

의료급여법 시행규칙

<목 차>

1. 의료급여 본인부담 차등제 적용

소관부처 및 작성자 인적사항	소관부처	보건복지부	작성자	이름	이수연
	담당부서 (과)	기초의료보장과		직급	행정주사
	국장	배경택		연락처	044-202-3059
	과장	변성미		이메일	hazelnut8098@ mail.go.kr

2025. 05. 26. 작성

정책 책임자 직위

성명 (서명)

< 규제 개요 >

기본 정보	1.규제사무명	의료급여 본인부담 차등제 적용		
	2.규제조문	의료급여법 시행규칙 별표 1의2		
	3.위임법령	의료급여법 시행령 제13조제3항		
	4.유형	신설	5.입법예고	2025.06.05~2025.07.15
규제의 필요성	6.추진배경 및 정부개입 필요성	<p>○ (추진배경) 의료급여는 의료적 필요도와 무관하게 정해진 한도 없이 이용한만큼 의료비용을 지원하므로, 적정 의료 이용 관리가 중요</p> <ul style="list-style-type: none"> - 그간 의료급여 일수의 상한*을 설정하여 초과 시 급여 제한, 추가 이용 필요시 연장승인·선택의료급여기관 제도 적용하여 지원 * 외래·입원·투약 이용일수 합산(예) 중증·희귀난치질환 365일, 만성 380일, 기타 400일) - 급여일수 제한방식이 수급자의 선택권을 제한하고, 행정부담이 높으므로, 연장승인·선택의료급여기관 전면 폐지(10월~) - 다만, 여전히 적정 이용 관리는 필요하므로, 극과다 이용자(외래이용 연 365회 초과) 본인부담 차등 부과(30%, 건강보험 의원급 본인부담 수준)하여 의료급여 제도를 건전하게 운영하고자 함 <p>○ (정부개입 필요성) 의료급여 수급자의 의료이용*이 많은 상황에서, 꼭 필요한 환자에게 충분한 지원이 어려울 수 있다는 우려 야기</p> <ul style="list-style-type: none"> * 의료급여와 건강보험 대상의 연령·소득·건강특성 등을 매칭하여 비교 시 의료급여가 1인당 외래일수는 1.3배, 1인당 외래진료비는 1.4배 더 많음 - 의료급여 제도를 건전하게 운영하면서, 더 많은 대상에게 질 좋은 의료서비스를 제공하기 위해 본인부담률 조정 등 적정 의료이용을 유도하기 위한 방안 마련 필요 <p>※ 과다 의료이용 사례</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ '23년 A씨는 등통증, 어깨병변 등 근골격계 질환 상병으로 1일 평균 6~7개 병·의원 방문하여 물리치료 받음 연간 1,871회 외래 이용(총 진료비 3,418만원) <p>(비교) 건강보험 가입자 중 동일 상병 최다 물리치료 이용 사례</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ B씨는 등통증, 추간판장애 등 근골격계 질환 상병으로 연간 995회 외래 이용(총 진료비 2,017만원) 		

	7.규제내용	○ 연간 외래진료 횟수가 365회를 초과하는 사람이 외래진료를 받을 경우 급여비용 총액의 30%를 본인 부담하도록 함 ※ 아동, 임산부, 산정특례자, 중증장애인 등은 제외			
	8.피규제집단 및 이해관계자	○ 의료급여 수급자 중 연 365회 초과 외래진료 이용자로 아동, 임산부, 산정특례자, 중증장애인 등에 해당하지 않는 사람			
	9.도입목표 및 기대효과	○ 의료급여 수급자 적정 의료이용 관리, 불필요한 의료이용으로 인한 재정누수 방지			
규제의 적정성	10.비용편익분석 (단위:백만원)		비용	편익	순비용
		피규제자	489.52		489.52
		피규제자 이외		489.52	-489.52
		정성분석	○	○	
	주요내용	○ 정성분석 내용 - 연 365회 초과 외래진료 이용 시 본인부담률 30% 적용은 불필요한 의료이용에 따른 재정 누수 방지, 의료급여 재정 건정성 제고 등에 기여 ○ 기타 참고사항 - 아동, 임산부, 산정특례자, 중증장애인 등 예외 사유에 해당하는 사람을 제외할 경우 실제 피규제자 수는 더 적을 수 있음 - 본인부담률 상향, 의료횟수 알림 등에 따른 정책효과로 인하여 연 365회 초과 외래진료 이용자 수 및 본인부담 증가액은 점차 감소할 것으로 전망			
11.영향평가 여부	기술영향평가	경쟁영향평가	중기영향평가		
	해당없음	해당없음	해당없음		
기타	12.규제일몰제	대분류	소분류		
		일몰설정 예외기준	1. 국제조약 등에 따라 동일하게 적용 되어야 하는 규제	미해당	
			2. 국가의 질서 유지 및 국민생명·안전과 직접 관련된 규제	미해당	
			3. 사회통념상 보편적으로 통용되는 규범적 성격의 규제	미해당	
		경제규제 여부기준	4. 국민과 기업의 경제활동에 대한 규제	미해당	
5. 경제활동에 직접영향을 주는 규제	미해당				

	일몰설정 세부기준	6. 피규제자의 규제부담이 매우 큰 규제			미해당
		7. 한시적 목적을 위한 규제이거나 주기적인 검토가 필요한 규제			미해당
	일몰설정여부		일몰조문		연장여부
	미설정				
	일몰유형		일몰설정기간		일몰주기
13.우선허용 · 사후 규제 적용여부	해당없음				
14.비용감축제 (단위:백만원)	적용여부	비용	편익	연간균등순비용	
	적용	0	0	0	
15.규제정비 계획	보건복지부 고시 제정 (검토 중)				

<조문 대비표>

현 행	개 정 안
<p>제8조의3(의료급여일수의 상한) ① <u>수급권자가 의료급여기금의 부담으로 의료급여를 받을 수 있는 일수(이하 “상한일수”라 한다)는 다음 각 호에 정하는 바에 따른다. 다만, 인체면역결핍증바이러스 질환자에 대해서는 상한일수를 제한하지 않는다.</u></p> <p>1. 영 제3조제2항제1호다목에 따라 <u>보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵질환, 희귀난치성질환 및 중증질환 : 각 질환별로 연간 365일(윤년의 경우 366일로 한다. 이하 같다)</u></p> <p>2. <u>정신 및 행동장애 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환 : 각 질환별로 연간 380일</u></p> <p>3. <u>제1호 및 제2호 외의 질환 : 모든 질환의 의료급여 일수를 합하여 연간 400일</u></p> <p>②<u>제1항 본문에도 불구하고 수급권자가 장기간 입원 또는 복합적인 투약 등으로 불가피하게 의료급여를 받아야 할 사유가 발생한 경우에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 시장·군수·구청장의 승인을 얻어 상한일수를 초과하여 의료급</u></p>	<p>제8조의3(의료급여일수의 관리) 보 <u>건복지부장관, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 수급권자가 적정하게 의료이용을 할 수 있도록 의료급여일수(이하 “급여일수”라 한다)를 관리하여야 한다.</u></p>

현 행	개 정 안
<p>여를 받을 수 있다. 다만, 제1항제2호 및 제3호에 따른 질환의 경우 시장·군수·구청장은 법 제6조에 따른 시·군·구 의료급여심의위원회의 심의를 거쳐야 한다.</p> <p>③시장·군수·구청장은 제2항에 따라 상한일수를 초과하여 의료급여를 받으려는 사람 중 중복투약으로 인하여 건강상 위해가 발생할 우려가 있는 사람으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준에 해당하는 사람에 대해서는 의료급여를 받을 수 있는 의료급여기관의 선택 범위를 다음 연도 말일까지 제한하는 것을 조건으로 승인할 수 있다.</p> <p>④제3항에 따라 수급권자가 선택할 수 있는 의료급여기관(이하 “선택 의료급여기관”이라 한다)의 범위 및 절차 등은 별표 1과 같다.</p> <p>⑤제3항에 해당하지 아니하는 수급권자라 하더라도 의료급여기관을 선택하여 이용할 것을 시장·군수·구청장에게 신청하는 경우에는 별표 1에 정하는 기준에 따라 선택 의료급여기관을 선택하여 이용하게 할 수 있다.</p> <p>⑥ 영 별표 1 제3호다목에서 “보</p>	

현 행	개 정 안
<p>건복지부령으로 정하는 상한일수” <u>란 제1항에 따른 상한일수를 말하</u> <u>고, 같은 목에서 “보건복지부령으</u> <u>로 정하는 승인” 이란 제2항 및 제</u> <u>3항에 따른 승인을 말한다.</u></p>	
<p>제8조의4(의료급여일수의 산정방법 <u>등) ①의료급여일수(이하 “급여일</u> <u>수” 라 한다)는 매년 1월 1일부터</u> <u>12월 31일까지의 입원일수, 투약일</u> <u>수, 투약없이 외래로 의료급여를 받</u> <u>는 경우의 급여일수 및 제4호의 규</u> <u>정에 의한 경구약제만을 투여받는</u> <u>경우의 급여일수를 합하여 산정하</u> <u>다. 다만, 다음 각호의 일수를 제외</u> <u>한다.</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>입원중 입원한 의료급여기관에</u> <u>서 투약받는 경우 그 입원기간중</u> <u>의 투약일수</u> 2. <u>동일 처방에 의하여 원내투약과</u> <u>원외투약이 동시에 이루어지는 경</u> <u>우 중복되는 투약일수</u> 3. <u>삭제</u> 4. <u>혈액투석 또는 복막투석을 받고</u> <u>있는 만성신부전증환자와 장기이</u> <u>식을 받은 환자가 「국민건강보험</u> <u>요양급여의 기준에 관한 규칙」</u> <u>제5조제2항에 따라 보건복지부장</u> <u>관이 정하여 고시하는 필수적인</u> 	<p><삭 제></p>

현 행	개 정 안
<p><u>경구약제를 투여받는 경우 그 투약일수</u></p> <p><u>②급여일수는 의료급여를 받는 날짜의 순서에 따라 산정한다.</u></p> <p>제8조의5(<u>급여일수의 통보 등</u>) ①공단은 급여일수가 180일 이상이 되는 수급권자가 있는 경우에는 다음 각 호의 사항을 그 수급권자 및 해당 시장·군수·구청장에게 해당 연도 6월 30일까지 통보해야 한다. 다만, 급여일수가 300일 이상이 되는 수급권자의 경우에는 매월 1회 이상 통보해야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 해당 연도 1월 1일부터 통보일까지의 급여일수 2. 상한일수를 초과하여 의료급여를 받으면서 제8조의3제2항 및 제3항에 따른 승인을 얻지 않은 경우에 수급권자가 부담해야 하는 의료급여비용 <p><신 설></p> <p>② (생 략)</p> <p>③수급권자가 상한일수를 초과하여 의료급여를 받아 공단이 그 초과하는 일수에 해당하는 비용을 의료급여기관에 지급한 경우에는 공단은 그 내역을 해당 시장·군수·구청장에게 통보하여야 하며,</p>	<p>제8조의5(<u>급여일수의 통보</u>) ① 공단은 연중 수급권자가 외래로 급여를 받는 횟수가 다음 각 호에 해당하는 경우에는 이용한 진료횟수와 별표 1의2 제2호에 따라 연간 외래 진료 횟수가 365회를 초과하는 경우 수급권자가 부담해야 하는 비용에 대하여 그 수급권자 및 해당 시장·군수·구청장에게 통보·안내하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 180회 초과 시 2. 240회 초과 시 3. 300회 초과 시 <p>② (현행과 같음)</p> <p>③ 시장·군수·구청장은 연중 수급권자가 외래로 급여를 받는 횟수가 365회를 초과하는 경우 해당 사실과 별표 1의2 제2호에 따라 수급권자가 부담해야 하는 비용에 대하여 수급권자에게 지체없</p>

현 행	개 정 안
<p><u>시장·군수·구청장은 그 통보된 내역에 따라 초과되는 일수에 해당하는 금액을 수급권자로부터 징수하여야 한다.</u></p>	<p><u>이 알려야 한다.</u></p>
<p><u><신 설></u></p>	<p><u>④ 제1항부터 제3항까지 규정한 사항 외에 급여일수의 통보 방법 및 절차 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정한다.</u></p>
<p>[별표 1의2] 수급권자가 급여비용을 부담하는 경우 또는 항목과 부담률 (제19조 관련)</p>	<p>[별표 1의2] 수급권자가 급여비용을 부담하는 경우 또는 항목과 부담률 (제19조 관련)</p>
<p>1. <u>수급권자가 급여비용을 부담하는 경우 또는 항목의 비용</u></p>	<p>1. <u>다음 각 목의 경우 수급권자가 해당하는 비용의 100분의 100을 부담한다.</u></p>
<p>가. ~ 라. (생략)</p>	<p>가. ~ 라. (현행과 같음)</p>
<p>마. 「응급의료에 관한 법률」에 따라 <u>의료급여기관의 구급차를 이용하여 이송되었을 경우의 이송처치료 및 응급의료수가 기준에서 정한 응급의료관리료 산정 대상이 아닌 환자의 응급의료관리료. 다만, 「공공보건의료에 관한 법률」 제12조제2항에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료취약지에 위치한 지역응급의료기관에 내원한 환자로서 가목에 해당되는 사람이 아닌 경우에는 「의료급여법」 제10조에 따른</u></p>	<p>마. <u>다음의 어느 하나에 해당하는 비용</u></p> <p>(1) 「응급의료에 관한 법률」에 따라 <u>의료급여기관의 구급차를 이용하여 이송되었을 경우의 이송처치료</u></p> <p>(2) 「응급의료에 관한 법률」 제31조의4제1항 및 같은 법 시행규칙 제18조의3제2항에 따라 <u>보건복지부장관이 고시하는 한국 응급환자 중증도 분류기준 (이하 “한국 응급환자 중증도 분류기준”이라 한다)에 따른 경증응급환자 및 비응급환자의 외래진료에 따른 응급의료관리</u></p>

현 행	개 정 안
<p><u>본인부담금을 말한다.</u></p> <p>바. ~ 자. (생략)</p> <p>2. <u>본인부담률 : 제1호에 해당하는 비용의 100분의 100</u></p>	<p><u>료. 다만, 「공공보건의료에 관한 법률」 제12조제2항에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료취약지에 위치한 지역응급의료기관에 내원한 환자로서 가목에 해당되는 사람이 아닌 경우에는 「의료급여법」 제10조에 따른 본인부담금을 말한다.</u></p> <p>바. ~ 자. (현행과 같음)</p> <p>2. <u>연간 외래진료 횟수가 365회를 초과하는 사람은 그 초과 외래진료에 대한 급여비용 총액의 100분의 30을 부담한다. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하거나, 영 별표1의 각 목에서 급여비용의 100분의 30을 초과하는 경우에는 그렇지 않다.</u></p> <p>가. 「아동복지법」에 따른 아동</p> <p>나. 「모자보건법」에 따른 임산부</p> <p>다. 다음의 사람 중에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 사람</p> <p>1) 「장애인복지법」에 따른 장애의 정도가 심한 장애인</p> <p>2) <u>중증질환, 희귀질환, 중증난치질환, 결핵질환을 가진 사람</u></p>

I. 규제 의 필요성 및 대안선택

1. 추진배경 및 정부개입 필요성

○ **(추진배경)** 의료급여는 의료적 필요도와 무관하게 소득기준만 충족하면 지원이 되고, 정해진 한도 없이 이용한만큼 의료비용을 지원하므로, 적정 의료 이용 관리가 중요

- 그간 의료급여 일수의 상한*을 설정하여 초과 시 급여 제한, 추가 이용 필요시 연장승인·선택의료급여기관 제도 적용하여 지원

* 외래·입원·투약 이용일수 합산(예> 중증·희귀난치질환 365일, 만성 380일, 기타 400일)

- 급여일수 제한방식이 수급자의 선택권을 제한하고, 행정부담이 높으므로, 연장승인·선택의료급여기관 전면 폐지(10월~)

- 다만, 극과다 이용자(외래이용 연 365회 초과)에 대해서는 적정이용 관리를 위해 본인부담 차등 부과(30%, 건강보험 의원급 본인부담 수준)하여 의료 급여 제도를 건전하게 운영하고자 함

○ **(정부개입 필요성)** 의료급여 수급자의 의료이용*이 많은 상황에서, 꼭 필요한 환자에게 충분한 지원이 어려울 수 있다는 우려 야기

* 의료급여와 건강보험 대상의 연령·소득·건강특성 등을 매칭하여 비교 시 의료급여가 1인당 외래일수는 1.3배, 1인당 외래진료비는 1.4배 더 많음

- 현행 제도 기준으로는 의료급여 진료비가 연평균 7.5%(평균 7,000억원) 증가, 10년 후에는 23조원(1인당 진료비 1,311만원)으로 예상됨

- 가입자 보험료로 운영하는 건강보험재정과 달리 의료급여는 일반 국민 세금에 기반한 정부 예산으로 부담, 국가재정 건전성과 밀접하므로 일정 기준을 초과하는 경우 의료급여 지급 제한이 불가피

- 의료급여 제도를 건전하게 운영하면서, 더 많은 대상에게 질 좋은 의료서비스를 제공하기 위해 본인부담률 조정 등 적정 의료이용을 유도하기 위한 방안 마련 필요

※ 의료 과다이용 사례

- ▶ '23년 A씨는 등통증, 어깨병변 등 근골격계 질환 상병으로 1일 평균 6~7개 병의원 방문하여 물리치료 받음 **연간 1,871회 외래 이용**(총 진료비 3,418만원)

(비교) 건강보험 가입자 중 동일 상병 최다 물리치료 이용 사례

- ▶ B씨는 등통증, 추간판장애 등 근골격계 질환 상병으로 **연간 995회 외래 이용**(총 진료비 2,017만원)

2. 규제 대안 검토 및 선택

① 대안의 비교

o 규제대안의 내용

규제대안1	대안명	외래 과다이용자 본인부담 차등
	내용	연 365회 초과 외래 이용분에 대하여 본인부담률 30% 적용
규제대안2	대안명	의료급여 급여일수 제한(현행유지안)
	내용	- 외래·입원·투약 일수 합산하여 의료급여 일수의 상한 설정, 초과 시 급여 제한 (외래 본인부담 30% 적용) - 추가 이용 필요시 연장승인, 재초과시 선택의료 급여기관 제도 적용

o 규제대안의 비교

구분	장점	단점
규제대안1	<ul style="list-style-type: none"> ■ 의료이용 제한하는 규제 폐지 ■ 불필요한 의료 남용 최소화 ■ 아동, 임산부, 산정특례자, 중증 장애인 등은 적용 대상 제외, 제도적 수용성 제고 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 연 365회 초과 외래진료 시 본인 부담 증가
규제대안2	<ul style="list-style-type: none"> ■ 과다이용자에게 다층적인 의료이용 제한 제도 운영 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 외래, 입원, 투약일수를 합산하여 적용하므로, 투약일수로 인해 상한일수 초과 多 ■ 연장승인 신청, 승인, 안내 등 수급자 불편 초래, 높은 행정부담 ■ 선택의료급여기관 지정 시 수급자 선택권 제한 ■ 선택의료급여기관 지정자는 타

		<p>기관 이용 시 선택의료급여기관 의뢰서를 발급받아야 하므로 불필요한 진료 유발</p> <p>- 선택의료급여기관 휴진 시 의뢰서 발급 어려움, 의뢰서 미지참시 전액 본인부담</p>
--	--	---

<참고: 현행유지안-규제대안 비교표>

현행		개정	
조건	외래 본인부담	조건	외래 본인부담
<p>입원, 외래, 투약 합산 급여일수 제한* 초과 시</p> <p>* 중증·희귀난치질환별 연 365일 만성질환별 연 380일 기타질환 모두 합산하여 400일</p>	30%	<p>외래 연 365회 초과</p>	<p>30%</p>
↓			
<p>연장승인* 불승인시</p> <p>* 중증·희귀난치 90일 이내(1회), 만성질환 75일 이내(1회), 기타 질환 90일(1회)+55일 이내(1회) 연장 가능</p>	30%		
↓			
<p>선택의료급여기관 제한</p> <p>* 수급자가 1~2개 의료급여기관 선택</p>			
	<p>선택의료급여기관 미지정시</p>	30%	
	<p>선택의료급여기관 지정, 의뢰서 없이 타기관 이용</p>	100%	

② 이해관계자 의견수렴

이해관계자명	일시 · 장소 · 방법	제시의견	조치결과
<ul style="list-style-type: none"> ■ 공익대표 ■ 의약계 ■ 사회복지계 등 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (일시) '24.7.24 ■ (장소) 서울 ■ (방법) 위원회 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 알림서비스 주기와 방법 설정 필요 ■ 선언적 의미로 보이며, 적절한 대책으로 	<p>(반영)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 365회 외에도 180회, 240회, 300회 초과 시 통보 반영

		생각	
<ul style="list-style-type: none"> ■ 공익대표 ■ 의약계 ■ 사회복지계 등 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (일시) '25.4.25 ■ (장소) 서울 ■ (방법) 위원회 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 제도개선 취지에 동의 	

③ 대안의 선택 및 근거

○ **(규제대안)** 연 365회 초과 외래이용 시 본인부담률 30%* 적용

* 건강보험 의원급 본인부담 수준, 건강보험은 연 365회 초과 시 90% 적용

- **(필요성)** ▲ 불필요한 의료이용의 오남용을 방지하여 건전한 의료급여 제도 운영, ▲ 본인부담 차등제 계기로 건강보험 가입자와의 차별적 소지가 있는 급여일수 상한제, 연장승인, 선택의료급여기관을 폐지
- **(수용성)** 중증질환 등 특별한 사유가 없음에도 매일 1회 이상 외래진료를 받는 것은 일반적으로 과다 의료이용으로 인식(전문가 의견 수렴 등)하며, 대상 인원이 많지 않으므로 제도적 수용성은 높을 것으로 예상

3. 규제목표

○ 연간 365회 초과 외래이용 시 본인부담률 30% 적용 등 외래진료 이용량에 따른 본인부담률 기준을 마련하여 불필요한 의료이용으로 인한 재정누수 방지, 외래 극과다 이용자에 대한 사례관리

II. 규제의 적정성

1. 목적·수단 간 비례적 타당성

- 개정안은 연 365회 초과 외래이용 시 본인부담률 30% 적용하여
 - 불필요한 의료이용 관리를 통해 치료가 꼭 필요한 수급자가 적절하고 충분한 의료서비스를 이용할 수 있도록 하려는 것임
- 급여일수 제한 규제를 폐지하는 상황에서 의료급여 재정 누수 방지 등 목적의 정당성이 인정되고, 외래 365회 초과 시 본인부담률 30% 적용은 목적 달성에 적절한 수단이 될 수 있음
 - 또한, 아동, 임산부, 산정특례자, 중증장애인 등은 본인부담률 30% 적용 대상에서 제외하고, 이외에도 전문가 심의위원회를 통하여 연 365회 초과 외래진료가 필요한 경우에는 적용 대상에서 제외하는 등 비례적 타당성도 충족함

2. 영향평가 필요성 등 고려사항

영향평가		
기술	경쟁	중기
해당없음	해당없음	해당없음

○ 영향평가

- 기술규제영향평가
해당없음

- 경쟁영향평가

해당없음

경쟁영향평가 점검항목	해당 여부
(A) 사업자의 수 또는 범위 제한	해당없음
(B) 사업자의 경쟁능력 제한	해당없음
(C) 사업자의 경쟁유인 감소	해당없음
(D) 소비자에게 제공되는 선택과 정보의 제한	해당없음

- 중기영향평가
해당없음

- 규제 차등화 예비분석 결과표

① 규제 영역	해당없음
② 규제 방식	해당없음
③ 예비분석모델	해당없음
판단 근거	해당없음
④ 대상 업종	해당없음
⑤ 예비분석내용	해당없음
⑥ 차등화적용 여부	미적용

○ 기타 고려사항

- 고용친화적 규제설계

해당없음

- 시장유인적 규제설계

해당없음

- 일몰설정 여부

해당없음

- 우선허용·사후규제 적용 여부

해당없음

분류	적용여부	적용내용/미적용사유
포괄적 개념 정의		연간 365회 초과 외래의료 이용 시 본인부담률을 30%로 정하는 것이므로, 포괄적 규정 사항에 해당하지 않음.
유연한 분류 체계		연간 365회 초과 외래의료 이용 시 본인부담률을 30%로 정하는 것이므로, 그 외의 경우까지 유연하게 적용되지 않음
네거티브 리스트		연간 365회 초과 외래의료 이용 시 본인부담률을 30%로 정하는 것이므로, 포지티브 리스트 방식에 해당함
사후 평가관리		연간 365회 초과 외래의료 이용 시 본인부담률을 30%로 정하는 것이므로, 사후평가관리에 해당하지 않음
규제 샌드박스		연간 365회 초과 외래의료 이용 시 본인부담률을 30%로 정하는 것으로, 규제샌드박스 적용 사항에 해당하지 않음

3. 해외 및 유사입법사례

○ 해외사례

- **(대만) 다빈도 외래이용 시 이용횟수에 비례하여 본인부담 차등화**

* (예) 메디컬 센터(TWD) : (1 ~ 24회) 150 → (25 ~ 156회) 200 → (157회 이상) 250

○ 타법사례

- **(국민건강보험법) 연간 외래진료 횟수가 365회를 초과하는 사람이 외래진료를 받을 경우 요양급여비용 총액의 90%를 본인부담 하도록 함** ('24.7.1. 시행)

* 본인부담차등화(시행령 제19조 및 별표2 제5호의2) 및 외래진료 본인부담 차등 기준 등에 관한 고시

4. 비용편익 분석

<규제대안 1 : 외래 과다이용자 본인부담 차등>

① 비용편익분석 : 피규제 기업·소상공인 직접비용 0

분석기준년도	규제시행년도	분석대상기간 (년)	할인율(%)	단위
2024	2026	10	4.5	백만원, 현재가치
규제대안 1 : 외래 과다이용자 본인부담 차등				
영향집단		비용	편익	순비용
피규제 기업 · 소상공인	직접			
	간접			
피규제 일반국민		489.52		489.52
피규제자 이외 기업 · 소상공인				
피규제자 이외 일반 국민				
정부			489.52	-489.52
총 합계		489.52	489.52	
기업순비용			연간균등순비용	

Ⅲ. 규제 의 실효성

1. 규제 의 순응도

○ 피규제자 준수 가능성

- 매일 1회 이상 외래진료를 받는 것은 일반적으로 과다 의료 이용으로 인식하며, 실제로 적용 대상이 소수(의료급여 수급자 156만명 중 544명 예상)
- 전문가, 이해관계자 의견 등을 반영하여 아동, 임산부, 산정특례자, 중증장애인 등 연 365회 이상 외래진료가 필요한 경우에는 적용대상에서 제외할 수 있도록 제도 설계
- 외래진료 365회 도달 이전 180회, 240회, 300회 초과 시점에 수급자에게 외래 이용량과 본인부담 차등제도를 안내하여 예측가능성을 높일 예정이므로, 피규제자의 순응도는 높을 것으로 예상

2. 규제 의 집행가능성

○ 행정적 집행가능성

- 국민건강보험공단의 위탁업무 일환으로 집행 가능
- 보장기관(시·군·구 및 읍·면·동) 및 의료급여 관리사의 본연의 업무로 수행 가능

○ 재정적 집행가능성

- 연 365회 초과 외래진료 이용자의 본인부담률 30% 적용에 필요한 시스템* 개선을 기 추진 중이며, 별도 재정소요 미발생

* 건강보험 시스템, 행복e음 시스템

IV. 추진계획 및 종합결론

1. 추진 경과

- 「제3차 기초생활보장 종합계획(2024~2026)」에 '외래 본인부담률 조정' 포함하여 중앙생활보장위원회 심의·발표('23.9월)
- 의금심, 중생보위 「의료급여 제도개선 방안」 보고 및 발표('24.7월)
- 의료급여 제도개선 관련 국회 예산안 확정('24.12월)
- 「건강하고 지속 가능한 의료급여 개선방안」 의금심 보고 및 발표('25.4월)

2. 향후 평가계획

- 연구용역 등을 통하여 제도 변경에 따른 의료수요 변화, 수급자 부담 등 모니터링

3. 규제 정비계획

- 아동, 임산부, 산정특례자, 중증장애인 등 연 365회 이상 외래진료가 필요하다고 볼만한 의학적 사유가 있을 경우에는 예외적으로 본인부담률 30%를 적용하지 않을 수 있게 관련 절차를 보건복지부 고시로 마련

법령명	규제조문	규제 폐지·완화 내용	추진 일정
보건복지부 고시 제정	(검토 중)	적용 제외 대상의 세부기준 마련	' 25.7월 ~

4. 종합결론

- 급여일수 제한을 폐지하는 상황에서 의료급여 재정 건전성 확보 등을 위하여 연간 365회 초과 외래진료 이용자의 본인부담률을 30%로 하는 등 적정 의료 이용 관리 기전 필요

별첨

비용편익분석 상세내역

가. 대안별 분석 비교표

분석기준년도	규제시행년도	분석대상기간 (년)	할인율 (%)	단위
2024	2026	10	4.5	백만원, 현재가치

규제대안1 : 외래 과다이용자 본인부담 차등				
영향집단		비용	편익	순비용
피규제 기업 · 소상공인	직접			
	간접			
피규제 일반국민		489.52		489.52
피규제자 이외 기업 · 소상공인				
피규제자 이외 일반 국민				
정부			489.52	-489.52
총 합계		489.52	489.52	
기업순비용			연간균등순비용	

정성분석 내용 및 기타 참고사항
<ul style="list-style-type: none"> ○ 정성분석 내용 <ul style="list-style-type: none"> - 연 365회 초과 의래진료 이용 시 본인부담률 30% 적용은 불필요한 의료 이용에 따른 재정 누수 방지, 의료급여 재정 건정성 제고 등에 기여 ○ 기타 참고사항 <ul style="list-style-type: none"> - 아동, 임산부, 산정특례자, 중증장애인 등 예외사유에 해당하는 사람을 제외할 경우 실제 피규제자 수는 더 적을 수 있음 - 본인부담률 상향, 의료횟수 알림 등에 따른 정책효과로 인하여 연 365회 초과 외래진료 이용자 수 및 본인부담 증가액은 점차 감소할 것으로 전망

나. 각 대안의 활동별 비용·편익 분석 결과

<규제대안1 : 외래 과다이용자 본인부담 차등>

① 피규제 일반국민 :

□ 비용

(정량)영향집단명	연 365회 초과 외래의료 이용자																				
활동제목	연 365회 초과 외래의료 본인부담률 30% 적용																				
비용항목	기타																				
비용	489,529,013																				
일시적/반복적	반복적/연간균등																				
산식	연 365회 초과 외래진료 이용자수 X 진료건당 평균본인부담 증가액 X 평균 초과일수 (544*10,344원*95)																				
근거설명	<p>○ 의료급여 수급자의 의료이용 행태는 다양하며, 제도 변경에 따라 의료수요 변화가 있을 수 있으므로 정확한 비용을 산출하는 것은 불가능함</p> <p>○ ' 24년 연 365회 초과 외래진료 이용자 수 544명 - 현재 수급자의 의료이용 행태가 유지된다고 가정 → 정책효과로 인하여 실제 초과자는 감소하게 될 것으로 예상</p> <p>○ (진료건당 평균 본인부담 증가액) 10,344원(' 24년 기준) = (초과일당 본인부담) 11,393원 - (현재 1일당 본인부담) 1,049원</p> <table border="1" data-bbox="478 1388 1356 1612"> <thead> <tr> <th rowspan="2">구분</th> <th colspan="3">365일 이하 의료이용 현황</th> <th colspan="3">365일 초과 본인부담 조정</th> </tr> <tr> <th>일당 진료비 (원)</th> <th>일당 본인부담 (원)</th> <th>본인 부담률 (%)</th> <th>초과일수¹⁾ (일)</th> <th>초과일당 본인부담²⁾ (원)</th> <th>본인 부담률 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>전체</td> <td>37,978</td> <td>1,049</td> <td>2.8%</td> <td>95</td> <td>11,393</td> <td>30</td> </tr> </tbody> </table> <p>주 1) 초과일수 = 현행 1인당 외래일수 - 365일 2) 초과 일당본인부담 = 현행 일당진료비 × 30%</p>	구분	365일 이하 의료이용 현황			365일 초과 본인부담 조정			일당 진료비 (원)	일당 본인부담 (원)	본인 부담률 (%)	초과일수 ¹⁾ (일)	초과일당 본인부담 ²⁾ (원)	본인 부담률 (%)	전체	37,978	1,049	2.8%	95	11,393	30
구분	365일 이하 의료이용 현황			365일 초과 본인부담 조정																	
	일당 진료비 (원)	일당 본인부담 (원)	본인 부담률 (%)	초과일수 ¹⁾ (일)	초과일당 본인부담 ²⁾ (원)	본인 부담률 (%)															
전체	37,978	1,049	2.8%	95	11,393	30															

□ 편익

(정성)영향집단명	의료급여 수급자
활동제목	연 365회 초과 외래의료 본인부담률 30% 적용
편익항목	① 연장승인을 신청, 심의하지 않아도 되므로 편리함

	② 선택의료급여기관 지정에 따른 선택권 제한 해소, 선택의료급여기관 휴진 시 의료접근성 제한 해소 ③ 타 기관을 이용하기 위하여 선택의료급여기관에 가야 하는 불편함 해소, 시간, 교통비 등 절약 ④ 불필요한 의료이용이 제한되므로, 더 필요한 의료급여 수급자에게 더 넓고 질 좋은 의료서비스 제공
일시적/반복적	반복적
근거설명	① 투약일수로 인하여 쉽게 초과되는 급여일수 제한 및 연장승인제도 폐지 ② 선택의료급여기관 제도 폐지 ③ 선택의료급여기관 이용자는 타기관 이용 시 선택의료급여기관 의뢰서가 없으면 100% 본인부담 부과

②정부 :

편익

(정량)영향집단명	정부
활동제목	연 365회 초과 외래의료 본인부담률 30% 적용
편익항목	① 가입자의 본인부담 증가에 따른 재정 절감: 약 5.34억 ② 급여일수 제한방식 폐지에 따른 행정비용 감소
편익	489,529,013
일시적/반복적	반복적/연간균등
산식	연 365회 초과 외래진료 이용자수 X 진료건당 평균 본인부담 증가액 X 평균초과일수(544*10,344*95)
근거설명	① 연 365회 초과 외래의료 본인부담률 30% 적용에 따른 비용증가 분과 동일 ② 연장승인 및 선택의료급여기관 안내, 심의, 민원 등으로 인한 행정부담

③피규제 이외 일반국민 :

편익

(정성)영향집단명	일반 국민
활동제목	연 365회 초과 외래의료 본인부담률 30% 적용
편익항목	불필요한 의료남용 방지
일시적/반복적	반복적
근거설명	○ 불필요한 의료이용에 따른 재정 누수 방지