

붙임**본인부담차등화 개요**

- (제도 목적) 불필요한 의료남용 등 도덕적 해이 방지를 위해, 과다 의료이용자 본인부담률 인상 등을 통한 합리적 의료이용 제고
- (법적근거) 「국민건강보험법 시행령」 제19조 및 별표2 제5호의2, 「외래진료 본인부담차등 기준 등에 관한 고시」(‘24.7.1.시행) 등
- (주요내용) 연간 외래진료 횟수가 365회를 초과하는 사람은 그 초과 외래진료에 대하여 본인부담률 90% 적용(‘24.7.1~)
 - * 제2차 건강보험 종합계획(‘24.2.) 시행계획 과제
- (적용 범위) 연 365회 초과 외래진료(입원, 약 처방일수 등 제외)만 적용
- (적용 대상) 연 365회 초과 외래진료자*, 단 외래진료 불가피한 경우 제외
 - * (‘21년) 2,561명 → (‘22년) 2,488명 → (‘23년) 2,448명 (‘24.5.31. 지급 기준)
 - (당연 제외) 아동, 임산부, 산정특례자(중증질환자, 희귀·중증난치질환)로서 해당 질환 의료이용자, 산정특례자로서 중증장애인 제외
 - (심의 후 제외) 당연 제외 기준에 해당하지 않는 산정특례자, 중증장애인은 과다의료이용심의위(건보공단)를 통해 의학적 타당성 등을 심의
- (본인부담비율) 본인부담률 90% 인상 적용(현행 평균 20%)
- (사전알림) 매월 30회 이상 외래진료자 등을 대상으로 월별 의료이용 횟수 알림 및 제도 사전 알림 등을 통해 자정 노력 도모
- (사업연계) 과다외래이용자(연 300회 초과자 등) 등을 대상으로 건강관리 정보 제공, 의료이용 현황 모니터링 등 맞춤형 상담 실시
 - 필요시, 과다이용자 대상 지역사회 자원을 활용·연계하는 통합적 건강관리 서비스 제공(건보공단 자체사업)