

1차시 건강보험법

1. 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙 외

■ 제2조 요양급여의 절차

- 요양급여는 1단계 요양급여와 2단계 요양급여로 구분하며, 가입자 또는 피부양자는 1단계 요양급여를 받은 후 2단계 요양급여를 받아야 한다.
- 제1항의 규정에 의한 1단계 요양급여는 [국민건강보험법]제40조 제2항의 규정에 의하여 인정된 종합전문요양기관을 제외한 요양기관에서 받는 요양급여를 말하며, 2단계 요양급여는 종합전문요양기관에서 받는 요양급여를 말한다.
- 제1항 및 제2항의 규정에도 불구하고 가입자 등이 다음 각호의 1에 해당하는 경우에는 종합전문요양기관에서 1단계 요양급여를 받을 수 있다.
 - ① [응급의료에 관한 법률] 제2조 제1호에 해당하는 응급환자인 경우
 - ② 분만의 경우
 - ③ 치과에서 요양급여를 받는 경우
 - ④ [장애인복지법] 제32조에 따른 등록 장애인 또는 단순 물리치료가 아닌 작업치료·운동치료 등의 재활치료가 필요하다고 인정되는 자가 재활의학과에서 요양급여를 받는 경우
 - ⑤ 가정의학과에서 요양급여를 받는 경우
 - ⑥ 당해 요양기관에서 근무하는 가입자가 요양급여를 받는 경우
 - ⑦ 혈우병환자가 요양급여를 받는 경우
- 가입자등이 종합전문요양기관에서 2단계 요양급여를 받고자 하는 때에는 종합전문요양기관에서 요양급여가 필요하다는 의사소견이 기재된 건강진단·건강검진결과서 또는 별지 제4호 서식의 요양급여의뢰서를 건강보험증 또는 신분증명서와 함께 제출하여야 한다.

<개정 2009.7.31>

2. 행위·치료재료대 등의 결정 및 조정기준 외

■ 제6조 평가대상의 선정

- 심사평가원은 다음 각호의 사항을 고려하여 평가의 대상을 선정하여야 한다.
 - ① [의료의 질 저하로 국민보건에 심각한 결과를 조래할 수 있는 경우
 - ② 의료자원 배분의 왜곡 등으로 인하여 요양급여의 비용효과가 낮은 경우
 - ③ 기타 요양급여비용의 심사만으로는 요양급여의 적정성 확보 및 개선을

기대하기 곤란한 경우

- 제1항의 규정에 의하여 평가대상을 선정함에 있어서 우선순위는 다음 각호와 같다.

- ① 전체 요양급여에서 차지하는 빈도나 비용의 비중
- ② 의약학적 중요성
- ③ 사회적 관심의 정도
- ④ 평가실시로 기대되는 개선효과
- ⑤ 평가의 용이성

■ 제6조 평가대상의 선정

- 심사평가원은 평가대상을 선정함에 있어서 평가목적에 부합되지 않는 경우 및 중복평가가 이루어지고 있다고 판단되는 경우에는 이를 평가대상에서 제외할 수 있다.

■ 제7조 평가기준

- 심사평가원은 요양급여의 적정성을 측정할 수 있는 지침 또는 지표를 평가기준으로 정하여야 한다.

- 제1항의 규정에 의한 평가기준은 다음 각호의 사항을 고려하여 정한다.

- ① 표준화 및 계량화의 가능성
- ② 기존의 임상진료지침이나 진료지표
- ③ 최신 의약학적 전문지식
- ④ 비용효과 등 경제성 지표

2차시 요양병원 관련 법령 및 급여목록외

1. 요양병원 급여목록 및 상대가치 점수

■ 요양병원 급여 일반 원칙

- 의료법 제3조제2항 제3호에 의한 요양병원이 국민건강보험법령의 규정에 의하여 입원진료에 의하여 입원진료에 대한 요양급여를 실시한 경우에 적용
- 입원일당 정액수가 제외대상

(1) 입원 6일 이내에 퇴원한 환자

(2) 낮병동 입원환자

(3) 한방과 입원환자

(4) 치과 입원환자

■ 장기환자가 입원기간 중 다음에 해당하는 경우, 행위별 수가 적용

(1) 폐렴 치료기간

(2) 패혈증 치료기간

(3) 중환자실 입원기간

(4) 외과적 수술 및 동 수술에 따른 관련된 치료기간

■ 요양급여비용 산정과 각종 가감률 금액 산출방법 등은 제1편 제1부 1. 일반기준의 1항 및 2항에 의함

2. 산정지침

■ 환자군별 상대가치점수(이하 “점수”라 한다)는 입원일당 정액으로 한다.

■ 정액수가는 다음 각목의 행위·약제 및 치료재료 등을 포함

(1) 요양기관 종별 가산율의 금액, 분류항목의 점수와 각종 가산제도에 의해 가산한 금액, 요양병원입원료

(2) 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 규정에 의하여 고시된 약제 · 치료재료 급여목록에 해당하는 약제 및 치료재료

(3) 단서규정에 의하여 장관이 정하는 바에 따라 다른 기관에 검사를 위탁하거나 당해 요양기관에 소속되지 아니한 전문성이 뛰어난 의료인을 초빙하거나, 또는 다른 요양기관에서 소요되는 행위 · 약제 및 치료재료

(4) 입·퇴원 당일에 발생한 행위 · 약제 및 치료재료로서 외래진료 및 퇴원약제 등.

(5) 요양기관의 요구에 의하여 가입자 등이 외부에서 직접 구입한 약제 및 치료재료

3. 요양병원 행위 급여목록, 상대가치점수 및 산정지침

1) 산정지침

제외환자 또는 특정기간에 적용

2) 특정기간으로 적용할 수 있는 기준

(1) 흉부방사선 상 신규 또는 진행성 폐 침윤의 소견이 있으면서 2가지 이상에 해당되어 폐렴이 확진된 경우

(2) 혈액 내 균 혹은 균 독소가 증명된 경우 또는 감염으로 인한 전신염증 반응으로서 다음 중 2가 지 이상에 해당되어 패혈증으로 확진된 경우

(3) 중환자실에 입실하여 집중치료를 받은 기간

(4) 입원기간 중 외과적 수술을 시행한 날부터 외과적 수술과 관련한 치료 완료된 기간

(5) 위 “(1)” 및 “(2)”의 기준에 적합한 경우 진단일로부터 특정기간으로 적용

3차시 요양급여비용 청구방법

1. 요양급여비용 청구방법

■ 요양급여비용 청구 및 자료제출 매체의 선택

- 요양병원의 환자평가표는 정보통신망으로 제출

■ 요양급여비용심사청구서 등의 제출

- 요양병원은 정액수가 적용 명세서별 환자평가표를 심사평가원에 제출

■ 명세서의 구분 및 작성방법

- 요양병원 형 수가를 적용하는 수진자의 명세서는 정액수가 적용기간과 행위별수가 적용기간(특정기간)의 요양급여내역을 구분하여 각각 작성

■ 요양급여비용 청구 및 자료제출 시기

- 요양병원의 환자평가표는 해당 진료 분의 명세서 접수 전에 제출
- 요양병원 형 수가를 적용하는 요양급여비용은 청구매체 및 입원기간에 관계없이 월별로 구분하여 진료 월 다음 달 초일부터 청구

2. 요양병원 요양급여비용 세부작성요령

■ 심사청구서 및 명세서 등 구분방법

- 장기 환자 · 제외환자 : 장기 환자와 제외환자로 명세서를 분리하여 청구서를 각각 작성, 장기 환자의 요양급여비용은 반드시 월 단위로 구분하여 진료 월 다음달 초일부터 월별로 청구
- 정액기, 특정기간 : 장기 환자는 정액수가 적용 받는 기간과 특정기간인 행위별 수가를 적용 받는 기간으로 요양급여내역을 각각 분리하여 명세서를 작성
- 타 보험 기왕증 진료 : 자동차보험이나 산재보험 적용 환자가 입원 중에 건강보험 적용 질환(기왕증)에 대해 진료를 받는 경우 해당 내역만 별도의 명세서에 작성하여 '제외환자'로 청구

■ 명세서 일반내역

- 청구구분 : 장기 환자가 동일 월에 정액수가 적용기간과 행위별 수가 적용기간 (특정기간) 등 여러개의 명세서로 분리되는 경우 청구구분의 코드는 분리청구에 해당하는 구분 코드 '3'을 기재
- 본인일부부담금 : 요양병원 입원환자의 본인일부부담금은 “요양급여비용 심사청구서 ·명세서 세부작성요령 III. 요양급여비용명세서 작성요령

1.일반(공통)사항 가.명세서 일반내역”의 본인일부부담금과 같음

3. 환자평가표 제출

■ 정액명세서당 환자평가표 제출

- 정액명세서에는 반드시 환자평가표를 제출
(원 청구 및 보완청구 명세서 동일 적용)
(적용예외 : 추가청구 명세서 부득이하게 환자평가표 미작성하여
의료경도수가 적용하는 경우)
- 동월에 정액명세서를 2건 이상으로 분리 작성하는 경우
(월초(또는 특정기간 이후)에 작성된 환자평가표 각각 제출(요양개시일
각각 기재))
- 월말 입원으로 환자평가표가 익월에 작성된 경우
(익월에 작성된 환자평가표 각각 제출(요양개시일 각각 기재))
- 환자평가표 작성일로부터 그 달 말일까지의 잔여일수가 7일 이하로
익월의 환자평가표 생략한 경우
(당월의 환자평가표를 익월에도 동일하게 제출(요양개시일은 익월의
요양개시 일을, 평가구분은 '3'으로 기재))

4차시 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서 및 작성요령

1. 의사 및 간호사 인력 등 차등제

1) 의사인력 차등 등급

등급 구분 기준		가감 기준	
등급	환자 수 대 의사 수	의사 수 중 8개 과목 전문의 비율	
		50% 미만	50% 이상
1등급	35:1 이하	10% 가산	20% 가산
2등급	35:1초과 40:1이하	0	
3등급	40:1초과 50:1이하	15% 감산	
4등급	50:1초과 60:1이하	30% 감산	
5등급	60:1초과	50% 감산	

등급 구분 기준		가감 기준		
		기본 (환자 수 대 간호사 수)		추가 가산
등급	환자 수 대 간호인력 수	18:1 미만	18:1 초과	
1등급	4.5:1 미만	60% 가산	15% 감산	간호사 수 대비 간호인력 수가 2/3 이상인 경우 2000원 가산
2등급	4.5:1 이상 5:1 미만	50% 가산		
3등급	5.1 이상 5.5:1 미만	35% 가산		
4등급	5.5:1 이상 6:1 미만	20% 가산		
5등급	6:1 이상 6.5:1 미만	0		
6등급	6.5:1 이상 7.5:1 미만	20% 감산	30% 감산	
7등급	7.5:1 이상 9:1 미만	35% 감산	45% 감산	
8등급	9:1 이상	50% 감산	60% 감산	

2. 통보서 제출 전 신고사항. 제출 시기

1) 의사 • 간호인력 확보수준에 따른 【요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서】를 건강보험심사평가원에 매분기 말 16~20일까지 제출하여야 하며, 미 제출 기관의 경우 의사 5등급, 간호인력 8등급으로 산정

3. 요양기관 포탈 산정 방법

1) 환자평가표 제출 흐름도

- ① 심평원 홈페이지 접속 - 요양기관 서비스 메인 바로 가기 선택
- ② 요양기관 공인인증서 로그인 - hira plus web 이동
- ③ 신청.접수 - 자료제출- 요양병원 환자평가표 접수
- ④ 접수등록 및 조회 선택

- ⑤ SAM 파일 등록 및 업로드 - 웹 직접 등록 / 환자평가표 입력 접수. 신청
- ⑥ 접수 조회 및 접수 상세조회 가능
- ⑦ 환자평가표는 웹을 통해 명세서 접수 전에 제출해야 함

5차시 환자평가표 오류 기준 및 작성 예시

1. 환자평가표 오류처리 기준 및 예시.

[오류처리 기준]

- 1) 정해진 값 이외의 값 기재 시
- 2) 해당사항에 모두 체크하는 문항에서 ‘해당사항 없음’ 항목과 다른 항목 중복 체크 시
- 3) 해당사항이 없어 기재를 하지 않는 문항에서 ‘9’ mode는 ‘0’, ‘x’ mode는 space 이외의 값 기재 시
- 4) 기재 누락 시(‘3’번에 해당하는 문항 제외)

2. 명세서 작성예시

- 1) 요양병원의 요양병 원형 수가를 적용하는 요양급여비용은 청구매체 및 입원 기간에 관계없이 월별로 구분하여 진료 월 다음 달 초일부터 청구
- 2) 정액수가의 1일당 기준은 12시(정오)부터 다음 날 12시(정오)까지 이므로 퇴원 시 또는 입원 시 단입제를 적용
- 3) 동일 월에 특정기간이 발생 • 종료된 경우 특정기간 및 특정기간 전 • 후로 분리된 정액수가 기간은 각각의 명세서에 작성
- 4) 특정기간(폐렴 또는 패혈증)이 발생하여 행위별수가로 청구할 경우에는 ‘폐렴(패혈증) 환자에 대한 점검표’의 내역을 명세서 특정내역(기재)란에 기재
- 5) 입원환자 의약품관리료는 특정기간이 종료되는 시점마다 해당기간 중 투약한 일수에 따라 각각 산정
- 6) 동일한 진료 월에는 하나의 정액수가를 적용

3. 환자평가표 작성

[매월작성]

- 1) 요양병원은 매월 모든 정액수가 적용환자를 평가하여 환자평가표를 작성
- 2) 환자평가표는 매월 1~10일에 작성함을 원칙으로 하며, 입원 시 평가인 경우는 입원 제1일~10일 사이에 평가하여 작성
- 3) 환자평가표는 작성 일을 포함하여 지난 7일간의 환자상태를 종합적으로 평가하여 작성

[특정기간에서 정액수가로 변경 적용]

- 1) 월 중 특정기간에서 정액수가로 변경 적용할 경우는 정액수가 적용 개시일로부터 제1일~10일 사이에 평가하여 작성
- 2) 환자평가표 평가기간은 정액수가 적용 기간이어야 함
- 3) 환자 평가기간이 특정기간인 경우 동 환자평가표는 정액수가 결정에 사용할 수 없음

6차시 환자평가표 작성 세부 매뉴얼(1)

1. 환자평가표 작성 원칙

■ 요양병원은 환자군 별 상대가치점수 결정을 위하여 매월 환자평가표를 작성

■ 환자평가표는 당해 환자를 담당하는 병동간호사가 환자상태를 종합적으로 평가하여 작성하는 것을 원칙으로 하고 반드시 의무기록에 근거하여 작성하되 작성된 환자평가표는 의무기록에 비치

■ 환자평가표는 매월 1~10일에 작성함을 원칙으로 하며, 입원 시 평가인 경우는 입원 제1일~10일 사이에, 월 중 특정기간에서 정액수가기간으로 변경할 경우는 정액수가 적용 개시일로부터 제1일~10일 사이에 평가하여 작성

2. 환자평가표 중 의식상태,인지기능

B.1 혼수

- 혼수에는 ‘혼수’, ‘반혼수’, ‘식물인간상태’가 해당되며, 의무기록에 이에 대한 의사의 기록이 있어야 함
- 이외의 경우에는 혼수가 아닌 것으로 체크

B.2 섬망

- 평가방법 : 의무기록에 ‘섬망’에 관하 의사의 기록이 있어야 하며 이를 근거로 섬망 유무와 정도를 평가

C.5 행동증상(문제행동)의 빈도

- 지난 7일 동안 환자 자신 및 주변 환자, 의료진에게 영향을 미치고 문제를 일으킬 수 있는 행동증상 (문제행동)의 빈도를 평가하기 위함
- 지난 7일 간의 상태를 기준으로 행동증상의 빈도를 평가하되, 지난 4주간의 상태를 종합적으로 관찰하여 평가하는 것도 가능

3. 신체기능 D.1~10 일상생활 수행능력 평가시의 유의사항

■ 식사하기에서 ‘행위발생 안 함’은 경구 또는 비 경구 모두로 체내에 아무런 영양물질이 투여되지 않는 경우 즉, 금식(NPO)을 하고 있는 환자라도 비경구적으로 영양물질이 공급되고 있는 경우에는 ‘행위발생 안 함’에 체크해서는 안 됨

■ 일상생활을 하는데 필요한 기본적인 동작을 수행하는 능력을 종합적 판단

■ 일시적이거나 예외적인 상황은 제외하고, 반복적이고 통상적인

수행능력의 수준 (빈도가 높은 것) 평가

■ 일상적인 보조구나 보장구 등을 사용(착용)하고 있는 경우는 그 상태에서 판단

■ 환자를 평가하는 간호사는 환자의 기능 상태를 면밀히 관찰하고, 필요한 경우 직접 확인하거나, 환자에게 질문을 하는 등의 과정을 통해 스스로 먼저 판단을 내린 후 다른 간호사 또는 간병인의 의견을 들어 종합적으로 판단

■ 기분 등의 이유로 스스로 해당 동작을 할 수 있음에도 불구하고 수행하지 않는 경우는 수행능력과 무관한 것이므로 이를 기준으로 판단하지 않음
실제 환자의 해당동작의 수행능력이 어느 정도인가를 평가

7차시 환자평가표 작성 세부 매뉴얼(2)

1. 환자평가표 중 배설기능, 질병진단

- 1) c.요로감염 : 지난 30일 이내에 요로감염을 인해 연속해서 1주일이상 비경구 항생제가 투여된 경우를 의미하며 IV, IM모두 관계없이 비경구 항생제를 투여한 경우에 해당
- 2) 사지마비(quadriplegia) : 척수신경이 손상을 받아서 신경증세가 발생하여 양쪽 팔과 다리의 움직임이 약하거나 전혀 못 움직이는 상태
- 3) 척수손상(cord injury) : 외상(trauma)에 의한 척수손상 뿐만 아니라, 질환에 의한 척수손상도 포함. 즉, 원인과 상관없이 모든 척수손상을 말함

2. 환자평가표 중 건강상태, 구강 및 영양상태, 피부상태

- 1) G.2 통증의 강도 및 빈도 통증의 강도(정도, 크기)와 빈도(횟수)를 파악하여 현재 환자의 통증상태 및 통증관리에 대한 효과를 평가하기 위함
- 2) 평 가 기 준
 - a. 경미한 통증 : 통증이 있으나 일상생활활동이나 수면 등은 수행 가능한 정도
 - b. 중등도의 통증 : 통증으로 인해 일상생활활동과 수면 등이 어려운 정도
 - c. 격렬하거나 참을 수 없는 통증 : 암성 통증에 준하는 통증으로, VAS 등 통증 측정척도로 확인하여 심한 통증으로 확인된 경우
- 3) 유의사항 : 진통제 투여 등 각종 통증완화 치료를 받는 경우 그 상태에서의 통증을 판단함

3. 환자평가표 중 투약, 특수처치, 전문재활치료

1) 산소요법

작성 일을 기준으로 지난 14일 중 7일 이상 연속적으로 산소를 투여하거나 또는 산소 투여일수의 합이 7일 이상이어야 함

2) 흡인

입, 코 기관절개관 등을 통해 깊게 suction tip을 넣어 상기도 및 기관지내의 분비물을 배출시키는 경우를 말하며 단순히 구강 내 및 비강 내 흡인만 하는 경우는 제외

8차시 영양급여해설 검사

1. 검사의 산정지침

- 제2장에 기재되지 아니한 검사로서 외관, 취기, 색도 등의 간단한 검사 또는 계산방법에 의하여 검사치를 얻는 경우에는 검사료를 산정하지 않음
- 대청기관에 대한 양측검사를 하였을 때에도 “편측”이라는 표기가 없는 한 소정 점수만 산정함
- 검사에 사용된 약제 및 재료대(1회용 주사침 및 주사기 포함)는 별도산정 가능한 항목 외에는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 않음
- 수탁기관으로 위탁하는 경우에는 소정점수(가감을 적용 포함)에 수탁기관의 점수당 단가를 곱하여 계산한 금액의 10%를 “위탁검사관리료”로 산정

2. 혈액학 검사 외

■ 간 기능 검사(LFT)

- Total Protein : 증가 시 탈수증, 골수증, 자가면역질환, 감소는 영양부족, 간경변, 신부전, 복수시에 나타날 수 있음
- Albumin : 감소 시 간 질환, 신증후군, 영양불량 시에 나타날 수 있음
- AST(Aspartate aminotransferase) : 증가 시 급성 간염, 심근경색, 알코올성 간염을, 감소시 투석환자, 요독증 각기병, 이신 비타민 B6결핍증을 진단할 수 있음
- ALT(Alanine aminotransferase) : 간담도 질환의 유력한 지표로서 널리 이용되고 있음(증가 시 급성 간염, 악성 종양, 폐쇄성 황달을 진단 할 수 있음)
- LDH : 증가 시 급·만성간염, 심근경색, 악성종양, 백혈병을 진단할 수 있음
- ALP : 증가 시 간질환, 간경변, 폐쇄성 황달, 골 질환을 진단할 수 있음
- r-GTP : 증가 시 만성 간염 활동형, 간경변 활동형, 알코올성 간장애, 요독증
- Total Bilirubin : 간경변, 간염, 황달 진단 시에 시행
- Direct Bilirubin : 간경변, 간염, 황달 진단 시에 시행

3. 면역혈청검사 외

■ 종양 검사(Tumor Marker)

- CEA : 작장암, 결장암, 췌장암
- AFP : 간세포암, 만성 간염, 간암 표지검사
- PSA : 전립선 암, 전립선 비대증
- CA 19-9 : 위장관암, 췌장암
- CA 125: 난소암
- CA 15-3 : 유방암

9차시 영양급여해설 영상진단 외

1. 영상진단 및 방사선치료료

■ 영상진단 및 방사선 치료에 사용된 다음의 약제 및 재료대는 “약제 및 치료재료의 구입금액에 대한 산정기준”에 의하여 별도 산정

- 조영제
- 방사선 필름, 폴라로이드 필름 및 SPECT시 사용된 칼라프린터 인화지
- 맥관조영용 카테터
- 혈관조영용 가이드와이어
- 1회용 방사성 입자 및 방사성 동위원소
- 부하검사 시 사용된 약제, 인체에 주입된 약제
- 운동부하검사시 사용된 EKG Paper 및 1회용 Electrode
- 기타 장관이 별도로 인정한 약제 및 재료

■ 조영제 주입료와 방사선 필름 현상료(현상액 및 정착액 비용 등)는 소정 방사선진단료에 포함되므로 별도 산정하지 않음

■ 제1절 및 제2절에 분류된 영상진단을 실시한 경우에는 반드시 판독소견서를 작성·비치하여야 함

■ 제1절 및 제2절에 분류된 영상진단료의 소정점수에는 판독료(소정점수의 30%)와 촬영료 등(소정점수의 70%)이 포함되어 있음

■ 판독소견서를 작성·비치하지 아니한 경우에는 촬영료 등(소정점수의 70%)만 산정(산정코드 세 번째 자리에 7로 기재)

■ 컴퓨터영상처리장치(CR), 디지털촬영장치(DR), 치과 디지털촬영장치(DR), 영상저장 및 전송시스템(Full PACS)을 이용한 처리 비용, C-Arm형 영상증폭장치 이용료에 대하여는 그렇게 하지 않음

2. 투약 및 조제료

■ 투약 시 사용된 용기(투약병, 연고곽, 안약병, 포장지 등 포함)의 재료대는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 않음

■ 퇴원환자 조제료는 약사법 제23조제4항에 따라 퇴원하는 입원환자에게 요양기관인 의료기관의 의사 또는 치과의사의 처방에 따라 당해 의료기관의 조제실에서 조제 투약한 경우에 산정함

■ 외래환자 조제·복약지도료는 약사법 제23조제4항에 따라 의약분업 예외환자(예외의약품을 조제한 경우 포함)에게 요양기관의 의사 또는 치과의사가 처방하고 당해 의료기관의 약사가 조제실에서 조제, 투약한

경우에 산정

■ 한방 외래·퇴원환자조제료는 약사법(법률 제8365호) 부칙 제8조에 따라 외래환자 또는 퇴원하는 입원환자에게 요양기관인 한방의료기관의 한의사의 처방에 따라 당해 한방의료기관의 조제실에서 한약제제를 조제, 투약한 경우에 산정

■ 약사법 제41조 및 동법 시행규칙 제18조 규정에 의한 조제실 제제를 조제 투약 한 경우에는 퇴원환자 조제료, 외래환자 조제·복약지도료 또는 입원환자 조제·복약지도료 소정점수의 50%를 제제료로 별도 산정(산정코드 세 번째 자리에 1로 기재)

■ 퇴장방지의약품 사용 장려비는 장관이 별도로 정하는 “퇴장방지의약품 목록”에 해당하는 의약품을 처방한 경우에 산정

3. 주사료

■ 주사시 사용된 주사재료대(1회용 주사기, 1회용 주사침, 나비침, 정맥내유치침, 수액세트, 혈액Bag 등)와 수혈에 소요된 약제 및 재료대는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 않음

■ 정맥내유치침을 사용한 경우에는 「마-5-주1」 및 「마-15-다-주」에 따라 산정하며, 다음의 경우에는 “약제 및 치료재료의 구입금액에 대한 산정기준”에 의하여 별도 산정

- 치료적 성분채집술에 사용된 약제 및 재료대(요양기관이 대한적십자사 혈액원 등으로부터 성분채집에 의한 혈액성분제제를 구입한 경우 포함)
- 조혈모세포이식 시 사용된 골수, 말초혈액, CD34+ Collection Kit, Cryo Bag

- 적혈구수집기(Cell Salvage)를 이용한 자가수혈에 사용된 재료대

■ 제1절 주사료를 산정하는 경우 만8세 미만의 소아에 대하여 정맥내 점적 주사는 주사료 소정점수의 30%를 가산하고, 기타 주사는 주사료 소정점수의 20%를 가산(산정코드 첫 번째 자리에 3으로 기재)

■ 피하 또는 근육내주사, 생물학적제제주사, 수액제 주입로를 통한 주사, 항암제 피하내주사, 급속항온주입은 그러하지 않음

10차시 요양급여해설 마취 외

1. 마취료

- 마취약에 주사 시 사용한 1회용 주사기 주사침 등의 재료대는 마취료 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 않음
- 만8세 미만의 소아 또는 만70세 이상의 노인, 심폐체외순환법마취, 일측폐환기법마취, 고빈도제트환기법마취, 개흉적 심장수술마취, 뇌종양, 뇌혈관질환에 대한 개두술마취시에는 마취료 소정점수의 30%를 가산(다만, 신생아의 경우)에는 마취료 소정점수의 60%를 가산)
- 18시~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 마취를 행한 경우에는 소정점수의 50%를 가산(해당 마취를 시작한 시각을 기준으로 산정)
- 수술 중에 발생하는 우발사고에 대한 처치(산소흡입, 응급적 인공호흡) 또는 주사(강심제) 등의 비용은 별도 산정할 수 있으나, 그 밖의 경우에는 산소흡입, 응급적 인공호흡비용 및 EKG monitoring료는 산정하지 않음
- 동일 목적을 위하여 2 이상의 마취를 병용한 경우 또는 마취 중에 다른 마취법으로 변경한 경우에는 주된 마취의 소정점수만 산정
- 제6장에 분류되지 아니한 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취의 비용은 제2장, 제9장 또는 제10장에 분류한 소정 시술료에 포함되므로 별도 산정하지 않음
- 마취통증의학과 전문의 초빙료를 산정하는 경우에는 초빙된 마취통증의학과 전문의의 성명, 주민등록번호, 전문의 자격번호를 기재하고, 마취통증의학과 전문의가 서명 또는 날인한 마취기록지 사본을 요양급여비용명세서에 첨부해야 함

2. 이학요법료

- 물리치료사 1인당 1일 물리치료 실시 인원
 - 해당항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관(보건기관 포함)에서 재활 및 물리치료를 실시한 경우에 상근하는 물리치료사 1인당 물리치료 실시인원(물리치료 실시 총 청구건수를 의미함)은 월평균(또는 주평균) 1일 30명까지 인정하며, 이 경우 의료급여 환자를 포함함
 - 다만, 상근물리치료사 1인 이상이 근무하는 기관에서 시간제, 격일제 근무자(주3일 이상 이면서 주20시간 이상 근무하는자)의 경우 0.5인으로 보아 월평균(또는 주평균) 1일 15명까지 인정함

■ 기본물리치료료

- 해당항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용 할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 의사의 처방에 따라 상근하는 물리치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정

■ 단순재활치료

- 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과 또는 외과 전문의가 상근하여야 하며, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 상근하는 물리치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정

- 간헐적 견인치료, 전기자극치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 2회만 산정

■ 전문재활치료료

- 해당 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 재활의학과 전문의가 상근하고, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 상근하는 물리치료사 또는 해당 분야 전문치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정

- 중추신경계발달재활치료, 작업치료, 신경인성방광훈련치료, 기능적전기자극치료, 재활기능치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정

- 위의 규정에도 불구하고 단순작업치료와 복합작업치료는 정형외과 또는 신경외과 전문의가 상근하고, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 작업치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에도 산정

- 위의 규정에도 불구하고 근막동통유발점주사 자극치료는 재활의 s학과 전문의 또는 동통재활분야 교육을 이수한 의사가 직접 실시한 경우에 산정

3. 정신요법료

■ 정신요법료는 정신과 전문의가 정신과 환자에게 행한 경우에 산정하되, 반드시 분류항목별 치료행위에 관한 내용을 진료기록부 등에 기록한 경우에 산정

■ 위 의 규정에도 불구하고 다음의 분류항목은 정신과 전문의 지도하에 정신과 전공의가 실시한 경우에도 산정할 수 있음

- 심층분석요법, 분석집단정신치료, 약물이용면담, 지지요법, 집중요법, 가족치료, 전기충격요법, 지속적 수면요법

■ 다만, 심층분석요법, 분석집단정신치료, 약물이용면담은 3년차 이상 전공의가 실시한 경우에 산정할 수 있음

■ 위에서 규정한 분류항목 이외는 정신과 전문의 지도하에 정신과 전공의 또는 상근하는 전문가(정신간호사, 사회복지사 등)가 실시한 경우에도 산정할 수 있음

■ 다만, 정신의학적 사회사업은 사회복지사가 직접 실시한 경우에만 산정

11차시 요양급여해설 처치 및 수술(1)

1. 처치수술, 캐스트의 산정지침

- 18시~09시 또는 공휴일에 불가피하여 처치 및 수술을 행한 경우에는 소정점수의 50%를 가산(이 경우 해당 처치 및 수술을 시작한 시각을 기준하여 산정)
- 응급의료에 관한 법률에 의한 응급의료 관리료 산정대상 응급환자에게 응급의료수가기준 (별표2) 응급의료수가 기준액표 나. 응급처치료의 해당 항목을 실시한 경우에는 소정점수의 50%를 가산
- 제1절에 기재되지 아니한 처치 및 수술로서 간단한 처치 및 수술의 비용은 기본진료료에 포함되므로 산정하지 않음
- 제1절에 기재되지 아니한 처치 및 수술로서 위의 규정에 해당되지 않는 처치 및 수술료는 제1절에 기재되어 있는 처치 및 수술 중에서 가장 비슷한 처치 및 수술 분류항목의 소정점수에 의하여 산정
- 대칭기관에 관한 처치 및 수술 중 “양측”이라고 표기한 것은 “양측”을 시술할지라도 소정점수만 산정
- 동일 피부 절개하에 2가지 이상 수술을 동시에 시술한 경우 주된 수술은 소정점수에 의하여 산정하고, 제2의 수술로부터는 해당 수술 소정점수에 50%를 산정(다만, 주된 수술 시에 부수적으로 동시에 실시하는 수술의 경우에는 주된 수술의 소정점수만 산정)
- 제1절에 기재된 분류항목 중 상·하악골 악성종양 절제술, 비강, 부비동악성종양적출술, 비인강 악성종양적출술, 후두 전적출술, 후두 및 하인두 전적출술, 후두 전적출 및 하인두 부분적출술, 구순암적출술, 설암수술, 구강내악성종양적출술, 이하선악성종양적출술, 부갑상선악성종양적출술, 갑상선악성종양근치수술 시행 시 경부의 림프절 청소술을 병행한 경우에는 위의 규정에도 불구하고 경부림프절청소술 “주”의 소정점수를 별도 산정
- 근접하고 있는 다발성 절종을 수개 처에서 절개한 경우나 동일 검내에 존재하는 맥립종, 산립종의 수술 등은 1회 절개로 간주
- 수술은 개시하였으나 병상의 급변 등 부득이한 사유로 인하여 그 수술을 중도에서 중단하여야 할 경우에는 수술의 중단까지와 시술상태가 가장 비슷한 항목의 수술료를 산정
- 각 분류항목의 처치 및 수술 등에 레이저를 이용한 경우에도 각 분류항목의 소정점수만을 산정

- 각 분류항목의 처치 및 수술 등에 내시경을 이용한 경우 내시경료는 소정시술료에 포함되므로 별도 산정하지 않음
- 처치 및 수술 시에 사용된 약제 및 치료재료대는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 않음(별도 산정 가능한 약제 및 치료재료대는 “약제 및 치료재료의 구입금액에 대한 산정기준”에 의하여 산정)

2. 기본처치, 피부 및 근육

■ 절개술(Incision)

- 절개술의 길이는 절개창의 길이에 의함
- 근접하지 아니한 여러 부위에 절개술을 시행하는 경우에는 전신을 두부, 복부, 배부, 좌·우·상·하의 7부위별로 구분하여 각 부위별로 소정 점수를 각각 산정
- 각 부위 내에 절개창이 둘 이상일 때 여러 절개창이 4"×4"거즈 범위 내에서 포함되는 경우에는 제1범위 분류항목을 산정하고, 4"× 4"거즈 한 장 범위를 초과하는 경우에는 두 장째 범위부터 제1범위당 제2범위의 분류항목으로 각각 산정

■ 창상봉합술 Suture of the Wound

- 근접하지 아니한 여러 부위에 창상봉합술을 시행하는 경우에는 전신을 두부, 복부, 배부, 좌·우·상·하의 7부위로 구분하여 각 부위별로 소정 점수를 각각 산정
- 각 부위 내에 창상봉합부위가 둘 이상일 때 여러 창상봉합부위가 4"×4"거즈 범위 내에 포함되는 경우에는 제1범위 분류항목을 산정하고, 4"×4"거즈 한 장 범위를 초과하는 경우에는 두 장째 범위부터 1범위당 제2범위의 분류 항목으로 각각 산정

3. 근골 및 코

■ 간단한 것 [절제, 봉합, 박리]

- Simple 건봉합술 : 건이 절단되었을 때 봉합하는 수기이며, 건사를 써서 봉합 그대로 매몰시키는 방법과 강선을 써서 건을 봉합하고 남은 단단을 피부에 내놓아 치유 후에 강선을 잡아 빼는 방법 등이 있음
- 건박리술 : 건이 외상 또는 염증성 원인으로 주위조직과 유착되어 있을 때 이를 유리하는 조작임

■ 복잡한 것[이식, 이전, 교환, 인공건 성형] Complex

- 인공건 성형 : 건막에 유착이 심하거나 건 손상이 심한 경우 인공 건을 이용하여 성형하는 방법
- 건이식술 : 생체의 운동기능상 중요한 근이 마비 시 중요도가 덜한 근을 이식하여 기능 회복을 시키는 법
- 건이전술 : 외상이나 질병 등으로 인해 상실된 근의 기능을 대처하기 위해 주위에서 사용 가능한 정상 근육의 시작 부 터는 종지부를 옮겨 주는 것을 말함

12차시 영양급여해설 처치 및 수술(2)

1. 후두·기관 외

■ 혈전제거술 및 철허절제술

- 외치핵에 생긴 혈전을 제거할 필요가 있거나 여러 가지 이유로 철허를 제거할 필요가 있을 때 적용함
- 시술방법은 마취 하에 혈전을 덮고 있는 피부를 안형으로 절제한 후 속에 있는 혈전을 제거함
- 철허 절제술은 마취하에 철허를 절제하는 수인데 수술 후 미용적으로나 기능적으로 만족한 결과를 얻기 위해 절제선을 잘 디자인해야 함

■ 응고, 소작[레이저포함], 경화요법 및 고무밴드 결찰술

- 동시에 여러 부위를 시술한 경우에도 1회만 산정함
- 출혈성 1도 치핵 혹은 2도 치핵에 적용되며 외래에서 마취없이 시행함

■ 혈전성치핵(내치핵) 절제술

- 내치핵에 혈전이 생겨 부분적으로 부종이 생겨 심한 통증을 호소하는 경우 시행하며 마취하에 치핵을 절제하는 수술
- 근치적으로 모든 치핵을 절제하는 것이 아니라 혈전이 생긴 치핵 만을 절제함

■ 치핵근치술

(1) 교액성환상치핵의 수술은 소정점수의 20%를 가산

- 내외치핵이 혼합된 치핵으로 항문 주변에 환상으로 발달된 치핵 혹은 내치핵이 교액되어 심한 통증과 함께 환상으로 부종이 생긴 경우, 주치핵과 부치핵을 모두 절개하며 동시에 항문 성형술을 실시해야 함

(2) 원형자동문합기를 이용하여 치핵절제술을 실시한 경우

- 「자-301-다」의 소정점수를 산정하며, 시술시 사용된 원형자동문합기는 별도 산정
- 3도 혹은 4도 치핵, 출혈로 빈혈을 초래하는 치핵 등에서 치핵을 근치적으로 제거하는 시술로 3개의 주치핵을 중심으로 발달된 치핵을 함께 절제해내는 시술

2. 감각기 외

■ 외이도이물 또는 이구전색제거

- 간단한 것은 기본진료료에 포함
- 이구가 외이도를 단순히 막고 있는 상태에서 이구가 차차 커져서

외이도를 폐색하는 이구전색(Ceruminal Plug)을 형성하면 난청, 외이도염, 고막손상, 폐쇄성각화증 등이 발생할 수 있기 때문에 이 경우에는 반드시 제거해야 하고, Ear forceps, Ear Hook 등을 이용하여 제거하거나 기타 용해제(중조 1gm, glycerin 5cc 물 15cc)를 이용한 제거방법도 있음

■ 이절절개술

- 외이도에 생기는 절을 적은 검자 또는 절개로 배농시키는 수술임

■ 고막절개

- 중이염으로 고실에 농이 있을 때 고막을 절개하여 배농시키는 수술임

■ 고막소파술

- 고막소파는 고막이 뚫리지 않은 상태나 뚫려 있어도 polypoid change가 있는 경우 실시함

- Erosion이 있거나 polyp이 있으면 현미경하에 제거함

- 소요시간은 10~20분

■ 고막소작술

- 고막자체의 만성적 염증이나 육아조직이 생길 경우에 계속적으로 이루의 원인이 될 수 있으므로 이때에는 고막을 소작하거나 소파하는 시술이 필요함

- 특히 고막의 천공이 있을 때에는 삼염화초산을 이용해 소작함으로써 치유를 촉진시키며 육아조직이 자라났을 경우에도 이를 소파술을 한 후 소작하면 치료효과를 볼 수 있음

13차시 정신건강의학과

1. 일반사항. 검사

1) 입원료

- (1) 내과질환자, 정신질환자, 만 8세 미만의 소아환자에 대하여는 소정점수의 30%를 가산 (산정코드 세 번째자리에 4로 기재)
- (2) 정신건강의학과 “낮병동”에서 6시간 이상 진료를 받고 당일 귀가한 경우 낮병동 입원료를 산정하고 당일의 본인 일부 부담금은 입원진료 본인 일부 부담률에 따라 산정하며, 입원요양급여명세서로 작성함
- (3) 요양병원 입원료는 가-2 입원료(다) 병원,한방병원 소정점수의 80%로 산정하고 체감제는 1~180일 소정 입원료의 100% / 181~360일 소정 입원료의 95% 361일 이후 소정 입원료의 90%를 산정하며 가-2 입원료 주1.에 의한 내과질환자, 정신질환자, 만8세 미만 의 소아환자에 대한 가산을 적용함

2. 약제

1) 향정신성약물의 일반원칙

- (1) 향정신성 약물은 식약청장 허가사항 범위 내에서 1품목 투여를 원칙
- (2) 진료상 2품목 이상의 의약품을 병용하여 처방하는 경우는 1품목의 처방으로 치료 효과를 기대하기 어렵다고 인정되는 경우에 한 함
- (3) 1회 처방시 30일까지 요양급여를 인정하며, 허가사항에서 치료기간 제한을 언급하고 있는 아래의 약제는 허가범위 내에서 요양급여를 인정함
 - ① Triazolam(품명:할시온정 등) : 1회 처방 시 3주 이내
 - ② Chloral hydrate(품명: 포크랄시럽) : 1회 처방 시 2주 이내
 - ③ Midazolam 경구제(품명: 도미컴정 등) : 불면증의 경우 1회 처방 시 2주 이내
- (4) 아래와 같은 경우에는 1회 처방 시 최대 90일까지 인정 가능함.
 - ① 말기환자, 중증 신체장애를 가진 환자, 중증 신경학적 질환자, 중증 정신질환자
 - ② 선원, 장기출장, 여행 등으로 인하여 장기처방이 불가피한 경우
- (5) 3개월 이상 향정신성 약물을 장기 복용할 경우 6~12개월마다 혈액검사 (간·신기능검사 포함) 및 환자상태를 추적·관찰하여 부작용 및 의존성여부 등을 평가하도록 권고함
- (6) Benzodiazepine계열 등은 중지할 경우 금단 증후군(withdrawal

syndrome)을 일으킬 수 있어 환자상태에 따라 4~16주에 걸쳐 1~2주마다 10~25%를 감소하면서 투여하도록 권고함

3. 정신의학적 처치

1) 정신요법료는 정신건강의학과 전문의가 정신건강의학과 환자에게 행한 경우에 산정하되, 반드시 분류항목별 치료행위에 관한 내용을 진료기록부 등에 기록한 경우에 산정할 수 있음.

2) 위의 규정에도 불구하고 다음의 분류항목은 정신건강의학과 전문의 지도하에 정신건강의학과 전공의가 실시한 경우에도 산정할 수 있음. 다만, “(가)”는 3년차 이상 전공의가 실시한 경우 산정할 수 있음

(가) 심층분석요법(아-1-나), 분석집단정신치료(아-2-나),
약물이용면담(아-5)

(나) 지지요법(아-1-가), 가족치료(아-3), 전기충격요법(아-7),
지속적수면요법(아-8)

3) 의료급여 정신건강의학과 입원 1일당 정액수가에는 6%의 정신요법료가 포함된 것으로 간주함.

14차시 전문재활심사지침

1. 이학요법료 수가 및 산정지침

1) 전문재활치료료

(1) 해당 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용 할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 재활의학과 전문의가 상근하고, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 상근하는 물리치료사 또는 해당분야 전문치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정

(2) 중추신경계발달재활치료, 작업치료, 신경인성방광 훈련치료, 기능적전기자극치료, 재활기능치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정

(3) 단순작업치료와 복합 작업치료는 정형외과 또는 신경외과 전문의가 상근하고, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 작업치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에도 산정

(4) 근막동통유발점주사 자극치료는 재활의학과 전문의 또는 동통재활분야 교육을 이수한 의사가 직접 경우에 산정

2. 요양병원 전문재활치료 인정여부

1) 이학요법구분

이학요법구분		
기본물리치료	모든 의사 가능	
단순재활치료	RM,GS,OS,NS,NM의 전문의 상근	
전문재활치료	RM 상근	단순, 복잡작업치료는 OS, NS, 작업치료사 상근
기타 이학요법		호흡, 피부과치료

3. 전문재활치료의 세부인정범위. 관련질의

1) 사-105 맛사지치료 [1일당] 의 주.항

(1) 근마비로 인한 연부조직위축, 감염 및 외상으로 인한 연부조직 유착을 개선하기 위하여 수기로 20분 이상 실시한 경우에 산정

(2) 인정대상 : 근마비로 인한 연부조직위축 상병인 위축·구축 상병,

마비상병, 림프부종 및 부종, 연축, 사경, 얼굴부위의 신경장애, 사지
신경손상 중 신경총 (얼기)손상 또는 단신경에서 운동신경의 장애로
근마비에 의한 연부조직의 위축이 나타난 경우 인정

(3) 그 외 상지 · 하지 관련 상병, 척추관련 상병, 순수한 감각신경 장애
등에는 인정하지 않음

15차시 요양병원관련 심사 기준

1. 환자군별 작성시 유의사항. 청구시 유의사항

1) 진료기록부 관련 유의사항

(1) Check List는 의료인의 편의에 의한 기록은 가능하나, 진료기록부로는 인정되지 않음

(2) 의무기록에 의존하지 않고 기억에 의존한 환자평가표 작성은 인정되지 않음

(3) 의무기록에 기록 없이 환자평가표만 작성되어 환자평가표의 사실여부 확인이 불가능한 경우는 의무기록으로 확인된 사항으로 환자군이 적용

(4) 환자평가 기간 중 집중적인 처치 및 간호는 유의해야 함

(5) 환자평가 기간 중 집중적인 기록 또한 유의해야 함(통증강도 및 빈도,체위변경 등)

2) 간호기록지 작성시 유의사항

(1) 최초 입원 당시는 환자 상태,계속 입원 시 환자 상태 변화 관찰에 대한 기재 필요

(2) 간호기록과 전문재활치료기록 등은 반드시 일치해야 함

(3) ADL과 환자분류군이 일치해야 함[환자세부분류 및 간호기록지 기재 내역 등]

- 식사하기,목욕하기,세수하기 등 실제 환자 상태와 기록이 일치되어야 함

(4) 욕창의 정도,치료 진행 정도 등 기재 정확히 해야 함

(5) 배뇨훈련 관련 구체적으로 기재

3) 기록의 중요성

(1) 충실한 기록

- 진료기록이 기재가 잘된 경우- 재심사/이의신청에서 인정가능성 높음

- 진료기록이 부실한 경우 소견서를 첨부하더라도 진료기록에서 확인되지 않는 경우 불리

2. 요양병원 행정해석

1) 요양병원 입원이 부적절한 환자

의료법시행규칙 제28조의 4에 의거 정신질환자(노인성 치매환자 제외) 및 전염성질환자는 입원대상이 아니므로 입원 진료비용은 인정하지 않음

2) 퇴원약 별도 산정여부

요양병원의 장기 환자에게 적용하는 일당 정액수가에는 퇴원약이 포함(평균

10일 정도)되어 있으므로, 퇴원약 비용은 별도 산정할 수 없음

3) 요양병원에서 입원 중인 환자에게 원외처방전 발행 시 수가산정방법

(1) 요양병원에 입원 중인 환자에게 별도 산정토록 정해진 약제를 제외한 나머지 약제에 대하여 원외처방전을 발행하는 것은 인정하지 않음

(2) 다만, 요양병원에서 위 내용에도 불구하고 불가피하게 원외 처방하는 경우는 동 내역을 청구명세서에 명기할 경우 심사 시 참고

4) 의약품관리료 산정방법

(1) 입원환자 의약품관리료는 일당 정액수가에 포함되어 있으므로 별도 산정할 수 없음

(2) 특정기간 중 투약한 경우는 특정기간이 종료되는 시점마다 투약일 수에 따라 제1편 제2부 제1장 가-11 의약품관리료 나-(3)의 수가를 산정함

3. 요양병원 심사기준

1) 입원환자 식대 산정기준

(1) 1일 3식 이상 식사를 제공한 경우

- 치료식 및 멸균식은 소량씩 1일 3식 초과제공 시에도 1일 3식 이내만 산정

- 산정가능 횟수 초과하여 환자가 선정하는 경우는 비급여로 산정

(2) 영양사가 환자식사와 타 업무를 동시 담당하거나 타 업무를 전담하는 경우

- 주로 입원환자 식사를 담당한다면 식사 가산 영양사수에 포함 가능

- 외래, 건강검진센터 등에서 상담업무(입원환자 영양상담 제외)를 전담하는 영양사, 교육 전담 영양사 등은 포함되지 않음

(3) 영양사가 위탁업체 소속인 경우

- 당해 요양기관에 소속되어 있지 않는 경우이므로 가산 영양사 수 포함 안됨

2) 입원 환자수 산정방법

(1) 전전 분기 마지막 월 15일부터 전 분기 마지막 월 14일까지의 3개월 평균 환자수 (총 재원환자수의 합을 대상기간 입원일수의 합으로 나눈 값)로 산정

- 입원 환자수 = 3개월 간 입원환자수 합 / 3개월간 일수의 합

*소수점 3째 자리에서 반올림

- 낮병동, 타법령 입원환자수 포함

3) 의료인이 복수의료기관에서 진료 시 비용 인정여부

- 실시한 진료행위에 대한 비용을 인정
- 진료가 이루어진 요양기관에서 청구 (단, 별도 인력기준을 정하고 있는 경우 그 기준에 의함)

4) 신규개설 기관의 등급 산정방법 요약

(1) 차등제 개정 이후 ('10.4.1 이후, 직전분기 입원 환자수 기준)

- 환자 수 : 간호사 수의 비가 18:1 초과시 감산 및 간호사 비율이 간호인력의 2/3이상인 경우, 별도 금액(2,000원) 보상 => 미적용
- 단, 분기 마지막 월 14일 이전 개설된 신규개설기관의 차기분기 => 적용

16차시 요양병원 적성성평가

1. 적정성 평가의 대상과 기준, 평가방법 외

1) 평가 목적

- (1) 요양병원의 자발적인 질 향상 유도
- (2) 의료 소비자에게 합리적인 병원선택을 위한 정보제공

2) 평가 배경

- (1) 급속한 고령화 및 생활수준 향상 및 노인성 만성 질환 위주의 장기요양 수요증가
- (2) 2008년 1월 요양병원형 수가제 도입 및 입원진료비 일당 정액제 적용
- (3) 2008년 2차 평가 결과 구조부문 미비, 의료서비스 부문 기관간 편차 큼
- (4) 2010년 기준 - 2004년 대비 8배 기관수 급증
- (5) 제공되는 의료서비스에 대한 관리 필요

2. 적정성 평가의 구조부문

1) 적정욕실의 3가지 요건

- (1) 침대차가 들어가고 보조 인력에 의한 목욕이 가능한 면적(7.2㎡ 이상)
- (2) 지속적인 온수 공급
- (3) 난방 시설 구비- 중앙난방, 목욕실 자체 보일러 설비, 부착된 난방시설이 있는 경우

2) 바닥의 턱 제거율

- (1) 바닥의 턱없음은 출입구를 사이에 두고 두 공간 간 바닥 높이의 차이가 없고 해당 공간의 바닥 전체에 높이 차이가 없어 보행에 지장이 없는 것을 의미

3) 안전손잡이 설치율

- 욕실, 화장실, 복도, 계단에 설치

4) 바닥의 미끄럼방지시설 설치율

- 욕실, 화장실, 계단 바닥에 미끄럼 방지시설을 설치한 공간의 수

5) 응급호출시스템 구비율 (병상, 욕실, 화장실)

- 응급상황 발생시 간호인력 및 의사를 호출하는 시스템으로 고정식, 탈부착식 (인터폰전화기 포함)을 모두 포함, 반드시 작동여부 확인, 작동하는 경우만 인정

6) 적정 엘리베이터

- 환자의 이동(stretcher car 포함)에 필요한 엘리베이터 내부 공간이

충분히 확보되어 있는지 확인하기 위한 것으로 엘리베이터 출입문부터
맞은편 벽까지의 실제 길이

7) 환자용 식당

- 천정부터 바닥까지 이동되지 않는 벽으로 구분된 별도의 공간으로 환자가
식사 할 수 있는 곳
- 환자가 병실을 떠나 식사를 할 수 있는 환자전용 식당이며 조리실이
있어야 함

8) 환자용 휴게실

9) 감염관리활동

10) 세탁물 관리

3. 적정성 평가의 진료부문 , 모니터링

1) 적정 엘리베이터 설치 유무 : 일정 기준 시점 적정 승강기 설치 유무

2) 폐렴 발생률 : 대상기간 동안 입원하고 있는 전체 환자 중 폐렴이 새로
발생한 환자의 비율

3) 패혈증 발생률 : 대상기간 동안 입원하고 있는 전체 환자 중 패혈증이
새로 발생한 환자의 비율

4) 폐렴 치료기간 비율 : 대상기간 동안 폐렴이 새로 발생한 환자의 폐렴
치료

5) 패혈증 치료기간 비율 : 대상기간 동안 패혈증이 새로 발생한 환자의
패혈증 치료

6) 일상생활수행능력 개선 환자분율_전문재활치료군

- 전문재활을 치료 받고 있는 환자 군에서 전월에 비해 일상생활수행능력이
개선된 환자분율

7) 진료비 고가도 지표 :요양병원의 환자 구성을 감안했을 때 기대되는
입원진료비 대비 실제 입원진료비

17차시 한국표준질병 사인분류(1)

1. 한국표준질병사인 개요

- 1) 올바른 Code No.를 찾아내려면 주석 또는 용어를 주의 하여 읽어야 함
- 2) "Includes" 또는 "Excludes" 지시를 자세히 읽고 지시대로 따라야 함
- 3) 두 가지 이상의 상태가 있을 때 이들을 포함하는 코드가 있으면 그것을 사용해야 하며, 그 번호 안에 포함되는 개별적 상태를 나타내는 번호는 같이 사용할 수 없음
- 4) 확실한 진단이 내려지지 않고 "suspected" 또는 "questionable"등의 용어가 앞에 붙어있을 때는 확진된 경우와 같이 분류
- 5) 진단명이 애매하고 불분명할 때는 다음과 같음
 - ① 대조되는 두 상태가 진단명으로 나열되었을 때는 두 가지로 다 분류
 - ② 질병의 원인이 확실치 않아 두 가지 이상 제시되었을 "unspecified" (상세불명)로 분류
 - ③ 어떤 증상이 대조되는 두 가지 진단명과 함께 제시되었을 때는 그 증상을 주 진단으로 간주하며 제시된 진단을 모두 분류
- 6) 증상은 있으나 더 이상의 검사나 치료가 필요 없는 경우는 Z code로 분류
- 7) 진단명에 "Acute"와 "chronic"이 같이 있는 경우 둘 다 분류하고 그 중 "Acute"이 주된 병태로 사용
- 8) 진단명 "Postoperative status(수술 후 상태)라고 기록되었을 경우 다음과 같이 분류
 - ① 입원 기간 동안 수술을 시행한 경우에는 원래의 진단명과 수술명대로 분류
 - ② 수술을 시행하고 입원한 경우에 현재 입원과 관련되는 상태는 Z code로 분류
 - ③ 현재입원과 전혀 관련 없는 경우는 분류하지 않아도 됨
- 9) 신생물은 ICD-10 제3권의 신생물 일람표에서 분류 번호를 찾음
- 10) 환자가 유산, 임신, 출산, 산욕 등의 상태와 관련될 때는 제16장의 O00-O99사이의 번호로 분류
- 11) 어떤 질환들의 발병 시기가 주산기인 경우에는 제 16 장의 P00-P96으로 분류
- 12) 질병의 급성적 상황은 종결되었으나, 현재 있는 잔여 문제들을 "후유증으로 분류

13) 손상이나 어떤 병태가 외인에 의하여 발생되었을 경우에는 그 병태의 특성과 외인의 상황 둘 다 번호 부여

14) 처치 후 병태와 합병증의 부호 부여

① 제 19장에는 수술이나 기타 처치와 관련된 합병증(T80-T88)

② 수술 상처의 감염, 삽입한 기구에 의한 기계적 합병증 등이 포함

2. 한국표진질병 사인분류 분류기준과 대분류 1~11에 대한 코딩방법

1) 질병사인분류 기준은 이환 병태의 전 영역을 포함할 수 있는 상호 독립적인 항목으로 아래와 같이 구성

① 전염성질환

② 체질적 또는 전신적질환

③ 발육질환

④ 손상

2) 분류체계

① 대분류 - 22개

② 중분류 - 264개

③ 소분류(3단위 분류) - 2,049개

④ 세분류(4단위 분류) - 12,297개

⑤ 세세분류(5단위 분류) 6,389개 분류

18차시 한국표준질병 사인분류(2)

1. 한국표준질병사인분류 분류기준과 대분류 12~22에 대한 코딩방법
 - 1) 피부와 피하조직의 감염 또는 염증은 L00-L08로 분류
 - 단, 피부의 국소적 감염으로서 제1장 감염성 및 기생충 질환으로 분류된 것도 있음
 - 2) 근골격계는 질환명에 침범부위가 포함되어 있는 코드 등 일부를 제외하고 5단까지 기재
 - 3) N00-N08 사구체 질환(Glomerular disease) 분류에서는 필요 시 신부전이 병존함을 나타내기 위하여 N17-N19 code를 부가적으로 사용할 수 있고 또한 상해의 원인을 나타내기 위하여 제20장의 외인번호도 부가적으로 사용할 수 있음
 - 4) 손상·중독 및 외인에 의한 결과로 질환이 발생한 경우에는 S 또는 T 코드를 사용하며, '골절', '손상'에 해당되는 상병은 골절 및 손상의 형태를 나타내는 분류를 6단에 기재
2. KCD 6차 개정 주요내용
 - 1) 개정세부 내용 : 300대 다빈도 상병을 대상으로 분류 세분화
 - 가능한 ICD-10 코드의 기존 코드를 유지하며, 하위 코드를 신설하는 것으로 세분화
 - 2) 1분류 세분화 종류
 - ① 포함되어 있는 진단용어 세분화
 - ② 해부학적 부위별 세분화
 - ③ 장기의 좌우, 양측 관련 세분화
 - ④ 성별
 - ⑤ 진행별
 - ⑥ 특정 증상/ 합병증에 대한 유무별
 - ⑦ 세부 질환별
 - ⑧ 기타
 - 3) 국제질병분류(ICD)와 국내 고유 코드를 구분하기 위해 고유 코드 앞에 ' ' 표기
 - 4) 'M 근육골격계통 및 결합조직의 질환' 코드 체계 정비
 - 코드의 지칭부위에 해당하는 세분류 항목만 코드 밑에 기재
 - 5) 재발한 악성 신생물을 파악할 수 있도록 부가코드 U99 신설

- U99 재발한 악성 신생물(Recurrent malignant neoplasm)

6) WHO의 ICD 업데이트 반영('06-'08년) 코드 추가 및 삭제, 표제어 수정 등 약 400여 개 코드에 대해 업데이트 반영

3. 진료비 청구 시 상병분류 기호 기재 방법

- 1) 주된 상병명 순으로 기재하고 상병명에 가장 근사한 분류기호 기재
- 2) 치과 진료비 명세서의 경우, 상병의 부위(치식) 기재
- 3) 한방 진료비 명세서의 경우, “한국표준질병사인분류 한의”에 의한 상병명, 한방 상병 분류기 호, 기본분류항목부호 기재
- 4) 한방약제, 특수경혈 또는 대침, 장침시술이 산정된 경우, 대한 한의사 협회가 발행한 “한·양방 상병 분류기호 대조표”에 의하여 한방상병 분류기호 기본 분류항목분류, 적응증 등을 기재
- 5) 혈우병 및 만성 신부전증 관련 상병의 경우, 상병 분류기호 일치 여부와 상해외인분류 기호기재 란 에 “의료보험(의료보호) 진료비 청구서 및 명세서 작성요령”에 명시된 해당부호를 정확하게 기재
- 6) 상해외인으로 추정되는 상병명의 경우, 상해외인 란에 상병외인 분류기호를 정확하게 기재

19차시 현지조사(1)

1. 현지조사 유형 및 대상

1) 정기조사

(1) 지표점검기관(자율시정통보 미시정, 부당청구 감지시스템, 본인부담금 과다징수 등), 외부의뢰기관 등 부당청구 개연성이 높은 기관에 대하여 일반적·통상적으로 실시하는 현지조사

(2) 선정기준: 내부종사자 공익신고기관, 대외의뢰기관, 민원제보기관 순으로 반영하되, 긴급하게 조사 의뢰된 기관 우선 선정업무정지 처분을 받은 기관은 처분기간 종료 후 6개월 이후 반영

2) 기획조사: 건강보험제도 개선 및 올바른 청구문화 정착을 위해 제도운영상 개선이 필요한 분야, 관례적·집단적 부당청구로 인해 사회적 문제가 야기된 분야에 대한 현지조사

3) 긴급조사: 허위·부당 청구 개연성이 높은 기관 중 증거 인멸 또는 폐업우려 기관, 사회적 문제를 야기한 분야·기관에 대해 긴급한 조사가 필요한 경우에 실시하는 현지조사

4) 이행실태조사: 업무정지 처분기간 중 당해 처분을 편법적으로 회피할 우려가 높은 기관 혹은 불이행이 의심되는 기관에 대해 처분의 사후 이행여부를 점검하는 조사

2. 국민건강보험공단 현지확인

1) 『현지확인』이란?

– 건강보험재정 절감을 목적으로 의료기관의 진료비 부당청구 여부에 대한 사실관계 확인(수진자 조회 포함)

2) 현지확인 대상기관

(1) 진료내역통보와 수진자 조회 및 내부종사자 공익신고 등을 통해 인지한 부당건에 대해 사실 확인이 필요한 기관(진료내역통보 등으로 인지된 부당 혐의기관)

(2) 수진자 조회 관련 허위 및 부당청구 개연성이 높은 8개 진료모형 기관 (병원장 친인척 진료건수가 많은 기관, 해당 직원 진료 다수발생기관, 학생 성장통 관련 진료건수가 많은 기관, 생활권 밖 거주자 진료건수 다수 발생기관, 고령의사, 약사, 무자격자 물리치료 등)

3) 현지 확인 시 유의사항

(1) 자료제출 요구 사유와 근거를 명시한 자료제출 요구서공문 확인

- (2) 해당 요구가 진료내역 통보, 수진자 조회 및 내부종사자 공익신고 중 어디에 해당되는지 확인
- (3) 요구서에 해당되는 건만 자료 제출(※ 본인부담수납대장도 해당 환자의 것만 제출)
- (4) 동일 유형의 전체 자료를 달라고 할 때에는 동일 유형 부당 건수가 5건 이상인지 확인하고 해당 부당유형에 한정하여 사유, 기간, 대상항목 등을 명시하여 최대 6개월 진료분 범위 내에서 자료를 서면으로 요청하고 있는지 확인
- (5) 공단의 의료기관 현지 확인 방문은 제출된 서면 자료가 불충분하여 확인이 필요하다고 문서를 통해 알려야 하고 원장님이 이를 허락하여야만 나올 수 있음

3. 현지확인 및 현지조사에 대한 Q&A 및 관련법령

- 1) 보건복지부의 현지조사로 인한 피해를 최소화 하려면?
 - 요양급여기준 등을 숙지하여 소신진료하고 진료한 내용에 관한 기록 관리를 철저히 해야 함. 진료기록부 등 관련 서류를 법적 기준에 맞게 보존해야 함

20차시 현지조사(2)

1. 사후 관리 및 부당청구, 허위청구

1) 부당청구란?

진료비청구의 원인이 되는 사실관계는 실제 존재하나, 요양급여가 건강보험 및 의료법 등 관계법령을 위반하여 부정하게 이루어지는 등 거짓청구 외 부정하게 이루어진 진료비 청구행위

2) 부당청구 유형

- ① 요양급여 산정기준 위반 청구
- ② 급여를 비급여로 징수
- ③ 본인부담금 과다징수

3) 허위청구란?

진료비 청구의 원인이 되는 진료행위가 실제 존재하지 않음에도 관련서류의 거짓작성 또는 속임수 등의 부정한 방법에 의해 허위로 진료행위가 존재하는 것으로 하여 진료비를 청구한 불법 행위

4) 허위청구 유형

- ① 입원 및 내원일수 증일 청구
- ② 비급여대상 진료 후 이중청구
- ③ 무면허자에 의한 요양급여비용 청구
- ④ 미 실시 행위료, 약제비, 치료재료대 등
- ⑤ 의약품 및 치료재료대를 실제와 다른 품목 또는 증량 청구
- ⑥ 인력, 시설, 장비 허위신고 후 진료비 청구

2. 요양기관 유의사항 및 Q&A

1) 필요인력 확보에 따른 보상

- ① 필요인력 확보에 따른 별도 보상제는 필요인력을 확보한 경우 입원료의 일당개념으로 1,710원을 보상하는 것으로 외래 환자 및 입원 환자 중 외박 수가 산정 시에는 별도 산정할 수 없음
- ② 필요인력 확보가 된 해당 기관의 중환자실 입원료에 산정 가능
- ③ 요양병원의 폐렴 및 패혈증 치료기간 중 산정하는 '요양병원 입원료(AB500)'에도 산정 가능함.

3. 위탁 청구 방법

1) 요양병원 입원환자의 타기관 진료의뢰

① 진료비 청구

- 진료를 의뢰한 요양병원에서 청구
- 의뢰한 진료내역만을 별도의 명세서에 기재하여 청구하는 것이 아니라 당해
- 수진자의 진료비 명세서에 의뢰한 진료내역을 포함하여 하나의 명세서로 청구

② 진료비 정산 : 해당 요양기관간 상호 협의에 의합니다.

③ 본인일부부담금 : 진료를 의뢰한 요양병원의 입원 본인일부부담율을 적용합니다.

④ 원외처방 : 의뢰 받은 요양기관에서는 원내처방 하여야 하며, 그 원내 처방된 약제는 요양병원에서 청구 가능

⑤ 진료의뢰 인정 불가능한 항목 : 수탁검사, 물리치료

2) 동일 장소 폐업 후 재개설기관의 청구

① 폐업 전후 진료비 청구

- 폐업 전후 진료비는 해당 요양기호에 따라 월별로 분리하여 청구
- 폐업 전 요양기관의 청구내역에 : 청구서의 참조란이나 특정내역 기재란에 폐업일자 재개설한 요양기관 기호 기재
- 폐업 후 재개설기관의 청구내역 : 청구서의 참조란이나, 특정내역 기재란에 재개설일자와 이전 요양기관 기호 기재

② 환자평가표 적용

- 환자평가표가 폐업 전에 작성된 경우 동월의 재개설 후 청구하는 명세서에는 폐업 전에 작성된 환자평가표를 요양개시일만 변경하여 사용
- 환자평가표가 폐업 후에 작성되는 경우에도 동월의 폐업 전 청구하는 명세서에 폐업 후에 작성된 환자평가표를 요양개시일만 변경하여 사용합니다.

③ 장기입원 체감 적용 : 장기입원 체감 적용도 폐업 후 재개설한 날부터 기산되는 것이 아니라 폐업 전 환자가 입원한 날부터 기산

