
2022년도 2분기
의료급여 현지조사 거짓·부당청구 사례
- 2022년도 1분기 조사분 -

2022년 6월



건강보험심사평가원
급여조사실 조사3부

거짓청구 사례

□ 거짓청구 개념

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

- 요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형(고시 제2019-300호, 2019.12.26.)
 1. 입원일수 또는 내원일수를 부풀려 청구한 경우
 2. 비급여대상 비용을 전액 환자에게 부담시킨 후 이를 다시 요양급여대상으로 청구한 경우
 3. 실제 실시 또는 투약하지 않은 요양급여행위료, 치료재료비용 및 약제비를 청구한 경우
 4. 의료행위 건수를 부풀려 청구한 경우
 5. 면허자격증 대여나 위·변조를 통해 요양기관에 실제 근무하지 않은 인력을 근무한 것처럼 꾸며서 청구한 경우
 6. 무자격자의 진료나 조제 등으로 발생한 비용을 청구한 경우

- 실시하지 않은 가정간호기본방문료 거짓청구..... 2
- 실시하지 않은 검사료 거짓청구..... 3

실시하지 않은 가정간호기본방문료 거짓청구

사례 1

- ○의원의 경우, 수급권자 △△△은 2020년 12월 1일부터 12월 10일까지 타 병원 입원 중으로 12월 3일에 가정전문간호사 □□□가 실제로는 재가 방문하지 않았음에도 방문한 것처럼 가정간호 방문일지에 기재하고 가정간호기본방문료 (AN500) 등을 의료급여비용으로 거짓청구함.

관련근거

- 「의료급여법」 제11조(급여비용의 청구와 지급)
 - ① 의료급여기관은 제10조에 따라 의료급여기금에서 부담하는 급여비용의 지급을 시장·군수·구청장에게 청구할 수 있다. 이 경우 제2항에 따른 심사 청구는 시장·군수·구청장에 대한 급여비용의 청구로 본다.
- 「의료법」 제22조(진료기록부 등)
 - ① 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 한다.
 - ③ 의료인은 진료기록부등을 **거짓으로 작성**하거나 고의로 사실과 다르게 **추가 기재·수정**하여서는 아니 된다.

실시하지 않은 검사료 거짓청구

사례 2

- ○의원의 경우, ‘기타 척추증, 경부(M4782)’ 등의 상병으로 내원한 수급권자 △△△에게 근전도 검사만 시행하고 신경학적 검사는 시행하지 않아 진료기록부(전자의무기록)에 신경학적 검사 관련 기록이 없음에도, 근전도 검사(F6111)와 신경학적 검사-일반검사(F6101)를 묶음 처방하여 실시하지 않은 신경학적 검사-일반검사(F6101)를 거짓청구함.

관련근거

- 「의료급여법」 제11조(급여비용의 청구와 지급)
 - ① 의료급여기관은 제10조에 따라 의료급여기금에서 부담하는 급여비용의 지급을 시장·군수·구청장에게 청구할 수 있다. 이 경우 제2항에 따른 심사 청구는 시장·군수·구청장에 대한 급여비용의 청구로 본다.
- 「의료법」 제22조(진료기록부 등)
 - ① 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 한다.
 - ③ 의료인은 진료기록부등을 **거짓으로 작성**하거나 고의로 사실과 다르게 **추가 기재·수정**하여서는 아니 된다.

부당청구 사례

□ 부당청구 개념

- 의료급여법 제23조에 의거 ‘속임수나 그 밖의 부당한 방법’이라 표현하고 있으며 통상 법령에서 사용하는 ‘부당’의 의미는 속임수를 쓰는 등 적극적으로 법질서를 위반하는 행위뿐만 아니라 소극적으로 법령상의 기준을 위반하는 행위까지 포함하고 있습니다.
- 법령상 기준위반은 의료급여법령에서 정한 의료급여기준, 진료수가기준 등을 위반하여 의료급여를 실시하고 그 비용을 청구하는 것으로, 청구자의 고의·과실 여부는 고려하지 않고 객관적 위반 사실이 있을 경우 부당청구로 인정하고 있습니다.

● 가정간호기본방문료 산정기준 위반청구	5
● 신경학적 검사 산정기준 위반청구	6
● 신경간내주사 산정기준 위반청구	7
● 신경차단술 산정기준 위반청구	8
● 영상진단료(판독료) 산정기준 위반청구	9

가정간호기본방문료 산정기준 위반청구

사례 1-1

- ○○의원의 경우, 진료담당의사의 진단과 처방 없이 가정간호를 실시하여 가정간호기본방문료(AN500)를 산정할 수 없음에도 의료급여비용으로 청구함.

사례 1-2

- ○○의원의 경우, 사회복지시설 입소자인 수급권자 □□□에게 가정간호를 실시하고 소정점수의 50%인 가정간호기본방문료[사회복지시설내 시설입소자](AN500004, 38,450원)를 청구하여야 하나, 소정점수의 100%인 가정간호기본방문료(AN500, 76,910원)를 의료급여비용으로 청구함.

관련근거

- 「의료법 시행규칙」 제24조(가정간호)
 - ③ 가정간호는 의사나 한의사가 의료기관 외의 장소에서 계속적인 치료와 관리가 필요하다고 판단하여 가정전문간호사에게 치료나 관리를 의뢰한 자에 대하여만 실시하여야 한다.
- 「건강보험요양급여비용」 제1편 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정지침]
 - 4. 가정간호 기본방문료 【사례 1-1 관련】
 - 가. 진료담당의사 또는 한의사(이하 “진료담당의사”라 한다)의 진단과 처방에 따라 가정전문간호사가 가정간호대상 환자에게 가정간호를 행하는 경우에 산정한다.
 - 가-13 가정간호 기본방문료 【사례 1-2 관련】
 - 주:3. 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설(「노인장기요양법」에 따른 장기요양기관을 포함)내에서 시설입소자에게 가정간호를 실시한 경우에는 소정점수의 50%를 산정한다. (산정코드 세 번째 자리에 4로 기재)

신경학적 검사 산정기준 위반청구

사례 2

- ○○의원의 경우, ‘좌골신경통, 요추부(M5436)’ 상병의 수급권자 △△△에게 신경학적 검사 7개의 평가 영역(의식수준 및 대뇌 고위기능 평가, 뇌신경 검사, 사지 운동기능 검사 등) 중 4개 이상 ~ 6개 이하의 평가 영역을 시행하여 가. 단순검사(F6100, 13,240원)를 청구하여야 하나, 7개 평가 영역을 모두 시행한 경우 산정할 수 있는 나. 일반검사(F6101, 26,470원)를 의료급여비용으로 청구함.

관련근거

- 나610 신경학적 검사의 급여기준 (보건복지부 고시 제2018-281호, 2019.1.1.)
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 산정**하며, 세부적인 기준은 다음과 같음.

- 다 음 -

가. 산정대상: 신경계 질환(의심)자

나. 산정방법

- 1) **단순검사: 7개 평가영역 중 4개 이상의 평가영역을 시행한 경우에 산정**하며 3개 이하의 평가영역을 시행하는 단편적인 신경검사는 기본진료료에 포함됨.
- 2) **일반검사: 7개 평가영역을 모두 시행한 경우에 산정**함.

다. 동일한 날에 단순검사와 일반검사를 실시한 경우에는 주된 검사 1가지만 산정함.

신경간내주사 산정기준 위반청구

사례 3

- ○○의원의 경우, ‘티눈 및 굳은살(L84)’ 등의 상병으로 내원한 수급권자 △△△에게 자14-1나. 티눈제거술(절제, 근심층부 포함)(N0144) 시 실시한 간단한 전달마취 등의 비용은 소정 시술료에 포함되므로 별도 산정할 수 없음에도 신경간내주사(KK061)를 산정하여 의료급여비용으로 청구함.

관련근거

- 「의료급여법」 제11조(급여비용의 청구와 지급)
 - ① 의료급여기관은 제10조에 따라 의료급여기금에서 부담하는 급여비용의 지급을 시장·군수·구청장에게 청구할 수 있다. 이 경우 제2항에 따른 심사청구는 시장·군수·구청장에 대한 급여비용의 청구로 본다.
- 「의료법」 제22조(진료기록부 등)
 - ① 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 한다.
- 「건강보험요양급여비용」 제1편 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수 제1편 제2부 제6장 마취료 [산정지침]
 - (7) 제6장 마취료에 분류되지 아니한 표면마취, 침윤마취 및 **간단한 전달마취의 비용은** 제2장 검사료, 제9장 또는 제10장 처치 및 수술료에 분류한 소정 시술료에 포함되므로 **별도 산정하지 아니한다.**

신경차단술 산정기준 위반청구

사례 4

- ○○의원의 경우, ‘척추협착, 요추부(M4806)’ 등의 상병으로 내원한 수급권자 △△△에게 ‘척수신경총, 신경근 및 신경절차단술-후지내측지(LA358)’를 실시한 것으로 청구하였으나, 이는 C-arm 등 투시가 반드시 필요한 신경차단술로, C-arm 등 투시 기록이 없어 ‘척수신경총, 신경근 및 신경절차단술-후지내측지(LA358)’를 산정할 수 없음에도 의료급여비용으로 청구함.

관련근거

- 「의료급여법」 제11조(급여비용의 청구와 지급)
 - ① 의료급여기관은 제10조에 따라 의료급여기금에서 부담하는 급여비용의 지급을 시장·군수·구청장에게 청구할 수 있다. 이 경우 제2항에 따른 심사청구는 시장·군수·구청장에 대한 급여비용의 청구로 본다.
- 「의료법」 제22조(진료기록부 등)
 - ① 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 한다.
- C-arm 등 투시가 반드시 필요한 신경차단술 (보건복지부 고시 제2007-92호, 2007.11.1.)
 - 가. 바22 관련: 경추간공경막외신경차단술
 - 나. 바23 관련: 삼차신경절, 상악신경, 하악신경, 익구개신경절
 - 다. 바24 관련: 상박신경총신경차단술
 - 라. 바25 관련: 척추주위척추관절돌기신경, 천장관절, 방척추신경근, 후근신경절
신경차단술, **척추후지내측지신경차단술**, 척추신경근
 - 마. 바26나 관련: 흉요부교감신경절, 복강신경총, 하장간막신경총, 상하복신경총

영상진단료(판독료) 산정기준 위반청구

사례 5

- ○○의원의 경우, ‘어깨의 충격증후군(M754)’ 등의 상병으로 내원한 수급권자 △△△에게 견갑골1매 방사선 촬영한 후 판독소견서를 작성·비치하지 않아 소정점수의 70%에 해당하는 견갑골1매[촬영료 등](G3201007, 3,880원)을 산정하여야 함에도, 소정점수의 100%인 견갑골1매(G3201, 5,550원)를 의료급여비용으로 청구함.

관련근거

- 「건강보험요양급여비용」 제1편 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수 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 산정한다.
- 방사선 영상진단의 판독료 산정기준 (보건복지부 고시 제2017-118호, 2017.7.1.)
 - 가. 작성서류: 방사선 영상진단의 판독료는 판독소견서를 작성·비치한 경우에 인정함. 다만, 방사선 단순 영상진단의 판독소견을 진료기록부에 기록한 경우 또는 치료 목적의 영상 판독소견을 시술(수술)기록지에 기록한 경우에는 판독소견서를 작성·비치한 것으로 간주함.
 - 다. 기재범위: 판독소견서에는 환자성명, 나이, 성별, 검사명, 검사일시, 판독소견 및 결론(정상소견인 경우 구분 불필요), 판독일시, 판독의, 요양기관명 등을 포함하여 기재하여야 하며, 진료기록부에 판독소견을 작성하는 경우에는 환자성명, 나이, 성별, 요양기관명은 기재 생략 가능함.