

[붙임]

2026년 심사내역 재점검 업무 안내

2026. 3.



건강보험심사평가원

HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

심사관리실 심사관리부

목 차

I. 심사내역 재점검 개요

- 1. ‘심사내역 재점검’ 이란1
- 2. 안내 목적1
- 3. 법적 근거1

II. 심사내역 재점검 항목

- 1. 총괄2
- 2. 점검 항목(27항목)3
 - 가. 연 단위 등 누적점검(11항목)3
 - 나. 요양기관 간 연계 점검(7항목)17
 - 다. 중복 점검(3항목)25
 - 라. 청구오류 점검(6항목)29
- 3. 점검 종료 항목(2항목)39

1. '심사내역 재점검' 이란

- 심사내역 재점검은 요양급여비용 지급 이후 그 적정성을 다시 확인하는 사후적 절차입니다.
- 점검대상은 관련 법령과 급여기준 등이 명확히 고시되어 있음에도 심사단계에서는 확인이 어려운 수진자별 인정횟수 초과나 요양기관 간 연계확인이 필요한 사항 등이 해당됩니다
- 심사내역 재점검 결과, 기준 초과 등 부적정 청구로 확인된 경우에는 관련 규정에 따라 요양급여비용의 정산·환수 조치가 이루어질 수 있으니 청구 시 기준을 확인하시어 적정 진료가 될 수 있도록 협조하여 주시기 바랍니다.

2. 안내 목적

- 심사내역 재점검 업무에 대한 이해도 향상
- 개별 운영 항목 관련 정보의 사전 안내를 통한 예측 가능성 제고
- 요양기관의 착오청구 예방 및 적정 진료 지원

3. 법적 근거

- 국민건강보험법 제41조(요양급여) 제2항, 제3항, 제4항
- 국민건강보험법 시행규칙 제20조(요양급여비용의 심사·지급) 제4항
- 요양급여비용 심사·지급업무 처리기준 제4조의2(요양급여비용의 심사 방법 및 절차 등) 제3항 제3·5·6호

심사내역 재점검 항목

1. 총괄

순번	점검유형 (항목수)	점검 항목
1	연 단위 등 누적 점검 (11항목)	골다공증에 실시한 생화학적 골표지자 검사 산정횟수 점검
2		골밀도검사 산정횟수 점검
3		눈의 계측검사 산정횟수 점검
4		당화알부민 검사 산정횟수 점검
5		베일리영아발달측정 산정횟수 점검
6		비자극검사 산정횟수 점검
7		비타민 D검사 산정횟수 점검
8		치과임플란트 단계별 중복청구 점검
9		항CCP항체 검사 산정횟수 점검
10		헤모글로빈A1c 검사 산정횟수 점검
11		Denosumab 주사제 산정횟수 점검
12	요양기관 간 연계 점검 (7항목)	약국 본인부담률 차등적용 처방기관 점검
13		약국 본인부담률 차등적용 조제기관 점검
14		원외처방약제비 미연계건 사후연계 점검
15		원외처방약제비 미연계건 추가연계 점검
16		위탁진료 중복점검
17		의과·한의과 협진 중복점검
18	처방·조제 상이내역 점검	
19	중복 점검 (3항목)	동일성분 의약품 중복점검
20		입원진료비 중복점검
21		자보·건보 중복점검
22	청구오류 점검 (6항목)	경구용 골다공증 약제 약국 청구착오 점검
23		야간·공휴 가산 등 항목별 재점검(14항목)
24		응급의료비 미수금 대지급 기각건에 대한 응급의료관리료 점검
25		의과 청구착오 재점검
26		외용제 약국 청구착오 점검
27		장애인 치과 가산 점검

※ 건강보험심사평가원 홈페이지(<https://www.hira.or.kr>)

> 기관소식 > HIRA 소식 > 공지사항 > 2026년 심사내역 재점검 항목 및 기준 안내

※ 요양기관업무포털 홈페이지(<https://biz.hira.or.kr>)

> 업무안내 > 안내 > 심사내역 재점검 > 재점검 항목

2. 점검 항목 (27항목)

가 연 단위 등 누적 점검 (11항목)

① 골다공증에 실시한 생화학적 골표지자검사 산정횟수 점검

- 대상: 골다공증에 실시한 생화학적 골표지자검사 급여기준 초과 건
- 관련 근거: 「골다공증에 실시한 생화학적 골표지자 검사의 급여기준」
(고시 제2019-131호, 2019. 8. 1.)

골다공증에 실시한 생화학적 골표지자검사는 다음과 같은 경우에 골흡수표지자 검사와 골형성표지자검사를 각 1종씩 요양급여를 인정함.

- 다 음 -

- 가. 골다공증 약물치료 시작 전 1회
- 나. 골다공증 약물치료 후 약제 효과 판정을 위해 실시 시 연 2회 이내

※ 골흡수표지자

- 누501 골흡수표지자[정밀면역검사]-C- telopeptide of Collagen Type 1 (CTX), N-telopeptide of Collagen Type 1 (NTX), 디옥시피리디놀린

※ 골형성표지자

- 누500 골대사효소[정밀면역검사]-골특이성 알카리성 포스파타제
- 누503 골형성표지자[정밀면역검사]-오스테오칼신, N-terminal propeptide of type 1 procollagen (P1NP)

○ 착오청구 사례

<사례> 골다공증에 실시한 생화학적 골표지자검사 산정횟수 기준 초과

요양개시일	진료내역	1회 투약	일투	총투	재점검 결과
2025.6.27.	(D5010010) 골흡수표지자[정밀면역검사] C-telopeptide of collagen Type 1(CTX)	1	1	1	인정
	(D5030020) 골형성표지자[정밀면역검사] N-terminal propeptide of type 1 procollagen (P1NP)	1	1	1	
2025.8.8.	(D5010010) 골흡수표지자[정밀면역검사] C-telopeptide of collagen Type 1(CTX)	1	1	1	인정
	(D5030020) 골형성표지자[정밀면역검사] N-terminal propeptide of type 1 procollagen (P1NP)	1	1	1	
2025.10.5.	(D5010010) 골흡수표지자[정밀면역검사] C-telopeptide of collagen Type 1(CTX)	1	1	1	조정
	(D5030020) 골형성표지자[정밀면역검사] N-terminal propeptide of type 1 procollagen (P1NP)	1	1	1	

② 골밀도검사 산정횟수 점검

- 대상: 골밀도검사 급여기준 초과 건
- 관련 근거: 「다334 골밀도검사의 급여기준」(고시 제2023-293호, 2024. 1. 1.)

다334 골밀도검사의 급여기준은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

1. 18세 이상인 경우

<중략>

나. 급여횟수

- 1) 진단 시 1회 인정하되, 말단골(peripheral bone) 골밀도검사 결과 추가검사의 필요성이 있는 경우 1회에 한하여 중심골(central bone; spine, hip)에서 추가검사 인정함.
- 2) 추적검사
 - 가) 추적검사의 실시간격은 1년 이상으로 하되, 검사 결과 정상골밀도로 확인된 경우는 2년으로 함.
 - 나) 치료효과 판정을 위한 추적검사는 중심골(central bone; spine, hip)에서 실시한 경우에 한하여 인정함.
 - 다) 위 가), 나)의 규정에도 불구하고 스테로이드를 3개월 이상 복용하거나 부갑상선기능항진증으로 약물치료를 받는 경우는 종전 골밀도검사 결과에 따라 아래와 같이 할 수 있으며, 이 경우 중심골(central bone; spine, hip)에서 시행함.

- 아 래 -

- (1) 정상골밀도($T\text{-score} \geq -1$)인 경우: 첫 1년에 1회 측정, 그 이후부터는 2년에 1회
 - (2) $T\text{-score} \leq -3$ 인 경우: 첫 1년은 6개월에 1회씩, 그 이후부터는 1년에 1회
- 라) 임신과 연관된 골다공증성(Pregnancy & lactation Associated Osteoporosis) 골절이 의심되는 경우 6개월 간격으로 2회
 - 마) 환자의 장기부재, 진료일정 등 불가피한 사유로 추적검사 실시간격을 충족하지 못하는 경우 4주 범위 내에서 인정

2. 10세 이상 ~ 18세 미만인 경우

골밀도검사의 국내 소아청소년 참고치가 있는 다334가 양방사선(광자) 골밀도검사(DXA)를 이용하여 아래와 같이 실시한 경우 선별급여하며, 본인부담률은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 80%로 적용함

<중략>

나. 급여횟수

1) 진단 시 1회 인정

2) 추적검사

가) Z-score > -1.0 인 경우: 2년에 1회

나) $-2.0 \leq Z\text{-score} \leq -1.0$ 인 경우: 1년에 1회

다) Z-score < -2.0 인 경우: 첫 1년은 6개월에 1회, 그 이후부터는 1년에 1회

라) 환자의 장기부재, 진료일정 등 불가피한 사유로 추적검사 실시간격을 충족하지 못하는 경우 4주 범위 내에서 인정

다. 검사결과 제출

「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따라 명세서 '특정내역(JT024)' 란에 검사 결과를 작성·청구함.

○ 착오청구 사례

<사례 1> 추적검사 실시간격 1년 이내 청구

이전 검사일	추적 검사일	검사간격일수	재점검 결과
2024.9.6	2025.5.4	240일	조정(진료 실시간격 1년 이내)

<사례 2> 스테로이드제제 복용 또는 부갑상선기능항진증 상병 대상 중 6개월 미만 시행

이전 검사일	추적 검사일	검사간격일수	재점검 결과
2025.4.8	2025.7.15	101일	조정(진료 실시간격 6개월 이내)

<사례 3> 선행 중심골 검사 이후 후행 말단골 검사 시행

요양개시일	진료내역	분류	검사간격일수	재점검 결과
2024.5.4.	(HC342) 골밀도검사[재료대포함]-양방사선(광자) 골밀도검사(2부위이상)	중심골	367일	조정 (추적검사는 중심골에서 실시한 경우에 한하여 인정)
2025.5.6.	(HC344) 골밀도검사[재료대포함]-기타 방법에 의한 것	말단골		

③ **눈의 계측검사 산정횟수 점검**

- 대상: 눈의 계측검사[편측] 산정횟수 초과 건
- 관련 근거
 - 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 일부개정 (고시 제2020-164호, 2020. 9. 1.)

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

분류 번호	코 드	분 류	점 수
나-780		눈의 계측검사[편측] Ophthalmic Biometry 주 : 「가」와 「나」를 동시에 실시한 경우에는 주된 항목의 소정점수만 산정한다.	
	E7800	가. 초음파 이용 by Ultrasonography	402.65
	E7801	나. 레이저 간섭계 이용 by Partial Coherence Laser Interferometry	498.50

- 「눈의 계측검사[편측]」 (고시 제2020-173호, 2020. 9. 1.)

1. 눈의 계측검사[편측]는 백내장 수술 시 인공수정체의 도수를 측정하기 위한 검사로 다음과 같은 경우에 요양급여를 인정함.

- 다 음 -

가. 백내장 수술 전 1회
 나. 상기 가. 실시에도 불구하고 **진료상 반드시 필요**하여 1회를 초과하여 실시한 경우 의사소견서 및 진료내역 등을 참조하여 **1회에 한하여 추가 인정**하며, 이 경우 **해당 검사 소정점수의 50%**를 산정함.

<생략>

○ 착오청구 사례

<사례> 눈의 계측검사 산정횟수 기준 초과

요양개시일	진료내역	1회 투약	일투	총투	비고
2024.12.26.	(E7801) 눈의 계측검사[편측]-레이저 간섭계 이용	1	2	1	2025.1.8. 백내장 수술
2025.1.4.	(E7801) 눈의 계측검사[편측]-레이저 간섭계 이용	1	2	1	

백내장 수술 전 실시한 E7801 총 400%(200%+200%, 양측) 청구 건
 → **300%(200%+100%, 양측) 인정(100% 조정)**

4] 당화알부민 검사 산정횟수 점검

- 대상: 누309 당화알부민 검사[화학반응-장비측정] 산정횟수 초과 건
- 관련 근거
 - 「당화알부민검사의 급여기준」 (고시 제2020-120호, 2020. 7. 1.)

1. 당뇨병 환자에게 시행하는 누309 당화알부민 [화학반응-장비측정] 검사의 급여기준은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

가. 급여대상

- 1) 최근 급격한 혈당 변화가 있는 경우
 - 3개월 이내 당화혈색소 변화가 1%이상인 경우
- 2) 단기간에 약물 반응평가가 필요한 경우
 - 3개월 이내 측정된 당화혈색소가 9%이상인 경우
- 3) 식전/식후 혈당변동이 크다고 판단되는 경우
 - 공복과 식후 2시간 혈당 차이가 100mg/dl 이상인 경우이거나
 - 식후 혈당 값 사이의 변동폭이 50mg/dl 이상인 경우

<중략>

나. 누309 당화알부민[화학반응-장비측정] 검사는 헤모글로빈 A1c검사로 정확한 혈당조절 상태를 파악하기 어려운 경우에 실시하며, 1년에 2회 이내로 인정함.

2. 상기 나.의 횟수를 초과하는 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함.

- 「누309 당화알부민 검사의 산정횟수 안내」 (행정해석 보험급여과-6271호, 2023. 1. 1.)

<생략>

누309 당화알부민 검사의 급여기준*에 규정하고 있는 '1년 2회 이내'의 인정기준 관련

* 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」(고시 제2020-120호, 2020.7.1. 시행)

○ 주요내용

- (현행) 당해 7월 1일부터 다음해 6월 30일까지로 적용

* 「요양급여비용 심사지급업무 처리기준」제4조의2 제3항의 심사사후관리 적용 중

→ (변경) **매년 1월 1일부터 12월 31일까지로 적용**

※ '22.7.1. ~ '22.12.31.까지 2회 시행한 환자도 '23년부터 1년 2회 인정함

○ 적용시점 : 2023년 1월 1일 진료분부터

○ 착오청구 사례

<사례> 당화알부민 검사 산정횟수 기준 초과

요양 개시일	진료내역	1회 투약	일투	총투	재점검 결과
2025.1.26.	(D3090) 당화알부민[화학반응-장비측정]	1	1	1	인정
2025.5.8.	(D3090) 당화알부민[화학반응-장비측정]	1	1	1	인정
2025.7.25.	(D3090) 당화알부민[화학반응-장비측정]	1	1	1	조정 (본인부담률 90%로 변경)

5 베일리영아발달측정 산정횟수 점검

- 대상: 베일리영아발달측정 검사 급여기준 초과 건
- 관련 근거: 「베일리영아발달측정 수가산정방법」(고시 제2016-275호, 2017. 1. 1.)

나627 베일리영아발달측정은 영유아 발달검사나 영유아 건강검진 상 발달지연이 의심되어 시행하는 경우에 다음과 같이 급여함.

- 다 음 -

- 가. 생후 24개월 까지: 최대 3회
- 나. 생후 24개월 초과~42개월: 년 1회
- 다. 생후 42개월을 초과하였더라도 발달수준이 42개월 미만으로 확인되는 경우에는 사례별로 인정함.

○ 착오청구 사례

<사례 1> 생후 24개월까지 베일리영아발달측정 산정횟수 초과

월령	요양 개시일	진료내역	1회 투약	일투	총투	재점검 결과
6개월	2024.6.17.	(FZ695) 베일리영아발달측정	1	1	1	인정
9개월	2024.9.30.	(FZ695) 베일리영아발달측정	1	1	1	인정
12개월	2024.12.27.	(FZ695) 베일리영아발달측정	1	1	1	인정
21개월	2025.10.5.	(FZ695) 베일리영아발달측정	1	1	1	조정

<사례 2> 생후 24개월 초과~42개월까지 베일리영아발달측정 산정횟수 초과

월령	요양 개시일	진료내역	1회 투약	일투	총투	재점검 결과
31개월	2025.1.31.	(FZ695) 베일리영아발달측정	1	1	1	인정
41개월	2025.12.15.	(FZ695) 베일리영아발달측정	1	1	1	조정

⑥ 비자극검사 산정횟수 점검

- 대상: 비자극검사 급여기준 초과 건
- 관련 근거
 - 「산전진찰 목적으로 시행하는 검사의 급여기준」 (고시 제2018-135호, 2018. 7. 1.)

<생략>

9) 비자극검사

가) 임신24주 이상 자궁수축이 없는 임부에게 임신기간 중에 **입원, 외래 불문하고 1회만 인정**하며, 다태임신의 경우에도 1회만 산정함. 다만, **35세 이상 임부에 한하여 1회를 추가로 인정**함.

나) 위 가)의 인정횟수를 초과하여 시행한 경우에는 전액 본인부담토록 함.

○ 착오청구 사례

<사례 1> 만 35세 미만 임부의 비자극검사 산정횟수 기준 초과

요양 개시일	임신 주수	진료내역	1회 투약	일투	총투	재점검 결과
2025.3.12.	32주	(E7325) 비자극검사	1	1	1	인정
2025.3.20.	33주	(E7325) 비자극검사	1	1	1	조정 (전액본인부담)

<사례 2> 만 35세 이상 임부의 비자극검사 산정횟수 기준 초과

요양 개시일	임신 주수	진료내역	1회 투약	일투	총투	재점검 결과
2025.4.16.	30주	(E7325) 비자극검사	1	1	1	인정
2025.7.8.	41주	(E7325) 비자극검사	1	1	1	인정
2025.7.15.	42주	(E7325) 비자극검사	1	1	1	조정 (전액본인부담)

7] 비타민 D 검사 산정횟수 점검

- 대상: 누490나 또는 누490다 비타민 D 검사 급여기준 초과 건
- 관련 근거: 「비타민 D 검사의 급여기준」 (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.

<중략>

나. 산정방법

1) D2, D3, 총 비타민 D, 25-OH-Vitamin D(total) 검사는 1종만 인정

2) 인정횟수

가) 약물 투여 전 진단 시 1회, 약물 투여 3~6개월 후 치료효과 판정 시 1회

나) 지속적인 약물투여로 인한 추적검사 시 연 2회

다. 기타선별 검사로 누490다 비타민-[정밀분광-질량분석]은 인정하지 아니함

- 착오청구 사례

<사례> 지속적인 약물투여 환자 비타민 D 검사 산정횟수 기준 초과

요양 개시일	진료내역	1회 투약	일투	총투	재점검 결과
2025.1.7.	(D4903060) 비타민-[정밀면역검사]-핵의학적 방법_D3	1	1	1	인정
2025.2.4.	(D4903060) 비타민-[정밀면역검사]-핵의학적 방법_D3	1	1	1	인정
2025.4.8.	(D4903110) 비타민-[정밀면역검사]-핵의학적 방법_총 비타민D	1	1	1	조정
2025.7.15.	(D4903110) 비타민-[정밀면역검사]-핵의학적 방법_총 비타민D	1	1	1	조정
2025.11.6.	(D4903110) 비타민-[정밀면역검사]-핵의학적 방법_총 비타민D	1	1	1	조정

⑧ 치과임플란트 단계별 중복청구 점검

- 대상: 치과임플란트 1-3단계 중복청구 건
- 관련 근거: 「찬11 치과임플란트(1치당) 인정기준」(고시 제2025-23호, 2025. 2. 1.)

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2] 비급여대상 4. 바에 따른 65세 이상 치과임플란트의 요양급여 대상 등은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

1. 급여대상

가. 부분 무치악 환자에 대하여 악골(Maxilla or Mandible)내에 분리형 식립재료(고정체, 지대주)를 사용하여 비귀금속도재관(PFM Crown) 또는 지르코니아 크라운 보철수복으로 시술된 치과임플란트

나. 적용개수

- 1인당 2개(평생개념)이내에서 보험급여를 원칙으로 함. 다만, 치과의사의 의학적 판단 하에 불가피하게 시술을 중단하는 경우에는 평생인정개수에 포함되지 아니함

<중략>

2. 수가 산정방법

가. 치과임플란트 요양급여비용은 진료 단계별로 산정함을 원칙으로 하며, 보철수복 이전에 진료가 중단된 경우에는 해당단계까지만 비용을 산정함.

나. 찬11나 치과임플란트(1치당)-고정체(본체) 식립술(2단계)의 재수술 인정기준

- 고정체 식립술 도중 재식립을 하는 경우에는 일련의 과정으로 인정하지 아니함.
- 고정체 식립술 후 골 유착 실패로 식립된 고정체를 제거하고 재식립하는 경우에는 찬11나의 소정점수 50%를 1회에 한하여 산정하고(산정코드 세 번째 자리에 2로 기재), 이 경우 고정체 제거술은 별도 산정하지 아니하며, 사용된 고정체 재료는 인정함.

<생략>

○ 착오청구 사례

<사례> 다른 요양개시일자에 동일한 등록번호로 중복청구

요양개시일	진료내역	특정내역(등록번호)	재점검결과
2025.6.1.	(UB111) 치과임플란트[1치당]-진단및치료계획(1단계) 1회	3430000000000	인정
2025.6.8.	(UB111) 치과임플란트[1치당]-진단및치료계획(1단계) 1회	3430000000000	조정

9] 항CCP항체 검사 산정횟수 점검

- 대상: 항CCP항체 검사 급여기준 초과 건
- 관련 근거
 - 「항CCP항체[IgG][정밀면역검사]의 급여기준」(고시 제2020-173호, 2020. 9. 1.)

류마티스 관절염이 의심되어 진단을 위해 시행하는 누813 항CCP항체[IgG] 검사의 급여기준은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

가. 진단 시 1회 인정함

나. 가의 급여횟수를 초과하여 실시한 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 90%로 적용함.

- 착오청구 사례

<사례> 항CCP항체 검사 산정횟수 기준 초과

요양개시일	진료내역	1회 투약	일투	총투	재점검 결과
2025.1.13.	(D8130) 항CCP항체[IgG][정밀면역검사]	1	1	1	인정
2025.2.13.	(D8130) 항CCP항체[IgG][정밀면역검사]	1	1	1	조정 (본인부담률 90%로 변경)
2025.3.13.	(D8130) 항CCP항체[IgG][정밀면역검사]	1	1	1	

10 헤모글로빈A1c 검사 산정횟수 점검

- 대상: 헤모글로빈A1c 검사 급여기준 초과 건
- 관련 근거
 - 「누303 1.5-Anhydro-D-Glucitol 및 누304 프락토자민과 누306 헤모글로빈A1c 검사의 급여기준」 (고시 제2020-279호, 2021. 1. 1.)

누303 1.5-Anhydro-D-Glucitol[화학반응-장비측정] 및 누304 프락토자민[화학반응-장비측정]과 누306 헤모글로빈A1c 검사는 다음과 같이 요양급여를 인정함.

- 다 음 -

- 가. 누303 1.5-Anhydro-D-Glucitol[화학반응-장비측정] 또는 누304 프락토자민[화학반응-장비측정]검사는 헤모글로빈A1c 검사로 정확한 혈당조절 상태를 파악하기 어려운 경우(예: 용혈성빈혈, 혈색소병증 등)에 실시 시 인정함.
- 나. 누306 헤모글로빈A1c 검사는 당뇨병의 진단 및 추적관찰에 시행하는 경우 **1년에 6회** 이내로 인정함.

- '헤모글로빈A1C 검사의 산정횟수 안내' (행정해석 보험급여과-6130호, 2021. 1. 1.)

헤모글로빈A1c 검사 급여기준에 규정하고 있는 '1년 6회 이내'의 산정기준에 대해

- 회계연도 기준으로 매년 1월 1일부터 12월 31일까지로 적용 변경함
(현재 당해 4월 1일부터 다음해 3월 31일까지로 「요양급여비용 심사·지급업무처리기준」 제4조의2 제3항의 심사사후관리 적용 중)
 - 다만, 기준 변경으로 요양기관이 불이익을 받지 않도록, 20년 기준은 20년 4월 1일부터 12월 31일까지로 적용하여 조치 예정
- 적용시점: 2021년 1월 1일 진료시점부터.

○ 착오청구 사례

<사례> 헤모글로빈A1c 검사 산정횟수 기준 초과

요양 개시일	진료내역	1회 투약	일투	총투	재점검 결과
2025.1.5.	(D3065) 헤모글로빈A1C-[정밀분광-질량분석]	1	1	1	인정
2025.2.23.	(D3065) 헤모글로빈A1C-[정밀분광-질량분석]	1	1	1	인정
2025.3.21.	(D3065) 헤모글로빈A1C-[정밀분광-질량분석]	1	1	1	인정
2025.4.18.	(D3065) 헤모글로빈A1C-[정밀분광-질량분석]	1	1	1	인정
2025.6.27.	(D3065) 헤모글로빈A1C-[정밀분광-질량분석]	1	1	1	인정
2025.9.5.	(D3065) 헤모글로빈A1C-[정밀분광-질량분석]	1	1	1	인정
2025.12.12.	(D3065) 헤모글로빈A1C-[정밀분광-질량분석]	1	1	1	조정

11 Denosumab 주사제 산정횟수 점검

- 대상: Denosumab 주사제(품명 : 프롤리아 프리필드시린지 등) 산정횟수 초과건
- 관련 근거
 - 「Denosumab 주사제(품명: 프롤리아 프리필드시린지 등)」 (고시 제2026-42호, 2026. 3. 1.)

허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

가. 골다공증에 다음과 같이 투여 시 인정함.

- 다 음 -

1) 투여대상

- 가) 중심골[Central bone; 요추, 대퇴(Ward's triangle, Trochanter 제외)]: 이중 에너지 방사선 흡수계측(Dual-Energy X-ray Absorptiometry: DXA)을 이용하여 골밀도 측정시 T-score가 -2.5 이하인 경우(T-score \leq -2.5).
- 나) 정량적 전산화 단층 골밀도 검사(QCT): 80mg/cm³ 이하인 경우
- 다) 방사선 촬영 등에서 골다공증성 골절*이 확인된 경우

* 골다공증성 골절 인정가능 부위: 대퇴골, 척추, 요골, 상완골, 골반골, 천골, 발목골절

2) 투여기간

- 가) 투여대상 가), 나)에 해당하는 경우에는 1년(2회), 다)에 해당하는 경우에는 3년(6회)로 하며, 추적검사에서 T-score가 -2.5 이하(QCT 80mg/cm³ 이하)로 약제투여가 계속 필요한 경우는 급여토록 함.

<중략>

나. 글루코코르티코이드 (Glucocorticoid) 투여환자의 경우 다음과 같은 기준으로 영양급여를 인정함.

- 다 음 -

1) 투여대상

6개월 이내에 최소 90일을 초과하여 prednisolone을 총 450mg 이상(또는 그에 상응하는 글루코코르티코이드 약제 용량)을 투여받은 환자로서

가) 폐경 후 여성 및 만 50세 이상 남성 : T-score※ < -1.5

나) 폐경 전 여성 및 만 50세 미만 남성 : Z-score※ < -3.0

※ 중심골[Central bone; 요추, 대퇴(Ward's triangle, Trochanter 제외)]을 이중 에너지 방사선 흡수계측(Dual-Energy X-ray Absorptiometry: DXA)을 이용하여 측정해야 한다.

2) 투여기간

1년(2회)로 하며, 추적검사에서 1)의 기준이 유지되고 약제투여가 계속 필요한 경우는 급여토록 함.

<생략>

- [심사지침] Denosumab 주사제(품명: 프롤리아 프리필드시린지주 등) 투여간격 인정기준(공고 제2025-132호(약제), 2025. 6. 1.)

허가사항에 따라 **6개월의 투여간격을 유지함**을 원칙으로 함. 다만, **조기투여는 환자의 장기부재, 진료일정 등의 불가피한 경우에는 당해연도를 기준으로 1년(2회)동안 4주(28일)의 범위 내에서 인정함.**

- Denosumab 주사제 「식약처 허가사항」

구분	내용
효능 효과	1. 폐경 후 여성 골다공증 환자의 치료 2. 남성 골다공증 환자의 골밀도 증가를 위한 치료 3. 글루코코르티코이드 유발성 골다공증의 치료 4. 안드로겐 차단요법을 받고 있는 비전이성 전립선암 환자의 골 소실 치료 5. 아로마타제 저해제 보조요법을 받고 있는 여성 유방암 환자의 골 소실 치료
용법 용량	이 약은 보건의료 전문가에 의해 투여되어야 한다. 이 약 1 시린지(데노수맙 60 mg)를 매 6개월마다 상완, 허벅지 위쪽 또는 복부에 피하 주사한다. 모든 환자는 칼슘 1000 mg과 비타민D 400 IU 이상을 매일 복용해야 한다. 정기 투여일에 이 약을 투여하지 못했을 경우, 가능한 빨리 투여한다. 그 후, 마지막 투여일자로부터 매 6개월마다 투여한다.

○ 착오청구 사례

<사례> Denosumab 주사제 산정횟수 기준 초과

요양 개시일	진료내역	1회 투약	일투	총투	재점검 결과
2025.2.11.	(052300041) 프롤리아프리필드시린지(데노수맙,60mg/1mL)	1	1	1	인정
2025.7.15.	(052300041) 프롤리아프리필드시린지(데노수맙,60mg/1mL)	1	1	1	인정
2025.10.17	(052300041) 프롤리아프리필드시린지(데노수맙,60mg/1mL)	1	1	1	조정

나 요양기관 간 연계 점검 (7항목)

① 약국 본인부담률 차등적용 처방기관·조제기관 점검

○ 대상

- 처방기관(종합병원 또는 상급종합병원)이 고시된 경증질환으로 청구한 외래 명세서 중 조제기관(약국) 약제비 본인부담률이 차등 적용되지 않은 건

○ 관련 근거

- 「국민건강보험법 시행령」 제19조제1항[별표2] 제1호 다목3), 제3호 다목 3), 제3호 라목7)

- 상급종합병원 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품 조제 시 본인부담률: **약국 요양급여비용 총액의 100분의 50**
- 종합병원 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품 조제 시 본인부담률: **약국 요양급여비용 총액의 100분의 40**
 - 단, 6세 미만은 본인이 부담할 비용의 부담률의 100분의 70

- 차상위 본인부담경감대상자 중 희귀난치성질환등 외 질환 및 18세 미만 아동 (공상 등 구분 E, F)이 상급종합병원/종합병원 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품 조제 시 **약국 요양급여비용 총액의 100분의 3**
 - 단, 본인일부부담금이 500원 미만인 경우 본인일부부담금은 500원

- 「의료급여법 시행령」 제13조제1항[별표1] 제1호 바목, 제2호 아목

- 상급종합병원·종합병원 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품 조제 시 **급여비용총액의 100분의 97을 기금에서 부담**(선택의료급여기관에서 의뢰된 자 등 일부에 해당)
 - 단, 본인부담금이 500원 미만인 경우 본인부담금은 500원

- 「의료법 시행규칙」 제12조(처방전의 기재사항 등) 제1항 제8호 및 제9호

8. 「국민건강보험법 시행령」 별표 2에 따라 건강보험 가입자 또는 피부양자가 요양급여 비용의 일부를 부담하는 행위.약제 및 치료재료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 본인부담 구분기호

9. 「의료급여법 시행령」 별표 1 및 「의료급여법 시행규칙」 별표 1의2에 따라 수급자가 의료급여비용의 전부 또는 일부를 부담하는 행위.약제 및 치료재료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 본인부담 구분기호

- 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제6조[별표6] (고시 제2023-286호, 2024. 1. 1.)

- 약국 요양급여비용 본인부담률 차등적용에 관한 지침

② 원외처방 약제비 미연계건 사후연계·추가연계 점검

- 대상: 의료기관 원외처방 약제 심사 조정건 중 약국 조제내역 미연계건
- 관련 근거: 「요양급여비용 심사·지급업무 처리기준」 제4조의2제3항 제3호

<중략>

- ③ 심사평가원은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제9조에 따른 요양급여비용의 지급 후 심사내역에 대한 확인을 할 수 있다.

3. 제4조제2항제2호에서 가입자등별로 요양급여 실시 횟수나 기간 등을 제한하거나 **요양기관간 연계 확인이 필요한 사항**

③ 위탁진료 중복점검

- 대상: 진료 의뢰한 요양기관과 의뢰받은 요양기관의 진료비 중복청구 건
- 관련 근거

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제6조 제1항~3항

- ① 요양기관은 가입자등에게 적절한 요양급여를 행하기 위하여 필요한 경우에는 다른 요양기관에게 요양급여를 의뢰할 수 있다.
- ② 제1항의 규정에 의하여 요양급여를 의뢰받은 요양기관은 가입자 등의 상태가 호전되었을 때에는 요양급여를 의뢰한 요양기관이나 1단계 요양급여를 담당하는 요양기관으로 가입자등을 회송할 수 있다.
- ③ 요양기관이 제1항에 따라 요양급여를 의뢰하는 경우에는 별지 제4호서식에 따른 요양급여의뢰서를, 제2항에 따라 가입자등을 회송하는 경우에는 별지 제5호서식에 따른 요양급여회송서를 가입자등에게 발급해야 한다. 이 경우 요양급여를 의뢰하거나 가입자등을 회송하는 요양기관은 가입자등의 동의를 받아 진료기록의 사본 등 요양급여에 관한 자료를 요양급여를 의뢰받거나 가입자등을 회송받는 요양기관에 제공해야 한다. <생략>

- ‘입원진료 중 다른 요양기관의 진료 의뢰시 진료수가산정방법’
(행정해석 보관65720-668호, 1996. 6. 7.)

요양기관에 입원 진료중인 환자를 치료하는 과정에서 시설 장비 또는 인력이 갖추어져 있지 아니하거나, 기타 부득이한 사유로 해당 진료가 가능한 요양기관으로 환자를 의뢰하여 처치 및 수술, 방사선치료 등을 받도록 할 경우 진료수가산정방법은 진료를 의뢰한 요양기관은 의뢰한 진료내역을 포함하여 당해 수진자의 진료비 명세서에 “○○병(의)원으로 진료의뢰”을 명기하여 청구하며, 진료비 정산은 해당 요양기관간 상호 협의에 의함.

- '정신과 입원 중 다른 의료급여기관으로 외래 진료의뢰시 청구방법 등' (행정해석 기초의료보장팀-4389호, 2007. 10. 10.)

의료급여 정신질환자가 입원 중 정신과 의료진으로 진료가 곤란한 다른 진료과목에 해당하는 질환이 발생하였으나 해당 의료기관 인력·시설·장비로는 치료가 곤란하여 다른 의료급여기관으로 외래진료를 의뢰한 경우 청구방법 및 본인부담금 등에 대하여 아래와 같이 적용토록 함을 알려드립니다.

- 아 래 -

- 청구기관: 외래진료 의뢰받은 기관
- 청구명세서: 외래명세서(상해외인란에 "E"표기, 명세서여백에 다른 의료급여 기관 정신질환자 진료의뢰건임을 명기)
- 수가: 외래수가
- 의료급여기관 종별 가산율: 외래진료 의뢰받은 기관
- 본인일부부담금: 입원본인부담률

- 「요양병원 입원 중인 환자를 다른 요양기관에 진료의뢰 시 수가산정방법」 (고시 제2021-257호(요양병원), 2021. 10. 12.)

요양병원에 입원 중인 환자를 진료하는 중에 인력·시설 또는 장비가 갖추어져 있지 아니하여 부득이하게 해당 진료가 가능한 다른 요양기관으로 환자를 의뢰한 경우 수가산정방법은 다음과 같이 함

- 다 음 -

1. 입원 중인 요양병원에서 입원환자 본인부담률을 적용하여 청구함
2. 상기 1.에도 불구하고 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따른 대상자를 진료의뢰 한 경우 수가산정방법은 다음과 같이 함

- 다 음 -

가. 산정대상 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 [별표3], [별표4] 및 [별표4의2]에 따른 산정특례 대상 상병명으로 진료의뢰 한 경우

나. 산정방법

- 1) 의뢰받은 요양기관 상기 가.는 의뢰받은 진료에 대하여「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편을 적용하여 청구함
- 2) 의뢰한 요양병원의뢰당일은 가산 등(의사 및 간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등제와 간호인력확보수준에 따른 중환자실 입원환자 간호관리료 차등제에 따른 가산, 간호사 비율이 간호인력의 3분의 2이상 및 필요인력 확보에 따른 1일당 별도 산정 금액, 의료질평가지원금, 요양병원 입원환자 안전관리료)을 적용하지 않은 일당 정액수가를 산정함

다. 산정특례 대상 진료 의뢰 당일 산정특례 외 타 상병 진료가 이루어진 경우, 타 상병 진료내역은 입원 중인 요양병원에서 상기 1.에 따라 산정하되, 별도 고시로 정하고 있는 항목은 그 기준을 따름

○ 착오청구 사례

<사례 1> 입원 중인 환자의 진료를 의뢰한 기관에서 특정내역 구분코드(JS008, 위탁진료)를 기재하여 청구 하였으나 위탁진료 실시기관에서 동일한 진료내역을 중복 청구

구분	서식 구분	종별분류 코드	요양개시일/요양종료일	진료내역	재점검 결과
위탁진료 의뢰기관	입원	01	'24. 12. 9. ~12. 31.	(AA157) 초진진찰료 (AU210) 의료질평가지원금-환자안전... (AU311) 의료질평가지원금-교육수련... (AU411) 의료질평가지원금-연구개발... : :	인정
위탁진료 실시기관	외래	01	'24. 12. 16. ~12. 16.	(AA157) 초진진찰료 (AU210) 의료질평가지원금-환자안전... (AU311) 의료질평가지원금-교육수련... (AU411) 의료질평가지원금-연구개발...	전체 조정

<사례 2> 위탁진료 실시기관에서 외래 진료 후 입원한 경우, 위탁진료 의뢰기관 입원 중(퇴원 전) 진료한 진료내역(외래)은 진료 의뢰기관에서 청구하도록 함

구분	서식 구분	종별분류 코드	요양개시일/요양종료일	진료내역	재점검 결과
위탁진료 의뢰기관	입원	11	'24. 11. 5. ~11. 13.	(AA157) 초진진찰료 (AU210) 의료질평가지원금-환자안전... (AU311) 의료질평가지원금-교육수련... (AU411) 의료질평가지원금-연구개발...	인정
위탁진료 실시기관	입원	01	'24. 11. 13. ~11. 21.	(AA157) 초진진찰료 (AU210) 의료질평가지원금-환자안전... (AU311) 의료질평가지원금-교육수련... (AU411) 의료질평가지원금-연구개발... : : (AI010) 야간간호료-상급종합병원 (J2000) 입원환자 조제복약지도료(1일당) (M0050) 도뇨[1회당] : :	일부 조정

4] 의과·한의과 협진 중복점검

○ 대상

- 동일대표자가 개설한 동일소재지의 요양기관에서 같은 날, 동일 상병으로 의과·한의과 중복청구 건

○ 관련 근거

- 「동일대표자가 개설한 동일소재지 의(한의)과 요양기관에서 같은 날 동일상병으로 진료시 요양급여비용 산정기준」(고시 제2023-56호, 2023. 3. 29.)

같은 날 동일 상병에 대하여 통증완화 등 동일 목적의 진료가 실시된 경우 우선적으로 주된 치료가 이루어진 의(한의)과 요양기관의 요양급여비용을 산정하고, 동시에 이루어진 의(한의)과 요양기관의 중복 진료의 요양급여비용은 환자가 전액 본인 부담함. 이때, 주된 치료는 선행된 분야 즉 시계열상 먼저 이루어진 분야의 진료로 적용함

○ 착오청구 사례

<사례> 동일대표자가 개설한 동일소재지 요양기관에서 같은날 동일 상병에 대하여 동일 목적으로 진료 후 청구

요양기관명	요양개시일	상병코드(명)	진료내역	비고	재점검 결과
A한의원	2025.10.11	M5457 (요통, 요천부)	(10200) 재진진찰료 (40011) 경혈침술 (40312) 부항술(자락관법)	선행진료	인정
B의원	2025.10.11	M5457 (요통, 요천부)	(AA254) 재진진찰료 (MM010) 표층열치료	후행진료	조정 (전액본인부담)

5 처방·조제 상이내역 점검

- 대상: 의료기관의 처방내역과 약국의 조제내역 상이건
- 관련 근거: 「요양급여비용 심사·지급업무 처리기준」 제4조의2 제3항

③ 심사평가원은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제9조에 따른 요양급여비용의 지급 후 심사내역에 대한 확인을 할 수 있다.

<중략>

3. 제4조제2항제2호에서 가입자등별로 요양급여 실시 횟수나 기간 등을 제한하거나 요양기관 간 연계 확인이 필요한 사항
5. 국가, 지방자치단체, 공공기관 등이 법률에 근거하여 확인 요청을 하는 경우 또는 환자안전에 관한 중요사항 등 사회적 요구가 있는 경우로서 심사평가원장이 확인이 필요하다고 인정하는 요양급여비용
6. 기타 명백한 청구 착오 건으로 보건복지부장관의 승인을 받아 내역 확인이 필요하다고 인정되는 경우의 요양급여비용

○ 착오청구 사례

<사례 1> 비급여 또는 100/100 전액본인부담 적용 착오

구분	분류명 및 품명	1회 투약	일투	총투	재점검 결과
처방 내역	(114) 모빅캡슐7.5mg	1	1	10	인정
	(119) 리리카캡슐75mg	1	1	10	
조제 내역	(114) 모빅캡슐7.5mg	1	1	10	인정
	(119) 리리카캡슐75mg	1	1	10	조정 (전액본인부담)

<사례 2> 1회 투약량, 일투, 총투 등 투여횟수 착오

구분	분류명 및 품명	1회 투약	일투	총투	재점검 결과
처방 내역	(131) 유니알점안액	1	1	3	인정
	(131) 톨론점안액	1	1	2	
조제 내역	(131) 유니알점안액	10	1	3	차액 조정
	(131) 톨론점안액	1	1	2	인정

<사례 3> 처방의약품 이외 조제의약품 청구

구분	분류명 및 품명	1회 투약	일투	총투	재점검 결과
처방 내역	(232) 유파론정	1	3	3	인정
	(222) 레드로피정	1	3	4	
조제 내역	(232) 유파론정	1	3	3	인정
	(222) 레드로피정	1	3	4	인정
	(132) 아바미스 나잘스프레이	1	1	1	조정

다 중복 점검 (3항목)

1 동일성분 의약품 중복점검

- 대상: 6개월 동안 동일성분 의약품의 투약일수가 214일 초과한 건
- 관련 근거
 - 「동일성분 의약품 중복처방 관리에 관한 기준」(고시 제2013-127호, 2013. 9. 1.)

동일 요양기관에서 같은 환자에게 6개월 동안 동일성분 의약품의 투약일수가 214일을 초과하여 처방하는 경우 요양급여를 인정하지 아니하나, 아래에 해당하는 경우에는 예외로 인정함.

- 아 래 -

- 가. 환자가 장기출장이나 여행으로 인하여 의약품이 소진되기 전 처방을 받아야 하는 경우
- 나. 의약품 부작용, 용량 조절 등으로 약제 변경이 불가피하거나, 파우더 형태의 조제 등으로 인하여 기존 처방의약품 중 특정 성분만을 구분하여 별도 처방할 수 없는 경우
- 다. 항암제 투여 중인 환자이거나, 소아환자로서 구토로 인해 약 복용 중 약제가 소실된 경우 등 환자의 귀책사유 없이 약제가 소실·변질된 경우

※ "동일성분 의약품"이라 함은「국민건강보험법 시행령」제24조제3항 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」제8조제2항에 의한 「약제급여목록 및 급여 상한금액표」상의 주성분코드를 기준으로, 1~4째 자리(주성분 일련번호)와 7째 자리(투여경로)가 동일한 의약품을 말함.

- 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」

의료기관(의·치과 및 보건기관) 외래 진료분 원외처방전의 일부 의약품(JT012) 또는 모든 의약품(CT001)을 동일 성분 의약품으로 중복처방시 해당 중복처방 사유코드를 기재

중복처방 사유코드/구체적 사유

※ 구체적 사유는 평문(Free Text)으로 기재(영문 200자, 한글 100자)

<중복처방 사유별 코드>

사유	코드
환자가 장기 출장이나 여행으로 인하여 의약품이 소진되기 전 처방전을 받아야 하는 경우	A
의약품 부작용, 용량 조절 등으로 약제 변경이 불가피 하거나, powder 형태의 조제 등으로 인하여 기존 처방의약품 중 특정 성분만을 구분하여 별도 처방할 수 없는 경우	B
항암제 투여 중인 환자나 소아환자로서 구토로 인해 약 복용 중 약제가 소실된 경우 등 환자의 귀책사유 없이 약제가 소실·변질된 경우	C
A부터 C까지 해당하지 않는 사유로 환자가 6개월에 215일 이상의 처방을 위하여 약값의 전액을 본인 부담하는 경우	E

- 「동일 요양기관 동일 성분 의약품 중복처방 관리 지침」 (2010. 4.)

<생략>

□ 점검 기준

- M월 1일 ~ (M+5)월 말일까지의 6개월 간 발생한 처방전 중 투약일수 점검
 - 투약일수란, M월 1일부터 (M+5)월 말일까지 환자가 복용하였을 것으로 추정되는 일수를 의미하며, 위 기간 동안의 처방전 중 (M+6)월 이후 복용할 것으로 추정되는 일수는 산입하지 않음
- 6개월 간 총 투약일수가 214일을 초과하는 경우 초과된 만큼의 약품비 심사조정

<생략>

※ 확인 경로: 건강보험심사평가원(<https://www.hira.or.kr>>제도정책>보험인정기준>자료실)

○ 착오청구 사례

<사례> 6개월(25. 1.~6.) 동안 동일성분 의약품의 투약일수가 214일 초과한 건

구분	처방전교부일	처방내역	1회투약	일투	총투	특정내역	재점검 결과
처방전 1	2025.1.16.	셈블릭스정40mg	1	1	90	미기재	44일 조정 (258일-214일)
처방전 2	2025.3.15.	셈블릭스정40mg	1	1	120		
처방전 3	2025.5.1.	셈블릭스정40mg	1	1	60		

※ '25.1.1. ~ 6.30.(6개월)동안 투약일수는 90일(처방전 1)+ 108일(처방전 2)+ 60일(처방전 3) = 258일로 산정

- 처방일수의 합은 270일이나, 7월 1일 이후 복용할 것으로 추정되는 12일은 투약일수에 산입하지 않음

② 입원진료비 중복점검

- 대상: 동일 요양기관, 동일 수진자의 입원진료비 중복청구 건
- 관련 근거: 「요양급여비용 심사·지급업무 처리기준」 제4조의2 제3항

③ 심사평가원은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제9조에 따른 요양급여비용의 지급 후 심사내역에 대한 확인을 할 수 있다.

<중략>

3. 제4조제2항제2호에서 가입자등별로 요양급여 실시 횟수나 기간 등을 제한하거나 요양기관 간 연계 확인이 필요한 사항
5. 국가, 지방자치단체, 공공기관 등이 법률에 근거하여 확인 요청을 하는 경우 또는 환자안전에 관한 중요사항 등 사회적 요구가 있는 경우로서 심사평가원장이 확인이 필요하다고 인정하는 요양급여비용
6. 기타 명백한 청구 착오 건으로 보건복지부장관의 승인을 받아 내역 확인이 필요하다고 인정되는 경우의 요양급여비용

○ 착오청구 사례

<사례 1> 입원진료비 전체 중복청구

접수일자	상병코드(명)	요양개시일	요양종료일	내원일수	재점검 결과
2025.4.21.	I209 (상세불명의 협심증)	2025.4.9.	2025.4.15.	7	인정
2025.5.20.	I209 (상세불명의 협심증)	2025.4.9.	2025.4.15.	7	조정 (4.9.~4.15.(7일간) 입원진료비 중복)

<사례 2> 입원진료비 일부 중복청구

접수일자	상병코드(명)	요양개시일	요양종료일	내원일수	재점검 결과
2025.4.9.	G419 (상세불명의 뇌전증지속상태)	2025.3.30.	2025.3.31.	2	조정 (3.30.~3.31.(2일간) 입원진료비 중복)
2025.5.13.	G419 (상세불명의 뇌전증지속상태)	2025.3.30.	2025.4.30.	32	인정

③ 자보·건보 중복점검

- 대상: 동일요양기관, 동일수진자의 자동차보험과 건강보험 중복청구 건
- 관련 근거

- 「국민건강보험법」 제63조(업무 등) 제1항 제1호

- ① 심사평가원은 다음 각 호의 업무를 관장한다.
1. 요양급여비용의 심사

- 「요양급여비용 심사·지급업무 처리기준」 제4조의2제3항제5호

- ③ 심사평가원은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제9조에 따른 요양급여비용의 지급 후 심사내역에 대한 확인을 할 수 있다.

<중략>

5. 국가, 지방자치단체, 공공기관 등이 법률에 근거하여 확인 요청을 하는 경우 또는 환자안전에 관한 중요사항 등 사회적 요구가 있는 경우로서 심사평가원장이 확인이 필요하다고 인정하는 요양급여비용

- 착오청구 사례

<사례> 자동차보험과 건강보험 입원료 중복청구

보험자 구분	요양개시일	입원 일수	상병코드(명)	진료내역	재점검 결과
자동차 보험	2025.6.1.	20	S9670 (발목 및 발 부위의 다발성 근육 및 힘줄의 손상, 열상)	(AA155) 초진진찰료 (AB3A4) 입원료 20일 (MM010) 표층열치료	인정
건강 보험	2025.6.11.	10	B353 (발백선)	(AB3A4) 입원료 10일 (648600320) 로마줄크림	조정 (입원료 10일 중복)

라 청구오류 점검 (6항목)

1 경구용 골다공증 약제 약국 청구착오 점검

○ 대상

- 경구용 골다공증 약제(일반명: risedronate sodium, ibandronate sodium monohydrate 등) 약국 청구착오 건

○ 관련 근거

- 「국민건강보험법」 제41조(요양급여) 제3항 및 제4항
- 「국민건강보험법 시행규칙」 제20조(요양급여비용의 심사·지급) 제4항

○ 착오청구 사례

<사례> 본비스정 150mg 1정 조제 후 30개로 청구

약품명	약국 청구 조제내역			약국 실제 조제내역			재점검 결과
	1회 투약	일투	총투	1회 투약	일투	총투	
(670103390) 본비스정 150mg	1	1	30	1	1	1	차액 조정

② 야간·공휴 가산 등 항목별 재점검

○ 대상: 급여기준 적용 착오 다발생 건

○ 관련 근거

- 건강보험요양급여비용 제1편 제2부 제1장 산정지침 2.다.(3).(나)

낮병동입원료와 동시 산정된 재진진찰료: 예정된 외래수술을 위해 내원하는 경우 진찰료를 산정하지 아니한다.

- 건강보험요양급여비용 제1편 제2부 제9장 제1절 산정지침 (1)

처치 및 수술 야간·공휴가산: 18시~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 처치 및 수술을 행한 경우에는 소정점수의 50%를 가산한다.

- 건강보험요양급여비용 제1편 제2부 제9장 제1절 산정지침 (10)

내시경을 이용한 처치 및 수술 등에 실시한 내시경료: 각 분류항목의 처치 및 수술 등에 내시경을 이용한 경우 내시경료는 소정 시술료에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.

- '누100가 응고기능기본검사-출혈시간, 누100다 응고기능기본검사-프로트롬빈시간, 누100라 응고기능기본검사-활성화부분트롬보플라스틴시간 검사와 동시 시행된 누100나 응고기능 기본검사-응고시간검사 인정여부' (심사지침, 공고 제2019-429호, 2018. 1. 18.)

혈액응고검사 기준 초과: <생략> 따라서, 누100가 응고기능기본검사-출혈시간, 누100나 응고기능기본검사-응고시간, 누100다 응고기능기본검사-프로트롬빈시간, 누100라 응고기능기본검사-활성화부분트롬보플라스틴시간을 동시 시행한 경우 누100나 응고기능기본검사-응고시간은 인정하지 아니함.

- 건강보험요양급여비용 제1편 제2부 제3장 제2절 방사선특수영상진단료

상하지 CT 일투 초과: 전산화단층영상진단(CT)을 크게 8부위(두부, 안면 및 두개 기저, 경부, 흉부, 복부, 척추, 상지, 하지)로 구분하여 고시함.

- 「치료목적의 나802 관절천자와 마9 관절강내 주사 동시 실시 시 급여기준」 (고시 제2020-19호, 2020. 2. 1.)

관절강내주사와 동시 청구 관절천자: 관절천자를 치료목적(약물주입)으로 시행하는 경우에는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제2장 제4절 천자 주1.에 의거 나802 관절천자 항목 소정점수의 30%를 가산하여 인정하되, 동일 부위에 동시 실시한 마9 관절강내주사는 요양급여를 인정하지 아니함.

- 「Sodium hyaluronate 25mg 주사제(품명: 하이알주 등), Sodium hyaluronate 20mg 주사제(품명: 히루안플러스주 등)」 (고시 제2020-79호, 2020. 5. 1.)

1. 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

가. 대상 환자

- 1) 방사선학적으로 중등도 이하 (Kellgren-Lawrence grade I, II, III)의 퇴행성 슬관절의 골관절염
- 2) 견관절주위염

나. 투여횟수

- 1) 퇴행성 슬관절의 골관절염: 재투여 시점은 1주기 투여 후 효과가 있을 경우에 최소 6개월 경과한 후 투여 시 인정
- 2) 견관절주위염: 1주기 투여 인정
 - ※ 25mg 주사제의 경우 1주기: 1주에 1회씩 5주간 연속 투여
 - ※ 20mg 주사제의 경우 1주기: 1주에 1회씩 3주간 연속 투여

- 「필름 드레싱류 및 필름 드레싱류, 항균 성분함유의 급여기준」 (고시 제2018-206호, 2018. 10. 1.)

1. 필름 드레싱류 및 필름 드레싱류, 항균 성분함유는 염증반응이 없는 상처 부위(Clean Wound)에 사용하는 재료로 1회 사용으로 장기간의 드레싱 유지가 가능하여 처치횟수 감소의 장점이 있으므로 다음의 경우에 실사용량으로 영양급여를 인정함.

- 다 음 -

가. Central Venous Catheter(PICC, Port 포함) site

나. Skin Graft Donor Site

2. 상기 1.의 급여대상 이외에 사용 시는 해당 처치 및 수술료에 포함되므로 그 비용을 별도 산정할 수 없음.

- 「proteolytic peptide from porcine brain 주사제(품명: 세레브로리진주 등)」 (고시 제2020-107호, 2020. 6. 1.)

허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 영양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

- 아 래 -

○ 알츠하이머형 노인성치매

○ 착오청구 사례

<사례 1> 재진진찰료를 예정된 수술로 입원 시 낮병동 입원료와 동시에 청구

질병코드(명)	진료내역	재점검 결과
D179 (상세불명의 양성 지방종성 신생물)	(AA257) 재진진찰료-상급종합병원	조정
	(AF500) 낮병동 입원료	인정
	(N0233) 연부조직종양적출술-피하양성종양	인정

<사례 2> 응급하지 않은 예정된 처치 등*에 야간·공휴 가산 청구

* 응급하지 않은 경우: 관장, 피부과처치, 염증성처치, 화상처치, 부목 또는 캐스트, 혈액투석

질병코드(명)	진료내역	재점검 결과
N185(만성 신장병(5기))	(O7020010) 혈액투석[1회당]-야간	야간·공휴가산 조정
	(O7020050) 혈액투석[1회당]-공휴일	

<사례 3> 내시경을 이용한 수술시 내시경료 별도 청구

질병코드(명)	진료내역	재점검 결과
C159 (상세불명의 식도의 악성 신생물)	(Q7643) 내시경적 상부소화관확장술-스텐트삽입	인정
	(E7611) 상부소화관내시경검사	조정

<사례 4> 동일 날 동시 시행한 혈액응고검사 기준 초과

진료내역	1회 투약	일투	총투	재점검 결과
(D1001) 응고기능기본검사-출혈시간	1	1	1	인정
(D1002) 응고기능기본검사-응고시간	1	1	1	조정
(D1003) 응고기능기본검사-프로트롬빈시간	1	1	1	인정
(D1004) 응고기능기본검사-활성화부분트롬보플라스틴시간	1	1	1	인정

<사례 5> 동일 날 동시 시행한 하지 CT 일투 초과

요양개시일	진료내역	1회 투약	일투	총투	재점검 결과
2025.4.9.	(HA528) 일반전산화단층영상진단-하지-특수검사-삼차원	1	2	1	1회 조정

<사례 6> 치료목적의 관절천자와 동일 부위에 동시 실시한 관절강내 주사

진료내역	1회 투약	일투	총투	재점검 결과
(C8020010) 관절천자[간단한검사또는관절액이동술포함][편측] [치료목적]	1	1	1	인정
(KK090) 관절강내주사	1	1	1	조정

<사례 7> 급여기준을 초과하여 청구

질병코드(명)	진료내역	재점검 결과
C19 (직장구불결장접합부의 악성 신생물)	(399) 하루안플러스주(20mg/2mL)/B	조정 (허가범위 외)
G530 (대상포진후 신경통)	(K6100003) TEGADERM 10CM X 12CM	조정 (급여대상 이외 사용 시 별도 산정불가)
I691 (뇌내출혈의 후유증)	(399) 세레브로리진주	조정 (인정기준 외)

③ 응급의료비 미수금 대지급 기각건에 대한 응급의료관리료 점검

○ 대상

- 비응급의 사유로 응급의료비 미수금 대지급 청구 기각건의 응급의료관리료 점검

○ 관련 근거

- 「응급의료에 관한 법률 시행령」 제18조(미수금 대지급의 대상)

법 제22조에 따른 미수금 대지급의 대상은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하지 아니하는 응급환자로 한다.

1. 다른 법령에 의하여 응급의료행위에 대한 비용(이하 "응급의료비용"이라 한다) 전액을 지급 받는 자
2. 다른 법령에 의하여 응급의료비용의 일부를 지급받는 자로서 그 나머지 응급의료비용을 부담할 능력이 있는 자

- 「응급의료수가기준」(고시 제2014-83호, 2014. 6. 5.)

I. 의료기관의 응급의료수가기준

<중략>

2. 산정기준

- 가. 응급의료에 관한법률 제2조제5호에 의한 응급의료기관이 응급실에서 응급환자 또는 응급실에서 내원한 환자에게 응급처치 및 응급의료를 행한 경우에는 초일에 한하여 (별표1) 응급의료수가 기준액표중 "가" 응급의료관리료를 산정하되, 응급환자에 해당되지 않는 경우에는 환자본인이 응급의료관리료 전액을 부담 한다.

- 「응1 응급의료관리료 산정기준」(고시 제2023-200호, 2023. 11. 1.)

1. 응1 응급의료관리료는 제19장 제1절 응급 기본진료료 [산정지침] 1. 가.에 의거 응급의료관리료 산정대상 응급증상환자에게 **응급처치 및 응급의료를 행한 경우** 초일에 한하여 산정하며 "초일에 한하여"의 의미는 환자가 내원하여 2일 이상 응급실에 체류하더라도 내원 당일에 한해 1회의 응급의료관리료를 산정할 수 있다는 것임.

2. 응급의료관리료 산정 관련 보안인력 배치 및 안내·상담인력 지정·운영시 다음의 사항을 준수하여야 함.

<생략>

- 「국민건강보험법 시행규칙」 ([별표6] 요양급여비용의 본인부담 항목 및 부담률 (제16조 관련), 2024. 9. 12.)

1. 요양급여비용의 본인부담 항목

사. 다음의 어느 하나에 해당하는 비용. 다만, 2) 또는 3)에 해당하는 경우로서 영 별표 2 제1호가목1) 단서에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 격리 입원에 관한 요양급여 또는 같은 별표 제3호타목에 따른 요양급여를 받는 경우에는 제외한다.

- 1) 「응급의료에 관한 법률」에 따라 요양기관의 구급차를 이용하여 이송되었을 경우의 이송처치료
- 2) 「응급의료에 관한 법률」 제31조의4제1항 및 같은 법 시행규칙 제18조의3제2항에 따라 보건복지부장관이 고시하는 한국 응급환자 중증도 분류기준(이하 "한국 응급환자 중증도 분류기준"이라 한다)에 따른 경중응급환자가 「응급의료에 관한 법률」 제26조에 따른 권역응급의료센터, 같은 법 제29조에 따른 전문응급의료센터 및 같은 법 제30조의2에 따른 권역외상센터(이하 "권역 응급의료센터등"이라 한다)를 이용하는 경우 응급실 진료비(「응급의료에 관한 법률」에 따른 응급의료수가 및 그 밖에 응급실에서 실시하는 요양급여의 비용을 말한다. 다만, 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원의 진찰료는 제외한다. 이하 같다)
- 3) 한국 응급환자 중증도 분류기준에 따른 비응급환자가 권역응급의료센터 등 또는 「응급의료에 관한 법률」 제30조에 따른 지역응급의료센터를 이용하는 경우 응급실 진료비

2. 요양급여비용의 본인부담률
 나. 제1호 사목2)·3): **100분의 90**

- 「응급의료비 미수금 대지급청구 심사기준」 제12조(고시 제2021-151호, 2021. 6. 1.)

- ① 심사평가원은 의료기관등에 지급한 대지급금이 영 제18조에 따른 미수금대지급의 대상이 아니거나 영 제19조에 따른 미수금대지급의 범위를 벗어나는 등 대지급 대상이 아님을 확인한 때에는 지체없이 해당 의료기관등으로부터 환수하여야 한다.
- ② 심사평가원은 제1항에 따라 의료기관등으로부터 환수하여야 할 금액을 해당 의료기관등에 지급할 대지급금과 상계처리 할 수 있다.

○ 착오청구 사례

<사례> 응급의료비 미수금 대지급 기각된 경우 응급의료관리료 점검

상병코드(명)	응급의료비 미수금 대지급 심사결과	진료내역	재점검 결과
K590(변비)	응급의료 미 해당으로 기각	(VA200) 응급의료관리료-권역응급의료센터(B등급)	조정

4] 의과 청구착오 재점검

○ 대상: 착오청구 다발생 유형

○ 착오청구 사례

<사례 1> 50% 포도당주사액 100ml을 70ml 사용 후 70개로 청구

진료내역	1회 투약	일투	총투	재점검 결과
(323) 50% 포도당 100ml	70	1	1	차액 조정

<사례 2> 0.9% 생리식염주사액 1000ml 방광세척으로 사용 후 정맥내점적주사 수기로 청구

진료내역	1회 투약	일투	총투	재점검 결과
(331) 0.9% 생리식염수 1000ml	30	1	1	인정
(KK053) 정맥내점적주사 501-1000ml	1	30	1	조정

<사례 3> 후릭소타이드디스커스 250마이크로그램 1팩 사용 후 60개로 청구

약품명	1회 투약	일투	총투	재점검 결과
(650001681) 후릭소타이드디스커스 250마이크로그램 (15mg/60회)	1	1	60	차액 조정

5 외용제 약국 청구착오 점검

- 대상: 크림제 등 외용제 약국 청구착오 건
- 관련 근거
 - 「국민건강보험법」 제41조(요양급여) 제3항 및 제4항
 - 「국민건강보험법 시행규칙」 제20조(요양급여비용의 심사·지급) 제4항
- 착오청구 사례

<사례> 온브리즈 흡입용 캡슐 2팩 조제 후 60팩으로 청구

약품명	약국 청구 조제내역			약국 실제 조제내역			재점검 결과
	1회 투약	일투	총투	1회 투약	일투	총투	
(653602121) 온브리즈 흡입용 캡슐 150mcg (1팩 30캡슐)	1	1	60	1	1	2	차액 조정

6 장애인 치과 가산 점검

- 대상
 - 장애인 치과 가산 수가 산정 가능한 일부 장애인 자격(뇌병변·지적·정신·자폐성 장애인) 외 청구건
- 관련 근거
 - 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 일부개정

시행일	관련 근거	주요 사항
2024. 3. 27.	고시 제2024-51호	<ul style="list-style-type: none"> ○ 장애인의 치과 진료 시 일부 치과 처치·수술료의 가산 확대 적용 ① (가산 장애인 유형) 뇌병변·지적·정신·자폐성 장애인 ② (가산항목 확대) 17항목 → 88항목 ③ (가산을 상향) 100% → 300%
2012. 10. 1.	고시 제2012-109호	<ul style="list-style-type: none"> ○ 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제1장 기본진료료 가-1 외래환자 진찰료 가. 초진 진찰료 및 나. 재진 진찰료의 "주2" 변경 - 장애인으로 등록되어 있는 뇌병변·지적·정신·자폐성 장애인 대상 9.03점 가산

- '가21-1 치과 안전관찰료 산정방법' (고시 제2023-80호, 2023. 4. 27.)

가21-1 치과 안전관찰료는 치과대학부속치과병원 외래, 「구강보건법」에 따라 장애인 구강진료센터로 지정된 요양기관의 치과 외래에서 다음의 요건을 모두 충족한 경우에 요양급여를 인정함.

- 다 음 -

가. 대상

- (1) 장애인: 장애인복지법에 따라 등록되어 있는 뇌병변장애인, 지적장애인, 자폐성 장애인, 정신장애인
- (2) 파킨슨환자: 산정특례 대상자(V124)
- (3) 치매치료제 복용 중인 중증치매환자

○ 착오청구 사례

<사례> 치과 가산 수가 산정 가능한 일부 장애인 자격(뇌병변·지적·정신·자폐성 장애인) 외 청구
 - 수진자 '김○○' (장애유형 지체 장애인) 치과 진료 후 아래와 같이 청구한 경우,

요양개시일	진료내역	1회 투약	일투	총투	재점검 결과
2025.5.15.	(AA207900) 재진진찰료-상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원 (뇌병변·지적·정신·자폐)	1	1	1	조정
	(UH583) 발치술[1치당]-유치-장애인가산(뇌병변·지적·정신·자폐)	1	1	1	조정
	(AP911) 치과 단순 안전관찰료(1일당)-장애인가산(뇌병변·지적·정신·자폐)	1	1	1	조정

⇒ 해당 수가 청구 대상 '뇌병변·지적·정신·자폐성 장애인' 중 포함되지 않으므로 조정

3. 점검 종료 항목 (2항목)

○ 2026년부터 점검 종료 항목

- 인지행동치료 산정횟수 점검
- 복수면허인 진찰료 중복점검

○ 점검 종료 사유

- 심사내역 재점검 항목으로 선정되어 운영 및 관리 중 청구 개선 등의 사유로 심사내역 재점검 종료

※ 단, 종료 이후 청구건수 및 금액 등이 재증가하여 청구 개선 효과가 감소할 경우 검토 후 재점검 가능