

# 알아두면 편리한 의료정보관리 실무

## 1차시 : 슬기로운 병원조직의 운영1

### ● 병원조직의 정의

- 외래 및 응급환자, 입원환자를 수용하여 진료할 수 있는 시설과 인력을 갖추어 진단, 치료, 재활, 예방을 포함한 완전한 의료를 제공하고 의료 인력의 교육·훈련과 의학연구를 수행하는 공식적 사회조직

### ● 병원조직의 특성

- 경영체로서 병원조직은 고도로 자본 집약적이면서 노동집약적
- 진료와 교육, 연구기능 등 다양한 사업목적을 가지고 있음
- 의사, 간호사, 약사, 의료기사, 의무행정직, 기능직 및 단순 노무직 등 여러 종류의 전문·비전문 인력으로 구성

#### ▶ 병원장의 역할

- 이사회로부터 병원업무의 총체적 관리책임을 위임 받은 자
- 이사회에서 결정 한 정책을 집행하는 일을 수행
- 병원장은 병원의 여러 부서장에게 매일매일 발생하는 각 부서의 업무를 병원정책과 규정의 테두리 내에서 처리할 권한을 주어 운영
- 다른 조직체보다도 여성 인력의 구성비가 높음
- 조직체계와 의사결정 과정이 행정관리체계와 진료 체계로 이원화되어 있음  
(환자 진료와 경영적 측면이라는 상충 되는 조직의 목표로 인하여 계량적 목표설정이나 조직구성원들의 행동지침 설정이 어려움)
- 다양한 직종들로 구성되어 있어서 조직 구조 간에 갈등요인이 상존함
- 일정한 규격의 물품을 생산하는 것이 아니므로 병원조직이 산출해 내는 의료서비스의 척도를 표출하기 어렵고 산출된 서비스의 질 및 구성원의 업적 평가가 어려움  
(다기능, 다양한 전문 직종, 복잡한 시설을 가진 특수 조직인 병원이 효율적으로 잘 운영되려면 전문인력과 보조 인력이 협동적 체제하에 필요한 물적 시설을 보유, 유용하게 활용할 수 있는 조직체로 구성)
- ▶ 기획실의 업무로는 기획업무, 감사업무, 예산 업무로 구성되어 있음.

## 2차시 : 슬기로운 병원조직의 운영2

### ● 효과적인 의사전달의 원칙

- ① 피전달자가 명확히 이해할 수 있게 해야 함  
간절하고 평이한 용어와 체계화된 내용을 전해야 함
- ② 양과 질이 적절  
양이 많으면 부담을 주고 양이 적으면 오해의 가능성이 있음  
지나치게 자세한 내용은 초점을 흐리게 하고 너무 간단하면 내용 전달이 부족해짐
- ③ 적시에 이루어져야 함
- ④ 신축성과 개별성이 있으면서도 일관성과 통일성이 있어야 함
- ⑤ 피전달자의 반응을 얻어야 함

### ● 의사결정의 단계

- ① 문제의 확인  
표면에 나타난 어떤 증상만 보는 것이 아니라 그 증상을 일으킨 문제의 성격, 소재를 깊이 조사
- ② 문제의 분석

관련 자료를 수집하고 문제를 분석하여 이유를 확인

### ③ 대안의 고안

문제를 해결할 수 있다고 판단되는 여러 가지 대안을 고안

### ④ 최적 안의 선택

각 대안의 장단점을 비교 평가하여 최적 안을 선택

무조건 경험에 집착하는 것은 위험하나 경험이 풍부하면 상황이나 조건의 변화 등을 고려하여 결정하는 조절기능이 생김  
규정에 얽매어 해당 규정 사항이 없으면 "안된다"고 하는 부정적 태도보다 그때그때 바람직한 의사결정 기술을 발휘하여 문제를 처리해 나가는 것이 유능한 관리자, 유능한 직원

## ● 문서관리

- 조직 내·외로 발송하거나 접수하는 문서는 중요한 의사전달 및 소통의 수단임.
- 문서관리는 한 기관이 목적달성, 업무활동, 기관 운영의 과정에서 생산, 입수, 이관, 저장, 보관하고 있는 문서, 기록물, 자료들을 체계적으로 분석하고 운영하는 전문분야
- 문서관리의 기본 기능은 생산(획득), 등록, 분류, 이용 및 접근성 부여, 보존 기간 결정, 저장, 이용과 추적장치, 폐기처분 등
- 문서는 정보의 전달과 보관의 기능을 가짐
- 잘 작성된 문서는 자기가 전하고자 하는 내용이 충분히 전달되고 상대방의 이해를 쉽게 함
- 거의 모든 기관이 시행 문서나 기안 문서의 서식을 만들어 그 서식 파일을 이용하여 각 부서에서 문서를 작성

### ▶원내 시행문서를 작성 시 주의사항

- 원내 문서의 발신인이나 수신인의 성명 앞에는 소속과 직위를 기재
- 원내 문서 수신인에게는 경칭을 붙이지 않아도 된다.
- 제목은 내용의 취지를 쉽게 파악할 수 있게 함
- 인장은 명확하게 찍음

## ● 의사전달의 장애요인

- 언어상의 장애요인
- 변화에 대한 의식적인 거부감
- 편견
- 전달자와 피전달자의 입장이 다르면 의사전달의 장애요인이 됨

## 3차시 : 병원의 기능에 대한 이해1

### ● 기획의 원칙

#### ① 목적이 구체적으로 명시

애매한 목적에 따라 작성된 계획의 실시 결과는 비능률과 낭비를 가져옴

#### ② 계획을 세워야 함

조직원들의 이해와 협조를 쉽게 얻을 수 있는 단순성이 필요

#### ③ 표준화된 절차나 방법을 선택

표준화된 절차나 방법은 기획을 용이하게 하고 경제적

#### ④ 신축성이 있어야 함

계속 변화하는 상황에 쉽게 대처 가능

#### ⑤ 안정성이 있어야 함

보다 정확한 정보의 수집과 예측을 통하여 안정성을 기하며 지나친 수정은 삼가

#### ⑥ 경제적이어야 함

가능한 한 현재 이용 가능한 인적 · 물적 자원을 최대한 이용하도록 작성

⑦ 예측성이 있어야 함

- 과학적 조사방법에 의한 자료의 분석과 평가를 통하여 장래에 대한 예측에 기초를 두고 계획을 작성

● 기획의 목적

- ① 목표 달성을 위하여
- ② 항상 준비된 상태가 되기 위하여
- ③ 조절과 통제를 할 수 있기 위하여
- ④ 변화하는 상황에 대처할 수 있기 위하여

▶ 병원 기획의 대상에서 인건비 예산 수립시 고려사항

- 특수업무 수행여부 : 보건의료정보관리부서의 기본적이고 필수적인 업무 이외에 암등록, 적정진료보장실무 등 특수업무를 수행할 경우 그에 따른 인원이 필요

● 목표관리

- 상위 관리자와 하위 구성원 사이의 공동 목표설정과 실적 평가를 통하여 보다 높은 성과를 유도하는 경영관리의 기법 특히 기획의 한 기법
- 목표 관리의 근본 목적은 상위 관리자와 하위 구성원의 공동 목표설정을 통하여 조직체의 경영 목적과 구성원 개인의 목적을 통합시키고 나아가서 조직체와 개인의 효율적 통합을 이루는 것

● 지도의 고충처리 기능

- 어떤 문제가 있을 때 의논할 수 있는 분위기를 마련한다.
- 결론을 이야기해 주고 원인적 요소를 속히 제거한다.
- 계속 추적하고 항상 일관성 있게 한다.
- 문제는 객관적으로 판단해야 한다.

4차시 : 병원의 기능에 대한 이해2

● 조직의 기능

- 계획된 목표를 달성하기 위하여 인원을 배치하고 업무를 배정하는 기능

▶ 조직의 기능적 권한

- 어떤 전문적 지식을 가진 전문가로서 관련된 업무 한도 내에서 갖게 되는 권한
- 의무기록부서장의 직책으로서 staff authority와 비교하여 볼 때 영향을 미치는 범위가 좁고 반면에 자문의 역할을 넘어서 관련 업무에 대하여는 어떤 사항을 요구하고 행동을 취할 수도 있는 권한

● 통제의 기능

- 모든 업무가 결정된 계획, 하달된 명령 및 설정된 여러 원칙하에 수행되고 있는가를 체크하여 어긋나는 사항이 발견되면 그 원인을 확인하고 계획의 수정이나 직원교육, 업무의 효율화 등을 통하여 업무를 올바르게 수행할 수 있게 하는 기능
- 목적한 바와 시행되는 것이 일치하도록 감시하는 과정

● 지도의 기능

- 직원들 모두가 부서의 공동 목표를 향하여 자발적으로 정열적으로 일할 수 있게끔 자극을 주고, 업무체계를 잡아 직원들과 함께 일을 수행하여 나가는 기능

- 지도자는 소속원들이 자발적으로 일할 수 있도록 동기를 부여

▶지도의 기능에서 리더십- 자유방임형

- 지도자의 결정에 따르게 하는 것이 아니라 직원들의 재량이 최대한도로 인정되는 형태
- 직원들의 능력이 골고루 우수하고 업무내용이 고도로 전문화되어 자율성이 있는 경우에는 좋으나 그렇지 못할 때는 규율이 서지 않고 일의 진전이 늦어져 성과가 저하

● 병원 기획의 과정

- 목표의 설정
- 실천목표의 설정
- 최적안의 선택
- 세부계획의 수립

## 5차시 : 병원업무 전산화 관리

● 병원정보시스템, 의료정보시스템(통합의료정보시스템)이란

1) 전자의무기록

환자의 진단이나 치료에 관련되는 사항들을 종이에 기록하는 대신 모두 컴퓨터에 입력하여 필요시 쉽게 화면에서 불러 이용하는 시스템

▶병원 전산화 환경으로는 원무관리, 행정관리, 진료지원, 진료업무, 의료전자기기 이용 업무 등이 있다.

▶병원 전산화 환경에서 입퇴원관리업무에는 입원예약관리 업무, 입원등록 업무, 급식관리 업무가 있다.

2) 처방 전달과 결과보고

의사가 투약, 검사 등의 처방을 처방 또는 검사 용지에 기록 하는 대신 컴퓨터에 입력하면 그 정보가 약국, 임상병리검 사실, 또는 방사선검사실 등 해당부서로 전달, 신속한 처리가 가능

각 검사실에서 검사결과를 전자의무기록으로 입력하거나 자동으로 interface 가능

일정 시간 또는 날짜 단위로 검사종류별로, 시행순서별로 flow sheet로 출력

3) 데이터 제시 및 지식 제공

가공 또는 정리되지 않은 어떤 사실이나 숫자가 의미

진료에 필요한 자료를 언제, 어디서든지 즉시 접근할 수 있도록 환자에 관한 체계적이고 포괄적인 자료를 제시 즉시 유용하게 사용할 수 있는 전문지식 또는 시스템의 한 부분으로서의 지식을 편리하게 이용

4) 임상 의사결정지원

진료가 기준에 미치지 못할 때 자동적으로 경고 또는 주의를 생성하여 제공함. 양질의 진료를 제공

5) 환자 접점 간호

가장 많은 형태는 각 병동 간호사 station에 단말기가 있어 병실에서 측정한 사항 등을 입력

6) 원격진료시스템

광 케이블로 연결된 컴퓨터, 오디오, 비디오, 정보통신망 등의 최첨단 멀티미디어 기술을 이용 멀리 떨어진 지역 간에 생생한 동화상을 통해 환자를 진료하는 시스템

농촌지역의 환자가 대도시 병원에 직접 가지 않고 지역 보건소에서 대도시 병원 전문의사의 진료를 받으면서 검사 기록과 방사선 필름의 영상을 보냄

▶환자별 특성 자료에서 임상자료에는 경과기록, 수술기록, 진료보조부서 기록이 있다.

## 6차시 : 전자의무기록의 개념과 현황 이해하기

### ● 전자의무기록의 정의

- 정확한 자료를 제공하고 의료인에게 필요한 정보를 주어 임상 결정을 도와주기 위한 병원 정보시스템이나 처방전달시스템 내부에 포함되어 있는 전자적 형태의 환자 기록(미국의학협회)
- 종이 매체에 기록되어 온 모든 의무기록을 그 업무처리 구조나 정보의 범위, 정보 내용에 있어 변함없이 동일하게 전산화를 통해 업그레이드시킨 디지털화된 형태
- 환자의 진료행위를 중심으로 발생한 업무상의 자료나 진료 및 수술, 검사기록을 약속된 코드 등 활용 가능한 형태로 전산에 기반하여 입력, 정리, 보관하며 입력된 자료를 통해 의사소통을 하는 시스템을 통칭  
(미국 Medical Record Institute, MRI)

### ● 전자의무기록의 기능

#### 1) 자료입력 기능

- 종이의무기록에서 수기하는 내용을 컴퓨터에 입력하는 기능
- 심전도나 초음파 같은 그림정보, 경과기록 같은 단순 문서자료, 검사결과와 병명 코드와 같은 구조화된 문서자료 등의 입력을 위해서는 여러 가지의 입력수단을 지원
- 그림 정보를 위해서는 문서 영상처리기술이나 영상보관 및 전송체계 등이 필요
- 현재 의무기록에 기록자의 서명을 하는 것과 같이 전자서명을 해야 하며 인증이 필요

#### ▶ 의사책임 자료의 용도

- 의사책임과 요약자료를 통하여 자기가 치료한 환자의 수와 치료의 경향을 파악할 수 있다
- 의사 업무 평가 위원회에서는 의사책임을 이용하여 의사들의 업무를 평가할 수 있다
- 의사들의 병원시설 이용 상황을 알 수 있어 수술실위원장, 인공지능실장 등의 책임자를 임명하는 데에 참고할 수 있다.
- 병원장은 의사들의 업무를 평가하고 의사 개인별 환자 수의 증감상태를 파악할 수 있다

#### 2) 자료저장 기능

물리적으로 자료를 보관하는 것

전자의무기록체계 하에서는 자료가 여러 장소에 분리 보관되기 때문

#### 3) 정보처리 기능

전자의무기록이란 다양한 정보매체의 형태로 건강에 대한 모든 정보를 함축한 시스템

저장된 자료를 가공하여 유용하게 쓸 수 있도록 하는 기술이 포함되어 있어서 처방한 약들에 대한 상호작용을 보여주는 것과 같은 전문가 시스템이 가능하여야 함

#### 4) 정보교환 기능

한 의료기관 내, 국가 내 다른 의료기관 간에, 다른 나라에 있는 의료 기관의 전자의무기록 체계 간의 자료의 교환과 공유가 가능하도록 하는 것

#### 5) 보안기능

전자의무기록의 작성, 관리, 이용 등에 있어서 직종별, 직급별, 담당 업무별 등을 기준으로 여러 형태의 접근 권한을 설정, 권한을 부여 받은 사람만이 자료의 접근이 가능하도록 하는 기능

#### 6) 자료의 제시 기능

저장된 자료를 원하는 형태로 보여주는 기능

경과기록, 수술기록을 볼 수 있거나 혈당 검사결과를 날짜별, 항목별로 볼 수 있는 기능

#### ▶ 서식에 해당되는 자료

- 과별서식 : 분만기록
- 연구서식 : HIV 코호트 연구조사서
- 공통서식 : 입퇴원 요약기록, 응급진료기록

### ● 전자의무기록의 자료입력 기능

- 종이의무기록에서 수기하는 내용을 컴퓨터에 입력하는 기능

- 심전도나 초음파 같은 그림정보, 경과기록 같은 단순문서자료, 검사결과와 병명 코드와 같은 구조화된 문서자료 등의 입력을 위해서는 여러 가지의 입력수단을 지원
- 그림 정보를 위해서는 문서영상처리기술이나 영상보관 및 전송체계 등이 필요
- 현재 의무기록에 기록자의 서명을 하는 것과 같이 전자서명을 해야 하며 인증이 필요

## 7차시 : 전자의무기록의 관리와 기대효과

### ● 전자의무기록의 안전관리

- 기밀성 : 암호화 키의 안전한 전달 수단 확보로 환자의 개인정보를 보호함
- 무결성 : 의료정보의 위, 변조 위험 메시지 인증으로 위, 변조가 불가능하도록 불변성을 확보함
- 위조 방지 : 전자서명생성기를 소유한 합법적인 서명자 외에는 전자서명 생성이 불가능함
- 신원 확인 : 송신자가 전자서명 행위자, 전자서명행위자는 전자서명생성기 소유자
- 부인 방지 : 전자서명생성기 소유자의 기록 작성 내용은 부인할 수 없음

### ● 전자의무기록의 기대효과

- 정보의 이용도 향상
- 자료의 질 향상
- 임상적 효율성 증가
- 의학연구 수준 향상
- 진료의 질 평가 활동 활성화
- 의료 관련 행정 및 관리의 효율성 증진
- 투자회수효과의 최대화
  - : 업무 자동화 및 효율성 제고로 불필요한 중복업무를 배제, 환자정보에 신속한 접근과 지원으로 진료의 질 향상, 개선 및 생산성 증대로 병원의 이윤 증대효과, 능동적 진료 및 업무수행으로 환자 만족도 향상, 경쟁력 향상, 비용 감소, 대환자 맞춤 의료서비스 제공 등이 있다.

### ● 의무기록의 안전관리

- 사용자별 데이터 접근 권한 지침을 마련하여 엄격하게 적용하여야 한다.
- 전산화된 진료정보는 그 내용의 완전성과 정확성이 보장될 수 있도록 관리해야 한다.
- 의료정보의 질을 지속적으로 모니터링 할 수 있는 시스템을 갖추어야 한다.
- 보안이 중요하지만 내용의 완전성과 정확성이 보장될 수 있도록 관리하여야 되기 때문에 진료기록을 업데이트하는 단계별 운영절차와 그에 따른 보안기법이 마련되어야 한다

### ▶ 전자서명

- 전자문서를 작성한 자의 신원과 전자문서의 변경 여부를 확인할 수 있도록 전자서명 생성기로 생성한 전자문서에 대한 작성자의 고유한 정보
- 의료기관의 보건 의료정보관리부서에서는 전자서명을 해야 하는 의료진들의 공인인증서를 관리하는 업무를 하고 있다.
- 보건 의료정보관리부서에서는 전자서명인증 업무지침에 의거하여 전자서명 등록대항기관으로서 인증업무를 수행
- 전자서명용 인증카드를 이용하여 전 근무지 병원에서 발생된 미완성 의무기록을 전용선을 통해 현 근무지 병원에서 원격으로 작성할 수 있어 진료 및 업무 효율성을 높일 수 있고 이는 엄격한 보안으로 환자정보의 비밀이 부당하게 유출되지 않도록 해야 한다.

## 8차시 : 전자의무기록의 미래

### ● 보건의료정보관리 부서의 전자의무기록 관리의 역할

정보시스템의 구축 및 활용에 대한 지식 습득

접근성의 향상

의무기록 데이터의 질 관리

기획의 수립 지원

각종 통계 및 의학연구를 위한 데이터베이스 관리

임상시험 등의 고도의 분석 활동 등

▶ **유비쿼터스 헬스케어는 전통적인 의료영역에서 공간적 확대, 서비스의 다양화, 소비자의 확대, 시간적 확대, 공급자의 확대가 이루어졌다.**

### ● 전자의무기록시스템 설계 시 고려사항

- 경제성 : 시스템 초기 구축비용과 향후 유지비용 및 교육 훈련비용을 포함
- 신뢰성 : 개발기업의 평판과 실제현장에서 운영된 솔루션으로서 안정적인 응답시간, 보안체계를 보장하고 있는지 판단  
    병원은 24시간 시스템을 중단하지 않고 가동해야 하므로 안정적인 시스템 설계가 필요
- 유지보수 : 전문적인 유지보수 인력이 조직화되어 있는 체계적인 유지보수체계를 갖추고 있으며 신속한 유지보수가 가능한지를 판단하고 기술이전을 통한 자체유지 보수능력을 판단
- 기술력 : 전문성 있는 개발인력이 충분하고 고객의 요구사항을 기술적으로 충분히 반영할 수 있으며 기술발전에 따른 계속적인 성능 향상이 가능한지를 판단
- 기능성 : 업무에 필요한 기능의 충족성 및 정보제공 기능의 적절성 판단
- 사용성 : 사용자가 직접 시스템을 쓰기 위한 환경이 편리한지 판단  
    잘못된 시스템 환경이나 교육으로 사용자가 부정적인 태도와 의식을 가진다면 EMR 도입의 효과가 충분히 발현될 수 없음

## 9차시 : 의무기록 이용 및 기본서식

### ● 의무기록/정보의 용도

환자에게 일관성 있는 지속적인 치료를 제공할 수 있는 근거자료가 됨

환자 치료를 담당한 여러 치료자들 사이의 의사전달 도구가 됨

의학 연구 및 교육에 필요한 임상자료가 됨

법적 문제가 발생했을 경우 증거자료가 되어 병원, 의사 및 환자를 보호함

환자에게 제공된 의료의 질을 검토하고 평가하는데 기본 자료로 쓰임

▶ **의무기록에 대한 특성** 진본성은 어떤 기록이 원본인지 보증할 수 있어야 하고 환자의 진료 내용이 작성 후 변경되지 않았다는 것을 보증할 수 있어야 하며, 견실한 정보관리 원칙을 통해 정보의 무결성이 유지되어야 한다.

### ● 의무기록의 기재내용

의무기록에 기록되는 모든 내용들은 완전하게, 알아보기 쉽게 기록해야 하며, 날짜와 기록자의 서명이 반드시 있어야 한다.

1. 행정/인구통계학적 자료 : 환자 이름, 주소, 전화번호 등의 개인정보로써 모든 환자들에게는 고유한 식별자로서 등록 번호가 부여되어 이 번호로서 환자를 확인하거나 컴퓨터에서 쿼리할 때 사용
2. 임상자료 : 환자의 상태, 치료 경위 및 경과에 관한 정보를 포함함으로써 입원 또는 진단의 타당성을 입증할 수 있고 의료기관에 맞게 법적 의무기록에서 요구되는 내용과 그 내용의 무결성을 유지하기 위한 표준을 정하여 운영한다.

## ● 비개인적 자료의 이용

- 통계나 질병분류 등 기본 업무들을 처리할 때 이용
- 전문의, 전공의, 간호사 등이 의학연구를 하기 위하여 의무기록/정보를 검토하는 경우
- 의료의 질 평가를 하기 위하여 병원 내에 조직되어 있는 위원회에서 이용하는 경우

## ● 의무기록의 기본 서식

- 입원초기평가는 입원 후 24시간 이내에 한다.
- 경과기록 횡수는 상태에 따라 다르나 최소 1일 1회 이상 해당일에 작성한다.
- 수술/시술 동의서는 의료행위 전에 작성한다.
- 전입 기록은 전입 후 24시간 이내에 작성한다.

## 10차시 : 함께 배워보는 의무기록서식 개발관리1

### ● 퇴원요약

- 의무기록의 내용을 짧은 시간에 효과적으로 검토하여 환자 진료에 참고하는 것
- 전공의사들이 전문의 시험에 응시할 때 구비서류로서 필요함
- 보험회사에서 진료비 지불액을 산정할 때 참고자료로 사용하는 등 진료목적 이외에 진료내용을 필요로 하는 경우 쉽게 사용할 수 있음
- 간결하면서도 환자의 질병, 검사, 치료에 관한 주요 내용을 빠짐없이 포함한다.

▶ 퇴원요약은 입원기간 동안 환자 질병의 경과, 검사, 치료 및 결과에 대한 것을 한눈에 볼 수 있게 요약해 놓은 기록으로 주치의사나 담당 전공 의사가 환자 퇴원 시점에 기록하여야 하며 다음의 내용들을 포함하여야 한다.

- ① **주호소** : 병력기록 중 환자가 가장 불편하다고 호소하는 문제점이나 증상이 무엇이며 얼마 동안 느껴왔는가를 기록한 것
- ② **임상검사, 방사선검사, 특수검사 그리고 신체조사의 결과** : 입원기간 동안 시행한 모든 검사의 결과를 기록
- ③ **최종진단명** : 각종 검사결과 최종 확인된 진단명들을 기록하는데 이들은 입퇴원기록에 있는 진단명과 일치하여야 한다.
- ④ **치료내용과 그 효과** : 퇴원 시 환자의 상태 등을 기록
- ⑤ **추후 관리계획** : 약, 식사, 운동량 등 퇴원 후의 주의사항, 치료지시, 약속 등을 기록
- ⑥ **퇴원 후 응급상황일 때 대처방안**
- ⑦ **퇴원약** : 퇴원 시 처방되는 약(약품명, 횡수, 투여방법, 기간)을 기록
- ⑧ **전원 시 전원되는 기관명, 전원되는 기관의 연락된 담당자명, 전원 사유, 제공되어야 할 치료사항**
- ⑨ **기록자의 서명, 입퇴원일** : 인턴이 기록한 경우 레지던트나 주치의사가 확인서명

### ● 경과기록

**입원기록** : 입원 당시 환자의 상태 또는 현 증세, 입원의 이유, 과거병력, 계통문진, 신체검사, 추정진단, 치료(진단)계획 등을 간단히 기록

**경과기록** : 환자의 임상경과를 발생순서대로 기록하고 환자 상태에 따라 수시로, 매시간 또는 매일 기록

**인수/인계기록** : 담당 근무를 마치는 의사가 다음 번 교대 근무자에게 인계하는 기록

**전과기록** : 환자가 진료받던 과에서 다른 과로 전과 될 때 환자를 보내는 과

**최종 경과기록** : 퇴원 당시 환자의 상태를 요약한 기록

### ● 입원초기평가

- 초기평가에는 영양평가, 통증평가 및 수행능력 평가를 포함하여 기록
- 담당의사가 입원 24시간 이내에 기록

- 입원 24시간 이내에 수술이 예정된 환자는 수술 전에 작성
- 병력기록과 신체검진기록을 통합하여 작성하는 기록이므로 입원초기평가 서식을 사용하는 경우에는 병력기록과 신체검진기록을 따로 작성하지 않는다.

## 11차시 : 함께 배워보는 의무기록서식 개발관리2

### ● 협의진단기록 및 치료계획

- 환자의 상태가 위급할 때
- 진단이 잘 내려지지 않을 때
- 합병증이 생겨서 다른 분야의 전문적 의견이 필요할 때
- 정신의학적 증상이 나타났을 때
- 환자나 그의 가족이 원할 때
- 어떤 질환이나 상태가 현재 계획하는 치료에 문제가 될 염려가 있을 때

### ▶간호정보조사 기록

환자의 일반정보, 입원과 관련된 정보, 신체검진 및 건강력, 입원시 간호 및 교육에 대한 내용을 기록

### ▶수술기록

- 수술의사의 기억이 생생할 때, 수술 직후에 기록하거나 녹음을 해야 한다.
- 수술 집도 의사와 보조의사의 서명이 무조건 있어야 한다.
- 수술 전 타임아웃을 시행한다.
- 수술을 받은 모든 환자의 의무기록에는 수술기록이 반드시 있어야 한다.

### ● 치료계획

- 의료서비스 제공시 계획 및 진행과정을 관련 부서 모두가 공유하고 치료계획에 반영하는데 이용되는 기록하는 것이다.
- 치료계획에 영향을 줄 수 있는 환자의 상태 변화, 특수검사 결과, 처치, 수술 및 침습적 시술 후 환자상태 변화 등을 의미한다.
- 의사, 간호사, 약사, 영양사, 물리치료사 등 환자치료에 참여하는 모든 의료진이 작성한다.
- 입원 24시간 이내에 계획한다.

## 12차시 : 함께 배워보는 의무기록서식 개발관리3

### ● 영상의학검사보고서

#### ① 영상의학기록

- 진단을 위하여 방사선 촬영을 한 결과가 PACS에 저장된 것을 영상학과 전문의사가 판독을 하여 그 내용을 방사선 검사보고서에 기록
- 전문의사의 서명이 있어야 함
- 보고서 원본이 의무기록으로 저장
- 보건 의료정보관리사는 환자의 인적사항과 판독의사의 서명은 물론 판독내용상 확인된 진단명이 최종진단명에 포함되어 있는가를 검토

#### ② 방사선치료기록

- 방사선 치료를 시행한 경우, 광선의 종류, 양,치료받은 부위 등을 자세히 기록하여 방사선종양학과 전문의사가 서명
- 치료기록 또는 치료요약은 의무기록에 포함,자세한 치료기록은 방사선종양학과에서 보관
- 병원 처방전달시스템상에서 기타 전산시스템을 이용하여 전산으로 저장

#### ▶특수기록

- 물리치료 및 작업치료 기록

#### ▶신생아 확인기록

- 출생에 관한 내용, 아기의 손바닥 도장, 아기의 발바닥 도장, 엄마의 엄지손가락 지문

#### ● 심전도검사보고서

- 심장질환의 진단을 위하여 심장의 박동 상태를 그래프로 그리는 심전도검사
- 그래프, 심장내과 전문의사가 판독한 내용이 포함
- 판독한 심장내과 전문의사의 서명이 있어야 함
- 뇌파의 변화를 그래프로 나타낸 것
- 뇌와 신경계의 질환을 진단하는 데에 중요한 진단방법
- 신경과 전문의사가 판독한 뇌파검사 결과와 판독한 의사의 서명이 있는 보고서가 의무기록에 포함

#### ● 외래초기평가기록

- 환자가 직접 기록한 문진 설문지 및 간호사가 확인한 사항도 초기평가기록으로 사용
- 외래진료과의 초진 환자에 대하여 환자의 상태 및 내원사유 등을 담당의사가 계통문진 및 신체조사 등을 통하여 기록
- 환자의 요구를 확인하고 치료를 시작하는데 중요한 요소를 기록

### 13차시 : 진료정보의 활용 및 데이터의 질 관리

#### ● 데이터의 조건

- 1) 적절성
  - 그 기관의 여러 용도와 목표에 부합되는 적절한 자료수집과 정보 작성
- 2) 체계성
  - 정해진 흐름이나 순서에 의하여 자료가 수집되고 체계화된 방법에 의하여 정보화
  - 과거의 정보와 비교하거나 더욱이 다른 의료기관 간의 비교를 하기 위하여서는 정보의 구조와 내용이 표준화되어 있어야 한다.
- 3) 시한성
  - 언제 필요로 하는가를 파악, 그 시간 안에 정보를 제공
- 4) 정확성과 안전성
  - 의사결정의 중요한 기준으로 이용되는 정보는 정확하고 신뢰성이 있어야 함
  - 정확한 자료수집과 체계화된 처리방법은 정확한 정보 생성의 필수조건
- 5) 효율성
  - 자료수집과 정보 작성에 투입되는 비용과 그 정보의 이용가치를 비교하여 비용 효과성이 합리적이어야 함

#### ● 임상 의사결정 지원의 활용영역

- 1) 경고 : 의료진에게 즉각적으로 환자에 관한 문제를 알려주는 기능
- 2) 해석 : 특정 데이터를 해석하는 기능
- 3) 보조 : 의료진과 컴퓨터의 상호작용을 빠르게 하거나 단순화하는 데 활용되는 기능
- 4) 진단 : 기존 데이터를 활용해서 진단을 제안하는 기능
- 5) 관리 : 기존 데이터나 진단으로부터 컴퓨터가 처치나 치료계획을 생성하고, 의료진은 컴퓨터가 제시한 결과에 대해 평가하는 기능

#### ● 데이터의 분석

- 1) 데이터 웨어 하우스

- 운영계시스템을 운영하면서 생성된 운영계 데이터와 필요시 외부 데이터까지를 주제별로 통합하여 별도의 프로그래밍 없이 즉시 여러 각도에서 분석을 가능하게 하는 통합 시스템

## 2) 데이터 마트

- 데이터 마트는 주로 조직의 특정 세부 조직의 특정 업무 분야에 초점을 맞추어 만들어진 의사결정용 데이터의 부집단

## 3) 데이터 마이닝

- 보건 분야에서도 처방전달시스템, 전자의무기록 등으로 축적된 다량의 진료 관련 데이터를 데이터 마이닝을 이용하여 분석

### ● 데이터의 질기준

- 1) 완전성
- 2) 유일성
- 3) 유효성
- 4) 일관성
- 5) 정확성

## 14차시 : 병원통계의 개념 알아보기

### ● 통계학

#### 1) 통계학의 정의

통계학 statistics이란 관심을 갖는 어떤 대상에서 자료를 수집하여 이를 정리·요약하고, 수집된 자료를 분석함으로써 불확실한 사실에 대하여 과학적이고 합리적인 판단에 의하여 좀 더 사실적이고 명확하게 방향을 제시하는 학문

#### 2) 통계학의 필요성

관심의 대상이 되는 자료를 수집하고 정리·요약하여 쓸모 있는 정보로 가공하고, 이러한 정보를 토대로 현장에서 필요한 판단을 내리거나 미래를 위한 전략으로 사용할 수 있는 방법을 제시

### ● 통계자료

#### 1) 질적 자료 Qualitative Data

기본적으로 숫자로 나타낼 수 없는 자료로 측정 대상의 특성을 분류하거나 확인할 목적으로 숫자로 부여하는 경우가 있지만 그 숫자는 양적인 크기를 나타낼 수 있는 것은 아니며 범주형 자료 categorical data

#### 2) 양적 자료 Quantitative Data

양적 자료는 자료의 크기나 양을 숫자로 표현할 수 있으며 수치 자료 metric data라고도 함  
이는 자료가 숫자로 표현되는 것으로 그 속성을 그대로 반영

### ● 통계와 관련된 기본용어

#### 1) 모집단 population

연구자의 관심대상이 되는 모든 개체의 집합, 즉 자료를 수집하고자 하는 연구대상 전체

#### 2) 표본 sample

통계적 처리를 위하여 모집단에서 실제로 추출할 관측 값이나 측정 값의 일부분

#### 3) 모수 parameter

모집단에 대한 정보를 숫자로 나타낼 수 있는 특성 값으로 모집단을 따르는 고유의 상수로 변하지 않은 일정한 값

#### 4) 오차 error

① 표본오차 sampling error : 모집단의 일부인 표본에서 얻은 자료를 통해 모집단전체의 특성을 추론함으로써 생기는 오차를 말하며, 표본오차에 영향을 미치는 요인은 표본의 정확성과 표본의 크기

② 비표본 오차 nonsampling error : 표본오차를 제외한 조사의 전체과정에서 발생할 수 있는 모든 오차로 실무적 오차라고도 하며 비표본 오차를 줄이기 위해서는 조사자 선정과 조사를

위한 선행교육 및 훈련이 필요

### ● 병원통계의 작성 목적

- 효율적인 병원운영에 필요한 자료를 제공
- 의학연구에 필요한 자료를 제공
- 외부기관에 보고해야 할 통계 자료를 제공
- 진료의 적정성 평가

### ▶ 퇴원환자 통계 계산공식

- 병원 모성사망률=기간 중 모성사망자수/기간 중 총산과 퇴원환자수(사망 포함)x100
- 출생 전후기 사망률=(임신 22주 이후 사망아수+7일 미만 사망아수)/출생아수x100
- 수술 후 사망률=기간 중 수술 후 10일 이내의 사망자수/기간 중 총수술환자수x100
- 협의진단건수(회)=기간 중 협의진료건수/기간 중 총퇴원환자수x100

## 15차시 : 병원통계 관련 용어의 이해

### ● 의료기관의 구분

- 우리나라 의료법(제3조)에서는 의료기관을 “의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(의료업)을 하는 곳”이라고 폭넓게 정의한 후 진료과목·수용시설 및 입원·외래 기능에 따라 다음과 같이 구분
- 종합병원: 의사 및 치과의사가 의료를 행하는 곳으로 다음의 요건을 갖추고 주로 입원환자에 대하여 의료를 행할 목적으로 개설하는 의료기관
- 병원·치과병원·한방병원 및 요양병원 의사 및 치과의사 또는 한의사가 각각 그 의료를 행하는 곳으로서 입원환자 30인 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖춘 의료기관을 말함(단, 치과병원은 입원시설 제한을 받지 않음)
- 의원·치과의원·한의원 의원, 치과의원, 한의원이라 함은 의사·치과의사 또는 한의사가 각각 그 의료를 행하는 곳으로서 진료에 지장이 없는 시설을 갖춘 의료기관을 말함
- 조산원은 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아에 대한 보건과 양호 지도를 행하는 곳으로서 조산에 지장이 없는 시설을 갖춘 의료기관을 말함

### ● 환자 관련 용어

#### 1) 입원환자 Inpatient

- 병원에서 제공하는 시설에 입원하여 진단과 치료를 받기 위해 입원수속을 끝낸 환자(병실배정이 완료)를 말함
- 입원한 당일 퇴원하거나 입원 당일 사망한 경우도 입원환자에 포함

#### 2) 신생아 입원환자

- 병원에서 출생과 동시에 질병 때문에 입원하는 신생아를 말함
- 병원신생아란 그 병원에서 출생한 신생아를 말하며, 병원 도착 전·자가용·구급차 등에서 출산 후 병원에 도착하여
- 입원했다면 소아청소년과 환자로 분류, 이는 분만실을 이용하지 않았으므로 병원 신생아로 산정하지 않음

▶ 주산기 용어 : 출생, 태아사망, 영아

#### 3) 외래환자 Outpatient

- 외래환자는 입원수속을 하지 않고 진료과 외래진료실에서 진단 및 치료를 받는 환자를 말하며 통원환자와 같은 말로 사용하기도 함
- 외래환자는 내원 동기에 따라 특별한 진단이나 치료를 위해 타병원에서 의뢰한 환자, 해당 병원에서 진단이나 치료를 받기 위해 내원하는 일반환자로 구분

<진료에 따라 일반진료 - 전문진료 - 응급진료- 보건지도>

- 내원 경험에 의한 외래환자를 분류하면 신환과 구환으로 분류되며, 진찰료 산정기준에 의해 초진환자와 재진환자로 구분

#### 4) 응급환자 Emergency patient

- 질병이나 분만 또는 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 기타 응급 상태에서 즉시 필요한 응급 처치를 하지 않으면 생명을 보존할 수 없거나 심신상 중대한 위해가 초래될 것으로 판단되는 환자로 정의

## 16차시 : 보건의료정보의 법률적 측면

### ● 의무기록의 법률적 성격 및 관련 법규

- 의료인과 환자 간에 주고받은 대화내용, 환자의 건강에 관한 내용 등 비밀정보이며 그 비밀 정보의 주인은 환자라는 특수한 성격을 가지고 있음
- 국가에서는 관계법을 제정하여 환자의 사생활을 보호해 주고 부당한 노출로 인한 환자의 피해나 불이익을 방지해 주는 한편 필요에 따라 합법적인 경우에는 그 비밀정보를 제공해 주어야 하는 의무도 부과

### ● 의무기록의 법률적 성격 및 관련 법규

#### 1) 작성의 의무

- 진료를 직접 담당하였던 의사나 간호사 등이 환자의 상태, 치료 경과, 검사 결과 등에 관한 정보를 정확하고 완전하게 기록하여 그 환자의 계속되는 치료에는 물론 다른 여러 용도에 이용할 수 있게 하고자 함
- 각 병원에서는 병원 내규로 작성 시한에 관하여 규정하고 있으며 그 시한을 넘긴 미완성 기록에 관하여 여러 가지 규제를 함으로써 신속 정확한 기록을 유도
- 의료기관에서는 해당 평가에서 요구하는 의무기록 작성 항목을 의무기록 완결성 관리대상으로 삼아 관리

#### 2) 보고의 의무

- 의료행위는 환자와 의료인 간의 계약에 의한 법률행위로 인식됨으로 환자 진료에 관한 내용을 기록한 의무기록은 환자에게 진료내용을 정확하고 성실하게 알려주는 보고 문서의 성격을 가짐

#### 3) 비밀유지의 의무

- 그 환자의 건강에 관계되는 개인의 특수 기록이며 환자와 의사와의 의사전달의 기록이므로 내용이 비밀로 보장되어야 함
- 환자들의 비밀 정보가 부당하게 노출되지 않도록 관리

#### 4) 정보제공 도는 제출의 의무

##### ① 「의료법」 제21조(기록 열람 등)에 해당될 때

- ② 「응급의료에 관한 법률」 제11조(응급환자의 이송) 제2항, 제28조(정보센터에 대한 협조 등), 「동법 시행령」 제2조(응급환자가 아닌 자에 대한 이송기준 및 절차) 및 「동법 시행규칙」 제4조(응급환자의 이송절차 및 의무기록의 이송)에 해당될 때

##### ③ 법원에 제출 의무를 갖게 된 때

- 법원에 의하여 문서 제출 의무를 갖게 된 때 「민사소송법」 제344조(문서의 제출 의무)
- 법원에서 증거보전신청이 받아들여졌을 때 「민사소송법」 제375조(증거보전의 요건)

##### 5) 의료관계기관의 직무수행상 요청이 있을 때

- 의료지도원의 열람요청이 있을 때
  - 「의료법」 제61조(보고와 업무 검사 등)
- 마약감시원의 직무수행상 요청이 있을 때
  - 「마약류 관리에 대한 법률」 제52조(마약류 관계 자료의 수집)
- 의료기관에 대하여 진료, 약재의 지급 등 급여에 관한 관계서류의 제출을 요청할 때
  - 「국민건강보험법」 제97조(보고와 검사)

##### 6) 공공의 이익을 위하여 필요한 경우

- 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제11조(의사 등의 신고)
  - 「암관리법」 제14조(암등록통계사업)
  - 개인정보보호법 제15조(개인정보의 수집·이용)

##### 7) 보존의 의무

[의료법]

- 제22조(진료기록부 등)
- 제23조(전자의무기록)
- 제87조(벌칙)

[응급의료에 관한 법률]

- 제49조(출동 및 처치기록)

[의료법 시행규칙]

- 제15조(진료에 관한 기록의 보존)
- 제16조(전자의무기록의 관리, 보존에 필요한 시설과 장비)

## ● 의무기록 보존

- 환자 명부: 5년
- 진료기록부: 10년
- 처방전: 2년
- 수술기록: 10년

## ● 전자정보의 안전관리

- 의료정보보호 책임자 지정
- 패스워드 작성규칙 수립 및 이행
- 접근통제
- 의료정보의 암호화

## 17차시 : 적정 진료보장 관리하기 1

### ● 미국 JCAHO 감시 및 평가모델

- QA 프로그램은 잠재하고 있는 문제의 확인이 가능해야 함
- 문제의 범위를 평가할 수 있어야 함
- 그 문제를 해결할 수 있도록 어떤 시정 행위를 실시할 수 있는 체계가 되어 있어야 함
- 실제로 존재하던 문제가 해결되었는지 다시 조사 또는 감시할 수 있어야 함
- 그 프로그램의 과정, 결과 및 효율성이 문서화될 수 있어야 함

### ● 의료 감사

- 1972년에 미국의 JCAHO 가 개발한 의료의 질 평가방법
- 의사들이 환자의 의무기록을 정기적으로, 조직적으로 검토 · 조사하여 환자 치료의 질을 평가하고 문제점을 확인하여 해결하도록 조치함 → 진료의 질적 향상을 가져오도록 하는 프로그램 1972년 이후 미국에서 강조되어 1974년 미국 병원협회에서는 병원의 주요 진료부서에서 연 2회의 medical audit을 실시하라는 규정을 병원심사규정에 만든 후에 본격적으로 강조되고 의무화되어 1979 년도 경까지 미국에서 상당히 활발히 진행
- 의무기록/정보 위원회 또는 medical audit committee에서 주관
- 시행 방법이 실용적이고 객관적이어서 평가기준이 잘 설정되면 신뢰성이 높은 방법
- Medical audit이 상당 기간 동안 미국 의료계의 진료평가사업을 발전시키는 데에 많은 공헌
- 부분적인 확인과 잘못을 범하는 사람을 확인할 수 있을 뿐 양질의 진료를 방해하는 모든 문제들과 좋지 않은 시스템을 확인할 수 없음
- 80년대에 들어와서는 문제가 되는 모든 건들을 검토하고 잘못된 시스템을 확인할 수 있는 방법으로 대체

### ● 적신호사건 지표

단 한건이 발생했어도 검토해야 하는 것이며 이에 관한 것은 입원 24시간 이내 사망, 수술 중 사망, 수술 후 24시간 이

내 신경마비 등에 해당하는 것이다.

● 의료이용도 관리

진료의 질적 수준은 유지하면서 인적, 물적 의료자원을 효율적으로 활용하도록 조절하는 활동

● 이용도 검토의 종류

전향적 검토, 재원중 검토, 후향적 검토, 선별적 중점 검토

## 18차시 : 적정 진료보장 관리하기 2

● 안전관리 (Risk management, RM)

1) 환자안전 사고

- 보건의료인이 환자에게 보건의료서비스를 제공하는 과정에서 환자의 생명·신체·정신에 대한 손상, 부작용이 발생하였거나 발생할 우려가 있는 사고
- 병상 수가 200 병상 이상인 병원급 의료기관, 종합병원인 경우에는 100 병상 이상 의료기관은 환자안전위원회를 설치·운영, 환자안전 전담인력을 배치하고 운영

2) 환자안전관리시스템의 도입

- 환자안전 전담 인력의 주요 업무
- 환자안전사고 정보의 수집·분석 및 관리·공유
- 환자안전사고 예방 및 재발 방지를 위한 보건의료인 교육
- 환자와 환자 보호자의 환자안전활동을 위한 교육
- 환자안전활동 보고
- 환자안전기준의 준수 점검 및 환자안전지표의 측정·점검

● 안전관리의 업무범위 및 관리단계의 최적의 방안

- 위험관리는 방지 가능한 사고를 예방하고 기관이 책임져야 할 사고를 최소화 할 수 있어야 함
- 사고경위를 확인하고 발생한 상황에 대처할 수 있는 여러 방안을 고안하고 검토해야 한다.
- 처해있는 상황에서 최적의 방안을 선택하고 선택한 방안을 실시
- 모든 상황이 종결된 시점에서 선택하여 실시한 방안의 효과를 검토

● D\*A\*T Model

- 자료, 태도, 도구의 세 요소가 상호작용을 하여 지속적 질 향상이 이루어지고 이 3가지 질 요소가 고르게 상호작용해야 조직 내 질 향상 효과를 낼 수 있다는 모델

● 의료서비스 질 관리도구

1) 아이디어 짜내기

어떤 주제나 문제에 관한 아이디어를 창출해 내는 것으로, 그룹으로 또는 개개인별로 시행할 수 있다. 팀의 역량을 결집하고 개인의 창의성을 살리는 방법으로 짧은 시간 안에 최대한의 아이디어를 얻고자 하는 방법

2) 고객만족도 조사

고객의 편의나 만족을 향상시키기 위하여 개선할 점이 무엇인가를 확인하고 환류시키도록 자료를 수집, 조사

3) 흐름도

업무수행 과정의 각각의 단계, 즉 행위, 의사결정, 대기기간, 문서화 등의 과정을 도식화하여 병목현상이 발생하는 부분을 확인하고 개선의 방안을 알게 해준다.

4) 원인·효과도

어떤 결과를 가져오게 한 요인들을 파악함으로써 문제 해결방안을 찾을 수 있게 하는 것

#### 5) 체크 시트

어떤 종류의 문제가 어떤 형태로 발생하는가를 확인하기 위하여 사용

#### 6) 파레토 도표

어떤 문제 해결에 있어서 우선순위를 결정하게 하고 성과향상을 효과적으로 파악할 수 있게 하는 막대그래프이다.

#### 7) 히스토그램

변이와 그 유형에 관한 파악을 용이하게 하는 막대그래프로서 시간대별 수술실 이용률

#### 8) 런 차트

질적 수준을 나타내는 특성을 장기간 관찰하여 간단히 표시해 주는 꺾은선 그래프

#### 9) 관리도

제품의 품질 분포가 허용범위 내에 있는지 감시하는 데 사용

#### 10) 스캐터 도표

두 변수 간의 관계 및 서로 어떻게 작용하는가를 보여주는 도표

## 19차시 : 함께 배워보는 표준진료지침

### ● 표준진료지침 도입 배경 및 정의

#### 1) 표준진료지침의 정의 및 목표

- 환자의 입원기간 중 최상의 의료 결과를 얻는 데 목표를 두고 의료진이 이 목표를 성취할 수 있도록 병원 전 직원의 행위를 대상으로 작성되는 다원적 지침
- 특정 질환 또는 동종의 질환을 가진 환자들에 대한 환자 본인/가족, 의료진의 예상되는 의료행위를 제시한 시간 틀로서 의사 및 모든 관련 부서에서 제공하는 최상의 의료 패턴을 나타내며, 이는 각 분야의 참여자들이 의료를 계획, 전달, 모니터, 기록 및 검토하는 데 사용

### ● 표준진료지침 적용대상과 범위

- CP의 적용대상을 선정함에 있어서 관심을 가져야 할 내용은 그 대상이 다빈도, 고위험, 고비용의 진단 및 시술이 되어야 한다는 점
- CP 적용 대상 환자수가 많고 진행과정이 비교적 일정하며 의료 결과가 임상적으로 예측 가능한 진단명을 선택함이 타당
- 노동집약적으로 효율화의 여지가 있는 것과 환자진료에 문제점이 적은 질병을 선택하여야 하며 자원 일수를 단축하기를 원하거나, 의료비 청구 시 변상의 문제가 되며 의료의 전 과정에 대해 설명을 명확하게 하고 싶은 환자를 대상으로 함이 적절하다고 할 수 있음

### ● 표준진료지침의 장점

- 표준화된 의료서비스 제공으로 실수로 누락될 수 있는 처치나 처방 등을 방지
- 불필요한 자원 제공이 의료서비스 제공 전에 미리 제거됨
- 개발과정과 의료서비스 제공과정에서 전체적인 의사소통이 증대

### ● 표준진료지침 적용에 있어서의 성공 요건

- 의료진의 적극적인 참여가 필요
- 경영진의 적극적인 참여와 지원이 필요
- 표준진료지침 적용 결과와 과정에서의 문제점 개선을 통해 성과를 향상시킬 수 있는 시스템이 마련
- 병원의 질 향상 활동과 연계

## 20차시 : 보건의료서비스

### ● 의료전달체계의 정의

- 1989년 전국민의료보험과 동시에 시행한 의료전달체계는 국가의료제도를 국민 모두에게 동등하게 제공하려는 방법이며 제한적인 의료자원을 효율적으로 운영함으로써 의료서비스를 적시에, 적정인에 의해, 적정진료를 필요로 하는 국민 모두가 이용할 수 있도록 마련된 제도로 정의됨

### ● 1차 의료, 2차 의료, 3차 의료

- 1차 의료 : 의료서비스의 첫번째 단계로 지역사회 환자와의 접촉이며 질병중심보다는 환자에 초점을 맞추어 지속적인 의료 서비스를 제공하며 통상적이고 일반적인 환자에 대한 서비스를 제공하고 조정·통합하는 것
- 2차 의료 : 입원환자를 진료·치료하는 병원과 종합병원의 규모는 100병상 이상의 입원실을 갖추고 내과, 일반외과, 산부인과, 진단방사선과, 소아과, 마취과, 임상병리과 또는 해부 병리과, 치과 등 7개과 300병상 이상인 경우 정신과 포함  
9개과 이상의 진료과목과 일정수준의 인력, 시설 및 장비 등을 갖춘 것을 2차 의료2단계 의료에 대한 내용으로 규정
- 3차 의료 : 중증의 고난이도의 질병과 희귀병질환의 환자들에 대한 의료 행위를 주로 하는 것을 말하며 3차 의료기관 선정기준에 합당하는 대학병원이 상급종합병원의 명칭을 사용

### ▶보건의료 서비스의 개요 중 의료기관 종별에 따른 역할

의료기관 기능 규정, 진료권 설정, 의료기관 투입요소, 의료기관 종별 분류

### ● 의료전달체계의 원칙

- 효율적인 의료자원을 활용할 수 있는 장치 마련
- 포괄적인 양질의 의료서비스 제공
- 적정량의 총괄적인 의료서비스의 제공
- 전체적인 시스템을 파악하여 종합적인 체계를 마련

## 21차시 : 건강보험제도

### ● 사회보장의 정의

- 사회보장을 '실업, 질병 또는 부상으로 인하여 수입이 중단된 경우에 대처하기 위하여, 노령에 의한 퇴직이나 부양책임자의 사망으로 인한 부양 상실에 대비하고, 나아가서는 출생, 사망 및 결혼 등에 관련된 특별한 지출을 감당하기 위한 소득보장'을 의미
- '질병, 부상, 출산, 실업, 노령, 폐질, 사망 등으로 인한 소득의 중단 또는 감소에 의하여 야기되는 경제적, 사회적인 고난에 대하여 사회가 그 구성원들에게 마련해주는 소득보장, 의료보장, 복지 서비스 등 일련의 공적 조치'라고 정의

### ● 건강보험제도 목적

- '국민의 질병, 부상에 대한 예방, 진단, 치료, 재활과 출산, 사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회보장 증진함을 목적'으로 한다.
- 건강보험제도 장점 : 양질의 의료 제공

### ● 우리나라의 민간보험제도

- 사회보험과 사보험은 상호보완적인 관계
- 실손보험으로 인한 의료 왜곡현상이 심함
- 본인부담금과 비급여를 대상으로 하는 실손보험

### ● 사회보장의 목적

- 기본적인 경제보장
- 소득재분배 효과

- 최저 생활보장
- 사회적 연대감의 증대

## 22차시 : 요양급여적용기준

### ● 종별 가산율을 적용하지 아니하는 요양기관

- 약국 및 한국희귀의약품센터
- 조산원, 보건소, 보건지소, 보건진료소
- 의료법 제35에 의한 부속 의료기관

### ● 요양기관 종별가산율

- 치과의원, 한의원, 보건의료원의 의사, 치과의사, 한의사 1인당 1일 진찰횟수를 기준으로 진찰료에 대해 차등지급
- 75건 이하 : 100%
- 75건 초과 100건까지 90%
- 100건 초과 150까지 75%
- 150건을 초과한 건 50%

### ● 행위급여 일반원칙

- 행위에 대한 비용을 산정할 때에는 분류항목의 상대가치점수에 점수당 단가를 곱하여 10원 미만은 반올림한 금액으로 산정한다.
- 요양기관 종별가산율에 의하여 산출된 금액에 대하여는 원 미만을 반올림한다.
- 각종 가감률에 의하여 산출된 금액에 대하여는 상대가치점수에 가감률을 곱하여 총점수를 산출한다.
- 각종 가감률에 의하여 산출된 금액에 대하여는 상대가치점수에 가감률을 곱하여 총 점수를 산출하는데 이 경우에는 가감률이 중복 적용될 경우에는 중복가산하지 않는다.

### ● 주사

- 동일 효능의 내복약과 주사제는 병용하여 처방, 투여해서는 안 됨
- 경구투약 치료효과를 기대할 수 없는 경우 사용
- 경구투약을 할 수 없는 경우 사용
- 혼합주사는 치료효과를 높일 수 있다고 의학적으로 인정되는 경우 사용

### ● 처방, 조제

- 의약품은 약사법령에 의하여 허가 또는 신고된 사항의 범위 안에서 처방, 투여
- 진료품 2품목 이상의 의약품을 병용하여 처방, 투여하는 경우에는 1품목의 처방, 투여로는 치료효과를 기대하기 어렵다고 의학적으로 인정되는 경우에 한함
- 오남용의 폐해가 우려되는 의약품은 신중하게 처방, 투여해야 함
- 식품의약품안전처장이 긴급한 도입이 필요하다고 인정한 품목의 경우에는 식품의약품안전처장이 인정한 범위 안에서 처방 투여

## 23차시 : 알아두면 편리한 의료행위수가 산정지침1

### ● 가정간호

- 의사 또는 한의사의 진단과 처방에 따라 가정전문간호사가 환자의 자택을 방문하여 가정간호 대상 환자에게 가정간호를 행하는 경우 산정하는 것
- 가정간호 기본 방문료 이외 각 장의 분류된 항목의 점수를 입원환자 산정기준에 따라 별도산정
- 의사의 진단과 처방에 따라 가정전문간호사가 환자의 가정을 방문하여 검사, 투약, 주사 및 처치 등을 실시한 경우
- 만 1세 미만 소아는 소정점수 50% 가산, 만 1세부터 만 6세 미만 소아, 만 70세 이상 노인은 소정점수 30% 가산

### ● 전문병원 관리료

- 의료법에 따라 전문병원으로 지정 받은 의료기관에서 산정
- 1분야는 뇌혈관, 수지 접합, 심장, 알코올, 유방, 화상, 주산기 질환 및 소아청소년과, 재활의학과 진료과목으로 지정 받은 전문병원에서 산정
- 2분야는 중풍 질환 및 산부인과, 안과, 외과, 이비인후과, 신경과, 한방부인과 진료과목으로 지정 받은 전문병원에서 산정
- 3분야는 관절, 대장항문, 척추 질환으로 지정 받은 전문병원에서 산정
- 전문병원 외래관리료는 안과, 이비인후과 진료과목으로 지정 받은 전문병원에서 산정

### ▶ 진찰료

- 동일 의사가 동시에 2가지 이상의 상병에 대하여 진찰을 한 경우는 진찰료 1회 산정한다.
- 평일 18시(토요일 13시)~익일 09시 또는 공휴일(법정)에는 진찰료 중 기본진찰료(초진 또는 재진) 소정점수의 30%를 가산
- 동일한 상병에 대하여 2인 이상의 의사가 동일한 날에 진찰을 한 경우 진찰료는 1회 산정한다.
- 외래 진료시 종합병원 이상의 내과는 세부 전문분야별로 초, 재진 진찰료를 산정한다.

### ● 입원환자 간호관리료 차등제

- 1등급 : 입원료 소정점수의 50% 가산
- 2등급 : 입원료 소정점수의 40% 가산
- 3등급 : 입원료 소정점수의 30% 가산
- 4등급 : 입원료 소정점수의 20% 가산
- 5등급 : 입원료 소정점수의 10% 가산
- 6등급 : 입원료 소정점수로 산정

## 24차시 : 알아두면 편리한 의료행위수가 산정지침2

### ● 검사료 산정지침

- 검사료 산정지침에 기재되지 아니한 검사로서 외관, 취기, 색도 등의 간단한 검사 또는 계산방법에 의하여 검사치를 얻는 경우에는 검사료를 산정하지 아니함
- 대청기관에 대한 양측검사를 하였을 때에도 '편측' 이라는 표기가 없는 한 소정점수만 산정
- 인체에서 채취한 가검물에 대한 검사를 수탁기관으로 위탁하는 경우에는 10%를 '위탁검사 관리료'로 산정

### ● 의약품 처방조제 지원 서비스

- 환자가 여러 의료기관을 방문하는 경우에는 의사와 약사가 환자가 복용하고 있는 약을 알지 못하고 처방, 조제하여 환자가 약물 부작용에 노출될 수 있기 때문에 DUR(Drug Utilization Review)은 의약품을 처방하고 조제할 때 함께 복용하면 부작용이 발생할 수 있거나 연령금기 약물, 중복투약 되는 약 등 의약품 안전성과 관련된 정보를 의사와 약사에게 컴퓨터 화면에 팝업창으로 실시간 제공하여 부적절한 약물 사용을 사전에 점검하는 서비스

- 영상진단 및 방사선 치료에 사용된 다음의 약제 및 재료대는 :약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정 기준"에 의해 별도 산정 되는 것 : 조영제, 맥관조영용 카테터, 1회성 방사성 입자 및 방사성 등 위원소

#### ● DUR

- 의약품을 처방하고 조제할 때 함께 복용하면 부작용이 발생할 수 있거나 연령금기 약물, 중복투약 되는 약 등 의약품 안전성과 관련된 정보를 의사와 약사에게 컴퓨터 화면에 팝업창으로 실시간 제공하며 부적절한 약물 사용을 사전에 점검하는 서비스는 DUR

### 25차시 : 알아두면 편리한 의료행위수가 산정지침3

#### ● 마취료 산정지침

- 마취제 주사 시 사용한 1회용 주사기 및 주사침 등의 재료대는 마취료 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 않음
- 18~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 마취를 행한 경우에는 소정점수의 50%를 가산
- 동일 목적을 위하여 2가지 이상의 마취를 병용한 경우 또는 마취 중에 다른 마취법으로 변경한 경우에는 주된 마취 소정 점수만 산정
- 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취의 비용은 소정 시술료에 포함되므로 별도 산정하지 않음

#### ● 처치 및 수술료 산정지침

- 18~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 처치 및 수술을 행한 경우에는 소정점수의 50% 가산, 다만, 22~06시에 분만(자-435, 자-436, 자-438, 자-450, 자-451)을 시행한 경우에는 소정점수의 100%를 가산
- 동일 피부 절개 하에 2가지 이상 수술을 동시에 시술할 경우 주된 수술은 소정점수에 의하여 산정하고, 제2의 수술부터는 해당 수술 소정점수의 50% 산정(상급종합병원, 종합병원은 70% 산정)
- 캐스트 산정지침에서 만1세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 50%를 가산하며, 만1세 이상 6세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 30% 가산
- 대칭기관에 관한 처치 및 수술 중 "양측"이라고 표기한 것은 "양측"을 시술할지라도 소정점수만 산정
- 화상범위가 수개부위일 경우 화상범위를 합산하여 산정
- 창상봉합과 절개술에서의 근접부위 중 4x4인치 거즈 한 장 범위 내는 둘 이상의 절개창 또는 창상 길이를 합산하여 산정
- 입원중인 만1세 이상 만6세 미만 소아에게 처치 및 수술을 행한 경우에는 해당 항목 소정점수의 30%를 가산

#### ● 정신요법료 산정지침

- 정신요법료는 정신건강의학과 전문의가 정신건강의학과 환자에게 행한 경우에 산정
- 정신건강의학과 전문의 지도하에 정신건강의학과 전공의가 실시한 경우에도 산정
- 심층분석요법(아-1-다), 분석적답정신치료(아-2-나), 약물이용면담(아-5)은 5년차 이상 전공의가 실시한 경우에 산정