

- 현재, 요양병원은 비교적 **정형화된 치료가 중(장)기간 동안 이뤄진다는** 특성을 고려해, 일반적인 병원 입원 진료비와 달리 **입원 1일당 정해진 금액**을 받는 형태(일당정액수가)로 운영 중이다.
- 일당정액수가는 **입원환자를 크게 7개 군으로 구분**하여 분류군별로 각기 다른 금액이 책정되는데, 현행 입원환자분류체계는 **의학적 입원 필요성에 따른 분류(의료최고도-고도-중도-경도)**와 **돌봄 필요성에 따른 기능적 분류(문제행동군-인지장애군-신체기능저하군)**가 혼재되어 있었다.
- 이번 개편을 통해, **의학적 입원 필요성에 따른 단일 기준**으로 입원환자 **분류체계를 정비(의료최고도-고도-중도-경도)** 하고, **의학적 분류군에 속하지는 않지만 일정기간 입원이 필요한 환자**들은 본인부담을 차등하여 입원토록 하는 **'선택입원군'**으로 신설·통합하기로 했다.

< 요양병원 입원환자 분류체계 변경(안) >

현재		변경
의료최고도		의료최고도
의료고도		의료고도
의료중도	⇒	의료중도
문제행동군		
의료경도		의료경도
인지장애군		
신체기능저하군		선택입원군

- **의료최고도**(예. 혼수상태, 인공호흡기가 상시 필요한 환자 등)와 **고도**(예. 심한 사지마비, 심한 욕창, 심한 화상 환자 등)는 **기존의 환자분류 기준을 대부분 유지**하되, **일부 불명확한 기준을 정비***하고 적극적인 환자 치료를 독려하기 위해 **기존 수가(가중평균가) 대비 10~15% 정도 인상**하기로 하였다.

* 예) (기존) 발열 → (개선) 발열이 최소 3일 이상 있고 발열원인을 찾는 검사와 처치가 동반된 경우

- **의료중도**(예. 중등도 사지마비, 중등도 욕창, 수술 창상 치료 등)의 경우 **현행 수가를 유지**하되, 환자의 기능회복을 위해 **기저귀 없이 적극적으로 이동 보행 훈련** 등을 실시하는 경우에 **산정하는, 이른바 '탈(脫)기저귀 훈련' 수가를 신설**하기로 하였다.
 - 또한, **망상·환각** 등으로 약물 치료가 필요한 정도의 **중증 치매 환자, 마약성 진통제 등의 투여가 필요한 암환자**의 경우 **의료중도로 새롭게 분류**하여 적극적 치료가 이뤄질 수 있도록 개선하였다.
 - **의료경도**(예. 경증치매, 일정수준의 전문재활치료를 받는 환자 등)의 경우 **단순 기억력 저하를 치매로 입원**시키는 현상을 방지하기 위해 **치매 진단을 받은 후 관련 약제 투여가 이루어지는 경우**로 분류 기준을 명확히 하고 약제비용을 반영해 수가를 일부 조정했다.
 - **선택입원군**은 의료최고도 내지 경도에 속하지 않는 환자 중 **의학적으로 입원 필요성은 낮으나 일부 입원은 보장될 필요가** 있다고 보는 환자로 **본인부담률은 40%로 하여 일정 기간 동안 입원**할 수 있도록 하였다.
 - 또한, '23년 이전까지 **요양병원이 질병군별로 전문화된 의료적 기능을 보다 충실히 수행**할 수 있는 **차세대 수가체계 개편방안***을 **연구용역 등을 거쳐 마련**하기로 하였다.
- * 뇌졸중, 치매, 중증신경근육질환(예. 루게릭병) 등 주요 질병군별 특성을 고려한 환자분류 및 수가체계 등
- **요양병원의 불필요한 장기입원을 줄이기 위한 대책**도 마련했다.
 - 현재 장기간 입원하는 경우 입원 초기에 이뤄지는 환자 평가나 각종 처치 행위들이 갈수록 줄어드는 점 등을 감안, **181일 이상 입원하는 경우 입원료의 5%** (1일당 약 1,010원), **361일 이상을 입원하는 경우 입원료의 10%** (1일당 약 2,020원)를 수가에서 차감하고 있었다.

- 이번 의결로 181일과 361일 사이에 271일 구간을 신설하고 **271일 이상 10%, 361일 이상 15%** (1일당 약 3,030원)를 차감하도록 개선한다.
- 또한, 요양병원이 서로 환자를 주고받으며 장기간 입원시키려는 행태를 방지하기 위해, 요양병원에 한해 입원이력을 누적하여 관리하고, 입원료 차감기준을 연계하여 적용하기로 하였다.

□ 요양병원의 본인부담상한제 사전급여는 요양병원에 지급하던 것을 환자에게 직접 지급하는 것으로 변경된다.

- 현행 본인부담상한제* 사전급여는 동일 요양기관에서 연간 법정 본인부담금이 **최고상한액**(19년 기준 580만 원)을 초과할 경우 초과금액은 요양기관이 환자에게 받지 않고 건강보험공단에 청구하고 있다.

* 본인부담상한제란? 과도한 의료비로 인한 경제적 부담을 덜어주기 위해 연간(1월1일 ~ 12월31일) 본인일부부담금(비급여, 선별급여 등 제외)의 총액이 개인별 상한금액(19년 기준 81~580만 원)을 초과하는 경우 그 초과금액을 건강보험공단이 부담하는 제도

- 하지만, 요양병원의 경우 해당 금액을 이용해 사전에 의료비를 할인해 주거나 연간 약정 등을 통해 환자를 유인하는 경우가 있어, 이에 대한 개선 요구가 있었다.

- 앞으로 요양병원은 동일 기관이더라도 본인부담금 최고 상한액을 초과하는 금액을 요양병원에 지급하지 않고 건강보험공단이 환자에게 직접 환급할 예정이다.

* 요양병원 본인부담상한제 환급액: '16년 4,866억 원(41.4%) → '17년 6,345억 원(47.2%)

- 다만, 요양기관의 청구가 필요하므로 그 초과금액은 진료일로부터 3~5개월 후에 환자에게 직접 지급된다.

□ 요양병원 환자의 지역사회 조기 복귀를 위한 연계 기능 강화는 지속적으로 추진한다.

- 지난해 12월 27일에 발표된 '요양병원 수가체계 개선 방안'에 따라, 일정기간 이상 입원하고 있는 환자로 경제·사회적 어려움이나 돌봄요구가 있는 환자들을 **통합적으로 평가**하고, 평가 결과에 따라 환자에게 필요한 지역사회 의료·돌봄서비스를 연계해 줄 경우 관련 활동에 대해서도 건강보험이 보장하는 방안을 마련 중에 있다.

- 요양병원에 환자가 입원하는 경우 국민건강보험공단이 구축 예정인 '(가칭)환자지원시스템'을 통해 입원 현황을 입력하면, 환자별 노인장기요양서비스 및 각종 사회복지서비스 수급 현황이 확인 가능하도록 지원할 예정이다.

- 이를 바탕으로 환자의 건강상태 외 경제·사회적 여건 등을 종합적으로 평가하여 치료방침을 정하고, 지역사회 복귀가 가능한 환자는 '퇴원지원 표준계획(일명 '케어플랜')을 수립하도록 추진한다.

- 특히, 지역사회 통합돌봄 선도사업 지역은 요양병원에서 수립된 '퇴원지원 표준계획'을 지자체(케어안내창구)가 바로 송부 받아 환자에게 서비스가 신속하고 유기적으로 이뤄지는 체계도 구축할 예정이다.

- 또한, 중장기적으로 의료와 복지 서비스를 통합적으로 제공하는 노인의료 통합 서비스 기관으로서의 분화 모형(모델)을 별도 연구용역 등을 통해 검토하기로 했다.

□ 아울러, 요양병원 입원환자의 안전관리 기반을 마련하기 위한 관련 수가 신설 및 인증기준 개선도 병행한다.

- 일정기준*을 충족하는 요양병원은 입원환자 안전관리 및 감염 예방·관리 관련 수가 등을 산정할 수 있도록 하는 등 요양병원의 환자안전 및 감염예방 관련 인력 확충과 기능 보강도 지원할 계획이다.

* (환자안전관리료) 인증을 받은 200병상 이상 요양병원에서 환자안전법에 따라 전담인력 배치, 환자안전위원회 설치·운영하는 경우 등
(감염예방관리료) 감염관리위원회 및 감염관리실을 설치하고, 의료기관평가 인증 획득, KONIS(병원감염감시체계)참여하는 경우 등(20년 이후 검토 추진)

- 또한, 3주기 요양병원 인증(21)부터 환자안전 관련 중요 기준 (화재안전, 감염관리, 인권보호 분야 등)을 필수 항목으로 전환하고, 불시 조사* 등을 도입해 인증 병원의 사전·사후관리 강화할 예정이다.

* 인증조사 시행 시 사전 통보를 원칙으로 하나, 필요시 사전 통보 없이 조사 시행

□ 보건복지부 관계자는 “길게는 10여 년간 이어진 논의 끝에 요양병원 개편에 대한 첫발을 뗐다”라고 언급하며, “향후에도 안전하고 질 높은 중(장)기 입원 의료기관으로서 기능을 적절히 수행할 수 있도록, 지속적으로 개선 방안을 검토해 나가겠다”고 밝혔다.

- 또한 “이번 수가체계 개선 방안은 각 과제별로 올해 3분기내로 개정 고시안을 발표하고 ‘19.10월 이후부터 단계적으로 시행될 예정”이라고 전했다.

<붙임> 요양병원 환자분류체계 및 수가수준 조정(안)

붙임

요양병원 환자분류체계 및 수가수준 조정(안)

< 요양병원 1일당 정액수가 >

(단위 : 원)

		현재		변경		
환자군*		요양급여 비용**	환자 부담금	환자군	요양급여 비용**	환자 부담금
의료 최고도	1	76,250	15,250	의료 최고도	80,870	16,170
	2	68,530	13,700			
의료 고도	1	66,320	13,260	의료 고도	71,680	14,330
	2	63,920	12,780			
	3	59,110	11,820			
의료 중도	1	62,730	12,540	의료 중도	61,530	12,300
	2	60,710	12,140			
	3	58,490	11,690			
문제행동군		58,860	11,770			
인지장애군		58,040	11,600			
의료 경도	1	60,220	12,040	의료 경도	59,470	11,890
	2	58,000	11,600			
신체 기능 저하군	1	47,870	19,140	선택 입원군***	45,100	18,040
	2	45,760	18,300			
	3	42,390	16,950			

* 기존에는 각 분류군 아래 추가 기준에 따른 세부분류가 있었으나, 금번 분류개편에서 이를 통합

** 1등급 인력가산을 받는 기관 기준으로 입원료, 약제, 치료재료 비용이 포함된 1일당 정액수가 (재활치료 등의 비용은 별도)

*** 선택입원군의 본인부담률은 기존 신체기능저하군의 본인부담률인 40%를 적용