발 간 등 록 번 호
G000A38-2024-95

OPEN
출처표시 상업용금지 변경금지
공공누리 공공저작물 자유이용허락



요양병원
수가 실무교육자료

2024.11.

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

발 간 등 록 번 호
G000A38-2024-95

OPEN 공공누리
출처표시 상업용금지 변경금지
공공저작물 자유이용허락



요양병원
수가 실무교육자료

2024.11.

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

Contents

HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

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 ---- 39
3. 요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 ---- 101

Ⅲ 요양병원 행정해석 등

1. 요양병원 관련 행정해석 ---- 145
2. 개정고시 관련 질의응답 ---- 171

부록 요양병원 환자평가표 작성 매뉴얼

요양병원 환자평가표 작성 매뉴얼 ---- 257

2024 요양병원 수가 실무교육자료

I

요양병원 관련 법령

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

제1부 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 제3호가목 및 라목부터 바목까지의 규정에 따른 병원·요양병원·정신병원·종합병원, 같은 법 제3조의4에 따른 상급종합병원 또는 「지역보건법」 제12조에 따른 보건 의료원에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군[진단명, 시술명, 중증도, 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

[별표 2] 본인일부부담금의 부담률 및 부담액(제19조제1항 관련)

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 한국희귀·필수의약품센터인 요양기관에서 처방전에 따라 의약품을 조제받는 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[입원환자의 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 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외한다)에서 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

제2부 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 「장애인복지법」 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

2. 요양급여비용의 본인부담률 : 요양급여비용의 100분의 100

제3부 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

제3조의2(요양병원 입원진료 현황의 고지)

① 보건복지부 장관은 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)의 장에게 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.

제4부 의료급여법 시행규칙

제4조 (요양병원 입원진료 현황의 고지)

① 보건복지부장관은 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)의 장에게 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.

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 항목과 부담율

자. 「의료법」 제3조제2항제3호라목의 요양병원 중 「장애인복지법」 제58조제1항제4호의 장애인 의료재활시설을 제외한 요양병원에서 입원진료를 받은 수급권자가 제3조제3항에 따른 의료급여의뢰서 없이 다른 의료급여기관에서 진료를 받는 경우에 소요된 비용의 총액

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

제1부 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 "장기환자"라 한다)는 제2부에 의하여 산정하고, 포괄적인 행위가 적용되지 않는 다음의 환자(이하 "제외환자"라 한다)는 제3부에 의하여 산정한다. 단, 제외환자 중 가, 다, 라목에 해당하는 환자가 요양병원 임종실에 입원한 경우 제2부 제2장에 따른 요양병원 임종실 입원 정액수가를 산정하며 제3부의 입원료 등은 중복 산정하지 아니한다.

   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. 단, 특정기간에 해당하는 치료기간 또는 입원기간 중에 요양병원 임종실로 입원한 경우 제2부 제2장에 따른 요양병원 임종실 입원 정액수가를 산정하며 제3부의 입원료 등은 중복 산정하지 아니한다.

   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 제1부Ⅰ. 일반기준 1. 및 2.에 의한다.

제2부 요양병원 환자군, 임종실 급여목록·상대가치점수 및 산정지침

제1장 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 분류항목의 점수와 각종 가산제도에 의해 가산한 금액 및 제3편 요-51 요양병원입원료

   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 : 미쎄라프리필드주)

(나) Recombinant Human Epidermal Growth Factor(품명 : 이지에프외용액)

(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 급여상한금액표의 비급여 목록 중 ’19년 1월 이후 급여로 변경 고시된 항목

(8) 「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

(4) 요양병원 감염예방·관리료 (요-57)

다. 환자를 진료하는 중에 당해 요양기관에 인력·시설·장비가 갖추어져 있지 아니하거나 기타 부득이한 사유로 해당 진료가 가능한 다른 요양기관으로 적정하게 의뢰한 경우 또는 입원 중인 환자의 특별한 문제에 대한 평가 및 관리를 위하여 그 주치의가 아닌 동일기관 내 치과의사·한의사의 견해나 조언을 얻는 경우 발생한 행위·약제 및 치료재료

라. 연명의료중단등결정은 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수 제4편 제5부에 의하여 산정한다.

4. 정액수가는 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 정액수가는 별도 산정하지 아니한다.

라. 정액수가 입원료는 입원기간에 따라 다음과 같이 산정한다.

(1) 입원 181일째부터 270일째까지는 정액수가 소정점수에서 요양병원 입원료 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 입원기간을 합산하여 적용한다.(다만, 2020년 12월 31일까지는 동일 요양병원에 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. 정액수가는 제3부 4호 마목 및 바목의 의사 및 간호 인력확보수준에 따른 입원료 차등제를 적용하여 산정한다.

6. 「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 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 환자평가표[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		의료최고도		
	A1100	가. 입원환자군	690.15	13,000
	A1900	나. 외박	143.07	6,390
요 - 2		의료고도		
	A2100	가. 입원환자군	634.48	7,980
	A2900	나. 외박	142.97	4,730
요 - 3		의료중도		
	A3000	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		의료경도		
	A6100	가. 입원환자군	509.01	5,170
	A6900	나. 외박	143.10	3,750
요 - 7		선택입원군		
	A7100	가. 입원환자군	329.07	4,270
	A7900	나. 외박	143.10	3,750

제2장 요양병원 임종실 급여목록·상대가치점수 및 산정지침

[산정지침]

1. 요양병원 임종실로 입원한 경우 상대가치점수(이하 “점수”라 한다)는 입원일당 정액(이하 “임종실정액수가”라 한다)으로 한다. 임종실정액수가는 행위점수에 국민건강보험법 제45조제3항과 같은 법 시행령 제21조제1항에 따른 점수당 단가를 곱한 금액과 약제·치료재료 금액을 합하여 10원 미만은 4사5입한 금액으로 산정한다.

2. 임종실정액수가는 다음 각목의 행위·약제 및 치료재료 등을 포함한다.

   가. 제1편 제1부 Ⅱ. 요양기관 종별 가산율의 금액, 제2부 각 장에서 분류된 분류항목의 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 [별표1] 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) 입원 당일에 발생한 행위·약제 및 치료재료로서 외래진료 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 임종실정액수가를 적용하는 기간 동안 의학적으로 필요한 경우 다음의 분류항목은 별도 산정 할 수 있다.

   가. 제3편 제2부 제1장 제3호 가목에 따른 특정항목은 제1편 제2부 각장에 분류된 항목의 상대가치점수 및 약제·치료재료 급여목록에 의하여 산정하며(별표1

참조), 이 때 분류항목별 산정기준 등은 제1편을 따른다.

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

(1) 요양병원 입원환자 안전관리료 (요-55)

(2) 요양병원 입원급여 적정성 평가 연계 질지원금

(3) 요양병원 감염예방·관리료 (요-57)

다. 연명의료중단등결정은 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수 제4편 제5부에 의하여 산정한다.

4. 임종실정액수가는 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 임종실정액수가 소정점수의 50%를 별도 산정한다.

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

라. 입원과 퇴원이 24시간 이내에 이루어진 경우에는 전체 입원 시간이 6시간 이상인 경우에 한하여 1일의 임종실정액수가를 산정한다.

5. 임종실정액수가는 제3부 제4호 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.

분류 번호	코 드	분 류	행위 점수	약제·치료재료 금액(원)
요 - 30	A0300 (85300)	요양병원 임종실 입원 정액	2,157.81	7,980

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/㎣ 미만 또는 12,000/㎣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_2가 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/㎣ 초과되거나 4,000/㎣ 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 시행규칙 제12조에 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) 정신건강의학과의 "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 정신건강의학과의 "낮병동"에서 매일 또는 반복하여 진료를 받는 경우에는 진찰료를 산정하지 아니한다.

(다) 낮병동 입원료를 산정하는 당일의 본인일부부담금은 입원진료 본인일부부담률에 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 소정점수의 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(산정코드 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 해당점수의 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(환자군, 임종실) 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 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)

(마) 다만, (가) 및 (나)의 규정은 당해 요양기관에 상근하는 의사 1인 이상을 포함하여 의사 수가 2인(소수점은 반올림) 이상인 요양병원에 적용한다.

바. 간호인력확보수준에 따른 입원료 차등제

(1) 요양병원입원료, 낮병동 입원료, 정액수가(환자군, 임종실) 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 3분의2 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 확보수준에 따른 일반 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제'의 (1)의 (나)항, (2)의 (나)항의 등급별 산정방법에 따른다.

[코드는 S등급: AJ5BS, 195BS, A등급: AJ5BA, 195BA, 1등급: AJ5B1, 195B1, 2등급: AJ5B2, 195B2, 3등급: AJ5B3, 195B3, 4등급: AJ5B4, 195B4, 5등급: AJ5B5, 195B5, 6등급: AJ5B6, 195B6, 7등급: AJ5B7, 195B7 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 환자수가 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 평가를 연계한 질지원금 및 환류는 다음 기준에 의한다.

(1) 요양병원 입원급여 적정성 평가 연계 질지원금

(가) 요양병원입원료, 낮병동 입원료, 정액수가(환자군, 임종실) 산정 시 적용한다.

(나) 요양병원 입원급여 적정성 평가 연계 질지원금은 위 '(가)'의 산정횟수와 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 별도보상, '자(1)'의 적정성 평가 연계 질지원금을 적용하지 아니한다.

차. 요양병원 인증조사에 따른 가산 배제

의료법 제58조의4에 따른 인증을 정해진 기간 내 신청하지 아니한 인증조사 미신청기관 및 인증조사 신청 후 정당한 사유 없이 인증비용 미납 등 인증조사에 협조하지 않거나 인증조사결과 전체 조사항목 평균점수가 5점 미만인 요양병원은 통보 시점이 속한 분기의 직후 1분기 동안 위 '마~아'의 규정에도 불구하고 '마' 및 '바'의 입원료 가산과 '아'의 필요인력 확보에 따른 별도보상을 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 병원관리료만을 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.

7. 연명의료중단등결정은 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제4편 제5부에 의하여 산정한다.

분류 번호	코드	분 류	점수
요-51	AB500 (15500)	요양병원 입원료 Inpatient Care 주 : 1세 이상 8세 미만의 소아환자에 대하여는 소정점수의 30%, 1세 미만의 소아환자에 대하여는 소정점수 50%를 가산(산정코드 세 번째 자리에 1세 이상 8세 미만은 4, 1세 미만은 A로 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.	
	AJ5B3	(1) 요양병원 의·치과	1,077.71
	195B3	(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」, 「라」는 퇴원 시 1회 산정하되, 「다」, 「라」를 동시에 실시하는 경우에는 주된 항목의 소정점수만 산정한다.	

분류 번호	코드	분 류	점수
	AW001 (16001)	가. 지역사회 연계 평가료 (관련 상담 활동 포함)	233.27
	AW005 (16005)	나. 퇴원계획 관리료	333.50
	AW002 (16002)	다. 지역사회 연계 관리료 Ⅰ	247.80
	AW003 (16003)	다. 지역사회 연계 관리료 Ⅱ	499.12
요-57		요양병원 감염예방·관리료	
	AH111 (11041)	가. 1등급	27.30
	AH112 (11042)	나. 2등급	16.58
	AH113 (11043)	다. 3등급	9.95

(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 : 미쎄라프리필드주)
   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/㎣ 또는 〈 4,000/㎣ : 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(PaO2 〈 60mmHg 등) : 유 □ 무 □

평가자 □ 의사 ---------- (서명)
□ 간호사

❑ 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 엣센스제에 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/㎣ 또는 〈 4,000/㎣ 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	워터하우스-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

▶ 보건복지부 고시 제2023-187호('24.1.1.시행) 별지 참조

제3편 요양병원 급여 목록 및 상대가치점수
제3부 요양병원 행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침 별표4 외과적 수술코드 참조

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

제2부 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항

❑ 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 환자를 다른 요양기관에 진료의뢰 시 수가산정방법	요양병원에 입원 중인 환자를 진료하는 중에 인력·시설 또는 장비가 갖추어져 있지 아니하여 부득이하게 해당 진료가 가능한 다른 요양기관으로 환자를 의뢰한 경우 수가산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 1. 입원 중인 요양병원에서 입원환자 본인부담률을 적용하여 청구함 2. 상기 1.에도 불구하고 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 대상자를 진료의뢰 한 경우 수가산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 산정대상 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표3], [별표4] 및 [별표4의2]에 따른 산정특례 대상 상병명으로 진료의뢰 한 경우

항 목	제 목	세부인정사항
		나. 산정방법 1) 의뢰받은 요양기관 상기 가.는 의뢰받은 진료에 대하여 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편을 적용하여 청구함 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, 요양병원 입원환자 안전관리료)을 적용하지 않은 일당 정액수가를 산정함 다. 산정특례 대상 진료 의뢰 당일 산정특례 외 타 상병 진료가 이루어진 경우, 타 상병 진료내역은 입원 중인 요양병원에서 상기 1.에 따라 산정하되, 별도 고시로 정하고 있는 항목은 그 기준을 따름 (고시 제2021-257호, '21.10.12. 시행)
	요양병원 입원 중인 환자를 다른 요양기관 으로 진료의뢰 시 발생한 약제 산정기준	「요양병원 환자군 급여목록·상대가치점수 및 산정지침」에 따라 정액수가에 포함되지 않는 경우로서 환자를 진료하는 중에 당해 요양기관에 인력·시설 또는 장비가 갖추어져 있지 아니하거나 기타 부득이한 사유로 해당 진료가 가능한 다른 요양기관으로 적정하게 의뢰한 경우에 발생하는 약제에 대해서는 다음과 같이 산정한다. - 다 음 - 1. 최초 진료 시 1회(14일 처방 이내)에 한하여 별도 산정할 수 있음. 2. 1.에도 불구하고 의·약학적 사유로 인해 약제 변경 등이 필요한 임상적 소견이 확인될 경우에는 이를 고려하여 사례별 인정함. (고시 제2021-257호, '21.10.12. 시행)

❑ 제2부 환자군, 임종실 급여목록·상대가치점수 및 산정지침

항 목	제 목	세부인정사항
요1 의료최고도	의료최고도 급여기준	일상생활수행능력이 11점 이상이면서 다음 중 하나 이상에 해당하는 경우에 산정함 - 다 음 - 가. 인공호흡기 나. 혼수 다. 중심정맥영양 (고시 제2021-43호, '21.5.1. 시행)
요2 의료고도	의료고도 급여기준	다음 중 하나 이상에 해당하는 경우에 산정함 - 다 음 - 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 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

항 목	제 목	세부인정사항
		다. 발열(탈수·구토·체중감소 중 하나 이상을 동반한 경우에 한함)이 최소 3일 이상 있고, 발열 원인을 찾는 검사와 처치를 받고 있는 경우 라. 2도 이상 화상으로 처치를 받고 있는 경우 마. 매일 있는 격렬하거나 참을 수 없는 통증으로 통증관련 치료를 받고 있는 경우 : 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 바. 7일 이상의 지속적 경관영양 : 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 수분양이 501ml 이상인 경우에 해당함 사. 기관절개관 관리를 매일 받고 있는 경우 아. 당뇨환자가 합병증으로 발의 감염이 있어 주기적으로 드레싱을 받고 있는 경우(일상생활수행능력 4~8점인 경우는 제외) 자. 산소포화도(SaO_2 또는 SpO_2)가 90% 이하인 상태에서 산소 투여를 시작하여 7일 이상 산소를 투여 받고 있는 경우 차. 일상생활수행능력이 10점 이하이면서 의료최고도 조건에 해당하는 경우 (고시 제2021-43호, '21.5.1. 시행)
요3 의료중도	일상생활수행능력 향상 활동 인정기준	요양병원 환자군 중 의료중도에서 산정하는 일상생활수행능력 향상 활동은 다음과 같이 실시하고 진료기록부 등에 기록한 경우 1일당 1회 요양급여를 인정함

항 목	제 목	세부인정사항
		- 다 음 - 가. 일상생활수행능력 향상 활동은 환자가 기저귀를 하지 않고 하루 일정시간 보조를 받아 보행이나 탈기저귀 훈련 등의 활동을 시행하는 경우에 산정함 ※ 탈기저귀 훈련 : 기저귀 사용을 줄이고 배뇨조절을 위해 규칙적인 화장실 이용 및 보행을 독려하는 활동을 말함 나. 대상 일상생활 활동 시(화장실 이동, 병실 밖 이동 등) 스스로 보행이 어려워 보조인력의 도움이 필요한 환자 (ADL 9점 이상) ※ ADL 측정항목 : 식사하기, 체위변경하기, 옮겨앉기, 화장실 사용하기 다. 실시인력 및 실시횟수 등 (1) 실시인력 : 의사의 판단·감독하에 당해 기관의 간호인력 및 기타 보조인력 등 1명 이상 (2) 실시횟수 : 1일 4회 이상 (3) 소요시간 : 1회당 최소 15분 이상 (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	의료중도 급여기준	다음 중 하나 이상에 해당하는 경우에 산정함 - 다 음 - 가. 뇌성마비, 척수손상에 의한 마비, 사지마비, 편마비, 파킨슨병, 신경성 희귀난치성질환, 후천성면역결핍증, 다발경화증을 가진 환자가 일상생활수행능력이 11-17점인 경우 : 위 "가"의 '신경성 희귀난치성질환'이란 중증근무력증 및 기타 근신경장애(G70), 근육의 원발성 장애(G71), 헌팅톤병(G10), 유전성 운동실조(G11), 척수성 근위축

항 목	제 목	세부인정사항
		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 나. 2단계 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 다. 당뇨병을 진단받은 환자 중 매일 3회 이상 혈당검사를 시행하고, 매일 2회 이상 인슐린 주사제를 투여 받고 있는 경우 라. 매일 있는 중등도의 통증으로 통증관련 치료를 받고 있거나 암성통증으로 통증관련 치료(마약성 진통제 등)를 받고 있는 경우 : 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 마. 연속 또는 간헐적으로 3일 이상 정맥주사로 치료약제(항생제, 혈압강하제 등)를 투여 받고 있는 경우 바. 하기도 증기흡입치료 사. 수술창상 치료 및 이에 준하는 치료를 받고 있는 경우 아. 3개월 이내 루(위루, 요루, 장루) 수술로 루 관리를 받고 있는 경우이거나, 출혈이나 감염 등의 문제로 지속적인 루 관리를 받고 있는 경우 자. 배뇨장애로 일정하게 짜여진 배뇨계획, 방광훈련 프로그램, 규칙적 도뇨 중 하나 이상의 배뇨훈련을 받고 있으면서 7일 이상 배뇨일지가 작성된 경우

항 목	제 목	세부인정사항
		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 약물치료를 받고 있는 경우 (고시 제2021-43호, '21.5.1. 시행)
요6 의료경도	의료경도 급여기준	다음 중 하나 이상에 해당하는 경우에 산정함 - 다 음 - 가. 치매진단을 받은 환자가 우울·낙담, 불안, 이상 운동증상 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 (고시 제2021-43호, '21.5.1. 시행)
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 (고시 제2021-43호, '21.5.1. 시행)
비고 1. 위 '일상생활수행능력'은 환자평가표[별지 제25호 서식]의 일상생활수행능력(Activities of Daily Living, ADL)에 따라 산정함 2. ADL 점수계산 : 환자평가표의 ADL 측정항목 중 4항목(식사하기, 체위변경하기, 옮겨앉기, 화장실 사용하기)의 점수를 모두 합하여 산정함 (고시 제2021-43호, '21.5.1. 시행)		

항 목	제 목	세부인정사항
환자평가표	A. 일반사항의 입원일*	이번 입원의 최초 입원일을 기재함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	A. 일반사항의 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. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	A. 일반사항의 평가구분	이번 평가가 최초 입원평가인지 계속 입원중인 환자 평가인지를 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 (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	A. 일반사항의 작성일	환자평가표 작성일(관찰기간의 마지막날)을 기재함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	A. 일반사항의 혈압*	관찰기간 동안 측정한 혈압 중 가장 최근 기록을 기재함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	B. 의식상태의 혼수*	진료기록부에 담당의사가 '혼수', '반혼수' 또는 '지속적인 식물인간 상태' 등에 대한 의식상태를 기록한 경우 해당함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	B. 의식상태의 섬망*	진료기록부에 담당의사가 '섬망'에 대한 의식상태를 기록한 경우 해당함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	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 (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	C. 인지기능의 일상생활사에 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 (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	C. 인지기능의 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 (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	C. 인지기능의 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. 망상은 사실이 아닌 것을 사실이라고 믿거나, 남들이 자기를 해치려 하거나 무엇을 훔쳐갔다고 주장하는 것을 의미함.

항 목	제 목	세부인정사항
		b. 환각은 헛것을 보거나 듣는 등 현재에 없는 것을 실제로 보거나 듣거나 경험하는 것을 의미함. c. 초조 또는 공격성은 소리를 지르거나 욕을 하거나, 다른 사람을 때리거나 밀치는 것, 안절부절 못하는 행동 등을 보이는 것을 의미함. d. 우울 또는 낙담은 슬퍼 보이거나 우울해 보이는 것, 환자 스스로 슬프거나 우울하다고 말하는 것을 의미함. e. 불안은 특별한 이유 없이 신경이 매우 예민해 보이거나, 걱정하거나 무서워하는 것을 의미함. f. 들뜬 기분 또는 다행감은 특별한 이유 없이 비정상적으로 기분 좋아하거나 재미있어하는 것을 의미함. g. 무감동 또는 무관심은 주변에 관심과 흥미를 잃거나, 새로운 일을 시작하려는 의욕이 감소하는 것을 의미함. h. 탈억제는 충동적 행동, 사회적으로 부적당한 행동 등을 보이는 것을 의미함. I. 과민 또는 불안정은 평소에 비해 비정상적으로 화를 내거나 성급해졌거나 감정이 급격하게 변하는 것을 의미함. j. 이상 운동증상 또는 반복적 행동은 반복적으로 왔다 갔다 하거나 같은 일을 계속해서 반복하는 것을 의미함. k. 수면 또는 야간행동은 밤에 자지 않고 깨어 있거나 서성거리거나 돌아다녀 다른 사람의 수면을 방해하는 것을 의미함. l. 식욕 또는 식습관의 변화는 식욕, 식습관, 음식의 선호가 바뀌는 것을 의미함. m. 케어에 대한 저항은 복약, 주사, 일상생활수행을 위한 도움, 식사 등에 대해 거부하는 것을 의미함. n. 배회는 납득할만한 목적 없이 돌아다니며, 필요사항이나 안전에는 신경 쓰지 않는 것 같이 보이는 것을 의미함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	C. 인지기능의 K-MMSE(또는 MMSE-K) 검사*	평가표 작성일로부터 6개월 이내의 검사 결과를 의미함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	D. 신체기능의 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. ※ ADL 항목별 정의 및 측정 시 유의사항 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.

항 목	제 목	세부인정사항
		3. 양치질하기는 칫솔에 치약 바르기, 칫솔질하기, 헹굼용물 준비하기, 가글하기 등의 행위(틀니를 빼고, 씻고, 헹구는 등의 행위도 포함)를 의미함. 4. 목욕하기는 목욕이나 샤워를 할 때 비누칠하기, 헹구기 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 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. 체위변경하기는 제대로 돌아눕기, 엎드리기, 옆으로 눕기 등의 행위를 의미함. 7. 일어나 앉기는 누운 상태에서 상반신을 일으켜 앉는 행위를 의미함. 8. 옮겨앉기는 「침상에서 휠체어로」, 「의자에서 휠체어로」, 「휠체어에서 침상으로」, 「휠체어에서 의자로」 이동하는 행위를 의미함.

항 목	제 목	세부인정사항
		9. 방밖으로 나오기는 환자가 자신의 방에서 복도 등으로 이동하는 행위를 말하며, 휠체어를 사용하는 경우는 일단 휠체어를 탄 상태에서 이동하는 능력을 평가함. 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. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	D. 신체기능의 와상 상태 여부	일주일에 적어도 4일 이상 하루 22시간 이상을 자리에 누워 있는 상태를 말함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	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. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	E. 배설기능의 대변 조절 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

항 목	제 목	세부인정사항
		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 (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	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 (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	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, 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.

항 목	제 목	세부인정사항
		d. 외부(콘돔형) 카테터 남성환자에게 유치도뇨관 삽입 없이 배뇨를 하기 위한 도구를 말함. f. 인공루 요루(urostomy), 장루(colostomy) 등을 말함. g. 유치도뇨관 삽입 1. 전월 환자평가표 작성일 다음날부터 당월 환자평가표 작성일 사이 유치도뇨관 삽입이 1일 이상 발생한 경우를 말함. ※ 전월에 환자평가표가 없는 경우, 전월의 가장 빠른 요양개시일부터 작성 2. g-1~g-10 이외에 유치도뇨관 삽입기간이 있는 경우, g-1~g-10을 제외한 유치도뇨관 삽입기간을 모두 합산하여 g-11에 작성함. (고시 제2024-45호, '24.7.1. 시행)
	E. 배설기능의 배뇨 일지 작성 여부*	작성일을 기준으로 7일 이상 지속적으로 작성한 경우 "예"로 기재함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	F. 질병진단의 일반 사항	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]. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	F. 질병진단의 질병*	c. 요로감염은 지난 30일 이내에 요로감염으로 인해 연속해서 1주일이상 비경구 항생제가 투여된 경우에 해당함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	G. 건강상태의 문제 상황*	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 1500㎖ 미만인 경우 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 ③ 구토, 열, 설사 등으로 섭취한 수분량 보다 수분 소실량이 많은 경우 c. 구토는 약물독성, 독감, 심인성 문제 등 원인에 상관없는 구토를 말함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	G. 건강상태의 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. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	G. 건강상태의 낙상 여부*	작성일을 기준으로 지난 30일 이내 또는 31일에서 180일 사이의 낙상존재여부를 말함. (고시 제2019-125호, '19.1.11. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	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. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	H. 구강 및 영양상태의 연하장애	정맥 또는 경관영양 등을 하고 있어 입으로 물이나 음식을 삼키지 않는 경우에는 연하곤란 증상이 없는 것으로 평가함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	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〉 [지난달 체중(㎏) - 이번달 체중(㎏)]/[지난달 체중(㎏)] ≥ 0.05 계산식2〉 [6개월전 체중(㎏) - 이번달 체중(㎏)]/[6개월전 체중(㎏)] ≥ 0.1 ※ 체중감소율은 소수 셋째자리에서 절사 (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	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 하는 것을 말하며 경구를 통한 수분 또는 영양섭취가 곤란한 상태에서 지난 7일 이상 지속적으로 경관영양을 한 경우에 해당함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	H. 구강 및 영양상태의 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) $\frac{\text{지난 6일 동안 정맥·경관영양으로 섭취한 열량}}{\text{지난 6일 동안의 총 섭취 열량}} \times 100$ b. 수분 섭취량 지난 6일 동안 정맥 또는 경관을 통해 섭취한 1일 평균 수분량 지난 6일 동안 정맥·경관영양으로 섭취한 수분의 총량 / 6 (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	I. 피부상태의 피부 궤양*	의사가 진단한 기록에 근거하여 기재함. 피부궤양(skin ulcer)의 종류에는 욕창(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. 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

항 목	제 목	세부인정사항
		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 (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	I. 피부상태의 새로 발생한 욕창*	이전 평가 이후 새로 발생한 욕창(압박성 궤양) 존재 여부를 의미함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	I. 피부상태의 지난 1년 간 욕창 과거력*	욕창(압박성 궤양)이 지난 1년 이내에 발생했다가 치유된 적이 있는지를 확인함. 현재의 압박성 궤양, 울혈성 궤양 등의 과거력은 제외함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	I. 피부상태의 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 상처를 의미함. d. 발의 감염은 봉소염, 화농성 배출물이 있는 경우에 해당함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	I. 피부상태의 피부 문제에 대한 처치*	a. 압력을 줄여주는 도구에는 젤, 공기 또는 다른 쿠션을 포함한 의자나 휠체어, 공기방석, 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(30㎉/㎏ 이상)이나 고단백 치료(1.25g/㎏ 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. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	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. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	K. 특수처치 및 전문 재활 치료의 배뇨 관련 루 관리*	방광루, 요루 등의 관리를 말함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	K. 특수처치 및 전문 재활 치료의 배변 관련 루 관리*	장루 등의 관리를 말함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	K. 특수처치 및 전문 재활 치료의 영양 관련 루 관리*	위루 등의 관리를 말함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	K. 특수처치 및 전문재활 치료의 산소요법*	마스크, 캐뉼라 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 투여 일수의 합이 7일 이상이어야 함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	K. 특수처치 및 전문재활 치료의 하기도 증기흡입치료*	자4-1 하기도 증기흡입치료의 급여기준에 적합하게 시행한 경우를 말함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	K. 특수처치 및 전문재활 치료의 흡인*	흡인(suction)으로 상기도 및 기관지내의 분비물을 배출시키는 경우에 한함. 구강내 및 비강내 흡인만 하는 경우는 제외함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	K. 특수처치 및 전문재활 치료의 기관절개관 관리*	기관절개관 교환 및 기관절개구와 캐뉼라의 세정 등을 시행한 경우 해당함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	K. 특수처치 및 전문재활 치료의 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. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)

항 목	제 목	세부인정사항
	K. 특수처치 및 전문 재활 치료의 중심 정맥영양*	중심정맥관을 통하여 영양물질을 공급한 경우에 해당함. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
	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. (고시 제2019-125호, '19.11.1. 시행)
요30 요양병원 임종실 입원 정액	임종실에 대한 현황 신고	국민건강보험법 시행규칙 제12조(요양기관의 현황신고 등)의 규정에 따라 별지 제14호 서식(요양기관 현황신고서) 및 제17호 서식(요양기관 현황 변경신고서)의 임종실을 설치·신고하여야 함 (고시 제2024-159호, '24.8.1. 시행)
	요양병원 임종실 입원 정액 급여기준	의료법 시행규칙 제34조 [별표4] 제1의2호 가목을 준수한 요양병원 임종실에서 임종한 경우(병상이 300개 미만 요양병원 포함) 다음과 같이 요양급여함 - 다 음 - 가. 급여대상 담당의사와 전문의 1인의 의학적 판단에 따라 임종이 임박하여 임종실에 입실하여 사망한 환자로서 [별지 제35호 서식]에 따른 임종실 입실 판단서를 작성·보관한 경우 나. 산정횟수 입원환자 1일당 1회, 최대 4일 이내 산정가능함. 4일을 초과한 기간은 제3편 요양병원 급여 목록 및 상대가치점수 제2부 제1장 환자군 정액수가 및 제3부에 따른 입원료 산정 (고시 제2024-159호, '24.8.1. 시행)

❑ 제3부 행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침

항 목	제 목	세부인정사항
요51 요양병원 입원료	간호인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등적용 관련 기준	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. - 다 음 - 가. 환자 산정기준 간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등제의 기준이 되는 환자수는 건강보험심사평가원에 제출한 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서상의 입원 환자수로 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3편 제3부[산정지침] 4.바(3)을 말함. 나. 간호인력 산정기준 1) 간호인력은 입원환자 간호업무를 전담하는 간호사와 이에 대한 간호업무를 보조하는 간호조무사를 의미함. 2) (입원)병동에 근무하지만 입원환자 간호를 전담하지 않는 간호인력(간호감독, 전임노조, 가정간호사, 호스피스 간호사 등), 일반병상과 특수병상을 순환 또는 파견(PRN 포함) 근무하는 간호인력, 특수병상 중 중환자실, 격리실, 인공신장실, 물리치료실에서 근무하는 간호인력, 외래 근무자는 산정대상에서 제외하며, 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(근로조건의 서면명시)를 준수하고, 계약직의 경우에는 3개월 이상 고용계약을 체결한 경우에 산정함.

항 목	제 목	세부인정사항
		4) 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 의무고용 비율은 100분의 80으로 함. 5) 전일제 근무 간호인력으로 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간 이상인 근무자는 1인으로 산정함. 다만, 계약직 간호조무사는 전일제인 경우에만 3인을 2인으로 산정함. 6) 출산휴가자를 대체하는 간호사는 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 월평균 40시간 이상인 근무자의 경우 1인으로 산정함. 다. 간호인력 확보수준에 따른 등급산정 및 신청방법 1) 환자수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 환자수 평균으로, 간호인력수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직일수 평균으로 산정하되, 평균 환자수와 평균 간호인력수는 각각 소수점 셋째자리에서 반올림하여 계산함. 2) 요양기관은 [별지 제6호 서식]에 의한 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서를 건강보험심사평가원에 매분기말 16일부터 20일까지 제출하여야 하며, 미제출

항 목	제 목	세부인정사항
		기관은 6등급으로 산정함. 다만, 제출기간을 도과하더라도 적용분기 전일까지 부득이한 사유를 소명하여 제출하는 경우에 한하여 확인된 간호등급을 적용하며, 통보서 내용 중 간호인력 현황에 변경사항 발생 시는 즉시 제출하여야 함. (고시 제2019-183호, '20.1.1. 시행)
	의사인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등적용 관련 기준	적정수준의 의사인력을 확보하지 못한 요양병원에서 입원환자에 대한 의료서비스의 질이 저하되는 현상을 방지하기 위하여 시행하는 [의사인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등제] 관련 기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 환자 산정기준 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. 나. 의사인력 산정기준 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 주20시간 이상인 경우 0.5인으로 인정하며, 기간제 의사는 근무시간 등 근무조건이 정규직 근무자와 동일하면서 3개월 이상 고용계약을 체결한 경우는 1인으로 인정함. 다. 의사인력 확보수준에 따른 등급산정 및 신청방법 1) 환자수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 환자수 평균으로, 의사수는 전전

항 목	제 목	세부인정사항
		분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직일수 평균으로 산정하되, 평균 환자수와 평균 의사수는 각각 소수점 셋째자리에서 반올림하여 계산함. 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. (고시 제2019-302호, '20.7.1. 시행)
	필요인력 확보에 따른 별도 보상제 관련 기준	요양병원의 입원환자에게 질 높은 의료서비스를 제공토록 하기 위해 시행하는 [필요인력 확보에 따른 별도 보상제] 관련 기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 환자 산정기준 건강보험심사평가원에 제출한 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서상의 입원환자수를 말함. 나. 약사 산정기준 환자수가 200명 이상인 경우 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서상의 상근자를 의미하며, 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우에는 동 기간 동안 산정대상에서 제외함. 다. 의무기록사, 방사선사, 임상병리사, 물리치료사, 사회복지사 산정기준 건강보험심사평가원에 제출한 요양병원 입원료 차등제

항 목	제 목	세부인정사항
		산정현황 통보서상의 상근자를 의미하며, 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우에는 동 기간 동안 산정 대상에서 제외함. 라. 필요인력 산정 및 신청방법 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. 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. (고시 제2019-302호, '20.7.1. 시행)
요54 격리실 입원료	요양병원 격리실 입원료 급여기준	요양병원 격리실 입원료는 전파경로별 격리지침을 준수하여야 하며 의료법 시행규칙 제34조 [별표 4] 제1호 사목을 준수한 경우(병상이 300개 미만 요양병원 포함) 다음과 같이 요양급여함 - 다 음 - 가. 급여대상 의료법 시행규칙 제36조제2항에 의한 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제41조제1항에 따라

항 목	제 목	세부인정사항
		제1급감염병 및 질병관리청장이 고시한 감염병에 걸린 같은 법 제2조제13호부터 제15호까지에 따른 감염병환자, 감염병의사환자 또는 병원체보유자(이하 "감염병환자등"이라 한다) 및 같은 법 제42조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 감염병환자등이 아닌 경우 나. 인정기준 상기 가.의 경우 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 Ⅰ. 행위 제1장 기본진료료 가10 격리실 입원료에 의함 (고시 제2021-135호, '21.5.4. 시행)
요55 요양병원 입원 환자 안전관리료	요양병원 입원환자 안전관리료 산정기준	요양병원 입원환자 안전관리료는 다음의 요건을 모두 충족하는 경우 요양급여하며, 입원환자 입원 1일당 1회 산정함. - 다 음 - 가. 대상기관 「환자안전법」 제11조·제12조를 준수하고 「의료법」 제58조·제58조의3에 따라 '인증' 또는 '조건부인증' 등급을 받은 200병상 이상 요양 병원 나. 산정기준 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.

항 목	제 목	세부인정사항
		3) 「환자안전법」 제9조 및 같은 법 시행령 제6조에 따른 환자안전기준 준수를 위해 아래의 가), 나)를 포함한 체계적인 활동을 시행하여야 함. 가) 입원환자 병문안 관리 규정을 자체적으로 수립하고 이를 시행하여야 함. 나) 입원기간 동안 낙상, 욕창 예방 및 관리 등을 시행하여야 함. 4) 인력기준 및 병문안 관리기준은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 Ⅰ. 행위 제1장 기본진료료 가29 입원환자 안전관리료의 기준을 동일하게 적용함. 5) 6인 이하 병실에 입원한 경우에만 산정함. (고시 제2021-135호, '21.5.4. 시행)
요56 요양병원 지역사회 연계료	요양병원 지역사회 연계료 산정기준	요양병원 입원환자의 퇴원 후 원활한 지역사회 복귀를 지원하기 위한 요56 요양병원 지역사회 연계료의 산정기준을 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 적용대상 입원일로부터 60일 경과 후 퇴원이 예정되어 있고 지역연계가 필요한 환자 나. 산정방법 1) 요56가 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.

항 목	제 목	세부인정사항
		2) 요56나 퇴원계획 관리료는 환자지원팀이 환자(또는 보호자)를 대상으로 [별지 제18호 서식]에 따라 퇴원지원 표준계획을 수립·작성한 경우 퇴원 시 1회 산정함. 이때 수립된 퇴원계획은 환자(또는 보호자)에게 설명 및 교육해야 함. 3) 요56다, 라 지역사회 연계 관리료 Ⅰ, Ⅱ는 환자지원팀이 환자(또는 보호자)를 대상으로 퇴원지원 표준계획에 따른 지역사회 자원 연계가 이루어진 경우 산정함. 환자지원팀이 환자(또는 보호자)와 함께 지역 행정 기관 등을 방문하여 연계가 이루어진 경우 요56라 지역사회 연계 관리료 Ⅱ를 산정하고, 이 외에는 요56다 지역사회 연계 관리료 Ⅰ을 산정하며 종류 및 횟수를 불문하고 퇴원 시 1회만 산정함. 다. 기타 1) 환자지원팀은 요양병원 환자지원 심층평가표[별지 제17호 서식], 요양병원 퇴원지원 표준계획서 [별지 제18호 서식] 및 연계내역(연계기관, 연계서비스 등)을 요양기관정보마당으로 제출하여야 하며 관련 사항을 진료기록부에 기록·보관하여야 함. 2) 환자지원팀(상근하는 의사, 간호사, 사회복지사) 중 1인 이상은 요양병원 퇴원환자지원 기본교육을 매년 이수하여야 함. 3) 퇴원 후 90일 이내 재입원하는 경우에는 입원기간에 이전 요양병원 입원기간을 합산하여 적용함. (고시 제2023-230호, '24.1.1. 시행)
요57 요양병원 감염예방· 관리료	요양병원 감염예방· 관리료 산정기준	요양병원 감염예방·관리료는 요양병원 입원료 차등제를 신고하고, 의료관련 감염 등 효율적인 감염예방 및 관리 프로그램 운영을 위하여 아래와 같은 인력 등 조건을

항 목	제 목	세부인정사항
		모두 갖춘 요양병원에서 감염예방·관리 활동을 실시하는 경우에 요양급여를 인정하며, 입원환자 입원 1일당 1회 산정함. - 아 래 - 가. 감염관리실을 설치하여야 하고, 다음의 등급별 인력 수 기준을 모두 충족한 경우 다음 분기에 해당 등급의 수가를 산정함. 1) 1등급 가) 감염관리 전담간호사는 분기별 평균 병상수 대비 150:1 이하 나) 가)를 충족하는 감염관리 전담간호사 중 1명 이상은 아래 조건 중 하나를 충족할 것 (1) 감염관리 자격증 보유 (2) 감염관리실 근무경력 1년 이상 다) 감염관리의사는 분기별 평균 병상수 대비 300:1 이하 2) 2등급 가) 감염관리 전담간호사는 분기별 평균 병상수 대비 300:1 이하 나) 가)를 충족하는 감염관리 전담간호사 중 1명 이상은 아래 조건 중 하나를 충족할 것 (1) 감염관리 자격증 보유 (2) 감염관리실 근무경력 1년 이상 다) 감염관리의사는 분기별 평균 병상수 대비 300:1 이하 3) 3등급 가) 감염관리 간호사 1명 이상을 배치하되 감염관리 간호사 중 1명 이상은 감염관리실 근무경력 1년

항 목	제 목	세부인정사항
		이상인 자로 함. 나) 감염관리의사는 분기별 평균 병상수 대비 300:1 이하 나. 요양급여는 다음의 조건을 충족하는 경우 요양병원 감염예방·관리료를 산정할 수 있음. 1) 「의료법」 제58조에 따라 의료기관평가인증원이 실시하는 요양병원 의료기관 인증결과 '인증' 또는 '조건부인증'에 해당하여야 함. 2) 질병관리청에서 운영하는 '전국의료관련 감염감시체계(KOrean National healthcare-associated Infections Surveillance System, KONIS)'에 참여하여야 함.(단 1등급, 2등급에 한하여 적용하며, 1등급의 경우 '24년 7월부터 적용, 2등급의 경우 '26년 1월부터 적용한다.) 다. 요양병원 감염예방·관리료를 산정하는 기간 동안 다음과 같은 감염예방·관리 활동을 시행하여야 함. 1) 감염관리실은 감염관리위원회 운영을 하여야 하며, 위원회의 업무, 구성 및 운영은 「의료법 시행규칙」 제43조제2항, 제44조 및 제45조를 따름. 2) 전직원 대상의 감염관리 교육을 연 1회 이상 실시하고 교육내용, 교육시간, 참석자를 포함하여 기록하여야 함. 3) 감염관리 지침(감염관리실 활동, 감염대책, 연간계획 수립·시행·평가, 실적분석·평가 및 경영진 보고·관련 직원 공유 지침, 부서별 감염관리, 환경관리, 세척·소독 및 멸균과정의 감염관리 등)을 마련하고, 요양기관의 감염관리 현황파악 및 개선활동을 위해 주 1회 정기적으로 순회를 실시하고 기록하여야 함.

항 목	제 목	세부인정사항
		4) 환자치료영역의 환경관리 및 청소와 소독을 수행하고, 환자치료영역의 물과 요양병원 내 음용수를 적절하게 관리·기록하여야 함. (고시 제2024-78호, '24.5.1. 시행)
	요양병원 감염예방· 관리료 인력기준	요양병원 감염예방관리료의 등급은 직전분기 평균 병상수 대비 직전분기 평균 감염관리 전담간호사 및 감염관리 간호사수에 따라 구분하며, 등급을 적용하기 위한 병상 및 인력기준은 아래와 같이 함. - 아 래 - 가. 병상 기준 1) 건강보험심사평가원에 신고한 병상 중 「국민건강보험법 시행규칙」 별지 제14호 서식의 입원병실에 해당하는 병상을 말함. 다만, 신고한 병상보다 더 많은 병상을 운영하는 경우에는 운영병상으로 함. 2) 병상수는 전분기 매월 15일자 병상수의 3개월 평균값으로 계산(소수점 3자리에서 반올림) 나. 인력 기준 1) 감염관리 전담간호사는 요양기관에 소속된 전일제 간호사로서 월 평균 주 40시간 이상 감염관리실 업무를 전담하여 근무하는 간호사를 의미함. 2) 감염관리 간호사는 요양기관에 소속된 전일제 간호사로서 외래 업무 등과 병행할 수 있으나 월 평균 주 20시간 이상 감염관리실 업무를 수행하는 간호사를 의미함. 다만, (입원)병동에 근무하며 입원환자 간호업무는 병행할 수 없음. 3) 감염관리 전담간호사 및 감염관리 간호사는「기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률」제17조(근로

항 목	제 목	세부인정사항
		조건의 서면명시)를 준수하고, 4대 사회보험에 가입 및 1년 이상 고용계약을 체결한 경우 산정 가능함. 다만 출산휴가자 및 육아휴직자, 질병휴직(휴가)자 등의 대체 간호사의 경우 계약기간에 관계없이 산정 가능함. 4) 감염관리 자격증은 감염관리 전문간호사 자격증(보건복지부 주관) 또는 감염관리 실무전문가 자격증(대한감염관리간호사회 주관)을 의미함. 5) 감염관리의사는 요양기관에 소속된 상근 전문의로서 「의료법 시행규칙」 별표 8의3에 따른 교육을 매년 16시간 이수하면서, 아래의 조건을 모두 충족하여 감염관리 업무에 전문성을 가지고 요양기관의 감염관리 및 감염관리실 업무를 수행하는 사람을 의미함. 가) 감염관리실 근무경력 1년 이상(단, 최근 5년 이내의 경력만 인정) 나) 감염관리에 대한 24시간 이상(「의료법 시행규칙」 별표 8의3에 따른 교육시간 포함)의 교육 이수(단, 최근 3년 이내의 교육만 인정) 6) 감염관리 전담간호사 및 감염관리 간호사, 감염관리의사 수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 감염관리 전담간호사 및 감염관리 간호사, 감염관리의사 수별 재직일수의 합을 해당기간 일수로 나누어서 계산(소수점 3자리에서 반올림) 7) 감염관리 전담간호사 및 감염관리 간호사, 감염관리의사 수는 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간은 인력산정에서 제외하나, 대체 인력이 있을 경우는 산정 가능함.

항 목	제 목	세부인정사항
		다. 인력 및 등급신청 요양병원 감염예방·관리료를 산정하고자 하는 요양기관은 별지 제34호 서식에 의한 요양병원 감염예방·관리료 산정현황을 건강보험심사평가원에 매 분기말 16일부터 20일까지 제출하여야 함. 기한 내 미제출한 기관은 요양병원 감염예방·관리료를 산정할 수 없음. 다만, 기한내 제출하지 못한 부득이한 사유가 확인되는 경우에는 확인된 현황을 적용함. 통보서 내용 중 간호사 및 의사현황에 변경사항 발생시에는 즉시 제출하여야 함. (고시 제2024-160호, '24.8.1. 시행)

[별지 제6호 서식]

(앞면)

요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서

요양기관명		요양기관 기호			
소재지		작성자 성명		전화번호	
적용구분	년 분기 적용				

간호인력			의사인력			필요인력		
	① 등급	등급		⑧ 등급	등급		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)				
		건강보험	의료급여	자보	산재	기타	건강보험	의료급여	자보	산재	기타	건강보험	의료급여	자보	산재	기타
㉑ 입원환자수 (환자별 재원일수의 합)																
㉒ 낮병동 입원환자수																
㉓ 적용입원환자수 (3개월 평균)	명															

【간호인력 현황】

연번	※㉔ 인력구분	※㉕ 직종구분	※㉖ 근무형태	※㉗ 직책구분	성명	주민등록번호	면허(자격)번호	취득일자	입사일자	퇴사일자	병동			휴가			적용구분	㉚출산대체				㉛ 재직일수
											※㉘ 병동구분 병동코드	최초 근무일자	최종 근무일자	※㉙ 구분	시작일자	종료일자		출산휴가자		대체기간		
																		※ 성명	※ 주민번호	※ 적용일자 (from)	※ 적용일자 (to)	

【의사인력 현황】

연번	※㉜ 근무형태	성명	주민등록번호	※㉝ 면허종별	면허번호	면허취득일자	※㉞ 자격종별	자격번호	자격취득일자	입사일자	퇴사일자	휴가			㉛ 재직일수
												※㉙ 구분	시작일자	종료일자	

【약사인력 현황】

연번	※㉜ 근무 형태	성명	주민등록번호	면허 번호	면허 취득 일자	입사 일자	퇴사 일자	휴가 ※㉙ 구분	휴가 시작 일자	휴가 종료 일자	㉛ 재직 일수

【의무기록사인력 현황】

연번	※㉜ 근무 형태	성명	주민등록번호	면허 번호	면허 취득 일자	입사 일자	퇴사 일자	휴가 ※㉙ 구분	휴가 시작 일자	휴가 종료 일자	㉛ 재직 일수

【방사선사인력 현황】

연번	※㉜ 근무 형태	성명	주민등록번호	면허 번호	면허 취득 일자	입사 일자	퇴사 일자	휴가 ※㉙ 구분	휴가 시작 일자	휴가 종료 일자	㉛ 재직 일수

【임상병리사인력 현황】

연번	※㉜ 근무 형태	성명	주민등록번호	면허 번호	면허 취득 일자	입사 일자	퇴사 일자	휴가 ※㉙ 구분	휴가 시작 일자	휴가 종료 일자	㉛ 재직 일수

【물리치료사인력 현황】

연번	※㉜ 근무 형태	성명	주민등록번호	면허 번호	면허 취득 일자	입사 일자	퇴사 일자	휴가 ※㉙ 구분	휴가 시작 일자	휴가 종료 일자	㉛ 재직 일수

【사회복지사인력 현황】

연번	※㉜ 근무 형태	성명	주민등록번호	자격 번호	자격 취득 일자	입사 일자	퇴사 일자	휴가 ※㉙ 구분	휴가 시작 일자	휴가 종료 일자	㉛ 재직 일수

요양병원입원료 차등제 산정현황 통보서를 제출합니다.

년 월 일

개설자(대표자) (서명 또는 인)

작성자 성명 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

주1) 세부 작성요령은 뒷면을 참조하여 작성하시기 바라며, **'※'란은 반드시 기재**하여야 합니다.

(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 월14일까지 간호사, 간호조무사의 재직일수의 합/해당분기 일수 (소수점 3자리에서 반올림)

❍ 계약직 및 단시간 근무 간호인력은 「기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률」 제17조(근로조건의 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, 심장혈관흉부외과, 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 동기간은 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.심장혈관흉부외과, 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 기재**하여야 합니다.

(뒷면)

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)

[별지 제17호 서식] (앞면)

요양병원 환자지원 심층평가표

A. 일반적 사항

1. 환자성명 :
2. 입원일 : 3. 작성일 :
4. 읽고 쓰기가 가능합니까? □ 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 받기위해 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 되는대로 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 되는대로 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. 거옥형태 ☐ 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?	☐ 1. 아니오	☐ 2. 예
2. 퇴원 후 생계유지에 어려움이 있습니까?	☐ 1. 아니오	☐ 2. 예
3. 퇴원 후 치료유지에 어려움이 있습니까?	☐ 1. 아니오	☐ 2. 예
■ 심리사회적 문제		
4. 질병, 장애에 대한 이해가 부족합니까?	☐ 1. 아니오	☐ 2. 예
5. 질병, 장애에 대한 수용이 어렵습니까?	☐ 1. 아니오	☐ 2. 예
6. 사회복귀에 어려움이 있습니까?	☐ 1. 아니오	☐ 2. 예
7. 사회적 지지체계가 부족합니까?	☐ 1. 아니오	☐ 2. 예
8. 가족기능에 문제가 있습니까?	☐ 1. 아니오	☐ 2. 예
■ 퇴원계획 문제		
9. 퇴원 후 거주지 문제가 있습니까?	☐ 1. 아니오	☐ 2. 예
10. 퇴원 필요성에 대한 인식이 부족합니까?	☐ 1. 아니오	☐ 2. 예
11. 퇴원 후 환자 돌봄에 문제가 있습니까?	☐ 1. 아니오	☐ 2. 예
12. 퇴원 후 주거환경에 문제가 있습니까?	☐ 1. 아니오	☐ 2. 예
13. 퇴원 또는 외래 치료 시 이동수단의 문제가 있습니까?	☐ 1. 아니오	☐ 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	☐ 1. 문제없음 ☐ 2. 심하지 않음 ☐ 3. 중간 정도 ☐ 4. 심함	☐ 1. 해당 없음 ☐ 2. 단순연계 ☐ 3. 서비스연계 ☐ 4. 집중사례관리
경제적문제	☐ 1. 문제없음 ☐ 2. 심하지 않음 ☐ 3. 중간 정도 ☐ 4. 심함	☐ 1. 해당 없음 ☐ 2. 단순연계 ☐ 3. 서비스연계 ☐ 4. 집중사례관리
퇴원계획문제	☐ 1. 문제없음 ☐ 2. 심하지 않음 ☐ 3. 중간 정도 ☐ 4. 심함	☐ 1. 해당 없음 ☐ 2. 단순연계 ☐ 3. 서비스연계 ☐ 4. 집중사례관리
지역사회자원연계문제	☐ 1. 문제없음 ☐ 2. 심하지 않음 ☐ 3. 중간 정도 ☐ 4. 심함	☐ 1. 해당 없음 ☐ 2. 단순연계 ☐ 3. 서비스연계 ☐ 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 지지체계)를 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 수용정도 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]

■ 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 [별지 제18호서식]

요양병원 퇴원지원 표준계획서

기본 사항	성명		성별:	생년월일:	년 월 일 (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 발생안함			
	- 형태	☐ 일반식 ☐ 잘게 썰어줌 ☐ 죽 또는 미음 ☐ 경관영양			
	- 삼킴 장애	☐ 없음 ☐ 있음 [☐ 간헐적 ☐ 항상] ☐ 확인불가			
	체위 변경하기	☐ 완전자립 ☐ 감독필요 ☐ 약간의 도움 ☐ 상당한 도움 ☐ 전적인 도움 ☐ 행위 발생안함			
	옮겨 앉기	☐ 완전자립 ☐ 감독필요 ☐ 약간의 도움 ☐ 상당한 도움 ☐ 전적인 도움 ☐ 행위 발생안함			
	- 보행능력	☐ 완전자립 ☐ 감독필요 ☐ 1명 도움필요 ☐ 2명 도움필요 ☐ 걷지 못함			
	- 이동방법(실내)	☐ 도보 ☐ 지팡이 ☐ 보행기 ☐ 휠체어 ☐ 기타 ( )			
	화장실 사용하기	☐ 완전자립 ☐ 감독필요 ☐ 약간의 도움 ☐ 상당한 도움 ☐ 전적인 도움 ☐ 행위 발생안함			
	- 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 ☐ 배회			
사회 환경 상황	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 ( )] ☐ 기타 ( ) ☐ 해당없음			
	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 재신청			
	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			
지역 사회 자원 연계 계획	일자리	☐ 해당 없음 ☐ 직업상담 및 알선 ☐ 직업능력개발 및 직업교육 ☐ 창업지원 ☐ 자활 및 일자리사업 ☐ 직업유지 및 자립지원 ☐ 구직관련 비용지원			
	주거	☐ 해당 없음 ☐ 주거환경개선 ☐ 거처마련 및 이주지원 ☐ 주거관련 비용지원			
	일상생활	☐ 해당 없음 ☐ 가사지원 ☐ 식사(식품)지원 ☐ 활동(이동)지원 ☐ 위생(이미용)지원 ☐ 생활용품 지원 ☐ 일상생활관련 비용지원 ☐ 복합지원			
	신체건강 및 보건의료	☐ 해당 없음 ☐ 검진, 진단 및 치료 ☐ 재활치료 ☐ 질병예방 및 건강관리 ☐ 의약품, 의약외품 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(케어안내창구) ☐ 보건소 ☐ 사회복지기관(복지관 등) ☐ 중독관리센터 ☐ 치매 안심센터 ☐ 건강보험공단(건강관리사업, 노인장기요양운영센터 등) ☐ 정신건강증진센터 ☐ 건강생활지원센터 ☐ 사회복지시설(요양시설 등) ☐ 기타 ( )			
종합평가의견					

환자지원팀 : 의사( ), 간호사( ), 사회복지사( ), 기타1( ), 기타2( ), 기타3( )
작 성 일 : 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. 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. 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. 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 어려운적이 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

B. 의식상태

1. 혼수*
□ 0. 아니오 □ 1. 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

g-1-1. 삽입일자 □□□□년 □□월 □□일 g-1-2. 제거일자 □□□□년 □□월 □□일

g-2-1. 삽입일자 □□□□년 □□월 □□일 g-2-2. 제거일자 □□□□년 □□월 □□일

g-3-1. 삽입일자 □□□□년 □□월 □□일 g-3-2. 제거일자 □□□□년 □□월 □□일

g-4-1. 삽입일자 □□□□년 □□월 □□일 g-4-2. 제거일자 □□□□년 □□월 □□일

g-5-1. 삽입일자 □□□□년 □□월 □□일 g-5-2. 제거일자 □□□□년 □□월 □□일

g-6-1. 삽입일자 □□□□년 □□월 □□일 g-6-2. 제거일자 □□□□년 □□월 □□일

g-7-1. 삽입일자 □□□□년 □□월 □□일 g-7-2. 제거일자 □□□□년 □□월 □□일

g-8-1. 삽입일자 □□□□년 □□월 □□일 g-8-2. 제거일자 □□□□년 □□월 □□일

g-9-1. 삽입일자 □□□□년 □□월 □□일 g-9-2. 제거일자 □□□□년 □□월 □□일

g-10-1.삽입일자 □□□□년 □□월 □□일 g-10-2.제거일자 □□□□년 □□월 □□일

g-11. 삽입기간(g-1~g-10을 제외한 삽입기간) □□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-올스제위스키](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. 콰시오르코르(E40) ☐ b. 영양성 소모증(E41) ☐ c. 소모성 콰시오르코르(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. 측정한 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. 측정한 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. 1-500㎖ □ 2. 501-1000㎖ □ 3. 1001-1500㎖ □ 4. 1501-2000㎖ □ 5. 2001㎖ 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(SaO_2 또는 SpO_2) ☐☐☐.☐%
(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

작성	의사	(서명)
	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 정액수가를 적용하는 경우 제출한다.
2. 정액수가는 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.

[별지 제34호 서식]

요양병원 감염예방 · 관리료 산정 및 인력현황 [신규 · 변경]통보서

1.신규
2.변경
3.분기

※ 2-3쪽 서식 작성요령을 참조하여 작성하시기 바랍니다.

(3쪽 중 1쪽)

요양기관명		요양기관 기호	
적용 구분	년 분기적용	소재지	
작성자 성명		전화번호	

[요양병원 감염예방 · 관리료 산정현황]

① 병상수(3개월 평균)	개	⑤ 신고등급	등급
② 전담간호사수(3개월 평균)	명	⑥ 의사수(3개월 평균)	명
③ 간호사수(3개월 평균)	명	⑦ 병상수 대 전담간호사수 비(②/①)	
④ 자격 및 경력 간호사수(3개월 평균)	명	⑧ 병상수 대 의사수 비(⑥/①)	

[병상 현황]

구분	병동별	년 월 (15일자기준)		년 월 (15일자기준)		년 월 (15일자기준)	
		허가병상수	운영병상수	허가병상수	운영병상수	허가병상수	운영병상수
일반	001병동						
	002병동						
	…						
	등						
특수	격리병실						
	중환자실						
	임종실						
계							

[⑬ 감염관리 전담간호사 및 감염관리 간호사 현황]

※⑭ 구분	연번	※⑮ 근무형태	※⑯ 정책구분	성명	주민등록번호	면허번호	취득일자	입사일자	※⑰ 세부자격증	세부자격증 취득일자	최종근무일자	※⑱ 전담구분	⑲ 근무경력			감염관리실			휴가			⑪ 대체				⑫ 재직일수
													요양기관명	적용일자 (from)	적용일자 (to)	※⑨ 병동구분 병동코드	최초근무일자	최종근무일자	※⑩ 구분	시작일자	종료일자	휴가자		대체기간		
																						성명	주민번호	적용일자 (from)	적용일자 (to)	
간호사																										
감염관리 전문간호사																										
감염관리 실무전문가																										

[⑳ 감염관리 의사 현황]

연번	※㉑ 근무형태	성명	주민등록번호	※㉒ 면허종별	면허번호	면허취득일자	※㉓ 자격종별	자격번호	자격취득일자	입사일자	최종근무일자	㉔ 교육이수일자	㉕근무경력			감염관리실			휴가			⑪ 대체				⑫ 재직일수
													요양기관명	적용일자 (from)	적용일자 (to)	※⑨ 병동구분 병동코드	최초근무일자	최종근무일자	※⑩ 구분	시작일자	종료일자	휴가자		대체기간		
																						성명	주민번호	적용일자 (from)	적용일자 (to)	

요양병원 감염예방 · 관리료 산정 및 인력현황 통보서를 제출 합니다.

년 월 일

개설자(대표자) (서명 또는 인)

작성자 성명 (서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

주) 세부 작성요령은 '(별첨) 「요양병원 감염예방 · 관리료 산정 및 인력현황(신규 · 변경) 통보서」 작성요령'을 참조하여 작성하시기 바라며 ※란은 반드시 해당번호를 기재하여야 합니다.

「요양병원 감염예방·관리료 산정 및 인력현황 (신규·변경) 통보서」 작성요령

【 제출시기 】

○ 신규통보: 요양병원 감염예방·관리료 최초 청구시 제출
○ 변경통보: 인력현황 등 변경 발생시 제출
○ 분기통보: 다음 분기 적용할 등급을 산정하여 3,6,9,12월 각월 16일부터 20일까지 제출

【 적용기준 】

○ 병상수 대비 감염관리 인력 수에 따른 기준은 다음과 같이 '등급 산정분기'의 병상수, 감염관리 전담간호사수 및 감염관리 간호사수, 감염관리 의사수 등을 기준으로 산출한 등급을 '적용분기'에 반영하여 요양병원 감염예방·관리료를 산정함.

적용분기	등 급 산 정 분 기		적용분기	등 급 산 정 분 기	
1분기 (1월 ~ 3월)	인력	전년도 9월 15일 ~ 전년도 12월 14일	2분기 (4월 ~ 6월)	인력	전년도 12월 15일 ~ 3월 14일
	병상수	10/15, 11/15, 12/15		병상수	1/15, 2/15, 3/15
3분기 (7월 ~ 9월)	인력	3월 15일 ~ 6월 14일	4분기 (10월 ~ 12월)	인력	6월 15일 ~ 9월 14일
	병상수	4/15, 5/15, 6/15		병상수	7/15, 8/15, 9/15

○ 요양병원 감염예방·관리료를 처음 요양급여비용으로 청구하는 기관

최초 운영일이 속한 분기	최초 운영일이 속한 분기의 차기분기	
최초 운영일의 현황으로 산정	인력	최초 운영일부터 해당 산정분기 마지막월 14일까지의 기준으로 산정 (단, 산정분기 마지막월 15일 이후 운영 기관은 최초 운영일 현황으로 산정)
	병상수	최초 운영일과 잔여기간의 각 월 15일자를 기준으로 산정 (단, 산정분기 마지막월 15일 이후 운영기관은 최초 운영일 현황으로 산정하며, 최초운영일이 포함된 월에 잔여 15일이 없는 경우 최초 운영일로 산정)

【 산정현황 】

① 병상수(3개월 평균): 신고 병상수와 운영 병상수 중 많은 병상수를 기준으로, 직전 분기 매월별(15일자 기준) 병상수의 3개월 평균값을 산출하여 기재함(소수점 3자리에서 반올림).
※ 신고병상수는 요양기관현황(변경사항)통보시 건강보험심사평가원에 신고한 병상 수이며, 운영병상 수는 실제 운영하고 있는 병상수임.
② 전담간호사 수(3개월 평균): 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 감염관리 전담간호사별 재직일수의 합/해당 분기 일수(소수점 3자리에서 반올림). 전담간호사 수는 자격증 소지 또는 경력 간호사 수 포함함.
③ 간호사 수: 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 감염관리 간호사별 재직일수의 합/해당 분기 일수(소수점 3자리에서 반올림). 간호사 수는 자격증 소지 또는 경력 간호사 수 포함함.
④ 자격 및 경력 간호사수(3개월 평균): 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 자격증 보유 간호사 또는 감염관리실에서 1년 이상 경력이 있는 감염관리 전담간호사 및 감염관리 간호사별 재직일수의 합/해당분기 일수(소수점 3자리에서 반올림)
※ 자격 및 경력 간호사는 전분기 마지막월 14일 기준으로 해당 자격 및 경력을 갖춘 인력을 의미함.
⑤ 신고등급: 병상수 대비 전담간호사 수 (②/①), 병상수 대비 의사 수(⑥/①), 간호사수(③), 자격 및 경력 간호사수(3개월 평균)(④)에 따른 해당 등급
⑥ 의사 수(3개월 평균): 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 감염관리 의사별 재직일수의 합/해당분기 일수(소수점 3자리에서 반올림)
⑦ 병상수 대 전담간호사 수 비: ②/① (소수점 3자리에서 절사)
⑧ 병상수 대 의사 수 비: ⑥/① (소수점 3자리에서 절사)

【 공통사항 】

⑨ 병동구분 병동코드: 병동별 병상운영 현황의 병동구분, 병동코드를 기재(540 - 요양병원 감염관리실(23.7.1.~))

⑩ 휴가구분 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.출산, 02.육아, 03.연수, 04.파견, 05.병가, 06.기타

⑪ 휴가자의 대체 간호사(의사) 신고 : 간호사(의사) 신고와 동일하게 연번 ⑭번부터 ⑩번(㉑번부터 ⑩번)까지 기재 및 입력 후, ⑪번에 휴가자 성명, 주민번호 입력 및 대체기간 입력

⑫ 재직일수: 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직한 일수를 기재. 단, 휴가의 ⑩일수는 제외

【 감염관리 전담간호사 및 감염관리 간호사 현황 】

⑬ 감염관리 전담간호사 및 감염관리 간호사는 요양기관에 소속되어 근로시간이 월평균 주 40시간인 전일제 근무자이어야 하며 「기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률」제17조(근로조건의 서면명시)를 준수하고, 4대 사회보험에 가입 및 1년이상 고용계약을 체결한 경우 산정가능 함(단, 대체인력의 경우 계약기간에 관계없이 산정 가능). 인력 산정 시 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간은 인력산정 대상에서 제외하나, 대체인력이 있을 경우 산정 가능함.

- (감염관리 전담간호사) 월평균 주 40시간 이상 감염관리실 업무를 전담하여 근무하는 간호사
- (감염관리 간호사) 외래업무 등과 병행할 수 있으나, 월 평균 주 20시간 이상 감염관리실 업무를 수행하는 간호사. 다만, (입원)병동에 근무하며 입원환자 간호업무는 병행할 수 없음.

⑭ 구분: 01 간호사, 02 감염관리전문간호사, 03 감염관리실무전문가
(감염관리전문간호사는 감염관리 전문간호사 자격증(보건복지부 주관)을 보유, 감염관리실무전문가는 감염관리 실무전문가 자격증(대한감염관리간호사회 주관)을 보유한 자를 의미함.)

⑮ 근무형태(코드번호로 기재 또는 선택): 01.전일제(40시간)

⑯ 직책구분 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.부원장, 02.이사, 03.부장, 04.과장(팀장, 감독), 05.수간호사, 06.책임간호사, 07.부책임간호사, 08.간호사

⑰ 세부자격증(코드번호로 기재 또는 선택): 01.감염관리 전문간호사 자격증 02.감염관리 실무전문가 자격증

⑱ 전담구분: 01.전담, 02.겸임

⑲ 근무경력: 감염관리실에서 근무경력이 있는 간호사의 경력 시작일자, 경력 종료일자를 기재

【 감염관리 의사 현황 】

⑳ 감염관리 의사는 요양기관에 소속된 상근 전문의로서 감염관리실 업무를 수행하고 「의료법 시행규칙」 별표 8의3에 따른 교육을 매년 16시간 이수하면서, 감염관리실 근무경력 1년이상 및 감염관리에 대한 24시간 이상의 교육 이수자를 의미함. 인력 산정 시 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간은 인력산정 대상에서 제외하나, 대체인력이 있을 경우 산정 가능함.

㉑ 근무형태(코드번호로 기재 또는 선택): 01.상근

㉒ 면허종별(코드번호로 기재 또는 선택): 01.의사

㉓ 자격종별(코드번호로 기재 또는 선택): 01.내과, 02.신경과, 03.정신건강의학과, 04.외과, 05.정형외과, 06.신경외과, 07.심장혈관흉부외과, 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.작업환경의학과, 26.예방의학과

㉔ 교육이수일자: 감염관리에 대한 24시간 이상의 교육을 받은 전문의
(전분기 마지막 월 14일 기준 이전 3년이내 교육만 인정, 예시:2027년 4분기 적용 시 2024년 9월 15일 이후 교육 이수일)

㉕ 근무경력: 감염관리실에서 근무경력이 있는 의사의 경력 시작일자, 경력 종료일자를 기재
(전분기 마지막 월 14일 기준 이전 5년이내 경력만 인정, 예시: 2029년 4분기 적용 시 2024년 9월 15일 이후 근무경력)

[별지 제35호 서식]

임종실 입실 판단서

환자	성명	생년월일
	진단명	
담당의사	성명	
	판단 내용	
	판단일시	년 월 일 (서명 또는 인)
전문의	성명	전문과목
	판단 내용	
	판단일시	년 월 일 (서명 또는 인)

입원 중인 환자가 임종과정에 있는지 여부에 대한 판단 결과를 기록합니다.

년 월 일

작성자 : (서명 또는 인)

유의사항

임종실에 입실하기 전에 담당의사는 해당 환자가 임종과정에 있는지 여부를 전문의 1명과 함께 판단해야 합니다.

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**

제3부 요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령

가. 요양급여비용 청구방법

1) (요양급여비용 청구 및 자료제출 매체의 선택) 요양병원의 환자평가표는 포털서비스로 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」 '(별첨 1) 전자문서 작성요령 Ⅰ. 요양기관이 심사평가원에 전송하는 전자문서 8. 환자평가표 파일'과 같다.

7) (서면서식)

- 요양급여비용 심사청구서(GI01 별지 제9-3호 서식)
- 요양급여비용명세서(의과입원)(GI02, 별지 제10호 서식, 제10호의2서식)

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 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 특정기호 ‘공상 등 구분’, ‘상해외인’ 등 환자부담률 산정과 관련된 환자정보를 함께 기재한다.

9) (요양병원 정액명세서 작성요령) 상대가치점수표 제3편제2부1장 [산정지침] 2.에 따른 요양병원 정액수가, 제3편2부2장 [산정지침] 2.에 따른 임종실 정액수가를 적용하는 명세서에는 정액수가에 포함된 실제 행위별 진료내역을 L항의 해당 각 목에 기재하여야 하며, 요양급여비용에는 산입하지 아니한다.

10) (기타) 위 내용 이외의 나머지 기재사항은 행위별 청구와 동일

[별지 제9-3호서식]

서식번호	G	I	0	1	(년 월분) 요양병원 요양급여비용심사청구서	보험자 종별 구분		※접수번호	

요양기관								
	①기 호		②명칭		③전화번호		④청구단위구분	
	⑤소재지				⑥우편번호			
	작성자	⑦성명	(서명 또는 날인)		대행청구 단 체	⑨기호		
		⑧생년월일				⑩명칭		

구 분				⑪건수	⑫요양급여 비용총액 1	⑬본인 일부 부담금	⑲지원금	⑳장애인 의료비	⑭청구액	⑯본인 부담상한액 초과금총액	⑰요양급여 비용총액 2, 진료비총액	⑱보훈 청구액	㉑건강보험 100분의 100본인 부담금총액	㉒보훈 본인일부 부담금	㉓100분의 100미만 총액	㉔100분의 100미만 본인일부 부담금	㉕100분의 100미만 청구액	㉖100분의 100미만 보훈 청구액
의과	입원	장기환자	11															
		제외환자	1															
	외래		2															
치과	입원		3															
	외래		4															
한방	입원		5															
	외래		6															

□ 「국민건강보험법 시행규칙」 제19조제1항에 따라 요양급여비용의 심사를 청구합니다.

□ 「한국보훈복지의료공단법 시행령」 제17조의2에 따라 진료비용의 심사를 청구합니다.

첨 부: 요양급여비용명세서 매

전산매체 ( ) 매

처 방 전 매

청구일자: 년 월 일

청 구 인: (서명 또는 날인)

□ 건강보험심사평가원장 귀하

□ 국민건강보험공단이사장 귀하

□ 한국보훈복지의료공단이사장 귀하

주: 1. ※란은 건강보험심사평가원이 기재합니다.

2. 보험자 종별 구분: 건강보험 진료분은 기재하지 않으며, 보훈위탁진료 요양기관의 "보훈 국비환자(상이처, 무자격자)" 입원·외래진료분인 경우에만 "7"을 기재합니다.

3. '진료비총액', '보훈청구액', '보훈 본인일부부담금' 및 '100분의100미만 보훈청구액'은 '보훈국비환자' 또는 '보훈병원의 보훈감면환자' 진료분인 경우에 한하여 기재합니다.

(190㎜ x 268㎜ 신문용지 50g/㎡(재활용품))

[별지 제10호서식]

의과 입원

서식번호	G	I	0	2	요양급여비용명세서		요양기관	
등록번호					증번호		기 호	
가입자성명					공상 등 구분		명 칭	
수진자성명					주민등록번호	-		

상 병 명	분류기호	수술	진료과목	상해외인	특정기호	면허종류	면허번호	당월요양개시일 / 최초입원개시일	당월요양급여일수 (투약일수포함)	진료결과
	.								일	
	.								일	
	.								일	

입원일수	일	기본진료, 약제, 특정재료 등(Ⅰ)	진료행위(Ⅱ)	처방전 발급번호		처방일수	
구 분				점검번호			

구분		기본진료, 약제, 특정재료 등(Ⅰ)	진료행위(Ⅱ)	약품코드 (일반명 또는 제품명 코드)	약품명 (일반명 또는 제품명)		1회투약량	1일투여횟수	총투약일수	본인부담률 구분코드		
				코 드	분류 (예외구분코드)	단가	1회투약량	1일투여량 또는 실시횟수	총투여일수 또는 실시횟수	금액	면허종류	면허번호
1. 진찰료 (외래관리료 포함)	①초 진 회	원	야간,공휴 회									
	②재 진 회	원	야간,공휴 회									
	③의약품관리료	원										
	④응급 및 회송료	원										
2. 입원료	①일 반 일	원										
	②8세 미만의 소아 일	원										
	③중환자실 일	원										
	④격리병실 일	원										
	⑤신생아 일	원										
	⑥기 타 일	원										
	⑦기본식대	원										
	⑧가산식대	원										
3. 투약료 및 처방전	①내 복 일분	원	원									
	②외 용 일분	원	원									
	③처방전 회	원										
	④기 타 일분	원	원									
4. 주사료	①피하 또는 근육내 일	원	원									
	②정맥내 일	원	원									
	③수액제 회	원	원									
	④기 타 회	원	원									
	⑤특정 재료	원										
	⑥수 혈 회	원	원									
5. 마취료	① 회	원	원									
6. 이학요법료	① 종	원	원									
7. 정신요법료	① 종	원	원									
8. 처치 및 수술료	①처치 및 수술 종	원	원									
	③캐스트 회	원	원									
9. 검사료	①자체검사 종	원	원									
	②위탁검사관리	원										
	③위탁검사 종	원										
10.영상진단 및 방사선 치료료	①진 단 종	원										
	②치 료 종	원	원									
L. 장기요양	① 일	원										
S. 특수장비	①CT 회	원										
	②MRI 회	원										
	③PET 회	원										
A. 100분의50 본인부담	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
B. 100분의80 본인부담	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
D. 100분의30 본인부담	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
E. 100분의90 본인부담	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
U. 건강보험 100분의 100본인부담	①의약품	원	원	특정내역								
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
V. 보훈 등 100분의100 본인부담	①의약품	원	원									
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									
W. 비급여	①의약품	원	원	수술 코드								
	②치료재료	원	원									
	③진료행위	원	원									

특수장비총액	원	19. 청구액	원	※심사내역	구 분	코 드	조 정	Ⅰ.Ⅱ
보훈 등 100분의100본인부담금총액	원	20. 본인부담상한액초과금	원					
비급여총액	원	21. 요양급여비용총액 2, 진료비총액	원					
11. 소계	원 / 원	22. 보훈청구액	원					
12. 가산율	% / 원	23. 건강보험 100분의100본인부담금총액	원					
15. 요양급여비용총액 1	원	24. 보훈본인일부부담금	원					
16. 본인일부부담금	원	25. 100분의100미만 총액	원					감Ⅰ
17. 지원금	원	26. 100분의100미만 본인일부부담금	원					감Ⅱ
18. 장애인의료비	원	27. 100분의100미만 청구액	원					증Ⅰ
								증Ⅱ
일련번호	※심사조정	28. 100분의100미만 보훈청구액	원		계			

190mm×320mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

(별지 제10호의2서식)

의과 입원

서식번호	G	I	0	2	요양급여비용명세서		요양기관	
등록번호							기 호	
가입자성명					증번호			
수진자성명					공상 등 구분		명 칭	
					주민등록번호	-		

상병명	분류기호	수술	진료과목	상해외인	특정기호	면허종류	면허번호	당월요양개시일 / 최초입원개시일	당월요양급여일수 (투약일수포함)	진료결과
	.								일	
	.								일	
	.								일	

입원일수	일	기본진료 약제, 특정재료 등(Ⅰ)	진료행위(Ⅱ)	처방전 발급번호		처방일수	
구 분				점검번호			

구분			야간,공휴회	약품코드 (일반명 또는 제품명 코드)	약품명 (일반명 또는 제품명)		1회투약량	1일투여횟수	총투약일수	본인부담률 구분코드		
1. 진찰료 (외래관리료 포함)	①초 진	회	원	야간,공휴회	코 드	분류 (예외구분코드)	단가	1회투약량	1일투여량 또는 실시횟수	총투여일수 또는 실시횟수	금액	면허종류	면허번호
	②재 진	회	원										
	③의약품관리료		원										
	④응급 및 회송료		원										
2. 입원료	①일 반	일	원										
	②8세 미만의 소아	일	원										
	③중환자실	일	원										
	④격리병실	일	원										
	⑤신생아	일	원										
	⑥기 타	일	원										
	⑦기본식대		원										
	⑧가산식대		원										
3. 투약료 및 처방전	①내 복	일분	원	원									
	②외 용	일분	원	원									
	③처방전	회	원										
	④기 타	일분	원	원									
4. 주사료	①피하 또는 근육내	일	원	원									
	②정맥내	일	원	원									
	③수액제	회	원	원									
	④기 타	회	원	원									
	⑤특정 재료		원	원									
	⑥수 혈	회	원										
5. 마취료	①	회	원	원									
6. 이학요법료	①	종	원	원									
7. 정신요법료	①	종	원	원									
8. 처치 및 수술료	①처치 및 수술	종	원	원									
	③캐스트	회	원	원									
9. 검사료	①자체검사	종	원	원									
	②위탁검사관리		원										
	③위탁검사	종	원										
10.영상진단 및 방사선 치료료	①진 단	종	원	원									
	②치 료	종	원										
L. 장기요양	①	일	원										
S. 특수장비	①CT	회	원										
	②MRI	회	원										
	③PET	회	원										
A. 100분의50 본인부담	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원									
B. 100분의80 본인부담	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원									
D. 100분의30 본인부담	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원									
E. 100분의90 본인부담	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원									
U. 건강보험 100분의 100본인부담	①의약품		원	원	특정내역								
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원									
V. 보훈 등 100분의100 본인부담	①의약품		원	원									
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원									
W. 비급여	①의약품		원	원	수술 코드								
	②치료재료		원	원									
	③진료행위		원	원									

특수장비총액		원	19. 청구액	원	※심사내역	구 분	코 드	조 정	Ⅰ.Ⅱ
보훈 등 100분의100본인부담금총액		원	20. 본인부담상한액초과금	원					
비급여총액		원	21. 요양급여비용총액 2, 진료비총액	원					
11. 소계	원	원	22. 보훈청구액	원					
12. 가산율	%	원	23. 건강보험 100분의100본인부담금총액	원					
15. 요양급여비용총액 1		원	24. 보훈본인일부부담금	원					
16. 본인일부부담금		원	25. 100분의100미만 총액	원					감Ⅰ
17. 지원금		원	26. 100분의100미만 본인일부부담금	원					감Ⅱ
18. 장애인의료비		원	27. 100분의100미만 청구액	원					증Ⅰ
일련번호	※심사조정		28. 100분의100미만 보훈청구액	원					증Ⅱ
						계			

[요양병원 정액]

190mm×320mm(일반용지 60g/㎡(재활용품))

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 행위별 수가 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(「국가보훈대상자 의료지원에 관한 규칙」 제5조제1항 단서의 일부본인부담대상 전상군경 등에 해당하는 경우)
목번호	20개 항의 소분류 단위로 부여된 번호 기재 ■ 목번호 분류 예시 - 진찰료 01 : 초진 02 : 재진 03 : 응급 및 회송료 등 - 입원료 01 : 일반 02 : 내과질환자, 정신질환자, 만8세미만의 소아 03 : 중환자실 04 : 격리병실 10 : 기본식대 11 : 가산식대 12 : (사용유보) 13 : (사용유보) 99 : 기타입원료 - 투약료 01 : 내복약 02 : 외용약 03 : 처방전 - 주사료 01 : 주사 99 : 기타 - 마취료 01 : 마취 - 이학요법료 01 : 이학요법료 - 정신요법료 01 : 정신요법료 - 처치 및 수술료 01 : 처치 및 수술, (치과)보통처치외 처치항목 02 : (치과)절개 외 수술항목 03 : 캐스트 99 : 치과기타

항 목 명	항 목 설 명
	- 검사 01 : 자체검사 02 : 위탁검사 - 영상진단 및 방사선치료료 01 : 진단 02 : 치료 - 요양병원·호스피스 정액 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 01 : CT진단 02 : MRI진단 03 : PET진단 04 : (사용유보) 05 : (사용유보) - 특수재료 및 관련 행위료 01 : 치료재료 02 : 진료행위 - 100분의50 본인부담 01 : 의약품 02 : 치료재료 03 : 진료행위 - 100분의80 본인부담 01 : 의약품 02 : 치료재료 03 : 진료행위 - 100분의30 본인부담 01 : 의약품 02 : 치료재료 03 : 진료행위 - 100분의90 본인부담 01 : 의약품 02 : 치료재료 03 : 진료행위 - 건강보험(의료급여) 100분의100본인부담 01 : 의약품 02 : 치료재료 03 : 진료행위 - 보훈 등 100분의100본인부담 01 : 의약품 02 : 치료재료 03 : 진료행위 - 비급여 01 : 의약품 02 : 치료재료 03 : 진료행위

3) 환자평가표 파일

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
서식버전	an(3)	1	'092'
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 (단위 : mmHg, 혈압측정이 불가능한 경우 999/999로 기재)
- 이완기혈압	n(3)	67	
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 선별조사			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 0 : 없음 1 : 가끔 2 : 자주 3 : 매우 자주
a. 망상	an(1)	98	
b. 환각	an(1)	99	
c. 초조/공격성	an(1)	100	
d. 우울/낙담	an(1)	101	
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. 방밖으로 나오기	an(1)	152	방밖으로 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 발생안함함
11. 와상상태	an(1)	154	와상상태 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~f 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	- 유치도뇨관 삽입이 1일 이상 발생한 경우 '1', 그렇지 않으면 '0'을 기재
g-1-1. 삽입일자	an(8)	164	- 'g. 유치도뇨관 삽입'이 '1'인 경우 삽입, 제거일자(CCYYMMDD)를 기재
g-1-2. 제거일자	an(8)	172	
g-2-1. 삽입일자	an(8)	180	
g-2-2. 제거일자	an(8)	188	
g-3-1. 삽입일자	an(8)	196	
g-3-2. 제거일자	an(8)	204	
g-4-1. 삽입일자	an(8)	212	
g-4-2. 제거일자	an(8)	220	
g-5-1. 삽입일자	an(8)	228	
g-5-2. 제거일자	an(8)	236	
g-6-1. 삽입일자	an(8)	244	
g-6-2. 제거일자	an(8)	252	
g-7-1. 삽입일자	an(8)	260	
g-7-2. 제거일자	an(8)	268	
g-8-1. 삽입일자	an(8)	276	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
g-8-2. 제거일자	an(8)	284	
g-9-1. 삽입일자	an(8)	292	
g-9-2. 제거일자	an(8)	300	
g-10-1. 삽입일자	an(8)	308	
g-10-2. 제거일자	an(8)	316	
g-11. 삽입기간 (g-1~g-10을 제외한 삽입기간)	an(2)	324	- 위 g-1~g-10을 제외한 삽입기간이 존재할 경우 삽입일수를 모두 합산하여 기재
h. 해당사항 없음	n(1)	326	- 위 a~g 모두에 해당사항이 없으면 '1', 하나라도 해당하면 '0'을 기재
4. 배뇨일지			
a. 배뇨일지 작성 여부	an(1)	327	- 배뇨일지 작성 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
b. 배뇨일지 작성일수	n(2)	328	- 'a. 배뇨일지 작성 여부'가'1'인 경우 배뇨일지 작성일수를 기재
F. 질병진단			
1. 질병			
a. 당뇨	n(1)	330	- a~aa 각 질병에 해당하면 '1', 그렇지 않으면 '0'을 기재
(1)ⓐ 혈당검사 실시여부	an(1)	331	- 'a. 당뇨'가 '1'인 경우 1일 3회 이상 혈당검사 매일 실시 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
ⓑ-1 공복시 혈당	n(3)	332	- '(1)ⓐ 혈당검사 실시여부'가 '1'인 경우 가장 최근의 '공복시 혈당'이나 '식후2시간 혈당' 검사 결과(단위 : mg/dl)를 기재
ⓑ-2 식후2시간 혈당	n(3)	335	
(2)ⓐ HbA1c 검사 실시여부	an(1)	338	- 'a. 당뇨'가 '1'인 경우 최근 3개월 이내 헤모글로빈A1c (HbA1c) 검사 실시 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
ⓑ-1 HbA1c ⓑ-2 검사일	n(2.1) an(8)	339 342	- '(2)ⓐ HbA1c검사 실시여부'가 '1'인 경우 헤모글로빈A1c(HbA1c) 검사 결과(단위 : %)와 검사일(CCYYMMDD)을 각각 기재
b. 고혈압	n(1)	350	
c. 요로감염	n(1)	351	
d. 말초혈관 질환	n(1)	352	
e. 하지마비	n(1)	353	
f. 사지마비	n(1)	354	
g. 편마비	n(1)	355	
h. 뇌성마비	n(1)	356	
i. 뇌혈관질환	n(1)	357	
j. 파킨슨병 (G20)	n(1)	358	
k. 척수손상	n(1)	359	
l. 중증근무력증 및 기타 근신경장애 (G70)	n(1)	360	
m. 근육의 원발성 장애(G71)	n(1)	361	
n. 다발경화증 (G35)	n(1)	362	
o. 헌팅톤병 (G10)	n(1)	363	
p. 유전성 운동실조 (G11)	n(1)	364	
q. 척수성 근위축 및 관련 증후군 (G12)	n(1)	365	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
r. 달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축(G13)	n(1)	366	
s. 진행성 핵상 안근마비[스틸-리차드슨-올스제위스키](G23.1)	n(1)	367	
t. 중추신경 계통의 비정형 바이러스 감염(A81)	n(1)	368	
u. 아급성 괴사성 뇌병증[리이](G31.81)	n(1)	369	
v. 후천성면역결핍증(B20~B24, Z21)	n(1)	370	
w. 치매	n(1)	371	
x. 고지혈증	n(1)	372	
y. 심부전	n(1)	373	
z. 만성폐색성 폐질환	n(1)	374	
aa. 천식	n(1)	375	
ab. 해당사항 없음	n(1)	376	- 위 a~aa 모두에 해당사항이 없으면 '1', 하나라도 해당하면 '0'을 기재
2. 영양관련 장애			
a. 콰시오르코르(E40)	n(1)	377	- a~g 각 질병에 해당하면 '1' 그렇지 않으면 '0'을 기재

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
b. 영양성 소모증(E41)	n(1)	378	
c. 소모성 콰시오르코르(E42)	n(1)	379	
d. 상세불명의 중증 단백질-에너지 영양실조(E43)	n(1)	380	
e. 중등도 및 경도의 단백질-에너지 영양실조(E44)	n(1)	381	
f. 단백질-에너지 영양실조로 인한 발육지연(E45)	n(1)	382	
g. 상세불명의 단백질-에너지 영양실조(E46)	n(1)	383	
h. 해당사항 없음	n(1)	384	- 위 a~g 모두에 해당사항이 없으면 '1', 하나라도 해당하면 '0'을 기재
G. 건강상태			
1. 문제상황			
a. 열	n(1)	385	- a~e 각 문제상황에 해당하면 '1', 그렇지 않으면 '0'을 기재
(1) 체온	n(2.1)	386	- 'a. 열'이 '1'인 경우 체온 측정결과(단위 : ℃)를 기재
(2) 검사와 처치	n(1)	389	- 'a. 열'이 '1'인 경우 발열 원인을 찾는 검사와 처치 시행 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
(3) 발열 일수	n(2)	390	- 'a. 열'이 '1'인 경우 발열 일수를 기재
b. 탈수	n(1)	392	
c. 구토	n(1)	393	
d. 수술 3개월 이내 루 관리	n(1)	394	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
e. 출혈·감염 등의 문제로 인한 루 관리	n(1)	395	
f. 해당사항 없음	n(1)	396	- 위 a~e 모두에 해당사항이 없으면 '1', 하나라도 해당하면 '0'을 기재
2. 통증			
a. 통증 발생 빈도	an(1)	397	- 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)	398	- VAS(Visual Analogue Scale) 해당 점수를 기재
(2) 숫자 통증 등급	n(2)	400	- NRS(Numeric Rating Scale) 해당 점수를 기재
(3) 얼굴 통증 등급	n(1)	402	- FPS(Faces Pain Scale) 해당 단계를 기재
c. 통증 치료 여부			
(1) 통증관련 치료	an(1)	403	- 통증 관련 치료 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
(2) 암성통증 치료	an(1)	404	- 암성통증 치료 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
3. 낙상여부			
a. 30일 이내 낙상	an(1)	405	- 지난 30일 이내에 낙상 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예 2 : 확인 불가
b. 31~180일 사이에 낙상	an(1)	406	- 지난 31일에서 180일 사이에 낙상 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예 2 : 확인 불가
4. 말기질환	an(1)	407	말기질환 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
H. 구강 및 영양상태			
1. 삼키기	an(1)	408	물이나 음식을 삼키기가 어려운지 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
2-1. 체중			
a. 측정여부	an(1)	409	- 환자평가표 작성기간에 체중 측정 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
b-1. 체중	n(3.1)	410	- '2-1. a. 측정여부'가 '1'인 경우 체중을 Kg단위로 기재(소수 둘째자리에서 4사5입)하고 측정일(CCYYMMDD)을 기재
b-2. 측정일	an(8)	414	
2-2. 체중감소	an(1)	422	체중 감소 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예 2 : 확인 불가
2-3. 키(신장)			
a. 측정여부	an(1)	423	- 키 측정 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
b-1. 키	n(3.1)	424	- '2-3. a. 측정여부'가 '1'인 경우 키를 cm단위로 기재(소수둘째 자리에서 4사5입)하고 측정일(CCYYMMDD)을 기재
b-2. 측정일	an(8)	428	
3. 영양섭취 방법			
a. 정맥영양	an(1)	436	- 정맥영양 실시 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
b. 경관영양			
(1) 실시여부	an(1)	437	- 경관영양 실시 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
(2) 실시일수	n(2)	438	- '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)	440	- 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)	441	- 지난 6일 동안 정맥 또는 경관으로 섭취한 수분량(1일 평균) 0 : 없음 1 : 1~500㎖ 2 : 501~1000㎖ 3 : 1001~1500㎖ 4 : 1501~2000㎖ 5 : 2001㎖ 이상
I. 피부상태			
1. 피부궤양의 수			
a-1. 1단계(욕창(압박성 궤양))	n(2)	442	- 각 단계에 해당하는 '욕창(압박성 궤양)'의 개수를 기재(없는 경우 '00'으로 기재)
a-2. 2단계(욕창(압박성 궤양))	n(2)	444	
a-3. 3단계(욕창(압박성 궤양))	n(2)	446	
a-4. 4단계(욕창(압박성 궤양))	n(2)	448	
b-1. 1단계(울혈성 또는 허혈성 궤양 등)	n(2)	450	- 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)	452	
b-3. 3단계(울혈성 또는 허혈성 궤양 등)	n(2)	454	
b-4. 4단계(울혈성 또는 허혈성 궤양 등)	n(2)	456	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
2. 새로 발생한 욕창(압박성 궤양)			
a. 발생유무	an(1)	458	- 이전 평가 이후 새로 발생한 욕창(압박성 궤양) 유무를 기재 0 : 없음 1 : 있음
b. 발생일	an(8)	459	- 'a. 발생유무'가 '1'인 경우 그 발생일(CCYYMMDD)을 기재
3. 욕창(압박성 궤양) 과거력	an(1)	467	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)	468	- a~d 각 피부의 기타문제에 해당하면 '1', 그렇지 않으면 '0'을 기재
b. 개방성 피부병변	n(1)	469	
c. 수술 창상	n(1)	470	
d. 발의 감염	n(1)	471	
e. 해당사항 없음	n(1)	472	- 위 a~d 모두에 해당사항이 없으면 '1', 하나라도 해당하면 '0'을 기재
5. 피부문제에 대한 처치			
a. 압력을 줄여주는 도구 사용	n(1)	473	- a~g 각 피부에 대한 처치를 실시하였으면 '1', 그렇지 않으면 '0'을 기재
b. 체위변경	n(1)	474	
c. 피부문제를 해결하기 위한 영양공급	n(1)	475	
d. 피부궤양 드레싱	n(1)	476	
- 드레싱 부위 :			
발	n(1)	477	- 'd. 피부궤양 드레싱'이 '1'인 경우 각 드레싱 부위에 해당하면 '1', 그렇지 않으면 '0'을 기재
발 이외	n(1)	478	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
e. 피부궤양 이외의 드레싱	n(1)	479	
- 드레싱 부위 :			
발	n(1)	480	- 'e. 피부궤양 이외의 드레싱'이 '1'인 경우 각 드레싱 부위에 해당하면 '1', 그렇지 않으면 '0'을 기재
발 이외	n(1)	481	
f. 수술창상 치료	n(1)	482	
g. 화상관련 처치	n(1)	483	
h. 해당사항 없음	n(1)	484	- 위 a~g 모두에 해당사항이 없으면 '1', 하나라도 해당하면 '0'을 기재
J. 투약			
1. 인슐린 주사제 투여 일수	an(1)	485	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)	486	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)	487	치매관련 약제 투여 여부를 기재 0 : 아니오 1 : 예
4. 복용한 의약품 수	an(1)	488	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)	489	- a~j 각 특수처치를 실시했으면 '1', 그렇지 않으면 '0'을 기재
(1) 정맥주사 투여일수	n(2)	490	- 'a. 정맥주사에 의한 투약'이 '1'인 경우 정맥주사 투여일수를 기재
b. 배뇨관련 루 관리	n(1)	492	
c. 배변관련 루 관리	n(1)	493	

항 목 명	MODE	POSITION	항 목 설 명
d. 영양관련 루 관리	n(1)	494	
e. 산소요법	n(1)	495	
(1) (산소투여 전) 산소포화도	n(3.1)	496	- 'e. 산소요법'이 '1'인 경우 (산소투여 전) 산소포화도(SaO_2 또는 SpO_2, 단위 : %)를 기재
(2) 산소투여 일수	n(2)	500	- 'e. 산소요법'이 '1'인 경우 산소투여일수를 기재
f. 하기도 증기흡입치료	n(1)	502	
g. 흡인	n(1)	503	
h. 기관절개관 관리	n(1)	504	
i. 인공호흡기	n(1)	505	
i-1. 개인용	n(1)	506	- 'i. 인공호흡기'가 '1'인 경우 사용하는 인공호흡기가 개인용 또는 병원용이면 '1', 아니면 '0'을 기재
i-2. 병원용	n(1)	507	
j. 중심정맥영양	n(1)	508	
k. 해당사항 없음	n(1)	509	- 위 a~j 모두에 해당사항이 없으면 '1', 하나라도 해당하면 '0'을 기재
2. 전문재활치료 실시일수	n(1)	510	지난 7일 동안 전문재활치료를 실시한 날 수를 기재 (실시한 날이 없는 경우에는 '0'을 기재)
L. 작성자			
1. 의사	an(12)	511	환자평가표를 작성한 의사 및 간호사의 성명을 한글 또는 영문으로 기재
2. 간호사	an(12)	523	
CRLF	an(2)	535	CRLF

다. 특정기호 코드

구분	대 상	특정기호
5	「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 의료기관 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)/ ccyymmdd	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)/ ccyymmdd	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)/ ccyymmdd	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)/ ccyymmdd	「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」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 요양병원은 의뢰받은 요양기관의 기관기호, 의뢰받은 요양기관은 의뢰한 요양병원의 기관기호)와 의뢰일자를 기재

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>특정내역
기재형식</th><th>설 명</th></tr>
<tr><td>MT065</td><td>명세서
분리유형
(*)</td><td>X(1)</td><td>동일 수진자에 대한 요양급여내역 중 특정의 진료내역(또는 처방·조제내역)을 아래의 명세서 분리유형에 따라 명세서를 각각 분리하여 작성·청구하는 경우에 해당 유형코드를 기재

〈명세서 분리유형 및 유형코드〉
<table><tr><th>명세서 분리유형</th><th>유형
코드</th></tr><tr><td>특정기호 ‘F025’ 대상 진료분(「국민건강보험법 시행령」별표 2 제3호너목에 따른 보건복지부장관이 정하여 고시하는 “약국 요양급여비용총액의 본인부담률 산정특례 대상”질환 환자가 상급종합병원에서 진료 받는 경우, 보건복지부장관이 정하여 고시한 본인부담률을 적용하는 외래 재진 진료)과 별도의 명세서를 분리작성·청구하는 경우</td><td>A</td></tr><tr><td>의료급여 수급권자가 「의료급여법 시행령」 별표 1 제1호자목 및 제2호서목에 따른 잠복결핵 치료 관련 진료 중 타 상병을 동시에 진료하는 경우 급여비용총액 전부를 기금에서 부담하는 잠복결핵 치료 관련 진료 내역을 분리작성·청구하는 경우</td><td>B</td></tr><tr><td>「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」제8조의2에 따라 임상연구 관련 진료로 명세서를 작성·청구하는 경우</td><td>C</td></tr><tr><td>상대가치점수표 제3편제2부제2장에 따라 요양병원 임종실정액수가 적용하는 명세서를 분리작성·청구하는 경우</td><td>D</td></tr></table></td></tr>
</table>

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 요양기관의 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 의뢰한 경우 실시한 요양기관기호와 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 세부사항」에 따른 신경인지기능검사 개별검사를 하는 경우 시행일과 세부검사항목코드를 기재하되, 세부검사항목코드가 두 개 이상일 경우 "/"로 구분하여 기재
JT029	재원기간 (*)	ccyymmdd/ ccyymmdd/ X(100)	• 상대가치점수표 제1편제2부제1장 가-34 입원환자 전담전문의 관리료를 산정하는 경우 입원전담전문의 병동별 재원기간의 날짜(From/To)와 신고한 운영병동 명칭(Unit명)을 순서대로 기재

<table>
<tr><th>구분
코드</th><th>특정내역</th><th>특정내역
기재형식</th><th>설 명</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>• 상대가치점수표 제3편제3부 요-55 요양병원 입원환자 안전관리료를 산정하는 경우 6인 이하 입원실에 재원한 기간의 날짜(From/To)를 기재</td></tr>
<tr><td>JT035</td><td>연명의료중단 등 결정 관련 서식 등록정보</td><td>ccyymmdd/
X(2)</td><td>상대가치점수표 제4편제5부 연명의료중단등 수가를 산정하는 경우, 제4편제1부 1. 일반기준 라.에 따른 ‘관련 서식’ 및 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따른 ‘별도 서식’의 등록완료일자와 해당 관련 서식 코드를 기재하되, 아래의 관련 서식 코드를 참고하여 ‘등록완료일자/관려 서식 코드’ 형태로 순서대로 기재함

〈관련 서식 코드〉
<table><tr><th>관련 서식</th><th>관련 서식 코드</th></tr><tr><td>별도 서식</td><td>00</td></tr><tr><td>제1호 서식</td><td>01</td></tr><tr><td>제9호 서식</td><td>09</td></tr><tr><td>제10호 서식</td><td>10</td></tr><tr><td>제11호 서식</td><td>11</td></tr><tr><td>제12호 서식</td><td>12</td></tr><tr><td>제13호 서식</td><td>13</td></tr></table></td></tr>
</table>

Ⅳ. 요양병원 요양급여비용 작성요령

1. 심사청구서 및 명세서 등 구분방법

항 목	세 부 작 성 요 령
가. 장기환자·제외환자	□ 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. □ 요양병원에 입원한 장기환자의 요양급여비용은 요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령(이하 "고시"라 한다) 제1편제2장 제9조제9항에 따라 반드시 월단위로 구분하여 진료월 다음달 초일부터 월별로 청구한다.
나. 정액기간·특정기간	□ 요양병원에 입원한 장기환자는 고시 제1편제2장제8조제1항1호에 따라 요양병원형 수가 중 정액수가를 적용받는 기간과 특정기간인 행위별수가를 적용받는 기간으로 요양급여내역을 각각 분리하여 명세서를 작성한다. □ 상기 내역에 따라 명세서를 분리할 경우 정액수가 적용기간의 요양급여비용은 정액·정률 구분란에 "1"을 기재하여 작성(서면의 경우 별지 제10호의 2서식) 하고, 특정기간인 행위별수가 적용기간의 요양급여비용은 정액·정률 구분란에 "2"로 기재하여 작성한다.(서면의 경우 별지 제10호서식)
다. 타보험 기왕증 진료	□ 자동차보험이나 산재보험 적용 환자가 입원중에 건강보험 적용 질환(기왕증)에 대해 진료를 받는 경우 해당 내역만 별도의 명세서에 작성하여 "제외환자"로 청구한다.

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>라. 심사청구서 및 명세서 구분방법</td><td>
<table>
<tr><th colspan="3">청구구분 \ 환자구분</th><th colspan="2">장기환자</th><th>제외환자</th></tr>
<tr><th colspan="3"></th><th>(정액수가)</th><th>특정기간
(행위별수가)</th><th>(행위별수가)</th></tr>
<tr><td rowspan="3">정보통신망</td><td rowspan="2">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">전산매체</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 colspan="2">청구서</td><td colspan="2">별지 제9호의3서식</td><td>별지 제9호의3서식</td></tr>
<tr><td colspan="2">명세서</td><td>별지 제10호의2서식</td><td>별지 제10호서식</td><td>별지 제10호서식</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>마. 심사청구서 및 명세서 구분방법 (임종실 정액수가)</td><td>
□ 임종실 입원명세서는 장기환자 또는 제외환자로 구분한 기존의 작성방법에 따라 하나의 심사청구서에 요양병원 입원명세서와 함께 연이어 분리 작성하되, 임종실 입원명세서는 아래와 같이 작성·청구함
<table>
<tr><th colspan="3">청구구분 \ 환자구분</th><th>장기환자
(정액수가, 특정기간)</th><th>제외환자</th></tr>
<tr><td rowspan="3">정보통신망</td><td rowspan="2">청구서</td><td>진료형태</td><td>A: 요양병원 장기환자 입원(의과)</td><td>1: 의과입원</td></tr>
<tr><td rowspan="2">명세서</td><td>서식번호</td><td>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>9: 정률</td></tr>
<tr><td rowspan="2">전산매체</td><td>청구서</td><td>진료형태</td><td>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>9: 정률</td></tr>
<tr><td rowspan="2">서면</td><td colspan="2">청구서</td><td>별지 제9호의3서식</td><td>별지 제9호의3서식</td></tr>
<tr><td colspan="2">명세서</td><td>별지
제10호의2서식</td><td>별지
제10호서식</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

2. 명세서 일반내역

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>가. 청구구분</td><td>□ 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.

※ 접수번호, 명세서일련번호에 대한 기재방법
○ 최초 입원인 경우
- 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.

○ 계속 입원인 경우
- 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.

(예시) 2024년 1월 5일 최초 입원한 경우
<table><tr><td>진료월</td><td>1월</td><td>1월</td><td>2월</td><td>2월</td><td>2월</td></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>20240105</td><td>20240105</td><td>20240105</td><td>20240105</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>나. 본인일부부담금</td><td>□ 요양병원 입원환자의 본인일부부담금은 "요양급여비용 심사청구서·명세서 세부작성요령 Ⅲ. 요양급여비용 명세서 작성요령 1. 일반(공통)사항 가. 명세서 일반내역"의 7) 본인일부부담금과 같다.</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령
	□ 단, 「국민건강보험법 시행령」 제19조 제1항 [별표 2] 제1호 가목2)의 규정을 적용받는 보건복지부장관이 정하여 고시하는 환자군에 해당하는 경우 본인일부부담률은 100분의 40으로 한다.

3. 명세서 진료내역

항 목	세 부 작 성 요 령
가. 요양병원 환자분류군 및 임종실 정액수가	□ 상대가치점수표 제3편제2부제1장[산정지침] 1. 및 제2장 [산정지침] 1.에 따라 산정하되, 그 금액을 "L항 01목"에 기재한다. (예시1) 의료고도 환자군에 해당하는 환자가 의사인력확보수준에 따른 입원료 차등 3등급과 간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등 5등급인 요양병원에 계속 입원한 경우의 2024.7월분 명세서 ▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

항	목	줄번호	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액
L	01	0001	1	A2100	59,500	1	31	1,844,500

▶ 서면으로 청구하는 경우

입원일수	31	일	(I)	(II)	코드	분 류	단가	일투	총투	금액
구 분										
L.요양병원정액	①31일		1,844,500원		A2100	의료고도	59,500	1	31	1,844,500

(예시2) 의사인력확보수준에 따른 입원료 차등 3등급과 간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등 5등급인 요양병원의 입원환자가 임종실에 8.26.~8.30.(4박5일간) 재실 후 사망한 경우의 2024.8월분 임종실 입원 분리명세서

항 목	세 부 작 성 요 령
	▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

항	목	줄번호	코드 구분	코드	단가	일투	총투	금액
L	01	0001	1	A0300	183,190	1	4	732,760

▶ 서면으로 청구하는 경우

입원일수	5	일	(Ⅰ)	(Ⅱ)	코드	분 류	단가	일투	총투	금액
구 분										
L.요양병원정액	① 4일		732,760원		A0300	요양병원 입종실 입원 정액	183,190	1	4	732,760

나. 특정항목 (환자분류군 및 임종실)

□ 상대가치점수표 제3편제2부제1장[산정지침] 3. 및 제2장 [산정지침] 3.에 따라 정액수가를 적용하는 기간 동안 정액수가에 포함되지 않는 특정항목은 각 해당 항목에 기재한다.

(예시) 의사인력 확보수준에 따른 입원료 차등 3등급과 간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등 5등급인 요양병원에 입원중인 의료고도 환자군에 해당하는 환자에게 일반식을 제공하고 재활기능 치료-보행치료를 실시한 경우 2024.7월분 명세서

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

항	목	줄번호	코드구분	코드	단가	일투	총투	금액
02	10	0001	1	Y2300	4,860	3	31	451,980
02	11	0002	1	Z0010	620	3	31	57,660
06	01	0003	1	MM302	16,570	1	21	347,970
L	01	0004	1	A2100	59,500	1	31	1,844,500

▶ 서면으로 청구하는 경우

구 분		(Ⅰ)	(Ⅱ)	코드	분 류	단가	일투	총투	금액
2.입원료	⑦기본식대 ⑧가산식대	451,980원 57,660원		Y2300 Z0010	일반식 일반식(영양사)	4,860 620	3 3	31 31	451,980 57,660
6.이학 요법료	① 1종	원	347,970원	MM302	재활기능치료 -보행치료	16,570	1	21	347,970
L.요양병원 정액	① 31일	1,844,500원		A2100	의료고도	59,500	1	31	1,844,500

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>다. 입원환자 의약품 관리료</td><td>□ 상대가치점수표 제3편제3부 [산정지침] 5.에 따라 입원환자 의약품 관리료는 투약한 일수에 따라 특정기간이 종료되는 시점마다 각각 산정하여 “01항 03목”에 기재한다.

(예시) 2024.4.10일에 처음 입원한 장기환자가 2024.6.20일부터 7.14일까지 폐렴에 대한 치료로 매일 투약하고 행위별수가로 청구하는 경우 입원환자 의약품관리료는 특정기간 동안의 투약일수를 합산하여 7월 명세서에 작성

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우(2024.7월 명세서)
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>줄번호</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>01</td><td>03</td><td>0001</td><td>1</td><td>AL786</td><td>8,480</td><td>1</td><td>1</td><td>8,480</td></tr>
</table>
▶ 서면으로 청구하는 경우(2024.7월 명세서)
<table>
<tr><td colspan="2">입원일수 14 일
구 분</td><td>(I)</td><td>(II)</td><td>코드</td><td>분 류</td><td>단가</td><td>일투</td><td>총투</td><td>금액</td></tr>
<tr><td>1.진찰료</td><td>③ 의약품 관리료</td><td>8,480원</td><td></td><td>AL786</td><td>입원환자 의약품관리료 (16일~30일분)</td><td>8,480</td><td>1</td><td>1</td><td>8,480</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>라. 행위별 진료내역 (환자분류군 및 임종실)</td><td>□ 상대가치점수표 제3편제2부제1장 [산정지침] 2. 및 제2장 [산정지침] 2.에 따른 정액수가를 적용하는 명세서에는 정액수가에 포함된 실제 행위별 진료내역을 “L항 81목 진찰료부터 94목 기타”란에 구분하여 해당 각 목에 기재하며 요양급여비용에 산입하지 아니한다.

(예시) 의사인력 확보수준에 따른 입원료 차등 3등급과 간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등 5등급인 요양병원에서 2024.7.1.일부터 2024.7.9일까지 의료고도로 입원한 환자에게 기본식사(완제품 경관유동식-완제품)를 제공하고, 파모티딘정20mg(정액수가 포함항목)을 하루 2회씩 계속 복용 및 체위변경처치[1일당], 비강영양[1일당], 경피적혈액산소포화도측정[1일당]을 매일 실시한 경우</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

항	목	줄번호	코드 구분	코드	단가	1회 투약량	일투	총투	금액
02	10	0001	1	Y7001	5,200	1	3	9	140,400
L	01	0002	1	A2100	59,500	1	1	8	476,000
L	82	0003	1	AB500	21,930	1	1	8	175,440
L	83	0004	3	661901320	58	1	2	9	1,044
L	88	0005	1	M0143	8,950	1	1	9	80,550
L	88	0006	1	Q2660	11,070	1	1	9	99,630
L	89	0007	1	E7230	8,670	1	1	9	78,030

4. 명세서 특정내역기재란

항 목	세 부 작 성 요 령
가. 명일련단위 작성 특정내역 항목	□ MT010(폐렴 정보) ○ 요양병원의 장기환자에게 폐렴이 발생되어 행위별수가를 적용하는 경우 '폐렴 환자에 대한 점검표' 6항목의 해당유무(각 사항에 해당하면 "Y", 그렇지 않으면 "N")와 진단일을 순서대로 기재한다. - 기재형식: X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/ccyymmdd (예시) 흉부방사선 상 신규의 폐침윤이 있고, 체온이 38.5℃이며, 백혈구 수 15,000/㎣, 새로 발생한 화농성 객담이 있고, 흉부 진찰소견 상 Rale 없고, PaO2 50mmHg로 2024.7.10일에 폐렴으로 진단한 경우 ▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

특정내역기재란			
발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
1		MT010	Y/Y/Y/Y/N/Y/20240710

▶ 서면으로 청구하는 경우

특정내역	폐렴 정보, Y/Y/Y/Y/N/Y/20240710

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>
□ MT011(패혈증 정보)
○ 요양병원의 장기환자에게 패혈증이 발생되어 행위별수가를 적용하는 경우 ‘패혈증 환자에 대한 점검표’ 5항목의 해당유무(각 사항에 해당하면 “Y”, 그렇지 않으면 “N”)와 진단일을 순서대로 기재한다.
- 기재형식: X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/X(1)/ccyymmdd

(예시) pseudomonas aeruginosa 배양(+), 38.5℃, 심박동수 98회, 호흡수 30회, 백혈구수 12,000/㎣로 2024.7.21일에 패혈증으로 진단한 경우

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우
<table>
<tr><th colspan="4">특정내역기재란</th></tr>
<tr><th>발생단위구분</th><th>줄번호</th><th>특정내역구분</th><th>특정내역</th></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td>MT011</td><td>Y/Y/Y/Y/N/20240721</td></tr>
</table>
▶ 서면으로 청구하는 경우
<table>
<tr><td>특정내역</td><td>패혈증 정보, Y/Y/Y/Y/N/20240721</td></tr>
</table>
□ MT058(체내출혈 정보)
○ 요양병원의 장기환자에게 체내출혈이 발생되어 행위별수가를 적용하는 경우 ‘체내출혈 환자에 대한 점검표’ 3항목의 해당유무(각 사항에 해당하면 “Y”, 그렇지 않으면 “N”)와 시행일을 순서대로 기재한다.
- 기재형식: X(1)/X(1)/X(1)/ccyymmdd
(예시) 위장관 출혈로 혈변을 보여 혈액검사 후 2024년 7월 25일 수혈을 시행한 경우
▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우
<table>
<tr><th colspan="4">특정내역기재란</th></tr>
<tr><th>발생단위구분</th><th>줄번호</th><th>특정내역구분</th><th>특정내역</th></tr>
<tr><td>1</td><td></td><td>MT058</td><td>Y/Y/N/20240725</td></tr>
</table>
▶ 서면으로 청구하는 경우
<table>
<tr><td>특정내역</td><td>체내출혈 정보, Y/Y/N/20240725</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

항 목	세 부 작 성 요 령

□ MT063(요양병원 입원 중 진료의뢰)

○ 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」에 따라 요양병원 입원 중인 산정특례 대상자를 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표3], [별표4] 및 [별표4의2]에 따른 산정특례 대상 상병명으로 다른 요양기관에 진료 의뢰한 경우 요양기관기호(의뢰한 요양병원은 의뢰받은 요양기관의 기관기호, 의뢰받은 요양기관은 의뢰한 요양병원의 기관기호)와 의뢰일자를 기재한다.

- 기재형식: 9(8)/ccyymmdd

(예시) A요양병원(12345678)에 입원 중인 등록 암환자(V193, 등록번호 0123456789)를 2024년 1월 5일 해당 암 상병 관련으로 B병원(23456789)으로 진료 의뢰한 경우

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

구분	특정내역기재란			
	발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
A 요양병원	1		MT063	23456789/20240105
B 병원	1		MT063	12345678/20240105

▶ 서면으로 청구하는 경우

A 요양병원	특정내역	요양병원 입원 중 진료의뢰, 23456789/20240105
B병원	특정내역	요양병원 입원 중 진료의뢰, 12345678/20240105

□ MT065(명세서 분리유형)

○ 상대가치점수표 제3편제2부제2장에 따라 요양병원 임종실정액수가 적용하는 명세서를 분리작성·청구하는 경우 'D'를 기재한다.

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

특정내역기재란			
발생단위구분	줄번호	특정내역구분	특정내역
1		MT065	D

▶ 서면으로 청구하는 경우

특정내역	명세서 분리유형, D

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td>나. 줄번호 단위 작성 특정내역 항목</td><td>

□ JT007(치매검사결과)

○ 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.

- 기재형식: 9(2)/ccyymmdd/9(1).V9(1)/ccyymmdd/9(1)/ccyymmdd

(예시1) 2024.4.20일에 실시한 MMSE 검사결과가 16이고, 2024.3.11일에 실시한 GDS 검사결과가 3인 경우

▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우

<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>줄번호</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>1회 투약량</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>L</td><td>83</td><td>0001</td><td>3</td><td>652105760</td><td>1,889</td><td>1</td><td>1</td><td>31</td><td>58,559</td></tr>
<tr><td colspan="10">특정내역기재란</td></tr>
<tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td colspan="2">줄번호</td><td>특정내역구분</td><td colspan="5">특정내역</td></tr>
<tr><td colspan="2">2</td><td colspan="2">0001</td><td>JT007</td><td colspan="5">16/20240420///3/20240311</td></tr>
</table>

▶ 서면으로 청구하는 경우

<table>
<tr><th>코드</th><th>분 류</th><th>단가</th><th>1회 투약량</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>652105760</td><td>아리셉트정</td><td>1,889</td><td>1</td><td>1</td><td>31</td><td>58,559</td></tr>
<tr><td>특정내역</td><td colspan="6">652105760 아리셉트정, MMSE 16(2024.4.20.), GDS 3(2024.3.11.)</td></tr>
</table>

(예시2) 2024.1.20일에 실시한 MMSE 검사결과가 16이고, 2024.5.1일에 실시한 CDR 검사결과가 2인 경우

</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항 목</th><th>세 부 작 성 요 령</th></tr>
<tr><td></td><td>▶ 정보통신망 또는 전산매체로 청구하는 경우
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>줄번호</th><th>코드구분</th><th>코드</th><th>단가</th><th>1회
투약량</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>L</td><td>83</td><td>0001</td><td>3</td><td>652105760</td><td>1,889</td><td>1</td><td>1</td><td>31</td><td>58,559</td></tr>
<tr><td colspan="10">특정내역기재란</td></tr>
<tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td colspan="2">줄번호</td><td colspan="3">특정내역구분</td><td colspan="3">특정내역</td></tr>
<tr><td colspan="2">2</td><td colspan="2">0001</td><td colspan="3">JT007</td><td colspan="3">16/20240120/2.0/20240501//</td></tr>
</table>
▶ 서면으로 청구하는 경우
<table>
<tr><th>코드</th><th>분 류</th><th>단가</th><th>1회 투약량</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>652105760</td><td>아리셉트정</td><td>1,889</td><td>1</td><td>1</td><td>31</td><td>58,559</td></tr>
<tr><td>특정내역</td><td colspan="6">652105760 아리셉트정, MMSE 16(2024.1.20.), CDR 2(2024.5.1.)</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

5. 환자평가표 제출

항 목	세 부 작 성 요 령
가. 정액명세서당 환자평가표 제출	□ 정액명세서에는 반드시 환자평가표를 제출해야 한다. ○ 원청구 및 보완청구 명세서 동일 적용 ○ 적용예외 - 추가청구 명세서 - 부득이하게 환자평가표를 미작성하여 선택입원군 수가를 적용하는 경우 - 요양병원 임종실 정액수가 청구 명세서 □ 동월에 정액명세서를 2건 이상으로 분리 작성하는 경우 ○ 월초(또는 특정기간 이후)에 작성된 환자평가표를 각각 제출하며, 이때 환자평가표 내역 중 요양개시일은 각각 기재한다.

항 목	세 부 작 성 요 령
	□ 월말 입원으로 환자평가표가 익월에 작성된 경우 ○ 익월에 작성된 환자평가표를 각각 제출하며, 이 때 환자평가표 내역 중 요양개시일은 각각 기재한다. □ 환자평가표 작성일로부터 그 달 말일까지의 잔여일수가 7일 이하로 익월의 환자평가표를 생략한 경우 ○ 당월의 환자평가표를 익월에도 동일하게 제출하며, 이 때 환자평가표 내역 중 요양개시일은 익월의 요양개시일을, 평가구분은 '3'으로 기재한다. ※ 평가구분 3: '이전 환자평가표를 적용하는 경우'를 의미

6. 기타

항 목	세 부 작 성 요 령
가. 산정특례 대상의 타상병 발생시 청구방법	□ 산정특례대상자 진료분 청구방법 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조에 따라 중증질환 산정특례 대상자 및 제5조에 따른 희귀질환 및 중증난치질환 산정특례 대상자가 요양병원에 입원하여 장기환자에 해당하는 경우 청구방법 ○ 산정특례 대상 상병 및 관련 합병증에 대한 진료는 산정특례대상(중증질환자 5%, 희귀질환 및 중증난치질환자 10% 본인부담)임 ○ 산정특례 대상과 전혀 관련 없는 타상병(기왕증 포함)의 진료는 산정특례 대상이 아니므로 행위별 수가를 적용하여 제외환자로 분리청구 한다. - 다만, 동일 진료과목 의사에게 진료를 받은 경우는 산정특례 대상이므로 "장기환자"로 청구한다. ※ 분리청구 시 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 작성 요령」 제1편 행위 요양급여비용 제4장 심사청구서 및 명세서 작성 요령 제24조의 1. 상해외인에 해당하는 코드를 기재하여 청구함

2024 요양병원 수가 실무교육자료

Ⅲ

요양병원 행정해석 등

1. 요양병원 관련 행정해석

2. 개정고시 관련 질의응답

제1부 요양병원 관련 행정해석

❍ 목록 요약

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	징병전담의사 수련기간중 차등수가 등 인력산정에 대한 기준 통보 (보험급여과-1159호, '08.6.30.)
11	공익근무요원의 요양병원 의사인력확보수준에 따른 입원료 가산제 적용에 대한 질의 (보험급여과-341호, '12.2.3.)
12	신규('07.12.15이후) 개설기관의 의사 및 간호인력 확보수준에 따른 등급 산정 기준 (보험급여팀-204호, '08.1.24.)

연번	제목 등
13	의사 및 기타 인력의 '상근'의 개념과 기준 '상근'의 개념에 주당 근무일수 산정 시점 (보험급여과-389호, '10.2.5.)
14	의사인력, 간호인력 차등제 가산은 총재원일수 기준인지, 입원료 산정 기준인지 (보험급여과-389호, '10.2.5.)
15	환자 100명 입원 시, 당일 10명이 오전에 퇴원하고 당일 오후에 10명이 입원한 경우 환자수 산정은? (보험급여과-389호, '10.2.5.)
16	의사인력확보수준에 따른 입원료 차등제 산정시 환자수 대 의사수가 35:1 이하이면서, 해당분기동안 전문의 총 재직일수가 전체 의사 총 재직일수의 절반인 경우(예: 전체의사 재직일수 390일에 전문의 재직일수 195일) 등급적용 방법은? (보험급여과-85호, '22.1.6.)
17	물리치료사 1인당 1일 실시인원(30명)에 일당 정액수가를 적용받는 환자(장기환자) 포함 여부 (보험급여팀-4048호, '07.12.31.)
18	재활의학과 전문의가 장기 부재시 전문재활치료료 산정여부에 대한 민원회신 통보 (보험급여과-588호, '08.5.6.)
19	의사 1인, 한의사 2인이 근무하는 요양병원에서 의사가 해외 출국으로 부재중이고, 한의사만 근무한 기간에 대한 의과 입원환자 요양급여비용 인정 여부 (보험급여과-513호, '09.2.12.)
20	요양병원의 중환자실이 시설 기준 등 충족하지 못하는 경우 진료비 산정방법 통보 (보험급여과-1691호, '08.8.20.)
21	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.)
22	환자평가표 작성을 위한 의무기록의 작성 여부 등 (보험급여팀-204호, '08.1.24.)
23	탈수로 인하여 생리식염수에 Kcl등 전해질을 mix하여 투여한 경우 '정맥주사에 의한 투약'으로 적용할 수 있는지 (보험급여과-502호, '08.4.29.)
24	의료최고도 조건인 '중심정맥관을 통하여 영양물질을 공급한 경우'란 어떤 경우를 말하는지 (보험급여과-502호, '08.4.29.)

연번	제목 등
25	퇴원약 별도 산정여부 (보험급여팀-4048호, '07.12.31.)
26	의약품관리료 산정방법 (보험급여팀-4048호, '07.12.31.)
27	요양병원 입원이 부적절한 환자 (보험급여팀-4048호, '07.12.31.)
28	장기입원에 따른 입원료 체감제 적용시 기산점 (보험급여팀-4048호, '07.12.31.)
29	(제도개편)요양병원도 상급병실료 제도개편에 따른 4·5인실 입원료수가 등이 적용되는지? (보험급여과-3093호, '14.9.1.)
30	요양병원에서 외과적 수술이 가능한지 여부 (보험급여팀-4048호, '07.12.31.)
31	요양병원에서 수술이 가능한 응급수술의 범위 및 비응급 수술 관련 진료비 등 불인정 시점 (보험급여팀-204호, '08.1.24.)
32	요양병원 특정기간 적용 대상인 「패혈증」 관련 등 질의 (보험급여과-1799호, '10.8.31.)
33	요양병원에 입원중인 환자에게 원외처방전 발행시 수가산정방법 (보험급여팀-4048호, '07.12.31.)
34	요양병원 입원환자를 다른 요양기관에 진료의뢰시 수가산정방법 등 (보험급여팀-4048호, '07.12.31.)
35	요양병원에 입원중인 환자를 타 요양기관으로 진료의뢰하여 의뢰받은 요양기관에서 진료 후 발생한 약제비 산정방법 (보험급여팀-204호,'08.1.24.)
36	요양병원에 입원중인 환자를 타 요양기관에 진료의뢰하여 물리치료 실시시 비용 산정방법 (보험급여팀-204호, '08.1.24.)

연번	질 의	답 변
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.)	○ 요양기관에 약사가 상근하고, 5개 직종 중 상근자가 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 기간을 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 1,710원'은 상대가치점수가 아닌 금액 고시(보건복지가족부 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 고용한 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.)	○ 필요인력 확보에 따른 별도 산정 관련 (1) 필요인력 확보에 따른 보상은 일당 1,710원을 별도 산정한다고 규정하고 있는데, 외박 환자에게도 적용되는지? (2) 필요인력 확보에 따른 별도 보상이 입원료의 일당 개념으로 1,710원을 보상한다면, 중환자실 입원료에 대하여도 적용되는지? (3) 요양병원에서 폐렴, 패혈증 치료기간으로 정액수가가 아닌 별도의 행위별 수가를 산정하는 경우에도 필요 인력 확보에 따른 일당 1,710원을 보상하는지? ⇒ 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. - 필요인력 확보가 된 해당 기관의 중환자실 입원료에 산정 가능하며 또한, 요양병원의 폐렴 및 패혈증 치료기간 중 산정하는 '요양병원 입원료(AB500)'에도 산정 가능함. ○ 신규개설기관 관련 '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 ? ⇒ 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.

연번	질 의	답 변
		- 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.
8	요양병원의 필요인력 확보에 따른 별도 보상제 관련 질의에 대한 회신 (보험급여과-753호,'13.2.22.)	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 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 우선 원칙에 따라 타 요양기관과 시설, 장비 및 인력의 공동이용을 인정하지 않고 있음 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

연번	질 의	답 변
		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. 마. 다만, 필요인력이 상근하고 시설·장비를 보유한 요양병원이 관련 규정에 따라 적합한 인력·시설·장비를 보유하고 해당 서비스가 적정하게 제공되었을 경우에는 관련 규정에 따라 '필요인력 확보에 따른 별도 보상제'의 일당 비용을 산정할 수 있을 것임.
9	요양병원 필요인력 확보에 따른 별도 보상제 관련 기준에 대한 질의 회신 (보험급여과-4243호, '15.7.31.)	○ 질의 내용 - 요양병원에 '상근자'로 신고되어 있는 사회복지사가 임신으로 「근로기준법」 제74조제7항에 따라 하루 2시간씩 단축 근무하여 하루 6시간 근무를 할 경우 상근자 인정 여부 ○ 회신 내용 - 「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 통보 서상의 상근자를 의미한다고 규정하고 있습니다.

연번	질 의	답 변
		- 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 상근 제도를 운영하는 취지에 부합될 수 있도록 해당 요양기관에서는 의료의 질 관리와 서비스 제공에 더욱 만전을 기하여야 할 것입니다.
10	징병전담의사 수련기간중 차등수가 등 인력산정에 대한 기준 통보 (보험급여과-1159호,'08.6.30.)	○ 요양병원에서 징병전담의사를 의사등급에 포함시킬 수 있는지 여부에 대한 민원이 제기되어 검토한 결과를 알리고자 하오니 업무에 착오 없으시기 바랍니다. ○ 징병전담의사는 병역법 제34조의3 제2항에 의거 징병검사를 실시하지 아니하는 기간 중 3월의 범위 안에서 군병원등에서 직무와 관련된 수련을 실시할 수 있도록 되어 있습니다. ○ 그러나 이 경우 진찰료 차등수가 및 의사인력확보수준에 따른 입원료 차등제 등급 산정시 징병전담의사의 포함여부는 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한

연번	질 의	답 변
		세부사항에 의하여야 하며, 동 적용기준에 의거 징병전담의사는 기간의 정함이 있는 기간제(계약직) 의사에 해당되며, 기간제 의사는 3개월이상 고용계약을 체결하고 실제 근무기간도 3개월이상이어야 1인으로 산정할 수 있습니다. ○ 다만, 차등수가 산정시 3개월미만 수련허가를 받은 징병전담의사를 포함하여야 한다는 병무청의 문서가 이미 시달되어 있고, 일선 요양기관이 기 시달된 병무청의 문서로 차등수가 및 의사등급 산정에 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.
11	공익근무요원의 요양병원 의사인력확보수준에 따른 입원료 가산제 적용에 대한 질의 (보험급여과-341호,'12.2.3.)	가. 「병역법」 제33조 및 「공익근무요원 복무관리규정」 제28조의 규정에서 공익근무요원은 복무기관의 장의 허가를 받아 다른 직무를 겸할 수 있음. 나. 요양병원의 의사인력확보수준에 따른 입원료 차등제에서 의사 수는 요양병원 입원료 차등제 산정현황통보서 상의 상근자를 의미하므로 당직의사가 상근자인 경우에 포함되며, 의사확보수준에 따라 수가를 차등 적용하는 취지 및 상대가치점수 산출 배경 등을 감안하여 주 5일 이상 근무하면서 주 40시간 이상 근무하는 의사를 1인으로 산정하도록 정하고, 주 3일 이상이면서 주 20시간 이상 근무한 경우에는 0.5인으로 인정함. 다. 따라서 해당 복무기관의 장으로부터 겸직근무 허가를 받은 공익근무요원인 의사가 요양병원에서 당직 의사로서 주 5일이상이면서 주 40시간 이상 근무하거나 주 3일 이상이면서 주 20시간이상

연번	질 의	답 변
		근무하는 경우 요양병원 의사인력확보수준에 따른 입원료 차등제 적용이 가능함
12	신규('07.12.15이후) 개설 기관의 의사 및 간호인력 확보수준에 따른 등급 산정 기준 (보험급여팀-204호,'08.1.24.)	○ 신규개설기관('07.12.15이후 개설)의 당해 분기 및 차기 분기의 의사 및 간호인력 확보수준에 따른 등급 산정기준 - 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 ○ 요양기관 폐업 후 동일 장소에 다른 요양기관이 개설된 경우 개설자, 의료기관명칭 및 관리의사가 변경되었다 하더라도 진료와 관련된 진료기록 일체를 개설 요양기관이 인수한 경우에는 입원환자 및 외래환자 모두를 계속 진료로 보아야 하므로, 이와 같은 경우는 신규개설기관에 적용하는 등급 산정방법을 적용하지 아니함. ○ 이 때 요양급여비용 청구는 폐업 전·후 진료분에

연번	질 의	답 변
		대하여 각각 분리 청구하되, 환자평가표는 개설한 월에 기 작성된 환자평가표가 있을 경우 동 환자평가표를 사용할 수 있음.
13	의사 및 기타 인력의 '상근'의 개념과 기준 '상근'의 개념에 주당 근무일수 산정 시점 (보험급여과-389호,'10.2.5.)	○ 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 ○ 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. ○ 아울러, 상근과 관련한 당해 근로자의 근무수준은 해당 사업장 내 다른 근로자나 동종 또는 유사업종에 근무하는 다른 근로자의 근무조건(근무 시간, 근무일수 등)에 비추어 판단해야 할 것임.
14	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 ○ 즉, 환자수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지의 3개월 평균 환자수 (총 재원일수의 합을 대상기간 입원일수의 합으로 나눈 값)로 산정 • 입원환자수 = 3개월 간 입원환자수의 합/ 3개월간 일수의 합(소수점 3째자리에서 반올림)

연번	질 의	답 변
		• 입원환자수에는 낮병동, 타법령 입원환자수 포함 - 단, 입원과 퇴원이 같은 날에 이루어진 경우에만 1인으로 적용
15	환자 100명 입원 시, 당일 10명이 오전에 퇴원하고 당일 오후에 10명이 입원한 경우 환자수 산정은? (보험급여과-389호,'10.2.5.)	○ 환자수 산정의 원칙은 위 1번의 기준과 동일함. - 따라서 동 질의의 경우 환자수는 100명으로 적용
16	의사인력확보수준에 따른 입원료 차등제 산정시 환자수 대 의사수가 35:1 이하이면서, 해당분기동안 전문의 총 재직일수가 전체 의사 총 재직일수의 절반인 경우 (예: 전체 의사 재직일수 390일에 전문의 재직일수 195일) 등급적용 방법은? (보험급여과-85호,'22.1.6.)	○ 「요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서 작성 요령」에 따르면, 의사수 및 전문의수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지의 재직일수의 합을 해당분기 일수로 나누어 3개월 평균을 산출하여 기재(소수점 3자리에서 반올림)하며, 전문의수 대 의사수는 소수점 3자리 이하 절사하여 기재함 ○ 다만, 해당분기 전문의 총 재직일수가 전체 의사 총 재직일수의 절반인 경우는 전문의 비율이 50%에 해당하므로 의사인력확보수준에 따른 입원료 차등제의 1등급으로 적용함
17	물리치료사 1인당 1일 실시인원(30명)에 일당 정액수가를 적용받는 환자(장기환자)도 포함 되는지 여부 (보험급여팀-4048호,'07.12.31.)	○ 요양병원에 대해 별도로 규정하지 않은 급여 기준은 행위, 약제, 치료재료의 모든 기준을 "요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항"에서 정한 대로 따라야 함. ○ 따라서, 장기환자에게 물리치료를 실시할 경우 실시 인력 및 장비, 시설 기준 등 모든 기준은 행위별 수가를 적용받는 환자와 동일하게 적용받는 것임.
18	재활의학과 전문의가 장기 부재시 전문재활치료료 산정	○ 건강보험 요양급여 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2부 제7장 이학요법료는

연번	질 의	답 변
	여부에 대한 민원회신 통보 (보험급여과-588호,'08.5.6.)	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. ○ 재활의학과 전문의가 상근하는 기관에서만 전문재활치료를 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. ○ 또한, 요양병원에서 시행중인 의사인력 확보수준에 따른 입원료 차등제 적용 기준 중 의사는 요양기관 현황통보서상의 상근자를 의미하며, 분만휴가자(16일 이상 장기 유급 휴가자 포함)의 경우에는 산정대상에서 제외토록 하고 있습니다. ○ 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. ○ 아울러, 전문재활치료의 특성을 감안할 때 재활의학과전문의의 휴가중에는 전문재활치료료를 산정하지 않음이 원칙이므로 재활전문의의 휴가

연번	질 의	답 변
		중에 발생한 전문재활치료료는 휴가일수에 관계없이 휴가 초일부터 별도 산정할 수 없으며, 동 내용은 2008. 6. 1일 진료분부터 적용됨을 알려드립니다.
19	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 의료행위를 할 수 없도록 규정하고 있음. ○ 따라서, 의사 부재 중 의과 입원환자에 대한 의과진료를 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.
20	요양병원의 중환자실이 시설기준 등 충족하지 못하는 경우 진료비 산정방법 통보 (보험급여과-1691호,'08.8.20.)	○ 2008.7.1.부터 중환자실 입원료는 의료법시행규칙 제34조 [별표4]에서 정한 중환자실의 시설·장비를 갖춘 중환자실이 설치된 종합전문요양기관, 종합병원, 병원, 요양병원에서 지극히 심각한 질환이나 손상을 입어 집중적인 치료 및 간호가 필요한 성인 또는 소아환자 또는 신생아를 중환자실에서 진료한 경우 산정할 수 있습니다. ○ 이에 따라 중환자실을 운영하는 요양기관은 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 산정현황[신규, 변경, 분기] 통보서를 건강보험심사평가원에 매분기말 20일까지 제출하여야 하며, 미제출기관 및 의료법 시행규칙 제34조 [별표4]에서 정한 중환자실의 시설·장비를 갖추지 못한 경우는 중환자실 입원료를 산정할 수 없습니다. ○ 따라서 요양병원 중 요양기관현황 신고시 중환자실을

연번	질 의	답 변
		보유하였다고 신고한 기관이 「중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 산정현황 통보서」를 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. ○ 아울러, 해당 요양기관은 기준에 미달된 중환자실에 대하여 요양기관현황을 조속히 변경·신고하여, 병상수, 의사등급, 간호등급 등이 정확히 산정될 수 있도록 조치하여 주시기 바랍니다.
21	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.)	○ 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 일당 정액이 아닌 행위별 수가를 적용하고 있음. ○ 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 일반병실에 입원한 동일 환자군과의 형평성 문제가 발생할 소지가 크다고 판단됨. ○ 따라서, 요양병원 중환자실에서 인공호흡기 치료와 기본적 처치만으로 생명유지 진료만 한 경우라면 '특정기간'으로 분류하여 행위별 수가를 적용하기보다는 동일한 환자군(의료최고도)의 일당정액수가를 적용함이 타당하다고 판단되며,

연번	질 의	답 변
		○ 향후 중환자실 입원료 산정이 부적절한 경우 발생 시 일당정액 적용 환자분류군에 대해서는 적용기준, 환자상태 등을 고려하여 사례별로 적절히 적용하시기 바람.
22	환자평가표 작성을 위한 의무기록의 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 "진료기록부 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. ○ 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 진료기록부 등에 증상 등이 기재되어 있어야 함. ○ 아울러, 의무기록에 기록이 없이 환자평가표만 작성되어 환자평가표의 사실여부 확인이 불가능할 경우는 의무기록으로 확인된 사항을 적용하여 환자군을 적용함.

연번	질 의	답 변
23	탈수로 인하여 생리식염수에 Kcl등 전해질을 mix하여 투여한 경우 '정맥주사에 의한 투약'으로 적용할 수 있는지 (보험급여과-502호,'08.4.29.)	○ 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 1500㎖ 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
24	의료최고도 조건인 '중심정맥관을 통하여 영양물질을 공급한 경우'란 어떤 경우를 말하는지 (보험급여과-502호,'08.4.29.)	○ 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.
25	퇴원약 별도 산정여부 (보험급여팀-4048호,'07.12.31.)	○ 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.

연번	질 의	답 변
26	의약품관리료 산정방법 (보험급여팀-4048호,'07.12.31.)	○ 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 - 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.
27	요양병원 입원이 부적절한 환자 (보험급여팀-4048호,'07.12.31.)	○ 의료법시행규칙 제28조의4에 의거 정신질환자(노인성치매환자 제외) 및 전염성질환자는 입원대상이 아니므로 입원 진료비용은 인정하지 아니함.
28	장기입원에 따른 입원료 체감제 적용시 기산점 (보험급여팀-4048호,'07.12.31.)	○ 요양병원 입원환자의 장기입원에 따른 요양병원 입원료 체감제 적용 기산점은 최초 입원일부터 기산하여 적용함.
29	(제도개편) 요양병원도 상급병실료 제도개편에 따른 4·5인실 입원료수가 등이 적용되는지? (보험급여과-3093호,'14.9.1.)	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. 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.

연번	질 의	답 변
30	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. ○ 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. ○ 그러나, 요양병원에서 장기환자가 아닌 급성 기질환자에게 외과적 수술을 시행하고 입원치료를 하는 것은 의료법시행규칙에서 정한 요양병원 입원대상에 부합된다고 할 수 없으므로 응급 수술을 제외한 여타의 수술을 목적으로 한 입원은 인정하지 아니함.
31	요양병원에서 수술이 가능한 응급수술의 범위 및 비응급 수술 관련 진료비 등 불인정 시점 (보험급여팀-204호,'08.1.24.)	○ 요양병원에서 진료비용을 산정할 수 있는 응급수술이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조에 의거 보건복지부장관이 별도로 정한 응급증상으로 내원한 환자에게 응급증상의 개선을 위해 수술을 실시한 경우를 말함. ○ 비응급환자의 외과적수술이 2007.12월 말에도 발생한 점을 감안하여 비응급수술환자의 진료비용 불인정 시점은 2008.2.1이후 수술받은 환자의 입원초일부터임. (예시 : '08.2.1 치핵상병으로 수술받은 환자의 최초입원일이 '08.1.30인 경우 '08.1.30 입원일부터 퇴원일까지의 진료비용 불인정)
32	요양병원 특정기간 적용 대상인 「패혈증」 관련 등 질의 (보험급여과-1799호,'10.8.31.)	1. 요양병원 입원료의 특정기간으로 적용할 수 있는 패혈증 기준 관련, 상기도감염 등의 경우에서 패혈증 진단의 2가지 이상 항목(체온 및 심박동수 상승

연번	질 의	답 변
		등)에 해당 시 특정기간(행위별 수가로 청구)으로 적용 가능한지? ○ 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. ○ 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(상기도 감염 등)에서 패혈증진단의 2가지 이상 항목(별첨)에 해당된다 하여 특정기간으로 적용하여 행위별수가로 청구하는 것은 질병 진단 및 기준 적용상의 착오 사례로 판단됨. ○ 따라서 일선 요양병원에서는 동 기준 적용에 착오가 발생되지 않도록 협조를 부탁드리며, 진료비 심사를 담당하는 기관에서는 관련 진료비 심사에 만전을 기울여 주시기 바람. 〈별첨 - 패혈증 확진 기준〉 : 혈액 내 균 혹은 균 독소가 증명된 경우 또는 감염으로 인한 전신염증반응으로서 다음 중 2가지 이상에 해당되어 패혈증으로 확진된 경우 (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/㎣ 초과되거나 4,000/㎣ 미만인 경우, 미성숙 호중성구 [immature(band) neutrophils] 수가 10% 초과된 경우

연번	질 의	답 변
33	요양병원에 입원중인 환자에게 원외처방전 발행시 수가산정 방법 (보험급여팀-4048호,'07.12.31.)	○ 요양병원형 일당 정액수가에는 별도로 산정하도록 정해진 약제를 제외한 경구 및 비경구 약제비용이 모두 포함되어 있음. ○ 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 가입자등에게 지급하도록 하고 있음. ○ 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. ○ 따라서, 요양병원에 입원중인 환자에게 별도 산정토록 정해진 약제를 제외한 나머지 약제에 대하여 원외처방전을 발행하는 것은 인정하지 아니함. ○ 다만, 요양병원에서 위 내용에도 불구하고 불가피하게 원외처방하는 경우는 동 내역을 청구명세서에 명기할 경우 심사시 이를 고려하여 심사· 조정할 것임.
34	요양병원 입원환자를 다른 요양기관에 진료의뢰시 수가 산정방법 등 (보험급여팀-4048호,'07.12.31.)	○ 요양병원에 입원 진료중인 환자를 치료하는 과정에서 시설·장비 또는 인력이 갖추어져 있지 아니하여 부득이하게 해당 진료가 가능한 요양 기관으로 환자를 의뢰하여 처치 및 수술, 방사선치료 등을 받도록 할 경우 수가산정방법은 아래와 같이 함. - 아 래 - 가. 진료비청구 및 정산 o 진료를 의뢰한 요양병원에서 의뢰한 진료내역을

연번	질 의	답 변
		포함하여 청구하되, 의뢰한 진료내역은 실제 진료한 요양기관의 종별가산율을 적용하여 (I) 란으로 청구함. ㅇ 이때 의뢰한 진료내역은 EDI청구기관은 특정내역 기재란에 위탁진료임을 표시하는 구분코드(JS008), 위탁진료실시기관기호, 위탁진료실시연월일을 기재하여 청구하고, 서면청구기관은 특정내역란에 해당 진료항목, "T", 위탁진료실시기관기호 및 위탁진료실시연월일을 기재하여 청구함. ㅇ 진료비 정산은 해당 요양기관간 상호 협의에 의함. 나. 본인일부부담금 요양병원 입원환자의 본인일부부담률을 적용함. 다. 진찰료 입원 진료중인 해당 진료전문과이외의 다른 진료전문과에 다른 상병의 진료를 의뢰한 경우에 한하여 소정 진찰료를 별도 산정함. 라. 요양병원(의과)에서 타 요양기관(한방)으로 또는 요양병원(한방)에서 타 요양기관(의과)으로 진료의뢰시 ㅇ 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 방문하거나 입원환자 진료를 위해 의과(한방)요양기관의 의사가 직접 방문한 경우에는 진찰료가 아닌 "협의진찰료"로 산정하여야 함.

연번	질 의	답 변
		ㅇ 이 경우 요양급여비용은 실제 협의진찰을 실시한 요양기관에서 외래요양급여비용명세서에 작성하여 청구하되, 협의진찰료를 포함한 요양급여비용총액에 대한 외래본인부담액산정방법에 의해 청구하여야 함.
35	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 약제비용이 모두 포함되어 있으므로, 요양병원에 입원중인 환자에게 별도 산정토록 정해진 약제를 제외한 나머지 약제에 대하여 원외처방전을 발행하는 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. ○ 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. ○ 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.
36	요양병원에 입원중인 환자를	○ 물리치료는 해당 물리치료를 실시할 수 있는 일정한

연번	질 의	답 변
	타 요양기관에 진료의뢰하여 물리치료 실시시 비용 산정 방법 (보험급여팀-204호,'08.1.24.)	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 진료 기록부에 기록한 경우에 산정토록 하고 있음. ○ 또한, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 - [별표1] 1-라 및 마에 의거 요양기관은 가입자 등의 요양급여에 필요한 적정한 인력·시설 및 장비를 유지하도록 정하여져 있는 바, 요양병원의 입원대상자가 주로 노인성·만성질환자로 물리치료의 적응증이 되는 대상이 많으므로, 물리치료를 실시할 수 있는 인력·시설 및 장비를 갖춤이 바람직함. ○ 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 아니함. ○ 따라서, 요양병원 입원환자를 타 요양기관에 의뢰하여 물리치료를 받도록 하고 별도로 비용을 산정하는 것은 인정하지 아니하며, 환자등급 산정시도 적용하지 아니함.

2024 요양병원 수가 실무교육자료

Ⅲ

요양병원 행정해석 등

1. 요양병원 관련 행정해석

2. 개정고시 관련 질의응답

제2부 개정고시 관련 질의응답

○ 목록 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	요양병원 입원 중인 환자를 다른 요양기관으로 진료의뢰 시 발생한 약제 산정기준 개정 관련 질의·응답	보건복지부 고시 제2021-30호('21.1.29.)
4	요양병원 입원 중인 환자를 다른 요양기관에 진료의뢰 시 수가산정방법 관련 질의·응답	보건복지부 고시 제2021-257호('21.10.12.)
5	요양병원 의사인력확보수준에 다른 입원료차등제 개정 관련 질의·응답	보건복지부 고시 제2019-301, 302호 ('19.12.26.) 보험급여과-85('21.1.6.)
6	요양병원 입원진료 현황 등 고지 및 입원료 체감제 질의·응답	보험급여과-231호('21.1.1.) 보건복지부 고시 제2019-235호('19.10.29.)
7	9인 이상 병실 입원료 감산 적용 관련 질의·응답	보건복지부 고시 제2019-183호('19.8.22.) 보험급여과-6648호('21.12.30.)
8	요양병원 격리실 입원료 관련 질의·응답	보건복지부 고시 제2018-281호('18.12.24.)
9	요양병원 간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등제 개정 관련 질의·응답	보건복지부 고시 제2019-183호('19.8.22.)
10	요양병원 지역사회 연계료 관련 질의·응답	보건복지부 고시 제2019-183호('19.8.22.) 보건복지부 고시 제2023-230호('23.11.30.)
11	요양병원 입원환자 안전관리료 신설 관련 질의·응답	보건복지부 고시 제2019-183호('19.8.22.) 보건복지부 고시 제2021-135호('21.5.4.) 보험급여과-6212호('21.12.10.) 보험급여과-6409호('21.12.22.)
12	요양병원 인증조사에 따른 가산 배제 관련 질의·응답	보건복지부 고시 제2021-252호('21.10.7.)
13	요양병원 감염예방·관리료 신설 관련 질의·응답	보건복지부 고시 제2023-109호('23.6.16.) 보건복지부 고시 제2024-78호('24.5.1.)
14	요양병원 임종실 입원 정액수가 신설 관련 질의·응답	보건복지부 고시 제2024-159호('24.7.30.)

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(종합점수 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 발표월까지 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 청구소멸 시효를 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 항, 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 요양병원이더라도, 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 일상생활 수행능력 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 정액수가에 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.	

연번	질 의	답 변	비고
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. ※ 개정 전 '수혈'을 시행하는 경우에는 의료고도로 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 음주 습관을 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 장기요양등급 신청결과 '기각' 또는 '각하'를 의미함 - '등급 내 자'는 장기요양 인정조사 후 등급을 받은 경우(1등급~5등급, 인지지원등급)를 의미함	

연번	질 의	답 변	비고
		- '등급 외 자'는 장기요양 등급신청 하였으나, 등급 내 자가 아닌 경우(등급 외 자 A~C)를 말함 ◈ 12번. 장기요양등급 및 이용 서비스 관련 - '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 ◈ 13번. 장기요양서비스 욕구의향 관련 - 65세 이상이거나 노인성질환을 갖고 있으면서, 등급 판정이 없는 경우에만 평가하여 기재함	
8	'사회환경 선별조사'의 작성기준은 어떻게 되는지?	○ 환자평가표 A. 일반사항 중 ◈ 14. 사회환경 선별조사 관련 - 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	

연번	질 의	답 변	비고
9	환자평가표는 누가 작성하는지?	○ 환자평가표는 당해 환자를 담당하는 의사 및 간호사가 의무기록을 근거로 작성해야 하며, 의무기록에 비치합니다.	
10	일상생활수행능력 향상 활동은 어떤 활동을 말하며 수가 산정 방법은?	○ 일상생활수행능력 향상 활동은 환자의 잔존능력을 활용하여 탈기저귀나 독립적 보행능력을 향상시키는 활동으로, 1일 4회 이상 시행해야 합니다. ※ 자발적으로 보행이 가능한 환자에게는 산정 불가하며, 보조 인력*의 도움을 받아 시행한 경우는 산정 가능함 * 의사, 간호인력, 물리치료사, 작업치료사 중 1인 이상이 일상생활수행능력향상 활동을 한 경우를 말하며, 간병인력, 자원봉사자, 실습인력 등은 보조인력에 해당하지 않음 ※ 의료중도 환자군에서 의사의 판단 하에 환자의 상태에 적합한 활동을 수행하는 경우 산정하며, 의료중도 불인정 시 동 수가도 불인정 함 ○ 입원료의 일당(1박) 개념으로 산정하며, 외박 수가 또는 입원료의 50%를 별도 산정하는 경우*에는 산정할 수 없습니다. * 0~6시 사이에 입원하거나, 18~24시 사이에 퇴원하여 입원료의 50%를 별도 산정한 경우 ○ 또한, 특정항목의 전문재활치료와는 다른 별개의 행위로 동 행위의 급여기준을 충족했다면 산정가능합니다.	보험 급여과-3929호

연번	질 의	답 변	비고
		○ 일상생활수행능력 향상 활동을 시행한 경우에는 실시목적, 시간, 방법, 활동내역, 소요시간, 환자의 수행 정도(개선경과) 등을 구체적으로 진료기록부 등에 기록·보관해야 합니다. 〈예시〉 1. 탈기저귀 활동 1) 화장실 이동을 원하는지 물어본다. 2) 환자가 배뇨욕구를 표현한다. 3) 화장실 지물을 활용하여 화장실을 안전하게 이용하는 방법을 알려준다. 4) 화장실까지 환자의 잔존능력으로 이동한 후 배뇨와 관련된 활동을 수행하고 안전하게 침상으로 복귀하는 활동을 수행하되, 보조인력은 이 과정을 감독, 격려, 지지하며 필요 시 도움을 준다. 5) 실시 시마다 활동 내용 및 환자상태 개선 여부 등 관련 내용을 진료기록부에 자세히 기록한다. 2. 보행 활동 1) 병실 밖 공간으로 이동을 원하는지 물어본다. 2) 환자가 병실 밖 이동 욕구를 표현한다. 3) 안전바 등 주변 지물을 활용하여 안전하게 이동하는 방법을 알려준다. 4) 환자가 원하는 병실 밖 공간까지 환자의 잔존능력으로 이동한 후 안전하게 침상으로 복귀하는 활동을 수행하되, 보조인력은 이 과정을 감독, 격려, 지지하며 필요 시 도움을 준다.	

연번	질 의	답 변	비고
		5) 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. ※ 개정 전 '체내출혈'을 시행하는 경우에는 정액수가로 산정하였으나, 개정 후 '체내출혈'을 시행하는 경우에는 특정기간으로 산정토록 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 전문재활치료의 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·치료재료·장비)으로 의료서비스(혈당검사 및 인슐린주사 투여)가 제공되는 경우 체크합니다. ○ 다만, 연속혈당측정검사 등 비급여 진료비용의 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	신설·보완 ('21.5.1. 적용)

연번	질 의	답 변	비고
		관리를 위해 요양병원에 입원하였다고 보기 어려우므로 산정할 수 없습니다.	
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.	
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 급여기준에 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, 피부궤양 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	보험 급여과-3929호

연번	질 의		답 변	비고
			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.	
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
		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 수분량 보다 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.	

연번	질 의		답 변	비고
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
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 울혈성 궤양 등) 드레싱(5,d)	○ 피부궤양(욕창 및 울혈성궤양 등)의 상태에 따른 적절한 드레싱으로서 단순처치는 해당하지 않습니다.	
21	피부문제에 대한 처치 중, 피부궤양(욕창 및 울혈성궤양 등) 드레싱·피부궤양(욕창 및 울혈성 궤양 등) 이외의 드레싱·수술창상 치료 (I,5,d·e·f)		○ △피부궤양(욕창 및 울혈성궤양 등) 드레싱 △피부궤양(욕창 및 울혈성 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

연번	질 의		답 변	비고
22	J. 투약	치매진단을 받은 환자가 망상, 환각, 초조·공격, 탈억제, 케어에 대한 저항, 배회에 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 투여 하는 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. ○ 또한, 치료약제(항생제, 혈압강하제 등)를 투여한 경우에 해당하며, 단순 수액제, 비타민제, 해열·진통·소염제, 일시적 증상 완화를 위한 소화기관용제 등은 해당하지 않습니다.	보험 급여과-3929호
24	산소요법 (K,1,e)		○ '의료고도'에 상응하는 환자 중증도를 고려하여, 호흡곤란 혹은 저산소증이 지속적으로 동반되는 상병(예 : 만성 폐쇄성 폐질환)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

연번	질 의	답 변	비고
25	중심정맥영양 (K,1,j)	○ 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 식이와 동시 청구되는 경우는 산정할 수 없습니다.	보완 (환자평가표의 K,1,k가 K,1,j로 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(보조인력 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)
27	피부문제에 대한 처치 중 화상 관련 처치(I,5,g)	○ 2도 이상 화상으로 입원이 필요한 환자에게 화상 관련 직접 처치(예 : 화상처치)를 제공한 경우 체크합니다. - 의료고도 환자군 중증도를 고려하여 자-2-1 단순처치·염증성처치, 자-18 피부과 처치만 시행하는 경우 또는 항생제, 진통제 투여, 연고 도포 등 약제만 투여한 경우는 해당하지 않습니다. ○ 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·보관 하여야 합니다. ○ 다만, 의료고도의 화상 관련 직접 처치 종료 후 지속 치료가 필요하여 피부병변 치료를 시행한 경우 등은 환자평가표 작성 결과에 따라 해당 환자군으로 분류됩니다.	신설 ('21.5.1. 적용)

03. 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 산정방법」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
㈎ Erythropoietin 주사제(품명 : 에포론주 등), Darbepoetin Alpha 주사제(품명 : 네스프 프리필드주 등), Methoxy polyethylene glycol - epoetin β 주사제(품명 : 미쎄라프리필드주)
㈏ Recombinant Human Epidermal Growth Factor(품명 : 이지에프외용액)
㈐ Riluzole(품명 : 리루텍정 등)
㈑ 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

04. 요양병원 입원 중인 환자를 다른 요양기관에 진료 의뢰 시 수가산정방법 관련 질의·응답

보건복지부 고시 제2021-257호('21.10.12. 시행) 관련

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

○ 산정특례 대상 상병명에 대한 진료의뢰시 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 요양병원에 입원 중인 환자를 다른 요양기관으로 진료 의뢰 시 진료비 산정방법은?

○ 환자가 입원 중인 요양병원에서 청구하되, 특정내역 구분코드(JS008) 기재하여 청구함

(예시) A요양병원(12345678)에 입원중인 환자를 2021년 7월 15일 B병원(23456789)으로 진료의뢰한 경우

특정내역 구분코드	특정내역
JS008	23456789/20210715

○ 산정특례 적용 대상 상병으로 진료의뢰 시 의뢰받은 요양기관에서 청구하고,
- 의뢰한 요양병원은 의뢰 당일 가산 등을 적용하지 않은 입원료만 청구하되, 위 기관 모두 특정내역 구분코드(MT063) 기재하여 청구함

(예시) A요양병원(12345678)에 입원중인 환자를 2021년 7월 15일 B병원(23456789)으로 진료의뢰한 경우

〈의뢰한 A요양병원〉

특정내역 구분코드	특정내역
	의뢰한 기관 (A요양병원)
MT063	23456789/20210715

〈의뢰받은 B병원〉

특정내역 구분코드	특정내역
	의뢰받은 기관 (B병원)
MT063	12345678/20210715

○ 산정특례 적용 대상 진료 의뢰 당일에 산정특례 외 타 상병 진료가 동시에 이루어진 경우, 타 상병 진료내역은 산정특례 제외 대상이므로 환자가 입원 중인 요양병원에서 청구

3 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표4의2] 중증난치질환자 산정특례 대상자 중 만성신부전증 환자의 진료의뢰 시 요양급여비용 청구방법은?

○ 질의·응답 연번2에 따라 청구함

- 다만, 보건복지부 고시 제2010-18호('10.2.1.시행)에 근거하여, 인공신장투석 또는 계속적 복막관류술 실시 당일에 타 상병을 외래로 병행치료한 경우 타 상병 진료내역도 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 의한 본인부담률을 적용하여 의뢰받은 요양기관에서 일괄 청구함

4 요양병원 입원중인 산정특례 대상자의 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)

5 요양병원 입원중인 산정특례 대상자가 제외환자 및 특정기간으로 입원 중 타 기관 진료의뢰를 한 경우 요양병원 입원료 차등제 등 수가산정방법은?

○ 연번 4와 같이 적용함

6 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.)

05. 요양병원 의사인력확보수준에 따른 입원료 차등제 개정

보건복지부 고시 제2019-301, 302호('20.7.1. 시행) 관련

1 개정되는 요양병원 의사인력확보수준에 따른 입원료 차등제를 반영한 의사등급이 적용되는 시점은?

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

* 요양병원 관련 고시(의사인력확보수준에 따른 입원료 차등제) 시행 안내 (보험급여과-3421호, '20.8.2.) 에 따라 '21.1.1. 시행

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

06. 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 국민건강보험공단요양기관정보마당(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.

07. 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 운영현황[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 '22년 1월 1일부터 '요양병원 9인 이상 병실 입원료(산정코드 두 번째 자리에 9기재)' 산정 시, 요양급여비용 청구명세서 특정내역 기재방법은?

○ '22년 1월 1일 진료분부터 요양병원 9인 이상 병실에 입원한 경우 줄번호 단위 특정내역 구분코드 "JX999(기타내역)"란에 9인 이상 병실 재원기간의 날짜(From/To)를 기재하여 청구함

〈 JX999(기타내역) 작성요령 〉

▶ 기재형식: ccyymmdd/ccyymmdd

▶ **(예시 1)** 2022.1.1. 9인실에 입원하여 2022.1.30.에 퇴원한 경우

☞ JX999 20220101/20220130

(예시 2) 2022.1.1. 9인실 입원하여 2022.1.10. 6인실로 전실하였다가 2022.1.20. 다시 12인실로 전실 후 2022.1.30. 퇴원 한 경우

☞ 9인 이상 병실 입원료에 줄번호단위 특정내역 "JX999(기타내역)"를 줄을 달리하여 9인 이상 병실 입원기간만 기재함
JX999 20220101/20220110
JX999 20220120/20220130

※ 전실하는 당일은 수진자가 더 오랫동안 체류한 병실의 기준에 따라 산정함

7 9인 이상 병실 입원료 감산 유예병실의 요양급여비용 청구시 특정내역 기재 방법은?

○ 보험급여과-6531(2021.12.24.) "요양병원 9인 이상 병실 입원료 감산(고시 제2019-182호, '22.1.1.적용) 관련 안내"에 따른 9인 이상 입원료 감산유예병실에 입원한 경우,
- 9인 이상 입원료 감산유예병실 입원기간 날짜와 "감산유예병실"을 띄어쓰기 없이 붙여서 기재함

▶ **(예시 1)** 9인 이상 감산유예병실에 2022.1.1.부터 2022.1.15.까지 입원 후 9인 이상 일반병실로 전실하여 1.30.까지 입원한 경우

☞ JX999 20220101/20220115/**감산유예병실**
JX999 20220116/20220130

8 월을 달리하여 계속 입원 중인 환자의 요양급여비용 청구명세서 작성 시, '요양병원 9인 이상 병실 입원료' 산정을 위한 줄번호 특정내역 기재 방법은?

○ 명세서마다 '요양병원 9인 이상 병실 입원료(산정코드 두 번째 자리에 9기재)'에 줄번호 단위 특정내역 구분코드 "JX999(기타내역)"란을 기재하며, 해당 명세서의 요양개시일자 및 마지막날짜를 입실일/퇴실일로 간주하여 특정내역을 작성함

▶ **(예시)** 2022.1.1.에 9인실에 입원한 환자가 22.2.13.에 퇴원 한 경우

☞ (1월명세서) JX999 20220101/20220131
(2월명세서) JX999 20220201/20220213

※ 명세서를 분리청구 해야 하는 경우(ex. 정액수가 기간 중 특정기간이 발생하는 등)에도 동일 적용함

08. 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 본인일부부담률을 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 : ccyymmdd/ccyymmdd/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

9. 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 간호사비율이 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.

10. 요양병원 지역사회 연계료

보건복지부 고시 제2019-182, 183호('19.11.1.시행) 관련
보건복지부 고시 제2023-196, 230호('24.1.1.시행) 관련

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?

○ '간호인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등제' 산정 대상에 포함하여 적용 가능함.

- 다만, 지역 자원 연계를 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 업무는 겸직 가능하며, '필요인력 확보에 따른 별도 보상제'의 산정 대상 인력에도 포함하여 적용함.

5 '요56 요양병원 지역사회 연계료'가 어떻게 개정되는지?

○ 퇴원지원 표준계획 수립 및 지역사회 자원 연계를 모두 시행해야 지역사회 연계 관리료를 산정할 수 있었으나, 개정 후에는 퇴원지원 표준계획을 수립 시 퇴원계획 관리료, 지역사회 자원 연계 시 지역사회 연계 관리료를 각각 산정함.

6 '요56 요양병원 지역사회 연계료'의 적용 기산점은 어떻게 적용하는지?

○ '23년 12월 31일까지는 입원일로부터 120일이 경과한 경우 산정함.

○ '24년 1월 1일부터는 입원일로부터 60일 경과(퇴원 후 90일 이내 재입원 합산)한 경우 산정함

7 '요56 요양병원 지역사회 연계료'는 입원 60일 이내에 퇴원하는 경우에도 산정 가능한지?

○ '요56 요양병원 지역사회 연계료'는 장기입원으로 인해 지역사회와 단절된 환자의 원활한 지역사회 복귀를 지원하는 활동에 대한 수가이므로 60일이 경과한 후 퇴원 예정인 환자를 대상으로 하며, 60일 이내에 퇴원한 경우 산정 할 수 없음.

* 60일 경과는 입원일로부터 61일째를 의미

8 퇴원 후 재입원 시 '요56 요양병원 지역사회 연계료'를 산정할 수 있는 기산점은 어떻게 적용하는지?

○ 재입원 일을 기산점으로 하여 입원 60일이 경과 후 퇴원이 예정되어 있는 경우 산정함.

- 다만, 퇴원 후 90일 이내 재입원 하는 경우에는 이전 요양병원 입원기간을 합산하여 적용함.

9 요양병원 퇴원 후 90일 이내 재입원 시 입원기간 합산 방법은?

○ 퇴원 후 90일 이내(퇴원 익일부터 계산)에 재입원 하는 경우 이전 요양병원 입원기간을 합산하며 '요양병원 입원료 체감제'(고시 제2019-235호, '21.1.1. 시행)의 합산기준을 적용함.

- 입원기간 합산은 '24.1.1. 진료분 부터 적용함.

10 퇴원 후 90일 이내 다른 요양병원에 재입원하는 경우에도 이전 요양병원의 입원기간을 합산하여 적용하는지?

○ 퇴원 후 90일 이내 다른 요양병원에 재입원하는 경우에도 이전 요양병원의 입원기간을 합산하여 적용함.

11 퇴원 후 90일 이내 재입원 시 입원기간 합산적용은 요양병원 이외 요양기관(상급종합병원, 병원 등)에도 적용하는지?

○ 90일 이내 재입원 시 이전 입원기간의 합산적용은 요양병원의 입원기간만 합산하며 요양병원 이외 요양기관의 입원기간은 합산하지 않음.

12 환자지원팀 필수인력 교육 이수 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)

13 교육을 이수한 환자지원팀 필수인력의 교육 이수 신고 방법은?

○ 건강보험심사평가원에 신고하여야 함.

* 보건의료자원통합신고포털(www.hurb.or.kr) 〉 현황신고·변경 〉 인력현황

14 '요56 요양병원 지역사회 연계료'는 교육 이수일과 신고일 중 어느 날부터 적용되는지?

○ '요56 요양병원 지역사회 연계료'는 건강보험심사평가원에 교육 이수 신고가 된 이후, 교육 이수일부터 산정함.

15 '요56 요양병원 지역사회 연계료'는 심층평가, 퇴원계획 수립, 지역자원 연계가 순차적으로 이루어져야 각 행위에 대한 수가를 산정할 수 있는지?

○ 각 행위가 순차적으로 이루어진 경우 산정함.

- 심층평가를 통해 도출된 내역을 바탕으로 연계 계획을 수립하고, 수립된 계획에 따라 연계가 이루어져야함

16 지역사회 연계 평가료 산정을 위한 환자지원 심층평가는 누가 실시해야 하는지?

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

17 퇴원계획 관리료의 산정방법은?

○ 환자지원 심층평가([별지 제17호 서식])를 바탕으로 환자지원팀이 회의를 통해 환자 맞춤형 퇴원지원 표준계획([별지 제18호 서식])을 수립·작성하고 환자(보호자)에게 설명·교육 및 동의·서명을 받은 후 진료기록부에 기록하고 보관한 경우 산정함.

18 퇴원지원 표준계획은 요양병원에 입원한 모든 환자를 대상으로 하는지?

○ 입원일로부터 60일이 경과 후 퇴원이 예정되어 있고 지역연계가 필요한 환자를 대상으로 함.

19 지역사회 연계 관리료 Ⅰ, Ⅱ 산정방법은?

○ 퇴원지원 표준계획서([별지 제18호 서식])를 작성하고 퇴원 시 해당 계획서에 따라 필요한 지역사회 자원과 연계된 경우 산정함.

- 또한 '연계 안내서'를 환자(또는 보호자)에게 제공해야함.

※ 공단 요양기관정보마당에서 출력

20 지역사회 연계 관리료 Ⅰ, Ⅱ를 산정하기 위한 연계활동은?

○ 지역사회 연계활동이란, 환자 맞춤형 퇴원지원 표준계획([별지 제18호 서식])을 수립·작성하고, 퇴원지원 표준계획에 따라 환자에게 필요한 지역사회 자원을 섭외하여 연계 및 조정하는 활동을 말함.

○ 시군구내의 사회복지기관, 보건소, 치매안심센터, '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)를 연계하는 활동임.

○ 다만, 노인장기요양보험 대리 신청 및 급여 연계, 국민건강보험공단의 만성질환관리 프로그램 연계, 타 의료기관 연계, 본인부담상한제 대리 신청, 재난적 의료비 신청만 이루어진 경우에는 수가 산정이 불가능함.

21 두 가지 이상의 지역사회 자원을 연계한 경우 지역사회 연계 관리료를 각각 산정할 수 있는지?

○ 여러 가지 지역사회 자원을 연계하더라도 지역사회 연계 관리료는 퇴원 시 1회만 산정함.

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

○ 여러 가지 방법을 통해 지역사회 연계를 하였더라도 지역사회 연계 관리료 Ⅰ, Ⅱ를 동시에 산정할 수 없으며 주된 항목의 소정점수만 산정함.

11. 요양병원 입원환자 안전관리료

보건복지부 고시 제2019-183호('19.11.1. 시행) 관련
보건복지부 고시 제2021-135호('21.5.4. 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 요양병원 입원환자 안전관리료를 산정하는 요양병원의 환자안전 활동 시행 확인 방법은?

○ 「환자안전법」 제11조·제12조를 준수하고 「의료법」 제58조·제58조의3에 따라 '인증' 또는 '조건부인증' 등급을 받은 200병상 이상 요양병원으로 전담인력 배치, 환자안전위원회를 설치·운영하는 기관은 매년 1월 31일까지 전년도 환자안전위원회 운영계획 및 활동증빙서류를 의료기관평가인증원 환자안전 보고학습시스템(환자안전 서비스포털)을 통해 제출하여야함

- 미제출 시 해당년도 2월 1일부터 다음 연도 1월 31일까지 요양병원 입원환자 안전관리료를 산정할 수 없음

  * (단, 제출기간 이후 제출 시 최종제출일 이후 산정가능)

○ 신설 또는 요양병원 입원환자 안전관리료를 최초 청구하는 요양병원은 해당년도 환자안전위원회 운영계획을 의료기관평가인증원에 제출한 후 수가를 적용하여야 하고,

- 다음 연도 1월 31일까지 전년도 환자안전위원회 운영계획 및 활동 증빙서류를 제출하여야 함

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

○ 중복 적용할 수 없음. 환자안전 전담인력으로 배치된 인력은 입원료 차등제 산정 대상에서 제외하여야 함.

전담인력 기준

9 전담인력 및 환자안전위원회 현황 신고방법은 어떻게 되는지?

○ 전담인력 배치현황 및 환자안전위원회 설치현황을 「환자안전법」시행규칙 제9조5항에 따라 의료기관평가인증원에 신고*하여야 하며, 현황 변경 시(신규배치·해지 등) 지체 없이 변경신고 하여야함.

* 의료기관평가인증원의 환자안전 보고학습시스템(환자안전 서비스포털)을 통해 신고

○ 또한, 인증원에 신고 된 전담인력은 심평원에 신고 되어 있는 요양기관현황(인력 등)에도 신고가 되어 있어야 함.

※ 신규 및 기존인력 중 미 신고 또는 변경사항이 있는 경우 (변경)신고 필수

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

○ 배치현황 변경 시 지체 없이 의료기관평가인증원에 변경 신고를 하여야 하며, 배치기준을 만족하지 못하는 날부터 수가 산정은 불가능함.

11 전담인력이 환자안전과 관련된 업무만 시행하여야 하는지?

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

12 전담인력(기존, 신규) 교육이수 방법은 어떻게 되는지?

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

산정방법

1 요양병원 입원환자 안전관리료 산정 시, 줄번호 특정내역기재 방법은?

○ '22년 1월 1일 진료분부터 '요양병원 입원환자 안전관리료' 산정 시, 6인 이하 병실에 입원한 환자의 경우 줄번호 특정내역 JT029를 기재하여 청구함.

〈 특정내역 JT029 작성요령 〉

▶ 기재요령: (6인 이하 병실) From/To

▶ 기재형식: ccyymmdd/ccyymmdd

▶ 기재예시

- 2022년 1월 1일에 A요양병원 7인실로 입원 한 환자가 1월 15일 6인실로 전실 후 1월 30일에 퇴원 한 경우

특정내역 구분코드	특정내역
JT029	20220115/20220130

2 계속 입원중인 환자의 명세서 청구 시, 요양병원 입원환자 안전관리료 산정을 위한 줄번호 특정내역 기재 방법은?

○ 명세서마다 '요양병원 입원환자 안전관리료' 줄번호에 특정내역 JT029를 기재하며, 해당 명세서의 요양개시일자 및 마지막날짜를 입실일/퇴실일로 간주하여 특정내역을 작성함.

▶ (예시) 2022년 1월 1일에 A요양병원 6인실에 입원한 환자가 2022년 2월 13일에 퇴원 한 경우

☞ (1월명세서) JT029 20220101/20220131
(2월명세서) JT029 20220201/20220213

※ 명세서를 분리청구 해야 하는 경우(ex. 정액수가 기간 중 특정기간이 발생하는 등)에도 동일 적용함.

3 7인 이상 병실에 입원 해 있던 환자가 6인 이하 병실로 전실되는 경우, 전실하는 날의 입원환자 안전관리료는?

○ 7인 이상 병실에서 6인 이하 병실로 전실하는 경우, 전실하는 당일 수진자가 더 오랫동안 체류한 쪽 병실의 기준에 따라 산정함.

- 6인 이하 병실에 더 오랫동안 체류한 경우 요양병원 입원환자 안전관리료는 산정 가능 함.

참고 **상급종합병원·종합병원 등에 적용하는 입원환자 안전관리료 급여 기준 등**

제1장 기본진료료

항 목	제 목	세부인정사항
가29 입원환자 안전관리료	가29 입원환자 안전관리료 산정기준	입원환자 안전관리료는 아래와 같은 조건을 모두 갖춘 요양기관의 경우, 입원환자 입원 1일당 1회 산정함 - 아 래 - 가. 대상기관 1) 상급종합병원, 종합병원, 200병상 이상 병원·정신병원 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 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 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
		3) 「환자안전법」 제9조 및 동법 시행령 제6조에 따른 환자안전 기준 준수를 위해 아래의 가), 나)를 포함한 체계적인 활동을 시행하여야 함 가) 입원환자 병문안 관리 규정을 자체적으로 수립하고 이를 시행하여야 함 나) 입원기간 동안 낙상, 욕창 예방 및 관리 등을 시행하여야 함 4) 보안관리 기준은 「의료법 시행규칙」 제39조의6에 따라 가), 나) 를 충족해야 함 가) 의료인 및 환자에 대한 폭력행위를 관할 경찰관서에 신고할 수 있는 비상경보장치를 설치·운영해야 함 나) 보안 전담인력을 요양기관별 1인 이상 배치하여야 함 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 (고시 제2023-56호, 2023.3.29. 시행)
	가29 입원환자 안전관리료 인력기준	입원환자 안전관리료 산정을 위한 전담인력기준은 아래와 같이함 - 아 래- 가. 전담인력은 「환자안전법」 시행규칙 제9조제2항에 따라 다음 각 호중 하나에 해당하는 자격을 갖추어야 함. 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 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.

항 목	제 목	세부인정사항
		다. 대상기관은 「환자안전법 시행규칙」 제9조제3항에 따라 위의 '가' 및 '나'항을 모두 만족한 전담인력을 해당기관에 배치하여야 함. 1) 500병상 이상 종합병원급 : 2명 이상 2) 100병상 이상~ 500병상 미만 종합병원급 : 1명 이상 3) 200병상 이상 병원급 : 1명 이상 라. 현황신고 1) 「환자안전법」 제11조 및 12조에 따른 환자안전위원회 구성·운영 및 전담인력 배치현황은 의료기관평가인증원에 신고하여야 함 2) 「환자안전법」 시행규칙 제9조4항에 따라 전담인력 현황변경 시 (신규배치·해지 등) 의료기관평가인증원에 지체없이 신고하여야 함 (고시 제2023-56호, 2023.3.29. 시행)
	가29 입원환자 안전관리료 병문안 관리기준	입원환자 안전관리료 산정을 위한 병문안 관리기준은 다음과 같이 함. - 다 음 - 1. 입원환자 안전관리료 산정을 위한 병문안 관리기준을 충족하기 위해서는 '병문안 관리 규정' 및 '병문안 관리방법'을 건강보험심사평가원에 신고하여야 함. 2. '병문안 관리 규정'(이하 규정)은 아래 기준을 모두 충족해야 함. - 아 래 - 가. 의료기관에서 자체적으로 수립하고 기관장 결재를 마친 규정이어야 함 나. 규정에는 다음 5가지 내용이 모두 포함되어야 함 1) 병문안 허용시간대 2) 병문안 제한 대상 3) 병문안객 관리대장 양식 및 운영방법

항 목	제 목	세부인정사항
		4) 반입금지 물품 목록 5) 병문안 관리 방법 다. 기관장 직인이 포함된 규정 전문을 첨부파일로 제출해야 함 3. '병문안 관리 방법'은 아래 기준을 모두 충족해야 함. - 아 래 - 가. 병문안객 관리를 위한 '시설', '인력', '기타' 중 하나 이상의 방법을 운영하고 있어야 함 1) '시설'은 ID카드 등을 이용하여 허용된 사람에 한해 개폐가 가능한 고정 시설물을 의미하며, 건물별로 1개 이상 설치되어 있어야 함. 2) '인력'은 규정에 정해진 시간 동안 병문안객 관리를 전담하는 사람을 의미하며, 외부 보안관리 전문기관과의 계약에 따라 배치된 사람은 포함되나 단순 안내요원 및 자원봉사자, 사회복무요원 등은 제외함. 기관별로 1명 이상이 배치되어 있어야 하며, 인력 배치현황(인력수, 근무시간, 장소) 및 근무대장을 관리·작성하여야 함. 3) '기타'는 위 1) 또는 2)에 해당하지 않지만 병문안객 관리가 가능한 방법을 의미함 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. 4. 입원환자 안전관리료를 산정하는 요양기관은 별지 제 14호 서식에 의한 입원환자 병문안 관리 현황신고서를 최초 수가 청구 전까지 (단, 기존 산정기관은 '18.7월말까지) 건강보험심사평가원에 제출하여야 하며, 최초 신고 이후 변경이 있는 경우 지체없이 변경 내용을 신고해야 함. (고시 제2023-56호, 2023.3.29. 시행)

[별지 제14호 서식] (앞면)

입원환자 병문안 관리 현황 신고서

1. 신규 2. 변경	※

요양기관명		요양기관기호			
소 재 지		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) (서명 또는 인)
작성자 (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
○ 적용일자는 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, 사회복무요원 등은 해당하지 않음.
○ 정규직이 아닌 경우 「기간제 및 단시간근로자보호 등에 관한 법률」 제17조(근로조건의 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.

참고 가29 입원환자 안전관리료 질의응답

(보험급여과-6429호, '22.1.1.)

1 입원환자 안전관리료 산정기준

▣ 산정기준

1 입원환자 안전관리료를 산정하는 의료기관의 환자안전 활동 시행 확인 방법은?

○ 「환자안전법」 제11조·제12조 및 동법 시행규칙 제5조·제9조제1항에 해당하는 의료기관으로 전담인력 배치, 환자안전위원회를 설치·운영하는 기관은 계획서와 활동증빙서류를 의료기관평가인증원 환자안전 보고학습시스템(환자안전 서비스포털)을 통해 제출하여야함

- 신설 또는 입원환자 안전관리료를 최초 청구하는 의료기관은 해당년도 환자안전위원회 운영계획을 의료기관평가인증원에 제출한 후 수가를 적용하여야 함
  * 요양기관 종별 및 개설자 변경으로 인한 요양기호 변경 시에도 해당
- **매년 1월 31일까지 전년도 환자안전위원회 운영계획 및 활동 증빙서류를 의료기관평가인증원에 제출**하여야하며, 미제출시 해당년도 2월 1일부터 다음 연도 1월 31일까지 입원환자 안전관리료를 산정할 수 없음
  * (단, 제출기간 이후 제출 시 최종제출일 이후 산정가능)

2 입원환자 안전관리료는 모든 의료기관에서 산정할 수 있나요?

○ 대상기관은 「환자안전법」 제11조, 제12조에 명시된 보건복지부령으로 정하는 일정 규모 이상의 병원급 의료기관 및 의료법 시행규칙 제39조의6에 따른 의료기관으로 상급종합병원, 종합병원, 100병상 이상의 병원·정신병원 및 200병상 이상의 한방병원을 의미합니다.

여기서 병상 수는 의료법령에 따른 허가병상 수 기준이며, 「국민건강보험법」 제43조에 따라 건강보험심사평가원에 신고하여야 합니다.

3 입원환자 안전관리료 청구 시 항, 목 구분은 어떻게 되나요?

○ 입원환자 안전관리료는 1항 03목으로 청구합니다.

4 신규개설기관 또는 입원환자 안전관리료 최초 청구기관 산정기준은?

○ 상급종합병원, 종합병원, 200병상 이상 병원·정신병원 및 200병상 이상 한방병원은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 입원환자 안전관리료 산정기준(고시 제2021-88호), 입원환자 안전관리료 인력기준(고시 제2020-330호), 입원환자 안전관리료 병문안 관리기준(고시 제2018-114호) 모두 충족해야 함

○ 100병상 이상 200병상 미만 병원·정신병원은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」입원환자 안전관리료 산정기준(고시 제2021-88호)을 충족하여야 함

* 정신병원은 2021년 3월 4일까지는 '요양병원(정신건강복지법 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원인 요양병원만 해당)'임

5 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

6 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.

7 퇴원 당일 재입원한 경우 입원환자 안전관리료 산정방법은 어떻게 되나요?

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

8 낮병동 입원료를 산정하는 경우 입원환자 안전관리료를 산정할 수 있나요?

○ 낮병동 입원료를 산정하는 경우에는 수가 산정이 불가능합니다.

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

○ 입원환자 본인부담률 적용 환자라도 수가 산정이 불가능합니다.

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

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

11 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.

12 의료기관 인증을 받은 기관만 수가를 산정할 수 있나요?

○ 의료기관 인증을 받지 않아도 기준 충족 시 수가를 산정할 수 있습니다.

13 2020.6.30.(진료분) 이전에 입원환자 안전관리료를 산정한 기관 중 보안관리 기준 미충족시 수가 산정 방법은?

○ 2020.6.30.(진료분) 이전에 입원환자 안전관리료를 산정한 상급종합병원, 종합병원, 200병상 이상 병원은 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」가29 입원환자 안전관리료 입원환자 안전관리료 산정기준 나. 4) 기준 미충족시 아래 수가코드를 2020.10.23.까지 산정할 수 있음

		코 드	상대가치점수
상급종합병원		AC410(16410)	24.20
종합병원	500병상이상	AC421(16421)	26.83
	100병상이상~500병상미만	AC422(16422)	28.35
병원		AC430(16430)	31.40

(고시 제2017-167호)

▣ 보안인력 산정기준

1 보안관리 기준(인력) 현황 신고 기한은?

○ 입원환자 안전관리료를 산정하고자 하는 경우. 보안인력 현황을 수가 청구 전까지 건강보험심사평가원에 신고하여야 하며, 최초 신고 이후 변경이 있는 경우 지체없이 변경 내용을 신고해야 함

2 보안관리 기준(인력) 현황신고 방법은?

○ 보안인력 현황은 보건의료자원신고포털에 현황신고 하고 이를 증빙할 수 있는 자료(배치신고서 등)를 첨부하여 제출하여야 함

* 신고방법

- 보건의료자원신고포털(www.hurb.or.kr)〉현황신고·변경〉인력현황
- 인력신고 방법은 보건의료자원통합신고포털 공지사항에 게시할 예정

3 보안 전담인력은 1인만 배치하면 되는지?

○ 주 40시간 이상 근무자는 1인,
주 20시간 이상~30시간 미만 근무자는 0.5인으로 2인 이상 배치해야함

4 보안인력이 휴가(병가)등 부재 시 인력산정 방법은?

○ 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 인력 산정에서 제외됨. 다만, 대체인력이 있는 경우 대체인력을 신고한 이후 수가 산정 가능함

5 보안인력 자격은?

○ 붙임* 참조

6 비상경보장치란?

○ 붙임* 참조

*** [붙임]**

「의료법 시행규칙」 개정에 따른 보안인력, 시설기준 적용기준

(적용대상) 100개 이상의 병상을 갖춘 병원·정신병원 또는 종합병원에 대해 보안인력 및 시설기준 등 개정 내용 적용

→ 요양병원, 치과병원, 한방병원은 적용 제외

2 입원환자 안전관리료 인력기준

▣ 전담인력

1 전담인력 현황 신고 방법은 어떻게 되나요?

○ 「환자안전법」 시행규칙 제9조5항에 따라 의료기관평가인증원에 전담인력 배치현황을 신고하여야 하며, 현황 변경 시(신규배치·해지 등) 지체 없이 변경신고 하여야 합니다.

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

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

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(대한병원협회)에서 주관하는 교육을 이수하여야 합니다.

5 **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) '21년12월31일까지 교육 이수증을 제출하지 않은 경우 다음 교육 이수증 제출일 전까지 전담인력 불인정

3 입원환자 안전관리료 병문안 관리기준

▣ 산정 기준

1 **입원환자 병문안 관리 규정은 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.

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

○ 상급종합병원, 종합병원, 200병상 이상 병원('18.8.1. 진료분부터), 정신병원('20.7.1. 진료분부터), 한방병원('21.3.29. 진료분부터)은 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 이상의 건물 중 1개 건물에만 ID카드 등을 이용한 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 규정하실 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.

▣ 시설 기준

1 병문안 관리 시설을 설치할 예정이나 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, 정신과 폐쇄병동 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.

▣ 인력 기준

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 근무시간(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 어떡해야 하나요?

○ 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.

▣ 기타 기준

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 포함이 되나요?

○ '시설' 또는 '인력'없이 병동 간호사실에서 병문안객 관리대장 관리, 배너 설치, 안내문 배부만 하는 경우는 해당되지 않습니다.

12. 요양병원 인증조사에 따른 가산 배제 관련 질의·응답

보건복지부 고시 제2021-252호('21.10.7. 시행) 관련

1 "정당한 사유 없이 인증조사에 협조하지 않은 경우"에서 정당한 사유란?

○ 재해로 인한 의료기관 시설의 멸실, 영업정지, 폐업, 휴업 등으로 인증조사 시행의 의미가 없어진 경우를 말함

2 개정되는 요양병원 인증조사에 따른 가산 배제가 적용되는 시점은?

○ '21년 10월 07일 이후 인증조사를 신청 또는 재신청하는 요양병원을 대상으로 함

3 가산배제 해당기관으로 수회 통보된 경우 배제 횟수는 어떻게 적용되는지?

○ 가산 배제 해당기관으로 통보될 때 마다 통보 시점이 속한 분기의 직후 1분기 동안 입원료 (인력) 가산 및 필요인력 확보에 따른 별도 보상을 배제함

13. 요양병원 감염예방·관리료 신설 관련 질의·응답

보건복지부 고시 제2023-109호('23.7.1.시행) 관련
보건복지부 고시 제2024-78호('24.5.1.시행) 관련

산정기준

1 요양병원 감염예방·관리료는 입원일수별로 산정할 수 있나요?

○ 요양병원 감염예방·관리료는 환자당 입원 일수별로 산정 할 수 있음. 단, 낮병동 입원료, 외박 시에는 산정할 수 없음.

(예시) 4박 5일 입원한 경우 5회 산정가능
4박 5일 입원 중 1일 외박한 경우 4회 산정

2 퇴원 당일 재입원한 경우 요양병원 감염예방·관리료 산정방법은 어떻게 되는지?

○ 퇴원한 후 당일 재입원한 경우에는 계속 입원 중이었던 환자로 간주하여 입원 1일당 1회 산정함.

3 요양병원 입원료 차등제 등급과 요양병원 감염예방관리료 등급은 관계가 있나요?

○ 요양병원 입원료 차등제 신고기관에 한해 산정이 가능하며, 차등제 등급과 요양병원 감염예방·관리료 등급은 관계가 없음.

(예시) '23년 7월 요양병원 감염예방·관리료 산정을 원하는 기관의 경우 [별지 제6호 서식] 요양병원 입원료 차등제 산정현황(3.15.~6.14.)에 대해 6.16.~6.20.까지 제출하여야 함.

4 의료기관 인증 결과가 '인증' 또는 '조건부 인증'인 경우에도 별도 신고를 해야 하나요?

○ 의료기관 인증 결과는 매월 건강보험심사평가원에 연계 되고 있으므로 신고 불필요함. 단, 인증결과가 건강보험심사평원에 정상 연계되었는지 아래 경로에서 확인 후 청구하여야 함.

※ 보건의료자원통합신고포털(www.hurb.or.kr) 〉 현황신고·변경 〉 특수운영현황 〉 특수운영 지정현황 조회 〉 특수운영 현황 조회 〉 의료기관 평가인증기관 확인가능

5-1 KONIS에 참여하고 싶으나 모집기간이 지나 참여하지 못한 기관은?

○ KONIS는 연 1회 참여기관 모집을 하고 있으며, 모집기간이 지난 경우에는 다음해에 참여신청을 해야 함.

※ 전국의료관련감염감시체계(KONIS) 참여방법:
질병관리청홈페이지〉'공지사항' 및 '공고/고시' 참고

5-2 요양병원 감염예방·관리료 1,2 등급의 KONIS 참여기준 적용시기는?

○ KONIS 참여는 1등급의 경우 '24년 7월부터 적용, 2등급의 경우 '26년 1월*부터 적용함

* '26년부터 KONIS 운영주기가 변경됨에 따라 2등급의 기준 적용시기 변경

6 KONIS 참여에 대한 증빙서류 제출 및 신고 필요한가요?

○ KONIS 참여 기관 목록은 KONIS 담당 기관(질병관리청)을 통해 확인 예정이므로 요양기관에서는 별도의 증빙서류 제출 및 신고 불필요함.

7 100병상 미만의 요양 병원도 산정가능한가요?

○ 급여기준을 모두 충족한 경우 산정 가능함.

8 분기별 평균 병상 수 대비 150:1(300:1) 이하의 의미는 무엇인가요?

○ 분기별 평균 병상수 150병상(300병상) 당 감염관리 인력은 1명 이상 확보하여야 하고, 병상수 대비 인력 비율에 따라 해당 등급을 산정하여야 함.

9 (1등급·2등급) 감염관리 전담간호사는 감염관리와 관련된 업무만 시행하여야 하는지?

○ 감염관리 전담간호사는 감염관리실 업무를 위해 배치된 인력으로 감염관리 업무만 시행하여야 함.

10 감염관리 전담간호사 및 감염관리 간호사 배치인력은 입원료 차등제 인력과 중복 적용할 수 있는지?

○ 중복 적용할 수 없음. 감염관리 전담 간호사 및 감염관리 간호사는 간호인력 확보 수준에 따른 입원료 차등제 산정대상에서 제외하여야 함.

11 (3등급) (입원)병동에 소속되어 있지만 입원환자 업무를 전담으로 수행하지 않는 간호사가 감염관리 간호사(겸임) 업무를 병행 할 수 있나요?

○ 감염관리 간호사는 외래 업무 등과 병행할 수 있으나 입원환자 간호업무와는 병행할 수 없음. 따라서, (입원)병동에 근무하지만 입원환자 간호를 전담하지 않는 간호인력(간호감독, 전임노조, 가정간호사, 호스피스 간호사 등)과 일반병상과 특수병상을 순환 또는 파견(PRN) 근무하는 간호인력, 환자안전 전담인력 등은 감염관리 간호사 업무를 병행할 수 없음.

12 요양병원 감염예방·관리료 3등급 산정시 자격 간호사도 인정 가능한가요?

○ 감염관리 전문간호사 또는 감염관리 실무전문가 자격증이 있는 경우에도 인정 가능함.

13 감염관리 의사의 자격기준은?

○ 감염관리 의사는「의료법 시행규칙」 별표 8의2에 따른 제1호가목의 의사에 해당하는 자로서 요양기관에 소속되어 상근 근무하는 의과 전문의이어야 함.

14 요양병원 감염예방·관리료는 언제부터 산정 가능한가요?

○ 요양병원 감염예방·관리료는 '23.7.1.이후 진료분부터 산정 가능하며, 요양급여비용 청구는 '23년 8월 이후로 함.

15 요양병원 감염예방·관리료 청구시 항, 목 구분은?

○ 의·치과 명세서는 01항(진찰료) 03목(응급 및 회송료 등)으로 청구함.

○ 한방 명세서는 01항(진찰료) 99목(기타)으로 청구함.

16 '23.6.30. 이전에 입원하여 '23.7.1. 이후 요양병원 감염예방·관리료를 산정하는 경우 청구방법은?

○ 명세서의 당월요양개시일이 '23.6.30. 이전인 경우, 진료내역의 "변경일"란에 최초 실시일자를 기재함.

※ '변경일'란 기재형식: CCYYMMDD

○ 단, 당월요양개시일이 '23.7.1. 이후 명세서의 경우, 변경일은 기재하지 않음.

자원 관리

1 최초 운영일이 속한 최초 분기의 신고방법은?

○ 최초 운영일이 속한 분기의 요양병원 감염예방·관리료를 산정하기 위해서는 최초 운영일 이후 30일 이내 [별지 제34호 서식]에 의한 '요양병원 감염예방·관리료 산정 및 인력현황 통보서'를 건강보험심사평가원에 제출하여야 함.

단, 분기 마지막 월 최초 운영시

- 분기 마지막 월 14일 이전 최초 운영한 경우 분기 마지막 월 20일까지 통보서를 제출하여야 함.

- 분기 마지막 월 15일 이후 최초 운영한 경우 분기 마지막 일까지 제출함.

○ 신고없이 명세서를 청구할 수 없으며, 반드시 최종 등급을 확인 후 청구해야함. 또한, 최초 운영일이 속한 최초분기의 통보서 제출 후에 다음분기의 통보서를 순차적으로 제출하여야 함.

※ 보건의료자원통합신고포털(www.hurb.or.kr) 〉 현황신고·변경 〉 차등제 〉 요양병원 감염예방관리차등제

2 감염관리 의사, 감염관리 전담간호사 및 감염관리 간호사가 근무한 경우 요양병원 감염예방·관리료 산정방법과 적용기준일은?

○ 요양병원 감염예방·관리료는 [별지 34호 서식] 요양병원 감염예방·관리료[신규·변경]운영 현황 통보서 작성요령에 따라 산정 가능함.

최초 운영일이 속한 최초분기 등급	최초운영분기의 차기분기 등급
최초운영일의 현황으로 산정	ㅇ 인력은 최초 운영일부터 당해분기 마지막 월 14일까지의 현황을 평균하여 산정하고, 병상수는 최초운영일이 포함된 월 15일 이후에 운영을 시작한 경우(예: 7.16.), 최초운영일과 당해분기 잔여기간의 각 15일 기준으로 산정 (예: 7.16., 8.15., 9.15. 평균) ㅇ 당해분기에 인력 및 병상수의 평균할 잔여기간이 없는 경우 최초운영일을 기준으로 산정 (예: 9.16., 12.20.)

(예시) 최초운영분기 적용기준일

최초 운영일	최초 적용분기	최초분기 적용기준일	
		인력	병상수
’23.7.1.	7.1.~9.30.	7.1.	7.1.
’23.7.16.	7.16.~9.30.	7.16.	7.16.
’23.11.16.	11.16.~12.31.	11.16.	11.16.
’23.12.10.	12.10.~12.31.	12.10.	12.10.
’23.12.20.	12.20.~12.31.	12.20.	12.20.

(예시) 차기운영분기 적용기준일

최초 운영일	차기 적용분기	차기분기 적용기준일	
		인력	병상수
’23.7.1.	10.1.~12.31.	7.1.~9.14.	7.15., 8.15., 9.15.
’23.7.16.	10.1.~12.31.	7.16.~9.14.	7.16., 8.15., 9.15.
’23.11.16.	’24.1.1.~3.31.	11.16.~12.14.	11.16., 12.15.
’23.12.10.	’24.1.1.~3.31.	12.10.~12.14.	12.15.
’23.12.20.	’24.1.1.~3.31.	12.20.	12.20.

3 감염관리실 설치·운영에 대한 신고방법은?

○ 최초 청구 전까지 아래의 경로에 따라 '요양병원 감염관리실(23.7.1.~)'을 신고해야 하며, 기존의 코로나19관련 요양병원 감염예방·관리료(AH034) 산정관련 '요양병원 감염관리실' 신고와 별개임.

※ 코로나 19관련 감염예방·관리료(AH034) 수가 관련 '23.7.1. 이후 '요양병원 감염예방관리실(코로나19)'로 명칭 변경

※ 보건의료자원통합신고포털〉현황신고·변경〉시설현황〉 팀운영 및 병동 현황신고 〉 신규신고 〉 병동구분(특수), 병동코드(요양병원 감염관리실(23.7.1.~)) 등록

4 감염관리 의사, 감염관리 전담간호사 및 감염관리 간호사의 근무병동 신고 방법은?

○ 인력 현황 신고시,'요양병원 감염관리실(23.7.1.~)'근무인력으로 신고 해야 하며, 인력현황 변경 시 지체 없이 변경 신고를 하여야 함.

※ 현황신고: 보건의료자원통합신고포털 〉 현황신고·변경 〉 인력현황 〉 '의사 신고' 또는 '간호인력 신고'

5 감염관리 의사, 감염관리 전담간호사 및 감염관리 간호사의 근무경력 신고방법은?

○ 인력 현황 신고시, 실제 근무기관에서 발행한 경력증명서와 함께 요양기관명, 경력시작일자, 종료일자 등을 등록하여야 함.

※ 현황신고: 보건의료자원통합신고포털 〉 현황신고·변경 〉 인력현황 〉 '의사 신고' 또는 '간호인력 신고'

(예시)

세부전문 분야종별	기관 구분	기관 기호	요양 기관명	경력 시작일자	경력 종료일자	일수
감염관리 근무경력	자기관					
	타기관					

6 감염관리 인력의 감염관리실 근무경력 산정 기준일은?

○ 감염관리 인력은 감염관리실 근무경력 1년(365일) 이상의 인력을 배치하여야 하며, 경력 산정은 등급 적용분기의 전분기 마지막 월 14일 기준의 근무경력을 계산함. 신규산정기관*은 최초운영일 기준으로 계산함.

* (신규산정기관) 요양병원 감염예방·관리료를 한번도 청구하지 않은 기관

7 경력증명서에 필수기재 사항은?

○ 경력증명서에는 경력자 성명, 경력자의 근무부서(감염관리실), 해당부서 근무시작일자, 근무 종료일자, 경력증명서 발급기관 등이 명시되어야 함. 해당 사항이 확인되지 않는 증명서는 경력 인정이 불가함.

8 감염관리실에서 근무한 경력에 타병원 경력도 포함되나요?

○ 타병원 경력도 포함됨. 다만, 1년 이상은 연속하여 근무하여야 함.

(예시) 타기관+현기관 연속 근무일수의 합 365일

9 자격증 보유 신고 방법은?

○ 인력 현황 신고시, 전문간호사 자격증 또는 감염관리 실무전문가 자격증의 자격번호, 자격 취득일자 등을 등록하여야 하며, 감염관리 실무전문가 자격증의 경우 증빙자료(자격증 사본)를 함께 제출하여야 함.

※ 현황신고: 보건의료자원통합신고포털 〉 현황신고·변경 〉 인력현황 〉 '간호인력 신고'

(예시)

자격종별	자격번호	자격 취득일자	시작일자	종료일자
감염관리 전문간호사				
감염관리실무전문가				

10 자격증 보유 인력의 산정기준은?

○ 등급 적용분기의 전분기 마지막월 14일 기준으로 감염관리 전문간호사 자격증(보건복지부 주관) 또는 감염관리 실무전문가 자격증(대한감염관리간호사회 주관)을 보유한 인력을 의미함.

신규산정기관*은 최초 운영일을 기준으로 함.

* (신규산정기관) 요양병원 감염예방·관리료를 한번도 청구하지 않은 기관

11 감염관리 의사의 감염관리 교육 이수 신고방법은?

○ 인력 현황 신고시, 교육 이수시간이 기재된 교육 이수증과 함께 교육이수일자, 교육이수번호 등을 등록하여야 함. 단, 이수증에는 시간이 기재되어 있어야 함.

※ 현황신고: 보건의료자원통합신고포털 〉 현황신고·변경 〉 인력현황 〉 '의사 신고'

(예시)

교육이수 종별	교육 이수일자	교육 이수번호	교육 이수시간
감염관리 교육이수			

12 교육 프로그램은 어떤 것을 의미하나요?

○ 「의료법 시행규칙」 별표 8의3에 따른 교육내용 및 교육기관에서 주최하는 교육프로그램으로서, '붙임'에 예시되어 있는 교육프로그램을 참고하여 관련 감염관리 교육을 이수하여야 함.

* [붙임] 감염관리 교육프로그램 예시 참고

13 요양병원 감염관리실 근무경력·감염관리 교육은 언제부터 인정가능한가요?

○ 「의료법 시행규칙」제43조(감염관리위원회 및 감염관리실 설치 등)* 및 제46조(감염관리실 운영 등) 개정('21.12.30.시행)에 따라 요양병원의 감염관리실 근무경력·감염관리 교육은 '21.12.30.부터 인정함.

* (감염관리체계 구축 의무기관 확대) 종합병원 및 150병상 이상 병원 → 100개 이상 병상을 갖춘 병원급 의료기관

14 감염관리 의사의 근무경력 및 교육 이수 요건에서 '최근 5년/3년 이내'의 인정기간 및 경력 기산점은?

○ 최근 5년/3년 이내는 등급 적용분기의 전분기 마지막 월 14일 기준의 이전 경력 5년/교육 3년 이내를 의미함.

신규산정기관*은 최초운영일을 기준으로 함.

* (신규산정기관) 요양병원 감염예방·관리료를 한번도 청구하지 않은 기관

(예시) 감염관리 의사의 경력 및 교육 인정기준

구분	'24년 4분기		'27년 2분기
	(종합)병원	요양병원	
기산점	'24.9.14.	'24.9.14.	'27.3.14.
경력(최근5년)	'19.9.15.~ '24.9.14.	'21.12.30.~ '24.9.14.	'22.3.15.~ '27.3.14.
교육(최근3년)	'21.9.15.~ '24.9.14.	'21.12.30.~ '24.9.14.	'24.3.15.~ '27.3.14.

15 감염관리실 근무경력, 교육 이수(24시간 이상), 자격증 보유 관련 감염관리 인력기준의 등급산정은 언제부터 적용되나요?

○ 감염관리실 근무경력, 교육이수, 자격증 보유 관련 감염관리 인력기준은 '24년 6월까지 유예함. 따라서 상기 인력기준에 따른 등급은 '24년 4분기(10월~12월)부터 적용되며, '24년 9월 14일 기준으로 자격 및 경력, 교육 관련 인력기준을 충족한 경우 해당분기의 등급 산정 가능함.

[붙임] 요양병원 감염예방 · 관리료 관련 감염관리 교육프로그램 예시

교육과정	주관기관	교육시간
요양병원 감염관리 교육과정	질병관리청	16시간
감염관리 입문 교육과정	질병관리청	16시간
감염관리 실무 운영과정	질병관리청	16시간
의료관련감염관리학회 연수과정	대한의료관련감염관리학회	16시간
대한의료관련 감염관리학회 학술대회와 연수교육	대한의료관련감염관리학회	16시간
의료관련 감염관리 기본과정	한국보건복지인재원	23시간
의료관련감염관리 심화과정Ⅱ(감염유행관리)	한국보건복지인재원	16시간

프로그램 내용(총 16시간)		시간
〈1일차〉		
의료관련감염관리의 개요	■ 의료관련 감염과 감염관리 ■ 감염관리실 업무와 감염관리사업계획 운영	8
임상미생물학	■ 주요 임상미생물의 종류와 특성 ■ 감염관리 미생물 검사의 실제	
일반지침	■ 무균술과 안전주사 실무 ■ 손위생 개요와 증진활동 ■ 표준주의, 접촉주의 ■ 비말주의, 공기주의	
의료종사자 예방접종 및 감염노출관리	■ 의료인 예방접종 ■ 사례별 감염노출 후 관리	
〈2일차〉		
의료기구 재처리 및 환경관리	■ 소독과 멸균: 의료기구 재처리 ■ 환경소독, 수질 및 공기관리	8
감염감시	■ 의료관련감염관리의 역학과 활용 ■ 의료관련감염감시 : KONIS ICU/SSI를 중심으로	
유행발생관리	■ 유행조사방법 ■ 사례중심 유행발생관리	
부위별 감염관리	■ 요로감염관리 번들 ■ 폐렴감염관리 번들 ■ 혈류감염관리 번들 ■ 수술부위감염관리 번들	

14. 요양병원 임종실 입원 정액수가 신설 관련 질의·응답

보건복지부 고시 제2024-159호('24.8.1.시행) 관련

산정기준

1 요양병원 임종실 입원 정액수가 산정 대상이 어떻게 되나요?

○ 담당의사와 전문의 1인의 의학적 판단에 따라 임종실에 입실하여 사망한 환자로서 임종실 입실판단서[별지 제35호 서식]를 작성 및 보관해야 함

2 임종실 입실 판단서 작성 시 전문의 진료과목은 어떻게 되나요?

○ 전문의의 진료과목 제한 없음

3 임종실 입실 판단서는 작성 후 신고하여야 하나요?

○ 신고 불필요함. 단, 의무기록에 비치해야 하며 건강보험심사평가원에서 요청 시 제출해야 함

4 **연명의료중단등결정 수가 산정을 위해 연명의료결정법 시행규칙 [별지 제9호 서식] 임종과정에 있는 환자 판단서를 작성한 경우에도 추가적으로 [별지 제35호 서식] 임종실 입실 판단서를 작성하여야 하는지?**

○ 연명의료중단등결정 수가 산정을 위해 연명의료결정법 시행규칙 [별지 제9호 서식] 임종과정에 있는 환자 판단서를 작성한 경우 요양병원 임종실 수가 산정을 위한 [별지 제35호 서식]에 의한 임종실 입실 판단서를 작성한 것으로 갈음함

5 **요양병원 임종실 입원 정액수가에 의사 및 간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등제, 필요인력 확보에 따른 별도 보상제가 적용되는지?**

○ 산정 가능함

6 **의사 및 간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등제, 필요인력 확보에 따른 별도 보상제 입원환자수와 간호인력수 산정 시 임종실 입원환자수와 간호 인력수 적용방법은?**

○ 요양병원 임종실에 입원한 환자수와 간호인력수를 포함하여 산정함

7 요양병원 임종실에 입원했으나 사망하지 않은 경우 및 4일 초과시 수가 산정방법은?

○ 요양병원 임종실 입원 정액수가는 환자가 임종실에서 사망한 경우 최대 4일 산정가능하며, 임종실에 입실하였으나 사망하지 않은 경우 또는 4일을 초과하여 임종실에 있는 경우는 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제3편 요양병원 급여 목록 및 상대가치점수 제2부 제1장에 따른 정액수가(요1·요2·요3·요6·요7) 또는 제3부에 따른 입원료를 산정함

▶ (예시) '24년 9월 1일부터 9월 6일까지(5박6일간) 임종실에 입실 후 사망한 경우

명세서 구분	요양개시일자	진료내역	총투
요양병원 입원	20240901	2부1장 또는 3부에 따른 입원료	1
임종실 입원	20240902	임종실 정액수가	4

8 요양병원 임종실 입원 정액수가의 체감제 적용 방법은?

○ 요양병원 임종실 입원 정액수가에는 체감제 적용하지 않음

※ 요양병원 입원료 체감제 적용 기산점은 최초 입원일부터 적용

▶ (예시) 일반병실(178일) → 임종실(3일) 사망

☞ 임종실 입원 정액 100% × 3일
요양병원 입원료 100% × 178일

9 요양병원 임종실 입원명세서의 경우 환자평가표 작성·제출 하여야 하는지?

○ 환자평가표 작성·제출 불필요함

10 제외환자의 요양병원 임종실 입원 시 수가 산정방법은?

○ 제외환자 중 입원 6일 이내에 퇴원한 환자, 한의과 입원환자, 치과 입원환자가 요양병원 임종실에 입원한 경우에는 건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제3편 제2부 제2장 요양병원 임종실 급여목록·상대가치점수 및 산정지침에 따라 임종실 입원 정액수가로 산정하여야 하며, 제3부의 입원료 등은 중복하여 산정하지 않음

- 또한 제외환자 중 '입원 6일 이내 퇴원한 환자'는 입원시부터 사망시까지의 기간이 6일 이내인 환자임

11 특정기간으로 입원중인 환자의 요양병원 임종실 입원 시 수가 산정방법은?

○ 특정기간으로 입원 중인 환자가 요양병원 임종실에 입원한 경우에는 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제3편 제2부 제2장 요양병원 임종실 급여목록·상대가치점수 및 산정지침에 따라 임종실 입원 정액수가로 산정하여야 하며, 제3부의 입원료 등은 중복하여 산정하지 않음

12 임종실에 입실하여 외박 및 위탁진료가 가능한지?

○ 임종환자 특성 상 환자 안전 등 고려하여 외박 및 위탁진료 불가함

13 요양병원 임종실 입원환자를 대상으로 다른 진료과목 의사의 협의진찰 시 요양병원 임종실 입원 정액수가 외 별도 산정 가능한지?

○ 요양병원 임종실 입원 중인 환자의 특별한 문제에 대한 평가 및 관리를 위하여 그 주치의가 아닌 동일기관 내 다른 진료과목 의과·치과·한의과의 견해나 조언을 얻는 경우 발생한 행위·약제·치료재료는 요양병원 임종실 입원 정액수가에 포함되어 별도 산정할 수 없음

14 요양병원 임종실에 임종환자가 아닌 일반환자가 입원실로 사용 가능한지?

○ 요양병원 임종실은 임종환자를 위해서만 사용하며, 임종실 외 다른 용도의 입원실로 사용 불가함

15 요양병원 임종실 입실 환자에게 상급병실료 산정 가능한가?

○ 요양병원 임종실 입실환자는 상급병실료 산정 불가함

16 요양병원 임종실 입원 정액수가는 언제부터 산정가능한지?

○ 요양병원 임종실 입원 정액수가는 '24.8.1. 진료분부터 산정가능함

※ 단, 청구는 '24.8.9.부터 가능

신고·청구방법 등

1 요양병원 임종실의 현황신고는?

○ ’24년 8월 1일부터 변경된 국민건강보험법 시행규칙 [별지 제14호 서식] 및 [별지 제17호서식]에 따라 건강보험심사평가원에 신고하여야 하며 ‘입원병실’란의 ‘임종실’로 신고하여야 함

※ 현황신고(변경): 보건의료자원통합신고포털 〉 개설신고·변경 〉 의료기관 개설변경신고(허가변경신청) 〉 변경 신고 〉 시설탭

2 요양병원 임종실 입원 정액수가는 반드시 임종실 현황신고 해야만 산정할 수 있는지?

○ 임종실의 경우 의료법상 시설기준 등 충족하여야 하므로 반드시 현황 신고하여야 하며, 요양병원 임종실 입원 정액 급여기준을 모두 충족한 경우에만 요양병원 임종실 입원 정액을 산정할 수 있음

3 요양병원 임종실 입원명세서 청구 시 심사청구서 및 명세서 구분방법은?

○ 요양병원 임종실 입원명세서는 장기환자 또는 제외환자로 구분한 기존의 작성방법에 따라 하나의 심사청구서에 요양병원 입원명세서와 함께 연이어 분리 작성하되, 임종실 입원명세서는 아래와 같이 작성·청구함

청구구분 \ 환자구분			장기환자 (정액, 특정기간)	제외환자
정보 통신망	명세서	서식 번호	H120: 의과 입원	H020 의과입원 (H022 치과입원, K020: 한방입원)
		정액·정률 구분	1: 정액수가 적용	9: 정률
		특정내역	MT065란의 'D'	MT065란의 'D'
전산 매체	명세서	정액·정률 구분	1: 정액수가 적용	9: 정률
		특정내역	MT065란의 'D'	MT065란의 'D'
서면	명세서		별지 제10호의2서식	별지 제10호서식 (치과 제12호, 한방 제17호)

※ 서식번호 건강보험 기준 안내

4 요양병원 임종실 입원명세서의 청구방법은?

○ 해당 명세서의 특정내역 구분코드 MT065(명세서 분리유형)란에 'D'(상대가치점수표 제3편 제2부 제2장에 따라 요양병원 임종실정액수가 적용하는 명세서를 분리작성·청구하는 경우)를 기재하여 명세서를 하나로 분리*작성·청구함

* 청구구분 3(분리청구)으로 작성

- 다만, 장기환자(진료형태 A: 요양병원 장기환자 입원)의 경우 기존의 작성방법과 동일하게 임종실 입원명세서를 월단위로 구분하여 진료월 다음달 초일부터 월별로 청구함

○ 요양급여일수와 입원일수는 실 일수로 기재, 요양개시일은 해당 명세서상 요양병원 임종실 입원실 정액수가를 최초로 산정한 날로 기재함

▶ (예시) '24년 8월 1일에 입원한 장기환자(정액)가 임종실에 8월 26일 ~ 8월 30일(4박5일간) 재실 후 사망한 경우 명세서 작성방법

구분	진료형태 및 진료년월		
청구서	A: 요양병원 장기환자 입원(의과) 진료년월: 202408		
명세서 구분	상병내역	진료내역	특정내역 기재란
명세서1 (일반병실)	요양개시일: 20240801	요양병원 정액수가 ×25일	-
명세서2 (임종실)	요양개시일: 20240826	임종실 정액수가×4일	MT065: D

5 요양병원 임종실 입원 정액수가의 본인부담률 적용은?

○ 국민건강보험법 시행령 제19조제1항 [별표2] 및 의료급여법 시행령 제13조제1항 [별표1]에 따라 요양병원 입원환자의 본인일부부담률을 적용함

6 선택입원군으로 입원 중 요양병원 임종실에 입실하게 된 경우 본인부담률 적용 방법은?

○ 요양병원 임종실로 입원하여 산정한 임종실 정액수가는 상대가치점수표 제3편 제2부 제2장에 의해 산정하므로 국민건강보험법 시행령 제19조제1항 [별표2] 제1호 가목2)를 적용하지 아니함

- 요양병원 임종실 입원명세서에는 특정내역 MT002란에 "F006"은 기재하지 않음

7 요양병원 임종실 입원 정액수가 청구 시 항, 목번호는?

○ L항 01목(요양병원 정액수가)으로 청구하여야 하며, 정액수가에 포함된 실제 행위별 진료내역은 L항의 81목(진찰료)부터 94목(기타)까지 구분하여 해당 각 목에 기재하여야 함

- 이때, L항 81목~94목에 기재한 행위별 진료내역은 요양급여비용에 산입하지 아니함

8 요양병원 임종실 입원명세서의 진료결과 기재방법은?

○ 진료결과는 '사망(4)'으로 기재해야 함

- 다만, 장기환자 임종실 명세서를 월단위로 분리청구하는 경우 당월 명세서의 진료결과는 '계속(1)', 다음월 명세서의 진료결과는 '사망(4)'으로 기재함

▶ (예시) '24년 8월 1일에 입원한 장기환자(정액)가 임종실에 8월 30일~9월 3일(4박5일간)에 입실 후 사망한 경우 명세서 작성방법

구분	진료형태 및 진료년월			
청구서	A: 요양병원 장기환자 입원(의과) 진료년월: 202408			
명세서 구분	상병내역	진료내역	진료결과	특정내역 기재란
명세서1 (일반병실)	요양개시일: 20240801	요양병원 정액수가 × 29일	1 (계속)	-
명세서2 (임종실)	요양개시일: 20240830	임종실 정액수가 × 2일	**1** **(계속)**	MT065: D
구분	진료형태 및 진료년월			
청구서	A: 요양병원 장기환자 입원(의과) 진료년월: 202409			
명세서3 (임종실)	요양개시일: 20240901	임종실 정액수가 × 2일	**4** **(사망)**	MT065: D

9 한방명세서 진료내역에 항·목 번호가 신설되었는데, 별도 청구프로그램 인증이 필요한지?

○ 청구프로그램 인증 사항에는 해당하지 않으나 요양병원 임종실 정액수가 관련 청구를 위해 L항 81목부터 94목까지 개발 필요함

2024 요양병원 수가 실무교육자료

부록

요양병원 환자평가표 작성매뉴얼

목 차

1 요양병원 환자평가표

A. 환자평가표 개요 ····· 261
B. 환자평가표 작성 원칙 ····· 262
C. 환자평가표 적용 원칙 ····· 266
D. 환자평가표 작성 및 적용 사례 ····· 268

2 환자평가표 각 항목별 세부사항 등

A. 일반사항 ····· 272
B. 의식상태 ····· 277
C. 인지기능 ····· 279
D. 신체기능 ····· 284
E. 배설기능 ····· 287
F. 질병진단 ····· 292
G. 건강상태 ····· 294
H. 구강 및 영양상태 ····· 297
I. 피부상태 ····· 300
J. 투약 ····· 304
K. 특수처치 및 전문재활치료 ····· 306

※ '참고사항'은 환자평가표 작성 시 이해를 돕기 위한 참고자료로만 활용

제1부 요양병원 환자평가표

A. 환자평가표 개요

❍ 관련근거

- 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 Ⅵ. 요양병원 제2부 별지 제 25호 서식 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. 혈압 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. 와상상태	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. 정맥 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. 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.

◆ 환자평가표 작성 원칙에 따른 작성일별 관찰기간

(예시 1) 2024년 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) 2024년 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) 2024년 5월 27일 입원한 환자의 당월 및 익월 환자평가표 작성

□ **5월** [정액수가 적용 명세서]

구분	해당일
수가 적용 기간	5월 27일 ~ 31일
관찰기간	5월 27일 ~ 6월 2일
입원일	2024년 5월 27일
요양개시일	**2024년 5월 27일**
평가구분	**1(입원평가)**
환자평가표 작성일	2024년 6월 2일(7일째)

□ **6월** [정액수가 적용 명세서]

구분	해당일
수가 적용 기간	6월 1일 ~ 30일
관찰기간	5월 27일 ~ 6월 2일
입원일	2024년 5월 27일
요양개시일	**2024년 6월 1일**
평가구분	**1(입원평가)**
환자평가표 작성일	2024년 6월 2일(7일째)

- 2024년 5월 27일 최초 입원하여 7일간(5/27~6/2)의 환자상태를 종합적으로 평가하여 2024년 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 2024년 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	2024년 4월 1일
요양개시일	**2024년 5월 26일**
평가구분	**2(계속 입원 중인 환자 평가)**
환자평가표 작성일	2024년 6월 1일(7일째)

□ **6월** [정액수가 적용 명세서]

구분	해당일
수가 적용 기간	6월 1일 ~ 30일
관찰기간	5월 26일 ~ 6월 1일
입원일	2024년 4월 1일
요양개시일	**2024년 6월 1일**
평가구분	**2(계속 입원 중인 환자 평가)**
환자평가표 작성일	2024년 6월 1일(7일째)

- 2024년 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 2024년 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) 2024년 5월 20일 입원한 환자의 당월 및 익월 환자평가표 작성

□ **5월** [정액수가 적용 명세서]

구분	해당일
수가 적용 기간	5월 20일 ~ 31일
관찰기간	5월 20일 ~ 5월 26일
입원일	2024년 5월 20일
요양개시일	2024년 5월 20일
평가구분	1(입원평가)
환자평가표 작성일	2024년 5월 26일(7일째)

□ **6월** [정액수가 적용 명세서]

구분	해당일
수가 적용 기간	6월 1일 ~ 30일
관찰기간	5월 20일 ~ 5월 26일
입원일	2024년 5월 20일
요양개시일	2024년 6월 1일
평가구분	3(이전 환자평가표를 적용하는 경우)
환자평가표 작성일	2024년 5월 26일

- 2024년 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 환자평가표 작성

☐ **5월** [정액수가 적용 명세서]

구분	해당일
수가 적용 기간	5월 1일 ~ 14일
관찰기간	5월 1일 ~ 7일
입원일	2024년 4월 1일
요양개시일	2024년 5월 1일
평가구분	2(계속 입원 중인 환자 평가)
환자평가표 작성일	2024년 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	2024년 4월 1일
요양개시일	2024년 5월 19일
평가구분	2(계속 입원 중인 환자 평가)
환자평가표 작성일	2024년 5월 7일

- 2024년 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**

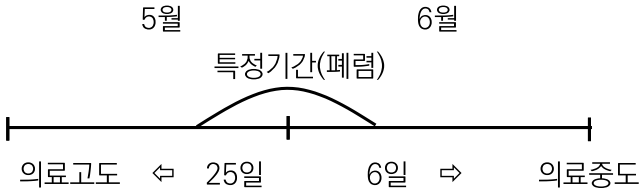
① 전월 환자평가표 작성일로부터 전월 마지막 날까지의 잔여일수가 7일 이하로 당월의 환자평가를 생략하는 경우
② 당월에 적용할 환자평가표가 없어 최근 3개월 이내의 환자평가표 중 가장 최근 환자평가표를 적용하는 경우
③ 월초(1일)에 퇴원하는 환자에게 단입제를 적용하게 되어 정액수가 청구 금액이 발생하지 않은 경우

7. 위 1호 내지 6호에도 불구하고 적용 가능한 환자평가표가 없는 경우에는 '선택입원군(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	2024년 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	2024년 5월 25일
입원일수	7일
진료내역	AB591×1×7 등
특정내역	MT010 Y/Y/Y/Y/N/Y/20240525

□ **6월** [행위별수가 적용 명세서]

구분	해당일
수가 적용 기간	6월 1일 ~ 6일
요양개시일	2024년 6월 1일
입원일수	6일
진료내역	AB591×1×6 등
특정내역	MT010 Y/Y/Y/Y/N/Y/20240525

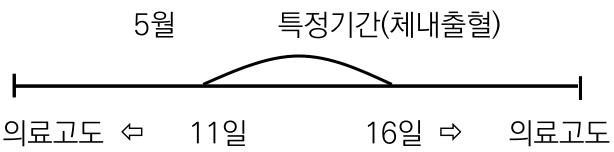
□ **6월** [정액수가 적용 명세서]

구분	해당일
수가 적용 기간	6월 7일 ~ 30일
요양개시일	2024년 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	2024년 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	2024년 5월 11일
입원일수	6일
진료내역	AB591×1×6 등
특정내역	MT058 Y/Y/N/20240511

□ **5월** [정액수가 적용 명세서]

구분	해당일
수가 적용 기간	5월 17일 ~ 31일
요양개시일	2024년 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 정액수가를 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

제2부 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. 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. 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 어려운적이 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 재가서비스를 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 관계없이 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 2022.12.20.〉

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
	저. 달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축	G13*
	처. 다발경화증	G35

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 식사준비 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'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(semicoma)	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, 인공호흡기를 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 이전까지를 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. 단기기억력

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

➢ 유의사항

- 구두표현이 어려운 환자는 글로 쓰게 하여 평가함
- 혼수는 아니지만 단기기억력을 평가할 수 없는 경우는 '2. 확인 불가'로 기재함
  - (예시) 혼수는 아니지만 심한 구음장애(dysarthria)가 있으면서 cachexia상태로 단기기억력 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 훔쳐갔다고 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 계속해서 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 변화는 식욕, 식습관, 음식의 선호가 바뀌는 것을 의미함.
m. 케어에 대한 저항은 복약, 주사, 일상생활수행을 위한 도움, 식사 등에 대해 거부하는 것을 의미함.
n. 배회는 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. 와상상태 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, 헹굼용 물 준비하기, 가글하기 등의 행위(틀니를 빼고, 씻고, 헹구는 등의 행위도 포함)를 의미함.
4. **목욕하기**는 목욕이나 샤워를 할 때 비누칠하기, 헹구기 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, 엎드리기, 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 수행능력과는 무관한 것이므로 이를 기준으로 판단하지 않으며, 실제 환자의 해당 동작의 수행능력이 어느 정도인가를 평가함
- '식사하기'를 평가할 때 치매환자의 경우, 식사시간, 식사의 필요성, 식사방법 등에 대한 인지부족으로 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

D. 11. 와상상태 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

g-1-1. 삽입일자□□□□년 □□월□□일	g-1-2 제거일자□□□□년 □□월□□일
g-2-1. 삽입일자□□□□년 □□월□□일	g-2-2 제거일자□□□□년 □□월□□일
g-3-1. 삽입일자□□□□년 □□월□□일	g-3-2 제거일자□□□□년 □□월□□일
g-4-1. 삽입일자□□□□년 □□월□□일	g-4-2 제거일자□□□□년 □□월□□일
g-5-1. 삽입일자□□□□년 □□월□□일	g-5-2 제거일자□□□□년 □□월□□일
g-6-1. 삽입일자□□□□년 □□월□□일	g-6-2 제거일자□□□□년 □□월□□일
g-7-1. 삽입일자□□□□년 □□월□□일	g-7-2 제거일자□□□□년 □□월□□일
g-8-1. 삽입일자□□□□년 □□월□□일	g-8-2 제거일자□□□□년 □□월□□일
g-9-1. 삽입일자□□□□년 □□월□□일	g-9-2 제거일자□□□□년 □□월□□일
g-10-1. 삽입일자□□□□년 □□월□□일	g-10-2 제거일자□□□□년 □□월□□일

   g-11. 삽입기간(g-1~g-10을 제외한 삽입기간) □□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 아니함. 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.

g. 유치도뇨관 삽입
1. 전월 환자평가표 작성일 다음날부터 당월 환자평가표 작성일 사이 유치도뇨관 삽입이 1일 이상 발생한 경우를 말함.
※ 전월에 환자평가표가 없는 경우, 전월의 가장 빠른 요양개시일부터 작성
2. g-1~g-10 이외에 유치도뇨관 삽입기간이 있는 경우, g-1~g-10을 제외한 유치도뇨관 삽입기간을 모두 합산하여 g-11에 작성함.

➢ 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

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-올스제위스키](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. 콰시오르코르(E40) ☐ b. 영양성 소모증(E41) ☐ c. 소모성 콰시오르코르(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. 이 때 a.(2)b-2. 검사일은 채혈일을 의미함.
- 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(☞ 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

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 1500㎖ 미만인 경우
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
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 통증강도는 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. 측정한 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. 측정한 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. 1-500㎖ □ 2. 501-1000㎖ □ 3. 1001-1500㎖
□ 4. 1501-2000㎖ □ 5. 2001㎖ 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 사레가 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 나뉠 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〉 [지난달 체중(㎏) - 이번달 체중(㎏)]/[지난달 체중(㎏)] ≥ 0.05

계산식2〉 [6개월전 체중(㎏) - 이번달 체중(㎏)]/[6개월전 체중(㎏)] ≥ 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

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 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

Ⅰ. 1. 피부궤양 수 기재*

진료기록부에 담당의사가 피부궤양에 대한 근거 등을 기록한 경우에 해당하며 피부궤양(skin ulcer)의 종류에는 욕창(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 동맥 관류부전으로 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 등'에 '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, 공기방석, 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(30㎉/㎏ 이상)이나 고단백 치료(1.25g/㎏ 이상)만 해당함.
f. 수술창상 치료는 수술창상을 보호하거나 치료하기 위한 중재를 말함. 예를 들어 국소 청결(topical cleansing), 창상세척(wound irrigation), 항생제연고 등을 발라 줌, 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
- 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 울혈성궤양 등) 이외의 드레싱
  - 'I. 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
  - 'I. 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 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표 1] 요양급여의 적용기준 및 방법(제5조제1항 관련) 〈개정 2021.3.26.〉

3. 약제의 지급

가. 처방·조제

(1) 영양공급·안정·운동 그 밖에 요양상 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 해당약제의 품목명 및 처방 · 투여의 범위 등에 대하여 건강보험심사평가원장이 인정하는 범위 안에서 처방·투여할 수 있다. 이 경우 건강보험심사평가원장은 해당약제의 품목명 및 처방 · 투여의 범위를 심의하기에 적절하다고 판단되는 관련 단체 또는 중증질환심의위원회의 심의를 거쳐 해당약제의 품목명 및 처방 · 투여의 범위를 인정해야 한다.

(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(SaO_2 또는 SpO_2) ☐☐☐.☐%
     - (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 1500㎖ 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(제5조제1항 관련) 〈개정 2021. 3. 26.〉

> 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, 캐뉼라 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 관찰기관과 중복되지 않아야 함
- 산소포화도는 산소를 투여하기 전 SaO_2 또는 SpO_2를 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 만성폐쇄성 폐질환의 급성악화기, 급성세기관지염의 호흡곤란치료에 실시함을 원칙으로 함.
2. 상기 1. 기준 이외에도 다음과 같은 경우에 요양급여 함.

- 다 음 -

가. 응급실 또는 입원진료 중인 환자

1) 정량식(또는 분말)흡입기를 사용할 수 없는 경우로 "기도 폐쇄에 의한 호흡곤란(PaO_2 〈 60mmHg 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 캐뉼라의 세정 등을 시행한 경우 해당함.

➢ 유의사항

- 기관절개관의 교환, 캐뉼라의 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
  3. 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-등속성운동치료
제3절 전문재활치료료	사121	가. 풀치료-보행풀치료
		나. 풀치료-전신풀치료
	사122	중추신경계발달재활치료
	사123	가. 작업치료-단순작업치료
		나. 작업치료-복합작업치료
		다. 작업치료-특수작업치료
	사124	일상생활동작훈련치료
	사125	신경인성방광훈련치료
	사126	기능적전기자극치료
	사127	근막동통유발점 주사자극치료
	사128	가. 재활사회사업-개인력조사
		나. 재활사회사업-사회사업상담
		다. 재활사회사업-가정방문
	사129	호흡재활치료
	사130	가. 재활기능치료-매트및이동치료
		나. 재활기능치료-보행치료
	사131	연하재활 기능적전기자극치료
	서141	연하장애재활치료



요양병원
수가 실무교육자료

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE