

# 「제3차 상대가치 개편 관련」 가산제도 및 입원료 개편 설명회

| 일시 | 2023. 10. 31.(화) 13:00~17:00

| 장소 | 가톨릭대학교 성의회관 마리아홀





## Contents | 목차

- **제3차 상대가치점수 개편** ..... 3  
의료수가실 상대가치개발부장
- **제3차 상대가치개편에 따른 입원료 등 개편** ..... 39  
의료수가실 간호정책지원부장



| 「제3차 상대가치 개편 관련」 가산제도 및 입원료 개편 설명회 |

# 제3차 상대가치점수 개편

의료수가실 상대가치개발부장



# 제3차 상대가치점수 개편

## CONTENTS

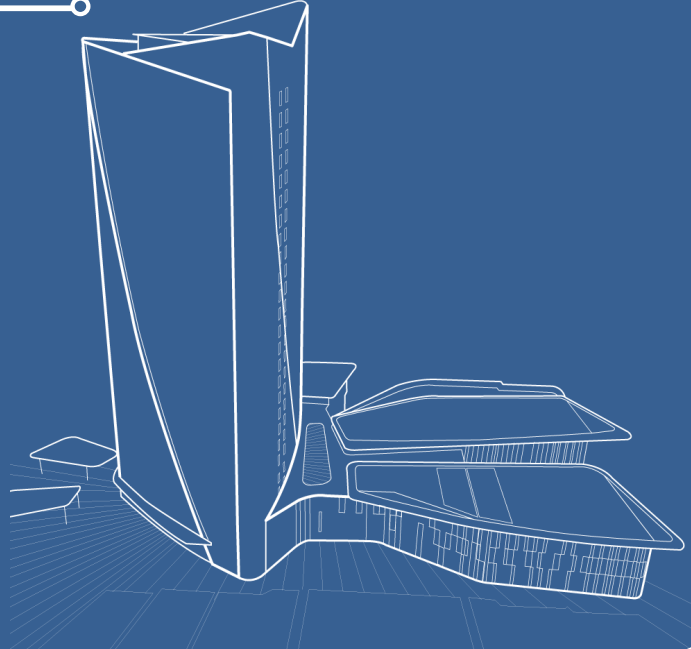
### I. 상대가치점수제도 개요

1. 건강보험 행위별 수가
2. 수가 구조 및 운영 목적
3. 상대가치점수 도입 및 그간 개편경과
4. 상대가치점수 개념 및 구성요소
5. 상대가치 의사결정 거버넌스
6. 3차 상대가치점수 개편 추진경과

### II. 제3차 상대가치점수 개편

1. 요양기관 종별가산 정비
2. 내소정 입원료 가산 정비
3. 외과계 보상 강화
4. 행위 급여 목록 재분류
5. 개편 관련 청구방법 안내

# I. 상대가치점수제도 개요



## 건강보험 행위별 수가

## I. 상대가치점수제도 개요



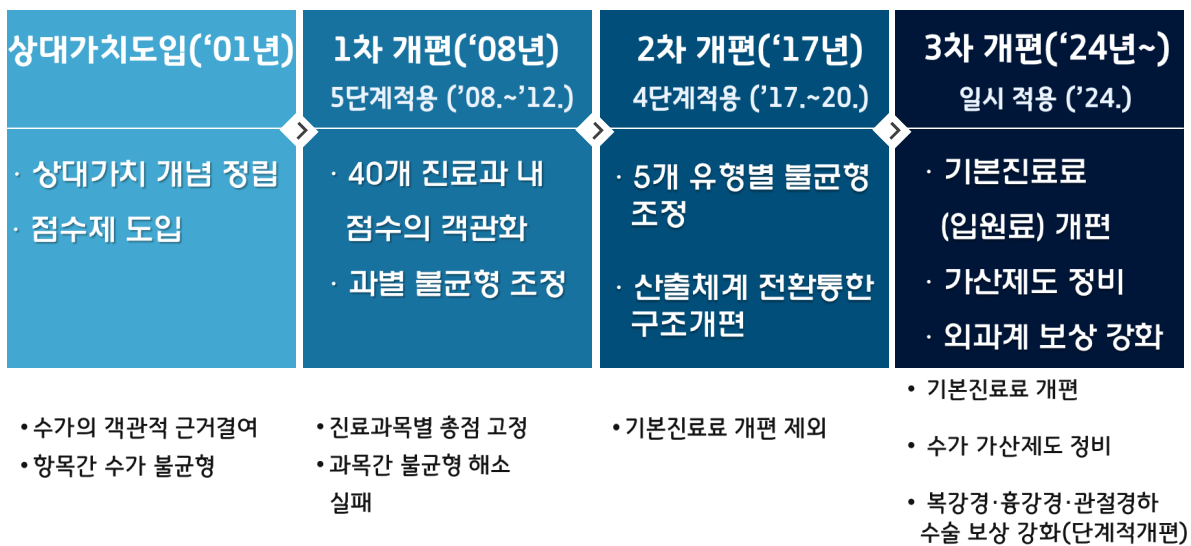
### 【 행위별수가제 | 의료보험 도입 당시부터 채택 】

행위별 수가제의 보완 및 의료자원 효율적 활용을 위하여  
질병군 포괄수가제(DRG), 정액수가제(요양병원, 보건기관 등)도 병행



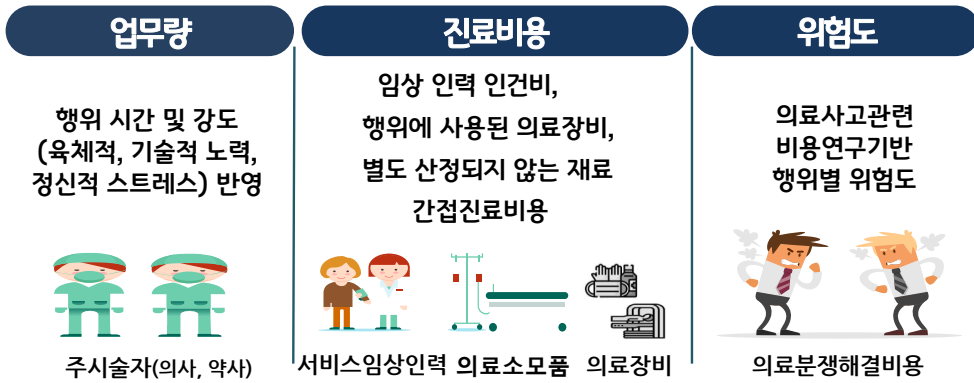
구분	수가고시제		수가계약제
	점수제	금액제	상대가치점수제
상세내용	<ul style="list-style-type: none"> <li>일본점수제 모방</li> <li>진료행위 난이도, 빈도, 소요시간 등에 의한 기준가치 배점고정 및 변동요인에 따라 1점당 가격을 변경</li> <li>'행위별 점수'로 표시</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>진료행위마다 가격을 정함</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>수가계약(환산지수) 및 상대가치점수제 시행</li> <li>소요된 자원 소모량을 기준으로 의료행위 가치를 상대적으로 비교한 점수 (의사업무량 + 진료비용 + 위험도로 구성)</li> <li>미국식 Medicare 적용 상대가치제 반영</li> </ul>





**상대가치점수**

소요된 자원소모량 기준, 요양급여 의료행위의 가치를 상대적으로 비교한 점수  
 요양급여의 가치는 주시술자의 시간과 노력 등 **업무량**, 인력과 시설, 장비 등 **자원의 양**, 요양급여의 **위험도** 및 **요양급여에 따른 사회적 편익** 등을 고려하여 산출  
 (건강보험법시행령 제21조제2항)



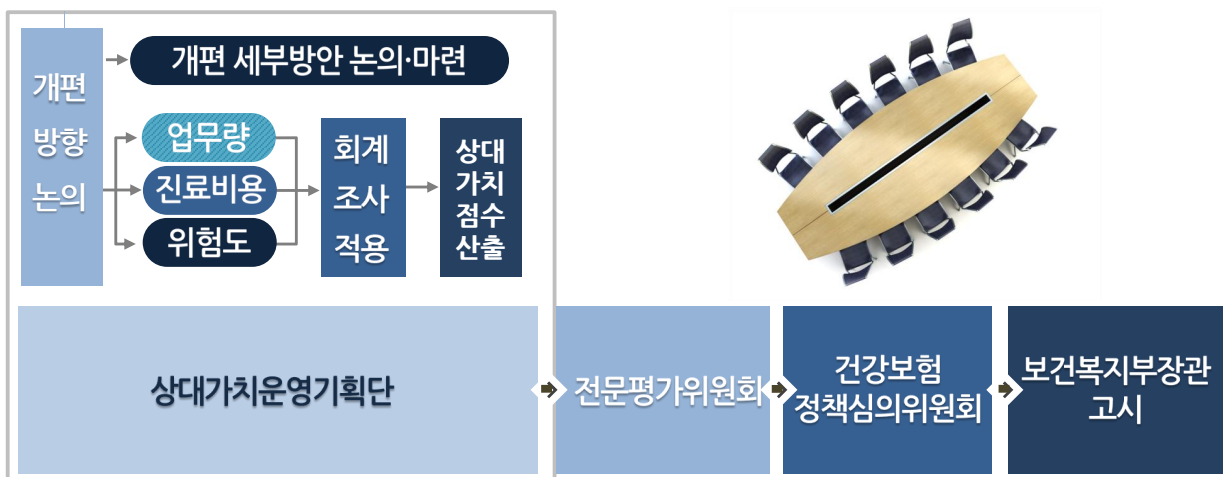
**상대가치운영기획단 운영**

(운영근거) 건강심사 운영규정 제21조제1항

심의위원회는 요양급여의 상대가치제도에 관한 체계적이고 지속적인 연구·개선을 위하여 관련단체 및 전문가 등으로 구성된 상대가치운영기획단을 상설·운영한다

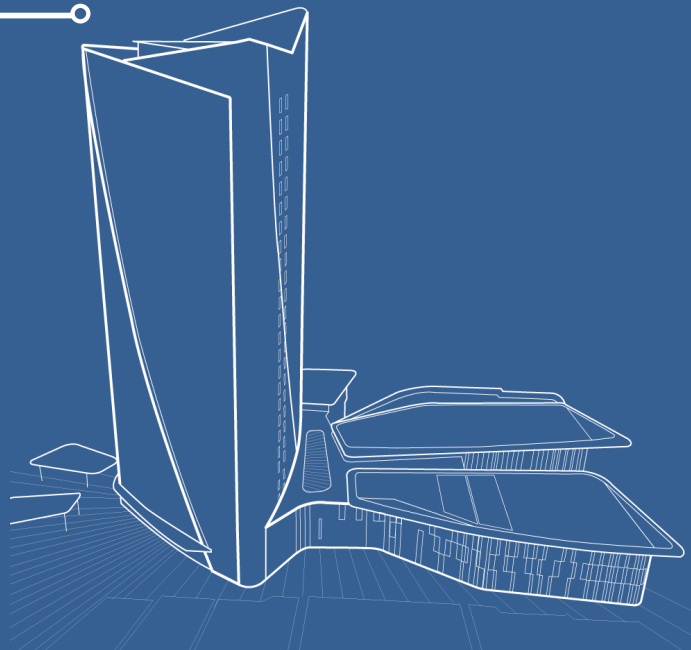
(구성) 보건복지부(1), 공익대표(2), 가입자대표(3), 공급자대표(6), 학계(3)

(기능) 상대가치점수제도 관련 정책개발 및 연구 총괄 조정 등



- (‘17.9월~‘18.5월) 3차 상대가치 개편방안 연구
- (‘18.6월~‘18.7월) 상대가치운영기획단 운영 계획 보고 (18년제11차,12차건정심)
- (‘18. ~‘20.) 상대가치운영기획단 회의(4회)
  - 3차 상대가치 개편방안 기초 연구 결과 보고, 개편 대상 논의
  - 【 3차 상대가치 개편 기초 연구 】
  - 「3차 상대가치 개편을 위한 회계조사 연구」(‘19.)
  - 「종별기능 정상화 및 의료전달체계 확립을 위한 수가가산제도 개선방안 연구」(‘19.)
  - 「3차 상대가치 개편을 위한 기본진료료 개선 방안 마련 및 상대가치 개발 연구」(‘20.)
  - 「3차 상대가치 개편을 위한 업무량 상대가치 개발 연구」(‘20.)
  - 「상대가치점수 산출 체계 개선 연구」(‘21.)
- (‘21. ~‘23.) 상대가치운영기획단 회의(10회)
  - 의견수렴을 통한 세부 개편 및 재정 활용 방안 도출 등
  - 세부 실행방안별 전문가 및 협회·학회 별도 의견수렴(93회)
- (‘22.9월, ‘23.7월, ‘23.8월) 건강보험정책심의위원회 산하 전문평가위원회 심의
  - 복강·흉강·관절경하수술, 입원료,가산개편및 행위목록재분류에따른 상대가치점수조정
- (‘23.10월) 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 개정 복지부 고시

## II. 제3차 상대가치점수 개편



# 제3차 상대가치점수 개편 주요 내용

## 가산제도 개편

### ① 요양기관 종별가산 정비

- 상대가치점수화
- 행위유형에 따른 가산 적용

### ② 내소정 입원료 가산 정비

- 내과질환자 및 정신질환자 입원료 가산 폐지
- 연령 가산체계 정비

수술·처치·기능검사	검체·영상검사	내과·정신질환자	소아환자
종별가산 15%p 축소	종별가산 폐지	가산 폐지	연령별
상대가치점수 15% 인상		저평가 분야 보상	가산 정비

## 상대적 균형성 제고

### 가산제도 개편 재정 활용한 저평가 분야 보상

#### ③ 외과계 보상

- 변화된 의료환경을 반영한 내시경 (복강경·흉강경·관절경) 수술 보상 강화

#### ④ 입원료 개편

- 환자 안전, 입원 서비스 질 제고를 위해 인력 배치 상향 시 차등 보상
- 특수병상 인프라 유지 및 확충 유도를 위한 보상 강화

## 종별가산 정비 기본방안


### 1. 요양기관 종별가산 정비

종별가산 일부(15%p)는 점수화하고, 행위 유형별로 가산 축소 또는 폐지

#### 현행

종별가산율	적용범위
상급종합 30%	수술 처치 기능검사
종합 25%	
병원 20%	
의원 15%	검체검사 영상검사

#### 개편

종별가산율	상대가치점수화
상급종합 15%	<b>종별가산 15%p</b>  <b>상대가치점수화*</b> * 전체 종별 동일 적용
종합 10%	
병원 5%	
전체 종별 가산없음	

#### • 종별가산 폐지대상

- 제2장 제1절 검체 검사료 및 5절 초음파 검사료, 제3장 제1절~제3절 영상진단료

• 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」(고시 제2023-187호, 2023.10.10.) 고시 개정

요양기관 종별가산 폐지에 따른 검사 질 향상 및 저평가 분야 행위 수가 조정

검체검사의

위탁



- ✔ 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제2장 검사료 [산정지침] (4) (고시 제2023-187호, 2023.10.10.)
 

인체에서 채취한 가검물에 대한 검사를 "(부록) 검체검사 위탁에 관한 기준"에서 정한 수탁기관으로 위탁하는 경우에는 제2장 제1절 및 제2절 분류항목 소정점수(가감을 적용 포함)의 87%를 산정(산정코드 네 번째 자리 Z로 기재)하고, 해당 점수에 수탁기관의 점수당 단가를 곱하여 계산한 금액의 10%를 "위탁검사관리료"로 산정한다.

  - 종별가산율이 미적용되는 검체검사를 위탁하는 경우, 3차 개편으로 검체검사의 상대가치점수가 15% 인상되므로 현재 검사료 수준 유지 위해 산정코드 네 번째 자리에 'Z' 기재하여 검사료의 87%를 적용함
  - 위탁검사관리료는 산정코드 4 번째 자리 Z 기재한 9단 코드에 점수당 단가를 적용한 금액에 10% 적용

질가산

확대



- ✔ 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제2장 검사료 [산정지침](6)(가) (고시 제2023-187호, 2023.10.10.)
 

제1절 검체 검사료(핵의학적 방법으로 검사한 경우 제외) 및 제2절 병리 검사료 중 진단검사의학과 전문의가 판독하고 판독 소견서를 작성 또는 작성·비치한 경우 산정 가능토록 '주'에 명시된 항목은 진단검사분야 질가산 평가결과에 따라 소정점수의 1등급은 8%<sup>1)</sup>, 2등급은 6%<sup>2)</sup>, 3등급은 4%<sup>3)</sup>, 4등급은 3%<sup>4)</sup>, 5등급 2%<sup>4)</sup>, 6등급 1%<sup>4)</sup>를 가산한다.(산정코드 세 번째 자리 각각 1, 2, 3, 4, H, J로 기재) 다만, 산정지침(5)와 중복 적용되는 경우에는 산정코드 세 번째 자리에 각각 A<sup>1)</sup>, B<sup>2)</sup>, C<sup>3)</sup>, D<sup>4)</sup>, K<sup>4)</sup>, L<sup>4)</sup>로 기재한다.

  - 진단검사의학과 전문의가 상근하는 일반기관 등의 등급 및 가산율 조정, 인력 점수 구간 세분화로 불필요한 검사 빈도 감소 및 질 관리 인력확보 유도

구 분	현행	개선
등급	5등급	7등급
가산율	0~4% 가산	0~8% 가산
일반기관(전문수탁기관 및 교육이수기관 이외 기관) 전문인력 영역 점수 - 50만점:1 초과 ~ 75만점:1 이하 구간 점수	25점	20점, 30점으로 구간 세분화/점수변경

※ 검체검사 질 가산율 산출 및 적용 기준 관련 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 고시 개정 예정(23년 11월)

저평가  
행위 선별  
보상 강화

- ☑ 고난이도 등 의사업무량이 크거나, 고가시약 사용 검사이면서, 종합병원 이상에서 시행빈도가 높은 검사 행위의 상대가치점수 인상
- 제2장 제1절 검체검사료(진단·핵의학검사) 중 148개 행위
- 현재 병원 또는 종합병원급 수가 수준 유지

행위목록  
분류변경

- ☑ 변화된 임상현실 등을 반영한 행위 급여 목록 재분류
- 진단시약 발전 등에 따른 B형간염표면항원(HBsAg) 중화검사 재분류 신설
- ‘누701 정밀면역검사 다. B형간염표면항원 (1) 정성검사’ 결과  
 위양성이 의심되어 중화검사 실시한 경우 중화검사를 산정할 수 있도록 신설  
 \*중화검사 급여기준 관련 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」고시 개정 예정(23.11), 추후변경가능
- 나0 ‘임상병리검사 종합검증료’ → ‘진단검사의학 전문검증료’ 명칭 변경

필수의료 분야(응급·소아) 가산 확대 및 불필요한 영상 재촬영 감소 유도

응급판독  
가산



- ☑ 응급환자 특수영상검사에 대하여 상급 영상학과 전문의가 긴급 판독을 한 경우  
**검사 소정점수의 10% 가산**  
 (대상 기관) 「응급의료에 관한 법률」로 지정된 응급의료기관  
 (적용 대상) 응급료수가를 적용 받는 중증응급환자, 중증응급 의심환자 (K-TAS 1~3등급)의 CT, MRI에 대하여  
 응급실 퇴실 전 상급 영상학과 전문의가 판독을 완료한 경우
- 상급하는 영상학과 전문의가 환자 응급실 퇴실 전 CT·MRI 영상검사를 판독하고 판독소견서를 작성한 경우  
 상급 영상학과 전문의 판독 가산 10% + 응급판독 가산 10% → 소정점수의 120%로 산정

「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제3장 제2절 방사선특수영상진단료 주8 (고시 제2023-187호, 2023.10.10.)

「응급의료에 관한 법률」에 의한 응급의료기관의 응급실에서 중증응급환자, 중증응급의심환자에게 「다-245」, 「다-246」 항목에 대하여 응급실 퇴실 전 당해 요양기관에 상급하는 영상학과 전문의가 판독을 하고 판독소견서를 작성한 경우에는 소정점수의 10%를 가산한다.  
 (산정코드 두 번째 자리 4로 기재) 다만, "주5"에 대하여는 그러하지 아니한다.

응급판독  
가산  
청구방법

☑ '응급실 내 긴급 판독 가산' 산정 시 명세서에 기재 필요한 특정내역 구분코드

[신설] **출번호단위 특정내역구분코드 JT038 (응급실 영상검사 판독 완료일자)**

- 판독완료일자 "ccyymmdd" 기재

[현행] MS005(응급실 재원시간) 및 MT046(응급환자 중증도 분류기준)

- MRI 검사의 경우, 출번호단위 특정내역 구분코드 'JT020'(MRI 검사 시행일자)란도 기재

(예시) '24년 1월 15일 오전 9시 응급실에 내원한 환자(K-TAS 1등급)에게 MRI(특수검사-확산)검사 및 영상의학과 전문의 판독완료 후, 오후 10시 중환자실로 전실한 경우

명세서 진료내역						
출번호	항	목	코드구분	코드	일투	총투
0050	S	02	1	HF101046	1	1
명세서 특정내역기재란						
발생단위 구분	출번호	특정내역 구분	특정내역			
1		MS005	202401150900/ 202401152200			
1		MT046	1			
2	0050	JT020	20240115			
2	0050	JT038	20240115			

소아가산  
가산

☑ 6세 미만 소아에 대한 영상진단료 가산율을 특수영상과 핵의학영상을 동일 수준으로 변경

(현행 소아가산율) 제3장 제2절 특수영상진단료 20%, 제3절 핵의학영상진단료 15%

→ (개편) 특수영상진단 20%, 핵의학영상진단 20%



외부병원  
필름 판독료  
확대

☑ '외부병원 필름 판독료' 산정대상 확대 및 수가 인상

• 대상 확대

(현행) 제2절 방사선특수영상진단료, 제3절 핵의학영상진단료중 다-339 양전자방출단층촬영 PET

→ (개편) 제2절 방사선특수영상진단료, 제3절 핵의학영상진단료 전체

\* 제3절 핵의학영상진단 및 골밀도검사료 중 다-334 골밀도검사는 제외

• 수가 인상

(현행) 소정점수의 20% 산정 → (개편) 소정점수의 30% 산정

\* 단, MRI 검사 중 외부병원 필름 판독료 별도점수 산정토록 정한 수가는 현행 유지



영상현실  
반영  
급여목록  
분류변경



☑ 변화된 임상현실 반영한 행위 급여 목록 재분류 및 명칭 변경

• 다127 유방촬영 '질' 이동 및 수가 통합

변경	현행	개편			
질	제1절 방사선단순영상진단료	제2절 방사선특수영상진단료			
행위 분류	다-127 유방 가.유방촬영 나.확대유방촬영 ✓ 촬영매수 당 수가	다-222 유방 가.유방촬영 나.확대유방촬영 ✓ 촬영 행위당 통합 수가 (촬영매수 불문)			
분류번호	코드	분류	분류번호	코드	분류
다-127		유방 Breast	<삭제>	<삭제>	<삭제>
		가. 유방촬영 Mammography			
	G2701	(1) 1매			
	G2702	(2) 2매			
	G2703	(3) 3매			
	G2706	(4) 4매 또는 그 이상			
		나. 확대유방촬영 Magnification Mammography			
	G2707	(1) 1매			
	G2708	(2) 2매			
G2709	(3) 3매 또는 그 이상				
		다-222		유방 Breast	
		HA181		가. 유방촬영 Mammography	
		HA182		나. 확대유방촬영 Magnification Mammography	

\* [통합수가] 유방 양측 동시 촬영 시 각각 소정정수 산정 가능

영상현실  
반영  
급여목록  
분류변경



• 다197 파노라마촬영 수가 세분화

- 치과 종별 기능 등 고려 상급종합병원·종합병원 종별 가산점수 산정토록 '주' 항 신설

구분	가. 일반	나. 특수 [약관질, 약골질 단면]
상급종합병원 상급종합병원에 설치된 치과대학 부속 치과병원	32.38점	37.24점
종합병원 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학 부속 치과병원	12.95점	14.90점

분류번호	코드	분류	분류번호	코드	분류		
다-197	G9701	파노라마촬영 Panoramic View 가. 일반 Conventional	다-197	G9701	파노라마촬영 Panoramic View 가. 일반 Conventional		
						G9702	주: 상급종합병원·상급종합병원에 설치된 치과대학 부속 치과병원에서 실시한 경우에는 해당 항목 소정점수의 32.38점, 종합병원·상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학 부속 치과병원에서 실시한 경우에는 12.95점을 가산한다.
						G9703	
	G9761	나. 특수 [약관질, 약골질 단면] Special		G9761	나. 특수 [약관질, 약골질 단면] Special		
						G9762	주: 상급종합병원·상급종합병원에 설치된 치과대학 부속 치과병원에서 실시한 경우에는 해당 항목 소정점수의 37.24점, 종합병원·상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학 부속 치과병원에서 실시한 경우에는 14.90점을 가산한다.
						G9763	

• 다 제3장 제1절 '방사선단순영상진단료' → '방사선일반영상진단료' 명칭 변경



가산 폐지 및 상대적 저평가 행위 선정하여 상대가치점수 인상

가산 폐지

내과질환자 입원료 가산  
(소정점수의 30%) 폐지

상대적 저평가 행위 보상 강화

의과

- 기본진료료  
(3개 행위분류, 12개 코드)
- 수술, 처치, 기능검사 등  
(35개 행위분류, 97개 코드)

한의과

- 기본진료료  
(1개 행위분류, 4개 코드)
- 처치, 기능검사 등  
(4개 행위분류, 7개 코드)

\* 상대적 저평가 행위는 의사업무량이 높은 사람 중심 행위, 입원 중 시행비율 등 고려 선정

가산 폐지, 급성 정신질환자의 증상 악화 예방 및 사회복귀 도모 위한 입원료 개선

가산 폐지

정신질환자 입원료 가산  
(소정점수의 30%) 폐지

가20 정신의학적 집중관리료 개선

가. 폐쇄병동 집중관리료  
나. 격리보호료

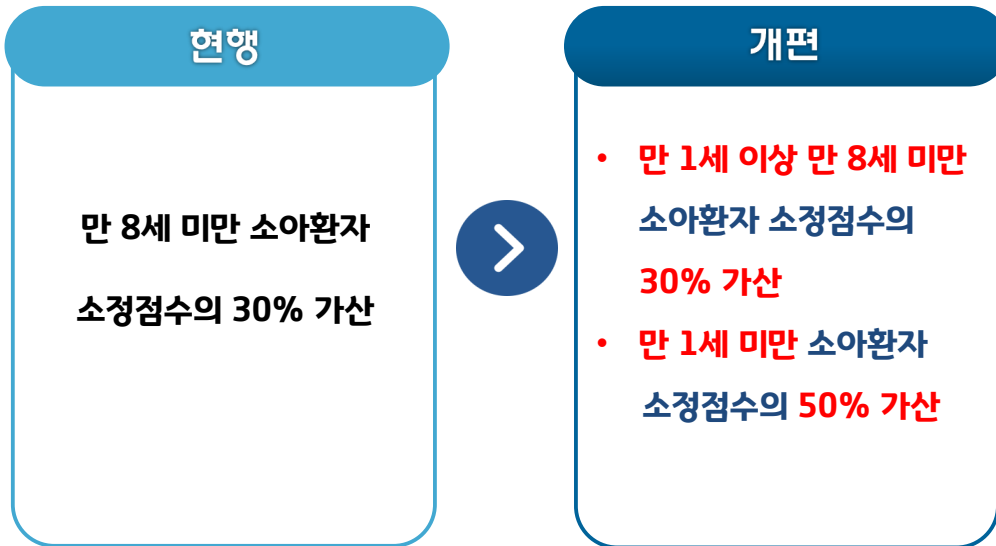
- 수가 인상 (상급종합병원, 종합병원)
- 수가 신설 (병원, 의원)

나. 격리보호료 6시간미만 수가 신설

- 6시간 이상 시 소정점수 산정
- 2시간이상 6시간미만 시 소정점수 50% 산정

▶ 가20 나 격리보호료 '주'항 신설

전체 소아 가산체계를 고려하여 **연령별 가산 세분화**



① 임상현실 반영한 복강경·흉강경·관절경하 수술 수가 보상 강화

최신 의료행태 변화와 임상 현실을 반영하여  
내시경 수술(복강경·흉강경·관절경) 치료재료 비용 인상하며 행위수가로 전환

- ✓ 내시경 수술로의 의료행태 변화 및 해당 치료재료가 내시경 수술 시 필수재료임을 고려

② 종별가산 15%p 상대가치점수화로 수술·처치 등 보상 강화

종별가산 적용 대상 의료행위별 고시 상대가치점수를 인상 후,  
종별 가산 유지함에 따라 수술처치 등 유형에 재정 이동되어 수가 인상 효과

- ✓ 상급종합병원 2.25%p, 종합병원 1.5%p 등 종별 차등 인상 효과

**현행**

복강경·흉강경·관절경 수술에 사용되는 **치료재료**를 묶어 일정 금액으로 보상하는 **정액수가 적용 중**

\* 2006.6.1. 등재 이후 가격변동 이력 없음

- ① 복강경하 수술시 사용하는 치료재료 비용  
· 복강경하 수술 시 사용하는 보조 기구 포괄 (N0031001)
- ② 흉강경하 수술시 사용하는 치료재료 비용  
· 흉강경하 수술 시 사용하는 보조 기구 포괄 (N0031002)
- ③ 관절경하 수술시 사용하는 치료재료 비용  
· 관절경하 수술 시 사용하는 보조 기구 포괄 (N0031003)

**수가 산정방법**

복강경·흉강경·관절경하 수술 시 수술료는 해당 관혈적 수술수가를 산정하며, 치료재료 정액수가 별도 산정

**개선**

**수가 인상**

관혈적 수술에서 **내시경 수술**로의 의료행태 변화와 임상 현실을 반영하여 **치료재료 비용 인상**

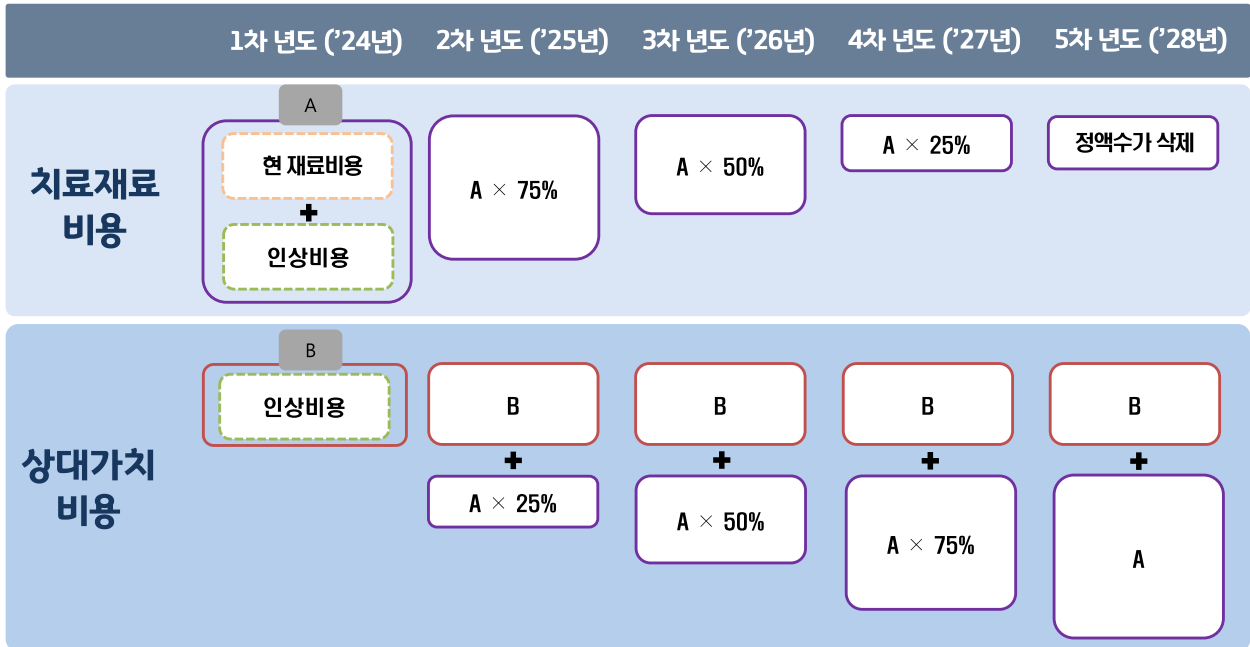
**수가 전환**

내시경 수술 시 필수재료임을 고려하여 5년간 **단계적으로 수술행위(상대가치점수)로 전환**

**점수 당 단가에 따라 매년 가격 변동 요인 등 반영 가능**

### 5개년에 걸쳐 단계적 전환

• 개정 2차 년도(2025년)부터 매년 치료재료 비용을 행위수가로 전환

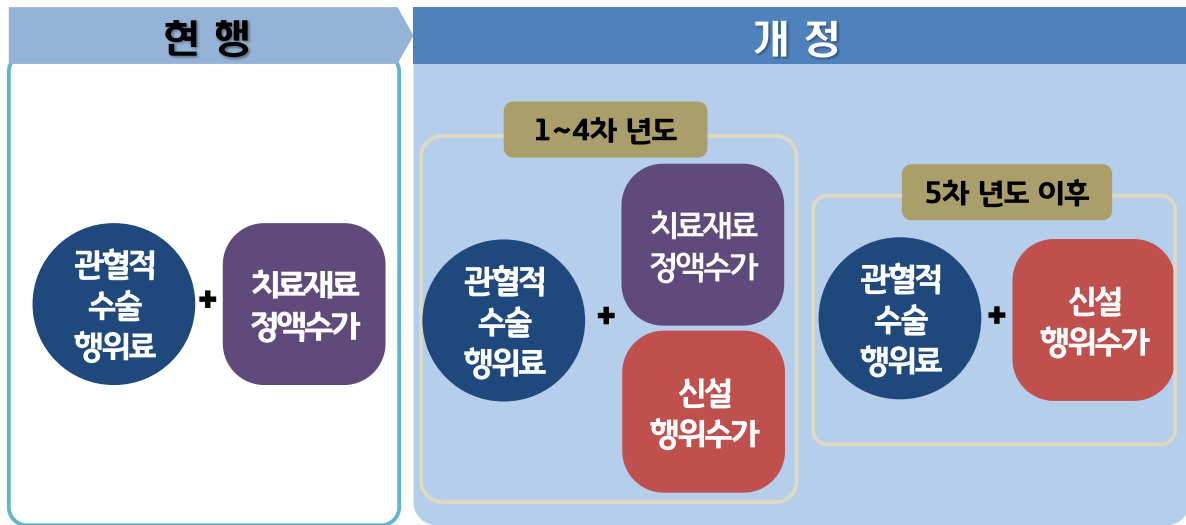


• 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」

- 제9장 제1절 '처치 및 수술료' [기타] 에 행위 분류 및 코드 신설

분류번호	코 드	분 류
자-992		[기타] 복강경·흉강경·관절경하 수술
		주: 복강경·흉강경·관절경하 실시한 경우 관혈적 수술 (내시경 수술로 별도 산정토록 정해져 있는 경우는 그 수술) 외에 별도 산정한다. 다만, 산정지침에 의한 가감을 적용하지 아니한다.
	Q9921	가. 복강경을 사용한 경우
	Q9922	나. 흉강경을 사용한 경우
	Q9923	다. 관절경을 사용한 경우

• 관혈적 수술 수가 외에 별도로 치료재료 정액수가와 신설 행위수가 산정



\* 개정 연차별로 「건강보험 행위 급여비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 및 「치료재료 급여비급여 목록 및 급여상한 금액표」, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 개정 예정

**검토 배경**

- 변화된 임상현실 반영하고 정확한 분류체계 정비 통한 행위 분류 일관성·확장성 도모

**추진 방안**

- 대내외 재분류 요청에 따라 재정중립 하 분류 개선이 필요한 행위 목록의 재분류 추진



**세부 개정 내용**

재분류 유형	항목수
시술방법 및 난이도에 따른 분류 세분화	71항목
해부학적 분류 세분화	4항목
급여기준 준용 행위의 코드 신설	33항목

장·절	분류	현행 분류		행위 목록 분류 변경 내용
제2장 3절 기능검사료	나734나	난관소통검사-통수검사		<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 동일한 점수의 행위를 통합</li> <li>- 통수검사, 카이모그래피</li> </ul>
	나734다	난관소통검사-카이모그래피		
제3장 2절 방사선특수 영상진단료	다210나	척추-경막외조영		<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 급여기준에 의거하여 준용하던 행위 목록 신설</li> <li>- 경막외신경차단술-경추간공차단 (경추 및 흉추/요추 및 천추)</li> </ul>
제3장 4절 방사선치료료	다407	개봉선원치료		<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 난이도의 차이를 고려하여 세분화</li> <li>- 체내섭취평가 행위 세분화</li> </ul>
	다401가	체외조사 기본방사선치료계획 [모의치료포함]	1문조사	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 문수별 분류 삭제 및 통합</li> <li>- 기본 체외조사 치료계획(Simulator)로 변경</li> </ul>
			2문대향조사	
			비대향2문,3문이상조사	
	다401나 (1),(2),(3)	체외조사 전산화방사선치료계획 [모의치료포함]	1문조사	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 문수별 분류 삭제 및 통합</li> <li>- 전산화단층촬영 기본체외조사 치료계획 (CT-Simulator 등)으로 변경</li> </ul>
비대향2문,3문이상조사				
다402나	밀봉소선원치료에 대한 치료계획 및 모의치료 -강내치료, 관내치료		<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 사용장비 차이를 고려하여 세분화</li> <li>- 기본/전산화단층촬영</li> </ul>	

장·절	분류	현행 분류		행위 목록 분류 변경 내용
제3장 4절 방사선치료료	다405	체외조사 [1회당]	저에너지방사선치료 -1문조사/2문대향	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 문수별 분류 삭제 및 흡수선량별 세분화</li> <li>- 2.5Gy미만(성인,소아청소년) /2.5Gy 이상~5.0Gy 미만 /5.0Gy 이상</li> </ul>
			중에너지방사선치료 -1문조사/2문대향	
			고에너지방사선치료 -1문조사/2문대향	
	다406	입체조형치료[1회당]		<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 문수 및 흡수선량에 따라 세분화</li> <li>- 기본/3문이상, 5.0Gy미만 /3문이상, 5.0Gy 이상</li> </ul>
	다414	세기변조방사선치료[1회당]		
	다413	양성자치료[1회당]		
	다409	전신조사[1회당]-전신		
		전신조사[1회당]-전립선		
	다410	전신피부전자선조사		<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 치료기간 중 산정 가능 횟수 신설 (5회 이내)</li> </ul>
	다411	정위적방사선분할치료[1회당]		
다412가	체부정위적 방사선수술[1회당]	-선형가속기이용	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 치료기간 중 산정 가능 횟수 확대 (기존 4회→5회)</li> </ul>	
		-사이버나이프이용		

장·절	분류	현행 분류	행위 목록 분류 변경 내용
제6장 3절 신경차단술료	바22가(2)	경막외신경차단술-일회성차단 - 요추 및 천추	◦ 해부학적 차이를 고려하여 세분화 - 요추 및 천추/미추
	바25차	척수신경총, 신경근및신경절차단술 - 추간관절차단	◦ 급여기준에 의거하여 준용하던 행위 목록 신설 - 추간관절차단/천장관절차단
	바35마	교감신경절 및 신경총 파괴술 - 상하복신경총	◦ 해부학적 차이를 고려하여 세분화 - 상하복신경총/외톨이신경절
제2장 3절 기능검사료	너872	심박동기 시스템의 전기적 분석	◦ 급여기준에 의거하여 준용하던 행위 목록 신설 - 심장재동기화치료기(CRT) 거치술 분류 신설
제9장 1절 처치 및 수술료	자200나(1)	심박기거치술-경정맥 체내용심박기 거치술	- 심장재동기화치료기(CRT) 거치술 분류 신설 (삽입술, 교환술, 분석 및 프로그램 재설정, 제거술, 전극재배치) ◦ 심박기 기능향상 세분화 및 심율동전환 제세동기 기능향상 신설
	자200-2가	심율동전환제세동기거치술(경정맥)	
	자411가	질탈교정술(수술적치료)-복부접근	◦ 난이도의 차이를 고려하여 세분화 - 개복술/복강경하
		질탈교정술(수술적치료)-질부접근	◦ 접근방법의 차이를 고려하여 세분화 - 복막외/복막내
	자415	광범위 자궁적출 및 양측골반 림프절 절제술	◦ 난이도의 차이를 고려하여 세분화 - 개복술/복강경하
	자442가	부속기중앙적출술[양측]-양성	
	자442나(1)	부속기중앙적출술[양측](악성) - 단순	

장·절	분류	현행 분류	행위 목록 분류 변경 내용		
제9장 1절 처치 및 수술료	자664가(2) (나),(다)	혈관색전술 - 뇌혈관척추포함 - 동정맥기형 [동정맥루포함]	- 뇌경막동정맥루 (동맥경유) - 뇌경막동정맥루 (정맥경유) - 내경동맥해면동루	◦ 임상현실을 고려하여 행위 통합 - 뇌경막동정맥루(내경동맥해면동루 포함)	
		자457가	부신절제술-편측		◦ '양측' 동시 실시 행위 삭제
		자457나	부신절제술-양측		
	자71가(2)	인공관절치환술-전치환[견관절]	◦ 난이도 및 수술방법 차이 고려, 세분화 - 해부학적/역행성		
	자93-1	견봉성형술	◦ 해부학적 수술 방법의 차이를 고려하여 행위명 변경 및 수술 방법에 따라 세분화 1) 회전근개수술 - 견봉성형술/유착박리술 및 관절막 절제술/견 파열 봉합술(25cm미만/이상), 상부 관절막 재건술, 회전근개 재봉합술 2) 관절와순수술 - 상부 관절와순 봉합술/ 단순, 복잡 관절와순 수술/ 오구돌기 이전술		
		견봉성형술 및 회전근개파열복원술 (일차봉합술)			
		견봉성형술 및 회전근개파열복원술 (근 및 건성형이 동반된 경우)			
	견봉성형술 및 회전근개파열복원술 (근 및 건성형이 동반된 경우)-복합				

▶ 너-872 심박동기 시스템의 전기적 분석

- 시스템 분석뿐 아니라 프로그램 재설정을 하는 행위 특성 및 타 유사 행위 고려하여 제9장 제1절 자-200다 심박기 거치술-분석 및 프로그램 재설정으로 행위명 변경-이동

현행		개정	
	제 2장 검사료 제3절 기능 검사료 [순환기 기능 검사]		제9장 처치 및 수술료 등 제1절 처치 및 수술료 [순환기] <b>&lt;제9장 제1절 자-200으로 이동&gt;</b>
너-872	심박동기 시스템의 전기적 분석	<b>자-200</b>	<b>심박기거치술</b> <b>다. 분석 및 프로그램 재설정</b>
	주 : 영구적심박동기 삽입 후 심기능 및 심조율의 변화에 따라 Pacing Mode를 조정하거나 시간 경과에 의한 Battery Life, Threshold, Integrity의 변화에 대해 적절한 System 분석 및 교정을 한 경우에 산정한다.		주 : 영구적심박동기 삽입 후 심기능 및 심조율의 변화에 따라 Pacing Mode를 조정하거나 시간 경과에 의한 Battery Life, Threshold, Integrity의 변화에 대해 적절한 System 분석 및 교정을 한 경우에 산정한다.

▶ 나-734 난관소통검사

- 검사방법의 차이는 있으나, ‘다. 카이모그래피 검사’는 ‘나.통수검사’와 동일 목적으로 시행되며, 의료기술의 변화로 거의 시행되지 않는 점 등을 고려하여 나-734 나. 통수검사, 카이모그래피로 행위 통합

현행		개정	
	[생식, 임신 및 분만]		[생식, 임신 및 분만]
나-734	난관소통검사	나-734	난관소통검사
	가. 통색소검사		가. 통색소검사
	나. 통수검사		<b>나. 통수검사, 카이모그래피</b>
	다. 카이모그래피		<b>&lt;행위 통합&gt;</b>



▶ 다-401 체외조사에 대한 방사선 모의치료 및 치료계획

- 임상현실 고려, Simulator 이용한 문수별 치료계획을 문수 무관 행위로 통합

현행		개정	
[방사선 모의치료 및 치료계획]		[방사선 모의치료 및 치료계획]	
	주 : 모의 치료시 사용한 필름, 조영제는 별도 산정한다.		주 : 모의 치료시 사용한 필름, 조영제는 별도 산정한다.
다-401	체외조사에 대한 방사선 모의치료 및 치료계획	다-401	체외조사에 대한 방사선 모의치료 및 치료계획
	주 : <생략>		주 : <현행과 동일>
	가. 기본치료계획 [모의치료 포함]		가. 기본 체외조사 치료계획(Simulator) [모의치료 포함]
	(1) 1문조사		(1) 제1회
	(가) 제1회		(2) 제2회부터 [1회당]
	(나) 제2회부터 [1회당]		
	(2) 2문대향조사		
	(가) 제1회		
	(나) 제2회부터 [1회당]		
	(3) 비대향2문조사, 3문이상조사		
	(가) 제1회		
	(나) 제2회부터 [1회당]		

▶ 다-401 체외조사에 대한 방사선 모의치료 및 치료계획

- 임상현실 고려, Simulator 이용한 문수별 치료계획을 문수 무관 행위로 통합

현행		개정	
	나. 전산화 방사선치료계획 [모의치료 포함]		나. 전산화단층촬영 방사선치료계획 [모의치료 포함]
	주 : <생략>		주 : <현행과 동일>
	(1) 1문조사		(1) 기본 체외조사 치료계획 (CT-Simulator 등)
	(가) 제1회		(가) 제1회
	(나) 제2회부터 [1회당]		(나) 제2회부터 [1회당]
	(2) 2문대향조사		
	(가) 제1회		
	(나) 제2회부터 [1회당]		
	(3) 비대향2문조사, 3문이상조사		
	(가) 제1회		
	(나) 제2회부터 [1회당]		
	㉔ 운동조사법 (아크조사, 회전조사, 접선진자조사면)		(2) 운동조사법 (아크조사, 회전조사, 접선진자조사면)
	(가) 제1회		(가) 제1회
	(나) 제2회부터 [1회당]		(나) 제2회부터 [1회당]

▶ 다-401 체외조사에 대한 방사선 모의치료 및 치료계획

- 양성자치료계획 3문 이상 치료 시 소요되는 시간, 난이도 등 고려하여 문수별 분류

현행		개정	
	(5) 수술 중 방사선치료계획		(3) 수술 중 방사선치료계획
	(6) 입체조형 치료계획		(4) 입체조형 치료계획
	(가) 제1회		(가) 제1회
	(나) 제2회부터 [1회당]		(나) 제2회부터 [1회당]
	(7) 정위적 방사선 수술계획		(5) 정위적 방사선 수술계획
	(가) 제1회		(가) 제1회
	(나) 제2회부터 [1회당]		(나) 제2회부터 [1회당]
	(8) 양성자 치료계획		(6) 양성자 치료계획
	주 : <생략>		주 : <현행과 동일>
	(가) 제1회		(가) 1~2문 제1회
			(나) 3문 이상 제1회
	(나) 제2회부터 [1회당]		(다) 제2회부터 [1회당]
	(9) 세기변조 방사선치료계획 [모의치료 포함]		(7) 세기변조 방사선치료계획 [모의치료 포함]
	(가) 제1회		(가) 제1회
	(나) 제2회부터 [1회당]		(나) 제2회부터 [1회당]

▶ 다-402 밀봉소선원치료에 대한 모의치료 및 치료계획

- 사용장비 등의 차이를 고려하여 기본과 전산화단층촬영 치료계획으로 세분화

현행		개정	
다-402	밀봉소선원치료에 대한 <u>치료계획 및 모의치료</u>	다-402	밀봉소선원치료에 대한 <u>모의치료 및 치료계획</u>
	주 : <생략>		주 : <현행과 동일>
	가. 외부접촉조사치료		가. 외부접촉조사치료
	나. 강내치료, 관내치료		나. 강내치료, 관내치료
			(1) 기본 치료계획
			(2) 전산화단층촬영 치료계획
	다. 조직내치료		다. 조직내치료

▶ 다-420 전신조사 및 전신피부전자선조사에 대한 모의치료 및 치료계획

- 방사선 치료 행위 소정점수에 포함되어 있었던 치료계획료 행위를, 유사 행위 분류 고려하여 별도 치료계획 행위 신설·재분류
- 임상현실 고려한 치료기간 범위 ‘주’항 신설

현행		개정	
<신설>	<신설>	다-420	전신조사 및 전신피부전자선조사에 대한 모의치료 및 치료계획 주 : 1. 치료기간 중 1회만 산정한다. 2. 개인별 특수차폐물, 열발광선량계(TLD) 등의 재료대는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다. 가. 전신조사 치료계획 (1) 전신 (2) 전립프절 나. 전신피부전자선조사 치료계획

▶ 다-405 기본 체외조사 [1회당]

- 임상현실 고려하여 에너지별·문수별 치료 행위를 문수 불문 흡수 선량별 행위로 재분류
- 치료 난이도, 흡수 선량 등을 고려하여 만 18세 미만 소아대상 행위를 ‘주’항으로 분류

현행		개정	
	[방사선 치료]		[방사선 치료]
다-405	체외조사 [1회당] 주 : 상이한 부위에 대하여 상이한 치료장치로 동시에 조사치료를 하였을 경우에는 각각 산정한다. 가. 저에너지 방사선치료 [관전압 3MeV 이하의 방사선에 의한 조사치료 또는 $C_{60}$ 에 의한 체외조사] (1) 1문조사 (2) 2문대향조사(2문조사)부터 나. 중에너지 방사선치료 [관전압 4MeV~9MeV 사이의 방사선에 의한 조사치료] (1) 1문조사 (2) 2문대향조사(2문조사)부터 다. 고에너지 방사선치료 [관전압 10MeV 이상의 방사선 혹은 전자선에 의한 조사치료] (1) 1문조사 (2) 2문대향조사(2문조사)부터	다-405	기본 체외조사 [1회당] 주 : 상이한 부위에 대하여 동시에 조사치료를 하였을 경우에는 각각 산정한다. 가. 2.5 Gy 미만 주 : 만 18세 미만에게 시행한 경우 00점을 산정한다. 나. 2.5 Gy 이상 ~ 5.0 Gy 미만 다. 5.0 Gy 이상

\* 그레이(Gray, Gy) 표기는 흡수선량 단위, 방사선이 조사되는 물질의 단위 질량당 흡수된 에너지 양을 의미

▶ 다-406 입체조형치료 [1회당]

- 흡수 선량별 세분화하여 재분류
- 치료 난이도, 흡수 선량 등을 고려하여 만 18세 미만 소아대상 행위를 ‘주’항으로 분류

현행		개정	
다-406	입체조형치료 [1회당]	다-406	입체조형치료 [1회당]
			가. 2.5 Gy 미만
			주: 만 18세 미만에게 시행한 경우 00점을 산정한다.
			나. 2.5 Gy 이상 ~ 5.0 Gy 미만
			다. 5.0 Gy 이상

▶ 다-407-1 체내섭취평가

- 개봉선원치료 후 병소, 주요 장기 등 방사성의약품 섭취 평가 행위로, 임상현실 고려 신설

현행		개정	
<신설>	<신설>	다-407-1	체내섭취평가
			주 : 개봉선원치료 후 체내섭취평가를 시행한 경우 산정한다.
			가. 전신 스캔 방법
			나. 단일광자전산화단층촬영 방법
			다. 양전자방출단층촬영 방법

▶ 다-409 전신조사 [1회당], 다 410 전신피부전자선조사

- 해당 치료의 치료계획이 별도 행위로 분류되어 치료계획 관련 ‘주’항 삭제
- 치료계획 재료대 산정관련 ‘주’항 내용은 다-420 전신조사 및 전신피부전자선조사에 대한 모의치료 및 치료계획 ‘주’항으로 이동

현행		개정	
다-409	전신조사 [1회당]	다-409	전신조사 [1회당]
	주 : 1. 조혈모세포이식을 목적으로 행한 경우에 한하여 산정한다.		주 : 조혈모세포이식을 목적으로 행한 경우에 한하여 산정한다.
	2. 방사선치료계획료, 필름, 조영제, 개인별 특수차폐물, 열발광선량계(TLD) 등의 재료대는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.		<삭제>
다-410	전신피부전자선조사	다-410	전신피부전자선조사
	주 : 방사선치료계획료, 필름, 개인별 특수차폐물, 열발광선량계(TLD) 등의 재료대는 소정점수에 포함 되므로 별도 산정하지 아니한다.		<삭제>

▶ 다-411 정위적 방사선 분할치료 [1회당], 다412-체부정위적 방사선 수술 [1회당]

- 치료 효과 및 유사행위 산정횟수, 임상 현실 고려하여
- 다-411 ‘주’항에 치료기간 중 5회 이내로 산정 가능횟수 명기
- 다-412 ‘주’항에 치료기간 중 산정 가능 횟수 4회에서 5회로 확대

현행		개정	
다-411	정위적 방사선 분할치료 [1회당] 주 : 두개(Cranial)부위 질환에 한하여 산정한다.	다-411	정위적 방사선 분할치료 [1회당] 주 : 두개(Cranial)부위 질환에 한하여 치료 기간 중 <b>5회이내만 산정한다.</b>
다-412	체부 정위적 방사선수술 [1회당] 주 : 치료기간 중 4회 이내만 산정한다.	다-412	체부 정위적 방사선수술 [1회당] 주 : 치료기간 중 <b>5회 이내만</b> 산정한다.
	가. ~ 나. <생략>		가. ~ 나. <현행과 동일>

▶ 다-413 양성자 치료 [1회당]

- 치료 난이도, 방법 등의 차이를 고려하여 1~2문, 3문 구분 및 흡수선량 5.0 Gy 기준으로 세분화

현행		개정	
다-413	양성자 치료 [1회당]	다-413	<b>양성자 치료 [1회당]</b> 가. 1~2문 치료 나. 3문 이상 치료, 5.0 Gy 미만 다. 3문 이상 치료, 5.0 Gy 이상

▶ 다-414 세기변조 방사선치료 [1회당]

- 임상 현실을 고려하여 흡수 선량별 행위로 세분화
- 치료 난이도, 흡수선량 등을 고려하여 만 18세 미만 소아대상 행위를 ‘주’항으로 분류

현행		개정	
다-414	세기변조 방사선치료 [1회당]	다-414	<b>세기변조 방사선치료 [1회당]</b> 가. 2.5 Gy 미만 주: 만 18세 미만에게 시행한 경우 00점을 산정한다. 나. 2.5 Gy 이상 ~ 5.0 Gy 미만 다. 5.0 Gy 이상

▶ 바-22 경막외 신경차단술

- 해부학적 차이를 고려하여 재분류

현행		개정	
바-22	경막외 신경차단술	바-22	경막외 신경차단술
	가. 일회성 차단		가. 일회성 차단
	주 : <생략>		주 : <현행과 동일>
	(1) 경추 및 흉추		(1) 경추 및 흉추
	(2) 요추 및 천추		(2) 요추 및 천추
			(3) 미추

※ '신경차단술의 산정기준'(고시 제2022-128호) 개정 예정

- 기존 고시로 준용 산정하던 행위를 별도 행위 목록화(고시제2009-180호, 2009.9.25.)

현행		개정	
	나. ~ 다. <생략>		나. ~ 다.<현행과 동일>
	<신설>		라. 경추간공 차단
			주 : 조영술 행위료는 해당 점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.
			(1) 경추 및 흉추
			(2) 요추 및 천추

※ '선택적 경추간공 경막외조영술/신경차단술 또는 경추간공경막외주사/신경차단술의 인정기준 및 수가산정방법'(고시 제2009-180호) 개정 예정

▶ 바-25 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술

- 기존 고시로 준용 산정하던 행위를 별도 행위 목록화(고시제2022-128호, 2022.7.1.)

현행		개정	
바-25	척수신경총, 신경근 및 신경절차단술	바-25	척수신경총, 신경근 및 신경절차단술
	가. ~ 자. <생략>		가. ~ 자. <현행과 동일>
	차. 추간관절차단		차. 추간관절차단
			카. 천장관절차단

▶ 바-35 교감신경절 및 신경총 파괴술

- 접근 부위, 방법, 난이도 등의 차이를 고려하여 재분류

현행		개정	
바-35	교감신경절 및 신경총 파괴술	바-35	교감신경절 및 신경총 파괴술
	가. ~ 라. <생략>		가. ~ 라. <현행과 동일>
	마. 상하복신경총		마. 하장간막신경총
	바. 하장간막신경총		바. 상하복신경총
			사. 외틀이신경절

▶ 자-71 인공관절치환술

- 적응증, 방법, 난이도 등의 차이를 고려하여 재분류

현행		개정	
	[근골]		[근골]
자-71	인공관절치환술	자-71	인공관절치환술
	가. 전치환		가. 전치환
	(1) 고관절		(1) 고관절
	주 : <생략>		주 : <현행과 동일>
	(2) 견관절		(2) 견관절
	주 : 복잡기준에 해당하는 경우에는 00점을 산정한다.		(가) 해부학적 주 : 복잡기준에 해당하는 경우에는 00점을 산정한다.
			(나) 역행성 주 : 복잡기준에 해당하는 경우에는 00점을 산정한다.

▶ 자-93-1 회전근개수술 및 관절외순수술

- 자93-1 행위명을 견관절의 해부학적 수술 방법의 차이를 포괄하는 행위명으로 변경
- 급여기준(고시 제 2021-323호)에 의거 준용 산정하는 행위를 목록 신설 및 수술방법에 따라 세분화

현행		개정	
자-93-1	견봉성형술 및 회전근개 파열복원술	자-93-1	회전근개수술 및 관절외순수술
	가. 견봉성형술		가. 회전근개수술 [견봉성형술 포함]
	나. 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술		(1) 견봉성형술
	(1) 일차봉합술		(2) 유착박리술 및 관절막 절제술
	(2) 근 및 건성형이 동반된 경우		(3) 견 파열 봉합술
	주 : 복잡기준에 해당하는 경우에는 00점을 산정한다.		주 : 시술과정의 간단한 근 및 건 성형을 포함한다.
			(가) 25cm 미만 주 : 25cm 미만의 극상건극하건 파열 봉합과 견갑하건 파열 봉합을 동시에 하는 경우 00점을 산정한다.
			(나) 25cm 이상 주 : 25cm 이상의 극상건극하건 파열 봉합과 견갑하건 파열 봉합을 동시에 하는 경우 00점을 산정한다.
			(4) 상부 관절막 재건술
			(5) 회전근개 재봉합술
			나. 관절외순수술
			(1) 상부 관절외순 봉합술
			(2) 단순 관절외순 수술
			(3) 복잡 관절외순 수술
			(4) 오구돌기 이전술

※ '자93-1 견봉성형술 및 회전근개 파열복원술 수가 산정방법'(고시 제2021-323호) 개정 예정

▶ 자-200 심박기 거치술

- 행위명 정비 및 삽입된 심박기 기능향상 행위 세분화

현행		개정	
	[순환기]		[순환기]
자-200	심박기 거치술	자-200	심박기 거치술
	<신설>		주 : 시술시 이용된 방사선료(투시 포함)는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.
	가. 체외용		가. 체외용
	(1)~(3) <생략>		(1)~(3) <현행과 동일>
	나. 체내용		나. 체내용
	(1)경정맥 체내용 심박기 거치술		(1)경정맥 체내용 심박기 거치술
	(가) 심박기 거치술		(가) <b>삽입술</b>
	1)~3) <생략>		1)~3) <현행과 동일>
	(나) 심박기 교환술		(나) <b>교환술</b>
	주 : <생략>		주 : <현행과 동일>
	1)~2) <생략>		1)~2) <현행과 동일>
	(다) 삽입된 심박기 기능 향상		(다) <b>거치된</b> 심박기 기능 향상
	주 : 기존에 삽입된 심방 또는 심실전극 심박기를 심방 및 심실전극 심박기로 전환하는 것으로 심박기 교환술 및 전극 삽입술을 포함한다.		주 : 기존에 거치된 심박기를 전환하는 것으로 심박기 교환술 및 전극 삽입술을 포함한다.
			1) 기존 단방향 심박기를 양방향 심박기로 전환하는 경우
			2) 기존 심박기를 심율동 전환 제세동기로 전환하는 경우
			3) 기존 심박기를 심장 재동기화 치료기로 전환하는 경우

▶ 자-200 심박기 거치술

- 시스템 분석 뿐 아니라 프로그램 재설정을 하는 행위의 특성 및 타 유사 행위 고려  
제2장 제3절 기능검사료 너-872 심박동기 시스템의 전기적 분석 행위의 급여목록 정비

현행		개정	
	(라) 제거술		(라) 제거술
	<신설>		주 : 전극과 심박기(Generator)를 동시 제거한 경우 주된 항목의 소정점수만 산정한다.
	1) ~ 3) <생략>		1) ~ 3) <현행과 동일>
	(마) 전극재배치		(마) 전극재배치
	(2) 개흉적 체내용 심박기 거치술		(2) 개흉적 체내용 심박기 거치술
	(가) 심박기 거치술		(가) <b>삽입술</b>
	(나) 심박기 교환술		(나) <b>교환술</b>
	(다) 심박기 제거술		(다) <b>제거술</b>
	<신설>		다. 분석 및 프로그램 재설정
			주 : 영구적 심박기 거치 후 심기능 및 심조율의 변화에 따라 Pacing Mode를 조정하거나 시간 경과에 의한 Battery Life, Threshold, Integrity의 변화에 대해 적절한 System 분석 및 교정을 한 경우에 산정한다.



▶ 자-200-2 심율동 전환 제세동기 거치술

- 제9장 산정지침(11) 별도 산정가능한 치료재료와 중복되는 ‘주’항 삭제
- 행위명 정비 및 ‘거치된 제세동기 기능향상’ 행위 신설, 제거술 산정범위 ‘주’항 신설

현행		개정	
자-200-2	심율동 전환 제세동기 거치술	자-200-2	심율동 전환 제세동기 거치술
	주 : 사용된 재료대는 별도 산정한다.		<삭제>
	<신설>		주: 시술시 이용된 방사선료(투시 포함)는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.
	가. 경정맥 접근		가. 경정맥 접근
	(1) 삽입술		(1) 삽입술
	(2) 교환술		(2) 교환술
	주 : <생략>		주 : <현행과 동일>
	<신설>		③ 거치된 제세동기 기능 향상
			주: 기존에 거치된 심실제세동기를 전환하는 것으로 심실제세동기 교환술 및 전극 삽입술을 포함한다.
			(가) 기존 단방형 심실제세동기를 양방형 심실제세동기로 전환하는 경우
			(나) 기존 심실제세동기를 심장재동기화치료기-제세동기로 전환하는 경우
	③ 분석 및 프로그램 재설정		④ 분석 및 프로그램 재설정
	(가) ~ (나) <생략>		(가)~(나) <현행과 동일>
	④ 제거술		⑤ 제거술
	<신설>		주: 전극과 심실제세동기(Generator)를 동시 제거한 경우 주된 항목의 소정점수만 산정한다.
	(가) ~ (다) <생략>		(가)~(다) <현행과 동일>
	⑤ 전극재배치		⑥ 전극재배치

▶ 자-200-4 심장 재동기화 치료기 거치술

- 급여기준(고시제2023-56호, '23.3.29.)에 의거 준용 산정하던 행위를 별도 행위 목록화  
 ※ 준용 산정 행위를 별도 행위 목록화하며, 시술별 재분류 (삽입술, 교환술, 분석 및 프로그램 재설정, 제거술, 전극재배치)

현행		개정	
<신설>	<신설>	자-200-4	심장 재동기화 치료기 거치술
			주: 시술시 이용된 방사선료(투시 포함)는 해당 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.
			가. 삽입술
			(1) CRT-P
			(2) CRT-D
			나. 교환술
			주: 삽입된 전극은 유지한 상태에서 심장 재동기화 치료기만 교환하는 경우 산정한다.
			(1) CRT-P
			(2) CRT-D
			다. 분석 및 프로그램 재설정
			주: 심장 재동기화 치료기의 분석 및 프로그램 재설정을 시행한 경우 산정한다.
			(1) CRT-P
			(2) CRT-D

▶ 자-200-4 심장 재동기화 치료기 거치술

- 행위 목록 분류 시 시술 난이도, 방법 등의 차이를 고려하여 분류

현행		개정	
			라. 제거술
			주: 전극과 심장재동기화치료기(Generator)를 동시 제거한 경우 주된 항목의 소정점수만 산정한다.
			(1) 심장 재동기화 치료기
			(2) 심방 또는 좌우심실 중 1부위에 위치한 전극
			(3) 심방 또는 좌우심실 중 2부위에 위치한 전극
			(4) 심방 및 좌우심실 3부위에 위치한 전극
			마. 전극재배치
			(1) 좌심실 전극 미포함
			(2) 좌심실 전극 포함

※ 전극 여러 개를 동시에 재배치하는 경우, 좌심실전극 재배치 포함 여부에 따라 주된 수술의 소정점수만 산정

▶ 자-411 질탈교정술

- 사용장비, 난이도 등의 차이를 고려하여 재분류
- 접근부위, 방법 등의 차이를 고려하여 재분류

현행		개정	
	[여성 생식기, 임신과 분만]		[여성 생식기, 임신과 분만]
자-411	질탈교정술	자-411	질탈교정술
	가. 수술적치료		가. 수술적치료
	(1) 복부접근		(1) 복부접근
			(가) 개복술
			(나) 복강경하
	(2) 질부접근		(2) 질부접근
			(가) 복막외
			(나) 복막내
	나. 비수술적치료 [질폐사리 삽입술]		나. 비수술적치료 [질폐사리 삽입술]

▶ 자-412 자궁근종절제술

• 행위 분류 체계 일관성 위해 목록 정비

현행		개정	
자-412	자궁근종절제술	자-412	자궁근종절제술
	가. 복부접근		가. 복부접근
			(1) 개복술
	① 단순 [장막하근종]		(가) 단순 [장막하근종]
	② 복잡 [근층내, 점막하, 인대간, 간질내, 복막하근종이나, 결절 2개 이상인 다발성자궁근종인 경우에 산정]		(나) 복잡 [근층내, 점막하, 인대간, 간질내, 복막하근종이나, 결절 2개 이상인 다발성자궁근종인 경우에 산정]
			(2) 복강경하
			(가) 단순 [장막하근종]
			(나) 복잡 [근층내, 점막하, 인대간, 간질내, 복막하근종이나, 결절 2개 이상인 다발성자궁근종인 경우에 산정]
	나. 질부접근		나. 질부접근
	다. 복강경술		
	① 단순 [장막하근종]		
	② 복잡 [근층내, 점막하, 인대간, 간질내, 복막하근종이나, 결절 2개 이상인 다발성자궁근종인 경우에 산정]		

▶ 자-414 전자궁적출술

• 행위 분류 체계 일관성 위해 정비

현행		개정	
자-414	전자궁적출술	자-414	전자궁적출술
	가. 림프절제술을 하는 경우		가. 림프절제술을 하는 경우
	(1) ~ (2) <생략>		(1) ~ (2) <현행과 동일>
	나. 림프절제술을 하지 않는 경우		나. 림프절제술을 하지 않는 경우
	(1) 복부접근		(1) 복부접근
	(가) 단순		(가) 개복술
	(나) 복잡 [유착박리를 동반한 경우]		1) 단순
			2) 복잡 [유착박리를 동반한 경우]
			(나) 복강경하
			1) 단순
			2) 복잡 [유착박리를 동반한 경우]
	(2) 질부접근		(2) 질부접근
	(가) 단순		(가) 단순
	(나) 복잡 [유착박리를 동반한 경우 또는 자궁무게 250g 이상]		(나) 복잡 [유착박리를 동반한 경우 또는 자궁무게 250g 이상]
	(3) 복강경술		
	(가) 단순		
	(나) 복잡 [유착박리를 동반한 경우 또는 자궁무게 250g 이상]		

▶ 자-415 광범위자궁적출 및 양측 골반림프절제술, 자-442 부속기종양적출술

- 사용장비, 난이도 등의 차이를 고려하여 재분류

현행		개정	
자-415	광범위자궁적출 및 양측 골반림프절제술 가. 대동맥주위림프절 생검을 하는 경우	자-415	광범위자궁적출 및 양측 골반림프절제술 가. 대동맥주위림프절 생검을 하는 경우 (1) 개복술 (2) 복강경하
	나. 대동맥주위림프절 생검을 안 하는 경우		나. 대동맥주위림프절 생검을 안 하는 경우 (1) 개복술 (2) 복강경하
자-442	부속기종양적출술 [양측] 가. 양성 주 : <생략>	자-442	부속기종양적출술 [양측] 가. 양성 주 : <현행과 동일> (1) 개복술 (2) 복강경하
	나. 악성 (1) 단순 [난소 및 부속기만 절제하는 경우] 주 : 자궁적출술을 동시 실시한 경우에는 00점을 산정한다.		나. 악성 (1) 단순 [난소 및 부속기만 절제하는 경우] (가) 개복술 주 : 자궁적출술을 동시 실시한 경우에는 00점을 산정한다. (나) 복강경하 주 : 자궁적출술을 동시 실시한 경우에는 00점을 산정한다.

▶ 자-457 부신절제술

- 편측 수술 수가로 변경, '양측'시행 시 제9장 제1절 처치 및 수술료 산정지침(5)에 의거하여 소정점수의 200%로 산정

현행		개정	
	[내분비기]		[내분비기]
자-457	부신절제술 가. 편측	자-457	부신절제술 <삭제>
	나. 양측		<삭제>

▶ 자-664 혈관색전술

- 임상현실을 고려하여 자664 (2) 동정맥기형 (다) ‘내경동맥해면동루’ 삭제
- 자664 (2) 동정맥기형 (나) ‘뇌경막동정맥루 [내경동맥해면동루 포함]’으로 행위 통합

현행		개정	
[중재적 방사선시술]		[중재적 방사선시술]	
자-664	혈관색전술	자-664	혈관색전술
	가. 뇌혈관 [척추 포함]		가. 뇌혈관 [척추 포함]
	(1) 동맥류		(1) 동맥류
	(가) ~ (나) <생략>		(가) ~ (나) <현행과 동일>
	(2) 동정맥기형 [동정맥루 포함]		(2) 동정맥기형 [동정맥루 포함]
	(가) 뇌혈관		(가) 뇌혈관
	(나) 뇌경막동정맥루		(나) 뇌경막동정맥루 [내경동맥해면동루 포함] <통합>
	1) 동맥경유		1) 동맥경유
	2) 정맥경유		2) 정맥경유
	(다) 내경동맥해면동루		<삭제>
	(라) 두경부		(다) 두경부
	(마) 척추		(라) 척추
	(바) 척추경막		(마) 척추경막



’24년 전에 입원하여 ’24년 1월 1일 이후 계속 입원 중인 환자의 명세서는 ’23년 진료분과 ’24년 이후 진료분을 반드시 각각 분리해서 명세서 작성

- 대 상: 건강보험, 의료급여, 보훈, 요양병원 등 모두 해당 모든 청구매체 (전자문서, 전산매체, 서면)
- 작성방법 : 분리 시 청구구분 ’24년 이후 진료분은 ’3’(분리청구) 기재  
-기 청구 명세서의 ‘접수번호’, ‘명세서일련번호’, ‘최초입원개시일’을 기재

※ ’23년 진료분과 ’24년 이후 진료분을 미 분리 시 심사불능 시행

\* 대상: 원청구, 추가청구, 분리청구(상해외인 및 특정내역 MT037, MT043, MT065 등 포함)

### (사례 1) 상해외인 'F' 기재 한 경우

구분	상해 외인	입(내)원 일수	요양급여일수	진료개시일
중증질환자, 희귀질환자 및 중증난치 질환자, 결핵질환자 및 잠복결핵감염자가 산정특례 대상 상병 진료 중 타상병 진료분 또는 타 상병 진료 중 해당 산정특례 대상 상병 진료분	F	중복된 일수 제외	타 상병(기왕증 등) 진료 관련 요양급여일수만 기재 산정특례 진료로 인한 요양일수와 중복되는 기간은 산정하지 않음	해당 명세서상 타상병 또는 산정특례대상 상병에 대한 진료를 최초 실시한 날

요양개시일 '23.12.31. 입원기간 '23.12.31.~'24.1.1. 입원일수 2  
**심사불능 발생** ➡ 명세서를 연도별로 각각 분리하여 청구

### (사례 2) 추가 청구한 경우

[정보통신망 및 전산매체로 청구하는 경우]

구분	심사청구서 청구구분	명세서 청구구분				최초 입원개시일
		코드	접수번호	명세서 일련번호	사유코드	
기재 내역	2	2	이미 통보된 원청구서의 접수번호, 명세서일련번호		-	-

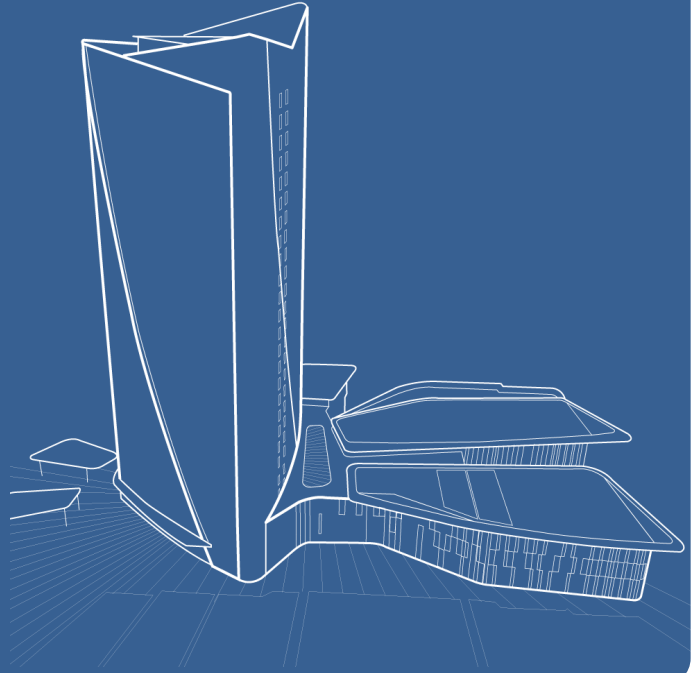
[서면으로 청구하는 경우]

- 심사청구서 우측 하단 여백에 적색으로 "추가청구"로 표기  
 - 이미 통보된 원청구서의 접수번호, 명세서 일련번호를 기재

요양개시일 '23.12.31. 입원기간 '23.12.31.~'24.1.1. 입원일수 2  
**심사불능 발생** ➡ 추가하고자 하는 연도별 원청구명세서에 각각 추가청구

경청해주셔서

감사합니다.







| 「제3차 상대가치 개편 관련」 가산제도 및 입원료 개편 설명회 |


# 제3차 상대가치개편에 따른 입원료 등 개편

의료수가실 간호정책지원부장



# 제3차 상대가치개편에 따른 입원료 등 개편

## CONTENTS

- 
- 01 입원료 개편의 배경
  - 02 입원료 개편의 적용방안
  - 03 세부과제별 개선 방안
  - 04 질의 및 답변

# 입원료 개편의 배경



## 1. 입원료 개편의 배경

■ 입원료는 기본진료 행위로 필수적이거나 상대적 보상 수준이 낮아 인력 투입, 병상 유지 곤란을 호소

● 타유형 대비 상대적으로 입원료는 보상수준이 낮다는 지적

\* '20. 상대가치 3차 회계조사(의과 행위유형별 원가보상률) 연구 등

● 중증 환자 진료에 필수적인 중환자실, 인력부족 문제 지속 호소

\* '22.3분기 중환자실 운영 기관(전체 340개소) 중 전담전문의 미배치 기관 217개소(63.8%)

\* (이직율) 중환자실 간호사 12.8%(태윤희, '21.) vs 전문·과학·기술서비스업 2.6%(고용노동부, '22.)

● 신생아·소아, 중증환자, 격리실, 무균치료실 등

수요가 제한적인 특수병상은 확충 및 인프라 유지 어려움 호소

\* (소아중환자실) 전국 13개소(상급종합병원 11개소, 종합병원 2개소) 불과

\* 코로나19 확진 임산부, 병원 27곳은 '격리실 부족', 헬기로 300km 이동(노컷뉴스, '22.2.)

# 1. 입원료 개편의 배경

■ '제3차 상대가치 개편'은 상대적으로 보상 수준이 높은 검체·영상검사 등 가산제도를 정비\*하여 입원료 등 상대적 저보상 분야에 투입하여 불균형 해소 추진

\* 영상·검체검사 종별가산 조정 등으로 확보한 재정(약 5,000억) 중 약 3,900억을 입원료 개선에 활용 (건강심 보고, '22.6월)

■ 입원환자 안전 확보 및 의료 서비스의 질 향상을 위해 인력배치 강화가 중요하며 이를 유도하기 위한 입원료 개편 추진

\* 중환자실에 전담전문의 배치 시 중환자실 사망 1.88% 감소(김영삼 외, 2021.)

\* 중환자실, 흉부외과 간호인력 수준이 높을수록 병원 내 사망 14% 감소(Andrea Driscoll 등, 2018.)



## CHAPTER .02

### 입원료 개편의 적용방안



## 2. 입원료 개편의 적용방안

### 추진 전략

#### 입원료 보상수준을 강화하되, 상대가치개편 원칙 유지

- 고(高)보상 항목에서 확보된 재정을 활용하여, 입원료 등 저(低)보상 항목 보상강화

#### 환자 안전, 입원서비스 질 제고를 위한 인력배치 강화

- 간호인력, 전담전문의 상향 배치 시 보상을 강화

#### 필수의료 지원 강화 및 병상 간 형평성, 요양기관의 수용성 감안 단계적 추진

- 중증환자 진료에 필수적인 중환자실, 집중치료실, 특수병동(신생아실, 격리실, 무균치료실 등) 지원강화
- 인력수급의 어려움 등을 고려 하위등급의 감산폭 확대 등은 단계적 추진

## 2. 입원료 개편의 적용방안

### 추진 방향

	세부 개선 과제	주요 문제점	추진 방향
중환자실	1. 중환자실 전담전문의 수가	- 전담전문의 미배치 기관 다수	- 전담전문의 보상 강화로 배치를 유도
	2. 중환자실 입원료 (간호차등제)	- 간호인력 부족 호소	- 간호등급 상향배치를 유도
집중치료실	3. 집중치료실(뇌졸중, 고위험임산부) 수가	- 낮은 보상 수준	- 집중치료실 보상 강화
일반병동	4. 일반병동 입원료 (간호차등제)	- 종별 간호등급 편차 - 간호등급 상향 유인이 부족	- 입원료 보상 강화 - 간호등급 상향 배치를 유도
기타 특수병동	5. 신생아실, 모자동실 수가	- 병·의원급 보상 수준이 현저히 낮은 상황	- 신생아실·모자동실 보상 강화
	6. 격리실 수가	- 감염병 유행 시 수요 급증, - 평시 환자수요가 적어 운영 어려움 호소	- 지정격리병상 확충 유도 - 격리실 보상 강화
	7. 무균치료실, 납차폐특수치료실 수가	- 암환자 증가하는 수요를 감안, 병상확충 필요	- 특수병상 확충, 유지를 위한 보상강화



CHAPTER · 03

## 세부과제별 개선방안



### 3. 중환자실 전담전문의 가산 개선

#### ■ 개선의 필요성

- 코로나19로 제기된 중환자실 병상, 시설, 인력 부족문제

\* (중증·응급 대응기반 강화) 중환자실 인력·시설 확충에 대한 보상 강화(필수의료 지원대책, 복지부, 2023.1.31.)

- 중환자실 전담전문의 배치 시

원래 사망률, 입원일수, 진료비 감소 및 환자 만족도 증가 등 긍정 효과\*

\* 중환자실 전담전문의 배치 시 전체 병원 사망은 1.15%, 중환자실 사망은 1.88% 감소(김영삼 외, 2021)

\*\* '22.3분기 중환자실 운영 기관(전체 340개소) 중 전담전문의 미배치 기관 217개소(63.8%)

- 중환자실 전담전문의 배치 유도를 위한 보상강화 필요

### 3. 중환자실 전담전문의 가산 개선

#### ■ 중환자실 전담의·전담전문의 현행 수가

(단위: 원, '23년 상급종합병원·종합병원, ( ):병원 기준수가)

구분	비율 (병상수:의사수)	일반 중환자실	소아 중환자실	신생아 중환자실	※입원전담전문의 (환자수:의사수)	
전담의	1인 이상	28,190 (21,680)		-	-	
전담전문의	1인 이상	30:1	52,430 (40,330)	- * 1인 의무배치	(25:1) 16,470	
	2인 이상	10:1~20:1	65,540 (55,460)	26,220	(17:1) 24,470	
		6.5:1~10:1	43,690 (33,610)	(10:1미만) 87,390 (77,300)	56,800	(10:1) 47,060
		5:1~6.5:1			96,120	
		5:1 미만			122,340	
수가수준	전문의는 전담의의 155% 수준	일반중환자실 수가 20%, 50%, 100% 가산			-	

### 3. 중환자실 전담전문의 가산 개선

#### ■ 주요 개선방향

##### ● 산정기준을 '병상수' 기준에서 '환자수'로 변경

- 병상이 아닌 환자관리 개념 도입이 합리적이며, 병상가동률이 낮은 지방, 소아 중환자실 보상강화



**환자수**  
직전분기 평균 환자수는 중환자실 간호관리료 차등제 적용 환자수로 함

**전담전문의 수**  
전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 전담전문의별 중환자실 해당 unit의 재직일수의 합을 해당분기 일수로 나누어 적용

##### ● 최저기준을 30:1(병상수 기준) → 20:1(환자수 기준)으로 하향 조정

- 입원환자 전담전문의도 25:1(환자수 기준)임을 감안하여, 중환자실 전담전문의는 최저 기준을 개정



### 3. 중환자실 전담전문의 가산 개선

#### ■ 주요 개선방향

##### ● 수가 세분화

- 신생아중환자실 입원료에 포함된 전담전문의 1인 수가를 별도 분리\*
- 중환자실 간 전담전문의 수가 기준을 일원화, 배치기준 세분화\*\*

\* 의료법에 따라 신생아 중환자실 전담전문의 1인 의무 배치 필요

(현행) 신생아실 입원료를 상대적으로 높게 보상 & 전담전문의 별도 보상 X → (개선) 수가 분리하여 별도 보상

\*\* 일반·소아·신생아중환자실의 전담전문의 수가 간 소폭 차등 유지

현행				개선	
구분	일반	소아	신생아	구분	일반·소아·신생아
1인 이상	30:1 미만	30 : 1 미만	(입원료 포함)	없음	15 이상 ~ 20 미만 : 1
2인 이상	-	10 ~ 20 : 1	10 ~ 20 : 1		10 이상 ~ 15 미만 : 1
		10:1 미만	6.5 ~ 10 : 1		5 이상 ~ 10 미만 : 1
			5 ~ 6.5 : 1		~ 5 미만 : 1
			5:1 미만		

### 3. 중환자실 전담전문의 가산 개선

#### ■ 수가 개선방안

(단위: 점, 원), '23년 기준, ( ) : 병원 기준 점수, 수가

비율 (환자수:의사수)	일반 중환자실		소아 중환자실		신생아 중환자실	
	점수	금액	점수	금액	점수	금액
15 <sup>1)</sup> ~ 20 <sup>2)</sup> : 1	560.60 (431.23)	44,680 (34,370)	661.51 (508.85)	52,720 (40,560)	672.72 (517.48)	53,620 (41,240)
10 <sup>1)</sup> ~ 15 <sup>2)</sup> : 1	728.78 (560.60)	58,080 (44,680)	859.96 (661.51)	68,540 (52,720)	874.54 (672.72)	69,700 (53,620)
5 <sup>1)</sup> ~ 10 <sup>2)</sup> : 1	1,093.17 (840.90)	87,130 (67,020)	1,289.94 (992.26)	102,810 (79,080)	1,311.81 (1,009.08)	104,550 (80,420)
~ 5 <sup>2)</sup> : 1	2,186.34 (1,681.80)	174,250 (134,040)	2,579.88 (1,984.52)	205,620 (158,170)	2,623.62 (2,018.17)	209,100 (160,850)

주 1. 이상 2. 미만

## 4. 중환자실 입원료 개선

### ■ 개선의 필요성

#### ● 중환자 진료에 필수적인 중환자실은 지속적 인력 부족 문제 호소

- 간호등급제 산정기준이 간호사 1인당 '병상수' 적용 중으로 지방의 병상가동률이 낮은 중환자실, 소아·신생아 중환자실 등 병상 유지 어려움 호소
- 현재 대부분의 요양기관은 중환자실 간호배치 1,2등급에 분포하여, 추가 인력배치를 위해서는 상위등급 신설 필요

## 4. 중환자실 입원료 개선

### ■ 중환자실 간호관리료 차등제의 종별, 등급별 간호비율 및 가산율 현황

등급	일반 중환자실				소아 중환자실		신생아 중환자실			
	상급종합 (전등급 대비)		종합병원, 병원 (전등급 대비)		상급종합~병원 (4등급 대비)		상급종합, 종합병원 (5등급 대비)		병원 (4등급 대비)	
	비율 (병상수)	가산율	비율 (병상수)	가산율	비율 (병상수)	가산율	비율 (병상수)	가산율	비율 (병상수)	가산율
1	0.50미만	25%	0.50미만	25%	0.50미만	45%	0.50미만	60%	0.75미만	45%
2	0.63미만	15%	0.63미만	20%	0.61미만	30%	0.75미만	45%	1.0미만	30%
3	0.77미만	기본	0.77미만	15%	0.74미만	15%	1.0미만	30%	1.5미만	15%
4	0.88미만	-25%	0.88미만	10%	0.86미만	기본	1.5미만	15%	2.0미만	기본
5	0.88이상	-15%	1.00미만	10%	0.86이상	-25%	2.0미만	기본	2.0이상	-25%
6			1.25미만	10%			2.0이상	-25%		
7			1.5미만	기본						
8			2.0미만	-25%						
9			2.0이상	-15%						
미신고			미신고	-10%						

## 4. 중환자실 입원료 개선

### ■ 주요 개선방향

- 간호관리료 차등제 산정 기준을 '환자수' 기준으로 일원화



병상수

간호인력 확보수준에 따른 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제의 기준이 되는 중환자실 병상은 요양기관 현황(변경사항) 통보 시 건강보험심사평가원에 신고한 병상을 말함. 다만, 신고한 병상보다 더 많은 병상을 운영하는 경우에는 운영병상으로 함.

환자수

간호인력확보수준에 따른 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제의 기준이 되는 환자 수는 건강보험심사평가원에 제출한 입원 환자 수 현황상의 입원 환자 수를 말함

## 4. 중환자실 입원료 개선

### ■ 주요 개선방향

- 상위등급 신설 및 기준등급 상향

- 중환자실 간호배치 상향 유도를 위해 상위등급 신설

예시) 상급종합병원 일반중환자실의 등급 및 분포 전·후 변화

현행				개선			
등급	배치	가산율	수가	등급	배치	가산율	수가
				S	~0.23	A등급의 20%	635,600
				A	~0.33	1등급의 20%	529,670
1	~0.50	2등급의 25%	441,390	1	~0.43	기준 등급	441,390
		⋮				⋮	

## 4. 중환자실 입원료 개선

### ■ 주요 개선방향

#### ● 상위등급 신설 및 기준등급 상향

- 일정 수준 이상의 간호배치 유도를 위해 가·감산 기준인 기준등급 상향

개정 전		배치 수준	개정 후		배치 수준
일반	상급종합	0.77	일반, 소아, 신생아	상급종합	0.43
	중병, 병원	1.50		중병, 병원	0.63*
소아	상중~병원	0.86			
신생아	상중~병원	2.00			

\* 소아중환자실은 종합병원, 병원 0.53 적용

- 보상강화를 위해 직전등급 대비로 가산기준 통일, 균등하게 간호등급 간격 정리

\* 가산 기준(직전등급 대비) 및 등급간격(20%)을 일원화, 간호등급 간격을 0.1 단위로 균등하게 조정

#### ● 미신고기관 감산폭 대폭 확대(-50%)

#### ● 기준등급 미만 하위등급은 단계적으로 감산폭 확대 등 관리 강화

## 4. 중환자실 입원료 개선

### ■ 수가 개선방안

단위: 점, 원('23년 기준)

#### 일반중환자실 (상급종합병원)

현행					개선				
등급	배치 (병상수)	가산율	점수	수가	등급	배치 (환자수)	가산율	점수	수가
					S	~0.23	A등급의 20%	7,974.92	635,600
					A	~0.33	1등급의 20%	6,645.77	529,670
1	~0.50	2등급의 25%	5,538.14	441,390	1	~0.43	기준 등급	5,538.14	441,390
2	~0.63	3등급의 15%	4,430.51	353,110	2	~0.53	1등급의 -20%	4,430.51	353,110
3	~0.77	기준 등급	3,852.62	307,050	3	0.53~	2등급의 -20%	3,544.41	282,490
4	~0.88	3등급의 -25%	2,889.47	230,290	미신고		3등급의 -50%	1,772.21	141,250
5	0.88~	4등급의 -15%	2,456.05	195,750					
미신고		4등급의 -15%	2,456.05	195,750					

## 4. 중환자실 입원료 개선

### ■ 수가 개선방안

단위: 점, 원('23년 기준)

일반중환자실 (종합병원)

현행					개선				
등급	배치 (병상수)	가산율	점수	수가	등급	배치 (환자수)	가산율	점수	수가
					S	~0.23	A등급의 20%	6,230.16	496,540
					A	~0.33	1등급의 20%	5,191.80	413,790
1	~0.50	2등급의 25%	4,326.53	344,820	1	~0.43	2등급의 20%	4,326.50	344,820
2	~0.63	3등급의 20%	3,461.22	275,860	2	~0.53	3등급의 20%	3,605.42	287,350
3	~0.77	4등급의 15%	2,884.35	229,880	3	~0.63	기준 등급	3,004.52	239,460
4	~0.88	5등급의 10%	2,508.13	199,900	4	~0.83	3등급의 -20%	2,403.62	191,570
5	~1.00	6등급의 10%	2,280.12	181,730	5	~1.25	4등급의 -20%	1,922.90	153,260
6	~1.25	7등급의 10%	2,072.84	165,210	6	~1.67	5등급의 -20%	1,538.32	122,600
7	~1.50	기준 등급	1,884.40	150,190	7	1.67~	6등급의 -20%	1,230.66	98,080
8	~2.00	7등급의 -15%	1,413.30	112,640	미신고		7등급의 -50%	615.33	49,040
9	2.00~	8등급의 -15%	1,201.31	95,740					
미신고		9등급의 -10%	1,081.18	86,170					

## 4. 중환자실 입원료 개선

### ■ 수가 개선방안

단위: 점, 원('23년 기준)

일반중환자실 (병원)

현행					개선				
등급	배치 (병상수)	가산율	점수	수가	등급	배치 (환자수)	가산율	점수	수가
					S	~0.23	A등급의 20%	5,025.80	400,560
					A	~0.33	1등급의 20%	4,188.17	333,800
1	~0.50	2등급의 20%	3,490.26	278,170	1	~0.43	2등급의 20%	3,490.14	278,160
2	~0.63	3등급의 20%	2,792.20	255,540	2	~0.53	3등급의 20%	2,908.45	231,800
3	~0.77	4등급의 15%	2,326.83	185,450	3	~0.63	기준 등급	2,423.71	193,170
4	~0.88	5등급의 10%	2,023.33	161,260	4	~0.83	3등급의 -20%	1,938.97	154,540
5	~1.00	6등급의 10%	1,839.39	146,600	5	~1.25	4등급의 -20%	1,551.18	123,630
6	~1.25	7등급의 10%	1,672.17	133,270	6	~1.67	5등급의 -20%	1,240.94	98,900
7	~1.50	기준 등급	1,520.15	121,160	7	1.67~	6등급의 -20%	992.75	79,120
8	~2.00	7등급의 -15%	1,140.11	90,870	미신고		7등급의 -50%	496.38	39,560
9	2.00~	8등급의 -15%	969.09	77,240					
미신고		9등급의 -15%	872.18	69,510					

## 5. 일반병동 입원료 개선

### ■ 개선의 필요성

- 입원은 의사, 간호사 등 의료인력의 반복적인 환자 관리·관찰 등이 필요한 서비스로 입원 환자 안전과 서비스 질 제고를 위해, 인력배치 상향이 요구
- 상급종합 및 서울지역까지 간호관리료 차등제 산정 기준을 '환자수' 기준으로 동일 적용 필요

## 5. 일반병동 입원료 개선

### ■ 일반병동 간호관리료 차등제의 종별, 등급별 간호비율 및 가산율 현황

등급	상급종합		등급	비율 (병상수, 환자수 혼용)	종합병원	병원급	의원
	비율 (병상수 기준)	가산율 (전등급 대비)			가산율 (전등급 대비)	가산율 (전등급 대비)	가산율 (6등급 대비)
1	2.0 미만	10%					
2	2.5 미만	10%	1	2.5 미만	10%	10%	50%
3	3.0 미만	10%	2	3.0 미만	10%	10%	40%
4	3.5 미만	15%	3	3.5 미만	15%	10%	30%
5	4.0 미만	10%	4	4.0 미만	10%	10%	20%
6	4.0 이상	기본	5	4.5 미만	10%	20%	10%
			6	6.0 미만	기본	기본수가	기본
			7 <sup>1)</sup>	6.0 이상	6등급의 -5%		
					6등급의 -2%		
			미신고	-	6등급의 -10%		

주 1. (7등급) 서울시·광역시 구지역 소재 기관은 입원료 소정점수의 5% 감산, 그 외 기관은 2% 감산

## 5. 일반병동 입원료 개선

### ■ 주요 개선방향

- 기존 혼용되던 간호관리료 차등제 산정 기준을 '환자수' 기준으로 일원화  
- 상급종합병원 및 서울 소재 병원급 이상에도 동일하게 간호사당 '환자수' 기준 적용



병상수

요양기관 전체 병상에서 특수병상\*을 제외한 일반병실의 병상을 말함.

\* 특수병상: 응급실, 신생아실, 분만실, 회복실, 중환자실, 집중치료실, 격리실, 무균치료실, 인공신장실, 납차폐특수치료실, 낮병동 등 단, 별도 병동으로 구분되지 않은 격리실, 무균치료실, 납차폐특수치료실 등은 일반병동으로 함

환자수

위 병상에 입원한 모든 입원환자(건보, 의급, 자보, 보훈, 산재, 기타) 수

단, '정신건강의학과 폐쇄병동'을 일반병동의 병상에 포함하는 경우, 폐쇄병동 환자수도 포함

## 5. 일반병동 입원료 개선

### ■ 주요 개선방향

- 간호배치 상향 유도를 위한 상위등급 신설  
- (상급종합) S등급(~1.5:1), (종합병원) S등급(~1.5:1), A등급(~2.0:1), (병원급) A등급(~2.0:1)
- 일정 수준 이상의 간호배치 유도를 위해 기준등급 상향

현행		개선	
구분	배치 수준	구분	배치 수준
상급종합병원	6등급(4.0 이상)	상급종합병원	1등급 (2.0미만)
종합병원	6등급 (4.5 ~ 6.0)	종합병원	1등급 (2.5미만)
병원		병원	4등급 (4.0미만)

## 5. 일반병동 입원료 개선

### ■ 주요 개선방향

#### ● 등급 간 가·감산폭 개선

현행		개선		
구분	가·감산폭	구분	가산폭	감산폭
상급종합병원	10 ~ 15 %	상급종합병원	15%	10%
종합병원	10 ~ 15 %	종합병원	12%	
병원	10 ~ 20 %	병원	10%	

#### ● 미신고기관 감산폭 대폭 확대(-50%)

#### ● 기준등급 이하 하위기관은 간호인력 확보 시간 등을 고려, 일정기간 유예 후 감산폭 확대 등 관리 강화

## 5. 일반병동 입원료 개선

### ■ 수가 개선방안

단위: 점, 원('23년 기준)

#### 상급종합병원 (6인실 이상 입원료)

현행					개선				
등급	배치	가산율	점수	수가	등급	배치	가산율	점수	수가
					S	~1.5	1등급의 15%	1,163.13	92,700
1	~2.0	2등급의 10%	945.30	75,340	1	~2.0	기준 등급	1,011.42	80,610
2	~2.5	3등급의 10%	859.36	68,490	2	~2.5	1등급의 -10%	910.28	72,550
3	~3.0	4등급의 10%	781.24	62,260	3	2.5~	2등급의 -10%	819.25	65,290
4	~3.5	5등급의 15%	710.22	56,600	미신고		3등급의 -50%	409.63	32,650
5	~4.0	6등급의 10%	617.58	49,220					
6	4.0~	기준 등급	561.44	44,750					



## 5. 일반병동 입원료 개선

### ■ 수가 개선방안

단위: 점, 원('23년 기준)

#### 종합병원 (6인실 이상 입원료)

현행					개선				
등급	배치	가산율	점수	수가	등급	배치	가산율	점수	수가
					S	~1.5	A등급의 12%	1,057.19	84,260
					A	~2.0	1등급의 12%	943.92	75,230
1	~2.5	2등급의 10%	834.34	66,500	1	~2.5	기준 등급	842.79	67,170
2	~3.0	3등급의 10%	758.49	60,450	2	~3.0	1등급의 -10%	758.51	60,450
3	~3.5	4등급의 15%	689.54	54,960	3	~4.0	2등급의 -10%	682.66	54,410
4	~4.0	5등급의 10%	599.60	47,790	4	~6.0	3등급의 -10%	614.39	48,970
5	~4.5	6등급의 10%	545.09	43,440	5(0)	6.0~	4등급의 -15%	522.23	41,620
6	~6.0	기준 등급	495.54	39,490	5(1)	6.0~	4등급의 -25%	460.79	36,720
7(0)	6.0~	6등급의 0%	495.54	39,490	5(2)	6.0~	4등급의 -30%	430.07	34,280
7(1)	6.0~	6등급의 -2%	485.63	38,700	미신고		4등급의 -50%	307.20	24,480
7(2)	6.0~	6등급의 -5%	470.76	37,520					
미신고		6등급의 -10%	445.99	35,550					

\* 5(0), 7(0) : 의료취약지역 소재 요양기관

5(1), 7(1) : 그 외 지역의 요양기관

5(2), 7(2) : 서울특별시 및 광역시 구지역 소재 요양기관

## 5. 일반병동 입원료 개선

### ■ 수가 개선방안

단위: 점, 원('23년 기준)

#### 병원 (6인실 이상 입원료)

현행					개선				
등급	배치	가산율	점수	수가	등급	배치	가산율	점수	수가
1	~2.5	2등급의 10%	758.29	60,440	A	~2.0	1등급의 10%	836.76	66,690
2	~3.0	3등급의 10%	689.35	54,940	1	~2.5	2등급의 10%	760.69	60,630
3	~3.5	4등급의 10%	626.68	49,950	2	~3.0	3등급의 10%	691.54	55,120
4	~4.0	5등급의 10%	569.71	45,410	3	~3.5	4등급의 10%	628.67	50,100
5	~4.5	6등급의 20%	517.92	41,280	4	~4.0	기준 등급	571.52	45,550
6	~6.0	기준 등급	431.60	34,400	5	~6.0	4등급의 -10%	514.37	41,000
7(0)	6.0~	6등급의 0%	431.60	34,400	6(0)	6.0~	5등급의 -15%	437.21	34,850
7(1)	6.0~	6등급의 -2%	422.97	33,710	6(1)	6.0~	5등급의 -20%	411.50	32,800
7(2)	6.0~	6등급의 -5%	410.02	32,680	6(2)	6.0~	5등급의 -30%	360.06	28,700
미신고		6등급의 -10%	388.44	30,960	미신고		5등급의 -50%	257.19	20,500

\* 6(0), 7(0) : 의료취약지역 소재 요양기관

6(1), 7(1) : 그 외 지역의 요양기관

6(2), 7(2) : 서울특별시 및 광역시 구지역 소재 요양기관

## 6. 집중치료실 입원료 개선

### ■ 개선의 필요성

- 중환자실 자원의 효율적 활용을 위해, 준중환자(뇌졸중, 고위험임산부)를 위한 집중치료실은 종별 중환자실의 6등급 수준으로 수가 신설('17.9월) 이후, 중환자실 수가는 수차례 인상된 반면, 집중치료실 수가는 고정되어 수가 개선이 필요
- 집중치료실은 일반 병동에 비해 환자 중등도가 높고 간호필요도가 높으나, 수가 수준이 (現)일반병동의 1~3등급에 해당하여 낮은편

## 6. 집중치료실 입원료 개선

### ■ 주요 개선방향

- 환자수 적용 및 간호배치 기준 세분화
  - 간호사 당 '병상수' 기준을 '환자수'로 변경
  - 간호배치 구간을 세분화하여 차등 보상(뇌졸중 0.83, 1.04미만; 고위험임산부 1.04, 1.25미만 구간 신설)

현행		개선		
구분	최저 비율	신설 구간		유지 구간
뇌졸중 집중치료실	1 : 1.25 이하	0.83 미만	0.83 이상 ~ 1.04 미만	1.04 이상 ~ 1.25 미만
고위험임산부 집중치료실	1 : 1.5 이하	1.04 미만	1.04 이상 ~ 1.25 미만	1.25 이상 ~ 1.50 미만

## 6. 집중치료실 입원료 개선

### ■ 추가 개선방안

단위: 점, 원 ('23년 기준)

뇌졸중 집중치료실 입원료 전·후 비교

종별	1 : 1.25 이하		⇒	1 : 0.83 미만		1 : 0.83 ~ 1.04 미만		1 : 1.04 ~ 1.25 미만	
	점수	금액		점수	금액	점수	금액	점수	금액
상급종합병원	1,986.23	158,300		3,367.25	268,370	3,030.53	241,530	2,727.48	217,380
종합병원	1,700.45	135,530		2,882.31	229,720	2,594.08	206,750	2,334.67	186,070

고위험임산부 집중치료실 입원료 전·후 비교

종별	1 : 1.5 이하		⇒	1 : 1.04 미만		1 : 1.04 ~ 1.25 미만		1 : 1.25 ~ 1.50 미만	
	점수	금액		점수	금액	점수	금액	점수	금액
상급종합병원	2,237.82	178,350		3,509.03	279,670	3,158.13	251,700	2,842.32	226,530
종합병원	2,009.62	160,170		3,151.07	251,140	2,835.96	226,030	2,552.36	203,420
병원	1,473.78	117,460		2,312.42	184,300	2,081.18	165,870	1,873.06	149,280

## 7. 기타 입원료 개선

### ■ 주요 개선방향

- **신생아 입원 비중이 높은 병·의원의 수가 개선**
  - 병·의원 신생아실 및 모자동실 입원료 50% 인상
- **감염병 상시 대응을 위한 격리실 입원료 보상 강화 및 음압격리병상 확충 지원**
  - 격리실 입원료 상급종합병원 20%, 종합병원 15%, 병·의원급 10% 인상
- **설치·유지 비용이 높고, 환자수요가 제한적인 특수병상의 확충, 유지를 위한 보상 강화**
  - 무균치료실·납차폐특수치료실 입원료 30% 인상

## 7. 기타 입원료 개선

### 격리실 수가 개선방안

(단위: 점, 원)

구분	인상률	현행		개선				
		점수	단가	점수	단가			
가-10 격리실 입원료	일반 격리	1 인용	상급종합병원	20%	3,459.88	275,750	4,151.86	330,900
			중합병원	15%	2,779.40	221,520	3,196.31	254,750
			병원급	10%	2,456.66	195,800	2,702.33	215,380
		의원급	10%	1,628.85	150,020	1,791.74	165,020	
		2 인용	상급종합병원	20%	2,330.30	185,720	2,796.36	222,870
			중합병원	15%	1,871.94	149,190	2,152.73	171,570
	병원급		10%	1,654.60	131,870	1,820.06	145,060	
	다인용	의원급	10%	1,085.90	100,010	1,194.49	110,010	
		상급종합병원	20%	1,968.90	156,920	2,362.68	188,310	
		중합병원	15%	1,581.52	126,050	1,818.75	144,950	
	음압 격리	1 인용	병원급	10%	1,398.03	111,420	1,537.83	122,570
			의원급	10%	912.14	84,010	1,003.35	92,410
상급종합병원			20%	6,557.38	522,620	7,868.86	627,150	
다인용		중합병원	15%	4,375.74	348,750	5,032.10	401,060	
		병원급	10%	3,915.28	312,050	4,306.81	343,250	
		의원급	10%	2,398.30	220,880	2,638.13	242,970	
가-9-1 중환자실내 음압격리관리료	일반 격리	상급종합병원	20%	3,703.41	295,160	4,444.09	354,190	
		중합병원	15%	2,475.46	197,290	2,846.78	226,890	
		병원급	10%	2,214.83	176,520	2,436.31	194,170	
	음압 격리	의원급	10%	1,343.08	123,700	1,477.39	136,070	
		상급종합병원	20%	648.53	51,690	778.24	62,030	
		중합병원-병원급	15%	501.03	39,930	576.18	45,920	
	상급종합병원	20%	2,149.37	171,300	2,579.24	205,570		
	중합병원-병원급	15%	1,655.53	131,950	1,903.86	151,740		

\* '23년 기준, 병원급 점수당 단가(79.7원), 의원 점수당 단가(92.1원) 적용

## 7. 기타 입원료 개선

### 무균치료실·납차폐특수치료실 수가 개선방안

(단위: 점, 원)

구분	인상률	현행		개선		
		점수	단가	점수	단가	
가-4 무균치료실 입원료	1 인용	상급종합병원	6,027.50	480,390	7,835.75	624,510
		중합병원	5,479.55	436,720	7,123.42	567,740
		병원급	3,372.03	268,750	4,383.64	349,380
		의원급	3,372.03	310,560	4,383.64	403,730
	다 인용	상급종합병원	3,638.73	290,010	4,730.35	377,010
		중합병원	3,307.93	263,640	4,300.31	342,730
		병원급	2,035.65	162,240	2,646.35	210,910
		의원급	2,035.65	187,480	2,646.35	243,730
가10-1 납차폐특수치료실 입원료	30%	상급종합병원	3,895.58	310,480	5,064.25	403,620
		중합병원	3,561.64	283,860	4,630.13	369,020
		병원급	1,833.17	146,100	2,383.12	189,930
		의원급	1,571.26	144,710	2,042.64	188,130

\* '23년 기준, 병원급 점수당 단가(79.7원), 의원 점수당 단가(92.1원) 적용

## 8. 소아 입원환자 가산 개선

### ■ 주요 개선방향

#### ● 입원료 소아가산 세분화

- 가산 연령 세분화 및 입원료 기준등급 상향 조정으로 실제 인상 효과 발생

\* (현행) 8세 미만 30% 가산 → (개선) 1세 미만 50% 가산, 8세 미만 30% 가산

현행		개선	
구분	가산	구분	가산
8세 미만	(기준등급의) 30% 가산	1세 미만	(변경된 기준등급의) 50% 가산
		8세 미만	(변경된 기준등급의) 30% 가산

#### ● 입원전담전문의 소아가산 신설

- 일반병동 중 입원전담전문의 담당 병동에 소아 환자 입원시 연령 가산 신설

\* (신설) 8세 미만 진료시 50% 가산, 야간근무형(3형 주7일-24시간)은 30% 추가 가산



CHAPTER .04

## 질의 및 답변





건강보험심사평가원은 건강하고 안전한 의료문화를 열어가는  
국민의료 평가기관이 되고자 최선을 다하겠습니다.

**감사합니다**