

# 요양기관 종별가산율과 외래 본인부담율

## 1. 종별가산율이란?

간강보험 행위별 수가라고도 표현하며, 요양기관 종별 규모에 따라 시설, 인력, 장비 등의 투자비용 등을 고려하여 1977년 7월 1일 의료보험 도입 당시부터 요양기관 종별로 가산율을 적용해왔다.

(단위 : %)

구 분		1977.7.1	1979.1.1	1981.6.15	1989.7.1		1994.7.1	1995.4.1	1998.7.1	2000.4.1
종합 병원	서울	20	20	20	상급 종합	30	30	30	30	30
	대도시	16								
	중소도시	12	16		종합 병원	23	23	23	23	25
	농어촌	8								
병원	서울	10	10	10	13	15	15	17	20	
	대도시	8								
	중소도시	6	6							
	농어촌	4								
의원	서울	4	10	4	7	9	10	13	15	
	대도시	2								
	중소도시	·	6							
	농어촌	·								
비고	요양기관 종별 지역 적 차이 고려	지역구분 축소	지역구분 폐지	종합전문요양기관 분리	소규모 병원 및 의원 상향 조정					

## 2. 외래 본인부담율이란?

본인이 부담할 비용의 부담율 및 부담액은 별도 정하되, 약제(한약제는 제외)에 대하여 본인이 부담할비용은 상한금액의 범위에서 요양기관이 해당 약제를 구입한 금액을 요양급여비용으로 보아 산정함(국민건강보험법 시행령 제19조 제1항)

구분	본인부담율	수술	비 고
상급 종합병원	60%	진료비의 20%	
종합병원	50%		
병원(요양병원)	40%		
의원	30%		

참고 - 의원급 요양기관에선 65세 이상 환자들 15,000원 이하일 경우 1,500원 본인부담

## 3. 선택진료

### 1)선택진료의료기관

선택진료를 할 수 있는 의료기관은 의료법 규정에 의한 병원급 이상이어야 한다.

2)선택진료의사의 자격 및 범위

- ① 전문의 자격인정을 받은 후 10년이 경과한 의사
- ② 면허취득 후 15년이 경과한 치과의사 및 한의사
- ③ 전문의 자격인정을 받은 후 5년이 경과하고 대학병원의 조교수 이상인 의사
- ④ 면허취득 후 10년이 경과하고 대학병원 또는 대학부속 치과병원의 조교수 이상인 치과의사

3)추가비용을 징수할 수 있는 선택진료의 항목과 추가비용의 산정기준

진료항목	추가비용산정기준
1. 진찰(한방포함)	국민건강보험법 제42조제4항의 규정에 의하여 보건복지부장관이 고시하는 요양급여비용의 내역 중 진찰료의 55%이내의 범위안에서 당해 의료기관의 장이 정한 금액
2. 의학관리(한방포함)	국민건강보험진료수가기준중 입원료의 20%이내의 범위 안에서 당해 의료기관의 장이 정한 금액
3. 검사(한방포함)	국민건강보험진료수가기준중 검사료의 50%이내의 범위 안에서 당해 의료기관의 장이 정한 금액
4. 영상진단 및 방사선치료	국민건강보험진료수가기준중 영상진단료의 25%(방사선치료료는 50%, 방사선혈관촬영료는 100%)이내의 범위 안에서 당해 의료기관의 장이 정한 금액
5. 마취	국민건강보험진료수가기준중 마취료의 100%이내의 범위안에서 당해 의료기관의 장이 정한 금액
6. 정신요법	국민건강보험진료수가기준중 정신요법료의 50%(심층분석은 100%)이내의 범위안에서 당해 의료기관의 장이 정한 금액
7. 처치·수술(한방포함)	국민건강보험진료수가기준중 처치·수술료의 100%이내의 범위안에서 당해 의료기관의 장이 정한 금액
8. 침·구 및 부항	국민건강보험진료수가기준중 침·구 및 부항료의 100%이내의 범위안에서 당해 의료기관의 장이 정한 금액

4)병원은 선택진료의사의 자격 및 범위에 해당하는 재직 의사 중 실제로 진료가 가능한 의사의 80%의 범위에서 선택진료담당 의사를 지정하여야 하며, 진료과목별로 1명 이상의 추가비용을 징수하지 아니하는 의사등을 두어야 한다.