

보건복지부 고시 제2024 - 58호

「국민건강보험법」 제41조제3항 및 제4항, 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항 관련 별표2 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제2항에 의한 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(보건복지부 고시 제2024-45호, 2024.3.8.)」을 다음과 같이 개정·발령합니다.

2024년 3월 28일
보건복지부 장관

「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 일부개정

요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 일부를 다음과 같이 개정한다.

I. 행위 제2장 검사료 중 나610-2 부다페스트 진단기준에 의한 복합 부위통증증후군 선별검사란 다음에 나610-3 신경학적 동공지수 검사 [1일당]의 급여기준란을 다음과 같이 신설한다.

항 목	제 목	세부인정사항
나610-3 신경학적 동공지수 검사[1일당]	나610-3 신경학적 동공지수 검사[1일당] 의 급여기준	1. 신경학적 동공지수 검사는 다음과 같이 요양급여 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 가3-1가 집중치료실 입원료-뇌졸중 집중치료실 입원료 또는 가9 중환자실 입원료를 산정하는

항 목	제 목	세부인정사항
		<p>뇌손상(의심) 환자</p> <p>나. 급여횟수: 입원기간 중 7회 이내</p> <p>2. 나610-3 신경학적 동공지수 검사[1일당]와 나795 동공부등검사를 동시에 실시한 경우 주된 1종만 요양급여를 인정함.</p>

I. 행위 제3장 영상진단 및 방사선치료료 중 (별첨) F-18 FP-CIT 뇌양전자방출단층촬영의 급여기준란과 F-18 에프도파 양전자방출단층촬영의 급여기준란을 다음과 같이 한다.

(별첨) 세부기준

구분	세부기준
F-18 FP-CIT 뇌양전자방출 단층촬영의 급여기준	<p>F-18 FP-CIT 뇌 양전자방출단층촬영은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. 적응증: 파킨슨증(서동이 있으면서, 경직·진전·자세불안정의 3가지 증상 중에 한 가지 이상을 동반)을 가진 환자 중에 도파민 신경세포의 손상 여부의 판단이 필요한 경우</p> <p>나. 실시횟수: 진단 시 1회 인정함. 다만, 동 검사로 도파민 신경세포의 손상이 없는 것으로 진단된 후, 지속적인 치료를 하였으나 증상 악화 등 도파민 신경세포의 손상이 의심되는 경우 추가 실시할 수 있으며, 이 경우 사례별로 인정함.</p> <p>다. F-18 FP-CIT, F-18 에프도파 뇌 양전자방출단층촬영은 동일 목적의 검사이므로 1종만 인정함.</p>
F-18 에프도파	<p>1. 다339 양전자방출단층촬영 (6) F-18 에프도파는 검사 시 사용되는 약제의 식약처 허가사항 범위 내에서 다음의 경우에 요양급여로</p>

양전자방출
단층촬영의
급여기준

인정함.

- 다 음 -

가. 원발성 뇌종양 : 재발 또는 잔류 질병이 의심되는 경우

나. 신경내분비종양

1) 진단시

가) 인슐린종 : 12세 미만 소아로 (1), (2) 조건을 동시에 충족하는 경우

(1) 공복시 심한 저혈당 증세(어지럼증, 떨림, 빈맥, 발한 등)

(2) 혈당치 50mg/dL 이하이면서 인슐린수치 6μU/mL 이상

나) 사구종 : 숙신산탈수소효소 D 변종 유전자 변이가 있는 경우

다) 갈색세포종, 부신경절종 : MIBG-(123I) 신티그래피 음성인 경우

2) 병기설정시

가) 갈색세포종, 부신경절종

3) 재발 또는 잔류질병 의심 시

가) 갈색세포종, 부신경절종 : MIBG-(123I) 신티그래피 음성인 경우

나) 갑상선수질암 : 치료 후 혈청 칼시토닌 수치가 90pg/mL 이상으로 상승되어 재발 또는 잔류질병이 의심되는 경우

다) 고분화 소화기신경내분비종양 : WHO neuroendocrine tumor grading system³에 따른 Grade1, Grade2에 해당하는 경우

라) 소화기 내분비종양 : 소마토스타틴 수용체 신티그래피가 음성인 경우

2. 다339다 양전자방출단층촬영-뇌 (6) F-18 에프도파는 상기 1. 이외에 다음에 해당하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률 50%로 적용함.

- 다 음 -

가. 적응증: 파킨슨증(서동이 있으면서, 경직·진전·자세불안정의

	<p>3가지 증상 중에 한가지 이상을 동반)을 가진 환자 중에 도파민 신경세포의 손상 여부의 판단이 필요한 경우</p> <p>나. 실시횟수: 진단 시 1회 인정함. 다만, 동 검사로 도파민 신경세포의 손상이 없는 것으로 진단된 후, 지속적인 치료를 하였으나 증상 악화 등 도파민 신경세포의 손상이 의심되는 경우 추가 실시할 수 있으며, 이 경우 사례별로 인정함.</p> <p>다. F-18 FP-CIT, F-18 에프도파 뇌 양전자방출단층촬영은 동일 목적의 검사이므로 1종만 인정함.</p>
--	--

I. 행위 제9장 처치 및 수술료 등 일반사항 중 국가 건강검진 실시 당일 이상소견이 있어 검사나 처치 등을 추가로 실시 시 급여기준란을 다음과 같이 한다.

항 목	제 목	세부인정사항
일반사항	국가 건강검진 실시 당일 이상소견이 있어 검사나 처치 등을 추가로 실시 시 급여기준	<p>1. 국민건강보험법 제52조에 의거 가입자 등에게 실시하는 건강검진 실시 당일 건강검진 실시기준에 의한 나761 상부소화관 내시경검사 또는 나766 결장경검사 중에 이상 소견이 있어 검사나 처치 등을 추가로 실시한 경우에는 다음과 같이 적용함. 다만, 국민건강보험법 제52조에 의한 건강검진 항목과 중복되는 경우는 요양급여로 산정하지 아니함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 위의 내시경검사 중 나560 조직병리검사 및 나854 내시경하생검, 누589가 Helicobacter pylori 검사-내시경하 등을 실시한 경우</p> <p>1) 나560 조직병리검사, 나854 내시경하 생검, 생검용 FORCEP은 건강검진 항목에 포함되므로 요양급여로 산정하지 아니함.</p> <p>2) 누589가 Helicobacter pylori 검사-내시경하 등</p>

항 목	제 목	세부인정사항
		<p>건강검진 항목에 포함되지 아니한 항목은 요양급여로 산정하며, 항목별 해당 고시에서 정한 기준에 따라 적용함.</p> <p>나. 위의 내시경검사 중 나560 조직병리검사 없이 나854 내시경하생검, 누589가 <i>Helicobacter pylori</i> 검사-내시경하 등을 실시한 경우</p> <p>1) 나854 내시경하생검, 생검용 FORCEP 및 누589가 <i>Helicobacter pylori</i> 검사-내시경하 등 건강검진 항목에 포함되지 아니한 항목은 해당 고시에서 정한 기준에 따라 요양급여로 산정함.</p> <p>다. 위의 내시경검사 중 폴립이나 이물 등이 발견되어 자761 내시경적 상부 소화관 이물 제거술이나 자765 내시경적 상부 소화관 종양 수술, 자767 결장경하 이물 제거술 및 자770 결장경하 종양 수술 등을 실시한 경우</p> <p>1) 해당 시술료에서 내시경검사료를 제외한 나머지 금액만을 요양급여비용으로 산정함(산정코드 첫 번째 자리에 8로 기재). 다만, 동일 경로 하 2가지 이상 수술을 동시에 실시한 경우 제2의 수술은 해당 수술 소정점수의 50%(상급종합병원·종합병원은 70%)를 산정함.</p> <p>2) 해당 치료(수술)와 관련하여 실시한 나560 조직병리검사 및 사용한 치료재료 등은 요양급여로 산정하며, 항목별 해당 고시에서 정한 기준에 따라 적용함.</p> <p>라. 해당 내시경 검사 및 시술에 수반되는 나799-1 내시경 세척·소독료는 건강검진 항목에 포함되므로 요양급여로 산정하지 아니함.</p> <p>마. 해당 내시경 검사 및 시술에 수반되는 나799 진정내시경 환자관리료는 위 가.와 나.의 경우 비급여이나, 위 다.의 경우 요양급여로 산정</p>

항 목	제 목	세부인정사항
		<p>가능하며, 사용하는 약제는 식품의약품안전처 허가사항 범위 내 혹은 해당 고시에서 정한 기준에 따라 별도 산정 가능함.</p> <p>2. 국민건강보험법 제52조에 의거 건강검진 실시 당일에 건강검진 실시기준에 해당하지 않는 나766 결장경 검사를 추가로 실시할 경우에는 동 검사를 실시하여야 할 증상 등이 사전 진료한 내역을 통해 진료기록부상 확인되는 경우에 요양급여로 산정함.</p>

I. 행위 제9장 처치 및 수술료 등 일반사항 중 본인 희망에 의한 건강검진 실시 당일 이상소견이 있어 검사나 처치 등을 추가로 실시 시 급여 기준란을 다음과 같이 한다.

항 목	제 목	세부인정사항
일반사항	본인 희망에 의한 건강검진 실시 당일 이상소견이 있어 검사나 처치 등을 추가로 실시 시 급여기준	<p>1. 본인의 희망에 의한 건강검진은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표2]에 따른 비급여 대상이나, 건강검진 목적의 나761 상부 소화관 내시경 검사 또는 나766 결장경검사 중에 이상 소견이 있어 검사나 처치 등을 추가로 실시한 경우에는 다음과 같이 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 위의 내시경검사 중 나560 조직병리검사, 나854 내시경하생검, 누589가 Helicobacter pylori 검사-내시경하 등 검사를 실시한 경우는 이상소견에 대한 확진을 위한 건강검진의 일련의 과정으로 보아 요양급여로 산정하지 아니함.</p> <p>나. 건강검진 목적의 내시경검사 중 폴립이나 이물 등이 발견되어 자761 내시경적 상부 소화관 이물제거술이나 자765 내시경적 상부 소화관 종양 수술,</p>

항 목	제 목	세부인정사항
		<p>자767 결장경하 이물 제거술 및 자770 결장경하 종양 수술 등을 실시한 경우</p> <p>1) 내시경 비용이 포함된 행위는 해당 시술료에서 내시경검사료를 제외한 나머지 금액만을 요양급여 비용으로 산정함(산정코드 첫 번째 자리에 J로 기재). 다만, 동일 경로 하 2가지 이상 수술을 동시에 실시한 경우 제2의 수술은 해당 수술 소정점수의 50%(상급 종합병원·종합병원은 70%)를 산정함.</p> <p>2) 해당 치료(수술)와 관련하여 실시한 나560 조직병리 검사 및 사용한 치료재료 등은 요양급여로 산정하며, 항목별 해당 고시에서 정한 기준에 따라 적용함.</p> <p>다. 해당 내시경 검사 및 시술에 수반되는 나799-1 내시경 세척·소독료는 본인의 희망에 의한 건강검진의 일환으로 보아 요양급여로 산정하지 아니함.</p> <p>라. 해당 내시경 검사 및 시술에 수반되는 나799 진정내시경 환자관리료는 위 가.의 경우 비급여이나, 위 나.의 경우 요양급여로 산정 가능하며, 사용하는 약제는 식품의약품안전처 허가사항 범위 내 혹은 해당 고시에서 정한 기준에 따라 별도 산정 가능함.</p>

부 칙

이 고시는 2024년 4월 1일부터 시행한다.

요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 신구조문 대비표

현 행			개 정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
I. 행위 제2장 검사료			I. 행위 제2장 검사료			
<u><신설></u>	<u><신설></u>	<u><신설></u>	<u>나610-3</u> <u>신경학적</u> <u>동공지수</u> <u>검사[1일당]</u>	<u>나610-3</u> <u>신경학적</u> <u>동공지수</u> <u>검사[1일당]</u> <u>의 급여기준</u>	1. <u>신경학적 동공지수 검사는 다음과 같이 요양급여 인정함.</u> <u>- 다 음 -</u> 가. <u>급여대상</u> <u>가3-1가 집중치료실 입원료-뇌</u> <u>졸중 집중치료실 입원료 또는</u> <u>가9 중환자실에 입원한 뇌손상</u> <u>(의심) 환자</u> 나. <u>급여횟수: 입원기간 중 7회 이내</u> 2. <u>나610-3 신경학적 동공지수 검사</u> <u>[1일당]와 나795 동공부등검사를</u> <u>동시에 실시한 경우 주된 1종만</u> <u>요양급여를 인정함.</u>	(제·개정 사유) 신의료기술 등재 관련 고시 신설

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
I. 행위 제3장 영상진단 및 방사선치료료			I. 행위 제3장 영상진단 및 방사선치료료			
(별첨) 세부기준			(별첨) 세부기준			(제개정 사유) 신의료기술 등재 관련 고시 개정
구분	세부기준		구분	세부기준		
F-18 FP-CIT 뇌양전자 방출 단층촬영 의 급여기준	F-18 FP-CIT 뇌 양전자방출단층촬영은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함 - 다 음 - 가. ~ 나. <생략> <u><신설></u>		F-18 FP-CIT 뇌양전자 방출 단층촬영 의 급여기준	F-18 FP-CIT 뇌 양전자방출단층촬영은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함 - 다 음 - 가. ~ 나. <현행과 같음> 다. F-18 FP-CIT, F-18 에프도파 뇌 양전자 방출단층촬영은 동일목적의 검사이므로 <u>1종만 인정함.</u>		
F-18 에프도파 양전자방출 단층촬영의 급여기준	다339 양전자방출단층촬영 (6) F-18 에프도파는 검사 시 사용되는 약제의 식약처 허가사항 범위 내에서 다음의 경우에 요양급여로 인정함. - 다 음 - 1. 원발성 뇌종양 : 재발 또는 잔류 질병이 의심되는 경우 2. 신경내분비종양		F-18 에프도파 양전자방출 단층촬영의 급여기준	1. 다339 양전자방출단층촬영 (6) F-18 에프도파는 검사 시 사용되는 약제의 식약처 허가사항 범위 내에서 다음의 경우에 요양급여로 인정함. - 다 음 - 가. 원발성 뇌종양 : 재발 또는 잔류 질병이 의심되는 경우 나. 신경내분비종양		

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
	가. 진단시			1) 진단시		
	1) 인슐린종 : 12세 미만 소아로 가), 나) 조건을 동시에 충족하는 경우			가) 인슐린종 : 12세 미만 소아로 (1), (2) 조건을 동시에 충족하는 경우		
	가) 공복시 심한 저혈당 증세(어지럼증, 떨림, 빈맥, 발한 등)			(1) 공복시 심한 저혈당 증세(어지럼증, 떨림, 빈맥, 발한 등)		
	나) 혈당치 50mg/dL 이하이면서 인슐린수치 6μU/mL 이상			(2) 혈당치 50mg/dL 이하이면서 인슐린 수치 6μU/mL 이상		
	2) 사구종 : 숙신산탈수소효소 D 변종 유전자 변이가 있는 경우			나) 사구종 : 숙신산탈수소효소 D 변종 유전자 변이가 있는 경우		
	3) 갈색세포종, 부신경절종 : MIBG-(123I) 신티그래피 음성인 경우			다) 갈색세포종, 부신경절종 : MIBG-(123I) 신티그래피 음성인 경우		
	나. 병기설정시			2) 병기설정시		
	1) 갈색세포종, 부신경절종			가) 갈색세포종, 부신경절종		
	다. 재발 또는 잔류질병 의심 시			3) 재발 또는 잔류질병 의심 시		
	1) 갈색세포종, 부신경절종 : MIBG-(123I) 신티그래피 음성인 경우			가) 갈색세포종, 부신경절종 : MIBG-(123I) 신티그래피 음성인 경우		
	2) 갑상선 수질암 : 치료 후 혈청 칼시토닌 수치가 90pg/mL 이상으로 상승되어 재발 또는 잔류질병이 의심되는 경우			나) 갑상선수질암 : 치료 후 혈청 칼시토닌 수치가 90pg/mL 이상으로 상승되어 재발 또는 잔류질병이 의심되는 경우		

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		<p>3) 고분화 소화기신경내분비종양 : WHO neuroendocrine tumor grading system³에 따른 Grade1, Grade2에 해당하는 경우</p> <p>4) 소화기 내분비종양 : 소마토스타틴 수용체 신티그래피가 음성인 경우</p> <p style="text-align: center;"><u><신설></u></p>			<p>다) 고분화 소화기신경내분비종양 : WHO neuroendocrine tumor grading system³에 따른 Grade1, Grade2에 해당하는 경우</p> <p>라) 소화기 내분비종양 : 소마토스타틴 수용체 신티그래피가 음성인 경우</p> <p>2. 다339다 양전자방출단층촬영-뇌 (6) F-18에프도파는 상기 1. 이외에 다음에 해당하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률 50%로 적용함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. 적응증: 파킨슨증(서동이 있으면서, 경직·진전·자세불안정의 3가지 증상 중에 한가지 이상을 동반)을 가진 환자 중에도파민 신경세포의 손상 여부의 판단이 필요한 경우</p> <p>나. 실시횟수: 진단 시 1회 인정함. 다만, 동</p>	

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
					<p>검사로 도파민 신경세포의 손상이 없는 것으로 진단된 후, 지속적인 치료를 하였으나 증상 악화 등 도파민 신경세포의 손상이 의심되는 경우 추가 실시할 수 있으며, 이 경우 사례별로 인정함.</p> <p>다. F-18 FP-CIT, F-18 에프도파 뇌 양전자방출단층촬영은 동일목적의 검사이므로 1종만 인정함.</p>	
I. 행위			I. 행위			
제9장 처치 및 수술료 등			제9장 처치 및 수술료 등			
일반사항	국가 건강검진 실시 당일 이상소견이 있어 검사나 처치 등을 추가로 실시 시 급여기준	1. 국민건강보험법 제52조에 의거 가입자 등에게 실시하는 건강검진 실시 당일 건강검진 실시기준에 의한 나761 상부소화관 내시경 검사 또는 나766 결장경검사 중에 이상 소견이 있어 검사나 처치 등을 추가로 실시한 경우에는 다음과 같이 적용함. 다만, 국민건강보험법 제52조에 의한 건강검진 항목과	일반사항	국가 건강검진 실시 당일 이상소견이 있어 검사나 처치 등을 추가로 실시 시 급여기준	1. 국민건강보험법 제52조에 의거 가입자 등에게 실시하는 건강검진 실시 당일 건강검진 실시기준에 의한 나761 상부소화관 내시경 검사 또는 나766 결장경검사 중에 이상 소견이 있어 검사나 처치 등을 추가로 실시한 경우에는 다음과 같이 적용함. 다만, 국민건강보험법 제52조에 의한 건강검진 항목과	(제·개정 사유) 소화기 내시경하 2가지 이상 동시 수술 시 수가산정방법 명확화

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		<p>중복되는 경우는 요양급여로 산정하지 않음.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. ~ 나. <생략></p> <p>다. 위의 내시경검사 중 폴립이나 이물 등이 발견되어 자761 내시경적 상부 소화관 이물 제거술이나 자765 내시경적 상부 소화관 종양 수술, 자767 결장경하 이물 제거술 및 자770 결장경하 종양 수술 등을 실시한 경우</p> <p>1) 해당 시술료에서 내시경검사료를 제외한 나머지 금액만을 요양급여비용으로 산정함(산정코드 첫 번째 자리에 8로 기재). <신설></p>			<p>중복되는 경우는 요양급여로 산정하지 않음.</p> <p>- 다 음 -</p> <p>가. ~ 나. <현행과 같음></p> <p>다. 위의 내시경검사 중 폴립이나 이물 등이 발견되어 자761 내시경적 상부 소화관 이물 제거술이나 자765 내시경적 상부 소화관 종양 수술, 자767 결장경하 이물 제거술 및 자770 결장경하 종양 수술 등을 실시한 경우</p> <p>1) 해당 시술료에서 내시경검사료를 제외한 나머지 금액만을 요양급여비용으로 산정함(산정코드 첫 번째 자리에 8로 기재). <u>다만, 동일 경로 하 2가지 이상 수술을 동시에 실시한 경우 제2의 수술은 해당 수술 소정점수의 50%(상급종합병원</u></p>	

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		<p>2) <생략> 라. ~ 마. <생략></p> <p>2. <생략></p>			<p>· 종합병원은 70%)를 산정함.</p> <p>2) <현행과 같음> 라. ~ 마. <현행과 같음></p> <p>2. <현행과 같음></p>	
일반사항	본인 희망에 의한 건강검진 실시 당일 이상소견이 있어 검사나 처치 등을 추가로 실시 시 급여기준	<p>1. 본인의 희망에 의한 건강검진은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표2]에 따른 비급여 대상이나, 건강검진 목적의 나761 상부 소화관 내시경검사 또는 나766 결장경검사 중에 이상 소견이 있어 검사나 처치 등을 추가로 실시한 경우에는 다음과 같이 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. <생략></p> <p>나. 건강검진 목적의 내시경검사 중 폴립이나 이물 등이 발견되어 자761 내시경적 상부 소화관</p>	일반사항	본인 희망에 의한 건강검진 실시 당일 이상소견이 있어 검사나 처치 등을 추가로 실시 시 급여기준	<p>1. 본인의 희망에 의한 건강검진은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표2]에 따른 비급여 대상이나, 건강검진 목적의 나761 상부 소화관 내시경검사 또는 나766 결장경검사 중에 이상 소견이 있어 검사나 처치 등을 추가로 실시한 경우에는 다음과 같이 요양급여를 인정함.</p> <p style="text-align: center;">- 다 음 -</p> <p>가. <현행과 같음></p> <p>나. 건강검진 목적의 내시경검사 중 폴립이나 이물 등이 발견되어 자761 내시경적 상부 소화관</p>	(제·개정 사유) 소화기 내시경하 2가지 이상 동시 수술 시 수가산정방법 명확화

현행			개정			비고
항목	제목	세부인정사항	항목	제목	세부인정사항	
		<p>이물제거술이나 자765 내시경적 상부 소화관 종양 수술, 자767 결장경하 이물 제거술 및 자770 결장경하 종양 수술 등을 실시한 경우</p> <p>1) 내시경 비용이 포함된 행위는 해당 시술료에서 내시경검사료를 제외한 나머지 금액만을 요양 급여비용으로 산정함(산정코드 첫 번째 자리에 J로 기재). <신설></p> <p>2) <생략> 다. ~ 라. <생략></p>			<p>이물제거술이나 자765 내시경적 상부 소화관 종양 수술, 자767 결장경하 이물 제거술 및 자770 결장경하 종양 수술 등을 실시한 경우</p> <p>1) 내시경 비용이 포함된 행위는 해당 시술료에서 내시경검사료를 제외한 나머지 금액만을 요양 급여비용으로 산정함(산정코드 첫 번째 자리에 J로 기재). <u>다만, 동일 경로 하 2가지 이상 수술을 동시에 실시한 경우 제2의 수술은 해당 수술 소정점수의 50%(상급종합병원·종합병원은 70%)를 산정함.</u></p> <p>2) <현행과 같음> 다. ~ 라. <현행과 같음></p>	