



# 진료비 청구 및 심사

2020.1.20

임정도

있는곳 : J동 414호, 510-0616  
손에는 : 010-6717-0213  
메일은 : limjd5794@cup.ac.kr

## 학습목표

1. 진료비 청구 및 심사 체계에 대하여 설명할 수 있다.
2. 건강보험 심사평가원의 주요 기능과 역할에 대하여 이해할 수 있다.
3. 요양급여비용에 관한 제도와 관련 법률에 대하여 파악할 수 있다.
4. 건강보험 심사평가원의 심사 절차 및 심사기준에 대하여 설명할 수 있다.
5. 진료비심사조정내역 분석 및 이의신청에 대하여 이해할 수 있다.

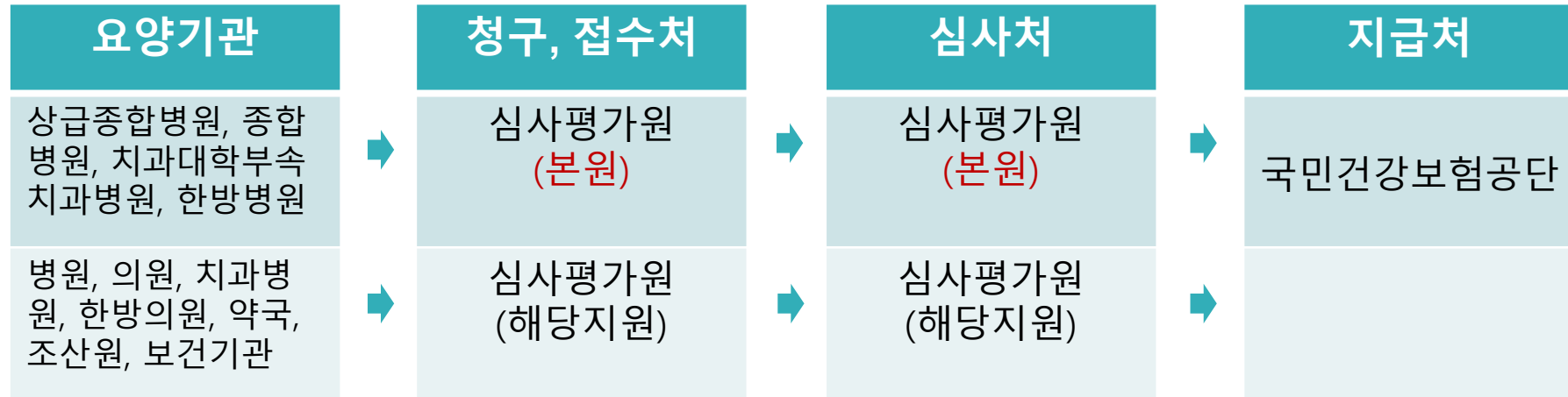
# 목 차

---

1. 진료비 청구 및 심사체계
2. 진료비 청구 사전심사
3. 진료비 산정착오와 청구 누락
4. 심사결과에 대한 이의 신청
5. 진료비 심사 및 지불
6. 심사 조정내역(삭감) 분석
7. 정산진료비 환수 및 재청구

# 1. 진료비 청구 및 심사체계

---



# 1. 진료비 청구 및 심사체계

---

## 진료비 지급

요양기관이 진료한 국민건강보험 환자의 진료비는 국민건강보험 공단에서 지급한다.

# 1. 진료비 청구 및 심사체계

---

## 진료비 심사업무

- 요양급여 청구명세서를 받은 **건강보험심사평가원**은 과잉진료와 기타 부당한 비용 지출을 방지하기 위해 진료내역의 작성여부를 판단한 심사결과를, 요양기관과 공단에 심사결정 결과를 통보하고, **공단**은 심사결정 금액을 지체 없이 요양기관에 지급하게 된다.
- 진료비가 과다한 경우 해당요양기관에 지급할 금액에서 과다 납부된 금액을 공제하여 1,000원 이상의 금액은 가입자에게 반환 지급하고 있다.

## 2. 진료비 청구 사전심사

---

### 병원 자체심사

- 1) 의료기관에서 심사평가원에 진료비를 청구하기 전에 진료비가 정확하게 산정되었는지를 점검하고 혹은 누락된 진료 부분을 찾아내어 청구 조정하는 업무를 말한다.
- 2) 병원 자체적으로 심사부서를 만들고 전문인력을 확보하여 진료비 청구 전에 청구될 요양급여비용 명세서를 최종적으로 확인 점검하는 업무를 담당하게 된다.
- 3) 주 상병별 행위별수가 인정 여부를 등으로 인하여 진료비 심사지침과 행정해석의 내용이 증가되고 있는 추세이므로 이에 대한 적정성 여부를 진료비 청구에 반영하여야 한다.

## 2. 진료비 청구 사전심사

---

### 심사평가원의 목적

건강보험법에 의하여 건강보험심사평가원이 병원으로부터 청구되어온 요양급여 명세서를 심사하도록 규정되어 있음.

- ① 퇴원계산서와 청구명세서상의 오차를 줄여 신뢰성확보, 및 사후 발생할 수 있는 퇴원 감소
- ② 건강보험 진료의 기본 개념에 부합되는 진료 즉 의료의 사회적 공평성과 경제성에 입각한 진료를 통하여 보험재정을 보호
- ③ 진료과의 처방발생누락 및 삭제 혹은 착오에 의한 중제적 홍보역할을 담당함으로 병원 경영에 도움을 줄 수 있음.
- ④ 병원으로 하여금 건강보험에 대한 인식제고를 위한 심사의 기준 및 그 내용을 알려주는 교육과 계몽적 기능을 수행하기 위함이다.



## 2. 진료비 청구 사전심사

### 병원 자체 심사 분류

#### 시기에 따른 분류

##### 1) 사전심사(재원심사)

외래의 경우는 일반 내원 환자가 많고 단시간 내에 업무처리를 해야 하기 때문에 어려운 실정에 있지만, 입원의 경우는 퇴원 전에 자체 심사를 통하여 적정한 진료비 산정에 대한 검토 조정 할 수 있는 시간적 여유가 있기에 가능하다.

##### 2) 사후심사(청구 전 심사)

환자가 진료비를 수납(본인부담) 한 후에 건강보험심사평가원에서 진료비를 청구하기 전에 적정한 진료비 청구를 위하여 시행되고 있으며 진료비 산정 착오 시 본인부담금에 대한 정산 재 수납이 가능하지 않기 때문에 문제점을 안고 있다.

##### 3) 혼합 심사

사전심사와 사후 심사의 혼합형태이며, 입원 환자 중 퇴원 예정자에 대하여 퇴원 전날까지의 진료비에 대하여 미리 심사하고 퇴원 일에 관련된 진료비를 심사함으로써 퇴원 수속 기간을 단축시킬 수 있으므로 현재 많이 사용하고 있다.

## 2. 진료비 청구 사전심사

### 병원 자체 심사 분류

#### 방법에 따른 분류

##### 1) 진료비 명세서에 의한 심사

전산에서 출력된 진료비명세서를 진료기록부나 전표(slip)등과 대조 확인하는 심사방법이다. **날짜별**이나 **항목별로 출력된 진료비명세서를 확인** 할 수 있는 장점이 있으나 출력에 따른 **시간과 비용이 많이 소요된다.**

##### 2) 전산화면 심사(Lay out)

진료비명세서에 따른 단점을 보완하고 청구방법에 있어서 점차 전산화되는 시대적 추세에 맞추어 청구서를 별도로 출력시키지 않고 전산화면으로 심사하는 방법이다.

##### 3) 혼합 심사

진료비명세서와 전산화면 심사를 혼합하여 심사하는 방법이다. 진료내역이 많은 **입원**인 경우는 진료내역이 많아 전산화면으로 심사하는 것이 어려우므로 **진료비명세서**를 중심으로 심사를 하고 반면에, **외래**인 경우는 진료내역이 적고 건수가 많아 **전산화면**으로 심사 한다.

## 2. 진료비 청구 사전심사

### 자체진료비의 강화

병원은 그 동안 자체 심사직원을 양성하였으나 이제는 사후 관리를 위한 심사제도에서 사전에 교육하고, 점검하는 사전관리 업무를 수행해야 한다. 입원진료의 경우 입원수속에서부터 퇴원 시까지의 모든 행정, 처방, 수가, 진료비 상담 등의 토털 서비스를 제공하는 사례관리를 수행해야 한다.

#### **CP( Critical pathway, 표준진료지침)의 개발**

: 의료서비스의 지연과 자원의 활용을 최소화 하고 진료의 질을 극대화하기 위하여 특정한 진단 또는 처치과정에서 의사, 간호사 및 직원의 적절한 개입과 투입을 조절할 수 있다



경영자: 병상이용도 증가, 평균 재원일수 단축, 자원의 효율적인 관리

환자: 만족도 향상, 진료 내용에 대한 이해도 증가, 환자교육충실, 비용 부담 감소

직원: 업무내용 개선과 의사소통 원활로 팀의를 실현할 수 있다.

## 2. 진료비 청구 사전심사

---

### 자체진료비의 강화

#### 수가개발

: 질병군 에 따른 진료과정을 측정/분석 하여 수가 항목을 개발하여야 한다.

#### 이의신청

: 보험자에 청구된 진료비가 삭감될 경우 재심청구를 신청하고 각종증빙자료를 보완한다.

#### 심사청구

:이의신청내용을 기각하는 경우 보건복지부와 소속 하에 건강보험분쟁조정위원회에 재심을 신청하는 제도로써 고도의 행정력을 요구한다.

#### 삭감분석 및 각종 통계처리

: 건강보험심사평가원에서의 기각된 내용을 분석하여 병원 내 교육 등을 통해 재발을 방지한다.

#### 정보의 공유

: 우수사례 모방 등을 통해 자기병원의 현 위치를 파악하여 해당 부서에 정보를 배부한다.

### 3. 진료비 산정착오와 누락

#### 진료비 산정착오

청구누락의 원인은 진료기록의 미비로 인한 산정누락이 되는 경우와 기록은 되었으나, 처방의 전달착오로 인한 산정누락 그리고 기록된 진료내용의 적용 착오누락 등 대부분 진료비 관리 오류로 인하여 발생하고 있다.

##### 1) 진료부서의 착오

: 의료제공자측의 의료보험제도에 대한 잘못된 인식 및 부정적 인식과 건강보험진료기준 및 산정방법의 미숙 등에 의해 발생되고 있음

➡ 진료행위의 불명확(산정누락)한 경우: 부정확한 처방전 발행

##### 2) 행정부서의 착오

: 계산 및 입력착오, 진료행위 산정착오, 진료행위 적용착오, 프로그램 자체의 문제 등이 있을 수 있음. 담당자의 단순입력착오와 보험지식 부족으로 착오가 있을 수 있으므로 건강보험에 관한 기본 지식이 있어야 한다.



## 인지된 누락

1) 머리부분 손상으로 두부CT를 각부위별(두부, 안와부, 측두부, 상악골, 하악골 등)으로 동시 촬영하였으나 보험기준상 두부는 1회만 인정되므로 나머지는 자체적으로 누락시키는 경우이다.

2) 요양기관 현지조사의 기준이 되는 건당 진료비와 내원일수가 유사한 다른 요양기관 보다 높은 경우 현지조사를 피하기 위하여 고액진료비를 누락시키는 경우이다.



## 미인지된 누락

1) 퇴원 전 심사과정에서 자세히 확인하지 않으면 누락여부를 판단할 수 없는 고의적인 누락을 말한다. 특히 의료진과의 친분관계나 직원본인 등이 진료할 경우 무료로 시술하거나 시행 후 진료기록부에 기록하지 않아 계산이 누락되는 경우가 있을 수 있다.

### 3. 진료비 산정착오와 누락

---

#### 진료비 누락방지대책

- ① 건강보험에 대한 인식을 제고시켜서 그 중요성을 계속적이고 반복적으로 교육을 실시 하도록 한다.
- ② 진료방법에 대한 행정해석 및 심사기준 등에 대하여 각 부서에 정보를 제공하여 진료 과목별 전문심사를 위한 전문 심사 인력 확보를 하여야 한다.
- ③ 병원 내 적정 진료위원회(QA 또는 QI)등을 활용하여 문제점을 도출하고 개선점을 찾아 시행하도록 한다.
- ④ 타 병원, 관련단체와의 정보 교환 및 간담회, 교육 등이 이루어져야 한다.

### 3. 진료비 산정착오와 누락

---

#### 1) 명세서

##### 특징

- ① 청구액 지급기간이 40일로 길다.
- ② 출력, 분류, 발송으로 처리시간이 길다.
- ③ 진료비명세서 제출 시 검사결과지 등 첨부하여야 한다.
- ④ 진료재료, 약제 등 구입증빙자료 진료비 청구 전 제출하여야 한다.

#### 2) 전산매체

##### 특징

- ① 청구액 지급기간이 40일로 길다.



### 3. 진료비 산정착오와 누락

#### 청구방식의 장단점 비교

##### 3) EDI

##### 장점

- ① 청구액 지급기간이 15일 이내로 줄어든다.
- ② 입원환자의 경우 수시청구가 제도화 되어있다.
- ③ 검사결과통지 등 첨부자료가 필요 없다.
- ④ 삭감률이 줄어들어 경제적이다.
- ⑤ 명세서 출력 생략, 자료 우송 등의 자동화로 청구업무가 편리해진다.
- ⑥ 진료비 심사기관에서 재 입력을 할 필요가 없으므로 청구자료의 오류가 방지된다.
- ⑦ 진료비심사결과를 빠르고 상세하게 받아 볼 수 있다.
- ⑧ 삭감분석의 자동화 및 통계분석이 용이하다.

##### 단점

- ① 초기비용의 증가(전산장비 도입비용, 프로그램 개발)
- ② 전산개발과정의 어려움이 있다.
- ③ 업무의 일시적 증가(기존전산프로그램의 변경과 신설 및 병원자체수가코드를 청구 가능한 표준코드로 변환시키는 작업)

### 3. 진료비 산정착오와 누락

#### 청구방식의 장단점 비교

##### 4) DRG

###### 장점

- ① 경영과 진료의 효율화
- ② 과잉진료, 의료서비스 오·남용 억제
- ③ 의료인과 보험자와의 마찰 개선
- ④ 진료비 청구방법의 간편화
- ⑤ 진료비를 둘러싼 마찰 감소 및 투명성 제고
- ⑥ 심사기간 3일 이내

###### 단점

- ① 서비스 제공을 최소화하려는 경향이 있어 환자와의 마찰이 예상되고 의료의 질적인 수준이 저화될 우려
- ② DRG코드 조작에 따른 의료기관의 허위/부당 청구의 우려
- ③ 진료 효과면에서 우수하나 비용이 많이 드는 신기술이나 진료방식의 채택이 억제되므로 새로운 개발이나 임상분야의 발전에 장애

## 4. 심사결과에 대한 이의신청

### 이의신청

- 1) 요양기관 또는 공단은 심사결과에 이의가 있을 때에는 요양급여 비용 심사결과통보서를 받은 날로부터 90일 이내에 이의신청을 할 수 있다.
- 2) 심사평가원은 이의신청을 받을 때에는 60일 이내에 이의신청결과를 통보하여야 한다. 다만, 부득이 한 사정이 있을 경우는 30일 범위 안에서 그 기간을 연장 할 수 있으며, 기간을 연장한 때에는 결정기간이 만료되기 7일전까지 이의신청인에게 이를 통지하여야 한다.

#### \* 신청대상

- ① 심사결과에 불만이 있어 재심사를 요구할 때(행정소송)
- ② 심사내용에 대한 확인을 요구할 때
- ③ 청구착오에 대한 정정을 요구할 때
- ④ 소명자료를 미제출하여 조정되었을 때



## 이의신청 작성방법

### 문서번호

\* 의원(병원)에서 임의로 정한 문서발행번호를 입력

### 접수번호

\* 심사결과통보서에 있는 접수번호 기재

### 묶음번호

\* 심사결과통보서에 있는 묶음번호 기재

### 심사차수

\* 심사결과통보서에 있는 심사차수 기재

### 도착일자

\* 요양기관에 심사결과통보서가 도착한 날짜 기재

## 분류

### 단순심사

1차 심사청구서 상병착오, 코드착오, 자료 미제출 및 점검착오로 심사조정된 경우

### 의학적 심사

진료내역 분석인정, 진료내역 기재착오, 심사기준 변경, 기타 사유로 심사조정된 경우

\*단순 심사와 의학적 심사 중복 시는 의학적 심사에 기재



## 의원가산율

\* 청구 시의 의원가산율(15%)을 입력한다.

## 일련번호

\* 심사결과통보서를 참조하여 기청구 시의 명세서 일련번호 기재

## 수신자명

\* 심사결과통보서를 참조하여 기청구 시의 수신자명 기재

## 진료구분

\* 진료형태 기재 (예: 치과외래, 치과입원)

## 이의신청 내역

\* 결정을 요구하는 사항과 이의신청을 하게 된 법률상 및 사실상의 근거가 되는 내용 기재.

## 첨부서류

\* 수신자별로 상단의 첨부서류의 해당번호를 기재하며, 기타는 해당 자료의 명칭 기재



## 5. 진료비 심사 및 지불

---

### 진료비 심사

현재 종합병원이상의 병원급 에는 50병상당 1명 이상의 진료비관리 및 청구직원이 분포되어 있으며 이들은 경력직원이 신입직원에게 Know-how를 전수하는 도제 교육식으로 업무를 수행하고 있다. 1980년대 초반부터 임상경험이 풍부한 간호사 출신등의 직원들이 병원 보험 심사과 등으로 전입되어 이 업무를 수행하는 실정이다.

## 5. 진료비 심사 및 지불

### 보험심사 관련 제도 및 법률

#### 요양급여비용의 청구와 지급

건강보험법에서는 요양급여비용의 심사청구는 심사평가원에서 하며, 심사청구를 받은 심사평가원은 이를 심사한 후 지체 없이 그 내용을 공단 및 요양기관에 통보하도록 되어 있다. 심사기관과 지급기관이 분리되어 있으므로 요양급여비용의 지급청구는 공단에 하고, 비용심사는 심사평가원에 청구하도록 되어있다.

#### 이의신청

이의신청은 처분이 있는 날로부터 90일 이내에 문서로 하여야 하고, 처분이 있는 날로부터 180일이 경과하면 이의를 제기하지 못한다.

#### 행정소송

공단 또는 심사평가원의 처분에 이의가 있는 자와 이의신청, 심사청구에 대한 결정에 불복이 있는 자는 행정소송을 제기 할 수 있다.

## 5. 진료비 심사 및 지불

---

### 병원의 진료비 자체심사 제도

#### 1) 사전심사

: 환자가 재원 중에 발생하는 진료비를 사정 하는 것.

#### 2) 사후심사

: 검사 결과지나 의사진료경과기록지 등을 첨부하여 부당한 삭감이 이루어지지 않도록 하여야 한다.



## 5. 진료비 심사 및 지불

### 심사기준

건강보험심사평가원에서 실시

목적 : 의료공급의 타당성 검토, 도덕적 해이 방지 → 진료비청구의 과다지출 억제

#### \*심사기준의 근거

- ① 건강보험관계법령
- ② 건강보험급여규칙-급여의 범위 및 절차
- ③ 진료수가기준-산정방법(진찰료, 검사료, 수술료 등)
- ④ 약제비산정기준-약가산정방법, 성분별, 상품별, 단위별 실거래가
- ⑤ 보건복지부 행정(유권)해석 및 각종행정지시
- ⑥ 진료비심사지침 및 사례(진료비심사위원회의 결정사항)
- ⑦ 치료(진료용) 재료대 실구입가
- ⑧ 기타

## 건강보험진료비 청구절차

월별 자료모음(DATA) [입원, 외래]



명세서(초안) 출력 또는 중점 화면심사



청구 심사 및 조정



첨부 자료(검사결과지, 소견서)



요양급여비용 명세서 출력



명세서 편철 및 발송



## 6. 심사조정내역(삭감) 분석

---

### 진료비 심사조정 내역분석

심사결과통지서에 대한 항목에 따라 진료 행위별, 조정 사유 별로 내용을 확인하고 전체적인 조정내역을 작성하는 과정이다. 심사평가원에서 심사 후 그 결과인 요양급여 비용 심사 통보서를 요양기관에 발송한다. 요양기관은 이를 근거로 심사조정내역을 분석하는데 통보서 상 증감내역이 없는 것은 전액인정으로 처리한다.

#### **\*목적**

- ① 이의신청의 기초자료로 활용
- ② 심사평가원의 심사경향 분석 후 병원 운영에 활용

## 6. 심사조정내역(삭감) 분석

---

### 이의신청 및 심사청구

심사평가원의 심사결과에 불복할 경우 통보서 접수 90일 이내에 이의신청할 수 있다. 이의신청 결과에 승복하지 않으면 처분이 있는 날로부터 90일 이내에 보건복지부장관에게 심사청구를 할 수 있게 되어있다. 심사청구는 행정소송의 일환이므로 심사청구의 취지 및 사유에 삭감처분이 부당함으로 취소한다는 결정을 구하는 것이다.

## 7. 정산진료비 환수 및 재청구

### 환수금 발생요인

#### 1) 수급자격 확인 소홀

- 건강보험증을 반납한 자격상실자 진료
- 지역가입자가 아닌 세대주 진료
- 건강보험증에 미 등재 된 자의진료
- 건강보험자격 취득 전 진료

#### 2) 착오기재

요양급여 작성시 수신자가 소속된 증 번호, 성명, 주민번호 등의 착오 기재

#### 3) 진료비 이중청구

#### 4) 초진 진찰료 중복청구

#### 5) 원외처방 약제비

#### 6) 정산진료비 추가지급

이의신청 등이 받아들여져서 진료비가 추가 지급되는 경우

## 7. 정산진료비 환수 및 재청구

---

### 정산진료비 재청구

진료비 지급불능 사유가 요양기관 수신자 주민등록번호 불명인 경우 국민건강보험공단에 재청구 한다.

## 총정리

- ① 진료비는 심사 체계에 따라 국민건강보험 공단에서 지급한다. 건강보험심사평가원은 과잉 진료와 기타 부당한 비용지출 방지를 위해 진료 내역의 적정여부를 심사하고 공단은 심사결과에서 납부한 본인일부부담 진료비가 과다한 경우 과다 납부한 금액을 공제하여 가입자에게 반환지급한다.
- ② 진료비 누락 에는 현지조사를 피하기 위한 인지된 누락과 진료비 계산 착오 혹은 누락으로 발생한 미 인지된 누락이 있을 수 있다. 병원 진료비 자체 심사제도를 통해 사전심사에서 청구 누락, 삭감 방지를 위해 심평원과 직원들이 환자의 재원 중에 발생하는 진료비를 산정할 수 있고 환자가 퇴원한 사후에 진료비 청구를 위해 의사의 처방 내역과 의무기록을 검토하여 확인한다.
- ③ 심사 조정내역(삭감)에 이의가 있을 시 심평원 통보 90일 이내에 서면 또는 웹으로 이의신청을 할 수 있다.