발간등록번호
G000EX1-2020-173

OPEN 출처표시 상업용금지 변경금지
공공누리 공공저작물 자유이용허락

현지조사 의뢰·선정 및 행정처분 기준 개선 연구

주관연구기관: 고려대학교 산학협력단

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

발간등록번호
G000EX1-2020-173

OPEN 출처표시 상업용금지 변경금지
공공누리 공공저작물 자유이용허락

현지조사 의뢰·선정 및 행정처분 기준 개선 연구

연 구 진

연 구 책 임 자	윤석준	교 수	고려대학교 의과대학 예방의학교실
연 구 자	김현욱	변 호 사	법무법인 세종
연 구 보 조 원	김채봉	박사과정	고려대학교 의과대학 예방의학교실
연 구 보 조 원	정윤선	박사과정	고려대학교 의과대학 예방의학교실
보 조 원	김기범	석사과정	고려대학교 의과대학 예방의학교실
보 조 원	김근아	석사과정	고려대학교 의과대학 예방의학교실

제 출 문

건강보험심사평가원장 귀하

이 보고서는 현지조사 의뢰·선정 및 행정처분 기준 개선 연구의 최종보고서를 제출합니다. 본 보고서의 내용은 연구자의 개인적인 의견이며 건강보험심사평가원의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

2020년 12월

연구기관명: 고려대학교 산학협력단장 허 준
연구책임자: 고려대학교 의과대학 예방의학교실 윤석준

목 차

요 약 문 ····· 1

제1장 연구배경 및 필요성 ····· 26

1. 연구의 배경 ····· 26

제2장 연구내용 및 방법 ····· 32

1. 추진경과 ····· 32
2. 연구의 범위 및 내용 ····· 33

제3장 현지조사 및 부당청구에 대한 이론적 고찰: 국내외 문헌 고찰 ····· 36

1. 국내 연구 개괄 ····· 36
2. 주요 외국의 사례 조사 ····· 38
3. 유사 행정제도에 대한 지침 및 문헌 ····· 52
4. 부당청구에 대한 행정처분 관련 법령 개괄 ····· 55
5. 거짓청구 관련 제재 및 강화에 대한 법적 분석 ····· 62

제4장 현행 제도 현황 분석 ····· 66

1. 현행 제도 의뢰·선정 현황 ····· 66
2. 현행 제도 처분 현황 ····· 71

제5장 현지조사 의뢰·선정 및 처분 기준 개선안 환경 분석 ····· 75

1. 의뢰·선정 및 처분 기준에 대한 기준 개선안 모형 설계 ····· 75
2. 기준 개선안 모형 개발 ····· 76
3. 기준 개선1안 모형 시뮬레이션 결과 ····· 83

4. 기준 개선2안 모형 시뮬레이션 결과 ····· 89
5. 기준 개선3안 모형 시뮬레이션 결과 ····· 100
6. 기준 개선안 모형 시뮬레이션 결과 비교 ····· 106

제6장 이해관계자 및 전문가 델파이 조사 ····· 114
1. 이해관계자 델파이조사 개요 ····· 114
2. 이해관계자 델파이조사 1차 ····· 117
3. 이해관계자 델파이조사 2차 ····· 130
4. 이해관계 단체 간담회 및 인터뷰 ····· 145
5. 현지조사 실무자 인터뷰 ····· 147

제7장 현지조사 개선 방안 마련 ····· 149
1. 기준 개선안 모형에 대한 소결 ····· 149
2. 위반행위의 경미성을 반영한 행정처분 기준 제안 ····· 151
3. 위반행위의 중대성을 반영한 현지조사 선정 기준 제안 ····· 153
4. 부당청구 예방효과 제고를 위한 대상기관 의뢰·선정 방법 제안 ·· 154
5. 부당청구 사전예방을 위한 제도 보완 방안 제안 ····· 159
6. 부당청구관련 교육 및 컨설팅 지원관리 방안 제안 ····· 163
7. 진료비 심사와 연동한 의뢰·선정 방안 제안 ····· 165
8. 현지조사 행정처분 진행과정 운영 개선방안 제안 ····· 167

제8장 논의 ····· 169
1. 기준 개선안 가치에 대한 달성 방안 ····· 169
2. 기준 개선안 후속 방안 ····· 170
3. 현지조사 제도 기준 및 운영에 대한 함의 ····· 172

표 목 차

<표 1> 개선1안 모형 설계(안) ····· 8
<표 2> 개선2안 모형 설계(안) ····· 9
<표 3> 개선3안 모형 설계(안) ····· 9
<표 4> 개선안별 의뢰기준에 대한 부합건수 비교····· 10
<표 5> 요양기관 종별에 따른 개선안별 의뢰기준 부합건수율 비교 ····· 11
<표 6> 개선안별 처분기준에 대한 부합건수 비교····· 12
<표 7> 요양기관 종별에 따른 개선안별 처분기준 부합건수율 비교 · 13
<표 8> 요양기관 종별에 따른 개선안별 처분기준 평균과징금액 비교··· 14
<표 9> 요양기관 종별에 따른 개선안별 처분기준 평균 업무정지일수 비교 ·· 16
<표 10> 연구 목표 및 내용 ····· 33
<표 11> 거짓청구에 대한 면허자격정지처분 ····· 57
<표 12> 총거짓청구금액에 따른 행정처분기준 ····· 58
<표 13> 약제비를 거짓으로 청구한 경우 행정처분기준 ····· 59
<표 14> 약제비를 거짓으로 청구한 경우 행정처분기준 ····· 60
<표 15> 현지조사 의뢰처별 선정 기관수 및 비율····· 67
<표 16> 부당청구감지시스템 개요····· 68
<표 17> 건보공단 방문확인 중 의뢰기준 부합 여부 ····· 69
<표 18> 요양기관 종별 방문확인 중 의뢰기준 및 현지조사 의뢰 부합 건수 ····· 70
<표 19> 현행 현지조사 행정처분 부합건수····· 71
<표 20> 요양기관 종별에 따른 현행 처분 부합 건수····· 72
<표 21> 요양기관 종별에 따른 현행 부당금액 및 비율 ····· 73
<표 22> 요양기관 종별에 따른 현행 거짓청구 부합건수 및 거짓청구금액····· 74
<표 23> 개선1안 모형 개요 ····· 77
<표 24> 개선2안 모형 개요 ····· 79

<표 25> 개선3안 모형 개요 ····· 82
<표 26> 개선1안 의뢰 부합건수 ····· 83
<표 27> 요양기관 종별에 따른 개선1안 의뢰 부합건수 ····· 84
<표 28> 개선1안 처분 부합건수 ····· 85
<표 29> 요양기관 종별에 따른 개선1안 처분 부합 건수 ····· 86
<표 30> 요양기관 종별에 따른 개선1안 과징금 및 업무정지일수 ····· 87
<표 31> 개선1안 모형 적용 시 처분 제외 및 추가 구간 부합 건수 ····· 88
<표 32> 개선2안 의뢰 부합건수 ····· 89
<표 33> 요양기관 종별에 따른 개선2안 의뢰 부합건수 ····· 90
<표 34> 개선2안 처분 부합건수 ····· 90
<표 35> 요양기관 종별에 따른 개선2안 처분 부합 건수 ····· 91
<표 36> 요양기관 종별에 따른 개선2안 과징금 및 업무정지일수 ····· 93
<표 37> 요양기관 종별에 따른 개선2안 거짓청구 처분 부합건수 ····· 94
<표 38> 요양기관 종별에 따른 가중처분기관의 총과징금 차이 ····· 96
<표 39> 요양기관 종별에 따른 가중처분기관의 평균 업무정지일수 차이 ····· 97
<표 40> 개선1안 모형 적용 시 처분 제외 및 추가 구간 부합 건수 ····· 99
<표 41> 개선3안 의뢰 부합건수 ····· 100
<표 42> 요양기관 종별에 따른 개선3안 의뢰 부합건수 ····· 101
<표 43> 개선3안 처분 부합건수 ····· 101
<표 44> 요양기관 종별에 따른 개선3안 처분 부합 건수 ····· 102
<표 45> 요양기관 종별에 따른 개선3안 과징금 및 업무정지일수 ····· 104
<표 46> 개선3안 모형 적용 시 처분 제외 및 추가 구간 부합 건수 ····· 105
<표 47> 개선안별 의뢰기준에 대한 부합건수 비교 ····· 106
<표 48> 요양기관 종별에 따른 개선안별 의뢰기준 부합건수율 비교 ····· 107
<표 49> 요양기관 종별에 따른 개선안별 처분기준 부합건수율 비교 ····· 109
<표 50> 요양기관 종별에 따른 개선안별 처분기준 총과징금 비교 ····· 110

<표 51> 요양기관 종별에 따른 개선안별 처분기준 평균과징금액 비교· 112
<표 52> 요양기관 종별에 따른 개선안별 처분기준 평균 업무정지일수 비교·· 113
<표 53> 이해관계자 의견조사 1차 응답률····· 116
<표 54> 이해관계자 의견조사 2차 응답률····· 116
<표 55> 현행 제도의 목적 달성에 대한 이해관계자 평가 순위····· 117
<표 56> 현행 제도의 방향 적절성에 대한 이해관계자 평가 순위····· 118
<표 57> 개선1안 의뢰·선정 개선효과 및 개선방안 적정성 평가 순위···· 120
<표 58> 개선2안 의뢰·선정 개선효과 및 개선방안 적절성 평가 순위····· 121
<표 59> 개선3안 의뢰·선정 개선효과 및 개선방안 적절성 평가 순위····· 123
<표 60> 개선1안 처분 개선효과 및 개선방안 적정성 평가 순위····· 125
<표 61> 개선2안 처분 개선효과 및 개선방안 적정성 평가 순위····· 126
<표 62> 개선3안 처분 개선효과 및 개선방안 적정성 평가 순위····· 128
<표 63> 개선안별 의뢰·선정 부당비율 수용성 평가 순위····· 130
<표 64> 개선안별 의뢰·선정 월평균부당금액 수용성 평가 순위····· 131
<표 65> 개선3안 의뢰·선정 부당비율 수용성 평가 순위····· 133
<표 66> 개선3안 의뢰·선정 월평균부당금액 수용성 평가 순위····· 135
<표 67> 개선안 처분 부당비율 수용성 평가 순위····· 136
<표 68> 개선안 처분 월평균부당금액 수용성 평가 순위····· 137
<표 69> 개선3안 처분 부당비율 수용성 평가 순위····· 139
<표 70> 개선3안 처분 월평균부당금액 수용성 평가 순위····· 140
<표 71> 개선안 처분 시 거짓가중부당비율 수용성 평가 순위 ····· 141
<표 72> 개선안 처분 시 재 적발 가중처분 수용성 평가 순위 ····· 143
<표 73> 2019년 법인사업자 규모별 국세 세무조사비율····· 155
<표 74> 2018년 법인사업자 규모별 국세 세무조사비율 ····· 156
<표 75> 순환조사를 통한 현지조사 대상기관 선정 방법····· 157
<표 76> 요양기관 규모를 반영한 추첨방식의 현지조사 대상기관 선정(안) 예시··· 158

그림 목 차

[그림 1] 연구 추진 과정 및 내용 ····· 35
[그림 2] 미국의 부적절한 청구 유형 ····· 38
[그림 3] 개선안 가중처분 설계 (개선1안, 개선2안, 개선3안 공통적용) · 78
[그림 4] 기준 개선안에 대한 이해관계자 2차 의견조사 주요 내용 ··· 115
[그림 5] 이해관계 그룹별 현행 제도 목적 달성도 평가 ····· 118
[그림 6] 이해관계 그룹별 현행 연간 현지조사 요양기관수의 적정성 평가 ····· 119
[그림 7] 이해관계 그룹별 개선1안 의뢰·선정 개선효과 및 개선방안 적용의 적절성 평가 ····· 121
[그림 8] 이해관계 그룹별 개선2안 의뢰·선정 개선효과 및 개선방안 적용의 적절성 평가 ····· 122
[그림 9] 이해관계 그룹별 개선3안 의뢰·선정 개선효과 및 개선방안 적용의 적절성 평가 ····· 124
[그림 10] 기준 개선안 의뢰·선정에 대한 이해관계자 1차 의견조사 주요결과 ····· 124
[그림 11] 이해관계 그룹별 개선1안 처분 개선효과 및 개선방안 적용의 적절성 ····· 126
[그림 12] 이해관계 그룹별 개선2안 처분 개선효과 및 개선방안 적용의 적절성 ····· 127
[그림 13] 이해관계 그룹별 개선3안 처분 개선효과 및 개선방안 적용의 적절성 ····· 129
[그림 14] 기준 개선안에 대한 이해관계 그룹별 1차 의견조사 주요결과 129
[그림 15] 이해관계 그룹별 개선안 의뢰·선정 부당비율의 수용성 ····· 131
[그림 16] 이해관계 그룹별 개선안 의뢰·선정 월평균부당금액의 수용성 ····· 132
[그림 17] 이해관계 그룹별 개선안별 부당비율 및 월평균부당금액 수용성 주요결과 ····· 133
[그림 18] 이해관계 그룹별 개선3안 의뢰·선정 부당비율 수용성 ····· 134
[그림 19] 이해관계 그룹별 개선3안 의뢰·선정 월평균부당금액 수용성 ····· 136
[그림 20] 이해관계 그룹별 개선안 처분 부당비율 수용성 ····· 137
[그림 21] 이해관계 그룹별 개선안 처분 월평균부당금액 수용성 ····· 138
[그림 22] 이해관계 그룹별 개선3안 처분 부당비율 수용성 ····· 139
[그림 23] 이해관계 그룹별 개선3안 월평균부당금액 수용성 ····· 141
[그림 24] 이해관계 그룹별 개선안 처분의 거짓가중부당비율 수용성 ··· 142

[그림 25] 이해관계 그룹별 개선3안 처분의 거짓가중부당비율 수용성 ‥143
[그림 26] 이해관계 그룹별 개선안 처분의 거중처분 수용성 ····· 144
[그림 27] 이해관계 그룹별 개선3안 처분의 가중처분 수용성 ····· 144
[그림 28] 기준 개선안 모형에 대한 장단점 비교 ····· 150
[그림 29] 추첨방식을 통한 현지조사 대상기관 선정(안) 흐름도 ····· 159
[그림 30] 부당청구감지시스템을 이용한 현지조사 대상기관 선정 기본 원칙 ····· 161
[그림 31] 부당청구감지시스템을 통한 현지조사 대상기관 선정 방법 ··· 162
[그림 32] 현지조사 행정처분에 대한 진행단계 ····· 168

요 약 문

1. 연구의 필요성

가. 요양기관 규모에 따른 행정처분 형평성 문제 개선 필요

1) 부당금액과 부당비율에 따른 제외 구간 발생

○ 부당금액이 크더라도 부당비율 낮아 의뢰·선정 및 행정처분에 제외됨으로써 발생하는 요양기관 규모별 형평성 문제가 발생하였음.

- 요양급여비용총액의 규모가 큰 일부 요양기관의 경우 부당비율이 0.5% 미만에 해당하여 의뢰·선정 및 행정처분에서 제외되는 사례 발생하므로 이에 대한 개선방안의 검토가 필요하였음.

2) 유사한 부당행위에서 양정 편차 발생

○ 부당비율 0.5%를 경계선을 기준으로 행정처분의 편차 문제가 발생하였음.

- 부당비율 0.5% 경계 구간(부당비율 0.5% 앞과 뒤 구간)에 따른 업무정지일수 및 과징금의 큰 편차에 대한 개선방안 검토가 필요하였음.
- 2018년 국정감사 시정요청사항 중 부당이익금이 높음에도 불구하고 조사·행정 제재 등 행정처분을 받지 않는 사례에 개선방안 검토가 필요하였음.

나. 부당비율의 조정 및 합리적 선정기준 마련 필요

1) 부당비율의 조정 마련 필요

○ 효율적 부당청구 관리방안 마련(박은철, 2019) 연구에 따르면

- 기존의 일괄적인 부당비율 기준을 요양기관 종별 급여비용 총액 규모를 반영한 부당비율 조정 필요하였음.
- 과도한 월평균부당금액이 확인될 경우 부당비율과 상관없이 현지조사 의뢰가 가능하도록 기준 개선안 마련이 필요하였음.

2) 합리적 선정기준 마련 필요

○ 현지조사의 다각적 접근을 통한 합리적 선정방식 마련이 필요함.

- 부당청구감지시스템을 통해 부당청구 개연성이 높은 요양기관을 선정하기 위한 선정원칙 마련이 필요하였음.
- 부당청구 예방효과 제고 및 현지조사의 효율을 최대화할 수 있는 선정방식의 다양화가 필요하였음.

다. 부당청구를 감소시키는 사전예방기능 강화 마련

1) 부당청구 교육·컨설팅 지원 마련

○ 급여기준을 정확히 인지하지 못함에 따라 발생하는 부당청구의 사례 예방

- 착오(부당)청구관련 정보의 홍보 및 교육을 강화하고 요양기관과의 소통을 강화하기 위한 방안 마련이 필요하였음.
- 행정력이 부족한 요양기관 및 신규 개원한 요양기관 등에 대한 체계적 청구 교육 및 컨설팅 지원 마련이 필요하였음.

2) 진료비 심사 연동 방안 마련

○ 심사평가체계 개편을 반영한 진료비 심사와 연동 가능한 현지조사 연계 방안 마련

- 심사평가 통합형 심사 모형의 개발 및 적용, 기관단위 통합 질 관리에 대한 패러다임 전환 측면에서 심사(비용)·평가(질)와 현지조사 제도를 연계할 수 있는 방안 고려되어야함.

2. 연구 내용

가. 연구 추진 전략

1) 환경분석 및 진단

○ 현행 제도의 문제점 및 개선 방향 설정

○ 국외사례조사, 유사행정조사, 현지조사 판례분석 및 법적근거 정리

- 현행 제도의 문제점 및 보완 방향성 마련

- 거짓청구 판례분석을 통한 법적 해석 근거 마련

2) 기준 개선안 설정 및 이해관계자 평가

○ 기준 개선안 모형 마련
○ 기준 개선안 모형에 따른 의뢰·선정 및 행정처분 시뮬레이션 분석
- 요양기관 현지조사 지침 개정에 활용
- 행정처분 기준(업무정지 및 과징금 부과 기준)개정에 활용
○ 이해관계자 의견조사를 통한 기준 개선안 평가

3) 개선 방안 도출

○ 의뢰·선정, 행정처분 기준에 대한 개선방안 제시
○ 현지조사 제도의 문제 및 종합적 개선 방안 마련
- 의뢰·선정, 행정처분에 대한 합리적 운영 방안 제시
- 현지조사 제도의 개선점 도출

나. 연구 추진 내용

○ 현행 제도의 문제점 및 개선 방향을 설정하였음.
○ 국내외 사례조사, 유사행정조사, 현지조사 판례분석 등 문헌을 고찰하였음.
○ 기준 개선안 모형 개발 및 시뮬레이션을 분석하였음.
○ 기준 개선안 모형에 대한 이해관계자 및 전문가 델파이 조사를 수행하였음.
○ 기준 개선안에 대한 종합적 개선방안을 마련하였음.
○ 요양기관 규모별 형평성 문제를 보완하기 위한 기준 개선안을 마련하고 현지조사 의뢰·선정 및 처분 기준의 종합적 개선방안을 제시하였음.

3. 연구 결과

1) 현행 제도의 문제점 및 개선 방향 설정

○ 요양기관 규모별 형평성 문제 개선을 위한 기준 개선안 방향을 설계하였음.
- 기준 개선안 모형 개발 및 시뮬레이션 분석하였음.

• 기준 개선안 모형에 대한 이해관계자 및 전문가 델파이 조사 내용을 설계하였음.

○ 현지조사 의뢰·선정 및 처분 기준 종합적 개선방안의 주제를 선정하였음.
• 위반행위의 경미성과 중대성을 반영할 수 있는 행정처분 기준 도입 마련
• 부당청구 대상기관 선정 방법의 다양화
• 부당청구 사전예방을 위한 제도적 보완 방안 마련
• 진료비 심사와 연동 가능한 현지조사 의뢰·선정 방안 마련
• 현지조사 행정처분 진행과정 운영 개선방안 마련

2) 국내외 사례조사, 유사행정조사, 현지조사 판례분석 결과

가. 현지조사와 관련된 국내 연구 문헌 현황 제시

○ 건강보험재정 누수방지 강화를 위한 심사사업 발전방향 검토 연구(2016)
• 심사사업 관리체계 강화, 정확한 명세서 청구 유도, 효율적 전문심사 수행, 부당 및 허위청구 관리 강화 전략을 보고하였음.

○ 현지조사제도 중장기 발전방안 연구(박은철, 2016)
• 현지조사 제도 개선방안으로 조사대상 기관의 선정, 거부기관, 업무정지 처분 기준 방안을 보고하였음.

○ 업무정지 처분 및 과징금 부과 기준의 합리적 개선안 마련 연구(명순구, 2017)
• 행정처분 기준의 적정성 검토, 거짓청구에 대한 검토, 요양기관 행정처분 대상행위의 명확성 확보방안, 감경처분에 대한 검토, 행정처분 기준 개선안에 대한 시뮬레이션 결과, 업무정지 처분 및 과징금 부과 기준의 합리적 개선안을 보고하였음.

○ 효율적 부당청구 관리방안 연구(박은철, 2019)
• 현지조사 관련 법령 검토, 주요국의 부당청구 관리제도, 현지조사 일반 현황, 상급종합병원 대상의 현지조사 현황 및 결과, 현지조사 기능정립 검토 및 개선방안을 보고하였음.

나. 미국, 독일, 일본 등 부당청구관련 법적 근거 및 부당청구 사례 제시

○ 미국의 부당청구 적발 및 전략
• 부당청구에 관한 미국 CMS는 경중을 '메디케어 사기', '메디케어 남용', '메디케어

낭비'로 구분하여 경중을 분류하였음.

- 최우선적으로 청렴화에 대한 책무를 갖고 있으며 내부고발자를 통한 적극적인 환수 및 행정처분을 기본으로 내부고발자의 경우 환수금액의 15~25% 인센티브를 부여하였음.

○ 영국의 부당청구 전략

- 부정수급과 관련된 고위험 영역을 지정하여 특별관리 및 특별지역에 대한 정기적 무작위 표본추출 조사 및 현지조사를 운영하였음.
- 검찰, 경찰과 사회보험기관이 협력하여 사회공적분야 부당행위의 정보에 대해 상호 공유하여 협력 체계를 운영하였음.

○ 독일의 부당청구 전략

- 의도적으로 건강보험 부정수급을 알선하거나 이익을 얻은 경우, 최대 3년 징역형 벌금이 부과되며 재범의 경우 최대 5년의 징역형을 부과하였음.

○ 일본의 부당청구 전략

- 부당청구로 인한 현지조사를 수행하고 있으나 집단 지도, 신규 개별지도를 통한 중재를 운영하고 있으며, 요양기관의 이의신청 내용을 충분히 검토함으로써 사후관리 운영에 집중하고 있음.

다. 현지조사 제도와 유사한 국내·외 세무조사 현황 제시

○ 국내 세무조사

- 수시세무조사: 납세자에 대한 구체적 탈세제보가 있는 등 지방세기본법 제82조제2항제1호 내지 제4호에 해당하는 경우 세무조사를 실시함.
- 세무조사 조사대상 원칙 규정: 정기조사의 선정원칙과 기준을 반영함으로써 세무조사 대상 산정의 기준을 확고히 하는 한편 객관성과 예측 가능성을 제고함.

○ 미국 세무조사

- 성실신고를 유도하기 위해 세무행정 자료를 일반인에게 공개하고 납세자 교육에 중점을 둠.

○ 일본 세무조사

- 대기업의 납세 순응을 높이기 위해 세무에 관한 기업 거버넌스의 충실도를 높이는 정책을 추진함.
- 종합관리시스템에 축적된 노하우를 바탕으로 업종, 영업실태, 사업규모 등을 분석하

여 조사대상을 선정함.

라. 국내 현지조사 판례분석을 통한 법적 해석 제시

○ 부당청구에 대한 행정처분 관련 법령 분석

- 부당청구를 직접 명시적으로 정한 국민건강보험법령상 규정은 없으나, 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여 비용을 받는 것(제57조 제1항), 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험자 · 가입자 및 피부양자에게 요양급여비용을 부담하게 하는 것(제98조 제1항 제1호)을 부당청구로 해석하고 있다고 볼 수 있음.

○ 거짓청구 비율 산정법 관련 판례

- 원고는 비급여대상인 신종플루 예방접종을 하고 그 비용을 환자들로부터 받고, 급여대상인 근육통, 어깨부위 등의 상병을 기재하여 진료행위를 한 것처럼 요양급여비용을 청구하였음(이는 비급여 이중청구 유형에 해당)(서울행정법원 2014. 1. 21. 선고 2013구합5623 판결)
- 거짓청구 비율 산정 방식에 있어서 분자와 분모의 견련성이 반드시 높게 확보될 필요는 없다고 하여 완화된 기준을 적용하였음.
- 거짓청구 근절의 정책적 목적달성을 위한 재량의 범위를 넓게 인정하였다는 점에서 의미가 있음

○ 거짓청구에 대하여 수 개의 처분을 하는 것은 이중처벌이 아니라는 판례

- 원고는 하나의 위법행위에 대해 수 개의 처분을 부과하는 것은 이중처분이며, 이는 헌법 제13조 제1항의 이중처벌금지의 원칙에 위배되는 것이고, 재량권 일탈·남용이라고 주장하였음(서울행정법원 2008. 6. 24. 선고 2008구합2231 판결, 서울행정법원 2009. 10. 8, 선고 2009구합12693 판결 등)
- 국민건강보험법에 따른 부당이득징수, 업무정지처분과 의료법에 따른 자격정지처분은 그 목적, 요건, 효과, 보호법익이 다르므로 이중처벌이 아니라는 명확한 입장을 견지하고 있음.

○ 거짓청구에 대한 국민건강보험법상 처분 강화의 법적 타당성 분석

- 의료법의 경우 의료기관 개설자의 거짓청구에 대하여는 의료기관 자체의 일체의 진료를 정지시키는 규정을 두고 있어 강력한 제재 수단이 마련되어 있으나, 이는 '개설자'에 한정되는 것이고, 약사법의 경우에는 이러한 규정이 없어서 실효성에 한계가 있음.

○ 국민건강보험법 자체적인 실질적인 거짓청구 제재 기전 부존재

- 국민건강보험법에서는 거짓청구에 대하여 위반사실공표 제도를 두고 있으나 이를 통해 거짓청구 근절의 높은 효과를 기대하기는 어려움이 있음.

3) 기준 개선안 모형 개발 및 시뮬레이션 분석 결과

가. 기준 개선안 모형 설계 근거

○ 부당비율 0.1% 이상 ~ 0.5% 미만 구간 신설

- 요양기관 종별 급여비용의 총액 규모를 반영한 부당비율 기준의 조정(박은철, 2019) 내용을 참고하여 부당비율 조정에 대한 근거의 필요성을 마련하였음.
- 현행 제도의 요양기관의 크기 및 규모에 따른 의뢰·선정 및 처분에 대한 요양기관 종별 형평성 문제가 해소될 수 있도록 급여비용의 총액을 고려하여 '0.1% 이상 ~ 0.5% 미만'의 부당비율 구간을 설정하였음.

○ 월평균부당금액 40만원 이상 구간 적용

- 명순구(2017년)의 연구에서 수가인상분을 근거로 행정처분의 최저 월평균부당금액을 계산했을 때 2018년 기준 20만원 이었음.
- 청구건수 증가량을 기준으로 2000년에 비해 2018년의 청구 증가율이 연평균 5.9%를 반영했을 때 최소 월평균부당금액을 15만원에서 50만원으로 인상이 가능하였음. 그러나 현행 월평균부당금액 20만원에서 50만원으로 변화(상승)에 대한 구간 조정이 필요하며 월평균부당금액 50만원 이상부터 적용할 경우, 현행 양정표의 월평균부당금액의 구간을 재분류하는 문제가 발생하므로 현행 양정표를 최대한 활용할 수 있는 방향에서 월평균부당금액 기준을 40만원 이상 구간부터로 설정하였음.

○ 월평균부당금액 80만원 적용

- 건강보험통계 연도별 요양급여비용 심사실적자료를 이용하여 2000년부터 2018년까지 요양급여비용의 증가율을 반영한 후 기준금액을 계산하였음. 보험급여총액을 기준으로 2000년에 비해 2018년 6.8배 증가하였으므로 2018년 기준으로 100만원으로 계산되었음.
- 현행 월평균부당금액 20만원에서 100만원으로 급격한 변화(상승)에 대한 구간 조정이 필요하며 월평균부당금액 100만원 이상부터 적용할 경우, 현행 양정표의 월평균

부당금액의 구간을 재분류하는 문제가 발생하므로 현행 양정표를 최대한 활용할 수 있는 방향에서 월평균부당금액 기준을 80만원 이상 구간부터 설정하였음.

나. 기준 개선안 모형 설계

○ 개선1안: 월평균부당금액 기준은 완화, 부당비율과 관련된 기준은 강화하는 방향임.

- 월평균부당금액 40만원 이상 + 부당비율 0.1% 이상
- 처분대상이 되는 최저 부당비율을 강화하여 부당비율로 기관 규모에 따른 행정처분 결과가 크게 달라지는 문제를 일부 해소할 수 있도록 설계하였음<표1>.

<표 1> 개선1안 모형 설계(안)

	개선1안 월평균부당금액 및 부당비율 적용 조건
의뢰 · 선정	월평균부당금액이 40만원 이상이고 부당비율이 0.1% 이상
처분	월평균부당금액이 40만원 이상이고 부당비율이 0.1% 이상인 경우 업무정지 및 과징금 부과

※ 업무정지일수 기준
- 월평균부당금액 구간이 1단계 증가할 때마다 업무정지기간 5일씩 가산
  - 부당비율이 0.1 이상 ~ 0.5% 미만인 경우, 초과 0.5%마다 업무정지기간 5일씩 가산
  - 부당비율이 0.5% 이상 ~ 5% 미만인 경우, 초과 1%마다 업무정지기간 10일씩 가산
  - 부당비율이 5% 이상인 경우, 초과 1%마다 업무정지기간 3일씩 가산

※ 과징금부과 기준
- 업무정지기간 10일 이하: 총부당금액의 2배
- 업무정지기간 10일 초과 - 30일 이하: 총부당금액의 3배
- 업무정지기간 30일 초과 - 50일 이하: 총부당금액의 4배
- 업무정지기간 50일 초과: 총부당금액의 5배

○ 개선2안: 월평균부당금액 기준은 완화, 부당비율과 관련된 기준은 강화, 거짓가중부당비율 적용하는 방향임.

- 월평균부당금액 40만원 이상 + 부당비율 0.1% 이상 + 처분 시 적용되는 부당비율의 거짓청구를 고려하여 거짓가중부당비율을 적용하였음.
- 위반행위의 중대성을 고려하여 부당금액 중 거짓청구 비중을 가중처분기준으로 적용하여 거짓청구에 대한 강화하는 방향으로 설계하였음<표2>.

<표 2> 개선2안 모형 설계(안)

	개선2안 월평균부당금액 및 부당비율 적용 조건
의뢰 · 선정	월평균부당금액이 40만원 이상이고 부당비율이 0.1% 이상
처분	월평균부당금액이 40만원 이상이고 부당비율이 0.1% 이상인 경우 업무정지 및 과징금 부과 (단, 처분 시 적용되는 부당비율의 거짓청구를 고려하여 산출)

※ 업무정지일수 기준
- 월평균부당금액 구간이 1단계 증가할 때마다 업무정지기간 5일씩 가산
  • 부당비율이 0.1 이상 ~ 0.5% 미만인 경우, 초과 0.5%마다 업무정지기간 5일씩 가산
  • 부당비율이 0.5% 이상 ~ 5% 미만인 경우, 초과 1%마다 업무정지기간 8일씩 가산
  • 부당비율이 5% 이상인 경우, 초과 1%마다 업무정지기간 3일씩 가산

※ 과징금부과 기준
- 업무정지기간 10일 이하: 가짓가중부당금액의 2배
- 업무정지기간 10일 초과 - 30일 이하: 가짓가중부당금액의 3배
- 업무정지기간 30일 초과 - 50일 이하: 가짓가중부당금액의 4배
- 업무정지기간 50일 초과: 가짓가중부당금액의 5배

○ 개선3안: 월평균부당금액 기준은 완화, 부당비율과 관련된 기준은 강화하는 방향임.

• 월평균부당금액 80만원 이상 + 부당비율 0.1% 이상

• 월평균부당금액을 상향함으로써 요양급여비용 청구금액이 작은 요양기관의 행정처분에 대한 형평성 문제를 일부 해소할 수 있도록 설계함<표3>.

<표 3> 개선3안 모형 설계(안)

	개선3안 월평균부당금액 및 부당비율 적용 조건
의뢰 · 선정	월평균부당금액이 80만원 이상이고 부당비율이 0.1% 이상
처분	월평균부당금액이 80만원 이상이고 부당비율이 0.1% 이상인 경우 업무정지 및 과징금 부과

※ 업무정지일수 기준
- 월평균부당금액 구간이 1단계 증가할 때마다 업무정지기간 5일씩 가산
  • 부당비율이 0.1 이상 ~ 0.5% 미만인 경우, 초과 0.5%마다 업무정지기간 5일씩 가산
  • 부당비율이 0.5% 이상 ~ 5% 미만인 경우, 초과 1%마다 업무정지기간 10일씩 가산
  • 부당비율이 5% 이상인 경우, 초과 1%마다 업무정지기간 3일씩 가산

※ 과징금부과 기준
- 업무정지기간 10일: 이하: 총부당금액의 2배
- 업무정지기간 10일 초과 - 30일 이하: 총부당금액의 3배
- 업무정지기간 30일 초과 - 50일 이하: 총부당금액의 4배
- 업무정지기간 50일 초과: 총부당금액의 5배

○ 기준 개선안 재 적발 가중처분 모형 설계

- 개선1·2·3안 공통 적용
- 현지조사 이력이 있는 요양기관은 현지조사 처분일자 기준 10년 내 현지조사 기관으로 재선정되어 행정처분 대상기관으로 재적발 될 경우 2배의 가중처분 적용, 3회 처분 기관으로 적발될 경우 3배 가중처분을 적용하였음.

다. 기준 개선안 모형에 기반한 의뢰·선정 및 행정처분 시뮬레이션 결과

○ 분석 자료원

- 의뢰·선정: 2018년~2019년 건보공단 방문확인 자료(N=939)를 대상으로 분석하였음.
- 처분: 2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험, N=2721) 대상으로 분석하였음.

○ 개선안별 의뢰기준 부합건수 비교

- 의뢰기준 부합에 대한 현행과 개선안을 비교하면, 현행에서 의뢰의 부합 비율은 34.3%(322건), 개선1안의 부합 비율은 42.8%(402건), 개선2안의 부합 비율은 42.8%(402건), 개선3안의 부합 비율은 29.8%(280건)로 개선1안과 개선2안의 부합 비율이 현행과 높았으며, 개선3안의 부합비율이 가장 낮았음<표4>.

<표 4> 개선안별 의뢰기준에 대한 부합건수 비교

의뢰기준 부합여부	현행 의뢰 부합			개선안 의뢰 부합		
	의뢰 (건, %)	비의뢰 (건, %)	계 (건, %)	개선1안 (건, %)	개선2안 (건, %)	개선3안 (건, %)
부합	310 (97.5)	12 (1.9)	322 (34.3)	402 (42.8)	402 (42.8)	280 (29.8)
미부합	8 (2.5)	609 (98.1)	617 (65.7)	537 (57.2)	537 (57.2)	659 (70.2)
합계	318 (100.0)	621 (100.0)	939 (100.0)	939 (100.0)	939 (100.0)	939 (100.0)

※2018년~2019년 공단 방문확인 자료 939건 분석

○ 요양기관 종별에 따른 개선안별 의뢰기준 부합건수율 비교

- 상급종합병원은 현행에 비해 개선1안·개선2안·개선3안 적용 시 모두 부합건수율의 변동이 없었고 종합병원은 현행에 비해 개선1안·개선2안·개선3안 적용 시 모두 부합

건수율은 14.7%p(1.3%→16.0%) 증가하였음.

- 병원은 현행에 비해 개선1안·개선2안 적용 시 부합건수율은 29.6%p(22.5%→52.1%) 증가하였고 개선3안 적용 시 부합건수율은 20.5%p(22.5%→43.0%) 증가하였음.
- 의원은 현행에 비해 개선1안·개선2안 적용 시 부합건수율은 1.4%p(40.7%→42.1%) 증가하였고 개선3안 적용 시 부합건수율은 13.8%p(40.7%→26.9%) 감소하였음.
- 요양병원은 현행에 비해 개선1안·개선2안 적용 시 부합건수율은 34.1%p(28.2%→62.4%) 증가하였고 개선3안 적용 시 부합건수율은 20.0%p(28.2%→48.2%) 감소하였음.
- 치과병원은 현행에 비해 개선1안·개선2안·개선3안 적용 시 모두 부합건수율의 변동이 없었고 치과의원은 현행에 비해 개선1안·개선2안 적용 시 부합건수율은 4.0%p(45.5%→41.5%) 감소하였고 개선3안 적용 시 부합건수율은 18.2%p(45.5%→27.3%) 감소하였음.
- 한방병원은 현행에 비해 개선1안·개선2안·개선3안 적용 시 모두 부합건수율의 변동이 없었고 한의원은 현행에 비해 개선1안과 개선2안 적용 시 부합건수율은 8.9%p(47.1%→38.2%) 감소하였고 개선3안 적용 시 부합건수율은 26.5%p(47.15%→20.6%) 감소하였음.
- 약국은 현행에 비해 개선1안·개선2안 적용 시 부합건수율은 7.1%p(28.6%→35.7%) 증가하였고 개선3안 적용시 부합건수율은 10.7%p(28.6%→17.9%) 감소하였음<표5>.

<표 5> 요양기관 종별에 따른 개선안별 의뢰기준 부합건수율 비교

요양기관 구분	대상기관수 (건, %)	현행 (건, %)	개선1안 (건, %)	개선2안 (건, %)	개선3안 (건, %)
상급종합병원	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
종합병원	75 (8.0)	1 (1.3)	12 (16.0)	12 (16.0)	12 (16.0)
병원	142 (15.1)	32 (22.5)	74 (52.1)	74 (52.1)	61 (43.0)
의원	432 (46.0)	176 (40.7)	182 (42.1)	182 (42.1)	116 (26.9)
요양병원	85 (9.1)	24 (28.2)	53 (62.4)	53 (62.4)	41 (48.2)
치과병원	2 (0.2)	1 (50.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	1 (50.0)
치과의원	99 (10.5)	45 (45.5)	41 (41.4)	41 (41.4)	27 (27.3)
한방병원	8 (0.9)	3 (37.5)	3 (37.5)	3 (37.5)	3 (37.5)
한의원	68 (7.2)	32 (47.1)	26 (38.2)	26 (38.2)	14 (20.6)
약국	28 (3.0)	8 (28.6)	10 (35.7)	10 (35.7)	5 (17.9)
전체	939 (100.0)	322 (34.3)	402 (42.8)	402 (42.8)	280 (29.8)

※2018년~2019년 공단 방문확인 자료 939건 분석

○ 개선안별 처분기준 부합건수 비교

• 처분기준 부합에 대한 현행과 개선안을 비교하면, 현행에서 처분의 부합 비율은 57.9%(1,575건), 개선1안의 부합 비율은 58.5%(1,593건), 개선2안의 부합 비율은 58.5%(1,593건), 개선3안의 부합 비율은 41.4%(1,126건)로 개선1안과 개선2안의 부합 비율이 현행과 높았으며, 개선3안의 부합 비율이 가장 낮았음<표6>.

<표 6> 개선안별 처분기준에 대한 부합건수 비교

의뢰기준부합 여부	대상기관수	개선안 대상기관수		
	현행 (건, %)	개선1안 (건, %)	개선2안 (건, %)	개선3안 (건, %)
부합	1,575 (57.9)	1,593 (58.5)	1,593 (58.5)	1,126 (41.4)
미부합	1,146 (42.1)	1,128 (41.5)	1,128 (41.5)	1,595 (58.6)
합계	2,721 (100.0)	2,721 (100.0)	2,721 (100.0)	2,721 (100.0)

※2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험) 2721건 분석

○ 요양기관 종별에 따른 개선안별 처분기준 부합건수율 비교

• 상급종합병원은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 · 개선3안 적용 시 처분으로 인한 부합건수율은 36.2%p(0.0%→36.2%) 증가하였고, 종합병원은 현행에 비해 개선1안 ·

개선2안 · 개선3안 적용 시 부합건수율은 29.5%p(20.0%→49.5%) 증가하였음.

- 병원은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 적용 시 부합건수율은 17.2%p(64.0%→81.2%) 증가하였고 개선3안 적용 시 부합건수율은 8.0%p(64.0%→72.0%) 증가하였음.
- 의원은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 적용 시 부합건수율은 3.4%p(59.6%→56.2%) 감소하였고 개선3안 적용 시 부합건수율은 24.8%p(59.6%→34.8%) 감소하였음.
- 요양병원은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 적용 시 부합건수율은 8.9%p(68.9%→77.8%) 증가하였고 개선3안 적용 시 부합건수율은 3.2%p(68.9%→72.0%) 증가하였음.
- 치과병원은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 적용 시 부합건수율은 0.0%p(66.7%→66.7%) 증가하였고 개선3안 적용 시 부합건수율은 66.7%p(66.7%→0.0%) 감소하였음.
- 치과의원은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 적용 시 부합건수율은 10.4%p(53.1%→42.7%) 감소하였고 개선3안 적용 시 부합건수율은 28.1%p(53.1%→25.0%) 감소하였음.
- 한방병원은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 적용 시 부합건수율은 변동없었고(72.4%→72.4%) 개선3안 적용 시 부합건수율은 17.2%p(72.4%→55.2%) 감소하였음.
- 한의원은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 적용 시 부합건수율은 14.4%p(82.7%→68.3%) 감소하였고 개선3안 적용 시 부합건수율은 42.9%p(82.7%→39.8%) 감소하였음.
- 약국은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 적용 시 부합건수율은 1.5%p(31.2%→29.7%) 감소하였고 개선3안 적용 시 부합건수율은 19.6%p(31.2%→11.6%) 감소하였음<표7>.

<표 7> 요양기관 종별에 따른 개선안별 처분기준 부합건수율 비교

요양기관구분	대상기관수 (건, %)	현행 (건, %)	개선1안 (건, %)	개선2안 (건, %)	개선3안 (건, %)
상급종합병원	47 (1.7)	0 (0.0)	17 (36.2)	17 (36.2)	17 (36.2)
종합병원	105 (3.9)	21 (20.0)	52 (49.5)	52 (49.5)	52 (49.5)
병원	261 (9.6)	167 (64.0)	212 (81.2)	212 (81.2)	188 (72.0)
의원	1,177 (43.3)	702 (59.6)	661 (56.2)	661 (56.2)	410 (34.8)
요양병원	347 (12.8)	239 (68.9)	270 (77.8)	270 (77.8)	250 (72.0)
치과병원	3 (0.1)	2 (66.7)	2 (66.7)	2 (66.7)	0 (0.0)
치과의원	192 (7.1)	102 (53.1)	82 (42.7)	82 (42.7)	48 (25.0)
한방병원	29 (1.1)	21 (72.4)	21 (72.4)	21 (72.4)	16 (55.2)
한의원	284 (10.4)	235 (82.7)	194 (68.3)	194 (68.3)	113 (39.8)
약국	276 (10.1)	86 (31.2)	82 (29.7)	82 (29.7)	32 (11.6)
전체	2,721 (100.0)	1,575 (57.9)	1,593 (58.5)	1,593 (58.5)	1,126 (41.4)

※2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험) 2721건 분석

○ 요양기관 종별에 따른 개선안별 처분기준 평균과징금액 비교

- 상급종합병원은 현행에 비해 개선1안·개선2안·개선3안 적용 시 평균과징금액은 모두 15.1억원(0억원→15.1억원)증가하였고 종합병원은 현행에 비해 개선1안·개선2안·개선3안 적용 시 평균과징금액은 모두 8.9억원(16.9억원→8.0억원)감소하였음.
- 병원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 평균과징금액은 0.9억원(5.2억원→4.3억원) 감소하였고, 개선2안 적용 시 평균과징금액은 0.8억원(5.2억원→4.4억원) 감소하였으며 개선3안 적용 시 평균과징금액은 0.3억원(5.2억원→4.9억원) 감소하였음.
- 의원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 평균과징금액은 0.1억원(1.5억원→1.6억원) 증가하였고 개선2안 적용 시 평균과징금액은 0.7억원(1.5억원→2.2억원) 증가하였으며 개선3안 적용 시 평균과징금액은 0.9억원(1.5억원→2.4억원) 증가하였음.
- 요양병원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 평균과징금액은 0.5억원(5.1억원→4.6억원) 감소하였고, 개선2안 적용 시 평균과징금액은 0.4억원(5.1억원→4.7억원) 감소하였으며 개선3안 적용 시 평균과징금액은 0.2억원(5.1억원→4.9억원) 감소하였음.
- 치과병원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 평균과징금액의 변동이 없었고(0.3억원→0.3억원) 개선2안 적용 시 평균과징금액은 0.3억원(0.3억원→0.6억원) 증가하였으며 개선3안 적용 시 평균과징금액이 0.3억원(0.3억원→0.0억원) 감소하였음.
- 치과의원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 평균과징금액은 0.4억원(1.6억원→2.0억원)

증가하였고 개선2안 적용 시 평균과징금액은 1.5억원(1.6억원→3.1억원) 증가하였으며 개선3안 적용 시 평균과징금액은 1.5억원(1.6억원→3.1억원) 증가하였음.

- 한방병원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 평균과징금액의 변동이 없었고(23.5억원→23.5억원), 개선2안 적용 시 평균과징금액은 0.2억원(23.5억원→23.7억원) 증가하였으며 개선3안 적용 시 평균과징금액은 7.3억원(23.5억원→30.8억원) 증가하였음.
- 한의원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 평균과징금액은 0.2억원(1.3억원→1.5억원) 증가하였고 개선2안 적용 시 평균과징금액은 1.5억원(1.3억원→2.8억원) 증가하였으며 개선3안 적용 시 평균과징금액은 1.0억원(1.3억원→2.3억원) 증가하였음.
- 약국은 현행에 비해 개선1안 적용 시 평균과징금액은 0.1억원(1.2억원→1.3억원) 증가하였고 개선2안 적용 시 평균과징금액은 0.1억원(1.2억원→1.3억원)증가하였으며 개선3안 적용 시 평균과징금액은 1.8억원(1.2억원→3.0억원) 증가하였음<표8>.

<표 8> 요양기관 종별에 따른 개선안별 처분기준 평균과징금액 비교

요양기관구분	처분기관 당 평균과징금액			
	현행 (억원)	개선1안 (억원)	개선2안 (억원)	개선3안 (억원)
상급종합병원	-	15.1	15.1	15.1
종합병원	16.9	8.0	8.0	8.0
병원	5.2	4.3	4.4	4.9
의원	1.5	1.6	2.2	2.4
요양병원	5.1	4.6	4.7	4.9
치과병원	0.3	0.3	0.6	0.0
치과의원	1.6	2.0	3.1	3.1
한방병원	23.5	23.5	23.7	30.8
한의원	1.3	1.5	2.8	2.3
약국	1.2	1.3	1.3	3.0
전체	2.9	3.1	3.6	4.3

※2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험) 2721건 분석

○ 요양기관 종별에 따른 개선안별 처분기준 평균 업무정지일수 비교

- 상급종합병원은 현행에 비해 개선1안·개선2안·개선3안 적용 시 업무정지일수가 38일(0일→38일) 증가하였고 종합병원은 현행에 비해 개선1안과 개선3안 적용 시 업무정지일수가 11일(40일→29일) 감소하였으며 개선2안 적용 시 12일(40일→28일) 감소하

였음.

- 병원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 업무정지일수가 6일(39일→33일) 감소하였고, 개선2안 적용 시 업무정지일수가 8일(39일→31일) 감소하였으며 개선3안 적용 시 업무정지일수가 3일(39일→36일) 감소하였음.
- 의원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 업무정지일수가 1일(45일→46일) 증가하였고 개선2안 적용 시 업무정지일수가 3일(45일→48일) 증가하였으며 개선3안 적용 시 업무정지일수가 16일(45일→61일) 증가하였음.
- 요양병원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 업무정지일수가 4일(44일→40일) 감소하였고, 개선2안 적용 시 업무정지일수가 6일(44일→38일) 감소하였으며 개선3안 적용 시 업무정지일수가 1일(44일→43일) 감소하였음.
- 치과병원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 업무정지일수의 변동이 없었고 개선2안 적용 시 업무정지일수가 2일(20일→22일) 증가하였으며 개선3안 적용 시 업무정지일수가 20일(20일→0일) 감소하였음.
- 치과의원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 업무정지일수가 9일(57일→66일) 증가하였고 개선2안 적용 시 업무정지일수가 18일(57일→75일) 증가하였으며 개선3안 적용 시 업무정지일수가 26일(57일→83일) 증가하였음.
- 한방병원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 업무정지일수의 변동이 없었고, 개선2안 적용 시 업무정지일수가 2일(56일→54일) 감소하였으며 개선3안 적용 시 업무정지일수가 13일(56일→69일) 증가하였음.
- 한의원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 업무정지일수가 8일(60일→68일) 증가하였고 개선2안 적용 시 업무정지일수가 21일(60일→81일) 증가하였으며 개선3안 적용 시 업무정지일수가 22일(60일→82일) 증가하였음.
- 약국은 현행에 비해 개선1안 적용 시 업무정지일수가 1일(29일→30일) 증가하였고 개선2안 적용 시 업무정지일수의 변동이 없었으며 개선3안 적용 시 업무정지일수가 27일(29일→56일) 증가하였음<표9>.

<표 9> 요양기관 종별에 따른 개선안별 처분기준 평균 업무정지일수 비교

요양기관구분	현행 (일)	개선1안 (일)	개선2안 (일)	개선3안 (일)
상급종합병원	0	38	38	38
종합병원	40	29	28	29
병원	39	33	31	36
의원	45	46	48	61
요양병원	44	40	38	43
치과병원	20	20	22	0
치과의원	57	66	75	83
한방병원	56	56	54	69
한의원	60	68	81	82
약국	29	30	29	56
전체	46	46	48	54

※2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험) 2721건 분석

4) 기준 개선안 모형에 대한 이해관계자 및 전문가 델파이 조사

가. 이해관계자 및 전문가 델파이 조사 개요

○ 이해관계자 관점별 제도에 대한 시각차가 존재함에 따라 다양한 그룹의 의견을 수렴할 필요가 있음.

- 이해관계자 의견조사를 통한 기준 개선안의 방향성 및 기준 설정에 참고하기 위한 목적으로 델파이조사 2회 수행하였음.
- 1차 조사는 2020년 6월 4일(목)부터 18일(목)까지 진행하였고 2차 조사는 2020년 7월 8일(수)부터 20일(월)까지 진행하였음. 진행은 이메일을 통한 조사방식과 스마트폰을 기반으로 한 웹 설문조사 방식을 이용했으며 지표항목에 대한 응답은 필요성 및 적절성 관점에서 평가하였음.
- 의견조사를 위한 패널 모집은 각각의 협회 및 기관으로부터 전문가를 추천받은 후 패널 인원수를 조율한 후 최종 패널을 선정하였음. 조사 대상은 의사협회, 병원협회, 한의사협회, 치과협회, 약사회, 심평원, 공단, 공표심의위원, 행정처분심의위원, 선정심의위원, 학계 등 각 단체 및 기관을 대표하는 46명을 선정하였음.

나. 델파이 조사 1차 결과

○ 현행 제도 평가

- 제도의 목적 달성, 현지조사 실시 기관수의 적정성, 의뢰 · 선정의 방향성, 처분의 방향성 순으로 달성 수준이 높다고 평가하였음.
- 목적 달성에서 건강보험 재정의 누수방지 효과를 달성한 것으로 평가하였음.

○ 의뢰 및 선정 및 처분 적절성 평가

- 의뢰 · 선정의 경우, 개선3안, 개선2안, 개선1안 순으로 개선안을 선호하였고 처분의 경우도 개선3안, 개선2안, 개선1안 순으로 개선안을 선호하는 것으로 나타났음.

○ 전문가 그룹별 개선안 적절성 평가

- 개선1안의 의뢰·선정 및 처분 모두 선정심의위원회, 행정처분심의위원회, 심평원 · 건보공단에서 개선안 도입에 대해 높게 평가하였으나 의사협회, 병원협회, 한의사협회에서는 낮게 평가하였음.
- 개선2안에 대해 선정심의위원회, 심평원 · 건보공단에서는 개선안 도입에 대해 높게 평가하였으나 의사협회, 병원협회, 한의사협회에서는 낮게 평가하였음.
- 개선3안에 대해 의사협회, 병원협회, 약사회에서는 개선안 도입에 대해 높게 평가하였으나 한의사협회, 심평원 · 건보공단에서는 낮게 평가하였음.

다. 델파이 조사 2차 결과

○ 개선안의 의뢰·선정 부당비율 및 월평균부당금액의 수용성

- 부당비율이 현행 0.5% 이상에서 개선안 0.1% 이상 - 0.5% 미만으로 적용할 경우 수용성의 순위는 개선3안, 개선2안, 개선1안 순으로 나타났음.
- 월평균부당금액이 현행 20만원 이상에서 개선안 40만원(개선1·2안) 또는 80만원(개선3안)으로 적용할 경우 수용성의 순위는 개선1안과 개선2안은 동일하였고 개선3안 순으로 나타났음.

○ 전문가 그룹별 개선안의 의뢰·선정 부당비율 및 월평균부당금액의 수용성

- 부당비율의 경우 개선1안, 개선2안, 개선3안 모두 선정심의위원회에서 수용성이 가장 높은 것으로 나타났음. 반면에 개선1안은 한의사협회, 개선2안은 병원협회, 개선3안 한의사협회에서 수용성이 가장 낮은 것으로 나타났음.

- 월평균부당금액의 경우 개선1안과 개선2안은 선정심의위원회, 개선3안은 약사회에서 수용성이 가장 높은 것으로 나타났음. 반면에 개선1안, 개선2안, 개선3안 모두 병원협회에서 수용성이 가장 낮은 것으로 나타났음.

○ 개선안의 처분 부당비율 및 월평균부당금액의 수용성

- 부당비율이 현행 0.5% 이상에서 개선안 0.1% 이상 - 0.5% 미만으로 적용할 경우 수용성의 순위는 개선3안, 개선2안, 개선1안 순으로 나타났음.
- 월평균부당금액이 현행 20만원에서 개선안 40만원(개선1·2안) 또는 80만원(개선3안)으로 적용할 경우 수용성의 순위는 개선2안, 개선1안, 개선3안 순으로 나타났음.

○ 전문가 그룹별 개선안의 처분 부당비율 및 월평균부당금액의 수용성

- 부당비율의 경우 개선1안, 개선2안, 개선3안 모두 선정심의위원회에서 수용성이 가장 높은 것으로 나타났음. 반면에 개선1안과 개선3안은 한의사협회, 개선2안은 병원협회에서 수용성이 가장 낮은 것으로 나타났음.
- 월평균부당금액의 경우, 개선1안과 개선2안은 선정심의위원회, 개선3안은 한의사협회에서 수용성이 가장 높은 것으로 나타났음. 반면에 개선1안과 개선2안은 병원협회, 개선3안은 심평원·건보공단에서 수용성이 가장 낮은 것으로 나타났음.

○ 개선안에 따른 처분 시 거짓가중부당비율의 수용성

- 현행의 총부당금액으로 인한 부당비율에서 개선안의 거짓가중부당금액으로 인한 거짓가중부당비율로 적용할 경우 수용성의 순위는 개선2안보다 개선3안이 높았음.
- 전문가 그룹별 처분 시 거짓가중부당비율의 수용 수준을 조사한 결과, 개선2안과 개선3안 모두 선정심의위원회에서 수용성이 가장 높은 것으로 나타났음. 반면에 개선2안은 병원협회, 개선3안은 의사협회에서 수용성이 가장 낮은 것으로 나타났음.

○ 개선안에 따른 처분 시 재적발 가중처분의 수용성

- 처분 시 가중처분에 대한 수용성을 조사한 결과 개선2안, 개선3-①안, 개선1안, 개선3-③안 순으로 나타났음.

• 개선3-①안: 부당금액이 큰 기관을 처분 대상에 포함되도록 하되 처분기준을 대폭 완화 + 가중처분 부과 • 개선3-②안: 3안) + 속임수를 사용하여 거짓 청구한 기관에 대하여는 거짓가중부당금액 부과 • 개선3-③안: 3안) + 속임수를 사용하여 거짓 청구한 기관에 대하여는 가중처분 부과

○ 전문가 그룹별 개선안의 처분 시 재적발 가중처분의 수용성

- 이해관계 그룹별 개선1안의 가중처분의 수용 수준은 심평원 · 건보공단, 행정처분심의위원회, 약사회, 학계, 치과협회, 선정심의위원회, 한의사협회, 병원협회, 의사협회 순으로 나타났음.
- 이해관계 그룹별 개선2안의 가중처분의 수용 수준은 심평원 · 건보공단, 행정처분심의위원회, 약사회, 학계, 치과협회, 선정심의위원회, 한의사협회, 병원협회, 의사협회 순으로 나타났음.
- 이해관계 그룹별 개선3-①안의 가중처분의 수용 수준은 심평원 · 건보공단, 행정처분심의위원회, 약사회, 선정심의위원회, 학계, 치과협회, 병원협회, 한의사협회, 의사협회 순으로 나타났음.
- 이해관계 그룹별 개선3-③안의 가중처분의 수용 수준은 심평원 · 건보공단, 선정심의위원회, 행정처분심의위원회, 치과협회, 약사회, 학계, 병원협회, 한의사협회, 의사협회 순으로 나타났음.

라. 의료계 간담회 주요 내용

○ 현지조사 의뢰·선정에 대한 계도 적용

- 잦은 급여기준의 변화로 의도하지 않은 착오 청구가 발생하는 사례가 있음. 특히, 고시 변경 시점에 기존 청구 방식을 따르는 사례가 발생할 수 있으므로 이러한 경우 일정 시간(기간)동안에 계도 적용이 필요함.
- 고의적인 부당청구는 행정처분이 필요함. 그러나 의료현장에서 임상 의사 및 심사과에서도 발견하지 못하는 모호한 사례가 있음. 따라서 부당청구와 착오청구의 경계가 모호한 경우(단, 첫 번째 발생 사례에 한정하여) 계도 적용이 필요함.

○ 현지조사 효율화를 위한 운영 지원

- 상대적으로 규모가 작은 병원에 대한 착오청구의 정기적 모니터링 및 컨설팅을 통

한 환류 지원이 제공되어야 함.

- 현지조사 실시 이후 요양기관이 진행사항을 파악하기 어렵기 때문에 현지조사 실시 상황에 대한 적극적인 안내가 필요함.

5) 기준 개선에 대한 종합적 개선방안 마련

가. 위반행위의 경미성과 중대성을 반영할 수 있는 행정처분 기준 도입 마련

○ 일시적 기준 위반 및 경미한 착오청구의 처분 완화 방안

- 현지조사 기간의 전후로 기간을 확대하여 다른 시기에 동일한 위반행위가 이루어졌는지에 대한 여부를 확인할 수 있음.
- 경미하고 착오청구를 검토하기 위해 공정성을 확보할 수 있는 위원회를 마련함으로써 감면을 검토하는 방안을 고려해볼 수 있음.

○ 기준 개선안 양정표의 경고 구간을 마련하여 부당청구금액이 적은 요양기관에 대한 처분 완화

- 개선1·2안에서 경고 구간은 개선안 양정표 상에서 2개 구간(월평균부당금액 80만원 이상 ~ 160만원 미만 구간이면서 부당비율이 0.1% 이상 ~ 0.5% 미만인 경우)의미함. 개선3안에서 경고 구간은 개선안 양정표 상에서 2개 구간(월평균부당금액 80만원 이상 ~ 320만원 미만 구간이면서 부당비율이 0.1% 이상 ~ 0.5% 미만인 경우)의미함.
- 경고 구간의 정의는 부당청구로 인해 첫 번째 발생한 1회에 한하며 행정처분(업무정지 및 과징금)과 상관없이 부당이익금만 환수 조치함.

○ 위반행위의 중대성을 반영할 수 있는 선정 기준 도입 마련

- 전체 요양기관의 부당비율 0.1% 이상에 해당하는 월평균부당금액의 평균값(8,134,951원)의 근사값인 800만원 이상을 절대금액값으로 적용하는 방안을 고려해볼 수 있음.
- 월평균부당금액 800만원을 기준으로 적용했을 때 상급종합병원의 경우 부당비율 0.1% 미만에 부합하는 27개 기관 중에서 절대금액 800만원 이상을 적용한 선정기관은 18개 기관이었고, 종합병원의 경우 부당비율 0.1% 미만에 부합하는 53개 기관 중에서 절대금액 800만원 이상을 적용한 선정기관은 3개 기관 이었음. 나머지 요양

기관의 경우 절대금액 800만원 이상을 적용했을 때 선정되는 기관은 없었음.

나. 부당청구 예방효과 제고를 위한 대상기관 의뢰·선정 방법의 다양화 마련

○ 순환조사를 통한 현지조사 대상기관의 선정 방안

- 개인 설립 및 군병원을 제외한 법인 및 조합 대상의 순환조사를 도입하는 방안을 고려해볼 수 있음.
- 법인 및 조합 요양기관들은 5년 주기로 부당청구에 대하여 부당청구확인서(가칭)를 필수로 제출하도록 하고 부당청구확인서가 부실한 기관 또는 부당청구감지시스템 등을 이용한 부당청구 개연성이 있는 요양기관 약 10%를 대상으로 현지조사를 실시하는 방법을 고려해볼 수 있음.

○ 추첨방식을 통한 현지조사 대상기관 선정 방안

- 부당청구에 대한 의식을 높이기 위하여 요양기관 특성(또는 규모)에 따른 형평을 반영하여 요양급여비용이 높은 분위일수록 선정비율이 높아지도록 현지조사 기관 선정 시 비율을 조정하는 방안을 고려해볼 수 있음.
- 공정성 및 투명성을 제고하기 위해 이해관계 단체 및 대표성 있는 자, 이해관계가 전혀 없는 자 등의 추첨을 통해 현지조사 대상기관을 선정하는 방법을 고려해볼 수 있음.

○ 부당청구감지지스템에 의한 현지조사 대상 선정 개선 방안

- 부당청구감지시스템 분석에 의한 대상기관의 선정 시 선정률을 높이면서 업무의 부담도 낮출 수 있는 효율적인 방안이 필요함.
- 전체 항목 점수를 합산을 반영한 부당청구 위협까지 발견할 수 있는 정교한 시스템 마련이 필요함. 부당청구 위협까지 발견할 수 있는 인공지능 기반의 알고리즘 후속 연구 개발을 고려해볼 수 있음. 부당청구감지시스템 상에서 종합 점수가 가장 높은 기관(부당청구 위험 Bad Zone)이 자동으로 선정될 수 있는 시스템 개발이 필요함 (단, R&D 개발과 검증을 위한 충분한 연구 및 시범 사업이 필요함)

○ 부당청구감지시스템에 의한 현지조사 대상 선정의 일반 원칙 제안

- ‘요양기관 현지조사는 추정 부당금액 및 부당비율이 행정처분기준 이상인 기관을

대상으로 선정하는 것이 원칙. 다만, 사회적 이슈, 부당청구 행태 개선 목적, 조사의 시급성, 거짓청구 개연성 등을 고려하여 부당청구의 규모·정도와 관계없이 조사가능'으로 수정을 제안함.

- 부당청구감지시스템에 의한 선정에서 현지조사 대상 선정의 일반원칙 상 거짓청구 개연성 탐지 시 부당규모 및 정도와 관계없이 조사할 수 있는 예외항목을 추가하는 방안을 고려해볼 수 있음.

○ 부당청구감지시스템에 의한 현지조사 대상기관 선정 방법 제안

- 부당청구감지시스템에 의한 현지조사 대상기관 선정 기준에 대한 기본 원칙은 부당유형별 상위 5%를 기준으로 상위 5% 이내 적용과 상위 5% 초과 적용을 구분하여 대상기관을 선정할 수 방법을 고려해볼 수 있음.

다. 부당청구 사전예방을 위한 제도적 보완 방안 마련

○ 현지조사 다빈도 항목에 대한 부당청구확인표(가칭) 개발 및 자발적 점검 도입

- 현지조사 실시 항목 및 부당청구 사례 분석 결과를 반영한 부당청구확인표(e-form)를 개발하고 요양기관에 배포하고 착오청구 예방의 날을 선정하여 부당청구확인표(e-form)를 통한 요양기관의 자발적 점검 방안을 고려해볼 수 있음.

○ 청구관련 교육 프로그램 개발 및 배포

- 교육을 받는데 지리적 접근성이 어렵거나 인력의 부족 등 문제로 청구교육에 제한이 있는 경우 온라인 상시 교육이 가능할 수 있도록 웹 기반의 교육(예: 비대면 화상 교육) 운영을 고려해볼 수 있음. 청구관련 교육 프로그램의 경우, 의료계와 협력을 통해 교육 프로그램 사업을 운영해보는 것도 고려해볼 수 있음.

○ 착오청구의 사전예방을 위한 신규 요양기관 통합 청구 컨설팅 도입

- 요양기관의 행정력이 다소 부족하거나 역량이 부족한 중소 규모 의원급 및 병원급 중 신규 요양기관을 중심으로 맞춤형 컨설팅 제공을 고려해볼 수 있음.
- 신규 개설한 요양기관의 신청을 통해 청구 컨설팅을 수행하고 요양기관이 원하는 일정기간(개원 이후 약 3개월) 동안 심평원 모니터링을 통해 부당청구 점검에 대한 환류를 고려해 볼 수 있음. 이 기간 동안에는 잘못된 청구에 대한 환류를 3개월에

1회씩 제공받을 수 있으며 부당청구 시 부당이익금만 환수할 수 있는 방향을 고려해볼 수 있음.

라. 진료비 심사와 연동 가능한 현지조사 의뢰·선정 방안 마련

○ 분석심사에서 지표의 변이 개선이 이행되지 않았거나 급격한 청구 추이변화로 인한 개선이 이행되지 않았을 경우 현지조사 의뢰로 연계하는 방안을 고려해볼 수 있음.

- 현지조사에서 의뢰·선정 대상이었으나 행정처분으로 부합하지 않는 요양기관의 경우, 분석심사 대상 중 우선 배정하는 방안을 고려해볼 수 있음. 분석심사 대상으로 선정된 기관은 분석지표 및 다차원 지표 분석을 통해 진료현황을 파악하고 적합한 중재유형을 검토하여 적정 중재가 가능하도록 유도하는 방안을 고려해볼 수 있음.

○ 현지조사와 연동한 분석심사 집중분석 대상 기관 선정 방안 마련

- 거짓·거부 기관으로 부당청구의 개연성이 높거나 청구 경향이 심각한 수준으로 급격한 변화를 보이는 경우 분석심사의 서면 및 유선·대면의 중재 단계를 생략하고 의무기록 기반 심층심사를 진행하는 방안도 고려해볼 수 있음.

마. 현지조사 행정처분 진행과정 운영 개선방안 마련

○ 현지조사 행정처분 진행과정에 대한 개선 방안 제안

- 현지조사 처분 결과에 대한 진행단계를 공개하는 것을 제안함. 업무 효율화를 통해 최대한 빠른 시일 내 행정처분이 이뤄질 수 있도록 조치하고 현지조사 실시 후 처분까지 과정을 요양기관에서 웹확인이 가능하도록 어플리케이션 기반 알림판을 개발하는 방안을 고려해볼 수 있음.

4. 논의

1) 기준 개선 모형에 대한 소결

○ 개선1안 모형 설계에 대한 소결

- 규모가 작은 요양기관의 불리함이 일정 부분 해소되어 행정처분의 형평성 문제를 보완할 수 있으나 현행 제도와 유사하기 때문에 실효성, 사전예방적 접근성, 제도의

시급성에 있어서 큰 효과를 기대하기 어려움. 그러나 행정기관의 제도 개선의 실현 가능성 측면을 고려했을 때 개선1안의 도입을 고려해볼 수 있음.

- 요양기관 규모와 크기에 대한 행정처분의 형평성 문제에서 부당비율 0.1% 이상 ~ 0.5% 미만의 구간 신설로 인해 기존에 언급된 현지조사의 형평성 문제를 일부 해소할 수 있으며 부당청구에 대한 경각심을 유도하는 효과가 있을 것으로 보여짐.

○ 개선2안 모형 설계에 대한 소결

- 현행 제도에 비해 거짓청구 기관의 처분 강화 및 경찰효과가 높아질 것으로 기대함. 현행 요양기관 행정처분 감면 기준 및 거짓청구유형 고시에서 정의하는 거짓청구의 유형을 다소 포괄적으로 정의되어 있어 후속연구를 통해 고의성과 과실을 구분할 수 있는 더 명확한 기준 마련이 필요할 것으로 보여짐.
- 개선2안의 실효성을 보완하기 위해서는 부당청구 등 위법행위에 대한 모니터링이 강화되어야 할 것이며, 거짓청구 사례에 대한 정보를 수시로 업데이트하여 요양기관이 자발적으로 거짓청구를 인지하고 부당청구의 개선 의지를 높일 수 있는 제도적 보완이 필요할 것으로 보여짐.

○ 개선3안 모형 설계에 대한 소결

- 개선3안은 규모가 작은 요양기관의 경우 소액 착오청구로 인한 행정처분 부담을 낮출 수 있으며 요양급여비용의 부당청구 금액이 큼에도 요양급여비용 청구규모가 커서 현지조사 제외되는 불합리를 해소 할 수 있음.

2) 기준 개선안 가치에 대한 달성 방안

○ 형평성 관점 달성

- 현행 제도의 행정처분 기준인 월평균부당금액과 부당비율의 경계 구간 및 요양기관 종별에 대한 형평성 문제가 발생하였음. 본 연구에서는 형평성 문제를 일부분 해소할 수 있는 기준 개선안 모형을 마련하였고 각각의 개선안 모형에 적용할 수 있는 계도 구간을 제안함으로써 현행 제도의 형평성 문제를 보완하는 방향을 제안하였음.

○ 실효성 관점 달성

- 현행 제도 틀에서 많이 벗어나지 않는 선에서 기준 개선안을 마련하였고 현지조사의 의뢰 및 선정에 대한 원칙을 제공하여 현행 제도보다 투명성을 강조하였음. 기준 개선안이 실질적 제도로 운영될 수 있도록 현행 제도의 문제점을 보완하였고 현지조사의 목적과 취지에 대한 방향성을 높이고 일관성 있는 제도의 운영이 될 수 있는 방향으로 개선안을 제안하였음.

○ 사전예방적 관점 달성

- 부당청구감지시스템 분석에 의한 현지조사 대상 기관을 정교하게 선정할 수 있는 룰(Rule) 개발과 착오 청구에 대한 주기적 모니터링 환류, 부당청구 사례에 대한 업데이트 등 사전예방적 조치를 위한 운영 방안을 마련할 필요가 있음.

제1장 연구배경 및 필요성

1. 연구의 배경

가. 현지조사 제도 개요

(1) 개념

○ 현지조사는 요양기관이 지급받은 요양급여비용 등에 대해 세부 진료내역을 근거로 사실관계 및 적법여부를 확인·조사하고, 그 결과에 따라 부당이득 환수 및 행정처분 등을 실시하는 보건복지부장관의 행정조사임.

(2) 목적

○ 요양기관의 건전한 요양급여비용 청구 풍토 조성 및 적정진료 유도
○ 건강보험 가입자의 수급권보호 및 건전한 의료공급자 보호
○ 불필요한 건강보험재정 누수 방지

(3) 법적근거

○ 국민건강보험법
- 제57조(부당이득의 징수), 제97조(보고와 검사), 제98조(업무정지), 제99조(과징금), 제115조(벌칙), 제116조(벌칙), 제117조(벌칙), 제118조(양벌규정), 제119조(과태료), 같은 법 시행령 제70조(행정처분기준), 요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형(보건복지부 고시 제2018-222호)

○ 의료급여법
- 제23조(부당이득의 징수), 제28조(업무정지), 제29조(과징금), 제32조(보고 및 검사), 제33조(권한의 위임 및 위탁), 제35조(벌칙), 제36조(양벌규정), 제37조(과태료), 같은 법 시행령 제16조의2(행정처분의 기준), 제16조의4(과징금의 부과기준), 제18조(검사업무의 지원), 요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형(보건복지부 고시 제

2018-222호)

(4) 현지조사 내용

○ 요양기관의 요양급여 및 비용의 청구가 적법 타당한지 등 부당청구 여부

- 청구한 진료내역의 사실 여부
- 요양급여비용 지급과 관련된 법령(국민건강보험법, 의료법, 약사법 등) 등 관계 규정 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 제2018-222호)]

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 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(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.

나. 현지조사 제도의 문제점

(1) 부당금액과 부당비율에 따른 현지조사 의뢰·선정 및 처분에서 제외되는 구간 발생

○ 월평균부당금액과 상관없이 부당비율이 0.5% 미만인 경우 대상기관에서 제외됨.

- 현행 제도에서 월평균부당금액이 크더라도 부당비율이 작기 때문에 의뢰·선정 및 처분에서 제외되는 사례가 나타나 기관의 규모에 따른 형평성 문제가 있었음.
- 따라서, 부당금액과 부당비율에 따른 요양기관 기관의 규모에 따른 형평성 문제를 해소시키기 위한 개선 방안으로 부당비율의 조정이 검토되어야 함.

○ 유사한 정도의 부당행위에서 불합리한 처분 양정의 편차 발생

- 2018년 국정감사 시정요청사항 중 부당이익금이 높음에도 불구하고 조사 및 행정처분을 받지 않은 사례가 나타나 현행 제도의 개선을 위한 방안 마련이 필요하였음.
- 따라서, 유사한 정도의 부당행위에서 불합리한 처분 양정의 편차 문제를 개선시키기 (현행 현지조사 기준 및 양정표상에서 발생하는 요양기관 규모에 대한 형평성 문제) 위한 방안으로 부당비율의 조정이 검토되어야 함.

[사례] 요양기관 규모에 따른 현지조사 행정처분 비교 사례

- 요양급여비용 6개월 총액이 12.5억원인 두 곳의 요양기관 중 월평균부당금액이 1,000만원인 (A)기관과 1,050만원인 (B)기관의 처분 사례를 살펴보면 두 곳의 요양기관의 월평균부당금액의 차이가 50만원이지만 부당비율의 경우 (A)기관은 0.48% 이고 (B)기관은 0.50% 이므로 (A)기관은 행정처분(업무정지기간 및 과징금)에서 제외되고 (B)기관은 업무정지일수가 35일, 과징금은 2억 5,200만원으로 월평균부당금액의 규모와 상관없이 부당비율 0.5% 미만인 경우 대상기관에서 제외되는 문제가 나타났음.
- 요양급여비용 부당청구 금액 유사함에도 부당금액과 부당비율에 따라 양정표상 불합리한 처분 사례 발생

[예시] 심사결정내역 청구금액(6개월) 12.5억원인 두 개의 요양기관중 월평균부당금액이 1,000만원인 (A)기관과 1,050만원인 (B)기관의 처분비교

구분	A기관	B기관
심사결정내역 청구금액(6개월)	125,000만원	125,000만원
현지조사 대상기간	6개월	6개월
총 부당금액	6,000만원	6,300만원
부당비율	0.48%	0.50%
월평균 부당금액	1,000만원	1,050만원
업무정지기간	처분제외	35일
과징금	처분제외	2억 5,200만원

(2) 위반행위의 경미성과 중대성에 대한 행정처분 기준의 명확성 부재

○ 행정처분은 형사처벌과는 달리 위반행위자의 고의 혹은 과실을 요하지 않는다는 것이 대법원의 일관된 판례이므로 실수나 착오로 인한 거짓 · 부당청구도 행정처분의 대상이 됨.

- 부당행위의 경중에 따른 행정처분의 명확한 구분에 대하여 필요성이 제기되고 있으므로 위반행위의 경미성과 중대성의 행정처분에 대한 한계를 보완하기 위한 개선 방안이 검토되어야 함.

[참고] 부당청구와 거짓청구의 정의 비교
<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

(3) 사후처벌 중심의 현지조사 제도 운영 제도의 부정적 인식 형성

○ 사후처벌 중심의 현지조사 제도 운영에 대한 현행 제도의 부정적 인식 존재하므로 현지조사 본연의 목적인 '건전한 요양급여비용 청구 풍토 조성 및 적정진료 유도'의 동기요인이 필요함.

- 행정력이 부족하거나 충분한 청구교육을 받지 않은 경우, 급여기준을 정확히 인지하지 못해 발생하는 부당청구 사례가 나타남.
- 현형 제도가 사후처벌 중심으로 운영이 집중되어 있기 때문에 사후처벌 중심의 제도 운영에 대한 인식을 전환하는 기회의 마련이 필요함.
- 따라서, 착오(부당)청구관련 홍보 및 교육에 대한 영역을 강화하기 위한 방안이 필요하며 요양기관과의 소통을 강화할 수 있는 개선 방안이 검토되어야 함.

2. 연구목적

○ 본 연구의 목적은 현행 현지조사 의뢰·선정 및 처분 기준에 대한 문제점과 운영실태를 파악하고 분석하여 현행 제도를 보완할 수 있는 개선 방안을 마련하는 것임.

- 첫째, 현행 제도의 문제점 및 개선 방향을 설정함.
- 둘째, 국내외 사례조사 · 유사행정조사 · 현지조사 판례분석 등 문헌고찰 및 사례분석을 통해 국내외 유사제도와 비교하고 현행 제도에 적용할 수 있는 개선점을 마련함.
- 셋째, 기준 개선안 모형 개발 및 시뮬레이션 분석을 통해, 현행 제도의 의뢰·선정 및 처분의 현황을 파악하고, 현행 제도의 문제점을 보완하기 위한 기준 개선안 모형을 마련하여 기준 개선에 대한 의뢰·선정 및 처분의 자료를 분석하여 개선안의 효과를 평가함.
- 넷째, 현행 제도 및 개준 개선안 모형에 대한 이해관계자 및 전문가 델파이 조사를 수행하여 기준 개선안에 대한 다수의 의견을 수렴함.
- 다섯째, 현지조사 의뢰·선정 및 처분 문제를 보완할 수 있는 종합적 개선 방안을 마련함.

○ 본 연구의 개선방안 제시 측면에서 세부적 미션은 다음과 같음.

- (의뢰 · 선정 기준 개선방안 제시) 요양기관의 규모, 청구액, 처분비율과 의뢰기관(건보공단, 심평원)의 특성을 반영한 현지조사 의뢰 · 선정기준 개선방안을 제시함.
- (선정 기준 개선방안 제시) 현지조사 대상을 살펴보고 특성을 반영한 선정기준의 개선방안을 제시함.
- (처분 기준 개선방안 제시) 부당금액 및 부당비율 등을 고려한 기준 개선방안을 제시하고, 심사체계 개편 및 사후관리제도를 악용하는 부당청구 요양기관에 대한 제재조치 강화 방안을 제시함.
- (제도 운영방안 제시) 현행 의뢰 · 선정 및 처분 기준에 대한 문제점 및 운영실태를 종합적으로 분석하여 합리적인 운영 개선방안을 제시함.

제2장 연구내용 및 방법

1. 추진경과

(1) 연구 추진 방향

○ 본 연구는 환경분석 및 진단, 기준 개선안 설정, 개선 방안 도출 과정을 통하여 연구를 수행하였음.

- 환경분석 및 진단은 현행 제도에 대한 조사 및 이전에 보고된 현지조사에 대한 문헌을 검토하여 현행 제도의 문제점 및 개선 방향 설정, 미국, 일본, 독일 등 국외사례조사, 현지조사와 유사한 행정조사인 세무조사, 국내 보고된 현지조사에 대한 판례 분석 및 법적 근거를 정리하였음.
- 기준 개선안 설정은 기준 개선안에 대한 근거를 마련하였고 기초 근거를 바탕으로 기준 개선안에 대한 모형을 설계하였음. 기준 개선안 모형에 따른 의뢰·선정 및 행정처분에 대한 시뮬레이션 분석을 하였고 이해관계자의 의견수렴을 위하여 기준 개선안의 방향 및 세부 지표에 대한 델파이 조사를 수행하였음.
- 개선 방안 도출은 의뢰·선정, 행정처분 기준에 대한 개선 방안을 제시하였고 현지조사 제도의 문제 및 종합적 개선 방안을 마련하였음<표10>.

<표 10> 연구 목표 및 내용

구분	환경분석 및 진단	기준 개선안 설정	개선 방안 도출
목표	현황 및 문헌조사	모형 개발 및 시뮬레이션	점검 및 방안 도출
내용	o 현행 제도의 문제점 및 개선 방향 설정 o 국외사례조사, 유사행정조사, 현지조사 판례분석 및 법적근거 정리	o 기준 개선안 모형 마련 o 기준 개선안 모형에 따른 의뢰·선정 및 행정처분 시뮬레이션 분석 o 이해관계자 의견조사를 통한 기준 개선안 평가	o 의뢰·선정, 행정처분 기준에 대한 개선방안 제시 o 현지조사 제도의 문제 및 종합적 개선 방안 마련
성과	o 현행 제도의 문제점 및 보완 방향성 마련 o 거짓청구 판례분석을 통한 법적 해석 마련	o 요양기관 현지조사 지침 개정에 활용 o 행정처분 기준(업무정지 및 과징금 부과 기준)개정에 활용	o 의뢰·선정, 행정처분에 대한 합리적 운영 방안 제시 o 현지조사 제도의 개선점 도출

2. 연구의 범위 및 내용

(1) 연구 내용

○ (연구1) 현행 제도의 문제점 및 개선 방향 설정

- 필요성: 현행 조사 제도의 문제점을 보완하고 개선하기 위한 전략적 접근으로 현지조사의 세부적인 실행계획 및 세부추진과제 마련이 필요함.
- 연구내용: 요양기관 규모별 형평성 문제 개선을 위한 기준 개선안 마련, 현지조사 의뢰·선정 및 행정처분 기준의 종합적 개선방안 마련을 세부 방향을 모색하였음.

○ (연구2) 국내외 사례조사, 유사행정조사, 현지조사 판례분석

- 필요성: 현행 제도의 개선점 파악 및 기준 개선안 모형 설계하는데 뒷받침해줄 수 있는 선행연구 및 국외 사례에 대한 근거 마련이 필요함.
- 연구내용: ①현지조사와 관련된 국내 연구 문헌 현황 제시하였음. ②미국, 독일, 일본 등 부당청구관련 법적 근거 및 부당청구 사례를 제시하였음. ③현지조사 제도와 유사한 국내·국외 세무조사 현황을 제시하였음. ④국내 현지조사 판례분석을 통한

법적 해석을 제시하였음.

○ (연구3) 기준 개선안 모형 개발 및 시뮬레이션 분석

- 필요성: 부당비율 0.5% 경계 구간에 따른 업무정지일수 및 과징금의 큰 편차에 대한 요양기관 규모별 형평성 개선방안 검토가 필요함.
- 연구내용: ①기준 개선안에 대한 근거를 마련하였고 기초 근거를 바탕으로 기준 개선안에 대한 모형을 설계하였음. ②현지조사는 3가지 기준 개선안 모형을 개발하였음. ③3가지 기준 개선안 모형에 기반한 의뢰·선정 및 행정처분 시뮬레이션 결과를 제시하였음.

○ (연구4) 기준 개선안 모형에 대한 이해관계자 및 전문가 델파이 조사 및 분석

- 필요성: 이해관계자 관점별 제도에 대한 시각차가 존재함에 따라 다양한 그룹의 의견을 수렴할 필요가 있음.
- 연구내용: ①이해관계자 의견조사를 통한 기준 개선안의 방향성 및 기준 설정 조건(월평균부당금액, 부당비율 등)에 참고하기 위한 목적으로 델파이조사 2회 수행하였음. ②1차 조사 2020년 6월 4일(목)부터 18일(목)까지, 2차 조사 2020년 7월 8일(수)부터 20일(월)까지 각 단체 및 기관을 대표하는 46명 대상으로 조사하였음.

○ (연구5) 기준 개선안에 대한 종합적 개선방안 마련

- 위반행위의 경미성과 중대성을 반영할 수 있는 행정처분 기준 방안을 제안하였음.
- 부당청구 대상기관 선정 방법의 다양화 방안을 제안하였음.
- 부당청구 사전예방을 위한 제도적 보완 방안을 제안하였음.
- 진료비 심사와 연동 가능한 현지조사 의뢰·선정 방안을 제안하였음.
- 현지조사 행정처분 진행과정 운영 개선 방안을 제안하였음.

<그림 3> 연구 추진 과정 및 내용

제3장 현지조사 및 부당청구에 대한 이론적 고찰: 국내외 문헌 고찰

1. 국내 연구 개괄

가. 현지조사와 관련된 국내 선행 연구 현황

○ 이전에 보고된 현지조사와 관련 연구는 건강보험재정 누수방지 강화를 위한 심사산업 발전 방향 검토(2016), 현지조사제도 중장기 발전방안 연구(박은철, 2016), 업무정지 처분 및 과징금 부과 기준의 합리적 개선안 마련을 위한 연구(명순구 2017). 효율적 부당청구 관리방안 연구(박은철, 2019)를 수행되었음.

(1) 부당청구 및 거짓청구에 관점에서 국민건강보험법 시행령 행정처분 기준 개선방안

○ 최저 월평균부당금액의 상향으로 최저 월평균 부당금액을 15만원에서 20만원으로 상향 보고하였음. 1,000만원 이상 구간과 5,000만원에서 1억 구간의 신설 등 개선안에서는 총 13개의 구간을 세분화하였으며 월평균부당금액이 작은 경우(월평균 부당금액이 40만원 미만) 업무정지기간의 최고 한도를 50일로 제안하였음.

- 월평균 부당금액이 증가하는 경우, 현행 기준보다 업무정지일수를 강화하는 방안, 부당금액 조정을 통해 요양기관 종별, 진료과목별, 규모별 특성 반영의 문제를 상당부분 해소는 가능하지만 다른 형평성 문제가 발생할 수 있으므로 부당금액 구간 조정을 통해 해결하는 방안을 제안하였음(명순구 2017).

(2) 부당청구 및 거짓청구에 관점에서 거짓청구의 개선방안

○ 명순구(2017)는 국민건강보험법 상 거짓청구는 의료법상 거짓청구와 긴밀한 관계를 갖고 있으나 거짓청구의 명확한 개념이나 정의, 규정이 존재하지 않기 때문에 그 범위를 파악하는 형태로만 활용이 가능함을 보고하였음.

- 2007년 보건복지부 보도자료[1]에 따르면 발표한 허위청구 유형 기준을 살펴보면, 입원일수 또는 내원일수를 허위로 청구 사례, 실제 하지 않은 행위료, 약제비 및 치료

1) 출처: 보건복지부 알림 (https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=857&CONT_SEQ=41720)

재료대 청구 사례, 비급여를 전액 환자에게 부담시킨 후 요양급여대상으로 청구한 사례이었음.

○ 명순구(2017)는 의료법에서는 일체의 거짓청구가 아닌 부정한 방법을 이용한 거짓청구에 대해 책임을 묻고 있으며 거짓청구는 실제 진료사실과 다른 내용을 청구한 것을 의미함. 그러나 거짓청구를 정의하였더라도 실제 업무에 적용함에 있어 명료하게 범위를 설정하기 쉽지 않다고 보고하였음.

○ 거짓청구 유형의 범위와 내용을 보면 의료행위료 및 의약품 등의 증량 또는 대체(초과) 청구가 있는 경우, 요양기관에 실제 근무하지 않은 인력을 청구한 경우, 무자격자가 진료한 경우를 언급하였음(명순구, 2017).

○ 거짓청구와 착오청구에 대한 내용을 보면 착오청구가 있는 경우 처분 수위의 완화 필요성, 착오청구의 유형을 구체적으로 규정하는 것보다 고의의 존재와 높은 비난성을 행정기관의 수준에서 명확하게 파악할 수 있는 거짓청구의 유형을 구체화하여 처분의 형평성을 확보하는 것이 필요하다고 보고하였음(명순구, 2017).

⑶ 행정처분 대상 행위 관점에서 행정처분 기준에 대한 내용

○ 요양기관 행정처분 심의절차 중 제출된 의견의 처리결과 통제의 문제를 언급하였음. 심의절차에 있어 요양기관의 충분한 소명의 보장과 요양기관 행정처분심의위원회의 독립성과 전문성이 충분히 보장되어야 한다고 언급하였음.

- 현행 요양기관 행정처분의 문제점은 대상행위의 비난가능성이 있는지, 제재처분의 형평성이 있는지에 대한 접근이 필요함. 현행 행정처분은 업무정지 처분에 있어 속임수나 그 밖에 부당한 방법을 구별하지 않고 처분기준을 적용하여 고의를 가진 속임수와 단순 착오로 인한 경우가 동등하게 처분되는 문제점을 갖고 있음. 이로 인한 형평성 문제가 발생함.
- 속임수나 부당한 방법의 명확성에 있어 속임수와 그밖에 부당한 방법에 대한 정의와 기준이 필요함. 판례에 따르면 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 요양급여비용으로 지급받을 수 없는 비용임에도 불구하고 이를 청구하여 지급받는 모든 행위를 의미함.

2. 주요 외국의 사례 조사

가. 미국의 부당청구 관련 제도

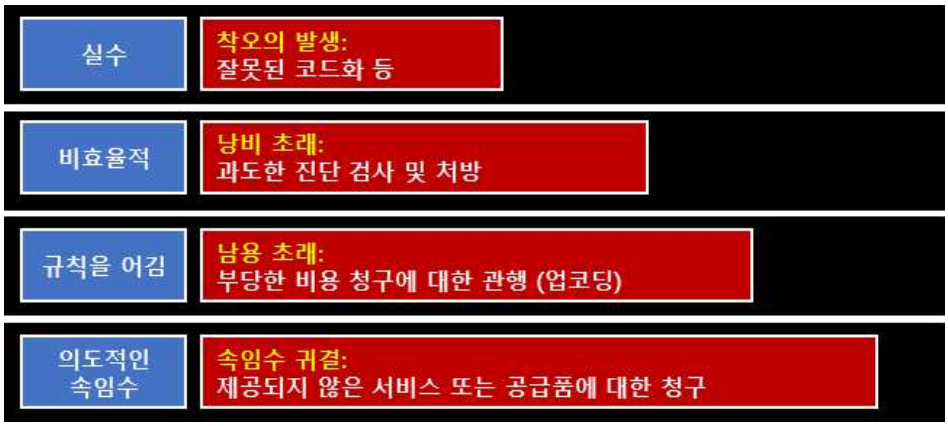
(1) 부적정 진료비 지출관리 목적

○ 미국 보건부(United States Department of Health and human Service)는 미국 연방기관인 CMS(Centers for Medicare & Medicaid Services)를 통해 메디케어 및 메디케이드 등의 공적의료보험에 대한 비용누수와 원인이 되는 부당청구, 사기 등의 사례를 조사하여 식별하거나 계도 처리하고 있음.

(2) 부당청구 적발 및 관리

○ 부당 청구에 관해 미국 CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services)은 그 경중을 메디케어 사기, 메디케어 남용, 메디케어 낭비로 구분하여 경중을 분류하고 있음<그림 4>.

① 메디케어 사기: 사실과 무관하며, 알면서도 부적절한 청구, 부적절한 환자 청탁 및 이에 따른 부적절한 청탁 비용을 받은 경우
② 메디케어 남용: 불필요한 의료서비스에 대한 청구, 과다 청구, 처치 및 질병 코드의 상향 기입 등
③ 메디케어 낭비: 진단을 위한 지나친 검사 시행 및 이에 대한 청구.



<그림 4> 미국의 부적절한 청구 유형

○ 부적절한 청구로 인한 정부의 피해를 줄이기 위하여, 보건의료 사기 및 남용 예방 프로그램(HCFAC, Health Care Fraud and Abuse Control)이 시행되었음. 부당청구 적발 및 예방 프로그램은 2010년 부담적정보험법 (Affordable Care Act)의 실시로 뚜렷한 변화를 가져왔음. 기존의 부당 청구 적발에 관한 주요 전략은 지불 후 추적(pay and chase)이었으나, 부담적정보험법에 의해 적극적인 적발 및 예방 프로그램으로 변모하였음.

(3) 미국의 행정 및 사법권 강화 전략

○ Medicaid and CHIP Payment and Access Commission(MACPAC)에서는 메디케이드 청렴 프로그램의 효율성을 향상하기 위한 연구를 진행하고 있음.

- 시범사업을 통해 부당청구 및 수급 방지, 환급의 전략을 다양화시키고 현행 전략들을 강화함. Medicaid Program Integrity(MPI) 사업은 양질의 필요한 메디케이드 서비스를 받을 수 있고 메이케이드 재정의 낭비, 사기 및 남용을 방지하기 위해 설계함. 주단위 메디케이드 사업은 최우선적으로 청렴화에 책무를 갖고 있으며 부적정 진료비 지출의 예방부터 부당청구, 사후관리까지 모든 과정에 이르는 업무를 담당함.

나. 미국의 부적정 진료비 관리를 위한 법제도

(1) 부당청구금지법(False Claim Act, FCA)

○ 법적근거: 31 United States Code § 3729-3733, the False Claims Act

- 미국의 False Claim Act(부당청구금지법)는 정부를 상대로 부정 · 거짓청구를 하는 행동을 방지하기 위하여 1863년 입법되었음.
- 의도적으로 과도 혹은 부당청구로 발생하는 연방정부 손실을 예방하기 위한 법안임. 부정적으로 얻은 이익금의 3배에 달하는 범칙금 및 부당청구 건당 $21,916까지 벌금을 부과할 수 있음.
- '링컨 법률'이라고 불리는 부당청구금지법은 미국 연방법으로 정부 프로그램을 위반한 개인과 개인에게 책임을 부과하는 것으로 2019년 현재, 부당청구금지법의 모든 조치의 71% 이상은 내부고발자에 의해 보고되었음.
- 법률에 따른 처분은 일반적으로 의료, 군사 또는 기타 정부의 재정 프로그램을 포함

하는 것으로 미국 정부는 1987년부터 2019년까지 허위청구법에 따라 620억 달러 이상을 회수하였음.

○ 미국의 CMS 청렴 계약자 통합 프로그램(United Program Integrity Contractors, UPICs)과 뉴욕주 소속의 검찰청이 연계하여 뉴욕주의 비자격 의료행위나 의료적으로 불필요한 서비스 제공, 부당청구를 방지하기 위해 의료제공자들을 대상으로 조사가 이루어지고 있음. 처분의 경우 부당청구금지법(False Claim Act)에 준하여 메디케이드 퇴출 등의 패널티가 주어짐.

- 부정청구법에서 의도적 부정의 의미는 실질적인 정보를 가지고 있고 그 정보를 의도적으로 묵인 또는 거짓으로 이용하거나 사기・기망 행위에 대해 비의도적이었다는 증거가 없는 상황을 의미함.
- 부당청구금지법의 대상으로는 청구기관만을 한정하지 않고 개인이나 내부인사의 부적절한 청구환경까지 적용하고 있음. 위반대상이 개인일 경우 공적보험 제외법에 따라 공적보험에서 5년간 제외되며 기관의 경우 최대 5년 징역형 또는 2만 5천 달러의 벌금이 부과됨. 추징은 내부고발자를 통한 적극적인 환수 및 행정처분을 기본으로 내부고발자의 경우 환수금액의 15~25% 인센티브를 부여함.

(2) 리베이트뇌물금지법(Anti-kickback Law)

○ 법적근거: 42 United States Code §1320a-7b(b)

- 리베이트뇌물금지법(Anti-kickback Law)은 서비스 공급자의 부당청구에 대한 직접적인 증거가 없는 경우에도 부당에 대한 개연성만을 처분을 받을 수 있음.
- 의약품 제공과 관련하여 현금이나 기타 금품을 제공받거나 요구하는 행위를 형사처벌하는 법안임.
- 리베이트의 3배 범칙금 및 리베이트 건당 $74,792까지 벌금을 부과하거나 금고형에 선고받을 수 있음.
- 의료제공자가 메디케어, 메디케이드 등 정부 의료 프로그램에 의해 지불되는 치료를 받을 환자를 위장하여 이를 지불하거나 리베이트 보상 또는 가치 있는 어떤 것도 받지 못하도록 하고 있으며 특정한 종류의 재정 관계를 맺는 것을 금지함.

○ Anti-Kickback와 Stark Act에 따른 불법적인 리베이트 사례

① 병원, 요양원 등은 의사에게 유리한 재정 조건에 따라 수술 센터, 유통 센터 등 기타 투자를 할 수 있는 기회를 제공하는 경우
② 고용된 의사에게 급여 또는 성과상여금 지급이 병원에서 구입한 X선, 의료장비 업체와 직간접적으로 묶여있는 경우
③ 부풀려진 비용에 의사의 진료 행위를 제공하는 경우
④ 사무공간의 임대료, 임상 또는 행정적인 혜택, 기타 간접비 등을 제공하는 경우
⑤ 약국(소매 또는 전문)에 리베이트를 지급하여 환자의 처방을 변경하도록 하는 제약회사
⑥ 보험사에 리베이트를 지급하는 제약회사

(3) 자가 진료의뢰 금지법(Stark Law, Physician Self-Referral Law)

○ 법적근거: 42 United States Code §1395
- 의료진이 자신 혹은 가족이 운영 혹은 투자한 병원에 의료서비스 의뢰를 금지하는 법으로 부당의뢰 건당 민사제재 과징금 (Civil Money Penalties)으로 $24,253까지 부과할 수 있으며, 병원은 잠정적으로 연방정부 운영 건강보험 프로그램으로부터 제외됨.

(4) 의료서비스 부당청구 금지법(Criminal Health Care Fraud Statute)

○ 법적근거: 18 United States Code §1347
- 의도적으로 의료서비스에 대한 부당청구를 계획하거나 시행한 경우 부당청구법 위반시 벌금 혹은 금고형을 선고받을 수 있음.

(5) 민사금형법(Civil Monetary Penalties Law)

○ 미국의 민사금형법(Civil Monetary Penalties Law)은 허위 및 부당청구에 대하여 의료공급자에게 건당 10,000달러 까지 벌금을 보건부가 부과할 수 있으며 부당청구액의 3배까지 환수가 가능하도록 법적으로 보장하고 있음.
- 보건부의 감찰관실(Office of Inspector General)은 의료와 관련된 다양한 금지된 행위에 근거하여 개인 또는 기관에 대해 민사적 금전적 처벌(CMP)과 평가할 수 있는 권한을 갖고 있음.

- OIG에서 일반적으로 이용하는 CMP 권한으로 약제가격 보고, 거짓과 부당청구, 보조금 및 계약과 관련된 부정행위가 있음. 특히 거짓과 부당청구에서 OIG는 개인 또는 기관이 청구된 것으로 제공되지 않았거나 거짓 또는 왜곡이 있는 항목 또는 서비스 등 실제로 제공되지 않았거나 제공되었으나 이미 다른 청구로 적용되었거나 제대로 청구코드를 기입하지 않았거나 의료기록에 의해 제공되지 않는 등 개인 또는 법인에 대해 CMP를 제공할 수 있음.

(6) 공정보험제외법

○ 미국 공정보험제외법(Exclusion Statue)은 메디케어나 메디케이드 등의 공적보험에 대한 사기 · 기망행위(부정청구를 포함)가 적발될 경우, 연방 및 주 감찰국의 결정하에 해당의료인은 어떠한 유형의 공적보험을 통해서 수가를 보전받을 수 없도록 정하고 있음.

- 공적보험 제외법 처분을 기관이 아닌 의료인에게 적용하여 의료인이 폐업을 하고 다른 기관에 소속되어 청구할 경우, 해당기관도 공적보험이 제외됨.

다. 불법 개설의료기관 적발 사례

(1) 2016년 뉴욕 주의 Clearview 병원 사례

○ 법원 고소는 자동차 보험회사에서 의사 면허가 없는 사람이 개설한 Clearview에서 받은 자동차 사고로 인해 발생한 치료에 대해 치료비를 보상해 줄 수 없다는 논거를 바탕으로 하였음. 고소된 Clearview 병원은 실제 의사 면허가 없는 사람 혹은 합자회사를 통해 개설되었으며, 실제 한명의 의사가 의료기관 개설 시 개설에 필요한 서명을 대신하였음. 서명한 의사는 치료행위등에 일절 관여하지 않고 단지 매주 1,500불 임금을 지불 받았음. 또한, 자동차 사고 보상자의 치료비에 대한 청구는 다른 일반인 두명이 자동차 사고보험에서 보장하는 치료비 최대치에 접근한 의료비를 청구하였으며, 이에 대해 자동차 보험회사에서 불법개설 의료기관으로 고소하였음.

(2) 2016년 플로리다 South Florida Clinic 사례

○ 2016년 플로리다주에서 면허가 없는 사람이 South Florida Clnic 재활치료 의료기관을 개설하여 2012년 12월에서 2014년 9월까지 약 65만불의 불법 청구를 적발하였음. 의

료기관 개설은 허수아비 소유주를 내세워 플로리다 주에 신고하였으며, 이번 불법개설 및 불법 청구로 최고 징역 30년형까지 선고받을 수 있을 것으로 예상함.

(3) 2015년 유디치과 사례

○ 캘리포니아의 경우 면허를 가진 치과의사만이 치과병원을 개설할 수 있으나, 면허가 없는 일반인이 유디치과를 개설하여 치과의사 4명을 고용하여 치과병원을 운영하였음. 유디치과의 저렴한 가격을 앞세워 시행한 공격적인 마케팅을 하였으나, 치과의사가 아닌 일반인이 유디치과의 소유주로 밝혀져 불법 의료기관 개설로 고소되었음.

라. 메디케어 부당청구 시정 및 예방 조치

(1) 메디케어 부당청구 시정 조치

○ 메디케어 의료서비스 제공자/기관에 대한 재교육을 통해 무엇이 잘못되었는지에 대한 정확한 피드백을 제공하며, 올바른 청구과정을 공지함.

- 문제가 있는 의료서비스 제공자에 대해서는 청구 이전에 검토과정을 의무화 하여 MAC이 수가지급을 승인하기 전, 임의로 선택된 수가청구건에 대한 검토를 실시하여 올바른 청구와 지급이 이루어지도록 함.
- 의료수가 청구 후 검토로 부당적발 하청업체가 이미 지급된 청구건에 대한 통계적으로 적절한 샘플을 뽑아 검토하는 방법임. 적절한 샘플은, 그 청구건수들을 뽑아서 수가가 적게 지급되었는지 또는 불필요하게 더 많이 지급되었는지에 대한 여부를 확인함.

(2) 메디케어 부당청구 예방 조치

○ 메디케어의 경우 메디케어 의료서비스에 대해서 매일 450만 건의 클레임이 들어오며, 이는 매일 약 10억불정도의 지불청구에 해당하므로 현실적으로 450만건의 클레임을 모두 조사할 수는 없음.

- 따라서 부당청구 예방을 위해 면허를 가진 의료진에 대한 데이터를 공유하여 무면허 의료진의 클레임을 예방하는 것임. 실제로 2016년 메디케어 청구 시스템에서 약 500,000명 의료서비스 제공자를 제외하였으며 이로 인해 지난 5년간 (2011-2016년) 약 25억불 정도의 불법 지불액을 감소한 것으로 예측하였음.

마. 부적정 진료비 관리 민간위탁 운영

(1) 의료보험사기단속반(Medicaid Fraud Control Units)

○ 중앙 의료보험사기 단속반(NAMFCU)은 1978년에 설립되었으며 각 지역 의료보험사기 단속반(Medicaid Fraud Control Units)의 정상적인 기능을 위한 협의체 역할로 중앙검찰국과 정책협력을 목적으로 함. MFCU는 각 주의 의료 약자 및 의료보장 프로그램의 청렴성을 관리하기 위해 조직되었음.

- 기관의 설립목적에 따라 MFCU는 메디케이드 내 의료사기 등에 대한 조사를 진행하고 있으며 소속 지역의 의료기관이나 장기요양시설 및 의료협의체의 지역민을 대상으로 범죄악용, 방치 또는 재정적인 위해를 식별하고 조정하기 위한 역할을 함. 현재 워싱턴 D.C를 포함한 총 50개 주 및 지역정부가 MFCU를 운영 중에 있음.
- 의료보험사기 단속반(MFCU)는 통계조사를 통해 메디케이드 부정지급현황 파악 및 중재를 위한 가이드라인을 제공하고 있음. MFCU에서 샘플링을 통해 표본 설계를 통한 목표 항목 설정 → 표본추출을 위한 대상 집단군 설정 → 측정방식 설정 → 표본단위 설정 → 표집틀 설정 → 표본 디자인 설정 → 신뢰구간 설정 → 표본사이즈 설정 → 표본 디자인의 서류화 → 난수 생성 → 표본 선택 → 표본화 항목 검토 → 통계 분석 등 무작위표본추출을 통한 메디케이드 과다 지불, 오남용 등을 식별하는 과정 및 가이드를 제공하고 있음.

(2) 환급 조사 프로그램 운영

○ 2010년 1월부터 본격적으로 확대하기 시작한 메디케어 행위별수가제 환급 조사 프로그램은 행위별수가제 적용 영역 내 과다 및 과소청구를 식별하고 관련 정보를 CMS와 공유하여 예방적 전략을 세울 수 있도록 설계됨.

- CMS는 정기적으로 회계감사복구프로그램(Recovery Audit Program)의 역량 및 업무 표준에 맞는 요구사항들에 대해 평가하며 직접 의료검토자, 정보기술체계 및 환자서비스 영역을 방문하여 평가함. 방문이 불가능한 경우 서면 청구자료를 통해 운영되며, 모든 환수과정이 올바른지 혹은 믿을만한지에 대한 관점으로 검토함.

바. 지역 청렴 계약자 프로그램 운영

(1) 지역 청렴 계약 프로그램 관련 현지조사

○ 특별한 사전고시 없이 데이터마이닝, 과거 근로자 또는 환자를 통한 예측모형에 따른 정보를 가지고 조사를 진행할 수 있으며 ZPIC는 FBI와 감찰국(OIG)와 협력하여 조사하므로 의료보험관리계약자(Medicare Administrative Contractors-MACs) 또는 환급조사계약자(Recovery Audit Contractors)와 비교했을 때 의료보험제공자들의 부정청구 시도를 효과적으로 억제 가능함.

- 현지조사를 진행하면서 지역프로그램청렴계약자(Zone Program Intergrity Contractor, ZPIC)는 특정 서비스와 환자기록에 대한 사본을 요구하거나 면허증, 행정실 및 장비 등을 사진으로 남길 수 있음. 현지조사가 마무리된 이후에는 ZPIC 소속 조사관과 간호사가 환자를 직접 방문하여 인터뷰를 진행함.
- 현지조사 결과에 따라 ZPIC는 향후 법적 조치나 행정조치를 위해 상급기관인 감찰국(OIG)에 관련 사건을 전달하게 되는데 감찰국이 행정처분을 거부할 경우 FBI 또는 주집행기관을 통해 행정적 조치를 취함.

① 현지조사통보: 현지조사에 대한 통보를 받는 경우, 일정, 장소 등에 대한 방문을 위한 기본적인 정보를 받음.
② 조사관 및 조사기관: 대부분의 경우 ZPIC은 감찰국 또는 기타 조사기관과 공동으로 현지조사를 진행함. 따라서 어떤 기관이 해당 현지조사를 담당하여 얼마나 많은 인력을 통해 조사할 것인지에 대해 계획을 수립하고 각 조사관의 신상은 ZPIC을 통해 보고함.
③ 조사범위: ZPIC의 현지조사와 별개로 제공자는 조사관이 직원들을 인터뷰하고 싶어하는 경우 인터뷰 대상 및 인터뷰간 사용하는 기록물과 범위를 결정할 재량권을 가짐
④ 협조 및 신뢰: 제공자의 비협조적이거나 조사에 불응하는 태도는 조사간 신뢰가 없는 것으로 비춰질 수 있으며 범죄에 연관이 있을 것으로 고려하여 연방차원의 조사를 다시 받게될 수 있다는 것을 고지함.
⑤ 청구관련 문서 요구: 현지조사간 의료제공자, 감사대상기관은 청구자료를 제출해야함.
⑥ 현장직원 인터뷰: ZPIC은 현장에서 필요하다고 생각하는 경우 직원과 면담을 실시할 수 있으나 이를 강제적 법적인 권한을 갖고 있지는 않음. 따라서 제공자나 직원과의 면담이 강제적으로 진행되지는 않음. 또한 불필요한 현장조사 면담을 줄이기 위하여 필수적 면담요청만 진행되고 현장조사 일정의 여유를 두는 등 현장직원을 위한 인터뷰 가이드라인을 제공하고 있음.

(2) 영리상환센터(Commercial Repayment Center) 운영

○ CMS는 새로운 형태인 민간환급기관(Commercial Repayment Center)을 메디케이드 A형과 B형으로 환급 업무의 특성에 따라 2013년부터 적용하였음. 2015년 전산 관리를 할 수 있도록 새로운 웹기반 툴을 도입하였음. CRC 포털은 고객관리, 효율성 증대 및 환급 프로세스의 절대적인 성장을 보이고 있음. 15년에 14년도의 2,922억 달러의 부정수급을 확보하였음.

(3) 포괄오류율검증사업(Comprehensive Error Rate Testing) 운영

○ 포괄 오류율 검증 사업(Comprehensive Error Rate Testing)은 부적절한 메디케어 청구율을 관리하기 위해 운영되고 있으며 특히 메디케어 내 행위별수가제 서비스에 대해 집중하여 일반적인 지불체계를 벗어난 모든 행위에 대해 무차별 표본 집단을 선정하여

보험사기 등 부정한 청구사항을 파악 및 관리하고 있음. CERT는 CMS와 계약된 민간 업체를 통해 운영되고 있으며 예방 및 사전 차단보다는 청구 이후 사후관리에 중점을 맞춘 시스템임.

사. 영국의 부당청구 관련 제도 운영

(1) 부정방지단(Counter Fraud Authority)

○ 부정수급, 보험사기 등의 NHS 보험이용 행태 등에 대하여 식별하고 관리하고 있음. NHS 산하에 포렌식팀을 조직하여 범죄, 사회분야 등의 디지털 증거를 복구 및 확보하고 있음. 각 NHS 지역본부의 사기대응팀, 보건당국의 사기방지 및 연구소 등과 협력함.

- CFA는 3가지 유형으로 전체평가(Full Assessment), 부당청구평가(Focused Assessment), 주제별 데스크톱평가(Thematic Desktop Assessment)를 진행함. 정규적 형태 조사 후에도 검토를 목적으로 9개월~12개월 이내 개선이 필요한 영역을 재확인하기 위해 재방문을 통한 사후관리를 운영하고 있으며 이 경우에는 개선 요청 및 필요한 영역만 확인하는 절차를 진행한 후 NHS 지정 여부를 판단함.

(2) 뇌물법(Bribery Act 2010)

○ 2010년에 제정된 영국 뇌물법(Bribery Act 2010)의 경우 관련된 직무 또는 활동을 부적절하게 수행하도록 타인을 유도, 부적절한 직무 또는 활동에 대해 타인에게 보상하는 경우를 뇌물법에 저촉되는 행위로 특정하고 있으며 NHS를 부정하게 이용하도록 돕는 것도 위법에 해당함. 이를 위반한 경우 약식판결의 경우 최대 12개월 또는 법정 최고액을 초과하지 않은 벌금, 기소판결의 경우 최대 10년 또는 벌금을 부과함.

(3) 부정행위조사 및 검증 프로그램(Fraud Measurement and Assurance Program) 운영

○ 영국 국무조정실에서는 2014년부터 보험사기 식별 및 조정을 목적으로 하는 사업(Fraud Measurement and Assurance Program)을 운영해왔으며 의료비의 부정적인 이용에 대해서도 감시 조치를 취하고 있음.

- 사기 식별 및 조정 사업이 지금까지 성공적으로 운영되는 이유는 증거 기반의 조사 방식과 부정한 사례가 발생할 여지가 높은 영역에 대한 적극적으로 개입하고 있음.

비정기적인 임의표본을 통해 부정한 형태를 식별하고 있음.

아. 스웨덴의 부당청구 관련 제도 운영

(1) 부정수급방지위원회(Commission against Benefit Fraud and Error)

○ 스웨덴 감사원(National Audit Office, NAO)은 주기적으로 사회 · 건강보험 및 고용보험 분야의 부정수급 · 부당청구 및 오류에 대한 결과를 보고하고 있으며 2007년 8월 부당수급 처벌법(Benefit Crime Act)을 재정하여 적극적으로 부당청구 근거를 위해 제도를 운영하고 있음.

○ 부정수급방지위원회(Commission against Benefit Fraud and Error)는 부정적으로 지급된 급여에 대한 조치를 위한 역할을 하고 있음. 스웨덴 사회보험청은 2004년부터 새로운 부정수급과 관련된 조사전략을 수립하였고 고위험 영역에 대한 특별관리 및 특정지역에 대한 정기적 무작위 표본추출조사 및 현지조사 등을 운영하고 있음.

○ 스웨덴 Vastmanland주에서는 검찰 · 경찰과 사회보험기관이 협력하여 사회공적분야 부정행위의 정보에 대해 상호공유하여 조사하기 위한 관계를 구축하였음.

(2) 부당수급처벌법(Benefit Crime Act)

○ 2017년 8월 개선 전까지 공적보험 및 사회부조를 부적절하게 수급하는 대상을 처벌하기 위해서 부당수급에 대한 객관적 증거를 제시해야하는 조건이 있었음. 이를 제시하지 못할 경우 처벌이 불가능하였으나 2007년 청구처벌법의 개선을 통해 개연성으로 처분이 가능케 하였음.

자. 독일의 부당청구 관련 제도 운영

(1) 독일 장기요양 분야의 위법행위 사례

○ <사례1> 베를린에 한 방문형 간호단의 대표는 300건이 넘는 회계 사기로 5,400유로의 벌금을 선고받았음. 티어 가르텐 지방 법원은 52세의 방문형 간호단 책임자의 부당청구로 인해 건강보험 회사에서 148,000유로의 피해를 입었음. 피고인은 침묵으로 일관했고 변호인은 무죄를 요구했음. 모든 서비스는 불만없이 제공되었고 건강보험에 피해가 없었다는 주장임. 법원은 18개월의 집행유예를 요구한 검찰을 참고해 하루 수가

를 30유로로 계산, 180일에 해당되는 5,400유로의 벌금형을 선고함. (2018년 5월 29일)

○ <사례2> 뒤셀도르프 지방 법원은 외래 환자 간호 회계 사기로 수십억 유로에 최대 7년의 징역형을 9명의 용의자 모두에게 선고했다. (2018년 2월 5일)

○ <사례3> 러시아계 여성이 운영하고 있는 베를린 슈판다우의 방문요양서비스 기관이 조직적으로 진료 서비스에 대한 부당한 청구로 약 백만 유로의 이익을 챙긴 사실이 드러났음. 115명의 경찰과 15명 구청직원은 이곳에서 운영하는 29곳의 요양기관에 압수수색이 진행되었음. 그곳에 근무하는 7명 중에는 운영자의 가족이 포함되어 있고 31명의 환자로 등록된 사람의 일부는 이익을 분배하는 등 조직적인 범죄행각을 벌인 것으로 경찰조사결과 나타났음. (2016년 4월 21일).

(2) 부정수급 퇴치 전담부서 운영

○ 의료분야 부정수급을 퇴치하기 위한 전담부서(Stelle zur Bekaempfung von Gehlverhalten im Gesundheitswesen)를 통해 재정의 비통상적 · 위법적 이용에 대해 사례조사 및 정황을 파악하여 의료보험과 요양보험에 대해 적극적으로 대응하고 있음.

○ 독일 의회는 의료분야 부패척결을 위한 법(Gesetz zur Bekaempfung von Korruption im Gesundheitswesen)으로 재정 자원 사용에 있어 “불규칙성”에 대한 첫 번째 사실 대안은 때때로 매우 광범위하게 해석되므로 규칙에서 벗어난 모든 이상, 즉 일반적이거나 허용 가능한 행동을 기록하는 것임. ″불규칙성″이라는 용어는 주로 의료시스템의 재산 범죄와 부패를 의미함.

○ 관련 법으로는 사기 (263 StGB), 불충실성 (§ 266 StGB), 비즈니스 거래에서의 뇌물 수수 (§ 299 StGB), 의료분야의 수뢰죄 (§ 299a StGB), 건강 관리에서의 증뢰죄 (§ 299b StGB), 혜택 수락 (§ 331 StGB), 뇌물 수수 (§ 332 StGB), 혜택 부여 (§ 333 StGB), 뇌물 수수 (§ 334 StGB) 등이 있음.

○ 부패방지법(Anti Corruption Act)을 통해 의료시스템 내 뇌물 및 관련 부정에 대한 형사법을 도입하여 법적 강제권을 부여함. 의도적으로 건강보험 부정수급을 알선하거나 이익을 얻은 경우 최대 3년의 징역형 벌금이 부과되며 재범의 경우 최대 5년의 징역형이 부과됨.

○ 공적 건강보험 협회 및 건강보험회사 내 의료시스템의 위법행위를 방지하기 위해 조직 내 독립적인 조사 센터를 설립하였음. 검찰과 경찰을 통해 부정수급에 대한 조사를 진행하며 경찰 또는 검찰 담당관의 배경 지식이 부족한 경우 의료분야 전담팀을

별도로 운영함.

(3) 의료보험기금심의위원회(Medizinischer Dienst der Krankenersicherungen)

○ 의료보험 급여에 대해 부당청구가 의심될 경우 조사를 진행하게 되며 보험자인 지역 의료공급자와 임상의사, 치과의사, 사회복지사 등 의료전문가가 공동으로 참여하여 내부 고발 형태의 부당청구 및 부적절한 의료보험 이용 행태 개선을 목적으로 운영함.

차. 일본의 부당청구 관련 제도 운영

(1) 청구 적정화에 대한 운영

○ 일본의 경우 지방 후생국과 도도부현 지방사무소가 시행하는 요양기관에 대한 지도 및 감사 제도를 통해 부정청구사항에 대한 현지조사를 수행하고 있음. 보험의료기관(보험약국) 및 보험의와 보험약사는 건강보험법에 근거하여 후생 노동지국장 또는 도도부현 지사의 지도・감사를 받음.

- 지도는 집단 지도, 신규 개별지도 및 개별지도 이후에도 진료점수가 낮은 보험의료기관을 대상으로 실시하며 점수의 수준에 따라 후속 지도를 실시함.
- 감사의 경우 부정이 의심되는 보험의료기관에 대해 지도를 하였으나 개선이 미흡한 경우 감사를 통해 요양급여가 규칙에 따라 운영되고 있는지 확인하기 위한 출두명령, 입회 감시 등을 통하여 확인하며, 감사 결과에 따라 부정청구금액 환급 및 경고, 지정취소 등 행정적 조치를 취하게 됨.

(2) 현지조사의 한계점 및 보완 내용

○ 현지조사에 대한 지도감독 업무가 지자체별로 상이하다는 것을 인지한 후 매뉴얼 정비를 구축하였음.

- 일본후생성은 지도감독 업무가 지자체별로 상이한 문제점을 파악하고, 중앙차원의 개호보험 중 지도감독 업무를 맡은 직원을 대상으로 개호보험지도감독 관리자 직원 연수를 개최하고 문서화된 운영기준이나 해석에 관한 질의응답의 체계적인 정리보고서를 후생성 홈페이지에 공개하고 있으며 현지지도 매뉴얼을 지속적으로 정비하고있음.

○ 기본지자체 행정 단위인 재택간호 지원 사업의 지도·감사를 위해 상기한 개호보험 지

도감독의 직원 연수와는 별도로 시읍면의 지도 감독 담당직원을 대상으로 필요한 지식·기술 등 학습을 목적으로 하는 연수를 제공하고 있음.

- 행정처분 표준화 전략의 일환으로 개호서비스 사업자에 대한 지정취소 등 행정처분의 실시 및 강도의 결정에 대해 각각의 서비스와 관련된 지정권자의 재량에 맡겨왔으나 공익 침해 등 고의성, 반복성, 조직성, 악질성과 같은 지표를 현재는 적용함.
- 의료제공자들의 부정청구(운영기준위반)의 부담은 환자들에게 부담을 줄 수 있고 개호보험 제도 전체의 신뢰도를 떨어뜨릴 수 있으므로 요양급여 적정화 시스템의 데이터를 이용하여 부정사실이 식별될 경우 관계부서와 협의 후 현지조사를 실시함.
- 부정청구에 대한 대응으로 개호서비스 사업자의 운영기준 위반, 부정청구 또는 이용자를 대상으로 한 기망·학대 행위 등에 의해 매년도 지정취소 및 정지의 처분이 내려짐.
- 부정청구가 확정이 되면 지정취소 등의 엄정한 대응을 각 지자체 감사담당관에게 요청하고 있으며 부정행위에 대하여 의심이 드는 경우 필요에 따라 감사의 빈도를 늘릴 수 있음. 지정취소로 이어질 경우 환자(이용자)의 불편을 최소화하기 위한 대책을 마련하고 있음.

(3) 현지조사의 감독 및 지도에 대한 운영

○ 현지조사의 체계화 및 실무를 기초한 종합적 현지지도 관리·감독에 대한 체계화 마련

- 현지지도에 대해 지도감독자는 의료제공자의 지정 갱신기간 중에 적어도 한번 이상은 방문을 할 수 있도록 권고하고 현지조사의 주기를 짧게 하거나 인력한계 존재 시 연도별로 중점 지도사항을 계획하여 체계화된 현지지도를 설계할 수 있도록 기반이 마련됨.
- 보수청구 등에 대한 이해가 불충분한 신규 사업들을 대상으로 현지조사를 체계화 시키는 등 실무를 기초한 현지지도 감독 및 관리를 체계화하는데 노력함.
- 개호서비스 사업자가 적정한 의료서비스를 제공하기 위한 내용을 중점으로 준수사항에 대하여 철저하게 안내·교육하고 현지지도·감사에서 다수 지적된 부분에 대한 대안 마련, 원인에 대해 분석하는 예방교육·안내할 수 있는 집단지도 방식의 운영을 추진함.

(4) 부당청구 처분 방법 내용

○ 부당청구에 대한 처분은 환수와 행정처분으로 구분하여 운영됨.

- 부당청구 환수의 경우 부당청구금액의 40% 가산금을 적용하며 행정처분은 경중에 따

라 귀책사유가 중대할 경우(고의 부정청구 및 반복 시행) 보험의료기관의 지정여부 및 보험가입의료인의 등록 취소 또는 5년의 재지정 기한을 부여함.

- 행정절차법에는 행정기관의 목적달성을 위해 민간에 대해 행정지도를 행하는 법적 근거를 보장하고 있으며, 공중위생을 저해할 가능성이 있는 경우 적절한 처분 및 행정지도를 가능하도록 하고 있음.

3. 유사 행정제도에 대한 지침 및 문헌

가. 국내 세무조사

(1) 세무조사 조사대상의 선정

○ 그동안 세무조사 대상 선정기준에 대해 정해진 세법보다는 과세관청 사무규정에 따른 선정이 많았기 때문에 선정 기준을 명확히 규정할 수 없었음. 관세관청 내부의 사무처리규정의 경우 지방청별, 세무서별, 총 매출의 규모, 직원의 수, 세무조사 인력 등을 감안하여 지역별・규모별로 균형있게 선정함.

- 정기세무조사는 성실도 분석, 무작위 추출, 개별관리 대상자 등을 구분하여 선정하는 것이 특징임. 성실도 분석이라 신고성실도 평가결과와 미조사연도수를 기준으로 하여 일괄 선정되는 방식으로 신고성실도 평가기준은 각 세목별 세금 신고사항과 전산시스템 규정에 따라 평가됨. 개별관리 대상자란 직전사업연도 신고내용과 성실도 신고내역을 분석했을 때 불성실하게 신고한 것으로 보여지거나 직전 사업연도 신고내용과 성실도 신고내역을 비교하여 과다한 차이가 있다고 판단될 경우 세무조사 대상으로 선정함.

① 지방자치단체의 장이 납세자의 신고내용에 대한 성실도 분석결과 불성실의 혐의가 있다고 인정하는 경우(지방세기본법 제82조 제1항 제1호)
② 최근 4년 이상 지방세와 관련한 세무조사를 받지 아니한 납세자에 대한 업종, 규모 등을 고려해 대통령령으로 정하는 바에 따라 신고내용이 적절한지를 검증할 필요가 있는 경우(지방세기본법 제82조 제1항 제2호)
③ 무작위추출방식으로 표본조사를 하려는 경우 지방세기본법 (제82조 제1항 제3호)

- 수시세무조사 대상 선정은 정기선정에 의한 조사 외에 납세자에 대한 구체적인 탈세제보가 있는 경우 등 법 지방세기본법 제82조 제2항 제1호 내지 제4호에 해당하는 경우 세무조사 실시

① 납세자가 이 법 또는 지방세관계법에서 정하는 신고・납부, 담배의 제조・수입 등에 관한 장부의 기록 및 보관 등 납세협력의무를 이행하지 않은 경우
② 납세자에 대한 구체적인 탈세 제보가 있는 경우
③ 신고내용에 탈루나 오류의 혐의를 인정할 명백한 자료가 있는 경우
④ 납세자가 세무조사를 신청하는 경우

(2) 세무조사 조사대상의 원칙 규정

○ 법인세 사무처리규정을 개선함으로서 정기 세무조사대상 선정원칙과 기준을 반영함으로서 세무조사 대상 선정의 기준을 확고히 하는 한편 객관성과 예측 가능성을 제고하고 지역별 경제규모, 법인 수 등을 감안하여 조사대상 선정비율을 적용토록 규정하여 규모별・지역별 균형있는 세무조사 운영의 기반을 구축하였음.

① 「관련 법인세 사무처리규정」 제163조(선정기준) 국세기본법 제81조의6에 따라 법인 정기조사대상 선정시 연간 수입금액 5,000억원 이상의 법인은 국세기본법 제81조의6 제1항제2호에 따라 4년주기 순환조사를 원칙으로 선정함.

② 제1항에서 규정하는 법인 외의 법인은 국세기본법 제81조의 6 제1항제1호에 따라 신고성실도 평가에 의한 선정을 원칙으로 하되, 연간 수입금액 50억원 미만의 신고성실도 하위그룹 법인은 국세기본법 제81조의 6 제1항제3호에 따라 무작위 추출방식에 의한 선정을 병행함.

나. 국외 세무조사

(1) 미국 세무조사 사례

○ 미국은 저비용의 성실신고를 유도하고 고비용의 각종 법적 대응을 줄이기 위한 방향으로 세무행정을 운영함. 세무행정에서 성실신고를 유도하기 위해 세무행정 자료를 일반인에게 공개하고 납세자 교육에 중점을 두고 있음.

- 개인소득세의 세무조사율은 1.4%로 현장조사보다 서면조사를 중심으로 실시됨. 반면, 법인소득세의 세무조사율은 1.4%로 동일함에도 현장조사를 중심으로 실시됨.
- 세무조사의 종류는 서면조사(correspondence examination), 사무실조사(office audit), 현장조사(field audit)로 구분됨. 세무조사 대상자는 컴퓨터 추출 DIF(discriminant inventory function) 방식, 제3자로부터 받은 서류에 기재된 정보, 기타 제보에 의한 정보를 토대로 선정함. 세무조사 기간에 대한 제한규정은 없으며 세무조사 유형, 조사항목의 복잡성, 요청정보의 수집가능성 등에 차이가 있음.

(2) 일본 세무조사 사례

○ 대기업의 납세순응을 촉진하기 위해 세무에 관한 기업 거버넌스의 충실도를 높이는 정책을 추진함.

○ 일본 국세청은 국세 종합관리 시스템에 축적된 소득세나 법인세 신고 내용 등을 바탕으로 업종, 영업실태, 사업규모 등을 분석하여 조사대상을 선정함.

○ 세무조사의 종류로 조사대상 납세자의 활동거점에 방문하여 장부 등을 조사하는 실시조사, 납세자의 거래처를 조사하는 반면조사, 납세자의 거래은행을 조사하는 은행조사가 있음.

4. 부당청구에 대한 행정처분 관련 법령 개괄

가. 국민건강보험법

(1) 기본 개념

○ 행정처분은 행정 관련 법률에서는 '처분'으로 지칭하는 것이 일반적이며, 행정절차법은 "행정청이 행하는 구체적 사실에 관한 법 집행으로서의 공권력의 행사 또는 그 거부와 그 밖에 이에 준하는 행정작용"으로 정의하고 있음.

- 부당청구를 직접 명시적으로 정한 법령상 규정은 없으나, 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험급여 비용을 받는 것(제57조 제1항), 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험자 · 가입자 및 피부양자에게 요양급여비용을 부담하게 하는 것(제98조 제1항 제1호)을 부당청구로 해석하고 있다고 볼 수 있음.

(2) 국민건강보험법상 부당청구에 대한 행정처분의 종류

○ 부당이득의 징수(제57조): 타당하지 않은 방법으로 얻은 재산적 이득을 환수함으로써 불공평을 시정하여 균형을 유지하기 위한 제도라는 점에서 민법상의 부당이득제도와 유사성이 있으나 그 요건과 방법에 있어서는 차이점이 있음.

- 업무정지(제98조): 또는 업무정지 처분을 갈음한 과징금(제99조) 실효성 있는 의무이행 확보 수단으로서 침익적 제재 처분임.
- 위반사실의 공표(제100조): 고액 체납자 명단 공개 제도 등 타 법령상 사례에서 착안한 의무이행 확보 수단임.

나. 부당청구 요양기관에 대한 업무정지 (제98조)

(1) 업무정지의 요건

○ 다음 세 가지 경우 중 어느 하나에 해당하여야 함.

- 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 보험자 · 가입자 및 피부양자에게 요양급여비용을 부담하게 한 경우
- 서류 제출 등 명령을 위반하거나 거짓 보고를 하거나 거짓 서류를 제출하거나, 소속 공무원의 검사 또는 질문을 거부 · 방해 또는 기피한 경우

- 정당한 사유 없이 요양기관이 요양급여대상 여부 결정 신청을 하지 아니하고 속임수나 그 밖의 부당한 방법으로 행위 · 치료재료를 가입자 또는 피부양자에게 실시 또는 사용하고 비용을 부담시킨 경우

⑵ 업무정지처분의 기준 및 효과

○ 최대 1년의 범위 내에서 기간을 정하여 업무정지를 명할 수 있음
- 구체적인 업무정지처분 기준은 대통령령인 국민건강보험법 시행령 별표5로 규정하고 있으며, 가중(처분받은 후 5년 이내에 재위반의 경우) 및 감면 기준을 정하고 있음
- 감면 기준은 「요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형」에서 보다 구체적으로 규정하고 있음
- 업무정지 처분을 받은 요양기관에서는 해당 업무정지기간 중에는 요양급여를 하지 못함

다. 부당청구 요양기관에 대한 과징금 (제99조)

○ 업무정지 처분을 하여야 하는 경우(단, 거짓 보고, 거짓 서류 제출, 조사 거부·방해·기피로 인한 업무정지의 경우는 제외)로서 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 있음

라. 관련 형사제재

○ 업무정지기간 중에 요양급여를 한 경우에는 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처함 (제115조 제4항 제4호)

○ 보고 또는 서류 제출을 하지 아니한 자, 거짓으로 보고하거나 거짓 서류를 제출한 자, 검사나 질문을 거부 · 방해 또는 기피한 자는 1천만원 이하의 벌금에 처함 (제116조)

마. 의료급여법

(1) 의료급여법상 부당청구에 대한 행정처분의 종류

○ 부당이득의 징수(제23조)

○ 업무정지(제28조) 또는 업무정지 처분을 갈음한 과징금(제29조)

(2) 부당청구 의료급여기관에 대한 업무정지 및 과징금

○ 국민건강보험법에 따른 업무정지 및 과징금의 기준과 동일

바. 의료법

(1) 거짓청구에 대한 면허자격정지처분 (제66조 제1항 제7호)

○ 의료인이 관련 서류를 위조·변조하거나 속임수 등 부정한 방법으로 진료비를 거짓 청구한 때에는 최대 1년의 범위에서 아래의 기준에 따라 면허자격정지처분을 부과함 (의료관계 행정처분 규칙 제4조(행정처분기준)별표 중 [부표1])<표11>.

<표 11> (의료관계 행정처분 규칙) 거짓청구에 대한 면허자격정지처분

(단위: 월)

월평균 거짓청구금액		거짓청구비율					
의료기관	보건의료원,보건 원, 보건지소, 보건진료소	0.5% 이상 1% 미만	1% 이상 2% 미만	2% 이상 3% 미만	3% 이상 4% 미만	4% 이상 5% 미만	5% 이상
12만원 미만	4만원 미만	-	-	1	2	3	4
12만원 이상 20만원 미만	4만원 이상 7만원 미만	-	1	2	3	4	5
20만원 이상 40만원 미만	7만원 이상 10만원 미만	1	2	3	4	5	6
40만원 이상 160만원 미만	10만원 이상 20만원 미만	2	3	4	5	6	7
160만원 이상 700만원 미만	20만원 이상 35만원 미만	3	4	5	6	7	8
700만원 이상 2,500만원 미만	35만원 이상 50만원 미만	4	5	6	7	8	9
2,500만원 이상	50만원 이상	5	6	7	8	9	10

○ 월평균 거짓청구금액은 조사의 대상이 된 기간 동안 관련 서류를 위조·변조하거나 거짓 또는 그 밖의 부정한 방법으로 국민건강보험공단 또는 의료보장기관에 진료급여비용을 거짓으로 청구한 금액과 가입자·피부양자 또는 수급권자에게 본인부담액을 거짓으로 청구한 금액을 합산한 금액을 조사의 대상이 된 기간의 월수로 나눈 금액으로 함<표12>.

○ 거짓청구비율(%)은 (총거짓청구금액/진료급여비용총액)×100으로 산출함. 다만, 총 거짓청구금액은 확정되었으나 진료급여비용총액을 산출할 수 없는 경우에는 총 거짓청구금액을 기준으로 처분하되, 그 행정처분기준은 다음 표와 같음.

<표 12> (의료관계 행정처분 규칙) 총거짓청구금액에 따른 행정처분기준

총 거짓청구금액	행정처분기준
2,500만원 이상	자격정지 10개월
1,700만원 이상 ~ 2,500만원 미만	자격정지 9개월
1,200만원 이상 ~ 1,700만원 미만	자격정지 8개월
800만원 이상 ~ 1,200만원 미만	자격정지 7개월
550만원 이상 ~ 800만원 미만	자격정지 6개월
350만원 이상 ~ 550만원 미만	자격정지 5개월
200만원 이상 ~ 350만원 미만	자격정지 4개월
100만원 이상 ~ 200만원 미만	자격정지 3개월
30만원 이상 ~ 100만원 미만	자격정지 2개월
30만원 미만	자격정지 1개월

○ 진료급여비용 총액은 조사의 대상이 된 기간 동안 건강보험심사평가원이나 근로복지공단에서 심사·결정하여 국민건강보험공단 또는 의료보장기관에 통보한 진료급여비용을 모두 합산한 금액으로 함.

○ 의료기관은 그 의료기관 개설자가 상기 사유로 자격정지 처분을 받은 경우에는 그 자격정지 기간 중 의료업을 할 수 없음 (제66조 제3항).

사. 약사법

(1) 약제비를 거짓으로 청구한 경우 처분 기준(제79조 제2항 제2호)

○ 약사가 관련 서류를 위조·변조하거나 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 약제비를 거짓으로 청구한 경우 최대 1년의 범위에서 아래의 기준에 따라 면허자격정지처분을 부과함 (약사법 시행규칙 별표3 중 [부표1])<표13>.

<표 13> (약사법 시행규칙) 약제비를 거짓으로 청구한 경우 행정처분기준

(단위: 월)

월 평 균 거짓 청구금액	거짓 청구비율					
	0.5% 이상 1% 미만	1% 이상 2% 미만	2% 이상 3% 미만	3% 이상 4% 미만	4% 이상 5% 미만	5% 이상
12만원 미만	-	-	1	2	3	4
12만원 이상~ 20만원 미만	-	1	2	3	4	5
20만원 이상~ 40만원 미만	1	2	3	4	5	6
40만원 이상~ 160만원 미만	2	3	4	5	6	7
160만원 이상~ 700만원 미만	3	4	5	6	7	8
700만원 이상~ 2500만원 미만	4	5	6	7	8	9
2500만원 이상	5	6	7	8	9	10

○ 월평균 거짓 청구금액은 조사의 대상이 된 기간 동안 관련 서류를 위조·변조하거나 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 국민건강보험공단 또는 의료보장기관에 약제급여비를 거짓으로 청구한 금액과 가입자·피부양자 또는 수급권자에게 본인 부담액을 거짓으로 청구한 금액을 합산한 금액을 조사의 대상이 된 기간의 개월수로 나눈 금액으로 함<표14>.

○ 거짓 청구비율(%)은 '(총 거짓청구금액/약제급여비용 총액)×100'으로 산출함. 다만, 총 거짓 청구금액은 확정되었으나 약제급여비용 총액을 산출할 수 없는 경우에는 총 거짓 청구금액을 기준으로 처분하되, 그 행정처분기준은 다음 표와 같음.

<표 14> (약사법 시행규칙) 약제비를 거짓으로 청구한 경우 행정처분기준

총 거짓청구금액	행정처분기준
2,500만원 이상	자격정지 10개월
1,700만원 이상 ~ 2,500만원 미만	자격정지 9개월
1,200만원 이상 ~ 1,700만원 미만	자격정지 8개월
800만원 이상 ~ 1,200만원 미만	자격정지 7개월
550만원 이상 ~ 800만원 미만	자격정지 6개월
350만원 이상 ~ 550만원 미만	자격정지 5개월
200만원 이상 ~ 350만원 미만	자격정지 4개월
100만원 이상 ~ 200만원 미만	자격정지 3개월
30만원 이상 ~ 100만원 미만	자격정지 2개월
30만원 미만	자격정지 1개월

○ 약제급여비용 총액은 조사의 대상이 된 기간 동안 건강보험심사평가원 또는 근로복지공단에서 심사·결정하여 국민건강보험공단 또는 의료보장기관에 통보한 약제급여비용을 모두 합산한 금액으로 함.

(2) 거짓청구에 대한 국민건강보험법과 의료법·약사법의 규율

○ 국민건강보험법 부당이득징수, 업무정지 내지 과징금처분은 모두 부당청구에 대한 제재이므로 부당청구와 구별되는 거짓청구 개념이 특별한 의미를 가지고 있지 않음 (의료급여법도 마찬가지임)

- 다만, 위반사실의 공표 대상은 “관련 서류의 위조·변조로 요양급여비용을 거짓으로 청구한 것”이므로 거짓 청구인지 여부에 대한 판단이 위반사실 공표에 있어서는 의미가 있음

○ 의료관계 행정처분 규칙 의료법, 약사법은 거짓청구를 면허자격정지처분 사유로 규정하고 있음

○ 국민건강보험법은 거짓청구의 개념을 정의하고 있지 않고 있으나, 「요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형」에서 “속임수를 사용하여 공단·가입자 및 피부양자에게 요양급여비용을 부담하게 한 경우”로 정의하고 그에 해당하는 경우를 아래와 같이 열거하고 있음(제3조).

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(요양기관 직원의 면허자격증 위·변조를 통한 취업 등 요양기관 대표자가 인지할 수 없었던 불가항력적인 사유로 부당청구가 발생한 사실이 객관적으로 증명된 경우는 제외)
⑥ 무자격자의 진료나 조제 등으로 발생한 비용을 청구한 경우

5. 거짓청구 관련 제재 및 강화에 대한 법적 분석

가. 거짓청구 비율 산정방법 관련 판례

(1) 사건 개요

○ 원고는 비급여대상인 신종플루 예방접종을 하고 그 비용을 환자들로부터 받고, 급여대상인 근육통, 어깨부위 등의 상병을 기재하여 진료행위를 한 것처럼 요양급여비용을 청구함(이는 비급여 이중청구 유형에 해당).

- 보건복지부장관은 현지조사를 통해 위 거짓청구를 적발하고 원고에게 의사면허자격정지처분을 부과함.
- 원고는 처분의 취소를 구하는 행정소송 제기하면서, 거짓청구가 적발된 요양급여 영역의 진료급여총액을 산정하면서 건강검진비용을 제외하는 것은 부당하므로 거짓청구 비율 산정방법에 문제가 있다고 주장함.
- 1심에서 피고 보건복지부장관이 승소하였고(서울행정법원 2014. 1. 21. 선고 2013구합5623 판결), 이후 2, 3심에서도 동일한 판결 유지하여 확정되었음.

(2) 판결 요지

○ 거짓청구금액과 거짓청구비율 및 의료기관의 종류에 따라 면허자격정지 기간을 달리 정한 의료관계 행정처분 규칙 부표의 처분기준 구간 설정은 행정청의 재량 범위 내에서 정한 것이고, 이는 거짓청구자들 사이의 형평 외에도 행위에 대한 비난 가능성, 의료기관에 대한 제재 및 예방적 효과 등 관련 사항을 종합적으로 고려하여 정책적으로 결정한 기준이므로, 거짓청구 영역이나 금액 등 구체적 사정에 따라 절대적·기계적 평등이 달성되지 않는다고 해서 곧 그 기준이 비례의 원칙 등에 위반된다고 할 수 없음.

(3) 판결의 의의

○ 법원은 거짓청구 비율 산정 방식에 있어서 분자와 분모의 견련성이 반드시 높게 확보될 필요는 없다고 하여 완화된 기준을 적용하였음.

○ 거짓청구 근절의 정책적 목적 달성을 위한 재량의 범위를 넓게 인정하였다는 점에서 의미가 있음.

나. 거짓청구에 대하여 수 개의 처분을 하는 것은 이중처벌이 아니라는 판례

(1) 사건 개요

○ 요양기관에서 거짓청구를 한 것이 적발되어 국민건강보험법에 따른 부당이득징수처분 및 업무정지처분을 받은 후 의료법에 따른 면허자격정지처분을 받게 됨.

- 이에 대하여 원고는 하나의 위법행위에 대해 수 개의 처분을 부과하는 것은 이중처분이며, 이는 헌법 제13조 제1항의 이중처벌금지의 원칙에 위배되는 것이고, 재량권 일탈·남용이라고 주장함.
- 이와 같은 쟁점이 다투어진 사건은 다수 있음(서울행정법원 2008. 6. 24. 선고 2008구합2231 판결, 서울행정법원 2009. 10. 8, 선고 2009구합12693 판결 등)

(2) 판결 요지

○ 국민건강보험법에 따른 부당이득징수, 업무정지처분과 의료법에 따른 자격정지처분은 그 목적, 요건, 효과, 보호법익이 다르므로 이중처벌금지원칙에 위배되지 않음.

(3) 판결의 의의

○ 거짓청구의 경우 국민건강보험법에 따른 부당이득징수, 업무정지처분 외에도 위반사실 공표의 대상이 되며, 의료법에 따른 자격정지처분이 부과되고 그 위반자가 개설자일 경우 의료기관의 의료업 자체가 정지되는 강력한 제재가 이루어짐.

- 뿐만 아니라 거짓청구에 대하여는 형사고발에 따라 사기죄로 처벌받을 위험도 존재하므로 의료기관측에서는 이중처벌이라는 문제제기를 지속적으로 해오고 있음.
- 이에 대하여 법원은 이중처벌이 아니라는 명확한 입장을 견지하고 있음.

다. 거짓청구에 관한 국민건강보험법상 처분 강화의 법적 타당성 분석 (현행 법체계상 거짓청구 규제 분석)

(1) 의료법·약사법에 의한 거짓청구 제재의 한계

○ 국민건강보험법에 따른 현지조사 후 산출하는 부당금액 중 거짓청구 금액을 별도로

산정하여 의료법 또는 약사법에 따른 면허자격정지처분이 후속하여 이루어지도록 조치하고 있는 것이 현행 실무임.

- 그러나 의료법과 약사법에서 거짓청구비율 산출 시 분모에 해당하는 총액은 조사의 대상이 된 기간 동안 건강보험심사평가원이나 근로복지공단에서 심사·결정하여 국민건강보험공단 또는 의료보장기관에 통보한 진료급여비용을 모두 합산한 금액으로 하게 되어 있어 적발 금액(분자)보다 분모의 크기가 크게 되어 처분이 경하게 이루어질 개연성이 있음.

○ 의료법의 경우 의료기관 개설자의 거짓청구에 대하여는 의료기관 자체의 일체의 진료를 정지시키는 규정을 두고 있어 강력한 제재 수단이 마련되어 있으나, 이는 '개설자'에 한정되는 것이고, 약사법의 경우에는 이러한 규정이 없어서 실효성에 한계가 있음.

⑵ 국민건강보험법 자체적인 실질적인 거짓청구 제재 기전 부존재

○ 부당청구 중 거짓청구는 형법상 사기죄를 구성하는 높은 비난가능성이 있는 불법행위임.

○ 국민건강보험법에서는 거짓청구에 대하여 위반사실공표 제도를 두고 있으나 이를 통해 거짓청구 근절의 높은 효과를 기대하기는 어려움.

- 국민건강보험법령의 하위 고시인 「요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형」에서 거짓청구의 개념과 범위를 규정하고 있지만 실질적으로 그 식별은 의료법, 약사법에 따른 면허자격정지처분에 기초 자료를 제공하는 기준이 되는 역할을 하는 것이 그치고 있음.

○ 의료법, 약사법에 따른 거짓청구 제재는 국민건강보험법에 국한하지 않고 널리 다양한 의료보장제도에서 발생하는 거짓청구를 면허자격정지 사유로 삼는 것이므로 이와 구별되는 국민건강보험법 자체적인 실효성 있는 거짓청구 제재 방안을 모색하는 것은 의미가 있음.

⑶ 거짓청구 제재를 강화하는 국민건강보험법상 행정처분 개선안 분석

○ 판례는 거짓청구 근절의 정책적 목적 달성을 위한 재량의 범위를 넓게 인정하고 있고, 거짓청구에 대하여 수 개의 처분이 부과하더라도 그 목적, 요건, 효과, 보호법익이 다르다면 이중처벌금지원칙에 위배되지 않는다는 입장임.

○ 판례에 비추어보면 처분 산출 기준을 개선함에 있어 거짓청구에 대한 제재 효과를 증

폭하는 산출식을 마련하여 일반 부당청구와 거짓청구를 다르게 취급 하더라도 정당한 목적 달성을 위한 합리적인 재량 범위 내에 있는 것으로 볼 여지가 상당함.

- 다만, 거짓청구에 대한 처분 강화는 거짓청구와 거짓청구가 아닌 부당청구를 구별하는 문제에 대한 소송상 다툼을 전보다 더 많이 초래할 가능성이 다분하므로 「요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형」에서 정한 거짓청구의 구체적 범위를 엄격하게 적용·해석하고 불분명한 사안에 대한 적극적이고 선제적인 해석으로 이에 대한 시비를 최대한 예방할 필요가 있음.

제4장 현행 제도 현황 분석

1. 현행 제도 의뢰·선정 현황

가. 현행 의뢰·선정 부합건수 현황

○ 2014년 1월부터 2019년 6월까지 현지조사 의뢰건을 바탕으로 의뢰·선정 건수를 분석하였음. 총 4,533건이 현지조사에 의뢰되었으며 이 중에서 3,988건(88.0%)이 현지조사 대상기관으로 선정되었음.

- 현지조사로 선정된 3,988건(88.0%) 중에서 심평원은 1,961건(49.2%), 건보공단은 1,702건(42.7%), 기타는 325건(8.1%) 순이었음. 그러나 2016년 이후부터는 건보공단의 의뢰건이 감소하였음.
- 건보공단의 의뢰건수가 감소함에 따라 심평원의 경우, 심사·평가 과정에서 부당청구 의심기관, 건강보험재정지킴이 신고기관, 지표연동자율개선제 미개선기관, 부당청구감지시스템 선정을 통한 선정의 부담이 증가하였음. 따라서 향후 심평원의 선정건수가 증가한다는 것을 가정하에 운영의 효율성을 위한 개선 방안이 마련되어야 할 것으로 봄.

○ 2018년 현지조사 대상 중에서 건보공단의 선정 비율은 24.0%(239건), 심평원은 65.7%(654건), 기타는 10.3%(102건)으로 심평원의 선정 비율이 가장 높았음. 2019년 1월부터 6월까지 현지조사에 의뢰된 요양기관은 501건으로 이 중에서 418건(83.4%)이 선정되었으며, 심평원 323건(77.3%), 건보공단 68건(16.3%), 기타 27건(6.5%) 순으로 심평원 의뢰 선정비율이 가장 높으며 점차 선정의 점유율이 높아지고 있음<표15>.

- 현지조사의 실무적 운영의 대부분이 심평원 주도로 진행되므로 현재의 물리적 조건에서 업무의 효율성과 제도의 실효성을 반영할 수 있는 개선 방안이 마련되어야 할 것으로 봄.

<표 15> 현지조사 의뢰처별 선정 기관수 및 비율 (2014~2019년)

의뢰 연도	의뢰 기관수	의뢰처별 선정 기관수 및 비율			
		전체 기관수 (%)*	공단 기관수 (%)**	심평원 기관수 (%)**	기타 기관수 (%)**
2014년	663	520 (78.4)	377 (72.5)	89 (17.1)	54 (10.4)
2015년	602	479 (79.6)	336 (70.1)	105 (21.9)	38 (7.9)
2016년	776	671 (86.5)	445 (66.3)	170 (25.3)	56 (8.3)
2017년	954	905 (94.9)	237 (26.2)	620 (68.5)	48 (5.3)
2018년	1037	995 (95.9)	239 (24.0)	654 (65.7)	102 (10.3)
2019년	501	418 (83.4)	68 (16.3)	323 (77.3)	27 (6.5)
전체	4,533	3,988 (88.0)	1,702 (42.7)	1,961 (49.2)	325 (8.1)

*전체 선정건수/의뢰건수×100

**의뢰처별 선정건수/전체 선정건수×100

※2014년 1월부터 2019년 6월까지 현지조사 의뢰건 분석하였음

나. 부당청구감지시스템 운영 환경 분석

○ 부당청구감지시스템 개선의 배경

- (부당청구감지시스템) 부당사례의 패턴을 정형화한 룰(Rule)을 사용하여 거짓·부당 청구기관을 감지하여 현지조사 대상기관을 선정하는 것임<표16>.
- ’17~’18년 부당청구감지시스템 고도화 등으로 인한 부당청구감지시스템 선정 기관수 증가에 따른 대상기관 선정의 효율성 향상 및 일관성 유지를 위한 기준 마련이 필요함.
- 부당청구감지시스템 기준 표준화를 통한 대상기관의 객관적·합리적 선정에 대한 제고가 필요함.

<표 16> 부당청구감지시스템 개요

배경	• 현지조사자의 경험과 부당청구 사례의 패턴을 정형화하여 부당청구 기관 추출
목적	• 다양한 부당유형을 기반으로 룰을 정의하고 부당청구 기관을 인지
수집 자료	• 청구자료(심사결정 자료) • 요양기관 일반현황 • 의약품공급현황 • 수진자 출입국내역
주요 기능	• 의료인력, 일반현황의 부당유형 분석 • 항목별 청구현황 및 상병별 분석 • 수진자 내원일자별 중복진료 추출 • 병의원과 약국 명세서의 연계분석 • 지역별, 요양기관별 분석
기대 효과	• 부당 사례의 패턴을 적용하여 부당청구 기관을 추출하고 건강보험 재정의 안정화에 기여

○ 부당청구감지시스템에 의한 선정 한계점

- (선정 한계점) 건보공단, 심평원 지원 등에서 방문확인 또는 방문심사를 통한 확인 후 부당금액 산출하여 의뢰하는 것과 달리, 부당청구감지시스템을 활용하여 요양급여비용 청구자료 등의 분석을 통해 부당 개연성을 고려하여 선정하므로 정확한 부당금액 산출이 어려움.
- (한가지 항목(아이템)의 부당개연성에 대한 한계점) 청구자료 등을 세부 분석하므로 추정 부당금액 및 부당비율이 적게 산출될 수 있으나, 현장조사 시 다른 부당내역 발생을 배제할 수 없음.
- (거짓청구의 한계점) 거짓청구의 경우 선정기준이 행정처분 기준이상이 아니어도 항목의 부당 개연성에 따라 조사 실익 있으며, 거짓청구기관은 다른 부당유형에 비해 고의성이 짙고, 적은 부당금액이라도 사회적 비난 대상으로 거짓청구 적발 시 부당금액 및 비율에 따라 면허정지 및 공표 대상이 될 수 있으므로 현지조사 대상기관 선정 및 조사 지속적인 확대가 필요함. 청구내역 등의 분석을 통한 부당청구 개연성으로 선정하는 경우, 엄격한 기준은 조사대상기관 선정에 제한이 될 수 있음

다. 건보공단 방문확인 중 의뢰 부합 건수(건강보험공단 제공자료)

○ 2018년부터 2019년에 실시한 건보공단 방문확인 1,215건 중에서 276건은 제외하였음.

따라서 건보공단 방문 확인 중에서 의뢰 기준 부합 939건을 대상으로 분석하였음.

- 제외사유는 사전상한제(미의뢰대상-데이터제외대상), 만성질환관리료(기준 불분명), 월평균 명세서 건수 미달 등의 이유로 분석에서 제외하였음.
- 제외된 276건은 사전상한제에서 205건(74.3%)으로 가장 많았으며 만성질환관리료(기준불분명) 16건, 월평균 명세서 건수 미달 14건, 물리치료 등 일시처방(사실관계 확인곤란) 11건 순이었음.

○ 건보공단 의뢰 939건 중에서 의뢰기준에 부합하는 건은 322건(34.3%), 의뢰기준에 부합하지 않은 건은 617건(65.7%)이었고 현지조사에 의뢰된 건은 318건(33.9%), 기준에 부합하는 경우는 310건(97.5%)이었으며 현지조사 의뢰기준에는 부합하지 않았으나 현지조사에 의뢰된 경우는 8건(2.5%)이었음<표17>.

<표 17> 건보공단 방문확인 중 의뢰기준 부합 여부 (2018~2019년)

의뢰기준 부합여부	의뢰 여부		전체 (건, %)
	의뢰 기관수 (건, %)	비의뢰 기관수 (건, %)	
부합	310 (97.5)	12 (1.9)	322 (100.0)
미부합	8 (2.5)	609 (98.1)	617 (100.0)
전체	318 (33.9)	621 (66.1)	939 (100.0)

※2018년부터 2019년에 실시한 건보공단 방문확인 1,215건 분석

아. 요양기관 종별에 따른 건보공단 방문확인 중 의뢰 부합 건수

○ 건보공단 방문 확인 중에서 의뢰 기준 부합 기관수는 939건, 의뢰기준 부합 기관수는 방문확인 기관수의 34.3%(322건), 방문확인 기관수 중 현지조사 의뢰 기관수는 33.0%(310)건 이었음.

- 건보공단 방문확인 기관 중에서 의뢰기준에 부합하는 비율(N=322)은 한의원(47.1%), 치과의원(45.5%), 의원(40.7%), 한방병원(37.5%), 약국(28.6%), 요양병원(28.2%), 병원(22.5%), 종합병원(1.30%), 상급종합병원(0.0%) 순이었음.
- 현지조사 의뢰기준에 부합하는 경우(N=310)는 방문확인 기관 중에서 33.0%를 차지하였음. 현지조사 의뢰 부합 비율은 치과병원(50.0%), 한의원(47.1%), 치과의원

(45.5%), 의원(39.6%), 한방병원(37.5%), 약국(25.0%), 요양병원(23.5%), 병원(21.1%), 종합병원(1.3%) 상급종합병원(0.0%) 순이었음<표18>.

<표 18. 요양기관 종별 방문확인 중 의뢰기준 및 현지조사 의뢰 부합 건수 (2018~2019년)

요양기관 구분	방문확인 기관수 (건, %)*	의뢰기준 부합 기관수 (건, %)**	현지조사 의뢰 기관수 (건, %)***
상급종합병원	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
종합병원	75 (8.0)	1 (1.3)	1 (1.3)
병원	142 (15.1)	32 (22.5)	30 (21.1)
의원	432 (46.0)	176 (40.7)	171 (39.6)
요양병원	85 (9.1)	24 (28.2)	20 (23.5)
치과병원	2 (0.2)	1 (50.0)	1 (50.0)
치과의원	99 (10.5)	45 (45.5)	45 (45.5)
한방병원	8 (0.9)	3 (37.5)	3 (37.5)
한의원	68 (7.2)	32 (47.1)	32 (47.1)
약국	28 (3.0)	8 (28.6)	7 (25.0)
전체	939 (100.0)	322 (34.3)	310 (33.0)

*별도의 사유가 있어 현지조사에 의뢰되지 않은 276건은 제외

**현지조사 의뢰 기관수/방문확인 기관수×100

***의뢰기준에 부합하지 않지만 현지조사에 의뢰된 8개 기관은 제외

2. 현행 제도 처분 현황

가. 현행 제도의 처분 부합건수

○ 2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험, N=2721)를 바탕으로 현행 현지조사 처분 부합건수를 분석하였음.

- 현행 2,721건 중에서 현지조사 처분 기준에 부합하는 경우 1,575건(57.9%)이었고 기준에 부합하지 않은 경우는 1,146(42.1%) 이었음<표19>.

<표 19> 현행 현지조사 행정처분 부합건수 (2014년~2019년)

현지조사 행정처분 부합여부	건, %
기준부합	1,575 (57.9)
기준부합하지 않음	1,146 (42.1)
전체	2,721 (100.0)

나. 현행 제도의 요양기관 종별에 따른 처분 부합 건수

○ 2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험, N=2721)를 바탕으로 처분기준에 부합하는 기관(N=1,575)을 분석하였음.

- 요양기관 처분기준에 부합하는 종별은 의원 702건(44.6%), 요양병원 239건(15.2%), 한의원 235건(14.9%), 병원 167건(10.6%), 치과의원 102건(6.5%), 약국 86건(5.5%), 한방병원 21건(1.3%), 종합병원 21건(1.3%), 치과병원 2건(0.1%), 상급종합병원 0건(0.0%) 순이었음.
- 요양기관 처분기준에 부합하는 요양기관 종별 비율은 한의원 235건(82.7%), 한방병원 21건(72.4%), 요양병원 239건(68.9%), 치과병원 2건(66.7%), 병원 167건(64.0%), 의원 702건(59.6%), 치과의원 102건(53.1%), 약국 86건(31.2%), 종합병원 21건(20.0%), 상급종합병원 0건(0.0%) 순이었음<표20>.

<표 20> 요양기관 종별에 따른 현행 처분 부합 건수 (2014년~2019년)

요양기관 구분	대상기관수 (건, %)	처분기준에 부합하는 기관수 (건, %)*
상급종합병원	47 (1.7)	0 (0.0)
종합병원	105 (3.9)	21 (20.0)
병원	261 (9.6)	167 (64.0)
의원	1,177 (43.3)	702 (59.6)
요양병원	347 (12.8)	239 (68.9)
치과병원	3 (0.1)	2 (66.7)
치과의원	192 (7.1)	102 (53.1)
한방병원	29 (1.1)	21 (72.4)
한의원	284 (10.4)	235 (82.7)
약국	276 (10.1)	86 (31.2)
전체	2,721 (100.0)	1,575 (57.9)

*대상기관 중 처분에 부합하는 기관수/대상기관수×100

※2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험) 2721건 분석

다. 현행 제도의 요양기관 종별 부당금액 및 부당비율

○ 2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험, N=2721)를 바탕으로 요양기관별 처분부합기관 (N=1,575)에 대한 부당금액 및 부당비율을 분석하였음.

- 2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험, N=2721) 환수된 총금액(부당금액 합계)은 1,160억원으로 요양병원 (272.1억원), 의원 (251.7억원), 병원 (218억원), 종합병원 (104.1억원), 한방병원 (99.9억원), 상급종합병원 (88.7억원), 한의원 (64.2억원), 치과의원 (34.9억원), 약국 (26억원), 치과병원 (3억원) 순이었음.
- 요양기관별 월평균 환수된 금액(월평균부당금액)은 상급종합병원 2,067.5만원으로 가장 많았고 한방병원 (1,955.9만원), 종합병원 (641.3만원), 병원 (421.7만원), 요양병원 (417.4만원), 한의원 (102.2만원), 치과의원 (82.0만원), 치과병원 (55.7만원) 순이었음.
- 요양기관별 부당청구 평균비율은 한의원 7.42%, 한방병원 5.95%, 치과의원 4.57%, 의원 3.64%, 요양병원 2.32%, 병원 1.53%, 약국 1.47%, 치과병원 1.21%, 종합병원 0.33%, 상급종합병원 0.10% 순이었음<표21>.

<표 21> 요양기관 종별에 따른 현행 부당금액 및 비율 (2014년~2019년)

요양기관 구분	대상기관 (건, %)	부당금액 합계 (억원)	월평균부당 금액 (만원)	부당청구 평균비율(%)*
상급종합병원	47 (1.7)	88.7	2,067.5	0.10
종합병원	105 (3.9)	104.1	641.3	0.33
병원	261 (9.6)	218.0	421.7	1.53
의원	1,177 (43.3)	251.7	121.0	3.64
요양병원	347 (12.8)	272.1	417.4	2.32
치과병원	3 (0.1)	0.3	55.7	1.21
치과의원	192 (7.1)	34.9	82.0	4.57
한방병원	29 (1.1)	99.9	1,955.9	5.95
한의원	284 (10.4)	64.2	102.2	7.42
약국	276 (10.1)	26.0	60.2	1.47
전체	2,721 (100.0)	1,160.0	250.0	3.34

※2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험) 2721건 분석

라. 현행 제도의 요양기관 종별에 따른 거짓청구 부합건수 및 거짓청구금액

○ 처분기준에 부합하는 기관(N=1,575) 중 거짓청구 기관 567개 요양기관을 대상으로 요양기관 종별에 따른 거짓청구 부합건수와 거짓청구로 인한 거짓청구금액을 분석하였음.

- 종별 비율 순위를 살펴본 결과, 치과의원 (82.4%), 한의원 (66.0%), 치과병원 (50.0%), 의원 (39.5%), 한방병원 (23.8%), 병원 (10.2%), 요양병원 (8.4%), 약국 (8.1%), 종합병원 (4.8%), 상급종합병원 (0.0%) 순이었음.
- 처분기준에 부합하는 기관(N=1575) 중 거짓청구 기관 567개 요양기관을 대상으로 요양기관 종별 거짓청구 합계금액에 대한 순위는 의원 (7,487만원), 한의원 (4,919만원), 치과의원 (1,841만원), 요양병원 (944만원), 병원 (449만원), 한방병원 (89만원), 약국 (75만원), 치과병원 (13만원), 종합병원 (1만원), 상급종합병원 (0원) 순이었음 <표22>.

<표 22> 요양기관 종별에 따른 현행 거짓청구 부합건수 및 거짓청구금액 (2014년~2019년)

요양기관 구분	처분기준에 부합하는 기관수 (건, %)	거짓청구 기관수 (건, %)*	거짓청구금액 합계*– (백만원)
상급종합병원	0 (0.0)	0 (0.0)	0.0
종합병원	21 (1.3)	1 (4.8)	0.5
병원	167 (10.6)	17 (10.2)	449.3
의원	702 (44.6)	277 (39.5)	7,487.4
요양병원	239 (15.2)	20 (8.4)	943.8
치과병원	2 (0.1)	1 (50.0)	12.7
치과의원	102 (6.5)	84 (82.4)	1,841.1
한방병원	21 (1.3)	5 (23.8)	89.3
한의원	235 (14.9)	155 (66.0)	4,919.1
약국	86 (5.5)	7 (8.1)	75.1
전체	1,575 (100.0)	567 (36.0)	15,818.5

*거짓청구 기관수/처분기준에 부합하는 기관수×100

※2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험) 2721건 분석

제5장 현지조사 의뢰·선정 및 처분 기준 개선안 환경 분석

1. 의뢰·선정 및 처분 기준에 대한 기준 개선안 모형 설계

(1) 부당비율 0.1% 이상 ~ 0.5% 미만 구간 신설

- 요양기관 종별 급여비용의 총액 규모를 반영한 부당비율 기준의 조정(박은철, 2019) 내용을 참고하여 부당비율 조정에 대한 근거의 필요성을 마련하였음.
- 현행 제도의 요양기관의 크기 및 규모에 따른 의뢰·선정 및 처분에 대한 요양기관 종별 형평성 문제가 해소될 수 있도록 급여비용의 총액을 고려하여 '0.1% 이상 ~ 0.5% 미만'의 부당비율 구간을 설정하였음.

(2) 월평균부당금액 40만원 이상 구간 적용

- 명순구(2017년)의 연구에서 수가인상분을 근거로 행정처분의 최저 월평균부당금액을 계산했을 때 2018년 기준 20만원 이었음.
- 진료비 청구 증가량을 기준으로 2000년에 비해 2018년의 청구 증가율이 연평균 5.9%를 반영했을 때 최소 월평균부당금액을 50만원으로 적용이 가능하였음. 그러나 현행 월평균부당금액 20만원에서 50만원으로 변화(상승)에 대한 구간 조정이 필요하며 월평균부당금액 50만원 이상부터 적용할 경우, 현행 양정표의 월평균부당금액의 구간을 재분류하는 문제가 발생하므로 현행 양정표를 최대한 활용할 수 있는 방향에서 월평균부당금액 기준을 40만원 이상 구간부터로 설정하였음.

(3) 월평균부당금액 80만원 적용

- 건강보험통계 연도별 요양급여비용 심사실적자료를 이용하여 2000년부터 2018년까지 요양급여비용의 증가율을 반영한 후 기준금액일 계산하였음. 보험급여총액을 기준으로 2000년에 비해 2018년 6.8배 증가하였으므로 2018년 기준으로 100만원으로 계산되었음.
- 현행 월평균부당금액 20만원에서 100만원으로 급격한 변화(상승)에 대한 구간 조정이 필요하며 월평균부당금액 100만원 이상부터 적용할 경우, 현행 양정표의 월평균

부당금액의 구간을 재분류하는 문제가 발생하므로 현행 양정표를 최대한 활용할 수 있는 방향에서 월평균부당금액 기준을 80만원 이상 구간부터 설정하였음.

2. 기준 개선안 모형 개발

가. 개선1안 - 월평균부당금액 기준은 완화, 부당비율과 관련된 기준은 강화하는 방향

[의뢰 · 선정] 월평균 부당금액이 40만원 이상이고 부당비율이 0.1% 이상인 경우
(현행보다 월평균부당금액 기준 완화, 부당비율 강화)
[처분] 월평균 부당금액이 40만원 이상이고 부당비율이 0.1% 이상인 경우
업무정지 및 과징금 부과
(현행보다 월평균부당금액 기준 상향 조정, 현행 20만원)
☞ 현행 행정처분 기준(월평균 부당금액, 부당비율)의 일부 보완<표23>

[참고]
- 기존 연구(명순구, 2017)에서는 수가인상분을 근거로 행정처분의 최저 월평균 부당금액을 2000년 15만원에서 2018년 20만원으로 조정하였음.
- 15만원에서 20만원 금액조정으로 요양기관에서 체감하는 정책적 영향력이 부족하였을 뿐만 아니라 최저 월평균부당금액의 절대적인 금액이 현실적 반영의 제한점 발생함. 따라서 핸행 처분 기준의 월평균부당금액의 상향조정 필요

<표 23> 개선1안 모형 개요

	개선1안 월평균부당금액 및 부당비율 적용 조건
의뢰・선정	월평균부당금액이 40만원 이상이고 부당비율이 0.1% 이상
처분	월평균부당금액이 40만원 이상이고 부당비율이 0.1% 이상인 경우 업무정지 및 과징금 부과

※ 업무정지일수 기준

- 월평균부당금액 구간이 1단계 증가할 때마다 업무정지기간 5일씩 가산
  - 부당비율이 0.1 이상 ~ 0.5% 미만인 경우, 초과 0.5%마다 업무정지기간 5일씩 가산
  - 부당비율이 0.5% 이상 ~ 5% 미만인 경우, 초과 1%마다 업무정지기간 10일씩 가산
  - 부당비율이 5% 이상인 경우, 초과 1%마다 업무정지기간 3일씩 가산

※ 과징금부과 기준

- 업무정지기간 10일 이하: 총부당금액의 2배
- 업무정지기간 10일 초과 - 30일 이하: 총부당금액의 3배
- 업무정지기간 30일 초과 - 50일 이하: 총부당금액의 4배
- 업무정지기간 50일 초과: 총부당금액의 5배

(1) 개선1안의 의뢰・선정, 처분대상이 되는 월평균부당금액 및 부당비율 조정

- 현행 20만원에서 40만원으로 완화하는 방향으로 설계하였음. 처분대상이 되는 최저 부당비율을 현행 0.5% 이상에서 0.1% 이상으로 강화하여 부당비율이 상대적으로 낮게 산출되어 기관간 처분결과가 크게 달라지는 문제에 대해 일부 해소할 수 있는 방향으로 설계하였음.

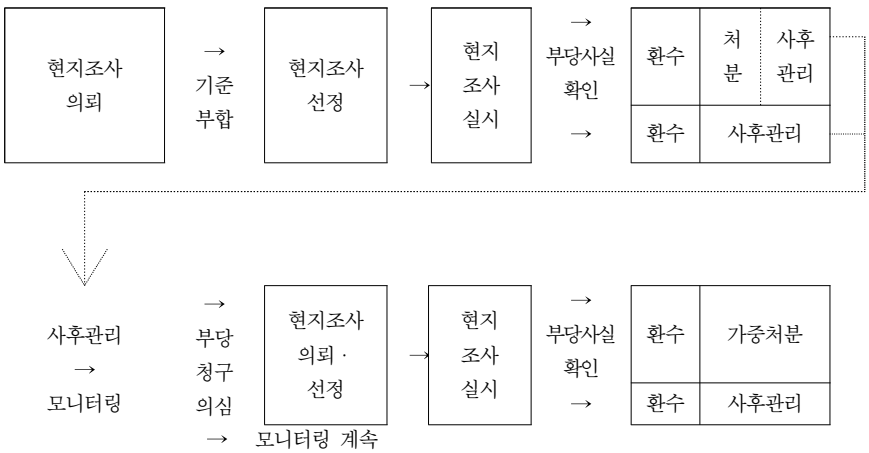
(2) 개선1안의 처분 기준에 따른 최소 업무정지일수 조정

- 현행 10일에서 5일로 완화하는 방향으로 설계하였음. 즉, 새롭게 신설되는 부당비율 0.1% 이상~0.5% 미만이면서 월평균부당금액이 40만원 이상 - 80만원 미만 구간인 경우 최소 업무정지일수가 5일 발생하도록 설계하였음. 부당비율 및 월평균부당금액이 현행과 동일한 구간은 현행 처분기준과 동일하게 설정하여 설계하였음.
- 월평균부당금액 구간이 1단계 증가할 때마다 증가되는 업무정지일수를 현행 5-10일에서 5일로 균등하게 증가시킴으로써 현행 일수를 유지하도록 설계하였음. 부당비율이 1% 증가할 때마다 증가되는 업무정지일수를 현행 3-10일(0.5%~5% 구간에서는 10일씩 증가) 유지하도록 설계하였음.

(3) 개선1안 처분 기준에 따른 가중 처분 조정

- 현지조사를 받은 기관에서 부당사실이 확인되면 월평균 부당금액 및 부당비율과 관계없이 부당금액은 전액 환수하는 방향으로 설계하였음<그림5>.
- 현지조사 이력이 있는 요양기관은 현지조사 처분일자 기준 10년 내 현지조사 기관으로 재선정되어 행정처분 대상기관으로 재적발 될 경우 2배의 가중처분을 적용하고, 3회 처분기관으로 적발될 경우 3배의 가중처분을 적용하였음(단, 부당사실이 확인되지 않은 기관의 경우는 제외함).

[참고] 「의료관계 행정처분 규칙 [별표] 행정처분 기준(제4조 관련)」 '2. 개별기준' '가. 의료인이 「의료법」(이하 이 표에서 "법"이라 한다) 및 「의료법 시행령」(이하 이 표에서 "영"이라 한다)을 위반한 경우'에서 34) 부당하게 많은 진료비를 요구한 경우 1차 위반시 자격정지 1개월, 2차 위반시 자격정지 3개월로 3배의 가중처분이 적용



<그림 5> 개선안 가중처분 설계 (개선1안, 개선2안, 개선3안 공통적용)

나. 개선2안 - 월평균부당금액은 완화, 부당비율과 관련된 기준은 강화하면서 위반행위의 중대성을 고려하기 위해 부당금액 중 거짓청구 비중을 높여 가중 처분기준을 도입하는 방향

[의뢰 · 선정] 월평균 부당금액이 40만원 이상이고 부당비율이 0.1% 이상인 경우
(현행보다 월평균부당금액 기준 완화, 부당비율 강화)
[처분] 월평균 부당금액이 40만원 이상이고 부당비율이 0.1% 이상인 경우
업무정지 및 과징금 부과 (현행보다 월평균 부당금액 기준 상향 조정,
현행 20만원) (단, 처분시 적용되는 부당비율은 거짓청구를 고려하여 산출)
☞ 현행 행정처분 기준(월평균 부당금액, 부당비율) 변경
☞ '개선1안'보다 처분 강도는 완화, 거짓청구 적발시 처분 강도 강화<표24>

<표 24> 개선2안 모형 개요

	개선2안 월평균부당금액 및 부당비율 적용 조건
의뢰・선정	월평균부당금액이 40만원 이상이고 부당비율이 0.1% 이상
처분	월평균부당금액이 40만원 이상이고 부당비율이 0.1% 이상인 경우 업무정지 및 과징금 부과 (단, 처분 시 적용되는 부당비율의 거짓청구를 고려하여 산출)

※ 업무정지일수 기준
- 월평균부당금액 구간이 1단계 증가할 때마다 업무정지기간 5일씩 가산
  • 부당비율이 0.1 이상 ~ 0.5% 미만인 경우, 초과 0.5%마다 업무정지기간 5일씩 가산
  • 부당비율이 0.5% 이상 ~ 5% 미만인 경우, 초과 1%마다 업무정지기간 8일씩 가산
  • 부당비율이 5% 이상인 경우, 초과 1%마다 업무정지기간 3일씩 가산

※ 과징금부과 기준
  • 업무정지기간 10일 이하: 가짓가중부당금액의 2배
  • 업무정지기간 10일 초과 - 30일 이하: 가짓가중부당금액의 3배
  • 업무정지기간 30일 초과 - 50일 이하: 가짓가중부당금액의 4배
  • 업무정지기간 50일 초과: 가짓가중부당금액의 5배

○ 개선2안은 월평균부당금액과 관련된 의뢰 · 선정, 처분기준은 완화하고, 부당비율과 관련된 의뢰 · 선정, 처분기준을 강화, 위반행위의 중대성을 고려하기 위하여 부당금액 중 거짓청구 비중을 가중 처분기준으로 도입하는 방향으로 설계하였음.

(1) 개선2안의 의뢰·선정, 처분대상이 되는 월평균부당금액 및 부당비율 조정

- 현행 20만원에서 40만원으로 완화하는 방향으로 설계하였음. 처분대상이 되는 최저 부당비율을 현행 0.5% 이상에서 0.1% 이상으로 강화하여 부당비율이 상대적으로 낮게 산출되어 기관간 처분결과가 크게 달라지는 문제에 대해 일부 해소할 수 있는 방향으로 설계하였음.

(2) 개선2안의 처분 기준에 따른 최소 업무정지일수 조정

- 현행 10일에서 5일로 완화하는 방향으로 설계하였음. 즉, 새롭게 신설되는 부당비율 0.1% 이상~0.5% 미만이면서 월평균부당금액이 40만원 이상 - 80만원 미만 구간인 경우 최소 업무정지일수가 5일 발생하도록 설계하였음. 부당비율 및 월평균부당금액이 현행과 동일한 구간은 현행 처분기준과 동일하게 설정하여 설계하였음.
- 월평균부당금액 구간이 1단계 증가할 때마다 증가되는 업무정지일수를 현행 5-10일에서 5일로 균등하게 증가시킴으로써 현행 일수를 유지하도록 설계하였음. 부당비율이 1% 증가할 때마다 증가되는 업무정지일수를 현행 3-8일(0.5%~5% 구간에서는 8일씩 증가) 유지하도록 설계하였음.

(3) 개선2안 처분 기준에 따른 가중 처분 조정

- 현지조사를 받은 기관에서 부당사실이 확인되면 월평균 부당금액 및 부당비율과 관계없이 부당금액은 전액 환수하는 방향으로 설계하였음.
- 현지조사 이력이 있는 요양기관은 현지조사 처분일자 기준 10년 내 현지조사 기관으로 재선정되어 행정처분 대상기관으로 재적발 될 경우 2배의 가중처분을 적용하고, 3회 처분기관으로 적발될 경우 3배의 가중처분을 적용하였음(단, 부당사실이 확인되지 않은 기관의 경우는 제외함).

[참고]
• 처분여부 결정: 월평균 부당금액 40만원 이상이거나 부당비율 0.1% 이상
• 처분강도 결정
1) 업무정지일수: 거짓가중부당비율과 월평균 부당금액을 고려
2) 과징금: 기존 업무정지일수 기준에 따라 과징금의 배수를 결정하되, 기준이 되는 금액은 거짓가중부당비율을 사용
- 업무정지 10일 이하: 거짓가중부당금액의 2배
- 업무정지 11일-30일 이하: 거짓가중부당금액의 3배
- 업무정지 31일-50일 이하: 거짓가중부당금액의 4배
- 업무정지 51일 이상: 거짓가중부당금액의 5배

(4) 개선2안 처분 기준에 따른 거짓가중부당비율 적용

• 과징금 적용시, 거짓가중부당비율과 월평균 부당금액을 고려하여 산출된 업무정지일수 구간에 따라 가중배율을 적용하되 거짓가중부당청구금액을 적용함
(※ 처분여부를 결정하는 월평균 부당금액과 부당비율은 기존산식을 적용하되, 처분의 크기를 결정하는 부당비율은 거짓청구를 고려한 산식(거짓가중부당청구금액)을 적용)

[처분 시 적용되는 부당비율의 거짓청구를 고려한 산출]
거짓청구가 적발된 요양기관에 대한 처분을 강화하기 위하여 부당비율 산출시 거짓청구 금액에 가중치(100%)를 두어 산출(거짓가중부당비율)하고 과징금 처분 시 기준이 되는 부당금액은 거짓청구에 가중치가 고려된 거짓가중부당청구금액을 사용
• 거짓청구는 사전에 정해진 항목에 해당 「요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형」에서 정의하는 거짓청구를 의미

$$\text{거짓가중부당비율} = \frac{\text{거짓가중부당금액}}{\text{요양급여비용총액+요양급여비용총액에 포함되지 않은 부당금액}} \times 100$$

*거짓가중부당청구금액은 (거짓청구액×2) + (부당금액 중 거짓청구 제외금액) 으로 산출

다. 개선3안 - 월평균부당금액은 완화, 부당비율과 관련된 기준은 완화하는 방향

[의뢰 · 선정] 월평균 부당금액이 80만원 이상이고 부당비율이 0.1% 이상인 경우
(현행보다 월평균부당금액 기준 대폭 완화, 부당비율 강화)
[처분] 월평균 부당금액이 80만원 이상이고 부당비율이 0.1% 이상인 경우
업무정지 및 과징금 부과 (현행보다 월평균부당금액 기준 상향 조정)
☞ 현행 행정처분 기준보다 월평균부당금액 측면에서 완화, 부당비율 측면 에서 강화<표25>

<표 25> 개선3안 모형 개요

	개선3안 월평균부당금액 및 부당비율 적용 조건
의뢰 · 선정	월평균부당금액이 80만원 이상이고 부당비율이 0.1% 이상
처분	월평균부당금액이 80만원 이상이고 부당비율이 0.1% 이상인 경우 업무정지 및 과징금 부과

※ 업무정지일수 기준
- 월평균부당금액 구간이 1단계 증가할 때마다 업무정지기간 5일씩 가산
  - 부당비율이 0.1 이상 ~ 0.5% 미만인 경우, 초과 0.5%마다 업무정지기간 5일씩 가산
  - 부당비율이 0.5% 이상 ~ 5% 미만인 경우, 초과 1%마다 업무정지기간 10일씩 가산
  - 부당비율이 5% 이상인 경우, 초과 1%마다 업무정지기간 3일씩 가산

※ 과징금부과 기준
- 업무정지기간 10일 이하: 총부당금액의 2배
- 업무정지기간 10일 초과 - 30일 이하: 총부당금액의 3배
- 업무정지기간 30일 초과 - 50일 이하: 총부당금액의 4배
- 업무정지기간 50일 초과: 총부당금액의 5배

(1) 개선3안의 의뢰·선정, 처분대상이 되는 월평균부당금액 조정

- 의뢰 · 선정, 처분대상이 되는 월평균부당금액을 현행 20만원 이상에서 80만원 이상으로 기준 개선안 중에서 가장 완화하였고 처분대상이 되는 최저 부당비율을 현행 0.5% 이상에서 0.1% 이상으로 강화하여 부당비율이 상대적으로 낮게 산출되어 기관간 처분결과가 크게 달라지는 문제에 대해 일부 해소할 수 있는 방향으로 설계하였음.

⑵ 개선3안의 처분 기준에 따른 최소 업무정지일수 조정

- 월평균부당금액 구간이 1단계 증가할 때마다 증가되는 업무정지일수를 현행 5-10일에서 5일로 균등하게 증가시킴으로서 현행 일수를 유지하도록 설계하였음. 부당비율이 1% 증가할 때마다 증가되는 업무정지일수를 현행 3-10일(0.5%~5% 구간에서는 10일씩 증가) 유지하도록 설계하였음.

⑶ 개선3안 처분 기준에 따른 가중 처분 조정

- 현지조사를 받은 기관에서 부당사실이 확인되면 월평균 부당금액 및 부당비율과 관계없이 부당금액은 전액 환수하는 방향으로 설계하였음.
- 현지조사 이력이 있는 요양기관은 현지조사 처분일자 기준 10년 내 현지조사 기관으로 재선정되어 행정처분 대상기관으로 재적발 될 경우 2배의 가중처분을 적용하고, 3회 처분기관으로 적발될 경우 3배의 가중처분을 적용하였음(단, 부당사실이 확인되지 않은 기관의 경우는 제외함).

3. 기준 개선1안 모형 시뮬레이션 결과

가. 개선1안 의뢰 부합건수

○ 2018년부터 2019년 공단 방문확인 자료(N=939)를 대상으로 개선1안에 대한 의뢰·선정 시뮬레이션(분석)하였음.

- 개선1안 적용 시 현지조사 의뢰기준 부합은 현행 의뢰기준 부합건수는 322건, 개선1안 (월평균부당금액이 40만원 이상이면서 부당비율이 0.1% 이상)의 의뢰기준 부합건수는 402건으로 현행 기준보다 80건 증가하였음<표26>.

<표 26> 개선1안 의뢰 부합건수 (2018년~2019년)

현지조사 의뢰기준 부합여부	현행(A) (건, %)	개선1안(B) (건, %)	(B)-(A) (건, %)
기준부합	322 (34.3)	402 (42.8)	80건 ⬆
기준부합하지 않음	617 (65.7)	537 (57.2)	
전체	939 (100.0)	939 (100.0)	

나. 요양기관 종별에 따른 개선1안 의뢰 부합건수

○ 2018년부터 2019년 공단 방문확인 자료(N=939)를 대상으로 개선1안에 대한 의뢰·선정 시뮬레이션(분석)하였음.

- 요양기관 종별 개선1안 의뢰기준 부합은 의원 182건(45.3%), 병원 74건(18.4%), 요양병원 53건(13.2%), 치과의원 41건(10.2%), 한의원 26건(6.5%), 종합병원 12건(3.0%), 약국 10건(2.5%), 한방병원 3건(0.7%), 치과병원 1건(0.2%), 상급종합병원 0건(0.0%) 순이었음.
- 현행 대비 개선1안의 의뢰기준 부합건수는 상급종합병원 동일(0건→0건), 종합병원 11건 증가(1건 →12건), 병원 42건 증가(32건→74건), 의원 6건 증가(176건→182건), 요양병원 29건 증가(24건→53건), 치과병원 변동없음(1건→1건), 치과의원 4건 감소(45건→41건), 한방병원 변동없음(3건→3건), 한의원 6건 감소(32건→26건), 약국 2건 증가(8건→10건)하였음<표27>.

<표 27> 요양기관 종별에 따른 개선1안 의뢰 부합건수 (2018년~2019년)

요양기관 구분	현행(A) (건, %)	개선1안(B) (건, %)	증감 (B)-(A) (건)
상급종합병원	0 (0.0)	0 (0.0)	0건 (-)
종합병원	1 (0.3)	12 (3.0)	11건 ⬆
병원	32 (9.9)	74 (18.4)	42건 ⬆
의원	176 (54.7)	182 (45.3)	6건 ⬆
요양병원	24 (7.5)	53 (13.2)	29건 ⬆
치과병원	1 (0.3)	1 (0.2)	0건 (-)
치과의원	45 (14.0)	41 (10.2)	4건 ⇩
한방병원	3 (0.9)	3 (0.7)	0건 (-)
한의원	32 (9.9)	26 (6.5)	6건 ⇩
약국	8 (2.5)	10 (2.5)	2건 ⬆
전체	322 (100.0)	402 (100.0)	80건 ⬆

다. 개선1안 처분 부합건수

○ 2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험) 2721건을 대상으로 개선1안에 대한 처분 시뮬레이션(분석)하였음.

- 개선1안 모형을 적용했을 때, 현행 기준 처분 부합 건수는 1,575건(57.9%)이었고 개선 1안을 기준으로 처분 부합건수는 1,593건(58.5%)으로 처분 부합 건수가 현행 기준보다 18건 증가하였음<표28>.

<표 28> 개선1안 처분 부합건수 (2014년~2019년)

현지조사 처분 부합여부	현행(A) (건, %)	개선1안(B) (건, %)	증감 (B)-(A) (건)
기준부합	1,575 (57.9)	1,593 (58.5)	18건 ⬆
기준부합하지 않음	1,146 (42.1)	1,128 (41.5)	
전체	2,721 (100.0)	2,721 (100.0)	

라. 요양기관 종별에 따른 개선1안 처분 부합 비율

○ 2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보

험) 2721건을 대상으로 개선1안에 대한 처분 시뮬레이션(분석)하였음.

- 개선1안 모형을 적용하였을 때, 처분기준에 부합하는 비율은 병원 81.2%(212건), 요양병원 77.8%(270건), 한방병원 72.4%(21건), 한의원 68.3%(194건), 치과병원 66.7%(2건), 의원 56.2%(661건), 종합병원 49.5%(52건), 치과의원 42.7%(82건), 상급종합병원 36.2%(17건), 약국 29.7%(82건) 순이었음.
- 개선1안 모형을 적용했을 때, 요양기관 종별에 따른 처분기준에 부합하는 건수(1,593건)기준으로 의원 661건(41.5%), 요양병원 270건(16.9%), 병원 212건(13.3%), 한의원 194건(12.2%), 약국 82건(5.1%), 치과의원 82건(5.1%), 종합병원 52건(3.3%), 한방병원 21건(1.3%), 상급종합병원 17건(1.1%), 치과병원 2건(0.1%) 순이었음.
- 현행과 개선1안의 처분 부합건수를 비교하면, 병원 45건(167건→212건) 증가, 요양병원 31건(239건→270건) 증가, 종합병원 31건(21건→52건) 증가, 상급종합병원 17건(0건→17건) 증가하였고, 의원 41건(702건→661건) 감소, 한의원 41건(235건→194건) 감소, 치과의원 20건(102건→82건) 감소, 약국 4건(86건→82건) 감소하였으며 치과병원과 한방병원은 변동 없었음<표29>.

<표 29> 요양기관 종별에 따른 개선1안 처분 부합 건수 (2014년~2019년)

요양기관 구분	대상기관 중 처분기준에 부합하는 기관수			
	대상기관수 (건, %)	현행* (A) (건, %)	개선1안** (B) (건, %)	증감 (B)-(A) (건)
상급종합병원	47 (1.7)	0 (0.0)	17 (36.2)	17건 ⬆
종합병원	105 (3.9)	21 (20.0)	52 (49.5)	31건 ⬆
병원	261 (9.6)	167 (64.0)	212 (81.2)	45건 ⬆
의원	1,177 (43.3)	702 (59.6)	661 (56.2)	41건 ⇩
요양병원	347 (12.8)	239 (68.9)	270 (77.8)	31건 ⬆
치과병원	3 (0.1)	2 (66.7)	2 (66.7)	0건 (-)
치과의원	192 (7.1)	102 (53.1)	82 (42.7)	20건 ⇩
한방병원	29 (1.1)	21 (72.4)	21 (72.4)	0건 (-)
한의원	284 (10.4)	235 (82.7)	194 (68.3)	41건 ⇩
약국	276 (10.1)	86 (31.2)	82 (29.7)	4건 ⇩
전체	2,721 (100.0)	1,575 (57.9)	1,593 (58.5)	18건 ⬆

*현행 처분에 부합하는 기관수/대상기관수×100

**개선1안 처분에 부합하는 기관수/대상기관수×100

마. 요양기관 종별에 따른 개선1안 과징금 및 업무정지일수

○ 개선1안 모형을 적용했을 때, 처분기관의 총과징금액은 4,947.2억원이었고 기관에 대한 평균 업무정지일수는 46일이었음.

- 개선1안 모형을 적용했을 때, 처분기관의 총과징금액 평균값에 대하여 요양기관 종별로 나타내면, 한방병원(23.5억원), 상급종합병원(15.1억원), 종합병원(8억원), 요양병원(4.6억원), 병원(4.3억원), 치과의원(2억원), 의원(1.6억원), 한의원(1.5억원), 약국(1.3억원), 치과병원(0.3억원) 순이었음.
- 개선1안 모형을 적용했을 때, 처분기관의 평균업무정지일수에 대하여 요양기관 종별로 나타내면, 한의원(68일), 치과의원(66일), 한방병원(56일), 의원(46일), 요양병원(40일), 상급종합병원(38일), 병원(33일), 약국(30일), 종합병원(29일), 치과병원(20일) 순이었음.
- 개선1안 처분 적용 시 과징금과 업무정지일수를 현행과 비교를 했을 때 과징금의 경우 상급종합병원(15.1억원 증가), 치과의원(0.4억원 증가), 한의원(0.2억원 증가), 약국(0.1억원 증가), 의원(0.1억원 증가)하였고, 종합병원(8.9억원 감소), 병원(0.9억원 감소), 요양병원(0.5억원이 감소)하였음. 업무정지일수의 경우, 상급종합병원(38일 증가), 의원(1일 증가), 치과의원(9일 증가), 한의원(8일 증가)하였고, 종합병원(11일 감소), 병원(6일 감소), 요양병원(4일 감소)하였음<표30>.

<표 30> 요양기관 종별에 따른 개선1안 과징금 및 업무정지일수 (2014년~2019년)

요양기관 구분	현행			개선1안			증감	
	처분 기관수	총과징금평균 (억원)	업무정지일수 (평균)	처분 기관수	총과징금평균 (억원)	업무정지일수 (평균)	총과징금평균 (억원)	업무정지일수 (평균
상급종합병원	0 (0.0)	-	-	17 (10.2)	15.1	38	15.1 ⬆	38 ⬆
종합병원	21 (1.3)	16.9	40	52 (3.0)	8.0	29	8.9 ⇩	11 ⇩
병원	167 (10.6)	5.2	39	212 (12.1)	4.3	33	0.9 ⇩	6 ⇩
의원	702 (44.6)	1.5	45	661 (37.7)	1.6	46	0.1 ⬆	1 ⬆
요양병원	239 (15.2)	5.1	44	270 (15.4)	4.6	40	0.5 ⇩	4 ⇩
치과병원	2 (0.1)	0.3	20	2 (0.1)	0.3	20	0 (-)	0 (-)
치과의원	102 (6.5)	1.6	57	82 (4.7)	2.0	66	0.4 ⬆	9 ⬆
한방병원	21 (1.3)	23.5	56	21 (1.2)	23.5	56	0 (-)	0 (-)
한의원	235 (14.9)	1.3	60	194 (11.1)	1.5	68	0.2 ⬆	8 ⬆
약국	86 (5.5)	1.2	29	82 (4.7)	1.3	30	0.1 ⬆	1 ⬆
전체	1,575 (100.0)	2.9	46	1,738 (100.0)	3.1	46	0.2 ⬆	0 (-)

*처분기관의 총과징금액/처분기관수

바. 개선1안 적용 시 처분 제외 및 추가 부합 건수

○ 결론적으로 개선1안 모형을 적용했을 때, 처분에서 제외되는 기관은 총 152개, 처분에서 추가되는 기관은 총 170개이었음.

- 월평균부당금액 40만원 이상이면서 부당비율 0.1%에 부합하는 경우, 40만원 이상~80만원 미만 구간 65개 추가, 80만원 이상~160만원 미만 구간 33개 추가, 160만원 이상~320만원 미만 구간 29개 추가, 320만원 이상~640만원 미만 구간 11개 추가, 640만원 이상~1,000만원 미만 구간 7개 추가, 1,000만원 이상~2,000만원 미만 구간 6개 추가, 2,000만원 이상~3,000만원 미만 구간 10개 추가, 3,000만원 이상~4,000만원 미만 구간 7개 추가, 5,000만원 이상~1억원 미만 구간에서 2개 추가되었음<표31>.

<표 31> 개선1안 모형 적용 시 처분 제외 및 추가 구간 부합 건수

(단위: 기관)

월평균부당금액	0.1% 미만	0.1% 이상 0.5% 미만	0.5% 이상 1% 미만	1% 이상 2% 미만	2% 이상 3% 미만	3% 이상	합계
20만원 미만	348	187	82	45	10	7	679
20만원 이상 ~ 25만원 미만	10	31	33	20	10	5	109
25만원 이상 ~ 40만원 미만	6	67	74	84	27	26	284
40만원 이상 ~ 80만원 미만	9	65	103	122	59	118	476
80만원 이상 ~ 160만원 미만	6	33	65	92	45	154	395
160만원 이상 ~ 320만원 미만	8	29	46	67	38	135	323
320만원 이상 ~ 640만원 미만	9	11	26	50	34	92	222
640만원 이상 ~ 1,000만원 미만	6	7	10	20	14	52	109
1,000만원 이상 ~ 2,000만원 미만	12	6	5	4	2	38	67
2,000만원 이상 ~ 3,000만원 미만	3	10	2	2	0	14	31
3,000만원 이상 ~ 4,000만원 미만	0	7	0	0	0	4	11
4,000만원 이상 ~ 5,000만원 미만	2	0	0	1	0	3	6
5,000만원 이상 ~ 1억원 미만	1	2	0	0	0	5	8
1억원 이상	0	0	0	0	0	1	1
전체	420	455	446	507	239	654	2,721

※ 빗금친 부분은 처분 제외 구간으로 부합 건수를 의미함

※ 두꺼운 테두리 부분은 처분 추가 구간으로 부합 건수를 의미함

4. 기준 개선2안 모형 시뮬레이션 결과

가. 개선2안 의뢰 부합건수

○ 2018년부터 2019년 공단 방문확인 자료(N=939)를 대상으로 개선2안에 대한 의뢰·선정 시뮬레이션(분석)하였음. (※개선1안과 결과 동일)

- 개선2안 모형 적용 시 의뢰·선정 부합 건수를 비교한 결과, 현행 기준 의뢰·선정 부합건수는 322건, 개선2안 기준(월평균부당금액이 40만원 이상이면서 부당비율이 0.1% 이상)의 의뢰 부합건수는 402건으로 현행 기준보다 80건 증가하였음<표32>.

<표 32> 개선2안 의뢰 부합건수 (2018년~2019년)

현지조사 의뢰기준 부합여부	현행(A) (건, %)	개선2안(B) (건, %)	(B)-(A) (건, %)
기준부합	322 (34.3)	402 (42.8)	80건 ⬆
기준부합하지 않음	617 (65.7)	537 (57.2)	
전체	939 (100.0)	939 (100.0)	

나. 요양기관 종별에 따른 개선2안 의뢰 부합건수

○ 2018년부터 2019년 공단 방문확인 자료(N=939)를 대상으로 개선2안에 대한 의뢰·선정 시뮬레이션(분석)하였음. (※개선1안과 결과 동일)

- 요양기관 종별 개선2안 기준 선정 부합건수는 의원 182건(45.3%), 병원 74건(18.4%), 요양병원 53건(13.2%), 치과의원 41건(10.2%), 한의원 26건(6.5%), 종합병원 12건(3.0%), 약국 10건(2.5%), 치과병원 1건(0.2%), 상급종합병원 0건(0.0%) 순이었음.
- 현행 대비 개선2안의 기준 선정 부합건수는 상급종합병원 변동없음(0건→0건), 종합병원 11건 추가(1건 →12건), 병원 42건 추가(32건→74건), 의원 6건 추가(176건→182건), 요양병원 29건 추가(24건→53건), 치과병원 변동없음(1건→1건), 치과의원 4건 추가(45건→41건), 한방병원 변동없음(3건→3건), 한의원 6건 추가(32건→26건), 약국 2건 추가(8건→10건)이었음<표33>.

<표 33> 요양기관 종별에 따른 개선2안 의뢰 부합건수 (2018년~2019년)

요양기관 구분	현행(A) (건, %)	개선2안(B) (건, %)	증감 (B)-(A) (건)
상급종합병원	0 (0.0)	0 (0.0)	0건 (-)
종합병원	1 (0.3)	12 (3.0)	11건 ⬆
병원	32 (9.9)	74 (18.4)	42건 ⬆
의원	176 (54.7)	182 (45.3)	6건 ⬆
요양병원	24 (7.5)	53 (13.2)	29건 ⬆
치과병원	1 (0.3)	1 (0.2)	0건 (-)
치과의원	45 (14.0)	41 (10.2)	4건 ⇩
한방병원	3 (0.9)	3 (0.7)	0건 (-)
한의원	32 (9.9)	26 (6.5)	6건 ⇩
약국	8 (2.5)	10 (2.5)	2건 ⬆
전체	322 (100.0)	402 (100.0)	80건 ⬆

다. 개선2안 처분 부합건수

○ 2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험) 2721건을 대상으로 개선2안에 대한 처분 시뮬레이션(분석)하였음. (※개선1안과 결과 동일)

- 개선2안 모형을 적용했을 때, 현행 기준 처분 부합 건수는 1,575건(57.9%)이었고 개선 2안을 기준으로 처분 부합건수는 1,593건(58.5%)으로 처분의 부합 건수가 현행 기준보다 18건 증가하였음<표34>.

<표 34> 개선2안 처분 부합건수 (2014년~2019년)

현지조사 처분 부합여부	현행(A) (건, %)	개선2안(B) (건, %)	증감 (B)-(A) (건)
기준부합	1,575 (57.9)	1,593 (58.5)	18건 ⬆
기준부합하지 않음	1,146 (42.1)	1,128 (41.5)	
전체	2,721 (100.0)	2,721 (100.0)	

라. 요양기관 종별에 따른 개선2안 처분 부합 비율

○ 2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험) 2721건을 대상으로 개선2안에 대한 처분 시뮬레이션(분석)하였음. (※개선1안과 결과 동일)

- 개선2안 모형을 적용하였을 때, 처분기준에 부합하는 비율은 병원 81.2%(212건), 요양병원 77.8%(270건), 한방병원 72.4%(21건), 한의원 68.3%(194건), 치과병원 66.7%(2건), 의원 56.2%(661건), 종합병원 49.5%(52건), 치과의원 42.7%(82건), 상급종합병원 36.2%(17건), 약국 29.7%(82건) 순이었음.
- 개선2안 모형을 적용했을 때, 요양기관 종별에 따른 처분기준에 부합하는 건수(1,593건)기준으로 의원 661건(41.5%), 요양병원 270건(16.9%), 병원 212건(13.3%), 한의원 194건(12.2%), 약국 82건(5.1%), 치과의원 82건(5.1%), 종합병원 52건(3.3%), 한방병원 21건(1.3%), 상급종합병원 17건(1.1%), 치과병원 2건(0.1%) 순이었음.
- 현행과 개선2안의 처분 부합건수를 비교하면, 병원 45건(167건→212건) 증가, 요양병원 31건(239건→270건) 증가, 종합병원 31건(21건→52건) 증가, 상급종합병원 17건(0건→17건) 증가하였고, 의원 41건(702건→661건) 감소, 한의원 41건(235건→194건) 감소, 치과의원 20건(102건→82건) 감소, 약국 4건(86건→82건) 감소하였으며 치과병원과 한방병원은 변동 없었음<표35>.

<표 35> 요양기관 종별에 따른 개선2안 처분 부합 건수 (2014년~2019년)

요양기관 구분	대상기관 중 처분기준에 부합하는 기관수			
	대상기관수 (건, %)	현행* (A) (건, %)	개선2안** (B) (건, %)	증감 (B)-(A) (건)
상급종합병원	47 (1.7)	0 (0.0)	17 (36.2)	17건 ⬆
종합병원	105 (3.9)	21 (20.0)	52 (49.5)	31건 ⬆
병원	261 (9.6)	167 (64.0)	212 (81.2)	45건 ⬆
의원	1,177 (43.3)	702 (59.6)	661 (56.2)	41건 ⇩
요양병원	347 (12.8)	239 (68.9)	270 (77.8)	31건 ⬆
치과병원	3 (0.1)	2 (66.7)	2 (66.7)	0건 (-)
치과의원	192 (7.1)	102 (53.1)	82 (42.7)	20건 ⇩
한방병원	29 (1.1)	21 (72.4)	21 (72.4)	0건 (-)
한의원	284 (10.4)	235 (82.7)	194 (68.3)	41건 ⇩
약국	276 (10.1)	86 (31.2)	82 (29.7)	4건 ⇩
전체	2,721 (100.0)	1,575 (57.9)	1,593 (58.5)	18건 ⬆

*현행 처분에 부합하는 기관수/대상기관수×100

**개선2안 처분에 부합하는 기관수/대상기관수×100

마. 요양기관 종별에 따른 개선2안 과징금 및 업무정지일수

○ 2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험) 2721건을 대상으로 개선2안에 대한 과징금 및 업무정지일수에 대하여 시뮬레이션(분석)하였음. (※개선1안과 결과 동일)

- 개선2안 모형을 적용했을 때, 처분기관의 총과징금액은 5705.6억원이었고 기관에 대한 평균 업무정지일수는 48일이었음. 현행과 비교했을 때, 총과징금액은 4594.1억원에서 5705.6억원으로 증가하였고 평균 업무정지일수는 46일에서 48일로 증가하였음.
- 개선2안 모형을 적용했을 때, 처분기관의 총과징금액 평균값에 대하여 요양기관 종별로 나타내면, 한방병원(23.7억), 상급종합병원(15.1억원), 종합병원(8.0억원), 요양병원(4.7억원), 병원(4.4억원), 치과의원(3.1억원), 한의원(2.8억원), 의원(2.2억원), 약국(1.3억원), 치과병원(0.6억원) 순이었음.
- 개선2안 모형을 적용했을 때, 처분기관의 평균 업무정지일수에 대하여 요양기관 종별로 나타내면 한의원(81일), 치과의원(75일), 한방병원(54일), 의원(48일), 요양병원(38일), 병원(31일), 약국(29일), 종합병원(28일), 치과병원(22일) 순이었음.
- 개선2안 처분 적용 시 과징금과 업무정지일수를 현행과 비교를 했을 때 과징금의 경우 상급종합병원(15.1억원 증가), 치과의원(1.5억원 증가), 한의원(1.5억원 증가), 의원(0.7억원 증가), 치과병원(0.3억원 증가), 한방병원(0.2억원 증가), 약국(0.1억원 증가)하였고 요양병원(0.4억원 감소), 병원(0.8억원 감소), 종합병원(8.9억원 감소) 하였음. 업무정지일수의 경우, 상급종합병원(38일 증가), 한의원(21일 증가), 치과의원(18일 증가), 의원(3일 증가), 치과병원(2일 증가)하였고 한방병원(2일 감소), 요양병원(6일 감소), 병원(8일 감소), 종합병원(12일 감소)하였음<표36>.

<표 36> 요양기관 종별에 따른 개선2안 과징금 및 업무정지일수 (2014년~2019년)

요양기관 구분	현행			개선2안			증감	
	처분 기관수	처분기관 총과징금평균 (억원)*	업무정지 일수 (평균)	처분 기관수	처분기관 총과징금 평균 (억원)*	업무정지 일수 (평균)	과징금	업무정지
상급종합병원	0 (0.0)	-	-	17 (10.2)	15.1	38	⬆	⬆
종합병원	21 (1.3)	16.9	40	52 (3.0)	8.0	28	⇩	⇩
병원	167 (10.6)	5.2	39	212 (12.1)	4.4	31	⇩	⇩
의원	702 (44.6)	1.5	45	661 (37.7)	2.2	48	⬆	⬆
요양병원	239 (15.2)	5.1	44	270 (15.4)	4.7	38	⇩	⇩
치과병원	2 (0.1)	0.3	20	2 (0.1)	0.6	22	⬆	⬆
치과의원	102 (6.5)	1.6	57	82 (4.7)	3.1	75	⬆	⬆
한방병원	21 (1.3)	23.5	56	21 (1.2)	23.7	54	⬆	⇩
한의원	235 (14.9)	1.3	60	194 (11.1)	2.8	81	⬆	⬆
약국	86 (5.5)	1.2	29	82 (4.7)	1.3	29	⬆	(-)
전체	1,575 (100.0)	2.9	46	1,593 (100.0)	3.6	48	⬆	⬆

*처분기관의 총과징금액/처분기관수

바. 개선2안 적용 시 거짓청구로 인한 처분 부합건수

○ 개선2안 모형을 적용했을 때, 거짓청구로 인한 발생 기관을 비율로 분석한 결과, 거짓청구로 발생기관수는 520건으로 처분기관(1,593건) 중 32.6%이었음.

- 개선2안의 처분기관 중에서 거짓청구 발생기관 비율에 대하여 요양기관 종별로 나타내면, 치과의원 90.2%(74건), 한의원 68.0%(132건), 치과병원 50.0%(1건), 의원 38.3%(253건), 한방병원 23.8%(5건), 병원 10.4%(22건), 약국 8.5%(7건), 요양병원 8.5%(23건), 종합병원 5.8%(3건), 상급종합병원 0.0%(0건) 순이었음.
- 개선2안의 처분기관 중 거짓청구 발생기관 건수에 대하여 요양기관 종별로 나타내면, 의원 253건(48.7%), 한의원 132건(25.4%), 치과의원 74건(14.2%), 요양병원 23건(4.4%), 병원 22건(4.2%), 약국 7건(1.3%), 한방병원 5건(1.0%), 종합병원 3건(0.6%), 치과병원 1건(0.2%), 상급종합병원 0건(0.0%) 순이었음.

• 개선2안의 전체 거짓청구 발생기관에서 거짓청구 비중을 요양기관 종별로 나타내면, 한의원 9.82%, 치과의원 5.71%, 의원 5.33%, 약국 5.21%, 한방병원 2.64%, 요양병원 1.41%, 치과병원 0.47%, 병원 0.26%, 종합병원 0.01%, 상급종합병원 0.00% 순이었음 <표37>.

<표 37> 요양기관 종별에 따른 개선2안 거짓청구 처분 부합건수 (2014년~2019년)

요양기관 구분	개선2안		
	개선2안 처분기관수 (건, %)	거짓청구 발생기관수 (건, %)*	거짓청구 발생기관의 거짓청구 비중 (기관평균, %)
상급종합병원	17 (1.1)	0 (0.0)	0.00
종합병원	52 (3.3)	3 (5.8)	0.01
병원	212 (13.3)	22 (10.4)	0.26
의원	661 (41.5)	253 (38.3)	5.33
요양병원	270 (16.9)	23 (8.5)	1.41
치과병원	2 (0.1)	1 (50.0)	0.47
치과의원	82 (5.1)	74 (90.2)	5.71
한방병원	21 (1.3)	5 (23.8)	2.64
한의원	194 (12.2)	132 (68.0)	9.82
약국	82 (5.1)	7 (8.5)	5.21
전체	1,593 (100.0)	520 (32.6)	6.07

*거짓청구발생기관수/개선2안 처분기관수×100

사. 요양기관 종별에 따른 가중처분기관의 총과징금 차이

○ 2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험) 2721건 중에서 개선1안과 개선2안 처분에 부합하는 1,593건을 대상으로 가중처분기관과 비가중처분기관의 개선1안, 개선2안의 과징금을 분석하였음. 가중처분기관은 거짓부당청구 금액이 있으면서 개선2안 처분기준에 부합하는 520개 기관으로 정의하였고, 비가중처분기관은 거짓부당청구 금액이 없으나 개선2안 처분기준에 부합하는 1,073개 기관을 정의하였음.

• 요양기관 종별에 따른 가중처분기관의 과징금을 비교하면 상급종합병원은 현행에 비해 과징금의 변동이 없었고 종합병원은 가중처분적용 시 현행에 비해 개선1안과 개선2안은 각각 2.9억원(4.9억원→7.8억원) 과징금이 증가하였음.

- 병원은 가중처분적용 시 현행에 비해 개선1안은 3.5억원(85.7억원→89.2억원) 과징금이 증가하였고 개선2안은 26.3억원(85.7억원→112.0억원) 증가하였고, 의원은 가중처분적용 시 현행에 비해 개선1안은 3.6억원(585.2억원→588.8억원) 과징금이 증가하였고 개선2안은 362.8억원(585.2억원→948.0억원) 증가하였음.
- 요양병원은 가중처분적용 시 현행에 비해 개선1안은 0.7억원(147.0억원→147.7억원) 과징금이 증가하였고 개선2안은 46.9억원(147.0억원→193.9억원) 증가하였음. 치과병원은 가중처분적용 시 현행에 비해 개선1안의 과징금의 변동이 없었으나 개선2안에서 과징금이 0.5억원(0.4억원→0.9억원) 증가하였음. 치과의원은 가중처분적용 시 현행에 비해 개선1안은 0.1억원(149.3억원→149.4억원) 과징금이 증가하였고 개선2안은 90.6억원(149.3억원→239.9억원) 증가하였음.
- 한방병원은 가중처분적용 시 현행에 비해 개선1안의 과징금 변동이 없었으나 개선2안에서 과징금이 4.1억원(9.4억원→13.5억원) 증가하였고 한의원도 현행에 비해 개선1안의 과징금 변동이 없었으나 개선2안에서 과징금이 240.5억원(266.8억원→507.3억원) 증가하였음. 약국은 가중처분적용 시 현행에 비해 개선1안의 과징금 변동이 없었으나 개선2안에서 과징금이 3.6억원(13.7억원→17.3억원) 증가하였음<표38>.
- 비가중처분기관의 경우 개선1안에 비해 개선2안의 총과징금이 적게 나타난 이유로 개선2안 처분에 부합하는 요양기관, 즉 월평균부당금액이 상대적으로 낮은 기관들이 포함되었기 때문에 업무정지일수에 따라 총과징금액이 낮게 분석된 것으로 보여짐.

<표 38> 요양기관 종별에 따른 가중처분기관의 총과징금 차이 (2014년~2019년)

요양기관구분	가중처분기관 (520기관)			비가중처분기관(1,073기관)		
	현행 (억원)	개선1안 (억원)	개선2안 (억원)	현행 (억원)	개선1안 (억원)	개선2안 (억원)
상급종합병원	0	0	0	0	256.2	256.2
종합병원	4.9	7.8	7.8	349.5	405.9	405.9
병원	85.7	89.2	112.0	791.0	828.5	826.9
의원	585.2	588.8	948.0	474.7	477.2	475.2
요양병원	147.0	147.7	193.9	1081.6	1089.7	1085.0
치과병원	0.4	0.4	0.9	0.2	0.2	0.2
치과의원	149.3	149.4	239.9	12.8	12.8	12.8
한방병원	9.4	9.4	13.5	484.1	484.2	484.2
한의원	266.8	266.8	507.3	29.9	29.9	29.3
약국	13.7	13.7	17.3	88.3	89.4	89.3
전체	1,262.3	1,273.3	2,040.6	3312.1	3,673.9	3,664.9

※2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험) 2721건 중 1,593건 분석

※가중처분기관은 거짓부당금액이 있으면서 개선2안의 처분기준에 부합하는 기관

※결과값은 요양기관 종별에 대한 총과징금 합산 금액임.

아. 요양기관 종별에 따른 가중처분기관의 평균 업무정지일수 차이

○ 2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험) 2721건 중에서 개선1안과 개선2안 처분에 부합하는 1,593건을 대상으로 가중처분기관과 비가중처분기관의 개선1안, 개선2안의 평균 업무정지일수를 분석하였음. 가중처분기관은 거짓부당청구 금액이 있으면서 개선2안 처분기준에 부합하는 520개 기관으로 정의하였고, 비가중처분기관은 거짓부당청구 금액이 없으나 개선2안 처분기준에 부합하는 1,073개 기관을 정의하였음.

- 가중처분기관의 업무정지일수를 비교하면 현행은 59일, 개선1안은 60일, 개선2안은 72일로 개선2안의 업무정지일수가 가장 높았음. 가중처분기관의 업무정지일수를 요양기관 종별로 비교하면 상급종합병원은 현행에 비해 업무정지일수의 변동이 없었고 종합병원은 가중처분적용 시 현행에 비해 개선1안과 개선2안은 각각 17일(13일→30일) 업무정지일수가 증가하였음.
- 병원은 가중처분적용 시 현행에 비해 개선1안과 개선2안은 각각 2일(31일→33일)씩 업무정지일수가 증가하였고, 의원은 가중처분적용 시 현행에 비해 개선1안의 업무정

지일수 변동은 없었으나 개선2안에서 10일(55일→65일) 업무정지일수가 증가하였음.

- 요양병원은 가중처분적용 시 현행에 비해 개선1안은 1일(42일→43일) 업무정지일수가 증가하였고 개선2안은 2일(42일→44일) 증가하였음. 치과병원은 가중처분적용 시 현행에 비해 개선1안의 업무정지일수 변동은 없었으나 개선2안에서 8일(10일→18일) 증가하였음. 치과의원은 가중처분적용 시 현행에 비해 개선1안의 업무정지일수 변동은 없었으나 개선2안에서 11일(66일→77일) 증가하였음.
- 한방병원은 가중처분적용 시 현행에 비해 개선1안의 업무정지일수 변동은 없었으나 개선2안에서 2일(54일→56일) 증가하였음. 한의원은 가중처분적용 시 현행에 비해 개선1안의 업무정지일수 변동은 없었으나 개선2안에서 23일(73일→96일) 증가하였음.
- 약국은 가중처분적용 시 현행에 비해 개선1안의 업무정지일수 변동은 없었으나 개선2안에서 11일(63일→74일) 증가하였음<표39>.

<표 39> 요양기관 종별에 따른 가중처분기관의 평균 업무정지일수 차이 (2014년~2019년)

요양기관구분	가중처분기관(520기관)			비가중처분기관(1,073기관)		
	현행 (일)	개선1안 (일)	개선2안 (일)	현행 (일)	개선1안 (일)	개선2안 (일)
상급종합병원	0	0	0	0	38	38
종합병원	13	30	30	16	29	28
병원	31	33	33	31	33	31
의원	55	55	65	40	40	37
요양병원	42	43	44	39	40	37
치과병원	10	10	18	30	30	26
치과의원	66	66	77	62	62	57
한방병원	54	54	56	56	57	54
한의원	73	73	96	57	57	50
약국	63	63	74	26	27	25
전체	59	60	72	37	39	36

※2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험) 2721건 중 1,593건 분석

※가중처분기관은 거짓부당금액이 있으면서 개선2안의 처분기준에 부합하는 기관

※결과값은 요양기관 종별에 대한 총과징금 합산 금액임.

자. 개선2안 적용 시 처분 제외 및 추가 부합 건수

○ 결론적으로 개선2안 모형을 적용했을 때, 처분에서 제외되는 기관은 총 152개, 처분에서 추가되는 기관은 총 170개이었음. (※개선1안과 결과 동일)

- 월평균부당금액 40만원 이상이면서 부당비율 0.1%에 부합하는 경우, 40만원 이상~80만원 미만 구간 65개 추가, 80만원 이상~160만원 미만 구간 33개 추가, 160만원 이상~320만원 미만 구간 29개 추가, 320만원 이상~640만원 미만 구간 11개 추가, 640만원 이상~1,000만원 미만 구간 7개 추가, 1,000만원 이상~2,000만원 미만 구간 6개 추가, 2,000만원 이상~3,000만원 미만 구간 10개 추가, 3,000만원 이상~4,000만원 미만 구간 7개 추가, 5,000만원 이상~1억원 미만 구간에서 2개 추가되었음<표40>.

<표 40> 개선1안 모형 적용 시 처분 제외 및 추가 구간 부합 건수

(단위: 기관)

월평균부당금액	0.1% 미만	0.1% 이상 0.5% 미만	0.5% 이상 1% 미만	1% 이상 2% 미만	2% 이상 3% 미만	3% 이상	합계
20만원 미만	348	187	82	45	10	7	679
20만원 이상 ~ 25만원 미만	10	31	33	20	10	5	109
25만원 이상 ~ 40만원 미만	6	67	74	84	27	26	284
40만원 이상 ~ 80만원 미만	9	65	103	122	59	118	476
80만원 이상 ~ 160만원 미만	6	33	65	92	45	154	395
160만원 이상 ~ 320만원 미만	8	29	46	67	38	135	323
320만원 이상 ~ 640만원 미만	9	11	26	50	34	92	222
640만원 이상 ~ 1,000만원 미만	6	7	10	20	14	52	109
1,000만원 이상 ~ 2,000만원 미만	12	6	5	4	2	38	67
2,000만원 이상 ~ 3,000만원 미만	3	10	2	2	0	14	31
3,000만원 이상 ~ 4,000만원 미만	0	7	0	0	0	4	11
4,000만원 이상 ~ 5,000만원 미만	2	0	0	1	0	3	6
5,000만원 이상 ~ 1억원 미만	1	2	0	0	0	5	8
1억원 이상	0	0	0	0	0	1	1
전체	420	455	446	507	239	654	2,721

※ 빗금친 부분은 처분 제외 구간으로 부합 건수를 의미함

※ 두꺼운 테두리 부분은 처분 추가 구간으로 부합 건수를 의미함

5. 기준 개선3안 모형 시뮬레이션 결과

가. 개선3안 의뢰 부합건수

○ 2018년부터 2019년 공단 방문확인 자료(N=939)를 대상으로 개선3안에 대한 의뢰·선정 시뮬레이션(분석)하였음.

- 개선3안 모형 적용 시 의뢰기준 부합 건수를 비교한 결과, 현행 의뢰 기준 부합 건수는 322건, 개선3안 의뢰기준 부합 건수는 280건으로 개선3안 기준을 적용했을 때, 현행 기준보다 42건 감소하였음<표41>.

<표 41> 개선3안 의뢰 부합건수 (2018년~2019년)

현지조사 의뢰기준 부합여부	현행(A) (건, %)	개선3안(B) (건, %)	(B)-(A) (건, %)
기준부합	322 (34.3)	280 (29.8)	42건 ⇩
기준부합하지 않음	617 (65.7)	659 (70.2)	
전체	939 (100.0)	939 (100.0)	

나. 요양기관 종별에 따른 개선3안 의뢰 부합건수

○ 2018년부터 2019년 공단 방문확인 자료(N=939)를 대상으로 개선3안에 대한 의뢰·선정 시뮬레이션(분석)하였음.

- 요양기관 종별 개선3안 기준 선정 부합건수는 의원 116건(41.4%), 병원 61건(21.8%), 요양병원 41건(14.6%), 치과의원 27건(9.6%), 한의원 14건(5.0%), 종합병원 12건(4.3%), 약국 5건(1.8%), 한방병원 3건(1.1%), 치과병원 1건(0.4%), 상급종합병원 0건(0.0%) 순이었음.
- 현행 대비 개선3안의 의뢰 기준 부합건수 차이는 상급종합병원 변동없음(0건→0건), 종합병원 11건 증가(1건→12건), 병원 29건 증가(32건→61건), 의원 60건 감소(176건→116건), 요양병원 17건 증가(24건→41건), 치과병원 변동없음(1건→1건), 치과의원 18건 감소(45건→27건), 한방병원 변동없음(3건→3건), 한의원 18건 감소(32건→14건), 약국 3건 감소(8건→5건)이었음<표42>.

<표 42> 요양기관 종별에 따른 개선3안 의뢰 부합건수 (2018년~2019년)

요양기관 구분	현행(A) (건, %)	개선3안(B) (건, %)	증감 (B)-(A) (건)
상급종합병원	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (-)
종합병원	1 (0.3)	12 (4.3)	11 ⬆
병원	32 (9.9)	61 (21.8)	29 ⬆
의원	176 (54.7)	116 (41.4)	60 ⇩
요양병원	24 (7.5)	41 (14.6)	17 ⬆
치과병원	1 (0.3)	1 (0.4)	0 (-)
치과의원	45 (14.0)	27 (9.6)	18 ⇩
한방병원	3 (0.9)	3 (1.1)	0 (-)
한의원	32 (9.9)	14 (5.0)	18 ⇩
약국	8 (2.5)	5 (1.8)	3 ⇩
전체	322 (100.0)	280 (100.0)	42 ⇩

다. 개선3안 처분 부합건수

○ 2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험) 2721건을 대상으로 개선3안에 대한 처분 시뮬레이션(분석)하였음.

- 개선3안 모형을 적용했을 때, 현행 기준 처분 부합건수는 1,575건(57.9%) 이었고 개선3안을 기준으로 처분 부합건수는 1,126건(41.4%)으로 현행 기준보다 449건 감소하였음<표43>.

<표 43> 개선3안 처분 부합건수 (2014년~2019년)

현지조사 처분 부합여부	현행(A) (건, %)	개선3안(B) (건, %)	증감 (B)-(A) (건)
기준부합	1,575 (57.9)	1,126 (41.4)	449건 ⇩
기준부합하지 않음	1,146 (42.1)	1,595 (58.6)	
전체	2,721 (100.0)	2,721 (100.0)	

라. 요양기관 종별에 따른 개선3안 처분 부합 비율

○ 2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험) 2721건을 대상으로 개선3안에 대한 처분 시뮬레이션(분석)하였음.

- 개선3안 모형을 적용하였을 때, 요양기관 종별에 따른 처분기준에 부합하는 비율은 요양병원 72.0%(250건), 병원 72.0%(188건), 한방병원 55.2%(16건), 종합병원 49.5%(52건), 한의원 39.8%(113건), 상급종합병원 36.2%(17건), 의원 34.8%(410건), 치과의원 25.0%(48건), 약국 11.6%(32건), 치과병원 0.0%(0건) 순이었음.
- 개선3안 모형을 적용하였을 때, 요양기관 종별에 따른 처분기준에 부합하는 건수(1,126건) 기준 의원 410건(36.4%), 요양병원 250건(22.2%), 병원 188건(16.7%), 한의원 113건(10.0%), 종합병원 52건(4.6%), 치과의원 48건(4.3%), 약국 32건(2.8%), 상급종합병원 17건(1.5%), 한방병원 16건(1.4%), 치과병원 0건(0.0%) 순이었음.
- 현행과 개선3안의 처분 부합건수를 비교하면, 종합병원 31건(21건→52건) 증가, 병원 21건(167건→188건) 증가, 상급종합병원 17건(0건→17건) 증가, 요양병원 11건(239건→250건) 증가하였고, 의원 292건(702건→410건) 감소, 한의원 122건(235건→113건) 감소, 치과의원 54건(102건→48건) 감소, 약국 54건(86건→32)감소, 한방병원 5건(21건→16건) 감소, 치과병원 2건(2건→0건) 감소하였음<표44>.

<표 44> 요양기관 종별에 따른 개선3안 처분 부합 건수 (2014년~2019년)

요양기관 구분	대상기관 중 처분기준에 부합하는 기관수			
	대상기관수 (건, %)	현행* (A) (건, %)	개선3안** (B) (건, %)	증감 (B)-(A) (건)
상급종합병원	47 (1.7)	0 (0.0)	17 (36.2)	17건 ⬆
종합병원	105 (3.9)	21 (20.0)	52 (49.5)	31건 ⬆
병원	261 (9.6)	167 (64.0)	188 (72.0)	21건 ⬆
의원	1,177 (43.3)	702 (59.6)	410 (34.8)	292건 ⇩
요양병원	347 (12.8)	239 (68.9)	250 (72.0)	11건 ⬆
치과병원	3 (0.1)	2 (66.7)	0 (0.0)	2건 ⇩
치과의원	192 (7.1)	102 (53.1)	48 (25.0)	54건 ⇩
한방병원	29 (1.1)	21 (72.4)	16 (55.2)	5건 ⇩
한의원	284 (10.4)	235 (82.7)	113 (39.8)	122건 ⇩
약국	276 (10.1)	86 (31.2)	32 (11.6)	54건 ⇩
전체	2,721 (100.0)	1,575 (57.9)	1,126 (41.4)	449건 ⇩

*현행 처분에 부합하는 기관수/대상기관수×100

**개선3안 처분에 부합하는 기관수/대상기관수×100

마. 요양기관 종별에 따른 개선3안 과징금 및 업무정지일수

○ 2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험) 2721건을 대상으로 개선3안에 대한 처분 시뮬레이션(분석)하였음.

- 개선3안 모형을 적용했을 때, 처분기관의 총과징금액은 4808.3억원이었고 기관에 대한 평균 업무정지일수는 54일이었음.
- 개선3안 모형을 적용했을 때, 처분기관의 총과징금액 평균값에 대하여 요양기관 종별로 나타내면, 한방병원(30.8억원), 상급종합병원(15.1억원), 종합병원(8.0억원), 요양병원(4.9억원), 병원(4.9억원), 치과의원(3.1억원), 약국(3.0억원), 의원(2.4억원), 한의원(2.3억원), 치과병원(0.0억원) 순이었음.
- 개선3안 모형을 적용했을 때, 처분기관의 평균업무정지일수에 대하여 요양기관 종별로 나타내면, 치과의원(83일), 한의원(82일), 한방병원(69일), 의원(61일), 약국(56일), 요양병원(43일), 상급종합병원(38일), 병원(36일), 종합병원(29일), 치과병원(0일) 순이었음.
- 개선3안 처분 적용 시 과징금과 업무정지일수를 현행과 비교를 했을 때 과징금의 경우 상급종합병원(38일 증가), 한방병원(13일 증가), 약국(27일 증가), 치과의원(26일 증가), 한의원(22일 증가), 의원(16일 증가)하였고, 요양병원(1일 감소), 병원(3일 감소), 치과병원(20일 감소), 종합병원(11일 감소)하였음. 업무정지일수의 경우, 상급종합병원(38일 증가), 약국(27일 증가), 치과의원(26일 증가), 한의원(22일 증가), 의원(16일 증가), 한방병원(13일 증가)하였고 요양병원(1일 감소), 병원(3일 감소), 종합병원(11일 감소), 치과병원 (20일 감소)하였음<표45>.

<표 45> 요양기관 종별에 따른 개선3안 과징금 및 업무정지일수 (2014년~2019년)

요양기관 구분	현행			개선3안			증감	
	처분 기관수	처분기관 총과징금 평균 (억원)	업무 정지 일수 평균 (일)	처분 기관수	처분기관 총과징금 평균 (억원)	업무 정지 일수 평균 (일)	과징금	업무정지
상급종합병원	0 (0.0)	-	-	17 (1.5)	15.1	38	⬆	⬆
종합병원	21 (1.3)	16.9	40	52 (4.6)	8.0	29	⇩	⇩
병원	167 (10.6)	5.2	39	188 (16.7)	4.9	36	⇩	⇩
의원	702 (44.6)	1.5	45	410 (36.4)	2.4	61	⬆	⬆
요양병원	239 (15.2)	5.1	44	250 (22.2)	4.9	43	⇩	⇩
치과병원	2 (0.1)	0.3	20	0 (0.0)	0.0	0	⇩	⇩
치과의원	102 (6.5)	1.6	57	48 (4.3)	3.1	83	⬆	⬆
한방병원	21 (1.3)	23.5	56	16 (1.4)	30.8	69	⬆	⬆
한의원	235 (14.9)	1.3	60	113 (10.0)	2.3	82	⬆	⬆
약국	86 (5.5)	1.2	29	32 (2.8)	3.0	56	⬆	⬆
전체	1,575 (100.0)	2.9	46	1,126 (100.0)	4.3	54	⬆	⬆

*처분기관의 총과징금액/처분기관수

바. 개선3안 적용 시 처분 제외 및 추가 부합 건수

○ 결론적으로 개선3안을 적용했을 때, 처분에서 제외되는 기관은 총 554개, 처분에서 추가되는 기관은 총 105개이었음.

- 월평균부당금액 80만원 이상이면서 부당비율 0.1%에 부합하는 경우, 80만원 이상~160만원 미만 구간 33개 추가, 160만원 이상~320만원 미만 구간 29개 추가, 320만원 이상~640만원 미만 구간 11개 추가, 640만원 이상~1,000만원 미만 구간 7개 추가, 1,000만원 이상~2,000만원 미만 구간 6개 추가, 2,000만원 이상~3,000만원 미만 구간 10개 추가, 3,000만원 이상~4,000만원 미만 구간 7개 추가, 5,000만원 이상~1억원 미만 구간에서 2개 추가되었음<표46>.

<표 46> 개선3안 모형 적용 시 처분 제외 및 추가 구간 부합 건수

(단위: 기관)

월평균부당금액	0.1% 미만	0.1% 이상 0.5% 미만	0.5% 이상 1% 미만	1% 이상 2% 미만	2% 이상 3% 미만	3% 이상	합계
20만원 미만	348	187	82	45	10	7	679
20만원 이상 ~ 25만원 미만	10	31	33	20	10	5	109
25만원 이상 ~ 40만원 미만	6	67	74	84	27	26	284
40만원 이상 ~ 80만원 미만	9	65	103	122	59	118	476
80만원 이상 ~ 160만원 미만	6	33	65	92	45	154	395
160만원 이상 ~ 320만원 미만	8	29	46	67	38	135	323
320만원 이상 ~ 640만원 미만	9	11	26	50	34	92	222
640만원 이상 ~ 1,000만원 미만	6	7	10	20	14	52	109
1,000만원 이상 ~ 2,000만원 미만	12	6	5	4	2	38	67
2,000만원 이상 ~ 3,000만원 미만	3	10	2	2	0	14	31
3,000만원 이상 ~ 4,000만원 미만	0	7	0	0	0	4	11
4,000만원 이상 ~ 5,000만원 미만	2	0	0	1	0	3	6
5,000만원 이상 ~ 1억원 미만	1	2	0	0	0	5	8
1억원 이상	0	0	0	0	0	1	1
전체	420	455	446	507	239	654	2,721

※ 빗금친 부분은 처분 제외 구간으로 부합 건수를 의미함

※ 두꺼운 테두리 부분은 처분 추가 구간으로 부합 건수를 의미함

6. 기준 개선안 모형 시뮬레이션 결과 비교

가. 개선안별 의뢰기준 부합건수 비교

○ 2018년부터 2019년 공단 방문확인 자료(N=939)를 대상으로 기준 개선안별 의뢰·선정 분석 결과를 비교하였음.

- 의뢰기준 부합에 대한 현행과 개선안을 비교하면, 현행에서 의뢰의 부합 비율은 34.3%(322건), 개선1안의 부합 비율은 42.8%(402건), 개선2안의 부합 비율은 42.8%(402건), 개선3안의 부합 비율은 29.8%(280건)로 개선1안과 개선2안의 부합 비율이 현행과 높았으며, 개선3안의 부합비율이 가장 낮았음<표47>.

<표 47> 개선안별 의뢰기준에 대한 부합건수 비교 (2018년~2019년)

의뢰기준 부합여부	현행 의뢰 부합			개선안 의뢰 부합		
	의뢰 (건, %)	비의뢰 (건, %)	계 (건, %)	개선1안 (건, %)	개선2안 (건, %)	개선3안 (건, %)
부합	310 (97.5)	12 (1.9)	322 (34.3)	402 (42.8)	402 (42.8)	280 (29.8)
미부합	8 (2.5)	609 (98.1)	617 (65.7)	537 (57.2)	537 (57.2)	659 (70.2)
합계	318 (100.0)	621 (100.0)	939 (100.0)	939 (100.0)	939 (100.0)	939 (100.0)

나. 요양기관 종별에 따른 개선안별 의뢰기준 부합건수율 비교

○ 2018년부터 2019년 공단 방문확인 자료(N=939)를 대상으로 기준 개선안별 의뢰·선정 분석 결과를 비교하였음.

- 의뢰기준 부합에 대한 현행과 개선안을 요양기관 종별로 비교하면, 상급종합병원은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 · 개선3안 적용 시 모두 부합건수율의 변동이 없었고 종합병원은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 적용 시 부합건수율은 14.7%p(1.3%→16.0%) 증가하였으며 개선3안 적용 시 부합건수율은 14.7%p(1.3%→16.0%) 증가하였음.
- 병원은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 적용 시 부합건수율은 29.6%(22.5%→52.1%) 감소하였고 개선3안 적용 시 부합건수율은 20.5%p(22.5%→43.0%) 증가하였음.
- 의원은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 적용 시 부합건수율은 1.4%p(40.7%→42.1%) 증가하였고 개선3안 적용 시 부합건수율은 13.8%p(40.7%→26.9%) 감소하였음.
- 요양병원은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 적용 시 부합건수율은 34.1%p(28.2%→

62.4%) 증가하였고 개선3안 적용 시 부합건수율은 20.0%p(28.2%→48.2%) 감소하였음.

- 치과병원은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 · 개선3안 적용 시 모두 부합건수율의 변동이 없었고 치과의원은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 적용 시 부합건수율은 4.0%p(45.5%→41.5%) 감소하였고 개선3안 적용 시 부합건수율은 18.2%p(45.5%→27.3%) 감소하였음.
- 한방병원은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 · 개선3안 적용 시 모두 부합건수율의 변동이 없었고 한의원은 현행에 비해 개선1안과 개선2안 적용 시 부합건수율은 8.8%p(47.1%→38.2%) 감소하였고 개선3안 적용 시 부합건수율은 26.5%p(47.15%→20.6%) 감소하였음.
- 약국은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 적용 시 부합건수율은 7.1%p(28.6%→35.7%) 증가하였고 개선3안 적용시 부합건수율은 10.7%p(28.6%→17.9%) 감소하였음<표48>.

<표 48> 요양기관 종별에 따른 개선안별 의뢰기준 부합건수율 비교 (2018년~2019년)

요양기관 구분	대상기관수 (건, %)	현행 (건, %)	개선1안 (건, %)	개선2안 (건, %)	개선3안 (건, %)
상급종합병원	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
종합병원	75 (8.0)	1 (1.3)	12 (16.0)	12 (16.0)	12 (16.0)
병원	142 (15.1)	32 (22.5)	74 (52.1)	74 (52.1)	61 (43.0)
의원	432 (46.0)	176 (40.7)	182 (42.1)	182 (42.1)	116 (26.9)
요양병원	85 (9.1)	24 (28.2)	53 (62.4)	53 (62.4)	41 (48.2)
치과병원	2 (0.2)	1 (50.0)	1 (50.0)	1 (50.0)	1 (50.0)
치과의원	99 (10.5)	45 (45.5)	41 (41.4)	41 (41.4)	27 (27.3)
한방병원	8 (0.9)	3 (37.5)	3 (37.5)	3 (37.5)	3 (37.5)
한의원	68 (7.2)	32 (47.1)	26 (38.2)	26 (38.2)	14 (20.6)
약국	28 (3.0)	8 (28.6)	10 (35.7)	10 (35.7)	5 (17.9)
전체	939 (100.0)	322 (34.3)	402 (42.8)	402 (42.8)	280 (29.8)

※2018년~2019년 공단 방문확인 자료 939건 분석

다. 개선안별 처분에 대한 시뮬레이션 분석 결과 비교

(1) 개선안별 처분기준 부합건수 비교

○ 2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험) 2721건을 대상으로 기준 개선안별 처분 분석 결과를 비교하였음.

- 처분 부합에 대한 현행과 개선안을 비교하면, 현행에 비해 개선1안과 개선2안 적용 시 부합건수율은 0.7%p(57.9%→58.5%) 증가하였고, 개선3안 적용 시 부합건수율은 16.5%p(57.9%→41.4%) 감소하였음.

(2) 요양기관 종별에 따른 개선안별 처분기준 부합건수율 비교

○ 2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험) 2721건을 대상으로 기준 개선안별 처분 분석 결과를 비교하였음.

- 처분 부합에 대한 현행과 개선안을 요양기관 종별로 비교하면, 상급종합병원은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 · 개선3안 적용 시 처분으로 인한 부합건수율은 36.2%p(0.0%→36.2%) 증가하였고, 종합병원은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 · 개선3안 적용 시 부합건수율은 29.5%p(20.0%→49.5%) 증가하였음
- 병원은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 적용 시 부합건수율은 17.2%p(64.0%→81.2%) 증가하였고 개선3안 적용 시 부합건수율은 8.0%p(64.0%→72.0%) 증가하였음.
- 의원은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 적용 시 부합건수율은 3.5%(59.6%→56.2%) 감소하였고 개선3안 적용 시 부합건수율은 24.8%p(59.6%→34.8%) 감소하였음.
- 요양병원은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 적용 시 부합건수율은 8.9%p(68.9%→77.8%) 증가하였고 개선3안 적용 시 부합건수율은 3.2%p(68.9%→72.0%) 증가하였음.
- 치과병원은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 적용 시 부합건수율은 0.0%p(66.7%→66.7%) 변동없었고 개선3안 적용 시 부합건수율은 66.7%p(66.7%→0.0%) 감소하였음.
- 치과의원은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 적용 시 부합건수율은 10.4%p(53.1%→42.7%) 감소하였고 개선3안 적용 시 부합건수율은 28.1%p(53.1%→25.0%) 감소하였음.
- 한방병원은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 적용 시 부합건수율은 0.0%p(72.4%→72.4%) 변동없었고 개선3안 적용 시 부합건수율은 17.2%p(72.4%→55.2%) 감소하였음
- 한의원은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 적용 시 부합건수율은 14.4%p(82.7%→68.3%) 감소하였고 개선3안 적용 시 부합건수율은 43.0%p(82.7%→39.8%) 감소하였음.

• 약국은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 적용 시 부합건수율은 1.4%p(31.2%→29.7%) 감소하였고 개선3안 적용 시 부합건수율은 19.6%p(31.2%→11.6%) 감소하였음<표 49>.

<표 49> 요양기관 종별에 따른 개선안별 처분기준 부합건수율 비교 (2014년~2019년)

요양기관구분	대상기관수 (건, %)	현행 (건, %)	개선1안 (건, %)	개선2안 (건, %)	개선3안 (건, %)
상급종합병원	47 (1.7)	0 (0.0)	17 (36.2)	17 (36.2)	17 (36.2)
종합병원	105 (3.9)	21 (20.0)	52 (49.5)	52 (49.5)	52 (49.5)
병원	261 (9.6)	167 (64.0)	212 (81.2)	212 (81.2)	188 (72.0)
의원	1177 (43.3)	702 (59.6)	661 (56.2)	661 (56.2)	410 (34.8)
요양병원	347 (12.8)	239 (68.9)	270 (77.8)	270 (77.8)	250 (72.0)
치과병원	3 (0.1)	2 (66.7)	2 (66.7)	2 (66.7)	0 (0.0)
치과의원	192 (7.1)	102 (53.1)	82 (42.7)	82 (42.7)	48 (25.0)
한방병원	29 (1.1)	21 (72.4)	21 (72.4)	21 (72.4)	16 (55.2)
한의원	284 (10.4)	235 (82.7)	194 (68.3)	194 (68.3)	113 (39.8)
약국	276 (10.1)	86 (31.2)	82 (29.7)	82 (29.7)	32 (11.6)
전체	2,721 (100.0)	1,575 (57.9)	1,593 (58.5)	1,593 (58.5)	1,126 (41.4)

※2014년~2019년 6월까지 의뢰 · 선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험) 2721건 분석

(3) 요양기관 종별에 따른 개선안별 처분기준 총과징금 비교

○ 2014년~2019년 6월까지 의뢰 · 선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험) 2721건을 대상으로 기준 개선안별 총과징금 결과를 비교하였음.

• 처분 부합에 대한 요양기관 종별 총과징금을 비교하면, 상급종합병원은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 · 개선3안 적용 시 256.2억원(0억원→256.2억원)이 증가하였고, 종합병원은 현행에 비해 개선1안 · 개선3안 적용 시 59.1억원(354.5억원→413.6억원)이 증가하였고, 개선2안 적용 시 59.2억원(354.5억원→413.7억원)이 증가하였음.

• 병원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 41.0억원(876.7억원→917.7억원)이 증가하였고, 개선2안 적용 시 62.1억원(876.7억원→938.8억원)이 증가하였으며 개선3안 적용 시 37.3억원(876.7억원→914.0억원)이 증가하였음.

• 의원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 4.1억원(1,070.2억원→1,066.1억원) 감소하였고, 개선2안 적용 시 353.0억원(1,070.2억원→1,423.2억원)이 증가하였으며 개선3안 적용 시 74.7억원(1,070.2억원→995.5억원) 감소하였음.

- 요양병원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 8.8억원(1,228.6억원→1,237.4억원)이 증가하였고, 개선2안 적용 시 50.3억원(1,228.6억원→1,278.9억원)이 증가하였으며, 개선3안 적용 시 5.5억원(1,228.6억원→1,234.1억원)이 증가하였음.
- 치과병원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 과징금 변동이 없었고, 개선2안 적용 시 0.5억원(0.6억원→1.1억원)이 증가하였으며 개선3안 적용 시 0.6억원(0.6억원→0.0억원)이 감소하였음.
- 치과의원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 1.8억원(164.1억원→162.3억원)이 감소하였고 개선2안 적용시 88.6억원(164.1억원→252.7억원)이 증가하였으며 개선3안 적용 시 13.8억원(164.1억원→150.3억원)이 감소하였음.
- 한방병원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 과징금 변동이 없었고 개선2안 적용 시 4억원(493.7억원→497.7억원)이 증가하였으며 개선3안 적용 시 1.1억원(493.7억원→492.6억원)이 감소하였음.
- 한의원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 6.3억원(302.9억원→296.6억원)이 감소하였고, 개선2안 적용 시 233.7억원(302.9억원→536.6억원)이 증가하였으며 개선3안 적용 시 45.3억원(302.9억원→257.6억원)이 감소하였음.
- 약국은 현행에 비해 개선1안 적용 시 0.3억원(102.8억원→103.1억원)이 증가하였고 개선2안 적용 시 3.8억원(102.8억원→106.6억원)이 증가하였으며 개선3안 적용 시 5.4억원(102.8억원→97.4억원)이 감소하였음<표50>.

<표 50> 요양기관 종별에 따른 개선안별 처분기준 총과징금 비교 (2014년~2019년)

요양기관구분	대상 기관 부당 금액 (억원)	현행 (억원)	개선1안 (억원)	개선2안 (억원)	개선3안 (억원)
상급종합병원	88.7	0	256.2	256.2	256.2
종합병원	104.1	354.5	413.6	413.7	413.6
병원	218.0	876.7	917.7	938.8	914.0
의원	251.7	1070.2	1066.1	1423.2	995.5
요양병원	272.1	1228.6	1237.4	1278.9	1234.1
치과병원	0.3	0.6	0.6	1.1	0
치과의원	34.9	164.1	162.3	252.7	150.3
한방병원	99.9	493.7	493.7	497.7	492.6
한의원	64.2	302.9	296.6	536.6	257.6
약국	26.0	102.8	103.1	106.6	97.4
전체	1,160.0	4,594.1	4,947.2	5,705.6	4,815.3

※2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험) 2721건 분석

(4) 요양기관 종별에 따른 개선안별 처분기준 평균과징금액 비교

- 상급종합병원은 현행에 비해 개선1안·개선2안·개선3안 적용 시 평균과징금액은 모두 15.1억원(0억원→15.1억원)증가하였고 종합병원은 현행에 비해 개선1안·개선2안·개선3안 적용 시 평균과징금액은 모두 8.0억원(0억원→8.0억원)증가하였음.
- 병원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 평균과징금액은 0.9억원(5.2억원→4.3억원) 감소하였고, 개선2안 적용 시 평균과징금액은 0.8억원(5.2억원→4.4억원) 감소하였으며 개선3안 적용 시 평균과징금액은 0.3억원(5.2억원→4.9억원) 감소하였음.
- 의원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 평균과징금액은 0.1억원(1.5억원→1.6억원) 증가하였고 개선2안 적용 시 평균과징금액은 0.7억원(1.5억원→2.2억원) 증가하였으며 개선3안 적용 시 평균과징금액은 0.9억원(1.5억원→2.4억원) 증가하였음.
- 요양병원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 평균과징금액은 0.5억원(5.1억원→4.6억원) 감소하였고, 개선2안 적용 시 평균과징금액은 0.4억원(5.1억원→4.7억원) 감소하였으며 개선3안 적용 시 평균과징금액은 0.2억원(5.1억원→4.9억원) 감소하였음.
- 치과병원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 평균과징금액의 변동이 없었고(0.3억원→0.3억원) 개선2안 적용 시 평균과징금액은 0.3억원(0.3억원→0.6억원) 증가하였으며 개선3안 적용 시 업무정지일수가 0.3억원(0.3억원→0.0억원) 감소하였음.

- 치과의원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 평균과징금액은 0.4억원(1.6억원→2.0억원) 증가하였고 개선2안 적용 시 평균과징금액은 1.5억원(1.6억원→3.1억원) 증가하였으며 개선3안 적용 시 평균과징금액은 1.5억원(1.6억원→3.1억원) 증가하였음.
- 한방병원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 평균과징금액의 변동이 없었고(23.5억원→23.5억원), 개선2안 적용 시 평균과징금액은 0.2억원(23.5억원→23.7억원) 증가하였으며 개선3안 적용 시 평균과징금액은 7.3억원(23.5억원→30.8억원) 증가하였음.
- 한의원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 평균과징금액은 0.2억원(1.3억원→1.5억원) 증가하였고 개선2안 적용 시 평균과징금액은 1.5억원(1.3억원→2.8억원) 증가하였으며 개선3안 적용 시 평균과징금액은 1.0억원(1.3억원→2.3억원) 증가하였음.
- 약국은 현행에 비해 개선1안 적용 시 평균과징금액은 0.1억원(1.2억원→1.3억원) 증가하였고 개선2안 적용 시 평균과징금액은 0.1억원(1.2억원→1.3억원)증가하였으며 개선3안 적용 시 평균과징금액은 1.8억원(1.2억원→3.0억원) 증가하였음<표51>.

<표 51>요양기관 종별에 따른 개선안별 처분기준 평균과징금액 비교 (2014년~2019년)

요양기관구분	처분기관 당 평균과징금액			
	현행 (억원)	개선1안 (억원)	개선2안 (억원)	개선3안 (억원)
상급종합병원	-	15.1	15.1	15.1
종합병원	16.9	8.0	8.0	8.0
병원	5.2	4.3	4.4	4.9
의원	1.5	1.6	2.2	2.4
요양병원	5.1	4.6	4.7	4.9
치과병원	0.3	0.3	0.6	0.0
치과의원	1.6	2.0	3.1	3.1
한방병원	23.5	23.5	23.7	30.8
한의원	1.3	1.5	2.8	2.3
약국	1.2	1.3	1.3	3.0
전체	2.9	3.1	3.6	4.3

※2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험) 2721건 분석

(5) 요양기관 종별에 따른 개선안별 처분기준 평균 업무정지일수 비교

○ 2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험) 2721건을 대상으로 기준 개선안별 업무정지일수 결과를 비교하였음.

- 처분 부합에 대한 요양기관 종별 업무정지일수를 비교하면, 상급종합병원은 현행에 비해 개선1안 · 개선2안 · 개선3안 적용 시 업무정지일수가 38일(0일→38일) 증가하였고 종합병원은 현행에 비해 개선1안과 개선3안 적용 시 업무정지일수가 11일(40일→29일) 감소하였으며 개선2안 적용 시 12일(40일→28일) 감소하였음.
- 병원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 업무정지일수가 6일(39일→33일) 감소하였고, 개선2안 적용 시 업무정지일수가 8일(39일→31일) 감소하였으며 개선3안 적용 시 업무정지일수가 3일(39일→36일) 감소하였음.
- 의원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 업무정지일수가 1일(45일→46일) 증가하였고 개선2안 적용 시 업무정지일수가 3일(45일→48일) 증가하였으며 개선3안 적용 시 업무정지일수가 16일(45일→61일) 증가하였음.
- 요양병원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 업무정지일수가 4일(44일→40일) 감소하였고, 개선2안 적용 시 업무정지일수가 6일(44일→38일) 감소하였으며 개선3안 적용 시 업무정지일수가 1일(44일→43일) 감소하였음.
- 치과병원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 업무정지일수의 변동이 없었고 개선2안 적용 시 업무정지일수가 2일(20일→22일) 증가하였으며 개선3안 적용 시 업무정지일수가 20일(20일→0일) 감소하였음.
- 치과의원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 업무정지일수가 9일(57일→66일) 증가하였고 개선2안 적용 시 업무정지일수가 18일(57일→75일) 증가하였으며 개선3안 적용 시 업무정지일수가 26일(57일→83일) 증가하였음.
- 한방병원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 업무정지일수의 변동이 없었고, 개선2안 적용 시 업무정지일수가 2일(56일→54일) 감소하였으며 개선3안 적용 시 업무정지일수가 13일(56일→69일) 증가하였음.
- 한의원은 현행에 비해 개선1안 적용 시 업무정지일수가 8일(60일→68일) 증가하였고 개선2안 적용 시 업무정지일수가 21일(60일→81일) 증가하였으며 개선3안 적용 시 업무정지일수가 22일(60일→82일) 증가하였음.
- 약국은 현행에 비해 개선1안 적용 시 업무정지일수가 1일(29일→30일) 증가하였고 개선2안 적용 시 업무정지일수의 변동이 없었으며 개선3안 적용 시 업무정지일수가 27일(29일→56일) 증가하였음<표52>.

<표 52> 요양기관 종별에 따른 개선안별 처분기준 평균 업무정지일수 비교 (2014년~2019년)

요양기관구분	대상기관수 (건, %)	현행 (일)	개선1안 (일)	개선2안 (일)	개선3안 (일)
상급종합병원	47 (1.7)	0	38	38	38
종합병원	105 (3.9)	40	29	28	29
병원	261 (9.6)	39	33	31	36
의원	1177 (43.3)	45	46	48	61
요양병원	347 (12.8)	44	40	38	43
치과병원	3 (0.1)	20	20	22	0
치과의원	192 (7.1)	57	66	75	83
한방병원	29 (1.1)	56	56	54	69
한의원	284 (10.4)	60	68	81	82
약국	276 (10.1)	29	30	29	56
전체	2,721 (100.0)	46	46	48	54

※2014년~2019년 6월까지 의뢰·선정 된 기관 중 현지 조사결과(2019년 7월 기준, 건강보험) 2721건 분석

제6장 이해관계자 및 전문가 델파이 조사

1. 이해관계자 델파이조사 개요

가. 이해관계자 의견조사 개요

○ 현지조사 의뢰・선정 및 처분 기준 개선방안에 대한 이해관계자 의견조사를 델파이 조사 형태로 2회에 걸쳐 수행하였음.

- 1차 조사는 2020년 6월 4일(목)부터 18일(목)까지 진행하였고 2차 조사는 2020년 7월 8일(수)부터 20일(월)까지 진행하였음. 진행은 이메일을 통한 조사방식과 스마트폰을 기반으로 한 웹 설문조사 방식을 이용했으며 지표에 대한 응답은 필요성 및 적절성 관점에서 평가하였음. (※부록 설문지 참고)

○ 의견조사를 위한 패널 모집은 각각의 협회 및 기관으로부터 전문가를 추천받은 후 패널 인원수를 조율한 후 최종 패널을 선정하였음. 조사대상은 의사협회, 병원협회, 한의사협회, 치과협회, 약사회, 심평원, 공단, 공표심의위원, 행정처분심의위원, 선정심의위원, 학계 등 각 단체 및 기관을 대표하는 46명을 선정하였음.

- 의견조사 대상에 대한 모집 방식은 의사협회의 경우, 공문 발송을 통해 추천을 받았고 병원협회는 협회 메일을 통해 본 과업을 잘 이해하고 병원협회의 대표성을 갖는 전문가를 추천받았음.
- 그밖에 한의사협회, 치과협회, 약사회에 연락을 취하여 각 단체의 대표성을 띄는 전문가를 추천받았으며 심평원 및 공단은 현지조사 업무를 담당하고 있는 실무자 중에서 심평원 내부 추천을 받았음. 공표심의위원, 행정처분심의위원, 선정심의위원은 심평원으로부터 추천을 받았으며 학계는 현지조사 제도에 대하여 정책 및 학문적 기여가 있는 전문가를 학계로부터 추천을 받아 선정하였음.
- 현지조사 의뢰・선정 및 처분 기준 개선방안에 대한 의견조사로 참여한 전문가는 46명으로 의사협회 4명, 병원협회 5명, 한의사협회 3명, 치과협희 3명, 약사회 3명, 심평원 5명, 공단 3명, 공표심의위원 2명, 행정처분심의위원 5명, 선정심의위원 2명, 학계 11명이었음.

나. 이해관계자 의견조사 내용

○ 현행 현지조사 의뢰・선정 및 처분 내용: 현행 현지조사 의뢰・선정 및 행정처분 제도의 목적 달성도, 현행 현지조사 의뢰・선정 및 행정처분 제도의 방향 적절성, 현행 현지조사 운영에 대한 적절성에 대하여 조사하였음.

○ 개선 현지조사 의뢰・선정 및 행정처분 제도의 개선효과 내용: 개선안별 개선효과 및 개선방안 적용에 대하여 조사하였음.

○ 개선 현지조사 의뢰・선정 및 행정처분 제도의 수용 수준: 개선안에 대한 제도의 수용 수준으로 개선안별 부당비율 및 월평균부당금액에 대한 수용 수준과 재 적발 가중처분에 대한 수용 수준에 대하여 조사하였음<그림6>.

1안	의뢰·선정 처분	1. 월평균 부당금액 40만원 이상의 수용성 2. 부당비율 0.1% 이상의 수용성 3. 가중처분의 수용성
2안	의뢰·선정 처분	1. 월평균 부당금액 40만원 이상의 수용성 2. 부당비율 0.1% 이상의 수용성 3. 거짓부당가중의 수용성 4. 가중처분의 수용성
3-①안	의뢰·선정 처분	1. 월평균 부당금액 80만원 이상의 수용성 2. 부당비율 0.1% 이상의 수용성 3. 가중처분의 수용성
3-②안	의뢰·선정 처분	1. 월평균 부당금액 80만원 이상의 수용성 2. 부당비율 0.1% 이상의 수용성 3. 거짓부당가중의 수용성
3-③안	의뢰·선정 처분	1. 월평균 부당금액 80만원 이상의 수용성 2. 부당비율 0.1% 이상의 수용성 3. 거짓부당가중의 수용성 4. 가중처분의 수용성

<그림 6> 기준 개선안에 대한 이해관계자 2차 의견조사 주요 내용

다. 이해관계자 1차 의견조사 수집 결과

(1) 의견조사 현황

○ 이해관계자 1차 의견조사 응답률은 59.0%이었고 선정심의위원, 약사회, 치과협회, 한의사협회에서 100% 응답률을 보였음<표53>.

• 의견조사 대상 46명 중 조사에 응하지 않는 사람은 19명으로 총 46명 중에서 27명이 응답하였음. 2차 의견조사는 1차 조사에서 응답한 27명 중 23명으로 응답률은 85.0% 이었음<표54>.

<표 53> 이해관계자 의견조사 1차 응답률

이해관계자 집단	대상(명)	무응답(명)	응답(명)	응답률(%)
병원협회	5	2	3	60.0
선정심의위원	2	0	2	100.0
심평원/건보공단	8	5	3	37.5
약사회	3	0	3	100.0
의사협회	4	3	1	25.0
치과협회	3	0	3	100.0
학계	11	5	6	55.0
한의사협회	3	0	3	100.0
행정처분심의위원회	5	2	3	60.0
계	46	19	27	59.0

※응답율: 1차 조사 응답인원수/조사 대상인원수×100

<표 54> 이해관계자 의견조사 2차 응답률

이해관계자 집단	전체 조사대상(명)	1차조사 응답인원(명)	2차조사 응답인원(명)	응답률(%)
병원협회	5	3	1	33.0
선정심의위원	2	2	1	50.0
심평원/건보공단	8	3	3	100.0
약사회	3	3	3	100.0
의사협회	4	1	1	100.0
치과협회	3	3	2	67.0
학계	11	6	6	100.0
한의사협회	3	3	3	100.0
행정처분심의위원회	5	3	3	100.0

※응답율: 2차 조사 응답인원수/1차 조사 응답인원수×100

2. 이해관계자 델파이조사 1차

가. 현행제도에 대한 이해관계자 1차 의견조사

○ 현행 제도의 목적 달성도 평가

- 현행 제도의 목적 달성은 평균 5.03점(9점 만점)으로 건강보험재정 누수 방지(5.70점) → 요양급여비용 청구 풍토 조성(5.26점) → 건강보험 가입자의 수급권 보호(4.70점) → 요양기관의 적정진료 유도(4.44점) 순으로 나타났음<표55>.

<표 55> 현행 제도의 목적 달성에 대한 이해관계자 평가 순위

평가 지표	평균	표준편차	순위
요양급여비용 청구 풍토 조성	5.26	2.78	2
요양기관의 적정진료 유도	4.44	2.14	4
건강보험 가입자의 수급권 보호	4.70	2.02	3
건강보험재정 누수 방지	5.70	2.16	1
계	5.03	1.83	

※최고점 9점

○ 이해관계 그룹별 현행 제도의 목적 달성도 평가

- 이해관계 그룹별 현행제도의 목적 달성도(9점 만점)에서는 심평원 · 건보공단(7.08점) → 선정심의위원회(6.38점) → 치과협회(5.83점) → 약사회(5.17점) → 병원협회(5.00점) → 한의사협회(4.58점) → 현행처분심의위원회(4.42점), 의사협회(4.00점) → 학계(3.79점) 순으로 나타났음<그림7>.

<그림 7> 이해관계 그룹별 현행 제도 목적 달성도 평가

○ **현행 제도의 방향 적절성 평가**

- 의뢰 · 선정 기준의 방향 적절성은 평균 4.52점(9점 만점)으로 실효성(4.81점) → 사전예방적 접근성(4.41점) → 형평성(4.33점) 순으로 나타났고 처분 기준의 방향 적절성은 4.23점(9점 만점)으로 실효성(4.52점) → 사전예방적 접근성(4.33점) → 형평성(3.85점) 순으로 나타났음<표56>.

<표 56> 현행 제도의 방향 적절성에 대한 이해관계자 평가 순위

평가 지표		평균	표준편차	순위
의뢰·선정 기준	형평성	4.33	2.08	3
	실효성	4.81	2.29	1
	사전예방적 접근성	4.41	2.27	2
	계	4.52	1.98	
처분기준	형평성	3.85	1.97	3
	실효성	4.52	2.22	1
	사전예방적 접근성	4.33	2.43	2
	계	4.23	1.93	

※최고점 9점

○ **이해관계 그룹별 현행 제도의 방향 적절성 평가**

- 이해관계 그룹별 의뢰 · 선정의 방향 적절성(9점 만점)은 심평원 · 건보공단(6.33점)

→ 선정심의위원회(6.17점) → 병원협회(4.78점) → 약사회(4.56점) → 행정처분심의위원회(4.33점) → 한의사협회(4.11점) → 치과협회(3.89점) → 학계(3.78점) → 의사협회(3.00점) 순으로 나타났음.

- 이해관계 그룹별 처분기준의 적절성은 심평원 · 건보공단(6.33점) → 선정심의위원회(6.17점) → 병원협회(4.44점) → 행정처분심의위원회(4.33점) → 치과협회(3.89점) → 약사회(3.78점) →의사협회(3.67점) → 학계(3.22점) 순으로 나타났음.

○ **이해관계 그룹별 현행 연간 현지조사 요양기관수의 적정성 평가**

- 현지조사 요양기관 수의 적정성은 평균 4.59점으로(9점 만점) 심평원 · 건보공단(6.33점) → 치과협회(5.67점) → 선정심의위원회(5.00점) → 행정처분심의위원회(4.67점) = 한의사협회(4.67점) = 약사회(4.67점) = 병원협회(4.67점) → 학계(3.17점) → 의사협회(3.00점) 순으로 나타났음<그림8>.

그림 8. 이해관계 그룹별 현행 연간 현지조사 요양기관수의 적정성 평가

나. 기준 개선안 의뢰·선정에 대한 이해관계자 1차 의견조사

○ 개선1안 의뢰 · 선정 개선효과 및 개선방안 적절성 평가

- 개선1안의 의뢰 · 선정 개선효과의 적절성(9점 만점)은 평균 4.57점으로 실효성(4.67점) → 형평성(4.63점) → 사전예방적 접근성(4.41점) 순으로 나타났음. 그리고 개선방안 적용의 적절성은 평균 4.96점으로 실현가능성(5.15점) → 동의성(4.26점) → 시급성(4.00점) 순으로 나타났음<표57>.

<표 57> 개선1안 의뢰 · 선정 개선효과 및 개선방안 적정성 평가 순위

평가 지표		평균	표준편차	순위
개선효과	형평성	4.63	2.24	2
	실효성	4.67	2.17	1
	사전예방적 접근성	4.41	2.08	3
	계	4.57	1.96	
개선방안의 적용	동의성	4.26	2.44	2
	시급성	4.00	2.24	3
	실현가능성	5.15	2.40	1
	계	4.96	2.39	

※최고점 9점

○ 이해관계자 그룹별 개선1안 의뢰 · 선정 개선효과 및 개선방안 적절성 평가

- 이해관계자 그룹별 개선1안의 의뢰 · 선정 개선효과 적절성(9점 만점)은 선정심의위원회(6.83점) → 행정처분심의위원회(6.00점) → 심평원 · 건보공단(5.89점), 치과협회(4.22점) → 한의사협회(3.89점) → 병원협회(3.78점) → 학계(3.72점) → 의사협회(3.33점) 순으로 나타났음. 그리고 개선방안 적용의 적절성은 행정처분심의위원회(6.56점) → 심평원 · 건보공단(5.89점) → 선정심의위원회(5.50점) → 치과협회(5.22점) → 학계(4.11점) → 약사회(3.89점) → 의사협회(3.00점) → 한의사협회(2.89점) = 병원협회(2.89점) 순으로 나타났음<그림9>.

<그림 9> 이해관계 그룹별 개선1안 의뢰・선정 개선효과 및
개선방안 적용의 적절성 평가

○ **개선2안 의뢰・선정 개선효과 및 개선방안 적절성 평가**

• 개선2안의 의뢰・선정 개선효과의 적절성은 평균 4.94점으로 사전예방적 접근성(5.07점) → 형평성(4.93점) → 실효성(4.81점) 순으로 나타났음. 그리고 개선방안 적용의 적절성은 평균 4.86점으로 실현가능성(5.37점), 동의성(4.78점) → 시급성(4.44점) 순으로 나타났음<표58>.

<표 58> 개선2안 의뢰・선정 개선효과 및 개선방안 적절성 평가 순위

평가 지표		평균	표준편차	순위
개선효과	형평성	4.93	2.64	2
	실효성	4.81	2.56	3
	사전예방적 접근성	5.07	2.37	1
	계	4.94	2.40	
개선방안의 적용	동의성	4.78	2.64	2
	시급성	4.44	2.61	3
	실현가능성	5.37	2.59	1
	계	4.86	2.37	

※최고점 9점

○ **이해관계자 그룹별 개선2안 의뢰・선정 개선효과 및 개선방안 적절성 평가**

• 이해관계자 그룹별 개선2안의 의뢰・선정 개선효과 적절성은 심평원・건보공단

(8.22점) → 선정심의위원회(7.50점) → 행정처분심의위원회(6.33점) → 치과협회(5.56점) → 약사회(5.22점) → 병원협회(3.78점) → 의사협회(3.00점) → 한의사협회(2.44점) 순으로 나타났음.

- 이해관계자 그룹별 개선2안 의뢰 · 선정 개선방안 적용의 적절성은 심평원 · 건보공단(8.22점) → 선정심의위원회(7.50점) → 행정처분심의위원회(6.33점) → 치과협회(5.56점) → 약사회(5.22점) → 병원협회(3.78점), 학계(3.44점) → 의사협회(3.00점) → 한의사협회(2.44점) 순으로 나타났음<그림10>.

<그림 10> 이해관계 그룹별 개선2안 의뢰·선정 개선효과 및 개선방안 적용의 적절성 평가

○ **개선3안 의뢰 · 선정 개선효과 및 개선방안 적절성 평가**

- 개선3안의 의뢰 · 선정 개선효과의 적절성은 평균 4.95점으로 형평성(5.19점) → 실효성(5.07점) → 사전예방적 접근성(4.59점) 순으로 나타났음. 그리고 개선방안 적용의 적절성은 실현가능성(5.33점) → 동의성(4.89점) → 시급성(4.48점) 순으로 나타났음<표59>.

<표 59> 개선3안 의뢰 · 선정 개선효과 및 개선방안 적절성 평가 순위

평가 지표		평균	표준편차	순위
개선효과	형평성	5.19	2.25	1
	실효성	5.07	2.01	2
	사전예방적 접근성	4.59	2.37	3
	계	4.95	1.98	
개선방안의 적용	동의성	4.89	2.49	2
	시급성	4.48	2.21	3
	실현가능성	5.33	2.22	1
	계	4.90	2.03	

※최고점 9점

○ **이해관계자 그룹별 개선3안 의뢰 · 선정 개선효과 및 개선방안 적절성 평가**

- 이해관계자 그룹별 개선3안의 의뢰 · 선정 개선효과 적절성은 평균 4.90점으로 약사회(6.33점) → 병원협회(5.78점) → 행정처분심의위원회(5.56점) → 선정심의위원회(5.50점) → 의사협회(5.00점) → 치과협회(4.78점) → 학계(4.39점) → 심평원 · 건보공단(4.22점) → 한의사협회(3.78점) 순으로 나타났음.
- 이해관계자 그룹별 개선3안의 의뢰 · 선정 개선방안 적용의 적절성은 약사회(6.44점) → 행정처분심의위원회(5.78점) → 치과협회(5.33점) → 선정심의위원회(5.17점) → 의사협회(5.00점) → 병원협회(4.89점) → 학계(4.44점) → 한의사협회(3.89점) → 심평원 · 건보공단(3.78점) 순으로 나타났음<그림11>.

<그림 11> 이해관계 그룹별 개선3안 의뢰·선정 개선효과 및 개선방안 적용의 적절성 평가

1안

의뢰·선정: 개선방안의 적용(실현가능성↑) > 개선효과(실효성↑)
처분: 개선방안의 적용(실현가능성↑) > 개선효과(사전예방적 접근성↑)
→ 실현가능성 측면에서 개선방안의 적용 효과 높음

2안

의뢰·선정: 개선효과(사전예방적 접근성↑) > 개선방안의 적용(실현가능성↑)
처분: 개선효과(사전예방적 접근성↑) > 개선방안의 적용(실현가능성↑)
→ 사전예방적 측면에서 개선 효과 높음

3안

의뢰·선정: 개선효과(형평성↑) > 개선방안의 적용(실현가능성↑)
처분: 개선효과(형평성↑, 실효성↑) > 개선방안의 적용(실현가능성↑)
→ 형평성 및 실효성 측면에서 개선 효과 높음

<그림 12> 기준 개선안 의뢰·선정에 대한 이해관계자 1차 의견조사 주요결과

다. 기준 개선안 처분에 대한 이해관계자 1차 의견조사

○ **개선1안 의뢰 · 선정 개선효과 및 개선방안 적절성 평가**

- 개선1안의 처분 개선효과의 적절성은 평균 4.60점으로 사전예방적 접근성(4.74점) → 형평성(4.67점) → 실효성(4.41점) 순으로 나타났음. 그리고 개선방안 적용의 적절성은 평균 5.02점으로 실현가능성(5.15점) → 동의성(4.37점) → 시급성(3.89점) 순으로 나타났음<표60>.

<표 60> 개선1안 처분 개선효과 및 개선방안 적정성 평가 순위

평가 지표		평균	표준편차	순위
개선효과	형평성	4.67	2.35	2
	실효성	4.41	2.17	3
	사전예방적 접근성	4.74	2.14	1
	계	4.60	2.00	
개선방안의 적용	동의성	4.37	2.62	2
	시급성	3.89	2.15	3
	실현가능성	5.15	2.35	1
	계	5.02	2.45	

※최고점 9점

○ **이해관계자 그룹별 개선1안 처분 개선효과 및 개선방안 적절성 평가**

- 이해관계자 그룹별 개선1안의 처분 개선효과 적절성은 선정심의위원회(6.33점) → 행정처분심의위원회(5.78점) → 심평원 · 건보공단(5.67점) → 치과협회(4.67점) → 한의사협회(4.44점) → 약사회(4.22점) → 병원협회(3.78점) → 학계(3.72점) → 의사협회(3.67점) 순으로 나타났음.
- 이해관계자 그룹별 개정1안의 처분 개선방안 적용의 적절성은 행정처분심의위원회(6.56점) → 선정심의위원회(6.33점) → 심평원 · 건보공단(5.67점) → 치과협회(5.00점) → 학계(4.11점) → 약사회(3.78점) → 의사협회(3.00점) → 한의사협회(2.89점) = 병원협회(2.89점) 순으로 나타났음<그림13>.

<그림 13> 이해관계 그룹별 개선1안 처분 개선효과 및 개선방안 적용의 적절성

○ **개선2안 의뢰 · 선정 개선효과 및 개선방안 적절성 평가**

- 개선2안의 처분 개선효과의 적절성은 평균 5.02점으로 사전예방적 접근성(5.26점) → 형평성(5.00점) → 실효성(4.81점) 순으로 나타났음. 그리고 개선방안 적용의 적절성은 평균 4.96점으로 실현가능성(5.41점) → 동의성(5.07점) → 시급성(4.41점) 순으로 나타났음<표61>.

<표 61> 개선2안 처분 개선효과 및 개선방안 적정성 평가 순위

평가 지표		평균	표준편차	순위
개선효과	형평성	5.00	2.72	2
	실효성	4.81	2.64	3
	사전예방적 접근성	5.26	2.54	1
	계	5.02	2.45	
개선방안의 적용	동의성	5.07	2.69	2
	시급성	4.41	2.62	3
	실현가능성	5.41	2.59	1
	계	4.96	2.39	

※최고점 9점

○ **이해관계자 그룹별 개선2안 처분 개선효과 및 개선방안 적절성 평가**

- 이해관계자 그룹별 개선2안의 처분 개선효과 적절성은 심평원 · 건보공단(8.33점) →

선정심의위원회(7.50점) → 행정처분심의위원회(6.33점) → 치과협회(5.89점) → 약사회(5.22점) → 병원협회(4.00점) → 학계(3.28점) → 한의사협회(2.56점) 순으로 나타났음.

- 이해관계자 그룹별 개선2안의 처분 개선방안 적용의 적절성은 심평원 · 건보공단(8.56점) → 선정심의위원회(7.50점) → 행정처분심의위원회(6.56점) → 치과협회(5.33점) → 약사회(4.22점), 의사협회(4.00점) → 학계(3.72점) → 병원협회(3.11점) = 한의사협회(3.11점) 순으로 나타났음<그림14>.

<그림 14> 이해관계 그룹별 개선2안 처분 개선효과 및 개선방안 적용의 적절성

○ **개선3안 의뢰 · 선정 개선효과 및 개선방안 적절성 평가**

- 개선3안의 처분 개선효과의 적절성은 평균 5.07점으로 형평성(5.19점) → 실효성(5.19점) → 사전예방적 접근성(4.85점) 순으로 나타났음. 그리고 개선방안 적용의 적절성은 평균 4.93점으로 실현가능성(5.22점) → 동의성(5.11점) → 시급성(4.44점) 순으로 나타났음<표62>.

<표 62> 개선3안 처분 개선효과 및 개선방안 적정성 평가 순위

평가 지표		평균	표준편차	순위
개선효과	형평성	5.19	2.32	1
	실효성	5.19	2.22	1
	사전예방적 접근성	4.85	2.38	2
	계	5.07	2.08	
개선방안의 적용	동의성	5.11	2.50	2
	시급성	4.44	2.19	3
	실현가능성	5.22	2.12	1
	계	4.93	1.95	

※최고점 9점

○ **이해관계자 그룹별 개선3안 처분 개선효과 및 개선방안 적절성 평가**

- 이해관계 그룹별 개선3안의 처분 개선효과 적절성은 약사회(6.44점) → 병원협회(6.33점) → 선정심의위원회(6.17점) → 의사협회(6.00점) → 행정처분심의위원회(5.67점) → 치과협회(4.67점) → 학계(4.44점) → 한의사협회(3.78점) → 심평원 · 건보공단(3.78점) 순으로 나타났음.
- 이해관계 그룹별 개선3안의 처분 개선방안 적용의 적절성은 행정처분심의위원회(6.22점) → 의사협회(6.00점) → 약사회(5.44점) → 선정심의위원회(5.33점) → 병원협회(5.00점) → 치과협회(4.89점) → 학계(4.44점) → 심평원 · 건보공단(4.44점) → 한의사협회(3.89점) 순으로 나타났음<그림15>.

<그림 15> 이해관계 그룹별 개선3안 처분 개선효과 및 개선방안 적용의 적절성

1안

고평가 → 선정심의위원회, 행정처분심의위원회, 심평원/건보공단
저평가 → 의사협회, 병원협회, 한의사협회

2안

고평가 → 선정심의위원회, 심평원/건보공단
저평가 → 의사협회, 병원협회, 한의사협회

3안

고평가 → 의사협회, 병원협회, 약사회
저평가 → 한의사협회, 심평원/건보공단

<그림 16> 기준 개선안에 대한 이해관계 그룹별 1차 의견조사 주요결과

3. 이해관계자 델파이조사 2차

가. 기준 개선안 의뢰·선정에 대한 이해관계자 2차 의견조사

○ **개선안 의뢰 · 선정 부당비율 수용성 평가**

- 기준 개선안별 의뢰 · 선정 시 부당비율에 대한 수용성을 조사한 결과, 개선3안(5.74점) → 개선2안(5.52점) → 개선1안(5.09점) 순으로 나타났음<표63>.

<표 63> 개선안별 의뢰 · 선정 부당비율 수용성 평가 순위

평가 지표		개선안	평균(점)	표준편차	순위
의뢰 선정	부당비율 (0.5% 이상) ↓ 부당비율 (0.1%-0.5% 미만)	1안	5.09	2.79	3
		2안	5.52	2.69	2
		3안	5.74	2.58	1

※최고점 9점

○ **이해관계 그룹별 개선안 의뢰 · 선정 부당비율 수용성 평가**

- 이해관계 그룹별 개선1안의 부당비율 수용 수준은 선정심의위원회(9.0점) → 행정처분심의위원회(7.0점) = 심평원 · 건보공단(7.0점) → 학계(6.3점) → 치과협회(5.0점) → 약사회(3.0점) → 의사협회(2.0점) = 병원협회(2.0점) → 한의사협회(1.7점) 순으로 나타났음.
- 이해관계 그룹별 개선2안의 부당비율 수용 수준은 선정심의위원회(9.0점) → 행정처분심의위원회(7.7점) → 심평원 · 건보공단(7.0점) → 학계(6.3점) → 치과협회(5.0점) → 한의사협회(4.3점) → 약사회(3.0점) = 의사협회(3.0점) → 병원협회(1.0점) 순으로 나타났음.
- 이해관계 그룹별 개선3안 부당비율 수용 수준은 선정심의위원회(9.0점) → 행정처분심의위원회(7.7점) → 심평원 · 건보공단(7.0점) → 학계(6.7점) → 의사협회(6.0점) → 약사회(5.0점) → 치과협회(4.5점) → 병원협회(4.0점) → 한의사협회(1.7점) 순으로 나타났음<그림17>.

<그림 17> 이해관계 그룹별 개선안 의뢰・선정 부당비율의 수용성

○ **개선안 의뢰・선정 월평균부당금액 수용성 평가**

- 기준 개선안 의뢰・선정 시 월평균부당금액에 대한 수용성을 조사한 결과 개선1안(6.13점) = 개선2안(6.13점) → 개선3안(5.83점) 순으로 나타났음<표64>.

<표 64> 개선안별 의뢰・선정 월평균부당금액 수용성 평가 순위

평가 지표		개선안	평균(점)	표준편차	순위
의뢰 선정	월평균부당금액 (20만원 이상) ↓ 월평균부당금액 (40만원 이상) 또는 월평균부당금액 (80만원 이상)	1안	6.13	2.30	1
		2안	6.13	2.07	1
		3안	5.83	2.01	3

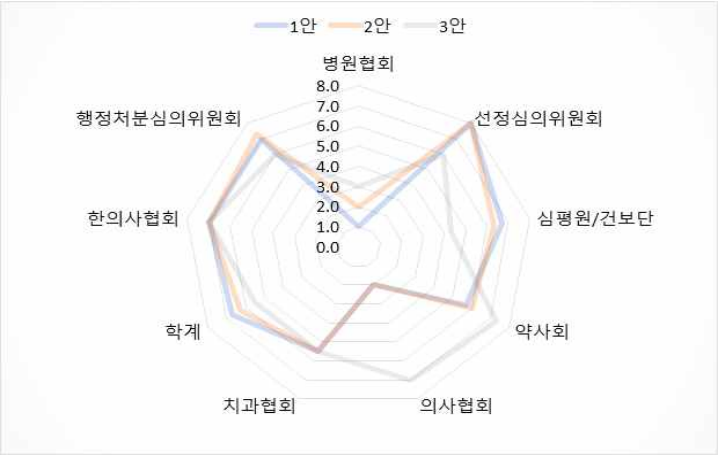
※최고점 9점

○ **이해관계 그룹별 개선안 의뢰・선정 월평균부당금액 수용성 평가**

- 이해관계 그룹별 개선1안의 월평균부당금액의 수용 수준은 선정심의위원회(8.0점) → 행정처분심의위원회(7.0점) = 한의사협회(7.0점) → 학계(6.7점) = 심평원・건보공단(6.7점) → 약사회(5.7점) → 치과협회(5.5점) → 의사협회(2.0점) → 병원협회(1.0점) 순으로 나타났음.
- 이해관계 그룹별 개선2안의 월평균부당금액의 수용 수준은 선정심의위원회(8.0점)

→ 행정처분심의위원회(7.3점) → 한의사협회(7.0점) → 학계(6.3점) = 심평원 · 건보공단(6.3점) → 약사회(6.0점) → 치과협회(5.5점) → 의사협회(2.0점) = 병원협회(2.0점) 순으로 나타났음.

- 이해관계 그룹별 개선3안의 월평균부당금액의 수용 수준은 약사회(7.3점) → 한의사협회(7.0점) = 의사협회(7.0점) → 선정심의위원회(6.0점) = 행정처분심의위원회(6.0점) → 학계(5.5점) = 치과협회(5.5점) → 심평원 · 건보공단(4.3점) → 병원협회(3.0점) 순으로 나타났음<그림18>.



<그림 18> 이해관계 그룹별 개선안 의뢰 · 선정 월평균부당금액의 수용성

○ **개선3안 의뢰 · 선정 부당비율 수용성 평가**

- 개선3안 중 의뢰 · 선정 시 부당비율에 대한 세부 수용성을 조사한 결과 개선3-①안(5.74점) → 개선3-③안(5.48점) → 개선3-②안(5.35점) 순으로 나타났음<표65>.

• 개선3-①안: 부당금액이 큰 기관을 처분 대상에 포함되도록 하되 처분기준을 대폭 완화 + 가중처분 부과 • 개선3-②안: 3안) + 속임수를 사용하여 거짓 청구한 기관에 대하여는 거짓가중부당금액 부과 • 개선3-③안: 3안) + 속임수를 사용하여 거짓 청구한 기관에 대하여는 가중처분 부과

<표 65> 개선3안 의뢰・선정 부당비율 수용성 평가 순위

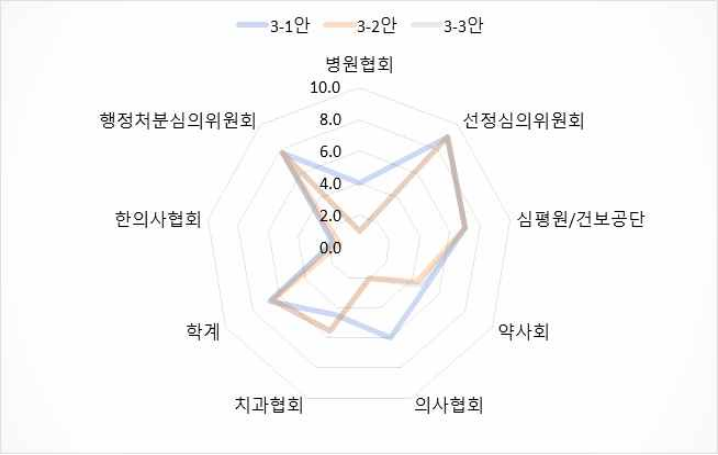
평가 지표		개선안	평균(점)	표준편차	순위
의뢰 선정	부당비율 (0.5% 이상)	3-1안	5.74	2.58	1
	↓	3-2안	5.35	2.93	3
	부당비율 (0.1%-0.5% 미만)	3-3안	5.48	2.86	2

※최고점 9점

<그림 19> 이해관계 그룹별 개선안별 부당비율 및 월평균부당금액 수용성 주요결과

○ **이해관계 그룹별 개선3안 의뢰・선정 부당비율 수용성 평가**

- 이해관계 그룹별 개선3-①안의 부당비율의 수용 수준은 선정심의위원회(9.0점) → 행정처분심의위원회(7.7점) → 심평원・건보공단(7.0점) → 학계(6.7점) → 의사협회(6.0점) → 치과협회(4.5점) → 병원협회(4.0점) → 한의사협회(1.7점) 순으로 나타났음.
- 이해관계 그룹별 개선3-②안의 부당비율의 수용 수준은 선정심의위원회(9.0점) → 행정처분심의위원회(7.7점) → 심평원・건보공단(7.0점) → 학계(6.5점) → 치과협회(5.5점) → 약사회(4.3점) → 의사협회(2.0점) → 한의사협회(1.3점) → 병원협회(1.0점) 순으로 나타났음.
- 이해관계 그룹별 개선3-③안의 부당비율의 수용 수준은 선정심의위원회(9.0점) → 행정처분심의위원회(7.7점) → 심평원・건보공단(7.0점) → 학계(6.6점) → 치과협회(5.5점) → 약사회(4.7점) → 의사협회(2.0점) → 한의사협회(1.7점) → 병원협회(1.0점) 순으로 나타났음<그림20>.



<그림 20> 이해관계 그룹별 개선3안 의뢰・선정 부당비율 수용성

○ **개선3안 의뢰・선정 월평균부당금액 수용성 평가**

- 개선3안 중 의뢰・선정 시 월평균부당금액에 대한 세부 수용성을 조사한 결과 개선3-①안(5.83점) → 개선3-②안(5.48점) → 개선3-③안(5.09점) 순으로 나타났음<표 66>.

<표 66> 개선3안 의뢰 · 선정 월평균부당금액 수용성 평가 순위

평가 지표		개선안	평균(점)	표준편차	순위
의뢰 선정	월평균부당금액 (20만원 이상)	3-1안	5.74	2.58	1
	↓	3-2안	5.35	2.93	3
	월평균부당금액 (80만원 이상)	3-3안	5.48	2.86	2

※최고점 9점

○ **이해관계 그룹별 개선3안 의뢰 · 선정 월평균부당금액 수용성 평가**

- 이해관계 그룹별 개선3-①안의 월평균부당금액의 수용 수준은 약사회(7.3점) → 한의사협회(7.0점) = 의사협회(7.0점) → 선정심의위원회(6.0점) = 행정처분심의위원회(6.0점) → 치과협회(5.5점) = 학계(5.5점) → 심평원 · 건보공단(4.3점) → 병원협회(3.0점) 순으로 나타났음.
- 이해관계 그룹별 개선3-②안의 월평균부당금액의 수용 수준은 약사회(7.0점) = 한의사협회(7.0점) → 치과협회(6.5점) → 선정심의위원회(6.0점) → 학계(5.7점) → 행정처분심의위원회(5.3점) → 심평원 · 건보공단(3.3점) → 의사협회(3.0점) → 병원협회(2.0점) 순으로 나타났음.
- 이해관계 그룹별 개선3-③안의 월평균부당금액의 수용 수준은 약사회(6.7점) → 선정심의위원회(6.0점) = 치과협회(6.0점) → 학계(5.7점) → 행정처분심의위원회(5.3점) → 한의사협회(4.7점) → 심평원 · 건보공단(3.3점) → 의사협회(3.0점) → 병원협회(2.0점) 순으로 나타났음<그림21>.

<그림 21> 이해관계 그룹별 개선3안 의뢰·선정 월평균부당금액 수용성

나. 기준 개선안 처분에 대한 이해관계자 2차 의견조사

○ **개선안 처분 부당비율 수용성 평가**

- 기준 개선안 처분 시 부당비율에 대한 수용성을 조사한 결과, 개선안(5.52점) → 개선2안(5.39점) → 개선1안(5.04점) 순으로 나타났음<표67>.

<표 67> 개선안 처분 부당비율 수용성 평가 순위

평가 지표		개선안	평균(점)	표준편차	순위
처분	부당비율 (0.5% 이상)	1안	5.04	2.69	3
	↓	2안	5.39	2.69	2
	부당비율 (0.1%-0.5% 미만)	3안	5.52	2.56	1

※최고점 9점

○ **이해관계자 그룹별 개선안 처분 부당비율 수용성 평가**

- 이해관계 그룹별 개선1안의 부당비율 수용 수준은 선정심의위원회(9.0점) → 심평원·건보공단(7.0점) → 행정처분심의위원회(6.3점) = 학계(6.3점) → 치과협회(5.0점) → 의사협회(3.0점) = 약사회(3.0점) → 병원협회(2.0점) → 한의사협회(1.7점) 순으로 나타났음.

- 이해관계 그룹별 개선2안의 부당비율 수용 수준은 선정심의위원회(9.0점) → 심평원·건보공단(7.0점) = 행정처분심의위원회(7.0점) → 학계(6.3점) → 치과협회(5.0점) → 한의사협회(4.3점) → 약사회(3.0점) → 의사협회(2.0점) → 병원협회(1.0점) 순으로 나타났음.
- 이해관계 그룹별 개선3안의 부당비율 수용 수준은 선정심의위원회(9.0점) → 심평원·건보공단(7.0점) = 행정처분심의위원회(7.0점) → 학계(6.3점) → 의사협회(5.0점) → 약사회(4.7점) → 치과협회(4.5점) → 한의사협회(1.7점) 순으로 나타났음<그림22>.

<그림 22> 이해관계 그룹별 개선안 처분 부당비율 수용성

○ **개선안 처분 월평균부당금액 수용성 평가**

- 기준 개선안 처분 시 월평균부당금액에 대한 수용성을 조사한 결과, 개선2안(6.04점), 개선1안(6.00점), 개선3안(5.61점) 순으로 나타났음<표68>.

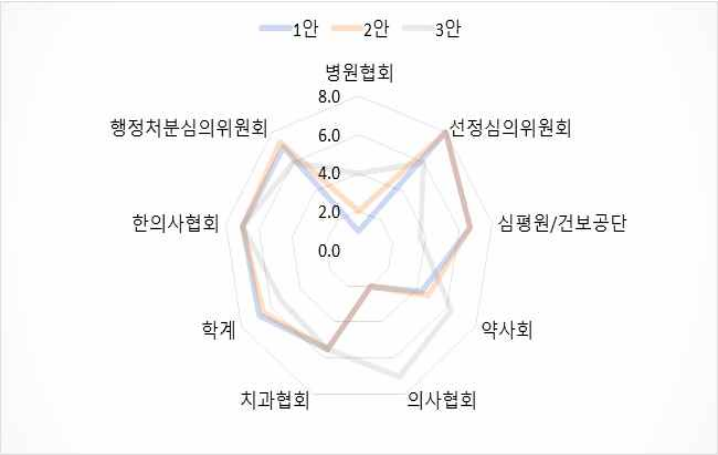
<표 68> 개선안 처분 월평균부당금액 수용성 평가 순위

평가 지표		개선안	평균(점)	표준편차	순위
처분	월평균부당금액 (20만원 이상)	1안	6.00	2.37	2
	↓	2안	6.04	2.23	1
	월평균부당금액 (40만원 이상) 또는 월평균부당금액 (80만원 이상)	3안	5.61	1.92	3

※최고점 9점

○ **이해관계자 그룹별 개선안 처분 월평균부당금액 수용성 평가**

- 이해관계자 그룹별 개선1안의 부당비율 수용 수준은 선정심의위원회(8.0점) → 행정처분심의위원회(7.0점) = 한의사협회(7.0점) → 학계(6.8점) → 심평원 · 건보공단(6.7점) → 치과협회(5.5점) → 약사회(4.3점) → 의사협회(2.0점) → 병원협회(1.0점) 순으로 나타났음.
- 이해관계자 그룹별 개선2안의 부당비율 수용 수준은 선정심의위원회(8.0점) → 행정처분심의위원회(7.3점) → 한의사협회(7.0점) → 심평원 · 건보공단(6.7점) → 학계(6.5점) → 치과협회(5.5점) → 약사회(4.7점) → 의사협회(2.0점) = 병원협회(2.0점) 순으로 나타났음.
- 이해관계자 그룹별 개선3안의 부당비율 수용 수준은 한의사협회(7.0점) = 의사협회(7.0점) → 약사회(6.3점) → 선정심의위원회(6.0점) = 행정처분심의위원회(6.0점) → 치과협회(5.5점) → 학계(5.3점) → 병원협회(4.0점) → 심평원 · 건보공단(3.7점) 순으로 나타났음<그림23>.



<그림 23> 이해관계 그룹별 개선안 처분 월평균부당금액 수용성

○ **개선3안 처분 부당비율 수용성 평가**

- 개선3안 중 처분 시 부당비율에 대한 하위 수용성을 조사한 결과 개선3-①안(5.52점) → 개선3-②안(5.48점) → 개선3-③안(5.43점) 순으로 나타났음<표69>.

<표 69> 개선3안 처분 부당비율 수용성 평가 순위

평가 지표		개선안	평균(점)	표준편차	순위
처분	부당비율 (0.5% 이상)	3-1안	5.52	2.56	1
	↓	3-2안	5.48	2.81	2
	부당비율 (0.1%-0.5% 미만)	3-3안	5.43	2.74	3

※최고점 9점

○ **이해관계자 그룹별 개선3안 처분 부당비율 수용성 평가**

- 이해관계 그룹별 개선3-①안의 부당비율의 수용 수준은 선정심의위원회(9.0점) → 행정처분심의위원회(7.0점) = 심평원・건보공단(7.0점) → 학계(6.3점) → 의사협회(5.0점) = 병원협회(5.0점) → 약사회(4.7점) → 치과협회(4.5점) → 한의사협회(1.7점) 순으로 나타났음.
- 이해관계 그룹별 개선3-②안의 부당비율의 수용 수준은 선정심의위원회(9.0점) → 행정처분심의위원회(7.0점) = 심평원・건보공단(7.0점) → 학계(6.7점) → 약사회(5.7점) → 치과협회(5.5점) → 의사협회(2.0점) → 한의사협회(1.3점) → 병원협회(1.0점) 순으로 나타났음.
- 이해관계 그룹별 개선3-③안의 부당비율의 수용 수준은 선정심의위원회(9.0점) → 행정처분심의위원회(7.0점) = 심평원・건보공단(7.0점) → 학계(6.8점) → 치과협회(5.5점) → 약사회(4.3점) → 병원협회(2.0점) → 한의사협회(1.7점) 순으로 나타났음<그림 24>.

<그림 24> 이해관계 그룹별 개선3안 처분 부당비율 수용성

○ **개선3안 처분 월평균부당금액 수용성 평가**

- 개선3안 중 처분 시 월평균부당금액에 대한 하위 수용성을 조사한 결과 개선3-①안, 개선3-②안, 개선3-③안 순으로 나타났음<표70>.

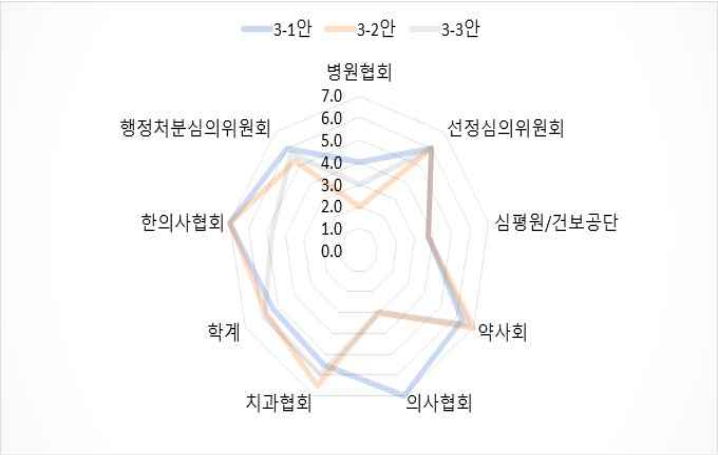
<표 70> 개선3안 처분 월평균부당금액 수용성 평가 순위

평가 지표		개선안	평균(점)	표준편차	순위
처분	월평균부당금액 (20만원 이상)	3-1안	5.61	1.92	1
	↓	3-2안	5.52	2.13	2
	월평균부당금액 (80만원 이상)	3-3안	5.26	2.18	3

※최고점 9점

○ **이해관계자 그룹별 개선3안 처분 월평균부당금액 수용성 평가**

- 이해관계 그룹별 개선3-①안의 월평균부당금액의 수용 수준은 한의사협회(7.0점)= 의사협회(7.0점) → 약사회(6.3점) → 행정처분심의위원회(6.0점) = 선정심의위원회(6.0점) → 치과협회(5.5점) → 학계(5.3점) → 병원협회(4.0점) → 심평원 · 건보공단(3.7점) 순으로 나타났음.
- 이해관계 그룹별 개선3-②안의 월평균부당금액의 수용 수준은 한의사협회(7.0점) = 약사회(7.0점) → 치과협회(6.5점) → 선정심의위원회(6.0점) → 학계(5.7점) → 행정처분심의위원회(5.3점) → 심평원 · 건보공단(3.7점) → 의사협회(3.0점) → 병원협회(2.0점) 순으로 나타났음.
- 이해관계 그룹별 개선3-③안의 월평균부당금액의 수용 수준은 약사회(6.7점) → 치과협회(6.0점) = 선정심의위원회(6.0점) → 학계(5.8점) → 행정처분심의위원회(5.7점) → 한의사협회(4.7점) → 심평원 · 건보공단(3.7점) → 의사협회(3.0점) = 병원협회(3.0점) 순으로 나타났음<그림25>.



<그림 25> 이해관계 그룹별 개선3안 월평균부당금액 수용성

○ **개선안 처분 시 거짓가중부당비율 수용성 평가**

- 처분 시 거짓가중부당비율에 대한 수용성을 조사한 결과 개선3-②안 → 개선3-③안 → 개선2안 순으로 나타났음<표71>.

<표 71> 개선안 처분 시 거짓가중부당비율 수용성 평가 순위

평가 지표		개선안	평균(점)	표준편차	순위
처분	부당비율 (총 부당금액)	2안	5.09	2.98	3
	↓	3-2안	5.39	2.46	1
	거짓가중부당비율 (거짓가중부당금액)	3-3안	5.30	2.58	2

※ 거짓가중부당비율: 거짓청구가 적발된 요양기관에 대한 처분을 강화하고자 부당비율 산출 시 거짓청구 금액에 가중치를 두어 산출

※ 거짓가중부당비율은 개선2안, 개선3-②안, 개선3-③안만 적용하였음.

○ **이해관계자 그룹별 개선안 처분 시 거짓가중부당비율 수용성 평가**

- 이해관계 그룹별 개선2안의 거짓가중부당비율의 수용 수준은 선정심의위원회(9.0점) → 심평원 · 건보공단(7.3점) → 행정처분심의위원회(6.7점) → 학계(5.8점) → 치과협회(4.0점) = 약사회(4.0점) → 한의사협회(2.3점) → 의사협회(2.0점) = 병원협회(2.0점) 순으로 나타났음.
- 이해관계 그룹별 개선3-②안의 거짓가중부당비율의 수용 수준은 선정심의위원회(8.0

점) = 심평원 · 건보공단(8.0점) → 행정처분심의위원회(7.0점) → 학계(5.5점) → 치과협회(4.5점) → 한의사협회(4.3점) → 약사회(3.3점) → 병원협회(2.0점) = 의사협회(2.0점) 순으로 나타났음<그림26>.

- 이해관계 그룹별 개선3-③안의 거짓가중부당비율의 수용 수준은 선정심의위원회(8.0점) → 심평원 · 건보공단(7.3점) → 행정처분심의위원회(7.0점) → 학계(5.5점) → 치과협회(4.5점) → 한의사협회(4.3점) = 약사회(4.3점) → 병원협회(3.0점) → 의사협회(2.0점) 순으로 나타났음<그림27>.

<그림 26> 이해관계 그룹별 개선안 처분의 거짓가중부당비율 수용성

<그림 27> 이해관계 그룹별 개선3안 처분의 거짓가중부당비율 수용성

○ **개선안 처분 시 재 적발 가중처분 수용성 평가**

- 처분 시 가중처분에 대한 수용성을 조사한 결과 개선2안 → 개선3-①안 → 개선1안 → 개선3-③안 순으로 나타났음<표72>.

<표 72> 개선안 처분 시 재 적발 가중처분 수용성 평가 순위

평가 지표		개선안	평균(점)	표준편차	순위
처분	5년 이내 재위반시 2배 처분 ↓ 10년 이내 재위발시 2배 3회 위반시 3배 처분	1안	5.21	2.52	3
		2안	5.39	2.64	1
		3-1안	5.26	2.56	2
		3-3안	5.17	2.46	4

※ 가중처분은 개선1안, 개선2안, 개선3-①안, 개선3-③안만 적용하였음.

○ **이해관계자 그룹별 개선안 처분 시 재 적발 가중처분 수용성 평가**

- 이해관계 그룹별 개선1안의 가중처분의 수용 수준은 심평원 · 건보공단(8.3점), 행정처분심의위원회(6.0점), 약사회(6.0점), 학계(5.0점), 치과협회(5.0점), 선정심의위원회(5.0점), 한의사협회(3.0점), 병원협회(3.0점), 의사협회(2.0점) 순으로 나타났음.
- 이해관계 그룹별 개선2안의 가중처분의 수용 수준은 심평원 · 건보공단(8.7점), 행정처분심의위원회(6.3점), 약사회(6.0점), 학계(5.0점), 치과협회(5.0점), 선정심의위원회(5.0점), 한의사협회(4.0점), 병원협회(2.0점), 의사협회(2.0점) 순으로 나타났음<그림

28>.

- 이해관계 그룹별 개선3-①안의 재 적발 가중처분의 수용 수준은 심평원 · 건보공단(7.3점), 행정처분심의위원회(6.3점), 약사회(6.0점), 선정심의위원회(6.0점), 학계(5.5점), 치과협회(4.5점), 병원협회(4.0점), 한의사협회(3.0점), 의사협회(1.0점) 순으로 나타났음.
- 이해관계 그룹별 개선3-③안의 재 적발 가중처분의 수용 수준은 심평원 · 건보공단(7.3점), 선정심의위원회(7.0점), 행정처분심의위원회(6.7점), 치과협회(5.5점), 약사회(5.3점), 학계(5.2점), 병원협회(3.0점), 한의사협회(2.7점), 의사협회(1.0점) 순으로 나타났음<그림29>.

<그림 28> 이해관계 그룹별 개선안 처분의 재 적발 거중처분 수용성

<그림 29> 이해관계 그룹별 개선3안 처분의 재 적발 가중처분 수용성

4. 이해관계 단체 간담회 및 인터뷰

가. 이해관계 주요 단체 간담회

○ **현지조사 의뢰·선정에 대한 계도 적용**

- 계도 행정은 착오 청구의 발생 및 재발을 감소시킬 수 있는 장점이 있음. 특히 행정력 다소 부족한 병원의 계도 적용이 필요함.
- 잦은 급여기준의 변화로 의도하지 않은 착오 청구가 발생하는 사례가 있음. 고시 변경 시점에 기존 청구 방식을 따르는 사례가 발생할 수 있으므로 이러한 경우 일정 시간(기간)동안에 계도 적용이 필요함.
- 고의적인 부당청구는 행정처분이 필요하는 것에 대해 동의함. 그러나 의료현장에서 임상 의사 및 심사과에서도 발견하지 못하는 모호한 사례가 있음. 따라서 부당청구와 착오청구의 경계가 모호한 경우(단, 첫 번째 발생 사례에 한정하여) 계도 적용이 필요함.

○ **현지조사 효율화를 위한 운영 지원**

- 규모가 작은 병원에 대한 착오청구의 정기적 모니터링 및 컨설팅을 통한 환류가 필요함.
- 현지조사 실시 이후 요양기관이 진행사항을 파악하기 어렵기 때문에 현지조사 실시 상황에 대한 안내가 필요함.
- 이의신청 과정에서 요양기관의 의견을 충분히 소명할 수 있도록 이의신청 제도에 대한 기능 및 역할이 강화되었으면 함.

나. 이해관계 단체 인터뷰

○ **의료계 인터뷰**

- 현행 제도는 요양기관 종별 급여 진료 항목의 금액적 차이와 산정기준의 특성이 고려되지 않기 때문에 고가의 항목이 대부분이거나 산정기준이 복잡한 급여항목이 많은 요양기관은 현 제도에서 불리할 수 있음.
- 요양기관 행정처분 감면기준 및 거짓청구 유형 고시에 규정한 거짓청구 유형과 부당(착오)청구를 구분하여 명백한 거짓 행위의 경우 행정처분을 강화하고 부당(착오)청구는 부당이익금을 환수하는 제도로 이원화가 필요함.

- 사전예방적 기능을 강화하고 올바른 청구문화를 마련하기 위해서는 교육 외에 개원 요양기관에 대한 청구 컨설팅을 통한 정보 제공과 맞춤형 교육을 통해 자발적으로 개선할 수 있도록 추가 지원이 필요함.
- 현지조사 대상 기관 대비 행정처분 적발률을 감안했을 때 경찰효과 기능이 반영되었다고 평가할 수 있으나 현행 제도가 행정처분의 이미지가 강하기 때문에 요양기관에게 거짓청구로 인한 처분의 목적과 방향을 이해시키고 수용할 수 있는 전략이 필요함.

ㅇ **의약계 인터뷰**

- 약국의 요양급여비용 구조는 다른 유형과 다르기 때문에 요양기관과 동일한 월평균 부당금액을 적용하는 것은 또 다른 형평성 문제로 볼 수 있음.
- 약국의 경우 대부분 인력 신고의 오류, 야간가산 산정의 오류 등 급여 기준에 대한 미숙지와 가산 산정 시 청구프로그램에서 착오청구 사례가 대부분임. 따라서 약국의 특성을 고려한 기준 마련이 필요함.

ㅇ **선정심의위원회 및 행정처분위원회 인터뷰**

- 현행 제도는 규모가 큰 요양기관에 비해 요양급여 비용이 적은 요양기관은 부당비율의 구간별 형평성 문제가 충분히 나타날 수 있으므로 현행 제도의 일부 개선이 필요함.
- 착오청구의 사전예방적 기능으로서 현지조사 제도가 기능을 하고 있으나 그럼에도 불구하고 착오청구에 대한 인지 부족으로 나타나는 반복적 부당청구 사례를 낮추기 위해 사전예방 형태의 시스템 도입이 마련되었으면 함.

ㅇ **학계 인터뷰**

- 현지조사 및 행정처분 대상이 우리나라 전체 요양기관의 약 1% 기관이 선정된다는 점에서 제도의 장기적 목적 달성 측면에서 한계가 있을 것으로 보여짐.
- 현행 제도는 부당금액과 부당비율에 따른 행정처분이 결정되는 구조이기 때문에 요양기관의 규모에 따른 불합리성이 존재함. 개선안을 통해 규모에 따른 불합리성 해소에 대한 요양기관의 수용과 제도 효과를 기대할 것으로 보여짐.
- 착오 및 부당청구의 기준 여부가 아닌 임상과정을 반영한 현실적인 기준을 마련하여 행정처분의 목적이 아닌 의료행태 개선을 위한 목적으로 방향성 전환이 필요함.

- 의료의 질이나 성과 등 연동을 통한 현지조사 대상선정으로 부당청구 사전 예방적 효과 등 실효성을 높일 수 있을 것으로 보여짐.

5. 현지조사 실무자 인터뷰

가. 의뢰·선정에 대한 실무자 인터뷰 요약

○ **심평원 실무자 인터뷰**

- 부당청구감지시스템을 이용한 데이터 분석을 통해 특정 항목의 부당청구 개연성 확인 후 의뢰·선정을 진행하고 있음. 부당청구 적발률을 높일 수 있는 방안을 다각적으로 마련하고 있음. 부당청구의 적발률을 높일 수 있도록 세미나, 경진대회 등 적발률 모형(모델)을 공유하고 있음.
- 건보공단은 내부 고발, 민원 등을 바탕으로 방문확인을 통해 부당청구 내역을 확인하는 과정을 거친 후 현지조사를 의뢰하는 반면에 요양급여비용 명세서를 바탕으로 사실관계를 검증하여 개연성을 확인하기 때문에 현지조사 의뢰 기준에 대한 건보공단과 심평원의 의뢰·선정 차이가 발생함.

○ **건보공단 실무자 인터뷰(현지조사 관련 실무자 현장인터뷰)**

- BMS 이외에도 건보공단의 빅데이터를 최대한 활용하여 다각적으로 분석을 시도하고 있음. (단, 세부적인 기준에 대해서는 지사의 자율권에 따라 선정하므로 지사의 환경에 따라 다름)
- 건보공단은 부당청구 모니터링을 위해 100여개의 모형을 개발하였음. 특히 신뢰도가 높은 모형 순으로 분류하여 우선적으로 적용하고 있음. 건보공단은 부당청구 모니터링에 대한 경험과 노하우가 누적되었기 때문에 기존의 패턴을 확인하고 신뢰도 높은 모형을 반영시켜 부당청구에 대한 의뢰를 진행함.
- 현지조사 업무와 관련하여 건보공단은 BMS(급여관리시스템)에 절대적으로 의존하지는 않고 있으며 보조적인(최후 검증) 수단으로 활용하고 있음.

현지조사 의뢰 선정 행정처분 기준 공단 실문자 질문지 1. 면담자의 정보에 대해서 질문하겠습니다. 1) 귀하는 현지조사 제도와 관련하여 현재 어떤 업무를 담당하고 계십니까?

2. 현지조사 제도의 정책방향에 대해서 질문하겠습니다.

1) 현행 현지조사 제도의 개정에 대한 찬/반 입장은 무엇입니까? 그리고 찬/반에 대한 이유는 무엇입니까?

3. 현지조사 제도의 3가지 개정(안)에 대해서 질문하겠습니다. (*확정된 개정안 아님)

1) 개정1안(월평균 부담금액 기준 완화, 부당비율 기준 강화)의 정책적 효과에 대해 어떻게 생각하십니까?

2) 개정2안(1안) + 속임수를 사용하여 거짓 청구한 기관에 대하여는 가중처분 부과)의 정책적 효과에 대해 어떻게 생각하십니까?

3) 개정3안(부당금액이 큰 기관을 처분 대상에 포함되도록 하되 처분기준을 대폭 완화)의 정책적 효과에 대해 어떻게 생각하십니까?

4. 현지조사 제도와 공단 BMS 시스템에 대해서 질문하겠습니다.

1) 공단의 BMS를 통해 현지조사가 어떻게 운영되고 있습니까?

2) 공단의 BMS 시스템에 대해서 자세히 알려주십시오.

* BMS를 통해 상위기관 선정(자체선정)는 어떻게 하는지요?
(항목별 선정 방식 vs. 종별 선정 방식 vs. 다른 기준 선정 방식)

* BMS를 통한 선정 시 어떠한 Rule이 있는지요?

5. 현지조사 제도의 공단과 심평원의 협력 발전 방안에 대해서 질문하겠습니다. (공단 입장에서 현실 가능한 측면에서 의견을 제시해주십시오)

1) 조사정보공유시스템이 현실 가능한 측면에서 어떠한 부분이 개선되어야 한다고 생각하십니까?

2) 현재의 공단의 BMS와 심평원의 부당청구감지시스템 상에서 상호간 정보를 공유할 수 있는 현실적 방법에 대해 알려주십시오.

3) 공단 현장방문+심평원 현지확인+심평원 방문 제도를 하나의 제도 상에서 운영하는 것에 대한 의견을 알려주십시오.

6. 기타

1) 공단입장에서, 현지조사 의뢰 건을 높일 수 있는 방향에 대해 실현 가능한 방법을 제안해주십시오.

제7장 현지조사 개선 방안 마련

1. 기준 개선안 모형에 대한 소결

가. 개선 1안

○ 규모가 작은 요양기관의 불리함이 일정 부분 해소되어 행정처분의 형평성 문제를 보완할 수 있고 개선1안은 현행 제도와 유사하기 때문에 실효성, 사전예방적 접근성, 제도의 시급성에 있어서 큰 효과를 기대하기 어려움. 그러나 행정기관의 제도개선 실현 가능성 측면을 고려했을 때 개선1안의 도입을 고려할 수 있음.

- 요양기관 규모와 크기에 대한 행정처분의 형평성 문제에서 부당비율 0.1% 이상 - 0.5% 미만의 구간 신설로 인해 기존에 언급된 현지조사의 형평성 문제를 일부 해소할 수 있으며 부당청구에 대한 경각심을 유도하는 효과가 있을 것으로 봄.

나. 개선 2안

○ 개선2안은 규모가 작은 요양기관의 행정 처분에 대한 불리함이 일정 부분 해소시킬 수 있을 것으로 보이며, 현행 제도에 비해 거짓청구 기관의 처분 강화 및 경찰효과가 높아질 것으로 기대함. 다만, 현행고시에서 정의하는 거짓청구의 유형은 다소 포괄적으로 정의되어 있어 고의성과 과실을 구분할 수 있는 더 명확한 기준 마련이 필요할 것으로 보여짐. 본 연구에서 거짓청구에 대한 판례를 분석하였으나 판례 분석으로 거짓청구의 세부 기준을 결정하는 것이 상당히 제한적이므로 거짓청구 기준 마련에 대한 후속 연구를 통해 거짓청구의 한계를 해소시킬 수 있는 노력이 필요함.

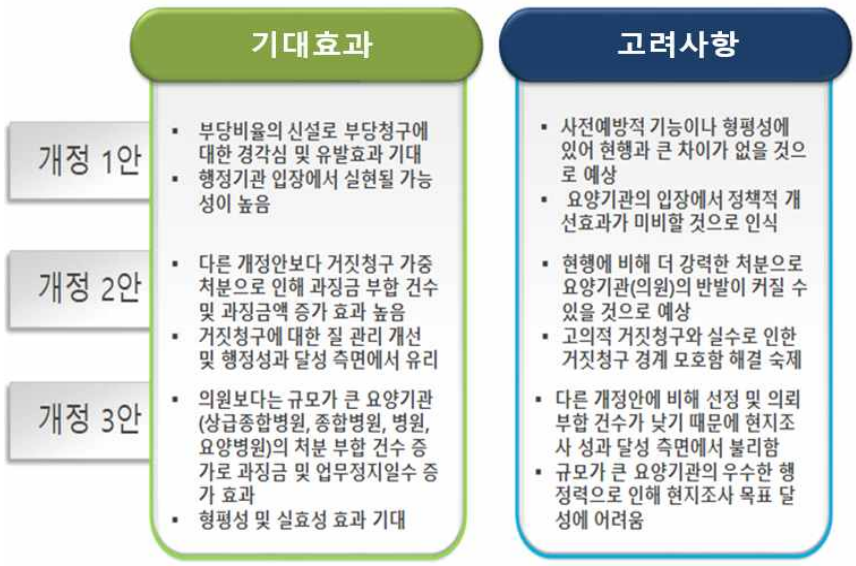
- 개선2안의 실효성을 보완하기 위해서는 부당청구 등 위법행위에 대한 모니터링이 강화되어야 할 것이며, 거짓청구 사례에 대한 정보를 수시로 업데이트하여 요양기관이 자발적으로 거짓청구를 인지하고 부당청구의 개선 의지를 높일 수 있는 제도적 보완을 고려해볼 수 있음. 개선2안의 핵심인 거짓가중의 취지가 현행 제도보다 행정처분을 더 강화하고자는 이미지로 비춰질 수 있으므로 거짓가중에 대한 분명한 취지와 목적의 언급이 필요할 것으로 보여짐.

• 다만, 거짓청구로 인한 가중처분의 필요성에서는 개선2안이 적합할 것으로 보이지만 거짓청구에 대한 가중처분을 적용하기 위해서는 거짓청구와 착오청구의 개념과 유형에 대한 명확한 기준 제시가 필요할 것으로 보여짐. 거짓청구가 아닌 착오청구를 완화하는 방향으로 행정처분 기준을 마련하는 것을 고려해볼 수 있음.

다. 개선 3안

○ 개선3안은 규모가 작은 요양기관의 경우 소액 착오청구로 인한 행정처분 부담을 낮출 수 있으며, 요양급여청구금액 큰 기관의 경우 부당청구 금액이 큼에도 불구하고 현지조사 대상에서 제외되는 불합리를 해소 할 수 있을 것으로 보여짐.

• 개선1안과 개선2안에 비해 개선3안은 실효성 및 사전예방 측면에서는 목적 달성이 낮을 수 있으나 그동안 요양급여비용의 현실적 측면을 반영하지 못한 현행 제도의 한계를 보완할 수 있을 것으로 보여짐. 이는 월평균부당금액을 상향 조정함으로써 현행 제도에 비해 개선3안의 요양기관 현실적 환경이 반영되었을 것으로 보여짐<그림30>.



<그림 30> 기준 개선안 모형에 대한 기대효과 및 고려사항

2. 위반행위의 경미성을 반영한 행정처분 기준 제안

가. 배경

○ **위반행위의 경미성을 반영한 행정처분 도입의 필요성**

- 현지조사의 의뢰·선정 및 행정처분 기준은 월평균부당금액과 부당비율에 의해 결정됨.현행 제도에서 월평균부당금액이 20만원 미만이거나 부당비율이 0.5% 미만인 경우 현지조사 대상 및 행정처분(업무정지 및 과징금)에서 제외됨.
- 동일규모의 부당청구일지라도 진료비총액이 큰 경우 부당비율이 작아져 행정처분에서 제외되는 사례가 발생함. 그러나 상대적 규모가 작은 의원급은 부당비율이 커짐에 따라 행정처분으로 이어지는 경우가 발생함. 이로 인한 요양기관 종별에 따른 형평성 문제가 발생함.

나. 방안 마련(1)

○ **위반행위의 경미성을 반영한 행정처분 도입 방안 마련**

- 명백히 일시적인 일회성 기준 및 경미한 착오 청구의 경우 부당금액만 환수하고 향후 재발 방지를 위한 사후관리제로 연계하는 등 처분을 완화하는 방안을 고려해볼 수 있음.
- 명백히 일시적인 일회성 기준 위반의 경우, 일시적인 일회성 기준으로 검토가 될 경우 요양기관 측의 동의를 받아 현지조사 기간의 전후로 확대하여 다른 시기에 위반이 이루어졌는지에 대한 여부를 확인함으로써 명백히 일시적인 일회성 기준 위반이라는 근거를 확보하는 방안을 고려해볼 수 있음. 충분한 확인을 통해 일회성 기준 위반으로 인정되는 경우 과징금 및 업무정지와 같은 행정처분을 완화하는 방향을 검토해볼 수 있음. (단, 요양기관이 현지조사 기간의 확대에 대하여 동의하지 않는 경우에는 일회성 착오청구로 인정하지 않음).
- 명백하고 경미한 착오청구의 경우, 청구 시스템의 단순 착오 등 인정 대상 유형을 사전에 설명하고 위반 사안의 중대성, 착오의 개연성, 과실의 경중 등을 종합적으로 검토하는 것이 필요할 것을 보임. 또한 경미한 착오청구를 검토하기 위해 공정성을 확보할 수 있는 위원회를 마련함으로써 인정 대상 여부를 투명하게 결정하는 방안도 고려해볼 수 있음. 명백하고 경미한 착오청구에 해당하는 경우 부당금액만 환수하고 과징금 및 업무정지는 제외하되 향후 재발 방지를 고려하여 일정기간 동안 집

중 모니터링을 통해 사후관리를 강화하는 방안을 고려해볼 수 있음.

다. 방안 마련(2)

ㅇ 개정된 양정표의 경고 구간에 대한 도입 마련

- 착오 부당청구의 경중을 고려하여 '첫 번 째 부당청구가 발생하는 경우' 시정명령제를 도입하는 것으로 행정처분과 상관없이 부당이익금에 대해서 환수 조치를 취함. 만약, 일정 기간 내 동일한 사례로 재적발될 경우, 가중처분을 적용하여 현지조사 대상으로 선정하는 방안을 고려해볼 수 있음.
- 기준 개선안의 양정표 중 경고 구간인 2칸을 제외했을 경우 시뮬레이션은 다음과 같음.

- 개선1·2안에 대한 경고 구간(월평균부당금액 40만원 이상 - 160만원 미만 AND 부당비율 0.1% 이상 - 0.5% 미만)을 적용시켰을 때, 경고에 포함되는 기관은 98건으로 나타났음.
- 개선1·2안의 경고 기관을 요양기관 종별로 확인하였을 때, 병원 10.3%, 요양병원 6.9%, 한방병원 3.4%, 약국 3.3%, 의원 2.9%, 종합병원 1.9%, 치과의원 0.5% 순으로 경고에 포함하였고 한의원·치과병원·상급종합병원은 경고에 포함되지 않는 것으로 나타났음.
- 개선3안에 대한 경고 구간(월평균부당금액 80만원 이상 - 320만원 미만 AND 부당비율 0.1% - 0.5% 미만)을 적용시켰을 때, 경고에 포함되는 기관은 62건으로 나타났음.
- 개선3안의 경고 기관을 요양기관 종별로 확인하였을 때, 종합병원 12.4%, 병원 9.2%, 요양병원 4.6%, 약국 1.1% 의원 0.5% 순으로 경고에 포함되었고 상급종합병원·치과병원·치과의원·한방병원·한의원은 경고에 포함되지 않는 것으로 나타났음.

ㅇ 경고 구간 마련에 대한 소결

- 개선3안의 2칸 제외는 경고에 해당하는 구간(월평균부당금액이 80만원 이상 - 320만원 미만 AND 부당비율 0.1% 이상 ~ 0.5% 미만)이기 때문에 월평균부당금액이 80만원 이하인 요양기관은 자동으로 처분에서 빠지게 되지만 월평균부당금액이 200만원 이상 - 320만원 미만에 분포한 요양기관의 또 다른 혜택 · 사각지대를 발생시킬 수 있음.
- 따라서 경고 구간 2칸을 제외하되 개선3안보다는 개선1안을 선호하는게 경고의 목적(방향성)에 있어서 합리적이다고 보여짐.

3. 위반행위의 중대성을 반영한 현지조사 선정 기준 제안

가. 배경

○ **부당비율을 고려하지 않고 월평균부당금액만을 고려한 절대금액 기준 마련하는 방안**

- 상급요양기관으로 갈수록 심사결정청구금액이 커짐에 따라 부당청구 금액의 비율이 작아지는 한계를 보완할 수 있는 방안으로 부당비율을 고려하지 않고 월평균부당금액만 고려하는 방안을 고려해볼 수 있음.

나. 방안 마련

○ **전체 요양기관의 부당비율 0.1% 이상에 해당하는 월평균부당금액의 평균값(8,134,951원)의 근사값인 800만원 이상을 절대금액값으로 적용하는 방안을 고려해볼 수 있음.**

- 2017년 상급종합병원 기획조사 자료와 2014년~2019년 심평원 처분 기관 자료를 이용하여 절대금액값을 계산하였음. 절대금액값의 계산하기 위해 요양기관 종별 중에서 요양기관수가 다른 종별에 비해 현저하게 작은 표본(치과병원)을 제외한 9개 요양기관에 대하여 분석하였음.
- 절대기준값에 대한 공식 조건은 부당비율 0.1% 이상에 대한 각각의 종별별 전체 평균에 대한 값으로 계산 공식의 상세 설명은 아래와 같음.
- 상급종합병원 부당비율 0.1% 이상에 대한 월평균부당금액의 평균값 + 종합병원 부당비율 0.1% 이상에 대한 월평균부당금액의 평균값 + …· 약국 부당비율 0.1% 이상에 대한 월평균부당금액의 평균값을 합산한 후 9개 요양기관으로 나눈 값임.

$$\text{월평균부당금액 합의 평균값} = \frac{\text{상종 부당비율 0.1\% 이상 평균값} + \text{종병 부당비율 0.1\% 이상 평균값} \cdots\cdots + \text{약국 부당비율 0.1\% 이상 평균값}}{9}$$

$$8{,}134{,}951\text{원} = \frac{31{,}408{,}361\text{원} + 11{,}662{,}515\text{원} + 17{,}123{,}681\text{원} + 586{,}421\text{원} + 2{,}112{,}053\text{원} + 311{,}248\text{원} + 9{,}224{,}410\text{원} + 262{,}709\text{원} + 523{,}160\text{원}}{9}$$

○ **부당비율을 고려하지 않고 월평균부당금액만을 고려한 절대금액의 시뮬레이션 결과**

- 산술식에 의해 계산한 결과 9개 종별의 월평균부당금액은 평균 8,134,951원으로 절대금액값으로 월평균부당금액 800만원을 적용하였음. 월평균부당금액 800만원을 기준으로 적용했을 때 상급종합병원의 경우 부당비율 0.1% 미만에 부합하는 27개 기관 중에서 절대금액 800만원 이상을 적용한 선정기관은 18개 기관이었고, 종합병원

의 경우 부당비율 0.1% 미만에 부합하는 53개 기관 중에서 절대금액 800만원 이상을 적용한 선정기관은 3개 기관 이었음. 나머지 요양기관의 경우 절대금액 800만원 이상을 적용했을 때 선정되는 기관은 없었음.

4. 부당청구 예방효과 제고를 위한 대상기관 의뢰·선정 방법 제안

가. 배경

○ **부당청구 예방효과를 위한 선정방식의 다양화 필요성**

- 현행 현지조사는 부당청구 확인, 환수 및 행정처분을 통한 청구행태 개선 중심으로 운영되고 있으며 대상기관의 의뢰·선정 기준이 월평균부당금액과 부당비율로 부당에 초점이 맞춰져 있음.
- 여러 가지 보건의료환경 변화를 고려하여 현지조사 대상기관의 의뢰·선정 기준의 다양화 및 고도화에 대한 방안을 고려해볼 수 있음. 이에 현지조사 대상기관 선정의 한 방법으로 무작위 표본추출 방법을 고려해볼 수 있음.

○ **국세청에서는 정기적으로 납세순응도를 측정하고 조사선정 비율이 낮은 중소법인에 대해 세무조사 선정에 대한 인식을 확산하고 성실한 신고를 유도하기 위해 무작위 추출방식을 통한 표본조사형태로 정기세무조사를 운영하고 있음.**

- 세무조사 대상 기업을 선정하는 과정에 세무 공무원의 재량을 원천적으로 차단하고 객관성을 제고하기 위해 2008년부터 무작위 추첨방식을 도입하였음.
- 조사결과는 조사대상 선정기준 및 신고성실도분석시스템(Compliance Analysis Function, CAF)을 통한 납세 개선에 활용되며 무작위추출방식에 의한 표본조사는 우리나라를 비롯한 미국, 영국, 캐나다, 호주 등 선진국에서도 운영되고 있음.

[참고]

○ 신고성실도분석시스템은 미국 Internal Revenue Service (IRS)에서 활용하는 Discriminant Inventory Function(DIF)와 비슷한 시스템으로 국세청이 구축하고 있는 국세통합시스템(TIS)에 저장되어 있는 각종 세금신고내용과 과세정보를 토대로 통계기법과 전산감사기법을 응용해 신고성실도를 분석, 결과물을 뽑아내는 시스템이며, CAF의 성실도분석 방법은 평가대상 법인을 비슷한 매출액 규모, 동일 업종별로 그룹화(기준경비율상 세분류 310개)해 동일그룹 내에서 성실도를 평가함.

○ 업종·계급별 상대평가 및 절대평가를 혼용해 종합점수가 낮은 기업을 성실도 하위그룹으로 분류하게 되며, 신고불성실 개연성 등 성실도 검증 필요성이 높은 법인일수록 종합성실도 점수(기본점수 100점, 성실도 우열정도를 가감해 종합점수 산출)는 낮게 평가됨.

○ 원칙적으로 국세청은 조사대상 선정기준과 성실도 평가 방법에 대해서는 비밀유지 관행을 견지해 왔는데, 2009년 공개된 자료에 의하면, CAF가 결과물 산출시 반영하는 성실도 평가 요소는 351개에 이름.

○ 국세청은 법인 규모에 따라 차별화된 선정기준을 운영하고 있음.

- 연매출 1,500억원 이상의 법인의 경우 순환조사대상 법인이라고 부르며 4~5년에 한 번 이상은 의무적으로 세무조사를 받아야함. 연 매출이 그에 못 미치는 법인은 국세청 자체 신고성실도 분석 등에 의해 조사대상을 선정함.
- 기존에는 4~8년 사이에 정기세무조사를 받아 법인 측면에서 세무조사 시기에 대한 예측 불가능으로 부담이 존재해 왔는데, 5년 순환조사를 통해 법인들이 세무조사 시기에 대한 예측 가능성을 높일 수 있음
- 순환조사는 조세 사각지대로 방치될 수 있었던 중소·중견기업들의 탈세 심리를 차단할 수 있음<표73>.

<표 73> 2019년 법인사업자 규모별 국세 세무조사비율

연간 수입금액 1,500억 원 이상	그 외
5년 주기 순환조사	신고성실도 평가에 의해 선정 (무작위추출방식에 의한 선정 병행)

※ 자료: 법인세 사무처리규정

○ **세무조사 비율은 업종별 신고성실도, 계층별·유형별·지역별 세부담 형평 등을 감안하여 적정 비율이 유지되도록 국세청장에게 의무를 부여함**(조사사무처리 규정 제9조제4항)

- 기업규모별 조사비율은 신고내용의 검증 필요성이 대규모 법인이 높은 반면, 중소법인에 대한 조사비율은 상대적으로 낮게 설정하여 세무조사의 효율성과 경제여건을 반영
- 지역별 세무조사 비율은 대체로 0.9~1.1%로 지역별로 큰 편차 없이 세무조사가 진행됨<표74>.

<표 74> 2018년 법인사업자 규모별 국세 세무조사비율

수입금액	신고법인수 (개)	조사법인수 (개)	세무조사비율 (%)
5억 이하	357,592	164	0.05
10억 이하	82,019	109	0.13
20억 이하	84,772	187	0.22
50억 이하	90,225	477	0.53
100억 이하	40,694	490	1.20
200억 이하	20,753	1,080	5.20
300억 이하	6,783	579	8.54
500억 이하	5,191	519	10.00
1,000억 이하	3,748	386	10.30
5,000억 이하	2,913	635	21.80
5,000억 초과	755	169	22.38
전체	695,445	4,795	0.69

※ 자료: 국세청, 2019 국세통계연보, 법인사업자 조사실적(2/2)

나. 방안 마련(1)

○ **순환조사를 통한 현지조사 대상기관의 선정 방안 마련**

- 현지조사 대상기관의 의뢰·선정 기준의 다양화 및 고도화를 위하여 다각적 방법을 통해 대상기관 선정에 대한 적용이 필요함. 보장성 강화 등 향후 보건의료환경의 변화를 반영하여 현지조사 대상기관의 선정 방법을 다양한 시각에서 방안 마련이 필요함.

○ **순환조사를 통한 현지조사 대상기관의 선정 방안**

- 개인 설립 및 군병원을 제외한 법인 및 조합(국립, 공립, 학교법인, 특수법인, 종교법인, 사회복지법인, 사단법인, 재단법인, 회사법인, 의료법인, 소비자 생활협동조합, 사회적협동조합) 대상의 순환조사를 도입하는 방안을 고려해볼 수 있음.
- 순환조사의 의미는 5년 주기의 조사 운영을 의미함. 법인 및 조합 요양기관들은 5년 주기로 부당청구에 대하여 부당청구확인서를 필수로 제출하도록 하고 부당청구확인서가 부실한 기관 또는 부당청구감지시스템 등을 이용한 부당청구 개연성이 있는 요양기관 약 10%를 대상으로 현지조사를 실시하는 방법을 고려해볼 수 있음<표 75>.

<표 75> 순환조사를 통한 현지조사 대상기관 선정 방법

	1차 년도	2차 년도	3차 년도	4차 년도	5차 년도	6차 년도	7차 년도	8차 년도	9차 년도	10차 년도
부당청구 확인 기관수	500	---------->				500				
		500	---------->				500			
			500	---------->				500		
				500	---------->				500	
					500	---------->				500
현지조사 기관수	50					50				
		50					50			
			50					50		
				50					50	
					50					50

[참고]
- ○ 순환표본조사는 주기를 통해 표본단위가 중복되지 않게 추출되는 것이 중요하므로 설계단계에서 관리가 필요함.
- ○ 순환표본조사의 표본설계를 위해서는 주기적으로 모집단 변동을 반영할 수 있는 모집단 리스트가 필수적임

다. 방안 마련(2)

○ 추첨방식을 통한 현지조사 대상기관의 선정 방안 마련

- 부당청구 예방효과 및 경찰효과의 제고를 위하여 현지조사 대상기관으로 선정 시 공정성을 반영한 추첨방식의 선정이 필요함. 추첨방식은 현지조사 대상기관 선정에

대한 개방성과 공정성을 높이기 위한 이점이 있음.

- 2019년 효율적 부당청구 관리방안 연구에서 현지조사 대상 기관 선정 방법 중 하나로 무작위 표본추출 선정 방법을 제안하였음.
- 감사원은 현지조사가 일부 요양기관만을 대상으로 실시하고 있다는 제한점을 보완하기 위해 요양기관 종별 무작위 표본추출을 통해 현지조사 대상기관을 선정하여 실시하는 것을 제안함[2].

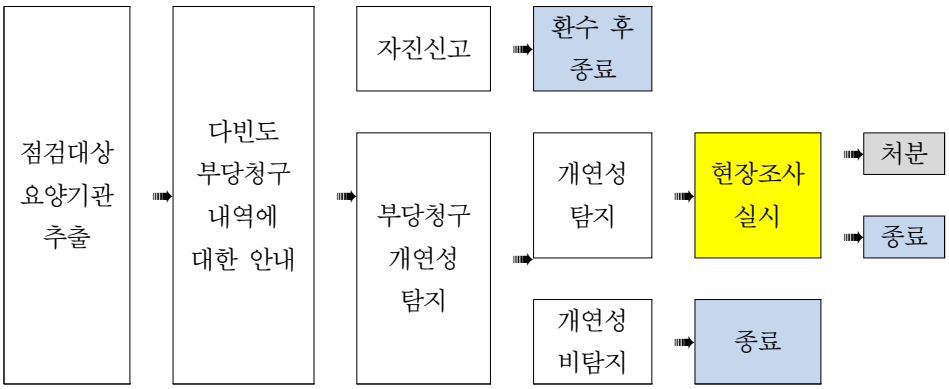
○ **부당청구에 대한 의식을 높이기 위하여 요양기관 특성(또는 규모)에 따른 형평을 반영하여 요양급여비용이 높은 분위일수록 선정비율이 높아지도록 현지조사 기관 선정 시 비율을 조정하는 방안을 고려해볼 수 있음**<표76>.

- 공정성 및 투명성을 제고하기 위해 이해관계 단체 및 대표성 있는 자, 이해관계가 전혀 없는 자 등의 추첨을 통해 현지조사 대상기관을 선정하는 방법을 고려해볼 수 있음. 다만, 요양급여비용 하위 20% 요양기관과 선정일 기준으로 5년 이내에 현지조사를 받은 요양기관, 순환조사에 포함되는 요양기관의 경우 추첨방식의 선정에서 제외할 수 있음<그림31>.
- 추첨으로 현지조사 대상기관으로 선정된 요양기관에 다빈도 부당청구 내역에 대한 부당청구확인서를 제공하여 요양기관 스스로 점검함으로써 부당청구의 능동적 신고를 유도할 수 있음. 부당청구에 대해 자진신고를 하는 경우, 과징금 및 업무정지 행정처분을 제외하고 부당청구금액만 환수하여 행정처분의 경감시키는 방향이 필요할 것으로 보여짐.
- 단, 추첨방식 운영에 대한 전제 조건으로 조사인력 증원 및 제반 여건이 셋팅되어 있어야하고 제도의 실효성 및 효과평가 완성도 제고를 위해서는 일정기간 시범사업을 통한 효과를 확인한 후 운영 여부를 고려할 필요가 있음

2) 출처: 데일리메디 2005.1.26. (http://www.dailymedi.com/detail.php?number=654060&thread=22r02)

<표 76> 요양기관 규모를 반영한 추첨방식의 현지조사 대상기관 선정(안) 예시

요양기관 규모	요양기관수	선정비율	기관수
1분위 (요양급여비용 하위 20%)	18,000	제외	-
2분위	18,000	0.5%	90개
3분위	18,000	1%	180개
4분위	18,000	1.5%	270개
5분위 (요양급여비용 상위 20%)	18,000	2%	360개
합계	90,000	1%	900개



<그림 31> 추첨방식을 통한 현지조사 대상기관 선정(안) 흐름도

5. 부당청구 사전예방을 위한 제도 보완 방안 제안

가. 배경

○ **부당청구감지지스템을 통한 현지조사 대상 선정 한계점 발생**

- 심평원의 부당청구감지시스템 데이터 분석을 통해 특정 항목의 개연성에 대한 부분을 추정한 상태에서 의뢰·선정을 수행하고 있음. 그러나 현지조사 대상을 선정하는데 있어 다음과 같은 한계점이 발생함.
- 첫째, 심평원 부당청구감지시스템에 의한 선정은 정확한 부당금액에 대한 산출이 불가능하기 때문에 실제 요양기관으로 현지조사를 나갔을 때, 부당청구감지시스템에 의한 부당금액과 불일치되는 사례가 발생함.

- 둘째, 심평원 부당청구감지스시템 상에서 부당금액에 대한 예측이 가능한 반면에 부당비율이 기준에 부합하지 않아 현지조사 의뢰·선정에서 제외되는 경우가 발생함. 즉, 부당청구감지시스템을 이용하여 부당금액을 예측했음에도 불구하고 행정처분에 대한 부당비율이 나오지 않는 사례가 발생함.

ㅇ 현지조사 의뢰 기준에 대한 건보공단과 심평원의 역할 차이

- 현지조사 의뢰 기준에 대한 건보공단과 심평원의 역할 차이로 인해 건보공단의 의뢰 건은 감소하는 반면에 심평원의 부당청구감지시스템에 의한 선정 비율이 증가하고 있어 부당청구감지시스템의 정교한 알고리즘 시스템 개발이 필요함.
- 건보공단은 내부고발, 민원 등을 바탕으로 방문확인을 통해 부당청구 내역을 확인하는 과정을 거친 후 현지조사를 의뢰하고 있는 반면 심평원은 부당청구감지시스템을 이용하여 의뢰·선정을 예측하기 위해 건 단위 명세서를 열람한 후 사실관계를 검정하는 과정을 거침

나. 방안 마련

ㅇ 부당청구감지시스템에 의한 현지조사 대상 선정 개선 방안

- 건보공단의 현지조사 의뢰 건은 감소하고 있으나 심평원의 부당청구감지시스템 선정 건이 계속 증가하고 있어 부당청구감지시스템의 비중이 커지고 있음. 현재는 부당청구감지시스템에 의한 대상 기관의 선정 시 선정률을 높이면서 업무의 부담도 낮출 수 있는 효율적인 방안이 필요함.
- 전체 항목 점수를 합산을 반영한 부당청구 위협까지 발견할 수 있는 정교한 시스템 마련이 필요함. 부당청구 위협까지 발견할 수 있는 인공지능 기반의 알고리즘 후속 연구 수행을 고려해볼 수 있음. 부당청구감지시스템 상에서 종합 점수가 가장 높은 기관(부당청구 위험 Bad Zone)이 자동으로 선정될 수 있는 시스템 개발이 필요(단, R&D 개발과 검증을 위한 충분한 연구 및 시범 사업이 필요함)

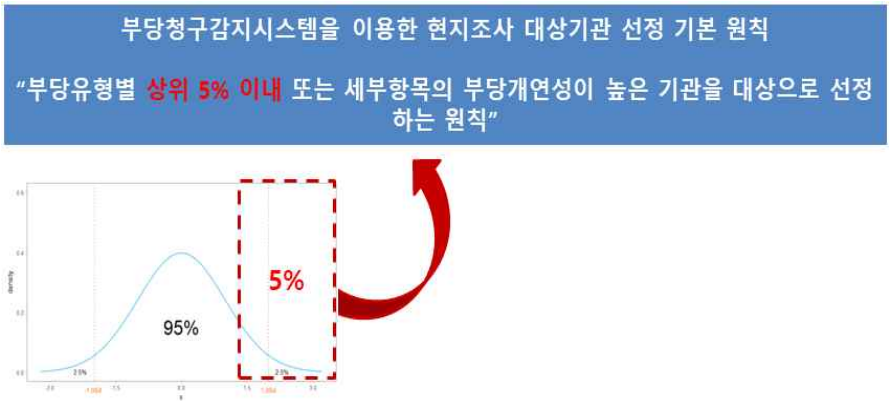
ㅇ 부당청구감지시스템을 통한 현지조사 대상 선정의 일반 원칙 제안

- 부당청구감지시스템을 통한 선정 기준을 현지조사 대상 선정의 일반원칙 상에 거짓청구 개연성 탐지 시 부당규모 및 정도와 관계없이 조사할 수 있는 예외항목을 추가하는 방안을 고려해볼 수 있음.

[개선안 예시]
요양기관 현지조사는 추정 부당금액 및 부당비율이 행정처분기준 이상인 기관을 대상으로 선정하는 것이 원칙
다만, 사회적 이슈, 부당청구 행태 개선 목적, 조사의 시급성, 거짓청구 개연성 등을 고려하여 부당청구의 규모·정도와 관계없이 조사가능

○ **부당청구감지시스템을 통한 현지조사 대상기관 선정 방법 제안**

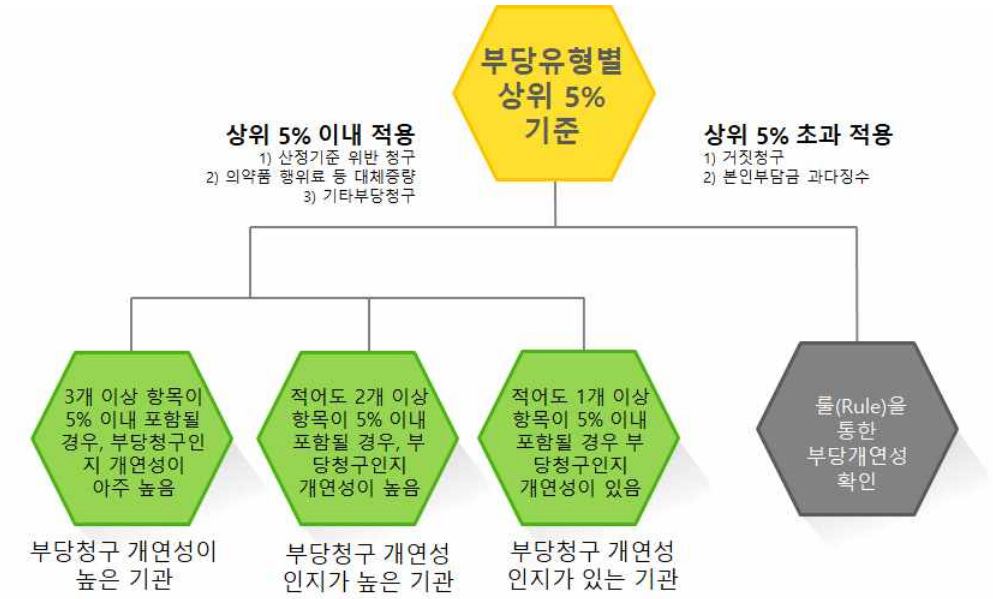
- 부당청구감지시스템을 통한 선정 기준에 대한 기본 원칙은 부당유형별 상의 5%를 기준으로 상위 5% 이내 적용과 상위 5% 초과 적용을 구분하여 대상기관을 선정할 수 방법을 고려해볼 수 있음<그림32>.



<그림 32> 부당청구감지시스템을 이용한 현지조사 대상기관 선정 기본 원칙

- 부당유형별 상위 5% 이내인 경우에는 산정기준 위반 청구, 의약품 행위료 등 대체 증량, 기타부당청구 3가지 항목에 대해 적용하되 3개 이상 항목에서 5% 이내에 포함될 경우 <부당청구 개연성이 높은 기관으로 분류>, 적어도 2개 이상 항목에서 5% 이내 포함될 경우, <부당청구 개연성 인지가 높은 기관으로 분류>, 적어도 1개 이상 항목에서 5% 이내 포함될 경우 <부당청구 개연성 인지가 있는 기관> 분류로 고려해볼 수 있음. 나머지 상위 5% 초과 적용은 거짓청구와 본인부담금 과다징수에 해당하며 부당청구감지시스템 등 룰(Rule)을 통한 부당개연성을 확인하는 기본적인 원칙을 제시할 수 있음.
- <부당청구 개연성이 높은 기관>은 현지조사 대상에 포함하는 방법을 고려해볼 수 있고 <부당청구 개연성 인지가 높은 기관>은 요양기관에 부당청구확인서를 제공하

여 요양기관이 자발적 부당청구 점검을 유도한 후 부당이익금만 환수하는 방법을 고려해볼 수 있으며 <부당청구 개연성 인지가 있는 기관>은 일정기간 모니터링 후 부당청구가 추가로 발견 시 부당청구확인서를 통해 자진신고를 유도하는 방법을 고려해볼 수 있음. 단, 실무적으로 적용 가능성에 대한 타당성이 검증된 후 보완을 통한 시범 운영이 마련되어야 함<그림33>.



<그림 33> 부당청구감지시스템을 통한 현지조사 대상기관 선정 방법

6. 부당청구관련 교육 및 컨설팅 지원관리 방안 제안

가. 배경

○ **부당청구 사전예방을 위한 제도적 보완 방안으로 현지조사 다빈도 항목에 대한 부당청구확인표 개발 및 자발적 점검 도입, 청구관련 교육 프로그램 개발 및 배포, 부당청구의 사전예방을 위한 신규 요양기관 통합 청구 컨설팅 도입 방안을 제안하였음.**

- 현지조사 실시 항목에 대해 건강보험심사평가원 홈페이지에 조사방향(항목)에 대해 사전 공지하고 있으며 현지조사 부당청구 사례집을 발간하여 문서로 제공하고 있음. 그럼에도 불구하고 청구관련 홍보 및 교육에 대한 실효성은 떨어짐.
- 급여기준이 점차 복잡해짐에 따라 신규 요양기관 개설 후 의도하지 않은 부당청구가 발생할 여지가 있음.
- 급여기준을 알지 못함에 따라 발생하는 부당청구로 인해 현지조사 행정처분으로 이어지는 사례를 예방할 필요가 있음.

나. 방안 마련

○ **현지조사 다빈도 항목에 대한 부당청구확인표(가칭) 개발 및 자발적 점검 도입**

- 현지조사 실시 항목 및 부당청구 사례 분석 결과를 반영한 부당청구확인표(가칭)를 개발하고 요양기관에 배포함으로써 부당청구의 사전예방을 위한 방안을 고려해볼 수 있음.
- 이를 실현하기 위해서는 요양기관의 자발적 점검이 가능하도록 청구소프트웨어(e-form)에 평가표를 포함시켜 요양기관이 자체적 점검을 마친 후 그 결과를 복지부(또는 심평원)에 제출하는 방법을 고려해볼 수 있음.
- 현지조사 다빈도 항목에 대해 요양기관들이 정기적으로 인지하고 사전 예방할 수 있도록 '착오청구 예방의 달(날)'을 정하여 1년 중 1~2회 내외 정도 부당청구확인표(가칭)를 통한 자가 점검을 이행할 수 있도록 심평원의 적극적인 홍보가 필요함.

○ **청구관련 교육 프로그램 개발 및 배포**

- 의료인 · 약사 보수 교육, 의과(약학)대학의 정규 과정에 급여기준 및 청구 관련 내용을 반영하고 이를 위한 교육 컨텐츠 개발이 필요함.
- 교육의 실효성을 강화하기 위해 교육 주체를 관련 의료계 및 관련 단체와 협의하여

운영을 구체화하는 방안을 고려해 볼 수 있음.

○ **청구관련 프로그램의 접근성 확대를 위한 서비스 제공이 필요함**

- 규모가 작은 요양기관들은 청구 교육에 대한 요구가 높으나 임상의사 및 의료인 대상의 청구교육 서비스에 대한 정보(홍보) 또는 요양기관의 인력 부족으로 교육의 기회를 받지 못한 사례가 있을 것으로 봄. 따라서 청구관련 프로그램의 접근성을 높이기 위해 의료단체와 협력을 통한 적극적 교육 전략이 필요함.

○ 임상의사를 비롯한 의료인(방사선사 및 간호사 등)의 청구 오류에 대한 관리 문제도 개선해야 할 점으로 보여짐. 따라서 **교육을 받는데 지리적 접근성이 어렵거나 인력의 부족 등 문제로 청구교육에 제한이 있는 경우 온라인 상시 교육이 가능할 수 있도록 웹 기반의 교육(예: 비대면 화상 교육) 운영을 고려해볼 수 있음.**

- 시범적으로 청구교육을 제공받은 개원 요양기관과 청구교육을 제공 받지 않은 개원 요양기관의 부당청구 결과를 후속연구를 통해 비교함으로써 청구교육에 대한 효과 및 질 관리를 위한 기초 자료로 활용할 수 있을 것으로 봄.

○ **부당청구의 사전예방을 위한 신규 요양기관 통합 청구 컨설팅 도입**

- 요양기관 신규 개설 시 부당청구 사전예방을 위하여 청구 컨설팅 제도의 도입이 필요함. 특히, 요양기관의 행정력이 다소 부족하거나 역량이 부족한 중소 규모 중 신규 요양기관을 중심으로 맞춤형 컨설팅 제공을 고려해볼 수 있음.
- 신규 개설한 요양기관의 신청을 통해 청구 컨설팅을 수행하고 요양기관이 원하는 일정기간(개원 이후 약 3개월) 동안 심평원 모니터링을 통해 부당청구 점검에 대한 환류를 고려해 볼 수 있음. 이 기간 동안에는 잘못된 청구에 대한 환류를 3개월에 1회씩 제공받을 수 있으며 부당청구 시 부당이익금만 환수할 수 있는 방향을 고려해볼 수 있음. 단, 청구 컨설팅을 제공받기 위해서는 요양기관의 직원이 아닌 의사가 청구 교육 프로그램에 필수적으로 이수하는 전제 조건을 고려해 볼 수 있음. 또한 심평원과 의료계가 협력하여 공동의 교육사업을 운영함으로써 심평원과 의료계가 상생할 수 있는 기반을 구축할 수 있음.
- 향후 신규 요양기관 대상의 통합 청구 컨설팅 사업을 시범적으로 시도해본 후 청구관련 교육 프로그램과 컨설팅으로 인한 사업의 효과를 후속 연구를 통한 도입 효과 검증이 필요할 것으로 봄.

7. 진료비 심사와 연동한 의뢰·선정 방안 제안

가. 배경

○ **진료비 심사와 연동한 현지조사 의뢰·선정 배경**

- 청구건 단위·비용 효과성 심사에서 진료비 지출과 의학적 타당성 및 의료의 질을 종합적으로 분석해 중재·관리하는 기능으로 심사평가체계 패러다임 전환이 필요함.
- 심사·평가 통합형 심사 모형의 개발 및 적용 측면에서 기관단위의 통합 질 관리에 대한 패러다임 전환 측면에서 심사(비용)·평가(질)와 현지조사를 연계하는 방안을 고려해볼 수 있음.

나. 방안 마련

○ **진료비 심사와 연동한 현지조사 의뢰 방안 마련**

- 분석심사에서 지표의 변이 개선이 이행되지 않았거나 급격한 청구 추이변화로 인한 개선이 이행되지 않았을 경우 현지조사 의뢰로 연계하는 방안을 고려해볼 수 있음.
- 현지조사에서 의뢰·선정 대상이었으나 행정처분으로 부합하지 않는 요양기관의 경우, 분석심사 대상 중 우선 선정하는 방안을 고려해볼 수 있음. 분석심사 대상으로 선정된 기관은 분석지표 및 다차원 지표 분석을 통해 진료현황을 파악하고 적합한 중재유형을 검토하여 적정 중재가 가능하도록 유도하는 방안을 고려해볼 수 있음.

○ **현지조사와 연동한 분석심사 집중분석 대상 기관 선정 방안 마련**

- 현지조사를 통해 부당청구사실확인, 서류제출명령위반, 조사거부, 방해, 기피기관 등 사유로 확인된 경우, 변이추정기관으로 집중분석을 하는 방안을 고려해볼 수 있음.
- 현지조사 부당청구감지시스템 상에서 부당청구의 개연성이 높게 나타난 요양기관을 분석심사 대상으로 선정하는 것도 고려해볼 수 있으며 거짓·거부 기관으로 부당청구의 개연성이 높거나 청구 경향이 심각한 수준으로 급격한 변화를 보이는 경우 분석심사의 서면 및 유선·대면의 중재 단계를 생략하고 의무기록 기반 심층심사를 진행하는 방안도 고려해볼 수 있음.
- 분석심사를 통해 변이가 크지 않은 요양기관은 적정한 중재활동을 통해 자율적 개선을 우선적으로 지향하고, 분석·집중심사 과정에서 거짓청구가 확인되는 경우는 현지조사와 연계 체계를 구축하여 부당청구 발견 시 현지조사 대상 후보군으로 고려

해볼 수 있음. 다만, 급여기준 및 심사기준 개선과 관련이 있으므로 분석심사와 현지조사를 연계하는 방안에 대해서는 이해관계가 있는 부서간 충분한 협의가 선행되어야할 것으로 요구됨.

○ **현지조사와 분석심사를 연동한 사후관리 방안 마련**

- 의료인의 전문성·자율성을 보장하는 심사·평가체계 개편으로 사후관리를 강화하는 방안을 고려해볼 수 있음. 분석심사에서 다차원 분석을 통해 진료 변이가 추정되는 기관에 대상으로 분석심사 중재 방안 중 착오청구교육을 연계하여 부당청구 사전예방적 기능을 강화하는 방안을 고려해볼 수 있음.
- 현지조사에서 조사거부 및 조사에 불성실한 경우 및 거짓청구기관(또는 심사 중 거짓청구 등의 개연성 발견 등)에 대해 분석심사로 연계하는 방안을 고려해볼 수 있음. 단, 사후관리 제도의 실효성을 높이기 위해서는 사후관리제도 운영 부서의 업무 및 조직 개편이 필요할 것으로 봄.

○ 단, 심사평가원의 분석심사와 현지조사의 목적과 취지는 다르지만 청구에 대한 모니터링 강화와 착오청구에 대한 예방 및 컨설팅 지원에 대한 부분은 공통사항임. 또한 불필요한 행정력을 줄이기 위한 시스템 및 e-form 개발 시 공동으로 참여함으로써 시스템 활용의 효율성을 높일 수 있을 것으로 보여짐. 본 연구에서 제시한 부분은 부서간의 협의 전 연구진의 견해로써 제안한 내용임. 따라서 제도간 실현 가능한 선에서 적용이 가능할 수 있도록 협력이 필요할 것으로 보여짐.

8. 현지조사 행정처분 진행과정 운영 개선방안 제안

가. 배경

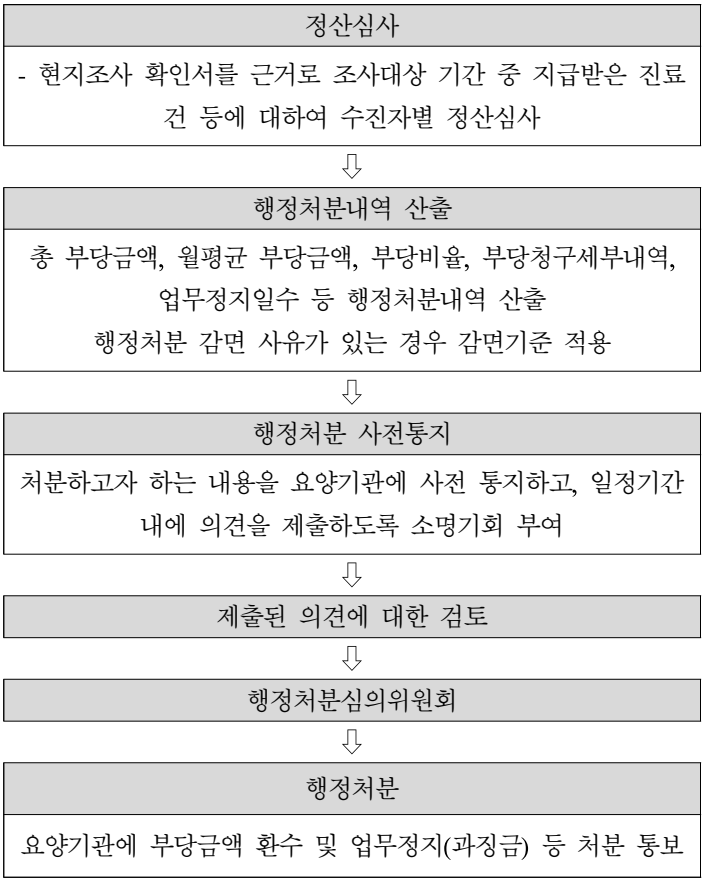
ㅇ **현지조사 행정처분 진행과정 개선에 대한 배경**

- 현행 현지조사의 행정처분 결과 처리는 부당금액 집계 후 행정처분을 통지하고 있음.
- 심평원은 현지조사 행정처분에 대한 결과 통지를 꾸준히 단축해 나감에도 불구하고 현지조사 실시 이후 현지조사 결과처리 기간이 요양기관에 따라 상이하고 진행상황에 대해 즉각적으로 알기 어려운 상황임.

나. 방안 마련

ㅇ **현지조사 행정처분 진행과정에 대한 개선 방안 제안**

- 본 연구에서 현지조사 처분 결과에 대한 진행단계를 공개하는 것을 제안함. 업무 효율화를 통해 최대한 빠른 시일 내 행정처분이 이뤄질 수 있도록 조치하고 현지조사 실시 후 처분까지 과정을 요양기관에서 확인이 가능하도록 알림판을 개발하는 방안을 고려해볼 수 있음<그림34>.
- 현지조사 이후 부당금액 집계(정산심사, 행정처분내역 산출), 행정처분(행정처분 사전통지, 제출된 의견에 대한 검토), 행정처분 통보에 대한 과정을 웹 상에서 진행단계 확인 및 행정 처분 예상 기간을 명시하는 등 온라인 서비스를 제공하는 방안을 고려해볼 수 있음. 현지조사 처분 과정 중에서 행정처분내역 산출이 가장 긴 시간을 차지하고 있으므로 행정처분내역 산출을 단축할 수 있는 방안이 모색되어야 할 것으로 보여짐.



<그림 34> 현지조사 행정처분에 대한 진행 단계

제8장 논의

1. 기준 개선안 가치에 대한 달성 방안

가. 형평성 달성 방안

○ 「행정조사기본법」 조사대상의 선정에 관한 제8조에 따르면 행정기관은 행정조사의 목적, 법령준수의 실적, 자율적인 준수를 위한 노력, 규모와 업종 등을 고려하여 명확하고 객관적인 기준에 따른 선정 대상을 명시하고 있음.

- 현행 제도의 행정처분 기준인 월평균부당금액과 부당비율의 경계 구간 및 요양기관 규모에 따른 형평성 문제가 발생하였음. 본 연구에서는 형평성 문제를 일부분 해소할 수 있는 기준 개선안 모형을 마련하였고 각각의 개선안 모형에 적용할 수 있는 경고 구간을 제안함으로써 현행 제도의 형평성 문제를 보완하는 방향을 제안하였음.

나. 실효성 달성 방안

○ 현행 제도 틀에서 많이 벗어나지 않는 선에서 기준 개선안을 마련하였고 현지조사의 의뢰 및 선정에 대한 원칙을 제공하여 현행 제도보다 투명성을 강조하였음. 기준 개선안이 실질적 제도로 운영될 수 있도록 현행 제도를 정비하였고 현지조사의 목적과 취지에 대한 방향성을 높이고 일관성 있는 제도의 운영이 될 수 있는 방안을 제안하였음.

- 현지조사의 제도가 행정규제의 행정처분 이미지가 강하기 때문에 현지조사 의뢰·선정에 대한 기준, 선정방법에 대한 부분을 강화하고 행정처분에 대한 과정을 안내하는 등 현지조사 제도에 대한 요양기관과의 투명성 및 신뢰성을 높이기 위한 내용을 제안하였음.

다. 사전예방적 달성 방안

○ 부당청구감지시스템에 의한 현지조사 대상 기관을 정교하게 선정할 수 있는 룰(Rule) 개발과 착오 청구에 대한 주기적 모니터링, 부당청구 사례에 대한 업데이트 등 사전예방적 조치를 위한 운영 방안을 마련할 필요가 있음.

2. 기준 개선안 후속 방안

가. 현지조사 대상기관 선정방법의 다양화 및 고도화

○ 요양기관 조사정보 공유시스템의 전반적 자료를 공유함으로써 방문심사, 방문확인, 현지조사에 대한 선정방법 논란을 해소시키는 등 정보시스템의 구축과 인공지능을 활용한 전체 요양기관의 부당수준 평가방안을 개발하여 부당청구정도가 높은 요양기관을 조기에 발굴하여 충분한 컨설팅 및 사후관리의 필요성과 개선방향을 제시하였음.

- 현지조사 거부 의료인(요양기관)에 대한 사후관리를 강화하거나 자발적신고를 활용한 부당청구 항목별 심사 역할 증가 전망을 감안하여 요양기관 스스로 부당청구를 인지하거나 경고 체계를 만들기 위해 부당청구확인서를 활용하는 것을 고려해볼 수 있음.
- 본 연구의 법적 분석을 참고하여 현지조사 관련 법령을 검토, 현지조사 업무정지 기준, 사전안내와 관련한 법적근거 마련, 조사인력 구성에 대한 법적인 마련 등 현행 제도의 관련 법령의 재정비 논의가 필요할 것으로 봄.

나. 현지조사의 실효성 및 형평성 확보

○ 국내 세무조사 및 국외에서 적용하는 무작위표본추출 조사를 통해 현지조사의 경찰효과를 제고하고 부당청구 예방효과를 극대화하는 취지에서 건전 청구기관에 대해 인센티브를 부여하는 방안도 고려해볼 수 있음.

다. 행정처분에 대한 명확한 근거와 위임체계 정비

○ 현행 제도의 경우 세부적인 조사 기준이 지침으로만 규정되어 있어 사유 등에 대한 명확한 법적 근거자료 마련이 필요가 있을 것으로 봄.

○ 행정적 절차에서 제도의 취지와 목적을 고려한다면 행정처분에 대한 적극적인 소명기회가 부여되어야하고 이에 대한 충분한 검토가 이뤄질 수 있도록 제도권 내 과정이 필요할 것으로 봄.

라. 감경처분 및 대상행위

○ 요양기관의 행정처분 기준의 감경처분에 대해 포괄적으로 규정하고 있으나 요양기관

의 종별, 지역 등 특성에 따른 구체적인 규정을 제시할 수 없는 제한점이 있음.

○ 모든 요양기관의 행정처분상 공통적인 감경처분에 대해서는 구체적으로 규정을 제시하는 방향이 필요함. 구체적이지 않은 규정은 향후 이해관계 갈등을 발생시킬 수 있는 요소가 될 것을 보임. 따라서 구체적인 규정이나 사후관리의 안정적인 제도 운영이 필요할 것으로 봄.

마. 속임수와 그 밖의 부당한 방법에 대한 대상행위 및 범위

○ 속임수와 그 밖의 부당한 방법에 대한 대상행위 및 범위에 대한 정확한 가이드가 필요할 것으로 봄. 대상행위에 대한 처분과 공표를 하기에 앞서 형평성과 비례성 원칙을 준수하는 측면에서 해당 요양기관의 위법의 정도나 고의, 과실 등 신중한 검토가 필요하며 처벌 및 공표에 대한 적정성에 대하여 고려할 필요가 있음. 따라서 속임수에 의한 청구행위를 명확하게 정의함으로써 비난 가능성을 낮추는 방안이 마련되어야 할 것으로 봄.

○ 속임수와 부당한 방법을 예방하기 위해 요양기관에 대한 충분한 홍보 및 콘텐츠 제공이 필요하며 이를 위해 제도의 패러다임 전환 관점에서 교육 및 사후관리에 대한 구축이 필요할 것으로 봄.

마. 부당청구 및 거짓청구 기준의 적정성

○ 요양기관의 종별, 진료과목별 특성을 반영하지 않았기 때문에 월평균부당금액과 부당비율의 적정성과 형평성에 대한 사각지대가 존재하였음.

○ 개선안을 통해 적정성 평가에 있어 최저 월평균부당금액 기준, 부당금액 구간, 행정처분 산출 등이 처분의 형평성 및 비례성을 실현할 수 있을 것으로 봄.

- 이는 청구금액이 작지만 부당비율이 높게 나타난 불이익 문제를 일부 해소시킬 수 있을 것으로 기대함.

사. 현지조사 의뢰 및 선정 방향

○ 심평원의 부당청구감지시스템의 경우, 전체 항목의 합산 점수를 반영하여 부당청구 위험까지 식별할 수 있는 고도화된 시스템 마련이 필요할 것으로 보임.

○ 현지조사 의뢰·선정을 강화하기 위해서는 건보공단에서 분기별로 가구에 발송하는 요

양병원 이용 사실관계 통보서를 확대함으로써 건보공단과 심평원이 정보를 공유하는 방안이 논의되어야할 것으로 보임.

○ 심평원의 현지조사와 건보공단의 방문확인을 하나의 제도선 상에서 운영하는 방법도 고려해볼 수 있음.

- 현지조사와 관련된 심평원과 건보공단의 기능과 역할을 최대한 반영하면서 가장 효율적인 운영 방안으로 건보공단의 방문확인을 100%로 신뢰하는 방법이 있으나 현실적으로 어려움, 이를 보완하기 위한 방안으로 건보공단 방문확인 후 심평원 현지조사가 바로 연계될 수 있도록 연계시스템 마련, 방문확인 건수를 높이는 방법을 고려해볼 수 있음.

3. 현지조사 제도 기준 및 운영에 대한 함의

가. 감경처분 기준에 대한 함의

○ 감경처분의 개선방안으로 요양기관 현지조사 감경처분 기준을 국민건강보험법 시행령에 규정하는 방안으로 제시할 수 있으며 감경처분 기준을 개선하기 위해서는 요양기관 행정처분심의위원회 법적 근거 마련과 운영이 될 수 있도록 실제적인 기반 구축이 필요함.

- 감경처분 중 자진신고에 대한 행정조치의 일부 반영이 필요하며, 자진신고하지 않은 요양기관에 대해서 엄중하게 처벌하는 방안을 모색해 볼 필요가 있음.
- 요양기관 스스로 자진신고를 하였더라도 감경처분에 대한 행정처분심의위원회의 신중한 판단과 검토가 선행되어야하며 행정처분심의위원회의 기능이 강화되기 위해서는 제도권 내에서 현지조사 운영시스템의 체계성과 명백함을 마련하는게 우선적으로 필요할 것으로 보여짐.

나. 행정처분 기준에 대한 함의

○ 현행 기준으로는 부당금액은 동일하지만 부당비율이 다른 경우, 업무정지일수의 차이가 나타났으며 월평균부당금액이 작아도 요양급여비용총액이 작을 경우 부당비율이 급격하게 커지는 문제점이 있음.

- 본 연구를 통해 부당비율에 대한 문제점을 파악하고 현행 제도를 보완할 수 있는 기준 개선안 및 의뢰·선정 및 처분의 기준을 마련함으로써 요양기관 규모에 따른

형평성 문제를 일부 해소시킬 수 있을 것으로 기대할 수 있음.

○ 현행 제도의 행정기준에 대한 근거가 현재 기준 요양급여총금액인상 등을 반영하지 않았다는 문제와 요양기관의 종별에 대한 특성을 반영하지 않았다는 문제, 월평균부당금액과 부당비율의 적정성과 형평성을 갖추었는지에 대한 문제가 논의되었음.

- 본 연구를 통해 요양급여총금액인상을 반영한 월평균부당금액의 설정, 요양기관 종별 특성을 반영한 기준 개선을 마련하여 월평균부당금액과 부당비율이 적정성과 형평성을 갖출 수 있도록 기준 개선안을 제안하였음. 적정성 및 형평성을 고려했을 때, 부당청구금액이 작지만 부당비율이 높게 나타나는 문제점을 해소하였음.

다. 거짓청구에 대한 함의

○ 거짓청구에 대한 정의는 어렵지 않지만 부정한 행위에 대한 거짓청구의 개념을 구체화의 어려움 때문에 현행 제도에서는 인과관계의 명확성이 허용하는 범위 내에서 판단의 기준이 되어 왔음.

- 현행 제도의 행정처분 문제점 중 하나는 고의성에 대한 여부를 구분하는데 있어 명확한 기준과 정의가 마련되어 있지 않다는 제한점이 있음. 따라서 속임수와 그밖의 부당한 방법으로 요양급여비용을 거짓청구하는 경우에는 현행보다 더 강화된 기준 개선안이 필요할 것으로 보여짐. 그러나 거짓청구의 기준이 명확하지 않기 때문에 후속 연구를 통해 구체적으로 명확한 기준에 대한 제시가 필요할 것으로 보여짐.
- 본 연구를 통해, 개선2안의 거짓가중비율에 방안을 제안함으로써 거짓청구로 인한 행위에 대한 처분을 강화함으로써 거짓청구에 대한 목적과 취지에 대한 인식을 높이고 거짓청구로 인한 행위를 감소시키는 효과를 기대할 수 있음.
- 그러나 거짓청구에 대한 수준을 엄격하게 적용할 것인지, 그리고 엄격하게 적용한다면 구체적인 판단 기준은 무엇인지, 거짓청구의 명확성(인과관계)에 대한 기준(근거)을 어떻게 마련할 것인지에 대한 후속 논의가 필요할 것으로 보여짐.

라. 부당청구감지시스템 선정에 대한 합의

○ 현지조사 대상 기관 선정 방법 중 부당청구감지시스템의 데이터 분석 방법이 있음. 데이터 분석을 통해 특정 항목의 개연성에 대한 부분을 추정한 상태에서 의뢰 및 선정을 결정하고 있음.

- 그러나 부당청구감지시스템으로 선정하는 방법의 단점은 정확한 부당금액의 산출이 어렵기 때문에 현지조사를 나갔을 때, 부당금액이 불일치하는 사례가 발생하였음. 이는 심평원의 업무 효율성을 낮을 수 있을 뿐만 아니라 현지조사 대상인 요양기관에서도 큰 부담으로 작용함.
- 본 연구를 통해 부당청구감지시스템 데이터 분석을 통한 개선 필요사항을 파악하였고–실무진 논의를 거쳐 부당청구감지시스템을 이용한 대상 기관의 선정 원칙을 마련하였음.

○ 부당청구감지시스템 운영을 통한 현지조사 대상 기관의 선정 비율이 높지만 향후, 전체 항목의 점수를 합산을 반영한 부당청구 위협까지 예측할 수 있는 고도화된 시스템 마련이 필요함. 또한 부당청구감지시스템에서 예측한 결과를 참고하여 착오청구에 대한 교육 및 컨설팅을 병행하여 착오청구를 낮출 수 있는 방향이 필요함. 고도화된 부당청구감지시스템의 개발은 동일한 부당 건이 재발하지 않도록 유도하는 효과가 있을 것으로 사료됨.

- 부당청구감지시스템 상 더 정밀한 개연성을 확인할 수 있는 다양한 접근 방법이 모색되어야 하며 부당청구감지시스템 룰(Rule)에서 빈번하게 나타나는 룰(Rule)사례에 대한 데이터 분석과 노하우 축척이 필요할 것으로 사료됨.

마. 사후관리 운영에 대한 함의

○ 미국의 경우 여러 유형의 민간 부당청구 감시 계약자를 통해 부당청구를 사전에 식별하고 차단하는데 구체적인 전략이 마련되어 있음. 구체적인 전략 중에서 표본 추출 조사를 기본적으로 채택하여 잠재적 부당청구에 대한 경찰효과를 강화하고 있음.

- 우리나라의 현행 현지조사 제도는 사후관리에 집중하고 있으나 미국의 경우, 사전에 부당청구를 감소시키는 전략으로 부당청구의 예방에 집중하고 있음.
- 본 연구를 통해 순환방식의 조사, 추첨방식의 조사에 대한 방안을 제시함으로써 표본조사를 통한 잠재적 부당청구를 감소시키는 등 경찰효과를 기대할 수 있음.

○ 부당청구의 사전예방 기능을 강화하기 위한 전략이 필요함.

- 청구의 속임수와 부당한 사례를 예방하기 위해서는 요양기관을 대상으로 현지조사에 대한 정보 홍보와 상시 운영이 가능할 수 있는 청구교육이 필요하며, 이를 위해

의료계 및 학계와의 교육 인프라 구축이 필요할 것으로 보여짐.

○ 현지조사의 사후체계관리를 강화하기 위한 전략이 필요함.

- 현지조사의 사후관리 체계를 강화하면서도 예방측면의 제도 설계를 위하여 통합된 정보시스템을 구축하여 복지부-심평원-건보공단의 원활한 정보공유를 통해, 부당항목의 식별을 직관적으로 확인할 수 있는 시스템 구축이 필요할 것으로 보여짐.

바. 국외 사례에 대한 함의

○ 독일의 부당청구관리에 있어 경제성, 품질, 합법성 관점에서 부당청구를 관리하고 있고 부당청구처분제도에서 비용환수, 징계, 요양기관지정의 취소, 의료법적 제재를 처분에 반영하고 있으며 준법정신의 사회적 방향에 맞춘 강력한 제재로 직업적 제재(자격정지, 면허취소)를 운영하고 있음.

- 본 연구를 통해 현지조사의 강력한 제재 수단으로 경고에 대한 부분은 고려할 시 경고의 정의와 기준을 명확하게 제시해야하는 제도적 근거를 제시하였음. 또한 심평원의 심사평가체계 개편을 반영한 진료비 심사와 연동이 가능한 현지조사 연계 방안을 마련함으로써 의료의 효율성과 품질에 대한 고려가 필요하며 사전예방적 접근 측면에서 효율성과 의료의 질이 현지조사 의뢰·선정을 하는데 고려할 수 있음.

○ 미국은 연방정부 내 범부처 연계(보건당국과 법무부의 업무연계)뿐만 아니라 주(state) 행정 단위 관리부처와도 협력하여 유기적인 부당청구를 관리하고 있음. 부당청구에 대한 처분 기준은 금품수수금지법, 허위청구방지법, 민사벌금 법, 보건의료 프로그램 참여 배제 등 우리나라에 비하면 처벌의 강도 및 수준이 높았음.

- 미국의 제도와 비교하면 우리나라의 경우 현지조사 관련 법이 의료법, 건강보험법 등에 기준함에 따라 법적 처분과 자율성이 미국에 비해 상대적으로 한정되었다고 해석할 수 있음.
- 현지조사의 사전예방 - 감시 - 사후관리의 순환적 연계체계의 운영에 대한 면밀한 점검이 필요할 것이며 제도 운영의 보완이 필요할 경우 한정된 자원과 시스템 내에서 효율적인 순환적 연계체계가 실현될 수 있는 구체적인 방안으로 부당청구감지시스템을 통한 고도화된 선정 시스템 개발을 제안하였음.

○ 일본의 부당청구관리는 3개의 조직이 관여하고 있으며 부당청구관리에 있어 사전지도와 감독의 효과가 감시보다 더 중요하게 다뤄지고 있음. 즉, 부당청구에 대한 충분한 검토가 이뤄진 후 행정처분이 이뤄지기 때문에 처분조치에 대한 이의제기 및 소송의 빈도가 낮았음.

- 일본은 우리나라에 비해 행정처분 제도의 수위는 높지만 부당청구 관리에 있어 처분을 내리기 전 충분한 사전 검증(검토)를 진행하여 행정적 지도에 대한 사전 예방효과를 기대할 수 있을 것으로 보여짐.
- 본 연구를 통해, 요양기관의 부당청구에 있어 부당청구에 대한 관리는 충분히 검토하되 부당청구로 적발 시 처분에 대해서는 강력하게 제재하는 공론화가 필요할 것으로 보여짐. 이러한 방향은 사전 예방적 기능의 강화와 감시 기능에 효과가 있을 것으로 보여짐.

사. 현지조사 운영에 대한 함의

○ 현지조사 처분 심의절차에 있어 충분한 소명 보장과 이의신청 피드백에 대한 명료한 절차가 필요함.

- 요양기관들이 현지조사에 대한 취지와 목적을 제대로 이해할 수 있는 인식의 변화가 필요할 것으로 보이며 청구교육의 강화, 경고 구간의 설정, 컨설팅 지원 등 요양기관들이 본 제도에 대해 보다 긍정적인 시선을 갖을 수 있도록 행정적 과정(처리)에 대한 부분적 투명화가 필요함.
- 현행 제도에서는 행정적 절차에 대하여 의무적으로 알려줄 필요는 없으나 제도의 취지와 목적을 고려한다면 행정처분에 대한 적극적인 소명기회가 부여되어야하고 그에 대한 충분한 증거자료 제출이 채택될 수 있도록 운영 시스템의 변화가 필요할 것으로 보여짐.
- 제도의 행정적 투명성, 객관성, 공정성은 표준화된 행정적 시스템을 마련할 수 있으며 체계적인 제도 운영을 통해 현지조사 제도의 당위성을 확보하는데 도움이 될 것으로 보여짐.

참고문헌

건강보험심사평가원. 건강보험재정 누수방지 강화를 위한 심사사업 발전방향 검토. 2016.
국민건강보험공단. 해외동향보고서. 2020.
명순구. 업무정지 처분 및 과징금 부과 기준의 합리적인 개선안 마련을 위한 연구. 2017.
박은철. 현지조사제도 중장기 발전방안 연구. 2016.
박은철. 효율적 부당청구 관리방안 연구. 2019.

현지조사 의뢰·선정 및 행정처분 기준 개선 연구

발 행 일 : 2020년 12월
발 행 처 : 건강보험심사평가원
강원도 원주시 혁신로 60(반곡동)
대표전화 : 1644-2000
홈페이지 : www.hira.or.kr
인 쇄 처 : 무지개문화사 ☎ 02)927-5308

※ 이 보고서는 무단으로 복제나 인용을 할 수 없습니다.
(저작권법 제136조 등 관련법 적용)