

보도시점 2026. 7. 14.(화) 조간
2026. 7. 13.(월) 12:00

배포 2026. 7. 13.(월)

국민의 소중한 보험료 지킨다 가짜 진료·가짜 환자 기획조사 항목 사전 안내

- 8월부터 3개월간 거짓청구 다빈도 유형 집중 조사 -
- 적발 시 최대 1년간 업무정지·과징금·명단공표 등 엄정 조치 -

보건복지부(장관 정은경)는 가짜 진료, 가짜 환자 등 건강보험 거짓 청구를 집중적으로 적발하기 위해 ‘거짓청구 다빈도 유형’에 해당하는 요양기관을 대상으로 2026년 건강보험 기획조사를 실시한다고 밝혔다. 기획조사는 8월부터 10월까지 3개월에 걸쳐 실시할 예정이다.

< 거짓청구 다빈도 유형 >

- ① 입원일수 또는 내원일수를 부풀려 청구
- ② 비급여대상 비용을 전액 환자에게 부담시킨 후 이를 다시 요양급여대상으로 청구
- ③ 실제 실시 또는 투약하지 않은 요양급여행위로, 치료재료비용 및 약제비를 청구
- ④ 의료행위 건수를 부풀려 청구
- ⑤ 무자격자의 진료나 조제 등으로 발생한 비용을 청구

기획조사는 건강보험 제도 운영상 개선이 필요한 분야 또는 사회적으로 문제가 제기된 분야에 대해 실시하는 현지조사 유형 중 하나로 지난 2년간(2024~2025년) 코로나19 등의 영향으로 중단됐으나 올해부터 다시 실시한다.

이번 기획조사의 조사항목은 건강보험심사평가원의 부당청구감지시스템*을 활용하여 분석하였으며, 조사의 공정성·객관성·수용성을 높이기 위하여 법조계, 의약계, 시민단체 등 외부인사가 참여한 ‘현지조사 선정심의위원회’ 심의('26.6.26.)를 거쳐 선정하였다.

* 부당청구 사례별로 판단 기준(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

‘거짓청구 다빈도 유형’을 기획조사 대상으로 선정한 배경 및 주요 내용은 다음과 같다.

거짓청구는 실제로 하지 않은 진료행위를 한 것처럼 속여 진료비를 청구하는 등 건전한 의료 질서를 해치는 행위로서 이로 인한 건강보험 재정 누수액도 연평균 96억 원에 달하고 있다. 이번 거짓청구 다빈도 유형에 대한 철저한 조사와 엄정한 처분을 통해 국민의 소중한 보험료로 운영되는 건강보험 재정을 보호하고자 한다.

이번 기획조사는 거짓청구 개연성과 적발금액이 높은 유형들을 부당청구 감지시스템을 통해 중점적으로 분석하여 추출한 병·의원(사무장병원으로 의심되는 기관 포함) 등 요양기관의 거짓청구 여부를 집중적으로 조사할 예정이다.

조사를 통해 적발된 거짓청구 요양기관에 대해서는 부당금액 환수 외에도 국민건강보험법 등 관련 법령에 따라 최대 1년간 업무정지 또는 부당금액의 최대 5배에 달하는 과징금, 거짓청구 기관 명단공표, 의료인 자격정지 등 실효성 있는 제재를 부과할 계획이다.

보건복지부는 이번 기획조사 항목에 대해 관련 의약단체에 알리고 보건복지부·건강보험심사평가원·국민건강보험공단 누리집에도 게시하는 등 적극적으로 안내할 예정이다.

한편, 가짜 진료·가짜 환자 없는 건전한 청구풍토 조성을 위해 진료 단계부터 올바른 청구가 이루어지도록 사전예방활동을 강화하고, AI·빅데이터 기반 부당청구감지시스템을 활용한 상시 모니터링 체계를 구축하는 한편 사회적 감시망 확대를 위해 가짜 진료·가짜 환자 제보가 있는 경우 적발·환수액 규모에 따라 신고포상금(최대 30억 원)도 지급할 계획이다.

권병기 건강보험정책국장은 “지난 2년간 중단했던 기획조사의 재개를 통해 가짜 진료, 가짜 환자를 집중적으로 적발하여 국민의 소중한 보험료로 운영되는 건강보험 재정을 보호하고자 한다”라면서, “이번 현지조사 선정 심의위원회를 통해 선정된 기획조사 항목을 사전에 예고함으로써 조사의 예측 가능성과 수용성을 높이는 한편 거짓·부당청구에 대한 의료계의 경각심을

높여 올바른 건강보험 청구문화가 조성되기를 기대한다”라고 밝혔다.

<붙임> 현지조사 및 기획조사 개요

담당 부서	보건복지부 보험평가과	책임자	과 장	김동현 (044-202-2770)
		담당자	서기관	전진도 (044-202-2771)
			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 국민건강보험공단이, 의료급여는 보장기관(시장·군수·구청장)이 각각 부당이득금액을 환수하고,
 - 월평균 부당 금액 및 부당 비율에 따라 업무정지 또는 과징금, 명단 공표, 고발 등 조치
- 그 밖에 의료법·약사법 등 타법 위반 사항이 적발될 경우, 자격정지 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	기관 수
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