
2023년도 3분기

의료급여 현지조사 부당청구 사례

- 2023년도 2분기 조사분 -

2023년 9월



건강보험심사평가원

급여조사실 조사3부

□ 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(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

▶ 관계법령

- 「의료법」 제66조제1항제7조·제3항
- 「약사법」 제79조제2항제2호
- 「형법」 제347조제1항
- 「의료급여법」 제29조의3
- 「국민건강보험법」 제100조제1항

● 「의료법」 제66조(자격정지 등)

- ① 보건복지부장관은 의료인이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 1년의 범위에서 면허 자격을 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」 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

● 「형법」 제347조(사기)

- ① 사람을 기망하여 재물의 교부를 받거나 재산상의 이익을 취득한 자는 10년 이하의 징역 또는 2천만 원 이하의 벌금에 처한다.

● 「의료급여법」 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 의료급여기관과 구별에 필요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항을 공표할 수 있다. 이 경우 공표 여부를 결정할 때에는 그 위반행위의 동기, 정도, 횡수 및 결과 등을 고려하여야 한다.
 1. 거짓으로 청구한 금액이 1천500만원 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(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, 횡수 및 결과 등을 고려하여야 한다.
 1. 거짓으로 청구한 금액이 1천 500만원 이상인 경우
 2. 요양급여비용 총액 중 거짓으로 청구한 금액의 비율이 100분의 20 이상인 경우

▶ 관련 사례

- 내원(내방)일수 거짓청구..... 3
- 실제 실시하지 않은 행위료 거짓청구..... 4
- 방사선료 및 검사료 거짓청구..... 5

내원(내방)일수 거짓청구

사례 1-1

- ○ 의원의 경우, 수진자 △ △ △ 는 고혈압(I109) 상병으로 2023년 3차례 내원하여 원외 처방전을 발행하였으나 실제 내원일에 수진자가 접촉피부염(L239)제 처방을 원하여 실제 내원하지 아니한 날짜로 3차례 원외처방전을 분할 발행하고(처방전 2장발행) 수진자가 내원한 것처럼 진료기록부에 기재한 후 진찰료 등을 요양급여비용으로(법정본인부담금 미징수) 청구하였으며, 수진자가 실제 내원일에 원외처방전과(법정본인부담금 미징수) 분할 발행한 원외처방전 2매를 수진자에게 전달하여 이를 조제한 약국이 약국관리료(약-1), 조제기본료(약-2), 복약지도료(약-3), 조제료(약-4가) 및 의약품관리료(약-5) 등을 요양급여비용에서 청구함.

사례 1-2

- ○ 한의원의 경우, 수진자 △ △ △ 에게 ‘관절의 기타 불안정, 아래다리(M2536)’ 상병으로 2021년 12월 5회, ‘경추의 염좌 및 긴장(S134)’ 상병으로 2022년 1월 4회 내원하여 진료 받은 것으로 청구하였으나 실제로 진료한 사실이 없음에도 진료한 것으로 진료기록부에 기록하고 요양급여비용을 청구함.

관련근거

- 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등)
- 「의료급여법」 제11조(급여비용의 청구와 지급)
- 「의료법」 제22조(진료기록부 등)
 - ① 의료인은 각각 진료기록부, 조산기록부, 간호기록부, 그 밖의 진료에 관한 기록(이하 “진료기록부등”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 추가기재·수정 하여서는 아니 된다.

실제 실시하지 않은 행위로 거짓청구

사례 2-1

- ○ 의원의 경우, '자-14. 피부양성종양적출술' 시술 위해 내원한 수진자 △ △ △ 에게 '자-398 전립선맛사지(R3980)' 를 실제로는 실시하지 않았으나 실시한 것으로 진료기록부에 기재하여 요양급여비용을 청구함.

사례 2-2

- ○ 한의원의 경우, 수진자 △ △ △ 에게 '사지의 통증, 여러 부위(M7960)' 상병으로 2022년 내원하여 '구술(직접구)-직접애주구(40304)' 를 시술받은 사실이 없으나 시술을 시행한 것으로 기재하여 요양급여비용을 청구함.

관련근거

- 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등)
- 「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.
 - 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.
- 「의료법」 제22조(진료기록부 등)
 - ① 의료인은 각각 진료기록부, 조산기록부, 간호기록부, 그 밖의 진료에 관한 기록(이하 "진료기록부등"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 추가기재·수정하여서는 아니 된다.

방사선료 및 검사료 거짓청구

사례 3-1

- ○ 의원의 경우, 수진자 △ △ △ 는 “양쪽 원발성 무릎관절증(M170)” 상병으로 내원하여 실제로는 견관절4매(G3304)*4회를 실시하지 않았음에도 실시한 것처럼 진료기록부에 기재한 후 방사선 촬영료를 요양급여비용으로 부당하게 청구하고 또한, 실제 슬관절4매(G7204)1회 촬영하였으나 슬관절4매(G7204)4회로 증량하여 요양급여비용을 청구함.

사례 3-2

- ○ 의원의 경우, 간호조무사가 의사의 진찰 이전에 ‘안압측정-기타(E6752)’ 검사를 실시하여 요양급여비용을 청구하였고, 2021년 2차례 수진자 △ △ △ 에게 검사 및 시술은 실시하지 않고 원외처방전만 발급하여 검사료 및 시술 비용을 청구할 수 없음에도 진료기록부에 기재 후 요양급여비용을 청구함.

관련근거

- 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등)
- 「의료급여법」 제11조(급여비용의 청구와 지급)
- 「의료법」 제22조(진료기록부 등)
 - ① 의료인은 각각 진료기록부, 조산기록부, 간호기록부, 그 밖의 진료에 관한 기록(이하 “진료기록부등”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 추가기재·수정하여서는 아니 된다.

□ 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.

▶ 관계법령

- (의료급여법) 제32조(보고 및 검사), 제23조(부당이득의 징수), 28조(업무정지), 제29조(과징금), 제35조(벌칙), 제37조(과태료)
- (국민건강보험법) 제97조(보고와 검사), 제57조(부당이득의 징수), 제98조(업무정지), 제99조(과징금) 및 동법 시행령 제70조(행정처분기준), 제100조(위반사실의 공표), 제115조(벌칙), 제116조(벌칙), 제119조(과태료)

* 세부사항은 각종 고시 등 기준에 따름

▶ 관련 사례

- 혐의진찰료 산정기준 위반청구..... 7
- 간호인력 확보 수준에 따른 입원료 차등제 산정기준 위반청구..... 8
- 선택의료급여기관 이용 절차규정 위반청구..... 9
- 진찰료 및 만성질환관리료 산정기준 위반청구..... 10
- 방문진료료 산정기준 위반청구..... 11
- 의약품 증량 청구..... 12
- 처방전 대리수령 구비서류 규정 위반청구..... 13
- 이학요법료 산정기준 위반청구..... 14
- 흡입배액처치 산정기준 위반청구..... 15
- 본인부담금 과다징수..... 16

협의진찰료 산정기준 위반청구

사례 1

- ○○요양병원의 경우, 수진자 △△△의 협의진료를 요청하는 특별한 문제 및 협의진료 의사의 견해 등을 의무기록에 명시하여야 하나 해당 요양병원의 청구시스템은 30일 간격으로 협의진찰료가 자동 청구되며, 수진자△△△의 협의진료를 확인할 수 있는 기록이 없음에도 '가-8 협의진찰료'를 요양급여비용으로 청구함.

관련근거

- 「입원중 협의진찰료 급여기준」 (보건복지부 고시 제2021-73호, 2021. 3. 5.)

1. 산정기준

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 의무 기록에 명시하여야 함.

2. 진료과목당 또는 세부전문과목(분야)당 산정횟수

가. 상급종합병원, 상급종합병원에 설치된 치과대학부속치과병원

: 입원기간 중 30일에 5회 이내

다만, 중환자실 입원환자의 경우 환자상태 변화 등으로 인해 협진이 필요한 경우 추가산정 가능 (기본코드 다섯 번째 자리에 1로 기재)

나. 종합병원, 상급종합병원에 설치된 경우를 제외한 치과대학부속치과병원

: 입원기간 중 30일에 3회 이내

다. 병원·정신병원·한방병원·치과병원

: 입원기간 중 30일에 2회 이내

라. 요양병원·의원·한의원·치과의원·보건의료원

: 입원기간 중 30일에 1회 이내

간호인력 확보 수준에 따른 입원료 차등제 산정기준 위반청구

사례 2-1

- ○ 요양병원의 경우, 간호조무사 △△△의 근무기간을 휴가 등으로 연속적 부재기간이 16일 이상임에도 해당기간 근무한 것으로 신고함. 2021년 2/4분기 요양병원 입원료 차등제에 의한 간호등급 산정 시 환자수 및 간호인력을 실제와 다르게 2등급에서 1등급으로 상향하여 요양급여비용을 청구함.

사례 2-2

- ○ 요양병원의 경우, 2021년 2/4분기 요양병원 입원료 차등제에 의한 간호등급 산정 시 간호인력 대비 평균 환자수를 실제 입원환자의 평균 환자수보다 적게 신고하여 간호등급을 3등급에서 2등급으로 상향하여 입원료 등의 요양급여비용을 청구함.

관련근거

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제3편 제3부
요양병원 행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침 4.
바. 간호인력확보수준에 따른 입원료 차등제
 - (2) 직전 분기 평균 환자 수 대비 간호업무에 종사하는 직전 분기 평균 간호인력(간호사 및 간호조무사) 수(환자 수 대 간호인력 수의 비)에 따라 간호인력확보 수준을 다음 각 호의 1과 같이 1등급 내지 6등급으로 구분한다.
- 「간호인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등적용 관련 기준」
(보건복지부 고시 제2019-183호, 2020.1.1.)
나. 간호인력 산정기준
 - 2) (입원)병동에 근무하지만 입원환자 간호를 전담하지 않는 간호인력(간호감독, 전임 노조, 가정간호사, 호스피스 간호사 등), 일반병상과 특수병상을 순환 또는 파견 (PRN 포함) 근무하는 간호인력, 특수병상 중 중환자실, 격리실, 인공신장실, 물리 치료실에서 근무하는 간호인력, 외래 근무자는 산정대상에서 제외하며, 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우에는 동 기간 동안 간호인력 산정대상에서 제외함.

선택의료급여기관 이용 절차규정 위반청구

사례 3

- ○의원의 경우, 안면 피부질환으로 '자-14 피부양성종양적출술' 시술 위해 내원한 수진자 △△△는 선택의료급여기관 적용 대상자로 선택의료급여기관에서 발급한 의료급여의뢰서 없이 내원하여 그 진료비용을 수급권자에게 전액 본인부담 시켜야 함에도 의료급여비용으로 청구하였고, 또한 원외처방전을 발행하여 의약품 비용을 의료급여비용으로 지급받게 함.

관련근거

- 「의료급여법 시행규칙」 제8조의3(의료급여일수의 상한)
 - ④ 제3항에 따라 수급권자가 선택할 수 있는 의료급여기관(이하“선택의료급여기관”이라 한다)의 범위 및 절차 등은 별표 1과 같다.
- 의료급여법 시행규칙 [별표 1] 선택의료급여기관의 범위 및 의료급여의 절차 등(제8조의3 관련)
 - 1. 수급권자가 선택할 수 있는 의료급여기관의 범위 및 의료급여의 절차
다. 나목에 따라 통보를 받은 선택의료급여기관이 해당 수급권자의 치료를 위하여 다른 의료급여기관(제1차의료급여기관을 포함한다)의 진료가 필요하다고 판단하는 경우에는 수급권자에게 별지 제3호서식의 의료급여의뢰서를 발급하고 그 사실을 7일 이내에 보장기관에 통보해야 하며, 의료급여의뢰서를 발급받은 수급권자는 의료급여의뢰서를 7일(공휴일을 제외한다) 이내에 의료급여기관에 제출하여야 한다.
- 「의료급여법 시행규칙」 제19조(급여비용의 본인부담)
 - 제13조제3항의 규정에 의하여 수급권자가 급여비용을 부담하는 경우 또는 항목과 부담률은 별표 1의2와 같다.
- 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

진찰료 및 만성질환관리료 산정기준 위반청구

사례 4

- ○ 의원의 경우, 'L5 요추부 골절' 상병으로 수진자 △△△의 보호자가 내원하여 원외 처방전을 발급(처방전대리수령신청서 제출함)하여 재진진찰료 소정점수의 50%를 산정하여야 함에도, 환자가 내원한 것으로 진찰료 100%(AA254 등)를 착오 산정하고, 수진자가 직접 내원하지 않음으로 만성질환관리료를 산정할 수 없음에도 요양급여비용으로 '가-14 만성질환관리료(AH200)'를 7일 동안 청구함.

관련근거

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」
제1편 제2부 제1장 가-14 만성질환관리료
 - 고혈압, 당뇨병 등의 상병으로 당해 의료기관에 지속적으로 내원하는 재진환자에 대하여 교육·상담 등을 통하여 환자가 자신의 질병을 이해하고, 합병증을 예방할 수 있도록 관리체계를 수립한 경우에 산정한다.
 - 해당 만성질환자를 진료한 기관은 개인별 진료기록부에 만성질환자 관리내역을 기록·보관하여야 한다.
- 「의료법 시행규칙」 제11조의2(처방전의 대리수령 방법)
 - 법 제17조의2제2항에 따른 대리수령자(이하 “대리수령자”라 한다)가 처방전을 수령하려는 때에는 의사, 치과의사 또는 한의사에게 별지 제8호의2서식의 처방전 대리수령 신청서를 제출해야한다.
 - 의사, 치과의사 또는 한의사는 제1항에 따라 제출받은 처방전 대리수령 신청서를 제출받은 날부터 1년간 보관해야한다.
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」
제1편 제2부 제1장 가-1-나 재진 진찰료
주: 7. 진료담당의사와 상담한 후 「의료법」 제17조의2 제2항에 따라 대리수령자가 처방전 및 약제를 수령한 경우에는 재진 진찰료 소정점수의 50%를 산정한다.
(산정코드 두 번째 자리에 9로 기재)

방문진료료 산정기준 위반청구

사례 5-1

- ○ 의원은 '장애인 건강주치의 시범 사업' 기관으로 수진자 △ △ △ 의 방문진료 당일 별도로 진찰료를 요양급여비용으로 청구한 사실이 있으며, 방문진료 당일 시행한 행위·약제 및 치료재료 등에 대한 명세서를 분리하여 청구하는 경우, 방문진료료Ⅱ(IA671)로 산정해야 하나, 행위·약제 및 치료재료 등을 포함하여 별도로 청구할 수 없는 방문진료료Ⅰ(IA673)으로 요양급여비용을 청구함.

사례 5-2

- ○ 한의원의 경우, '사지의 통증, 아래다리(M2496)' 상병의 수진자 △ △ △ 에게 "일차의료 한의 방문진료 수가 시범사업 참여 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서" 없이 방문진료를 실시하거나, 실제 방문하지 아니하고 방문한 것처럼 하여 요양급여비용을 청구함.

관련근거

- 「장애인 건강주치의 제도」 3단계 시범사업 운영지침(2021.9.30.)
 - 바. 방문료 2) 방문진료료는 건강 주치의가 방문한 경우에 산정하며, 별도로 진찰료를 산정하지 않음.
 - 가) 방문진료료Ⅰ은 방문진료 시 발생하는 행위·약제 및 치료재료 등에 대한 비용을 포함하는 방문진료료를 의미하며, 이 경우 행위·약제 및 치료재료 등에 대한 수가는 별도 산정 할 수 없음.
 - 나) 방문진료료Ⅱ은 방문진료 시 발생하는 행위·약제 및 치료재료 등을 포함하지 않은 방문진료료를 의미하며, 이 경우 방문진료료 외 별도로 이루어진 행위·약제 및 치료재료 등은 건강보험 및 의료급여요양(의료)급여비용 산정기준에 따라 별도 산정 할 수 있음.
- 「일차의료 한의 방문진료 수가 시범사업 지침」 (보건복지부 고시 보험급여과-3728호, 2021.8.)
 - 가. 한의 방문진료료란 방문진료 시범기관의 방문진료 한의사가 의료기관에 내원하여 진료를 받은 적이 있는 거동 불편 환자의 자택(가정)을 방문하여 진료하고 한의 방문진료 점검서식을 제출한 경우에 산정한다. 이는 환자의 특성, 진료내용, 소요시간 불문하고 모든 환자에게 동일하게 적용한다.
 - 다. 한의 방문진료료는 방문진료를 시행하는 한의사가 대상 환자에게 시범사업에 대해 충분히 설명하고, [별지 제4호 서식] "일차의료 한의 방문진료 수가 시범사업 참여 및 개인정보 수집·이용·제3자 제공 동의서"*를 받아 실시한 경우 산정한다.

의약품 증량 청구

사례 6-1

- ○ 의원의 경우, '상세불명의 관절염, 기타 부분(M1398)' 상병으로 내원한 수진자 △△△에게 618 이연세과제돈주1G(정주용)(세과제돈나트륨)_(1g/1병)/B (658601271)을 실제로는 1회 0.5g을 사용하였으나, 의료급여비용 및 요양급여비용 청구 시 1회 1g을 사용한 것으로 청구하여 실제 사용량 보다 증량하여 요양급여비용을 청구함.

사례 6-2

- ○ 의원의 경우, '척추협착 요천부(M4807)' 상병으로 내원한 수진자 △△△의 신경차단술 시술 중 사용한 조영제 '옵티레이320주사(이오버솔)_(33.9g/50ml)(626000032)의 1회 처치 실제 사용량은 5ml(0.1) 였으나 청구용량은 1회 50ml(1)로 의약품을 증량하여 요양급여비용을 청구함.

관련근거

- 「의료급여법」 제11조(급여비용의 청구와 지급)
 - 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.
- 「의료법」 제22조(진료기록부 등)
 - ① 의료인은 각각 진료기록부, 조산기록부, 간호기록부, 그 밖의 진료에 관한 기록(이하 "진료기록부등"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 추가기재·수정 하여서는 아니 된다.
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」
제1편 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제2부 제6장 마취료 제3절 신경차단술료 주: 신경차단술시 사용한 약제(국소마취제, 스테로이드제, 조영제 등)는 "약제 급여 목록 및 급여 상한금액표"에 따라 실사용량으로 산정한다.

처방전 대리수령 구비서류 규정 위반청구

사례 7-1

- ○ 요양병원 경우, 수진자 △ △ △ 는 ‘상세불명의 급성 기관지염(J209)’ 상병으로 대리수령자에게 처방전 대리수령 신청서를 제출받지 아니하고 재진진찰료(AA254090), 의약품비용(원외처방 약제비 포함) 등을 요양급여비용으로 청구함.

사례 7-2

- ○ 의원은 수진자 △ △ △ 는 ‘방광의 상세불명의 신경근육기능장애(N319)’ 상병으로 2021년 8월부터 코로나로 인하여 외출하지 않고 보호자가 내원하여 진료담당의사와 면담 후 약제를 수령한 경우로, 보호자에게 ‘처방전대리수령신청서’를 제출받고 진찰료 100%(AA254 등)로 착오 산정하거나 보호자에게 ‘처방전대리수령신청서’를 제출 받지 않고 진찰료 100%(AA254 등) 및 의약품비용(원외처방 약제비 포함) 등을 요양급여비용으로 청구함.

관련근거

- 「의료법 시행령」 제10조의2 (대리수령자의 범위)
-의료법 제17조의2제2항 각 호 외의 부분에서 (생략) 다음 각 호의 사람을 말한다.
 1. 환자의 직계존속·비속 및 직계비속의 배우자
 2. 환자의 배우자 및 배우자의 직계존속
 3. 환자의 형제자매
 4. 노인복지법 제 34조에 따른 노인의료복지시설에서 근무하는 사람
 - 4의2. 장애인복지법 제58조제1항제1호의 장애인 거주시설에서 근무하는 사람
 5. 그 밖에 환자의 계속적인 치료를 위해 필요한 경우로서 보건복지부 장관이 인정하는 사람
- 「의료법 시행규칙」 제11조의2(처방전의 대리수령 방법)
 - ① 법 제17조의2제2항에 따른 대리수령자(이하 “대리수령자”라 한다)가 처방전을 수령하려는 때에는 의사, 치과의사 또는 한의사에게 별지 제8호의2서식의 처방전 대리수령 신청서를 제출해야 한다.
 - ② 의사, 치과의사 또는 한의사는 제1항에 따라 제출받은 처방전 대리수령 신청서를 제출받은 날부터 1년간 보관해야 한다.
- 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 가-1 (외래환자진찰료), 나(재진진찰료) ‘주7 진료담당의사와 상담 후 대리수령자가 처방전 및 약제를 수령한 경우에는 재진진찰료로 소정점수의 50%를 산정한다.

이학요법료 산정기준 위반청구

사례 8

- ○○의원의 '양성 발작성 체위성 현기증(H811)'상병으로 내원한 수진자△△△에게 관석정복술을 15분 이상 실시하지 아니하고 '서-35 체위성안진교정치료 [기기 사용료 포함](MX035)'를 산정할 수 없음에도 이학요법료의 요양급여비용을 청구함.

관련근거

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제7장 이학요법료 제1절 기본물리치료료 '주 사항' 1. 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 산정한다.
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제7장 이학요법료 - 서-35 체위성안진교정치료 [기기 사용료 포함] (MX035)
'주1' 양성발작성체위성현기증환자에게 관석정복술을 15분 이상 직접 실시한 경우에 산정한다.

흡입배액처치 산정기준 위반청구

사례 9

- ○○병원의 경우, '상세불명의 급성 기관지염(J209)'상병으로 내원한 수진자 △△△에게 구강, 비강내 흡입배액처치를 실시한 경우로 '기본진료료'에 포함된 처치료를 별도 산정할 수 없음에도, 흡입배농 및 배액처치(M0137)를 청구하여 요양급여비용을 청구함.

관련근거

- 「흡입배액처치 등의 진료수가 산정방법」 (보건복지부 고시 제2023-56호(행위), 2023. 03 .29.)
기관절개 환자의 드레싱과 흡입배액처치를 동시에 실시한 경우 및 구강, 비강내 흡입배액처치의 수가 산정방법은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

가. 기관절개(Tracheostomy) 부위의 드레싱과 흡입배액처치를 동시에 실시한 경우
: 자2-1라 흡입배농 및 배액처치와 자2-1가 창상처치는 1일당 수가이며, 행위의 특성상 주로 치료기간 동안 지속적으로 반복하여 시행됨을 감안하여 자2-1라 흡입배농 및 배액처치만 산정함.

나. 구강, 비강내 흡입배액처치를 실시한 경우

: 구강, 비강내 흡입배액처치는 기관내 흡입배액처치와 비교시 난이도 및 위험도에 현저한 차이가 있다고 판단되므로 기본진료료에 포함되어 별도 산정하지 않음.

본인부담금 과다징수

사례 10-1

- ○ 의원의 경우, 수진자 △ △ △ 에게 누 189 가 γ-GTP [화학반응-장비측정] 진단검사 질가산 (2%) (청구코드: D1890003, 병원코드: 10856-1, GGTP) 검사를 실시하고 검사비용을 심사조정 등의 사유로 요양급여비용으로 청구하지 않고 비급여로 본인부담금을 과다하게 징수함.

사례 10-2

- ○ 의원의 경우, 수진자 △ △ △ 에게 요양급여 항목인 (D2614003) LDL 콜레스테롤 [화학반응-장비측정] 검사를 실시하고 그 비용을 수진자에게 비급여로 별도 징수하는 등 본인부담금을 과다하게 징수함.

관련근거

- 「의료급여법」 제10조(급여비용의 부담)

급여비용은 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 전부 또는 일부를 제25조에 따른 의료급여기금에서 부담하되, 의료급여기금에서 일부를 부담하는 경우 그 나머지 비용은 본인 부담한다.

- 「의료급여법 시행령」 제13조(급여비용의 부담)

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.

- 「의료급여법 시행규칙」 제8조(의료급여의 범위 등)

① 법 제7조에 따른 의료급여의 범위(이하 "의료급여대상"이라 한다)는 다음 각 호와 같다.

1. 법 제7조제1항 각 호의 의료급여(약제를 제외한다)
: 제9조에 따른 비급여 대상을 제외한 일체의 것

- 「의료급여법 시행규칙」 제9조(비급여대상)

의료급여법 제7조제3항의 규정에 의하여 의료급여대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 별표 2에 규정된 비급여대상으로 한다.