

의안번호	제 호	의결사항
의결연월일	20 . . . (제 회)	

의료급여법 시행령 일부개정령안

제출자	국무위원 ○○○ (보건복지부장관)
제출연월일	20 . . .

법제처 심사 전

1. 의결주문

의료급여법 시행령 일부개정령안을 별지와 같이 의결한다.

2. 제안이유

의료급여 제도의 보장성을 확대하고 지속가능성을 제고하기 위해 외래 및 약국 본인부담체계를 의료이용에 비례하도록 개편하고, 1회 진료시 최대 본인부담금을 설정하여 고액진료에 대한 부담 완화, 건강 취약계층에 대한 보장성 확대 등 의료급여 제도 개선 사항을 반영하려는 것임

3. 주요내용

- 가. 적정한 급여일수 관리를 위해 필요한 경우 보건복지부령이 정하는 바에 따라 의료급여비용의 본인부담을 차등 부과할 수 있도록 근거 규정(안 제13조제3항)
- 나. 외래와 약국의 의료급여비용 본인부담금을 수급권자의 의료 이용에 비례하도록 개편하고 진료 건당 최대 본인부담금을 설정하여 수급권자의 비용 부담을 완화하는 한편, 중증 치매와 조현병 환자의 본인부담을 면제하는 등 의료급여 혜택을 확대(별표 1)

4. 주요토의과제

없 음

5. 참고사항

가. 관계법령 : 생략

나. 예산조치 : 별도조치 필요 없음

다. 합의 : OOOO부 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

대통령령 제 호

의료급여법 시행령 일부개정령안

의료급여법 시행령 일부를 다음과 같이 개정한다.

제3조제2항제1호다목 중 “결핵질환, 희귀난치성질환 또는 중증질환”을 “중증질환, 희귀질환, 중증난치질환 또는 결핵질환”으로 한다.

제7조제3항제2호를 삭제한다.

제13조제3항 중 “법 제15조제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는”을 “다음 각 호의”로 하고, 같은 항에 각 호를 다음과 같이 신설한다.

1. 법 제15조제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우
2. 적정한 급여일수 관리가 필요한 경우
3. 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정하는 경우

제13조제5항 각 호 외의 부분 본문 중 “제3호”를 “제3호가목·나목·라목”으로, “매 30일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100분의 50에 해당하는”을 “다음 각 호에 해당하는 경우에는 산출된”으로 하고, 같은 항 제1호 및 제2호를 각각 다음과 같이 하며, 같은 항에 제3호 및 제4호를 각각 다음과 같이 신설하고, 같은 조 제6항을 삭제하며, 같은 조 제7항 중 “제6항”을 “제5항”으로 한다.

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

제20조제2항에 제6호를 다음과 같이 신설한다.

6. 적정한 급여일수 관리를 위하여 필요한 사항 중 보건복지부장관이 고시하는 업무

별표 1을 별지와 같이 한다.

부 칙

이 영은 2025년 10월 1일부터 시행한다. 다만, 별표 1 제1호다목(5) 단서, 제2호타목1) 및 하목1)의 개정규정은 2026년 1월 1일부터 시행한다.

■ 의료급여법 시행령 [별표 1]

의료급여기금에서 부담하는 급여비용의 범위(제13조 관련)

1. 1종수급권자에 대해서는 다음 각 목의 구분에 따른 부담액 또는 부담률

가. 의료급여기관 및 의료급여의 내용에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위

의료급여 기관	의료급여의 내용		기금에서 부담하는 부담률(급여비용)
1) 법 제9조제2항 제1호가목에 해당하는 제1차의료급 여기관 및 같은 호 나목의 제1차의료급 여기관 중 보건의료원	가) 외래진료	(1) 일반환자	급여비용총액의 100분의 96 (다만, 본인부담금이 1,000원 미만인 경우에는 1,000원, 20,000원 초과인 경우에는 20,000원을 본인부담금으로 한다.)
		(2) 의약분업 예외환자	아래의 (가)와 (나)를 합산한 금액 (가) 약값 총액의 100분의 98 (다만, 약값 본인부담금이 500원 미만인 경우에는 500원, 5,000원 초과인 경우에는 5,000원을 약값 본인부담금으로 한다.) (나) 급여비용총액에서 약값 총액을 제외한 금액의 100분의 96 (다만, 해당 본인부담금이 1,000원 미만인 경우에는 1,000원, 20,000원 초과인 경우에는 20,000원을 본인부담금으로 한다.)
	(3) 특수장비를 이용한 진료		특수장비를 이용한 진료에 드는 해당 급여비용총액의 100분의 95

	나) 입원진료		급여비용총액
2) 법 제9조제2항 제2호에 따른 제2차의료급 여기관	가) 외래진료	(1) 일반환자	급여비용총액의 100분의 94 (다만, 본인부담금이 1,500원 미만인 경우에는 1,500원, 20,000원 초과인 경우에는 20,000원을 본인부담금으로 한다.)
		(2) 의약분업 예외환자	아래의 (가)와 (나)를 합산한 금액 (가) 약값 총액의 100분의 98 (다만, 약값 본인부담금이 500원 미만인 경우에는 500원, 5,000원 초과인 경우에는 5,000원을 약값 본인부담금으로 한다.) (나) 급여비용총액에서 약값 총액을 제외한 금액의 100분의 94 (다만, 해당 본인부담금이 1,500원 미만인 경우에는 1,500원, 20,000원 초과인 경우에는 20,000원을 본인부담금으로 한다.)
		(3) 특수장비를 이용한 진료	특수장비를 이용한 진료에 드는 해당 급여비용총액의 100분의 95
	나) 입원진료		급여비용총액
3) 법 제9조제2항 제3호에	가) 외래진료	(1) 일반환자	급여비용총액의 100분의 92 (다만, 본인부담금이 2,000원 미만인 경우에는 2,000원, 20,000

따른 제3차의료급 여기관			원 초과인 경우에는 20,000원을 본인부담금으로 한다.)
		(2) 의약분업 예외 환자	아래의 (가)와 (나)를 합산한 금액 (가) 약값 총액의 100분의 98 (다만, 약값 본인부담금이 500원 미만인 경우에는 500원, 5,000원 초과인 경우에는 5,000원을 약값 본인부담금으로 한다.) (나) 급여비용총액에서 약값 총액을 제외한 금액의 100분의 92 (다만, 해당 본인부담금이 2,000원 미만인 경우에는 2,000원, 20,000원 초과인 경우에는 20,000원을 해당 본인부담금으로 한다.)
		(3) 특수장비를 이 용한 진료	특수장비를 이용한 진료에 드는 해당 급여비용총액의 100분의 95
	나) 입원진료		급여비용총액
4) 법 제9조제2항 제1호의 제1차의료급 여기관 중 보건소·보건 지소 및 보건진료소	외래·입원진료		급여비용총액

5) 법 제9조제2항 제1호의 제1차의료급여기관 중 약국 및 한국회귀의약품센터	가) 보건소·보건지소 및 보건진료소가 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우	급여비용총액
	나) 의료기관 및 보건의료원이 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우	급여비용총액의 100분의 98 (다만, 본인부담금이 500원 미만인 경우에는 500원, 5,000원 초과인 경우에는 5,000원을 본인부담금으로 한다.)
	다) 약사가 「약사법」 제23조제3항 단서에 따라 처방전에 의하지 아니하고 직접 조제하는 경우	급여비용총액의 100분의 98 (다만, 본인부담금이 500원 미만인 경우에는 500원, 5,000원 초과인 경우에는 5,000원을 본인부담금으로 한다.)
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 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 감염병환자 중 콜레라·장티푸스·파라티푸스·세균성이질·장출혈성대장균감염증·A형간염환자 및 같은 항 제8호·제9호에 해당하는 환자를 말한다. 2. 위 표에서 “약값 총액”이란 의료급여기관이 해당 약제를 구입한 금액의 총액을 말하며, “약값 본인부담금”이란 약값 총액 중 기금에서 부담하는 비용을 제외한 금액을 말한다. 3. 위 표에서 “특수장비를 이용한 진료”란 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 장비를 이용한 진료를 말한다.		

나. 가목1)가), 2)가), 3)가) 및 5)나)·다)를 적용하는 경우 급여비용총액이 해당 규정의 본인부담금보다 적은 경우에는 그 급여비용총액을 본인부담금으로 한다.

다. 가목1)가), 2)가), 3)가), 5)나)·다)에도 불구하고 1종수급권자 중 다음에 해당하는 사람에 대해서는 급여비용총액을 기금에서 부담한다. 다만, 법 제7조제2항에 따른 한도를 초과하여 의료급여를 받은 사람 중 보건복지부령으로 정하는 사람에 대해서는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 해당 급여비용총액의 일부를 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 중증질환, 희귀질환, 중증난치질환 또는 결핵질환을 가진 사람. 다만, 그 중에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 상병으로 의료급여를 받은 사람에 대해서는 해당 상병에 대하여 실시한 의료급여에 한하여 급여비용총액을 기금에서 부담한다.
- (6) 20세 미만의 중·고교 재학생
- (7) 「의료법」 제33조제1항제4호에 따라 가정간호를 받고 있는 자

라. 가목1)부터 4)까지 및 다목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 틀니를 의료급여로 실시하는 경우에는 해당 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

마. 가목1)부터 4)까지 및 다목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 치과임플란트를 의료급여로 실시하는 경우에는 해당 급여비용총액의 100분의 90을 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 의약품을 조제받은 경우[읍·면 지역 소재 종합병원의 의사

가 발행한 처방전에 따라 의약품을 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」, 「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 의약품 조제받은 경우 및 다목에 해당하는 경우는 제외한다]에는 다음의 기준을 따른다. 다만, 본인부담금이 500원 미만이면 500원을 본인부담금으로 한다.

1) 상급종합병원의 의사가 발행한 처방전에 대한 의약품 조제받은 경우에는 해당 급여비용총액의 100분의 94를 기금에서 부담한다.

2) 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 대한 의약품 조제받은 경우에는 해당 급여비용총액의 100분의 96을 기금에서 부담한다.

사. 가목1)가)(1)·(2), 2)가)(1)·(2), 3)가)(1)·(2)에도 불구하고 정신질환자의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항정신병 장기지속형주사제를 의료급여로 실시하는 경우에는 항정신병 장기지속형주사제 급여비용총액의 100분의 98을 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 고

시하는 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 5)나)·다)에도 불구하고 「결핵예방법」에 따른 잠복결핵감염자의 잠복결핵 치료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 해당 급여비용총액을 기금에서 부담한다.

차. 가목2)가) 및 3)가)에도 불구하고 18세인 사람의 치아홈메우기에 대하여 의료급여를 실시하는 경우로서 치아홈메우기 급여비용총액의 경우에는 100분의 95를 기금에서 부담한다.

카. 가목1)부터 3)에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 격리 입원에 대해서는 그 입원료에 한정하여 급여비용총액을 기금에서 부담한다.

타. 가목1)부터 3)에도 불구하고 장애인의 치과진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 장애인 치과진료 가산 급여비용총액을 기금에서 부담한다.

2. 2종수급권자에 대해서는 다음 각 목의 구분에 따른 부담액 또는 부담률

가. 의료급여기관 및 의료급여의 내용에 따른 기금에서 부담하는 급여비용의 범위

의료급여기관	의료급여의 내용		기금에서 부담하는 부담률(급여비용)
1) 법 제9조제2항 제1호가목에 해당하는 제1차의료급	가) 외래진료	(1) 일반환자	급여비용총액의 100분의 96 (다만, 본인부담금이 1,000원 미만인 경우에는 1,000원, 20,000원 초과인 경우에는 20,000원을 본인부담금으로 한다.)

여기관 및 같은 호 나목의 제1차의료급 여기관 중 보건의료원		(2) 의약분업 예외환자	아래의 (가)와 (나)를 합산한 금액 (가) 약값 총액의 100분의 98 (다만, 약값 본인부담금이 500 원 미만인 경우에는 500원, 5,000원 초과인 경우에는 5,000 원을 약값 본인부담금으로 한 다.) (나) 급여비용총액에서 약값 총액 을 제외한 금액의 100분의 96 (다만, 해당 본인부담금이 1,00 0원 미만인 경우에는 1,000원, 20,000원 초과인 경우에는 20,0 00원을 해당 본인부담금으로 한다.)
		(3) 특수장비를 이용한 진료	특수장비를 이용한 진료에 드는 해 당 급여비용총액의 100분의 85
		나) 입원진료	급여비용총액의 100분의 90
2) 법	가)	(1) 일반환자	급여비용총액의 100분의 96
제9조제2항 제2호에 따른 제2차의료급 여기관	보건복지부 장관이 정하여 고시하는 만성질환자 에 대한 그 질환의 외래진료	(2) 의약분업 예외환자	(가)와 (나)를 합산한 금액 (가) 약값 총액의 100분의 98. (다만, 약값 본인부담금이 500 원 미만이면 500원, 5,000원을 초과하면 5,000원을 약값 본 인부담금으로 한다.) (나) 급여비용총액에서 약값 총액 을 제외한 금액의 100분의 96

			(다만, 해당 본인부담금이 1,00 0원 미만인 경우에는 1,000원, 20,000원 초과인 경우에는 20,0 00원을 해당 본인부담금으로 한다.)
		(3) 특수장비를 이용한 진료	특수장비를 이용한 진료에 드는 해 당 급여비용총액의 100분의 85
	나) 외래진료	(1) 일반환자	급여비용총액의 100분의 85
		(2) 의약분업 예외환자	(가)와 (나)를 합산한 금액 (가) 약값 총액의 100분의 98 (나) 급여비용총액에서 약값 총액 을 제외한 금액의 100분의 85
	다) 입원진료		급여비용총액의 100분의 90
3) 법	가) 외래진료	(1) 일반환자	급여비용총액의 100분의 85
제9조제2항 제3호에 따른 제3차의료급 여기관		(2) 의약분업 예외환자	아래의 (가)와 (나)를 합산한 금 액 (가) 약값 총액의 100분의 98 (나) 급여비용총액에서 약값 총액 을 제외한 금액의 100분의 85
	나) 입원진료		급여비용총액의 100분의 90
4) 법	외래·입원 진료		급여비용총액
제9조제2항 제1호의 제1차의료급 여기관 중			

보건소·보건 지소 및 보건진료소		
5) 법 제9조제2항 제1호의 제1차의료급 여기관 중 약국 및 한국회귀의 약품센터	가) 보건소·보건지소 및 보건진료소가 발행한 처방전에 의하여 의약품 조제하는 경우 나) 의료기관 및 보건의료원이 발행한 처방전에 의하여 의약품 조제하는 경우 다) 약사가 「약사법」 제23조제3항 단서에 따라 처방전에 의하지 아니하고 직접 조제하는 경우	급여비용총액 급여비용총액의 100분의 98 (다만, 본인부담금이 500원 미만인 경우에는 500원, 5,000원 초과인 경 우에는 5,000원을 본인부담금으로 한다.) 급여비용총액의 100분의 98 (다만, 본인부담금이 500원 미만인 경우에는 500원, 5,000원 초과인 경 우에는 5,000원을 본인부담금으로 한다.)
비 고		
1. 위 표에서 "의약품업 예외환자"란 「약사법」 제23조제4항제3호 중 조현병(調絃病) 또는 조울증 등으로 자신 또는 타인을 해칠 우려가 있는 정신질환자, 같은 항 제4호 중 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따른 감염병환자 중 콜레라·장티푸스·파라티푸스·세균성이질·장출혈성대장균감염증·A형간염환자 및 같은 항 제8호·제9호에 해당하는 환자를 말한다. 2. 위 표에서 "약값 총액"이란 의료급여기관이 해당 약제를 구입한 금액의 총액을 말하며, "약값 본인부담금"이란 약값 총액 중 기금에서 부담하는 비용을 제외한 금액을 말한다. 3. 위 표에서 "특수장비를 이용한 진료"란 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단		

(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 장비를 이용한 진료를 말한다.
나. 가목1)가), 2)가), 및 5)나)·다)를 적용하는 경우 급여비용총액이 해당 규정의 본인부담금보다 적은 경우에는 그 급여비용총액을 본인부담금으로 한다. 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 해당 급여비용총액을 기금에서 부담한다. 라. 가목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환을 가진 사람에게 대해서는 해당 상병에 대하여 실시한 의료급여에 한하여 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 해당 급여비용총액의 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 경우에는 해당 급여비용총액의 100분의 80을 기금에서 부담한다. 사. 가목1)나), 2)다) 및 3)나)에도 불구하고 고위험 임신부에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 입원진료를 의료급여로 실시한 경우에는 해당 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다. 아. 가목5)나)에도 불구하고 상급종합병원 또는 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 따라 질병의 중증도를 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」, 「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 의약품 조제받은 경우 및 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 경우는 제외한다]에는 다음의 기준을 따른다. 다만, 본인부담금이 500원 미만이면 500원을 본인부담금으로 한다.

1) 상급종합병원의 의사가 발행한 처방전에 대한 의약품 조제받은 경우에는 해당 급여비용총액의 100분의 94를 기금에서 부담한다.

2) 종합병원의 의사가 발행한 처방전에 대한 의약품 조제받은 경우에는 해당 급여비용총액의 100분의 96을 기금에서 부담한다.

자. 가목1)가)(3), 2)가)(3), 2)나)(1), 2)나)(2)(나), 3)가)(1) 및 3)가)(2)(나)에도 불구하고 임신부의 외래진료(유산·사산으로 인한 외래진료를 포함한다)에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우에는 해당 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

차. 가목1)가)(3), 2)가)(3), 2)나)(1), 2)나)(2)(나), 3)가)(1) 및 3)가)(2)(나)에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 5세까지의 조산아(早産兒) 및 저체중 출생아의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우에는 해당 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

카. <삭제>

타. 정신질환자에 대한 의료급여 중 외래진료의 경우에는 다음의 기준을 따른다.

1) 가목1)가), 2)나), 3)가) 및 5)나)·다)에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증난치질환자 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 상병으로 의료급여를 받은 사람에 대해서는 해당 상병에 대하여 실시한 의료급여에 한하여 급여비용총액을 기금에서 부담한다.

2) 가목2)나)(1), 가목2)나)(2)(나), 3)가)(1) 및 3)가)(2)(나)에도 불구하고 1) 외의 정신질환자에 대해서는 급여비용총액의 100분의 90을 기금에서 부담한다. 다만, 가목에 따른 특수장비를 이용한 진료에 대한 급여비용총액의 100분의 85를 기금에서 부담한다.

파. 가목1)가)(1)·(2), 2)가)(1)·(2), 2)나), 3)가) 및 타목2)에도 불구하고 정신질환자의 외래진료에 대하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항정신병 장기지속형주사제를 의료급여로 실시하는 경우에는 항정신병 장기지속형주사제 급여비용총액의 100분의 98을 기금에서 부담한다.

하. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증난치질환자 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 치매(이하 “중증치매”라 한다)에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 다음의 기준을 따른다.

1) 가목1)가), 2)나), 3)가), 5)나)·다)에도 불구하고 중증치매에 대하여 실시한 의료급여에 한하여 급여비용총액을 기금에서 부담한다.

2) 가목1)나), 2)다) 및 3)나)에도 불구하고 중증치매에 대하여 실시한 의료급여에 한하여 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

거. 가목1)나), 2)다) 및 3)나)에도 불구하고 6세 이상 15세 이하 아동의 입원진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 해당 급여비용총액의 100분의 97을 기금에서 부담한다.

너. 가목1)나), 2)다) 및 3)나)에도 불구하고 16세 이상 18세 이하인 사람의 치아홈메우기에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 치아홈메우기 급여비용총

액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

더. 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) 「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 회송하는 경우로서 해당 수급권자에게 회송과 관련하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 의료급여를 실시하는 경우

머. 가목1)가), 2)가)(1)·(2) 및 차목에도 불구하고 1세 미만인 수급권자의 외래진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 해당 급여비용총액을 기금에서 부담한다.

버. 가목2)가)(3), 2)나)(1), 2)나)(2)(나), 3)가)(1) 및 3)가)(2)(나)에도 불구하고 1세 미만인 수급권자의 외래진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 해당 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

서. 가목1)부터 3)까지 및 5)나)·다)에도 불구하고 「결핵예방법」에 따른 잠복 결핵감염자의 잠복결핵 치료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 해당 급여비용총액을 기금에서 부담한다.

어. 가목1)부터 3)에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 격리 입원에

대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 그 입원료에 한정하여 해당 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

저. 가목1)부터 3)에도 불구하고 장애인 치과진료에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 장애인 치과진료 가산 급여비용총액을 기금에서 부담한다.

쳐. 가목1)가)(1)·(2), 2)가)(1)·(2), 2)나) 및 3)가)에도 불구하고 「의료법」 제33조제1항제4호에 따른 가정간호에 대한 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 90을 기금에서 부담한다.

3. 제1호 및 제2호에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 각 목에서 정하는 금액을 기금에서 부담한다.

가. 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제4호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여 항목을 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용의 100분의 100 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 기금에서 부담한다.

나. 「의료법」 제33조제2항제3호에 따른 병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제33조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다. 이하 같다)·정신병원·종합병원 및 같은 법 제33조의4에 따라 지정된 상급종합병원에서 「국민건강보험법」 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 다음의 기준을 따른다.

1) 상급종합병원 2인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 50을, 3인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 60을 각각 의료급여기금에서 부담한다.

2) 병원·한방병원·요양병원·정신병원·종합병원 2인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 60을, 3인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100분의 70을 각각 의료급여기금에서 부담한다.

다. <삭제>

신·구조문대비표

라. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 의료급여를 실시하는 경우에는 다음의 구분에 따른 금액을 기금에서 부담한다.

- 1) 1종수급권자에 대해서는 추나요법 급여비용의 100분의 70
- 2) 2종수급권자에 대해서는 추나요법 급여비용의 100분의 60
- 3) 1) 및 2)에도 불구하고 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 추나요법 급여비용의 100분의 20

마. 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 감염병의 발생·유행 상황을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 감염병환자에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목의 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용의 100분의 100 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 기금에서 부담한다.

4. 제1호부터 제3호에도 불구하고 의료적 필요도, 환자의 비용부담 정도 등을 고려하여 의료급여비용의 본인부담률을 달리 정하고자 하는 경우에는 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따른다.

현행	개정안
제3조(수급권자의 구분) ① (생략) ②1종수급권자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람으로 한다. 1. 법 제3조제1항제1호 및 제3호부터 제8호까지의 규정에 해당하는 사람 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람 가.·나. (생략) 다. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 <u>결핵질환, 희귀난치성질환 또는 중증질환</u> 을 가진 사람 2. ~ 4. (생략) ③·④ (생략)	제3조(수급권자의 구분) ① (현행과 같음) ②----- ----- ---. 1. ----- ----- ----- ----- -- 가.·나. (현행과 같음) 다. ----- ----- <u>중증질환, 희귀질환, 중증난치질환 또는 결핵질환</u> ----- 2. ~ 4. (현행과 같음) ③·④ (현행과 같음)
제7조(위원회의 구성 및 기능) ① · ② (생략) ③시·군·구에 두는 의료급여심의위원회는 다음 각 호의 사항을 심의한다. 1. (생략) 2. <u>의료급여일수의 연장승인에</u>	제7조(위원회의 구성 및 기능) ① · ② (현행과 같음) ③----- ----- -----. 1. (현행과 같음) <u><삭제></u>

<u>관한 사항</u>	
3. (생략)	3. (현행과 같음)
제13조(급여비용의 부담) ① (생략)	제13조(급여비용의 부담) ① (현행과 같음)
② 삭제	
③ 제1항의 규정에 불구하고 <u>법 제15조제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등</u> 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다.	③-----다 음 각 호의 ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----.
<신설>	1. <u>법 제15조제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우</u>
<신설>	2. <u>적정한 급여일수 관리가 필요한 경우</u>
<신설>	3. <u>기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정하는 경우</u>
④ (생략)	④ (현행과 같음)
⑤ 제4항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인 부담금(별표 1 제1호라목·마목, 같은 표 제2호마목·바목 및 같은 표 제3호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본	⑤----- ----- ----- ----- ----- 제3호가목·나목·라목-----

인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 <u>매 30일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100분의 50에 해당하는 금액을</u> 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다.	----- ----- 다음 각 호에 해당하는 경우에는 산출된 ----- ----- ----- ----- ----- -----.
1. 1종수급권자 : 2만원	1. 1종 수급권자의 매월 본인부담금이 2만원 초과 5만원 이하인 경우 : 2만원 초과금액의 100분의 50
2. 2종수급권자 : 20만원	2. 1종 수급권자의 매월 본인부담금이 5만원을 초과하는 경우 : 초과금액의 100분의 100
<신설>	3. 2종 수급자의 매월 본인부담금이 20만원을 초과하는 경우 : 초과금액의 100분의 50
<신설>	4. 제3호의 금액을 차감한 2종 수급권자의 연간 본인부담금이 80만원을 초과한 경우(다만, 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한

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」 제3조제2항 제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다. ⑦시장·군수·구청장은 수급권자가 제6항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다.	경우에는 연간 120만원) : 초과금액의 100분의 100 <삭 제> ⑦----- ---- 제5항 ----- ----- ----- ----- ----- ----- --.
---	---

제20조(업무의 위탁) ① (생 략) ② 시장·군수·구청장은 법 제33조제2항에 따라 다음 각 호의 업무를 보험공단에 위탁한다. 1. ~ 5. (생 략) <신 설>	제20조(업무의 위탁) ① (현행과 같음) ② ----- ----- -----. 1. ~ 5. (현행과 같음) 6. <u>적정한 급여일수 관리를 위하여 필요한 사항 중 보건복지부장관이 고시하는 업무</u>
---	--

< 의안 소관 부서명 >

보건복지부 기초의료보장과	
연 락 처	(044) 202 - 3088