
2023년도 1분기

의료급여 현지조사 부당청구 사례

- 2022년도 4분기 조사분 -

2023년 3월



건강보험심사평가원
급여조사실 조사3부

거짓청구 사례

□ 거짓청구 개념

- 진료비 청구의 원인이 되는 진료행위가 실제 존재하지 않았으나 관련서류의 위조·변조 등 부정한 방법으로 진료행위가 존재한 것처럼 가장하여 진료비 등을 청구하는 행위를 거짓청구라 하며, 이러한 거짓청구도 부당청구에 포함됩니다.
- 요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형(고시 제2019-300호, 2019.12.26.)
 1. 입원일수 또는 내원일수를 부풀려 청구한 경우
 2. 비급여대상 비용을 전액 환자에게 부담시킨 후 이를 다시 요양급여대상으로 청구한 경우
 3. 실제 실시 또는 투약하지 않은 요양급여행위료, 치료재료비용 및 약제비를 청구한 경우
 4. 의료행위 건수를 부풀려 청구한 경우
 5. 면허자격증 대여나 위·변조를 통해 요양기관에 실제 근무하지 않은 인력을 근무한 것처럼 꾸며서 청구한 경우
 6. 무자격자의 진료나 조제 등으로 발생한 비용을 청구한 경우

- 가정간호 거짓청구..... 2
- 내원(내방)일수 거짓청구..... 3
- 실제 실시하지 않은 검사료 거짓청구..... 4

가정간호 거짓청구

사례 1

- 의원의 경우, 타병원 입원 중인 수급권자 △△△에게 가정간호를 실시하지 않았음에도 ‘달리 분류되지 않는 전해질균형 및 체액균형의 기타 장애 (E878)’ 등의 상병으로 가정간호를 실시한 것으로 가-13-라 가정간호기본 방문료[사회복지시설내 시설입소자](AN500004, 38,450원) 등을 의료급여비용으로 청구함.

관련근거

- 「의료법」 제22조(진료기록부 등)
 - ① 의료인은 각각 진료기록부, 조산기록부, 간호기록부, 그 밖의 진료에 관한 기록(이하 “진료기록부등”이라 한다)을 갖추어 두고 환자의 주된 증상, 진단 및 치료 내용 등 보건복지부령으로 정하는 의료행위에 관한 사항과 의견을 상세히 기록하고 서명하여야 한다.
 - ③ 의료인은 진료기록부등을 **거짓으로 작성**하거나 고의로 사실과 다르게 **추가 기재·수정**하여서는 아니 된다.

내원(내방)일수 거짓청구

사례 2

- ○○의원의 경우, ‘상세불명의 수면장애(G479)’와 ‘상세불명의 갑상선기능저하증(E039)’ 상병으로 내원한 수급권자 △△△에게 내원 전날에는 수면장애 상병으로, 실제 내원한 날에는 갑상선기능저하증 상병으로 약제를 분할하여 총 2매의 원외처방전을 수진자에게 교부하고, 수급권자가 1회 내원하였음에도 2회 내원한 것으로 진찰료 등을 거짓으로 청구하였으며, 처방전을 조제한 약국이 복약지도료, 약국관리료 등을 이중으로 지급받게 함.

관련근거

- 「의료법」 제22조(진료기록부 등)
 - ① 의료인은 각각 진료기록부, 조산기록부, 간호기록부, 그 밖의 진료에 관한 기록(이하 “진료기록부등”이라 한다)을 갖추어 두고 환자의 주된 증상, 진단 및 치료 내용 등 보건복지부령으로 정하는 의료행위에 관한 사항과 의견을 상세히 기록하고 서명하여야 한다.
 - ③ 의료인은 진료기록부등을 **거짓으로 작성**하거나 고의로 사실과 다르게 **추가 기재·수정**하여서는 아니 된다.

실제 실시하지 않은 검사료 거짓 청구

사례 3

- 의원의 경우, ‘탈수(E860)’ 상병의 수급권자 △△△에게 실제로 실시하지 않은 누-011-나 C-반응성단백-[정밀면역검사](정량)(D0113, 6,790원) 등의 혈액검사를 진료기록부에 기재한 후 의료급여비용으로 청구함.

관련근거

- 「의료급여법」 제11조(급여비용의 청구와 지급)
 - ① 의료급여기관은 제10조에 따라 의료급여기금에서 부담하는 급여비용의 지급을 시장·군수·구청장에게 청구할 수 있다. 이 경우 제2항에 따른 심사청구는 시장·군수·구청장에 대한 급여비용의 청구로 본다.
- 「국민건강보험법」 제47조(요양급여비용의 청구와 지급 등)
 - ① 요양기관은 공단에 요양급여비용의 지급을 청구할 수 있다. 이 경우 제2항에 따른 요양급여비용에 대한 심사청구는 공단에 대한 요양급여비용의 청구로 본다.
 - ② 제1항에 따라 요양급여비용을 청구하려는 요양기관은 심사평가원에 요양급여비용의 심사청구를 하여야 하며, 심사청구를 받은 심사평가원은 이를 심사한 후 지체 없이 그 내용을 공단과 요양기관에 알려야 한다.
- 「의료법」 제22조(진료기록부 등)
 - ③ 의료인은 진료기록부등을 **거짓으로 작성**하거나 고의로 사실과 다르게 **추가 기재·수정**하여서는 아니 된다.

부당청구 사례

□ 부당청구 개념

- 의료급여법 제23조에는 ‘속임수나 그 밖의 부당한 방법’이라 표현하고 있으며 통상 법령에서 사용하는 ‘부당’의 의미는 속임수를 쓰는 등 적극적으로 법질서를 위반하는 행위뿐만 아니라 소극적으로 법령상의 기준을 위반하는 행위까지 포함하고 있습니다.
- 법령상 기준위반은 의료급여법령에서 정한 의료급여기준, 진료수가기준 등을 위반하여 의료급여를 실시하고 그 비용을 청구하는 것으로, 청구자의 고의·과실 여부는 고려하지 않고 객관적 위반 사실이 있을 경우 부당청구로 인정하고 있습니다.

● 선택의료급여기관 이용 절차규정 위반청구.....	6
● 가정간호 부당청구.....	7
● 가정간호기본방문료 산정기준 위반청구.....	8
● 가정전문간호사 1인당 가정간호 방문횟수 초과청구.....	9
● 진찰료 산정기준 위반청구.....	10
● 방사선단순영상진단료 산정기준 위반청구.....	11
● 이학요법료 산정기준 위반청구.....	12
● 정신요법료 산정기준 위반청구.....	13
● 단순 처치 산정기준 위반청구.....	14
● 염증성 처치 산정기준 위반청구.....	15
● 본인부담금 과다징수.....	16

선택의료급여기관 이용 절차규정 위반청구

사례 1

- 의원의 경우, ‘상세불명의 알츠하이머병에서의 치매(F009)’ 상병으로 내원한 수급권자 △△△은 선택의료급여기관 적용대상자로 선택의료급여기관에서 발급한 의료급여의뢰서 없이 내원하여 의료급여비용 총액을 수급권자가 전액 본인이 부담하여야 함에도 ○의원은 진료에 소요된 비용을 의료급여비용으로 청구하고, 또한 원외처방전을 발행하여 약제비용 등을 의료급여비용으로 지급받게 함.

관련근거

- 「의료급여법 시행규칙」 제8조의3(의료급여일수의 상한)
 - 제3항에 따라 수급권자가 선택할 수 있는 의료급여기관(이하 “선택의료급여기관”이라 한다)의 범위 및 절차 등은 별표 1과 같다.
- 의료급여법 시행규칙 [별표 1] 선택의료급여기관의 범위 및 의료급여의 절차 등(제8조의3 관련)
 - 수급권자가 선택할 수 있는 의료급여기관의 범위 및 의료급여의 절차
 - 다. 나목에 따라 통보를 받은 선택의료급여기관이 해당 수급권자의 치료를 위하여 **다른 의료급여기관(제1차의료급여기관을 포함한다)의 진료가 필요하다고 판단하는 경우에는** 수급권자에게 별지 제3호서식의 **의료급여의뢰서를 발급**하고 그 사실을 7일 이내에 보장기관에 통보해야 하며, 의료급여의뢰서를 발급받은 수급권자는 **의료급여의뢰서를 7일(공휴일을 제외한다) 이내에 의료급여기관에 제출**하여야 한다.
- 「의료급여법 시행규칙」 제19조(급여비용의 본인부담)

영 제13조제3항의 규정에 의하여 수급권자가 급여비용을 부담하는 경우 또는 항목과 부담률은 별표 1의2와 같다
- 의료급여법 시행규칙 [별표 1의2] 수급권자가 급여비용을 부담하는 경우 또는 항목과 부담률(제19조 관련)
 - 수급권자가 급여비용을 부담하는 경우 또는 항목의 비용
 - 가. 수급권자가 제3조의 규정에 의한 **의료급여의 절차에 의하지 아니하고 의료급여기관을 이용한 경우에 소요된 비용의 총액**

가정간호 부당청구

사례 2

- 가정간호는 진료담당의사가 지속적인 치료와 관리가 필요하다고 판단하여 가정전문간호사에게 치료나 관리를 의뢰한 자에 대하여만 실시하여야 하나, ○○의원의 경우, 장기요양시설에 새로 입소한 수급권자 △△△에게 의사의 진료 없이 가정간호를 실시하거나, 시설 입소 중인 수급권자 □□□에게 의사의 가정간호 의뢰(진단과 처방) 없이 가정간호를 실시하고 가-13-라 가정간호기본방문료[사회복지 시설내 시설입소자](AN500004, 38,450원)를 의료급여비용으로 청구함.

관련근거

- 「의료법 시행규칙」 제24조(가정간호)
 - ③ 가정간호는 **의사나 한의사가** 의료기관 외의 장소에서 지속적인 치료와 관리가 필요하다고 판단하여 **가정전문간호사에게 치료나 관리를 의뢰한 자에 대하여만 실시**하여야 한다.
 - ④ 가정전문간호사는 가정간호 중 검체의 채취 및 운반, 투약, 주사 또는 치료적 의료행위인 간호를 하는 경우에는 의사나 한의사의 진단과 처방에 따라야 한다. 이 경우 의사 및 한의사 처방의 유효기간은 처방일로부터 90일까지로 한다.
- 「국민건강보험법 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제5조 제1항 관련 [별표1] 7. 가정간호
가정간호는 진료상 퇴원 후 지속적인 치료와 관리가 필요한 경우에 의사 또는 한의사의 진단과 처방에 의하여 가정전문간호사가 실시하여야 한다.
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 [산정치침] 4. 가정간호 기본방문료
 - 가. **진료담당의사 또는 한의사**(이하 “진료담당의사” 라 한다)의 **진단과 처방에 따라** 가정전문간호사가 가정간호대상 환자에게 가정간호를 행하는 경우에 산정한다.

가정간호기본방문료 산정기준 위반청구

사례 3

- ○○의원의 경우, 사회복지시설에 입소 중인 수급권자 △△△에게 가정간호를 실시하고, 소정점수의 50%에 해당하는 가-13-라 가정간호 기본방문료 [사회복지시설내 시설입소자](AN500004, 38,450원)를 청구하여야 하나, 소정점수의 100%인 가-13-라 가정간호 기본방문료(AN500, 76,910원)를 의료급여비용으로 청구함.

관련근거

- 「건강보험요양급여비용」 제1편 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수 제1편 제2부 제1장 기본진료료 가-13 가정간호 기본방문료
주: 3. 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설(「노인장기요양법」에 따른 장기요양기관을 포함)내에서 시설입소자에게 가정간호를 실시한 경우에는 소정점수의 50%를 산정한다. (산정코드 세 번째 자리에 4로 기재)

가정전문간호사 1인당 가정간호 방문횟수 초과청구

사례 4

- 의원의 경우, 가정간호 시행하고 실제 시행한 간호사의 면허번호와 시행일자 등을 정확하게 기재하여 청구하여야하나, 다른 간호사의 면허번호를 기재하여 가정전문간호사 1인당 1일 가정간호 방문횟수가 7회를 초과하지 않도록 가정간호 기본방문료 등을 의료급여비용으로 청구함.

관련근거

- 가정전문간호사 1인당 1일 가정간호 방문횟수 (보건복지부고시 제2019-302호, 2020. 1. 1.)
요양기관에서 가정간호를 실시하는 경우 가정전문간호사 1인당 가정간호 방문 횟수 (가정간호 기본방문료 총 청구건수를 의미함)는 **월평균(또는 주평균) 1일 7회까지 인정**하며, 이 경우 의료급여 환자를 포함.
※ 월평균(주평균) 가정간호 방문횟수 = 1개월간(1주일간) 총 가정간호 기본방문료 청구건수 ÷ 1개월간(1주일간) 가정전문간호사 방문일수의 합
- 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」 제1편 제4장 심사청구서 및 명세서 작성요령 제28조(면허종류, 면허번호)
② 다음 각 호에서 정하는 경우 명세서 진료(조제투약)내역에 해당 의료인 등 1인의 **면허종류, 면허번호를 기재**하여야 한다.
9. 상대가치점수표 제1편제2부제1장 기본진료료 가-13 가정간호 기본방문료 [방문당]을 산정하는 경우 해당 간호사

진찰료 산정기준 위반청구

사례 5

- ○○의원의 경우, 장기요양시설 입소자 △△△에게 촉탁진료 후 원외처방전을 교부하고 가-1-나(1) 재진진찰료-의원,보건의료원 내 의과[사회복지시설내 원외처방전 교부](AA254080, 3,290원)를 청구하여야 하나, 가-1-나(1) 재진진찰료-의원,보건의료원 내 의과(AA254, 12,130원)를 의료급여비용으로 청구함.

관련근거

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제1장 기본진료료 가-1 외래환자 진찰료
나. 재진 진찰료
주: 8. 「사회복지사업법」에 따른 사회복지시설(「노인장기요양보험법」에 따른 장기요양기관을 포함) 내에서 의료기관 소속 **촉탁의 또는 협약의료기관 의사가 시설입소자(사회복지시설에서 숙식하는 자를 뜻함)에게 원외처방전을 교부한 경우에는 진찰료 중 외래관리료 소정점수를 산정한다.**(산정코드 두 번째 자리에 8로 기재)

방사선단순영상진단료 산정기준 위반청구

사례 6

- ○의원의 경우, ‘상세불명의 흉통(R074)’ 등의 상병으로 내원한 수급권자 △△△에게 흉부 1매 일반 방사선 촬영 후 이에 대한 판독소견이 기록되지 않아 다-121-가 흉부[직접]1매[촬영료 등](G2101007, 4,770원)(소정점수의 70%)을 청구하여야 하나, 소정점수의 100%에 해당하는 다-121-가 흉부[직접]1매(G2101, 6,810원)를 의료급여비용으로 청구함.

관련근거

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제3장 영상진단 및 방사선치료료 [산정지침]
 - (3) 제1절 및 제2절에 분류된 영상진단을 실시한 경우에는 반드시 판독소견서를 작성·비치하여야 한다.
 - (5) 위 (3)의 규정에도 불구하고 판독소견서를 작성·비치하지 아니한 경우에는 **촬영료 등(소정점수의 70%)만 산정한다.**
- 방사선 영상진단의 판독료 산정기준(고시 제2017-118호, 2017. 7. 1. 시행)
「건강보험행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제3장 영상진단 및 방사선치료료 [산정지침] (3),(4)에서 규정하고 있는 제1절 방사선 단순영상진단료 및 제2절 방사선 특수영상진단료에 분류된 영상진단의 판독료 산정기준은 다음과 같이 함.
 - 가. 작성서류
방사선 영상진단의 판독료는 판독소견서를 작성·비치한 경우에 인정함. 다만, 방사선 단순영상진단의 판독소견을 진료기록부에 기록한 경우 또는 치료 목적의 영상 판독소견을 시술(수술)기록지에 기록한 경우에는 판독소견서를 작성·비치한 것으로 간주함.
 - 다. 기재범위
판독소견서에는 환자성명, 나이, 성별, 검사명, 검사일시, 판독소견 및 결론(정상소견인 경우 구분 불필요), 판독일시, 판독의, 요양기관명 등을 포함하여 기재하여야 하며, 진료기록부에 판독소견을 작성하는 경우에는 환자성명, 나이, 성별, 요양기관명은 기재 생략 가능함.

이학요법료 산정기준 위반청구

사례 7

- ○○의원의 경우, 상근 물리치료사 1인인 기관으로 상근 물리치료사 □□□가 비상근으로 근무형태를 바꾸거나 퇴사하여(상근 물리치료사 부재) 이학요법료를 청구할 수 없음에도, 퇴사 등 인력 변동사항을 신고하지 않고, 사-101 표층열치료(MM010, 830원), 사-102 심층열치료[1일당](MM020, 1,180원), 사-104주간섭과전류치료[ICT](MM080, 3,680원) 등을 의료급여비용으로 청구함.

관련근거

- 국민건강보험법 제43조(요양기관 현황에 대한 신고)
 - ① 요양기관은 제47조에 따라 요양급여비용을 최초로 청구하는 때에 요양기관의 시설·장비 및 인력 등에 대한 현황을 제62조에 따른 건강보험심사평가원(이하 “심사평가원”이라 한다)에 신고하여야 한다.
 - ② 요양기관은 제1항에 따라 신고한 내용(제45조에 따른 요양급여비용의 증감에 관련된 사항만 해당한다)이 변경된 경우에는 그 변경된 날부터 15일 이내에 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 심사평가원에 신고하여야 한다.
- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제7장 이학요법료 제1절 기본물리치료료 주 사항
 1. 해당 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 의사의 처방에 따라 **상근하는 물리치료사가 실시**하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다.
- 질의회신 (시간제,격일제 물리치료사의 0.5인 인정관련) (보험급여과-420, 2008. 4. 22.)

물리치료료는 상근하는 물리치료사에 의해 실시된 경우 산정가능하며, 이 경우 **시간제·격일제 근무자의 0.5인 인정**은 물리치료의 남용을 방지하고 적정 인력이 갖추어진, 최소한의 인력 즉 **상근 물리치료사 1인의 전제하에** 물리치료 질 향상 및 적정진료가 담보된 경우에 한하여 **인정되어야 함**을 알려드립니다.

정신요법료 산정기준 위반청구

사례 8

- 의원의 경우, ‘기타 행동의 장애가 있는 정도 정신지체(F708)’ 등의 상병으로 입원한 수급권자 △△△에게 일반 사회복지사가 아-2-가 집단정신치료-지지표현적 집단정신치료(NN021, 9,640원)와 아-4 작업및오락요법[음악,서화,조각,운동,작업등](NN040, 4,910원)을 실시하고 의료급여비용으로 청구함.

관련근거

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제8장 정신요법료 [산정지침]
 - (1) 정신요법료는 정신건강의학과 전문의가 정신건강의학과 환자에게 행한 경우에 산정하되, 반드시 분류항목별 치료행위에 관한 내용을 진료기록부 등에 기록한 경우에 산정할 수 있다.
 - (2) 위 “(1)”의 규정에도 불구하고 다음의 분류항목은 정신건강의학과 전문의 지도하에 정신건강의학과 전공의가 실시한 경우에도 산정할 수 있다. 다만, “(가)”는 3년차 이상 전공의가 실시한 경우에 산정할 수 있다.
 - (가) 개인정신치료Ⅴ(아1-마), 역동상호작용적 집단정신치료(아2-나), 약물이용면담(아5), 인지행동치료 개인(아6-가)
 - (나) 개인정신치료Ⅰ(아1-가), 개인정신치료Ⅱ(아1-나), 개인정신치료Ⅲ(아1-다), 개인정신치료Ⅳ(아1-라), 가족치료(아3), 전기충격요법(아7), 지속적수면요법(아8)
 - (3) 위 “(2)”에서 규정한 분류항목 이외는 정신건강의학과 전문의 지도하에 정신건강의학과 전공의 또는 상근하는 정신건강전문요원이 실시한 경우에도 산정할 수 있다. 다만, 정신의학적 사회사업(아11)은 사회복지사가 직접 실시한 경우에만 산정한다.
- 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률
 - ② 제1항에 따른 정신건강전문요원(이하 “정신건강전문요원”이라 한다)은 그 전문분야에 따라 정신건강임상심리사, 정신건강간호사, 정신건강사회복지사 및 정신건강작업치료사로 구분한다.

단순처치 산정기준 위반청구

사례 9

- ○○의원의 경우, ‘배뇨통(R300)’ 등의 상병으로 가정간호를 받은 수급권자 △△△에게 유치 카테터 삽입 전 삽입부위 소독 등은 자-6 유치 카테터 설치의 일련의 과정으로 별도 산정할 수 없음에도 유치 카테터 설치 당일 자-2-1-가(1) 단순처치[1일당](M0111, 5,920원)을 의료급여비용으로 청구함.

관련근거

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 자2-1 일반처치 또는 수술후처치 등 [1일당]
주: 1. 수술후 처치료는 **수술 익일부터 산정한다.**
가. 창상처치
(1) 단순처치
주: **수술창의 처치(경미한 염증 포함), 열상 및 좌상의 처치에 산정한다.**
- 자6 유치카테타 설치 행위정의
 1. Lithotomy자세로 누운후 회음부를 노출시키고 한손으로 요도구를 볼수있게 대음순을 벌린다.
 2. 다른 한손으로 겸자를 이용하여 **소독솜으로 요도구주위를 위에서 아래로 반복해서 닦는다.** 한번 사용한 솜은 버린다.
 3. 주사기에 멸균증류수 약 5cc를 넣어 도뇨관의 풍선이 온전한지 확인한다.
 4. 도뇨관의 끝 약 5cm까지 윤활제를 바른 후 요도에 삽입한다.
 5. 소변이 나오기 시작하면 겸자로 막고 주사기에 증류수 약 5cc를 넣어 풍선을 만든다.
 6. 도뇨관을 당겨보아 빠지지 않나 확인한다음 도뇨관을 배뇨주머니에 연결한다.
 7. 연결한 배뇨주머니는 침상보다 낮은 위치에 고정시킨다.

염증성 처치 산정기준 위반청구

사례 10

- ○○의원의 경우, ‘상세불명의 욕창궤양 및 압박부위(L899)’ 등의 상병으로 가정간호를 받은 수급권자 △△△에게 같은 날 오른쪽 다리 욕창 2부위에 염증성 처치를 실시하고 자-2-1-가(2) 염증성처치[1일당](M0121, 11,090원)를 1회 산정하여야하나, 2회를 의료급여비용으로 청구함.

관련근거

- 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제9장 자2-1 일반처치 또는 수술후처치 등 [1일당]
주: 4. 같은 날에 「가」의 (1) 또는 (2)를 여러 부위에 실시한 경우에는 두부, 복부, 배부, 좌·우·상·하지 7부위로 구분하여 각 부위별로 소정점수를 1회만 산정한다.
가. 창상처치
(1) 단순처치
주: 수술창의 처치(경미한 염증 포함), 열상 및 좌상의 처치에 산정한다.
(2) 염증성 처치
주: 수술창의 심한 염증 처치, 심한 욕창, 염증이 심한 상처의 처치에 산정한다.

본인부담금 과다징수

사례 11

- ○○의원의 경우, ‘기타 경추간판장애(M508)’ 등의 상병으로 내원한 수급권자 △△△에게 척수신경총,신경근및신경절차단술-경신경총 시행 시 옴니파큐300주(이오핵술)_ (6.47g/10mL/병)(646300114, 5,292원)를 사용한 후 의료급여비용으로 청구하지 아니하고, 수급권자에게 본인부담금 5,000원을 징수함.

관련근거

- 의료급여법 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.
- 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담)
④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 “급여대상 본인부담금”이라 한다)과 제3항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다.
- 의료급여법 시행규칙 제8조(의료급여의 범위 등)
① 법 제7조에 따른 의료급여의 범위(이하 “의료급여대상”이라 한다)는 다음 각 호와 같다.
1. 법 제7조제1항 각 호의 의료급여(약제를 제외한다) : **제9조에 따른 비급여 대상을 제외한 일체의 것**
- 의료급여법 시행규칙 제9조(비급여대상)
법 제7조제3항의 규정에 의하여 의료급여대상에서 제외되는 사항(이하 “비급여대상”이라 한다)은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 별표 2에 규정된 비급여대상으로 한다.