

필요한 진료는 보호하고, 과도한 외래 이용은 합리적으로 관리한다

- 「국민건강보험법 시행령」 등 건강보험 하위법령 개정, 정산 보험료 분할납부 문턱도 낮춰 -
- 외래진료 연 300회 초과 시 본인부담률 90% 적용('27.1.1.)하되,
아동·임산부·중증·희귀질환자 등은 현행대로 적용 제외 -
- 진료현장에서 환자의 의료이용내역 실시간 확인 기반 마련('26.12.24.) -

2027년 1월 1일부터 연간 외래진료 300회 초과 시 본인부담률 90%를 적용하되 아동·임산부·중증·희귀질환자 등은 현행대로 제외하고, 2026년 12월 24일부터 진료현장에서 환자의 의료이용내역을 확인할 수 있는 기반을 마련한다.

보건복지부(장관 정은경)는 위와 같은 내용의 「국민건강보험법 시행령」 일부개정령안이 9월 8일(화) 국무회의에서 의결되었다고 밝혔다. 개정 시행령은 관보 게재를 거쳐 공포될 예정이며, 「국민건강보험법 시행규칙」 및 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 일부개정령도 같은 날 함께 공포된다.

이번 하위법령 개정은 꼭 필요한 진료는 충분히 보장하면서, 과도한 외래 이용으로 인한 반복·중복 진료와 환자 안전 위험을 줄이고 한정된 의료자원을 보다 합리적으로 이용할 수 있도록 하는 데 중점을 두었다. 아울러 보험료 연말정산 등에 따른 가입자의 일시 납부 부담과 사업장의 신고 부담을 완화하고, 의료기술 변화에 맞춰 건강보험 급여·비급여 관리체계도 명확히 정비한다.

우리나라 국민 1인당 연간 외래진료 횟수는 2024년 17.9회로 경제협력개발기구(OECD) 평균(6.6회)의 약 2.7배 수준이다. 특히 여러 의료기관을 이용하는 경우 개별 기관에서 다른 기관의 진료내역을 확인하기 어려워 동일·유사 치료의 반복 등 환자 안전 우려도 제기되어 왔다.

< 주요 개정사항 >

구분	달라지는 내용	시행
과도한 외래이용 관리 및 의료이용내역 확인	본인부담률 90% 적용기준 : 연 365회 초과 → 연 300회 초과	2027. 1. 1.
	요양급여내역 확인시스템 구축·운영 기반 마련	2026. 12. 24.
추가보험료 분할납부	직장가입자 본인 부담 추가보험료 1만 80원 (‘26년 기준) 이상이면 신청 가능	2026. 10. 1.
연말정산 자료연계	사업장 통보기한 3월 10일 → 3월 31일	2026. 10. 1.
급여·비급여 관리	직권 조정 사유 및 미등재 약제의 비급여 분류 명확화	공포일

1. 필요한 진료는 충분히 보장하면서, 과도한 외래이용은 합리적으로 관리

2027년 1월 1일부터 연간 외래진료가 300회를 초과하면 301회째 외래진료부터 본인부담률 90%를 적용하도록 기준을 조정한다. 연간 300회는 주당 약 6회 의료기관을 이용하는 수준이다.

다만 질병 치료상 잦은 외래진료가 불가피한 환자에 대한 보호장치는 현행대로 유지한다. 아동, 임산부, 산정특례 대상 중 중증장애인과 중증·희귀·중증난치질환으로 해당 질환의 치료를 받는 환자 등은 제외되며, 이러한 제외기준에 해당하지 않는 경우에도 국민건강보험공단 과다의료이용심의위원회가 의학적 필요성 등을 심의해 예외를 인정할 수 있다. 아울러 중증·희귀난치질환 등 의학적으로 필요한 진료에 대한 보장성 강화도 지속적으로 추진한다.

2026년 6월 30일 지급 기준으로 2025년 외래진료 이용자 약 4,840만 명 중 연간 300회를 초과해 이용한 사람은 7,765명이었다. 이들은 연평균 약 344.7회 외래진료를 이용한 것으로 나타났다. 또한 연간 1,775회를 이용하는 등 매우 잦은 외래이용사례도 확인됐다.

지나치게 잦은 외래이용은 한정된 의료자원이 꼭 필요한 진료에 쓰이는 것을 어렵게 할 수 있고, 동일·유사 검사나 치료의 반복 등으로 환자 안전에도 부담이 될 수 있다. 정부는 의학적으로 필요한 진료에 대한 보호장치는 충분히 유지하면서, 고빈도 외래이용 실태와 환자 안전 등을 종합적으로 고려해 적용기준을 합리적으로 조정했다.

2. 진료 시 의료이용내역 확인으로 반복·중복진료의 환자 안전 위험 개선

요양기관이 진료 과정에서 환자의 요양급여 이용내역을 확인할 수 있도록 ‘요양급여내역 확인시스템’의 구축·운영 기반을 마련한다. 시스템 구축·운영 업무는 건강보험심사평가원에 위탁하고, 확인 대상 항목과 방식 등은 심사평가원에 설치되는 적정의료이용심의위원회의 심의를 거쳐 정한다.

현재는 환자가 여러 의료기관을 이용해도 한 기관에서 다른 기관의 진료내역을 확인하기 어려워 동일·유사 검사와 치료가 반복될 수 있다. 이번 제도는 진료·처방 시점에 필요한 의료이용내역을 확인하도록 하여 반복·과다 진료에 따른 환자 안전 위험을 낮추기 위한 것이다.

시스템은 단계적으로 적용한다. 법 시행일인 2026년 12월 24일부터 컴퓨터 단층촬영(CT)과 자기공명영상(MRI)에 우선 적용하고, 이후 단계적으로 다른 항목에 확대할 예정이다. 신규 시스템은 의료기관 전자의무기록(EMR)과 연계해 처방 시점에 간편하게 확인할 수 있도록 구축하여 의료기관의 행정 부담을 최소화한다.

3. 정산 추가보험료 분할납부 문턱을 낮추고, 사업장 신고 부담도 경감

직장가입자가 연말정산 등에 따라 추가 납부해야 하는 보험료의 분할납부 신청기준을 대폭 완화한다.

현재는 본인 부담 추가보험료가 그 가입자의 1개월분 보수월액보험료 본인 부담분 이상인 경우에만 최대 12회 분할납부를 신청할 수 있다. 예컨대 본인 부담 월 보험료가 15만 원인 가입자에게 연말정산으로 본인 부담 추가 보험료 14만 원이 발생하면, 일시 납부가 부담스럽더라도 월 보험료(15만 원)에 미치지 못해 분할납부를 신청할 수 없었다.

2026년 10월 1일부터는 추가보험료가 보수월액보험료 하한액 이상이면 신청할 수 있다. 2026년 가입자 본인부담분 기준으로 1만 80원 이상이면 신청이 가능해, 앞선 사례의 14만 원도 최대 12회 범위에서 분할납부할 수 있게 된다. 보험료 수준에 따라 같은 추가납부액의 분할 가능 여부가 달라지던 문제를 개선해, 대부분의 정산 대상자가 필요에 따라 제도를 이용할 수 있도록 한 것이다.

사업장이 보험료 연말정산에 필요한 자료를 국민건강보험공단에 통보하는 기간도 매년 3월 10일에서 3월 31일로 연장한다.(2026.10.1. 시행)

공단은 2025년부터 국세청 근로소득 간이지급명세서를 직장가입자 보험료 연말정산에 활용하고 있다. 2025년 정산에서는 전체 대상자 1,656만 명 중 약 630만 명(약 38%)이 국세청 자료 연계로, 약 1,026만 명(약 62%)은 사업장의 직접 통보로 정산되었다.

그런데 사업장이 직접 통보한 1,026만 명 가운데 713만 명은 국세청 자료로도 확인이 가능한 경우였다. 기존 통보기한(3월 10일)까지는 국세청 자료 확인을 기다릴 시간이 촉박해, 사업장이 국세청 자료로 갈음할 수 있는 인원까지 일일이 보수총액을 신고해 온 것이다.

통보기한이 3월 31일로 연장되면 국세청 자료를 먼저 연말정산에 반영하고 사업장이 3월 말까지 이를 확인·보완하는 방식으로 절차가 개선된다. 이 경우 국세청 자료로 정산 가능한 인원이 확대되어 사업장의 보수총액 신고 부담이 크게 줄어들며, 기존 4월 보험료 정산 일정은 그대로 유지된다.

4. 의료기술 변화에 맞춰 급여·비급여 관리체계를 명확히 정비

이미 요양급여 또는 비급여 대상으로 고시된 의료행위·치료재료라도 안전성·유효성, 경제성, 급여 적정성 등이 달라진 경우 적시에 재검토할 수 있도록 직권 조정 사유를 명확히 규정한다. 구체적으로 ▲고시된 행위·치료재료의 재분류가 필요한 경우, ▲경제성 또는 급여 적정성 등이 변경된 경우, ▲신의료기술 재평가 결과 안전성 우려가 있거나 임상적 유효성 등이 변경된 경우 보건복지부장관이 요양급여 대상 여부 등을 조정할 수 있다. 의료기술과 임상환경의 변화를 급여체계에 신속히 반영하기 위한 것으로, 공포한 날부터 시행한다.

아울러 「약사법」에 따라 품목허가·신고된 약제 중 요양급여 대상으로 결정되지 않은 약제가 비급여 대상임을 법령에 명확히 규정한다. 이는 약제를 새로 비급여로 전환하거나 급여범위를 축소하려는 것이 아니라, 법적 분류를 명확히 하여 비급여 진료비용 보고·공개 과정의 법령 해석상 혼선을 해소하기 위한 것이다. 공포한 날부터 시행한다.

유주현 건강보험정책국장은 “이번 개정은 의학적으로 필요한 진료는 충분히 보장하면서 반복·과다 의료이용에 따른 환자 안전 위험은 줄이고, 국민이 보다 적정하게 의료서비스를 이용할 수 있도록 지원하기 위한 것이다” 라며, “보험료 정산 과정의 일시 납부 부담과 사업장 신고 부담도 함께 줄이는 만큼 국민이 변화를 실제로 체감할 수 있도록 차질 없이 준비하겠다” 라고 밝혔다.

아울러 “개정사항별로 시행시기가 다른 만큼 가입자와 의료기관이 자신의 의료이용 현황과 적용기준을 충분히 알 수 있도록 사전 안내를 강화하고, 개인정보 보호와 현장 편의에도 만전을 기하겠다” 라고 덧붙였다.

<별첨> 「국민건강보험법 시행령」 일부개정령안

담당 부서 <총괄>	건강보험정책국 보험정책과	책임자	과 장	장영진 (044-202-2710)
		담당자	사무관	이성규 (044-202-2702)
<분할납부· 정산>	건강보험정책국 보험정책과	책임자	과 장	장영진 (044-202-2710)
		담당자	사무관	송자은 (044-202-2706)
<직권조정>	건강보험정책국 보험급여과	책임자	과 장	유정민 (044-202-2730)
		담당자	사무관	이민정 (044-202-2733)
<비급여>	건강보험정책국 비급여관리팀	책임자	팀 장	정순애 (044-202-2690)
		담당자	사무관	한샘 (044-202-2691)