

발 간 등 록 번 호  
G000EH2-2025-135

# 2025년 \_\_\_\_\_ 요양급여 청구 부당사례 모음집



보건복지부  
Ministry of Health and Welfare



건강보험심사평가원  
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE



본 책자는 그동안 현지조사에서 확인된 건강보험 및 의료급여 관련 부당청구 사례의 주요 내용을 수록한 것으로 향후 관련 법령 및 기준 변경, 행정처분 및 소송 결과에 따라 부당여부가 변경될 수도 있습니다.

부당 사례 유형이 추가로 확인되는 경우, 해당 내용을 보완하여 책자를 발간할 예정임을 알려드립니다.

## I. 현지조사 개요 ..... 1

1. 현지조사 개요 ..... 3
2. 조사대상기관 선정 과정 ..... 5
3. 업무처리 절차 ..... 6
4. 조사 결과에 따른 처분 ..... 7
5. 부당청구 ..... 9
6. 거짓청구 ..... 16
7. 현지조사 부당사례 등 조회 방법 ..... 18

## II. 부당청구 유형별 사례 ..... 21

1. 거짓청구 ..... 23
  - 가. 입·내원(내방)일수 거짓 및 증일청구 ..... 24
  - 나. 비급여 대상 진료 및 청구 후 요양급여비용 이중청구 ..... 26
  - 다. 실제 진료(투약)하지 않은 행위 등을 거짓청구 ..... 28
  - 라. 무자격자가 실시한 진료비(약제비)거짓청구 ..... 34
  - 마. 의료행위 증량 청구 ..... 38
  - 바. 면허증 대여 등으로 인력신고 후 요양급여비용 거짓청구 ..... 40
2. 산정기준 위반청구 ..... 41
  - 가. [행위] 산정기준 위반청구 ..... 42
  - 나. [약제·치료재료] 산정기준 위반청구 ..... 65
  - 다. 요양기관 외 진료 등 산정기준 위반청구 ..... 69
  - 라. 차등수가 기준 위반청구 ..... 72
  - 마. 비급여 대상을 진료하고 요양급여비용으로 청구 ..... 74
3. 행위료·의약품·치료재료대 등 대체청구 ..... 75
  - 가. 행위료·의약품 등 대체청구 ..... 76
  - 나. 의약품·치료재료대 실사용량 초과청구 ..... 80



4. 본인부담금 과다징수 .....	81
가. 의약품 비용 과다징수 .....	82
나. 수가고시 행위료(기준액 이상 등) 부담징수 .....	84
다. 재료대비용 부담징수 .....	88
라. 상급병실료 부담징수 .....	90
마. 결정고시 이전의 신의료기술 등 .....	91
바. 기타 과다징수 .....	92
5. 기타 부담청구 .....	94
가. 미근무, 비상근 인력에 따른 부담청구 .....	95

### Ⅲ. 부담사례 관련 법규 ..... 109

㉠ 국민건강보험법 .....	111
㉡ 국민건강보험법 시행령 .....	114
㉢ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 .....	133
㉣ 의료법 .....	139
㉤ 의료법 시행규칙 .....	141
㉥ 약사법 .....	142
㉦ 의료기사 등에 관한 법률 .....	145
㉧ 의료기사 등에 관한 법률 시행령 .....	146





# I. 현지조사 개요

---

1. 현지조사 개요 \_ 3
2. 조사대상기관 선정 과정 \_ 5
3. 업무처리 절차 \_ 6
4. 조사 결과에 따른 처분 \_ 7
5. 부당청구 \_ 9
6. 거짓청구 \_ 16
7. 현지조사 부당사례 등 조회 방법 \_ 18



## 1 현지조사 개요

### ▶ 현지조사 정의

⇒ 보건복지부 장관의 지시에 따라 요양기관이 지급받은 요양(의료)급여비용 등에 대해 세부진료 내역을 근거로 사실관계 및 적법 여부를 확인·조사하고, 그 결과에 따라 부당이득 환수 및 행정처분 등을 수반하는 행정조사

### ▶ 현지조사 목적

⇒ 요양기관의 건전한 요양(의료)급여비용 청구 풍토 조성 및 적정진료 유도  
 ⇒ 건강보험 가입자의 수급권 및 건전한 의료공급자 보호  
 ⇒ 불필요한 건강보험재정 누수 방지

### ▶ 법적근거

#### ① 국민건강보험법령

- 제 57조(부당이득의 징수), 제97조(보고와 검사), 제98조(업무정지), 제99조(과징금), 제115조(벌칙), 제116조(벌칙), 제117조(벌칙), 제118조(양벌 규정), 제119조(과태료), 같은 법 시행령 제69조의3(질문·검사·조사·확인업무의 지원), 제70조(행정처분기준), 요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형(보건복지부 고시 제2022-198호), 업무정지 처분 및 과징금 부과 기준(국민건강보험법 시행령 [별표 5])

#### ② 의료급여법령

- 제23조(부당이득의 징수), 제28조(의료급여기관의 업무정지), 제29조(과징금 등), 제32조(보고 및 검사), 제33조(권한의 위임 및 위탁), 제35조(벌칙), 제36조(양벌 규정), 제37조(과태료), 같은 법 시행령 제16조의2(행정처분의 기준), 제16조의4(과징금의 부과 기준), 제18조(보고·질문·검사업무의 지원), 요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형(보건복지부 고시 제2022-198호), 행정처분의 기준(의료급여법 시행령 [별표 2]), 과징금 부과 기준(의료급여법 시행령 [별표 3])

#### ③ 행정조사기본법령

- 제10조(보고요구와 자료제출의 요구), 제11조(현장조사), 제17조(조사의 사전통지), 제18조(조사의 연기신청), 같은 법 시행령 제11조(조사의 연기신청)

## ▶ 현지조사의 유형

종 류	내 용
정기조사	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 부당청구 개연성이 높다고 판단(지표 점검기관, 외부 의뢰기관 등)되는 요양기관을 대상으로 실시하는 일반적·통상적 현지조사               <ul style="list-style-type: none"> <li>※ 지표 점검기관: 부당청구시스템을 통해 선정된 기관, 본인부담금 과다징수 다발생기관 등 청구경향 및 민원 발생 현황 등을 분석하여 현지조사대상으로 선정하는 기관을 말함</li> </ul> </li> <li>- (외부 의뢰기관) 국민건강보험공단 및 건강보험심사평가원의 급여사후관리, 민원 제보 및 타 행정기관의 수사 등의 과정에서 요양급여비용의 부당청구가 확인되거나 인지되어 보험급여내역 전반에 대해 행정조사를 실시할 필요가 있다고 판단되는 요양기관</li> <li>- (그 이외의 기관) 부당청구감지시스템 및 본인부담금 과다징수 다발생기관 등에 의해 부당청구 개연성이 높다고 판단되는 요양기관               <ul style="list-style-type: none"> <li>※ 부당청구감지시스템: 요양기관의 진료비 청구내역, 의료자원(인력·시설·장비) 신고·변경 정보 및 현지 조사 결과 인지된 부당청구 유형 등을 분석·개발한 여러 항목(Rule)을 통하여 부당청구 개연성이 높은 기관을 감지하는 시스템</li> </ul> </li> </ul>
기획조사	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 건강보험 제도개선 및 올바른 청구문화 정착을 위해 제도 운영상 개선이 필요한 분야 또는 사회적으로 문제가 제기된 분야에 대해 실시하는 현지조사               <ul style="list-style-type: none"> <li>※ 기획조사 실시 전 조사 분야 및 조사 시기 사전 예고</li> </ul> </li> </ul>
긴급조사	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 거짓·부당청구 개연성이 높은 요양기관 중 증거인멸·폐업 등의 우려가 있는 요양기관 또는 사회적으로 문제가 제기되어 긴급하게 조사가 필요한 기관 등을 대상으로 실시하는 현지조사</li> </ul>
이행실태 조사	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 업무정지기간 중 해당 처분을 편법적으로 회피할 우려가 높은 요양기관 혹은 불이행이 의심되는 요양기관 등에 대해 처분의 이행여부를 점검하기 위해 실시하는 조사</li> </ul>

## 2 조사대상기관 선정 과정

현지조사 대상기관 선정 흐름도

현지조사 계획수립 및 실시



현지조사대상 기관 선정

- ▶ 부당청구감지시스템 선정기관
- ▶ 본인부담금 과다징수기관



- ▶ 제도운영상 또는 사회적 문제가 된 분야
- ▶ 건강보험재정 손실이 우려 되는 분야
- ▶ 긴급조사가 필요한 기관
- ▶ 행정처분 불이행 의심기관

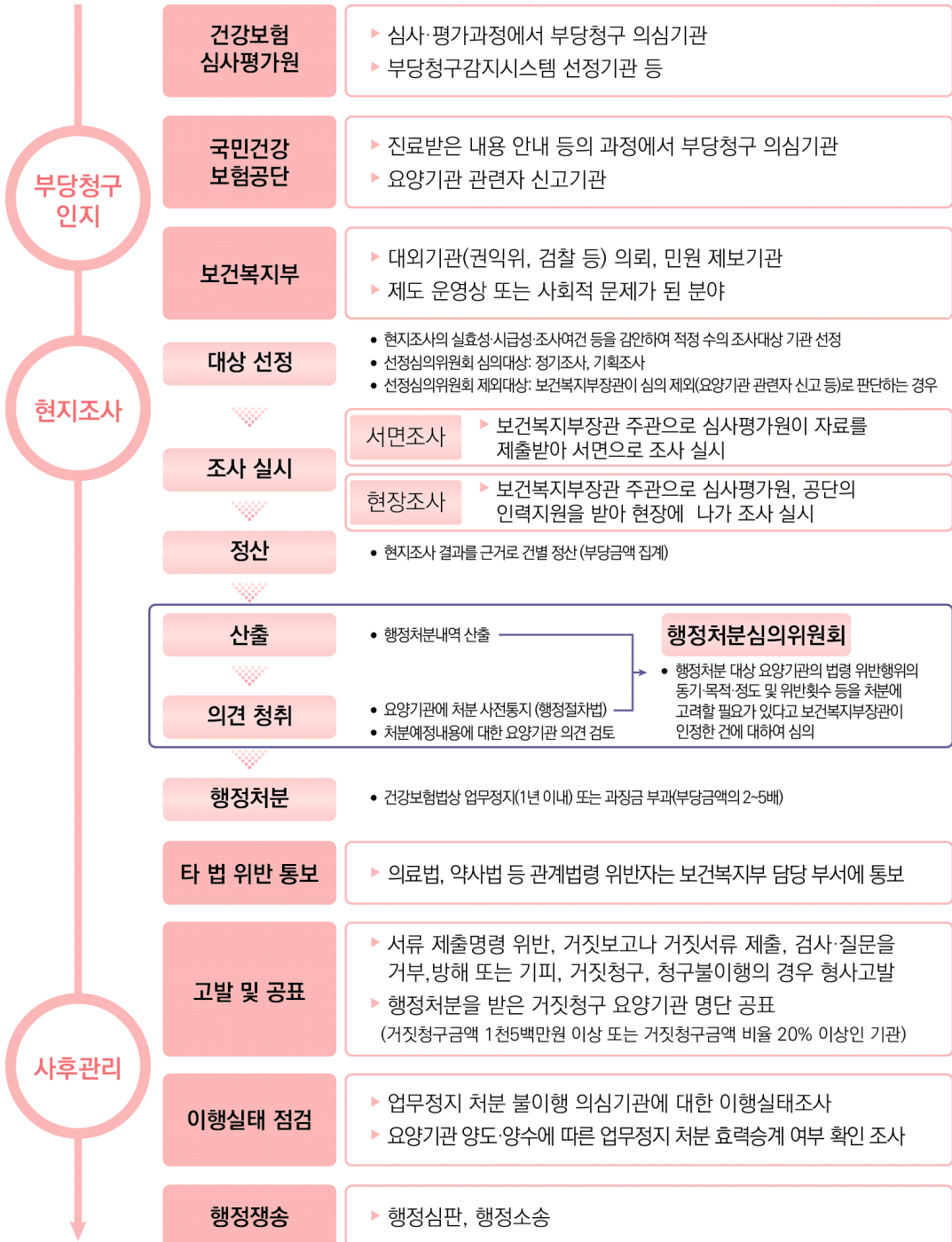


- 심사평가원**
- ▶ 요양급여비용 심사 및 평가 결과 부당청구 개연성이 높은 기관
  - ▶ 자료제출요구 거부기관
  - ▶ 민원 제보기관 등

- 공단**
- ▶ 진료받은 내용 신고 및 문의 결과 부당청구 개연성이 높은 기관
  - ▶ 자료제출요구 거부기관
  - ▶ 요양기관 관련자 신고기관
  - ▶ 민원 제보기관 등

- 대외기관**
- ▶ 국민권익위원회, 검찰 등에 확인 혹은 인지된 부당청구 의심기관 등
  - ▶ 보장기관에서 의뢰된 기관

## 3 업무처리 절차



## 4 조사 결과에 따른 처분

### ▶ 행정처분, 형사고발 및 명단공표

- 행정처분
  - 국민건강보험법령 및 의료급여법령 등에 근거한 부당이득금 환수 및 업무정지(과징금) 등 처분
  - 의료법령 및 약사법령 등에 근거한 자격정지 처분
- 형사고발
  - 국민건강보험법에 근거한 고발
- 명단공표
  - 국민건강보험법에 근거한 거짓청구 요양기관 명단 공개

### ▶ 업무정지

- 1년 범위 내에서 월평균 부당금액과 부당비율에 의하여 처분 기간 산출
- 진료기록부 등 관련서류를 제출하지 않거나, 거짓 자료 제출 또는 조사 거부·기피·방해한 경우 업무정지처분 기간을 1년으로 함
  - ※ 다만, 관계서류 중 진료기록부, 투약기록, 진료비계산서 및 본인부담액수납대장을 제외한 서류의 전부 또는 일부의 제출명령을 위반한 경우 업무정지 기간을 180일로 함

#### 업무정지처분의 효과

- ☞ 업무정지처분의 효과는 그 처분이 확정된 요양기관을 양수한 자 또는 합병 후 존속하는 법인에 승계되고, 업무정지처분을 받은 자는 업무정지 기간 중에는 요양급여 또는 의료급여 진료 불가

### ▶ 과징금

- 보건복지부에서 정한 「업무정지처분에 갈음한 과징금 적용지침」에 따라 일정 요건을 충족하고  
요양기관이 원하는 경우 업무정지처분을 과징금으로 갈음할 수 있음
  - 과징금은 업무정지 기간이 10일인 경우에는 총 부당금액의 2배
  - 10일을 초과하여 30일까지에 해당하는 경우에는 총 부당금액의 3배
  - 30일을 초과하여 50일까지에 해당하는 경우에는 총 부당금액의 4배
  - 50일을 초과하는 경우에는 총 부당금액의 5배로 산정

### ▶ 면허자격정지

- 부정한 방법으로 진료비 또는 약제비를 거짓청구한 경우에는 관계법령에 근거한 1년의 범위 내에서  
면허자격정지처분

### ▶ 형사고발

- 현지조사를 거부·기피·방해하거나 자료제출명령을 위반한 경우, 업무정지처분기간 중에 요양급여  
행위를 행한 경우(편법개설기관, 원외처방전발행기관), 거짓청구기관(거짓청구금액 750만 원 또는  
거짓청구비율 10% 이상)인 경우 고발대상

### ▶ 위반사실공표

- 업무정지, 과징금 등 행정처분을 받은 요양기관으로 관련 서류를 위조·변조하여 요양급여비용을  
거짓으로 청구한 금액이 1,500만 원 이상인 경우 또는 요양급여비용 총액 중 거짓으로 청구한 금액의  
비율이 100분의 20 이상인 경우 공표심의위원회의 심의를 거쳐 위반행위, 처분내용 등 공표

## 5 부당청구

### ▶ 개념

- 건강보험법령에서는 ‘속임수나 그 밖의 부당한 방법’이라 표현하고 있는데 통상 법령에서 사용하는 ‘부당’의 의미는 속임수를 쓰는 등 적극적으로 법질서를 위반하는 행위뿐만 아니라 소극적으로 법령상의 기준을 위반하는 행위까지 포함
  - 법령상 기준위반은 건강보험법령에서 정한 요양급여기준, 진료수가기준을 위반하여 요양급여를 실시하고, 그 비용을 청구하는 것으로 청구자의 고의·과실 여부는 고려하지 않고, 객관적 위반 사실이 있었을 경우 부당청구로 인정

### ▶ 관계법령

- ⇒ 「국민건강보험법」 제57조(부당이득의 징수), 제98조(업무정지), 제99조(과징금)
- ⇒ 「의료급여법」 제23조(부당이득의 징수), 제28조(의료급여기관의 업무정지 등), 제29조(과징금 등)
- ※ 세부사항은 각종 고시 등 기준에 따름

#### 「국민건강보험법」

**제57조(부당이득의 징수)** ① 공단은 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람·준요양기관 및 보조기기 판매업자나 보험급여 비용을 받은 요양기관에 대하여 그 보험급여나 보험급여 비용에 상당하는 금액을 징수한다.

② 공단은 제1항에 따라 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여 비용을 받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 해당 요양기관을 개설한 자에게 그 요양기관과 연대하여 같은 항에 따른 징수금을 납부하게 할 수 있다.

1. 「의료법」 제33조제2항을 위반하여 의료기관을 개설할 수 없는 자가 의료인의 면허나 의료법인 등의 명의를 대여받아 개설·운영하는 의료기관
2. 「약사법」 제20조제1항을 위반하여 약국을 개설할 수 없는 자가 약사 등의 면허를 대여받아 개설·운영하는 약국
3. 「의료법」 제4조제2항 또는 제33조제8항·제10항을 위반하여 개설·운영하는 의료기관

4. 「약사법」 제21조제1항을 위반하여 개설·운영하는 약국

5. 「약사법」 제6조제3항·제4항을 위반하여 면허를 대여받아 개설·운영하는 약국

③ 사용자나 가입자의 거짓 보고나 거짓 증명(제12조제6항을 위반하여 건강보험증이나 신분증명서를 양도·대여하여 다른 사람이 보험급여를 받게 하는 것을 포함한다), 요양기관의 거짓 진단이나 거짓 확인(제12조제4항을 위반하여 건강보험증이나 신분증명서로 가입자 또는 피부양자의 본인 여부 및 그 자격을 확인하지 아니한 것을 포함한다) 또는 준요양기관이나 보조기기를 판매한 자의 속임수 및 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여가 실시된 경우 공단은 이들에게 보험급여를 받은 사람과 연대하여 제1항에 따른 징수금을 내게 할 수 있다.

④ 공단은 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람과 같은 세대에 속한 가입자(속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람이 피부양자인 경우에는 그 직장가입자를 말한다)에게 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람과 연대하여 제1항에 따른 징수금을 내게 할 수 있다.

⑤ 요양기관이 가입자나 피부양자로부터 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 요양급여비용을 받은 경우 공단은 해당 요양기관으로부터 이를 징수하여 가입자나 피부양자에게 지체 없이 지급하여야 한다. 이 경우 공단은 가입자나 피부양자에게 지급하여야 하는 금액을 그 가입자 및 피부양자가 내야 하는 보험료등과 상계할 수 있다.

**제98조(업무정지)** ① 보건복지부장관은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 요양기관에 대하여 1년의 범위에서 기간을 정하여 업무정지를 명할 수 있다. 이 경우 보건복지부장관은 그 사실을 공단 및 심사평가원에 알려야 한다.

1. 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험자·가입자 및 피부양자에게 요양급여비용을 부담하게 한 경우
2. 제97조제2항에 따른 명령에 위반하거나 거짓 보고를 하거나 거짓 서류를 제출하거나, 소속 공무원의 검사 또는 질문을 거부·방해 또는 기피한 경우
3. 정당한 사유 없이 요양기관이 제41조의3제1항에 따른 결정을 신청하지 아니하고 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 행위·치료재료를 가입자 또는 피부양자에게 실시 또는 사용하고 비용을 부담시킨 경우

② 제1항에 따라 업무정지 처분을 받은 자는 해당 업무정지기간 중에는 요양급여를 하지 못한다.

③ 제1항에 따른 업무정지 처분의 효과는 그 처분이 확정된 요양기관을 양수한 자 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인에 승계되고, 업무정지 처분의 절차가 진행 중인 때에는 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인에 대

하여 그 절차를 계속 진행할 수 있다. 다만, 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인이 그 처분 또는 위반사실을 알지 못하였음을 증명하는 경우에는 그러하지 아니하다.

④ 제1항에 따른 업무정지 처분을 받았거나 업무정지 처분의 절차가 진행 중인 자는 행정처분을 받은 사실 또는 행정처분절차가 진행 중인 사실을 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인에 지체 없이 알려야 한다.

⑤ 제1항에 따른 업무정지를 부과하는 위반행위의 종류, 위반 정도 등에 따른 행정처분 기준이나 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

**제99조(과징금)** ① 보건복지부장관은 요양기관이 제98조제1항제1호 또는 제3호에 해당하여 업무정지 처분을 하여야 하는 경우로서 그 업무정지 처분이 해당 요양기관을 이용하는 사람에게 심한 불편을 주거나 보건복지부장관이 정하는 특별한 사유가 있다고 인정되면 업무정지 처분을 갈음하여 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 부담하게 한 금액의 5배 이하의 금액을 과징금으로 부과·징수할 수 있다. 이 경우 보건복지부장관은 12개월의 범위에서 분할납부를 하게 할 수 있다.

② 보건복지부장관은 제41조의2제3항에 따라 약제를 요양급여에서 적용 정지하는 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 때에는 요양급여의 적용 정지에 갈음하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 구분에 따른 범위에서 과징금을 부과·징수할 수 있다. 이 경우 보건복지부장관은 12개월의 범위에서 분할납부를 하게 할 수 있다.

1. 환자 진료에 불편을 초래하는 등 공공복리에 지장을 줄 것으로 예상되는 때: 해당 약제에 대한 요양급여비용 총액의 100분의 200을 넘지 아니하는 범위

2. 국민 건강에 심각한 위험을 초래할 것이 예상되는 등 특별한 사유가 있다고 인정되는 때: 해당 약제에 대한 요양급여비용 총액의 100분의 60을 넘지 아니하는 범위

③ 보건복지부장관은 제2항 전단에 따라 과징금 부과 대상이 된 약제가 과징금이 부과된 날부터 5년의 범위에서 대통령령으로 정하는 기간 내에 다시 제2항 전단에 따른 과징금 부과 대상이 되는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 구분에 따른 범위에서 과징금을 부과·징수할 수 있다.

1. 제2항제1호에서 정하는 사유로 과징금 부과대상이 되는 경우: 해당 약제에 대한 요양급여비용 총액의 100분의 350을 넘지 아니하는 범위

2. 제2항제2호에서 정하는 사유로 과징금 부과대상이 되는 경우: 해당 약제에 대한 요양급여비용 총액의 100분의 100을 넘지 아니하는 범위

④ 제2항 및 제3항에 따라 대통령령으로 해당 약제에 대한 요양급여비용 총액을 정할 때에는

그 약제의 과거 요양급여 실적 등을 고려하여 1년간의 요양급여 총액을 넘지 않는 범위에서 정하여야 한다.

⑤ 보건복지부장관은 제1항에 따른 과징금을 납부하여야 할 자가 납부기한까지 이를 내지 아니하면 대통령령으로 정하는 절차에 따라 그 과징금 부과 처분을 취소하고 제98조제1항에 따른 업무정지 처분을 하거나 국세 체납처분의 예에 따라 이를 징수한다. 다만, 요양기관의 폐업 등으로 제98조제1항에 따른 업무정지 처분을 할 수 없으면 국세 체납처분의 예에 따라 징수한다.

⑥ 보건복지부장관은 제2항 또는 제3항에 따른 과징금을 납부하여야 할 자가 납부기한까지 이를 내지 아니하면 국세 체납처분의 예에 따라 징수한다.

⑦ 보건복지부장관은 과징금을 징수하기 위하여 필요하면 다음 각 호의 사항을 적은 문서로 관할 세무관서의 장 또는 지방자치단체의 장에게 과세정보의 제공을 요청할 수 있다.

1. 납세자의 인적사항
2. 사용 목적
3. 과징금 부과 사유 및 부과 기준

⑧ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따라 징수한 과징금은 다음 각 호 외의 용도로는 사용할 수 없다. 이 경우 제2항제1호 및 제3항제1호에 따라 징수한 과징금은 제3호의 용도로 사용하여야 한다.

1. 제47조제3항에 따라 공단이 요양급여비용으로 지급하는 자금
2. 「응급의료에 관한 법률」에 따른 응급의료기금의 지원
3. 「재난적의료비 지원에 관한 법률」에 따른 재난적의료비 지원사업에 대한 지원

⑨ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 과징금의 금액과 그 납부에 필요한 사항 및 제8항에 따른 과징금의 용도별 지원 규모, 사용 절차 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

## 「의료급여법」

**제23조(부당이득의 징수)** ① 시장·군수·구청장은 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 의료급여를 받은 사람(제8조제5항을 위반하여 의료급여를 받은 사람을 포함한다. 이하 같다), 제12조제1항에 따라 의료급여를 실시한 기관, 제13조제1항의 보조기기를 판매한 자 또는 급여비용을 받은 의료급여기관에 대하여는 그 급여 또는 급여비용에 상당하는 금액을 부당이득금으로 징수한다.

② 시장·군수·구청장은 수급권자의 거짓 보고나 거짓 증명(제8조제4항을 위반하여 의료급여증, 의료급여증명서 또는 신분증명서를 다른 사람에게 양도·대여하여 의료급여를 받게 하는 것을 포함한다)에 따라 의료급여가 실시된 경우 그 수급권자에게 의료급여를 받은

사람과 연대하여 제1항에 따른 부당이득금을 납부하게 할 수 있다.

③ 시장·군수·구청장은 의료급여기관, 제12조제1항에 따라 의료급여를 실시하는 기관 또는 제13조제1항의 보조기기를 판매하는 자와 의료급여를 받으려는 사람이 공모하여 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 제1항에 따른 의료급여가 이루어진 경우에는 해당 의료급여기관, 제12조제1항에 따라 의료급여를 실시한 기관 또는 제13조제1항의 보조기기를 판매한 자에 대하여 의료급여를 받은 사람과 연대하여 제1항의 부당이득금을 납부하게 할 수 있다.

④ 시장·군수·구청장은 제1항에 따라 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 급여비용을 받은 의료급여기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 해당 의료급여기관을 개설한 자에게 그 의료급여기관과 연대하여 제1항의 부당이득금을 납부하게 할 수 있다.

1. 「의료법」 제33조제2항을 위반하여 의료기관을 개설할 수 없는 자가 의료인의 면허나 의료법인 등의 명의를 대여받아 개설·운영하는 의료기관
2. 「약사법」 제20조제1항을 위반하여 약국을 개설할 수 없는 자가 약사 등의 면허를 대여받아 개설·운영하는 약국

⑤ 시장·군수·구청장은 의료급여기관이 속임수나 그 밖의 부정한 방법으로 수급권자로부터 급여비용을 받았을 때에는 그 의료급여기관으로부터 해당 급여비용을 징수하여 수급권자에게 지체 없이 지급하여야 한다.

⑥ 시장·군수·구청장은 제1항부터 제4항까지에 따른 부당이득금 납부의무자가 부당이득금을 내지 아니하면 기한을 정하여 독촉할 수 있다.

⑦ 시장·군수·구청장은 제6항에 따라 독촉을 할 때에는 10일 이상 15일 이내의 납부기한을 정하여 독촉장을 발급하여야 한다.

⑧ 시장·군수·구청장은 제6항에 따라 독촉을 받은 자가 그 납부기한까지 부당이득금을 내지 아니하면 지방세 체납처분의 예에 따라 징수할 수 있다.

⑨ 제1항부터 제4항까지에 따른 부당이득금 납부의무자는 그 거주지를 다른 특별자치시·특별자치도·시·군·구로 이전한 경우에는 부당이득금을 새 거주지를 관할하는 시장·군수·구청장에게 납부하여야 한다.

⑩ 제9항에 따라 부당이득금을 납부 받은 시장·군수·구청장은 이를 제25조에 따른 의료급여기금에 납입하여야 한다.

**제28조(의료급여기관의 업무정지 등)** ① 보건복지부장관은 의료급여기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 1년의 범위에서 기간을 정하여 의료급여기관의 업무정지를 명할 수 있다.

1. 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 수급권자, 부양의무자 또는 시장·군수·구청장에게

급여비용을 부담하게 한 경우

2. 제11조의4를 위반하여 본인부담금을 미리 청구하거나 입원보증금 등 다른 명목의 비용을 청구한 경우
3. 제32조제2항에 따른 보고 또는 서류제출을 하지 아니하거나 거짓 보고를 하거나 거짓 서류를 제출하거나 소속 공무원의 질문 및 검사를 거부·방해 또는 기피한 경우
  - ② 보건복지부장관은 제3차 의료급여기관이 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 지정을 취소할 수 있다.
  - ③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 지정취소처분을 받은 제3차 의료급여기관을 그 지정을 취소한 날부터 1년 이내에는 제3차 의료급여기관으로 다시 지정할 수 없다.
  - ④ 제1항에 따라 업무정지처분을 받은 자는 해당 업무정지기간 중에는 의료급여를 하지 못한다.
  - ⑤ 보건복지부장관은 제1항 및 제2항에 따른 처분을 한 경우에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 그 사실을 급여비용심사기관 및 급여비용지급기관에 알려야 한다.
  - ⑥ 제1항에 따른 업무정지처분의 효과는 그 처분이 확정된 의료급여기관을 양수한 자 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립된 법인에 승계되고, 업무정지처분의 절차가 진행 중인 때에는 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인에 대하여 그 절차를 계속 진행할 수 있다. 다만, 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인이 그 처분 또는 위반사실을 알지 못하였음을 증명하는 경우에는 그러하지 아니하다.
  - ⑦ 제1항에 따른 업무정지처분을 받았거나 업무정지처분 절차가 진행 중인 자는 행정처분을 받은 사실 또는 행정처분 절차가 진행 중인 사실을 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립된 법인에 지체 없이 알려야 한다.
  - ⑧ 제1항 및 제2항에 따른 행정처분의 기준 등은 대통령령으로 정한다.

**제29조(과징금 등)** ① 보건복지부장관은 의료급여기관이 제28조제1항제1호에 해당하여 업무정지처분을 하여야 하는 경우로서 그 업무정지처분이 수급권자에게 심한 불편을 주거나 그 밖의 특별한 사유가 있다고 인정되면 그 업무정지처분을 갈음하여 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 부담하게 한 급여비용의 5배 이하의 금액을 과징금으로 부과·징수할 수 있다. 이 경우 보건복지부장관은 12개월의 범위에서 분할 납부를 하게 할 수 있다.

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 과징금을 납부하여야 할 자가 납부기한까지 내지 아니하면 대통령령으로 정하는 바에 따라 제1항에 따른 과징금 부과 처분을 취소하고 제28조제1항에 따른 업무정지 처분을 하거나 국세 체납처분의 예에 따라 징수할 수 있고, 제33조

제1항에 따라 과징금 징수에 관한 권한이 시·도지사에게 위임된 경우에는 시·도지사가 지방세 체납처분의 예에 따라 징수할 수 있다. 이 경우 의료급여기관의 폐업 등으로 제28조 제1항에 따른 업무정지 처분을 할 수 없으면 국세 체납처분 또는 지방세 체납처분의 예에 따라 징수한다.

③ 보건복지부장관은 과징금을 징수하기 위하여 필요하면 다음 각 호의 사항을 적은 문서로 관할 세무관서의 장 또는 지방자치단체의 장에게 과세정보의 제공을 요청할 수 있다.

1. 납세자의 인적사항
2. 사용목적
3. 과징금 부과 사유 및 부과 기준

④ 제1항에 따른 과징금을 부과하는 위반행위의 종류, 위반 정도 등에 따른 과징금의 금액과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

## 6 거짓청구

### ▶ 개념

- 진료비 청구의 원인이 되는 진료행위가 실제 존재하지 않았으나 관련서류의 위조·변조 등 부정한 방법으로 진료행위가 존재한 것처럼 가장하여 진료비 등을 청구하는 행위를 거짓청구라 하며, 이러한 거짓청구는 부당청구에 포함
  - 요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형(보건복지부 고시 제 2022-198호, 2022. 8. 25.)
  - 1. 입원일수 또는 내원일수를 부풀려 청구한 경우
  - 2. 비급여대상 비용을 전액 환자에게 부담시킨 후 이를 다시 요양급여대상으로 청구한 경우
  - 3. 실제 실시 또는 투약하지 않은 요양급여행위로, 치료재료비용, 및 약제비를 청구한 경우
  - 4. 의료행위 건수를 부풀려 청구한 경우
  - 5. 면허자격증 대여나 위·변조를 통해 요양기관에 실제 근무하지 않은 인력을 근무한 것처럼 꾸며서 청구한 경우
  - 6. 무자격자의 진료나 조제 등으로 발생한 비용을 청구한 경우

### ▶ 관계법령

- ⇒ 「의료법」 제66조제1항제7호·제3항, 「약사법」 제79조제2항제2호
- ⇒ 「형법」 제347조제1항, 「국민건강보험법」 제100조제1항
- ※ 세부사항은 각종 고시 등 기준에 따름

#### 「의료법」

- 제66조(자격정지 등)** ① 보건복지부장관은 의료인이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 1년의 범위에서 면허자격을 정지시킬 수 있다. 이 경우 의료기술과 관련한 판단이 필요한 사항에 관하여는 관계 전문가의 의견을 들어 결정할 수 있다.
7. 관련 서류를 위조·변조하거나 속임수 등 부정한 방법으로 진료비를 거짓 청구한 때
- ③ 의료기관은 그 의료기관 개설자가 제1항제7호에 따라 자격정지 처분을 받은 경우에는 그 자격정지 기간 중 의료업을 할 수 없다.

#### 「약사법」

##### 제79조(약사·한약사 면허의 취소 등)

- ② 보건복지부장관은 약사 또는 한약사가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 면허를 취소하거나 1년 이내의 기간을 정하여 약사 자격 또는 한약사의 자격정지를 명할 수 있다.
2. 관련 서류를 위조·변조하거나 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 약제비를 거짓으로 청구한 경우

## 「형법」

**제347조(사기)** ① 사람을 기망하여 재물의 교부를 받거나 재산상의 이익을 취득한 자는 10년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

## 「국민건강보험법」

**제100조(위반사실의 공표)** ① 보건복지부장관은 관련 서류의 위조·변조로 요양급여비용을 거짓으로 청구하여 제98조 또는 제99조에 따른 행정처분을 받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 위반 행위, 처분 내용, 해당 요양기관의 명칭·주소 및 대표자 성명, 그 밖에 다른 요양기관과의 구별에 필요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항을 공표할 수 있다. 이 경우 공표 여부를 결정할 때에는 그 위반행위의 동기, 정도, 횡수 및 결과 등을 고려하여야 한다.

1. 거짓으로 청구한 금액이 1천 500만원 이상인 경우
2. 요양급여비용 총액 중 거짓으로 청구한 금액의 비율이 100분의 20 이상인 경우

# 7 현지조사 부당사례 등 조회 방법

## ▶ 요양기관 업무포털 접속방법

1. 건강보험심사평가원 홈페이지(www.hira.or.kr) → 요양기관 업무포털 바로가기 클릭  
 또는
2. 요양기관 업무포털(http://biz.hira.or.kr) 검색

## ▶ 현지조사 부당사례 조회 경로(요양기관 업무포털)

- ① 심사기준 종합서비스 → ② 기타 → ③ 요양기관 현지조사



삼 시사기준 종합서비스

화면출력

통합검색

삼 시사기준 x **요양기관현지조사** x

의과 | **치과** | 한의과 | 약국 | 의료급여 | 현지조사의 이해

조회조건 전체

현지조사 유형 의과

총 : 62건

순번	제목	작성자	작성일자	현지조사 유형	최종수정일	조회	첨부
62	요양(의료)급여비용 자율점검계 시범운영 안내	조사2부	2018-07-19	의과	2018-07-19	2,258	
61	요양(의료)급여비용 자율점검계 시범운영 안내	조사2부	2018-05-29	의과	2018-05-29	641	
60	주사제 분할 사용 후 종량 청구 사건신고 안내	조사2부	2018-03-07	의과	2018-03-07	1,437	
59	현지조사 기타부당청구 사례	조사운영부	2017-12-14	의과	2017-12-14	3,239	
58	2017년 8월 정기 현지조사결과 유형별 주요 사례 공개	조사2부	2017-12-13	의과	2017-12-13	1,297	
57	2017년 12월 의료급여기관 현지조사 계획(의료급여)	의료급여조사부	2017-11-28	의과	2017-11-28	432	
56	현지조사 인력부당 사례	조사운영부	2017-10-31	의과	2017-12-19	1,040	
55	2017년 7월 정기 현지조사 주요 부당사례 공개	조사2부	2017-10-27	의과	2017-10-27	570	
54	2017년 6월 정기 현지조사 주요 부당사례 공개	조사2부	2017-09-22	의과	2017-09-22	266	
53	현지조사 본인부담금 과다징수 사례	조사운영부	2017-08-23	의과	2017-08-23	558	
52	2017년 5월 정기 현지조사 주요 부당사례 공개	조사2부	2017-08-17	의과	2017-08-17	274	
51	2017년 4월 정기 현지조사 주요 부당사례 공개	조사2부	2017-07-13	의과	2017-07-13	214	
50	현지조사 산정기준 위반청구 사례 II	조사운영부	2017-06-29	의과	2017-06-29	536	

이동 20개씩 보기

② 기타

③ 요양기관현지조사





## Ⅱ. 부당청구 유형별 사례

---

1. 거짓청구 \_ 23
2. 산정기준 위반청구 \_ 41
3. 행위료·의약품·치료재료대 등 대체청구 \_ 75
4. 본인부담금 과다징수 \_ 81
5. 기타 부당청구 \_ 94



### 1 거짓청구

가. 입·내원(내방)일수 거짓 및 증일청구.....	24
나. 비급여 대상 진료 및 청구 후 요양급여비용 이중청구.....	26
다. 실제 진료(투약)하지 않은 행위 등을 거짓청구.....	28
라. 무자격자가 실시한 진료비(약제비)거짓청구.....	34
마. 의료행위 증량 청구.....	38
바. 면허증 대여 등으로 인력신고 후 요양급여비용 거짓청구.....	40

## 가 입·내원(내방)일수 거짓 및 증일청구

### ㉠ 수진자의 입·내원 일수를 부풀려 청구

1. **[A의원]** 2024년 10월 4일 출국해서 2024년 10월 7일 입국하여 내원할 수 없었음에도 2024년 10월 5일, 2024년 10월 6일에 ‘요추의 염좌 및 긴장(S3350)’ 등의 상병으로 진료기록부에 기록하고 진찰료 등 요양급여비용 청구
2. **[B의원]** 2020년 7월 6일 ‘출혈 또는 천공이 없는 급성 또는 만성 상세불명인 위궤양(K2591)’, 2020년 7월 8일 ‘식도염을 동반한 위-식도 역류병(K210)’ 상병 등으로 총 2일 진찰료와 원외처방전 등을 발행한 것으로 청구하였으나, 실제로는 2020년 7월 8일 하루만 내원하여 진료 후 원외처방전 2매를 발행하여 2일 진료분으로 기록한 후 요양급여비용 청구
3. **[C의원]** ‘상세불명의 기관지 또는 폐의 악성 신생물, 상세불명 쪽(C3499)’ 상병으로 내원한 수진자에게 재가방문하여 가정간호를 실시한 것으로 청구하였으나, 실제로는 타 요양기관에 입원 치료 중인 기간으로 가정간호를 실시할 수 없음에도 가정간호를 실시한 것으로 방문일지를 기록하여 가정간호 기본방문료 등을 요양급여비용 청구
4. **[D의원]** 2020년 5월부터 2020년 11월까지 총 7회 내원하여 진료받은 후 처방전을 발급한 것으로 청구하였으나 실제로는 타 약국 약사가 전화로 알려준 수진자의 증상에 따라 처방전을 발급하고, 진료기록부에 청구된 날짜 모두 내원하여 진료받은 것으로 허위 기록하여 진찰료 등을 요양급여비용 청구
5. **[E의원]** ‘취장의 꼬리의 악성 신생물(C252)’ 상병으로 입원·치료받은 것으로 청구하였으나 실제로 입원·치료받은 적이 없음에도 입원한 것으로 진료기록부를 거짓으로 작성하고, 거짓진단서를 발행하는 등 입원료 및 제공받지 않은 식대 등을 요양급여비용 청구
6. **[F의원]** 실제로는 ‘기타 명시된 치핵(K648)’ 상병으로 입원하여 당일 치핵근치술(Q3013)과 결장경검사(E7660) 등을 실시하고, 5일간 입원 진료한 수진자에 대하여 내원하지 않은 수술 전날 ‘설사를 동반하지 않은 과민대장증후군(K589)’ 등의 상병으로 외래 진료한 것처럼 진료기록부를 거짓으로 기록한 후 진찰료(AA254)와 결장경검사(E7660) 등을 요양급여비용 청구

7. **[G의원]** 진료기록부 기록사항 없으며, 실제 내원하여 진료받은 사실이 없음에도 2019년 12월 14일부터 2020년 7월 25일까지 ‘섬유근통, 어깨부분(M7971)’ 등의 상병으로 총 25일간 진료받은 것으로 진찰료 등을 요양급여비용 청구
8. **[H치과의원]** 내원한 사실이 없음에도 ‘상아질의 우식(K021)’ 상병을 진료기록부에 기록하고 진찰료 등을 요양급여비용 청구
9. **[I치과의원]** ‘만성 단순치주염(K0530)’ 상병으로 내원한 수진자에게 하루에 복합 진료를 실시하고 진료 내역을 여러 일로 분할하여 실제 내원하지 않은 날에 실시한 것으로 기록하고 진찰료 등을 요양급여비용 청구
10. **[J치과의원]** 2019년 10월 25일과 같은 달 28일 이틀간 ‘급성연쇄구균치은구내염(K0500)’ 및 ‘만성 단순치주염(K0530)’ 등의 상병으로 진료하였으나 실제로 내원하지 않은 날인 2019년 10월 29일에도 내원하여 ‘치주치료 후 처치’를 시행한 것으로 꾸며 요양급여비용 청구
11. **[K한의원]** 요양기관에 내원하여 진료한 사실이 없고, 다만 요양기관 외 장소(근처 산후조리원)에 방문하여 산모들에게 한약 샘플만 제공하였음에도 실제 실시하지 않은 침술, 부항술 등을 진료기록부에 기록하고 진찰료, 한방 시술료 및 처치료 등을 요양급여비용 청구
12. **[L한의원]** ‘긴장형두통(G442)’ 상병 등으로 2023년 10월 4일 내원하여 진료받은 것으로 청구하였으나 실제 내원하지 않고 진료기록부에 거짓으로 기록하고 실시하지 않은 진찰료, 침술료 등을 요양급여비용 청구
13. **[M한의원]** 대표자 본인의 친인척의 인적사항을 이용하여 내원하지 않은 본인의 친인척이 내원 및 진료한 것처럼 진료기록부를 거짓으로 꾸며 진찰료, 침술료 등을 요양급여비용 청구
14. **[N한의원]** ‘상세불명의 관절장애, 아래다리(M2596)’ 등의 상병으로 5일간 내원하여 진료받은 것으로 청구하였으나 이들은 실제 내원하지 않았음에도 내원하여 진료받은 것으로 진료기록부를 거짓으로 기재하고, 진찰료, 한방시술료 등을 요양급여비용 청구

**관련 법규**

- 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등) 113쪽 참조
- 「의료법」 제22조(진료기록부 등) 139쪽 참조

## 나 비급여 대상 진료 및 청구 후 요양급여비용 이중청구

### □ 비급여 진료비용 전액을 수진자에게 부담시킨 후 요양급여비용 이중청구

1. **[A의원]** 발기부전, 조루증 등 비급여 대상을 진료 후 그 비용을 수진자에게 전액 징수하고도 진찰료를 요양급여비용 이중청구
2. **[B의원]** 비급여 예방접종, 건강검진으로 진료 후 그 비용을 수진자에게 전액 징수하고도 진찰료를 요양급여비용 이중청구
3. **[C의원]** 실제로는 얼굴 여드름 관리를 위한 얼굴 여드름 압출 및 레이저, 피부관리 등에 대한 시술 후 그 비용을 비급여로 징수하고, '기타 머리 부분의 표재성 손상, 기타손상(S0088)' 등의 상병으로 진찰료 및 단순처치(M0111) 등을 요양급여비용 이중청구
4. **[D의원]** 비급여대상인 사후 피임약(노제스원정)을 원외처방하고 수진자에게 비급여로 징수하고도 진찰료를 요양급여비용 이중청구
5. **[E의원]** 비급여 대상인 탈모에 대한 진료 후 약제(헤어그로정 1mg)를 원외처방하고 이에 대한 비용을 수진자에게 징수하고도, '상세불명의 피부염(L309)' 등 상병으로 진료내역 기재없이 진찰료를 요양급여비용 이중청구
6. **[F의원]** '속쓰림(R12)' 상병으로 내원한 수진자에게 비급여 건강검진 실시 당일 폴립 등이 발견되어 결장경하 종양 수술-폴립제거술 등을 실시한 후 건강검진의 일환으로 수반되는 비용으로 별도 청구할 수 없는 내시경 세척·소독료를 요양급여비용 이중청구
7. **[G의원]** 독감 접종을 위해 내원한 수진자에게 진찰 및 독감 접종을 실시하고, 그 비용을 비급여로 환자에게 전액 징수하였음에도 '소화불량(K30)' 상병으로 내원하여 진료 받은 것으로 진찰료를 요양급여비용 이중청구
8. **[H의원]** 비급여 대상인 첩약 조제로 내원한 수진자에게 전액을 비급여로 징수 후 진찰료를 별도 산정할 수 없음에도 '아래허리긴장, 상세불명의 부위(M5459)' 등의 상병으로 초진 진찰료를 요양급여비용 이중청구
9. **[치과의원]** 보철물 장착 등을 실시하고 수진자에게 비용을 전액 징수한 후, 타 상병 '만성단순치주염(K0530)'을 기재하여 진찰료, 치근활택술 등을 요양급여비용 이중청구

10. **[J치과의원]** 비가역적 치수염(K0401) 상병으로 내원한 수진자에게 비급여 대상인 광중합형복합레진으로 가압근충후 코어충전을 실시하고 진찰료, 즉일충전처치 등을 요양급여비용 이증청구
11. **[K치과의원]** '상아질의 우식(K021)' 등의 상병으로 내원한 수진자에게 비급여대상에 해당하는 인레이 및 온레이 간접충전(금 등을 사용한 충전치료)을 실시하고, 그 비용을 전액 비급여로 징수한 후 즉일충전처치(U0060) 및 복합레진충전(U0135) 등의 항목으로 요양급여비용 이증청구
12. **[L치과의원]** 비급여대상인 광중합형 복합레진충전을 실시하고, 수진자에게 그 비용을 비급여로 전액 징수한 후 '치아의 습관성 마모(K0311)' 상병을 기재하여 즉일충전처치(8,320원), 복합레진충전[글래스아이노머시먼트(II) 충전포함](6,820원)을 요양급여비용 이증청구
13. **[M한의원]** 여드름 흉터 진료를 목적으로 내원한 수진자에게 비급여로 본인부담금을 별도 징수하고, '응괴성 여드름(L701)' 상병으로 진찰료 및 경혈침술[자락술, 도침술, 산침술(산자법)](40011002)을 요양급여비용 이증청구

**관련 법규**

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조제1항 관련 [별표 2] (비급여대상) 134쪽 참조

## 다 실제 진료(투약)하지 않은 행위 등을 거짓청구

### 1 실재 진료하지 않은 행위 등(약제의 조제·투약 등 포함)에 대한 거짓청구

#### ① 기본진료료 및 검사료 거짓청구

1. **[A의원]** ‘황행결장의 양성 신생물(D123)’ 상병으로 내원한 수진자에게 조직병리검사 [1장기당] - (Level C-파라핀블록 1~9개) [병리검사 질가산(4%)]를 실시하지 않고 해당 검사료를 요양급여비용 청구
2. **[B의원]** 실제로는 입원 기간 중 특정 기간에만 모유 수유를 시작하였으나 출생 당일 부터 모유 수유한 것으로 신생아 모유수유간호관리료를 요양급여비용 청구
3. **[C의원]** ‘급성 후두인두염(J060)’ 상병으로 기록된 수진자는 동 건물에 위치한 산후 조리원 직원으로서, 요양기관에 내원하지 않고 근무시작 전 코로나19 신속항원검사 (자가검사)를 시행하였으며, 별도의 진료행위가 없었음에도 내원하여 진료를 받은 것처럼 진료기록부에 기재하고 진찰료 및 검사료 등을 요양급여비용 청구
4. **[D의원]** ‘조기발병 알츠하이머병에서의 치매(F000)’ 등의 상병으로 내원한 수진자가 실제로는 인성검사-간이정신진단검사(F6216), 치매척도검사[GDS] (F6221)를 실시한 사실이 없으나 해당 검사료를 요양급여비용 청구
5. **[E의원]** ‘방광염(N30)’ 등의 상병으로 내원한 수진자가 실제로는 미생물현미경검사 [일반염색]-그람염색(B4101)을 실시한 사실이 없으나 해당 검사료를 요양급여비용 청구
6. **[F의원]** ‘좌골신경통, 상세불명의 부위(M5439)’ 등의 상병으로 내원한 수진자가 실제로는 당검사-반정량(C3710)을 실시한 사실이 없으나 검사내역 진료기록부 기록 후 요양급여비용 청구
7. **[G치과의원]** ‘비가역적 치수염(K0401)’ 상병으로 내원한 수진자가 실제로는 방사선 단순영상진단(다-191, 치근단)을 시행하지 않았음에도 방사선단순영상진단료 요양급여비용 청구

## ② 마취료 거짓청구

**[A의원]** ‘신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애(M511)’ 등의 상병으로 내원한 수진자에게 실제로 시행하지 않은 신경차단술을 시행한 것으로 진료기록부에 거짓 기재하고, 요양급여비용 청구

## ③ 투약 및 주사료 거짓청구

1. **[A병원]** ‘상세불명의 치매(F03)’ 등의 상병으로 2019년 12월 14일부터 2019년 12월 26일까지 13일간 입원한 수진자에게 디멘틴정(661900170) 13일분 총 25정을 처방·투약하지 않았음에도 시행한 것으로 진료기록부에 거짓 기록하고, 요양급여비용 청구. 또한, 요양병원 의료최고도, 의료고도, 의료중도, 문제행동군 등 다수의 환자에게 디멘틴정(661900170)을 투여하지 않았음에도 투여한 것으로 진료기록부에 기록하고 요양급여비용 청구
2. **[B병원]** ‘식도염을 동반한 위-식도 역류병(K210)’ 등의 상병으로 2018년 12월 9일 내원한 수진자에게 상부소화관내시경검사를 시행하며, 히스판주(670604055)를 투여하지 않았으나 전산 프로그램상 내시경검사 청구시 히스판주와 주사 기료가 자동으로 입력되게 설정하여 수진자에게 본인부담금 징수 및 요양급여비용 청구

## ④ 이학요법료 거짓청구

1. **[A의원]** 의사 진료 후 수진자에게 물리치료(표층열치료, 심층열치료, 전기치료-TENS)를 처방하는 경우, 진료비를 먼저 수납 후 수진자명이 기재된 번호표를 수진자에게 발부하고 물리치료실에서는 수진자가 제출한 번호표만 확인 후 처방내역에 대한 확인 없이 일률적으로 3종 물리치료(핫팩, 전기치료-TENS, 마사지)를 시행하였으며, 시행하지 않은 심층열치료 등을 요양급여비용 청구
2. **[B의원]** ‘요통, 요추부(M5456)’ 상병으로 내원한 수진자에게 실제 시행한 사실이 없음에도 진찰료, 표층열치료, 심층열치료, 경피적전기신경자극치료를 요양급여비용 청구

3. **[C의원]** ‘근막염 NOS, 어깨부분(M72910)’ 등의 상병으로 내원한 수진자에게 실제 시행하지 않은 표층열치료(MM010)와 단순운동치료[1일당](MM101) 등을 시행한 것으로 요양급여비용 청구
4. **[D의원]** ‘수근(관절)의 염좌 및 긴장(S6350)’ 상병으로 내원한 수진자에게 표층열치료(MM010)만 실시하였으나 실시하지 않은 심층열치료[1일 당](MM020)와 경피적 전기신경자극치료(MM070)를 시행한 것으로 요양급여비용 청구
5. **[E의원]** ‘좌골신경통을 동반한 요통, 요추추부(M5447)’ 상병으로 내원한 수진자에게 수기(手技)치료-도수치료만 실시하였으나 실제 시행하지 않은 표층열치료(심층열동시)(MM015)와 경피적전기신경자극치료[TENS](MM070)를 시행한 것으로 진료기록부에 기록 후 요양급여비용 청구
6. **[F의원]** ‘아래허리통증, 요추부(M5456)’ 상병으로 내원한 수진자에게 물리치료를 시행하지 않았으나 간헐적견인치료-골반견인(MM052)을 시행한 것으로 요양급여비용 청구

### ⑤ 정신요법료 거짓청구

1. **[A의원]** ‘미분화신체형장애(F451)’ 등의 상병으로 2019년 7월 19일부터 4일간 내원한 수진자에게 실제로는 개인정신치료(집중요법)(NN013)를 시행한 사실이 없음에도 진료기록부에 기록 후 요양급여비용 청구
2. **[B의원]** ‘상세불명의 급성 및 일과성 정신병장애(F239)’ 등의 상병으로 내원한 수진자에게 실제로 시행하지 않은 작업 및 오락요법(NN040)을 요양급여비용 청구
3. **[C의원]** ‘재발성 우울장애, 현존 중증도(F331)’ 상병 등으로 진료받은 수진자에게 실제로는 수진자 가족이 내원하지 않았고 정신요법료(가족치료)를 실시하지 않았음에도 요양급여비용 청구
4. **[D병원]** ‘알콜의 의존증후군(F102)’ 등의 상병으로 입원한 수진자에게 정신증상의 악화로 정신의학적 응급처치를 실시한 시간에 시행하지 않은 일반집단정신치료-지지 표현적 집단정신치료(NN021)를 요양급여비용 청구

⑥ 처치 및 수술료 거짓청구

1. **[A의원]** ‘상세불명의 치핵(K649)’ 등의 상병으로 총 7일 내원한 수진자에게 좌욕 [1일당](M0141)을 실제로 시행하지 않은 일자에도 시행한 것으로 요양급여비용 청구
2. **[B의원]** ‘만성 전립선염(N411)’ 등의 상병으로 내원한 수진자에게 검사 및 투약만 시행하고 실제 시행하지 않은 전립선 마사지(R3980)를 요양급여비용 청구
3. **[C의원]** ‘기타 알레르기 비염(J303)’ 등의 상병으로 외래진료 후 원외처방전을 발행한 수진자에게 입원하여 진료한 것처럼 낮병동 입원료(AF400), 하비갑개점막하절제술(O1022), 코수술(비-간단)에 사용한 BURR, SAW 등 절삭기류(N0051012)를 요양급여비용 청구

⑦ 치과 처치 및 수술료 거짓청구

1. **[A치과의원]** ‘상아질의 우식(K021)’ 등의 상병으로 발치를 위해 내원한 수진자에게 실제로 시행하지 않은 즉일충전처치(U0060)와 아말감충전(U0132) 및 재료대를 요양급여비용 청구
2. **[B치과의원]** ‘급성 연쇄구균치은구내염(K0500)’ 등의 상병으로 이틀간 내원한 수진자에게 실제로 내원하지 않은 2015년 10월 29일에도 내원하여 치주치료 후 처치(U2221)를 시행한 것으로 요양급여비용 청구
3. **[C치과의원]** 사고, 추출 또는 국한성 치주병에 의한 치아상실(K081) 등의 상병으로 내원한 수진자에게 틀니를 기공소에 의뢰하여 제작한 적이 없음에도 틀니를 제작한 것으로 진료기록부에 기재하고, 부분틀니 관련 행위료(진단 및 치료계획, 인상채득, 금속구조물시적 등)를 요양급여비용 청구
4. **[D치과의원]** ‘상아질의 우식(K021)’ 상병으로 내원한 수진자에게 방사선 영상진단-치근단1매(G9101)를 실시하지 않았음에도 시행한 것으로 요양급여비용 청구
5. **[E치과의원]** ‘치수 및 치근단주위조직의 기타 및 상세불명의 질환(K049)’ 등의 상병으로 내원한 수진자에게 파노라마 방사선 촬영 시 디지털형 방사선 촬영 장비를 사용하여 실제로는 필름을 사용하지 않았음에도 필름 재료대를 요양급여비용 청구

6. **[F치과의원]** ‘만성 단순 변연부 치은염(K0510)’ 등의 상병으로 1회 내원하여 치석 제거 [1/3약당](U2232) 받은 수진자에게 내원하지 않은 날에 치근활택술 등 후속처치를 실시한 것으로 재진 진찰료(AA200) 및 치근활택술[1/3약당](U2240) 등을 요양급여비용 청구
7. **[G치과의원]** ‘비가역적 치수염(K0401)’ 상병으로 내원한 수진자에게 발수[1근관당](U0101)시 방사선 영상진단-치근단 1매(G9101)를 실시하지 않았음에도 시행한 것으로 요양급여비용 청구

### ⑧ 한방 검사료, 시술 및 처치로 거짓청구

1. **[A한의원]** ‘무릎의 타박상(S800)’ 상병으로 내원한 수진자에게 실제로는 안와내 침술을 시행하지 않았으나 시행한 것으로 진료기록부에 기재하고 요양급여비용 청구
2. **[B한의원]** ‘요통, 요추부(M5456)’ 상병으로 내원한 수진자에게 구술(간접구)-간접애 주구를 시행하지 않았으나 시행한 것으로 진료기록부에 기재하고 요양급여비용 청구
3. **[C한의원]** ‘경추의 염좌 및 긴장(S134)’, ‘피부의 지각이상(R202)’ 상병으로 내원한 수진자에게 경락기능검사-수양명경 검사를 실제로 시행하지 않았음에도 진료기록부에 기재하고 요양급여비용 청구
4. **[D한의원]** ‘근디스트로피(G710)’ 등의 상병으로 내원한 수진자에게 침술 및 온냉경락 요법만 시행하고, 실제 시행하지 않은 부항술(자락관법)(40312)을 요양급여비용 청구
5. **[E한의원]** ‘상세불명의 아토피성 피부염(L209)’ 등의 상병으로 2019년 총 40일가량 내원하여 진료 받은 것으로 청구하였으나 실제로는 2019년 40일 모두 내원하여 진료 받은 사실이 없음에도 진료기록부를 거짓 작성하고 진찰료 및 경혈침술(1부위)(40011) 등 요양급여비용 청구
6. **[F한의원]** ‘기타 어깨병변(M758)’ 등의 상병으로 내원한 수진자에게 진찰 및 침술 등을 시행한 후 실제 조제 및 투약하지 않은 인스팜갈근엑스산(66402060)을 투여한 것으로 요양급여비용 청구
7. **[G한의원]** ‘상세불명의 관절장애, 아래다리(M2596)’ 상병으로 내원한 수진자에게 진찰 및 침술 등을 시행한 후 실제로는 조제 및 투약하지 않은 한신오적산(655006390)을 투약한 것으로 요양급여비용 청구

**관련 법규**

- 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등) 113쪽 참조
- 「의료법」 제22조(진료기록부 등) 139쪽 참조

## ② 약제비 거짓청구

1. **[A약국]** 인접 건물에 위치한 의원(약국 개설자의 남편)으로부터 실제 내원하여 진료받은 사실이 없는 수진자의 처방전을 요청하여 거짓으로 발급받은 후 해당 약제비를 요양급여비용 청구
2. **[B약국]** 같은 건물 2층에 소재한 의원에 실제로는 방문하지 않은 수진자의 처방전을 요청하여 거짓으로 발급받은 후 해당 약제비를 요양급여비용 청구
3. **[C약국]** 실제로는 E의원에서 진료를 받지 않아 처방전이 발행·교부된 사실이 없음에도 원외처방전을 발행받아 약을 조제한 것처럼 조제기록부(전산)에 입력하고, 약제비를 요양급여비용 청구
4. **[D약국]** 의사의 진료행위 없이 F의원의 기존 처방전대로 선 조제하여 요양급여 비용 청구

**관련 법규**

- 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등) 113쪽 참조
- 「의료법」 제22조(진료기록부 등) 139쪽 참조

## 라 무자격자가 실시한 진료비(약제비)거짓청구

### ① 무자격자가 실시한 의료행위에 대한 진료비(검사료, 이학요법료, 처치료, 시술료 등) 거짓청구

#### ① 무자격자가 시행한 검사료 부당청구

1. **[A의원]** 2019년 9월 14일부터 2020년 10월 21일까지 임상병리사를 채용하지 않은 상태에서 의사나 임상병리사가 아닌 간호사나 간호조무사들이 심전도검사(E6541)를 직접 시행하고, 요양급여비용 청구함
2. **[B의원]** 무자격자인 방사선사가 요 일반검사 10종까지(D2253), 혈액소(D0003), C-반응성 단백(정량)(D0113)등의 검체 검사를 시행하게 하고 요양급여비용 청구

#### ② 무자격자가 시행한 방사선단순영상진단료 부당청구

1. **[A의원]** 2019년 5월 1일부터 2020년 6월 9일까지 방사선사가 근무하지 않은 기간 동안, 방사선사 자격이 없는 원무과장이 방사선영상진단 촬영 후 요양급여비용 청구
2. **[B의원]** 의료기사가 아닌 무자격자(간호조무사 6등)가 골밀도 검사를 실시 후 요양급여비용 청구

### ③ 무자격자가 시행한 이학요법료 부당청구

1. **[A의원]** ‘늑골 염좌 및 긴장(S2340)’ 등의 상병으로 내원한 수진자에게 재활의학과 전문의 또는 동통재활분야교육을 이수한 의사가 아닌 대표자 본인이 근막동통유발 점주사자극치료[1일당](MM131)를 실시한 후 비급여 1만 원 징수
2. **[B의원]** 상근하는 물리치료사가 없는 기간 2020년 5월 1일부터 9월 23일까지 무자격자가 물리치료 실시 후 요양급여비용 청구
3. **[C의원]** 물리치료사가 2019년 7월 31일까지 근무하고 퇴사하여 상근하는 물리치료사가 없음에도 2019년 8월 1일부터 2019년 10월 31일까지 이학요법료를 요양급여비용 청구
4. **[D병원]** 물리치료사가 상근하지 않는 산후조리원에 입소한 산모에게 첫 날만 의사가 진료하여 물리치료를 일시 처방하고 이후에는 의사의 진료없이 간호조무사가 물리치료를 실시한 후 ‘재진-물리치료, 주사등을 시술받은 경우(AA222)’를 요양급여비용 청구
5. **[E병원]** 단순재활치료료 재활저출력레이저치료(MM085)는 재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과, 외과, 흉부외과 또는 마취통증의학과 전문의가 상근하여야 하며 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 의해 산정할 수 있으나 가정의학과 전문의가 재활저출력 레이저치료(MM085)를 처방 후 요양급여비용 청구
6. **[F병원]** 전문재활치료료 중추신경계발달재활치료(MM105)는 중추신경계 장애로 인한 발달지연 및 근육마비와 경직의 치료를 목적으로 보이타 또는 보바스요법 등의 교육 과정을 120시간 이상 이수한 재활의학과 전문의나 물리치료사가 실시한 경우에 산정 가능하나, 보이타 또는 보바스요법 등의 교육과정을 이수하지 않은 물리치료사가 중추신경계발달재활치료(MM105)를 실시 후 요양급여비용 청구
7. **[G병원]** ‘지주막하출혈의 후유증, 기타 마비성 증상(I69007)’ 상병으로 입원한 수진자에게 재활의학과 전문의가 근무하지 않은 기간에 중추신경계발달재활치료(MM105)를 시행 후 요양급여비용 청구

## ④ 무자격자가 시행한 정신요법료 부당청구

1. **[A의원]** ‘상세불명의 조현병(F209)’ 등의 상병으로 입원한 수진자에게 상근하는 정신건강 전문요원에 해당하지 않는 보호사가 작업 및 오락요법(NN040)을 시행하게 한 후 요양급여비용 청구
2. **[B의원]** ‘미분화조현병(F203)’ 상병으로 입원한 수진자에게 정신건강 전문요원이 아닌 환자 간호를 담당하는 간호사가 작업 및 오락요법(NN040)을 시행하게 한 후 요양급여비용 청구

## ⑤ 무자격자가 시행한 처치료 부당청구

**[A의원]** 부목(splint)은 환자의 신체에 직접적인 시술을 가하는 것으로서 전문성을 요하는 행위이므로 의사가 직접 시행하여야 하나 의사가 아닌 간호조무사가 야간 진료실에서 부목-단하지(하퇴로부터 족부까지) 처치를 시행하고, 요양급여비용 청구

## ⑥ 무자격자가 시행한 치과 처치료 부당청구

1. **[A치과의원]** 치위생학과 졸업 후 면허증 취득 전인 무자격자가 치석제거(U2232) 또는 전악치석제거(U2233)를 실시하고 요양급여비용 청구
2. **[B치과의원]** ‘만성 단순치주염(K0530)’ 등의 상병으로 내원한 수진자에게 간호조무사가 치과침윤마취(L0800) 및 치근활택술(U2240) 등을 시행하게 한 후 요양급여비용 청구
3. **[C치과의원]** 수진자에게 의료기사가 아닌 간호조무사가 방사선촬영 및 치석제거(U2232)를 실시하게 한 후 그 비용을 요양급여비용 청구

⑦ 무자격자가 조제한 약제비 부당청구

1. **[A병원]** 의료자원 신고에 약사를 개설 당시부터 허위로 등재하며 실제 약사가 없어서 의사 본인이 직접 조제 또는 이에 준하는 지휘·감독 하에 조제하여야하나, 간호조무사에게 전달하여 처방 약제를 조제하게 한 후 요양급여비용 청구
2. **[B병원]** 의사가 약품을 처방하면 약사가 약제실에서 처방내역을 확인하고, 약제를 조제하였으나 약사 부재 시에는 약제실 직원인 간호조무사가 의사의 구체적이고, 개별적인 지시·감독 없이 처방 약제를 조제한 후 요양급여비용 청구
3. **[C약국]** 대표자(약사)본인이 건강상(우측 편마비 및 언어장애 등)의 이유로 조제 및 복약지도가 불가하여 주간에는 봉직 약사가 의약품을 조제하였으나 봉직약사가 퇴근한 이후에는 약사면허가 없는 대표자의 치료 하여금 처방 약제를 조제하게 한 후 요양급여비용 청구

⑧ 무자격자가 시행한 한방시술료 부당청구

**[A한의원]** 침구실에서 근무하던 간호조무사가 퇴사한 다음날부터 의료인 등 면허 또는 자격이 없는 일반 행정직원으로 하여금 간접애주구를 실시하게 한 후 요양급여비용 청구

관련 법규

- 「의료법」 제27조(무면허 의료행위 등 금지) 139쪽 참조
- 「의료기사 등에 관한 법률」 제2조(의료기사의 종류 및 업무) 145쪽 참조
- 「의료기사 등에 관한 법률」 제9조(무면허자의 업무금지 등) 145쪽 참조
- 「의료기사 등에 관한 법률 시행령」 제2조(의료기사, 보건의료정보관리사 및 안경사의 업무 범위 등) 146쪽 참조

## 마 의료행위 증량 청구

### ① 검사료 증량 청구

**[A의원]** ‘무릎의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장(S836)’ 상병으로 내원한 수진자에게 수탁 검사기관에서 실제로는 ‘누001다 백혈구백분율(혈액)’을 1회 시행하였으나 6회로 증량하여 요양급여비용 청구

#### 관련 법규

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제2장 검사료

### ② 방사선료 및 방사선필름 증량 청구

1. **[A의원]** 3컷 또는 4컷 촬영하고 하나로 이어서 보는 방식으로 스캐노그램 1매(G7601) 1회로 청구하여야 하나, 스캐노그램 3매(G7603) 1회 또는 4매(G7604) 1회로 촬영한 것으로 증량하여 요양급여비용 청구
2. **[B의원]** ‘상세불명의 무릎관절증(M170)’ 상병으로 내원한 수진자에게 실제 슬관절 4매 1회, 1매 1회로 촬영하였으나, 슬관절 4매 2회 촬영한 것으로 증량하여 요양급여비용 청구
3. **[C의원]** ‘척추협착, 요추부(M4806)’, 기타척추증요추부(M4786), 상세불명의 신체부위의 근육 및 힘줄의 손상(T146), 기타 원발성 무릎관절증(M171), 어깨의 회전근개의 근육 및 힘줄의 손상, 열상(S4600)’ 상병으로 내원한 수진자에게 실제로는 슬관절 2매 2회로 촬영하고 슬관절 3매 2회 촬영한 것으로 청구하였고, 요추는 실제로는 요추 5매 또는 그 이상 1회로 실시하고 요추 2매 1회, 요추 4매 1회 촬영한 것으로 요양급여비용 청구
4. **[D의원]** 2020년 6월 22일부터 2020년 6월 23일까지 2일간 ‘궁둥신경(좌골신경)의 병터 (G570)’ 등의 상병으로 입원 진료한 수진자에게 실제 X-ray film 7\*17 2매를 사용하여 요추 2매를 촬영(G4502) 하였으나 X-ray film 7\*17 3매를 사용하여 요추 3매(G4503)를 촬영한 것으로 증량하여 요양급여비용 청구

5. **[E의원]** 기타 아래다리 부분 폐쇄성 골절 상병으로 내원한 수진자에게 슬관절 방사선 촬영 시 실제 방사선필름 10X14 2매를 촬영하였으나 4매로 촬영한 것으로 증량하여 요양급여비용 청구
6. **[F의원]** ‘양쪽무릎관절증’ 상병으로 내원한 수진자에게 양쪽 무릎을 동시에 단순방사선 촬영 후 슬관절 1매를 1\*1회 청구하여야 하나 좌·우 각각 무릎을 촬영한 것으로 슬관절 1매를 2\*1회로 증량하여 요양급여비용 청구
7. **[G의원]** 수관절(G640~), 수골(G650~), 족관절(G740~), 족골(G750~) 등을 촬영함에 있어 양측(동일면)을 한 샷으로 동시(1매) 촬영하였으나 양측을 각각 촬영한 것으로 촬영 매수를 증량하여 요양급여비용 청구
8. **[H병원]** ‘발목의 연소성 골연골증(M926)’ 상병으로 내원한 수진자에게 방사선단순영상 진단 시 실제로는 양측발을 동시 1회, 우측과 좌측 발에 대해 각 1회씩(총 3회) 촬영하였으나, 족골 2매 2회로 요양급여비용 청구
9. **[I병원]** ‘상세불명의 윤활막염 및 힘줄윤활막염’ 상병으로 내원한 수진자에게 양측 수근골을 동시에 촬영하고, 수근골 1매를 1\*1회로 청구하여야 하나 수근골 1매를 2\*1회로 증량하여 요양급여비용 청구

#### 관련 법규

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제3장 영상진단 및 방사선치료료

## 바 면허증 대여 등으로 인력신고 후 요양급여비용 거짓청구

### 1 면허증 대여 등으로 인력신고 후 요양급여비용 거짓청구

1. **[A병원]** 일반의가 2020년 1월 8일부터 2020년 2월 25일까지 재활의학과 전문의의 면허증을 대신 사용하여 ‘운동치료-복합운동치료(MM102)’, ‘중추신경계발달장애치료(MM105)’ 등을 처방한 후 실제 진료한 것처럼 진료기록부에 기재하고 요양급여비용 청구
2. **[B약국]** 약사 4명이 근무하는 것으로 신고하였으나 실제로 약사 한 명은 근무하지 않고 면허만 대여받아 그 대가로 월 100만 원을 주고, 약사 4인이 근무한 것으로 조제료 등을 요양급여비용 청구

#### 관련 법규

- 「약사법」 제6조(면허증 교부와 등록) 142쪽 참조

### 2 ▶ 산정기준 위반청구

가. [행위] 산정기준 위반청구.....	42
나. [약제·치료재료] 산정기준 위반청구.....	65
다. 요양기관 외 진료 등 산정기준 위반청구.....	69
라. 차등수가 기준 위반청구.....	72
마. 비급여 대상을 진료하고 요양급여비용으로 청구.....	74

## 가 [행위] 산정기준 위반청구

### 1 (기본 진료료) 산정기준 위반

#### ① 물리치료, 주사 등을 일시에 처방 지시한 경우 재진 진찰료 산정기준 위반

1. [A의원] '회전근개증후군(M751)' 등의 상병으로 총 3일 내원한 수진자에 대해 2일은 의사의 진찰행위 없이 물리치료만 실시하였음에도 재진 진찰료(AA254) 100%를 산정 후 요양급여비용 청구
2. [B의원] '경추통, 경부(M5422)' 등의 상병으로 3일간 내원한 수진자에게 물리치료 등을 일시에 처방하여 의사의 진찰행위 없이 반복하여 물리치료를 실시하였음에도 재진 진찰료(AA254) 100%를 산정 후 요양급여비용 청구

#### 관련 법규

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 가-1-나(재진 진찰료) 주 : 6.

물리치료, 주사 등을 일시에 처방 지시하여 의사의 진찰행위 없이 매일 또는 반복 내원하여 물리치료, 주사 등을 시술받은 경우 또는 주사제를 처방한 당일이 아닌 다른 날에 의사의 진찰 없이 주사를 실시한 경우에는 AA222(49.09점)를 산정한다.

② 환자가족이 내원하여 약제수령 또는 처방전 발급한 경우 재진 진찰료 산정 기준 위반

1. **[A의원]** 수진자의 가족이 내원하여 처방전 및 약제를 수령하였으므로 재진 진찰료의 50%를 산정하여야 함에도, '기타 및 상세불명의 원발성 고혈압(I109)' 상병으로 재진 진찰료 100%를 요양급여비용 청구
2. **[B의원]** 보호자만 내원하여 진료 의사와 상담 후 약제를 수령하였으므로 재진 진찰료 50%를 산정·청구하여야 함에도 '상세불명의 만성 위염(K295)' 상병으로 내원하여 진료 받은 것으로 재진 진찰료 100%를 요양급여비용 청구
3. **[C의원]** 보호자만 내원하여 진료 의사와 상담 후 약제를 수령하였으므로 재진 진찰료 50%를 산정·청구하여야 함에도 '본태성(원발성) 고혈압(I10)', '상세불명의 위염(K297)' 등의 상병으로 총 5회 내원하여 진료 받은 것으로 재진 진찰료 100%를 요양급여비용 청구

**관련 법규**

· 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 가-1-나(재진 진찰료) 주 : 7.  
 진료담당의사와 상담한 후 「의료법」 제17조의2제2항에 따라 대리수령자가 처방전 및 약제를 수령한 경우에는 재진 진찰료 소정점수의 50%를 산정한다.(산정코드 두 번째 자리에 9로 기재)

II  
 2 산정 기준 위반 청구

### ③ 촉탁의 진료 후 재진 진찰료 산정기준 위반

1. **[A의원]** '수면 개시 및 유지 장애[불면증](G470)' 상병인 요양시설 내 입소자에 대해 촉탁의가 시설을 방문하여 근막동통유발점주사자극치료 등 촉탁진료를 실시한 후 초진 및 재진 진찰료 100%로 산정하고, 요양급여비용 청구
2. **[B의원]** 사회복지시설 입소자를 의료기관 소속 촉탁의가 시설에 방문하여 진료 후 원외처방전을 교부하였으나 '상세불명 원인의 상세불명의 접촉피부염(L259)' 등의 상병으로 2019년 9월부터 총 9회 내원하여 진료한 것으로 재진 진찰료 100%로 산정하여 요양급여비용 청구
3. **[C의원]** 요양기관 동일 건물 2층~6층에 위치한 요양시설의 시설입소자를 촉탁의가 시설에 방문하여 진료하였으나 2019년 3월 29일, 3월 30일 총 2회 의원에 내원하여 진료한 것으로 재진 진찰료 100%로 산정 후 요양급여비용 청구
4. **[D의원]** 원장이 실버타운 촉탁의로서 동 시설에 월 2회 정기 방문하여 진료 후 원외처방전을 교부하였으나 '당뇨(R81)' 등의 상병으로 내원하여 진료한 것으로 재진 진찰료 100%로 산정 후 요양급여비용 청구
5. **[E의원]** 촉탁협약을 맺은 4개 장기요양기관을 2주마다 방문하여 진료 후 원외처방전 발행이 이루어진 경우 '재진진찰료-사회복지시설내 원외처방전 교부(AA254080)'만 산정하여야 함에도 '재진진찰료-보호자내원 약제 또는 처방전만 수령한 경우(AA254090)'를 산정 후 요양급여비용 청구
6. **[F한의원]** 장기요양시설과 촉탁협약을 맺고 촉탁의가 월 2회 정기적으로 시설에 방문하여 입소자들에게 침술 등 한방진료를 하였음에도 수진자가 직접 한의원에 방문하여 진료한 것으로 재진 진찰료 100% 및 주사료 등을 산정 후 요양급여비용 청구

## 관련 법규

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 가-1-나(재진 진찰료) 주 : 8.
  8. 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설(「노인장기요양보험법」에 따른 장기요양기관을 포함)내에서 의료기관 소속 촉탁의 또는 협약의료기관 의사가 시설입소자(사회복지시설에서 숙식하는 자를 뜻함)에게 원외처방전을 교부한 경우에는 진찰료 중 외래관리료 소정점수를 산정한 다. (산정코드 두 번째 자리에 8로 기재)
- 「장기요양기관에서 촉탁의가 원외처방전 교부시 요양급여비용 산정 관련 통보」(보험급여과 제2008-1201호, 2008. 7. 4.)
  4. 원외처방전 교부 시 원외처방에 소요된 비용은 건강보험은 처방의사가 속한 요양기관종별 재진진찰료 중 외래관리료 소정점수로 산정(산정코드 두 번째 자리에 8로 기재)하고, 의료급여는 종별 구분 없이 의과위원의 재진진찰료 중 외래관리료로 산정하되, 원외처방전 교부 없이 진찰만 이루어진 경우 외래관리료는 산정할 수 없으며, 원외처방전을 교부한 의사는 시설입소자에 대한 원외처방전 교부내역을 의료법에 의한 진료기록부(시설내 진료 표시)에 작성하여 소속 의료기관에 반드시 비치하여야 합니다.
  5. 또한, 원외처방전에 의해 발생한 약국약제비도 별도 산정할 수 있으나, 원외처방전 교부와 관련하여 발생한 비용이외 행위 등(가정간호 포함)에 대해서는 종전과 같이 요양급여 및 의료급여 비용 산정이 불가합니다.

## ④ 24시간 이상 외출·외박 시 입원료 등 산정기준 위반

1. **[A의원]** 2020년 2월 18일부터 2월 21일까지(4일), 2020년 2월 27일부터 2월 28까지(2일), 3월 6일부터 3월 7일까지(2일) 등 총 7일 동안 24시간 이상 외박으로 병원 관리료(입원료 소정점수의 35%)만 산정·청구하여야 하나 입원료 100%를 요양급여비용 청구
2. **[B의원]** 2020년 3월 28일 14시부터 3월 29일 16시 30분까지 24시간 이상 외출로 병원관리료(입원료 소정점수의 35%)만 산정·청구하여야 하나 입원료 100%와 제공하지 않은 식대를 요양급여비용 청구

## 관련 법규

- 「입원환자 외박 시 병원관리료 산정방법」(보건복지부 고시 제2003-65호, 2003. 11. 13.)  
입원중인 환자가 주치의의 허가를 받아 외박시 입원료는 산정할 수 있으나, 연속하여 24시간을 초과하는 경우는 입원료 중 입원환자 병원관리료만 산정함. 이 때, 병원관리료는 내과질환자·정신질환자·만8세 미만의 소아환자에 대한 가산, 간호인력 확보 수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등가산 및 입원일수에 따른 체감이 적용되지 않은 상태에서 입원료 소정점수의 35%를 산정함.

## ⑤ 복수면허 의료인 개설기관 진찰료 산정기준 위반

1. **[A의원]** 복수면허(의과, 치과) 의료인이 같은 날 동일 환자에 대해서 각각 진찰한 후 진찰료는 1회만 요양급여비용으로 산정해야 하나, 치과 및 의과 진찰료 2회를 요양급여비용 청구
2. **[B의원]** 복수면허 의료인이 개설한 A의원과 B한의원은 ‘상세불명의 급성 기관지염’ 등의 상병으로 내원한 수진자에게 같은 날 B한의원과 A의원에서 각각 진찰한 후 진찰료는 1회만 요양급여비용으로 산정하고, 그 외 진찰료는 비급여로 적용해야함에도 진찰료 2회를 요양급여비용 청구

## 관련 법규

- 「복수면허(의과, 치과, 한의과) 의료인이 개설하는 요양기관의 요양급여비용 산정방법」(보건복지부 고시 제2018-193호, 2018. 9. 7.) 나. 추가산정방법  
(2) 같은 날 동일 환자에 대하여 각각 진찰한 경우라 하더라도 1인의 의사가 진찰한 것이므로 진찰료는 1회만 요양급여비용을 산정하고 그 이외 진찰료는 비급여임

## ⑥ 검진 당일 진찰료 산정기준 위반

**[A의원]** 공단 암 검진과 별도로 ‘델타-병원체가 없는 만성바이러스 B형간염(B181)’ 등의 상병에 대해 진찰 및 검사한 후 진찰료의 50%를 산정하여야 하나 진찰료 100%를 요양급여비용 청구

### 관련 법규

· 「건강검진 실시 당일 진료 시 진찰료 산정방법」(보건복지부 고시 제2017-249호, 2017. 12. 27.)

1. 「국민건강보험법」 제52조에 의거 가입자 및 피부양자에게 실시하는 건강검진 당일 동일 요양기관에서 건강검진과는 별도로 질환에 대한 진찰이 이루어져 진찰 이외에 의사의 처방(약제 처방전 발급, 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 의하여 산정가능한 진료행위)이 발생한 경우 해당 진찰료는 다음과 같이 산정함.

- 다 음 -

「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 1. 진찰료 ‘가’에 의거 초진(또는 재진)진찰료의 50%를 산정하며, 산정코드는 다음과 같이 기재함. 진찰료 산정 사유에 대하여는 진료기록부에 기록하고, 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 의하여 작성·청구토록 함.

## ⑦ 가정간호 방문 후 산정기준 위반

**[A의원]** ‘양쪽 원발성 무릎관절증(M170), 만기발병 알츠하이머병에서의 치매(F001)’ 등의 상병으로 장기요양기관에 입소한 수진자에게 2017년 7월 27일, 7월 31일 이틀간 가정전문간호사가 방문간호 후 가정간호 기본방문료(AN500400)만 산정하여야 함에도 재진진찰료(AA254)를 요양급여비용 청구

### 관련 법규

· 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료

4. 가정간호 기본방문료 나. (1)

- (1) 진료담당의사의 진단과 처방에 따라 가정전문간호사가 직접 방문하여 검사(요일반검사, 반정량 당검사, 경피적혈액산소포화도 측정에 한함), 투약, 주사 및 처치(제9장 제1절에 분류되지 아니한 간단한 처치의 비용은 기본방문료에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다) 등을 실시한 경우

## ⑧ 만성질환관리료 산정기준 위반

1. **[A의원]** 고혈압, 당뇨병 등의 상병으로 내원한 만성질환자에 대하여 개인별 진료기록에 만성질환자 관리내역을 기록·보관하지 않았음에도 만성질환관리료를 요양급여비용 청구
2. **[B의원]** '기타 및 상세불명의 원발성 고혈압(I109)' 상병으로 내원한 수진자에게 진료기록부에 관리내역을 기재하지 않고 만성질환관리료를 요양급여비용 청구
3. **[C의원]** 고혈압, 당뇨병 등의 상병으로 내원한 만성질환자에 대하여 진료를 실시하였으나, 개인별 진료기록부에 만성질환자 관리내역을 기록·보관하지 않고 만성질환관리료를 요양급여비용 청구

## 관련 법규

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 제1절 가-14 만성질환관리료 주 : 4

해당 만성질환자를 진료한 기관은 개인별 진료 기록부에 만성질환자 관리내역을 기록·보관하여야 한다.

## 2 (검사료) 산정기준 위반

### ① 질병군 수술(치핵수술 등) 당일 시행한 결장경 검사료 등 산정기준 위반

**[A의원]** '기타 합병증을 동반한 내치핵(I8418)' 등의 상병으로 내원한 수진자에게 치핵근치술(Q3013)과 결장경검사(E7660)를 같은 날 시행하였음에도 결장경검사(E7660)는 다른 날에 시행한 것으로 하여 진찰료와 검사료 등을 요양급여비용 청구

#### 관련 법규

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제2편 제1부 질병군 급여 일반원칙 외과의 치핵근치술 등 질병군에 대한 요양급여비용을 산정할 때에는 질병군 급여 일반 원칙에 의거, 각 장에 분류된 질병군 상대가치점수가 제1편 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수에서 정한 행위급여목록표에 고시된 행위를 포함하고 있음

### ② 다종 미생물 관련 산정기준 위반

**[A의원]** '상세불명의 급성 기관지염(J209)' 등의 상병으로 2023년 11월 11일에 내원한 수진자에게 Chest X-ray 촬영 처방이 없고 폐렴을 의심하는 이학적 소견 기재 없이 '누680가 핵산증폭-다종그룹1-(04)폐렴 원인균 검사(D680104C)'를 실시하고 요양급여비용 청구

#### 관련 법규

- 「누680가 핵산증폭-다종그룹1-(04)폐렴 원인균 및 누680나 핵산증폭-다종그룹2-(04)폐렴 원인균 검사의 급여기준」(보건복지부 고시 제2023-242호, 2024.1.1.)
  1. 누680가 핵산증폭-다종그룹1-(04)폐렴 원인균 및 누680나 핵산증폭-다종그룹2-(04)폐렴 원인균 검사는 방사선 일반촬영 등으로 폐렴이 진단된 환자에게 실시 시 요양급여를 인정함.
  2. 상기 1. 이외에 경우에는 진료기록부를 통해 폐렴을 시사하는 이학적 검사소견 등이 입증되는 경우에 사례별로 인정함.

### ③ (마취료) 산정기준 위반

#### ① C-arm 등 투시가 필요한 신경차단술의 산정기준 위반

**[A의원]** C-arm 등 투시 장비를 미보유한 상태에서 '신경뿌리병증, 요천부(M5417)' 등의 상병으로 내원한 수진자에게 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술-척추후근신경절(LA355)을 시행 후 요양급여비용 청구

#### 관련 법규

- 「C-arm 등 투시가 반드시 필요한 신경차단술에 대하여」(보건복지부 고시 제2022-128호, 2022. 5. 30.)  
C-Arm 등 투시가 반드시 필요한 다음의 신경차단술은 영상자료로 실시여부를 확인할 수 있어야 하며, 동 신경차단술을 C-Arm 등 투시 없이 실시한 경우에는 인정하지 아니함

#### ② 신경차단술료 산정기준 위반

**[A의원]** '상세불명의 무릎관절증(M179)' 등의 상병으로 내원한 수진자에게 좌측 무릎에 복재신경차단술을 시행한 후 바24거 척수신경말초지차단술-대퇴신경(LA274) 소정점수의 50%를 산정하여야 함에도 바24거 척수신경말초지차단술-대퇴신경(LA274) 소정점수의 100%를 요양급여비용 청구

#### 관련 법규

- 「신경차단술의 산정기준」(보건복지부 고시 제2022-128호(2022. 5. 30.))  
가) 바24 척수신경말초지차단술  
(3) 대퇴신경, 좌골신경에서 분지되는 신경에 실시하는 차단술은 실시부위에 따라 무릎에서 발목까지는 해당 신경에 따라 바24거 척수신경말초지차단술-대퇴신경 또는 바24파 척수신경말초지차단술-좌골신경 소정점수의 50%, 발목아래는 바24거 또는 바24파 소정점수의 25%를 산정함.

#### 4 (이학요법료) 산정기준 위반

##### ① 복합운동치료의 산정기준 위반

**[A의원]** 복합운동치료(MM102)를 30분 이상을 실시하지 않았음에도 30분 이상 실시한 것으로 요양급여비용 청구

##### 관련 법규

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제7장 이학요법료 제2절 사-116 운동치료 가. 복합운동치료 주 : 전산화된 등속성운동기구를 제외한 기계(기구)를 사용한 근력강화운동과 기능훈련 등 30분 이상 실시한 경우에 산정한다.

## ② 근막동통유발점 주사자극치료의 산정기준 위반

1. **[A의원]** ‘상세불명의 척추증, 요추부(M4796)’ 등의 상병으로 내원한 수진자에게 국소 마취제와 생리식염수를 혼합하여 주사 후 스트레치운동을 실시하지 아니하고, 근막동통유발점 주사자극치료[1일당](MM131)를 요양급여비용 청구
2. **[B의원]** 복지부 고시 제2016-204호(2016.10.31.시행)에 의해 근막동통유발점주사자극치료(사-127)와 병행 실시하는 표층열치료(사-101)와 단순운동치료(사-106)는 동 수가 일련의 과정으로 별도 산정할 수 없음에도 수진자에게 근막동통유발점주사자극치료와 단순운동치료를 병행하여 실시한 후 근막동통유발점주사자극치료료는 건강보험으로 산정하고, 단순운동치료료는 수진자에게 전액 본인부담시키는 방법으로 본인부담금 과다징수

## 관련 법규

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제7장 이학요법료 제3절 전문재활치료료 주 : 4.
  1. 근막동통유발점주사자극 치료는 재활의학과 전문의 또는 동통재활분야 교육을 이수한 의사가 직접 실시한 경우에 산정한다.
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제7장 이학요법료 제3절 사-127 근막동통유발점 주사자극치료 주 : 1., 2.
 

근막동통유발점 주사자극치료 [1일당] Myofascial Trigger Point Injection Therapy

주 : 1. 근막내 동통유발점에 생리식염수나 국소마취제 등을 주사후 스트레치운동을 실시한 경우에 산정한다.

  2. 동시에 2 이상의 동통유발점 부위에 각각 실시한 경우에는 실시부위를 불문하고 141.15 점을 산정한다.

## 5 (정신요법료) 산정기준 위반

### ① 개인 정신치료의 산정기준 위반

1. **[A의원]** ‘중등도 우울에피소드(F321)’ 상병으로 내원한 수진자에게 진료기록부에 개인정신치료 내용에 대한 기재 없이 ‘2’(기본코드 NN002 중 다섯 번째 숫자)만 기재 후 ‘개인정신치료II(NN002)’를 실시한 것으로 요양급여비용 청구
2. **[B의원]** ‘심한 스트레스에 대한 기타반응(F438)’ 상병으로 내원한 수진자의 진료기록부상 개인정신치료에 소요되는 시간이 6분으로 확인되나, ‘아-1-나. 개인정신치료II(10분 초과 20분 이하)(NN02)’를 요양급여비용 청구
3. **[C의원]** ‘상세불명의 치매(F03)’ 상병의 수진자가 내원하지 않고 보호자가 내원하였음에도 상담이 길어지는 경우 개인정신치료(아-1)를 요양급여비용 청구
4. **[D의원]** ‘경도 우울에피소드(F320)’ 상병으로 내원한 수진자에게 실제 10분 미만의 개인정신치료 I(10분 이하)(NN001)를 실시하고, 개인정신치료III(20분 초과 30분 이하)(NN003)로 요양급여비용 청구
5. **[E병원]** ‘기타 우울에피소드(F328)’ 상병으로 내원한 수진자에게 개인정신치료를 청구하면서 치료행위에 대한 내용(경과기록)을 진료한 정신과 전문의가 진료 시 작성하지 않고 직원들이 대신 작성하였고, 이를 요양급여비용 청구

#### 관련 법규

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제8장 정신요법료 [산정지침]
  - (1) 정신요법료는 정신건강의학과 전문의가 정신건강의학과 환자에게 행한 경우에 산정하되, 반드시 분류항목별 치료행위에 관한 내용을 진료기록부 등에 기록한 경우에 산정할 수 있다.
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제8장 정신요법료 아-1 개인정신치료 주 :
 

정신의학적 평가 하에 치료자와의 관계를 통해 환자의 기능과 심리를 지지함으로써 정신건강과 관련된 질병 치료 및 증상개선 목적의 정신치료를 시행한 경우에 산정한다.

## ② 가족치료의 산정기준 위반

**[A의원]** ‘망상장애(F220)’ 등의 상병으로 내원한 수진자에게 진료기록부 등에 치료행위에 관한 내용을 기록하지 않고, 가족치료(개인치료)(NN031)를 요양급여비용 청구

### 관련 법규

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침 제8장 정신요법료 [산정지침]
  - (1) 정신요법료는 정신건강의학과 전문의가 정신건강의학과 환자에게 행한 경우에 산정하되, 반드시 분류항목별 치료행위에 관한 내용을 진료기록부 등에 기록한 경우에 산정할 수 있다.

## ⑥ (영상진단 및 방사선치료료) 산정기준 위반

### ① 영상의학과 전문의 판독 가산 산정기준 위반

1. **[A의원]** ‘신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애(M511)’ 등의 상병으로 내원한 수진자들에게 ‘일반전산화단층영상진단-척추-조영제를 사용하지 않는 경우(HA456006)’을 실시하고 판독소견서를 작성·비치하지 않고 판독료와 영상의학과 전문의 판독 가산료를 요양급여비용 청구
2. **[B의원]** ‘상세불명의 무릎관절증(M179)’ 상병으로 내원한 수진자에게 ‘관절조영(HA280)’을 실시한 후 판독소견을 작성·비치하지 않아 촬영료만을 청구하여야 하나 판독료(소정점수의 30%)와 촬영료(소정점수의 70%)를 요양급여비용 청구
3. **[C의원]** ‘어깨관절의 염좌 및 긴장(S434)’ 상병으로 내원한 수진자에게 견관절 2매(G3302)를 촬영한 후 판독소견서를 작성·비치하지 않아 촬영료 등(소정점수의 70%)만 산정해야 함에도 100%로 요양급여비용 청구
4. **[D병원]** 영상의학과 전문의가 판독소견서를 작성하지 않고 타 진료과의 전문의가 진료기록부에 판독소견을 기록한 후 판독료(소정점수) 10%의 가산료를 산정 후 요양급여비용 청구

5. **[E치과의원]** ‘하악제3대구치의 매복(K01173)’ 상병으로 내원한 수진자에게 Cone beam CT를 촬영하고 별도의 판독소견서를 작성하지 않고 촬영료(소정점수의 70%) 등만 산정해야 함에도 100%로 산정하여 요양급여비용 청구

**관련 법규**

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부제3장 영상진단 및 방사선치료료 [산정지침](3)(4)
  - (3) 제1절 및 제2절에 분류된 영상진단을 실시한 경우에는 반드시 판독소견서를 작성·비치하여야 한다.
  - (4) 제1절 및 제2절에 분류된 영상진단료의 소정점수에는 판독료(소정점수의 30%)와 촬영료 등(소정점수의 70%)이 포함되어 있다.
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제3장 영상진단 및 방사선치료료 제1절 방사선일반영상진단료 주 : 1 및 제2절 방사선특수영상진단료 주 : 1
  - 제1절 주 : 1. 당해 요양기관에 상근하는 영상의학과 전문의가 판독을 하고 판독소견서를 작성한 경우에는 소정점수의 10%를 가산한다.(산정코드 세 번째 자리에 6으로 기재) 다만 “주3” 및 “C-Arm형 영상증폭장치이용료”에 대하여는 그러하지 아니한다.
  - 제2절 주 : 1. 당해 요양기관에 상근하는 영상의학과 전문의가 판독을 하고 판독소견서를 작성한 경우에는 소정점수의 10%를 가산한다.(산정코드 세 번째 자리에 6으로 기재) 다만, ‘주5’에 대하여는 그러하지 아니한다.

## 7 (주사료) 산정기준 위반

### ① 정맥 내 일시 주사료 산정기준 위반

**[A의원]** ‘만성 신장병(5기)(N185)’ 상병으로 혈액투석을 받기 위해 내원한 수진자에게 에포카인프리필드주 3000유니트(640003001)를 이미 확보되어 있는 수액제 주입로를 통하여 주사하였음에도 정맥 내 일시 주사[1일당]를 실시한 것으로 요양급여비용 청구

#### 관련 법규

- 「정맥내주사로 확보(Keep Vein Open)시 진료수가 산정방법」 (보건복지부 고시 제2000-73호, 2000. 12. 30.)

환자 치료상 수액제 주입없이 일정기간 동안 정맥내유치침으로 정맥내주사로를 확보(Keep Vein Open)하고 하루에 수회의 약물을 투여하는 경우의 진료수가 산정방법을 다음과 같이 함.

- 다 음 -

나. 확보된 주사로를 통한 약물 주입시 : 마5-1 수액제 주입로를 통한 주사로 산정.

## 8 (처치 및 수술료) 산정기준 위반

### ① 하기도 증기흡입치료 산정기준 위반

1. **[A의원]** ‘상세불명의 천식(J459)’ 상병으로 내원한 수진자에게 기관지확장제 등 약제 투여없이 상기도 증기흡입치료(MM303)를 시행하고 하기도 증기흡입치료(M0045)로 요양급여비용 청구
2. **[B의원]** ‘급성후두염(J040)’ 등의 상병으로 내원한 수진자에게 실제로는 상기도 증기흡입치료 (MM303)를 실시하고, 하기도 증기흡입치료(M0045)를 실시한 것으로 요양급여비용 청구
3. **[C의원]** ‘상세불명의 급성 인두염(J029), 상세불명의 알러지비염(J304)’ 등의 주 상병으로 내원한 수진자에게 생리식염수만을 사용하여 상기도 증기흡입치료(MM303)를 실시하고, 하기도 증기흡입치료(M0045)로 요양급여비용 청구

**관련 법규**

- 「자4-1 하기도 증기흡입치료 급여기준」(보건복지부 고시 제2017-152호(행위), 2017. 8. 25.)  
자4-1 하기도 증기흡입치료(Nebulizer Treatment of Lower Airway)는 천식이나 만성폐쇄성 폐질환의 급성악화기, 급성세기관지염의 호흡곤란치료에 실시함을 원칙으로 함

**② 실제 시행한 수술을 다른 수술로 청구**

1. **[A의원]** ‘궤양 또는 염증이 없는 하지의 정맥류(I839)’ 상병으로 내원한 수진자에게 실제로는 ‘광범위정맥류발거술[스트리핑]-복재정맥 결찰 및 분지제거술(O0261)’을 실시하였으나 ‘광범위정맥류발거술[스트리핑]-복재정맥 전발거술 및 분지제거술(O0266)’로 요양급여비용 청구
2. **[B의원]** ‘노년성 핵백내장(H251)’ 등의 상병으로 내원한 수진자에게 2020년 3월 5일 우안에 백내장 및 수정체수술-수정체유화술(S5119)과 인공수정체삽입술-일차[백내장수술과동시실시시](S5117)를 시행 후 2020년 3월 6일에는 백내장수술 부위의 봉합사를 제거하였으나 이를 각막이물제거술-복잡(S4972)으로 요양급여비용 청구
3. **[C의원]** ‘범부비동염(J324)’ 등의 상병으로 입원한 수진자에게 하비갑개점막하절제술(O1022)과 코수술(비-간단)에 사용한 BURR, SAW 등 절삭기류(N0051012)를 사용하였으나 상악동사골동근본수술(O1141)과 코수술(비-복잡)에 사용한 BURR, SAW 등 절삭기류(N0051013)를 사용한 것으로 요양급여비용 청구

**관련 법규**

- 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등) 113쪽 참조
- 「의료법」 제22조(진료기록부 등) 139쪽 참조

### ③ 결장경하 종양 수술 산정기준 위반

**[A의원]** 건강검진 목적으로 내원한 수진자에게 결장경 검사를 시행하며 발견된 폴립을 절제한 후 해당 시술료에서 내시경 검사료를 제외한 ‘결장경하 종양수술-폴립절제술(건강검진 당일 소화기내시경하시술)(Q7701800)’을 산정하여야 하나 결장경 검사료 등이 포함된 수가인 ‘결장경하 종양수술-폴립절제술(Q7701)’로 요양급여비용 청구

#### 관련 법규

- 「이상소견이 있어 건강검진 실시 당일 검사나 처치 등을 추가로 시행시 수가산정방법」  
(보건복지부 고시 제2017-265호(행위), 2017. 12. 29.)

다. 상기 검사 중 폴립이나 이물 등이 발견되어 자761 내시경적 상부소화관 이물제거술이나 자765 내시경적 상부소화관 종양 수술, 자767 결장경하 이물제거술 및 자770 결장경하 종양 수술 등을 실시한 경우

- 해당 시술료에서 내시경검사료를 제외한 나머지 금액을 급여비용으로 산정(산정코드 첫 번째 자리에 8로 기재)하며, 동 치료(수술)와 관련하여 시행한 병리조직 검사는 급여비용으로 산정함.

④ 혈액투석의 야간·공휴 가산 산정기준 위반

**[A병원]** '상세불명의 만성 신장병(N189)'으로 2019년 12월 1일부터 2020년 4월 23일 까지 혈액투석을 60회 실시한 수진자에 대하여 그 중 26회는 응급진료가 아닌 예정된 일정에 의한 18시~09시 또는 공휴일에 받은 혈액투석이였음에도 혈액투석소정점수의 50%를 가산 후 요양급여비용 청구

**관련 법규**

· 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 제1절 [산정지침](1)

(1) 18시~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 처치 및 수술을 행한 경우에는 소정점수의 50%를 가산한다.(산정코드 두 번째 자리에 18시~09시는 1, 공휴일은 5로 기재) 다만, 22~06시에 분만(자-435, 자-436, 자-438, 자-450, 자-451)을 시행한 경우에는 소정 점수의 100%를 가산한다. (산정코드 두 번째 자리에 6 으로 기재) 이 경우 해당 처치 및 수술을 시작한 시각을 기준으로 산정한다.

· 「인공신장투석등 진료수가 산정방법 통보」(행정해석 보관65720-662호)

1. 현행 의료보험 진료수가기준액표제9장제1절 처치 및 수술료[산정지침](2)에 의거 18시~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 처치 및 수술을 행한 경우에는 소정금액의 50%를 가산하도록 규정하고 있으며,
2. 만성신부전증환자의 경우에는 정기적으로 정하여진 일정(일자 및 시간)에 혈액투석진료를 받지 못하는 경우 환자상태가 악화될 수 있음을 감안하여 응급한 환자의 진료와 동등한 것으로 보아 응급진료가 불가피한 상황으로 간주하여 상기 규정에 의해 소정금액의 50%를 가산할 수 있도록 시달하였음.
3. 그러나, 만성신부전증 환자들은 1회 투석 시 혈액투석 비용만 93천원~106천원이 소요되어 본인일부담산정특례(총진료비의 20%)를 적용하더라도 1회2만여원이 소요되어 주3회 월12회 투석 시 월평균 본인부담 24만원이 되며 여기에 의약품비 등을 포함시 월40-85만원이나 소요될 뿐 아니라, 직장을 가지고 있어 부득이 근무시간이외의 시간대를 이용하여 진료를 받거나, 정기적 일정이 공휴일에 해당되는 경우에는 소정 처치료에 50%를 가산하게 됨에 따라 본인부담이 가중되어 투석치료비를 감당할 수 없어 가계부담으로 인한 가정파탄을 초래하고 있는 실정임.
4. 이에 보관65720-256호('95.3.4)는 '95.6.1부로 폐지하고 정기적으로 예정된 일정에 인공 신장투석등 진료를 받는 경우에는 18시-09시 또는 공휴일에 진료를 하더라도 응급진료가 불가피한경우를 제외하고는 소정금액의 50% 가산율을 적용하지 아니함을 통보함.

## ⑤ 인·후두소작술 산정기준 위반

**[A의원]** ‘급성 후두인두염(J060)’ 등의 상병으로 내원한 수진자에게 국소마취 시행 후 기본진료료 소정점수에 포함되는 행위인 알보칠을 도포하고 인·후두 소작술(Q2260)을 시행한 것으로 요양급여비용 청구

## 관련 법규

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 자226 인·후두소작술 주 : 1  
약물소작은 리도카인, 데트라카인 등으로 국소 마취 후 5% 이상의 AgNO<sub>3</sub> 등으로 소작한 경우에 산정한다.
- 「알보칠 도포(1회당)」 (보건복지부 고시 제2000-73호, 2000. 12. 30.)  
가1 진찰료 또는 가2 입원료의 소정점수에 포함됨

## 9 (치과 처치 및 수술료) 산정기준 위반

### ① 치과 처치 및 수술료 산정기준 위반

1. **[A치과의원]** ‘우식와동 또는 파절치아 상방에 증식된 치은식육제거 등 치은판절제술(U4660)’에 해당하는 처치를 실시하고, ‘치은절제술(U1040)’로 청구하거나, 실제로는 ‘치관확장술-가(UY101)’에 해당하는 치은절제술로 치관확장을 실시하고 ‘치관확장술-다(UY103)’으로 요양급여비용 청구
2. **[B치과의원]** ‘사고, 추출 또는 국한성 치주병에 의한 치아상실(K081)’ 상병으로 내원한 수진자에게 급여대상 치과임플란트 단계별 묶음수가 포함되어 별도 산정할 수 없는 임시 보철물을 제작한 후, 임시틀니 또는 최종틀니(진단 및 치료계획, 인상채득 등)로 청구하였고, 즉시의치를 제작하고 임시의치 또는 최종틀니(진단 및 치료계획, 인상채득 등)로 요양급여비용 청구
3. **[C치과의원]** ‘비가역적 치수염(K0401)’ 상병으로 내원한 수진자에게 발수 및 근관충전을 실시한 당일에 주된 처치료에 포함되어 별도 산정할 수 없는 근관세척을 요양급여비용 청구
4. **[D치과의원]** 실제로는 치석제거(U2232)를 시행 후 ‘증식성만성치은염(K0511)’ 등의 상병으로 치근활택술(U2240)을 실시한 것으로 요양급여비용 청구
5. **[E치과의원]** ‘사고, 추출 또는 국한성 치주병에 의한 치아상실(K081)’ 상병으로 비급여 대상인 치과 임플란트 지르코니아 보철수복을 실시하고(법정보인부담금 징수), 급여대상 치과 임플란트(1단계 : 진단 및 치료계획, 2단계 : 고정체 식립술, 3단계 : 보철수복)를 요양급여비용 청구
6. **[F치과의원]** ‘사고, 추출 또는 국한성 치주병에 의한 치아상실(K081)’ 비급여대상인 볼(ball Type) 형태의 임플란트 지대주를 이용하여 피개의치(Over Denture)를 실시하고(법정보인부담금 징수), 급여대상 치과임플란트(진단 및 치료계획, 고정체 식립술, 보철수복), 부분틀니(진단 및 치료계획, 지대치형성 및 인상채득, 금속구조물 시적 등)를 요양급여비용 청구

### 관련 법규

- 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등) 106쪽 참조
- 「의료법」 제22조(진료기록부 등) 129쪽 참조
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제18장 치과의보철료
- 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 I 행위 제 18장 치과의 보철
- 「완전틀니(레진상, 금속상) 및 금속상 부분틀니의 인정기준」(보건복지부 고시 제2021-212호, 2021. 8. 2.)
- 「치과임플란트 인정기준」(보건복지부 고시 제2016-112호, 2016. 6. 29.)
- 「차10 발수[1근관당] 및 차12 근관충전[1근관당] 당일에 실시한 차11 근관세척[1근관1회당 인정여부」(보건복지부 고시 제2020-19호, 2020. 2. 1.)

## ② 치과 전달 마취료 산정기준 위반

**[A치과의원]** 치근활택술(U2240) 시행하면서 치과침윤마취(L0800)를 함께 실시하고, 치과 전달 마취(하치조신경블록)(L0905)로 요양급여비용 청구

### 관련 법규

- 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등) 113쪽 참조
- 「의료법」 제22조(진료기록부 등) 139쪽 참조

## 10 (한방 검사료, 시술 및 처치료) 산정기준 위반

### ① 변증기술료의 산정기준 위반

1. [A병원] '요추의 염좌 및 긴장(S3350)' 상병으로 내원한 수진자의 진료기록부에 변증을 확인할 수 있는 기록이 없음에도 변증기술료를 요양급여비용 청구
2. [B한의원] '상세불명의 월경통(N946)' 상병으로 내원한 수진자에게 진료기록부상 단순 증상명 및 병명만 기재하고, 변증기술료(40400)를 요양급여비용 청구

#### 관련 법규

· 「하40 변증기술료의 급여기준」(보건복지부 고시 제2020-19호, 2020. 2. 1.)

1. 변증은 환자의 임상 자료를 종합 분석하여 질병의 병리본질을 인식하고 구체적인 증명(證名)을 변별·확정하는 과정임.
2. 따라서, 변증기술료는 직접적인 진찰에 의한 소견으로 진료기록부에 다음 내용이 모두 확인 되는 경우에 요양급여로 인정함. 단, 단순한 증상만을 기재한 경우 인정하지 아니함.

- 다음 -

가. 변증 진단명

나. ① 문(聞)-문(問)진 중 하나, ② 망진(설진 등), ③ 절진(맥진 등) 세 가지(①~③) 중 두 가지 이상의 기록으로 종합 분석한 변증 진단 설명 (고시 제2020-19호, 2020. 2. 1. 시행)

### ② 비강 내 침술의 산정기준 위반

[A한의원] '비연(G260)' 등의 상병으로 총 4일간 실제로는 침을 자입하지 아니하고 콧속에 면봉으로 약물을 발라주고, 비강 내 침술을 시행한 것처럼 진료기록부에 '비연 내 영향(비) 외관, 태중, 합곡, 인당, 삼곡, 삼음교, 족삼리 등'으로 허위 기재 후 시술료를 요양급여비용 청구

#### 관련 법규

「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제14장 한방 시술 및 처치료 제1절 하-4(비강내 침술) 주 :

비강내 상단 영향혈의 비공내방(Intranasal Sinus)에 침을 자입하는 경우에 산정한다.

## ③ 경혈침술 산정기준 위반

**[A한의원]** '기타 척추전만증, 흉요추부(M4045)' 상병으로 내원한 수진자에게 실제로는 경혈침술을 한 부위만 시술하고, 2개 부위 이상 시술한 것으로 진료기록부에 기록하고 경혈침술(2부위 이상)(40012)을 요양급여비용 청구

## 관련 법규

- 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등) 113쪽 참조
- 「의료법」 제22조(진료기록부 등) 139쪽 참조
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제14장 한방 시술 및 처치료 제1절 시술료 하-1(경혈침술) 주 :  
신체를 두·경부, 흉·복부, 요·배부, 상지부, 하지부의 5부위로 구분하여 2개 부위 이상을 시술한 경우에는 소정점수의 50%를 가산한다.

## ④ 온냉경락요법 산정기준 위반

**[A한방병원]** 온냉경락요법을 실시하였으나 진료기록부에 그 결과를 기록하지 않고 요양급여비용 청구

## 관련 법규

- 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등) 113쪽 참조
- 「의료법」 제22조(진료기록부 등) 139쪽 참조
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제14장 한방 시술 및 처치료 제1절 시술료 하-70(온냉경락요법) 주 : 1  
요양기관 침구실 등에서 한의사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다.

## 나 [약제·치료재료] 산정기준 위반청구

### 1 투약 및 주사로 산정기준 위반

#### ① 의약품 증량청구

1. **[A병원]** 푸라콩주 1앰플을 수진자 2인에게 나누어 분할 투여하고, 수진자 1인당 1앰플씩 투여한 것으로 요양급여비용 청구
2. **[B병원]** 슈넬리보스타마이신주1g을 제일멸균주사용수20ml에 MIX하여 수진자 2인에게 0.5g씩 나누어 분할 투여하고, 수진자 1인당 1바이알씩 투여한 것으로 요양급여비용 청구

#### ② 혈액 투석액의 증량청구

1. **[A의원]** ‘만성신장병(5기)(N185)’ 등의 상병으로 14일간 내원한 수진자에게 실제로는 혈액 투석액 A액[헤모비텍스0.1% 1호액, 헤모트레이트비 1호] 0.42통을 사용 후 0.56통으로, 혈액 투석액 B액[헤모트레이트비2호] 0.44통을 사용 후 0.59통으로 증량하여 요양급여비용 청구
2. **[B병원]** ‘만성신장병(N185)’ 등의 상병으로 내원한 수진자에게 혈액투석액 ‘프레졸 (에이액)’을 실제 5L(1회당)만 사용하고, ‘프레졸 (에이액) 10L(1회당) 사용한 것으로 증량하여 요양급여비용 청구

#### ③ 의료용 산소 산정기준 위반청구

**[A요양병원]** 의약품, 의료기기 복합조합 품목으로도 허가되지 않은 산소 발생기(MOSS-300S, MOSS-450S, 주식회사 엔에프)에서 발생하는 산소를 투여 후 산소(699900020), 산소흡입 [1일당](M0040)을 요양급여비용 청구

### 관련 법규

- 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등) 113쪽 참조
- 「의료법」 제22조(진료기록부 등) 139쪽 참조
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」(별표1)요양급여비용의 적용기준 및 방법(제5조 제1항 관련) 3. 약제의 지급 가. 처방, 조제, (2)

의약품은 약사법령에 의하여 허가 또는 신고된 사항의 범위 안에서 환자의 증상 등에 따라 필요·적절하게 처방·투여되어야 한다. 다만, 안전성·유효성 등에 관한 사항이 정하여져 있는 의약품 중 진료상 반드시 필요하다고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의약품의 경우에는 허가 또는 신고된 사항의 범위를 초과하여 처방·투여할 수 있으며, 중증환자에게 처방·투여하는 약제로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제의 경우에는 건강보험심사평가원장이 공고한 범위 안에서 처방·투여할 수 있다.

## 2 약국 약제비 산정기준 위반

### 1 조제료 등 야간가산 산정기준 위반

1. **[A약국]** 2015년 8월 4일 의원에서 발행한 원외처방전을 가지고 주간(13시 44분)에 내방하여 조제·투약한 수진자에 대하여 오후 6시 이후에 내방한 것으로 조제기록부에 입력하고, 조제기본료(Z2000), 복약지도료(Z3000) 및 처방조제(Z4100) 소정점수의 30%를 가산 후 요양급여비용 청구
2. **[B약국]** 주간에 처방전이 집중되어 야간에 일괄 전산입력함에 따라, 실제 주간에 조제·투약하였음에도 약국약제비 조제기본료(Z2000), 복약지도료(Z3000) 및 조제료(Z4100~Z4121) 소정점수의 30%를 가산하여 야간에 조제한 것으로 요양급여비용 청구
3. **[C약국]** 주간에 내방하여 조제·투약 하였음에도 야간에 내방하여 조제·투약한 것으로 야간 가산된 조제기본료, 복약지도료, 조제료를 요양급여비용 청구
4. **[D약국]** 병원, 장기요양시설 등에서 발행된 처방전을 조제함에 있어 실제 주간에 조제·투약하였으나 야간에 몰아서 입력한 후 조제료 등 야간가산료로 요양급여비용 청구

#### 관련 법규

- 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등) 113쪽 참조
- 「의료법」 제22조(진료기록부 등) 139쪽 참조
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제15장 약국 약제비 [산정지침] (8)

평일 18시(토요일은 13시)~익일 09시 또는 관공서의 공휴일에 관한 규정에 의한 공휴일에 조제 투약하는 경우에는 조제기본료(약-2), 복약지도료(약-3) 및 조제료 (약-4) 소정점수의 30%를 가산한다.(산정코드 두 번째 자리에 야간은 1, 공휴일은 5로 기재)

### ③ 처치 및 수술료 산정기준 위반

#### ① 치료재료대 산정기준 위반

1. **[A의원]** Angiographic catheter(중분류 : J4001), PTCA guiding catheter(중분류 : J4086), EP catheter(중분류 : J4601), Guiding introducer catheter(중분류 : J5001), Angio guide wire(중분류 : J6001) 등의 치료재료는 식품의약품안전처장으로부터 1회 사용하도록 허가하고 있음에도 동 치료재료를 재사용하고, 상한가 범위 내에서 실구입가 적용 후 요양급여비용 청구
2. **[B병원]** 급여기준을 초과하여 급여대상 치료재료를 사용하는 경우 그 비용을 별도 산정할 수 없음에도 ‘외측상과염(M771)’ 등의 상병으로 입원한 수진자에게 HEARTRODE ECG ELECTRODE(코드 K0001040)을 2일에 5개 이상 산정하는 등 인정 개수를 초과 사용하고, 동 재료대 비용을 수진자에게 전액 본인부담시키는 방법으로 과다징수

#### 관련 법규

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표 1] 요양급여의 적용기준 및 방법 제4항 133쪽 참조

## 다 요양기관 외 진료 등 산정기준 위반청구

### 1 기본 진료료, 검사료

1. **[A의원]** 요양기관에 내원하지 않고, 동 건물 내에 위치한 타 공간(산후조리원 신생아실 등)에서 코로나19 신속항원검사 및 진료를 시행하고 진찰료 및 코로나19 검사료 등을 요양급여비용 청구
2. **[B의원]** 변경신고하지 않은 체형교정센터에서 물리치료를 실시한 후 요양급여비용 청구
3. **[C병원]** 대상기간 중 미허가 면적에 한방척추관절센터, 한방치매센터를 개소하면서 요양기관 소재지 변경 및 면적 확장에 대한 변경신청서를 제출하지 않고, 해당 센터를 운영하며 한방척추관절센터 및 한방치매센터 진료과 진료를 위해 내원한 수진자에게 진찰 및 한방치료 등을 실시하고, 요양급여비용 청구
4. **[D병원]** 주요시설 변동 사항의 변경허가를 받지 않고, 치료실, 낮병동 등을 설치하여 진료하고, 요양급여비용 청구
5. **[E요양병원]** 재택치료 환자관리를 담당한 간호사가 요양기관에서 지급한 휴대전화기를 이용하여 환자의 건강상태 등을 요양기관 외의 장소(본인 자택 등)에서 모니터링 하고 생활치료센터·재택치료 진료지원시스템에 기록하였음에도 ‘재택치료 환자관리료 (AH225)’ 또는 ‘재택치료 환자관리료-24시간 I형(AH225)’을 요양급여비용 청구

#### 관련 법규

- 「의료법」 제33조(개설 등) 139쪽 참조
- 「의료법 시행규칙」 제28조(의료기관 개설허가 사항의 변경허가) 141쪽 참조
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제7장 이학요법료 제1절 기본물리치료료 주 : 1

해당 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 의사의 처방에 따른 상근하는 물리치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다.

## ② 한방 검사료, 시술 및 처치료

1. **[A한의원]** ‘기타 방광염(N308)’ 등의 상병으로 2019년 3월 2일, 3월 6일(2일간) 내원한 것으로 청구하였으나 실제로는 요양기관 외 장소인 산후조리원을 방문하여 상담 및 침술 등을 실시 후 요양급여비용 청구  
(수진자로부터 본인 일부 부담금은 별도로 받지 않음)
2. **[B한의원]** ‘전신부종(R601)’ 상병으로 2020년 5월 8일, 2020년 5월 15일(총 2회) 진찰료, 경혈침술 등을 청구하였으나 요양기관 외 장소인 산후조리원 입실자로 한의사가 산후조리원에 방문하여 상담 및 경혈침술 등을 실시하고, 진찰료, 경혈침술 등을 요양급여비용 청구
3. **[C한의원]** 대표자는 매주 수요일마다 모교인 초등학교를 방문하여 성장클리닉을 운영하면서 줄넘기와 스트레칭 등 성장체조 및 성장 관련 침술 등 비급여대상 진료를 실시하고, 진찰료, 경혈침술료 등을 요양급여비용으로 청구함
4. **[D한의원]** ‘소화불량(K30)’ 상병으로 내원한 것으로 청구하였으나 실제로는 요양기관 외 장소인 어린이집 또는 대표자의 집에서 상담 및 분구침술 등을 시행하고 요양급여비용을 청구함

### 관련 법규

- 「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 111쪽 참조
- 「의료법」 제33조(개설 등) 제1항 139쪽 참조

### 3 약국 약제비

#### ① 약국 외 장소의 약제비 부당청구

1. **[A약국]** 수진자의 요청에 따라 병원에서 교부받은 원외처방전을 팩스로 받아 처방전 내용대로 약을 조제한 후 택배로 배달하였으나 내방하여 조제·투약 받은 것으로 요양급여비용 청구
2. **[B약국]** ‘근골격계’ 등의 상병으로 방문한 수진자에게 초진 시에만 약국을 내방하여 약을 조제하고, 그 다음 조제 시부터는 약국을 내방하지 않고, 유선 상담 후 택배 등의 방법으로 약을 배달하고, 대금은 계좌 등으로 지급 받았으나 내방하여 조제·투약 받은 것으로 요양급여비용 청구

#### 관련 법규

- 「국민건강보험법」 제42조(요양기관) 제1항 111쪽 참조
- 「약사법」 제50조(의약품 판매) 제1항 144쪽 참조

## 라 차등수가 기준 위반청구

### 1 약국 약제비

#### ① 약제비 차등수가 산정기준 위반

1. **[A약국]** 2023년 3월 2일부터 2023년 6월 18일까지 비상근 형태(주35시간)로 근무하였으나 차등수가 관련 약사 수를 1인으로 산정하여 요양급여비용 청구
2. **[B약국]** 2019년 12월 6일부터 2020년 2월 15일까지 상근이 아닌 형태로 근무하였으나 2019년 11월 25일부터 2020년 2월 15일까지 상근약사로 신고하여 차등수가 관련 약사 수를 1인으로 산정하여 요양급여비용 청구
3. **[C약국]** 봉직 약사는 2018년 11월 1일부터 2020년 3월 23일까지 및 2020년 5월 16일부터 2020년 5월 31일까지의 기간 동안 실제로는 비정기적(주3일 주20시간 미만)으로 근무하여 근무형태가 기타에 해당함에도 비상근 근무자로 신고 후 요양급여비용 청구
4. **[D약국]** 상근약사로 신고한 봉직약사는 수·금(1일 8시간) 근무하였으며, 약국 대표자 본인은 월·화·목(1일 9시간), 토요일(3시간), 수·금요일(1일 3시간) 근무하여 상근 근로시간을 충족하지 못하였음에도 상근하는 약사로 신고하여 조제료 등을 요양급여비용 청구

## 관련 법규

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제1부 Ⅲ. 차등수가  
치과의원, 한의원, 보건의료원, 약국 및 한국회귀·필수의약품센터의 경우에는 의사, 치과의사, 한의사, 약사 1인당 1일 진찰횟수, 약국 및 한국회귀·필수의약품센터의 경우에는 조제건수(처방전 매수를 말한다. 이하 같다)에 따라서 요양기관에 진찰료와 조제료 등(조제료, 약국관리료, 조제 기본료, 복약지도료를 말한다. 이하 같다)을 아래와 같이 차등지급한다.
- 「의사 또는 약사의 차등수가 적용기준」(보건복지부 고시 제2023-56호, 2023. 3. 29.)
  1. 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편제1부 급여 일반원칙 Ⅲ 차등수가 적용대상 의사 또는 약사의 수는 「국민건강보험법 시행규칙」 제12조 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 요양기관현황(변경)신고서로 신고된 상근자를 대상으로 적용하는 것을 원칙으로 함
  2. 위 1.에도 불구하고 다음에 해당되는 경우에 차등수가 적용 대상으로 인정함
 

- 다 음 -

 가. 계약직근무자는 근무시간 등 근무조건이 정규직근무자와 동일하면서 3월이상 고용계약을 체결한 경우는 1인으로 인정함  
 나. 시간제, 격일제 근무자는 주3일 이상 이면서 주20시간 이상인 경우 0.5인으로 인정함

## 마 비급여 대상을 진료하고 요양급여비용으로 청구

### 1 비급여 대상 진료 후 진찰료를 요양급여비용으로 청구

1. **[A의원]** 운전면허 갱신 목적으로 내원하여 시력검사만 실시한 경우로, 각종 증명서 발급 목적의 진료 등은 비급여 대상이므로 청구할 수 없음에도 진찰료 등을 요양급여비용 청구
2. **[B의원]** 건강검진 당일 예방진료 목적으로 본인 희망에 의하여 결장경 검사 등을 실시하였으므로 검진 비용 전액을 수진자에게 비급여로 징수하여야 하나 요양급여비용 청구
3. **[C의원]** 건강검진 후 검사 결과 확인 등의 목적으로 방문하여 다른 상병의 진찰이 없거나, 비급여 진료만 이루어져 있음에도 진찰료 등을 요양급여비용 청구
4. **[D의원]** '상세불명의 감각신경성 청력손실' 상병으로 청각장애진단서 발급을 목적으로 내원하여 '비인강경검사(E7540)', '언어청각검사(F6300)', '순음청력계기에의한검사-표준순음청력검사(F6341)' 등을 실시하고 수진자에게 비급여로 징수하여야 하나 요양급여비용 청구
5. **[E의원]** '상세불명의 빈혈(D649)' 상병으로 채용 건강검진 목적으로 내원하여 '일반혈액 검사(CBC\_혈색소(D0002053)', 'ALT(D1850)', 'AST(D1860)', '요일반검사 4종까지(D2251)' 등 검사를 진행하고 그 비용을 전액 수진자에게 징수하여야 하나 요양급여비용 청구
6. **[F치과의원]** 비급여 치료 일련의 과정인 치과 교정체크, 보철체크, 임플란트 수술 등을 위한 치아착색물질제거 등을 치석제거, 교합조정 등으로 요양급여비용 청구
7. **[G치과의원]** '상아질의 우식(K021)' 상병으로 5세 이상~12세 이하 아동의 치아우식증에 이환되지 않은 영구치에 실시한 광중합형 복합레진충전을 실시하고 그 비용을 수진자에게 징수하여야 하나 요양급여비용 청구
8. **[H치과의원]** '사고, 추출 또는 국한성 치주병에 의한 치아상실(K081)' 상병으로 지르코니아에 의한 치과임플란트 보철수복, 맞춤형 지대주(Custom abutment) 제작을 실시하고 그 비용을 수진자에게 징수하여야 하나 요양급여비용 청구  
 ※ 2025년 2월 1일부로 보철수복 재료를 비귀금속도재관(PFM Crown) 또는 지르코니아 크라운 기술은 요양급여로 인정함(보건복지부 고시 제 2025-23호).

#### 관련 법규

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조제1항 [별표 2] 비급여대상 134쪽 참조

### 3 ▶ 행위료·의약품·치료재료대 등 대체청구

가. 행위료·의약품 등 대체청구.....	76
나. 의약품·치료재료대 실사용량 초과청구.....	80

## 가 행위료·의약품 등 대체청구

### ① 한방 시술료 대체청구

1. **[A한의원]** ‘담음견비통(J113)’ 상병으로 내원한 수진자에게 실제로는 부항술(건식부항)-유관법(40321)을 실시하였으나 부항술(자락관법)(40312)을 시행한 것으로 요양급여비용 청구
2. **[B한의원]** ‘요추 및 골반의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장(S337)’ 상병으로 내원한 수진자에게 실제로는 구술(간접구)-간접애주구(40306)를 실시하고, 구술(직접구)-반흔구(40305)를 시술한 것으로 요양급여비용 청구
3. **[C한의원]** 자락관법의 경우 동일 상병에 최초 시술 일부터 1주 이내에 매일, 1주 이후부터 3주까지는 주 3회 인정하고, 3주 이후부터는 주 2회 인정하고 있으나 ‘발목의 염좌 및 긴장(S934)’ 등 상병으로 내원한 수진자에게 실제로는 2013년 3월 22일부터 2013년 4월 25일까지 총 12일 동안 부항술(자락관법)을 실시하고, 자락관법의 인정 횟수 초과하는 건에 대해 부항술(건식부항)-유관법으로 요양급여비용 청구
4. **[D한의원]** ‘기타 알레르기비염(J303)’ 상병으로 내원한 수진자에게 실제로는 귀에 분구 침술 등(분구침술)-이침술(40121)을 시행 후 비강내 침술(40040)로 요양급여비용 청구
5. **[E한의원]** ‘어깨의 유착성 관절낭염(M750)’ 상병으로 내원한 수진자에게 구술(간접구)-기기구술(40307)을 시행한 후 구술(간접구)-간접애주구(40306)를 시행한 것으로 요양급여비용 청구
6. **[F한의원]** ‘상세불명의 어깨병변(M759)’ 상병으로 내원한 수진자에게 실제로는 부항술(자락관법)을 시술하고, 부항술(자락관법-2부위이상)을 시술한 것으로 요양급여비용 청구

#### 관련 법규

- 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등) 113쪽 참조
- 「의료법」 제22조(진료기록부 등) 139쪽 참조
- 「자락관법의 장기 시술 인정여부」 (보건복지부 고시 제2022-252호, 2022. 10. 31.)

동일 상병에 실시한 자락관법은 다음과 같이 요양급여를 인정함

- 다 음 -

- 가. 최초 시술일 부터 1주까지 : 매일
- 나. 최초 시술일 부터 1주 초과 ~ 3주까지 : 주 4회
- 다. 최초 시술일 부터 3주 초과 시 : 주 2회

## ② 검사료 대체청구

1. **[A의원]** '상세불명의 알츠하이머병에서의 치매(G30.9)' 상병으로 내원한 수진자에게 '치매 정신증상척도-간편형(F6860)' 실시 후 '치매정신증상척도(FY686)로 요양급여비용 청구
2. **[B의원]** '상세불명의 알츠하이머병에서의 치매(F009)' 등의 상병으로 총 14회 내원한 수진자에게 인성검사-간이정신진단검사(MMSE)(F6216)를 9회 실시하였으나 지각 및 기억력검사(F6230)로 요양급여비용 청구

### 관련 법규

- 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등) 113쪽 참조
- 「의료법」 제22조(진료기록부 등) 139쪽 참조

## ③ 의약품 대체청구

1. **[A의원]** 입원한 수진자에게 '소페낙주사(654000480)' 또는 '디페인주사(645901110)'를 투여하고, '디크놀주사 2ml(649800310)'로 요양급여비용 청구
2. **[B의원]** '상세불명의 폐렴(J189)' 상병으로 내원한 수진자에게 '유니온반코마이신주 500밀리그램(665502641)'을 투여하고, '휴메딕스반코마이신염산염주500밀리그램(683100801)'으로 요양급여비용 청구
3. **[C병원]** 치매 상병의 수진자들에게 하이페질정 10mg을 구입하여 0.5T로, 하이실버도네정 10mg을 구입하여 0.5T로 분할하여 투여하고 청구 시에는 하이페질정 5mg, 하이실버도네정 5mg으로 요양급여비용 청구
4. **[D병원]** '만성신장병' 상병으로 내원한 수진자에게 혈액투석액 '바이카트산 (64660163)'을 사용하고, 혈액투석액 중 가격이 고가인 '케이바이카트(677402240)'로 요양급여비용 청구

### 관련 법규

- 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등) 113쪽 참조
- 「의료법」 제22조(진료기록부 등) 139쪽 참조

#### 4 (약국) 의약품 대체조제 후 부당청구

**[A약국]** 약국은 의사가 처방한 처방전과 달리 의약품을 조제·투약하는 경우에는 처방전을 발행한 의사(또는 치과의사)로부터 사전동의를 받거나 성분·함량·제형이 같은 의약품 중 식품의약품안전처장이 생물학적 동등성이 있다고 인정한 품목을 대체 조제·투약하고, 처방전 발행의사에게 사후통보를 하여야 하며, 실제 조제·투약한 의약품으로 요양급여 비용을 청구하여야 하나 처방전 내역과 달리 다른 저가 의약품으로 대체 조제·투약 후 의사에게 사후통보를 하고, 대체 조제 의약품이 아닌 처방 의약품으로 요양급여비용 청구

##### 관련 법규

- 「약사법」 제23조(의약품 조제) 142쪽 참조
- 「약사법」 제27조(대체조제) 143쪽 참조

#### 5 한약제 대체청구

**[A한의원]** ‘근근막통증후군(M79160)’ 상병으로 내원한 수진자에게 한약 비급여약제 ‘경방신약 플레인엑스과립(당귀수산엑스과립)’을 처방·투약한 후 급여약제 ‘경방오적산(제품코드 661304400)’을 요양급여비용 청구

##### 관련 법규

- 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등) 113쪽 참조
- 「의료법」 제22조(진료기록부 등) 139쪽 참조

## 6 마취료 대체청구

**[A의원]** ‘티눈 및 굳은살(L84)’ 상병으로 내원한 수진자에게 티눈 제거술을 실시하면서 시술료에 포함된 표면·침윤마취를 시행하고, 정맥마취-부위(국소)마취(L0102)로 요양급여비용 청구

### 관련 법규

- 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등) 113쪽 참조
- 「의료법」 제22조(진료기록부 등) 139쪽 참조
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제6장 마취료[산정지침](7)
  - (7) 제6장에 분류되지 아니한 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취의 비용은 제2장, 제9장 또는 제10장에 분류한 소정 시술료에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.

## 나 의약품·치료재료대 실사용량 초과청구

### 1 의약품, 치료재료대 실사용량 초과청구

1. **[A의원]** '상세불명 원인의 알레르기성 접촉피부염(L239)' 상병으로 내원한 수진자에게 베타손주사를 실제 0.5A 사용 후 1A로 증량하여 요양급여비용 청구
2. **[B의원]** 신경차단술 시 사용한 '레이팜300주사액(이오파미돌)\_(30.6g/50ml)'을 실제로는 4ml 사용하고 10ml로 증량하여 요양급여비용 청구
3. **[C병원]** '만성신장병(N185)' 상병으로 내원한 수진자에게 혈액 투석 시 사용한 프레졸지(에이액)\_10L/B를 실제 4L를 사용하였으나, 5L로 증량하여 요양급여비용 청구
4. **[D한의원]** 한방약제인 오적산을 실제로는 청구량의 1/3을 투여하고 증량하여 청구하였고, 보증익기탕을 일투1/3(1포\_10g)을 투여하고 일투 0.5, 0.75, 1, 2로 증량하여 요양급여비용 청구
5. **[E한의원]** '만성 표재성 위염(K293)' 상병으로 내원한 수진자에게 한방약제 한신반하 사심탕을 실제로 일투 0.7을 투여하고 처방 시 일투 2로 증량하여 요양급여비용 청구
6. **[F한의원]** 경방오적산(혼합단미엑스산)을 실제로 1회 처방 시 1일분(2포)만 투여하였으나, 청구 시에는 1회 처방 시 1일분(3포)를 투여한 것으로 증량하여 요양급여비용 청구
7. **[G약국]** 클래리시드건조시럽(클래리스로마이신), 아모콤비듀어시럽(아목시실린-클라불란산칼슘(7 : 1)) 등의 분말약제에 물을 부어 조제함에 있어 정해진 용법보다 과량 희석하여 조제·투여하고, 요양급여비용 청구
8. **[H약국]** 씨투스건조시럽(프란루카스트수화물), 에시플엔산(바실루스리케니포르미스균) 등 분말 약제를 조제 시 원외처방전에 기재된 투여량보다 적은 양을 조제·투약 후 원외 처방전에 처방된 용량으로 요양급여비용 청구

#### 관련 법규

- 「약사법」 제23조(의약품 조제) 제3항 142쪽 참조
- 「약사법」 제26조(처방의 변경·수정) 제1항 143쪽 참조

### 4 ▶ 본인부담금 과다징수

가. 의약품 비용 과다징수.....	82
나. 수가고시 행위료(기준액 이상 등) 부당징수.....	84
다. 재료대비용 부당징수.....	88
라. 상급병실료 부당징수.....	90
마. 결정고시 이전의 신의료기술 등.....	91
바. 기타 과다징수.....	92

## 가 의약품 비용 과다징수

### 1 약제비 과다징수

1. **[A의원]** ‘기타 만성 부비동염(J328)’ 등의 상병으로 진료받은 수진자에게 요양급여 대상인 제일텍사메타손주사액(650500301), 케토신주(649802851)등을 투여 후 요양급여비용으로 청구하지 않고, 1,000원~3,000원씩 전액본인부담으로 과다징수
2. **[B의원]** ‘급성 방광염(N300)’ 등의 상병으로 진료받은 수진자에게 요양급여대상인 항생제 세프악손주 500mg(648501651)을 수액제 씨제이 0.9%, 생리식염주사액 100mL (640001071)에 혼합하여 투여 후 요양급여비용으로 청구하지 않고, 15,000원 전액 본인부담으로 과다징수
3. **[C의원]** ‘자극성 장증후군(K580)’ 등의 상병으로 진료받은 수진자에게 요양급여대상인 웰콘정(646801120) 약제를 조제·투약 후 요양급여비용으로 청구하지 않고, 법정 본인 부담금을 초과하여 과다징수
4. **[D의원]** 급여기준을 초과하여 급여대상 약제를 사용하는 경우 그 비용을 별도 산정할 수 없으나 ‘두통(R51)’ 등의 상병으로 진료받은 수진자에게 요양급여대상인리피션 20%주 (정제대두유)(678900091)를 허가사항 외로 투여하고, 그 비용으로 60,000원을 비급여 징수
5. **[E의원]** 급여기준을 초과하여 급여대상 약제를 사용하는 경우 그 비용을 별도 산정할 수 없으나 ‘급성 후두인두염(J060)’ 등의 상병으로 내원한 수진자에게 요양급여대상인 알타질주(주사용아스피린리신90%)(641701171)를 허가사항 외로 투여한 후 그 비용으로 7,000원을 비급여 징수
6. **[F병원]** 해열진통소염제인 테노간주1g/vial(642400161)을 허가사항 외로 간질신장염 등에 처방·투여하고 요양급여비용으로 청구하지 않고 수진자에게 약값 전액 본인 부담금으로 과다징수
7. **[G병원]** 제왕절개분만(단태아), 중증의 합병증이나 동방 상병동반(O0162) 등 질병군 대상 수술 후 환자 및 보호자가 희망하여 피로회복 등의 이유로 질병군 수가에 포함 되어 있어 별도 산정할 수 없는 영양제(오마프영양제 100ml, 362ml)를 처방·투여 하고 약값 전액 본인부담금으로 과다징수
8. **[H병원]** 급여기준을 초과하여 급여대상 약제를 사용하는 경우 그 비용을 별도 산정할 수 없으나 ‘기타 계절성 앨러지비염(J302)’ 등의 상병으로 내원한 수진자에게 비타민제의 급여대상인 소모성 질환이나 비타민 결핍증에 해당되지 않음에도 수진자의 요구에 의해 ‘삐콤핵사주(2mL)(642100710)’를 허가사항 외로 투여한 후 주사제 및 관련 수기료를 비급여 징수

9. **[[요양병원]** 제이트롤현탁액20ml/포(644913631), 녹십자-알부민주20%(643600471), 리픽션20%주 250ml(678900091), 콤비플렉스리피드페리주 1440ml(A87450061), 콤비플렉스리피드페리주(A87450062)를 허가사항 외로 처방·투여하고 요양급여비용으로 청구하지 않고 수진자에게 약값 전액 본인부담금으로 과다징수

**관련 법규**

- 「국민건강보험법」 제41조(요양급여) 111쪽 참조
- 「국민건강보험법 시행령」 제19조(비용의 본인부담) 114쪽 참조
- 「국민건강보험법 시행령」 [별표 2] 본인일부부담금의 부담률 및 부담액(제19조제1항) 116쪽 참조

## 나 수가고시 행위료(기준액 이상 등) 부당징수

### □ (검사료) 수가고시 검사료 부당징수

1. **[A의원]** ‘상세불명의 간질환(K769)’ 상병으로 내원한 수진자에게  $\gamma$ -GTP(D1890), 알칼리포스파타제(D1870) 검사를 시행하고 요양급여비용으로 산정할 수 있음에도 비급여로 기록하고 본인부담금으로 징수
2. **[B의원]** ‘상세불명의 철결핍빈혈(D509)’ 등 상병으로 내원한 수진자에게 ‘누490나 비타민-[정밀면역검사] D3검사’, ‘혈구형태검사’에 대해 요양급여비용으로 청구하지 않고 전액 본인부담금 징수
3. **[C의원]** ‘달리 분류되지 않은 지방(변화성)간(K760)’ 상병으로 내원한 수진자에게 ‘누490나 비타민-[정밀면역검사] D3검사’를 진료상 필요하여 시행하였으나 요양급여비용으로 청구하지 않고 전액 본인부담금 징수
4. **[D의원]** ‘혼지성 고지질혈증(E782)’ 상병으로 내원한 수진자에게 콜레스테롤검사를 실시하고 요양급여비용으로 청구하지 않고 전액 본인부담금 징수
5. **[E병원]** ‘상세불명의 뇌경색증(I639)’, ‘뇌경색증의 후유증(I693)’ 등의 상병으로 입원한 수진자에게 위탁 검사인 직접빌리루빈정량(C3721), HDL콜레스테롤(C2420) 등의 임상검사 후 이를 요양급여비용으로 청구하지 않고, 법정 본인부담금 외에 별도로 위탁검사관리료 및 위탁검사료를 수진자로부터 전액 징수하였으며 위탁대상에서 제외되는 검체검사인 활성화부분트롬보플라스틴시간(B1530), 프로트롬빈시간(B1540)도 위탁검사를 하고, 검사료 전액 별도징수

**관련 법규**

- 「국민건강보험법」 제41조(요양급여) 111쪽 참조
- 「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담) 112쪽 참조
- 「국민건강보험법 시행령」 제19조(비용의 본인부담) 114쪽 참조
- 「국민건강보험법 시행령」 [별표 2] 본인일부부담금의 부담률 및 부담액(제19조제1항) 116쪽 참조
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조제1항 [별표 2] 비급여대상 134쪽 참조
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제2장 검사료[산정지침](4)
 

(4) 인체에서 채취한 가검물에 대한 검사를 “(부록) 검체검사 위탁에 관한 기준”에서 정한 수탁 기관으로 위탁하는 경우에는 제2장 제1절 및 제2절 분류항목 소정점수 (가감을 적용 포함)에 수탁기관의 점수당 단가를 곱하여 계산한 금액의 10%를 “위탁검사관리료”로 산정한다.
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제5편 제2부 행위의료기술 비급여 목록 [부록] 검체검사 위탁에 관한 기준 제2조제2항
 

제2조(검체검사의 위탁범위) ②제1항의 규정에도 불구하고 검체 채취에서 검사까지 장시간이 소요될 경우 검사 결과가 부정확해질 수 있는 다음 각호의 1에 해당하는 검사 항목은 위탁 대상에서 제외한다.

  1. 「일반화학검사-간기능」 중 암모니아[화학반응-장비측정](D1920), 「일반화학검사-신장요로」 중 Wet Smear(D2203)
  2. 「일반진단검사-염증지표」 중 적혈구침강속도[관찰판정-육안·장비측정](D010001, D010002) 및 「일반진단검사-혈액외」 중 체액 일반검사(D0327)에서 검체가 뇌척수액인 것
  3. 「혈액질환검사-출혈·혈전질환」 중 프로트롬빈시간(D1003), 활성화부분트롬보플라스틴시간(D1004) 다만, 프로트롬빈시간은 채혈 후 24시간 이내에 검사를 시행하는 경우에는 위탁할 수 있다.
  4. 기타 검체 채취에서 검사까지 장시간이 소요될 경우 검사결과가 부정확해질 수 있다고 장관이 별도로 정하는 검사항목.
- 「비타민 D 검사의 급여기준」(보건복지부 고시 제2022-204호, 2022.9.1.)
 

누490나 비타민-[정밀면역검사]-D2, D3, 총 비타민 D, 25-OH-Vitamin D(total), 누490다 비타민-[정밀분광-질량분석]-D2, D3 검사의 급여기준은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

가. 급여대상

  - 2) 항경련제(Phenytoin 이나 Phenobarbital 등), 결핵약제, 항레트로바이러스제, 항진균제(Ketoconazole), 고지혈증치료제(Cholestyramine)를 투여 받는 환자
  - 3) 간부전, 간경변증

## 2 (영상진단료) 방사선 특수영상진단료 과다징수

1. [A의원] ‘기타 척추증, 요추부(M4786)’ 등 상병으로 2020년 6월 24일 내원하여 진료한 수진자에게 C-Arm투시 하 ‘척추신경총·신경근 및 신경절차단술-추간관절차단(LA359)’을 실시하고 C-Arm형 영상증폭장치이용료(G0400)를 명세서 진료내역(보험자부담금)으로 청구하지 않고 수진자에게 법정 본인부담금으로 과다징수
2. [B치과의원] ‘하악제3대구치의 매복(K01173)’ 상병으로 매복발치 수술(완전)을 시행하면서 전산화단층영상진단(Cone Beam) CT를 실시하였으나 요양급여비용으로 청구하지 않고, 별도 징수

### 관련 법규

- 「국민건강보험법」 제41조(요양급여) 111쪽 참조
- 「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담) 112쪽 참조
- 「국민건강보험법 시행령」 제19조(비용의 본인부담) 114쪽 참조
- 「국민건강보험법 시행령」 [별표 2] 본인일부부담금의 부담률 및 부담액(제19조제1항) 116쪽 참조

### ③ (이학요법료) 수가고시 행위료(기준액 이상 등) 부당징수

1. **[A의원]** ‘1일 2부위(2회) 물리치료[표층열치료(MM010, MM015), 한냉치료(콜드팩, MM011), 경피적전기신경자극치료(MM070), 간섭파전류치료(MM080), 심층열치료(MM020)]를 각각 실시하고 1일 2부위(2회)의 물리치료 비용을 산정하여, 1부위 물리치료 비용은 본인일부부담으로 징수하고, 추가 1부위 물리치료 비용은 수진자에게 전액 본인부담금으로 징수
2. **[B의원]** 다른 물리치료와 병행하여 실시한 이온삼투요법[1일당](MX121)의 경우 환자가 전액본인부담 하도록 하고 있으나 ‘중수지골(관절)의 염좌 및 긴장(S6360)’ 등의 상병으로 내원한 수진자에게 건강보험수가가 아닌 비급여로 1회당 20,000원씩 징수

**관련 법규**

- 「국민건강보험법」 제41조(요양급여) 111쪽 참조
- 「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담) 112쪽 참조
- 「국민건강보험법 시행령」 제19조(비용의 본인부담) 114쪽 참조
- 「국민건강보험법 시행령」 [별표 2] 본인일부부담금의 부담률 및 부담액(제19조제1항) 116쪽 참조
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제7장 이학요법료 제1절 기본물리치료료 주 : 2  
 표층열치료, 한냉치료, 경피적전기신경자극치료, 간섭파전류치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다.
- 「이온삼투요법의 인정기준」 (보건복지부 고시 제2011-37호, 2011.3.28.)  
 서121 이온삼투요법은 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외 시행하는 경우에는 전액본인부담하도록 함.
  - 다 음 -
  - 1. 적응증 : 상완골의 내·외측 상과염 (medial & lateral epicondylitis of humerus), 족저근막염(plantar fasciitis)
    - 나. 실시기간 : 주1~2회 간격으로 4주 정도 실시함을 원칙으로 하되, 연장 실시가 필요한 경우에는 의사소견서를 첨부하여 최대 4주까지 추가 실시할 수 있음.
  - 2. 위 1.에 해당하는 이온삼투요법을 다른 물리치료와 병행 실시하는 경우 : 외래진료시에는 동일 목적으로 실시된 중복진료로 보아 주된치료만 요양급여로 적용하고 그 외 물리치료는 환자가 전액본인부담 하도록 함.

## 다 재료대비용 부당징수

### ① 치료재료대 부당징수

1. **[A의원]** 신경차단술 실시 수진자 대상 천자니들의 경우 척수신경말초지차단술-액와신경 소정점수 수가에 포함되어 그 비용을 별도로 산정할 수 없음에도 전액 본인부담금 징수
2. **[B의원]** '기타 및 상세불명의 급성 충수염(K358)' 상병으로 내원한 수진자에게 처치 및 수술 시 사용한 봉합사를 요양급여비용으로 청구하지 않고 수진자에게 전액 본인부담금 징수
3. **[C의원]** 내시경 검사 시 별도 산정할 수 없는 치료재료인 내시경용 마우스피스를 요양급여비용 청구하지 않고 수진자에게 전액 본인부담금 징수
4. **[D의원]** 사용한 치료재료가 비급여(BJ1003BL)에서 급여로 전환된 사실을 인지하지 못하고 슈퍼픽스IV(M6740227)를 처방한 후 요양급여비용으로 청구하지 않고 수진자에게 전액 본인부담금 징수
5. **[E의원]** '상세불명의 백내장, 오른쪽(H2690)' 등의 상병으로 2회 입원하여 백내장 및 수정체 수술(S5119)을 받은 수진자에게 질병군별 포괄수가(DRG)에 포함되어 별도 산정할 수 없는 안대비용 10,000원 별도 징수
6. **[F의원]** 경막외신경차단술(LA222) 등을 실시하고, 신경차단술 행위료에 포함된 치료재료(Epidural needle)의 일부 비용을 본인부담금 징수
7. **[G의원]** 수술 시 소정 수술(시술)료에 포함되거나 급여기준을 초과하여 별도 산정할 수 없는 봉합사 또는 청구 가능한 정맥 내 유치침(마-5-주1 및 마-15-다-주1), 해모박 등을 사용하고, 전액본인부담금 징수
8. **[H병원]** 내시경 수술 시 '내시경하 지혈용 CLIP(분리형) EZ CLIP'은 요양급여비용으로 청구하여야함에도 미적용 항목이라 생각하여 그 비용을 수진자에게 전액 본인부담금 징수
9. **[I병원]** '신경뿌리증을 동반한 경추간판장애(M501)' 등의 상병으로 입원한 수진자에게 척추후궁절제술-경추(N1497)를 시행하며 해당 수술료 등에 포함되어 별도 징수 할 수 없는 Visco Surgical Sponge를 별도 징수
10. **[J병원]** 요양급여비용의 소정 수가에 포함되어 비용을 별도 산정할 수 없는 수술포 등을 본인부담금 징수

11. **[K병원]** ‘손가락 찢마디의 골절’ 상병으로 사지골절정복술을 실시한 수진자에게 수술 중 사용한 산소마스크 재료비용이 소정 수술료에 포함되어 별도 산정할 수 없으나 등 재료 비용을 본인부담금 징수
12. **[L치과의원]** ‘치과보철 장치의 부착 및 조정을 위하여 보건서비스와 접하고 있는 사람 (Z463)’ 상병으로 내원한 수진자에게 보철물 재부착 시 해당 수가에 포함되어 별도 산정할 수 없는 재료대(접착제) 비용을 법정본인부담금 외 추가료(1,500원~30,000원) 과다 징수
13. **[M한의원]** ‘기타 반달연골장애, 내측반달연골(M2331)’ 상병으로 내원한 수진자에게 하-30 구술을 1회 시술하고, 시술료를 요양급여비용으로 청구한 후 수진자로부터 재료비 명목으로 별도의 추가 본인부담금 징수

**관련 법규**

- 「국민건강보험법」 제41조(요양급여) 111쪽 참조
- 「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담) 112쪽 참조
- 「국민건강보험법 시행령」 제19조(비용의 본인부담) 114쪽 참조
- 「국민건강보험법 시행령」 [별표 2] 본인일부부담금의 부담률 및 부담액(제19조제1항) 116쪽 참조
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제5장 주사료 [산정지침](1)
  - (1) 주사 시 사용된 주사재료대(1회용 주사기, 1회용 주사침, 나비침, 정맥내유치침, 수액세트, 혈액 Bag 등)와 수혈에 소요된 약제 및 재료대는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다. 다만, 다음의 경우에는 “약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준”에 의하여 별도 산정한다.
    - (가) 치료적 성분채집술에 사용된 약제 및 재료대(요양기관이 대한적십자사혈액원 등으로부터 성분채집에 의한 혈액성분제제를 구입한 경우 포함)
    - (나) 조혈모세포이식 시 사용된 골수, 말초혈액, CD34+ Collection Kit, Cryo Bag, TCR  $\alpha/\beta$  Depletion Kit
    - (다) 적혈구수집기(Cell Salvage)를 이용한 자가수혈에 사용된 재료대
    - (라) 기타 장관이 별도로 인정한 약제 및 재료대
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제14장 한방 시술 및 처치료 [산정지침](9)
  - (9) 제1절 시술료의 시술시 사용된 재료대는 소정 시술료에 포함되므로 별도 산정하지 아니하나, 부항술(하-31)에 사용된 1회용 부항컵과 고정용 신축성봉대 및 제2절 처치료의 처치시 사용된 재료대는 “약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준”에 의하여 별도 산정한다.

## 라 상급병실료 부당징수

### ① 일반병상을 상급병상으로 임의 변경 후 상급병실료 청구

**[A의원]** 총 26병상 중 일반병상 15병상, 상급병상은 11병상을 운영한다고 신고하였으나 실제로는 일반병상을 2분의 1 이상 확보하지 않고, 전체 병상을 상급병실(특실, 1인실, 2인실)로 운영하면서 상급병실료 명목으로 45,000원 내지 165,000원 과다징수

#### 관련 법규

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조제1항 관련 [별표 2] “비급여 대상 제4호 가목” 135쪽 참조

## 마 결정고시 이전의 신의료기술 등

### 1 신의료기술 결정신청 없이 시행한 처치료 부당징수

1. **[A의원]** ‘무릎 골관절염에 대한 골수 흡인 농축물 관절강내 주사’를 최초 가입자에게 실시 후 30일 이내 요양급여 대상 여부를 신청하지 않고 비급여로 징수
2. **[B의원]** 신의료기술로 결정되지 아니한 IMS(IntraMusculo-neural Stimulation, ‘전기침’)를 요양기관 개설 이후부터 2014년 6월 20일까지 계속 시행하면서 신의료기술 등의 결정신청을 하지 않고, 그 일부를 전액본인부담금 징수
3. **[C의원]** ‘현존 반달연골의 찢김(S832)’ 등의 상병으로 내원하는 수진자에게 내원 일마다 동일부위(병변)에 신의료기술로 결정되지 아니한 자가혈(또는 자가혈청)을 이용한 증식치료와 라이넥 주사를 시행하고, 그 일부를 전액본인부담금 징수
4. **[D의원]** 아토피피부질환으로 내원한 수진자에게 신의료기술평가 결과 안정성·유효성을 득하지 않은 FSL(Full Spectrum Light, 광선조사기)장비를 이용한 레이저(광선)치료 후 그 일부를 전액본인부담금 징수

#### 관련 법규

- 「국민건강보험법」 제41조(요양급여) 111쪽 참조
- 「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담) 112쪽 참조
- 「국민건강보험법 시행령」 제19조(비용의 본인부담) 114쪽 참조
- 「국민건강보험법 시행령」 [별표 2] 본인일부부담금의 부담률 및 부담액(제19조제1항) 116쪽 참조

## 바 기타 과다징수

### ① 방사선 특수영상진단료 과다징수

**[A의원]** ‘거골의 골절, 폐쇄성(S9210)’ 상병으로 내원하여 일반전산화단층영상진단-하지(HA458)를 실시하였으나 요양급여비용으로 청구하지 않고, 별도 징수

### ② 정신요법료 본인부담금 과다징수

**[A의원]** ‘중증도 우울에피소드(F321)’ 등의 상병으로 내원한 수진자에게 진찰, 투약 및 개인정신치료(심층분석요법(NN012)) 등을 시행한 후 개인상담 명목으로 법정본인부담금을 초과하여 12만 원씩 본인부담금 과다징수

### ③ 치과 수술 중 검사 및 재료대 등 본인부담금 과다징수

1. **[A치과의원]** ‘하악 제3대구치의 매복(K01173)’ 등의 상병으로 내원한 수진자에게 발치술-완전매복치(U4417)을 시행하면서 요양급여대상에 해당하는 ConeBeam 전산화 단층영상진단(HA496)료 및 지혈제(헤모스폰) 비용 각각 5만 원, 1만 원을 본인부담금 징수
2. **[B치과의원]** 매복치(Impacted Tooth)로 내원한 수진자에게 발치술[1치당]-마.매복치(보험코드 U4415, U4416, U4417) 시행 시 지혈 목적으로 사용한 레이저 비용을 별도 산정할 수 없음에도 본인부담금 징수

### 관련 법규

- 「국민건강보험법」 제41조(요양급여) 111쪽 참조
- 「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담) 112쪽 참조
- 「국민건강보험법 시행령」 제19조(비용의 본인부담) 114쪽 참조
- 「국민건강보험법 시행령」 [별표 2] 본인일부부담금의 부담률 및 부담액(제19조제1항) 116쪽 참조
- 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제10장 치과 처치·수술료 [산정지침] (6)
  - (6) 각 분류항목의 처치 및 수술 등에 레이저를 이용한 경우에도 각 분류항목의 소정 점수만을 산정한다.

### 5 ▶ 기타 부당청구

가. 미근무, 비상근 인력에 따른 부당청구.....	95
------------------------------	----

## 가 미근무, 비상근 인력에 따른 부당청구

### 1 의사 인력

#### ① 전문의 미충족 요양기관의 종별가산율 부당청구

**[A병원]** 병리와 전문의 근무형태 확인 결과 실제 근무하지 아니하였거나 비상근으로 근무하였음에도 상근하는 전문의로 신고하고, 종합병원 종별가산율을 적용하여 요양급여 비용 청구

#### 관련 법규

- 「의료법」 제3조의3(종합병원) 139쪽 참조

## ② 영상학과 전문의 판독 가산 부당청구

**[A병원]** 영상학과 전문의를 상근 근무한 것으로 신고하였으나 실제로는 2011년 2월 8일부터 2011년 7월 19일까지는 주 3회 근무(월 급여 약 300만 원)하였고, 2011년 8월 9일부터 2012년 3월 31일까지는 자택에서 PC로 전송받은 영상자료를 판독하여 동 병원 방사선과 영상의학실장에게 전송하는 방법으로 비상근 재택근무를 하였음. 또한, 2012년 4월 1일부터 2012년 8월 13일까지는 영상학과에 의뢰하여 판독하는 등 영상학과 전문의가 상근하지 않은 기간에도 상근한 것으로 신고하고, 방사선영상진단료 소정점수의 10%를 가산하여 요양급여비용 청구

### 관련 법규

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제3장 영상진단 및 방사선치료료 제1절 방사선일반영상진단료 주 : 1. 및 제2절 방사선특수영상진단료 주 : 1.  
 제1절 주 : 1. 당해 요양기관에 상근하는 영상학과 전문의가 판독을 하고 판독소견서를 작성한 경우에는 소정점수의 10%를 가산한다.(산정코드 세 번째 자리에 6으로 기재) 다만 “주3” 및 “C-Arm형 영상증폭장치이용료”에 대하여는 그러하지 아니한다.  
 제2절 주 : 1. 당해 요양기관에 상근하는 영상학과 전문의가 판독을 하고 판독소견서를 작성한 경우에는 소정점수의 10%를 가산한다.(산정코드 세 번째 자리에 6으로 기재) 다만, ‘주5’에 대하여는 그러하지 아니한다.

### ③ 자기공명영상진단(MRI), 영상저장 및 전송시스템(Full PACS) 부당청구

1. **[A병원]** 전문의가 타 요양기관에 입원으로 인해 영상의학과 전문의가 전속(주 4일, 32시간) 하지 않은 기간, 영상의학과 전문의가 퇴사 후 후임자가 입사하기 전 공백기간 동안에 산정한 특수영상의료장비 자기공명영상진단(MRI) 및 영상저장 및 전송시스템(FULL PACS)를 요양급여비용 청구
2. **[B병원]** 영상의학과 전문의가 상근한 것으로 신고하였으나 실제로는 주 2일(화요일, 금요일)만 근무하여 비상근 근무임에도 영상저장 및 전송시스템(Full PACS)에 대한 요양급여비용 청구

#### 관련 법규

• 「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」 [별표1] 특수의료장비 설치인정기준

1. 운용인력기준

특수의료장비의 종류		자기공명영상 촬영장치	전산화단층 촬영장치	유방촬영용장치
용도구분		전신용 두부·척추·관절 전용 두부 전용 척추 전용 관절 전용 척추·관절 전용 두부·척추 전용 두부·관절 전용	전신용 비조영증강 전신용 두부 전용 척추 전용 두부·척추 전용	유방용
운용인력 기준	영상의학과 전문의	전속 1명 이상	비전속 1명 이상	비전속 1명 이상
	방사선사	전속 1명 이상	전속 1명 이상	비전속 1명 이상

• 「Full PACS 요양급여비용 산정기준」(보건복지부 고시 제2007-139호, 2007. 12. 28.)

1. 영상저장 및 전송시스템을 이용하여 필름을 사용하지 않는 경우(Full PACS)에 대한 요양급여비용 산정은 영상의학과 전문의가 상근하는 요양기관으로서, 건강검진 환자 및 초음파 검사 등 비급여 대상을 포함한 모든 환자에게 필름 없이 운영되는 것을 원칙으로 함

## ④ 재활의학과 전문의 전문재활치료료 부당 청구

**[A병원]** 재활의학과 전문의 휴진일에 전문재활치료료를 산정하고 요양급여비용 청구

#### 관련 법규

· 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제7장 이학요법료 제3절 전문재활치료료 주 : 1.

1. 해당항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 재활의학과 전문의가 상근하고, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 상근하는 물리치료사(작업치료, 일상생활동작 훈련치료, 재활사회사업, 연하장애 재활치료, 연하재활 기능적전기자극치료 제외) 또는 해당분야 전문치료사(작업치료사는 작업치료, 일상생활동작 훈련치료, 연하장애재활치료, 연하재활 기능적전기자극치료를 한하고, 사회복지사는 재활사회사업에 한함)가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다.

### ⑤ 요양병원 입원료 차등제 부당청구

1. **[A요양병원]** 의사가 2013년 5월 9일부터 2013년 6월 13일까지 근무한 사실이 없으나 상근한 것으로 신고·적용하여, 의사인력 확보수준에 따른 입원료 차등제를 실제 의사 등급보다 높게 적용 후 요양급여비용 청구
2. **[B요양병원]** 2012년 4월 1일부터 2012년 12월 14일까지 주 1~2일만 근무(근무형태:기타)한 의사에 대하여 근무형태를 비상근으로 신고하여 2012년 3분기에서 2013년 1분기까지의 의사인력 확보수준이 2등급임에도 1등급으로 적용 후 1등급 전문의 수가 50% 이상인 경우로 의사인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료를 20% 가산하여 요양급여비용 청구
3. **[C요양병원]** 환자 수를 실제보다 적게 신고하여 의사인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등제 적용등급이 2등급임에도 1등급(20% 가산)으로 입원료 등을 요양급여 비용 청구

#### 관련 법규

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3편 제3부 요양병원 행위급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 4.마.의사인력 확보수준에 따른 입원료 차등제
  - (1) 요양병원입원료, 낮병동 입원료, 정액수가(환자군, 임종실) 산정시 적용한다.
  - (2) 직전 분기 평균 환자 수 대비 당해 요양기관에 상근하는 의사 수(환자 수 대 의사 수의 비)와 「전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정」 제3조에 따른 전문과목의 전문의 비율이 50% 이상인 경우와 50% 미만인 경우에 따라 의사인력 확보수준을 다음 각 호의 1과 같이 1등급 내지 4등급으로 구분한다.
    - (가) 1등급 - 35:1 이하이면서 전문의 비율이 50% 이상인 경우
    - (나) 2등급 - 35:1 이하이면서 전문의 비율이 50% 미만인 경우
    - (다) 3등급 - 35:1 초과 40:1 이하인 경우
    - (라) 4등급 - 40:1 초과인 경우
- 「의사인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등적용 관련 기준」(보건복지부 고시 제2019-302호(2019. 12. 26.), 2020. 7. 1.시행)
  - 나. 의사인력 산정기준
    - 1) 의사는 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서상의 상근자를 의미하며, 연속적 부재 기간이 16일 이상인 경우에는 동 기간 동안 의사인력 산정대상에서 제외함
    - 2) 시간제 또는 격일제 의사는 주3일 이상이면서 주20시간 이상인 경우 0.5인으로 인정하며, 기간제 의사는 근무시간 등 근무조건이 정규직 근무자와 동일하면서 3개월 이상 고용계약을 체결한 경우는 1인으로 인정함

## ② 간호 인력

### ① 입원환자 간호관리료 차등제 부당청구

1. **[A병원]** 간호간병통합병동에 근무하는 간호사 11명에 대해 일반병동에 근무하는 것으로 신고하여 간호등급 인력에서 제외하지 않고 입원환자 간호관리료 차등제를 위반하여 요양급여비용 청구
2. **[B병원]** 외래주사실에서 외래환자 주사업무를 전담하는 간호사를 입원환자 간호업무를 전담하는 간호사로 신고 후 산정 받을 수 없는 등급의 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제 수가로 요양급여비용 청구
3. **[C병원]** 입원환자 전담인력으로 볼 수 없는 간호인력 총괄업무를 담당하는 간호과장을 입원환자 간호업무를 전담하는 간호사로 신고 후 산정 받을 수 없는 등급의 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제 수가로 요양급여비용 청구
4. **[D병원]** 간호사가 화상센터 내 화상치료실에서 상근으로 근무를 하면서 함께 라운딩 할 때만 병동에 갔음에도 입원환자 간호업무를 전담하는 간호사로 신고 후 산정 받을 수 없는 등급의 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제 수가로 요양급여비용 청구
5. **[E병원]** 간호사가 응급실에 근무하면서 실제 병동 입원환자 간호를 담당하지 않았음에도 입원환자 간호업무를 전담하는 간호사로 신고 후 산정 받을 수 없는 등급의 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제 수가로 요양급여비용 청구
6. **[F한방병원]** 야간전담정규직 전일제근무 간호사의 근무시간을 주 40시간으로 신고하였으나 실제로는 주 36~40시간 미만을 근무하여 간호사 0.9인으로 산정하여야 함에도 1인으로 산정하여 입원환자 간호관리료 차등제 산정등급을 1등급 높은 등급으로 산정하여 요양급여비용 청구

#### 관련 법규

• 「간호인력 확보수준에 따른 간호관리료 차등적용 관련기준」(보건복지부 고시 제2021-319호, 2021. 12. 24.) 나. 간호사 산정기준

- 1) 환자간호업무에 종사하지 않은 간호사 : 근무표 상 일반병동에 배치되어 있다고 하여도 실제 환자간호를 담당하지 않으면 일반병동 근무 간호사 수에서 제외하여야 함(간호감독, 전임노조, 가정간호사, 호스피스 등)
- 2) 순환근무 간호사 : 일반병동과 외래 등 특수부서를 순환 또는 파견(PRN포함) 근무하는 간호사로는 간호의 질 향상을 기대 할 수 없으므로 해당 간호사는 산정대상에서 제외함

## ② 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 부당청구

1. **[A병원]** 일반병동 또는 중환자실에 근무하지 않았거나 파견(PRN) 또는 겸임한 간호사로 확인되었으나, 일반병동 또는 중환자실(외과/내과) 간호인력으로 신고하여 입원환자 간호관리료 및 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제를 실제와 다르게 요양급여비용 청구
2. **[B병원]** 일반병동에서 근무하는 간호사를 중환자실 전담간호사로 신고 후 산정 받을 수 없는 등급의 간호인력 확보수준에 따른 일반 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 수가로 요양급여비용 청구
3. **[C병원]** 육아휴직으로 근무하지 아니하였거나 중환자실에 근무하지 않고, 병동에 근무하였음에도 중환자실 입원환자 간호업무를 전담한 인력으로 신고 후 산정 받을 수 없는 등급의 간호인력 확보수준에 따른 일반 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제 수가로 요양급여비용 청구

### 관련 법규

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제1장 기본진료료 [산정지침] 2.입원료 등 바.간호인력확보수준에 따른 일반 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제
  - (1) 일반 중환자실의 직전 분기 평균 병상 수 대비 당해 병동에서 간호업무에 종사하는 직전 분기 평균 간호사수(병상 수 대 간호사수의 비)에 따라 간호인력확보수준을 (가)의 요양기관은 1등급 내지 5등급으로, (나)의 요양기관은 1등급 내지 9등급으로 구분한다.
- 「중환자실 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등 적용 기준」(보건복지부고시 제2020-186호, 2020. 8. 27.)
  - 나. 전담간호사 기준
 

중환자실 전담간호사는 중환자실에 배치되어 실제 환자 간호를 담당하고 있는 간호사를 말하며, 중환자실에 배치되어 있지만 환자 간호를 담당하지 않는 간호사와 중환자실이 아닌 일반병동 등을 순환 또는 파견(PRN포함) 근무하는 간호사는 제외함
  - 다. 간호인력 확보수준에 따른 등급산정 및 신청방법
    - 3) 적용 간호사수는 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막월 14일까지 간호사별 재직 일수의 합을 해당 분기일수로 나누어 적용하며, 간호사의 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간동안은 산정대상에서 제외함

### ③ 요양병원 입원료 차등제 부당청구

1. **[A요양병원]** 2022년 3분기부터 2023년 3분기까지 환자 수 평균이 실제보다 적게 신고되었고, 간호사 A는 단시간(주 40시간 미만) 근무자로 신고하여 2022년 3~4분기, 2023년 2~3분기의 간호인력 등급이 실제로는 2등급임에도 1등급으로 요양급여비용 청구
2. **[B요양병원]** 간호조무사 6명을 간호인력 신고를 누락함에 따라 2022년 2분기부터 2025년 2분기까지 요양병원 간호사 비율이 간호인력의 2/3 이상이 아님에도 '요양병원 간호사 2/3 이상 확보(1일당)(AB001)'로 요양급여비용 청구
3. **[C요양병원]** 고주파실 외래근무 및 원무과 행정업무 등 담당 간호사를 실제 근무 내역과 다르게 병동 전담 간호인력으로 신고하여 입원료 차등제 적용 시 2등급임에도 1등급으로 적용하여 요양병원입원료 청구
4. **[D요양병원]** 간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등제 산정기준에 따른 적용인력이 아닌 외래근무, 분만휴가 및 퇴사한 간호사 등을 병동에 근무하는 인력으로 신고하고 실제 간호등급보다 높게 적용 후 요양병원입원료 청구
5. **[E요양병원]** 간호과장은 환자 상담, 병동라운딩, 직원교육 등 입원환자 전담업무를 수행하지 아니하였음에도 입원환자 전담간호업무를 수행한 것으로 신고하고 입원료 차등제 적용 시 실제 3등급을 2등급으로 청구
6. **[F요양병원]** [1등급 내지 5등급에 해당하는 요양병원 중 간호사 비율이 간호인력의 3분의 2 이상인 경우 1일 2,000원 별도 산정]에 대한 비용을 청구하기 위해 간호조무사 2인이 실제 병동에서 입원환자 전담인력으로 업무를 수행했음에도 간호사 비율을 높이기 위해 간호조무사 2인을 외래 근무인력으로 신고하여 간호사 비율에 따른 별도 산정 수가를 요양급여비용 청구
7. **[G요양병원]** 간호사는 실제로는 주 2~3일 근무하였음에도 상근 인력으로 신고 후 산정받을 수 없는 등급의 간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등제 수가로 요양급여비용 청구
8. **[H요양병원]** 간호사가 인증평가기간 중에 안전관리자로 배치되어 병동 근무를 하지 않았음에도 입원환자 전담 간호인력으로 신고 후 산정받을 수 없는 등급의 간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등제 수가로 요양급여비용 청구

**관련 법규**

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제1장 기본진료료 [산정지침] 2.입원료 등 바.간호인력확보수준에 따른 일반 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제
  - (1) 일반 중환자실의 직전 분기 평균 병상 수 대비 당해 병동에서 간호업무에 종사하는 직전 분기 평균 간호사수(병상 수 대 간호사수의 비)에 따라 간호인력확보수준을 (가)의 요양기관은 1등급 내지 5등급으로, (나)의 요양기관은 1등급 내지 9등급으로 구분한다.
- 「간호인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등적용 관련 기준」(보건복지부 고시 제2019-183호, 2019. 8. 22.)
  - 나. 간호인력 산정기준
    - 1) 간호인력은 입원환자 간호업무를 전담하는 간호사와 이에 대한 간호업무를 보조하는 간호 조무사를 의미함
    - 2) (입원)병동에 근무하지만 입원환자 간호를 전담하지 않는 간호인력(간호감독, 전임노조, 가정간호사, 호스피스 간호사 등), 일반병상과 특수병상을 순환 또는 파견(PRN 포함) 근무하는 간호인력, 특수병상 중 중환자실, 격리실, 인공신장실, 물리치료실에서 근무하는 간호인력, 외래 근무자는 산정대상에서 제외하며, 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우에는 동 기간 동안 간호인력 산정대상에서 제외함
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3편 제3부 요양병원 행위 급여목록 및 상대가치점수 [산정지침] 4.바(5)
  - (5) 1등급 내지 5등급에 해당하는 요양병원 중 간호사 비율이 간호인력의 3분의 2 이상인 경우는 1일당 2,000원을 별도 산정한다.

### ③ 영양사, 조리사, 물리치료사 인력

#### ① 영양사 가산 부당청구

1. **[A병원]** 외래 간호과장으로 병원 전반적인 업무를 담당하여 환자식 제공업무를 주로 담당하지 않아 '일반식(Y2300001/인력기준 미충족)'으로 청구하여야 하나 '기본식사 일반식(Y2300)'으로 요양급여비용 청구
2. **[B병원]** 영양사가 2019년 6월 20일부터 2019년 7월 13일까지 연속 16일 이상 장기 유급휴가 후 13일에 퇴사하였음에도, 2019년 7월 15일까지 근무한 것으로 신고하여 '일반식 가산-영양사 가산(Z0010)'을 요양급여비용 청구
3. **[C병원]** 상근 인력으로 신고한 영양사 및 조리사가 실제로는 환자식 급식을 위탁운영한 급식소 소속 직원이었으나 병원 소속 인력으로 신고하여 영양사 및 조리사 가산을 요양급여비용 청구
4. **[D병원]** 영양사가 환자식 제공업무를 담당하지 않고, 한방온열치료실에 근무하면서 수족·좌훈 등을 실시하는 업무를 전담하였으나 환자식 제공업무를 주로 담당하는 상근 영양사로 신고하는 등 실제 근무사실과 다르게 신고하고, 입원환자 식대 가산(직영가산 및 영양사 가산)을 요양급여비용 청구
5. **[E한방병원]** 영양사 2명이 실제로는 주당 월평균 35시간 근무하여 단시간 근무 0.8인으로 병원급 기준(2명 이상)에 부합하지 않음에도 영양사 가산을 요양급여비용 청구

#### 관련 법규

- 「입원환자 식대 세부산정기준」(보건복지부 제2016-91호(행위), 2016. 6. 15.) 3. 일반식 가산  
가. 영양사가산, 조리사가산에 필요한 인력 산정 기준은 다음과 같음.

- 다 음 -

- (1) 환자식 제공업무를 주로 담당하는 당해 요양기관에 소속된 인력으로 의원급(보건의료원 포함)은 각각 1명, 병원급 이상은 각각 2명 이상인 경우
- (2) 영양사 및 조리사수는 환자식사를 담당하는 전전월 평균 영양사 및 조리사수에 따름
- (3) 전일제 영양사 및 조리사로 1주간의 근로시간이 월평균 40시간인 근무자는 1인으로 산정함
- (4) 단시간 근무로 1주간의 근로시간이 월평균 32시간(이상)~40시간(미만) 근무자는 0.8인으로 산정하며, 32시간미만 근무자는 산정대상에서 제외함

## ② 조리사 가산 부당청구

1. **[A병원]** 조리사 면허 없이 자격증만 있는 조리사를 인력으로 신고하여 조리사 가산을 요양급여비용 청구
2. **[B요양병원]** 조리사가 실제로는 2018년 11월 9일부터 2019년 3월 31일까지 근무하였으나, 2018년 11월 9일부터 2019년 4월 14일까지 근무한 것으로 신고하고 2019년 6월 입원 환자 식대 조리사 가산을 요양급여비용 청구
3. **[C한방병원]** 조리사가 2022년 5월 15일부터 2022년 7월 10일까지 연차 및 병가(입원 등)로 인해 조리 업무에 근무하지 않았음에도 조리사 가산 확인내역과 같이 '조리사 가산(일반식가산-한방(70011)', '양방(Z0011)'을 산정하여 요양급여비용 청구
4. **[D한방병원]** 조리사는 질병으로 18일 동안 타병원에 입원하여 동 기간 동안 인력산정에서 제외하여야 함에도 해당 인력을 포함하여 조리사 가산을 요양급여비용 청구

### 관련 법규

#### • 「입원환자 식대 세부산정기준」(보건복지부 제2016-91호(행위), 2016. 6. 15.)

#### 3. 일반식 가산

가. 영양사가산, 조리사가산에 필요한 인력 산정 기준은 다음과 같음.

- 다 음 -

- (1) 환자식 제공업무를 주로 담당하는 당해 요양기관에 소속된 인력으로 의원급(보건의료원 포함)은 각각 1명, 병원급 이상은 각각 2명 이상인 경우
- (2) 영양사 및 조리사수는 환자식사를 담당하는 전전월 평균 영양사 및 조리사수에 따름
- (3) 전일제 영양사 및 조리사로 1주간의 근로시간이 월평균 40시간인 근무자는 1인으로 산정함
- (4) 단시간 근무로 1주간의 근로시간이 월평균 32시간(이상)~40시간(미만) 근무자는 0.8인으로 산정하며, 32시간미만 근무자는 산정대상에서 제외함

### ③ 물리치료사 가산 부당청구

- 무자격자 및 비상근 인력이 실시한 이학요법료 부당청구

1. **[A의원]** 비상근(1일 5시간, 주 30시간)으로 근무하는 물리치료사를 상근으로 신고하여 물리치료를 실시하고, 요양급여비용 청구
2. **[B의원]** 물리치료사 2인을 신고하였으나, 실제로 물리치료사는 근무한 사실이 없으며, 물리치료사가 물리치료를 실시하고, 1일 30명을 초과한 다음부터의 환자는 다른 물리치료사가 실시한 것으로 전산입력 후 이학요법료를 요양급여비용 청구

#### 관련 법규

- 「의료기사 등에 관한 법률」 제9조(무면허자의 업무 금지 등) 145쪽 참조
- 「의료기사 등에 관한 법률 시행령」 제2조(의료기사, 보건의료정보관리사 및 안경사의 업무 범위 등) 146쪽 참조
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제7장 이학요법료 제1절 기본물리치료료 주 : 1  
해당 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 의사의 처방에 따라 상근하는 물리치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다.
- 「물리치료사 1인당 1일 물리치료 실시 인원」(보건복지부 고시 제2010-31호, 2010.5.28.)  
해당항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관(보건기관 포함)에서 재활 및 물리치료를 실시한 경우에 상근하는 물리치료사 1인당 물리치료 실시인원(물리치료 실시 총 청구건수를 의미함)은 월평균(또는 주평균) 1일 30명까지 인정하며, 이 경우 의료급여 환자를 포함함. 다만, 상근물리치료사 1인 이상이 근무하는 기관에서 시간제, 격일제 근무자(주3일이상 이면서 주20시간 이상 근무하는자)의 경우 0.5인으로 보아 월평균(또는 주평균) 1일 15명까지 인정함

#### 4 요양병원 필요인력 가산 부당청구

1. **[A요양병원]** 상근 방사선사가 타 요양기관 입원으로 인해 17일간 부재로 실제 근무하지 않았음에도 다음 분기 필요인력 확보에 따른 별도 보상제를 적용하여 요양급여비용 청구
2. **[B요양병원]** 임상병리사가 2021년 5월 15일부터 2021년 6월 5일까지 개인질환으로 타 요양기관에 입원으로 인해 16일 이상 부재로 실제 근무하지 않았음에도 다음 분기 필요인력 확보에 따른 별도 보상제를 적용하여 요양급여비용 청구
3. **[C요양병원]** 약사가 타 요양기관에 입원으로 16일 이상 부재하였으나 필요인력 확보에 따른 별도 보상제를 적용하여 요양급여비용 청구
4. **[D요양병원]** 방사선실을 갖추고 있었으나 진단용 방사선 발생장치가 노후화되어 관촬 시에 사용중지 신고 후 동 장비를 폐기하고, 실제 사용하지 않았음에도 필요 인력 확보에 따른 별도 보상제를 요양급여비용 청구
5. **[E요양병원]** 상근 인력으로 신고한 물리치료가 실제로는 주 2회 근무하여 상근자로 인정될 수 없음에도 해당 인력을 포함 후 필요인력 확보에 따른 별도 보상제를 요양급여비용 청구
6. **[F요양병원]** 사회복지사가 다른 병원에 입원하여 2015년 7월부터 8월까지 총 33일간 근무하지 않았음에도 필요인력 확보에 따른 별도 보상 금액을 요양급여비용 청구
7. **[G요양병원]** 환자수가 200명 미만에 해당되는 기관으로 약사가 주 12시간 근무하였음에도 조제업무를 전담하는 약사가 주 16시간 이상 근무한 경우에 산정할 수 있는 필요인력 확보에 따른 별도 보상금액을 요양급여비용 청구
8. **[H요양병원]** 비상근 근무 또는 출산휴가 중인 방사선사 및 의무기록사를 상근 인력으로 신고하여 필요인력 확보에 따른 별도 보상금액을 요양급여비용 청구

#### 관련 법규

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3편 제3부 요양병원 급여 목록 및 상대가치점수 [산정지침] 4.아. 필요인력 확보에 따른 별도 보상제
  - (1) 직전 분기 당해 요양기관에 약사가 상근하고, 의무기록사, 방사선사, 임상병리사, 물리치료사, 사회복지사 중 상근자가 1명 이상인 직종이 4개 이상인 경우, 일당 1,710원을 별도 산정한다. 다만, 약사는 환자 수가 200명 미만인 경우, 약사가 주 16시간 이상 근무한 경우에도 산정할 수 있다.
  - (2) 필요인력의 경우, 해당 치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 물리치료실, 임상병리실, 방사선실을 갖추고 실제 사용할 수 있는 해당 장비를 보유하고 있는 요양기관에 한하여 산정할 수 있다.





## Ⅲ. 부당사례 관련 법규

---

- 국민건강보험법 \_ 111
- 국민건강보험법 시행령 \_ 114
- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 \_ 133
- 의료법 \_ 139
- 의료법 시행규칙 \_ 141
- 약사법 \_ 142
- 의료기사 등에 관한 법률 \_ 145
- 의료기사 등에 관한 법률 시행령 \_ 146



## ➔ 국민건강보험법

**제41조(요양급여)** ① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다.

1. 진찰·검사
2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
3. 처치·수술 및 그 밖의 치료
4. 예방·재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송(移送)

② 제1항에 따른 요양급여(이하 “요양급여”라 한다)의 범위(이하 “요양급여대상”이라 한다)는 다음 각 호와 같다.

1. 제1항 각 호의 요양급여(제1항제2호의 약제는 제외한다): 제4항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
2. 제1항제2호의 약제: 제41조의3에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것

③ 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.

④ 보건복지부장관은 제3항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 “비급여대상”이라 한다)으로 정할 수 있다.

**제42조(요양기관)** ① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.

1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국회귀·필수의약품센터
4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소

5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소

② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.

1. 제2항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
2. 제2항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우

④ 제2항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제41조제3항에 따른 요양급여의 절차 및 제45조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다.

⑤ 제1항·제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

**제44조(비용의 일부부담)** ① 요양급여를 받는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 비용의 일부(이하 “본인일부부담금”이라 한다)를 본인이 부담한다. 이 경우 선별급여에 대해서는 다른 요양급여에 비하여 본인일부부담금을 상향 조정할 수 있다.

② 본인이 연간 부담하는 다음 각 호의 금액의 합계액이 대통령령으로 정하는 금액(이하 이 조에서 “본인부담상한액”이라 한다)을 초과한 경우에는 공단이 그 초과 금액을 부담하여야 한다. 이 경우 공단은 당사자에게 그 초과 금액을 통보하고, 이를 지급하여야 한다.

1. 본인일부부담금의 총액
2. 제49조제1항에 따른 요양이나 출산의 비용으로 부담한 금액(요양이나 출산의 비용으로 부담한 금액이 보건복지부장관이 정하여 고시한 금액보다 큰 경우에는 그 고시한 금액으로 한다)에서 같은 항에 따라 요양비로 지급받은 금액을 제외한 금액
- ③ 제2항에 따른 본인부담상한액은 가입자의 소득수준 등에 따라 정한다.
- ④ 제2항 각 호에 따른 금액 및 합계액의 산정 방법, 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급 방법 및 제3항에 따른 가입자의 소득수준 등에 따른 본인부담상한액 설정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

**제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등)** ① 요양기관은 공단에 요양급여비용의 지급을 청구할 수 있다. 이 경우 제2항에 따른 요양급여비용에 대한 심사청구는 공단에 대한 요양급여비용의 청구로 본다.

② 제1항에 따라 요양급여비용을 청구하려는 요양기관은 심사평가원에 요양급여비용의 심사청구를 하여야 하며, 심사청구를 받은 심사평가원은 이를 심사한 후 지체 없이 그 내용을 공단과 요양기관에 알려야 한다.

③ 제2항에 따라 심사 내용을 통보받은 공단은 지체 없이 그 내용에 따라 요양급여비용을 요양기관에 지급한다. 이 경우 이미 낸 본인일부부담금이 제2항에 따라 통보된 금액보다 더 많으면 요양기관에 지급할 금액에서 더 많이 낸 금액을 공제하여 해당 가입자에게 지급하여야 한다.

④ 공단은 제3항 전단에 따라 요양급여비용을 요양기관에 지급하는 경우 해당 요양기관이 제77조제1항제1호에 따라 공단에 납부하여야 하는 보험료 또는 그 밖에 이 법에 따른 징수금을 체납한 때에는 요양급여비용에서 이를 공제하고 지급할 수 있다.

⑤ 공단은 제3항 후단에 따라 가입자에게 지급하여야 하는 금액을 그 가입자가 내야 하는 보험료와 그 밖에 이 법에 따른 징수금(이하 “보험료등”이라 한다)과 상계(相計)할 수 있다.

⑥ 공단은 심사평가원이 제47조의4에 따라 요양급여의 적정성을 평가하여 공단에 통보하면 그 평가 결과에 따라 요양급여비용을 가산하거나 감액 조정하여 지급한다. 이 경우 평가 결과에 따라 요양급여비용을 가산하거나 감액하여 지급하는 기준은 보건복지부령으로 정한다.

⑦ 요양기관은 제2항에 따른 심사청구를 다음 각 호의 단체가 대행하게 할 수 있다.

1. 「의료법」 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회·조산사회 또는 같은 조 제6항에 따라 신고한 각각의 지부 및 분회
2. 「의료법」 제52조에 따른 의료기관 단체
3. 「약사법」 제11조에 따른 약사회 또는 같은 법 제14조에 따라 신고한 지부 및 분회

⑧ 제1항부터 제7항까지의 규정에 따른 요양급여비용의 청구·심사·지급 등의 방법과 절차에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다



## 국민건강보험법 시행령

**제19조(비용의 본인부담)** ① 법 제44조제1항에 따른 본인일부부담금(이하 “본인일부부담금”이라 한다)의 부담률 및 부담액은 별표 2와 같다.

② 본인일부부담금은 요양기관의 청구에 따라 요양급여를 받는 사람이 요양기관에 납부한다. 이 경우 요양기관은 법 제41조제3항 및 제4항에 따라 보건복지부령으로 정하는 요양급여사항 또는 비급여사항 외에 입원보증금 등 다른 명목으로 비용을 청구해서는 아니 된다.

③ 법 제44조제2항제1호에 따른 본인일부부담금의 총액은 요양급여를 받는 사람이 연간 부담하는 본인일부부담금을 모두 더한 금액으로 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 본인일부부담금은 더하지 않는다.

1. 별표 2 제1호가목1)에 따라 상급종합병원·종합병원·병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다)·정신병원 일반입원실의 2인실·3인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우 그 입원료로 부담한 금액
- 1의2. 별표 2 제1호다목3)에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병을 주 질병·부상으로 상급종합병원에서 받은 외래진료에 대해 같은 표 제1호나목 또는 제3호너목에 따라 부담한 금액. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람이 부담한 금액은 제외한다.

가. 임신부

나. 6세 미만의 사람

다. 별표 2 제1호나목에 따른 의약분업 예외환자

라. 별표 2 제3호카목에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 난임 진료를 받은 사람

마. 다음 법률 규정에 따라 의료지원을 받는 의료지원 대상자

- 1) 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」 제33조
- 2) 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」 제6조제2항
- 3) 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제41조
- 4) 「독립유공자예우에 관한 법률」 제17조
- 5) 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」 제50조
- 6) 「제대군인지원에 관한 법률」 제20조

- 7) 「참전유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 제7조
- 8) 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 제32조
- 2. 별표 2 제3호라목5)·6)·9) 및 10)에 따라 부담한 금액
- 3. 별표 2 제3호사목 및 거목에 따라 부담한 금액
- 4. 별표 2 제4호에 따라 부담한 금액
- 4의2. 별표 2 제5호의2에 따라 부담한 금액
- 5. 별표 2 제6호에 따라 부담한 금액
- ④ 법 제44조제2항 각 호 외의 부분 전단에 따른 본인부담상한액(이하 “본인부담상한액”이라 한다)은 별표 3의 산정방법에 따라 산정된 금액을 말한다.
- ⑤ 법 제44조제2항 각 호 외의 부분 후단에 따라 공단이 본인부담상한액을 넘는 금액을 지급하는 경우에는 당사자가 지정하는 예금계좌(「우체국예금·보험에 관한 법률」에 따른 체신관서 및 「은행법」에 따른 은행에서 개설된 예금계좌 등 보건복지부장관이 정하는 예금계좌를 말한다)로 지급해야 한다. 다만, 해당 예금계좌로 입금할 수 없는 불가피한 사유가 있는 경우에는 보건복지부장관이 정하는 방법으로 지급할 수 있다.
- ⑥ 제2항 및 제5항에서 정한 사항 외에 본인일부부담금의 납부방법이나 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급방법 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

**제22조(약제·치료재료의 요양급여비용)** ① 법 제46조에 따라 법 제41조제1항제2호의 약제·치료재료(제21조제2항 및 제3항에 따른 상대가치점수가 적용되는 약제·치료재료는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)에 대한 요양급여비용은 다음 각 호의 구분에 따라 결정한다. 이 경우 구입금액(요양기관이 해당 약제 및 치료재료를 구입한 금액을 말한다. 이하 이 조에서 같다)이 상한금액(보건복지부장관이 심의위원회의 심의를 거쳐 해당 약제 및 치료재료별 요양급여비용의 상한으로 고시하는 금액을 말한다. 이하 같다)보다 많을 때에는 구입금액은 상한금액과 같은 금액으로 한다.

- 1. 한약제: 상한금액
- 2. 한약제 외의 약제: 구입금액
- 3. 삭제 <2014. 8. 29.>
- 4. 치료재료: 구입금액

② 제1항에 따른 약제 및 치료재료에 대한 요양급여비용의 결정 기준·절차, 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

[별표 2] <개정 2024. 12. 10.>

## 본인일부부담금의 부담률 및 부담액

(제19조제1항 관련)

1. 가입자 또는 피부양자는 요양급여비용 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금액(100원 미만은 제외한다)을 부담한다. 다만, 입원진료의 경우에는 100원 미만의 금액도 부담한다.
  - 가. 입원진료(나목의 표 중 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 진료의 경우는 제외한다) 및 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받은 경우(약국 또는 한국희귀질환의약품센터인 요양기관에서 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우를 포함한다)는 다음의 구분에 따라 계산한 금액
    - 1) 요양급여비용 총액(보건복지부장관이 정하여 고시하는 식대와 장애인 치과진료에 대한 가산금액은 제외한다)의 100분의 20에 입원기간 중 식대[입원환자의 식사의 질과 서비스에 영향을 미치는 부가적 요소에 드는 비용에 해당하는 가산금액(이하 "식대가산금액"이라 한다)을 포함한다. 이하 이 호, 제2호 및 제3호가목, 나목에서 같다]의 100분의 50을 더한 금액. 다만, 상급종합병원에서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실, 3인실, 4인실 및 정신과 입원실의 2인실, 3인실, 4인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 각각 100분의 50, 100분의 40, 100분의 30으로 하고, 종합병원, 병원, 한방병원, 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다), 정신병원에서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실, 3인실 및 정신과 입원실의 2인실, 3인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 각각 100분의 40, 100분의 30으로 하며, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 격리 입원에 대해서는 그 입원료에 한정하여 100분의 10으로 한다.
    - 2) 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외한다)에서 입원진료를 받는 사람 중 입원치료보다는 요양시설이나 외래진료를 받는 것이 적합한 환자로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 환자군에 해당하는 경우에는 요양급여비용총액의 100분의 40에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액
  - 나. 외래진료의 경우 및 보건복지부장관이 정하는 의료장비·치료재료를 이용한 진료의 경우

에는 다음 표의 구분에 따라 계산한 금액

기관 종류	소재지	환자 구분	본인일부부담금
상급종합병원	모든 지역	일반환자	진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 - 진찰료총액) × 60/100. 다만, 임신부 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 40/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 20/100으로 한다.
		의약분업 예외환자	진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 - 약값 총액 - 진찰료 총액) × 60/100 + 약값 총액 × 30/100. 다만, 임신부 외래진료의 경우에는 (요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 40/100 + 약값 총액 × 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 (요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 20/100 + 약값 총액 × 21/100로 한다.
종합병원	동 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 50/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 50/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
	읍·면 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 45/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 45/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원	동 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 40/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 40/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
	읍·면 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 35/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 35/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100)

			+ 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원	모든 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 30/100(임신부 외래진료의 경우에는 10/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 5/100). 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상이면 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.
		의약분업에 외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 30/100(임신부 외래진료의 경우에는 10/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 5/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100). 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상이면 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.
보건소, 보건지소, 보건진료소	모든 지역		요양급여비용 총액 × 30/100. 다만, 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.

비고

1. 위 표에서 “의약분업 예외환자”란 「약사법」 제23조제4항제3호 중 조현병(調絃病) 또는 조울증 등으로 자신 또는 타인을 해칠 우려가 있는 정신질환자, 같은 항 제4호 중 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 제1군감염병환자 및 같은 항 제8호·제9호에 해당하는 환자를 말한다. 다만, 제1호가목에 따라 요양급여비용 총액의 100분의 20을 적용받는 사람은 제외한다.
2. 위 표에서 “약값 총액”이란 요양기관이 해당 약제를 구입한 금액의 총액을 말한다.
3. 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 입원진료인 경우의 요양급여비용 총액은 의료장비를 이용한 비용의 총액으로 한정한다.
4. 요양기관의 외래진료를 통하여 주기적으로 의사의 처방에 따라 구입(사용)하여야 하는 치료재료 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 치료재료의 경우에는 해당 치료재료 비용 및 관련 행위(교체를 위한 직접적 행위에 한정한다. 이하 같다) 비용을 제외한 요양급여비용 총액을 위 표의 요양급여비용 총액으로 하여 위 표에 따라 산정한 금액에 해당 치료재료 비용 및 관련 행위 비용의 100분의 20(1세 미만 영유아의 경우에는 14/100)을 더한 금액을 본인일부부담금으로 한다. 다만, 제3호가목이 적용되는 중증질환자는 제외한다.
5. 보건복지부장관이 정하는 질병의 환자가 요양기관(의원으로 한정한다)에 보건복지부장관이 정하는 절차 또는 방법에 따라 외래진료를 지속적으로 받겠다는 의사를 표시한 경우에는 해당 질병에 대하여 그 다음 진료부터 (진찰료 총액 × 20/100) + [(요양급여비용 총액 - 진찰료 총액) × 30/100]에 해당하는 금액을 본인일부부담금으로 한다. 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상인 경우에는 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.
6. 임신부가 유산 또는 사산을 한 경우 해당 유산 또는 사산에 따른 외래진료는 위 표에 따른 임신부 외래진료에 포함한다.

다. 약국 또는 한국희귀질환의약품센터의 경우

1) 진료를 담당한 의사 또는 치과의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 30(요양급여를 받는 사람이 65세 이상인 경우 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액). 다만, 제1호가목 중 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받은 경우(약국 또는 한국희귀질환의약품센터인 요양기관에서 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우를 포함한다)는 제외한다.

2) 「약사법」 제23조제3항제1호에 따라 의료기관이 없는 지역에서 조제하는 경우로서 진료를 담당한 의사 또는 치과의사가 발행한 처방전에 따르지 않고 의약품을 조제받은 경우에는 다음의 구분에 따라 산정한 금액

가) 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘는 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 40

나) 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않는 경우에는 보건복지부령으로 정하는 금액

3) 1)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「518 민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈부장관이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원 대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품 조제받은 경우는 제외한다]에는 다음의 금액

가) 상급종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품 조제받은 경우: 요양급여비용 총액의 100분의 50

나) 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품 조제받은 경우: 요양급여비용 총액의 100분의 40

2. 제1호에도 불구하고 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군

에 대하여 입원진료를 받는 경우에는 다음 각 목의 구분에 따라 계산한 금액에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액을 부담한다. 이 경우 질병군 분류번호 결정 요령, 평균 입원 일수, 입원실 이용 비용 등 해당 질병군의 본인일부부담금 산정에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

가. 다음 계산식에 따라 계산한 금액과 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추가 산정액을 합한 금액의 100분의 20

$$[\text{질병군별 기준 상대가치점수} + (\text{입원 일수} - \text{질병군별 평균 입원 일수}) \times \text{질병군별 일당 상대가치점수}] \times \text{제21조제1항에 따라 정해진 상대가치점수의 점수당 단가}$$

비고

1. 위 표에서 “질병군별 기준 상대가치점수”란 질병군별 평균 입원 일수만큼 입원했을 때 발생하는 입원 건당 상대가치점수를 말한다.
2. 위 표에서 “질병군별 일당 상대가치점수”란 입원 일수가 1일 증가함에 따라 추가되는 질병군별 상대가치점수를 말한다.

나. 가목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 입원실을 이용한 경우에는 가목에 따라 계산한 금액에 보건복지부장관이 정하여 고시하는 입원료 계산식에 따라 계산한 금액을 더한 금액

다. 삭제 <2021. 11. 1.>

라. 가목 및 나목에도 불구하고 제1호나목에 따라 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 진료의 경우에는 가목 또는 나목에 따라 계산한 금액에 제1호나목 표의 구분에 따라 계산한 금액을 더한 금액

3. 제1호와 제2호에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 각 목에서 정하는 금액을 부담한다. 다만, 상급종합병원·종합병원·병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다)·정신병원에서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우는 그 입원료에 한정하여 제1호가목1) 단서에서 정하는 금액을 부담한다.

가. 다음의 경우에는 입원기간 중 식대의 100분의 50

- 1) 자연분만 및 제왕절개분만에 대한 요양급여

- 2) 2세 미만 영유아 및 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준에 해당하는 2세 이상 영유아에 대한 입원진료로서 보건복지부장관이 정하는 요양급여
- 3) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵 질환을 가진 사람에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여
- 4) 「장기등 이식에 관한 법률」 제4조제2호에 따른 장기등기증자(뇌사자 또는 사망한 사람만 해당한다)의 장기등(같은 법 제4조제1호에 따른 장기등을 말한다) 적출에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여

나. 다음의 경우(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)에는 요양급여비용 총액의 100분의 10에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액

- 1) 삭제 <2017. 9. 29.>
- 2) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성 질환을 가진 사람에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여
- 3) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 고위험 임신부에 대한 입원진료로서 보건복지부장관이 정하는 요양급여
- 4) 삭제 <2018. 12. 24.>

다. 다음의 경우에는 본인이 부담할 비용의 부담률의 100분의 70에 해당하는금액

- 1) 1세 이상 6세 미만인 가입자 또는 피부양자가 상급종합병원, 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 의원, 치과의원, 한의원 및 보건의료원에서 외래진료를 받는 경우
- 2) 6세 미만인 가입자 또는 피부양자가 보건소, 보건지소 및 보건진료소에서 외래진료를 받는 경우로서 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘는 경우. 다만, 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않는 경우에는 제1호 나목 표에 따른 금액을 부담한다.
- 3) 6세 미만인 가입자 또는 피부양자가 약국 또는 한국희귀필수의약품센터인 요양기관에서 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우

라. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성질환 또는 중증질환(이하 "희귀난치성질환등"이라 한다)을 가진 사람, 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동(이하 "희귀난치성질환자

등"이라 한다) 중 해당 환자가 속한 세대(배우자를 포함한다)의 소득 및 재산을 더하여 계산한 가액(이하 "소득인정액"이라 한다)이 「국민기초생활 보장법」 제2조제11호에 따른 기준 중위소득의 100분의 50 이하이고, 희귀난치성질환자들의 1촌의 직계혈족 및 그 배우자(이하 "부양의무자"라 한다)가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 공단의 본인일부 부담금 경감 인정 신청(이하 "경감인정신청"이라 한다)을 하여 그 경감 인정을 받은 사람 또는 희귀난치성질환자등 중 본인일부 부담금의 경감이 필요하다고 보건복지부장관이 정하는 사람으로서 경감인정신청을 한 사람에 대한 요양급여의 경우에는 다음의 구분에 따라 계산한 금액이 경우 소득인정액 산정의 기준이 되는 세대의 범위, 소득 및 재산의 범위, 소득인정액 산정방법 등 소득인정액의 산정에 필요한 사항 및 부양의무자가 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 경우의 구체적인 기준은 보건복지부령으로 정한다.

- 1) 희귀난치성질환등을 가진 사람인 경우에는 입원기간 중 식대(식대가산금액은 제외한다. 이하 이 목에서 같다)의 100분의 20
- 2) 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동인 경우에는 다음 표에 해당하는 금액에 입원기간 중 식대의 100분의 20을 더한 금액. 다만, 가목에 해당하거나 6세 미만 아동의 입원진료 또는 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환으로 요양급여를 받는 경우에는 입원기간 중 식대의 100분의 20만을 부담한다.

기관 종류	구분	본인일부 부담금
상급종합병원	외래진료 및 입원진료	요양급여비용 총액의 100분의 14에 해당하는 금액. 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 다음의 구분에 따라 계산한 금액을 부담한다. 가) 정신건강의학과 입원진료 또는 나목2)(치매는 제외한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10 나) 제1호나목(임신부 외래진료만 해당한다), 이 호

기관 종류	구분	본인일부부담금	
		<p>나목2) (치매만 해당한다)·3), 마목, 차목 또는 하목에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5</p> <p>다) 자목(6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료만 해당한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 3</p> <p>라) 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5</p>	
<p>종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원</p>	<p>「의료급여법 시행령」 별표 1 제2호가목2)가)에 따른 만성질환자에 해당하는 사람이 그 만성질환에 대하여 외래진료를 받거나 해당 만성질환자가 나목2) (치매를 제외한다) 또는 마목에 따른 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우</p>	<p>「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법을 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우</p>	<p>1,500원. 다만, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 본인일부부담금 없음</p>
		<p>그 밖의 외래진료</p>	<p>1,000원. 다만, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 본인일부부담금 없음</p>
	<p>그 밖의 외래진료 및 입원진료</p>	<p>요양급여비용 총액의 100분의 14에 해당하는 금액. 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 다음의 구분에 따라 계산한 금액을 부담한다.</p> <p>가) 정신건강의학과 입원진료 또는 나목2)(치매는 제외한다)</p>	

III

기관 종류	구분		본인일부부담금
			<p>에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10</p> <p>나) 제1호나목(임신부 외래진료만 해당한다), 이 호나목2)(치매만 해당한다)·3), 마목, 차목 또는 하목에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5</p> <p>다) 자목(6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료만 해당한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 3</p> <p>라) 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5</p>
<p>의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원</p>	<p>외래진료</p>	<p>「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우</p>	<p>1,500원. 다만, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 본인일부 부담금 없음</p>
		<p>그 밖의 외래진료</p>	<p>1,000원. 다만, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 본인일부 부담금 없음</p>
	<p>입원진료</p>	<p>요양급여비용 총액의 100분의 14에 해당하는 금액. 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에</p>	

기관 종류	구분	본인일부부담금
		<p>는 그 다음의 구분에 따라 계산한 금액을 부담한다.</p> <p>가) 정신건강의학과 입원진료 또는 나목2)(치매는 제외한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10</p> <p>나) 나목2)(치매만 해당한다)·3), 마목 또는 차목(입원진료만 해당한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5</p> <p>다) 자목(6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료만 해당한다)에 따라 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 3</p>
<p>보건소, 보건지소, 보건진료소</p>	<p>외래진료 및 입원진료</p>	<p>없음</p>
<p>약국, 한국희귀·필수 의약품센터</p>	<p>「약사법」 제23조제3항 단서에 따라 처방전에 따르지 않고 직접 조제한 경우</p>	<p>900원</p>
	<p>보건소, 보건지소 및 보건진료소를 제외한 요양기관에서 발급한 처방전에 따라 조제한 경우</p>	<p>500원</p>
	<p>보건소, 보건지소 및 보건진료소에서 발급한 처방전에 따라 조제한 경우</p>	<p>없음</p>
<p>비고</p> <p>1. 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하거나 법률 제8365호 약사법</p>		

기관 종류	구분	본인일부부담금
<p>전부개정법을 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하고 처방전을 함께 발급하는 경우에는 1,000원을 부담한다.</p>		
<p>2. 외래진료로서 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 장비를 이용한 진료에 대해서는 그 의료장비를 이용한 비용 총액의 100분의 14[나목2)(치매는 제외한다)에 따른 환자의 경우에는 100분의 10, 나목2)(치매만 해당한다), 마목, 하목 또는 제1호나목(임신부 외래진료만 해당한다)에 따른 환자 및 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 100분의 5를 부담한다.</p>		
<p>3. 제21조제3항제2호에 따른 질병군에 대한 입원 진료의 경우 본인일부부담금은 제2호가목, 나목 또는 라목에 따라 계산한 금액에 위 표의 해당 기관 종류별 입원진료에 해당하는 본인부담률을 곱한 금액으로 한다.</p>		
<p>4. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 격리 입원에 대해서는 그 입원료에 한정하여 해당 입원료의 100분의 5를 부담한다.</p>		
<p>5. 임신부가 유산 또는 사산을 한 경우 해당 유산 또는 사산에 따른 외래진료는 위 표에 따른 임신부 외래진료에 포함한다.</p>		

- 3) 희귀난치성질환등을 가진 사람 중 65세 이상인 사람이 틀니 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5
- 4) 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 중 65세 이상인 사람이 틀니 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 15
- 5) 희귀난치성질환등을 가진 사람 중 65세 이상인 사람이 치과임플란트 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10
- 6) 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 중 65세 이상인 사람이 치과임플란트 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 20
- 7) 2)에도 불구하고 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동이 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품의 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품의 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체

설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈처장이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품 을 조제 받은 경우는 제외한다)에는 요양급여비용 총액의 100분의 3. 다만, 본인 일부부담금이 500원 미만인 경우는 500원을 본인일부부담금으로 한다.

8) 삭제 <2024.12.10.>

9) 희귀난치성질환등을 가진 사람이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 30. 다만, 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 80으로 한다.

10) 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만 아동이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 40. 다만, 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 요양 급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 80으로 한다.

마. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환자에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액

바. 65세 이상인 사람이 틀니 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 그 요양급여비용 총액의 100분의 30

사. 65세 이상인 사람이 치과임플란트 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 30

아. 삭제 <2024.12.10.>

자. 15세 이하 아동의 입원진료에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여(가목2) 및 라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액

차. 18세 이하 아동의 치아홈메우기 외래진료 또는 16세 이상 18세 이하 아동의 치아홈 메우기 입원진료에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10

카. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 난임진료(인공수정 및 체외수정시술을 포함한다)에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 30

타. 다음의 경우에는 본인일부부담금은 없는 것으로 한다.

- 1) 제25조제3항제1호에 따른 일반건강검진 결과에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환이나 질병에 대하여 추가적인 진료 또는 검사의 필요성이 인정되는 사람이 그 질환이나 질병에 대하여 일반건강검진을 받은 날이 속하는 연도의 다음 연도 1월 31일까지 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여(의원 및 병원만 해당하되, 결핵에 대한 진료 또는 검사의 경우에는 종합병원 및 상급종합병원도 해당한다)를 받는 경우
- 2) 「의료법」 제34조에 따른 원격의료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여를 받는 경우
- 3) 요양급여를 의뢰받은 요양기관이 환자의 상태가 호전됨에 따라 요양급여를 의뢰한 요양기관 등으로 환자를 회송(回送)하는 경우로서 해당 환자가 회송과 관련하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여를 받는 경우

파. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대해 정신건강의학과 외래진료를 받은 경우(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)에는 다음 표에 따라 계산한 금액에 제1호나목에 따라 계산한 금액(다음 표에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용을 계산한 금액은 제외한다)을 더한 금액. 다만, 6세 미만의 경우에는 본인이 부담할 비용의 부담률(제1호나목 및 다음 표에 따른 부담률을 말한다)의 100분의 70에 해당하는 금액으로 하고, 65세 이상인 경우에는 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액으로 한다.

기관 종류	본인일부부담금
상급종합병원	보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 40/100
종합병원	보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 30/100
병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원	보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 20/100
의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원	보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 10/100

하. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 조산아(早産兒)와 저체중 출생아의 외래진료(출생일부터 5년이 되는 날까지의 외래진료를 말한다)에 대한 요양급여로서 보건복지부장관이 정하는 요양급여의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5

- 1) 삭제 <2019. 10. 22.>
- 2) 삭제 <2019. 10. 22.>
- 3) 삭제 <2019. 10. 22.>

거. 가목1)·2)·3), 나목, 다목1), 마목, 자목 및 하목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 50. 다만, 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 80으로 한다.

너. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경증질환자가 상급종합병원에서 외래진료를 받는 경우에는 요양급여비용 총액에 보건복지부장관이 정하여 고시하는 본인부담률을 곱한 금액

더. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 만성질환자가 의원에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목의 외래진료를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 20(1세 이상 6세 미만의 아동은 해당 요양급여비용의 100분의 14). 다만, 다음의 어느 하나에 해당하는 사람이 외래진료를 받는 경우에는 제외한다.

- 1) 임신부
- 2) 1세 미만의 영유아

- 3) 65세 이상인 사람(해당 요양급여비용이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액 이하인 경우로 한정한다)
- 4) 희귀난치성질환등을 가진 사람
- 5) 소득인정액이 「국민기초생활 보장법」 제2조제11호에 따른 기준 중위소득의 100분의 50 이하인 사람으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건에 해당하는 사람  
 러. 나목, 다목, 라목2), 너목 및 더목에도 불구하고 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 감염병의 발생·유행 상황을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 감염병환자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목의 요양급여를 받는 경우에는 다음의 구분에 따라 산정한 금액
  - 1) 해당 요양급여비용 총액에 보건복지부장관이 정하여 고시하는 본인부담률을 곱한 금액
  - 2) 1)에도 불구하고 소득인정액이 「국민기초생활 보장법」 제2조제11호에 따른 기준 중위소득의 100분의 50 이하에 해당하는 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건에 해당하는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 20 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액
4. 제1호부터 제3호까지의 규정에도 불구하고 법 제41조의4 및 이 영 제18조의4에 따른 선별급여 항목의 경우에는 요양급여비용의 100분의 100의 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 부담한다.
5. 제1호 및 제3호에도 불구하고 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원 및 같은 호 마목에 따른 정신병원 외의 요양기관에서 입원진료를 받는 경우로서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실에 16일 이상 연속하여 입원하는 환자의 경우에는 요양급여비용 총액 중 입원료에 한정하여 다음 표의 구분에 따라 계산한 금액을 부담한다. 다만, 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대하여 입원진료를 받는 경우 및 질병 또는 환자 특성상 16일 이상 장기입원이 불가피한 경우로 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.

구분	본인일부부담금	
	입원일수 16일 이상 30일 이하	입원일수 31일 이상
가. 상급종합병원의 5인실 이상, 요양 기관의 4인실 이상	16일째 입원일부터 30일째 입원 일까지의 입원료 × 25/100	31일째 입원일부터의 입원료 × 30/100
나. 상급종합병원의 4인실, 종합병원· 병원·한방병원의 3인실	16일째 입원일부터 30일째 입원 일까지의 입원료 × 35/100	31일째 입원일부터의 입원료 × 40/100
다. 상급종합병원의 3인실, 종합병원· 병원·한방병원의 2인실	16일째 입원일부터 30일째 입원 일까지의 입원료 × 45/100	31일째 입원일부터의 입원료 × 50/100
라. 상급종합병원의 2인실	16일째 입원일부터 30일째 입원 일까지의 입원료 × 55/100	31일째 입원일부터의 입원료 × 60/100

5의2.제1호, 제3호(너목은 제외한다) 및 제4호에도 불구하고 연간 외래진료 횟수가 365회를 초과하는 사람은 그 초과 외래진료에 대한 요양급여비용 총액의 100분의 90을 부담한다. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그렇지 않다.

- 가. 「아동복지법」에 따른 아동
- 나. 「모자보건법」에 따른 임산부
- 다. 다음의 사람 중에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 사람
  - 1) 「장애인복지법」 제2조제2항에 따른 장애인
  - 2) 희귀난치성질환등을 가진 사람
  - 3) 제3호마목에 따른 중증질환자
  - 4) 그 밖에 1)부터 3)까지의 규정에 준하는 사람으로서 불가피하게 연간 365회를 초과하는 외래진료가 필요한 사람
- 6. 제1호부터 제5호까지의 규정에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보건복지부령으로 정하는 항목의 요양급여비용의 100분의 100의 범위에서 보건복지부령으로 정하는 금액을 부담한다.
  - 가. 법 제53조제3항에 따라 급여가 제한되는 경우
  - 나. 법 제54조제3호 및 제4호에 따라 급여가 정지되는 경우

- 다. 법 제109조제10항에 따라 공단이 보험급여를 하지 않는 경우
- 라. 「학교폭력 예방 및 대책에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 학교폭력 중 학생 간의 폭행에 의한 경우
- 마. 보험재정에 상당한 부담을 준다고 인정되는 경우
- 바. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 경우



## 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

[별표 1] <개정 2021. 3. 26.>

### 요양급여의 적용기준 및 방법

(제5조제1항관련)

#### 4. 치료재료의 지급

치료재료는 약사법 기타 다른 관계법령에 의하여 허가·신고 또는 인정된 사항(효능·효과 및 사용방법)의 범위 안에서 환자의 증상에 따라 의학적 판단에 의하여 필요·적절하게 사용한다. 다만, 안전성·유효성 등에 관한 사항이 정하여져 있는 치료재료 중 진료에 반드시 필요하다고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 바에 따라 전문평가위원회의 평가를 거쳐 허가·신고 또는 인정된 사항(효능·효과 및 사용방법)의 범위를 초과하여 사용할 수 있다.

[별표 2] <개정 2025. 11. 10.>

### **비급여대상**(제9조제1항관련)

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
  - 가. 단순한 피로 또는 권태
  - 나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·딸기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
  - 다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비노생식기 질환
  - 라. 단순 코골음
  - 마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
  - 바. 검열반 등 안과질환
  - 사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환
2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
  - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(용비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
  - 나. 사시교정, 안외격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
  - 다. 치과교정. 다만, 선천성 기형으로 저하된 씹는 기능 및 발음 기능을 개선하기 위한 치과 교정으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
  - 라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면) 교정술
  - 마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
  - 바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
  - 사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료
  - 아. 그 밖에 가목부터 사목까지에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료
3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료

- 가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 가입자들에게 실시하는 건강검진 제외)
  - 나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
  - 다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거. 다만, 치석제거만으로 치료가 종료되는 전체 치석제거로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
  - 라. 불소부분도포, 치면열구전색(치아홈메우기) 등 치아우식증(충치) 예방을 위한 진료. 다만, 18세 이하인 사람의 치아 중 치아우식증(충치)이 생기지 않은 순수 건전치아인 제1큰어금니 또는 제2큰어금니에 대한 치면열구전색(치아홈메우기)은 제외한다.
  - 마. 탈미 예방, 금연 등을 위한 진료
  - 바. 유전성질환 등 태아 또는 배아의 이상유무를 진단하기 위한 유전학적 검사
  - 사. 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료
  - 아. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료
4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료
- 가. 가입자등이 다음 표에 따른 요양기관으로서 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 1인(「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관 및 제3호나목에 따른 치과병원의 경우 3인 이하)이 입원할 수 있는 병상(이하 “상급병상”이라 한다)을 이용한 경우에는 다음 표의 구분에 따라 부담하는 비용. 다만, 격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우에는 비급여대상에서 제외한다.

요양기관 구분	비용
「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관	제8조에 따라 고시한 요양급여대상인 입원료(이하 “입원료”라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
「의료법」 제3조제2항제3호나목에 따른 치과병원	
「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원 중 진료과목에 소아청소년과 또는 산부인과를 둔 병원으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건을 갖춘 병원(이하 “아동·분만병원”이라 한다)	
상급종합병원	입원실 이용 비용 전액
「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원 및 아동·분만병원은 제외한다)	

(1) 의료법령에 따라 허가를 받거나 신고한 병상 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(이하 "일반병상"이라 한다)을 다음의 구분에 따라 운영하는 경우. 다만, 규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다.

(가) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관(건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상에 분만실이 포함된 경우만 해당한다), 같은법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기(周産期) 전문병원(종합병원은 제외한다), 아동·분만병원(분만병원만 해당한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 1 이상 확보할 것

(나) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관(건강보험규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상에 분만실이 포함된 경우는 제외한다), 같은 항 제3호나목의 치과병원, 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기 전문병원(종합병원만 해당한다) 및 아동·분만병원(아동병원만 해당한다): 일반병상을 총 병상의 2분의 1 이상 확보할 것

(다) 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원 및 아동·분만병원을 제외한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 3 이상 확보할 것

(라) 「의료법」 제3조제2항제3호바목의 종합병원 및 같은 법 제3조의4제1항에 따른 지정을 받은 상급종합병원: 일반병상을 총 병상의 5분의 4 이상 확보할 것

(2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우

나. 가목에도 불구하고 다음 각 항목에 해당하는 경우에는 다음의 구분에 따른 비용

(1) 가입자등이 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관은 제외한다. 이하 같다) 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3

항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 제외한다)을 50퍼센트 이상 확보하여 운영하는 요양병원에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우: 제8조제4항 전단에 따라 고시한 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

- (2) 가입자등이 가목(1)에서 정한 요건을 갖춘 상급종합병원, 종합병원, 병원 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」제25조에 따라 호스피스전문기관으로 지정된 요양기관에서 1인실 병상을 이용하여 같은 법 제28조에 따른 호스피스·완화의료를 받는 경우(격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우, 임종실을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다): 제8조제4항 전단에 따라 고시한 호스피스·완화의료 입원실의 입원료 중 4인실 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
- 다. 선별급여를 받는 사람이 요양급여비용 외에 추가로 부담하는 비용
- 라. 법 제51조에 따라 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구. 다만, 보청기 중 보험급여의 적용을 받게 될 수술과 관련된 치료재료인 보건복지부장관이 정하여 고시하는 보청기는 제외한다.
- 마. 친자확인을 위한 진단
- 바. 치과의 보철(보철재료 및 기공료 등을 포함한다) 및 치과임플란트를 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 65세 이상인 사람의 틀니 및 치과임플란트는 제외한다.
- 사. 및 아. 삭제 <2002.10.24>
- 자. 이 규칙 제8조의 규정에 의하여 보건복지부장관이 고시한 약제에 관한 급여목록표에서 정한 일반의약품으로서 「약사법」 제23조에 따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제
- 차. 삭제 <2006.12.29>
- 카. 삭제 <2018. 12. 31.>
- 타. 「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용
- 파. 삭제 <2024. 7. 5.>
- 하. 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함하되, 같은 규칙 제3조제3항에 따라 서류를 송

- 부받은 경우와 같은 규칙 제3조의4에 따른 신의료기술평가 결과 안전성·유효성을 인정받지 못한 경우에는 제외한다). 다만, 제11조제9항 또는 제13조제1항 후단의 규정에 따라 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함한다)는 제외한다.
- 거. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제10항제2호에 따른 제한적 의료기술  
 너. 「의료기기법 시행규칙」 제32조제1항제6호에 따른 의료기기를 장기이식 또는 조직이식에 사용하는 의료행위  
 더. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료
5. 삭제 <2006.12.29>
6. 영 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호아목, 제3호아목 및 제4호더목은 다음 각 목에서 정하는 경우에 한정한다.
- 가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료  
 나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제
- 6의2. 영 제21조제3항제3호에 따른 호스피스·완화의료 입원진료의 경우에는 제1호부터 제3호까지, 제4호나목(2)·더목에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호사목, 제3호아목 및 제4호더목은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료에 한정한다.
7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우  
 가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법  
 나. 한약첩약 및 기상한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제
8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우. 다만, 제5조제4항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.



## 의료법

**제3조의3(종합병원)** ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖춘 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

**제22조(진료기록부 등)** ① 의료인은 각각 진료기록부, 조산기록부, 간호기록부, 그 밖의 진료에 관한 기록(이하 “진료기록부등”이라 한다)을 갖추어 두고 환자의 주된 증상, 진단 및 치료 내용 등 보건복지부령으로 정하는 의료행위에 관한 사항과 의견을 상세히 기록하고 서명하여야 한다.

② 의료인이나 의료기관 개설자는 진료기록부등[제23조제1항에 따른 전자의무기록(電子醫務記錄)]을 포함하며, 추가 기재·수정된 경우 추가 기재·수정된 진료기록부등 및 추가 기재·수정전의 원본을 모두 포함한다. 이하 같다. 이를 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보존하여야 한다.

③ 의료인은 진료기록부등을 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가 기재·수정하여서는 아니 된다.

④ 보건복지부장관은 의료인이 진료기록부등에 기록하는 질병명, 검사명, 약제명 등 의학 용어와 진료기록부등의 서식 및 세부내용에 관한 표준을 마련하여 고시하고 의료인 또는 의료기관 개설자에게 그 준수를 권고할 수 있다.

**제27조(무면허 의료행위 등 금지)** ① 의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없으며 의료인도 면허된 것 이외의 의료행위를 할 수 없다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 보건복지부령으로 정하는 범위에서 의료행위를 할 수 있다.

**제33조(개설 등)** ① 의료인은 이 법에 따른 의료기관을 개설하지 아니하고는 의료업을 할 수 없으며, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 외에는 그 의료기관 내에서 의료업을 하여야 한다.

1. 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 응급환자를 진료하는 경우
2. 환자나 환자 보호자의 요청에 따라 진료하는 경우

3. 국가나 지방자치단체의 장이 공익상 필요하다고 인정하여 요청하는 경우
4. 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 가정간호를 하는 경우
5. 그 밖에 이 법 또는 다른 법령으로 특별히 정한 경우나 환자가 있는 현장에서 진료를 하여야 하는 부득이한 사유가 있는 경우
  - ② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자가 아니면 의료기관을 개설할 수 없다. 이 경우 의사는 종합병원·병원·요양병원·정신병원 또는 의원, 치과의사는 치과병원 또는 치과 의원을, 한의사는 한방병원·요양병원 또는 한의원을, 조산사는 조산원만을 개설할 수 있다.
    1. 의사, 치과의사, 한의사 또는 조산사
    2. 국가나 지방자치단체
    3. 의료업을 목적으로 설립된 법인(이하 “의료법인”이라 한다)
    4. 「민법」이나 특별법에 따라 설립된 비영리법인
    5. 「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따른 준정부기관, 「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따른 지방의료원, 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 한국보훈복지의료공단
  - ③ 제2항에 따라 의원·치과의원·한의원 또는 조산원을 개설하려는 자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다.
  - ④ 제2항에 따라 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원 또는 정신병원을 개설하려면 제33조의2에 따른 시·도 의료기관개설위원회의 심의를 거쳐 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시·도지사의 허가를 받아야 한다. 이 경우 시·도지사는 개설하려는 의료기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개설허가를 할 수 없다.
    1. 제36조에 따른 시설기준에 맞지 아니하는 경우
    2. 제60조제1항에 따른 기본시책과 같은 조 제2항에 따른 수급 및 관리계획에 적합하지 아니한 경우
  - ⑤ 제3항과 제4항에 따라 개설된 의료기관이 개설 장소를 이전하거나 개설에 관한 신고 또는 허가사항 중 보건복지부령으로 정하는 중요사항을 변경하려는 때에도 제3항 또는 제4항과 같다.



## 의료법 시행규칙

**제28조(의료기관 개설허가 사항의 변경허가)** ① 법 제33조제5항에 따라 의료기관의 개설허가를 받은 자가 그 개설 장소를 이전하거나 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 개설허가 사항의 변경허가에 대한 사전심의를 받으려면 변경 예정 사항을 확인할 수 있는 사업계획서(제2항에 따라 준용되는 제26조의2제6항 각 호의 사항을 확인할 수 있는 내용이 포함되어야 한다) 사본을 첨부하여 별지 제15호의3서식의 의료기관 허가사항 변경 사전심의 신청서를 시·도지사에게 제출해야 한다. 이 경우 신청서를 제출받은 시·도지사는 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통해 의료기관 개설허가증을 확인해야 하며, 신청인이 의료기관 개설허가증 확인에 동의하지 않는 경우에는 그 사본을 첨부하도록 해야 한다.

1. 의료기관 개설자의 변경 사항
2. 법 제3조제2항에 따른 의료기관의 종류 변경 또는 진료과목의 변동 사항
3. 진료과목 증감이나 입원실 등 주요시설 변경에 따른 시설 변동 내용
4. 의료기관의 명칭 변경 사항
5. 의료기관의 의료인 수

② 제1항에 따른 사전심의 신청과 관련하여 법 제33조의2에 따른 의료기관개설위원회(이하 이 조에서 “위원회”라 한다)의 사전심의, 사전심의 승인증 발급 및 승인증의 유효기간 등에 관하여는 제26조의2제6항부터 제9항까지를 준용한다.

③ 제2항에 따라 변경허가의 사전심의 승인을 받은 자가 변경허가의 본심의 및 변경허가를 받으려면 별지 제16호서식의 의료기관 개설 허가사항 변경신청서에 다음 각호의 서류를 첨부하여 시·도지사에게 제출해야 한다. 이 경우 허가증을 확인해야 하며, 신청인이 의료기관 개설허가증 확인에 동의하지 않는 경우에는 그 사본을 첨부하도록 해야 한다.

④ 제3항에 따라 신청서를 제출받은 시·도지사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우로서 「전기안전관리법」 제13조제1항에 따른 「전기안전관리법 시행규칙」 제18조제3항 본문에 따른 전기안전점검 확인서를 확인해야 한다. 다만, 신청인이 확인에 동의하지 않는 경우에는 그 사본을 첨부하도록 해야 한다.

⑤ 제3항에 따른 개설허가 변경신청과 관련하여 위원회의 본심의를 관하여는 제27조제3항을 준용한다. 다만, 제27조제3항제1호에 따른 본심의 사항 중 제25조제3항제3호의 경우에는 의료기관 개설장소의 이전, 제1항제2호 및 제3호에 따른 의료기관의 종류 변경 및 시설 변동만 해당한다.

⑥ 시·도지사는 제3항에 따라 변경허가를 한 때에 의료기관 개설허가증을 고쳐쓸 필요가 있으면 이를 개서하여 주거나 재발급하여야 한다.

## → 약사법

**제6조(면허증 교부와 등록)** ③ 약사 및 한약사는 제3조 및 제4조에 따라 받은 면허를 다른 사람에게 대여하여서는 아니 된다.

**제23조(의약품 조제)** ① 약사 및 한약사가 아니면 의약품을 조제할 수 없으며, 약사 및 한약사는 각각 면허 범위에서 의약품을 조제하여야 한다. 다만, 약학을 전공하는 대학의 학생은 보건복지부령으로 정하는 범위에서 의약품을 조제할 수 있다.

② 약사 또는 한약사가 의약품을 조제할 때에는 약국 또는 의료기관의 조제실(제92조제1항 제2호후단에 따라 한국희귀·필수의약품센터에 설치된 조제실을 포함한다)에서 하여야 한다. 다만, 시장·군수·구청장의 승인을 받은 경우에는 예외로 한다.

③ 의사 또는 치과의사는 전문의약품과 일반의약품을 처방할 수 있고, 약사는 의사 또는 치과의사의 처방전에 따라 전문의약품과 일반의약품을 조제하여야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 의사 또는 치과의사의 처방전 없이 조제할 수 있다.

1. 의료기관이 없는 지역에서 조제하는 경우
2. 재해가 발생하여 사실상 의료기관이 없게 되어 재해 구호를 위하여 조제하는 경우
3. 감염병이 집단으로 발생하거나 발생할 우려가 있다고 보건복지부장관 또는 질병관리청장이 인정하여 경구용(經口用) 감염병 예방접종약을 판매하는 경우

4. 사회봉사 활동을 위하여 조제하는 경우

④ 제1항에도 불구하고 의사 또는 치과의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 자신이 직접 조제할 수 있다.

1. 약국이 없는 지역에서 조제하는 경우
2. 재해가 발생하여 사실상 약국이 없게 되어 재해 구호를 위하여 조제하는 경우
3. 응급환자 및 조현병(調絃病) 또는 조울증 등으로 자신 또는 타인을 해칠 우려가 있는 정신질환자에 대하여 조제하는 경우
4. 입원환자, 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조제13호에 따른 감염병환자 중 콜레라·장티푸스·파라티푸스·세균성이질·장출혈성대장균감염증·A형간염환자 및 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설에 입소한 자에 대하여 조제하는 경우(사회복지시설에서 숙식을 하지 아니하는 자인 경우에는 해당 시설을 이용하는 동안에 조제하는 경우만 해당한다)
5. 주사제를 주사하는 경우
6. 감염병 예방접종약·진단용 의약품 등 보건복지부령으로 정하는 의약품을 투여하는 경우

7. 「지역보건법」에 따른 보건소 및 보건지소의 의사·치과의사가 그 업무(보건소와 보건복지부장관이 지정하는 보건지소의 지역 주민에 대한 외래 진료 업무는 제외한다)로서 환자에 대하여 조제하는 경우
8. 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법령에 따른 상이등급 1급부터 3급까지에 해당하는 자, 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」에 따른 5·18민주화운동부상자 중 장애등급 1급부터 4급까지에 해당하는 자, 고엽제 후유의증 환자 지원 등에 관한 법령에 따른 고도장애인, 장애인복지 관련 법령에 따른 1급·2급 장애인 및 이에 준하는 장애인, 파킨슨병 환자 또는 한센병 환자에 대하여 조제하는 경우
9. 장기이식을 받은 자에 대하여 이에 관련된 치료를 하거나 후천성 면역결핍증 환자에 대하여 해당 질병을 치료하기 위하여 조제하는 경우
10. 병역의무를 수행 중인 군인·의무경찰과 「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률」 및 「군에서의 형의 집행 및 군수용자의 처우에 관한 법률」에 따른 교정시설, 「보호소년 등의 처우에 관한 법률」에 따른 보호소년 수용시설 및 「출입국관리법」에 따른 외국인 보호시설에 수용 중인 자에 대하여 조제하는 경우
11. 「결핵예방법」에 따라 결핵치료제를 투여하는 경우(보건소·보건지소 및 대한결핵협회 부속의원만 해당한다)
12. 사회봉사 활동을 위하여 조제하는 경우
13. 국가안전보장에 관련된 정보 및 보안을 위하여 처방전을 공개할 수 없는 경우
14. 그 밖에 대통령령으로 정하는 경우
- ⑤ 제3항제1호에 따른 의료기관이 없는 지역 및 제4항제1호에 따른 약국이 없는 지역의 범위에 관하여는 보건복지부장관이 정한다.
- ⑥ 한약사가 한약을 조제할 때에는 한의사의 처방전에 따라야 한다. 다만, 보건복지부장관이 정하는 한약 처방의 종류 및 조제 방법에 따라 조제하는 경우에는 한의사의 처방전 없이도 조제할 수 있다.
- ⑦ 의료기관의 조제실에서 조제업무에 종사하는 약사는 「의료법」 제18조에 따라 처방전이 교부된 환자를 위하여 의약품을 조제하여서는 아니 된다.

**제26조(처방의 변경·수정)** ① 약사 또는 한약사는 처방전을 발행한 의사·치과의사·한의사 또는 수의사의 동의 없이 처방을 변경하거나 수정하여 조제할 수 없다.

**제27조(대체조제)** ① 약사는 의사 또는 치과의사가 처방전에 적은 의약품의 성분·함량 및 제형이 같은 다른 의약품으로 대체하여 조제하려는 경우에는 미리 그 처방전을 발행한 의사 또는 치과의사의 동의를 받아야 한다.

② 제1항에도 불구하고 약사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 처방전을 발행한

의사 또는 치과의사의 사전 동의 없이 대체조제를 할 수 있다.

1. 식품의약품안전처장이 생물학적 동등성이 있다고 인정한 품목(생체를 이용한 시험을 할 필요가 없거나 할 수 없어서 생체를 이용하지 아니하는 시험을 통하여 생물학적 동등성을 입증한 의약품에 포함한다)으로 대체하여 조제하는 경우. 다만, 의사 또는 치과의사가 처방전에 대체조제가 불가하다는 표시를 하고 임상적 사유 등을 구체적으로 적은 품목은 제외한다.
2. 처방전에 기재된 의약품의 제조업자와 같은 제조업자가 제조한 의약품으로서 처방전에 적힌 의약품과 성분·제형은 같으나 함량이 다른 의약품으로 같은 처방 용량을 대체조제하는 경우. 다만, 일반의약품은 일반의약품으로, 전문의약품은 전문의약품으로 대체조제하는 경우만 해당한다.
3. 약국이 소재하는 시·군·구 외의 지역에 소재하는 의료기관에서 발행한 처방전에 적힌 의약품이 해당 약국이 있는 지역의 지역처방의약품 목록에 없고, 해당 약국의 지역처방 의약품 목록 중 처방전에 적힌 의약품과 그 성분·함량 및 제형이 같은 의약품으로 대체조제하는 경우로서 그 처방전을 발행한 의사 또는 치과의사의 동의를 미리 받기 어려운 부득이한 사정이 있는 경우
  - ③ 약사는 제1항 또는 제2항에 따라 처방전에 적힌 의약품에 대체조제한 경우에는 그 처방전을 지닌 자에게 즉시 대체조제한 내용을 알려야 한다.
  - ④ 약사는 제2항에 따라 처방전에 적힌 의약품에 대체조제한 경우에는 그 처방전을 발행한 의사 또는 치과의사에게 대체조제한 내용을 1일(부득이한 사유가 있는 경우에는 3일) 이내에 통보하여야 한다. 다만, 미리 그 처방전을 발행한 의사 또는 치과의사의 동의를 받거나 처방전에 기재한 전화·팩스번호가 사실과 다른 경우 등 보건복지부령으로 정하는 사유가 있는 경우에는 그러하지 아니하다.
  - ⑤ 의사 또는 치과의사의 사전 동의 없이 처방전에 적힌 의약품에 대체조제한 경우에는 그 대체조제한 의약품으로 인하여 발생한 약화(藥禍) 사고에 대하여 의사 또는 치과의사는 책임을 지지 아니한다.
  - ⑥ 제1항과 제4항에 따른 동의와 통보의 방법 및 절차 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다

**제50조(의약품 판매)** ①약국개설자 및 의약품판매업자는 그 약국 또는 점포 이외의 장소에서 의약품을 판매하여서는 아니 된다. 다만, 시장·군수·구청장의 승인을 받은 경우에는 예외로 한다.



## 의료기사 등에 관한 법률

**제2조(의료기사의 종류 및 업무)** ① 의료기사의 종류는 임상병리사, 방사선사, 물리치료사, 작업치료사, 치과기공사 및 치과위생사로 한다.

② 의료기사는 종별에 따라 다음 각 호의 업무 및 이와 관련하여 대통령령으로 정하는 업무를 수행한다.

1. 임상병리사 : 각종 화학적 또는 생리학적 검사
2. 방사선사 : 방사선 등의 취급 또는 검사 및 방사선 등 관련 기기의 취급 또는 관리
3. 물리치료사 : 신체의 교정 및 재활을 위한 물리요법적 치료
4. 작업치료사 : 신체적·정신적 기능장애를 회복시키기 위한 작업요법적 치료
5. 치과기공사 : 보철물의 제작, 수리 또는 가공
6. 치과위생사 : 치아 및 구강질환의 예방과 위생 관리 등

**제9조(무면허자의 업무금지 등)** ① 의료기사등이 아니면 의료기사등의 업무를 하지 못한다. 다만, 대학등에서 취득하려는 면허에 상응하는 교육과정을 이수하기 위하여 실습 중에 있는 사람의 실습에 필요한 경우에는 그러하지 아니하다.

② 의료기사등이 아니면 의료기사등의 명칭 또는 이와 유사한 명칭을 사용하지 못한다.

③ 의료기사등은 제4조에 따라 받은 면허를 다른 사람에게 대여하여서는 아니 된다.

④ 누구든지 제4조에 따라 받은 면허를 대여받아서는 아니 되며 면허 대여를 알선하여서도 아니 된다.



## 의료기사 등에 관한 법률 시행령

제2조(의료기사, 보건의료정보관리사 및 안경사의 업무 범위 등) ① 「의료기사 등에 관한 법률」(이하 “법”이라 한다) 제2조제2항에 따른 의료기사의 종류에 따른 업무 및 법 제3조에 따른 의료기사, 보건의료정보관리사 및 안경사(이하 “의료기사등”이라 한다)의 구체적인 업무 범위는 별표 1에 따른다.

② 의료기사는 의사 또는 치과의사의 지도를 받아 별표 1에 따른 업무를 수행한다.