2017년 3월 정기 현지조사 주요 부당유형 및 세부사례 1부

의약계 수용성 강화를 위한 현지조사결과 주요 부당사례

(2017년 3월 정기조사)

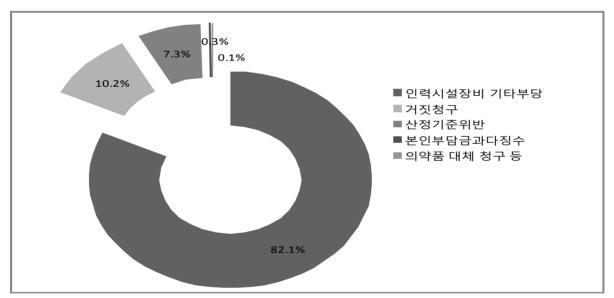
○ 조사기간 : 2017.03.13.(월)~03.28.(화)

○ 조사 실시기관 : 총 79개소(현장조사 69개소, 서면조사 10개소) 병원 6개소, 요양병원 13개소, 한방병원 3개소, 의원 35개소, 한의원 5개소, 치과의원 4개소, 약국 13개소(서면조사 10개소 포함)

○ 현장조사결과 : 69개소 중 68개소 부당확인(98.6%)

○ 서면조사결과 : 10개소 중 9개소 부당확인(90.0%)

○ 부당 유형별 부당금액



(백만원, %)

						<u> </u>
구분	계	인력시설장비 기타부당	거짓청구	산정기준 위반청구	본인부담금 과다징수	의약품 대체청구
금액	6,616	5,431	676	480	23	6
비율	100.0	82.1	10.2	7.3	0.3	0.1

* 부당금액은 정산내역 참조 산출 금액임

주요 부당유형 및 세부 사례

가. 공단 건강검진 후 요양급여비용으로 거짓청구

- ▶ 본인 희망에 의한 결장경 검사를 비급여로 실시 후 진찰료 및 검사료 등을 이중청구
- ▶ 공단 건강검진에 포함되어 있는 검사료 등을 이중청구

※ 관련근거

- 이상소견이 있어 건강검진 실시 당일 검사나 처치 등을 추가로 시행 시 수가산정방법 (복지부 고시 제2016-275호(행위))

사례1) 비급여로 결장경 검사 후 이중청구

▶ A의원은 공단건강검진(위내시경 검사) 당일 본인 희망에 의한 결장경 검사를 비급여로 실시하고, '설사를 동반하지 않은 자극성 장증후군' 등 상병을 기재하여 초진진찰료(14,860원)와 결장경검사(69,720원) 등을 건강보험으로 이중청구하였음.

사례2) 공단건강검진에 포함되어 있는 검사료 이중청구

▶ B의원은 공단검진에 포함된 당검사(정량), 크레아티닌 검사, HDL 콜레스테롤, 지질(트리글리세라이드), AST, ALT검사 등을 실시하고, '기능성 소화 불량 등의 상병을 기재하여 진찰료(초진14,860원/재진10,620원)와 검사료를 건강보험으로 이중청구하였음.

사례3) 공단건강검진에 포함되어 있는 검사료 이중청구

▶ C의원은 공단검진 시 상부소화관내시경검사, 내시경하 생검을 실시하고, 공단 건강검진에 포함되어 별도로 산정할 수 없음에도 '기능성 소화 불량' 상병을 기재하여 진찰료(초진14,860원/재진10,620원), 상부소화관내시경 검사[내시경하 생검](9,430원)을 이중청구하였음.

나. 요양병원 간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등제 위반청구

▶ 요양병원 입원료는 환자 간호업무에 전담하는 간호인력과 환자 수 비율에 따라 차등제를 적용하고 있으나, 실제 입원환자 간호업무를 전담하지 아니한 간호감독, 전임노조, 가정간호사 등을 간호인력에 포함하여 입원료 부당청구

※ 관련근거

- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제3편 제3부 요양병원 행위급여목록·상대가치점수 및 산정지침 4.마.
- 간호인력 확보수준에 따른 간호관리료 차등적용 관련 기준(복지부 고시 제2015-40호(행위))

사례1) 건강검진 및 외래 업무 수행

▶ A요양병원의 간호조무사 OOO는 실제 건강검진, 외래환자 접수 등 입원환자 전담업무를 수행하지 아니하였음에도 입원환자 전담간호업무를 수행한 것으로 신고하고 건강보험 입원료 차등제 적용 시 실제 2등급을 1등급으로 부당청구하였음.

사례2) 간호과장업무 수행(직원교육 등)

▶ B요양병원의 간호과장 OOO는 환자 상담, 병동라운딩, 직원교육 등 입원환자 전담업무를 수행하지 아니하였음에도 입원환자 전담간호업무를 수행한 것으로 신고하고 건강보험 입원료 차등제 적용 시 실제 3등급을 2등급으로 부당청구하였음.

사례3) 육아휴직 중인 간호사

▶ C요양병원에 육아 휴직 중인 간호사 OOO 외 23명은 입원환자 전담 업무를 수행하지 아니하였음에도 입원환자 전담간호업무를 수행한 것으로 신고하고 건강보험 입원료 차등제 적용 시 실제 3~4등급이나 2등급으로 부당청구하였음.

다. 치과

▶ 비급여대상인 광중합형 복합레진충전 등 진료 후 요양급여비용으로 이중청구

※ 관련근거

- 「국민건강보험요양급여의기준에 관한 규칙」제9조 제1항 [별표2] (비급여대상)
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제3부 행위 비급여 목록

사례1) 비급여대상인 광중합형 복합레진충전(UZ005) 진료 후 요양급여 비용으로 이중청구

▶ 비급여대상인 광중합형 복합레진충전을 실시하고 그 비용을 수진자에게 비급여로 전액 징수한 후, '치아의 습관성 마모' 상병을 기재하여 즉일 충전처치(8,320원), 복합레진 충전[글래스아이노머시멘트(Ⅱ)충전포함](6,820원)을 건강보험으로 이중청구하였음.

사례2) 비급여대상인 인레이(Inlay) 및 온레이(Onlay) 간접충전(금 등을 사용한 충전치료)(UZ004) 진료 후 요양급여비용으로 이중청구

▶ 비급여대상인 인레이 간접충전 관련 진료(치아삭제 및 인상채득, 최종합착)를 실시하고 그 비용을 수진자에게 비급여로 전액 징수한 후, '만성 단순 치주염' 상병을 기재하여 재진진찰료(10,620원), 치근활택술(12,090원), 치주치료 후 처치(1,290원)를 건강보험으로 이중청구하였음.

라. 한방

▶ 진료기록부에 변증에 대한 기록이 전혀 없음에도 변증기술료를 부당청구

※ 관련근거

- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 급여목록· 상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방시술 및 처치료 하-40 변증기술료
- 하40(변증기술료) 산정 시 진료기록부상 변증(辨證)으로 인정할 수 있는 기록내용 (복지부 고시2007-77호(행위))

사례1) 진료기록부에 변증에 대한 기록을 기재하지 아니하고 부당청구

▶ 변증기술료는 진료기록부상 사진(망(望),문(聞),문(問),절(切))에 의해서 환자의 임상 증상과 징후를 수집하여 종합적인 분석을 통해 주차(主次)와 진위(眞僞)를 판별하여 각 증후 사이의 내재 관계와 병인, 병기를 파악할 수 있는 변증 기록이 확인되는 경우에 산정할 수 있으나,

A한의원은 단순한 증상 및 진단명만 기재하고 변증기술료(2,630원)를 요양급여비용으로 부당청구하였음.

※ [별지] 관련근거 참조

[별지] 관련근거

- I. 이상소견이 있어 건강검진 실시 당일 검사나 처치 등을 추가로 시행 시 수가산정방법 (보건복지부 고시 제2016-275호(행위))
- 1. 국민건강보험법 제52조에 의거 가입자 등에게 실시하는 건강검진 실시 당일 건강검진 실시 기준에 의한 나761 상부소화관 내시경검사 또는 나766 결장경검사 중에 이상 소견이 있어 검사나 처치 등을 추가로 실시한 경우에는 다음과 같이 적용함. 다만, 국민건강보험법 제52조에 의한 건강검진항목과 중복하여 요양급여하지 않음.

- 다 음 -

- 가. 상기 검사 중 나854 내시경하생검 및 나550 병리조직검사, 나415가 내시경하검사 등을 실시한 경우
 - 내시경하 생검, 생검용 FORCEP, 병리조직검사는 건강검진항목에 포함되므로 급여비용으로 산정하지 아니함.
- 나415가 내시경하검사 등 기타 건강검진항목에 포함되지 아니한 항목은 급여비용으로 산정함.
- 나. 상기 검사 중 나550 병리조직검사 없이 나854 내시경하생검, 나415가 내시경하검사 등을 실시한 경우
- 내시경하 생검, 생검용 FORCEP 및 건강검진항목에 포함되지 아니한 검사 등은 해당 항목별 급여기준에 따라 급여로 산정함.
- 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.
- 2. 국민건강보험법 제52조에 의거 건강검진 실시 당일에 건강검진 실시기준에 해당하지 않는 나766 결장경검사를 추가로 시행할 경우에는 동 검사를 시행하여야 할 증상 등이 사전 진료한 내역을 통해 진료기록부상 확인되는 경우에 요양급여비용으로 산정함.
- II. 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제3편 제3부 요양병원 행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침 4.마. 간호인력확보수준에 따른 입원료 차등제
- 1. 요양병원입원료, 낮병동 입원료, 정액수가 산정시 적용한다.
- 2. 직전 분기 평균 환자 수 대비 간호업무에 종사하는 직전 분기 평균 간호인력(간호사 및 간호조무사) 수(환자 수 대 간호인력 수의 비)에 따라 간호인력확보수준을 다음 각 호의 1과 같이 1등급 내지 8등급으로 구분한다.(이하 생략)

- 3. 환자 수는 낮병동 입원환자를 포함한 요양병원 입원환자 전체를 말하며, 다만, 중환자실 입원환자는 제외한다.
- 4. 간호인력확보수준에 따른 요양병원입원료 등은 등급별로 다음과 같이 가감한다.(이하생략)
- 5. 1등급 내지 5등급에 해당하는 요양병원 중 간호사 비율이 간호인력의 3분의2 이상인 경우 1일당 2,000원을 별도 산정한다.(이하 생략)

Ⅲ. 간호인력 확보수준에 따른 간호관리료 차등적용 관련 기준 (보건복지부 고시 제2015-40호(행위))

1. 적정수준의 간호인력을 확보하지 못한 요양기관에서 간호서비스의 일부를 보호자나 간병인에게 위임하는 등 입원 진료시 간호서비스의 질이 저하되는 바람직하지 않은 현상을 해소하기 위해서 시행하고 있는 [간호인력 확보수준에 따른 입원환자간호관리료 차등제] 관련 기준은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

가. 일반병상 기준

간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제의 기준이 되는 일반병상은 요양기관현황(변경사항) 통보시 건강보험심사평가원에 신고한 병상 중「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 2.마(2)에 의한 일반병동의 병상을 말함. 다만, 신고한 병상보다 더 많은 병상을 운영하는 경우에는 운영병상으로 함.

- 나. 환자간호업무에 종사하지 않은 간호사 : 근무표 상 일반병동에 배치되어 있다고 하여도 실제 환자간호를 담당하지 않으면 일반병동 근무 간호사수에서 제외하여야 함(간호감독, 전임노조, 가정간호사, 호스피스 등).
- 다. 소수점이하 값의 처리 : 간호등급 산정 시 평균 병상수와 평균 간호사수는 각각 소수점 셋째자리에서 반올림하여 계산함.
- 라. 단시간 근무 간호사 및 계약직 간호사 산정 기준: 「기간제 및 단시간근로자 보호에 관한 법률」제8조(차별적 처우의 금지) 및 제17조(근로조건의 서면명시)를 준수하고, 계약직의 경우에는 1년 이상 고용계약을 체결하고 4대 사회보험에 가입한 경우에 산정함. 단, 출산 휴가자 및 육아휴직자 대체 간호사의 경우 계약기간에 관계없이 산정 가능함.
- (1) 계약직 간호사 중 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 40시간인 근무자의 경우 1인으로 산정함.
- (2) 단시간 근무 간호사로 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 40시간 미만인 근무자에 대하여 16(이상)~24시간(미만)근무자의 경우 0.4인, 24(이상)~32시간(미만) 근무자는 0.6인, 32(이상)~40시간(미만) 근무자는 0.8인으로 산정함.(다만, 상급종합병원 및 서울지역 종합병원은 기존에 해당 병원에서 근무 중인 간호사에 한함)

- (3) 서울특별시를 제외한 지역의 병원(상급종합병원 및 종합병원은 제외한다)의 단시간 근무 간호사 중 근로계약서 상 야간(20시~익일08시사이)근무 전담임을 명시하고, 간호인력 산정시점을 기준으로 1개월 이상 야간만 전담하여 근무한 간호사(이하 야간전담간호사)에 대하여 다음과 같이 산정함. 다만, 간호사 총 인원이 직전 분기 대비 감소하지 않은 경우에만 적용하며, 상급종합병원, 종합병원 및 서울 지역 소재 병원의 경우에도 2014.12.15.을 기준으로 야간전담간호사가 1인 이상인 의료기관(이하 야간전담 기존기관)은 건강보험심사평가원에 야간전담 기존기관임을 신고한 후 같은 기준을 적용할 수 있음.
 - (가) 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 16(이상)~24시간(미만) 근무자는 0.8인으로 산정
 - (나) 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 24(이상)~32시간(미만) 근무자는 1.2인으로 산정
 - (다) 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 32시간 이상 근무자는 1.6인으로 산정
- (4) 계약직 간호사를 고용하는 경우, 정규직 근무 간호사 의무고용비율은 상급종합병원 및 종합병원은 100분의 80으로 하고 병원급 이하 요양기관은 100분의 50으로 함.
- 마. 삭제
- 바. 순환근무 간호사 : 일반병동과 외래 등 특수부서를 순환 또는 파견(PRN포함) 근무하는 간호사로는 간호의 질 향상을 기대 할 수 없으므로 해당 간호사는 산정대상에서 제외 함.
- 사. 정신보건의료시설 중 폐쇄병동 : 정신보건의료시설 중 폐쇄병동이라 함은 일반적으로 다른 병동과 구분되어 있고, 일반인의 출입이 통제되는 병동으로서 정신건강의학과 환자만을 입원시키는 병동을 말함.
- 아. 미숙아실 : 미숙아라함은 미숙아를 포함한 질병이 있는 신생아의 총칭(sick baby)을 말하며 미숙아를 수용하는 미숙아실은 신생아실의 범주에 포함되므로 일반 병상수에서 제외함.
- 자. 조기진통실: 분만실내의 조기진통실은 일반병상수에서 제외함.
- 차. 모자동실: 모자동실에 입원하는 산모의 병상은 일반병동의 병상으로 산정함.
- 카. 간호인력 및 등급신청
- (1) 요양기관은 별지 제2호 서식에 의한 요양기관 입원환자 간호관리료 차등제 산정현황을 건강보험심사평가원에 매분기말 20일까지 제출하여야 하며 미제출기관의 경우 7등급으로 산정함. (다만, 종합전문요양기관, 의원, 한의원의 경우 미제출시 6등급으로 적용)
- (2) 병동별 병실현황 : 별지 제3호 서식에 의한 요양기관 병동별 병상 운영현황 통보서를 제출하여야 하며, 변경사항 발생시 즉시 건강보험심사평가원에 제출하여야 함.
- (3) 간호인력 신고 : 별지 제4호 서식에 의한 요양기관 간호인력 일반현황 통보서를 제출하여야 하며, 변경사항 발생시 즉시 건강보험심사평가원에 제출하여야 함.

Ⅳ.「국민건강보험요양급여의기준에 관한 규칙」제9조 제1항 [별표2] (비급여대상)

- 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 비뇨생식기 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(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름 살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
 - 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모 개선 목적의 수술
 - 다. <삭제>
 - 라. 저작 또는 발음기능개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 악안면 교정술 및 교정치료
 - 마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
 - 바. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 - 사. 기타 가목 내지 바목에 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 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 종료되는 전악(全顎) 치석제거로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
 - 라. 불소국소도포, 치면열구전색(치아홈메우기) 등 치아우식증 예방을 위한 진료. 다만, 18세 이하의 치아우식증에 이환되지 않은 순수 건전치아인 제1큰어금니 또는 제2큰어금니에 대한 치면열구전색(치아홈메우기)은 제외한다.
 - 마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료
 - 바. 유전성질환 등 태아의 이상유무를 진단하기 위한 세포유전학적검사
 - 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. 가입자 등이 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 3인 이하가 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용함에 따라 제8조에 따라 고시한 요양급여대상인 입원료(이하 "입원료"라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용. 다만, 상급종합병원의 상급병상 중 1인실 병상을 이용하는 경우에는 입원료를 포함한 입원실 이용비용 전액(다만, 격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 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 중환 자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다.
 - (가) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관과 같은 항 제3호에 따른 병원급 의료기관(종합병원 및 상급종합병원은 제외하되, 「의료법」 제3조의5에 따라 지정된 산부인과 전문병원은 포함한다): 일반병상을 총 병상의 50퍼센트 이상 확보할 것
 - (나)「의료법」 제3조제2항제3호마목에 따른 종합병원(상급종합병원을 포함하되, 「의료법」 제3조의5에 따라 지정된 산부인과 전문병원은 제외한다): 일반병상을 총 병상의 70퍼센트 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(규칙제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 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 「암관리법」 제22조에 따라 완화의료전문기관으로 지정된 요양기관에서 1인실 병상을 이용하여 같은 법 제24조에 따라 완화의료 입원진료를 받는 경우(격리치료 대상인환자가 1인실에 입원하는 경우, 임종실을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여고시하는 불가피한 경우는 제외한다): 제8조제4항 전단에 따라 고시한 완화의료입원실의 입원료 중 5인실 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
- 다. 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.
- 라. 보조생식술(체내·체외인공수정 포함)시 소요된 비용
- 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. 「의료법」 제46조에 따른 선택진료를 받는 경우에 선택진료에 관한 규칙에 따라 추가되는 비용
- 타. 「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용
- 파. 「마약류 관리에 관한 법률」 제40조에 따른 마약류중독자의 치료보호에 소요되는 비용
- 하. 이 규칙 제11조제1항 또는 제13조제1항의 규정에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함하되, 같은 규칙 제3조의4에 따른 신의료기술평가 결과 안전성·유효성을 인정받지 못한 경우에는 제외한다). 다만, 제11조제8항 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」 제3조제8항제2호에 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, 제2호 사목, 제3호 아목, 제4호더목은 다음 각목에서 정하는 경우에 한한다.
 - 가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료
 - 나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제
- 6의2. 영 제21조제3항제3호에 따른 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, 제5조제3항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.
- V. 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 급여목록· 상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방시술 및 처치료 하-40 변증기술료
- 1. 투약 또는 시술하는 경우에 산정한다.
- 2. 초진 당일 1회 산정하고 재진시에는 주1회 이상 실시하더라도 주 1회 산정한다.
- VI. 하40(변증기술료) 산정시 진료기록부상 변증(辨證)으로 인정할 수 있는 기록내용 (보건복지부 고시 제2007-77호(행위))
- 1. 변증은 획득한 환자의 임상 자료에 대해 종합 분석을 하여 질병의 병리본질을 인식하여 구체적인 증명진단을 도출하는 과정임.
- 2. 따라서, 변증기술료는 진료기록부상 사진(망(望),문(聞),문(問),절(切))에 의해서 환자의 임상

증상과 징후를 수집하여 종합적인 분석을 통해 주차(主次)와 진위(眞僞)를 판별하여 각 증후 사이의 내재 관계와 병인, 병기를 파악할 수 있는 변증 기록이 확인되는 경우에 인정하며, 단순한 증상명이나 병명만을 기재한 경우에는 변증과정에 대한 평가가 불가능하므로 인정하지 아니함.