
의료급여 청구 부당사례 모음집

... 2017.12. ...



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 변경 될 수도 있음을 알려드리며, 변경된 사항은 건강보험심사평가원 홈페이지에 우선 게재하고 책자도 지속적으로 보완 · 발간할 예정임을 알려드립니다.

Contents

PART 1 현지조사 1

- ① 현지조사 개요 3
- ② 조사대상 기관 선정 과정 5
- ③ 현지조사 업무절차 6
- ④ 부당청구 7
- ⑤ 거짓청구 9
- ⑥ 비의료인 개설 의료기관 10
- ⑦ 기타 법령위반 사항 11

PART 2 현지조사 사례 13

- ① 거짓청구 17
- ② 부당청구 21
- ③ 본인부담금 과다징수 34

PART 3 부록 37

- ① 업무정지 처분 및 과징금 부과 기준 39
- ② 업무정지처분에 갈음한 과징금 적용기준 42

참고자료

- 의료급여기관 현지조사 관련 법령 48



PART

01



현지조사

01 현지조사 개요

● 현지조사란

- ▶ 의료급여기관이 지급받은 의료급여비용 등에 대해 세부진료내역을 근거로 사실 관계 및 적법 여부를 확인하고, 그 결과에 따라 부당이득 환수 및 행정처분 등을 수반하는 보건복지부장관의 행정조사임

● 현지조사 목적

- ▶ 보건복지부장관은 의료급여기관의 의료급여사항 등에 관하여 현지조사를 통해 지도·감독함으로써
 - 의료급여기관의 건전한 의료급여비용 청구 풍토 조성 및 적정진료를 유도
 - 의료급여 수급권자의 수급권 보호 및 건전한 의료공급자를 보호
 - 의료급여 재정 누수 방지 및 조사결과를 의료급여제도 개선 등에 반영하기 위함

● 현지조사의 법적 근거

<의료급여법>

- 제32조(보고 및 검사)
- 제23조(부당이득의 징수), 제28조(의료급여기관의 업무정지 등), 제29조(과징금 등) 및 동법 시행령 제16조의2(행정처분의 기준), 제16조의3(과징금의 부과 기준)
- 제35조(벌칙), 제37조(과태료)

<국민건강보험법>

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

◎ 현지조사의 방법

▶ 서면조사

- 조사원이 조사대상기관에 현장방문하지 않고 요양급여 사항에 관한 보고 또는 관련 자료를 제출하도록 요구하여 의료급여비용 청구의 적법 타당성을 조사하는 방식

▶ 현장조사

- 조사원이 조사대상기관에 현장방문하여 의료급여비용 청구의 적법 타당성을 조사하는 방식

◎ 현지조사의 유형

▶ 정기조사

- 지표점검기관: 청구경향통보제, 부당청구감지시스템 및 본인부담금과다징수 다발생 기관 등에 의해 부당청구 개연성이 높다고 판단되는 요양기관
- 외부의뢰기관: 국민건강보험공단 및 건강보험심사평가원의 급여사후관리, 민원제보 및 타 행정기관의 수사 등의 과정에서 의료급여비용의 부당청구가 확인되거나 인지되어 의료급여 전반에 대해 행정조사를 실시할 필요가 있다고 판단되는 요양기관

▶ 기획조사

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

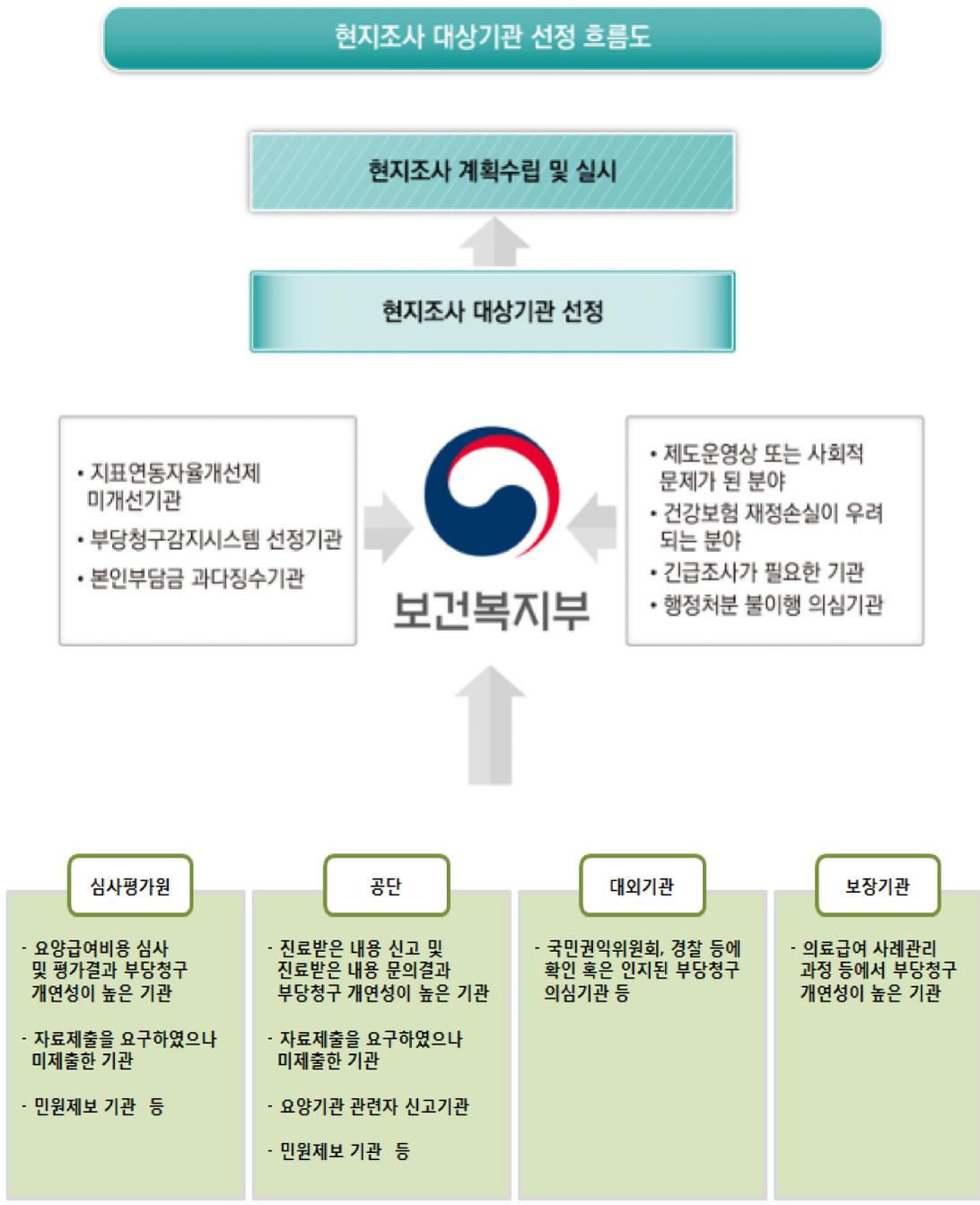
▶ 긴급조사

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

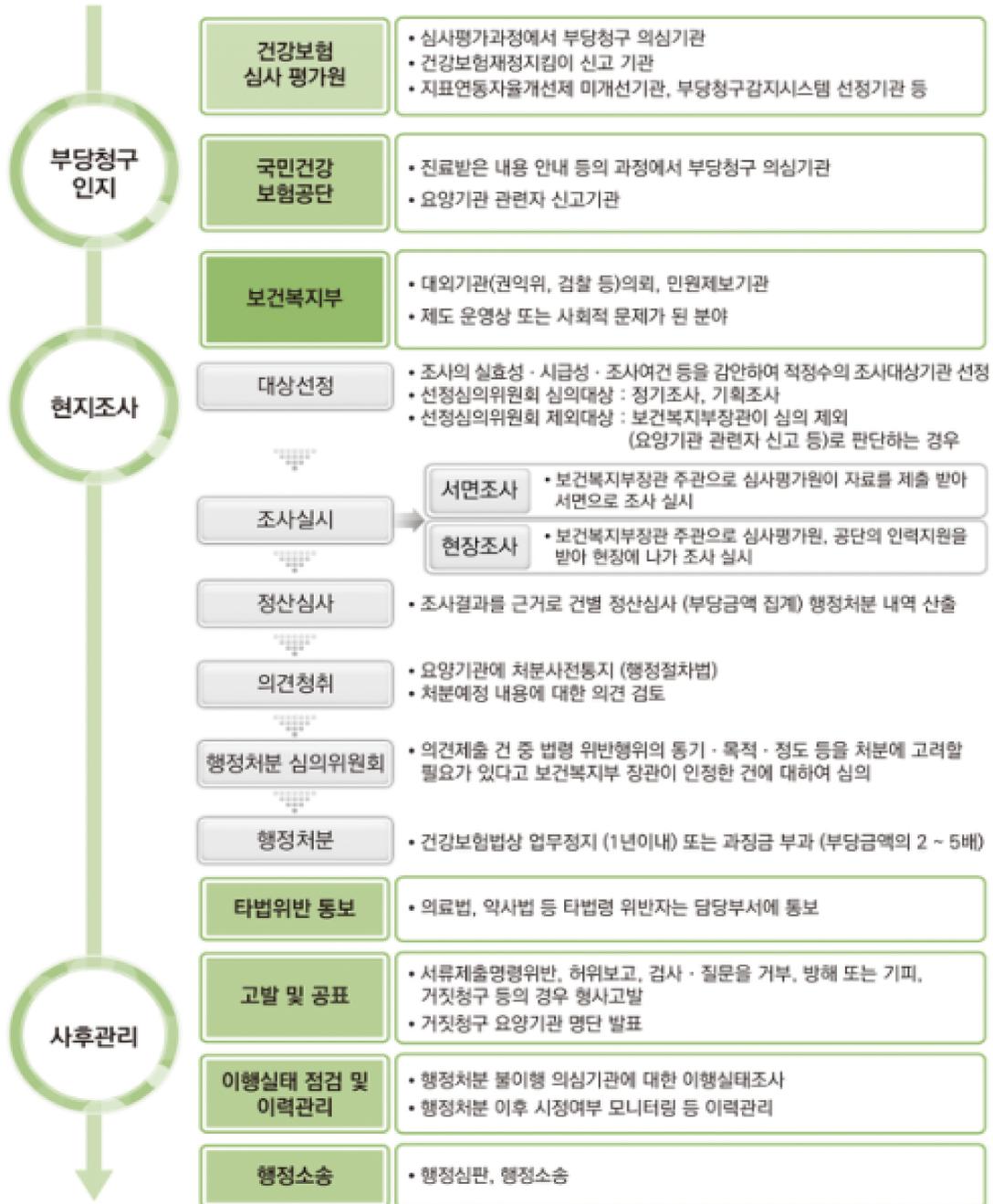
▶ 이행실태조사

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

02 조사대상 기관 선정 과정



03 현지조사 업무절차



04 부당청구

◎ 부당청구의 개념

- ▶ 의료급여(건강보험)법령에서는 ‘속임수 그 밖의 부당한 방법’이라 표현하고 있는데 통상 법령에서 사용하는 ‘부당’의 의미는 속임수 등 적극적으로 법질서를 위반하는 행위뿐만 아니라 소극적으로 법령상의 기준을 위반하는 행위까지 포함하고 있음
- ▶ 법령상 기준위반은 의료급여(건강보험)법령에서 정한 급여기준, 진료수가 기준을 위반하여 의료(요양)급여를 실시하고 그 비용을 청구하는 것으로, 청구자의 고의·과실 여부는 고려하지 않고 객관적 위반 사실이 있었을 경우 부당청구로 인정하고 있음

【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, 제11조의4를 위반하여 본인부담금을 미리 청구하거나 입원보증금 등 다른 명목의 비용을 청구한 경우, 제32조제2항에 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 제28조제1항제1호에 해당하여 업무정지 처분을 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.

05 거짓청구

◎ 거짓청구의 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 포함됨
 - 입원일수 또는 내원일수를 거짓으로 청구
 - 실제 하지 않은 행위료, 약제비 및 치료재료대를 청구
 - 비급여대상을 전액 환자에게 부담시킨 후 의료(요양)급여대상으로 하여 청구

◎ 거짓청구기관 명단 공표

【공표내용】

- 국민건강보험법 제98조(업무정지) 또는 제99조(과징금)에 따른 행정처분을 받은 요양기관 중 관련 서류를 위조·변조하여 요양급여비용을 거짓으로 청구한 요양기관으로서 공표기준에 해당하는 경우 그 위반행위, 처분내용, 해당 요양기관의 명칭·주소 및 대표자 성명, 그 밖에 다른 요양기관과의 구별에 필요한 사항을 공표

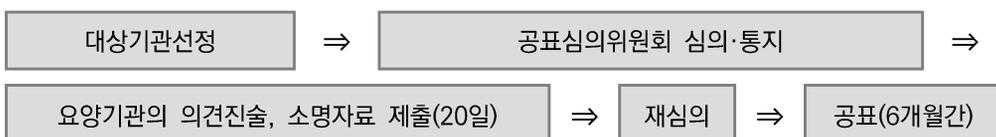
【공표방법】

- 6개월 동안 보건복지부·공단·심사평가원·관할 광역·기초 지자체 홈페이지에 공고
- 거짓청구를 반복적으로 행하거나 거짓청구가 중대한 위반 행위에 해당하는 경우 신문, 방송 등에 추가 공표 가능

【공표기준】

- 국민건강보험법 제100조에 근거 거짓청구금액이 1,500만원 이상이거나, 거짓청구한 금액의 비율이 20%이상인 요양기관 대상

【공표절차】



06 비의료인 개설 의료기관

- ▶ 의료인 자격이 없는 일반인이 자금을 투자해 병원 시설을 갖춘 후 고용의사 명의로 운영하는 의료기관 (속칭 ‘사무장병원’)
 - 의료기관 개설자가 될 수 없는 자에게 고용되어 의료행위를 실시한 경우에는 고용된 의사의 진료행위에 의해 지급된 일체의 급여비용이 환수 대상인 부당금액에 해당된다는 대법원 판례에 의거, 고용된 의사의 진료행위에 의해 지급된 일체의 급여비용을 부당금액으로 환수함.

대법원 판례 2010두5217(2010.6.24.)

- 의료법에 위반하여 의료기관의 개설자가 될 수 없는 자에게 고용되어 의료행위를 실시한 경우에는 국민건강보험법 상 요양급여비용을 청구할 수 없음이 명백하고, 그럼에도 불구하고 해당 환자들을 진찰한 다음 요양급여 비용 등을 청구하여 지급받은 행위는 국민건강보험법 제57조제1항의 ‘속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 요양급여비용을 받은 경우’에 해당함
- 요양급여비용 환수처분의 취지는 발생한 이득을 환수하는 처분이 아니라 요양급여비용으로 지급될 수 없는 비용임에도 불구하고 그것이 지급된 경우 이를 원상회복시키는 처분이므로 부당하게 지급받은 일체의 요양급여 비용이 환수대상인 부당금액에 해당함

07 기타 법령위반 사항

◎ 주된 위반 행위

- ▶ 무면허자의 의료행위(면허자격정지기간중의 의료행위 포함)
 - 의료법 제27조제1항, 제65조제1항제2호, 제87조제1항
- ▶ 무면허자의 조제행위
 - 약사법 제23조제1항, 제93조제1항
- ▶ 무자격자의 의료기사행위
 - 의료법 제66조제1항제6호, 의료기사 등에 관한법률 제9조제1항 및 제30조제1항
- ▶ 진료기록부를 거짓기재하거나 보존하지 아니한 때
 - 의료법 제66조제1항제3호
- ▶ 조제기록부를 작성·보존하지 아니한 때
 - 약사법 제30조제1항, 제96조
- ▶ 의약품 임의변경 및 임의대체 조제
 - 약사법 제26조제1항, 제27조, 제95조제1항
- ▶ 복약지도 미실시
 - 약사법 제24조제4항
- ▶ 의사·약사 직접조제
 - 약사법 제23조제3항, 제23조제4항, 제95조제1항
- ▶ 비의료인에게 고용
 - 의료법 제66조제1항제2호
- ▶ 의사약사간 담합
 - 의료법 제64조제1항제7호, 약사법 제24조제2항 및 제94조제1항
- ▶ 면허자격증 대여(의료인, 약사, 의료기사)
 - 의료법 제65조제1항제5호, 제87조제1항, 약사법 제6조제3항, 제93조제1항, 의료기사등에관한법률 제9조제3항, 제30조제1항

- ▶ 환자 유인행위(본인부담금 면제, 순회 진료 등)
 - 의료법 제27조제3항

부당청구여부 확인 관련기준

「의료급여수가의 기준 및 일반기준」, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부 사항」, 「건강보험요양급여행위 및 그 상대가치점수」, 「약제 및 치료재료의 구입 금액에 대한 산정기준」 등



PART

02



현지조사 사례



Contents

- 1 거짓청구** 17
 - 내원일수 거짓청구.....17
 - 약제비 거짓청구.....18
 - 정신요법료 거짓청구.....19
 - 검사료 거짓청구.....19
 - 이학요법료 거짓청구.....19
 - 한방시술료 거짓청구.....20
 - 비급여대상 진료 후 의료급여비용으로 이중 청구.....20

- 2 부당청구** 21
 - 의료급여 절차규정 위반청구21
 - 선택의료급여기관 이용절차규정 위반청구.....22
 - 의료급여 정신건강의학과 입원료 차등제 산정기준 위반 청구23
 - 간호인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등제 산정기준 위반청구24
 - 요양병원 필요인력 확보에 따른 별도보상제 산정기준 위반청구25
 - 외박수가 산정기준 위반청구26
 - 입원환자 식대 가산·치료식 영양관리료 산정기준 위반청구(건강보험).....27
 - 진찰료 산정기준 위반청구28
 - 전화상담 후 의료급여비용 부당청구28
 - 사회복지시설 내 촉탁의 진료비용 부당청구29
 - 요양기관 외 진료 후 의료급여비용 부당청구.....29
 - 가정간호 절차규정 위반청구30
 - 약국 조제료 등 야간가산 산정기준 위반청구.....30
 - 변종기술료 산정기준 위반청구31
 - 한방시술료 산정기준 위반청구31
 - 영상진단 및 방사선치료료 산정기준 위반청구.....32
 - 방사선단순영상진단료 산정기준 위반청구.....32
 - 의약품 대체청구.....32
 - 의약품 증량청구.....33

- 3 본인부담금 과다징수** 34
 - 수가고시 행위료 부당징수34
 - 수가포함 행위료 부당징수34
 - 의약품비용 과다징수.....35
 - 재료대비용 과다징수.....36

01 거짓청구

◎ 내원일수 거짓청구

- ▶ □□□ 소재 ○○의원의 경우, “기타 및 상세불명의 원발성 고혈압(I109)” 등의 상병으로 2016년 5월 2일부터 2016년 10월 26일까지(총 16일) 내원한 수급자 △△△(여/43년생)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 실제로는 2016년 9월 30일 내원하여 원외처방전을 발행하고, 실제 내원하지 않은 2016년 9월 29일에도 내원하여 진료한 것으로 전자 진료기록부에 기록한 후 진찰료 및 검사료 등 의료급여비용을 부당하게 청구하였으며, 또한 원외 처방전을 발행하여 약국조제료 등을 부당하게 청구함

- ▶ □□□ 소재 ○○의원의 경우, “만성 신장병(5기)” 등의 상병으로 2016년 4월 1일~2016년 4월 13일까지(총 7일) 내원한 수급자 △△△(남/61년생)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 실제로는 2016년 4월 8일 혈액투석 시 당일에 혈액투석 전일인 4월 7일에 내원하여 진료 받고 원외처방전을 발행한 것으로 부당하게 청구하였으며, 혈액투석 정액수가에 포함되어 별도 산정할 수 없는 의약품을 원외처방전을 발행하여 의약품비용을 의료급여비용으로 부당하게 청구함

- ▶ □□□ 소재 ○○의원의 경우, “기타 및 상세불명의 원발성 고혈압(I109)” 등의 상병으로 2016년 2월 11일, 2월 12일(총 2일) 내원한 수급자 △△△(여/47년생)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 2016년 2월 12일 하루 내원하여 검사 및 원외처방전 발행 하였으나, 실제로는 내원하지 않은 2016년 2월 11일 및 실제 내원한 2016년 2월 12일 진료한 것으로 나누어 진료기록부에 기록하고 의료급여비용으로 부당하게 청구하였으며 이와 같은 사례가 다수 확인됨.

- ▶ □□□ 소재 ○○의원의 경우, “좌골신경통을 동반한 요통, 흉요추부(M5445)” 등의 상병으로 2014년 10월 10일~2016년 11월 9일(총 16일) 내원한 수급자 △△△(남/38년생)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 내원하여 진료받은 것으로 의료급여비용을 청구하였으나, 실제로는 내원하지 않은 2015년 9월 1일~2016년 11월 9일(총 13일) 골밀도검사 및 척추 CT, 경추·요추 촬영을 FULL PACS에 저장하고, 전산 진료기록부에 내원한 것으로 입력 후 의료급여 비용으로 부당하게 청구하였으며 이와 같은 사례가 다수 확인됨.

- ▶ □□□ 소재 ○○의원의 경우, “식도염을 동반한 위, 식도역류병(K210)” 등의 상병으로 2014년 9월 20일~2016년 7월 23일(총 36일) 내방한 수급자 △△△(남/92년생)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 2015년 12월 26일은 해외 출국 중(2015년 12월 18일~2015년 12월 28일, 11일)으로 실제 진료하지 않았음에도 진료한 것으로 전자기록부 및 본인부담금 수납대장에 거짓 입력(기록)한 후 청구하였으며, 또한 내원 사실이 없는 2016년 1월 2일, 1월 9일, 1월 23일(3일간)에도 진료한 것으로 의료급여비용으로 부당하게 청구하였으며 이와 같은 사례가 다수 확인됨.

◎ 약제비 거짓청구

- ▶ □□□ 소재 ○○약국의 경우, 2014년 9월 20일~2016년 7월 23일(총 36일) 내방한 수급자 △△△(남/92년생)에 대한 조제사실을 확인한 결과,
 - 2015년 12월 26일은 해외 출국 중(2015년 12월 18일~2015년 12월 28일, 11일)으로 실제 조제하지 않았음에도 청구하였고, 또한 내방 사실이 없는 2016년 1월 2일, 1월 9일, 1월 23일(3일간)에도 원외처방전에 따른 의약품을 각각 조제한 것으로 의료급여비용으로 부당하게 청구하였으며 이와 같은 사례가 다수 확인됨.

● 정신요법료 거짓청구

- ▶ □□□ 소재 ○○병원의 경우, “알콜의 의존증후군” 등의 상병으로 입원한 수급자 △△△(남/55년생)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 2016년 11월 7일은 정신보건사회복지사 △△△(89년생, 여)가 연가 사용으로 출근하지 않아 일반집단정신치료 및 작업 및 오락요법[음악, 서화, 조각, 운동, 작업]을 실시하지 않았음에도 의료급여비용으로 부당하게 청구하였으며 이와 같은 사례가 다수 확인됨

● 검사료 거짓청구

- ▶ □□□ 소재 ○○의원의 경우, “기관지 및 폐의 양성 신생물, 왼쪽” 등의 상병으로 2016년 11월 11일, 11월 18일 총 2회 청구한 수급자 △△△(남/60년생)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 내원 및 혈액검사하여 일반전산화단층영상진단-흉부-조영제를 사용하는 경우(영상의학과전문의판독)×1회 및 소변검사를 실시한 것으로 청구하였으나 FULL PACS에서 영상기록을 확인할 수 없고, ○○기관에 위탁검사결과가 없음에도 일반전산화 단층영상진단-흉부-조영제를 사용하는 경우(영상의학과전문의판독)×1회 및 소변검사 등 비용을 의료급여비용으로 부당하게 청구하였으며 이와 같은 사례가 다수 확인됨.

● 이학요법료 거짓청구

- ▶ □□□ 소재 ○○의원의 경우, “신경부리병증을 동반한 요추 및 기타 추간판장애” 상병으로 2015년 1월 24일부터 2016년 8월 10일까지(총 8일) 내원하여 진료 받은 것으로 청구한 수급자 △△△(남/34년생)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 2016년 8월 10일은 실제 물리치료를 시행하지 않았음에도 물리치료를 시행한 것으로 거짓기록 후 의료급여비용으로 부당하게 청구하였으며 이와 같은 사례가 다수 확인됨

◎ 한방시술료 거짓청구

- ▶ □□□ 소재 ○○요양병원의 경우, “강직성 사지마비성 뇌성마비(M5449)” 등의 상병으로 2015년 10월 23일~2015년 11월 16일(총 25일)까지 입원한 수급자 △△△(남/83년생)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 입원기간동안 경혈침술 2부위이상[사암침법, 오행침법, 체질침법], 투자법 침술, 구술(간접구)-간접애주구를 실제 시술하지 않았음에도 시술한 것으로 진료기록부를 작성하고 의료급여비용으로 부당하게 청구함
-

◎ 비급여대상 진료 후 의료급여비용으로 이중 청구

- ▶ □□□ 소재 ○○병원의 경우, “팔의 연조직염(L0310)” 등의 상병으로 2017년 3월 31일(총 1일) 내원한 수급자 △△△(여/74년생)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 신체 필수 기능개선 목적이 아닌 지방흡입술을 하기 위하여 내원하여 비급여로 1,300,000원을 징수한 후 진찰료를 요양급여비용으로 부당하게 청구하였으며 이와 같은 사례가 다수 확인됨.
-

02 부당청구

◎ 의료급여 절차규정 위반청구

【관련근거】

- 의료급여법 시행규칙 제3조(의료급여의 절차) 제1항 및 제2항에 따라 제2차 의료급여기관은 수급권자 진료 시 사전에 반드시 의료급여의뢰서 유무를 확인하여야 하며,
- 의료급여법 시행규칙 제19조 [별표1의 2]에 따라 의료급여의 절차에 의하지 아니하고 의료급여기관을 이용한 경우에 소요된 비용의 총액을 100분의 100으로 수급권자가 부담함

- ▶ □□□ 소재 ○○병원의 경우, “상세불명의 다발신경병증(G629)” 등의 상병으로 2016년 7월 1일(총 1일) 내원한 수급자 △△△(여/48년생)의 진료사실을 확인한 결과,
 - 의료급여 절차 예외규정에서 정한 응급환자 등에 해당하지 않는 수급권자로서, 제1차 의료급여기관에서 발급한 의료급여의뢰서 없이 제2차 의료급여기관인 동 병원에서 진료하였으나 그 비용전액을 본인부담으로 징수하지 않고 의료급여비용으로 부당하게 청구함
- ▶ □□□ 소재 ○○병원의 경우, “아래허리통증, 상세불명의 부위(M5459)” 등의 상병으로 2015년 11월 26일(총 1회) 내원한 수급자 △△△(여/32년생)의 진료사실을 확인한 결과,
 - 의료급여 절차 예외규정에서 정한 응급환자 등에 해당하지 않는 수급자로서 의료급여의뢰서 없이 내원하였음에도, 의료급여비용을 수급자에게 전액본인부담하지 않고 의료급여비용으로 청구하였고, 원외처방전을 발행하여 의약품 비용을 의료급여비용에서 지급받게 함

◎ 선택의료급여기관 이용절차규정 위반청구

【관련근거】

- 의료급여법 시행규칙 제8조의3 (의료급여일수의 상한) 및 [별표 1] 선택의료급여기관의 범위 및 의료급여의 절차 등에 따라 선택의료급여기관이 해당 수급권자의 치료를 위하여 다른 의료급여기관(제1차 의료급여기관을 포함)의 진료가 필요하다고 판단하는 경우에는
- 수급권자에게 “의료급여의뢰서”를 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 유무를 확인하여 의뢰서가 없는 경우 의료급여비용 총액을 수급권자에게 전액 본인부담토록 하여야 함

- ▶ □□□ 소재 ○○의원의 경우, “상세불명의 급성 기관지염(J209)” 등의 상병으로 2016년 5월 6일(총 1일) 내원한 수급자 △△△(여/84년생)의 진료사실을 확인한 결과,
 - 선택의료급여기관에서 발급한 의료급여의뢰서 없이 내원하였음에도 그 진료에 소요된 비용을 수급자에게 전액 본인부담토록 하지 않고 의료급여비용으로 청구하여 지급받았으며, 원외처방전을 발행하여 의약품 비용을 의료급여비용에서 지급받게 함
- ▶ □□□ 소재 ○○의원의 경우, “상세불명 원인의 자극물접촉피부염(L249)” 등의 상병으로 2017년 3월 2일(총 1회) 내원한 수급자 △△△(남/38년생)의 진료사실을 확인한 결과,
 - 선택의료급여기관에서 발급한 의료급여의뢰서 없이 내원하였음에도 그 진료에 소요된 비용을 수급자에게 전액 본인부담토록 하지 않고 의료급여비용으로 청구하여 지급받았으며, 원외처방전을 발행하여 의약품 비용을 의료급여비용에서 지급받게 함

◎ 의료급여 정신건강의학과 입원료 차등제 산정기준 위반 청구

【관련근거】

- 의료급여수가의 기준 및 일반기준 제1장 제9조제5항 관련 [별표 4] “의료인 등 인력 확보수준에 따른 정신건강의학과 입원료 차등제 적용기준”에 따라
- 의사인력은 요양기관현황통보서상 의료인 등 인력현황에 상근으로 신고된 정신과 전문의 및 레지던트를 기준으로 하며, 시간제 또는 격일제 의사는 주3일 이상이면서 주20시간 이상 근무한 경우 0.5인으로 산정하여야 하고
- 간호인력은 당해 정신건강의학과 입원병동, 정신건강의학과 낮병동, 정신건강의학과 외래병동에 배치되어 실제 환자간호를 전담하고 있는 간호사와 이에 대한 간호 업무를 보조하는 간호조무사로만 산정하여야 하며, 정신건강의학과 병동에 배치되어 있지만 환자간호를 전담하지 않는 간호 인력(간호감독 등)은 산정대상에서 제외함
- 정신보건전문요원인력은 정신보건법 제7조제2항에 따른 정신보건임상심리사·정신보건간호사·정신보건사회복지사를 말하며, 정신보건법시행령 제2조제1항에 따른 업무를 전담하여 실제 수행 시 산정함

-
- ▶ □□□ 소재 ○○병원의 경우, 간호과장 △△△(64년생, 여)은 2013년 11월 1일부터 2016년 1월 31일까지 간호과장 업무(행정업무)와 정신보건전문요원 업무를 병행하여 정신보건전문요원(정신보건간호사)업무를 전담하지 않았고, 간호과장 △△△(69년생, 여)은 2016년 2월 1일부터 2016년 11월 13일까지 간호과장업무(행정업무)와 정신보건전문요원 업무를 병행하고 있음에도 정신보건전문요원(정신보건간호사)업무를 전담하는 근무자로 신고하여,
 - 2015년 1/4분기, 2016년 3/4분기 의료급여 정신건강의학과 입원료 적용기관 등급이 실제 G3등급임에도 G2등급으로 산정하여 의료급여비용으로 부당하게 청구함
-

◎ 간호인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등제 산정기준 위반청구

【관련근거】

- 건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제3편 제3부 요양병원 행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침 등에 따라
- 간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등제는 전분기 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,
- 간호 인력은 당해 입원병동에 전속되어 입원 환자 간호업무를 전담하는 간호사와 이에 대한 간호업무를 보조하는 간호조무사가 산정 대상임

- ▶ □□□ 소재 ○○요양병원의 경우, 간호조무사 △△△ 등 3명이 병동에서 입원환자 간호업무를 전담한 것으로 신고하였으나,
 - 실제로는 원무과 업무 병행근무, 외래 병행근무, 외래 전담근무 전담하였음에도 입원환자 전담 병동 근무를 한 것으로 실제 근무내역과 상이하게 신고하여, 2016년 1/4분기, 2/4분기의 요양병원 간호인력 확보수준에 따른 입원료를 의료급여 비용으로 부당하게 청구함
- ▶ □□□ 소재 ○○요양병원의 경우, 간호조무사 △△△은 간호인력 신고 시 병동에서 입원환자 간호업무를 전담한 것으로 신고하였으나
 - 실제로는 약국 및 한방과(진료보조)를 담당하였음에도 입원환자 전담 병동 근무를 한 것으로 실제 근무내역과 상이하게 신고하여, 2015년 4/4분기, 2016년 1/4분기, 2016년 2/4분기, 2016년 3/4분기, 2016년 4/4분기(총 5분기)의 요양병원 간호인력 확보수준에 따른 입원료를 의료급여비용으로 부당하게 청구함

◎ **요양병원 필요인력 확보에 따른 별도보상제 산정기준 위반청구**

【관련근거】

- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제3편 제3부 요양병원 행위 급여목록상대가치점수 및 산정지침 [산정지침] 4. 사. “필요인력 확보에 따른 별도 보상제” 등에 따라
- 필요인력 확보에 따른 별도 보상제는 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 산정함
- 필요인력의 경우 해당 치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 물리치료실, 임상 병리실, 방사선실을 갖추고 실제 사용할 수 있는 해당 장비를 보유하고 있는 요양 기관에 한하여 산정할 수 있음

▶ □□□ 소재 ○○요양병원의 경우, 약사 △△△(39년생, 여)의 근무사실을 확인한 결과,

- 2013년 10월 23일부터 2017년 5월까지 주 16시간 미만으로 근무하여 2016년 2/4, 3/4, 4/4분기, 2017년 1/4분기에 필요인력확보(일당)(AB002) 가산을 의료급여비용으로 부당하게 청구하였음

◎ 외박수가 산정기준 위반청구

【관련근거】

- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제3편 제2부 요양병원 행위 급여목록-상대가치점수 및 산정지침 6. 에 따라 입원중인 환자가 주치의의 허가를 받은 후 연속해서 24시간을 초과하여 외박한 경우에는 외박수가를 산정함
- 의료급여수가의 기준 및 일반기준 제1장 제11조 제6항에 의거 정신질환으로 입원 중인 의료급여 환자가 진료담당의사의 승인 후 외박을 실시한 경우 정신질환 입원수가와 동일한 기관등급의 1일당 외박 정액수가 (외박 당일부터 귀원 전일까지의 일수를 외박일수로 산정)를 산정함

- ▶ □□□ 소재 ○○병원의 경우, “알콜의 의존증후군(F102)” 등의 상병으로 2016년 2월 1일~2016년 3월 31일까지(총 60일간) 입원한 것으로 청구한 수급자 △△△(남/49년생)의 입원사실을 확인한 결과,
 - 실제로는 주치의의 외박 허가를 받고 2016년 2월 26일 9시 10분에 나가 2016년 2월 27일 7시에 귀원하여 1일간 외박하여 해당기관 기관등급의 1일당 외박정액수가로 산정하여야 함에도 1일당 입원 정액수가를 산정하여 입원료를 의료급여비용으로 부당하게 청구함
- ▶ □□□ 소재 ○○병원의 경우, “중증도 우울에피소드” 등의 상병으로 입원(2017년 1월 1일~2017년 1월 31일, 31일간)한 것으로 청구한 수급자 △△△(60년생, 남)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 실제로는 2017년 1월 9일 오전 11시에 외박하여 1월 12일 오후 4시에 복귀한 바, 입원 중 외박 시 외박수가로 산정하지 않고 입원수가를 적용 산정하여 의료급여비용을 부당하게 청구하였으며 이와 같은 사례가 다수 확인됨

◎ 입원환자 식대 가산·치료식 영양관리료 산정기준 위반청구(건강보험)

【관련근거】

- 건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수 제1편 제2부 제17장 입원환자 식대 산정지침(2) 및 파51(입원환자 식대) 나.(식사가산) 및 보건복지부 고시 입원환자식대 세부산정기준에 따라, 입원환자 식대 영양사가산은 병원급 이상의 경우 당해 요양기관에 소속된 영양사가 2명 이상인 경우에 산정함
- 입원환자 식대 조리사가산은 병원급 이상의 경우 당해 요양기관에 소속된 조리사가 2명 이상인 경우에 산정하며, 시간제, 격일제 근무자 등은 조리사 가산에서 제외하되, 영양사 및 조리사수는 환자 식사를 담당하는 전전월 평균 영양사 및 조리사수에 따라 산정함

▶ □□□ 소재 ○○병원의 경우, 조리사 △△△을 2013년 8월 1일~2017년 5월 까지 조리사 상근인력으로 신고하였으나,

- 실제로는 2013년 8월 1일~2014년 12월 31일까지는 조리사로 근무하고, 2015년 1월 1일~2017년 5월까지는 행정관리실장으로 근무하여 조리사 가산에서 제외하여야 함에도, 이를 상근인력으로 적용하여 입원환자 식대 조리사 가산료를 부당하게 청구함
-

◎ 진찰료 산정기준 위반청구

【관련근거】

- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 가-1 나. (재진진찰료) 주5.에 따라
- 환자가 직접 내원하지 아니하고 환자가족이 내원하여 진료담당 의사와 상담한 후 약제 또는 처방전만을 수령 또는 발급하는 경우에는 재진진찰료 소정점수의 50%만을 산정하여야 함

- ▶ □□□ 소재 ○○의원의 경우, “식도염을 동반하지 않은 위-식도역류병(K219)” 등의 상병으로 2014년 6월 23일~2017년 3월 18일, 총 215일)내원한 것으로 청구한 수급자 △△△(28년생, 여)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 실제로는 수급자의 아들이 내원하여 원외처방전을 발급받았으나, 재진진찰료 소정 점수의 50%(AA254090)를 산정하지 아니하고 초진진찰료 또는 재진진찰료의 100%를 산정함

◎ 전화상담 후 의료급여비용 부당청구

【관련근거】

- 「의료법 제33조 제1항」 및 「보건복지부 급여65720-438호(2000.08.16)」에 의거 의료인은 의료기관에서 의료업을 하여야하며 환자 대면 없이 전화상의 문진만으로 진료를 하고 요양급여비용으로 청구할 수 없음

- ▶ □□□ 소재 ○○의원의 경우, “탈수(E860)” 등의 상병으로 2017년 1월 18일~2017년 3월 31일까지(총 5일) 수급자 △△△(39년생, 여)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 촉탁진료를 위해 ○○요양원(촉탁관계)에 방문하여 진료를 하고 원외처방전을 발행한 것으로 의료급여비용을 청구하였으나, 실제로는 요양원 관계자와 전화로 환자상태를 문진하고 원외처방전을 발행한 경우로서 이를 대면 진료를 하고 원외처방전을 발행한 것으로 의료급여비용을 부당하게 청구함

◎ 사회복지시설 내 촉탁의 진료비용 부당청구

【관련근거】

- 건강보험 요양급여비용 제1편 제2부 ‘행위급여목록상대가치점수 및 산정지침’ 제1장 가-1 나. (재진진찰료) 주6. 및 보건복지부 행정해석에 따라
- 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설 내에서 의료기관 소속 촉탁의 또는 협약 의료기관 의사가 시설입소자에게 원외 처방전을 교부한 경우에는 진찰료 중 외래관리료 소정점수를 산정하여야 하며,
- 정신질환자에 대하여 직접 조제한 경우 그 비용은 별도산정 가능함

- ▶ □□□ 소재 ○○의원의 경우, “기타 및 상세불명의 원발성 고혈압(I109)” 등의 상병으로 2016년 11월 25일 청구한 수급자 △△△(29년생, 여)의 진료사실을 확인한 결과,
 - 실제로는 촉탁의(협약의료기관 의사)로 계약을 체결한 ‘□□□ □□□(노인주거 복지시설)’에 입소한 수급자들을 시설에서 진료 후 원외처방전을 교부하여 ‘사회복지시설 내 원외처방’을 산정하여야 함에도 ‘재진진찰료(보호자내원 약제 또는 처방전만 수령한 경우)’를 청구하여 의료급여비용을 부당하게 청구함

◎ 요양기관 외 진료 후 의료급여비용 부당청구

【관련근거】

- 「국민건강보험법」 제42조(요양기관)제1항 요양급여는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다.
 - 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
 - 「약사법」에 따라 등록된 약국 등

- ▶ □□□ 소재 ○○병원의 경우, “상세불명의 조현병(F209)” 등의 상병으로 2017년 6월 7일 내원한 수급자 △△△(97년생, 남)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 외래진료와 외래 및 입원환자의 조제투약은 ○○병원 내에서 이루어지지 않고 다른 병원에서 모든 외래환자 진료 및 모든 외래 및 입원환자의 조제투약을 실시하고 의료급여비용을 부당하게 청구함

◎ 가정간호 절차규정 위반청구

【관련근거】

- 건강보험요양급여비용 제1편 제2부 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수 제1장 기본진료료 4. 가정간호 기본방문료 가. 진료담당의사 또는 한의사의 진단과 처방에 따라 가정전문간호사가 환자의 자택을 방문하여 가정간호대상 환자에게 가정간호를 행하고 기록하는 경우에 산정함

- ▶ □□□ 소재 ○○의원의 경우, “기타 및 상세불명의 원발성 고혈압(I109)” 등의 상병으로 2016년 11월 24일~2017년 3월 27일(총 7회)까지 수급자 △△△(20년생, 여)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - ○○요양원에 입소한 환자로서 진료담당의사의 진단과 처방에 따라 가정전문간호사가 가정간호를 실시하였을 경우에는 그 내용을 정확히 기록하고 가정간호 기본방문료 등을 산정하여야하나, 가정간호를 실시한 내용이 전혀 기록되어 있지 않았음에도 의료급여비용을 부당하게 청구함

◎ 약국 조제료 등 야간가산 산정기준 위반청구

- ▶ □□□ 소재 ○○약국의 경우, 2016년 7월 11일~2017년 3월 13일(총 19회) 수급자 △△△(61년생, 남)에 대한 조제사실을 확인한 결과,
 - 09시부터 18시 전에 내방하여 원외처방전에 의한 조제투약을 하였으나, 평일 18시 이후에 약제를 조제·투약한 것으로 조제료 및 복약지도료 등을 가산하여 의료급여 비용을 부당하게 청구함

◎ 변증기술료 산정기준 위반청구

【관련근거】

- 보건복지부 고시 제2007-77호(2007.8.30. 시행)에 의거 진료기록부상 사진(망, 문, 절)에 의해서 환자의 임상 증상과 징후를 수집하여 종합적인분석을 통해 주차와 진위를 판별하여 각 증후 사이의 내재 관계와 병인, 병기를 파악할 수 있는 변증 기록이 확인되는 경우에 인정하며, 단순한 증상명이나 병명만을 기재한 경우에는 변증과정에 대한 평가가 불가능하므로 인정하지 않음

- ▶ □□□ 소재 ○○한의원의 경우, “급성 비인두염(J00)” 등의 상병으로 2016년 9월 3일 내원한 수급자 △△△(12년생, 남)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 진료기록부에 병인, 병기를 파악할 수 있는 변증기록 없이 환자의 임상증상과 한방 시술명칭만 기재하였음에도, 변증기술료를 의료급여비용으로 부당하게 청구함

◎ 한방시술료 산정기준 위반청구

- ▶ □□□ 소재 ○○한의원의 경우, “발목의 상세불명 부분의 염좌 및 긴장(S9349)” 등의 상병으로 2016년 5월 4일내원한 수급자 △△△(47년생, 여)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 실제로는 하-31가.(1) 유관법(40321)을 실시하였으나 하-31가.(3) 주관법(40323)을 실시한 것으로 의료급여비용을 부당하게 청구함

- ▶ □□□ 소재 ○○한의원의 경우, “좌골신경통을 동반한 요통, 요추부(M5446)” 등의 상병으로 2016년 6월 8일, 2016년 7월 4일(총 2일) 내원한 수급자 △△△(66년생, 여)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 실제로는 부항술(자락관법/40312) 실시하였음에도 부항술(자락관법/40313: 2부위 이상)을 실시한 것으로 의료급여비용을 부당하게 청구함

◎ 영상진단 및 방사선치료료 산정기준 위반청구

- ▶ □□□ 소재 ○○의원의 경우, “손가락의 상세불명 부분의 염좌 및 긴장” 등의 상병으로 2016년 7월 19일(총 1회) 내원한 수급자 △△△(73년생, 여)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 수지골4매 방사선 촬영을 실시하고 판독소견서를 작성·비치 하거나 진료기록부에 판독소견을 기록하지 않았음에도 판독료(소정점수의 30%)를 포함한 영상진단료 소정점수의 100%를 청구하여 의료급여비용을 부당하게 청구하였으며 이와 같은 사례가 다수 확인됨

◎ 방사선단순영상진단료 산정기준 위반청구

- ▶ □□□ 소재 ○○의원의 경우, “설사를 동반하지 않은 과민대장증후군(K589)” 등의 상병으로 2016년 7월 13일(총 1일) 내원한 수급자 △△△(59년생, 여)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 실제로는 방사선필름 14”×14” 1매를 이용하여 복부1매(G2401)를 촬영하였으나, 방사선필름 14”×17” 2매를 이용하여 복부 2매(G2402)를 촬영한 것으로 의료급여 비용을 부당하게 청구함

◎ 의약품 대체청구

- ▶ □□□ 소재 ○○의원의 경우, 대한생리식염주사액(염화나트륨20밀리리터)을 사용한 모든 수진자들에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 실제로는 씨제이 0.9% 생리식염수100밀리리터 중 10밀리리터를 사용하고, 대한 생리식염주사액(염화나트륨20밀리리터) 1병으로 의료급여비용을 부당하게 청구함
- ▶ □□□ 소재 ○○의원의 경우, 하이*룬주(히알루론산나트륨)로 청구한 모든 수진자들에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 실제로는 유니*주 15밀리그램을 실제 투약하고, 하이*룬주를 사용한 것으로 의료 급여비용을 부당하게 청구함

◎ 의약품 증량청구

-
- ▶ □□□ 소재 ○○의원의 경우, “중대뇌동맥의 폐쇄 및 협착” 등의 상병으로 2017년 1월 9일(총1회) 내원한 수급자 △△△(69년생, 여)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 일반전산화단층영상진단(CT)-두부-CT혈관조영 촬영 시 실제로는 조영제 파미*이370 주사액 140ml를 사용하고, 150ml/1병을 사용한 것으로 증량하여 의료급여비용을 부당하게 청구하였으며 이와 같은 사례가 다수 확인됨

 - ▶ □□□ 소재 ○○의원의 경우, “만성신장병(5기)(N185)” 등의 상병으로 2017년 3월 31일(총 1일) 내1원한 수급자 △△△(43년생, 여)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 혈액투석시 사용한 약제 “헤모비텍스 0.1% 1호액(10L)”를 실제로는 0.44(4.4L)를 사용하고, 0.5(5L) 사용한 것으로 증량하여 의료급여비용으로 부당하게 청구함

 - ▶ □□□ 소재 ○○의원의 경우, “기타 앨러지비염(J303)” 등의 상병으로 2016년 3월 8일(총 1일) 내원한 수급자 △△△(75년생, 남)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 하기도 증기흡입치료 처치 시 투여한 약제 벤*린 흡입액을 실제로는 0.1ml 투여하고 2ml를 사용한 것으로 증량청구하였고, 풀*칸 분무용 현탁액을 실제로는 0.1ml를 사용하고 청구시에는 3ml를 사용한 것으로 증량하여 의료급여비용으로 부당하게 청구함
-

03 본인부담금 과다징수

◎ 추가고시 행위료 부담징수

- ▶ □□□ 소재 ○○의원의 경우, “상세불명의 대퇴골 전자간부의 골절, 폐쇄성” 등의 상병으로 2015년 8월 25일, 8월 26일(총 2회) 내원하여 진료 받은 것으로 청구한 △△△(34년생, 여)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 헤모글로빈 A1C, HDL콜레스테롤, LDL콜레스테롤, r-GTP검사에 대하여 의료급여 비용으로 청구하여야 함에도, 임의로 법정본인부담금 외에 별도의 금액을 수급자에게 징수하였으며 이와 같은 사례가 다수 확인됨

- ▶ □□□ 소재 ○○의원의 경우, “상세불명의 등통증, 흉추부(M5494)” 등의 상병으로 2017년 5월 24일(총 1회) 내원한 △△△(46년생, 남)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 구술(간접구)-기기구술 과정 중 왕뜸, 자운고를 사용한 후 비급여로 왕뜸, 자운고를 처방하여 법정 본인부담금과 별도로 3,000원을 징수하는 등 이는 관련 행위료에 포함되어 별도 산정 불가품목임에도 별도로 징수하였으며 이와 같은 사례가 다수 확인됨

◎ 추가포함 행위료 부담징수

- ▶ □□□ 소재 ○○의원의 경우, “합병증을 동반하지 않은 전립선증식증(N400)” 등의 상병으로 2016년 8월 5일(총 1회) 내원한 △△△(36년생, 남)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 요류측정 Complex Uroflowmetry를 시행하는 경우 그 행위료에 포함되는 최고 요속 및 배뇨량, 배뇨 후 잔뇨량 등 검사를 실시할 때 배뇨 후 잔뇨량 검사를 초음파를 이용하여 실시하였다 하여 그 비용을 별도로 징수할 수 없음에도 별도로 10,000원을 징수하였으며 이와 같은 사례가 다수 확인됨

◎ 의약품비용 과다징수

-
- ▶ □□□ 소재 ○○의원의 경우, “상세불명의 만성 위염(K295)”등의 상병으로 2016년 7월 19일(총 1일) 내원하여 진료 받은 것으로 청구한 △△△(여/95년생)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 씨제이 5% 포도당생리식염주사액500ml에 타***, 맥**, 티** 1앰플을 혼합하여 정맥 내 주사 후 요양급여비용으로 청구하지 아니하고 수급자에게 38,000원을 비급여로 별도 징수함

 - ▶ □□□ 소재 ○○병원의 경우, “담장의 악성 신생물(C23)”등의 상병으로 2015년 12월 15일~2015년 12월 28일(총 14일) 입원한 △△△(43년생, 남)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 2015년 12월 27일 스***를 정맥내 점적주사 후 요양급여비용으로 청구하지 않고 80,000원을 별도 징수하였으며 이와 같은 사례가 다수 확인됨

 - ▶ □□□ 소재 ○○병원의 경우, “상세불명의 폐렴(J189)”등의 상병으로 2016년 4월 2일부터 2016년 4월 11일까지(총 10일) 입원하여 진료 받은 것으로 청구한 △△△(여/35년생)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 흡입배농 및 배액처치 소정수가에 포함되어 별도 산정할 수 없는 대한관류용 멸균생리식염수 1000밀리리터, 대한멸균증류수(주사용수) 1000밀리리터를 도관세척을 위해 사용하고, 대한관류용 멸균생리식염수 1000밀리리터 1×3, 대한멸균증류수(주사용수) 1000밀리리터 1×7을 의료급여비용으로 부당하게 청구함
-

◎ 재료대비용 과다징수

- ▶ □□□ 소재 ○○의원의 경우, “상세불명의 급성 기관지염(J209)”등의 상병으로 2016년 9월 5일(총 1일) 내원한 △△△(2007년생, 여)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 수액유량조절기, 5마이크로필터, 침 고정관으로 set구성된 일체형 제품을 사용한 후 급여제품인 수액유량조절기를 요양급여비용으로 청구하지 않고 set비용 전체를 비급여로 10,000원씩을 징수하였으며 이와 같은 사례가 다수 확인됨

- ▶ □□□ 소재 ○○의원의 경우, “상세불명의 협심증(I209)”등의 상병으로 2017년 1월 10일(총 1일) 내원한 △△△(43년생, 여)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 일반전산화단층영상진단(CT)-흉부-CT혈관조영 촬영 시 심전도 Electrode를 사용하였다 하더라도 이를 별도 징수할 수 없음에도 3개(1,000원/개당)를 사용하고 3,000원씩을 별도로 징수하였으며 이와 같은 사례가 다수 확인됨

- ▶ □□□ 소재 ○○의원의 경우, “폐렴을 동반한 인플루엔자(J100)”등의 상병으로 2016년 10월 3일~2017년 5월 25일(총 12일) 내원한 □□□(2010년생, 남)에 대한 진료사실을 확인한 결과,
 - 2017년 5월 23일 정맥내 점적주사 시행 시 관련 행위료에 포함되어 별도비용 산정 불가품목인 익스텐션 튜브비용을 비급여로 2,000원씩을 별도 징수, 24G I.V Catheter를 사용하고 비급여로 1,000원씩을 별도로 징수하였으며 이와 같은 사례가 다수 확인됨



PART

03



부 록

01 업무정지 처분 및 과징금 부과 기준

[의료급여법 제28조, 제29조, 동법 시행령 제16조의2 별표 2 및 제16조3 별표 3]

● 업무정지 처분기준

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

(단위 : 일)

월 평균 부당금액		부 당 비 율				
의료기관, 약국, 한국희귀 의약품센터, 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	8만원이상 ~ 14만원미만	-	10	20	30	40
40만원 이상 ~ 80만원 미만	14만원이상 ~ 20만원미만	10	20	30	40	50
80만원 이상 ~ 320만원 미만	20만원이상 ~ 40만원미만	20	30	40	50	60
320만원 이상 ~ 1,400만원 미만	40만원이상 ~ 70만원미만	30	40	50	60	70
1,400만원 이상 ~ 5,000만원 미만	70만원이상 ~ 100만원미만	40	50	60	70	80
5,000만원 이상	100만원이상	50	60	70	80	90

[비고]

1. 월평균 부당금액은 총부당금액(조사대상기간동안 부당한 방법으로 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 한 금액과 부당하게 수급권자 및 그 부양 의무자에게 본인부담금을 부담하게 한 금액)을 합산한 금액을 조사대상기간의 월수로 나눈 금액으로 한다.
2. 부당비율(%)은 (총 부당금액/급여비용총액)×100으로 산출한다.

3. 급여비용총액은 조사대상기간에 해당되는 심사결정 총 급여비용의 합산금액으로 한다. 다만, 급여비용의 심사청구가 없어 심사결정 총급여비용을 산출할 수 없는 경우에는 총부당금액을 급여비용 총액으로 본다.
 4. 부당비율이 5%이상인 경우에는 초과 1%마다 업무정지기간을 3일씩 가산하되, 그 부당비율의 소수점이하는 1%로 본다. 다만, 업무정지 기간을 가산한 경우에도 1년을 넘을 수 없다.
- 나. 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 업무정지기간을 1년으로 한다. 다만, 서류 중 진료기록부, 투약기록, 의료급여비용계산서 및 본인부담금수납대장을 제외한 서류의 전부 또는 일부를 제출하지 아니한 경우에는 업무정지기간을 180일로 한다.

● 과징금 부과기준

- 가. 과징금은 업무정지기간이 10일인 경우에는 총 부당금액의 2배, 업무정지 기간이 10일을 초과하여 30일까지에 해당하는 경우에는 총 부당금액의 3배, 30일을 초과하여 50일까지에 해당하는 경우에는 총 부당금액의 4배, 업무정지기간이 50일을 초과하는 경우에는 총 부당금액의 5배로 한다.
- 나. 의료급여기관이 과징금의 분할 납부를 신청하는 경우 12개월의 범위에서 과징금의 분할 납부를 하게 할 수 있다.

● 처분의 감경·가중 기준

- 가. 위반행위의 동기·목적·정도 및 위반횟수 등을 고려하여 업무정지기간 또는 과징금 금액의 2분의 1 범위에서 감경할 수 있다. 다만, 속임수를 사용하여 수급권자, 부양의무자 또는 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 한 경우에는 그러하지 아니하다.

나. 법 제29조제1항에 따라 업무정지 및 과징금 부과처분을 받은 자가 위반사실이 확인된 날 전 5년 이내에 업무정지 또는 과징금 부과처분을 받은 사실이 있는 경우(5년 이내의 기간 산정은 위반사실이 확인된 날부터 그 직전에 업무정지 또는 과징금처분서를 송달받은 날까지로 한다)에는 업무정지기간 또는 과징금의 2배에 해당하는 처분을 부과할 수 있다.

이 경우 업무정지기간은 1년을 넘을 수 없으며 과징금은 부당하게 부담하게 한 금액의 5배를 넘을 수 없다.

◎ 제3차 의료급여기관의 지정취소기준

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.

02 업무정지처분에 갈음한 과징금 적용기준

[보건복지부 고시]

제1조(목적) 이 기준은 국민건강보험법 제99조 및 동법 시행령 제70조 별표5와 의료급여법 제29조 및 동법 시행령 제16조3 별표3의 규정에 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 각호의 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 부당금액이나 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) ① 요양기관은 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
- ② 요양기관은 제1항에 의하여 과징금 분할납부를 신청하고자 하는 경우에는 과징금 처분통지서의 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.

- ③ 보건복지부장관(국민건강보험법 제98조를 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 범위내에서 과징금의 분할납부를 허용할 수 있다.

(뒷면)

〈 업무정지에 같음하여 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 동일종별의 타 요양기관이 없는 경우.
 다만, 의원급의 요양기관은 동, 읍, 면, 도서지역의 동일 섬에 의료법 제77조제2항에 의한 동일 표시 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 달리함으로써 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 시도지사가 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 분할 납부를 신청할 경우 해당기관의 재정상태를 감안하여 분할납부기간을 결정할 수 있으며, 재정상태가 현저하게 적자일 경우에는 적자 규모를 감안하여 12월의 범위 내에서 과징금의 분할 납부를 허용할 수 있다.

참고자료

[의료급여기관 현지조사 관련 법령]

1. 의료급여법

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 일상 생활에 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 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 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 대여받아 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 납부 기한을 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 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) 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 국세 체납처분의 예에 따라 징수할 수 있다. 다만, 제33조제1항에 따라 과징금 징수에 관한 권한이 시·도지사에게 위임된 경우에는 시·도지사가 지방세 체납처분의 예에 따라 징수할 수 있다.
- 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 제11조제5항에 따라 급여비용의 심사청구를 대행하는 단체(이하 “대행청구 단체”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 증표를 지니고 이를 관계인에게 보여주어야 한다.

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 및 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」 제23조의2 제6항을 위반하여 금융정보를 사용·제공 또는 누설한 사람은 5년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다.

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

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

1. 제3조의3제3항에 따라 준용되는 「국민기초생활 보장법」 제22조제6항(같은 법 제23조 제2항에서 준용하는 경우를 포함한다)을 위반하여 정보 또는 자료를 사용하거나 제공한 사람
2. 제3조의3제3항에 따라 준용되는 「국민기초생활 보장법」 제23조의2제6항을 위반하여 신용정보 또는 보험정보를 사용·제공 또는 누설한 사람

- 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. 제11조제5항에 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

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 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 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 제2호마목·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 보건복지부령이 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 : 매 6개월간 60만원

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

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

제16조의3(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 2016.6.28.>

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 제1차의료 급여 기관 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 한약 제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상 진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 95. 다만, 법 제7조제1항제2호의 약제(이하 “약제”라 한다)는 급여비용총액에서 「국민건강보험법 시행령」 제22조 제1항 각 호 외의 부분 후단에 따른 구입금액(이하 “구입금액”이라 한다)의 100분의 5에 해당하는 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 제9조제2항 제2호에 따른 제2차의료급여 기관	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 2,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상 진단(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
3) 법 제9조제2항제3호에 따른 제3차의료급여기관	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), 자기공명영상 진단(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 제9조제2항 제1호의 제1차 의료급여기관 중 보건소·보건지소 및 보건진료소	외래·입원진료		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

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 의료급여의 상한기준을 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 80을 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 80을 기금에서 부담한다.
- 바. 가목5)나)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품의 조제받은 경우 [읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품의 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가 유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18 민주유공자예우에 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 의료지원 대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품의 조제받은 경우 및 다목에 해당하는 경우는 제외한다]에는 급여비용총액의 100분의 97을 기금에서 부담한다. 다만, 본인부담금이 500원 미만이면 500원을 본인부담금으로 한다.

2. 2종수급권자에 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 제1호 가목에 해당하는 제1차 의료급여기관 및 같은 호 나목의 제1차 의료급여기관	가) 외래 진료 (1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품의 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

중 보건의료원			
나) 입원진료		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상 진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인 부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
2) 법 제9조제2항 제2호에 따른 제2차의료급여 기관	가) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 만성질환자에 대한 그 질환의 외래진료	(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), 자기공명영상 진단(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.
다) 입원진료		급여비용총액의 100분의 90. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 10에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.	
3) 법 제9조제2항 제3호에 따른 제3차의료급여 기관	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 본인 부담금보다 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 본인부담금을 면제한다.
- 라. 가목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환을 가진 사람에 대해서는 급여비용총액 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 70을 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 70을 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 의약품을 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「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」, 「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 의약품을 조제받은 경우 및 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 경우는 제외한다]에는 급여비용총액의 100분의 97을 기금에서 부담한다. 다만, 본인부담금이 500원 미만이면 500원을 본인부담금으로 한다.

3. 제1호 및 제2호에도 불구하고 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제4호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여 항목을 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 100 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 기금에서 부담한다.

3. 의료급여법 시행규칙

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 2015.12.31.>

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 상한금액이 대체 가능한 약제·치료재료의 상한금액의 2배 이상인 경우
 - (2) 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 6 제1호 나목(2)에 해당하는 약제·치료재료의 경우
- 다. 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 6 제1호다목부터 아목까지의 규정에 해당하는 경우 또는 항목의 비용. 다만, 「국민건강보험법 시행규칙」 별표 6 제1호사목 중 「공공보건의료에 관한 법률」 제12조 제2항에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료취약지에 위치한 지역응급의료기관에 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. 상한일수를 초과하여 의료급여를 받은 경우 그 초과되는 일수에 대한 급여 비용
- 바. 경구투여가 가능함에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진통·진양·수렴·소염제인 외용 제제를 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. 「암관리법」 제22조에 따라 완화의료전문기관으로 지정된 의료급여기관에서 같은 법 제24조에 따라 완화의료 입원진료를 받는 경우에는 가목에 해당하는 비용 및 다목 중 「응급의료에 관한 법률」에 따라 의료급여기관의 구급차를 이용하여 이송되었을 경우의 이송치료에 해당하는 비용

2. 본인부담률 : 제1호에 해당하는 비용의 100분의 100