

(붙임)

## 2026년 저소득층(60세 이상) 눈 의료비 지원범위(2026. 1.)

질환별		검사비	수술비	최대지원액	유효기간	비고	
수 술	백내장	급여: 일부 본인부담금 및 전액 본인부담금 비급여: 최대10만원	급여: 일부 본인부담금 및 전액 본인부담금 비급여: 비급여 인공수정체는 전액 본인부담	1인당 150만원 이내 (검사비+수술비)	문서시행일부터  <b>2개월</b> 이내	아이헨즈 테크닉스, 다춏점 렌즈 등 비급여 인공수정체는 지원불가	
	녹내장, 망막질환	급여: 일부 본인부담금 및 전액 본인부담금	급여(일부 본인부담금 및 전액 본인부담금) 및 비급여 전액			1인당 200만원 이내 (검사비+수술비)	* 비급여인 지방제거술 비용은 본인 부담
	익상편, 눈물샘 막힘 등		급여(일부 본인부담금 및 전액 본인부담금) 및 비급여 전액				
	안검하수증, 안검내반증	비급여: 전액	급여(일부 본인부담금 및 전액 본인부담금) 비급여: 성형목적은 본인부담	1인당 300만원 이내 (검사비+수술비)		* 한국전력공사: 500만 원 이내 지원(60세 미만)	
	사시수술 (복시가 동반된 경우만 해당)	급여: 일부 본인부담금 및 전액 본인부담금	급여(일부 본인부담금 및 전액 본인부담금) 및 비급여 전액	1인당 200만원 이내 (검사비+수술비)		*24세 이하 사시는 조건 없이 지원	
	각막이식	비급여: 전액	비급여: 전액	1인당 300만원 이내 (검사비+수술비)		* 한국전력공사: 500만 원 이내 지원(60세 미만)	
<b>안구내주입술*</b>		<b>검사비</b> (조건: 1인당 3개월에 2회씩 인정, 양안의 경우는 합하여 4회 인정)	<b>주사비</b> (조건: 1인당 3개월에 2회씩 인정, 양안의 경우는 합하여 4회 인정)	<b>최대지원액</b>	<b>유효기간</b>	<b>비고</b>	
(황반변성, 망막질환, 녹내장 등에 주사)		급여: 일부 본인부담금 및 전액 본인부담금 비급여: 전액 ※안구내주입술 전 검사비만 지원	급여: 일부 본인부담금 및 전액 본인부담금 비급여: 아바스틴, 루센비에스, 비젠프리 주사비 전액	1인당 180만원 이내 지원(연간) (검사비+주사비)	문서시행일부터  <b>3개월</b> 이내	검사비, 주사비의 경우 1인당 최대 8회 지원 가능	

주: \*아바스틴 안구내주입술 시는 심사평가원의 『IRB 미심의 약제 비급여 사용승인 신청에 대한 결정』 문서를 송부하여야 함.  
(아바스틴, 루센비에스, 비젠프리주사는 모든 대상자에게 지원 가능하며, 그 외의 약제는 보험급여 적용 시 지원 가능함)