

| 보도   | 2024.11.19.(화) 조간   | 배포  | 2024.11.18.(월) |     |                |
|------|---------------------|-----|----------------|-----|----------------|
| 담당부서 | 금융감독원<br>보험사기대응단    | 책임자 | 팀 장            | 김미선 | (02-3145-8726) |
|      |                     | 담당자 | 선임조사역          | 이상혁 | (02-3145-8756) |
|      | 국민건강보험공단<br>요양기관지원실 | 책임자 | 부 장            | 이중근 | (033-736-4405) |
|      |                     | 담당자 | 과 장            | 박생조 | (033-736-4487) |

## 금융감독원, 남양주북부경찰서, 건강보험공단이 공조하여 속박형 요양병원의 조직적 보험사기 적발

- 일상생활이 가능한 환자를 특별한 치료 없이 장기간 입원시켜 피부미용 시술 등을 제공
- 피부미용 시술을 하고도 통증치료 등으로 허위 진료기록을 발급하여 72억원 편취
- 금감원, 경찰, 건강보험공단과 공조하여 공·민영 보험금 둘 다 편취한 혐의 적발
- 의사, 병원 상담실장, 가짜환자 등 141명 검거

### I. 개요

- 금융감독원은 「보험사기 신고센터」에 접수된 제보를 토대로 기획 조사를 실시하여 병원 의료진(5명)과 환자(136명)가 '21.5월부터 허위 진료기록으로 실손보험금 60억원을 편취한 혐의를 적발하고, 경찰에 수사의뢰 하였음('24.1월)
- 조사과정에서 병원이 요양급여(진료비 중 건보공단부담금) 12억원을 편취한 혐의도 발견되어 건강보험공단과 공조하였으며,
- 남양주북부경찰서는 보험사기에 가담한 의사, 병원 상담실장, 환자 등 141명을 검거하였음('24.10월)

※ 금융감독원과 경찰청, 국민건강보험공단은 올해 초 보험사기 척결을 위한 MOU를 체결('24.1.11.)하고, 정례적으로 「공동조사실무협의회」를 운영해 왔으며, 금번 사건은 이러한 유관기관간 공조를 통해 공·민영 보험금을 둘 다 편취한 보험사기 혐의를 적발한 사례임

## II. 사건 주요내용

### 1. (병원장·상담실장) 보험사기 구조를 설계하여 환자에게 제안

□ 병원장과 상담실장은 환자들에게 입원을 권유하면서, 가입된 보험 상품의 보장한도에 맞추어 통증치료 등의 진료기록을 발급해주고 실제로는 미용시술 등을 제공할 수 있다고 현혹하였음

- 환자가 이를 수락하면 월 단위로 약 500~600만원의 보험금을 청구할 수 있도록 허위 치료계획을 설계하고, 실제로는 환자의 사용 목적에 따라 미용시술, 보관\*, 타인양도\*\* 등으로 구분·관리하였음

\* 허위 진료기록으로 일단 적립금을 확보한 후 추후 미용시술 등을 받을 때마다 차감

\*\* 본인 명의로 보험 처리한 미용시술 이용 서비스를 가족 등 타인이 사용하도록 양도

#### 상담실장이 작성한 허위 치료계획지(발체·각색)

##### ○○○님의 7월 치료계획지

|                      |     |       |     |       |       |  |
|----------------------|-----|-------|-----|-------|-------|--|
| 치료기간 : '23.7.6~7.31. |     |       | 총 액 |       | 555만원 |  |
| < 면 역 치 료 >          |     |       |     |       |       |  |
| 고주파치료                | 1회  | 40만원  | 3회  | 120만원 |       |  |
| 통증치료                 | 1회  | 20만원  | 15회 | 300만원 |       |  |
| ☆☆(약제)               | 90포 | 135만원 | 1회  | 135만원 |       |  |

\* 허위 치료계획을 설계하고 보험회사 청구용 진료기록부를 작성·발급

- 또한, 입원치료 보장한도(예: 5,000만원)를 전부 소진하여 면책기간\*이 되면 통원치료\*\*를 받은 것처럼 1일 보험금 한도(20~30만원)에 맞추어 허위 진료기록을 발급하는 계획도 설계하였음

\* 상품에 따라 보장기간(365일) 만료 또는 보장한도(예: 5,000만원) 소진 후 일정기간(90일/180일) 입원치료비가 보장되지 않는 기간이 있음(면책기간이 종료되면 다시 보장)

\*\* 병원은 원거리 거주자가 실제 통원치료를 받은 것처럼 보이기 위해 환자들에게 병원 건물의 일부를 오피스텔처럼 임대하기도 하였음

## 2. (병원직원) 피부미용 시술 등 제공

- 피부관리사, 간호사 등 병원 직원들은 피부미용 시술(미백, 주름개선 등) 등의 서비스를 제공하였는데, 허위 진료기록과 실제 사용 용도를 헛갈리지 않도록 별도로 표기하고 매뉴얼로 공유하였음
- 예를 들면, 일자별 허위 진료계획 하단의 괄호 안에 표기된 “☆쌤”은 특정 피부관리사를 지칭하는 것이며, “보관”은 적립 후 추후 사용한다는 의미이며, “△△님”은 해당 금액을 양도받을 타인을 지칭

| 환자별 월간 실제 스케줄(예시) |          |   |          |    |          |          |    |
|-------------------|----------|---|----------|----|----------|----------|----|
| ○○○님의 7월 실제 스케줄   |          |   |          |    |          |          |    |
|                   | 일        | 월 | 화        | 수  | 목        | 금        | 토  |
|                   | 1        | 2 | 3        | 4  | 5        | 6        | 7  |
| 허위 진료기록           | 약제       |   | 통증치료     |    | 약제       | 통증치료     |    |
| (실제 사용용도)         | (입력, 보관) |   | (☆쌤 아로마) |    | (입력, 보관) | (☆쌤 아로마) |    |
|                   | 8        | 9 | 10       | 11 | 12       | 13       | 14 |
| 허위 진료기록           | 통증치료     |   | 통증치료     |    | 통증치료     | 통증치료     |    |
| (실제 사용용도)         | (☆쌤 아로마) |   | (☆쌤 아로마) |    | (☆쌤 아로마) | (△△님 양도) |    |

- 또한, 고액의 진료비를 수납하는 장기 입원 환자를 늘리기 위해 병원 개설시 허가된 병상수\*(70여개)를 초과하여 운영하기도 하였으며, 병실현황표에 환자 유형별\*\*로 색깔을 달리하여 구분 관리하였음

\* 보건복지부는 병원 개설 허가시 의사 수에 따라 병상 개수 제한(의사 1명당 35개 병상)

\*\* ①비인가 병상 입원, ②입원 중이나 통원치료로 처리 등

## 3. (고용 의사) 허위 진료기록을 발급하여 공·민영 보험금 둘 다 편취

- 병원에 고용된 의사는 상담실장이 설계한 일정표에 맞춰 미용시술 등을 받은 환자에게 허위 진료기록을 작성·발급해주어\* 환자들로부터 보험회사로부터 보험금(60억원)을 편취하고 병원비로 충당하도록 하였음

\* 상담실장이나 병원직원이 의사의 ID로 진료기록을 작성하기도 하였음

- 또한, 입원비, 식사비 등 급여 항목(공단부담금 12억원)을 건강보험 공단에 직접 청구하여 부정 수급하는 수법으로 공·민영 보험금 총 72억원을 편취하도록 하였음

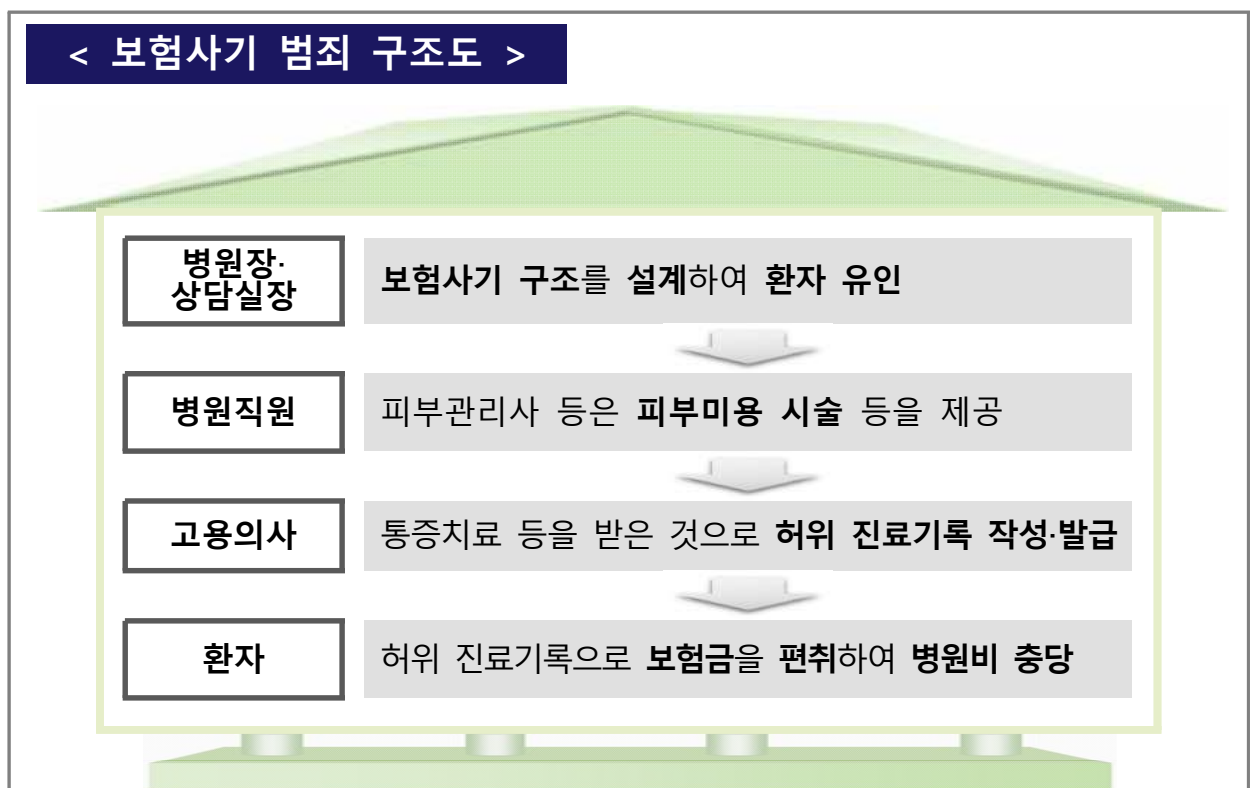
\* 환자가 외출이나 외박 등으로 부재 중인 경우에도 입원비, 식사비 등을 청구

#### 보험금 편취 현황

| 진료비 세부내역 |       | 보험금 편취 방식   | 편취금액 |
|----------|-------|---|------|
| 급여       | 공단부담금 | 의사가 허위 진료기록으로 건강보험공단에 청구                          | 12억원 |
|          | 본인부담금 | 의사가 발급한 허위 진료기록으로 환자가 보험 회사에 보험금을 청구·수령하여 병원비에 충당 | 60억원 |
| 비급여      |       |   |      |

#### 4. (환자) 허위 진료기록으로 보험금 청구·수령

- 환자 136명은 병원의 권유에 현혹되어 미용시술 등을 받았음에도, 통증치료, 약제 등의 허위 진료기록을 보험회사에 제출하는 수법 등으로 보험금 총 60억원(1인당 평균 4,400만원)을 편취하였으며,
  - 이 중 10여명은 편취금액이 1억원을 넘는 것(1억원~1.9억원)으로 드러났음



※ 사건 개요는 향후 재판과정 등에서 일부 사실관계가 달라질 수 있음

## Ⅲ. 시사점 및 당부말씀

- 보험사기를 주도한 병원 뿐만 아니라 이들의 솔깃한 제안에 동조·가담한 환자들도 형사처벌\*을 받은 사례가 다수 있으므로 보험사기에 연루되지 않도록 각별히 유의하여야 함

\* 「보험사기방지 특별법」 상 10년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금

- 보험사기는 보험제도의 근간을 훼손하고, 선량한 다수 국민의 보험료(건보료 포함) 인상을 초래하는 대표적인 민생침해 금융범죄이므로 금융감독원, 경찰청, 건강보험공단은 향후에도 보험사기 척결을 위해 적극 공조해 나갈 것임

### 최근 조직형 보험사기 척결을 위한 범정부 차원의 노력

- ▶ 금감원·경찰청·건보공단, 조직형 보험사기 척결을 위한 **MOU 체결**(24.1.11.)
- ▶ 금감원·경찰청·건보공단, 병원브로커 연계 보험사기 **조사수사 착수**(24.2.8. 보도자료)
  - \* 정례적으로 실무협의회를 개최하여 총 12건의 공·민영 보험사기 공동 조사·수사
- ▶ 「**보험사기방지 특별법**」 개정(24.2.13. 공표, 8.14. 시행.)
  - \* 보험사기 알선·유인죄 처벌 근거, 건보공단 등 유관기관에 대한 자료요청권 신설 등
- ▶ 금감원, 민생침해 조직형 보험사기 특별신고 기간 운영(24.2.1.~4.30.)
- ▶ 금감원·경찰청·유관기관·보험업계, **보험범죄 수사협의회** 개최(24.4.16.~4.30.)
- ▶ 경찰청, 민생침해 보험사기 상반기 특별단속 기간 운영(24.5.1.~6.30.)
- ▶ 금감원·서울경찰청 공조, MZ조폭 보험설계사 연루 보험사기 적발(24.5.28. 보도자료)
- ▶ 금감원·부산경찰청 공조, 조직형 보험사기 전문 한방병원 적발(24.7.9. 보도자료)
- ▶ 금감원·경찰청·건보공단 **의료분야 보험사기 대응 합동세미나** 개최(24.8.13. 보도자료)
- ▶ 경찰청, 민생침해 보험사기 하반기 특별단속 기간 운영(24.9.9.~10.31.)
- ▶ 금감원·서울경찰청 공조, 진료비 쪼개기 수법의 보험사기 적발(24.10.29. 보도자료)
- ▶ 금감원·부산남부경찰서 공조, 피부미용을 도수치료로 둔갑시킨 보험사기 적발(24.11.4. 보도자료)