최근 **NHIS(국민건강보험공단) 및 건강보험심사평가원(심평원)** 등 건강보험 관련 기관들은 **의료비 과다 청구 및 부정수급 방지**를 위해 다양한 시스템과 제도를 도입하고 있습니다.

* **AI 기반 분석 모델 도입**  
  2025년 5월, 심평원은 **의료기관의 특성을 세분화해 진료 항목별 비용까지 분석하는 인공지능(AI) 기반 분석 모델**을 개발했다고 밝혔습니다. 기존에는 단순히 같은 종류의 의료기관끼리 진료비를 비교해 한계가 있었으나, 새 모델은 병원별 진료과목, 환자 구성, 지역적 특성 등까지 반영해 **이상 징후를 정밀하게 포착**할 수 있습니다. 이로써 **정당한 진료비 차이는 인정하되, 비효율적이거나 과도한 진료비 지출은 효과적으로 관리**할 수 있게 되었습니다. 또한, 통계 모델의 한계를 보완하기 위해 **전문가의 심층 분석**도 병행할 계획입니다.
* **부정수급 집중 단속 및 신고제도**  
  국민권익위원회와 관련 기관들은 **진료내용 바꿔치기, 환자 수 부풀리기, 무면허 의료행위, 사무장병원 운영** 등 다양한 부정수급 사례를 적발하고 있습니다. 이에 따라 **의료법 위반행위 집중신고기간**을 운영하고, **조직적 불법행위에 대한 집중 단속**을 강화하고 있습니다. 실제로 환자 수를 15배 부풀리거나, 면허를 대여해 허위로 요양급여를 수급한 사례 등이 적발되어 기소된 바 있습니다.
* **과다 의료이용 방지를 위한 본인부담률 차등화**  
  2024년 7월 1일부터는 **연 365회 초과 외래진료 시 본인부담률을 90%로 상향**하는 제도가 시행됩니다. 이는 **불필요한 의료남용을 방지**하기 위한 조치로, 의료기관은 공단의 **수진자 자격조회 시스템**을 통해 환자별 외래진료 횟수를 확인할 수 있습니다. 환자 역시 국민건강보험 홈페이지 및 앱을 통해 자신의 의료이용 횟수를 직접 확인하고 관리할 수 있습니다.
* **급여 분석 및 적정 진료 유도**  
  국민건강보험공단은 **급여 분석을 통해 과잉진료를 예방**하고, 심평원과 협의하여 **근거에 기반한 급여 적용 원칙**을 강화하고 있습니다. 이를 통해 **적정 진료 유도 및 보험재정 건전성 확보**를 목표로 하고 있습니다.

이처럼 **NHIS 및 심평원 등 관련 기관들은 AI, 데이터 분석, 본인부담 차등화, 신고·단속 체계 등 다양한 시스템을 통해 의료비 과다 청구 및 부정수급을 예방·관리**하고 있습니다.

[[NHIS 시스템 개선으로 기대되는 재정 건전성 향상 효과]] [[NHIS 부정수급 감시체계의 기술적 도입 사례]] [[진료비 과다청구 칼 빼든다.]] [[급여 분석해 과잉진료 예방]] [[재정 건전성 향상 효과]]