

요양급여 거짓 청구한

의료기관 등 44개소 명단 공표

- 2026년 4월 1일부터 6개월간 보건복지부 누리집 등 공표 -
- 건강보험재정이 낭비되지 않도록 거짓청구 의심기관 현지조사 병행 -

보건복지부(장관 정은경)는 4월 1일(수)부터 6개월간 건강보험 요양급여비용을 거짓으로 청구한 의료기관 등의 명단을 보건복지부 누리집 등을 통해 공표한다고 밝혔다.

이번에 거짓청구로 공표되는 의료기관 등은 44개 기관*으로 병원 1개소, 의원 28개소, 치과의원 2개소, 한방병원 2개소, 한의원 10개소, 약국 1개소이다. 명단 공표는 매년 2회(상·하반기) 실시하고 있다.

* '25. 3월부터 '25. 8월 말까지 거짓청구로 업무정지 또는 과징금 행정처분을 받은 의료기관 중 건강보험공표심의위원회 심의를 거쳐 결정된 43개 기관 및 공표처분 행정쟁송 결과에 따른 1개 기관

공표 대상 의료기관 등은 「국민건강보험법」 제100조에 따라 요양급여비용을 거짓 청구하여 행정처분을 받은 기관 중 거짓 청구 금액이 1,500만 원 이상이거나 요양급여비용 총액 대비 거짓 청구 금액의 비율이 20% 이상인 기관을 대상으로 건강보험공표심의위원회*의 심의를 거쳐 결정된다.

* 소비자단체, 언론인, 법률전문가, 의약계(5인), 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 보건복지부 총 11명으로 구성

대상자에게는 명단 공표 대상임을 사전 통지하여 20일 동안 소명 기회를 부여하고, 진술된 의견 및 자료에 대한 재심의를 거쳐 명단 공표 여부를 최종 확정한다.

공표 내용은 「국민건강보험법 시행령」 제72조에 따라 의료기관 등 명칭·주소·종별, 대표자 성명·면허번호, 위반행위, 행정처분으로 구성된다.

해당 의료기관 등의 명단은 2026년 4월 1일(수)부터 2026년 9월 30일(수)까지 6개월 동안 보건복지부, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단, 관할 특별시·광역시·특별자치시·도와 시·군·구 또는 보건소 누리집에 공고된다.

권병기 건강보험정책국장은 “건강보험 거짓 청구 의심기관에 대한 현지 조사를 지속적으로 실시하고 행정처분과 별도로 명단 공표를 통해 경각심을 높여 건강보험재정이 낭비되지 않도록 노력하겠다”라고 전했다.

- < 붙임 > 1. 거짓 청구 의료기관 등 공표제도 개요 및 현황
 2. 2026년 상반기 공표 대상 기관 현황
 3. 거짓 청구 사례

담당 부서	건강보험정책국 보험평가과	책임자	과 장	김동현 (044-202-2770)
		담당자	사무관	김명희 (044-202-2772)



붙임 1**거짓 청구 의료기관 등 공표제도 개요 및 현황**

□ 제도 개요

주요사항	내 용
관련 법령	국민건강보험법 제100조(위반사실의 공표) 국민건강보험법 시행령 제72조(공표사항), 제74조(공표절차 및 방법)
공표기준	거짓 청구금액 1,500만 원 이상 또는 요양급여비용 중 거짓 청구 금액비율 20% 이상 ※ 공표 여부 결정 시, 건강보험공표심의위원회에서는 그 위반행위의 동기정도·횟수·결과 등을 고려하여 심의·의결
공표사항	의료기관 등의 명칭·주소·대표자 성명, 위반행위, 행정처분 내용
공표방법	복지부·심평원·공단·관할 지자체·보건소 홈페이지에 6개월간 공고
공표 심의위원회	보건복지부 장관 임명(위촉) : 총 11명 - 소비자단체, 언론인, 법률전문가, 의약계(5인), 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 보건복지부
공표절차	① 1차 심의(서면) ⇒ ② 공표대상자에게 사전 통보 ⇒ ③ 20일간 소명자료 제출 및 출석하여 의견진술 기회 부여 ⇒ ④ 2차 심의(대면)(재심의) ⇒ ⑤ 대상자 최종확정 및 공표

□ 보건복지부 누리집(홈페이지) 접근경로

· 누리집 초기화면 → 알림 → 명단공표 → 거짓 청구 의료기관 등 명단 공표

□ 공표 현황

- 제도 시행(2010. 2월) 이후 현재까지(2025. 11월) 거짓 청구 의료기관 등으로 공표한 기관은 총 569개소*

* 병원 14, 요양병원 14, 의원 283, 치과의원 51, 한방병원 12, 한의원 177, 약국 18

붙임 2**2026년 상반기 공표 대상 기관 현황**

□ 의료기관 등 종별 현황

(단위: 개소)

계	병원	의원	치과의원	한방병원	한의원	약국
44	1	28	2	2	10	1

□ 거짓청구 금액별 현황

(단위: 개소)

계	1,500만 원 미만	1,500만 원 이상~ 3,000만 원 미만	3,000만 원 이상~ 5,000만 원 미만	5,000만 원 이상~ 1억 원 미만	1억 원 초과
44	-	12	9	15	8

※ 44개 기관 총 37억 2,520만 원(최고 거짓청구금액: 6억 4,982만 원)

※ 평균 거짓청구금액: 8,466만 원, 기관당 평균 거짓 청구기간 : 30개월

□ 거짓청구 금액 비율별 현황

(단위: 개소)

계	1% 미만	1% 이상 ~ 10% 미만	10% 이상 ~ 20% 미만	20% 이상 ~ 30% 미만	30% 이상
44	7	23	5	2	7

※ 최고 거짓청구금액 비율 : 50.53%

· 거짓청구금액 비율(%) = (총 거짓청구금액/요양급여비용 총액)×100

□ A의료기관

【방사선단순영상진단료 증량청구】

- 실제 촬영한 횟수보다 증량하여 방사선단순영상진단료를 요양급여비용으로 청구(4,263만 원)
- ☞ (조치내용) 32개월간 총 4,263만 원의 요양급여비용을 거짓 청구하여 부당이득을 취한 A의료기관에 대하여 국민건강보험법에 따라 부당이득금 환수, 업무정지 40일, 명단 공표 및 형법상 사기죄로 고발

□ B의료기관

【내원일수 거짓청구】

- 실제 내원하지 않아 진료한 사실이 없음에도 내원하여 진료한 것으로 진찰료, 시술 및 처치료 등을 요양급여비용으로 청구(8,607만 원)
- ☞ (조치내용) 36개월간 총 8,607만 원의 요양급여비용을 거짓 청구하여 부당이득을 취한 B의료기관에 대하여 국민건강보험법에 따라 부당이득금 환수, 과징금 430,382,350원, 명단 공표 및 형법상 사기죄로 고발