

의료보험 비급여의 현황과 정책과제

의료보험이 도입된 지 20여 년이 지나도록 그 틀에 변화가 없었던 의료보험급여체계는 급속히 발전하는 의학적 진단과 치료, 예방의료서비스를 포함한 광범위한 확대개편이 절실히 요구된다. 그 동안 '저보험료·저급여'체계 유지로 인하여 상대적으로 비급여 본인부담이 많아져 서민들의 가계부담이 가중되고 있다. 따라서 의료보험급여체계를 검토, '적정보험료·적정급여' 체계로 전환함으로써 의료서비스의 질적 향상은 물론 보험급여의 확대를 통하여 환자본인부담을 낮추고 보험재정부담을 높여야 한다.

魯仁喆

한국보건사회연구원 선임연구위원

1. 기본시각

전국민의료보험이 시행된 지 8년이 지난 우리나라 의료보험제도는 그 동안 의료보험 적용인구의 양적 확대와 국민의 기본적인 의료수요를 충족시켰다는 측면에서 큰 성과를 거둔 것으로 평가된다. 그러나 단기간에 모든 국민을 의료보장이라는 우산 속

에 보호하기 위해서는 국민의 부담능력을 고려한 '저보험료·저급여 전략'이 불가피하였다. 이에 따라 요양급여기준과 진료수가 기준이 보험재정안정에 치중되어 자연히 급여수준은 낮고 환자의 호주머니 부담이 높은 급여구조를 유지하게 된 것이다.

현행 의료보험급여구조는 새로운 의학적 진단 및 치료방법, 신약, 신치료재료 등에

대한 보험급여 인정이 극히 제한되어 있다. 그로 인하여 고통을 최소화할 수 있는 진료에 대한 국민들의 욕구도 만족시켜 줄 수 없을 뿐 아니라 의료기술의 보편화를 저해할 수도 있다. 이를테면 환자는 보험 혜택 적용에 제한항목이 너무 많아 의료서비스 질에 대한 불만을 가지며, 의료기관은 비급여항목을 지나치게 개발하여 환자에게 그 부담을 가중시키고 있다.

한편 국민소득수준의 향상, 인구 고령화의 진행, 국민의 의료서비스 욕구의 다양화, 의료기술의 첨단화 등 의료환경이 변화함에 따라 치료뿐만 아니라 예방의료, 재활 등을 포함하는 질 좋은 의료서비스의 보장이 요구된다. 특히 예방의료를 강화함으로써 질병을 미연에 방지할 수 있고, 또 질병의 조기 발견에 따른 입원진료나 기타 비싼 의료행위를 피할 수 있어 궁극적으로 보험재정 안정에 기여하게 된다.

요컨대 새로운 의학적 기술과 신소재, 신약이 개발되어 가는 과정에서 의학적 진단 및 치료에는 상당히 급격한 변화가 있게 마련이다. 따라서 의료보험이 도입된 지 20여 년이 지나도록 그 틀에 변화가 없었던 의료보험급여체계는 급속히 발전하는 의학적 진단과 치료, 예방의료서비스를 포함한 광범위한 확대개편이 절실히 요구된다. 이를 위해서는 현행 ‘저보험료·저급여’ 구조를 ‘적정보험료·적정급여’ 체계로 전환하여 의료보험제도의 성숙화 내지 선진화를 이룩해야 할 것이다.

2. 의료보험급여체계의 현황 및 문제점

가. 의료보험 급여·비급여 현황

법정급여는 요양급여, 분만급여 및 정기 건강검진을 포함하는 현물급여와 요양비, 분만비, 그리고 보험조합별로 지급되는 부가급여(장제비, 분만수당, 본인부담보상금)를 포함하는 현금급여로 나눌 수 있다¹⁾. 의료보험 급여수준은 1977년 의료보험제도의 도입 당시 국민들의 보험료 부담을 고려하여 급여범위가 상당히 제한적으로 시행되었으며 그 이후에도 크게 확대되지 않았다. 요양급여기간은 연간 180일에서 1995년 210일(65세 이상 노인과 등록장애인은 급여일수 제한 폐지), 1996년 240일, 1997년 270일, 1998년 300일로 확대되었다. 1996년에 전산화단층촬영(CT)과 장애인보장구가 보험급여범위에 포함되었다. 그 밖에도 건강검진, 분만급여의 자녀수 제한 폐지, 한방 및 약국급여 일부, 기타 일부 신의료기술(골수이식, 내시경하 수술, 레이저이용 수술 등) 등이 확대되었다.

의료보험법(제4장)에 명시된 비급여 범위는 “질병, 부상의 치료 목적이 아니거나 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환,

1) 요양급여는 질병 또는 부상에 대하여 ① 진찰, ② 약제 또는 치료재료의 지급, ③ 처치·수술 기타의 치료, ④ 의료시설에의 수용, ⑤ 간호, ⑥ 이송 등의 급여를 실시하도록 되어 있다(의료보험법 제29조 1항). 그러나 요양급여의 방법, 절차, 범위, 상한기준 등 요양급여 기준은 보건복지부 장관이 정하는 것으로 요양급여 범위를 제한하고 있다(의료보험법 제29조 3항).

표 1. 요양급여기준에 명시된 비급여 항목별 구성비(1996년)

(단위: %)

종 별	구분	식대	상급 병실료	지정 진료료	MRI	초음파	기타 ¹⁾
소 계	입원	29.5	30.1	17.7	5.6	8.0	9.1
	외래	0.0	0.0	20.2	13.9	33.3	32.7
3차 진료기관	입원	28.4	21.9	29.3	8.4	6.3	5.7
	외래	0.0	0.0	42.9	28.8	21.9	6.4
종합병원	입원	32.9	32.6	14.5	4.7	8.2	7.7
	외래	0.0	0.0	17.1	9.1	40.3	33.5
병 원	입원	29.9	42.7	0.0	2.7	8.3	16.4
	외래	0.0	0.0	0.0	0.0	88.4	11.6
의 원	입원	25.0	43.0	0.0	0.6	13.0	18.4
	외래	0.0	0.0	0.0	7.9	65.7	26.4

주: 1) 신생아 포경수술, 선천성대사이상검사, 치과의 경우 보철 등이 포함됨.

자료: 의료보험관리공단, 내부자료(수진내역신고서), 1996.

기타 보험급여의 원리에 부합되지 아니하는 사항²⁾이며, 또한 위의 사항 이외에 “기타 장관이 정하는 사항”과 “위에서 별도로 정한 사항 이외에는 일체 요양기관에서 임의로 비급여대상으로 적용하여서는 아니된다”로 규정하여 비급여범위도 제한

하고 있다. 특히 “기타 장관이 정하는 사항”은 의료보험재정에 영향을 줄만한 진단 및 치료항목을 모두 비급여항목으로 지정할 수 있기 때문에 급여제한이 상당히 많이 이루어질 수 있다.

요양급여기준에 명시된 비급여 대상은 상급병실료차액, 식대, 지정진료료, MRI, 초음파, 기타(약제, 검사, 수술 및 처치 행위료, 재료대 등) 등으로 되어 있다. 전체 비급여항목의 환자본인부담 중에서 항목별 구성비를 살펴보면, 입원진료의 경우 상급병실료차액 부담(30.1%)이 가장 높고, 다음은 식대(29.5%), 지정진료료(17.7%) 순으로 나타나며, 이들 항목이 비급여 본인부담액의 약 78%를 차지한다. 외래진료의 경우에는 초음파검사(33.3%)의 부담이 가장 높은 편이며, 지정진료료(20.2%), MRI(13.9%) 순

- 2) 질병, 부상의 치료 목적이 아니거나 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환, 기타 보험급여의 원리에 부합되지 아니하는 사항으로서 ① 단순 피로 및 권태, 피부질환, 비뇨기 및 부인과 질환, ② 미용을 목적으로 하는 성형수술과 그로 인한 후유증, ③ 마약중독증, 향정신성 의약품중독증, ④ 질병을 동반하지 않은 포경수술, ⑤ 예방접종, 본인 희망에 의한 임의 건강진단, ⑥ 미용목적의 부정교합치의 교정, 치과의 보철, 치주질환이 없는 상태에서 예방목적으로 실시하는 치석 제거, ⑦ 보조기, 보청기, 의수·족, 의안, 콘택트 렌즈의 재료비(단, 등록 장애인에 대한 보장구 제외), ⑧ 입원기간 중의 상급병실료 차액, 식대, 지정진료료 등이 있다.

으로 나타난다(표 1 참조).

요양급여 기준에 명시된 비급여 대상 이외에 의료기관에서 환자의 요구 및 진료특성상 일부 항목이 임의로 비급여 처리되는 경우가 많다. 첫째, 실제 진료에 소요된 일부 약제, 검사, 수술 및 처치, 재료대 등에 대하여도 요양급여기준 및 진료수가 산정방법에 의거 소정의 진료수가에 포함되어 별도 징수할 수 없도록 규정되어 있어 이에 대한 보상을 위하여 비급여 처리되는 경우(Type 1)이다. 그 예로서 수술시간 단축으로 환자의 고통을 감소시켜 주고 감염 등 합병증을 줄일 수 있는 진료방법과 일회용 제품의 사용이 이미 보편화되어 있으나 소정의 수술료에 포함된 것으로 규정³⁾되어 별도 인정되지 않는다.

둘째, 의료기술의 발달로 인한 특수 또는 새로운 진료행위, 재료대 및 미협약동위원소검사 등에 대하여 보건복지부 장관의 승인 절차가 정기적으로 신속하게 이루어지지 않고 있어 승인기간 이전에 비급여 처리되는 경우(Type 2)이다. 그 예로써 혈

3) 복강경하 담낭절제술 등 내시경수술은 조직의 관혈적 수술에 비하여 입원기간의 단축, 치료약제의 절감 및 환자의 동통 감소 등의 장점이 있어 보험급여 대상으로 인정되고 있으나, 동 수술시 다양한 종류의 재사용 가능제품이 판매되고 일부 요양기관에서 1회용 재료라도 소독하여 수회에 걸쳐 재사용하고 있다는 사유로 재료대 중 내시경 특수봉합재료와 결찰재료 및 조직배출구 등의 재료대에 한하여 인정되고 있어 일부 요양기관에서 나머지 재료대를 환자에게 전액본인부담시키고 있다. 요양기관 측은 관혈적 수술보다 훨씬 어려우며 소요재료도 다양한 바 이에 대한 보상이 이루어져야 한다고 주장한다.

관용 Stent(약 200만원) 등 일부 진료재료나 진료행위의 경우 진보된 첨단 의료행위로써 높은 치료효과를 보장하여 줌에도 불구하고 보편적인 시술방법이 아니므로 별도 인정되지 않고 있다.

셋째, 의료보험 진료수가기준 및 보건복지부의 유권해석에 의거 심사 삭감이 우려되어 비급여 처리되는 경우(Type 3)이다. 그 예로써 현재 CT촬영의 경우 심사 삭감률이 10% 정도에 달하여 의료기관에서 청구한 CT 검사비를 제대로 지급받지 못하고 있어 의료기관에서는 먼저 CT촬영을 일반(비보험)으로 처리한 후 심사기관에서 인정을 받을 경우 보험으로 처리하여 환복해 주는 사례이다.

임의 비급여부담 중에서 항목별 구성비를 살펴보면, 입원진료의 경우 Type 1+2는 39.6%, Type 3은 47.5%, 기타 13.4%로 나타난다. 의료기관이 대형화될수록 Type 1+2의 비율이 높아 신의료기술부분에 의한 영향을 많이 받는 것으로 볼 수 있다. Type 3의 경우 의원, 병원 종합병원 순으로 외래에서 그 비중이 높은 편이다(표 2 참조).

나. 문제점

의료보험재정에 의한 진료비지출이 꾸준히 증가하고 있음에도 불구하고, 의료기관 이용시 환자들의 호주머니에서 직접 지불해야 하는 부담도 여전히 과중하다는 인식이다⁴⁾. 그러면 왜 환자들이 직접 부담해야

4) 의료보험관리공단의 1996년 수진내역신고서 자료

표 2. 임의 비급여 항목별 구성비(1996년)

(단위: %)

종 별	구분	Type 1+2	Type 3					기타 ¹⁾
			계	약 제	검 사	수술료	기타행위료	
소 계	입 원	39.6	47.5	21.4	5.7	13.2	7.2	12.9
	외 래	25.9	43.1	8.0	16.6	11.2	7.3	31.0
3차 진료기관	입 원	45.7	34.4	14.4	4.4	13.0	2.6	19.9
	외 래	14.8	9.4	2.8	6.3	0.3	0.0	75.8
종합병원	입 원	36.8	54.8	24.4	7.6	14.7	8.1	8.4
	외 래	31.3	60.4	10.3	31.2	12.3	6.6	8.3
병 원	입 원	29.3	60.8	28.4	6.1	10.9	15.4	9.9
	외 래	44.2	49.9	7.1	19.3	6.7	16.8	5.9
의 원	입 원	35.6	61.9	32.1	4.8	12.6	12.4	2.5
	외 래	29.8	66.8	16.2	14.0	22.7	13.9	3.4
치과의원	입 원	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	외 래	0.0	88.0	0.0	30.6	55.0	2.4	12.0

주: 1) 자료 미제출의 경우임.

자료: 의료보험관리공단, 내부자료(수진내역고서), 1996.

하는 의료비의 비율이 높은 수준일까? 그 원인은 크게 두 가지로 생각해 볼 수 있다. 첫째, 의료보험이 1977년에 처음으로 도입된 이후 새로이 개발된 의료기술이나 흔히 사용하게 된 진단, 치료방법 및 부가 서비스 등을 의료보험에서 급여로 인정해 주지 않고 환자에게 그 부담을 지게 한 것이다. 여기에는 초음파검사, 자기공명진단 검사, 상급병실료차액, 지정진료료 등 비급여항목이 해당될 수 있다. 둘째는 의료보험수가의 항목간 불합리로 인한 의료기관

들이 경영상 자구책으로 외국에 비해 고가의 진단장비의 도입 등 비급여항목을 지나치게 많이 개발하여 환자에게 그 부담을 가중시킨 것이다.

우리는 그 동안 보험재정안정에 치중한 나머지 급여확대에 관한 방향설정이 없을 뿐 아니라 보험급여의 질적인 수준도 크게 향상되지 않았다. 그리하여 질병의 진단, 치료, 재활 등과 직접 관련된 의료와 예방 서비스를 포함한 기본적인 필수적인 의료서비스도 충실하게 급여화하지 못하고 있다.

첫째, 정밀진단에 필요한 첨단의료장비 중에서 최근 사용빈도가 높은 초음파 검사나 MRI 등에 대해서는 아직도 보험급여로

에 의하면, 의료보험 미적용(비급여) 항목이 많아 총진료비에 대한 환자본인부담률은 입원진료비의 43.2%, 외래진료비의 63.7%로 나타난다.

확대되지 못하고 있다.

둘째, 새로운 의학적 진단 및 치료방법과 약제 및 진료재료의 급여기준 항목으로의 인정이 극히 제한되어 의료기술의 발전을 저해하고, 그로 인한 고통을 최소화할 수 있는 의료행위에 대한 국민들의 욕구도 만족시켜 줄 수 없는 결과를 초래하고 있다.

셋째, 현행 요양급여기준에 명시되지 아니한 의학적 신기술이나 약제 및 치료재료 등은 보건복지부 장관이 인정하지 않을 경우 급여대상으로 인정받지 못할 뿐 아니라 비급여 대상으로도 인정받지 못하고 있다. 그로 인해 의료기관은 환자에게 제공된 편리하고 손쉬운 의료기술이라 하더라도 “위에서 별도로 정한 사항 이외에는 일체 요양기관 임의로 비급여대상으로 적용하여서는 아니된다”는 조항 때문에 환자에게 진료비를 받지 못하게 된다.

그러나 의료기관은 의학적 신기술이나, 신약 및 치료재료를 제공하지 않을 수 없기 때문에 환자에게 그 비용을 청구하고 있다. 이 경우 해당 의료기관은 범법자가 되며, 환자의 이의 신청시에는 실제 제공된 진료서비스도 환불대상이 된다. 또한 보건복지부 및 시·도 주관 의료기관 실시시에 행정처분 대상이 되어 의료기관과 심사기관간 양질의 의료 또는 적정진료의 시비대상이 되고 있다.

넷째, 현행 의료보험급여체계의 특징은 예방의료의 급여기능이 미흡하여 질병의 조기발견 및 조기치료가 지연됨으로써 상대적으로 비용이 많이 드는(Cost-ineffective)

치료에 치중하는 경향이 있다. 예를 들면 예방차원의 산전진찰, 신생아 선천성대사 이상검사 등이 시행되지 않을 경우 기형태아발생률 및 모성사망률의 증가와 출산 및 분만으로 인한 높은 위험사고 발생, 대사 이상 등으로 인한 장애자 발생의 결과를 초래한다. 또한 건강상담 등의 1차의료서비스가 보험급여에 포함되지 않을 경우 질병치료비가 높아질 가능성이 있으며, 치석 제거(Scaling)기술이 시행되지 않을 경우에도 높은 치주염 발생(외래 질병소분류별 다발생진료실적중 13위)의 결과를 초래하고 있다.

그 밖에도 현행 의료보험수가에 간호사가 독자적으로 제공하는 간호서비스가 행위별로 산정되어 있지 않고 간호관리료에만 산정(예: 3차진료기관 1일 5,350원)토록 규정되어 있다. 현행 간호관리료는 원가보상에도 미치지 못함에 따라 의료기관은 적정 간호인력의 배치에 곤란을 겪고 있다. 따라서 환자에게 양질의 간호서비스가 제공되지 못하고 있어 간병인 고용, 보호자 상주 등으로 인한 경제적 부담이 가중된다.

3. 보험급여 확대방안

가. 급여확대 원칙

‘저보험료·저급여’체계 유지로 인하여 상대적으로 비급여 본인부담이 많아져 서민들의 가계부담이 가중되고 있다. 따라서 ‘적정보험료·적정급여’체계로 전환하여 의료서비스의 질적 향상은 물론 보험급여를

확대함으로써 환자본인부담을 낮추고 보험 재정부담을 한층 더 높인다. 이에 따라 검토해야 할 급여확대 원칙은 다음과 같이 세울 수 있다.

첫째, 환자의 치료효과를 높이고 고통을 줄일 수 있는 기본적인 의료행위와 치료기간 단축 등 비용효과적인 의료행위 등에 대한 급여(나비바늘 등)를 확대한다.

둘째, 질병의 조기발견과 정밀진단을 위하여 보편적으로 이용되고 있는 첨단진단 검사(초음파검사, MRI 등)를 급여항목에 포함시킨다.

셋째, 의학발전에 따른 새로운 의료기술

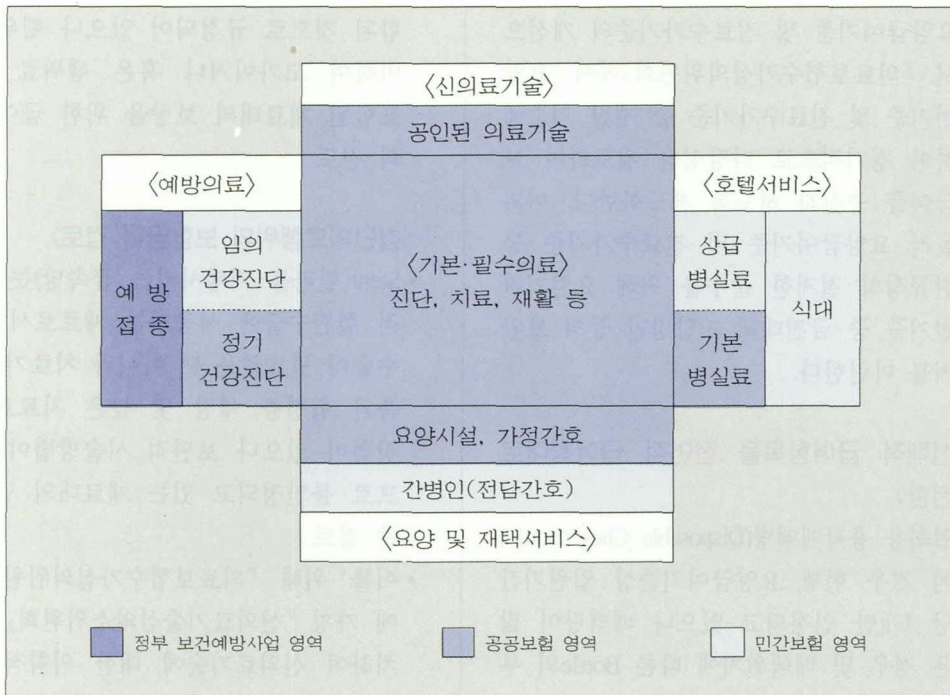
로써 그 효과가 공인된 의료행위 및 재료대(혈관용 Stent 등) 등을 급여항목으로 확대한다.

넷째, 예방의료와 관련되어 질병을 미연에 예방할 수 있고(산전진찰, 기형태아검사), 입원진료나 고액진료비 발생을 줄일 수 있는 것들(장기요양시설 및 재택진료 등)을 급여항목으로 전환한다.

다섯째, 현재 급여항목이라 할지라도 바람직하지 않은 방향의 급여항목은 과감히 제외한다.

여섯째, 고급화된 의료서비스나 추가적인 의료서비스(상급병실료차액, 식대, 간병

그림 1. 향후 의료보험급여체계 모형



인, 임의건강진단 등)에 대해서는 민간보험을 통해 보충할 수 있도록 유도한다.

이러한 맥락에서 우리가 검토해야 할 의료보험급여체계는 질병의 진단, 치료, 재활 등과 관련된 기본적이고 필수적인 의료서비스(Basic Minimum Care)에 대해서는 사회보험에서 담당하고, 그 이상의 추가적 의료서비스(Supplementary Care)와 고급화된 의료서비스에 대하여는 민간보험에서 담당하며, 그리고 예방접종 등 기초예방의료서비스는 정부가 보건예방사업을 확대하여 담당하도록 영역을 설정한다.

나. 급여확대 방안

1) 의료서비스 질 향상을 위한 급여

요양급여기준 및 진료수가기준의 개선으로서 『의료보험수가심의위원회』에서 요양급여기준 및 진료수가기준 등 제반 기준에 대하여 정기적으로 타당성을 검토하여 보험급여를 충실히 하도록 제도화한다. 이와 아울러 요양급여기준 및 진료수가기준 등 관련규정의 철저한 준수를 위해 요양기관 처벌기준 중 금전대체 지양방안 등의 보완장치를 마련한다.

〈선택적 급여항목을 전면적 급여확대로 전환〉

- 일회용 흉곽배액병(Disposable Chest Bottle)의 경우 현행 요양급여기준상 입원기간당 1개만 인정되고 있으나 배액량이 많은 경우 및 배액위치에 따른 Bottle의 부

위별 삽입 등 2개 이상 사용되는 경우도 많으므로 실제 사용량대로 인정하는 등 급여기준 검토

〈기본진료료 및 기술료에 포함되어 불인정되고 있는 진료재료를 별도 보험수가로 인정〉

- 혈관이 가늘어져 있는 환자나 소아에 있어서는 나비바늘을 쓰지 않고 일반 주사바늘로 정맥주사를 시도하는 것은 환자에게 고통을 주는 것임. 나비바늘과 같은 환자의 고통을 줄일 수 있는 치료재료에 대한 급여기준의 검토
- Epidural Catheter(약 5,000~16,500원)의 경우 현 요양급여기준상 소정의 수술료(계속적 경막외 차단은 21,710원)에 포함된 것으로 규정되어 있으나 행위료에 비하여 고가이거나 혹은 행위료 등에 포함된 재료대의 보상을 위한 급여기준의 검토

〈첨단의료행위의 보험급여 검토〉

- Stent(혈관을 지탱시키는 금속망)는 경피적 혈관수술에 사용하는 재료로서 혈관수술이 필요없을 뿐 아니라 치료기간 단축과 합병증 예방 및 높은 치료효과의 장점이 있으나 보편적 시술방법이 아니므로 불인정되고 있는 재료대의 급여기준 검토
- 이를 위해 『의료보험수가심의위원회』내에 가칭 『신의료기술심의소위원회』를 설치하여 신의료기술에 대한 의학적·사회

경제적 타당성 검토(위원회는 관련단체 및 학회에서 신임할 수 있는 위원으로 구성하되 공신력이 요구됨)

〈기본진료료(간호관리료)에 포함되어 불인정되고 있는 간호행위별 수가 등의 포괄적 검토〉

2) 재활의료의 급여 확대

환자에게 질병으로 인한 후유증을 최소화하고 잔여기능을 최대한 활용할 수 있도록 도와주는 의료행위에 대한 보험급여를 확대한다(현재 개발중인 상대가치수가체계(RBRVS)에 재활의료부분을 물리치료, 운동치료, 작업요법, 의지/보조기, 포괄적 재활, 호흡재활, 심장재활, 동통재활, 언어재활로 분류하고 있음).

3) 질병의 조기발견 및 질병예방을 위한 급여

질병의 조기발견 검사를 위한 급여확대는 보편적으로 이용되고 있는 초음파 검사와 진단에 필요한 MRI 검사 등이 있다. 질병예방을 위한 급여확대는 사망률과 장애율을 감소시킬 수 있는 의료서비스로써 산전진찰, 정기암검사 등이 있다(예방의료에 대해 현재 개발중인 상대가치수가체계에 '정기적인 건강평가의 연령별 프로그램'으로 문진 및 건강평가, 이학적검사, 임상검사, 상담, 예방접종 등을 포괄적으로 포함하고 있으므로 이에 근거한 급여범위 보완 검토).

4) 일차의료 강화를 위한 급여

제도 보완을 통하여 비용이 저렴한 대안적 의료서비스인 주치의의 건강관리, 재택의료, 장기요양서비스 등의 보험급여 확대 방안을 강구한다.

5) 진료비 본인부담금 경감을 위한 급여

의원급 외래 본인부담금 경감대상 노인 연령을 70세 이상에서 65세 이상으로 확대한다. 현재 의원과 한의원의 70세 미만 환자의 본인부담은 3,200원, 70세 이상은 2,100원이며, 치과의원의 경우 70세 미만은 3,700원, 70세 이상은 2,100원이다.

다. 단계별 급여확대에 따른 소요예산 추계 및 재원조달

1) 급여확대 항목별 소요재원

급여확대에 따른 소요비용을 정확하게 추계하는 작업은 쉽지 않지만 1996년도 의료보험수가 및 의료이용량을 기준으로 추계한 결과 최소한 8636억원이 소요될 것이다. 구체적 항목으로는 의료서비스 질 향상을 위해서 요양급여기준 개선에 의한 급여 확대는 약 2235억원, 질병의 조기발견을 위한 초음파검사 약 4863억원, MRI검사 약 521억원, 질병예방을 위한 급여로서 산전진찰 약 266억원, 기형태아검사 약 57억원, 급여기간의 연장 550억원, 장애인보장구 78억원, 그리고 의원급 외래 본인부

표 3. 단계별 급여확대에 따른 소요자원(1996년 기준)

	1999	2000	2001
비급여항목의 급여화에 따른 재정소요	• 본인부담 경감 66억원	• MRI 521억원 • 산전진찰 266억원 계 787억원	• 초음파검사 4.863억원 • 기형아검사 57억원 계 4920억원
	계 66억원	누계 853억원	누계 5773억원
급여기준 개선 ¹⁾	745억원(1/3)	1490억원(2/3)	2235억원(3/3)
급여기간 연장	294억원	550억원	550억원
장애인보장구	78억원	78억원	78억원
총소요재정	1183억원	2971억원	8636억원
본인부담률 (현재 43.57%)	42%	40%	35%

주: 1) 임의비급여항목중 일부(Type 3)를 제외한 나머지를 급여화함.

담금 경감대상 연령을 70세 이상에서 65세 이상으로 확대하는 데 약 66억원이 소요될 것으로 예상된다.

2) 급여확대를 위한 자원조달

급여확대에 따른 소요자원을 충당하기

위해서는 직장근로자의 경우 1996년 보험료율 3.05%에서, 약 4% 정도 인상이 요구된다. 만일 의료보험수가 인상과 의료이용 증가 등을 고려한다면 실제 보험료율은 더 높아질 것으로 예상된다. 본문