

도 서 발 간 번 호

G000EH8-2019-123

www.hira.or.kr



2019. 12.

의료급여 청구 부당사례 모음집



건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

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

CONTENTS



PART 1 현지조사

1. 현지조사 개요	7
2. 조사대상 기관 선정 과정	9
3. 현지조사 업무절차	10
4. 부당청구	11
5. 거짓청구	13
6. 조사 결과에 따른 처분	15

PART 2 현지조사 사례

1. 거짓청구	21
2. 부당청구	25
3. 본인부담금 과다징수	46

PART 3 부록

1. 행정처분 및 과징금 부과 기준	51
2. 업무정지처분에 갈음한 과징금 적용기준	54

참고자료

•• 의료급여기관 현지조사 관련 법령	63
•• 보장기관(시·군·구)의 현지조사 의뢰 세부기준 및 절차	82

의료급여 청구 부당사례 모음집

PART
01

⋮

현지조사

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

⋮



1

현지조사 개요

□ 현지조사 정의

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

□ 현지조사 목적

- ◆ 보건복지부장관은 의료급여기관의 의료급여사항 등에 관하여 현지조사를 통해 지도·감독함으로써
 - 의료급여기관의 건전한 의료급여비용 청구 풍토 조성 및 적정진료를 유도
 - 건전한 의료급여 수급권자 및 의료공급자를 보호
 - 불필요한 의료급여 재정 누수 방지

□ 현지조사의 법적 근거

의료급여법

- 제32조(보고 및 검사)
- 제23조(부당이득의 징수), 제28조(의료급여기관의 업무정지 등), 제29조(과징금 등)
- 제35조(벌칙), 제36조(양벌규정), 제37조(과태료)
- 동법 시행령 제16조의2(행정처분의 기준), 제16조의4(과징금의 부과기준), 제18조(검사업무의 지원)

국민건강보험법

- 제97조(보고와 검사)
- 제57조(부당이득의 징수), 제98조(업무정지), 제99조(과징금) 및 동법 시행령 제70조(행정처분기준)
- 제100조(위반사실의 공표)
- 제115조(벌칙), 제116조(벌칙), 제117조(벌칙), 제118조(양벌 규정), 제119조(과태료)

복지부 고시

- 제2018-222호(요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형)



▣ 현지조사의 방법

◆ 서면조사

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

◆ 현장조사

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

▣ 현지조사의 유형

◆ 정기조사

- 지표점검기관, 외부의뢰기관 등 부당청구 개연성이 높다고 판단되는 의료급여기관에 대해 실시하는 일반적, 통상적 현지조사
 - **지표점검기관:** 청구경향통보제, 부당청구감지시스템 및 본인부담금 과다징수 다발생 기관 등에 의해 부당청구 개연성이 높다고 판단되는 의료급여기관
 - **외부의뢰기관:** 건강보험심사평가원, 보장기관(시·군·구) 및 국민건강보험공단의 급여사후관리, 민원제보 및 타 행정기관의 수사 등의 과정에서 의료급여비용의 부당 청구가 확인되거나 인지되어 의료급여내역 전반에 대해 행정조사를 실시할 필요가 있다고 판단되는 의료급여기관

◆ 기획조사

- 의료급여제도 개선 및 올바른 청구문화 정착을 위해 제도 운영상 개선이 필요한 분야 또는 사회적 문제가 제기된 분야에 대해 실시하는 현지조사
 - ※ 기획조사 실시 전 조사 분야 및 조사 시기 사전 예고

◆ 긴급조사

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

◆ 이행실태조사

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



2

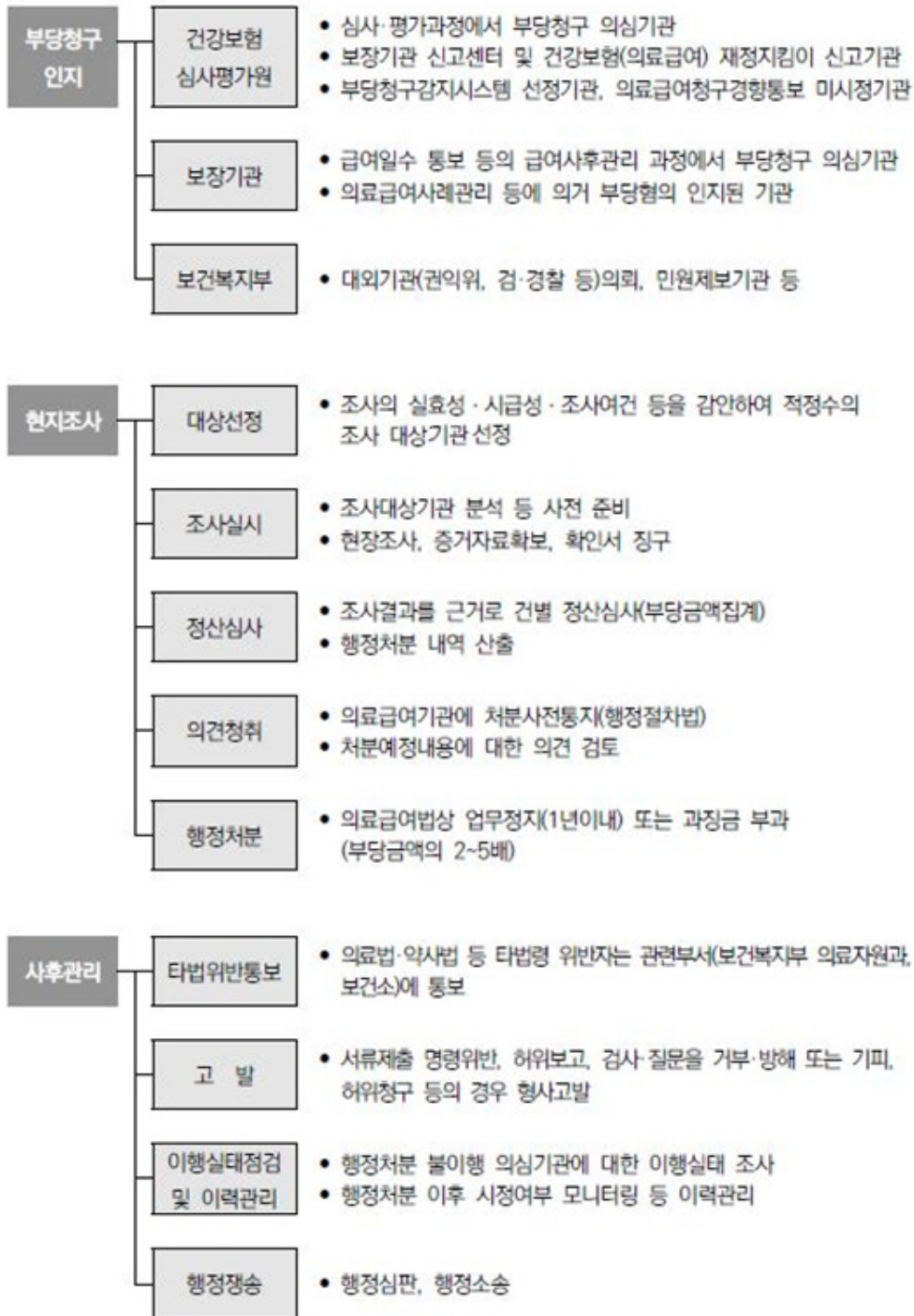
조사대상 기관 선정 과정

현지조사 대상기관 선정 흐름도





3 현지조사 업무절차



4

부당청구

□ 개념

- ◆ 의료급여(건강보험)법령에서는 ‘속임수나 그 밖의 부당한 방법’이라 표현하고 있는데 통상 법령에서 사용하는 ‘부당’의 의미는 속임수를 쓰는 등 적극적으로 법질서를 위반하는 행위 뿐만 아니라 소극적으로 법령상의 기준을 위반하는 행위까지 포함하고 있습니다.
- ◆ 법령상 기준위반은 의료급여(건강보험)법령에서 정한 의료급여기준, 진료수가기준을 위반하여 의료(요양)급여를 실시하고 그 비용을 청구하는 것으로, 청구자의 고의·과실 여부는 고려하지 않고 객관적 위반 사실이 있었을 경우 부당청구로 인정하고 있습니다.

【관계규정】

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



같은하여 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 부담하게 한 급여비용의 5배 이하의 금액을 과징금으로 부과·징수할 수 있다. 이 경우 보건복지부장관은 12개월의 범위에서 분할 납부를 하게 할 수 있다.

5

» 거짓청구

▣ 개념

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

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

【관계규정】

◆ 의료법 제66조(자격정지 등)

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

◆ 약사법 제79조(약사·한약사 면허의 취소 등)

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



❖ 형법 제347조(사기)

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

❖ 요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형(보건복지부 고시 제2018-222호, 2018.10.16.)



6

조사 결과에 따른 처분

❑ 부당이득금 환수

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

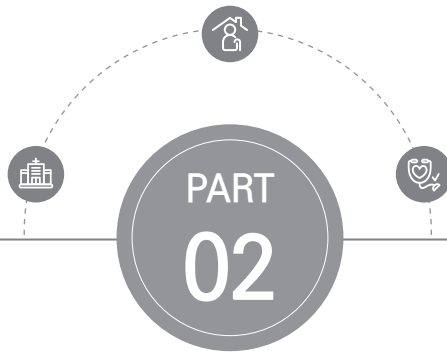
❑ 업무정지

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

❑ 과징금

- ❖ 보건복지부 고시 제2008-153호 「업무정지처분에 갈음한 과징금 적용기준」에 따라 의료급여기관을 이용하는 자에게 심한 불편을 주는 경우 등에 업무정지처분에 갈음하여 과징금으로 처분하고 있습니다.
- ❖ 과징금은 업무정지 기간이 10일인 경우에는 총 부당금액의 2배, 업무정지 기간이 10일을 초과하여 30일까지에 해당하는 경우에는 총 부당금액의 3배, 30일을 초과하여 50일까지에 해당하는 경우에는 총 부당금액의 4배, 업무정지 기간이 50일을 초과하는 경우에는 총 부당금액의 5배로 합니다.

의료급여 청구 부당사례 모음집



현지조사 사례

1. 거짓청구
2. 부당청구
3. 본인부담금 과다징수



CONTENTS



1 거짓청구

• 내원일수 거짓청구	21
• 입원료 거짓청구	22
• 검사 거짓청구	22
• 주사료 거짓청구	22
• 한방시술료 거짓청구	23
• 식대 거짓청구	23
• 비급여 대상 진료 후 의료급여비용 이중청구	23
• 무자격자가 실시한 진료비(약제비) 거짓청구	24
• 의료행위 증량청구	24

2 부당청구

• 의료급여 절차규정 위반청구	25
• 선택의료급여기관 이용절차규정 위반청구	26
• 의료급여 정신건강의학과 입원료 차등제 산정기준 위반청구	27
• 요양병원 필요인력 확보에 따른 별도 보상제 산정기준 위반청구	29
• 간호인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등제 산정기준 위반청구	30
• 진찰료 산정기준 위반청구	31
• 만성질환관리료 산정기준 위반청구	34
• 입원환자 안전관리료 부당청구	35
• 격리실 입원료 산정기준 위반청구	36
• 외박수가 산정기준 위반청구	37
• 영상진단료 산정기준 위반청구	39
• 의약품비용 실구입가 위반청구	40
• 의약품 대체청구	40
• 의약품 증량청구	40

CONTENTS



• 변증기술료 산정기준 위반청구.....	41
• 한방시술료 산정기준 위반청구.....	41
• 신경차단술 산정기준 위반청구.....	42
• 이학요법료 산정기준 위반청구.....	43
• 정신요법료 산정기준 위반청구.....	44
• 입원환자 식대 부담청구	45

3 본인부담금 과다징수

• 수가포함 행위료 부담징수	46
• 의약품비용 과다징수	46
• 수가고시 행위료 부담징수	47



1

» 거짓청구

▣ 내원일수 거짓청구

- ❖ □□□ 소재 ○○의원의 경우, ‘급성 비인두염[감기](J00)’ 등의 상병으로 총 35일 내원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
 - 실제로는 총 1일 내원하여 진료 받았으나, 이후 매월 말일 경 월 1회 진료한 것으로 진료기록부에 거짓으로 기록하여 의료급여비용으로 부당하게 청구함.
- ❖ □□□ 소재 ○○병원의 경우, ‘요통, 요추부(M5456)’ 등의 상병으로 총 54일 내원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
 - 실제로 총 5일은 해외 출국으로 내원하지 않았으나, 내원하여 진료한 것으로 청구하고, 실시하지 않은 침침열치료 등을 실시한 것으로 진료기록부에 거짓으로 기록하여 의료급여비용으로 부당하게 청구함.
- ❖ □□□ 소재 ○○한의학원의 경우, ‘상세불명의 어깨병변(M759)’ 등의 상병으로 총 47일 내원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
 - 실제 내원하여 진료 받은 사실이 없음에도 진료기록부(전자의무기록)에 월 1회 또는 주 1회 일괄적으로 진료기록부(전자의무기록)를 거짓으로 기록한 후 재진진찰료 등을 의료급여비용으로 부당하게 청구함.
- ❖ □□□ 소재 ○○한의학원의 경우, ‘발목 삼각(인대)의 염좌 및 긴장(S9340)’ 등의 상병으로 총 3일을 내원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
 - 실제로는 내원일 3일 중 1일은 조제한 첩약을 찾아가기 위해 방문하여 진료한 사실이 없음에도 진료기록부(전자의무기록)에 거짓으로 기록하여 재진진찰료, 경혈침술(2부위이상), 비강내 침술, 투자법 침술, 침전기자극술, 구술(간접구) - 기기구술, 부항술(자락관법)(2부위이상), 온냉경락요법 - 경피적외선조사요법 등을 의료급여비용으로 부당하게 청구함.



❑ 입원료 거짓청구

- ❖ □□□ 소재 ○○병원의 경우, ‘요추의 염좌 및 긴장(S3350)’ 등의 상병으로 총 13일 입원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
 - 실제로는 입원한 사실이 없고 입원기간 중 4회(일)만 외래로 통원하여 한방시술 및 비급여 도수치료 등을 실시하였으나, 진료기록부(전자의무기록)에 입원한 것으로 거짓 기록한 후 입원료 등을 의료급여비용으로 부당하게 청구함.

❑ 검사 거짓청구

- ❖ □□□ 소재 ○○의원의 경우, ‘안검결막염(H105)’ 등의 상병으로 내원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
 - 실제로는 정밀안저검사[편측]를 실시하지 않았음에도 실시한 것으로 진료기록부(전자의무기록)에 거짓 기록하여 의료급여비용을 부당하게 청구함.

❑ 주사료 거짓청구

- ❖ □□□ 소재 ○○의원의 경우, ‘단순 및 점액화농성 혼합형 만성기관지염(J418)’ 등의 상병으로 내원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
 - 실제로는 동광염산암브록솔주를 투여하지 않았음에도 투여한 것으로 진료기록부(전자의무기록)에 거짓으로 기록하고 의료급여비용으로 부당하게 청구함.



■ 한방시술료 거짓청구

- ❖ □□□ 소재 ○○한의원의 경우, ‘근육긴장, 어깨부분(M6261)’ 등의 상병으로 내원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
 - 실제로는 침전기자극술은 실시하지 않았음에도 실시한 것으로 진료기록부(전자의무기록)에 거짓으로 기록하여 의료급여비용으로 부당하게 청구함.

■ 식대 거짓청구

- ❖ □□□ 소재 ○○병원의 경우, ‘뇌손상, 뇌기능이상 및 신체질환에 의한 상세불명의 정신장애(F069)’ 등의 상병으로 입원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
 - 실제로는 외출 후 귀원하지 않아 식사하지 않았음에도 기본식사 - 일반식(1식당) - 병원, 일반식가산 - 조리사(1식당), 입원환자 식대 - 직영가산 등을 의료급여비용으로 부당하게 청구함.

■ 비급여 대상 진료 후 의료급여비용 이중청구

- ❖ □□□ 소재 ○○의원의 경우, ‘생리적 장애 및 신체적 요인과 연관된 상세불명의 행동증후군(F59)’ 상병으로 내원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
 - 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조제1항 [별표2]에 따라 비급여대상인 정관수술을 시행하고 그 비용을 수급권자에게 비급여로 징수하였음에도 불구하고 해당 상병을 기재하고 초진진찰료를 산정하여 의료급여비용으로 부당하게 청구함.



❑ 무자격자가 실시한 진료비(약제비) 거짓청구

【관련근거】

- 「의료기사 등에 관한 법률」 제3조, 제9조(무면허자의 업무금지 등) 및 동법 시행령 제2조제2항에 근거하여 심전도검사는 의사 또는 임상병리사가 실시하여야 함.

- ❖ □□□ 소재 ○○병원 확인결과,
- 실제로는 자격이 없는 병동근무 간호사나 간호조무사가 심전도검사를 실시하고 그 비용을 의료급여비용으로 부당하게 청구함.

【관련근거】

- 「약사법」 제23조(의약품 조제) 제1항 및 제24조(의무 및 준수사항) 제4항에 의거, 약사가 아니면 의약품을 조제할 수 없고, 약사는 의약품을 조제하면 환자에게 필요한 복약지도를 구두 또는 복약지도서로 하여야 함.

- ❖ □□□ 소재 ○○병원의 약국 조제사실을 확인한 결과,
- 약사 △△△의 퇴사일 이후, 간호조무사 △△△가 대신 의약품을 조제하고 약제비 및 조제료, 복약지도료, 의약품관리료 등을 의료급여비용으로 부당하게 청구함.

❑ 의료행위 증량청구

- ❖ □□□ 소재 ○○의원의 경우, ‘손가락의 상세불명 부분의 염좌 및 긴장(S6369)’ 등의 상병으로 내원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
- 실제로는 양측 수지골을 방사선 필름 1매로 촬영하였음에도 수지골 2회, 방사선 필름 2매로 의료급여비용을 부당하게 청구함.



2

부담청구

▣ 의료급여 절차규정 위반청구

【관련근거】

- 「의료급여법 시행규칙」 제3조(의료급여의 절차) 제1항 및 제2항에 따라 제2차의료 급여기관은 수급권자 진료 시 사전에 반드시 의료급여의뢰서 유·무를 확인하여야 하며,
- 「의료급여법 시행규칙」 제19조 [별표1의2]에 따라 의료급여의 절차에 의하지 아니하고 의료급여기관을 이용한 경우에는 소요된 비용의 총액을 100분의 100으로 수급권자가 부담함.

- ❖ □□□ 소재 ○○병원의 경우, ‘상세불명의 급성인두염(J029)’ 등의 상병으로 총 3일 내원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
- 의료급여 절차 예외규정에서 정한 응급환자 등에 해당하지 않는 수급권자가 의료급여의뢰서 없이 내원하였음에도 그 진료에 소요된 비용과 원외처방전을 발행하여 의약품 비용을 의료급여비용으로 부담하게 청구함.



■ 선택의료급여기관 이용절차규정 위반청구

【관련근거】

- 「의료급여법 시행규칙」 제8조의3 관련 [별표1] “선택의료급여기관의 범위 및 의료급여의 절차” 등에 따라 선택의료급여기관이 해당 수급권자의 치료를 위하여 다른 의료급여기관(제1차의료급여기관을 포함)의 진료가 필요하다고 판단하는 경우에는,
- 수급권자에게 의료급여의뢰서를 발급하고 그 사실을 7일 이내에 보장기관에 통보하여야 하며, 의료급여의뢰서를 발급받은 수급권자는 의료급여의뢰서를 7일(공휴일을 제외한다)이내에 의료급여기관에 제출하여야 하고, 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관에서는 접수 시 의료급여의뢰서의 유·무를 확인하여 의뢰서가 없는 경우 의료급여비용 총액을 수급권자에게 전액 본인부담토록 하여야 함.

- ❖ □□□ 소재 ○○의원의 경우, ‘계절성 인플루엔자바이러스가 확인된, 기타 호흡기증상을 동반한 인플루엔자(J101)’ 상병으로 내원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
- 선택의료급여기관에서 발급한 의료급여의뢰서 없이 내원하였음에도, 그 진료에 소요된 비용을 청구하고 원외처방전을 발행하여 의약품 비용을 의료급여비용으로 부당하게 청구하게 함.



▣ 의료급여 정신건강의학과 입원료 차등제 산정기준 위반청구

【관련근거】

- 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제1장 제9조제5항 관련 [별표4] “의료인 등 인력 확보수준에 따른 정신건강의학과 입원료 차등제 적용기준”에 따라
- 입원환자수는 전전분기 마지막월 15일부터 전분기 마지막월 14일까지 한국표준 질병사인분류항목 중 정신질환(F00-F99, G40, G41)으로 정신건강의학과에서 진료 받은 입원환자의 평균으로, 낮병동환자 1인은 입원환자 0.5인으로, 외래환자 3인은 입원환자 1인으로 환산하여 입원환자수에 합산함.
- 의사인력은 요양기관현황통보서상 의료인 등 인력현황에 상근으로 신고된 정신건강의학과 전문의 및 레지던트를 기준으로 하며, 시간제 또는 격일제 의사는 주 3일 이상이면서 주20시간 이상 근무한 경우 0.5인으로 산정하여야 하고,
- 또한, 의료급여 정신과 의사인력적용기준 관련 질의회신(기초의료보장과-2334호, 2010.9.6.)에서 “의료인 등 인력확보수준에 따른 의료급여 정신과 입원료 차등제 적용기준”은 적정의료인력 확보를 통하여 입원환자에 대한 의료서비스의 질이 저하되는 현상을 방지하기 위한 규정으로, 이는 실제 입원환자의 진료 및 간호 등을 담당하는 인력기준을 의미하며, 의사는 “요양기관현황통보서상 의료인 등 인원현황”에 신고 된 정신과 전문의라 하더라도 실제 입원환자의 진료를 담당하지 않는다면, 차등수가에 반영되는 의료인력으로 인정될 수 없는 것으로 해석함이 타당함.
- 간호인력은 당해 정신건강의학과 입원병동, 정신건강의학과 낮병동, 정신건강의학과 외래병동에 배치되어 실제 환자간호를 전담하고 있는 간호사와 이에 대한 간호업무를 보조하는 간호조무사로만 산정하여야 하며, 정신건강의학과 병동에 배치되어 있지만 환자간호를 전담하지 않는 간호인력(간호감독 등)은 산정대상에서 제외함.
- 정신건강전문요원인력은 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제17조제2항에 따른 정신건강임상심리사·정신건강간호사·정신건강사회복지사를 말하며, 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 시행령」 제12조제1항에 따른 업무를 전담하여 실제 수행 시 산정하여야 함.



- ❖ □□□ 소재 ○○병원의 경우, 정신건강의학과 입원환자 수 신고내역을 확인한 결과,
 - 실제 입원 환자 수는 2018년 3/4분기 184.39, 4/4분기 199.95이지만, 신고한 입원 환자 수는 각각 2018년 3/4분기 182.55, 4/4분기 197.84로 실제보다 환자수를 더 적게 신고하여 의료급여 정신건강의학과 입원료 차등제 적용 기관등급이 G3등급임에도 G2등급으로 산정하여 의료급여비용을 부당하게 청구함.
- ❖ □□□ 소재 ○○병원의 경우, 정신건강의학과 전문의 △△△과 간호사 △△△을 의료급여 정신건강의학과 입원료 차등제의 인력으로 산정하였으나,
 - 실제로는 정신건강의학과 전문의 △△△은 요양기관의 대표자로 입원환자 및 외래환자의 진료를 담당하지 않아 차등수가에 적용되는 의료인력으로 인정될 수 없음에도 상근으로 근무한 것으로 신고하고, 간호사 △△△은 환자간호와 간호행정 업무를 병행하여 환자간호를 전담하지 않는 간호인력이나 요양기관현황통보서에 정신건강의학과 병동에서 근무하며 환자간호를 전담한 것으로 신고하여 의료급여 정신건강의학과 입원료 적용 기관등급이 G3등급임에도 G2등급으로 산정하여 의료급여비용을 부당하게 청구함.
- ❖ □□□ 소재 ○○병원 확인결과,
 - 간호조무사 △△△은 행정업무를 하였고 간호조무사 ▲▲▲은 행정업무 및 병동업무를 병행하였으며, 간호조무사 ☆☆☆은 약국보조 업무를 시행하여 정신건강의학과 입원료 차등제 간호인력 산정대상에서 제외되어야 하나, 입원환자 간호 전담인력으로 신고하여,
 - 실제로는 의료급여 정신건강의학과 입원료 차등제 적용 기관등급이 G3등급 기관임에도 G2등급으로 산정하여 의료급여비용을 부당하게 청구함.
- ❖ □□□ 소재 ○○병원 확인결과,
 - 정신건강간호사(정신건강전문요원) △△△은 원무팀장으로 근무하고 정신건강간호사(정신건강전문요원) ▲▲▲은 병원장으로 근무하고 있음에도 의료급여 정신건강의학과 입원료 차등제 정신건강전문요원인력으로 산정하였으며, 1개월 이상의 장기휴가자 간호사 △△△, 간호조무사 △△△는 간호인력 산정대상에서 제외하지 아니하고 이를 간호인력으로 산정하여 신고하는 등,
 - 실제로는 의료급여 정신건강의학과 입원료 차등제 적용 기관등급이 G3기관임에도 G2등급으로 산정하여 의료급여비용을 부당하게 청구함.



▣ 요양병원 필요인력 확보에 따른 별도 보상제 산정기준 위반청구

【관련근거】

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3편 제3부 「요양병원 행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침」 [산정지침]4.아. “필요인력 확보에 따른 별도 보상제”에 따라 직전분기 당해 요양기관에 약사(환자수가 200명 미만인 경우 약사가 주 16시간이상 근무한 경우에도 산정)가 상근하고 의무기록사, 방사선사, 임상병리사, 물리치료사, 사회복지사 중 상근자가 1명 이상인 직종이 4개 이상인 경우 일당 1,710원을 별도 산정하며,
- 필요인력의 경우 해당 치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 물리치료실, 임상병리실, 방사선실을 갖추고 실제 사용할 수 있는 해당 장비를 보유하고 있는 요양기관에 한하여 산정하여야 함.

❖ □□□ 소재 ○○요양병원 확인결과,

- 방사선실을 휴게실과 외래 인공신장실로 시설 변경한 후 일정한 면적의 방사선실을 갖추지 않아 필요인력확보에 따른 별도 보상을 산정할 수 없음에도 의료급여비용으로 부당하게 청구함.



▣ 간호인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등제 산정기준 위반청구

【관련근거】

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3편 제3부 「요양병원 행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침」 [산정지침]4.바. “간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등제”는 직전 분기 평균 환자 수 대비 간호업무에 종사하는 직전 분기 평균 간호인력(간호사 및 간호조무사) 수 (환자 수 대 간호인력 수의 비)에 따라 간호등급을 산정하여야 하며,
- 간호인력은 당해 입원병동에 전속되어 입원환자 간호업무를 전담하는 간호사와 이에 대한 간호업무를 보조하는 간호조무사를 산정하여야 함.

❖ □□□ 소재 ○○요양병원의 경우, 간호조무사 △△△은 병동에서 입원환자 간호업무를 전담한 것으로 신고하였으나,

- 실제로는 병동근무와 약국보조 업무로약품재고 조사 및 관리, 약국 청소, 조제 보조 등의 업무를 병행하거나 약국보조 업무만 전담하여 입원환자 간호업무를 전담하지 않았음에도 병동 간호업무를 전담한 인력으로 신고하여 실제로는 요양병원 간호인력 확보수준에 따른 입원료가 간호등급이 2등급임에도 1등급으로 의료급여비용을 부당하게 청구함.



▣ 진찰료 산정기준 위반청구

【관련근거】

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 [산정지침] 1.진찰료 가.(4)에 따라 상병의 치료가 종결되지 아니하여 계속 내원하는 경우에는 내원 간격에 상관없이 재진환자로 보며, 하나의 상병에 대한 진료를 계속 중에 다른 상병이 발생하여 동일 의사가 동시에 진찰을 한 경우 재진진찰료를 산정하여야 하며,
- 주7.에 의거 환자가 직접 내원하지 아니하고 환자가족이 내원하여 진료담당 의사와 상담한 후 약제 또는 처방전만을 수령 또는 발급하는 경우에는 재진진찰료 소정 점수의 50%만을 산정하여야 함.

- ◆ □□□ 소재 ○○의원의 경우, ‘척추협착, 요추부(M4807)’의 상병으로 총 8일 내원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
- 실제로는 내원 기간 중 총 6일은 수급권자의 보호자가 내원하여 원외처방전을 발급받아 재진진찰료 소정점수의 50%를 산정하여야 함에도 재진진찰료 100%를 산정하여 의료급여비용으로 부당하게 청구함.



【관련근거】

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장[산정지침] 1.진찰료 나(1)에 의하면 동일의사가 동시에 2가지 이상의 상병에 대하여 진찰을 한 경우 진찰료는 1회만 산정하도록 되어 있고,
- “복수면허(의과, 치과, 한의과) 의료인이 개설하는 요양기관의 요양급여비용 산정방법(보건복지부 고시 제2018-193호, 2018.09.07.)”에 의거, 복수면허(의과, 치과, 한의과) 의료인이 의료기관을 각각 개설하고 같은 날 동일 환자에 대하여 각각 진찰한 경우라 하더라도 1인의 의사가 진찰한 것이므로 진찰료는 1회만 요양급여비용으로 산정하고, 그 이외 진찰료는 비급여로 하여야 함.

- ❖ 동일 소재지에 개설한 ○○한의원과 ○○치과의원의 경우, 같은 날 내원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
- 실제로는 복수면허를 소지한 1인의 의료인이 진료하여 진찰료는 1회만 의료급여비용으로 청구하고 그 외 진찰료는 비급여로 하여야 하나, 재진진찰료 - 치과의원과 재진진찰료 - 한의원으로 각각 의료급여비용으로 부당하게 청구함.

【관련근거】

- “첩약 조제 시 진찰료의 급여여부(보건복지부 고시 제2000-73호, 2000.12.30.)”에 의거, 비급여 대상 첩약 조제 시 진찰료 및 검사료는 첩약가에 포함된 것으로 간주되므로 별도 산정 할 수 없음.

- ❖ □□□ 소재 ○○한의원의 경우, ‘심화상염증(U670)’ 상병으로 내원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
- 첩약 조제 후 비급여로 징수하고 진찰료 및 검사료는 첩약가에 포함되어 별도 징수할 수 없음에도 초진진찰료를 의료급여비용으로 부당하게 청구함.

**【관련근거】**

- 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조제1항 관련 [별표2] 비급여대상 제3호 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접 목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료 중 사목 “장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료”는 건강보험으로 적용되지 않는 비급여 대상으로 요양급여비용으로 청구할 수 없음.
- “장기요양 인정 신청 시 의사소견서 발급 관련 협조(행정해석 보험급여과-324호, 2008.4.15.)”에 의거, 2008년 7월부터 시행 중인 노인 장기요양보험제도의 급여대상 여부 판정을 위한 장기요양 인정신청을 위해 소요되는 의사소견서 발급비용은 「노인장기요양보험법 시행규칙」 제4조에 의거, 노인장기요양보험 재정으로 공단에서 일부 부담하고, 나머지 부분에 대해서는 본인이 부담하여야 하며, 그 외 해당 질병 확인 등을 위한 진찰료 및 진단에 소요되는 검진 비용 등에 대해서는 전액 신청인 본인이 부담하여야 함.

- ❖ □□□ 소재 ○○병원의 경우, ‘상세불명의 치매(F03)’ 등의 상병으로 내원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
- 노인장기요양 인정신청 의사소견서 발급 관련 해당 질병 확인 등을 위한 진찰료 등 비용을 수급권자에게 전액 본인부담하여야 하나 진찰료를 의료급여비용으로 부당하게 청구함.



■ 만성질환관리료 산정기준 위반청구

【관련근거】

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

- ❖ □□□ 소재 ○○의원의 경우, ‘혼합형 피질 및 피질하 혈관성 치매(F013)’의 상병으로 내원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
 - 실제로는 진료기록부에 만성질환자관리 내역을 기록·보관하지 아니하였음에도 만성질환관리료를 의료급여비용으로 부당하게 청구함.



■ 입원환자 안전관리료 부당청구

【관련근거】

- “입원환자 안전관리료 인력기준(보건복지부 고시 제2017-170호, 2017.9.25.)”에 의거, ‘가29 입원환자 안전관리료’는 「환자안전법」 제11조, 제12조 및 동법 시행규칙 제5조, 제9조제1항에 해당하는 의료기관으로 전담인력을 배치하고, 환자안전위원회를 설치·운영하는 기관에서 환자안전 활동을 실시하는 경우에 입원환자 입원 1일당 1회 산정하여야 함.

❖ □□□ 소재 ○○병원의 경우, 간호사 △△△을 입원환자 안전관리 전담인력으로 신고하였으나,

- 실제로는 외래 간호사가 연차 사용 등으로 부재 시 대신하여 진료보조 업무(혈압 등 활력징후, 체중 및 혈당체크, 혈액검사를 위한 채혈, 주사처치, 정신건강의학과 검사안내 등)를 병행하고, 약국업무 요청 시에는 약사의 업무를 보조하는 등 환자 안전관리 업무 등에 전담하지 않아 입원환자 안전관리료를 청구할 수 없음에도, 전담인력으로 신고하여 의료급여비용을 부당하게 청구함.



▣ 격리실 입원료 산정기준 위반청구

【관련근거】

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3편 제3부 「요양병원 행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침」 [산정지침]4.라.(6) 등에 따라 격리실 입원료는 입원 16일째부터 30일째까지는 해당점수에 90%로 산정하고, 입원 31일째부터는 해당점수의 85%를 산정하여야 함.

- ❖ □□□ 소재 ○○요양병원의 경우, ‘전립선의 악성신생물(C61)’ 등의 상병으로 총 90일 입원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료 사실을 확인한 결과,
 - 격리병실 입원 기간 중 격리실 입원료 체감제를 적용하지 않고 의료급여비용으로 부당하게 청구함.



▣ 외박수가 산정기준 위반청구

【관련근거】

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3편 제2부 「요양병원 행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침」 [산정지침]7.에 따라 입원중인 환자가 주치의의 허가를 받은 후 연속해서 24시간을 초과하여 외박한 경우에는 외박수가를 산정하여야 함.

- ❖ □□□ 소재 ○○병원의 경우, ‘강직성 편마비(G811)’ 등의 상병으로 입원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
 - 연속해서 24시간을 초과하여 외박한 경우에는 외박수가를 산정하여야 함에도 외박수가를 산정하지 아니하고 입원료 전액 및 필요인력확보(1일당)에 따른 별도 보상제 등을 의료급여비용으로 부당하게 청구함.

- “입원환자 외박 시 병원관리료 산정방법(보건복지부 고시 제2003-65호, 2003.12.1.)”에 의거, 주치의의 허가를 받아 외박 시 입원료는 산정할 수 있으나, 연속하여 24시간을 초과하는 경우는 입원료 중 입원환자 병원관리료만 산정하여야 함.
이때, 병원관리료는 내과질환자·정신질환자·만8세 미만의 소아환자에 대한 가산, 간호인력 확보 수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등가산 및 입원일수에 따른 체감이 적용되지 않은 상태에서 입원료 소정점수의 35%를 산정하여야 함.

- ❖ □□□ 소재 ○○병원의 경우, ‘알콜의 의존증후군(F102)’ 상병으로 총 20일 입원한 것으로 청구한 수진자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
 - 실제로는 총 1일을 외박하여 기본입원료의 35%를 산정하여야 함에도 병원-7등급 간호관리료적용 기본입원료[입원16일-30일까지 내,소,정신과]의 소정 점수의 35%를 산정하여 요양급여비용으로 부당하게 청구함.



- 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제1장 제11조제6항에 의거, 정신질환으로 입원중인 의료급여 환자가 진료담당의사의 승인 후 외박을 실시한 경우 정신질환 입원수가와 동일한 기관등급의 1일당 외박 정액수가(외박 당일부터 귀원 전일까지의 일수를 외박일수로 산정)를 산정하여야 함.

- ❖ □□□ 소재 ○○병원의 경우, ‘알콜의 의존증후군(F102)’ 등의 상병으로 총 91일 입원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
 - 실제로는 2019년 5월 14일 19시부터 5월 15일 15시까지 외박하여 기관등급 1일당 외박 정액수를 1일간 산정하여야 함에도 입원 정액수를 산정하여 의료급여비용으로 부당하게 청구함.



▣ 영상진단료 산정기준 위반청구

【관련근거】

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제3장 영상진단 및 방사선치료료 [산정지침](3) 제1절 및 제2절에 분류된 영상진단을 실시한 경우에는 반드시 판독소견서를 작성·비치하여야 하며 (4) 제1절 및 제2절에 분류된 영상진단료의 소정점수에는 판독료(소정점수의 30%)와 촬영료 등(소정점수의 70%)이 포함되어 있으며 (5) 위“(3)”의 규정에도 불구하고 판독소견서를 작성·비치하지 아니한 경우에는 촬영료 등(소정점수의 70%)만 산정하여야 함.

- ◆ □□□ 소재 ○○병원의 경우, ‘만기발병 알츠하이머병에서의 치매(F001)’ 등의 상병으로 내원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
 - 실제로는 흥부[직접]1매(4,010원)를 촬영하고 판독소견서를 작성·비치하지 않아 촬영료 등 소정점수의 70%만 산정하여야 함에도 흥부[직접]1매(5,730원) 판독료와 촬영료 등 소정점수의 100%로 의료급여비용을 부당하게 청구함.



❑ 의약품비용 실구입가 위반청구

【관련근거】

- 요양급여에 사용되는 약제금액은 「국민건강보험법 시행령」 제22조제2항에 따른 “약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준(보건복지부 고시 제2014-144호, 2014.9.1.)”에 의거, 실제 구입금액으로 청구하여야 하며 약제에 대한 구입금액이 상한금액(보건복지부장관이 심의위원회에 심의를 거쳐 해당 약제 및 치료재료별 요양급여비용의 상한으로 고시하는 금액)보다 많을 때에는 구입금액은 상한금액과 같은 금액을 산정하여야 함.

❖ □□□ 소재 ○○병원 확인결과,

- 실제로는 하이페질정5밀리그램(도네페질염산염)_(5mg/1정)/A을 642원에 구입하고 상한금액 680원으로 청구하는 등 의료급여비용을 부당하게 청구함.

❑ 의약품 대체청구

❖ □□□ 소재 ○○병원의 경우, ‘만성신장병(5기)(N185)’ 등의 상병으로 입원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,

- 실제로는 바스티아정10밀리그램(도네페질염산염)(2,166원)을 처방·투약하였으나, 청구 시에는 도네페트정 10밀리그램(도네페질염산염)(2,343원)을 투약한 것으로 의약품을 대체하여 의료급여비용을 부당하게 청구함.

❑ 의약품 증량청구

❖ □□□ 소재 ○○병원의 경우, ‘만성 신장병(5기)(N185)’ 등의 상병으로 내원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,

- 실제로는 혈액투석 1회당 약제 디에취텍스액0.1%_(10L)/B 4.6L를 사용하고 청구 시에는 6L를 사용한 것처럼 증량하여 의료급여비용을 부당하게 청구함.



■ 변증기술료 산정기준 위반청구

【관련근거】

- “하40(변증기술료) 산정 시 진료기록부상 변증(辨證)으로 인정할 수 있는 기록내용(보건복지부 고시 제2007-77호, 2007.8.30.)”에 의거, 진료기록부상 사진(望(望), 문(聞), 문(問), 절(切))에 의해서 환자의 임상 증상과 징후를 수집하여 종합적인 분석을 통해 주차(主次)와 진위(眞僞)를 판별하여 각 증후 사이의 내재 관계와 병인, 병기를 파악할 수 있는 변증기록이 확인되는 경우에 인정하며, 단순한 증상명이나 병명만을 기재한 경우에는 변증 과정에 대한 평가가 불가능하므로 인정하지 아니함.

- ❖ □□□ 소재 ○○한의원 의 경우, ‘근육긴장, 어깨부분(M6261)’ 등의 상병으로 내원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
 - 진료기록부에는 병인, 병기를 파악할 수 있는 변증기록이 확인되지 않아 변증기술료를 산정할 수 없음에도 의료급여비용으로 부당하게 청구함.

■ 한방시술료 산정기준 위반청구

- ❖ □□□ 소재 ○○요양병원의 경우, ‘상세불명의 알츠하이머병에서의 치매(F009)’ 등의 상병으로 입원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
 - 실제로는 경혈침술(1부위)(2,590원)을 실시하였으나, 경혈침술(2부위이상)(3,880원)로 의료급여비용을 부당하게 청구함.



▣ 신경차단술 산정기준 위반청구

【관련근거】

- “복재신경 및 복재신경관절지차단술의 수기료 산정방법 (보건복지부 고시 제 2011-124호, 2011.9.30.)”에 의거, 복재신경(Saphenous Nerve) 및 복재신경관절지 (Articular Branch of Saphenous Nerve)는 대퇴신경에서 분지되는 말초지신경(Peripheral Branch Nerve)이므로 동 신경에 실시하는 신경차단술은 실시부위에 따라 발목까지는 바24거 척수신경말초지차단술(대퇴신경) 소정점수의 50%, 발목아래는 바24거 소정점수의 25%로 산정하여야 함.

- ❖ □□□ 소재 ○○의원의 경우, ‘상세불명의 무릎관절증(M179)’ 등의 상병으로 내원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
 - 편측 Saphenous Nerve Block(2부위)를 실시하고 척수신경말초지차단술(대퇴신경)의 50%를 청구하여야 하나, 100%로 의료급여비용을 부당하게 청구함.



■ 이학요법료 산정기준 위반청구

【관련근거】

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제7장 이학요법료 제3절 전문재활치료료 주1, 주2, 주3에 의하면 의사의 처방에 따라 상근하는 물리치료사 또는 해당분야의 전문치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정하여야 함.

- ❖ □□□ 소재 ○○요양병원의 경우, ‘파킨슨(G20)’ 등의 상병으로 총 31일 입원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
 - 중추신경계발달재활치료, 작업치료-복합작업치료, 재활기능치료-보행치료를 경과기록지에 그 결과를 기록하지 않고 의료급여비용으로 부당하게 청구함.



▣ 정신요법료 산정기준 위반청구

【관련근거】

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제8장 정신요법료 [산정지침](1) 정신요법료는 정신건강의학과 전문의가 정신건강의학과 환자에게 행한 경우에 산정하되, 반드시 분류항목별 치료행위에 관한 내용을 진료기록부 등에 기록한 경우에 산정할 수 있으며,
- 아1가 개인정신치료 I(NN001)는 10분 이하, 아1나 개인정신치료Ⅱ(NN002)는 10분 초과 20분 이하, 아1다 개인정신치료Ⅲ(NN003)는 20분 초과 30분 이하, 아1라 개인정신치료Ⅳ(NN004)는 30분 초과 40분 이하, 아1마 개인정신치료Ⅴ(NN005)는 40분 초과일 때 산정하여야 함.

- ❖ □□□ 소재 ○○병원의 경우, ‘혼합형 불안 및 우울장애(F412)’ 등의 상병으로 내원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
- 실제로는 개인정신치료를 10분 이하로 실시하여 개인정신치료 I(10분 이하)(10,900원)로 청구하여야 하나, 개인정신치료Ⅱ(10분 초과 20분 이하)(21,780원)로 의료급여 비용을 부당하게 청구함.

【관련근거】

- 아2 집단정신치료는 주1.에 의하면 정신의학적 평가 하에 환자가 집단을 형성하여 치료자 및 집단 간 대인관계 상호작용을 통해 증상해소, 경감, 성격변화 등을 목적으로 시행한 경우에 산정하여야 함.

- ❖ □□□ 소재 ○○병원 확인결과,
- 실제로는 주치의 별로 간호팀 및 사회사업팀과 함께 각 병실을 순회하며 회진하였음에도 집단정신치료를 실시한 것으로 프로그램일지 등에 기록하고 역동상호작용적 집단정신치료로 의료급여비용을 부당하게 청구함.



▣ 입원환자 식대 부당청구

【관련근거】

- “입원환자 식대 세부산정기준(보건복지부 고시 제2016-91호, 2016.6.15.)”에 의거 치료식 영양관리료는 당해 요양기관에 소속된 영양사가 1인당 1일 40명 이하의 환자에게 치료식(멸균식 포함)을 제공하고, 치료식(멸균식 포함)을 제공받는 환자(건강보험)에게 영양관리를 실시한 경우에 산정가능하며, 그 방법을 제공하는 식사의 종류, 제공사유, 주의사항 등에 대하여 환자나 보호자에게 직접 설명하고 그 내용을 작성한 경우에 산정하여야 함.

- ❖ □□□ 소재 ○○병원의 경우, ‘상세불명의 합병증을 동반한 2형 당뇨병(E118)’ 등의 상병으로 입원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
 - 실제로는 치료식 영양관리를 실시하지 않고 영양관리내용도 작성하지 않았음에도 치료식 영양관리료(1일당)를 의료급여비용으로 부당하게 청구함.

【관련근거】

- 「의료법 시행규칙」 제39조(급식관리) [별표6] “의료기관의 급식관리기준”에 의거, 환자의 식사는 일반식과 치료식으로 구분해야 하고, 환자급식을 위한 식단은 영양사가 작성하고 환자의 필요 영양량을 충족시킬 수 있어야 하는 등 법령에서 정하는 의료기관 급식관리 기준에 적합하게 식사를 제공하여야 하고,
- 또한, 「의료급여법」 및 「국민건강보험법」 등 관련 법령에 의거 요양기관이 입원환자 식대를 요양급여비용으로 청구할 경우, 일반식과 치료식을 구분하여 실제로 식사를 제공하고 식사일지에 기록한 후, 식사일지에 의하여 정확히 청구하여야 함.

- ❖ □□□ 소재 ○○병원의 경우, ‘알콜의 의존증후군(F102)’ 등의 상병으로 입원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
 - 실제로는 일반식(1식당)을 제공하고 치료식(1식당)으로 의료급여비용을 부당하게 청구함.



3

본인부담금 과다징수

【관련근거】

- 「국민건강보험법」 제41조(요양급여)에 의거 요양급여대상은 보건복지부장관이 비급여 대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것으로 규정하고 있고, 의료급여비용 중 의료급여 수급권자에 대한 본인부담금은 「의료급여법」 제10조, 「의료급여법 시행령」 제13조에 의거 징수하고, 건강보험 수진자에 대한 본인부담금은 「국민건강보험법」 제44조, 동법 시행령 제19조(비용의 본인부담)에 의거 본인이 부담할 비용을 정확하게 산정하여 징수하여야 함.

■ 수가포함 행위로 부당징수

- ❖ □□□ 소재 ○○병원의 경우, ‘치골의 폐골절, 폐쇄성(S3250)’ 등의 상병으로 총 1일 내원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
 - Heparin cap(헤파린 캡), 3-way extension, L-tube 항목에 대하여 주사료, 처치료 등에 포함되어 별도 산정할 수 없음에도 그 비용을 수급권자에게 부당하게 징수함.

■ 의약품비용 과다징수

- ❖ □□□ 소재 ○○의원의 경우, ‘급성 기관염(J041)’ 상병으로 내원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
 - 급여약제인 파세타주(프로파세타몰염산염)_(1g/1병)/B, 중외엔에스주사액(염화나트륨)_(2.25g/250mL)/B을 투여하고 그 비용을 의료급여비용으로 청구하지 않고 수급권자에게 법정 본인부담금 이외에 별도로 19,000원을 징수함.



■ 수가고시 행위로 부당징수

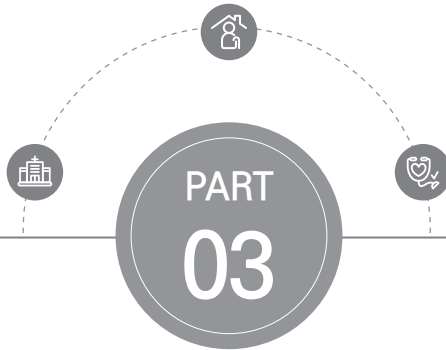
- ❖ □□□ 소재 ○○병원의 경우, ‘알콜의 의존증후군(F102)’ 등의 상병으로 총 3일 내원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
 - 정밀면역검사-HIV항원/항체를 의료급여비용으로 청구하지 아니하고, 수급권자에게 법정 본인부담금 이외에 별도로 9,650원을 징수함.
- ❖ □□□ 소재 ○○의원의 경우, ‘양쪽 원발성 무릎관절증(M170)’ 등의 상병으로 내원한 것으로 청구한 수급권자 △△△의 진료사실을 확인한 결과,
 - 근막동통유발점주사자극치료를 실시한 후 의료급여비용으로 청구하지 않고, 수급권자에게 법정 본인부담금 이외에 별도로 5,000원을 징수함.

【관련근거】

- “C-arm 등 투시가 반드시 필요한 신경차단술(보건복지부 고시 제2007-92호, 2007.11.1.)”에 의거, 바25자 척수신경총, 신경근 및 신경절 차단술-후지내측지(LA358)는 C-arm 등 투시 없이 실시한 경우에는 인정하지 아니함.

- ❖ □□□ 소재 ○○의원 확인결과,
 - 실제로는 C-arm 투시 장비가 없어 초음파를 이용해서 척수신경총, 신경근 및 신경절차단술-후지내측지를 시행하고, 그 비용을 의료급여비용으로 청구하거나, 전액 본인부담 할 수 없음에도 수급권자에게 본인부담하게 함.

의료급여 청구 부당사례 모음집



부 록

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



1

▶ 행정처분 및 과징금 부과 기준

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

업무정지처분의 기준

- 1) 의료급여기관이 속임수 그 밖의 부당한 방법으로 수급권자 및 그 부양의무자 또는 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 한 때

(단위 : 일)

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

[비고]

1. 월평균 부당금액은 조사대상 기간(의료급여기관이 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 급여비용을 청구하였는지 확인하기 위하여 6개월부터 36개월까지의 범위에서 보건복지부장관이 정하는 기간을 말한다. 이하 같다) 동안 의료급여기관이 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 한 금액과 수급권자 또는 그 부양의무자에게 본인부담금을



- 부담하게 한 금액을 합산한 금액(이하 “총 부당금액”이라 한다)을 조사대상 기간의 개월 수로 나눈 금액으로 한다.
2. 부당비율(%)은 [총 부당금액/(급여비용 총액+급여비용 총액에 포함되지 않은 부당금액)]×100으로 산출한다.
 3. “급여비용 총액”이란 조사대상 기간 동안 심사결정된 급여비용(법 제11조제2항에 따라 심사청구 된 급여비용에 대하여 급여비용심사기관이 심사결정한 급여비용을 말한다)을 합산한 금액을 말한다.
 4. “급여비용 총액에 포함되지 않은 부당금액”이란 조사대상 기간 동안 해당 의료급여기관의 급여비용 총액에는 포함되지 않으나 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 한 금액과 수급권자 또는 그 부양 의무자에게 본인부담금을 부담하게 한 금액을 말한다.
 5. 부당비율이 5% 이상인 경우에는 초과 1%마다 업무정지 기간을 3일씩 가산하되, 소수점 이하의 부당비율은 올림한다.
 6. 월평균 부당금액이 40만원 미만인 경우에 위 표에 따라 계산한 업무정지기간이 50일을 초과하는 경우 50일로 보며, 위 표에 따라 계산한 업무정지 기간이 365일을 초과하는 경우 365일로 본다.
- 2) 의료급여기관이 법 제32조제2항에 따른 보고 또는 서류의 제출을 하지 아니하거나 거짓 보고를 하거나 거짓 서류를 제출하거나 소속 공무원의 질문 및 검사를 거부·방해 또는 기피한 경우에는 업무정지 기간을 1년으로 한다. 다만, 서류 중 진료기록부, 투약기록, 의료급여비용계산서 및 본인부담금수납대장을 제외한 서류의 전부 또는 일부를 제출하지 아니한 경우에는 업무정지 기간을 180일로 한다.

▣ 제3차 의료급여기관의 지정취소 기준

제3차 의료급여기관이 업무정지처분에 해당하는 위반행위를 한 날 전 5년 이내에 2회 이상의 업무정지처분을 받았거나 같은 기간 중 업무정지 기간을 합한 기간이 1년을 초과하는 경우에는 그 지정을 취소한다.



▣ 과징금 부과기준

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

▣ 처분의 감경·가중 기준

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



2

업무정지처분에 갈음한 과징금 적용기준

[보건복지부 고시]

제1조(목적) 이 기준은 국민건강보험법 제99조 및 동법 시행령 제70조 별표5와 의료급여법 제29조 동법 시행령 제16조의4 별표3에 의한 과징금을 부과함에 있어 요양기관(의료급여기관을 포함한다. 이하 같다)을 이용하는 자에게 심한 불편을 주는 경우 등으로 인하여 업무정지처분에 갈음하여 과징금을 부과할 수 있는 대상 및 분할납부 등을 규정함을 목적으로 한다.

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

1. 요양기관을 이용하는 자에게 심한 불편을 주는 경우

가. 입원실, 응급실, 집중치료실, 수술실, 인공신장투석실, 장애인재활치료실, 방사선 치료실과 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 가목 내지 다목에 준하는 불편을 준다고 인정되는 경우

2. 기타 특별한 사유가 있다고 인정되는 경우

가. 국·공립 요양기관

나. 업무정지기간이 100일 이하인 요양기관



- 다. 요양기관이 행정처분 절차 중에 폐업하였거나, 법인이 개설한 요양기관이 대표자의 인격이 변경되어 처분대상기관이 없는 등으로 인하여 업무정지처분이 제재수단으로서 실효성이 없어 과징금 처분이 타당하다고 판단되는 경우
- 라. 여러 명이 공동으로 개설한 요양기관 중에서 조사 대상기간 동안에 개설자 및 개설기간을 달리함으로 인하여 각 개설자별 및 각 개설기간별로 부담금액이나 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 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 인하여 과징금 전액을 일시에 납부하기가 어렵다고 인정되는 때에는 분할 납부를 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.



[별표 1]

과징금 분할납부 산정기준

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

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



(앞면)

고지서 번호		과징금 (분할)납부 신청서			
신 청 자	요양기관명		요양기관기호		
	대표자		주민등록번호	-	
	요양기관 소재지			전화번호	
	주소 또는 거소			전화번호	
	E-mail주소				
과징금 금액					
과징금 신청사유					
분할납부사유 ^{*1)}				희망분할 납부회수	회
의료급여법 제29조(과징금 등)에 따라 위와 같이 신청합니다. 년 월 일 신청인 서명 또는 인 시·도지사 귀하					
※구비서류 : 분할납부사유를 증빙할 수 있는 자료 (재해 또는 도난사실증명서, 재무제표, 질병 또는 상해증명서 등)					

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



(뒷면)

〈업무정지에 같음하여 과징금을 부과징수할 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 동일종별의 타 요양기관이 없는 경우.

다만, 의원급의 요양기관은 동, 읍, 면, 도서지역의 동일 섬에 의료법 제77조제2항에 의한 동일표시 전문과목의 타 요양기관이 1개 이하인 경우(전문과목 미표시 의원은 타 의원이 1개 이하인 경우로 함)로 하고, 약국의 경우는 타 약국이 1개 이하인 경우

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

2. 기타 특별한 사유가 있다고 인정되는 경우

- 가. 국·공립 요양기관
- 나. 업무정지기간이 100일 이하인 요양기관
- 다. 요양기관이 행정처분 절차 중에 폐업하였거나, 법인이 개설한 요양기관이 대표자의 인격이 변경되어 처분대상기관이 없는 등으로 인하여 업무정지처분이 제재수단으로서 실효성이 없어 과징금 처분이 타당하다고 판단되는 경우
- 라. 여러 명이 공동으로 개설한 요양기관 중에서 조사 대상기간 동안에 개설자 및 개설기간을 달리함으로 인하여 각 개설자별 및 각 개설기간별로 부담금액이나 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) 해당기관의 재정상태를 감안하여 분할납부기간을 결정할 수 있으며, 재정상태가 현저하게 적자일 경우에는 적자 규모를 감안하여 분할납부기간을 100%이내에서 가산 할 수 있다.

의료급여 청구 부당사례 모음집



⋮

참고자료

의료급여기관 현지조사 관련 법령

보장기관(시·군·구)의 현지조사 의뢰 세부기준 및 절차

⋮



(참고자료)

[의료급여기관 현지조사 관련 법령]

1. 의료급여법

〈시행2019. 10. 24.〉

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

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

7. 이송과 그 밖의 의료목적 달성을 위한 조치

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

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

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

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



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

1. 제1차 의료급여기관

가. 「의료법」제33조제3항에 따라 개설신고를 한 의료기관

나. 제1항제2호부터 제4호까지의 규정에 따른 의료급여기관

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

3. 제3차 의료급여기관: 제2차 의료급여기관 중에서 보건복지부장관이 지정하는 의료기관

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

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

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

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

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

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

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

- ② 시장·군수·구청장은 의료급여기관과 의료급여를 받으려는 사람이 공모하여 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 제1항에 따른 의료급여가 이루어진 경우에는 그



의료급여기관에 대하여 의료급여를 받은 사람과 연대하여 제1항의 부당이득금을 납부하게 할 수 있다.

- ③ 시장·군수·구청장은 제1항에 따라 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 급여비용을 받은 의료급여기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 해당 의료급여기관을 개설한 자에게 그 의료급여기관과 연대하여 제1항의 부당이득금을 납부하게 할 수 있다.
1. 「의료법」 제33조제2항을 위반하여 의료기관을 개설할 수 없는 자가 의료인의 면허나 의료법인 등의 명의를 대여받아 개설·운영하는 의료기관
 2. 「약사법」 제20조제1항을 위반하여 약국을 개설할 수 없는 자가 약사 등의 면허를 대여 받아 개설·운영하는 약국
- ④ 시장·군수·구청장은 의료급여기관이 속임수나 그 밖의 부정한 방법으로 수급권자로부터 급여비용을 받았을 때에는 그 의료급여기관으로부터 해당 급여비용을 징수하여 수급권자에게 지체 없이 지급하여야 한다.
- ⑤ 시장·군수·구청장은 제1항 및 제2항에 따른 부당이득금 납부의무자가 부당이득금을 내지 아니하면 기한을 정하여 독촉할 수 있다.
- ⑥ 시장·군수·구청장은 제5항에 따라 독촉을 할 때에는 10일 이상 15일 이내의 납부기한을 정하여 독촉장을 발급하여야 한다.
- ⑦ 시장·군수·구청장은 제5항에 따라 독촉을 받은 자가 그 납부기한까지 부당이득금을 내지 아니하면 지방세 체납처분의 예에 따라 징수할 수 있다.
- ⑧ 제1항 및 제2항에 따른 부당이득금 납부의무자는 그 거주지를 다른 특별자치시·특별자치도·시·군·구로 이전한 경우에는 부당이득금을 새 거주지를 관할하는 시장·군수·구청장에게 납부하여야 한다.
- ⑨ 제8항에 따라 부당이득금을 납부 받은 시장·군수·구청장은 이를 제 25조에 따른 의료급여기금에 납입하여야 한다.

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

1. 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 수급권자, 부양의무자 또는 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 한 경우



2. 제11조의4를 위반하여 본인부담금을 미리 청구하거나 입원보증금 등 다른 명목의 비용을 청구한 경우
3. 제32조제2항에 따른 보고 또는 서류제출을 하지 아니하거나 거짓 보고를 하거나 거짓 서류를 제출하거나 소속 공무원의 질문 및 검사를 거부·방해 또는 기피한 경우
 - ② 보건복지부장관은 제3차 의료급여기관이 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 지정을 취소할 수 있다.
 - ③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 지정취소처분을 받은 제3차 의료급여기관을 그 지정을 취소한 날부터 1년 이내에는 제3차 의료급여기관으로 다시 지정할 수 없다.
 - ④ 제1항에 따라 업무정지처분을 받은 자는 해당 업무정지기간 중에는 의료급여를 하지 못한다.
 - ⑤ 보건복지부장관은 제1항 및 제2항에 따른 처분을 한 경우에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 그 사실을 급여비용심사기관 및 급여비용지급기관에 알려야 한다.
 - ⑥ 제1항에 따른 업무정지처분의 효과는 그 처분이 확정된 의료급여기관을 양수한 자 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립된 법인에 승계되고, 업무정지처분의 절차가 진행 중인 때에는 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인에 대하여 그 절차를 계속 진행할 수 있다. 다만, 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인이 그 처분 또는 위반사실을 알지 못하였음을 증명하는 경우에는 그러하지 아니하다.
 - ⑦ 제1항에 따른 업무정지처분을 받았거나 업무정지처분 절차가 진행 중인 자는 행정처분을 받은 사실 또는 행정처분 절차가 진행 중인 사실을 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립된 법인에 지체 없이 알려야 한다.
 - ⑧ 제1항 및 제2항에 따른 행정처분의 기준 등은 대통령령으로 정한다.

제29조(과징금 등) ① 보건복지부장관은 의료급여기관이 제28조제1항제1호에 해당하여 업무정지처분을 하여야 하는 경우로서 그 업무정지처분이 수급권자에게 심한 불편을 주거나 그 밖의 특별한 사유가 있다고 인정되면 그 업무정지처분을 갈음하여 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 부담하게 한 급여비용의 5배 이하의 금액을 과징금으로



부과·징수할 수 있다. 이 경우 보건복지부장관은 12개월의 범위에서 분할 납부를 하게 할 수 있다.

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 과징금을 납부하여야 할 자가 납부기한까지 내지 아니하면 대통령령으로 정하는 바에 따라 제1항에 따른 과징금 부과 처분을 취소하고 제28조제1항에 따른 업무정지 처분을 하거나 국세 체납처분의 예에 따라 징수할 수 있고, 제33조제1항에 따라 과징금 징수에 관한 권한이 시·도지사에게 위임된 경우에는 시·도지사가 지방세 체납처분의 예에 따라 징수할 수 있다. 이 경우 의료급여기관의 폐업등으로 제28조제1항에 따른 업무정지 처분을 할 수 없으면 국세 체납처분 또는 지방세 체납처분의 예에 따라 징수한다.

③ 보건복지부장관은 과징금을 징수하기 위하여 필요하면 다음 각 호의 사항을 적은 문서로 관할 세무관서의 장 또는 지방자치단체의 장에게 과세정보의 제공을 요청할 수 있다.

1. 납세자의 인적사항

2. 사용목적

3. 과징금 부과 사유 및 부과 기준

④ 제1항에 따른 과징금을 부과하는 위반행위의 종류, 위반 정도 등에 따른 과징금의 금액과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

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

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

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

④ 제2항 및 제3항에 따라 질문 또는 조사를 하는 소속 공무원은 그 권한을 표시하는 증표 및 조사기간, 조사범위, 조사담당자, 관계 법령 등 보건복지부령으로 정하는



사항이 기재된 서류를 지니고 이를 관계인에게 보여주어야 한다.

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

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

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

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

- ② 삭제
③ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

1. 제3조의3제3항에 따라 준용되는 「국민기초생활 보장법」 제22조제6항(같은 법 제23조제2항에서 준용하는 경우를 포함한다)을 위반하여 정보 또는 자료를 사용하거나 제공한 사람

2. 삭제

3. 대행청구단체의 종사자로서 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 급여비용을 청구한 자

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

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



4. 제28조제4항을 위반하여 업무정지기간 중에 의료급여를 한 의료급여기관의 개설자
- ⑤ 정당한 이유 없이 제32조제2항에 따른 보고 또는 서류제출을 하지 아니하거나 거짓으로 보고하거나 거짓 자료를 제출하거나 검사를 거부·방해 또는 기피한 사람은 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

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

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

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

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

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

2. 의료급여법 시행령

〈시행 2019. 11. 1.〉

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

1. 삭제
 2. 삭제
- ② 삭제



- ③ 제1항의 규정에 불구하고 법 제15조제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건의료부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건의료부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다.
- ④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다.
- ⑤ 제4항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제1호라목·마목, 같은 표 제2호라목·바목 및 같은 표 제3호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 매 30일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100분의 50에 해당하는 금액을 보건의료부령이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다.
 - 1. 1종수급권자 : 2만원
 - 2. 2종수급권자 : 20만원
- ⑥ 급여대상 본인부담금에서 제5항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다.
 - 1. 1종수급권자 : 매 30일간 5만원
 - 2. 2종수급권자 : 연간 80만원. 다만, 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다.
- ⑦ 시장·군수·구청장은 수급권자가 제6항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건의료부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다.

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



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

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

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

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

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



[별표 1] <개정 2019.10.22.>

의료급여기금에서 부담하는 급여비용의 범위[제13조 관련]

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

가. 의료급여기관 및 의료급여의 내용에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위

의료급여 기관	의료급여의 내용		기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
1) 법 제9조제2항 제1호가목에 해당하는 제1차 의료급여기관 및 같은 호 나 목의 제1차 의료급여기관 중 보건의료원	가) 외래 진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부 개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단 (MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 95. 다만, 법 제7조제1항제2호의 약제(이하 "약제"라 한다)는 급여비용총액에서 「국민건강 보험법 시행령」 제22조제1항 각 호 외의 부분 후단에 따른 구입금액(이하 "구입 금액"이라 한다)의 100분의 5에 해당 하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료		급여비용총액 전부
2) 법 제9조제 2항제2호에 따른 제2차 의료급여기관	가) 외래 진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제 하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 2,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단 (MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 95. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 5에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료		급여비용총액 전부



의료급여 기관	의료급여의 내용		기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
3) 법 제9조제2항제3호에 따른 제3차 의료급여기관	가) 외래 진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 2,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 95. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 5에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 2,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료		급여비용총액 전부
4) 법 제9조제2항제1호 의료급여기관 중 보건소·보건지소 및 보건진료소	외래·입원진료		급여비용총액 전부
5) 법 제9조제2항제1호의 제1차 의료급여기관 중 약국 및 한국화귀약품센터	가) 보건소·보건지소 및 보건진료소가 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우		급여비용총액 전부
	나) 의료기관 및 보건 의료원이 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우		급여비용총액에서 처방전 1매당 500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	다) 약사가 「약사법」 제23조제3항 단서에 따라 처방전에 의하지 아니하고 직접 조제하는 경우		급여비용총액에서 약국 1회 방문당 900원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

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

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

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

- (1) 18세 미만인 사람
- (2) 임산부
- (3) 제2조제1호에 따른 무연고자로 확인된 사람



- (4) 법 제3조제1항제9호에 따른 노숙인 등
 - (5) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵질환, 희귀난치성질환 또는 중증질환을 가진 사람
 - (6) 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사람
- 라. 가목1)부터 4)까지 및 다목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 틀니를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95을 기금에서 부담한다.
- 마. 가목1)부터 4)까지 및 다목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 치과임플란트를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 90을 기금에서 부담한다.
- 바. 가목5)나)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도(重症度)를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품을 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사가 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18민주유공자예우에 관한 법률」, 「참전유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈처장이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원 대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품 조제받은 경우 및 다목에 해당하는 경우는 제외한다]에는 급여비용총액의 100분의 97을 기금에서 부담한다. 다만, 본인부담금이 500원 미만이면 500원을 본인부담금으로 한다.
- 사. 가목1)가)(1)·(3), 같은 목 2)가)(1)·(3) 및 같은 목 3)가)(1)·(3)에도 불구하고 정신질환의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항정신병 장기지속형주사제를 의료급여로 실시하는 경우에는 항정신병 장기지속형주사제 급여비용의 100분의 90을 기금에서 부담한다.
- 아. 가목1)가)(1)·(3), 같은 목 2)가)(1)·(3) 및 같은 목 3)가)(1)·(3)에도 불구하고 「건강검진기본법」에 따른 국가건강검진을 받은 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 확진검사를 의료급여로 실시하는 경우에는 확진검사 급여비용의 100분의 100을 기금에서 부담한다.



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

가. 의료급여기관 및 의료급여의 내용에 따른 기금에서 부담하는 급여비용의 범위

의료급여기관	의료급여의 내용		기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
1) 법 제9조제2항 제1호가목에 해당하는 제1차 의료급여기관 및 같은 호 나목의 제1차 의료급여기관 중 보건의료원	가) 외래 진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료		급여비용총액의 100분의 90. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 10에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
2) 법 제9조제2항 제2호에 따른 제2차의료급여기관	가) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 만성질환자에 대한 그 외래 진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 그 밖의 외래진료		급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.



의료급여기관	의료급여의 내용	기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
	다) 입원진료	급여비용총액의 100분의 90. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 10에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
3) 법 제9조제2항 제3호에 따른 제3차의료급여기관	가) 외래진료	급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
	나) 입원진료	급여비용총액의 100분의 90. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 10에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
4) 법 제9조제2항 제1호의 제1차 의료급여기관 중 보건소·보건지소 및 보건진료소	외래·입원 진료	급여비용총액 전부
5) 법 제9조제2항 제1호의 제1차 의료급여기관 중 약국 및 한국회귀의약품센터	가) 보건소·보건지소 및 보건진료소가 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우	급여비용총액 전부
	나) 의료기관 및 보건의료원이 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우	급여비용총액에서 처방전 1매당 500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	다) 약사가 「약사법」 제23조제3항 단서에 따라 처방전에 의하지 아니하고 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 약국 1회 방문당 900원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

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

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

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

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



- 마. 가목1)부터 4)까지 및 라목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 틀니를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 85를 기금에서 부담한다.
- 바. 가목1)부터 4)까지 및 라목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 치과임플란트를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 80을 기금에서 부담한다.
- 사. 가목1)나), 2)다) 및 3)나)에도 불구하고 고위험 임신부에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 입원진료를 의료급여로 실시한 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 아. 가목5)나)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품을 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품 조제받거나 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18민주유공자예우에 관한 법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수입무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈처장이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원 대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품 조제받은 경우 및 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 경우는 제외한다]에는 급여비용총액의 100분의 97을 기금에서 부담한다. 다만, 본인부담금이 500원 미만이면 500원을 본인부담금으로 한다.
- 자. 가목1)가)(2), 같은 목 2)가)(2), 같은 목 2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 임신부의 외래진료(유산·사산으로 인해 외래진료를 포함한다)에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 차. 가목1)가)(2), 같은 목 2)가)(2), 같은 목 2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 만 3세까지의 조산아(早産兒) 및 저체중 출생아의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 카. 가목1)가)(1)·(3)에도 불구하고 정신질환의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항정신병 장기지속형주사제를 의료급여로 실시하는 경우에는 항정신병 장기지속형주사제 급여비용의 100분의 90을 기금에서 부담한다.
- 타. 가목2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 정신질환의 외래진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 다음의 기준에 따른다.
- 1) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 정신질환의 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다. 다만, 전산화단층검사(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료(이하 이목에서 “전산화단층촬영등”이라 한다)를 실시하는 경우에는 전산화단층촬영등의 사용에 드는 급여비용의 100분의 85를 기금에서 부담한다.
 - 2) 1)의외 정신질환의 경우에는 급여비용총액의 100분의 90을 기금에서 부담한다. 다만, 전산화단층촬영등을 실시하는 경우에는 전산화단층촬영등의 사용에 드는 급여비용의 100분의 85를 기금에서 부담한다.



- 파. 타목1)에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 정신질환의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항정신병 장기지속형주사제를 의료급여로 실시하는 경우에는 항정신병 장기지속형주사제 급여비용의 100분의 90을 기금에서 부담한다.
- 하. 가목1)가)(2), 같은 1)나), 같은 목 2)나)·다) 및 같은 목 3)가)·나)에도 불구하고 보건복지부장관의 정하여 고시하는 치매에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 거. 가목1)나), 같은 1)다), 같은 목3)나)에도 불구하고 6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 97을 기금에서 부담한다.
- 너. 가목1)나), 같은 목 2)다) 및 같은 목 3)나)에도 불구하고 16세 이상 18세 이하인 사람의 치아홈메우기에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 치아홈메우기 급여비용의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 더. 가목2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 18세 이하인 사람의 치아홈메우기에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 치아홈메우기 급여비용의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
- 려. 가목1)가)(1)·(3), 같은 1)나), 같은 목 2)가)(1)·(3), 같은 2)나)·다) 및 같은 목 3)가)·나)에도 불구하고 「건강검진기본법」에 따른 국가건강검진을 받은 사람에게 보건복지부장관의 정하여 고시하는 확진검사를 의료급여로 실시하는 경우에는 확진검사 급여비용의 100분의 100을 기금에서 부담한다.
- 머. 가목1)가), 같은 목 2)가)(1)·(3) 및 차목에도 불구하고 1세 미만인 수급권자의 외래진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.
- 버. 가목2)가)(2), 같은 2) 나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 1세 미만인 수급권자의 외래진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.
3. 제1호 및 제2호에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 각 목에서 정하는 금액을 기금에서 부담한다.
- 가. 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제4호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여 항목을 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 100범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 기금에서 부담한다.
- 나. 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원·한방병원·요양병원(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원인 요양병원 및 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다. 이하 같다)·종합병원 및 같은 법 제3조의4에 따라 지정된 상급종합병원에서 「국민건강보험법」 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 다음의 기준을 따른다.
- 1)상급종합병원의 2인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 50을, 3인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 60을 각각 의료급여기금에서 부담한다.
- 2)병원·한방병원·요양병원·종합병원 2인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 60을, 3인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 70을 각각 의료급여기금에서 부담한다.
- 다. 법 제7조제2항에 따라 보건복지부령으로 정하는 상한일수를 초과하여 의료급여를 받은 수급권자로서 보건복지부령으로 정하는 승인을 얻지 않은 수급권자에게 실시하는 의료급여에 대해서는 다음의



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

- 1) 외래진료의 경우에는 급여비용총액의 100분의 70
 - 2) 입원진료의 경우에는 급여비용총액의 100분의 80
 - 3) 제1호가목5)나)·다) 및 제2호가목5)나)·다)의 경우에는 급여비용총액의 100분의 70
- 라. 다목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 의료급여를 실시하는 경우에는 다음의 구분에 따른 금액을 기금에서 부담한다.
- 1) 1종수급권자에 대해서는 추나요법 급여비용의 100분의 70
 - 2) 2종수급권자에 대해서는 추나요법 급여비용의 100분의 60
 - 3) 1) 및 2)에도 불구하고 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 추나요법 급여비용의 100분의 20



3. 의료급여법 시행규칙

〈시행 2019. 11. 19.〉

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

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

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



[별표 1의2] <개정 2019.7.1.>

수급권자가 급여비용을 부담하는 경우 또는 항목과 부담률(제19조관련)

1. 수급권자가 급여비용을 부담하는 경우 또는 항목의 비용
 - 가. 수급권자가 제3조의 규정에 의한 의료급여의 절차에 의하지 아니하고 의료급여기관을 이용한 경우에 소요된 비용의 총액
 - 나. 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기금이 부담하는 급여 비용의 상한금액을 초과하는 비용
 - (1) 의료급여의 필요성이 의학적으로 인정되는 약제·치료재료로서 그 약제·치료재료의 상한 금액이 대체 가능한 약제·치료재료의 상한금액의 2배 이상인 경우
 - (2) 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 6 제1호 나목(2)에 해당하는 약제·치료재료의 경우
 - 다. 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 6 제1호다목부터 아목까지의 규정에 해당하는 경우 또는 항목의 비용. 다만, 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 6 제1호사목 중 「공공보건의료에 관한 법률」 제12조제2항에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료취약지에 위치한 지역 응급의료기관에 내원한 환자로서 가목에 해당되는 사람이 아닌 경우에는 「의료급여법」 제10조에 따른 본인부담금을 말한다.
 - 라. 수급권자(영 제6조 단서에 따른 무연고자를 제외한다)가 입원시 발생하는 식대중 보건복지부장관이 정하는 비용
 - 마. 삭제 <2018. 12. 31.>
 - 바. 경구투여가 가능함에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진통·진양·수렴·소염제인 외용제제를 처방·조제받은 경우 그 외용제제 비용
 - 사. 수급권자가 제8조의6의 기준을 초과하여 처방·조제 받은 경우에는 급여 제한의 기준 및 그 예외 등에 관하여 보건복지부장관이 고시하여 정하는 바에 따른 급여 비용
 - 아. 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제28조에 따라 호스피스전문기관으로 지정된 의료급여기관에서 호스피스·완화의료의 입원진료를 받는 경우에는 가목에 해당하는 비용 및 다목 중 「응급의료에 관한 법률」에 따라 의료급여기관의 구급차를 이용하여 이송되었을 경우의 이송치료에 해당하는 비용
 - 자. 「의료법」 제3조제2항제3호라목의 요양병원 중 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호가목에 따른 정신병원과 「장애인복지법」 제58조제1항제4호의 장애인 의료재활시설을 제외한 요양병원에서 입원진료를 받는 수급권자가 제3조제3항에 따른 의료급여의뢰서 없이 다른 의료급여기관에서 진료를 받는 경우에 소요된 비용의 총액
2. 본인부담률 : 제1호에 해당하는 비용의 100분의 100



보장기관(시·군·구)의 현지조사 의뢰 세부기준 및 절차

1. 부당청구 여부 사실관계 확인

가. 관계자료 확보

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

나. 사실관계 확인

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

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

2. 현지조사 의뢰기준 및 절차

가. 현지조사 의뢰대상 기관

- 1) 사실관계 확인 후 거짓·부당청구의 개연성이 높은 기관
- 2) 진료내역이 타인에 의한 의료급여증 도용인지 거짓청구인지 여부를 확인하기 곤란한 경우
※ 부당청구건수에 상관없이 현지조사 의뢰
- 3) 의료급여기관의 자료협조가 안되어 사실관계 확인이 불가한 경우
- 4) 사례관리 시 현지조사 필요성이 인지된 경우, 진료의뢰서 남발, 기타 민원 제보가 많은 기관 등

나. 현지조사 의뢰 대상기간

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



다. 현지조사 의뢰절차

- 1) '보장기관 현지조사 의뢰서'〈서식 제93호〉에 부당청구 인지 경위, 부당청구 확인기간, 부당청구 세부사유 등을 작성
- 2) 해당 수급권자 서면진술서 또는 유선확인진술서, 급여일수통보서, 개인별 진료내역, 기타 사실관계 확인자료 등 관련 자료를 첨부하여 의뢰
- 3) 현지조사를 의뢰하는 기관은 환수하지 않고 의뢰

라. 현지조사 의뢰처

심사평가원(문서 또는 홈페이지 '보장기관신고센터')

마. 현지조사 의뢰시기

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

의료급여 청구 부당사례 모음집

인 쇄	2020년 01월
발 행	2020년 01월
발 행 인	건강보험심사평가원
발 행 처	강원도 원주시 혁신로 60(반곡동) 건강보험심사평가원 (우 26465) T. 1644-2000
디자인·인쇄	(사)아름다운사람들복지회 T. 02-6948-9650
