



제439회국회(정기회)
제1차보건복지위원회

국민건강보험법 일부개정법률안

검 토 보 고

■ 김교홍의원 대표발의(의안번호 제17468호)

2026. 9.

보 건 복 지 위 원 회

수석전문위원 상지원

목 차

I . 개요	1
II . 주요 내용별 검토	2
1. 암, 희귀질환, 중증질환 및 난치성질환에 대한 추적검사의 본인일부부담금 경감	2

I. 개요

1. 김교홍의원 대표발의안(의안번호 제17468호)

가. 제안경위

(1) 제 안 자 : 김교홍의원 등 10인

(2) 제 안 일 : 2026. 3. 13.

(3) 회 부 일 : 2026. 3. 16.

나. 제안이유 및 주요내용

현행법령은 가입자 및 피부양자가 요양급여를 받는 경우 요양급여비용의 일부를 부담하도록 하고 있으며, 진료비 부담이 높은 일부 질환에 대하여는 일정 기간 동안 본인일부부담금을 전체 요양급여비용의 5% ~ 10% 수준으로 경감하여 주는 산정특례 제도를 운영하고 있음.

그런데 암, 희귀질환, 중증질환 및 난치성질환은 치료 이후에도 재발 위험이 높은 경우가 많아 지속적인 관찰과 추적검사가 필수적이나, 질병이 치료되어 산정특례가 종료된 후에는 고가의 검사비용으로 인하여 환자들이 추적검사를 제대로 받지 못하는 경우가 발생하고 있음.

이에 암 환자, 희귀질환 환자, 중증질환 및 난치성질환 환자가 해당 질환에 대한 추적검사를 받으려는 경우 본인부담률을 5% 수준으로 경감하도록 하여 국민 건강 증진에 기여하려는 것임(안 제44조의2 신설).

II. 주요 내용별 검토

1. 암, 희귀질환, 중증질환 및 난치성질환에 대한 추적검사의 본인일부부담금 경감

가. 개정안의 내용

- 개정안은 암환자, 희귀질환 환자, 중증질환 및 난치성질환 환자가거나 그에 해당하였던 사람이 해당 질환에 대하여 추적관찰을 목적으로 검사를 받는 경우 본인일부부담금을 그 요양급여비용 총액의 5%에 해당하는 금액으로 하려는 것임(안 제44조의2 신설).

현행	개정안
<신설>	제44조의2(암, 희귀질환 등 추적검사의 본인일부부담금에 대한 특례) 제44조제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 또는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하였던 사람이 해당 질환에 대하여 추적관찰을 목적으로 요양급여를 받는 경우(제41조제1항제1호에 따른 검사 중 보건복지부장관이 정하는 검사를 받는 경우에 한정한다)에는 해당 요양급여비용 총액의 100분의 5를 본인이 부담한다. 1. 「암관리법」에 따른 암환자 2. 「희귀질환관리법」에 따른 희귀질환 환자 3. 보건복지부령으로 정하는 중증질환 및 난치성질환 환자

※ 시행일: 공포 후 6개월이 경과한 날

적용례: 제44조의2의 개정규정은 이 법 시행 이후 같은 개정규정에 따른 질환의 추적관찰을 목적으로 요양급여를 받는 경우부터 적용

나. 점토의견

□ 현행법 제44조제1항¹⁾은 요양급여를 받는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 비용의 일부를 본인이 부담한다고 하여 본인일부부담금을 규정하고 그 구체적인 내용을 대통령령에 위임하고 있는데, 같은 법 시행령 제19조제1항²⁾ 및 [별표 2]에 따라 일반적으로 입원진료의 경우 요양급여비용 총액의 20%를, 외래진료의 경우 약 30~60%를 본인이 부담함.

□ 그러나 같은 별표 및 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부고시)³⁾에서 진료비 부담이 높은 중증질환자(암, 뇌혈관질환, 심장질환 등) 및 희귀·중증난치질환자(혈우병, 만성신부전증 등) 등의 진료비 부담을 완화하고자 본인부담률을 0~10%로 경감하도록 하고 있는바, 이른바 ‘산정특례 제도’가 다음과 같이 운영되고 있음.

-
- 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) 「국민건강보험법 시행령」 제19조(비용의 본인부담) ① 법 제44조제1항에 따른 본인일부부담금(이하 “본인일부부담금”이라 한다)의 부담률 및 부담액은 별표 2와 같다.
- 3) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(중증질환자 산정특례 대상) 영 제19조 제1항 [별표2] 제3호 마목에 의한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국희귀·필수의약품센터인 요양기관에서 의약품을 조제받는 경우도 포함)로 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 및 고가의료장비 사용의 경우를 포함한다)시 요양급여비용총액의 100분의 5에 해당하는 금액을 부담하는 대상은 별표3과 같다.
- 제5조(희귀질환 및 중증난치질환자 산정특례 대상)** 영 제19조제1항 별표2 제3호 나목2)에 의한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국희귀·필수의약품센터인 요양기관에서 의약품을 조제받는 경우도 포함)로 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 및 고가의료장비 사용의 경우를 포함한다)시 요양급여비용총액의 100분의 10 또는 영 별표2 제2호 가목의 산식에 따라 계산한 금액의 100분의 10에 해당하는 금액을 부담하는 희귀질환 대상은 별표4와 같고 중증난치질환은 별표4의2와 같다.
- 제5조의2(결핵질환자 및 잠복결핵감염자의 산정특례 대상)** 영 제19조제1항 별표2 제3호 가목3)에 의한 요양급여(당일 발행한 처방전으로 약국 또는 한국희귀·필수의약품센터인 요양기관에서 의약품을 조제받는 경우도 포함)로 외래 또는 입원진료(질병군 입원진료 및 고가의료장비 사용의 경우를 포함한다)시 본인부담의 제외 대상은 별표5와 같다.
- 제5조의3(중증난치질환의 정의)** 중증난치질환이란 치료법은 있으나 완치가 어렵고 지속적인 치료가 필요하며 치료를 중단하는 경우 사망 또는 심각한 장애를 초래하는 수준의 증상을 보이며 진단 및 치료에 드는 사회·경제적 부담이 상당한 수준을 보이는 질환으로 별표4의2에 해당 하는 질환을 말한다.

< 산정특례 제도 >

구분	시행시기	적용대상	특례기간	본인부담률 (입원·외래 동일)
암	'05.9월	산정특례 등록 암환자	5년 ※재등록 가능	5%
뇌혈관질환	'05.9월	고시 해당상병 수술·급성기 입원 뇌혈관질환자	최대 30일	5%
심장질환	'05.9월	고시 해당상병 수술·약제 투여 심장질환자	최대 30일 (입원·외래) 복잡선천성 심기형 및 심장이식 60일	5%
희귀 및 중증난치질환	'09.7월	산정특례 등록 희귀 및 중증난치질환자	5년 (상세불명희귀질환자 1년) ※재등록 가능	10%
결핵	'09.7월	산정특례 등록 결핵환자	결핵치료기간 (치료시작~치료종결)	0%
중증화상	'10.7월	산정특례 등록 중증화상환자	1년 ※재등록 가능(1회)	5%
중증외상	'16.1월	고시 해당 중증외상환자	최대 30일(입원)	5%
중증치매	'17.10월	산정특례 등록 중증치매 환자	5년 (V810은 매 1년간 60일) ※재등록 가능	10%

자료 : 보건복지부

□ 보건복지부에 따르면, 최근 3년간 산정특례 제도를 적용받은 환자는 매년 300만명 이상이고, 국민건강보험공단(이하 “공단”)이 부담한 금액은 매년 20조원 이상이며, 특히 2025년에는 약 336만명이 적용받아 약 25조 2,100억원을 공단이 부담하였음.

< 최근 3년간 산정특례 적용 현황 >

'25.12.31.기준 (단위: 명, 억 원)

질환구분	2023년			2024년			2025년		
	진료 인원	진료비		진료 인원	진료비		진료 인원	진료비	
		공단부담	본인부담		공단부담	본인부담		공단부담	본인부담
계	3,040,653	216,636	22,112	3,128,583	224,216	22,608	3,332,953	252,096	24,816
암	1,477,790	116,622	11,020	1,530,613	121,105	11,217	1,666,941	136,577	12,461
뇌혈관질환	80,403	10,492	896	73,901	10,250	855	77,337	12,156	926
심장질환	123,482	18,858	1,495	116,117	18,324	1,377	124,544	22,051	1,547

질 환 구 분	2023년			2024년			2025년		
	진 료 인 원	진 료 비		진 료 인 원	진 료 비		진 료 인 원	진 료 비	
		공단부담	본인부담		공단부담	본인부담		공단부담	본인부담
희귀질환	354,849	15,638	1,972	369,216	16,862	2,111	394,936	19,035	2,351
중증난치질환	720,048	50,181	6,240	753,276	52,626	6,503	793,344	56,618	6,925
결핵	29,934	1,446	41	27,196	1,356	38	25,404	1,534	42
중증화상	3,226	351	63	3,216	404	72	3,200	406	72
중증외상	4,420	849	77	4,722	851	78	4,385	1,025	86
중증치매	69,803	1,369	189	73,996	1,564	217	78,500	1,748	242

자료 : 보건복지부

□ 개정안은 암환자, 희귀질환자, 중증질환자 및 난치성질환자에 해당하거나 해당하였던 사람이 그 질환에 대하여 추적관찰을 목적으로 요양급여를 받는 경우에는 본인부담률을 5%로 하는 등 산정특례 제도를 추적검사에까지 확대하려는 것임.

□ 유방암, 대장암 등 일부 암의 경우 완치 후 장기간이 소요된 이후에도 재발하는 경우가 있고⁴⁾ 심근경색·뇌졸중 등의 경우 재발 위험이 높아⁵⁾ 지속적인 추적관찰이 요구되는 점을 고려할 때, 추적검사를 위한 MRI, CT 촬영 등 고가의 검사비용에 대한 경제적 부담으로 그 재발을 적기에 발견하지 못하는 상황을 방지하려는 개정안의 취지는 긍정적인 측면이 있는 것으로 보임.

4) 신동욱(삼성서울병원), 암경험자 건강관리: 암치료후 5년, 그 이후, 대한임상건강증진학회 추계학술대회, 2022

5) 질병관리청 보도자료, “심근경색증 발생률 남녀 차이 뚜렷, 고령화로 인한 뇌졸중 발생 규모 증가 지속”, 2025.12.30.

“2023년 전체 심근경색증 중 재발생 심근경색증의 비율은 9.6%로, 2014년 대비 6.5% 증가하였다.

2023년 전체 뇌졸중 중 재발생 뇌졸중의 비율은 25.3%로, 2014년 22.9% 대비 증가하였다.”

헬스조선, “환절기에 위험한 심근경색, ‘이것’만 신경써도 재발 막는다”, 2023.3.10.

“심근경색은 발병 후 1년 내 재발위험이 크다는 점이다. 심근경색 환자의 약 10명 중 1명은 1년 이내에 심근경색이 재발한다.”

매경헬스, “한국인 5명 중 1명 목숨 뺏은 ‘심뇌혈관질환’…재발하면 더 위험해”, 2022.10.13.

“뇌졸중은 4명 중 1명이 5년 이내 재발을 경험한다. 반복적으로 병을 앓을수록 후유 장애와 합병증의 정도가 심각해지고 사망률 또한 증가한다.”

□ 다만, 암환자, 희귀질환 환자, 중증질환 및 난치성질환 환자에 “해당하는” 사람에 대해서는 이미 산정특례 제도가 적용되고 있다는 점, 암환자 등에 “해당하였던” 사람에 대하여도 별도의 기간 제한 없이 추적검사의 본인부담률을 경감하도록 적용대상을 확대하고 일부 대상의 경우 현행 대비 본인부담률을 추가로 경감⁶⁾하도록 하는 것은 한정된 건강보험 재정에 영향을 미칠 수 있다는 점, 안 제44조의2 각 호에 현행 산정특례 적용 대상인 결핵은 포함되지 않을 수 있는데⁷⁾ 다른 산정특례 적용대상과 같이 이를 포함하는 경우 본인부담이 없는 현행 대비 본인부담률이 오히려 증가할 수 있는 점 등을 종합적으로 고려하여 논의할 필요가 있는 것으로 보임.

또한, 본인일부부담금에 관한 사항은 현행법에서 하위법령에 위임하고 있다는 점을 고려할 때 암·희귀질환 등의 추적검사에 한하여 본인부담률을 법률에서 직접 규정하는 것은 법체계상 부자연스러운 측면이 있는 것으로 보임.

□ 참고로, 동 개정안과 유사한 취지에서 “암환자”의 경우에는 5년간 요양급여비용 총액의 5%를 부담하도록 하는 본인일부부담금에 대한 특례를 규정하고, 이러한 특례를 적용받던 암환자가 동일한 암에 대하여 추적관찰을 목적으로 요양급여를 받는 경우에는 특례기간이 종료된 이후에도 계속해서 해당 요양급여비용 총액의 5%를 부담하도록 하는 「국민건강보험법 일부개정법률안」(의안번호 제

6) 희귀 및 중증난치질환, 중증치매의 경우 현행 제도에 따르면 본인부담률이 10%이므로 추가로 경감되는 효과가 있음.

7) 현행 제도에 따르면 중증질환(암 포함), 희귀질환 및 중증난치질환과 별도로 결핵질환을 명시하여 산정특례를 적용하고 있어 안 제44조의2 각 호(암환자, 희귀질환 환자, 보건복지부령으로 정하는 중증질환 및 난치성질환 환자)에 결핵은 포함되지 않는 것으로 해석될 수 있을 것으로 보임.

「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부고시) 제4조(중증질환자 산정특례 대상), 제5조(희귀질환 및 중증난치질환자 산정특례 대상), 제5조의2(결핵질환자 및 잠복결핵감염자의 산정특례 대상)

2203023호, 2024.8.21. 김교홍의원 대표발의)이 우리 위원회에 계류 중이므로 함께 심사될 필요가 있을 것임.

다. 관계부처 및 관련기관 의견

□ 보건복지부

- 산정특례는 질환의 치료에 드는 진료비 부담이 높은 암 등 중증 질환자, 희귀·중증난치질환자의 본인부담률을 인하하여 진료비 부담을 완화하는 제도로, 암, 희귀·중증난치질환에 대해 특례기간을 5년으로 하고 있고, 특례 종료시점에 계속 치료가 필요한 경우 재등록(특례기간 5년 연장)하여 지속 치료받도록 하고 있는데, 질환의 치료 목적이 아닌 단순 추적관찰을 목적으로 요양급여를 받는 경우에만 본인부담을 경감하는 것은 산정특례 제도의 취지, 보험재정의 한정성, 다른 질환과의 형평성 등을 고려할 때 신중한 검토가 필요함.

□ 국민건강보험공단

- 산정특례 기간이 종료된 암 환자, 희귀질환 환자, 중증질환 및 난치성질환 환자의 추적검사에 대한 필요성에 대하여는 공감함.
- 다만, 해당 질환의 병력 사유 등으로 암 조직 확인 또는 희귀중증난치질환 잔존에 대한 확인 없이 추적검사에 대한 진료비 경감은 타 질환의 건강보험 가입자와 형평성의 문제가 있을 것으로 판단됨.

- 한편, 개정안과 같이 법률에서 특정 요양급여에 대한 본인부담 비용을 직접 정하는 것은 대통령령에서 본인부담금을 정하는 현행 법령체계에 부합하지 않는 측면이 있음도 고려할 필요가 있음.
- 따라서 치료 종료 후 추적검사에 대한 본인부담률 경감은 한정된 재원으로 운영되는 건강보험의 특성, 산정특례제도의 취지 및 타 질환과의 형평성 등을 종합적으로 고려한 신중한 검토가 필요함.

□ 대한의사협회

- 동 개정안은 기존 산정특례 적용기간을 합리적으로 조정하는 방식이 아니라, 추적검사 전반에 대해 낮은 본인부담률을 적용하는 구조를 취하고 있어 적용대상 환자의 범위가 과도하게 확대될 가능성이 있으며, 이에 따른 건강보험 재정 부담 증가가 우려됨. 특히, 산정특례 적용기간 종료 이후의 추적관찰은 질환의 종류, 중증도, 치료 경과 및 환자 상태 등에 따라 매우 다양하게 이루어질 수밖에 없음에도 불구하고, 이를 일률적·포괄적으로 적용하는 방식은 임상적 현실을 충분히 반영하지 못하고 산정특례 제도의 합리적 운영을 저해할 우려가 있음
- 산정특례 적용기간은 통상 완치 이전 단계에서 질환의 재발 여부를 집중적으로 관찰하는 시기로서 검사 및 진료의 임상적 유효성이 높은 시기인 반면, 일정 기간 경과 후 완치 판정을 받은 환자까지 일률적으로 낮은 본인부담률을 적용할 경우 의료자원의 비효율적 사용을 초래할 가능성이 있음.

- 또한, 산정특례 적용기간 종료 이후에도 질환의 재발이 의심되는 경우 재등록을 통해 다시 산정특례 적용이 가능하므로, 별도의 추가적 본인부담 경감 제도를 포괄적으로 도입할 필요성은 제한적임.
- 따라서 현행 제도 내에서도 충분한 환자 보호가 가능하다고 판단되므로, 동 개정안에 대해 반대함.

문 의 처
02)6788-5503

참고

본인일부부담금 및 산정특례 관련 규정

■ 국민건강보험법 시행령 [별표 2] <개정 2026. 2. 19.>

본인일부부담금의 부담률 및 부담액

(제19조제1항 관련)

- 가입자 또는 피부양자는 요양급여비용 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금액(100원 미만은 제외한다)을 부담한다. 다만, 입원진료의 경우에는 100원 미만의 금액도 부담한다.
 - 입원진료(나목의 표 중 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 진료의 경우는 제외한다) 및 보건복지부장관이 정하는 요양급여를 받은 경우(약국 또는 한국희귀·필수의약품센터인 요양기관에서 처방전에 따라 의약품을 조제받는 경우를 포함한다)는 다음의 구분에 따라 계산한 금액
 - 1) 요양급여비용 총액(보건복지부장관이 정하여 고시하는 식대와 장애인 치과진료에 대한 가산금액은 제외한다)의 100분의 20에 입원기간 중 식대[입원환자의 식사와 서비스에 영향을 미치는 부가적 요소에 드는 비용에 해당하는 가산금액(이하 "식대가산금액"이라 한다)을 포함한다. 이하 이 호, 제2호 및 제3호가목·나목에서 같다]의 100분의 50을 더한 금액. 다만, 상급종합병원에서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실·4인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실·4인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 각각 100분의 50·100분의 40·100분의 30으로 하고, 종합병원·병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다)·정신병원에서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 각각 100분의 40·100분의 30으로 하며, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 격리 입원에 대해서는 그 입원료에 한정하여 100분의 10으로 한다.
 - 나. 외래진료의 경우 및 보건복지부장관이 정하는 의료장비·치료재료를 이용한 진료의 경우에는 다음 표의 구분에 따라 계산한 금액

기관 종류	소재지	환자 구분	본인일부부담금
상급종합병원	모든 지역	일반환자	진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 - 진찰료총액) × 60/100. 다만, 임신부 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 40/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의 20/100으로 한다.
		의약분업 예외환자	진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 - 약값 총액 - 진찰료 총액) × 60/100 + 약값 총액 × 30/100. 다만, 임신부 외래진료의 경우에는 (요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 40/100 + 약값 총액 × 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 (요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 20/100 + 약값 총액 × 21/100로 한다.
종합병원	동 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 50/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 50/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
	읍·면 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 45/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100)
		의약분업	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 45/100(임신부 외래진료

		예외환자	의 경우에는 30/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
병원, 치과병원, 한 방병원, 요양 병원, 정신병 원	동 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 40/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 40/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
	읍·면 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 35/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 35/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
의원, 치과의원, 한 의원, 보건의료원	모든 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 30/100(임신부 외래진료의 경우에는 10/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 5/100). 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상이면서 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.
		의약분업예 외환자	(요양급여비용 총액 - 약값 총액) × 30/100(임신부 외래진료의 경우에는 10/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 5/100) + 약값 총액 × 30/100(1세 미만 영유아의 경우에는 21/100). 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상이면서 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.
보건소, 보건지소, 보건진료소	모든 지역		요양급여비용 총액 × 30/100. 다만, 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.

비고

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 제1군감염병환자 및 같은 항 제8호·제9호에 해당하는 환자를 말한다. 다만, 제1호가목에 따라 요양급여비용 총액의 100분의 20을 적용받는 사람은 제외한다.
2. 위 표에서 "약값 총액"이란 요양기관이 해당 약제를 구입한 금액의 총액을 말한다.
3. 보건복지부장관이 정하는 의료장비를 이용한 입원진료인 경우의 요양급여비용 총액은 의료장비를 이용한 비용의 총액으로 한정한다.
4. 요양기관의 외래진료를 통하여 주기적으로 의사의 처방에 따라 구입(사용)하여야 하는 치료재료 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 치료재료의 경우에는 해당 치료재료 비용 및 관련 행위(교체를 위한 직접적 행위에 한정한다. 이하 같다) 비용을 제외한 요양급여비용 총액을 위 표의 요양급여비용 총액으로 하여 위 표에 따라 산정한 금액에 해당 치료재료 비용 및 관련 행위 비용의 100분의 20(1세 미만 영유아의 경우에는 14/100)을 더한 금액을 본인일부부담금으로 한다. 다만, 제3호가목이 적용되는 중증질환자는 제외한다.
5. 보건복지부장관이 정하는 질병의 환자가 요양기관(의원으로 한정한다)에 보건복지부장관이 정하는 절차 또는 방법에 따라 외래진료를 지속적으로 받겠다는 의사를 표시한 경우에는 해당 질병에 대하여 그 다음 진료부터 (진찰료 총액 × 20/100) + [(요양급여비용 총액 - 진찰료

총액) × 30/100]에 해당하는 금액을 본인일부부담금으로 한다. 다만, 요양급여를 받는 사람이 65세 이상인 경우에는 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.

6. 임신부가 유산 또는 사산을 한 경우 해당 유산 또는 사산에 따른 외래진료는 위 표에 따른 임신부 외래진료에 포함한다.

3. 제1호와 제2호에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 각 목에서 정하는 금액을 부담한다. 다만, 상급종합병원·종합병원·병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다)·정신병원에서 법 제43조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2인실·3인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우는 그 입원료에 한정하여 제1호가목1) 단서에서 정하는 금액을 부담한다.

가. 다음의 경우에는 입원기간 중 식대의 100분의 50

- 3) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 결핵 질환을 가진 사람에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여

나. 다음의 경우(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)에는 요양급여비용 총액의 100분의 10에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액

- 2) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성 질환을 가진 사람에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여

마. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 중증질환자에 대하여 보건복지부장관이 정하는 요양급여(라목에 해당하는 사람에 대한 요양급여는 제외한다)의 경우에는 요양급여비용 총액의 100분의 5에 입원기간 중 식대의 100분의 50을 더한 금액