
2022년도 4분기
의료급여 현지조사 거짓·부당청구 사례
- 2022년도 3분기 조사분 -

2022년 12월



건강보험심사평가원
급여조사실 조사3부

거짓청구 사례

□ 거짓청구 개념

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

- 요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형(고시 제2019-300호, 2019.12.26.)

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

- 실제 투약하지 않은 주사제 거짓청구..... 2
- 실제 실시하지 않은 신경차단술료 거짓청구..... 3
- 방사선 단순영상진단료 증량청구..... 4

실제 투약하지 않은 주사제 거짓청구

사례 1

- 의원의 경우, ‘식육부진(R630)’ 상병의 수급권자 △△△에게 가정간호 실시 중 영양제를 투여하고 비급여로 30,000원을 징수한 후, 실제 투여하지 않은 대한포도당주사액(5%)(10g/200mL/백)(645100982)과 판비콤포주(수출명: MINCOMBE injection)(2mL)(645102410)를 투여한 것으로 진료기록부에 거짓 기재한 후 의료급여비용으로 청구함.

관련근거

- 「의료급여법」 제11조(급여비용의 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.
- 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제1조(급여비용 산정)
 - ① 의료급여기관의 급여비용 산정은 「국민건강보험법 시행령」 제21조제2항 및 제3항, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제2항 및 제4항의 규정에 의하여 고시한 “건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수” (이하 “상대가치점수” 라 한다.)에 「국민건강보험법」 제45조제4항의 규정에 의하여 고시한 “건강보험요양급여비용의내역”의 단가를 곱한 금액과 「국민건강보험법시행령」 제22조에 따라 결정된 금액을 합하여 산정한다. 다만, 제2조부터 제14조에서 정하는 급여비용의 산정에 대하여는 그러하지 아니하다.
- 「의료법」 제22조(진료기록부 등)
 - ③ 의료인은 진료기록부등을 **거짓으로 작성**하거나 고의로 사실과 다르게 **추가 기재·수정**하여서는 아니 된다.

실제 실시하지 않은 신경차단술료 거짓 청구

사례 2

- 의원의 경우, ‘척수병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애(M510)’ 등의 상병으로 내원한 수급권자 △△△에게 실제로는 비급여 영양제만 투여했음에도 ‘척수신경총, 신경근 및 신경절차단술-요천골신경총(LA253)’ 을 시행한 것으로 진료기록부에 거짓 기재한 후 신경차단술료와 시술 시 사용되는 약제 등을 의료급여비용으로 청구함.

관련근거

- 「의료급여법」 제11조(급여비용의 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.
- 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제1조(급여비용 산정)
 - ① 의료급여기관의 급여비용 산정은 「국민건강보험법 시행령」 제21조제2항 및 제3항, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제2항 및 제4항의 규정에 의하여 고시한 “건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수” (이하 “상대가치점수” 라 한다.)에 「국민건강보험법」 제45조제4항의 규정에 의하여 고시한 “건강보험요양급여비용의내역” 의 단가를 곱한 금액과 「국민건강보험법시행령」 제22조에 따라 결정된 금액을 합하여 산정한다. 다만, 제2조부터 제14조에서 정하는 급여비용의 산정에 대하여는 그러하지 아니하다.
- 「의료법」 제22조(진료기록부 등)
 - ③ 의료인은 진료기록부등을 **거짓으로** 작성하거나 고의로 사실과 다르게 **추가 기재·수정**하여서는 아니 된다.

방사선 단순영상진단료 증량청구

사례 3

- ○요양병원의 경우, ‘양쪽 원발성 무릎관절증(M170)’ 등의 상병으로 입원 중인 수급권자 △△△에게 실제로는 ‘슬관절4매(G7204)’를 촬영하였음에도 ‘슬관절5매 또는 그 이상(G7205)’으로 증량하여 의료급여비용을 청구함.

관련근거

- 「의료급여법」 제11조(급여비용의 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.
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제1부 행위 급여 일반원칙 1. 일반기준
 1. 요양기관이 국민건강보험법령의 규정에 의한 요양급여를 실시하고 **행위에 대한 비용을 산정할 때에는 제2부 각 장에 분류된 분류항목의 상대가치점수** (이하 “점수”라 한다)에 국민건강보험법 제45조제3항과 같은 법 시행령 제21조 제1항에 따라 **정하여진 점수당 단가를 곱하여 10원 미만은 4사5입한 금액으로 산정한다.**

부당청구 사례

□ 부당청구 개념

- 의료급여법 제23조에는 ‘속임수나 그 밖의 부당한 방법’이라 표현하고 있으며 통상 법령에서 사용하는 ‘부당’의 의미는 속임수를 쓰는 등 적극적으로 법질서를 위반하는 행위뿐만 아니라 소극적으로 법령상의 기준을 위반하는 행위까지 포함하고 있습니다.
- 법령상 기준위반은 의료급여법령에서 정한 의료급여기준, 진료수가기준 등을 위반하여 의료급여를 실시하고 그 비용을 청구하는 것으로, 청구자의 고의·과실 여부는 고려하지 않고 객관적 위반 사실이 있을 경우 부당청구로 인정하고 있습니다.

● 의약품 증량청구.....	6
● 필요인력 확보에 따른 별도보상제 산정기준 위반청구.....	7
● 본인부담금 과다징수(행위료).....	8
● 본인부담금 과다징수(치료재료대).....	9

의약품 증량청구

사례 1-1

- 의원의 경우, ‘신경뿌리병증, 요추부(M5416)’ 등의 상병으로 내원한 수급권자 △△△에게 신경차단술 시 실제로는 하나염산메피바카인2%(0.4g/20mL)(657802631) 0.1ml를 투여했음에도 실사용량보다 2배 증량한 0.2ml로 산정하여 의료급여비용을 청구함.

사례 1-2

- 의원의 경우, ‘기타 근통, 아래다리(M79168)’ 등의 상병으로 내원한 수급권자 △△△에게 신경차단술 시 실제로는 휴온스리도카인염산염수화물주사(0.4266g/20mL)(670603485) 4ml을 투여했음에도 실사용량보다 5배 증량한 20ml로 산정하여 의료급여비용을 청구함.

관련근거

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제6장 제3절 신경차단술료
주 : **신경차단술 시 사용한 약제**(국소마취제, 스테로이드제, 조영제 등)는 “약제 급여 목록 및 비급여 상한금액표”에 따라 **실사용량으로 산정한다.**

필요인력 확보에 따른 별도보상제 산정기준 위반청구

사례 2

- ○ 요양병원의 경우, 방사선사 □ □ □ 이 실제로는 비상근(주 2~3일, 3~4시간/일)으로 근무하여 상근자로 인정될 수 없음에도 해당 인력을 포함하여 필요인력 확보에 따른 별도보상제를 산정하여 부당하게 의료급여비용으로 청구함.

관련근거

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제3편 제3부 요양병원 행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침 [산정지침]
 - 아. 필요인력 확보에 따른 별도 보상제
 - (1) 직전 분기 당해 요양기관에 약사가 상근하고, 의무기록사, 방사선사, 임상병리사, 물리치료사, 사회복지사 중 상근자가 1명 이상인 직종이 4개 이상인 경우, 일당 1,710원을 별도 산정한다.
- 필요인력 확보에 따른 별도 보상제 관련 기준(보건복지부 고시 제2019-302호, 2020.1.1.)
다. 의무기록사, 방사선사, 임상병리사, 물리치료사, 사회복지사 산정기준
건강보험심사평가원에 제출한 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서상의 상근자를 의미하며, 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우에는 동 기간 동안 산정대상에서 제외함.

본인부담금 과다징수(행위료)

사례 3

- 의원의 경우, ‘상세불명의 경추간판장애(M509)’ 상병으로 내원한 수급권자 △△△에게 근막동통유발점 주사자극치료(MM131)를 시행하고 해당 주사료의 적응증인 근막동통 증후군에 해당하지 않아 별도 산정할 수 없음에도 7,030원을 부당하게 징수함.

관련근거

- 「의료급여법 시행규칙」 제9조(비급여대상)
법 제7조제3항의 규정에 의하여 의료급여대상에서 제외되는 사항(이하 “비급여 대상”이라 한다)은 「국민건강보험법 요양급여의 기준에 관한 규칙」 **별표2에 규정된 비급여대상**으로 한다.
- 사127 근막동통주사자극치료의 진료수가 산정방법 및 다른 물리치료요법을 병행 실시하는 경우의 인정기준(보건복지부 고시 제2016-204호, 2016.11.1.)
가. **적용증: 근막동통증후군(Myofascial Pain Syndrome)** (이하 생략)

본인부담금 과다징수(치료재료대)

사례 4

- ○○의원의 경우, ‘신경관의 추간관협착, 요추부위(M9953)’ 등의 상병으로 내원한 수급권자 △△△에게 신경차단술 시 마취약제 주사를 위해 사용한 주사침은 별도 산정할 수 없음에도 ‘일회용 22G 경막외 주사침’ 을 사용하고 1개당 10,000원을 부당하게 징수함.

관련근거

- 「의료급여법 시행규칙」 제9조(비급여대상)
법 제7조제3항의 규정에 의하여 의료급여대상에서 제외되는 사항(이하 “비급여 대상” 이라 한다)은 「국민건강보험법 요양급여의 기준에 관한 규칙」 별표2에 규정된 비급여대상으로 한다.
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제6장 마취료 [산정지침]
(1) 마취약제 주사 시 사용한 1회용 주사기 및 주사침 등의 재료대는 마취료 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.