
2026년도 2분기

의료급여 현지조사 부당청구 사례

- 2026년도 1분기 조사분 -

2026년 6월



건강보험심사평가원
급여조사실 조사3부

1 거짓청구 사례

□ 거짓청구 개념

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

<요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형 (보건복지부 고시 제 2022-198호, 2022. 8. 25.)>

1. 입원일수 또는 내원일수를 부풀려 청구한 경우
2. 비급여대상 비용을 전액 환자에게 부담시킨 후 이를 다시 요양급여대상으로 청구한 경우
3. 실제 실시 또는 투약하지 않은 요양급여행위로, 치료재료비용 및 약제비를 청구한 경우
4. 의료행위 건수를 부풀려 청구한 경우
5. 면허자격증 대여나 위·변조를 통해 요양기관에 실제 근무하지 않은 인력을 근무한 것처럼 꾸며서 청구한 경우
6. 무자격자의 진료나 조제 등으로 발생한 비용을 청구한 경우

▶ 관계 법령

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

의료급여법 제29조의3

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

1. 거짓으로 청구한 금액이 1천500만 원 이상인 경우
2. 의료급여비용 총액 중 거짓으로 청구한 금액의 비율이 100분의 20 이상인 경우

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 공표 여부 등을 심의하기 위하여 의료급여공표심의위원회(이하 이 조에서 "공표심의위원회"라 한다)를 설치·운영하여야 한다.

③ 공표심의위원회는 공표 심의 대상자에게 심의 사실 및 내용을 알려 대상자가 소명자료를 제출하거나 출석하여 의견을 진술할 기회를 주어야 하고, 심의과정에서 이를 고려하여야 한다.

④ 그 밖에 공표의 절차·방법, 공표심의위원회의 구성·운영 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

국민건강보험법 제100조

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

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

의료법 제66조제1항제7호 및 제3항

법 제66조(자격정지 등) ① 보건복지부장관은 의료인이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 1년의 범위에서 면허자격을 정지시킬 수 있다. 이 경우 의료기술과 관련한 판단이 필요한 사항에 관하여는 관계 전문가의 의견을 들어 결정할 수 있다.

7. 관련 서류를 위조·변조하거나 속임수 등 부정한 방법으로 진료비를 거짓 청구한 때

③ 의료기관은 그 의료기관 개설자가 제1항제7호에 따라 자격정지 처분을 받은 경우에는 그 자격정지 기간 중 의료업을 할 수 없다.

약사법 제79조제2항제2호

법 제79조(약사·한약사 면허의 취소 등) ② 보건복지부장관은 약사 또는 한약사가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 면허를 취소하거나 1년 이내의 기간을 정하여 약사 자격 또는 한약사의 자격정지를 명할 수 있다.

2. 관련 서류를 위조·변조하거나 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 약제비를 거짓으로 청구한 경우

* 세부사항은 각종 고시 등 기준에 따름

● 관련 사례

- 실제 실시하지 않은 검사료 거짓청구..... 3
- 해외 출국 중 실제 실시하지 않은 행위, 진료비 거짓청구..... 4

실제 실시하지 않은 검사료 거짓청구

사례 1

○○의원은 수진자들에게 실제 실시하지 않은 미량알부민[정밀면역검사(정량)] [진단검사 질가산(2%)](코드: D3002003), 미량알부민[정밀면역검사(정량)] [진단검사 질가산(2%), 수탁기관으로 위탁하는 경우](코드: D300200HZ) 검사를 실시한 것처럼 요양급여비용으로 거짓 청구함.

관련근거

● 「의료급여법」 제11조급여비용의 청구와 지급

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

● 「국민건강보험법」 제47조요양급여비용의 청구와 지급 등

- ① 요양기관은 공단에 요양급여비용의 지급을 청구할 수 있다. 이 경우 제2항에 따른 요양급여비용에 대한 심사청구는 공단에 대한 요양급여비용의 청구로 본다.
- ② 제1항에 따라 요양급여비용을 청구하려는 요양기관은 심사평가원에 요양급여비용의 심사청구를 하여야 하며, 심사청구를 받은 심사평가원은 이를 심사한 후 지체 없이 그 내용을 공단과 요양기관에 알려야 한다.

● 「의료법」 제22조진료기록부 등

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

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

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

해외 출국 중 실제 실시하지 않은 행위,진료비 거짓청구

사례 2

○○의원의 수진자가 해외 출국으로 인해 실제로 내원할 수 없었음에도 내원하여 진료받은 것으로 초진진찰료-의원, 보건의료원 내 의과(코드: AA154), 재진진찰료-의원, 보건의료원 내 의과(코드: AA254), 재진진찰료-의원,보건의료원 내 의과[토요09-13](코드: AA254030)를 요양급여비용으로 거짓 청구함

관련근거

● 「의료급여법」 제11조급여비용의 청구와 지급

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

● 「국민건강보험법」 제47조요양급여비용의 청구와 지급 등

- ① 요양기관은 공단에 요양급여비용의 지급을 청구할 수 있다. 이 경우 제2항에 따른 요양급여비용에 대한 심사청구는 공단에 대한 요양급여비용의 청구로 본다.
- ② 제1항에 따라 요양급여비용을 청구하려는 요양기관은 심사평가원에 요양급여비용의 심사청구를 하여야 하며, 심사청구를 받은 심사평가원은 이를 심사한 후 지체 없이 그 내용을 공단과 요양기관에 알려야 한다.

● 「의료법」 제22조진료기록부 등

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

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

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

2 부당청구 사례

□ 부당청구 개념

- 의료급여법령(국민건강보험법령 포함)에서는 '속임수나 그 밖의 부당한 방법'이라 표현하고 있는데 통상 법령에서 사용하는 '부당'의 의미는 속임수를 쓰는 등 적극적으로 법질서를 위반하는 행위뿐만 아니라 소극적으로 법령상의 기준을 위반하는 행위까지 포함하고 있습니다.
- 법령에서 정한 의료(요양)급여기준, 진료수가기준 등을 위반하여 의료(요양)급여를 실시하고 그 비용을 청구하는 것으로, 청구자의 고의·과실 여부는 고려하지 않고 객관적 위반 사실이 있을 경우 부당청구로 인정하고 있습니다.

▶ 관계법령

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

의료급여법 제23조, 제28조, 제29조

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

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

1. 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 수급권자, 부양의무자 또는 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 한 경우
2. 제11조의4를 위반하여 본인부담금을 미리 청구하거나 입원보증금 등 다른 명목의 비용을 청구한 경우
3. 제32조제2항에 따른 보고 또는 서류제출을 하지 아니하거나 거짓 보고를 하거나 거짓 서류를 제출하거나 소속 공무원의 질문 및 검사를 거부·방해 또는 기피한 경우 (후략)

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

국민건강보험법 제57조, 제98조, 제99조

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

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

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

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

* 세부사항은 각종 고시 등 기준에 따름

🔍 관련 사례

- 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제 부당청구 7
- 야간전담간호사 관리료 산정기준 위반청구 8
- 처치 및 행위료(추나요법, 변중기술료) 산정기준 위반청구 9
- 보호자 내원 진찰료 산정기준 위반청구 10
- 가정간호 산정기준 위반청구 11
- 의료급여기관 이용 절차규정 위반청구 12

간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제 부담청구

사례 1

○○병원은 야간전담 정규직으로 근무한 간호사와 단시간 근무한 간호사를 실제 근무한 사실대로 간호인력 확보 수준을 신고하여야 함에도, 2025년 3분기 간호등급이 실제는 4등급에 해당하였으나 3등급으로, 2025년 4분기 간호등급이 실제는 3등급에 해당하였으나 2등급으로 간호등급을 산정하여 요양급여비용으로 부담 청구함

관련근거

● 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 제2호 마. 간호인력확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제

- (1) 일반병동의 직전 분기 평균 환자 수 대비 해당 병동에서 간호업무에 종사하는 직전 분기 평균 간호사수(환자 수 대 간호사수의 비)에 따라 간호인력확보수준을 다음 각 호의 구분에 따라 등급별로 구분하여 적용한다. 다만, 의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원은 일반병동의 직전 분기 평균 병상 수 대비 해당 병동에서 간호업무에 종사하는 직전 분기 평균 간호사수(병상수 대 간호사수의 비)에 따라 간호인력 확보수준을 다음 각 호의 구분에 따라 등급별로 구분하여 적용한다.

(다) 병원, 정신병원, 치과병원, 한방병원

- 1) A등급 : 20:1 미만인 경우 ~ (중략) ~ 7) 6등급 : 6.0:1 이상인 경우

● 간호인력 확보 수준에 따른 간호관리료 차등 적용 관련 지침 보건복지부 고시 제2023-235호, 2023.12.11. 시행

다. 간호사 산정기준

- 3) 단시간 근무 간호사 및 계약직 간호사: 「기간제 및 단시간근로자 보호 등에 관한 법률」 제8조(차별적 처우의 금지) 및 제17조(근로조건의 서면명시)를 준수하고, 계약직의 경우에는 1년 이상 고용계약을 체결하고 4대 사회보험에 가입한 경우에 산정함. 단, 출산휴가자 및 육아휴직자, 질병휴직(휴가)자 등의 대체 간호사의 경우 계약기간에 관계없이 산정 가능함.
- 가) 계약직 간호사 중 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 40시간인 근무자의 경우 1인으로 산정함.
- 나) 단시간 근무 간호사로 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 40시간 미만인 근무자에 대하여 16(이상)~20시간(미만) 근무자의 경우 0.4인, 20(이상)~24시간(미만) 근무자는 0.5인, 24(이상)~28시간(미만) 근무자는 0.6인, 28(이상)~32시간(미만) 근무자는 0.7인, 32(이상)~36시간(미만) 근무자는 0.8인, 36(이상)~40시간(미만) 근무자는 0.9인으로 산정함. (다만, 상급종합병원 및 서울지역 종합병원은 기존에 해당 병원에서 근무 중인 간호사에 한함)
- 다) 전일제 및 단시간 근무 간호사 중 간호인력 산정시점을 기준으로 1개월 이상 야간(20시~익일 08시 사이)만 전담하여 근무한 간호사(이하 야간전담간호사)에 대하여 1주간의 근로시간이 휴게시간을 제외하고 40시간인 근무자는 1인으로, 40시간 미만인 근무자는 상기 '나)'의 산정인원과 동일하게 적용함.

야간전담간호사 관리료 산정기준 위반청구

사례 2

○○병원은 분기별 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제 등급이 6등급, 7등급에 해당하여 야간전담간호사 관리료를 산정할 수 없음에도, 총 간호사 중 야간전담 간호사의 비율인 야간전담간호사 운영비율 25%이상(차등 5)에 해당하는 것으로 적용산정하여 야간전담간호사 관리료를 요양급여비용으로 부당 청구함

관련근거

● 야간전담간호사 관리료 산정기준(보건복지부 고시 제2023-235호(행위), 2023.12.11. 시행.)

야간전담간호사 관리료는 다음 요건을 모두 충족한 경우 인정함

- 다 음 -

가. 대상기관

- 1) 상급종합병원, 종합병원, 병원(요양병원, 정신병원 제외)
- 2) 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제 등급이 상급종합병원은 3등급, 종합병원은 4등급, 병원·치과병원·한방병원은 5등급 이상

나. 인력

- 1) 「간호인력 확보수준에 따른 간호관리료 차등적용 관련 기준」에 따른 야간전담간호사 2인 이상
- 2) 야간전담간호사를 제외한 일반병동 간호사 총 인원이 직전분기 대비 5%를 초과하여 감소하지 않은 경우

다. 야간전담간호사 운영비율

「간호인력 확보수준에 따른 간호관리료 차등적용 관련 기준」에 따른 총 간호사 중 야간전담 간호사의 비율 (소수점 셋째자리 이하 절사) (후략)

● 「건강보험 행위 급여비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료

가-28 야간전담간호사 관리료

다. 병원, 치과병원, 한방병원 내 의·치과

AI031 (1) 야간전담간호사 운영비율 10% 미만	상대가치점수 14.08
AI032 (2) 야간전담간호사 운영비율 10% 이상 ~ 15% 미만	상대가치점수 29.51
AI033 (3) 야간전담간호사 운영비율 15% 이상 ~ 20% 미만	상대가치점수 62.48
AI034 (4) 야간전담간호사 운영비율 20% 이상 ~ 25% 미만	상대가치점수 99.47
AI035 (5) 야간전담간호사 운영비율 25% 이상	상대가치점수 141.52

처치 및 행위료(추나요법, 변증기술료) 산정기준 위반청구

사례 4

○○한의원의 수진자들의 경우, 추나요법-단순추나(코드: 40710)와 추나요법-복잡추나(코드: 40721)를 실시한 후, 그 결과를 진료기록부에 기록하지 아니하였음에도 산정기준을 위반하여 요양급여비용을 부당 청구함

사례 4-1

○○한의원의 수진자들은 진료기록부에 변증진단명과 종합 분석한 변증 진단 설명을 기록하지 아니하여 변증기술료를 산정할 수 없음에도 변증기술료(분류코드: 40400)를 요양급여비용으로 부당 청구함

관련근거

● 「의료법」 제22조(진료기록부 등)

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

● 040 변증기술료의 급여기준 「보건복지부 고시」 제2020-19호(2020.2.1.시행)

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

- 다 음 -

가. 변증 진단명

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

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

제14장 한방 시술 및 처치료 제1절 시술료 중 아·기 추나요법(推拿療法)

주. 1. 한의사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다.

2. 1일 2회 이상 실시한 경우에도 1일 1회만 산정한다.

3. 「가」, 「나」, 「다」 각 항목을 동시에 실시한 경우에는 한 가지만 산정한다.

보호자 내원 진찰료 산정기준 위반청구

사례 5

○○의원은 수진자의 환자 보호자가 내원하여 환자 본인 대신 상담을 받았으나 초진 진찰료-의원,보건의료원 내 의과(코드: AA154) 및 재진진찰료-의원,보건의료원 내 의과(코드: AA254) 소정점수의 100%를 요양급여비용으로 부담 청구함

관련근거

● 「의료급여법」 제11조급여비용의 청구와 지급

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

● 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」

제1편 제2부 제1장 [기본진찰료] 산정지침

1. 진찰료

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

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

나. 다음 각 호의 1에 해당하는 경우에는 진찰료는 1회 산정한다.

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

● 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」

제1편 제2부 제1장 가-1. 나. 재진진찰료(AA222)

주. 7. 진료담당의사와 상담한 후 「의료법」 제17조의2제2항에 따라 대리수령자가 처방전 및 약제를 수령한 경우에는 재진진찰료 소정점수의 50%를 산정한다.

(산정코드 두 번째 자리에 9로기재)

가정간호 산정기준 위반청구

사례 6

○○의원의 수진자들은 시설과 협약은 맺었으나 90일 간격으로 의사가 방문하여 진료하고 90일 사이에 신규환자가 발생하면 가정전문간호사에게 전화상으로 보고를 받고 치료지시를 하는 등, 실제 시설방문일자 이외의 신규 시설입소자에 대하여 가정간호 절차를 위반하여 의사의 대면진료 없이 가정간호를 우선 실시하고 가정간호기본방문료, 외래환자 의약품 관리료, 주사료, 처치료, 검사료 등을 요양급여비용으로 부당 청구함

관련근거

● 「의료법 시행규칙」 제24조(가정간호)

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

● 「노인복지법 시행규칙」 제22조 제2항 [별표5] 노인의료복지시설의 운영기준

1. 건강관리

- 가. 노인의료복지시설(이하 이 표에서 “시설”이라 한다)에는 입소자 건강관리를 위한 책임자를 두고 의사(한의사를 포함한다)간호사 기타 자격이 있는 자가 그 임무를 수행하여야 한다.
- 나. 전담의사(한의사를 포함한다)를 두지 아니한 가급적 신경과, 정신과 또는 한방신경정신과 등 노인의 질환과 관련한 전문의로서의 계약의사(시간제 계약에 의한 의사, 한의사 또는 치과의사를 포함한다)를 두거나 의료기관과 협약을 체결하여 의료연계체계를 구축하여야 한다.
- 다. 나목에 따라 계약의사를 두거나 의료기관과 협약을 체결한 경우 해당 계약의사 또는 의료기관의 의사는 매월 시설을 방문하여 입소자의 건강상태를 확인하고 건강상태가 악화된 입소자에 대하여 적절한 조치를 하여야 한다.

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

[산정지침] 4.가정간호 기본방문료

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

의료급여기관 이용 절차규정 위반청구

사례 6

○○의원에 내원한 수급권자는 의료급여기관 이용절차 예외 규정에서 정한 응급환자 등에 해당하지 아니한 수급권자로, 의료급여의뢰서 없이 내원하여 의료급여비용 총액을 전액 본인이 부담하여야 함에도 진료에 소요된 비용을 의료급여비용으로 부담 청구함

관련근거

● 「의료급여법 시행규칙」 제3조의료급여의 절차

- ① 수급권자가 의료급여를 받으려는 경우에는 법 제9조제2항제1호에 따른 제1차의료급여기관(이하 “제1차의료급여기관”이라 한다)에 의료급여를 신청해야 한다. 다만, 다음 각 호 중 제1호부터 제8호까지의 어느 하나에 해당하는 경우에는 같은 항 제2호 또는 제3호에 따른 제2차의료급여기관(이하 “제2차의료급여기관”이라 한다) 또는 제3차의료급여기관(이하 “제3차의료급여기관”이라 한다)에 의료급여를 신청할 수 있고, 제9호부터 제14호까지의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제2차의료급여기관에 의료급여를 신청할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 의료급여 신청을 받은 의료급여기관은 진찰 결과 또는 진료 중에 다른 의료급여기관의 진료가 필요하다고 판단하는 경우에는 진료담당의사의 진료의견을 기재한 별지 제3호서식의 의료급여의뢰서를 수급권자 또는 그 보호자에게 발급하여야 한다.

● 「의료급여법 시행규칙」 제19조급여비용의 본인부담

영 제13조제3항의 규정에 의하여 수급권자가 급여비용을 부담하는 경우 또는 항목과 부담률은 [별표 1의2]와 같다
[별표 1의2] 수급권자가 급여비용을 부담하는 경우 또는 항목과 부담률(제19조관련)

1. 다음 각 목의 경우 수급권자가 부담하는 비용의 100분의 100을 부담한다.

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 제1호다목, 마목 및 바목에 해당하는 경우 또는 항목의 비용 (후략)

● 「의료급여법 시행규칙」 [별표 1의2] 수급권자가 급여비용을 부담하는 경우 또는 항목과 부담률 [제19조 관련]

1. 수급권자가 급여비용을 부담하는 경우 또는 항목의 비용

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