

1. 개정이유

현행의 급여 상한일수 제한, 연장승인, 선택의료급여기관 제도 등 급여적 관리제도를 폐지하여 수급권자의 의료이용 선택권을 확대하고 적절한 급여일수 관리를 위해 국가 및 지자체의 책임을 강화하고 연간 외래진료 횟수가 365회를 초과하는 경우 본인부담을 차등하고자 하려는 것임

2. 주요내용

- 가. 급여 상한일수 제한, 연장승인, 선택의료기관 제도를 폐지하고, 국가 및 지자체에서 적정 급여일수를 관리하도록 규정(안 제8조의3 등)
- 나. 연간 외래진료의 횟수가 365회를 초과하는 경우에는 해당 외래진료 의료급여비용 총액의 100분의 30에 해당하는 금액을 본인이 부담하도록 하고, 외래진료 횟수가 각각 180일, 240일, 300일을 넘는 경우 이를 수급권자에게 통보하도록 규정(안 제8조의4 및 별표 1의2)
- 다. 보청기에 대한 요양비 지급시 보청기를 구입하고 1개월이 경과한 후에 검수확인을 실시하도록 검수확인 시점을 명확히 규정함 (별표 2 제1호과목 및 별지 제14호의6 서식)

3. 참고사항

- 가. 관계법령 : 생략
- 나. 예산조치 : 별도조치 필요 없음
- 다. 합의 : 0000부 등과 합의되었음

라. 기타 : 1) 신·구조문대비표, 별첨

- 2) 입법예고(9999. 12. 31. ~ 12. 31.) 결과, 특기할 사항 없음
- 3) 행정규제 : 규제개혁위원회와 협의 결과, 이견 없음
 - 규제 신설·폐지 등, 없음

의료급여법 시행규칙 일부개정령안

의료급여법 시행규칙 일부를 다음과 같이 개정한다.

제8조의3을 다음과 같이 한다.

제8조의3(의료급여일수의 관리) 보건복지부장관, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 수급권자가 적정하게 의료이용을 할 수 있도록 의료급여일수(이하 “급여일수”라 한다)를 관리하여야 한다.

제8조의4를 삭제한다.

제8조의5의 제목 “(급여일수의 통보 등)”을 “(급여일수의 통보)”로 한다.

제8조의5제1항 및 제3항을 각각 다음과 같이 한다.

① 공단은 연중 수급권자가 외래로 급여를 받는 횟수가 다음 각 호에 해당하는 경우에는 이용한 진료횟수와 별표 1의2 제2호에 따라 연간 외래 진료횟수가 365회를 초과하는 경우 수급권자가 부담해야 하는 비용에 대하여 그 수급권자 및 해당 시장·군수·구청장에게 통보·안내하여야 한다.

1. 180회 초과 시
2. 240회 초과 시
3. 300회 초과 시

③ 시장·군수·구청장은 연중 수급권자가 외래로 급여를 받는 횟수

가 365회를 초과하는 경우 해당 사실과 별표 1의2 제2호에 따라 수급권자가 부담해야 하는 비용에 대하여 수급권자에게 지체없이 알려야 한다.

④ 제1항부터 제3항까지 규정한 사항 외에 급여일수의 통보 방법 및 절차 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정한다.

제8조의6 전단 중 “제8조의3제1항 각 호에 따른 상한일수 이내이거나 같은 조 제2항에 따라 상한일수 초과승인을 받더라도, 수급권자”를 “수급권자”로 한다.

제19조의2의 제목 “(본인부담금의 일부지급)”을 “(본인부담금의 초과금액 지급)”으로 하고, 같은 조 제1항 중 “영 제13조제5항”을 “영 제13조제5항·제7항”으로, “별지 제11호의2서식”을 “별지 제11호의3서식”으로 한다.

제19조의3부터 제19조의5까지를 각각 삭제한다.

별표 1의2 제1호 각 목 외의 부분을 다음과 같이 한다.

1. 다음 각 목의 경우 수급권자가 해당하는 비용의 100분의 100을 부담한다.

별표 1의2 제1호마목을 다음과 같이 하고, 같은 표 제2호를 다음과 같이 한다.

마. 다음의 어느 하나에 해당하는 비용

(1) 「응급의료에 관한 법률」에 따라 의료급여기관의 구급차를 이용하여 이송되었을 경우의 이송처치료

(2) 「응급의료에 관한 법률」 제31조의4제1항 및 같은 법 시행규칙 제18조의3제2항에 따라 보건복지부 장관이 고시하는 한국 응급환자 중증도 분류기준(이하 “한국 응급환자 중증도 분류기준”이라 한다)에 따른 경증응급환자 및 비응급환자의 외래진료에 따른 응급의료관리료. 다만, 「공공보건의료에 관한 법률」 제12조제2항에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료취약지에 위치한 지역응급의료기관에 내원한 환자로서 가목에 해당되는 사람이 아닌 경우에는 「의료급여법」 제10조에 따른 본인부담금을 말한다.

2. 연간 외래진료 횟수가 365회를 초과하는 사람은 그 초과 외래진료에 대한 급여 비용 총액의 100분의 30을 부담한다. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하거나, 영 별표1의 각 목에서 급여비용의 100분의 30을 초과하는 경우에는 그렇지 않다.

가. 「아동복지법」에 따른 아동

나. 「모자보건법」에 따른 임신부

다. 다음의 사람 중에서 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 사람

- 1) 「장애인복지법」에 따른 장애의 정도가 심한 장애인
- 2) 중증질환, 희귀질환, 중증난치질환, 결핵질환을 가진 사람
- 3) 그 밖에 1) 및 2)에 준하는 사람으로서 불가피하게 연간 365회를 초과한 외래진료가 필요한 사람

별표 2 제1호과목1)가) 및 나) 중 “후”를 각각 “후 1개월이 경과한 날 이후에”로 한다.

별지 제3호서식의 앞쪽을 다음과 같이 한다.

(앞쪽)

사용 구분	다른 의료급여기관으로 의뢰하는 경우 (「의료급여법 시행규칙」 제3조제3항에 따른 의료급여 진료절차) ※ 노숙인진료시설인 경우 []에 ☒ 표기 [] 노숙인진료시설인 제1차/제2차의료급여기관에서 다른 노숙인진료시설인 제2차의료급여기관으로 의뢰 [] 노숙인진료시설인 제2차의료급여기관에서 제3차의료급여기관으로 의뢰						
보장기관기호			보장기관명				
세대주성명			생년월일				
수급권자성명			주민등록번호				
주소			전화번호				
상병명			상병분류기호				
진료기간	 ~		진료구분	입원·외래			
환자상태 및 진료의견							

「의료급여법」 제7조제2항과 같은 법 시행규칙 제3조제3항 및 별표 1에 따라 위와 같이 의료급여를 의뢰합니다.

년 월 일 **장**

의료급여기관 기호:

소재지:

대표자: (인)

담당의사: (서명 또는 인)

의료급여기관 대표자 귀하

첨부서류	없음	수수료
		없음

유의사항

1. 환자상태 및 진료의견란에는 현재 증상, 검사, 투약 등 주요 진료내용을 구체적으로 적고, 여백이 부족하면 뒤쪽을 활용하기 바랍니다.

2. 수급자는 의사의 발급일로부터 7일 이내(공휴일 제외)에 의료급여기관에 제출하여야 합니다.

3. 수급권자가 「위기 임신 및 보호출산 지원과 아동 보호에 관한 특별법」 제2조제3호에 따른 비식별화된 가명 또는 「사회보장급여의 이용·제공 및 수급권자 발굴에 관한 법률」 제7조의2제1항에 따른 전산관리번호를 부여받은 경우에는 세대주성명 대신 수급권자의 성명 또는 가명을 기재할 수 있고, 세대주의 생년월일을 기재하지 않을 수 있으며, 수급권자의 성명 및 주민등록번호 대신 가명 및 전산관리번호를 기재할 수 있고, 수급권자의 주소 및 전화번호를 기재하지 않을 수 있습니다.

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]

별지 제11호의2서식을 삭제한다.

별지 제11호의3서식을 별지와 같이 한다.

별지 제14호의6서식 (뒤쪽) 유의사항 제5호 중 “경우 본”을 “경우 보청기를 구입하고 1개월이 경과한 후에 본”으로 한다.

부 칙

이 규칙은 2025년 10월 1일부터 시행한다. 다만, 별표 1의2 제2호는 2026년 1월 1일부터 시행한다.

본인부담금의 초과 금액 지급 청구서

접수번호

접수일

처리기간

보장기관

기관명

보장기관기호

세대주

성명

주민(외국인)등록번호

진료받은 사람

성명

주민(외국인)등록번호

의료급여기관

기관명

기관기호

진료기간

. . . ~ . . .
() 일간

본인부담금액

지급대상액

본인부담금
보상금 지급내역(2종)

. . . ~ . . . (원)

타 사업에서 지원한
지급내역

☐ 「장애인복지법」에 의한 등록장애인 의료비 지원대상 ☐ 「긴급복지지원법」에 의한 의료비 지원
☐ 보건소 희귀질환, 중증난치질환자 지원 등 의료비 지원 ☐ 기타(공공기관 등)

. . . ~ . . . (원)

본인부담금
대지급금 지급내역

. . . ~ . . . (원)

지급결정액(합계)

원

지급의뢰일

. . .

수령 계좌

금융기관명

계좌번호

예금주

[] 수급권자 또는
수급권자 가족 계좌

[] 진료받은 사람의
요양비 등 수급 계좌

「의료급여법 시행규칙」 제19조의2에 따라 위와 같이 본인부담금의 초과금액 지급을 청구합니다.

년 월 일

청구인 : (서명 또는 인)
주소 :
(휴대)전화번호 :
진료받은 사람과의 관계 :

(특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장) 귀하

의료급여기관명	진료기간
	 ~(원)
	 ~(원)
	 ~(원)
	 ~(원)

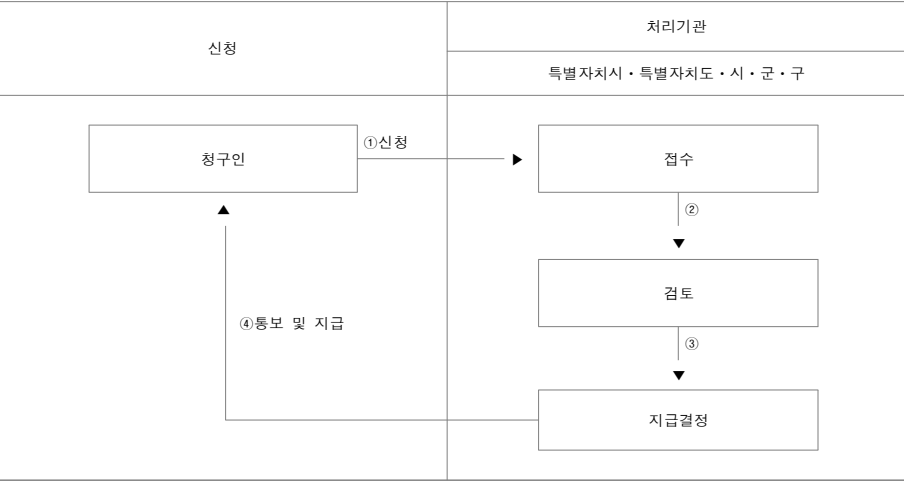
첨부서류	진료받은 사람 본인의 요양비 등 수급 계좌(압류방지 계좌)로 신청하는 경우에는 행복지킴이 통장 사본 1부. ※ 계좌번호가 기록되어 있는 면의 사본을 첨부합니다.	수수료 없음
------	--	--------

작성 방법

수령 계좌 : 받을 사람의 해당란에 “√” 표시를 합니다.
* 애급주는 선택한 계좌에 따라 다음의 구분에 따른 사람이어야 합니다.
- 수급권자 또는 수급권자 가족 계좌 : 진료받은 사람, 진료받은 사람의 가구주 또는 같은 의료급여증에 등재된 가족(배우자, 부모, 자녀, 형제자매 등)
- 진료받은 사람의 요양비 등 수급 계좌(압류방지 계좌) : 진료받은 사람 본인

처리 절차

이 청구서는 아래와 같이 처리됩니다.



신·구조문대비표

현행	개정안
제8조의3(의료급여일수의 상한) ①수급권자가 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.	제8조의3(의료급여일수의 관리) 보건복지부장관, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 수급권자가 적정하게 의료이용을 할 수 있도록 의료급여일수(이하 “급여일수”라 한다)를 관리하여야 한다.
1. 영 제3조제2항제1호다목에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵질환, 희귀난치성질환 및 중증질환 : 각 질환별로 연간 365일(윤년의 경우 366일로 한다. 이하 같다)	1. 정신 및 행동장애 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환 : 각 질환별로 연간 380일
3. 제1호 및 제2호 외의 질환 : 모든 질환의 의료급여 일수를 합하여 연간 400일	3. 제1항 본문에도 불구하고 수급권자가 장기간 입원 또는 복

합적인 투약 등으로 불가피하게 의료급여를 받아야 할 사유가 발생한 경우에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 시장·군수·구청장의 승인을 얻어 상한일수를 초과하여 의료급여를 받을 수 있다. 다만, 제1항제2호 및 제3호에 따른 질환의 경우 시장·군수·구청장은 법 제6조에 따른 시·군·구 의료급여심의위원회의 심의를 거쳐야 한다.

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.

④제3항에 따라 수급권자가 선택할 수 있는 의료급여기관(이

하 “선택의료급여기관”이라 한다)의 범위 및 절차 등은 별표 1과 같다.

⑤제3항에 해당하지 아니하는 수급권자라 하더라도 의료급여기관을 선택하여 이용할 것을 시장·군수·구청장에게 신청하는 경우에는 별표 1에 정하는 기준에 따라 선택의료급여기관을 선택하여 이용하게 할 수 있다.

⑥ 영 별표 1 제3호다목에서 “보건복지부령으로 정하는 상한일수”란 제1항에 따른 상한일수를 말하고, 같은 목에서 “보건복지부령으로 정하는 승인”이란 제2항 및 제3항에 따른 승인을 말한다.

제8조의4(의료급여일수의 산정방법 등) ①의료급여일수(이하 “급여일수”라 한다)는 매년 1월 1일부터 12월 31일까지의 입원일수, 투약일수, 투약없이 외래로 의료급여를 받는 경우의 급여일수 및 제4호의 규정에 의한 경구약제만을 투여받는 경우의

<삭 제>

급여일수를 합하여 산정한다.
다만, 다음 각호의 일수를 제외
한다.

1. 입원중 입원한 의료급여기관
에서 투약받는 경우 그 입원
기간중의 투약일수

2. 동일 처방에 의하여 원내투
약과 원외투약이 동시에 이루
어지는 경우 중복되는 투약일
수

3. 삭제

4. 혈액투석 또는 복막투석을
받고 있는 만성신부전증환자
와 장기이식을 받은 환자가
「국민건강보험 요양급여의
기준에 관한 규칙」 제5조제2
항에 따라 보건복지부장관이
정하여 고시하는 필수적인 경
구약제를 투여받는 경우 그
투약일수

②급여일수는 의료급여를 받는
날짜의 순서에 따라 산정한다.

제8조의5(급여일수의 통보 등) ①
공단은 급여일수가 180일 이상
이 되는 수급권자가 있는 경우
에는 다음 각 호의 사항을 그

제8조의5(급여일수의 통보) ① 공
단은 연중 수급권자가 외래로
급여를 받는 횟수가 다음 각 호
에 해당하는 경우에는 이용한

수급권자 및 해당 시장·군수·
구청장에게 해당 연도 6월 30일
까지 통보해야 한다. 다만, 급여
일수가 300일 이상이 되는 수급
권자의 경우에는 매월 1회 이상
통보해야 한다.

1. 해당 연도 1월 1일부터 통보
일까지의 급여일수

2. 상한일수를 초과하여 의료급
여를 받으면서 제8조의3제2항
및 제3항에 따른 승인을 얻지
않은 경우에 수급권자가 부담
해야 하는 의료급여비용

<신 설>

② (생 략)

③수급권자가 상한일수를 초과
하여 의료급여를 받아 공단이
그 초과하는 일수에 해당하는
비용을 의료급여기관에 지급한
경우에는 공단은 그 내역을 해
당 시장·군수·구청장에게 통
보하여야 하며, 시장·군수·구
청장은 그 통보된 내역에 따라
초과되는 일수에 해당하는 금액
을 수급권자로부터 징수하여야

진료횟수와 별표 1의2 제2호에
따라 연간 외래 진료횟수가 365
회를 초과하는 경우 수급권자가
부담해야 하는 비용에 대하여
그 수급권자 및 해당 시장·군
수·구청장에게 통보·안내하
여야 한다.

1. 180회 초과 시

2. 240회 초과 시

3. 300회 초과 시

② (현행과 같음)

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 지
체없이 알려야 한다.

제19조의2(본인부담금의 일부지급) ①수급권자는 영 제13조제5항의 규정에 의한 본인부담금의 초과금액을 지급받고자 하는 때에는 별지 제11호의2서식의 청구서를 시장·군수·구청장에

제19조의2(본인부담금의 초과금
액 지급) ①--- 영 제13조제5항
 • 제7항-----

 --- 별지 제11호의3서식-----

3. 제8조의3제3항 및 제5항에 따라 선택의료급여기관을 이용하는 자로서 별표 1에 따라 선택의료급여기관에서 외래진료를 받고 있는 자 및 그 선택

<삭 제>

의료급여기관에서 교부한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 자

②제1항에 불구하고 제1항제3호에 따라 선택의료급여기관을 이용하는 자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 영 별표 제1호다목 단서에 따라 기금에서 부담하는 급여비용을 제외한 비용을 본인이 부담한다.

1. 별표 1 제1호다목에 따라 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관에서 외래진료를 받거나 그 의료급여기관에서 교부한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우

2. 별표 1 제1호라목에 따라 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관에서 외래진료를 받거나 그 의료급여기관에서 교부한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우

제19조의5(급여비용의 본인부담금 차등 적용 제외 대상) 영 별표 1 제2호아목 본문에서 “보건

<삭 제>

복지부령으로 정하는 경우”란 제8조의3제3항 및 제5항에 해당하는 사람이 선택의료급여기관이 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우를 말한다.