

요양기관 방문확인 착오 · 부당청구 사례 안내

2023. 7.



관련 내용은 최근 5년간 국민건강보험공단에서 확인한 건강보험 급여 관련 부당청구 사례 중 주요 내용을 수록한 것으로, 향후 관련 법령 및 기준 변경, 행정처분 및 소송 결과에 따라 부당 여부가 변경될 수 있음을 알려드립니다.

목 차

I. 【의원】 방문확인 착오청구 사례	1
II. 【종합병원·병원】 방문확인 착오청구 사례	23
III. 【요양병원·정신요양병원】 방문확인 착오청구 사례	45
IV. 【치과 병·의원】 방문확인 착오청구 사례	65
V. 【한방 병·의원】 방문확인 착오청구 사례	83
VI. 【약국】 방문확인 착오청구 사례	100

1. [의원] 방문확인 착오청구 사례

- 진찰료 산정기준 위반청구
- 비급여대상 이중청구
- 검사료 산정기준 위반청구
- 영상진단 및 방사선치료료 산정기준 위반청구
- 내원하지 않은 환자, 실시하지 않은 행위 거짓청구
- 처치 및 수술료 산정기준 위반청구
- 본인부담금 과다징수
- 입원료 산정기준 위반청구
- 이학요법료 산정기준 위반청구
- 입원환자 식대관련 산정기준 위반청구
- 기타 부당유형

» 진찰료 산정기준 위반 청구

■ 진찰료, 만성질환관리료, 야간·공휴 가산 산정기준 위반청구

관련근거

○ 건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료

- 나. 재진 진찰료 Established Patient

3. 평일 18시(토요일은 13시) ~ 익일 09시 또는 관공서의 공휴일에 관한 규정에 의한 공휴일에는 진찰료 중 기본진찰료(재진) 소정점수의 30%를 가산한다.
6. 물리치료, 주사 등을 일시에 처방 지시하여 의사의 진찰행위 없이 매일 또는 반복하여 내원하여 물리치료, 주사 등을 시술받은 경우 또는 주사제를 처방한 당일 이 아닌 다른 날에 의사의 진찰 없이 주사를 실시한 경우에는 49.09점을 산정한다.
7. 진료담당의사와 상담한 후 「의료법」 제17조의2 제2항에 따라 대리수령자가 처방전 및 약제를 수령한 경우에는 재진 진찰료 소정점수의 50%를 산정한다.
8. 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설(「노인장기요양보험법」에 따른 장기요양기관을 포함) 내에서 의료기관 소속 촉탁의 또는 협약의료기관 의사가 시설입소자(사회복지시설에서 숙식하는 자를 뜻함)에게 원외처방전을 교부한 경우에는 진찰료 중 외래관리료 소정점수를 산정한다.

○ 건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료

- 만성질환관리료 Management of Chronic Disease

- 주: 1. 고혈압, 당뇨병 등의 상병으로 당해 의료기관에 지속적으로 내원하는 재진환자에 대하여 교육·상담 등을 통하여 환자가 자신의 질병을 이해하고, 합병증을 예방할 수 있도록 관리체계를 수립한 경우에 산정한다.
2. 대상환자는 의원급 요양기관(보건의료원 포함)의 외래에서 진료하는 환자로서 “한국표준질병·사인분류표”에 의한 질병코드(고혈압, 정신 및 행동장애, 호흡기결핵, 심장질환, 대뇌혈관질환, 신경계질환, 악성신생물, 갑상선의장애, 간의질환, 만성신부전증)를 주상병명으로 하는 자에 한한다.
 3. 기관 당 한 환자에 대하여 연간 12회 이내(단, 월 2회 이내)로 산정한다.
 4. 해당 만성질환자를 진료한 기관은 개인별 진료기록부에 만성질환자 관리내역을 기록·보관하여야 한다.

○ 건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료
[산정지침]

- 2. 입원료 등

(3) 낮병동 입원료

(나) 낮병동 입원료를 산정하는 당일 외래 또는 지역응급의료기관, 응급의료시설, 응급의료기관이 아닌 종합병원 응급실에서 진찰을 행한 경우에는 진찰료를 함께 산정할 수 있다. 다만, 예정된 외래 수술을 위해 내원하는 경우 또는 정신건강의학과와 “낮병동”에서 매일 또는 반복하여 진료를 받는 경우에는 진찰료를 산정하지 아니한다.

○ 건강검진 실시 당일 진료 시 진찰료 산정방법 (보건복지부 고시 제2017-249호, '18.1.1.)

- 1. 「국민건강보험법」 제52조에 의거 가입자 및 피부양자에게 실시하는 건강검진 당일 동일 요양기관에서 건강검진과는 별도로 질환에 대한 진찰이 이루어져 진찰 이외에 의사의 처방이 발생한 경우 해당 진찰료는 다음과 같이 산정함.

- 다 음 -

「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료[산정지침] 1.진찰료 ‘가’에 의거 초진(또는 재진)진찰료의 50%를 산정하며, 산정코드는 다음과 같이 기재함. 진찰료 산정 사유에 대하여는 진료기록부에 기록하고, 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 의하여 작성·청구토록 함.

가. 일반건강검진 시 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우

나. 암검진 시 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우

다. 영유아 건강검진 시 질환에 대한 진찰이 이루어진 경우

부당사례

○ A의원은 수진자 ○○○ 등 여러 명에 대하여 물리치료 일시 처방지시 후 의사 진찰 행위 없이 물리치료를 실시한 경우, 진찰료 전액을 산정할 수 없음에도 진찰료 100%를 요양급여비용으로 청구함

○ B의원은 매일 또는 반복하여 내원하는 수진자들의 물리치료 시술 시 의사를 면담하지 않고, 진찰행위가 없었음에도 재진진찰료 100%를 요양급여비용으로 청구함

- C의원은 고혈압, 당뇨병 등의 만성질환 상병으로 인해 당해 의료기관에 지속적으로 내원하는 재진환자들에 대하여 개인별 진료기록부에 만성질환자 관리 내역을 기록 및 보관한 경우에 만성질환관리료를 청구할 수 있으나, 진료기록부에 별도로 기록 및 보관하지 않고 만성질환관리료를 요양급여비용으로 청구함
- D의원은 수진자에게 단순 진찰 후 원외처방전을 발급하고 개인별 진료기록부에 만성질환자 관리내역을 기록·보관하지 않았음에도 만성질환관리료를 요양급여비용으로 청구함
- E의원은 장기요양시설인 △△요양원과 촉탁의 협약을 체결하고 월 2회 시설에 방문하여 시설입소자의 건강 상태 등을 평가하고 이후 시설종사자(간호조무사 등)가 대리방문하여 처방전을 발급받은 경우에는 진찰료 중 외래환자관리료만 산정할 수 있음에도 초·재진진찰료를 산정하여 요양급여비용으로 청구함
- F의원은 환자 가족이 내원하여 진료 담당의사와 상담한 경우, 수진자의 기존 처방과 다르게 비급여 약제만 처방받는 등 가족대리진찰료를 청구할 수 없는 경우에도 가족대리진찰료를 요양급여비용으로 청구함
- G의원은 장기요양시설 입소자인 수진자들이 직접 내원하지 않고 보호자가 대신 내원하여 원내조제 및 처방전을 발급받았음에도 재진진찰료의 100%를 요양급여비용으로 청구함
- H의원은 환자가 야간가산 기준 시간인 평일 18시에서 다음 날 09시 사이에 내원한 경우는 요양기관의 진료 담당 의사가 진료를 개시한 시각을 기준으로 적용해야 하나, 오전 09시 이전에 방문한 수진자들에 대해 실제 진료는 09시 이후에 하였으나 야간가산을 적용하여 요양급여비용을 청구함
- I의원은 낮병동 입원료를 산정하는 당일 예정된 외래 수술을 위해 내원하는 수진자들의 경우 진찰료를 산정할 수 없으나 진찰료를 산정하여 요양급여비용을 청구함
- J의원은 공단 검진을 위해 내원한 수진자들의 검진 당일에 검진에 대한 결과를 상담한 후 진찰료를 요양급여비용으로 청구함

» 비급여대상 이증청구

■ 비급여대상 진료 후 요양급여비용 청구

관련근거

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2] 비급여대상(제9조제1항 관련)
 - 1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·말기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 바. 검열반 등 안과질환
 - 2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 - 아. 그 밖에 가목부터 사목까지에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료
 - 3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 가. 본인 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 가입자 등에게 실시하는 건강검진 제외)
 - 나. 예방접종(과상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
 - 사. 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료
 - 아. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료

부당사례

- A의원은 비급여 탈모 치료 처방을 받기 위해 내원한 수진자들에게 탈모 치료약을 비급여 처방 후 원외처방전을 발행하고 진찰료 등을 요양급여비용으로 청구

- B의원은 비급여인 미용 목적의 비만, 점·사마귀제거, 필러, 보톡스 등의 시술과 관련한 주사제 투여 및 사후처치에 따른 투약처방과 건강증진 목적의 영양제(태반주사 등) 투여 후 가려움증, 두드러기, 외이도염 등의 상병명으로 진찰료, 주사료, 원외처방 약제비 등을 요양급여비용으로 청구함
- C의원은 미용목적의 피부 관리 및 비만 관리 등을 위하여 내원한 수진자들을 급여 대상인 급성 외음염과 상세불명의 여성 골반의 염증성질환으로 내원한 것처럼 하여 진찰료를 요양급여비용으로 청구함
- D의원은 미용목적의 피부 관리 목적으로 내원한 수진자들에게 전액 비급여 수납받은 후에 해당 수진자들 내원 시마다 초·재진 진찰료를 요양급여비용으로 청구함
- E의원은 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술을 위한 내원한 수진자들에게 비급여로 비용을 전액 징수한 뒤 진찰료 등을 요양급여비용으로 청구함
- F의원은 비급여 시력교정술(라식, 라섹 등) 관련 사전검사 및 수술 당일 진료 건에 대해 행위료 및 검사료를 요양급여비용으로 청구함
- G의원은 미용목적의 결막모반 제거를 위해 내원한 수진자들을 시술 후 결막종양절제술을 시행한 것으로 요양급여비용을 청구함
- H의원은 독감백신 예방접종을 위해 내원한 수진자들에게 독감 백신인 플루아릭스 등을 접종 후 접종비용은 비급여로 수납하고, 진찰료를 요양급여비용으로 청구함
- I의원은 청각 장애진단서 발급을 목적으로 내원한 수진자들에 대하여 장애 진단에 필요한 검사 및 진찰을 실시하고 그 비용을 요양급여비용으로 청구함
- J의원은 질병·부상의 진료가 아닌 예방접종(국가 예방접종 포함), 기능성 수액 투여, 취업을 위한 소견서 발급 등을 목적으로 내원한 수진자들에게 비급여 진료 외에 다른 진료를 실시하지 않았으나, 진찰료 등을 요양급여비용으로 청구함

» 검사료 산정기준 위반 청구

■ 검사료, 내시경 세척·소독료 산정기준 위반 청구

관련근거

○ 신경학적 검사 급여기준 (보건복지부 고시 제2018-281호, '19.1.1.)

- 신경학적 검사의 단순검사와 일반검사는 신경계통(중추신경계 및 말초신경계)의 이상유무 및 진행과정을 객관적으로 평가하기 위한 검사로 다음에서 정한 바에 따라 검사를 시행하고 검사결과 및 판독소견을 기록한 경우에 산정하며, 세부적인 기준은 다음과 같음.

- 다 음 -

나. 산정방법

- 1) 단순검사 : 7개 평가영역 중 4개 이상의 평가영역을 시행한 경우에 산정하며 3개 이하의 평가영역을 시행하는 단편적인 신경검사는 기본진료료에 포함됨
- 2) 일반검사 : 7개 평가영역을 모두 시행한 경우에 산정함

라. 평가영역별 필수검사

평가영역별 필수검사 항목을 반드시 포함하여 전반적인 신경학적 검사를 시행해야 함. 다만, 만 6세 미만의 소아의 경우에는 예외로 적용할 수 있음.

○ 인유두종 검사(Human Papilloma Virus, HPV검사)의 급여기준 (보건복지부 고시 제2017-265호, '18.1.1.)

1. 인유두종 바이러스(Human Papilloma Virus, HPV)검사의 적응증은 다음과 같이 하며, 동 기준 이외에 시행한 경우에는 비급여토록함.

- 다 음 -

가. 자궁질세포병리검사상 미확정 비정형 편평세포(ASC-US) 이상의 변화된 소견이 있는 경우

나. 조직검사상 구인두암 또는 구인두전구암이 확인된 경우

다. 상기 가. 또는 나. 이후 추적검사가 필요한 경우

○ 내시경 세척·소독료 급여기준 (보건복지부 고시 제2018-237호, '18.11.1.)

1. 나799-1 내시경 세척·소독료는 내시경 검사나 시술 직후 내시경 기구 및 재료 표면의 이물 또는 오염물질을 세척액을 사용한 세척 및 식품의약품안전처장의 허가를 받은 소독액으로 소독하고 행균·건조과정을 거치는 등 소독지침에 따라 환자의 안전을 위하여 감염이 최소화하도록 관리한 경우 다음과 같이 산정함

부당사례

- A의원은 신경학적 검사를 받은 수진자들에 대하여 7개 평가영역 및 세부검사항목 중 일부 평가영역의 세부검사항목을 시행하지 않거나 검사 결과를 진료기록부에 기록하지 않아 신경학적 검사-단순검사(F6100)로 청구하여야 하나, 신경학적 검사-일반검사(F6101)로 요양급여비용을 청구함
- B의원은 신경학적 검사를 받은 수진자들에 대하여 3개 이하의 평가영역만을 시행하여 단편적인 신경검사에 해당, 기본진료료에 포함되어 신경학적 검사료를 청구하는 대상이 아님에도, 신경학적 검사-일반검사(F6101)로 요양급여비용을 청구함
- C의원은 수진자들에게 인유두종바이러스검사(HPV검사)를 시행하면서 적응증 확인이 되지 않은 수진자들은 요양급여대상이 아님에도 불구하고, 적응증 확인을 위한 검사를 하지 않거나, 적응증 확인이 되지 않은 수진자들도 인유두종바이러스검사를 요양급여비용으로 청구함
- D의원은 내시경 세척·소독 시 식품의약품안전처장의 허가를 받은 소독액이 아닌 식약처 미허가 제품을 사용하여 소독한 후 내시경 세척·소독료를 요양급여비용으로 청구함
- E의원은 내시경 세척·소독을 실시함에 있어 의료용 중성세제를 대신하여 일반 중성세제를 사용하거나, 소독지침에 따라 관리하지 않고 식약처 미허가 제품을 사용하여 소독했음에도 내시경 세척·소독료를 요양급여비용으로 청구함

» 영상진단 및 방사선치료료 산정기준 위반 청구

- 방사선 단순영상진단료 촬영매수 증량 청구
- 영상진단 판독료 산정기준 위반 청구

관련근거

- 건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제3장 영상진단 및 방사선 치료료 [산정지침]
 - (3) 제1절 및 제2절에 분류된 영상진단을 실시한 경우에는 반드시 판독소견서를 작성·비치하여야 한다.
 - (4) 제1절 및 제2절에 분류된 영상진단료의 소정점수에는 판독료(소정점수의 30%)와 촬영료 등(소정점수의 70%)이 포함되어 있다.
 - (5) 위 '(3)'의 규정에도 불구하고 판독소견서를 작성·비치하지 아니한 경우에는 촬영료 등(소정점수의 70%)만 산정하며...(후략)
- 방사선 영상진단의 판독료 산정기준 (보건복지부 고시 제2017-118호, '17.7.1.)
 - 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제3장 영상진단 및 방사선치료료 [산정지침] (3), (4)에서 규정하고 있는 제1절 방사선단순영상진단료 및 제2절 방사선 특수영상진단료에 분류된 영상진단의 판독료 산정기준은 다음과 같이 함.
 - 다 음 -
 - 가. 작성서류
방사선 영상진단의 판독료는 판독소견서를 작성·비치한 경우에 인정함.
다만, 방사선 단순영상진단의 판독소견을 진료기록부에 기록한 경우 또는 치료 목적의 영상 판독소견을 시술(수술)기록지에 기록한 경우에는 판독소견서를 작성·비치한 것으로 간주함.
 - 나. 작성시기
판독소견서는 환자치료(치료계획) 전까지 작성하여야 하며, 치료행위가 연속적으로 동시에 이루어지는 경우(투시촬영 등) 또는 응급상황이 발생한 경우에는 치료 후 즉시 작성하여야 함. 다만, 상기 시점에 작성이 어려운 부득이한 사정이 있는 경우에는 건강보험심사평가원에 요양급여비용을 청구하기 전까지는 작성하여야 함.

부당사례

- A의원은 방사선 촬영에 있어 동일 필름면에 촬영한 동일 부위에 대하여 촬영 매수를 증량하여 요양급여비용을 청구함
- B의원은 수골 부위의 방사선단순영상 촬영 시, 좌·우측이 동시에 나오도록 2매 촬영 또는 편측을 3매 촬영한 후 방사선단순영상진단료는 수골 4매로 실제 촬영매수보다 증량하여 요양급여비용을 청구함
- C의원은 방사선 단순영상 촬영 시 수지골, 족지골 등에 대한 방사선단순영상진단료를 실제 촬영 횟수보다 증량 또는 상위수가로 요양급여비용을 청구함

연번	청구 내역			실제 촬영 내역		
	분류코드명	일투	총투	분류코드명	일투	총투
1	수지골2매	2	1	수지골4매	1	1
2	족지골2매	2	1	족지골4매	1	1
3	수관절2매	2	1	수관절4매	1	1
4	수골2매	3	1	수골3매	1	1
5	족관절2매	3	1	족관절3매	2	1
6	족관절2매	1	1	족관절3매	1	1
	족관절1매	1	1			

- D의원은 영상진단료의 소정점수에는 판독료(소정점수의 30%)와 촬영료 등(소정점수의 70%)이 포함되어 있어 판독소견서를 작성·비치하지 아니한 경우에는 촬영료 등(소정점수의 70%)만 산정할 수 있으나 판독소견서를 작성·비치하지 않고 소정점수의 100%를 요양급여비용으로 청구함
- E의원은 판독소견서를 작성·비치하지 아니한 수진자들에 대하여 판독료(소정점수의 30%)가 포함된 금액으로 영상진단료를 산정하여 요양급여비용을 청구함

» 내원하지 않은 환자, 실시하지 않은 행위 거짓 청구

- 내원하지 않은 환자 거짓 청구, 내원일수 증일 청구
- 실시하지 않은 행위 거짓 청구

관련근거

- 의료법 제22조(진료기록부 등)
 - 의료인은 진료기록부등을 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가기재, 수정하여서는 아니된다.

부당사례

- A의원은 실제 내원하지 않은 친인척 및 지인 등의 개인정보를 이용하여 진찰료, 입원료, 처치 및 수술료 등을 요양급여비용으로 청구함
- B의원은 내원 환자에 대하여 실제 내원 일수를 증일하여 요양급여비용을 청구함
- C의원은 지인 등의 개인정보를 이용하여 실제 요양기관에 내원하여 진료한 사실이 없는 수진자들에 대하여 진료기록부 등에 내원일만 허위로 기재하고 진찰료 등을 요양급여비용으로 청구함
- D의원은 동일 날짜에 신경차단술과 물리치료를 실시하고 그 다음날 수진자가 실제로 방문하지 않았음에도 물리치료를 실시하였다고 요양급여비용을 청구함
- E의원은 실제 실시하지 않은 검사료 및 정신요법료를 요양급여비용으로 청구함
- F의원은 수진자가 실제 내원하지 않아 본인부담금 수납대장에 수진자가 수납한 금액이 없고, PACS worklist에 방사선단순영상 촬영 영상이나 신경차단술 투시 영상자료가 없음에도 수진자가 내원하여 검사나 시술을 비롯한 진료를 한 것으로 요양급여비용을 청구함

» 처치 및 수술료 산정기준 위반 청구

■ 처치 및 수술료 산정기준 위반 청구

관련근거

- 건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등 제1절 처치 및 수술료 [산정지침]
 - (11) 처치 및 수술시에 사용된 약제 및 치료재료대는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다. 다만, 다음에 열거한 약제 및 치료재료대는 “약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준”에 의하여 별도 산정한다.

- 건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등
 - 외이도이물 또는 이구전색제거 [간단한 것은 기본진료료에 포함]

- 자205 사지정맥류 국소치료 및 자206 광범위정맥류발거술의 수가산정방법 (보건복지부 고시 제2009-95호, '09.6.1. 시행)
 - 하지정맥류 상병에 실시하는 자205 사지정맥류 국소치료 및 자206 광범위정맥류발거술의 수가산정방법은 다음과 같이 함.
 - 다 음 -
 - 가. 광범위정맥류 발거술은 국소치료를 포함하는 수가이므로, 동측에 자206 광범위정맥류 발거술과 동시 또는 14일 이내에 잔여정맥류에 대하여 자205 사지정맥류국소치료(가.경화요법 또는 나.국소제거술)을 시행하더라도 자206 광범위정맥류발거술만 인정함.
 - 나. 광범위 정맥류 발거술 또는 사지정맥류 국소치료 후 14일을 초과하여 동측에 사지정맥류국소치료를 추가 시행하는 경우 자205 사지정맥류국소치료의 소정점수를 1회에 한하여 추가 산정함.

- 자궁내장치(IUD) 교체시 제거료 산정방법 (보건복지부 고시 제2011-50호, '11.5.1. 시행)
 - 1. 피임시술 요양급여 대상자가 자궁내 장치기구를 교체하기 위하여 기 유치된 자궁내장치를 제거하고 새기구를 재삽입하는 경우는 자427-1 자궁내장치 제거료를 50% 산정함.

2. 다만, 본인이 원하여 자궁내장치삽입술을 시술받고 동 장치기구를 교체하기 위하여 기유치된 자궁내장치를 제거하고 새기구를 재삽입하는 경우는 관련 진찰료 및 시술료 등은 비급여 대상임.

부당사례

- A의원은 일반처치 및 수술 후 처치 등에 사용된 거즈, 탈지면, 붕대, 반창고의 비용은 소정점수에 포함되어 별도 산정할 수 없음에도 수진자들에게 단순 처치 후 사용한 탄력붕대를 요양급여비용으로 청구함
- B의원은 간단한 이구제거는 기본진료료에 포함됨에도 불구하고, 수진자 진찰 시 간단한 귀지를 제거했음에도 이구전색제거-복잡한 것(S5571)으로 요양급여비용을 청구함
- C의원은 광범위 정맥류 발거술은 국소치료를 포함하는 수가이므로, 사지정맥류 국소치료와 동시에 시행 시 광범위 정맥류 발거술만 인정하나, 광범위 정맥류 발거술과 동시에 사지정맥류 국소치료를 실시한 수진자에 대하여 요양급여비용을 청구함
- D의원은 사지정맥류 국소 치료-국소제거술(O2052)을 시행한 수진자들에 대하여 소정점수가 더 높은 관통정맥 결찰술을 동반한 광범위정맥류발거술(O2065)을 시행한 것으로 요양급여비용을 청구함
- E의원은 14일을 초과하여 동측에 사지정맥류 국소치료를 추가 시행한 수진자들에 대하여 1회를 초과하여 요양급여비용을 청구함
- F의원은 본인이 원하여 자궁내장치삽입술을 시술받고 기유치된 자궁내장치를 제거하는 수진자들은 시술이 비급여 대상이나 자궁내장치(IUD) 제거료를 요양급여비용으로 청구함

» 본인부담금 과다징수

- 급여대상항목 본인부담금 비급여 징수
- 포괄수가제(DRG) 적용 질병군 본인부담금 과다 징수

관련근거

- 건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제7장 이학요법료 제3절 전문재활치료료
 - 근막동통유발점 주사자극치료 [1일당] Myofascial Trigger Point Injection Therapy
주 : 2. 동시에 2 이상의 동통유발점 부위에 각각 실시한 경우에는 실시부위를 불문하고 122.74점을 산정한다.
- 건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2편 제1부 질병군 급여 일반원칙
 - 1. 상급종합병원, 종합병원, 병원(요양병원을 포함한다), 의원(보건의료원을 포함한다)인 요양기관이 국민건강보험법 시행령 제21조 제3항 제2호 및 국민건강보험법 요양급여의 기준에 관한 규칙 제8조제3항에 따라 포괄적인 행위가 적용되는 질병군에 대한 입원진료를 하는 경우에 적용한다.
 - 4. 제2부 각 장에 분류된 질병군 상대가치점수는 다음 각목의 행위·약제 및 치료재료를 포함한다.
 - 다. 요양급여기준 별표 2의 비급여대상 중 제6호의 비급여대상을 제외한 행위·약제 및 치료재료
- Propofol 주사제(품명: 프로포폴주사 등) 세부인정기준 및 방법
(보건복지부 고시 제2018-234호, '18.11.1.)
 - 허가사항 범위 내에서 아래와 같은 기준으로 투여 시 요양급여를 인정하며, 동 인정기준 이외에는 약값 전액을 환자가 부담토록 함
 - 아 래 -
 - 가. 전신 마취의 유도 및 유지
 - 1) 3시간 이내의 마취를 요하는 수술
 - 3) 마취유도 목적으로 투여 시

부당사례

- A의원은 급여 청구가 가능한 재활저출력 레이저치료를 실시한 수진자들에 대하여 물리치료 비용을 비급여로 적용하여 본인부담금을 과다하게 징수함
- B의원은 근막동통유발점 주사자극치료를 요양급여가 가능함에도 불구하고, 수진자들의 나이에 따라 4,000원 및 7,000원, 추가 1부위당 3,000원을 받는 등 임의비급여로 본인부담금을 과다하게 징수함
- C의원은 제왕절개분만으로 입원진료를 받은 수진자들을 대상으로 질병군별 포괄수가(DRG)에 포함되어 별도 산정할 수 없는 유착방지제 비용을 비급여비용으로 150,000원씩 본인부담금을 과다하게 징수함
- D의원은 3시간 이내의 마취를 요하는 수술 시 Propofol 주사제는 요양급여 인정이 가능함에도 불구하고, 아네폴주를 수진자에게 1앰플당 30,000원씩 산정하여 본인부담금을 과다하게 징수함
- E의원은 요양급여비용으로 청구가 가능한 주사제 비용을 수진자에게 비급여로 적용하여 본인부담금을 과다하게 징수함

» 입원료 산정기준 위반 청구

- 모자동실 입원료 산정기준 위반청구
- 외출·외박 관련 입원료 산정기준 위반청구

관련근거

- 건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료
- 모자동실 입원료
 주 : 질병이 없는 신생아를 모자동실에서 진료·간호한 경우에 산정한다.
- 입원환자 외박 시 병원관리료 산정방법(보건복지부 고시 제2003-65호, '03.12.1. 시행)
- 입원중인 환자가 주치의의 허가를 받아 외박시 입원료는 산정할 수 있으나, 연속하여 24시간을 초과하는 경우는 입원료 중 입원환자 병원관리료만 산정함.
이 때, 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 산정함.

부당사례

- A의원은 신생아 입원의 경우 모자동실에서 진료·간호하지 않아 일반 신생아실 입원료로 청구해야 함에도 불구하고, 모자동실 입원료를 요양급여비용으로 청구함
- B의원에 입원한 신생아는 신생아일지에 기록된 내용을 보면 신생아실에 입원 후 산모의 병실로 이동한 내용은 모유수유 등 잠시만 발생하여 모자동실 입원으로 인정할 수 없으나 모자동실 입원료를 요양급여비용으로 청구함
- C의원은 24시간을 초과하여 외박한 수진자들에 대하여 입원환자 병원관리료만 산정해야 함에도 입원료 소정점수의 100%를 요양급여비용으로 청구함

» 이학요법료 산정기준 위반 청구

- 물리치료사 인력 관련 산정기준 위반 청구
- 이학요법료 산정기준 위반 청구

관련근거

○ 물리치료사 1인당 1일 물리치료 실시 인원

(보건복지부 고시 제2010-31호, '10.6.1. 시행)

- 해당항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관(보건기관 포함)에서 재활 및 물리치료를 실시한 경우에 상근하는 물리치료사 1인당 물리치료 실시인원(물리치료 실시 총 청구건수를 의미함)은 월평균(또는 주평균) 1일 30명까지 인정하며, 이 경우 의료급여 환자를 포함함.

다만, 상근물리치료사 1인 이상이 근무하는 기관에서 시간제, 격일제 근무자(주3일 이상 이면서 주20시간 이상 근무하는자)의 경우 0.5인으로 보아 월평균(또는 주평균) 1일 15명까지 인정함.

※ 월평균(주평균) 물리치료실시인원 = 1개월간(1주일간) 총 물리치료청구건수(물리치료 실시 연인원) ÷ 1개월간(1주일간) 물리치료사 근무일수

○ 건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제7장 이학요법료 제1절 기본물리치료료

- 주 : 1. 해당 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 의사의 처방에 따라 상근하는 물리치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다.

- 단순운동치료 [1일당] Simple Therapeutic Exercise

주 : 1. 근육기능장애와 관절기능장애에 대해 각종 운동, 자세교정운동 등을 포함하여 10분 이상 실시한 경우에 산정한다.

부당사례

- A의원은 물리치료사가 주3일, 주20시간 미만 근무하여 상근 물리치료사 요건에 해당되지 않음에도 상근 물리치료사로 신고하여 상근 물리치료사 1인에 해당하는 이학요법료 요양급여비용으로 청구함
- B의원은 비상근 물리치료사인 ○○○와 △△△가 퇴사했음에도 퇴직 처리를 하지 않고 물리치료사 0.5인으로 산정하여 이학요법료 요양급여비용을 청구함
- C의원은 상근하는 물리치료사로 신고된 ○○○은 실제 해당 요양기관에 전반적인 행정업무를 담당하였으며 물리치료사 업무는 전혀 수행하지 않았음에도 물리치료 인력에 포함하여 월평균 물리치료 인원을 초과하여 이학요법료 요양급여비용을 청구함
- D의원은 의사의 처방에 의해 물리치료사가 기본물리치료를 실시하였으나, 그 결과를 전혀 기록하지 않고 이학요법료(기본물리치료료)를 요양급여비용으로 청구함
- E의원은 단순운동치료(MM101)를 산정함에 있어 물리치료 경과기록지에 정확한 실시시간을 기록하지 않았음에도 단순운동치료(MM101)를 요양급여비용으로 청구함

» 입원환자 식대관련 산정기준 위반 청구

■ 영양사 가산 부당 청구, 조리사 가산 부당 청구

관련근거

○ 입원환자식대 세부산정기준 (보건복지부 고시 제2019-294호, '20.4.1. 시행)

- 3. 일반식 가산

가. 영양사가산, 조리사가산에 필요한 인력 산정 기준은 다음과 같음.

- 다 음 -

(1) 환자식 제공업무를 주로 담당하는 당해 요양기관에 소속된 인력으로

의원급(보건의료원 포함)은 각각 1명, 병원급 이상은 각각 2명 이상인 경우

(3) 전일제 영양사 및 조리사로 1주간의 근로시간이 월평균 40시간인 근무자는 1인으로 산정함.

(4) 단시간 근무로 1주간의 근로시간이 월평균 32시간(이상)~40시간(미만) 근무자는 0.8인으로 산정하며, 32시간미만 근무자는 산정대상에서 제외함.

(6) 영양사 및 조리사가 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간 동안은 인력산정 대상에서 제외함.

다만, 동 기간 동안에 대체인력이 있을 경우는 산정 가능함.

나. 조리사 가산은 적시급식을 실시한 경우 산정하며, 적시급식이란 배식간격(전날 석식 제공 시간-익일 조식 제공 시간)이 '14시간 이내'인 경우임.

부당사례

○ A의원은 영양사 ○○○이 실제 출산휴가로 인해 근무하지 않은 기간에 대체 인력이 없었음에도 영양사 가산을 요양급여비용으로 청구함

○ B의원은 조리사로 등재된 △△△는 해당 요양기관 직원의 가족으로 필요시에만 근무(월 2~3회)하여 32시간미만 근무했음에도 조리사 1인으로 산정하여 조리사 가산을 요양급여비용으로 청구함

○ C의원은 전날 석식 제공시간과 익일 조식 제공시간이 14시간 초과로 조리사 가산을 산정할 수 없음에도 조리사 가산을 요양급여비용으로 청구함

» 기타 부당유형

■ 무자격자 의료행위 실시 후 부당청구

관련근거

- 의료법 제27조(무면허 의료행위 등 금지) 제1항
 - 의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없으며 의료인도 면허된 것 이외의 의료행위를 할 수 없음

- 의료기사 등에 관한 법률 제9조(무면허자의 업무금지 등)
 - 의료기사등이 아니면 의료기사등의 업무를 하지 못한다. 다만, 대학 등에서 취득하려는 면허에 상응하는 교육과정을 이수하기 위하여 실습 중에 있는 사람의 실습에 필요한 경우에는 그러하지 아니한다.

- 의료기사, 보건의료정보관리사 및 안경사의 업무 범위
(의료기사 등에 관한 법률 시행령 [별표 1] 제2조 제1항 관련)
 - 1. 임상병리사
 - 가. 기생충학·미생물학·법의학·병리학·생화학·세포병리학·수혈의학·요화학(尿化學)·혈액학·혈청학 분야, 방사성동위원소를 사용한 검사물분야 및 기초대사·뇌파·심전도·심폐기능 등 생리기능 분야의 화학적·생리학적 검사에 관한 다음의 구분에 따른 업무
 - 1) 검사물 등의 채취·검사
 - 2) 검사용 시약의 조제
 - 3) 기계·기구·시약 등의 보관·관리·사용
 - 4) 혈액의 채혈·제제·제조·조작·보존·공급
 - 나. 그 밖의 화학적·생리학적 검사

 - 3. 물리치료사
 - 가. 신체의 교정 및 재활을 위한 물리요법적 치료에 관한 다음의 구분에 따른 업무
 - 1) 물리요법적 기능훈련·재활훈련
 - 2) 기계·기구를 이용한 물리요법적 치료
 - 3) 도수치료: 기구나 약물을 사용하지 않고 손으로 하는 치료
 - 4) 도수근력(손근력)·관절가동범위 검사

- 5) 마사지
- 6) 물리요법적 치료에 필요한 기기·약품의 사용·관리
- 7) 신체 교정운동
- 8) 온열·전기·광선·수(水)치료
- 9) 물리요법적 교육

나. 그 밖에 신체의 교정 및 재활을 위한 물리요법적 치료에 관한 업무

○ 건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제7장 이학요법료 제1절 기본물리치료료

- 주 : 1. 해당 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 의사의 처방에 따라 상근하는 물리치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다.

부당사례

- A의원은 의료인이 아닌 실장 ○○○이 의사의 지시·감독 없이 수진자들에게 부목 캐스트(Splint) 처치를 한 후 요양급여비용을 청구함
- B의원은 물리치료사 자격이 없는 무자격자가 물리치료실에서 물리치료를 실시 한 후 이학요법료 요양급여비용을 청구함
- C의원은 임상병리사를 채용하지 않은 상태에서 의사나 임상병리사가 아닌 간호조무사가 직접 심전도검사(E6541)을 실시하고 요양급여비용을 청구함

» 기타 부당유형

■ 주사료 산정기준 위반 청구

관련근거

- 정맥내주사로 확보(Keep Vein Open)시 진료수가 산정방법
(보건복지부 고시 제2000-73호, '01.1.1. 시행)
 - 환자 치료상 수액제 주입 없이 일정기간 동안 정맥내 유지침으로 정맥내주사료를 확보(Keep Vein Open)하고 하루에 수회의 약물을 투여하는 경우의 진료수가 산정방법을 다음과 같이 함.
 - 다 음 -
 - 나. 확보된 주사로를 통한 약물 주입시 : 마5-1 수액제 주입로를 통한 주사로 산정.

부당사례

- A의원은 정맥내점적주사하는 수액제에 주사제를 혼합하여 점적 주사하고 수액제 주입로를 통한 주사 행위는 따로 실시하지 않았으나, 점적 주사 후 수액제 주입로를 통한 주사 행위를 실시한 것으로 요양급여비용을 청구함
- B의원은 일부 수진자들에 대하여 확보된 주사로를 통한 약물을 주입하여 수액제 주입로를 통한 주사(KK054)로 청구하여야 함에도 일괄적으로 정맥내 일시 주사(KK020)로 요양급여비용을 청구함

II. [종합병원·병원]

방문확인 착오청구 사례

- 검사료 산정기준 위반청구
- 영상진단 및 방사선치료료 산정기준 위반청구
- 처치 및 수술료 산정기준 위반청구
- 간호인력 차등제 산정기준 위반청구
- 비급여대상 이중청구
- 이학요법료 산정기준 위반청구
- 입원환자 식대관련 산정기준 위반청구
- 내원하지 않은 환자, 실시하지 않은 행위 거짓청구
- 입원료 산정기준 위반청구
- 진찰료 산정기준 위반청구
- 기타 부당유형

» 검사료 산정기준 위반청구

■ 검사료, 내시경 세척·소독료 산정기준 위반 청구

관련근거

○ 신경학적 검사 급여기준 (보건복지부 고시 제2018-281호, '19.1.1.)

- 신경학적 검사의 단순검사와 일반검사는 신경계통(중추신경계 및 말초신경계)의 이상유무 및 진행과정을 객관적으로 평가하기 위한 검사로 다음에서 정한 바에 따라 검사를 시행하고 검사결과 및 관독소견을 기록한 경우에 산정하며, 세부적인 기준은 다음과 같음.

- 다 음 -

1. 산정기준

나. 산정방법

- 1) 단순검사 : 7개 평가영역 중 4개 이상의 평가영역을 시행한 경우에 산정하며 3개 이하의 평가영역을 시행하는 단편적인 신경검사는 기본진료료에 포함됨
- 2) 일반검사 : 7개 평가영역을 모두 시행한 경우에 산정함

라. 평가영역별 필수검사

평가영역별 필수검사 항목을 반드시 포함하여 전반적인 신경학적 검사를 시행해야 함. 다만, 만 6세 미만의 소아의 경우에는 예외로 적용할 수 있음.

2. 산정횟수

나. 일반검사 : 월 1회

○ 건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제2장 검사료 제1절 검체 검사료

- 항산균 약제감수성(약제수 불문) AFB Antibiotics Sensitivity Test

주 : 검사결과를 첨부하여야 한다. 다만, 항산균 약제 감수성 검사를

위탁검사실시기관에 의뢰하여 검사결과지가 도착되지 아니한 경우에는 검사 실시기관이 발급한 검사의뢰 접수증을 첨부하여야 한다.

○ 건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제2장 검사료 제2절 병리 검사료

- 수술중 신경생리 추적감시 [수술중 뇌파 추적감시, 수술중 유발전위 추적감시,

수술중 침근전도 추적감시 포함] Intraoperative Neurophysiologic Monitoring

주 : 1. 신경과 또는 재활의학과 전문의가 감시 및 판독을 한 경우에 산정한다.

○ 내시경 세척·소독료 급여기준 (보건복지부 고시 제2018-237호, '18.11.1.)

- 1. 나799-1 내시경 세척·소독료는 내시경 검사나 시술 직후 내시경 기구 및 재료 표면의 이물 또는 오염물질을 세척액을 사용한 세척 및 식품의약품안전처장의 허가를 받은 소독액으로 소독하고 행균·건조과정을 거치는 등 소독지침에 따라 환자의 안전을 위하여 감염이 최소화하도록 관리한 경우 다음과 같이 산정함

부당사례

- A병원은 신경학적검사를 시행하면서 3개 이하의 평가영역만을 시행 및 기록하는 단편적인 신경검사를 시행하여 기본진료료에 포함돼 별도 신경학적 검사를 산정할 수 없음에도 신경학적 검사-일반검사(F6101)에 해당하는 요양급여비용을 청구함
- B병원은 일부 수진자들에 대해 신경학적 검사-일반검사를 월 2회씩 요양급여비용을 청구함
- C병원은 항산균 약제 감수성 검사는 검사결과지를 첨부하여 검사료를 요양급여비용으로 청구하여야 함에도 일부 수진자의 경우 검사결과지가 없고 위탁검사 실시기관에 의뢰했다고 하였으나 접수증이 없음에도 항산균 약제 감수성 검사를 요양급여비용으로 청구함
- D병원은 수술중 감시 및 판독이 필요한 수술중 신경생리 추적감시를 청구함에 있어 실제로 감시 및 판독 기록이 없음에도 해당 검사료를 요양급여비용으로 청구함
- E병원은 식품의약품안전처장의 허가를 받은 소독액이 아닌 다른 소독제를 사용하여 내시경을 소독하였으나, 내시경 세척·소독료를 요양급여비용으로 청구함

» 영상진단 및 방사선치료료 산정기준 위반 청구

- 방사선 단순영상진단료 촬영 매수 증량 청구
- 영상진단 판독료 산정기준 위반 청구
- 미검사 특수의료장비 사용 후 부당청구

관련근거

- 동일 부위의 의미 (보건복지부 고시 제2000-73호, '01.1.1.)
 - 방사선촬영에 있어 동일 부위라 함은 부위적으로 일치함은 물론, 위와 십이지장, 신요관, 흉추상부와 흉추하부의 경우와 같이 통상 동일 필름면에 촬영할 수 있는 부위를 뜻함.
- 건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제3장 영상진단 및 방사선 치료료 [산정지침]
 - (3) 제1절 및 제2절에 분류된 영상진단을 실시한 경우에는 반드시 판독소견서를 작성·비치하여야 한다.
 - (4) 제1절 및 제2절에 분류된 영상진단료의 소정점수에는 판독료(소정점수의 30%)와 촬영료 등(소정점수의 70%)이 포함되어 있다.
 - (5) 위 '(3)'의 규정에도 불구하고 판독소견서를 작성·비치하지 아니한 경우에는 촬영료 등(소정점수의 70%)만 산정하며...(후략)
- 건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제3장 영상진단 및 방사선 치료료 제1절 방사선단순영상진단료
 - 주 : 1. 당해 요양기관에 상근하는 영상의학과 전문의가 판독을 하고 판독소견서를 작성한 경우에는 소정점수의 10%를 가산한다. 다만 “주3” 및 “C-Arm형 영상증폭장치이용료”에 대하여는 그러하지 아니한다.
- 방사선 영상진단의 판독료 산정기준 (보건복지부 고시 제2017-118호, '17.7.1.)
 - 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제3장 영상진단 및 방사선치료료 [산정지침] (3),(4)에서 규정하고 있는 제1절 방사선단순영상진단료 및 제2절 방사선 특수영상진단료에 분류된 영상진단의 판독료 산정기준은 다음과 같이 함.
 - 다 음 -
 - 가. 작성서류
방사선 영상진단의 판독료는 판독소견서를 작성·비치한 경우에 인정함. 다만, 방사선

단순영상진단의 판독소견을 진료기록부에 기록한 경우 또는 치료 목적의 영상 판독소견을 시술(수술)기록지에 기록한 경우에는 판독소견서를 작성·비치한 것으로 간주함.

나. 작성시기

판독소견서는 환자치료(치료계획) 전까지 작성하여야 하며, 치료행위가 연속적으로 동시에 이루어지는 경우(투시촬영 등) 또는 응급상황이 발생한 경우에는 치료 후 즉시 작성하여야 함. 다만, 상기 시점에 작성이 어려운 부득이한 사정이 있는 경우에는 건강보험심사평가원에 요양급여비용을 청구하기 전까지는 작성하여야 함.

○ 의료법 제38조(특수의료장비의 설치·운영)

- 의료기관의 개설자나 관리자는 제1항에 따라 특수의료장비를 설치하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관에게 정기적인 품질관리검사를 받아야 한다.

부당사례

- A병원은 일부 수진자들에 대해 방사선 촬영(수골 등)을 실제로는 양측 부위를 동시에 촬영하였으나, 양측을 각각 촬영한 것으로 청구하는 등 방사선단순영상진단료를 실제 촬영 횟수보다 증량하여 요양급여비용을 청구함
- B병원은 족관절 등 같은 부위를 연속하여 5매 이상 촬영한 경우 족관절-5매 또는 그 이상(G7405)로 청구하여야 하나, 같은 부위를 연속 촬영한 것임에도 족관절-1매(G7401), 족관절-4매(G7404)로 분할하여 청구하는 방식으로 방사선단순영상진단료를 청구함
- C병원은 방사선 단순영상 촬영 후 판독소견을 작성하지 않았음에도 방사선 영상진단료 소정점수의 100%를 요양급여비용으로 청구함
- D병원은 방사선 단순영상 촬영 후 영상의학과 전문의가 판독(판독소견 미작성 및 미비치)하지 않았음에도 방사선 영상진단료 소정점수의 10%를 가산하여 요양급여비용을 청구함
- E병원은 품질관리검사를 받지 않은 자기공명영상진단기를 사용하여 영상진단 후 해당 비용을 요양급여비용으로 청구함

» 처치 및 수술료 산정기준 위반 청구

■ 처치 및 수술료 산정기준 위반 청구

관련근거

- 고압산소요법의 급여기준(보건복지부 고시 제2018-254호, '19.1.1.시행)
 - 고압산소요법은 동일 날 오전·오후로 나누어 시행할 경우에는 실 처치시간을 합산하여 해당항목의 소정점수를 산정하며, 다음과 같이 요양급여함.
- 건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등
 - 염증성 처치 Infectious Wund Dressing
 - 주 : 수술차의 심한 염증 처치, 심한 욕창, 염증이 심한 상처의 처치에 산정한다.
 - 연부조직종양적출술 [지방종, 혈관종, 섬유종, 거대세포종, 화골성 근염, 근육육종, 혈관육종, 활액막육종] Removal of Soft Tissue Tumor
 - 주 : 피부이외 부위에서 발생한 종양인 경우에 한하여 산정한다.

부당사례

- A병원은 고압산소처치를 오전·오후 각각 30분씩 실시한 경우 처치 시간을 합산하여 청구하여야 하나 오전과 오후로 나누어 소정점수의 200%를 요양급여비용으로 청구함
- B병원은 일부 수진자에 대해 염증성 처치의 산정대상이 아닌 피부과 처치의 행위인 Wet Dressing 또는 Soaking을 실시한 경우에도 염증성 처치(M0121)로 산정하여 요양급여비용을 청구함
- C병원은 해부학적으로 피부 표피에 생긴 종양인 표피낭종을 피부양성종양적출술-간단한 것(표재성인 것)으로 청구하여야 하나 일괄로 연부조직종양적출술로 산정하여 요양급여비용을 청구함

» 간호인력 차등제 산정기준 위반청구

■ 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제 산정기준 위반 청구

관련근거

○ 건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침]

- 2. 입원료 등

마. 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제

- (1) 일반병동의 직전 분기 평균 병상 수 대비 당해 병동에서 간호업무에 종사하는 직전 분기 평균 간호사 수(병상 수 대 간호사 수의 비)에 따라 간호인력 확보수준을 다음 각 호의 구분에 따라 1등급 내지 7등급으로 구분하되, 의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원은 7등급에 해당되는 경우에도 6등급을 적용한다.
- (2) 일반병동의 병상은 요양기관 전체병상에서 응급실, 신생아실, 분만실, 회복실, 중환자실, 집중치료실, 격리실, 무균치료실, 인공신장실, 납차폐특수치료실, 낮병동 등을 제외한 입원병실의 병상을 말한다.

○ 간호인력 확보수준에 따른 간호관리료 차등적용 관련 기준

(보건복지부 고시 제2019-177호, '19.10.1. 시행)

- 나. 간호사 산정기준

- 1) 환자간호업무에 종사하지 않은 간호사: 근무표 상 일반병동에 배치되어 있다고 하여도 실제 환자간호를 담당하지 않으면 일반병동 근무 간호사 수에서 제외하여야 함(간호감독, 전임노조, 가정간호사, 호스피스 등).
- 2) 순환근무 간호사: 일반병동과 외래 등 특수부서를 순환 또는 파견(PRN포함) 근무하는 간호사로는 간호의 질 향상을 기대할 수 없으므로 해당 간호사는 산정대상에서 제외함.

부당사례

- A병원은 화상 센터나 응급실 등 타 부서에 근무한 인력을 일반 병동 간호업무를 전담하는 간호인력으로 신고하거나, 간호 인력의 입·퇴사일을 조정하여 일반 병동 전담 간호인력으로 신고하여 간호관리료 차등제를 부당하게 청구함
- B병원은 간호과장, 분만휴가자, 퇴사자, 외래근무자를 일반 병동 전담 간호인력으로 신고하여 간호등급 차등제 산정기준을 위반하여 요양급여비용을 청구함
- C병원은 병동에서 간호업무를 종사하는 간호사로 신고한 인력 중 일부는 [표1]‘간호인력 신고현황’과 같이 간호 행정업무 또는 치료간호사실 업무를 하는 사유로 산정대상에서 제외하여야 함에도, [표2]‘간호등급 확인내역’과 같이 간호등급을 실제와 달리 신고하여 요양급여비용을 청구함

[표1] 간호인력 신고현황

성명	차등제 적용 분기	방문확인 확인내역
○○○	20○○년 1, 2, 3분기, 20○○년 1분기	치료실 근무
△△△		간호 행정업무
□□□		치료실 근무

[표2] 간호등급 확인내역

적용 분기	신고내역		확인내역	
	병상 수 대 간호인력 수의 비	간호등급	병상 수 대 간호인력 수의 비	간호등급
20○○년 1분기	2.44 : 1	1	2.66 : 1	2
20○○년 2분기	2.46 : 1	1	2.69 : 1	2
20○○년 3분기	2.46 : 1	1	2.69 : 1	2
20○○년 1분기	2.76 : 1	2	3.07 : 1	3

» 비급여대상 이증청구

- 수진자 희망에 의한 건강검진 후 요양급여비용 청구
- 비급여대상 진료 후 요양급여비용 청구

관련근거

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표2] 비급여대상 (제9조 제1항 관련)
 - 1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·딸기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 가. 본인 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 가입자 등에게 실시하는 건강검진 제외)
 - 사. 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료
- 건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제3부 행위 비급여 목록 제9장 처치 및 수술료 등 【순환기】
 - 레이저정맥폐쇄술 [유도료 포함] Endovenous Laser Treatment

부당사례

- A병원은 수진자 희망에 의한 건강검진을 실시한 후 비급여로 수납한 뒤 그에 따른 진찰료, 행위료, 검사료 등을 요양급여비용으로 청구함
- B병원은 검진일 당일 본인 희망에 의한 대장내시경검사(결장경검사) 후 그에 따른 검사료(E7760)를 요양급여비용으로 청구함
- C병원은 비급여 대상인 하지정맥류 레이저정맥폐쇄술을 실시하고 진찰료, 입원료, 식대, 약제비 등의 관련 비용을 요양급여비용으로 청구함

- D병원은 청각 장애진단서 발급을 목적으로 내원한 수진자들에 대하여 장애진단에 필요한 검사 및 진찰을 실시하고 그 비용을 요양급여비용으로 청구함
- E병원은 피부미용을 위해 내원한 수진자들에게 ‘피부미용 패키지’ 상품으로 비급여 진료한 후 비인두염 등의 상병을 진료한 것으로 요양급여비용을 청구함

» 이학요법료 산정기준 위반 청구

- 단순재활치료료 산정기준 위반 청구
- 전문재활치료료 산정기준 위반 청구

관련근거

- 건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제7장 이학요법료 제2절 단순재활치료료
 - 운동치료 [1일당] Therapeutic Exercise
 - 가. 복합운동치료 Complex
 - 주 : 전산화된 등속성운동기구를 제외한 기계(기구)를 사용한 근력강화운동과 기능훈련 등 30분 이상 실시한 경우에 산정한다.
- 건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제7장 이학요법료 제3절 전문재활치료료
 - 주 : 1. 해당항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 재활의학과 전문의가 상근하고, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 상근하는 물리치료사(작업치료, 일상생활동작 훈련치료, 재활사회사업, 연하장애재활치료, 연하재활 기능적전기자극치료 제외) 또는 해당분야 전문치료사(작업치료사는 작업치료, 일상생활동작 훈련치료, 연하장애재활치료, 연하재활 기능적전기자극치료를 한하고, 사회복지사는 재활사회사업에 한함)가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다.
 - 중추신경계발달재활치료 Rehabilitative Development Therapy for Disorder of Central Nervous System
 - 주 : 중추신경계 장애로 인한 발달지연 및 근육마비와 경직의 치료를 목적으로 보이타 또는 보바스요법 등의 교육과정을 120시간 이상 이수한 재활의학과 전문의나 물리치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 30분 이상 실시한 경우에 산정한다.
 - 보행치료 Gait Training
 - 주 : 편마비, 하지마비, 사지마비, 뇌성마비 등의 중추신경계 질환이나 사지절단자 등 보행동작에 제한이 있는 자에게 보행훈련을 30분 이상 실시한 경우에 산정한다.

부당사례

- A병원은 보바스 교육을 이수하지 않은 물리치료사인 ○○○이 중추신경계발달재활치료를 실시한 후 요양급여비용을 청구함
- B병원은 재활의학과전문의가 학회나 휴가 등으로 부재중이라 전문재활치료 처방에 따른 각 행위의 지도·감독 및 환자 상태 등을 주도면밀하게 관찰하지 않았음에도 요양급여비용을 청구함
- C병원은 재활의학과 전문의가 근무하지 않고 일반의 및 가정의학과 전문의만 근무한 기간에 전문재활치료료(MM112)와 보행치료(MM302)를 요양급여비용으로 청구함
- D병원은 복합운동치료는 전산화된 등속성운동기구를 제외한 기구를 사용한 근력강화운동과 기능훈련 등 30분 이상 실시한 경우에 산정할 수 있으나 30분 미만으로 실시한 뒤 복합운동치료를 요양급여비용으로 청구함
- E병원은 보행치료와 관련하여 치료사가 보행훈련 또는 근력운동을 10분 정도만 시행하였으나, 보행훈련을 30분 이상 실시한 것으로 요양급여비용을 산정하여 청구함

» 입원환자 식대관련 산정기준 위반 청구

- 영양사·조리사·직영가산 부당 청구
- 치료식 영양관리료 산정기준 위반 청구

관련근거

○ 입원환자식대 세부산정기준(보건복지부 고시 제2019-294호, '20.4.1. 시행)

- 3. 일반식 가산

가. 영양사가산, 조리사가산에 필요한 인력 산정 기준은 다음과 같음.

- 다 음 -

- (1) 환자식 제공업무를 주로 담당하는 당해 요양기관에 소속된 인력으로 의원급(보건의료원 포함)은 각각 1명, 병원급 이상은 각각 2명 이상인 경우
- (3) 전일제 영양사 및 조리사로 1주간의 근로시간이 월평균 40시간인 근무자는 1인으로 산정함.
- (4) 단시간 근무로 1주간의 근로시간이 월평균 32시간(이상)~40시간(미만) 근무자는 0.8인으로 산정하며, 32시간 미만 근무자는 산정대상에서 제외함.
- (6) 영양사 및 조리사가 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간 동안은 인력산정 대상에서 제외함. 다만, 동 기간 동안에 대체인력이 있을 경우는 산정 가능함.

나. 조리사 가산은 적시급식을 실시한 경우 산정하며, 적시급식이란 배식간격(전날 석식 제공 시간-익일 조식 제공 시간)이 '14시간 이내'인 경우임.

- 5. 치료식 영양관리료

가. 당해 요양기관에 소속된 영양사 1인당 1일 40명 이하의 환자에게 치료식(멸균식 포함)을 제공한 경우에 산정가능함. 이때 치료식(멸균식 포함)을 제공받는 환자(건강보험)에게 영양관리를 실시한 경우에만 산정하며, 제공하는 식사의 종류, 제공사유, 주의사항 등에 대하여 환자나 보호자에게 직접 설명하고 기재하여야 함.

- 6. 직영 가산

가. 직영 가산은 당해 요양기관에서 직접 운영하는 경우에, 일반식과 치료식, 산모식에 한하여 산정함.

나. 입원환자식사에 필요한 인력은 환자식 제공업무를 주로 담당하는 당해 요양기관 소속 인력이어야 하며, 영양사가 1인 이상 상근하는 경우에 한하여 산정함.

다. 영양사의 근로시간 및 근무형태에 따른 산정방법은 상기 '3.가.(3)~(6)'의 인력 산정기준에 따름.

부당사례

- A병원은 20○○.○.○.부터 20○○.○.○.까지 영양사로 등재된 ○○○과 조리사로 등재된 ○○○은 각각 원장, 행정부원장의 가족으로 실제로는 필요시에만 근무(월2~3회)하여 상근 조건을 충족하지 못했음에도 영양사 및 조리사 식대 가산을 요양급여비용으로 청구함
- B병원은 심사평가원에 영양사로 신고 된 직원이 퇴사한 이후에도 별도 변경 신고 없이 영양사가 1인 상근하는 것처럼 하여 직영 가산을 요양급여비용으로 청구함
- C병원은 조리사 ○○○의 무급 휴가 기간에도 근무일수로 산정하여 조리사 가산을 요양급여비용으로 청구함
- D병원은 입원환자들에게 일반식을 제공하면서 적시급식을 실시하지 않고 전날 석식 제공시간부터 익일 조식 제공 시간이 14시간 40분으로 14시간을 초과하여 식사를 제공했으나 일반식 조리사 가산을 청구하여 요양급여비용을 지급받음
- E병원은 치료식 영양관리료를 청구함에 있어, 치료식을 제공받는 환자에게 영양관리를 실시한 경우에만 산정할 수 있고, 제공하는 식사의 종류, 제공사유, 주의사항 등에 대하여 환자나 보호자에게 직접 설명하고 기재하여야 하나, 영양사 미근무일(일요일, 공휴일, 휴가일)에 치료식 영양관리료를 요양급여비용으로 청구함

» 내원하지 않은 환자, 실시하지 않은 행위 거짓 청구

- 허위입원 진료에 따른 부당 청구
- 실시하지 않은 행위 거짓 청구

관련근거

- 의료법 제22조(진료기록부 등)
 - 의료인은 진료기록부등을 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가 기재, 수정하여서는 아니된다.

부당사례

- A병원은 진료기록부, 간호일지 등을 허위 작성하여 수진자들과 공모하여 수진자들이 실제로 입원치료가 필요 없고, 입원치료를 받지 않았음에도 수진자들은 보험회사들로부터 보험금을 편취하도록 하고 요양기관은 해당 수진자들의 입원료 등을 요양급여비용으로 청구함
- B병원은 입원 진료를 받는 일부 수진자들에 대하여 진료기록부, 간호기록지 등을 기록하지 않아 입원 사실이 확인되지 않음에도 해당 수진자들의 입원료 등을 요양급여비용으로 청구함
- C병원은 물리치료를 받기 위해 내원한 수진자들에게 실시하지 않은 단순운동치료료를 일괄로 요양급여비용으로 청구함
- D병원은 내원한 기록이 있는 수진자들에 대해 공휴일에 실제 물리치료를 실시하지 않았으나 실시한 것으로 요양급여비용을 청구함
- E병원은 물리치료대장 및 진료기록부 등에 실시 기록이 없는 경피적 전기신경자극치료(TENS), 파라핀욕, 단순운동치료, 간헐적 견인치료(경추, 골반), 한냉치료(콜드팩)을 요양급여비용으로 청구함

» 입원료 산정기준 위반 청구

- 모자동실 입원료·낮병동 입원료 산정기준 위반청구
- 외출·외박 관련 입원료 산정기준 위반청구

관련근거

- 입원환자 외박 시 병원관리료 산정방법(보건복지부 고시 제2003-65호, '03.12.1. 시행)
 - 입원중인 환자가 주치의의 허가를 받아 외박시 입원료는 산정할 수 있으나, 연속하여 24시간을 초과하는 경우는 입원료 중 입원환자 병원관리료만 산정함. 이 때, 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 산정함.
- 건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료
 - 모자동실 입원료
주 : 질병이 없는 신생아를 모자동실에서 진료·간호한 경우에 산정한다.
- 대법원 2013두10960 과징금부과처분취소('13.10.24. 선고)
 - 모자동실 입원제도의 취지, 요양급여의 입원료 할증 비율 등 제반 사정과 법령의 해석기준이 되는 조리에 비추어 볼 때, 피고가 이 사건 처분을 함에 있어 모자동실 입원료를 요양급여비용으로 청구하기 위하여는 모자동실 입원시간이 적어도 1일 12시간(1일에 이르지 않는 입원의 경우 그 절반) 이상에 이르러야 한다고 보고...(이하 생략)
- 건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 2. 입원료 등
 - (3) 낮병동 입원료
 - (가) 다음 각 호의 1에 해당하는 경우
 - 2) 지역응급의료기관, 응급의료시설, 응급의료기관이 아닌 종합병원 응급실, 수술실 등에서 처치·수술 등을 받고 연속하여 6시간 이상 관찰 후 귀가 또는 이송하여 입원료를 산정하지 아니한 경우

부당사례

- A병원은 입원중인 환자가 연속하여 24시간을 초과하여 외박한 경우에 입원료 소정점수의 35%만 산정할 수 있으나 24시간 초과하여 외박한 수진자들의 경우도 모두 입원료 소정점수의 100%를 요양급여비용으로 청구함
- B병원은 모자동실 입원시간이 12시간에 이르지 않거나 모자동실에 입원한 적이 없는 수진자의 경우도 모자동실 입원료를 요양급여비용으로 청구하여 지급 받음
- C병원은 모자동실 입원 시간이 1일 12시간 미만인 경우에도 모자동실 입원료를 청구함
- D병원은 낮병동에서 6시간 미만 입원 후 퇴원한 환자들에 대하여 낮병동 입원료를 산정하여 요양급여비용으로 청구함

» 진찰료 산정기준 위반 청구

- 재진진찰료 산정기준 위반청구
- 건강검진 실시 당일 진찰료 산정기준 위반청구

관련근거

- 건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료
 - 나. 재진 진찰료 Established Patient
 - 7. 진료담당의사와 상담한 후 「의료법」 제17조의2 제2항에 따라 대리수령자가 처방전 및 약제를 수령한 경우에는 재진 진찰료 소정점수의 50%를 산정한다.
 - 8. 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설(「노인장기요양보험법」에 따른 장기요양기관을 포함)내에서 의료기관 소속 촉탁의 또는 협약의료기관 의사(이하 "촉탁의" 또는 "협약의사"라 함)가 시설입소자(사회복지시설에서 숙식하는 자를 뜻함)에게 원외처방전을 교부한 경우에는 진찰료 중 외래관리료 소정점수를 산정한다.
- 건강검진 실시 당일 진료 시 진찰료 산정방법
(보건복지부 고시 제2017-249호, '18.1.1. 시행)
 - 1. 「국민건강보험법」 제52조에 의거 가입자 및 피부양자에게 실시하는 건강검진 당일 동일 요양기관에서 건강검진과는 별도로 질환에 대한 진찰이 이루어져 진찰 이외에 의사의 처방이 발생한 경우 해당 진찰료는 다음과 같이 산정함.
 - 다 음 -
 - 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료[산정지침] 1.진찰료 '가'에 의거 초진(또는 재진)진찰료의 50%를 산정하며, 산정코드는 다음과 같이 기재함. 진찰료 산정사유에 대하여는 진료기록부에 기록하고,...(중략)...
 - 2. 상기 '1'항에도 불구하고 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료[산정지침]에 의거 2개이상의 진료과목이 설치되어 있고 해당 과의 전문의가 상근하는 요양기관에서 건강검진 당일 검진실시 의사와 전문과목 및 전문분야가 다른 진료담당의사가 건강검진과는 별도로 질환에 대하여 진료한 경우에 한하여 초진(또는 재진) 진찰료를 산정할 수 있음.

부당사례

- A병원은 요양시설과 촉탁의 협약을 체결하지 않은 상태에서 시설입소자 본인이 직접 내원하지 않고 동 시설관계자(간호사, 영양보호사 등)가 대리료 진료(처방) 받은 후 진찰료 등을 요양급여비용으로 청구함
- B병원은 검진 또는 각종 검사결과를 검진 또는 검사를 받은 수진자가 내원하지 않고 가족이 내원하여 결과만 확인하였거나, 입원 등 관련 내용을 상담만 하여 약제를 수령하거나 처방전을 발급 받은 상황이 아님에도 가족대리 진찰료를 산정하여 요양급여비용으로 청구함
- C병원은 건강검진 실시 당일 건강검진과는 별도로 질환에 대한 진찰이 없었음에도 건강검진 실시 당일에 검진을 실시한 의사가 검진 받은 수진자들의 진찰료를 요양급여비용으로 청구함
- D병원은 암검진을 위해 내원한 수진자들을 대상으로 암검진 당일 별도로 질환에 대한 처방이나 처치가 없고, 진찰료 산정사유도 진료기록부에 기록하지 않았으나, 별도의 비급여 초음파검사 등을 추가로 실시한 후 초·재진 진찰료 50%를 산정하여 요양급여비용으로 청구함
- E병원은공단 건강검진(암검진 포함) 당일 건강검진과는 별도로 질환에 대한 진찰 이외에 의사의 처방이 발생한 경우 초진진찰료 또는 재진진찰료의 50%만 산정하여야 함에도 진찰료 전액을 요양급여비용으로 산정하여 청구함

» 기타 부당 유형

■ 치료재료대 실거래가 위반 청구

관련근거

- 국민건강보험법 시행령 제22조(약제·치료재료의 요양급여비용)
 - 법 제46조에 따라 법 제41조제1항제2호의 약제·치료재료에 대한 요양급여비용은 다음 각 호의 구분에 따라 결정한다. 이 경우 구입금액이 상한금액보다 많을 때에는 구입금액은 상한금액과 같은 금액으로 한다.
 1. 한약제: 상한금액
 2. 한약제 외의 약제: 구입금액
 4. 치료재료: 구입금액

- 약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준
(보건복지부 고시 제2014-144호, '14.9.1. 시행) 제2조 구입약가의 산정
 - 분기별 구입한 약제총액의 합을 총 구입량으로 나눈 가격(이하 “분기 가중평균가격”이라 한다)을 다음 분기 둘째 달 초일 진료분부터 3개월까지의 진료분의 구입약가로 산정한다. 다만, 분기 가중평균가격이 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제2항 및 「약제 급여목록 및 급여 상한금액표」에 따른 상한금액을 초과하는 경우에는 상한금액을 구입약가로 산정한다.

부당사례

- A병원은 실제 산소(분류코드:699900020)를 구입한 가격이 8원임에도 상한 금액인 10원으로 청구하여 요양급여비용을 지급 받음

- B병원은 2000.0.00.부터 2000.0.00.까지 산소의 실구입가가 5원임에도 불구하고 상한금액인 10원으로 청구하여 요양급여비용을 지급 받음

» 기타 부당 유형

■ 무자격자 조제 후 조제료 등 부당 청구

관련근거

○ 약사법 제23조(의약품 조제)

- 약사 및 한약사가 아니면 의약품을 조제할 수 없으며, 약사 및 한약사는 각각 면허 범위에서 의약품을 조제하여야 한다. 다만, 약학을 전공하는 대학의 학생은 보건복지부령으로 정하는 범위에서 의약품을 조제할 수 있다.

부당사례

- A병원은 약사 부재기간 동안 무자격자인 간호과장 지도하에 일반사원인 ○○○과 △△△이 의약품을 조제하고 조제료 등을 요양급여비용으로 청구함
- B병원은 비상근 약사 부재 시 간호조무사 등의 무자격자가 입원환자의 의약품을 조제한 후 조제료 등을 요양급여비용으로 청구함
- C병원은 입원 및 혈액투석 환자들에 대한 의약품 조제 시 의사의 처방에 따라 당일 근무하는 간호사들이 의약품을 조제하였으나, 조제 및 복약지도료를 요양급여비용으로 청구함

» 기타 부당 유형

■ 정신요법료 산정기준 위반 청구

관련근거

- 건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제8장 정신요법료
 - 개인정신치료 Individual Psychotherapy
 - 가. 개인정신치료 I (10분 이하)
 - 나. 개인정신치료 II (10분 초과 20분 이하)
 - 다. 개인정신치료 III (20분 초과 30분 이하)
 - 라. 개인정신치료 IV (30분 초과 40분 이하)
 - 마. 개인정신치료 V (40분 초과)
- 정신의학적 응급처치, 기질성 정신질환에 아1마 개인정신치료 V 인정여부 (보건복지부 고시 제2018-135호, '18.7.1. 시행)
 - 기질성 정신질환 또는 정신의학적 응급 처치가 필요한 상태에 아1다 개인정신치료 III, 아1라 개인정신치료 IV, 아1마 개인정신치료 V는 실시하기 곤란하므로 인정하지 아니함을 원칙으로 함.
다만, 한국표준질병사인분류의 F06 '뇌손상, 뇌기능 이상 및 신체질환에 의한 기타 정신장애' 중에서 F06.0 ~ F06.6주인 경우에는 환자상태에 따라 선별적으로 실시 시 사례별로 인정함.

부당사례

- A병원은 기질성 정신질환자에 대해서는 예외 경우가 아니면 20분을 초과한 개인정신치료가 인정되지 않음에도 불구하고, 기질성 정신질환 수진자에 대하여 개인정신치료를 20분 초과하여 실시한 것으로 요양급여비용으로 청구함
- B병원은 개인정신치료를 받은 수진자마다 실시 시간이 달라 수진자 각각의 실제 진료 시간에 맞게 청구하여야 함에도 불구하고, 일괄로 개인정신치료 V(NN005)로 산정하여 요양급여비용을 청구함

Ⅲ. 【요양병원 · 정신요양병원】

방문확인 착오청구 사례

- 본인부담상한액 기준 미도달자 사전급여 청구
- 의료인력(의사·간호사·필요인력) 차등제 ·
별도 보상제 산정기준 위반청구
- 이학요법료 산정기준 위반청구
- 본인부담금 과다징수
- 입원환자 식대관련 산정기준 위반청
- 실시하지 않은 행위 거짓청구
- 입원료 산정기준 위반청구
- 정신요법료 산정기준 위반청구
- 진찰료 산정기준 위반청구
- 처치 및 수술료 산정기준 위반청구
- 기타 부당유형

» 본인부담상한액 기준 미도달자 사전급여 청구

■ 본인부담상한액 기준 미도달자 사전급여 부당 청구

관련근거

- 국민건강보험법 시행령 [별표3] 본인부담상한액의 산정방법 (제19조 제4항 관련)
 - 본인부담상한액은 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준(이하 “상한액기준보험료”라 한다)에 따라 그 금액을 달리한다. 이 경우 상한액기준보험료의 구체적인 산정 기준·방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.
 - ※ 최고상한액: ‘16년 509만원, ‘17년 514만원, ‘18년 523만원 초과
- 요양급여비용 청구방법 심사청구서·명세서서식 및 작성요령 제1편제2장제9조8항
 - 「국민건강보험법 시행령」 제19조제6항에 따라 본인일부부담금의 총액(법 제44조제2항 및 영 제19제3항에 따른 금액)이 같은 법 시행령 별표3에 따라 산정한 본인부담상한액의 최고금액을 넘는 경우에는 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원을 제외*하고, 그 초과금액에 대하여 심사평가원에 청구한다.
 - * 본인부담상한제 요양병원 사전급여는 국민건강보험공단에서 요양병원에 지급하던 것을 환자에게 지급하는 방식으로 변경 ... ‘20.1.1. 시행

부당사례

- A요양병원은 수진자의 입원기간 내의 법정 본인일부부담금이 연간 509만원(‘16년 기준)을 넘는 경우에는 그 초과금액을 기재하여 공단에 청구하도록 되어있으나, 일부 수진자들의 연간 법정 본인일부부담금 수납액이 509만원을 초과하지 않았음에도 본인부담상한제 사전급여를 공단에 청구함
- B요양병원은 일부 수진자에 대해서 비급여항목(간병비 등)을 제외하고 실제 수납한 본인부담금의 합이 514만원(‘17년 기준)이 되지 않은 시점에 본인부담상한제 사전급여를 적용하여 요양급여비용을 청구하여 지급받음

- C요양병원은 건강보험 가입자나 피부양자가 연간(1.1.-12.31.) 해당 요양병원에서 비급여 항목을 제외하고 실제 납부한 본인일부부담금의 합이 2018년도 기준 523만원을 초과되지 않았음에도 본인부담상한액을 초과한 것처럼 하여 사전급여 청구함
- D요양병원은 입원한 수진자에 대하여 본인이 부담하는 비용을 실제 명세서 상 발생하는 비용과 달리 수납하여 실제 본인부담금은 상한제 청구 기준액을 초과하지 않았음에도 불구하고 본인부담상한액 기준을 초과한 것으로 하여 초과금액을 요양급여비용으로 청구하고 지급받음
- E요양병원에서 본인부담상한제를 사전급여로 청구한 수진자들의 2016년부터 2018년까지 개인별 진료비 납입내역서를 확인한 결과, 월 납입한 금액을 모두 합산하여도 2016년 509만원, 2017년 514만원, 2018년 523만원 미만으로 사전급여 청구 대상이 되지 않음에도 불구하고, 사전급여로 청구하여 요양급여비용을 지급받음
- F요양병원은 수진자가 연간 본인이 부담한 법정본인부담금이 당해 연도 본인부담상한최고액(2018년 523만원, 2019년 580만원)을 초과하는 경우 수진자는 본인부담상한최고액까지만 납부하고 요양기관은 그 초과금액을 공단에 청구하도록 되어 있으나, 일부 수진자들에 대하여 실제로 수진자가 연간 납부한 법정 본인부담금이 본인부담상한최고액을 초과하지 않았음에도 공단에 본인부담액상한제 사전급여로 청구하여 지급받음

» 요양병원 입원료 차등제 산정기준 위반 청구

- 의사인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등제 부당청구
- 간호인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등제 부당청구

관련근거

○ 건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제3편 제3부 요양병원 행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침 [산정지침] 4.

- 마. 의사인력확보수준에 따른 입원료 차등제

(2) 직전 분기 평균 환자 수 대비 당해 요양기관에 상근하는 의사 수(환자 수 대 의사 수의 비)와 「전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정」 제3조에 따른 전문과목의 전문의 비율이 50% 이상인 경우와 50% 미만인 경우에 따라 의사인력확보수준을 다음 각 호의 1과 같이 1등급 내지 4등급으로 구분한다.

(가) 1등급 - 35:1 이하이면서 전문의 비율이 50% 이상인 경우

(나) 2등급 - 35:1 이하이면서 전문의 비율이 50% 미만인 경우

(다) 3등급 - 35:1 초과 40:1 이하인 경우

(라) 4등급 - 40:1 초과인 경우

(3) 환자 수는 낮병동 입원환자를 포함한 요양병원 입원환자 전체를 말하며, 다만, 중환자실 입원환자, 별도의 병동으로 구분 운영하는 격리실 입원환자는 제외한다.

- 바. 간호인력확보수준에 따른 입원료 차등제

(2) 직전 분기 평균 환자 수 대비 간호업무에 종사하는 직전 분기 평균 간호인력(간호사 및 간호조무사) 수(환자 수 대 간호인력 수의 비)에 따라 간호인력 확보수준을 다음 각 호의 1과 같이 1등급 내지 6등급으로 구분한다.

(가) 1등급 - 4.5:1 미만인 경우

(나) 2등급 - 4.5:1 이상 5:1 미만인 경우

(다) 3등급 - 5:1 이상 5.5:1 미만인 경우

(라) 4등급 - 5.5:1 이상 6:1 미만인 경우

(마) 5등급 - 6:1 이상 6.5:1 미만인 경우

(바) 6등급 - 6.5:1 이상인 경우

(5) 1등급 내지 5등급에 해당하는 요양병원 중 간호사 비율이 간호인력의 3분의 2 이상인 경우는 1일당 2,000원을 별도 산정한다.

○ 의사인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등적용 관련기준

(보건복지부 고시 제2019-302호, '20.7.1. 시행)

- 적정수준의 의사인력을 확보하지 못한 요양병원에서 입원환자에 대한 의료서비스의 질이 저하되는 현상을 방지하기 위하여 시행하는 [의사인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등제] 관련 기준은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

나. 의사인력 산정기준

- 1) 의사는 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서상의 상근자를 의미하며, 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우에는 동 기간 동안 의사인력 산정대상에서 제외함.
- 2) 시간제 또는 격일제 의사는 주3일 이상이면서 주20시간 이상인 경우 0.5인으로 인정하며, 기간제 의사는 근무시간 등 근무조건이 정규직 근무자와 동일하면서 3개월 이상 고용계약을 체결한 경우는 1인으로 인정함.

○ 간호인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등적용 관련기준

(보건복지부 고시 제2019-183호, '20.1.1. 시행)

- 적정수준의 간호인력을 확보하지 못한 요양병원에서 간호서비스의 일부를 보호자나 간병인에게 위임하는 등 입원 진료시 간호서비스의 질이 저하되는 바람직하지 않은 현상을 해소하기 위해서 시행하고 있는 [간호인력 확보수준에 따른 요양병원 입원료 차등제] 관련 기준은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

나. 간호인력 산정기준

- 1) 간호인력은 입원환자 간호업무를 전담하는 간호사와 이에 대한 간호업무를 보조하는 간호조무사를 의미함.
- 2) (입원)병동에 근무하지만 입원환자 간호를 전담하지 않는 간호인력(간호감독, 전임노조, 가정간호사, 호스피스 간호사 등), 일반병상과 특수병상을 순환 또는 파견(PRN 포함) 근무하는 간호인력, 특수병상 중 중환자실, 격리실, 인공신장실, 물리치료실에서 근무하는 간호인력, 외래 근무자는 산정대상에서 제외하며, 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우에는 동 기간 동안 간호인력 산정대상에서 제외함.

부당사례

- A요양병원에서 2000.0.00 ~ 2000.0.00 상근하는 의사로 신고된 의사 ☆☆☆은 실제 해당 요양병원에서 근무한 사실이 없고, 의사 ◇◇◇ 또한 해당 요양병원에서 근무한 사실이 없고 두 의사 모두 근로계약서나 급여 지급내역도 찾아볼 수 없으나 요양병원에 상근하는 의사인력으로 산정하여 요양급여비용을 청구함

[표1] 의사인력 신고 및 확인내역

연번	직책	성명	인력 신고 기간	신고사항	확인사항	의사 인력 제외일 수
1	의사	☆☆☆	2000.0.00. ~ 2000.0.00.	상근	미근무	7
2	의사	◇◇◇	2000.0.00. ~ 2000.0.00.	상근	미근무	9

[표2] 요양병원 입원료 차등제 의사등급 산정내역

적용구분	의사인력 차등제 신고내역				확인내역			
	환자수	의사수	환자수대비 의사수	등급	환자수	의사수	환자수대비 의사수	등급
2000년 2분기	64.71	2	32.35	1	64.71	1.82	35.55	2

- B요양병원의 공동 개설자인 △△△은 실제로는 일주일에 2일 근무로 비상근형태로 근무하였으나, 상근하는 것으로 신고하여 의사 등급을 1등급으로 산정하여 요양병원 입원료 차등제를 청구함
- C요양병원의 의사 □□□는 2000.0.00. ~ 2000.0.00. 기간 동안 비상근(금,토,일, 당직전담)으로 근무하였으나, 주5일 40시간 이상 근무하는 상근 의사인력 1인으로 신고하여 요양급여비용을 청구함
- D요양병원에서 2000.0.00 ~ 2000.0.00 입원병동(3W) 전담인력으로 신고한 간호사 ○○○은 근무표(Duty) 확인결과 병동에서 근무한 사실이 없으며, 간호사 △△△은 실제로는 병동에서 근무하지 않고 인공신장실에서 근무한 것으로 확인, 다른 간호사 □□□는 실제로는 병동에서 근무하지 않고 외래에서 근무한 것으로 확인됐으나, 모두 입원환자 전담 간호인력으로 신고하여 요양급여비용을 청구함

[표1] 간호인력 신고 및 확인내역

연번	성명	주민번호	부당신고기간(근무기간)		근무부서 확인내역	
			시작월	종료월	신고내역	확인내역
1	○○○	*****	20○○.○.○○	20○○.○.○○	3W근무	미근무
2	△△△	*****	20○○.○.○○	20○○.○.○○	3W근무	인공신장실
3	□□□	*****	20○○.○.○○	20○○.○.○○	3W근무	외래
4	□□□	*****	20○○.○.○○	20○○.○.○○	3W근무	외래

[표2] 요양병원 입원료 차등제 간호등급 산정내역

적용구분	간호인력 차등제 신고내역				확인내역			
	환자수	간호인력수	환자수대비 간호인력수	등급	환자수	간호인력수	환자수대비 간호인력수	등급
20○○년 2분기	42.89	9	4.76	2	42.89	8.33	5.14	3
20○○년 4분기	43.72	9.33	4.68	2	43.72	8.66	5.04	3
20○○년 3분기	44.21	11	4.01	1	44.21	10.66	4.14	1

- E요양병원은 [1등급 내지 5등급에 해당하는 요양병원 중 간호사 비율이 간호인력의 3분의 2 이상인 경우 1일 2,000원 별도 산정]에 대한 비용을 청구하기 위해 간호조무사 2인이 실제 병동에서 입원환자 전담인력으로 업무를 수행했음에도 간호사 비율을 높이기 위해 간호조무사 2인을 외래 근무인력으로 신고하여 간호사 비율에 따른 별도산정 수가를 요양급여비용으로 청구함
- F요양병원의 간호과장 ◇◇◇은 환자상담, 병동라운딩, 직원교육, 간호사 채용 및 근태관리 등 입원환자 전담업무를 수행하지 않았음에도 입원환자 전담간호업무를 수행한 것으로 신고하여 실제 간호등급 3등급을 2등급으로 부당하게 청구함
- G요양병원은 병동에서 근무하며 한방진료가 있는 경우 한방 진료실 보조업무를 수행한 간호조무사 ☆☆☆에 대하여 병동에서 입원환자 전담 간호업무를 수행한 것으로 신고하여 입원료 차등제를 부당하게 청구함

» 필요인력 확보에 따른 별도 보상제 산정기준 위반 청구

■ 필요인력 확보에 따른 별도 보상제 부당 청구

관련근거

- 건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제3편 제3부 요양병원 행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침 [산정지침] 4.
 - 아. 필요인력 확보에 따른 별도 보상제
 - (1) 직전 분기 당해 요양기관에 약사가 상근하고, 의무기록사, 방사선사, 임상병리사, 물리치료사, 사회복지사 중 상근자가 1명 이상인 직종이 4개 이상인 경우, 일당 1,710원을 별도 산정한다.
다만, 약사는 환자 수가 200명 미만인 경우, 약사가 주 16시간 이상 근무한 경우에도 산정할 수 있다.
 - (2) 필요인력의 경우, 해당 치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 물리치료실, 임상병리실, 방사선실을 갖추고 실제 사용할 수 있는 해당 장비를 보유하고 있는 요양기관에 한하여 산정할 수 있다.
- 필요인력 확보에 따른 별도 보상제 관련 기준
(보건복지부 고시 제2019-302호, '20.7.1. 시행)
 - 요양병원의 입원환자에게 질 높은 의료서비스를 제공토록 하기 위해 시행하는 [필요인력 확보에 따른 별도 보상제] 관련 기준은 다음과 같이 함.
 - 다 음 -
 - 나. 약사 산정기준
환자수가 200명 이상인 경우 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서상의 상근자를 의미하며, 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우에는 동 기간 동안 산정대상에서 제외함.
 - 다. 의무기록사, 방사선사, 임상병리사, 물리치료사, 사회복지사 산정기준
건강보험심사평가원에 제출한 요양병원 입원료 차등제 산정현황 통보서상의 상근자를 의미하며, 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우에는 동 기간 동안 산정대상에서 제외함.

부당사례

- A요양병원 소속약사 □□□은 20○○년2분기~20○○년4분기까지 실제 △△병원 조제실에서 주 5일 40시간 주간 근무하면서 △△병원 입원환자 약품을 조제하였으며, A요양병원은 주 1일 4시간만 근무하며 입원환자 약품을 조제하였으나, A요양병원의 상근인력으로 신고하여 필요인력확보에 따른 별도보상제를 청구하여 지급받음
- B요양병원은 방사선실을 갖추고 있었으나, 진단용 방사선발생장치가 노후화 되어 관할 지자체에 사용중지 신고 후, 동 장비를 폐기하고 실제 사용하지 않았음에도 필요인력 확보에 따른 별도 보상제를 청구하여 지급 받음
- C요양병원의 의무기록사 ◇◇◇은 16일 이상 연속하여 휴가를 사용하여 장기유급휴가자에 해당하여 필요인력 산정 제외 대상임에도 해당 요양병원의 필요인력으로 산정하여 20○○년 3분기 필요인력 확보에 따른 별도 보상제를 요양급여비용으로 청구하여 지급 받음
- D요양병원은 상근 약사 △△△가 퇴직한 이후에도 퇴직 처리를 하지 않고 상근하는 인력으로 신고하여 필요인력 확보에 따른 별도 보상제를 청구하여 지급 받음

» 이학요법료 산정기준 위반청구

■ 전문재활치료료 산정기준 위반청구

관련근거

- 건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제7장 이학요법료 제3절 전문재활치료료
- 주 : 1. 해당항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 재활의학과 전문의가 상근하고, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 상근하는 물리치료사 또는 해당분야 전문치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다.

 - 중추신경계발달재활치료 Rehabilitative Development Therapy for Disorder of Central Nervous System
주 : 중추신경계 장애로 인한 발달지연 및 근육마비와 경직의 치료를 목적으로 보이타 또는 보바스요법 등의 교육과정을 120시간 이상 이수한 재활의학과 전문의나 물리치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 30분 이상 실시한 경우에 산정한다.

 - 기능적전기자극치료 Functional Electrical Stimulation Therapy
주 : 기능적전기자극치료는 환자에게 최소 20분 이상 실시한 경우에 산정한다.

 - 재활기능치료 Rehabilitative Functional Training
 - 가. 매트 및 이동치료
주 : 편마비, 하지마비, 사지마비, 뇌성마비 등의 중추신경계 질환이나 사지절단자 등 이동동작에 제한이 있는 자에게 매트훈련, 이동훈련, 경사대훈련 및 의자차훈련 등을 30분 이상 실시한 경우에 산정한다.
 - 나. 보행치료
주 : 편마비, 하지마비, 사지마비, 뇌성마비 등의 중추신경계 질환이나 사지절단자 등 보행동작에 제한이 있는 자에게 보행훈련을 30분 이상 실시한 경우에 산정한다.

부당사례

- A요양병원은 재활의학과 전문의가 장기 부재중인 관계로 해당 부재 기간에 전문재활치료료를 산정할 수 없음에도 불구하고, 전문재활치료(MM105, MM151, MM301, MM302)를 시행 후 요양급여비용을 청구함
- B요양병원은 재활의학과 전문의의 휴가 기간 동안 발생한 전문재활치료는 산정 불가하나, 재활의학과 전문의의 부재중인 기간에 전문재활치료를 요양급여비용으로 청구함
- C요양병원은 중추신경계발달재활치료를 청구함에 있어 치료시간이 30분 이하인 경우, 2명의 환자를 동시에 치료한 경우, 보바스요법 등의 교육을 이수하지 않은 물리치료사가 시행한 경우 청구할 수 없으나 전문재활치료료를 요양급여비용으로 청구함
- D요양병원의 물리치료사는 보이타 또는 보바스요법 등의 교육과정을 이수하지 않았음에도 불구하고 해당 물리치료사가 중추신경계발달재활치료를 실시한 것으로 요양급여비용을 청구함
- E요양병원은 기능적전기자극치료의 치료시간이 20분 미만이거나, 매트 및 이동치료, 보행치료가 30분 미만임에도 해당 요양급여비용을 청구함

» 본인부담금 과다징수

- 급여대상 처치 후 비급여 징수
- 임의비급여 본인부담금 과다 수납

관련근거

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표2] 비급여대상(제9조제1항관련)
 - 3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 나. 예방접종(과상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
- 국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담)
 - 요양급여를 받는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 비용의 일부(이하 “본인일부부담금”이라 한다)를 본인이 부담한다.
- 국민건강보험법 시행령 제19조(비용의 본인부담)
 - 본인일부부담금은 요양기관의 청구에 따라 요양급여를 받는 사람이 요양기관에 납부한다. 이 경우 요양기관은 법 제41조제3항 및 제4항에 따라 보건복지부령으로 정하는 요양급여사항 또는 비급여사항 외에 입원보증금 등 다른 명목으로 비용을 청구해서는 아니 된다.

부당사례

- A요양병원은 과상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사는 비급여 대상에서 제외됨에도 불구하고 하이퍼테트주(항과상풍사람면역글로불린)를 투여 후 수진자들에게 비급여로 수납 받음
- B요양병원에서는 보험급여 주사제인 콤비플렉스페리주 1440ml(보험코드: 678900470) 및 알부민20% 100ml(보험코드: 643600471)를 수진자들에게 투여하면서 임의 비급여로 콤비플렉스페리주 80,000원, 알부민 120,000원을 수납 받음
- C요양병원에서는 혈액검사 등을 통해 알부민 수치를 확인하지 않은 수진자들에게 알부민20% 100ml(보험코드: 643600471)를 주사하고 관련 비용을 비급여로 수납 받음

» 입원환자 식대관련 산정기준 위반청구

■ 영양사·조리사·직영가산 부당청구

관련근거

○ 입원환자식대 세부산정기준(보건복지부 고시 제2019-294호, '20.4.1. 시행)

- 3. 일반식 가산

가. 영양사가산, 조리사가산에 필요한 인력 산정 기준은 다음과 같음.

- 다 음 -

(1) 환자식 제공업무를 주로 담당하는 당해 요양기관에 소속된 인력으로

의원급(보건의료원 포함)은 각각 1명, 병원급 이상은 각각 2명 이상인 경우

(3) 전일제 영양사 및 조리사로 1주간의 근로시간이 월평균 40시간인 근무자는 1인으로 산정함.

(4) 단시간 근무로 1주간의 근로시간이 월평균 32시간(이상)~40시간(미만) 근무자는 0.8인으로 산정하며, 32시간미만 근무자는 산정대상에서 제외함.

(6) 영양사 및 조리사가 연속적 부재기간이 16일 이상인 경우 동 기간 동안은 인력산정 대상에서 제외함. 다만, 동 기간 동안에 대체인력이 있을 경우는 산정 가능함.

- 6. 직영 가산

가. 직영 가산은 당해 요양기관에서 직접 운영하는 경우에, 일반식과 치료식, 산모식에 한하여 산정함.

나. 입원환자식사에 필요한 인력은 환자식 제공업무를 주로 담당하는 당해 요양기관 소속 인력이어야 하며, 영양사가 1인 이상 상근하는 경우에 한하여 산정함.

다. 영양사의 근로시간 및 근무형태에 따른 산정방법은 상기 '3.가.(3)~(6)'의 인력 산정기준에 따름.

부당사례

○ A요양병원은 2000.00.00. ~ 2000.00.00. 기간 동안 영양사 1인만 근무하여 영양사 가산 산정 기준에 해당되지 않으나 영양사 가산을 산정하여 요양급여비용을 청구함

- B요양병원은 해당 요양병원의 소속직원이 아닌 조리사들로 운영하였음에도 직영가산을 산정하여 요양급여비용을 청구함
- C요양병원에서 20〇〇.〇〇.〇〇. ~ 20〇〇.〇.〇〇.까지 상근인력으로 신고한 조리사 □□□은 실제로는 근무하던 도중 퇴직하여 20〇〇.〇〇.〇〇.부터 근무하지 않았음에도 상근하는 조리사로 신고하여 조리사 가산을 산정하여 요양급여비용을 청구함
- D요양병원의 조리사 ☆☆☆는 병원 경영진의 가족으로 조리실장 직책으로 조리사 가산 인력으로 산정하여 요양급여비용을 청구했으나 실제로는 조리 업무를 하지 않고 원무과에서 행정 업무를 수행함

» 실시하지 않은 행위 거짓청구

■ 실제 실시하지 않은 행위로 거짓청구

관련근거

- 의료법 제22조(진료기록부 등)
 - 의료인은 진료기록부등을 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가 기재, 수정하여서는 아니된다.

부당사례

- A요양병원은 휴일(공휴일 포함) 기간 물리치료실 운영 및 물리치료 실시한 사실이 없고, 물리치료 실시 대상자를 기록한 물리치료대장에 실시 기록이 없음에도 불구하고 해당 기간에 심층열, 표층열치료 등을 실시한 것으로 요양급여비용을 청구함
- B정신요양병원은 실제 시행하지 않은 개인정신치료 I, 개인정신치료 II, 집단정신치료를 시행한 것처럼 하여 요양급여비용을 청구함

» 입원료 산정기준 위반청구

■ 외박 환자 입원료 산정기준 위반청구

관련근거

- 건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제3편 제2부 요양병원 환자군 급여목록·상대가치점수 및 산정지침
 - 7. 입원중인 환자가 주치의의 허가를 받은 후 연속해서 24시간을 초과하여 외박한 경우에는 외박수가를 산정한다.

부당사례

- A요양병원은 입원중인 환자가 주치의의 허가를 받아 24시간을 초과하여 외박한 경우에는 외박수가를 산정하여 요양급여비용을 청구하여야 하나 외박수가가 아닌 일반 입원환자군으로 산정하여 요양급여비용을 청구함
- B요양병원은 24시간을 초과하여 외박한 경우에는 외박 수가를 산정하여야 하나, 수진자중 일부가 24시간을 초과하여 외박한 경우에도 입원료 100% 및 입원환자 식대를 산정하여 요양급여비용으로 청구함

» 정신요법료 산정기준 위반청구

■ 정신요법료 산정기준 위반청구

관련근거

- 건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제8장 정신요법료
 - 개인정신치료 Individual Psychotherapy
 - 가. 개인정신치료 I (10분 이하)
 - 나. 개인정신치료 II (10분 초과 20분 이하)
 - 다. 개인정신치료 III (20분 초과 30분 이하)
 - 라. 개인정신치료 IV (30분 초과 40분 이하)
 - 마. 개인정신치료 V (40분 초과)
- 정신의학적 응급처치, 기질성 정신질환에 아1마 개인정신치료V 인정여부(보건복지부 고시 제2018-135호, '18.7.1. 시행)
 - 기질성 정신질환 또는 정신의학적 응급 처치가 필요한 상태에 아1다 개인정신치료 III, 아1라 개인정신치료 IV, 아1마 개인정신치료 V는 실시하기 곤란하므로 인정하지 아니함을 원칙으로 함. 다만, 한국표준질병사인분류의 F06 '뇌손상, 뇌기능 이상 및 신체질환에 의한 기타 정신장애' 중에서 F06.0 ~ F06.6주인 경우에는 환자상태에 따라 선별적으로 실시 시 사례별로 인정함.

부당사례

- A정신요양병원은 일부 수진자의 경우 규정된 치료시간 미만으로 치료를 실시하였음에도 단가가 높은 개인정신치료료(NN002, NN003, NN004, NN005)로 잘못 산정하여 요양급여비용으로 청구함
- B요양병원은 기질성 정신질환자에게 개인정신치료를 실시할 때 고시에 개인정신치료 20분 초과부터는 인정되지 아니함에도 불구하고, 개인정신치료 20분 초과하여 실시한 것으로 산정하여 요양급여비용을 청구함

» 진찰료 산정기준 위반청구

■ 협의진찰료 산정기준 위반청구

관련근거

○ 입원중 협의진찰료 급여기준(보건복지부 고시 제2016-99호, '16.7.1. 시행)

- 1. 산정기준

협의진찰료는 입원 중인 호나자의 특별한 문제에 대한 평가 및 관리를 위하여 그 환자의 주치의가 아닌 다른 진료과목 [또는 세부 전문과목(분야)] 의사의 견해나 조언을 얻는 경우 산정하며, 협의진료를 요청하는 특별한 문제 및 협의진료의사의 견해 등을 의무기록에 명시하여야 함.

부당사례

○ A요양병원은 일부 수진자들의 협의진찰료를 청구하면서 협의진료를 요청하는 특별한 문제 및 협의진료의사의 견해 등을 의무기록에 명시하지 않고 협의진찰료를 요양급여비용으로 청구함

○ B요양병원은 협의진료 의사의 견해 등이 기록된 협진의뢰서를 작성하지 않고 한의과 협의진찰료(11800)를 요양급여비용으로 청구함

» 처치 및 수술료 산정기준 위반청구

■ 처치 및 수술료 산정기준 위반청구

관련근거

- 건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제9장 처치 및 수술료 등
 - 산소흡입 [1일당] Oxygen Inhalation
주 : 산소는 별도 산정한다.
 - 하기도 증기흡입치료 [1일당] Nebulizer Treatment of Lower Airway
주 : 1. 1일 1회 산정을 원칙으로 하되, 소아, 노인, 안면마비, 의식불명 등 일반흡입제 사용이 곤란한 환자의 천식발작 치료시에는 1일 3회, 천식지속상태 치료시에는 1일 6회까지 산정한다.
- 흡입배액처치 등의 진료수가 산정방법(보건복지부 고시 제2003-65호, '03.12.1. 시행)
 - 기관절개 환자의 드레싱과 흡입배액처치를 동시에 실시한 경우 및 구강, 비강내 흡입배액처치의 진료수가는 다음과 같이 산정함.
 - 다 음 -
 - 나. 구강, 비강내 흡입배액처치를 실시한 경우
: 구강, 비강내 흡입배액처치는 기관내 흡입배액처치와 비교시 난이도 및 위험도에 현저한 차이가 있다고 판단되므로 기본진료료에 포함되어 별도 산정하지 아니함.

부당사례

- A요양병원은 입원한 수진자들을 대상으로 산소흡입(M0040) 및 하기도 증기흡입치료(M0045)에 대하여 시행횟수를 실제 시행한 횟수보다 더 많이 산정하여 요양급여비용을 청구함
- B요양병원은 일부 수진자들의 경우 기관절개(Tracheostomy) 흡인이 아닌 구강, 비강내 흡입배액처치를 실시하여 기본진료료에 포함되어 별도 산정할 수 없음에도 흡입배농 및 배액처치료(M0137)를 요양급여비용으로 청구함

» 기타 부당 유형

■ 가정간호기본방문료 산정기준 위반청구

관련근거

- 건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료
- 가정간호 기본방문료 [방문당]
 - 주: 2. 최초 방문 1회에 한하여 환자의 자택으로 가정전문간호사 2인이 방문하는 경우 소정점수의 50%를 가산한다.
 - 3. 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설(「노인장기요양보험법」에 따른 장기요양기관을 포함)내에서 시설입소자에게 가정간호를 실시한 경우에는 소정점수의 50%를 산정한다.

부당사례

- A요양병원은 진료담당의사 또는 한의사의 진단과 처방에 따라 가정전문간호사가 환자의 자택을 방문하여 가정간호대상 환자에게 가정간호를 행하는 경우에 가정간호기본방문료를 산정하여야 하나, 환자의 자택이나 시설입소자가 아닌 주·야간보호센터의 장기요양수급자들에게 가정간호를 실시하고 가정간호기본방문료를 요양급여비용으로 청구함
- B요양병원은 주야간보호시설은 자택(거주공간)으로 볼 수 없어 가정간호 급여비용이 불인정되나 장기요양기관 중 입소시설 입소자가 아닌 주야간보호시설을 이용하는 수진자들에게 가정간호를 실시하고 가정간호기본방문료를 산정하여 요양급여비용을 청구함

IV. 【치과 병·의원】

방문확인 착오청구 사례

- 비급여대상 이중청구
- 영상진단 관련 산정기준 위반청구
- 실제 실시하지 않은 행위료 거짓청구
- 치과 처치료 관련 산정기준 위반청구
- 치료재료대 실거래가 위반청구
- 무자격자 의료행위 실시 후 부당청구
- 내원하지 않은 환자 거짓청구
- 진찰료 산정기준 위반청구
- 본인부담금 과다징수
- 치료재료 사용량 증량청구
- 가정간호기본방문료 산정기준 위반청구

» 비급여대상 이중청구

- 비급여대상인 구강검진 목적으로 내원한 수진자의 진찰료 청구
- 비급여대상인 치아교정 진료 후 요양급여비용 청구
- 비급여 항목인 임플란트 식립 후 요양급여비용 이중청구
- 비급여 항목인 광중합형 복합레진충전 후 요양급여비용 이중청구
- 비급여 항목인 인레이 및 온레이 간접충전 등 진료 후 요양급여비용 이중청구

관련근거

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표2] 비급여대상 (제9조제1항 관련)
 - 2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 다. 치과교정. 다만, 선천성 기형으로 저하된 씹는 기능 및 발음 기능을 개선하기 위한 치과교정으로 보건의복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
 - 라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면)교정술
 - 3. 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 가. 본인 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 가입자 등에게 실시하는 건강검진 제외)
 - 다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거. 다만, 치석제거만으로 치료가 종료되는 전체 치석제거로서 보건의복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
 - 라. 불소부분도포, 치면열구전색(치아홈메우기) 등 치아우식증(충치) 예방을 위한 진료. 다만, 18세 이하인 사람의 치아 중 치아우식증(충치)이 생기지 않은 순수 건전치아인 제1큰어금니 또는 제2큰어금니에 대한 치면열구전색(치아홈메우기)은 제외한다.
 - 4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료
 - 바. 치과의 보철(보철재료 및 기공료 등을 포함한다) 및 치과임플란트를 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만, 보건의복지부장관이 정하여 고시하는 65세 이상인 사람의 틀니 및 치과임플란트는 제외한다.

○ 치과임플란트 인정기준 (보건복지부 고시 제2016-112호, '16.7.1.)

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표 2] 비급여대상 4. 바에 따른 65세 이상 치과임플란트의 요양급여 대상은 다음과 같이 함

- 다 음 -

1. 급여대상

다. 유지관리

(1) 보철장착 후 3개월 이내

- 동기간 내는 유지관리를 위한 요양급여비용은 진찰료만 산정할 수 있음

(2) 보철장착 후 3개월 초과하는 경우

- 치과임플란트 주위 치주질환 등으로 처치 및 수술을 시행한 경우에는 해당 급여항목으로 산정함
- 보철수복과 관련된 유지관리는 비급여함

3. 치료재료

- 식립재료 고정체(Fixture)와 지대주(Abutment)는 별도 산정하고, 그 외 재료(Cover Screw, Healing Abutment 등) 및 보철수복 재료는 찬11 치과 임플란트 소정점수에 포함되어 별도 산정할 수 없음.

다만, 맞춤형지대주(Custom Abutment)는 비급여함(시술행위는 급여)

4. 다만, 아래 중 하나에 해당되는 치과임플란트 시술은 요양급여하지 아니함(시술전체 비급여)

- 다 음 -

가. 완전 무치악 환제에게 시술하는 경우

나. 상악골(Maxilla)을 관통하여 관골(Zygoma)에 식립하는 경우

다. 일체형 식립재료로 시술하는 경우

라. 보철수복 재료를 비귀금속도재관(PFM Crown) 이외로 시술하는 경우

○ 광중합형 복합레진 충전의 급여기준 (보건복지부 고시 제2020-84호, '20.5.1.)

- 차13다 광중합형 복합레진 충전은 충전 당일 치아경조직처치(치수절단, 발수 등 제외)와 외동형성 완료 후 실시한 경우에 다음과 같이 요양급여를 인정하며, 그 외에는 비급여함

- 다 음 -

가. 급여대상: 5세 이상 ~ 12세 이하 아동

(단, 5세 미만 아동의 맹출된 영구치에 대하여 충전을 시행한 경우에는 요양급여비용 청구 시 영상자료 등 증빙자료를 첨부하여 제출토록 함)

나. 급여범위: 치수병변이 없는 치아우식증에 이환된 영구치(제3대구치는 제외)

- 건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제3부 행위 비급여 목록 제10장 치과 처치·수술료 제1절 치아질환 처치
 - 인레이(Inlay) 및 온레이(Onlay) 간접충전(금 등을 사용한 충전치료)

부당사례

- A치과의원은 구강검진 목적으로 내원한 수진자들의 경우 비급여대상으로 진찰료를 청구할 수 없음에도 진료기록부에 기본진료로 기재한 후 진찰료를 청구함
- B치과의원은 본인 희망에 의한 개인건강검진(파노라마 촬영 포함) 실시 후 진찰료와 파노라마 비용을 요양급여비용으로 청구함
- C치과의원은 비급여대상인 임플란트 식립을 하면서 그 비용을 전액 수진자로부터 징수했음에도 치주소파술 및 교합조정술 등을 행한 것으로 요양급여비용으로 이중청구함
- D치과의원은 비급여 인레이 및 온레이 진료 시 비급여 금액을 전액 수진자로부터 징수했음에도 진찰료 등을 요양급여비용으로 청구함
- E치과의원은 비급여 임플란트 시술을 하면서 처방이 필요한 경우 급여화하여 처방전을 발행하고 진찰료를 청구함
- F치과의원은 65세 이상의 임플란트의 보철수복 치료재료는 비귀금속도재관 재료만 급여 적용하므로 비급여 보철재료를 사용할 시 시술 전체가 비급여 적용 되어야하나 비급여 재료를 사용하고도 요양급여비용으로 청구함
- G치과병원은 비급여 임플란트 시술을 목적으로 사전에 실시하는 진료행위 비용은 진찰료를 포함하여 비급여대상임에도 비급여 임플란트 목적의 수진자들에 대해 임플란트 시술 당일 진찰료 및 파노라마 관련 비용을 요양급여비용으로 청구함
- H치과의원은 치아우식증이 없는 수진자의 치아에 비급여 대상인 광중합형 복합레진충전 후 요양급여비용으로 청구함
- I치과의원은 비급여 치료재료를 이용하여 와동형성, 충전처치를 실시하고 수진자로부터 비급여로 진료비를 전액 수납한 뒤, 급여재료(자가중합형 gi)를 이용한 것으로 요양급여비용을 청구함

- J치과의원은 비급여 보철물(크라운 등) 영구접착을 시행한 수진자들에게 비급여 금액을 전액 징수하고, 진료기록부에 치관확장술(치은절제술)을 시행한 것으로 기록하여 요양급여비용을 청구함
- K치과의원은 비급여 치아교정 진료를 위해 내원한 수진자에 대해 기타 명시된 급성치은염(K0508), 상세불명의 급성 치은염(K0509) 등의 상병으로 치석제거(U2232)를 요양급여비용으로 청구함
- L치과의원은 치아 교정상담, 단순검진, 부정교합 등 외모개선 목적으로 내원한 수진자들에게 만성치주염 등의 상병으로 진료기록부에 기재 후 요양급여비용을 청구함
- M치과의원은 비급여 치아교정치료 중인 수진자들에게 교정치료 비용의 전액을 비급여로 수납한 후 수진자가 교정치료 과정으로 내원한 날 치주질환 처치에 필요하여 실시한 경우에 산정하는 부분 치석제거를 한 것으로 진찰료, 처치 및 수술료 등을 요양급여비용으로 청구함
- N치과의원은 비급여 진료(교정치료)를 위해 정기적으로 내원한 수진자에 대하여 치석제거를 실시하고, 진찰료와 치석제거[1/3약당](U2232), 치주치료 후 처치[1구강1회당](U2221)를 요양급여비용으로 청구함

» 영상진단 관련 산정기준 위반청구

■ 영상진단 관련 산정기준 위반청구

관련근거

- 건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제3장 영상진단 및 방사선 치료료 [산정지침]
 - (3) 제1절 및 제2절에 분류된 영상진단을 실시한 경우에는 반드시 판독소견서를 작성·비치하여야 한다.
 - (4) 제1절 및 제2절에 분류된 영상진단료의 소정점수에는 판독료(소정점수의 30%)와 촬영료 등(소정점수의 70%)이 포함되어 있다.
 - (5) 위 '(3)'의 규정에도 불구하고 판독소견서를 작성·비치하지 아니한 경우에는 촬영료 등(소정점수의 70%)만 산정하며...(후략)
- 방사선 영상진단의 판독료 산정기준 (보건복지부 고시 제2017-118호, '17.7.1.)
 - 「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제3장 영상진단 및 방사선치료료 [산정지침] (3),(4)에서 규정하고 있는 제1절 방사선 단순영상진단료 및 제2절 방사선 특수영상진단료에 분류된 영상진단의 판독료 산정기준은 다음과 같이 함.
 - 다 음 -
 - 가. 작성서류
방사선 영상진단의 판독료는 판독소견서를 작성·비치한 경우에 인정함.
다만, 방사선 단순영상진단의 판독소견을 진료기록부에 기록한 경우 또는 치료 목적의 영상 판독소견을 시술(수술)기록지에 기록한 경우에는 판독소견서를 작성·비치한 것으로 간주함.
- 의료법 제37조(진단용 방사선 발생장치)
 - 진단용 방사선 발생장치를 설치·운영하려는 의료기관은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장에게 신고하여야 하며, 보건복지부령으로 정하는 안전관리기준에 맞도록 설치·운영하여야 한다.

부당사례

- A치과병원은 방사선 촬영 후 판독 소견서를 작성·비치하여야 하나 일부 촬영 건을 판독 소견서 미작성 및 소견서 비치하지 않고 영상진단료 소정점수의 100%를 청구함
- B치과의원은 방사선 영상진단을 실시한 경우 별도 판독 소견이 없는 경우에는 방사선영상진단료 소정점수의 70%만 산정할 수 있음에도 치과의 치근단 및 파노라마영상 촬영 후 판독소견을 작성하지 않고 방사선 영상진단료 소정점수의 100%를 산정하여 요양급여비용으로 청구함
- C치과의원은 파노라마 촬영기록은 차트 상 확인되나, 치근단(X-ray)촬영은 별도 판독 기록이 없이 영상진단료 소정점수의 100%를 요양급여비용으로 청구함
- D치과의원은 신고하지 않은 치과용 방사선 촬영 장치를 이용하여 방사선 촬영 후 요양급여비용을 청구함
- E치과의원은 치근단 및 파노라마영상을 촬영하고 실제 필름재료대를 사용하지 않았음에도 요양급여비용으로 청구함

» 실제 실시하지 않은 행위료 거짓청구

■ 실제 실시하지 않은 행위료 거짓청구

관련근거

- 의료법 제22조(진료기록부 등)
 - 의료인은 진료기록부등을 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가 기재, 수정하여서는 아니된다.

부당사례

- A치과의원은 일부 수진자의 발치 및 근관치료 시 실제로는 치근단 촬영이 실시되지 않았음에도 실제 영상촬영 여부와 상관없이 일률적으로 치근단 1매를 요양급여비용으로 청구함
- B치과의원은 일부 수진자들에게 치은절제술 및 치과전달마취료를 시행하지 않았음에도 실시한 것처럼 요양급여비용으로 청구함
- C치과의원은 실제 실시하지 않은 치석 제거 및 충치치료를 요양급여비용으로 청구함

» 치과 처치료 관련 산정기준 위반 청구

■ 치과 처치료 관련 산정기준 위반 청구

관련근거

○ 완전틀니(레진상, 금속상) 및 금속상 부분틀니의 인정기준

(보건복지부 고시 제2016-112호, '16.7.1.)

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표2] 비급여대상 4. 바에 따른 65세 이상 틀니의 요양급여대상 등은 다음과 같이 함.

- 다 음 -

다. 유지관리: 틀니 장착 후 3개월 이내 최대 6회 적용을 원칙으로 하며, 동 기간내 유지관리를 위한 요양급여비용은 진찰료만 산정할 수 있음

○ 차23-1 치석제거 급여기준 (보건복지부 고시 제2017-249호, '18.1.1.)

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표 2] 비급여대상 제3호 다목에 의한 치석제거는 비급여대상이나 다음과 같은 경우에 실시한 차23-1 치석제거는 다음과 같이 요양급여 함

- 다 음 -

가. 차23-1 가. 1/3약당

- 1) 치주질환에 실시한 부분치석제거
- 2) 치주질환치료를 위한 전치치료 실시하는 전악 치석제거
- 3) 개심술 전에 실시하는 전악치석제거

나. 차23-1 나. 전악

후속 치주질환 치료 없이 전악 치석제거만으로 치료가 종료되는 경우에 19세 이상 연(매년 1월~12월) 1회 요양급여함

○ 건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제2장 검사료 [치아검사]

- 치주낭 측정검사[1/3약당] Periodontal Pockets Test

주: 치주낭의 깊이(Periodontal Pocket Depth)를 측정한 경우에 한하여 산정한다

○ 치과에서 불소를 이용한 치아우식증 예방처치의 급여기준

(보건복지부 고시 제2016-224호, '16.12.1.)

- 치과에서 불소를 이용한 치아우식증 예방처치(불소바니시도포, 불소용액도포, 이온영동법 등)는 다음과 같은 경우에 인정하며, 수기료는 차4 지각과민처치에 준용하여 산정하고 약제료는 별도 산정하지 아니함.

- 다 음 -

가. 두경부 방사선 치료를 받은 환자

나. 웨그렌 증후군 환자

다. 구강건조증 환자 (비자극시 분비되는 전타액 분비량이 분당 0.1ml 이하를 의미함)

라. 장애인으로 등록되어 있는 뇌병변장애인, 지적장애인, 정신장애인, 자폐성장애인

부당사례

○ A치과의원은 일부 수진자의 발치 및 근관치료 시 실제로는 치근단 촬영이 실시되지 않았음에도 실제 영상촬영 여부와 상관없이 일률적으로 치근단 1매를 요양급여비용으로 청구함

○ B치과의원은 일부 수진자들에게 치은절제술 및 치과전달마취료를 시행하지 않았음에도 실시한 것처럼 요양급여비용으로 청구함

○ C치과의원은 실제 실시하지 않은 치석 제거 및 충치치료를 요양급여비용으로 청구함

» 치료재료대 실거래가 위반청구

■ 치료재료대 실거래가 위반 청구

관련근거

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

부당사례

- A치과의원은 임플란트용 치료재료를 구입금액으로 청구하지 않고 상한금액으로 요양급여비용을 청구함

» 무자격자 의료행위 실시 후 부당청구

■ 무자격자 의료행위 실시 후 부당청구

관련근거

- 의료법 제27조(무면허 의료행위 등 금지) 제1항
 - 의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없으며 의료인도 면허된 것 이외의 의료행위를 할 수 없음
- 의료기사 등에 관한 법률 제9조(무면허자의 업무금지 등) 및 동법 시행령 제2조(의료기사, 의무기록사 및 안경사의 업무 범위 등)
 - 방사선사 또는 치위생사가 아니면 진단용 방사선촬영이나 치석제거 등의 업무에 종사할 수 없음

부당사례

- A치과의원은 일부 수진자의 발치 및 근관치료 시 실제로는 치근단 촬영이 실시되지 않았음에도 실제 영상촬영 여부와 상관없이 일률적으로 치근단 1매를 요양급여비용으로 청구함
- B치과의원은 일부 수진자들에게 치은절제술 및 치과전달마취료를 시행하지 않았음에도 실시한 것처럼 요양급여비용으로 청구함
- C치과의원은 실제 실시하지 않은 치석 제거 및 충치치료를 요양급여비용으로 청구함

» 내원하지 않은 환자 거짓청구

■ 내원하지 않은 환자 거짓청구

관련근거

- 의료법 제22조(진료기록부 등)
 - 의료인은 진료기록부등을 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가기재, 수정하여서는 아니된다.

부당사례

- A치과의원은 1회 내원한 수진자들을 2~3회 내원하여 진료받은 것처럼 진료기록부와 본인부담금 수납대장에 기재하고 요양급여비용을 청구함
- B치과의원은 주로 내원한 환자가 적은 날에 동 의원을 방문한 사례가 있는 수진자(상담·치석제거·임플란트 시술 등)들의 진료기록부를 거짓으로 기록 또는 기재하지 않고 요양급여비용을 청구함
- C치과의원의 원장은 개인사정으로 인해 진료할 수 없었던 날임에도 내원했었던 수진자 및 지인들을 진료한 것으로 진료기록부 등에 기록하고 진찰료, 즉일충천처치, 복합레진충전 등을 요양급여비용으로 청구함

» 진찰료 산정기준 위반 청구

■ 진찰료(야간·공휴일 가산) 산정기준 위반 청구

관련근거

- 건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제10장 치과 처치·수술료 [산정지침]
 - 18시~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 처치 및 수술을 행한 경우에는 소정점수의 50%를 가산한다.
- 진찰료 야간가산의 급여기준 (보건복지부 고시 제2018-269호, '19.1.1.)
 - 3. 따라서 외래환자 진찰료 야간가산을 적용시간은 국민편익을 제고하기 위하여 환자가 야간가산 기준시간인 평일 18시(토요일은 13시)에서 다음 날 09시 사이에 내원한 경우는 요양기관의 진료 담당 의사가 진료를 개시한 시각을 기준으로 적용하고 동 시각 이외의 시각에 내원한 경우에는 환자가 요양기관에 도착한 시각을 기준으로 함.

부당사례

- A치과의원은 일부 수진자의 발치 및 근관치료 시 실제로는 치근단 촬영이 실시되지 않았음에도 실제 영상촬영 여부와 상관없이 일률적으로 치근단 1매를 요양급여비용으로 청구함
- B치과의원은 일부 수진자들에게 치은절제술 및 치과전달마취료를 시행하지 않았음에도 실시한 것처럼 요양급여비용으로 청구함
- C치과의원은 실제 실시하지 않은 치석 제거 및 충치치료를 요양급여비용으로 청구함

» 검사 및 재료대 등 본인부담금 과다 징수

■ 검사 및 재료대 등 본인부담금 과다 징수

관련근거

- 건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제10장 치과 처치·수술료 제4절 치주질환 수술
 - 조직유도재생술 Guided Tissue Regeneration
 - 나. 골이식을 동반한 경우
 - (1) 동종골, 이종골, 합성골이식의 경우

- Cone Beam 전산화 단층영상 진단의 급여기준 (보건복지부 고시 제2017-173호, '17.10.1.)
 - Cone Beam 전산화 단층영상촬영은 제3장 제1절 방사선단순영상진단(파노라마 등)으로는 진단이 불확실한 경우에 한하여 식약처 허가사항 범위 내에서 다음의 경우에 요양급여를 인정함.
 - 다 음 -
 - 가. 치아부위
 - 2) 매복치의 경우(제3대구치포함)
 - 가) 차41마(3)완전 매복치 발치술과 관련된 완전 매복치
 - 나) 제3대구치는 치근단, 파노라마촬영 등에서 하치조관 또는 상악동과 치근이 겹쳐 보여 발치의 위험도가 높은 경우

- 건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제10장 치과 처치·수술료 [산정지침]
 - (6) 각 분류항목의 처치 및 수술 등에 레이저를 이용한 경우에도 각 분류항목의 소정점수만을 산정한다.
 - (7) 처치 및 수술에 사용된 약제 및 치료재료대는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.

부당사례

- A치과의원은 동종골, 이종골, 합성골이식의 경우는 치조골이 상실된 환자에게 치주 조직의 재생을 유도하여 치조골을 재건하는 수술로 요양급여비용 청구가 가능함에도 조직유도재생술을 실시하고 관련 비용을 수진자에게 비급여로 징수함
- B치과의원은 완전매복치 발치 시, 하치조관 또는 상악동과 치근이 겹쳐보여 발치의 위험도가 높다고 판단되는 수진자의 경우에 Cone Beam 전산화단층영상 촬영 및 진단료가 요양급여비용 청구가 가능함에도 관련 비용을 수진자에게 비급여로 징수함
- C치과의원은 치주질환치료 시, 염증을 가라앉힐 목적으로 연고 등을 사용한 후 수진자에게 본인부담금 해당 금액을 초과하여 징수함
- D치과의원은 수진자들에게 치은절제술, 치석제거 등 급여 행위를 하며 레이저를 사용한 경우에 비급여처치내역에 처치내역을 기록하고 레이저비용을 수진자에게 비급여로 징수함

» 치료재료 사용량 증량청구

■ 치료재료 사용량 증량청구

관련근거

- 의료법 제22조(진료기록부 등)
 - 의료인은 진료기록부 등을 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가 기재, 수정 하여서는 아니된다.

부당사례

- A치과의원은 상아질의 우식 등의 상병으로 내원한 수진자들을 대상으로 FUJII(1-1 PACK) 분말 15G + 액10G으로 복합레진충전 시, 실제 사용한 치료재료의 양보다 증량하여 요양급여비용을 청구함
- B치과의원은 상아질의 우식 등의 상병으로 내원한 수진자들을 대상으로 우식을 제거한 부위의 글래스아이오노머시멘트(RIVA SC CAPSULE) 충전 시, 실제 사용한 치료재료의 양보다 증량하여 요양급여비용을 청구함

» 가정간호기본방문료 산정기준 위반 청구

■ 가정간호기본방문료 산정기준 위반 청구

관련근거

- 건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료
 - 가정간호 기본방문료 [방문당]
 - 주: 2. 최초 방문 1회에 한하여 환자의 자택으로 가정전문간호사 2인이 방문하는 경우 소정점수의 50%를 가산한다.
 - 3. 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설(「노인장기요양보험법」에 따른 장기요양기관을 포함)내에서 시설입소자에게 가정간호를 실시한 경우에는 소정점수의 50%를 산정한다.

부당사례

- A치과병원은 가정전문간호사가 환자의 자택이 아닌 주·야간보호기관에 방문하여 장기요양 수급자들에게 가정간호를 실시했음에도 그 비용을 요양급여비용으로 청구함

V.【한방 병·의원】

방문확인 착오청구 사례

- 비급여대상 이중청구
- 내원하지 않은 환자 거짓청구
- 한방 시술료 관련 산정기준 위반청구
- 입원환자 식대가산 산정기준 위반청구
- 실제 조제·투약하지 않은 약제비 거짓청구
- 무자격자 시행 처치료 부당청구
- 실제 시행하지 않은 한방 시술료 거짓청구
- 의약품 사용량 증량청구
- 방사선 촬영매수·필름규격 증량청구
- 본인부담금 과다징수
- 입원료 부당청구
- 요양기관 외 장소 진료 후 부당청구
- 기타 부당 유형

» 비급여대상 이증청구

- 비급여대상인 외모개선 목적 진료 후 요양급여비용 청구
- 첩약 조제 후 진찰료 등 요양급여비용 청구

관련근거

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙[별표2] 비급여대상(제9조제1항관련)
 - 2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 아. 그 밖에 가목부터 사목까지에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 진료
 - 7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우
 - 가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법
 - 나. 한약첩약 및 기상한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제

부당사례

- A한의원은 여드름과 다이어트, 비대칭교정을 목적으로 내원한 수진자들에게 비급여대상 진료 금액을 일괄로 수납한 뒤, 비급여진료를 시행한 날에 진찰료 등을 요양급여비용으로 청구함
- B한의원은 체지방 관리 등 미용 목적으로 방문한 수진자들에게 첩약 등을 조제해 주고 수진자에게 비급여대상 진료 금액을 징수했음에도 진찰료 등을 요양급여비용으로 청구함
- C한의원은 비급여 대상 첩약 조제를 위해 방문한 수진자들에게 첩약 조제 금액을 수납한 후 침이나 부항술을 시행한 것처럼 하여 요양급여비용으로 청구함
- D한의원은 비급여 대상 첩약 조제를 위해 방문한 수진자들에게 첩약 조제 금액을 수납한 후 진찰료, 경락기능검사료 등을 요양급여비용으로 청구함
- E한의원은 비급여 대상 첩약 조제를 위해 방문한 수진자들에게 첩약 조제 금액을 수납한 후 첩약 조제 당일 진찰료를 요양급여비용으로 청구함

- F한의원은 비급여 대상 첩약 조제를 위해 방문한 수진자들에게 첩약 조제 금액을 수납한 후 첩약 조제 당일 실시한 검사 비용(맥전도검사, 수양명경검사)과 진찰료를 요양급여비용으로 청구함
- G한의원은 성장클리닉 프로그램을 운영하여 수진자들에게 비급여 진료 금액을 일괄 수납한 뒤 진찰료 및 검사료를 요양급여비용으로 청구함

» 내원하지 않은 환자 거짓청구

■ 내원하지 않은 환자 거짓청구

관련근거

- 의료법 제22조(진료기록부 등)
 - 의료인은 진료기록부등을 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가기재, 수정하여서는 아니된다.

부당사례

- A한의원은 대표자 및 종사자의 친·인척과 지인 또는 내원 기록이 있는 환자가 실제 내원하지 않은 날에 내원하여 진료(진찰 및 침술 등)를 받은 것으로 진료기록부 및 본인부담금수납대장 등을 작성하여 요양급여비용을 청구함
- B한의원은 초진을 제외하고 실제 요양기관에 내원하여 진료한 사실이 없는 수진자에 대하여 진료기록부 등에 내원한 것으로 기록하고 진찰료, 침술, 한방 물리치료 등을 요양급여비용으로 청구함
- C한의원은 직원을 채용하기 위해 면접을 본 대상자들의 인적사항을 이용하여 실제 진료하지 않았음에도 진료한 것처럼 하여 요양급여비용을 청구함
- D한의원은 수진자 ○○○ 등 출국 또는 타 요양기관 입원으로 진료를 받을 수 없는 사람들에 대하여 실제 내원하여 진료 받은 것처럼 진료기록부를 기재하고 진찰료, 한방시술 및 처치료 등을 요양급여비용으로 청구함
- E한의원은 협약 조제를 위해 내원하거나 과거 진료 받은 이력이 있는 수진자들을 대상으로 실제 내원하지 않은 날에 과거 진료 내용을 근거로 진찰료와 약제비, 조제료를 요양급여비용으로 청구함

» 한방시술료 관련 산정기준 위반 청구

■ 한방시술료 관련 산정기준 위반 청구

관련근거

- 의료법 제22조(진료기록부 등)
 - 의료인은 진료기록부등을 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가기재, 수정하여서는 아니된다.

- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제14장 한방 시술 및 처치료 제1절 시술료
 - 하-1 경혈침술
 - 주 : 신체를 두·경부, 흉·복부, 요·배부, 상지부, 하지부의 5부위로 구분하여 2개 부위 이상을 시술한 경우에는 소정점수의 50%를 가산한다.

- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제14장 한방 시술 및 처치료 제1절 시술료
 - 하-70 온냉경락요법
 - 주 : 1. 요양기관 침구실 등에서 한의사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다.
 - 2. 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원을 1일 2회만 산정한다.
 - 3. 「가」, 「나」, 「다」 각 항목을 동시에 실시한 경우에는 한 가지만 산정한다.
 - 가. 경피경근온열요법
 - 나. 경피적외선조사요법
 - 다. 경피경근한냉요법

- 변증기술료의 급여기준 (보건복지부 고시 제2020-19호, '20.2.1.)
 - 1. 변증은 환자의 임상 자료를 종합 분석하여 질병의 병리본질을 인식하고 구체적인 증명(證名)을 변별·확정하는 과정임.
 - 2. 따라서, 변증기술료는 직접적인 진찰에 의한 소견으로 진료기록부에 다음 내용이 모두 확인되는 경우에 요양급여로 인정함. 단, 단순한 증상만을 기재한 경우 인정하지 않음.

가. 변증 진단명

나. ① 문(聞)-문(問)진 중 하나, ② 망진(설진 등), ③ 절진(맥진 등)

세 가지(①~③) 중 두 가지 이상의 기록으로 종합 분석한 변증 진단 설명

부당사례

- 한의원은 수진자 ○○○ 등 다수의 수진자들에 대하여 구술(간접구)-간접애주구를 실시하고 구술(직접구)-직접애주구를 실시한 것처럼 하여 요양급여비용을 청구함
- B한의원은 원내에 직접구 비치사항이 없고 간접구를 실시한 내역만 확인되나 직접구를 실시한 것처럼 하여 요양급여비용을 청구함
- C한의원은 수진자 ○○○ 등 대상자들에 대하여 경혈침술을 한 부위만 실시하였음에도 2개 부위 이상 시술한 것으로 하여 요양급여비용을 청구함
- D한의원은 진료기록부에 경피적외선조사요법에 대한 내용을 기록하지 않고 요양급여비용으로 청구함
- E한의원은 진료기록부 상 단순히 수진자의 증상명과 병명만을 기재하고 변증기술료를 요양급여비용으로 청구함
- F한의원은 수진자들에 대해 변증에 대한 명확한 기록 없이 변증기술료를 요양급여비용으로 청구함
- G한의원은 수진자들에게 문진만 실시 및 단순 증상만을 기록한 후 변증기술료를 요양급여비용으로 청구함

» 입원환자 식대가산 산정기준 위반 청구

■ 입원환자 식대가산 산정기준 위반 청구

관련근거

○ 입원환자 식대 세부기준 (보건복지부 고시 제2021-184호, '22.7.1. 시행)

- 3. 일반식 가산

가. 영양사가산, 조리사가산에 필요한 인력 기준은 다음과 같음.

- 다 음 -

(1) 환자식 제공업무를 주로 담당하는 당해 요양기관에 소속된 인력으로

의원급(보건의료원 포함)은 각각 1인, 병원급 이상은 각각 2인 이상인 경우

(2) 영양사와 조리사의 2가지 면허를 가진 자는 한 가지 면허에 대해서만 산정함.

(3) 영양사 및 조리사 가산은 환자에게 제공하는 식사 규모 및 타 시설에 식사제공 여부와 관계없이 당해 요양기관 소속 영양사와 조리사 수에 따라 산정함.

나. 조리사 가산은 적시급식을 실시한 경우 산정하며, 적시급식이란 배식간격(전날 석식 제공 시간-익일 조식 제공 시간)이 '14시간 이내'인 경우임.

- 6. 직영 가산

가. 직영 가산은 당해 요양기관에서 직접 운영하는 경우에, 일반식과 치료식, 산모식에 한하여 산정함.

나. 입원환자 식사에 필요한 인력은 환자식 제공업무를 주로 담당하는 당해 요양기관 소속 인력이어야 하며, 당해 요양기관에 소속된 영양사가 1인 이상 상근하는 경우에 한하여 산정함.

부당사례

○ A한방병원은 적시급식으로 식사를 제공하지 않고 전날 석식 제공시간과 익일 조식 제공 시간의 간격이 14시간을 초과하여 제공하였음에도 입원환자 식대를 가산하여 요양급여비용을 청구함

○ B한방병원은 일정기간 영양사의 부재로 직영 가산을 산정할 수 없음에도 입원환자 식대에 직영 가산하여 요양급여비용을 청구함

○ C한방병원의 영양사 ○○○은 월요일부터 금요일까지 10:00 ~ 16:00(휴게시간 13:00~14:00 제외)의 근무형태로 해당 요양기관에 상근하는 형태가 아니었으나 상근하는 근무자로 신고하여 입원환자 식대 직영 가산을 요양급여비용으로 청구함

» 실제 조제·투약하지 않은 약제비 거짓청구

- 실제 조제하지 않은 의약품으로 대체 청구
- 실제 투약하지 않은 약제비 거짓청구

관련근거

- 의료법 제22조(진료기록부 등)
 - 의료인은 진료기록부등을 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가 기재, 수정하여서는 아니된다.
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제4장 투약 및 조제료 [산정지침]
 - (4) 라-6 한방 외래·퇴원환자조제료는 약사법(법률 제8365호) 부칙 제8조에 따라 외래환자 또는 퇴원하는 입원환자에게 요양기관인 한방의료기관의 한의사의 처방에 따라 당해 한방의료기관의 조제실에서 한약제제를 조제 투약한 경우에 산정한다.

부당사례

- A한의원은 경방평위산을 처방·조제받은 수진자에게 경방오적산을 사용한 것으로 전산 입력 한 후에 요양급여비용을 청구함
- B한의원은 일부 외래 수진자들에게 일부 약제를 미지급하였음에도 불구하고 요양급여비용을 청구함
- C한의원은 한신오적산을 구입한 적이 없음에도 한신오적산 및 해당 약제 조제료를 요양급여비용으로 청구함

» 무자격자 시행 처치료 부당청구

■ 무자격자 시행 처치료 부당청구

관련근거

- 의료법 제27조(무면허 의료행위 등 금지) 제1항
 - 의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없으며 의료인도 면허된 것 이외의 의료행위를 할 수 없음.

부당사례

- A한방병원은 물리치료실에서 간호조무사가 표층열치료를 전담하여 시행 후 요양급여비용으로 청구함
- B한의원은 간호조무사가 수진자들에게 온냉경락요법을 실시한 후 요양급여비용으로 청구함
- C한방병원은 신고 되어있는 물리치료사는 도수치료실에서 근무하고 간호조무사 3인은 한방·물리치료실에서 근무하며 수진자들에게 이학요법을 실시한 후 요양급여비용을 청구함

» 실제 시행하지 않은 한방 시술료 거짓 청구

■ 실제 시행하지 않은 한방 시술료 거짓 청구

관련근거

- 의료법 제22조(진료기록부 등)
 - 의료인은 진료기록부등을 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가 기재, 수정하여서는 아니된다.

부당사례

- A한의원은 자락관법을 실시하지 않았음에도 일부 수진자들에게 자락관법을 실시한 것처럼 하여 요양급여비용을 청구함
- B한의원은 구술(간접애주구)을 실시하지 않았음에도 일부 수진자들에게 실시한 것처럼 하여 요양급여비용을 청구함
- C한의원은 진료기록부에 시술 및 처치행위를 기록하지 않고 특정 상병의 수진자들에게 청구프로그램을 통해 일률적으로 경혈침술, 투자법침술, 침전기자극술 등을 시행하였다고 셋팅하여 요양급여비용을 청구함
- D한의원은 수진자들에게 침술만 실시하고 구술은 실시하지 않았으나 구술도 실시한 것처럼 하여 요양급여비용을 청구함

» 의약품 사용량 증량 청구

■ 의약품 사용량 증량 청구

관련근거

- 의료법 제22조(진료기록부 등)
 - 의료인은 진료기록부등을 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가 기재, 수정하여서는 아니된다.

부당사례

- A한의원은 경방오적산, 한풍오적산, 한풍갈근탕 등의 약제를 실제 구입하여 사용한 용량보다 초과하여 사용한 것으로 진료기록부에 작성한 후 요양급여비용을 청구함
- B한의원은 정우오적산 약제를 실제 구입하여 사용한 용량보다 초과하여 사용한 것으로 진료기록부에 작성한 후 요양급여비용을 청구함
- C한의원은 정확한 계량 없이 처방하여 약제 구매량 대비 청구량을 증량하여 요양급여비용을 청구함

» 방사선 촬영매수·필름규격 증량 청구

■ 방사선 촬영매수·필름규격 증량 청구

관련근거

- 의료법 제22조(진료기록부 등)
 - 의료인은 진료기록부등을 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가 기재, 수정하여서는 아니된다.

부당사례

- A한방병원은 같은 날 동일부위를 연속 촬영한 수진자들에 대해 실제 촬영 매수에 해당하는 코드로 청구하지 않고 촬영매수를 증량하여 요양급여비용을 청구함
- B한방병원은 동일 진료일에 슬관절 양측을 동시 촬영한 수진자들에 대하여 방사선 촬영매수와 필름규격을 실제 시행한 것과 다르게 청구함

» 본인부담금 과다징수

■ 본인부담금 과다징수

관련근거

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제1조의2(요양급여 대상의 여부 결정에 관한 원칙)
 - 보건복지부장관은 의학적 타당성, 의료적 중대성, 치료효과성 등 임상적 유용성, 비용효과성, 환자의 비용부담 정도, 사회적 편익 및 건강보험 재정상황 등을 고려하여 요양급여대상의 여부를 결정해야 한다.

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조(비급여대상)
 - 법 제41조제4항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 “비급여대상”이라 한다)은 별표 2와 같다.

부당사례

- A한방병원은 요양급여 대상인 내분비진단검사를 시행한 후 수진자에게 본인부담금을 과다하게 수납함

- B한의원은 비급여 대상에 포함되지 않는 요양급여 대상 침술을 실시한 후 수진자에게 비급여항목으로 본인부담금을 수납함

» 입원료 부담 청구

- 허위 입원환자 입원료 거짓 청구
- 외출·외박 입원료 부담 청구

관련근거

- 의료법 제22조(진료기록부 등)
 - 의료인은 진료기록부등을 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가 기재, 수정하여서는 아니된다.
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침] 2. 입원료 등
 - 라. 입원료 등은 1일당으로 다음과 같이 산정한다.
 - (1) 1일이라 함은 12시(정오)부터 다음 날 12시(정오)까지를 의미한다.
- 입원환자 외박 시 병원관리료 산정방법 (보건복지부 고시 제2003-65호, '03.12.1. 시행)
 - 입원중인 환자가 주치의의 허가를 받아 외박 시 입원료는 산정할 수 있으나, 연속하여 24시간을 초과하는 경우는 입원료 중 입원환자 병원관리료만 산정함. 이 때, 병원관리료는 내과질환자·정신질환자·만 8세 미만의 소아 환자에 대한 가산, 간호인력 확보 수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등가산 및 입원일수에 따른 체감이 적용되지 않은 상태에서 입원료 소정점수의 35%를 산정함.

부당사례

- A한방병원은 실제 입원하지 않은 수진자를 입원한 것으로 하여 요양급여비용을 청구함
- B한방병원은 일부 수진자의 경우 연속하여 24시간을 초과하여 외박한 입원 환자들에 대해 입원료 100%를 요양급여비용으로 청구함

» 요양기관 외 장소 진료 후 부당 청구

■ 요양기관 외 장소 진료 후 부당 청구

관련근거

○ 의료법 제33조(개설 등)

- 1. 의료인은 이 법에 따른 의료기관을 개설하지 아니하고는 의료업을 할 수 없으며, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 외에는 그 의료기관 내에서 의료업을 하여야 한다.
- 3. 제2항에 따라 의원·치과의원·한의원 또는 조산원을 개설하려는 자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다.
- 5. 제3항과 제4항에 따라 개설된 의료기관이 개설 장소를 이전하거나 개설에 관한 신고 또는 허가사항 중 보건복지부령으로 정하는 중요사항을 변경하려는 때에도 제3항 또는 제4항과 같다.

부당사례

- A한의원은 한의원 개설 장소를 이전한 후 변경 사항 신고 없이 신고하지 않은 시설에서 수진자들을 진료한 후 요양급여비용을 청구함
- B한의원은 같은 장소에서 요양기관을 폐업 후 대표자만 변경하여 재 개원하였으나 재개원한 요양기관을 신고하기 전, 신고되지 않은 시설에서 수진자를 진료하고 지급개시일 이후 진료한 것처럼 하여 요양급여비용을 일괄로 청구함
- C한의원은 촉탁의 계약 없이 대표자가 한의원 근처 △△요양원을 방문하여 요양원 입소자들에게 침술과 구술, 부항술 실시 후 진찰료 등을 요양급여비용으로 청구함

» 기타 부당 유형

- 가정간호기본방문료 산정기준 위반 청구
- 간호인력 차등제 산정기준 위반 청구

관련근거

- 건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료
- 가정간호 기본방문료 [방문당]
주: 2. 최초 방문 1회에 한하여 환자의 자택으로 가정전문간호사 2인이 방문하는 경우 소정점수의 50%를 가산한다.
3. 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설(「노인장기요양보험법」에 따른 장기요양기관을 포함) 내에서 시설입소자에게 가정간호를 실시한 경우에는 소정점수의 50%를 산정한다.
- 간호인력 확보수준에 따른 간호관리료 차등적용 관련 기준 (보건복지부 고시 제2019-177호, '19.10.1. 시행)
- 적정수준의 간호인력을 확보하지 못한 요양기관에서 간호서비스의 일부를 보호자나 간병인에게 위임하는 등 입원 진료시 간호서비스의 질이 저하되는 바람직하지 않은 현상을 해소하기 위해서 시행하고 있는 간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제(병상 수 대 간호사 수의 비) 관련 기준은 다음과 같이 함.
- 다 음 -
나. 간호사 산정기준
2) 순환근무 간호사: 일반병동과 외래 등 특수부서를 순환 또는 파견(PRN 포함) 근무하는 간호사로는 간호의 질 향상을 기대할 수 없으므로 해당 간호사는 산정대상에서 제외함.

부당사례

- A한방병원은 환자의 자택이 아닌 주·야간보호기관에서 장기요양 수급자들에게 가정간호를 실시한 후 그 비용을 요양급여비용으로 청구함

- B한방병원은 외래 근무 또는 일반병동과 외래 근무를 병행하는 간호사를 입원환자 간호관리료 차등제에 해당하는 간호인력으로 포함하여 등급을 산정한 후 요양급여비용을 청구함

» 기타 부당 유형

■ 무자격자 조제 후 약제비 부당청구

관련근거

○ 약사법 제23조(의약품 조제)

- 약사 및 한약사가 아니면 의약품을 조제할 수 없으며, 약사 및 한약사는 각각 면허 범위에서 의약품을 조제하여야 한다. 다만, 약학을 전공하는 대학의 학생은 보건복지부령으로 정하는 범위에서 의약품을 조제할 수 있다.

부당사례

- A한방병원은 약사의 부재기간 동안 의사가 처방한 의약품을 병동에서 근무하는 간호사나 간호조무사가 의사의 지휘·감독 없이 병동 내 약품보관실에서 조제하고 수진자에게 투약한 후 약제비 등 관련 비용을 요양급여비용으로 청구함

VI. 【약국】

방문확인 착오청구 사례

- 약제비 차등수가 산정기준 위반청구
- 조제료 등 야간·공휴일 가산 부당청구
- 무자격자 조제 후 조제료 등 부당청구
- 실제 조제·투약하지 않은 약제비 거짓청구
- 조제료 등 산정기준 위반청구
- 의약분업 예외지역 약제비 분할 청구
- 의약품 대체조제 후 부당청구
- 의약품 사용량 증량 청구
- 비급여약제 요양급여비용 청구

» 약제비 차등수가 산정기준 위반 청구

■ 실제 근무형태와 다르게 신고하여 차등수가 적용

관련근거

- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제1부 III.차등수가
- 약국 및 한국희귀의약품센터의 약사 1인당 1일 조제건수(의약분업예외지역에서는 직접조제건수 포함)를 기준으로 조제료 등(조제, 약국관리료, 조제기본료, 복약지도료)에 대하여 차등지급하고, 조제일수는 1개월(또는 1주일) 동안 약사가 실제로 조제한 날수를 기준으로 산정
- 의사 또는 약사의 차등수가 적용기준(보건복지부 고시 제2015-206호(행위), '15.12.1.)
- 차등수가 관련 적용대상 의사 또는 약사의 수는 「국민건강보험법 시행규칙」 제12조 제1항 및 제2항의 규정에 의하여 요양기관현황(변경)신고서로 신고된 상근자를 원칙으로 하되, 시간제, 격일제 근무자는 주 3일 이상이면서 주 20시간 이상인 경우 0.5인으로 산정함

부당사례

- A약국은 사전에 지인(가족 등)에게 처방전을 받아 보관하였다가 실제 약국을 운영하지 않은 공휴일에 조제함으로써 조제일수를 부풀리는 방법으로 약사 1인당 1일 조제건수에 따른 차등수가를 부당하게 산정함
- B약국은 방문확인 확인대상 기간 동안 일주일에 총 4일만 근무한 봉직약사 ○○○을 상근약사로 건강보험심사평가원에 신고하고 차등수가 산정기준을 위반하여 청구함
- C약국은 개문하지 않은 공휴일에도 개문하여 조제한 것으로 조제일수를 부풀려 청구하여 차등수가를 부당하게 산정함
- D약국은 약국 영업 일요일에 대표약사만 근무하고 봉직약사는 근무하지 않았으나 조제일수 산정 시 봉직약사도 일요일에 근무한 것처럼 하여 차등수가 산정기준 위반하여 청구함

- E약국의 약사 □□□의 실제 근무형태는 다음과 같음에도 개국부터 건강보험심사평가원에 상근 약사로 신고하여 차등수가 산정기준을 위반하여 청구함

근무기간	근무형태	근무시간
20○○.○월 ~ 20○○.○월	상근	(평일) 일 8시간 (토요일) 일 6시간
20○○.○월 ~ 20○○.○월	격일제 (주 3일)	일 8시간
20○○.○월 ~ 현재	근무하지 않음	-

- F약국은 근무하지 않았거나 상근 근무가 아닌 시간제 근무를 한 약사를 모두 상근 약사로 신고하여 차등수가 산정기준을 위반하여 청구함
- G약국은 퇴사한 약사 △△△를 건강보험심사평가원에 수개월 후에 소급하여 근무종료를 신고하였고, 시간제 근무자로 입사한 약사를 상근근무자로 신고하는 등 차등수가 산정기준을 위반하여 청구함
- H약국의 대표자 ◇◇◇는 이중직장가입자로, 상근인력의 요건을 갖추지 못함에도 상근약사로 신고하여 차등수가 산정기준을 위반하여 청구함
- I약국의 대표약사는 개인 사정으로 전일 근무가 불가능하여 봉직약사와 교대(주로 오전/오후)로 근무하였으나 상근약사로 신고하여 차등수가 산정기준을 위반하여 청구함
- J약국의 봉직약사는 방문확인 확인대상 기간 동안 주 2회 근무하였음에도 비상근 인력(0.5인)으로 신고하여 차등수가 산정기준을 위반하여 청구함

» 조제료 등 야간·공휴일 가산 부당 청구

■ 조제료 등 야간·공휴 가산 산정기준 위반 청구

관련근거

- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수 제1편 제2부 행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침 제15장 약국 약제비 [산정지침] (8)
 - 평일 18시(토요일은 13시) ~ 익일 09시 또는 관공서의 공휴일에 관한 규정에 의한 공휴일에 조제·투약하는 경우에는 조제기본료(약-2), 복약지도료(약-3) 및 조제료(약-4) 소정점수의 30%를 가산할 수 있음

부당사례

- A약국은 실제 수진자가 주간에 방문하여 조제하였으나 처방전을 지연 입력하는 등의 방법으로 야간가산료를 청구함
- B약국은 주간에 방문한 수진자의 처방전을 야간에 입력하고, 본인부담금은 주간에 조제한 금액으로 수납함
- C약국은 평일 방문 수진자의 처방전을 공휴일에 입력하여 조제료 등을 공휴일 가산 적용하여 청구함

» 무자격자 조제 후 조제료 등 부당 청구

■ 무자격자 조제 후 조제료 등 부당 청구

관련근거

○ 약사법 제23조(의약품 조제)

- 약사 및 한약사가 아니면 의약품을 조제할 수 없으며, 약사 및 한약사는 각각 면허 범위에서 의약품을 조제하여야 한다.

부당사례

- A약국은 대표자 부재 시 대표자의 가족(무자격자)이 수진자가 제출한 처방전에 따라 조제 및 복약지도를 하고 요양급여비용을 청구함
- B약국은 약사가 부재 중인 때에 약사가 아닌 일반인 종사자가 의약품을 조제하였음에도 조제료, 복약지도료, 약제비 등을 요양급여비용으로 청구함

» 실제 조제·투약하지 않은 약제비 거짓 청구

■ 실제 조제·투약하지 않은 약제비 거짓 청구

관련근거

- 의료법 제22조(진료기록부 등)
 - 의료인은 진료기록부 등을 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가 기재, 수정하여서는 아니된다.

- 약사법 제23조(의약품의 조제)
 - 의사 또는 치과의사는 전문의약품과 일반의약품을 처방할 수 있고, 약사는 의사 또는 치과의사의 처방전에 따라 전문의약품과 일반의약품을 조제하여야 한다.

부당사례

- A약국은 수진자가 약국을 내방하지 않았음에도 과거 내방 이력을 참고하여 내방 후 조제 받은 것으로 증일하여 요양급여비용을 청구함

- B약국은 수진자들이 실제로 약국을 내방하지 않아 조제한 사실이 없거나, 청구한 내역 중 일부만 실제로 조제되었음에도 불구하고 조제료를 청구함

» 조제료 등 산정기준 위반 청구

■ 조제료 등 산정기준 위반 청구

관련근거

○ 의료법 제17조의2(처방전)

- 의료업에 종사하고 직접 진찰한 의사, 치과의사 또는 한의사가 아니면 처방전을 작성하여 환자에게 교부하거나 발송하지 못하며, 의사, 치과의사 또는 한의사에게 직접 진찰을 받은 환자가 아니면 누구든지 그 의사, 치과의사 또는 한의사가 작성한 처방전을 수령하지 못한다.
- 제1항에도 불구하고 의사, 치과의사 또는 한의사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우로서 해당 환자 및 의약품에 대한 안전성을 인정하는 경우에는 환자의 직계존속·비속, 배우자 및 배우자의 직계존속, 형제자매 또는 「노인복지법」 제34조에 따른 노인의료복지시설에서 근무하는 사람 등 대통령령으로 정하는 사람에게 처방전을 교부하거나 발송할 수 있으며 대리수령자는 환자를 대리하여 그 처방전을 수령할 수 있다.
 1. 환자의 의식이 없는 경우
 2. 환자의 거동이 현저히 곤란하고 동일 상병에 대하여 장기간 동일한 처방이 이루어지는 경우

○ 약사법 제23조(의약품의 조제)

- 의사 또는 치과의사는 전문의약품과 일반의약품을 처방할 수 있고, 약사는 의사 또는 치과의사의 처방전에 따라 전문의약품과 일반의약품을 조제하여야 한다.

○ 국민건강보험법 제42조(요양기관)

- 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다.
 2. 「약사법」에 따라 등록된 약국

부당사례

- A약국은 친인척과 지인들이 최초 내방하여 조제한 이후에는 동일 조제약에 대하여 수진자들이 유선으로 요청함에 따라 의약품 조제 후 조제료 및 복약지도료를 부당하게 청구함
- B약국은 ○○의원에서 장기간 동일한 처방을 받아오던 거동이 불편한 일부 환자가 ○○의원이 이전한 이후에도 B약국으로 와 동일한 의약품 처방을 요청함에 따라 약국장이 ○○의원을 방문하여 대리료 처방전을 수령하여 의약품 조제 후 조제료 등을 청구함
- C약국은 □□의원에서 진료한 일부 수진자의 처방전을 □□의원에서 일괄로 팩스 전송 받아 조제한 후 조제료 등을 청구함

» 의약분업 예외지역 약제비 분할 청구

■ 의약분업 예외지역 약제비 분할 청구

관련근거

- 약사법 시행규칙 제44조(의약품 유통관리 및 판매질서 유지를 위한 준수사항)
 - 법 제47조 제1항 제4호 나목에 따라 약국등의 개설자는 의약품의 조제·판매 제한을 넘어서는 행위 등을 방지하기 위하여 다음 각 호의 사항을 준수하여야 한다.
 2. 법 제23조 제5항에 따라 보건복지부장관이 정하는 지역의 약국개설자 또는 약업사가 전문의약품을 판매하는 경우에는 다음 각 목의 사항을 지킬 것
 - 가. 품목허가를 받거나 신고한 사항에 따른 성인기준 3일 분량의 범위에서 판매하고, 환자에게 별지 제23호의2서식의 판매내역서를 교부할 것. 다만, 약국개설자가 의사 또는 치과의사의 처방전에 의하여 조제·판매하는 경우에는 그러하지 아니한다.
- 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제2부 제15장 약국 약제비
 - 처방전에 의하지 아니한 조제료(약-4-나)는 약사법 시행규칙 제44조 제3항 제2호에 따라 다음과 같이 한다.
 - (가) 전문의약품을 포함하여 조제하는 경우에는 1회 3일분을 초과할 수 없다.

부당사례

- A약국은 처방전 없이 내방하는 수진자들에 대하여 1회 5일분 이상 조제하고, 1회 5일분씩 조제·투약한 것처럼 의약품관리료, 복약지도료, 조제료 등을 분할하여 청구함
 - B약국은 수진자들에게 한번에 7일 ~ 2개월 치 약을 조제하여 준 후 5일씩 분할하여 청구함
- ※ 약제비 시행규칙 개정 이후 의약분업 예외지역에서 전문의약품을 포함하여 조제하는 경우 1회 5일분에서 1회 3일분으로 변경됨 ('18.7.25. 시행)

» 의약품 대체조제 후 부당청구

- 의약품 대체조제 후 실제 조제한 의약품이 아닌 처방의약품으로 청구

관련근거

- 약사법 제23조(의약품의 조제)
 - 의사 또는 치과의사는 전문의약품과 일반의약품을 처방할 수 있고, 약사는 의사 또는 치과의사의 처방전에 따라 전문의약품과 일반의약품을 조제하여야 한다.
- 약사법 제27조(대체조제)
 - 약사는 의사 또는 치과의사가 처방전에 적은 의약품을 성분·함량 및 제형이 같은 다른 의약품으로 대체하여 조제하려는 경우에는 미리 그 처방전을 발행한 의사 또는 치과의사의 동의를 받아야 한다.
 - 제1항에도 불구하고 약사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 처방전을 발행한 의사 또는 치과의사의 사전 동의 없이 대체조제를 할 수 있다.
(각 호 생략)

부당사례

- A약국은 수진자가 처방전에 적힌 약이 남아있다거나 불필요하다는 얘기를 하면 해당 의약품을 제외하여 실제로는 의사가 발행한 원외처방전과 다르게 조제·투약하였음에도 의사의 원외처방전대로 조제·투약한 것으로 하여 약제비를 청구함
- B약국은 수진자에 대한 병(의)원의 처방전에 대하여 일부 수진자에 대한 처방 의약품 중 일부의약품은 조제하지 않고 일반의약품으로 교체하여 지급한 후 의사의 원외처방전대로 약제비를 청구함

» 의약품 사용량 증량청구

■ 의약품 사용량 증량청구

관련근거

- 약사법 제23조(의약품의 조제)
 - 의사 또는 치과의사는 전문의약품과 일반의약품을 처방할 수 있고, 약사는 의사 또는 치과의사의 처방전에 따라 전문의약품과 일반의약품을 조제하여야 한다.

부당사례

- A약국은 ○○시럽, □□시럽을 처방받은 수진자에 대하여 약제 조제 시 물의 양을 과다하게 희석하여 약제를 실제 처방된 용량보다 부족하게 사용하였으나, 처방된 용량으로 조제한 것처럼 요양급여비용을 청구함

» 비급여 약제 요양급여비용 청구

■ 비급여진료 처방에 대한 약제를 요양급여비용으로 청구

관련근거

- 국민건강보험법 제41조(요양급여)
 - 보건복지부장관은 제3항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 “비급여대상”이라 한다)으로 정할 수 있다.
- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표 2] 비급여대상
 - 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 아. 그 밖에 가목부터 사목까지에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료

부당사례

- A약국은 비만에 대한 처방전에 따라 조제하는 과정에서 일부 약제에 비급여 표시 없이 급여코드가 표기되어 있어 이를 급여대상으로 오인하여 약제비를 요양급여비용으로 착오 청구함