

2025년도 3·4분기

의료급여 현지조사 부당청구 사례

- 2025년도 2·3분기 조사분 -

2025년 12월



건강보험심사평가원
급여조사실 조사3부

□ 거짓청구 개념

- 진료비 청구의 원인이 되는 행위가 실제 존재하지 않았으나 진료행위가 존재한 것처럼 가장하여 진료비 등을 청구하는 행위를 거짓청구라 하며, 이러한 거짓청구도 부당청구에 포함됩니다.

<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

▶ 관계 법령

- 「의료급여법」 제29조의3, 「국민건강보험법」 제100조
- 「의료법」 제66조제1항제7호 및 제3항
- 「약사법」 제79조제2항제2호
- 「형법」 제347조제1항

의료급여법 제29조의3

제29조의3(위반사실의 공표) ① 보건복지부장관은 관련 서류의 위조·변조로 의료급여비용을 거짓으로 청구하여 제28조 또는 제29조에 따른 행정처분을 받은 의료급여기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 제2항의 의료급여공표심의위원회의 심의를 거쳐 그 위반 행위, 처분 내용, 해당 의료급여기관의 명칭·주소 및 대표자 성명, 그 밖에 다른 의료급여기관과의 구별에 필요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항을 공표할 수 있다. 이 경우 공표 여부를 결정할 때에는 그 위반행위의 동기, 정도, 횟수 및 결과 등을 고려하여야 한다.

1. 거짓으로 청구한 금액이 1천500만 원 이상인 경우
 2. 의료급여비용 총액 중 거짓으로 청구한 금액의 비율이 100분의 20 이상인 경우
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 공표 여부 등을 심의하기 위하여 의료급여공표심의위원회(이하 이 조에서 "공표심의위원회"라 한다)를 설치·운영하여야 한다.
- ③ 공표심의위원회는 공표 심의 대상자에게 심의 사실 및 내용을 알려 대상자가 소명자료를 제출하거나 출석하여 의견을 진술할 기회를 주어야 하고, 심의과정에서 이를 고려하여야 한다.
- ④ 그 밖에 공표의 절차·방법, 공표심의위원회의 구성·운영 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

국민건강보험법 제100조

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, 횟수 및 결과 등을 고려하여야 한다.

1. 거짓으로 청구한 금액이 1천 500만 원 이상인 경우
 2. 요양급여비용 총액 중 거짓으로 청구한 금액의 비율이 100분의 20 이상인 경우
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 공표 여부 등을 심의하기 위하여 건강보험공표심의위원회(이하 이 조에서 “공표심의위원회”라 한다)를 설치·운영한다.
- ③ 보건복지부장관은 공표심의위원회의 심의를 거친 공표대상자에게 공표대상자인 사실을 알려 소명자료를 제출하거나 출석하여 의견을 진술할 기회를 주어야 한다.
- ④ 보건복지부장관은 공표심의위원회가 제3항에 따라 제출된 소명자료 또는 진술된 의견을 고려하여 공표대상자를 재심의한 후 공표대상자를 선정한다.
- ⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 공표의 절차·방법, 공표심의위원회의 구성·운영 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

의료법 제66조제1항제7호 및 제3항

법 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 제79조제2항제2호

법 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

* 세부사항은 각종 고시 등 기준에 따름

🔍 관련 사례

- 비급여대상(미용 목적) 진료 후 요양급여비용 이중청구 3
- 실시하지 않은 SARS-CoV-2항원검사 거짓청구..... 4
- 가정간호 기본방문료 등 거짓청구 5
- 내원일수 증일 거짓청구..... 6

비급여대상(미용 목적) 진료 후 요양급여비용 이중청구

사례 1

○○의원은 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 비급여대상 진료 후 비용을 비급여로 별도 징수한 후 진찰료, 처치 및 수술료 등을 요양급여비용으로 이중 청구함.

관련근거

● 「국민건강보험법」 제41조(요양급여) 제4항

- 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.

● 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표2] 비급여(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)·탈기코(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

실시하지 않은 SARS-CoV-2항원검사 거짓청구

사례 2

○○의원의 수진자들이 SARS-CoV-2 항원검사를 거부하여 실시하지 않은 검사료를 요양급여비용으로 거짓 청구함.

관련근거

● 「의료급여법」 제11조급여비용의 청구와 지급

- ① 의료급여기관은 제10조에 따라 의료급여기금에서 부담하는 급여비용의 지급을 시장·군수·구청장에게 청구할 수 있다. 이 경우 제2항에 따른 심사청구는 시장·군수·구청장에 대한 급여비용의 청구로 본다.
- ② 제1항에 따라 급여비용을 청구하려는 의료급여기관은 급여비용심사기관에 급여비용의 심사청구를 하여야 하며, 심사청구를 받은 급여비용심사기관은 이를 심사한 후 지체 없이 그 내용을 시장·군수·구청장 및 의료급여기관에 알려야 한다.

● 「국민건강보험법」 제47조요양급여비용의 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.

● 「의료법」 제22조진료기록부 등

- ① 의료인은 각각 진료기록부, 조산기록부, 간호기록부, 그 밖의 진료에 관한 기록(이하 “진료기록부 등”이라 한다)을 갖추어 두고 환자의 주된 증상, 진단 및 치료 내용 등 보건복지부령으로 정하는 의료행위에 관한 사항과 의견을 상세히 기록하고 서명하여야 한다.
- ③ 의료인은 진료기록부등을 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가·삭제·수정하여서는 아니된다.

● 「행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1부 1. 일반기준

요양기관이 국민건강보험법령의 규정에 의한 요양급여를 실시하고 행위에 대한 비용을 해당 분류항목의 상대가치점수(이하 “점수”라 한다)에 점수당 단가를 곱하여 10원 미만은 4사5입한 금액으로 산정한다.

가정간호 기본방문료 등 거짓청구

사례 3

○○의원의 수진자들의 경우 실제로는 가정간호를 실시하기 위해 가정간호사가 방문하지 않았음에도, 타 병원 입원 중이거나 치료 중인 기간에 재가 가정간호를 실시한 것으로 요양급여비용을 청구하거나, 시설입소자에게 시설 가정간호를 실시한 것으로 처치 현황표(시설 방문대장)에 기록하고 가정간호기본방문료, 외래환자 의약품관리료, 주사료, 처치료 등을 요양급여비용으로 청구함.

관련근거

● 「의료법」 제22조(진료기록부 등)

- ① 의료인은 각각 진료기록부, 조산기록부, 간호기록부, 그 밖의 진료에 관한 기록(이하 “진료기록부 등”이라 한다)을 갖추어 두고 환자의 주된 증상, 진단 및 치료 내용 등 보건복지부령으로 정하는 의료행위에 관한 사항과 의견을 상세히 기록하고 서명하여야 한다.
- ③ 의료인은 진료기록부등을 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가·삭제·수정하여서는 아니된다.

● 「의료법 시행규칙」 제24조(가정간호)

- ① 법 제33조제1항제4호에 따라 의료기관이 실시하는 가정간호의 범위는 다음 각 호와 같다.
 1. 간호 2. 검체의 채취(보건복지부장관이 정하는 현장검사를 포함한다. 이하 같다) 및 운반
 3. 투약 4. 주사 5. 응급처치 등에 대한 교육 및 훈련 6. 상담
 7. 다른 보건 의료기관 등에 대한 건강관리에 관한 의뢰
- ③ 가정간호는 의사나 한의사가 의료기관 외의 장소에서 계속적인 치료와 관리가 필요하다고 판단하여 제2항 본문에 따른 가정전문간호사 또는 같은 항 단서에 따른 간호사(이하 “가정전문간호사 등”이라 한다)에게 치료나 관리를 의뢰한 사람에 대해서만 실시해야 한다.

● 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 4.가정간호 기본방문료

- 가. 진료담당의사 또는 한의사(이하 “진료담당의사”라 한다)의 진단과 처방에 따라 가정전문간호사가 가정간호대상 환자에게 가정간호를 행하는 경우에 산정한다.
- 나. 다음 각 호의 1에 해당하는 경우에는 가정간호 기본방문료 이외에 제2부 각 장에서 분류된 항목의 점수를 입원환자 산정기준에 따라 별도로 산정할 수 있다. 다만, 의약품관리료는 외래환자 의약품관리료를 산정하고, 조제료는 퇴원 환자 조제료를 산정한다.
 - (1) 진료담당의사의 진단과 처방에 따라 가정전문간호사가 직접 방문하여 검사(요일반검사, 반정량당검사, 경피적혈액산소포화도 측정에 한함), 투약, 주사 및 처치(제9장 제1절에 분류되지 아니한 간단한 처치의 비용은 기본 방문료에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다) 등을 실시한 경우
 - (2) 진료담당의사의 진단과 처방에 따라 가정전문간호사가 직접 방문하여 검사에 필요한 검체를 채취하여 검사한 경우. 이 때 검체채취, 검체운반 등에 따른 비용은 별도 산정하지 아니한다.

내원일수 중일 거짓청구

사례 4

○○병원의 경우 내원한 수진자가 실제 내원하여 진료받은 사실과 진료기록이 없으며, 진료 당일 수진자가 대면하여 진료하지 않았음에도 진료 후 처방전을 발행한 것으로 진찰료 등을 요양급여비용으로 청구함.

관련근거

● 「의료급여법」 제11조급여비용의 청구와 지급

- ① 의료급여기관은 제10조에 따라 의료급여기금에서 부담하는 급여비용의 지급을 시장·군수·구청장에게 청구할 수 있다. 이 경우 제2항에 따른 심사청구는 시장·군수·구청장에 대한 급여비용의 청구로 본다.
- ② 제1항에 따라 급여비용을 청구하려는 의료급여기관은 급여비용심사기관에 급여비용의 심사청구를 하여야 하며, 심사청구를 받은 급여비용심사기관은 이를 심사한 후 지체 없이 그 내용을 시장·군수·구청장 및 의료급여기관에 알려야 한다.

● 「국민건강보험법」 제47조요양급여비용의 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.

● 「의료법」 제22조진료기록부 등

- ① 의료인은 각각 진료기록부, 조산기록부, 간호기록부, 그 밖의 진료에 관한 기록(이하 “진료기록부 등”이라 한다)을 갖추어 두고 환자의 주된 증상, 진단 및 치료 내용 등 보건복지부령으로 정하는 의료행위에 관한 사항과 의견을 상세히 기록하고 서명하여야 한다.
- ③ 의료인은 진료기록부등을 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가·삭제·수정하여서는 아니된다.

□ 부당청구 개념

- 의료급여법령(국민건강보험법령 포함)에서는 '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 포함하고 있습니다.
- 법령에서 정한 의료(요양)급여기준, 진료수가기준 등을 위반하여 의료(요양)급여를 실시하고 그 비용을 청구하는 것으로, 청구자의 고의·과실 여부는 고려하지 않고 객관적 위반 사실이 있을 경우 부당청구로 인정하고 있습니다.

▶ 관계법령

- 「의료급여법」 제23조, 제28조, 제29조
- 「국민건강보험법」 제57조, 제98조, 제99조

의료급여법 제23조, 제28조, 제29조

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 금액의 전부 또는 일부를 부당이득금으로 징수한다. (후략)

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 (후략)

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. (후략)

국민건강보험법 제57조, 제98조, 제99조

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. (후략)

제98조(업무정지) ① 보건복지부장관은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 요양기관에 대하여 1년의 범위에서 기간을 정하여 업무정지를 명할 수 있다.

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 (후략)

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. (후략)

* 세부사항은 각종 고시 등 기준에 따름

🔍 관련 사례

● 야간가산 산정기준 위반청구	9
● 비급여대상 진료 후 요양급여비용으로 청구.....	10
● 의사인력확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등제 산정기준 위반	11
● 검사료(신경학적 검사)산정기준 위반청구	12
● 검체검사료 대체청구	13
● 장기요양 의사소견서 발급을 위한 진찰료 부담청구	14
● 처방전 대리수령 구비서류 절차규정 위반청구	15
● 협의진찰료 산정기준 위반 청구.....	16
● 이학요법료 산정기준 위반	17
● 요양병원 감염예방·관리료 부담청구	18
● 필요인력 확보에 따른 별도보상제 부담청구	19
● 진찰료 산정기준 위반 청구	20

야간가산 산정기준 위반청구

사례 1

○○의원은 수진자들에 대하여 실제로 주간(09시~18시)에 결장경하 종양 수술 등을 시행하고 진료시작 전인 09시 이전에 시행한 것으로 야간가산을 적용하여 결장경하종양 수술-폴립 절제술(의원)야간(Q7701080) 등으로 요양급여비용을 부당 청구함.

관련근거

● 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」

제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 [산정지침]

- (1) 18시~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 처치 및 수술을 행한 경우에는 소정 점수의 50%를 가산(산정코드 두 번째 자리에 18시~09시는 1, 공휴일은 5로 기재), 병원급 요양기관(치과병원, 한방병원 제외)은 소정점수의 100%를 가산(산정코드 두 번째 자리에 18시~09시는 L, 공휴일은 M으로 기재)한다. 다만, 22~06시에 분만(자-435, 자-436, 자-438, 자-450, 자-451)을 시행한 경우에는 소정점수의 100%를 가산한다. (산정코드 두 번째 자리에 6으로 기재) 이 경우 해당 처치및 수술을 시작한 시각을 기준으로 산정한다.
- (20) 18시~09시, 토요일 및 공휴일에 의원(보건의료원 포함)·치과의원(보건의료원 포함) 외래에서 (별표8)에 열거한 항목을 행한 경우에는 소정점수의 30%를 가산한다. (산정코드 두 번째 자리에 8로 기재) 이 경우 해당 항목을 시작한 시각을 기준으로 산정하며, 산정지침 (1)과 중복 가산하지 아니한다.

비급여대상 진료 후 요양급여비용으로 청구

사례 2

○○의원은 성전환 호르몬주사(데포주10mg), 독감예방접종 등을 목적으로 내원한 수진자들에게 비급여 진료 후 비급여로 징수해야 하나 요양급여 비용으로 부담 청구함.(법정본인부담금 징수)

관련근거

● 「국민건강보험법」 제41조(요양급여) 제4항

- 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.

● 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표2] 비급여(제9조제1항관련)

- 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 단순한 피로 또는 권태
 - 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·탈기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
 - 단순 코골음
 - 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
 - 검열반 등 안과질환

사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환
- 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 가입자등에게 실시하는 건강검진 제외)
 - 나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
 - 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건 증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거. 다만, 치석제거만으로 치료가 종료되는 전체 치석제거로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
 - 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.
 - 떨미 예방, 금연 등을 위한 진료
 - 유전성질환 등 태아 또는 배아의 이상유무를 진단하기 위한 유전학적 검사
 - 장래인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료
 - 아. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료

의사인력확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등제 산정기준 위반

사례 3

○○요양병원은 소속 의사인 ○○○는 20○○년 ○○월 ○○일부터 본인 질환으로 근무하지 않았음에도 불구하고 20☆☆년 ☆☆월 ☆☆일까지 계속 근무한 것으로 신고·산정하여 요양급여비용을 부담 청구함.

관련근거

● 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제3편 제3부 요양병원 행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침 4. 마. 의사인력확보수준에 따른 입원료 차등제

(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 의사인력확보수준을 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

● 「전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정」 제3조 (전문의의 전문과목)

전문의의 전문과목은 내과, 신경과, 정신건강의학과, 외과, 정형외과, 신경외과, 심장혈관흉부외과, 성형외과, 마취통증의학과, 산부인과, 소아청소년과, 안과, 이비인후과, 피부과, 비뇨의학과, 영상의학과, 방사선종양학과, 병리과, 진단검사의학과, 결핵과, 재활의학과, 예방의학과, 가정의학과, 응급의학과, 핵의학 및 직업환경의학과로 한다.

● 의사인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등적용 관련 기준(고시 제2019-302호, '20.7.1.시행)

나. 의사인력 산정기준

- 1) 의사는 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서상의 상근자를 의미하며, 연속적 부재기간이 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.

다. 의사인력 확보수준에 따른 등급산정 및 신청방법

- 1) 환자수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 환자수 평균으로, 의사수는 전전분기 마지막 월 15일부터 전분기 마지막 월 14일까지 재직일수 평균으로 산정하되, 평균 환자수와 평균 의사수는 각각 소수점 셋째자리에서 반올림하여 계산함.
- 2) 요양기관은 [별지 제6호 서식]에 의한 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서를 건강보험심사평가원에 매분기말 16일부터 20일까지 제출하여야 하며, 미제출 기관은 4등급으로 산정함. 다만, 제출기간을 도과하더라도 적용분기 전일까지 부득이한 사유를 소명하여 제출하는 경우에 한하여 확인된 의사등급을 적용하며, 통보서 내용 중 의사인력 현황에 변경사항 발생 시는 즉시 제출하여야 함.

검사료(신경학적 검사)산정기준 위반청구

사례 4

○○병원은 신경학적 검사를 시행한 후 일반검사(F6101), 단순검사(F6100) 또는 기본 진료료에 포함인지 여부를 확인할 수 있는 검사 결과 및 판독소견을 기록하지 않고 (검사결과지 없음) 요양급여비용을 부당 청구함.

관련근거

● 나-610. 신경학적 검사의 급여기준 (보건복지부 고시 제2018-281호, '19.1.1. 시행)

신경학적 검사의 단순검사와 일반검사는 신경계통(중추신경계 및 말초신경계)의 이상유무 및 진행과정을 객관적으로 평가하기 위한 검사로 다음에서 정한 바에 따라 검사를 시행하고 검사 결과 및 판독소견을 기록한 경우에 산정하며, 세부적인 기준은 다음과 같음

- 다 음 -

1. 산정기준

가. 산정대상 : 신경계 질환(의심)자

나. 산정방법

- 1) 단순검사 : 7개 평가영역 중 4개 이상의 평가영역을 시행한 경우에 산정하며 3개 이하의 평가영역을 시행하는 단편적인 신경검사는 기본진료료에 포함됨
- 2) 일반검사 : 7개 평가영역을 모두 시행한 경우에 산정함
- 3) 상기 1), 2)의 규정에도 불구하고 만 1세 미만의 소아는 '소뇌 및 전정기능 검사'와 '보행장애 검사'를 대신하여 '신체발육'을 포함한 6개 평가영역을 모두 시행한 경우 일반검사를 산정할 수 있으며, 이 중 3개 이상의 평가영역을 시행한 경우는 단순검사로 산정함

다. 동일한 날에 단순검사와 일반검사를 실시한 경우에는 주된 검사 1가지만 산정함

라. 평가영역별 필수검사

평가영역별 필수검사 항목을 반드시 포함하여 전반적인 신경학적 검사를 시행하여야 함. 다만, 만 6세 미만의 소아의 경우에는 예외로 적용할 수 있음

2. 산정횟수

가. 단순검사

1) 주 1회

2) 상기 1)의 규정에도 불구하고 중환자실 또는 뇌졸중집중치료실 입원 환자는 일 1회

나. 일반검사 : 월 1회

검체검사로 대체청구

사례 5

○○의원은 수급권자들에게 실제로는 누490 비타민 나. 정밀면역검사 (05) B12(코드: D4902053, D490205HZ) 검사를 위탁 실시 후 누490 비타민 나주. 핵의학적 방법 (02) B12(코드: D4903027, D4903027Z) 검사를 위탁 실시한 것으로 요양급여비용을 부당 청구함.

관련근거

● 「의료법」 제22조진료기록부 등

- ① 의료인은 각각 진료기록부, 조산기록부, 간호기록부, 그 밖의 진료에 관한 기록(이하 “진료기록부 등”이라 한다)을 갖추어 두고 환자의 주된 증상, 진단 및 치료 내용 등 보건복지부령으로 정하는 의료행위에 관한 사항과 의견을 상세히 기록하고 서명하여야 한다.
- ③ 의료인은 진료기록부등을 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가·기재·수정하여서는 아니된다.

● 「의료급여법」 제11조급여비용의 청구와 지급

- ① 의료급여기관은 제10조에 따라 의료급여기금에서 부담하는 급여비용의 지급을 시장·군수·구청장에게 청구할 수 있다. 이 경우 제2항에 따른 심사청구는 시장·군수·구청장에 대한 급여비용의 청구로 본다.
- ② 제1항에 따라 급여비용을 청구하려는 의료급여기관은 급여비용심사기관에 급여비용의 심사청구를 하여야 하며, 심사청구를 받은 급여비용심사기관은 이를 심사한 후 지체 없이 그 내용을 시장·군수·구청장 및 의료급여기관에 알려야 한다.

● 「국민건강보험법」 제47조요양급여비용의 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.

장기요양 의사소견서 발급을 위한 진찰료 부담청구

사례 6

○○의원은 수진자들은 장기요양 의사소견서 발급 목적으로 내원하였으나, 초진진찰료(AA154), 재진진찰료(AA254) 등을 요양급여비용으로 부담 청구함.

관련근거

● 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표2] 비급여[제9조제1항관련]

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 가입자등에게 실시하는 건강검진 제외)
 - 나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
 - 다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건 증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거. 다만, 치석제거만으로 치료가 종료 되는 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. 멸미 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

● 장기요양인정 신청시 의사소견서 발급 관련 협조(행정해석, 보험급여과-324호, '08.4.15.)

「노인장기요양보험법 시행규칙」 제4조에 의한 공단부담금은 요양기관에서 공단에 청구할 수 있으나, 그 외 해당 질병 확인 등을 위한 진찰료 및 진단에 소요되는 검진 비용 등에 대해서는 전액 신청인(본인)이 부담해야 함

<참고> 소견서, 촉탁서 발급비용

- * 소견서, 촉탁서(보건복지부 고시 제2000-73호, '01.01.01. 시행)에 의거, 기본진료료(입원료, 진찰료)의 소정점수에 포함됨
- * 질의회신 “진단서 등”(유권해석, 의료정책팀-4073호, '06.10.10.)에 의거, 진료종료 후 당일 발급하는 소견서 비용은 진찰료에 포함되어 있다는 것으로 해석하여 소견서 비용을 받지 않고 추후 환자나 가족, 보험사(환자동의서 지참) 등으로부터 요구시 발급하는 소견서 라는 것은 일반진단서를 말하는 것이라 보여지며 이를 교부시 본인이 그 비용을 부담해야 하는 사항임.

처방전 대리수령 구비서류 절차규정 위반청구

사례 7

○○의원은 대리수령자에게 ‘처방전 대리수령 신청서’를 제출받지 아니하고 처방전 및 약제를 수령 하도록 원외처방전을 발급하고 재진진찰료 [대리수령자가 처방전 및 약제를 수령한 경우 (AA255090)등을 요양급여비용으로 청구하였으며, 원외처방전 발급으로 인해 의약품비용(원외처방 약제비 포함)을 요양급여비용으로 지급받게함.

관련근거

● 「의료법」 제17조의2처방전

- ② 제1항에도 불구하고 의사, 치과의사 또는 한의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우로서 해당 환자 및 의약품에 대한 안전성을 인정하는 경우에는 환자의 직계존속·비속, 배우자 및 배우자의 직계존속, 형제자매 또는 「노인복지법」 제34조에 따른 노인의료복지시설에서 근무하는 사람 등 대통령령으로 정하는 사람(이하 이 조에서 “대리수령자”라 한다)에게 처방전을 교부하거나 발송할 수 있으며 대리수령자는 환자를 대리하여 그 처방전을 수령할 수 있다.
1. 환자의 의식이 없는 경우
 2. 환자의 거동이 현저히 곤란하고 동일한 상병(傷病)에 대하여 장기간 동일한 처방이 이루어지는 경우

● 「의료법」 제10조의2대리수령자의 범위

의료법 제17조의2제2항 각 호 외의 부분에서 (생략) 다음 각 호의 사람을 말한다.

1. 환자의 직계존속·비속 및 직계비속의 배우자
2. 환자의 배우자 및 배우자의 직계존속
3. 환자의 형제자매
4. 노인복지법 제 34조에 따른 노인의료복지시설에서 근무하는 사람
- 4의2 장애인복지법 제58조제1항제1호의 장애인 거주시설에서 근무하는 사람
5. 그 밖에 환자의 계속적인 진료를 위해 필요한 경우로서 보건복지부 장관이 인정하는 사람

● 「의료법 시행규칙」 제11조의2처방전의 대리수령 방법

- ① 법 제17조의2제2항에 따른 대리수령자(이하 “대리수령자”라 한다)가 처방전을 수령하려는 때에는 의사, 치과의사 또는 한의사에게 별지 제8호의2서식의 처방전 대리수령 신청서를 제출해야 한다. 이 경우 다음 각 호의 서류를 함께 제시해야 한다. <개정 2022. 9. 14.>
1. 대리수령자의 신분증(주민등록증, 여권, 운전면허증, 그 밖에 공공기관에서 발행한 본인임을 확인할 수 있는 신분증을 말한다. 이하 같다) 또는 그 사본
 2. 환자와의 관계를 증명할 수 있는 다음 각 목의 구분에 따른 서류 (중략)
 3. 환자의 신분증 또는 그 사본. 다만, 「주민등록법」 제24조제1항에 따른 주민등록증이 발급되지 않은 만 17세 미만의 환자는 제외한다.

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

가-1 나 재진진찰료 주7

진료담당의사와 상담한 후 「의료법」 제17조의2 제2항에 따라 대리수령자가 처방전 및 약제를 수령한 경우에는 재진진찰료 소정점수의 50%를 산정한다.

협 의 진찰료 산정기준 위반

사례 8

○○병원은 입원한 중 협의진료를 시행한 것으로 확인되는 수진자들의 의무기록에서 실제 협의진료가 이루어진 후 협진의의 조언 혹은 견해가 기록된 의무기록이 없거나 확인할 수 없음에도 불구하고, 가8 협의진찰료(분류코드: 11800)를 산정하여 요양급여비용으로 청구함.

관련근거

● 「의료법」 제22조진료기록부 등

- ① 의료인은 각각 진료기록부, 조산기록부, 간호기록부, 그 밖의 진료에 관한 기록(이하 “진료기록부 등”이라 한다)을 갖추어 두고 환자의 주된 증상, 진단 및 치료 내용 등 보건복지부령으로 정하는 의료행위에 관한 사항과 의견을 상세히 기록하고 서명하여야 한다.
- ③ 의료인은 진료기록부등을 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가·기재·수정하여서는 아니된다.

● 「입원 중 협의진찰료 급여기준」(보건복지부 고시 제2021-73호, 2021.3.5. 시행)

1. 산정기준

협의진찰료는 입원 중인 환자의 특별한 문제에 대한 평가 및 관리를 위하여 그 환자의 주치의가 아닌 다른 진료과목 [또는 세부 전문과목(분야)] 의사의 견해나 조언을 얻는 경우 산정하며, 협의진료를 요청하는 특별한 문제 및 협의진료의사의 견해 등을 의무기록에 명시하여야 함.

2. 진료과목당 또는 세부전문과목(분야)당 산정횟수

가. 상급종합병원, 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원

: 입원기간 중 30일에 5회 이내

다만, 중환자실 입원환자의 경우 환자상태 변화 등으로 인해 협진이 필요한 경우 추가산정 가능
(기본코드 다섯 번째 자리에 1로 기재)

나. 종합병원, 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원

: 입원기간 중 30일에 3회 이내

다. 병원·정신병원·한방병원·치과병원

: 입원기간 중 30일에 2회 이내

라. 요양병원·의원·한의원·치과의원·보건의료원

: 입원기간 중 30일에 1회 이내

이학요법료 산정기준 위반

사례 9

○○병원은 의사가 진찰 후 복합운동치료 처방은 하였으나 실제로 전산화된 등속성운동 기구를 제외한 기계(기구)를 사용한 근력강화운동을 20분만 실시하여 단순운동치료 [1일당](MM101)로 청구하여야 함에도 복합운동치료 [1일당](MM102)를 실시한 것으로 이학요법료를 산정하여 요양급여비용을 청구함.

관련근거

● 「의료법」 제22조진료기록부 등

- ① 의료인은 각각 진료기록부, 조산기록부, 간호기록부, 그 밖의 진료에 관한 기록(이하 “진료기록부 등”이라 한다)을 갖추어 두고 환자의 주된 증상, 진단 및 치료 내용 등 보건복지부령으로 정하는 의료행위에 관한 사항과 의견을 상세히 기록하고 서명하여야 한다.
- ③ 의료인은 진료기록부등을 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가·삭제·수정하여서는 아니된다.

● 「건강보험요양급여비용」 제1편 제2부 제7장 (이학요법료)

제2절(단순재활치료료)

주: 1. 해당 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과, 외과, 심장혈관흉부외과, 마취통증의학과 또는 성형외과 전문의가 상근하여야 하며, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 상근하는 물리치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다.

● 「건강보험요양급여비용」 제1편 제2부 제7장 (이학요법료)

제2절(단순재활치료료) 사116 운동치료 [1일당] 가. 복합운동치료(MM102)

주: 전산화된 등속성운동기구를 제외한 기계(기구)를 사용한 근력강화운동과 기능 훈련 등 30분 이상 실시한 경우에 산정한다.

요양병원 감염예방·관리료 부담청구

사례 10

○○요양병원은 입원한 수진자들에게 감염예방·관리 활동 후 관련 기록을 남기지 않아 ‘요-57 요양병원 감염예방·관리료(AH112)’를 산정할 수 없음에도 요양급여비용으로 청구함.

1 관련근거

● 「보건복지부 고시 제2023-109호(시행일:2023.07.01) 요양병원 감염예방·관리료 산정기준」

요양병원 감염예방·관리료는 요양병원 입원료 차등제를 신고하고, 의료관련 감염 등 효율적인 감염예방 및 관리 프로그램 운영을 위하여 아래와 같은 인력 등 조건을 모두 갖춘 요양병원에서 감염예방·관리 활동을 실시하는 경우에 요양급여를 인정하며, 입원환자입원 1일당 1회 산정함.

- 아 래 -

(중략)

다. 요양병원 감염예방·관리료를 산정하는 기간 동안 다음과 같은 감염예방·관리 활동을 시행하여야 함.

- 1) 감염관리실은 감염관리위원회 운영을 하여야 하며, 위원회의 업무, 구성 및 운영은 「의료법 시행규칙」 제43조제2항, 제44조 및 제45조를 따름.
- 2) 전직원 대상의 감염관리 교육을 연 1회 이상 실시하고 교육내용, 교육시간, 참석자를 포함하여 기록하여야 함.
- 3) 감염관리 지침(감염관리실 활동, 감염대책, 연간계획 수립·시행·평가, 실적분석·평가 및 경영진 보고·관련 직원 공유 지침, 부서별 감염관리, 환경관리, 세척·소독 및 멸균 과정의 감염관리 등)을 마련하고, 요양기관의 감염관리 현황파악 및 개선활동을 위해 주 1회 정기적으로 순회를 실시하고 기록하여야 함.
- 4) 환자치료영역의 환경관리 및 청소와 소독을 수행하고, 환자치료영역의 물과 요양병원 내 음용수를 적절하게 관리·기록하여야 함.

필요인력 확보에 따른 별도보상제 부당청구

사례 11

○○요양병원의 경우 건강보험심사평가원에 신고한 상근약사가 타병원 의약품을 비치·관리 하였으며, 타병원 약사 보조 인력에게 조제를 지도하고 의약품을 조제하는 등 업무를 병행하여 “필요인력 확보에 따른 별도 보상” 을 산정할 수 없음에도 요양급여비용으로 청구함.

관련근거

● 「건강보험 행위 급여비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3편 요양병원 급여 목록 및 상대가치점수 제3부 요양병원 행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침

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.(코드는 의·치과 AB002, 한의과 15002)
- (2) 필요인력의 경우, 해당 치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 물리치료실, 임상병리실, 방사선실을 갖추고 실제 사용할 수 있는 해당 장비를 보유하고있는 요양기관에 한하여 산정할 수 있다.

진찰료 산정기준 위반 청구

사례 12

○○의원은 수진자에게 의사의 진찰행위 없이 물리치료만 실시하였음에도 재진 진찰료(분류코드: AA254)등으로 100%를 산정하여 요양급여비용으로 청구함.

관련근거

● 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」

제1편 제2부 제1장 [기본진료료] 산정지침

1. 진찰료

가. 진찰료는 외래에서 환자를 진찰한 경우에 처방전의 발행과는 관계없이 산정하며 초진환자를 진찰하였을 경우에는 초진진찰료, 재진환자를 진찰하였을 경우에는 재진진찰료를 산정한다.

- (1) 진찰료는 기본진찰료(초진의 경우 AA153~AA157은 155.57점, AA100, AA109는 152.11점, AA106, AA107은 202.24점, 10100은 152.06점, 10101은 160.79점, 10102는 170.02점, 10103은 179.78점, 재진의 경우 AA253~AA257은 98.03점, AA200, AA209는 95.98점, AA206, AA207은 127.44점, 10200은 95.98점, 10201은 104.61점, 10202는 114.02점, 10203은 124.27점)와 외래관리료(진찰료에서 기본진찰료를 제외한 점수)의 소정점수를 합하여 산정한다.

나. 다음 각 호의 1에 해당하는 경우에는 진찰료는 1회 산정한다.

- (1) 동일 의사가 동시에 2가지 이상의 상병에 대하여 진찰을 한 경우
(2) 하나의 상병에 대한 진료를 계속 중에 다른 상병이 발생하여 동일 의사가 동시에 진찰을 한 경우(재진진찰료)

● 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」

제1편 제2부 제1장 가-1. 나. 재진진찰료(AA222)

주. 6. 물리치료, 주사 등을 일시에 처방 지시하여 의사의 진찰행위 없이 매일 또는 반복하여 내원하여 물리치료, 주사 등을 시술받은 경우 또는 주사제를 처방한 당일이 아닌 다른 날에 의사의 진찰 없이 주사를 실시한 경우에는 49.09점을 산정한다.