

보건복지부 고시 제2024 - 45호

「국민건강보험법」 제41조제3항 및 제4항, 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 관련 별표2 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제2항에 의한 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(보건복지부 고시 제2024-39호, 2024.2.29.)을 다음과 같이 개정·발령합니다.

2024년 3월 8일

보건복지부 장관

「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 일부개정

요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 일부를 다음과 같이 개정한다.

Ⅵ. 요양병원 제2부 환자군 급여목록·상대가치점수 및 산정지침의 ‘환자평가표’란 중 ‘E. 배설기능의 배변조절 기구 및 프로그램*’란을 다음과 같이 한다.

| 항 목 | 제 목 | 세부인정사항 |
|-----------|-----------------------------------|---|
| 환자 평가표 | E. 배설기능의 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. |

| 항 목 | 제 목 | 세부인정사항 |
|-----|-----|--|
| | | <p>b. 방광 훈련 프로그램 (Bladder training program) 인지기능 손상이 없는 환자에게 방광근 및 요도 괄약근 재훈련을 위하여 의식적으로 배설하는 것을 지연시키도록 하거나 긴박하게 소변이 나오는 것을 참도록 교육시키는 것을 말함.</p> <p>c. 규칙적인 도뇨수행 (CIC, Clean Intermittent Catheterization) 일정한 간격(3-6시간)으로 방광 내에 고여 있는 소변을 배출시키는 것을 말함.</p> <p>d. 외부(콘돔형) 카테터 남성환자에게 유치도뇨관 삽입 없이 배뇨를 하기 위한 도구를 말함.</p> <p>f. 인공루 요루(urostomy), 장루(colostomy) 등을 말함.</p> <p>g. 유치도뇨관 삽입</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. |

별지서식 중 [별지 제25호 서식]을 다음과 같이 한다.

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, 한 번에 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. 아니요

☐ 1. 예

c. 전기·수도 등 공과금 미납으로 서비스 중단 고지를 받은 적 있음

☐ 0. 아니요

☐ 1. 예

d. 안정적으로 거주할 집이 없어 노숙 등을 한 적 있음

☐ 0. 아니요

☐ 1. 예

e. 병원비, 월세 등 주거비, 난방비 등 비용 지불이 어려운적이 있음

☐ 0. 아니요

☐ 1. 예

f. 교통수단 부족으로 진료, 복지관 등 외출이 어려웠던 적이 있음

☐ 0. 아니요

☐ 1. 예

g. 먹을 것이 없거나 학대를 받는 등 긴급하게 도움이 필요한 적이 있음

☐ 0. 아니요

☐ 1. 예

B. 의식상태

1. 혼수*

- ☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예(☞ '예'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. 외상상태 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

- | | | | |
|--|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> b. 고혈압 | <input type="checkbox"/> c. 요로감염 | <input type="checkbox"/> d. 말초혈관질환 | <input type="checkbox"/> e. 하지마비 |
| <input type="checkbox"/> f. 사지마비 | <input type="checkbox"/> g. 편마비 | <input type="checkbox"/> h. 뇌성마비 | <input type="checkbox"/> i. 뇌혈관질환 |
| <input type="checkbox"/> j. 파킨슨병(G20) | <input type="checkbox"/> k. 척수손상 | | |
| <input type="checkbox"/> l. 중증근무력증 및 기타 근신경장애(G70) | <input type="checkbox"/> m. 근육의 원발성 장애(G71) | | |
| <input type="checkbox"/> n. 다발경화증(G35) | <input type="checkbox"/> o. 헌팅톤병(G10) | <input type="checkbox"/> p. 유전성 운동실조(G11) | |
| <input type="checkbox"/> q. 척수성 근위축 및 관련 증후군(G12) | | | |
| <input type="checkbox"/> r. 달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계에 영향을 주는 계통성 위축(G13) | | | |
| <input type="checkbox"/> s. 진행성 핵상 안근마비[스탈-리차드슨-올스제위스키](G23.1) | | | |
| <input type="checkbox"/> t. 중추신경계의 비정형바이러스 감염(A81) | | | |
| <input type="checkbox"/> u. 아급성 괴사성 뇌병증[리이](G31.81) | | | |
| <input type="checkbox"/> v. 후천성면역결핍증(B20~B24, Z21) | <input type="checkbox"/> w. 치매 | <input type="checkbox"/> x. 고지혈증 | |
| <input type="checkbox"/> y. 심부전 | <input type="checkbox"/> z. 만성폐색성폐질환 | <input type="checkbox"/> aa. 천식 | <input type="checkbox"/> ab. 해당사항 없음 |

2. 영양관련 장애*(해당 항목에 모두 체크)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. 콕시오크(E40) | <input type="checkbox"/> b. 영양성 소모증(E41) | <input type="checkbox"/> c. 소모성 콕시오크(E42) |
| <input type="checkbox"/> d. 상세불명의 중증 단백질-에너지 영양실조(E43) | | |
| <input type="checkbox"/> e. 중등도 및 경도의 단백질-에너지 영양실조(E44) | | |
| <input type="checkbox"/> f. 단백질-에너지 영양실조로 인한 발육지연(E45) | | |
| <input type="checkbox"/> g. 상세불명의 단백질-에너지 영양실조(E46) | | |
| <input type="checkbox"/> 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

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> b. 탈수 | <input type="checkbox"/> c. 구토 | <input type="checkbox"/> d. 수술 3개월 이내 루 관리 |
| <input type="checkbox"/> e. 출혈·감염 등의 문제로 인한 루 관리 | <input type="checkbox"/> 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. 측정된 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. 측정된 경우 기재

b-1. . cm

b-2. 측정일 년 월 일

3. 영양섭취 방법*

a. 정맥영양을 하고 있습니까?

☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

b. 경관영양

(1) 경관영양을 하고 있습니까?

☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예

(2) 경관영양 일수 일 (경관영양이 '1.예'인 경우)

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

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

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

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

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

I. 피부상태

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

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

2. 새로 발생한 욕창(압박성 궤양)

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

b. 발생한 경우 기재

발생일 년 월 일

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

☐ 0. 없음 ☐ 1. 있음 ☐ 2. 확인 불가

4. 피부의 기타 문제*(해당 항목에 모두 체크)

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

5. 피부문제에 대한 처치*(해당 항목에 모두 체크)

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

☐ d. 피부궤양(욕창 및 울혈성궤양 등) 드레싱

☐ 드레싱 부위 ☐ 1. 발 ☐ 2. 발 이외

☐ e. 피부궤양(욕창 및 울혈성궤양 등) 이외의 드레싱

- ☐ 드레싱 부위 ☐ 1. 발 ☐ 2. 발 이외
☐ f. 수술창상 치료 ☐ g. 화상관련 처치 ☐ h. 해당사항 없음

J. 투약

- 인슐린 주사제 투여 일수*
☐ 0. 투여되지 않았거나, 투여되었지만 매일은 아님 ☐ 1. 매일 1회 투여됨 ☐ 2. 매일 2회 이상 투여됨
- 망상, 환각, 초조·공격성, 탈억제, 케어에 대한 저항, 배회에 대한 약물 치료 여부*
☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예
- 치매관련 약제 투여 여부*
☐ 0. 아니오 ☐ 1. 예
- 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

- 특수처치*(해당 항목에 모두 체크)
☐ a. 정맥주사에 의한 투약(☐ 정맥주사에 의한 투약에 체크한 경우 (1) 기재)
(1) 정맥주사 투여일수 일
☐ b. 배뇨관련 루 관리 ☐ c. 배변관련 루 관리 ☐ d. 영양관련 루 관리
☐ e. 산소요법(☐ 산소요법에 체크한 경우 (1), (2) 기재)
(1) (산소투여 전) 산소포화도(SaO₂ 또는 SpO₂) . %
(2) 산소투여일수 일
☐ f. 하기도 증기흡입치료 ☐ g. 흡인 ☐ h. 기관절개관 관리
☐ i. 인공호흡기 ☐ 1. 개인용 ☐ 2. 병원용
☐ j. 중심정맥영양 ☐ k. 해당사항 없음
- 지난 7일 동안 전문재활치료를 실시한 날 수*(실시한 날이 없는 경우 '0'을 기재)

일

| | | |
|---|-----|------|
| 작 | 의사 | (서명) |
| 성 | 간호사 | (서명) |

환자평가표 작성 및 적용 원칙

[환자평가표 작성 원칙]

1. 요양병원은 환자군별 상대가치점수 결정을 위하여 매월 환자평가표를 작성하여야 한다.
2. 환자평가표는 당해 환자를 담당하는 의사 및 간호사가 의무기록을 근거로 작성하여야 하며, 의무 기록에 비치한다.
3. 환자평가표는 매월 1~10일에 작성함을 원칙으로 하며, 입원시 평가인 경우는 입원 제1일~10일 사이에, 월중 특정기간에서 정액수가 기간으로 변경할 경우는 정액수가 적용 개시일로부터 제1일~10일 사이에 평가하여 작성한다.
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.
5. 환자 평가기간은 정액수가 적용 기간이어야 한다.
6. 월말 입원 등으로 인하여 익월에 환자평가표가 작성된 경우에는 익월의 환자평가를 생략한다.
7. 전월 환자평가표 작성일로부터 전월 마지막 날까지의 잔여일수가 7일 이하인 경우에는 당월의 환자평가를 생략할 수 있다.

[환자평가표의 적용 원칙]

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

부 칙

이 고시는 2024년 7월 1일부터 시행한다.

「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 신구조문 대비표

| 현 행 | | | 개 정 | | |
|----------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|--|
| 항 목 | 제 목 | 세부인정사항 | 항 목 | 제 목 | 세부인정사항 |
| VI. 요양병원 | | | VI. 요양병원 | | |
| 제2부 환자군 급여목록 상대가치점수 및 산정지침 | | | 제2부 환자군 급여목록 상대가치점수 및 산정지침 | | |
| 환자 평가표 | E. 배설기능의 배변조절 기구 및 프로그램* | a. ~ f. <생략> <u><신설></u> | 환자 평가표 | E. 배설기능의 배변조절 기구 및 프로그램* | a. ~ f. <현행과 같음> 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. |

