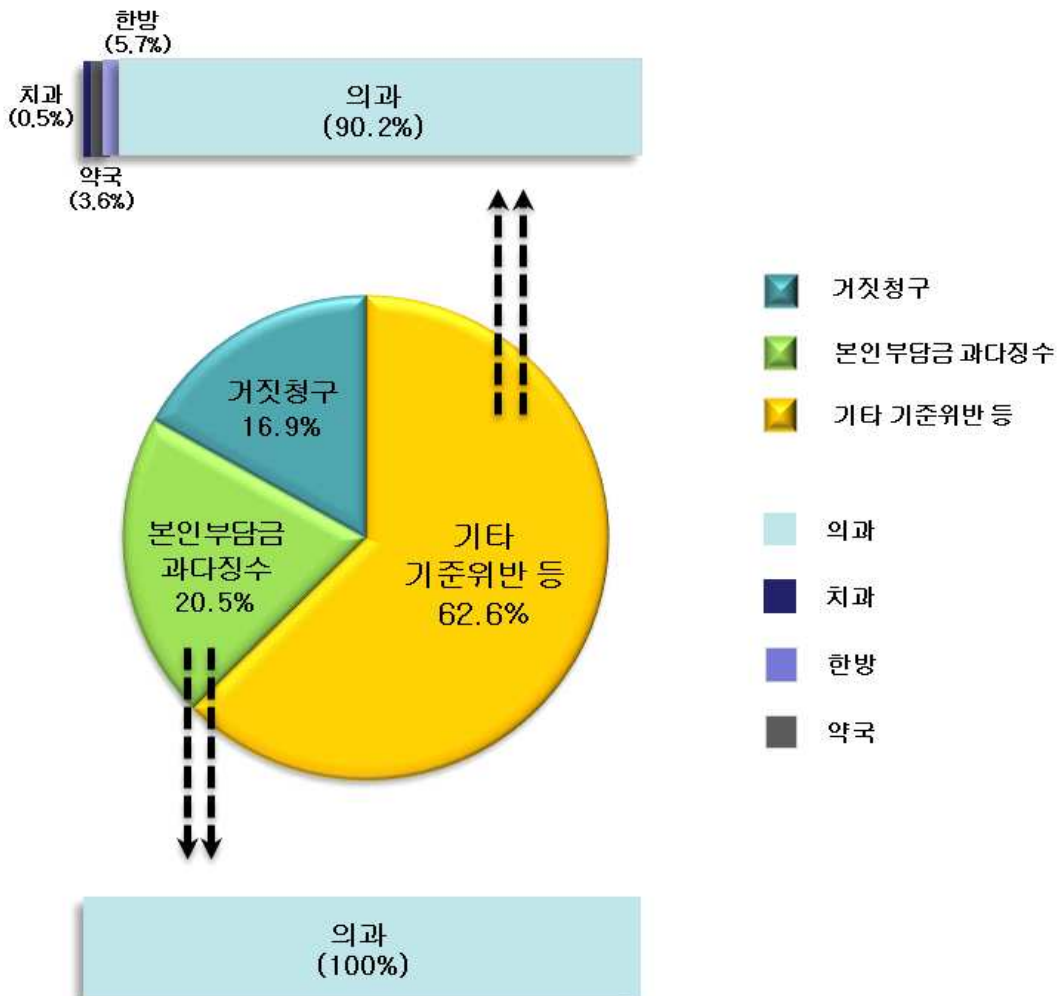


2017년 8월 정기현지조사 유형별 주요 사례

- 조사기간 : 2017.08.16(수) ~ 09.01(금)
- 조사 실시기관 : 총 77개소(현장조사 50개소, 서면조사 27개소)
 종합병원 3, 병원 10, 요양병원 12, 치과병원 1, 한방병원 1,
 의원 11, 치과의원 2, 한의원 10, 약국 27
- 현장조사 결과 : 50개소 중 47개소 거짓청구 등 확인(94.0%)
- 서면조사 결과 : 27개소 중 25개소 기준위반 확인(92.6%)
- 현지조사 결과 유형별 현황



*현지조사 결과에 따른 환수예상금액(약 1,627,655천원)을 기준으로 산출한 비율임.

현지조사 유형별 주요 세부사례

1. 방사선 영상진단료 산정기준 위반

- ▶ 요양기관은 특수의료장비를 사용할 경우 검사를 받지 않거나 검사결과 부적합 판정을 받은 특수의료장비를 사용할 수 없음.

관련 근거

- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표 1] 요양급여의 적용기준 및 방법
 1. 요양급여의 일반원칙
 - 가.~다. 생략
 - 라. 요양기관은 가입자 등의 요양급여에 필요한 적정한 인력·시설 및 장비를 유지하여야 한다. 이 경우 보건복지부장관은 인력·시설 및 장비의 적정 기준을 정하여 고시할 수 있다. -이하 생략-
 8. 의료장비
 - 가.~다. 생략
 - 라. 요양기관은 특수의료장비를 사용할 경우 「의료법」 제38조제1항과 「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」 제2조에 따라 시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 등록한 것만을 사용하여야 하며, 「의료법」 제38조제2항·제3항과 「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」 제5조 및 제7조에 따라 검사를 받지 아니하거나 검사결과 부적합 판정을 받은 특수의료장비를 사용하여서는 아니 된다. -이하 생략-
- 의료법 제38조 제2항 및 제3항
의료기관의 개설자나 관리자는 특수의료장비를 설치하면 보건복지부장관에게 정기적인 품질관리검사를 받아야 하며, 부적합하다고 판정받은 특수의료장비를 사용하여서는 아니 된다.
- 특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙 제5조 및 제7조
특수의료장비를 설치·운영하는 의료기관의 개설자 등이 받아야 하는 특수의료장비의 정기적인 품질관리검사는 서류검사와 정밀검사로 하되, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 정밀검사를 받아야 하며, 정밀검사를 받은 날부터 검사주기(별표2)에 따라 서류검사와 정밀검사를 받아야 한다.
 1. 특수의료장비를 설치하는 경우
 - 2.~4. 생략

1.

- A병원은 특수의료장비를 설치하는 경우 정밀검사를 받아야 하며, 검사를 받지 않거나 검사결과 부적합 판정을 받은 경우 사용할 수 없음에도, 2016.3.1. 개원하여 MRI 설치 후 2016.4.18. 특수의료장비 품질검사필증 “적합 판정”을 받기 전까지 2016.3.1.~2016.4.17. 기간 동안 병원에 내원한 수진자들에게 MRI 촬영을 실시하고, 그 비용을 비급여로 징수함.

2. 의약품·행위로 대체청구

- ▶ 요양급여비용 청구 시에는 실제 진료한 내역을 진료기록부 등에 기재하고 그 진료기록에 의하여 정확하게 청구하여야 함.

관련 근거

- **의료법 제22조(진료기록부 등) 및 국민건강보험법 제47조**

의료인은 진료기록부 등을 갖추어 두고 환자의 주된 증상, 진단 및 치료 내용 등 보건복지부령으로 정하는 의료행위에 관한 사항과 의견을 상세히 기록하고 서명하여야 하며, 진료기록부 등을 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가기재·수정하여서는 아니 되며, 진료기록부에 진료한 내역을 기재하고 이를 근거로 요양급여비용을 청구하여야 함.

사례

1.

- B한의원은 요양급여비용 청구 시 진료기록부에 기재된 내역을 바탕으로 정확히 청구하여야 함에도, “경추의 염좌 및 긴장(S134)” 상병으로 내원한 수진자 000에게 실제로 ‘건식부항-섬관법(보험코드 40322)’을 실시하고 진료기록부에 기재하였으나, 청구 시에는 ‘건식부항-주관법(보험코드 40323)’을 실시한 것으로 대체하여 요양급여비용을 청구함.

2.

- C의원은 요양급여비용 청구 시 진료기록부에 기재된 내역을 바탕으로 정확히 청구하여야 함에도, “회전근개증후군(M751)” 상병으로 내원한 수진자 000에게 실제로는 ‘휴메딕스트라마돌염산염주(제품코드 683100411)’를 처방·투약하였으나, 청구 시에는 ‘토라렌주(제품코드 649803111)’를 처방·투약한 것으로 대체하여 요양급여비용을 청구함.

3. 무자격자(무면허자)가 실시한 진료비 청구

▶ 의료인은 면허된 것 이외의 의료행위를 할 수 없음.

관련 근거

■ 의료법 제27조(무면허 의료행위 등 금지)

의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없으며, 의료인도 면허된 것 이외의 의료행위를 할 수 없음.

■ 의료기사 등에 관한 법률 제1조의2(정의), 제3조(업무 범위와 한계)

의료기사의 종류는 임상병리사, 방사선사, 물리치료사, 작업치료사, 치과기공사 및 치과위생사로 하며, 구체적인 업무의 범위와 한계는 대통령령으로 정함.

[의료기사 등에 관한 법률 시행령](시행 2016.11.30.) (대통령령 제27633호, 2016.11.29., 일부개정) 제2조(의료기사, 의무기록사 및 안경사의 업무 범위 등)

1. 임상병리사: 병리학·미생물학·생화학·기생충학·혈액학·혈청학·법의학·요화학·세포병리학의 분야, 방사성동위원소를 사용한 가검물 등의 검사 및 생리학적 검사(심전도·뇌파·심폐기능·기초대사나 그 밖의 생리기능에 관한 검사)의 분야에서 임상병리검사에 필요한 업무에 종사한다.

제9조(무면허자의 업무금지 등)

의료기사등이 아니면 의료기사등의 업무를 하지 못한다.

사례

1.

- D한방병원은 의료법 및 의료기사 등에 관한 법률에 의거, 의료기사등이 아니면 의료기사등의 업무를 하지 못하며, 심전도검사의 경우 의사의 지도 아래 임상병리사가 할 수 있음에도, 동기관은 임상병리사를 별도로 두지 않은 상태에서 “요통, 상세불명의 부위(M5459)” 등의 상병으로 내원한 수진자 OOO에게 의사의 지도 없이 간호사로 하여금 심전도 검사(보험 코드 E6541)를 실시하게 하고, 해당 검사료를 요양급여비용으로 청구함.

4. 입원료 산정기준 위반청구

- ▶ 입원중인 환자가 주치의의 허가를 받아 외박 시 연속해서 24시간을 초과하는 경우는 입원료 중 입원환자 병원관리료만 산정하며, 필요인력 확보에 따른 별도보상 수가를 산정할 수 없음.

관련 근거

- 「입원환자 외박시 병원관리료 산정방법」 (고시제2003-65호(행위), 2003. 12.01. 시행)
입원중인 환자가 주치의의 허가를 받아 외박시 입원료는 산정할 수 있으나, 연속하여 24시간을 초과하는 경우는 입원료 중 입원환자 병원관리료만 산정함. 이때, 병원관리료는 내과질환자·정신질환자·만8세 미만의 소아환자에 대한 가산, 간호인력 확보 수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등가산 및 입원일수에 따른 체감이 적용되지 않은 상태에서 입원료 소정점수의 35%를 산정함.
- 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3편 제3부 요양병원 행위 급여목록·상대가치점수 및 산정지침 [산정지침]
사. 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. -이하 생략-
- 「요양병원 필요인력 확보에 따른 별도 보상 관련등 질의 회신 통보」 (보험급여과-284호, 2010.04. 14. 시행)
필요인력 확보에 따른 별도 보상제는 필요인력을 확보한 경우 입원료의 일당 개념으로 1,710원을 보상하는 것으로 외래 환자 및 입원 환자 중 외박 수가 산정 시에는 별도 산정할 수 없음.

사례

1.

- E요양병원은 입원 중인 환자가 연속으로 24시간을 초과하여 외박하는 경우 입원료 중 입원환자 병원관리료(입원료 소정점수의 35%)만 산정해야 하며, 외박수가 산정 시에는 필요인력 확보에 따른 별도 보상을 산정할 수 없음에도, “상세불명의 뇌경색증(I639)” 등의 상병으로 입원한 수진자 000이 입원기간 중 2017년 3월 27일 11:00AM ~ 2017년 3월 28일 3:00PM 동안 외박하였으나, 입원환자 병원관리료로 산정하지 않고 입원료 100% 산정 및 필요인력 확보에 따른 별도보상 수가를 요양급여비용으로 청구함.

5. 약국 약제비 산정기준 위반청구

- ▶ 약국 야간가산은 평일 18시(토요일은 13시)~익일 09시 또는 공휴일에 조제투약이 이루어지고 이를 증명한 경우에 인정함.

관련 근거

- 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제15장 약국 약제비 [산정지침]
 - (1) ~ (7) 생략
 - (8) 평일 18시(토요일은 13시)~익일 09시 또는 관공서의 공휴일에 관한 규정에 의한 공휴일에 조제투약하는 경우에는 조제기본료(약2), 복약지도료(약3) 및 조제료(약4) 소정점수의 30%를 가산한다. (산정코드 두 번째 자리에 야간은 1, 공휴일은 5로 기재)
- 「약국 심야 및 공휴 조제시 인정기준」 (고시 제2005-44호(행위), 2005.7.1.시행)
약국 약제비 [산정지침] (8)에 명시된 야간가산은 약국에서 조제시간이 기재된 보관용 처방전이나 조제기록 등의 제시로 정해진 야간시간 또는 공휴일에 조제투약한 사실을 증명한 경우에는 인정함.

사례

1.

- F약국은 야간시간(평일 18시·토요일 13시~익일 09시) 또는 공휴일에 조제 투약하고 이를 증명한 경우에만 야간가산료(조제기본료, 복약지도료, 조제료 소정점수의 30% 가산)를 산정할 수 있음에도, △△의원에서 발행된 처방전을 조제투약함에 있어 실제로는 주간에 조제투약이 이루어졌으나, 야간에 조제 투약한 것으로 하여 조제료 등을 야간가산하여 요양급여비용을 청구함.

6. 본인부담금 과다징수

- ▶ 요양급여를 받는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인일부부담금을 부담하여야 하며, 요양기관은 보건복지부령으로 정하는 요양급여사항 또는 비급여사항 외에 다른 명목으로 비용을 청구해서는 안 됨.

관련 근거

■ 국민건강보험법 제41조(요양급여)

“요양급여대상”

- 진찰·검사, 치료재료, 처치·수술 및 그밖의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송(약제 제외)
: 제4항(업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항으로 정할 수 있음)에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
- 약제
: 제41조의3(행위·치료재료 및 약제에 대한 요양급여대상 여부의 결정)에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것

■ 국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담)

요양급여를 받는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 비용의 일부(이하 “본인일부 부담금”이라 한다)를 본인이 부담함. -이하 생략

■ 국민건강보험법 시행령 제19조(비용의 본인부담)

본인일부부담금은 요양기관의 청구에 따라 요양급여를 받는 사람이 요양기관에 납부하며, 이 경우 요양기관은 보건복지부령으로 정하는 요양급여사항 또는 비급여사항 외에 입원보증금 등 다른 명목으로 비용을 청구해서는 아니됨.

[별표2] “요양급여비용 중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액”

■ 의료급여법 시행규칙 제19조(급여비용의 본인부담) 및 [별표1의2]

[별표1의2] “수급권자가 급여비용을 부담하는 경우 또는 항목과 부담률”

■ 「Propacetamol HCL 주사제」 (고시 제2012-19호, 2012.02.10.시행)

통증이나 고열로 인하여 신속하게 투여할 필요가 있거나 다른 경로로 투여할 수 없는 경우로 ‘외과 수술 후 통증에는 수술 당일부터 3일 이내’, ‘감염성질환 및 악성질환으로 인한 발열에는 경구제 및 좌제 투여가 곤란한 경우’ 투여 시 요양급여 인정.

허가사항 범위이지만 인정기준 이외 투여한 경우는 약값 전액을 환자가 부담토록 함.

■ 「심전도침상감시시 사용하는 Electrode의 인정개수」 (고시 제2007-46호(치료재료), 2007.06.01시행)

‘나725다(1)심전도침상감시’ 시 사용되는 Electrode는 2일에 4개 산정을 원칙으로 함.

사례

1.

- G병원은 급여대상 약제를 사용할 경우 수진자에 대한 본인부담금은 국민건강보험법 시행령 제19조 [별표2] 및 의료급여법 시행규칙 제19조 [별표1의2]에 의해 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액에 따라 징수하여야 함에도, 외과수술 당일 통증을 호소한 수진자 OOO에게 급여약제인 ‘데노간주 1g/병(염산프로파세타몰)’를 투여한 후 주사제 및 관련 수기료를 본인부담률에 의해 징수하지 않고, 전액 본인부담하여 본인부담금을 과다하게 징수함.

2.

- H병원은 급여기준을 초과하여 급여대상 치료재료를 사용하는 경우 그 비용을 별도 산정할 수 없음에도, “외측상과염(M771)” 등의 상병으로 입원한 수진자 OOO에게 ‘HEARTRODE ECG ELECTRODE(코드 K0001040)’을 2일에 5개이상 산정하는 등 인정개수를 초과 사용하고, 동 재료대 비용을 전액 본인부담하여 본인부담금을 과다하게 징수함.

3.

- I요양병원은 급여대상 검사를 시행할 경우 수진자에 대한 본인부담금은 국민건강보험법 시행령 제19조 [별표2] 및 의료급여법 시행규칙 제19조 [별표1의2]에 의해 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액에 따라 징수하여야 함에도, “상세불명의 뇌경색증(I639)” 등의 상병으로 입원한 수진자 OOO에게 급여대상 검사인 ‘MBI(Modified Barthel Index, 변형된 바텔지수) (보험코드 EY772)’ 실시 후 동 검사료를 본인부담률에 의해 징수하지 않고 비급여로 8,300원씩 본인부담금을 과다하게 징수함.

7. 거짓청구 : 내원일수 증일청구

- ▶ 요양급여비용은 실제 수진자가 요양기관에 내원하여 진료한 경우, 진료내역을 진료기록부 등에 기재하고 이를 근거로 정확하게 요양급여비용을 청구하여야 함.

관련 근거

- **국민건강보험법 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등)**
요양급여비용을 청구하려는 요양기관은 심사평가원에 요양급여비용의 심사청구를 하여야 함.
- **의료법 제22조(진료기록부 등)**
의료인은 각각 진료기록부, 조산기록부, 간호기록부, 그 밖의 진료에 관한 기록(이하 "진료기록부등"이라 한다)을 갖추어 두고 환자의 주된 증상, 진단 및 치료 내용 등 보건복지부령으로 정하는 의료행위에 관한 사항과 의견을 상세히 기록하고 서명하여야 하며, 진료기록부등을 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가기재·수정하여서는 아니 됨.

사례

1.

- J한의원은 의료인이 진료를 시행하는 경우 환자의 증상 및 진단, 치료 내용 등을 진료기록부에 상세히 기록하고 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가기재·수정해서는 아니됨에도, 수진자 000가 실제 내원하지 않은 날짜에 “좌골신경통을 동반한 요통, 요천부(M5447)” 등의 상병으로 내원하여 진료 받은 것처럼, 수납대장에 적혀있는 지인들의 명단을 참고하여 전자 진료기록부에 진료내역을 거짓으로 일괄 입력한 후 진찰료, 처치 및 수술료 등을 건강보험 요양급여비용으로 거짓 청구함.

8. 거짓청구 : 실제 진료하지 않은 행위·재료대 거짓청구

사례

1.

- K의원은 의료인이 진료를 시행하는 경우 환자의 증상 및 진단, 치료내용 등을 진료기록부에 상세히 기록하고 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가 기재·수정해서는 아니됨에도, “아래허리통증, 요추부(M5456)” 상병으로 2016.09.19.부터 2016.09.21.까지 3일간 내원한 수진자 000에게 실제로는 2016.09.21.에는 물리치료를 시행하지 않았으나, ‘간헐적견인치료-골반견인(보험코드 MM052)’을 시행한 것으로 해당 시술료를 건강보험 요양급여비용으로 거짓 청구함.

2.

- L치과의원은 의료인이 진료를 시행하는 경우 환자의 증상 및 진단, 치료내용 등을 진료기록부에 상세히 기록하고 거짓으로 작성하거나 고의로 사실과 다르게 추가 기재·수정해서는 아니됨에도, “치수 및 치근단주위조직의 기타 및 상세불명의 질환(K049)” 상병으로 내원한 수진자 000에게 파노라마 방사선 촬영 시 디지털형 방사선 촬영 장비를 사용하여 실제로는 필름을 사용하지 않았음에도, 필름 재료대를 건강보험 요양급여비용으로 거짓 청구함.