

선택진료 개편 관련

수가조정방안 설명회

2014. 7.

건강보험심사평가원



목 차

I 추진 배경 및 진행경과

II 건강보험 적용방향

III 고도 수술·처치·기능검사 수가인상

IV 고도 중증환자 의료서비스 수가 조정



I. 추진 배경 및 진행경과



○ 「3대 비급여 개선방안 발표('14.2.11.)」에 따라 '14년 8월부터 선택진료 제도 개편 시행

< 선택진료제도 개편('14년) >

◇ 선택의사 추가비용을 현재의 65% 수준으로 축소

- 현행 진료항목별 20 ~ 100% 가산 → 15 ~ 50%만 가산토록 조정

구분	검사	영상	마취	진찰	의학 관리	정신	처치. 수술	침.구. 부항
현행	50%	25%	100%	55%	20%	50%	100%	100%
변경	30%	15%	50%	40%	15%	30%	50%	50%

※ 「선택진료에 관한 규칙」 개정안 입법예고 완료(5.1.~6.10.), 규제심사 중
'14.8.1. 시행예정

○ 진행경과

◇ 의료단체 협의체 및 상급종합병원 기획조정실장 협의체와 각 9회 회의 ('13.12.~'14.6.)

- 의료단체 협의체: 의협, 병협 참여
- 상급종합병원 기획조정실장: 5대 상급종합병원, 지방국립대, 상급종합병원협의회, 사립대병원협회, 지방사립대병원 참여

◇ 병협 및 의협 상대가치연구단 회의 4회 (~'14.2.)

◇ 관련 학회 및 전문가 자문회의 및 간담회 8회 (~'14.6.)

◇ 요양기관 간담회 및 의견수렴 진행 ('14.6.)

II. 건강보험 적용방향



○ 기본원칙

- ◇ 선택진료비 축소에 따른 손실분을 보상
- ◇ 단순 손실보전이 아닌 의료서비스의 질적 수준 향상을 도모

○ 건강보험 적용방향

- ◇ 고도 수술·처치·기능검사 상대가치점수 인상
- ◇ 중증환자 의료서비스 향상을 위한 수가 조정
- ◇ DRG 수가조정

고도 수술·처치·기능검사 수가 인상

◇ 중증환자에 대한 고도 수술·처치·기능검사 항목을 선별, 수가인상을 통해 진료과별 불규형 해소 및 안정적 의료 서비스 제공

* 총 선별항목: 1,602개 항목

고도 중증환자 의료서비스 수가 조정

◇ 현행 수가체계에서는 고도 의료서비스 영역에 대해

① 수가수준이 낮거나 ② 과도한 급여기준

③ 산정 자체가 안되고 있는 등 보상이 충분히 이루어지지 못함

○ 7개 질병군 포괄수가 (DRG) 인상

◇ 고도 중증환자가 많은 상급종합병원, 종합병원에 대하여 포괄수가 인상을 통해 수익 보전

- 상대가치점수 인상과 고도 중증의료서비스 수가조정부분 등 반영

◇ 7개 질병군 일괄 수가 인상

- 상급종합병원 평균 12.5% 인상
- 종합병원 평균 5.2% 인상
- 병원 평균 2.0% 인상

III. 고도 전문 수술 · 처치 · 기능검사 수가인상



○ 필요성

◇ 고도 수술·처치·기능검사 유형을 중심으로 수가 인상을 통해 의료행위간 불균형 해소

- 현재 검체·영상검사 원가보전율(122~155%)보다 수술·처치·기능검사 보전율(74~85%)이 낮음

< 유형별 원가보전율 (보사연, '12년) >

구분	수술	처치	기능검사	검체검사	영상검사
재정규모	1.5조	4조	1.2조	3.1조	2.3조
원가보전율	76%	85%	74%	159%	122%

* 유형구분은 2차 상대가치 개정연구에 반영한 방법 적용

○ 선별원칙

- ◇ 상급종합병원의 빈도가 60% 이상인 행위를 우선 검토
- ◇ 외과계 수술의 경우, 종합병원 이상의 빈도가 80% 이상인 행위
- ◇ 기타 중증도가 높은 것으로 관련학회와 검토한 항목 추가

○ 세부 조정 기준

- ◇ 유사 대체 행위 추가
 - 선별된 행위와 유사 또는 대체행위인 경우 난이도 등이 비슷함에도 불구하고 포함되지 못한 경우 추가
- ◇ 경증행위 탈락
 - 상급종합병원 다빈도 행위나 고도 행위로 보기 어려운 행위 탈락

○ 조정내용

◇ 총 1,602개 항목 선별 (EDI 5단코드 기준)

- 수술 1,315개, 처치 111개, 기능검사 121개, 검체검사 47개, 병리검사 8개

◇ 수가인상률: 평균 50% 수가 인상

- 다만, 인터벤션 시술·복잡행위 25%, 검체·영상 13%로 차등인상
- 기존 가산과 균형위해 **선별행위에 대해** 외과, 흉부외과 가산을 조정
(외과 30% → 20%, 흉부외과 100% → 70%)

< 인상률 차등 사유 >

- * 인터벤션 항목은 수술로 분류되나 영상유형에 속하는 점 고려
- * 복잡행위는 복잡에 해당되는 급여기준 신설로 동일 의료행위내 수가의 지나친 격차 고려

○ 복잡행위 (정형외과)

분류	분류명
자29, 자68	골수염또는골농양수술 · 급성화농성관절염절개술
자46가(3)·나(3), 자49-1	척추고정술(요추)·척추후궁절제술(경·흉·요)
자60-1나	체외금속 고정술
자60가, 자62	사지골절정복술·가관절수술
자69-1	자가골연골이식술
자71, 자71-1 (고·견·슬·주·족만 해당)	인공관절치환술 · 재치환술 · 부분치환술
자73다, 자73다주	관절고정술 (주, 완, 족, 삼중관절고정술)
자70가·나·다	사지관절절제술
자82, 자82-1·2	반월상연골술
자88	십자인대성형술
자93-1나(2)	견봉성형술 및 회전근개파열복원술

※ 상세내용은 별도자료 참조

○ 복잡행위 (이비인후과, 안과)

분류	분류명
자115주, 자116주, 자117주, 자117-1주, 자118주	내시경하 부비동 근본수술
자95나주	내시경하 범발성 비용 적출술
자219-1가	구개인두 성형술
자504다	녹내장 수술(섬유주 절제술) : 레이저사용 이외 수술의 경우

※ 상세내용은 별도자료 참조

○ 복잡행위 세부인정기준 (예시)

◇ 골수염 또는 골농양수술 (자29) 복잡행위 기준

- 골수염 또는 골농양 수술 또는 급성화농성관절염절개술을 시행 하였으나 합병증 등으로 일정기간 경과 후 동일 부위에 해당 수술을 다시 시행하는 경우
- 2개 이상의 해부학적 범위를 포함하는 다발성 골수염
- 골수염, 골농양, 화농성관절염 치료를 위해 항생제 감입 골시멘트를 삽입하는 경우

※ 복잡행위 산정기준은 별도로 운영 예정

○ 복잡행위 세부인정기준 (예시)

◇ 척추고정술 [자46가(3)] 복잡행위 기준

- ASA class III 이상 환자(마취, 수술의 중등도 이상의 위험이 있는 자)
(해당 질환에 대한 전문의(내과는 세부전문분야)협진으로 아래의 질환이 객관적으로 1개 이상 증명된 자)

(1-1) 투석을 받고 있는 만성 신부전증 환자

(1-2) 장기 이식을 받았거나 대기 중인 환자

(1-3) 심혈관 스텐트를 가지고 있어 혈전제를 복용중인 자

(1-4) 고도의 심근 경색/협심증이 있는자- Goldman cardiac riskIII이상

(1-5) 조절되지 않는 당뇨(HbA1C > 7.0) 환자

(1-6) 간경화가 있는 환자

(1-7) 혈액암 환자

(1-8) 혈우병 환자 또는 혈액 응고 이상이 있는 환자

(1-9) 고도의 폐쇄성 폐질환 환자

(1-10) 정맥혈전색전증으로 치료 과거력이 있는 자

(1-11) 뇌경색 등으로 aspirin 보다 상위의 혈전제를 복용 중인 환자

- 치료 중인 상태의 류마티스 질환자로 DAS 28이 5.1 초과일 때

- 진행성 척수마비 환자 -이하 생략- ※복잡행위기준은 별도 운영예정

○ 복잡행위 수가 (예시)

<p>자46 척추고정술 [기기, 기구 사용 고정 포함] <u>Arthrodesis of Spine</u> 주. <생략> 가. 전방고정 Anterior Technique (1).~(2). <생략> N0466 (3) 요추 Lumbar Spine 6,374.96점 <u><신 설></u></p>	<p>자46 척추고정술 [기기, 기구 사용 고정 포함] <u>Arthrodesis of Spine</u> 주. <현행과 동일> 가. 전방고정 Anterior Technique (1).~(2). <현행과 동일> N0466 (3) 요추 Lumbar Spine 6,374.96점 <u>N1466 주 : 복잡기준에 해당하는 경우</u> <u>에는 7,979.00점을 산정한다.</u></p>
--	--

* 문구는 최종 고시 후 달라질 수 있음

○ 복잡행위 수가 (예시)

<p>자-70 사지관절절제술 [<u>활막절제를 포함</u>] Excision of Joint [Including Synovectomy] N0701 가. 고관절 Hip 3,338.67점 <u><신 설></u></p> <p>N0702 나. <u>견관절, 슬관절</u> Shoulder, Knee 3,181.27점 N0705 <u>주</u> : Baker's Cyst 절제술을 행한 경우 에는 3,100.02점을 산정한다. <u><신 설></u></p>	<p>자-70 사지관절절제술 [<u>활막절제를 포함</u>] Excision of Joint [Including Synovectomy] N0701 가. 고관절 Hip 3,338.67점 <u>N0706 주</u> : <u>복잡기준에</u> 해당하는 경우 에는 <u>4,178.73점을</u> 산정한다.</p> <p>N0702 나. <u>견관절, 슬관절</u> Shoulder, Knee 3,181.27점 N0705 <u>주1</u> : Baker's Cyst 절제술을 행한 경 우에는 3,100.02점을 산정한다. <u>N0707 주2</u> : <u>복잡기준에</u> 해당하는 경우 에는 <u>3,981.73점을</u> 산정한다.</p>
--	--

* 문구는 최종 고시 후 달라질 수 있음

IV. 고도 중증환자 의료서비스 수가조정



○ 수가 조정 항목 [총괄]

구 분		주요 개선내용		
수가인상	입원 중 협의진찰료	수가인상 및 산정횟수 확대		
	가정간호 기본방문료			
수가신설	다학제 통합진료료	수가신설		
	집중영양치료료			
	혈액관리료			
급여기준 개선 (병협 등 건의사항)	수술관련	동시수술	50%→70%(종합병원이상)	
		15일 이내 재수술	50%→100%	
	1일당 수가 관련	염증성 처치	1일 1회 →2회	상급종합병원 중환자실의 경우
		단순처치		
		체위변경처치	1일 1회 →3회	
		흡입배농 및 배액처치		
	소아가산	입원시 처치 및 수술료 가산	신생아 60%, 소아 30%	
	마취료	장기이식, 특수마취 가산	장기이식, 특수마취 50%	
		마취유지료 인상	10% 소정점수 인상	

○ 수가 인상 - 협의진찰료 (1)

■ 필요성

- 협의진찰이 필요한 입원환자는 외래 환자에 대해 중증도가 높으나
현행 외래 기본진찰료의 50% 수준으로 월1회 인정하고
있어 이에 대한 개선이 필요함

■ 주요 개선내용

구 분	현 행	개 선
수가 인상	상대가치점수: 69.63점 (병원급 기준: 4,790원)	<ul style="list-style-type: none"> • 상급종합병원: 155.57점 (10,700원) • 종합병원: 141.25점 (9,720원) • 병원: 127.02점 (8,740원) • 치과병원: 127.02점 (9,630점) • 한방병원: 127.02점 (9,450점)

○ 수가 인상 - 협의진찰료 (2)

■ 주요 개선내용

구 분	현 행	개 선
진료과목당 산정횟수	30일에 1회	<ul style="list-style-type: none"> • 상급종합병원: 30일에 5회 (단 중환자실의 경우 실시횟수대로 산정) • 종합병원: 30일에 3회 • 병원, 치과 · 한방병원: 30일에 2회 ※ 단, 감염전문관리료는 30일에 1회 유지
산정방법	진료과목당 산정	<ul style="list-style-type: none"> • 진료과목 또는 세부전문과목(분야)별로 산정

○ 수가 인상-가정간호 기본방문료 (1)

■ 필요성

- 가정간호가 필요한 중증의 조기 퇴원 환자에 대하여 적절한 서비스 제공을 위해 의료자원의 낭비를 줄이고 효율적인 입원대체서비스 활성화를 위해 개선이 필요함

■ 주요 개선내용

구 분	현 행	개 선
수가 인상	상대가치점수: 491.30점 (병원급 기준: 33,800원)	<ul style="list-style-type: none"> • 상급종합병원: 636.54점 (43,790원) • 종합병원: 611.83점 (42,090원) • 병원: 587.72점 (40,440원) • 의원: 563.62점 (40,690원) ※ 만 8세미만, 만 70세이상 30%가산

○ 수가 인상-가정간호 기본방문료 (2)

■ 주요 개선내용

구 분	현 행	개 선
산정횟수	1일당 (연 96회까지)	• 방문당 (96회 제한 폐지)
산정대상	조기퇴원자, 입원요구환자	• 의사의 판단하에 실시(대상자 확대)

■ 관련 규정 삭제

고시 제2005-61호 가정간호의 요양급여 대상자 범위	가정간호의 요양급여의 대상자는 요양기관에서 입원진료 후 조기 퇴원한 환자 또는 입원이 요구되는 외래 및 응급실 환자로서 진료담당의사(한의사 포함)가 판단하여 가정간호가 필요하다고 인정하는 경우에 한함. (2005.9.15시행)
--------------------------------------	--

○ 수가 신설 - 다학제통합진료료 Multidisciplinary Care (1)

■ 필요성

- 최근 의학기술의 발달로 전문영역이 세분화되면서 치료방법의 결정 등을 위한 여러 진료과 간의 협력이 중요시되고 있으나, 동일상병의 외래에서 주치의 1인에 대한 진찰비용만 인정되고 있어 개선 필요

■ 행위정의

- 진단 및 치료에 관련된 각 진료과목 전문의들의 의견을 동시에 제공하는 진료로서, 진단과 치료에 관련된 전문의 3~7인 이상이 동시에 진료에 참여하여 진단 및 치료계획 수립을 위해 학제간의 다양한 의견을 모아 한번에 도출

○ 수가 신설 - 다학제통합진료료 Multidisciplinary Care (2)

■ 주요 내용

구 분	내 용
수가	<ul style="list-style-type: none"> • 4인: 1,645.44점 (병원급 기준 113,210원) • 5인 이상: 2,056.80점 (병원급 기준 141,510원) ※ 기본 진료료에 해당되어 중별 가산 제외, 진찰료는 별도 산정가능
산정기준	<ul style="list-style-type: none"> • 산정기관: 상급종합병원, 암 관리법에 따른 지정병원* (*강원대병원, 국립암센터, 울산대병원, 제주대병원) 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법에 따른 원자력의학원* (*한국원자력의학원원자력병원, 동남권원자력의학원) • 급여대상: 외래 암환자 (특정기호 V193, V027) • 산정횟수: 원발암 기준으로 환자당 3회 이내, 재발 시 2회 이내 추가 • 산정기준: 서로 다른 전문과목 또는 세부 전문과목(분야) 전문의가 동시에 대면 진료시 산정

○ 수가 신설 - 혈액관리료 Blood Management Fee (1)

■ 필요성

- 혈액은 특별한 시설, 장비하에서의 보관과 관리가 필요하므로 이에 대한 수가를 신설하여 보상하고, 감염 및 수혈부작용을 예방하고 안전하고 적절한 수혈관련 서비스가 제공되도록 함

■ 행위정의

- 환자에게 안전하고 적절한 수혈이 이루어지기 위해 의료기관에서 혈액의 입고, 보관, 출고, 검사 및 장비 정도 관리 등에 소요되는 비용

※ 자가수혈채혈료 (마106-가) 100% 인상

○ 수가 신설 - 혈액관리료 Blood Management Fee (2)

■ 주요 내용

구 분	내 용
수가	<ul style="list-style-type: none"> • 점수: 53.89점 (병원 3,710원, 의원 3,890원) – 1 Unit당 산정
산정기준	<ul style="list-style-type: none"> • 산정대상: 건강보험요양급여비용 제16장 분류항목에 대하여 산정 • 산정기준 (인력,시설,장비 등) <ul style="list-style-type: none"> - 혈액은행 24시간운영 - 혈액은행 업무를 담당하는 진단검사의학과 전문의 1인 이상 - 혈액은행 업무를 담당하는 임상병리사 3인 이상 (전담 1인 이상) - 온도감시장치 장착된 혈액전용 냉장고 · 냉동고, 혈소판교반기, 전용해동기 각 1대 이상 보유 - 수혈위원회 구성, 연 2회 이상 개최 - 질병관리본부에서 위탁운영하는 한국혈액안전감시체계에 가입한 기관

○ 수가 신설 - 혈액관리료 Blood Management Fee (3)

■ 혈액관리료 산정을 위한 장비신고 대상

장비번호	장비품목 대분류	장비품목 소분류
D22201	혈액관리 장치	혈액용 냉장고
D22202	혈액관리 장치	혈액용 냉동고
D22203	혈액관리 장치	혈액용 해동기
D22204	혈액관리 장치	혈소판 교반기

➔ 보건복지부 공고 제2014-366호 ('14.7.7. 행정예고 중)

■ 관련 규정 개정

제 목	현 행	개 선
혈액관리료 별도 인정여부 (고시 제2012- 153호)	~ 혈액관리료는 기본진료료 인 병원관리료에 포함되는 것 으로 별도 산정하지 아니함	~ 혈액관리료는 기본진료료인 병원관리료에 포함되는 것으로 별도 산정하지 아니하나, 혈액관리료 급여기준에 의거 일정 조건을 갖춘 요양기관에 한해서 별도 산정가능함

○ 수가 신설 - 집중영양치료료 Therapy by Nutrition Support Team(1)

■ 필요성

- 환자의 질병상태와 영양상태를 평가하고 적절한 영양집중지원을 통해 입원환자의 영양불량으로 인한 합병증을 감소시키는 행위에 대한 보상이 필요함

■ 행위정의

- 영양상태가 불량하거나 영양불량 위험이 있는 환자를 선별하여 영양공급 관련 전문가로 구성된 집중영양치료팀(의사, 약사, 간호사, 임상영양사로 구성)이 영양집중서비스를 제공, 영양상태 재평가, 모니터링 등을 통해 치료에 긍정적으로 영향을 미치는 행위

○ 수가 신설 - 집중영양치료료 Therapy by Nutrition Support Team(2)

■ 주요 내용

구 분	내 용
수가	<ul style="list-style-type: none"> • 상급종합병원: 535.87점 (36,870원) • 종합병원: 402.57점 (27,700원) ※ 기본진료료에 해당되어 종별 가산 제외
산정기준	<ul style="list-style-type: none"> • 대상종별: 종합병원 이상 입원환자 • 산정횟수: 환자당 주 1회, 1팀 당 1일 30인 이내 산정 • 산정대상: 담당의사의 처방을 받아 집중영양치료팀이 집중영양 치료를 실시하고, 그 내용을 의무기록에 기록한 경우 산정

○ 수가 신설 - 집중영양치료료 Therapy by Nutrition Support Team(3)

■ 주요 내용

구 분	내 용
<p style="text-align: center;">수가 산정기준</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 급여대상 아래의 환자에게 영양평가 실시한 결과 집중영양치료가 필요하다고 판단된 환자 <ul style="list-style-type: none"> - 혈중 알부민 ≤ 3.0 g/dl 인 경우 - 경장영양을 받고 있는 경우 - 정맥영양을 받고 있는 경우 - 중환자실에서 집중치료중인 경우 - 진료담당의사의 의학적 소견에 따라 집중영양치료가 필요하여 의뢰된 경우 - 성장곡선 체중 기준 5 percentile 미만인 경우(소아만 해당) • 집중영양치료팀 구성 (각 1인 이상 포함, 팀원 중 1인 이상 전담) <ul style="list-style-type: none"> - <u>영양치료에 관한 소정의 연수를 수료한 상근하는 전문의,</u> 간호사, 약사 (소아의 경우는 소아과전문의, 소아외과전문의) - 상근하는 임상영양사

○ 수가 신설 - 집중영양치료료 Therapy by Nutrition Support Team(4)

■ 영양치료에 관한 소정의 연수

- 한국정맥경장영양학회, 대한소아소화기영양학회, 대한외과대사영양학회
한국병원약사회, 대한환자영양지원학회 등에서 각 직종별 운영되고 있는 교육
(수료증 발급 필수)

■ 관련 규정 삭제

항 목	제 목	내 용
자202 중심정맥영양법 자266 장내영양	영양치료팀 자문료	영양불량이거나 영양불량의 위험이 있는 환자에게 실시하는 영양치료팀 자문료는 해당 행위료 (자202 또는 자266)의 소정점수에 포함되며, 퇴원 후 영양치료에 대한 교육대상 질환이 '건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수'의 제3부 행위 비급여 목록, "고-1 교육상담료"의 "주" 및 "(별표) 1"에 해당하는 경우는 비급여대상이며, 이외의 경우는 기본진료료의 소정점수에 포함됨

➔ 고시 제2011-172호 삭제

○ 급여기준 개선 항목 - 수술관련 (1)

■ 동시수술 (제2의 수술)

구 분	현 행	개 선
산정 기준	<ul style="list-style-type: none"> • 제9장 처치 및 수술료[산정지침](6) <ul style="list-style-type: none"> - 동일 피부절개하에 2가지 이상 수술을 동시에 시술한 경우, 제2의 수술부터는 해당수술 소정점수의 50%를 산정 	<ul style="list-style-type: none"> • 제9장 처치 및 수술료[산정지침](6) <ul style="list-style-type: none"> - 동일 피부절개하에 2가지 이상 수술을 동시에 시술한 경우, 제2의 수술부터는 해당수술 소정점수의 70%를 산정 ☞ 서로 다른 수술에 한하여 산정 ☞ 종합병원 이상에 우선 적용
산정 방법	<ul style="list-style-type: none"> • 산정코드 세번째 자리에 1,3으로 기재 (예) 판막성형술 <ul style="list-style-type: none"> - 제2의 수술: O178100<u>1</u> - 재수술(제2의수술): O178100<u>3</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • 산정코드 세번째 자리에 4로 기재 (예) 판막성형술 <ul style="list-style-type: none"> - 제2의 수술: O178100<u>4</u> - 재수술(제2의수술): O178100<u>4</u>

○ 급여기준 개선 항목 - 수술관련 (2)

■ 15일 이내 재수술

구 분	현 행	개 선
재수술	<ul style="list-style-type: none"> • 보건복지부고시 제2007-77호 - 15일 이내 재수술의 경우 소정 수술료의 50% 산정 ☞ 산정코드 세번째 자리에 2로 기재하는 경우 (예) 판막성형술 재수술 : O1781002 	<ul style="list-style-type: none"> • 보건복지부고시 제2007-77호 삭제 - 15일 이내 재수술의 경우 소정 수술료의 50%→100% 산정 • 소화기내시경하 수술(자763) 주1항 삭제 • 기존 신루를 이용한 경우 소정점수 50% 산정하는 비뇨기계 수술관련 주항 삭제 (관련코드: 자319-2, 자321, 자330, 자330-1, 자337-1, 자342)

○ 급여기준 개선 항목 - 수술관련 (3)

■ 수가산정

구분		현행		개선
제2의 수술	종병이상	소정점수의 50%	➔	소정점수의 70%
	병원이하	소정점수의 50%	➔	소정점수의 50%
재수술		소정점수의 50%	➔	소정점수의 100%
재수술의 제2의 수술	종병이상	소정점수의 25%	➔	소정점수의 70%
	병원이하	소정점수의 25%	➔	소정점수의 50%

○ 급여기준 개선 항목 - 수술관련 (4)

■ 관련 급여기준

	현행	개정(안)
예시	결막, 공막, 각막에 대한 봉합술을 동시 시행시 주된 수술은 소정점수의 100%, 제2의 수술부터는 소정점수의 50%로 산정함.	결막,공막,각막에 대한 봉합술을 동시 시행시 제9장 처치 및 수술료 등 [산정지침](6)항에 의거 주된 수술 100%, 그 외 수술 50%[종합병원(상급종합병원 포함)은 70%] 를 산정함.
예시	식피술을 여러 부위에 시행하는 경우에는 전신을 7부위(두부, 복부, 배부, 좌·우 상·하지)로 구분하여 각 부위별로 자17식 피술 해당 소정점수를 각각 산정하되, 7 부위 중 한 부위에 2군데 이상 식피술을 시행하는 경우 주된 수술은 소정점수의 100%를, 제2 수술부터는 소정점수의 50%를 산정 하며, 부위별로 최대 200% 까지 산정함.	식피술을 여러 부위에 시행하는 경우에는 전신을 7부위(두부, 복부, 배부, 좌·우 상·하지)로 구분하여 각 부위별로 자17식 피술 해당 소정점수를 각각 산정하되, 7부위 중 한 부위에 2군데 이상 식피술을 시행하는 경우 1군데는 소정점수의 100%를, 2군데부터는 소정점수의 50%를 산정 하며, 부위별로 최대 200%까지 산정함.

○ 급여기준 개선 항목 - 수술관련 (5)

■ 관련 급여기준

	현행	개정(안)
예시	<p>~ 이상 시술을 좌·우 뇌실의 각각 병변에 대하여 양측 절개하에 각각 시술 시는 해당수술료소정점수의 200%를 산정하며, <u>하나의 병변에 대하여 각각의 절개(비교통성)로 시술 시는 해당수술료 소정점수의 150%를 산정함.</u></p>	<p>이상 시술을 좌·우 뇌실의 각각 병변에 대하여 양측 절개하에 각각 시술 시는 해당수술료소정점수의 200%를 산정하며, <u>하나의 병변에 대하여 각각의 절개(비교통성)로 시술 시는 해당수술료 소정점수의 150%[종합병원(상급종합병원 포함)은 170%]를 산정함.</u></p>
예시 -양측 수술	<p>요관경 또는 방광경을 이용하여 <u>요관 이상 부위에서 양측을 동시 수술하는 경우</u> 주된 수술은 소정점수에 의하여 산정하고, 제2의 수술부터는 해당 수술 소정점수의 50%를 산정함.</p>	<p>요관경 또는 방광경을 이용하여 <u>요관 이상 부위에서 동일한 수술을 동시에 양측으로 시술하는 경우</u> 한측은 소정점수의 100%, 다른 측은 소정점수의 50%를 산정함.</p>

○ 급여기준 개선 항목 - 수술관련 (6)

■ 관련 급여기준

	현행	개정(안)
예시	<p>자151가 흉강삽관술(폐쇄식)의 수가산정은 다음과 같이 함.</p> <p>-다 음 -</p> <p>가. 생략</p> <p>나. 편측에 동시에 2개의 Chest tube를 삽입시에는 자151 흉강삽관술 소정 점수의 150%로 산정</p> <p>다. Chest tube를 제거한 후, 즉시 또는 15일 이내 재삽입 시에는 자151 흉강 삽관술 소정점수의 50%로 산정하되, 16일 이후 재삽입시는 자151 흉강 삽관술 소정점수로 산정</p>	<p>자151가 흉강삽관술(폐쇄식)의 수가산정은 다음과 같이 함.</p> <p>-다 음 -</p> <p>가. 생략</p> <p>나. 편측에 동시에 2개의 Chest tube를 삽입시에는 자151 흉강삽관술 소정 점수의 150%로 산정</p> <p>다. (삭 제)</p>

○ 급여기준 개선 항목 - 1일당 수가

■ 중환자실 1일당 수가

항 목	현 행	개 선
<ul style="list-style-type: none"> •단순처치 •염증성 처치 	1일당 수가로 하루에 여러 번 실시해도 1회만 인정	<ul style="list-style-type: none"> • 산정횟수: 1일 2회 이내 산정
<ul style="list-style-type: none"> •흡입배농 및 배액처치 •체위변경처치 		<ul style="list-style-type: none"> • 산정대상 : 상급종합병원 중환자실 입원 •산정횟수: 1일 3회 이내 산정

※ 같은 날에 '체위변경처치'와 '침상목욕간호'를 실시한 경우에는 둘 중 한 항목의 소정점수만을 산정

○ 급여기준 개선 항목 - 소아가산

항 목	현 행	개 선
소아 대상 처치 및 수술료	-	<ul style="list-style-type: none"> 산정대상: 제9장 제1절 가산내용: 만8세 미만은 30% 가산 신생아는 60% 가산 제외대상 <ul style="list-style-type: none"> - 치료재료 관련코드(행위가 아님), - 캐스트료(2절)

* 산정코드 기재방법: 첫번째 자리에 다음을 기재

구 분	소아 제외	신생아 가산	소아 가산
단일 가산	-	6	7
외과 가산 중복	1	U	X
흉부외과 가산중복	2	V	Y
화상치료	9	W	Z

○ 급여기준 개선 항목 - 마취관련

■ 주요 개선내용

항 목	현 행	개 선	산정대상
특수마취 가산	30%	50%	<ul style="list-style-type: none"> • 대상: 심폐체외순환법마취, 일측폐환기법, 고빈도제트환기법마취, 개흉적심장수술마취, 뇌종양 등 개두술 마취 • 산정코드 첫번째 자리: 5,6,7,8,9
장기이식 마취가산	-	50%	<ul style="list-style-type: none"> • 대상: 제9장 제1절 처치및수술료 [장기이식] (자801~자812) • 산정코드 첫번째 자리: 2 (신설)
마취 유지료 수가		10% 인상	<ul style="list-style-type: none"> • 대상: 제6장 제1절 바2-나 마취유지



감사합니다!