

건강보험심사평가원

전문병원 지정 · 평가



목차

I. 전문병원 지정·평가 개요

II. 전문병원 지정기준 (세부사항)



Chapter 01.

전문병원 지정 · 평가 개요

지정절차 (규칙 제5조)

전문병원 지정계획 수립 및 공고

- 보건복지부의 지정계획 수립
- 3년 주기 지정

15일
이내

지정신청서 작성 및 제출

- 의료기관이 신청서 작성
- 공고일부터 **15일 이내** 복지부 장관에게 제출 (심평원 접수)

3개월
이내

서류검토 및 평가 수행

- 심평원 수행
- 지정기준 충족 여부 평가
- 환자구성비율 등에 대한 상대평가
- 현지조사

최종심의 및 지정서 발행

- 전문병원심의위원회 최종 심의
- 지정서를 해당 의료기관에 교부

접수

접수처

건강보험심사평가원

접수방법

우편, 방문, 웹 접수 (7.1~7.15, 7.15일 18:00 도착
분까지) - 택배, FAX, e-mail 접수불가

제출자료

전문병원 지정신청서, 시설현황 1부, 인력현황 1부,
전문병원 운영계획서 1부, 의료기관 인증서 사본 1부

● 평가수행

- 지정신청서를 제출한 의료기관에 대하여 지정기준 충족여부에 대한 평가
- 확인 방법 : 의료기관 제출자료, 건강보험심사평가원에 통보된 요양기관 현황자료, 요양급여비용 청구자료, 현지조사 등
- 현지조사 : 제출자료 등에 대한 사실 여부를 확인하기 위하여 실시

건강보험심사평가원 홈페이지 (www.hira.or.kr)



1

고객센터 알림마당 정보마당 기관소개 전체메뉴보기

요양기관 업무포탈 서비스로 이동

요양기관서비스

2

STEP 1 현황신고 절차

1 현황신고

2 신청 및 자료제출

3 전문병원 지정

4 전문병원 지정 신청화면으로 이동

5 현황 (시설, 장)

6 임원원자식

7 차등제 (분기별신고)

8 특수기관

9 폐업신고

10 기호부여 신고

11 단순청구유류 수정

12 재심사조정청구 & 이의신청

13 평가

14 전문병원

3

전문병원 지정신청

공지사항

순번	제목	담당부서	작성일	조회수	첨부
1	공지사항	전문병원평가부	2011-06-01	1	첨부

지정신청 및 진행상황

공지 사항
안내 MAP서비스

4 요양기관 업무포탈 서비스
로그인 | 마이페이지 | 공인인증센터 | 건강보험심사평가원 | 고객센터

즐거찾기
업무안내 GUIDE

심사정보
현황신고

신청 및 자료제출
진료비청구

평가
전문병원

전문병원 지정신청
홈 > 요양기관포탈 > 전문병원 지정신청 > 공지사항

지정신청 및 진행상황
인쇄 | 즐겨찾기 추가

게시판
지정신청 및 진행상황

추가자료제출

서식 및 안내
지정신청 및 진행상황

전문병원 지정신청 서식

- 전문병원 지정신청서(별지 제1호 서식)
- 시설현황(별지 제2호 서식)
- 인력현황(별지 제3호 서식)
- 전문병원 운영계획서(별지 제4호 서식)
- 의료기관 인증서

※작성요령 안내
서식 1호부터 4호까지 모두 제출 하셔야 신청되며 의료기관 인증서는 선택사항으로 의료기관 인증서가 있는 경우 인증서 사본을 제출하시면 됩니다.

작성기준	서식	기타
공고일	.전문병원 지정신청서(별지 제1호 서식)	
	.시설현황(별지 제2호 서식)	
	.전문병원 운영계획서(별지 제4호 서식)	
공고일 직전분기	.의료기관 인증서	선택사항
공고일 직전분기	.인력현황(별지 제3호 서식)	

300자 의견달기
문의 | 본원 · 담당부서 : 전문병원평가부 · 전화번호 : 02-2182-8651~4 · 팩스 :

진료비 청구 프로그램
보안프로그램

5

전문병원 지정신청

지정신청 및 진행상황

요양기관 기본정보

요양기관명칭	가나다병원	담당자전화번호	
요양기관기호	11111111	지정신청결함	관절결함
대표자성명	홍길동	소재지	서울시 종로구 인사동

파일선택 선택삭제 전체삭제

4개의 첨부파일을 첨부

저장

6

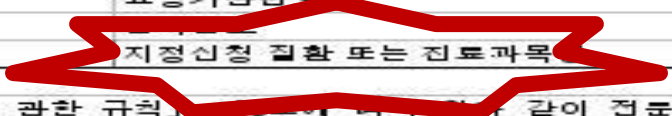
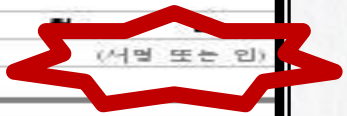
전문병원 지정신청

지정신청 및 진행상황

요양기관명칭	요양기관기호	담당자전화번호	지정신청결함	진행상황
가나다병원	11111111	02-1111-1111	관절결함	신청완료

■ 전문병원의 지정 및 평가 등에 관한 규칙 [별지 제1호서식]

전문병원 지정신청서

접수번호	접수일	처리기간	120일
신청의뢰기관	의뢰기관명	요양기관번호	
	소재지		
시설자(생년월일)	지정신청 질환 또는 진료과목		
<p>「의료법」 제3조의5 및 「전문병원의 지정 및 평가 등에 관한 규칙」 제63조의2에 따라 본 기관이 전문병원으로 지정받고자 신청합니다.</p>			
보건복지부장관		신청인	년 월 일  (서명 또는 인)
귀하			
첨부서류	1. 시설현황 1부.		수수료
	2. 인력현황 1부.		없음
	3. 전문병원 운영계획서 1부.		
	4. 「의료법 시행규칙」 제63조의2에 따른 의뢰기관 인공서 사본 1부.		

* 지정신청 질환 또는 진료과목명은 동일기관에서 1분야만 신청가능



Chapter 02.

전문병원 지정기준 (세부사항)

환자구성비율 [질병군 분류도구 KDRG ver 3.3]

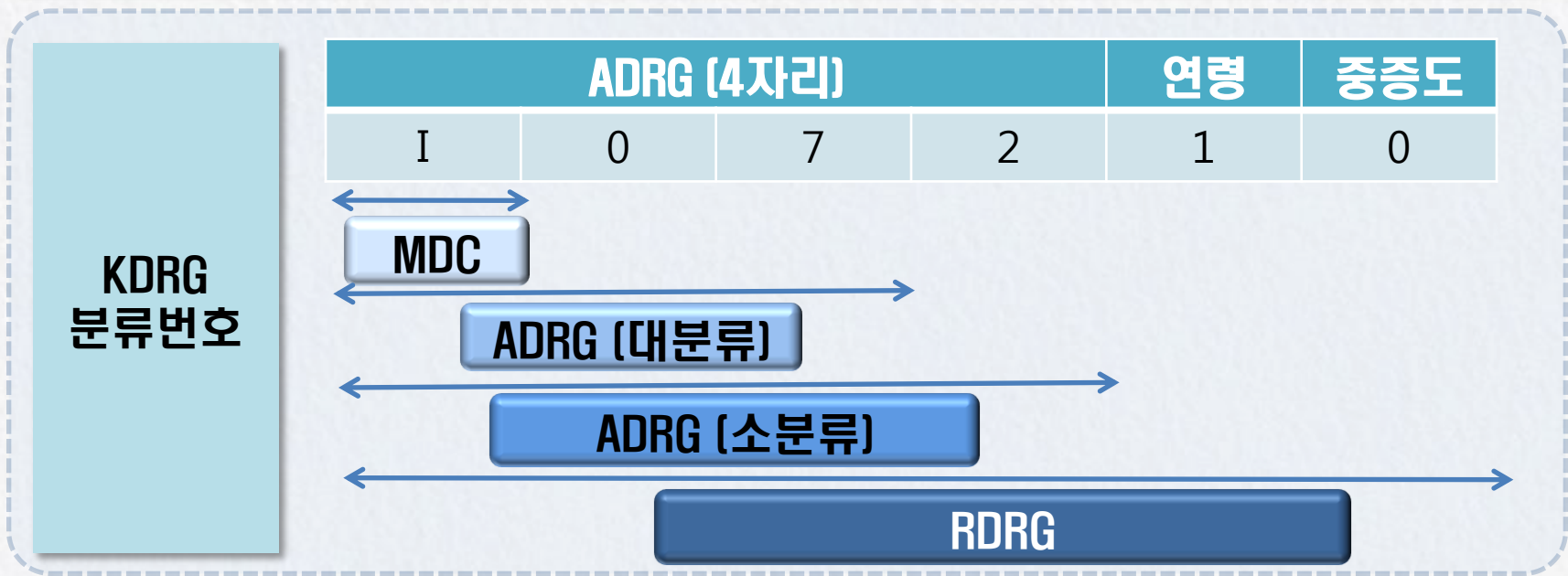
- 전체 입원연환자수 중 **한 가지 주 진단 범위에** 속하는 환자구성비율이 **45% 이상**이거나, **두 가지 이상 주 진단 범주에** 속하는 환자구성비율이 **66% 이상**

- 산출방법 :
$$\frac{\text{주요 진단범위 연환자수}}{\text{전체 연환자수}}$$

보험자	건강보험, 의료급여	입원·외래	입원
진료 월	10. 1~10. 12	접수분	11. 3월말까지

주요 진단범위 (MDC, Major Diagnosis Category)

- KDRG 번호 6자리 중 첫 번째 알파벳에 해당
- KDRG는 입원환자의 주진단에 따라 23개의 MDCs(A~Z)로 분류되며, MDC는 일반적으로 병인보다는 신체기관에 따라 분류



질환별 환자의 구성비율

구분	주요 진단 범위(Major Diagnosis Category) 또는 환자유형	환자의 구성비율
관절	MDC 'I'	45%
뇌혈관	MDC 'B' (B05, B60제외)	45%
대장항문	MDC 'G'	45%
수지접합	MDC 'I' , MDC 'X'	45% 또는 66%
심장	MDC 'F'	45%
알코올	MDC 'V'	66%
유방	MDC 'J'	45%
척추	MDC 'I' , MDC 'B' 중 B05, B60	66%
화상	MDC 'Y'	45%

진료과목별 환자의 구성비율

구분	주요 진단 범위(Major Diagnosis Category) 또는 환자유형	환자의 구성비율
산부인과	MDC 'N' , MDC 'O'	45% 또는 66%
소아청소년과	18세 이하인 환자	66%
신경과	MDC 'B' MDC 'C' 중 C61 MDC 'D' 중 D61 MDC 'I' 중 I68, MDC 'U' 중 U60, U65	66%
신경외과	MDC 'I' , MDC 'B'	66%
안과	MDC 'C'	45%

진료과목별 환자의 구성비율

구분	주요진단범위 또는 환자유형	환자의 구성비율
외과	MDC 'F' 중 F06, F10, F15, F16, F64, F66 MDC 'G' MDC 'H' MDC 'J' (J67, J68, J69, J70 제외) MDC 'K' 중 K02, K03, K04, K05, K06, K65, K66, K67 MDC 'Y'	66%
이비인후과	MDC 'D'	45%
재활의학과	발병에서 입원까지의 기간이 2년 이내인 환자	66%
정형외과	MDC 'I' , MDC 'B' 중 B05, B60	66%

● 재활의학과 📌 추가자료제출


- 발병에서 입원까지의 기간이 2년 이내인 환자
 - 전문재활치료를 실시하는 환자
- 발병 정의 : 보행 및 일상생활 동작에 지장을 받는 현재 상태의 원인이 된 사고, 질병의 발생시점
[단, 의사표현이 자유롭지 못한 소아 등의 경우 사고 및 질병의 발생을 인지하여 의료기관에서 진단을 받은 시점]
- 심평원에서 건강보험, 의료급여 환자 리스트를 해당 의료기관에 제공

● 산부인과

- 모수에서 정상신생아 제외



산재환자 추가자료제출

- 뇌혈관, 수지접합, 화상, 재활의학과  산재자료 추가제출 가능
- 기왕증으로 인한 건강보험·의료급여 청구내역에 대하여 자료 제출시 모수에서 중복 일수 제외

의료기관 종류 변경 추가자료제출

- 의료기관의 종류가 변경된 경우 : 동일성이 인정되는 진료실적 포함
 - 병원·종합병원의 경우 종별변경(병원↔종합병원, 의원→병원), 설립형태 변경(개인↔법인), 공동개설(주개설자↔부개설자) 로 요양기호 변경 시 연계
 - 단, 지정신청 시 관련 자료 제출 의료기관에 한함

공지 사항
안내 MAP서비스

요양기관 업무포탈 서비스
건강보험심사평가원

인간검색어 | 심사기준 | 질병코드조회 | 의료장비 | dur

즐거찾기
심사정보
현황신고
신청 및 자료제출
진료비청구
평가
전문병원
업무안내 GUIDE

전문병원 지정신청

- 게시판 >
- 지정신청 및 진행상황 >
- 추가자료제출 >

추가자료제출

서식 및 안내
재활의학과 환자현황
전문의현황
산재보험 환자현황
의료기관종류변경현황

■ 추가자료 제출 서식

전문의 현황[추가서식 제1호]

재활의학과 환자 현황 [추가서식 제2호]

산재보험 환자 현황(재활의학과) [추가서식 제3호]

산재보험 환자 현황(뇌혈관, 수지절합, 화상) [추가서식 제4호]

의료기관 종류 변경 현황 [추가서식 제5호]

= 작성요령 안내 =

서식 중 필수 또는 선택적으로 제출 가능하며 서식에 따라 특정 질환/진료과목에만 해당됩니다.
 뇌혈관, 수지절합, 화상 분야의 전문병원 지정신청을 하고자 하시는 의료기관에서 [추가서식 제4호] 산재보험 환자 현황을 제출하실 때에는 반드시 **kdr34.out 파일을 같이 첨부** 하여야 하며, 자세한 사항은 작성 방법을 참조하시기 바랍니다.

제출여부	서 식	질환/진료과목	기타	작성방법
필수	전문의현황	모두 해당		
	재활의학과환자현황	재활의학과		
선택사항	산재보험 환자 현황 (재활의학과)	재활의학과		
	산재보험 환자 현황 (뇌혈관,수지절합,화상)	뇌혈관/수지절합/화상		
	의료기관 종류변경현황	모두 해당	2010년 이후 변경된 경우	

300자 의견달기

문의 | 본원 · 담당부서 : 전문병원평가부 · 전화번호 : 02-2182-8651~4 · 팩스 :

진료비 청구 프로그램 >
 모바일서비스 >
 청구소프트웨어 검사인증제 >
 알림서비스 다운로드 >
 뷰어 다운로드 >
 보안프로그램 >

추가자료제출

추가자료제출

[서식 및 안내](#)
[재활의학과 환자현황](#)
[전문의현황](#)
[산재보험 환자현황](#)
[의료기관종류변경현황](#)

재활의학과 자료제출

파일올리기

첨부파일은 1개입니다. 해당 파일을 올려주세요(재활의학과자료).

[다운로드\(역설\)](#)

성명	생년월일	성별	보험자	'발병~입원' 기간이 2년이내	내원일수	입원일	퇴원일	발병일
홍길동	1990-01-01	남자	건강보험		50	2010-01-01	2010-02-01	
홍길동	1990-01-01	남자	의료급여		50	2010-01-01	2010-02-01	
홍길동	1990-01-01	남자	산재		50	2010-01-01	2010-02-01	

추가자료제출

[서식 및 안내](#)
[재활의학과 환자현황](#)
[전문의현황](#)
[산재보험 환자현황](#)
[의료기관종류변경현황](#)

산재 자료제출

파일올리기

첨부파일은 1개입니다. 해당 파일을 올려주세요(산재자료).

추가자료제출

[서식 및 안내](#)
[재활의학과 환자현황](#)
[전문의현황](#)
[산재보험 환자현황](#)
[의료기관종류변경현황](#)

< 의료기관 현황 입력 >

	요양기호	의료기관명	지정일자	폐업일자	변경사유	의료기관 종류
변경전						
현행						

추가자료제출

[서식 및 안내](#)
[재활의학과 환자현황](#)
[전문의현황](#)
[산재보험 환자현황](#)
[의료기관종류변경현황](#)

인원현황 자료제출

파일올리기

첨부파일은 1개입니다. 해당 파일을 올려주세요(인원현황자료).

추가자료제출 - 재활의학과

■ 전문병원 지정 신청 [추가서식 제2호]

재활의학과 환자 현황

※ 건강보험, 의료급여 환자

연번	성명	생년월일	성별	보험자	'발병~입원' 기간이 2년 이내	세부내역				산재환자의 기왕증 분리청구여부
						입원 일수	입원일	퇴원일	발병일	
1	A	61-06-25	남	건강보험	Y	5	20101227	20101231	2010-1-1	Y
2	B	47-09-10	여	건강보험	N	31	20101001	20101031	2006-12-31	N
3	B	47-09-10	여	건강보험	N	30	20101101	20101130	2007-1-6	N
4	B	47-09-10	여	건강보험	Y	18	20101201	20101218	2009-12-18	N
5	B	47-09-10	여	건강보험	Y	5	20101227	20101231	2010-4-8	N
6	C	62-03-09	남	건강보험	Y	1	20101221	20101221	2010-10-31	N
7	D	90-12-20	남	건강보험	Y	31	20101001	20101031	2010-9-12	N
8	D	90-12-20	남	건강보험	N	12	20101101	20101112	2008-1-1	N
9	E	41-03-18	남	건강보험	Y	2	20101230	20101231	2010-3-6	N
10	F	28-10-12	여	건강보험	Y	15	20101116	20101130	2010-11-18	N

추가자료제출 - 산재환자

■ 전문병원 지정 신청 [추가서식 제4호]

산재보험 환자 현황 (예시)

- 뇌혈관 질환 ()
 수지접합 질환 ()
 화상 질환 () * 해당 분야에 V 표시

연번	성명	생년월일	성별	주요진단범위 (Major Diagnosis Category, MDC)	(수지접합)질환 해당여부	세부내역			산재환자 기왕증 분리청구 내역				
						입원일수	입원일	퇴원일	분리청구 여부	보험자	내원일수	해당최초일	해당종료일
1	A	1911-11-11	남	I021	Y	85	2010-8-1	2010-10-24	N				
2	B	1911-11-12	남	I022	Y	179	2010-2-28	2010-8-25	N				
3	C	1911-11-13	여	GO42	N	14	2010-8-3	2010-8-16	N				
4	C	1911-11-13	여	GO42	N	90	2010-9-26	2010-12-24	N				
5	C	1911-11-13	여	GO42	N	40	2010-1-24	2010-3-4	Y	건강보험	2	2010-2-28	2010-3-1

● 진료량 [질병군 분류도구 KDRG ver 3.3]

- 해당 병원의 **전문진료 질병 군과 일반진료 질병 군에 속하는** 입원 연환자수가 병원급 이상의 의료기관 중 **연환자수의 상위 30퍼센타일 이상**
- 또한, **관절질환, 대장항문질환, 심장질환, 정형외과**의 경우 심평원이 실시하는 **적정성 평가 결과 진료량 공개 시술이 기준 진료량 이상**

보험자	건강보험, 의료급여	입원·외래	입원
진료 월	10. 1~10. 12	접수분	11. 3월말까지

Q&A

해당 입원 연환자수의 상위 30퍼센타일 이상의 의미 ?

- 전체 순위를 100으로 환산하였을 때 해당 의료기관의 연환자수가 30순위 이상이어야 함을 의미

전문병원 신청 시 분야별 30퍼센타일 수치를 미리 확인 할 수 있나요 ?

- 지정계획 공고 시점에 심평원 홈페이지에서 확인 가능

적정성 평가 결과 진료량 공개 시술

구분		진료량 공개 시술	기준건수
질환	관절	고관절 치환술	31건 (1년간)
	대장항문	대장암 수술	31건 (1년간)
	심장	경피적 관상동맥 중재술	151건 (1년간)
		관상동맥 우회술	101건 (2년간)
진료과목	정형외과	고관절 치환술	31건 (1년간)

필수진료과목

- 질환별 또는 진료과목별로 필수 진료과목을 갖추고, **필수 진료과목마다 전속하는 전문의 1인 이상**

➤ **공고일 기준**

➤ **진료과목 : 개설허가증의 진료과목**

➤ **전속전문의 : 진료과목 = 전문의 전문과목**



질환별 필수진료과목

질환	필수 진료과목	질환	필수 진료과목
관절질환	정형외과, 내과	알코올질환	정신과
뇌혈관질환	신경외과, 신경과, 재활의학과	유방질환	외과, 내과
대장항문질환	외과, 내과	척추질환	정형외과 또는 신경외과, 내과
수지접합	정형외과 또는 성형외과, 내과	화상질환	외과, 내과, 정형외과
심장질환	흉부외과, 내과, 소아청소년과		

진료과목별 필수진료과목

진료과목	필수 진료과목	진료과목	필수 진료과목
산부인과	산부인과, 소아청소년과	외과	외과, 내과
소아청소년과	소아청소년과, 외과	이비인후과	이비인후과
신경과	신경과	재활의학과	재활의학과
신경외과	신경외과, 내과	정형외과	정형외과, 내과
안과	안과		

● 의료인력 추가서식제출

- 질환별 또는 진료과목별로 해당 전문의 8인 이상
- 알코올질환, 유방질환, 화상질환, 신경과, 외과, 재활의학과는 4인 이상

● 대체 인정

알코올 · 화상 · 재활의학과



1개과 전문의 1명만 대체 인정

기간

공고일 직전분기

진료과목

개설 허가증의 진료과목

전속전문의

진료과목 = 전문의 전문과목

● 질환별 의료인력

질환	전문의 수	전문의 인정 진료과목
관절질환	8명 이상	정형외과
뇌혈관질환	8명 이상	신경외과, 신경과, 재활의학과
대장항문질환	8명 이상	외과
수지접합	8명 이상	정형외과, 성형외과
심장질환	8명 이상	흉부외과, 내과, 소아청소년과
알코올질환	4명 이상	정신과 [내과, 신경과, 가정의학과 중 1개과 전문의 1명만 대체 인정]
유방질환	4명 이상	외과
척추질환	8명 이상	정형외과, 신경외과
화상질환	4명 이상	외과 [성형외과, 응급의학과 중 1개과 전문의 1명만 대체 인정]

진료과목별 의료인력

진료과목	전문의 수	전문의 인정 진료과목
산부인과	8명 이상	산부인과
소아청소년과	8명 이상	소아청소년과
신경과	4명 이상	신경과
신경외과	8명 이상	신경외과
안과	8명 이상	안과
외과	4명 이상	외과
이비인후과	8명 이상	이비인후과
재활의학과	4명 이상	재활의학과 [내과, 신경과, 정신과, 가정의학과 중 1개과 전문의 1명만 대체 인정]
정형외과	8명 이상	정형외과

지역별 · 분야별 완화 적용

- 지역완화: 특별시, 광역시, 수원시, 성남시, 부천시, 고양시 및 용인시 이외 지역
- 분야완화: 수지접합, 알코올, 척추 [외래 및 입원환자의 80% 이상을 비수술적 방법으로 진료한 경우], 화상 또는 재활의학과

구분		지역		분야	
		완화적용 비율	완화적용 결과	완화적용 비율	완화적용 결과
의료인력 [전문의]	8인	30%	5인 [특별시, 광역시, 수원시, 성남시, 부천시, 고양시, 용인시 이외 지역]	30%	5인 [수지접합, 척추 비수술 80% 이상]
	4인	-	-	20%	3인 [알코올, 화상, 재활의학과]

공고일 직전분기 중 소재지 변경 → 직전분기 마지막일 기준으로 산출

전속전문의

- 전속기준 : 주4일 이상, 주32시간 이상 해당의료기관에서 근무
- 시간제 또는 격일제 제외
- 16일 이상 장기 유급휴가자는 재직일수에서 제외
[휴가 : 출산, 육아, 연수, 파견, 병가, 휴직 등]
- 기간제 의사 : 실 근무 기간이 3개월 미만인 경우 제외
- 1인이 전문의 자격 2개 이상 보유 시 1개만 인정
- 평가대상기간 동안 15일 이하 근무자 제외

➤ 산출방법:
$$\frac{\text{평가대상기간 해당 전문의 별 재직일 수 합}}{\text{평가대상기간의 일수}}$$
 [소수 첫째 자리에서 반올림]

[예시] 11년 2분기 전속전문의 8명중 7명은 2분기 내내 근무, 1명은 21일 휴가

$$\Rightarrow [(7\text{명} \times 91\text{일}) + (1\text{명} \times 70\text{일})] / 91\text{일} = 8\text{명} (7.8)$$

● 병상

➤ 질환별 또는 진료과목별로 최소한의 병상 수를 갖추어야 함

질환 및 진료과목	최소 병상 수
관절질환, 뇌혈관질환, 대장항문질환, 수지접합, 심장질환, 알코올질환, 척추질환, 신경외과, 정형외과	80
유방질환, 화상질환, 소아청소년과, 산부인과, 외과, 재활의학과	60
신경과, 안과, 이비인후과	30

기준
공고일

병상 수
개설 허가증의 병상 수

● 평가항목별 가중치

의과	
평가항목	가중치
총 전문의 1인당 1일 평균 입원환자의 수	40%
환자구성비율	40%
진료량	20%
합계	100%

* 소아청소년과, 재활의학과는 MDC 대신 환자유형을 적용한다

● 평가 항목별 등급 구간 및 배점 (의과)

배점	총 전문의 1인당 1일 평균 입원환자 수	환자구성비율		진료량
		1가지 MDC 비율이 85%이상	2가지 이상 MDC 비율이 90%이상	
10	6명 이하	1가지 MDC 비율이 85%이상	2가지 이상 MDC 비율이 90%이상	상위 10퍼센 타일 이상
9	8명 이하	75%이상	85%이상	15퍼센타일 이상
8	11명 이하	65%이상	80%이상	20퍼센타일 이상
7	15명 이하	55%이상	75%이상	25퍼센타일 이상
6	16명 이상	45%이상	66%이상	30퍼센타일 이상

● 상대평가 [총 전문의 1인당 1일 평균 입원환자의 수]

- 공고일 직전분기 환자수 및 전문의 수
- 총 전문의 1인당 1일 평균 입원환자 수

✓ 산출방법 :
$$\frac{\text{평가대상기간 연환자수}}{\text{평가대상기간 전문의 별 재직일수 합}}$$
 [소수 첫째 자리에서 반올림]

- ✓ 환자수 환산 : 외래환자 3명 = 입원환자 1명
- ✓ 외래 환자1명이 1일에 2개 과목을 진료 받는 경우 2명으로 산정
- ✓ 건강보험, 의료급여, 입원, 외래, 지급, 11.4 ~11.6월 진료월, 11.7월말 접수 분까지 유효

Q&A

환자구성비율 상대평가 시 1가지 MDC 비율과 2가지 이상 MDC 비율 적용 ?

수지접합, 산부인과



1가지 MDC 비율과 2가지 이상 MDC 비율 중
배점이 높은 환자구성비율로 산출

평가대상기간 중 요양급여비용 청구가 이루어지지 않은 경우 ?

- 최근 4분기 중 연환자수가 가장 많은 분기로 산출

고려사항

- 특정 지역 및 분야로 과도하게 편중되지 않도록 지역 및 분야별 전문 병원의 수, 병원 별 특성 등을 고려
- 전문병원 지정대상 병원의 간호인력 확보 수준
 - 재활의학과와 경우에는 물리치료 · 작업치료 인력
- 그 밖에 전문병원 지정이 진료행태나 보건의료체계에 부정적 영향을 미칠 우려가 있는지 여부



감사합니다!

