

# 요양기관 현지조사 지침

2020. 7.



보건복지부

# Contents

---

1. 현지조사 개요 .....	6
2. 현지조사 방법 및 유형 .....	10
3. 현지조사대상 기관 선정 .....	14
4. 현지조사 실시 .....	22
5. 현지조사 결과 처리 .....	36
6. 현지조사 사후관리 .....	40

붙임

1. 현지조사 선정심의위원회 구성·운영	44
2. 공단의 현지조사 의뢰 세부기준 및 절차	46
3. 심사평가원의 현지조사 의뢰 세부기준 및 절차	49
4. 보장기관(시·군·구)의 현지조사 의뢰 세부기준 및 절차	54
5. 요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형	56
6. 업무정지 처분 및 과징금 부과 기준	59
7. 업무정지 처분에 갈음한 과징금 적용기준	63
8. 요양·의료급여비용 자율점검제 운영 기준	69
9. 행정처분 사전검토회의 운영	75

서식

1. [서식 제1호] 현지조사 의뢰기관 선정분석표	78
2. [서식 제2호] 조사명령서	80
3. [서식 제3호] 청렴서약서	81
4. [서식 제4호] 요양(의료)급여 관계서류 제출요구서	82
5. [서식 제5호] 요양기관 현지조사 사전통지서	83
6. [서식 제6호] 요양기관 현지조사 안내문	84
7. [서식 제7호] 제출자료 목록	85
8. [서식 제8호] 현지조사 주요 변경사항 신청서	86
9. [서식 제9호] 현지조사 의뢰기관 총괄표	87
10. [서식 제10호] (심사평가원·공단) 현지조사 의뢰서	88
11. [서식 제11호] 수진자별 세부 부당청구 확인내역	89
12. [서식 제12호] 보장기관 현지조사 의뢰서	90
13. [서식 제13호] 확인서	91
14. [서식 제14호] 현지조사경과서	92
15. [서식 제15호] 자진신고서	93
16. [서식 제16호] 사실확인서	96
17. [서식 제17호] 문답서	97
18. [서식 제18호] 요양(의료)급여 관계서류 제출명령서	98

참고

요양기관 현지조사 관계법령	100
----------------	-----



1

# 현지조사 개요

# 1 현지조사 개요

## 가. 개념

요양기관이 지급받은 요양급여비용 등에 대해 세부 진료내역을 토대로 사실관계 및 적법 여부를 확인·조사하는 것

## 나. 목적

- 1) 요양기관의 건전한 요양급여비용 청구 풍토 조성 및 적정진료 유도
- 2) 건강보험 가입자의 수급권 보호 및 건전한 의료공급자 보호
- 3) 불필요한 건강보험재정 누수 방지

## 다. 법적 근거

- 1) 국민건강보험법  
제57조(부당이득의 징수), 제97조(보고와 검사), 제98조(업무정지), 제99조(과징금), 제115조(벌칙), 제116조(벌칙), 제117조(벌칙), 제118조(양벌 규정), 제119조(과태료), 같은 법 시행령 제70조(행정처분기준), 요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형(보건복지부 고시 제2019-300호)
- 2) 의료급여법  
제23조(부당이득의 징수), 제28조(업무정지), 제29조(과징금), 제32조(보고 및 검사), 제33조(권한의 위임 및 위탁), 제35조(벌칙), 제36조(양벌 규정), 제37조(과태료), 같은 법 시행령 제16조의2(행정처분의 기준), 제16조의4 (과징금의 부과기준), 제18조(검사업무의 지원),  
요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형(보건복지부 고시 제2019-300호)
- 3) 행정조사기본법

## 라. 현지조사 내용

요양기관의 요양급여 및 비용의 청구가 적법 타당한지 등 부당청구 여부

가) 청구한 진료내역의 사실 여부

나) 요양급여비용 지급과 관련된 법령(국민건강보험법, 의료법, 약사법 등) 관계규정 준수 여부

### 부당청구

- (1) 국민건강보험법 제98조에 따라 '속임수나 그 밖의 부당한 방법'이라 표현
- (2) 통상 법령에서 사용하는 '부당'의 의미는 속임수를 쓰는 등 적극적으로 법질서를 위반하는 행위뿐만 아니라 소극적으로 법령상의 기준을 위반하는 행위까지 포함
  - ※ 법령상 기준 위반은 건강보험법령에서 정한 요양급여기준, 진료수가기준 등을 위반하여 요양급여를 실시하고 그 비용을 청구하는 것으로, 청구자의 고의·과실 여부는 고려하지 않고 객관적 위반 사실이 있었을 경우 부당청구로 인정

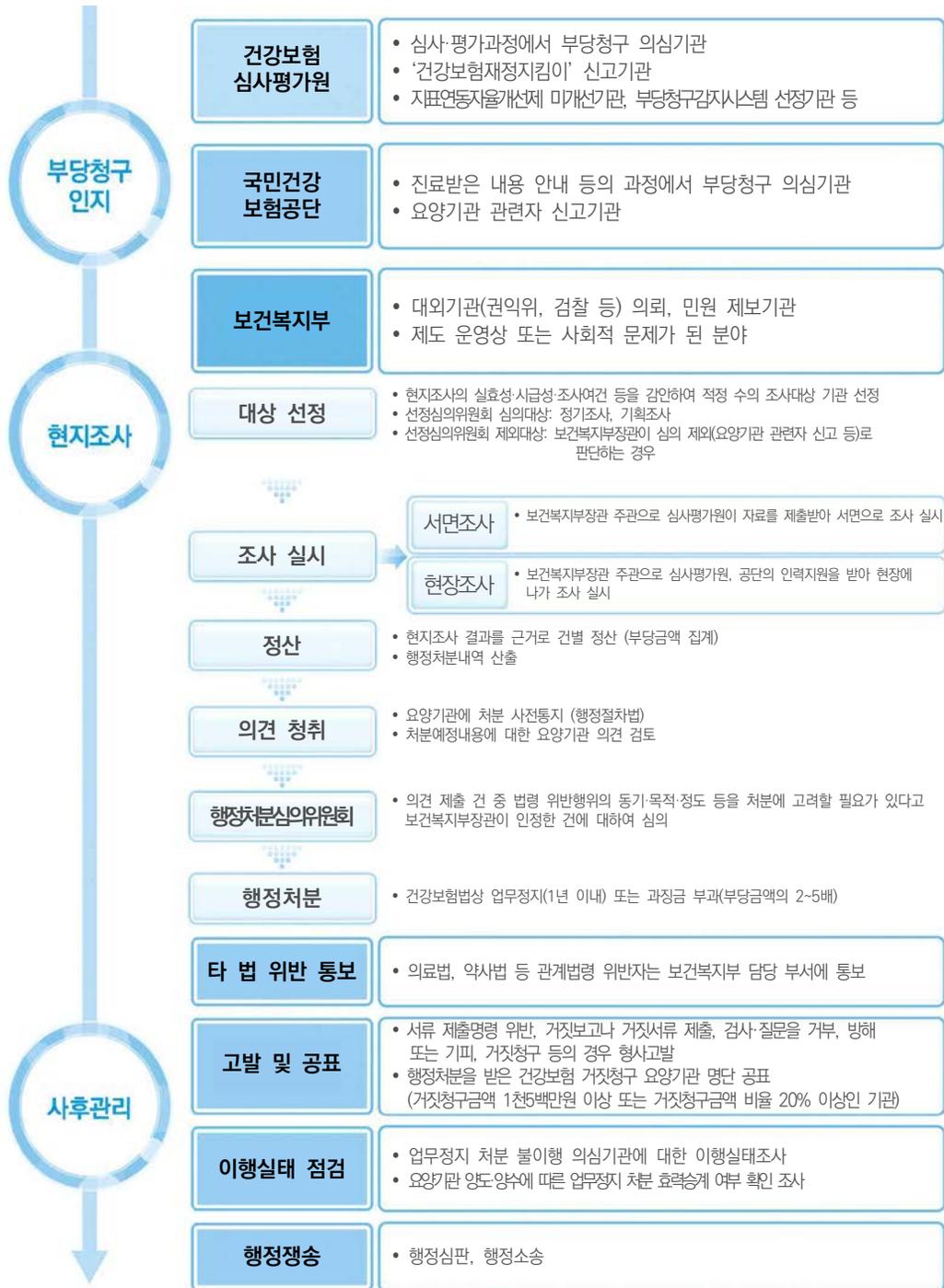
### <거짓청구>

- (1) 진료비 청구의 원인이 되는 진료행위가 실제 존재하지 않았으나 진료행위가 존재한 것처럼 가장하여 진료비 등을 청구하는 행위를 거짓청구라 하며, 이러한 거짓청구도 부당청구에 포함
- (2) 거짓청구 유형 [요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형(보건복지부 고시 제2019-300호)]
 

**제3조(거짓청구 유형)** 요양기관이 속임수를 사용하여 공단·가입자 및 피부양자에게 요양급여비용을 부담하게 한 경우란 다음 각 호에 해당하는 경우를 말한다.

  1. 임원일수 또는 내원일수를 부풀려 청구한 경우
  2. 비급여대상 비용을 전액 환자에게 부담시킨 후 이를 다시 요양급여대상으로 청구한 경우
  3. 실제 실시 또는 투약하지 않은 요양급여행위로, 치료재료비용 및 약제비를 청구한 경우
  4. 의료행위 건수를 부풀려 청구한 경우
  5. 면허자격증 대여나 위변조를 통해 요양기관에 실제 근무하지 않은 인력을 근무한 것처럼 꾸며서 청구한 경우(고시 제2조제1항제2호에 해당하는 경우는 제외)
  6. 무자격자의 진료나 조제 등으로 발생한 비용을 청구한 경우
  - ※ 제4호부터 제6호까지의 규정은 2018년 11월 1일 이후 조사대상 기간에 발생한 위반행위부터 적용한다.

## 마. 현지조사 업무절차



2

## 현지조사 방법 및 유형

## 2 현지조사 방법 및 유형

---

### 가. 현지조사 방법

#### 1) 서면조사

조사원이 조사대상 기관에 방문하지 않고 요양급여사항에 관한 보고 또는 관련 자료를 제출하도록 요구하여 요양급여비용 청구의 적법 타당성을 조사하는 방식

\* 서면조사대상 기관 선정, 조사방법 등은 서면조사 매뉴얼 적용

#### 2) 현장조사

조사원이 조사대상 기관에 현장 방문하여 요양급여비용 청구의 적법 타당성을 조사하는 방식

## 나. 현지조사 유형

### 1) 정기조사

외부 의뢰기관, 지표 점검기관 등 부당청구 개연성이 높다고 판단되는 요양기관에 대해 실시하는 일반적·통상적 현지조사

- (1) **(외부 의뢰기관)** 국민건강보험공단(이하 “공단”이라 한다) 및 건강보험 심사평가원(이하 “심사평가원”이라 한다)의 급여사후관리, 민원 제보 및 타 행정기관의 수사 등의 과정에서 요양급여비용의 부당청구가 확인되거나 인지되어 보험급여내역 전반에 대해 행정조사를 실시할 필요가 있다고 판단되는 요양기관
- (2) **(그 이외의 기관)** 지표연동자율개선제, 부당청구감지시스템 및 본인 부담금 과다징수 다발생기관 등에 의해 부당청구 개연성이 높다고 판단되는 요양기관

※ 지표연동자율개선제

의료의 질 향상이 필요하거나, 진료비 증가에 영향이 큰 분야에 대하여 관련 정보를 요양기관에 제공함으로써 자율적 개선을 유도하고 개선되지 않는 경우 현지조사, 적정성 평가와 연계하여 포괄적으로 관리하는 제도

※ 부당청구감지시스템

요양기관의 진료비 청구내역, 의료자원(인력·시설·장비) 신고·변경 정보 및 현지조사 결과 인지된 부당청구 유형 등을 분석·개발한 여러 항목(Rule)을 통하여 부당청구 개연성이 높은 기관을 감지하는 시스템

### 2) 기획조사

건강보험제도 개선 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 시기를 사전에 예고

### 3) 긴급조사

거짓·부당청구 개연성이 높은 요양기관 중 증거 인멸·폐업 등의 우려가 있는 요양기관 또는 사회적으로 문제가 제기되어 긴급하게 조사가 필요한 요양기관 등에 대해 실시하는 현지조사

### 4) 이행실태조사

업무정지기간 중 해당 처분을 편법적으로 회피할 우려가 높은 요양기관 또는 불이행이 의심되는 요양기관 등에 대해 처분의 사후 이행 여부를 점검하기 위해 실시하는 현지조사

3

## 현지조사대상 기관 선정

# 3 현지조사대상 기관 선정

## 가. 일반원칙

- 1) 보건복지부장관은 연간 현지조사 계획 및 여건에 따라 거짓·부당청구 개연성, 규모·정도, 조사 필요성, 시급성 등을 감안하여 대상 기관 선정
- 2) 요양기관 현지조사는 추정 부당금액 및 부당비율이 행정처분기준 이상인 기관을 대상으로 선정하는 것이 원칙
  - 다만, 사회적 이슈, 부당청구 행태 개선 목적, 조사의 시급성 등을 고려하여 부당청구의 규모·정도와 관계없이 조사 가능
- 3) ‘조사대상 기관 및 기획조사 항목’ 선정의 객관성 및 공정성 등 제고를 위하여 ‘현지조사 선정심의위원회(이하 “선정심의위원회”라 한다)’를 설치·운영

※ 현지조사 선정심의위원회: 붙임 1

- 4) 보건복지부장관은 객관적·합리적으로 대상 기관을 선정하기 위해 필요한 경우 심사평가원에 현지조사 실익 여부에 대한 검토를 의뢰하고, 심사평가원은 검토 결과를 선정심의위원회 심의 후 보건복지부장관에게 보고  
 심사평가원은 지표 점검기관 또는 기획조사인 경우는 선정기준과 지표 분석 내용을, 그 외 의뢰기관인 경우에는 ‘현지조사 의뢰기관 선정분석표 <서식 제1호>’를 작성, 보건복지부장관에게 보고
- 5) 보건복지부장관은 현지조사의 실효성을 확보하기 위해 다음의 경우에는 선정심의위원회 심의대상에서 제외한다.

### 선정심의위원회 심의대상 제외기준

- (1) 정기조사(기획조사 포함)대상 기관 중 요양기관 관련자 신고 등 보건복지부장관이 심의대상 기관으로 적정하지 않다고 판단하는 경우
- (2) 긴급조사, 이행실태조사, 보장기관(시·군·구) 및 감사원에서 의뢰하는 기관

- 6) 보건복지부장관은 현지조사의 실효성 등을 감안하여 다음 사항에 해당하는 경우 조사대상에서 제외한다.

#### 현지조사대상 제외기준

- (1) 부당청구 의뢰(인지)기간이 기 조사대상 기간과 중복되거나 그 이전인 경우  
다만, 새로운 거짓·부당청구 사실이 확인된 경우에는 그러하지 아니한다.
- (2) 신규개설 등으로 조사대상 기간(총청구분)이 6개월 미만인 경우  
다만, 편법개설 등으로 조사가 필요하다고 판단되는 경우에는 그러하지  
아니한다.
- (3) 요양급여비용 청구 규모가 의원급 표시과목별 전국 평균진료비의 30%  
미만인 경우, 다만, 거짓청구기관과 본인부담금 과다징수기관, 자료 제출  
거부기관 등의 경우에는 그러하지 아니한다.

## 나. 현지조사 유형별 선정기준

### 1) 정기조사

#### 가) 대외기관에서 의뢰된 기관

검·경찰, 감사원, 국민권익위원회, 관련 행정부처 등으로부터 건강보험 부당청구 등이 의심되어 현지조사 의뢰된 기관으로 부당청구 개연성이 높은 요양기관

#### 나) 민원 제보기관

- 건강보험 거짓부당청구에 대해 신고된 기관 중 구체적인 사례와 증거를 제시하는 등 부당청구 개연성이 높다고 판단되는 요양기관(실명의 제보에 한함)

- 다만, 신고된 부당청구내용이 본인부담금 과다징수인 경우는 본인 부담금 과다징수 다발생기관 선정기준에 부합되는 요양기관

※ 「부당청구 요양기관 신고 포상금 지급 규정」제3조제2항에 따라 가급적 공단으로 안내 또는 이첩하여 포상금 지급업무의 적정성을 기하고 타 기관 신고 건에 대한 포상금 지급 분쟁 방지

#### 다) 지표연동자율개선제 미개선기관

지속적으로 자율개선 통보를 하였으나 개선하지 않은 기관 중 부당청구 개연성이 높아 현지조사가 필요하다고 판단되는 요양기관

#### 라) 부당청구감지시스템 분석에 의해 선정된 기관

부당청구감지시스템을 활용하여 요양급여비용 청구자료 등을 분석한 결과 부당청구 개연성이 높아 현지조사가 필요하다고 판단되는 요양기관

**마) 본인부담금 과다징수 다발생기관**

- 국민건강보험법 제48조의 “요양급여대상 여부의 확인 등”에 의한 본인 부담금 과다징수 다발생 요양기관 중
  - 발생건수·부당청구건수(비율)·부당금액·부당청구내용, 본인부담금 과다징수 자율개선 정도 등을 검토하여 현지조사가 필요하다고 판단되는 요양기관

**바) 공단에서 현지조사 의뢰된 기관**

- (1) 진료받은 내용 안내 및 문의 등의 과정에서 부당청구 개연성이 높게 나타난 요양기관
- (2) 요양기관 관련자 등에 의해 신고된 요양기관
- (3) 부당청구 개연성이 있는 기관 중 국민건강보험법 제96조에 따라 관련 자료의 제출을 요청하였으나 자료를 제출하지 않은 요양기관

※ 공단의 현지조사 의뢰 세부기준 및 절차: 붙임 2

**사) 심사평가원에서 현지조사 의뢰된 기관**

- (1) 요양급여비용에 대한 심사 및 요양급여 적정성 평가(이하 “심사평가”라 한다), ‘건강보험재정지킴이’ 신고 등의 과정에서 부당청구의 개연성이 높게 나타난 요양기관
- (2) 심사평가상 문제가 있어 개선을 요구하였으나 개선하지 않은 요양기관 등
- (3) 부당청구 개연성이 있는 기관 중 국민건강보험법 제96조에 따라 관련 자료의 제출을 요청하였으나 자료를 제출하지 않은 요양기관

※ 심사평가원의 현지조사 의뢰 세부기준 및 절차: 붙임 3

### 아) 보장기관에서 현지조사 의뢰된 기관

연간 급여일수 통보, 의료급여 사례 관리 및 진료받은 내용 문의 등의 과정에서 부당청구 개연성이 높게 나타난 요양기관

※ 보장기관(시·군·구)의 현지조사 의뢰 세부기준 및 절차: 붙임 4

## 2) 기획조사

### 가) 건강보험제도 운용상 또는 사회적 문제가 된 분야

- 선정 심의위원회의 심의를 통해 건강보험제도 운용상 또는 사회적 문제가 된 사안을 중심으로 편법 또는 왜곡된 진료비 청구행태를 보이는 분야 선정
  - 동 분야에 대한 실태 조사를 통해 문제점과 제도 개선사항을 발굴·제도

### 나) 건강보험재정 손실이 우려되는 분야

기타 관례적·집단적 부당청구로 인해 건강보험재정에 심각한 누수를 초래하였거나 초래할 가능성이 높아 선정심의위원회에서 다수 요양기관에 대한 전면적인 현지조사가 필요하다고 심의한 분야

## 3) 긴급조사

아래의 사유에 해당되는 기관으로 현지조사 목적 달성 등을 위해 긴급하게 조사가 필요한 경우에 실시

- (1) 거짓·부당청구 개연성이 높은 기관으로 증거 인멸 또는 폐업 우려가 있는 요양기관
- (2) 거짓·부당청구 등으로 사회적 문제를 야기한 분야 또는 요양기관  
(예: 언론보도, 집단민원 제보 등)
- (3) 조사대상 기간의 경과가 임박한 요양기관 등 긴급하게 조사가 필요하다고 인정되는 요양기관

#### 4) 이행실태조사

업무정지기간 중 해당 처분을 편법적으로 회피할 우려가 높은 요양기관  
또는 해당 처분의 불이행이 의심되는 요양기관

##### 자진신고 기관에 대한 현지조사 의뢰 제외

###### (1) 대상

- 외부요인 없이 요양기관 스스로 부당청구 사실을 성실하게 신고한 경우, 해당 신고내용 및 대상기간에 한하여 현지조사 및 행정처분 면제
- 다만, 거짓청구 유형에 해당될 경우, 외부요인이 확인된 경우 등은 면제대상에서 제외

###### (2) 현지조사 의뢰

- 자진신고 확인결과 외부요인 없이 요양기관 스스로 부당청구 사실이 확인되어 신고한 것으로 인정되는 경우 조사의뢰 대상에서 제외
- 현지조사 의뢰 제외 대상이 아닌 경우 조사 의뢰
  - 자진신고 전에 다른 기관에서 부당청구 사실을 인지한 경우
  - 자진신고 내용으로 언론 보도, 수사를 받았거나 수사가 진행되는 기관 등으로 인지된 경우 등 외부요인이 확인된 경우 등

###### (3) 사후관리

- 공단·심평원은 현지조사 의뢰대상에서 제외하였으나 사후 외부요인 등에 의한 자진신고로 확인된 경우 긴급 현지조사 실시



# 4

## 현지조사 실시

# 4 현지조사 실시

## 가. 일반원칙

- 1) 현지조사 계획 수립 시 아래 순서에 따라 조사를 실시하되 긴급하게 조사가 의뢰된 기관은 시급성을 고려하여 우선 반영
  - 가) 시행령 제75조제4항 [별표 6] ‘포상금 지급 기준’에 따른 신고인(요양기관 관련자, 요양기관 이용자, 그 밖의 신고인)에 의한 신고기관
  - 나) 감사원·국민권익위원회 등 대외 의뢰기관
  - 다) 민원 제보기관
  - 라) 기타 공단, 심사평가원, 보장기관에서 조사 의뢰된 기관 등
- 2) 다만, 휴업·폐업·수사 중으로 현지조사가 불가능한 경우 조사 불능 사유가 소멸된 즉시 조사 실시

## 나. 현지조사 준비

### 1) 현지조사 계획 수립

- 가) 보건복지부장관은 효율적인 조사를 위해 적절한 조사 계획을 수립
  - (1) 조사기관수, 조사인력, 조사기간
  - (2) 조사대상 기간, 중점 조사 항목 및 착안사항 등
- 나) 조사 계획 수립 시 국민건강보험법 제98조에 따른 업무정지 처분을 받은 기관은 처분기간 종료 후 6개월 이후 반영하고, 국민건강보험법 제99조에 따라 과징금 부과 처분을 받은 기관은 처분 후 6개월 이후에 반영
  - 다만, 증거 인멸, 폐업 우려 등으로 현지조사가 시급하다고 판단되는 기관, 조사 실시사유가 다른 기관, 동일 사안에 대해 제보·언론 보도 등으로 부당청구의 확인이 필요한 경우 등은 즉시 조사 가능

## 2) 현지조사반의 구성

가) 보건복지부장관은 심사평가원 및 공단으로부터 전문인력을 지원받아 현지조사반을 구성하되

- (1) 심사평가원의 전문인력은 현지조사 계획 수립, 대상 선정, 조사 실시, 정산 및 처분 등 현지조사의 제반업무를 지원하도록 하고
- (2) 공단의 전문인력은 급여사후관리(자격·인력확인 등) 등을 위한 현지 조사업무 지원

나) 현지조사반 편성

- (1) 보건복지부 조사 담당자를 반장으로, 심사평가원 선임자를 팀장으로 조사반을 편성하되
- (2) 요양기관의 특성(종별, 심사결정건수 및 금액, 진료과목수 등)에 따라 조사 인력 적정 편성

다) 조사원의 지침준수 및 제척·기피 등

- (1) 심사평가원, 공단은 객관적이고 공정한 조사가 이루어질 수 있도록 조사 인력 차출
- (2) 조사원이 요양기관 대표자 등과 친·인척 관계에 있거나, 조사대상 기관에 근무한 경력이 있는 경우, 학연·지연 등 특별한 이해관계가 있는 경우, 기타 객관적이고 공정한 조사를 기대하기 어려운 경우 등은 해당 기관 조사반 편성 시 제외
- (3) 조사원은 “현지조사 실시”와 관련하여 동 지침을 준수
- (4) 조사원은 위의 사유에 해당하거나 기타 객관적·공정한 조사를 위해 필요한 경우 다른 조사반으로의 편성 등 요청 가능

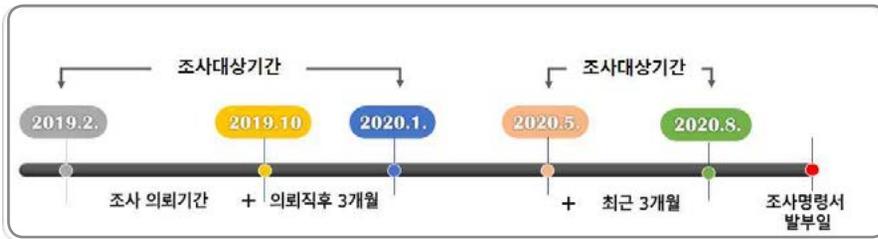
### 3) 현지조사대상 기간

현지조사대상 기간은 6개월부터 36개월까지의 범위에서 실시

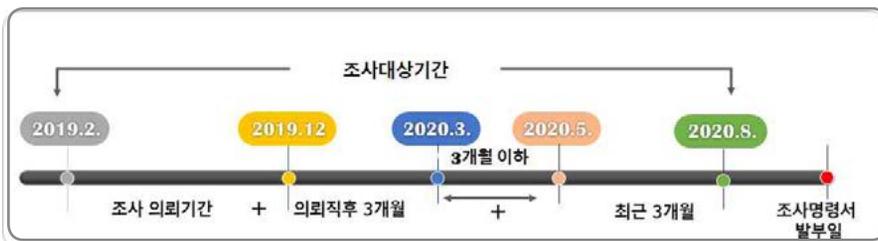
#### 가) 정기조사

##### (1) 외부 의뢰 기관

(가) 조사 의뢰된 기간과 조사 의뢰기간 직후 요양급여비용이 지급된 (“지급비용”을 말한다. 이하 같다) 3개월과 ‘조사명령서’〈서식 제2호〉 발부일을 기준으로 최근 3개월 지급비용을 포함하여 최대 36개월 지급비용을 조사



(나) 의뢰기간 직후 3개월 지급비용과 조사명령서 발부일 기준 최근 3개월 지급비용 사이의 기간이 3개월 이하인 경우 당해 기간은 조사대상 기간에 포함



※ 의뢰된 조사대상 기간 중 일부 기간이 타당성과 객관성을 상실한 경우 조사대상 기간에서 제외

(다) 의뢰기간과 최근 지급된 3개월 진료분이 중복되는 등 조사대상 기간이 6개월 미만인 경우 최근 지급된 진료월을 기준으로 6개월 이전 진료분을 조사

## (2) 그 이외의 기관

- 지표분석 결과 등 부당청구의 개연성이 있는 기간 3개월과 조사명령서 발부일을 기준으로 최근 3개월 지급비용 조사
- ※ 지표 점검기관: 지표연동자율개선제 미개선기관 또는 부당청구감지시스템을 통해 선정된 기관, 본인부담금 과다징수 다발생기관 등 청구경향 및 민원 발생 현황 등을 분석하여 현지조사대상으로 선정하는 기관을 말함

## (3) 현지조사대상 기간 연장

- (가) 현지조사 과정 중 아래의 거짓·부당청구가 확인되는 경우에는 조사명령서 발부일에서 가장 최근 지급된 진료분을 기준으로 최대 36개월 범위에서 조사대상 기간을 변경하여 조사
- ※ 현지조사 의뢰기간 중 최근 지급월 기준으로 36개월 이전 진료월이 포함된 경우에는 그 해당월은 현지조사에서 부당청구 여부를 확인하고, 부당금액에 대해서는 조사 의뢰기관(심사평가원, 공단)에 환수하도록 조치

## 변경사유

- ① 지속적 거짓청구가 확인된 경우
- ② 무자격자의 의료행위 및 조제, 요양기관 현황(인력·시설·장비, 환자수 등)의 부당신고에 의한 부당청구가 확인된 경우
- ③ 2개 이상 요양기관의 담합 혹은 공모에 의한 조직적 거짓·부당청구가 확인된 경우



#### 4) 현장조사기간

- 조사기간은 조사의 유형, 대상 기관의 종별·규모 및 조사난이도 등을 감안하여 탄력적으로 운영
  - 조사기간은 의원급·약국은 1주 이내, 병원급 2주 이내, 종합병원급 이상은 4주 이내로 하되, 조사 중 조사기간의 연장이 필요할 경우에는 보건복지부장관의 사전승인 필요
- ※ 조사원은 조사대상 기간 확대, 요양기관의 자료 제출 지연, 전산기록 해독 지연 등으로 인한 불가피한 사유가 아니면 조사기간을 준수

#### 5) 조사인력 사전교육

- 가) 요양기관 수용성 제고를 위한 현지조사 응대 및 친절마인드 교육
- 나) 현지조사업무 수행과 관련된 기준 변경내용, 중점조사 항목 등 제반사항
- 다) 금품향응수수 금지 등 ‘청렴서약서’〈서식 제3호〉 준수 및 공직기강 확립
- 라) 현지조사 계획 및 조사과정에서 취득한 요양기관과 수진자에 대한 일체의 정보 비밀유지, 거짓·부당청구 신고자에 대한 개인정보 보호 등

### 다. 현지조사 진행

#### 1) 서면조사의 통지

- 서면조사대상 기관에 ‘조사명령서’〈서식 제2호〉 및 ‘요양(의료)급여 관계서류 제출요구서’〈서식 제4호〉를 서면으로 통지
- ※ 서면조사대상 기관의 경우 관계서류 제출은 해당 조사항목 관련 서류로 최소화

## 2) 현장조사의 통지 및 착수

### 가) 개괄적 사전공개

요양기관이 조사 실시를 사전에 확인할 수 있도록, 매일 실시하는 정기 조사에 대하여 조사기간, 대상 기관수, 조사인력수 및 조사방향 등을 개괄적으로 사전공개 할 수 있음

### 나) 사전통지

- 선정심의위원회 심의를 거쳐 대상을 선정하고, 현장에서 신속한 증거 확보가 필요한 항목 등을 제외한 요양기관에 대하여 현지조사 개시 7일전에 요양기관에 사전통지 실시

※ '20년 이후 현지조사선정심의위원회 선정 대상기관부터 적용

- 다만, 사전통지대상으로 제외한 요양기관은 현지조사와 동시에 요양기관 대표자 등에게 구두 등으로 통지

#### 사전통지 절차 및 방법

- ① 조사명령서 발부 이후 해당 요양기관에 현지조사 실시사항을 유선으로 우선통지
  - 유선통지 시 '사전통지'의 취지 등을 설명하고 협조를 요청
  - \* 현장에서 조사를 회피할 목적으로 휴진 등 고의적으로 조사에 불응하는 경우 조사 거부로 처분될 수 있음을 함께 고지
- ② '요양기관 현지조사 사전통지서'〈서식 제5호〉 및 '요양기관 현지조사 안내문'〈서식 제6호〉는 팩스 등을 통해 요양기관에 전달
- ③ 휴진 등 부득이한 사유로 요양기관에 유선통지가 불가능한 경우
  - '요양기관 현지조사 사전통지서' 및 '요양기관 현지조사 안내문'을 팩스(전송 사유 명시) 등을 통해 안내

다) 현장조사 시 조사원은 다음 사항을 준수

#### 현장조사 시 준수사항

- ① 요양기관 대표자 등에게 신분증, 보건복지부장관 직인이 날인된 조사명령서(원본 또는 사본) 및 요양(의료)급여 관계서류 제출요구서(원본 또는 사본) 등 제시
  - ② 조사목적·사유·기간, 범위와 내용, 제출자료, 조사 거부에 대한 제재 등 필요한 사항을 요양기관 대표자 등에게 사전 설명
  - ③ 조사 시 요양기관 현지조사 안내문(서식 제6호), 「현지조사 제도안내」, 「권리구제 제도안내」 교부
  - ④ 조사는 해당 요양기관 내에서 실시하는 것을 원칙으로 하되 부득이한 경우에는 해당 요양기관 이외의 장소에서 실시할 수 있으며, 필요 시 서면 혹은 온라인 자료 제출 요구 가능
  - ⑤ 조사원은 조사과정을 ‘현지조사경과서’〈서식 제14호〉에 따라 작성
- ※ 서면, 온라인 자료 제출기만에 대해서는 제출된 자료의 검증은 거친 후 현장조사 실시

### 3) 현지조사방법

가) 자료 제출 요구 시 내용 구체화 및 최소화

현지조사대상 기관의 조사 항목을 고려하여 구체적으로 기재한 ‘요양(의료)급여 관계서류 제출요구서’〈서식 제4호〉를 제시하되, 요양기관의 종별, 진료과목, 부당청구의 개연성이 높은 내역 등과 관련된 자료 위주로 구체화하여 최소한으로 자료 요청

나) 각종 자료 및 사실관계 확인

- ① 요양기관의 인력·시설·장비 등의 현황, 진료기록부, 조제기록부, 본인 부담금수납대장, 요양급여비용(약제비용)계산서 등 법정 보존 의무서류 등의 확인
- ② 국민건강보험 관련 법령에 의한 요양급여비용 청구내역의 사실관계 확인
- ③ 현지조사 중에 거짓부당청구의 개연성이 높다고 판단되는 사항에 대하여 수진자에게 직접 확인할 필요가 있다고 판단될 때에는 진료받은 내용 문의

- ④ 현지조사 중 거짓·부당청구가 발견되었을 경우에는 객관적 판단이 가능하도록 요양기관에 관계자료를 징구하고 대표자 혹은 관계자의 확인서 징구

다) 확인내용의 설명 및 확인서 징구

- ① 조사원은 확인된 사실에 대하여 요양기관에 설명하고, 확인서에는 조사대상 기간, 부당청구내용 등을 구체적이고 명확하게 작성하여 관련 증빙자료 및 ‘제출자료 목록’〈서식 제7호〉 첨부
- ② 요양기관이 확인서의 작성, 날인을 거부한 경우 확인서에 관계 공무원 혹은 조사팀장(원)이 확인한 내역을 기재한 후 연대하여 서명·날인하고 증빙자료 첨부
- ③ 요양기관이 현지조사를 거부방해 또는 기피하거나 관계서류를 제출하지 않는 경우 등 조사가 정상적으로 이루어지기 어렵다고 판단될 때에는 행정처분내용에 대한 자세한 설명을 하고, 발생한 사실에 대한 확인서를 작성하여 요양기관 대표자 또는 종사자에게 서명·날인 요청. 요양기관이 확인서 서명·날인을 거부한 경우 조사팀장(원)이 연대하여 서명·날인하고 최대한 증빙자료 첨부

라) 다음 사항에 해당되는 경우에는 현지조사 거부방해 또는 기피대상 기관으로 위 확인서 작성

현지조사 거부·방해 또는 기피

- ① 대표자가 명시적으로 현지조사 거부 의사를 밝힌 경우
- ② 대표자 또는 종사자가 정당한 이유 없이 요양기관 출입을 막거나, 조사원의 검사·질문에 응하지 아니한 경우
- ③ 몹시 거친 말이나 행동 또는 협박 등의 위력을 가하여 조사원을 압박하는 경우
- ④ 관계서류를 의도적으로 지연 제출하는 경우
- ⑤ 조사대상자와 조사원은 사전협의 하에 조사과정을 녹음·녹화하여야 함에도 사전협의 없이 조사과정을 무단으로 녹음·녹화하는 경우
- ⑥ 기타 다른 방법으로 현지조사가 정상적으로 이루어질 수 없도록 하는 경우 등

- 마) 현지조사에서 확인된 내역이 의료법, 약사법 등 관계법령 위반사항인 경우 해당 의사·약사 등에게 확인서 별도 징구(책임소재 명확화)
- 바) 현지조사과정에 대한 녹음·녹화
  - ① 조사원과 조사대상자는 현지조사과정을 방해하지 않은 범위에서 조사과정을 녹음·녹화할 수 있음
  - ② 이 경우 사전에 그 사실을 보건복지부장관에게 통지하고, 상대방과 녹음·녹화의 범위 등을 협의하여 정하여야 함

#### 4) 현지조사대상 기간 변경신청 등

##### 가) 현장조사 진행상황 보고

조사팀장은 주요 조사사항, 특이사항 등이 있는 경우 당일 일과 중 보건복지부장관에게 서면으로 보고하되, 긴급 보고, 원격지 조사 등 불가피한 경우 유선 등으로 대체 가능

##### 나) 조사대상 기간의 변경 등

- (1) 조사팀장은 해당 현지조사를 수행하는 과정에서 조사대상 기간, 조사인력 및 조사(출장)기간의 변경사항이 발생한 경우 조사종료일 전까지 구체적인 사유를 기재하여 '현지조사 주요 변경사항 신청서 <서식 제8호>'를 작성하여 보건복지부장관에게 보고

※ 조사대상 기간, 조사기간, 조사인력 변경은 보건복지부장관의 사전승인 필요

- (2) 보건복지부장관은 변경요청 사안에 대한 타당성 등을 검토·승인

※ 조사인력이나 조사대상 기간 변경 등이 있는 경우 보건복지부장관 직인이 날인된 '조사명령서' (조사인력 및 조사대상 기간 변경), '요양(의료)급여 관계서류 제출요구서'(조사대상 기간 변경) 등을 이메일·팩스 등으로 현지조사팀에 송부

## 라. 최종확인서 징구 및 제공

- 1) 현지조사 최종확인서 및 제출자료 목록 작성 시 요양기관 대표자 등에게 적발 사항 등을 충분히 설명하고 소명기회를 부여한 후 서명·날인을 받아 징구. 요양기관이 확인서 서명·날인을 거부한 경우 조사팀장(원)이 연대하여 서명·날인 하고 최대한 증빙자료 첨부
- 2) 해당 요양기관에 최종확인서 제공(모바일, 사본 등)

## 마. 현지조사의 연기

- 1) 현지조사 착수 이전 혹은 현지조사 중 조사를 실시하기 곤란한 사유가 발생한 경우 조사 연기 가능
  - 가) 천재·지변, 화재, 기타 재해, 파업 등으로 현지조사가 실질적으로 곤란하다고 판단될 때
  - 나) 요양기관 대표자가 입원, 해외출국, 가족사망 등으로 사실상 대면하여 조사를 수행할 수 없다고 판단되는 경우(이 경우 증거 인멸, 자료의 위조·변조 등에 대비하여 조사자료 우선 징구)
  - 다) 수사기관에 관련 장부·증빙서류가 압수 또는 영치되어 자료의 열람이 불가능한 경우
- 2) 현지조사 연기 사유가 소멸한 때에는 즉시 조사 재개

## 바. 대리자 지정에 의한 현지조사

요양기관 대표자가 직접 조사를 받을 수 없는 경우 대리자를 지정하여 조사 가능

- 1) 조사연기 사유에 해당 하지 않는 경우
- 2) 조사연기 사유에 해당되더라도 대리자를 지정하여 조사 진행이 가능한 경우 등

## 사. 현지조사 결과 보고

- 1) 해당 조사팀장은 현지조사를 종결하기에 앞서 의뢰사항의 누락 여부 등 조사가 철저히 이루어졌는지에 대해서 반드시 확인
- 2) 현지조사반은 현지조사에서 나타난 요양급여기준 등 제도 개선사항을 발굴하고 요양기관의 건의사항 등을 청취하여 조사 결과 종합보고 시 별도 항목으로 작성 보고
- 3) 심사평가원장은 현지조사가 종료된 후 ‘현지조사지원 결과보고서’ 작성 시 실적통계 및 관리 현황을 정확히 확인한 후 보건복지부장관에게 보고
  - 조사 거부, 휴·폐업으로 인한 미실시, 조사 유예, 조사 불능 등 구분을 명확히 함



5

## 현지조사 결과 처리

# 5 현지조사 결과 처리

## 가. 부당금액 집계

### 1) 정산심사

현지조사 확인서를 근거로 조사대상 기간 중 지급받은 진료 건 등에 대하여 수진자별 정산심사

### 2) 행정처분내역 산출(현지조사 실시 후 약 7개월 소요)

가) 총부당금액, 월평균부당금액, 부당비율, 부당청구세부내역, 업무정지일수 등 행정처분내역 산출

나) 행정처분 감면 사유가 있는 경우 감면기준 적용

### 3) 행정처분 사전검토회의 운영

부당금액에 따른 행정처분 내역 산출시 행정처분의 적정성, 타당성 검토가 필요한 사항에 대한 논의

※ 행정처분 사전검토회의 운영: 붙임 9

## 나. 행정처분

### 1) 행정처분 사전통지(처분내역 산출 후 약 1개월 소요)

가) 처분하고자 하는 내용을 요양기관에 사전 통지하고, 일정기간 내에 의견을 제출하도록 소명기회 부여

나) 제출된 의견에 대한 검토(약 3개월 소요)

※ 행정처분 없이 부당이득금만 발생한 요양기관의 경우 보건복지부장관이 행정 처분 사전 통지를 하지 않고 공단에서 환수 예정 통보 후 환수

다) 의견을 제출한 모든 기관에 대해 행정처분사전검토회의에서 감경대상 여부 검토

## 2) 행정처분심의위원회 설치·운영

가) 법률전문가, 소비자단체, 의약단체, 처분청 대표 등으로 구성된 ‘요양기관 등 행정처분심의위원회’<sup>1)</sup>를 설치하여 행정처분의 적정성 여부 심의

나) 보건복지부장관은 행정처분 사전통지를 받고 의견을 제출한 요양기관 중에서 위반행위 동기·목적·정도 및 위반횟수 등을 고려하여 처분할 필요가 있는 대상 기관 선정

다만, 거짓청구 내역에 대한 제출의견은 특별한 사유가 없는 한 심의 대상에서 제외

※ ‘요양기관 등 행정처분심의위원회의 설치 운영에 관한 예규’의 시행일인 '16. 11. 21. 이후 접수된 의견제출 건부터 적용

다) ‘요양기관 등 행정처분심의위원회’의 심의·의결 후 합리적이고 적절한 처분 양형을 보건복지부장관에게 권고

라) 보건복지부장관은 ‘요양기관 등 행정처분심의위원회’의 심의 결과를 반영하여 감면 처분할 수 있음

※ 요양기관 행정처분 감면기준: 붙임 5

## 3) 행정처분(사전통지 후 약 4개월 소요)

요양기관에 부당금액 환수 및 업무정지(과징금) 등 처분 통보

\* 처분절차별 소요기간은 2017년 1월 이후 정산 및 산출내역 건부터 적용되며, 조사대상 기관수 증가 또는 행정처분심의위원회 심의 등의 사정이 있을 경우 처분소요기간은 다소 변동될 수 있음

※ 업무정지 처분 및 과징금 부과 기준(국민건강보험법 시행령 제70조제1항 [별표 5]): 붙임 6

1) 행정처분 사전통지된 의료급여기관에서 제출한 의견도 심의

## 다. 현지조사 거부기관 등에 대한 처리

현지조사를 거부한 요양기관, 자료 제출 요구를 거부한 요양기관 등에 대하여는 업무정지 처분 및 고발이 신속히 이루어질 수 있도록 조치

- 가) 거짓·부당청구의 개연성이 높은 요양기관의 진료비 청구 심사분에 대해서는 정밀심사 등 필요 조치 실시
- 나) 거짓·부당청구가 확인된 기지급분에 대해서는 환수 조치

## 라. 휴·폐업, 현지조사 연기 기관 등에 대한 처리

- 거짓·부당청구의 개연성이 높은 요양기관에 대한 현지조사를 실시하고자 하였으나 휴·폐업, 사법기관의 수사 등으로 인하여 조사가 이루어지지 못한 경우 **조사 불능 사유가 소멸된 즉시 조사 실시**
- 조사 의뢰대상 기간으로부터 36개월이 경과하도록 지속적으로 폐업상태를 유지하는 등 사실상 조사가 불가능한 경우는 공단 또는 심사평가원을 통해 의뢰된 기간의 부당금액을 정산하여 자체 환수 조치

6

## 현지조사 사후관리

# 6 현지조사 사후관리

## 가. 처분 결과 통보

- 1) 보건복지부장관은 공단 및 심사평가원에 통보하여 부당이득금 환수, 업무정지 (과징금) 처분기관에 대한 이력 관리 및 모니터링 등에 활용하도록 함

**부당이득금 중복환수 방지를 위한 확인 및 통보사항**

◇ 심사평가원은 부당이득금 통보 시 현지조사에서 확인된 거짓·부당금액, 재심사에 의한 기정산금액을 확인하여 공단에 통보

\* 통보대상 ① 현지조사 거짓·부당금액 총액  
 ② 거짓·부당금액 중 재심사에 의한 기정산금액  
 ③ 수사기관의 수사 결과 부당청구 기환수금액  
 ④ 실제 환수 필요 금액 등(①에서 ②+③을 뺀 금액)

※ 수사기관의 수사 결과 등으로 공단 기환수 건에 대한 현지조사 결과 정산 통보  
 - 현지조사 결과와 환수금액 일치할 경우 조사 결과를 문서 통보  
 - 현지조사 결과와 환수금액 불일치할 경우 추가환수 및 환불대상내역 송부

가) 공단은 재심사 기정산금액 등을 제외한 나머지 금액을 환수

나) 다만, 이 경우에도 특별한 사유가 있는 경우를 제외하고는 행정처분, 통계 관리 등은 거짓·부당금액을 기준으로 함

※ (예시) 현지조사 결과 거짓·부당금액이 100만원이고 그 중 심사평가원 재심사를 통해 이미 정산된 금액이 10만원인 경우, 실제 환수금액은 90만원  
 ☞ 공단은 10만원을 제외한 90만원을 환수  
 다만, 행정처분, 통계관리 등 기준은 100만원으로 함

- 2) 필요 시 관할 시·도에 통보하여 자율계도 등에 활용하도록 함

- 3) 의료법, 약사법 등 관계법령 위반자는 보건복지부 해당 부서에 통보

## 나. 행정처분기관 이행실태조사

- 1) 업무정지 처분을 받은 요양기관의 불법·편법 운영에 대한 이행실태조사는 정기조사와 같은 방법에 의하되 특별한 사정이 없는 한 정기적으로 실시
- 2) 거짓청구 요양기관의 대표자 및 관련인(사무장, 봉직의 등)에 대해서는 별도의 이력관리시스템을 구축하여 관리하도록 조치

## 다. 형사고발

- 1) 조사대상 기관 대표자 혹은 관계인이 서류 제출명령 위반, 거짓보고, 검사 질문을 거부·방해 또는 기피한 요양기관 (국민건강보험법 제116조)
- 2) 진료비 거짓청구 고발기준대상 요양기관 (형법 제347조)
  - ※ 거짓청구금액 750만원 또는 거짓청구비율 10% 이상인 기관
- 3) 업무정지기간 중에 요양급여를 행한 요양기관 (국민건강보험법 제115조제3항제4호)

## 라. 과징금 징수 관리

업무정지 처분에 같은 과징금 적용기준에 의거 과징금 징수 및 미납기관 관리

※ 업무정지 처분에 같은 과징금 적용기준 (보건복지부 고시 제2008-153호, 2008.11.26.): 붙임 7

## 마. 건강보험 거짓청구 요양기관 명단공표

### 1) 공표대상

가) 업무정지, 과징금 등 행정처분을 받은 요양기관 중 관계서류를 위조·변조하여 요양급여비용을 거짓으로 청구한 요양기관으로, 아래 조건 중 어느 하나에 해당되는 경우(국민건강보험법 제100조)

명단공표대상
① 거짓으로 청구한 금액이 1천5백만원 이상인 경우
② 요양급여비용 총액 중 거짓으로 청구한 금액의 비율이 100분의 20 이상인 경우

나) 위반행위 동기, 정도, 횟수 및 결과 등을 고려하여 건강보험공표심의 위원회에서 심의 후 공표여부 결정

### 2) 공표내용

요양기관 명칭, 주소, 대표자 성명, 요양기관 종류 및 대표자 면허번호·성별 등(국민건강보험법 시행령 제72조)

### 3) 공표방법

- 가) 6개월 동안 보건복지부·공단·심사평가원·관할 지방자치단체 홈페이지에 공고
- 나) 거짓청구를 반복적으로 행하거나 거짓청구가 중대한 위반행위에 해당하는 경우 신문, 방송 등에 추가 공표 가능(국민건강보험법 시행령 제74조)

### 4) 공표절차

건강보험공표심의위원회 심의·사전통지 → 요양기관의 의견 진술, 소명자료 제출(20일) → 재심의·의결 → 처분통지 및 공표(국민건강보험법 시행령 제73조·74조)



## 붙임

- [붙임 1] 현지조사 선정심의위원회 구성·운영
- [붙임 2] 공단의 현지조사 의뢰 세부기준 및 절차
- [붙임 3] 심사평가원의 현지조사 의뢰 세부기준 및 절차
- [붙임 4] 보장기관(사·군·구) 현지조사 의뢰 세부기준 및 절차
- [붙임 5] 요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형
- [붙임 6] 업무정지 처분 및 과징금 부과 기준
- [붙임 7] 업무정지 처분에 갈음한 과징금 적용기준
- [붙임 8] 요양·의료 급여비용 자율점검제 운영 기준
- [붙임 9] 행정처분 사전검토회의 운영

## 붙임 1 현지조사 선정심의위원회 구성·운영

### 가. 목적

현지조사대상 기관 및 기획조사 항목 선정의 공정성과 투명성 확보

### 나. 선정 심의절차 및 업무

#### 선정 심의절차 및 업무

- 대상 기관 및 조사 항목 발굴, 초안 검토 → 과제별(대상 기관, 기획조사 항목) 실익 검토 후, 선정심의위원회 안건 상정을 위한 상세 검토내용 작성 → 현지조사 대상 기관 및 기획조사대상 항목 선정<선정심의위원회>

- 1) 현지조사대상 기관 선정 심의
- 2) 기획조사대상 항목 선정 심의
- 3) 위원회의 운영규정 제·개정 심의
- 4) 기타 보건복지부장관이 현지조사와 관련하여 부의하는 사항에 대한 심의

### 다. 위원회 구성

구성: 위원장(보건복지부 위원) 포함하여 12명 이내로 구성

- 가) 공공 위원(3명): 보건복지부, 심사평가원, 공단 소속 직원 각 1명
- 나) 의약단체 위원(5명): 대한의사협회, 대한병원협회, 대한치과의사협회, 대한한 의사협회, 대한약사회 각 1명
- 다) 시민단체 위원(1명): 시민단체가 추천하는 1명
- 라) 법조계, 전문가 등 위원: 변호사, 교수 또는 해당 분야 전문가 등 3명

## 라. 위원회 운영

- 1) 위원 위촉: 보건복지부장관이 위촉
- 2) 위원 임기: 위촉일부터 2년으로 하되, 연임 가능  
단, 공공 위원의 경우 해당 부서 재임기간
- 3) 회의 소집: 보건복지부장관이 소집
  - 가) 회의 개최 3일 전까지 서면 또는 유선으로 통지(회의 일시, 장소 및 안건)
  - 나) 재적 위원 과반수 출석으로 개의
- 4) 회의 주기
  - 가) 정기회의: 원칙적으로 2개월 주기로 소집
  - 나) 임시회의: 긴급안전 발생 등 현지조사대상 선정과 관련하여 필요 시 소집
- 5) 위원회의 심의·의결
 

위원장을 포함하여 출석 위원 과반수 찬성으로 심의·의결

※ 가·부 동수인 경우 위원장이 결정
- 6) 회의 비공개 및 비밀엄수 의무
 

심의대상 기관을 인식할 수 있는 기관정보는 익명으로 처리하고, 부당 청구내역 자료 등으로 심의 원칙

## 붙임 2 공단의 현지조사 의뢰 세부기준 및 절차

### 1. 부당청구 여부 사실관계 확인

#### 가. 자료 제출 요구(국민건강보험법 제96조)

- 1) 진료받은 내용 안내, 문의 및 요양기관 관련자 신고 등을 통해 인지한 부당청구건에 대한 사실 확인이 필요한 경우 해당 건에 대하여 요구 사유와 근거 등을 명시하여 서면으로 자료 제출 요구
- 2) 지사장은 동일 유형 부당청구 건으로 5건 이상 확인된 기관에 대하여 해당 부당청구 유형에 한정하여 사유, 기간, 대상 항목 등을 명시하여 최대 6개월 진료분 범위에서 자료를 제출하도록 서면으로 요청  
※ 동일 유형 부당청구 건으로 5건 미만 확인된 기관: 공단 자체 환수
- 3) 자료 미제출 또는 제출된 자료가 미비한 경우 2차 자료 제출 요구

#### 나. 사실관계 확인

- 1) 제출된 자료에 의하여 진료내역 사실관계 확인  
필요한 경우 가입자 또는 피부양자에 대하여 진료사실 확인
- 2) 제출된 자료만으로는 사실관계 확인이 곤란한 경우 문서를 통해 요양기관의 협조(동의)를 받아 방문확인  
요양기관이 자료 제출 대신 현지 방문하여 자료 확인을 원하는 경우 포함

## 2. 현지조사 의뢰기준 및 절차

### 가. 현지조사 의뢰대상 기관

- 1) 사실관계 확인 결과 부당한 방법에 의해 월평균(연속된 기간) 부당 청구건수(수진자수 기준)가 5건 이상이면서 부당금액 및 부당비율이 행정처분대상에 해당되는 요양기관  
다만, 일시적인 전산착오, 외부요인 없이 부당청구한 사실을 자진신고한 경우 등은 보건복지부장관이 별도로 정한 기준에 따라 동일 사안이 재발되지 않도록 계도하고 부당금액 환수
- 2) 정당한 사유 없이 2회 이상 자료 제출을 거부하여 부당사실관계를 확인하지 못한 요양기관
- 3) 부당청구 개연성이 상당하여 방문확인이 필요함에도 불구하고 방문확인을 2회 이상 거부(기피·방해 포함)하여 부당사실관계를 확인하지 못한 요양기관
- 4) 공단의 방문확인을 거부하고 보건복지부의 현지조사를 받겠다는 명확한 의사표시가 있는 요양기관

### 나. 현지조사 의뢰대상 기간

현지조사 의뢰 시점으로부터 최근 36개월 이내의 진료분 중에서 조사의 실효성과 형평성을 위하여 조사 의뢰대상 기간은 최대 12개월 이하로 함 (연속된 기간으로 의뢰)

※ 현지조사 의뢰대상 기간 외의 기간에 부당청구 개연성이 있는 경우 진료받은 내용 문의 등 별도의 참고자료를 첨부하고 현지조사 의뢰서에 구체적으로 명시하여 조사대상 기간 확대 등에 참고하도록 함

## 다. 의뢰절차

### 1) 현지조사 의뢰서 작성 및 제출

- 가) 현지조사를 의뢰하는 기관은 환수 결정을 하지 않고 의뢰(다만, 수사 기관의 수사 결과 통보에 의해 부당청구 확인이 되어 의뢰하는 경우 환수 결정 후 조사 의뢰할 수 있음)
- 나) 추정 부당청구건수, 부당금액, 부당청구 확인기간, 부당청구 세부사유, 행정처분대상 여부 검토 결과 등을 기재
- 다) 수진자별 세부 부당청구 확인내역, 진료내역 통보 및 진료받은 내용 문의내역, 방문확인 시 요청공문 사본 및 확인서 등 부당청구 확인 증빙자료 첨부
- 라) 자료 제출 거부로 의뢰하는 경우, 자료 제출 요구 및 거부 경과 등을 반드시 첨부

### 2) 현지조사 의뢰

- 가) 공단 이사장 → 보건복지부장관
- 나) 현지조사 의뢰기준 부합 여부 검토 후 현지조사 의뢰기관 총괄표, 기관별로 현지조사 의뢰서 등을 첨부하여 월별로 조사 의뢰
  - ‘현지조사 의뢰기관 총괄표’〈서식 제9호〉
  - ‘(심사평가원·공단) 현지조사 의뢰서’〈서식 제10호〉
  - ‘수진자별 세부 부당청구 확인내역’〈서식 제11호〉

## 라. 행정사항

공단은 부당청구사실이 확인되었으나 의뢰기준에 부합되지 않아 자체환수 처리한 요양기관에 대하여 현지조사 의뢰대상 기관임에도 누락되었는지 여부 등을 반기별로 점검하고 그 결과를 보건복지부장관에게 보고  
(상반기: 해당 연도 8월, 하반기: 다음 연도 2월)

## 붙임 3 심사평가원의 현지조사 의뢰 세부기준 및 절차

### 1. 부당청구 여부 사실관계 확인

#### 가. 자료 제출 요구 (국민건강보험법 제96조)

- 1) 요양급여비용의 심사 및 요양급여의 적정성 평가 과정에서 다음의 경우  
요구사유와 근거 등을 명시하여 서면으로 자료 제출 요구
  - 가) 요양급여비용의 청구 자료만으로 심사평가가 곤란한 경우
  - 나) 내원일수 증일청구 등 부당청구 의심 건이 발견되는 경우
- 2) 자료 미제출 또는 제출된 자료가 미비한 경우 2차 자료 제출 요구

#### 나. 사실관계 확인

- 1) 제출된 자료에 의하여 진료내역 사실관계 확인  
필요한 경우 가입자 또는 피부양자에 대하여 진료사실 확인
- 2) 제출된 자료만으로는 사실관계 확인이 곤란한 경우 국민건강보험법 시행규칙 제20조에 따른 요양기관 방문심사

### 2. 현지조사 의뢰기준 및 절차

#### 가. 현지조사 의뢰대상 기관

- 1) 심사과정에 있거나 심사결정된 요양급여비용 중 확인된 월평균(연속된 기간) 부당청구건수(수진자수 기준)가 5건 이상이면서 부당금액 및 부당 비율이 행정처분대상에 해당되는 요양기관

- 가) 다만, 심사과정 중에 있는 기관 중 부당청구가 최소 3개월 이상 지속적·반복적으로 발생하여 현지조사가 필요하다고 인정되는 경우 부당청구의 규모·정도와 관계없이 조사 의뢰 가능
  - 나) 일시적인 전산착오, 외부요인 없이 부당청구한 사실을 자진신고한 경우 등은 보건복지부장관이 별도로 정한 기준에 따라 동일 사안이 재발되지 않도록 계도하고 부당금액 환수
- 2) 지표연동자율개선제에 따라 지속적으로 자율개선 통보를 하였으나 개선하지 않은 기관 중 부당청구 개연성이 높아 현지조사가 필요하다고 판단되는 요양기관
  - 3) 부당청구감지시스템을 활용하여 요양급여비용 청구자료 등을 분석한 결과 부당청구 개연성이 높아 현지조사가 필요하다고 판단되는 요양기관
  - 4) ‘건강보험재정지킴이’ 신고기관 중 구체적인 사례와 증거를 제시하는 등 부당청구 개연성이 높다고 판단되는 기관(실명의 제보에 한함)
  - 5) 의료자원(인력, 시설, 장비 등)의 거짓신고 또는 변경 미신고, 허가 또는 신고범위 초과 사용 등에 따른 부당청구가 인지되고, 부당금액 및 부당비율이 행정처분 대상에 해당되는 요양기관
  - 6) 정당한 사유 없이 2회 이상 자료 제출을 거부하여 부당청구 사실관계를 확인하지 못한 요양기관

**나. 행정처분대상에 해당되는 부당금액 및 부당비율**

월평균 부당금액	부당비율
20만원 이상~25만원 미만	2%이상
25만원 이상~40만원 미만	1%이상
40만원이상	0.5%이상

※ 요양기관은 월평균 부당금액이 20만원 미만, 부당비율이 0.5%미만일 경우 의뢰대상이 되지 않음

1) 의뢰대상 여부 확인을 위한 부당비율 산출방법

$$\text{부당비율(\%)} = \frac{\text{총부당금액}}{\text{심결요양급여비용총액}*에 포함되지 않은 부당금액}} \times 100$$

예시 1) ▶ 확인대상 기간: 2019년 1월부터 2020년 6월

▶ 부당청구 확인대상 기간: 2019년 1월~3월, 2020년 4월~6월

① 
$$\frac{\text{'19년 1월~3월, '20년 4월~6월의 부당금액}}{\text{(19년 1월~20년 6월 심결요양급여비용총액)*에 포함되지 않은 부당금액}} \times 100$$

▶ 현지조사 의뢰기간: 2020년 4월~6월

② 
$$\frac{\text{'20년 4월~6월의 부당금액}}{\text{(20년 4월~6월 심결요양급여비용총액)}} \times 100$$

☞ 상기 ①, ② 모두 행정처분 대상에 해당되는 경우 의뢰

예시 2) ▶ 확인대상 기간: 심사 중인 진료월 2020년 7월

심사결정된 진료월 2020년 5월, 6월

▶ 부당청구 확인대상 기간: 2020년 6월, 7월

▶ 현지조사 의뢰기간: 2020년 6월, 7월

$$\frac{\text{'20년 6월~7월의 부당금액}}{\text{(20년 5월~7월 심결요양급여비용총액)}} \times 100$$

☞ 확인대상 기간의 {심결요양급여비용총액+(심결요양급여비용 총액에 포함되지 않은 부당금액)} 대비 총부당금액이 행정처분대상에 해당되는 경우 의뢰

가) 확인기간이 12개월 이상인 경우 의뢰기간은 12개월 이내로 해야  
 하므로 확인기간 및 의뢰기간 모두 행정처분대상에 해당되는 경우  
 의뢰하되, 의뢰기간은 최근 진료분을 기준으로 의뢰

나) 심결요양급여비용총액은 건강보험 입원, 외래 포함(의료급여 제외)

- 다) DRG(포괄수가제)건의 경우 DRG에 해당하는 진료비용이 아닌 건강보험 입원, 외래, DRG 모두를 심결요양급여비용에 포함

#### 다. 현지조사 의뢰대상 기간

현지조사 의뢰 시점으로부터 최근 36개월 이내의 진료분 중에서 조사의 실효성과 형평성을 확보하기 위하여 조사 의뢰대상 기간은 최소 3개월, 최대 12개월 이하로 함(연속된 기간으로 의뢰)

※ 현지조사 의뢰대상 기간 외의 기간에 부당청구 개연성이 있는 경우 현지조사 의뢰서에 구체적으로 명시하여 조사대상 기간 확대 등에 참고하도록 함

#### 라. 의뢰절차

##### 1) 현지조사 의뢰서 작성 및 제출

- 가) 현지조사를 의뢰하는 기관은 환수 결정을 하지 않고 의뢰
- 나) 추정 부당청구건수, 부당금액, 부당청구 확인기간, 부당청구 세부사유, 행정처분대상 여부 검토 결과 등을 기재
- 다) 심사의뢰서 및 심사결과기록지, 방문심사 시 요청공문 사본 및 확인서 사본 등 부당청구 확인 증빙자료 첨부
- 라) 자료 제출 거부로 의뢰하는 경우 자료 제출 요구 및 거부 경과 등을 반드시 첨부

##### 2) 현지조사 의뢰

- 가) 심사평가원장 → 보건복지부 장관
- 나) 현지조사 의뢰기준 부합 여부 검토 후 기관별로 '현지조사 의뢰기관 선정

분석표', '현지조사 의뢰기관 총괄표' 등을 작성하여 월별로 조사 의뢰  
 '현지조사 의뢰기관 선정분석표'〈서식 제1호〉  
 '현지조사 의뢰기관 총괄표'〈서식 제9호〉  
 '(심사평가원·공단) 현지조사 의뢰서'〈서식 제10호〉

#### 마. 행정사항

심사평가원은 부당청구사실이 확인되었으나 의뢰기준에 부합되지 않아 환수 통보 처리한 요양기관에 대하여는 현지조사 의뢰대상 기관임에도 누락되었는지 등을 반기별로 점검하고 그 결과를 보건복지부장관에게 보고 (상반기: 해당 연도 8월, 하반기: 다음 연도 2월)

## 붙임 4 보장기관(사군구)의 현지조사 의뢰 세부기준 및 절차

### 1. 부당청구 여부 사실관계 확인

#### 가. 관계자료 확보

수급권자 및 관계자의 신고 또는 의료급여사례관리 등을 통해 인지한 부당 청구건에 대한 관련 자료 확보: 해당 수급권자 및 관계자의 서면진술서, 영수증 등

#### 나. 사실관계 확인

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

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

### 2. 현지조사 의뢰기준 및 절차

#### 가. 현지조사 의뢰대상 기관

- 1) 사실관계 확인 후 거짓·부당청구의 개연성이 높은 기관
- 2) 진료내역이 타인에 의한 의료급여증 도용인지 거짓청구인지 여부를 확인하기 곤란한 경우

※ 부당청구건수에 상관없이 현지조사 의뢰

- 3) 의료급여기관의 자료협조가 안되어 사실관계 확인이 불가능한 경우
- 4) 사례관리 시 현지조사 필요성이 인지된 경우, 진료의뢰서 남발, 기타 민원 제보가 많은 기관 등

#### 나. 현지조사 의뢰대상 기간

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

#### 다. 현지조사 의뢰절차

- 1) '보장기관 현지조사 의뢰서'〈서식 제12호〉에 부당청구 인지 경위, 부당청구 확인기간, 부당청구 세부사유 등을 작성
- 2) 해당 수급권자 서면진술서 또는 유선확인진술서, 급여일수통보서, 개인별 진료내역, 기타 사실관계 확인자료 등 관련 자료를 첨부하여 의뢰
- 3) 현지조사를 의뢰하는 기관은 환수하지 않고 의뢰

#### 라. 현지조사 의뢰처

심사평가원(문서 또는 홈페이지 '보장기관신고센터')

#### 마. 현지조사 의뢰시기

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

## 붙임 5 **요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형** (보건복지부 고시 제2019-300호, 2019.12.26.)

**제1조(목적)** 이 고시는 「국민건강보험법 시행령」제70조제1항 및 별표 5의 제4호, 「의료급여법 시행령」 제16조의2 및 별표 2의 제1호가목1), 제16조의4 및 별표 3의 제3호에 의한 요양기관과 의료급여기관의 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형을 정함을 목적으로 한다.

**제2조(행정처분의 감면)** ① 「국민건강보험법」 제98조 및 제99조, 「의료급여법」 제28조 및 제29조에 따라 업무정지 또는 과징금 처분을 받을 요양기관(의료급여기관을 포함한다. 이하 같다)이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 때에는 업무정지 처분 또는 과징금 부과처분을 감경 또는 면제할 수 있다. 다만, 제3조에서 정한 거짓청구 유형에 해당될 경우에는 감면하지 아니한다.

1. 보건복지부, 국민건강보험공단(이하 “공단”이라 한다) 또는 건강보험심사평가원(이하 “심평원”이라 한다)에서 요양기관의 요양급여비용(의료급여비용을 포함한다. 이하 같다) 부당청구 사실이 적발되기 전에 요양기관 대표자가 보험자(시장·군수·구청장을 포함한다. 이하 같다) 등에게 부당하게 요양급여비용을 부담하게 한 사실을 보건복지부, 공단 또는 심평원에 자진 신고 [「요양·의료 급여비용 자율점검제 운영 기준」(보건복지부 고시)에 따른 “자율점검”도 포함한다]한 경우 해당 신고내용에 한하여 업무정지처분 또는 과징금 부과처분을 면제할 수 있다. 다만, 민원제보, 언론보도, 경찰 또는 검찰의 수사 등 외부요인에 의한 신고는 면제대상에서 제외한다.
2. 요양기관 직원의 면허자격증 위변조를 통한 취업 등 요양기관 대표자가 인지할 수 없었던 불가항력적인 사유로 부당청구가 발생한 사실이 객관적으로 증명된 경우에는 업무정지처분 또는 과징금 부과처분을 면제할 수 있다.
3. 행정처분 절차 진행 중 처분원인이 되는 사실과 관련된 법령 및 고시 등이 처분 상대방에게 유리하게 개정된 경우 관련 부당금액의 2분의 1 범위에서 감경하여 감경된 부당금액을 기준으로 업무정지처분 또는 과징금 부과처분을 할 수 있다.

4. 현지조사 대상기관으로 선정되기 전에 요양기관이 건강보험의 가입자 또는 피부양자, 의료급여의 수급권자 또는 부양의무자에게 부당금액을 환불하거나 보험자가 부당금액을 환수한 경우 환불 또는 환수한 금액의 2분의 1 범위에서 감경하여 감경된 부당금액을 기준으로 업무정지처분 또는 과징금 부과처분을 할 수 있다. 다만, 수사결과에 의해 환불 또는 환수된 경우에는 감경하지 아니한다.
5. 「요양기관 등 행정처분심의위원회의 설치운영에 관한 예규」에 따라 구성된 ‘요양기관 등 행정처분심의위원회’에서 행정처분의 감경을 권고한 경우 관련 부당금액의 2분의 1 범위에서 감경하여 감경된 부당금액을 기준으로 업무정지처분 또는 과징금 부과처분을 할 수 있다.

② 「국민건강보험법」 제98조 및 제99조, 「의료급여법」 제28조 및 제29조에 따른 업무정지 또는 과징금 처분을 받을 요양기관이 공공의료를 목적으로 개설되었거나, 의료취약지에 개설되어 다음 각 호에 해당하는 경우에는 부당금액의 2분의 1 범위에서 감경하여 감경된 부당금액을 기준으로 업무정지처분 또는 과징금 부과처분을 할 수 있다. 다만, 제3조에서 정한 거짓청구 유형에 해당될 경우 감경하지 아니한다.

1. 「지역보건법」에 의한 보건소, 보건의료원, 보건지소
2. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 의하여 설치된 보건진료소
3. 군 단위이하 지역으로 해당 읍, 면, 동 지역주민이 이용할 수 있는 의료기관이 1개소만 있거나, 약국이 1개소만 있는 지역의 요양기관

③ 「국민건강보험법」 제98조 및 제99조, 「의료급여법」 제28조 및 제29조에 따른 업무정지 또는 과징금 처분을 하였으나, 행정소송에서 법령 위반 정도에 비해 과도한 처분이라는 사유로 패소한 경우(행정심판에서 패한 경우를 포함한다)에는 당초 업무정지 처분 또는 과징금 부과처분의 2분의 1 범위에서 감경하거나 패소원인이 된 사항을 고려하여 재처분할 수 있다.

**제3조(거짓청구 유형)** 요양기관이 속임수를 사용하여 공단가입자 및 피부양자에게 요양급여비용을 부담하게 한 경우란 다음 각 호에 해당하는 경우를 말한다.

1. 입원일수 또는 내원일수를 부풀려 청구한 경우
2. 비급여대상 비용을 전액 환자에게 부담시킨 후 이를 다시 요양급여대상

으로 청구한 경우

3. 실제 실시 또는 투약하지 않은 요양급여행위료, 치료재료비용 및 약제비를 청구한 경우
4. 의료행위 건수를 부풀려 청구한 경우
5. 면허자격증 대여나 위변조를 통해 요양기관에 실제 근무하지 않은 인력을 근무한 것처럼 꾸며서 청구한 경우(제2조제1항제2호에 해당하는 경우는 제외한다)
6. 무자격자의 진료나 조제 등으로 발생한 비용을 청구한 경우

**제4조(유효기간)** 이 고시는 「훈령·예규 등의 발령 및 관리에 관한 규정」에 따라 이 고시를 발령한 후의 법령이나 현실 여건의 변화 등을 검토하여야 하는 2022년 12월 31일까지 효력을 가진다.

부 칙 〈제2019-300호, 2019. 12. 26.〉

이 고시는 발령한 날부터 시행한다.

## 붙임 6 업무정지 처분 및 과징금 부과 기준 (국민건강보험법 시행령 제70조제1항 [별표 5])

### 1. 업무정지 처분 기준

가. 요양기관이 법 제98조제1항제1호 또는 제3호에 해당하는 경우의 업무정지 기간은 다음 표와 같다.

(2018. 11. 1.부터 시행)

(단위: 일)

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

#### 비고

1. 월평균 부당금액은 조사대상 기간(요양기관이 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 요양급여비용을 청구하였는지 확인하기 위하여 6개월부터 36개월까지의 범위에서 보건복지부장관이 정하는 기간을 말한다. 이하 같다) 동안 요양기관이 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 공단에 요양급여비용을 부담하게 한 금액과 가입자 또는 피부양자에게 본인부담액을 부담하게 한 금액을 합산한 금액(이하 "총부당금액"이라 한다)을 조사대상 기간의 개월 수로 나눈 금액으로 한다.
2. 부당비율은 (총부당금액/요양급여비용 총액 + 요양급여비용 총액에 포함되지 않은 부당금액)×100으로 산출한다.
3. 요양급여비용 총액이란 조사대상 기간에 해당되는 심사결정된 요양급여비용(법 제47조제2항에 따라 심사청구된 요양급여비용에 대하여 심사평가원이 심사결정한 요양급여비용을 말한다)을 합산한 금액을 말한다.
4. 요양급여비용 총액에 포함되지 않은 부당금액이란 조사대상 기간 동안 해당 요양기관의 요양급여비용 총액에는 포함되지 않으나 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 공단에 요양급여비용을 부담하게 한 금액과 가입자 또는 피부양자에게 본인부담액을 부담하게 한 금액을 말한다.
5. 부당비율이 5% 이상인 경우에는 초과 1%마다 업무정지기간을 3일씩 가산하되, 소수점 이하의 부당비율은 올림한다.
6. 월평균 부당금액이 40만원 미만인 경우에 위 표에 따라 계산한 업무정지기간이 50일을 초과하는 경우 50일로 보며, 위 표에 따라 계산한 업무정지기간이 365일을 초과하는 경우 365일로 본다.

(2018. 10. 31.까지 적용) (2018. 9. 28.개정)

(단위: 일)

월평균 부당금액		부당비율				
의료기관·약국· 한국회귀·필수의약 폼센터·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	8만원 이상 ~ 14만원 미만		10	20	30	40
40만원 이상 ~ 80만원 미만	14만원 이상 ~ 20만원 미만	10	20	30	40	50
80만원 이상 ~ 320만원 미만	20만원 이상 ~ 40만원 미만	20	30	40	50	60
320만원 이상 ~ 1,400만원 미만	40만원 이상 ~ 70만원 미만	30	40	50	60	70
1,400만원 이상 ~ 5,000만원 미만	70만원 이상 ~ 100만원 미만	40	50	60	70	80
5,000만원 이상	100만원 이상	50	60	70	80	90

**비고**

1. 월평균 부당금액은 조사대상 기간 동안 부당한 방법으로 공단에 요양급여비용을 부담하게 한 금액과 부담하게 가입자 또는 피부양자에게 본인부담액을 부담하게 한 금액을 합산한 금액을 조사대상 기간의 개월 수로 나눈 금액으로 한다.
2. 부당비율은 (총부당금액/요양급여비용 총액) × 100으로 산출한다.
3. 요양급여비용 총액은 조사대상 기간에 해당되는 심사결정 총요양급여비용의 합산금액으로 한다. 다만, 요양급여비용의 심사청구가 없어 심사결정 총요양급여비용을 산출할 수 없는 경우에는 총부당금액을 요양급여비용 총액으로 본다.
4. 부당비율이 5% 이상인 경우에는 초과 1%마다 업무정지기간을 3일씩 가산하되, 소수점 이하의 부당비율은 1%로 본다.

나. 요양기관이 법 제97조제2항에 따른 관계 서류(컴퓨터 등 전산기록장치로 저장·보존하는 경우에는 그 전산기록을 포함한다. 이하 같다)의 제출명령을 위반하거나 거짓 보고를 하거나 거짓 서류를 제출하거나, 관계 공무원의 검사 또는 질문을 거부·방해 또는 기피하였을 때에는 업무정지기간을 1년으로 한다.

다만, 관계 서류 중 진료기록부, 투약기록, 진료비계산서 및 본인부담액 수납대장을 제외한 서류의 전부 또는 일부의 제출명령에 위반한 경우에는 업무정지기간을 180일로 한다.

- 다. 가목과 나목 모두에 해당되는 요양기관의 업무정지기간은 해당 기간을 합한 기간으로 한다. 다만, 업무정지기간을 합하는 경우에도 법 제98조 제1항에 따른 기간을 넘을 수 없다.

## 2. 과징금 부과 기준

- 가. 과징금은 업무정지기간이 10일인 경우에는 총부당금액의 2배, 업무정지기간이 10일을 초과하여 30일까지에 해당하는 경우에는 총부당금액의 3배, 30일을 초과하여 50일까지에 해당하는 경우에는 총부당금액의 4배, 업무정지기간이 50일을 초과하는 경우에는 총부당금액의 5배로 한다.
- 나. 요양기관이 과징금의 분할납부를 신청하는 경우 보건복지부장관은 12개월의 범위에서 과징금의 분할납부를 허용할 수 있다.

## 3. 가중처분

- 가. 요양기관이 법 제98조제1항·제5항 및 제99조제1항·제9항에 따른 업무정지 또는 과징금 처분을 받은 이후 5년 이내에 법 제98조제1항 각 호의 위반행위를 하였을 경우에는 해당 위반행위에 대한 업무정지기간 또는 과징금(같은 항 제2호의 위반행위를 한 경우는 제외한다. 이하 이 목에서 같다)의 2배에 해당하는 처분을 할 수 있다. 이 경우 업무정지기간은 1년을 넘을 수 없으며 과징금은 총부당금액의 5배를 넘을 수 없다.
- 나. 가목에 따른 5년 이내의 기간 산정은 위반사실이 확인된 날부터 그 직전에 업무정지 또는 과징금 처분서를 송달받은 날까지로 한다.

#### 4. 감면처분

다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 업무정지기간 또는 과징금 금액을 2분의 1의 범위에서 줄이거나 면제할 수 있다. 다만, 속임수를 사용하여 공단·가입자 및 피부양자에게 요양급여비용을 부담하게 하였을 때에는 그러하지 아니하다.

- 가. 요양급여비용을 부당청구한 요양기관이 그 부당청구 사실이 적발되기 전에 보건복지부장관 등의 감독관청에 부당청구 사실을 자진하여 신고한 경우
- 나. 요양기관의 대표자가 인지할 수 없었던 불가항력적인 사유로 요양급여비용 부당청구가 발생한 사실이 객관적으로 증명된 경우
- 다. 그 밖에 위반행위의 동기·목적·정도 및 위반횟수 등을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 감면기준에 해당하는 경우

※ 국민건강보험법 시행령

[시행 2018. 9. 28.] [대통령령 제29196호, 2018. 9. 28., 일부개정]

부 칙 <제29196호, 2018. 9. 28.>

**제1조(시행일)** 이 영은 2018년 9월 28일부터 시행한다. 다만, 별표 5의 개정규정은 2018년 11월 1일부터 시행한다.

**제2조(업무정지처분 및 과징금 부과처분 기준 변경에 관한 경과조치 등)**

- ① 2018년 11월 1일 전에 끝나는 조사대상 기간에 발생한 위반행위에 대한 업무정지처분 또는 과징금 부과처분은 별표 5의 개정규정에도 불구하고 종전의 규정에 따른다.
- ② 2018년 11월 1일 전에 시작되어 2018년 11월 1일 이후에 끝나는 조사대상 기간에 발생한 위반행위에 대한 업무정지처분 또는 과징금 부과처분은 별표 5의 개정규정을 적용한다. 다만, 조사대상 기간 중 2018년 10월 31일까지의 기간에 대하여 같은 개정규정을 적용하는 것이 종전의 규정을 적용하는 것보다 요양기관에 불리하게 되는 경우에는 종전의 규정에 따른다.
- ③ 별표 5 제4호의 개정규정은 부칙 제2조제1항 및 같은 조 제2항 단서에도 불구하고 2018년 10월 31일까지의 조사대상 기간에 발생한 위반행위에 대한 감면에도 적용한다.

## 붙임 7 업무정지 처분에 같은 과징금 적용기준 (보건복지부 고시 제2008-153호, 2008.11.26.)

제1조(목적) 이 기준은 국민건강보험법 제99조 및 같은 법 시행령 제70조 별표5와 의료급여법 제29조제2항 및 같은 법 시행규칙 제33조 별표3에 의한 과징금을 부과함에 있어 요양기관(의료급여기관을 포함한다. 이하 같다)을 이용하는 자에게 심한 불편을 주는 경우 등으로 인하여 업무정지 처분에 같음하여 과징금을 부과할 수 있는 대상 및 분할납부 등을 규정함을 목적으로 한다.

제2조(과징금 부과대상) 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 업무정지 처분에 같음하여 과징금을 부과징수할 수 있다.

### 1. 요양기관을 이용하는 자에게 심한 불편을 주는 경우

가. 입원실, 응급실, 집중치료실, 수술실, 인공신장투석실, 장애인재활치료실, 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 해당 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. 국공립 요양기관

- 나. 업무정지기간이 100일 이하인 요양기관
- 다. 요양기관이 행정처분 절차 중에 폐업하였거나, 법인이 개설한 요양기관이 대표자의 인격이 변경되어 처분대상기관이 없는 등으로 인하여 업무정지 처분이 제재수단으로서 실효성이 없어 과징금 처분이 타당하다고 판단되는 경우
- 라. 여러 명이 공동으로 개설한 요양기관 중에서 조사대상기간 동안에 개설자 및 개설기간을 달리함으로 인하여 각 개설자별 및 각 개설기간별로 부당 금액이나 업무정지기간을 구분하여 산출하기 어려운 경우
- 마. 업무정지 처분을 받고자 하는 요양기관의 요구가 사회통념상 현저히 부당하여 과징금으로 처분하는 것이 타당하다고 보건복지부 장관이 인정하는 경우

제3조(과징금 신청) 제2조의 과징금 부과대상중 제1호의 각 목과 제2호의 나목에 해당되는 요양기관이 업무정지 처분에 갈음하여 과징금 처분을 받고자 할 경우에는 처분사전통지에 대한 의견제출 기한일 이내에 별지 제1호서식에 의한 과징금 신청서를 제출하여야 한다.

제4조(과징금 분할납부) ① 요양기관은 업무정지 처분에 갈음하여 부과된 과징금에 대해 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 인하여 과징금 전액을 일시에 납부하기가 어렵다고 인정되는 때에는 분할 납부를 신청할 수 있다.

1. 재해 또는 도난으로 재산에 심한 손실을 받은 때
2. 사업에 현저한 손실을 받은 때
3. 사업이 중대한 위기에 처한 때
4. 과징금납부대상자 또는 그 동거가족의 질병이나 중상해로 장기치료를 요하는 때
5. 기타 상기 사유에 준하는 사유가 있는 때

② 요양기관은 제1항에 의하여 과징금 분할납부를 신청하고자 하는 경우에는 과징금 처분통지서의 과징금 납부 기한일 이내에 별지 제1호서식에 의한 과징금 분할납부신청서 및 그 사유를 증명하는 자료를 제출하여야 한다. 다만, 과징금 처분 전에 분할납부 의사를 표시하는 경우에는 처분사전통지에 대한 의견제출 기한일 이내에 제출하여야 한다.

③ 보건복지부 장관(국민건강보험법 제99조를 위반하여 과징금 처분을 받은 경우) 또는 시·도지사(의료급여법 제28조를 위반하여 과징금 처분을 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.

[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 분할 납부 기간을 결정할 수 있으며 재정상태가 현저하게 적자일 경우에는 적자 규모를 감안하여 12월의 범위에서 과징금의 분할납부를 허용할 수 있다.



(뒷면)

**<업무정지에 같음하여 과징금을 부과징수할 수 있는 경우 >**

- 1. 요양기관(의료급여기관을 포함한다. 이하 같다)을 이용하는 자에게 심한 불편을 주는 경우**
  - 가. 입원실, 응급실, 집중치료실, 수술실, 인공신장투석실, 장애인재활치료센터, 방사선치료실과 같은 특수진료시설 중 하나 이상의 시설을 갖추고 해당 진료를 실시하고 있는 요양기관
  - 나. 한센병, 결핵, 정신질환(입원환자), 만성신부전, 혈우병, 화상 등과 같이 장기간 동안 지속적인 진료를 요하는 특수질환의 환자를 주 진료대상으로 하는 요양기관
  - 다. 처분을 받게 될 요양기관이 소재하고 있는 시·군·구에 대해 요양기관과 동일 종별의 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. 국공립 요양기관
  - 나. 업무정지기간이 100일 이하인 요양기관
  - 다. 요양기관이 행정처분 절차 중에 폐업하였거나, 법인이 개설한 요양기관이 대표자의 인적이 변경되어 처분대상기관이 없는 등으로 인하여 업무정지 처분이 제재수단으로서 실효성이 없어 과징금 처분이 타당하다고 판단되는 경우
  - 라. 여러 명이 공동으로 개설한 요양기관 중에서 조사대상기간 동안에 개설자 및 개설기간을 달리함으로써 인하여 각 개설자별 및 각 개설기간별로 부당금액이나 업무정지기간을 구분하여 산출하기 어려운 경우
  - 마. 업무정지 처분을 받고자하는 요양기관의 요구가 사회통념상 현저히 부당하여 과징금으로 처분하는 것이 타당하다고 보건복지부 장관 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 분할납부를 신청할 경우 해당기관의 재정상태를 감안하여 분할납부기간을 결정할 수 있으며, 재정상태가 현저하게 적자일 경우에는 적자 규모를 감안하여 12개월의 범위에서 과징금의 분할납부를 허용할 수 있다.

## 붙임 8 **요양·의료급여비용 자율점검제 운영 기준** (보건복지부 고시 제2019-300호, 2019.12.16.)

**제1조(목적)** 이 기준은 「국민건강보험법 시행령」 제70조제1항 별표 5 제4호 및 「의료급여법 시행령」 제16조의2 별표 2 제1호, 제16조의4 별표 3 제3호에 따른 감면기준 중 자율점검의 방법·절차기준 등에 관하여 필요한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

**제2조(정의)** 이 고시에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “자율점검”이란 건강보험심사평가원(이하 “심사평가원”이라 한다)이 요양기관(의료급여기관을 포함한다. 이하 같다)의 요양급여비용(의료급여비용을 포함한다. 이하 같다) 부당청구의 가능성을 인지하고 해당 요양기관에 그 사실을 통보하면 요양기관이 이를 자체 점검한 후 그 결과를 자율적으로 제출하는 것을 말한다.
2. “자율점검대상자”란 제1호에 따라 부당청구의 가능성을 통보받은 요양기관 개설자를 말한다.

**제3조(자율점검계획의 수립)** ① 심사평가원은 부당청구의 가능성, 규모·정도, 시급성 등을 감안하여 자율점검 항목을 선정하고 항목별 자율점검계획을 수립하여 보건복지부장관의 승인을 얻어 자율점검계획을 시행하여야 한다.

② 자율점검계획에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다.

1. 자율점검 항목 선정 배경 및 필요성
  2. 자율점검 실시에 따른 기대효과
  3. 자율점검 항목 및 자율점검대상자
  4. 통보결과제출·접수처리 단계별 절차방법·일정 등 세부추진계획
  5. 그 밖에 효율적인 자율점검을 위하여 심사평가원장이 특히 필요하다고 인정하는 사항
- ③ 심사평가원은 제1항 및 제2항에 따라 승인된 자율점검계획이 보험급여 정책 변경 등 불가피한 사유가 있는 경우 보건복지부장관의 승인을 얻어 그 계획을 변경할 수 있다.

④ 심사평가원은 제1항에 따른 항목별 자율점검계획 추진결과를 제8조에 따른 정산 통보 후 보건복지부장관에게 보고하여야 한다.

**제4조(자율점검 항목)** ① 자율점검 항목은 다음 각 호와 같다.

1. 진찰검사, 처치·수술 및 그 밖의 치료
2. 재활 및 물리치료(이학요법)
3. 약제 및 치료재료의 지급
4. 인력·시설·장비
5. 그 밖에 심사평가원장이 필요하다고 인정하는 사항

② 심사평가원은 필요한 경우 제1항 각 호를 요양기관 종별·진료과목·진료형태(입원·외래) 등으로 세분류할 수 있다.

**제5조(자율점검 통보등)** ① 심사평가원은 제3조에 따라 자율점검계획을 수립한 경우에는 별지 제1호 서식에 따른 자율점검대상통보서를 다음 각 호의 서류를 첨부하여 자율점검 대상자에게 통보하여야 한다.

1. 자율점검 항목에 대한 안내사항
2. 자율점검 항목별 해당 요양기관의 청구내역 중 수진자(성명·성별·연령)의 내원 일자(입원의 경우 당월요양개시일)별 요양급여비용 상세내역
3. 자율점검의 세부 방법 및 절차
4. 업무담당자의 성명·전화번호 등 기타 안내사항

② 제1항에 따른 각 호의 사항은 등기우편 또는 정보통신망(“포털서비스 등”) 등을 이용하여 통보할 수 있다.

③ 심사평가원은 제1항제1호 및 제3호가 포함된 서류를 자율점검대상자가 속한 의약 단체 등 관련기관에 통보하고, 심사평가원 인터넷 홈페이지에 게재할 수 있다.

**제6조(점검결과 제출)** ① 제5조제1항에 따라 자율점검대상으로 통보받은 자는 자율 점검대상통보서를 받은 날로부터 14일 이내에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 별지 제2호 서식에 따른 자율점검결과서를 심사평가원을 직접 방문하여 서면으로 제출하거나 등기우편 또는 정보통신망(“포털서비스 등”) 등을 이용하여 제출하여야 한다.

1. 부당 청구 여부 및 소명에 관한 서류
2. 부당 청구한 요양급여비용의 환수에 동의한다는 서류
- ② 제1항제1호에 따른 부당 청구 여부를 증명하는 서류의 범위는 다음 각 호와 같다.
  1. 진료(조제)기록부, 개인별 투약 기록지, 처방전 등
  2. 방사선필름, 방사선촬영 판독소견서 등
  3. 본인부담금 수납대장(진료비 계산서) 및 접수대장 등
  4. 의약품 및 치료재료의 구입에 관한 서류 등
  5. 의약품 구입내역 목록표, 의약품 수불대장, 거래명세서 등
  6. 그 밖에 심평원장이 자율점검과 관련하여 소명할 필요가 있다고 판단되는 관계서류
- ③ 심사평가원은 제1항에 따라 자율점검대상자가 정해진 기한 내에 자율점검결과서 제출이 불가능하다고 인정하는 경우 14일의 기간을 정하여 제5조제1항에 따른 자율점검대상통보서를 다시 통보할 수 있다.

**제7조(제출내역 확인)** ① 심사평가원은 제6조에 따라 자율점검대상자가 제출한 자료가 실제 행한 사실에 근거하였는지 여부, 관계법령 및 급여기준 등에 적법한지 등을 확인하고 필요한 경우 제6조제2항 각 호에 대한 세부자료를 서면으로 다시 요청할 수 있다.

② 제1항에 따라 자료 제출을 요청받은 자율점검대상자는 10일 이내에 세부자료를 제출하여야 한다.

**제8조(심사결과 통보)** ① 심사평가원은 제7조제1항에 따른 제출내역 확인 결과 자율점검대상자가 요양급여비용을 부당하게 청구한 경우에는 복지부 장관이 별도 고시한 「요양급여비용심사·지급업무 처리기준」 제4조에 따라 요양급여비용의 심사를 한다.

② 심사평가원은 제1항에 따른 심사를 한 후 보건복지부장관이 별도 고시한 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」(이하“작성요령”이라 한다)에서 정한 바에 따라 요양급여비용 정산심사결정서 및 요양급여비용 정산심사내역서를 자율점검대상자에게 통보하여야 한다.

③ 심사평가원은 제1항에 따른 심사 후 지체없이 작성요령에서 정한 바에 따라

요양급여비용 정산심사내역서를 국민건강보험공단(이하 “공단”이라 한다)에게 통보하여야 한다.

**제9조(사후관리)** 심사평가원은 자율점검 항목별 요양기관별 청구형태 등이 개선되었는지 확인하기 위하여 모니터링, 분석 등의 사후관리를 실시하고 그 결과를 보건복지부장관에게 보고하여야 하며, 제3조제1항에 따른 자율점검계획 수립에 반영할 수 있다.

**제10조(제외대상)** ① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 자율점검에 따른 행정처분 감면 대상에서 제외된다.

1. 제5조에 따라 자율점검대상통보서를 받은 후 자율점검결과서를 제출하지 않은 자
2. 제6조에 따른 점검결과 제출 과정에서 위변조 자료 등 허위의 사실을 제출한 자
3. 보건복지부장관이 정하는 기간·항목·횟수에 따라 반복해서 통보 받은 자

② 제1항의 각 호에 해당하는 자는 「국민건강보험법」 제97조에 따른 조사 대상이 될 수 있다.

**제11조(세부 운영기준)** 이 기준에서 정하지 아니한 세부사항에 대하여는 심사평가원의 원장 및 공단의 이사장이 별도로 정하여 보건복지부장관의 승인을 얻어 운영할 수 있다.

**제12조(유효기관)** 이 고시는 「훈령·예규 등의 발령 및 관리에 관한 규정」에 따라 이 고시를 발령한 후의 법령이나 여건의 변화 등을 검토하여야 하는 2022년 12월 31일까지 효력을 가진다.

## 부 칙

(시행일) 이 고시는 2019년 12월 26일부터 시행한다.

[별지 제1호서식]

## 자율점검대상통보서

① 통보 대상기관	요양기관명칭 (요양기호)	
	대표자명	
	요양기관 소재지	
② 자율점검 통보기간	※ 최근 지급된 진료분의 직전 반기 마지막 월을 기준, 최대 36개월 범위	
③ 자율점검 항목 등 주요내용	※ 자율점검 항목에 관한 자세한 설명	
④ 제출서류	※ 「요양의료 급여비용 자율점검제 운영 기준」 제6조제2항에 따른 부당청구 여부 및 소명에 관한 서류 등	
위와 같이 자율점검 항목 등 관련사항을 통보합니다.		
<b>건강보험심사평가원장</b>		

부서: 심사평가원 ○○부

담당: ○○○

전화: 033-739-1234



## 붙임 9 행정처분 사전검토회의 운영

### 가. 목적 및 역할

부당금액 산출, 행정처분 결과에 대한 의견 제출내용 등에 대해 관련 규정·법률 적용, 감경 기준 적용 등의 사전 논의를 통해 행정처분의 공정성과 적법성 확보

### 나. 참석 대상

- 가) 보건복지부: 보험평가과, 기초의료보장과, 규제개혁법무담당관(변호사)
- 나) 심사평가원: 조사운영실, 급여조사실

### 다. 상정 안건

#### 1) 행정처분 타당성·적법성 검토

- 가) 현지조사 확인내역에 대한 관련 기준 및 법률적 검토가 필요한 건
- 나) 정산방법 및 부당유형코드에 대한 검토가 필요한 건
- 다) 행정처분에 대한 법률적 검토가 필요한 건
- 라) 이전 사례 및 관련 판례의 적용 여부에 대한 검토가 필요한 건 등

#### 2) 행정처분 감경 대상 검토

행정처분 사전통지 내용에 대해 요양기관에서 의견제출한 모든 건을 대상으로 위반행위의 동기·목적·정도 및 위반횟수 등을 고려하여 「요양기관 등 행정처분심의위원회」 상정 안건 선별

→ 감경요소 고려 안건에 대하여 행정처분심의위원회에 상정

### 라. 회의 운영

- 가) 회의주기: 격월 개최를 원칙으로 하되 상황에 따라 탄력적으로 운영
- 나) 운영절차: 안건 검토 → (1차) 심사평가원 내부 사전회의  
→ (2차) 행정처분 사전검토회의 → 논의 결과 반영하여 정산 및 처분내역 산출, 처분감경 대상 위원회 부의  
→ 행정처분심의위원회 개최





# 서식

- [서식 제1호] 현지조사 의뢰기관 선정분석표
- [서식 제2호] 조사명령서
- [서식 제3호] 청렴서약서
- [서식 제4호] 요양(의료)급여 관계서류 제출요구서
- [서식 제5호] 요양기관 현지조사 사전통지서
- [서식 제6호] 요양기관 현지조사 안내문
- [서식 제7호] 제출자료 목록
- [서식 제8호] 현지조사 주요 변경사항 신청서
- [서식 제9호] 현지조사 의뢰기관 총괄표
- [서식 제10호] (심사평가원·공단) 현지조사 의뢰서
- [서식 제11호] 수진자별 세부 부당청구 확인내역
- [서식 제12호] 보장기관 현지조사 의뢰서
- [서식 제13호] 확인서
- [서식 제14호] 현지조사경과서
- [서식 제15호] 자진신고서
- [서식 제16호] 사실확인서
- [서식 제17호] 문답서
- [서식 제18호] 요양(의료)급여 관계서류 제출명령서

[서식 제1호]

## 현지조사 의뢰기관 선정분석표

**[요양기관 일반현황]**

요양기호		요양기관명		개설일자		폐업일자	
소재지				전화번호			
대표자명		주민번호		면허번호		자격종별	

**[의뢰현황]**

의뢰처	의뢰대상월	개월	부당비율	%
세부의뢰처	총부당건 및 금액	건	원	추정행정처분
의뢰일자	거짓청구	건	원	〈주 의뢰사유〉
	산정기준위반청구	건	원	
내부공익여부	의약품 행위료 등 대체증량청구	건	원	
부당제보형태	본인부담금과다징수	건	원	
	기타부당청구	건	원	

**[요양급여비용 청구현황]**

(      -      )분기 기준

월평균 청구건수 (건)	입원	월평균 요양급여비용 (원)	입원	건당 급여비용 (원)	입원	조정건율 /액율 (%)	입원	
	외래		외래		외래		외래	
자율지표	/	자율시정통보	/	기현차조사분기	-	병실현황	병상	병실
인력현황								

**[선정현황]**

선정여부		선정심의위원회		기본조사대상월	~	(      개월)
조치사항	자료보완 후 재의뢰 <input type="checkbox"/> 의료법등 위반통보 <input type="checkbox"/> 부당금액환수 <input type="checkbox"/> 계도 <input type="checkbox"/>					사전통지 필요유무
분석소건						
자료제출명령기관				연계조사필요기관		

[선정분석내역]

의뢰내용	세부 검토내용

[서식 제2호]

## 조사명령서

국민건강보험법 제97조 및 의료급여법 제32조에 의하여 귀 요양기관에 대해 아래와 같이 조사를 실시하고자 하오니 조사자의 관계 서류 검사, 질문, 자료제출 요구에 성실히 응해 주시기 바랍니다.

- 아 래 -

1. 조사대상 기관: ○○○○○의원(○○○○○○○○○ 대표자 ○○○)  
 ※ 선정사유:
2. 조사기간: ○○○○. ○○. ○○. 부터
3. 조사범위: 건강보험 및 의료급여에 관한 제반 사항
4. 조사대상 기간: 20○○년 ○○월~20○○년 ○○월  
 20○○년 ○○월~20○○년 ○○월(○개월 진료분)  
 \* 거짓·부당청구가 확인되는 경우 36개월 범위에서 연장
5. 제출(검사)자료: 국민건강보험법 시행규칙 제58조, 의료급여법 시행규칙 제11조 등에 따른 서류 및 기타 조사에 필요한 관계자료
6. 조사원: 보건복지부 ○○○사무관, ○○○주무관  
 건강보험심사평가원 ○○○, ○○○, ○○○, ○○○, ○○○  
 국민건강보험공단 ○○○  
 (필요 시 조사인원을 추가 투입)

. . .

### 보 건 복 지 부 장 관

[서식 제3호]

## 청렴서약서

소 속 :

직 급 :

성 명 :

본인은 보건복지부장관의 현지조사업무를 조사자로서의 품위를 지키고 엄정하고 공정하게 수행하겠으며, 요양기관의 종사자나 관계인으로부터 어떠한 금품, 향응 및 편의를 제공받지 않을 것이며, 만약 이를 위배한 경우에는 관련 법령이나 규정에 따른 어떠한 처벌이라도 감수할 것임을 서약합니다.

. . .

### 건 강 보 험 심 사 평 가 원 장

[서식 제4호]

## 요양(의료)급여 관계서류 제출요구서

① 대상기관	요양(의료 급여) 기관명	
	주소	
	대표자 성명	
② 서류제출 대상기간	※ 아래 ③-라·마항의 서류는 조사대상 기간을 포함하여 이전 6개월 자료 제출 * 거짓·부당청구가 확인되는 경우 36개월 범위에서 연장 가능	
②-1 추가 서류제출 대상기간	※ 현지조사 의뢰기관 중 최근 지급월 기준으로 36개월 이전 진료월이 포함된 경우에는 36개월 이전 요양급여 비용 청구 관련 자료	
③ 제출하여야 할 서류	<p><b>&lt;제출자료 범위&gt;</b>  <b>기본원칙) 해당 요양기관의 조사내용 관련 서류로 최소화</b></p> 가. 진료(조제)기록부(방사선필름 포함), 개인별 투약기록지, 처방전 나. 본인부담금 수납대장(진료비 계산서) 및 접수대장 등 다. 비급여(100/100 포함)항목 및 수진자별 비급여 징수대장 라. 의약품 및 진료용 재료의 구입에 관한 서류 (의약품 구입내역 목록표, 의약품 수불대장, 거래명세서 등) 마. 요양기관 일반현황·인력현황 등 바. 기타 현지조사에 필요한 서류 등 ※ 진료(조제)기록부, 개인별 투약기록 등 위 제출자료를 전산으로 기록(보관)하는 요양(의료급여)기관의 경우에는 진료내역 및 본인부담금 수납대장 등 기록(저장)된 전산자료(데이터베이스 포함) 일체(원본)를 조사원이 확인할 수 있도록 파일을 제공한다.	
④ 법적 근거	-국민건강보험법 제97조 제2항 -의료급여법 제32조 제2항	
위와 같이 국민건강보험 요양급여 및 의료급여 관계서류를 조사명령서의 조사원에게 제출하여 주시기 바랍니다.		
<h3 style="margin: 0;">보건복지부장관</h3>		년    월    일
※ 제출명령 거부 시 조치: 상기 서류를 제출하지 아니하거나 거짓서류를 제출하는 경우에는 요양(의료)급여비용 청구의 적법성을 확인할 수 없으므로 국민건강보험법 제98조 및 의료급여법 제28조의 규정에 따라 요양(의료급여)기관의 업무정지 처분을 받게될 수 있음		

[서식 제5호]

## 요양기관 현지조사 사전통지서

요양기관 명 칭 :  
 기 호 :  
 대표자 :  
 소재지 :

국민건강보험법 제97조, 의료급여법 제32조 및 행정조사기본법 제10조제2항, 제17조 제1항에 따라 요양급여비용 등에 대한 사실관계를 확인하기 위한 현지조사를 아래와 같이 실시함을 알려드리며, 적극 협조하여 주시기 바랍니다.

- 아 래 -

가. 조사기간 : . . . . . 부터

나. 제출자료 :

- 진료(조제)기록부(방사선필름 포함), 개인별 투약기록지, 처방전
- 본인부담금 수납대장(진료비 계산서) 및 접수대장 등
- 비급여(100/100 포함)항목 및 수진자별 비급여 징수대장
- 의약품 및 진료용 재료의 구입에 관한 서류  
 (의약품 구입내역 목록표, 의약품 수불대장, 거래명세서 등)
- 요양기관 일반현황·인력현황 등

다. 제출기한 및 방법 : 현지조사 시작일에 조사반에게 현장 제출

※ 부당내역 및 요양기관에 따라 추가자료 요청할 수 있음

보건복지부장관

[서식 제6호]

## 요양기관 현지조사 안내문

1. 금번 조사는 국민건강보험법 제97조, 의료급여법 제32조 및 행정조사기본법 제10조 제2항, 제17조제1항에 따라, 요양급여비용 등에 대한 수진자 조회 등을 통한 사실 관계 확인, 관련 법령 위반 여부 등을 확인하기 위한 조사입니다.

2. 귀 기관은 (□ 대외 의뢰, □ 자체 선정)에 의해 현지조사 대상으로 선정되었습니다.

※ 선정사유 :

3. 현지조사 주체는 보건복지부장관이며, 건강보험심사평가원의 지원을 받아 수행되고 있습니다.(조사명령서 참고) 다만 대법원 판례 등에 따라 공무원이 별도로 동행하지 않을 수 있습니다.

4. 귀 기관에 대한 조사는 년 월 일 ~ 년 월 일까지 일간 진행될 예정입니다. 다만 조사 목적상 필요한 경우 조사기간 연장, 자료 추가제출 요청 등을 할 수 있습니다.

5. 해당 조사결과에 이의가 있는 기관에서는 추후 이의신청 등을 제기할 수 있습니다. 권리구제와 관련된 자세한 사항은 「현지조사 관련 권리구제 제도 안내」를 참고하시기 바랍니다.

6. 현지조사 명령에 위반하거나 거짓보고를 하거나 검사 또는 질문을 거부·방해·기피하는 경우에는 1년의 범위에서 업무정지 처분, 1천만원 이하의 벌금을 부과 받을 수 있으니 이점 유의하시기 바랍니다.

7. 기타 현지조사와 관련해 궁금한 사항은 보건복지부 보험평가과(대표번호 129)나 건강보험심사평가원 급여조사실(대표번호 1644-2000)로 연락하시기 바랍니다.

보 건 복 지 부 장 관



[서식 제8호]

## 현지조사 주요 변경사항 신청서

		결 재	조사원	검토자
요양기관명		요양기호		
대표자		소재지		
조사기간 (출장기간)		조사팀		
조사대상 기간		선정사유	긴급 여부	
구분	변 경 전	변 경 후		
조사대상 기간				
변경사유	<p>※ ① 조사대상 기간 변경 상세사유, ② 변경이 필요한 조사대상 기간(최대 3 6개월, 또는 일부 기간 등)의 구체적인 결정 사유 적시</p> <div style="border: 1px dotted black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>(예시) ○고의적 혹은 지속적 거짓청구 확인관련 조사대상 기간 연장 - 6개월 진료분 확인 중 '16.1월부터 진료기록부와 수납대장의 진료사실 불일치 내용이 확인되어 조사대상 기간을 '16.1월부터 '17.12월까지로 연장 신청함</p> </div>			
조사기간 (출장기간)				
변경사유				
조사원				
변경사유				

년 월 정기조사 과정에서 상기와 같은 사유로 인해[조사대상 기간( ), 출장기간( ), 조사원( )]을 변경하고자 하오니 조치하여 주시기 바랍니다.

**보건복지부장관 귀하**



[서식 제10호]

(심사평가원 · 공단) 현지조사 의뢰서

〈연번 : 〉		지원지사명 :			
요양기관기호		명 칭			
대표자 성명		주민번호			
요양기관 소재지		전화번호			
총 부당건수 <sup>주1)</sup>	건	총 부당금액 <sup>주1)</sup>	원		
세부 유형별 <sup>주2)</sup> 부당건수/금액	거짓청구	산정기준 위반청구	의약품행위료등 대체증량청구	기타 부당청구	본인부담금 과다징수
	건/ 원	건/ 원	건/ 원	건/ 원	건/ 원
환수건수/금액	건/ 원				
조사 의뢰기간(진료월)		부터 까지( 개월간)			
인지경위	◎				
수진자조회 및 부당(혐의) 확인결과	◎				
현지조사 의뢰 사유	◎				
최근 36개월 이내 점검 이력 <sup>주3)</sup>	◎ 자진환수 이력 : ◎ 전산점검 이력 :				
첨부자료 <sup>주4)</sup>					

- \*주: 1. 총 부당건수 및 총 부당금액은 조사 의뢰기간에 대하여 기재
2. ① 거짓청구:진료행위가 실제 존재하지 않았음에도 진료비청구(비급여대상진료 후 이중청구 포함)
  - ② 산정기준위반청구: 진료비산정기준을 위반하여 청구
  - ③ 대체·증량 청구: 진료항목 및 횟수 등을 실제와 다르게 청구
  - ④ 기타 부당청구: ①②③ 및 본인 부담금과다징수 이외의 부당청구
3. 최근 36개월 이내 점검이력에는 자진환수 또는 전산점검 이력이 있을 경우 해당 사항의 발생일자, 관련내용, 처리사항 기재요망
4. 친인척·지인 거짓청구 의뢰 시 관계/근무처/연락처가 포함된 명단과 출입국 내역자료 반드시 첨부 바람



[서식 제12호]

## 보장기관 현지조사 의뢰서

〈연번 :   〉		보장기관명 :	
의료급여기관 기호		명    칭	
대표자 성명		주민번호	
의료급여기관 소재지		전화번호	
조사 의뢰기간(진료월)*		부터	까지(   개월간)
긴급여부			
인지경위	◎		
수진자조회 및 부당(혐의) 확인결과	◎ 예시) 12.7일자에 진료하였다고 청구되었으나 진료하지 않은 미 실시 내역을 확인하였음		
현지조사 의뢰 사유	◎ 예시) 다른 건 거짓청구가 의심되어서		
최근 36개월 이내 점검 이력	◎ 자진환수 이력 :		
첨부자료			

\* 조사외 기간은 수급권자 또는 의료급여기관의 부당거짓청구 의심대상 진료일이 포함된 해당월임



[서식 제14호]

## 현지조사경과서

보고일자:     년    월    일

요양기관명칭(기호)		소재지		조사원	
조사기간					
조사 대상 범위	조사항목				
	조사대상 기간 (의뢰대상기간)				
조사 경과	구분	조사활동 사항*	부당 인지·확인내용**		
	1일차				
	2일차				
	3일차				
	4일차				
	5일차				
종합	부당(거짓)청구에 대한 대표자 등의 진술내용				
	특이사항				

\* 면담자, 면담내용, 제출자료, 확인사항 등 기술

\*\* 인지 경위와 진술내용, 부당청구내용 등을 구체적으로 작성





**〈자진신고 세부내역 작성방법〉**

- 자진신고와 관련하여 기제가 필요한 항목은 추가 작성 등 항목변경이 가능합니다.
- 현지조사 기관의 경우, 자진신고 세부내역은 조사대상기간의 조사결과에 따른 확인서 붙임 서식인 '요양급여비용의 부담청구자 명단' 등의 서식을 참고하여 작성합니다.
- ① 접수년도: 진료비청구포털 등을 통하여 요양급여비용심사청구서를 접수한 년도
- ② 접수번호: 진료비청구포털 등을 통하여 요양급여비용심사청구서 접수 시 부여된 번호
- ③ 청구서일련번호: 전산부 인계일자에 따라 생성되는 요양급여비용심사청구서의 번호
- ④ 명세서일련번호: 수진자별 작성되는 요양급여비용명세서의 번호(입원의 경우 입원기간 포함, 외래의 경우 방문일자별)
- ⑤ 보험자구분: 건강보험, 의료급여, 보호
- ⑥ 수진자명: 수진자 성명
- ⑦ 진료구분(입원/외래): 입원, 외래 구분
- ⑧ 요양개시일자: 치료를 위해 최초 내원한 일자
- ⑨ 기존청구: 요양급여비용명세서의 청구 내역
- ⑩ 자진신고: 기존청구에서 착오(부당) 청구 내역  
 예) A코드의 청구량을 10회 청구하였으나 실질적으로는 8회 실시하였을 경우, A코드 2회 기재
- ⑪ 첨부자료: 요양기관 시설·인력·장비 현황, 진료기록부, 검사결과지, 약제구입증빙자료 등



[서식 제17호]

## 문답서

요양(의료급여)기관 명칭(기호):		
성명:		
소속:	(직위 : )	
위의 자는 현지조사에 관하여 20 년 월 일 아래와 같이 문답합니다.		
문)		
답)		
문)		
답)		
문)		
답)		
문)		
답)		
위와 같이 문답한 후 진술인에게 열람하게 하였더니 진술내용과 상위 없으며, 오기나 증감할 것이 전혀 없음을 확인하므로 서명(또는 날인) 합니다.		
	년	월
	진 술 인	(인)
	조 사 자	(인)
보 건 복 지 부 장 관 귀 하		

제  
인

제  
인

제  
인

[서식 제18호]

## 요양(의료)급여 관계서류 제출 명령서

1. 요양(의료급여)기관(요양기호):

2. 대표자:

3. 서류제출 대상기간: 0000년 00월 ~ 0000년 00월(O개월 진료분)

\* 단, 현지조사 대상 요양기관이 장소이전, 폐업, 기타 사유 등으로 대상기간이 분리되는 경우에는 서류제출 대상기간 범위 내에서 조사자가 요구하는 기간

4. 제출하여야 할 서류

5. 제출기한: 20 . . . . (본 명령서를 소지한 조사자에게 당일 제출)

6. 제출방법: 본 명령서를 소지한 아래의 자에게 제출

- 보건복지부: 000

- 건강보험심사평가원: 000, 000, 000, 000, 000

- 국민건강보험공단: : 000

국민건강보험법 제 97조 및 의료급여법 제 32조의 규정에 따라 위와 같이 요양(의료)급여 관계서류 제출을 명하였으니 적극 협조하여 주시기 바랍니다.

20 . . . .

**보 건 복 지 부 장 관**

※ 제출명령 거부시 조치

상기 서류를 제출하지 아니하거나 거짓서류를 제출하는 경우에는 국민건강보험법 제98조 및 의료급여법 제28조의 규정에 따라 요양(의료급여)기관의 업무정지를 명할 수 있습니다

20 . . . .

성명: (서명)



## 참고

### 요양기관 현지조사 관계법령

- 행정조사기본법
- 행정조사기본법 시행령
- 국민건강보험법
- 국민건강보험법 시행령
- 국민건강보험법 시행규칙
- 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙
- 요양급여비용 심사지급업무 처리기준
- 의료급여법
- 의료급여법 시행령
- 의료급여법 시행규칙
- 약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준

## 참고 **요양기관 현지조사 관계법령**

### ■ 행정조사기본법 [시행 2016.11.30.][법률 제14184호, 2016.5.29., 타법개정]

**제2조(정의)** 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "행정조사"란 행정기관이 정책을 결정하거나 직무를 수행하는 데 필요한 정보나 자료를 수집하기 위하여 현장조사·문서열람·시료채취 등을 하거나 조사 대상자에게 보고요구·자료제출요구 및 출석·진술요구를 행하는 활동을 말한다.
2. "행정기관"이란 법령 및 조례·규칙(이하 "법령등"이라 한다)에 따라 행정권한이 있는 기관과 그 권한을 위임 또는 위탁받은 법인·단체 또는 그 기관이나 개인을 말한다.
3. "조사원"이란 행정조사업무를 수행하는 행정기관의 공무원·직원 또는 개인을 말한다.
4. "조사대상자"란 행정조사의 대상이 되는 법인·단체 또는 그 기관이나 개인을 말한다.

**제3조(적용범위)** ① 행정조사에 관하여 다른 법률에 특별한 규정이 있는 경우를 제외하고는 이 법으로 정하는 바에 따른다.

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사항에 대하여는 이 법을 적용하지 아니한다.  
(개정 2016. 5. 29.)

1. 행정조사를 한다는 사실이나 조사내용이 공개될 경우 국가의 존립을 위태롭게 하거나 국가의 중대한 이익을 현저히 해칠 우려가 있는 국가안전보장·통일 및 외교에 관한 사항
2. 국방 및 안전에 관한 사항 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사항
  - 가. 군사시설·군사기밀보호 또는 방위사업에 관한 사항
  - 나. 「병역법」·「예비군법」·「민방위기본법」·「비상대비자원 관리법」에 따른 징집·소집·동원 및 훈련에 관한 사항
3. 「공공기관의 정보공개에 관한 법률」 제4조제3항의 정보에 관한 사항
4. 「근로기준법」 제101조에 따른 근로감독관의 직무에 관한 사항

5. 조세·형사·행형 및 보안처분에 관한 사항
6. 금융감독기관의 감독·검사·조사 및 감리에 관한 사항
7. 「독점규제 및 공정거래에 관한 법률」, 「표시·광고의 공정화에 관한 법률」, 「하도급거래 공정화에 관한 법률」, 「가맹사업거래의 공정화에 관한 법률」, 「방문 판매 등에 관한 법률」, 「전자상거래 등에서의 소비자보호에 관한 법률」, 「약관의 규제에 관한 법률」 및 「할부거래에 관한 법률」에 따른 공정거래위원회의 법률위반행위 조사에 관한 사항
- ③ 제2항에도 불구하고 제4조(행정조사의 기본원칙), 제5조(행정조사의 근거) 및 제28조(정보통신수단을 통한 행정조사)는 제2항 각 호의 사항에 대하여 적용한다.

- 제4조(행정조사의 기본원칙)** ① 행정조사는 조사목적의 달성에 필요한 최소한의 범위 안에서 실시하여야 하며, 다른 목적 등을 위하여 조사권을 남용하여서는 아니 된다.
- ② 행정기관은 조사목적에 적합하도록 조사대상자를 선정하여 행정조사를 실시하여야 한다.
- ③ 행정기관은 유사하거나 동일한 사안에 대하여는 공동조사 등을 실시함으로써 행정조사가 중복되지 아니하도록 하여야 한다.
- ④ 행정조사는 법령등의 위반에 대한 처벌보다는 법령등을 준수하도록 유도하는 데 중점을 두어야 한다.
- ⑤ 다른 법률에 따르지 아니하고는 행정조사의 대상자 또는 행정조사의 내용을 공표하거나 직무상 알게 된 비밀을 누설하여서는 아니된다.
- ⑥ 행정기관은 행정조사를 통하여 알게 된 정보를 다른 법률에 따라 내부에서 이용하거나 다른 기관에 제공하는 경우를 제외하고는 원래의 조사목적 이외의 용도로 이용하거나 타인에게 제공하여서는 아니 된다.

**제5조(행정조사의 근거)** 행정기관은 법령등에서 행정조사를 규정하고 있는 경우에 한하여 행정조사를 실시할 수 있다. 다만, 조사대상자의 자발적인 협조를 얻어 실시하는 행정조사의 경우에는 그러하지 아니하다.

- 제10조(보고요구와 자료제출의 요구)** ① 행정기관의 장은 조사대상자에게 조사사항에 대하여 보고를 요구하는 때에는 다음 각 호의 사항이 포함된 보고요구서를 발송하여야 한다.
1. 일시와 장소
  2. 조사의 목적과 범위

3. 보고하여야 하는 내용
  4. 보고거부에 대한 제재(근거법령 및 조항 포함)
  5. 그 밖에 당해 행정조사와 관련하여 필요한 사항
- ② 행정기관의 장은 조사대상자에게 장부·서류나 그 밖의 자료를 제출하도록 요구하는 때에는 다음 각 호의 사항이 기재된 자료제출요구서를 발송하여야 한다.
1. 제출기간
  2. 제출요청사유
  3. 제출서류
  4. 제출서류의 반환 여부
  5. 제출거부에 대한 제재(근거 법령 및 조항 포함)
  6. 그 밖에 당해 행정조사와 관련하여 필요한 사항

**제11조(현장조사)** ① 조사원이 가택·사무실 또는 사업장 등에 출입하여 현장조사를 실시하는 경우에는 행정기관의 장은 다음 각 호의 사항이 기재된 현장출입조사서 또는 법령등에서 현장조사시 제시하도록 규정하고 있는 문서를 조사대상자에게 발송하여야 한다.

1. 조사목적
  2. 조사기간과 장소
  3. 조사원의 성명과 직위
  4. 조사범위와 내용
  5. 제출자료
  6. 조사거부에 대한 제재(근거 법령 및 조항 포함)
  7. 그 밖에 당해 행정조사와 관련하여 필요한 사항
- ② 제1항에 따른 현장조사는 해가 뜨기 전이나 해가 진 뒤에는 할 수 없다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 조사대상자(대리인 및 관리책임이 있는 자를 포함한다)가 동의한 경우
  2. 사무실 또는 사업장 등의 업무시간에 행정조사를 실시하는 경우
  3. 해가 뜬 후부터 해가 지기 전까지 행정조사를 실시하는 경우에는 조사목적의 달성이 불가능하거나 증거인멸로 인하여 조사대상자의 법령등의 위반 여부를 확인할 수 없는 경우
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 현장조사를 하는 조사원은 그 권한을 나타내는 증표를 지니고 이를 조사대상자에게 내보여야 한다.

**제13조(자료등의 영치)** ① 조사원이 현장조사 중에 자료·서류·물건 등(이하 이 조에서 "자료등"이라 한다)을 영치하는 때에는 조사대상자 또는 그 대리인을 입회시켜야 한다.

② 조사원이 제1항에 따라 자료등을 영치하는 경우에 조사대상자의 생활이나 영업이 사실상 불가능하게 될 우려가 있는 때에는 조사원은 자료등을 사진으로 촬영하거나 사본을 작성하는 등의 방법으로 영치에 갈음할 수 있다. 다만, 증거인멸의 우려가 있는 자료등을 영치하는 경우에는 그러하지 아니하다.

③ 조사원이 영치를 완료한 때에는 영치조서 2부를 작성하여 입회인과 함께 서명날인하고 그중 1부를 입회인에게 교부하여야 한다.

④ 행정기관의 장은 영치한 자료등이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 이를 즉시 반환하여야 한다.

1. 영치한 자료등을 검토한 결과 당해 행정조사와 관련이 없다고 인정되는 경우
2. 당해 행정조사의 목적의 달성 등으로 자료등에 대한 영치의 필요성이 없게 된 경우

**제14조(공동조사)** ① 행정기관의 장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행정조사를 하는 경우에는 공동조사를 하여야 한다.

1. 당해 행정기관 내의 2 이상의 부서가 동일하거나 유사한 업무분야에 대하여 동일한 조사대상자에게 행정조사를 실시하는 경우
2. 서로 다른 행정기관이 대통령령으로 정하는 분야에 대하여 동일한 조사대상자에게 행정조사를 실시하는 경우

② 제1항 각 호에 따른 사항에 대하여 행정조사의 사전통지를 받은 조사대상자는 관계 행정기관의 장에게 공동조사를 실시하여 줄 것을 신청할 수 있다. 이 경우 조사대상자는 신청인의 성명·조사일시·신청이유 등이 기재된 공동조사신청서를 관계 행정기관의 장에게 제출하여야 한다.

③ 제2항에 따라 공동조사를 요청받은 행정기관의 장은 이에 응하여야 한다.

④ 국무조정실장은 행정기관의 장이 제6조에 따라 제출한 행정조사운영계획의 내용을 검토한 후 관계 부처의 장에게 공동조사의 실시를 요청할 수 있다.  
(개정 2008. 2. 29., 2013. 3. 23.)

⑤ 그 밖에 공동조사에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

**제15조(중복조사의 제한)** ① 제7조에 따라 정기조사 또는 수시조사를 실시한 행정기관의 장은 동일한 사안에 대하여 동일한 조사대상자를 재조사 하여서는 아니 된다. 다만, 당해 행정기관이 이미 조사를 받은 조사대상자에 대하여 위법행위가 의심되는 새로운

증거를 확보한 경우에는 그러하지 아니하다.

- ② 행정조사를 실시할 행정기관의 장은 행정조사를 실시하기 전에 다른 행정기관에서 동일한 조사대상자에게 동일하거나 유사한 사안에 대하여 행정조사를 실시하였는지 여부를 확인할 수 있다.
- ③ 행정조사를 실시할 행정기관의 장이 제2항에 따른 사실을 확인하기 위하여 행정조사의 결과에 대한 자료를 요청하는 경우 요청받은 행정기관의 장은 특별한 사유가 없는 한 관련 자료를 제공하여야 한다.

**제17조(조사의 사전통지)** ① 행정조사를 실시하고자 하는 행정기관의 장은 제9조에 따른 출석요구서, 제10조에 따른 보고요구서·자료제출요구서 및 제11조에 따른 현장출입조사서(이하 "출석요구서등"이라 한다)를 조사개시 7일 전까지 조사대상자에게 서면으로 통지하여야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 행정조사의 개시와 동시에 출석요구서등을 조사대상자에게 제시하거나 행정조사의 목적 등을 조사대상자에게 구두로 통지할 수 있다.

1. 행정조사를 실시하기 전에 관련 사항을 미리 통지하는 때에는 증거인멸 등으로 행정조사의 목적을 달성할 수 없다고 판단되는 경우
  2. 「통계법」제3조제2호에 따른 지정통계의 작성을 위하여 조사하는 경우
  3. 제5조 단서에 따라 조사대상자의 자발적인 협조를 얻어 실시하는 행정조사의 경우
- ② 행정기관의 장이 출석요구서등을 조사대상자에게 발송하는 경우 출석요구서등의 내용이 외부에 공개되지 아니하도록 필요한 조치를 하여야 한다.

**제18조(조사의 연기신청)** ① 출석요구서등을 통지받은 자가 천재지변이나 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 인하여 행정조사를 받을 수 없는 때에는 당해 행정조사를 연기하여 줄 것을 행정기관의 장에게 요청할 수 있다.

- ② 제1항에 따라 연기요청을 하고자 하는 자는 연기하고자 하는 기간과 사유가 포함된 연기신청서를 행정기관의 장에게 제출하여야 한다.
- ③ 행정기관의 장은 제2항에 따라 행정조사의 연기요청을 받은 때에는 연기요청을 받은 날부터 7일 이내에 조사의 연기 여부를 결정하여 조사대상자에게 통지하여야 한다.

**제22조(조사원 교체신청)** ① 조사대상자는 조사원에게 공정한 행정조사를 기대하기 어려운 사정이 있다고 판단되는 경우에는 행정기관의 장에게 당해 조사원의 교체를

신청할 수 있다.

- ② 제1항에 따른 교체신청은 그 이유를 명시한 서면으로 행정기관의 장에게 하여야 한다.
- ③ 제1항에 따른 교체신청을 받은 행정기관의 장은 즉시 이를 심사하여야 한다.
- ④ 행정기관의 장은 제1항에 따른 교체신청이 타당하다고 인정되는 경우에는 다른 조사원으로 하여금 행정조사를 하게 하여야 한다.
- ⑤ 행정기관의 장은 제1항에 따른 교체신청이 조사를 지연할 목적으로 한 것이거나 그 밖에 교체신청에 타당한 이유가 없다고 인정되는 때에는 그 신청을 기각하고 그 취지를 신청인에게 통지하여야 한다.

**제23조(조사권 행사의 제한)** ① 조사원은 제9조부터 제11조까지에 따라 사전에 발송된 사항에 한하여 조사대상자를 조사하되, 사전통지한 사항과 관련된 추가적인 행정 조사가 필요할 경우에는 조사대상자에게 추가조사의 필요성과 조사내용 등에 관한 사항을 서면이나 구두로 통보한 후 추가조사를 실시할 수 있다.

- ② 조사대상자는 법률·회계 등에 대하여 전문지식이 있는 관계 전문가로 하여금 행정 조사를 받는 과정에 입회하게 하거나 의견을 진술하게 할 수 있다.
- ③ 조사대상자와 조사원은 조사과정을 방해하지 아니하는 범위 안에서 행정조사의 과정을 녹음하거나 녹화할 수 있다. 이 경우 녹음·녹화의 범위 등은 상호 협의 하여 정하여야 한다.
- ④ 조사대상자와 조사원이 제3항에 따라 녹음이나 녹화를 하는 경우에는 사전에 이를 당해 행정기관의 장에게 통지하여야 한다.

**제25조(자율신고제도)** ① 행정기관의 장은 법령등에서 규정하고 있는 조사사항을 조사 대상으로 하여금 스스로 신고하도록 하는 제도를 운영할 수 있다.

- ② 행정기관의 장은 조사대상자가 제1항에 따라 신고한 내용이 거짓의 신고라고 인정할 만한 근거가 있거나 신고내용을 신뢰할 수 없는 경우를 제외하고는 그 신고 내용을 행정조사에 갈음할 수 있다.

■ 행정조사기본법 시행령 [시행 2020.1.16.][대통령령 제30256호, 2019. 12. 24., 타법개정]

**제11조(조사의 연기신청)** ①법 제18조제1항에서 "대통령령으로 정하는 사유"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유를 말한다.

1. 화재나 그 밖의 재해로 인하여 사업장의 운영이 불가능한 경우
2. 법 제10조제2항에 따라 자료제출요구를 받은 경우와 법 제11조제1항에 따른 현장 조사의 경우 장부 및 관련 서류가 권한이 있는 기관에 의하여 압수 또는 영치(領置)된 경우
3. 조사대상자가 개인인 경우 그 개인이 질병이나 장기 출장 등으로 인하여 조사가 곤란하다고 판단되는 경우

② 법 제18조제2항에 따른 연기신청서는 별지 제6호서식에 따른다.

③ 행정기관의 장은 법 제18조제3항에 따라 조사의 연기 여부를 결정한 때에는 별지 제7호서식의 조사연기신청 결과 통지서에 결정사항을 적어 조사대상자에게 통지하여야 한다.

■ 국민건강보험법 [시행 2020.7.8.][법률 제17196호, 2020. 4. 7., 일부개정]

**제41조(요양급여)** ① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다.

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

② 제1항에 따른 요양급여(이하 "요양급여"라 한다)의 범위(이하 "요양급여대상"이라 한다)는 다음 각 호와 같다. <신설 2016. 2. 3.>

1. 제1항 각 호의 요양급여(제1항제2호의 약제는 제외한다): 제4항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
2. 제1항제2호의 약제: 제41조의3에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것

③ 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2016. 2. 3.>

④ 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. <개정 2016. 2. 3.>

**제42조(요양기관)** ① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다. <개정 2018. 3. 27.>

1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국희귀·필수의약품센터
4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소

5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소
- ② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.
  - ③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.
    - 1. 제2항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
    - 2. 제2항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우
  - ④ 제2항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제41조제3항에 따른 요양급여의 절차 및 제45조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다. <개정 2016. 2. 3.>
  - ⑤ 제1항·제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

**제44조(비용의 일부부담)** ① 요양급여를 받는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 비용의 일부(이하 "본인일부부담금"이라 한다)를 본인이 부담한다. 이 경우 선별급여에 대해서는 다른 요양급여에 비하여 본인일부부담금을 상향 조정할 수 있다. <개정 2016. 3. 22.>

② 제1항에 따라 본인이 연간 부담하는 본인일부부담금의 총액이 대통령령으로 정하는 금액(이하 이 조에서 "본인부담상한액"이라 한다)을 초과한 경우에는 공단이 그 초과금액을 부담하여야 한다. <신설 2016. 3. 22.>

③ 제2항에 따른 본인부담상한액은 가입자의 소득수준 등에 따라 정한다. <신설 2016. 3. 22.>

④ 제2항에 따른 본인일부부담금 총액 산정 방법, 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급 방법 및 제3항에 따른 가입자의 소득수준 등에 따른 본인부담상한액 설정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. <신설 2016. 3. 22.>

**제45조(요양급여비용의 산정 등)** ① 요양급여비용은 공단의 이사장과 대통령령으로 정하는 의약계를 대표하는 사람들의 계약으로 정한다. 이 경우 계약기간은 1년으로 한다.

② 제1항에 따라 계약이 체결되면 그 계약은 공단과 각 요양기관 사이에 체결된 것으로 본다.

③ 제1항에 따른 계약은 그 직전 계약기간 만료일이 속하는 연도의 5월 31일까지 체결하여야 하며, 그 기한까지 계약이 체결되지 아니하는 경우 보건복지부장관이 그 직전

계약기간 만료일이 속하는 연도의 6월 30일까지 심의위원회의 의결을 거쳐 요양급여 비용을 정한다. 이 경우 보건복지부장관이 정하는 요양급여비용은 제1항 및 제2항에 따라 계약으로 정한 요양급여비용으로 본다. <개정 2013. 5. 22.>

- ④ 제1항 또는 제3항에 따라 요양급여비용이 정해지면 보건복지부장관은 그 요양급여 비용의 명세를 지체 없이 고시하여야 한다.
- ⑤ 공단의 이사장은 제33조에 따른 재정운영위원회의 심의·의결을 거쳐 제1항에 따른 계약을 체결하여야 한다.
- ⑥ 심사평가원은 공단의 이사장이 제1항에 따른 계약을 체결하기 위하여 필요한 자료를 요청하면 그 요청에 성실히 따라야 한다.
- ⑦ 제1항에 따른 계약의 내용과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

**제46조(약제·치료재료에 대한 요양급여비용의 산정)** 제41조제1항제2호의 약제·치료재료(이하 "약제·치료재료"라 한다)에 대한 요양급여비용은 제45조에도 불구하고 요양기관의 약제·치료재료 구입금액 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 달리 산정할 수 있다.

**제53조(급여의 제한)** ① 공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 보험급여를 하지 아니한다.

1. 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으킨 경우
2. 고의 또는 중대한 과실로 공단이나 요양기관의 요양에 관한 지시에 따르지 아니한 경우
3. 고의 또는 중대한 과실로 제55조에 따른 문서와 그 밖의 물건의 제출을 거부하거나 질문 또는 진단을 기피한 경우
4. 업무 또는 공무로 생긴 질병·부상·재해로 다른 법령에 따른 보험급여나 보상(報償) 또는 보상(補償)을 받게 되는 경우

② 공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체로부터 보험급여에 상당하는 급여를 받거나 보험급여에 상당하는 비용을 지급받게 되는 경우에는 그 한도에서 보험급여를 하지 아니한다.

③ 공단은 가입자가 대통령령으로 정하는 기간 이상 다음 각 호의 보험료를 체납한 경우 그 체납한 보험료를 완납할 때까지 그 가입자 및 피부양자에 대하여 보험급여를 실시하지 아니할 수 있다. 다만, 월별 보험료의 총체납횟수(이미 납부된 체납보험료는 총체납횟수에서 제외하며, 보험료의 체납기간은 고려하지 아니한다)가 대통령령으로 정하는 횟수 미만이거나 가입자 및 피부양자의 소득·재산 등이 대통령령으로 정하는

기준 미만인 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2018. 12. 11.>

1. 제69조제4항제2호에 따른 소득월액보험료
2. 제69조제5항에 따른 세대단위의 보험료

④ 공단은 제77조제1항제1호에 따라 납부의무를 부담하는 사용자가 제69조제4항제1호에 따른 보수월액보험료를 체납한 경우에는 그 체납에 대하여 직장가입자 본인에게 귀책사유가 있는 경우에 한하여 제3항의 규정을 적용한다. 이 경우 해당 직장가입자의 피부양자에게도 제3항의 규정을 적용한다. <개정 2019. 4. 23.>

⑤ 제3항 및 제4항에도 불구하고 제82조에 따라 공단으로부터 분할납부 승인을 받고 그 승인된 보험료를 1회 이상 낸 경우에는 보험급여를 할 수 있다. 다만, 제82조에 따른 분할납부 승인을 받은 사람이 정당한 사유 없이 5회(같은 조 제1항에 따라 승인받은 분할납부 횟수가 5회 미만인 경우에는 해당 분할납부 횟수를 말한다. 이하 이 조에서 같다) 이상 그 승인된 보험료를 내지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2019. 4. 23.>

⑥ 제3항 및 제4항에 따라 보험급여를 하지 아니하는 기간(이하 이 항에서 "급여제한기간"이라 한다)에 받은 보험급여는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 보험급여로 인정한다. <개정 2019. 4. 23.>

1. 공단이 급여제한기간에 보험급여를 받은 사실이 있음을 가입자에게 통지한 날부터 2개월이 지난 날이 속한 달의 납부기한 이내에 체납된 보험료를 완납한 경우
2. 공단이 급여제한기간에 보험급여를 받은 사실이 있음을 가입자에게 통지한 날부터 2개월이 지난 날이 속한 달의 납부기한 이내에 제82조에 따라 분할납부 승인을 받은 체납보험료를 1회 이상 낸 경우. 다만, 제82조에 따른 분할납부 승인을 받은 사람이 정당한 사유 없이 5회 이상 그 승인된 보험료를 내지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

**제54조(급여의 정지)** 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 기간에는 보험급여를 하지 아니한다. 다만, 제3호 및 제4호의 경우에는 제60조에 따른 요양급여를 실시한다. <개정 2020. 4. 7.>

1. 삭제 <2020. 4. 7.>
  2. 국외에 체류하는 경우
  3. 제6조제2항제2호에 해당하게 된 경우
  4. 교도소, 그 밖에 이에 준하는 시설에 수용되어 있는 경우
- [시행일 : 2020. 7. 8.]

**제55조(급여의 확인)** 공단은 보험급여를 할 때 필요하다고 인정되면 보험급여를 받는 사람에게 문서와 그 밖의 물건을 제출하도록 요구하거나 관계인을 시켜 질문 또는 진단하게 할 수 있다.

**제57조(부당이득의 징수)** ① 공단은 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람이나 보험급여 비용을 받은 요양기관에 대하여 그 보험급여나 보험급여 비용에 상당하는 금액의 전부 또는 일부를 징수한다.

② 공단은 제1항에 따라 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여 비용을 받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 해당 요양기관을 개설한 자에게 그 요양기관과 연대하여 같은 항에 따른 징수금을 납부하게 할 수 있다.  
〈신설 2013. 5. 22.〉

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

③ 사용자나 가입자의 거짓 보고나 거짓 증명(제12조제5항을 위반하여 건강보험증이나 신분증명서를 양도·대여하여 다른 사람이 보험급여를 받게 하는 것을 포함한다) 또는 요양기관의 거짓 진단에 따라 보험급여가 실시된 경우 공단은 이들에게 보험급여를 받은 사람과 연대하여 제1항에 따른 징수금을 내게 할 수 있다. 〈개정 2013. 5. 22., 2018. 12. 11.〉

④ 공단은 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람과 같은 세대에 속한 가입자(속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람이 피부양자인 경우에는 그 직장가입자를 말한다)에게 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여를 받은 사람과 연대하여 제1항에 따른 징수금을 내게 할 수 있다. 〈개정 2013. 5. 22.〉

⑤ 요양기관이 가입자나 피부양자로부터 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 요양급여비용을 받은 경우 공단은 해당 요양기관으로부터 이를 징수하여 가입자나 피부양자에게 지체 없이 지급하여야 한다. 이 경우 공단은 가입자나 피부양자에게 지급하여야 하는 금액을 그 가입자 및 피부양자가 내야 하는 보험료등과 상계할 수 있다. 〈개정 2013. 5. 22.〉

**제92조(기간 계산)** 이 법이나 이 법에 따른 명령에 규정된 기간의 계산에 관하여 이 법에서 정한 사항 외에는 「민법」의 기간에 관한 규정을 준용한다.

**제96조(자료의 제공)** ① 공단은 국가, 지방자치단체, 요양기관, 「보험업법」에 따른 보험회사 및 보험료를 산출 기관, 「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따른 공공기관, 그 밖의 공공단체 등에 대하여 다음 각 호의 업무를 수행하기 위하여 주민등록·가족관계등록·국세·지방세·토지·건물·출입국관리 등의 자료로서 대통령령으로 정하는 자료를 제공하도록 요청할 수 있다. <개정 2014. 5. 20.>

1. 가입자 및 피부양자의 자격 관리, 보험료의 부과·징수, 보험급여의 관리 등 건강보험 사업의 수행

2. 제14조제1항제11호에 따른 업무의 수행

② 심사평가원은 국가, 지방자치단체, 요양기관, 「보험업법」에 따른 보험회사 및 보험료를 산출 기관, 「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따른 공공기관, 그 밖의 공공단체 등에 대하여 요양급여비용을 심사하고 요양급여의 적정성을 평가하기 위하여 주민등록·출입국관리·진료기록·의약품공급 등의 자료로서 대통령령으로 정하는 자료를 제공하도록 요청할 수 있다. <개정 2014. 5. 20.>

③ 보건복지부장관은 관계 행정기관의 장에게 제41조의2에 따른 약제에 대한 요양급여비용 상한금액의 감액 및 요양급여의 적용 정지를 위하여 필요한 자료를 제공하도록 요청할 수 있다. <신설 2018. 3. 27.>

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따라 자료 제공을 요청받은 자는 성실히 이에 따라야 한다. <개정 2018. 3. 27.>

⑤ 공단 또는 심사평가원은 요양기관, 「보험업법」에 따른 보험회사 및 보험료를 산출 기관에 제1항 또는 제2항에 따른 자료의 제공을 요청하는 경우 자료 제공 요청 근거 및 사유, 자료 제공 대상자, 대상기간, 자료 제공 기한, 제출 자료 등이 기재된 자료제공요청서를 발송하여야 한다. <신설 2016. 3. 22., 2018. 3. 27.>

⑥ 제1항 및 제2항에 따른 국가, 지방자치단체, 요양기관, 「보험업법」에 따른 보험료를 산출 기관 그 밖의 공공기관 및 공공단체가 공단 또는 심사평가원에 제공하는 자료에 대하여는 사용료와 수수료 등을 면제한다. <개정 2016. 3. 22., 2018. 3. 27.>

**제96조의3(서류의 보존)** ① 요양기관은 요양급여가 끝난 날부터 5년간 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 제47조에 따른 요양급여비용의 청구에 관한 서류를 보존하여야 한다. 다만, 약국 등 보건복지부령으로 정하는 요양기관은 처방전을 요양급여비용을 청구한 날부터 3년간 보존하여야 한다.

② 사용자는 3년간 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 자격 관리 및 보험료 산정 등

건강보험에 관한 서류를 보존하여야 한다.

[본조신설 2013. 5. 22.]

[제96조의2에서 이동 <2019. 12. 3.>]

[시행일 : 2022. 7. 1.]

- 제97조(보고와 검사)** ① 보건복지부장관은 사용자, 직장가입자 또는 세대주에게 가입자의 이동·보수·소득이나 그 밖에 필요한 사항에 관한 보고 또는 서류 제출을 명하거나, 소속 공무원이 관계인에게 질문하게 하거나 관계 서류를 검사하게 할 수 있다.
- ② 보건복지부장관은 요양기관(제49조에 따라 요양을 실시한 기관을 포함한다)에 대하여 요양·약제의 지급 등 보험급여에 관한 보고 또는 서류 제출을 명하거나, 소속 공무원이 관계인에게 질문하게 하거나 관계 서류를 검사하게 할 수 있다.
- ③ 보건복지부장관은 보험급여를 받은 자에게 해당 보험급여의 내용에 관하여 보고하게 하거나, 소속 공무원이 질문하게 할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제47조제6항에 따라 요양급여비용의 심사청구를 대행하는 단체(이하 "대행청구단체"라 한다)에 필요한 자료의 제출을 명하거나, 소속 공무원이 대행청구에 관한 자료 등을 조사·확인하게 할 수 있다.
- ⑤ 보건복지부장관은 제41조의2에 따른 약제에 대한 요양급여비용 상한금액의 감액 및 요양급여의 적용 정지를 위하여 필요한 경우에는 「약사법」 제47조제2항에 따른 의약품공급자에 대하여 금전, 물품, 편익, 노무, 향응, 그 밖의 경제적 이익등 제공으로 인한 의약품 판매 질서 위반 행위에 관한 보고 또는 서류 제출을 명하거나, 소속 공무원이 관계인에게 질문하게 하거나 관계 서류를 검사하게 할 수 있다. <신설 2018. 3. 27.>
- ⑥ 제1항부터 제5항까지의 규정에 따라 질문·검사·조사 또는 확인을 하는 소속 공무원은 그 권한을 표시하는 증표를 지니고 관계인에게 보여주어야 한다. <개정 2018. 3. 27.>

- 제98조(업무정지)** ① 보건복지부장관은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 요양기관에 대하여 1년의 범위에서 기간을 정하여 업무정지를 명할 수 있다. <개정 2016. 2. 3.>
1. 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험자·가입자 및 피부양자에게 요양급여비용을 부담하게 한 경우
  2. 제97조제2항에 따른 명령에 위반하거나 거짓 보고를 하거나 거짓 서류를 제출하

- 거나, 소속 공무원의 검사 또는 질문을 거부·방해 또는 기피한 경우
3. 정당한 사유 없이 요양기관이 제41조의3제1항에 따른 결정을 신청하지 아니하고 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 행위·치료재료를 가입자 또는 피부양자에게 실시 또는 사용하고 비용을 부담시킨 경우
    - ② 제1항에 따라 업무정지 처분을 받은 자는 해당 업무정지기간 중에는 요양급여를 하지 못한다.
    - ③ 제1항에 따른 업무정지 처분의 효과는 그 처분이 확정된 요양기관을 양수한 자 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인에 승계되고, 업무정지 처분의 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.
    - ④ 제1항에 따른 업무정지 처분을 받았거나 업무정지 처분의 절차가 진행 중인 자는 행정처분을 받은 사실 또는 행정처분절차가 진행 중인 사실을 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인에 지체 없이 알려야 한다.
    - ⑤ 제1항에 따른 업무정지를 부과하는 위반행위의 종류, 위반 정도 등에 따른 행정처분 기준이나 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

**제99조(과징금)** ① 보건복지부장관은 요양기관이 제98조제1항제1호 또는 제3호에 해당하여 업무정지 처분을 하여야 하는 경우로서 그 업무정지 처분이 해당 요양기관을 이용하는 사람에게 심한 불편을 주거나 보건복지부장관이 정하는 특별한 사유가 있다고 인정되면 업무정지 처분을 갈음하여 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 부담하게 한 금액의 5배 이하의 금액을 과징금으로 부과·징수할 수 있다. 이 경우 보건복지부장관은 12개월의 범위에서 분할납부를 하게 할 수 있다. <개정 2016. 2. 3.>

② 보건복지부장관은 제41조의2제3항에 따라 약제를 요양급여에서 적용 정지하는 경우 국민 건강에 심각한 위험을 초래할 것이 예상되는 등 특별한 사유가 있다고 인정되는 때에는 요양급여의 적용 정지에 갈음하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 약제에 대한 요양급여비용 총액의 100분의 60을 넘지 아니하는 범위에서 과징금을 부과·징수할 수 있다. 이 경우 보건복지부장관은 12개월의 범위에서 분할납부를

하게 할 수 있다. <신설 2014. 1. 1., 2018. 3. 27.>

③ 보건복지부장관은 제2항 전단에 따라 과징금 부과 대상이 된 약제가 과징금이 부과된 날부터 5년의 범위에서 대통령령으로 정하는 기간 내에 다시 제2항 전단에 따른 과징금 부과 대상이 되는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 약제에 대한 요양급여비용 총액의 100분의 100을 넘지 아니하는 범위에서 과징금을 부과 징수할 수 있다. <신설 2018. 3. 27.>

④ 제2항 및 제3항에 따라 대통령령으로 해당 약제에 대한 요양급여비용 총액을 정할 때에는 그 약제의 과거 요양급여 실적 등을 고려하여 1년간의 요양급여 총액을 넘지 않는 범위에서 정하여야 한다. <신설 2014. 1. 1., 2018. 3. 27.>

⑤ 보건복지부장관은 제1항에 따른 과징금을 납부하여야 할 자가 납부기한까지 이를 내지 아니하면 대통령령으로 정하는 절차에 따라 그 과징금 부과 처분을 취소하고 제98조제1항에 따른 업무정지 처분을 하거나 국세 체납처분의 예에 따라 이를 징수한다. 다만, 요양기관의 폐업 등으로 제98조제1항에 따른 업무정지 처분을 할 수 없으면 국세 체납처분의 예에 따라 징수한다. <개정 2016. 3. 22., 2018. 3. 27.>

⑥ 보건복지부장관은 제2항 또는 제3항에 따른 과징금을 납부하여야 할 자가 납부기한까지 이를 내지 아니하면 국세 체납처분의 예에 따라 징수한다. <신설 2016. 3. 22., 2018. 3. 27.>

⑦ 보건복지부장관은 과징금을 징수하기 위하여 필요하면 다음 각 호의 사항을 적은 문서로 관할 세무관서의 장 또는 지방자치단체의 장에게 과세정보의 제공을 요청할 수 있다. <개정 2014. 1. 1., 2016. 3. 22., 2018. 3. 27.>

1. 납세자의 인적사항
2. 사용 목적
3. 과징금 부과 사유 및 부과 기준

⑧ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따라 징수한 과징금은 다음 각 호 외의 용도로는 사용할 수 없다. <개정 2014. 1. 1., 2016. 3. 22., 2018. 1. 16., 2018. 3. 27.>

1. 제47조제3항에 따라 공단이 요양급여비용으로 지급하는 자금
2. 「응급의료에 관한 법률」에 따른 응급의료기금의 지원
3. 「재난적의료비 지원에 관한 법률」에 따른 재난적의료비 지원사업에 대한 지원

⑨ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 과징금의 금액과 그 납부에 필요한 사항 및 제8항에 따른 과징금의 용도별 지원 규모, 사용 절차 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. <개정 2014. 1. 1., 2016. 3. 22., 2018. 3. 27.>

**제100조(위반사실의 공표)** ① 보건복지부장관은 관련 서류의 위조·변조로 요양급여비용을 거짓으로 청구하여 제98조 또는 제99조에 따른 행정처분을 받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 위반 행위, 처분 내용, 해당 요양기관의 명칭·주소 및 대표자 성명, 그 밖에 다른 요양기관과의 구별에 필요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항을 공표할 수 있다. 이 경우 공표 여부를 결정할 때에는 그 위반행위의 동기, 정도, 횟수 및 결과 등을 고려하여야 한다.

1. 거짓으로 청구한 금액이 1천 500만원 이상인 경우
  2. 요양급여비용 총액 중 거짓으로 청구한 금액의 비율이 100분의 20 이상인 경우
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 공표 여부 등을 심의하기 위하여 건강보험 공표심의위원회(이하 이 조에서 "공표심의위원회"라 한다)를 설치·운영한다.
- ③ 보건복지부장관은 공표심의위원회의 심의를 거친 공표대상자에게 공표대상자인 사실을 알려 소명자료를 제출하거나 출석하여 의견을 진술할 기회를 주어야 한다.
- ④ 보건복지부장관은 공표심의위원회가 제3항에 따라 제출된 소명자료 또는 진술된 의견을 고려하여 공표대상자를 재심의한 후 공표대상자를 선정한다.
- ⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 공표의 절차·방법, 공표심의위원회의 구성·운영 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

**제101조(제조업자 등의 금지행위 등)** ① 「약사법」에 따른 의약품의 제조업자·위탁 제조판매업자·수입자·판매업자 및 「의료기기법」에 따른 의료기기 제조업자·수입업자·수리업자·판매업자·임대업자(이하 "제조업자등"이라 한다)는 약제·치료재료와 관련하여 제41조의3에 따라 요양급여대상 여부를 결정하거나 제46조에 따라 요양급여비용을 산정할 때에 다음 각 호의 행위를 하여 보험자·가입자 및 피부양자에게 손실을 주어서는 아니 된다. <개정 2016. 2. 3.>

1. 제98조제1항제1호에 해당하는 요양기관의 행위에 개입
  2. 보건복지부, 공단 또는 심사평가원에 거짓 자료의 제출
  3. 그 밖에 속임수나 보건복지부령으로 정하는 부당한 방법으로 요양급여대상 여부의 결정과 요양급여비용의 산정에 영향을 미치는 행위
- ② 보건복지부장관은 제조업자등이 제1항에 위반한 사실이 있는지 여부를 확인하기 위하여 그 제조업자등에게 관련 서류의 제출을 명하거나, 소속 공무원이 관계인에게 질문을 하게 하거나 관계 서류를 검사하게 하는 등 필요한 조사를 할 수 있다. 이 경우 소속 공무원은 그 권한을 표시하는 증표를 지니고 이를 관계인에게 보여주어야 한다.

③ 공단은 제1항을 위반하여 보험자·가입자 및 피부양자에게 손실을 주는 행위를 한 제조업자등에 대하여 손실에 상당하는 금액(이하 이 조에서 "손실 상당액"이라 한다)을 징수한다.〈신설 2016. 2. 3.〉

④ 공단은 제3항에 따라 징수한 손실 상당액 중 가입자 및 피부양자의 손실에 해당되는 금액을 그 가입자나 피부양자에게 지급하여야 한다. 이 경우 공단은 가입자나 피부양자에게 지급하여야 하는 금액을 그 가입자 및 피부양자가 내야하는 보험료등과 상계할 수 있다.〈신설 2016. 2. 3.〉

⑤ 제3항에 따른 손실 상당액의 산정, 부과·징수절차 및 납부방법 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.〈신설 2016. 2. 3.〉

**제115조(벌칙)** ① 제102조제1호를 위반하여 가입자 및 피부양자의 개인정보를 누설하거나 직무상 목적 외의 용도로 이용 또는 정당한 사유 없이 제3자에게 제공한 자는 5년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다. 〈신설 2016. 3. 22., 2019. 4. 23.〉

② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다. 〈개정 2016. 3. 22., 2019. 4. 23.〉

1. 대행청구단체의 종사자로서 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 요양급여비용을 청구한 자
2. 제102조제2호를 위반하여 업무를 수행하면서 알게 된 정보를 누설하거나 직무상 목적 외의 용도로 이용 또는 제3자에게 제공한 자

③ 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 보험급여를 받거나 타인으로 하여금 보험급여를 받게 한 사람은 2년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다. 〈신설 2019. 4. 23.〉

④ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다. 〈개정 2013. 5. 22., 2016. 3. 22., 2019. 4. 23.〉

1. 제42조의2제1항 및 제3항을 위반하여 선별급여를 제공한 요양기관의 개설자
2. 제47조제6항을 위반하여 대행청구단체가 아닌 자로 하여금 대행하게 한 자
3. 제93조를 위반한 사용자
4. 제98조제2항을 위반한 요양기관의 개설자
5. 삭제 〈2019. 4. 23.〉

**제116조(벌칙)** 제97조제2항을 위반하여 보고 또는 서류 제출을 하지 아니한 자, 거짓으로 보고하거나 거짓 서류를 제출한 자, 검사나 질문을 거부·방해 또는 기피한 자는 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

**제117조(벌칙)** 제42조제5항을 위반한 자 또는 제49조제2항을 위반하여 요양비 명세서나 요양 명세를 적은 영수증을 내주지 아니한 자는 500만원 이하의 벌금에 처한다.

**제118조(양벌 규정)** ① 법인의 대표자나 법인 또는 개인의 대리인, 사용인, 그 밖의 종사자가 그 법인 또는 개인의 업무에 관하여 제115조부터 제117조까지의 규정 중 어느 하나에 해당하는 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 게을리하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

**제119조(과태료)** ① 삭제 <2013. 5. 22.>

② 삭제 <2013. 5. 22.>

③ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에게는 500만원 이하의 과태료를 부과한다.  
<개정 2016. 3. 22., 2018. 3. 27.>

1. 제7조를 위반하여 신고를 하지 아니하거나 거짓으로 신고한 사용자
2. 정당한 사유 없이 제94조제1항을 위반하여 신고·서류제출을 하지 아니하거나 거짓으로 신고·서류제출을 한 자
3. 정당한 사유 없이 제97조제1항, 제3항, 제4항, 제5항을 위반하여 보고·서류제출을 하지 아니하거나 거짓으로 보고·서류제출을 한 자
4. 제98조제4항을 위반하여 행정처분을 받은 사실 또는 행정처분절차가 진행 중인 사실을 지체 없이 알리지 아니한 자
5. 정당한 사유 없이 제101조제2항을 위반하여 서류를 제출하지 아니하거나 거짓으로 제출한 자

④ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에게는 100만원 이하의 과태료를 부과한다.  
<개정 2013. 5. 22.>

1. 삭제 <2016. 3. 22.>
2. 제43조제1항 및 제2항을 위반하여 신고를 하지 아니하거나 거짓으로 신고한 자
3. 삭제 <2016. 3. 22.>
4. 제96조의2를 위반하여 서류를 보존하지 아니한 자
5. 제103조에 따른 명령을 위반한 자
6. 제105조를 위반한 자

⑤ 제3항 및 제4항에 따른 과태료는 대통령령으로 정하는 바에 따라 보건복지부장관이 부과·징수한다. <개정 2013. 5. 22.>

■ 국민건강보험법 시행령 [시행 2020. 7. 8] [대통령령 제30824호, 2020. 7. 7, 일부개정]

**제18조(요양기관에서 제외되는 의료기관 등)** ① 법 제42조제1항 각 호 외의 부분 후단에서 "대통령령으로 정하는 의료기관 등"이란 다음 각 호의 의료기관 또는 약국을 말한다.  
(개정 2017. 3. 20.)

1. 「의료법」 제35조에 따라 개설된 부속 의료기관
  2. 「사회복지사업법」 제34조에 따른 사회복지시설에 수용된 사람의 진료를 주된 목적으로 개설된 의료기관
  3. 제19조제1항에 따른 본인일부부담금을 받지 아니하거나 경감하여 받는 등의 방법으로 가입자나 피부양자를 유인(誘引)하는 행위 또는 이와 관련하여 과잉 진료행위를 하거나 부당하게 많은 진료비를 요구하는 행위를 하여 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 업무정지 처분 등을 받은 의료기관
    - 가. 법 제98조에 따른 업무정지 또는 법 제99조에 따른 과징금 처분을 5년 동안 2회 이상 받은 의료기관
    - 나. 「의료법」 제66조에 따른 면허자격정지 처분을 5년 동안 2회 이상 받은 의료인이 개설·운영하는 의료기관
  4. 법 제98조에 따른 업무정지 처분 절차가 진행 중이거나 업무정지 처분을 받은 요양기관의 개설자가 개설한 의료기관 또는 약국
- ② 제1항제1호 및 제2호에 따른 의료기관은 요양기관에서 제외되려면 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 요양기관 제외신청을 하여야 한다.
- ③ 의료기관 등이 요양기관에서 제외되는 기간은 제1항제3호의 경우에는 1년 이하로 하고, 제1항제4호의 경우에는 해당 업무정지기간이 끝나는 날까지로 한다.

**제19조(비용의 본인부담)** ① 법 제44조제1항에 따른 본인일부부담금(이하 "본인일부부담금"이라 한다)의 부담률 및 부담액은 별표 2와 같다.

- ② 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.
- ③ 법 제44조제2항에 따른 본인일부부담금의 총액은 요양급여를 받는 사람이 연간 부담하는 본인일부부담금을 모두 더한 금액으로 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에

해당하는 본인일부부담금은 더하지 않는다. <개정 2018. 6. 26., 2019. 4. 2., 2019. 6. 11., 2019. 10. 22.>

1. 별표 2 제1호가목1)에 따라 상급종합병원·종합병원·병원·한방병원·요양병원(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원인 요양병원 및 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다) 일반입원실의 2인실·3인실 및 정신과 폐쇄병실의 2인실·3인실을 이용한 경우 그 입원료로 부담한 금액

2. 별표 2 제3호라목5)·6)·9) 및 10)에 따라 부담한 금액

3. 별표 2 제3호사목 및 거목에 따라 부담한 금액

4. 별표 2 제4호에 따라 부담한 금액

5. 별표 2 제6호에 따라 부담한 금액

④ 법 제44조제2항에 따른 본인부담상한액(이하 "본인부담상한액"이라 한다)은 별표 3의 산정방법에 따라 산정된 금액을 말한다.

⑤ 법 제44조제2항에 따라 공단이 본인부담상한액을 넘는 금액을 지급하는 경우에는 요양급여를 받은 사람이 지정하는 예금계좌(「우체국예금·보험에 관한 법률」에 따른 체신관서 및 「은행법」에 따른 은행에서 개설된 예금계좌 등 보건복지부장관이 정하는 예금계좌를 말한다)로 지급해야 한다. 다만, 해당 예금계좌로 입금할 수 없는 불가피한 사유가 있는 경우에는 보건복지부장관이 정하는 방법으로 지급할 수 있다. <개정 2019. 6. 11.>

⑥ 제2항 및 제5항에서 정한 사항 외에 본인일부부담금의 납부방법이나 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급방법 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

[전문개정 2017. 3. 20.]

**제22조(약제·치료재료의 요양급여비용)** ① 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. <개정 2013. 1. 28., 2013. 3. 23., 2014. 8. 29.>

1. 한약제: 상한금액
  2. 한약제 외의 약제: 구입금액
  3. 삭제 <2014. 8. 29.>
  4. 치료재료: 구입금액
- ② 제1항에 따른 약제 및 치료재료에 대한 요양급여비용의 결정 기준·절차, 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

**제70조(행정처분기준)** ① 법 제98조제1항 및 제99조제1항에 따른 요양기관에 대한 업무 정지 처분 및 과징금 부과 기준은 별표 5와 같다.

② 제1항에 따른 과징금의 징수 절차는 보건복지부령으로 정한다.

**제72조(공표 사항)** 법 제100조제1항 각 호 외의 부분 전단에서 "대통령령으로 정하는 사항"이란 다음 각 호의 사항을 말한다.

1. 해당 요양기관의 종류와 그 요양기관 대표자의 면허번호·성별
2. 의료기관의 개설자가 법인인 경우에는 의료기관의 장의 성명
3. 그 밖에 다른 요양기관과의 구별을 위하여 법 제100조제2항에 따른 건강보험공표 심의위원회(이하 "공표심의위원회"라 한다)가 필요하다고 인정하는 사항

**제73조(공표심의위원회의 구성·운영 등)** ① 공표심의위원회는 위원장 1명을 포함한 9명의 위원으로 구성한다.

② 공표심의위원회의 위원장은 제1호부터 제4호까지의 위원 중에서 호선(互選)하고, 위원은 보건복지부장관이 임명하거나 위촉하는 다음 각 호의 사람으로 한다.

1. 소비자단체가 추천하는 사람 1명
  2. 언론인 1명
  3. 변호사 등 법률 전문가 1명
  4. 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 사람으로서 의약계를 대표하는 단체가 추천하는 사람 3명
  5. 보건복지부의 고위공무원단에 속하는 일반직공무원 1명
  6. 공단의 이사장 및 심사평가원의 원장이 각각 1명씩 추천하는 사람 2명
- ③ 공표심의위원회 위원(제2항제5호의 위원은 제외한다)의 임기는 2년으로 한다.
- ④ 공표심의위원회의 위원장은 공표심의위원회를 대표하고, 공표심의위원회의 업무를 총괄한다.
- ⑤ 공표심의위원회의 위원장이 부득이한 사유로 직무를 수행할 수 없을 때에는

위원장이 지명하는 위원이 그 직무를 대행한다.

⑥ 공표심의위원회의 회의는 재적위원 과반수의 출석으로 개의하고, 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다.

⑦ 제1항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 공표심의위원회의 구성·운영 등에 필요한 사항은 공표심의위원회의 의결을 거쳐 위원장이 정한다.

**제74조(공표 절차 및 방법 등)** ① 보건복지부장관은 법 제100조제3항에 따라 공표 대상자인 사실을 통지받은 요양기관에 대하여 그 통지를 받은 날부터 20일 동안 소명자료를 제출하거나 출석하여 의견을 진술할 기회를 주어야 한다.

② 보건복지부장관은 법 제100조제4항에 따라 공표대상자로 선정된 요양기관에 대하여 보건복지부, 공단, 심사평가원, 관할 특별시·광역시·특별자치시·도·특별자치도와 시·군·자치구 및 보건소의 홈페이지에 6개월 동안 같은 조 제1항에 따른 공표 사항을 공고해야 하며, 추가로 게시판 등에도 공고할 수 있다. <개정 2020. 6. 2.>

③ 보건복지부장관은 법 제100조제4항에 따라 공표대상자로 선정된 요양기관이 같은 조 제1항 각 호에 해당하는 거짓 청구를 반복적으로 하거나 그 거짓 청구가 중대한 위반행위에 해당하는 경우 등 추가 공표가 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항에 따른 공고 외에 「신문 등의 진흥에 관한 법률」에 따른 신문 또는 「방송법」에 따른 방송에 추가로 공표할 수 있다.

④ 제2항에 따른 공고 대상인 요양기관을 관할하는 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사, 시장·군수·구청장 또는 보건소의 장은 「의료법」 제33조제5항에 따른 변경허가·변경신고 등으로 제2항에 따른 공고기간 중 법 제100조제1항에 따른 공표 사항이 변경된 사실이 확인되었을 때에는 지체 없이 보건복지부장관에게 그 사실을 알려야 한다. 이 경우 보건복지부장관은 그 변경 사항이 제2항에 따른 공고 내용에 즉시 반영되도록 필요한 조치를 해야 한다. <개정 2020. 6. 2.>

⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 공표 절차 및 방법, 공표 사항의 변경 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정한다.

[별표 2] <개정 2020. 7. 8.>

### 본인일부부담금의 부담률 및 부담액(제19조제1항 관련)

1. 가입자 또는 피부양자는 요양급여비용 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금액(100원 미만은 제외한다)을 부담한다. 다만, 입원진료의 경우에는 100원 미만의 금액도 부담한다.
  - 가. 입원진료(나목의 표 중 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 진료의 경우는 제외한다) 및 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받은 경우(약국 또는 한국회귀·필수의약품센터인 요양기관에서 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우를 포함한다)는 다음의 구분에 따라 계산한 금액
    - 1) 요양급여비용 총액(보건복지부장관이 정하여 고시하는 식대와 장애인 치과진료에 대한 가산금액은 제외한다)의 100분의 20에 입원기간 중 식대[입원환자의 식사와 질과 서비스에 영향을 미치는 부가적 요소에 드는 비용에 해당하는 가산금액(이하 "식대 가산금액"이라 한다)을 포함한다. 이하 이 호, 제2호 및 제3호가목·나목·아목에서 같다]의 100분의 50을 더한 금액. 다만, 상급종합병원에서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실·4인실 및 정신과 폐쇄병실의 2인실·3인실·4인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 각각 100분의 50·100분의 40·100분의 30으로 하고, 종합병원·병원·한방병원·요양병원(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원인 요양병원 및 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다)에서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실 및 정신과 폐쇄병실의 2인실·3인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 각각 100분의 40·100분의 30으로 하며, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 격리 입원에 대해서는 그 입원료에 한정하여 100분의 10으로 한다.
    - 2) 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에서 입원진료를 받는 사람 중 입원 치료보다는 요양시설이나 외래진료를 받는 것이 적합한 환자로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 환자군에 해당하는 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 40에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액
  - 나. 외래진료의 경우 및 보건복지부장관이 정하는 의료장비·치료재료를 이용한 진료의 경우에는 다음 표의 구분에 따라 계산한 금액

기관 종류	소재지	환자구분	본인부담액
상급종합 병원	모든 지역	일반환자	진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 - 진찰료총액) × 60/100. 다만, 임신부 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 40/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 20/100으로 한다.
		의약분업 예외환자	진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 - 약값 총액 - 진찰료 총액) × 60/100 + 약값 총액 × 30/100. 다만, 임신부 외래진료의 경우에는 (요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 40/100 + 약값 총액 × 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 (요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 20/100 + 약값 총액 × 21/100로 한다.
종합병원	동 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 50/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 50/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
	읍·면 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 45/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 45/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	동 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 40/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 40/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
	읍·면 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 35/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 35/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100) + 약값 총액 × 30/100 (1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
의원, 치과 의원, 한의원, 보건의료원	모든 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 30/100(임신부 외래진료의 경우에는 10/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 5/100). 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상이면서 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 30/100(임신부 외래진료의 경우에는 10/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 5/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100). 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상이면서 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.
보건소, 보건지소, 보건진료소	모든 지역		요양급여비용 총액 × 30/100. 다만, 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.

## 비 고

1. 위 표에서 "의약분업 예외환자"란 「약사법」 제23조제4항제3호 중 조현병(調絃病) 또는 조울증 등으로 자신 또는 타인을 해칠 우려가 있는 정신질환자, 같은 항 제4호 중 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 제1군감염병환자 및 같은 항 제8호·제9호에 해당하는 환자를 말한다. 다만, 제1호가목에 따라 요양급여 비용 총액의 100분의 20을 적용받는 사람은 제외한다.
2. 위 표에서 "약값 총액"이란 요양기관이 해당 약제를 구입한 금액의 총액을 말한다.
3. 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 입원진료인 경우의 요양급여비용 총액은 의료장비를 이용한 비용의 총액으로 한정한다.
4. 요양기관의 외래진료를 통하여 주기적으로 의사의 처방에 따라 구입(사용)하여야 하는 치료재료 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 치료재료의 경우에는 해당 치료재료 비용 및 관련 행위(교체를 위한 직접적 행위에 한정한다. 이하 같다) 비용을 제외한 요양급여비용 총액을 위 표의 요양급여비용 총액으로 하여 위 표에 따라 산정한 금액에 해당 치료재료 비용 및 관련 행위 비용의 100분의 20(1세 미만 영유아의 경우에는 14/100)을 더한 금액을 본인일부부담금으로 한다. 다만, 제3호마목이 적용되는 중증질환자는 제외한다.
5. 보건복지부장관이 정하는 질병의 환자가 요양기관(의원으로 한정한다)에 보건복지부장관이 정하는 절차 또는 방법에 따라 외래진료를 지속적으로 받겠다는 의사를 표시한 경우에는 해당 질병에 대하여 그 다음 진료부터 (진찰료 총액 × 20/100) + [(요양급여비용 총액 - 진찰료 총액) × 30/100]에 해당하는 금액을 본인일부부담금으로 한다. 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상인 경우에는 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.
6. 임신부가 유산 또는 사산을 한 경우 해당 유산 또는 사산에 따른 외래진료는 위 표에 따른 임신부 외래진료에 포함한다.

## 다. 약국 또는 한국회귀·필수의약품센터의 경우

- 1) 진료를 담당한 의사 또는 치과의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 30(요양급여를 받는 사람이 65세 이상인 경우 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액). 다만, 제1호가목 중 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받은 경우 (약국 또는 한국회귀·필수의약품센터인 요양기관에서 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우를 포함한다)는 제외한다.
- 2) 「약사법」 제23조제3항제1호에 따라 의료기관이 없는 지역에서 조제하는 경우로서 진료를 담당한 의사 또는 치과의사가 발행한 처방전에 따르지 않고 의약품을 조제받은

경우에는 다음의 구분에 따라 산정한 금액

가) 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘는 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 40

나) 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않는 경우에는 보건복지부령으로 정하는 금액

3) 1)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품을 조제받은 경우[읍면 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」, 「고엽제 후유의증 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 의료지원대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우는 제외한다]에는 다음의 금액

가) 상급종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우: 요양급여비용 총액의 100분의 50

나) 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우: 요양급여비용 총액의 100분의 40

2. 제1호에도 불구하고 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대하여 입원진료를 받는 경우에는 다음 각 목의 구분에 따라 계산한 금액에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액을 부담한다. 이 경우 질병군 분류번호 결정 요령, 고정비율, 평균 입원 일수, 입원실 이용 비용 등 해당 질병군의 본인 일부부담금 산정에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

가. 다음 계산식에 따라 계산한 금액의 100분의 20

$$\frac{[\{\text{질병군별 상대가치점수} \times \text{고정비율}\} + \{\text{질병군별 상대가치점수} \times (1 - \text{고정비율})\} \times \text{입원 일수} \div \text{질병군별 평균 입원 일수}] \times \text{제21조제1항에 따라 정해진 상대가치점수의 점수당 단가}}{100}$$

비고: 위 표에서 "고정비율"이란 요양급여비용 총액 중 입원 일수와는 관계없이 평균적으로 발생하는 비용이 차지하는 비율을 말한다.

나. 가목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 입원실을 이용한 경우에는

가목에 따라 계산한 금액에 보건복지부장관이 정하여 고시하는 입원료 계산식에 따라 계산한 금액을 더한 금액

다. 가목과 나목에도 불구하고 그 질병군이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여 비용 열외군인 경우에는 가목 또는 나목에 따라 계산한 금액에 그 고시에서 정한 금액의 100분의 20에 해당하는 금액을 더한 금액

3. 제1호와 제2호에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 각 목에서 정하는 금액을 부담한다. 다만, 상급종합병원·종합병원·병원·한방병원·요양병원(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원인 요양병원 및 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다)에서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실 및 정신과 폐쇄병실의 2인실·3인실을 이용한 경우는 그 입원료에 한정하여 제1호가목1) 단서에서 정하는 금액을 부담한다.

가. 다음의 경우에는 입원기간 중 식대의 100분의 50

- 1) 자연분만에 대한 요양급여
- 2) 「모자보건법」 제2조제4호에 따른 신생아 및 보건복지부장관이 정하는 기준에 해당하는 영유아에 대한 입원진료로서 보건복지부장관이 정하는 요양급여
- 3) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵 질환을 가진 사람에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여
- 4) 「장기등 이식에 관한 법률」 제4조제2호에 따른 장기등기증자(뇌사자 또는 사망한 사람만 해당한다)의 장기등(같은 법 제4조제1호에 따른 장기등을 말한다) 적출에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여

나. 다음의 경우(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)에는 요양급여비용 총액의 100분의 10에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액

- 1) 삭제 <2017. 9. 29.>
- 2) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성 질환을 가진 사람에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여
- 3) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 고위험 임신부에 대한 입원진료로서 보건복지부장관이 정하는 요양급여
- 4) 삭제 <2018. 12. 24.>

- 다. 다음의 경우에는 본인이 부담할 비용의 부담률의 100분의 70에 해당하는 금액
- 1) 1세 이상 6세 미만인 가입자 또는 피부양자가 상급종합병원, 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 의원, 치과의원, 한의원 및 보건의료원에서 외래진료를 받는 경우
  - 2) 6세 미만인 가입자 또는 피부양자가 보건소, 보건지소 및 보건진료소에서 외래진료를 받는 경우로서 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘는 경우. 다만, 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않는 경우에는 제1호 나목 표에 따른 금액을 부담한다.
  - 3) 6세 미만인 가입자 또는 피부양자가 약국 또는 한국희귀·필수의약품센터인 요양기관에서 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우
- 라. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성질환 또는 중증질환(이하 "희귀난치성질환등"이라 한다)을 가진 사람, 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동(이하 "희귀난치성질환자등"이라 한다) 중 희귀난치성질환자등이 속한 세대(배우자를 포함한다)의 소득 및 재산을 더하여 계산한 가액(이하 "소득인정액"이라 한다)이 「국민기초생활 보장법」 제2조제11호에 따른 기준 중위소득의 100분의 50 이하이고, 희귀난치성질환자등의 1촌의 직계혈족 및 그 배우자(이하 "부양의무자"라 한다)가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 공단의 본인일부부담금 경감 인정 신청을 하여 그 경감 인정을 받은 사람에 대한 요양급여의 경우에는 다음의 구분에 따라 계산한 금액. 이 경우 소득인정액 산정의 기준이 되는 세대의 범위, 소득 및 재산의 범위, 소득인정액 산정방법 등 소득인정액의 산정에 필요한 사항 및 부양의무자가 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 경우의 구체적인 기준은 보건복지부령으로 정한다.
- 1) 희귀난치성질환등을 가진 사람인 경우에는 입원기간 중 식대(식대가산금액은 제외한다. 이하 이 목에서 같다)의 100분의 20
  - 2) 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동인 경우에는 다음 표에 해당하는 금액에 입원기간 중 식대의 100분의 20을 더한 금액. 다만, 가목에 해당하거나 6세 미만 아동의 입원진료 또는 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환으로 요양급여를 받는 경우에는 입원기간 중 식대의 100분의 20만을 부담한다.
  - 3) 희귀난치성질환등을 가진 사람 중 65세 이상인 사람이 틀니 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5

- 4) 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 중 65세 이상인 사람이 틀니 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여 비용 총액의 100분의 15
- 5) 희귀난치성질환등을 가진 사람 중 65세 이상인 사람이 치과임플란트 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10
- 6) 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 중 65세 이상인 사람이 치과임플란트 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 20
- 7) 2)에도 불구하고 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만의 아동이 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품을 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사이거나 「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 「제대군인 지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈처장이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품 조제받은 경우는 제외한다]에는 요양급여비용 총액의 100분의 3. 다만, 본인일부부담금이 500원 미만이 되는 경우에는 500원을 본인일부부담금으로 한다.
- 8) 2)에도 불구하고 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만 아동의 입원진료로서 제왕절개 분만에 대한 요양급여를 받는 경우에는 입원기간 중 식대의 100분의 20
- 9) 희귀난치성질환등을 가진 사람이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 30. 다만, 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 80으로 한다.
- 10) 희귀난치성질환등 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람 또는 18세 미만 아동이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의

- 100분의 40. 다만, 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 80으로 한다.
- 마. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환자에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액
- 바. 65세 이상인 사람이 틀니 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 그 요양급여비용 총액의 100분의 30
- 사. 65세 이상인 사람이 치과임플란트 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 30
- 아. 제왕절개분만을 위한 입원진료에 대하여 요양급여(라목8)에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다를 받는 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액
- 자. 15세 이하 아동의 입원진료에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여(가목2) 및 라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액
- 차. 18세 이하 아동의 치아홈메우기 외래진료 또는 16세 이상 18세 이하 아동의 치아홈메우기 입원진료에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 10
- 카. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 난임진료(인공수정 및 체외수정시술을 포함한다)에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)를 받는 경우에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 30
- 타. 다음의 경우에는 본인일부부담금은 없는 것으로 한다.
- 1) 제25조제3항제1호에 따른 일반건강검진 결과에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환이나 질병에 대하여 추가적인 진료 또는 검사의 필요성이 인정되는 사람이 그 질환이나 질병에 대하여 일반건강검진을 받은 날이 속하는 연도의 다음 연도 1월 31일까지 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여(의원 및 병원만 해당한다)를 받는 경우
  - 2) 「의료법」 제34조에 따른 원격의료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여를 받는 경우
- 파. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대해 정신건강의학과 외래진료를 받은 경우(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)에는 다음 표에 따라 계산한

금액에 제1호나목에 따라 계산한 금액(다음 표에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용을 계산한 금액은 제외한다)을 더한 금액. 다만, 6세 미만의 경우에는 본인이 부담할 비용의 부담률(제1호나목 및 다음 표에 따른 부담률을 말한다)의 100분의 70에 해당하는 금액으로 하고, 65세 이상인 경우에는 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액으로 한다.

기관 종류	본인일부부담금
상급종합병원	보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 40/100
종합병원	보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 30/100
병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 20/100
의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원	보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목에 대한 요양급여비용 × 10/100

하. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 조산아(早産兒)와 저체중 출생아의 외래진료(출생일부터 5년이 되는 날까지의 외래진료를 말한다)에 대한 요양급여로서 보건복지부장관이 정하는 요양급여의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5

- 1) 삭제 <2019. 10. 22.>
- 2) 삭제 <2019. 10. 22.>
- 3) 삭제 <2019. 10. 22.>

거. 가목1)·2)·3), 나목, 다목1), 마목, 자목 및 하목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 50. 다만, 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 요양급여를 받는 경우에는 해당 요양급여비용의 100분의 80으로 한다.

4. 제1호부터 제3호까지의 규정에도 불구하고 법 제41조의4 및 이 영 제18조의4에 따른 선별급여 항목의 경우에는 요양급여비용의 100분의 100의 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 부담한다.

5. 제1호 및 제3호에도 불구하고 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원 외의

요양기관에서 입원진료를 받는 경우로서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반 입원실에 16일 이상 연속하여 입원하는 환자의 경우에는 요양급여비용 총액 중 입원료에 한정하여 다음 표의 구분에 따라 계산한 금액을 부담한다. 다만, 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대하여 입원진료를 받는 경우 및 질병 또는 환자 특성상 16일 이상 장기입원이 불가피한 경우로 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.

구분	본인일부부담금	
	입원일수 16일 이상 30일 이하	입원일수 31일 이상
가. 상급종합병원의 5인실 이상, 요양기관의 4인실 이상	16일째 입원일부터 30일째 입원일까지의 입원료 × 25/100	31일째 입원일부터의 입원료 × 30/100
나. 상급종합병원의 4인실, 종합병원·병원· 한방병원의 3인실	16일째 입원일부터 30일째 입원일까지의 입원료 × 35/100	31일째 입원일부터의 입원료 × 40/100
다. 상급종합병원의 3인실, 종합병원·병원· 한방병원의 2인실	16일째 입원일부터 30일째 입원일까지의 입원료 × 45/100	31일째 입원일부터의 입원료 × 50/100
라. 상급종합병원의 2인실	16일째 입원일부터 30일째 입원일까지의 입원료 × 55/100	31일째 입원일부터의 입원료 × 60/100

6. 제1호부터 제5호까지의 규정에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보건복지부령으로 정하는 항목의 요양급여비용의 100분의 100의 범위에서 보건복지부령으로 정하는 금액을 부담한다.

- 가. 법 제53조제3항에 따라 급여가 제한되는 경우
- 나. 법 제54조제3호 및 제4호에 따라 급여가 정지되는 경우
- 다. 법 제109조제10항에 따라 공단이 보험급여를 하지 않는 경우
- 라. 「학교폭력 예방 및 대책에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 학교폭력 중 학생 간의 폭행에 의한 경우
- 마. 보험재정에 상당한 부담을 준다고 인정되는 경우
- 바. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 경우

## ■ 국민건강보험법 시행령 [별표 3] <개정 2019. 10. 22.>

본인부담상한액의 산정방법(제19조제4항 관련)

1. 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.
2. 가입자 또는 피부양자의 본인부담상한액은 나목에 따른 상한액기준보험료의 구간별로 가목의 산정 방법에 따라 산정한다.

가. 본인부담상한액 산정 방법

1) 계산식

$$\text{해당 연도 본인부담상한액} = \text{전년도 본인부담상한액} \times (1 + \text{전국소비자물가변동률})$$

2) 전국소비자물가변동률은 「통계법」 제3조에 따라 통계청장이 매년 고시하는 전전년도와 대비한 전년도 전국소비자물가변동률을 적용하되, 그 전국소비자물가변동률이 100분의 5를 넘는 경우에는 100분의 5를 적용한다.

3) 1)의 계산식에 따라 해당 연도 본인부담상한액을 산정한 경우에 1만원 미만의 금액은 버린다.

나. 본인부담상한액 산정 단위 상한액기준보험료의 구간

1) 지역가입자인 경우. 이 경우 상한액기준보험료가 제32조제2호나목에 따른 월별 보험료액의 하한과 같은 경우에는 가)에 해당하는 것으로 본다.

가) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

나) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우  
다) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

라) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

마) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

바) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

사) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

2) 직장가입자 또는 피부양자인 경우

가) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

나) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

다) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

라) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

마) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

바) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

사) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

3. 본인부담상한액은 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원인 요양병원 및 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활 시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외한다)에 120일을 초과하여 입원한 경우(이하 "120일 초과 입원"이라 한다)와 그 밖의 경우로 나누어 다음 각 목에 따라 적용한다.

가. 지역가입자인 경우

구분	본인부담상한액	
	120일 초과 입원	그 밖의 경우
1) 제2호나목1)가)의 경우	125만원	81만원
2) 제2호나목1)나)의 경우	157만원	101만원
3) 제2호나목1)다)의 경우	211만원	152만원
4) 제2호나목1)라)의 경우	280만원	
5) 제2호나목1)마)의 경우	350만원	
6) 제2호나목1)바)의 경우	430만원	
7) 제2호나목1)사)의 경우	580만원	

나. 직장가입자 또는 피부양자인 경우

구분	본인부담상한액	
	120일 초과 입원	그 밖의 경우
1) 제2호나목2)가)의 경우	125만원	81만원
2) 제2호나목2)나)의 경우	157만원	101만원
3) 제2호나목2)다)의 경우	211만원	152만원
4) 제2호나목2)라)의 경우	280만원	
5) 제2호나목2)마)의 경우	350만원	
6) 제2호나목2)바)의 경우	430만원	
7) 제2호나목2)사)의 경우	580만원	

■ 국민건강보험법 시행령 [별표 5] <개정 2019. 10. 22.>

**업무정지 처분 및 과징금 부과 기준(제70조제1항 관련)**

1. 업무정지 처분기준

가. 요양기관이 법 제98조제1항제1호 또는 제3호에 해당하는 경우의 업무정지 기간은 다음 표와 같다.

(단위: 일)

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

비고

1. 월평균 부당금액은 조사대상 기간(요양기관이 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 요양급여비용을 청구하였는지 확인하기 위하여 6개월부터 36개월까지의 범위에서 보건복지부장관이 정하는 기간을 말한다. 이하 같다) 동안 요양기관이 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 공단에 요양급여비용을 부담하게 한 금액과 가입자 또는 피부양자에게 본인부담액을 부담하게 한 금액을 합산한 금액(이하 "총부당금액"이라 한다)을 조사대상 기간의 개월 수로 나눈 금액으로 한다.
2. 부당비율은 (총부당금액/요양급여비용 총액 + 요양급여비용 총액에 포함되지 않은 부당금액) × 100으로 산출한다.
3. "요양급여비용 총액"이란 조사대상 기간에 해당되는 심사결정된 요양급여비용(법 제47조제2항에 따라 심사 청구된 요양급여비용에 대하여 심사평가원이 심사결정한 요양급여비용을 말한다)을 합산한 금액을 말한다.
4. "요양급여비용 총액에 포함되지 않은 부당금액"이란 조사대상 기간 동안 해당 요양기관의 요양급여비용 총액에는 포함되지 않으나 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 공단에 요양급여비용을 부담하게 한 금액과 가입자 또는 피부양자에게 본인부담액을 부담하게 한 금액을 말한다.
5. 부당비율이 5% 이상인 경우에는 초과 1%마다 업무정지기간을 3일씩 가산하되, 소수점 이하의 부당비율은 올림한다.
6. 월평균 부당금액이 40만원 미만인 경우에 위 표에 따라 계산한 업무정지기간이 50일을 초과하는 경우 50일로 보며, 위 표에 따라 계산한 업무정지기간이 365일을 초과하는 경우 365일로 본다.

- 나. 요양기관이 법 제97조제2항에 따른 관계 서류(컴퓨터 등 전산기록장치로 저장·보존하는 경우에는 그 전산기록을 포함한다. 이하 같다)의 제출명령을 위반하거나 거짓 보고를 하거나 거짓 서류를 제출하거나, 관계 공무원의 검사 또는 질문을 거부·방해 또는 기피하였을 때에는 업무정지기간을 1년으로 한다. 다만, 관계 서류 중 진료기록부, 투약기록, 진료비계산서 및 본인부담액 수납대장을 제외한 서류의 전부 또는 일부의 제출명령에 위반한 경우에는 업무정지기간을 180일로 한다.
- 다. 가목과 나목 모두에 해당되는 요양기관의 업무정지기간은 해당 기간을 합한 기간으로 한다. 다만, 업무정지기간을 합하는 경우에도 법 제98조제1항에 따른 기간을 넘을 수 없다.

## 2. 과징금 부과기준

- 가. 과징금은 업무정지기간이 10일인 경우에는 총부당금액의 2배, 업무정지기간이 10일을 초과하여 30일까지에 해당하는 경우에는 총부당금액의 3배, 30일을 초과하여 50일까지에 해당하는 경우에는 총부당금액의 4배, 업무정지기간이 50일을 초과하는 경우에는 총부당금액의 5배로 한다.
- 나. 요양기관이 과징금의 분할납부를 신청하는 경우 보건복지부장관은 12개월의 범위에서 과징금의 분할납부를 허용할 수 있다.

## 3. 가중처분

- 가. 요양기관이 법 제98조제1항·제5항 및 제99조제1항·제9항에 따른 업무정지 또는 과징금 처분을 받은 이후 5년 이내에 법 제98조제1항 각 호의 위반행위를 하였을 경우에는 해당 위반행위에 대한 업무정지기간 또는 과징금(같은 항 제2호의 위반행위를 한 경우는 제외한다. 이하 이 목에서 같다)의 2배에 해당하는 처분을 할 수 있다. 이 경우 업무정지기간은 1년을 넘을 수 없으며 과징금은 총부당금액의 5배를 넘을 수 없다.
- 나. 가목에 따른 5년 이내의 기간 산정은 위반사실이 확인된 날부터 그 직전에 업무정지 또는 과징금 처분서를 송달받은 날까지로 한다.

#### 4. 감면처분

다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 업무정지기간 또는 과징금 금액을 2분의 1의 범위에서 줄이거나 면제할 수 있다. 다만, 속임수를 사용하여 공단·가입자 및 피부양자에게 요양급여비용을 부담하게 하였을 때에는 그러하지 아니하다.

- 가. 요양급여비용을 부당청구한 요양기관이 그 부당청구 사실이 적발되기 전에 보건복지부장관 등의 감독관청에 부당청구 사실을 자진하여 신고한 경우
- 나. 요양기관의 대표자가 인지할 수 없었던 불가항력적인 사유로 요양급여비용 부당청구가 발생한 사실이 객관적으로 증명된 경우
- 다. 그 밖에 위반행위의 동기·목적·정도 및 위반횟수 등을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 감면기준에 해당하는 경우

〈개정 2018. 9. 28.〉

## 업무정지 처분 및 과징금 부과 기준(제70조제1항 관련)

### 1. 업무정지 처분기준

가. 요양기관이 법 제98조제1항제1호 또는 제3호에 해당하는 경우의 업무 정지기간은 다음 표와 같다.

〈2018. 11. 1.부터 시행〉

(단위: 일)

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

#### 비고

1. 월평균 부당금액은 조사대상 기간(요양기관이 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 요양급여비용을 청구하였는지 확인하기 위하여 6개월부터 36개월까지의 범위에서 보건복지부장관이 정하는 기간을 말한다. 이하 같다) 동안 요양기관이 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 공단에 요양급여비용을 부담하게 한 금액과 가입자 또는 피부양자에게 본인부담액을 부담하게 한 금액을 합산한 금액(이하 "총부당금액"이라 한다)을 조사대상 기간의 개월 수로 나눈 금액으로 한다.
2. 부당비율은 (총부당금액/요양급여비용 총액 + 요양급여비용 총액에 포함되지 않은 부당금액) × 100으로 산출한다.
3. 요양급여비용 총액이란 조사대상 기간에 해당되는 심사결정된 요양급여비용(법 제47조제2항에 따라 심사청구된 요양급여비용에 대하여 심사평가원이 심사결정한 요양급여비용을 말한다)을 합산한 금액을 말한다.
4. 요양급여비용 총액에 포함되지 않은 부당금액이란 조사대상 기간 동안 해당 요양기관의 요양급여비용 총액에는 포함되지 않으나 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 공단에 요양급여비용을 부담하게 한 금액과 가입자 또는 피부양자에게 본인부담액을 부담하게 한 금액을 말한다.
5. 부당비율이 5% 이상인 경우에는 초과 1%마다 업무정지기간을 3일씩 가산하되, 소수점 이하의 부당비율은 올림한다.
6. 월평균 부당금액이 40만원 미만인 경우에 위 표에 따라 계산한 업무정지기간이 50일을 초과하는 경우 50일로 보며,

- 나. 요양기관이 법 제97조제2항에 따른 관계 서류(컴퓨터 등 전산기록장치로 저장·보존하는 경우에는 그 전산기록을 포함한다. 이하 같다)의 제출명령에 위반하거나 거짓 보고를 하거나 거짓 서류를 제출하거나, 관계 공무원의 검사 또는 질문을 거부·방해 또는 기피하였을 때에는 업무정지기간을 1년으로 한다. 다만, 관계 서류 중 진료기록부, 투약기록, 진료비계산서 및 본인 부담액 수납대장을 제외한 서류의 전부 또는 일부의 제출명령에 위반한 경우에는 업무정지기간을 180일로 한다.
- 다. 가목과 나목 모두에 해당되는 요양기관의 업무정지기간은 해당 기간을 합한 기간으로 한다. 다만, 업무정지기간을 합하는 경우에도 법 제98조제1항에 따른 기간을 넘을 수 없다.

## 2. 과징금 부과기준

- 가. 과징금은 업무정지기간이 10일인 경우에는 총부당금액의 2배, 업무정지기간이 10일을 초과하여 30일까지에 해당하는 경우에는 총부당금액의 3배, 30일을 초과하여 50일까지에 해당하는 경우에는 총부당금액의 4배, 업무정지기간이 50일을 초과하는 경우에는 총부당금액의 5배로 한다.
- 나. 요양기관이 과징금의 분할납부를 신청하는 경우 보건복지부장관은 12개월의 범위에서 과징금의 분할납부를 허용할 수 있다.

## 3. 가중처분

- 가. 요양기관이 법 제98조제1항·제5항 및 제99조제1항·제9항에 따른 업무정지 또는 과징금 처분을 받은 이후 5년 이내에 법 제98조제1항 각 호의 위반행위를 하였을 경우에는 해당 위반행위에 대한 업무정지기간 또는 과징금(같은 항 제2호의 위반행위를 한 경우는 제외한다. 이하 이 목에서 같다)의 2배에 해당하는 처분을 할 수 있다. 이 경우 업무정지기간은 1년을 넘을 수 없으며 과징금은 총부당금액의 5배를 넘을 수 없다.
- 나. 가목에 따른 5년 이내의 기간 산정은 위반사실이 확인된 날부터 그 직전에 업무정지 또는 과징금 처분서를 송달받은 날까지로 한다.

#### 4. 감면처분

다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 업무정지기간 또는 과징금 금액을 감경하거나 면제할 수 있다. 다만, 속임수를 사용하여 공단·가입자 및 피부양자에게 요양급여비용을 부담하게 하였을 때에는 그러하지 아니하다.

- 가. 요양급여비용을 부당청구한 요양기관이 그 부당청구 사실이 적발되기 전에 보건복지부장관 등의 감독관청에 부당청구 사실을 자진하여 신고한 경우
- 나. 요양기관의 대표자가 인지할 수 없었던 불가항력적인 사유로 요양급여비용 부당청구가 발생한 사실이 객관적으로 증명된 경우
- 다. 그 밖에 위반행위의 동기·목적·정도 및 위반횟수 등을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 감면기준에 해당하는 경우

〈개정 2016. 9. 22.〉

〈2018. 10. 31.까지 적용〉

(단위: 일)

월평균 부당금액		부당비율				
의료기관·약국· 한국희귀·필수의약품 품센터·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	8만원 이상 ~ 14만원 미만		10	20	30	40
40만원 이상 ~ 80만원 미만	14만원 이상 ~ 20만원 미만	10	20	30	40	50
80만원 이상 ~ 320만원 미만	20만원 이상 ~ 40만원 미만	20	30	40	50	60
320만원 이상 ~ 1,400만원 미만	40만원 이상 ~ 70만원 미만	30	40	50	60	70
1,400만원 이상 ~ 5,000만원 미만	70만원 이상 ~ 100만원 미만	40	50	60	70	80
5,000만원 이상	100만원 이상	50	60	70	80	90

#### 비고

1. 월평균 부당금액은 조사대상 기간 동안 부당한 방법으로 공단에 요양급여비용을 부담하게 한 금액과 부담하게 가입자 또는 피부양자에게 본인부담액을 부담하게 한 금액을 합산한 금액을 조사대상 기간의 개월 수로 나눈 금액으로 한다.
2. 부당비율은 (총부당금액/요양급여비용 총액) × 100으로 산출한다.
3. 요양급여비용 총액은 조사대상 기간에 해당되는 심사결정 총요양급여비용의 합산금액으로 한다. 다만, 요양급여비용의 심사청구가 없어 심사결정 총요양급여비용을 산출할 수 없는 경우에는 총부당금액을 요양급여비용 총액으로 본다.
4. 부당비율이 5% 이상인 경우에는 초과 1%마다 업무정지기간을 3일씩 가산하되, 소수점 이하의 부당비율은 1%로 본다.

- 나. 요양기관이 법 제97조제2항에 따른 관계 서류(컴퓨터 등 전산기록장치로 저장·보존하는 경우에는 그 전산기록을 포함한다. 이하 같다)의 제출명령을 위반하거나 거짓 보고를 하거나 거짓 서류를 제출하거나, 관계 공무원의 검사 또는 질문을 거부·방해 또는 기피하였을 때에는 업무정지기간을 1년으로 한다. 다만, 관계 서류 중 진료기록부, 투약기록, 진료비계산서 및 본인부담액 수납대장을 제외한 서류의 전부 또는 일부의 제출명령에 위반한 경우에는 업무정지기간을 180일로 한다.
- 다. 가목과 나목 모두에 해당되는 요양기관의 업무정지기간은 해당 기간을 합한 기간으로 한다. 다만, 업무정지기간을 합하는 경우에도 법 제98조제1항에 따른 기간을 넘을 수 없다.

## 2. 과징금 부과 기준

- 가. 과징금은 업무정지기간이 10일인 경우에는 총부당금액의 2배, 업무정지기간이 10일을 초과하여 30일까지에 해당하는 경우에는 총부당금액의 3배, 30일을 초과하여 50일까지에 해당하는 경우에는 총부당금액의 4배, 업무정지기간이 50일을 초과하는 경우에는 총부당금액의 5배로 한다.
- 나. 요양기관이 과징금의 분할납부를 신청하는 경우 보건복지부장관은 12개월의 범위에서 과징금의 분할납부를 허용할 수 있다.

## 3. 가중처분

- 가. 법 제98조제1항·제5항 및 제99조제1항·제8항에 따라 업무정지 또는 과징금 처분을 받을 자가 위반사실이 확인된 날 전 5년 이내에 업무정지 또는 과징금 부과처분을 받은 사실이 있는 경우에는 해당 업무정지기간 또는 과징금의 2배에 해당하는 처분을 할 수 있다. 이 경우 업무정지기간은 1년을 넘을 수 없으며 과징금은 부당하게 부담하게 한 금액의 5배를 넘을 수 없다.
- 나. 가목에 따른 5년 이내의 기간 산정은 위반사실이 확인된 날부터 그 직전에 업무정지 또는 과징금 처분서를 송달받은 날까지로 한다.

#### 4. 감경처분

위반행위의 동기·목적·정도 및 위반횟수 등을 고려하여 업무정지기간 또는 과징금 금액의 2분의 1 범위에서 감경할 수 있다. 다만, 속임수를 사용하여 공단·가입자 및 피부양자에게 요양급여비용을 부담하게 하였을 때에는 그러하지 아니하다.

■ 국민건강보험법 시행령 [별표 7] <개정 2019. 6. 11.>

**과태료 부과기준(제82조 관련)**

1. 일반기준

- 가. 위반행위의 횟수에 따른 과태료의 부과기준은 최근 1년간 같은 위반행위로 과태료 부과처분을 받은 경우에 적용한다. 이 경우 기간의 계산은 위반행위에 대하여 과태료 부과처분을 받은 날과 그 처분 후 다시 같은 위반행위를 하여 적발된 날을 기준으로 한다.
- 나. 가목에 따라 가중된 부과처분을 하는 경우 가중처분의 적용 차수는 그 위반행위 전 부과처분 차수(가목에 따른 기간 내에 과태료 부과처분이 둘 이상 있었던 경우에는 높은 차수를 말한다)의 다음 차수로 한다.
- 다. 보건복지부장관은 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제2호의 개별기준에 따른 과태료 금액의 2분의 1 범위에서 그 금액을 줄일 수 있다. 다만, 과태료를 체납하고 있는 위반행위자에 대해서는 그렇지 않다.
  - 1) 위반행위자가 「질서위반행위규제법 시행령」 제2조의2제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우
  - 2) 위반행위가 사소한 부주의나 오류로 인한 것으로 인정되는 경우
  - 3) 위반행위자가 스스로 신고하였거나 조사에 협조하였다고 인정되는 경우
  - 4) 그 밖에 위반행위의 정도, 위반행위의 동기와 그 결과 등을 고려하여 과태료 금액을 줄일 필요가 있다고 인정되는 경우
- 라. 보건복지부장관은 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제2호에 따른 과태료 금액의 2분의 1 범위에서 그 금액을 늘릴 수 있다. 다만, 늘리는 경우에도 법 제119조에 따른 과태료 금액의 상한을 넘을 수 없다.
  - 1) 위반행위가 고의나 중대한 과실로 인한 것으로 인정되는 경우
  - 2) 법 위반상태의 기간이 6개월 이상인 경우
  - 3) 그 밖에 위반행위의 정도, 위반행위의 동기와 그 결과 등을 고려하여 과태료를 늘릴 필요가 있다고 인정되는 경우

## 2. 개별기준

(단위: 만원)

위반행위	근거 법조문	과태료 금액 (단위: 만원)		
		1차 위반	2차 위반	3차 이상 위반
가. 법 제7조를 위반하여 신고를 하지 않거나 거짓으로 신고한 경우	법 제119조 제3항제1호	150	300	500
나. 삭제 <2019. 6. 11.>				
다. 정당한 사유 없이 법 제94조제1항을 위반하여 신고·서류제출을 하지 않거나 거짓으로 신고·서류제출을 한 경우	법 제119조 제3항제2호	150	300	500
라. 법 제96조의2를 위반하여 서류를 보존하지 않은 경우	법 제119조 제4항제4호	30	60	100
마. 정당한 사유 없이 법 제97조제1항, 제3항부터 제5항까지의 규정을 위반하여 보고·서류제출을 하지 않거나 거짓으로 보고·서류제출을 한 경우	법 제119조 제3항제3호	150	300	500
바. 법 제98조제4항을 위반하여 행정처분을 받은 사실 또는 행정처분절차가 진행 중인 사실을 지체 없이 알리지 않은 경우	법 제119조 제3항제4호	500	500	500
사. 정당한 사유 없이 법 제101조제2항을 위반하여 서류를 제출하지 않거나 거짓으로 제출한 경우	법 제119조 제3항제5호	150	300	500
아. 법 제103조에 따른 명령을 위반한 경우	법 제119조 제4항제5호	30	60	100
자. 법 제105조를 위반한 경우	법 제119조 제4항제6호	30	60	100

■ 국민건강보험법 시행규칙 [시행 2020. 7. 1] [보건복지부령 제715호, 2020. 3. 20, 일부개정]

**제14조(본인부담액 경감 인정)** ① 영 별표 2 제3호라목에 따라 본인부담액을 경감받을 수 있는 요건을 갖춘 희귀난치성질환자등은 본인부담액 경감 인정을 받으려면 경감 인정 신청서(전자문서를 포함한다)에 다음 각 호의 서류(전자문서를 포함한다)를 첨부하여 특별자치도지사·시장·군수·구청장에게 제출하여야 한다. <개정 2013. 9. 30., 2015. 7. 24., 2015. 12. 31.>

1. 영 별표 2 제3호라목에 따른 부양의무자(이하 "부양의무자"라 한다)와의 관계를 확인할 수 있는 가족관계등록부의 증명서(세대별 주민등록표 등본으로 부양의무자와의 관계를 확인할 수 없는 경우만 해당한다)
2. 임대차계약서(주택을 임대하거나 임차하고 있는 사람만 해당한다)
3. 요양기관이 발급한 진단서 1부(6개월 이상 치료를 받고 있거나 6개월 이상 치료가 필요한 사람만 해당한다)

② 제1항에 따른 신청인의 가족, 친족, 이해관계인 또는 「사회복지사업법」 제14조에 따른 사회복지 전담공무원은 신청인이 신체적·정신적인 이유로 신청을 할 수 없는 경우에는 신청인을 대신하여 제1항에 따른 신청을 할 수 있다. 이 경우 다음 각 호의 구분에 따른 서류를 제시하거나 제출하여야 한다.

1. 신청인의 가족·친족 또는 이해관계인: 신청인과의 관계를 증명하는 서류
2. 사회복지 전담공무원: 공무원임을 증명하는 신분증

③ 제1항과 제2항에 따른 신청을 받은 특별자치도지사·시장·군수·구청장은 신청인이 제15조에 따른 기준에 해당하는지를 확인하여 부득이한 사유가 없으면 그 결과를 신청일부터 30일 이내에 공단에 통보하여야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 신청일부터 60일 이내에 통보할 수 있다. <개정 2015. 12. 31.>

1. 부양의무자의 소득 조사에 시간이 걸리는 특별한 사유가 있는 경우
2. 제1항에 따른 경감 인정 신청서를 제출한 희귀난치성질환자등 또는 부양의무자가 같은 향 또는 관계 법령에 따른 조사나 자료제출 요구를 거부·방해 또는 기피하는 경우

④ 공단은 제3항에 따른 확인 결과를 통보받았을 때에는 부득이한 사유가 없으면 통보를 받은 날부터 7일 이내에 영 별표 2 제3호라목에 따른 인정 여부를 결정하여 그 결과를 신청인에게 통보하여야 한다. <개정 2015. 12. 31.>

⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 본인부담액의 경감 인정 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정한다.

**제15조(본인부담액 경감 대상자의 기준)** 영 별표 2 제3호라목에 따른 소득인정액 산정의 기준이 되는 세대의 범위, 소득 및 재산의 범위, 소득인정액 산정방법 및 부양의무자가 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 경우의 구체적인 기준은 별표 5와 같다.

**제16조(요양급여비용의 본인부담)** 영 별표 2 제6호에 따라 본인이 요양급여비용을 부담하는 항목 및 부담률은 별표 6과 같다. <개정 2013. 12. 18., 2016. 12. 30.>

**제58조(서류의 보존)** ① 요양기관이 법 제96조의2제1항에 따라 보존하여야 하는 서류는 다음 각 호와 같다. <개정 2013. 9. 30., 2018. 6. 29.>

1. 요양급여비용 심사청구서 및 요양급여비용 명세서
  2. 약제·치료재료, 그 밖의 요양급여의 구성 요소의 구입에 관한 서류
  3. 개인별 투약기록 및 처방전(약국 및 한국회귀·필수의약품센터의 경우만 해당한다)
  4. 그 밖에 간호관리 등급료의 산정자료 등 요양급여비용 산정에 필요한 서류 및 이를 증명하는 서류
  5. 제1호부터 제4호까지의 서류 등을 디스켓, 마그네틱테이프 등 전산기록장치를 이용하여 자기매체에 저장하고 있는 경우에는 해당 자료
- ② 법 제96조의2제1항 단서에서 "약국 등 보건복지부령으로 정하는 요양기관"이란 약국 및 한국회귀·필수의약품센터를 말한다. <개정 2013. 9. 30., 2018. 6. 29.>
- ③ 사용자가 법 제96조의2제2항에 따라 보존하여야 하는 서류는 다음 각 호와 같다. <신설 2013. 9. 30.>
1. 사업장의 현황, 직장가입자의 자격 취득·변동·상실 및 보험료 산정과 관련하여 관련 규정에 따라 공단에 신고 또는 통보한 내용을 입증할 수 있는 서류
  2. 제1호의 서류를 디스켓, 마그네틱테이프 등 전산기록장치를 이용하여 자기매체에 저장하고 있는 경우에는 그 자료

**제60조(행정처분 사실 등의 통지)** 법 제98조제4항에 따라 업무정지 처분을 받았거나 업무정지 처분의 절차가 진행 중인 자는 행정처분을 받은 사실 또는 행정처분절차가 진행 중인 사실「우편법 시행규칙」 제25조제1항제4호가목에 따른 내용증명으로 양수인 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립되는 법인에 지체 없이 알려야 한다.

■ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [시행 2020. 7. 1] [보건복지부령 제740호, 2020. 6. 29, 일부개정]

**제4조(급여의 제한여부의 조회 등)** ① 요양기관은 가입자등이 법 제53조제1항·제2항 또는 법 제58조제2항에 해당되는 것으로 판단되는 경우에도 요양급여를 실시하되, 지체없이 별지 제2호서식에 의한 급여제한여부조회서에 의하여 공단에 급여제한 여부를 조회하여야 한다. <개정 2012. 8. 31.>

② 제1항에 따라 조회 요청을 받은 공단은 7일(공휴일을 제외한다. 이하 같다) 이내에 급여제한 여부를 결정한 후 요양기관에 별지 제2호의2서식의 급여제한 여부 결정통보서로 회신하여야 하며, 회신을 받은 요양기관은 공단의 결정내용을 요양급여를 개시한 날부터 소급하여 적용하여야 한다. <개정 2014. 7. 1., 2015. 5. 29.>

③ 제2항의 규정에 불구하고 회신이 있기 전에 요양급여가 종료되거나 회신 없이 7일이 경과된 때에는 공단이 당해 요양기관에 대하여 요양급여를 인정한 것으로 본다. 다만, 공단이 7일이 경과된 후에 급여제한을 결정하여 회신한 때에는 요양기관은 회신을 받은 날부터 공단의 결정에 따라야 한다.

④ 공단은 법 제53조제1항·제2항 또는 법 제58조제2항에 따라 요양급여를 제한하여야 함에도 불구하고 제3항의 규정에 의하여 요양급여를 받은 가입자등에 대하여는 법 제57조에 따라 부당이득에 해당되는 금액을 징수한다. <개정 2012. 8. 31.>

⑤ 요양기관은 법 제53조제2항의 한도를 초과하여 요양급여를 행한 경우에는 그날부터 7일 이내에 별지 제3호서식에 의한 요양급여적용통보서에 의하여 그 사실을 공단에 알려야 한다. <개정 2012. 8. 31.>

**제5조(요양급여의 적용기준 및 방법)** ① 요양기관은 가입자등에 대한 요양급여를 별표 1의 요양급여의 적용기준 및 방법에 의하여 실시하여야 한다.

② 제1항에 따른 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 의약계·공단 및 건강보험심사평가원의 의견을 들어 보건복지부장관이 정하여 고시한다. <개정 2008. 3. 3., 2010. 3. 19., 2010. 12. 23., 2018. 9. 28.>

③ 조혈모세포이식 및 심실 보조장치 치료술의 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 의약계·공단 및 건강보험심사평가원의 의견을 들어 보건복지부장관이 따로 정하여 각각 고시한다. <신설 2018. 9. 28.>

④ 제2항에도 불구하고 「국민건강보험법 시행령」(이하 "령"이라 한다) 별표 2 제3호 마목에 따른 중증질환자(이하 "중증환자"라 한다)에게 처방·투여하는 약제중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제에 대한 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한

세부사항은 제5조의2에 따른 중증질환심의위원회의 심의를 거쳐 건강보험심사평가원장이 정하여 공고한다. 이 경우 건강보험심사평가원장은 요양기관 및 가입자 등이 해당 공고의 내용을 언제든지 열람할 수 있도록 관리하여야 한다. <신설 2005. 10. 11., 2008. 3. 3., 2010. 3. 19., 2012. 8. 31., 2018. 9. 28.>

**제7조(요양급여비용 계산서·영수증의 발급 및 보존)** ① 요양기관이 요양급여를 실시한 때에는 가입자등에게 다음 각호의 구분에 의한 계산서·영수증을 발급하여야 한다. 다만, 요양기관중 종합병원·병원·치과병원·한방병원 및 요양병원을 제외한 요양기관이 외래진료를 한 경우에는 별지 제12호서식의 간이 외래 진료비계산서·영수증을 발급할 수 있다. <개정 2003. 11. 10., 2004. 3. 30.>

1. 입원 및 외래진료의 경우(한방의 경우를 제외한다) : 별지 제6호서식 또는 별지 제7호서식의 진료비 계산서·영수증
2. 한방입원 및 한방외래진료의 경우 : 별지 제8호서식 또는 별지 제9호서식의 한방 진료비 계산서·영수증
3. 약국 및 한국회귀의약품센터의 경우 : 별지 제10호서식 또는 별지 제11호서식의 약제비 계산서·영수증

② 요양기관은 가입자등이 「소득세법」 제59조의4제2항에 따른 의료비공제를 받기 위하여 당해 연도의 진료비 또는 약제비 납입내역의 확인을 요청한 경우에는 별지 제12호의2서식의 진료비(약제비) 납입확인서를 발급하여야 한다. <신설 2003. 11. 10., 2005. 10. 11., 2014. 9. 1.>

③ 요양기관은 가입자등이 제1항의 규정에 의한 계산서·영수증에 대하여 세부산정내역을 요구하는 경우에는 이를 제공하여야 한다. 이 경우 요양기관은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 바에 따라 급여대상 및 비급여대상의 세부 항목별로 비용 단가, 실시·사용 횟수, 실시·사용기간 및 비용 총액 등을 산정하여 제공하되, 급여대상의 경우에는 세부 항목별로 본인부담금액과 공단부담금액을 구분하여 제공하여야 한다. <개정 2001. 12. 31., 2002. 10. 24., 2003. 11. 10., 2005. 10. 11., 2012. 8. 31., 2015. 6. 30., 2017. 9. 1.>

④ 요양기관은 제3항에도 불구하고 가입자등이 제8조제3항에 따라 질병군별로 하나의 포괄적인 행위로 고시된 요양급여를 받거나 제8조제4항에 따라 1일당 행위로 고시된 요양급여를 받는 경우에는 다음 각 호에 한정하여 세부내역을 제공하여야 한다. 이 경우 세부내역의 제공 방법에 관하여는 제3항 후단을 준용한다. <신설 2015.

6. 30., 2017. 9. 1.)

1. 별표 2 제6호 또는 제6호의2에 따른 비급여대상
  2. 「국민건강보험법 시행규칙」(이하 "규칙"이라 한다) 별표 6 제1호자목 또는 차목에 따른 요양급여비용의 본인부담항목
  3. 제8조제3항 후단 또는 제4항 후단에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 포괄적인 행위 또는 1일당 행위에서 제외되는 항목
    - ⑤ 요양기관이 요양급여를 행한 경우에는 제1항의 규정에 의한 계산서·영수증 부분을 당해 요양급여가 종료된 날부터 5년간 보존하여야 한다. 다만, 요양기관이 별지 제13호 서식에 의한 본인부담금수납대장을 작성하여 보존하는 경우에는 이를 계산서·영수증 부분에 갈음한다. <개정 2001. 12. 31., 2002. 10. 24., 2003. 11. 10., 2015. 6. 30.>
    - ⑥ 제5항에 따른 계산서·영수증 부분 및 본인부담금수납대장은 「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서로 작성·보존할 수 있다. <신설 2003. 11. 10., 2005. 10. 11., 2015. 5. 29., 2015. 6. 30.>
- [제목개정 2002. 10. 24.]

**제8조(요양급여대상의 고시) ① 삭제 <2016. 8. 4.>**

- ② 보건복지부장관은 법 제41조제2항에 따른 요양급여대상(이하 "요양급여대상"이라 한다)을 급여목록표로 정하여 고시하되, 법 제41조제1항 각 호에 규정된 요양급여행위(이하 "행위"라 한다), 약제 및 치료재료(법 제41조제1항제2호에 따라 지급되는 약제 및 치료재료를 말한다. 이하 같다)로 구분하여 고시한다. 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양기관의 진료에 대하여는 행위·약제 및 치료재료를 묶어 1회 방문에 따른 행위로 정하여 고시할 수 있다. <개정 2001. 12. 31., 2008. 3. 3., 2010. 3. 19., 2012. 8. 31., 2016. 8. 4.>
- ③ 보건복지부장관은 제2항에도 불구하고 영 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 해당 질병군별로 별표 2 제6호에 따른 비급여대상, 규칙 별표 6 제1호다목에 따른 요양급여비용의 본인부담항목 및 같은 표 제1호사목에 따른 이송치료를 제외한 모든 행위·약제 및 치료재료를 묶어 하나의 포괄적인 행위로 정하여 고시할 수 있다. 이 경우 하나의 포괄적인 행위에서 제외되는 항목은 보건복지부장관이 정하여 고시할 수 있다. <개정 2001. 12. 31., 2005. 10. 11., 2008. 3. 3., 2010. 3. 19., 2012. 8. 31., 2014. 9. 1., 2015. 5. 29., 2015. 6. 30., 2017. 6. 29.>

④ 보건복지부장관은 제2항에도 불구하고 영 제21조제3항제1호에 따른 요양병원의 입원진료나 같은 항 제3호에 따른 호스피스·완화의료의 입원진료의 경우에는 제2항의 행위·약제 및 치료재료를 묶어 1일당 행위로 정하여 고시할 수 있다. 이 경우 1일당 행위에서 제외되는 항목은 보건복지부장관이 정하여 고시할 수 있다. <신설 2007. 12. 28., 2008. 3. 3., 2010. 3. 19., 2012. 8. 31., 2015. 6. 30., 2017. 8. 4.>

⑤ 보건복지부장관은 제2항부터 제4항까지의 규정에 따라 요양급여대상을 고시함에 있어 행위 또는 하나의 포괄적인 행위의 경우에는 영 제21조제2항에 따른 요양급여의 상대가치점수를 함께 정하여 고시하여야 한다. <개정 2007. 12. 28., 2008. 3. 3., 2010. 3. 19., 2012. 8. 31.>

[제목개정 2016. 8. 4.]

**제9조(비급여대상)** ① 법 제41조제4항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별표 2와 같다. <개정 2012. 8. 31., 2016. 8. 4.>

② 삭제 <2001. 12. 31.>

**제9조의2(요양급여대상·비급여대상 여부 확인)** ① 요양기관, 「의료법」 또는 「약사법」에 따른 의료인 단체, 의료기관 단체, 대한약사회 또는 대한한약사회(이하 "의약관련 단체"라 한다), 치료재료의 제조업자·수입업자(치료재료가 「인체조직안전 및 관리 등에 관한 법률」 제3조제1호에 따른 인체조직인 경우에는 같은 법 제13조에 따른 조직은행의 장을 말하며, 「의료기기법」 제15조의2제1항 각 호 외의 부분에 따른 회소·긴급도입 필요 의료기기인 경우에는 같은 법 제42조에 따른 한국의료기기안전정보원의 장을 말한다. 이하 같다)는 보건복지부장관에게 요양급여대상 또는 비급여대상 여부가 불분명한 행위에 대하여 「의료법」 제53조에 따른 신의료기술평가(이하 "신의료기술평가"라 한다) 및 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조에 따른 신의료기술평가 유예 신청 전에 요양급여대상 또는 비급여대상 여부의 확인을 신청할 수 있다. 다만, 「의료기기법」 제6조제1항 및 제15조제1항에 따른 의료기기의 제조업자·수입업자가 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조의2제1항 및 제2항에 따라 신의료기술평가를 신청하는 경우에는 요양급여대상 또는 비급여대상 여부의 확인도 함께 신청할 수 있다. <개정 2016. 7. 29., 2016. 8. 4., 2019. 6. 12., 2020. 4. 3.>

② 제1항에 따른 확인 신청은 그 확인을 신청하려는 자가 별지 제13호의2서식의 요양

급여대상·비급여대상 여부 확인 신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 건강보험심사평가원장(제1항 단서에 따른 확인 신청은 식품의약품안전처장을 거쳐야 한다)에게 요양급여대상·비급여대상 여부의 확인 신청을 함으로써 이를 갈음한다. <개정 2016. 7. 29.>

1. 다음 각 목 중 해당 서류(제1항 본문에 따른 확인 신청만 해당한다)

가. 소요 장비·재료·약제의 제조(수입) 허가증·인증서·신고증 및 관련 자료

나. 「의료기기법 시행규칙」 제64조에 따라 자료 제공 협조를 요청한 경우 제조(수입)허가·인증 신청서 및 접수증

2. 요양급여대상·비급여대상 여부에 대한 의견서

3. 국내·국외의 연구논문 등 그 밖의 참고자료

③ 보건복지부장관은 제1항 및 제2항에 따라 확인 신청을 받은 경우에는 요양급여대상·비급여대상 여부를 확인하고, 정당한 사유가 없는 한 확인 신청을 접수한 날부터 30일 이내에 신청인(제1항 단서에 따른 확인 신청에 대해서는 식품의약품안전처장을 거쳐야 한다)과 「의료법」 제54조에 따른 신의료기술평가위원회에 그 결과를 통보해야 한다. 다만, 기존 결정 사례 등에 근거한 확인이 곤란하여 심층적 검토가 필요한 경우에는 30일의 범위에서 그 통보기간을 한 차례 연장할 수 있다. <개정 2016. 7. 29., 2017. 1. 24., 2019. 6. 12.>

④ 신청인은 제3항에 따른 결과에 이의가 있는 경우 통보받은 날부터 30일 이내에 보건복지부장관(제1항 단서에 따른 확인 신청 결과에 대해서는 식품의약품안전처장을 거쳐야 한다)에게 이의신청을 하여야 하며, 이 경우 제3항의 절차를 준용한다. <개정 2016. 7. 29.>

⑤ 보건복지부장관은 제3항에 따른 요양급여대상·비급여대상의 확인 또는 제4항에 따른 이의신청의 처리를 위하여 전문적 검토가 필요하다고 인정하는 경우에는 제11조 제8항에 따른 전문평가위원회로 하여금 검토하게 할 수 있다. <신설 2017. 9. 1., 2018. 12. 31.> [본조신설 2015. 9. 21.]

■ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별표 2] <개정 2020. 6. 29.>

**비급여대상(제9조제1항관련)**

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)·탈기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
  - 다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비노생식기 질환
  - 라. 단순 코골음
  - 마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
  - 바. 검열반 등 안과질환
  - 사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환
  
2. 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
  - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(용비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
  - 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모 개선 목적의 수술
  - 다. 치과교정. 다만, 입술입천장갈림증(구순구개열)을 치료하기 위한 치과교정 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
  - 라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면) 교정술
  - 마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
  - 바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
  - 사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료
  - 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. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 가입자등에게 실시하는 건강검진 제외)
  - 나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
  - 다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건

- 증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거. 다만, 치석제거만으로 치료가 종료 되는 전체 치석제거로서 보건복지부장관이 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.
  - 마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료
  - 바. 유전성질환 등 태아 또는 배아의 이상유무를 진단하기 위한 유전학적 검사
  - 사. 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료
  - 아. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료
4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료
- 가. 가입자들이 다음 표에 따른 요양기관으로서 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 1인(「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관 및 제3호나목에 따른 치과병원의 경우 3인 이하)이 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용한 경우에는 다음 표의 구분에 따라 부담하는 비용. 다만, 격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우에는 비급여대상에서 제외한다.

요양기관 구분	비용
「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관	제8조에 따라 고시한 요양급여대상인 입원료(이하 "입원료"라 한다) 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
「의료법」 제3조제2항제3호나목에 따른 치과병원	
「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원 중 진료과목에 소아청소년과 또는 산부인과를 둔 병원으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건을 갖춘 병원(이하 "아동·분만병원"이라 한다)	
상급종합병원	입원실 이용 비용 전액
「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원 및 아동·분만병원은 제외한다)	

(1) 의료법령에 따라 허가를 받거나 신고한 병상 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(이하 "일반병상"이라 한다)을 다음의 구분에 따라

운영하는 경우. 다만, 규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수 진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다.

- (가) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항 제1호의 의원급 의료기관, 같은 항 제3호나목의 치과병원, 같은 법 제3조의5 제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기(周産期) 전문병원 및 아동·분만병원: 일반병상을 총 병상의 2분의 1 이상 확보할 것
- (나) 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원 및 아동·분만병원을 제외한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 3 이상 확보할 것
- (다) 「의료법」 제3조제2항제3호마목의 종합병원 및 같은 법 제3조의4제1항에 따른 지정을 받은 상급종합병원: 일반병상을 총 병상의 5분의 4 이상 확보할 것

(2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우

나. 가목에도 불구하고 다음 각 항목에 해당하는 경우에는 다음의 구분에 따른 비용

- (1) 가입자등이 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항 제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관은 제외한다. 이하 같다) 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황 신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수 진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 제외한다)을 50퍼센트 이상 확보하여 운영하는 요양병원에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우: 제8조제4항 전단에 따라 고시한 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
- (2) 가입자등이 가목(1)에서 정한 요건을 갖춘 상급종합병원, 종합병원, 병원 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제25조에 따라 호스피스전문기관으로 지정된 요양기관에서 1인실 병상을 이용하여 같은 법 제28조에 따른 호스피스·완화의료를 받는 경우(격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우, 임종실을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다): 제8조제4항 전단에 따라 고시한 호스피스·완화의료 입원실의 입원료 중 4인실 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

다. 법 제51조에 따라 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·

보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구. 다만, 보청기 중 보험급여의 적용을 받게 될 수술과 관련된 치료재료인 보건복지부장관이 정하여 고시하는 보청기는 제외한다.

- 라. 삭제 <2017. 9. 1.>
  - 마. 친자확인을 위한 진단
  - 바. 치과의 보철(보철재료 및 기공료 등을 포함한다) 및 치과임플란트를 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 65세 이상인 사람의 틀니 및 치과임플란트는 제외한다.
  - 사. 및 아. 삭제 <2002.10.24>
  - 자. 이 규칙 제8조의 규정에 의하여 보건복지부장관이 고시한 약제에 관한 급여 목록표에서 정한 일반의약품으로서 「약사법」 제23조에 따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제
  - 차. 삭제 <2006.12.29>
  - 카. 삭제 <2018. 12. 31.>
  - 타. 「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용
  - 파. 「마약류 관리에 관한 법률」 제40조에 따른 마약류중독자의 치료보호에 소요되는 비용
  - 하. 이 규칙 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함하되, 같은 규칙 제3조제3항에 따라 서류를 송부 받은 경우와 같은 규칙 제3조의4에 따른 신의료기술평가 결과 안전성·유효성을 인정받지 못한 경우에는 제외한다). 다만, 제11조제9항 또는 제13조제1항 후단의 규정에 따라 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함한다)는 제외한다.
  - 거. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제10항제2호에 따른 제한적 의료기술
  - 너. 「의료기기법 시행규칙」 제32조제1항제6호에 따른 의료기기를 장기이식 또는 조직이식에 사용하는 의료행위
  - 더. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료
5. 삭제 <2006.12.29>
6. 영 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호아목, 제3호아목 및 제4호더목은

다음 각 목에서 정하는 경우에 한정한다.

- 가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료
  - 나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제
- 6의2. 영 제21조제3항제3호에 따른 호스피스·완화의료 입원진료의 경우에는 제1호부터 제3호까지, 제4호나목(2)·더목에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호사목, 제3호아목 및 제4호더목은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료에 한정한다.
7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우
- 가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법
  - 나. 한약첩약 및 기상한의서의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제
8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우. 다만, 제5조제4항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심사평가원장의 공고에 따른다.

■ **요양급여비용 심사지급업무 처리기준** (보건복지부 고시 제2019 - 233호, 2019.10.25., 일부개정)

**제4조(요양급여비용의 심사)** ① 심사평가원은 요양급여비용의 심사청구를 받은 때에는 그 심사청구 내역이 다음 각 호에 적합한지를 심사하여야 한다. 이 경우 제4호에 해당하는 심사기준은 공개하여야 한다.

1. 법 제41조제3항 및 제4항에 따른 요양급여기준에 관한 규칙에서 정한기준
2. 법 제45조 및 46조에 따른 요양급여비용의 산정내역
3. 보건복지부장관이 정한 요양급여비용의 산정지침
4. 그 밖에 심사평가원의 원장이 법 제66조에 따라 설치된 진료심사평가위원회의 심의를 거쳐 정한 요양급여비용의 심사기준 등

② 심사평가원은 요양급여비용을 심사(제3항에 따른 심사내역 확인을 포함한다)함에 있어 진료심사평가위원회의 의학적 전문지식에 대한 자문을 받아 공정하고 타당하게 심사하여야 한다.

③ 심사평가원은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제9조에 따른 요양급여비용의 지급후 심사내역에 대한 확인을 할 수 있다.

1. 법시행령(이하 "영"이라 한다) 별표 2 제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대하여 입원진료를 한 경우에 청구하는 요양급여비용
2. 영 제22조에 따른 약제 및 치료재료의 금액
3. 그 밖에 심사평가원의 원장이 요양급여비용 심사내역의 확인이 필요하다고 인정하는 경우

④ 심사평가원은 제3항제1호에 따른 요양급여비용의 내역에 대한 질병군 착오청구, 분리청구, 본인부담금 과다징수 등의 확인 및 의료의 질과 퇴원의 적정성여부를 확인 할 수 있다.

■ **의료급여법** [시행 2019. 10. 24] [법률 제16374호, 2019. 4. 23, 일부개정]

**제3조(수급권자)** ① 이 법에 따른 수급권자는 다음 각 호와 같다. <개정 2014. 12. 30., 2015. 3. 27.>

1. 「국민기초생활 보장법」에 따른 의료급여 수급자
2. 「재해구호법」에 따른 이재민으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
3. 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료급여를 받는 사람
4. 「입양특례법」에 따라 국내에 입양된 18세 미만의 아동
5. 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」의 적용을 받고 있는 사람과 그 가족으로서 국가보훈처장이 의료급여가 필요하다고 추천한 사람 중에서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
6. 「무형문화재 보전 및 진흥에 관한 법률」에 따라 지정된 국가무형문화재의 보유자(명예보유자를 포함한다)와 그 가족으로서 문화재청장이 의료급여가 필요하다고 추천한 사람 중에서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
7. 「북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률」의 적용을 받고 있는 사람과 그 가족으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
8. 「5·18민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」 제8조에 따라 보상금등을 받은 사람과 그 가족으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
9. 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」에 따른 노숙인 등으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
10. 그 밖에 생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 사람으로서 대통령령으로 정하는 사람

② 제1항제2호 및 제5호부터 제9호까지의 규정에 따른 수급권자의 인정 기준 등에 관한 사항은 보건복지부장관이 정하는 바에 따른다.

③ 제1항에 따른 수급권자에 대한 의료급여의 내용과 기준은 대통령령으로 정하는 바에 따라 구분하여 달리 정할 수 있다.

④ 제1항에 따른 수급권자에 대한 의료급여의 개시일 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

[전문개정 2013. 6. 12.]

**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.

[전문개정 2013. 6. 12.]

**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.  
(개정 2019. 1. 15.)

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

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. <개정 2017. 3. 21.>

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

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

[전문개정 2013. 6. 12.]

**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.

[전문개정 2013. 6. 12.]

**제11조의2(서류의 보존)** ① 의료급여기관은 의료급여가 끝난 날부터 5년간 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 제11조에 따른 급여비용의 청구에 관한 서류를 보존하여야 한다.

② 제1항에도 불구하고 약국 등 보건복지부령으로 정하는 의료급여기관은 처방전을 급여비용을 청구한 날부터 3년간 보존하여야 한다.

[전문개정 2013. 6. 12.]

**제15조(의료급여의 제한)** ① 시장·군수·구청장은 수급권자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다. 다만, 보건복지부장관이 의료급여를 할 필요가 있다고 인정하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 수급권자가 자신의 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으켜 의료급여가 필요하게 된 경우

- 2. 수급권자가 정당한 이유 없이 이 법의 규정이나 의료급여기관의 진료에 관한 지시에 따르지 아니한 경우
- ② 의료급여기관은 수급권자가 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 수급권자의 거주지를 관할하는 시장·군수·구청장에게 알려야 한다.  
[전문개정 2013. 6. 12.]

**제17조(의료급여의 중지 등)** ① 시장·군수·구청장은 수급권자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 의료급여를 중지하여야 한다.

- 1. 수급권자에 대한 의료급여가 필요 없게 된 경우
- 2. 수급권자가 의료급여를 거부한 경우
- ② 시장·군수·구청장은 수급권자가 의료급여를 거부한 경우에는 수급권자가 속한 가구원 전부에 대하여 의료급여를 중지하여야 한다. <개정 2017. 3. 21.>
- ③ 시장·군수·구청장은 제1항에 따라 의료급여를 중지하였을 때에는 서면으로 그 이유를 밝혀 수급권자에게 알려야 한다.  
[전문개정 2013. 6. 12.]

**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 부당 이득금을 내지 아니하면 기한을 정하여 독촉할 수 있다.
  - ⑥ 시장·군수·구청장은 제5항에 따라 독촉을 할 때에는 10일 이상 15일 이내의 납부기한을 정하여 독촉장을 발급하여야 한다.
  - ⑦ 시장·군수·구청장은 제5항에 따라 독촉을 받은 자가 그 납부기한까지 부당 이득금을 내지 아니하면 지방세 체납처분의 예에 따라 징수할 수 있다.
  - ⑧ 제1항 및 제2항에 따른 부당이득금 납부의무자는 그 거주지를 다른 특별자치시·특별자치도·시·군·구로 이전한 경우에는 부당이득금을 새 거주지를 관할하는 시장·군수·구청장에게 납부하여야 한다. <개정 2017. 3. 21.>
  - ⑨ 제8항에 따라 부당이득금을 납부 받은 시장·군수·구청장은 이를 제25조에 따른 의료급여기금에 납입하여야 한다. <신설 2017. 3. 21.>
- [전문개정 2013. 6. 12.]

**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 업무정지 처분을 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 업무정지 처분의 효과는 그 처분이 확정된 의료급여기관을 양수한 자 또는 합병 후 존속하는 법인이나 합병으로 설립된 법인에 승계되고, 업무정지 처분의 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 업무정지 처분을 받았거나 업무정지 처분 절차가 진행 중인 자는 행정 처분을 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.

[전문개정 2013. 6. 12.]

**제29조(과징금 등)** ① 보건복지부장관은 의료급여기관이 제28조제1항제1호에 해당하여 업무정지 처분을 하여야 하는 경우로서 그 업무정지 처분이 수급권자에게 심한 불편을 주거나 그 밖의 특별한 사유가 있다고 인정되면 그 업무정지 처분을 갈음하여 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 부담하게 한 급여비용의 5배 이하의 금액을 과징금으로 부과·징수할 수 있다. 이 경우 보건복지부장관은 12개월의 범위에서 분할 납부를 하게 할 수 있다.

② 보건복지부장관은 제1항에 따른 과징금을 납부하여야 할 자가 납부기한까지 내지 아니하면 대통령령으로 정하는 바에 따라 제1항에 따른 과징금 부과 처분을 취소하고 제28조제1항에 따른 업무정지 처분을 하거나 국세 체납처분의 예에 따라 징수할 수 있고, 제33조제1항에 따라 과징금 징수에 관한 권한이 시·도지사에게 위임된 경우에는 시·도지사가 지방세 체납처분의 예에 따라 징수할 수 있다. 이 경우 의료급여기관의 폐업 등으로 제28조제1항에 따른 업무정지 처분을 할 수 없으면 국세 체납처분 또는 지방세 체납처분의 예에 따라 징수한다. <개정 2016. 2. 3.>

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.

[전문개정 2013. 6. 12.]

**제29조의2(제조업자등의 금지행위 등)** ① 「약사법」에 따른 의약품의 제조업자·위탁제조 판매업자·수입자·판매업자 및 「의료기기법」에 따른 의료기기 제조업자·수입업자·수리업자·판매업자·임대업자(이하 이 조에서 "제조업자등"이라 한다)는 약제·치료재료와 관련하여 제7조제2항에 따른 의료급여의 범위 및 의료수가를 계산할 때에 제28조 제1항제1호에 따른 의료급여기관의 위반행위에 개입하거나 거짓 자료를 제출하여 약제·치료재료의 가격 한도나 판매가격을 높이는 등 속임수나 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 부당한 방법으로 기금에 손실을 주는 행위를 하여서는 아니 된다.

② 보건복지부장관은 제조업자등이 제1항을 위반한 사실이 있는지를 확인하기 위하여 그 제조업자등에게 관련 서류의 제출을 명하거나 소속 공무원으로 하여금 관계인에게 질문을 하게 하거나 관계 서류를 검사하게 하는 등 필요한 조사를 할 수 있다. 이 경우 소속 공무원은 그 권한을 표시하는 증표를 지니고 이를 관계인에게 보여주어야 한다.

[본조신설 2013. 6. 12.]

**제31조(소멸시효)** ① 다음 각 호의 권리는 3년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성된다.

1. 의료급여를 받을 권리
2. 급여비용을 받을 권리
3. 대지급금을 상환받을 권리

② 제1항에 따른 시효는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 중단된다.

1. 급여비용의 청구
2. 대지급금에 대한 납입의 고지 및 독촉

③ 소멸시효 및 시효중단에 관하여 이 법에서 정한 사항 외에는 「민법」에 따른다.

[전문개정 2013. 6. 12.]

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

② 보건복지부장관은 의료급여기관(제12조에 따라 의료급여를 실시한 기관을 포함한다) 및 제11조제6항에 따라 급여비용의 심사청구를 대행하는 단체(이하 "대행청구단체"라

한다)에 대하여 진료·약제의 지급 등 의료급여에 관한 보고 또는 관계 서류의 제출을 명하거나 소속 공무원으로 하여금 질문을 하게 하거나 관계 서류를 검사하게 할 수 있다. <개정 2017. 3. 21.>

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

④ 제2항 및 제3항에 따라 질문 또는 조사를 하는 소속 공무원은 그 권한을 표시하는 증표 및 조사기간, 조사범위, 조사담당자, 관계 법령 등 보건복지부령으로 정하는 사항이 기재된 서류를 지니고 이를 관계인에게 보여주어야 한다. <개정 2016. 2. 3.>

⑤ 제2항 및 제3항에 따른 질문 또는 조사의 내용·절차·방법 등에 관하여 이 법에서 정하는 사항을 제외하고는 「행정조사기본법」에서 정하는 바를 따른다. <신설 2016. 2. 3.>  
[전문개정 2013. 6. 12.]

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

② 이 법에 따른 시장·군수·구청장의 업무 중 수급권자의 관리, 급여비용의 심사·조정, 의료급여의 적정성 평가, 급여 대상 여부의 확인 및 급여비용의 지급 업무 등 의료급여에 관한 업무는 그 일부를 대통령령으로 정하는 바에 따라 관계 전문기관에 위탁할 수 있다. 이 경우 위탁에 드는 비용은 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 기금에서 부담한다. <개정 2017. 3. 21.>

[전문개정 2013. 6. 12.]

**제35조(벌칙)** ① 제3조의3제3항에 따라 준용되는 「국민기초생활 보장법」 제23조의2 제6항을 위반하여 금융정보·신용정보 또는 보험정보를 사용·제공 또는 누설한 사람은 5년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2017. 3. 21.>

② 삭제 <2017. 3. 21.>

③ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2017. 3. 21.>

1. 제3조의3제3항에 따라 준용되는 「국민기초생활 보장법」 제22조제6항(같은 법 제23조 제2항에서 준용하는 경우를 포함한다)을 위반하여 정보 또는 자료를 사용하거나 제공한 사람
2. 삭제 <2017. 3. 21.>
3. 대행청구단체의 종사자로서 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 급여비용을 청구한 자

④ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처한다. <개정 2017. 3. 21.>

1. 제9조제3항을 위반하여 정당한 이유 없이 이 법에 따른 의료급여를 거부한 자
2. 제11조제6항에 따른 대행청구단체가 아닌 자로 하여금 급여비용의 심사청구를 대행하게 한 자
3. 속임수나 그 밖의 부정한 방법으로 의료급여를 받은 자 또는 제3자로 하여금 의료급여를 받게 한 자
4. 제28조제4항을 위반하여 업무정지기간 중에 의료급여를 한 의료급여기관의 개설자
- ⑤ 정당한 이유 없이 제32조제2항에 따른 보고 또는 서류제출을 하지 아니하거나 거짓으로 보고하거나 거짓 자료를 제출하거나 검사를 거부·방해 또는 기피한 사람은 1천만원 이하의 벌금에 처한다.

[전문개정 2013. 6. 12.]

**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 게을리하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

[전문개정 2013. 6. 12.]

**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.

[전문개정 2013. 6. 12.]

■ 의료급여법 시행령 [시행 2020. 7. 1] [대통령령 제30748호, 2020. 6. 2, 일부개정]

**제2조(수급권자)** 「의료급여법」(이하 "법"이라 한다) 제3조제1항제10호에서 "대통령령으로 정하는 사람"이란 법 제3조제1항제1호부터 제9호까지의 규정에 해당하는 사람과 유사한 사람으로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 중 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정하는 사람을 말한다. <개정 2010. 3. 15., 2012. 6. 7., 2013. 12. 11.>

1. 일정한 거소가 없는 사람으로서 경찰관서에서 무연고자로 확인된 사람
  2. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사람
- [전문개정 2009. 2. 6.]

**제3조(수급권자의 구분)** ① 수급권자는 법 제3조제3항에 따라 1종수급권자와 2종수급권자로 구분한다. <개정 2015. 6. 30.>

② 1종수급권자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다. <개정 2003. 1. 2., 2003. 12. 30., 2004. 12. 30., 2005. 7. 5., 2008. 2. 19., 2008. 2. 29., 2009. 2. 6., 2009. 12. 31., 2010. 3. 15., 2012. 6. 7., 2013. 9. 3., 2016. 6. 28.>

1. 법 제3조제1항제1호에 따른 「국민기초생활 보장법」에 의한 수급자중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자
  - 가. 다음 각 항목의 어느 하나에 해당하는 자 또는 근로능력이 없거나 근로가 곤란하다고 인정하여 보건복지부장관이 정하는 자만으로 구성된 세대의 구성원
    - (1) 18세 미만인 자
    - (2) 65세 이상인 자
    - (3) 「장애인고용촉진 및 직업재활법」 제2조제2호에 해당하는 중증장애인
    - (4) 「국민기초생활 보장법 시행령」 제7조제1항제2호에 해당하는 자
    - (5) 임신 중에 있거나 분만 후 6개월 미만의 여자
    - (6) 「병역법」에 의한 병역의무를 이행중인 자
  - 나. 「국민기초생활 보장법」 제32조에 따른 보장시설에서 급여를 받고 있는 자
  - 다. 삭제 <2016. 6. 28.>
  - 라. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵질환, 희귀난치성질환 또는 중증질환을 가진 사람
2. 법 제3조제1항제2호부터 제9호까지의 규정에 해당하는 자

3. 제2조제1호에 해당하는 수급권자
  4. 제2조제2호에 해당하는 자로서 보건복지부장관이 1종의료급여가 필요하다고 인정하는 자
- ③ 2종수급권자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다. <개정 2003. 12. 30., 2004. 12. 30., 2008. 2. 19., 2008. 2. 29., 2009. 2. 6., 2010. 3. 15.>
1. 법 제3조제1항제1호의 규정에 해당하는 자중 제2항제1호에 해당하지 아니하는 자
  2. 삭제 <2009. 2. 6.>
  3. 제2조제2호에 해당하는 자로서 보건복지부장관이 2종의료급여가 필요하다고 인정하는 자

**제12조(의료급여기관에서 제외되는 의료기관 등)** ① 법 제9조제1항 각 호 외의 부분 후단에 따라 보건복지부장관이 의료급여기관에서 제외할 수 있는 의료기관 등은 다음 각 호와 같다.

<개정 2005. 7. 5., 2007. 2. 28., 2008. 2. 19., 2008. 2. 29., 2010. 3. 15.>

1. 「의료법」 제35조에 따라 개설된 부속의료기관
  2. 「의료법」 제66조 또는 「약사법」 제79조제2항에 따른 면허자격정지 처분을 5년 동안에 2회 이상 받은 의료인 또는 약사가 개설·운영하는 의료기관 또는 약국
  3. 법 제28조 또는 법 제29조의 규정에 의한 업무정지 또는 과징금 처분을 5년 동안에 2회 이상 받은 의료기관 또는 약국
  4. 법 제28조의 규정에 의한 업무정지 처분의 절차가 진행중이거나 업무정지 처분을 받은 의료급여기관의 개설자가 개설한 의료기관 또는 약국
- ② 의료급여기관에서 제외되는 기간은 제1항제2호 및 제3호의 경우에는 1년 이하로 하고, 제1항제4호의 경우에는 업무정지 처분이 끝나는 날까지로 한다.  
[제목개정 2007. 2. 28.]

**제13조(급여비용의 부담)** ① 법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다. <개정 2003. 12. 30., 2005. 7. 5., 2013. 12. 11.>

1. 삭제 <2005. 7. 5.>
2. 삭제 <2005. 7. 5.>
- ② 삭제 <2005. 7. 5.>
- 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. <개정 2008. 2. 29., 2010. 3. 15.>

④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인 부담금(이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다. <개정 2004. 6. 29.>

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. <개정 2004. 6. 29., 2007. 2. 28., 2008. 2. 29., 2010. 3. 15., 2012. 6. 7., 2014. 7. 16.>

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. <개정 2004. 6. 29., 2007. 2. 28., 2009. 3. 31., 2017. 12. 29.>

1. 1종수급권자 : 매 30일간 5만원

2. 2종수급권자: 연간 80만원. 다만, 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다.

⑦ 시장·군수·구청장은 수급권자가 제6항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다. <신설 2004. 6. 29., 2008. 2. 29., 2010. 3. 15.>

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

[본조신설 2013. 12. 11.]

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

[본조신설 2013. 12. 11.]

[제16조의3에서 이동 <2016. 6. 28.>]

**제18조(검사업무의 지원)** 보건복지부장관은 법 제32조제2항에 따른 의료급여기관 및 대행청구단체에 대한 검사업무를 효율적으로 수행하기 위하여 필요한 경우에는 「국민건강보험법」 제62조에 따른 건강보험심사평가원(이하 "심사평가원"이라 한다)으로 하여금 그 업무를 지원하게 할 수 있다. <개정 2005. 7. 5., 2008. 2. 29., 2010. 3. 15., 2012. 8. 31., 2013. 12. 11.>

[별표 2] <개정 2020. 6. 2.>

**행정처분의 기준(제16조의2 관련)**

1. 업무정지처분의 기준

가. 일반기준

- 1) 다음 가)부터 다)까지의 어느 하나에 해당하는 경우에는 업무정지기간을 2분의 1의 범위에서 감경하거나 면제할 수 있다. 다만, 속임수를 사용하여 수급권자, 부양의무자 또는 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 하였을 때에는 그러하지 아니하다.
  - 가) 급여비용을 부담청구한 의료급여기관이 그 부담청구 사실이 발각되기 전에 보건복지부장관 등의 감독관청에 부담청구 사실을 자진하여 신고한 경우
  - 나) 의료급여기관의 대표자가 인지할 수 없었던 불가항력적인 사유로 급여비용 부담청구가 발생한 사실이 객관적으로 증명된 경우
  - 다) 그 밖에 위반행위의 동기·목적·정도 및 위반횟수 등을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 감면기준에 해당하는 경우
- 2) 의료급여기관이 법 제28조제1항 및 제29조제1항에 따른 업무정지 또는 과징금 처분을 받은 이후 5년 이내에 법 제28조제1항 각 호의 위반행위를 하였을 경우(5년 이내의 기간 산정은 위반사실이 확인된 날부터 그 직전에 업무정지 또는 과징금 처분서를 송달받은 날까지로 한다)에는 해당 위반행위에 대한 업무정지기간의 2배에 해당하는 처분을 할 수 있다. 이 경우 업무정지기간은 1년을 넘을 수 없다.
- 3) 나목1) 및 2)의 경우 모두에 해당되는 의료급여기관의 업무정지 기간은 해당 기간을 합산한 기간으로 한다. 다만, 업무정지 기간을 합하는 경우에도 1년을 넘을 수 없다.

나. 개별기준

- 1) 의료급여기관이 법 제28조제1항제1호에 해당하는 경우의 업무정지기간은 다음 표와 같다.

(단위: 일)

월평균 부담금액	부담비율				
	0.5% 이상 1% 미만	1% 이상 2% 미만	2% 이상 3% 미만	3% 이상 4% 미만	4% 이상 5% 미만
20만원 이상 ~ 25만원 미만			10	20	30

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

비고

1. 월평균 부당금액은 조사대상 기간(의료급여기관이 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 급여비용을 청구하였는지 확인하기 위하여 6개월부터 36개월까지의 범위에서 보건복지부장관이 정하는 기간을 말한다. 이하 같다) 동안 의료급여기관이 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 한 금액과 수급권자 또는 그 부양의무자에게 본인부담금을 부담하게 한 금액을 합산한 금액(이하 "총부당금액"이라 한다)을 조사대상 기간의 개월 수로 나눈 금액으로 한다.
2. 부당비율은 [총부당금액/(급여비용 총액 + 급여비용 총액에 포함되지 않은 부당금액)] × 100으로 산출한다.
3. "급여비용 총액"이란 조사대상 기간 동안 심사결정된 급여비용(법 제11조제2항에 따라 심사청구된 급여비용에 대하여 급여비용심사기관이 심사결정한 급여비용을 말한다)을 합산한 금액을 말한다.
4. "급여비용 총액에 포함되지 않은 부당금액"이란 조사대상 기간 동안 해당 의료급여기관의 급여비용 총액에는 포함되지 않으나 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 한 금액과 수급권자 또는 그 부양의무자에게 본인부담금을 부담하게 한 금액을 말한다.
5. 부당비율이 5% 이상인 경우에는 초과 1%마다 업무정지기간을 3일씩 가산하되, 소수점 이하의 부당비율은 올림한다.
6. 월평균 부당금액이 40만원 미만인 경우에 위 표에 따라 계산한 업무정지기간이 50일을 초과하는 경우 50일로 보며, 위 표에 따라 계산한 업무정지기간이 365일을 초과하는 경우 365일로 본다.

2) 의료급여기관이 법 제32조제2항에 따른 보고 또는 서류의 제출을 하지 아니하거나 거짓 보고를 하거나 거짓 서류를 제출하거나 소속 공무원의 질문 및 검사를 거부·방해 또는 기피한 경우에는 업무정지 기간을 1년으로 한다. 다만, 서류 중 진료 기록부, 투약기록, 의료급여비용계산서 및 본인부담금수납대장을 제외한 서류의 전부 또는 일부를 제출하지 아니한 경우에는 업무정지 기간을 180일로 한다.

2. 삭제 <2020. 6. 2.>

[별표 2] <개정 2016.6.28.>

**행정처분의 기준(제16조의2 관련)**

1. 업무정지 처분의 기준

가. 일반기준

- 1) 위반행위의 동기·목적·정도 및 위반횟수 등을 고려하여 나목에 따른 업무정지 기간을 2분의 1의 범위에서 감경할 수 있다. 다만, 속임수를 사용하여 수급권자, 부양의무자 또는 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 한 경우에는 그러하지 아니하다.
- 2) 법 제28조제1항에 따라 업무정지처분을 받을 자가 위반사실이 확인된 날 전 5년 이내에 업무정지 또는 과징금처분을 받은 사실이 있는 경우(5년 이내의 기간 산정은 위반사실이 확인된 날부터 그 직전에 업무정지 또는 과징금처분서를 송달받은 날까지로 한다)에는 나목에 따른 업무정지 기간의 2배에 해당하는 업무정지처분을 할 수 있다. 이 경우 업무정지 기간은 1년을 넘을 수 없다.
- 3) 나목1) 및 2)의 경우 모두에 해당되는 의료급여기관의 업무정지 기간은 해당 기간을 합산한 기간으로 한다. 다만, 업무정지 기간을 합하는 경우에도 1년을 넘을 수 없다.

나. 개별기준

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

(단위: 일)

월평균 부담금액		부담비율				
의료기관·약국· 한국희귀의약품 센터·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	8만원 이상 14만원 미만		10	20	30	40
40만원 이상 80만원 미만	14만원 이상 20만원 미만	10	20	30	40	50

월평균 부당금액		부당비율				
의료기관·약국·한국희귀의약품센터·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
80만원 이상 320만원 미만	20만원 이상 40만원 미만	20	30	40	50	60
320만원 이상 1,400만원 미만	40만원 이상 70만원 미만	30	40	50	60	70
1,400만원 이상 5,000만원 미만	70만원 이상 100만원 미만	40	50	60	70	80
5,000만원 이상	100만원 이상	50	60	70	80	90

비고

1. 월평균 부당금액은 총부당금액(조사 대상 기간 동안 부당한 방법으로 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 한 금액과 부당하게 수급권자 및 그 부양의무자에게 본인부담금을 부담하게 한 금액을 합산한 금액)을 조사 대상 기간의 개월 수로 나눈 금액으로 한다.
2. 부당비율(%)은 (총부당금액/급여비용총액)×100으로 산출한다.
3. 급여비용총액은 조사대상기간에 해당되는 심사결정 총급여비용의 합산금액으로 한다. 다만, 급여비용의 심사청구가 없어 심사결정 총급여비용을 산출할 수 없는 경우에는 총부당금액을 급여비용총액으로 본다.
4. 부당비율이 5% 이상인 경우에는 초과되는 1%마다 업무정지 기간을 3일씩 가산하되, 그 부당비율의 소수점 이하는 1%로 본다. 다만, 업무정지 기간을 가산한 경우에도 1년을 넘을 수 없다.

2) 의료급여기관이 법 제32조제2항에 따른 보고 또는 서류의 제출을 하지 아니하거나 거짓 보고를 하거나 거짓 서류를 제출하거나 소속 공무원의 질문 및 검사를 거부·방해 또는 기피한 경우에는 업무정지 기간을 1년으로 한다. 다만, 서류 중 진료기록부, 투약기록, 의료급여비용계산서 및 본인부담금수납대장을 제외한 서류의 전부 또는 일부를 제출하지 아니한 경우에는 업무정지 기간을 180일로 한다.

2. 제3차 의료급여기관의 지정취소 기준

제3차 의료급여기관이 제1호의 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.

[별표 3] <개정 2020. 6. 2.>

**과징금 부과 기준(제16조의4 관련)**

1. 과징금은 별표 2 제1호나목에 따른 업무정지 기간이 10일인 경우에는 총 부당금액의 2배, 10일 초과 30일 이하인 경우에는 총 부당금액의 3배, 30일 초과 50일 이하인 경우에는 총 부당금액의 4배, 50일을 초과하는 경우에는 총 부당금액의 5배로 한다.
2. 의료급여기관이 과징금의 분할납부를 신청하는 경우 12개월의 범위에서 과징금의 분할납부를 하게 할 수 있다.
3. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 과징금 금액을 2분의 1의 범위에서 감경하거나 면제할 수 있다. 다만, 속임수를 사용하여 수급권자, 부양의무자 또는 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 하였을 때에는 그러하지 아니하다.
  - 가. 급여비용을 부당청구한 의료급여기관이 그 부당청구 사실이 발각되기 전에 보건복지부장관 등의 감독관청에 부당청구 사실을 자진하여 신고한 경우
  - 나. 의료급여기관의 대표자가 인지할 수 없었던 불가항력적인 사유로 급여비용 부당청구가 발생한 사실이 객관적으로 증명된 경우
  - 다. 그 밖에 위반행위의 동기·목적·정도 및 위반횟수 등을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 감면기준에 해당하는 경우
4. 의료급여기관이 법 제28조제1항 및 제29조제1항에 따른 업무정지 또는 과징금 처분을 받은 이후 5년 이내에 법 제28조제1항제1호의 위반행위를 하였을 경우(5년 이내의 기간 산정은 위반사실이 확인된 날부터 그 직전에 업무정지 또는 과징금 처분서를 송달받은 날까지로 한다)에는 해당 위반행위에 대한 과징금의 2배에 해당하는 처분을 할 수 있다. 이 경우 과징금은 총부당금액의 5배를 넘을 수 없다.

[별표 3] <개정 2016. 6. 28.>

### 과징금 부과 기준(제16조의3 관련)

1. 과징금은 별표 2 제1호나목에 따른 업무정지 기간이 10일인 경우에는 총 부당금액의 2배, 10일 초과 30일 이하인 경우에는 총 부당금액의 3배, 30일 초과 50일 이하인 경우에는 총 부당금액의 4배, 50일을 초과하는 경우에는 총 부당금액의 5배로 한다.
2. 의료급여기관이 과징금의 분할납부를 신청하는 경우 12개월의 범위에서 과징금의 분할납부를 하게 할 수 있다.
3. 위반행위의 동기·목적·정도 및 위반횟수 등을 고려하여 가목에 따른 과징금 금액을 2분의 1의 범위에서 감경할 수 있다. 다만, 속임수를 사용하여 수급권자, 부양의무자 또는 시장·군수·구청장에게 급여비용을 부담하게 한 경우에는 그러하지 아니하다.
4. 법 제29조제1항에 따라 과징금 부과처분을 받을 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 가목에 따른 과징금의 2배에 해당하는 과징금을 부과할 수 있다. 이 경우 과징금은 부당하게 부담하게 한 금액의 5배를 넘을 수 없다.

■ 의료급여법 시행규칙 [시행 2020. 7. 1] [보건복지부령 제739호, 2020. 6. 29, 일부개정]

**제6조(의료급여의 적용기준 및 방법)** ① 의료급여의 적용기준 및 방법은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조제2항부터 제4항까지 및 별표 1(제2호나목은 제외한다)에 따른다. <개정 2020. 6. 29.>

② 「국민건강보험법」 제5조에 따른 건강보험 가입자 또는 피부양자에서 의료급여 수급권자로 자격이 변동된 자에 대하여 제1항에 따른 기준을 적용하는 때에는 의료급여의 기간 또는 인정개수 등을 정하고 있는 행위·약제 및 치료재료에 대한 건강보험의 요양급여 내용과 의료급여의 수급내용을 연계하여 적용한다.

[전문개정 2008. 2. 28.]

**제7조(의료급여비용계산서의 발급 및 보존)** ① 의료급여기관이 의료급여를 행한 경우 (본인부담금이 없는 경우를 포함한다)에는 수급권자에게 의료급여비용계산서를 발급하여야 한다. 이 경우 의료급여비용계산서의 서식은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제7조제1항의 규정에 의한 계산서에 의한다. <개정 2005. 6. 29.>

② 의료급여기관은 수급권자가 제1항의 규정에 의한 계산서에 대하여 세부산정내역을 요구하는 경우에는 이를 제공하여야 한다.

**제8조(의료급여의 범위 등)** ① 법 제7조에 따른 의료급여의 범위(이하 "의료급여대상"이라 한다)는 다음 각 호와 같다. <개정 2007. 3. 27., 2020. 6. 29.>

1. 법 제7조제1항 각 호의 의료급여(약제를 제외한다) : 제9조에 따른 비급여대상을 제외한 일체의 것
  2. 법 제7조제1항제2호의 의료급여(약제로 한정한다) : 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조의2, 제12조 및 제13조에 따라 요양급여대상으로 결정 또는 조정되어 고시된 것
  3. 법 제7조제1항제7호에 따른 그 밖의 의료목적 달성을 위한 조치: 법 제5조제3항에 따라 특별시장·광역시장·도지사 및 시장·군수·구청장이 수급권자의 건강 유지 및 증진을 위하여 실시하는 사업으로서 보건복지부장관이 정하여 고시한 것
- ② 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제8조제2항 및 제4항은 의료급여 대상에 관하여 이를 준용한다. <개정 2005. 6. 29., 2007. 12. 28.>

**제11조(서류의 보존)** ① 의료급여기관이 법 제11조의2제1항에 따라 5년간 보존하여야

하는 서류는 다음 각 호와 같다. <개정 2006. 4. 13.>

1. 제7조제1항의 규정에 의한 의료급여비용계산서부분 또는 별지 제5호서식의 본인 부담금수납대장
  2. 제20조의 규정에 의한 의료급여비용심사청구서 및 의료급여비용명세서
  3. 약제 및 치료재료 그밖에 의료급여 구성요소의 구입에 관한 서류
  4. 개인별 투약기록
  5. 그밖에 간호관리등급료의 산정자료 등 급여비용의 산정에 필요한 서류 및 이를 증명하는 서류
  6. 제1호 내지 제5호의 서류를 전산기록장치에 의하여 디스켓·마그네틱 테이프 등 자기매체에 저장하고 있는 경우에는 동 자료
- ② 제22조의 규정에 의하여 전자문서교환방식에 의한 경우에는 제1항제2호의 서류에 갈음하여 전자문서로 이를 보존할 수 있다.
- ③ 법 제11조의2제2항에서 "보건복지부령이 정하는 의료급여기관"이라 함은 「약사법」에 따라 등록된 약국을 말한다. <신설 2006. 4. 13., 2008. 3. 3., 2010. 3. 19.>

**제19조(급여비용의 본인부담)** 영 제13조제3항의 규정에 의하여 수급권자가 급여비용을 부담하는 경우 또는 항목과 부담률은 별표 1의2와 같다. <개정 2007. 3. 27.>

**제19조의2(본인부담금의 일부지급)** ① 수급권자는 영 제13조제5항의 규정에 의한 본인 부담금의 초과금액을 지급받고자 하는 때에는 별지 제11호의2서식의 청구서를 시장·군수·구청장에게 제출하여야 한다. <개정 2014. 11. 19.>

② 시장·군수·구청장은 제1항의 규정에 의한 지급청구를 받은 때에는 지체없이 지급대상 여부 및 대상금액을 확인한 후 이를 지급하여야 한다.

③ 시장·군수·구청장은 공단의 의료급여비용에 관한 자료를 확인하여 지급청구를 하지 아니한 수급권자가 있는 경우에는 보건복지부장관이 정하는 절차에 따라 본인 부담금의 초과금액을 수급권자에게 지급하고, 계좌불명 등의 사유로 지급이 불가능한 경우에는 해당 수급권자에게 제1항의 규정에 의한 지급청구를 하도록 알려야 한다. <개정 2010. 2. 26., 2010. 3. 19.>

[전문개정 2004. 7. 6.]

**제19조의3(본인부담금의 초과금액 지급)** ① 수급권자는 영 제13조제7항의 규정에 의한 기금부담분의 초과금액을 지급받고자 하는 때에는 별지 제11호의3서식의 청구서를

시장·군수·구청장에게 제출하여야 한다. <개정 2014. 11. 19.>

② 제19조의2제2항 및 제3항의 규정은 기금부담분의 초과금액 지급에 관하여 이를 준용한다.

[본조신설 2004. 7. 6.]

**제19조의4(급여비용의 본인부담금 면제대상 등)** ① 영 별표 제1호다목(6)에서 "보건 복지부령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다. <개정 2008. 2. 28., 2008. 3. 3., 2008. 11. 26., 2010. 3. 19., 2012. 11. 21.>

1. 「의료법」 제33조제1항제4호에 따라 가정간호를 받고 있는 자
2. 삭제 <2013. 9. 13.>
3. 제8조의3제3항 및 제5항에 따라 선택의료급여기관을 이용하는 자로서 별표 1에 따라 선택의료급여기관에서 외래진료를 받고 있는 자 및 그 선택의료급여기관에서 교부한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 자

② 제1항에 불구하고 제1항제3호에 따라 선택의료급여기관을 이용하는 자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 영 별표 제1호다목 단서에 따라 기금에서 부담하는 급여 비용을 제외한 비용을 본인이 부담한다.

1. 별표 1 제1호다목에 따라 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관에서 외래진료를 받거나 그 의료급여기관에서 교부한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우
2. 별표 1 제1호라목에 따라 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관에서 외래진료를 받거나 그 의료급여기관에서 교부한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우

[본조신설 2007. 3. 27.]

■ 약제 및 치료재료의 비용에 대한 결정기준 (보건복지부 고시 제2014-144호, 2014.8.29., 일부개정)

**제3조(구입약가의 확인)** ① 건강보험심사평가원장(이하 “심사평가원장”이라 한다)은 제2조제1항에 따른 구입약가 산정의 정확성 여부를 확인하기 위하여 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」에 따라 요양기관이 제출한 요양급여비용청구서·요양급여비용명세서 및 「약사법」 제47조의2제2항에 따른 공급 내역정보 등을 활용하여 구입약가 검증체계를 구축운영할 수 있다.

② 심사평가원장은 제1항에 따른 구입약가 검증체계를 구축운영하기 위하여 「약사법」 제47조의2제1항에 따른 의약품관리종합정보센터(이하 “의약품관리종합정보센터”라 한다)의 장에게 같은 조 제2항에 따른 공급 내역 등에 관한 자료의 제공을 요청할 수 있다. 이 경우 공급내역 등에 관한 자료의 제공을 요청받은 의약품관리종합정보센터의 장은 지체 없이 그 요구받은 자료를 심사평가원장에게 제공하여야 한다.

③ 심사평가원장은 제1항에 따른 구입약가 검증체계에 의하여 요양기관의 구입약가를 분석한 결과 필요한 경우에는 다음 각 호의 방법으로 요양기관의 구입약가를 확인할 수 있다.

1. 서면확인 : 해당 요양기관으로부터 약제 구입내역을 증명할 수 있는 거래명세서 등 관련 자료를 제출받아 실시

2. 현지확인 : 해당 요양기관에 현지 출장하여 자료의 확인, 질문 등의 방법으로 실시

④ 심사평가원장은 제3항제1호에 따라 요양기관에 대하여 관련 자료의 제출을 요구하는 경우에는 제출할 자료 및 제출기한 등을 서면(전자문서를 포함한다)으로 통지하여야 한다. 다만, 신속한 확인을 위하여 필요한 경우에는 팩스 또는 정보통신망 등을 이용하여 통지할 수 있다.

⑤ 제4항에 따라 자료의 제출을 요구받은 요양기관은 제출기한 내에 관련 자료를 직접 방문, 우편, 팩스 또는 정보통신망 등으로 제출하여야 한다.

⑥ 심사평가원장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제3항제2호에 따른 현지확인을 실시할 수 있다.

1. 제4항에 따라 요구한 자료를 요양기관이 제출기한 내 제출하지 않거나, 제출한 자료만으로는 구입약가 산정의 정확성 여부를 확인하기 어려운 경우
2. 민원, 언론 등을 통해 약제 구입과 관련하여 부당한 사실이 있다는 구체적이고 객관적인 증빙자료가 확인되는 경우
3. 그 밖에 심사평가원장이 필요하다고 인정한 경우

- ⑦ 제3항에 따른 구입약가를 확인하는 과정에서 필요한 경우에는 확인대상 요양기관과 거래한 내역이 있는 약제 공급업자에 대하여도 자료의 제출을 요구할 수 있다.
- ⑧ 제3항과 제7항에 따라 자료의 제출을 요구받거나 질문을 받은 자는 정당한 사유 없이 거부하지 못한다.
- ⑨ 그 밖에 구입약가 확인 방법·절차 등 필요한 사항에 대하여는 심사평가원장이 별도로 정할 수 있다.















