을 활용하여 안전하게 이동하는 방법을 알려준다. 환자가 원하는 병실 밖 공간까지 환자의 잔존능력으로 이동한 후 안전하게 침상으로 복귀하는 활동을 수행하되, 보조인력은 이 과정을 감독, 격려, 지지하며 필요 시 도움을 준다. 실시시마다 활동 내용 및 환자상태 개선 여부 등 관련 내용을 진료기록부에 자세히 기록한다. 	
11	의료최고도의 '체내출혈'은 어떻게 산정해야 하는지?	○ 의료최고도의 '체내출혈'은 임상적으로 문제가 되는 체내출혈 소견이 있으면서 지혈을 위한 처치 또는 수술을 시행한 경우 폐렴, 패혈증 등과 같이 '특정기간'으로 산정합니다.	

연번	질 의	답 변	비고
		※ 개정 전 ‘체내출혈’을 시행하는 경우에는 정액수가로 산정하였으나, 개정 후 ‘체내출혈’을 시행하는 경우에는 특정기간으로 산정도록 변경함	
12	인공호흡기 사용 환자가 개인용 또는 병원용을 사용하는 경우 모두 의료최고도로 산정 가능한지요?	○ 개인용 또는 병원용을 사용하는 경우 모두 의료최고도 산정이 가능하나, 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 고시의 ‘환자평가표’ 중 「K. 특수처치 및 전문 재활치료의 인공호흡기」의 세부인정사항에 따라 인공호흡기를 사용한 경우 산정합니다.	
13	1일 3회 이상 혈당검사 매일 실시 여부(F,1,a,(1)) 인슐린 주사제 투여 일수(J,1)	○ 입원 중인 요양병원의 의료자원(인력·치료 재료·장비)으로 의료서비스(혈당검사 및 인슐린주사 투여)가 제공되는 경우 체크합니다. ○ 다만, 연속혈당측정검사 등 비급여 진료 비용의 일부 또는 전부를 별도 징수하는 경우 또는 목표혈당을 설정하여 인슐린을 자동 점적 주입하는 경우 등은 체크할 수 없습니다. ○ 또한, 타 의료기관으로 의뢰하여 혈당 및 인슐린 용량 등을 조절하는 경우는 당뇨병 관리를 위해 요양병원에 입원하였다고 보기 어려우므로 산정할 수 없습니다.	신설·보완 (‘21.5.1. 적용)
14	암성통증의 경우 어떻게 산정해야 하는지?	○ 암성통증이라도 격렬하거나 참을 수 없는 통증이 매일 있어 통증치료를 받고 있는 경우에는 의료고도로, 그 외 암성통증이 있어 마약성 진통제 등으로 적절한 치료를 받고 있는 경우에는 의료중도로 산정합니다.	

연번	질 의		답 변	비고
15	의료중도의 ‘네블라이저 요법’은 어떻게 변경되었는지?		○ 의료중도에서 ‘네블라이저 요법’은 삭제되었습니다. 다만, ‘하기도 증기흡입치료’가 의료중도에 신설되어 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 자4-1 하기도 증기흡입치료의 급여 기준에 따라 적정하게 시행되는 경우 의료중도로 산정할 수 있습니다.	
16	당뇨환자가 합병증으로 발의 궤양이 발생하여 치료받는 경우 어떻게 산정하는지?		○ 당뇨병성 궤양이 있는 경우에는 궤양의 상태(단계)와 치료에 따라 의료고도와 의료중도로 나누어 산정합니다. ○ 환자평가표의 ‘피부궤양’에서 ‘울혈성 또는 허혈성 궤양 등’ 항목에 발 궤양의 단계별 수를 기재하고 피부문제에 대한 처치항목 중 압력을 줄여주는 도구 사용, 체위변경, 피부문제를 해결하기 위한 영양공급, 피부 궤양 드레싱 중 2가지 이상에 해당하는 경우 의료중도로 산정합니다.	보험 급여과- 3929호
17	타 요양기관에서 루 관련 진료를 받은 경우는 어떻게 하는지?		○ 의료중도 및 의료경도의 ‘루 관리를 받고 있는 경우’란 당해 요양기관에서 루 관리를 받는 경우를 말합니다. ○ 다만, 요양병원 환자군 급여목록·상대가치 점수 및 산정지침에서 정한 바와 같이, 환자를 진료하는 중에 당해 요양기관에 인력·시설 또는 장비가 갖추어져 있지 아니하거나 기타 부득이한 사유로 해당 진료가 가능한 다른 요양기관으로 적정하게 의뢰하는 경우에도 관련 치료재료는 정액수가에 포함되므로 별도산정 할 수 없습니다.	보험 급여과- 3929호
18	발열	열(G,1,a)	○ 탈수·구토·체중감소 중 하나 이상을 동반한 37.2℃(직장 체온은 37.5℃) 이상의 발열이 3일 이상 있고, 이를 확인하기 위해 1일 3회 이상, 적정 간격(6~8시간)으로 체온을 측정하며, 발열의 원인을 찾는 검사와 처치를 시행한 경우에 해당합니다.	보험 급여과- 3929호

연번	질 의		답 변	비고
		탈수(G,1,b)	○ 아래 중 2가지 이상에 해당하는 경우를 말합니다. - 하루에 섭취하는 수분량이 1500ml 미만인 경우 - 탈수의 임상적 증상이 있는 경우 예) 새로 발병된 또는 악화된 혼돈 (confusion), 비정상적인 임상결과 (헤모글로빈, 헤마토크리트, 칼륨, 혈액요소질소, 요비중 증가 등) 등 - 구토, 열, 설사 등으로, 섭취한 수분량보다 수분 소실량이 많은 경우	
		구토(G,1,c)	○ 발열 증상과 함께 심한 반복적 구토 증상이 동반되어 섭취량 및 배설량의 불균형이 발생하는 경우를 말합니다.	
		체중감소(H,2-2)	○ 지난 31일 이내에 5% 이상 감소 또는 184일 이내에 10% 이상 감소한 경우를 말합니다.	
19	통증 (G,2)		○ 매일 통증이 있는 경우란, 매일 통증이 있고 그에 따른 통증 관련 치료를 매일 받고 있는 경우에 해당합니다. ○ ‘매일 있는 격렬하거나 참을 수 없는 통증’에 ‘통증 관련 치료’ 중 주사제를 투여 받고 있는 경우 ‘주사제’는 마약성 진통제를 투여 받는 경우를 말합니다. ○ 통증 관련 치료 중 경구제 또는 패치제로 통증 조절이 가능한 경우는 외래 통원 치료가 가능하므로 입원 대상에 해당하지 않습니다. ○ 담당의사는 통증의 원인, 부위, 정도, 지속 시간, 치료 및 관리 등에 대한 지속적인 경과를 진료기록부 등에 기록·보관하여야 합니다.	보험 급여과- 3929호

연번	질 의		답 변	비고
20	I. 피부상태	피부의 기타 문제 중 개방성 피부병변(4,b)	○ 개방성 피부병변은 매독이나 피부암 등으로 인하여 발생한 개방성 피부병변을 의미합니다(피부궤양, 자상, 발적은 제외)	보험 급여과- 3929호
		피부의 기타 문제 중 수술 창상(4,c)	○ 수술창상은 수술 후 회복되지 않은 상처로서 수술 후 Stitch Out 까지를 말합니다.	
		피부문제에 대한 처치 중 피부궤양(욕창 및 욕혈성 궤양 등) 드레싱(5,d)	○ 피부궤양(욕창 및 욕혈성궤양 등)의 상태에 따른 적절한 드레싱으로서 단순처치는 해당하지 않습니다.	
21	피부문제에 대한 처치 중, 피부궤양(욕창 및 욕혈성궤양 등) 드레싱·피부궤양(욕창 및 욕혈성 궤양 등) 이외의 드레싱·수술창상 치료(I,5,d·e·f)		○ △피부궤양(욕창 및 욕혈성궤양 등) 드레싱 △피부궤양(욕창 및 욕혈성 궤양 등) 이외의 드레싱 △수술창상 치료는, 피부상태(사이즈, 깊이, 색깔, 양상 등) 및 병변변화(사진, 그림, 의무기록 등), 2가지 이상의 피부궤양 치료에 대한 담당의사의 지속적 관리 내역 등을 매일 진료기록부 등에 기록·보관하여야 합니다.	보험 급여과- 3929호
22	J. 투약	치매진단을 받은 환자가 망상, 환각, 초조·공격, 탈억제, 케어에 대한 저항, 배화에 대한 약물 치료 여부(2)	○ 항정신병 약물(Haloperidol, Risperidone, Olanzapine, Aripiprazole, Quetiapine, Perphenazine, Clozapine, Paliperidone, Chlorpromazine, Sulpiride, Amisulpride)을 투여하는 경우에 해당합니다.	보험 급여과- 3929호
		치매 관련 약제 투여 여부(3)	○ 치매 치료 약제(Donepezil, Galantamine, Rivastigmine, Memantine)를 투여하는 경우에 해당합니다.	
23	정맥주사에 의한 투약(K,1,a)		○ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법 3. 약제의 지급 나. 주사의 요양급여의 기준에 부합하는 대상이어야 합니다.	보험 급여과- 3929호

연번	질 의	답 변	비고
		○ 또한, 치료약제(항생제, 혈압강하제 등)를 투여한 경우에 해당하며, 단순 수액제, 비타민제, 해열·진통·소염제, 일시적 증상 완화를 위한 소화기관용제 등은 해당하지 않습니다.	
24	산소요법 (K,1,e)	○ ‘의료고도’에 상응하는 환자 중증도를 고려하여, 호흡곤란 혹은 저산소증이 지속적 으로 동반되는 상병(예: 만성 폐쇄성 폐 질환)과 이에 대한 적극적인 중재 및 기록이 확인되어야 합니다. 〈예시〉 산소투여 이외에 호흡곤란 혹은 저산소증의 원인과 경과를 확인하기 위한 방사선 또는 혈액검사나 호흡곤란 혹은 저산소증 개선을 위한 약제 투여 등 관련 의료서비스를 제공하고 기록이 확인되는 경우	보험 급여과- 3929호
25	중심정맥영양 (K,1,i)	○ 중심정맥영양은 경구 또는 위장관으로 수분 및 영양섭취가 불가능하여 관찰기간 동안 중심정맥관을 통하여 매일 영양물질을 공급한 경우에 해당하며 영양물질은 TPN 요법을 말합니다. - 따라서, 경구로 영양섭취가 가능하여 식 이와 동시 청구되는 경우는 산정할 수 없습니다.	보완 (환자평가 표의 K,1,k가 K,1,i로 변경. 질의응답 내용 동일.) (‘21.5.1. 적용)
26	일정하게 짜여진 배뇨계획(E,3,a)	○ 일정하게 짜여진 배뇨계획(Scheduled toileting plan)은 고시 제2019-125호 (‘19.11.1.시행)에 의거, 방광이 차는 것과 관계없이 정해진 시간에 다른 사람(보조 인력 등)이 환자를 화장실에 데리고 가거나, 소변기를 주거나, 화장실에 가도록 상기시켜 주는 등 배설 기능 회복을 위한 계획과 더불어 활동이 수행된 경우 체크합니다.	신설 (‘21.5.1. 적용)

연번	질 의	답 변	비고
27	피부문제에 대한 처치 중 화상 관련 처치(I,5,g)	<p>○ 2도 이상 화상으로 입원이 필요한 환자에게 화상 관련 직접 처치(예 : 화상처치)를 제공한 경우 체크합니다.</p> <p>- 의료고도 환자군 중증도를 고려하여 자-2-1 단순처치·염증성처치, 자-18 피부과처치만 시행하는 경우 또는 항생제, 진통제 투여, 연고 도포 등 약제만 투여한 경우는 해당하지 않습니다.</p> <p>○ 화상 관련 처치를 체크 한 경우, 피부상태(사이즈, 깊이, 색깔, 양상 등), 병변변화(사진, 그림, 의무기록 등) 및 화상 관련 처치에 대한 담당의사의 지속적 관리 내역 등을 매일 진료기록부 등에 기록·보관하여야 합니다.</p> <p>○ 다만, 의료고도의 화상 관련 직접 처치 종료 후 지속 치료가 필요하여 피부병변 치료를 시행한 경우 등은 환자평가표 작성 결과에 따라 해당 환자군으로 분류됩니다.</p>	신설 (‘21.5.1. 적용)

03. 영양병원 환자평가표 개정 관련 질의·응답

보건복지부 고시 제2021-41, 42, 43호('21.5.1. 시행) 관련

1

2021년 5월 1일 이후 진료분 청구 시 '090'구서식 환자평가표를 사용할 수 있나요?

- 환자평가표 서식은 진료일을 기준으로 구분하여 작성하여야 합니다.
 - 2021년 5월 1일 이후 진료분부터는 신서식('091'), 2021년 4월 30일까지 진료분은 구서식('090') 환자평가표에 작성해야 합니다.
- ※ 환자평가표 서식 적용기준

환자평가표 서식	적용 기준
'090' 버전	진료일자 2021년 4월 30일까지 적용
'091' 버전	진료일자 2021년 5월 1일 이후부터 적용

- 아울러, 질의응답 '2번부터 4번'의 해당 기준에 따라 작성하여야 합니다.

2

2021년 4월말 입원 등으로 환자평가표 작성월이 5월이 될 경우 어떻게 적용 하나요?

- 2021년 4월말 입원 등으로 환자평가표 작성월이 5월이 될 경우
 - 2021년 4월 진료분은 관찰기간을 단축하여 '입원 평가' 또는 '계속 입원 중인 환자 평가'로 '090'서식에 작성하고,
 - 2021년 5월 진료분은 관찰기간 7일을 확보하여 '계속 입원 중인 환자 평가'로 '091'서식에 작성해야 합니다.
- 단, 2021년 5월말 입원 등으로 익월에 환자평가표를 작성하는 경우에는 2021년 6월에 적용한 환자평가표를 5월과 6월에 적용 가능합니다.

3

2021년 4월의 환자평가표 작성일로부터 4월 마지막 날까지의 잔여일수가 7일 이하인 경우 2021년 5월의 환자평가표를 생략할 수 있나요?

- 2021년 5월 1일 이후 진료분은 관찰기간 7일을 확보하여 '계속 입원중인 환자 평가'로 5월 1일부터 5월 10일사이에 '091' 서식에 작성해야 합니다.
- 단, 2021년 5월 환자평가표 작성일로부터 마지막 날까지의 잔여일수가 7일 이하인 경우 2021년 6월의 환자평가표는 생략 가능합니다.

4

계속 입원 중인 환자가 2021년 5월 3일에 퇴원예정인 경우 환자평가표는 퇴원일에 단축하여 작성해야 하나요?

- 환자평가표는 매월 1~10일에 작성함이 원칙이므로, 계속 입원 중인 환자의 경우 2021년 5월 1~3일 사이에 관찰기간 7일을 확보하여 작성 가능합니다. (단, 관찰기간은 이전 관찰기간과 중복 불가)

※ 계속 입원중인 환자의 환자평가표 작성일 및 관찰기간

관찰기간	작성일
4/25~5/1	5월 1일
4/26~5/2	5월 2일
4/27~5/3	5월 3일

04. 요양병원 입원 중인 환자를 다른 요양기관으로 진료의뢰 시 발생한 약제 산정기준 개정 관련 질의응답

보건복지부 고시 제2021-30호('21.2.1. 시행) 관련

'최초 진료 시 1회 별도 산정' 관련

1 동 고시에서 '최초 진료'의 의미는 무엇인가요?

- 요양병원 입원 기간 동안에 다른 의료기관으로 진료 의뢰되어 해당 상병으로 최초 진료를 받는 경우를 말함

2 요양병원 입원기간 중 진료 의뢰하는 상병이 달라지는 경우 추가 산정 가능한가요?

- 요양병원 입원기간 중 다른 상병으로 진료 의뢰하였을 경우, 해당 상병 진료가 최초 진료인 경우 추가 산정 가능함

3 요양병원에서 퇴원 후 재입원한 경우 추가 산정 가능한가요?

- 재입원한 경우 추가산정 가능함. 다만, 90일 이내 재입원한 경우는 동일 입원기간으로 적용되어 추가산정 안됨.
- ※ 「제2부 요양병원 환자군 급여목록·상대가치점수 및 산정지침 4-라-(4) 정액수가 입원료 산정 방법」에 따라 90일 이내 **동일** 요양병원에 **재입원** 하는 경우에는 동일 입원기간으로 적용

'1회 14일 이내 한하여 별도 산정' 관련

1 약제를 1회 14일 까지만 처방해야 한다는 것인가요?

- 동 고시는 14일을 초과한 약제 처방 자체를 금지하는 규정이 아님. 다만, 진료 의뢰한 요양병원에서 별도청구 가능한 범위를 정한 것임
- 따라서, 다른 의료기관으로 의뢰한 경우 발생한 약제에 대해 요양병원에서 14일까지 별도 청구가 가능하다는것임

2 약제처방은 1회 14일만 가능하다는 의미는 무엇인가요?

- 약제 처방기간은 14일 이내에 한해서만 별도 산정함이 원칙임
 - 약제* 14일 처방 초과분에 대해서는 별도 산정할 수 없으며, 이 경우 환자 본인부담금은 발생하지 않음
 - * 요양병원 환자군 급여목록·상대가치점수 및 산정지침 3.의 항목은 적용대상에서 제외
- 단, 동일요양기관에서 해당상병으로 1회 14일 처방 후, 의·약학적 사유로 다시(변경)처방한 경우 진료기록부나 의사소견서 등을 고려하여 사례별로 인정 가능함

3 동 고시에서 적용되는 약제는 어떻게 되나요?

- 약제를 구분하여 적용하지 않으며, 의뢰받은 요양기관에서 해당상병 진료를 위해 처방한 약제는 모두 14일 이내 별도 산정 가능함. 다만, [산정지침] 3-가-(5)전문의약품은 동 고시 적용에서 제외됨)

4

동 고시에 따라 [산정지침] 3-가-(5) '전문의약품'도 14일까지만 산정 가능한가요?

- 아래에 명시된 전문의약품은 정액수가에 포함되지 않은 항목으로 별도 산정토록 되어 있음
- 따라서, 동 고시의 적용범위에 해당되지 않으며, 14일 초과 산정 가능함

※ [산정지침] 3-가-(5) 다음의 전문의약품

- (가) Erythropoietin 주사제(품명 : 에포론주 등), Darbepoetin Alpha 주사제(품명 : 네스프프리필드주 등), Methoxy polyethylene glycol - epoetin β 주사제(품명 : 미썰라프리필드주)
- (나) Recombinant Human Epidermal Growth Factor(품명 : 이지예프외용액)
- (다) Riluzole(품명 : 리루텍정 등)
- (라) Interferon β - 1a(품명 : 레비프프리필드주 등)



기타사항

1

고시 개정으로, 요양병원과 의뢰받은 의료기관이 달라진 점은 무엇인가요?

- 요양병원(의뢰한 기관)
 - 동 고시의 취지를 감안할 때 요양병원에 입원중인 환자의 진료 상 필요한 약제는 가능한 요양병원에서 직접 구입하여 투약함이 원칙임
- 의료기관(의뢰받은 기관)
 - 약제 처방에 대한 제한이 아니므로 고시 개정 이전과 동일함
 - 따라서, 기존과 동일하게 원내처방 하며, 요양병원에서 입원환자에게 필요한 투약이 이루어 질 수 있도록 해당 정보(처방내역 등)를 요양병원에 제공 바람

2

외용약은 어떻게 청구하나요?

- 외용약(패취제, 흡입제, 연고, 가글 용제, 안약 등)의 경우 식약처 허가사항(용량)을

참조하여 14일 이내 사용량 인정을 원칙으로 함. 다만, 포장 단위 특성을 고려하여 분할할 수 없는 경우는 14일을 초과하더라도 포장 단위로 인정 가능함

- 단, 가글 용제, 패취제 등과 같이 별도로 사용량을 정하고 있는 경우 해당 고시에서 정한 기준을 따름

3 임상적 소견은 어떻게 확인하나요?

- 진료기록부나 의사소견서 등에서 의·약학적 사유(환자상태 변화, 약물 순응도 등)로 인해 처방 약제 및 용량 변경 등이 필요한 경우가 확인되어야 함

4 ‘기타 부득이한 사유’는 무엇인가요?

- 당해 요양병원에서 진료할 수 없는 객관적 사유나 타 기관 진료가 필요한 경우 이에 대한 의학적 타당성이 인정되는 경우를 원칙으로 하며,
- 환자·보호자의 요구에 의한 경우, 요양병원의 사정(약제 재고 부족 등)은 인정하지 않음

5 본인일부부담금 산정특례 대상자의 경우에도 동 기준이 적용되는가요?

- 본인일부부담금 산정특례 대상자의 경우에는 보건복지부 고시 제2019-302호 「요양병원 입원중인 산정특례 대상자를 타병원 진료의뢰시 수가 산정방법」에 따라 적용되므로 동 고시 적용 대상에서 제외됨

6 시행은 언제인가요?

- 2021년 2월 1일 진료분 부터 동 고시에 따라 적용됨

05. 요양병원 입원 중 산정특례 대상 상병으로 다른 요양기관에 진료 의뢰 시 수가산정방법

보건복지부 고시 제2019-302호('20.1.1. 시행) 관련

1 산정특례 대상 해당 상병으로 의뢰 받은 요양기관에서 발생한 진료비 산정방법은?

- 산정특례 대상 상병명에 대한 진료의뢰 시 진료비는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 및 관련 급여기준(「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」), 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 의뢰받은 요양기관에서 직접 청구(약국 약제비는 약국에서 청구)

2 진료의뢰 당일 가산을 적용하지 않은 요양병원의 일당 정액수가 산정방법은?

- 의사 및 간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등제 적용 시 요양병원 입원료 소정점수 가산을 적용받는 기관은 기본등급으로 산정하고 감산을 적용 받는 기관은 감산등급을 적용하여 산정

예1) 인력 가산을 적용받는 요양병원은 가산 배제

의사인력 1등급(단, '20.7월부터는 의사인력 2등급 포함), 간호인력 1~4등급의 경우 요양병원입원료 소정점수로 산정(기본코드 네 번째, 다섯 번째 자리에 0으로 적용)

예2) 인력 감산을 적용받는 요양병원은 감산 적용

의사인력 3~5등급, 간호인력 6등급의 경우 해당등급 적용(기본코드 네 번째 자리에 3, 4, 5로, 다섯 번째 자리에 8로 기재)

3

산정특례 대상 상병에 대한 진료의뢰 당일 산정특례 대상이 아닌 타상병 진료가 동시에 이루어진 경우 청구방법은?

- 산정특례 대상 상병에 대한 진료는 의뢰받은 기관에서 직접 청구, 산정특례 대상과 전혀 관련 없는 타 상병(기왕증 포함)의 진료는 산정특례 대상에 해당하지 않으므로 기존 행정해석에 따라 요양병원에서 일괄 청구

4

산정특례 대상이 아닌 타 상병으로 진료의뢰 시 청구방법은?

- 기존의 행정해석을 적용
 - 「요양병원 입원환자를 다른 요양기관에 진료의뢰 시 수가산정방법 등」(보험급여팀-4048호, 2007.12.31.)
 - 「요양병원에 입원중인 환자에게 원외처방전 발행 시 수가산정방법」(보험급여팀-4048호, 2007.12.31.)
 - 「요양병원에 입원중인 환자를 타 요양기관으로 진료의뢰 하여 의뢰받은 요양기관에서 진료 후 발생한 약제비 산정방법」(보험급여팀-204호, 2008.1.24.)

06. 요양병원 의사인력확보수준에 따른 입원료 차등제 개정

보건복지부 고시 제2019-301, 302호('21.1.1. 시행) 관련

1

개정되는 요양병원 의사인력확보수준에 따른 입원료 차등제를 반영한 의사등급이 적용되는 시점은?

- '20년 7월 1일 진료분부터 적용되며, '21년 3사분기 요양병원 입원료 차등제 적용을 위해 '20년 3월 15일부터 6월 14일까지의 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서를 '20년 12월 16일부터 20일까지 제출하여야 함

2

환자 수 대 의사 수의 비가 35:1 이하이면서 전문의 비율에 다른 등급 구분 시 해당되는 전문의의 전문과목은?

- 「전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정」 제3조에 따른 전문의의 전문과목인 내과, 신경과, 정신건강의학과, 외과, 정형외과, 신경외과, 흉부외과, 성형외과, 마취통증의학과, 산부인과, 소아청소년과, 안과, 이비인후과, 피부과, 비뇨의학과, 영상의학과, 방사선종양학과, 병리과, 진단검사의학과, 결핵과, 재활의학과, 예방의학과, 가정의학과, 응급의학과, 핵의학 및 직업환경의학과를 말함

3

의사 1등급 또는 2등급 가산 적용을 위한 '상근 의사 1인'과 '의사 수 2인(소수점은 반올림)'의 산정방법은?

- 의사인력 산정기준은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정한 바에 따름
- 다만, 의사 수 2인 이상 여부는 소수점 첫째자리에서 반올림하여 적용함
 - ※ (예시) 상근 의사 1인과 격일제 의사 1인이 근무할 경우 시간제 또는 격일제 의사는 주3일 이상이면서 주20시간인 경우 0.5인으로 인정하는 산정기준에 따라 의사 수는 1.5인이므로 소수점 첫째자리에서 반올림하여 2인으로 산정함

4

의사 1등급 또는 2등급인 요양병원의 상근 의사가 1인 이상이나 의사 수가 2인 미만인 경우 가산 적용이 가능한지?

- “상근하는 의사 1인 이상을 포함한 의사 수 2인 이상”을 충족하지 않으므로 가산을 적용할 수 없으며, 의사 3등급을 적용함

5

의사 1등급 또는 2등급인 요양병원의 의사 수가 2인 이상이나 상근 의사가 1인 미만인 경우 가산 적용이 가능한지?

- “상근하는 의사 1인 이상을 포함한 의사 수 2인 이상”을 충족하지 않으므로 가산을 적용할 수 없으며, 의사 3등급을 적용함

6

신규개설 요양병원의 의사인력확보수준에 따른 입원료 차등제 등급 적용기준은?

- 분기 마지막 월 14일 이전 신규개설한 경우, 해당 분기는 기본등급으로 적용하고, 다음 분기 적용을 위한 등급은 아래의 기준에 따라 산정함
 - 입원환자수는 개설 당일부터 해당 분기의 마지막 월 14일까지의 입원환자를 평균하여 산정함
 - 의사는 개설 당일부터 해당 분기의 마지막 월 14일까지의 재직일수를 평균하여 산정함
- 분기 마지막 월 15일 이후 신규개설한 경우, 해당 분기 및 다음 분기의 의사등급은 기본등급을 적용함

7

신규개설 요양병원도 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서를 제출해야 하는지?

- 분기 마지막 월 14일 이전 신규개설한 경우 분기 마지막 월 20일까지 제출함
- 분기 마지막 월 15일 이후 신규개설한 경우 분기 마지막 일까지 제출함
- 단, 신규개설분기의 통보서 제출 후에 다음분기의 통보서를 순차적으로 제출하여야 하며 기한 내 미제출 기관의 경우에는 4등급을 적용함

07. 요양병원 입원진료 현황 등 고지 및 입원료 체감제

보건복지부 고시 제2019-235호 ('21.1.1. 시행) 관련

요양병원 입원진료 현황 고지 관련

1 요양병원 입원진료 현황 고지는 무엇인지?

- 요양병원 입원진료 현황 고지는 요양병원이 입원진료 현황(수진자 주민번호, 수진자 성명, 수진자의 입원·퇴원 유형 및 일시, 요양기관기호)을 국민건강보험공단요양기관 정보마당(<https://medicare.nhis.or.kr/portal/index.do>)에 입력하는 것을 말함
- * 자세한 사항은 국민건강보험공단 안내 참조

2 요양병원 입원진료 현황은 언제부터 고지하는지?

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제3조의2에 따라
 - '19.11.1. 현재 입원진료를 받고 있거나, '19.11.1. 이후 입원·퇴원하는 건강보험 가입자 또는 피부양자 등에 대해 '19.11.1부터 입력
- '20.1.1. 진료분부터는 입원진료 현황을 고지하고, 입원진료에 대한 요양급여를 실시한 경우(입력된 입원진료 현황과 청구 내역이 일치한 경우)에 요양급여 적용이 가능하므로,
 - 입원·퇴원, 건강보험 적용 또는 미적용 등 발생 시마다 즉시 입력하여야 하며, 계속 입원중인 환자의 경우에도 '19.12.31.까지 입력하여야 함.

요양병원 입원료 체감제 관련

1 계속 입원중인 환자의 입원 기간에 따른 체감률 적용 방법은?

- '19.12.31까지는 종전 고시를, '20.1.1 진료분부터는 개정된 고시에 따라 입원 기간에 따른 체감률을 적용함.

2 요양병원 퇴원 후 재입원시 입원료 체감제 산정 방법은?

- 퇴원 후 90일 이내(퇴원 익일부터 계산, 이하 같음)에 재입원 하는 경우에는 이전 요양병원 입원기간을 합산하여 입원료 체감제 수가를 적용함. ('20.1.1 퇴원환자부터 적용)

3 '20년 1월 1일 이후 입원한 환자가 퇴원 후 90일 이내 재입원하는 경우 이전 요양병원의 입원기간을 합산하는 방법은?

- '20년 12월 31일까지는 퇴원 후 90일 이내 동일 요양병원으로 재입원 하는 경우에만 이전 요양병원의 입원기간을 합산하여 적용함.
- '21년 1월 1일 이후 입원한 환자는, 입원 전 90일 이내에 퇴원이 발생한 당해 요양병원 및 다른 요양병원의 누적 입원일수를 합산하여 산정함
 - 다만, '20년 12월 31일 이전에 퇴원이 이루어진 요양병원이 당해 병원을 제외하고 2개 이상인 경우에는, 최종으로 퇴원한 1개 기관의 누적 입원일수만 합산함

4 퇴원 후 90일 이내 재입원시 입원기간 합산적용은 요양병원 이외 요양기관(상급종합병원, 병원 등)에도 적용하는지?

- 90일 이내 재입원시 이전 입원기간의 합산적용은, 요양병원의 입원기간만 합산하며 요양병원 이외 요양기관의 입원기간은 합산하지 않음.

[예시]

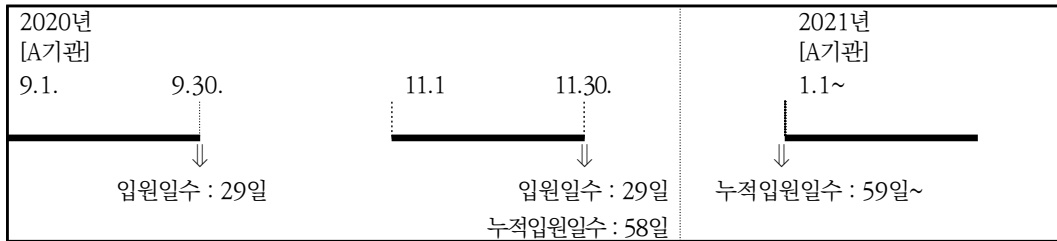
- ‘퇴원 후 90일 이내 다른 요양병원으로 재입원 시 이전 요양병원의 입원기간을 합산’하는 것에 대한 적용 방법

* 예시로 제시되어 있는 입원일수는 입원료 산정방법에 따라 계산된 일수임
(예 : 1박2일 입원 시 : 1일)

- (예시 1) A기관에 2020.9.1. 입원 후 9.30.퇴원
A기관에 2021.1.1. 입원 했다면, 입원 시 누적입원일수 : 1일



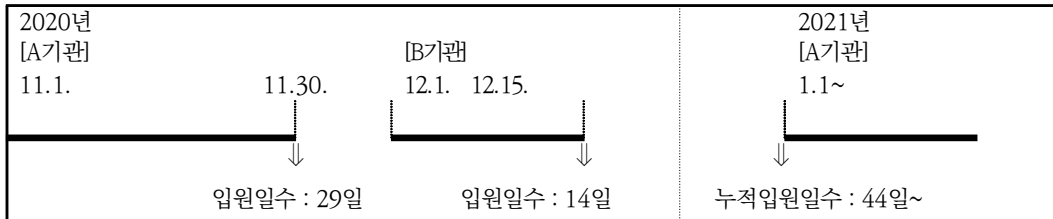
- (예시 2) A기관에 2020.9.1. 입원 후 9.30.퇴원
A기관에 2020.11.1. 입원 후 11.30.퇴원
A기관에 2021.1.1. 입원 했다면, 입원 시 누적입원일수 : 59일



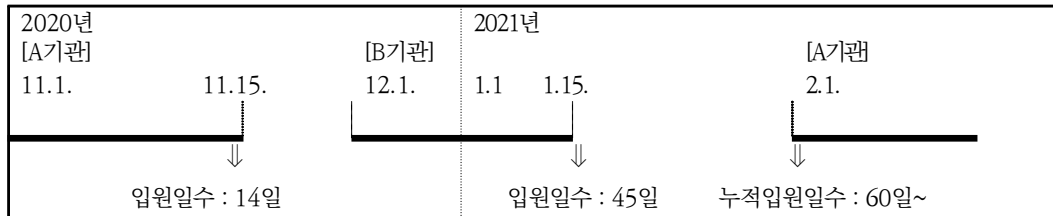
- (예시 3) A기관에 2020.11.1. 입원 후 11.30.퇴원
B기관에 2021.1.1. 입원 했다면, 입원 시 누적입원일수 : 30일



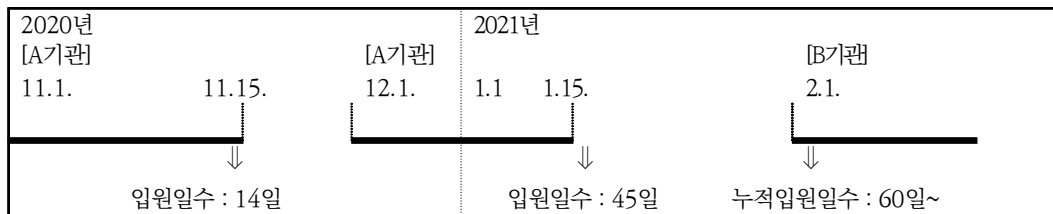
- (예시 4) A기관에 2020.11.1. 입원 후 11.30.퇴원
B기관에 2020.12.1. 입원 후 12.15.퇴원
A기관에 2021.1.1. 입원 했다면, 입원 시 누적입원일수 : 44일



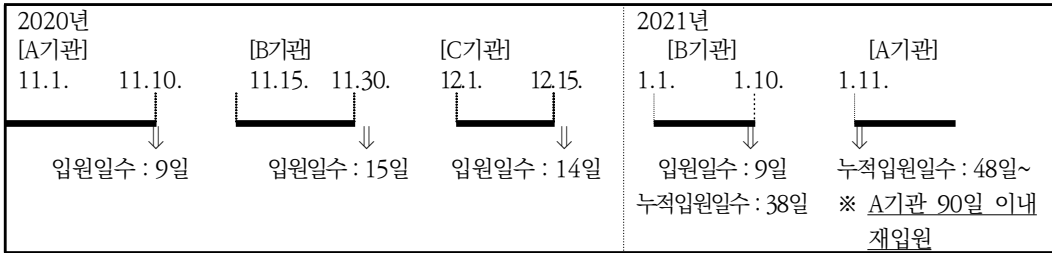
- (예시 5) A기관에 2020.11.1.입원 후 11.15.퇴원
B기관에 2020.12.1.입원 후 2021.1.15.퇴원
A기관에 2021.2.1.입원 했다면, 입원 시 누적입원일수 : 60일



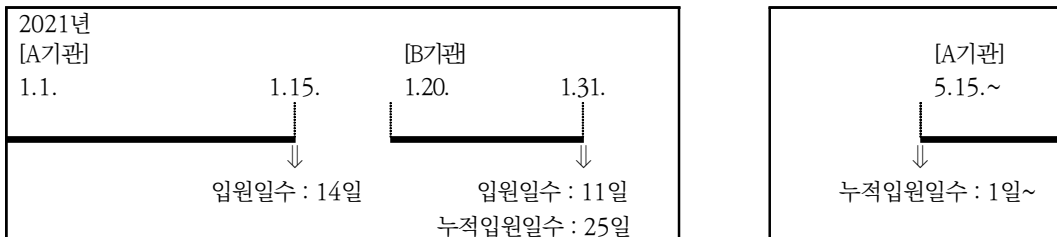
- (예시 6) A기관에 2020.11.1.입원 후 11.15.퇴원
A기관에 2020.12.1.입원 후 2021.1.15.퇴원
B기관에 2021.2.1.입원 했다면, 입원 시 누적입원일수 : 60일



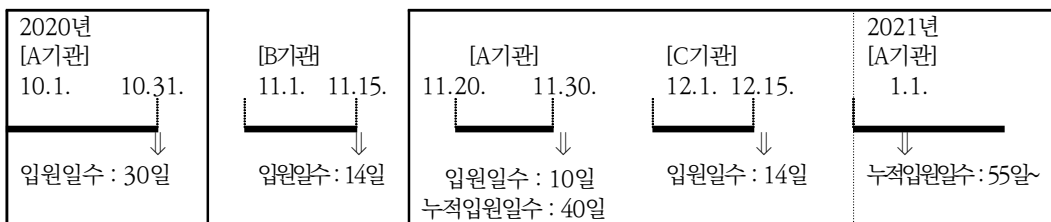
- (예시 7) A기관에 2020.11.1. 입원 후 11.10.퇴원
B기관에 2020.11.15. 입원 후 11.30.퇴원
C기관에 2020.12.1. 입원 후 12.15.퇴원
B기관에 2021.1.1. 입원 후 1.10.퇴원
A기관에 2021.1.11.입원 했다면, 입원 시 누적입원일수 : 48일



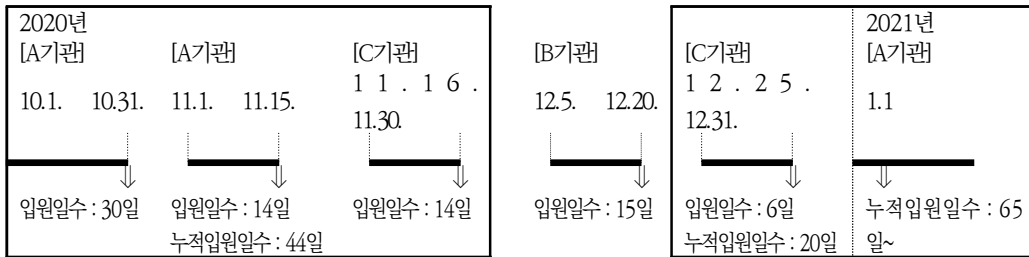
- (예시 8) A기관에 2021.1.1. 입원 후 1.15.퇴원
B기관에 2021.1.20. 입원 후 1.31.퇴원
A기관에 2021.5.15. 입원 했다면, 입원 시 누적입원일수 : 1일



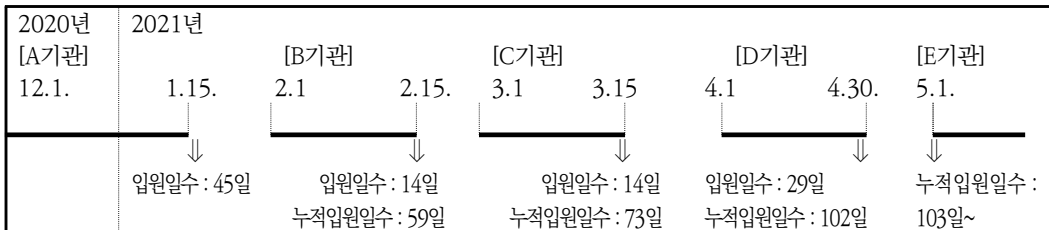
- (예시 9) A기관에 2020.10.1.입원 후 10.31.퇴원
B기관에 2020.11.1.입원 후 11.15.퇴원
A기관에 2020.11.20.입원 후 11.30.퇴원
C기관에 2020.12.1.입원 후 12.15.퇴원
A기관에 2021.1.1.입원 했다면, 입원 시 누적입원일수 : 55일



- (예시 10) A기관에 2020.10.1.입원 후 10.31.퇴원
A기관에 2020.11.1.입원 후 11.15.퇴원
C기관에 2020.11.16.입원 후 11.30.퇴원
B기관에 2020.12.5.입원 후 12.20.퇴원
C기관에 2020.12.25.입원 후 12.31.퇴원
A기관에 2021.1.1.입원 했다면, 입원 시 누적입원일수 : 65일



- (예시 11) A기관에 2020.12.1. 입원 후 2021.1.15.퇴원
B기관에 2021.2.1. 입원 후 2.15.퇴원
C기관에 2021.3.1. 입원 후 3.15.퇴원
D기관에 2021.4.1. 입원 후 4.30.퇴원
E기관에 2021.5.1. 입원 했다면, 입원 시 누적입원일수 : 103일



08. 9인 이상 병실 입원료 감산 적용

보건복지부 고시 제2019-183호 ('22.1.1. 시행) 관련

1 요양병원 9인 이상 병실 입원료 감산 적용 시 해당 병실의 기준은?

- 국민건강보험법 시행규칙 제12조에 따라 제출된 '요양병원 6인 이상 병실·병상 운영 현황[신규변경]통보서'상 9인 이상 병실을 의미함.

2 정액수가 산정 시 요양병원 9인 이상 병실 입원료 감산 적용방법은?

- 정액수가 소정점수에서 요양병원 입원료(요-51) 소정점수의 30%를 감산하여 산정함.

3 9인 이상 병실 입원료 일수도 181일 이상 장기입원 일수에 포함 되는지?

- 9인 이상 병실 입원료 일수도 포함하여 적용함.

4 0~6시 사이에 입원하거나, 18~24시 사이에 퇴원하여 입원료의 50%를 별도 산정한 경우 요양병원 9인 이상 병실 입원료 감산을 적용하는지?

- 입원료의 50%를 별도 산정한 경우에도 요양병원 9인 이상 병실 입원료 감산을 적용함.
※ 산정코드 두 번째 자리에 9로 기재

5 요양병원 9인 이상 병실에 입원 중인 환자가 외박 시 입원료 감산 적용방법은?

- 외박수가 산정 시(또는 입원료 중 병원관리료만을 산정하는 경우)에도 요양병원 9인 이상 병실 입원료 감산을 적용함.
※ 산정코드 두 번째 자리에 9로 기재

6

요양병원 9인 이상 병실에 입원한 경우 특정내역 기재란에 어떻게 기재하는지?

- 요양병원 9인 이상 병실에 입원한 경우 줄번호 단위 특정내역 구분코드 “JX999(기타 내역)”란에 9인 이상 병실 입원기간 From/To/인실 구분코드 기재함.

〈병실 구분코드〉

코드	병실	코드	병실
09	9인실	12	12인실
10	10인실	13	13인실
11	11인실	14	14인실이상

▶ 기재형식 : ccyyymmdd/ccyyymmdd/X(2)

▶ (예시 1) 요양병원 9인실에 2022.1.1. 입실하여 2022.3.31.에 퇴실한 경우

✉ 작성 : JX999 20220101/20220331/09

(예시 2) 요양병원 9인실에 2022.1.1.부터 2022.3.31.까지 입원 후 12인실에 2022.4.1.부터 2022.4.30.까지 입원한 경우

✉ 작성 : 수가코드별 각각 특정내역 기재

JX999 20220101/20220331/09

JX999 20220401/20220430/12

09. 요양병원 격리실 입원료

보건복지부 고시 제2018-281호('19.1.1. 시행) 관련

수가산정

1

격리실 입원료에 의사 및 간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등제, 필요인력 확보에 따른 별도 보상제가 적용되는지?

- 격리실 입원료에는 산정할 수 없음

2

격리실 입원환자수와 간호인력수 산정 시 적용방법은?

- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 제2호 마목(2)에 따라 별도의 병동으로 구분 운영하지 않는 격리실에 입원한 환자수와 간호인력수는 모두 포함하여 산정함

3

요양병원 격리실 입원료 체감제 적용방법은?

- 요양병원 입원기간 중 일반병실 등과 격리병실을 전실한 경우 격리병실 입실 시점마다 1일로 기산하여 격리실 입원료를 산정함

※ 요양병원 입원료 체감제 적용 기산점은 최초 입원일부터 적용

▶ (예시 1) 일반병실(165일) → 격리병실(15일) → 일반병실(30일) → 격리병실(5일)

☞ 격리실 입원료 100%*15일, 100%*5일

요양병원 입원료 100%*165일, 95%*30일

(예시 2) 일반병실(165일) → 격리병실(20일) → 일반병실(30일)

☞ 격리실 입원료 100%*15일, 90%*5일

요양병원 입원료 100%*165일, 95%*30일

4 격리실 입원료 본인부담률 적용은?

- 국민건강보험법 시행령 제19조제1항 [별표2]에 따라 요양병원 입원환자의 본인일부 부담률을 적용함

신고·청구방법

1 격리병상으로만 운영하는 격리병실의 현황신고는?

- 국민건강보험법 시행규칙 [별지 제14호 서식] ‘요양기관 현황신고서’의 ‘입원병실’란의 ‘격리병실’ 중 해당병실(비음압 등)로 신고하여야 함
- ※ 하나의 병상을 격리병실 또는 일반병실 병상으로 이용할 경우에는 일반입원실 병상으로 신고

2 ‘보건의료자원통합신고포털’의 운영병상 신고방법은?

- 별도의 병동으로 구분 운영하는 경우에는 병동구분 ‘특수’, 병동코드 ‘격리병실’ 선택하여 운영병상수 신고
- 별도의 병동으로 구분 운영하지 않는 경우에는 격리실이 속한 일반병동에 포함하여 운영병상수 신고

3 요양병원 격리실에 입원한 경우 특정내역 기재란에 어떻게 기재하는지?

- 요양병원 격리실에 입원한 경우 줄번호 단위 특정내역 구분코드 “JX999(기타내역)”란에 격리실 입원기간 From/To/인실 구분코드 기재

〈병실 구분코드〉

코드	병실	코드	병실
1	1인실	4	4인실
2	2인실	5	5인실
3	3인실	6	6인실

- ▶ 기재형식 : ccyyymmdd/ccyyymmdd/X(1)
- ▶ (예시 1) 요양병원 1인 격리실에 2019.1.1. 입실하여 2019.1.5.에 퇴실한 경우
 - ☞ 작성 : JX999 20190101/20190105/1
- (예시 2) 요양병원 1인 격리실에 2019.1.1.부터 2019.1.5.까지 입원 후 6인 격리실에 2019.1.5.부터 2019.1.10까지 입원한 경우
 - ☞ 작성 : 수가코드별 각각 특정내역 기재
 - JX999 20190101/20190105/1
 - JX999 20190105/20190110/6

10. 요양병원 간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등제 개정

보건복지부 고시 제2019-183호 (‘20.1.1. 시행) 관련

1 간호인력 산정기준 개정 내용(재직일수 등)을 반영한 간호등급 적용 시점은?

- 2019년 9월 15일부터 12월 14일까지의 인력현황을 적용하여 산출된 간호등급을 2020.1.1.입원 진료분부터 반영함.

2 1주간의 근로시간에 대한 기준은 근로계약서상 근로시간 기준인지? 또는 실제 근로시간 기준인지?

- 근로계약서상의 근로시간과 실제 근로시간 두 가지를 모두 충족하여야 함. 요양기관의 사정상 주당 근무시간을 변경하여 주기적으로 반복되는 경우 월 평균 주당 근무시간을 기준으로 해당 기준을 적용함.

3 계약직 간호인력 및 단시간 근무 간호사가 2개 이상의 요양기관에서 동시에 인력 현황으로 신고 될 수 있는지?

- 2개 이상 요양기관에 중복 등재 할 수 없음.

4 간호인력 산정 시 2,000원 가산 구간에서 간호사 20명 및 간호조무사 10명 근무시 간호인력 대비 간호사 비율이 0.66(소수점 셋째자리에서 절사)일 경우 가산구간 포함여부?

- 「요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서 작성요령」에 따르면, 간호사수 및 간호조무사수는 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막월 14일까지 간호인력별 재직일수의 합을 해당 분기일수로 나누어 적용(소수점 3자리에서 반올림)하며, 간호사수 대 간호인력수는 소수점 3자리 이하 절사하여 기재함.

- 위에 따라 3개월 평균 간호사 20명, 간호조무사 10명이 근무하는 경우 간호사비용이 간호인력의 3분의2 이상인 경우에 해당하므로 1일당 2,000원 가산이 가능함.

5

신규개설기관의 환자수, 간호인력 산정기준 및 등급 적용기준은?

- 분기 마지막 월 14일 이전 개설기관의 해당 분기의 기관등급은 기본등급으로 하고, 다음 분기의 기관등급은 아래의 기준에 따라 산정함.
 - 입원 환자수는 개설 당일부터 해당 분기의 마지막 월 14일까지의 입원환자를 평균하여 산정함.
 - 간호인력은 개설 당일부터 해당 분기 마지막 월 14일까지의 재직일수를 평균하여 산정함.
- 분기 마지막 월 15일 이후 개설기관의 해당분기 및 다음 분기의 기관등급은 기본등급으로 함.

11 요양병원 지역사회 연계료

보건복지부 고시 제2019-183호 ('19.11.1. 시행) 관련

일반사항

1 환자지원팀 구성원 중 '기타 환자지원에 필요한 인력'은 어떤 인력인지?

- 요양병원에 상근하는 인력으로 환자지원에 필요한 구성원을 말함.
〈예〉 약사, 영양사, 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사 등

2 환자지원팀을 구성한 경우, 별도로 신고 해야 하는지?

- 환자지원팀의 필수인력인 의사, 간호사, 사회복지사는 상근이어야 하며 건강보험심사평가원에 환자지원팀으로 신고 해야 함.

3 입원환자 간호업무 전담 간호사도 환자지원팀 업무를 할 수 있는지?

- 중복가능. '간호인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등제' 산정 대상에 포함하여 적용 가능. 다만, 지역연계를 위한 연계 기관 방문업무는 불가능함.

4 '필요인력 확보에 따른 별도 보상제' 적용을 받는 사회복지사도 환자지원팀 업무를 할 수 있는지?

- 상근하는 사회복지사가 원내 치료과정 참여 등 사회복지 업무를 수행하는 경우 환자지원팀 업무를 겸직가능하며, '필요인력 확보에 따른 별도 보상제'의 산정 대상 인력에도 포함하여 적용 가능함.

5 '요양병원 지역사회 연계료'는 입원 120일 이내에 퇴원하는 경우에도 산정 가능한지?

- '요양병원 지역사회 연계료'는 장기입원으로 인해 지역사회와 단절된 환자들의 원활한 지역사회 복귀를 돕는 활동에 대한 수가이므로 120일이 경과한 후 퇴원 예정인 환자를 대상으로 하며, 120일 이내에 퇴원한 경우 산정 불가함.

※ 120일 경과는 입원일로부터 121일째를 의미

6 퇴원 후 재 입원시 '요양병원 지역사회 연계료'를 산정할 수 있는 기산점은 언제인지?

- 재입원 일을 기산점으로 하여 입원 120일이 경과 후 퇴원이 예정되어 있는 경우 산정 가능함.

7 환자지원팀 필수인력(기준, 신규) 교육이수 방법은 어떻게 되는지?

- 환자지원팀의 필수인력(의사, 간호사, 사회복지사)중 1인 이상은 매년 1회 이상 국민건강보험공단에서 실시하는 요양병원 퇴원환자지원 기본교육을 이수하여야 함.

* 교육 관련 내용은 공단 정보시스템(요양기관정보마당)을 통해 안내(교육 관련 문의 : 1577-1000)

8 교육을 이수한 환자지원팀 필수인력(기준, 신규)의 교육 이수 신고 방법?

- 건강보험심사평가원에 신고하여야 함.
 - 기준 : 청구기관은 '20.12.31. 전까지 신고
 - 신규 : 요양병원 지역사회 연계료 최초청구 전까지 신고

9 요양병원 지역사회 연계료는 교육 이수일과 신고일 중 어느 날부터 적용되나요?

- 요양병원 지역사회 연계료는 건강보험심사평가원에 교육 이수 신고가 된 이후, 교육 이수일부터 산정 가능.

요양병원 지역사회 연계 평가료(관련 상담 활동 포함) 및 관리료 I, II

10

‘요양병원 지역사회 연계 평가료’ 산정을 위한 환자지원 심층평가는 누가 실시해야 하는지?

- 환자지원팀에 속한 의사, 간호사, 사회복지사가 실시하여야 함. 심층평가는 환자의 사회경제환경을 파악하기 위하여 환자(또는 보호자)를 대상으로 30분 이상 상담을 하고 평가하는 것을 원칙으로 함.

11

‘요양병원 지역사회 연계 관리료 I, II’를 산정하기 위한 연계활동은 무엇인지?

- 지역사회 연계활동이란, 환자별 건강상태 및 사회경제환경을 바탕으로 환자지원팀이 회의를 통해 환자 맞춤형 퇴원지원 표준계획을 수립하고, 환자에게 필요한 지역사회 자원을 섭외하여 연계 및 조정 하는 활동을 말함.
- 시군구내의 사회복지기관, 보건소, 치매안심센터, ‘지역사회 통합 돌봄 계획’에 따라 설치된 지자체의 케어안내창구, ‘복지로’에 등록된 민간서비스단체 등을 통해 환자에게 직접 제공되는 서비스(일자리, 주거, 일상생활, 신체건강 및 보건의료, 정신건강 및 심리정서, 보호 및 돌봄, 요양, 안전 및 권익보장 등)을 연계하는 활동이며,
 - ‘연계 안내서’를 환자(또는 보호자)에게 제공해야함.
 - ※ 공단 요양기관정보마당에서 출력
- 다만, 노인장기요양보험 대리 신청 및 급여 연계, 국민건강보험공단의 만성질환관리 프로그램연계, 타 의료기관 연계, 본인부담상한제 대리 신청, 재난적 의료비 신청만 이루어진 경우에는 수가 산정이 불가능함.

12

‘요양병원 지역사회 연계 관리료 I’은 연계여부와 관계없이 퇴원지원 표준계획만 시행해도 수가산정이 가능한지?

- 퇴원지원 표준계획서를 작성하고 퇴원 시 해당 계획서에 따라 필요한 지역사회 자원과 연계한 경우 산정 가능함.

13 퇴원지원 표준계획은 요양병원에 입원한 모든 환자를 대상으로 작성해야 하는지?

- 지역연계가 필요한 환자를 대상으로 함.
- 다만, 입원 120일이 경과하여 환자지원 심층평가를 시행 하고 나서 퇴원지원표준계획을 작성하여야 함.

14 두 가지 이상의 지역사회 자원을 연계한 경우 ‘지역사회 연계 관리료’를 각각 산정할 수 있는지?

- 여러 가지 지역사회 자원을 연계하더라도 ‘지역사회 연계 관리료’는 퇴원 시 1회만 산정할 수 있음.

15 지역사회 연계 시, 두 가지 연계 방법(유선 또는 팩스 이용, 직접 방문)을 모두 시행한 경우 ‘요양병원 지역사회 연계 관리료 I, II’를 각각 산정할 수 있는지?

- 여러 가지 방법을 통해 지역사회 연계를 하였더라도 ‘요양병원 지역사회 연계료 I, II’를 동시에 산정할 수 없으며 주된 항목의 소정점수만 산정 가능함.

[붙임]

요양병원 지역사회 연계료 관련 신고방법 안내

고시 제2019-182,183(2019.8.22.) '요양병원 지역사회연계료' 관련 '환자지원교육' 신고

■ 차등제 운영병상 및 인력 등 신고방법

1) 차등제 운영병상 신고

- ① 「보건의료자원통합신고포털(www.hurb.or.kr)」 접속하여 공인인증서 로그인
- ② 현황신고·변경 > 시설현황 > 차등제 운영병상 신고 선택
- ③ **신규신고** > **신규병동** 버튼 클릭한 후 **정보 입력후** **임시저장** 버튼 클릭
 - 병동구분 : '특수' 선택
 - 적용일자 : 환자지원팀을 시작하는 날짜 (2019-11-01부터 등록가능)
 - 병동코드 : '환자지원팀' 선택

신규 시설현황 등록

필수입력사항

*병동구분	▼ 특수 ▼	*적용일자	▼ 2019-11-01 ▼
*병동코드	▼ 환자지원팀 ▼	*병동명	▼ 환자지원팀 ▼
정신과병동유형	▼ ▼		
*Unit코드	▼ 001 ▼	*Unit명	▼ 환자지원팀 ▼
*운영병상수	▼ ▼		

- ④ 「최종제출」 화면에서 작성자 정보등록 후, **최종제출** 버튼 클릭하여 제출

2) 전담 인력 신고

○ 의사

- ① 「보건의료자원통합신고포털(www.hurb.or.kr)」 접속하여 공인인증서 로그인
- ② 현황신고·변경 > 인력현황 > 의(약/조산)사 신고 선택
- ③ **신규신고** > 인력현황변경을 하거나 **신규입사** 버튼 클릭
- ④ 의료인력정보변경 팝업 창에서 근무병동 선택
- ⑤ **병동추가** 버튼 클릭후 '환자지원팀' 선택
- ⑥ 병동시작일자 입력후 **임시저장** 버튼 클릭
- ⑦ 「최종제출」 화면에서 작성자 정보등록 후, **최종제출** 버튼 클릭하여 제출

의료인력정보변경

기본정보 | 자격등록 | 휴가등록 | **근무병동**

○ 근무병동 신고항목 병동추가 | 병동삭제 | 전체삭제 총 : 1 건

구분	병동	UNIT	전담구분	담 전담여부	시작일자	종
신규	200 환자지원팀	001 환자지원팀		N	2019-11-01	3999-

○ 사회복지사

- ① 현황신고·변경 > 인력현황 > 의료기사 신고 선택
- ※ 의사인력신고와 동일

의료인력정보변경

기본정보 | 자격등록 | 휴가등록 | **근무병동**

○ 근무병동 신고항목 병동추가 | 초기화

근무병동		변경전		변경후	
병동코드	003	200	환자지원팀	001	환자지원팀
병동명	외래				
단위코드	001				
단위명	외래				
적용일자	2012-01-24 ~ 2013-06-30	2019-11-01 ~ 9999-12-31			
전담여부	N				

임시저장 **취소**

○ 간호사

- ① 현황신고·변경 > 인력현황 > 간호인력 신고 선택
- ② 의료인력정보변경 팝업 창에서 기본정보 선택
 - 직종 : 정규직(전일제 주40시간) or 계약직(전일제 주40시간) 선택
 - '요양병원 입원료 차등제' 산정 대상에 포함하여 적용 가능(중복가능)
중복시 간호등급 적용여부 '적용' 체크
- ※ 그 외 신고방법 의사인력신고와 동일

■ 환자지원교육 신고방법

□ 의사 · 간호사 · 사회복지사

- ① 「보건의료자원통합신고포털(www.hurb.or.kr)」 접속하여 공인인증서 로그인
 - ② 의사: 현황신고·변경>인력현황>의(약/조산)사 신고 선택
간호사: 현황신고·변경>인력현황> 간호인력 신고 선택
사회복지사: 현황신고·변경>인력현황> 의료기사 등 신고 선택
 - ③ **신규신고** >인력현황 “변경”을 선택하거나 **신규입사** 버튼 클릭
 - ④ 의료인력정보변경 창에서 “자격등록-환자지원교육이수” 교육추가 및 입력 후 **임시저장**
 - ⑤ 「최종제출」 화면에서 파일첨부에 수료증을 첨부 한 후, 작성자 정보 등록 및 **최종제출** 버튼 클릭하여 제출
- ※ 수료증을 반드시 첨부하여주시기 바랍니다.

※ 교육등록 화면(공통)

의료인력정보변경 ✕

기본정보
자격등록
휴가등록
근무병동

○ 환자지원교육이수 교육추가 교육삭제 전체삭제 총 : 0 건

교육이수종별	교육이수번호	교육이수일자	적용시작일자	적용종료일자
환자지원교육이수	2020-09-01	2020-09-01	2021-08-31	

12. 요양병원 입원환자 안전관리료

보건복지부 고시 제2019-183호('19.11.1. 시행) 관련

산정기준

1 요양병원 입원환자 안전관리료는 모든 요양병원에서 산정할 수 있는지?

- 의료법 제3조제2항제3호에 의한 요양병원(단, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설은 제외*)중 「환자안전법」 제11조·제12조를 준수하고 「의료법」 제58조·제58조의3에 따라 의료기관평가인증원에서 실시하는 의료기관 인증결과 ‘인증’ 또는 ‘조건부인증’ 등급을 받은 200병상 이상 요양병원에서 산정할 수 있음.

- 이때, 병상 수는 의료법령에 따른 허가병상 수 기준이며, 「국민건강보험법」 제43조에 따라 건강보험심사평가원에 신고하여야 함.

* 의료법(법률 제17069호, 2021.2.5. 시행) 개정에 따른 문구 수정

2 입원환자 안전관리료 청구 시 항, 목 구분은 어떻게 되는지?

- 입원환자 안전관리료는 1항 03목으로 청구함.

3 입원환자 안전관리료는 입원일수별로 산정할 수 있는지?

- 입원환자 안전관리료는 환자 당 입원일수별로 산정할 수 있음. 다만, 외박 시에는 산정할 수 없음.

〈예시〉 4박 5일 입원한 경우 5회 산정

〈예시〉 4박 5일 입원 중 1일 외박한 경우 4회 산정

4

0~6시 사이에 입원하거나, 18~24시 사이에 퇴원하여 입원료의 50%를 별도 산정한 경우 입원환자 안전관리료 산정이 가능한지?

- 입원환자 안전관리료는 입원 1일당 1회 산정하는 수가로 입원료의 50%가 별도 산정된 경우에는 산정할 수 없음.

5

퇴원 당일 재입원한 경우 입원환자 안전관리료 산정방법은 어떻게 되는지?

- 퇴원 후 당일 재입원한 경우에는 계속 입원 중 이었던 환자로 간주하여 1일 1회 산정함.

6

낮병동 입원료를 산정하는 경우 입원환자 안전관리료를 산정할 수 있는지?

- 산정할 수 없음

7

환자안전 활동 시행 확인은 어떻게 하는지?

- 「의료법」 제58조·제58조의3에 따라 의료기관평가인증원에서 실시하는 의료기관 인증 결과 ‘인증’ 또는 ‘조건부 인증’을 받고 인증을 유지하는 경우 환자안전 활동을 시행한 것으로 같음함.

8

환자안전 전담인력으로 배치하는 경우 입원료 차등제 인력과 중복 적용 할 수 있는지?

- 중복 적용할 수 없음. 환자안전 전담인력으로 배치된 인력은 입원료 차등제 산정대상에서 제외하여야 함.

전담인력 기준

1

전담인력 배치현황이 변경되어 배치기준을 충족하지 않는 경우 수가 산정 방법은 어떻게 되는지?

- 배치현황 변경 시 지체 없이 의료기관평가인증원에 변경 신고를 하여야 하며, 배치 기준을 만족하지 못하는 날부터 수가 산정은 불가능함.

2

전담인력이 환자안전과 관련된 업무만 시행하여야 하는지?

- 전담인력은 환자안전 업무를 위해 배치된 인력으로 환자안전법에 따른 업무만 시행하여야 함.

3

전담인력(기존, 신규) 교육이수 방법은 어떻게 되는지?

- 「환자안전법」 제13조, 동법 시행규칙 제10조 및 제11조에 따름.

별첨 입원환자 안전관리료 급여기준 등

제1장 기본진료료

항 목	제 목	세부인정사항
가29 입원환자 안전관리료	입원환자 안전관리료 산정기준	<p>입원환자 안전관리료는 아래와 같은 조건을 모두 갖춘 요양기관의 경우, 입원환자 입원 1일당 1회 산정함</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 대상기관</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 상급종합병원, 종합병원, 200병상 이상 병원·정신병원 <ol style="list-style-type: none"> 가) 「환자안전법」 제11조·제12조 및 동법 시행규칙 제5조·제9조제1항에 해당하는 의료기관으로 전담인력을 배치하고, 환자안전위원회를 설치·운영하는 기관 나) 「의료법 시행규칙」 제39조의6에 해당하는 의료기관으로 보안장비 설치, 보안인력 배치 등 기준을 충족하는 기관 2) 100병상 이상~200병상 미만 병원·정신병원 「의료법 시행규칙」 제39조의6에 해당하는 의료 기관으로 보안장비 설치, 보안인력 배치 등 기준을 충족하는 기관 3) 200병상 이상 한방병원 「환자안전법」 제11조·제12조 및 동법 시행규칙 제5조·제9조제1항에 해당하는 의료기관으로 전담인력을 배치하고, 환자안전위원회를 설치·운영하는 기관 <p>나. 위 ‘가’ 1)에 해당하는 기관은 다음 1)~4)의 기준을 모두 충족하여야 하며, 위 ‘가’ 2)에 해당하는 기관은 다음 4)의 기준을 충족해야 하며, 위 ‘가’ 3)에 해당하는 기관은 1)~3)의 기준을 충족해야함</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 환자안전위원회는 「환자안전법」 제11조제3항 및 동법 시행규칙 제8조에 명시된 업무를 시행하여야 하며, 위원회 구성은 동법 시행규칙 제6조를 따름 2) 전담인력은 「환자안전법」 제12조제3항 및 동법 시행규칙 제9조제5항에 따른 업무를 시행하여야 하며, 환자안전활동에 대한 연간 계획을 수립하고 관리하여야 함

항 목	제 목	세부인정사항
		<p>3) 「환자안전법」 제9조 및 동법 시행령 제6조에 따른 환자안전 기준 준수를 위해 아래의 가), 나)를 포함한 체계적인 활동을 시행하여야 함</p> <p>가) 입원환자 병문안 관리 규정을 자체적으로 수립하고 이를 시행하여야 함</p> <p>나) 입원기간 동안 낙상, 욕창 예방 및 관리 등을 시행하여야 함</p> <p>4) 보안관리 기준은 「의료법 시행규칙」 제39조의6에 따라 가), 나) 를 충족해야 함</p> <p>가) 의료인 및 환자에 대한 폭력행위를 관할 경찰관서에 신고할 수 있는 비상경보장치를 설치·운영해야 함</p> <p>나) 보안 전담인력을 요양기관별 1인 이상 배치하여야 함</p> <p>다) 입원환자 안전관리료를 산정하는 요양기관은 별지 제26호 서식에 의한 보안인력 현황신고서를 최초 수가 청구전까지 (단, 기존 산정기관은 '21.1월말까지) 건강보험심사평가원에 제출하여야 하며, 최초 신고 이후 변경이 있는 경우 지체없이 변경 내용을 신고하여야 함</p> <p>(고시 제2021-88호, 2021.3.24. 시행)</p>
	입원환자 안전관리료 인력기준	<p>입원환자 안전관리료 산정을 위한 전담인력기준은 아래와 같이함</p> <p>- 아 래 -</p> <p>가. 전담인력은 「환자안전법」 시행규칙 제9조제2항에 따라 다음 각 호중 하나에 해당하는 자격을 갖추어야 함.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 취득한 후 3년 이상 보건의료기관에서 근무한 사람 2) 「의료법」 제77조에 따른 전문의 자격이 있는 사람 3) 간호사 면허를 취득한 후 3년 이상 보건의료기관에서 근무한 사람 <p>나. 전담인력은 「환자안전법」 제13조 및 동법 시행규칙 제10조에 따라 환자안전 활동에 관한 교육을 매년12시간 이상 정기적으로 받아야 함. 다만, 새로 배치된 경우에는 6개월 이내에 24시간 이상 이수하여야 함.</p>

항 목	제 목	세부인정사항
		<p>다. 대상기관은 「환자안전법 시행규칙」 제9조제3항에 따라 위의 ‘가’ 및 ‘나’항을 모두 만족한 전담인력을 해당기관에 배치하여야 함.</p> <p>1) 500병상 이상 종합병원급 : 2명 이상</p> <p>2) 100병상 이상~ 500병상 미만 종합병원급 : 1명 이상</p> <p>3) 200병상 이상 병원급 : 1명 이상</p> <p>라. 현황신고</p> <p>1) 「환자안전법」 제11조 및 12조에 따른 환자안전위원회 구성·운영 및 전담인력 배치현황은 의료기관평가인증원에 신고하여야 함</p> <p>2) 「환자안전법」 시행규칙 제9조4항에 따라 전담인력 현황변경 시 (신규배치·해지 등) 의료기관평가인증원에 지체없이 신고하여야 함</p> <p>(고시 제2020-330호, 2021.1.1. 시행)</p>
	입원환자 안전관리로 병문안 관리기준	<p>입원환자 안전관리로 산정을 위한 병문안 관리기준은 다음과 같이 함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>1. 입원환자 안전관리로 산정을 위한 병문안 관리기준을 충족하기 위해서는 ‘병문안 관리 규정’ 및 ‘병문안 관리방법’을 건강보험심사평가원에 신고하여야 함.</p> <p>2. ‘병문안 관리 규정’(이하 규정)은 아래 기준을 모두 충족해야 함.</p> <p style="text-align: center;">- 아 래 -</p> <p>가. 의료기관에서 자체적으로 수립하고 기관장 결재를 마친 규정이어야 함</p> <p>나. 규정에는 다음 5가지 내용이 모두 포함되어야 함</p> <p>1) 병문안 허용시간대</p> <p>2) 병문안 제한 대상</p> <p>3) 병문안객 관리대장 양식 및 운영방법</p> <p>4) 반입금지 물품 목록</p>

항 목	제 목	세부인정사항
		<p>5) 병문안 관리 방법</p> <p>다. 기관장 직인이 포함된 규정 전문을 첨부파일로 제출해야 함</p> <p>3. '병문안 관리 방법'은 아래 기준을 모두 충족해야 함.</p> <p style="text-align: center;">-아 래-</p> <p>가. 병문안객 관리를 위한 '시설', '인력', '기타' 중 하나 이상의 방법을 운영하고 있어야 함</p> <p>1) '시설'은 ID카드 등을 이용하여 허용된 사람에 한해 개폐가 가능한 고정 시설물을 의미하며, 건물별로 1개 이상 설치되어 있어야 함.</p> <p>2) '인력'은 규정에 정해진 시간 동안 병문안객 관리를 전담하는 사람을 의미하며, 외부 보안관리 전문기관과의 계약에 따라 배치된 사람은 포함되나 단순 안내 요원 및 자원봉사자, 사회복지무원 등은 제외함. 기관별로 1명 이상이 배치되어 있어야 하며, 인력 배치 현황(인력수, 근무시간, 장소) 및 근무대장을 관리·작성하여야 함.</p> <p>3) '기타'는 위 1) 또는 2)에 해당하지 않지만 병문안객 관리가 가능한 방법을 의미함</p> <p>나. '가'항에 따른 운영현황을 증빙할 수 있는 자료('시설'의 경우 도면, 사진 등, '인력'의 경우 근로계약서, 근무대장 등)를 첨부파일로 제출해야 함.</p> <p>4. 입원환자 안전관리료를 산정하는 요양기관은 별지 제 14호 서식에 의한 입원환자 병문안 관리 현황신고서를 최초 수가 청구 전까지 (단, 기존 산정기관은 '18.7월말까지) 건강보험 심사평가원에 제출하여야 하며, 최초 신고 이후 변경이 있는 경우 지체없이 변경 내용을 신고해야 함.</p> <p style="text-align: right;">(고시 제2018-114호, 2018.8.1. 시행)</p>

[별지 제14호 서식]

(앞면)

입원환자 병문안 관리 현황 신고서				1. 신규 2. 변경	※	
요양기관명		요양기관기호				
소재지		담당자 성명		전화번호		
[입원환자 병문안 관리 현황]						
병문안 관리 규정 (포함여부)	① 병문안 허용시간대	② 병문안 제한 대상	③ 병문안객 관리대장	④ 반입금지 물품 목록		
	※ 1. 포함 2. 미포함	※ 1. 포함 2. 미포함	※ 1. 포함 2. 미포함	※ 1. 포함 2. 미포함		
병문안 관리 방법	① 시설	② 인력	③ 기타			
	※ 1. 해당 2. 미해당	※ 1. 해당 2. 미해당	※ 1. 해당 2. 미해당			
[입원환자 병문안 시설 현황]						
설치시설	시설종류	설치장소	설치개수	적용일자		
[입원환자 병문안 인력 현황]						
운영현황	※ (1 : 전속 2 : 위탁 3 : 병행)					
위탁운영	업 소 명 칭		대 표 자			
	사업자등록번호		전화번호			
[입원환자 병문안 인력별 세부현황]						
연번	성명	주민등록번호	위탁여부 ※1 : 전속 2 : 위탁	근무형태 ※1 : 전담 2 : 겸임	근무현황	
					최초근무일자	최종근무일자
입원환자 병문안 관리 인력 : 총 명						

입원환자 병문안 관리 현황을 제출합니다.
[증빙자료 목록]

년 월 일

개설자(대표자)
작성자

(서명 또는 인)
(서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

주) 세부작성요령은 뒷면을 참조하여 작성하시기 바라며, ※란은 반드시 해당 번호를 기재하여야 합니다.

[별지 제14호 서식]

(뒷면)

입원환자 병문안 관리 현황 신고서 작성요령

[입원환자 병문안 관리 현황]

- 병문안 관리 규정에 ①~④의 내용이 포함되어 있으면 '1. 포함', 포함되지 않으면 '2. 미포함'으로 표시
- 병문안 관리 방법은 ①~③의 방법으로 관리 중이면 '1. 해당', 해당하지 않으면 '2. 미해당'으로 표시
- 병문안 관리 방법별 세부 내용은 이하 세부 내용 참조

[입원환자 병문안 시설 현황]

- 설치시설은 허용된 사람에 한해 개폐가 가능한 고정식 시설로, 건물별로 최소 1개 이상 설치되어 있어야 함. 단순 터치에 의해 개폐되는 자동 도어와 정신과폐쇄병동에 설치된 시설은 해당하지 않음.
- 시설종류는 바코드인식 시스템, RFID 인식 시스템, 스크린도어 등으로 구분하여 작성함
- 설치장소는 주출입구, 엘리베이터, 일반병동 등으로 구분하여 작성함. 간호간병포괄서비스병동, 응급실, 중환자실에 설치된 경우는 제외함.
- 설치개수는 설치장소별로 구분하여 작성함
- 적용일자 는 설치를 기준으로 하여 8자리(YYYYMMDD)로 작성함.

[입원환자 병문안 인력 현황]

- 운영현황은 해당 의료기관 소속인 경우 '1. 전속', 위탁운영인 경우 '2. 위탁', 1과 2를 병행하는 경우 '3. 병행'으로 표시
- 위탁운영 내용은 운영현황이 '2. 위탁' 또는 '3. 병행'인 경우에 한해 작성

[입원환자 병문안 인력별 세부현황]

- 병문안 관리 인력은 해당 의료기관에서 주 40시간 이상 병문안객 관리를 담당하는 인력을 의미하며, 단순 안내요원, 자원봉사자, 사회복지요원 등은 해당하지 않음.
- 정규직이 아닌 경우 「기간제 및 단시간근로자보호 등에 관한 법률」 제17조(근로조건)의 서면명시)를 준수하고, 4대 사회보험에 가입 및 고용계약을 체결한 경우에만 해당됨
- 병문안 관리 인력은 내부 규정에 따른 근무시간에 해당 근무장소에 근무해야 하며, 근무대장을 작성·관리·보관해야 함.
- 위탁여부는 해당 의료기관에 전속된 경우 '1. 전속', 위탁계약에 따라 근무하는 경우 '2. 위탁'으로 표시
- 근무형태는 해당 의료기관에서 주 40시간 이상 병문안 관리 인력으로 근무하면 '1. 전담', 주 20시간 이상 40시간 미만을 근무하면 '2. 겸임'으로 표시. 겸임의 경우 근무시간과 인력수를 고려하여 주 40시간 이상 병문안 관리가 가능한 경우에만 병문안 관리 인력으로 인정함
- 최초근무일자 및 최종근무일자는 병문안 관리 인력으로 근무한 최초근무일자 및 최종근무일자 기준으로 하며 8자리(YYYYMMDD)로 작성함

[증빙자료]

- 병문안 관리 규정은 의료기관장의 직인이 날인된 전문을 첨부파일(PDF, HWP 등) 형태로 제출
- 시설은 설치 도면 또는 사진을 첨부파일(PDF, JPG 등)로 제출하되, 건물별 1개 이상 제출
- 인력은 의료기관 소속인 경우 근로계약서와 재직증명서 중 1종류와 근무대장(최근 15일 이내), 위탁계약인 경우 위탁운영계약서와 근무대장(최근 15일 이내)을 첨부파일(PDF, JPG 등)로 제출
- 병문안 관리 방법이 기타인 경우 객관적 증빙이 가능한 자료를 첨부파일 형태로 제출

[제출시기]

- 신규 : 입원환자 안전관리료 최초 청구시 제출
- 기존 : '18.7.31.까지 제출
- 변경 : 입원환자 병문안 관리 현황 변경 발생 즉시 제출

주) 세부작성요령은 뒷면을 참조하여 작성하시기 바라며, ※란은 반드시 해당 번호를 기재하여야 합니다.

I. 입원환자 안전관리료 질의응답

(보건복지부 고시 제2017-170호 관련, '17.10.1.적용)

산정기준

1 입원환자 안전관리료는 모든 의료기관에서 산정할 수 있나요?

- 대상기관은 「환자안전법」 제11조 및 제12조에 명시된 보건복지부령으로 정하는 일정 규모 이상의 병원급 의료기관으로 200병상 이상의 병원, 100병상 이상의 종합병원·상급종합병원을 의미합니다.
- 여기서 병상 수는 의료법령에 따른 허가병상 수 기준이며, 「국민건강보험법」 제43조에 따라 건강보험심사평가원에 신고하여야 합니다.

2 입원환자 안전관리료 청구 시 항, 목 구분은 어떻게 되나요?

- 입원환자 안전관리료는 1항 03목으로 청구합니다.

3 입원환자 안전관리료는 입원일수별로 산정할 수 있나요?

- 네, 입원환자 안전관리료는 환자 당 입원일수별로 산정할 수 있습니다. 다만 외박 시에는 산정이 불가능 합니다. (예시) 4박 5일 입원한 경우 5회 산정

4 0~6시 사이에 입원하거나, 18~24시 사이에 퇴원하여 입원료의 50%를 별도 산정한 경우 입원환자 안전관리료 산정이 가능한가요?

- 입원환자 안전관리료는 입원1일당 1회 산정하는 수가로 입원료의 50%가 별도 산정된 경우에는 산정이 불가능합니다.

5 퇴원 당일 재입원한 경우 입원환자 안전관리료 산정방법은 어떻게 되나요?

- 퇴원한 후 당일 재입원한 경우에는 계속 입원 중 이었던 환자로 간주하여 1일 1회 산정합니다.

6 요양병원에 입원한 환자도 입원환자 안전관리료 산정이 가능한가요?

- 요양병원 입원환자의 경우 추후 별도의 기준 마련 예정으로 수가 산정이 불가능합니다.

7 낮병동 입원료를 산정하는 경우 입원환자 안전관리료를 산정할 수 있나요?

- 낮병동 입원료를 산정하는 경우에는 수가 산정이 불가능합니다.

8 응급의료센터의 입원환자 본인부담률 적용 환자의 경우 입원환자 안전관리료 산정이 가능한가요?

- 입원환자 본인부담률 적용 환자라도 수가 산정이 불가능합니다.

9 간호·간병통합서비스 병동에 입원한 환자도 입원환자 안전관리료 산정이 가능한가요?

- 네, 입원환자 안전관리료 산정기준 및 인력기준이 충족된 기관의 간호·간병통합서비스 병동 환자의 경우 산정이 가능합니다.

10 호스피스 병동에 입원한 환자도 입원환자 안전관리료 산정이 가능한가요?

- 네, 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제4편 3부 호스피스 급여 별도산정 목록·상대가치점수 및 산정지침에 따라 산정 가능합니다.

11 환자안전 활동 시행 확인은 어떻게 하나요?

- 「의료법」 제58조에 따라 의료기관평가인증원에서 실시하는 의료기관 인증을 받은 경우 환자안전 활동을 시행한 것으로 같습니다.
- 그 외 기관의 경우 명시된 환자안전 활동을 자체적으로 계획하고 시행한 후 관련 자료 (기존 매뉴얼 사용 가능)를 향후 자료제출 요구 시 의료기관평가인증원에 제출하여야 합니다.

12 입원환자 병문안 관리규정은 어떤 내용을 포함하여야 하나요?

- 감염예방 등 안전한 입원환경 조성을 위해 병문안 시간 설정 및 안내, 대장관리, 시설 또는 인력 등을 배치하여 방문객관리 등을 시행하여야 합니다. 이와 관련, 관리시스템 관련 내용을 건강보험심사평가원에 요양기관의 현황 등을 고려하여 '17년 12월말까지 신고하여야 합니다.

13 의료기관 인증을 받은 기관만 수가를 산정할 수 있나요?

- 현재는 의료기관 인증을 받지 않아도 기준 충족 시 수가를 산정할 수 있습니다. 다만, 인증기관에 한해 수가를 산정하도록 하는 방안은 향후 의견수렴 및 관련 부서 협의 등을 거쳐 확정시 별도 공지할 예정입니다.

인력기준

1 전담인력 및 환자안전위원회 현황 신고방법은 어떻게 되나요?

- 전담인력의 경우 건강보험심사평가원에 별도 신고절차 없이 「환자안전법」 시행규칙 제9조5항에 따라 의료기관평가인증원에 신고하여야 하며, 현황 변경 시(신규배치·해지 등) 지체없이 변경신고 하여야 합니다.
- 환자안전위원회 구성 및 운영내역 등의 경우 '17년 12월말까지 의료기관평가인증원에 신고하여야 합니다.

2 전담인력 배치현황이 변경되어 배치기준을 충족하지 않는 경우 수가 산정방법은 어떻게 되나요?

- 배치현황 변경 시 지체없이 의료기관평가인증원에 변경 신고를 하여야 하며, 배치기준을 만족하지 못하는 날부터 수가 산정은 불가능합니다.

3 전담인력이 환자안전과 관련된 업무만 시행하여야 하나요?

- 전담인력은 환자안전 업무를 위해 배치된 인력으로 전담인력 업무범위는 「환자안전법」 제12조제2항을 따르며 환자안전활동에 대한 연간 계획을 수립하고 관리하여야 합니다. 또한 동법 시행규칙 제9조제4항제4호에 따라 의료질 향상을 위하여 보건복지부장관이 특히 필요하다고 인정하는 사항을 시행할 수 있습니다.

4 전담인력(기존,신규) 교육이수 방법은 어떻게 되나요?

- 「환자안전법」 제13조 및 동법 시행규칙 제10조에 따라 정해진 교육시간을 이수하여야 하며, 보건복지부 고시 제2016-142호에 따른 위탁기관(2017년 기준 대한병원협회)에서 주관하는 교육을 이수하여야 합니다.

II. 입원환자 안전관리료 관련 추가 질의응답

(보건복지부 고시 제2017-170호, '17.9.25. 관련)

산정기준

1 환자안전 활동 시행 확인은 어떻게 하나요?

○ (기존)

「의료법」 제58조에 따라 의료기관평가인증원에서 실시하는 의료기관 인증을 받은 경우 환자안전 활동을 시행한 것으로 같습니다.

그 외 기관의 경우 명시된 환자안전 활동을 자체적으로 계획하고 시행한 후 관련 자료(기존 매뉴얼 사용 가능)를 향후 자료제출 요구 시 의료기관평가인증원에 제출하여야 합니다.

(변경)

(현행과 동일)

그 외 기관의 환자안전 활동 확인은 환자안전위원회 운영계획 및 각 운영시마다 논의 사항 등에 대한 정보를 수집하고 관련 근거자료를 확인함으로써 같습니다. 따라서, 매년 말까지 환자안전위원회 연간 운영계획 및 활동 증빙서류를 의료기관평가인증원 환자안전 보고학습시스템(환자안전 서비스포털)을 통해 제출하여야 합니다.

(제출방법) [붙임 1] 참조

2 입원환자 병문안 관리규정은 어떤 내용을 포함하여야 하나요?

○ (기존)

감염예방 등 안전한 입원환경 조성을 위해 병문안 시간 설정 및 안내, 대장관리, 시설 또는 인력 등을 배치하여 방문객관리 등을 시행하여야 합니다. 이와 관련, 관리시스템 관련 내용을 건강보험심사평가원에 요양기관의 현황 등을 고려하여 '17년 12월말까지 신고하여야 합니다.

(변경)

감염예방 등 안전한 입원환경 조성을 위해 병문안 시간 설정 및 안내, 대장관리, 시설 또는 인력 등을 배치하여 방문객관리 등을 시행하여야 합니다. 이와 관련, 지침 및 관리 시스템 내용(시설 및 인력 배치여부) 등을 건강보험심사평가원에 '18년 6월 30일까지 신고하여야 합니다.

인력기준

1 전담인력 및 환자안전위원회 현황 신고방법은 어떻게 되나요?

○ (기존)

전담인력의 경우 건강보험심사평가원에 별도 신고절차 없이 「환자안전법」 시행규칙 제 9조5항에 따라 의료기관평가인증원에 신고하여야 하며, 현황 변경 시(신규배치·해지 등) 지체없이 변경신고 하여야 합니다.

환자안전위원회 구성 및 운영내역 등의 경우 '17년 12월말까지 의료기관평가인증원에 신고 하여야 합니다.

(변경)

전담인력의 경우 「환자안전법」 시행규칙 제9조5항에 따라 의료기관평가인증원에 전담 인력 배치현황을 신고하여야 하며, 현황 변경 시(신규배치·해지 등) 지체없이 변경신고 하여야 합니다.

또한, 인증원에 신고된 전담인력은 심평원에 신고되어 있는 영양기관현황(인력 등)에도 신고가 되어 있어야 합니다.

※ 신규 및 기존인력 중 미신고·변경사항이 있는 경우 (변경)신고 필수

(신고방법) [붙임 2] 참조

환자안전위원회 설치 현황을 '17.12월말까지 인증원의 환자안전 보고학습시스템(환자 안전 서비스포털)을 통해 신고하여야 합니다.

(신고방법) [붙임 1] 참조

III. 입원환자 안전관리료 관련 추가 질의응답

보건복지부 고시 제2017-170호('17.9.25.), 제2018-114호('18.6.19) 관련

산정기준

1

신설기관 또는 입원환자 안전관리료를 최초 청구하는 기관의 환자안전활동 관련 자료 제출 방법은?

- 신설기관 또는 입원환자 안전관리료를 최초 청구하는 기관의 경우, 해당년도 환자안전 위원회 연간 운영계획을 최초 수가 청구 전까지 의료기관평가인증원 환자안전 보고학습 시스템(환자안전 서비스포털)을 통해 제출하여야 하며,
- 해당년도 말까지 환자안전위원회 연간 운영계획 및 활동 증빙서류를 제출하여야 합니다.
- 동 내용은 2019.2.18일자 기준으로 시행합니다.

2

전담인력이 매년 12시간이상 교육을 받지 않는 경우 어떻게 되나요?

- 전담인력은 「환자안전법」 제13조 및 동법 시행규칙 제10조에 따라 정해진 교육시간을 이수하여야 합니다. 따라서 당해연도 교육에 대한 이수증을 매년 12월 말까지 제출하지 않은 경우, 익일부터 전담인력으로 인정되지 않습니다.
(단, 이수증 제출일로부터는 전담인력 인정 가능)
- 예시) '19년12월31일까지 교육 이수증을 제출하지 않은 경우 다음 교육 이수증 제출일 전까지 전담인력 불인정

3

의료기관평가 미인증 기관의 경우 환자안전활동 계획서와 활동증빙서류를 기간 내에 미제출 시 어떻게 되나요?

- 미인증 기관은 매년 제출기간 내(인증원 홈페이지 공지사항 참조) 의료기관평가인증원에 계획서와 활동증빙 서류를 제출해야 합니다. 따라서 제출기간 내에 미제출시 다음연도에 입원환자 안전관리료를 산정할 수 없습니다.
(단, 제출기간 이후 제출시 최종제출일 이후 수가 산정 가능)

4

「의료법」 제58조에 따라 의료기관평가인증원에서 실시하는 의료기관인증을 받은 후 만료 기한내 재인증을 받지 않은 경우 어떻게 되나요?

- 의료기관평가 인증이 만료되는 시점부터는 입원환자 안전관리료를 산정할 수 없습니다. 다만, 인증이 만료되는 시점 이전에 의료기관평가인증원에 전년도 환자 안전활동 계획서와 활동증빙서류를 제출한 경우, 최종제출일 이후는 수가 산정 가능합니다.

[병문안 관리기준]

산정기준

1 입원환자 병문안 관리 규정은 어떤 내용을 포함하여야 하나요?

(기준)

- 감염예방 등 안전한 입원환경 조성을 위해 병문안 시간 설정 및 안내, 대장관리, 시설 또는 인력 등을 배치하여 방문객관리 등을 시행하여야 합니다. 이와 관련, 지침 및 관리시스템 내용(시설 및 인력 배치여부) 등을 건강보험심사평가원에 '18년 6월 30일까지 신고하여야 합니다.

(변경)

- 감염예방 등 안전한 입원환경 조성을 위해 병문안 시간 설정 및 안내, 대장관리, 시설 또는 인력 등을 배치하여 방문객관리 등을 시행하여야 합니다. 이와 관련, 지침 및 관리시스템 내용(시설 및 인력 배치여부) 등 입원환자 병문안 관리규정을 건강보험심사평가원에 '18년 7월 31일까지 신고하여야 합니다.

2 병문안 관리기준을 충족하지 못하는 경우 '입원환자 안전관리료'를 산정할 수 있나요?

- '18.8.1. 진료분부터는 병문안 관리기준을 충족하지 못하는 경우 '입원환자 안전관리료'를 산정할 수 없습니다.

3 모든 병동 출입구나 엘리베이터에 병문안 관리 시설을 설치한 경우에도 병문안 관리 인력을 배치하여야 하나요?

- 시설을 이용하여 병문안 관리가 잘 이루어지고 있다면 병문안 관리 인력을 반드시 배치할 필요는 없습니다.

4

2개 이상 건물 중 1개 건물에만 ID카드 등을 이용하나 스크린도어가 설치되어 있는 경우 나머지 건물은 인력을 반드시 배치하여야 하나요?

- ‘시설’의 경우 ‘건물별’로 병문안객 관리가 이루어져야 하므로, ‘시설’로 관리되지 않는 건물의 경우 ‘인력’ 또는 ‘기타’ 중 하나 이상의 방법으로 관리되어야 합니다.

5

병문안 관리 규정 중 ‘반입금지 물품 목록’에는 어떤 것들이 있나요?

- 해당 요양기관의 특성을 고려하여 자율적으로 규정하 실 수 있습니다.
예시) 화분, 꽃, 애완동물 등 감염, 환자 안정, 화재 등에 영향을 줄 수 있는 물품

6

병문안객 관리를 위한 ‘시설’, ‘인력’, ‘기타’의 방법을 동시에 운영하여야 하나요?

- 병문안객 관리를 위한 ‘시설’, ‘인력’, ‘기타’ 중 하나 이상의 방법으로 운영하시면 됩니다.

7

병문안객 관리대장의 작성대상자는 누구인가요?

- 병문안객 관리대장은 병동에 출입하는 병문안객을 대상으로 작성하시면 됩니다.

8

병문안 관리기준은 상급종합병원 지정·평가 ‘병문안객 통제 시설 및 인력’ 기준과 동일하게 설정하여야 하나요?

- 아닙니다. 질의하신 기준은 상급종합병원 지정·평가를 위한 기준으로 상급종합병원 외에도 산정할 수 있는 ‘입원환자 안전관리료 병문안 관리기준’과 동일하지 않습니다.

시설기준

1

병문안 관리 시설을 설치할 예정이나 '18년 7월말까지 설치가 완료되지 않은 경우는 어떻게 하나요?

- 시설이 설치·운영되기 전까지 '인력' 또는 '기타'의 방법으로 병문안 관리가 이루어져야 수가 산정이 가능합니다.

2

병문안 관리 시설을 일반병동 출입구가 아닌 장소에 설치하는 경우도 시설로 인정되나요?

- 각 병동별 출입구에 병문안 관리 시설을 설치하는 것을 권장하나, 시설 설치에 소요되는 시간·비용 등을 고려하여 병문안객이 주로 이용하는 동선별 주요 장소(1층 엘리베이터, 병원 주 출입구 등) 중 최소 1곳 이상에 설치한 경우 인정됩니다.

3

간호·간병통합서비스 병동 출입구에 설치된 슬라이딩 도어도 병문안 관리 시설로 인정되나요?

- 해당 요양기관 전체 병문안 관리를 목적으로 하는 시설이어야 하며, 간호·간병통합서비스 병동 등 일부 장소에 국한된 시설은 제외합니다.

4

중환자실, 응급실, 수술실, 정신과폐쇄 병동 등의 출입구에 설치된 시설도 병문안 관리 시설로 인정되나요?

- 병문안 관리를 목적으로 하는 시설이어야 하므로, 병문안 관리가 주 목적이 아닌 시설은 제외합니다.

5

주 출입구가 여러 군데인 경우 1곳만 개폐시설이 설치되어 있어도 인정되나요?

- ID카드 등을 이용하여 허용된 사람에 한해 개폐가 가능한 고정 시설물을 의미하며, 건물별로 1개 이상 설치된 경우 인정됩니다.

인력기준

1 병문안 관리 인력만 운영하는 경우 24시간 배치하여야 하나요?

- 병문안 관리 '시설'을 설치하지 않은 경우 24시간 배치가 원칙이지만, 인력 확보 어려움을 고려하여 최소 주 40시간 이상 '인력'에 의한 병문안 관리가 이루어지는 경우 인정 가능합니다

2 병문안 관리 인력을 병문안 허용시간 또는 병문안객 관리 인력 근무 시간(주40시간)에만 배치하는 경우에도 인정되나요?

- 최소 주 40시간 이상 '인력'에 의한 병문안 관리가 이루어지는 경우 인정 가능합니다.

3 주 20시간 미만 병문안 관리를 담당하는 경우도 병문안 관리 '인력'으로 인정되나요?

- 근무시간과 인력수를 고려하여 주 40시간 이상 병문안 관리를 하는 경우 인정 가능합니다.

예시) 28시간 근무자 × 1명 = 총 28시간 → 불인정

20시간 근무자 × 2명 = 총 40시간 → 인정

4 위탁운영의 경우 근무자가 정해지지 않는 경우는 어떻게 해야하나요?

- 위탁운영의 경우에도 근무대장 작성·관리가 이루어져야 합니다.

5 중환자실, 응급실, 수술실, 정신과폐쇄병동 등의 출입구에 인력이 배치된 경우 병문안 관리 인력으로 인정되나요?

- 입원환자 병문안 관리가 주 목적이 아닌 인력은 제외합니다.

기타기준

1 병문안 관리 방법 중 ‘기타’는 어떤 방법인가요?

- ‘시설’ 또는 ‘인력’이 아닌 다른 방법으로 입원환자 병문안 관리가 이루어지는 경우를 의미합니다. 건물밖에 별도의 면회실을 설치하는 경우 등이 해당하며, 이 경우 객관적인 증빙이 가능한 자료(면회실 사진 등)를 첨부하여 제출하여야 합니다.

2 병문안 관리 방법 중 ‘기타’로 병동 간호사실에서 병문안객 관리대장 관리, 배너 설치, 안내문 배부 등만 하는 경우도 포함되나요?

- ‘시설’ 또는 ‘인력’없이 병동 간호사실에서 병문안객 관리대장 관리, 배너 설치, 안내문 배부만 하는 경우는 해당되지 않습니다.

[붙임 1]

의료기관평가인증원 신고방법

- 환자안전위원회 및 환자안전활동 관련 -

□ 조사내용 및 방법

○ 환자안전위원회 현황신고

(신고방법) '17년 12월말까지 인증원의 환자안전 보고학습시스템(www.kops.or.kr)에 제출

(제출내용) 환자안전위원회 설치 현황* [표 1]의 내용

* 운영형태, 위원회명칭, 설치일자, 해체일자, 인력구성

○ 환자안전활동

① 의료기관평가 인증기관 : 별도 제출자료 없음

② 의료기관평가 미인증기관

(신고방법) 환자안전위원회 개최 및 환자안전활동 관련 정보를 수집하고 관련 근거자료*를 확인

* 환자안전위원회 개최 현황, 회의록, 환자안전활동 연간 활동계획 및 결과보고, 성과보고 등

(제출자료) 환자안전위원회 연간 운영계획 및 활동 증빙서류 첨부

(제출시기) '18.12월 말까지 인증원에 관련 자료 제출('18년 활동내역)

「환자안전법」에 따른 환자안전위원회 업무

- 환자안전사고의 예방 및 재발 방지를 위한 계획수립 및 시행
- 환자안전 전담인력의 선임 및 배치
- 보건의료기관의 의료 질 향상 활동 및 환자안전체계 구축·운영
- 환자안전사고 보고자 및 보고내용의 보호
- 환자와 환자 보호자의 환자안전활동 참여를 위한 계획 수립 및 시행
- 환자안전기준의 준수에 관한 사항
- 환자안전지표의 운영에 관한 사항
- 환자안전사고의 보고 활성화에 관한 사항
- 환자안전활동의 교육에 관한 사항

[표 1] 환자안전위원회 설치현황 조사내용

운영형태	<input type="checkbox"/> 단독위원회 운영		<input type="checkbox"/> 유사위원회 통합운영				
	<input type="checkbox"/> 미운영		(통합운영 위원회 명칭 기재)				
위원회 명칭							
최초설치일자		해체일자					
※ 설치일자는 환자안전법 시행일('16. 7. 29)부터 기재 단독위원회 운영의 경우 최초설치일자를 기재하며, 유사위원회 통합운영의 경우 환자안전법 제11조의 환자안전위원회 설치 요건을 충족하여 운영하기 시작한 일자를 기재							
담당자(전담인력)	성명			연락처			
	부서			직위			
	이메일						
위원 구성							
성명	구분 (소속기관)	직종	소속부서	직책	역할	중복위원회 활동 여부 (중복위원회 명칭)	활동시작일/ 활동종료일
가위원	사내	의사	예방의학과	의료기 관장	위원장	Y (의료사고예방위원회)	YY.MM.DD/ YY.MM.DD
나위원	외부 (○○ 병원)	의사	감염내과	과장	위원	N	YY.MM.DD/ YY.MM.DD
총 인원수		(명)					

[붙임 2]

환자안전 전담인력의 심평원 인력신고 방법

※ 인증원 전담인력 현황신고와 별개로, 해당인력의 심평원 인력신고 필요

(신규인력 및 기존인력 중 변경사항이 있는 경우 (변경)신고 필요)

→ '입원환자 안전관리료' 수가 적용을 위한 전담인력 인원수 현황은 심평원에 등록(신고)된 정보를 기준으로 산정되기에, 인증원에 전담인력으로 현황신고 된 인력이 심평원에도 인력신고가 되어있어야 전담인력 인원수로 연계·반영 됩니다.

□ 신고방법

① 보건의료자원통합신고포털(www.hurb.or.kr) ▶ 현황신고·변경 ▶ 인력 현황 ▶ 간호인력 신고

 보건의료자원통합신고포털

서비스안내	개설신고/변경	현황신고·변경	휴·폐업	관계기관정보등록	정보마당	통계	마이페이지
일반현황 요양기관 주<->공동개설자 변경신고 사업자번호청구SW업체 변경신고	시설현황 시설현황 신고 차등제 운영병상 신고 요양병원 일반입원실 6인이상 병상 신고	인력현황 의료인력 인원수 신고 마진외 신고안내 의(학/조산)사 신고 의류기사 신고 <u>간호인력 신고</u> 정신건강임상심리사 신고 동위원소 취급인력 신고 의료인력 건강보험자격 연계조회	장비현황 장비현황 신고목록 간발장치 인력신고 간발장치 현황신고 특수장비 현황·인력 신고 특수장비 인력 신고목록 일반장비 현황신고 바코드 재발급 신청 바코드 재발급 진행현황 조회 의료장비 품질정보 조회				
삭제	차동제	특수운영현황	난임시술 의료기관 평가				

② 신규신고 버튼 클릭

간호인력 신고

현황신고/변경 > 인력현황 > 간호인력 신고

결수일자 2019-06-01 ~ 2019-12-31

조회결과

신규신고

결수번호	면허종별	결수일자	제대상태	제대내역	제대일자	결수확인	제대일
------	------	------	------	------	------	------	-----

③ 기존에 신고된 인력을 변경하고자 하는 경우에는 해당 인력정보 우측의 「변경」 클릭, 신규인력인 경우 하단의 「신규입사」 클릭

현황신고/변경 > 인력현황 > 간호인력 신고

점검요청

간호인력현황 최종제출

의료인력 인원수 현황 신고 버튼

면허종별 -- 면허번호 의료인성명 ☐ 퇴사자포함 조회

목록검색이 되지 않는 경우 [새로고침]을 눌러주세요.

간호인력 현황

일괄퇴사

엑셀저장

총: 795

면허종별	세부종별	근무형태	직책	성명	주민등록번호	간호등급 적용여부	면허번호	면허취득일자	입사일자	휴가(교육, 연수, 파견)			휴가대체정보			이력조회	인력현황변경
										구분	시작일자	종료일자	대체자	대체시작일자	대체종료일자		
<input type="checkbox"/>	간호사	일반간호사	전일제(40시간)	간호사		미적용	Q								고대 이력조회	변경	퇴사신청
<input type="checkbox"/>	간호사	일반간호사	정규직 전일제(주 40)	수간호사		미적용	Q								2대 이력조회	변경	퇴사신청
<input type="checkbox"/>	간호사	일반간호사	정규직 전일제(주 40)	간호사		미적용	Q								이력조회	변경	퇴사신청
<input type="checkbox"/>	간호사	일반간호사	계약직 전일제(주 40)	간호사		미적용	Q								간대 이력조회	변경	퇴사신청
<input type="checkbox"/>	간호사	일반간호사	정규직 전일제(주 40)	간호사		미적용	Q								2대 이력조회	변경	퇴사신청
<input type="checkbox"/>	간호사	일반간호사	정규직 전일제(주 40)	간호사		미적용	Q								간대 이력조회	변경	퇴사신청

신규입사

엑셀저장

엑셀서식저장

엑셀일모드

전체취소

총: 0

구분	면허종별	세부종별	근무형태	직책	성명	주민등록번호	간호등급 적용여부	면허번호	면허취득일자	입사일자	최종근무일자	신규적용일자	휴가(교육, 연수, 파견)			입력정보변경
													구분	시작일자	종료일자	

III
요양병원
행정해석
비고

HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE | 263

④ 기본정보 탭 ▶

(신규인력) 면허종별, 세부종별(일반간호사), 입사일자, 성명, 주민번호, 근무 병동, 직책, 직종, 간호등급 적용여부(미적용으로 표기), 근무시간 정보를 필수 입력

(기존인력) 변경 사항이 있는 경우(근무병동, 세부종별, 간호등급 적용여부, 근무시간 등) 해당항목 변경 입력

▶ 임시저장 ▶ 최종제출

의료인력정보변경

기본정보		자격등록	휴가등록
○ 간호인력 기본정보 신고항목			
* 면허종별	✓ --	세부종별	--
* 입사일자	✓ - -	최종근무일	- -
* 성명	✓	* 주민번호	✓ -
면허취득일자	- -	면허번호	면허(자격) 증상의발급일자
근무 병동	변경전 병동 코드	변경전 병동명	
	변경전 적용 일자	변경전 UNIT	
	전담여부		
	변경후 병동 코드	변경후 병동명	병동찾기
	변경후 적용 일자	변경후 UNIT	
	전담여부	N	병동 변경일자 혹은 신규병동 적용일자 기재
* 직책	✓ --	* 직종	✓
* 간호등급 적용여부	<input type="radio"/> 적용 <input type="radio"/> 미적용	* 근무시간	✓

임시저장

취소

※ 근무병동 선택방법

- ① 근무병동 란의 「병동찾기」 버튼 클릭
- ② 요양기관에서 신고한 병동현황 중 「환자안전전담」 병동 선택

병동검색							
병동구분	병동코드	병동명	단위코드	단위명	정신과병동 유형	From	To
일반	001	7병동	001			2007-01-01	9999-12-31
특수	030	수술실	001	수술실		2007-01-01	9999-12-31
기타	001	원무과	001			2007-01-01	9999-12-31
기타	002	외래부	001			2007-01-01	9999-12-31
기타	003	내시경센터	001			2007-01-01	9999-12-31
기타	004	간호부	001			2007-01-01	9999-12-31
기타	005	환자안전전담	001			2019-11-01	9999-12-31

※ 병동찾기 버튼 클릭 후 해당 병동이 없는 경우

- ① 보건의료자원통합신고포털 ▶ 현황신고·변경 ▶ 시설현황 ▶ 차등제 운영 병상 신고
 - ② 「신규신고」 클릭 ▶ 「신규병동」 클릭 ▶ 병동구분, 적용일자, 병동명 입력 ▶ 임시저장 ▶ 최종제출
- 병동구분: 기타 / 적용일자: 전담인력의 최초배치일 / 병동명: 환자안전전담

신규 시설현황 등록

○ 시설현황

필수입력사항

* 병동구분

▼

* 적용일자

▼ -- --

* 병동코드

▼

* 병동명

▼

정신과병동유형

▼

* Unit코드

▼

* Unit명

▼

* 운영병상수

▼

임시저장

취소

※ 전담인력이 의사인 경우도 위와 동일한 방법으로 신고함

(경로: 보건의료자원통합신고포털 ▶ 현황신고·변경 ▶ 인력현황 ▶ 의(약/조산)사 신고)

[붙임 3]

병문안 관리규정 신고방법 안내

1. 경로

- 보건의료자원통합신고포털(www.hurb.or.kr) ▶ 현황신고·변경 ▶ 특수운영현황 ▶ 특수운영현황 신고 ▶ 병문안 관리규정 신고

보건의료자원통합신고포털

서비스안내	개설신고·변경	현황신고·변경	휴·폐업	관계기관정보등록	정보마당	통계
일반현황 요양기관 두<->공동개설자 변경신고 사업자번호 청구SW업체 변경신고	시설현황 시설현황 신고 차등제 운영명상 신고 요양병원 일반입원실 6인이상 병상 신고	인력현황 의료인력 인원수 신고 대건의 신고안내 의(약/조산)사 신고 의료기사 신고 간호인력 신고 정신건강임상심리사 신고 동위원소 취급인력 신고 의료인력 건강보험자격 연계조회				
식대 입원환자식 신고 치료식 영양관리료 신고	차등제 일반병동 간호관리료 차등제 신고 중환자실 간호관리료 차등제 신고 요양병원 입원료 차등제 신고 의료급여 정신과 입원료 차등제 신고 호스피스수가 가산제 신고 호스피스도움미 현황조회 감염예방관리료 차등제 신고 수술실 환자안전관리료 차등제 신고 집중치료실 입원료 신고 차등제 적용 결과조회	특수운영현황 특수운영 지정현황 조회 특수운영 현황 조회 전문병원 지정현황 조회 상급종합병원 지정현황 조회 3차 의료급여기관 지정현황 조회 장기이식의료기관 지정현황 조회 검체검사 수탁기관 정보조회 지역별 검체검사 수탁기관 정보조회 진료 의료-화송기관 정보조회 특수운영현황 신고 특수운영현황 신고목록 응급의료기관 신고 혈액의 및 혈액 사회복지시설 신고 시설 공동이용기관 신고 장애인 공동이용기관 신고 가정간호사업 실시기관 신고 참여병의원 신고(개방병원) 소외계층 의료서비스 지원사업 기관 신고 병문안 관리규정 신고				

2. 관리규정 신고

○ (신규 등록기관) 화면 오른쪽 하단의 「신규등록」 버튼 클릭

○ (기존 등록기관) 입원환자 병문안 관리 현황 우측의 「변경」 버튼 클릭

1) 적용일자 입력

※ 적용시작일자는 병문안 관리규정과 병문안 관리방법을 모두 갖추고 운영하는 날을 기재

예) 관리규정은 2019.9.1.부터 갖추고, 관리방법 중 인력을 배치하여 2019.9.15.부터 운영하는 경우 적용시작일자는 **2019.9.15.**로 기재

2) 병문안 관리규정 신고

- 4개의 항목에 대하여 「포함」 또는 「미포함」으로 신고
- 4개 항목이 모두 「포함」인 경우에만 병문안 관리규정 신고기관으로 등록 가능

3) 병문안 관리방법 신고

- 시설, 인력, 기타 중 병문안 관리를 위하여 운영하고 있는 항목에 대하여 「해당」으로 신고
- 시설, 인력, 기타 중 「해당」 항목이 1개 이상인 경우 병문안 관리규정 신고기관으로 등록 가능

4) 임시저장 클릭

※ 관리방법 중 「인력」을 선택하는 경우 → 인력운영과 인력상세 신고

관리방법 중 「시설」을 선택하는 경우 → 시설 신고

관리방법 중 「기타」를 선택하는 경우 → 최종제출시 증빙자료(첨부파일) 제출

3. 인력운영 신고

○ (신규 등록기관) 화면 오른쪽 하단의 「신규등록」 버튼 클릭

○ (기존 등록기관) 운영현황 우측 「변경」 버튼 클릭

운영현황 신고

● 운영현황 신고

요양기관 기호	1110****
요양기관명	기호부여용병원

적용일자	- - ~ - -
운영현황	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> ▼ </div>
위탁운영	업소명칭
	대표자
	사업자등록번호
	전화번호

임시저장
취소

- 1) 적용일자 입력
- 2) 운영현황 입력(전속, 위탁, 병행 중 선택)
- 3) 위탁운영 정보 입력(업소명칭, 대표자, 사업자등록번호, 전화번호)
 - ※ 위탁운영 정보는 운영현황이 위탁 또는 병행인 경우만 입력
- 4) 임시저장 클릭

4. 인력상세 신고

행정안전부 > 의료급여제도 > 의료급여제도 신고 > 운영현황 신고 > 운영현황 신고 > 인력상세 신고 > 인력상세 신고

인력상세 신고
인력상세 신고
인력상세 신고
인력상세 신고

○ 현재 인력상세

성명	성명	주민등록번호	근무현황	위탁여부	근무형태	비고	처리
데이터가 존재하지 않습니다.							

○ 신고대상 목록

순번	구분	성명	주민등록번호	근무현황		위탁여부	근무형태	처리
				최초근무일자 (변경근무일자)	최종근무일자			

○ (신규 등록인력) 화면 오른쪽 하단의 「신규등록」 버튼 클릭

- (기존 등록인력) 현재 인력현황 항목의 우측 「변경」 버튼 클릭(퇴사의 경우 「퇴사」 버튼 클릭)

병문안 관리인력 등록 ✕

● 병문안 관리인력 등록

요양기관 기호	<input type="text"/>
요양기관명	<input type="text"/>
근무일자	<input type="text" value="--"/> <input type="text" value="--"/> ~ <input type="text" value="--"/> <input type="text" value="--"/>
성명	<input type="text"/>
주민등록번호	<input type="text" value="-----"/>
위탁여부	<input type="text" value="v"/>
근무형태	<input type="text" value="v"/>

임시저장 **취소**

- 1) 근무일자 입력(병문안 관리업무를 담당하는 인력으로 최초 배치된 날짜)
- 2) 성명 입력
- 3) 주민등록번호 입력
- 4) 위탁여부 입력(전속, 위탁 중 선택)
- 5) 근무형태 입력(전담, 겸임 중 선택)
- 6) 임시저장 클릭

5. 시설 신고

병문안 관리규정 신고 ✕

현황신고 변경 > 특수문명현황 > 특수문명현황 신고 > 병문안 관리규정 신고 - 병문안 관리규정 신고

관리규정 신고 | 인력운영 신고 | 인력상세 신고 | **시설** | 최종제출

● 입원환자 병문안 시설현황 총: 9건

순번	적용 시작일자	적용 종료일자	시설종류코드	시설종류명칭	설치장소	설치개수	이력	처리
1	2017-07-01	9999-12-31	001	스크린도어	문관	1	기본이력	변경

● 입원환자 병문안 시설 신고 목록 총: 9건

순번	구분	적용 시작일자	적용 종료일자	시설종류코드	시설종류명칭	설치장소	설치개수	처리

- (신규 등록시설) 화면 오른쪽 하단의 「신규등록」 버튼 클릭
- (기존 등록시설) 입원환자 병문안 시설현황 항목 우측의 「변경」 버튼 클릭

병문안 시설현황 등록

○ 병문안 시설현황 등록

요양기관 기호:

요양기관명:

적용일자: ~

시설종류 코드: 코드조회

시설종류 명칭:

설치장소:

설치개수:

임시저장 취소

병문안 시설현황 코드 조회

○ 병문안 시설현황 코드 조회

시설종류코드	시설종류명칭
001	스크린도어
002	스크린도어
003	스크린도어
004	RFID
005	RFID
006	RFID
007	바코드 인식 시스템
008	바코드 인식 시스템

① 더블클릭하여 선택

신규코드 생성 닫기

- 1) 적용일자 입력
- 2) 시설종류 코드의 「코드 조회」 버튼 클릭
- 3) 해당되는 시설종류 코드를 선택. 시설종류 코드가 없는 경우 하단의 「신규코드 생성」 버튼 클릭 후 시설종류 명칭, 설치장소, 설치개수를 입력하여 신규코드를 생성한 후 선택

※ 시설종류 명칭은 제출 후 수정이 불가합니다. 정확한 명칭을 입력하여 주시기 바랍니다.

※ 시설은 건물별로 구분하여 신고하여 주시기 바랍니다.

(같은 시설종류도 설치장소가 다른 경우에는 시설종류코드를 추가로 신설하여야 합니다.)

예시)

시설종류코드	시설종류명칭	설치장소	설치개수
001	스크린도어	본관	10
002	스크린도어	별관	7
003	RFID	본관	20
004	RFID	신관	5

- 4) 임시저장 클릭

6. 최종제출

- 1) 관리규정 및 관리방법 입력 후 상단의 「최종제출」 버튼 클릭
- 2) 우편발송여부에서 「파일첨부」 클릭
- 3) 「파일추가」 버튼 클릭
- 4) 증빙서류(첨부파일) 선택

※ 신고항목에 따라 아래의 자료를 첨부하여 주시기 바랍니다.

- 관리규정 : 의료기관장의 직인이 날인된 전문
- 시설 : 설치 도면 또는 사진(건물별 1개 이상)
- 인력 : 근로계약서, 재직증명서 중 1종류와 근무대장 (위탁인 경우 위탁운영계약서와 근무대장)
- 기타 : 객관적 증빙이 가능한 자료

- 5) 작성자 정보(성명, 연락처) 입력
- 6) 하단의 최종제출 클릭

[부록]

요양병원 환자평가표 작성매뉴얼

요양병원 환자평가표 작성 매뉴얼

2021. 05.

목 차

I 요양병원 환자평가표

A. 환자평가표 개요	277
B. 환자평가표 작성 원칙	278
C. 환자평가표 적용 원칙	282
D. 환자평가표 작성 및 적용 사례	284

II 환자평가표 각 항목별 세부사항 등

A. 일반사항	288
B. 의식상태	293
C. 인지기능	295
D. 신체기능	300
E. 배설기능	303
F. 질병진단	307
G. 건강상태	309
H. 구강 및 영양상태	312
I. 피부상태	315
J. 투약	319
K. 특수처치 및 전문재활치료	321

보건복지부 고시 제2021-41~43호(2021.5.1.시행) 및 제2021-44호(2021.3.5.시행)를 반영하였으며, '※ 참고사항'은 환자평가표 작성 시 이해를 돕기 위한 참고자료로만 활용

1 요양병원 환자평가표

A. 환자평가표 개요

○ 관련근거

- 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 VI. 요양병원 제2부 별지 제25호 환자평가표

○ 목적

- 요양병원 입원환자 상태 관찰·평가 및 정액수가 환자군 결정 등

○ 작성방법

- 환자를 담당하는 의사 및 간호사가 사실에 근거하여 작성
- 관찰기간(7일)의 환자상태를 종합적으로 평가하여 의무기록을 근거로 매월 작성

○ 평가항목

※ 각 항목별 세부인정사항은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에서 정한 바에 따름

항목	내용	
A. 일반사항	1. 환자성명 3. 입원일 5. 평가구분 7. 입원 직전 있던 곳 9. 할업 11. 장기요양등급 및 신청 13. 장기요양서비스를 받고 싶은 의향	2. 주민등록번호 4. 요양개시일 6. 작성일 8. 교육수준 10. 건강생활습관 12. 장기요양등급 및 이용 서비스 14. 사회환경 선별조사
B. 의식상태	1. 혼수	2. 섬망
C. 인지기능	1. 단기기억력 3. 이해시키는 능력 5. 행동심리증상의 빈도 7. 치매 척도 검사	2. 인식기술 4. 의사표현 6. K-MMSE(또는 MMSE-K) 검사
D. 신체기능	1. 옷벗고 입기 3. 양치질하기 5. 식사하기 7. 일어나 앉기 9. 방밖으로 나오기 11. 외상상태	2. 세수하기 4. 목욕하기 6. 체위변경하기 8. 옮겨앉기 10. 화장실 사용하기
E. 배설기능	1. 대변조절 3. 배변조절 기구 및 프로그램	2. 소변조절 4. 배뇨일지
F. 질병진단	1. 질병	2. 영양관련 장애
G. 건강상태	1. 문제상황 3. 낙상 여부	2. 통증 4. 말기질환
H. 구강 및 영양상태	1. 삼키기 3. 영양섭취 방법	2-1. 체중, 2-2. 체중감소 2-3. 키(신장) 4. 장액 또는 경관을 통한 섭취
I. 피부상태	1. 피부궤양의 수 3. 욕창(압박성 궤양) 과거력 5. 피부문제에 대한 처치	2. 새로 발생한 욕창(압박성 궤양) 4. 피부의 기타 문제
J. 투약	1. 인슐린 주사제 투여 일수 3. 치매관련 약제 투여 여부	2. 행동심리증상에 대한 약물 치료 여부 4. 복용한 의약품 수
K. 특수처치 및 전문재활치료	1. 특수처치	2. 전문재활치료 실시일수

B. 환자평가표 작성 원칙

1. 영양병원은 환자군별 상대가치점수 결정을 위하여 매월 환자평가표를 작성하여야 한다.
2. 환자평가표는 당해 환자를 담당하는 의사 및 간호사가 의무기록을 근거로 작성하여야 하며, 의무기록에 비치한다.
3. 환자평가표는 매월 1~10일에 작성함을 원칙으로 하며, 입원시 평가인 경우는 입원 제1일~10일 사이에, 월중 특정기간에서 정액수가기간으로 변경할 경우는 정액수가 적용 개시일로부터 제1일~10일 사이에 평가하여 작성한다.

◆ 환자평가표 작성 원칙에 따른 작성일별 관찰기간

(예시 1) 2021년 5월 계속 입원 중인 환자의 환자평가표를 작성하는 경우

연번	작성일	관찰기간
1	5월 1일	4월 25일 ~ 5월 1일
2	5월 2일	4월 26일 ~ 5월 2일
3	5월 3일	4월 27일 ~ 5월 3일
4	5월 4일	4월 28일 ~ 5월 4일
5	5월 5일	4월 29일 ~ 5월 5일
6	5월 6일	4월 30일 ~ 5월 6일
7	5월 7일	5월 1일 ~ 5월 7일
8	5월 8일	5월 2일 ~ 5월 8일
9	5월 9일	5월 3일 ~ 5월 9일
10	5월 10일	5월 4일 ~ 5월 10일

(예시 2) 2021년 5월 1일 최초 입원 환자의 환자평가표를 작성하는 경우

연번	작성일	관찰기간
1	5월 7일	5월 1일 ~ 7일
2	5월 8일	5월 2일 ~ 8일
3	5월 9일	5월 3일 ~ 9일
4	5월 10일	5월 4일 ~ 10일

4. 환자평가표는 작성일을 기준으로 관찰기간 7일이 확보되었다면 반드시 작성하되, 지난 7일간의 환자상태를 종합적으로 평가하여 작성한다.
특정기간 발생 등 불가피한 경우에 한해 평가기간을 단축할 수 있다.

◆ 평가기간을 단축할 수 있는 불가피한 경우

- ① 입원하여 7일 이내에 특정기간이 발생한 경우
- ② 계속된 특정기간이 월 중에 종료되었으나 7일 이내에 다시 특정기간이 시작된 경우
- ③ 계속된 특정기간이 월 중에 종료되었으나 7일 이내에 퇴원(사망 또는 이송)한 경우

5. 환자 평가기간은 정액수가 적용 기간이어야 한다.

※ 폐렴·패혈증 치료기간 등 특정기간을 관찰기간으로 포함할 수 없음

6. 월말 입원 등으로 인하여 익월에 환자평가표가 작성된 경우에는 익월의 환자평가를 생략한다.

◆ 월말 입원 등으로 인한 환자평가표 작성예시

(예시 1) 2021년 5월 27일 입원한 환자의 당월 및 익월 환자평가표 작성

□ 5월 [정액수가 적용 명세서]

□ 6월 [정액수가 적용 명세서]

구분	해당일
수가 적용 기간	5월 27일 ~ 31일
관찰기간	5월 27일 ~ 6월 2일
입원일	2021년 5월 27일
요양개시일	2021년 5월 27일
평가구분	1(입원평가)
환자평가표 작성일	2021년 6월 2일(7일째)

구분	해당일
수가 적용 기간	6월 1일 ~ 30일
관찰기간	5월 27일 ~ 6월 2일
입원일	2021년 5월 27일
요양개시일	2021년 6월 1일
평가구분	1(입원평가)
환자평가표 작성일	2021년 6월 2일(7일째)

- 2021년 5월 27일 최초 입원하여 7일간(5/27~6/2)의 환자상태를 종합적으로 평가하여 2021년 6월 2일 환자평가표를 작성했다면 그 환자평가표를 5월과 6월 명세서에 모두 적용하되, 요양개시일은 해당 명세서의 개시일을 기재하고, 평가구분은 동일하게 '1. 입원평가'로 기재한다.

(예시 2) 계속된 특정기간이 2021년 5월 25일 종료된 환자의 당월 및 익월 환자평가표 작성

□ 5월 [행위별수가 적용 명세서]

구분	해당일
수가 적용 기간	5월 1일 ~ 25일
관찰기간	
입원일	
요양개시일	
평가구분	
환자평가표 작성일	

□ 5월 [정액수가 적용 명세서]

구분	해당일
수가 적용 기간	5월 26일 ~ 31일
관찰기간	5월 26일 ~ 6월 1일
입원일	2021년 4월 1일
요양개시일	2021년 5월 26일
평가구분	2(계속 입원 중인 환자 평가)
환자평가표 작성일	2021년 6월 1일(7일째)

□ 6월 [정액수가 적용 명세서]

구분	해당일
수가 적용 기간	6월 1일 ~ 30일
관찰기간	5월 26일 ~ 6월 1일
입원일	2021년 4월 1일
요양개시일	2021년 6월 1일
평가구분	2(계속 입원 중인 환자 평가)
환자평가표 작성일	2021년 6월 1일(7일째)

- 2021년 4월 1일 최초 입원하여 정액수가를 적용 중이던 환자가 5월 1일부터 특정기간에 해당하여 행위별수가를 적용 후 5월 26일부터 다시 정액수가를 적용하는 경우 정액수가 적용 개시일로부터 제1일~10일 사이에 평가하여 작성하며 예시처럼 2021년 6월 1일 환자평가표를 작성했다면 작성한 환자평가표를 5월과 6월 명세서에 모두 적용하되, 요양개시일은 해당 명세서의 개시일을 기재하고, 평가구분은 동일하게 '2. 계속 입원 중인 환자 평가'로 기재한다.

7. 전월 환자평가표 작성일로부터 전월 마지막 날까지의 잔여일수가 7일 이하인 경우에는 당월의 환자평가를 생략할 수 있다.

◆ 당월의 환자평가를 생략하는 경우

(예시) 2021년 5월 20일 입원한 환자의 당월 및 익월 환자평가표 작성

☐ 5월 [정액수가 적용 명세서]

☐ 6월 [정액수가 적용 명세서]

구분	해당일
수가 적용 기간	5월 20일 ~ 31일
관찰기간	5월 20일 ~ 5월 26일
입원일	2021년 5월 20일
요양개시일	2021년 5월 20일
평가구분	1(입원평가)
환자평가표 작성일	2021년 5월 26일(7일째)

구분	해당일
수가 적용 기간	6월 1일 ~ 30일
관찰기간	5월 20일 ~ 5월 26일
입원일	2021년 5월 20일
요양개시일	2021년 6월 1일
평가구분	3(이전 환자평가표를 적용하는 경우)
환자평가표 작성일	2021년 5월 26일

- 2021년 5월 26일 환자평가표를 작성한 경우 월말인 31일까지 잔여일수가 5일이므로 익월의 환자평가표는 생략할 수 있다. 따라서 동 환자평가표를 사용할 경우, 요양개시일은 6월 1일로 하고 평가구분에는 '3. 이전 환자평가표를 적용하는 경우'로 기재한다.

C. 환자평가표 적용 원칙

1. 환자평가표는 정액수가를 적용하는 경우 제출한다.

2. 정액수가는 해당 월에 최초 작성된 환자평가표에 의해 결정하며, 동 수가는 그 달의 전체 정액수가 기간에 적용한다.

(예시) 계속 입원 중인 환자에게 5월 15일 체내출혈이 발생하여 18일에 종료된 경우 환자 평가표 작성

□ 5월 [정액수가 적용 명세서]

구분	해당일
수가 적용 기간	5월 1일 ~ 14일
관찰기간	5월 1일 ~ 7일
입원일	2021년 4월 1일
요양개시일	2021년 5월 1일
평가구분	2(계속 입원 중인 환자 평가)
환자평가표 작성일	2021년 5월 7일(7일째)

□ 5월 [행위별수가 적용 명세서]

구분	해당일
수가 적용 기간	5월 15일 ~ 18일
관찰기간	
입원일	
요양개시일	
평가구분	
환자평가표 작성일	

□ 5월 [정액수가 적용 명세서]

구분	해당일
수가 적용 기간	5월 19일 ~ 31일
관찰기간	5월 1일 ~ 7일
입원일	2021년 4월 1일
요양개시일	2021년 5월 19일
평가구분	2(계속 입원 중인 환자 평가)
환자평가표 작성일	2021년 5월 7일

- 2021년 5월 7일 작성한 환자평가표가 존재하므로 5월 19일부터 31일까지의 명세서에는 5월 7일에 작성한 환자평가표를 그대로 기재하여 적용하되, 요양개시일은 해당 명세서의 개시일을 기재한다.

3. 환자 평가기간이 특정기간인 경우 동 환자평가표는 정액수가 결정에 사용할 수 없다.

4. 월말 입원 등으로 인하여 익월에 환자평가표가 작성된 경우 동 환자평가표는 당월 및 익월의 환자군 결정에 적용한다.

◆ **익월에 작성된 환자평가표를 적용하는 경우**

- ① 월말에 입원하여 환자평가표가 익월에 작성된 경우
- ② 월말에 특정기간이 종료되어 그 달에 정액수가 기간이 처음 시작된 경우로서 관찰기간 7일째가 익월에 해당되는 경우

5. 전월 환자평가표 작성일로부터 전월 마지막 날까지의 잔여일수가 7일 이하로 당월의 환자평가를 생략한 경우 전월의 환자평가표를 당월의 환자군 결정에 적용한다.

6. 당월에 적용할 환자평가표가 없는 경우는 최근 3개월 이내의 환자평가표 중 가장 최근 환자평가표를 적용한다.

◆ **당월 이전에 작성된 환자평가표를 적용하는 경우**

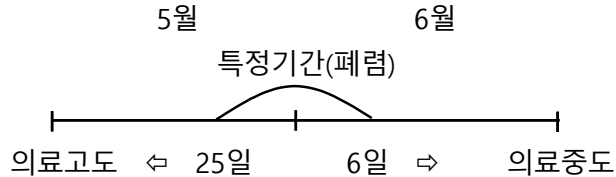
- ① 전월 환자평가표 작성일로부터 전월 마지막 날까지의 잔여일수가 7일 이하로 당월의 환자평가를 생략하는 경우
- ② 당월에 적용할 환자평가표가 없어 최근 3개월 이내의 환자평가표 중 가장 최근 환자평가표를 적용하는 경우
- ③ 월초(1일)에 퇴원하는 환자에게 단입제를 적용하게 되어 정액수가 청구 금액이 발생하지 않은 경우

7. 위 1호 내지 6호에도 불구하고 적용 가능한 환자평가표가 없는 경우에는 '선택 입원군(요-7-가)'의 수가를 적용한다.

※ 요양병원은 정액수가 적용 명세서별 환자평가표를 해당 진료분의 명세서 접수전에 포털서비스로 심사평가원에 제출하며 요양병원형 수가를 적용하는 요양급여비용은 청구매체 및 입원기간에 관계없이 월별로 구분하여 진료월 다음달 초일부터 청구한다. (「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」 제1편 제2장 제5조, 제6조, 제9조)

D. 환자평가표 작성 및 적용 사례

(예시 1) 계속 입원 중인 환자가 5월 25일 ~ 6월 6일 특정기간인 경우



‘의료고도’군으로 입원중인 환자에게 5월 25일 폐렴이 발생하여 처치를 시행하고 6월 6일 치료가 종결된 경우(의사인력 및 간호인력 1등급)

□ 5월 [정액수가 적용 명세서]

구분	해당일
수가 적용 기간	5월 1일 ~ 24일
요양개시일	2021년 5월 1일
평가구분	2(계속 입원 중인 환자 평가)
환자평가표 작성일	5월 1일 ~ 10일 사이
입원일수	24일
진료내역	A2191×1×24 등

□ 5월 [행위별수가 적용 명세서]

구분	해당일
수가 적용 기간	5월 25일 ~ 31일
요양개시일	2021년 5월 25일
입원일수	7일
진료내역	AB591×1×7 등
특정내역	MT010 Y/Y/Y/Y/N/Y/20210525

□ 6월 [행위별수가 적용 명세서]

구분	해당일
수가 적용 기간	6월 1일 ~ 6일
요양개시일	2021년 6월 1일
입원일수	6일
진료내역	AB591×1×6 등
특정내역	MT010 Y/Y/Y/Y/N/Y/20210525

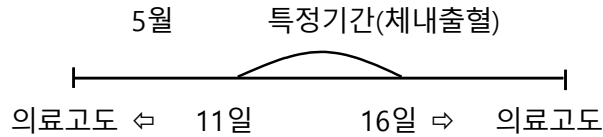
□ 6월 [정액수가 적용 명세서]

구분	해당일
수가 적용 기간	6월 7일 ~ 30일
요양개시일	2021년 6월 7일
평가구분	2(계속 입원 중인 환자 평가)
환자평가표 작성일	6월 13일 ~ 16일 사이
입원일수	24일
진료내역	A3191×1×24 등

- 폐렴 점검표는 확정 진단한 날에 작성하고, 발생 기간별로 1회 작성하므로 6월까지 특정기간이 계속되어도 5월 25일에 작성한 점검표를 계속 사용한다.

※ 특정기간 동안 진료월이 바뀌는 경우 명세서는 월별로 분리 작성해야 하며 이 때 환자평가표는 작성 원칙 3에 의거하여 각각 작성한다.

(예시 2) 5월 3일 입원하여 5월11일 ~ 16일까지 특정기간인 경우



‘의료고도’군으로 입원 중인 환자에게 5월 11일 체내출혈이 발생하여 처치를 시행하고 16일 치료가 종결된 경우(의사인력 및 간호인력 1등급)

□ 5월 [정액수가 적용 명세서]

구분	해당일
수가 적용 기간	5월 3일 ~ 10일
요양개시일	2021년 5월 3일
평가구분	1(입원 평가)
환자평가표 작성일	5월 9일 또는 5월 10일
입원일수	8일
진료내역	A2191×1×8 등

□ 5월 [행위별수가 적용 명세서]

구분	해당일
수가 적용 기간	5월 11일 ~ 16일
요양개시일	2021년 5월 11일
입원일수	6일
진료내역	AB591×1×6 등
특정내역	MT058 Y/Y/N/20210511

□ 5월 [정액수가 적용 명세서]

구분	해당일
수가 적용 기간	5월 17일 ~ 31일
요양개시일	2021년 5월 17일
평가구분	1(입원 평가)
환자평가표 작성일	5월 9일 또는 5월 10일
입원일수	15일
진료내역	A2191×1×15 등

- 관찰기간 7일이 확보되었으므로 환자평가표는 5월 9일 또는 5월 10일에 작성한다. 작성된 환자평가표는 정액수가 기간(5/3~5/10, 5/17~5/31)에 적용한다. 5월 17일~31일에 해당하는 명세서의 환자평가표는 월초에 작성된 환자평가표를 동일 적용하되 요양개시일만 해당 명세서의 요양개시일인 5월 17일로 수정한다.

※ 동일월에 특정기간이 발생 및 종료된 경우 동일월의 명세서는 각각 분리하여 청구해야하며 환자평가표 작성 원칙 3에 의거하여 환자평가표를 작성하고 환자평가표 적용 원칙 2에 의거하여 동월의 정액수가 적용 명세서는 동일한 정액수를 적용해야 한다.

(예시 3) 5월 3일 입원한 환자가 5월 5일~6일 외박한 경우

- 환자평가표는 입원 제7일~10일 사이에 작성하여야 하므로 외박일을 포함하여 7일이 경과한 5월 9일~12일 사이에 작성한다. 5월 12일에 환자평가표를 작성한 경우(관찰기간은 5월 6일~12일) 지난 1주일간의 빈도를 묻는 항목 중 통증 발생 빈도는 5월 7일~12일까지 통증이 매일 있었다면 '매일 통증이 있음'으로 기재한다.

(예시 4) 정액수가를 적용 받는 계속 입원 중인 환자가 5월 5일~6일 외박한 경우

- 관찰기간이 7일 확보된 5월 1일~4일에 환자평가표를 작성한다.

연번	작성일	관찰기간
1	5월 1일	4월 25일 ~ 5월 1일
2	5월 2일	4월 26일 ~ 5월 2일
3	5월 3일	4월 27일 ~ 5월 3일
4	5월 4일	4월 28일 ~ 5월 4일

※ 다만, 관찰기간은 이전 관찰기간과 중복 불가

(예시 5) 입원하여 7일째 되는 날 특정기간이 시작되었으나 환자평가표를 작성하지 못한 경우

- 특정기간 중에 퇴원, 사망 또는 이송한 경우에는 '환자평가표 적용 원칙' 7에 의거, '선택입원군(요-7-가)'를 적용한다(청구 시 환자평가표는 제출하지 아니한다).
- 특정기간이 월말까지 계속된 경우에는 '환자평가표 적용 원칙' 7에 의거, '선택입원군(요-7-가)'를 적용한다(청구 시 환자평가표는 제출하지 아니한다).
- 특정기간이 월중에 종료되어 월말까지 관찰기간 7일이 확보된 경우에는 특정기간 종료 시점 이후로 환자평가표를 작성하여 입원 시 6일과 특정기간 종료 후 정액수가기간에 적용한다.
- 특정기간이 월중에 종료되었으나 월말까지 관찰기간이 7일 확보되지 못한 경우에는 '환자평가표 적용 원칙' 7에 의거, 입원 시와 특정기간 종료 후 정액수가기간은 '선택입원군(요-7-가)'를 적용한다(청구 시 환자평가표는 제출하지 아니한다).

(예시 6) 5월 2일 입원하여 5월 28일까지 특정기간이었다가 6월 3일 다시 특정기간이 시작된 경우

- 6월 2일 관찰기간을 단축하여 환자평가표를 작성한 경우에는 작성한 환자평가표를 정액수가 기간(5/29~5/31, 6/1~6/2)에 적용한다(6월 중 다른 정액수가 기간이 있다면 그 기간에도 적용함).
- 6월 2일에 환자평가표를 작성하지 못한 경우에는 다음과 같이 적용한다.
 - ① 5월 29~31일은 '선택입원군(요-7-가)'의 수가를 적용한다.
 - ② 특정기간으로 퇴원(사망 또는 이송)하거나 월말까지 계속된 경우 6월 1~2일도 '선택입원군(요-7-가)'의 수가를 적용한다.
 - ③ 6월 중 다시 정액수가 기간이 발생하여 관찰기간 7일을 거쳐 6월에 환자평가표를 작성한 경우는 동 환자평가표를 6월 정액수가 기간에 적용한다.
 - ④ 6월 중 다시 정액수가 기간이 발생하였으나 관찰기간 7일을 거쳐 환자평가표를 7월에 작성한 경우는 6월 1~2일과 6월 말의 정액수가 기간은 '선택입원군(요-7-가)'의 수가를 적용하고 7월에 작성된 환자평가표는 7월의 정액수가 기간에 적용한다.

(예시 7) 월초(1일) 또는 2일~6일 사이에 퇴원(사망 또는 이송)한 경우

연번	작성일	관찰기간
1	6월 2일	5월 27일 ~ 6월 2일
2	6월 3일	5월 28일 ~ 6월 3일
3	6월 4일	5월 29일 ~ 6월 4일
4	6월 5일	5월 30일 ~ 6월 5일
5	6월 6일	5월 31일 ~ 6월 6일

(예시 8) 요양병원 폐업 후 동월에 동일 장소에 요양병원으로 재개설한 경우

- 폐업 전후 명세서는 분리하여 작성하되, 당월에 작성한 환자평가표는 동일하게 적용해야하므로 5월 7일 환자평가표를 작성하고, 5월 15일 폐업 후 동일 장소에 대표자 변경 후 5월 15일 재개설한 경우 5월 7일에 작성한 환자평가표를 동일하게 적용한다.

※ 참고사항

- 폐렴, 패혈증, 체내출혈 점검표의 경우 폐렴, 패혈증, 체내출혈은 치료가 종결되기 전까지는 점검표를 1회 작성함이 원칙이므로 특정기간이 종료되기 전까지 폐업 후 계속 연결이 된다면 이전 점검표 사용이 가능함

2 환자평가표 각 항목별 세부사항 등

A. 일반사항

* 표시가 있는 항목은 반드시 의무기록에 근거하여 기재

1. 환자성명 _____ 2. 주민등록번호 □□□□□□ - □□□□□□
3. 입원일* □□□□년 □□월 □□일 4. 요양개시일 □□□□년 □□월 □□일
5. 평가구분
 - ☐ 1. 입원 평가 ☐ 2. 계속 입원 중인 환자 평가 ☐ 3. 이전 환자평가표를 적용하는 경우
6. 작성일 □□□□년 □□월 □□일
7. 입원 직전 있던 곳(5. 평가구분 중 입원 평가인 경우만 체크)
 - ☐ 1. 집에 거주(재가장기요양서비스/가정간호/방문간호를 받으면서)
 - ☐ 2. 집에 거주(재가장기요양서비스/가정간호/방문간호를 받지 않으면서)
 - ☐ 3. 요양시설/그룹홈 ☐ 4. 급성기병원 ☐ 5. 요양병원
 - ☐ 6. 정신병원/정신시설 ☐ 7. 기타
8. 교육수준(5. 평가구분 중 입원 평가인 경우만 체크)
 - ☐ 1. 무학 ☐ 2. 초졸(퇴) ☐ 3. 중졸(퇴) ☐ 4. 고졸(퇴) ☐ 5. 대졸(퇴) 이상 ☐ 6. 확인 불가
9. 혈압* □□□/□□□mmHg
10. 건강생활습관(5. 평가구분 중 입원 평가인 경우만 체크)
 - a. 담배를 피우십니까? ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예
 - b. 술을 자주 마십니까? ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예
 - c. 주 4일 이상, 한번에 30분 이상 운동을 합니까? ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예
 - d. 하루 세끼 식사를 꼬박꼬박 챙겨 먹습니까? ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예
11. 장기요양등급 및 신청(5. 평가구분 중 입원 평가인 경우만 체크)
 - ☐ 1. 해당사항 없음 ☐ 2. 미신청 ☐ 3. 신청 중 ☐ 4. 신청하였으나 인정 못 받음
 - ☐ 5. 등급 내 자 ☐ 6. 등급 외 자
12. 장기요양등급 및 이용 서비스(5. 평가구분 중 입원 평가인 경우, 11. 등급 내 자인 경우만 체크)
 - a. 등급
 - ☐ 1. 1등급 ☐ 2. 2등급 ☐ 3. 3등급 ☐ 4. 4~5등급 ☐ 5. 인지지원등급 ☐ 6. 확인 불가
 - b. 이용 중인 또는 이용하였던 서비스(해당 항목에 모두 체크)
 - ☐ 1. 주·야간보호 ☐ 2. 방문요양 ☐ 3. 방문간호 ☐ 4. 방문목욕
 - ☐ 5. 단기보호 ☐ 6. 복지용구 구입 및 대여 ☐ 7. 시설입소 ☐ 8. 기타
13. 장기요양서비스를 받고 싶은 의향이 있습니까?(5. 평가구분 중 입원 평가인 경우, 11. 장기요양 등급 미신청 또는 신청하였으나 인정 못 받은 경우 체크) ☐ 0. 아니요 ☐ 1. 예
14. 사회환경 선별조사(5. 평가구분 중 입원 평가인 경우, 지난 1년 동안의 상황을 종합하여 체크)
 - a. 응답 거부 ☐
 - b. 식사준비, 간병 등의 도움을 줄 수 있는 사람이 없음 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예
 - c. 전기·수도 등 공과금 미납으로 서비스 중단 고지를 받은 적 있음 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예
 - d. 안정적으로 거주할 집이 없어 노숙 등을 한 적 있음 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예
 - e. 병원비, 월세 등 주거비, 난방비 등 비용 지불이 어려웠던 적이 있음 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예
 - f. 교통수단 부족으로 진료, 복지관 등 외출이 어려웠던 적이 있음 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예
 - g. 먹을 것이 없거나 학대를 받는 등 긴급하게 도움이 필요한 적이 있음 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

A. 3. 입원일*

이번 입원의 최초 입원일을 기재함.

A. 4. 요양개시일

1. 최초 입원 월인 경우 입원일을 기재함.
2. 계속 입원으로 월초에 작성된 경우 해당 월의 1일을 기재함.
3. 특정기간 종료 후인 경우 특정기간 종료 다음 날짜(또는 정액수가 적용개시일)를 기재함.

A. 5. 평가구분

이번 평가가 최초 입원평가인지 계속 입원중인 환자 평가인지를 기재함.

1. 입원평가 : 입원하여 제 1~10일 사이에 작성된 경우
2. 계속 입원 중인 환자평가 : 입원평가가 아닌 경우
3. 이전 환자평가표를 적용하는 경우 : 전월 환자평가표 작성일로부터 전월 마지막 날까지의 잔여일수가 7일 이하로 당월의 평가를 생략한 경우 또는 당월에 적용할 환자평가표가 없어 최근 3개월 이내의 환자평가표 중 가장 최근 평가표를 적용하는 경우

➤ 유의사항

- 입원 초기 특정기간이 적용되어 이후에 환자평가표가 작성된 경우 '2. 계속 입원 중인 환자평가'로 기재함
- 월말 입원 등으로 인하여 익월에 환자평가표가 작성된 경우 동 환자평가표는 당월 및 익월의 정액수가 기간에 적용하는 것이므로 이 경우 환자평가표는 월별로 각각 제출하며, 요양개시일은 해당 월의 요양개시일을 기재하고 평가구분은 동일하게 '1. 입원평가' 또는 '2. 계속 입원 중인 환자 평가'로 기재한다.

A. 6. 작성일

환자평가표 작성일(관찰기간의 마지막날)을 기재함.

A. 7. 입원 직전 있던 곳

요양병원에 입원하기 직전 있던 곳을 체크함

- 집에 거주한 경우이면서 재가서비스 수혜 여부를 확인할 수 없는 경우에는 재가 서비스를 받지 않은 것으로 판단하여 '2. 집에 거주(재가장기요양서비스/가정간호/방문간호를 받지 않으면서)'에 체크함
- '4. 급성기병원'이란 요양병원을 제외한 종합병원 등을 말함
- 입원 직전 있던 곳을 확인할 수 없는 경우에는 '7. 기타'에 체크함

➤ 유의사항

- 'A. 5. 평가구분'이 '1. 입원 평가'인 경우만 기재함

※ 참고사항

- 재가장기요양서비스의 예
 - 노인장기요양보험법에 따른 재가급여(방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호, 단기보호 등)

A. 9. 혈압*

관찰기간 동안 측정한 혈압 중 가장 최근 기록을 기재함.

➤ 유의사항

- 수축기 혈압과 이완기 혈압을 각각 기재함
- 혈압측정이 불가능한 경우 혈압은 999/999로 기재함
- 사망한 환자의 혈압은 '0'이 아닌 마지막으로 측정한 혈압을 기재함

A. 10. 건강생활습관

- '흡연'은 작성일 기준으로 흡연하고 있는 경우에만 '예'로 기재함
- '음주'는 입원하기 전 과거 1개월간의 음주습관을 기재하되, 술의 종류와 양에 관계 없이 일주일에 3회 이상 음주하는 경우 '예'로 기재함
- '규칙적 운동 및 식사'는 입원하기 전 과거 1개월간의 운동 및 식사습관을 평가하여 기재함

➤ 유의사항

- 'A. 5. 평가구분'이 '1. 입원 평가'인 경우만 기재함

A. 11. 장기요양등급 및 신청

- ‘해당사항 없음’은 65세 미만이거나, 노인성 질환자가 아니어서 장기요양등급신청 자격이 아닌 경우 기재함
- ‘신청하였으나 인정 못 받음’은 장기요양등급 신청결과 ‘기각’ 또는 ‘각하’를 의미함
- ‘등급 내 자’는 장기요양 인정조사 후 등급을 받은 경우(1등급~5등급, 인지지원등급)를 의미함
- ‘등급 외 자’는 장기요양 등급신청 하였으나, 등급 내 자가 아닌 경우(등급 외 자 A~C)를 말함

➤ 유의사항

- ‘A. 5. 평가구분’이 ‘1. 입원 평가’인 경우만 기재함

※ 참고사항

- 노인장기요양보험법 시행령 [별표 1] <개정 2016. 11. 8.>

노인성 질병의 종류(제2조 관련)

구분	질병명	질병코드
한국표준질병·사인분류	가. 알츠하이머병에서의 치매	F00*
	나. 혈관성 치매	F01
	다. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02*
	라. 상세불명의 치매	F03
	마. 알츠하이머병	G30
	바. 지주막하출혈	I60
	사. 뇌내출혈	I61
	아. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
	자. 뇌경색증	I63
	차. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	카. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	타. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	파. 기타 뇌혈관질환	I67
	하. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68*
	거. 뇌혈관질환의 후유증	I69
	너. 파킨슨병	G20
	더. 이차성 파킨슨증	G21
	러. 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	G22*
	머. 기저핵의 기타 퇴행성 질환	G23
	버. 중풍후유증	U23.4
	서. 진전(震顫)	R25.1

비고

1. 질병명 및 질병코드는 「통계법」 제22조에 따라 고시된 한국표준질병·사인분류에 따른다.
2. 진전은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 범위로 한다.

A. 12. 장기요양등급 및 이용 서비스

- ‘a. 등급’은 장기요양등급 ‘등급 내 자’에 한해서 평가하여 기재하며 환자가 기억을 잘 못할 경우 ‘확인불가’로 기재함
- ‘b. 이용 중인 또는 이용하였던 서비스’는 장기요양등급 ‘등급 내 자’에 한해서 평가하여 기재하며 환자가 기억을 잘 못하거나, 자신이 받는 서비스의 내용을 모를 경우, 특별현금급여, 가족요양비를 받는 경우는 ‘기타’로 기재함

➤ 유의사항

- ‘A. 5. 평가구분’이 ‘1. 입원 평가’인 경우만 기재함

A. 13. 장기요양서비스를 받고 싶은 의향이 있습니까?

- 65세 이상이거나 노인성질환을 갖고 있으면서, 등급 판정이 없는 경우에만 평가하여 기재함

➤ 유의사항

- ‘A. 5. 평가구분’이 ‘1. 입원 평가’인 경우만 기재함

A. 14. 사회환경 선별조사

- a. 사회환경 선별조사 각 항목(b~g)에 답변 거부일 경우 ‘응답거부’ 기재함
- b. 가족, 친지 등의 보호자 또는 유·무급 형태의 돌봄 고용인력 모두 포함하여 식사 준비 등의 수발을 해줄 수 있는 사람이 없는 경우 ‘예’로 기재함
- d. 기차역, 공원, 차량 등에서의 노숙 또는 안정적으로 거주할 곳이 없어 찜질방, PC방 등을 떠돌며 (방랑)생활을 한 적 있는 경우 ‘예’로 기재함
- f. 교통수단 부족은 교통수단 자체가 없거나, 혼자서는 대중교통을 이용하기 힘들어, 타인의 도움이 필요한데 도움을 받지 못하는 경우 ‘예’로 기재함

➤ 유의사항

- ‘A. 5. 평가구분’이 ‘1. 입원 평가’인 경우만 기재함

B. 의식상태

‘*’ 표시가 있는 항목은 반드시 의무기록에 근거하여 기재

1. 혼수*

☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예(예 ‘예’라고 체크한 경우 ‘D. 신체기능’으로 넘어감)

2. 섬망*

- ☐ 0. 섬망의 증상이 전혀 나타나지 않음
☐ 1. 섬망의 증상이 있으나, 지난 7일 이전에 발생함
☐ 2. 섬망의 증상이 있으나, 지난 7일 이내에 발생하였거나 악화되고 있음

B. 1. 혼수*

진료기록부에 담당의사가 ‘혼수’, ‘반혼수’ 또는 ‘지속적인 식물인간 상태’ 등에 대한 의식상태를 기록한 경우 해당함.

▶ 유의사항

- ‘B. 1. 혼수*’에 “예”라고 기재한 경우 ‘B. 2. 섬망’과 ‘C. 인지기능’ 항목을 기재하지 않고, ‘D. 신체기능’으로 넘어감

※ 참고사항

- 의식수준
 - 노인 환자들은 신경계 손상 등에 의해 의식수준이 저하된 경우가 있다. 의식수준은 주로 다음 5단계로 구분할 수 있다.

의식수준	상태
명료(alert)	정상적인 의식상태로 자발적으로 모든 자극에 대해 움직이는 상태
기면(drowsiness)	집중력이 감소하나, 외부의 자극에 대해 바로 반응할 수 있는 상태로 자극이 주어질 때에만 의사소통이 가능함
혼미(stupor)	통증을 유발하는 강력한 자극에 대해 반응함
반혼수(semicomatose)	통증을 유발하는 자극에 대해 신체부분을 회피하는 반응을 보임
혼수(coma)	자발적인 움직임도 없고 통증을 유발하는 강력한 자극에도 반응이 없음

- 식물인간(vegetative status)
 - 대뇌의 기능은 정지되었어도 뇌간 끝 부분에 있는 연수의 생명 중추 기능은 유지되어, 인공 호흡기를 부착하지 않고서도 생명이 지속되는 상태이다. 운동, 감각, 기억, 사고 등 사람의 동물적 기능은 상실하였으나, 호흡, 순환, 대사, 체온 조절 등 식물적 기능은 유지되고 있는 상태이며 의식이 없고 전신이 경직되어 있다.

B. 2. 섬망*

진료기록부에 담당의사가 ‘섬망’에 대한 의식상태를 기록한 경우 해당함.

➤ 유의사항

- 평가기준 중 ‘지난 7일 이내’는 환자평가표 작성일을 기준으로 작성일을 포함하여 7일 이전 까지를 의미함

※ 참고사항

- 섬망
 - 가. 섬망이란 : 급성 또는 아급성의 다양한 정신기능 이상(대개 의식 및 인지기능의 손상)으로 나타나는 가역적인 뇌 대사의 장애를 말함. 대개는 일시적으로 나타나며 가역적임
 - 나. 원인 : 중추신경계 질환, 전신질환, 수술, 약물중독이나 금단 등
 - 다. 증상
 - 급성적인 의식장애, 집중력 장애, 안절부절 못함, 진전(tremor) 등
 - 혈압의 변동, 빈맥, 발한, facial flushing 등의 자율신경 증상이 동반되기도 함
 - 라. 섬망과 치매증상의 감별

구분	섬망(delirium)	치매증상(dementia)
발생	급성	완만하고 잠행성
경과	보통 단기간	여러 해에 걸쳐 진행됨
기분	공포, 불안, 흥분성	불안정한 감정이나 성격성향
지각	환청, 환시, 환촉, 착각	환각은 두드러진 특징 아님
기억	단기기억 손상	단기기억 손상 후 장기기억 손상
의사소통	더듬거리는 의사표현, 작화증	점진적인 실어증과 작화증

C. 인지기능

‘*’ 표시가 있는 항목은 반드시 의무기록에 근거하여 기재

1. 단기기억력 ☐ 0. 정상 ☐ 1. 이상 있음 ☐ 2. 확인 불가
2. 일상 생활사에 관한 의사결정을 할 수 있는 인식기술
☐ 0. 스스로 일관성 있고 합리적인 의사결정을 함
☐ 1. 새로운 상황에서만 의사결정의 어려움이 있음
☐ 2. 인식기술이 다소 손상됨 ☐ 3. 인식기술이 심하게 손상됨
3. 이해시키는 능력
☐ 0. 이해시킴 ☐ 1. 대부분 이해시킴
☐ 2. 가끔 이해시킴 ☐ 3. 거의/전혀 이해시키지 못함
4. 말로 의사표현을 할 수 있음 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예
5. 행동심리증상의 빈도*(해당 칸에 ‘√’ 표시)

항 목	없음	가끔	자주	매우자주
a. 망상				
b. 환각				
c. 초조/공격성				
d. 우울/낙담				
e. 불안				
f. 들뜬 기분/다행감				
g. 무감동/무관심				
h. 탈억제				
i. 과민/불안정				
j. 이상 운동증상 또는 반복적 행동				
k. 수면/야간행동				
l. 식욕/식습관의 변화				
m. 케어에 대한 저항				
n. 배회				

6. K-MMSE(또는 MMSE-K) 검사*

- a. 평가표 작성일로부터 지난 6개월 이내 K-MMSE(또는 MMSE-K) 검사 실시 여부
☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예
- b. 검사를 실시한 경우 기재
 b-1. 점수(점) b-2. 검사일 년 월 일

7. 치매 척도 검사*

- a. CDR(Clinical Dementia Rating) 검사 실시 여부 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예
- b. CDR(Clinical Dementia Rating) 검사를 실시한 경우 기재
 b-1. 점수(점) . b-2. 검사일 년 월 일
- c. GDS(Global Deterioration Scale) 검사 실시 여부 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예
- d. GDS(Global Deterioration Scale) 검사를 실시한 경우 기재
 d-1. 점수(점) d-2. 검사일 년 월 일

C. 1. 단기 기억력

알고 있거나 배운 것을 5분 후에도 동일하게 기억하는지 여부를 측정하여 기재하는 것으로 평가기준은 다음과 같음.

- 다 음 -

0. 정상 : 세 낱말 모두를 기억하는 경우
1. 이상 있음 : 두 낱말 이하를 기억하는 경우
2. 확인 불가 : 혼수는 아니지만 단기 기억력을 평가할 수 없는 경우

➤ 유의사항

- 구두표현이 어려운 환자는 글로 쓰게 하여 평가함
- 혼수는 아니지만 단기 기억력을 평가할 수 없는 경우는 '2. 확인 불가'로 기재함
 - (예시) 혼수는 아니지만 심한 구음장애(dysarthria)가 있으면서 cachexia 상태로 단기 기억력 평가를 위한 낱말을 발음할 수 없으며 글로써 표현하는 것도 불가능한 상태 등

➤ 평가방법 예시

- 먼저 환자에게 “제가 지금부터 낱말을 세 개 불러 드릴테니, 제가 다 말한 다음 따라하세요.” 라고 하고, 서로 관계없는 세 단어(예 : “비행기, 연필, 소나무” 또는 “나무, 자동차, 모자” 등)를 일 초에 하나씩 불러준다. 환자가 말한 뒤 내용을 정확히 알아들었는지 확인한 다음, 잠시 다른 화제로 이야기를 나눈 뒤, 5분 후에 환자가 세 낱말을 기억해 내는지 평가한다.

C. 2. 일상 생활사에 관한 의사결정을 할 수 있는 인식기술

일상적인 생활(언제 식사해야 하는지, 휠체어의 용도를 알고 필요시 이용할 줄 아는지, 요의 또는 변의를 느낄 때 화장실을 가려하는지, 도움이 필요한 경우 보조인력 등 다른 사람에게 도움을 요청할 수 있는지 등)과 관련하여 스스로 의사결정이 가능한 정도를 측정하여 기재하는 것으로 평가기준은 다음과 같음.

- 다 음 -

1. 새로운 상황(평소와 다른 상황을 의미)에서만 의사결정의 어려움이 있는 경우
2. 인식기술이 다소 손상됨 : 의사결정 능력이 부족하여 지도나 감독을 요하는 경우
3. 인식기술이 심하게 손상됨 : 거의 또는 전혀 의사결정을 하지 못하는 경우 또는 어떤 방법으로도 의사표현이 안 되는 경우

➤ 유의사항

- 구두표현이 어려운 환자나 치매환자의 경우 의사결정 능력을 환자의 몸짓이나 행동 등을 통해 평가함

- 일상적이거나 자주 반복되는 상황에서는 의사결정을 잘 할 수 있으나, 외부 손님이 방문했을 때 또는 새로운 프로그램을 수행할 때 등 어쩌다 발생하는 새로운 상황에서 의사결정에 어려움이 있는 경우에는 ‘1. 새로운 상황에서만 의사결정의 어려움이 있음’으로 기재함
- 의식수준이 심하게 저하되어 있거나, 침상에만 누워있고 의사소통이 불가능한 상태 등 어떤 방법으로도 의사표현이 안 되어 일상생활에 관한 의사결정 능력을 평가할 수 없는 경우에는 ‘3. 인식기술이 심하게 손상됨’으로 기재함

C. 3. 이해시키는 능력

말이나 글 등으로 의사소통을 할 때 자신의 의견이나 요구사항을 표현할 수 있는 정도를 측정하여 기재하는 것으로 평가기준은 다음과 같음.

- 다 음 -

1. 대부분 이해시킴 : 단어를 찾거나 생각을 마무리하는데 어려움이 있는 경우
2. 가끔 이해시킴 : 구체적인 요청을 하는 데 제한이 있는 경우

➤ 유의사항

- 구두표현이 어려운 경우에는 글을 쓰거나 몸짓 등을 이용하여 남에게 의사표현을 할 수 있으므로 말 뿐 아니라 동작, 신체적 표현 등의 방법을 모두 포함하여 환자의 능력을 평가함

C. 4. 말로 의사표현을 할 수 있음

환자의 말을 경청하여 말하기의 명료함을 평가함

0. 아니오 : 불분명하고 웅얼거리는 단어로 말하거나, 말을 할 수 없는 경우
(예 : 구음장애가 있거나, 의식이 drowsy하여 말을 할 수 없는 상태 등)
1. 예 : 분명하고 명료하게 말하는 경우

➤ 유의사항

- 환자가 하는 말에 대하여 내용의 적절성을 평가하는 것이 아니라, 말(words spoken)의 명료함과 명확성을 평가함

C. 5. 행동심리증상의 빈도*

행동심리증상의 경감을 위한 약제를 복용중인 경우에는 그 상태에서 동일 기준으로 평가함.
 지난 7일 간의 상태를 기준으로 평가하되, 지난 4주간의 상태를 종합적으로 관찰하여 평가하는 것도 가능함. 관찰기간은 이전 관찰기간과 중복되지 않도록 함. 평가기준은 다음과 같음.

- 다 음 -

0. 없음 : 지난 7일(4주) 동안 행동심리증상이 전혀 나타나지 않은 경우
1. 가끔 : 지난 7일(4주) 동안 1일(1~7일) 정도 행동심리증상이 나타난 경우
2. 자주 : 지난 7일(4주) 동안 2일(8일) 이상 나타나나, 매일은 아닌 경우
3. 매우자주 : 지난 7일(4주) 동안 매일 하루에 한 번 이상 행동심리증상이 나타난 경우

※ 행동심리증상의 정의

- a. **망상**은 사실이 아닌 것을 사실이라고 믿거나, 남들이 자기를 해치려 하거나 무엇을 흠쳐갔다고 주장하는 것을 의미함.
- b. **환각**은 헛것을 보거나 듣는 등 현재에 없는 것을 실제로 보거나 듣거나 경험하는 것을 의미함.
- c. **초조 또는 공격성**은 소리를 지르거나 욕을 하거나, 다른 사람을 때리거나 밀치는 것, 안절부절 못하는 행동 등을 보이는 것을 의미함.
- d. **우울 또는 낙담**은 슬퍼 보이거나 우울해 보이는 것, 환자 스스로 슬프거나 우울하다고 말하는 것을 의미함.
- e. **불안**은 특별한 이유 없이 신경이 매우 예민해 보이거나, 걱정하거나 무서워하는 것을 의미함.
- f. **들뜬 기분 또는 다행감**은 특별한 이유 없이 비정상적으로 기분 좋아하거나 재미있어하는 것을 의미함.
- g. **무감동 또는 무관심**은 주변에 관심과 흥미를 잃거나, 새로운 일을 시작하려는 의욕이 감소하는 것을 의미함.
- h. **탈억제**는 충동적 행동, 사회적으로 부적당한 행동 등을 보이는 것을 의미함.
- i. **과민 또는 불안정**은 평소에 비해 비정상적으로 화를 내거나 성급해졌거나 감정이 급격하게 변하는 것을 의미함.
- j. **이상 운동증상 또는 반복적 행동**은 반복적으로 왔다 갔다 하거나 같은 일을 계속 해서 반복하는 것을 의미함.
- k. **수면 또는 야간행동**은 밤에 자지 않고 깨어 있거나 서성거리거나 돌아다녀 다른 사람의 수면을 방해하는 것을 의미함.

C. 5. 행동심리증상의 빈도*

- l. **식욕 또는 식습관의 변화**는 식욕, 식습관, 음식의 선호가 바뀌는 것을 의미함.
- m. **케어에 대한 저항**은 복약, 주사, 일상생활수행을 위한 도움, 식사 등에 대해 거부하는 것을 의미함.
- n. **배회**는 납득할만한 목적 없이 돌아다니며, 필요사항이나 안전에는 신경 쓰지 않는 것 같이 보이는 것을 의미함.

➤ 유의사항

- 'l. 식욕/식습관의 변화' 평가시 Levin-tube를 삽입한 환자의 경우 식욕/식습관의 변화를 평가할 수 없으므로 '없음'에 체크함

C. 6. K-MMSE(또는 MMSE-K) 검사*

평가표 작성일로부터 6개월 이내의 검사 결과를 의미함.

➤ 유의사항

- 6개월 이내에 2회 이상 검사를 실시했다면 가장 최근 시행한 검사 결과를 기재함
- 다른 요양기관에서 시행한 경우에도 기록(검사일, 검사결과 등)이 확인되면 기재 가능함

C. 7. 치매 척도 검사*

평가표 작성일로부터 12개월 이내의 검사 결과를 의미함.

➤ 유의사항

- 12개월 이내에 2회 이상 검사를 실시했다면 가장 최근 시행한 검사 결과를 기재함
- 다른 요양기관에서 시행한 경우에도 기록(검사일, 검사결과 등)이 확인되면 기재 가능함

D. 신체기능

‘*’ 표시가 있는 항목은 반드시 의무기록에 근거하여 기재

■ 일상생활수행능력(Activities of Daily Living, ADL)(해당 칸에 ‘√’ 표시)

항 목	기능자립정도					
	완전자립	감독필요	약간의 도움	상당한 도움	전적인 도움	행위 발생안함
1. 옷벗고 입기						
2. 세수하기						
3. 양치질하기						
4. 목욕하기						
5. 식사하기						
6. 체위변경하기						
7. 일어나 앉기						
8. 옮겨앉기						
9. 방밖으로 나오기						
10. 화장실 사용하기						

※ ADL 평가기준별 점수 : 완전자립 1점, 감독필요 2점, 약간의 도움 3점, 상당한 도움 4점, 전적인 도움과 행위발생 안함은 5점임.

11. 외상상태 여부 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

D. 1.~10. 일상생활수행능력(ADL)

일상생활을 하는데 필요한 기본 동작들을 수행하는 능력을 종합적으로 판단하여 평가함. 일시적 변동이나 예외적 상황은 제외하고 반복적이고 통상적인 수행능력의 수준(빈도가 높은 것)을 평가함. 일상적인 보장구 및 보조구 등의 기구를 사용(착용)하고 있는 경우는 그 상태에서 판단하며 평가기준은 다음과 같음.

- 다 음 -

1. 완전자립 : 대부분의 경우 도움이나 감독 없이 스스로 수행할 수 있음.
2. 감독필요 : 대부분의 경우 감독이나 격려가 필요함.
3. 약간의 도움 : 대부분의 경우 환자가 스스로 행위를 수행하나 무게를 지탱하지 않는 정도의 도움이 필요함.
4. 상당한 도움 : 대부분의 경우 무게를 지탱하는 도움을 제공하거나, 해당 활동의 일부분(전체가 아님)을 다른 사람이 전적으로 수행함.
5. 전적인 도움 : 대부분의 경우 다른 사람의 전적인 도움을 받아 일상생활을 수행함.
6. 행위발생 안함 : 일주일 동안 해당 행위가 전혀 발생하지 않음.

D. 1.~10. 일상생활수행능력(ADL)

※ ADL 항목별 정의 및 측정 시 유의사항

1. **옷벗고 입기**는 일상적인 옷 벗고 입는 일련의 행위를 의미함.
2. **세수하기**는 수건 준비, 수도꼭지 돌리기, 물 받기, 얼굴 씻기, 옷이 젖는지 확인, 수건으로 닦기 등의 행위를 의미함.
3. **양치질하기**는 칫솔에 치약 바르기, 칫솔질하기, 행굼용 물 준비하기, 가글하기 등의 행위(틀니를 빼고, 씻고, 행구는 등의 행위도 포함)를 의미함.
4. **목욕하기**는 목욕이나 샤워를 할 때 비누칠하기, 행구기 등의 행위를 의미함.
5. **식사하기**는 투여 경로[경구, 비경구]를 불문하고 환자의 영양섭취와 관련된 일련의 동작을 의미함. 일반적인 식사의 경우 음식이 차려졌을 때 도구를 사용하여 스스로 섭취가 가능한 정도와 일반적인 식사[경관영양, 정맥영양(TPN 등)]가 아닌 경우 그에 상응하는 식사활동을 스스로 수행 가능한 정도를 평가함.
신체적 기능이 있다하더라도 치매환자 등에서 인지적인 문제로 인하여 식사하기 동작 수행이 되지 않아 다른 사람(보조인력 등)이 먹여줘야 하는 경우는 다른 사람(보조인력 등)이 먹여준 것을 기준으로 측정함. 그러나 환자의 식욕, 기분 등으로 인해 식사하지 않으려 해서 다른 사람(보조인력 등)이 먹여주는 경우 환자의 실제 '식사하기' 동작의 수행능력 정도를 측정함.
식사하기에서 '행위발생 안함'은 경구 또는 비경구 모두로 체내에 영양이 투여되지 않는 경우를 의미함. 그러므로 금식(NPO)을 하는 환자라도 비경구적으로 영양물질을 공급하고 있는 경우에는 '행위발생 안함'에 기재해서는 안 됨.
6. **체위변경하기**는 제대로 돌아눕기, 옆드리기, 옆으로 눕기 등의 행위를 의미함.
7. **일어나 앉기**는 누운 상태에서 상반신을 일으켜 앉는 행위를 의미함.
8. **옮겨앉기**는 「침상에서 휠체어로», 「의자에서 휠체어로», 「휠체어에서 침상으로», 「휠체어에서 의자로」 이동하는 행위를 의미함.
9. **방밖으로 나오기**는 환자가 자신의 방에서 복도 등으로 이동하는 행위를 말하며, 휠체어를 사용하는 경우는 일단 휠체어를 탄 상태에서 이동하는 능력을 평가함.
10. **화장실 사용하기**는 배뇨·배변과 관련된 일련의 동작으로 하의 벗기, 배설 후 닦기, 옷 입기, 변기에 물 내리기, 휴대용 변기 비우기, 사용한 카테터 뒤처리 등의 행위를 의미함. 화장실 또는 실내변기가 있는 곳까지 이동하는 능력은 측정대상에 포함되지 않음. 실내변기, 침상용 변기, 소변기를 사용하는 경우와 인공항문, 인공요루 등을 한 환자의 경우에도 그 상태에서의 수행정도를 판단함. 화장실 사용하기에서 '행위발생 안함'은 어떤 형태로든 배설 행위가 전혀 일어나지 않은 경우를 의미함.

➤ 유의사항

- 기분 등의 이유로 스스로 해당 동작을 할 수 있음에도 불구하고 수행하지 않는 경우는 수행 능력과는 무관한 것이므로 이를 기준으로 판단하지 않으며, 실제 환자의 해당 동작의 수행 능력이 어느 정도인가를 평가함
- ‘식사하기’를 평가할 때 치매환자의 경우, 식사시간, 식사의 필요성, 식사방법 등에 대한 인지 부족으로 인해 식사시간이 되어도 식사를 하지 않는 경우에는 환자가 식사를 할 수 있는 신체적 기능이 있다하더라도 인지 문제로 인해 스스로 식사하기 동작을 수행하지 못하고 다른 사람(보조인력 등)이 먹여주고 있으므로 다른 사람(보조인력 등)이 먹여준 것을 기준으로 평가하나, 환자의 식욕, 기분 등으로 인해 식사하지 않으려 해서 다른 사람(보조인력 등)이 먹여주는 경우 다른 사람(보조인력 등)의 도움은 환자의 식사하기 수행능력과는 무관한 것이므로 이를 반영해서 도움정도를 체크해서는 안됨

※ 각 항목별 기능자립정도에 대한 평가는 ‘2009년 영양병원 수가 실무교육자료’의 부록2. ‘일상생활수행능력 평가를 위한 구체적 사례’ 참고
(요양기관업무포탈 심사기준 종합서비스의 공지사항 게재)

D. 11. 외상상태 여부

일주일에 적어도 4일 이상 하루 22시간 이상을 자리에 누워 있는 상태를 말함.

➤ 유의사항

- 의식 및 기능상태 저하, 고관절 골절(hip fracture)로 인해 의사가 ABR(Absolutely Bed Rest) 하도록 지시하여 환자가 24시간 내내 침대에 누워있는 상태 등 의학적인 문제 또는 의료적인 필요에 의해 침대에서 주로 지내는 것뿐만 아니라, 휠체어 등을 이용하여 침대 밖으로 벗어날 수는 있으나 환자의 의지도 없고, 간병인 등도 거의 운동을 시키지 않는 등 자극의 부족으로 인해 침대에서 주로 생활하는 것도 포함함

E. 배설기능

‘*’ 표시가 있는 항목은 반드시 의무기록에 근거하여 기재

1. 대변조절 상태*

☐ 0. 조절할 수 있음 ☐ 1. 가끔 실금함 ☐ 2. 자주 실금함 ☐ 3. 조절 못함

2. 소변조절 상태*

☐ 0. 조절할 수 있음 ☐ 1. 가끔 실금함 ☐ 2. 자주 실금함 ☐ 3. 조절 못함

3. 환자에게 실시하는 배변조절 기구 및 프로그램*(해당 항목에 모두 체크)

☐ a. 일정하게 짜여진 배뇨계획 ☐ b. 방광 훈련 프로그램 ☐ c. 규칙적 도뇨
☐ d. 외부(콘돔형) 카테터 ☐ e. 패드, 팬티형 기저귀 ☐ f. 인공루
☐ g. 유치도뇨관 삽입 ☒ 유치도뇨관 삽입(교체)일자 년 월 일
☐ h. 해당사항 없음

4. 배뇨일지 작성 여부*

a. 배뇨일지 작성 여부 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예
 b. 배뇨일지 작성일수 일 (배뇨일지 작성 여부가 ‘1.예’인 경우)

일반사항

원인에 관계없이 발생하는 모든 실금현상의 존재 여부와 그 정도를 평가함. 실금의 정도는 하루 24시간을 기준으로 기재함. 낮에는 대소변 조절이 가능하나, 밤에 예방적 차원으로 기저귀를 채우고 그 기저귀에 실금을 하였다면 이는 실금이 있는 것으로 봄.

E. 1. 대변조절 상태*

환자의 배변 주기를 고려하여 판단하며 평가기준은 다음과 같음.

- 다 음 -

0. 조절할 수 있음 : 전혀 실금하지 않는 경우

1. 가끔 실금함 : 평균적인 배변 횟수를 고려하여 실금하는 경우보다 조절하는 경우가 더 많거나 같은 경우

2. 자주 실금함 : 평균적인 배변 횟수를 고려하여 조절하는 경우보다 실금하는 경우가 더 많은 경우

3. 조절 못함 : 배변을 보는 주기에 관계없이 배변할 때마다 실금하는 경우

➤ 유의사항

- 관장을 하고 난 후 하루 정도 변실금을 하는 경우 실금으로 판단함
- 인공항문(ostomy)을 가지고 있는 환자의 경우, 실수로 한 번 정도 인공항문 주변으로 leakage가

- 있고 이후 바로 적절히 관리해 주었다면 이는 환자의 예외적인 상황이므로 반영하지 않음. 그러나 이와 같은 현상이 반복적으로 나타난다면 이는 통상적인 상황으로 간주하여 실금으로 판단함
- 환자의 배변 주기를 고려하여, 대변을 조절하는 횟수와 실금하는 횟수를 비교하여 해당 정도를 평가하는 것으로 소변과 달리 대변은 매일 보지 않는 경우가 많으므로, 실제 7일 동안 대변을 2~3회 보았는데, 실금을 1회만 한 경우라면, '1. 가끔 실금함'으로 기재함
 - 전신쇠약 등으로 화장실에 가지 못하고 대변기를 대어주는 것도 거부하여 평가기간 동안 매번 기저귀에 대변을 보았다면 '조절 못함'으로 기재함

E. 2. 소변조절 상태*

환자의 소변 주기를 고려하여 판단하며 평가기준은 다음과 같음.

- 다 음 -

0. 조절할 수 있음 : 전혀 실금하지 않는 경우
1. 가끔 실금함 : 실금하는 경우보다 조절하는 경우가 더 많거나 같은 경우
2. 자주 실금함 : 조절하는 경우보다 실금하는 경우가 더 많은 경우

➤ 유의사항

- 기저귀를 차고 있더라도 환자가 요의를 느껴 의료진에게 이를 알리고, 소변기 등을 대어 주어 소변을 본다면 이는 실금이 아님
- 유치도뇨관 등 배뇨관련 기구(device)를 가지고 있는 환자의 경우 그 상태를 기준으로 판단함
 - 조절이 잘 되고 있어 침상이 젖지 않는다면 '0. 조절할 수 있음'으로 기재함
 - 그러나, 기구 주변으로 반복적인 leakage가 있다면 실금하는 것으로 판단함
 - 다만, 실수로 한 번 정도 leakage가 있고 이후 바로 적절히 관리해 주었다면 이는 환자의 예외적인 상황이므로 반영하지 않음
- 소변조절을 잘 하던 환자가 이뇨제 복용 등으로 평가기간 7일 중 2일 동안 매일 한 번씩 실금을 한 경우 실금한 횟수보다 조절한 횟수가 더 많으므로 '1. 가끔 실금함'으로 기재함

E. 3. 환자에게 실시하는 배변조절 기구 및 프로그램*

- a. 일정하게 짜여진 배뇨계획(Scheduled toileting plan)
방광이 차는 것과 관계없이 정해진 시간에 다른 사람(보조인력 등)이 환자를 화장실에 데리고 가거나, 소변기를 주거나, 화장실에 가도록 상기시켜 주는 것을 말함.
- b. 방광 훈련 프로그램(Bladder training program)
인지기능 손상이 없는 환자에게 방광근 및 요도괄약근 재훈련을 위하여 의식적으로 배설하는 것을 지연시키도록 하거나 긴박하게 소변이 나오는 것을 참도록 교육시키는 것을 말함.
- c. 규칙적인 도뇨수행
(CIC, Clean Intermittent Catheterization)
일정한 간격(3-6시간)으로 방광 내에 고여 있는 소변을 배출시키는 것을 말함.
- d. 외부(콘돔형) 카테터
남성환자에게 유치도뇨관 삽입 없이 배뇨를 하기 위한 도구를 말함.
- f. 인공루
요루(urostomy), 장루(colostomy) 등을 말함.

➤ 유의사항

- ‘일정하게 짜여진 배뇨계획’은 인지장애로 인하여 스스로 화장실을 가야하는 것을 인식하지 못하여 배뇨관리를 잘 못하는 환자에게 규칙적으로 정해진 시간에 화장실을 가도록 알려주거나 유도하는 습관훈련(habit training)이나 배설자극 등이 포함됨
- ‘방광 훈련 프로그램’은 배뇨 간격이 짧은 긴박성 요실금 환자에게 일정 시간 소변을 참게 하여 점차로 그 시간 간격을 늘려가도록 하는 경우, 바이오피드백(Biofeedback) 기구 등을 사용하여 골반근육능력을 향상시키는 경우, 유치도뇨관 제거 후 자가도뇨를 하기 전 방광근 및 요도괄약근 훈련을 위하여 일정시간 간격으로 유치도뇨관을 잠궜다가 풀어 요의를 느낄 수 있도록 하는 훈련(clamp and release) 등이 포함됨
- 유치도뇨관이 삽입되어 있는 경우 ‘g. 유치도뇨관 삽입’에 체크하고 삽입일자 또는 교체일자를 기재함
 - 입원 시부터 유치도뇨관이 삽입되어 있는 경우 삽입일자를 확인하여 기재하거나 교체 시 교체일자를 기재함

E. 4. 배뇨일지 작성 여부*

작성일을 기준으로 7일 이상 지속적으로 작성한 경우 “예”로 기재함.

➤ 유의사항

- “예”로 기재 시 배뇨일지 작성일수는 “7일”로 기재함
- 작성일을 기준으로 지난 7일 동안 7일 미만 작성한 경우 “아니오”로 기재함

F. 질병진단

‘*’ 표시가 있는 항목은 반드시 의무기록에 근거하여 기재

1. 질병*(해당 항목에 모두 체크)

- ☐ a. 당뇨(※ 당뇨에 체크한 경우 (1), (2) 기재)
- (1) a. 1일 3회 이상 혈당검사 매일 실시 여부 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예
b. 실시한 경우 가장 최근 혈당치
b-1. 공복시 혈당 mg/dl b-2. 식후2시간 혈당 mg/dl
- (2) a. 최근 3개월 이내에 헤모글로빈A1c(HbA1c) 검사 실시 여부 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예
b. 실시한 경우 기재
b-1. HbA1c . % b-2. 검사일 년 월 일
- ☐ b. 고혈압 ☐ c. 요로감염 ☐ d. 말초혈관질환 ☐ e. 하지마비
☐ f. 사지마비 ☐ g. 편마비 ☐ h. 뇌성마비 ☐ i. 뇌혈관질환
☐ j. 파킨슨병(G20) ☐ k. 척수손상
☐ l. 중증근무력증 및 기타 근신경 장애(G70) ☐ m. 근육의 원발성 장애(G71)
☐ n. 다발경화증(G35) ☐ o. 헌팅톤병(G10) ☐ p. 유전성 운동실조(G11)
☐ q. 척수성 근위축 및 관련 증후군(G12)
☐ r. 달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축(G13)
☐ s. 진행성 핵상 안근마비[스틸-리차드슨-울스제위스키](G23.1)
☐ t. 중추신경계통의 비정형바이러스 감염(A81)
☐ u. 아급성 과사성 뇌병증[리이](G31.81)
☐ v. 후천성면역결핍증(B20~B24, Z21) ☐ w. 치매 ☐ x. 고지혈증
☐ y. 심부전 ☐ z. 만성폐색성폐질환 ☐ aa. 천식 ☐ ab. 해당사항 없음
- ### 2. 영양관련 장애*(해당 항목에 모두 체크)
- ☐ a. 과시오르코르(E40) ☐ b. 영양성 소모증(E41) ☐ c. 소모성 과시오르코르(E42)
☐ d. 상세불명의 중증 단백질-에너지 영양실조(E43)
☐ e. 중등도 및 경도의 단백질-에너지 영양실조(E44)
☐ f. 단백질-에너지 영양실조로 인한 발육지연(E45)
☐ g. 상세불명의 단백질-에너지 영양실조(E46)
☐ h. 해당사항 없음

일반사항

의사가 진단한 기록에 근거하여 기재함. 최근의 일상생활수행능력, 인지기능, 정서, 행동, 의학적 치료, 간호 감시, 사망의 위험과 직접적인 상관이 있는 질병에만 기재함[현재 문제가 되지 않는(비활동성) 진단은 기재하지 않음].

F. 1. 질병*

- c. 요로감염은 지난 30일 이내에 요로감염으로 인해 연속해서 1주일 이상 비경구 항생제가 투여된 경우에 해당함.

➤ 유의사항

- a. 당뇨에 기재한 경우 ‘1일 3회 이상 혈당검사 매일 실시 여부’와 ‘최근 3개월 이내에 헤모글로빈A1c(HbA1c) 검사 실시여부’를 기재해야 하며 헤모글로빈A1c(HbA1c)는 다른 요양기관에서 시행한 경우에도 기록(검사일, 검사결과 등)이 확인되면 기재 가능함
- f. 사지마비(Quadriplegia)
 - 척수신경이 손상을 받아서 신경증세가 발생하여 양쪽 팔과 다리의 움직임이 약하거나 전혀 못 움직이는 상태를 의미하는 것으로 사지 불완전마비(Quadriparesis)는 해당하지 않음
- k. 척수손상(Cord injury)
 - 외상(trauma)에 의한 척수손상 뿐만 아니라, 질환에 의한 척수손상도 포함하는 것으로 원인과 상관없이 모든 척수손상을 말함
- 최근의 일상생활수행능력, 인지기능, 정서, 행동, 의학적 치료, 간호 감시, 사망의 위험과 직접적인 상관이 있는 질병에만 기재하는 것이므로 10년 전 고혈압으로 진단받아 5년 정도 혈압약을 먹으면서 적극적인 식이요법과 운동요법으로 혈압수치가 적절히 조절되어 현재는 혈압약을 먹지 않고 있는 경우 ‘b. 고혈압’에 기재하지 않음

G. 건강상태

‘*’ 표시가 있는 항목은 반드시 의무기록에 근거하여 기재

1. 문제상황*(해당 항목에 모두 체크)

- ☐ a. 열(~~체온~~ 열에 체크한 경우 (1), (2), (3) 기재)
- (1) 체온 . ℃
- (2) 발열 원인을 찾는 검사와 처치 시행 여부 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예
- (3) 발열 일수 일
- ☐ b. 탈수 ☐ c. 구토
- ☐ d. 수술 3개월 이내 루 관리 ☐ e. 출혈·감염 등의 문제로 인한 루 관리
- ☐ f. 해당사항 없음

2. 통증*

- a. 통증 발생 빈도
- ☐ 0. 통증 없음 ☐ 1. 통증 있으나 매일은 아님 ☐ 2. 매일 통증이 있음
- b. 통증 강도(~~통증~~ 통증이 있는 경우 (1), (2), (3) 중 하나를 기재)
- (1) 시각 통증 등급(Visual Analogue Scale, VAS) 점
- (2) 숫자 통증 등급(Numeric Rating Scale, NRS) 점
- (3) 얼굴 통증 등급(Faces Pain Scale, FPS) 단계
- c. 통증 치료 여부
- (1) 통증관련 치료 여부 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예
- (2) 암성통증 치료 여부 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

3. 낙상 여부*

- a. 지난 30일 이내에 낙상 있었습니까?
- ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예 ☐ 2. 확인 불가
- b. 지난 31일에서 180일 사이에 낙상 있었습니까?
- ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예 ☐ 2. 확인 불가

4. 말기질환* ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

G. 1. 문제상황*

- a. 열은 37.2℃(직장 체온은 37.5℃) 이상의 체온이 3일 이상 있는 경우를 말함.
- b. 탈수는 다음 중 2가지 이상에 해당되는 경우(①, ③은 I/O sheet에 근거해야 함)를 말함.

- 다 음 -

- ① 1일 섭취하는 수분량이 1500ml 미만인 경우
- ② 탈수의 임상적 증상[건조한 구강점막, 피부탄력도 저하, 색이 짙은 소변, 새로 발병한 또는 악화된 혼돈, 비정상적인 임상검사 결과(헤모글로빈, 헤마토크리트, 칼륨, 혈액 요소질소, 요비중 증가 등)]등을 보이는 경우
- ③ 구토, 열, 설사 등으로 섭취한 수분량 보다 수분 소실량이 많은 경우
- c. 구토는 약물독성, 독감, 심인성 문제 등 원인에 상관없는 구토를 말함.

➤ 유의사항

- a. 열
 - 작성일을 기준으로 지난 7일 동안 열이 3일 이상 있는 경우 기재하며, 3일 미만 있는 경우 기재하지 않음
 - ‘a. 열’에 기재한 경우 ‘체온’과 ‘발열 원인을 찾는 검사와 처치 시행 여부’와 ‘발열 일수’를 기재해야 하며 ‘발열 원인을 찾는 검사와 처치 시행 여부’는 발열상태의 환자에게 발열 원인을 찾기 위한 검사와 해열을 위한 처치를 모두 시행한 경우 “예”로 기재하고, ‘발열 일수’는 최대 7일 기재함
- d. 수술 3개월 이내 루 관리
 - 환자평가표 작성일을 기준으로 루(위루, 요루, 장루) 수술일로부터 3개월 이내이면서 루 관리를 시행하고 있는 경우 기재함
- e. 출혈·감염 등의 문제로 인한 루 관리
 - 환자평가표 작성일을 기준으로 루(위루, 요루, 장루) 수술일로부터 3개월 이후라도 출혈·감염 등의 문제가 있어 지속적으로 루 관리를 시행하고 있는 경우 기재함

G. 2. 통증*

통증은 통증 유발요인 혹은 완화요인(provocation/palliation), 통증의 양상(quality), 통증부위(region/radiation), 통증강도(severity), 통증 지속시간(timing) 등을 평가하여 진료기록부 등에 기록함.

통증강도는 통증 사정도구(VAS 등)를 이용하여 판단하며, 여러 부위에 통증이 있고 각 부위별 통증강도가 다를 경우에도 환자상태별 통증점수와 빈도 등을 통합적으로 고려하여 통증의 빈도와 강도를 기재함.

➤ 유의사항

- 통증 발생 빈도가 ‘1. 통증 있으나 매일은 아님’ 또는 ‘2. 매일 통증이 있음’인 경우 통증 강도는 VAS, NRS, FPS 중 하나를 기재함
- 암성통증이라도 격렬하거나 참을 수 없는 통증이 매일 있어 통증치료를 받고 있는 경우에는 의료고도로, 그 외 암성통증이 있어 마약성 진통제 등으로 적절한 치료를 받고 있는 경우에는 의료중도로 산정 가능함

G. 3. 낙상 여부*

작성일을 기준으로 지난 30일 이내 또는 31일에서 180일 사이의 낙상존재여부를 말함.

➤ 유의사항

- 낙상으로 인해 별다른 손상이 없었더라도 낙상이 있었다면 “예”로 기재함
- ‘A. 5. 평가구분’이 ‘1. 입원 평가’인 경우(또는 입원 초기 환자의 경우) 지난 30일 이내 또는 31일에서 180일 사이의 낙상존재여부를 환자 및 가족에게 확인하여 기재함
 - 다만, 환자 및 가족에게 확인할 수 없는 경우 ‘2. 확인불가’에 기재함

※ 참고사항

- 낙상이란 비의도적인 자세변화로 인해 높은 곳에서 낮은 곳으로 넘어지거나 바닥에 눕게 되는 것을 말한다. 낙상은 높은 곳에서 떨어지는 것, 넘어지는 것, 미끄러지는 것 등을 모두 포함하며 주로 질병, 기능상태 저하, 약물투여, 위험한 환경 등이 원인이 되어 발생한다.

G. 4. 말기질환*

진료기록부에 ‘말기질환 또는 end-stage disease’ 등 의사의 기록이 있어야 하며, 질환의 종류를 불문하고 기대여명이 얼마 남지 않아 의사가 말기상태로 진단한 것을 의미함.

➤ 유의사항

- 진료기록부에 DNR(Do Not Resuscitate) 등의 기록이 있다 하더라도, ‘말기질환 end-stage disease’ 등의 의사의 기록이 있어야 함

H. 구강 및 영양상태

‘*’ 표시가 있는 항목은 반드시 의무기록에 근거하여 기재

1. 물이나 음식을 삼키기가 어렵습니까? ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

2-1. 체중*

a. 환자평가표 작성기간에 체중 측정 여부 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

b. 측정할 경우 기재 b-1. Kg b-2. 측정일 년 월 일

2-2. 체중감소가 있습니까?* ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예 ☐ 2. 확인 불가

2-3. 키(신장)*

a. 키 측정 여부 ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

b. 측정할 경우 기재 b-1. cm b-2. 측정일 년 월 일

3. 영양섭취 방법*

a. 정맥영양을 하고 있습니까? ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

b. 경관영양

(1) 경관영양을 하고 있습니까? ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

(2) 경관영양 일수 일 (경관영양이 ‘1.예’인 경우)

4. 정맥 또는 경관을 통한 섭취*(‘3. 영양섭취 방법’ 중 하나라도 ‘1. 예’인 경우만 체크)

a. 지난 6일 동안 정맥 또는 경관으로 섭취한 칼로리의 비율 (1일 평균)

☐ 0. 없음 ☐ 1. 1-25% ☐ 2. 26-50% ☐ 3. 51-75% ☐ 4. 76-100%

b. 지난 6일 동안 정맥 또는 경관으로 섭취한 수분량 (1일 평균)

☐ 0. 없음 ☐ 1. 1-500ml ☐ 2. 501-1000ml ☐ 3. 1001-1500ml

☐ 4. 1501-2000ml ☐ 5. 2001ml 이상

H. 1. 물이나 음식을 삼키기가 어렵습니까?

정맥 또는 경관영양 등을 하고 있어 입으로 물이나 음식을 삼키지 않는 경우에는 연하곤란 증상이 없는 것으로 평가함.

➤ 유의사항

- 금식 상태에서 정맥 또는 경관영양을 하고 있거나 수술 또는 검사를 위한 금식 상태인 경우 “아니오”로 기재함

➤ 평가방법 예시

- 환자가 주로 먹거나 마실 때 자주 사례가 들거나, 기침을 하는 증상, 오랫동안 음식을 입에 계속 머금고 있거나 과도하게 침을 흘리는 증상 등을 보이는 경우 연하장애가 있다고 판단함

※ 참고사항

- 연하곤란(swallowing problem, dysphagia)이란 음식물을 씹고 삼키는 구강, 인두, 식도 등의 구조에 결함이 있거나 기능장애가 있어서 씹고 삼키는 능력이 손실 또는 손상된 것을 말한다. 연하곤란은 원인에 따라 기계적 연하곤란(Mechanical dysphagia), 운동성 연하곤란(Motor dysphagia)으로 나눌 수 있다.

H. 2. 체중 등*

관찰기간 내에 체중을 측정한 경우 기재함. 체중감소란 지난 31일 이내에 5% 이상 감소 또는 184일 이내에 10% 이상 감소한 경우에 한함.

계산식1) $[\text{지난달 체중(kg)} - \text{이번달 체중(kg)}] / [\text{지난달 체중(kg)}] \geq 0.05$

계산식2) $[\text{6개월전 체중(kg)} - \text{이번달 체중(kg)}] / [\text{6개월전 체중(kg)}] \geq 0.1$

※ 체중감소율은 소수 셋째자리에서 절사

➤ 유의사항

- 기간 내에 여러 번 체중을 측정한 경우 모두 비교대상이 됨
- 이번달 체중과 비교하는 지난달(또는 6개월전) 체중은 관찰기간에 측정한 체중이 아니어도 됨
- 2-3. 키(신장)*
 - 관찰기간 내에 키를 측정한 경우 기재함
 - 관찰기간 내에 키를 측정하지 않은 경우 입원기간 중 측정한 키를 기재함

H. 3. 영양섭취 방법*

- a. 정맥영양(parenteral/IV)은 영양섭취를 목적으로 지속적 또는 간헐적으로 정맥내 영양공급(TPN 등)을 하는 것을 말함.
- b. 경관영양은 비위관 또는 위루 등을 통해 영양공급을 하는 것을 말하며 경구를 통한 수분 또는 영양섭취가 곤란한 상태에서 지난 7일 이상 지속적으로 경관영양을 한 경우 “예”로 기재함

➤ 유의사항

- 정맥영양
 - 진단 혹은 수술 전 처치를 위해 일시적으로 IV fluid를 주입하는 것은 정맥영양에 해당하지 않음
- 경관영양
 - “예”로 기재 시 경관영양 실시일수는 “7일”로 기재함
 - 작성일을 기준으로 지난 7일 동안 7일 미만 경관영양을 한 경우 “아니오”로 기재함
- ‘H. 3. 영양섭취 방법’에 모두 “아니오”로 기재한 경우 ‘H. 4. 정맥 또는 경관을 통한 섭취’ 항목을 기재하지 않음

H. 4. 정맥 또는 경관을 통한 섭취*

I/O sheet 등에 근거하며 실제 환자가 섭취한 열량 및 수분량을 기준으로 계산함.

a. 섭취한 칼로리 비율

지난 6일 동안 환자가 섭취(구강섭취 포함)한 총 칼로리 중 정맥 또는 경관을 통해 섭취한 칼로리의 비율(1일 평균)

$\frac{\text{지난 6일 동안 정맥·경관영양으로 섭취한 열량}}{\text{지난 6일 동안 총 섭취 열량}} \times 100$

b. 수분 섭취량

지난 6일 동안 정맥 또는 경관을 통해 섭취한 1일 평균 수분량

$\text{지난 6일 동안 정맥·경관영양으로 섭취한 수분의 총량} / 6$
--

➤ 유의사항

- a. 지난 6일 동안 정맥 또는 경관으로 섭취한 칼로리의 비율 (1일 평균)
 - 1일 24시간을 기준으로 지난 6일 동안 구강섭취를 포함하여 실제 환자가 섭취한 총 칼로리 중 정맥 또는 경관을 통해 섭취한 칼로리의 비율을 계산함
- b. 지난 6일 동안 정맥 또는 경관으로 섭취한 수분량 (1일 평균)
 - 1일 24시간을 기준으로 지난 6일 동안 정맥 또는 경관을 통해 섭취한 1일 평균 수분량을 계산함

I. 피부상태

‘*’ 표시가 있는 항목은 반드시 의무기록에 근거하여 기재

1. 피부궤양(욕창 또는 울혈성 궤양 등)수 기재*(없는 경우 ‘0’으로 기재)

항 목	1단계	2단계	3단계	4단계
욕창(압박성궤양)				
울혈성 또는 허혈성궤양 등				

2. 새로 발생한 욱창*(압박성 궤양)

a. 이전 평가 이후 새로운 욱창(압박성 궤양) 발생 여부 ☐ 0. 없음 ☐ 1. 있음

b. 발생한 경우 기재 발생일 년 월 일

3. 지난 1년 사이의 욱창(압박성 궤양) 과거력*(현재의 욱창은 제외)

☐ 0. 없음 ☐ 1. 있음 ☐ 2. 확인 불가

4. 피부의 기타 문제*(해당 항목에 모두 체크)

☐ a. 2도 이상의 화상 ☐ b. 개방성 피부병변

☐ c. 수술 창상 ☐ d. 발의 감염 ☐ e. 해당사항 없음

5. 피부문제에 대한 처치*(해당 항목에 모두 체크)

☐ a. 압력을 줄여주는 도구 사용 ☐ b. 체위변경

☐ c. 피부문제를 해결하기 위한 영양공급

☐ d. 피부궤양(욕창 및 울혈성궤양 등) 드레싱

☞ 드레싱 부위 ☐ 1. 발 ☐ 2. 발 이외

☐ e. 피부궤양(욕창 및 울혈성궤양 등) 이외의 드레싱

☞ 드레싱 부위 ☐ 1. 발 ☐ 2. 발 이외

☐ f. 수술창상 치료 ☐ g. 화상관련 처치 ☐ h. 해당사항 없음

I. 1. 피부궤양 수 기재*

진료기록부에 담당의사가 피부궤양에 대한 근거 등을 기록한 경우에 해당하며 피부궤양(skin ulcer)의 종류에는 욱창(압박성 궤양), 울혈성 궤양, 허혈성 궤양, 말초신경병증 궤양이 있음.

압박성 궤양(pressure ulcer)은 일정한 부위에 지속적 압력이 가해졌을 때 모세혈관의 순환장애로 인해 조직의 궤사가 일어나는 것, 울혈성 궤양(stasis ulcer)은 하지의 부적절한 정맥순환으로 인해 발생하는 정맥성 궤양(venous ulcer) 또는 말초정맥질환(PVD, Peripheral Vascular Disease)으로 인한 궤양, 허혈성 궤양(ischemic ulcer)은 동맥관류부전으로 인하여 주로 하지에 나타나는 동맥성 궤양(arterial ulcer), 말초신경병증 궤양(neuropathic ulcer)은 당뇨병 환자에서 흔히 나타나는 궤양을 말함.

I. 1. 피부궤양 수 기재*

딱지(necrotic eschar)로 뒤덮여 있어 단계를 알 수 없다면 변연절제(Debridement)를 수행할 때까지 4단계로 기재하고, 낫고 있는(healing) 궤양의 단계를 평가할 경우 현재 보이는 양상대로 평가함. 예를 들어 3단계 욕창이 낫는 과정에서 현재 2단계 궤양의 양상을 보인다면 2단계로 기재함. 평가기준은 다음과 같음.

- 다 음 -

- 1단계 : 압박을 제거한 후에도 지속적으로 피부 발적은 있으나, 피부 균열은 없는 경우
- 2단계 : 피부가 벗겨지거나 수포모양을 보이는 부분적인 피부층의 소실 있는 경우
- 3단계 : 피부가 전층 소실되거나 피하층이 나타나고 깊은 분화구가 생긴 경우
- 4단계 : 피부와 피부층이 전부 소실되고 근육이나 뼈가 노출된 경우

➤ 유의사항

- 피부궤양을 평가하는 항목으로 화상 등은 'I. 4. 피부의 기타 문제'에서 평가함
- 신체의 여러 부위에 종류가 다른 궤양이 각각 있는 경우 각각의 피부궤양을 모두 기재해야 하므로 예를 들어 엉덩이에 2단계의 압박성 궤양 2개와 발가락에 당뇨로 인한 3단계의 말초신경병증 궤양 1개가 있는 경우 '2단계 욕창(압박성궤양)'에 '2'로 기재하고 '3단계 울혈성 또는 허혈성 궤양' 등에 '1'로 기재함

I. 2. 새로 발생한 욕창*

이전 평가 이후 새로 발생한 욕창(압박성 궤양) 존재 여부를 의미함.

➤ 유의사항

- 'A. 5. 평가구분'이 '1. 입원 평가'인 경우 "없음"으로 기재함
- 욕창(압박성 궤양)을 평가하는 항목으로 울혈성 궤양, 허혈성 궤양, 말초신경병증 궤양은 해당하지 않음

I. 3. 지난 1년 사이의 욕창 과거력*

욕창(압박성 궤양)이 지난 1년 이내에 발생했다가 치유된 적이 있는지를 확인함. 현재의 압박성 궤양, 울혈성 궤양 등의 과거력은 제외함.

➤ 유의사항

- 욕창(압박성 궤양)을 평가하는 항목으로 울혈성 궤양, 허혈성 궤양, 말초신경병증 궤양은 해당하지 않음

I. 4. 피부의 기타 문제*

- a. 2도 이상의 화상은 진료기록부에 담당의사가 '2도 이상의 화상'에 대한 피부상태를 기록한 경우 해당함.
- b. 개방성 피부병변은 매독이나 피부암 등으로 인하여 발생한 개방성 피부질환을 의미함 (피부궤양, 자상, 발적은 제외).
- c. 수술창상은 수술 후 회복되지 않은 상처
- d. 발의 감염은 봉소염, 화농성 배출물이 있는 경우에 해당함.

➤ 유의사항

- d. 발의 감염
 - 하지를 절단(amputation)하여 발이 없는 경우는 말단 부위를 발로 판단하여 기재함

I. 5. 피부문제에 대한 처치*

- a. 압력을 줄여주는 도구에는 젤, 공기 또는 다른 쿠션을 포함한 의자나 휠체어, 공기 방석, 물침대, 에어매트리스, 거품침대 등을 말함(도넛모양의 쿠션은 포함하지 않음).
- b. 체위변경은 두 시간마다 지속적으로 환자의 체위를 변경시켜주는 것을 말함.
- c. 피부문제를 해결하기 위한 영양은 적절한 열량공급(30kcal/kg 이상)이나 고단백 치료(1.25g/kg 이상)만 해당함.
- f. 수술창상 치료는 수술창상을 보호하거나 치료하기 위한 중재를 말함. 예를 들어 국소 청결(topical cleansing), 창상세척(wound irrigation), 항생제연고 등을 발라줌, 드레싱 실시, 봉합사 제거, 침수 또는 열 요법을 적용한 경우임. 흉관(Chest-tube) 등의 드레싱도 포함함.
- g. 화상관련 처치는 2도 이상 화상으로 입원이 필요한 환자에게 화상 관련 직접 처치를 제공한 경우 해당함.

➤ 유의사항

- b. 체위변경
 - 간호인력이 직접 실시한 경우 기재함
- c. 피부문제를 해결하기 위한 영양공급
 - 정맥주사를 통해 공급된 경우 기재 가능함
- d. 피부궤양(욕창 및 울혈성궤양 등) 드레싱
 - 욕창(압박성 궤양), 울혈성 궤양, 허혈성 궤양, 말초신경병증 궤양에 대한 드레싱을 시행한 경우 기재하며, 드레싱 부위를 '1. 발'과 '2. 발 이외'로 구분하여 기재함

- e. 피부궤양(욕창 및 율혈성궤양 등) 이외의 드레싱
 - '1. 4. 피부의 기타문제' 중 개방성 피부병변, 발의 감염에 대한 드레싱을 시행한 경우 기재하며, 드레싱 부위를 '1. 발'과 '2. 발 이외'로 구분하여 기재함
- f. 수술창상 치료
 - '1. 4. 피부의 기타문제' 중 'c. 수술창상'에 대한 드레싱을 시행한 경우 기재함
 - 장루관련 치료 및 드레싱은 포함하지 않음
- g. 화상관련 처치
 - 자2-1 단순처치·염증성 처치, 자-18 피부과 처치만 시행하는 경우 또는 항생제 진통제 투여, 연고 도포 등 약제만 투여하는 경우는 해당하지 않음

J. 투약

‘*’ 표시가 있는 항목은 반드시 의무기록에 근거하여 기재

1. 인슐린 주사제 투여 일수*

☐ 0. 투여되지 않았거나, 투여되었지만 매일은 아님 ☐ 1. 매일 1회 투여됨 ☐ 2. 매일 2회 이상 투여됨

2. 망상, 환각, 초조·공격성, 탈억제, 케어에 대한 저항, 배회에 대한 약물 치료 여부*

☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

3. 치매관련 약제 투여 여부*

☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

4. 지난 7일 동안 매일 복용한 의약품 수(제품명 기준)

☐ 0. 없음 ☐ 1. 5개 미만 ☐ 2. 5개 ~ 9개 ☐ 3. 10개 ~ 14개 ☐ 4. 15개 이상

J. 1. 인슐린 주사제 투여 일수*

➤ 유의사항

- 지난 7일(관찰기간) 동안 정맥주사, 피하주사 등으로 인슐린 주사제가 투여된 해당란에 체크함
- 펜형 인슐린 주사기의 경우 의사의 처방에 의해 혈당검사 결과에 따라 인슐린 주사제가 투여되는 경우 기재 가능함

J. 2. 망상, 환각, 초조·공격성, 탈억제, 케어에 대한 저항, 배회에 대한 약물 치료 여부*

➤ 유의사항

- 망상, 환각, 초조·공격성, 탈억제, 케어에 대한 저항, 배회 중 하나 이상에 해당하는 증상으로 약물 치료를 하는 경우 “예”로 기재함

J. 3. 치매관련 약제 투여 여부*

➤ 유의사항

- 약사법령에 의하여 허가 또는 신고된 사항(효능·효과 및 용법·용량 등)을 고려하여 치매상병과 관련된 약제(아리셉트 등)를 투여한 경우 기재함

※ 참고사항

- 국민건강보험 영양급여의 기준에 관한 규칙 [별표 1] 영양급여의 적용기준 및 방법(제5조 제1항관련)

3. 약제의 지급

가. 처방·조제

- (1) 영양공급·안정·운동 그 밖에 영양상 주의를 함으로써 치료효과를 얻을 수 있다고 인정되는 경우에는 의약품을 처방·투여하여서는 아니되며, 이에 관하여 적절하게 설명하고 지도하여야 한다.
- (2) 의약품은 약사법령에 의하여 허가 또는 신고된 사항(효능·효과 및 용법·용량 등)의 범위 안에서 환자의 증상 등에 따라 필요·적절하게 처방·투여하여야 한다. 다만, 안전성·유효성 등에 관한 사항이 정하여져 있는 의약품 중 진료상 반드시 필요하다고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의약품의 경우에는 허가 또는 신고된 사항의 범위를 초과하여 처방·투여할 수 있으며, 중증환자에게 처방·투여하는 약제로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제의 경우에는 건강보험심사평가원장이 공고한 범위 안에서 처방·투여할 수 있다.
- (3) 요양기관은 중증환자에 대한 약제의 처방·투여시 해당약제 및 처방·투여의 범위가 (2)의 허용범위에는 해당하지 아니하나 해당환자의 치료를 위하여 특히 필요한 경우에는 건강보험심사평가원장에게 해당약제의 품목명 및 처방·투여의 범위 등에 관한 자료를 제출한 후 건강보험심사평가원장이 중증질환심의위원회의 심의를 거쳐 인정하는 범위 안에서 처방·투여할 수 있다.
- (4) 제10조의2제2항에 따라 식품의약품안전처장이 긴급한 도입이 필요하다고 인정한 품목의 경우에는 식품의약품안전처장이 인정한 범위 안에서 처방·투여하여야 한다.
- (5) 항생제·스테로이드제제 등 오남용의 폐해가 우려되는 의약품은 환자의 병력·투약력 등을 고려하여 신중하게 처방·투여하여야 한다.
- (6) 진료상 2품목 이상의 의약품을 병용하여 처방·투여하는 경우에는 1품목의 처방·투여로는 치료효과를 기대하기 어렵다고 의학적으로 인정되는 경우에 한한다.

J. 4. 지난 7일 동안 매일 복용한 의약품 수(제품명 기준)

▶ 유의사항

- 지난 7일 동안 매일 복용한 전문·일반 의약품에 해당하는 약의 종류 수를 기재함
- 약의 제품명을 기준으로 기재하는 것으로 성분, 용량까지 같은 경우 한 종류의 약물로 간주하여 기재함
- 제품명이 같은 약(약제의 성분, 용량이 동일)을 2알 복용 시 1개로 기재함
- 약제의 성분은 같으나 제품명 또는 제형이 다른 약물을 복용 시 2개로 기재함

K. 특수처치 및 전문재활치료

‘*’ 표시가 있는 항목은 반드시 의무기록에 근거하여 기재

1. 특수처치*(해당 항목에 모두 체크)

☐ a. 정맥주사에 의한 투약(※ 정맥주사에 의한 투약에 체크한 경우 (1) 기재)

(1) 정맥주사 투여일수 일

☐ b. 배뇨관련 루 관리 ☐ c. 배변관련 루 관리 ☐ d. 영양관련 루 관리

☐ e. 산소요법(※ 산소요법에 체크한 경우 (1), (2) 기재)

(1) (산소투여 전) 산소포화도(SaO2 또는 SpO2) . %

(2) 산소투여일수 일

☐ f. 하기도 증기흡입치료 ☐ g. 흡인 ☐ h. 기관절개관 관리

☐ i. 인공호흡기 (※ ☐ 1. 개인용 ☐ 2. 병원용

☐ j. 중심정맥영양 ☐ k. 해당사항 없음

2. 지난 7일 동안 전문재활치료를 실시한 날 수*(실시한 날이 없는 경우 ‘0’을 기재)

일

K. 1. 특수처치*

a. 정맥주사에 의한 투약

주사 투여기준 범위 내에서 연속 또는 간헐적으로 3일 이상 정맥주사로 치료약제가 투여된 경우를 말함. 영양물질, 투석, 진단 혹은 수술 전 처치에 수반되는 일시적 약물만 투여된 경우는 제외함.

➤ 유의사항

- 항생제, 혈압강하제 등의 약제를 치료적 목적으로 정맥주사한 경우 기재함
- 작성일을 포함하여 지난 7일(관찰기간) 동안 3일 미만으로 정맥주사를 시행한 경우이거나 투석, 진단 혹은 수술 전 처치를 위해 일시적으로 약물을 투여한 경우 기재하지 않음
- 탈수환자에게 생리식염수에 전해질을 mix하여 투여하고 ‘정맥주사에 의한 투약’으로 적용할 수 있는 탈수의 기준은 아래 중 2가지 이상에 해당하는 경우(①, ③은 I/O sheet에 근거해야 함)에 적용함.

① 하루에 섭취하는 수분량이 1500ml 미만인 경우

② 탈수의 임상적 증상이 있음

예 : 새로 발병된 또는 악화된 혼돈(confusion), 비정상적인 임상결과(헤모글로빈, 헤마토크리트, 칼륨, 혈액요소질소, 요비중 증가 등)

③ 구토, 열, 설사 등으로 섭취한 수분량보다 수분 소실량이 많은 경우

(보험급여과-502호, 2008. 4. 29.)

※ 참고사항

- 주사 투여기준
 - 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표 1] 요양급여의 적용기준 및 방법(제5조 제1항관련) <개정 2019. 6. 12.>

3. 약제의 지급

나. 주사

- (1) 주사는 경구투약을 할 수 없는 경우, 경구투약시 위장장애 등의 부작용을 일으킬 염려가 있는 경우, 경구투약으로 치료효과를 기대할 수 없는 경우 또는 응급환자에게 신속한 치료효과를 기대할 필요가 있는 경우에 한한다.
- (2) 동일 효능의 먹는 약과 주사제는 병용하여 처방·투여하여서는 아니된다. 다만, 경구투약만으로는 치료효과를 기대할 수 없는 불가피한 경우에 한하여 병용하여 처방·투여할 수 있다.
- (3) 혼합주사는 치료효과를 높일 수 있다고 의학적으로 인정되는 경우에 한한다.
- (4) 당류제제·전해질제제·복합아미노산제제·혈액대용제·혈액 및 혈액성분제제의 주사는 의학적으로 특히 필요하다고 인정되는 경우에 한한다.

K. 1. 특수처치*

b. 배뇨관련 루 관리

방광루, 요루 등의 관리를 말함.

➤ 유의사항

- 유치도뇨관은 배뇨관련 루(stoma)에 해당하지 않으며, 'E. 3. 환자에게 실시하는 배변조절 기구 및 프로그램*'에서 평가함

K. 1. 특수처치*

c. 배변관련 루 관리

장루 등의 관리를 말함.

K. 1. 특수처치*

d. 영양관련 루 관리

위루 등의 관리를 말함.

➤ 유의사항

- 비위관은 영양관련 루(stoma)에 해당하지 않음

K. 1. 특수처치*

e. 산소요법

마스크, 캐놀라 등 투여경로를 불문하고 작성일을 기준으로 지난 14일 중 7일 이상 산소를 투여하되, 산소포화도(SaO_2 또는 SpO_2)가 90% 이하인 상태에서 산소 투여를 시작한 경우를 말함. 날을 달리하여 비연속적으로 산소를 투여하는 경우에도 산소포화도(SaO_2 또는 SpO_2)가 90% 이하로 재시작한 경우만 해당하고, 산소를 투여하는 하루 중에는 지속적 또는 간헐적으로 투여할 수 있음. 관찰기간은 이전 관찰기간과 중복되지 않도록 함. 관찰기간이 14일 미만인 경우에도 7일 이상 연속적으로 산소를 투여하거나 산소 투여일수의 합이 7일 이상이어야 함.

➤ 유의사항

- 관찰기간은 이전 관찰기간과 중복되지 않아야 함
- 산소포화도는 산소를 투여하기 전 SaO_2 또는 SpO_2 를 기재함
- 산소투여일수는 관찰기간 중 산소를 투여한 일수를 기재하며 산소요법에 대한 관찰기간은 최대 14일로 산소투여일수를 14일을 초과하여 기재하지 않음

K. 1. 특수처치*

f. 하기도 증기흡입치료

자4-1 하기도 증기흡입치료의 급여기준에 적합하게 시행한 경우를 말함.

➤ 유의사항

- 자4-1 하기도 증기흡입치료의 급여기준 외 시행하는 경우 기재하지 않음

※ 참고사항

- 자4-1 하기도증기흡입치료 급여기준(고시 제2017-152호, 2017.9.1.시행)
 1. 자4-1 하기도 증기흡입치료(Nebulizer Treatment of Lower Airway)는 천식이나 만성 폐쇄성 폐질환의 급성악화기, 급성세기관지염의 호흡곤란치료에 실시함을 원칙으로 함.
 2. 상기 1. 기준 이외에도 다음과 같은 경우에 영양급여 함.

- 다 음 -

가. 응급실 또는 입원진료 중인 환자

- 1) 정량식(또는 분말)흡입기를 사용할 수 없는 경우로 “기도 폐쇄에 의한 호흡곤란($\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ 등)”이 있거나 “하기도 경련에 의한 천명(Wheezing)”이 확인되는 경우에는 급성기 일주일 이내 인정함.
- 2) 객담배출이 곤란하여 전신 투여(경구 또는 주사)를 실시하였음에도 불구하고 치료효과를 기대할 수 없어 직접 하기도에 국소 투여가 필요한 경우에는 급성기에 사례별로 인정함.

나. Pentamidine isethionate 주사제의 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따라 증기흡입치료하는 경우

K. 1. 특수처치*

g. 흡인

흡인(suction)으로 상기도 및 기관지내의 분비물을 배출시키는 경우에 한함. 구강내 및 비강내 흡인만 하는 경우는 제외함.

K. 1. 특수처치*

h. 기관절개관 관리

기관절개관 교환 및 기관절개구와 캐놀라의 세정 등을 시행한 경우 해당함.

➤ 유의사항

- 기관절개관의 교환, 캐놀라의 세정 또는 기관절개관 주변 드레싱 등을 시행하는 경우 기재함
- Tracheostomy tube가 제거된 경우는 해당하지 않음

K. 1. 특수처치***i. 인공호흡기**

지난 7일 동안 1일 8시간 이상 지속적으로 인공호흡기를 사용한 경우를 말하며 인공호흡기를 떼는 과정(weaning)도 포함함. 간헐적 양압/음압호흡치료(IPPB/INPB), 지속적 양압호흡치료(CPAP), 양위양압호흡치료(BIPAP) 등과 같은 호흡치료는 제외함.

K. 1. 특수처치***j. 중심정맥영양**

중심정맥관을 통하여 영양물질을 공급한 경우에 해당함.

➤ 유의사항

- 중심정맥관을 통하여 일반적인 수액제(5% 또는 10% D/W 등)를 투여한 경우에는 말초정맥을 통하여 수액제를 투여하여야 하나 route확보 등이 어려워 말초정맥투여를 하지 못하는 경우에 해당하므로 말초정맥영양을 실시한 것으로 보아야 하며, 중심정맥영양의 경우는 반드시 중심정맥관을 통하여 TPN요법을 실시한 경우에만 해당됨.

(보험급여과-502호, 2008. 4. 29.)

K. 2. 지난 7일 동안 전문재활치료를 실시한 날 수*

지난 7일 동안 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제3편 (별표1) 특정항목에 해당하는 재활치료를 실시한 날 수를 기재함. 재활치료 인정기준은 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편에 의함.

➤ 유의사항

- 지난 7일 동안 재활치료 실시 횟수가 아니라 실시 일수(days)를 기재함
- 제3편 (별표1) 특정항목
 - 전문재활치료
 - 제1편 제2부 제7장 이학요법료 중 제2절의 사116 운동치료와 제3절 전문재활치료료

※ 참고사항

- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제7장 이학요법료 중 제2절의 사116 운동치료와 제3절 전문재활치료료

구분	분류번호	분류
제2절 단순재활치료료	사116	가. 운동치료-복합운동치료
		나. 운동치료-등속성 운동치료
제3절 전문재활치료료	사121	가. 풀치료-보행풀치료
		나. 풀치료-전신풀치료
	사122	중추신경계발달재활치료
	사123	가. 작업치료-단순작업치료
		나. 작업치료-복합작업치료
		다. 작업치료-특수작업치료
	사124	일상생활동작 훈련치료
	사125	신경인성 방광훈련 치료
	사126	기능적전기자극치료
	사127	근막동통유발점 주사자극치료
	사128	가. 재활사회사업-개인력조사
		나. 재활사회사업-사회사업상담
		다. 재활사회사업-가정방문
	자129	호흡재활치료
	자130	가. 재활기능치료-매트 및 이동치료
		나. 재활기능치료-보행치료
	사131	연하재활 기능적전기자극치료
	서141	연하장애재활치료