

보건복지부 고시 제2024 - 135호

「국민건강보험법 시행령」 제21조제2항·3항 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제2항부터 제5항까지, 제9조제1항, 제11조제1항, 제12조제2항 및 제13조 제1항·제3항에 의한 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」(보건복지부 고시 제2024-126호, 2024.6.27.)를 다음과 같이 개정·발령합니다.

2024년 7월 5일

보건복지부장관

「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 일부개정

건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 일부를 다음과 같이 개정한다.

제1편 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제1장 기본진료료 [산정지침]의 2. 입원료 등의 제목 중 “납차폐특수치료실입원료”를 “납차폐특수치료실입원료·임종실 입원료”로 하고, 2.입원료 다.목 중 “납차폐특수치료실입원료 등”을 “납차폐특수치료실입원료, 임종실 입원료 등”으로 한다.

제1편 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제1장 기본진료료 [산정지침]의 2. 입원료 등 중 다.목에 (8)을 다음과 같이 신설한다.

(8) 임종실 입원료: 담당의사와 전문의 1인의 의학적 임종 판단에 따라 임종이 임박한 환자로, 임종실 입실이 반드시 필요한 경우

제1편 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제1장 기본진료료 [산정지침]의 2. 입원료 등 다.목 (2)중 “납차폐특수치료실, 낮병동 등”을 “납차폐특수치료실, 낮병동, 임종실 등”으로 하고, “무균치료실, 납차폐특수치료실 등”을 “무균치료실, 납차폐특수치료실, 임종실 등”으로 한다.

제1편 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제1장 기본진료료 [산정지침]의 5. 의료질평가지원금 중 나.목 (9)를 다음과 같이 신설한다.

(9) 임종실 입원료(가-10-2)

제1편 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제1장 기본진료료 [산정지침]의 6. 전문병원 관리료 등 중 가.목 (1)(라)에 9)를 다음과 같이 신설한다.

9) 임종실 입원료(가-10-2)

제1편 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제1장 기본진료료 [산정지침]의 6. 전문병원 관리료 등 중 나.목 (1)에 (자)를 다음과 같이 신설한다.

(자) 임종실 입원료(가-10-2)

제1편 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제1장 기본진료료 [산정지침]의 6. 전문병원 관리료 등 중 나.목 (2)에 (가)를 다음과 같이 개정한다.

(가) 환자군별 정액수가(요-1, 요-2, 요-3, 요-6, 요-7)

제1편 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제1장 기본진료료 [산정지침]의 6. 전문병원 관리료 등 중 나.목 (2)에 (바)를 다음과 같이 신설한다.

(바) 요양병원 임종실 입원 정액(요-30)

제1편 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제1장 기본진료료의 표 중 가-10-1란 아래에 가-10-2 임종실 입원료를 다음과 같이 신설한다

분류번호	코드	분 류	점 수
가-10-2		임종실 입원료 [1인실]	
	AQ200 (17200)	가. 상급종합병원	4,982.27
	AQ300 (17300)	나. 종합병원	3,515.89
	AQ400 (17400)	다. 병원, 정신병원	2,837.44
	AQ500 (17500)	라. 치과병원, 한방병원	2,087.89

제1편 제2부 제3장 제2절 방사선훈수영상진단료 [혈관조영촬영] 다-277
근적외선 인도시아닌그린 조영술란을 다음과 같이 한다.

분류번호	코드	분 류	점 수
다-277		제2절 방사선훈수영상진단료 [혈관조영촬영] 근적외선 인도시아닌그린 조영술 Near Infrared Indocyanine Green graphy 주: 「허가 또는 신고 범위 초과 약제 비급여 사용 승인에 관한 기준 및 절차」에 따라 비급여 사용승인 받은 약제 및 승인기관에 한하여 산정한다.	
	HA770	가. 수술 중 근적외선 인도시아닌그린 비디오 혈관조영술	2,155.99
	HA771	나. 근적외선 인도시아닌그린 림프조영술	2,155.99

제1편 제2부 제6장 마취료 [산정지침] (10)을 다음과 같이 하고, (14)를
다음과 같이 신설한다.

(10) 미국마취과학회 신체상태 분류(ASA-PS) 3 이상 환자에 대한 수술 마취^{B)}시에는 마취료 소정점수의 50%를 가산한다.(산정코드 세 번째 자리에 B로 기재) 단, 산정지침 (2), (3), (11), (12), (13), (14)와 중복 가산하지 아니한다.

(14) 모체 내 태아에게 제9장 (별표13)에 열거한 항목을 시행하면서 바-1 및 바-2의 마취를 행한 경우에는 마취료 소정점수의 300%를 가산한다.(산정코드 첫 번째 자리에 K로 기재)

제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (25)를 다음과 같이 신설한다.

(25) 모체 내 태아에게 (별표 13)에 열거한 항목을 행한 경우에는 해당 항목 소정점수의 400%를 가산한다.(산정코드 첫 번째 자리에 C로 기재)

제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 (별표 8) 란을 다음과 같이 신설한다.

(별표 8)

분류번호 및 코드	
자21	(N0210, N0211)
자212-1	(P2123, P2124, P2125)

제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 (별표 13) 란을 다음과 같이 신설한다.

(별표 13)

해당 분류항목

분류번호 및 코드	
자453-1 (RZ562, RZ563)	자453-3 (R4536, R4537)
자453-2 (R4535)	자453-4 (R4538)

제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [피부 및 연부조직] 자-21
내향성모조증근치수술란을 다음과 같이 한다.

분류번호	코드	분 류	점 수
자-21	N0210	제1절 처치 및 수술료 [피부 및 연부조직] 내향성모조증근치수술 Operation for Ingrowing Nail	626.83
	N0211	주 : 손발톱바닥 편평방식의 수술적 교정술을 시행한 경우에는 902.99점을 산정한다.	

제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [비장 및 림프절] 자-212-1
액와 감시림프절 절제술란을 다음과 같이 한다.

분류번호	코드	분 류	점 수
자-212-1	P2123	제1절 처치 및 수술료 [비장 및 림프절] 액와 감시림프절 절제술 Axillary Sentinel Lymph Node Excision	5,837.60
	P2124	주 : 1. 방사선 검출기를 이용하여 림프절의 위치를 확인한 경우에는 6,211.18점을 산정하되, 소요된 방사성 동위원소는 소정점수에 포함한다.	
	P2125	2. 인도시아닌그린을 주사하고 근적외선 장비를 이용하여 림프절의 위치를 확인한 경우에는 6,410.08점을 산정하고 해당약제는 「허가 또는 신고 범위 초과 약제 비급여 사용 승인에 관한 기준 및 절차」에 따라 비급여 사용승인 받은 약제 및 승인기관에 한하여 산정한다.	

제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [비뇨기] 자-327 신적출술란을 다음과 같이 한다.

분류번호	코드	분 류	점 수
자-327		제1절 처치 및 수술료 [비 뇨 기]	
		신적출술 Nephrectomy	
	R3271	가. 단순전적출 Simple	18,133.22
	R3274	나. 피막하적출 Subcapsular	14,037.50
	R3273	다. 근치적전적출 [림프절 및 부신적출 포함] Radical	24,023.40

제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [여성 생식기, 임신과 분만] '주1'을 다음과 같이 한다.

분류번호	코드	분 류	점수
		제1절 처치 및 수술료 [여성 생식기, 임신과 분만]	
		주 : 1. 분만취약지 소재 요양기관에서 분만(자-435, 자-436, 자-438, 자-450, 자-451)한 경우 소정 점수의 200%를 가산한다.(산정코드 첫 번째 자리에 R로 기재) 다만, 제6편 제2부 제1장 공공-1가 분만 지역정책수가와 동시 산정 하지 아니한다.	

제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [여성 생식기, 임신과 분만] '주4'는 삭제한다.

제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [여성 생식기, 임신과 분만]

자-453-1 자궁내 태아수혈(제대혈관이용) [유도료 별도 산정], 자-453-2 천미골 기형종 태아에서의 고주파용해술 [유도료 별도 산정], 자-453-3 자궁 내 태아 흉수 배액술 [유도료 별도 산정], 자-453-4 쌍태간 수혈 증후군에서의 레이저 태반혈관문합 응고술 [유도료 별도 산정]란을 다음과 같이 한다.

분류번호	코드	분 류	점 수
제1절 처치 및 수술료 [여성 생식기, 임신과 분만]			
자-453-1	RZ562	자궁 내 태아수혈(제대혈관이용) [유도료 별도 산정]	8,815.82
	RZ563	주 : 자궁 내 태아수혈(태아복강내수혈)을 실시한 경우에도 소정점수를 산정한다.	
자-453-2	R4535	천미골 기형종 태아에서의 고주파용해술 [유도료 별도 산정] Radiofrequency Ablation for Fetal Sacroccocygeal Teratoma 주 : 1. 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 별표2에 따른 요양급여 적용 2. 1회용 치료재료 Electrode는 별도 산정한다.	4,949.55
자-453-3		자궁 내 태아 흉수 배액술 [유도료 별도 산정] 주 : 「가」와 「나」는 동시에 산정할 수 없다.	
	R4536	가. 흉강천자 In-utero Fetal Thoracocentesis	3,845.27
	R4537	나. 흉강-양막강 단락술 In-utero Fetal Thoraco-amniotic Shunt Operation 주 : 사용된 태아섀트는 별도 산정한다.	4,674.33
자-453-4	R4538	쌍태간 수혈증후군에서의 레이저 태반혈관문합 응고술 [유도료 별도 산정] Fetoscopic Laser Coagulation of the Placental Vascular Anastomoses for Twin to Twin Transfusion syndrome 주 : 사용한 Catheter는 별도 산정한다.	10,210.80

제1편 제2부 제11장 조산료 [산정지침] (5) 중 “제6편 제1부 분만 중”을

“제6편 제2부 제1장”으로 한다.

제1편 제3부 제2장 제5절 초음파검사로 [진단 초음파] 노-981 횡파 탄성 초음파 영상란 다음에 노-982 감쇠 계수를 이용한 간 지방증 정량검사란을 다음과 같이 신설한다.

분류번호	코드	분 류
		제5절 초음파검사로 [진단 초음파]
노-982	EZ982	감쇠 계수를 이용한 간 지방증 정량검사 Quantitative Measurement of Hepatic Steatosis using Attenuation Coefficient

제2편 제1부 질병군 급여 일반원칙 26-1. 중 “제6편 제3부 산정지침 2.에 따른”을 “제6편 제2부 제3장”으로 하고, 36. 중 “제6편 제2부 소아 진료 중”을 “제6편 제2부 제2장”으로 한다

제2편 제2부 제4장 산부인과 [적용지침] 10. 중 “제6편 제1부 분만 중”을 “제6편 제2부 제1장”으로 한다.

제3편 제1부 2.를 다음과 같이 개정한다.

2. 국민건강보험법 시행령 제21조제3항제1호 및 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제8조제4항의 규정에 의하여 포괄적인 행위가 적용되는 환자(이하 “장기환자”라 한다)는 제2부에 의하여 산정하고, 포괄적인 행위가 적용되지 않는 다음의 환자(이하 “제외환자”라 한다)는 제3부에 의하여 산정한다. 단, 제외환자 중 가, 다, 라목에

해당하는 환자가 요양병원 임종실에 입원한 경우 제2부 제2장에 따른 요양병원 임종실 입원 정액수가를 산정하며 제3부의 입원료 등은 중복 산정하지 아니한다.

제3편 제1부 3.을 다음과 같이 개정한다.

3. 장기환자가 입원기간 중 다음에 해당하는 경우 동 기간(이하 “특정 기간”이라 한다) 동안에는 제3부에 의하여 산정할 수 있다. 단, 특정 기간에 해당하는 치료기간 또는 입원기간 중에 요양병원 임종실로 입원한 경우 제2부 제2장에 따른 요양병원 임종실 입원 정액수가를 산정하며 제3부의 입원료 등은 중복 산정하지 아니한다.

제3편 제2부 요양병원 환자군 급여목록·상대가치점수 및 산정지침을 다음과 같이 개정한다.

제2부 요양병원 환자군, 임종실 급여목록·상대가치점수 및 산정지침
제1장 요양병원 환자군 급여목록·상대가치점수 및 산정지침

제3편 제2부 제2장을 다음과 같이 신설한다.

제2장 요양병원 임종실 급여목록·상대가치점수 및 산정지침
[산정지침]

1. 요양병원 임종실로 입원한 경우 상대가치점수(이하 “점수”라 한다)는 입원일당 정액(이하 “임종실정액수가”라 한다)으로 한다. 임종실정액수가는 행위점수에 국민건강보험법 제45조제3항과 같은 법 시행령 제21조제1항에 따른 점수당 단가를 곱한 금액과 약제·치료재료 금액을 합하여 10원 미만은 4사5입한 금액으로 산정한다.

2. 임종실정액수가는 다음 각목의 행위·약제 및 치료재료 등을 포함한다.

가. 제1편 제1부 II. 요양기관 종별 가산율의 금액, 제2부 각 장에서 분류된 분류항목의 점수와 각종 가산제도에 의해 가산한 금액 및 제3편 요-51 요양병원 입원료

나. 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙(이하 “요양급여기준”이라 한다) 제8조제2항의 규정에 의하여 고시된 약제·치료재료 급여 목록에 해당하는 약제 및 치료재료

다. 다음 항목 중 위 가목 및 나목에 해당하는 경우

(1) 요양급여기준 [별표1] 제1호마목 단서규정에 의하여 장관이 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

(2) 입원 당일에 발생한 행위·약제 및 치료재료로서 외래진료 등. 다만, 입원이 결정되지 않은 상태에서 입원 당일 외래 진료를 받은 경우의 원외처방 약제비는 제외

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

3. 위 2.에 불구하고 임종실정액수가를 적용하는 기간 동안 의학적으로 필요한 경우 다음의 분류항목은 별도 산정 할 수 있다.

가. 제3편 제2부 제1장 제3호 가목에 따른 특정항목은 제1편 제2부 각장에 분류된 항목의 상대가치점수 및 약제·치료재료 급여목록에 의하여 산정하며(별표1 참조), 이 때 분류항목별 산정기준 등은 제1편을 따른다.

나. 다음에 분류된 항목의 산정기준 등은 제3부에서 정한 바에 따른다.

(1) 요양병원 입원환자 안전관리료 (요-55)

(2) 요양병원 입원급여 적정성 평가 연계 질지원금

(3) 요양병원 감염예방·관리료 (요-57)

다. 연명의료중단등결정은 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제4편 제5부에 의하여 산정한다.

4. 임종실정액수가는 1일당으로 다음과 같이 산정한다.

가. 1일이라 함은 12시(정오)부터 다음 날 12시(정오)까지를 의미한다.

나. 0~6시 사이에 입원하거나(산정코드 첫 번째 자리에 1로 기재), 18~24시 사이에 퇴원한 경우(산정코드 첫 번째 자리에 2로 기재)에는 임종실정액수가 소정점수의 50%를 별도 산정한다.

다. 6~12시 사이에 입원하거나, 12~18시 사이에 퇴원한 경우에는 동기간의 임종실정액수가는 별도 산정하지 아니한다.

라. 입원과 퇴원이 24시간 이내에 이루어진 경우에는 전체 입원 시간이 6시간 이상인 경우에 한하여 1일의 임종실정액수가를 산정한다.

5. 임종실정액수가는 제3부 제4호 마목 및 바목의 의사 및 간호 인력 확보수준에 따른 입원료 차등제를 적용하여 산정한다.

6. 「의료법」 제3조의5에 따라 전문병원으로 지정받은 요양병원은 「의료질평가지원금 등 산정을 위한 기준」의 평가결과에 따라 제1편의 전문병원(병원·요양병원·한방병원) 의료질평가지원금(가-24-1)을 산정한다.

분류번호	코 드	분 류	행위 점수	약제치료재료 금액(원)
요-30	A0300 (85300)	요양병원 임종실 입원 정액	2,157.81	7,980

제3편 제3부 [산정지침] 4.마.(1)을 다음과 같이 개정한다.

(1) 요양병원입원료, 낮병동 입원료, 정액수가(환자군, 임종실) 산정시 적용한다.

제3편 제3부 [산정지침] 4.바.(1)을 다음과 같이 개정한다.

(1) 요양병원입원료, 낮병동 입원료, 정액수가(환자군, 임종실) 산정시 적용한다.

제3편 제3부 [산정지침] 4.자.(1)(가)를 다음과 같이 개정한다.

(가) 요양병원입원료, 낮병동 입원료, 정액수가(환자군, 임종실) 산정시 적용한다.

제4편 제2부 제1장 호스피스 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 [산정지침] 4. 중 ‘입원환자 간호관리료(소정점수의 46%), 입원환자 병원관리료(소정점수의 28%)’를 ‘입원환자 간호관리료(소정점수의 48%), 입원환자 병원관리료(소정점수의 26%)’로 변경하며 [산정지침] 7가. 중 ‘1등급: 입원료 소정점수의 20% 가산’은 ‘1등급: 2등급 입원료 소정점수의 12% 가산’으로, ‘2등급: 입원료 소정점수의 10% 가산’은 ‘2등급: 3등급 입원료 소정점수의 12% 가산’으로 변경한다.

제4편 제2부 제1장 제1절 호스피스 입원일당 정액 I 을 다음과 같이 한다.

분류번호	코드	분 류	점수
완-1		호스피스 입원실	
		가. 4인실	
	WJ100	(1) 상급종합병원	5,683.92
	WJ200	(2) 종합병원	5,433.10
	WJ300	(3) 병원	4,426.88
	WJ400	(4) 의원	3,868.28
		나. 2~3인실	
	WJ130	(1) 상급종합병원	5,932.09
	WJ230	(2) 종합병원	5,661.93
	WJ330	(3) 병원	4,627.32
	WJ430	(4) 의원	4,023.31
		다.1인실	
	WJ160	(1) 상급종합병원	5,683.92
	WJ260	(2) 종합병원	5,433.10

완-2	WJ360	(3) 병원	4,426.88
	WJ460	(4) 의원	4,695.10
		호스피스 격리실	
	WK100	가. 상급종합병원	7,007.55
완-3	WK200	나. 종합병원	6,653.50
	WK300	다. 병원	5,495.88
	WK400	라. 의원	4,695.10
		호스피스 임종실	
	WL100	가. 상급종합병원	7,007.55
	WL200	나. 종합병원	6,653.50
	WL300	다. 병원	5,495.88
	WL400	라. 의원	4,695.10

제4편 제2부 제1장 제2절 호스피스 입원일당 정액Ⅱ을 다음과 같이 한다.

분류번호	코드	분 류	점수
완-4		호스피스 입원실	
		가. 4인실	
	WM100	(1) 상급종합병원	4,189.09
	WM200	(2) 종합병원	3,938.27
	WM300	(3) 병원	2,932.05
	WM400	(4) 의원	2,508.77
		나. 2~3인실	
	WM130	(1) 상급종합병원	4,437.26
	WM230	(2) 종합병원	4,167.10
	WM330	(3) 병원	3,132.49
	WM430	(4) 의원	2,663.80
		다.1인실	
	WM160	(1) 상급종합병원	4,189.09
	WM260	(2) 종합병원	3,938.27
	WM360	(3) 병원	2,932.05
	WM460	(4) 의원	3,335.59
완-5		호스피스 격리실	
	WN100	가. 상급종합병원	5,512.72
	WN200	나. 종합병원	5,158.67
	WN300	다. 병원	4,001.05
	WN400	라. 의원	3,335.59
완-6		호스피스 임종실	
	WO100	가. 상급종합병원	5,512.72
	WO200	나. 종합병원	5,158.67
	WO300	다. 병원	4,001.05
	WO400	라. 의원	3,335.59

제4편 제2부 제1장 (별표) 호스피스 입원료를 다음과 같이 한다.

분 류	점수
호스피스 입원료(1일당) Inpatient Care	
가. 4인실	
(1) 상급종합병원	2,235.96
(2) 종합병원	2,068.21
(3) 병원	1,822.21
(4) 의원	1,423.59
나. 2~3인실	
(1) 상급종합병원	2,484.13
(2) 종합병원	2,297.04
(3) 병원	2,022.65
(4) 의원	1,578.62
다. 1인실	
(1) 상급종합병원	2,235.96
(2) 종합병원	2,068.21
(3) 병원	1,822.21
(4) 의원	2,250.41
호스피스 격리실 입원료(1일당)	
가. 상급종합병원	3,559.59
나. 종합병원	3,288.61
다. 병원	2,891.21
라. 의원	2,250.41
호스피스 임종실 입원료(1일당)	
가. 상급종합병원	3,559.59
나. 종합병원	3,288.61
다. 병원	2,891.21
라. 의원	2,250.41

제4편 제2부 제2장 호스피스 급여 별도산정 목록·상대가치점수 및 산정지침 [급여 별도산정 목록]을 다음과 같이 한다.

1. 전인적 돌봄 상담료

분류번호	코드	분 류	점수
완-7		전인적 돌봄 상담료	
		가. 초회	
	WG101	(1) 상급종합병원	2,015.02
	WG201	(2) 종합병원	2,015.02
	WG301	(3) 병원	2,015.02
	WG401	(4) 의원	1,748.08
		나. 제2회부터(1회당)	
	WG102	(1) 상급종합병원	1,324.51
	WG202	(2) 종합병원	1,324.51
	WG302	(3) 병원	1,324.51
	WG402	(4) 의원	1,149.04

2. 임종관리료

분류번호	코드	분 류	점수
완-8		임종관리료	
	WH100	가. 상급종합병원	1,409.36
	WH200	나. 종합병원	1,409.36
	WH300	다. 병원	1,409.36
	WH400	라. 의원	1,222.65

제4편 제4부 제1장 호스피스 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 [산정지침] 3.을 다음과 같이 신설한다.

- 제1편제2부제1장 [산정지침] 5.가에 따른 의료질평가지원금(가-22)은 각 분야별 등급별 '입원'의 소정점수를 자문형 호스피스 입원료 (격리실 입원료, 임종실 입원료) 산정횟수와 동일하게 산정한다.

제4편 제4부 제1장 제1절 자문형 호스피스 행위 급여 목록 및 상대가
치점수를 다음과 같이 한다.

분류번호	코드	분 류	점수
완-15		자문형 호스피스 돌봄상담료	
		가. 입원	
		(1) 초회	
	WP111	(가) 상급종합병원	2,015.02
	WP211	(나) 종합병원	2,015.02
	WP311	(다) 병원	2,015.02
	WP411	(라) 의원	1,748.08
		(2) 재회 [1회당]	
	WP112	(가) 상급종합병원	1,324.51
	WP212	(나) 종합병원	1,324.51
	WP312	(다) 병원	1,324.51
	WP412	(라) 의원	1,149.04
		나. 외래	
		(1) 초회 I	
	WP121	(가) 상급종합병원	2,015.02
	WP221	(나) 종합병원	2,015.02
	WP321	(다) 병원	2,015.02
	WP421	(라) 의원	1,748.08
		(2) 초회 II	
	WP123	(가) 상급종합병원	1,202.59
	WP223	(나) 종합병원	1,202.59
	WP323	(다) 병원	1,202.59
	WP423	(라) 의원	1,043.27
		(3) 재회 I [1회당]	
	WP122	(가) 상급종합병원	1,202.59
	WP222	(나) 종합병원	1,202.59
	WP322	(다) 병원	1,202.59
	WP422	(라) 의원	1,043.27
		(4) 재회 II [1회당]	
	WP124	(가) 상급종합병원	1,007.51
	WP224	(나) 종합병원	1,007.51
	WP324	(다) 병원	1,007.51
	WP424	(라) 의원	874.04
완-16		자문형 호스피스 임종관리료	

완-17	WP130	가. 상급종합병원	1,409.36
	WP230	나. 종합병원	1,409.36
	WP330	다. 병원	1,409.36
	WP430	라. 의원	1,222.65
		자문형 호스피스 임종실 입원료	
완-18	WP140	가. 상급종합병원	4,756.40
	WP240	나. 종합병원	3,419.70
	WP340	다. 병원	2,702.33
	WP440	라. 의원	1,800.31
		자문형 호스피스 격리실 입원료	
	WP150	가. 상급종합병원	4,756.40
	WP250	나. 종합병원	3,419.70
	WP350	다. 병원	2,702.33
	WP450	라. 의원	1,800.31

제5편 제4부 제2장 혁신의료기술 디지털치료기기 비급여 목록을 다음과 같이 신설한다.

분류번호	코드	분 류	금액(원)
통합-4	TX009	디지털치료기기 애플리케이션 사용료(비급여) 디지털치료기기를 이용한 만성 불면증 환자의 인지행동치료(제품명: Somzz)	25,390

제6편 제1부 “분만”을 “공공정책수가 급여 일반원칙”으로 하고 I. 일반 기준을 다음과 같이 신설한다.

I. 일반기준

1. 공공정책수가는 제1편 내지 제5편에 분류된 항목으로는 정책적 목적을 달성하기 어려워, 별도의 정책적 지원방안이 필요하다고 판단된 경우 산정한다.
2. 공공정책수가는 요양기관 종별·소아·야간·공휴 등 각종 가산을 적용하지 아니한다.

3. 공공정책수가는 최초 시행일로부터 3년 이내 중간평가와 5년 이내 최종 성과평가를 거쳐 유지 여부 등을 결정하여야 한다. 평가대상·방식·주기 등에 대한 세부사항은 보건복지부장관이 정하는 바에 따른다.
4. 제1편에 분류된 항목 중 (별표 1)에 명시된 항목에 대해서는 공공정책수가 일반기준 1호, 3호를 적용한다.

(별표 1)

공공정책수가 적용항목

1. 제1편제2부제6장 마취료 산정지침(11)에 따른 가산 중 700%
2. 제1편제2부제6장 마취료 산정지침(12)에 따른 가산 중 200%
3. 제1편제2부제6장 마취료 산정지침(13)에 따른 가산 200%
4. 제1편제2부제6장 마취료 산정지침(14)에 따른 가산 300%
5. 제1편제2부제9장제1절 처치 및 수술료 산정지침(22)에 따른 가산 중 700%
6. 제1편제2부제9장제1절 처치 및 수술료 산정지침(23)에 따른 가산 중 200%
7. 제1편제2부제9장제1절 처치 및 수술료 산정지침(24)에 따른 가산 200%
8. 제1편제2부제9장제1절 처치 및 수술료 산정지침(25)에 따른 가산 중 300%

제6편 제2부 “소아진료”를 “공공정책수가 급여 목록·금액 및 산정지침”으로 한다.

제6편 제2부 제1장을 “분만”으로, 제2장을 “소아진료”로, 제3장을 “고위험임산부·신생아 진료”로 각각 신설하고, 기 신설된 제1부 분만, 제2부 소아진료, 제3부 고위험임산부·신생아 진료를 제2부의 각 장으로 조정한다.

부 칙

제1조(시행일) 이 고시는 2024년 8월 1일부터 시행한다. 다만, 태아치료에 관한 다음 각 호의 개정 규정은 발령한 다음 날부터 시행한다.

1. 제1편 제2부 제6장 마취료 [산정지침] (10), (14)
2. 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [산정지침] (25), (별표13)
3. 제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [여성 생식기, 임신과 분만]

주4. 및 분류항목 중 자453-1, 자453-2, 자453-3, 자435-4에 대한 개정규정

제2조(공공정책수가 적용례) 제6편 제1부 “공공정책수가 급여 일반원칙”

I. 일반기준 (별표 1) 중 1.~3.과 5.~7.의 공공정책수가는 2024년 5월 1일부터 적용한다.

건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 신구조문 대비표

현행	개정안
제1편 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침	제1편 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침
제1장 기본 진료료	제1장 기본진료료
[산정지침]	[산정지침]
1. <생략>	1. <현행과 같음>
2. 입원료 등(입원료·집중치료실입원료·무균치료실입원료·낮병동입원료·신생아입원료·중환자실입원료·격리실입원료·납차폐특수치료실입원료 등)	2. 입원료 등(입원료·집중치료실입원료·무균치료실입원료·낮병동입원료·신생아입원료·중환자실입원료·격리실입원료·납차폐특수치료실입원료· <u>임종실 입원료</u> 등)
가.~나. <생략>	가.~나. <현행과 같음>
다. 집중치료실입원료, 무균치료실입원료, 낮병동입원료, 신생아입원료, 중환자실입원료, 격리실입원료, 납차폐특수치료실입원료 등 특수병실 입원료를 산정할 수 있는 경우는 다음과 같으며 특수병실 입원료를 산정하는 경우에는 입원료 등을 중복하여 산정하지 아니한다.	다. 집중치료실입원료, 무균치료실입원료, 낮병동입원료, 신생아입원료, 중환자실입원료, 격리실입원료, 납차폐특수치료실입원료, <u>임종실 입원료</u> 등 특수병실 입원료를 산정할 수 있는 경우는 다음과 같으며 특수병실 입원료를 산정하는 경우에는 입원료 등을 중복하여 산정하지 아니한다.
<u><신설></u>	(8) <u>임종실 입원료: 담당의사와 전문의 1인의 의학적 임종 판단에 따라 임종이 임박한 환자로, 임종실 입실이 반드시 필요한 경우</u>
라. <생략>	라. <현행과 같음>
마. 간호인력확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제	마. 간호인력확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제
(1) <생략>	(1) <현행과 같음>
(2) 일반병동의 병상은 요양기관 전체 병상에서 응급실, 신생아실, 분만실, 회복실, 중환자실, 집중치료실, 격리실, 무균치료실, 인공신장실, 납차폐특수치료실, 낮병동 등을	(2) 일반병동의 병상은 요양기관 전체 병상에서 응급실, 신생아실, 분만실, 회복실, 중환자실, 집중치료실, 격리실, 무균치료실, 인공신장실, 납차폐특수치료실, 낮병동, <u>임종실</u>

현행	개정안
<p>제외한 입원병실의 병상을 말한다. 이때 별도의 병동으로 구분 운영하지 않는 격리실, 무균치료실, 납차폐 특수치료실 등은 일반병동의 병상으로 본다. 다만, 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」에 의한 정신의료기관 중 폐쇄병동의 경우 일반병동의 병상에서 제외할 수 있다.</p> <p>(3)~(4) <생략> 바.~자. <생략> 3.~4. <생략> 5. 의료질평가지원금 가. <생략> 나. 입원 의료질평가지원금은 각 분야의 등급별로 아래 항목의 산정횟수와 동일하게 산정한다. 다만, 입원료 중 병원관리료만을 산정하는 경우에는 제외한다.</p> <p>(1)~(8) <생략> <u><신설></u> 다. <생략> 6. 전문병원 관리료 등(전문병원 관리료·전문병원(병원·정신병원·요양병원·한방병원) 의료질 평가지원금) 가. <생략> (1) <생략> (가)~(라) <생략> 1)~8) <생략> <u><신설></u> 나. <생략> (1) <생략> (가)~(아) <생략> <u><신설></u></p>	<p>등을 제외한 입원병실의 병상을 말한다. 이때 별도의 병동으로 구분 운영하지 않는 격리실, 무균치료실, 납차폐 특수치료실, <u>임종실</u> 등은 일반병동의 병상으로 본다. 다만, 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」에 의한 정신의료기관 중 폐쇄병동의 경우 일반병동의 병상에서 제외할 수 있다.</p> <p>(3)~(4) <현행과 같음> 바.~자. <현행과 같음> 3.~4. <현행과 같음> 5. 의료질평가지원금 가. <현행과 같음> 나. 입원 의료질평가지원금은 각 분야의 등급별로 아래 항목의 산정횟수와 동일하게 산정한다. 다만, 입원료 중 병원관리료만을 산정하는 경우에는 제외한다.</p> <p>(1)~(8) <현행과 같음> <u>(9) 임종실 입원료(가-10-2)</u> 다. <현행과 동일> 6. 전문병원 관리료 등(전문병원 관리료·전문병원(병원·정신병원·요양병원·한방병원) 의료질 평가지원금) 가. <현행과 같음> (1) <현행과 같음> (가)~(라) <현행과 같음> 1)~8) <현행과 같음> <u>9) 임종실 입원료(가-10-2)</u> 나. <현행과 같음> (1) <현행과 같음> (가)~(아) <현행과 같음> <u>(자) 임종실 입원료(가-10-2)</u></p>

현행	개정안																								
<p>(2) <생략></p> <p>(가) 환자군별 정액수가(요-1, 요-2, 요-3, <u>요-4, 요-5, 요-6, 요-7</u>)</p> <p>(나)~(마) <생략></p> <p><u><신설></u></p> <p>(3) <생략></p> <p>다. <생략></p> <p><u><신설></u></p>	<p>(2) <현행과 같음></p> <p>(가) 환자군별 정액수가(요-1, 요-2, 요-3, 요-6, 요-7)</p> <p>(나)~(마) <현행과 같음></p> <p>(바) <u>요양병원 임종실 입원 정액(요-30)</u></p> <p>(3) <현행과 같음></p> <p>다. <현행과 같음></p>																								
	<table><tr><th>분류 번호</th><th>코 드</th><th>분 류</th><th>점 수</th></tr><tr><td>가-10-2</td><td></td><td>임종실 입원료[1인실]</td><td></td></tr><tr><td></td><td>AQ200 (17200)</td><td>가. 상급종합병원</td><td>4,982.27</td></tr><tr><td></td><td>AQ300 (17300)</td><td>나. 종합병원</td><td>3,515.89</td></tr><tr><td></td><td>AQ400 (17400)</td><td>다. 병원, 정신병원</td><td>2,837.44</td></tr><tr><td></td><td>AQ500 (17500)</td><td>라. 치과병원, 한방병원</td><td>2,087.89</td></tr></table>	분류 번호	코 드	분 류	점 수	가-10-2		임종실 입원료[1인실]			AQ200 (17200)	가. 상급종합병원	4,982.27		AQ300 (17300)	나. 종합병원	3,515.89		AQ400 (17400)	다. 병원, 정신병원	2,837.44		AQ500 (17500)	라. 치과병원, 한방병원	2,087.89
분류 번호	코 드	분 류	점 수																						
가-10-2		임종실 입원료[1인실]																							
	AQ200 (17200)	가. 상급종합병원	4,982.27																						
	AQ300 (17300)	나. 종합병원	3,515.89																						
	AQ400 (17400)	다. 병원, 정신병원	2,837.44																						
	AQ500 (17500)	라. 치과병원, 한방병원	2,087.89																						
<p>제3장 영상진단 및 방사선치료료</p> <p>제2절 방사선훈수영상진단료</p> <p>[혈관조영촬영]</p> <p><u>다-277 수술중 근적외선 인도시아닌그린</u></p> <p><u>HA770 비디오 혈관조영술</u></p> <p><u>Microscope Intergrated Near</u></p> <p><u>Infrared Indocyanine Green Video</u></p> <p><u>Angiography.....2,155.99</u></p> <p>주 : <생략></p> <p><u><신설></u> <u><신설></u></p> <p><u><신설></u> <u><신설></u></p> <p>제6장 마취료</p> <p>[산정지침]</p> <p>(1)~(9) <생략></p> <p>(10) 미국마취과학회 신체상태 분류(ASA-PS) 3</p>	<p>제3장 영상진단 및 방사선치료료</p> <p>제3절 방사선훈수영상진단료</p> <p>[혈관조영촬영]</p> <p><u>다-277 근적외선 인도시아닌그린 조영술</u></p> <p><u>Near Infrared Indocyanine Green</u></p> <p><u>graphy</u></p> <p>주 : <현행과 같음></p> <p>HA770 가. <u>수술 중 근적외선 인도시아닌그린</u></p> <p><u>비디오 혈관조영술.....2,155.99</u></p> <p>HA771 나. <u>근적외선 인도시아닌그린 림프</u></p> <p><u>조영술.....2,155.99</u></p> <p>제6장 마취료</p> <p>[산정지침]</p> <p>(1)~(9) <현행과 같음></p> <p>(10) 미국마취과학회 신체상태 분류(ASA-PS) 3</p>																								

현행	개정안																						
<p>이상 환자에 대한 수술 마취^{B)}시에는 마취료 소정점수의 50%를 가산한다.(산정코드 세 번째 자리에 B로 기재) 단, 산정지침 (2), (3), (11), (12), <u>(13)</u>과 중복 가산하지 아니한다.</p> <p>(11)~(13) <생략></p> <p style="text-align: center;"><u><신설></u></p> <p style="text-align: center;">제9장 처치 및 수술료 등 제1절 처치 및 수술료</p> <p>[산정지침]</p> <p>(1)~(24) <생략></p> <p style="text-align: center;"><u><신설></u></p> <p>(별표 8)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2">분류번호 및 코드</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>자-21</td><td>(N0210, <u><신설></u>)</td></tr> <tr> <td>자212-1</td><td>(P2123, P2124, <u><신설></u>)</td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;"><u><신설></u></p> <p style="text-align: center;">[피부 및 연부조직]</p> <p>자-21 내향성모조증근치수술 Operation N0210 for Ingrowing Nail.....626.83</p> <p><u><신설></u> <u><신설></u></p> <p style="text-align: center;">[비장 및 림프절]</p>	분류번호 및 코드		자-21	(N0210, <u><신설></u>)	자212-1	(P2123, P2124, <u><신설></u>)	<p>이상 환자에 대한 수술 마취^{B)}시에는 마취료 소정점수의 50%를 가산한다.(산정코드 세 번째 자리에 B로 기재) 단, 산정지침 (2), (3), (11), (12), (13), <u>(14)</u>와 중복 가산하지 아니한다.</p> <p>(11)~(13) <현행과 같음></p> <p>(14) 모체 내 태아에게 제9장 (별표13)에 열거한 항목을 시행하면서 바-1 및 바-2의 마취를 행한 경우에는 마취료 소정점수의 300%를 가산한다.(산정코드 첫 번째 자리에 K로 기재)</p> <p style="text-align: center;">제9장 처치 및 수술료 등 제1절 처치 및 수술료</p> <p>[산정지침]</p> <p>(1)~(24) <현행과 같음></p> <p>(25) 모체 내 태아에게 (별표 13)에 열거한 항목을 행한 경우에는 해당 항목 소정점수의 400%를 가산한다.(산정코드 첫 번째 자리에 C로 기재)</p> <p>(별표 8)</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2">분류번호 및 코드</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>자-21</td><td>(N0210, N0211)</td></tr> <tr> <td>자212-1</td><td>(P2123, P2124, P2125)</td></tr> </tbody> </table> <p>(별표 13)</p> <p style="text-align: center;"><u>해당 분류항목</u></p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2">분류번호 및 코드</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>자453-1</td><td>(RZ562, RZ563)</td></tr> <tr> <td>자453-2</td><td>(R4535)</td></tr> <tr> <td>자453-3</td><td>(R4536, R4537)</td></tr> <tr> <td>자453-4</td><td>(R4538)</td></tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">[피부 및 연부조직]</p> <p>자-21 내향성모조증근치수술 Operation N0210 for Ingrowing Nail.....626.83</p> <p>N0211 주 : 손발톱바닥 편평방식의 수술적 교정술을 시행한 경우에는 902.99점을 산정한다.</p> <p style="text-align: center;">[비장 및 림프절]</p>	분류번호 및 코드		자-21	(N0210, N0211)	자212-1	(P2123, P2124, P2125)	분류번호 및 코드		자453-1	(RZ562, RZ563)	자453-2	(R4535)	자453-3	(R4536, R4537)	자453-4	(R4538)
분류번호 및 코드																							
자-21	(N0210, <u><신설></u>)																						
자212-1	(P2123, P2124, <u><신설></u>)																						
분류번호 및 코드																							
자-21	(N0210, N0211)																						
자212-1	(P2123, P2124, P2125)																						
분류번호 및 코드																							
자453-1	(RZ562, RZ563)																						
자453-2	(R4535)																						
자453-3	(R4536, R4537)																						
자453-4	(R4538)																						

현행	개정안
자-212-1 액와 감시림프절 절제술 Axillary P2123 Sentinel Lymph Node Excision5,837.60 주 : <생략> <u><신설></u>	자-212-1 액와 감시림프절 절제술 Axillary P2123 Sentinel Lymph Node Excision5,837.60 주 : 1. <현행과 같음> <u>P2125</u> 2. 인도시아닌그린을 주사하고 근적외선 장비를 이용하여 림프절의 위치를 확인한 경 우에는 6,410.08점을 산정하 고 해당약제는 「허가 또는 신고 범위 초과 약제 비급여 사용 승인에 관한 기준 및 절 차」에 따라 비급여 사용승인 받은 약제 및 승인기관에 한 하여 산정한다.
[비 뇨 기]	
자-327 신적출술 Nephrectomy R3271 가. 단순전적출 Simple 18,133.22점 R3274 나. 피막하적출 Subcapsular 14,037.50점 R3273 <u>라.</u> 근치적전적출 [림프절 및 부 신적출 포함] Radical 24,023.40점	자-327 신적출술 Nephrectomy R3271 가. 단순전적출 Simple 18,133.22점 R3274 나. 피막하적출 Subcapsular 14,037.50점 R3273 <u>다.</u> 근치적전적출 [림프절 및 부 신적출 포함] Radical 24,023.40점
[여성 생식기, 임신과 분만]	
주 : 1. 분만취약지 소재 요양기관에서 분만 (자-435, 자-436, 자-438, 자-450, 자-451)한 경우 소정점수의 200%를 가산한다.(산정 코드 첫 번째 자리에 R로 기재) 다만, <u>제6편 제1부 분만 중 공공-1가 분만 지역</u> <u>정책수가와</u> 동시 산정하지 아니한다. 2.~3. <생략> <u>4. 모체 내 태아에게 실시(자-453-1,</u> <u>자-453-2, 자-453-3, 자-453-4)한</u> <u>경우 소정점수의 100%를 가산한다.</u>	주 : 1. 분만취약지 소재 요양기관에서 분만 (자-435, 자-436, 자-438, 자-450, 자-451)한 경우 소정점수의 200%를 가산한다.(산정 코드 첫 번째 자리에 R로 기재) 다만, <u>제6편 제2부 제1장 공공-1가 분만 지역</u> <u>정책수가와</u> 동시 산정하지 아니한다. 2.~3. <현행과 같음> <u><삭제></u>

현행	개정안
(산정코드 첫 번째 자리에 C로 기재)	
자-453-1 RZ562 자궁내 태아수혈(제대혈관이용) [유도료 별도 산정] · 5,877.21점 RZ563 주 : 자궁내태아수혈(태아복강내 수혈)을 실시한 경우에도 소정점수를 산정한다.	자-453-1 RZ562 자궁 내 태아수혈(제대혈관이용) [유도료 별도 산정] · 8,815.82점 RZ563 주 : 자궁 내 태아수혈(태아복강내 수혈)을 실시한 경우에도 소정점수를 산정한다.
자-453-2 R4535 천미골 기형종 태아에서의 고주파 용해술 [유도료 별도 산정] Radiofrequency Ablation for Fetal Sacrococcygeal Teratoma · 3,299.70점 주 : 1.~2. <생략>	자-453-2 R4535 천미골 기형종 태아에서의 고주파 용해술 [유도료 별도 산정] Radiofrequency Ablation for Fetal Sacrococcygeal Teratoma · 4,949.55점 주 : 1.~2. <현행과 같음>
자-453-3 R4536 자궁 내 태아 흉수 배액술 [유도료 별도 산정] 주 : <생략> R4536 가. 흉강천자 In-utero Fetal Thoracocentesis 2,563.51점 R4537 나. 흉강-양막강 단락술 In-utero Fetal Thoraco-amniotic Shunt Operation 3,116.22점 주 : <생략>	자-453-3 R4536 자궁 내 태아 흉수 배액술 [유도료 별도 산정] 주 : <현행과 같음> R4536 가. 흉강천자 In-utero Fetal Thoracocentesis 3,845.27점 R4537 나. 흉강-양막강 단락술 In-utero Fetal Thoraco-amniotic Shunt Operation 4,674.33점 주 : <현행과 같음>
자-453-4 R4538 쌍태간 수혈증후군에서의 레이저 태반혈관문합 응고술 [유도료 별도 산정] Fetoscopic Laser Coagulation of the Placental Vascular Anastomoses for Twin to Twin Transfusion syndrome 5,105.40점 주 : <생략>	자-453-4 R4538 쌍태간 수혈증후군에서의 레이저 태반혈관문합 응고술 [유도료 별도 산정] Fetoscopic Laser Coagulation of the Placental Vascular Anastomoses for Twin to Twin Transfusion syndrome 10,210.80점 주 : <현행과 같음>
제11장 조산료 [산정지침] (1)~(4) <생략> (5) 분만취약지 소재 조산원에서 분만한 경우 소정점수의 200%를 가산한다. (산정코드 첫 번째 자리에 R로 기재 하되 고위험분만과 가산이 동시 적용	제11장 조산료 [산정지침] (1)~(4) <현행과 같음> (5) 분만취약지 소재 조산원에서 분만한 경우 소정점수의 200%를 가산한다. (산정코드 첫 번째 자리에 R로 기재 하되 고위험분만과 가산이 동시 적용

현행	개정안
<p>되는 경우에는 산정코드 첫 번째 자리에 T로 기재) 다만, 제6편 제1부분만 중 공공-1가 분만 지역정책수가와 동시 산정하지 아니한다. (6) <생략> 제3부 행위 비급여 목록 제2장 검사료 제5절 초음파검사료 [진단 초음파] <u><신설></u> <u><신설></u></p> <p>제2편 질병군 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1부 질병군 급여 일반원칙 1.~26. <생략> 26-1. 질병군 진료 시 고위험 산모·신생아 통합치료센터 내 고위험임산부 집중 치료실에 입실한 산모에게 집중치료를 시행한 경우 제6편 제3부 산정지침 2.에 따른 공공-3-1 고위험임산부 통합진료 정책수를 추가 산정하고, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」을 적용한다. 27.~35. <생략> 36. 질병군 진료 시 6세 미만 초진 환자를 진찰한 경우 제6편 제2부 소아진료 중 공공-2 소아진료 정책수를 추가 산정하고 산정지침을 적용한다. 제2부 질병군 급여 목록·상대가치점수 표 및 적용지침 개정 제4장 산부인과 [적용지침] 1.~9. <생략> 10. 제왕절개분만을 행한 경우 제6편 제1부분만 중 공공-1 분만 정책수를 추가</p>	<p>되는 경우에는 산정코드 첫 번째 자리에 T로 기재) 다만, 제6편 제2부 제1장 공공-1가 분만 지역정책수가와 동시 산정하지 아니한다. (6) <현행과 같음> 제3부 행위 비급여 목록 제2장 검사료 제5절 초음파검사료 [진단 초음파] <u>노-982</u> 감쇠 계수를 이용한 간 지방증 정량 <u>EZ982</u> 검사 Quantitative Measurement of Hepatic Steatosis using Attenuation Coefficient</p> <p>제2편 질병군 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1부 질병군 급여 일반원칙 1.~26. <현행과 같음> 26-1. 질병군 진료 시 고위험 산모·신생아 통합치료센터 내 고위험임산부 집중 치료실에 입실한 산모에게 집중치료를 시행한 경우 제6편 제2부 제3장 공공-3-1 고위험임산부 통합진료 정책수를 추가 산정하고, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」을 적용한다. 27.~35. <현행과 같음> 36. 질병군 진료 시 6세 미만 초진 환자를 진찰한 경우 제6편 제2부 제2장 공공-2 소아진료 정책수를 추가 산정하고 산정지침을 적용한다. 제2부 질병군 급여 목록·상대가치점수 표 및 적용지침 개정 제4장 산부인과 [적용지침] 1.~9. <현행과 같음> 10. 제왕절개분만을 행한 경우 제6편 제2부 제1장 공공-1 분만 정책수를 추가</p>

현행	개정안
<p>산정하고 산정지침을 적용한다. 단, 공공-1라 고위험분만마취 정책수가의 경우 질병군 분류번호 끝자리 1~3인 경우에 적용한다.</p> <p>제3편 요양병원 급여 목록 및 상대가치점수</p> <p>제1부 요양병원 급여 일반원칙</p> <p>1. <생략></p> <p>2. 국민건강보험법 시행령 제21조제3항제1호 및 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제8조제4항의 규정에 의하여 포괄적인 행위가 적용되는 환자(이하 “장기환자”라 한다)는 제2부에 의하여 산정하고, 포괄적인 행위가 적용되지 않는 다음의 환자(이하 “제외환자”라 한다)는 제3부에 의하여 산정한다.</p> <p>가. ~ 라. <생략></p> <p>3. 장기환자가 입원기간 중 다음에 해당하는 경우 동 기간(이하 “특정기간”이라 한다) 동안에는 제3부에 의하여 산정할 수 있다.</p> <p>가. ~ 바. <생략></p> <p>4. <생략></p> <p>제2부 요양병원 환자군</p>	<p>산정하고 산정지침을 적용한다. 단, 공공-1라 고위험분만마취 정책수가의 경우 질병군 분류번호 끝자리 1~3인 경우에 적용한다.</p> <p>제3편 요양병원 급여 목록 및 상대가치점수</p> <p>제1부 요양병원 급여 일반원칙</p> <p>1. <현행과 같음></p> <p>2. 국민건강보험법 시행령 제21조제3항제1호 및 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제8조제4항의 규정에 의하여 포괄적인 행위가 적용되는 환자(이하 “장기환자”라 한다)는 제2부에 의하여 산정하고, 포괄적인 행위가 적용되지 않는 다음의 환자(이하 “제외환자”라 한다)는 제3부에 의하여 산정한다. 단, 제외환자 중 가, 다, 라목에 해당하는 환자가 요양병원 임종실에 입원한 경우 제2부 제2장에 따른 요양병원 임종실 입원 정액수가를 산정하며 제3부의 입원료 등은 중복 산정하지 아니한다.</p> <p>가. ~ 라. <현행과 같음></p> <p>3. 장기환자가 입원기간 중 다음에 해당하는 경우 동 기간(이하 “특정기간”이라 한다) 동안에는 제3부에 의하여 산정할 수 있다. 단, 특정기간에 해당하는 치료기간 또는 입원기간 중에 요양병원 임종실로 입원한 경우 제2부 제2장에 따른 요양병원 임종실 입원 정액수가를 산정하며 제3부의 입원료 등은 중복 산정하지 아니한다.</p> <p>가. ~ 바. <현행과 같음></p> <p>4. <현행과 같음></p> <p>제2부 요양병원 환자군, 임종실</p>

현행	개정안
<p>급여목록·상대가치점수 및 산정지침</p> <p>[산정지침] <생략></p> <p style="text-align: center;"><u><신설></u></p>	<p><u>급여목록·상대가치점수 및 산정지침</u></p> <p><u>제1장 요양병원 환자군 급여목록·상대가치점수 및 산정지침</u></p> <p>[산정지침] <현행과 같음></p> <p><u>제2장 요양병원 임종실 급여목록·상대가치점수 및 산정지침</u></p> <p>[산정지침]</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>요양병원 임종실로 입원한 경우 상대가치점수(이하 “점수”라 한다)는 입원일당 정액(이하 “임종실정액수가”라 한다)으로 한다. 임종실정액수는 행위 점수에 국민건강보험법 제45조제3항과 같은 법 시행령 제21조제1항에 따른 점수당 단가를 곱한 금액과 약제·치료재료 금액을 합하여 10원 미만은 4사5입한 금액으로 산정한다.</u> 2. <u>임종실정액수는 다음 각목의 행위·약제 및 치료재료 등을 포함한다.</u> <ol style="list-style-type: none"> 가. <u>제1편 제1부 II. 요양기관 종별 가산율의 금액, 제2부 각 장에서 분류된 분류항목의 점수와 각종 가산제도에 의해 가산한 금액 및 제3편 요-51 요양병원 입원료</u> 나. <u>국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙(이하 “요양급여기준”이라 한다) 제8조제2항의 규정에 의하여 고시된 약제·치료재료 급여목록에 해당하는 약제 및 치료재료</u> 다. <u>다음 항목 중 위 가목 및 나목에 해당하는 경우</u> <ol style="list-style-type: none"> (1) <u>요양급여기준 [별표1] 제1호마목 단서규정에 의하여 장관이 정하는 바에 따라 다른 기관에 검사를 위탁하거나 당해 요양기관에 소속되지 아니한 전문성이 뛰어난 의료인을 초빙하거나, 또는 다른 요양기관에</u>

현행	개정안
	<p>서 보유하고 있는 양질의 시설·인력 및 장비를 공동 사용하는 경우 소요되는 행위·약제 및 치료재료</p> <p>(2) 입원 당일에 발생한 행위·약제 및 치료재료로서 외래진료 등. 다만, 입원이 결정되지 않은 상태에서 입원 당일 외래 진료를 받은 경우의 원외처방 약제비는 제외</p> <p>(3) 요양기관의 요구에 의하여 가입자 등이 외부에서 직접 구입한 약제 및 치료재료</p> <p>3. 위 2.에 불구하고 임종실정액수가를 적용하는 기간 동안 의학적으로 필요한 경우 다음의 분류항목은 별도 산정 할 수 있다.</p> <p>가. 제3편 제2부 제1장 제3호 가목에 따른 특정항목은 제1편 제2부 각장에 분류된 항목의 상대가치점수 및 약제·치료재료 급여목록에 의하여 산정하며(별표1 참조), 이 때 분류항목 별 산정기준 등은 제1편을 따른다.</p> <p>나. 다음에 분류된 항목의 산정기준 등은 제3부에서 정한 바에 따른다.</p> <p>(1) 요양병원 입원환자 안전관리료 (요-55)</p> <p>(2) 요양병원 입원급여 적정성 평가 연계 질지원금</p> <p>(3) 요양병원 감염예방·관리료 (요-57)</p> <p>다. 연명의료중단등결정은 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제4편 제5부에 의하여 산정한다.</p> <p>4. 임종실정액수가는 1일당으로 다음과 같이 산정한다.</p> <p>가. 1일이라 함은 12시(정오)부터 다음 날 12시(정오)까지를 의미한다.</p> <p>나. 0~6시 사이에 입원하거나(산정코드 첫 번째 자리에 1로 기재), 18~24시</p>

현행	개정안										
	<p><u>사이에 퇴원한 경우(산정코드 첫 번째 자리에 2로 기재)에는 임종실정액수가 소정점수의 50%를 별도 산정한다.</u></p> <p><u>다. 6~12시 사이에 입원하거나, 12~18시 사이에 퇴원한 경우에는 동 기간의 임종실정액수가 별도 산정하지 아니한다.</u></p> <p><u>라. 입원과 퇴원이 24시간 이내에 이루어진 경우에는 전체 입원 시간이 6시간 이상인 경우에 한하여 1일의 임종실정액수를 산정한다.</u></p> <p><u>5. 임종실정액수는 제3부 제4호 마목 및 바목의 의사 및 간호 인력확보수준에 따른 입원료 차등제를 적용하여 산정한다.</u></p> <p><u>6. 「의료법」 제3조의5에 따라 전문병원으로 지정받은 요양병원은 「의료질평가지원금 등 산정을 위한 기준」의 평가결과에 따라 제1편의 전문병원(병원·요양병원·한방병원) 의료질평가지원금(가-24-1)을 산정한다.</u></p> <table><tr><th>분류 번호</th><th>코 드</th><th>분 류</th><th>행위 점수</th><th>약제 치료재료 금액(원)</th></tr><tr><td>요-30</td><td>A0800 (85300)</td><td>요양병원 임종 실 입원 정액</td><td>215781</td><td>7,980</td></tr></table>	분류 번호	코 드	분 류	행위 점수	약제 치료재료 금액(원)	요-30	A0800 (85300)	요양병원 임종 실 입원 정액	215781	7,980
분류 번호	코 드	분 류	행위 점수	약제 치료재료 금액(원)							
요-30	A0800 (85300)	요양병원 임종 실 입원 정액	215781	7,980							
<p>제3부 요양병원 행위</p> <p>급여목록·상대가치점수 및 산정지침 [산정지침]</p> <p>1. ~ 3. <생략></p> <p>4. <생략></p> <p>가.~라. <생략></p> <p>마. <생략></p> <p>(1) 요양병원입원료, 낮병동 입원료, 정액수가 산정시 적용한다.</p>	<p>제3부 요양병원 행위</p> <p>급여목록·상대가치점수 및 산정지침 [산정지침]</p> <p>1. ~ 3. <현행과 같음></p> <p>4. <현행과 같음></p> <p>가.~라. <현행과 같음></p> <p>마. <현행과 같음></p> <p>(1) 요양병원입원료, 낮병동 입원료, 정액수가(환자군, 임종실) 산정시 적용한다.</p>										

현행	개정안
<p>(2)~(4) <생략></p> <p>바. <생략></p> <p>(1) 요양병원입원료, 낮병동 입원료, 정액수가 산정시 적용한다.</p> <p>(2)~(5) <생략></p> <p>사.~아. <생략></p> <p>자. <생략></p> <p>(1) <생략></p> <p>(가) 요양병원입원료, 낮병동 입원료, 정액수가 산정 시 적용한다.</p> <p>(나)~(바) <생략></p> <p>(2) <생략></p> <p>차. ~ 카. <생략></p> <p>5. ~ 7. <생략></p> <p>제4편 호스피스, 연명의료중단등결정 급여. 비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제2부 입원형 호스피스 제1장 호스피스 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침</p> <p>[산정지침] 1~3. <생략></p> <p>4. 제1호에 따른 정액수가에 포함된 (별표) 호스피스 입원료의 소정점수에는 입원환자 의학관리료(소정점수의 26%), 입원환자 간호관리료(소정점수의 46%), 입원환자 병원관리료(소정점수의 28%)가 포함되어 있다.</p> <p>5~7.가. (1)~(2) <생략></p> <p>(3) 간호사 확보수준에 따른 정액수는 등급별로 다음과 같이 가산하여 산정한다.</p> <p>① 1등급: <u>입원료 소정점수의 20% 가산</u> <생략></p> <p>② 2등급: <u>입원료 소정점수의 10% 가산</u> <생략></p> <p>③ 3등급: 입원료 소정점수로 산정</p>	<p>(2)~(4) <현행과 같음></p> <p>바. <현행과 같음></p> <p>(1) 요양병원입원료, 낮병동 입원료, 정액수가(<u>환자군, 임종실</u>) 산정시 적용한다.</p> <p>(2)~(5) <현행과 같음></p> <p>사.~아. <현행과 같음></p> <p>자. <현행과 같음></p> <p>(1) <현행과 같음></p> <p>(가) 요양병원입원료, 낮병동 입원료, 정액수가(<u>환자군, 임종실</u>) 산정 시 적용한다.</p> <p>(나)~(바) <현행과 같음></p> <p>(2) <현행과 같음></p> <p>차. ~ 카. <현행과 같음></p> <p>5. ~ 7. <현행과 같음></p> <p>제4편 호스피스, 연명의료중단등결정 급여. 비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제2부 입원형 호스피스 제1장 호스피스 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침</p> <p>[산정지침] 1~3. <현행과 같음></p> <p>4. 제1호에 따른 정액수가에 포함된 (별표) 호스피스 입원료의 소정점수에는 입원환자 의학관리료(소정점수의 26%), 입원환자 간호관리료(소정점수의 48%), 입원환자 병원관리료(소정점수의 26%)가 포함되어 있다.</p> <p>5~7.가. (1)~(2) <현행과 같음></p> <p>(3) 간호사 확보수준에 따른 정액수는 등급별로 다음과 같이 가산하여 산정한다.</p> <p>① 1등급: <u>2등급 입원료 소정점수의 12% 가산</u> <현행과 동일></p> <p>② 2등급: <u>3등급 입원료 소정점수의 12% 가산</u> <현행과 같음></p> <p>③ 3등급: 입원료 소정점수로 산정</p>

현행				개정안			
<생략> 나. <생략> 8. <생략> 제1절 호스피스 입원일당 정액 I				<현행과 같음> 나. <현행과 같음> 8. <현행과 같음> 제1절 호스피스 입원일당 정액 I			
분류 번호	코 드	분 류	점 수	분류 번호	코 드	분 류	점 수
완-1		호스피스 입원실 가. 4인실		완-1		호스피스 입원실 가. 4인실	
	WJ100	(1) 상급종합병원	<u>5,239.27</u>		WJ100	(1) 상급종합병원	<u>5,683.92</u>
	WJ200	(2) 종합병원	<u>5,183.99</u>		WJ200	(2) 종합병원	<u>5,433.10</u>
	WJ300	(3) 병원	<u>4,177.77</u>		WJ300	(3) 병원	<u>4,426.88</u>
	WJ400	(4) 의원	<u>3,680.81</u>		WJ400	(4) 의원	<u>3,868.28</u>
		나. 2~3인실				나. 2~3인실	
	WJ130	(1) 상급종합병원	<u>5,464.88</u>		WJ130	(1) 상급종합병원	<u>5,932.09</u>
	WJ230	(2) 종합병원	<u>5,412.82</u>		WJ230	(2) 종합병원	<u>5,661.93</u>
	WJ330	(3) 병원	<u>4,378.21</u>		WJ330	(3) 병원	<u>4,627.32</u>
	WJ430	(4) 의원	<u>3,835.84</u>		WJ430	(4) 의원	<u>4,023.31</u>
		다. 1인실				다. 1인실	
	WJ160	(1) 상급종합병원	<u>5,239.27</u>		WJ160	(1) 상급종합병원	<u>5,683.92</u>
	WJ260	(2) 종합병원	<u>5,183.99</u>		WJ260	(2) 종합병원	<u>5,433.10</u>
	WJ360	(3) 병원	<u>4,177.77</u>		WJ360	(3) 병원	<u>4,426.88</u>
	WJ460	(4) 의원	<u>4,507.63</u>		WJ460	(4) 의원	<u>4,695.10</u>
완-2		호스피스 격리실		완-2		호스피스 격리실	
	WK100	가. 상급종합병원	<u>6,442.57</u>		WK100	가. 상급종합병원	<u>7,007.55</u>
	WK200	나. 종합병원	<u>6,404.39</u>		WK200	나. 종합병원	<u>6,653.50</u>
	WK300	다. 병원	<u>5,246.77</u>		WK300	다. 병원	<u>5,495.88</u>
	WK400	라. 의원	<u>4,507.63</u>		WK400	라. 의원	<u>4,695.10</u>
완-3		호스피스 임종실		완-3		호스피스 임종실	
	WL100	가. 상급종합병원	<u>6,442.57</u>		WL100	가. 상급종합병원	<u>7,007.55</u>
	WL200	나. 종합병원	<u>6,404.39</u>		WL200	나. 종합병원	<u>6,653.50</u>
	WL300	다. 병원	<u>5,246.77</u>		WL300	다. 병원	<u>5,495.88</u>
	WL400	라. 의원	<u>4,507.63</u>		WL400	라. 의원	<u>4,695.10</u>
제2절 호스피스 입원일당 정액 II				제2절 호스피스 입원일당 정액 II			
분류 번호	코 드	분 류	점 수	분류 번호	코 드	분 류	점 수
완-4		호스피스 입원실 가. 4인실		완-4		호스피스 입원실 가. 4인실	
	WM100	(1) 상급종합병원	<u>3,993.55</u>		WM100	(1) 상급종합병원	<u>4,189.09</u>
	WM200	(2) 종합병원	<u>3,938.27</u>		WM200	(2) 종합병원	<u>3,938.27</u>
	WM300	(3) 병원	<u>2,932.05</u>		WM300	(3) 병원	<u>2,932.05</u>

현행				개정안			
완-5	WM400	(4) 의원 나. 2~3인실	2,508.77	완-5	WM400	(4) 의원 나. 2~3인실	2,508.77
	WM130	(1) 상급종합병원	4,219.16		WM130	(1) 상급종합병원	4,437.26
	WM230	(2) 종합병원	4,167.10		WM230	(2) 종합병원	4,167.10
	WM330	(3) 병원	3,132.49		WM330	(3) 병원	3,132.49
	WM430	(4) 의원	2,663.80		WM430	(4) 의원	2,663.80
		다. 1인실				다. 1인실	
	WM160	(1) 상급종합병원	3,993.55		WM160	(1) 상급종합병원	4,189.09
	WM260	(2) 종합병원	3,938.27		WM260	(2) 종합병원	3,938.27
	WM360	(3) 병원	2,932.05		WM360	(3) 병원	2,932.05
	WM460	(4) 의원	3,335.59		WM460	(4) 의원	3,335.59
		호스피스 격리실				호스피스 격리실	
	WN100	가. 상급종합병원	5,196.85		WN100	가. 상급종합병원	5,512.72
	WN200	나. 종합병원	5,158.67		WN200	나. 종합병원	5,158.67
	WN300	다. 병원	4,001.05		WN300	다. 병원	4,001.05
	WN400	라. 의원	3,335.59		WN400	라. 의원	3,335.59
완-6		호스피스 임종실		완-6		호스피스 임종실	
	WO100	가. 상급종합병원	5,196.85		WO100	가. 상급종합병원	5,512.72
	WO200	나. 종합병원	5,158.67		WO200	나. 종합병원	5,158.67
	WO300	다. 병원	4,001.05		WO300	다. 병원	4,001.05
	WO400	라. 의원	3,335.59		WO400	라. 의원	3,335.59

(별표) 호스피스 입원료

분 류	점 수
호스피스 입원료(1일당) Inpatient Care	
가. 4인실	
(1) 상급종합병원	2,040.42
(2) 종합병원	2,068.21
(3) 병원	1,822.21
(4) 의원	1,423.59
나. 2~3인실	
(1) 상급종합병원	2,266.03
(2) 종합병원	2,297.04
(3) 병원	2,022.65
(4) 의원	1,578.62
다. 1인실	
(1) 상급종합병원	2,040.42
(2) 종합병원	2,068.21
(3) 병원	1,822.21
(4) 의원	2,250.41
호스피스 격리실 입원료(1일당)	
가. 상급종합병원	3,243.72
나. 종합병원	3,288.61

(별표) 호스피스 입원료

분 류	점 수
호스피스 입원료(1일당) Inpatient Care	
가. 4인실	
(1) 상급종합병원	2,235.96
(2) 종합병원	2,068.21
(3) 병원	1,822.21
(4) 의원	1,423.59
나. 2~3인실	
(1) 상급종합병원	2,484.13
(2) 종합병원	2,297.04
(3) 병원	2,022.65
(4) 의원	1,578.62
다. 1인실	
(1) 상급종합병원	2,235.96
(2) 종합병원	2,068.21
(3) 병원	1,822.21
(4) 의원	2,250.41
호스피스 격리실 입원료(1일당)	
가. 상급종합병원	3,559.59
나. 종합병원	3,288.61

현행		개정안	
다. 병원 라. 의원 호스피스 임종실 입원료(1일당) 가. 상급종합병원 나. 종합병원 다. 병원 라. 의원	2,891.21 2,250.41 3,243.72 3,288.61 2,891.21 2,250.41	다. 병원 라. 의원 호스피스 임종실 입원료(1일당) 가. 상급종합병원 나. 종합병원 다. 병원 라. 의원	2,891.21 2,250.41 3,559.59 3,288.61 2,891.21 2,250.41
제2장 호스피스 급여 별도산정 목록· 상대가치점수 및 산정지침 [급여 별도산정 목록]		제2장 호스피스 급여 별도산정 목록· 상대가치점수 및 산정지침 [급여 별도산정 목록]	
1. 전인적 돌봄 상담료		1. 전인적 돌봄 상담료	
분류 번호	코 드	분 류	점 수
완-7		전인적 돌봄 상담료 가. 초회	
	WG101	(1) 상급종합병원	1,325.14
	WG201	(2) 종합병원	1,325.14
	WG301	(3) 병원	1,325.14
	WG401	(4) 의원	1,246.77
		나. 제2회부터(1회당)	
	WG102	(1) 상급종합병원	892.29
	WG202	(2) 종합병원	892.29
	WG302	(3) 병원	892.29
	WG402	(3) 의원	839.52
2. 임종관리료		2. 임종관리료	
분류 번호	코 드	분 류	점 수
완-8		임종관리료 가. 상급종합병원	990.59
	WH100	나. 종합병원	990.59
	WH200	다. 병원	990.59
	WH300	라. 의원	932.00
	WH400		
3~13. <생략>		3~13. <현행과 동일>	
제4부 자문형 호스피스		제4부 자문형 호스피스	
제1장 호스피스 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침		제1장 호스피스 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침	
[산정지침]		[산정지침]	
1~2. <생략>		1~2. <현행과 같음>	
3. <신설>		3. 제1편제2부제1장 [산정지침] 5.가에 따른 의 료질평가지원금(가-22)은 각 분야별 등급별 '입원의 소정점수를 자문형 호스피스 입원료	

현행				개정안			
제1절 자문형 호스피스 행위 급여 목록 및 상대가치점수				(격리실 입원료, 임종실 입원료) 산정횟수와 동일하게 산정한다. 제1절 자문형 호스피스 행위 급여 목록 및 상대가치점수			
분류 번호	코 드	분 류	점 수	분류 번호	코 드	분 류	점 수
완-15		자문형 호스피스 돌봄상담료 가. 입원 (1) 초회 (가) 상급종합병원 (나) 종합병원 (다) 병원 (라) 의원 (2) 재회 [1회당] (가) 상급종합병원 (나) 종합병원 (다) 병원 (라) 의원 나. 외래 (1) 초회 I (가) 상급종합병원 (나) 종합병원 (다) 병원 (라) 의원 (2) 초회 II (가) 상급종합병원 (나) 종합병원 (다) 병원 (라) 의원 (3) 재회 I [1회당] (가) 상급종합병원 (나) 종합병원 (다) 병원 (라) 의원 (4) 재회 II [1회당] (가) 상급종합병원 (나) 종합병원 (다) 병원 (라) 의원	 <u>1,325.14</u> <u>1,325.14</u> <u>1,325.14</u> <u>1,246.77</u> <u>892.29</u> <u>892.29</u> <u>892.29</u> <u>839.52</u> <u>1,325.14</u> <u>1,325.14</u> <u>1,325.14</u> <u>1,246.77</u> <u>784.72</u> <u>784.72</u> <u>784.72</u> <u>738.31</u> <u>784.72</u> <u>784.72</u> <u>784.72</u> <u>738.31</u> <u>662.57</u> <u>662.57</u> <u>662.57</u> <u>623.39</u>	완-15		자문형 호스피스 돌봄상담료 가. 입원 (1) 초회 (가) 상급종합병원 (나) 종합병원 (다) 병원 (라) 의원 (2) 재회 [1회당] (가) 상급종합병원 (나) 종합병원 (다) 병원 (라) 의원 나. 외래 (1) 초회 I (가) 상급종합병원 (나) 종합병원 (다) 병원 (라) 의원 (2) 초회 II (가) 상급종합병원 (나) 종합병원 (다) 병원 (라) 의원 (3) 재회 I [1회당] (가) 상급종합병원 (나) 종합병원 (다) 병원 (라) 의원 (4) 재회 II [1회당] (가) 상급종합병원 (나) 종합병원 (다) 병원 (라) 의원	 <u>2,015.02</u> <u>2,015.02</u> <u>2,015.02</u> <u>1,748.08</u> <u>1,324.51</u> <u>1,324.51</u> <u>1,324.51</u> <u>1,149.04</u> <u>2,015.02</u> <u>2,015.02</u> <u>2,015.02</u> <u>1,748.08</u> <u>1,202.59</u> <u>1,202.59</u> <u>1,202.59</u> <u>1,043.27</u> <u>1,202.59</u> <u>1,202.59</u> <u>1,202.59</u> <u>1,043.27</u> <u>1,007.51</u> <u>1,007.51</u> <u>1,007.51</u> <u>874.04</u>
완-16		자문형 호스피스 임종관리료 가. 상급종합병원 나. 종합병원 다. 병원 라. 의원	 <u>990.59</u> <u>990.59</u> <u>990.59</u> <u>932.00</u>	완-16		자문형 호스피스 임종관리료 가. 상급종합병원 나. 종합병원 다. 병원 라. 의원	 <u>1,409.36</u> <u>1,409.36</u> <u>1,409.36</u> <u>1,222.65</u>
완-17		자문형 호스피스 임종실 입원료 가. 상급종합병원	<u>4,108.41</u>	완-17		자문형 호스피스 임종실 입원료 가. 상급종합병원	<u>4,756.40</u>

현행				개정안			
완-18	WP240	나. 종합병원	3,008.96	완-18	WP240	나. 종합병원	3,419.70
	WP340	다. 병원	2,417.56		WP340	다. 병원	2,702.33
	WP440	라. 의원	1,800.31		WP440	라. 의원	1,800.31
	자문형 호스피스 각실 압원료				자문형 호스피스 각실 압원료		
	WP150	가. 상급종합병원	4,108.41		WP150	가. 상급종합병원	4,756.40
	WP250	나. 종합병원	3,008.96		WP250	나. 종합병원	3,419.70
	WP350	다. 병원	2,417.56		WP350	다. 병원	2,702.33
완-10	WP450	라. 의원	1,800.31	완-10	WP450	라. 의원	1,800.31
	<생 략>				<현행과 동일>		-

제5편 혁신의료기술 급여·비급여 목록
및 급여 상대가치점수

제4부 혁신의료기술 인공지능·디지털
치료기기 비급여 목록

제1장 혁신의료기술 인공지능 비급여 목록

통합-3 인공지능 분석 및 활용료(비급여)

<이하 현행과 같음>

<신설>

<신설>

<신설>

<신설>

제6편 공공정책수가 목록

제1부 분만

<신설>

<신설>

<신설>

<신설>

제5편 혁신의료기술 급여·비급여 목록
및 급여 상대가치점수

제4부 혁신의료기술 인공지능·디지털
치료기기 비급여 목록

제1장 혁신의료기술 인공지능 비급여 목록

통합-3 인공지능 분석 및 활용료(비급여)

<이하 현행과 같음>

제2장 혁신의료기술 디지털치료기기 비급여 목록

통합-4 디지털치료기기 애플리케이션 사용료
(비급여)

TX009 디지털치료기기를 이용한 만성 불면증
환자의 인지행동치료(제품명: Somzz)
.....25,390원

제6편 공공정책수가 목록

제1부 공공정책수가 급여 일반원칙

I. 일반기준

1. 공공정책수가는 제1편 내지 제5편에
분류된 항목으로는 정책적 목적을 달성
하기 어려워, 별도의 정책적 지원방안이
필요하다고 판단된 경우 산정한다.

2. 공공정책수가는 요양기관 종별·소아·
야간·공휴 등 각종 가산을 적용하지
아니한다.

3. 공공정책수가는 최초 시행일로부터 3년
이내 중간평가와 5년 이내 최종 성과
평가를 거쳐 유지 여부 등을 결정하여야
한다. 평가대상·방식·주기 등에 대한

현행	개정안
<div><신설></div> <div><신설></div>	<div>세부사항은 보건복지부장관이 정하는 바에 따른다.</div> <div>4. 제1편에 분류된 항목 중 (별표 1)에 명시된 항목에 대해서는 공공정책수가 일반기준 1호, 3호를 적용한다.</div> <div>(별표 1)</div> <div>공공정책수가 적용항목</div> <div><div>1. 제1편제2부제6장 마취료 산정지침(11)에 따른 가산 중 700%</div><div>2. 제1편제2부제6장 마취료 산정지침(12)에 따른 가산 중 200%</div><div>3. 제1편제2부제6장 마취료 산정지침(13)에 따른 가산 200%</div><div>4. 제1편제2부제6장 마취료 산정지침(14)에 따른 가산 300%</div><div>5. 제1편제2부제9장제1절 처치 및 수술료 산정지침(22)에 따른 가산 중 700%</div><div>6. 제1편제2부제9장제1절 처치 및 수술료 산정지침(23)에 따른 가산 중 200%</div><div>7. 제1편제2부제9장제1절 처치 및 수술료 산정지침(24)에 따른 가산 200%</div><div>8. 제1편제2부제9장제1절 처치 및 수술료 산정지침(25)에 따른 가산 중 300%</div></div>
제2부 소아진료	제2부 공공정책수가 급여 목록·금액 및 산정지침
<div><신설></div>	제1장 분만
<div><신설></div>	<현행과 같음>
<div><신설></div>	제2장 소아진료
	<현행과 같음>
	제3장 고위험임산부·신생아 진료
	<현행과 같음>
제3부 고위험임산부·신생아 진료	<삭제>