

가짜 진료, 가짜 환자 막아 국민 보험료 지킨다

- 코로나19로 2년간 중단했던 건강보험 기획조사 하반기부터 본격 재 실시 -

보건복지부(장관 정은경)는 올 하반기에 가짜 진료, 가짜 환자 등 건강보험 거짓청구를 집중적으로 적발하기 위한 기획조사를 실시할 계획이라고 밝혔다.

* 거짓청구 : 속임수로 요양급여비용(진료비)을 청구하는 행위(국민건강보험법 제57조)

기획조사는 건강보험 제도 운영상 개선이 필요한 분야 또는 사회적으로 문제가 제기된 분야에 대해 실시하는 현지조사 유형 중 하나로 지난 2년간(2024~2025) 코로나19 등으로 인해 중단하였으나, 올해부터 거짓 청구에 대한 기획조사를 시작으로 현지조사 등을 실시할 계획이다. 올 하반기 기획조사는 6월부터 준비기간을 거쳐 이르면 8월부터 본격 실시할 예정이다.

거짓청구는 실제로 하지 않은 진료 행위를 한 것처럼 속여 진료비를 청구하는 행위이다. 예를 들어 실제 진료하지 않은 환자를 진료한 것처럼 꾸며 진료비를 청구하는 행위, 실제 근무하지 않은 의사가 근무한 것처럼 진료비를 청구하는 행위 등이 해당한다. 거짓청구로 적발된 건강보험 재정 누수액은 연평균 약 96억 원으로 전체 부당청구 금액의 약 30%를 차지하여 건강보험 재정을 약화시키는 주요 원인 중 하나다.

<거짓청구 주요 적발사례>

- ① 입원일수 또는 내원일수를 부풀려 청구
- ② 비급여대상 진료 후 진료비 이중청구
- ③ 실제 실시 또는 투약하지 않은 요양급여행위로, 치료재료비용 및 약제비를 청구
- ④ 의료행위 건수를 부풀려 청구
- ⑤ 실제 근무하지 않은 인력을 근무한 것처럼 청구
- ⑥ 무자격자의 진료나 조제 등으로 발생한 비용을 청구

보건복지부는 기획조사의 공정성·객관성·수용성을 높이기 위해 6월 중 의약계 등 민간 전문가가 참여하는 ‘현지조사 선정심의위원회*’ 심의를 통해 조사 항목과 시기에 대해 논의하고, 이를 확정된 후 사전에 예고할 계획이다.

* (목적) 현지조사 대상기관 선정 및 기획조사 대상항목 선정 등 심의
(구성) 총 11명 : 공공위원(3명), 의약단체(5명), 시민단체(1명), 전문가(2명)

거짓청구에 대한 조사항목은 거짓청구 가능성과 적발 금액이 높은 유형들을 건강보험심사평가원의 부당청구감지시스템*을 활용하여 중점적으로 분석함으로써 조사의 실효성을 높일 계획이다.

* 부당청구 사례별로 판단 기준(시나리오 룰)(198개 항목)을 개발, 요양기관별로 위험 점수를 산정하여 부당청구 행태를 모니터링하고, 부당청구 개연성이 높은 요양기관을 현지조사 대상기관으로 선정, 현지조사 업무 등에 활용하는 빅데이터 기반 예측 시스템

아울러, 기획조사를 통해 확인된 거짓청구에 대해서는 현행 법령에 근거하여 신속하고 실효적인 사후관리를 통해 징벌을 부과한다.

적발된 금액은 부당이득금으로 환수하며, 이에 더하여 최대 1년간 업무정지를 부과한다. 요양기관 이용자에게 심한 불편을 주는 등 업무정지가 어려운 경우에는 과징금을 부과할 수 있으며 총 부당금액의 5배까지 부과할 수 있다.

* (예시) 부당금액이 20억 원일 경우, 업무정지를 갈음한 과징금은 최대 100억 원으로 부당이득 환수액 20억 원을 포함하여 총 120억 원을 징수

특히 거짓청구가 확인된 기관에 대해서는 업무정지 또는 과징금 외에도 관련 법령에 따른 고발 조치를 하는 한편, 거짓청구금액이 1,500만 원 이상이거나 거짓청구비율이 20% 이상인 요양기관에 대해서는 건강보험공표심의위원회 의결을 거쳐 국민에게 위반사실을 공개한다.

아울러, 기획조사를 통해 진료기록부 거짓 작성 등 의료법 위반사항이

적발되는 경우 의료인에게 1년 범위에서 자격정지 처분이 부과될 수 있다 (의료법 제66조).

권병기 건강보험정책국장은 “가짜 진료, 가짜 환자 등 거짓청구에 대한 기획조사를 통해 국민의 소중한 보험료로 운영되는 국민건강보험에 누수가 발생하지 않도록 하고, 신속하고 실효적인 사후관리를 통해 거짓·부당청구 없는 정상적 청구문화를 정착시켜 나갈 계획이다”라고 밝혔다.

<붙임> 현지조사 및 기획조사 개요

담당 부서	보건복지부 보험평가과	책임자	과 장	김동현 (044-202-2770)
		담당자	서기관	전진도 (044-202-2771)
		담당자	사무관	강명진 (044-202-2777)



□ **현지조사 개요**

- (정의) 요양기관이 지급받은 요양급여비용 등에 대해 세부 진료내역을 근거로 사실관계 및 적법 여부를 확인하고, 그 결과에 따라 부당이득 환수 및 행정처분 등을 수반하는 보건복지부장관의 행정조사
- (목적) 요양기관의 요양급여사항 등에 관하여 지도·감독함으로써,
 - 요양기관의 건전한 요양급여비용 청구 풍토 조성 및 적정진료 유도
 - 건강보험 가입자의 수급권 보호 및 건전한 의료공급자 보호
 - 불필요한 건강보험재정 누수 방지

□ **현지조사 후속조치(사후관리)**

- 부당청구가 확인되는 경우 건강보험은 국민건강보험공단, 의료급여는 보장기관(시장·군수·구청장)이 각각 부당이득금액을 환수하고,
 - 월평균 부당 금액 및 부당 비율에 따라 업무정지 또는 과징금, 명단공표, 고발 등 조치
- 그 밖에 의료법·약사법 등 타법 위반사항이 적발될 경우, 면허자격 정지 처분 등 부과

□ **기획조사 개요**

- (정의) 건강보험 제도 운영상 개선이 필요한 분야 또는 사회적으로 문제가 제기된 분야에 대해 실시하는 현지조사
- 연도별 기획조사 현황

(단위 : 개소)

조사연도	항 목	기관수
2019	본인부담금 과다징수 의심기관(종합병원)	20
	의료인력 부당청구(병원급)	30
2021	요양병원 입원환자 청구 실태조사	18
2022	비급여대상 진료 후 요양급여비용 이중청구	36
2023	본인부담금 과다징수 의심기관(종합병원)	10