

# 요양기관 현지조사 지침

2013. 9

MINISTRY OF HEALTH



보건복지부

MINISTRY OF HEALTH & WELFARE





- 1. 현지조사 개요 ..... 1
- 2. 현지조사 유형 ..... 5
- 3. 현지조사 대상기관 선정 ..... 9
- 4. 현지조사 실시 ..... 17
- 5. 현지조사 결과 처리 ..... 27
- 6. 현지조사 사후관리 ..... 31

〈붙임〉

- 1. 국민건강보험공단의 조사의뢰 세부기준 및 절차 ..... 39
- 2. 건강보험심사평가원의 조사의뢰 세부기준 및 절차 ..... 42
- 3. 보장기관(시·군·구) 조사의뢰 세부기준 및 절차 ..... 45
- 4. 요양기관 자율시정 통보제도 운영지침 ..... 47
- 5. 업무정지처분 및 과징금부과의 기준 ..... 51
- 6. 업무정지처분에 갈음한 과징금 적용기준 ..... 54
- 7. 요양기관 행정처분 감경기준 ..... 60

〈서식〉

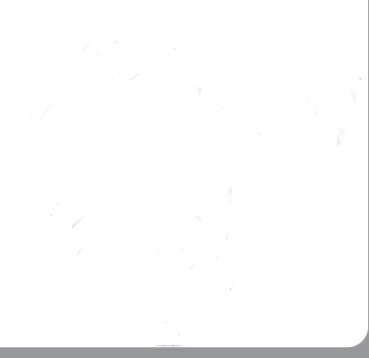
- 1. [서식 1호] 현지조사 의뢰기관 총괄표 ..... 63
- 2. [서식 2호] (심평원·공단)현지조사 의뢰서 ..... 64
- 3. [서식 3호] 보장기관 현지조사 의뢰서 ..... 65
- 4. [서식 4호] 수진자별 세부 부당확인 내역 ..... 66
- 5. [서식 5호] 현지조사 의뢰기관 선정 분석표 ..... 67
- 6. [서식 6호] 현지조사 주요변경사항 신청서 ..... 69
- 7. [서식 7호] 현지조사 사전통지서 ..... 70
- 8. [서식 8호] 현지조사 안내문 ..... 71

- 〈참고〉 요양기관 현지조사 관련 법령 ..... 73



1

# 현지조사 개요







# 1 현지조사 개요

## 가) 개념

- 요양기관이 지급받은 요양급여비용 등에 대해 세부진료내역을 근거로 사실 관계 및 적법 여부를 현지 출장하여 확인·조사하는 것

## 나) 목적

- 보건복지부장관은 요양기관의 요양급여사항 등에 관하여 현지조사를 통해 지도·감독함으로써
  - 요양기관의 건전한 요양급여비용 청구 풍토 조성 및 적정진료 유도
  - 건강보험 가입자의 수급권 보호 및 건전한 의료공급자 보호
  - 불필요한 건강보험재정 누수 방지

## 다) 법적근거

- 국민건강보험법 제97조(보고와 검사)
- 국민건강보험법 제98조(업무정지), 제99조(과징금) 및 시행령 제70조(행정처분기준)
- 국민건강보험법 제115조(벌칙), 제116조(벌칙), 제119조(과태료)

## 라) 조사내용

- 요양기관의 요양급여 및 비용의 청구가 적법타당한지의 여부
  - 청구한 진료내역의 사실여부
  - 관계규정 준수여부
  - 본인부담금 적법징수 여부 등

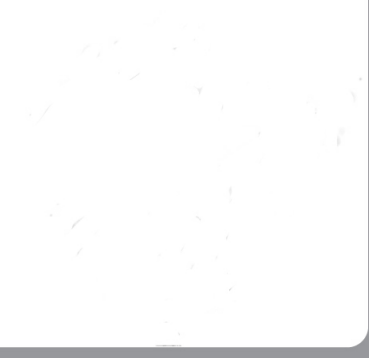


## 마) 현지조사업무절차



## 2

# 현지조사 유형







## 2 현지조사 유형

### 가 정기조사

- 지표점검기관, 외부의뢰 요양기관 등 부당청구 개연성이 높다고 판단되는 기관에 대해 실시하는 일반적·통상적 현지조사
  - (지표점검기관) 자율시정통보 미시정기관, 부당청구상시감지시스템, 본인 부담금과다징수 다발생 기관 등에 의해 부당청구 개연성이 높다고 판단되는 기관
  - (외부의뢰기관) 공단 및 심평원의 급여사후관리 혹은 민원제보 및 타 행정기관의 수사 등의 과정에서 요양급여비용의 부당청구가 확인 혹은 인지되어 보험급여내역전반에 대해 행정조사를 실시할 필요가 있다고 판단되는 기관

### 나 기획조사

- 건강보험 제도개선 및 올바른 청구문화 정착을 위해 제도 운영상 개선이 필요한 분야 또는 사회적으로 문제가 제기된 분야에 대해 실시하는 현지조사
    - 조사의 공정성·객관성 제고를 위해 민간전문가가 포함된 ‘기획조사항목선정협의회’를 통해 조사대상 분야 및 기준 등 심의
- ※ 기획조사 실시 전 조사 분야 및 조사 시기 사전 예고

### 다 긴급조사

- 거짓·부당청구 개연성이 높은 요양기관 중 증거인멸·폐업 등의 우려가 있는 기관 또는 사회적으로 문제가 제기되어 긴급하게 조사가 필요한 기관 등에 대해 실시하는 조사



## 라) 이행실태 조사

- 건강보험 업무정지처분 기간 중 당해 처분을 편법적으로 회피할 우려가 높은 기관 혹은 불이행이 의심되는 요양기관 등에 대해 처분의 사후 이행여부를 점검하기 위해 실시하는 조사

# 3

## 현지조사 대상기관 선정







### 3 현지조사 대상기관 선정

#### 가) 일반원칙

- 보건복지부장관은 연간 조사계획 및 여건에 따라 거짓·부당청구 개연성, 규모·정도, 조사 필요성, 시급성 등을 감안하여 조사대상 기관 선정
- 정기조사의 경우 내부종사자 공익신고기관, 대외의뢰기관, 민원제보기관 순으로 반영하되, 긴급하게 조사의뢰된 기관은 조사의 시급성을 감안하여 우선 선정
  - 기타 기관은 인력여건을 감안하여 의뢰순서대로 순차적으로 반영하고, 동일 순서인 경우에는 조사실익이 큰 기관을 우선 선정
- 대상기관 선정 시 법 제98조에 의한 업무정지처분을 받은 기관은 업무정지 처분기간 종료 후 6개월 이후 반영하고, 법 제99조에 따라 과징금 부과처분을 받은 기관은 과징금 부과 처분 후 6개월 이후에 반영
  - 다만, 증거인멸, 폐업 우려 등으로 조사가 시급하다고 판단되는 기관 등은 6개월 이전에도 조사
- 객관적, 합리적으로 대상기관을 선정하기 위해 필요한 경우 건강보험심사평가원에 조사실익 여부에 대한 검토를 의뢰하고, 건강보험심사평가원은 검토결과를 보건복지부에 보고
  - 지표점검기관 또는 기획조사인 경우는 선정기준과 지표분석 내용을, 그 외 의뢰기관인 경우에는 “현지조사 의뢰기관 선정분석표(서식 제4호)”를 작성, 보건복지부에 보고
- 현지조사의 실효성 등을 감안하여 다음 사항에 해당하는 경우 조사대상에서 제외한다.

#### - 다 음 -

- 부당청구 의뢰(인지) 기간이 기존 현지조사 대상기간과 중복되거나 그 이전인 경우. 다만, 새로운 거짓·부당 사실이 확인된 경우에는 그러하지 아니한다.



- 신규개설 등으로 조사대상기간(총 청구분)이 6개월 미만인 경우. 다만, 편법개설 등으로 조사가 필요하다고 판단되는 경우에는 그러하지 아니한다.
- 요양급여비용 청구규모가 의원급 이하 표시과목별 전국 평균진료비의 30% 미만인 경우. 다만, 거짓청구 기관과 본인부담금 과다징수기관, 소액청구기관 및 자료제출 거부기관 등의 경우에는 그러하지 아니한다.

## 나) 조사유형별 선정기준

### 1) 정기조사

#### □ 대외기관에서 조사의뢰된 기관

- 검·경찰, 감사원, 관련행정부처, 국민권익위원회 등으로부터 건강보험 부당청구 등 혐의로 현지조사 의뢰된 기관으로 부당청구 개연성이 높은 요양기관

#### □ 민원제보기관

- 요양기관의 거짓·부당청구에 대해 신고된 기관 중 구체적인 사례와 증거를 제시하는 등 부당청구 개연성이 높다고 판단되는 기관(실명의 제보에 한함)
- 다만, 신고된 부당내용이 본인부담금과다징수인 경우는 본인부담금과다징수다발생기관 선정기준에 부합되는 요양기관

#### □ 자율시정통보 미시정 기관

- 5회 이상 자율시정통보를 하였으나 시정하지 않은 기관 중 부당청구 개연성이 높아 현지조사가 필요하다고 판단되는 기관

※ 요양기관 자율시정통보제도 운영지침 : 붙임 4

#### □ 데이터마이닝을 통한 부당예측지수에 의해 선정된 기관

- 데이터마이닝 기법을 활용하여 요양급여비용 청구자료 등을 분석한 결과 부당청구 개연성이 높아 현지조사가 필요하다고 판단되는 요양기관



- 조사의 실효성 제고를 위하여 필요한 경우 부당감지지표 등과 연계하여 활용

#### □ 본인부담금 과다징수 다발생 기관

- 건강보험심사평가원의 “요양급여대상여부확인” 등에 의한 본인부담금과다징수 다발생 요양기관 중
- 매 분기별 발생건수·부당건수(비율)·부당금액·부당내용, 본인부담금 과다징수 자율시정 정도 등을 검토하여 현지조사가 필요하다고 판단되는 기관

#### □ 국민건강보험공단에서 조사의뢰된 기관

- 진료내역 통보 및 수진자 조회 등의 과정에서 부당청구 개연성이 높게 나타난 요양기관
  - 요양기관 내부종사자 등에 의해 신고된 요양기관
  - 부당청구 개연성이 있는 기관 중 국민건강보험법 제96조 규정에 의거 요양기관에 관련 자료의 제출을 요청하였으나 자료를 제출하지 아니하는 요양기관 등
- ※ 국민건강보험공단의 현지조사 의뢰 세부기준 및 절차 : 붙임 1

#### □ 건강보험심사평가원에서 조사의뢰된 기관

- 요양급여비용에 대한 심사 및 요양급여 적정성평가 (이하 “심사·평가”라 함), ‘건강보험재정지킴이신고’ 등의 과정에서 부당청구의 개연성이 높게 나타난 요양기관
  - 심사·평가상 문제가 있어 시정을 요구하였으나 미시정한 요양기관
  - 부당청구 개연성이 있는 기관 중 국민건강보험법 제96조 규정에 의거 요양기관에 관련 자료의 제출을 요청하였으나 자료를 제출하지 아니하는 요양기관 등
- ※ 건강보험심사평가원의 현지조사 의뢰 세부기준 및 절차 : 붙임 2



## □ 보장기관에서 조사 의뢰된 기관

- 연간급여일수 통보 및 의료급여 사례관리, 수진자 조회 등의 과정에서 부당청구 개연성이 높게 나타난 요양기관

※ 보장기관(시·군·구) 조사의뢰 세부기준 및 절차 : 붙임 3

## 2) 기획조사

### □ 건강보험제도 운용상 또는 사회적 문제가 된 분야

- ‘기획조사항목선정협의회’의 심의를 통해 건강보험제도 운용상 또는 사회적 문제가 된 사안을 중심으로 편법 또는 왜곡된 진료비 청구행태를 보이는 분야 선정
  - 동 분야에 대한 실태 조사를 통해 문제점과 제도개선사항을 발굴하고 이에 대한 대안제시

### □ 건강보험 재정 손실이 우려되는 분야

- 기타 관례적·집단적 부당청구로 인해 건강보험 재정에 심각한 누수를 초래하였거나 초래할 가능성이 높아 ‘기획조사항목선정협의회’에 의해 다수 요양기관에 대한 전면적인 조사가 필요하다고 판단되는 분야

## 3) 긴급조사

- 아래의 사유에 해당되는 기관으로 조사 목적 달성 등을 위해 긴급하게 조사가 필요한 경우에 실시
  - 거짓·부당 청구 개연성이 높은 기관으로 증거 인멸 또는 폐업 우려가 있는 기관
  - 거짓·부당 청구 등으로 사회적 문제를 야기한 분야·기관(예 : 언론 보도, 집단민원 제기 등)



#### 4) 이행실태 조사

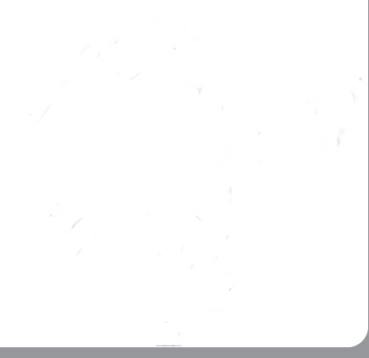
- 건강보험 업무정지처분 기간 중 당해 처분을 편법적으로 회피할 우려가 높은 기관 혹은 당해 처분의 불이행이 의심되는 요양기관





# 4

## 현지조사 실시







## 4 현지조사 실시

### 가) 조사준비

#### □ 조사계획 수립

- 보건복지부장관은 효율적인 조사를 위해 적절한 조사계획을 수립
  - 조사기관 수, 조사인력, 조사기간
  - 조사대상 기간, 중점 조사항목 및 착안사항 등

#### □ 조사반의 구성

- 보건복지부장관은 건강보험심사평가원 및 국민건강보험공단으로부터 전문 인력을 지원받아 현지조사반을 구성하되
  - 건강보험심사평가원의 전문인력은 조사계획 수립, 대상선정, 조사실시, 정산심사 및 처분 등 **현지조사의 제반업무에 지원토록 하고**
  - 국민건강보험공단의 전문인력은 공단 의뢰기관 및 내부공익신고기관의 현지조사시 **수진자조회 등 급여사후관리를 위한 현지조사업무에 지원**
- ※ 다만, 공단의 전문인력은 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 경우에 이외의 기관에 대하여도 조사를 지원할 수 있음
- 조사반 편성
  - 보건복지부 조사담당자가 반장으로, **건강보험심사평가원 선임자가 팀장으로 업무를 수행하되**
  - 요양기관의 특성(종별, 심사결정건수 및 금액, 진료과목수 등)에 따라 조사인력 적정 편성



○ 조사요원의 지침준수 및 제척·기피 등

- 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단은 객관적이고 공정한 조사가 이루어질 수 있도록 조사 지원인력 차출
- 조사요원이 요양기관 대표자 등과 친인척 관계에 있거나, 조사 대상기관에 근무한 경력이 있는 경우, 학연·지연 등 특별한 이해관계가 있는 경우, 기타 객관적이고 공정한 조사를 기대하기 어려운 경우 등은 해당 기관 조사반 편성시 제외
- 조사요원은 “현지조사 실시”와 관련하여 동 지침을 준수
- 조사요원은 위의 사유에 해당하거나 기타 객관적·공정한 조사를 위해 필요한 경우 다른 조사반으로의 편성 등 요청 가능

□ 조사대상 기간

<정기조사>

○ 정기조사 기관 중 지표점검기관은 현지조사시점을 기준으로 **요양급여비용이 지급된 최근 6개월 진료분 조사**

※ 지표점검기관 : 자율시정통보 미시정기관 또는 데이터마이닝 기법을 통해 선정된 기관, 본인부담과다징수 다발생 기관 등 청구경향 및 민원발생현황 등을 분석하여 조사대상으로 선정하는 기관을 말함

○ 정기조사 기관 중 지표점검기관을 제외한 대상기관은 의뢰기간과 최근 3개월 진료분을 포함하여 최소 6개월에서 최대 3년내 조사하되, 기산점은 조사시점에서 가장 최근 지급된 진료월을 기준으로 대상기간을 산정

- 의뢰기간과 최근 지급된 3개월 진료분 사이의 기간이 3개월 이하인 경우 당해 기간은 조사대상 기간에 포함



- 의뢰기간이 3개월 미만인 경우 의뢰월과 의뢰월 이전 진료분을 합친 3개월과 최근 지급된 3개월 진료분을 조사
- 단, 의뢰월 이전 지급된 진료분이 없는 경우에는 의뢰월 이후 진료분을 합친 3개월과 최근 지급된 3개월 진료분을 조사
  - ※ 의뢰된 조사대상 기간 중 일부기간이 타당성과 객관성을 상실한 경우 조사대상 기간에서 제외
- 의뢰기간과 최근 지급된 3개월 진료분이 중복될 경우 최근 지급된 진료월을 기준으로 6개월 이전 진료분을 조사
- 조사 과정 중 아래의 거짓·부당청구가 확인되는 경우에는 조사시점에서 가장 최근 지급된 진료분을 기준으로 **최대 3년 범위내에서** 발생 시점까지 소급하여 조사
  - 고의적 혹은 지속적 거짓청구가 확인된 경우
  - 무자격자의 진료 행위 또는 의료자원(인력·시설·장비 등)의 부당신고에 의한 부당청구가 확인된 경우
  - 2개 이상 요양기관의 **담합** 혹은 **공모**에 의한 조직적 거짓·부당청구가 확인된 경우
    - ※ 조사 의뢰기간 중 최근 지급월 기준으로 3년 이전 진료월이 포함된 경우 그 해당월은 현지조사에서 부당청구 여부를 확인하고, 부당청구금액에 대해서는 현지조사 의뢰기관(심평원, 공단)에 환수토록 조치

#### <기획조사/ 긴급조사/ 이행실태조사>

- 기획조사는 현지조사 시점을 기준으로 요양급여비용이 지급된 최근 6개월 진료분 조사
- 긴급조사는 정기조사에 준하여 조사대상 기간을 설정하되, 검·경찰 등에서 의뢰한 기관은 수사범위 등 문제가 야기된 기간을 판단하여 동 기간과 최근 지급된 3개월을 포함하여 3년 범위 안에서 조사



- 기획조사 및 긴급조사의 경우 조사대상기간 확대 등은 정기조사에 준하여 적용
- 이행실태조사는 당해 기관의 업무정지기간을 조사대상 기간으로 함

#### □ 현지조사 기간

- 현지조사기간은 현지조사의 유형, 조사대상 요양기관의 종별·규모 및 조사난이도 등을 감안하되 탄력적으로 운영
  - 조사기간은 의원급·약국은 1주 이내, 병원급 2주 이내, 종합병원급 이상은 4주 이내로 하되, 조사중 조사기간의 연장이 필요할 경우에는 보건복지부의 사전 승인 필요
- ※ 조사자는 조사대상기간 확대, 요양기관의 자료제출 지연, 전산기록 해독 지연 등으로 인한 불가피한 사유가 아니면 조사기간을 준수

#### □ 조사인력 사전교육

- 조사업무 수행과 관련된 기준변경 내용, 중점조사 항목 등 제반사항
- 금품·향응수수 금지 등 청렴서약 준수 및 공직기강 확립
- 조사계획 및 조사 과정에서 취득한 요양기관과 수진자에 대한 일체의 정보 비밀유지, 거짓·부당청구 신고자에 대한 개인정보 보호 등

### 나) 현지조사 진행

#### □ 현지조사의 통지 및 착수

- 조사 개시와 동시에 요양기관 대표자 등에게 구두 등 방법으로 통지
  - 종합병원급 이상 기관이나 의원급 기관 중 자율미시정 기관 등으로 증거인멸 우려 등이 없다고 판단되는 경우 현지조사 개시 전 사전 통지
  - 종합병원급 이상 요양기관에 「현지조사 사전통지서(서식 7호)」 발송



○ 현지조사 시 조사자는 다음 사항을 준수

- 요양기관 대표자 등에게 신분증, 보건복지부장관 직인이 날인된 조사명령서 (원본 또는 사본) 및 요양급여관계서류제출요구서 등 제시
  - 조사사유, 조사기간 등 필요한 사항을 요양기관 대표자 등에게 사전 설명
  - 조사 개시 전 해당 요양기관에 『현지조사의 이해』, 『권리구제 제도안내』 『현지조사 안내문(서식 8호)』 교부
  - 조사는 당해 요양기관 내에서 실시하는 것을 원칙으로 하되 부득이한 경우에는 당해 요양기관이외의 장소에서 실시할 수 있으며, 필요시 서면 혹은 온라인 자료제출 요구 가능
- ※ 서면, 온라인 자료제출 기관에 대해서는 제출된 자료의 검증을 거친 후 현장 조사 실시

□ 현지조사 방법

○ 각종자료 및 사실관계 확인

- 요양기관의 인력·시설·장비 등의 현황, 진료기록부, 조제기록부, 본인부담금 수납대장, 요양급여비용(약제비용)계산서 등 법정 보존의무 서류 등의 확인
- 국민건강보험관련 법령에 의한 요양급여비용 청구내역의 사실관계 확인
- 현지조사 중에 거짓·부당청구의 의심이 가는 사항에 대하여 수진자에게 직접 확인할 필요가 있다고 판단될 때에는 수진자 조회 실시
- 현지조사 중 거짓·부당청구가 발견되었을 경우에는 객관적 판단이 가능하도록 요양기관에 관계자료를 징구하고 대표자 혹은 관계자의 확인서 징구

○ 확인내용의 설명 및 확인서 징구

- 조사대상 기간, 부당청구 내용
- 관련증빙자료 첨부
- 요양기관이 확인서의 작성, 날인을 거부한 경우 확인서에 관계 공무원 혹은 현지조사 팀장(원)이 확인한 내역을 기재한 후 연명하여 서명하고 증빙자료 첨부



- 현지조사를 거부·방해 또는 기피하거나 관계서류를 미제출하는 등의 요양기관에 대하여 자세한 설명을 하고, 발생한 사실에 대한 확인서를 작성하여 요양기관 대표자 또는 종사자에게 서명·날인 요청. 요양기관이 확인서 서명·날인을 거부한 경우 현지조사 팀장(원)이 연대하여 서명·날인하고 최대한 증빙자료 첨부

※ 다음 사항에 해당되는 경우에는 현지조사 거부·방해 또는 기피 대상기관으로 위 확인서 작성

- 대표자가 명시적으로 조사거부 의사를 밝힌 경우
  - 대표자 또는 종사자가 정당한 이유 없이 요양기관 출입을 막거나, 조사자의 검사·질문에 응하지 아니한 경우
  - 몹시 거친 말이나 행동 또는 협박 등의 위력을 가하여 조사자를 압박하는 경우
  - 관계서류를 의도적으로 지연 제출하는 경우
  - 기타 다른 방법으로 조사가 정상적으로 이루어질 수 없도록 하는 경우 등
- 조사에서 확인된 내역이 의료법, 약사법 등 타법 위반사항인 경우 해당 의사·약사 등에게 확인서 별도 징구(책임소재 명확화)

#### ○ 조사과정에 대한 녹음·녹화

- 조사원과 조사대상자는 조사과정을 방해하지 않은 범위 안에서 조사과정을 녹음·녹화할 수 있음
- 이 경우 사전에 그 사실을 행정기관의 장에게 통지하고, 상대방과 녹음·녹화의 범위 등을 협의하여 정하여야 함

#### □ 조사대상 기간 변경신청 등

##### ○ 현지조사 진행상황 보고

- 조사팀장은 주요 조사사항, 특이사항 등이 있는 경우 당일 일과 중 보건복지부에 서면으로 보고하되, 긴급 보고, 원격지 조사 등 불가피한 경우 유선 등으로 대체 가능



○ 조사대상 기간의 변경 등

- 조사팀장은 당해 조사를 수행하는 과정에서 조사대상기간, 조사인력 및 조사(출장)기간의 변경사항이 발생한 경우 조사종료일전까지 구체적인 사유를 기재하여 '현지조사 주요변경사항 신청서(서식 6호)'를 작성하여 보건복지부에 보고

※ 조사대상기간, 조사기간, 조사인력 변경은 보건복지부 사전 승인 필요

- 보건복지부는 변경요청 사안에 대한 타당성 등을 검토·승인
- 조사인력이나 조사대상기간 변경 등이 있는 경우 보건복지부는 장관 직인이 날인된 조사명령서(조사인력 변경), 요양(의료)급여관계서류제출요구서(조사대상기간 변경) 등을 이메일·팩스 등으로 현지조사팀에 송부

**다** 현지조사의 연기

○ 현지조사 착수 이전 혹은 조사 중 현지조사를 실시하기 곤란한 사유가 발생한 경우 조사연기 가능

- 천재·지변, 화재, 기타 재해, 파업 등으로 현지조사가 실질적으로 곤란하다고 판단될 때
- 요양기관 대표자의 질병·장기출장 등으로 그 대리인만으로는 현지 조사가 곤란하다고 판단될 때(이 경우 증거인멸, 자료의 위·변조 등에 대비하여 조사자료 우선 징구)
- 수사기관에 관련장부·증빙서류가 압수 또는 영치되어 자료의 열람 조사가 불가능한 경우

○ 조사연기 사유가 소멸한때에는 즉시 조사 재개

**라** 현지조사 결과보고

- 당해 조사팀장은 현지조사를 종결하기에 앞서 **의뢰사항의 누락 여부** 등 조사가 철저히 이루어졌는지에 대해서 반드시 확인



- 현지조사에서 나타난 요양급여기준 등 제도개선사항을 발굴하고 요양기관의 건의사항 등을 청취하여 조사결과 종합보고 시 별도항목으로 작성 보고
- 현지조사가 종료된 후 ‘현지조사지원 결과보고서’ 작성시 실적통계 및 관리 현황을 정확히 확인한 후 보건복지부에 보고
  - 조사거부, 폐업미실시, 조사유예 등 구분을 명확히 함

# 5

## 현지조사 결과 처리







## 5 현지조사 결과 처리

### 가) 부당금액 집계

- 정산심사
    - 현지조사 확인서를 근거로 조사대상기간 중 지급받은 진료 건 등에 대하여 **수진자별 정산심사**
  - 행정처분내역 산출
    - 총부당금액, 월평균부당금액, 부당비율, 부당세부내역, 업무정지일수 등 **행정처분 내역 산출**
    - 행정처분 감경 사유가 있는 경우 감경 기준 적용
- ※ 요양기관 행정처분 감경기준 : 붙임 7

### 나) 행정처분

- 행정처분 사전통지
    - 처분하고자 하는 내용을 요양기관에 사전통지하고, 처분당사자에게 일정기간 내에 의견을 제출토록 소명기회 부여
    - 제출된 의견에 대한 검토 및 행정처분내역 확정
  - 행정처분
    - 요양기관에 부당금액 환수 및 업무정지(과징금) 등 처분 통보
- ※ 업무정지 처분 및 과징금부과의 기준(법 시행령 제70조 제1항 [별표5]) : 붙임 5

### 다) 조사거부기관 등에 대한 처리

- 거짓·부당청구에 대한 현지조사를 거부한 요양기관 등에 대해서는 업무정지 처분 및 고발조치가 신속히 이루어질 수 있도록 조치하고



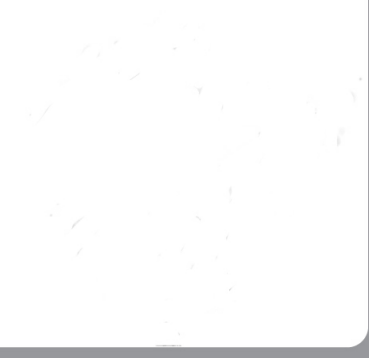
- 거짓·부당청구의 개연성이 높은 당해 요양기관의 진료비 청구 심사분에 대해서는 정밀심사 등 필요 조치 실시

## 라) 휴·폐업, 조사연기 기관 등에 대한 처리

- 거짓·부당청구 혐의로 당해 기관에 대한 조사를 실시하였으나 휴·폐업, 사법기관의 수사 등으로 인하여 현지조사가 이루어지지 못한 경우 **조사 불능 사유가 소멸된 즉시 조사 실시**
  - 단, 현지조사 의뢰대상기간으로부터 36개월이 경과하도록 지속적으로 폐업상태를 유지하는 등 사실상 현지조사가 불가능한 경우는 공단 및 심평원을 통해 의뢰된 기간의 부당금액을 정산하여 자체 환수토록 조치

# 6

## 현지조사 사후관리







## 6 현지조사 사후관리

### 가) 처분결과 통보

- 국민건강보험공단 및 건강보험심사평가원에 통보하여 부당이득금 환수, 업무정지(과징금)처분기관에 대한 이력관리 및 모니터링 등에 활용토록 함

#### ※ 부당이득금 중복환수 방지를 위한 확인 및 통보 사항

- 건강보험심사평가원은 부당이득금 통보 시 현지조사에서 확인된 거짓·부당금액, 재심사에 의한 기정산 금액을 확인하여 국민건강보험공단에 통보

\* 통보 대상 : ① 현지조사 거짓·부당 금액 총액

② 거짓·부당금액 중 재심사에 의한 기정산 금액

③ 실제 환수 필요 금액 등(①에서②를 뺀 금액)

- 국민건강보험공단은 재심사 기정산 금액 등을 제외한 나머지 금액을 환수

- 다만 이 경우에도 특별한 사유가 있는 경우를 제외하고는 행정처분, 통계관리 등은 거짓·부당 금액을 기준으로 함

※ (예시) 현지조사 결과 거짓·부당 금액이 100만원이고 그 중 심평원 재심사를 통해 이미 정산된 금액이 10만원인 경우, 실제 환수 금액은 90만원

→ 공단은 10만원을 제외한 90만원을 환수, 다만 행정처분, 통계 관리 등 기준은 100만원으로 함

- 필요 시 관할 시·도, 의약 관련단체에 통보하여 자율제도 등에 활용토록 함

- 의료법, 약사법 등 타법령 위반자는 보건복지부 해당 부서에 통보



## 나) 행정처분기관 이행실태 조사

- 업무정지처분을 받은 요양기관의 불법·편법 운영에 대한 이행실태조사는 정기 현지조사와 같은 방법에 의하되 특별한 사정이 없는 한 정기적으로 실시
- 거짓청구 요양기관의 대표자 및 관련인(사무장, 봉직의 등)에 대해서는 별도의 이력관리시스템을 구축하여 관리토록 조치

## 다) 형사 고발

- 현지조사 대상기관 대표자 혹은 관계인이 서류제출명령 위반, 거짓보고, 검사·질문을 거부·방해 또는 기피할 경우
- 진료비 거짓청구 고발기준 대상 요양기관
  - ※ 거짓 청구금액 750만원 또는 거짓 청구비율 10% 이상인 기관
- 업무정지처분기간 중에 요양급여를 행한 요양기관

## 라) 과징금 징수 관리

- 업무정지처분에 갈음한 과징금 적용기준에 의거 과징금 징수 및 미납기관 관리
  - ※ 업무정지처분에 갈음한 과징금 적용기준 (보건복지부 고시 제2008-153호, 2008.11.26)  
: 붙임 6

## 마) 위반사실 공표

- 공표 대상
  - 업무정지, 과징금 등 행정처분을 받은 요양기관으로 관련 서류를 위조·변조하여 요양급여비용을 거짓으로 청구한 요양기관으로서



- 거짓으로 청구한 금액이 1천500만원 이상인 경우 또는 요양급여비용 총액 중 거짓으로 청구한 금액의 비율이 100분의 20이상인 경우
- 위반행위 동기, 정도, 횟수 및 결과 등을 고려·공표여부 결정
- 공표 내용
  - 요양기관 명칭, 주소, 대표자 성명, 요양기관 종류 및 대표자 면허번호·성별 등
- 공표 방법
  - 6개월 동안 보건복지부·공단·심평원·관할 광역·기초 지자체 홈페이지에 공고
  - 거짓 청구를 반복적으로 행하거나 거짓청구가 중대한 위반 행위에 해당하는 경우 신문, 방송 등에 추가 공표 가능
- 공표 절차
  - 공표심의위원회 심의·통지 → 요양기관의 의견 진술, 소명자료 제출(20일) → 재심의 → 공표

## 부 칙

- ①(시행일) 이 지침은 2013. 9. 1. 이후부터 시행한다.
- ②(적용범위) 동 지침은 의료급여법 및 동법 시행령 등에 별도의 규정이 없는 한 의료급여기관 현지조사에도 적용한다.





## 붙 임

- [붙임 1] 국민건강보험공단의 조사의뢰 세부기준 및 절차
- [붙임 2] 건강보험심사평가원의 조사의뢰 세부기준 및 절차
- [붙임 3] 보장기관(시·군·구) 조사의뢰 세부기준 및 절차
- [붙임 4] 요양기관 자율시정 통보제도 운영지침
- [붙임 5] 업무정지처분 및 과징금부과의 기준
- [붙임 6] 업무정지처분에 갈음한 과징금 적용기준
- [붙임 7] 요양기관 행정처분 감경기준





[붙임 1]

## 국민건강보험공단의 조사의뢰 세부기준 및 절차

### 1. 부당여부 사실관계 확인

#### □ 자료제출 요구(국민건강보험법 제96조)

- 진료내역통보, 수진자조회 및 내부종사자 공익신고 등을 통해 인지한 부당 건에 대한 사실 확인이 필요한 경우 해당 건에 대하여 요구사유와 근거 등을 명시하여 서면으로 자료제출 요구
- 지사장은 동일유형 부당 건으로 5건 이상 확인된 기관에 대하여
  - 해당 부당유형에 한정하여 사유, 기간, 대상항목 등을 명시하여 최대 6개월 진료분 범위내에서 자료를 제출토록 서면으로 요청
- ※ 동일유형 부당 건으로 5건 미만 확인된 기관 : 국민건강보험공단 자체 환수
- 자료 미제출 또는 제출된 자료가 미비한 경우 2차 자료제출 요구

#### □ 사실관계 확인

- 제출된 자료에 의하여 진료내역 사실관계 확인
  - 필요한 경우 가입자 또는 피부양자에 대하여 진료사실 확인
- 제출된 자료만으로는 사실관계 확인이 곤란한 경우 문서를 통해 요양기관의 협조(동의)를 받아 현지 확인
  - 요양기관이 자료제출 대신 현지방문하여 자료 확인을 원하는 경우 포함



## 2. 현지조사 의뢰 기준 및 절차

### □ 조사의뢰 대상기관

- 사실관계 확인결과 사위 기타 부당한 방법에 의해 월평균(연속된 기간) 부당 건수(수진자수 기준)가 5건 이상이면서 부당금액 및 부당비율이 행정처분대상에 해당되는 요양기관
  - 다만, 일시적인 전산착오 등에 의해 발생한 부당청구는 보건복지부 장관이 별도로 정한 기준에 따라 동일 사안이 재발되지 않도록 계도하고 부당금액 환수
- 특별한 사유 없이 2회 이상 자료제출을 거부하여 부당사실관계를 확인하지 못한 요양기관

### □ 조사의뢰 대상기간

- 조사의뢰 시점으로부터 최근 3년 이내의 진료분 중에서 조사의 실효성과 형평성을 위하여 조사의뢰 대상기간은 최대 12개월 이하로 함(연속된 기간으로 의뢰)
  - ※ 조사의뢰 대상기간 외의 기간에 부당 개연성이 있는 경우 수진자조회 등 별도의 참고자료를 첨부하고 조사의뢰서에 구체적으로 명시하여 현지조사 시 조사대상기간 확대 등에 참고토록 함

### □ 의뢰절차

- 현지조사 의뢰서 작성 및 제출
  - 현지조사를 의뢰하는 기관은 환수결정을 하지 않고 의뢰
  - 추정 부당건수, 부당금액, 부당확인기간, 부당세부사유, 행정처분 대상여부 검토결과 등을 기재
  - 수진자별 세부 부당확인 내역, 진료내역통보 및 수진자 조회내역, 현지확인시 요청공문 사본 및 확인서 등 부당확인 증빙자료 첨부
  - 자료제출 거부로 의뢰하는 경우, 자료제출 요구 및 거부 경과 등을 반드시 첨부



○ 조사의뢰

- 국민건강보험공단 이사장 → 보건복지부장관
- 현지조사 의뢰기준 부합여부 검토 후 현지조사 의뢰기관 총괄표, 기관별로 현지조사 의뢰서 등을 첨부하여 월별로 조사의뢰

<서식 1호> 현지조사 의뢰기관 총괄표

<서식 2호> (심평원·공단)현지조사 의뢰서

<서식 4호> 수진자별 세부 부당확인 내역

□ 행정사항

- 국민건강보험공단이사장은 부당사실이 확인되었으나 의뢰기준에 부합되지 않아 자체 환수 처리한 요양기관에 대하여 현지조사 의뢰대상기관임에도 누락되었는지 여부 등을 반기별로 점검하고 그 결과를 보건복지부에 보고 (상반기: 당해 8월, 하반기 : 차년도 2월)



[붙임 2]

## 건강보험심사평가원의 조사의뢰 세부기준 및 절차

### 1. 부당여부 사실관계 확인

#### □ 자료제출 요구 (국민건강보험법제96조)

- 요양급여비용의 심사 및 요양급여의 적정성 평가 과정에서 다음의 경우 요구 사유와 근거 등을 명시하여 서면으로 자료제출 요구
  - 요양급여비용의 청구 자료만으로 심사·평가가 곤란한 경우
  - 내원일수 증일 청구 등 부당의심 건이 발견되는 경우
- 자료 미제출 또는 제출된 자료가 미비한 경우 2차 자료제출 요구

#### □ 사실관계 확인

- 제출된 자료에 의하여 진료내역 사실관계 확인
  - 필요한 경우 가입자 또는 피부양자에 대하여 진료사실 확인
- 제출된 자료만으로는 사실관계 확인이 곤란한 경우 국민건강보험법시행규칙 제20조에 의하여 요양기관 방문심사

### 2. 현지조사 의뢰 기준 및 절차

#### □ 조사의뢰 대상기관

- 심사과정에 있는 요양급여청구비용 중 확인된 월평균(연속된 기간) 부당건수(수진자수 기준)가 5건 이상이거나 부당금액 및 부당비율이 행정처분대상에 해당되는 요양기관
- 심사결정된 요양급여비용 중 확인된 월평균(연속된 기간) 부당건수(수진자수 기준)가 5건 이상이면서 부당금액 및 부당비율이 행정처분대상에 해당되는 요양기관



- 다만, 일시적인 전산착오 등에 의해 발생한 부당청구는 보건복지부 장관이 별도로 정한 기준에 따라 동일 사안이 재발되지 않도록 계도하고 부당 금액 환수
- 지표연동관리대상기관으로 개선을 통보받았으나 관리지표를 개선하지 않은 기관 중 거짓·부당 청구 개연성이 높은 기관
- 건강보험재정지킴이 신고기관 중 구체적인 사례와 증거를 제시하는 등 부당 청구 개연성이 높다고 판단되는 기관(실명의 제보에 한함)
- 의료자원(인력·장비 등)의 거짓신고 또는 변경 미신고, 허가 또는 신고 범위 초과 사용 등에 따른 부당청구가 인지되고, 부당금액 및 부당비율이 행정처분 대상에 해당되는 요양기관
- 특별한 사유 없이 2회 이상 자료제출을 거부하여 부당사실관계를 확인하지 못한 요양기관

#### □ 조사의뢰 대상기간

- 조사의뢰 시점으로부터 최근 3년 이내의 진료분 중에서 조사의 실효성과 형평성을 확보하기 위하여 조사의뢰 대상기간은 최대 12개월 이하로 함(연속된 기간으로 의뢰)

※ 조사의뢰 대상기간 외의 기간에 부당 개연성이 있는 경우 조사 의뢰서에 구체적으로 명시하여 현지조사 시 조사대상기간 확대 등에 참고토록 함

#### □ 의뢰절차

- 현지조사의뢰서 작성 및 제출
  - 현지조사를 의뢰하는 기관은 환수결정을 하지 않고 의뢰
  - 추정 부당건수, 부당금액, 부당확인기간, 부당세부사유, 행정처분 대상여부 검토결과 등을 기재
  - 심사의뢰서 및 심사결과기록지, 방문심사시 요청공문 사본 및 확인서 사본 등 부당확인 증빙자료 첨부



- 자료제출 거부로 의뢰하는 경우 자료제출 요구 및 거부 경과 등을 반드시 첨부

#### ○ 조사의뢰

- 건강보험심사평가원장 → 보건복지부장관
- 현지조사 의뢰기준 부합여부 검토 후 현지조사 의뢰기관 총괄표, 기관별로 현지조사 의뢰기관 선정분석표 등을 작성하여 월별로 조사의뢰

<서식 1호> 현지조사 의뢰기관 총괄표

<서식 2호> (심평원·공단)현지조사 의뢰서

<서식 5호> 현지조사 의뢰기관 선정분석표

#### □ 행정사항

- 건강보험심사평가원장은 부당사실이 확인되었으나 의뢰기준에 부합되지 않아 환수통보 처리한 요양기관에 대하여는 현지조사 의뢰대상기관임에도 누락되었는지 등을 반기별로 점검하고 그 결과를 보건복지부에 보고(상반기 : 당해 8월, 하반기 : 차년도 2월)



[붙임 3]

보장기관(시·군·구) 조사의뢰 세부기준 및 절차

□ 부당여부 사실관계 확인

○ 관계자료 확보

- 수급권자 및 관계자의 신고 또는 의료급여사례관리 등을 통해 인지한 부당건에 대한 관련 자료 확보

: 해당 수급권자 및 관계자의 서면진술서, 영수증 등

○ 사실관계 확인

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

※ 단순한 행정착오 및 사실관계 확인 후 타인 의료급여증도용 건으로 확인된 경우는 보장기관이 직접환수(필요시 보장기관에서 자체 수사의뢰)

□ 현지조사 의뢰 기준 및 절차

○ 조사의뢰 대상기관

- 사실관계 확인 후 부당·거짓청구가 의심되는 기관
- 진료내역이 타인에 의한 의료급여증 도용 인지 거짓청구인지 여부를 확인하기 곤란한 경우

※ 부당건수에 상관없이 현지조사 의뢰

- 의료급여기관의 자료협조가 안되어 사실관계 확인이 불가능한 경우
- 사례관리 시 현지조사 필요성이 인지된 경우, 진료의뢰서 남발, 기타 민원제기가 많은 기관 등



○ 조사의뢰 대상기간

- 조사의뢰 시점으로부터 최근 3년 이내의 진료분 중 부당·거짓청구가 의심되는 전체 진료기간

○ 조사의뢰 절차

- 보장기관 현지조사 의뢰서인 「서식 3호」에 부당인지 경위, 부당확인기간, 부당세부사유 등을 작성
- 해당 수급권자 서면진술서 또는 유선확인 진술서, 급여일수 통보서, 개인별 진료내역, 기타 사실관계 확인자료 등 관련 자료를 첨부하여 의뢰
- 현지조사를 의뢰하는 기관은 환수 하지 말고 의뢰

○ 조사 의뢰처

- 건강보험심사평가원(문서 또는 홈페이지 「보장기관신고센터」)

○ 조사의뢰 시기

- (수시) 의뢰기준 부합여부 검토 후 현지조사 의뢰서 및 관련자료 등을 첨부하여 필요시 조사의뢰



[붙임 4]

## 요양기관 자율시정 통보제도 운영지침

### 1. 목적

요양기관의 질병군별 지표가 비교대상 요양기관 분류군의 평균지표보다 일정수준 이상인 요양기관에 대하여 해당기관에 그 내역의 통보 및 의료관련단체를 통한 현지도·계도 등을 실시함으로써 의료인 스스로 진료내역에 대한 이해 및 다른 요양기관보다 높은 질병군별 지표를 자체 시정할 수 있도록 유도

### 2. 개요

요양기관의 요양급여비용 청구경향(일당 요양급여비 및 내원일수 등)을 13개 대상군별로 분류하여 의료자원 소모와 임상적 유사성을 고려한 환자분류체계를 이용하여 진료지표를 산출한 후, 해당 요양기관의 진료지표가 같은 분류군의 평균지표보다 일정수준 이상인 요양기관을 대상으로 자율시정통보 및 의료관련단체 등을 통한 현지도 실시

### 3. 질병군별 지표산출 대상기간

- 분기별 산출 : 요양급여비용 지급통보분(심사차수) 기준

통 보 분 기	심 사 결 정 월
1/4 분기	10. 11. 12.(전년도)
2/4 분기	1. 2. 3.
3/4 분기	4. 5. 6.
4/4 분기	7. 8. 9.



## 4. 비교 대상군 분류기준

### 가. 요양기관규모 등에 따른 분류

#### (1) 상급종합병원

- 1 군 : 상급종합병원 의과
- 2 군 : 상급종합병원 치과

#### (2) 종합병원

- 3 군 : 종합병원 300병상 초과 의과
- 4 군 : 종합병원 300병상 이하 의과
- 5 군 : 종합병원 치과

#### (3) 병원

- 6 군 : 병원
- 7 군 : 요양병원

#### (4) 치과병원

- 8 군 : 치과병원

#### (5) 한방병원

- 9 군 : 종별가산율 25% 한방병원
- 10 군 : 종별가산율 20% 한방병원

#### (6) 11군 : 의원(표시과목별 비교)

#### (7) 12군 : 치과의원

#### (8) 13군 : 한의원

#### ※ 자율시정통보 대상기관 제외기준

- 의료법 제35조에 의한 사업장부속요양기관, 국민건강보험법 시행규칙 제11조 제1항 관련 전문요양기관의 인정기준에 의한 전문요양기관(결핵·나병·정신질환·심장질환 등)
- 혈우병에 대한 특수진료를 목적으로 설립한 한국혈우재단의원
- 국가가 개설한 기관, 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 제42조 제1항에 의한 보훈병원
- 비교분석 대상군별 전국 평균 청구건수 또는 평균 청구요양급여비용의 30% 미만인 기관

### 나. 진료형태별 분류

#### (1) 입원 : 종합병원이상, 병원

#### (2) 외래 : 종합병원이상, 병원, 의원, 치과(병)의원, 한방병원, 한의원



다. 자율시정 지표산출 상범범위 : 요양기관에서 청구된 모든 상병

### 5. 자율지표 산출방법

1) 환자분류체계(입원 : KDRG, 외래 : KOPG, KOPG-OM)를 이용하여 동일 수진자별 질병군을 통합하여 진료지표를 산출

- 원외처방약제비 포함
- 2)진료비가 극단적으로 높거나 낮은 건(열외군)은 제외

질병군	분류군의 질병군별 평균치		특정기관의 질병군별 실적치		
	일당요양급여비용	내원일수	질병군별건수	일당요양급여비용	내원일수
001	A1	B1	F1	C1	D1
002	A2	B2	F2	C2	D2
·	·	·	·	·	·
·	·	·	·	·	·
·	·	·	·	·	·

#### \* 자율지표 (Y)

전체(n) 질병군

$$\frac{\sum_{k=1}^{n} \text{특정기관의 질병군별 실적치 } (C1 \cdot D1) \cdot F1 + \dots + (Cn \cdot Dn) \cdot Fn}{\text{전체(n) 질병군}} = Y$$

전체(n) 질병군

$$\sum_{k=1}^{n} \text{분류그룹의 질병군별 평균치 } (A1 \cdot B1) \cdot F1 + \dots + (An \cdot Bn) \cdot Fn$$

※ 다만, **요양병원**은 개선방식으로 기관별 지표 비교 가능시점까지 기존 다빈도상병에 대한 **상병별 진료지표 산출**

- 1) 환자분류체계는 상병이나 시술 등을 이용해서 입원 또는 외래환자를 의료자원 소모와 임상적 의미 측면에서 유사한 질병군으로 분류하는 체계
- 2) 진료비가 극단적으로 높거나 낮은 건들을 열외군으로 설정
  - 상단열외군 :  $X > \{Q3 + 2.5(Q3 - Q1)\}$
  - 하단열외군 :  $X < \{Q1 - 2.5(Q3 - Q1)\}$ 
    - X : 건별 총진료비
    - Q1 : 1사분위수(진료비 분포가 25%에 해당하는 값)
    - Q3 : 3사분위수(진료비 분포가 75%에 해당하는 값)



## 6. 자율시정 통보대상기관 등

### 가. 통보기관

- 상급종합병원·종합병원 의과 : 자율지표가 **1.20 이상**인 기관
- 상급종합병원·종합병원 치과, 병원, 치과병원, 한방병원, 의원, 한의원, 치과의원 : 자율지표가 **1.35 이상**인 기관
- ※ 요양병원은 기존 다빈도 상병에 대한 상병별지표가 135% 이상인 기관

### 나. 의료관련단체 현지지도기관

- 3회 이상 자율시정통보를 받은 기관

### 다. 현지조사대상 검토기관

- 5회 이상 자율시정통보를 받은 기관

### 라. 기 타

#### (1) 현지조사 실시기관

- 현지조사를 실시한 기관에 대하여는 1년 이내 통보 제외

#### (2) 통보누적회수 해제기준

- 자율시정통보 미시정기관으로 현지조사를 실시한 기관

#### (3) 자율시정통보서 질병군별 청구현황 제공

- 해당요양기관의 질병군별 건당진료비 지표가 같은 분류군의 평균지표 보다 높은 질병군

#### (4) 자율시정대상 요양기관 연계관리

- 의원급 자율시정통보대상 요양기관의 동일 대표자가 시·도를 달리하여 동일한 종별로 재개설한 경우 자율시정 통보횟수 연계관리  
(다만, 법인설립기관은 제외)



[붙임 5]

**업무정지처분 및 과징금부과의 기준** (제70조제1항 관련)

**1. 업무정지 처분기준**

가. 요양기관이 부당한 방법으로 공단, 가입자 또는 피부양자에게 요양급여 비용을 부담하게 하였을 때의 업무정지기간은 다음 표와 같다.

(단위 : 일)

월평균 부당금액		부당비율				
의료기관·약국· 한국회귀의약품센터· 보건의료원	보건소·보건지소 ·보건진료소	0.5% 이상 1% 미만	1% 이상 2% 미만	2% 이상 3% 미만	3% 이상 4% 미만	4% 이상 5% 미만
15만원 이상 ~ 25만원 미만	5만원 이상 ~ 8만원 미만			10	20	30
25만원 이상 ~ 40만원 미만	8만원 이상 ~ 14만원 미만		10	20	30	40
40만원 이상 ~ 80만원 미만	14만원 이상 ~ 20만원 미만	10	20	30	40	50
80만원 이상 ~ 320만원 미만	20만원 이상 ~ 40만원 미만	20	30	40	50	60
320만원 이상 ~ 1,400만원 미만	40만원 이상 ~ 70만원 미만	30	40	50	60	70
1,400만원 이상 ~ 5,000만원 미만	70만원 이상 ~ 100만원 미만	40	50	60	70	80
5,000만원 이상	100만원 이상	50	60	70	80	90

**비고**

1. 월평균 부당금액은 조사대상 기간 동안 부당한 방법으로 공단에 요양급여비용을 부담하게 한 금액과 부당하게 가입자 또는 피부양자에게 본인부담액을 부담하게 한 금액을 합산한 금액을 조사대상 기간의 개월 수로 나눈 금액으로 한다.
2. 부당비율은 (총부당금액/요양급여비용 총액) × 100으로 산출한다.



3. 요양급여비용 총액은 조사대상 기간에 해당되는 심사결정 총요양급여비용의 합산금액으로 한다. 다만, 요양급여비용의 심사청구가 없어 심사결정 총요양급여비용을 산출할 수 없는 경우에는 총부당금액을 요양급여비용 총액으로 본다.
4. 부당비율이 5% 이상인 경우에는 초과 1%마다 업무정지기간을 3일씩 가산하되, 소수점 이하의 부당비율은 1%로 본다.

나. 요양기관이 법 제97조제2항에 따른 관계 서류(컴퓨터 등 전산기록장치로 저장·보존하는 경우에는 그 전산기록을 포함한다. 이하 같다)의 제출명령을 위반하거나 거짓 보고를 하거나 거짓 서류를 제출하거나, 관계 공무원의 검사 또는 질문을 거부·방해 또는 기피하였을 때에는 업무정지기간을 1년으로 한다. 다만, 관계 서류 중 진료기록부, 투약기록, 진료비계산서 및 본인부담액 수납대장을 제외한 서류의 전부 또는 일부의 제출명령에 위반한 경우에는 업무정지기간을 180일로 한다.

다. 가목과 나목 모두에 해당되는 요양기관의 업무정지기간은 해당 기간을 합한 기간으로 한다. 다만, 업무정지기간을 합하는 경우에도 법 제98조제1항에 따른 기간을 넘을 수 없다.

## 2. 과징금 부과기준

가. 과징금은 업무정지기간이 10일인 경우에는 총부당금액의 2배, 업무정지기간이 10일을 초과하여 30일까지에 해당하는 경우에는 총부당금액의 3배, 30일을 초과하여 50일까지에 해당하는 경우에는 총부당금액의 4배, 업무정지기간이 50일을 초과하는 경우에는 총부당금액의 5배로 한다.

나. 요양기관이 과징금의 분할납부를 신청하는 경우 보건복지부장관은 12개월의 범위에서 과징금의 분할납부를 허용할 수 있다.

## 3. 가중처분

가. 법 제98조제1항·제5항 및 제99조제1항·제5항에 따라 업무정지 또는 과징금 처분을 받을 자가 위반사실이 확인된 날 전 5년 이내에 업무정지 또는 과징금 부과처분을 받은 사실이 있는 경우에는 해당 업무정지기간 또는 과징금의 2배에 해당하는 처분을 할 수 있다. 이 경우 업무정지기간은 1년을 넘을 수 없으며 과징금은 부당하게 부담하게 한 금액의 5배를 넘을 수 없다.



나. 가목에 따른 5년 이내의 기간 산정은 위반사실이 확인된 날부터 그 직전에 업무정지 또는 과징금 처분서를 송달받은 날까지로 한다.

#### 4. 감경처분

위반행위의 동기·목적·정도 및 위반횟수 등을 고려하여 업무정지기간 또는 과징금 금액의 2분의 1 범위에서 감경할 수 있다. 다만, 속임수를 사용하여 공단·가입자 및 피부양자에게 요양급여비용을 부담하게 하였을 때에는 그러하지 아니하다.



[붙임 6]

**업무정지처분에 같은한 과징금 적용기준** (보건복지부 고시)

**제1조(목적)** 이 기준은 국민건강보험법 제99조 및 동법 시행령 제70조 별표5와 의료급여법 제29조제2항 및 동법시행규칙 제33조 별표3의 규정에 의한 과징금을 부과함에 있어 요양기관(의료급여기관을 포함한다. 이하 같다)을 이용하는 자에게 심한 불편을 주는 경우 등으로 인하여 업무정지처분에 같음하여 과징금을 부과할 수 있는 대상 및 분할납부 등을 규정함을 목적으로 한다.

**제2조(과징금 부과대상)** 요양기관이 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 업무정지처분에 같음하여 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 업무정지 처분이 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 부당 금액이나 업무정지기간을 구분하여 산출하기 어려운 경우

마. 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)** ①요양기관은 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

②요양기관은 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.

③보건복지부장관(국민건강보험법 제99조를 위반하여 과징금처분을 받은 경우) 또는 시·도지사(의료급여법 제28조를 위반하여 과징금처분을 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.

## 부 칙

①(시행일) 이 고시는 고시한 날부터 시행한다.(2008.11.26)



[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 범위 내에서 과징금의 분할납부를 허용할 수 있다.





(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 제77조제 2항에 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 제재 수단으로서 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. 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.



## [붙임 기]

### 요양기관 행정처분 감경기준

- 법 제98조 및 제99조의 규정에 의하여 업무정지 또는 과징금 처분을 받을 요양기관이 다음 각 호의 1에 해당하는 때에는 감경하여 처분할 수 있다. 다만, 거짓청구에 대하여는 감경하지 아니한다.
  - (1) 행정처분절차 중 처분원인이 되는 사실과 관련된 법령 및 고시 등이 완화되어 개정된 경우, 개정사항과 관련하여 산출된 부당금액의 2분의 1 범위내에서 감경하여 처분할 수 있다
  - (2) 현지조사 대상기관으로 선정되기 전에 건강보험의 가입자 또는 피부양자에게 부당금액을 환불하거나 보험자가 부당금액을 환수한 경우 부당금액의 2분의1 범위내에서 감경하여 처분할 수 있다
- 법 제98조 및 제99조의 규정에 의하여 업무정지 또는 과징금 처분을 받을 요양기관이 공공의료를 목적으로 개설되었거나, 의료취약지에 개설되어 다음 각 호에 해당하는 경우에는 부당금액의 2분의1 범위내에서 감경하여 처분할 수 있다. 다만, 거짓청구에 대하여는 감경하지 아니한다.
  - (1) '지역보건법'에 의한 보건소, 보건의료원, 보건지소
  - (2) '농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법'에 의하여 설치된 보건진료소
  - (3) 군 단위이하 지역으로 해당 읍, 면, 동 지역주민이 이용할 수 있는 의료기관이 1개소만 있거나 약국이 1개소만 있는 지역의 요양기관
- 법 제98조 및 제99조의 규정에 의해 업무정지 또는 과징금 처분을 하였으나, 행정소송에서 재량권 일탈·남용으로 패소한 경우에는 당초 행정처분한 업무정지 일수 또는 과징금부과 금액의 2분의 1 범위내에서 감경하여 재처분할 수 있다



## 서 식

- [서식 1호] 현지조사 의뢰기관 총괄표
- [서식 2호] (심평원·공단)현지조사 의뢰서
- [서식 3호] 보장기관 현지조사 의뢰서
- [서식 4호] 수진자별 세부 부담확인 내역
- [서식 5호] 현지조사 의뢰기관 선정분석표
- [서식 6호] 현지조사 주요변경사항 신청서
- [서식 7호] 요양기관 현지조사 사전통지서
- [서식 8호] 요양기관 현지조사 안내문



## 현지조사 의뢰기관 총괄표

(단위 : 원)

연번	현지 조사 의뢰처	요양 기호	요양 기관 명칭	부담 내용 (유형별건수)	조사의뢰 대상기간		총 부 당		세부 유형별 부담건수/금액						행정처분대상여부				첨부 자료 주요 비교						
					의뢰 시작월	의뢰 종료월	건수	금액	거짓청구	신정기준 위반청구	의약품 행위료등 대체증량	기타 부담청구	본인부담금 과다징수	월평균 건수	월평균 부담 금액	심결요양금 예비용 총액 (주1)	부담 비율								
																		의뢰		개월수	건수	금액	건수	금액	건수
1		IIIIIIII	000의원	1. 내원일수 증 일 청구 (10건) 2. 본인부담 과 다징수 (4건)	200501	200502	2	14	500,000	10	450,000	0	0	0	0	0	0	0	0	7	250,000	40,000,000	1.3%	유	
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									

\*주: 1. 조사의뢰 대상월의 건강보험 심결요양급여비용 총액을 기재  
2. 서식 1호, 2호, 5호를 제외한 첨부자료 유/무 여부





[서식 2호]

<b>(심평원·공단)현지조사 의뢰서</b>					
<연번 : >			지원·지사명 :		
요양기관기호			명 칭		
대표자 성명			주민번호		
요양기관 소재지			전화번호	(    )	
총 부당건수	건		총 부당금액	원	
세부 유형별 부당건수/금액	거짓청구	산정기준 위반청구	의약품행위료등 대체증량청구	기타 부당청구	본인부담금 과다징수
	건/ 원	건/ 원	건/ 원	건/ 원	건/ 원
조사 <sup>의뢰</sup> 기간(진료월)			부터 월까지 (개월간)		
인지경위	◎				
수진자조회 및 부당(혐의) 확인결과	◎				
현지조사 의뢰 사유	◎				
최근 3년 이내 <sup>주3)</sup> 점검 이력	◎ 자진환수 이력 ◎ 전산점검 이력				
첨부자료					

- \*주: 1. ① 거짓청구 : 진료행위가 실제 존재하지 않았음에도 진료비청구(비급여대상진료 후 이중청구 포함) ② 산정기준위반청구 : 진료비산정기준을 위반하여 청구 ③ 대체·증량 청구 : 진료항목 및 횟수 등을 실제와 다르게 청구 ④ 기타 부당청구 : ①②③ 및 본인 부담금과다징수 이외의 부당청구
2. 친인척·지인 거짓청구 의뢰시 관계/근무처/연락처가 포함된 명단과 출입국 내역자료 반드시 첨부 바람
3. 총부당건수 및 총 부당금액은 조사의뢰기간에 대하여 기재
4. 최근 3년 이내 점검이력에는 자진환수 또는 전산점검 이력이 있을 경우 해당 사항의 발생일자, 관련내용, 처리사항 기재요망



[서식 3호]

<b>보장기관 현지조사 의뢰서</b>			
<연번 : >		보장기관명 :	
의료급여기관 기호		명 칭	
대표자 성명		주민번호	
의료급여기관 소재지		전화번호	(        )
<u>조사의뢰기간(진료월)*</u>		년 월 ~ 년 월까지 (개월간)	
긴급여부			
인지경위	◎ 예시)공단 급여일수 통보서를 보고 사실과 다름을 수급자가 신고해서		
수급권자조회및 부당(혐의) 확인결과	◎ 예시)12.7일자에 진료하였다고 청구되었으나 진료하지 않은 미실시 내역을 확인하였음 ◎		
<u>현지조사</u> 의뢰 사유	◎ 예시)다른 건 거짓청구가 의심되어서		
최근 3년 이내 점검 이력	◎ 자체환수 이력		
첨부자료			

\* 조사 의뢰기간은 수급권자 또는 의료급여기관의 부당 · 거짓청구 혐의 대상 진료일이 포함된 해당월임

## 수진자별 세부 부담확인 내역

(단위 : 원)

연번	지사명	요양기호	요양기호	요양기관명	수진자		진료개시일 <sup>(주)</sup>	심결총진료비	심결공단부담금	심결본인부담금	부담(협의)금액	비고
					성명	주민번호						
1	00지사	11111111	000의원	000의원	000	00000000000000	20040101	54,650	33,650	21,000	12,700	
2	00지사	11111111	000의원	000의원	000	00000000000000						
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

\*주: 1. 주민번호 입력은 숫자 14자리(-제외)로 기재  
 2. 진료개시일은 숫자 8자리로 기재 - 연월일(20040101)  
 3. 요양기호, 주민번호, 진료개시일 셀서식은 '텍스트' 형식으로 표시  
 4. 요양급여비용이 청구기준이 아닌 심사결정금액으로 관리되므로, 본인부담금 과다 등 심결 기준으로 작성하기 어려운 경우 청구기준 금액으로 작성하되, 비고란에 '청구기준'으로 반드시 표기



[서식 5호]

## 현지조사 의뢰기관 선정분석표

[요양기관일반현황]

요양기호		요양기관명		개설일자		폐업일자	
소재지				전화번호			
대표자명		주민번호		면허번호		자격종별	

[의뢰현황]

의뢰처	부당제보형태			의뢰일자			
의뢰대상월	~	( 개월)	<b>총부당건 및 금액</b>	<b>건</b>	<b>천원</b>	<b>추정행정처분</b>	<b>일</b>
세부의뢰처	의 뢰 부 당 유 형		거짓청구	건	원	<주 의뢰사유>	
현지확인 여부			산정기준위반청구	건	원		
첨부자료			의약품행위료등 대체증량청구	건	원		
			본인부담금과다장수	건	원		
			기타부당청구	건	원		

[선정현황]

선정여부		선정실무회의		기본조사대상월	~	( 개월)
선정제외사유	<전산 default로 처리>				사전통지 필요 유무	
조치사항	자료보완후 재의뢰 <input type="checkbox"/> 의료법등 위반통보 <input type="checkbox"/> 부당금액환수 <input type="checkbox"/> 계도 <input type="checkbox"/>					
분석소견						
자료제출명령기관				연계조사필요기관		



[요양급여비용 청구현황]

월평균 청구건수 (건)	입원 외래	월평균 요양급여비용 (천원)	입원 외래	건당 급여비용 (원)	입원 외래	조정건율 / 액율 (%)	입원 외래
자율지표		자율시정통보		기현지조사분기		병실현황	00병상 00병실
인력현황							

[선정분석내역]

1. 현지조사 세부의뢰사유
2. 검토내용
3. 요양급여비용 청구현황 및 기타 심사상문제점



[서식 6호]

### 현지조사 주요변경사항 신청서

			결 재	조사자	검토자
요양기관명				요양기호	
대표자		소재 지			
조사기간 (출장기간)			조사팀		
조사대상 기간				선정사유	긴급 여부
구분	변 경 전			변 경 후	
조사자 교체					
변경사유					

00년 0월 정기조사 과정에서 상기와 같은 사유로 인해 [조사대상기간( ),출장기간( ), 조사자(●)] 를 변경하고자 하오니 조치하여 주시기 바랍니다.

2011.00.00

보건복지부장관 귀하



[서식 7호]

## 요양기관 현지조사 사전 통지서

요양기관 명 칭 :  
기 호 :  
대표자 :  
소재지 :

국민건강보험법 제97조, 의료급여법 제32조 및 행정조사기본법 10조제2항, 제17조 제1항에 의거 요양급여비용 등에 대한 사실관계를 확인하기 위한 현지조사를 아래와 같이 실시함을 알려드리며, 이와 관련하여 불임과 같이 자료를 요청하오니 적극 협조하여 주시기 바랍니다.

- 아 래 -

- 가. 조사기간 :
- 나. 조사자 성명 : 000 외 0 명
- 다. 제출자료 : 불임참조
- 라. 제출방법 : 동봉된 USB에 요청자료를 저장하여 등기발송
- 마. 제출기한 : 0000. 00. 00

- 불임 1. 입원·외래 진료등 전산자료요청 내역 1부  
2. USB 1개.

보건복지부장관



[서식 8호]

### 요양기관 현지조사 안내문

1. 금번 조사는 국민건강보험법 제97조, 의료급여법 제32조 및 행정조사 기본법 제10조제2항, 제17조제1항에 의거, 요양급여비용 등에 대한 사실 관계 확인, 관련 법령 위반 여부 등을 확인하기 위한 조사입니다.
2. 귀 기관은 ( 대외 의뢰,  자체 선정)에 의해 현지조사 대상으로 선정되었습니다.
3. 현지조사 주체는 보건복지부장관이며, 건강보험심사평가원의 지원을 받아 수행되고 있습니다.(현지조사명령서 참고) 다만 대법원 판례 등에 의해 공무원이 별도로 동행하지 않을 수 있습니다.
4. 귀 기관에 대한 조사는    년    월    일 ~    년    월    일로 일간 진행될 예정입니다. 다만 조사목적상 불가피한 경우 조사기간 연장, 자료 추가 제출 요청 등을 할 수 있습니다.
5. 해당 조사결과에 이의가 있는 경우 해당 기관에서는 추후 이의신청 등을 제기할 수 있습니다. 권리구제와 관련된 자세한 사항은 조사요원들이 배포해 드린 「현지조사 관련 권리구제 제도 안내」를 참고하시기 바랍니다.
6. 현지조사 명령에 위반하거나 거짓보고를 하거나 검사 또는 질문을 거부·방해·기피한 때에는 1년의 범위안에서 업무정지 처분, 1천만원 이하의 벌금을 부과받을 수 있으니 유의하시기 바랍니다.
7. 현지조사와 관련해 궁금하신 사항이 있으신 경우 보건복지부 보험평가과 (02-2023-7442,3)나 건강보험심사평가원(02-2182-2332, 2362)로 연락하시기 바랍니다.





## 참 고

### 요양기관 현지조사 관련 법령

- 행정조사기본법
- 행정조사기본법 시행령
- 국민건강보험법
- 국민건강보험법 시행령
- 국민건강보험법 시행규칙
- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙
- 의료급여법
- 의료급여법 시행령
- 의료급여법 시행규칙





<참 고>

## 요양기관 현지조사 관련 법령

### □ 행정조사기본법

제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. “행정조사”란 행정기관이 정책을 결정하거나 직무를 수행하는 데 필요한 정보나 자료를 수집하기 위하여 현장조사·문서열람·시료채취 등을 하거나 조사대상자에게 보고요구·자료제출요구 및 출석·진술요구를 행하는 활동을 말한다.
2. “행정기관”이란 법령 및 조례·규칙(이하 “법령등”이라 한다)에 따라 행정권한이 있는 기관과 그 권한을 위임 또는 위탁받은 법인·단체 또는 그 기관이나 개인을 말한다.
3. “조사원”이란 행정조사업무를 수행하는 행정기관의 공무원·직원 또는 개인을 말한다.
4. “조사대상자”란 행정조사의 대상이 되는 법인·단체 또는 그 기관이나 개인을 말한다.

제3조(적용범위) ①행정조사에 관하여 다른 법률에 특별한 규정이 있는 경우를 제외하고는 이 법으로 정하는 바에 따른다.

②다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사항에 대하여는 이 법을 적용하지 아니한다.

1. 행정조사를 한다는 사실이나 조사내용이 공개될 경우 국가의 존립을 위태롭게 하거나 국가의 중대한 이익을 현저히 해칠 우려가 있는 국가안전보장·통일 및 외교에 관한 사항
2. 국방 및 안전에 관한 사항 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사항
  - 가. 군사시설·군사기밀보호 또는 방위사업에 관한 사항
  - 나. 「병역법」·「향토예비군설치법」·「민방위기본법」·「비상대비자원 관리법」에 따른 징집·소집·동원 및 훈련에 관한 사항
3. 「공공기관의 정보공개에 관한 법률」 제4조제3항의 정보에 관한 사항
4. 「근로기준법」 제101조에 따른 근로감독관의 직무에 관한 사항
5. 조세·형사·행형 및 보안처분에 관한 사항
6. 금융감독기관의 감독·검사·조사 및 감리에 관한 사항



7. 「독점규제 및 공정거래에 관한 법률」, 「표시·광고의 공정화에 관한 법률」, 「하도급거래 공정화에 관한 법률」, 「가맹사업거래의 공정화에 관한 법률」, 「방문판매 등에 관한 법률」, 「전자상거래 등에서의 소비자보호에 관한 법률」, 「약관의 규제에 관한 법률」 및 「할부거래에 관한 법률」에 따른 공정거래위원회의 법률위반행위 조사에 관한 사항

③ 제2항에도 불구하고 제4조(행정조사의 기본원칙), 제5조(행정조사의 근거) 및 제28조(정보통신수단을 통한 행정조사)는 제2항 각 호의 사항에 대하여 적용한다.

**제4조(행정조사의 기본원칙)** ① 행정조사는 조사목적에 달성하는데 필요한 최소한의 범위 안에서 실시하여야 하며, 다른 목적 등을 위하여 조사권을 남용하여서는 아니 된다.

② 행정기관은 조사목적에 적합하도록 조사대상자를 선정하여 행정조사를 실시하여야 한다.

③ 행정기관은 유사하거나 동일한 사안에 대하여는 공동조사 등을 실시함으로써 행정조사가 중복되지 아니하도록 하여야 한다.

④ 행정조사는 법령등의 위반에 대한 처벌보다는 법령등을 준수하도록 유도하는데 중점을 두어야 한다.

⑤ 다른 법률에 따르지 아니하고는 행정조사의 대상자 또는 행정조사의 내용을 공표하거나 직무상 알게 된 비밀을 누설하여서는 아니된다.

⑥ 행정기관은 행정조사를 통하여 알게 된 정보를 다른 법률에 따라 내부에서 이용하거나 다른 기관에 제공하는 경우를 제외하고는 원래의 조사목적 이외의 용도로 이용하거나 타인에게 제공하여서는 아니 된다.

**제10조(보고요구와 자료제출의 요구)** ① 행정기관의 장은 조사대상자에게 조사사항에 대하여 보고를 요구하는 때에는 다음 각 호의 사항이 포함된 보고요구서를 발송하여야 한다.

1. 일시와 장소
2. 조사의 목적과 범위
3. 보고하여야 하는 내용
4. 보고거부에 대한 제재(근거법령 및 조항 포함)
5. 그 밖에 당해 행정조사와 관련하여 필요한 사항



② 행정기관의 장은 조사대상자에게 장부·서류나 그 밖의 자료를 제출하도록 요구하는 때에는 다음 각 호의 사항이 기재된 자료제출요구서를 발송하여야 한다.

1. 제출기간
2. 제출요청사유
3. 제출서류
4. 제출서류의 반환 여부
5. 제출거부에 대한 제재(근거 법령 및 조항 포함)
6. 그 밖에 당해 행정조사와 관련하여 필요한 사항

**제11조(현장조사)** ① 조사원이 가택·사무실 또는 사업장 등에 출입하여 현장조사를 실시하는 경우에는 행정기관의 장은 다음 각 호의 사항이 기재된 현장출입조사서 또는 법령등에서 현장조사시 제시하도록 규정하고 있는 문서를 조사대상자에게 발송하여야 한다.

1. 조사목적
2. 조사기간과 장소
3. 조사원의 성명과 직위
4. 조사범위와 내용
5. 제출자료
6. 조사거부에 대한 제재(근거 법령 및 조항 포함)
7. 그 밖에 당해 행정조사와 관련하여 필요한 사항

② 제1항에 따른 현장조사는 해가 뜨기 전이나 해가 진 뒤에는 할 수 없다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 조사대상자(대리인 및 관리책임이 있는 자를 포함한다)가 동의한 경우
2. 사무실 또는 사업장 등의 업무시간에 행정조사를 실시하는 경우
3. 해가 뜬 후부터 해가 지기 전까지 행정조사를 실시하는 경우에는 조사목적의 달성이 불가능하거나 증거인멸로 인하여 조사대상자의 법령등의 위반 여부를 확인할 수 없는 경우

③ 제1항 및 제2항에 따라 현장조사를 하는 조사원은 그 권한을 나타내는 증표를 지니고 이를 조사대상자에게 내보여야 한다.

**제13조(자료등의 영치)** ① 조사원이 현장조사 중에 자료·서류·물건 등(이하 이



조에서 “자료등”이라 한다)을 영치하는 때에는 조사대상자 또는 그 대리인을 입회시켜야 한다.

②조사원이 제1항에 따라 자료등을 영치하는 경우에 조사대상자의 생활이나 영업이 사실상 불가능하게 될 우려가 있는 때에는 조사원은 자료등을 사진으로 촬영하거나 사본을 작성하는 등의 방법으로 영치에 갈음할 수 있다. 다만, 증거인멸의 우려가 있는 자료등을 영치하는 경우에는 그러하지 아니하다.

③조사원이 영치를 완료한 때에는 영치조서 2부를 작성하여 입회인과 함께 서명 날인하고 그중 1부를 입회인에게 교부하여야 한다.

④행정기관의 장은 영치한 자료등이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 이를 즉시 반환하여야 한다.

1. 영치한 자료등을 검토한 결과 당해 행정조사와 관련이 없다고 인정되는 경우
2. 당해 행정조사의 목적의 달성 등으로 자료등에 대한 영치의 필요성이 없게 된 경우

**제14조(공동조사)** ①행정기관의 장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행정조사를 하는 경우에는 공동조사를 하여야 한다.

1. 당해 행정기관 내의 2 이상의 부서가 동일하거나 유사한 업무분야에 대하여 동일한 조사대상자에게 행정조사를 실시하는 경우
2. 서로 다른 행정기관이 대통령령으로 정하는 분야에 대하여 동일한 조사대상자에게 행정조사를 실시하는 경우

②제1항 각 호에 따른 사항에 대하여 행정조사의 사전통지를 받은 조사대상자는 관계 행정기관의 장에게 공동조사를 실시하여 줄 것을 신청할 수 있다. 이 경우 조사대상자는 신청인의 성명·조사일시·신청이유 등이 기재된 공동조사신청서를 관계 행정기관의 장에게 제출하여야 한다.

③제2항에 따라 공동조사를 요청받은 행정기관의 장은 이에 응하여야 한다.

④국무조정실장은 행정기관의 장이 제6조에 따라 제출한 행정조사운영계획의 내용을 검토한 후 관계 부처의 장에게 공동조사의 실시를 요청할 수 있다.

⑤그 밖에 공동조사에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

**제15조(중복조사의 제한)** ① 제7조에 따라 정기조사 또는 수시조사를 실시한 행정기관의 장은 동일한 사안에 대하여 동일한 조사대상자를 재조사 하여서는 아니 된다. 다만, 당해 행정기관이 이미 조사를 받은 조사대상자에 대하여 위법행위가



의심되는 새로운 증거를 확보한 경우에는 그러하지 아니하다.

② 행정조사를 실시할 행정기관의 장은 행정조사를 실시하기 전에 다른 행정기관에서 동일한 조사대상자에게 동일하거나 유사한 사안에 대하여 행정조사를 실시하였는지 여부를 확인할 수 있다.

③ 행정조사를 실시할 행정기관의 장이 제2항에 따른 사실을 확인하기 위하여 행정조사의 결과에 대한 자료를 요청하는 경우 요청받은 행정기관의 장은 특별한 사유가 없는 한 관련 자료를 제공하여야 한다.

**제17조(조사의 사전통지)** ① 행정조사를 실시하고자 하는 행정기관의 장은 제9조에 따른 출석요구서, 제10조에 따른 보고요구서·자료제출요구서 및 제11조에 따른 현장출입조사서(이하 “출석요구서등”이라 한다)를 조사개시 7일 전까지 조사대상자에게 서면으로 통지하여야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 행정조사의 개시와 동시에 출석요구서등을 조사대상자에게 제시하거나 행정조사의 목적 등을 조사대상자에게 구두로 통지할 수 있다.

1. 행정조사를 실시하기 전에 관련 사항을 미리 통지하는 때에는 증거인멸 등으로 행정조사의 목적을 달성할 수 없다고 판단되는 경우
2. 「통계법」 제3조제2호에 따른 지정통계의 작성을 위하여 조사하는 경우
3. 제5조 단서에 따라 조사대상자의 자발적인 협조를 얻어 실시하는 행정조사의 경우

② 행정기관의 장이 출석요구서등을 조사대상자에게 발송하는 경우 출석요구서등의 내용이 외부에 공개되지 아니하도록 필요한 조치를 하여야 한다.

**제18조(조사의 연기신청)** ① 출석요구서등을 통지받은 자가 천재지변이나 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 인하여 행정조사를 받을 수 없는 때에는 당해 행정조사를 연기하여 줄 것을 행정기관의 장에게 요청할 수 있다.

② 제1항에 따라 연기요청을 하고자 하는 자는 연기하고자 하는 기간과 사유가 포함된 연기신청서를 행정기관의 장에게 제출하여야 한다.

③ 행정기관의 장은 제2항에 따라 행정조사의 연기요청을 받은 때에는 연기요청을 받은 날부터 7일 이내에 조사의 연기 여부를 결정하여 조사대상자에게 통지하여야 한다.



**제22조(조사원 교체신청)** ① 조사대상자는 조사원에게 공정한 행정조사를 기대하기 어려운 사정이 있다고 판단되는 경우에는 행정기관의 장에게 당해 조사원의 교체를 신청할 수 있다.

② 제1항에 따른 교체신청은 그 이유를 명시한 서면으로 행정기관의 장에게 하여야 한다.

③ 제1항에 따른 교체신청을 받은 행정기관의 장은 즉시 이를 심사하여야 한다.

④ 행정기관의 장은 제1항에 따른 교체신청이 타당하다고 인정되는 경우에는 다른 조사원으로 하여금 행정조사를 하게 하여야 한다.

⑤ 행정기관의 장은 제1항에 따른 교체신청이 조사를 지연할 목적으로 한 것이거나 그 밖에 교체신청에 타당한 이유가 없다고 인정되는 때에는 그 신청을 기각하고 그 취지를 신청인에게 통지하여야 한다.

**제23조(조사권 행사의 제한)** ① 조사원은 제9조부터 제11조까지에 따라 사전에 발송된 사항에 한하여 조사대상자를 조사하되, 사전통지한 사항과 관련된 추가적인 행정조사가 필요할 경우에는 조사대상자에게 추가조사의 필요성과 조사내용 등에 관한 사항을 서면이나 구두로 통보한 후 추가조사를 실시할 수 있다.

② 조사대상자는 법률·회계 등에 대하여 전문지식이 있는 관계 전문가로 하여금 행정조사를 받는 과정에 입회하게 하거나 의견을 진술하게 할 수 있다.

③ 조사대상자와 조사원은 조사과정을 방해하지 아니하는 범위 안에서 행정조사의 과정을 녹음하거나 녹화할 수 있다. 이 경우 녹음·녹화의 범위 등은 상호 협의하여 정하여야 한다.

④ 조사대상자와 조사원이 제3항에 따라 녹음이나 녹화를 하는 경우에는 사전에 이를 당해 행정기관의 장에게 통지하여야 한다.

## □ 행정조사기본법 시행령

**제11조(조사의 연기신청)** ① 법 제18조제1항에서 “대통령령으로 정하는 사유”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유를 말한다.

1. 화재나 그 밖의 재해로 인하여 사업장의 운영이 불가능한 경우
2. 법 제10조제2항에 따라 자료제출요구를 받은 경우와 법 제11조제1항에 따른 현장조사의 경우 장부 및 관련 서류가 권한이 있는 기관에 의하여 압수 또는 영치(領置)된 경우



3. 조사대상자가 개인인 경우 그 개인이 질병이나 장기 출장 등으로 인하여 조사가 곤란하다고 판단되는 경우

②법 제18조제2항에 따른 연기신청서는 별지 제6호서식에 따른다.

③행정기관의 장은 법 제18조제3항에 따라 조사의 연기 여부를 결정한 때에는 별지 제7호서식의 조사연기신청 결과 통지서에 결정사항을 적어 조사대상자에게 통지하여야 한다.

## □ 국민건강보험법

**제41조(요양급여)** ①가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다.

1. 진찰·검사
2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
3. 처치·수술 및 그 밖의 치료
4. 예방·재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송(移送)

②제1항에 따른 요양급여(이하 “요양급여”라 한다)의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.

③보건복지부장관은 제2항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환, 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여의 대상에서 제외할 수 있다.

**제42조(요양기관)** ①요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.

1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국희귀의약품센터



4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소

5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소

②보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.

③보건복지부장관은 제2항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.

1. 제2항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우

2. 제2항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우

④제2항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제41조제2항에 따른 요양급여의 절차 및 제45조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다.

⑤제1항·제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

**제44조(비용의 일부부담)** 요양급여를 받는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 비용의 일부(이하 “본인일부부담금”이라 한다)를 본인이 부담한다.

**제45조(요양급여비용의 산정 등)** ①요양급여비용은 공단의 이사장과 대통령령으로 정하는 의약계를 대표하는 사람들의 계약으로 정한다. 이 경우 계약기간은 1년으로 한다.

②제1항에 따라 계약이 체결되면 그 계약은 공단과 각 요양기관 사이에 체결된 것으로 본다.

③제1항에 따른 계약은 그 직전 계약기간 만료일이 속하는 연도의 5월 31일까지 체결하여야 하며, 그 기한까지 계약이 체결되지 아니하는 경우 보건복지부장관이 그 직전 계약기간 만료일이 속하는 연도의 6월 30일까지 심의위원회의 의결을 거쳐 요양급여비용을 정한다. 이 경우 보건복지부장관이 정하는 요양급여비용은 제1항 및 제2항에 따라 계약으로 정한 요양급여비용으로 본다. <개정 2013.5.22>

④제1항 또는 제3항에 따라 요양급여비용이 정해지면 보건복지부장관은 그 요양



급여비용의 명세를 지체 없이 고시하여야 한다.

⑤공단의 이사장은 제33조에 따른 재정운영위원회의 심의·의결을 거쳐 제1항에 따른 계약을 체결하여야 한다.

⑥심사평가원은 공단의 이사장이 제1항에 따른 계약을 체결하기 위하여 필요한 자료를 요청하면 그 요청에 성실히 따라야 한다.

⑦제1항에 따른 계약의 내용과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

**제46조(약제·치료재료에 대한 요양급여비용의 산정)** 제41조제1항제2호의 약제·치료재료(이하 “약제·치료재료”라 한다)에 대한 요양급여비용은 제45조에도 불구하고 요양기관의 약제·치료재료 구입금액 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 달리 산정할 수 있다.

**제53조(급여의 제한)** ①공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 보험급여를 하지 아니한다.

1. 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으킨 경우
2. 고의 또는 중대한 과실로 공단이나 요양기관의 요양에 관한 지시에 따르지 아니한 경우
3. 고의 또는 중대한 과실로 제55조에 따른 문서와 그 밖의 물건의 제출을 거부하거나 질문 또는 진단을 기피한 경우
4. 업무 또는 공무로 생긴 질병·부상·재해로 다른 법령에 따른 보험급여나 보상(報償) 또는 보상(補償)을 받게 되는 경우

②공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체로부터 보험급여에 상당하는 급여를 받거나 보험급여에 상당하는 비용을 지급받게 되는 경우에는 그 한도에서 보험급여를 하지 아니한다.

③공단은 가입자가 대통령령으로 정하는 기간 이상 다음 각 호의 보험료를 체납한 경우 그 체납한 보험료를 완납할 때까지 그 가입자 및 피부양자에 대하여 보험급여를 실시하지 아니할 수 있다. 다만, 보험료의 체납기간에 관계없이 월별 보험료의 총체납횟수(이미 납부된 체납보험료는 총체납횟수에서 제외한다)가 대통령령으로 정하는 횟수 미만인 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 제69조제4항제2호에 따른 소득월액보험료



2. 제69조제5항에 따른 세대단위의 보험료

④공단은 제77조제1항제1호에 따라 납부의무를 부담하는 사용자가 제69조제4항제1호에 따른 보수월액보험료를 체납한 경우에는 그 체납에 대하여 직장가입자 본인에게 귀책사유가 있는 경우에 한하여 제3항의 규정을 적용한다. 이 경우 당해 직장가입자의 피부양자에게도 제3항의 규정을 적용한다.

⑤제3항 및 제4항에도 불구하고 제82조에 따라 공단으로부터 분할납부 승인을 받고 그 승인된 보험료를 1회 이상 낸 경우에는 보험급여를 할 수 있다. 다만, 제82조에 따른 분할납부 승인을 받은 사람이 정당한 사유 없이 2회 이상 그 승인된 보험료를 내지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

⑥제3항 및 제4항에 따라 보험급여를 하지 아니하는 기간(이하 이 항에서 “급여제한기간”이라 한다)에 받은 보험급여는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 보험급여로 인정한다.

1. 공단이 급여제한기간에 보험급여를 받은 사실이 있음을 가입자에게 통지한 날부터 2개월이 지난 날이 속한 달의 납부기한 이내에 체납된 보험료를 완납한 경우
2. 공단이 급여제한기간에 보험급여를 받은 사실이 있음을 가입자에게 통지한 날부터 2개월이 지난 날이 속한 달의 납부기한 이내에 제82조에 따라 분할납부 승인을 받은 체납보험료를 1회 이상 낸 경우. 다만, 제82조에 따른 분할납부 승인을 받은 사람이 정당한 사유 없이 2회 이상 그 승인된 보험료를 내지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

**제54조(급여의 정지)** 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 기간에는 보험급여를 하지 아니한다. 다만, 제3호 및 제4호의 경우에는 제60조에 따른 요양급여를 실시한다.

1. 국외에 여행 중인 경우
2. 국외에서 업무에 종사하고 있는 경우
3. 제6조제2항제2호에 해당하게 된 경우
4. 교도소, 그 밖에 이에 준하는 시설에 수용되어 있는 경우

**제55조(급여의 확인)** 공단은 보험급여를 할 때 필요하다고 인정되면 보험급여를 받는 사람에게 문서와 그 밖의 물건을 제출하도록 요구하거나 관계인을 시켜 질문 또는 진단하게 할 수 있다.



**제57조(부당이득의 징수)** ①공단은 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람이나 보험급여 비용을 받은 요양기관에 대하여 그 보험급여나 보험급여 비용에 상당하는 금액의 전부 또는 일부를 징수한다.

②공단은 제1항에 따라 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여 비용을 받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 해당 요양기관을 개설한 자에게 그 요양기관과 연대하여 같은 항에 따른 징수금을 납부하게 할 수 있다.

<신설 2013.5.22>

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 대여받아 개설·운영하는 약국

③사용자나 가입자의 거짓 보고나 거짓 증명 또는 요양기관의 거짓 진단에 따라 보험급여가 실시된 경우 공단은 이들에게 보험급여를 받은 사람과 연대하여 제1항에 따른 징수금을 내게 할 수 있다. <개정 2013.5.22>

④공단은 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람과 같은 세대에 속한 가입자(속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람이 피부양자인 경우에는 그 직장가입자를 말한다)에게 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람과 연대하여 제1항에 따른 징수금을 내게 할 수 있다. <개정 2013.5.22>

⑤요양기관이 가입자나 피부양자로부터 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 요양급여비용을 받은 경우 공단은 해당 요양기관으로부터 이를 징수하여 가입자나 피부양자에게 지체 없이 지급하여야 한다. 이 경우 공단은 가입자나 피부양자에게 지급하여야 하는 금액을 그 가입자 및 피부양자가 내야 하는 보험료등과 상계할 수 있다. <개정 2013.5.22>

**제92조(기간 계산)** 이 법이나 이 법에 따른 명령에 규정된 기간의 계산에 관하여 이 법에서 정한 사항 외에는 「민법」의 기간에 관한 규정을 준용한다.

**제96조(자료의 제공)** ①공단과 심사평가원은 국가, 지방자치단체, 요양기관, 「보험업법」에 따른 보험회사 및 보험료를 산출 기관, 그 밖의 공공단체 등에 대하여



건강보험사업을 위하여 필요한 자료를 제공하도록 요청할 수 있다.

②공단은 국가·지방자치단체 그 밖의 공공기관 및 공공단체 등에 대하여 제14조 제1항제11호에 따른 업무를 수행하기 위하여 필요한 자료의 제공을 요청할 수 있다.

③제1항 및 제2항에 따라 자료 제공을 요청받은 자는 성실히 이에 따라야 한다.

④제1항 및 제2항에 따른 국가, 지방자치단체, 요양기관, 「보험업법」에 따른 보험료율 산출 기관 그 밖의 공공기관 및 공공단체가 공단 또는 심사평가원에 제공하는 자료에 대하여는 사용료와 수수료 등을 면제한다.

**제96조의2(서류의 보존)** ①요양기관은 요양급여가 끝난 날부터 5년간 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 제47조에 따른 요양급여비용의 청구에 관한 서류를 보존하여야 한다. 다만, 약국 등 보건복지부령으로 정하는 요양기관은 처방전을 요양급여비용을 청구한 날부터 3년간 보존하여야 한다.

②사용자는 3년간 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 자격 관리 및 보험료 산정 등 건강보험에 관한 서류를 보존하여야 한다. [본조신설 2013.5.22]

**제97조(보고와 검사)** ①보건복지부장관은 사용자, 직장가입자 또는 세대주에게 가입자의 이동·보수·소득이나 그 밖에 필요한 사항에 관한 보고 또는 서류 제출을 명하거나, 소속 공무원이 관계인에게 질문하게 하거나 관계 서류를 검사하게 할 수 있다.

②보건복지부장관은 요양기관(제49조에 따라 요양을 실시한 기관을 포함한다)에 대하여 요양·약제의 지급 등 보험급여에 관한 보고 또는 서류 제출을 명하거나, 소속 공무원이 관계인에게 질문하게 하거나 관계 서류를 검사하게 할 수 있다.

③보건복지부장관은 보험급여를 받은 자에게 해당 보험급여의 내용에 관하여 보고하게 하거나, 소속 공무원이 질문하게 할 수 있다.

④보건복지부장관은 제47조제6항에 따라 요양급여비용의 심사청구를 대행하는 단체(이하 “대행청구단체”라 한다)에 필요한 자료의 제출을 명하거나, 소속 공무원이 대행청구에 관한 자료 등을 조사·확인하게 할 수 있다.

⑤제1항부터 제4항까지의 규정에 따라 질문·검사·조사 또는 확인을 하는 소속 공무원은 그 권한을 표시하는 증표를 지니고 관계인에게 보여주어야 한다.



**제98조(업무정지)** ①보건복지부장관은 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 요양급여 비용을 부담하게 한 경우
2. 제97조제2항에 따른 명령에 위반하거나 거짓 보고를 하거나 거짓 서류를 제출하거나, 소속 공무원의 검사 또는 질문을 거부·방해 또는 기피한 경우

②제1항에 따라 업무정지 처분을 받은 자는 해당 업무정지기간 중에는 요양급여를 하지 못한다.

③제1항에 따른 업무정지 처분의 효과는 그 처분이 확정된 요양기관을 양수한 자 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인에 승계되고, 업무정지 처분의 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.

④제1항에 따른 업무정지 처분을 받았거나 업무정지 처분의 절차가 진행 중인 자는 행정처분을 받은 사실 또는 행정처분절차가 진행 중인 사실을 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인에 지체 없이 알려야 한다.

⑤제1항에 따른 업무정지를 부과하는 위반행위의 종류, 위반 정도 등에 따른 행정처분기준이나 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

**제99조(과징금)** ①보건복지부장관은 요양기관이 제98조제1항제1호에 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.

②제1항에 따른 과징금을 납부하여야 할 자가 납부기한까지 이를 내지 아니하면 국세 체납처분의 예에 따라 징수한다.

③보건복지부장관은 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. 사용 목적

3. 과징금 부과 사유 및 부과 기준

④제1항에 따라 징수한 과징금은 다음 각 호 외의 용도로는 사용할 수 없다.

1. 제47조제3항에 따라 공단이 요양급여비용으로 지급하는 자금

2. 「응급의료에 관한 법률」에 따른 응급의료기금의 지원

⑤제1항에 따른 업무정지 일수별 과징금의 금액과 그 납부에 필요한 사항 및 제4항에 따른 과징금의 용도별 지원 규모, 사용 절차 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

**제100조(위반사실의 공표)** ①보건복지부장관은 관련 서류의 위조·변조로 요양급여 비용을 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

②보건복지부장관은 제1항에 따른 공표 여부 등을 심의하기 위하여 건강보험공표 심의위원회(이하 이 조에서 “공표심의위원회”라 한다)를 설치·운영한다.

③보건복지부장관은 공표심의위원회의 심의를 거친 공표대상자에게 공표대상자인 사실을 알려 소명자료를 제출하거나 출석하여 의견을 진술할 기회를 주어야 한다.

④보건복지부장관은 공표심의위원회가 제3항에 따라 제출된 소명자료 또는 진술된 의견을 고려하여 공표대상자를 재심의한 후 공표대상자를 선정한다.

⑤제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 공표의 절차·방법, 공표심의위원회의 구성·운영 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

**제115조(벌칙)** ①대행청구단체의 종사자로서 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 요양급여비용을 청구한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.



②다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2013.5.22>

1. 제47조제6항을 위반하여 대행청구단체가 아닌 자로 하여금 대행하게 한 자
2. 제93조를 위반한 사용자
3. 제98조제2항을 위반한 요양기관의 개설자
4. 제102조를 위반한 자
5. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 보험급여를 받거나 타인으로 하여금 보험급여를 받게 한 자

**제116조(벌칙)** 제97조제2항을 위반하여 보고 또는 서류 제출을 하지 아니한 자, 거짓으로 보고하거나 거짓 서류를 제출한 자, 검사나 질문을 거부·방해 또는 기피한 자는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

**제117조(벌칙)** 제42조제5항을 위반한 자 또는 제49조제2항을 위반하여 요양비 명세서나 요양 명세를 적은 영수증을 내주지 아니한 자는 500만원 이하의 벌금에 처한다.

**제118조(양벌 규정)** ①법인의 대표자나 법인 또는 개인의 대리인, 사용인, 그 밖의 종사자가 그 법인 또는 개인의 업무에 관하여 제115조부터 제117조까지의 규정 중 어느 하나에 해당하는 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 게을리하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

**제119조(과태료)** ①삭제 <2013.5.22>

②삭제 <2013.5.22>

③제98조제4항을 위반한 자에게는 500만원 이하의 과태료를 부과한다.

④다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에게는 100만원 이하의 과태료를 부과한다. <개정 2013.5.22>

1. 제7조를 위반하여 신고를 하지 아니하거나 거짓으로 신고한 사용자
2. 제43조제1항 및 제2항을 위반하여 신고를 하지 아니하거나 거짓으로 신고한 자



3. 정당한 사유 없이 제94조제1항·제2항, 제97조제1항·제3항·제4항 또는 제101조 제2항을 위반하여 서류제출·의견진술·신고 또는 보고를 하지 아니한 자, 거짓으로 진술·신고 또는 보고를 하거나 조사 또는 검사를 거부·방해·기피한 자
  4. 제96조의2를 위반하여 서류를 보존하지 아니한 자
  5. 제103조에 따른 명령을 위반한 자
  6. 제105조를 위반한 자
- ⑤제3항 및 제4항에 따른 과태료는 대통령령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관이 부과·징수한다. <개정 2013.5.22>

## □ 국민건강보험법 시행령

**제18조(요양기관에서 제외되는 의료기관 등)** ①법 제42조제1항 각 호 외의 부분 후단에서 “대통령령으로 정하는 의료기관 등”이란 다음 각 호의 의료기관 또는 약국을 말한다.

1. 「의료법」 제35조에 따라 개설된 부속 의료기관
  2. 「사회복지사업법」 제34조에 따른 사회복지시설에 수용된 사람의 진료를 주된 목적으로 개설된 의료기관
  3. 제19조제1항에 따른 본인부담액을 받지 아니하거나 경감하여 받는 등의 방법으로 가입자나 피부양자를 유인(誘引)하는 행위 또는 이와 관련하여 과잉 진료 행위를 하거나 부당하게 많은 진료비를 요구하는 행위를 하여 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 업무정지 처분 등을 받은 의료기관
    - 가. 법 제98조에 따른 업무정지 또는 법 제99조에 따른 과징금 처분을 5년 동안 2회 이상 받은 의료기관
    - 나. 「의료법」 제66조에 따른 면허자격정지 처분을 5년 동안 2회 이상 받은 의료인이 개설·운영하는 의료기관
  4. 법 제98조에 따른 업무정지 처분 절차가 진행 중이거나 업무정지 처분을 받은 요양기관의 개설자가 개설한 의료기관 또는 약국
- ②제1항제1호 및 제2호에 따른 의료기관은 요양기관에서 제외되려면 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 요양기관 제외신청을 하여야 한다.
- ③의료기관 등이 요양기관에서 제외되는 기간은 제1항제3호의 경우에는 1년 이하로 하고, 제1항제4호의 경우에는 해당 업무정지기간이 끝나는 날까지로 한다.



- 제19조(비용의 본인부담)** ①법 제44조에 따라 요양급여비용 중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액은 별표 2와 같다. 이 경우 법 제41조제1항제2호의 약제(제22조제1항제1호 및 제2호에 따라 요양급여비용이 정해지는 한약제와 약제는 제외한다)에 대하여 본인이 부담할 비용은 제22조제1항제3호나목에도 불구하고 같은 조에 따라 보건복지부장관이 심의위원회의 심의를 거쳐 고시하는 금액의 범위에서 요양기관이 해당 약제를 구입한 금액을 요양급여비용으로 보아 산정한다.
- ②제1항에 따라 본인이 부담한 비용(이하 "본인부담액"이라 한다)의 연간 총액(별표 2 제4호에 따라 부담한 금액은 제외한다)이 별표 3에 따른 금액을 넘는 경우에는 공단이 그 넘는 금액을 부담한다.
- ③본인부담액은 요양기관의 청구에 따라 요양급여를 받은 가입자 또는 피부양자가 요양기관에 납부한다. 이 경우 요양기관은 법 제41조제2항 및 제3항에 따라 보건복지부령으로 정하는 요양급여사항 또는 비급여사항 외의 입원보증금 등 다른 명목으로 비용을 청구해서는 아니 된다.
- ④공단은 가입자나 피부양자가 제2항에 따라 공단이 부담하여야 하는 금액을 요양기관에 납부한 경우에는 그 금액을 가입자나 피부양자에게 지급하여야 한다.

**제22조(약제·치료재료의 요양급여비용)** ①법 제46조에 따라 법 제41조제1항제2호의 약제·치료재료(제21조제2항 및 제3항에 따른 상대가치점수가 적용되는 약제·치료재료는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)에 대한 요양급여비용은 다음 각 호의 구분에 따라 결정한다. 이 경우 구입금액(요양기관이 해당 약제 및 치료재료를 구입한 금액을 말한다. 이하 이 조에서 같다)이 상한금액(보건복지부장관이 심의위원회의 심의를 거쳐 해당 약제 및 치료재료별 요양급여비용의 상한으로 고시하는 금액을 말한다. 이하 이 조에서 같다)보다 많을 때에는 구입금액은 상한금액과 같은 금액으로 한다. <개정 2013.1.28, 2013.3.23>

1. 한약제: 상한금액
2. 한약제 외의 약제 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 약제: 구입금액
  - 가. 내복제(內服劑), 외용제(外用劑)는 상한금액이 70원(액상제는 20원) 이하, 주사제는 상한금액이 700원(단위제형별로 등재되어 있지 않은 바이알, 앰플 등의 경우에는 최소 1회 소요비용이 700원) 이하인 저가의약품
  - 나. 환자의 진료에 반드시 필요하나 경제성이 없어 제조업자·위탁제조판매업



자·수입자가 생산 또는 수입을 기피하는 약제로서 보건복지부장관이 고시하는 퇴장방지 의약품

다. 적용 대상이 드물고 대체의약품이 없어 긴급하게 도입할 필요가 있는 의약품으로서 식품의약품안전처장이 정하는 희귀의약품

라. 「마약류 관리에 관한 법률」 제2조제2호에 따른 마약

3. 제1호 및 제2호 외의 약제 : 다음 각 목의 구분에 따른 금액

가. 2012년 2월 1일부터 2014년 1월 31일까지 : 구입금액

나. 2014년 2월 1일부터 :  $\text{구입금액} + (\text{상한금액} - \text{구입금액}) \times 70/100$

4. 치료재료 : 구입금액

②제1항에 따른 약제 및 치료재료에 대한 요양급여비용의 결정 기준·절차, 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

**제72조(공표 사항)** 법 제100조제1항 각 호 외의 부분 전단에서 “대통령령으로 정하는 사항”이란 다음 각 호의 사항을 말한다.

1. 해당 요양기관의 종류와 그 요양기관 대표자의 면허번호·성별

2. 의료기관의 개설자가 법인인 경우에는 의료기관의 장의 성명

3. 그 밖에 다른 요양기관과의 구별을 위하여 법 제100조제2항에 따른 건강보험 공표심의위원회(이하 “공표심의위원회”라 한다)가 필요하다고 인정하는 사항

**제73조(공표심의위원회의 구성·운영 등)** ①공표심의위원회는 위원장 1명을 포함한 9명의 위원으로 구성한다.

②공표심의위원회의 위원장은 제1호부터 제4호까지의 위원 중에서 호선(互選)하고, 위원은 보건복지부장관이 임명하거나 위촉하는 다음 각 호의 사람으로 한다.

1. 소비자단체가 추천하는 사람 1명

2. 언론인 1명

3. 변호사 등 법률 전문가 1명

4. 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 사람으로서 의약계를 대표하는 단체가 추천하는 사람 3명

5. 보건복지부의 고위공무원단에 속하는 일반직공무원 1명

6. 공단의 이사장 및 심사평가원의 원장이 각각 1명씩 추천하는 사람 2명

③공표심의위원회 위원(제2항제5호의 위원은 제외한다)의 임기는 2년으로 한다.



- ④공표심의위원회의 위원장은 공표심의위원회를 대표하고, 공표심의위원회의 업무를 총괄한다.
- ⑤공표심의위원회의 위원장이 부득이한 사유로 직무를 수행할 수 없을 때에는 위원장이 지명하는 위원이 그 직무를 대행한다.
- ⑥공표심의위원회의 회의는 재적위원 과반수의 출석으로 개의하고, 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다.
- ⑦제1항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 공표심의위원회의 구성·운영 등에 필요한 사항은 공표심의위원회의 의결을 거쳐 위원장이 정한다.

- 제74조(공표 절차 및 방법 등)** ①보건복지부장관은 법 제100조제3항에 따라 공표 대상자인 사실을 통지받은 요양기관에 대하여 그 통지를 받은 날부터 20일 동안 소명자료를 제출하거나 출석하여 의견을 진술할 기회를 주어야 한다.
- ②보건복지부장관은 법 제100조제4항에 따라 공표대상자로 선정된 요양기관에 대하여 보건복지부, 공단, 심사평가원, 관할 특별시·광역시·도·특별자치도와 시·군·자치구 및 보건소의 홈페이지에 6개월 동안 같은 조 제1항에 따른 공표 사항을 공고하여야 하며, 추가로 게시판 등에도 공고할 수 있다.
- ③보건복지부장관은 법 제100조제4항에 따라 공표대상자로 선정된 요양기관이 같은 조 제1항 각 호에 해당하는 거짓 청구를 반복적으로 하거나 그 거짓 청구가 중대한 위반행위에 해당하는 경우 등 추가 공표가 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항에 따른 공고 외에 「신문 등의 진흥에 관한 법률」에 따른 신문 또는 「방송법」에 따른 방송에 추가로 공표할 수 있다.
- ④제2항에 따른 공고 대상인 요양기관을 관할하는 특별시장·광역시장·도지사·특별자치도지사, 시장·군수·구청장 또는 보건소의 장은 「의료법」 제33조제5항에 따른 변경허가·변경신고 등으로 제2항에 따른 공고기간 중 법 제100조제1항에 따른 공표 사항이 변경된 사실이 확인되었을 때에는 지체 없이 보건복지부장관에게 그 사실을 알려야 한다. 이 경우 보건복지부장관은 그 변경 사항이 제2항에 따른 공고 내용에 즉시 반영되도록 필요한 조치를 하여야 한다.
- ⑤제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 공표 절차 및 방법, 공표 사항의 변경 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정한다.



[별표 2]

**요양급여비용 중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액**

(제19조제1항 관련)

1. 가입자 또는 피부양자는 요양급여비용 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금액(100원 미만은 제외한다)을 부담한다. 다만, 입원진료의 경우에는 100원 미만의 금액도 부담한다.

가. 입원진료(나목의 표 중 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 진료의 경우는 제외한다) 및 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받은 경우(약국 또는 한국회귀의약품센터인 요양기관에서 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우를 포함한다)는 다음의 구분에 따라 계산한 금액

1) 요양급여비용 총액(보건복지부장관이 정하여 고시하는 식대와 장애인 치과 진료에 대한 가산금액은 제외한다. 이하 이 표에서 같다)의 100분의 20에 입원기간 중 식대[입원환자의 식사의 질과 서비스에 영향을 미치는 부가적 요소에 드는 비용에 해당하는 가산금액(이하 “식대가산금액”이라 한다)을 포함한다. 이하 이 호, 제2호 및 제3호가목·나목에서 같다]의 100분의 50을 더한 금액

2) 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에서 입원진료를 받는 사람 중 입원치료보다는 요양시설이나 외래진료를 받는 것이 적합한 환자로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 환자군에 해당하는 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 40에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액

나. 외래진료의 경우 및 보건복지부장관이 정하는 의료장비·치료재료를 이용한 진료의 경우에는 다음 표의 구분에 따라 계산한 금액



기관 종류	소재지	환자구분	본인부담액
상급종합 병원	모든 지역	일반환자	진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 - 진찰료총액) × 60/100
		의약분업 예외환자	진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 - 약값 총액 - 진찰 료 총액) × 60/100 + 약값 총액×30/100
종합병원	동 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 50/100
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 50/100 + 약값 총 액×30/100
	읍·면 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 45/100
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 45/100 + 약값 총 액 × 30/100
병원, 치과 병원, 한방 병원, 요양 병원	동 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 40/100
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 40/100 + 약값 총 액 × 30/100
	읍·면 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 35/100
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 35/100 + 약값 총액 × 30/100
의원, 치과의원, 한의원, 보건 의료원	모든 지역		요양급여비용 총액 × 30/100(요양급여를 받는 사람이 6 5세 이상이면서 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부 령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액)
보건소, 보건지소, 보건진료소	모든 지역		요양급여비용 총액 × 30/100(요양급여비용 총액이 보건 복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령 으로 정하는 금액)

## 비고

1. 위 표에서 “의약분업 예외환자”란 「약사법」 제23조제4항제3호 중 조현병(調絃病) 또는 조울증 등으로 자신 또는 타인을 해칠 우려가 있는 정신질환자, 같은 항 제4호 중 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 제1군감염병 환자 및 같은 항 제8호·제9호에 해당하는 환자를 말한다. 다만, 제1호가목에 따라 요양급여비용 총액의 100분의 20을 적용받는 사람은 제외한다.



2. 위 표에서 “약값 총액”이란 요양기관이 해당 약제를 구입한 금액의 총액을 말한다.
3. 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 입원진료인 경우의 요양급여비용 총액은 의료장비를 이용한 비용의 총액으로 한정한다.
4. 「장애인복지법 시행령」 별표 1 제14호에 따른 장루·요루장애인(腸瘻·尿瘻 障礙人)이 외래진료 시 보건복지부장관이 정하여 고시하는 치료재료를 의사의 처방에 따라 요양기관에서 구입한 경우에는 해당 치료재료 비용을 제외한 요양급여비용의 총액을 위 표의 요양급여비용 총액으로 하여 위 표에 따라 산정한 금액에 해당 치료재료 비용의 100분의 20을 더한 금액을 본인부담액으로 한다.
5. 보건복지부장관이 정하는 질병의 환자가 요양기관(의원으로 한정한다)에 보건복지부장관이 정하는 절차 또는 방법에 따라 외래진료를 지속적으로 받겠다는 의사를 표시한 경우에는 해당 질병에 대하여 그 다음 진료부터 (진찰료 총액 × 20/100) + {(요양급여비용 총액 - 진찰료 총액) × 30/100}에 해당하는 금액을 본인부담액으로 한다. 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상인 경우에는 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인부담액으로 한다.

다. 약국 또는 한국희귀의약품센터의 경우

- 1) 진료를 담당한 의사 또는 치과의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제 받은 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 30(요양급여를 받는 사람이 65세 이상인 경우 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액). 다만, 제1호가목 중 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받은 경우(약국 또는 한국희귀의약품센터인 요양기관에서 처방전에 따라 의약품 조제받는 경우를 포함한다)는 제외한다.
- 2) 「약사법」 제23조제3항제1호에 따라 의료기관이 없는 지역에서 조제하는 경우로서 진료를 담당한 의사 또는 치과의사가 발행한 처방전에 따르지 않고 의약품 조제받은 경우에는 다음의 구분에 따라 산정한 금액
  - 가) 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘는 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 40
  - 나) 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않는 경우에



는 보건복지부령으로 정하는 금액

- 3) 1)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「5·18민주유공자예우에 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 의료지원대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품 조제받은 경우는 제외한다]에는 다음의 금액

- 가) 상급종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품 조제받은 경우:  
요양급여비용 총액의 100분의 50
- 나) 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품 조제받은 경우 : 요양  
급여비용 총액의 100분의 40

2. 제1호에도 불구하고 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대하여 입원진료를 받는 경우에는 다음 각 목의 구분에 따라 계산한 금액에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액을 부담한다. 이 경우 질병군 분류번호 결정 요령, 고정비율, 평균 입원 일수 등 해당 질병군의 본인 부담액 산정에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

가. 다음 계산식에 따라 계산한 금액의 100분의 20

〈질병군에 대한 본인부담액의 계산식〉

$$[{\text{질병군별 상대가치점수}} \times {\text{고정비율}}] + \{ {\text{질병군별 상대가치점수}} \times (1 - {\text{고정비율}}) \times ( {\text{입원 일수}} \div {\text{질병군별 평균 입원 일수}} ) \} \times {\text{제21조제1항에 따라 정해진 상대가치점수의 점수당 단가}}$$

비고 : 위 표에서 “고정비율”이란 요양급여비용 총액 중 입원 일수와는 관계없이 평균적으로 발생하는 비용이 차지하는 비율을 말한다.



- 나. 가목에도 불구하고 그 질병군이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여 비용 열외군인 경우에는 가목의 계산식에 따라 계산한 금액에 그 고시에서 정한 금액을 더한 금액의 100분의 20
3. 제1호와 제2호에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 각 목에서 정하는 금액을 부담한다.
- 가. 다음의 경우에는 입원기간 중 식대의 100분의 50
- 1) 자연분만에 대한 요양급여
  - 2) 「모자보건법」 제2조제4호에 따른 신생아 및 보건복지부장관이 정하는 기준에 해당하는 영유아에 대한 입원진료로서 보건복지부장관이 정하는 요양급여
- 나. 다음의 경우(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)에는 요양급여 비용 총액의 100분의 10에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액
- 1) 6세 미만의 사람[가목2)에 따른 신생아 및 영유아는 제외한다]에 대한 입원 진료로서 보건복지부장관이 정하는 요양급여
  - 2) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성 질환을 가진 사람에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여
- 다. 6세 미만인 사람이 외래진료(보건소, 보건지소 및 보건진료소에서의 외래진료로서 제1호나목의 표에 따라 본인부담액을 정하는 경우 중 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않는 경우는 제외한다)를 받거나 약국 또는 한국희귀의약품센터에서 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우에는 본인이 부담할 비용의 부담률의 100분의 70에 해당하는 금액
- 라. 「의료급여법 시행령」 제3조제2항제1호라목에 따라 고시되는 희귀난치성질환(이하 “희귀난치성질환”이라 한다)을 가진 사람, 희귀난치성질환 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동(이하 “희귀난치성질환자등”이라 한다) 중 희귀난치성질환자등이 속한 세대(배우자를 포함한다)의 소득 및 재산을 더하여 계산한 가액(이하 “소득인정액”이라 한다)이 「국민기초생활 보장법」 제6조제2항에 따라 공표되는 최저생계비의 100분의 120 이하이고, 희귀난치성질환자등의 1촌의 직계혈족 및 그 배우자(이하 “부양의무자”라 한다)가 없거나 부양의무자가



있어도 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 공단의 본인부담액 경감 인정 신청을 하여 그 경감 인정을 받은 사람에 대한 요양급여의 경우에는 다음의 구분에 따라 계산한 금액. 이 경우 소득인정액 산정의 기준이 되는 세대의 범위, 소득 및 재산의 범위, 소득인정액 산정방법 등 소득인정액의 산정에 필요한 사항 및 부양의무자가 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 경우의 구체적인 기준은 보건복지부령으로 정한다.

- 1) 희귀난치성질환을 가진 사람인 경우에는 입원기간 중 식대(식대가산금액은 제외한다. 이하 이 목에서 같다)의 100분의 20
- 2) 희귀난치성질환 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동인 경우에는 다음 표에 해당하는 금액에 입원기간 중 식대의 100분의 20을 더한 금액. 다만, 가목 또는 나목 1)에도 해당하는 경우에는 입원기간 중 식대의 100분의 20만을 부담한다.

기관 종류	구분	본인부담액
상급 종합병원	외래진료 및 입원진료	요양급여비용 총액 × 14/100[정신과 입원진료 또는 나목2)에 따른 환자가 같은 목에서 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 10/100, 마목에 따른 환자가 같은 목에서 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 5/100]
종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	「의료급여법 시행령」 별표 제2호가목에 따른 만성질환자의 만성질환에 대한 외래진료	1,500원
	「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	
	그 밖의 외래진료	1,000원
	그 밖의 외래진료 및 입원진료	요양급여비용 총액 × 14/100[정신과 입원진료 또는 나목2)에



기관 종류	구분		본인부담액
			다른 환자가 같은 목에서 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 10/100, 마목에 따른 환자가 같은 목에서 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 5/100]
의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원	외래진료	「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정 법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	1,500원
		그 밖의 외래진료	1,000원
	입원진료		요양급여비용 총액 × 14/100[정신과 입원진료 또는 나목2)에 따른 환자가 같은 목에서 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 10/100, 마목에 따른 환자가 같은 목에서 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 5/100]
보건소, 보건지소, 보건진료소	외래·입원 진료		없음
약국, 한국희귀의약품센터	「약사법」 제23조제3항 단서에 따라 처방전에 따르지 않고 직접 조제한 경우		900원
	보건소, 보건지소 및 보건진료소를 제외한 요양기관에서 발급한 처방전에 따라 조제한 경우		500원
	보건소, 보건지소 및 보건진료소에서 발급한 처방전에 따라 조제한 경우		없음

#### 비고

1. 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하



- 거나 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하고 처방전을 함께 발급하는 경우에는 1,000원을 부담한다.
2. 외래진료로서 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 장비를 이용한 진료에 대해서는 그 의료장비를 이용한 비용 총액의 100분의 14[나목2)에 따른 환자의 경우에는 100분의 10, 마목에 따른 환자의 경우에는 100분의 5]를 부담한다.
  3. 제2호에 따른 질병군에 대한 입원진료의 경우 본인부담액은 같은 호 가목의 계산식에 따라 계산한 금액에 위 표의 해당 기관 종류별 입원진료에 해당하는 본인부담률을 곱한 금액으로 한다. 다만, 같은 호 나목에 따른 요양급여비용 열외군인 경우 본인부담액은 같은 호 가목의 계산식에 따라 계산한 금액에 같은 호 나목에 따른 고시에서 정한 금액을 더한 금액에 위 표의 해당 기관 종류별 입원진료에 해당하는 본인부담률을 곱한 금액으로 한다.
    - 3) 희귀난치성질환을 가진 사람 중 75세 이상 노인이 완전틀니 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 20
    - 4) 희귀난치성질환 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 중 75세 이상 노인이 완전틀니 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 30
  - 마. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환자에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액
  - 바. 75세 이상 노인이 완전틀니 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 그 요양급여비용 총액의 100분의 50
4. 제1호부터 제3호까지의 규정에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보건복지부령으로 정하는 항목의 요양급여비용의 100분의 100의 범위에서 보건복지부령으로 정하는 금액을 부담한다.
- 가. 법 제53조제3항에 따라 급여가 제한되는 경우
  - 나. 법 제54조제3호 및 제4호에 따라 급여가 정지되는 경우
  - 다. 「학교폭력 예방 및 대책에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 학교폭력 중 학생간의 폭행에 의한 경우
  - 라. 보험재정에 상당한 부담을 준다고 인정되는 경우
  - 마. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 경우



[별표 3]

**요양급여비용 중 본인이 부담하는 상한액 (제19조제2항 관련)**

1. 요양급여비용 중 가입자 또는 피부양자 본인이 부담하는 금액의 상한(이하 “본인부담상한액”이라 한다)은 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준(이하 “상한액기준보험료”라 한다)에 따라 그 금액을 달리한다. 이 경우 상한액기준보험료의 구체적인 산정 기준·방법 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

2. 가입자 또는 피부양자의 본인부담상한액은 다음 각 목의 구분에 따른다.

가. 지역가입자인 경우

구 분	본인부담상한액
1) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우	200만원
2) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우	300만원
3) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우	400만원



나. 직장가입자 또는 피부양자인 경우

구 분	본인부담상한액
1) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우	200만원
2) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우	300만원
3) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우	400만원



[별표 5]

**업무정지 처분 및 과징금 부과 기준 (제70조제1항 관련)**

1. 업무정지 처분기준

가. 요양기관이 부당한 방법으로 공단, 가입자 또는 피부양자에게 요양급여비용을 부담하게 하였을 때의 업무정지기간은 다음 표와 같다.

(단위: 일)

월평균 부당금액		부당비율				
의료기관·약국· 한국회귀의약품센터 ·보건의료원	보건소·보건지소 ·보건진료소	0.5% 이상 1% 미만	1% 이상 2% 미만	2% 이상 3% 미만	3% 이상 4% 미만	4% 이상 5% 미만
15만원 이상 ~ 25만원 미만	5만원 이상 ~ 8만원 미만			10	20	30
25만원 이상 ~ 40만원 미만	8만원 이상 ~ 14만원 미만		10	20	30	40
40만원 이상 ~ 80만원 미만	14만원 이상 ~ 20만원 미만	10	20	30	40	50
80만원 이상 ~ 320만원 미만	20만원 이상 ~ 40만원 미만	20	30	40	50	60
320만원 이상 ~ 1,400만원 미만	40만원 이상 ~ 70만원 미만	30	40	50	60	70
1,400만원 이상 ~ 5,000만원 미만	70만원 이상 ~ 100만원 미만	40	50	60	70	80
5,000만원 이상	100만원 이상	50	60	70	80	90



## 비고

1. 월평균 부당금액은 조사대상 기간 동안 부당한 방법으로 공단에 요양급여 비용을 부담하게 한 금액과 부당하게 가입자 또는 피부양자에게 본인부담액을 부담하게 한 금액을 합산한 금액을 조사대상 기간의 개월 수로 나눈 금액으로 한다.
  2. 부당비율은 (총부당금액/요양급여비용 총액) × 100으로 산출한다.
  3. 요양급여비용 총액은 조사대상 기간에 해당되는 심사결정 총요양급여비용의 합산금액으로 한다. 다만, 요양급여비용의 심사청구가 없어 심사결정 총요양급여비용을 산출할 수 없는 경우에는 총부당금액을 요양급여비용 총액으로 본다.
  4. 부당비율이 5% 이상인 경우에는 초과 1%마다 업무정지기간을 3일씩 가산 하되, 소수점 이하의 부당비율은 1%로 본다.
- 나. 요양기관이 법 제97조제2항에 따른 관계 서류(컴퓨터 등 전산기록장치로 저장·보존하는 경우에는 그 전산기록을 포함한다. 이하 같다)의 제출명령을 위반하거나 거짓 보고를 하거나 거짓 서류를 제출하거나, 관계 공무원의 검사 또는 질문을 거부·방해 또는 기피하였을 때에는 업무정지기간을 1년으로 한다. 다만, 관계 서류 중 진료기록부, 투약기록, 진료비계산서 및 본인부담액 수납대장을 제외한 서류의 전부 또는 일부의 제출명령에 위반한 경우에는 업무정지기간을 180일로 한다.
- 다. 가목과 나목 모두에 해당되는 요양기관의 업무정지기간은 해당 기간을 합한 기간으로 한다. 다만, 업무정지기간을 합하는 경우에도 법 제98조제1항에 따른 기간을 넘을 수 없다.

## 2. 과징금 부과기준

- 가. 과징금은 업무정지기간이 10일인 경우에는 총부당금액의 2배, 업무정지기간이 10일을 초과하여 30일까지에 해당하는 경우에는 총부당금액의 3배, 30일을 초과하여 50일까지에 해당하는 경우에는 총부당금액의 4배, 업무정지기간이 50일을 초과하는 경우에는 총부당금액의 5배로 한다.
- 나. 요양기관이 과징금의 분할납부를 신청하는 경우 보건복지부장관은 12개월의 범위에서 과징금의 분할납부를 허용할 수 있다.



### 3. 가중처분

가. 법 제98조제1항·제5항 및 제99조제1항·제5항에 따라 업무정지 또는 과징금 처분을 받을 자가 위반사실이 확인된 날 전 5년 이내에 업무정지 또는 과징금 부과처분을 받은 사실이 있는 경우에는 해당 업무정지기간 또는 과징금의 2배에 해당하는 처분을 할 수 있다. 이 경우 업무정지기간은 1년을 넘을 수 없으며 과징금은 부당하게 부담하게 한 금액의 5배를 넘을 수 없다.

나. 가목에 따른 5년 이내의 기간 산정은 위반사실이 확인된 날부터 그 직전에 업무정지 또는 과징금 처분서를 송달받은 날까지로 한다.

### 4. 감경처분

위반행위의 동기·목적·정도 및 위반횟수 등을 고려하여 업무정지기간 또는 과징금 금액의 2분의 1 범위에서 감경할 수 있다. 다만, 속임수를 사용하여 공단·가입자 및 피부양자에게 요양급여비용을 부담하게 하였을 때에는 그러하지 아니하다.



[별표 7]

**과태료 부과기준 (제82조 관련)**

1. 일반기준

- 가. 위반행위의 횟수에 따른 과태료의 부과기준은 최근 1년간 같은 위반행위로 과태료 부과처분을 받은 경우에 적용한다. 이 경우 위반행위에 대하여 과태료 부과처분을 한 날과 다시 같은 위반행위를 적발한 날을 각각 기준으로 하여 위반횟수를 계산한다.
- 나. 보건복지부장관은 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제2호의 개별기준에 따른 과태료 금액의 2분의 1 범위에서 그 금액을 줄일 수 있다. 다만, 과태료를 체납하고 있는 위반행위자에 대해서는 그러하지 아니하다.
- 1) 위반행위자가 「질서위반행위규제법 시행령」 제2조의2제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우
  - 2) 위반행위가 사소한 부주의나 오류로 인한 것으로 인정되는 경우
  - 3) 위반행위자가 스스로 신고하였거나 조사에 협조하였다고 인정되는 경우
  - 4) 그 밖에 위반행위의 정도, 위반행위의 동기와 그 결과 등을 고려하여 과태료 금액을 줄일 필요가 있다고 인정되는 경우
- 다. 보건복지부장관은 위반행위의 정도, 위반행위의 동기와 그 결과 등을 고려하여 제2호에 따른 과태료 금액의 2분의 1 범위에서 그 금액을 늘릴 수 있다. 다만, 늘리는 경우에도 법 제119조에 따른 과태료 금액의 상한을 넘을 수 없다.



## 2. 개별기준

가. 법 제119조제1항 및 제2항에 따른 과태료의 부과기준

구 분	과태료 금액
1) 보험급여 비용이 50만원 미만인 경우	보험급여 비용의 100분의 20
2) 보험급여 비용이 50만원 이상 200만원 미만인 경우	보험급여 비용의 100분의 40
3) 보험급여 비용이 200만원 이상 600만원 미만인 경우	보험급여 비용의 100분의 60
4) 보험급여 비용이 600만원 이상 1,000만원 미만인 경우	보험급여 비용의 100분의 80
5) 보험급여 비용이 1,000만원 이상인 경우	보험급여 비용의 100분의 100

비고

1. 과태료 금액이 2,000원 미만인 경우에는 과태료를 징수하지 않는다.
2. 과태료 금액을 계산할 때에 100원 미만은 계산하지 않는다.

나. 법 제119조제3항 및 제4항에 따른 과태료의 부과기준

(단위 : 만원)

위반행위	근거 법조문	과태료 금액		
		1차 위반	2차 위반	3차 이상 위반
1) 사용자가 법 제7조를 위반하여 신고를 하지 않거나 거짓으로 신고한 경우	법 제119조제4항 제1호	30	60	100
2) 사용자, 직장가입자, 세대주, 요양	법 제119조제4항	30	60	100



위반행위	근거 법조문	과태료 금액		
		1차 위반	2차 위반	3차 이상 위반
기관, 보험급여를 받은 자 또는 대행청구단체가 정당한 사유 없이 법 제43조제1항·제2항, 제94조제1항·제2항, 제97조제1항·제3항·제4항 또는 제101조제2항에 따른 서류제출·의견진술·신고 또는 보고를 하지 않거나 거짓으로 진술·신고 또는 보고를 하거나 조사 또는 검사를 거부·방해 또는 기피한 경우	제2호 및 제3호			
3) 법 제98조제1항에 따른 업무정지 처분을 받았거나 업무정지 처분의 절차가 진행 중인 자가 같은 조 제4항을 위반하여 그 사실을 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인에 알리지 않은 경우	법 제119조제3항	500	500	500
4) 공단이나 심사평가원이 법 제103조에 따른 명령을 위반한 경우	법 제119조제4항 제4호	30	60	100
5) 법 제105조를 위반하여 공단이나 심사평가원이 아닌 자가 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원 또는 이와 유사한 명칭을 사용하거나 건강보험사업을 수행하는 자가 아닌 자가 보험계약 또는 보험계약의 명칭에 국민건강보험이라는 용어를 사용한 경우	법 제119조제4항 제5호	30	60	100



## □ 국민건강보험법 시행규칙

**제14조(본인부담액 경감 인정)** ①영 별표 2 제3호라목에 따라 본인부담액을 경감 받을 수 있는 요건을 갖춘 희귀난치성질환자등은 본인부담액 경감 인정을 받으려면 경감 인정 신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 특별자치도지사·시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 제출하여야 한다.

1. 영 별표 2 제3호라목에 따른 부양의무자와의 관계를 확인할 수 있는 가족관계 등록부의 증명서(세대별 주민등록표 등본으로 부양의무자와의 관계를 확인할 수 없는 경우만 해당한다)
2. 임대차계약서(주택을 임대하거나 임차하고 있는 사람만 해당한다)
3. 요양기관이 발급한 진단서 1부(영 별표 2 제3호라목에 따른 희귀난치성질환을 가진 사람 및 희귀난치성질환 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람만 해당한다)

②제1항에 따른 신청인의 가족, 친족, 이해관계인 또는 「사회복지사업법」 제14조에 따른 사회복지 전담공무원은 신청인이 신체적·정신적인 이유로 신청을 할 수 없는 경우에는 신청인을 대신하여 제1항에 따른 신청을 할 수 있다. 이 경우 다음 각 호의 구분에 따른 서류를 제시하거나 제출하여야 한다.

1. 신청인의 가족·친족 또는 이해관계인: 신청인과의 관계를 증명하는 서류
2. 사회복지 전담공무원: 공무원임을 증명하는 신분증

③제1항과 제2항에 따른 신청을 받은 특별자치도지사·시장·군수·구청장은 신청인이 제15조에 따른 기준에 해당하는지를 확인하여 부득이한 사유가 없으면 그 결과를 신청일부터 14일 이내에 공단에 통보하여야 한다.

④공단은 제3항에 따른 확인 결과를 통보받았을 때에는 부득이한 사유가 없으면 통보를 받은 날부터 15일 이내에 영 별표 2 제3호라목에 따른 인정 여부를 결정하여 그 결과를 신청인에게 통보하여야 한다.

⑤제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 본인부담액의 경감 인정 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정한다.

**제15조(본인부담액 경감 대상자의 기준)** 영 별표 2 제3호라목에 따른 소득인정액 산정의 기준이 되는 세대의 범위, 소득 및 재산의 범위, 소득인정액 산정방법 및 부양의무자가 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 경우의 구체적인 기준은 별표 5와 같다.



**제16조(요양급여비용의 본인부담)** 영 별표 2 제4호에 따라 본인이 요양급여비용을 부담하는 항목 및 부담률은 별표 6과 같다.

**제58조(서류의 보존)** ①요양기관은 가입자 또는 피부양자에게 요양급여를 한 경우에는 다음 각 호의 서류를 해당 요양급여가 끝난 날부터 5년 동안 보존하여야 한다. 다만, 제3호의 서류 중 처방전은 요양급여비용을 청구한 날부터 3년 동안 보존하여야 한다.

1. 요양급여비용 심사청구서 및 요양급여비용 명세서
2. 약제·치료재료, 그 밖의 요양급여의 구성 요소의 구입에 관한 서류
3. 개인별 투약기록 및 처방전(약국 및 한국회귀의약품센터의 경우만 해당한다)
4. 그 밖에 간호관리 등급료의 산정자료 등 요양급여비용 산정에 필요한 서류 및 이를 증명하는 서류
5. 제1호부터 제4호까지의 서류 등을 디스켓, 마그네틱테이프 등 전산기록장치를 이용하여 자기매체에 저장하고 있는 경우에는 해당 자료

②사용자는 건강보험에 관한 서류를 3년 동안 보존하여야 한다. 다만, 가입자의 건강검진에 관한 서류는 「산업안전보건법 시행규칙」 제107조에 따른 기간 동안 보존하여야 한다.

**제60조(행정처분 사실 등의 통지)** 법 제98조제4항에 따라 업무정지 처분을 받았거나 업무정지 처분의 절차가 진행 중인 자는 행정처분을 받은 사실 또는 행정처분절차가 진행 중인 사실을 「우편법 시행규칙」 제25조제1항제4호가목에 따른 내용증명으로 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인에 지체 없이 알려야 한다.



## □ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

**제4조(급여의 제한여부의 조회 등)** ①요양기관은 가입자등이 법 제53조제1항·제2항 또는 법 제58조제2항에 해당되는 것으로 판단되는 경우에도 요양급여를 실시하되, 지체없이 별지 제2호서식에 의한 급여제한여부조회서에 의하여 공단에 급여제한 여부를 조회하여야 한다. <개정 2012.8.31>

②제1항의 규정에 의하여 조회를 받은 공단은 7일 이내에 급여의 제한여부를 결정하여 당해 요양기관에 별지 제2호서식에 의한 급여제한여부결정통보서로 회신하여야 하며, 회신을 받은 요양기관은 제1항의 규정에 의하여 요양급여를 개시한날부터 소급하여 공단의 결정에 따라야 한다.

③제2항의 규정에 불구하고 회신이 있기 전에 요양급여가 종료되거나 회신 없이 7일이 경과된 때에는 공단이 당해 요양기관에 대하여 요양급여를 인정한 것으로 본다. 다만, 공단이 7일이 경과된 후에 급여제한을 결정하여 회신한 때에는 요양기관은 회신을 받은 날부터 공단의 결정에 따라야 한다.

④공단은 법 제53조제1항·제2항 또는 법 제58조제2항에 따라 요양급여를 제한하여야 함에도 불구하고 제3항의 규정에 의하여 요양급여를 받은 가입자등에 대하여는 법 제57조에 따라 부당이득에 해당되는 금액을 징수한다. <개정 2012.8.31>

⑤요양기관은 법 제53조제2항의 한도를 초과하여 요양급여를 행한 경우에는 그 날부터 7일 이내에 별지 제3호서식에 의한 요양급여적용통보서에 의하여 그 사실을 공단에 알려야 한다. <개정 2012.8.31>

**제5조(요양급여의 적용기준 및 방법)** ①요양기관은 가입자등에 대한 요양급여를 별표 1의 요양급여의 적용기준 및 방법에 의하여 실시하여야 한다.

②제1항의 규정에 의한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 조혈모세포이식 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 의약계·공단 및 건강보험심사평가원의 의견을 들어 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

③제2항의 규정에 불구하고 「국민건강보험법 시행령」(이하 “령”이라 한다) 별표 2 제3호마목에 따른 중증질환자(이하 “중증환자”라 한다)에게 처방·투여하는 약제중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 제5조의2의 규정에 의한 중증질환심의위원회의 심의를 거쳐 건강보험심사평가원장이 정하여 공고한다. 이 경우 건강보험심사평가원장



은 요양기관 및 가입자등이 해당 공고의 내용을 언제든지 열람할 수 있도록 관리하여야 한다. <신설 2005.10.11, 2008.3.3, 2010.3.19, 2012.8.31>

**제7조(요양급여비용 계산서·영수증의 발급 및 보존)** ①요양기관이 요양급여를 실시한 때에는 가입자등에게 다음 각호의 구분에 의한 계산서·영수증을 발급하여야 한다. 다만, 요양기관중 종합병원·병원·치과병원·한방병원 및 요양병원을 제외한 요양기관이 외래진료를 한 경우에는 별지 제12호서식의 간이 외래 진료비계산서·영수증을 발급할 수 있다.

1. 입원 및 외래진료의 경우(한방의 경우를 제외한다) : 별지 제6호서식 또는 별지 제7호서식의 진료비 계산서·영수증
2. 한방입원 및 한방외래진료의 경우 : 별지 제8호서식 또는 별지 제9호서식의 한방진료비 계산서·영수증
3. 약국 및 한국희귀의약품센터의 경우 : 별지 제10호서식 또는 별지 제11호서식의 약제비 계산서·영수증

②요양기관은 가입자등이 「소득세법」 제52조제1항제3호의 규정에 의한 의료비공제를 받기 위하여 당해 연도의 진료비 또는 약제비 납입내역의 확인을 요청한 경우에는 별지 제12호의2서식의 진료비(약제비) 납입확인서를 발급하여야 한다.

③요양기관은 가입자등이 제1항의 규정에 의한 계산서·영수증에 대하여 세부산정내역을 요구하는 경우에는 이를 제공하여야 한다. 다만, 가입자등이 제8조제3항의 규정에 의하여 질병군별로 하나의 포괄적인 행위로 고시된 요양급여를 받은 경우에는 별표 2 제6호의 규정에 의한 비급여대상과 「국민건강보험법 시행규칙」(이하 “규칙”이라 한다) 별표 6 제1호자목에 따른 요양급여비용의 본인부담항목에 한하여 세부내역을 제공하여야 한다. <개정 2001.12.31, 2002.10.24, 2003.11.10, 2005.10.11, 2012.8.31>

④요양기관이 요양급여를 행한 경우에는 제1항의 규정에 의한 계산서·영수증부분을 당해 요양급여가 종료된 날부터 5년간 보존하여야 한다. 다만, 요양기관이 별지 제13호서식에 의한 본인부담금수납대장을 작성하여 보존하는 경우에는 이를 계산서·영수증 부분에 갈음한다.

⑤제4항의 규정에 의한 계산서·영수증 부분 및 본인부담금수납대장은 「전자서명법」에 의한 공인전자서명이 기재된 전자문서로 작성·보존할 수 있다.



**제8조(요양급여의 범위 등)** ①법 제41조제2항에 따른 요양급여의 범위(이하 “요양급여대상”이라 한다)는 다음 각 호와 같다. <개정 2006.12.29, 2012.8.31>

1. 법 제41조제1항 각 호의 요양급여(약제를 제외한다) : 제9조에 따른 비급여대상을 제외한 일체의 것
2. 법 제41조제1항제2호의 요양급여(약제에 한한다) : 제11조의2, 제12조 및 제13조에 따라 요양급여대상으로 결정 또는 조정되어 고시된 것

②보건복지부장관은 제1항의 규정에 의한 요양급여대상을 급여목록표로 정하여 고시하되, 법 제41조제1항 각호에 규정된 요양급여행위(이하 “행위”라 한다), 약제 및 치료재료(법 제41조제1항제2호의 규정에 의하여 지급되는 약제 및 치료재료를 말한다. 이하 같다)로 구분하여 고시한다. 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양기관의 진료에 대하여는 행위·약제 및 치료재료를 묶어 1회 방문에 따른 행위로 정하여 고시할 수 있다. <개정 2001.12.31, 2008.3.3, 2010.3.19, 2012.8.31>

③보건복지부장관은 제2항의 규정에 불구하고 영 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 해당 질병군 별로 별표 2 제6호의 규정에 의한 비급여대상, 규칙 별표 5 제1호 사목중 이송처 치료 및 동호 아목(1)의 규정에 의한 요양급여비용의 본인부담항목을 제외한 모든 행위·약제 및 치료재료를 묶어 하나의 포괄적인 행위로 정하여 고시할 수 있다. <개정 2001.12.31, 2005.10.11, 2008.3.3, 2010.3.19, 2012.8.31>

④보건복지부장관은 제2항에도 불구하고 영 제21조제3항제1호에 따른 요양병원의 입원진료의 경우에는 제2항의 행위·약제 및 치료재료를 묶어 1일당 행위로 정하여 고시할 수 있다. 이 경우 1일당 행위에서 제외되는 항목은 보건복지부장관이 정하여 고시할 수 있다. <신설 2007.12.28, 2008.3.3, 2010.3.19, 2012.8.31>

⑤보건복지부장관은 제2항부터 제4항까지의 규정에 따라 요양급여대상을 고시함에 있어 행위 또는 하나의 포괄적인 행위의 경우에는 영 제21조제2항에 따른 요양급여의 상대가치점수를 함께 정하여 고시하여야 한다. <개정 2007.12.28, 2008.3.3, 2010.3.19, 2012.8.31>

**제9조(비급여대상)** ①법 제41조제3항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 “비급여대상”이라 한다)은 별표 2와 같다. <개정 2012.8.31>

②삭제 <2001.12.31>



[별표 1]

**요양급여의 적용기준 및 방법 (제5조제1항관련)**

**1. 요양급여의 일반원칙**

- 가. 요양급여는 가입자 등의 연령·성별·직업 및 심신상태 등의 특성을 고려하여 진료의 필요가 있다고 인정되는 경우에 정확한 진단을 토대로 하여 환자의 건강증진을 위하여 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법으로 실시하여야 한다.
- 나. 요양급여를 담당하는 의료인은 의학적 윤리를 견지하여 환자에게 심리적 건강효과를 주도록 노력하여야 하며, 요양상 필요한 사항이나 예방의학 및 공중보건에 관한 지식을 환자 또는 보호자에게 이해하기 쉽도록 적절하게 설명하고 지도하여야 한다.
- 다. 요양급여는 경제적으로 비용효과적인 방법으로 행하여야 한다.
- 라. 요양기관은 가입자 등의 요양급여에 필요한 적절한 인력·시설 및 장비를 유지하여야 한다. 이 경우 보건복지부장관은 인력·시설 및 장비의 적정기준을 정하여 고시할 수 있다.
- 마. 라목의 규정에 불구하고 가입자 등에 대한 최적의 요양급여를 실시하기 위하여 필요한 경우, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 바에 따라 다른 기관에 검사를 위탁하거나, 당해 요양기관에 소속되지 아니한 전문성이 뛰어난 의료인을 초빙하거나, 다른 요양기관에서 보유하고 있는 양질의 시설·인력 및 장비를 공동 활용할 수 있다.
- 바. 요양기관은 요양급여에 필요한 약제·치료재료를 직접 구입하여 가입자 등에게 지급하여야 한다. 다만, 다음의 1에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.
  - (1) 「약사법」 제23조제1항 본문에 따라 의사 또는 치과의사가 직접 약제를 조제할 수 없는 경우
  - (2) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 직접 약제를 조제할 수 있는 경우 중 보건복지부장관이 정하는 경우



사. 개설자가 동일한 요양기관은 동일가입자 등의 동일상병에 대하여 같은 날 외래로 요양급여를 중복하여 실시하여서는 아니된다. 이 경우 요양급여 중복의 범위는 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

아. 「의료급여법」에 따라 의료급여를 받는 자가 건강보험의 가입자 또는 피부양자로 자격이 변동된 경우 제5조제2항에 따라 요양급여의 기간 또는 인정 개수 등을 정하고 있는 행위·약제 및 치료재료에 대하여는 건강보험의 요양급여 내용과 의료급여의 수급 내용을 연계하여 적용한다.

## 2. 진찰·검사, 처치·수술 기타의 치료

가. 각종 검사를 포함한 진단 및 치료행위는 진료상 필요하다고 인정되는 경우에만 하여야 하며 연구의 목적으로 하여서는 아니된다.

나. 영 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우 그 입원진료 기간동안 행하는 것이 의학적으로 타당한 검사·처치 등의 진료행위는 당해 입원진료에 포함하여 행하여야 한다.

## 3. 약제의 지급

가. 처방·조제

(1) 영양공급·안정·운동 그 밖에 요양상 주의를 함으로써 치료효과를 얻을 수 있다고 인정되는 경우에는 의약품을 처방·투여하여서는 아니되며, 이에 관하여 적절하게 설명하고 지도하여야 한다.

(2) 의약품은 약사법령에 의하여 허가 또는 신고된 사항(효능·효과 및 용법·용량 등)의 범위 안에서 환자의 증상 등에 따라 필요·적절하게 처방·투여하여야 한다. 다만, 안전성·유효성 등에 관한 사항이 정하여져 있는 의약품 중 진료상 반드시 필요하다고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의약품의 경우에는 허가 또는 신고된 사항의 범위를 초과하여 처방·투여할 수 있으며, 중증환자에게 처방·투여하는 약제로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제의 경우에는 건강보험심사평가원장이 공고한 범위 안에서 처방·투여할 수 있다.

(3) 요양기관은 중증환자에 대한 약제의 처방·투여시 해당약제 및 처방·투여의 범위가 (2)의 허용범위에는 해당하지 아니하나 해당환자의 치료를 위하여



특히 필요한 경우에는 건강보험심사평가원장에게 해당약제의 품목명 및 처방·투여의 범위 등에 관한 자료를 제출한 후 건강보험심사평가원장이 중증질환심의위원회의 심의를 거쳐 인정하는 범위 안에서 처방·투여할 수 있다.

- (4) 제10조의2제3항의 규정에 의하여 식품의약품안전처장이 긴급한 도입이 필요하다고 인정한 품목의 경우에는 식품의약품안전처장이 인정한 범위 안에서 처방·투여하여야 한다.
- (5) 항생제·스테로이드제제 등 오남용의 폐해가 우려되는 의약품은 환자의 병력·투약력 등을 고려하여 신중하게 처방·투여하여야 한다.
- (6) 진료상 2품목 이상의 의약품을 병용하여 처방·투여하는 경우에는 1품목의 처방·투여로는 치료효과를 기대하기 어렵다고 의학적으로 인정되는 경우에 한한다.

#### 나. 주 사

- (1) 주사는 경구투약을 할 수 없는 경우, 경구투약시 위장장애 등의 부작용을 일으킬 염려가 있는 경우, 경구투약으로 치료효과를 기대할 수 없는 경우 또는 응급환자에게 신속한 치료효과를 기대할 필요가 있는 경우에 한한다.
- (2) 동일 효능의 내복약과 주사제는 병용하여 처방·투여하여서는 아니된다. 다만, 경구투약만으로는 치료효과를 기대할 수 없는 불가피한 경우에 한하여 병용하여 처방·투여할 수 있다.
- (3) 혼합주사는 치료효과를 높일 수 있다고 의학적으로 인정되는 경우에 한한다.
- (4) 당류제제·전해질제제·복합아미노산제제·혈액대용제·혈액 및 혈액성분제제의 주사는 의학적으로 특히 필요하다고 인정되는 경우에 한한다.

## 4. 치료재료의 지급

치료재료는 약사법 기타 다른 관계법령에 의하여 허가·신고 또는 인정된 사항(효능·효과 및 사용방법)의 범위 안에서 환자의 증상에 따라 의학적 판단에 의하여 필요·적절하게 사용한다. 다만, 안전성·유효성 등에 관한 사항이 정하여져 있는 치료재료 중 진료에 반드시 필요하다고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 치료재료의 경우에는 허가·신고 또는 인정된 사항(효능·효과 및 사용방법)의 범위를 초과하여 사용할 수 있다.



## 5. 예방·재활

재활 및 물리치료(이학요법)는 약물투여 또는 처치 및 수술 등에 의하여 치료 효과를 얻기 곤란한 경우로서 재활 및 물리치료(이학요법)가 보다 효과가 있다고 인정되는 경우에 행한다.

## 6. 입원

- 가. 입원은 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하며 단순한 피로회복·통원 불편 등을 이유로 입원지시를 하여서는 아니된다.
- 나. 퇴원은 의학적 타당성과 퇴원계획의 충분성 등을 신중하게 고려하여 적절한 시기에 행하여져야 한다.
- 다. 입원환자에 대한 식사는 환자의 치료에 적합한 수준에서 의료법령 및 식품 위생법령에서 정하는 기준에 맞게 위생적인 방법으로 제공하여야 한다.

## 7. 가정간호

가정간호는 진료상 퇴원 후 계속적인 치료와 관리가 필요한 경우에 의사 또는 한의사의 진단과 처방에 의하여 가정전문간호사가 실시하여야 한다.

## 8. 의료장비

- 가. 요양기관은 「의료기기법」 제2조제1항에 따른 의료기기를 사용할 경우 같은 법 제6조와 제14조에 따라 식품의약품안전처장의 제조 또는 수입 허가를 받거나 신고한 것에 한하여 그 허가 또는 신고된 범위에서 사용하여야 한다.
- 나. 요양기관은 진단용 방사선 발생장치를 사용할 경우 「의료법」 제37조제1항과 「진단용 방사선 발생장치의 안전관리에 관한 규칙」 제3조에 따라 시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다)에게 신고한 것에 한하여 사용하여야 하며, 「의료법」 제37조제2항과 「진단용 방사선 발생장치의 안전관리에 관한 규칙」 제4조 및 제8조에 따라 검사를 받지 아니하거나 검사결과 부적합 판정을 받은 진단용 방사선 발생장치를 사용하여서는 아니 된다.
- 다. 요양기관은 치료용 방사선 발생장치를 사용할 경우 「원자력법」 제65조에 따라 교육과학기술부장관의 사용허가를 받거나 신고 후 사용하여야 하며, 같은 법 제67조 및 제73조에 따른 검사를 받지 아니하거나 검사결과 부적합



관정을 받은 치료용 방사선 발생장치를 사용하여서는 아니 된다.

- 라. 요양기관은 특수의료장비를 사용할 경우 「의료법」 제38조제1항과 「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」 제2조에 따라 특별시장·광역시장·도지사 또는 특별자치도지사에게 등록된 것만을 사용하여야 하며, 「의료법」 제38조제2항·제3항과 「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」 제5조 및 제7조에 따라 검사를 받지 아니하거나 검사결과 부적합 관정을 받은 특수의료장비를 사용하여서는 아니 된다.
- 마. 요양기관은 그 밖에 다른 법령에서 정하고 있는 의료장비를 사용할 경우 해당 법령에서 정하고 있는 의료장비의 사용기준에 맞게 사용하여야 한다.
- 바. 가목부터 라목까지의 규정에도 불구하고 안전성·유효성 등에 관한 사항이 정하여져 있는 의료장비 중 진료에 반드시 필요하다고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료장비의 경우에는 관계 법령상의 허가 또는 신고된 범위를 초과하여 사용할 수 있다.
- 사. 「국민건강보험법 시행규칙」 제12조제1항 및 제2항에 따라 의료장비의 현황을 신고받은 건강보험심사평가원장은 해당 의료장비의 제조·수입업체, 품목, 제조연월 등 의료장비의 품질 관리 및 이력 관리에 필요한 사항을 식별부호화하여 관리할 수 있다. 이 경우 식별부호화의 방법 및 절차에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.



[별표 2]

비급여대상 (제9조제1항관련)

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
  - 가. 단순한 피로 또는 권태
  - 나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·탈기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
  - 다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
  - 라. 단순 코골음
  - 마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
  - 바. 검열반 등 안과질환
  - 사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환
  
2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
  - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(용비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
  - 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
  - 다. <삭제>
  - 라. 저작 또는 발음기능개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 악안면 교정술 및 교정치료
  - 마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
  - 바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
  - 사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료



3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
- 가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제47조의 규정에 의하여 공단이 가입자 등에게 실시하는 건강검진 제외)
  - 나. 예방접종(과상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
  - 다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강 보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거
  - 라. 불소국소도포, 치면열구전색(치아홈메우기) 등 치아우식증 예방을 위한 진료. 다만, 18세 이하의 치아우식증에 이환되지 않은 순수 건전치아인 제1큰어금니 또는 제2큰어금니에 대한 치면열구전색(치아홈메우기)은 제외한다.
  - 마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료
  - 바. 유전성질환 등 태아의 이상유무를 진단하기 위한 세포유전학적검사
  - 사. 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료
  - 아. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료
4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여 원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료
- 가. 가입자 등이 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상(이하 “상급병상”이라 한다)을 이용함에 따라 영 제24조제2항 및 제8조제4항의 규정에 의하여 고시한 상대 가치점수로 산정한 입원료(이하 “기본입원료”라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
    - (1) 의료법령에 따라 허가를 받거나 신고한 병상 중 기본입원료만 산정하는 일반병상(이하 “일반병상”이라 한다)을 다음의 구분에 따른 비율 이상을 확보하여 운영하는 경우. 다만, 규칙 제12조제3항 또는 제4항에 따라 제출한 요양기관현황통보서 또는 요양기관변경통보서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다.



(가) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관과 같은 항 제2호에 따른 병원급 의료기관(종합병원 및 상급종합병원은 제외한다): 50퍼센트

(나) 「의료법」 제3조제2항제3호마목에 따른 종합병원(상급종합병원을 포함한다): 70퍼센트

(2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우

나. 삭제 <2006.5.19>

다. 법 제46조에 의하여 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구

라. 보조생식술(체내·체외인공수정 포함)시 소요된 비용

마. 친자확인을 위한 진단

바. 75세 이상의 완전틀니[레진(resin)을 재료로 한 것만 해당한다]를 제외한 치과의 보철(보철재료 및 기공료 등 포함)

사. 및 아. 삭제 <2002.10.24>

아. 이 규칙 제8조의 규정에 의하여 보건복지부장관이 고시한 약제에 관한 급여 목록표에서 정한 일반의약품으로서 「약사법」 제23조에 따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제

자. 삭제 <2006.12.29>

차. 「의료법」 제46조에 따른 선택진료를 받는 경우에 선택진료에 관한 규칙에 따라 추가되는 비용

카. 「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용

타. 「마약류 관리에 관한 법률」 제40조에 따른 마약류중독자의 치료보호에 소요되는 비용

파. 이 규칙 제11조제1항 또는 제13조제1항의 규정에 의하여 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 신의료기술 등. 다만, 제11조제4항 또는 제13조제1항 후단의 규정에 의하여 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 신의료기술 등을 제외한다.

하. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료



5. 삭제 <2006.12.29>
6. 영 별표 2 제2호의 규정에 의하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호 사목, 제3호 사목, 제4호거목은 다음 각목에서 정하는 경우에 한한다.
  - 가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료
  - 나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제
7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우
  - 가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법
  - 나. 한약첩약 및 기상한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제
8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우. 다만, 제5조제3항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험 심사평가원장의 공고에 따른다.



## □ 의료급여법

**제3조(수급권자)** ① 이 법에 따른 수급권자는 다음 각 호와 같다.

1. 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급자
2. 「재해구호법」에 따른 이재민으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
3. 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료급여를 받는 사람
4. 「입양특례법」에 따라 국내에 입양된 18세 미만의 아동
5. 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」의 적용을 받고 있는 사람과 그 가족으로서 국가보훈처장이 의료급여가 필요하다고 추천한 사람 중에서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
6. 「문화재보호법」에 따라 지정된 중요무형문화재의 보유자(명예보유자를 포함한다)와 그 가족으로서 문화재청장이 의료급여가 필요하다고 추천한 사람 중에서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
7. 「북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률」의 적용을 받고 있는 사람과 그 가족으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
8. 「5·18민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」 제8조에 따라 보상금등을 받은 사람과 그 가족으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
9. 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」에 따른 노숙인 등으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
10. 그 밖에 생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 사람으로서 대통령령으로 정하는 사람

② 제1항제2호 및 제5호부터 제9호까지의 규정에 따른 수급권자의 인정 기준 등에 관한 사항은 보건복지부장관이 정하는 바에 따른다.

③ 제1항에 따른 수급권자에 대한 의료급여의 내용과 기준은 대통령령으로 정하는 바에 따라 구분하여 달리 정할 수 있다.

④ 제1항에 따른 수급권자에 대한 의료급여의 개시일 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

**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

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

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

**제9조(의료급여기관)** ①의료급여는 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 한국회귀의약품센터

②의료급여기관은 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

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

④특별시장·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 업무를 위탁받은 전문기관(이하 “급여비용심사기관”이라 한다)
2. 제33조제2항에 따라 급여비용의 지급업무를 위탁받은 전문기관(이하 “급여비용지급기관”이라 한다)

⑤제2항제3호에 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.

**제11조의2(서류의 보존)** ①의료급여기관은 의료급여가 끝난 날부터 5년간 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 제11조에 따른 급여비용의 청구에 관한 서류를 보존하여야 한다.

②제1항에도 불구하고 약국 등 보건복지부령으로 정하는 의료급여기관은 처방전을 급여비용을 청구한 날부터 3년간 보존하여야 한다.

**제15조(의료급여의 제한)** ①시장·군수·구청장은 수급권자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다. 다만, 보건복지부장관이 의료급여를 할 필요가 있다고 인정하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 수급권자가 자신의 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으켜 의료급여가 필요하게 된 경우
2. 수급권자가 정당한 이유 없이 이 법의 규정이나 의료급여기관의 진료에 관한 지시에 따르지 아니한 경우



②의료급여기관은 수급권자가 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 수급권자의 거주지를 관할하는 시장·군수·구청장에게 알려야 한다.

**제17조(의료급여의 중지 등)** ①시장·군수·구청장은 수급권자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 의료급여를 중지하여야 한다.

1. 수급권자에 대한 의료급여가 필요 없게 된 경우
2. 수급권자가 의료급여를 거부한 경우

②시장·군수·구청장은 수급권자가 의료급여를 거부한 경우에는 수급권자가 속한 가구원 전부에 대하여 의료급여를 중지하여야 하며, 의료급여가 중지된 가구에 대하여는 그 해에 다시 의료급여를 하지 아니한다.

③시장·군수·구청장은 제1항에 따라 의료급여를 중지하였을 때에는 서면으로 그 이유를 밝혀 수급권자에게 알려야 한다.

**제23조(부당이득의 징수)** ①시장·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.

②시장·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.

③시장·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 대여받아 개설·운영하는 약국

④시장·군수·구청장은 의료급여기관이 속임수나 그 밖의 부정한 방법으로 수



급권자로부터 급여비용을 받았을 때에는 그 의료급여기관으로부터 해당 급여비용을 징수하여 수급권자에게 지체 없이 지급하여야 한다.

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

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

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

⑧제1항 및 제2항에 따른 부당이득금 납부의무자가 거주지를 이전한 경우 부당이득금의 징수 및 징수한 부당이득금의 처리에 관하여는 제21조제2항 및 제3항을 준용한다. 이 경우 “상환의무자”는 “부당이득금 납부의무자”로, “상환”은 “납부”로, “대지급금”은 “부당이득금”으로 본다.

**제28조(의료급여기관의 업무정지 등)** ①보건복지부장관은 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

②보건복지부장관은 제3차 의료급여기관이 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 지정을 취소할 수 있다.

③보건복지부장관은 제2항에 따라 지정취소처분을 받은 제3차 의료급여기관을 그 지정을 취소한 날부터 1년 이내에는 제3차 의료급여기관으로 다시 지정할 수 없다.

④제1항에 따라 업무정지처분을 받은 자는 해당 업무정지기간 중에는 의료급여를 하지 못한다.

⑤보건복지부장관은 제1항 및 제2항에 따른 처분을 한 경우에는 보건복지부령으



로 정하는 바에 따라 그 사실을 급여비용심사기관 및 급여비용지급기관에 알려야 한다.

⑥제1항에 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.

⑦제1항에 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.

⑧제1항 및 제2항에 따른 행정처분의 기준 등은 대통령령으로 정한다.

[시행일 : 2013.12.13] 제28조제6항, 제28조제7항

**제29조(과징금 등)** ①보건복지부장관은 의료급여기관이 제28조제1항제1호의 규정에 해당하여 업무정지처분을 하여야 하는 경우로서 그 업무정지가 수급권자에게 심한 불편을 주거나 그 밖의 특별한 사유가 있다고 인정되는 때에는 그 업무정지처분에 갈음하여 속임수 그 밖의 부당한 방법으로 부담하게 한 급여비용의 5배 이하의 금액을 과징금으로 부과·징수할 수 있다.

②제1항의 규정에 의한 과징금을 부과하는 위반행위의 종별·정도등에 따른 과징금의 금액 그 밖의 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

③보건복지부장관은 제1항의 규정에 의한 과징금을 납부하여야 할 자가 납부기한까지 이를 납부하지 아니한 때에는 국세체납처분의 예에 따라 이를 징수할 수 있다. 다만, 시·도지사에게 권한이 위임된 때에는 시·도지사가 지방세체납처분의 예에 따라 이를 징수할 수 있다.

**제31조(소멸시효)** ①다음 각 호의 권리는 3년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성된다.

1. 의료급여를 받을 권리
2. 급여비용을 받을 권리



### 3. 대지급금을 상환받을 권리

②제1항에 따른 시효는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 중단된다.

1. 급여비용의 청구
2. 대지급금에 대한 납입의 고지 및 독촉

③소멸시효 및 시효중단에 관하여 이 법에서 정한 사항 외에는 「민법」에 따른다.

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

②보건복지부장관은 의료급여기관(제12조에 따라 의료급여를 실시한 기관을 포함한다) 및 제11조제5항에 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.

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

④제2항 및 제3항에 따라 질문 또는 조사를 하는 소속 공무원은 그 권한을 표시하는 증표를 지니고 이를 관계인에게 보여주어야 한다.

**제35조(벌칙)** ① 제3조의3제3항에 따라 준용되는 「국민기초생활 보장법」 제23조의2제6항을 위반하여 금융정보를 사용·제공 또는 누설한 사람은 5년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

②대행청구단체의 종사자로서 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 급여비용을 청구한 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

③다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 3년 이하의 징역 또는 2천만원 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. 제3조의3제3항에 따라 준용되는 「국민기초생활 보장법」 제23조의2제6항을 위



반하여 신용정보 또는 보험정보를 사용·제공 또는 누설한 사람

④다음 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. 제11조제5항에 따른 대행정구단체가 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

⑤정당한 이유 없이 제32조제2항에 따른 보고 또는 서류제출을 하지 아니하거나 거짓으로 보고하거나 거짓 자료를 제출하거나 검사를 거부·방해 또는 기피한 사람은 1천만원 이하의 벌금에 처한다. [시행일 : 2013.12.13] 제35조제1항, 제35조제3항

**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 게을리하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

**제37조(과태료)** ①제28조제7항을 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.

②다음 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

③제1항 및 제2항에 따른 과태료는 대통령령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관이 부과·징수한다. [시행일 : 2013.12.13] 제37조제1항, 제37조제3항



## □ 의료급여법 시행령

**제2조(수급권자)** 「의료급여법」(이하 “법”이라 한다) 제3조제1항제10호에서 “대통령령이 정하는 자”란 법 제3조제1항제1호부터 제9호까지의 규정에 해당하는 사람과 유사한 사람으로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 중 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정하는 사람을 말한다. <개정 2010.3.15, 2012.6.7>

1. 일정한 거소가 없는 사람으로서 경찰관서에서 무연고자로 확인된 사람
2. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사람

**제3조(수급권자의 구분)** ①수급권자는 법 제3조제2항의 규정에 의하여 1종수급권자와 2종수급권자로 구분한다.

②1종수급권자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다. <개정 2003.1.2, 2003.12.30, 2004.12.30, 2005.7.5, 2008.2.19, 2008.2.29, 2009.2.6, 2009.12.31, 2010.3.15, 2012.6.7>

1. 법 제3조제1항제1호에 따른 「국민기초생활 보장법」에 의한 수급자중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자

가. 다음 각 항목의 어느 하나에 해당하는 자 또는 근로능력이 없거나 근로가 곤란하다고 인정하여 보건복지부장관이 정하는 자만으로 구성된 세대의 구성원

- (1) 18세 미만인 자
- (2) 65세 이상인 자
- (3) 「장애인고용촉진 및 직업재활법」 제2조제2호에 해당하는 중증장애인
- (4) 「국민기초생활 보장법 시행령」 제7조제1항제2호에 해당하는 자
- (5) 임신 중에 있거나 분만 후 6개월 미만의 여자
- (6) 「병역법」에 의한 병역의무를 이행중인 자

나. 「국민기초생활 보장법 시행령」 제38조의 규정에 의한 보장시설에서 급여를 받고 있는 자

다. 「국민기초생활 보장법」 제5조제2항의 규정에 해당하는 자로서 보건복지부장관이 인정하는 자

라. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성질환을 가진 자가 속한 세대의 구성원



2. 법 제3조제1항제2호부터 제9호까지의 규정에 해당하는 자
  3. 제2조제1호에 해당하는 수급권자
  4. 제2조제2호에 해당하는 자로서 보건복지부장관이 1종의료급여가 필요하다고 인정하는 자
- ③2종수급권자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.
1. 법 제3조제1항제1호의 규정에 해당하는 자중 제2항제1호에 해당하지 아니하는 자
  2. 삭제 <2009.2.6>
  3. 제2조제2호에 해당하는 자로서 보건복지부장관이 2종의료급여가 필요하다고 인정하는 자

**제12조(의료급여기관에서 제외되는 의료기관 등)** ①법 제9조제1항 각 호 외의 부분 후단에 따라 보건복지부장관이 의료급여기관에서 제외할 수 있는 의료기관 등은 다음 각 호와 같다.

1. 「의료법」 제35조에 따라 개설된 부속의료기관
  2. 「의료법」 제66조 또는 「약사법」 제79조제2항에 따른 면허자격정지처분을 5년 동안에 2회 이상 받은 의료인 또는 약사가 개설·운영하는 의료기관 또는 약국
  3. 법 제28조 또는 법 제29조의 규정에 의한 업무정지 또는 과징금 처분을 5년 동안에 2회 이상 받은 의료기관 또는 약국
  4. 법 제28조의 규정에 의한 업무정지처분의 절차가 진행중이거나 업무정지처분을 받은 의료급여기관의 개설자가 개설한 의료기관 또는 약국
- ②의료급여기관에서 제외되는 기간은 제1항제2호 및 제3호의 경우에는 1년 이하로 하고, 제1항제4호의 경우에는 업무정지처분이 끝나는 날까지로 한다.

**제13조(급여비용의 부담)** ①법 제10조의 규정에 의하여 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표와 같다.

1. 삭제 <2005.7.5>
  2. 삭제 <2005.7.5>
- ② 삭제 <2005.7.5>
- ③제1항의 규정에 불구하고 법 제15조제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정



하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다.

④제1항의 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.

⑤제4항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 제1호 라목 및 제2호마목에 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. <개정 2004.6.29, 2007.2.28, 2008.2.29, 2010.3.15, 2012.6.7>

1. 1종수급권자 : 2만원
2. 2종수급권자 : 20만원

⑥급여대상 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 : 매 6개월간 60만원

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



## □ 의료급여법 시행규칙

**제6조(의료급여의 적용기준 및 방법)** ① 의료급여의 적용기준 및 방법은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제2항·제3항 및 별표 1(제2호나목은 제외한다)에 따른다.

② 「국민건강보험법」 제5조에 따른 건강보험 가입자 또는 피부양자에서 의료급여 수급권자로 자격이 변동된 자에 대하여 제1항에 따른 기준을 적용하는 때에는 의료급여의 기간 또는 인정개수 등을 정하고 있는 행위·약제 및 치료재료에 대한 건강보험의 요양급여 내용과 의료급여의 수급내용을 연계하여 적용한다.

**제7조(의료급여비용계산서의 발급 및 보존)** ① 의료급여기관이 의료급여를 행한 경우(본인부담금이 없는 경우를 포함한다)에는 수급권자에게 의료급여비용계산서를 발급하여야 한다. 이 경우 의료급여비용계산서의 서식은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제7조제1항의 규정에 의한 계산서에 의한다.

② 의료급여기관은 수급권자가 제1항의 규정에 의한 계산서에 대하여 세부산정내역을 요구하는 경우에는 이를 제공하여야 한다.

**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 비급여대상을 제외한 일체의 것
2. 법 제7조제1항제2호의 의료급여(약제에 한한다) : 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조의2, 제12조 및 제13조에 따라 요양급여대상으로 결정 또는 조정되어 고시된 것

② 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제2항 및 제4항은 의료급여대상에 관하여 이를 준용한다.

**제11조(서류의 보존)** ① 의료급여기관이 법 제11조의2제1항에 따라 5년간 보존하여야 하는 서류는 다음 각 호와 같다.

1. 제7조제1항의 규정에 의한 의료급여비용계산서부분 또는 별지 제5호서식의 본인부담금수납대장



2. 제20조의 규정에 의한 의료급여비용심사청구서 및 의료급여비용명세서
3. 약제 및 치료재료 그밖에 의료급여 구성요소의 구입에 관한 서류
4. 개인별 투약기록
5. 그밖에 간호관리등급료의 산정자료 등 급여비용의 산정에 필요한 서류 및 이를 증명하는 서류
6. 제1호 내지 제5호의 서류를 전산기록장치에 의하여 디스켓·마그네틱 테이프 등 자기매체에 저장하고 있는 경우에는 동 자료
  - ② 제22조의 규정에 의하여 전자문서교환방식에 의한 경우에는 제1항제2호의 서류에 갈음하여 전자문서로 이를 보존할 수 있다.
  - ③ 법 제11조의2제2항에서 “보건복지부령이 정하는 의료급여기관”이라 함은 「약사법」에 따라 등록된 약국을 말한다.

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

**제19조의2(본인부담금의 일부지급)** ① 수급권자는 영 제13조제5항의 규정에 의한 본인부담금의 초과금액을 지급받고자 하는 때에는 별지 제11호의2서식의 청구서에 당해 의료급여기관에서 발행한 본인부담금 영수증 사본 1부를 첨부하여 시장·군수·구청장에게 제출하여야 한다.

② 시장·군수·구청장은 제1항의 규정에 의한 지급청구를 받은 때에는 지체없이 지급대상 여부 및 대상금액을 확인한 후 이를 지급하여야 한다.

③ 시장·군수·구청장은 공단의 의료급여비용에 관한 자료를 확인하여 지급청구를 하지 아니한 수급권자가 있는 경우에는 보건복지부장관이 정하는 절차에 따라 본인부담금의 초과금액을 수급권자에게 지급하고, 계좌불명 등의 사유로 지급이 불가능한 경우에는 해당 수급권자에게 제1항의 규정에 의한 지급청구를 하도록 알려야 한다.

**제19조의3(본인부담금의 초과금액 지급)** ① 수급권자는 영 제13조제7항의 규정에 의한 기금부담분의 초과금액을 지급받고자 하는 때에는 별지 제11호의3서식의 청구서에 당해 의료급여기관에서 발행한 본인부담금 영수증 사본 1부를 첨부하여 시장·군수·구청장에게 제출하여야 한다.



②제19조의2제2항 및 제3항의 규정은 기금부담분의 초과금액 지급에 관하여 이를 준용한다.

**제19조의4(급여비용의 본인부담금 면제대상 등)** ①영 별표 제1호다목(6)에서 “보건복지부령으로 정하는 자”란 다음 각 호의 자를 말한다. <개정 2008.2.28, 2008.3.3, 2008.11.26, 2010.3.19, 2012.11.21>

1. 「의료법」 제33조제1항제4호에 따라 가정간호를 받고 있는 자
2. 장기(신장, 간장, 심장, 췌장)이식환자로서 의료급여기관에서 외래진료를 받고 있는 자 및 그 의료급여기관에서 교부한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 자
3. 제8조의3제3항 및 제5항에 따라 선택의료급여기관을 이용하는 자로서 별표 1에 따라 선택의료급여기관에서 외래진료를 받고 있는 자 및 그 선택의료급여기관에서 교부한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 자

②제1항에 불구하고 제1항제3호에 따라 선택의료급여기관을 이용하는 자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 영 별표 제1호다목 단서에 따라 기금에서 부담하는 급여비용을 제외한 비용을 본인이 부담한다.

1. 별표 1 제1호다목에 따라 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관에서 외래진료를 받거나 그 의료급여기관에서 교부한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우
2. 별표 1 제1호라목에 따라 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관에서 외래진료를 받거나 그 의료급여기관에서 교부한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우



[별표 3] <개정 2010.2.26>

**업무정지처분 및 과징금부과의 기준 (제33조관련)**

**1. 업무정지처분기준**

가. 의료급여기관이 속임수 그밖의 부당한 방법으로 수급권자 및 그 부양의무자 또는 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 한 때

(단위 : 일)

월 평균 부당금액		부당비율				
의료기관·약국·보건소·보건지소·보건진료소	보건의료원	0.5% 이상 1% 미만	1% 이상 2% 미만	2% 이상 3% 미만	3% 이상 4% 미만	4% 이상 5% 미만
15만원 이상 - 25만원 미만	5만원 이상 - 8만원 미만	-	-	10	20	30
25만원 이상 - 40만원 미만	8만원 이상 - 14만원 미만	-	10	20	30	40
40만원 이상 - 80만원 미만	14만원 이상 - 20만원 미만	10	20	30	40	50
80만원 이상 - 320만원 미만	20만원 이상 - 40만원 미만	20	30	40	50	60
320만원 이상 - 1,400만원 미만	40만원 이상 - 70만원 미만	30	40	50	60	70
1,400만원 이상 - 5,000만원 미만	70만원 이상 - 100만원 미만	40	50	60	70	80
5,000만원 이상	100만원 이상	50	60	70	80	90

비 고

1. 월평균 부당금액은 총부당금액(조사대상기간동안 부당한 방법으로 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 한 금액과 부당하게 수급권자 및 그 부양의무자



에게 본인부담금을 부담하게 한 금액을 합산한 금액)을 조사대상기간의 월수로 나누는 금액으로 한다.

2. 부담비율(%)은 (총부담금액/급여비용총액)×100으로 산출한다.
3. 급여비용총액은 조사대상기간에 해당되는 심사결정 총급여비용의 합산금액으로 한다.
4. 부담비율이 5%이상인 경우에는 초과 1%마다 업무정지기간을 3일씩 가산하되, 그 부담비율의 소수점이하는 1%로 본다.
  - 나. 의료급여기관이 법 제32조제2항에 따른 보고 명령 또는 관계 서류(컴퓨터 등 전산기록장치에 의하여 저장·보존하는 경우에는 그 전산기록을 포함한다. 이하 같다)의 제출명령에 위반하거나 거짓 보고를 하거나 관계공무원의 질문 또는 검사를 거부·방해 또는 기피한 때에는 업무정지기간을 1년으로 한다. 다만, 관계서류중 진료기록부, 투약기록, 의료급여비용계산서 및 본인 부담금수납대장을 제외한 서류의 전부 또는 일부의 제출명령에 위반한 경우에는 업무정지기간을 180일로 한다.
  - 다. 가목 및 나목의 처분 모두에 해당되는 의료급여기관의 업무정지기간은 해당 기간을 합산한 기간으로 한다.

## 2. 과징금부과기준

- 가. 과징금은 업무정지기간이 10일인 경우에는 총 부담금액의 2배, 10일을 초과하여 30일까지에 해당하는 경우에는 총 부담금액의 3배, 30일을 초과하여 50일까지에 해당하는 경우에는 총 부담금액의 4배, 50일을 초과하는 경우에는 총 부담금액의 5배로 한다.
- 나. 의료급여기관이 과징금의 분할납부를 신청하는 경우 시·도지사는 12월의 범위 내에서 과징금의 분할납부를 허용할 수 있다.

## 3. 처분의 감경·가중 기준

- 가. 위반행위의 동기·목적·정도 및 위반횟수 등을 고려하여 업무정지기간 또는 과징금 금액의 2분의 1 범위에서 감경할 수 있다. 다만, 관련 서류를 위조·변조하여 거짓으로 수급권자 및 부양의무자 또는 시장·군수·구청장에게 의료급여비용을 부담하게 한 때에는 그러하지 아니하다.



나. 법 제28조제1항 및 법 제29조제1항에 따라 업무정지 또는 과징금처분을 받을 자가 위반사실이 확인된 날 이전 5년 내(위반사실이 확인된 날로부터 그 직전에 업무정지 또는 과징금처분서를 송달받은 날까지를 말한다)에 업무정지 또는 과징금처분을 받은 사실이 있는 경우에는 제1호의 업무정지 기간 또는 과징금의 2배에 해당하는 처분을 할 수 있다. 이 경우 업무정지 기간은 1년을 초과할 수 없으며, 과징금은 부당하게 부담하게 한 금액의 5배를 초과할 수 없다.

#### 4. 제3차의료급여기관의 지정취소기준

제3차의료급여기관이 업무정지처분에 해당하는 위반행위가 있는 날이전 최근 5년간 2회의 업무정지처분을 받은 후 3회째 업무정지처분사유에 해당되거나 최근 5년간의 업무정지기간을 합한 기간이 1년을 초과하는 경우에는 그 지정을 취소한다.



# MEMO



# MEMO



# MEMO

