www.hira.or.kr

Health Insurance Review &
Assessment Service

의료급여 청구 부당사례 모음집

2021. 12

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

본 책자는 그동안 의료급여 현지조사에서 적발된 부당청구 사례의 주요 내용을 수록한 것으로, 향후 관련 법령 및 기준변경, 행정처분 및 소송 결과에 따라 부당여부가 변경 될 수도 있음을 알려드리며, 변경된 사항은 건강보험심사평가원 홈페이지에 우선 게재하고 책자도 지속적으로 보완 · 발간할 예정임을 알려드립니다.

CONTENTS

PART 1 현지조사

1. 현지조사 개요 ····· 3
2. 조사대상 기관 선정 과정 ····· 5
3. 현지조사 업무절차 ····· 6
4. 부당청구 ····· 7
5. 거짓청구 ····· 8
6. 조사 결과에 따른 처분 ····· 9

PART 2 현지조사 사례

1. 거짓청구 ····· 15
2. 부당청구 ····· 22
3. 본인부담금 과다징수 ····· 46

PART 3 부록

1. 행정처분 및 과징금 부과의 기준 ····· 53
2. 업무정지처분에 갈음한 과징금 적용기준 ····· 56

※ 참고자료

의료급여기관 현지조사 관련 법령 ····· 62
보장기관(시·군·구)의 현지조사 의뢰 세부기준 및 절차 ····· 82

PART 1

의료급여 청구 부당사례 모음집

현지조사

1. 현지조사 개요
2. 조사대상 기관 선정 과정
3. 현지조사 업무절차
4. 부당청구
5. 거짓청구
6. 조사 결과에 따른 처분

1 ◦ 현지조사 개요

현지조사 정의

◉ 의료급여기관이 지급받은 의료급여비용 등에 대해 세부 진료내역을 토대로 사실관계 및 적법 여부를 확인·조사하고, 그 결과에 따라 부당이득 환수 및 행정처분 등을 수반하는 보건복지부장관의 행정조사입니다.

현지조사 목적

◉ 보건복지부장관은 의료급여기관의 의료급여사항 등에 관하여 현지조사를 통해 지도·감독함으로써

- 의료급여기관의 건전한 의료급여비용 청구 풍토 조성 및 적정진료를 유도
- 건전한 의료급여 수급권자 및 의료공급자를 보호
- 불필요한 의료급여 재정 누수 방지

현지조사의 법적 근거

의료급여법

- 제23조(부당이득의 징수), 제28조(업무정지), 제29조(과징금), 제32조(보고 및 검사)
- 제33조(권한의 위임 및 위탁), 제35조(벌칙), 제36조(양벌규정), 제37조(과태료)
- 같은 법 시행령 제16조의2(행정처분의 기준), 제16조의4(과징금의 부과기준), 제18조(검사업무의 지원)

국민건강보험법

- 제57조(부당이득의 징수), 제97조(보고와 검사), 제98조(업무정지)
- 제99조(과징금), 제115조(벌칙), 제116조(벌칙), 제117조(벌칙)
- 제118조(양벌 규정), 제119조(과태료), 같은 법 시행령 제70조(행정처분기준)

복지부 고시

- 제2019-300호(요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형)

현지조사의 방법

비대면조사

- 조사원이 조사대상기관에 방문하지 않고 요양급여사항에 관한 보고 또는 관련 자료를 제출하도록 요구하여 의료급여비용 청구의 적법 타당성을 조사하는 방식

현장조사

- 조사원이 조사대상기관에 현장 방문하여 의료급여비용 청구의 적법 타당성 등을 조사하는 방식

현지조사의 유형

정기조사

- **지표점검기관:** 부당청구감지시스템, 청구경향통보제 및 본인부담금 과다징수 다발생기관 등에 의해 부당청구 개연성이 높다고 판단되는 의료급여기관
- **외부의뢰기관:** 건강보험심사평가원, 보장기관(시·군·구) 및 국민건강보험공단의 급여사후관리, 민원제보 및 타 행정기관의 수사 등의 과정에서 의료급여비용의 부당청구가 확인되거나 인지되어 의료급여내역 전반에 대해 행정조사를 실시할 필요가 있다고 판단되는 의료급여기관

기획조사

- 의료급여제도 개선 및 올바른 청구문화 정착을 위해 제도 운영상 개선이 필요한 분야 또는 사회적 문제가 제기된 분야에 대해 실시하는 현지조사

  ※ 기획조사 실시 전 조사 분야 및 조사 시기 사전 예고

긴급조사

- 거짓·부당청구 개연성이 높은 의료급여기관이 증거인멸·폐업 등의 우려가 있는 의료급여기관 또는 사회적으로 문제가 제기되어 긴급하게 조사가 필요한 의료급여기관 등에 대해 실시하는 현지조사

이행실태조사

- 업무정지기간 중 해당 처분을 편법적으로 회피할 우려가 높은 의료급여기관 혹은 불이행이 의심되는 의료급여기관 등에 대해 처분의 사후 이행여부를 점검하기 위해 실시하는 현지조사

2 ◦ 조사대상 기관 선정 과정

현지조사 대상기관 선정 흐름도

현지조사 계획수립 및 실시

현지조사 대상기관 선정

- 부당청구감지시스템 선정기관
- 의료급여 청구경향통보 미개선기관
- 본인부담금 과다징수기관

보건복지부

- 제도운영상 또는 사회적 문제가 된 기관
- 의료급여 재정손실이 우려되는 분야
- 긴급조사가 필요한 기관
- 행정처분 불이행 의심기관

심사평가원

- 의료급여비용 심사 및 평가결과 부당청구 개연성이 높은 기관
- 자료제출을 요구하였으나 미제출한 기관
- 민원제보 기관 등

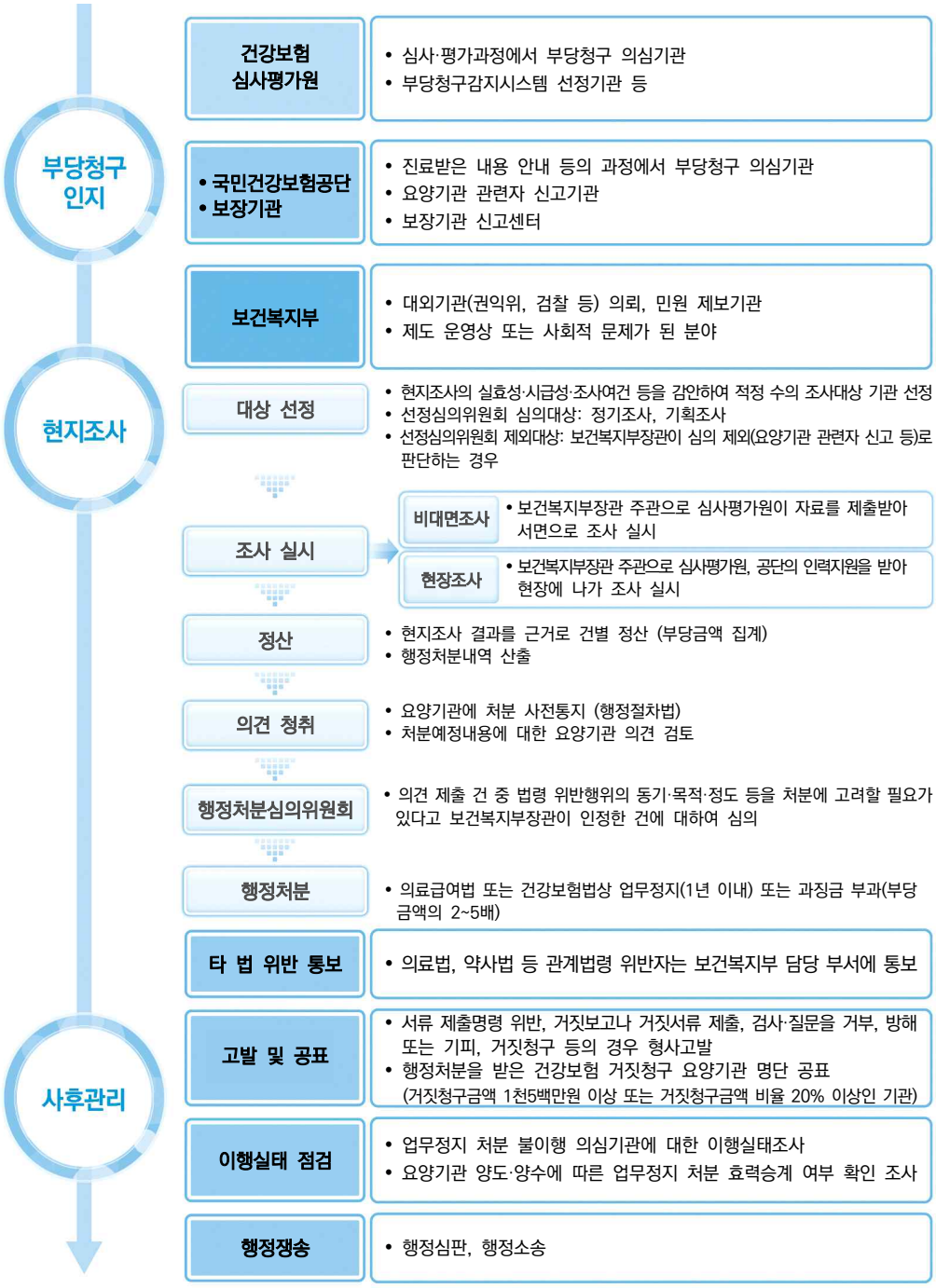
보장기관

- 급여일수 통보 등의 급여 사후관리 과정에서 부당청구 의심기관
- 의료급여사례관리 등에 의거 부당행의 인지된 기관
- 민원제보 기관 등

대외기관

- 국민권익위원회, 검찰 등에 확인 혹은 인지된 부당청구 의심기관 등
- 민원제보 기관 등

3 ◦ 현지조사 업무절차


부당청구 인지
현지조사
사후관리
건강보험 심사평가원
• 심사·평가과정에서 부당청구 의심기관
• 부당청구감지시스템 선정기관 등
• 국민건강보험공단
• 보장기관
• 진료받은 내용 안내 등의 과정에서 부당청구 의심기관
• 요양기관 관련자 신고기관
• 보장기관 신고센터
보건복지부
• 대외기관(권익위, 검찰 등) 의뢰, 민원 제보기관
• 제도 운영상 또는 사회적 문제가 된 분야
대상 선정
• 현지조사의 실효성·시급성·조사여건 등을 감안하여 적정 수의 조사대상 기관 선정
• 선정심의위원회 심의대상: 정기조사, 기획조사
• 선정심의위원회 제외대상: 보건복지부장관이 심의 제외(요양기관 관련자 신고 등)로 판단하는 경우
조사 실시
비대면조사
• 보건복지부장관 주관으로 심사평가원이 자료를 제출받아 서면으로 조사 실시
현장조사
• 보건복지부장관 주관으로 심사평가원, 공단의 인력지원을 받아 현장에 나가 조사 실시
정산
• 현지조사 결과를 근거로 건별 정산 (부당금액 집계)
• 행정처분내역 산출
의견 청취
• 요양기관에 처분 사전통지 (행정절차법)
• 처분예정내용에 대한 요양기관 의견 검토
행정처분심의위원회
• 의견 제출 건 중 법령 위반행위의 동기·목적·정도 등을 처분에 고려할 필요가 있다고 보건복지부장관이 인정한 건에 대하여 심의
행정처분
• 의료급여법 또는 건강보험법상 업무정지(1년 이내) 또는 과징금 부과(부당금액의 2~5배)
타 법 위반 통보
• 의료법, 약사법 등 관계법령 위반자는 보건복지부 담당 부서에 통보
고발 및 공표
• 서류 제출명령 위반, 거짓보고나 거짓서류 제출, 검사·질문을 거부, 방해 또는 기피, 거짓청구 등의 경우 형사고발
• 행정처분을 받은 건강보험 거짓청구 요양기관 명단 공표 (거짓청구금액 1천5백만원 이상 또는 거짓청구금액 비율 20% 이상인 기관)
이행실태 점검
• 업무정지 처분 불이행 의심기관에 대한 이행실태조사
• 요양기관 양도·양수에 따른 업무정지 처분 효력승계 여부 확인 조사
행정쟁송
• 행정심판, 행정소송

4 ◦ 부당청구

개념

- 의료급여(건강보험)법령에서는 '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.
- 법령상 기준위반은 의료급여(건강보험)법령에서 정한 의료급여기준, 진료수가기준을 위반하여 의료(요양)급여를 실시하고 그 비용을 청구하는 것으로, 청구자의 고의·과실 여부는 고려하지 않고 객관적 위반 사실이 있었을 경우 부당청구로 인정하고 있습니다.

관계규정

- 의료급여법 제23조(부당이득의 징수)
  - 제1항: 시장·군수·구청장은 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 의료급여를 받은 사람 또는 급여비용을 받은 의료급여기관에 대하여는 그 급여 또는 급여비용에 상당하는 금액의 전부 또는 일부를 부당이득금으로 징수한다.
- 의료급여법 제28조 (의료급여기관의 업무정지 등)
  - 제1항 제1호·2호·3호: 보건복지부장관은 의료급여기관이 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 수급권자, 부양의무자 또는 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 한 경우, 제11조의 4를 위반하여 본인부담금을 미리 청구하거나 입원보증금 등 다른 명목의 비용을 청구한 경우, 제32조 제2항에 따른 보고 또는 서류제출을 하지 아니하거나 거짓 보고를 하거나 거짓 서류를 제출하거나 소속 공무원의 질문 및 검사를 거부·방해 또는 기피한 경우에는 1년의 범위에서 기간을 정하여 의료급여기관의 업무정지를 명할 수 있다.
- 의료급여법 제29조(과징금 등)
  - 제1항: 보건복지부장관은 의료급여기관이 제28조 제1항 제1호에 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.

5 ◦ 거짓청구

개념

진료비 청구의 원인이 되는 진료행위가 실제 존재하지 않았으나 관련 서류의 위조·변조 등 부정한 방법으로 진료행위가 존재한 것처럼 가장하여 진료비 등을 청구하는 행위를 거짓청구라 하며, 이러한 거짓청구도 부당청구에 포함됩니다.

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 요양급여행위료, 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

관계규정

의료법 제66조 (자격정지 등)

- 제1항 제7호: 보건복지부장관은 의료인이 관련 서류를 위조·변조하거나 속임수 등 부정한 방법으로 진료비를 거짓 청구한 때에는 1년의 범위에서 면허자격을 정지시킬 수 있다.
- 제3항: 의료기관은 그 의료기관 개설자가 제1항 제7호에 따라 자격정지 처분을 받은 경우에는 그 자격정지 기간 중 의료업을 할 수 없다.

약사법 제79조(약사·한약사 면허의 취소 등)

- 제2항 제2호: 보건복지부장관은 약사 또는 한약사가 관련 서류를 위조·변조하거나 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 약제비를 거짓으로 청구한 경우에는 그 면허를 취소하거나 1년 이내의 기간을 정하여 약사 자격 또는 한약사의 자격정지를 명할 수 있다.

형법 제347조(사기)

- 제1항: 사람을 기망하여 재물의 교부를 받거나 재산상의 이익을 취득한 자는 10년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형(보건복지부 고시 제2019-300호)

6 ◦ 조사 결과에 따른 처분

부당이득금 환수

- 시장·군수·구청장은 속임수 그 밖의 부당한 방법으로 의료급여비용을 받은 의료급여기관에 대하여 그 급여 또는 급여비용에 상당하는 금액의 전부 또는 일부를 부당이득금으로 징수하고 있습니다.

업무정지 처분

- 1년의 범위에서 월평균 부당금액과 부당비율에 의하여 업무정지처분 기간을 산출합니다.
- 의료급여법 제32조제2항에 따른 보고 또는 서류제출을 하지 아니하거나 거짓보고를 하거나 거짓 서류를 제출하거나, 조사를 거부·방해 또는 기피한 경우 180일 또는 1년의 업무정지처분을 합니다.
- 업무정지 또는 과징금 처분을 받은 이후 5년 이내에 위반행위를 하였을 경우에는 1년 이내에서 업무정지기간의 2배에 해당하는 업무정지 처분을 적용합니다.

과징금 처분

- 보건복지부 고시 제2020-225호 「업무정지처분에 갈음한 과징금 적용기준」에 따라 의료급여기관을 이용하는 자에게 심한 불편을 주는 경우 등에 업무정지처분에 갈음하여 과징금으로 처분하고 있습니다.
- 과징금은 업무정지 기간이 10일인 경우에는 총 부당금액의 2배, 업무정지 기간이 10일을 초과하여 30일까지에 해당하는 경우에는 총 부당금액의 3배, 30일을 초과하여 50일까지에 해당하는 경우에는 총 부당금액의 4배, 업무정지 기간이 50일을 초과하는 경우에는 총 부당금액의 5배로 합니다.

면허자격정지 처분

- 의료법 제66조제1항, 약사법 제79조제2항 등 부정한 방법으로 진료비 또는 약제비를 거짓으로 청구한 경우 1년 범위 내에서 면허자격정지 처분 합니다.

PART
2

의료급여 청구 부당사례 모음집

현지조사 사례

1. 거짓청구
2. 부당청구
3. 본인부담금 과다징수

CONTENTS

1 거짓청구

내원일수 거짓청구 ····· 15
실제 실시하지 않은 의료행위 거짓청구 ····· 17
의료행위 건수를 부풀려 거짓청구 ····· 18
무자격자의 진료·조제 등으로 발생한 비용을 거짓청구 ····· 19
무자격자가 실시한 물리치료료 거짓청구 ····· 20
비급여 대상 진료 후 의료급여비용 이중청구 ····· 21

2 부당청구

의료급여 절차규정 위반청구 ····· 22
선택의료급여기관 이용절차규정 위반청구 ····· 23
처방전 대리수령 요건 및 구비서류 규정 위반청구 ····· 25
장기요양 신청을 위한 진단비용 부당청구 ····· 26
진찰료 산정기준 위반청구 ····· 27
외박수가 산정기준 위반청구 ····· 29
입원구간별 적용수가 산정기준 위반청구 ····· 30
입원환자 간호관리료 차등제 부당청구 ····· 31
의료급여 정신건강의학과 입원료 차등제 산정기준 위반청구 ····· 32
협의진찰료 산정기준 위반청구 ····· 34
만성질환관리료 산정기준 위반청구 ····· 35
입원환자 안전관리료 부당청구 ····· 36
영상진단 및 방사선치료료 산정기준 위반청구 ····· 37
의약품 또는 한방약품 대체청구 ····· 38
의약품 실사용량 증량청구 ····· 39
주사료 산정기준 위반 ····· 40
정신요법료 산정기준 위반청구 ····· 41
처치 및 수술료 산정기준 위반청구 ····· 43
변증기술료 산정기준 위반청구 ····· 44
약국 약제비 부당청구 ····· 45

CONTENTS

3 본인부담금 과다징수

수가고시 행위료 부당징수 ····· 46
수가포함 행위료 부당징수 ····· 48
의약품비용 과다징수 ····· 49
치료재료대비용 과다징수 ····· 50

1 ◦ 거짓청구

내원일수 거짓청구

관련근거

- 「의료급여법」 제11조(급여비용의 청구와 지급), 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등) 및 「의료법」 제22조(진료기록부 등) 제1항 요양급여비용의 청구는 요양기관에 내원한 수진자에 대하여 실제 진료한 내역을 기록한 진료기록부 등에 의하여 정확히 청구하여야 함.

◉ □□□의원의 경우, '기타 등통증, 상세불명의 부위(M5489)'등의 상병으로 2019년 8월부터 2020년 9월까지 월 3~5회 내원하여 총 56회 내원한 것으로 청구한 수급권자 ○○○은 대표자의 지인(동창)으로 실제로는 총 25회 내원하였으나, 실제 내원하지 않은 날에도 내원한 것으로 진료기록부(전자의무기록)를 거짓기록 후 재진진찰료(AA254) 등을 의료급여비용으로 청구 함.

관련근거

- 「의료급여법」 제11조(급여비용의 청구와 지급), 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등) 및 「의료법」 제22조(진료기록부 등) 제1항 요양급여비용의 청구는 요양기관에 내원한 수진자에 대하여 실제 진료한 내역을 기록한 진료기록부 등에 의하여 정확히 청구하여야 함.
- 「의료급여법 시행규칙」 별표1의2 제1호 바목 경구투여가 가능함에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진통·진양·소염제인 외용제제를 처방 조제받는 경우 그 외용제제에 대하여는 비용의 100분의 100 본인부담 함.
- "진통 · 진양 · 수렴 · 소염 외용제"(보건복지부 고시 제2018-253호, 2018.12.1.)에 따라 진통 · 진양 · 수렴 · 소염 목적으로 사용하는 외용약제는 각 약제의 허가사항 범위 내
  가. 경구투여가 불가능한 경우(부작용 등으로 인하여 비스테로이드항염제(NSAIDs)의 경구투여가 불가능한 환자임을 입증하는 경우를 포함)
  나. 로숀제, 겔제, 크림제를 물리치료 등 원내처치 시 사용한 경우 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

□□□의원의 경우, '상세불명의 급성 기관지염(J209)'등의 상병으로 2018년 8월 16일, 2018년 8월 17일(총 2일) 진찰료와 원외처방전을 발행한 것으로 청구한 수급권자 ○○○에게 실제로는 2018년 8월 17일 1일만 내원하여 경구 및 비경구(파스류)약제를 처방하였으나, 청구시에는 경구약제와 비경구약제를 각각 다른 날에 처방한 것으로 처방전을 발행하여 진찰료×2회, 약국관리료 및 조제료 등×2회 의료급여비용으로 청구 함.

실제 실시하지 않은 의료행위 거짓청구

- □□□의원의 경우, ‘출혈 또는 천공이 없는 만성 상세불명 부위의 소화성궤양(K277)’ 등의 상병으로 내원한 수급권자 ○○○에게 실시한 일부 검사 중 총단백 [화학반응-장비측정] (D1840), 갑상선 호르몬 등[정밀면역검사]_유리싸이록신(D3230050) 검사를 위탁하여 실시 한 것으로 청구하였으나 실제로는 처방하지 않고 수탁기관에서 실시한 검사결과가 없음에도 위탁하여 실시한 것으로 진료기록부(전자의무기록)에 거짓 입력 후 의료 급여 비용으로 청구 함.
- □□□의원의 경우, ‘상세불명 원인의 알레르기성 접촉피부염(L239)’등의 상병으로 내원한 수급권자 ○○○은 지질[화학반응-장비측정]-트리글리세라이드(D2263) 등의 검사를 수탁기관에 위탁하였으나 검체량 부족으로 검사를 실시하지 못하여 검체검사결과지에 미실시 검사로 기재하여 회신하였음에도 위탁하여 검사를 실시한 것으로 진료기록부(전자의무기록)에 거짓 기록(입력) 후 의료급여비용으로 청구 함.
- □□□의원의 경우, ‘상세불명의 조현병(F209)’등의 상병으로 청구한 수급권자 ○○○은 정기적으로 약제수령만을 위해 환자가 직접 내원하지 아니하고 환자 가족이 내원하여 원내조제·투약만 하였음에도, 수급권자가 내원하여 개인정신치료(NN001)를 실시한 것으로 의료급여비용으로 청구 함.
- □□□의원의 경우, ‘상세불명의 두드러기(L509)’ 등의 상병으로 내원한 수급권자 ○○○에게 단순처치(M0111) 및 근막동통유발점 주사자극치료(MM132)를 실제 시행하지 않아 진료기록부(전자의무기록)에 기록이 없음에도 의료급여비용으로 청구 함.

의료행위 건수를 부풀려 거짓청구

□□□의원의 경우, '손목의 상세불명 부분의 염좌 및 긴장(S6359)' 등의 상병으로 내원한 수급권자 ○○○은 실제 수골 2매(G6502)를 촬영하였으나, 청구 시에는 수골 3매(G6503)로 청구하여 실제 촬영 매수보다 증량하여 의료급여비용으로 청구 함.

무자격자의 진료·조제 등으로 발생한 비용을 거짓청구

[관련근거]

- 「약사법」 제23조(의약품 조제)에 따라 약사 및 한약사가 아니면 의약품을 조제할 수 없고, 의사나 치과의사의 경우에만 직접 조제할 수 있는 범위 내에서 직접 조제를 허용하고 있음.

◉ □□□병원의 경우, '상세불명의 조현병(F209)'상병으로 내원한 수급권자 ○○○에게 약사가 근무하지 않은 매주 토요일마다 약사보조 업무를 담당하는 간호조무사 ◇◇◇이 외래처방 의약품을 직접 조제하여 수급권자에게 전달하고 의약품 및 외래환자 조제·복약지도료 등을 의료급여비용으로 청구 함.

무자격자가 실시한 물리치료료 거짓청구

관련근거

- 「의료기사 등에 관한 법률」 제3조(업무 범위와 한계), 제9조(무면허자의 업무금지 등)에 따라 의료기사 등이 아니면 의료기사 등의 업무를 하지 못함.
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제7장 이학요법료 제1절 기본물리치료료 주1.에 따라 물리치료는 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 산정하여야 함.

□□□의원의 경우, '척추협착, 요추부(M4806)'상병으로 내원한 수급권자 ○○○에게 물리치료사가 아닌 치료실 관리직원 ◇◇◇이 단순운동치료[1일당](MM101)를 실시하고 물리치료사가 실시한 것으로 물리치료대장에 기록하고 의료급여비용으로 청구 함.

비급여 대상 진료 후 의료급여비용 이중청구

관련근거

- 「국민건강보험법」 제41조 4항에 따라 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 “비급여대상”이라 한다)으로 정할 수 있음.
- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조(비급여대상)[별표2]에 따라 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료 등은 비급여대상이므로 요양급여비용으로 청구할 수 없음.

- □□□의원의 경우, 일반채용 검진 목적으로 내원한 수급권자 ○○○에게 일반채용 검진으로 흉부촬영을 실시 후 40,000원을 부담시키고, ‘호흡기 및 상세불명 결핵의 후유증(B909)’등의 상병으로 초진진찰료(AA154)와 흉부[직접]1매(G2101)를 의료급여비용으로 이중청구 함.
- □□□의원의 경우, 진단서 발급만을 목적으로 내원한 경우, 별도의 요양급여 비용을 징수할 수 없으나 수급권자 ○○○에게 진단서 발급비용 20,000원을 부담시키고 ‘신경뿌리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애(M511)’등의 상병을 진료기록부(전자의무기록)에 기록 후 초진진찰료(AA154)를 의료급여비용으로 이중청구 함.
- □□□의원의 경우, 피부 미용목적의 점 제거 레이저술을 위하여 내원한 수급권자 ○○○에게 비급여 시술 후 100,000원을 부담시키고, ‘표피낭(L720) 및 바이러스사마귀(B07)’등의 거짓 상병을 진료기록부(전자의무기록)에 기록하고 티눈제거술(N0143) 등을 시행한 것으로 의료급여비용을 이중청구 함.

2 ◦ 부당청구

의료급여 절차규정 위반청구

관련근거

- 「의료급여법 시행규칙」제3조(의료급여의 절차) 제1항 및 제2항에 따라 수급권자가 의료급여를 받으려는 경우에는 제1차의료급여기관이 의료급여 신청을 받아 제2차의료급여기관에 의뢰, 제2차의료급여기관이 의료급여 신청을 받아 다른 제2차의료급여기관 또는 제3차의료급여기관에 의뢰, 제3차의료급여기관이 의료급여신청을 받아 다른 제3차의료급여기관에 의뢰하여 단계별 절차에 따라야 하며, 의료급여 절차에 의하지 아니하고 의료급여기관을 이용한 경우에 의뢰받은 의료급여기관에서는 수급권자가 의료급여의뢰서를 제출하지 않을 경우, 의료급여비용총액을 수급권자에게 전액 본인부담토록 하여야 함.
- 선택의료급여기관을 이용하는 자가 「응급의료에 관한 법률」 제2조제1호에 해당하는 응급환자로서 진료를 받고자 하는 경우 또는 장애인보장구를 지급받고자 하는 경우에는 선택의료급여기관 이외의 의료급여기관을 이용할 수 있으며 이 경우 규칙 제19조의4제1항제3호에 따라 선택의료급여기관에서 외래진료를 받은 것으로 보고 있음.

□□□병원의 경우, '요통, 요천부(M5457)'상병으로 내원한 수급권자 ○○○은 의료급여 단계별 절차 예외규정에서 정한 응급환자 등에 해당하지 않는 수급권자로서, 제1차의료급여기관이 발급한 의료급여의뢰서 없이 내원하여 진료 받았음에도 그 진료에 소요된 비용을 수급권자에게 전액 본인부담하지 않고 의료급여비용으로 청구하고 또한, 원외처방전을 발행하여 약제비용 등을 의료급여비용으로 청구 함.

선택의료급여기관 이용절차규정 위반청구

관련근거

- 「의료급여법 시행규칙」제8조의3 관련 [별표1] “선택의료급여기관의 범위 및 의료급여의 절차” 등에 따라 선택의료급여기관이 해당 수급권자의 치료를 위하여 다른 의료급여 기관 (제1차 의료급여기관 포함)의 진료가 필요하다고 판단하는 경우, 수급권자에게 의료급여 의뢰서를 발급하고 그 사실을 **7일 이내**에 보장기관에 통보하여야 하고, 의료급여의뢰서를 발급받은 수급권자는 의료급여의뢰서를 7일(공휴일 제외)이내에 의료급여기관에 제출하여야 하며, 의뢰받은 의료급여기관에서는 수급권자가 의료급여의뢰서를 제출하지 않을 경우, 의료급여비용 총액을 수급권자에게 전액 본인부담토록 하여야 함.
- 선택의료급여기관을 이용하는 자가 「응급의료에 관한 법률」제2조제1호에 해당하는 응급환자로서 진료를 받고자 하는 경우 또는 장애인보장구를 지급받고자 하는 경우에는 선택의료급여기관 이외의 의료급여기관을 이용할 수 있으며 이 경우 규칙 제19조의4제1항제3호에 따라 선택의료급여기관에서 외래진료를 받은 것으로 봄.

□□□의원의 경우, ‘식도염을 동반한 위-식도역류병(K210)’상병으로 내원한 수급권자 ○○○은 선택의료급여기관 이용절차 대상자로 선택의료급여기관인 ◎◎◎의원에서 발급한 의료급여의뢰서를 제출하여야하나, 선택의료급여기관에서 발급한 의료급여의뢰서 없이 내원하여 의료급여비용 총액을 수급권자가 전액 본인부담하여야 함에도 진료에 소요된 비용을 의료급여비용으로 청구하고 또한, 원외처방전을 발행하여 약제비용 등을 의료급여비용으로 청구 함.

- □□□의원의 경우, '당뇨병성 망막변증(H360)'상병으로 내원한 수급권자 ○○○은 2020년 2월 27일 내원하여 2020년 2월 10일 선택의료급여기관에서 발급받은 의료급여의뢰서를 제출하여 의료급여비용 총액을 수급권자에게 전액 본인부담 시켜야하나, 의료급여비용으로 청구하고 또한, 원외처방전을 발행하여 약제비용 등을 의료급여비용으로 청구함.
- □□□의원의 경우, '눈의 중심성 군날개(H1101)'상병으로 내원한 수급권자 ○○○은 2020년 6월 22일부터 ◇◇◇의원의 선택의료급여기관 적용대상자로 선택의료급여기관 ◇◇◇의원에서 발급한 의료급여의뢰서를 제출하여야하나, 2020년 6월 30일 □□□의원에 내원하여 선택의료급여기관이 아닌 ◎◎◎의원에서 2020년 4월 14일 발급한 의료급여의뢰서를 제출하였음에도 수급권자에게 전액 본인부담 시키지 않고 의료급여비용으로 청구하고 또한, 원외처방전을 발행하여 약제비용 등을 의료급여비용으로 청구 함.

처방전 대리수령 요건 및 구비서류 규정 위반청구

관련근거

- 「의료법」 제17조의2(처방전)에 따라 의사, 치과의사 또는 한의사는 ① 환자의 의식이 없는 경우 ② 환자의 거동이 현저히 곤란하고 동일한 상병에 대하여 장기간 동일한 처방이 이루어지는 경우로 해당 환자 및 의약품에 대한 안전성을 인정하는 경우에 대리수령자에게 처방전을 교부하거나 발송할 수 있으며 대리수령자는 환자를 대리하여 그 처방전을 수령할 수 있음.
- 「의료법 시행령」 제10조의2(대리수령자의 범위, 2020.2.28.)에 따라 환자를 대리하여 처방전을 수령할 수 있는 사람은 환자의 ① 직계존속비속 및 직계비속의 배우자 ② 배우자 및 배우자의 직계존속 ③ 형제자매 ④ 노인의료복지시설에서 근무하는 사람 또는 ⑤ 그 밖에 환자의 계속적인 진료를 위해 필요한 경우로서 보건복지부장관이 인정하는 사람 등으로 규정하고 있음.
- 「의료법 시행규칙」 제11조의2(처방전의 대리수령방법, 2020.2.28.)에 따라 대리수령자가 처방전을 대리수령하려는 때에는 의사에게 처방전 대리수령 신청서를 제출하여야 하고 의사는 제출받은 처방전 대리수령 신청서를 제출받은 날부터 1년간 보관해야 함.

□□□의원의 경우, '기타 및 상세불명의 원발성 고혈압(I109)'등의 상병으로 수급권자 ○○○의 대리수령자가 방문하여 원외처방전만을 발급받았으나 □□□의원은 대리수령자에게 처방전 대리수령 신청서를 제출받지 아니하고 재진진찰료(대리수령자가 처방전 및 약제를 수령한 경우)(AA254090)를 청구하고 또한, 대리수령자에게 원외처방전을 발행하여 약제비용 등을 의료급여비용으로 청구 함.

장기요양 신청을 위한 진단비용 부당청구

관련근거

- “장기요양 인정신청 시 의사소견서 발급 관련 협조”(보험급여과-324호, 2008.4.15.) 및 노인장기요양보험법 시행규칙 제4조에 따라 장기요양 인정신청을 위한 의사소견서 발급비용은 공단에 청구할 수 있으나, 소견서 발급에 필요한 진찰료 및 진단에 소요되는 검진비용 등에 대하여는 신청인(본인)이 전액본인부담토록 하여야 함.

□□□의원의 경우, ‘상세불명의 근신경장애(G709)’등의 상병으로 내원한 수급권자 ○○○은 장기요양 인정신청을 위한 의사소견서 발급을 위해 관절가동범위검사, 인성검사-간이정신진단검사, 치매척도검사 등을 실시하고, 소견서 발급에 필요한 진찰료 및 진단에 소요되는 검진비용을 신청인(본인)에게 전액본인부담토록 하여야 함에도 초진진찰료(AA154), 관절가동범위검사(EX773) 등을 의료급여비용으로 청구 함.

진찰료 산정기준 위반청구

관련근거

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제1장 [산정지침] 1.진찰료 가.(4)에 따라 상병의 치료가 종결되지 아니하여 계속 내원하는 경우에는 내원 간격에 상관없이 재진환자로 보며, 하나의 상병에 대한 진료를 계속 중에 다른 상병이 발생하여 동일 의사가 동시에 진찰을 한 경우 재진진찰료를 산정하여야 함.

◉ □□□의원의 경우, '상세불명의 고관절증(M169), 척추협착, 요추부(M4806)'등의 상병으로 2019년 1월 26일, 2월 26일(총 2일) 내원하여 초진진찰료(AA154)를 2회 청구한 수급권자 ○○○은 해당 상병의 치료가 종결되지 아니하여 계속 내원한 경우로 2019년 2월 26일은 재진진찰료를 청구하여야 하나 초진진찰료(AA154)를 의료급여비용으로 청구 함.

관련근거

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수 및 산정지침」제1편 제2부 제1장 기본진료료 가-1나 주7.에 따라 진료담당의사와 상담한 후 대리수령자가 처방전 및 약제를 수령한 경우에는 재진진찰료 소정점수의 50%를 산정하여야 함.

◉ □□□의원의 경우, '기타 윤활막염 및 힘줄윤활막염, 발목 및 발(M6587)'등의 상병으로 수급권자 ○○○이 직접 내원한 것으로 청구하였으나, 실제로는 보호자가 내원하여 원외처방전을 수령한 경우로 재진진찰료 소정점수의 50%인 재진진찰료(대리수령자가 처방전 및 약제를 수령한 경우)(AA254090)를 산정하여야 함에도 재진진찰료 소정점수의 100%인 재진진찰료(AA254)를 의료급여비용으로 청구 함.

관련근거

- “복수면허(의과, 치과, 한의과) 의료인의 복수 의료기관 개설지침”(보건복지부 고시 제2018-193호, 2018.9.7.)에 따라 복수면허 의료인은 하나의 장소에서 면허에 따라 각각 의료기관 개설이 가능하며 요양기관 기호는 각각 부여되나 진찰료 수가 산정방법은 같은 날 동일 환자에 대하여 각각 진찰한 경우라 하더라도 1인의 의사가 진찰한 것이므로 진찰료는 1회만 요양급여비용을 산정하고 그 이외 진찰료는 비급여로 징수하여야 함.

□□□한의원과 ◇◇◇의원 대표자는 복수면허(의과, 한의과) 소지자로 ‘심기허증(心氣虛證)(U660), 화병(火病) (U222)’등의 상병으로 2019년 5월 23일부터 10월 4일까지 같은 날 동일 소재 □□□한의원과 ◇◇◇의원에 각각 10회씩 내원하여 복수면허 소지자 1인의 의사(한의사)에게 한의원, 의원에서 진료받은 수급권자 ○○○은 10회의 진찰료만 산정하고 그 이외의 진찰료는 비급여로 징수하여야 함에도, 의원 및 한의원에서 각각 진찰료를 10회씩 의료급여비용으로 청구 함.

외박수가 산정기준 위반청구

관련근거

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제3편 제2부 「요양병원 행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침」[산정지침] 7.에 따라 입원중인 환자가 주치의의 허가를 받은 후 연속해서 24시간을 초과하여 외박한 경우에는 외박수가를 산정하여야 함.
- "요양병원 관련 산정기준 질의"(보험급여과-284호, 2010.04.13.)에 따라 요양병원 수가 중 필요인력 확보에 따른 별도보상제는 외래환자 및 입원환자 중 외박수가 산정 시에는 별도 산정할 수 없음.

◉ □□□요양병원의 경우, '척추협착, 요추부(M4803)'등의 상병으로 2018년 1월 11일부터 2018년 1월 22일까지(총 12일간) 입원한 수급권자 ○○○은 입원기간 중 2018년 1월 19일 11시 50분부터 2018년 1월 21일 14시 40까지 총 2박 3일 외박한 경우로, 의료 급여비용 청구 시 신체기능저하군 ADL 6-12, 의사1(전문의 수50%이상)·간호1등급 (A7291)×9(일), 신체기능저하군, 외박(A7900)×2(일), 필요인력확보(일당)(AB002)×9(회)를 청구하여야 하나, 외박기간 동안 외박수가를 산정하지 않고 입원한 것으로 하여 신체기능저하군 ADL 6-12, 의사1(전문의 수50%이상)·간호1등급 (A7291)×11(일), 신체기능저하군, 및 필요인력 확보 ×11(회)를 의료급여비용으로 청구 함.

입원구간별 적용수가 산정기준 위반청구

관련근거

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수 및 산정지침」제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 2. 입원료(라)에 따라 입원료는 입원 16일째부터 30일째까지는 해당 점수의 90%를 산정하고 입원 31일째부터는 해당점수의 85%를 산정하여야 함.
- 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제1장 제9조 및 제11조에 따라 정신질환 정액수가는 의료급여비용정액명세서 제X항 “정신건강의학과 정액”에 기재하면서 정신질환 정액수가 입원수가 구간은 입원 후 1일~90일, 입원 후 91일~180일, 입원 후 181일~360일, 입원 후 361일 이상으로 입원 기간별로 산정하여야 함.

□□□병원의 경우, ‘알콜의 의존증후군(F102)’등의 상병으로 입원한 수급권자 ○○○은 1일~90일 구간에 입원한 것으로 청구하였으나 실제로는 101일간(실제 입원기간 ’21.3.1. ~ 6.10.) 퇴원하지 않고 연속하여 입원 중으로 입원 91일부터는 91일~180일 입원수가 구간을 적용하여 청구하여야 함에도 퇴원 후 재입원한 것처럼 하여 의료급여 정신질환 입원구간별 수가를 실제와 다르게 적용하여 의료급여비용으로 청구 함.

입원환자 간호관리료 차등제 부당청구

관련근거

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수」 제1편 제2부 제1장[산정지침] 2. 마항에 따라 일반병동의 직전분기 평균 병상 수 대비 당해 병동에서 간호업무에 종사하는 직전 분기 평균 간호사 수(병상 수 대 간호사 수의 비)에 따라 간호인력 확보수준을 1등급 내지 7등급으로 구분하여 산정 함.
- "간호인력 확보수준에 따른 간호관리료 차등적용 관련기준"(보건복지부 고시 2019-177호, 2019.10.01.)에 따라 간호인력 산정 시 호스피스 등에 근무하여 실제 일반병상 환자간호 업무에 종사하지 않은 간호사는 일반병동 근무 간호사 수에서 제외하고 실제 환자간호를 담당하는 일반병동 간호사 수로 간호인력 확보수준을 신고·청구하여야 함.

◉ **□□□병원의 경우, 간호사 ○○○은 호스피스 병동에서 근무하고, 간호사 △△△은 호스피스 요양보호사 교육원에서 근무하여 각각 일반병동에서 환자간호 업무를 담당하지 않았음에도 일반병동에서 근무한 것으로 신고하여 2017년 2분기, 3분기의 실제 간호인력 확보수준에 따른 등급이 3등급이나 2등급으로 산정하여 의료급여비용을 청구 함.**

관련근거

- "간호인력 확보수준에 따른 간호등급 산정기준 관련사항"(보건복지부 행정해석 급여65720-1610호, 2001.10.29.)에 따라 간호등급 산정대상이 되는 일반병동의 간호사 중 분만휴가자(1월 이상 장기 유급휴가자 포함)의 경우 간호등급 산정대상에서 제외하여야 함.

◉ **□□□병원의 간호사 ○○○은 2018년 8월 1일부터 2018년 10월 31까지, 간호사 ◎◎◎은 2018년 10월 15일부터 2019년 1월 13일까지 분만휴가로 인해 1개월 이상 병동 간호업무를 하지 않아 간호등급 산정대상에서 제외해야 함에도 제외하지 않아 2019년 1분기 간호등급이 6등급임에도 5등급으로 의료급여비용을 청구 함.**

의료급여 정신건강의학과 입원료 차등제 산정기준 위반청구

관련근거

- 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제9조(정신질환 수가기준) 제5항[별표4] 의료인 등 인력 확보수준에 따른 정신건강의학과 입원료 차등제 적용기준에 따라 간호인력은 정신건강의학과 낮병동, 정신건강의학과 외래병동에 배치되어 실제 환자 간호를 전담하고 있는 간호사와 이에 대한 간호업무를 보조하는 간호조무사를 의미하며 정신건강의학과 병동에 배치되어 있지만 환자간호를 전담하지 않은 간호인력은 간호인력(간호감독, 전임노조, 가정간호사, 호스피스 간호사 등) 산정대상에서 제외하여야 함.
- 환자수는 정신건강의학과 입원환자, 정신건강의학과 외래환자를 일자별로 관리하고 입원환자수는 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막월 14일까지 한국표준질병사인분류 항목 중 정신질환(F00~F99, G40, G41)으로 정신건강의학과에서 진료받은 건강보험 환자를 포함하고, 외래환자 3인은 입원환자 1인으로 환산하여 입원환자수에 합산하여 실제 환자수를 정확히 합산하여야 함.

□□□병원의 경우, 환자 이송 등의 차량운전 업무 등을 수행한 간호조무사 ○○○을 정신건강의학과 폐쇄병동 간호전담 인력으로 신고하고, 정신건강의학과 병동에 입원한 의료급여 및 건강보험 환자 수 합산 시 실제 환자수*를 줄여 신고하여 2018년 3분기~2019년 3분기까지 의료급여 정신건강의학과 입원료 차등제 등급이 실제 G3 등급임에도 G2등급으로 의료급여비용을 청구 함.

* ① 정신 건강의학과 폐쇄병동에 입원한 환자를 가정의학과에 입원한 것으로 청구
② 계속 입원 중인 환자이나 일부 입원기간 미청구
③ 건강보험 업무정지 기간 동안 정신질환으로 입원한 건강보험 환자수를 제외하고 청구

□□□병원의 경우, 간호사 ○○○은 2017년 11월 1일부터 2020년 5월 31일까지 간호과장으로 근무하면서 병원의 전반적인 관리(환경, 인력, 물자 등)와 필요시 탄력적으로 외래업무를 도와주거나, 인력채용 및 환자안전업무 등에 관한 확인·결재업무를 수행함으로써 정신건강의학과 입원 또는 외래환자 간호업무를 전담하지 않았음에도 2018년 7월 1일부터 2020년 5월 31일까지 입원환자 간호업무 또는 외래환자 간호업무를 전담한 것으로 신고하여 2018년 4분기, 2019년 1분기, 2분기, 4분기 간호등급이 G3 등급임에도 G2 등급으로 의료급여비용을 청구 함.

협의진찰료 산정기준 위반청구

관련근거

- “입원 중 협의진찰료 급여기준”(보건복지부 고시 제2021-73호, 2021.03.05.)에 따라 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.

· 진료과목 또는 세부 전문과목(분야)당 산정횟수는 병원·정신병원·한방병원·치과병원의 경우 입원기간 중 30일에 2회 이내를 산정할 수 있음.

- □□□병원의 경우, ‘알콜의 의존증후군(F102)’등의 상병으로 입원한 수급권자 ○○○은 정신질환(F00~F99, G40, G41)으로 정신건강의학과 병동에 입원하여 입원기간 중 진료과목이 동일한 정신건강의학과 의사가 협의진찰하여 협의진찰료를 산정할 수 없음에도 의료급여비용으로 청구 함.
- □□□병원의 경우, ‘혼합형 불안 및 우울장애(F412)’등의 상병으로 입원한 수급권자 ○○○은 정신건강의학과 입원기간 중 30일에 2회 이내만 협의진찰료를 산정할 수 있음에도 2회를 초과하여 의료급여비용을 청구 함.

만성질환관리료 산정기준 위반청구

관련근거

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제1장 기본진료료 가14 만성질환관리료 주1.에 따라 고혈압, 당뇨병 등의 상병으로 당해 의료기관에 지속적으로 내원하는 재진환자에 대하여 교육·상담 등을 통하여 환자가 자신의 질병을 이해하고, 합병증을 예방할 수 있도록 관리체계를 수립하고, 주4.에 따라 해당 만성질환자를 진료한 기관은 개인별 진료기록부에 만성질환자 관리내역을 기록·보관하여야 함.

◉ □□□의원의 경우, '기타 및 상세불명의 원발성 고혈압(I109)'등의 상병으로 내원한 수급권자 ○○○의 진료기록부(전자의무기록)에 만성질환자 관리내역을 기록·보관하지 아니하여 만성질환관리료(AH200)를 산정할 수 없음에도 의료급여비용으로 청구 함.

입원환자 안전관리료 부당청구

관련근거

- “입원환자 안전관리료 인력기준”(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.9.25.)에 따라, ‘가-29 입원환자 안전관리료’는 「환자안전법」 제11조, 제12조 및 동법 시행규칙 제5조, 제9조 제1항에 해당하는 의료기관으로 전담인력을 배치하고, 환자안전위원회를 설치·운영하는 기관에서 환자안전 활동을 실시하여야 함.

□□□병원의 간호사 ○○○은 2017년 11월 1일부터 2020년 5월 31일까지 간호과장으로 근무하면서 병원의 전반적인 관리(환경, 인력, 물자 등)와 필요시 탄력적으로 외래 업무를 도와주거나 인력채용에 관한 확인·결재업무를 수행하는 등 환자 안전관리를 전담하지 않았음에도 2017년 11월 1일부터 2018년 3월 31일까지 환자 안전관리 전담인력 담당자로 신고하고 입원환자 안전관리료-병원(AC430)를 의료급여비용으로 청구 함.

영상진단 및 방사선치료료 산정기준 위반청구

관련근거

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제3장 영상진단 및 방사선치료료 [산정지침] (3)(4)에 따라 영상진단을 실시한 경우에는 반드시 판독소견서를 작성·비치하여야 하며, 판독소견서를 작성·비치하지 아니한 경우에는 촬영료 등(소정점수의 70%)만 산정하여야 함.
- 방사선 영상진단의 판독료 산정기준(고시 제2017-118호, 2017.7.1.)에 따라 제1절 방사선 단순 영상진단료는 판독소견을 진료기록부에 기록한 경우 또는 치료 목적의 영상 판독소견을 시술(수술)기록지에 기록한 경우에도 판독소견서를 작성·비치한 것으로 간주함.

□□□의원의 경우, '결절종, 손(M6744)'등의 상병으로 내원한 수급권자 ○○○은 수골 4매(G6504) 방사선 촬영 후 판독소견서 및 진료기록부(전자의무기록) 또는 시술(수술)기록지에 판독소견에 대한 기록이 없어 소정점수의 70%에 해당하는 수골 4매[촬영료 등](G6504007)를 청구하여야 함에도 소정점수의 100%에 해당하는 수골 4매(G6504)를 의료급여비용으로 청구 함.

관련근거

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제3장 제2절 방사선 특수영상 진단료 관절조영(다-228, HA280) 및 제 3장 영상진단 및 방사선치료료 [산정지침] 2항에 따라 조영제 주입료는 소정 방사선 진단료에 포함되므로 별도 산정할 수 없음.

□□□의원의 경우, '합병증을 동반하지 않은 2형 당뇨병(E119)'상병으로 내원한 수급권자 ○○○은 관절조영(HA280) 시행 시 조영제 주입료를 별도 산정할 수 없음에도 조영제(옴니파큐)를 주입한 수가로 관절천자[간단한검사 또는 관절액 이동술 포함][편측](C8020)를 의료급여비용으로 청구 함.

의약품 또는 한방약품 대체청구

관련근거

- **「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등) 「의료법」 제22조(진료기록부 등) 제1항**에 따라 요양급여비용의 청구는 요양기관에 내원한 수진자에 대하여 실제 진료한 내역을 기록한 진료기록부 등에 의하여 정확히 청구하여야 함.

- □□□의원의 경우, '결절종, 발목 및 발(M6747)'등의 상병으로 내원한 수급권자 ○○○은 신경차단술 시 실제로는 제일 리도카인주사액_(리도카인염산염)_(0.4g/20mL)(650500341/503원)를 투여하고, 청구 시에는 휴온스 리도카인염산염수화물주사_(0.4g/20mL)(670603485/610원)의 고가 품목으로 대체하여 의료급여비용을 청구 함.
- □□□한의원의 경우, '목의 기타 및 상세불명 부분의 관절 및 인대의 염좌 및 긴장(S136)' 등의 상병으로 내원한 수급권자 ○○○에게 실제로는 정우향사평위산(단미엑스산혼합제)(694203850/805원)을 투여하였으나 청구 시에는 한중오적산(혼합단미엑스산)(662704390/1,444원)의 고가 품목으로 대체하여 의료급여비용을 청구 함.

의약품 실사용량 증량청구

관련근거

- 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등) 「의료법」제22조(진료기록부 등) **제1항**에 따라 요양급여비용의 청구는 요양기관에 내원한 수진자에 대하여 실제 진료한 내역을 기록한 진료기록부 등에 의하여 정확히 청구하여야 함.

- □□□의원의 경우, '요추의 염좌 및 긴장(S3350)'등의 상병으로 내원한 수급권자 ○○○에게 트리암시놀론주사40밀리그램(트리암시놀론아세토니드)_(40mg/1mL)(645903001/700원)을 실제 0.25mL을 투여하고 청구 시에는 0.5mL로 투여한 것으로 증량하여 의료급여비용을 청구 함.
- □□□의원의 경우, '후발백내장, 왼쪽(H2641)'등의 상병으로 내원한 수급권자 ○○○에게 종근당세파졸린주1그램(643302781)을 실제 0.25그램을 투여하고 청구 시에는 1그램을 투여한 것으로 증량하여 의료급여비용을 청구 함.
- □□□의원의 경우, '상세불명의 천식(J459)'등의 상병으로 내원한 수급권자 ○○○의 하기도 증기흡입치료 시 벤토린흡입액(살부타몰황산염)_(0.12g/20mL)(650000491) 1mL를 투여하고 청구 시에는 20mL를 투여한 것으로 증량하여 의료급여비용을 청구 함.

주사료 산정기준 위반청구

관련근거

- 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등) 「의료법」 제22조(진료기록부 등) **제1항**에 따라 요양급여비용의 청구는 요양기관에 내원한 수진자에 대하여 실제 진료한 내역을 기록한 진료기록부 등에 의하여 정확히 청구하여야 함.

- □□□의원의 경우, '기타 및 상세불명의 혈뇨(R318)'등의 상병으로 내원한 수급권자 ○○○은 대한멸균생리식염수(0.9g/100mL/백)(645100562)에 판비콤프주(2mL/앰플)(645102410)를 혼합 주사하여 정맥 내 점적주사 100ml~500ml(KK052) 수기료만 산정 가능하나 피하 또는 근육내주사(KK010) 수가를 의료급여비용으로 청구 함.
- □□□의원의 경우, '상세불명의 유방의 악성 신생물, 오른쪽(C5090)'등의 상병으로 내원한 수급권자 ○○○은 대한멸균생리식염수(1.8g/200mL/병)(645100611)에 삐콤헥사주(2mL)(642100710)를 혼합 주사하여 정맥내 점적주사 100ml-500ml(KK052) 수기료만 산정 가능하나 수액제 주입로를 통한 주사(KK054) 수가를 의료급여비용으로 청구 함.

정신요법료 산정기준 위반청구

관련근거

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제8장 정신요법료 [산정지침] 1.에 따라 정신요법료는 정신건강의학과 전문의가 정신건강의학과 환자에게 행한 경우에 산정하되, 반드시 분류항목별 치료행위에 관한 내용을 진료기록부 등에 기록한 경우에 산정 함.
- 개인정신치료(아-1)는 '주'에 따라 정신의학적 평가 하에 치료자와의 관계를 통해 환자의 기능과 심리를 지지함으로써 정신건강과 관련된 질병치료 및 증상개선 목적의 정신치료를 시행한 경우에 산정 함.
- 개인정신치료Ⅰ(10분 이하, 아-1가, NN001), 개인정신치료 Ⅱ(10분 초과 20분 이하, 아-1나, NN002), 개인정신치료 Ⅲ(20분 초과 30분 이하, 아-1다, NN003), 개인정신치료Ⅳ(30분 초과 40분 이하, 아-1라, NN004), 개인정신치료Ⅴ(40분 초과, 아-1마, NN005) 치료한 경우에 산정 함.

◉ □□□의원의 경우, '여러 약물 사용 및 기타 정신활성물질의 의존증후군(F192)'등의 상병으로 내원한 수급권자 ○○○은 개인정신치료를 5분 시행하여 개인정신 치료Ⅰ(10분 이하, NN001)로 청구하여야 함에도, 개인정신치료Ⅱ(10분 초과 20분 이하, NN002)로 의료급여 비용을 청구 함.

관련근거

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」제8장 [산정지침] (2)에 따라 집단정신치료-역동상호작용적 집단정신치료(아-2나, NN022)는 정신건강의학과 전문의 또는 정신건강의학과 전문의 지도하에 3년차 이상의 정신건강의학과 전공의가 실시한 경우에 산정하여야 함.

◉ □□□병원의 경우, '상세불명의 조현병(F209)'등의 상병으로 내원한 수급권자 ○○○에게 집단정신치료-역동상호작용적 집단정신치료(NN022)를 정신건강사회복지사가 실시하여 청구할 수 없음에도 정신건강의학과 전문의가 실시한 것으로 의료급여비용을 청구 함.

관련근거

- "인지행동치료 급여기준"(보건복지부 고시 제2018-135호, 2018.6.29.)에 따라 인지행동치료는 치료시작 시 계획한 횟수, 실시 횟수, 치료시간, 치료 종료 시 평가 등을 진료기록부에 기록하여야 함.
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제8장 정신요법료에 따라 인지행동치료는 왜곡된 사고와 비논리적 추론을 환자 스스로 발견하고 수정하도록 인지구조와 행동, 반응을 다루며 현재의 문제와 해결점에 초점을 맞추어 치료적 목표를 달성할 수 있도록 돕는 치료를 시행한 경우에 해당하며, 인지행동치료-개인(아-6가, NN061)은 30분 이상 치료를 시행한 경우 산정할 수 있고, 신경과 전문의 지도하에 신경과 3년차 이상 전공의가 실시한 경우에도 산정할 수 있음.

◉ □□□의원의 경우, '본태성 떨림(G250)'등의 상병으로 내원한 수급권자 ○○○에게 실제로는 30분 미만의 인지행동 치료를 시행하고 인지행동치료-개인(NN061)을 30분 이상 시행한 것으로 의료급여비용을 청구 함.

처치 및 수술료 산정기준 위반청구

관련근거

- “건강검진 실시 당일 이상소견이 있어 검사나 처치 등을 추가로 시행 시 수가산정방법” (보건복지부 고시 제2017-265호, 2017.12.29.)의 국민건강보험법 제 52조에 따라 가입자 등에게 실시하는 건강검진 결장경검사(나-766, E7660) 실시 당일 폴립이나 이물 등이 발견되어 결장경하 종양 수술 등을 실시한 경우 건강검진 항목과 중복하여 요양급여 할 수 없으므로 내시경검사 및 전 처치 하제를 제외한 금액을 의료급여비용으로 산정할 수 있음.

□□□의원의 경우, ‘결장의 상세불명 폴립(K6539)’등의 상병으로 내원한 수급권자 ○○○은 건강검진을 목적으로 내원하여 검진 항목인 결장경검사(E7660) 실시 중 이상소견이 있어 결장경하종양수술-점막 절제술 및 점막하종양절제술(Q7703)을 실시한 경우, 결장경하종양수술-점막절제술 및 점막하종양절제술[건강검진 당일 소화기내시경하시술](Q7703800)로 산정하여야 함에도, 결장경하종양수술-점막 절제술 및 점막하종양절제술(Q7703)을 의료급여비용으로 청구 함.

변증기술료 산정기준 위반청구

[관련근거]

- “하40 변증기술료의 급여기준”(보건복지부 고시 제2020-19호, 2020.01.29.)에 따라 변증은 환자의 임상 자료를 종합 분석하여 질병의 병리본질을 인식하고 구체적인 증명을 변별·확정하는 과정임. 따라서 변증기술료는 직접적인 진찰에 의한 소견으로 진료기록부에 다음 내용이 모두 확인되는 경우에 요양급여로 인정함. 단, 단순한 증상만을 기재한 경우 인정하지 아니함.
  변증 진단명 상 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 설명이 확인되는 경우에 인정함.

◉ □□□한의원의 경우, ‘요천추[관절][인대]의 염좌 및 긴장(S3351)’등의 상병으로 내원한 수급권자 ○○○은 진료기록부(전자의무기록)에 변증에 대한 기록 없이 상병 및 환자에게 시행된 처치내역만 기재하여 변증기술료를 청구할 수 없음에도 변증기술료를 의료급여 비용으로 청구 함.

약국 약제비 부당청구

관련근거

- 「의료법 시행규칙」 제12조(처방전의 기재사항 등) 제1항 제6호에 의거 처방전에는 사용기간을 기재하여야 하고, 약사법 제2절 제23조 제3항에 의거 약사는 의사의 처방전에 따라 전문의약품과 일반의약품을 조제하여야 함.
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제15장 약국약제비 [산정지침] (3)에 의거 약국은 의사 또는 치과의사의 처방전에 의하여 조제하여야 하는 경우에는 약국관리료(약-1), 조제기본료(약-2), 복약지도료(약-3), 처방전에 의한 조제료(약-4-가), 의약품 관리료(약-5)를 산정할 수 있으며, 건강보험법령 및 의료급여법령에 처방전대로 조제한 의약품을 수진자에게 전달하여 주고 그 비용을 산정하여야 함.
- "처방전 재발급 시 요양급여비용 산정방법"(보건복지부 고시 제2018-269호, 2018.12.18.)에 의거, 처방전에 기재된 "사용기간"은 환자가 동 처방전에 의하여 조제 받을 수 있는 유효기간으로써, 이 기간이 경과한 때에는 그 사유와 관련 없이 종전 처방에 의하여 조제 받을 수 없으며, 처방전 사용기간이 경과한 후 재발급 시에는 의료기관에 재 내원하여야 함.

□□□약국의 경우, ◇◇◇의원에서 2020년 2월 11일(사용기간: 발급일로부터 3일) 교부된 처방전을 가지고 2020년 3월 3일 내방한 ○○○ 수급권자에게 사용기간이 경과된 동 처방전에 의하여 조제·투약 할 수 없음에도, 조제기록부에 처방전 교부일자와 동일한 날로 조제일자를 수정·입력하여 조제·투약 후 약국관리료(약-1) 및 복약지도료(약-3) 등 약국 약제비를 의료급여 비용으로 청구함.

3 ◦ 본인부담금 과다징수

수가고시 행위료 부당징수

[관련근거]

- 「국민건강보험법」제41조(요양급여)에 따라 요양급여대상은 보건복지부 장관이 비급여 대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것으로 규정하고 있고, 의료급여비용 중 의료급여 수급권자에 대한 본인부담금은 「의료급여법」제10조(급여비용의 부담), 「의료급여법 시행령」제13조(급여비용의 부담)에 따라 징수하고, 건강보험 수진자에 대한 본인부담금은 「국민건강보험법」제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담)에 따라 본인이 부담할 비용을 정확하게 산정하여 징수하여야 함.

- □□□의원의 경우, '달리 분류되지 않은 지방(변화성)(K760)'등의 상병으로 내원한 수급권자 ○○○에게 정밀면역검사-C형간염항체(D7026) 검사를 실시 후 의료급여비용으로 청구하지 아니하고, 15,880원을 수급권자에게 징수 함.
- □□□병원의 경우, '상세불명의 흉통(R074)'등의 상병으로 내원한 수급권자 ○○○에게 일반 전산화단층영상진단-흉부-조영제를 사용하는 경우(HA464)를 실시하고 의료급여비용으로 청구하지 않고, CT검사료 154,332원, 조영제(아이오브릭스주350 100ml) 54,600원, 영상 저장및전송시스템(FULL PACS)이용 2,200원을 수급권자에게 징수 함.

[관련근거]

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수 및 산정지침」제1편 제2부 제3장 영상진단 및 방사선치료료 다-101에 따라 C-Arm형 영상증폭장치이용료는 도수 또는 관혈적정복술 등을 실시한 경우에 산정하여야 함.

◉ **□□□의원의 경우, '기타 이차성 관절증, 발목 및 발(M1927)'등의 상병으로 내원한 수급권자 ○○○에게 C-Arm투시 하에 관절강내주사를 실시하여 C-Arm형 영상증폭장치이용료(G0400)를 의료급여비용으로 산정할 수 없음에도 수급권자에게 21,530원을 징수 함.**

[관련근거]

- "물리치료 항목을 여러병변에 실시 시 산정방법"(보건복지부 고시 제2018-281호, 2018. 12.24.)에 따라 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」제1편 제2부 제7장에 분류된 이학요법료 중 "외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다."라고 규정한 것은 동일 환자에 대하여 2가지 이상 상병의 병변이 각각 상이하거나 동일상병의 병변이 각각 상이하거나를 불문하고 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정할 수 있음.
- "이온삼투요법의 인정기준"(보건복지부 고시 제2011-37호, 2011.03.28.)에 따라 이온삼투요법은 가. 적응증: 상완골의 내·외측 상과염, 족저근막염, 나. 실시기간: 주1-2회 간격으로 4주 정도 실시함을 원칙으로 하되, 연장 실시가 필요한 경우에는 의사소견서를 첨부하여 최대 4주까지 추가 실시할 경우에 요양급여로 인정하며, 동 인정기준 이외 시행하는 경우에는 전액 본인부담하도록 함.

◉ **□□□의원의 경우, '발바닥근막염(M722)'등의 상병으로 외래 내원한 수급권자 ○○○은 이온삼투요법[1일당](MX121, 6,950원)을 1일 2회 실시한 후, 1일 1회만 의료급여비용으로 산정할 수 있음에도 수급권자에게 1회 비용을 초과하여 15,900원을 징수 함.**

수가포함 행위료 부당징수

관련근거

- 「국민건강보험법」제41조(요양급여)에 따라 요양급여대상은 보건복지부 장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것으로 규정하고 있고, 의료급여비용 중 의료급여수급권자에 대한 본인부담금은 「의료급여법」제10조(급여비용의 부담), 「의료급여법 시행령」제13조(급여비용의 부담)에 따라 징수하고, 건강보험 수진자에 대한 본인부담금은 「국민건강보험법」제44조(비용의 일부부담), 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담)에 따라 본인이 부담할 비용을 정확하게 산정하여 징수하여야 함.

◉ □□□병원의 경우, '상세불명의 급성 신부전(N179)'등의 상병으로 내원한 수급권자 ○○○에게 기관내삽관술(M5859)을 시행하고 행위료에 포함되어 있는 치료재료(Air way)비용 1,400원을 별도로 수급권자에게 징수 함.

의약품비용 과다징수

관련근거

- “Albumin 주사제”(보건복지부 고시 제2016-145호, 2016.08.01.)에 따라 허가사항 범위 내에서 만성 저단백혈증으로 인한 급성 합병증을 치료 시 혈중 알부민 검사치가 3.0 이하면서 쇼크, 화상, 성인호흡곤란증후근 등의 적응증에 투여하는 경우에 인정하며, 동 인정기준 이외 3.5미만의 저알부민혈증에 진료 시 필요하여 투여 시는 약값 전액을 환자가 부담토록 하여야 함.

□□□의원의 경우, ‘요통, 요추부(M5456)’등의 상병만으로 내원한 수급권자 ○○○에게 에스케이알부민20%주_(100mL)(050800231/91,983원)를 급여 인정기준 이외 투여하여 약값 전액을 본인부담 하여야 하나 수급권자에게 150,000원을 징수 함.

치료재료대비용 과다징수

관련근거

- “슬관절강내 주입용 치료재료의 급여기준”(보건복지부 고시 제2020-43호, 2020.03.01.)에 따라 폴리뉴클레오티드나트륨을 주성분으로 한 조직수복용생체재료인 슬관절강내 주입용 치료재료는 방사선학적으로 중증도 이하(Kellgren-Lawrence grade Ⅰ,Ⅱ,Ⅲ)의 슬관절의 골관절염에 사용 시 요양급여를 인정하며, 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용하여야 함.

◉ □□□의원의 경우, ‘기타 원발성 무릎관절증(M171)’등의 상병으로 내원한 수급권자 ○○○은 Kellgren-Lawrence grade Ⅱ 환자로 슬관절강내 주입용 치료재료인 콘쥬란(CONJURAN)(M2094158/59,950원)을 양쪽 무릎 슬관절강내 각각 주입하고 100분의 80 (95,900원)을 본인부담 하여야 하나 실제로는 수급권자에게 140,000원을 징수함.

관련근거

- “‘은 함유 이외’ 드레싱류의 급여기준”(보건복지부 고시 제2019-221호, 2019.10.14.)에 따라 창상 부위의 삼출액 흡수 및 습윤환경을 조성하여 상처 치유 시간을 줄이는 등의 장점이 있어 삼출액이 많은 심부2도 이상 화상의 경우, 만성궤양 등 장기적 드레싱을 요하는 경우, 수포성 표피박리증의 경우에 사용 시 요양급여하며, 이 외 급여대상 및 개수를 초과하여 사용한 치료재료 비용은 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률을 80%로 적용하여야 함.

◉ □□□의원의 경우, ‘무릎의 기타 및 상세불명 부분의 염좌 및 긴장(S836)’등의 상병으로 내원한 수급권자 ○○○에게 ‘은 함유 이외’ 드레싱 치료재료인 메디터치 친수성드레싱(10CM*10CM)(M3031907/5,070원)을 사용하고 청구 시에는 100분의 80 (4,000원)을 본인부담 하여야 하나, 수급권자에게 15,000원을 징수 함.

PART
3

의료급여 청구 부당사례 모음집

부록

1. 행정처분 및 과징금 부과의 기준
2. 업무정지처분에 갈음한 과징금 적용기준

1 ◦ 행정처분 및 과징금 부과의 기준

[의료급여법 제28조, 제29조, 동법 시행령 제16조의2 별표 2 및 제16조4 별표 3]

업무정지처분의 기준

1. 의료급여법 제28조(의료급여기관의 업무정지 등) ① 보건복지부장관은 의료급여기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 1년의 범위에서 기간을 정하여 의료급여기관의 업무정지를 명할 수 있다.
   1) 의료급여기관이 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 수급권자 및 그 부양의무자 또는 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 한 때
   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

(단위 : 일)

월 평균 부당금액	부당비율				
	0.5%이상 1%미만	1% 이상 2% 미만	2% 이상 3% 미만	3% 이상 4% 미만	4% 이상 5% 미만
20만원 이상 ~ 25만원미만	-	-	10	20	30
25만원 이상 ~ 40만원미만	-	10	20	30	40
40만원 이상 ~ 80만원미만	10	20	30	40	50
80만원 이상 ~ 160만원미만	15	25	35	45	55
160만원 이상 ~ 320만원미만	20	30	40	50	60
320만원 이상 ~ 640만원 미만	25	35	45	55	65
640만원 이상 ~ 1,000만원 미만	30	40	50	60	70
1,000만원 이상 ~ 2,000만원 미만	35	45	55	65	75
2,000만원 이상 ~ 3,000만원 미만	40	50	60	70	80
3,000만원 이상 ~ 4,000만원 미만	45	55	65	75	85
4,000만원 이상 ~ 5,000만원 미만	50	60	70	80	90
5,000만원 이상 ~ 1억원 미만	55	65	75	85	95
1억원 이상	60	70	80	90	100

[비고]

1) 월평균 부당금액은 조사대상 기간(의료급여기관이 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 급여비용을 청구하였는지 확인하기 위하여 6개월부터 36개월까지의 범위에서 보건복지부장관이 정하는 기간을 말한다. 이하 같다) 동안 의료급여기관이 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 한 금액과 수급권자 또는 그 부양의무자에게 본인부담금을 부담하게 한 금액을 합산한 금액(이하 “총 부당금액”이라 한다)을 조사대상 기간의 개월 수로 나눈 금액으로 한다.

2) 부당비율(%)은 [총 부당금액/(급여비용 총액+급여비용 총액에 포함되지 않은 부당금액)]) ×100으로 산출한다.

3) “급여비용 총액”이란 조사대상 기간 동안 심사결정된 급여비용(법 제11조제2항에 따라 심사청구 된 급여비용에 대하여 급여비용심사기관이 심사결정한 급여비용을 말한다)을 합산한 금액을 말한다.

4) “급여비용 총액에 포함되지 않은 부당금액”이란 조사대상 기간 동안 해당 의료급여기관의 급여비용 총액에는 포함되지 않으나 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 한 금액과 수급권자 또는 그 부양의무자에게 본인부담금을 부담하게 한 금액을 말한다.

5) 부당비율이 5% 이상인 경우에는 초과 1%마다 업무정지 기간을 3일씩 가산하되, 소수점 이하의 부당비율은 올림한다.

6) 월평균 부당금액이 40만원 미만인 경우에 위 표에 따라 계산한 업무정지기간이 50일을 초과하는 경우 50일로 보며, 위 표에 따라 계산한 업무정지 기간이 365일을 초과하는 경우 365일로 본다.

2. 의료급여기관이 법 제32조제2항에 따른 보고 또는 서류의 제출을 하지 아니하거나 거짓 보고를 하거나 거짓 서류를 제출하거나 소속 공무원의 질문 및 검사를 거부·방해 또는 기피한 경우에는 업무정지 기간을 1년으로 한다. 다만, 서류 중 진료기록부, 투약기록, 의료급여비용계산서 및 본인부담금수납대장을 제외한 서류의 전부 또는 일부를 제출하지 아니한 경우에는 업무정지 기간을 180일로 한다.

제3차 의료급여기관의 지정취소 기준

복지부장관은 제3차 의료급여기관이 법 제28조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 지정을 취소할 수 있으며 제3차 의료급여기관의 지정을 취소한 날부터 1년 이내에는 제3차 의료급여기관으로 다시 지정할 수 없다.

과징금 부과기준

1. 과징금은 업무정지기간이 10일인 경우에는 총 부당금액의 2배, 10일을 초과 30일 이하인 경우에는 총 부당금액의 3배, 30일 초과 50일 이하인 경우에는 총 부당금액의 4배, 50일을 초과하는 경우에는 총 부당금액의 5배로 한다.
2. 의료급여기관이 과징금의 분할납부를 신청하는 경우 12개월의 범위에서 과징금의 분할납부를 하게 할 수 있다.

처분의 감경·가중 기준

1. 다음 어느 하나에 해당하는 경우에는 업무정지기간을 2분의 1의 범위에서 감경하거나 면제할 수 있다. 다만, 속임수를 사용하여 수급권자, 부양의무자 또는 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 하였을 때에는 그러하지 아니하다.
   가. 급여비용을 부당청구한 의료급여기관이 그 부당청구 사실이 발각되기 전에 보건복지부장관 등의 감독관청에 부당청구 사실을 자진하여 신고한 경우.
   나. 의료급여기관의 대표자가 인지할 수 없었던 불가항력적인 사유로 급여비용 부당청구가 발생한 사실이 객관적으로 증명된 경우.
   다. 그 밖의 위반행동의 동기·목적·정도 및 위반횟수 등을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 감면기준에 해당하는 경우
2. 의료급여기관이 법 제28조제1항 및 제29조제1항에 따른 업무정지 또는 과징금 처분을 받은 이후 5년 이내에 법 제28조제1항제1호의 위반행위를 하였을 경우 (5년 이내의 기간 산정은 위반사실이 확인된 날부터 그 직전에 업무정지 또는 과징금 처분서를 송달받은 날까지로 한다)에는 해당 위반행위에 대한 업무정지 기간 또는 과징금의 2배에 해당하는 처분을 할 수 있다. 이 경우 업무정지 기간은 1년을 넘을 수 없으며 과징금은 총 부당금액의 5배를 넘을 수 없다.

2 ◦ 업무정지처분에 갈음한 과징금 적용기준

[보건복지부고시 제2020-225호]

제1조(목적) 이 기준은 국민건강보험법 제99조제1항 및 동법 시행령 제70조 제1항 별표5와 의료급여법 제29조제1항 및 동법 시행령 제16조의4 별표3의 규정에 의한 과징금을 부과함에 있어 요양기관(의료급여기관을 포함한다. 이하 같다)을 이용하는 자에게 심한 불편을 주는 경우 등으로 인하여 업무정지처분에 갈음하여 과징금을 부과할 수 있는 대상 및 분할납부 등을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(과징금 부과대상) 요양기관이 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 업무정지처분에 갈음하여 과징금을 부과·징수할 수 있다.

1. 요양기관을 이용하는 자에게 심한 불편을 주는 경우

가. 입원실, 응급실, 집중치료실, 수술실, 인공신장투석실, 장애인재활치료실, 방사선치료실과 같은 특수진료시설 중 하나 이상의 시설을 갖추고 해당 진료를 실시하고 있는 요양기관

나. 한센병, 결핵, 정신질환(입원환자), 만성신부전, 혈우병, 화상 등과 같이 장기간 동안 지속적인 진료를 요하는 특수질환의 환자를 주 진료대상으로 하는 요양기관

다. 처분을 받게 될 요양기관이 소재하고 있는 시·군·구에 당해 요양기관과 동일종별의 타 요양기관이 없는 경우.
다만, 의원급의 요양기관은 읍, 면, 동, 도서지역의 동일 섬에 의료법 제77조제2항에 의한 동일표시 전문과목의 타 요양기관이 1개 이하인 경우(전문과목 미표시 의원은 타 의원이 1개 이하인 경우로 함)로 하고, 약국의 경우는 타 약국이 1개 이하인 경우

라. 기타 요양기관을 이용하는 자에게 위 가 내지 다에 준하는 불편을 준다고 인정되는 경우

2. 기타 특별한 사유가 있다고 인정되는 경우

가. 국·공립 요양기관

나. 업무정지기간이 100일 이하인 요양기관

다. 요양기관이 행정처분 절차 중에 폐업하였거나, 법인이 개설한 요양기관이 대표자의 인격이 변경되어 처분대상기관이 없는 등으로 인하여 업무정지처분이 제재수단으로서 실효성이 없어 과징금 처분이 타당하다고 판단되는 경우

라. 여러 명이 공동으로 개설한 요양기관 중에서 조사 대상기간 동안에 개설자 및 개설기간을 달리함으로 인하여 각 개설자별 및 각 개설기간별로 부당금액이나 업무정지기간을 구분하여 산출하기 어려운 경우

마. 동일한 위반사유임에도 요양급여와 의료급여에 과징금처분과 업무정지처분을 각기 달리 요청해 처분의 통일성을 기할 필요가 있는 경우

바. 업무정지처분을 받고자하는 요양기관의 요구가 사회통념상 현저히 부당하여 과징금으로 처분하는 것이 타당하다고 보건복지부장관이 인정하는 경우

제3조(과징금 신청) 제2조의 과징금 부과대상중 제1호의 각목과 제2호의 나목에 해당되는 요양기관이 업무정지처분에 갈음하여 과징금 처분을 받고자 할 경우에는 처분사전통지에 대한 의견제출 기한일 이내에 별지 제1호 서식에 의한 과징금 신청서를 제출하여야 한다.

제4조(과징금 분할납부) ① 요양기관은 업무정지처분에 갈음하여 부과된 과징금에 대해 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 사유로 인하여 과징금 전액을 일시에 납부하기가 어렵다고 인정되는 때에는 분할납부를 신청할 수 있다.

1. 재해 또는 도난으로 재산에 심한 손실을 받은 때
2. 사업에 현저한 손실을 받은 때
3. 사업이 중대한 위기에 처한 때
4. 과징금납부대상자 또는 그 동거가족의 질병이나 중상해로 장기치료를 요하는 때
5. 기타 상기 사유에 준하는 사유가 있는 때

② 요양기관은 제1항에 의하여 과징금 분할납부를 신청하고자 하는 경우에는 과징금처분통지서의 과징금 납부 기한일 이내에 별지 제1호 서식에 의한 과징금 분할납부 신청서 및 그 사유를 증명하는 자료를 제출하여야 한다. 다만, 과징금 처분 전에 분할납부의사를 표시하는 경우에는 처분사전통지에 대한 의견제출 기한일 이내에 제출하여야 한다.

③ 보건복지부장관(국민건강보험법 제98조를 위반하여 과징금 처분을 받은 경우) 또는 시·도지사(의료급여법 제28조를 위반하여 과징금 처분을 받은 경우)는 요양기관에서 과징금의 분할납부를 신청한 경우 별표 1의 기준에 따라 과징금의 분할납부 여부 및 분할납부 기간을 결정하고 그 결과를 요양기관에 통지한다. 다만, 과징금 행정처분 이전에 분할납부를 신청한 경우에는 그 결과통지를 행정처분서로 갈음한다.

제5조(재검토기한) 보건복지부장관은 이 고시에 대하여 「훈령·예규 등의 발령 및 관리에 관한 규정」에 따라 2020년 10월 1일을 기준으로 매3년이 되는 시점(매 3년째의 9월 30일까지를 말한다)마다 그 타당성을 검토하여 개선 등의 조치를 하여야 한다.

부 칙

이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

[별표 1]

과징금 분할납부 산정기준

유 형 별	과징금 규모	분할납부기간(횟수)
과징금 부과일 현재 개설중인 요양기관	1억원 이상	2~12개월(12회 이하)
	5천만원 이상 ~ 1억원 미만	2~9개월(9회 이하)
	3천만원 이상 ~ 5천만원 미만	2~6개월(6회 이하)
	3천만원 미만	2~3개월(3회 이하)
과징금 부과일 현재 요양기관 개설 없이 고용근무 등의 경우	5천만원 이상 ~	2~12개월(12회 이하)
	3천만원 이상 ~ 5천만원 미만	2~9개월(9회 이하)
	1천만원 이상 ~ 3천만원 미만	2~6개월(6회 이하)
	1천만원 미만	2~3개월(3회 이하)

주) **요양기관이 과징금의 분할납부를 신청할 경우** 해당기관의 재정상태를 감안하여 분할납부기간을 결정할 수 있으며, 재정상태가 현저하게 적자일 경우에는 적자 규모를 감안하여 **12월의 범위내에서 과징금의 분할납부를 허용할 수 있다.**

[별지 제1호 서식]

(앞면)

고지서 번호		과징금 (분할)납부 신청서			
신청자	요양기관명		요양기관기호		
	대표자		주민등록번호	-	
	요양기관 소재지			전화번호	
	주소 또는 거소			전화번호	
	E-mail주소				
과징금 금액					
과징금 신청사유					
분할납부사유*1)				희망분할 납부회수	회

의료급여법 시행령 제16조의4(과징금의 부과기준)의 규정에 의하여 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인 서명 또는 인

보건복지부장관 귀하

※구비서류 : 분할납부사유를 증빙할 수 있는 자료
(재해 또는 도난사실증명서, 재무제표, 질병 또는 상해증명서 등)

***1) 굵은선 안의 내용에 대해서는 분할 납부를 신청할 경우에만 작성**

(뒷면)

〈업무정지에 갈음하여 과징금을 부과·징수할 수 있는 경우 〉

1. 요양기관(의료급여기관을 포함한다. 이하 같다)을 이용하는 자에게 심한 불편을 주는 경우

가. 입원실, 응급실, 집중치료실, 수술실, 인공신장투석실, 장애인재활치료센터, 방사선치료실과 같은 특수진료시설 중 하나 이상의 시설을 갖추고 해당 진료를 실시하고 있는 요양기관

나. 한센병, 결핵, 정신질환(입원환자), 만성신부전, 혈우병, 화상 등과 같이 장기간 동안 지속적인 진료를 요하는 특수질환의 환자를 주 진료대상으로 하는 요양기관

다. 처분을 받게 될 요양기관이 소재하고 있는 시·군·구에 당해 요양기관과 동일 종별의 타 요양기관이 없는 경우.
다만, 의원급의 요양기관은 동, 읍, 면, 도서지역의 동일 섬에 의료법 제77조제2항에 의한 동일표시 전문과목의 타 요양기관이 1개 이하인 경우(전문과목 미표시 의원은 타 의원이 1개 이하인 경우로 함)로 하고, 약국의 경우는 타 약국이 1개 이하인 경우

라. 기타 요양기관을 이용하는 자에게 위 가~다 에 준하는 불편을 준다고 인정되는 경우

2. 기타 특별한 사유가 있다고 인정되는 경우

가. 국·공립 요양기관

나. 업무정지기간이 100일 이하인 요양기관

다. 요양기관이 행정처분 절차 중에 폐업하였거나, 법인이 개설한 요양기관이 대표자의 인격이 변경되어 처분대상기관이 없는 등으로 인하여 업무정지처분이 제재수단으로서 실효성이 없어 과징금 처분이 타당하다고 판단되는 경우

라. 여러 명이 공동으로 개설한 요양기관 중에서 조사 대상기간 동안에 개설자 및 개설기간을 달리함으로 인하여 각 개설자별 및 각 개설기간별로 부당금액이나 업무정지기간을 구분하여 산출하기 어려운 경우

마. 동일한 위반사유임에도 요양급여와 의료급여에 과징금처분과 업무정지처분을 각기 달리 요청해 처분의 통일성을 기할 필요가 있는 경우

바. 업무정지처분을 받고자하는 요양기관의 요구가 사회통념상 현저히 부당하여 과징금으로 처분하는 것이 타당하다고 **보건복지부장관 또는 시·도지사가 인정하는 경우**

〈 과징금 분할납부 산정기준 〉

유 형 별	과징금 규모	분할납부기간(횟수)
과징금 부과일 현재 개설중인 요양기관	1억원 이상	2~12개월(12회 이하)
	5천만원 이상 ~ 1억원 미만	2~9개월(9회 이하)
	3천만원 이상 ~ 5천만원 미만	2~6개월(6회 이하)
	3천만원 미만	2~3개월(3회 이하)
과징금 부과일 현재 요양기관 개설 없이 고용근무 등의 경우	5천만원 이상 ~	2~12개월(12회 이하)
	3천만원 이상 ~ 5천만원 미만	2~9개월(9회 이하)
	1천만원 이상 ~ 3천만원 미만	2~6개월(6회 이하)
	1천만원 미만	2~3개월(3회 이하)

주) 요양기관이 과징금의 분할납부를 신청할 경우 해당기관의 재정상태를 감안하여 분할납부기간을 결정할 수 있으며, 재정상태가 현저하게 적자일 경우에는 적자 규모를 감안하여 **12월의 범위내에서 과징금의 분할납부를 허용할 수 있다.**

※ 참고자료

[의료급여기관 현지조사 관련 법령]

1. 의료급여법

〈시행2019. 10. 24.〉

제7조(의료급여의 내용 등) ① 이 법에 따른 수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료급여의 내용은 다음 각 호와 같다.

1. 진찰·검사
2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
3. 처치·수술과 그 밖의 치료
4. 예방·재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송과 그 밖의 의료목적 달성을 위한 조치

② 제1항에 따른 의료급여의 방법·절차·범위·한도 등 의료급여의 기준에 관하여는 보건복지부령으로 정하고, 의료수가기준과 그 계산방법 등에 관하여는 보건복지부장관이 정한다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 의료급여의 기준을 정할 때에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 의료급여 대상에서 제외할 수 있다.

제9조(의료급여기관) ① 의료급여는 다음 각 호의 의료급여기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익상 또는 국가시책상 의료급여기관으로 적합하지 아니하다고 인정할 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 의료급여기관에서 제외할 수 있다.

1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
2. 「지역보건법」에 따라 설치된 보건소·보건의료원 및 보건지소
3. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소
4. 「약사법」에 따라 개설등록된 약국 및 같은 법 제91조에 따라 설립된 한국희귀·필수 의약품센터

② 의료급여기관은 다음 각 호와 같이 구분하되, 의료급여기관별 진료범위는 보건복지부령으로 정한다.

1. 제1차 의료급여기관

가. 「의료법」제33조제3항에 따라 개설신고를 한 의료기관

나. 제1항제2호부터 제4호까지의 규정에 따른 의료급여기관

2. 제2차 의료급여기관: 「의료법」 제33조제4항 전단에 따라 개설허가를 받은 의료기관

3. 제3차 의료급여기관: 제2차 의료급여기관 중에서 보건복지부장관이 지정하는 의료기관

③ 제1항 각 호에 따른 의료급여기관은 정당한 이유 없이 이 법에 따른 의료급여를 거부하지 못한다.

④ 특별시장·광역시장·도지사 또는 시장·군수·구청장은 제1항 각 호에 따른 의료급여기관이 개설·설치되거나, 개설·설치된 의료급여기관의 신고·허가 및 등록 사항 등이 변경되었을 때에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 그 내용을 다음 각 호의 전문기관에 알려야 한다.

1. 제33조제2항에 따라 의료급여에 든 비용(이하 "급여비용"이라 한다)의 심사·조정 의료급여의 적정성 평가 및 급여 대상 여부의 확인 업무를 위탁받은 전문기관(이하 "급여비용심사기관"이라 한다)

2. 제33조제2항에 따라 급여비용의 지급업무를 위탁받은 전문기관(이하 "급여비용지급기관"이라 한다)

⑤ 제2항제3호에 따른 제3차 의료급여기관의 지정기준 및 지정절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제10조(급여비용의 부담) 급여비용은 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 전부 또는 일부를 제25조에 따른 의료급여기금에서 부담하되, 의료급여기금에서 일부를 부담하는 경우 그 나머지 비용은 본인이 부담한다.

제23조(부당이득의 징수) ① 시장·군수·구청장은 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 의료급여를 받은 사람 또는 급여비용을 받은 의료급여기관에 대하여는 그 급여 또는 급여비용에 상당하는 금액의 전부 또는 일부를 부당이득금으로 징수한다.

② 시장·군수·구청장은 의료급여기관과 의료급여를 받으려는 사람이 공모하여 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 제1항에 따른 의료급여가 이루어진 경우에는 그 의료급여기관에 대하여 의료급여를 받은 사람과 연대하여 제1항의 부당이득금을 납부하게 할 수 있다.

③ 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 대여 받아 개설·운영하는 약국

④ 시장·군수·구청장은 의료급여기관이 속임수나 그 밖의 부정한 방법으로 수급권자로부터 급여비용을 받았을 때에는 그 의료급여기관으로부터 해당 급여비용을 징수하여 수급권자에게 지체 없이 지급하여야 한다.

⑤ 시장·군수·구청장은 제1항 및 제2항에 따른 부당이득금 납부의무자가 부당이득금을 내지 아니하면 기한을 정하여 독촉할 수 있다.

⑥ 시장·군수·구청장은 제5항에 따라 독촉을 할 때에는 10일 이상 15일 이내의 납부기한을 정하여 독촉장을 발급하여야 한다.

⑦ 시장·군수·구청장은 제5항에 따라 독촉을 받은 자가 그 납부기한까지 부당이득금을 내지 아니하면 지방세 체납처분의 예에 따라 징수할 수 있다.

⑧ 제1항 및 제2항에 따른 부당이득금 납부의무자는 그 거주지를 다른 특별자치시·특별자치도·시·군·구로 이전한 경우에는 부당이득금을 새 거주지를 관할하는 시장·군수·구청장에게 납부하여야 한다.

⑨ 제8항에 따라 부당이득금을 납부 받은 시장·군수·구청장은 이를 제25조에 따른 의료급여기급에 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, 제33조제1항에 따라 과징금 징수에 관한 권한이 시·도지사에게 위임된 경우에는 시·도지사가 지방세 체납처분의 예에 따라 징수할 수 있다. 이 경우 의료급여기관의 폐업등으로 제28조제1항에 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.

제32조(보고 및 검사) ① 보건복지부장관은 필요한 경우에는 기금의 관리·운용 및 의료급여와 관련된 사항에 관하여 시·도 및 시·군·구를 지도·감독하거나 필요한 보고를 하게 할 수 있다.

② 보건복지부장관은 의료급여기관(제12조에 따라 의료급여를 실시한 기관을 포함한다) 및 제11조제6항에 따라 급여비용의 심사청구를 대행하는 단체(이하 "대행청구단체"라 한다)에 대하여 진료·약제의 지급 등 의료급여에 관한 보고 또는 관계 서류의 제출을 명하거나 소속 공무원으로 하여금 질문을 하게 하거나 관계 서류를 검사하게 할 수 있다.

③ 보건복지부장관 또는 시장·군수·구청장은 의료급여를 받는 사람에게 그 의료급여의 내용에 관하여 보고하게 하거나 소속 공무원으로 하여금 질문하게 할 수 있다.

④ 제2항 및 제3항에 따라 질문 또는 조사를 하는 소속 공무원은 그 권한을 표시하는 증표 및 조사기간, 조사범위, 조사담당자, 관계 법령 등 보건복지부령으로 정하는 사항이 기재된 서류를 지니고 이를 관계인에게 보여주어야 한다.

⑤ 제2항 및 제3항에 따른 질문 또는 조사의 내용·절차·방법 등에 관하여 이 법에서 정하는 사항을 제외하고는 「행정조사기본법」에서 정하는 바를 따른다.

제33조(권한의 위임 및 위탁) ① 이 법에 따른 보건복지부장관의 권한은 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 일부를 시·도지사에게 위임할 수 있다.

② 이 법에 따른 시장·군수·구청장의 업무 중 수급권자의 관리, 급여비용의 심사·조정, 의료급여의 적정성 평가, 급여 대상 여부의 확인 및 급여비용의 지급 업무 등 의료급여에 관한 업무는 그 일부를 대통령령으로 정하는 바에 따라 관계 전문기관에 위탁할 수 있다. 이 경우 위탁에 드는 비용은 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 기금에서 부담한다.

제35조(벌칙) ① 제3조의3제3항에 따라 준용되는 「국민기초생활 보장법」 제23조의2제6항을 위반하여 금융정보·신용정보 또는 보험정보를 사용·제공 또는 누설한 사람은 5년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다.

② 삭제

③ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

1. 제3조의3제3항에 따라 준용되는 「국민기초생활 보장법」 제22조제6항(같은 법 제23조제2항에서 준용하는 경우를 포함한다)을 위반하여 정보 또는 자료를 사용하거나 제공한 사람
2. 삭제
3. 대행청구단체의 종사자로서 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 급여비용을 청구한 자

④ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

1. 제9조제3항을 위반하여 정당한 이유 없이 이 법에 따른 의료급여를 거부한 자
2. 제11조제6항에 따른 대행청구단체가 아닌 자로 하여금 급여비용의 심사청구를 대행하게 한 자
3. 속임수나 그 밖의 부정한 방법으로 의료급여를 받은 자 또는 제3자로 하여금 의료급여를 받게 한 자
4. 제28조제4항을 위반하여 업무정지기간 중에 의료급여를 한 의료급여기관의 개설자

⑤ 정당한 이유 없이 제32조제2항에 따른 보고 또는 서류제출을 하지 아니하거나 거짓으로 보고하거나 거짓 자료를 제출하거나 검사를 거부·방해 또는 기피한 사람은 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

제36조(양벌규정) 법인의 대표자나 법인 또는 개인의 대리인, 사용인, 그 밖의 종업원이 그 법인 또는 개인의 업무에 관하여 제35조의 위반행위를 하면 그 행위자를 벌하는 외에 그 법인 또는 개인에게도 해당 조문의 벌금형을 과(科)한다. 다만, 법인 또는 개인이 그 위반행위를 방지하기 위하여 해당 업무에 관하여 상당한 주의와 감독을 게을리 하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

제37조(과태료) ① 제28조제7항을 위반하여 행정처분을 받은 사실 또는 행정처분 절차가 진행 중인 사실을 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립된 법인에 알리지 아니한 자에게는 500만원 이하의 과태료를 부과한다.

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에게는 100만원 이하의 과태료를 부과한다.

1. 제11조의2에 따른 서류보존의무를 위반한 자
2. 정당한 사유 없이 제29조의2제2항에 따른 서류제출을 하지 아니하거나 거짓 서류를 제출하거나 질문에 대하여 진술을 거부하거나 거짓으로 진술하거나 검사 등 조사를 거부·방해·기피한 자

③ 제1항 및 제2항에 따른 과태료는 대통령령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관이 부과·징수한다.

2. 의료급여법 시행령

〈시행 2021. 4. 20.〉

제13조(급여비용의 부담) ①법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다.

1. 삭제
2. 삭제

② 삭제

③ 제1항의 규정에 불구하고 법 제15조제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다.

④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 “급여대상 본인부담금”이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다.

⑤ 제4항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제1호라목·마목, 같은 표 제2호마목·바목 및 같은 표 제3호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 매 30일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100분의 50에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다.

1. 1종수급권자 : 2만원
2. 2종수급권자 : 20만원

⑥ 급여대상 본인부담금에서 제5항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다.

1. 1종수급권자 : 매 30일간 5만원
2. 2종수급권자: 연간 80만원. 다만,「의료법」제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다.

⑦ 시장·군수·구청장은 수급권자가 제6항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다.

제16조의2(행정처분의 기준) 법 제28조제8항에 따른 의료급여기관에 대한 행정처분의 기준은 별표 2와 같다.

제16조의3(과징금 미납자에 대한 처분) ① 보건복지부장관은 법 제29조제1항에 따른 과징금을 내야 할 자가 납부기한까지 과징금을 내지 아니하면 같은 조 제2항에 따라 납부기한이 지난 후 15일 이내에 독촉장을 발급하여야 한다. 이 경우 납부기한은 독촉장을 발급하는 날부터 10일 이내로 하여야 한다.

② 보건복지부장관은 과징금을 내야 하는 자가 제1항에 따른 독촉장을 받고도 그 납부기한까지 과징금을 내지 아니하면 법 제33조제1항 및 이 영 제19조제1호에 따라 과징금 징수에 관한 권한을 위임받은 시·도지사의 요청을 받아 과징금 부과처분을 취소하고 법 제28조제1항에 따른 업무정지처분을 하거나 국세 체납처분 또는 지방세 체납처분(법 제33조제1항 및 이 영 제19조제1호에 따라 과징금 징수에 관한 권한이 시·도지사에게 위임된 경우만 해당한다)의 예에 따라 징수하여야 한다.

③ 제2항에 따라 과징금 부과처분을 취소하고 업무정지처분을 하려면 처분대상자에게 서면으로 그 내용을 통지하여야 한다. 이 경우 그 서면에는 처분의 변경사유와 업무정지처분의 기간 등 업무정지처분에 필요한 사항이 포함되어야 한다.

제16조의4(과징금의 부과 기준) 법 제29조제4항에 따른 과징금의 부과 기준은 별표 3과 같다.

제18조(검사업무의 지원) 보건복지부장관은 법 제32조제2항에 따른 의료급여기관 및 대행청구단체에 대한 검사업무를 효율적으로 수행하기 위하여 필요한 경우에는 「국민건강보험법」 제62조에 따른 건강보험심사평가원(이하 “심사평가원”이라 한다)으로 하여금 그 업무를 지원하게 할 수 있다.

■ 의료급여법 시행령 [별표 1] 〈개정 2021. 4. 20.〉

의료급여기금에서 부담하는 급여비용의 범위(제13조 관련)

1. 1종수급권자에 대해서는 다음 각 목의 구분에 따른 부담액 또는 부담률

가. 의료급여기관 및 의료급여의 내용에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위

의료급여 기관	의료급여의 내용		기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
1) 법 제9조 제2항제1호 가목에 해당하는 제1차 의료 급여기관 및 같은 호 나목의 제1차 의료급여기관 중 보건의료원	가) 외래진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 95. 다만, 법 제7조제1항제2호의 약제(이하 "약제"라 한다)는 급여비용총액에서 「국민건강보험법 시행령」 제22조제1항 각 호 외의 부분 후단에 따른 구입금액(이하 "구입금액"이라 한다)의 100분의 5에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료		급여비용총액 전부
2) 법 제9조 제2항제2호에 따른 제2차 의료 급여기관	가) 외래진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 2,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 95. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 5에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

의료급여 기관	의료급여의 내용		기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
	나) 입원진료		급여비용총액 전부
의료급여 기관	의료급여의 내용		기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
3) 법 제9조 제2항제3호에 따른 제3차 의료급여기관	가) 외래 진료	(1)「약사법」제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 2,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 95. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 5에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 2,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료		급여비용총액 전부
4) 법 제9조 제2항제1호 의료급여기관 중 보건소·보건지소 및 보건진료소	외래·입원진료		급여비용총액 전부
5) 법 제9조 제2항제1호의 제1차의료급여기관 중 약국 및 한국희귀의약품센터	가) 보건소·보건지소 및 보건진료소가 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우		급여비용총액 전부
	나) 의료기관 및 보건의료원이 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우		급여비용총액에서 처방전 1매당 500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	다) 약사가「약사법」제23조제3항 단서에 따라 처방전에 의하지 아니하고 직접 조제하는 경우		급여비용총액에서 약국 1회 방문당 900원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

비 고 : 위 표 1)가)(1), 2)가)(1) 및 3)가)(1)의 경우로서 처방전을 함께 발행하는 경우에는 각각 위 표 1)가)(3), 2)가)(3) 및 3)가)(3)의 급여비용에 해당하는 금액을 기금에서 부담한다.

나. 가목1)가), 2)가), 3)가), 5)나) 및 5)다)를 적용하는 경우 급여비용총액이 해당 규정의 본인부담금보다 적은 경우에는 그 급여비용총액 전부를 본인부담금으로 한다.

다. 가목1)가), 2)가), 3)가), 5)나) 및 5)다)에도 불구하고 1종수급권자 중 다음에 해당하는 사람에 대해서는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다. 다만, 법 제7조제2항에 따른 한도를 초과하여 의료급여를 받은 사람 중 보건복지부령으로 정하는 사람에 대해서는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 급여비용총액의 일부를 부담하게 할 수 있다.

(1) 18세 미만인 사람

(2) 임산부

(3) 제2조제1호에 따른 무연고자로 확인된 사람

(4) 법 제3조제1항제9호에 따른 노숙인 등

(5) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵질환, 희귀난치성질환 또는 중증질환을 가진 사람

(6) 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사람

라. 가목1)부터 4)까지 및 다목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 틀니를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

마. 가목1)부터 4)까지 및 다목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 치과임플란트를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 90을 기금에서 부담한다.

바. 가목5)나)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도(重症度)를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품을 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 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 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈처장이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원 대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우 및 다목에 해당하는 경우는 제외한다]에는 급여비용총액의 100분의 97을 기금에서 부담한다. 다만, 본인부담금이 500원 미만이면 500원을 본인부담금으로 한다.

사. 가목1)가)(1)·(3), 같은 목 2)가)(1)·(3) 및 같은 목 3)가)(1)·(3)에도 불구하고 정신질환의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항정신병 장기지속형주사제를 의료급여로 실시하는 경우에는 항정신병 장기지속형주사제 급여비용의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

아. 가목1)가)(1)·(3), 같은 목 2)가)(1)·(3) 및 같은 목 3)가)(1)·(3)에도 불구하고 다음의 경우에는 해당 급여비용의 100분의 100을 기금에서 부담한다.

1) 「건강검진기본법」에 따른 국가건강검진을 받은 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 확진검사를 의료급여로 실시하는 경우

2) 「의료법」 제34조에 따른 원격의료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우

3) 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관이 수급권자의 상태가 호전됨에 따라 의료급여를 의뢰한 의료기관 등으로 수급권자를 회송(回送)하는 경우로서 해당 수급권자에게 회송과 관련하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우

2. 2종수급권자에 대해서는 다음 각 목의 구분에 따른 부담액 또는 부담률

가. 의료급여기관 및 의료급여의 내용에 따른 기금에서 부담하는 급여비용의 범위

의료급여기관	의료급여의 내용		기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
1) 법 제9조 제 2 항 제 1 호 가목에 해당하는 제1차 의료 급여기관 및 같은 호 나목의 제1차 의료급여기관 중 보건의료원	가) 외래진료	(1)「약사법」제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료		급여비용총액의 100분의 90. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 10에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
2) 법 제9조 제2항 제2호에 따른 제2차 의료 급여기관	가) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 만성질환자에 대한 그 질환의 외래진료	(1)「약사법」제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

의료급여기관	의료급여의 내용	기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
	나) 그 밖의 외래진료	급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
의료급여기관	의료급여의 내용	기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
	다) 입원진료	급여비용총액의 100분의 90. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 10에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
3) 법 제9조 제2항제3호에 따른 제3차 의료급여기관	가) 외래진료	급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		급여비용총액의 100분의 90. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 10에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
4) 법 제9조 제2항 제1호의 제1차 의료급여기관중 보건소·보건지소 및 보건진료소	외래·입원 진료	급여비용총액 전부
5) 법 제9조제2항제1호의 제1차의료급여기관 중 약국 및 한국희귀의약품센터	가) 보건소·보건지소 및 보건진료소가 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우	급여비용총액 전부
	나) 의료기관 및 보건의료원이 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우	급여비용총액에서 처방전 1매당 500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	다) 약사가 「약사법」 제23조제3항 단서에 따라 처방전에 의하지 아니하고 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 약국 1회 방문당 900원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

비고 : 위 표 1)가)(1) 및 2)가)(1)의 경우로서 처방전을 함께 발행하는 경우에는 각각 위 표 1)가)(3) 및 2)가)(3)의 급여비용에 해당하는 금액을 기금에서 부담한다.

나. 가목1)가), 2)가), 3)가), 5)나) 및 5)다)를 적용하는 경우 급여비용총액이 해당 규정의

본인부담금보다 적은 경우에는 그 급여비용총액 전부를 본인부담금으로 한다.

다. 가목1)나), 2)다) 및 3)나)에도 불구하고 자연분만 및 제왕절개분만에 대한 의료급여와 6세 미만의 아동에 대한 입원진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 받은 경우에는 본인부담금을 면제한다.

라. 가목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환을 가진 사람에 대해서는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.

마. 가목1)부터 4)까지 및 라목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 틀니를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 85를 기금에서 부담한다.

바. 가목1)부터 4)까지 및 라목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 치과임플란트를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 80을 기금에서 부담한다.

사. 가목1)나), 2)다) 및 3)나)에도 불구하고 고위험 임신부에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 입원진료를 의료급여로 실시한 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

아. 가목5)나)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품을 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 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 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈처장이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원 대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우 및 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 경우는 제외한다]에는 급여비용총액의 100분의 97을 기금에서 부담한다. 다만, 본인부담금이 500원 미만이면 500원을 본인부담금으로 한다.

자. 가목1)가)(2), 같은 목 2)가)(2), 같은 목 2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 임신부의 외래진료(유산·사산으로 인한 외래진료를 포함한다)에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

차. 가목1)가)(2), 같은 목 2)가)(2), 같은 목 2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고

보건복지부장관이 정하여 고시하는 만 5세까지의 조산아(早産兒) 및 저체중 출생아의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

카. 가목1)가)(1)·(3)에도 불구하고 정신질환의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항정신병 장기지속형주사제를 의료급여로 실시하는 경우에는 항정신병 장기지속형주사제 급여비용의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

타. 가목2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 정신질환의 외래진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 다음의 기준에 따른다.

1) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 정신질환의 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다. 다만, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료(이하 이 목에서 "전산화단층촬영등"이라 한다)를 실시하는 경우에는 전산화단층촬영등의 사용에 드는 급여비용의 100분의 85를 기금에서 부담한다.

2) 1) 외의 정신질환의 경우에는 급여비용총액의 100분의 90을 기금에서 부담한다. 다만, 전산화단층촬영등을 실시하는 경우에는 전산화단층촬영등의 사용에 드는 급여비용의 100분의 85를 기금에서 부담한다.

파. 타목2)에도 불구하고 정신질환의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항정신병 장기지속형주사제를 의료급여로 실시하는 경우에는 항정신병 장기지속형주사제 급여비용의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

하. 가목1)가)(2), 같은 1) 나), 같은 목 2)나)·다) 및 같은 목 3)가)·나)에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 치매에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

거. 가목1)나), 같은 목 2)다) 및 같은 목 3)나)에도 불구하고 6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 97을 기금에서 부담한다.

너. 가목1)나), 같은 목 2)다) 및 같은 목 3)나)에도 불구하고 16세 이상 18세 이하인 사람의 치아홈메우기에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 치아홈메우기 급여비용의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

더. 가목2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 18세 이하인 사람의 치아홈메우기에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 치아홈메우기 급여비용의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

러. 가목1)가)(1)·(3), 같은 1) 나), 같은 목 2)가)(1)·(3), 같은 2) 나)·다) 및 같은 목 3)가)·나)에도

불구하고 다음의 경우에는 해당 급여비용의 100분의 100을 기금에서 부담한다.

1) 「건강검진기본법」에 따른 국가건강검진을 받은 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 확진검사를 의료급여로 실시하는 경우

2) 「의료법」 제34조에 따른 원격의료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우

3) 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관이 수급권자의 상태가 호전됨에 따라 의료급여를 의뢰한 의료기관 등으로 수급권자를 회송하는 경우로서 해당 수급권자에게 회송과 관련하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우

머. 가목1)가), 같은 목 2)가)(1)·(3) 및 차목에도 불구하고 1세 미만인 수급권자의 외래진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.

버. 가목2)가)(2), 같은 2) 나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 1세 미만인 수급권자의 외래진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

3. 제1호 및 제2호에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 각 목에서 정하는 금액을 기금에서 부담한다.

가. 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제4호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여 항목을 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 100 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 기금에서 부담한다.

나. 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원·한방병원·요양병원(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원인 요양병원 및 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다. 이하 같다)·종합병원 및 같은 법 제3조의4에 따라 지정된 상급종합병원에서 「국민건강보험법」 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 다음의 기준을 따른다.

1) 상급종합병원 2인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 50을, 3인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 60을 각각 의료급여기금에서 부담한다.

2) 병원·한방병원·요양병원·종합병원 2인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 60을, 3인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 70을 각각 의료급여기금에서 부담한다.

다. 법 제7조제2항에 따라 보건복지부령으로 정하는 상한일수를 초과하여 의료급여를 받은 수급권자로서 보건복지부령으로 정하는 승인을 얻지 않은 수급권자에게 실시하는 의료급여에

대해서는 다음의 구분에 따른 금액을 기금에서 부담한다. 다만, 제1호가목4) 및 제2호가목4)의 의료급여기관에서 받는 외래·입원진료와 제1호가목5)가) 및 제2호가목5)가)에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.

1) 외래진료의 경우에는 급여비용총액의 100분의 70

2) 입원진료의 경우에는 급여비용총액의 100분의 80

3) 제1호가목5)나)·다) 및 제2호가목5)나)·다)의 경우에는 급여비용총액의 100분의 70

라. 다목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 의료급여를 실시하는 경우에는 다음의 구분에 따른 금액을 기금에서 부담한다.

1) 1종수급권자에 대해서는 추나요법 급여비용의 100분의 70

2) 2종수급권자에 대해서는 추나요법 급여비용의 100분의 60

3) 1) 및 2)에도 불구하고 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 추나요법 급여비용의 100분의 20

3. 의료급여법 시행규칙

〈시행 2021. 9. 14.〉

제19조(급여비용의 본인부담) 영 제13조제3항의 규정에 의하여 수급권자가 급여비용을 부담하는 경우 또는 항목과 부담률은 별표 1의2와 같다.

제32조(행정처분 사실의 통보) ① 보건복지부장관은 법 제28조제5항에 따라 같은 조 제1항 또는 제2항에 따른 처분 사실을 별지 제22호서식의 행정처분통보서로 급여비용심사기관, 급여비용지급기관 및 법 제5조에 따른 보장기관에 알려야 한다.

② 업무정지 처분을 받았거나 업무정지 처분의 절차가 진행 중인 자는 법 제28조제7항에 따라 행정처분을 받은 사실 또는 행정처분 절차가 진행 중인 사실을 「우편법 시행규칙」 제25조제1항제4호가목에 따른 내용증명으로 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인에 지체 없이 알려야 한다.

■ **의료급여법 시행규칙 [별표 1의2] 〈개정 2021. 9. 14.〉**

수급권자가 급여비용을 부담하는 경우 또는 항목과 부담률(제19조관련)

1. 수급권자가 급여비용을 부담하는 경우 또는 항목의 비용

가. 수급권자가 제3조의 규정에 의한 의료급여의 절차에 의하지 아니하고 의료급여기관을 이용한 경우에 소요된 비용의 총액

나. 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기금이 부담하는 급여비용의 상한금액을 초과하는 비용

(1) 의료급여의 필요성이 의학적으로 인정되는 약제·치료재료로서 그 약제·치료재료의 상한금액이 대체 가능한 약제·치료재료의 상한금액의 2배 이상인 경우

(2) 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 6 제1호 나목(2)에 해당하는 약제·치료재료의 경우

다. 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 6 제1호다목부터 아목까지의 규정에 해당하는 경우 또는 항목의 비용. 다만, 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 6 제1호사목 중 「공공보건의료에 관한 법률」 제12조제2항에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료취약지에 위치한 지역응급의료기관에 내원한 환자로서 가목에 해당되는 사람이 아닌 경우에는 「의료급여법」 제10조에 따른 본인부담금을 말한다.

라. 수급권자(영 제6조 단서에 따른 무연고자를 제외한다)가 입원시 발생하는 식대중 보건복지부장관이 정하는 비용

마. 삭제 〈2018. 12. 31.〉

바. 경구투여가 가능함에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진통·진양·수렴·소염제인 외용제제를 처방·조제받은 경우 그 외용제제 비용

사. 수급권자가 제8조의6의 기준을 초과하여 처방·조제 받은 경우에는 급여 제한의 기준 및 그 예외 등에 관하여 보건복지부장관이 고시하여 정하는 바에 따른 급여 비용

아. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제28조에 따라 호스피스전문기관으로 지정된 의료급여기관에서 호스피스·완화의료의 입원진료를 받는 경우에는 가목에 해당하는 비용 및 다목 중 「응급의료에 관한 법률」에 따라 의료급여기관의 구급차를 이용하여 이송되었을 경우의 이송처치료에 해당하는 비용

자. 「의료법」 제3조제2항제3호라목의 요양병원 중 「장애인복지법」 제58조제1항제4호의 장애인의료재활시설을 제외한 요양병원에서 입원진료를 받는 수급권자가 제3조제3항에 따른 의료급여의뢰서 없이 다른 의료급여기관에서 진료를 받는 경우에 소요된 비용의 총액

2. 본인부담률 : 제1호에 해당하는 비용의 100분의 100

[보장기관(시·군·구)의 현지조사 의뢰 세부기준 및 절차]

1. 부당청구 여부 사실관계 확인

가. 관계자료 확보

수급권자 및 관계자의 신고 또는 의료급여사례관리 등을 통해 인지한 부당청구 건에 대한 관련 자료 확보 해당 수급권자 및 관계자의 서면진술서, 영수증 등

나. 사실관계 확인

해당 수급권자 관련 자료(개인별 진료내역, 급여일수통보서, 서면진술서 등)을 대조 확인

※ 단순한 행정착오 및 사실관계 확인 후 타인 의료급여증 도용 건으로 확인 된 경우는 보장기관이 직접 환수(필요 시 보장기관에서 자체 수사 의뢰)

2. 현지조사 의뢰기준 및 절차

가. 현지조사 의뢰대상 기관

1) 사실관계 확인 후 거짓·부당청구의 개연성이 높은 기관

2) 진료내역이 타인에 의한 의료급여증 도용인지 거짓청구인지 여부를 확인하기 곤란한 경우
※부당청구건수에 상관없이 현지조사 의뢰

3) 의료급여기관의 자료협조가 안되어 사실관계 확인이 불가한 경우

4) 사례관리 시 현지조사 필요성이 인지된 경우, 진료의뢰서 남발, 기타 민원 제보가 많은 기관 등

나. 현지조사 의뢰 대상기간

현지조사 의뢰시점으로부터 최근 36개월 이내의 진료분 중 거짓·부당청구의 개연성이 높은 전체 진료기간

다. 현지조사 의뢰절차

1) ‘보장기관 현지조사 의뢰서’〈서식 제12호〉에 부당청구 인지 경위, 부당청구 확인기간, 부당청구 세부사유 등을 작성

2) 해당 수급권자 서면진술서 또는 유선확인진술서, 급여일수통보서, 개인별 진료내역, 기타 사실관계 확인자료 등 관련 자료를 첨부하여 의뢰

3) 현지조사를 의뢰하는 기관은 환수하지 않고 의뢰

라. 현지조사 의뢰처

심사평가원(문서 또는 홈페이지 ‘보장기관신고센터’)

마. 현지조사 의뢰시기

(수시) 의뢰기준 부합 여부 검토 후 현지조사 의뢰서 및 관련자료 등을 첨부하여 필요 시 조사 의뢰

[서식 제12호]

보장기관 현지조사 의뢰서

〈연번 : 〉			보장기관명 :
의료급여기관 기호		명 칭	
대표자 성명		주민번호	
의료급여기관 소재지		전화번호	
조사 의뢰기간(진료월)*		부터	까지(개월간)
긴급여부			
인지경위	◎		
수진자조회 및 부당(혐의) 확인결과	◎ 예시) 12.7일자에 진료하였다고 청구되었으나 진료하지 않은 미실시 내역을 확인하였음		
현지조사 의뢰 사유	◎ 예시) 다른 건 거짓청구가 의심되어서		
최근 36개월 이내 점검 이력	◎ 자진환수 이력 :		
첨부자료			

* 조사의뢰 기간은 수급권자 또는 의료급여기관의 부당·거짓청구 의심대상 진료일이 포함된 해당월임

심평원 **부패 신고 센터로는**
어떤 것이 있을까요??

익명신고 헬프라인 www.redwhistle.org

공익신고 권익위 www.clean.go.kr

임직원 행동강령 위반 청렴신고센터

기관운영시스템 > 감사 > 청렴신고센터 > 행동강령 위반신고

건강보험심사평가원