

의료급여법 시행령

<목 차>

- 1.의료급여 본인부담체계 개편(의료급여 기금부담금
수준 조정)

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

2025. 05. 26. 작성

정 책 책 임 자 직 위 성 명 (서 명)

< 규제 개요 >

기본 정보	1.규제사무명	의료급여 본인부담체계 개편(의료급여 기금부담금 수준 조정)		
	2.규제조문	의료급여법 시행령 별표1 제1호, 제2호		
	3.위임법령	의료급여법 제10조		
	4.유형	강화	5.입법예고	2025.06.05~2025.07.15
규제의 필요성	6.추진배경 및 정부개입 필요성	○ (추진배경) ▲제도의 지속가능성과 ▲합리적 의료이용, ▲실질적 의료이용 형평성, ▲수급자 이용제한 규제 폐지 등을 위해 추진 － (지속가능성) ’ 24년 진료비 총 11.8조원(기금부담 11.6조원, 98.3%), 연평균 7.5% 증가 → ’ 34년 23조원(1인당 1,311만원) 예상 ☞ 균형있는 자원 배분 통한 제도 지속가능성 확보 필요 － (합리적 이용) 18년간 정액 본인부담에 변화 없어 실질부담 하락(’ 07년 4.3%→’ 23년 2.5%), 재정지출 3배 증가 → 의료서비스 가치에 대한 인식 저하 불가피 ☞ 꼭 필요하지 않은 이용은 합리화, 필요한 이용은 충분히 지원 하여 의료이용 실질적 형평성 달성 필요 － (관리방식 전환) 현재 낮은 수준 정액부담으로 인한 적정이용 관리 한계 보완 위해 각종 이용규제 수단* 운영 중 * 건강보험에는 없는 ▲급여일수 상한제(상한일수 초과 시 급여 중지), ▲연장승인, ▲선택의료기관(1개 기관 이용제한 등) 제도 등 차별적 규제 ☞ 이용제한 규제 폐지+적정이용 관리 위해 기금지원방식을 의료 이용과 연계하도록 변경 필요 【그간 논의경과】 ▲ 제3차 기초생활종합계획 심의·발표(’ 23.12) : 기금부담체계 변경 계획 포함 ▲ 중앙의료급여심의위원회, 중앙생활보장위원회 기금부담 조정안 의결 (’ 24.7) ▲ 의료급여 제도개선 예산 국회 심의 통과 (’ 24.12) ▲ 국회·언론·시민단체 의견 수렴해 보완대책 마련 및 발표 (’ 25.4) ○ (정부개입 필요성) － (국가재정 건전성) 의료급여는 건강보험(보험료)과 달리 국민 세금인 정부예산으로 운영, 국가재정 건전성과 밀접		

		■ 막대한 재정규모는 복지지출 구조 전반에 영향 미쳐 다른 공공 분야 지출도 압박, 제도의 지속가능성 위협 ☞ 국가재정 건전성, 국민 수용성 고려한 균형있는 자원배분 - (적정이용 관리) 의료급여는 의료적 필요도와 상관없이 저소득 기준 충족 시 모든 의료이용에 제한없이 지원 ■ 건강보험과 달리 본인부담이 거의 없고, 이용규제 제도 실효성 낮음 (예> 연장승인률 99.99%) ☞ 적정이용 관리 필요 - (의료보장 형평성) 매년 급격한 재정지출 증가로 비수급 빈곤층 사각지대 해소, 건보와의 수가격차 완화, 건강취약계층 지원 강화에 한계 ☞ 더 넓고 더 좋은 의료보장 위해 기금부담 수준 변경 필요			
	7.규제내용	○ 의료급여법(제10조)은 수급자에 대한 급여비용을 대통령령에 따라 기금에서 부담하도록 하고 있고, 개정안을 이를 조정함 - (현행) 진료비 중 외래 1,000~2,000원, 약국 500원을 제외한 비용을 의료급여 기금에서 지원 - (개정안) 외래 진료비의 92~96%, 약국 98%를 기금에서 부담			
	8.피규제집단 및 이해관계자	○ 의료급여 수급자 약 156만명 (' 24년 기준) - 이 중 기금부담금 수준 조정으로 본인부담이 증가하는 수급자는 의료이용 상위 9%인 7.3만명(본인부담 면제자 제외) * ' 25년 예산안에 기금부담 수준 조정을 전제로 건강생활유지비(본인부담 지원금) 2배 인상 예산 旣 편성			
	9.도입목표 및 기대효과	○ 기금부담금 지원 방식을 변경하여 더 폭넓은 대상에게 질 좋은 서비스 제공하며 제도의 지속가능성 확보 ○ 의료서비스 가치에 대한 인식은 높이면서 다층적 본인부담 지원으로 필요한 의료이용 접근성은 보장			
규제의 적정성	10.비용편익분석 (단위:백만원)		비용	편익	순비용
		피규제자	2,904.63		2,904.63
		피규제자 이외		45,741.62	-45,741.62
		정성분석		지속가능성, 합리적 이용, 실질적 의료형평성 및 보장성	
		주요내용	○ 본인부담 증가하는 수급자의 비용 부담 ○ 기금부담체계 변경으로 부양의무자 기준 완화 및 수가 개선 등 보장성 예산 확보 ○ 기금부담 조정으로 제도 지속가능성 확보, 합리적		

			이용 지원, 정책 사각지대 해소 및 의료 질 제고 등 가능		
	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	의료급여법 시행규칙 제8조의 3등			

<조문 대비표>

[illegible]

현행	개정안
1. 1종수급권자 : 2만원 2. 2종수급권자 : 20만원 <신설> <신설> ⑥급여대상 본인부담금에서 제5항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다. 1. 1종수급권자 : 매 30일간 5만원 2. 2종수급권자: 연간 80만원. 다만, 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다. ⑦시장·군수·구청장은 수급권자가 제6항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지	----- ----- -----. 1. 1종 수급권자의 매월 본인부담금이 2만원 초과 5만원 이하인 경우 : 2만원 초과금액의 100분의 50 2. 1종 수급권자의 매월 본인부담금이 5만원을 초과하는 경우 : 초과금액의 100분의 100 3. 2종 수급자의 매월 본인부담금이 20만원을 초과하는 경우 : 초과금액의 100분의 50 4. 제3호의 금액을 차감한 2종 수급권자의 연간 본인부담금이 80만원을 초과한 경우(다만, 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원) : 초과금액의 100분의 100 <삭제> ⑦----- ----- 제5항 ----- -----

현행			개정안		
급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다.			----- ----- ----- ----- -----.		
[별표 1] 의료급여기금에서 부담하는 급여비용의 범위(제13조 관련)			[별표 1] 의료급여기금에서 부담하는 급여비용의 범위(제13조 관련)		
1. 1종수급권자에 대해서는 다음 각 목의 구분에 따른 부담액 또는 부담률			1. 1종수급권자에 대해서는 다음 각 목의 구분에 따른 부담액 또는 부담률		
가. 의료급여기관 및 의료급여의 내용에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위			가. 의료급여기관 및 의료급여의 내용에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위		
의료급여기관	의료급여의 내용		의료급여기관	의료급여의 내용	
		기금에서 부담하는 <u>급여비용(부담률)</u>			기금에서 부담하는 <u>부담률(급여비용)</u>
1) 제9조제2항제1호가목에 해당	가) (1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과 의사가 의약품의 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법을 부칙제8조에 따라 한의	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전액	1) 법 제9조제2항제1차의료급여기관 및 같은	가) (1) 외래진료자	급여비용총액의 100분의 96(다만, 본인 부담금이 1,000원 미만인 경우에는 1,000원, 20,000원 초과인 경우에는 20,000원을 본인부담금으로 한다.)
				(2) 의약분업예외	아래의 (가)와 (나)를 합산한 금액 (가) 약값 총

현 행				개 정 안			
하 는 제 1 차 의 료 급 여 기 관 및 같 은 호 나 목 의 제 1 차 의 료 급 여 기 관 중 보 건 의 료		<u>사가 한약</u>		호 나 목 의 제 1 차 의 료 급 여 기 관 중 보 건 의 료 원		<u>환자</u>	<u>액의 100</u>
		<u>및 한약제</u>					<u>분의 98</u>
		<u>제를 직접</u>					<u>(다만, 약</u>
		<u>조 제 하 는</u>					<u>값 본인부</u>
		<u>경우</u>					<u>담 금 이</u>
	(2)	<u>전산화</u>	<u>급 여 비 용 총</u>				<u>500원 미</u>
		<u>단층촬영</u>	<u>액의 100분</u>				<u>만인 경우</u>
		<u>(CT), 자</u>	<u>의 95. 다</u>				<u>에는 500</u>
		<u>기공명영</u>	<u>만, 법 제7</u>				<u>원, 5,000</u>
		<u>상 진 단</u>	<u>조 제 1 항 제 2</u>				<u>원 초과인</u>
		<u>(MRI),</u>	<u>호의 약제</u>				<u>경 우 에 는</u>
		<u>양 전자 방</u>	<u>(이하 "약제</u>				<u>5,000원을</u>
		<u>출 단 층 촬</u>	<u>"라 한다)는</u>				<u>약값 본인</u>
		<u>영(PET)</u>	<u>급 여 비 용 총</u>				<u>부 담 금 으</u>
		<u>등 보건복</u>	<u>액에서 「국</u>				<u>로 한다.)</u>
		<u>지 부 장 관</u>	<u>민 건 강 보 험</u>				<u>(나) 급여비용</u>
		<u>이 정 하 여</u>	<u>법 시 행 령」</u>				<u>총 액 에 서</u>
		<u>고 시 하 는</u>	<u>제 2 2 조 제 1</u>				<u>약값 총액</u>
		<u>진료</u>	<u>항 각 호 외</u>				<u>을 제외한</u>
			<u>의 부분 후</u>				<u>금 액 의</u>
			<u>단에 따른</u>				<u>1 0 0 분 의</u>
			<u>구입금액(이</u>				<u>9 6 (다 만 ,</u>
			<u>하 "구입금</u>				<u>해당 본인</u>
			<u>액"이라 한</u>				<u>부 담 금 이</u>
			<u>다)의 100</u>				<u>1,000 원</u>
			<u>분의 5에 해</u>				<u>미만인 경</u>
			<u>당하는 본인</u>				<u>우 에 는</u>
			<u>부담금을 제</u>				<u>1,000 원 ,</u>
			<u>외한 급여비</u>				<u>20,000 원</u>
			<u>용 전 부 로</u>				<u>초과인 경</u>
			<u>한다.</u>				<u>우 에 는</u>
	(3)	<u>그 밖의</u>	<u>급 여 비 용 총</u>				<u>20,000 원</u>

현행				개정안			
원		외래진료	액에서 의료 급여기관 1 회 방문당 1,000원의 본인부담금 을 제외한 급여비용 전 부				을 본인부 담금으로 한다.)
	나) 입원진료		급여비용총 액 전부			(3) 특수 장비 를 이용 한 진료	특수장비를 이 용한 진료에 드 는 해당 급여비 용총액의 100 분의 95
2)	가	(1) 「약사	급여비용총		나) 입원진료		급여비용총액
법	)	법」 제23	액에서 의료	2) 법	가)	(1)	급여비용총액
제	외	조제4항에	급여기관 1	제 9	외래	일반환	의 100분의
9	래	따라 의사	회 방문당	조제	진료	자	94(다만, 본인
조	진	또는 치과	2,000원의	2 항			부담금이
제	료	의사가 의	본인부담금	제 2			1,500원 미만
2		약품을 직	을 제외한	호에			인 경우에는
항		접 조제하	급여비용 전	따른			1,500원,
제		는 경우와	부	제 2			20,000원 초
2		법률 제		차의			과인 경우에는
호		8365호		료급			20,000원을
에		약사법 전		여기			본인부담금으
따		부개정법		관			로 한다.)
른		률 부칙				(2)	아래의 (가)와
제		제 8 조 에				의 약	(나)를 합산한
2		따라 한의				분 업	금액
차		사가 한약				예 외	(가) 약값 총액
의		및 한약제				환자	의 100분의
료		제를 직접					98
급		조제하는					(다만, 약
여		경우					값 본인부
기		(2) 전산화	급여비용총				담금이

현 행				개 정 안			
관		<u>단층촬영 (CT), 자기공명영상 진단 (MRI), 양전자방출 단층촬영 (PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료</u>	<u>액의 100분의 95. 다만, 약제는 급여비용 총액에서 구입 금액의 100분의 5에 해당하는 본인 부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.</u>				<u>500원 미만인 경우에는 500원, 5,000원 초과인 경우에는 5,000원을 약값 본인 부담금으로 한다.)</u>
		<u>(3) 그 밖의 외래진료</u>	<u>급여비용 총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부</u>				<u>(나) 급여비용 총액에서 약값 총액을 제외한 금액의 100분의 94</u>
	나) 입원진료		<u>급여비용 총액 전부</u>				<u>(다만, 해당 본인부담금이 1,500원 미만인 경우에는 1,500원, 20,000원 초과인 경우에는 20,000원을 본인부담금으로 한다.)</u>
3)	가	<u>(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과 의사가 의약품의 직 접 조제하</u>	<u>급여비용 총액에서 의료급여기관 1회 방문당 2,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전</u>			<u>(3)</u>	<u>특수장비를 이</u>
법	)					<u>특 수</u>	<u>용한 진료에 드</u>
제	외					<u>장 비</u>	<u>는 해당 급여비</u>
9	래					<u>를</u>	<u>용총액의 100</u>
조	진					<u>의 용</u>	<u>분의 95</u>
제	료						
2							
항							

현행				개정안			
제 3 호에 따른 제 3 차의료급여기관		는 경우와	부			한	
		법률 제				진료	
		8365호			나) 입원진료		급여비용총액
		약사법 전		3) 법	가)	(1) 일	급여비용총액
		부개정법		제 9	외래	반	의 100분의
		률 부칙		조제	진료	환	92(다만, 본인
		제 8 조에		2 항		자	부 담 금 이
		따라 한의		제 3			2,000원 미만
		사가 한약		호에			인 경우에는
		및 한약제		따른			2,000원,
		제를 직접		제 3			20,000원 초
		조제하는		차의			과인 경우에는
		경우		료급			20,000원을
				여기			본인부담금으
				관			로 한다.)
		(2) 전산화	급여비용총			(2) 의	아래의 (가)와
		단층촬영	액의 100분			약 분	(나)를 합산한
		(CT), 자	의 95. 다			업 예	금액
		기공명영	만, 약제는			외 환	(가) 약값 총
		상진단	급여비용총			자	액의 100
		(MRI),	액에서 구입				분의 98
		양전자방	금액의 100				(다만, 약
		출단층촬	분의 5에 해				값 본인부
		영(PET)	당하는 본인				담 금 이
		등 보건복	부담금을 제				500원 미
		지부장관	외한 급여비				만인 경우
		이 정하여	용 전부로				에는 500
		고시하는	한다.				원, 5,000
		진료					원 초과인
		(3) 그 밖의	급여비용총				경우에는
		외래진	액에서 의료				5,000원을
		료	급여기관 1				약값 본인
			회 방문당				
			2,000원의				

현 행				개 정 안			
4) 법 제 9 조 제 2 항 제 1 호 의 제 1 차 의 료 급 여 기 관 중 보 건 소 ·			본인부담금 을 제외한 급여비용 전 부				부담금으로 한다.) (나) 급여비용 총액에서 약값 총액 을 제외한 금액의 100분의 92(다만, 해당 본인 부담금이 2,000원 미만인 경 우에는 2,000원, 20,000원 초과인 경 우에는 20,000원 을 해당 본 인부담금으 로 한다.)
	나) 입원진료		급여비용총 액 전부				
	외래·입원진료		급여비용총 액 전부				
						(3) 특수장 비를 이 용한 진 료에 드는 해 당 급여 비용총 액의 100분의 95	
					나) 입원진료		급여비용총액
	4) 법 제 9 조제	외래·입원진료	급여비용총액				

현 행			개 정 안		
보 건 지 소 및 보 건 진 료 소			2 항 제 1 호의 제 1 차의 료급 여기 관 중 보건 소· 보건 지소 및 보건 진료 소		
5) 법 제 9 조 제 2 항 제 1 호 의 제 1 차 의 료 급 여 기 관 중	가) 보건소·보 건지소 및 보 건진료소가 발행한 처방 전에 의하여 의약품을 조 제하는 경우	급여비용총 액 전부	5) 법 제 9 조 제 2 항 제 1 호의 제 1 차의 료급 여기 관 중 약국 및 한국	가) 보건소·보 건지소 및 보건진료소 가 발행한 처방전에 의 하여 의약품 을 조제하는 경우	급여비용총액
	나) 의료기관 및 보건의료원이 발행한 처방 전에 의하여 의약품을 조 제하는 경우	급여비용총 액에서 처방 전 1매당 500원의 본 인 부담금을 제외한 급여 비용 전부		나) 의료기관 및 보건의료 원이 발행한 처방전에 의 하여 의약품 을 조제하는 경우	급여비용총액 의 100분의 98(다만, 본인 부담금이 500 원 미만인 경 우에는 500 원, 5,000원
	다) 약사가 「약 사법」 제23 조제3항 단서 에 따라 처방전 에 의하지 아니 하고 직접 조제 하는 경우	급여비용총 액에서 약국 1회 방문당 900원의 본 인 부담금을 제외한 급여 비용 전부			

현 행			개 정 안		
약 국 및 한 국 회 귀 의 약 품 센 터			회귀 의약 품센 터		초과인 경우에는 는 5,000원을 본인부담금으 로 한다.)
				다) 약사가 「약사법」 제23조제3 항 단서에 따라 처방전 에 의하지 아니하고 직 접 조제하는 경우	급여비용총액 의 100분의 98(다만, 본인 부담금이 500 원 미만인 경 우에는 500 원, 5,000원 초과인 경우에 는 5,000원을 본인부담금으 로 한다.)
비 고 : 위 표 1)가)(1), 2)가)(1) 및 3)가)(1)의 경우로서 처 방전을 함께 발행하는 경우 에는 각각 위 표 1)가)(3), 2)가)(3) 및 3)가)(3)의 급 여비용에 해당하는 금액을 기금에서 부담한다.			비 고 1. 위 표에서 "의약분업 예외환자"란 「약사법」 제23조제4항제3호 중 조현병(調絃病) 또는 조울증 등으로 자신 또는 타인을 해칠 우려가 있는 정신질환자, 같은 항 제4호 중 「감 염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 에 따른 감염병환자 중 콜레라·장 티푸스·파라티푸스·세균성이질· 장출혈성대장균감염증·A형간염환자 및 같은 항 제8호·제9호에 해당하 는 환자를 말한다. 2. 위 표에서 “약값 총액”이란 의료급 여기관이 해당 약제를 구입한 금액의 총액을 말하며, “약값 본인부담금” 이란 약값 총액 중 기금에서 부담하 는 비용을 제외한 금액을 말한다.		

현행	개정안
나. 가목1)가), 2)가), 3)가), <u>5)나) 및 5)다)</u>를 적용하는 경우 급여비용 총액이 해당 규정의 본인부담금보다 적은 경우에는 그 급여비용총액 전부를 본인부담금으로 한다. 다. 가목1)가), 2)가), 3)가), <u>5)나) 및 5)다)</u>에도 불구하고 1종수급권자 중 다음에 해당하는 사람에 대해서는 <u>급여비용총액 전부를</u> 기금에서 부담한다. 다만, 법 제7조제2항에 따른 한도를 초과하여 의료급여를 받은 사람 중 보건복지부령으로 정하는 사람에 대해서는 <u>보건복지부령으로 정하는 바에 따라 급여비용총액의 일부를</u> 부담하게 할 수 있다. (1) 18세 미만인 사람 (2) 임산부 (3) 제2조제1호에 따른 무연고자로 확인된 사람 (4) 법 제3조제1항제9호에 따른 노숙인 등 (5) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 <u>결핵질환, 희귀난치성질환 또는 중증질환을 가진 사람</u>	3. 위 표에서 “<u>특수장비를 이용한 진료</u>”란 <u>전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 장비를 이용한 진료</u>를 말한다. 나. 가목1)가), 2)가), 3)가) 및 <u>5)나)·다)</u>를 적용하는 경우 급여비용 총액이 해당 규정의 본인부담금보다 적은 경우에는 그 급여비용총액을 본인부담금으로 한다. 다. 가목1)가), 2)가), 3)가), <u>5)나)·다)</u>에도 불구하고 1종수급권자 중 다음에 해당하는 사람에 대해서는 <u>급여비용총액을</u> 기금에서 부담한다. 다만, 법 제7조제2항에 따른 한도를 초과하여 의료급여를 받은 사람 중 보건복지부령으로 정하는 사람에 대해서는 <u>보건복지부령으로 정하는 바에 따라 해당 급여비용총액의 일부를</u> 부담하게 할 수 있다. (1) 18세 미만인 사람 (2) 임산부 (3) 제2조제1호에 따른 무연고자로 확인된 사람 (4) 법 제3조제1항제9호에 따른 노숙인 등 (5) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 <u>중증질환, 희귀질환, 중증난치질환 또는 결핵질환을 가진 사람</u>. 다만, 그 중에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 <u>상병으</u>

현 행	개 정 안
< 신 설 > <u>(6) 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사람</u> 라. 가목1)부터 4)까지 및 다목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 틀니를 의료급여로 실시하는 <u>경우에는 급여비용총액의 100분의 95를</u> 기금에서 부담한다. 마. 가목1)부터 4)까지 및 다목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 치과임플란트를 의료급여로 실시하는 <u>경우에는 급여비용총액의 100분의 90을</u> 기금에서 부담한다. 바. 가목5)나)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도(重症度)를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유	<u>로 의료급여를 받은 사람에 대해서는 해당 상병에 대하여 실시한 의료급여에 한하여 급여비용총액을 기금에서 부담한다.</u> <u>(6) 20세 미만의 중·고교 재학생</u> <u>(7) 「의료법」 제33조제1항제4호에 따라 가정간호를 받고 있는 자</u> 라. 가목1)부터 4)까지 및 다목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 틀니를 의료급여로 실시하는 <u>경우에는 해당 급여비용총액의 100분의 95를</u> 기금에서 부담한다. 마. 가목1)부터 4)까지 및 다목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 치과임플란트를 의료급여로 실시하는 <u>경우에는 해당 급여비용총액의 100분의 90을</u> 기금에서 부담한다. 바. 가목5)나)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도(重症度)를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자

현행	개정안
공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자 지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈부장관이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원 대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우 및 다목에 해당하는 경우는 제외한다]에는 <u>급여비용총액의 100분의 97을 기금에서 부담한다.</u> 다만, 본인부담금이 500원 미만이면 500원을 본인부담금으로 한다. 사. 가목1)가)(1)·(3), 같은 목 2)가)(1)·(3) 및 같은 목 3)가)(1)·(3)에도 불구하고 정신질환의 외래진료에 대하여 보건복지	예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 및 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈부장관이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원 대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우 및 다목에 해당하는 경우는 제외한다]에는 <u>다음의 기준을 따른다.</u> 다만, 본인부담금이 500원 미만이면 500원을 본인부담금으로 한다. 1) <u>상급종합병원의 의사가 발행한 처방전에 대한 의약품 조제받은 경우에는 해당 급여비용총액의 100분의 94를 기금에서 부담한다.</u> 2) <u>종합병원의 의사가 발행한 처방전에 대한 의약품 조제받은 경우에는 해당 급여비용총액의 100분의 96을 기금에서 부담한다.</u> 사. 가목1)가)(1)·(2), 2)가)(1)·(2), 3)가)(1)·(2)에도 불구하고 정신질환자의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는

현 행	개 정 안
부장관이 정하여 고시하는 항정신병 장기지속형주사제를 의료급여로 실시하는 경우에는 항정신병 장기지속형주사제 급여비용의 <u>100분의 95</u>를 기금에서 부담한다. 아. 가목1)가)(1)·(3), 같은 목 2)가)(1)·(3) 및 같은 목 3)가)(1)·(3)에도 불구하고 다음의 경우에는 해당 급여비용의 <u>100분의 100</u>을 기금에서 부담한다. 1) 「건강검진기본법」에 따른 국가건강검진을 받은 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 확진검사를 의료급여로 실시하는 경우 2) 「의료법」 제34조에 따른 원격의료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우 3) 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관이 수급권자의 상태가 호전됨에 따라 의료급여를 의뢰한 의료기관 등으로 수급권자를 회송(回送)하는 경우로서 해당 수급권자에게 회송과 관련하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우 자. 가목1)가), 2)가), 3)가), <u>5)나) 및 5)다)</u>에도 불구하고 「결핵예방법」에 따른 잠복결핵감염자의 잠복결핵 치료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 <u>급여비용총액 전부</u>를 기금에서 부담한다. <신 설>	항정신병 장기지속형주사제를 의료급여로 실시하는 경우에는 항정신병 장기지속형주사제 급여비용총액의 <u>100분의 98</u>을 기금에서 부담한다. 아. 가목1)가)(1)·(2), 2)가)(1)·(2) 및 3)가)(1)·(2)에도 불구하고 다음의 경우에는 해당 급여비용총액을 기금에서 부담한다. 1) 「건강검진기본법」에 따른 국가건강검진을 받은 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 확진검사를 의료급여로 실시하는 경우 2) 「의료법」 제34조에 따른 원격의료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우 3) 의료급여를 의뢰받은 의료급여기관이 수급권자의 상태가 호전됨에 따라 의료급여를 의뢰한 의료기관 등으로 수급권자를 회송(回送)하는 경우로서 해당 수급권자에게 회송과 관련하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우 자. 가목1)가), 2)가), 3)가) 및 <u>5)나)·다)</u>에도 불구하고 「결핵예방법」에 따른 잠복결핵감염자의 잠복결핵 치료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 <u>해당 급여비용총액</u>을 기금에서 부담한다. 차. 가목2)가) 및 3)가)에도 불구하고

현행			개정안		
<신설> <신설> 2. 2종수급권자에 대해서는 다음 각 목의 구분에 따른 부담액 또는 부담률 가. 의료급여기관 및 의료급여의 내용에 따른 기금에서 부담하는 급여비용의 범위			<u>18세인 사람의 치아홈메우기에 대하여 의료급여를 실시하는 경우로서 치아홈메우기 급여비용총액의 경우에는 100분의 95를 기금에서 부담한다.</u> <u>카. 가목1)부터 3)에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 격리입원에 대해서는 그 입원료에 한정하여 급여비용총액을 기금에서 부담한다.</u> <u>타. 가목1)부터 3)에도 불구하고 장애인의 치과진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 장애인 치과진료가산 급여비용총액을 기금에서 부담한다.</u> 2. 2종수급권자에 대해서는 다음 각 목의 구분에 따른 부담액 또는 부담률 가. 의료급여기관 및 의료급여의 내용에 따른 기금에서 부담하는 급여비용의 범위		
의료 급여 기관	의료급여의 내용		의료 여 기관	의료급여의 내용	
		기금에서 부담하는 급여비용(부 담률)			기금에서 부담하는 부담률(급여 비용)
1) 법 제9 조 제2 항 제1 호	가) 외래진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과 의사가 의약품을 직	1) 법 제9 조 제2 항 제1 호 목에	가) (1) 일반환자	급여비용총액 100분의 (다만, 본인 담금이 1.0 원 미만인 경 에는 1.0 원, 20,000

현행				개정안			
가 목 에 해 당 하 는 제1 차 의 료 급 여 기 관 및 같 은 호 나 목 의 제1 차 의 료 급 여 기 관 중		<u>접</u> <u>조제하</u> <u>는</u> <u>경우와</u> <u>법률</u> <u>제</u> <u>8365호</u> <u>약</u> <u>사법</u> <u>전부</u> <u>개정법률</u> <u>부칙 제8조</u> <u>에 따라 한</u> <u>의사가 한</u> <u>약 및 한약</u> <u>제제를 직</u> <u>접</u> <u>조제하</u> <u>는</u> <u>경우</u>	<u>비용</u> <u>전부</u>	해 당 하 는 제1 차 의 료 급 여 기 관 및 같 은 호 나 목 의 제1 차 의 료 급 여 기 관 중 보 건 의 료 원	(2) <u>의 약</u> <u>분 업</u> <u>예 외</u> <u>환자</u>	<u>초과인</u> <u>경우</u> <u>는</u> <u>20,000원</u> <u>본인부담금으</u> <u>한다.)</u>	
		<u>(2) 전산화단</u>	<u>급여비용총액</u>			<u>아래의 (가)</u> <u>(나)를 합산</u> <u>금액</u> <u>(가) 약값 총</u> <u>의 100분</u> <u>98(다만,</u> <u>값 본인부</u> <u>금이 500</u> <u>미만인 경</u> <u>에는 500</u> <u>5,000원</u> <u>과인 경우</u> <u>는 5,000</u> <u>을 약값</u> <u>인부담금</u> <u>로 한다.)</u>	
		<u>층 촬영</u> <u>(CT), 자</u> <u>기공명영</u> <u>상진단</u> <u>(MRI), 양</u> <u>전자방출</u> <u>단층촬영</u> <u>(PET) 등</u> <u>보건복지</u> <u>부장관이</u> <u>정하여 고</u> <u>시하는 진</u> <u>료</u>	<u>의 100분</u> <u>85. 다만, ‘</u> <u>제는 급여</u> <u>용총액에</u> <u>구입금액</u> <u>100분의 1</u> <u>에 해당하</u> <u>본인부담금</u> <u>제외한 급</u> <u>비용 전부</u> <u>한다.</u>			<u>(나) 급여비</u> <u>총액에서</u> <u>값 총약</u> <u>제외한 금</u> <u>의 100분</u> <u>96(다만,</u> <u>당 본인부</u> <u>금이 1.0</u> <u>원 미만</u> <u>경우에</u> <u>1,000원</u> <u>20,000</u>	
		<u>(3) 그 밖의</u> <u>외래진료</u>	<u>급여비용총액</u> <u>에서 의료</u> <u>여기관 1</u> <u>방 문</u>				

현행				개정안			
보건 의료 원			1,000원 이상 본인부담금 제외한 급여 비용 전부				초과인경 에 20,000원 해당 본인 담금으로 다.)
	나) 입원진료		급여비용총액 의 100분의 90. 다만, ‘ 제’는 급여 비용 총액에 구입금액 100분의 1 에 해당하 본인부담금 제외한 급여 비용 전부 한다.		(3) 특수장 비를 이용한 진료	특수장비를 용한 진료에 는 해당 급여 비용총액의 1 분의 85	
				나) 입원진료		급여비용총액 100분의 90	
2) 법 제9 조 제2 항 제2 호 에 따 른 제2 차 의 료 급 여	가) 보 건 복 지 부 장 관 이 정 하 여 고 시 하 는	(1) 「약사 법」 제23 조제4항에 따라 의사 또는 치과 의사가 의 약품을 직 접 조제하 는 경우와 법률 제 8365호 약 사법 전부 개정 법률 부칙 제8조 에 따라 한 의사가 한	급여비용총액 에서 의료 여기관 1 방문 1,500원 이상 본인부담금 제외한 급여 비용 전부	2) 법 제9 조 제2 항 제2 호 에 따 른 제2 차 의 료 여 기 관	가) 보 건 복 지 부 장 관 이 정 하 여 고 시 하 는	(1) 일 반 환 자	급여비용총액 100분의 96
						(2) 의 약 분 업 예 외 환 자	(가)와 (나) 합산한 금액 (가) 약값 총 의 100분 98(다만, 값 본인부 담금이 500 미만인 500원

현행				개정안			
기관	만성질환자에 대한 그 질환의 외래진료	약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우		만성질환자에 대한 그 질환의 외래진료			5,000원 초과하 5,000원 약값 본인 담금으로 다.)
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 85. 다만, '제'는 급여비용총액에 구입금액 100분의 1에 해당하는 본인부담금제외한 급여비용 전부한다.				(나) 급여비용액에서 총액 총액제외한 금액의 100분의 96 (다 해당 본인담금 1,000원만인 경우는 1,000 20,000 초과인 경우에 20,000원 해당 본인담금으로 다.)
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료기관 방문료 1,000원 본인부담금제외한 급여비용 전부				(3) 특수장비를
	나) 그 밖의 외래진료		급여비용총액의 100분의 85. 다만, '제'는 급여비용총액에 구입금액		특수장비를 이용한 진료		용한 진료에는 해당 급여비용총액의 100분의 85
				나)	(1)		급여비용총액

현 행			개 정 안			
		100분의 1 에 해당하 본인부담금 제외한 급 비용 전부 한다.		외 래 진료	일 반 환자 (2) 의 약 분 업 예 외 환자	100분의 85 (가)와 (나) 합산한 금액 (가) 약값 총 의 100 의 98 (나) 급여비 총액에서 값 총액 제외한 급 의 100분 85
	다) 입원진료	급여비용총 의 100분 90. 다만, ‘ 제는 급여 용 총 액 에 구 입 금 액 100분의 1 에 해당하 본인부담금 제외한 급 비용 전부 한다.		다) 입원진료		급여비용총액 100분의 90
3) 법 제 9 조 제 2 항 제 3 호 에 따 른 제 3 차 의 료	가) 외래진료	급여비용총 의 100분 85. 다만, ‘ 제는 급여 용 총 액 에 구 입 금 액 100분의 1 에 해당하 본인부담금 제외한 급 비용 전부 한다.	3) 법 제 9 조 제 2 항 제 3 호 에 따 른 제 3 차 의 료 급 여 기 관	가) 외 래 진료	(1) 일반환자 (2) 의약분 업 예외환 자	급여비용총액 100분의 85 아래의 (가) (나)를 합산 금액 (가) 약값 총 100분의 9 (나) 급여비 총액에서 값 총액을 외한 금액 100분의 8
	나) 입원진료	급여비용총 의 100분		나) 입원진료		급여비용총액 100분의 90

현 행			개 정 안		
급 여 기 관		90. 다만, ‘ 제는 급여 비용 총액에 구입 금액 100분의 1 에 해당하 본인부담금 제외한 급 비용 전부 한다.			< 단서 삭제 >
	4) 법 제 9 조 제 2 항 제 1 호 의 제 1 차 의 료 급 여 기 관 중 보 건 소 · 보 건 지 소 및 보 건 진 료 소	외래 · 입원 진료 급여비용총 전부		외래 · 입원 진료	급여비용총액
급 여 기 관 중 보 건 소 · 보			5) 법 제 9 조 제 2 항 제 1 호 의 제 1 차 의 료 급 여 기	가) 보건소 · 보건 지소 및 보건진료소가 발 행 한 처 방 전 에 의 하 여 의 약 품 을 조 제 하 는 경우	급여비용총액
				나) 의료기관 및	급여비용총액

현 행			개 정 안		
건 지 소 및 보 건 진 료 소			관 중 약 국 및 한 국 희 귀 의 약 품 센 터	보건의료원이 발 행 한 처 방 전 에 의 하 여 의 약 품 을 조 제 하 는 경우	100분의____ (다만, 본인 담금이 500 미만인 경우 는 500 5,000원 초 인 경우여 5,000원을 인 부 담 금 으 한다.)
5) 법 제 9 조 제 2 항 제 1 호 의 제 1 차 의 료 급 여 기 관 중 약 국 및 한 국 희	가) 보건소·보건 지소 및 보건 진료소가 발행 한 처방전에 의하여 의약품 을 조제하는 경우	급여비용총액 전부	다) 약사가 「약사법」 제23조제3항 단서에 따라 처 방 전 에 의 하 지 아 니 하 고 직 접 조 제 하 는 경우	급여비용총액 100분의____ (다만, 본인 담금이 500 미만인 경우 는 500 5,000원 초 인 경우여 5,000원을 인 부 담 금 으 한다.)	
	나) 의료기관 및 보건 의료 원 이 발행한 처방전 에 의하여 의 약품을 조제하 는 경우	급여비용총액 에서 처방전 1매당 500원 의 본인부담 금을 제외하고 급여비용 총액 전부			
	다) 약사가 「약 사법」 제23조 제3항 단서에 따라 처방전에 의하지 아니하 고 직접 조제 하는 경우	급여비용총액 에서 약국 회 방문 900원의 본인 부담금 제외한 급여 비용 전부			
비 고					
1. 위 표에서 "의약분업 예외환자" 「약사법」 제23조제4항제3호 중 현병(調絃病) 또는 조울증 등으로 신 또는 타인을 해칠 우려가 있는 신질환자, 같은 항 제4호 중 「감염 의 예방 및 관리에 관한 법률」에 른 감염병환자 중 콜레라·장티푸스 파라티푸스·세균성이질·장출혈성 장균감염증·A형간염환자 및 같은 제8호·제9호에 해당하는 환자를 말					

현행		개정안	
귀 의 약 품 센 터			다.
비고 : 위 표 1)가)(1) 및 2)가)(1)의 경우로서 처방전을 함께 발하는 경우에는 각각 위 표 1)가)(3) 및 2)가)(3)의 급여비용에 해당하는 금액을 기금에서 부담한다.		2. 위 표에서 “약값 총액”이란 의료여기관이 해당 약제를 구입한 금액 총액을 말하며, “약값 본인부담금”란 약값 총액 중 기금에서 부담하는 용을 제외한 금액을 말한다.	
나. 가목1)가), 2)가), 3)가), 5)나) 및 5)다)를 적용하는 경우 급여비용총액이 해당 규정의 본인부담금보다 적은 경우에는 그 급여비용총액 전부를 본인부담금으로 한다.		3. 위 표에서 “특수장비를 이용한료”란 전산화단층촬영(CT), 자기공영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하고 고시하는 장비를 이용한 진료를 말한다.	
다. 가목1)나), 2)다) 및 3)나)에도 불구하고 자연분만 및 제왕절개분만에 대한 의료급여와 6세 미만의 아동에 대한 입원진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 받은 경우에는 본인부담금을 면제한다.		나. 가목1)가), 2)가), 및 5)나)·다) 적용하는 경우 급여비용총액이 해당 규정의 본인부담금보다 적은 경우에도 그 급여비용총액을 본인부담금으로 한다.	
라. 가목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환을 가진 사람에 대해서는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.		다. 가목1)나), 2)다) 및 3)나)에도 불구하고 자연분만 및 제왕절개분만에 대한 의료급여와 6세 미만의 아동에 대한 원진료로서 보건복지부장관이 정하고 고시하는 의료급여를 받은 경우에도 해당 급여비용총액을 기금에서 부담한다.	
마. 가목1)부터 4)까지 및 라목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 틀니를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액		라. 가목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환을 가진 사람에 대해서는 해당 상병에 대해 실시한 의료급여에 한하여 급여비용총액을 기금에서 부담한다.	
다. 가목1)부터 4)까지 및 라목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 틀니를 의료급여로 실시하		마. 가목1)부터 4)까지 및 라목에도 불구	

현 행	개 정 안
100분의 85를 기금에서 부담한다. 바. 가목1)부터 4)까지 및 라목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 치과임플란트를 의료급여로 실시하는 <u>경우에는 급여비용총액의 100분의 80을 기금에서 부담한다.</u> 사. 가목1)나), 2)다) 및 3)나)에도 불구하고 고위험 임신부에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 입원진료를 의료급여로 실시한 <u>경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.</u> 아. 가목5)나)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품의 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품의 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공	<u>경우에는 해당 급여비용총액의 100분의 85를 기금에서 부담한다.</u> 바. 가목1)부터 4)까지 및 라목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 치과임플란트를 의료급여로 실시하는 <u>경우에는 해당 급여비용총액의 100분의 80을 기금에서 부담한다.</u> 사. 가목1)나), 2)다) 및 3)나)에도 불구하고 고위험 임신부에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 입원진료를 의료급여로 실시한 <u>경우에는 해당 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.</u> 아. 가목5)나)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도를 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병에 대한 의약품의 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 의약품의 조제받거나 「한국보훈복지의료공단법」에 따른 보훈병원의 의사나 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」, 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」, 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「참전유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」, 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」, 「특수임무유공

현행	개정안
예우 및 단체설립에 관한 법률」 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈부장관이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원 대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우 및 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 경우는 제외한다]에는 <u>급여비용총액의 100분의 97을 기금에서 부담한다.</u> 다만, 본인부담금이 500원 미만이면 500원을 본인부담금으로 한다. 자. 가목1)가)(2), <u>같은 목 2)가)(2), 같은 목 2)나) 및 같은 목 3)가)</u>에 불구하고 임신부의 외래진료(유산·사산으로 인한 외래진료를 포함한다)에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시할 경우에는 <u>급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.</u> 차. 가목1)가)(2), <u>같은 목 2)가)(2) 같은 목 2)나) 및 같은 목 3)가)</u>에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 만 5세까지의 조산아(早産兒) 및 저체중 출생아의 외	예우 및 단체설립에 관한 법률」 「제대군인지원에 관한 법률」에 따라 국가보훈부장관이 진료를 위탁한 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 해당 법률에서 정한 의료지원 대상자에게 발행한 처방전에 따라 의약품을 조제받은 경우 및 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 경우는 제외한다]에는 <u>음의 기준을 따른다.</u> 다만, 본인부담금이 500원 미만이면 500원을 본인부담금으로 한다. 1) <u>상급종합병원의 의사가 발행한 처방전에 대한 의약품 조제받은 경우에는 해당 급여비용총액의 100분의 94를 기금에서 부담한다.</u> 2) <u>종합병원의 의사가 발행한 처방전에 대한 의약품 조제받은 경우에는 해당 급여비용총액의 100분의 96을 기금에서 부담한다.</u> 자. 가목1)가)(3), 2)가)(3), 2)나)(2)나)(2)(나), 3)가)(1) 및 3)가)(나)에도 불구하고 임신부의 외래진료(유산·사산으로 인한 외래진료를 포함한다)에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시할 경우에는 해당 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다. 차. 가목1)가)(3), 2)가)(3), 2)나)(2)나)(2)(나), 3)가)(1) 및 3)가)(나)에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 5세까지의 조산아

현행	개정안
진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다. 카. 가목1)가) (1)·(3)에도 불구하고 정신질환의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항정신병 장기지속형주사제를 의료급여로 실시하는 경우에는 항정신병 장기지속형주사제 급여비용의 100분의 95를 기금에서 부담한다. 타. <u>가목2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 정신질환의 외래진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 다음의 기준에 따른다.</u> 1) <u>보건복지부장관이 정하여 고시하는 정신질환의 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다. 다만, 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료(이하 이 목에서 "전산화단층촬영등"이라 한다)를 실시하는 경우에는 전산화단층촬영등의 사례에 드는 급여비용의 100분의 85를 기금에서 부담한다.</u> 2) 1) 외의 정신질환의 경우에는 급여비용총액의 100분의 90을 기금에서 부담한다. 다만, 전산화단층촬영등을 실시하는 경우에는	産兒) 및 저체중 출생아의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우 해당 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다. 카. <삭제> 타. <u>정신질환자에 대한 의료급여 중 외래진료의 경우에는 다음의 기준에 따른다.</u> 1) <u>가목1)가), 2)나), 3)가) 및 같은 목 나)·다)에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증난치환자 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 상병으로 의료급여를 받는 사람에 대해서는 해당 상병에 대하여 실시한 의료급여에 한하여 급여비용총액을 기금에서 부담한다.</u> 2) <u>가목2)나) (1), 가목2)나) (나), 3)가) (1) 및 3)가) (2) (나)에도 불구하고 1) 외의 정신질환자에 대해서는 급여비용총액의 100분의 90을 기금에서 부담한다. 다만, 기에 따른 특수장비를 이용한 진료에 대한 급여비용총액의 100분의 85를 기금에서 부담한다.</u>

현 행	개 정 안
산화단층촬영등의 사용에 드는 여비용의 100분의 85를 기금에 부담한다. 파. <u>타목2)에도 불구하고 정신질환 외래진료에 대하여 보건복지부장 관이 정하여 고시하는 항정신병 장 기지속형주사제를 의료급여로 실시 하는 경우에는 항정신병 장기지속 주사제 급여비용의 100분의 95 기금에서 부담한다.</u> 하. <u>가목1)가)(2), 같은 1) 나), 같 은 목 2)나)·다) 및 같은 목 3)가) 나)에도 불구하고 보건복지부장관 이 정하여 고시하는 치매에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여 비용총액의 100분의 95를 기금에 부담한다.</u> 거. <u>가목1)나), 같은 목 2)다) 및 같 은 목 3)나)에도 불구하고 6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료에 대한 의료급여를 실시하는 경우에는 급여 비용총액의 100분의 97을 기금에 부담한다.</u> 너. <u>가목1)나), 같은 목 2)다) 및 같</u>	파. <u>가목1)가)(1)·(2), 2)가)(1)·(2) 나), 3)가) 및 타목2)에도 불구 하고 정신질환자의 외래진료에 대하 보건복지부장관이 정하여 고시하 항정신병 장기지속형주사제를 의료 여로 실시하는 경우에는 항정신병 기지속형주사제 급여비용총액의 1 분의 98을 기금에서 부담한다.</u> 하. <u>보건복지부장관이 정하여 고시하는 중년치질환자 중 보건복지부장관이 하여 고시하는 치매(이하 “중증치 매”라 한다)에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 다음의 기준을 따 다.</u> <u>1) 가목1)가), 2)나), 3)가), 5)나) 다)에도 불구하고 중증치매에 대한 실시한 의료급여에 한하여 급여비 용총액을 기금에서 부담한다.</u> <u>2) 가목1)나), 2)다) 및 3)나)에 불구하고 중증치매에 대하여 실시 의료급여에 한하여 급여비용총액 100분의 95를 기금에서 부담한다.</u> 거. <u>가목1)나), 2)다) 및 3)나)에도 불 구하고 6세 이상 15세 이하 아동의 입 원진료에 대하여 의료급여를 실시하 경우에는 해당 급여비용총액의 100 분의 97을 기금에서 부담한다.</u> 너. <u>가목1)나), 2)다) 및 3)나)에도 불구</u>

현행	개정안
목 3)나)에도 불구하고 16세 이상 18세 이하인 사람의 치아홈메우기에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 치아홈메우기 급여비용의 100분의 95를 기금에서 부담한다. 다. 가목2)나) 및 같은 목 3)가)에도 불구하고 18세 이하인 사람의 치아홈메우기에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 치아홈메우기 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다. 러. 가목1)가)(1)·(3), 같은 1)나) 및 같은 목 2)가)(1)·(3), 같은 2)나)·다) 및 같은 목 3)가)·나)에도 불구하고 다음의 경우에는 해당 급여비용의 100분의 100을 기금에서 부담한다. 1) ~ 3) (생략) 며. 가목1)가), 같은 목 2)가)(1)·(3) 및 차목에도 불구하고 1세 미만인 수급권자의 외래진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다. 서. 가목1)부터 3)까지 및 같은 목 5)나)·다)에도 불구하고 「결핵예방법」에 따른 잠복결핵감염자의 잠복결핵 치료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다. <신설>	고 16세 이상 18세 이하인 사람의 아홈메우기에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 치아홈메우기 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다. 다. 가목2)나) 및 3)가)에도 불구하고 18세 이하인 사람의 치아홈메우기에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 치아홈메우기 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다. 러. 가목1)가)(1)·(2), 1)나), 2)가)(1)·(2), 2)나)·다) 및 3)에도 불구하고 다음의 경우에는 해당 급여비용총액을 기금에서 부담한다. 1) ~ 3) (현행과 같음) 며. 가목1)가), 2)가)(1)·(2) 및 차목에도 불구하고 1세 미만인 수급권자의 외래진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 해당 급여비용총액을 기금에서 부담한다. 서. 가목1)부터 3)까지 및 5)나)·다)에도 불구하고 「결핵예방법」에 따른 잠복결핵감염자의 잠복결핵 치료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 해당 급여비용총액을 기금에서 부담한다. 어. 가목1)부터 3)에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 격리원에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 그 입원료에 한정하여 해당

현행	개정안
<u><신설></u> <u><신설></u> 3. (생략) 가.·나. (생략) 다. 법 제7조제2항에 따라 보건복지부령으로 정하는 상한일수를 초과하여 의료급여를 받은 수급권자로서 보건복지부령으로 정하는 승인을 얻지 않은 수급권자에게 실시하는 의료급여에 대해서는 다음의 구분에 따라 급여액을 기금에서 부담한다. 다만, 제1호가목4) 및 제2호가목4)의 의료급여기관에서 받는 외래·입원진료와 제1호가목5)가) 및 제2호가목5)가)에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다. 1) 외래진료의 경우에는 급여비용총액의 100분의 70 2) 입원진료의 경우에는 급여비용총액의 100분의 80	<u>여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.</u> <u>저. 가목1)부터 3)에도 불구하고 장애인 치과진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 장애인 치과진료 가산 여비용총액을 기금에서 부담한다.</u> <u>저. 가목1)가) (1)·(2), 2)가) (1)·(2)나) 및 3)가)에도 불구하고 「의법」 제33조제1항제4호에 따른 기간호에 대한 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 을 기금에서 부담한다.</u> 3. (현행과 같음) 가.·나. (현행과 같음) 다. <u><삭제></u>

현 행	개 정 안
3) 제1호가목5)나)·다) 및 제2가목5)나)·다)의 경우에는 급여비용총액의 100분의 70 라. 다목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 의하여 보건복지부장관이 정하는 의료급여를 실시하는 경우에는 다음 구분에 따른 금액을 기금에서 부담한다. 1) ~ 3) (생략) 마. 다목에도 불구하고 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 감염병의 발생·유행 상황을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 감염병환자에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목의 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 100 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 기금에서 부담한다. <신설>	라. <u>보건복지부장관이 정하여 고시하는</u> <u>나요법에 대하여 보건복지부장관</u> <u>정하는 의료급여를 실시하는 경우</u> <u>는 다음의 구분에 따른 금액을 기</u> <u>에서 부담한다.</u> 1) ~ 3) (현행과 같음) 마. 「<u>감염병의 예방 및 관리에 관한 법률</u>」 제2조제1호에 따른 감염병의 발생·행 상황을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 감염병환자에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목의 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용의 100분의 100 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 기에서 부담한다. 4. 제1호부터 제3호에도 불구하고 의료필요도, 환자의 비용부담 정도 등을 고려하여 의료급여비용의 본인부담률 달리 정하고자 하는 경우에는 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따른

I. 규제의 필요성 및 대안선택

1. 추진배경 및 정부개입 필요성

- **(추진배경)** 개정안은 제도의 지속가능성과 실질적 의료이용의 형평성 등을 위하여 의료급여 기금부담금 수준을 조정하고자 함

① 제도의 지속가능성 측면

- 의료급여법(제10조)은 수급자에 대한 급여비용을 대통령령에 따라 기금에서 부담하도록 하고 있고, 개정안은 이를 조정하려는 것
 - * 의료급여기금에서 일부를 부담하는 경우 그 나머지 비용은 본인이 부담함
- 의료급여 진료비는 총 11.8조원('24년), 이 중 기금부담금 11.6조원(98.3%)
 - * 전 국민의 3% 의료급여 11.6조 VS. 전 국민 97% 건강보험 97.4조원 지출
- 고령화 등으로 의료급여 진료비는 최근 5년 평균 7.5%(평균 7,000억원) 증가, 10년 후에는 23조원(1인당 진료비 1,311만원)으로 예상됨
- 자원의 균형있는 배분을 통해 지속가능한 의료급여 제도개편 필요

② 의료이용의 합리성과 형평성 측면

- '07년에 도입된 정액 본인부담(1천원~2천원)이 18년간 변화가 없어, 물가·진료비·생계급여* 등의 상승에도 실질 본인부담은 하락('07년 4.3% → '23년 2.5%, △0.6배) → 재정지출은 3배 증가
 - * ('07→'23) ▲ 소비자물가 1.4배, ▲ 건당 진료비 2.5배, ▲ 생계급여 2배('25년)
- 의료서비스 가치에 대한 인식이 낮아질 수 밖에 없는 상황, 건강보험 대비 1인당 입내원일수 2.7배, 진료비 3배의 차이 발생
 - * 의료급여와 건강보험 대상의 연령·소득·건강특성 등을 매칭하여 비교 시 의료급여가 1인당 외래일수는 30%, 1인당 외래진료비는 40% 더 많음
- 기금부담금 지원방식을 조정하여, 꼭 필요하지 않은 의료이용은 합리화하고, 필요한 의료이용은 충분히 이용하여 의료이용의 실질적 형평성 달성 필요

③ 의료급여 관리방식 전환 필요

- 현재 낮은 수준의 정액 부담으로는 적정이용 관리가 어려워 이를 보완하기 위해 각종 이용규제 수단을 운영 중
- 건강보험에는 없는 ▲급여일수 상한제(상한일수 초과 시 급여 중지), ▲연장승인, ▲선택의료기관(1개 기관 이용제한 등) 제도 등 규제 존재
- 수급자의 의료이용 제한 규제를 폐지하면서 적정이용을 관리하기 위해서는 기금 지원방식을 의료이용과 연계하도록 변경 필요

○ (정부개입 필요성)

① 의료보장제도 특성에 따른 적정이용 관리 필요

- 정해진 급여를 지급하는 생계급여와 달리, 의료보장제도는 정해진 한도 없이 이용한만큼 지원하는 특성이 있어 적정이용 관리가 중요
- 특히 의료급여는 의료적 필요도와 상관없이 저소득 기준 충족 시 모든 의료이용에 대해 제한없이 지원하고 있음
- 의료급여는 건강보험과 달리 본인부담이 거의 없고, 이용규제 제도는 실효성이 낮은 상황* → 적정 의료이용 위한 정부 역할 필요

* 급여일수 연장승인 신청 약 77만 건 중 44건 불승인 (승인율 99.99%, '23년)

② 국가재정의 건전하고 균형있는 운용

- 가입자 보험료로 운영하는 건강보험재정과 달리 의료급여는 일반 국민 세수에 기반한 정부 예산으로 부담, 국가재정 건전성과 밀접
- 의료급여의 막대한 재정규모는 복지지출 구조 전반에 영향, 다른 공공서비스 분야 지출에도 압박, 제도 자체의 지속가능성에 위협
- 국가재정 건전성, 일반국민 수용성 고려한 균형있는 자원배분 필요

③ 의료보장 형평성 및 공공성 확보

- 매년 급격한 재정지출 증가는 더 이상 비수급 빈곤층 지원 확대, 건강보험과의 수가 격차 완화, 건강취약계층 지원 강화에 한계
- 더 넓고 더 좋은 의료보장 위해 기금부담 수준 균형 있게 변경 필요

2. 규제 대안 검토 및 선택

① 대안의 비교

o 규제대안의 내용

현행유지안	대안명	의료급여 외래·약국 기금부담금 현행 유지
	내용	외래 1000~2000원, 약국 500원 제외한 진료비 기금에서 부담
규제대안1	대안명	의료급여 외래·약국 기금부담금 수준 조정
	내용	외래 진료비의 92~96%, 약국 98%를 기금에서 부담

o 규제대안의 비교

구분	장점	단점
현행유지안	■ 본인부담 수준 정액으로 변화 없음	■ 의료급여 제도 지속가능성 우려 및 국가 재정 균형적 운영 한계 ■ 의료서비스 가치에 대한 인식 저하와 합리적 의료이용의 한계 ■ 꼭 필요한 대상에게 충분한 의료 서비스 제공하는데 어려움 ■ 적정이용 관리를 위한 수급자 의료이용 제한 규제 지속 운영
규제대안1	■ 의료급여 제도의 건전한 운영 ■ 균형있는 자원배분으로 정책 사각지대 완화 및 질 좋은 서비스 제공 ■ 의료서비스 가치에 대한 인식 제고로 합리적 의료이용 지원 ■ 이용에 비례한 본인부담체계 계기로 이용규제 제도 폐지	■ 일부 수급자 본인부담 수준 변화

② 이해관계자 의견수렴

- 제3차 기초생활종합계획 수립(‘23.9) 위해 의료급여 제도개선 기획단 운영(‘22년)하여 합리적 의료이용체계 구축위한 기금부담 조정 논의
- 제도개선 수립 전·후 전문가, 지자체, 의료급여관리사, 시민단체,

의료계 등과 약 20여회 간담회 실시('24~'25년)

- '24년 7월 1차 발표 이후 국회, 시민단체, 언론 등의 의견을 수렴하여 제도 보완대책을 마련하고 이를 '25년 4월에 추가 발표
- 「의료급여법」 및 「기초생활보장법」 상 정책심의기구인 '중앙의료급여심의위원회'와 '중앙생활보장위원회'에서 모두 기금부담 수준 조정 의결

이해관계자명	일시 · 장소 · 방법	제시의견	조치결과
■ 공익대표 ■ 의약계 ■ 사회복지계 등	■ (일시) '24.7.24 ■ (장소) 서울 ■ (방법) 중앙의료급여심의위원회	■ 본인부담체계 개편 원안 의결 ■ 건강생활유비는 잔액을 이월하는 방안 고려	(반영) ■ 건강생활유비 잔액 이월 준비 중
■ 공익대표 ■ 사회복지계 등	■ (일시) '24.7.25 ■ (장소) 서울 ■ (방법) 중앙생활보장위원회	■ 본인부담체계 개편 원안 의결	
■ 공익대표 ■ 의약계 ■ 사회복지계 등	■ (일시) '25.4.25 ■ (장소) 서울 ■ (방법) 중앙의료급여심의위원회	■ 제도개선 취지에 동의	

③ 대안의 선택 및 근거

- **(규제대안)** 의료급여 기금부담금 수준을 외래 진료비의 92~96%, 약국 진료비의 98% 수준으로 조정함

* 가입자의 건보료로 운영하는 건강보험은 외래 40~65%, 약국 70% 지원 중

- **(필요성)** ▲ 의료급여 제도의 지속가능성, ▲ 합리적이고 적절한 의료이용, ▲ 비수급 빈곤층 등 사각지대 완화 및 의료 질 제고
- **(수용성)** 필요한 의료서비스에 대한 접근성 보장하여 수용성 확보

❶ 중증질환자, 건강취약계층은 본인부담 면제

▲ 중증·희귀질환자 등 산정특례 인정 및 대상범위 확대, ▲ 임산부, 아동, 노숙인 등 취약계층은 본인부담 면제

② 다층적 본인부담 지원체계 운영으로 필요한 의료접근 보장

- 1) 건강생활유지비(본인부담지원금) : 2배 인상(6천원→1만2천원),
- 2) 최대 본인부담금 신설 : 진료 1건당 외래 2만원, 약국 5천원
- 3) 본인부담 보상·상한제 : 월2만원 초과 시 50% 환급, 5만원 초과시 100% 환급 → 월 최대 의료비 본인부담 5만원을 넘지 않음

→ 대부분의 수급자(91%)는 본인부담금 증가 없으며, 의료이용에 비례해도 월 최대 본인부담(입원+외래+약국) 5만원 넘지 않음

③ 기금부담체계 변경 시 이용제한 규제 폐지 가능

▶ 기금부담체계 변경으로 적정이용 관리 기전이 마련될 경우, ▲급여일수 상한제 및 연장승인제, ▲선택의료급여기관제(선택한 기관만 이용) 등 수급자 이용규제 폐지 가능 → 행정규칙 개정사항

3. 규제목표

- 기금부담금 지원 방식을 변경하여 더 폭넓은 대상에게 질 좋은 서비스를 제공하며 의료급여 제도를 지속 가능하고 건전하게 운영
- 의료서비스 가치에 대한 인식은 높이면서 다층적 본인부담 지원체제로 필요한 의료이용 접근성은 보장

II. 규제의 적정성

1. 목적·수단 간 비례적 타당성

- **(목적 정당성)** 의료급여 제도의 지속가능성 확보하고 더 건전한 제도로 운영하고자 하는 목적에서 정당함
 - 의료급여 지출 연평균 7.5%로 빠르게 증가 중, 현 체계가 지속될 경우 국가 재정에 부담 초래, 필수적 의료보장마저 저해할 우려
 - 적절한 의료이용을 유도하여, 의료자원을 더 필요한 비수급 빈곤층 및 건강 취약 수급자 지원으로 확대해 균형있게 배분

- **(수단 적합성)** 국가의 공적 지원수준을 조정하는 것으로 수급자 권리나 이용제한이 없으며, 필요한 의료접근성을 보장하고 있음

① 수급자 권리나 이용제한이 없으며 권리의 본질을 침해하지 않음

- 기금부담 방식의 조정은 수급자 자격을 제한하거나 의료급여 수급 권리를 축소하거나 수급을 위한 의무를 부과하지 않음

【행정규제 판단기준】

- ▶ 행정규제의 판단은 국민에게 '부담적이나 또는 수익적이나'가 아닌 국민의 '권리제한 또는 의무부과' 여부로 봄

② 개정안은 급여의 수준을 조정하는 것으로, 이는 재정여건과 정책적 판단에 따른 국가의 공적 지원 수준의 조정에 해당

- 유사한 사례로 건강 보험료율, 연금납부액 등의 조정을 규제가 아닌 것으로 보는데, 이는 개인이나 기업의 자율적 활동을 제한하거나 의무를 부과하는 것이 아니라, 국가의 재정 운용 범위 내에서 공적 자원 수준을 조정하는 정책 결정으로 보기 때문

【행정규제 판단기준】

- ▶ 정부시행 보장제도와 관련해 권리제한 및 의무부과의 성격이 없고, 보험제도의 운영을 위한 기술적 규정은 행정규제가 아님

* 예> 국민연금 지급 연령 조정 기준, 고용보험 등의 기준 임금 산정

- ▶ 보험료율, 연금 납부액의 결정 및 그 산정방법 규정은 규제가 아님

③ 필요한 의료적 접근성을 보호하고 있으며 공익적 가치가 큼

- 외래, 약국의 부담체계만 변화, 중증환자 대상 입원은 여전히 면제
- 중증질환, 건강취약계층은 본인부담 면제가 유지되며, 자원의 효율적 배분으로 오히려 건강취약계층 본인부담 완화 확대 가능
- 본인부담 지원금 인상, 최대 본인부담금 신설, 본인부담 상한선 (월 5만원) 등 다층적 보호장치가 마련됨
- 일부 수급자 부담증가보다 전체 수급자를 위한 제도 지속가능성, 비수급 빈곤층 사각지대 완화라는 공익적 가치가 더 큼

2. 영향평가 필요성 등 고려사항

영향평가		
기술	경쟁	중기
해당없음	해당없음	해당없음

o 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

3. 해외 및 유사입법사례

○ 해외사례

- 건강보험을 운영하는 대부분의 국가는 별도 저소득층에 대한 별도 공공부조 제도 없이 건강보험과 통합하여 운영
 - * 저소득층에 대한 보험료 지원이나 본인부담금 지원 등으로 운영
- 별도의 공공부조는 한국과 일본이 유일, 일본도 건강보험 통합 운영이 원칙이나 일부 극빈층(1.3%)만 의료부조 운영
- 미국은 전 국민 공적보험이 없고 취약계층에 대한 메디케이드 (Medicaid) 운영, 본인부담은 주(state)별로 다르나, 일부 정률 규정
 - * (예) 알래스카, 폴리다, 사우스코다 등 5% 규정

○ 타법사례

- 의료급여 2종 입원·외래는 현재 의료이용에 비례하여 본인부담
- 건보료를 납부하는 건강보험 가입자도 의료이용에 비례하여 본인부담

< 유형별 본인부담 수준 >

구 분			1차 (의원)	2차 (병원, 종합병원)	3차 (상급종합병원)	약국
의 료 급 여	1종	입원	없음	없음	없음	-
		외래	1,000원	1,500원	2,000원	500원
	2종	입원	10%	10%	10%	-
		외래	1,000원	15%	15%	500원
건강보험		입원	20%	20%	20%	-
		외래	30%	35~50%	60%	30%

4. 비용편익 분석

<규제대안 1 : 의료급여 외래·약국 기금부담금 수준 조정 >

① 비용편익분석 : 피규제 기업·소상공인 직접비용 0

분석기준년도	규제시행년도	분석대상기간 (년)	할인율 (%)	단위
2024	2025	10	4.5	백만원, 현재가치

규제대안 1 : 의료급여 외래·약국 기금부담금 수준 조정				
영향집단		비용	편익	순비용
피규제 기업 · 소상공인	직접			
	간접			
피규제 일반국민		2,904.63		2,904.63
피규제자 이외 기업 · 소상공인				
피규제자 이외 일반 국민			45,741.62	-45,741.62
정부				
총 합계		2,904.63	45,741.62	-42,836.99
기업순비용			연간균등순비용	

Ⅲ. 규제의 실효성

1. 규제의 순응도

○ 피규제자 준수 가능성

1. 규제의 순응도

○ 피규제자 준수 가능성

- 꼭 필요한 의료이용 접근성을 보장하기 위하여 다층적 본인부담 지원체계 설계
 - ① 중증질환자 및 건강취약계층 본인부담 면제, 입원 본인부담 면제
 - ② 본인부담 지원금인 건강생활유지비 2배 인상(월 6천원 → 1만 2천원), 탄력적 사용이 가능하도록 잔액 이월
 - ③ 진료 1건당 외래 2만원, 약국 5천원의 최대 본인부담금 신설
 - ④ 본인부담 보상·상한제 통하여 월 의료비(외래+입원+약국) 최대 5만원 상한(2만원 초과 시 초과금의 50% 환급, 5만원 초과 시 전액 환급)
- 기금부담체계 변경으로 수급자 의료이용을 제한하던 각종 규제(급여일수 상한, 연장승인, 선택의료기관 등) 폐지 가능, 자율적 이용권리 확보

2. 규제의 집행가능성

○ 행정적 집행가능성

- 건강보험심사평가원·국민건강보험공단의 위탁업무 일환으로 해당 기관의 전산시스템 개편으로 집행 가능

○ 재정적 집행가능성

- 기존 조직·인력을 활용하여 집행 가능하므로 추가 재정 지출 요인 없음

IV. 추진계획 및 종합결론

1. 추진 경과

- 「제3차 기초생활보장 종합계획(2024~2026)」 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

- 급여상한일수, 선택의료급여기관 등 이용제한 규제 폐지
(시행규칙 개정사항)
- 다층적 본인부담 지원체계 마련
 - 건강생활유지비 2배 인상 : 2025년 국회 예산안 既 반영
 - 최대 본인부담금, 중증환자 본인부담 면제 확대 : 同 개정안
- 현장 지속 모니터링하여 의료이용 접근성 제고 필요 사례가 확인될 경우, 전문가의 의료적 필요도 판단 등을 거쳐 규제 방안 검토

법령명	규제조문	규제 폐지·완화 내용	추진 일정
의료급여법 시행규칙	제8조의 3등	기금부담체계 조정에 따른 이용제한 규제 폐지	'26.1월

4. 종합결론

- 의료급여 제도의 지속가능성을 제고하며, 더 많은 취약계층에게 적절하고 충분한 의료서비스를 제공할 수 있도록 하기 위해서는 의료급여 기금부담금 수준 조정이 반드시 필요

가. 대안별 분석 비교표

분석기준년도	규제시행년도	분석대상기간 (년)	할인율 (%)	단위
2024	2025	10	4.5	백만원, 현재가치
규제대안1 : 의료급여 외래·약국 기금부담금 수준 조정				
영향집단		비용	편익	순비용
피규제 기업 · 소상공인	직접			
	간접			
피규제 일반국민		2,904.63		2,904.63
피규제자 이외 기업 · 소상공인				
피규제자 이외 일반 국민			45,741.62	-45,741.62
정부				
총 합계		2,904.63	45,741.62	-42,836.99
기업순비용			연간균등순비용	

정성분석 내용 및 기타 참고사항

- 본인부담 증가하는 수급자의 비용 부담
- 기금부담체계 변경으로 부양의무자 기준 완화 및 수가 개선 등 보장성 예산 확보
- 기금부담 조정으로 제도 지속가능성 확보, 합리적 이용 지원, 정책 사각지대 해소 및 의료 질 제고 등 가능

나. 각 대안의 활동별 비용·편익 분석 결과

<규제대안1 : 의료급여 외래·약국 기금부담금 수준 조정 >

①피규제 일반국민 :

□ 비용

(정량)영향집단명	기금부담금 조정으로 본인부담이 증가하는 의료급여 수급자	
활동제목	의료급여 기금부담금 수준 조정	
비용항목	기타	
비용	2,904,631,579	
일시적/반복적	반복적/연간균등	
산식	월평균 본인부담 증가분 X 본인부담금이 증가하는 수급자수 X 12개월 (3465*73000*12)	
근거설명	○ 의료급여 기금부담금 수준 조정에 따른 부담액은 의료급여 수급자 수, 의료이용 행태 변화, 기타 진료비 변화 요인 등을 고려해야 하므로 정확히 예측하는 것이 불가능함 ○ 현재 수준이 유지된다고 가정하여 추계 시 다음과 같음 - 기금부담 체계 변경을 전제로 국회에서 건강생활유지비를 2배 인상(6천원 → 1만2천원)됨 → 월 본인부담금이 증가하는 수급자는 약 7만 3천여 명(의료이용 상위 9%), 월평균 본인부담 증가분은 약 3,465원	
	* 건강보험공단의 실제 진료비 데이터를 활용한 시뮬레이션 결과 분석 (단, 수급자의 의료이용 행태가 현재와 같이 유지된다고 가정)	
	수급자 수	월평균 본인부담 증가분
	7.3만 명	3,465원
	비용	
	약 30.3억	
근거설명	○ 상기 분석은 최대 본인부담금 설계, 본인부담 면제 대상 확대 등이 반영되지 않은 것으로 위의 내용 반영 시 대상자 수 및 부담 증가분이 더 감소할 것임	
	<기타 참고사항> ○ 의료급여 수급자의 의료이용 행태가 다양하고, 본인부담 변화 요인 역시 복잡함. 특히, 제도 개선에 따른 의료수요 변화 등을 예측하는데 한계가 있는 등을 고려하면 실제 인원과 부담액은 상이할 수 있음	

②정부 :

□ 편익

(정성)영향집단명	국가와 지자체
활동제목	의료급여 기금부담금 수준 조정
편익항목	의료급여 지속가능성, 합리적 의료이용, 보장성 강화
일시적/반복적	반복적
근거설명	○ 더 폭넓고 질 좋은 의료급여 제도 운영 가능 － 비수급 빈곤층 사각지대 해소 가능 － 의료급여 수가 인상으로 건강보험 가입자와의 차별 해소, 보다 질 높은 의료서비스 이용 가능 ○ 의료급여 제도의 건전하고 지속가능한 운영 가능 ○ 국가 재정의 균형있는 운영, 실질적 복지 형평성 제고

③피규제 이외 일반국민 :

□ 편익

(정량)영향집단명	의료급여 수급자
활동제목	의료급여 기금부담금 수준 조정
편익항목	의료급여 보장성 강화
편익	45,741,626,794
일시적/반복적	반복적/연간균등
산식	기금부담체계 개편을 전제로 의료급여 보장성 강화(부양의무자 완화, 의료서비스 수가 개선) '25년 예산 (47800000000*1)
근거설명	○ 건강생활유지비 인상으로 본인부담이 현재보다 감소하고 오히려 건강생활유지비 환급액이 늘어나는 수급자 증가 (본인부담 감소 또는 동일한 수급자가 전체 91%) ○ 의료급여 기금부담금 수준을 조정하면 자원의 균형적 배분이 가능해짐에 따라 대상자 확대 및 의료서비스 질 개선 등 의료급여 보장성 강화 함께 추진 가능 － 기금부담체계 개편을 전제로 '25년 예산안에 의료급여 보장성 강화의 예산(부양의무자 완화, 의료서비스 수가 개선)은 478억 편성 ○ 의료적 필요도가 높은 수급자 본인부담 경감 확대 가능

(정성)영향집단	의료급여 수급자
----------	----------

명	
활동제목	의료급여 기금부담금 수준 조정
편의항목	의료급여 지속가능성, 합리적 의료이용, 보장성 강화
일시적/반복적	반복적
근거설명	○ 보다 안정적이고 지속가능한 의료급여 수급 가능 ○ 비수급 빈곤층 사각지대 해소 가능 ○ 의료급여 수가 인상으로 건강보험 가입자와의 차별 해소, 보다 질 높은 의료서비스 이용 가능 ○ 기금부담체계 변경으로 의료이용을 제한하던 규제 폐지 가능