
완화의료 건강보험수가 2차 시범사업 지침

2011. 9



보건복지부
MINISTRY OF HEALTH & WELFARE



건강보험심사평가원
Health Insurance Review & Assessment Service

차 례

I .완화의료 건강보험수가 2차 시범사업 개요

1. 완화의료 제도 개요

가. 완화의료의 개념	2
나. 완화의료 수가의 도입 필요성	2
다. 완화의료 제도화 방향	3

2. 완화의료 건강보험수가 2차 시범사업 개요

가. 목적	4
나. 수가개요	4
다. 시범사업 대상 및 기간	5
라. 운영 및 평가	6

II . 완화의료 건강보험수가 2차 시범사업 세부지침

1. 시범사업 요양급여 기준	9
2. 시범사업 산정지침	10
3. 시범사업 급여목록 및 상대가치 점수	15
4. 시범사업 요양급여비용 청구방법 등	17
가. 청구원칙	17
나. 심사청구서 및 명세서 서식	18
다. 심사청구서 작성요령	19
라. 명세서 작성요령	19
마. 특정내역 작성요령	21
바. 보완청구 및 추가청구	22
사. 반송 및 심사불능코드	28

III. 시범 요양기관의 의무

1. 완화의료병동 환자정보 등록	30
2. 요양급여 안내	30
3. 안내문 게시	31
4. 진료비 계산서 발급	31
5. 모니터링 및 조사 관련 자료 제출협조	31

IV. 모니터링 및 조사

1. 모니터링 및 조사 관련사항	33
2. 모니터링 및 조사 담당	34
3. 모니터링 및 조사방법	34

별첨1) 진료비 계산서	36
--------------------	----

별첨2) 환자동의서	37
------------------	----

별첨3) 2011년 시범사업 수가 및 특정 항목	39
----------------------------------	----

별첨4) 완화의료 수가 적용대상 암 상병	40
------------------------------	----

별첨5) 간호사, 사회복지사 가산 관련 세부지침 및 통보 양식	43
--	----

별첨6) 말기 암 정보시스템(E-velos) 조사항목 및 지침	45
--	----

부록) 완화의료전문기관 서비스 제공원칙	53
-----------------------------	----

I. 완화의료 건강보험수가 2차 시범사업 개요

1. 완화의료 제도 개요

- 가. 완화의료의 개념
- 나. 완화의료 수가의 도입 필요성
- 다. 완화의료 제도화 방향

2. 완화의료 건강보험수가 2차 시범사업 개요

- 가. 목적
- 나. 수가개요
- 다. 시범사업 대상 및 기간
- 라. 운영 및 평가

I . 완화의료 건강보험수가 2차 시범사업 개요

1. 완화의료 제도 개요

가. 완화의료의 개념(암관리법, '11. 6. 1 시행)

- 말기암 환자에 대한 완화의료의 개념(제2조)
 - (말기암 환자) 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 몇 개월 내 사망할 것으로 예상되는 암환자
 - (말기암환자 완화의료) 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리 사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 통하여 말기암환자와 그 가족의 삶의 질을 향상시키는 것을 목적으로 하는 의료
- 완화의료 대상자(제20조)
 - 말기암환자로서 완화의료 이용을 희망하는 사람
- 완화의료의 신청(제24조)
 - 환자(또는 지정 대리인 등)의 완화의료 동의서와 완화의료 대상자임을 나타내는 의사 소견서를 첨부하여 완화의료전문기관에서 본인이 신청

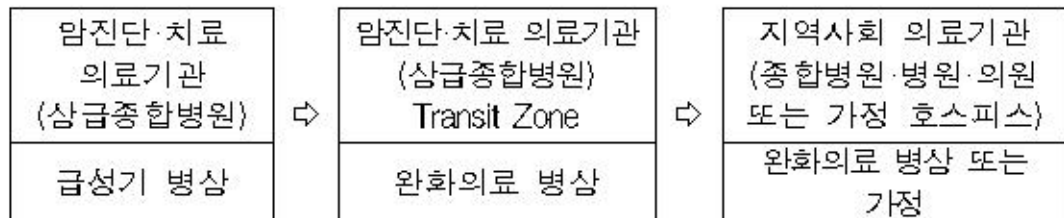
나. 완화의료 수가의 도입 필요성

- 현재 의료기관들이 완화의료 서비스를 제공하고 있으나 인력, 시설 기준 등이 상이하고 질적 차이가 심함
- 말기 암환자의 대부분이 3차 의료기관에서 무의미한 연명치료를 받고 있으며 이로 인해 국민 의료비 부담이 가중됨

- 완화의료 인력·시설기준 제도에 즈음하여 완화의료 수가를 제도화하여
 - 말기 암환자의 특성에 맞는 양질의 완화의료 서비스 제공으로 환자와 가족의 삶의 질 제고
 - 건강보험 재정 지출의 적정성 제고로 국민의료비 부담 경감 기대

다 완화의료 제도와 방향

- 완화의료 제도의 원칙
 - (환자 중심 서비스 제공) 원하는 경우 언제든지 이용할 수 있도록 충분하고 다양한 완화의료 서비스 공급 방안 마련
 - (의료서비스의 연속성 확보) 말기 암을 진료 한 의료기관과 완화의료 기관의 연계로 환자 측면에서 의료서비스의 연속성을 확보하고 의료자원의 효율적 사용 도모
- 의료자원의 효율적 활용을 위해 말기 암을 진단·치료받은 의료기관의 완화의료병상을 1, 2차 의료기관으로의 연계기관(transit zone)으로 활용



주, 의료기관 종별 기능 재정립, 정책방향에 맞추어 상급종합종합병원 역할을 정립하고, 말기암환자 의료정책의 특성을 고려해 서비스 전달체계 확립

- 완화의료 제도화 방안
 - (단기) 시설·인력·장비 기준이 충족된 완화의료 병동 중심으로 의료기관 종별 차등수가 적용
 - (장기) 구조 기준 뿐만이 아니라 과정·질적 측면을 고려해 완화의료기관 지정 기준 개편 및 질 평가 결과에 따라 가감지급을 실시하고 수요-공급을 분석해 전국병상의 적정규모를 유지

구분	단기	장기
수가 모형	○ 의료기관 종별 차등수가	○ 단일 수가
공급 유인	○ 완화의료병동 중심으로 서비스 제공기반 확보	○ 지역중심의 병상 확대 - 급성기병상의 호스피스 병상 전환 유도 → 적정 공급규모를 유지
질 관리 체계	○ 시설·장비·인력 기준을 적용 하여 완화의료기관 지정(구조)	○ 완화의료 서비스에 대한 구조· 과정·결과 등 질평가 실시 → 지정기준 개선 및 가감지급 등 환류

2. 완화의료 건강보험수가 2차 시범사업 개요

가 목적

- 완화의료 수가는 말기 암환자의 특성에 맞는 양질의 완화의료 서비스 제공을 위하여 별도 마련된 수가체계임.
- 시범사업을 통하여 완화의료 수가의 제도적, 정책적 측면의 문제점을 파악하고 사전 보완함으로써 병동형 완화의료 건강보험수가 모형을 완성하여 제도화 기반을 마련코자 함

나 수가개요

(1) 일당 정액수가, 일부 항목은 행위별수가

- (기본수가) 완화의료 시행시 투입되는 자원량을 고려한 요양기관 종별 (종합병원급 이상, 병원급 이하) 입원일당 정액수가
 - 간호사 확보수준 및 사회복지사 전담에 따라 일정액 가산
 - 식대 등 일부항목은 행위별 수가 적용
- ※ 100/100 부담 항목, 비급여(병실차액, 선택진료료 등) 사항은 일당정액에서 제외

(2) 입원일수에 따른 일당정액수가 체감

- 급성기병상의 입원료 체감기준과의 형평을 고려하여 입원기간(입원 16일째부터 30일째까지, 입원 31일째부터)에 따라 정액수가에서 일정액(입원료의 10%, 15% 수준) 감산

다. 시범사업 대상 및 기간

(1) 시범사업 대상 요양기관

- 독립병동형 및 독립시설형 완화의료기관으로서 완화의료전문기관으로 지정받고 시범사업 참여를 신청한 요양기관 중 의료기관 종별, 지역분포 등을 고려하여 보건복지부가 선정 한 13개 기관(1개 기관은 조건부)

종 별	기 관 명
삼급종합	서울성모병원, 가천의대길병원
종합병원	국민건강보험공단일산병원, 부산성모병원, 성빈센트병원, 창원파티마병원, 홍성의료원
병 원	샘물호스피스병원, 남평미래병원(조건부), 엠마오사랑병원
의 원	전진삼의원, 갈바리의원, 모현센타의원

(2) 시범사업 대상 환자

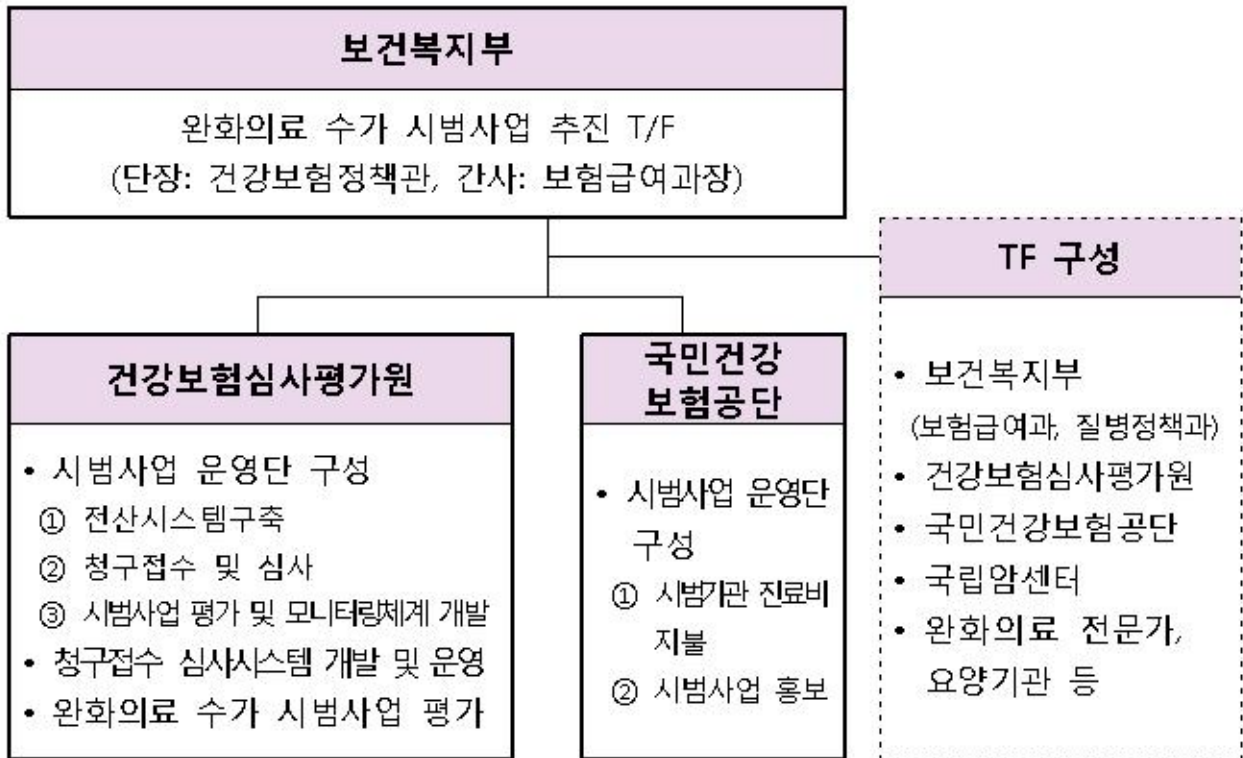
- 시범기관의 완화의료 병동 및 독립시설형 완화의료기관(이하 “완화의료 병동” 이라 함)에 입원한 말기 암환자

(3) 시범사업 기간

- 시범사업 기간 : 2011년 9월 1일 ~ 2012년 12월 31일 (1년 4개월)

라 운영 및 평가

(1) 시범사업 관리운영조직 및 기능



(2) 시범사업 평가

○ 주요 내용

- 완화의료 수가 도입에 따른 서비스 공급자 및 소비자의 행태변화를 분석하여 개발된 수가의 적정성을 검토
- 청구자료 분석, 교육·진료지침 개발 등 완화의료 서비스 표준화를 위한 기초자료 마련
- 적정 비용으로 우수한 서비스를 제공할 수 있는 완화의료 서비스 전문 의료기관 모형 개발
- 정책수가 청구와 기존의 행위별 수가 청구를 병행하여 시행 전후 재정절감효과 분석

- 지불방식 변화(행위별수가 → 일당정액수가)에 따라 예상되는 의료서비스 질저하 등에 대한 모니터링 및 개선방안 마련
- 의료자원의 효율적 활용을 위해 암을 진료한 의료기관의 완화의료병상을 1,2차 의료기관으로 연계했는지 여부, 실효성, 문제점 검토 및 개선 방안 마련

Ⅱ. 완화의료 건강보험수가 2차 시범사업 세부지침

1. 시범사업 요양급여 기준
2. 시범사업 산정지침
3. 시범사업 급여목록 및 상대가치 점수
4. 시범사업 요양급여비용 청구방법 등

Ⅱ . 완화의료 건강보험수가 2차 시범사업 세부지침

1. 시범사업 요양급여 기준

- 가. 완화의료 건강보험수가 시범사업의 요양급여는 암관리법 제22조의 규정에 의한 완화의료전문기관 중 시범요양기관으로 선정된 기관이 담당한다.
- 나. 시범사업의 요양급여는 「국민건강보험법」에 의한 가입자 또는 피부양자 및 타법령에 의거 건강보험 요양급여비용을 적용하는 환자(의료급여법에 의한 수급권자, 국가보훈처 고시에 의한 국가유공자 등, 이하 “가입자 등”이라 한다) 중 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에서 정한 암질환의 말기환자로서 I.1.가.의 완화의료를 신청하고, 완화의료 병동에서 진료를 받고 있는 가입자 등을 대상으로 한다.(암상병은 별첨4 참조)
- 다. 시범기관의 완화의료병동에는 말기 암환자만 입원하는 것을 원칙으로 한다. 다만, 부득이 유희병상을 일시적으로 활용하고자 하는 경우에는 암 이외 질환의 말기환자에 한해 입원환자(또는 병상)의 10% 내에서 운영하되, 시범사업에 지장이 없도록 하여야 한다.
- 라. 시범사업의 요양급여 범위는 국민건강보험법 제39조제1항 각호의 규정에 의한 요양급여 중 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙(이하 “요양급여기준”이라 한다) 제9조의 규정에 의한 비급여 대상(요양급여기준 별표 2)을 제외한 일체의 사항으로 한다. 다만, 요양급여기준 (별표 2)의 4. 가.에 의거 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 상급병상으로 운영하는 기관의 완화의료병동은 암관리법 시행규칙 [별표] 의 완화의료전문기관 입원실 기준(1실 5병상 이하, 병상당 6.3㎡이상)에 의거 1개의

입원실에 4인 이하가 입원할 수 있는 병상을 상급병상으로 적용한다.

마. 시범요양기관은 완화의료수가 급여대상 가입자 등에 대한 입원진료를 요양급여기준 [별표1]의 요양급여의 적용기준 및 방법에 의하여 실시하여야 한다.

바. 완화의료수가 시범사업에서 환자의 요양급여비용 부담은 국민건강보험법 제41조 및 동법 시행령 제22조1항의 규정을 따른다. 다만, 위 나의 타법령을 적용받는 환자는 해당 기준을 따른다.

사. 위 가~바에서 정한 사항 이외의 사항은 요양급여기준에 의한다.

2. 시범사업 산정지침

가. 요양기관종별 상대가치점수(이하 “점수”라 한다)는 입원일당 정액(이하 “정액수가”라 한다)으로 한다. 정액수는 행위점수에 국민건강보험법 제42조 제3항¹⁾과 같은 법 시행령 제24조제1항²⁾에 따른 점수당 단가를 곱한 금액과 약제·치료재료 금액을 합하여 10원미만은 4사5입한 금액으로 산정한다.

나. 정액수는 다음 각목의 행위·약제 및 치료재료 등을 포함한다.

- (1) 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제1부
Ⅱ. 요양기관 종별 가산율의 금액, 제2부 각 장에서 분류된 분류항목의 점수와 각종 가산제도에 의해 가산한 금액

1) ㉔제1항의 규정에 의한 계약은 그 계약기간 만료일의 75일 전까지 체결하여야 하며, 그 기한까지 계약이 체결되지 아니하는 경우 보건복지부장관이 심의위원회의 의결을 거쳐 정하는 금액을 요양급여비용으로 한다. 이 경우 보건복지부장관이 정하는 요양급여비용은 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 계약으로 정한 요양급여비용으로 본다. <개정 2008.12.30, 2008.2.29, 2010.1.18>

2) ㉔법 제42조제1항의 규정에 의한 계약은 공단 이사장과 제29조 각 호에 따른 대표자가 요양기관의 유형별로 체결하되, 제2항의 규정에 의한 각 요양급여의 상대가치점수의 점수당 단가를 정하는 것으로 한다. <개정 2007.9.27>

(2) 요양급여기준 제8조제2항의 규정에 의하여 고시된 약제·치료재료 급여목록에 해당하는 약제 및 치료재료

(3) 다음 항목 중 위 가목 및 나목에 해당하는 경우

(가) 요양급여기준 [별표 1]제1호마목 단서규정에 의하여 보건복지부장관이 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

(나) 입·퇴원 당일에 발생한 행위·약제 및 치료재료로써 외래 진료 및 퇴원약제 등. 다만, 입원이 결정되지 않은 상태에서 입원당일 외래진료를 받은 경우의 원외처방 약제비는 제외

다. 위 “나”호의 규정에도 불구하고 정액수가에 포함되지 않는 다음의 항목(이하 “특정항목”이라 한다)은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 각장에 분류된 분류항목의 점수 및 약제·치료재료 급여목록에 의하여 별도 산정할 수 있다. 이 때 분류항목별 산정기준 등은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편을 따른다.

(1) 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제 17장 입원환자 식대

(2) 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제3부 행위 비급여 목록과 치료재료 급여·비급여 목록 및 급여상한 금액표의 비급여 목록 중 2011년 1월 이후 비급여에서 급여로 변경 고시된 항목(별첨3 참조)

라. 정액수가는 1일 당으로 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 정액수가 소정 점수의 50%를 별도 산정한다.
- (3) 6~12시 사이에 입원하거나, 12~18시 사이에 퇴원한 경우에는 동 기간의 정액수가 별도 산정하지 아니한다.
- (4) 외래(또는 응급실)를 통하여 완화병동에 입원하여 입원과 퇴원이 24시간 이내에 이루어진 경우에는 전체 입원 기간이 6시간이상 12시간미만은 정액수의 50% 산정(산정코드 첫 번째 자리에 '3'을 기재), 12시간 이상은 정액수의 100%로 산정한다. 이 때 입원기간의 기산점은 외래를 통하여 입원한 경우에는 완화병동의 입원실을 점유한 시간을 기준으로 하며, 응급실을 통하여 입원한 경우에는 응급실에서 진료가 시작된 시간을 기준으로 한다.
- (5) 정액수는 입원기간에 따라 다음의 점수를 감산하여 산정한다.
- (가) 입원 16일째부터 30일째까지(산정코드 첫 번째 자리에 '8'을 기재)
- 상급종합·종합병원 : 기본수가 83.98 , 간호 1등급 101.69 , 간호 2등급 92.45
 - 병원 : 기본수가 65.33 , 간호 1등급 78.89 , 간호 2등급 71.80
 - 의원 : 기본수가 63.66 , 간호 1등급 76.88 , 간호 2등급 69.97
- (나) 입원 31일째부터(산정코드 첫 번째 자리에 '9'를 기재)
- 상급종합·종합병원 : 기본수가 126.04 , 간호 1등급 152.54 , 간호 2등급 138.67
 - 병원 : 기본수가 97.84 , 간호 1등급 118.49 , 간호 2등급 107.70
 - 의원 : 기본수가 95.35 , 간호 1등급 115.47 , 간호 2등급 104.95
- (6) 입원 중인 환자가 주치의의 허가를 받은 후 연속해서 24시간을 초과하여 외박한 경우에는 외박수를 1일당으로 산정하되, 위 “(5)”의 기준을 적용하지 않는다.
- (7) 완화의료병동과 일반병동을 이동한 당일의 수는 수진자가 더 오랫동안 체류한 병동의 수가 산정방법을 적용한다.

마. 위 라.(5)의 정액수가 체감을 위한 기간 산정은 완화의료병동 최초 입원일자(시범사업 이전부터 계속 입원한 환자의 경우 시범사업 시작일)를 기준으로 산정한다.

바. 완화의료병동에서 일반병동으로 옮기는 경우 입원료 체감을 위한 기간 산정은 당해 입원 최초입원일자를 기준으로 전체 입원기간(완화의료병동 입원기간 포함)을 합산하여 산정하고, 완화의료병동은 완화의료병동 입원기간만 합산하여 산정한다.

사. 의약품 관리료

입원환자 의약품 관리료는 일반병동 입원이 종료된 날을 기준으로 일반병동 입원기간 중 투약한 일수에 따라 해당 소정점수의 의약품 관리료를 산정한다.

아. 간호사 확보수준 및 사회복지사 전담에 따른 수가 가산

(1) 간호사 확보수준에 따른 가산

(가) 완화의료병동의 직전 분기 평균 환자수 대비 완화의료병동에 근무하는 직전 분기 평균 간호사수(환자 수 대 간호사 수의 비)에 따라 다음 각호의 1과 같이 1등급 내지 3등급으로 구분한다.

- ① 1등급 : 1:1 이하
- ② 2등급 : 1:1 초과 1:1.5이하
- ③ 3등급 : 1:1.5 초과

(나) 평균 환자수는 완화의료병동에 입원한 모든 환자수의 평균을 말한다.

(다) 간호사 확보수준에 따른 정액수가는 등급별로 다음의 점수를 가산하여 산정한다.

- ① 1등급(기본코드 4번째 자리에 '1')
 - 상급종합 종합병원 17643 , 병원 136.98 , 의원 133.48

② 2등급(기본코드 4번째 자리에 '2')

- 상급종합·종합병원 83.98, 병원 65.33, 의원 63.66

③ 3등급(기본코드 사용)

- 기본수가 소정점수 산정

(2) 사회복지사 전담에 따른 가산

완화의료병동 입원환자에 대한 사회복지 업무를 전담하는 사회복지사가 직전 분기 전 기간 동안 1인 이상 상근 한 경우에는 정액수가에 다음의 점수를 가산하여 산정한다(기본코드 5번째 자리에 '1')

① 상급종합·종합병원 : 51.31

② 병원 : 48.07

③ 의원 : 46.85

(3) 인력현황 자료제출 시기 및 양식

(가) 간호사 확보수준 및 사회복지사 전담에 따른 가산 적용을 위해서는 매분기 마지막 월 20일까지 자료를 제출한다(세부지침 및 통보양식은 별첨 5 참조)

(나) 2차 시범사업이 시작되는 2011년 9월의 간호사 및 사회복지사 가산은 2011년 3월 15일부터 2011년 6월 14일까지의 현황을 기준으로 산정한다.(8월 25일까지 제출, 1차 시범기관은 제외)

(4) 암 이외 질환의 말기환자에 대한 기준

완화의료병동 입원환자 중 암 이외 질환의 말기환자는 행위별수가 기준을 따른다.

자. 위 가~아에서 정한 사항 이외의 사항은 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시) 제1편 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수표 및 산정지침에 의한다.

3. 시범사업 급여목록 및 상대가치 점수

가. 기본수가 (1일 당)

코드	종별	기본수가	
		행위점수	약제치료재료 금액(원)
AP100	상급종합	1,813.20	58,300
AP200	종합병원	1,813.20	58,300
AP300	병원	1,411.77	21,960
AP400	의원	1,375.73	21,960

나. 외박수가 (1일 당)

코드	종별	행위점수	약제치료재료금액(원)
AP109	상급종합	202.92	14,540
AP209	종합병원	202.92	14,540
AP309	병원	169.97	5,010
AP409	의원	165.63	5,010

<참고>

- 간호사 확보수준 및 사회복지사 전담에 따른 가산
(2. 산정지침 아.(1)(다) 및 (2) 관련)

종별	가산점수(행위)		
	간호사 확보수준 ¹⁾		사회복지사 전담 ²⁾
	1등급	2등급	
상급종합	176.43	83.98	51.31
종합병원	176.43	83.98	51.31
병원	136.98	65.33	48.07
의원	133.48	63.66	46.85

주 1. 1등급은 기본코드 4째 자리에 '1', 2등급은 '2'로 기재한다.

2. 기본코드 5째 자리에 '1'로 기재한다.

- 입원기간에 따른 체감(2. 산정지침 라.(5) 관련)

종별	구 분	체감점수(행위)		
		기본(간호 3등급)	간호 1등급	간호 2등급
상급종합	16일~30일	83.98	101.69	92.45
	31일부터	126.04	152.54	138.67
종합병원	16일~30일	83.98	101.69	92.45
	31일부터	126.04	152.54	138.67
병원	16일~30일	65.33	78.89	71.80
	31일부터	97.84	118.49	107.70
의원	16일~30일	63.66	76.88	69.97
	31일부터	95.35	115.47	104.95

4. 시범사업 요양급여비용 청구방법 등

가 청구원칙

- (1) 시범요양기관은 완화의료병동 환자의 요양급여에 소요된 비용을 동 지침 Ⅱ. ‘완화의료 건강보험수가 2차 시범사업 세부지침’ 2. ‘시범사업 산정지침’ 및 3. ‘시범사업 요양급여비용 청구방법 등’과 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 ‘행위 급여 목록·상대가치점수표 및 산정지침’, 「약제 및 치료재료의 구입금액에 대한 산정기준」에 의해 청구한다.
- (2) [요양급여비용 청구 및 자료제출 매체] 시범요양기관은 정보통신망으로 요양급여비용을 청구한다.
- (3) [청구처] 요양급여비용을 청구하고자 하는 때에는 심사청구서에 명세서와 기타 필요한 자료를 첨부하여 심사평가원의 관할 본·지원으로 제출한다.
- (4) [청구시기 등]
 - (가) 퇴원일이 속한 날의 다음 주 월요일부터 주1회 할 수 있다. 다만, 월의 말일과 초일이 모두 포함된 주의 요양급여비용을 청구하는 경우에는 이를 월별로 구분하여 청구한다.
 - (나) 30일을 초과하여 입원진료를 하는 경우에는 연계 심사가 가능하도록 다음의 기재방법에 의하여 월단위로 분할 청구할 수 있다.
 - 청구구분란에 분리청구코드, 기청구명세서의 접수번호, 명세서일련번호 및 최초입원개시일을 기재한다.
- (5) [심사청구서]
 - (가) 일반병동(행위별수가 적용)과 완화의료병동(정액수가 적용)의 요양급여

비용은 청구서를 각각 작성한다.

- 완화의료 수가 시범사업 시작일 이전부터 계속 입원한 환자의 시범사업 전·후 요양급여비용은 분리하여 작성한다.
- 동일 환자의 일반병동과 완화의료병동 요양급여비용은 분리하여 작성한다.

(나) (진료분야 구분) 상급종합병원과 종합병원의 완화의료병동 진료분은 '진료분야구분'란을 기재하지 않는다.

(6) [진료내역자료] 정액수가 적용 환자에게 제공한 행위별 진료 내역(의료행위·약제·치료재료 내역 이하 "진료내역자료")은 요양급여비용총액에 산입되지 않으나 해당 명세서의 L항 81목~94목에 반드시 기재한다.

나 심사청구서 및 명세서 서식

(1) [전자문서]

(가) 시범요양기관과 심사평가원이 요양급여비용 청구와 관련하여 사용할 수 있는 전자문서의 종류 및 서식번호는 '작성요령 제1편제3장제14조(전자문서)'와 동일하다. 완화의료병동 환자의 요양급여비용명세서는 서식번호 H020(건강보험 의과 입원)과 H030(의료급여 의과 입원)을 사용한다.

(나) (가)항에서 정한 전자문서의 구조도는 「작성요령」(붙임 1) '건강보험요양급여비용전자문서'와 같다.

다 심사청구서 작성요령

항 목 명	항 목 설 명
진료분야구분	<p>상급종합병원 및 종합병원의 요양급여비용명세서는 구분하여 기재. 단, 완화의료수가 시범요양기관의 완화의료병동 입원 요양급여비용명세서는 기재하지 않음</p> <p>•진료 분야 구분</p> <p>1: 내과분야 2: 외과분야 3: 산소아청소년과분야</p> <p>4: 안·이비인후과분야 5: 피부비뇨기과분야 6: 치과</p>
진료형태	B: 완화의료 정액 입원(의과)

※ 위 내용 이외의 나머지 기재사항은 행위별 청구와 동일

라 명세서 작성요령

항 목 명	항 목 설 명
서식번호	<p>■서식번호</p> <p>H020 : 건강보험 의과 입원 요양급여비용명세서</p> <p>H030 : 의료급여 의과 입원 명세서</p>
정액·정률구분	- 완화의료수가 시범요양기관 완화의료병동의 정액수가 적용 입원 요양급여비용명세서는 '7'을 기재
항번호	<p>“진찰료”항부터 “비급여”항까지 14개 항에 부여된 번호를 기재</p> <p>01: 진찰료 02: 입원료 03: 투약료 04: 주사료</p> <p>05: 마취료 06: 이학요법료 07: 정신요법료 08: 처치 및 수술료</p> <p>09: 검사료 10: 영상진단 및 방사선치료료</p> <p>L: 정액 및 포괄수가 S: 특수장비</p> <p>V: 100분의 100분인부담 W: 비급여</p> <p>※ V항, W항 : 보훈위탁진료 요양기관의 보훈국비환자 진료분에 한하여 기재</p>

항 목 명	항 목 설 명
목번호	<p>14개 항의 소분류 단위로 부여된 번호 기재</p> <p>▪목번호 분류 예시</p> <ul style="list-style-type: none"> - 진찰료 <ul style="list-style-type: none"> 01: 초진 02: 재진 03: 응급 및 회송료 등 - 입원료 <ul style="list-style-type: none"> 01: 일반 02: 내과·정신과·만8세미만의 소아 03: 중환자실 04: 격리병실 10: 기본식대 11: 가산식대 12: (사용유보) 13: (사용유보) 99: 기타입원료 - 투약료 <ul style="list-style-type: none"> 01: 내복약 02: 외용약 03: 처방전 - 주사료 <ul style="list-style-type: none"> 01: 주사 99: 기타 - 마취료 <ul style="list-style-type: none"> 01: 마취 - 이학요법료 <ul style="list-style-type: none"> 01: 이학요법료 - 정신요법료 <ul style="list-style-type: none"> 01: 정신요법료 - 처치 및 수술료 <ul style="list-style-type: none"> 01: 처치 및 수술, (치과) 보통처치외 처치항목 02: (치과) 절개외 수술항목 03: 캐스트 99: 치과기타 - 검사 <ul style="list-style-type: none"> 01: 자체검사 02: 위탁검사 - 영상진단 및 방사선치료료 <ul style="list-style-type: none"> 01: 진단 02: 치료 - 정액 및 포괄수가 <ul style="list-style-type: none"> 01: 정액수가 81: 진찰료 82: 입원료 83: 투약료 84: 주사료 85: 마취료 86: 이학요법료 87: 정신요법료 88: 처치 및 수술료 89: 검사료 90: 영상진단 및 방사선치료료 91: 특수장비 92: 100분의 100본인부담 93: 비급여 94: 기타 - 특수장비 <ul style="list-style-type: none"> 01: CT진단 02: MRI진단 03: PET진단 04: (사용유보) 05: (사용유보) - 100분의100 본인부담 <ul style="list-style-type: none"> 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위

항 목 명	항 목 설 명
	- 비급여 01: 의약품 02: 치료재료 03: 진료행위

※ 81목 ~ 94목은 진료내역 자료에 해당함

※ 위 내용 이외의 나머지 기재사항은 행위별 청구와 동일

마 특정내역 작성요령

(1) 명일련단위 : 행위별 청구와 동일

○ 암 이외 질환 말기환자가 완화의료 병동에 입원한 경우 기재

구분코드	특정내역	기재형식	설명
MX999	기타 내역 (*)	<u>완화병동/</u> <u>ccyyymmdd/</u> <u>ccyyymmdd/</u> <u>X(673)</u>	암 이외 질환 말기환자가 완화병동에 입원한 경우 완화병동에 입원한 기간을 첫번째로 기재한다. 기타 사항은 '/' 이후에 free text로 기재한다. (예시) 9월1일 내과병동에 입원한 만성신부전 환자의 상태가 악화되어 9월6일 완화의료병동으로 이동 후 9월10일 21시에 사망시 MX999 완화병동/20110906/20110910/사망시각 21:00

주. 행위별 수가 명세서에 기재

○ 외래(응급실)를 통해 완화병동에 입원하여 24시간 이내 퇴원한 경우 기재

구분코드	특정내역	기재형식	설명
MS005	낮병동 재원시간	ccyymmddh hmm/ccyym mddhhmm	외래(응급실)를 통해 완화병동에 입원하여 6시간 이상 24시간 이 내에 퇴원이 이루어진 경우 해당 입원날짜와 재원시간 From/To를 기재 (예시) 9월5일 오전 10시 10분 부터 오후 5시까지 입원한 경우 MS005 201109051010/2011 09051700

주. 정액수가 명세서에 기재

(2) 줄번호단위 : 행위별 청구와 동일

○ 0~6시 사이에 입원하거나 18~24시 사이에 퇴원한 경우 줄번호 단위
특정내역 항목(JS003, JS004)에 해당 입·퇴원시간을 기재

(3) 처방내역 줄번호단위 : 행위별 청구와 동일

(4) 처방내역단위 : 행위별 청구와 동일

바 보완청구 및 추가청구

(1) 시범요양기관에서 요양급여비용을 청구하였으나, 심사평가원에서 심사불능 처리된 건에 대하여는 해당사유를 보완하여 청구한다.

(2) 시범요양기관이 요양급여비용을 지급 받은 명세서 중 진료내역의 일부가 당초 청구시 누락된 경우에는 누락된 진료내역만을 추가로 청구한다.

(3) 보완청구 및 추가청구시 기재하는 구분코드 등 청구방법은 행위별 청구와 동일하다.

※ 진료코드

기본코드(5자리)

A	P	3번째자리 (요양기관 종별)	4번째자리 (간호사가산)	5번째자리 (사회복지사가산 및 외박)
		1 상급종합	0 기본	0 기본
		2 종합병원	1 1등급	1 사회복지사가산
		3 병원	2 2등급	9 외박
		4 의원		

산정 코드(3자리)

6번째자리 (입원퇴원시간 및 체감적용)		
1 0-6시 입원		
2 18~24시 퇴원		
3 6~12시간 입원		
8 입원 16-30일째까지		
9 입원 31일째 이상		

※ 세부작성요령

항 목	세 부 작 성 요 령
(1) 심사 청구서 및 명세서 구분방법	<ul style="list-style-type: none"> □ 동일 환자의 연속된 입원이라 하더라도 일반병동과 완화의료 병동 명세서를 분리하여 청구서를 각각 작성한다. □ 완화의료 수가 시범사업 시작일 전·후 명세서를 분리하여 청구서를 각각 작성한다. □ 상급종합병원과 종합병원의 완화의료병동 요양급여비용은 진료분야 구분 없이 하나의 청구서로 작성한다. □ <u>완화의료병동 입원 요양급여비명세서의 정액·정률 구분란에 「7」을 기재한다.</u>
(2) 요양급여 비용 산정방법	<ul style="list-style-type: none"> □ 요양급여비용 산정 대상 <ul style="list-style-type: none"> ○ 시범요양기관의 완화의료병동에 입원한 말기 암환자 진료분 □ 진료내역 기재요령 <ul style="list-style-type: none"> ○ 요양기관 종별 일당 정액수가 <ul style="list-style-type: none"> - L항(정액 및 포괄수가) 01목(정액수가)에 기재 ○ 정액수가에 포함되지 않아 행위별 수가를 적용하는 특정항목 <ul style="list-style-type: none"> - 행위별수가 청구방법과 동일하게 해당 항목에 기재 ○ 정액수가에 포함되는 행위별 진료내역(진료내역 자료) <ul style="list-style-type: none"> - L항(정액 및 포괄수가) 81목(진찰료)부터 94목(기타)으로 구분하여 해당 목에 기재 (※ 요양급여비용총액에 산입되지 않음) - 진료내역 자료는 행위별수가 기준으로 실제 진료한 내역을 빠짐없이 기재(<u>따라서 정액수는 제외하고, 식대 등 특정 항목은 포함, 의약품관리료는 완화병동 재원기간의 투약 일수를 기준으로 산정, 입원료는 최초입원일 기준으로 체감 적용</u>)

항 목	세 부 작 성 요 령																						
(3) 작성예시	<p>□ 시범요양기관 완화의료병동에 입원하고 있는 경우</p> <p>－ 시범기관 전체 공통</p> <p>(예시) 등록 암환자가 암 말기로 시범요양기관인 A병원 완화의료 병동에 2011.9.1일부터 9.20일까지 입원하여 기본식사와 옥시콘틴 서방정을 계속 복용한 경우(건강보험)</p> <table border="1"> <tr> <td>입원기간</td><td>20일('11.9.1~20)</td></tr> <tr> <td colspan="2">심사청구서</td></tr> <tr> <td>진료형태구분</td><td>B</td></tr> <tr> <td>진료분야구분</td><td>null</td></tr> <tr> <td colspan="2">명세서 (정액수가명세서)</td></tr> <tr> <td>진료개시일</td><td>2011.9.1</td></tr> <tr> <td>정액·정률구분</td><td>7</td></tr> <tr> <td>진료 내역</td><td> 2항10목: 기본식대x20 L항01목: 정액수가x15 정액수가(입원16~30일째)x4 L항81목: 입원의약품관리료(16~30일분)x1 L항82목: 입원료x15 입원료(입원16~30일째)x4 L항82목: 기본식대x20 L항83목: 옥시콘틴서방정 x20 </td></tr> <tr> <td>요양급여 비용총액</td><td> 1항~5항까지의 요양급여비용과 가산금액 을 합한 금액 ※ L항의 81목~94목은 요양급여비용총 액에 산입하지 않음 </td></tr> <tr> <td>본인 부담률</td><td>요양급여비용총액(식대제외)의 5%와 식대 총액의 50%의 합</td></tr> <tr> <td>특정 내역</td><td>MT002(특정기호) MT014(산정특례대상자 등록번호)</td></tr> </table> <p>주) 조제료 등은 생략한 내역</p>	입원기간	20일('11.9.1~20)	심사청구서		진료형태구분	B	진료분야구분	null	명세서 (정액수가명세서)		진료개시일	2011.9.1	정액·정률구분	7	진료 내역	2항10목: 기본식대x20 L항01목: 정액수가x15 정액수가(입원16~30일째)x4 L항81목: 입원의약품관리료(16~30일분)x1 L항82목: 입원료x15 입원료(입원16~30일째)x4 L항82목: 기본식대x20 L항83목: 옥시콘틴서방정 x20	요양급여 비용총액	1항~5항까지의 요양급여비용과 가산금액 을 합한 금액 ※ L항의 81목~94목은 요양급여비용총 액에 산입하지 않음	본인 부담률	요양급여비용총액(식대제외)의 5%와 식대 총액의 50%의 합	특정 내역	MT002(특정기호) MT014(산정특례대상자 등록번호)
입원기간	20일('11.9.1~20)																						
심사청구서																							
진료형태구분	B																						
진료분야구분	null																						
명세서 (정액수가명세서)																							
진료개시일	2011.9.1																						
정액·정률구분	7																						
진료 내역	2항10목: 기본식대x20 L항01목: 정액수가x15 정액수가(입원16~30일째)x4 L항81목: 입원의약품관리료(16~30일분)x1 L항82목: 입원료x15 입원료(입원16~30일째)x4 L항82목: 기본식대x20 L항83목: 옥시콘틴서방정 x20																						
요양급여 비용총액	1항~5항까지의 요양급여비용과 가산금액 을 합한 금액 ※ L항의 81목~94목은 요양급여비용총 액에 산입하지 않음																						
본인 부담률	요양급여비용총액(식대제외)의 5%와 식대 총액의 50%의 합																						
특정 내역	MT002(특정기호) MT014(산정특례대상자 등록번호)																						

항 목	세 부 작 성 요 령				
	□ 시범요양기관 완화의료병동에 2차 시범사업 실시일 전부터 입원하고 있는 경우				
	○ 시범사업 실시일 전·후 심사청구서 및 명세서 분리청구				
	- <u>신규기관, 병·의원급 공통</u>				
	(예시) 등록 암환자가 암 말기로 시범요양기관인 A병원 완화의료 병동에 2011.8.11일부터 9.18일까지 입원하여 기본식사와 옥시콘틴 서방정을 계속 복용후 퇴원한 경우(건강보험)				
	입원기간		21일(11.8.11~31)	입원기간	18일(11.9.1~18)
	심사청구서			심사청구서	
	진료형태 구분	1	진료형태 구분	B	
	진료분야 구분	null	진료분야 구분	null	
	명세서 (행위별명세서)		명세서(정액수가명세서)		
	진료 개시일	2011.8.11	진료 개시일	2011.9.1	
정액, 정률구분	null	정액, 정률구분	7		
진료결과	계속	진료결과	퇴원		
진료 내역 ^{*)}	1항03목: 입원의약품관리료 (16~30일분)x1 2항02목: 입원료x15 입원료(입원16~30 일째까지)x6 2항10목: 기본식대x21 3항01목: 옥시콘틴서방정 x21		진료 내역 ^{*)}	2항10목: 기본식대x18 L항01목: 정액수가x15 정액수가(입원16~30 일)x2 L항81목: 입원의약품관리료(16일~30일분)x1 L항82목: 입원료(입원16~30일 째)x9 입원료(입원31일째이 상)x8 L항82목: 기본식대x18 L항83목: 옥시콘틴서방정 x18	

항 목		세 부 작 성 요 령	
	요양급여 비용총액	1항~S항까지의 요양급여비용과 가산금액을 합한 금액	1~S항까지의 요양급여비용과 가산금액을 합한 금액 ※ L항의 81목~94목은 요양급여비용총액에 산입하지 않음
	본인 부담률	요양급여비용총액(식대제외)의 5%와 식대총액의 50%의 합	요양급여비용총액(식대제외)의 5%와 식대총액의 50%의 합
	특정내역	MT002(특정기호) MT014(산정특례 대상자 등록번호)	MT002(특정기호) MT014(산정특례 대상자 등록번호)
주) 조제료 등은 생략한 내역			
- <u>종합병원급 이상 1차 시범사업 참여기관</u>			
(예시1) 등록 암환자가 암 말기로 1차 시범사업 참여기관인 C종합병원 완화의료병동에 2011.8.15일부터 입원하여 9.3일 사망한 경 우(건강보험)			
입원기간	17일('11.8.15~31)	입원기간	3일('11.9.1~3)
진료 개시일	2011.8.15	진료 개시일	2011.9.1
진료결과	계속	진료결과	사망
정액. 정률구분	7	정액. 정률구분	7
정액수가	L항01목; 1차시범정액수가×17	정액수가	L항01목; 2차시범정액수가×2
주. 식대 및 행위별 진료내역(L항 81목~94목) 등은 기존청구와 동일함			

항 목	세 부 작 성 요 령					
(예시2) 등록 암환자가 암 말기로 1차 시범사업 참여기관인 C종합병원 완화의료병동에 2011.8.15일부터 입원하여 9.10일 사망한 경우(건강보험)						
입원기간	15일('11.8.15~29)	입원기간	2일('11.8.30~31)	입원기간	10일('11.9.1~10)	
진료 개시일	2011.8.15	진료 개시일	2011.8.30	진료 개시일	2011.9.1	
진료결과	계속	진료결과	계속	진료결과	사망	
정액. 정률구분	7	정액. 정률구분	8	정액. 정률구분	7	
정액수가	L항01목: 1차시범정액수가x1 5	정액수가	L항01목: 1차시범정액수가체감 x2	정액수가	L항01목: 2차시범정액수가x9	
주, 식대 및 행위별 진료내역(L항 81목~94목) 등은 기존청구와 동일함						
(예시3) 등록 암환자가 암 말기로 1차 시범사업 참여기관인 C종합병원 완화의료병동에 2011.8.2일부터 9.10일까지 입원후 퇴원한 경우(건강보험)						
입원기간	15일('11.8.2~16)	입원기간	15일('11.8.17~31)	입원기간	10일('11.9.1~10)	
진료 개시일	2011.8.2	진료 개시일	2011.8.17	진료 개시일	2011.9.1	
진료결과	계속	진료결과	계속	진료결과	퇴원	
정액. 정률구분	7	정액. 정률구분	8	정액. 정률구분	7	
정액수가	L항01목: 1차시범정액수가x1 5	정액수가	L항01목: 1차시범정액수가체감 x15	정액수가	L항01목: 2차시범정액수가x9	
주, 식대 및 행위별 진료내역(L항 81목~94목) 등은 기존청구와 동일함						

사 반송 및 심사불능코드

(1) 반송코드

코드	세부코드	내역
07	13	시범사업(완화의료수가, 신포괄수가 등) 대상기관이 아닌 경우 또는 시범사업(완화의료수가, 신포괄수가 등) 대상기관의 시범사업일 전·후 진료분 청구

※ 위 내용 이외의 나머지 기재사항은 행위별 청구와 동일

(2) 심사불능코드

코드	세부코드	내역
65	03	정액수가 적용 제외 상병 진료분 청구
26	13	완화의료수가 2차 시범사업일 전·후 진료분 청구
65	02	정액·정률 항목의 구분자 기재착오 또는 누락
63	02	정액수가코드 누락 또는 착오
63	05	시범사업(완화의료수가, 신포괄수가 등)에서 L항 81-94목 기재 누락

※ 위 내용 이외의 나머지 기재사항은 행위별 청구와 동일

Ⅲ. 시범 요양기관의 의무

1. 완화의료병동 환자정보 등록
2. 요양급여 안내
3. 안내문 게시
4. 진료비 계산서 발급
5. 모니터링 및 조사 관련 자료 제출협조

Ⅲ. 시범 요양기관의 의무

1. 완화의료병동 환자정보 등록

가. 시범 요양기관은 완화의료병동의 모든 입원환자에 대하여 국립암센터에서 실시하고 있는 ‘말기 암환자 정보시스템’의 MDS(Minimum Data Set, 이하 “E-velos”라고 함)에 환자 정보를 등록한다.

나. 환자정보 등록에 앞서 환자동의서를 받는다. (기존 E-velos 환자동의서에 시범사업 평가 협조에 대한 동의내용을 추가한 서식으로 별첨2 참조)

다. E-velos 작성주기 및 방법

- 기본정보는 해당 기관에 최초 입원시에 작성하고, 입원 기록지는 완화의료병동 입원시마다 작성한다. 완화의료병동과 일반병동을 순환 입원하는 경우는 완화의료병동으로 전동되는 것을 재입원으로 간주하여 새로운 입원 기록지를 작성한다.

2. 요양급여 안내

시범요양기관은 가입자 등이 정액수가 적용대상인 경우 정액수가에 의한 급여를 받을 수 있도록 시범사업의 내용 및 급여에 대하여 적절한 안내를 하여야 한다.

3. 안내문 게시

시범요양기관은 당해 기관이 완화의료수가 시범요양기관인 것과 완화의료수가 산정기준, 환자 본인부담 내역 등 주요사항을 환자 또는 그 보호자가 보기 쉬운 곳(입원수속 또는 진료비 수납창구, 완화의료병동 등)에 적절한 방법으로 게시하여야 한다.

4. 진료비 계산서 발급

시범요양기관은 가입자등으로부터 퇴원시 본인일부부담 등을 징수한 경우 “진료비 계산서”(별첨 1)를 발급하여야 한다.

5. 모니터링 및 조사 관련 자료 제출협조

시범요양기관은 모니터링 및 조사(평가)와 관련하여 진료기록부, 진료비 계산서 등 필요한 자료 제출을 요구 받을 때 이를 지체 없이 제출하여야 한다.

IV. 모니터링 및 조사

1. 모니터링 및 조사 관련사항
2. 모니터링 및 조사 담당
3. 모니터링 및 조사방법

Ⅳ. 모니터링 및 조사

1. 모니터링 및 조사 관련사항

가. 모니터링 사항

시범사업 기간 동안 다음 사항에 대하여 시범 요양기관을 대상으로 모니터링을 실시한다.

- 완화의료 청구경향(재원일수, 일반병동으로 전동 등)
- 암 이외 상병의 말기환자 입원 현황
- 의료의 질 및 서비스 제공량
- 완화의료병동 인력 현황
- 기타 시범사업 평가를 위해 필요하다고 판단되는 사항

나. 모니터링 자료 및 주기

모니터링은 요양급여비용 청구자료(진료내역 자료 포함), E-velos 자료, 의무기록 등을 이용하여 정기적으로 실시하는 것을 원칙으로 하되, 필요하다고 판단되는 경우에는 수시로 실시한다.

다. 조사 관련사항

시범사업 평가를 위하여 시범사업 기간 동안 다음 사항에 대하여 조사를 실시한다.

- 환자 의무기록 조사
- 시범요양기관 종사자 및 환자·가족 만족도
- 진료비 영수증(비급여 포함)
- 기타 시범사업 평가를 위해 필요하다고 판단되는 사항

2. 모니터링 및 조사 담당

모니터링 및 조사는 건강보험심사평가원이 담당한다. 단, 시범사업 평가와 관련된 조사 중 일부는 건강보험심사평가원의 의뢰를 받아 건강보험심사평가원 외 인력이 수행할 수도 있다.

3. 모니터링 및 조사방법

가. 모니터링 방법

- 모니터링은 월별 청구자료 및 E-velos 자료를 확인하는 방법으로 실시한다.
- 모니터링과 관련하여 의무기록 요청 등 할 수 있으며, 필요한 경우 현장 확인할 수 있다.

나. 조사방법

- 시범사업 기간 동안의 조사는 조사원 파견, 우편조사, 관련자료 제출 등 적절한 방법으로 실시한다.

【별 침】

별첨1. 진료비 계산서	36
별첨2. 환자동의서	37
별첨3. 2011년 시범사업 수가 및 특정항목	39
별첨4. 완화의료 수가 적용대상 암 상명	40
별첨5. 완화의료 건강보험수가 가산제 산정현황 통보서 ...	43
별첨6. 말기 암 정보시스템(E-velos) 조사항목 및 지침	45

별첨 1. 진료비 계산서

[별지 제6호서식] <개정 2009.7.31>

□외래□입원(□의원□병원) 진료비 계산서·영수증						
진치종목번호	진치성명	진 료 기 관		이관(종류일)전료		
	 부리 위리		□이관 □종류일		
진 료 과 목	질병군(DRG)번호	병 실	진치구분	영수증번호(연월-일련번호)		
상 목	요양급여(①+②+③)	비급여	공액산정내용			
진 수 상 목	진 료 료			진료비 총액 ⑤(①+②+③+④)		
	입 원 료					
	의 료			진치부담 총액 ⑥(①+④)		
	독의 및 조제료					
	주 시 료			이미 납부한 금액 ⑦		
	미 회 료					
	처치 및 수술료			수납금액 (⑤-⑦)	카드	
	검 사 료				현금영수증	
	영양진단 및 병시선헌료				현금	
	치료재료대				합계	
	정액수기 (요양병원 권회료)			현금영수증()		
	진료본인부담			신분확인번호		
			현금확인번호			
선 대 상 목	기환 및 분리치료료			* 요양기관 임의활동공간		
	정 신 요 법 료					
	CT 진단료					
	MRI 진단료					
	PET 진단료					
	초음파진단료					
	보철·교정료					
	수 령 료					
	선택진료료					
포함수가권표비						
적		⑧				
본인부담비	①	-				
상선액초과비	②	-				
공민부담비	③	-				
요양기관종류	□의원급·보건기관 □병원급 □상급종합병원(상급종합요양기관)					
사업자등록번호			상 고			
사업장소재지			상 명	[인]		
년 월 일						
※ 이 계산서·영수증은 「소득세법」에 따른 회계처리 또는 「조세특례제한법」에 따른 현금영수증(현금영수증 승인번호가 기재된 경우) 공제신청에 사용할 수 있습니다. 다만, 지출증빙용으로 발급된 "현금영수증(지출증빙)"은 공제신청에 사용할 수 없습니다. ※ 이 계산서·영수증에 대한 세부내용을 요구할 수 있습니다. ※ 권역별인원인원 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 5에 따른 요양급여비용의 본인면역부담률 적용을 받습니다.						
주: 항목 중 선택항목은 요양기관의 특성에 따라 추가 또는 생략이 가능합니다.						
발행: 현금영수증 문의 1544-2020 인디비 홈페이지: 2020//현금영수증30						

148mm×210mm(표준 용지(2중)) 70g/㎡

별첨2. 환자동의서

호스피스완화의료서비스등록지개인정보제공동의서			
성명		주민등록번호	
주소			
전화번호			
<p>보건복지부에서는 암환자의 완화의료 활성화를 위해 완화의료기관을 지정하여 예산 지원 사업을 시행하고 있으며, 완화의료에 대한 건강보험 수가제도를 정착시키기 위하여 완화의료수가 시범사업을 추진하고 있습니다. 이에 상기한 사업의 계획 및 평가에 활용하고자 하는 목적으로, 완화의료기관에 입원하신 환자들을 대상으로 서비스 이용 현황 및 환자 및 가족의 만족도 등을 파악하여 정책적으로 활용하고자 합니다.</p> <p>귀하의 서비스 이용 정보 및 만족도 조사 정보는 개별적으로 다루어지지 않고 통계적으로만 처리되며, 완화의료정책 결정을 위한 국가적 통계 생산 및 현재 각 완화의료기관에서 제공되고 있는 서비스를 개선하기 위한 목적으로 활용됩니다.</p> <p><u>서비스 이용 정보 활용 및 만족도 조사 참여 동의 여부</u> 귀하께서는 상기 목적으로 귀하의 서비스 이용 정보를 활용하고, 만족도 조사 대상 선정에 활용하는 것에 대하여 동의하십니까?</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 2011 년 월 일 작성자: (서명 또는 인) (대리 작성시- 환자와의 관계:) </div>			
<p><개인정보화일 수집의 목적 및 이용방법></p> <ul style="list-style-type: none"> • 개인정보화일(DB)수집의 목적 <ul style="list-style-type: none"> - 보건복지부의 위임을 받아 국립암센터·건강보험심사평가원에서 수행하는 '암환자 완화의료 활성화'를 위한 통계생산, 수가개발시범사업 및 만족도 조사에 활용함 • 정보 이용 방법 <ul style="list-style-type: none"> - 암환자 완화의료 지원사업 대상자의 서비스 이용 정보를 '말기 암환자 관리 정보 시스템'에 입력하여 국가적 통계 생산에 활용 - 암환자 완화의료 수가시범사업 대상자에 대하여 건강보험보험심사평가원이 보유한 진료내역자료와 연계하여 수가시범사업의 효과 평가 및 정책 결정에 활용 - 암환자 완화의료 지원사업을 위한 만족도 조사 대상자 선정을 위한 기초자료로 활용함 - 단, '말기 암환자 관리 정보시스템'에 등록된 개인의 정보는 상기의 목적으로만 사용되며, '공공기관의 개인 정보 보호에 관한 법률' 제4조 및 제5조의규정에 따라 처리될 것입니다. - 개인정보 취급자의 연락처 <ul style="list-style-type: none"> : 국립암센터 호스피스지원과 (책임자: 김열 / Tel 031-920-1753) 건강보험심사평가원 완화의료수가시범사업팀 (책임자: 김정희 / Tel.02-2182-2541) 			

별첨3. 2011년 시범사업 수가 및 특정항목

○ 2011년 적용 수가

요양기관 종별	일당진료비 (원)	기본수가	가산 기준 및 금액		
			간호사 1인당 일평균 환자수		사회복지사 전담시
			1등급 (1.0이하)	2등급 (1.0초과~1.5이하)	
종합병원급 이상		175,980	11,450	5,450	3,330
병원급 이하		113,580	8,890	4,240	3,120

※ 종합병원에서 간호 1등급, 사회복지사 전담일 경우 : ~~175,980~~ + ~~11,450~~ + ~~3,330~~ = ~~190,760~~원

○ 입원일수에 따른 1일당 체감액(원)

구 분		기본수가	간호1등급	간호2등급
종합병원급 이상	입원 16~30일째	5,450	6,600	6,000
	입원 31일째부터	8,180	9,900	9,000
병원급 이하	입원 16~30일째	4,240	5,120	4,660
	입원 31일째부터	6,350	7,690	6,990

○ 2011년 1월 이후 급여로 변경고시된 항목 (2011.7.31 현재)

구분	코드	명칭
행위	HD020	체외조사방사선 모의치료 및 계획-전산화방사선 양성자치
	HD041	체외조사방사선모의치료및치료계획-전산화-세기변조 제1회
	HD121	양성자치료(1회당)
	HD420	체외조사방사선 모의치료 및 계획-전산화방사선 양성자
	HD441	체외조사방사선모의치료및치료계획-전산화-세기변조 제2회
	HZ271	세기변조 방사선치료(1회당)
치료재료	F0121003	PLIVIOS CHRONOS
	F0122003	SYNCAGE-LR(LSR) CHRONOS
	F0123003	AMPLATZER SEPTAL OCCLUDER
	M2056050	GLOVE PORT

○ 식대

- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수의 제1편 제2부 17장 입원환자식대에 따라 산정함.

별첨4. 완화의료 수가 적용대상 암 상병

상병 코드	상병명
C00	입술의 악성신생물
C01	혀바닥의 악성신생물
C02	혀의 기타 및 상세불명 부위의 악성신생물
C03	잇몸의 악성신생물
C04	입바닥의 악성신생물
C05	입천장의 악성신생물
C06	기타 및 상세불명의 구강의 악성신생물
C07	귀밑샘의 악성신생물
C08	기타 및 상세불명의 주걱샘의 악성신생물
C09	편도의 악성신생물
C10	입인두의 악성신생물
C11	코인두의 악성신생물
C12	조롱박굴의 악성신생물
C13	하인두의 악성신생물
C14	입술, 구강 및 인두내의 기타 및 부위불명의 악성신생물
C15	식도의 악성신생물
C16	위의 악성신생물
C17	작은창자의 악성신생물
C18	결장의 악성신생물
C19	직장구불결장 이행부의 악성신생물
C20	직장의 악성신생물
C21	항문 및 항문관의 악성신생물
C22	간 및 간내 쓸개관(담관)의 악성신생물
C23	쓸개(담낭)의 악성신생물
C24	기타 및 상세불명 담도 부위의 악성신생물
C25	췌장(이자)의 악성신생물
C26	기타 및 부위불명 소화기의 악성신생물
C30	비강 및 가운데 귀의 악성신생물
C31	부비동의 악성신생물
C32	후두의 악성신생물
C33	기관지의 악성신생물
C34	기관지 및 폐의 악성신생물
C37	가슴샘의 악성신생물
C38	심장, 종격동 및 가슴막의 악성신생물
C39	기타 및 부위불명의 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물
C40	사지의 뼈 및 관절연골의 악성신생물
C41	기타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절연골의 악성신생물

상병코드	상병명
C43	피부의 악성 흑색종
C44	기타 피부의 악성신생물
C45	종피종
C46	카포시 육종
C47	말초 신경 및 자율 신경계통의 악성신생물
C48	후복막 및 복막의 악성신생물
C49	기타 결합 및 연조직의 악성신생물
C50	유방의 악성신생물
C51	외음의 악성신생물
C52	질외 악성신생물
C53	자궁목의 악성신생물
C54	자궁체의 악성신생물
C55	상세불명 자궁 부위의 악성신생물
C56	난소의 악성신생물
C57	기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 악성신생물
C58	태반의 악성신생물
C60	음경의 악성신생물
C61	전립샘의 악성신생물
C62	고환의 악성신생물
C63	기타 및 상세불명의 남성 생식기관의 악성신생물
C64	땀샘을 제외한 땀샘(신장)의 악성신생물
C65	땀샘의 악성신생물
C66	요관의 악성신생물
C67	방광의 악성신생물
C68	기타 및 상세불명의 비뇨기관의 악성신생물
C69	눈 및 부속기의 악성신생물
C70	수막의 악성신생물
C71	뇌의 악성신생물
C72	척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부위의 악성신생물
C73	갑상샘의 악성신생물
C74	부신의 악성신생물
C75	기타 내분비샘 및 관련 구조물의 악성신생물
C76	기타 및 부위불명의 악성신생물
C77	림프계의 속발성 및 상세불명의 악성신생물
C78	호흡기 및 소화기관의 속발성 악성신생물
C79	기타 부위의 속발성 악성신생물
C80	부위의 명시가 없는 악성신생물
C81	호지킨병

상병코드	상병명
C82	여포성(결절성) 비호지킨 림프종
C83	미만성 비호지킨 림프종
C84	말초 및 피부성 T-세포 림프종
C85	기타 및 상세불명 형의 비호지킨 림프종
C86	T/NK-세포 림프종의 기타 명시된 형태
C88	악성 면역중식성 질환
C90	다발성 골수종 및 악성 형질세포 신생물
C91	림프 백혈병
C92	골수성 백혈병
C93	단핵구성 백혈병
C94	명시된 세포형의 기타 백혈병
C95	상세불명 세포형의 백혈병
C96	림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물
C97	독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물
D00	구강, 식도 및 위의 상피내 암종
D01	기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종
D02	가운테귀 및 호흡기계통의 상피내 암종
D03	상피내의 흑색종
D04	피부의 상피내 암종
D05	유방의 상피내 암종
D06	자궁목의 상피내 암종
D07	기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종
D09	기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종
D32	수막의 양성신생물
D33	뇌 및 기타 중추 신경계통 부위의 양성신생물
D37	구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물
D38	가운테귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물
D39	여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물
D40	남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물
D41	비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물
D42	수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물
D43	뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물
D44	내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물
D45	진성 적혈구 증다증
D46	골수 형성이상 증후군
D47	림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물
D48	기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물

주: 3단분류는 하위분류를 포함함.

별첨5. 간호사, 사회복지사 가산 관련 세부지침 및 통보 양식

【완화의료병동의 간호사 확보수준에 따른 가산 기준】

말기 암환자의 삶의 질을 향상시키기 위해 실시하는 완화의료병동의 간호사 확보수준에 따른 가산을 적용하기 위한 기준은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

1. 환자 수 기준

간호사 확보 수준에 따른 가산 적용의 기준이 되는 환자수는 완화의료병동에 입원한 모든 환자 로써, 건강보험심사평가원에 제출한 “완화의료병동 간호사 산정현황 통보서”상의 입원 환자수를 말함. 다만 같은 날 오전에 1인 퇴원, 오후에 1인 입원이 이루어진 경우 환자수는 1인으로 적용함

2. 간호사 수 기준

(가) 간호사 수는 완화의료병동에 배치되어 완화의료 환자 간호업무를 전담하는 간호사 수를 의미함. 다만, 병동(시설)에 배치되어 있다고 하더라도 일반병동 등 완화의료병동 이외의 병상을 순환 또는 파견(PRN 포함) 근무하는 간호사, 외래 근무자, 분만 휴가자(1개월 이상 장기유급휴가자 포함)의 경우에는 산정대상에서 제외함.

(나) 간호사 중 비정규직 간호사(기간제, 단시간 근로자 등) 산정기준은

- (1) 단시간 근로자는 산정대상에서 제외함.
- (2) 기간제 근로자는 근무시간 등 근무조건이 정규직 근무자와 동일하면서 3개월 이상 고용 계약을 체결한 경우에는 0.8인으로 산정하되, 실제근무기간이 3개월 미만인 경우에는 산정대상에서 제외함.
- (3) 비정규직 간호사를 고용하는 경우 정규직 간호사 의무고용비율은 100분의 80으로 함.

(다) 출산 휴가자를 대체하는 간호사는 1주간의 근로시간이 휴계시간을 제외하고 44시간(다만, 근로기준법에 의한 근로시간이 주40시간인 요양기관은 40시간)인 근무자의 경우 1인으로 산정함.

3. 간호사 확보수준에 따른 가산 적용 및 신고방법

(가) 전전분기 마지막 월15일부터 전분기 마지막월 14일까지 간호사 수(재직일수 기준) 및 환자수의 평균으로 산정하되, 평균 환자수와 평균 간호사수는 각각 소수점 셋째 자리에서 반올림하여 계산함.

(나) 요양기관은 “완화의료수가 가산제 산정현황 통보서”를 건강보험심사평가원에 매 분기말 20일까지 제출하여야 한다. 단, 통보서 내용 중 간호사 현황에 변경사항 발생시는 즉시 제출하여야 함.

다만, 2011년 9월 적용은 2011.3.15 ~ 2011.6.14일의 환자수 및 간호사수(재직일수 기준) 내역을 2011년 8월 25일까지 제출함(1차 시범기관은 제외)

※ 인력 신고방법 : 심사평가원 요양기관업무포탈서비스(<http://biz.hira.or.kr> 현황 신고→현황신고 및 변경→차등제→완화의료수가 가산제)

【완화의료병동의 사회복지사 전담에 따른 가산 기준】

1. 전담 사회복지사의 기준

- (가) 당해 요양기관에 상근하는 자로써, 완화의료병동에 입원한 환자만을 전담하는 사회복지사가 1인 이상이 있는 경우에 산정함. 이 때 사회복지사가 재직하지 않는 날이 1일이라도 있을 경우 다음 분기의 가산 적용이 불가함. 완화의료병동 이외의 환자를 위한 사회복지 업무를 겸임하는 경우 및 분만 휴가자(16일 이상 장기유급휴가자 포함)는 산정할 수 없음.
- (나) 사회복지사 인력 중 비정규직 사회복지사(기간제, 단시간근로자 등)는 산정대상에서 제외함.
- (다) 출산 휴가자를 대체하는 사회복지사는 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 44시간(다만, 근로기준법에 의한 근로시간이 주40시간인 요양기관은 40시간)인 근무자의 경우 인정함.

2. 사회복지사 전담에 따른 가산 적용 및 신고방법

- (가) 사회복지사수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직일수 평균으로 산정하되, 소수점 셋째자리에서 반올림하여 계산함.
- (나) 요양기관은 “완화의료수가 가산제 산정현황 통보서”를 건강보험심사평가원에 **매 분기 말 20일까지 제출하여야 한다.** 단, 통보서 내용 중 사회복지사 인력현황에 변경사항 발생시는 즉시 제출하여야 함.
다만, 2011년 9월 적용은 2011.3.15 ~ 2011.6.14일의 사회복지사수(재직일수 기준) 3개월 평균 자료로 작성하여 2011년 8월 25일까지 제출함(1차 시범기관은 제외)

※ 인력 신고방법 : 심사평가원 요양기관업무포털서비스(<http://biz.hira.or.kr> 현황 신고→현황신고 및 변경→차동제→완화의료수가 가산제)

【간호사, 사회복지사 인력 산정현황 통보서 양식 및 작성요령】

원화의료수가 가산제 산정현황 통보서																				
요양기관명											요양기관 기호									
소재지											작성자 성명		전화번호							
적용구분	년 분기 적용																			
간호사	①환자수 (3개월 평균)		명		사회복지사		④사회복지사수 (3개월평균)						명							
	②간호사수 (3개월 평균)		명																	
	③환자수 대 간호사수 ①/②																			
【환자수 현황】																				
구분	계	년 월(전월15일 ~당월14일)					년 월(전월15일 ~당월14일)					년 월(전월15일 ~당월14일)								
		건강 보험	의료 급여	자보	산재	기타	건강 보험	의료 급여	자보	산재	기타	건강 보험	의료 급여	자보	산재	기타				
⑤ 입원환자수 (환자별재원일수의 합)																				
⑥ 적용입원환자수 (3개월평균)		명																		
【간호사 현황】																				
연 번	※ ⑦ 직 종 구 분	※ ⑧ 직 책 구 분	성명	주민 등록 번호	면허 번호	취득 일자	입사 일자	퇴사 일자	병동			휴가			적용 구분	⑩출산대체				⑪ 재직 일수
									※ ⑨ 병 동 구 분 병 동 코 드	최초근무 일자	최종근무 일자	※ ⑩ 구 분	시작 일자	종료 일자		출산휴가자		대체기간		
																성명 ※	주민 번호 ※	적용 일자 (from) ※	적용 일자 (to) ※	

【사회복지사 현황】

연 번	※㉓ 근무 형태	성명	주민 등록 번호	자격 번호	취득 일자	입사 일자	퇴 사 일자	완화병동		휴가			㉔출산대체				㉕ 재 직 일 수
								최초 근무 일자	최종 근무 일자	※㉔ 구분	시작 일자	종료 일자	출산휴가자		대체기간		
													성명 ※	주민 번호 ※	적용일자 (from) ※	적용 일자(to) ※	

완화의료수가 가산제 산정현황 통보서를 제출합니다.

년 월 일

개설자(대표자)

(서명 또는 인)

작성자 성명

(서명 또는 인)

건강보험심사평가원장 귀하

완화의료수가 가산제 산정 현황 통보서 작성요령

- ① ⑥ 환자수 (3개월 평균) : ⑤/대상기간일수의 합(소수점 3자리에서 반올림)
- ② 간호사수 (3개월 평균) : 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막 월14일까지 간호사별 재직일수의 합/해당분기 일수(소수점 3자리 반올림) 단, 단시간근로자 및 완화의료병동 이외의 병상을 순환 또는 파견 근무자, 외래근무자, 분만 휴가자(1개월 이상 장기유급휴가자 포함)는 산정대상에서 제외. 기간제근로자는 근무시간 등 근무조건이 정규직근무자와 동일하면서 3개월이상 고용계약을 체결한 경우에는 0.8인으로 산정하되, 실제 근무기간이 3개월 미만인 경우에는 산정대상에서 제외. 비정규직 간호사를 고용하는 경우 정규직 간호사 의무 고용비율은 100분의 80으로 함. 출산휴가자를 대체하는 간호사는 1주간의 근로시간이 휴계시간을 제외하고 44시간(다만, 근로기준법에 의한 근로시간이 주40시간인 요양기관은 40시간)인 근무자의 경우 1인으로 산정함.
- ③ 환자수 대 간호사수 : ①/② (소수점 3자리 이하 절사)
- ④ 사회복지사수(3개월평균) : 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막월 14일까지 재직일수의 합/해당분기 일수(소수점 3자리에서 반올림), 당해 요양기관에 상근하는 자로서 완화의료병동에 입원한 환자만을 전담하는 사회복지사가 1인 이상이 있는 경우에 산정함. 완화의료병동 이외의 환자를 위한 사회복지 업무를 겸임하는 경우 및 분만 휴가자(16일 이상 장기유급휴가자 포함)는 산정할 수 없음. 사회복지사 인력 중 비정규직 사회복지사(기간제, 단시간근로자 등)는 산정대상에서 제외함. 출산휴가자를 대체하는 사회복지사는 1주간의 근로시간이 휴계시간을 제외하고 44시간(다만, 근로기준법에 의한 근로시간이 주40시간인 요양기관은 40시간)인 근무자의 경우 인정함.
- ⑤ 입원환자수(환자별재원일수의 합) : 입원환자수(대상기간 입원환자별 재원일수의 합), 건강보험/ 의료급여/ 자보/ 산재/ 기타 각각 기재, 같은 날 오전에 1인 퇴원, 오후에 1인 입원이 이루어진 경우 환자수 1인으로 적용함
- ⑦ 직종구분 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.정규직, 02.임시직(기간제)
- ⑧ 직책구분 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.부원장, 02.이사, 03.부장, 04.과장(팀장, 감독), 05.수간호사, 06.책임간호사, 07.부책임간호사, 08.간호사
- ⑨ 병동구분 병동코드 : 병동별 병상운영 현황의 병동구분, 병동코드를 기재 또는 선택
(예시 : 150 - 특수병동 호스피스병동 신설), 별도로 “병동별 병상 운영현황 통보서” 신고
- ⑩ 휴가구분 (코드번호로 기재 또는 선택) : 01.출산, 02.육아, 03.연수, 04.파견, 05.병가, 06.기타
- ⑪ 출산휴가자의 대체 간호사(사회복지사) 신고 : 간호사(사회복지사) 신고와 동일하게 연번 ⑦번부터 ⑩번(연번 ⑩번부터 ⑩번)까지 기재 및 입력 후, ⑪번에 출산 휴가자 성명·주민번호 입력 및 출산 대체 기간 입력
- ⑫ 재직일수 : 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직한 일수를 기재 단, 휴가의 ⑩일수는 제외
- ⑬ 근무형태(코드번호로 기재 또는 선택) : 01.상근, 02.비상근

별첨6. 말기 암 정보시스템(E-velos) 조사항목 및 지침

표. E-velos 조사항목

구분	환자 동의시 작성항목
환자	환자성명, 병록번호, 주민등록번호, 주소, 진단명, 말기암 판정일, 완화의료서비스 등록일, 말기암 진단서 또는 소견서 첨부
	말기암 판정근거, 완화의료 신청경로, 사전 의사결정서 작성여부, 의료보장, 종교, 결혼상태, 암병식유무(환자), 말기상태 인식(환자)
주간호자	주간호자 성명, 환자와의 관계, 연령, 성별, 연락처, 암병식 유무(가족), 말기상태 인식(가족)
입·퇴원 기록지	입원일, 주 입원사유, 입원 전 주로 있던 곳 ¹⁾ , ECOG, 통증정도 (가장 심했을 때, 평균), 서비스 종료일, 서비스 종료사유, 입원기간 중 각종의료(심폐소생술, 인공호흡기, 중환자실입원, 항암제사용, 방사선치료, 투석, 수혈, 기도삽관 ¹⁾ , 경관영양 ¹⁾)이용 여부, 가정 호스피스 연계 또는 제공여부, 가정방문 기록, 퇴원경로 및 사유 ¹⁾

주: 1) 시범사업평가들 위해 추가된 항목

▶ 작성 지침

(1) 완화의료병동 입원 전 주로 있던 곳

- 이번에 입원하기 한 달 전에 주로 있던 곳을 작성함. 예를 들어 타 의료기관에서 항암치료를 입원 7일전까지 받고 퇴원하여 가정에 있다가 완화의료병동에 입원한 경우 '가정'이 아니라 '일반의료기관'으로 체크함.

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 가정 | <input type="checkbox"/> 시설 |
| <input type="checkbox"/> 동일기관 내 타 병동 | <input type="checkbox"/> 타 완화의료기관 |
| <input type="checkbox"/> 일반 의료기관 | <input type="checkbox"/> 기타 |

(2) 통증정도

- 지난 일주일간 통증이 가장 심했을 때와 평균적인 정도를 구분하여 작성

(3) 의료이용 여부

- 해당 입원기간동안 아래 항목을 한번이라도 실시한 경우 체크함. 아래 항목 중 어느것도 실시하지 않은 경우 '해당사항 없음'에 체크

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 심폐소생술 | <input type="checkbox"/> 중환자실 | <input type="checkbox"/> 기도삽관 |
| <input type="checkbox"/> 인공호흡기 | <input type="checkbox"/> 항암제 | <input type="checkbox"/> 방사선치료 |
| <input type="checkbox"/> 경관영양 | <input type="checkbox"/> 투석 | <input type="checkbox"/> 수혈 |
| <input type="checkbox"/> 해당사항 없음 | | |

(4) ECOG(Eastern Cooperative Oncology Group)

- 의료진이 환자의 질병경과, 질병이 ADL에 어떻게 영향을 미치는지, 이에 대한 치료와 예후결정에 사용하는 도구임
- 입원시점의 환자상태를 기준으로 작성함.

표. ECOG Performance Status Scale 내용

정도	상태
ECOG 0	정상활동이 가능함
ECOG 1	약간 증상이 있으나 거의 완전히 거동이 가능한 상태
ECOG 2	낮시간 동안 50%미만 누워 지내는 상태로 자신은 돌볼 수 있고 직장생활은 불가능함
ECOG 3	낮시간 동안 50%이상 누워 지내는 상태로 최소한의 자신은 돌볼 수 있음
ECOG 4	완전히 누워 지내는 상태로 전혀 자신을 돌볼 수 없음

* 출처: 보건복지부, 말기 암환자 호스피스·완화의료 서비스 모형개발, 2005

(5) 퇴원경로

- 해당 의료기관에서 환자가 퇴원이나 타병동으로 전동하는 경우 그 해당사유를 작성함.

<input type="checkbox"/> 동일 기관내 타 병동	<input type="checkbox"/> 타 완화의료기관
<input type="checkbox"/> 일반 의료기관	<input type="checkbox"/> 가정
<input type="checkbox"/> 시설	<input type="checkbox"/> 사망
<input type="checkbox"/> 기타	

(6) 퇴원사유

- 위 퇴원경로에서 '동일기관내 타병동', '타완화의료기관', '일반의료기관'인 경우 그 사유를 작성한다.
- 급성기 질환(폐렴 등) 치료 : 급성기 질환이 발생하여 중환자실이나 다른 의료기관으로 가는 경우
- 통증조절을 위한 방사선치료 : 원칙적으로 완화의료병동내에서 완화의료목적으로 시행하는 방사선 치료를 해야 하나, 기관내에 해당장비없거나 병원내부 방침 등으로 옮기는 경우
- 항암치료 : 말기 암환자이나 다시 항암치료를 원하거나 필요해서 가는 경우
- 완화의료서비스 철회 : 완화의료 서비스 자체를 철회한 경우

<input type="checkbox"/> 급성기 질환(폐렴 등) 치료
<input type="checkbox"/> 항암치료
<input type="checkbox"/> 통증조절을 위한 방사선치료
<input type="checkbox"/> 완화의료서비스 철회
<input type="checkbox"/> 기타