의료급여 외래진료 본인부담 차등제 적용관련 질의·응답

(보건복지부 고시 제2025-248호 관련, 2026.1.1. 시행)

□ 관련 근거

가. 「의료급여법 시행규칙」 [별표1의2]개정 (보건복지부령 제1146호, 2025. 12. 30. 일부개정)

나. 「의료급여 외래진료 본인부담차등 기준 등에 관한 고시」 제정
(보건복지부 고시 제2025-248호, 2025. 12. 30.)

□ 의료급여 외래진료 본인부담 차등제 적용 대상자 관련 질의응답

Q1	**의료급여 외래진료 본인부담차등제란?**

A1	○ 의료급여 수급권자의 과다 외래이용을 관리하고 합리적 의료이용을 유도하기 위해 **연간 외래진료 횟수가 365회를 초과 시 차등적용 시점 이후**부터 **외래진료비의 30%를 본인이 부담**해야하는 제도입니다. **(2026.1.1. 시행)** - 관련 근거 가.「의료급여법 시행령」 제13조 제3항 ('25.9.30 공포) 나.「의료급여법 시행규칙」 제8조의6 ('25.12.30. 본조신설) 및 별표 1의2 제2호 ('25.12.30. 개정) 다.「의료급여법 외래진료 본인부담차등 기준 등에 관한 고시」제정 (보건복지부 고시 제2025-248호, 2025. 12. 30.) ○ 의료급여 수급권자가 연간 365회를 초과하여 외래진료를 받은 경우 관할 보장기관(지자체)에서 외래 365회 초과 대상자에게 차등적용 대상임을 안내하며, 보장기관은 본인부담구분코드 B016(본인부담 30% 적용)을 등록하고 등록일 부터 당해 연도 12월 31일까지 외래 이용 시 본인부담차등제가 적용됩니다.

Q2	**의료급여 연간 외래진료 횟수를 어떻게 산정하나요?**

A2

❍ 외래 횟수는 **매해 1월 1일부터 12월 31일까지** 외래로 의료급여를 받는 횟수를 합하여 산정합니다.
- 의료급여기관이 요청한 진료확인번호로 연간 외래진료 횟수 산정
- 하루에 여러 병원을 방문하여 외래진료를 받는 경우 각 병원마다 외래진료 횟수 산정
- 동일 의료기관에서 안과, 신경외과 등 여러 진료과목에서 외래진료를 받는 경우에도 진료과목별로 각각 외래진료 횟수 산정
- 보건소, 보건지소, 보건진료소의 외래진료도 외래진료 횟수에 포함

❍ **연간 외래진료 횟수 산정 예외 대상**
- 입원 일수, 약국이용(방문) 횟수, 투약(조제)일수는 제외
- 건강검진은 외래진료에 해당하지 않으므로, 외래진료 횟수에 산정되지 않고, 본인부담이 있는 건강검진의 경우에도 본인부담률 30% 적용에 해당되지 않음
  *건강검진 당일 같은 병원에서 외래진료를 받은 경우에는 외래진료 횟수에 포함

Q3	**의료급여 외래진료 본인부담차등제 제외 대상은?**

A3

❍ 「의료급여법」 시행규칙 및 「외래 본인부담 차등에 관한 고시」에 의하여 다음에 해당하는 사람은 차등제 적용(본인부담률 30%)이 제외됩니다.
① 「아동복지법」 제3조제1호에 따른 **아동**
② 「모자보건법」에 제2조제1호에 따른 **임산부**
③ 「장애인복지법」 제2조에 따른 장애인 중 장애의 정도가 **심한 장애인**
④ 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 제17조2에 따라 **산정특례로 등록된 중증질환자, 희귀질환자, 중증난치질환자 또는 결핵질환자**
⑤ 그밖에 ③, ④에 준하는 사람으로서 **과다의료이용심의위원회를 통해 "불가피하게 연간 365회를 초과한 외래진료가 필요한사람" 이라고 심의·의결된 사람(심의 후 제외)**

Q4	**본인부담차등 적용 대상자에게 연중 당연제외 사유가 발생하는 경우에는 어떻게 되나요?**

A4

❍ 본인부담차등 적용 대상자에게 연중 당연제외 사유가 발생하는 경우, 관할 보장기관(지자체)에서 **당연제외 사유 발생일**(임신 확인일, 심한 장애 등록일 등)**로** 본인부담구분코드 **B016(본인부담 30% 적용)을 종료**하며 사유 발생 시점부터 당해 연도 12월 31일까지 **본인부담차등 적용**이 **중지**됩니다.
이때 의료급여기관은 '요양기관정보마당'에서 B016 적용 여부를 확인할 수 있습니다.

❍ 당연제외 대상자는 연도 중 해당 사유가 해제되어도 당해 연도 12월 31일까지 본인부담차등제 적용 제외됩니다.

❍ 연중 당연제외 사유 발생 예시
- 의료급여수급권자 A, '26.7.20. 외래 365회 초과로 인하여 보장기관에서 B016(본인부담 30% 적용) 등록
- 연중 당연제외 사유 발생 : 임신 확인일 '26.9.15. (출산 예정일 '27.6.10.)
- B016 등록일부터 당연제외 사유 발생일 전까지('26.7.20.~9.14.) 본인부담 30%
- 보장기관은 임신 확인일('26.9.15.)로 B016(본인부담 30% 적용)을 종료 처리하고 '26.9.15.~'27.12.31.*기간에 대하여 본인부담차등제 적용 및 외래일수 산정 제외
  *출산예정일('27.6.10.)이 포함된 '27.12.31.까지 본인부담차등제 적용 제외

Q5	**의료급여 외래진료 본인부담차등제 적용 대상여부를 의료급여기관에서 확인할 수 있는 방법이 있나요?**

A5

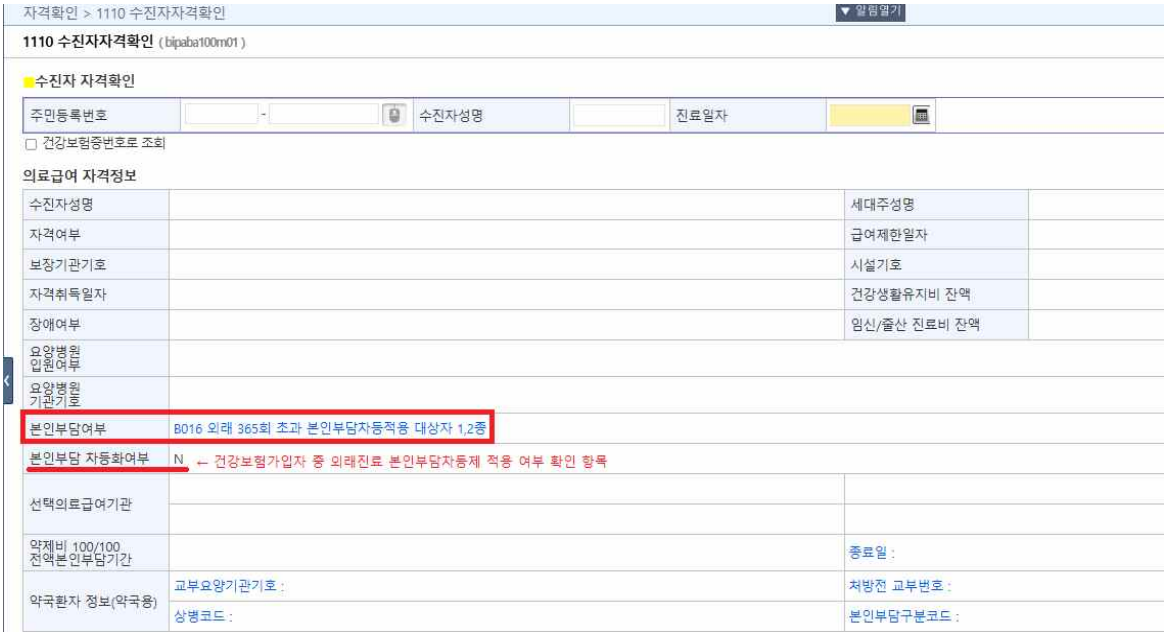
❍ 요양기관정보마당 자격확인의 수진자자격조회(bipaba100m01) 화면에서 수진자의 자격 조회 시, '본인부담여부' 항목의 본인부담구분코드 **'B016 외래 365회 초과 본인부담 차등적용 대상자(1,2종)'** 적용 중인 경우 의료급여 외래진료 본인부담 차등 적용 대상자로 확인 가능합니다.

- 확인경로 : 요양기관정보마당 > 자격확인 > 수진자자격확인(bipaba100m01)

※ 건강보험 외래진료 본인부담차등제 적용 여부 확인 항목과 혼동에 유의

- **'본인부담 차등화여부' 항목**은 **건강보험** 외래진료 본인부담차등제 여부 확인용도
- **의료급여 수급권자**는 본인부담 차등화여부 **'N'** 표출
  → **의료급여** 외래진료 본인부담차등제 적용 대상자는 **'본인부담여부' 항목** 확인 필요

❍ 요양기관정보마당 수진자 자격확인 화면



Q6	**수진자가 의료급여 외래진료 본인부담차등제 적용 대상일 때 청구 방법은?**
A6	❍ 본인부담차등 적용 대상인 의료급여 수급권자의 외래 진료 청구명세서 작성 시 **명일련단위 특정내역 구분코드 MT002(특정기호)란에 특정기호 'F029'를 기재하고, MT018(본인부담구분코드)**란에 **본인부담구분코드 'B016'을** 동시 기재합니다. *F029, B016:「의료급여법 시행규칙」별표1의2 제2호에 따른 연간 외래진료 횟수가 365회를 초과하는 대상자의 외래진료 ❍ 본인부담 경감대상과 동시 적용되는 경우에는 해당하는 특정기호를 각각 기재하되, 특정기호 'F029'를 기재하여 청구합니다. ※ 이와 관련한 청구명세서 작성 · 청구방법 및 심사결정과 관련한 사항은 건강보험심사평가원으로 문의하시기 바랍니다.

Q7	**2종 장애인의 경우 장애인기금에서 지원하나요?**
A7	❍ 아니요. 2종 경증장애인이 외래진료 365회 초과하여 본인부담 30% 적용시 장애인 의료비 지원하지 않습니다.

Q8	**의료급여 자격이 있는 보훈환자에 대해서는 어떻게 청구하나요?**
A8	❍ 의료급여자격이 있는 보훈국비환자는 차등제 적용대상이나, 30% 적용된 본인부담금액에 대하여 국비지원이 가능하므로 청구명세서에 특정기호 'F029'를 기재합니다. * 의료급여자격이 있는 보훈감면환자는 심사청가원 수탁범위가 아니므로 보훈구분자코드(MT038) 미기재함. 단, 보훈병원에서 진료를 받은 보훈감면환자 중 2종 혈액투석정액명세서는 'F029'를 기재함.

Q9	**의료급여 외래진료 횟수에 약국 이용 횟수도 포함되나요?**
A9	❍ 아니요. 병·의원 외래이용(방문) 횟수만 산정하므로 약국이용(방문) 횟수, 투약(조제)일수는 포함되지 않습니다.

Q10	**의료급여 외래진료 횟수에 보건소 외래진료도 포함되나요?**
A10	○ 네. 보건소, 보건지소, 보건진료소에서 외래진료를 보는 경우에도 외래진료 횟수에 포함되며, 차등제 적용 대상자가 보건소, 보건지소, 보건진료소에서 외래진료를 보는 경우에도 본인부담률이 30%가 적용됩니다.

Q11	**건강검진도 의료급여 본인부담차등제 적용에 포함되나요?**
A11	○ 아니요. 건강검진은 외래진료에 해당하지 않으므로, 외래진료 횟수에 산정되지 않고, 본인부담이 있는 건강검진의 경우에도 본인부담률 30% 적용에 해당되지 않습니다. ○ 다만, 건강검진 당일 같은 병원에서 외래진료를 받은 경우에는 외래진료 횟수에 포함됩니다.

Q12	**약제비용, 치료재료 비용도 의료급여 본인부담차등제 적용에 포함되나요?**
A12	○ 의료급여 외래 명세서에 약제(원내조제)와 치료재료가 청구되었다면, 외래 본인부담 차등 적용자의 본인부담률은 요양급여비용 총액의 100분의 30을 적용해야합니다. ○ 다만, 원외처방전으로 발생하는 약국 약제비는 외래 본인부담 차등제가 적용되지 않으므로 현행 약국 본인부담률을 적용하게 됩니다.

Q13	**기준 외 본인부담인 경우도 의료급여 본인부담차등제 적용에 포함되나요?**
A13	○ CT·MRI, 65세 이상 치과임플란트 등 기존 외래 본인부담액(률) 특례사항 중 30% 이하인 항목에 대해서는 외래진료 365회 초과 후 본인부담률 30% 부과하게 됩니다. ○ 다만, 의료급여법 시행령 별표1의 각 목에서 본인부담률이 30%를 초과하는 경우 (병원급 이상 2~3인실 입원료, 2종 추나요법, 선별급여 등) 또는 시행규칙 별표1의2에 따라 수급권자가 급여비용 전액을 부담하는 경우에는 기존 본인부담률을 따르게 됩니다.

Q14	**본인부담차등제 적용 시 의료급여 1종 수급자의 건강생활유지비는 어떻게 되나요?**
A14	❍ 외래진료 365회 초과 시에도 기존 건강생활유지비 지원 대상(의료급여 1종)에게는 기존과 동일하게 건강생활유지비가 생성·지급됩니다.
Q15	**선택의료급여기관 적용 대상자가 본인부담차등 적용 시 어떻게 되나요?**
A15	❍ **선택의료급여기관 적용 대상자가 본인부담차등 적용 대상이 되는 경우, 선택의료급여기관 절차를 준용**하면서 선택의료급여기관·선택 외 의료급여기관(타기관 의뢰) 이용 시 **모두 본인부담 30%가 적용**됩니다. 단, 의뢰서 없이 타기관 이용 시 전액 본인부담입니다. ❍ 선택의료급여기관 적용 대상자는 건강생활유지비 지원 제외 대상이나, 예외적으로 의료급여 1종 수급권자이면서 선택의료급여기관 적용 대상자가 본인부담차등 적용 대상자가 된 경우에는 **건강생활유지비가 생성·지급** 됩니다. * 이 경우 본인부담차등 적용 당월부터 해당연도 12월까지 건강생활유지비가 지급됩니다.
Q16	**본인부담차등 적용 의료급여수급권자의 경우 진료확인번호 요청을 어떻게 해야 하나요?**
A16	❍ 본인부담차등 적용 대상인 의료급여수급권자의 수진자 자격조회 시 본인부담여부 항목의 **본인부담구분코드 B016 정보**로 대상자 확인이 가능하며, 진료확인번호 승인은 기존과 동일하게 요청하시기 바랍니다.

Q17 **선택의료급여기관 적용 대상자가 본인부담차등 적용 대상인 경우 진료 확인번호 요청을 어떻게 해야하나요?**

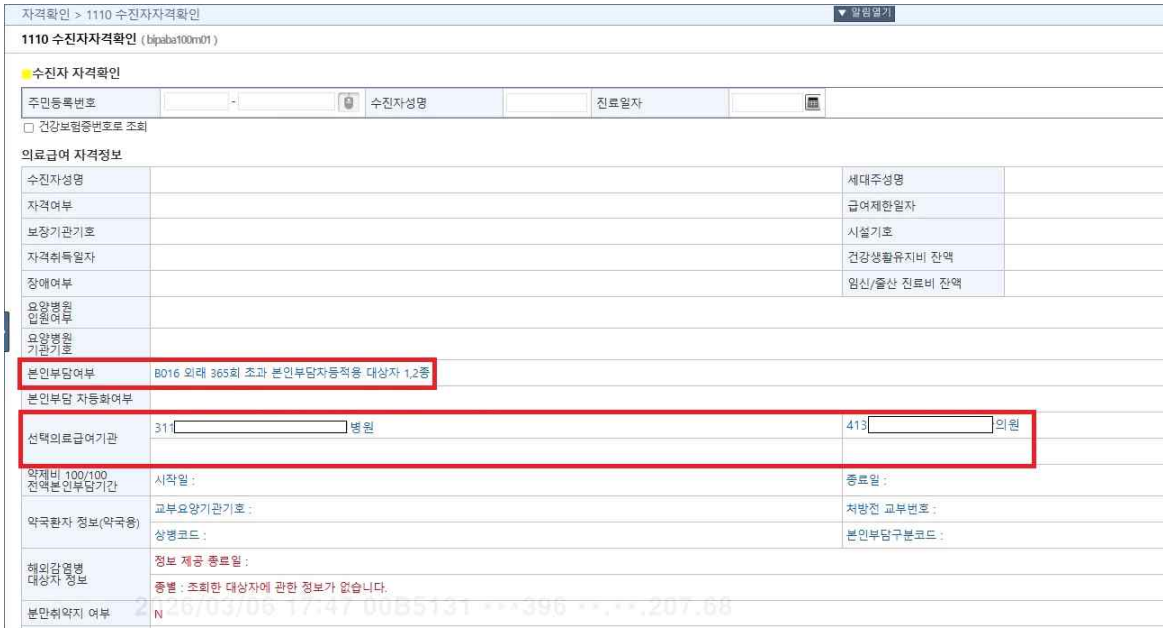
A17

❍ 선택의료급여기관의 진료확인번호 승인은 기존 승인방법과 동일하게 요청하시기 바랍니다.

❍ 선택의료급여기관에서 '의뢰 또는 재의뢰'되어 선택 외 의료급여기관에서 진료확인번호 승인 시 본인부담구분코드(B005 또는 B006)와 진료 의뢰한 의료급여기관 코드를 반드시 입력하여 진료확인번호를 요청하여야 합니다.

❍ 선택의료급여기관 적용 대상자이면서 본인부담차등 적용 대상인 경우, 요양기관정보마당 > 자격확인 > 수진자자격확인 시 본인부담여부 항목에 선택의료급여 적용 본인부담구분코드 '**M001, M002, B001, B002**'보다 본인부담차등 적용 본인부담구분코드인 **'B016'가 최우선으로 조회**되며, 선택의료급여기관 등록여부는 선택의료급여기관 항목에 등록기관 목록을 통해 선택의료급여기관 적용 대상여부 확인이 가능합니다.

❍ 요양기관정보마당 수진자 자격확인 화면



Q18 **의료급여 수급권자가 외래진료 횟수를 미리 확인할 수 있나요?**

A18

❍ 공단은 진료확인번호 승인 기준으로 외래일수 180, 240, 300회 초과 대상자에게 해당 내역을 전자문서 및 우편으로 매월 1회 안내하고 있습니다. 또한, 보장기관이 대상자의 외래일수를 관리할 수 있도록 매월 초과 대상자 명부를 전송하고 있습니다.

❍ 보장기관에서 전산시스템을 통해 실시간 외래진료횟수 조회가 가능하므로 의료급여 수급권자 본인의 외래이용횟수를 문의하는 경우, 보장기관으로 문의할 수 있도록 안내하여 주시기 바랍니다.

Q19 **의료급여 본인부담차등제 적용 대상자가 대상에서 소급하여 제외될 수 있나요?**

A19

❍ 네. 본인부담차등 적용 대상자가 과다의료이용 심의를 요청하여 심의결과가 **'인용'**인 경우 본인부담차등 최초 적용일로 소급하여 제외될 수 있습니다.

❍ 본인부담차등 적용 대상자는 365회 초과일로부터 180일 이내 의학적 필요성과 타당성 등을 심의하여 불가피하게 연간 365회를 초과하여 외래 진료를 받은 경우나 받아야할 경우 보장기관에 심의를 신청할 수 있습니다.

❍ 의료급여 과다의료이용심의위원회 심의결과가 인용인 경우 관할 보장기관은 통보받은 즉시 B016(본인부담 30%)을 최초 등록일자로 소급하여 삭제(종료)하고, 대상자는 본인부담률 30% 적용이 소급하여 취소됩니다.

Q20 **의료급여 본인부담차등제 적용 대상자가 연중에 건강보험으로 자격이 변동되는 경우, 건강보험에서 동일하게 차등제를 적용하나요?**

A20

❍ 아니요. 의료급여 본인부담차등제는 의료급여 자격인 경우에만 해당입니다.

❍ 만약 의료급여(A) → 건강보험 → 의료급여(B) 자격변동자라면,
의료급여(A)와 의료급여(B) 기간의 외래일수를 합산하여 계산하고 있습니다.