

보건복지부 고시 제2023 - 188호

「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 제2023-187호, 2023.10.10.)를 다음과 같이 개정·발령합니다.

2023년 10월 19일
보건복지부장관

「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 일부개정

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

제1편 제2부 제1장 기본진료료 가-1 가. 초진 진찰료 주4항과 가-1 나. 재진 진찰료 주4항 및 주8항을 다음과 같이 한다.

분류번호	코드	분류	점수
가-1		외래환자 진찰료 Outpatient Care 가. 초진 진찰료 New Patient 주 : 4. ‘주3’ 규정에도 불구하고, 의원급 및 병원급(종합병원 이상은 제외) 요양기관에서 만 6세 미만의 소아에 대하여 20시~익일 07시에는 진찰료 중 기본 진찰료(초진) 소정점수의 200%를 가산한다.(산정코드 두 번째 자리에 2로 기재)	

분류번호	코드	분류	점수
		<p>나. 재진 진찰료 Established Patient</p> <p>주 : 4. '주3' 규정에도 불구하고, 의원급 및 병원급 (종합병원 이상은 제외) 요양기관에서 만 6세 미만의 소아에 대하여 20시~익일 07시에는 진찰료 중 기본 진찰료(재진) 소정점수의 200%를 가산한다.(산정코드 두 번째 자리에 2로 기재)</p> <p>8. 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설 (「노인장기요양보험법」에 따른 장기요양기관을 포함) 내에서 의료기관 소속 계약의사 또는 협약의료기관 의사가 시설 입소자(사회복지시설에서 숙식하는 자를 뜻함)에게 원외처방전을 교부한 경우에는 진찰료 중 외래관리료 소정점수를 산정한다. (산정코드 두 번째 자리에 8로 기재)</p>	

제1편 제2부 제1장 기본진료료 가-26 야간진료관리료를 다음과 같이 한다.

분류번호	코드	분 류	점 수
가-26		야간진료관리료	
	AC011	가. 주당 50시간 이상	245.34
	AC012	나. 주당 40시간 이상 50시간 미만	205.34
	AC013	다. 주당 30시간 이상 40시간 미만	175.34
	AC014	라. 주당 20시간 이상 30시간 미만	155.34
	AC015	마. 주당 20시간 미만	145.34

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

분류번호 및 코드	
자668	(M6681, M6682, M6683)
자776	(Q7761, Q7762, Q7763, Q7764, Q7765, Q7766, Q7767, Q7768 ,Q7769)
자777	(Q7771, Q7772, Q7773, Q7774, Q7775, Q7776, Q7777)

제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [중재적 방사선시술] 자-668
경피적 담도협착확장술란을 다음과 같이 한다.

분류번호	코드	분 류	점 수
자-668		제1절 처치 및 수술료 [중재적 방사선시술] 경피적 담도협착확장술 Percutaneous Transhepatic Dilatation of Biliary Stenosis 주 : 1. Balloon Dilatation Catheter 1개, Biliary Drainage Catheter 1개, G-wire 1개, 조영제, 필름 재료대는 별도 산정한다. 2. 경피적 담도 재확장술시는 Balloon Dilatation Catheter 1개, Biliary Drainage Catheter 1개, G-wire 1개, 조영제, 필름 재료대는 별도 산정한다.	
	M6681	가. 풍선카테터에 의한 것 with Balloon Catheter	8,496.71
	M6682	나. 스텐트에 의한 것 with Stent	8,735.99
	M6683	주 : 스텐트 삽입과 고주파열치료를 병행한 경우 1,623.42점을 별도 산정한다.	

제1편 제2부 제9장 제1절 처치 및 수술료 [소화기 내시경하 시술] 자-776 역행성 담췌관 내시경 수술, 자-777 경피적담관[낭]경을 이용한 시술 [PTBD Route 또는 T-Tube를 이용한 경우]란을 다음과 같이 한다.

분류번호	코드	분 류	점 수
		제1절 처치 및 수술료	
		[소화기 내시경하 시술]	
자-776		역행성 담췌관 내시경 수술 주 : 2가지 이상의 시술을 동시에 실시한 경우에는 주된 시술의 소정점수만 산정한다.	
	Q7761	가. 유두괄약근절개술 Sphincterotomy	7,294.49
	Q7762	나. 담(췌)관배액술 Endoscopic Biliary or Pancreatic Drainage	7,910.00
	Q7768	주 : 스텐트 삽입과 고주파열치료를 병행한 경우 1,623.42점을 별도 산정한다.	
	Q7763	다. 내시경적 담(췌)관 협착확장술 Endoscopic Dilatation of Biliary and Pancreatic Ducts	6,858.67
	Q7769	주 : 스텐트 삽입과 고주파열치료를 병행한 경우 1,623.42점을 별도 산정한다.	
		라. 담(췌)석제거술 Endoscopic Removal of Biliary or Pancreatic Stone	
	Q7764	(1) 바스켓 또는 풍선카테터 이용, 기계적 쇄석술시	8,299.76
	Q7765	(2) 전기수압쇄석술시	7,028.09
	Q7766	마. 용종 및 종양제거술 Removal of Polyp or Tumor	8,722.09
	Q7767	바. 이물질제거술 Removal of Foreign Body	7,405.46
자-777		경피적담관[낭]경을 이용한 시술 [PTBD Route 또는 T-Tube를 이용한 경우] Percutaneous Biliary Endoscopic or Choledochoscopic Treatment 주 : 1. PTBD Route 또는 T-Tube를 이용한 경우에	

분류번호	코드	분 류	점 수
		산정한다. 2. 2가지 이상의 시술을 동시에 실시한 경우에는 주된 시술의 소정점수만 산정한다.	
		가. 담관확장술 Dilatation of Bile Duct	
	Q7771	(1) 단순 [카테터 등 이용하여 확장만 하는 경우] Simple	3,962.93
	Q7772	(2) 스텐트삽입 Stent Insertion	4,329.78
	Q7777	주 : 스텐트 삽입과 고주파열치료를 병행한 경우 1,623.42점을 별도 산정한다.	
		나. 담석제거술 Removal of Bile Duct Stone	
	Q7773	(1) 바스켓 또는 풍선카테터 이용, 기계적 쇄석술시	4,251.73
	Q7774	(2) 전기수압식 쇄석술시	4,358.45
	Q7775	다. 용종 및 종양제거술 Resection of Polyp and Tumor	3,594.70
	Q7776	라. 이물질제거술 Removal of Foreign Body	3,567.60

제1편 제2부 제15장 약국 약제비 [산정지침] (9)를 다음과 같이 한다.

(9) 위 “(8)”의 규정에도 불구하고, 만 6세 미만의 소아에 대하여 20시~익일 07시에 조제투약하는 경우 다음과 같이 가산한다.

(가) 조제기본료(약-2), 복약지도료(약-3) 소정점수의 200%(산정코드 두 번째 자리에 4로 기재)

(나) 조제료(약-4) 소정점수의 100%(산정코드 두 번째 자리에 2로 기재)

제1편 제2부 제15장 약국 약제비 약-4 조제료 증 가. 처방전에 의한 조제료 (1) 내복약 주항 및 나. 처방전에 의하지 아니한 조제료 (1) 내복약(1일당)의 주항, 약-7 야간조제관리료란을 다음과 같이 한다.

분류번호	코드	분 류	점 수
약-4		<p>조제료</p> <p>가. 처방전에 의한 조제료</p> <p>(1) 내복약</p> <p>주: 1. 제형변경이 불가피하여 의사 또는 치과 의사 처방에 따라 가루약으로 조제투약 하는 경우 소정점수의 30%를 별도 산정 한다.(산정코드 첫 번째 자리에 1로 기재) 다만, “산정지침(8)~(10)”에도 불구하고 소정점수만 산정한다.</p> <p>2. 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」 고 시에서 정한 상한금액이 포장단위로 책정 된 의약품(병·팩 등)을 지급하는 경우에는 1일분의 소정점수를 산정한다.</p> <p>나. 처방전에 의하지 아니한 조제료</p> <p>(1) 내복약(1일당)</p> <p>주 : 1. 처방전에 의하지 아니하고 약국에서 직접 조제투약하는 경우 투약일수에 따라 소 정점수를 산정한다.</p> <p>2. 제형변경이 불가피하여 가루약으로 조제 투약하는 경우 소정점수의 30%를 별도 산정한다.(산정코드 첫 번째 자리에 1로 기재) 다만, “산정지침(8)~(10)”에도 불구하고 소정점수만 산정한다.</p> <p>3. 1일당 규정에도 불구하고 「약제 급여 목록 및 급여 상한금액표」 고시에서 정한 상한</p>	
	Z4100		
	Z4200		
	Z4201		

분류번호	코드	분 류	점 수
		금액이 포장단위로 책정된 의약품(병·팩 등)을 지급하는 경우에는 1일분의 소정점수를 산정한다.	
약-7	Z7001	야간조제관리료	40.82

제1편 제2부 제19장 제1절 응급 기본진료료 산정지침 중 1. 응급의료 관리료, 3. 중증응급환자 진료구역 관찰료, 4. 응급환자 진료구역 관찰료를 다음과 같이 한다.

[산정지침]

1. 응급의료관리료

가. 「응급의료에 관한 법률」에 의한 응급의료기관이 응급실에서 응급환자 또는 응급실에 내원한 환자에게 응급처치 및 응급의료를 행한 경우에는 초일에 한하여 응급의료관리료를 산정한다.

나. 「응급의료에 관한 법률」에 따른 응급의료기관 평가결과에 따라 응급의료관리료는 기관등급별로 다음과 같이 가감한다. (단, 지역응급의료기관은 가감 대상에서 제외한다.)

(1) A등급 : 응급의료관리료 소정점수의 10% 가산

[코드는 권역 VA210, 지역 VA310, 권역외상(권역) VA510, 권역외상(지역) VA810, 소아전문 VA610 사용]

(2) B등급 : 응급의료관리료 소정점수로 산정

[코드는 권역 VA200, 지역 VA300, 권역외상(권역) VA500, 권역외상(지역) VA800, 소아전문 VA600 사용]

(3) C등급 : 응급의료관리료 소정점수의 10% 감산

[코드는 권역 VA220, 지역 VA320, 권역외상(권역) VA520, 권역외상(지역) VA820, 소아전문 VA620 사용]

3. 중증응급환자 진료구역 관찰료

가. 중증응급환자 진료구역관찰료는 중증응급환자 또는 중증응급의심환자가 「응급의료에 관한 법률」 시행규칙에 의한 권역응급의료센터, 소아전문응급의료센터의 중증응급환자 진료구역 병상을 배정받아 진료받은 경우 1회에 한하여 산정한다.

나. 「응급의료에 관한 법률」에 따른 응급의료기관 평가결과에 따라 중증응급환자 진료구역 관찰료는 기관등급별로 다음과 같이 가감한다.

(1) A등급 : 중증응급환자 진료구역 관찰료 소정점수의 20% 가산
[코드는 권역 V3210, 소아전문 V3610 사용]

(2) B등급 : 중증응급환자 진료구역 관찰료 소정점수로 산정
[코드는 권역 V3200, 소아전문 V3600 사용]

(3) C등급 : 중증응급환자 진료구역 관찰료 소정점수의 20% 감산
[코드는 권역 V3220, 소아전문 V3620 사용]

다. 간호인력확보수준에 따른 중증응급환자 진료구역관찰료 차등제

(1) 간호인력확보수준에 따른 등급은 2016년 진료분부터 적용하며, 「응급의료에 관한 법률」에 따른 전년도 응급의료기관 평가결과에 따라 다음년도에 1년간 적용한다.

(2) 간호인력확보수준에 따라 등급별로 중증응급환자 진료구역 관찰료를 다음과 같이 가감한다.

(가) 1등급 : 중증응급환자 진료구역 관찰료 소정점수의 40% 가산
(기본코드 다섯 번째 자리에 1로 기재)

(나) 2등급 : 중증응급환자 진료구역 관찰료 소정점수의 30% 가산
(기본코드 다섯 번째 자리에 2로 기재)

(다) 3등급 : 중증응급환자 진료구역 관찰료 소정점수의 20% 가산

(기본코드 다섯 번째 자리에 3으로 기재)

(라) 4등급 : 중증응급환자 진료구역 관찰료 소정점수의 15% 가산
(기본코드 다섯 번째 자리에 4로 기재)

(마) 5등급 : 중증응급환자 진료구역 관찰료 소정점수의 10% 가산
(기본코드 다섯 번째 자리에 5로 기재)

(바) 6등급 : 중증응급환자 진료구역 관찰료 소정점수의 5% 가산
(기본코드 다섯 번째 자리에 6으로 기재)

(사) 7등급 : 중증응급환자 진료구역 관찰료 소정점수로 산정

(아) 8등급 : 중증응급환자 진료구역 관찰료 소정점수의 10% 감산
(기본코드 다섯 번째 자리에 8로 기재)

(자) 9등급 : 중증응급환자 진료구역 관찰료 소정점수의 20% 감산
(기본코드 다섯 번째 자리에 9로 기재)

라. 해당 항목의 소정점수만을 산정하고 공휴·야간 가산 등을 포함한 모든 가산은 적용하지 아니한다. 다만, 만8세 미만의 소아에 대한 가산은 별도 산정한다.

4. 응급환자 진료구역 관찰료

가. 응급환자 진료구역 관찰료는 중증응급환자 또는 중증응급 의심환자가 「응급의료에 관한 법률」 시행규칙에 의한 권역응급의료센터, 소아 전문응급의료센터, 권역외상센터, 지역응급의료센터의 응급환자 진료 구역 병상을 배정받아 진료받은 경우 1회에 한하여 산정한다.

나. 「응급의료에 관한 법률」에 따른 응급의료기관 평가결과에 따라 응급환자 진료구역 관찰료는 기관등급별로 다음과 같이 가감한다.

(1) A등급 : 응급환자 진료구역 관찰료 소정점수의 20% 가산

[코드는 권역 V4210, 지역 V4310, 소아전문 V4610, 권역외상(권역) V4510, 권역외상(지역) V4810 사용]

(2) B등급 : 응급환자 진료구역 관찰료 소정점수로 산정

[코드는 권역 V4200, 지역 V4300, 소아전문 V4600, 권역외상(권역) V4500, 권역외상(지역) V4800 사용]

(3) C등급 : 응급환자 진료구역 관찰료 소정점수의 20% 감산

[코드는 권역 V4220, 지역 V4320, 소아전문 V4620, 권역외상(권역) V4520, 권역외상(지역) V4820 사용]

다. 간호인력확보수준에 따른 응급환자 진료구역 관찰료 차등제

(1) 간호인력확보수준에 따른 등급은 2016년 진료분부터 적용하며, 「응급의료에 관한 법률」에 따른 전년도 응급의료기관 평가결과에 따라 다음년도에 1년간 적용한다.

(2) 간호인력확보수준에 따라 등급별로 응급환자 진료구역 관찰료를 다음과 같이 가감한다.

(가) 1등급 : 응급환자 진료구역 관찰료 소정점수의 40% 가산
(기본코드 다섯 번째 자리에 1로 기재)

(나) 2등급 : 응급환자 진료구역 관찰료 소정점수의 30% 가산
(기본코드 다섯 번째 자리에 2로 기재)

(다) 3등급 : 응급환자 진료구역 관찰료 소정점수의 20% 가산
(기본코드 다섯 번째 자리에 3으로 기재)

(라) 4등급 : 응급환자 진료구역 관찰료 소정점수의 15% 가산
(기본코드 다섯 번째 자리에 4로 기재)

(마) 5등급 : 응급환자 진료구역 관찰료 소정점수의 10% 가산
(기본코드 다섯 번째 자리에 5로 기재)

(바) 6등급 : 응급환자 진료구역 관찰료 소정점수의 5% 가산
(기본코드 다섯 번째 자리에 6으로 기재)

(사) 7등급 : 응급환자 진료구역 관찰료 소정점수로 산정

(야) 8등급 : 응급환자 진료구역 관찰료 소정점수의 10% 감산
(기본코드 다섯 번째 자리에 8로 기재)

(자) 9등급 : 응급환자 진료구역 관찰료 소정점수의 20% 감산

(기본코드 다섯 번째 자리에 9로 기재)

라. 해당 항목의 소정점수만을 산정하고 공휴·야간 가산 등을 포함한 모든 가산은 적용하지 아니한다. 다만, 만8세 미만의 소아에 대한 가산은 별도 산정한다.

제1편 제2부 제19장 응급의료수가 중 응-1 응급의료관리료, 응-3 중증응급환자 진료구역 관찰료, 응-4 응급환자 진료구역 관찰료를 다음과 같이 한다.

분류번호	코드	분 류	점 수
응-1		응급의료관리료 주 : 응급의료관리료와진찰료는 함께 산정할 수 있다. 가. 권역응급의료센터	
	VA200	(1) 권역응급의료센터	871.43
	VA500	(2) 권역외상센터	871.43
		나. 지역응급의료센터	
	VA300	(1) 지역응급의료센터	763.13
	VA800	(2) 권역외상센터	763.13
	VA400	다. 지역응급의료기관	308.01
	VA600	라. 소아전문응급의료센터	1,132.86
응-3		중증응급환자 진료구역 관찰료 주: 만1세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 100%, 만1세 이상~만8세 미만 소아에 대하여는 50%를 가산한다. (만1세 미만은 산정코드 첫 번째 자리에 1 기재, 만1세 이상~만8세 미만은 산정코드 세 번째 자리에 4 기재)	
	V3200	가. 권역응급의료센터	662.08
	V3600	나. 소아전문응급의료센터	860.70

분류번호	코드	분 류	점 수
응-4		응급환자 진료구역 관찰료 주: 만1세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 100%, 만1세 이상~만8세 미만 소아에 대하여는 50%를 가산한다. (만1세 미만은 산정코드 첫 번째 자리에 1 기재, 만1세 이상~만8세 미만은 산정코드 세 번째 자리에 4 기재) 가. 권역응급의료센터	
	V4200	(1) 권역응급의료센터	130.57
	V4500	(2) 권역외상센터	130.57
		나. 지역응급의료센터	
	V4300	(1) 지역응급의료센터	120.16
	V4800	(2) 권역외상센터	120.16
	V4600	다. 소아전문응급의료센터	130.57

부 칙

이 고시는 2023년 11월 1일부터 시행한다.

건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 신구조문 대비표

현 행	개 정
<p>제1편 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수</p> <p>제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침</p> <p style="text-align: center;">제1장 기본진료료</p> <p>가-1 외래환자 진찰료 Outpatient Care</p> <p>가. 초진 진찰료 New Patient</p> <p>주 : 1.~3. <생략></p> <p>4. ‘주3’ 규정에도 불구하고, 의원급 및 병원급(종합병원 이상은 제외) 요양기관에서 만 6세 미만의 소아에 대하여 20시~익일 07시에는 진찰료 중 <u>기본 진찰료(초진) 소정점수의 100%를 가산한다.</u>(산정코드 두 번째 자리에 2로 기재)</p> <p>5.~6. <생략></p> <p>나. 재진 진찰료 Established Patient</p> <p>주 : 1.~3. <생략></p> <p>4. ‘주3’ 규정에도 불구하고, 의원급 및 병원급(종합병원 이상은 제외) 요양기관에서 만 6세 미만의 소아에 대하여 20시~익일 07시에는 진찰료 중 <u>기본 진찰료(재진) 소정점수의 100%를 가산한다.</u>(산정코드 두 번째 자리에 2로 기재)</p> <p>5.~7. <생략></p> <p>8. 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설(「노인장기요양보험법」에 따른 장기요양기관을 포함) 내에서 의료기</p>	<p>제1편 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수</p> <p>제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침</p> <p style="text-align: center;">제1장 기본진료료</p> <p>가-1 외래환자 진찰료 Outpatient Care</p> <p>가. 초진 진찰료 New Patient</p> <p>주 : 1.~3. <현행과 동일></p> <p>4. ‘주3’ 규정에도 불구하고, 의원급 및 병원급(종합병원 이상은 제외) 요양기관에서 만 6세 미만의 소아에 대하여 20시~익일 07시에는 진찰료 중 <u>기본 진찰료(초진) 소정점수의 200%를 가산한다.</u>(산정코드 두 번째 자리에 2로 기재)</p> <p>5.~6. <현행과 동일></p> <p>나. 재진 진찰료 Established Patient</p> <p>주 : 1.~3. <현행과 동일></p> <p>4. ‘주3’ 규정에도 불구하고, 의원급 및 병원급(종합병원 이상은 제외) 요양기관에서 만 6세 미만의 소아에 대하여 20시~익일 07시에는 진찰료 중 <u>기본 진찰료(재진) 소정점수의 200%를 가산한다.</u>(산정코드 두 번째 자리에 2로 기재)</p> <p>5.~7. <현행과 동일></p> <p>8. 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설(「노인장기요양보험법」에 따른 장기요양기관을 포함) 내에서 의</p>

현 행	개 정																
<p>관 소속 <u>촉탁의</u> 또는 <u>협약의료기관</u> 의사가 시설입소자(사회복지시설에서 숙식하는 자를 뜻함)에게 원외처방전을 교부한 경우에는 진찰료 중 외래관리료 소정점수를 산정한 다.</p> <p>(산정코드 두 번째 자리에 8로 기재)</p> <p>9. <생략></p> <p>가-26 야간진료관리료</p> <p><u>AC001</u> 가. 주당 60시간 이상 150.41</p> <p><u>AC002</u> 나. 주당 58시간 이상 60시간 미만 145.40</p> <p><u>AC003</u> 다. 주당 56시간 이상 58시간 미만 140.39</p> <p><u>AC004</u> 라. 주당 54시간 이상 56시간 미만 135.38</p> <p><u>AC005</u> 마. 주당 52시간 이상 54시간 미만 130.37</p> <p><u>AC006</u> 바. 주당 50시간 이상 52시간 미만 125.36</p> <p><u>AC007</u> 사. 주당 50시간 미만 120.35</p> <p>제9장 처치 및 수술료 등 제1절 처치 및 수술료</p> <p>(별표 8)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">분류번호 및 코드</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 10%;">자668</td> <td>(M6681, M6682, <신설>)</td> </tr> <tr> <td>자776</td> <td>(Q7761, Q7762, Q7763, Q7764, Q7765, Q7766, Q7767, <신설>)</td> </tr> <tr> <td>자777</td> <td>(Q7771, Q7772, Q7773, Q7774, Q7775, Q7776, <신설>)</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">[중재적 방사선시술]</p> <p>자-668 경피적 담도협착확장술 Percutaneous Transhepatic Dilatation of Biliary Stenosis</p>	분류번호 및 코드		자668	(M6681, M6682, <신설>)	자776	(Q7761, Q7762, Q7763, Q7764, Q7765, Q7766, Q7767, <신설>)	자777	(Q7771, Q7772, Q7773, Q7774, Q7775, Q7776, <신설>)	<p>료기관 소속 <u>계약의사</u> 또는 <u>협약의료기관</u> 의사가 시설입소자(사회복지시설에서 숙식하는 자를 뜻함)에게 원외처방전을 교부한 경우에는 진찰료 중 외래관리료 소정점수를 산정한 다.</p> <p>(산정코드 두 번째 자리에 8로 기재)</p> <p>9. <현행과 동일></p> <p>가-26 야간진료관리료</p> <p><u>AC011</u> 가. 주당 50시간 이상 245.34</p> <p><u>AC012</u> 나. 주당 40시간 이상 50시간 미만 205.34</p> <p><u>AC013</u> 다. 주당 30시간 이상 40시간 미만 175.34</p> <p><u>AC014</u> 라. 주당 20시간 이상 30시간 미만 155.34</p> <p><u>AC015</u> 마. 주당 20시간 미만 145.34</p> <p style="text-align: center;"><삭제></p> <p style="text-align: center;"><삭제></p> <p>제9장 처치 및 수술료 등 제1절 처치 및 수술료</p> <p>(별표 8)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">분류번호 및 코드</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 10%;">자668</td> <td>(M6681, M6682, <u>M6683</u>)</td> </tr> <tr> <td>자776</td> <td>(Q7761, Q7762, Q7763, Q7764, Q7765, Q7766, Q7767, <u>Q7768, Q7769</u>)</td> </tr> <tr> <td>자777</td> <td>(Q7771, Q7772, Q7773, Q7774, Q7775, Q7776, <u>Q7777</u>)</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">[중재적 방사선시술]</p> <p>자-668 경피적 담도협착확장술 Percutaneous Transhepatic Dilatation of Biliary Stenosis</p>	분류번호 및 코드		자668	(M6681, M6682, <u>M6683</u>)	자776	(Q7761, Q7762, Q7763, Q7764, Q7765, Q7766, Q7767, <u>Q7768, Q7769</u>)	자777	(Q7771, Q7772, Q7773, Q7774, Q7775, Q7776, <u>Q7777</u>)
분류번호 및 코드																	
자668	(M6681, M6682, <신설>)																
자776	(Q7761, Q7762, Q7763, Q7764, Q7765, Q7766, Q7767, <신설>)																
자777	(Q7771, Q7772, Q7773, Q7774, Q7775, Q7776, <신설>)																
분류번호 및 코드																	
자668	(M6681, M6682, <u>M6683</u>)																
자776	(Q7761, Q7762, Q7763, Q7764, Q7765, Q7766, Q7767, <u>Q7768, Q7769</u>)																
자777	(Q7771, Q7772, Q7773, Q7774, Q7775, Q7776, <u>Q7777</u>)																

현 행		개 정	
M6681	가. <생략>	M6681	가. <현행과 같음>
M6682	나. 스텐트에 의한 것 with Stent.....8,735.99점	M6682	나. 스텐트에 의한 것 with Stent.....8,735.99점
<u><신설></u>	<u><신설></u>	<u>M6683</u>	<u>주 : 스텐트 삽입과 고주파열치료를 병행한 경우 1,623.42점을 별도 산정한다.</u>
[소화기 내시경하 시술]		[소화기 내시경하 시술]	
자-776	역행성 담췌관 내시경 수술	자-776	역행성 담췌관 내시경 수술
Q7761	가. <생략>	Q7761	가. <현행과 같음>
Q7762	나. 담(췌)관배액술 Endoscopic Biliary or Pancreatic Drainage.....7,910.00점	Q7762	나. 담(췌)관배액술 Endoscopic Biliary or Pancreatic Drainage.....7,910.00점
<u><신설></u>	<u><신설></u>	<u>Q7768</u>	<u>주 : 스텐트 삽입과 고주파열치료를 병행한 경우 1,623.42점을 별도 산정한다.</u>
Q7763	다. 내시경적 담(췌)관 협착확장술 Endoscopic Dilatation of Biliary and Pancreatic Ducts.....6,858.67점	Q7763	다. 내시경적 담(췌)관 협착확장술 Endoscopic Dilatation of Biliary and Pancreatic Ducts.....6,858.67점
<u><신설></u>	<u><신설></u>	<u>Q7769</u>	<u>주 : 스텐트 삽입과 고주파열치료를 병행한 경우 1,623.42점을 별도 산정한다.</u>
Q7764~ Q7767	라.~바. <생략>	Q7764~ Q7767	라.~바. <현행과 같음>
자-777	경피적담관[낭]경을 이용한 시술 [PTBD Route 또는 T-Tube를 이용한 경우] Percutaneous Biliary Endoscopic or Choledochoscopic Treatment	자-777	경피적담관[낭]경을 이용한 시술 [PTBD Route 또는 T-Tube를 이용한 경우] Percutaneous Biliary Endoscopic or Choledochoscopic Treatment
	가. 담관확장술 Dilatation of Bile Duct.....4,329.78점		가. 담관확장술 Dilatation of Bile Duct.....4,329.78점

현 행	개 정
<p>Q7771 (1) <생략> Q7772 (2) 스텐트삽입 Stent Insertion <u><신설></u> <u><신설></u></p>	<p>Q7771 (1) <현행과 같음> Q7772 (2) 스텐트삽입 Stent Insertion <u>Q7777 주 : 스텐트 삽입과 고주파열치료를 병행한 경우 1,623.42점을 별도 산정한다.</u></p>
<p>Q7773~ 나.~라. <생략> Q7776</p>	<p>Q7773~ 나.~라. <현행과 같음> Q7776</p>
<p style="text-align: center;">제15장 약국 약제비</p>	<p style="text-align: center;">제15장 약국 약제비</p>
<p>[산정지침]</p>	<p>[산정지침]</p>
<p>(1)~(8) <생략> (9) 위 “(8)”의 규정에도 불구하고, 만 6세 미만의 소아에 대하여 20시~익일 07시에 조제투약하는 경우에는 <u>조제기본료(약-2), 복약지도료(약-3) 및 조제료(약-4) 소정점수의 100%를 가산한다.(산정코드 두 번째 자리에 2로 기재)</u></p>	<p>(1)~(8) <현행과 같음> (9) 위 “(8)”의 규정에도 불구하고, 만 6세 미만의 소아에 대하여 20시~익일 07시에 조제투약하는 경우 다음과 같이 가산한다. <u>(가) 조제기본료(약-2), 복약지도료(약-3) 소정점수의 200%(산정코드 두 번째 자리에 4로 기재)</u> <u>(나) 조제료(약-4) 소정점수의 100%(산정코드 두 번째 자리에 2로 기재)</u></p>
<p>(10)~(12) <생략></p>	<p>(10)~(12) <현행과 같음></p>
<p>약-4 조제료 가. 처방전에 의한 조제료 (1) 내복약</p>	<p>약-4 조제료 가. 처방전에 의한 조제료 (1) 내복약</p>
<p><u>Z4010</u> 주: 1. 제형변경이 불가피하여 의사 또는 치과의사 처방에 따라 가루약으로 조제투약하는 경우 <u>6.67점을 별도 산정한다.</u> 다만, “산정지침 (8)~(10)”에도 불구하고 소정점수만 산정한다.</p>	<p><u><삭제></u> 주: 1. 제형변경이 불가피하여 의사 또는 치과의사 처방에 따라 가루약으로 조제투약하는 경우 <u>소정점수의 30%를 별도 산정한다.(산정코드 첫 번째 자리에 1로 기재)</u> 다만, “산정지침 (8)~(10)”에도 불구하고 소</p>

현 행	개 정
<p style="text-align: center;">정점수만 산정한다.</p> <p><중략> <중략> 나.처방전에 의하지 아니한 조제료 Z4020 (1) 내복약(1일당) 주 : 1. <생략> <u>Z4020</u> 2. 제형변경이 불가피하여 가루약으로 조제투약하는 경우 <u>투약일수 불문하고, 6.67점을 별도 산정한다.</u> 다만, “산정지침 (8)~(10)”에도 불구하고 소정점수만 산정한다.</p>	<p><중략> <중략> 나.처방전에 의하지 아니한 조제료 Z4200 (1) 내복약(1일당) 주 : 1. <현행과 같음> <u><삭제></u> 2. 제형변경이 불가피하여 가루약으로 조제투약하는 경우 <u>소정점수의 30%를 별도 산정한다.(산정코드 첫 번째 자리에 1로 기재)</u> 다만, “산정지침(8)~(10)”에도 불구하고 소정점수만 산정한다.</p>
<p><이하 생략> <이하 생략> 약-7 야간조제관리료.....<u>27.21점</u> Z7001</p> <p style="text-align: center;">제19장 응급의료수가 제1절 응급 기본진료료</p> <p>[산정지침] 1. 응급의료관리료 가. <생략> 나. <생략> (1) A등급 : 응급의료관리료 소정점수의 10% 가산 [코드는 권역 VA210, 지역 VA310, 권역외상(권역) VA510, 권역외상(지역) VA810 사용] (2) B등급 : 응급의료관리료 소정점수로 산정 [코드는 권역 VA200, 지역 VA300,</p>	<p><이하 현행과 같음> 현행과 같음> 약-7 야간조제관리료.....<u>40.82점</u> Z7001</p> <p style="text-align: center;">제19장 응급의료수가 제1절 응급 기본진료료</p> <p>[산정지침] 1. 응급의료관리료 가. <현행과 같음> 나. <현행과 같음> (1) A등급 : 응급의료관리료 소정점수의 10% 가산 [코드는 권역 VA210, 지역 VA310, 권역외상(권역) VA510, 권역외상(지역) VA810, <u>소아전문 VA610</u> 사용] (2) B등급 : 응급의료관리료 소정점수로 산정 [코드는 권역 VA200, 지역 VA300,</p>

현행	개정
<p>권역외상(권역) VA500, 권역외상(지역) VA800 사용]</p> <p>(3) C등급: 응급의료관리료 소정점수의 10% 감산 [코드는 권역 VA220, 지역 VA320, 권역외상(권역) VA520, 권역외상(지역) VA820 사용]</p> <p>2. <생략></p> <p>3. 중증응급환자 진료구역 관찰료 가. ~ 다. <생략> <u><신설></u></p> <p>4. 응급환자 진료구역 관찰료 가. ~ 다. <생략> <u><신설></u></p> <p>5. ~ 8. <생략></p> <p>응-1 응급의료관리료 주: <생략> 가. ~ 다. <생략> <신설> <신설> <신설></p> <p>응-3 중증응급환자 진료구역 관찰료 <신설></p>	<p>권역외상(권역) VA500, 권역외상(지역) VA800, <u>소아전문 VA600</u> 사용]</p> <p>(3) C등급: 응급의료관리료 소정점수의 10% 감산 [코드는 권역 VA220, 지역 VA320, 권역외상(권역) VA520, 권역외상(지역) VA820, <u>소아전문 VA620</u> 사용]</p> <p>2. <현행과 같음></p> <p>3. 중증응급환자 진료구역 관찰료 가. ~ 다. <현행과 같음> <u>라. 해당 항목의 소정점수만을 산정하고 공휴야간 가산 등을 포함한 모든 가산은 적용하지 아니한다. 다만, 만8세 미만의 소아에 대한 가산은 별도 산정한다.</u></p> <p>4. 응급환자 진료구역 관찰료 가. ~ 다. <현행과 같음> <u>라. 해당 항목의 소정점수만을 산정하고 공휴야간 가산 등을 포함한 모든 가산은 적용하지 아니한다. 다만, 만8세 미만의 소아에 대한 가산은 별도 산정한다.</u></p> <p>5. ~ 8. <현행과 같음></p> <p>응-1 응급의료관리료 주: <현행과 같음> 가. ~ 다. <현행과 같음> <u>VA600 라. 소아전문응급의료센터 1,132.86</u></p> <p>응-3 중증응급환자 진료구역 관찰료 주: <u>만1세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 100%</u> <u>만1세 이상~만8세 미만 소아에 대하여는 50%를 가</u></p>

현 행	개 정
<p>가.~나. <생략></p> <p>응-4 응급환자 진료구역 관찰료 <신설></p> <p>가. <이하 생략></p>	<p><u>산한다.</u> <u>(만1세 미만은 산정코드 첫 번째 자리에 1 기재, 만1세 이상~만8세 미만은 산정코드 세 번째 자리에 4 기재)</u> 가.~나. <현행과 같음></p> <p>응-4 응급환자 진료구역 관찰료 <u>주: 만1세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 100%</u> <u>만1세 이상~만8세 미만 소아에 대하여는 50%를 가산한다.</u> <u>(만1세 미만은 산정코드 첫 번째 자리에 1 기재, 만1세 이상~만8세 미만은 산정코드 세 번째 자리에 4 기재)</u> 가. <이하 현행과 같음></p>