

요양병원 수가제도에 대한 소고 -환자군 조정 판결을 중심으로-

권혜옥*

I. 서론
II. 요양병원의 특수성
1. 일당정액수가제의 채택
2. 요양시설과의 비교
III. 환자군 조정에 대한 판례
1. 사실관계
2. 당사자의 주장
3. 법원의 판단
IV. 요양병원의 문제점과 해결안 모색
V. 요양병원 수가제도의 문제점과 개선방향
1. 요양병원 수가제도의 문제점
2. 요양병원 수가제도의 개선방향
VI. 결어

I. 서론

우리나라의 건강보험제도는 국민으로부터 거둔 건강보험료를 기반으로 운영되고 있으며, 국민 모두는 건강보험제도에 가입하도록 강제되고 있다.¹⁾ 이에 정부는 적은 예산으로 많은 혜택을 주고자 건강보험제도에서 보장할 수 있는 진료의 범위를 확장시키려고 노력하는 동시에 재정의 건전성을 도모하고

* 논문접수: 2017. 12. 06. * 심사개시: 2017. 12. 13. * 게재확정: 2017. 12. 29.

* 건강보험심사평가원 촉탁변호사.

1) 국민건강보험법 제5조 제1항 본문.

있다.

그런데 최근 사회의 급속한 고령화, 노인성·만성 질환 위주의 장기 요양의 료서비스의 수요 증가에 따라 요양병원의 기관수가 기하급수적으로 증가하며 그 진료비의 증가폭이 2005년 1,251억원, 2013년 4조 9,602억원²⁾으로 8년 사이에 무려 39배가 증가하는 등 비정상적으로 늘어나고 있어 건강보험재정에 막대한 부담을 주고 있다. 이는 요양병원의 ‘입원일당 정액수가’에 의하여 비용이 지급되고 있는 점, 장기입원환자를 대상으로 한 병원이라는 점 등의 특수성이 급속한 노령화라는 사회적인 현상과 맞물리면서 나타나게 된 문제점이라 할 수 있다.

건강보험의 원칙적 수가제도인 행위별 수가제³⁾를 채택할 경우 장기요양환자의 임상적, 기능적 특성을 반영한 의료서비스 공급을 유도하는 데 한계가 있다는 점에서 입원일당 정액수를 도입한 것이었는데, 이로 인해 요양병원의 수적 증가에는 공헌하게 되었지만 의료적 처치가 필요하지 않은 입원환자나 입원이 부적절한 신체기능저하군⁴⁾이 병상의 대부분을 차지하게 되면서 의료법 상 명시된 요양병원의 본연의 기능(의료기능)이 왜곡되었고,⁵⁾ 이는 환자들을 돈벌이 수단으로 전락시키는 유인으로 작용하기도 하였다. 나아가 이는 환자들에 대한 학대나 방치 등의 원인이 되기도 하여 요양병원의 이러한 문제점들은 사회이슈로 떠오르기도 했다.⁶⁾

정부는 요양병원의 이러한 문제점이 건강보험재정의 건전성을 위협 하는

2) 장중문, “요양병원 입원진료비 증가 요인 분석”, 공기업정책학 석사 학위논문, 서울대학교 행정대학원, 2012. 16.17면 참조.

3) 진료할 때마다 진찰료, 검사료, 처치료, 입원료, 약값 등에 따로 가격을 매긴 뒤 합산하여 진료비를 산정하는 제도.

4) 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2017-151호, 2017.8.25.), 제3편 요양병원 급여목록 및 상대가치점수, 요-7 신체기능저하군, 「국민건강보험법 시행령 제19조제1항 [별표2]의 1.가.2)의 규정을 적용 받는 경우로서, 요-1 의료최고도 내지 요-6 의료경도에 해당하지 않거나 입원치료 보다 요양시설이나 외래진료를 받는 것이 적합한 환자에게 산정한다」.

5) 김정희, “요양병원 수가 개선방안”, 『건강보험심사평가원 연구보고서』, 2015. 2., 2, 3면.

6) 경남매일신문, “요양병원 학대 끊이지 않는다”, 2016. 7. 21. 외 다수.

요인으로 등장하자 이를 건강보험심사평가원의 ‘심사’와 ‘평가’ 업무를 통해 해결하고자 하였다.⁷⁾ 요양병원의 입원환자 중 입원기간 동안 타 병원의 외래 진료내역이 발견된 환자에 대하여 기존에 인정한 환자군을 ‘신체기능저하군’으로 조정한 예가 ‘심사’를 통한 모색안이었고 요양병원 적정성 평가를 통해 하위 20%에 해당하는 요양병원에 대하여 별도보상을 제외⁸⁾한 예가 ‘평가’를 통한 모색안이었다. 요양병원 적정성 평가에 의한 별도보상제의 방식은 초기 시행에 있어 절차 및 방법의 위법성으로 인해 법원으로부터 처분취소 판결⁹⁾을 받기도 하였으나 제도의 수정·보완¹⁰⁾을 통해 이후 소송에서는 제도의 적법성을 인정받았고¹¹⁾ 현재는 안정적으로 그 제도가 시행되고 있다.

반면에 환자군 조정과 관련한 방식은 법적 근거의 부족으로 인해 처분취소

- 7) 건강보험심사평가원의 ‘심사’는 요양기관의 요양급여비용 청구가 요양급여기준에 부합하는지 여부를 결정하는 업무이고, ‘평가’는 의료서비스의 질을 향상시키기 위한 업무이다. 심사업무는 요양급여기준에 부합여부를 따져 삭감 등의 처분을 행할 수 있어 각 의료행위가 요양급여기준에 부합되도록 유도하는 즉각적인 제재가 가능하다는 장점이 있지만 서비스의 질적 측면에 대한 개선 유도가 어렵다는 한계점이 있다. 이러한 한계점을 보완해주는 것이 바로 ‘평가’업무인데, 의료의 질과 비용의 적정성을 보장할 수 있다는 장점이 있다.
- 8) 보건복지부 고시 2017-151호, 요양병원 급여목록 및 상대가치점수에 따르면, 요양병원은 환자 수 대비 의사인력 및 간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등제 및 필요인력확보에 따른 별도보상제를 운영하고 있는데, ‘요양병원 입원급여 적정성 평가’결과 평가영역이 전체 하위 20% 이하에 해당하는 요양병원은 평가결과 발표 직후 2분기 동안 입원료 차등제와 필요인력확보에 따른 별도보상을 적용하지 않도록 하였다.
- 9) 서울행정법원 2012. 10. 25. 선고 2011구합35521 판결, 서울행정법원 2012. 10. 25. 선고 2011구합40509 판결, 서울행정법원 2012. 7. 13. 선고 2012구합6216 판결 외 다수 : 초기 요양병원 적정성 평가에서 문제점으로 지적된 것은 크게 두 가지였는데 첫째는 요양병원 적정성 평가결과 하위 20%에 해당하는 병원에 대하여 이러한 사실에 대한 사전통지 및 의견제출 기회를 제공하지 않았다는 것이었다. 두 번째는 구조부문 중 시설에 대한 조사가 있어 기본적으로 요양병원이 직접 작성한 웹조사표에 의하되, 이 중 무작위추첨을 통하여 일부 요양병원에 대하여 현지 확인을 실시하였는데 이것이 표본조사 대상인 요양병원과 그렇지 않은 요양병원을 합리적인 이유 없이 차별하였다는 것이었다.
- 10) 법원으로부터 위 두 가지 사항에 대한 지적을 받고 난 후 건강보험심사평가원은 요양병원 적정성 평가 후 하위 20%에 해당하여 별도보상제외처분을 받게 될 요양병원에 대하여 사전통지 및 의견제출의 기회를 부여하였고, 구조부문 평가에 있어 시설에 대한 항목을 제외하고 이에 따라 웹조사표 평가를 삭제하였으며 시설에 대한 평가는 의료기관평가인증원으로 이양하였다.
- 11) 서울행정법원 2015. 4. 2. 선고 2015구합50689 판결, 서울고등법원 2015. 9. 22. 선고 2015누41946 판결, 서울고등법원 2015. 11. 5. 선고 2015누50049 판결, 대법원 2016. 3. 24. 선고 2015두58942 판결 외 다수.

판결을 받고도 현재까지 뚜렷한 수정방안이 없는 상태로 보류되어 있다. 이에 환자군 조정에 관한 판례를 살펴보고 이 사건에서 드러난 요양병원 수가제도의 문제점을 짚어보며 그에 맞는 수정방향을 생각해보고자 한다.

II. 요양병원의 특수성

1. 일당 정액수가제의 채택

가. 수가제도의 일반

요양급여비용이란 요양기관이 가입자 또는 피부양자에게 진료행위 등을 행하고 받을 수 있는 금전적 대가를 말하는데, 이는 국민건강보험공단에 청구하여 받게 되는 비용과 진료행위 등을 받은 가입자 또는 피부양자가 부담하는 비용(본인부담금)으로 구성되어 있다.

요양급여비용은 상대가치점수 \times 점수당 단가(환산지수) \times (종별 가산율)의 산식을 통해 책정되는데, 국민건강보험법 시행령 제21조 제2항은 상대가치점수란 “요양급여에 드는 시간·노력 등 업무량, 인력·시설·장비 등 자원의 양 및 요양급여의 위험도를 고려하여 산정한 요양급여의 가치를 각 항목 사이에 상대적인 점수로 나타낸 것”이라고 정의하고 있다. 이러한 상대가치점수는 국민건강보험법 제45조 제1항에 따라 매년 공단의 이사장과 의약계를 대표하는 사람들의 계약에 의하여 정해진다. 점수당 단가는 상대가치점수를 금액으로 바꾸어주는 지표가 되는 것이며, 종별 가산율은 요양기관이 종별 규모에 따라 시설, 인력, 장비 등 투자비용이 상이한 점을 고려하여 처치나 검사 등의 행위에 대해 가산해주는 일정한 비율이다.

이러한 요양급여비용은 다양한 기준에 따라 산정될 수 있는데 우리나라는 원칙적으로 진료에 소요되는 약제나 치료재료의 비용은 별도로 산정하고 요양기관이 제공하는 진료행위마다 항목별로 가격을 책정하여 진료비를 지급하는

‘행위별 수가제’를 채택하고 있고, 예외적으로 해당 진료에 필요한 요양급여 각 항목의 점수와 약제·치료재료의 비용을 합산하여 1일당 상대가치점수로 산정하여 비용을 지급하는 1일당 정액수가제, 해당 진료에 필요한 요양급여 각 항목의 점수와 약제·치료재료의 비용을 포괄하여 입원 건당 하나의 상대가치점수로 산정하는 질병군별 포괄수가제 등을 도입¹²⁾하고 있다.

나. 요양병원의 수가제도

앞서 언급한 수가제도 중 요양병원에 대한 비용은 해당 진료에 필요한 요양급여 각 항목의 점수와 약제·치료재료의 비용을 합산하여 증세의 경중도의 구분에 따라 비용을 지급하는 입원일당 정액제에 의하고 있다. 즉, 행위별 수가제와 달리 환자에게 어떠한 처치가 이루어지는지에 대한 직접적인 검토 없이 환자의 입원만으로 법에서 규정한 일정 금액을 지급하는 형식인 것이다.

요양병원의 입원환자는 환자평가표¹³⁾에 의하여 7개의 환자군(의료최고도, 의료고도, 의료중도, 문제행동군, 인지장애군, 의료경도, 신체기능저하군)으로 대분류하고, 각 군별로 임상적 상태 혹은 일상생활수행능력(Activities of Daily Living, ADL) 기능상태에 따라 2~3개의 세부항목으로 분류하여 1일당 정액을 정하고 있다.¹⁴⁾ 의료최고도에 가까울수록 1일당 정액의 금액이 높아지고, 신체기능저하군에 가까울수록 1일당 정액의 금액이 낮아진다. 이는 환자의 병세가 악화되어 있을수록 병원에서 환자 치료에 들여야 하는 시간과 비용이 더 많을 것이라는 전제 하에 채택하게 된 방식이다.

다만, 모든 비용이 1일당 정액으로 처리되는 것은 아니고, 식대, CT, MRI, 전

12) 국민건강보험법 시행령 제21조 제3항.

13) 환자평가표는 보건복지부 고시 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3편 요양병원 급여 목록 및 상대가치점수(별표 2)에 수록되어 있는데, 각 요양병원의 간호사가 매월 작성하여야 하고, 작성일을 기준으로 관찰기간 7일이 확보되었다면 작성하되, 7일간의 환자상태를 종합적으로 평가하여 작성한다. 환자평가표의 평가항목은 ‘의식상태, 인지기능, 신체기능, 배설기능, 질병진단, 건강상태, 구강 및 영양상태, 피부상태, 특수처치 및 전문재활치료’ 등이다.

14) 김정희, “요양병원 수가 개선방안”, 『건강보험심사평가원 연구보고서』, 2015. 2., 32면.

문제활치료, 전문의약품, 당해 요양기관에 인력·시설 또는 장비가 갖추어져 있지 아니하여 다른 요양기관에 진료를 의뢰한 경우 발생한 행위·약제 및 치료재료 등에 대하여는 예외적으로 행위별 수가를 적용하도록 규정하고 있다.¹⁵⁾

2. 요양시설과의 비교

의료법 시행규칙 제36조 제1항은 요양병원의 입원 대상을 「① 노인성 질환자, ② 만성질환자 또는 ③ 외과적 수술 후 또는 상해 후 회복기간에 있는 자로서 주로 요양이 필요한 자」로 정하고 있다. 그리고 앞서 살펴본 바와 같이 요양병원의 입원대상자는 7개 환자군 중 하나로 지정되어 입원을 하게 되고 그 비용 중 일부는 건강보험재정에서 부담하고 있다. 환자군의 지정은 간호사가 7일간의 환자상태를 종합적으로 평가하여 매월 작성하는 환자평가표에 의하여 결정된다.

한편, 노인요양시설에 입소할 수 있는 대상은 노인복지법 제34조 제2항, 같은 법 시행규칙 제18조에 규정되어 있는데, ① 「노인장기요양보험법」 제15조에 따른 장기요양급여수급자, ② 「국민기초생활 보장법」 제7조제1항제1호에 따른 생계급여 수급자 또는 같은 항 제3호에 따른 의료급여 수급자로서 65세 이상의 자, ③ 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 65세 이상의 자, ④ 입소자로부터 입소비용의 전부를 수납하여 운영하는 노인요양시설 또는 노인요양 공동생활가정의 경우는 60세 이상의 자로서 노인성질환 등으로 요양을 필요로 하는 자로 규정하고 있다. 결국 노인요양시설에 입소할 수 있는 대상은 위 ④에 의하여 대부분의 노인이 그 범위에 포함되고 요양병원의 입원대상자와 그 범위에서는 큰 차이가 없어 보인다. 그러나 비용부담에 있어서는 큰 차이가 있다. 요양시설 입소자 중 장기요양급여의 대상자는 “① 「노인장기요양

15) 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2017-151호, 2017.8.25.), 제3편 요양병원 급여목록 및 상대가치점수.

보험법」 제15조에 따른 장기요양급여수급자와 ② 「국민기초생활 보장법」 제7조제1항제1호에 따른 생계급여 수급자 또는 같은 항 제3호에 따른 의료급여 수급자로서 65세 이상의 자”에 국한되며, 국가가 지정한 지원대상이 아닌 자는 본인이 그 비용을 부담하게 된다.

노인장기요양급여의 대상에 대하여는 노인장기요양보험법이 규정하고 있는데, 노인장기요양보험법에 따르면, 장기요양인정을 받기 위해서는 먼저 공단에 신청하여야 하고 이 신청을 위해서는 기본적으로 의사의 소견서를 제출하여야 한다.¹⁶⁾ 그 뿐만 아니라 신청이 접수되면 공단의 직원이 신청인의 심신상태 등을 직접 조사하고¹⁷⁾ 기 제출된 의사소견서와 조사결과서 등을 기초로 등급판정위원회에서 판정을 받아야 한다.¹⁸⁾ 등급판정위원회는 신청인이 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되면 대통령령으로 정하는 등급판정기준에 따라 수급자로 판정한다.¹⁹⁾ 또, 이렇게 등급판정을 받아도 유효기간이 있어²⁰⁾ 장기요양인정대상 해당여부를 계속해서 검증받게 된다.²¹⁾

이처럼 요양병원과 요양시설에 입원하고 있는 대상자는 비슷하나 요양병원의 경우 입원에 별 다른 요건이 없고 간호사가 작성한 환자평가표에 의해 환자군이 지정되면 규정에 따라 요양급여비용을 지급받을 수 있는 데 비해 요양시설의 경우에는 까다로운 절차에 의해 장기요양 대상자로 인정되어야 장기요양급여를 지급받을 수 있다는 차이점이 있다.

16) 노인장기요양보험법 제13조 제1항.

17) 노인장기요양보험법 제14조 제1항.

18) 노인장기요양보험법 제15조 제1항.

19) 노인장기요양보험법 제15조 제2항.

20) 유효기간은 1년이고, 다만 갱신하는 경우 1등급은 3년, 2등급부터 5등급까지는 2년이다.

21) 노인장기요양보험법 제19조.

III. 환자군 조정에 대한 판례²²⁾

1. 사실관계

환자가 요양병원에 입원해 있는 동안에는 원칙적으로 해당 환자에 대한 처치가 모두 당해 요양병원에서 이루어져야 하며, 요양병원의 입원일당 정액수에는 환자에게 투여되는 모든 비용이 포함되어 있으므로 해당 환자가 요양병원에 입원해 있는 기간 동안에는 원칙적으로 외래로 요양급여비용이 발생하여서는 안 된다. 가사 당해 요양병원에 인력·시설 또는 장비가 갖추어져 있지 아니하여 다른 요양기관에 진료를 의뢰한 경우라도 그 비용은 의뢰한 당해 요양병원에서 타 기관에서 발생한 비용까지 함께 공단에 청구한 후 내부적으로 정산하도록 하고 있어 환자가 요양병원에 입원해 있는 동안에는 어떠한 경우로도 타 병원의 외래비용이 발생하여서는 안 되는 것이다. 그런데 일부 요양병원에서 일당 정액수기에 따른 비용을 모두 수령하고도 그에 합당한 환자관리 비용은 지출하지 않으려는 의도로 입원 환자를 타병원에서 정기적으로 진찰을 받게 하거나 주요 약제를 처방받게 하는 등 재차 외래에서 동일 환자에 대한 요양급여비용이 발생하도록 하는 일이 빈번하게 일어났다. 이는 건강보험제정의 이중지출(누수)과 환자관리 소홀의 두 가지 문제를 야기하였다. 이에 건강보험심사평가원은 요양병원에 입원해 있으면서도 타 병원의 외래진료를 지속적으로 받아온 환자들을 적발해내고 위 환자들에 대하여 이미 환자평가표에 의하여 의료최고도, 의료고도 또는 의료중도 등의 군으로 정해졌다 하더라도 최하등급인 ‘신체기능저하군’으로 환자군을 조정하고 그에 따라 요양급여비용을 삭감하는 처분을 행하였다. 이러한 건강보험심사평가원의 처분은 현실적으로는 요양병원의 의도적 외래비용발생 행태를 개선하는 계기가 되었지만 한편으로는 이미 환자평가표에 의하여 환자군이 결정된 환자들에 대하여 “타

22) 대구지방법원 2015. 11. 25. 선고 2014구합21716, 대구고등법원 2016. 7. 8. 선고 2015누7495 판결.

병원 외래비용 발생”이라는 사실만을 이유로 ‘환자군 조정’이라는 처분을 할 수 있는지에 대한 의문을 낳았고 이는 곧 이 사건 소송으로 이어지게 되었다.

2. 당사자의 주장

가. 원고의 주장

(1) 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2013-192호) 제3편 요양병원 급여목록 및 상대가치점수, 제2부 요양병원 환자군 급여목록·상대가치점수 및 산정지침 7.은 ‘환자군 결정은 환자평가표에 의하며, 환자평가표 작성 등 기준은 (별표2)에 의한다’고 규정하고 있으므로 환자군은 환자평가표에 의하여 결정되어야 하며, 다른 요양기관에서 발행한 요양급여비용명세서의 상병명만을 근거로 원고가 작성한 환자평가표에 따른 환자 증세의 경중도 자료 등을 불인정하는 것은 부당하다.

(2) 타기관 진료내역이 문제된다면 해당 진료비용만을 정산하면 충분하고 이를 이유로 환자군 자체를 강등하는 것은 아무런 법적 근거가 없는 것으로 위법하다.

나. 피고의 주장

(1) 원고 및 피고는 입원환자에 대한 요양급여비용 청구 및 심사시 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제 2013-192호)에 앞서 그 상위법령인 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라야 하는데 위 규칙 [별표1] 요양급여의 적용기준 및 방법 6. ‘입원’에 따르면, 「가. 입원은 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하며 단순한 피로회복·통원불편 등을 이유로 입원지시를 하여서는 안 된다」고 규정하고 있다. 한편, 요양병원의 환자는 원칙적으로 해당 요양병원에서 진료를 받아야 하고, 다른 요양기관에서 진료를 받는 것은 예외적인 경우에 해당하되, 요양병원에 입원한 환자가 타병원에서 주요 약제를 처방받거나 정기적으로 진료를

받았다면 해당 환자는 ‘입원치료보다 요양시설이나 외래진료를 받는 것이 적합한 환자’로 추정된다고 보아야 한다. 그러므로 이 사건처럼 요양병원 입원 환자가 간호서비스와 식사만을 제공받으면서 외부의 다른 병원에서 기본적인 진료를 받고 의약품을 처방받아 복용하는 경우라면 입원치료보다 요양시설이나 외래진료를 받는 것이 적합하므로 신체기능저하군으로 분류한 이 사건 처분은 타당하다.

(2) 요양병원은 일당 정액수가제에 의하여 비용이 지급되고 있고 정액수가는 행위, 치료재료·약제비용이 모두 포함되어 있으므로 해당 수가에 타병원에서 받은 진료 및 약제의 비용을 얼마의 비율로 계산하여 삭감할지 결정할 기준이 없어 이를 정산하는 것은 불가능하다. 나아가 이 사건 환자들이 요양병원 정액수가에 포함되는 항목에 대하여 법령에서 정한 타병원 진료의뢰 절차를 거치지 않은 채 진료를 받고, 타병원이 국민건강보험공단에 위 진료에 관한 요양급여비용을 청구할 경우 이 사건 병원의 정액수가에 포함되어야 할 요양급여비용이 타병원에 이중으로 지급됨으로써 보험재정의 낭비가 초래될 수 있는 점을 고려하면 피고의 처분은 적법하다.

3. 법원의 판단

가. 입증책임의 주체

통상 항고소송의 경우 처분의 적법성을 주장하는 피고(처분청)에게 적법사유에 대한 증명책임이 있다. 피고가 주장하는 일정한 처분의 적법성에 관하여 합리적으로 수증할 수 있는 일응의 증거가 있는 경우에 처분은 정당하며 이와 상반되는 주장과 증명은 상대방인 원고에게 책임이 돌아간다(대법원 2016. 10. 27. 선고 2015두42817 판결 참조). 그런데 법원은 건강보험심사평가원의 요양급여비용 삭감을 처분으로 인정하여 항고소송의 대상이 된다고 보면서도 이것이 요양기관이 이미 가지고 있는 급여비용청구권을 제한하거나 삭감하는 처분이 아니라 적정한 요양급여비용의 범위를 확인하는 의미를 가지는 것일

뿐(대법원 2012. 11. 29. 선고 2008두21669 판결 등 참조)이라고 하고 나아가 요양기관이 특정한 요양급여비용의 심사를 청구함에 있어서 그 요양급여가 '요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항'에서 정하는 인정기준의 어느 항목에 해당하는지를 명확히 밝히는 한편, 그 요양급여가 그 항목의 요건을 충족시킨다는 점에 관한 의학적인 증명책임을 진다고 보고 있다.

이러한 관례의 태도에 따라 건강보험심사평가원의 삭감처분에 대한 취소소송에서는 통상의 항고소송과 달리 요양기관인 원고가 자신들의 요양급여비용 청구가 적법했음을 적극적으로 입증하여야 했다. 그런데, 환자군 조정과 관련한 이 사건에서 법원은, 「이 사건 환자들이 '청구환자군'란 기재 각 환자군에 해당하는 증상 등을 가지고 있다는 사실에 대하여 당사자 사이에 다툼이 없고, 이 사건 병원의 간호사가 작성한 환자평가표의 기재에 의하더라도, 이 사건 환자들이 위 '청구환자군'란 기재 각 환자군에 해당함은 분명한 것으로 보인다. 따라서 피고는 특별한 사정이 없는 한 이 사건 환자에 대하여 그 환자군에 해당하는 요양급여비용을 인정하여야 한다」고 전제한 뒤, 「이 사건 고시 제3편 제2부 요양병원 환자군 급여목록·상대가치점수 및 산정지침이 '신체기능저하군'을 '요-1 의료최고도 내지 요-6 의료경도에 해당하지 않거나 입원치료보다 요양시설이나 외래진료를 받는 것이 적합한 환자'로 규정하고 있어 그 문언상 상위 환자군에 해당하더라도 신체기능저하군으로 평가할 수 있도록 예정하고 있는 점, (중간생략) 입원은 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하며 단순한 피로회복·통원불편 등을 이유로 입원을 지시하여서는 아니 되는 점 등을 종합하여 보면, 환자가 의료최고도 내지 의료경도에 해당하는 경우라고 하더라도 다른 질병 등으로 상시 다른 병원에서의 진료가 필요하거나, 실질적으로 입원 치료가 아니라 요양시설 또는 외래진료를 받는 정도의 행위·약제 및 치료재료의 제공만 필요한 경우라면 신체기능저하군으로 평가할 수 있지만 그러한 특별한 사정이 있다는 점에 대하여는 피고에게 증명책임을 있다」고 하였다. 즉, 통상 이루어지는 삭감처분에서와 달리 그 입증책임을 피고인 건강보험심사평가원에게 있다고 본 것이다.

상대가치점수 고시에 의할 때 환자군 결정은 환자평가표에 의하여 결정되고, 일단 환자평가표에 의하여 환자군이 결정된 이상 의료기관이 그 환자가 어느 환자군에 해당하는지, 어느 요양급여기준에 의하여 요양급여비용을 지급 받을 수 있는지에 대하여 일응의 입증책임을 다 했다고 보고 그 이외의 사유로 환자군을 변경하고자 한다면 그에 대하여는 특수한 사정을 주장하는 피고 측, 건강보험심사평가원에 입증책임이 있다고 판단한 것이다.

나. 환자군 조정처분의 적법여부

법원은, 신체기능저하군으로 조정된 수진자들의 타병원 외래진료비용 대부분이 요양병원 정액수가에 포함되는 항목인 점, 원고인 요양병원들이 법상 규정된 타병원 진료 의뢰 절차를 거치지 않은 채 이 사건 수진자들을 타병원에서 진료받게 하여 타병원이 국민건강보험공단에 요양급여비용을 청구함으로써 결과적으로 이 사건 병원의 정액수가에 포함되어야 할 요양급여비용이 타병원에 이중으로 지급된 점은 인정하였다.

그러나 ① ‘입원’이란 환자의 질병에 대한 저항력이 매우 낮거나 투여되는 약물이 가져오는 부작용 혹은 부수효과와 관련하여 의료진의 지속적인 관찰이 필요한 경우, 영양상태 및 섭취음식물에 대한 관리가 필요한 경우 약물투여·처치 등이 계속적으로 이루어질 필요가 있어 환자의 통원이 오히려 치료에 불편함을 끼치는 경우 또는 환자의 상태가 통원을 감당할 수 없는 상태에 있는 경우나 감염의 위험이 있는 경우 등에 환자가 병원 내에 체류하면서 치료를 받는 것이라고 보고, 이에 대한 정의를 보건복지부 고시 등의 규정에 따라 환자가 6시간 이상 입원실에 체류하면서 의료진의 관찰 및 관리 아래 치료를 받는 것(대법원 2009. 5. 28. 선고 2008도4665 판결 참조)이라고 하면서 이 사건 환자들의 증상과 진단명, 환자평가표에 나타난 인지 및 신체기능과 건강상태, 영양상태 등에 비추어 보면, 비록 위 환자들이 입원기간 중 타병원에서 진료와 약제 처방을 받았다 하더라도 투약한 약제의 부작용과 영양상태 등에 대한 의료

진의 지속적인 관찰과 관리, 감염 예방 등을 위해서는 여전히 입원치료의 필요성이 있다고 보았다.

또, ② 현재 요양병원이 환자를 진료하는 중에 인력·시설 또는 장비가 갖추어져 있지 아니하거나 기타 부득이한 사유로 해당 진료가 가능한 타병원으로 의뢰하는 경우 발생한 행위·약제 및 치료재료 등은 특정항목으로서 정액수가에 포함되지 아니하고 별도 산정이 가능하고, 이러한 경우 요양병원은 해당 환자에 대한 정액수가에 타병원에서 발생한 요양급여비용을 합산하여 일괄 청구하고, 피고인 건강보험심사평가원이 그에 대한 심사를 한 후 요양병원이 타병원으로 의뢰할 만한 부득이한 사유 등이 있다고 판단되면 정액수가에 특정항목에 대한 행위수가를 추가하여 요양급여비용을 지급하고 있다. 반면에 부득이한 사유 등이 없다고 판단될 경우에는 피고가 위 특정항목에 대한 요양급여비용을 불인정하거나 감액함으로써 요양병원으로 하여금 타병원과 사이에 위 특정항목에 대한 비용을 정산하여 요양병원의 재정에서 이를 지급하도록 한다. 법원은 이러한 때에도 정액수가에 대하여는 환자군의 조정이나 액수의 가감 없이 전액을 요양급여비용으로 인정하여 지급하고 있는 점을 감안할 때 이 사건 원고 또한 진료의뢰 절차를 거쳐 외래 진료를 받도록 하였다면 부득이한 사정이 인정되지 않았다 하더라도 환자군이나 그에 따른 정액수가에는 아무런 변경이 이루어지지 않았을 것이라고 보고 이 사건 처분은 이 사건 환자들이 타병원에서 진료 또는 약제 처방을 받은 사실 자체보다는 원고가 외래진료에 앞서 타병원 진료의뢰 절차를 거치지 아니하였다는 이유로 내려진 것이라고 보았다. 나아가 위와 같은 진료의뢰 절차 준수 여부가 입원치료보다 요양시설이나 외래진료를 받는 것이 적합한지를 판단하는 합리적인 기준이 될 수는 없다고 판시하였다.

법원은 원고가 이 사건 환자에게 대하여 요양급여기준을 위반하였다는 사실을 인정하고, 이로 인해 요양급여비용이 이중으로 지급되는 불합리한 결과가 발생함에 따라 이를 위한 방지의 필요성은 인정하면서도 이러한 목적은 그에 적합한 법적인 근거를 마련한 다음 이를 통하여 실현되어야 하는 것이지 환

자의 증상에 따라 결정된 환자군을 적법한 근거 없이 강등하는 방법으로 달성하려 해서는 안 된다고 하였다.

다. 소결론

요양급여비용을 지급받기 위해서는 국민건강보험법 및 관련법령을 모두 준수해야 하며 이를 어길시에는 관련 비용 전부를 환수 당하게 된다. 위 사안에서 원고가 요양병원에 입원한 환자를 정기적으로 외래진료를 받게 한 부분은 분명 국민건강보험법 및 관련법령을 준수하지 않은 것이고 이에 대하여는 요양급여비용의 환수가 이루어져야 마땅하다. 나아가 위 판결에 의하면 현재 고시에 의하더라도 환자군 결정에 특별한 문제가 있다면 건강보험심사평가원은 “심사”를 통해 이에 대한 제재가 가능하다. 그렇기에 위 사례의 환자들이 잘못된 환자군에 지정되어 있다면 이는 마땅히 재조정되어야 할 것이다. 다만, 이렇게 조정하기 위해서는 환자군 결정의 기준인 환자평가표 자체에 어떠한 잘못이 있거나 환자평가표와 환자상태의 불일치에 대한 명확한 증거가 있어야 가능하다는 것이다.

사실관계만 보면, 원고에게는 관련법령을 준수하지 않고 요양급여비용을 지급받은 잘못이 있고, 피고에게는 특정사실에 기인하여 명확한 증거를 확보하지 않은 채 처분을 내렸다는 잘못이 있다. 원고에게 위법이 있고 이에 대하여 어떠한 처분을 받아야 하는 것이 명백한 이 사건과 같은 경우 예전에는 처분청이 승소하는 경우도 있었다. 그러나 지금의 행정은 결과뿐만 아니라 적법절차 및 명백한 근거에 따른 행정 또한 중시하기에 오늘에 있어서는 그와 같은 결과는 바랄 수 없는 것이다. 이번 판결도 “요양급여비용이 이중으로 지급되는 불합리한 결과의 방지는 적법한 근거 없이 달성하려 해서는 안 된다”는 대목에서 알 수 있듯이 법치행정의 중요성을 다시 한 번 확인한 판결이라 생각된다.

다만, 법원이 이 사건 처분을 법에서 정한 의뢰절차 미준수에 대한 제재로 이루어진 것이라고 추정한 것과 달리 이 사건 처분의 발단이 일당 정액수가에 따

른 비용을 모두 수령하고도 그에 합당한 환자관리 비용은 지출하지 않으려는 의도로 정기적인 외래진료를 받게 한 요양병원의 잘못된 행태를 바로잡기 위한 대책이었던 점, 실제로 심사평가원의 이와 같은 처분은 요양병원들이 환자들에 대해 진행해오던 의례적인 외래진료를 중단하고 요양병원 내에서 적절한 진료를 시작하게 만드는 행태 개선의 계기가 된 점, 이 사건 처분을 취소할 경우 당장 발생할 요양병원의 잘못된 행태를 바로잡을 방안이 마련되어 있지 않은 점 등을 고려하여 사정판결²³⁾이라도 내렸으면 어땠을까 하는 개인적인 아쉬움은 있다.

IV. 요양병원의 문제점과 해결안의 모색

이 사건 처분의 발단이 된 요양병원의 문제점은 요양병원에 입원한 환자에 대하여 정기적인 외래진료를 통해 요양급여비용이 이중으로 지출되게 하는 것, 특히 그것이 당해 요양병원의 인력, 시설 및 장비 부족으로 인한 것이 아닌 적절한 진료의 회피 혹은 진료비용 절감을 위한 일환으로 이루어지고 있다는 것이고 이는 분명 고쳐져야 할 행태임이 분명하다. 이에 대한 해결방안은 크게 세 가지로 생각해 볼 수 있다.

첫째, 지금과 같은 법체계 그대로 유지하고, 타 병원에서 외래비용을 발생시키는 요양병원 입원환자에 대하여 처분을 행하되 현지조사와의 연계를 통해 실질적인 증거를 확보하는 것이다. 현지조사를 통해 환자평가표에 의해 결정된 환자군과 환자의 실제 상태를 비교하여 일치여부를 확인하고 그에 따라 환자군을 조정하고 요양급여비용을 감액하는 안이다. 현재 법체계 하에서도 심사를 통한 환자군 조정은 얼마든지 가능하기 때문에 법적 근거에 있어 문제될

23) 행정소송법 제28조 제1항. 원고의 청구가 이유 있다고 인정하는 경우에도 처분등을 취소하는 것이 현저히 공공복리에 적합하지 아니하다고 인정하는 때에는 법원은 원고의 청구를 기각할 수 있다. 이 경우 법원은 그 판결의 주문에서 그 처분등이 위법함을 명시하여야 한다.

것이 없고 또 현지조사를 통해 확보한 증거에 의한 것으로 처분의 근거도 명확하게 할 수 있다. 다만, 시간과 비용이 많이 들고 한정된 인력으로 인해 모든 케이스를 조사할 수 없다는 단점이 있다. 그러나 이러한 감시체계가 갖추어져 있어 법을 위반하여 요양급여비용을 청구하는 경우 법에 의해 언제든지 제재를 받을 수 있다는 경각심의 요소로 이용할 수 있다.

둘째, 환자군 조정에 관한 판결이 제시한 바와 같이 환자군 조정에 대한 법적 근거를 마련하는 것이다. 일일이 현지조사를 행하지 않고도 특정 사실관계가 발생하면 그에 대한 즉각적인 제재가 가능하도록 법을 신설하는 안이다. 이번 사안을 기반으로 생각을 해보면, 신설될 조항의 내용은 요양병원의 주도 혹은 미필적 고의로²⁴⁾ 외래진료를 정기적으로 받은 경우 환자군에 대한 조정이 가능하도록 하되 요양병원이 환자군 적합에 대한 입증할 경우 처분의 대상에서 제외하는 내용으로 규정하는 것이 좋을 것으로 생각된다. 이는 일일이 현지확인할 필요 없이 외래비용 발생이라는 객관적인 사실에 따라 바로 일정한 제재가 가능하여 요양병원의 즉각적인 행태개선을 기대할 수 있다는 장점이 있다. 또 한편으로는 과실에 의한 경우는 환자군 조정에서 제외하고 그와 동시에 외래비용 발생사실에 대해서 요양병원에게 의견 제출 기회를 부여하여 과도한 처분도 막을 수 있을 것으로 생각된다. 다만, 새로운 조항을 신설해야 하기에 시일이 많이 소요될 수 있고 나아가 의견을 수렴하는 과정에서 조항의 신설 자체가 무산될 수 있다는 단점이 있다.

셋째, 요양병원의 수가제도 자체에 대하여 개선하는 것이다. 앞서 언급한 바와 같이 이 사건 처분의 발단이 일부 요양병원들이 정액수가제를 악용한 데서 시작된 만큼 수가제도 자체를 개선하여 이러한 행태가 발생하지 않도록 차단하는 것이다. 근본적인 문제를 해결할 수 있다는 장점이 있으나 많은 연구가 필요하여 시간 및 비용이 많이 들고 실행에 옮기는데 있어서도 많은 시일이 소요

24) 환자군 조정의 사례 중 외래진료발생의 원인으로 요양병원의 의도와 상관없이 입원환자가족이 정기적으로 약을 받아오는 경우도 있었던 것을 감안할 때 요양병원이 주체적으로 외래진료를 받도록 권유한 경우로 한정할 필요가 있다.

된다는 단점이 있다.

단기적인 방법으로 첫째와 둘째 방법을 생각해볼 수 있고 궁극적인 해결책이 나오기 전까지는 두 가지 방법을 통해 재정의 누수방지 및 요양병원 행태개선의 끈을 놓아서는 안 될 것이다. 그러나 궁극적으로는 셋째 방법과 같이 수가제도 자체의 개선으로 근본적인 문제 해결이 필요하다고 생각되며 이에 수가제도 개선에 대해서 좀 더 상세히 논의해보고자 한다. 이에 대하여는 단락을 바꾸어 서술해보겠다.

V. 요양병원 수가제도 문제점과 개선방향

1. 요양병원 수가제도의 문제점

환자군조정처분과 관련한 위 판례를 통해 도출할 수 있는 요양병원 수가제도의 문제점은 크게 두 가지이다. 첫째는 요양병원이 취하고 있는 “정액수가제”이다. 정액수가제는 행위별 수가제와 달리 환자의 입원사실만으로 일정금액이 요양급여비용으로 지급받을 수 있다는 점 즉, 환자에게 어떠한 처지가 이루어졌는가에 대한 질문없이 무조건 비용이 지급된다는 점 때문에 요양병원이 무분별하게 환자의 입원을 유치하거나 환자를 방치 혹은 학대하는 등의 원인이 되었고, 이 사건 처분의 발단이 되기도 하였다. 두 번째는 환자분류기준이다. 현재는 환자를 7개군으로 분류하여 그에 따라 요양급여비용을 지급하는데 현재 기준으로 제시된 환자분류기준이 적정한지, 나아가 환자분류의 방식이 적정한지에 대한 의문을 낳았다. 특히, 이 사건 처분에서 부각된 “신체기능저하군”은 앞서 여러 번 언급한 바와 같이 상대가치점수 고시에서 ‘요-1 의료최고도 내지 요-6 의료경도에 해당하지 않거나 입원치료보다 요양시설이나 외래진료를 받는 것이 적합한 환자’라고 정의하고 있는데, 이러한 정의는 그 상위법인 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표1] 요양급여의 적용 기준 및 방법 6. 입원」가. 입원은 진료상 필요하다고 인정되는 경우에 한하며

단순한 피로회복·통원불편 등을 이유로 입원지시를 하여서는 안 된다'는 규정에 배치되는 면이 있다. 즉, 고시의 신체기능저하군 정의에 의하더라도 이 군은 입원이 아닌 외래진료로 충분한 치료가 가능한 상태여서 입원이 불필요한 환자이고 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 의하면 입원을 인정하여서는 안 되는 것이다. 그럼에도 불구하고 '사회적 필요'라는 이유로 상대 가치점수 고시로 이에 대한 입원을 용인하고 나아가 건강보험재정에서 그 비용의 일부를 지원해주고 있는 것이어서 반드시 수정이 필요한 부분이라 할 것이다.

2. 요양병원 수가제도의 개선방향

(1) 요양병원이 정액수가제로 운영되며 나타난 문제 해결을 위해서는 수정된 요양급여비용 지급모델이 필요하다. 다만, 우리나라가 이미 고령사회이고, 초고령사회로의 진입을 목전에 두고 있다는 점을 염두에 둘 때 국가의 복지역할이 강조될 것으로 생각되고 이를 감안하면 현재의 정액수가제를 곧바로 행위별 수가제로 전환하여 환자의 본인 부담을 지나치게 높이는 방향으로 정책을 정립하기는 어려워 보인다. 그렇다고 지금의 정액수가제를 그대로 유지하게 되면 현재의 요양병원 문제점을 개선하기 어렵기에 결국 수정된 정액수가제의 시행이 필요해 보인다. 현재 연구되는 수정안 중에는 일당정액수가에 포함되어 있는 약제비를 행위별로 청구하는 안이 있다.²⁵⁾ 이러한 수정안은 환자의 치료에 필요한 약의 지급을 유도한다는 점에서 요양병원의 의료적 기능 강화에 일조할 수 있을 것으로 생각된다. 그렇지만 일당정액수가에서 약제·치료재료비용이 차지하는 비율이 그리 크지 않다는 점을 고려하면 그 효과가 그리 크지 않을 수 있다. 그래서 이와 함께 인센티브의 도입을 고려해 볼 수 있는데 이에 대하여도 연구된 것이 있다. 실질적인 의료서비스의 질 향상을 위해 필요

25) 심사평가연구소 연구조정실 의료전달체계연구팀, “요양병원 일당정액 수가 및 가·감산 제도 개선에 따른 재정 변화 분석”, 2015. 5면.

한 간호사인력에 대한 인력 가산을 지금보다 강화하고 의료의 질 개선에 영향이 적은 의사나 필요인력에 대하여 주어지는 가산은 폐지하거나 축소하는 것이다.²⁶⁾ 또, 현재 환자군 결정에 사용되고 있는 환자평가표가 본연의 기능인 환자의 치료계획을 세우는 데 활용될 수 있도록 유도하고, 현재 전문재활만 행위별 수가로 별도 인정받을 수 있도록 되어 있어 불필요한 전문재활이 늘고 일상생활기능 유지를 위해 반드시 필요한 기본 물리치료 서비스가 잘 되지 않는 점을 바로잡기 위해 정액수가제에 포함되어 있는 물리치료에 대한 보상을 강화하는 것이다.²⁷⁾

다만, 약제의 행위별 청구 전환시 오히려 재정지출이 늘어날 수 있다는 연구 보고²⁸⁾를 참고할 때 실제로 수정된 정액수가제 시행을 위해서는 여러 가지 방면에서 검토가 필요할 것으로 보이고 특히 추가적인 재정지출 규모에 대한 면밀한 분석이 필요할 것으로 생각된다.

(2) 두 번째 문제인 “환자분류기준”에 대하여 여러 보고서에서 그 문제점과 수정안²⁹⁾을 제시하고 있는데, 심사자가 환자를 일일이 확인하며 환자군을 지정하는 것은 현실적으로 불가능하므로 환자평가표에 의한 환자분류방식 자체를 대체할 방안은 현재로서는 도출하기 어려워 보인다. 다만, 각 군의 환자분류에 대한 기준을 좀 더 상세히 하여 이를 환자평가표에 반영하고 이를 통해 환자분류에 대한 정확도를 높이는 것으로써 문제점을 보완할 수 있을 것으로 생각된다. 가령, 현재는 ‘통증’만 있으면 의료중도로 환자군 분류가 가능한데, 요양병원 입원환자 대부분이 고령자로 퇴행성 질환 등으로 인한 경미한 통증은 기본적으로 가지고 있고 나아가 이는 대부분 주관적인 증상인바³⁰⁾, 단순히 ‘통증’이 있다는 사실만으로 의료중도에 분류되는 것은 부적합하고 의료중도에

26) 김정희, 요양병원 수가 개선방안, 2014. 115면.

27) 김정희, 요양병원 수가 개선방안, 2014. 117면.

28) 심사평가연구소 연구조정실 의료전달체계연구팀, “요양병원 수가 변경에 따른 의료급여 재정변화 분석”, 2016. 5. 6~7면.

29) 심사평가연구소 연구조정실 의료전달체계연구팀, “요양병원 환자분류기준 및 환자평가표 개선안 검토”, 2015. 9~11면; 김정희 외 3 “요양병원수가개선방안”, 2014. 19면 등.

30) 김정희, “요양병원수가개선방안”, 2014. 145면.

분류될 정도, 그에 합당한 통증의 기준을 마련할 필요가 있다. 그리고 의료중도의 기준이 될 수 있는 통증의 증상 혹은 치료내역 등이 고시의 분류기준에 기재되어야 하는 것이다. 이와 같이 현재 추상적으로 기재된 환자분류의 기준을 상세화하여 해당 환자가 실질적으로 입원을 통한 치료의 필요성이 있는지 여부까지 확인할 수 있도록 하는 것이다. 이러한 방법으로 각 군에 배정될 기준을 상세화하면 일일이 환자상태를 눈으로 확인하지 않고도 환자군에 대한 확실성을 높일 수 있으며 환자군 배정에 대한 논란 또한 줄일 수 있을 것으로 보인다.

나아가 현행 환자분류군 중 인지장애군과 문제행동군간, 의료경도군과 신체기능저하군 간에는 큰 차이가 없어 통합하는 것이 바람직하다는 의견³¹⁾이 있는데 이는 매우 동조할 만하다. 위에 언급한 환자분류 기준의 상세화 작업과 함께 이루어진다면 불필요한 환자군은 줄이고 각 환자군의 특색은 명확하게 할 수 있을 것으로 기대된다.

또, 상위법상 ‘입원’의 개념에 부합하지 않는 ‘신체기능저하군’은 요양병원의 입원대상에서 제외하는 것이 바람직해보이고, 사회적 필요에 의해 입원을 인정해야 한다 하더라도 그에 대한 비용을 건강보험에서 지급하는 부분은 반드시 재고되어야 한다고 생각한다. 앞서 II. 2.에서 언급한 바와 같이 요양시설 입원대상자 중 장기요양인정의 장벽이 매우 높은 것과 비교할 때 요양병원의 건강보험대상도 그에 합당한 정도의 진입장벽이 설정되어야 한다고 생각된다. 즉, 장기요양인정과 의 형평성, 나아가 건강보험재정의 건전성을 위해서 신체기능저하군에 대한 요양급여인정은 다시 검토되어야 할 것이다.

VI. 결어

요양병원의 환자방치, 부적절한 의료서비스, 타 병원 외래를 통한 환자케어

31) 심사평가연구소 연구조정실 의료전달체계연구팀, “요양병원 환자분류기준 및 환자평가표 개선안 검토”, 2015., 9~11면.

등의 잘못된 행태는 분명 고쳐져야 할 사회적 문제이다. 그러나 그에 대한 대책으로 행해졌던 환자군 조정의 행정처분은 법적 근거의 부재로 인해 취소판결을 받은 상태이고, 그 이후 위와 같은 요양병원의 문제를 해결할 후속방안은 마련되지 않고 있다. 여기서 위 판결을 기반으로 하여 단순히 판례에서 지적한 문제점인 환자군 조정의 법적 기준을 마련하는 방안에 대해서만 논할 수도 있었으나 그것보다 이 사건의 발단이 된 근본적인 문제점을 발견하고 이에 대한 개선점을 논하는 것이 요양병원을 병원다운 의료기관으로 만들어 가는 것임과 동시에 위법한 처분의 발생을 원천적으로 막을 수 있는 방법이라고 생각하였다. 이에 짧은 소견이나마 요양병원 수가제도에 대한 대략적인 개선방향을 제시해보았다. 다만, 수가제도자체가 국가 주도의 것으로 복잡다기한 영역인데다 그에 대한 구체적인 환자 수, 요양급여규모 등에 대한 데이터 등의 자료 수집에 어려움이 있어 민간의 연구는 거의 전무하고 보건복지부와 건강보험심사평가원 위주의 연구보고만이 있어 다양한 논의를 찾아보기는 힘들었고 개선방향 또한 보고서 위주로 서술되었다. 이 사건을 계기로 국가 및 민간 전문가들의 연구가 더욱 활발해져 하루빨리 수정된 수가제도가 실행되고 이를 통해 환자도 요양기관도 모두 만족할 수 있는 요양병원제도가 확립되기를 바란다.

[참 고 문 헌]

- 건강보험심사평가원, 『통계자료집』, 건강보험심사평가원, 2010.
- _____, 『건강보험심사평가원의 기능과 역할』, 건강보험심사평가원, 2016.
- _____, 『2016 국민건강보험 법령집』, 건강보험심사평가원, 2016.
- 국민건강보험공단, 『국민건강보험법 해설』, 국민건강보험공단, 2011.
- 김동희, 『행정법 I』, 박영사, 2017.
- 김정희, “요양병원 수가 개선방안”, 『건강보험심사평가원 연구보고서』, 2015.
- 대한의료법학회, 『의료법학』 제18권 제1호, 대한의료법학회, 2017.
- 명순구, 『역사와 해설 국민건강보험법』, 건강보험심사평가원, 2015.
- 이선희, 「노인요양병원 서비스 질에 영향을 미치는 요인 분석」, 박사 학위논문, 연세대학교 대학원, 2009.
- 이성우 외 3, “요양병원 일당정액 수가 및 가·감산 제도 개선에 따른 재정 변화 분석”, 『건강보험심사평가원 검토보고서』, 2015.
- _____, “요양병원 환자분류기준 및 환자평가표 개선안 검토”, 『건강보험심사평가원 검토보고서』, 2015.
- 이성우, “요양병원 수가변경에 따른 의료급여 재정변화 분석”, 『건강보험심사평가원 검토보고서』, 2016.
- 이재훈, 「요양병원의 문제점과 개선방안에 관한 연구」, 석사 학위논문, 전북대학교 행정대학원, 2012.
- 장중문, 「요양병원 입원진료비 증가 요인 분석」, 공기업정책학 석사 학위논문, 서울대학교 행정대학원, 2012.
- 홍정선, 『기본행정법』, 박영사, 2017.

www.naver.com(네이버)

www.riss.kr(학술연구정보서비스)

www.hira.or.kr(건강보험심사평가원)

www.moleg.go.kr(법제처)

<https://lawmed.jams.or.kr/>(의료법학회)

[국문초록]

요양병원 수가제도에 대한 소고
- 환자군 조정 판결을 중심으로 -

권 해 옥(건강보험심사평가원 촉탁변호사)

요양병원에 대한 진료비의 증가폭이 비정상적으로 늘어나고 있어 건강보험제정에 막대한 부담을 주고 있다. 이는 요양병원 특수성이 급속한 노령화라는 사회적인 현상과 맞물리면서 나타나게 된 현상인데, 이 중 요양병원에 대하여 입원일당 정액수가제에 의하여 비용이 지급되는 점은 일부 요양병원이 환자를 돈벌이 수단으로 이용하는 유인이 되었다. 이러한 요양병원들은 일당정액수가를 지급받고도 그에 합당한 진료비용의 지출을 줄이기 위해 의도적으로 입원 환자를 타병원에서 정기적으로 진찰을 받게 하거나 주요 약제를 처방받게 하는 등 건강보험재정이 이중으로 지출되게 하였다. 이러한 재정누수를 방지하기 위하여 심사평가원은 위와 같은 환자들에 대하여 기존의 환자군을 부정하고 '신체기능저하군'으로 환자군을 조정한 다음 요양급여비용을 삭감하였다. 그렇지만 위 결정은 규정상근거가 없음을 이유로 법원으로부터 취소판결을 받았다.

그러나 위 사건을 계기로 요양병원 수가제도의 문제점을 도출하고 제도를 정비하는 기회가 될 수 있다고 생각한다. 현재의 정액수가제를 수정하여 약제비 및 진료자체에 대한 행위별 청구를 일부 도입하면 요양병원의 의료적 기능을 강화할 수 있다고 생각한다. 또, 현재의 환자군 중 비슷한 군들은 통합하고 신체기능저하군은 입원이 부적절하므로 환자군에서 제외하는 것이 타당하다고 보인다. 다만, 사회적 필요에 의해 신체기능저하군을 입원대상으로 인정하게 된다 하더라도 장기요양대상과의 형평성, 건강보험재정의 건전성 등을 고려하여 건강보험대상에서는 제외되어야 한다고 생각한다.

주제어 : 요양병원 수가제도, 요양병원 환자군, 정액수가제, 요양시설, 환자분류기준, 신체기능저하군

A Study on Medical Fee System of the convalescent hospital -Focused on the case of patient group adjustment-

Hye Ok Kwon

HIRA Attorney at law

=ABSTRACT=

The increase in medical expenses for convalescent hospitals is increasing abnormally, which puts enormous burden on the National health insurance finances. This is a phenomenon that has been associated with the social phenomenon of rapid aging. The fact that the convalescent hospitals are paid the fixed amount per day for hospitalization became the incentive for some hospitals to use the patients as means of making money. And these hospitals intend to get regular care or take medicines at other hospitals in order to reduce medical expenses, even when the medical fee is paid. In order to prevent such financial leaks, the Health Insurance Review and Assessment Service adjusted the patient group for inpatients in a hospital with the above behavior, and then cut the cost of medical care benefits. However, Above decision was canceled by the court on the grounds that there was no basis rule.

However, based on the above case, I think that it can be an opportunity to draw up the problem and to improve of the Medical Fee System of hospital. The modified medical fee system can strengthen the medical function of the convalescent hospital. In addition, it seems reasonable to exclude admission for "physically disabled group". Even if admission is allowed for the physically disabled group due to social needs, it should be excluded from the National health insurance for the financial soundness and the sustainability of the system.

Keyword: convalescent hospitals medical fee system, patients group, flat rate per day of hospitalization, Nursing facility, Patient classification criteria, physically disabled group