



제439회국회(정기회)
제1차보건복지위원회

국민건강보험법 일부개정법률안

검 토 보 고

■ 이헌승의원 대표발의(의안번호 제17580호)

2026. 9.

보 건 복 지 위 원 회

수석전문위원 상지원

목 차

I . 개요	1
II . 주요 내용별 검토	2
1. 본인부담상한액 초과금 환급금과 실손보험금 간 사후정산 근거 마련	2

I. 개요

1. 이현승의원 대표발의안(의안번호 제17580호)

가. 제안경위

- (1) 제 안 자 : 이현승의원 등 13인
- (2) 제 안 일 : 2026. 3. 18.
- (3) 회 부 일 : 2026. 3. 19.

나. 제안이유 및 주요내용

현재 공단과 실손보험회사간의 연계가 미비하여 공단이 지급하는 본인부담상한액 초과금 환급금과 실손보험회사가 지급하는 보험금이 이중지급되고 있는 문제가 발생하고 있음.

최근 감사원이 발표한 감사보고서에 따르면 2019년부터 2022년까지 4년간 총 8,580억원이 건강보험과 실손보험에서 이중지급되었으며, 연간 이중수령인원은 18만명에서 27만명으로, 이중수령금액은 1,618억원에서 2,489억원으로 증가하고 있음.

이에 이러한 이중지급을 방지할 수 있도록 본인부담상한액 초과금 환급금과 실손의료보험 보험금의 사후정산을 할 수 있는 법적 근거를 마련하려는 것임(안 제44조제4항 신설 등).

II. 주요 내용별 검토

1. 본인부담상한액 초과금 환급금과 실손보험금 간 사후정산 근거 마련

가. 개정안의 내용

- 개정안은 보험회사가 실손의료보험계약에 따라 가입자의 본인부담상한액을 초과하는 보험금을 가입자에게 지급하고 그 초과분의 지급을 청구하는 경우, 국민건강보험공단(이하 “공단”)으로 하여금 보험회사에 그 가입자에게 지급할 본인부담상한제 환급금 한도 내에서 초과분에 해당하는 금액을 지급하도록 하고, 보험회사에 지급한 금액을 본인부담상한제 환급금에서 차감하도록 함과 동시에 그 차감 사실과 내역을 가입자에게 통보하도록 함(안 제44조제4항 및 제5항).

현 행	개 정 안
제44조(비용의 일부부담) ① ~ ③ (생략) <u><신 설></u>	제44조(비용의 일부부담) ① ~ ③ (현행과 같음) ④ 제2항에도 불구하고 공단은 실손의료보험(「보험업법」 제102조의6 제1항의 실손의료보험을 말한다)계약에 따라 가입자의 본인부담상한액을 초과하는 보험금(이하 “초과보험금”이라 한다)을 가입자에게 지급한 보험회사가 초과보험금의 지급을 청구하는 경우 제2항에 따라 그 가입자에게 지급할 금액의 한도 내에서 보험회사에 초과보험금에 해당하는

④ 제2항 각 호에 따른 금액 및 합계액의 산정 방법, 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급 방법 및 제3항에 따른 가입자의 소득수준 등에 따른 본인부담상한액 설정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.	금액을 지급하고, 보험회사에 지급한 금액을 제2항에 따라 가입자에게 지급할 금액에서 차감한다. 이 경우 공단은 가입자에게 제2항에 따라 지급하여야 하는 금액이 차감된 사실 및 그 내역을 통보하여야 한다. ⑤ ----- ----- -----방법,----- ----- -----설정 및 제4항에 따른 청구 절차-----.
---	---

※ 시행일: 2027.1.1.

적용례: 이 법 시행 이후 보험회사가 실손의료보험계약에 따라 가입자에게 초과보험금을 지급하는 경우부터 적용

나. 검토의견

□ 현행법 제44조¹⁾는 요양급여를 받는 자로 하여금 요양급여비용의 일부를 본인이 부담하도록 하되, 과도한 의료비 부담을 덜어주기 위하여 본인이 부담한 연간 본인일부부담금 총액이 소득수준에 따라 정해진 본인부담상한액을 초과하는 경우 그 초과금액을 공단이

- 1) 「국민건강보험법」 제44조(비용의 일부부담) ① 요양급여를 받는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 비용의 일부(이하 “본인일부부담금”이라 한다)를 본인이 부담한다. 이 경우 선별급여에 대해서는 다른 요양급여에 비하여 본인일부부담금을 상향 조정할 수 있다.
- ② 본인이 연간 부담하는 다음 각 호의 금액의 합계액이 대통령령으로 정하는 금액(이하 이 조에서 “본인 부담상한액”이라 한다)을 초과한 경우에는 공단이 그 초과 금액을 부담하여야 한다. 이 경우 공단은 당사자에게 그 초과 금액을 통보하고, 이를 지급하여야 한다.
1. 본인일부부담금의 총액
 2. 제49조제1항에 따른 요양이나 출산의 비용으로 부담한 금액(요양이나 출산의 비용으로 부담한 금액이 보건복지부장관이 정하여 고시한 금액보다 큰 경우에는 그 고시한 금액으로 한다)에서 같은 항에 따라 요양비로 지급받은 금액을 제외한 금액
 - ③ 제2항에 따른 본인부담상한액은 가입자의 소득수준 등에 따라 정한다.
 - ④ 제2항 각 호에 따른 금액 및 합계액의 산정 방법, 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급 방법 및 제3항에 따른 가입자의 소득수준 등에 따른 본인부담상한액 설정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

환급하여주는 이른바 ‘본인부담상한제’를 규정하고 있음.

- 소득수준별 본인부담상한액은 2026년 기준으로 다음과 같이 90만원~1,096만원에 이름.

< 소득별 본인부담상한액 >

구분	연평균 건강보험료 분위(저소득 → 고소득)						
	1구간 (1분위)	2구간 (2~3분위)	3구간 (4~5분위)	4구간 (6~7분위)	5구간 (8분위)	6구간 (9분위)	7구간 (10분위)
2026년 기준	90만원	112만원	173만원	326만원	446만원	536만원	843만원
요양병원 10일 초과입원	143만원	181만원	245만원	404만원	580만원	698만원	1,096만원

자료 : 국민건강보험공단

- 최근 본인부담상한제 환급금 지급 현황을 살펴보면, 2022년 187만명에게 약 2조 4,700억원, 2023년 201만명에게 약 2조 6,300억원, 2024년 214만명에게 약 2조 7,900억원이 지급되었음.

< 본인부담상한제 환급금 지급현황 >

진료연도별 일괄산정 기준 (단위: 명, 백만원)

소득 분위	2022년		2023년		2024년	
	인원수	금액	인원수	금액	인원수	금액
계	1,868,545	2,470,839	2,011,580	2,627,820	2,135,776	2,792,006
1분위	563,105	604,903	621,203	699,264	814,875	953,779
2분위	342,581	329,534	388,168	422,593	331,008	329,780
3분위	291,556	276,716	425,904	408,725	457,350	437,694
4분위	192,507	251,158	105,057	134,935	105,465	138,444
5분위	197,846	269,500	228,232	324,483	191,589	275,521
6분위	65,558	150,595	67,427	155,845	68,539	166,634
7분위	67,729	155,413	74,366	172,354	69,419	169,247
8분위	55,726	148,854	43,614	119,323	43,424	127,902
9분위	48,538	146,043	40,430	119,770	36,733	115,888
10분위	43,399	138,123	17,179	70,528	17,374	77,118

자료 : 국민건강보험공단

□ 한편, 실손의료보험은 가입자가 실제로 부담한 의료비(급여 본인일부부담금과 비급여 진료비)를 보상하는 보험상품²⁾임.

그런데 본인부담상한제는 이러한 실손의료보험을 상정하지 않은 채 설계되어³⁾ 환급 시점에 실손의료보험 보험금이 이미 지급된 경우에도 이를 고려하지 않고 환급금을 전액 지급하여 이른바 ‘이중지급’ 문제가 발생한다는 지적이 있음.

실제로 실손의료보험은 가입자가 청구하는 즉시 보험금을 지급하는 반면 본인부담상한제는 의료비가 발생한 다음 해 8~9월경 전액 환급⁴⁾이 이루어지고 있음.

관하여 대법원(2023다283913, 2024.1.25. 선고)⁵⁾은 실손의료보험

2) 「보험업법」 제102조의6(실손의료보험계약의 보험금 청구를 위한 서류 전송) ① 실손의료보험(실제로 부담한 의료비만을 지급하는 제3보험상품을 말한다. 이하 같다)계약의 보험계약자, 피보험자, 보험금을 취득할 자 또는 그 대리인은 보험금을 청구하기 위하여 「국민건강보험법」 제42조에 따른 요양기관(이하 “요양기관”이라 한다)으로 하여금 진료비 계산서·영수증, 진료비 세부산정내역 등 보험금 청구에 필요한 서류로서 금융위원회가 정하여 고시하는 서류를 보험계약자가 실손의료보험계약을 체결한 보험회사에 전자적 형태로 전송하여 줄 것을 요청할 수 있다.

3) 보건복지부에 따르면 민간 실손의료보험은 1999년부터 출시되기 시작하였으나, 그 규모가 크지 않음에 따라 2004년 「국민건강보험법 시행령」에 본인부담상한제를 최초 도입할 때 이를 고려하지 못하였고, 이후 2016년 「국민건강보험법」에 규정할 때에도 현행과 같이 규정되었다는 설명임.

국민건강보험법시행령 [시행 2004. 4. 30] [대통령령 제18379호, 2004. 4. 24, 일부개정]	국민건강보험법시행령 [시행 2004. 7. 1] [대통령령 제18461호, 2004. 6. 29, 일부개정]
제22조(비용의 본인부담) ①법 제41조의 규정에 의한 요양급여비용중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액은 별표 2와 같다. <후단 신설> ② (생략) <신설>	제22조(비용의 본인부담) ①법 제41조의 규정에 의한 요양급여비용중 본인이 부담할 비용의 부담률 및 부담액은 별표 2와 같다. 이 경우 본인이 부담한 비용의 총액(별표 2 제3호의 규정에 의한 금액을 제외한다)이 6월간 300만원을 초과하는 경우에는 그 초과한 금액을 공단이 부담한다. ② (현행과 같음) ③공단은 가입자 또는 피부양자가 제1항 후단의 규정에 따라 공단이 부담하여야 하는 금액을 요양기관에 지불한 경우에는 그 초과한 금액을 가입자 또는 피부양자에게 지급하여야 한다.

4) 단, 동일한 요양기관에서 발생한 연간 본인일부부담금이 본인부담상한액을 초과할 경우 등에는 그 초과금은 요양기관이 환자에게 받지 않고 공단에 직접 청구하는 사전급여 방식으로 운영되기도 함.

5) 대법원 판례 2023다283913, 2024.1.25. 선고

“이 사건 특약에 관한 보험증권의 보상내역과 특별약관 문언의 내용과 의미, 본인부담금 상한제에 관한 국민건강보험법령의 규정내용, 이 사건 특약이 담보하는 보험목적의 성질 등을 고려하면, 이 사건 특약에 관한 약관 내용은 피보험자가 국민건강보험법에 따른 요양급여 중 본인이 최종적으로 부담하는 부분을 담보한다고 봄이 타당하고, 본인부담상한액을 초과하여 국민건강보험공단으로부터 환급받은 부분은 이 사건

은 본인이 최종적으로 부담하는 부분을 담보하는 것으로, 본인부담상한액을 초과하여 공단으로부터 환급받은 부분은 실손의료보험의 보상대상이라고 할 수 없다고 한 바 있음.

- 참고로, 손해보험협회에 따르면 보험회사는 소득분위가 확인되는 경우 보험금에서 본인부담상한제 환급금을 선 공제한 후 지급하고, 확인이 어려운 경우 보험금을 전액 지급한 후 환수하는 절차로 정산이 이루어지도록 노력하고 있으나, 보험회사는 가입자의 소득, 전체 요양급여 이용 내역 등의 자료를 보유하고 있지 않아 현실적으로 공제 또는 환수가 곤란하여 이중지급 문제가 발생하고 있다는 설명임.
- 감사원의 감사보고서(2025.4.)에 따르면 2022년 2,489억원 등 2019년~2022년 4년간 실손의료보험 가입자 94만여 명에게 이중지급된 본인부담상한제 환급금은 약 8,580억원으로 추정됨.

[표 63] 실손보험 가입자의 본인부담상한제 환급금과 실손보험금 이중지급 규모(2019~2022년)

(단위: 천 명, 억 원)

구분	2019년	2020년	2021년	2022년	합계
인원	179	244	251	270	943
금액	1,618	2,165	2,308	2,489	8,580

자료: 건보공단 제출자료 재구성

자료 : 감사원 감사보고서 - 건강·실손·자동차보험 등 보험서비스 이용실태 -, 2025.4.

- 결국 현행 제도 하에서는 현실적으로 발생하는 본인부담상한제 환급금과 실손의료보험 보험금 간 이중지급분을 보험회사-가입자 간 정산하도록 하고 있으므로, 이를 건강보험 재정에서 부담하도록 하고 있는 것인데, 본인부담상한제로 공보험인 건강보험의 보장

특약의 보상대상이라고 할 수 없다.”

성이 확대됨에 따라 사보험인 실손의료보험의 보험금 지급액이 감소되는 것이 정당한 것인지 신중하게 검토할 필요가 있는 것으로 보임.

□ 한편, 감사원은 이와 같은 이중지급 실태를 감안하여 사후정산 방식의 법적 근거를 「국민건강보험법」에 규정하는 등의 방안을 마련하도록 보건복지부와 금융위원회에 권고하였음.

- 이때, 사후정산 방식이란 보험회사는 실손보험금을 전액 지급하고, 공단이 다음 해에 가입자별 본인부담상한제 환급금을 산출한 후 보험회사가 지급한 실손보험금에서 본인부담상한액을 제외한 금액(이하 “초과보험금”)을 계산하여 보험회사에는 초과보험금을 지급하며 가입자에게는 가입자별 본인부담상한제 환급금에서 초과보험금을 빼고 지급하는 방식을 말함.

□ 개정안은 본인부담상한제 환급금과 실손의료보험 보험금의 이중지급을 방지할 수 있도록 감사원이 권고한 바와 같이 사후정산의 법적 근거를 마련하려는 것임.

□ 다만, 개정안에 따른 사후정산 방식에서는 이중지급되는 부분을 전적으로 건강보험 재정으로 부담하게 될 것인데,

이와 관련하여 앞서 검토한 바와 같이 민간의 보험계약에 따라 실손의료보험으로 손해를 보전하는 것이 가능함에도 불구하고 건강보험의 본인부담상한제 시행으로 인해 이를 실손의료보험 대신 건강보험 재정으로 충당하도록 하는 것인 타당한지 검토할 필요가 있는 점, 보건복지부와 국민건강보험공단은 건강보험의 공적 재정을 민간 보험회사에 지급하게 되어 그 적절성에 대한 우려를 제

기⁶⁾하고 있는 점 그리고 한정된 건강보험 재정⁷⁾에 대한 영향 등을 종합적으로 고려할 때, 개정안에 대하여는 신중한 검토가 필요한 것으로 보임.

- 한편, 소득수준에 비하여 과도한 의료비 지출로 경제적 어려움을 겪는 국민들에게 의료비의 일부를 지원하는 ‘재난적 의료비 지원 사업’의 경우, 「재난적의료비 지원에 관한 법률」 및 그 시행령⁸⁾에서 보험회사에서 의료비 명목으로 보험금·금품 등을 받았거나 받을 수 있는 경우 그 보험금·금품에 상당하는 액수를 제외하고 지급하도록 하고 있음.

다. 관계부처 및 관련기관 의견

□ 보건복지부

- 사후정산을 추진하기 위해서는 국민이 납부한 보험료를 민간보험사에 지급하는 것에 대한 사회적 공감대 형성이 우선해야 할 것으로 판단됨. 건강보험료는 국민이 의료비를 지출한 경우, 그 의료비에 대해 의료기관에 지급하거나 의료비를 지출한 환자에

6) 보건복지부, 국민건강보험공단 의견 참고

7) 참고로, 국회 예산정책처는 2028년에는 건강보험 재정의 누적 준비금이 소진될 것으로 전망(국회예산정책처, “의료개혁과 비상진료대책을 반영한 건강보험 재정전망”, 「나보포커스」 제89호, 2024.12.20.)하였고, 기획재정부는 2026년 적자가 발생하고 2033년 준비금이 소진될 것으로 전망(관계부처 합동보도자료 “제3차 장기재정전망(2025~2065)”, 2025.9.3.)하였음.

8) 「재난적의료비 지원에 관한 법률」 제13조(지급범위) ② 지원대상자가 다른 법령 또는 계약에 따라 재난적의료비에 대하여 국가 또는 지방자치단체로부터 급여·금품 등을 받았거나 받을 수 있는 경우 또는 「보험업법」에 따른 보험회사 등으로부터 보험금·금품 등을 받았거나 받을 수 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 해당 급여, 보험금 또는 금품 등에 상당하는 액수를 제외하고 지급한다.

「재난적의료비 지원에 관한 법률 시행령」 제12조(지급제외 대상 금품 등) 법 제13조제2항에서 “대통령령으로 정하는 경우”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

2. 지원대상자가 계약에 따라 「보험업법」에 따른 보험회사에서 의료비 명목으로 보험금·금품 등을 받았거나 받을 수 있는 경우

게 직접 지급하여야 하나, 이 경우는 민간 보험사에게 지급하게 되어 건강보험료 사용 적정성에 대한 고려가 우선 필요함. 따라서, 공적자금인 건보재정의 사용범위와 사후정산 방식으로 민간인 실손보험사로의 초과금 지급 등은 사회적 공감대 형성을 통한 국민적 합의가 전제되어야 할 것으로 판단됨.

□ 국민건강보험공단

- 본인부담상한액 초과금 환급금은 현행 제도상 가입자에게 직접 지급되는 건강보험상 급여에 해당(인천지방법원 2017. 1. 10. 선고 2016나 61108 판결⁹⁾)하는데, 보험회사의 청구가 있는 경우 공단이 보험회사에 직접 금액을 지급할 수 있도록 하는 방식은 가입자에게 직접 귀속되는 보험급여의 지급구조를 바꾸는 것으로 현행 제도의 구조와 상이함.
- 한편, 본인부담상한제는 과도한 의료비 부담을 완화하기 위한 사회보험 제도이고, 실손의료보험은 민간 보험계약에 따라 실제 손해를 보전하는 사보험에 해당함. 양 제도의 재원, 운영주체, 권리발생 근거 및 목적에 차이가 있음에도 건강보험상의 환급금을 보험회사에 직접 지급하도록 하는 것은 사보험과 공적인 급여인 건강보험에 대한 제도적 구분이 약화될 가능성이 있음. 따라서, 이중지급 방지의 필요성은 공감하나 공단과 보험회사 간의 정산 제도는 현행 제도와 충돌할 여지가 있으므로 사회적 공감대 형

9) 인천지방법원 2017. 1. 10. 선고 2016나 61108 판결

“요양급여비용 중 일부인 본인부담금의 연간 총액이 본인부담상한액을 초과하는 경우 공단이 이를 대신 부담하고 요양기관 또는 가입자에게 그 금액을 직접 지급하는 방식으로 보험급여가 이루어지므로 가입자의 질병·부상 등에 대하여 요양기관에서 진찰·검사·치료·입원 등을 받게 함으로써 현물급여의 형태로 실시되는 요양급여와는 서로 구별되는 특수한 형태의 보험급여라고 할 것이고 (중략) 그 초과금액이 요양기관 또는 가입자에게 현실적으로 지급된 때 비로소 공단은 그 보험급여의 한도 내에서 제3자에 대한 구상권을 취득한다고 보아야 할 것이다.”

성을 통한 국민적 합의가 전제되어야 할 것으로 보임.

□ 손해보험협회

- 건강보험 본인부담상한액 초과 환급금과 실손보험금의 이중 지급 방지를 위한 동 법안의 취지에 찬성함. 특히, 소비자 입장에서선 공제절차로 인한 소득공백을 해소하여 효용을 증대할 수 있고 소비자-보험사 간 갈등 요인도 해소할 수 있으며 기존의 불편한 확인 등의 절차를 거치지 않음 따라 편의를 제고할 수 있음. 또한, 보험사 입장에서는 실손보험금 이중지급에 따른 보험금 누수 근절로 건전성을 개선하여 손해율이 감소할 것으로 기대됨.

□ 대한의사협회

- 개정안에 따르는 경우 공공기관인 국민건강보험공단의 재정 및 행정체계를 활용하여 민간 실손보험회사의 보험금 지급 및 정산 부담을 경감하는 방향으로 작용할 우려가 있음. 특히, 전 국민의 보험료로 조성된 공적 재원을 기반으로 운영되는 국민건강보험의 기능을 활용하여 민간 보험사의 비용 절감을 지원하는 구조는 공공재원 사용의 목적과 취지에 부합하지 않으며, 공·사보험 간 역할과 책임의 경계를 훼손할 소지가 큼.
- 아울러, 사후정산을 위한 정보 연계 및 행정 처리 과정에서 공단의 추가적인 업무 부담과 행정비용 증가가 불가피하며, 이는 결과적으로 민간보험의 운영 효율성을 공적보험이 보전하는 형태로 이어질 가능성이 있어 형평성 측면에서도 부적절함.

- 더욱이, 이 과정에서 환자의 명시적 동의 없이 개인의 진료정보 및 소득 관련 정보가 민간보험사에 이전·활용될 가능성이 있다면 이는 개인정보 침해 측면에서 면밀한 검토가 필요한 문제임
- 따라서, 동 개정안은 공적보험의 본질적 기능을 훼손하고 민간보험에 대한 부당한 지원으로 이어질 소지가 있으며, 개인정보 측면에서도 중대한 우려가 존재하므로 보다 신중한 검토가 필요함.

문 의 처
02)6788-5503