

발 간 등 록 번 호

G000F8L-2021-146

---

# 정신질환 수가체계 개선 방안

---



건강보험심사평가원  
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE



G000F8L-2021-146

---

# 정신질환 수가체계 개선 방안

---

연구진

연구책임자 이요셉

공동연구자 김상현 예레미 김명화



건강보험심사평가원

HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE





국내 정신질환 환자 수는 매년 증가하는 추세로 이로 인한 사회경제적 비용 또한 증가하고 있다. 그러나 이에 대한 대응체계 부족으로 정신질환자에 의한 상해 및 사망 사건이 발생하는 한편, 정신의료기관 내 코로나19 감염 확산으로 정신의료서비스의 질에 대한 개선 요구가 증가하게 되었다.

본 연구는 국내·외 제도 고찰과 선행연구, 건강보험 청구자료 분석 등을 통해 정신질환 수가체계의 문제점을 검토하고 향후 개선방향을 제안하는 연구이다. 특히 건강보험과 의료급여 정신질환 입원환자 수가체계가 다르게 적용되어 발생하는 의료이용의 형평성 문제를 중심으로 논의하고, 의료이용 결과 지표를 이용하여 건강보험과 의료급여의 입원서비스 이용의 질을 비교 분석하였다.

본 연구는 건강보험 및 의료급여 정신질환 의료이용의 차이를 분석하여 수가체계, 입원서비스 제공체계 강화, 사후관리 방안 마련 등 여러 문제점에 대해 고찰하고 개선 방향을 제시하였다는 데 의미가 있다. 향후 정신질환 의료서비스 개선을 위한 정책 수립의 기초 자료로 활용될 것으로 기대된다.

끝으로 이 보고서의 내용은 연구자의 개인적인 의견으로, 건강보험심사평가원의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

2021년 12월

건강보험심사평가원 원장 김 선 민

건강보험심사평가원 심사평가연구소장 이 진 용



# 목 차

<b>제1장 서론</b> .....	<b>1</b>
1. 연구 배경 및 목적.....	1
가. 연구 배경 .....	1
나. 연구 목적.....	4
2. 연구 내용 및 방법.....	5
가. 연구 내용 .....	5
나. 연구 방법.....	6
<b>제2장 선행연구 고찰</b> .....	<b>7</b>
1. 의료급여 정신질환 입원 수가체계 개선 방안.....	7
2. 정신질환 의료서비스의 질 관리 방안.....	8
<b>제3장 국내외 정신질환 수가체계</b> .....	<b>9</b>
1. 국내 정신질환 수가체계.....	9
가. 입원서비스.....	9
나. 외래서비스.....	15
2. 대만.....	16
가. 개요.....	16
나. 입원서비스.....	17
다. 외래서비스.....	21
3. 일본.....	23
가. 개요.....	23
나. 입원서비스.....	23
다. 외래서비스.....	38

4. 호주.....	39
가. 개요.....	39
나. 입원서비스.....	40
다. 외래서비스.....	48
<b>제4장 정신의료서비스 이용 및 결과 분석.....</b>	<b>49</b>
1. 개요.....	49
2. 정신의료서비스 의료이용 현황.....	51
가. 정신의료기관 및 병상 수 등 일반 현황.....	51
나. 정신의료 입원 이용 현황.....	53
3. 정신의료 입원서비스 이용 결과.....	65
가. 구조지표(의료 인력 비교).....	65
나. 과정 지표(제공서비스 비교).....	67
다. 결과 지표(입원일수, 재입원을 비교 등).....	69
라. 기타 요소에 따른 서비스 비교.....	72
4. 소결.....	73
<b>제5장 정신질환 수가체계 개선 방안.....</b>	<b>75</b>
1. 정신의료서비스의 의료보장별 형평성 문제.....	75
가. 그간의 개선 노력과 효과.....	75
나. 개선 방안 논의.....	83
2. 정신질환 입원서비스 제공체계 강화 방안.....	84
가. 응급 정신질환 대응체계 마련.....	84
나. 정신질환 중증도 및 병동 구분.....	84
다. 사후관리 방안.....	85
<b>제6장 결론 및 제언.....</b>	<b>89</b>

참고문헌.....91

## 표 목 차

〈표 1〉 국내 정신건강 관련 주요 지표 .....	1
〈표 2〉 의료급여 정신과 의료급여기관 등급 분포('20.4분기 기준) .....	7
〈표 3〉 의료급여 정신질환 입원료 1일당 정액수가 .....	10
〈표 4〉 의료급여 정신질환 입원료 관련 기관등급 산정법 .....	11
〈표 5〉 의료급여 정신질환 입원진료비의 환자 본인부담 비율 .....	12
〈표 6〉 건강보험 정신질환 입원료 .....	12
〈표 7〉 건강보험 정신의학적 집중관리로 .....	13
〈표 8〉 건강보험 정신요법료 .....	14
〈표 9〉 건강보험 입원진료비의 환자 본인부담률 .....	14
〈표 10〉 정신질환 외래진료비의 환자 본인부담금 .....	15
〈표 11〉 대만 병동별 의료인력 기준 .....	17
〈표 12〉 대만 병동별 의료서비스 시설 기준 .....	18
〈표 13〉 대만의 정신질환 입원 수가 .....	19
〈표 14〉 대만의 입원 본인부담률 .....	20
〈표 15〉 대만의 정신과 외래 진료점수 .....	21
〈표 16〉 대만의 외래 기본 본인부담금 .....	22
〈표 17〉 일본의 정신병동 입원기본료(특정기능병원 제외) 점수 .....	25
〈표 18〉 일본의 특정기능병원 정신병동 입원기본료 .....	26
〈표 19〉 일본의 정신질환 관련 입원기본료 가산 점수표 .....	27
〈표 20〉 일본의 간호인력 관련 입원료 가산 항목 .....	30
〈표 21〉 정신과 급성기 의사 배치 가산 항목 .....	31
〈표 22〉 일본의 정신질환 관련 특정 입원료 점수(1일당) .....	32
〈표 23〉 일본의 정신과 응급입원료 산정기준 .....	33
〈표 24〉 일본의 정신과 급성기 치료병동 입원료 산정 기준 .....	35
〈표 25〉 일본의 정신과 응급·합병증 입원료 산정기준 .....	36
〈표 26〉 일본의 외래 기본진료료 점수 .....	38
〈표 27〉 호주 IHPA의 환자 분류 유형 .....	40
〈표 28〉 호주 AMHCC - 입원서비스 항목별 가격가중치 .....	43
〈표 29〉 호주의 정신질환 관련 메디케어 적용 서비스 분류 .....	48

〈표 30〉 정신질환 입원서비스의 의료보장별 비교를 위한 분석의 틀 .....	49
〈표 31〉 정신의료서비스 질 분석 대상 의료기관 분포 .....	50
〈표 32〉 정신의료서비스 질 분석 대상 의료기관의 종별 분포 .....	50
〈표 33〉 국내 정신의료기관 수, 병상 수 현황 .....	51
〈표 34〉 국내 정신의료기관 의료인력 현황 .....	52
〈표 35〉 국내 정신의료기관의 환자 수 대비 의료인력 비율 .....	52
〈표 36〉 정신질환의 의료보장별 입원이용 기본 현황(2015년~2019년) .....	53
〈표 37〉 의료보장 및 상병별 정신질환자 입원이용 기본 현황(2019년 기준) .....	55
〈표 38〉 한국표준질병·사인분류에 따른 정신질환 상병코드 .....	55
〈표 39〉 상병 및 연령별 정신질환 입원환자 수 분포(2019년 기준) .....	56
〈표 40〉 상병 및 성별별 정신질환 입원환자 수 분포(2019년 기준) .....	57
〈표 41〉 정신질환 입원환자 상병에 따른 종별 환자 수, 총진료비(2019년 기준) .....	58
〈표 42〉 정신질환 입원환자의 정신요법료 제공횟수(2019년 기준) .....	60
〈표 43〉 정신질환 상병에 따른 정신요법료 제공횟수 .....	61
〈표 44〉 정신질환 종별에 따른 정신요법료 제공횟수 .....	62
〈표 45〉 정신질환 입원, 외래의 향 구분에 따른 비율(2020년 기준) .....	63
〈표 46〉 의료보장별 정신질환의 누적 입원일수 분포 .....	64
〈표 47〉 정신질환 구조지표(인력)에 따른 그룹 간 비교 .....	65
〈표 48〉 정신질환 구조지표(인력)에 따른 의료보장별 비교 .....	66
〈표 49〉 정신질환 과정지표(정신요법료)에 따른 그룹 간 비교 .....	68
〈표 50〉 정신질환 결과지표(입원일수)에 따른 그룹 간, 의료보장별 비교 .....	69
〈표 51〉 정신질환 결과지표(입원일수)에 따른 그룹 간, 의료보장별 비교 .....	69
〈표 52〉 정신질환 입원환자의 장기입원화 비율 .....	70
〈표 53〉 정신질환 결과지표(재입원율 등)에 따른 그룹 간, 의료보장별 비교 .....	71
〈표 54〉 정신의료기관의 의료보장별 청구기관 수(2019년 기준) .....	72
〈표 55〉 의료급여 정신과 입원약제의 별도산정 전후 청구 현황 .....	77
〈표 56〉 의료급여 정신과 입원 약제의 정신신경용제(117제제) 청구 현황 .....	78
〈표 57〉 의료급여 외래진료의 약제비 수가전환에 따른 의료이용 현황 .....	79
〈표 58〉 의료급여 외래진료의 약제비 수가전환에 따른 평균 입원일수 감소효과 .....	79
〈표 59〉 의료급여 외래진료의 약제비 수가전환에 따른 효과분석 .....	80
〈표 60〉 의료급여 외래진료의 약제비 수가전환에 따른 효과분석(종별) .....	80
〈표 61〉 지역사회 연계 및 퇴원연계 관련 (시범)사업 수가 예시 .....	86

〈표 62〉 의료급여 정신과 적정성 평가 지표 ..... 87  
〈표 63〉 건강보험 정신건강 입원영역 적정성 평가 지표 ..... 87  
〈표 64〉 건강보험 정신건강 외래영역(우울증) 적정성 평가 지표 ..... 88

## 그림 목 차

[그림 1] 정신질환의 사회경제적 비용 분석 등 .....	1
[그림 2] 조현병의 초기 발현에 따른 회복 정도 .....	3
[그림 3] 일본의 수가체계 개선방향 .....	3
[그림 4] 연구수행체계 모식도 .....	6
[그림 5] 국내 정신질환 입원서비스의 수가체계도 .....	9
[그림 6] 국내 정신질환 외래서비스의 수가체계도 .....	15
[그림 7] 호주 정신건강 분류(AMHCC) 체계 구성- 입원 .....	41
[그림 8] 호주 정신건강 분류(AMHCC) 체계 - 지역사회 케어 .....	42
[그림 9] 호주 정신건강입원 항목별 서비스 비용 계산기 .....	46
[그림 10] 의료보장별 인당 내원일수, 환자 수, 일당 진료비 비교 .....	54
[그림 11] 의료보장별 상병별 환자 수, 내원일수, 인당 진료비 비교 .....	54
[그림 12] 의료보장에 따른 상병별 연령분포 .....	56
[그림 13] 의료보장, 상병에 따른 의료기관 종별 입원환자 수 분포 .....	59
[그림 14] 의료보장, 상병에 따른 의료기관 종별 입원진료비 분포 .....	59
[그림 15] 의료보장 따른 정신요법료 제공횟수 비교 .....	60
[그림 16] 정신질환 입원, 외래의 항 구분에 따른 비율 분포 .....	63
[그림 17] 의료보장별 정신질환 입원자의 입원일수 비교 .....	64
[그림 18] 정신질환 과정지표(정신요법료)에 따른 그룹 간 비교 .....	67
[그림 19] 의료보장별 일당진료비, 내원일수 등('15년~'19년) .....	75
[그림 20] 의료급여의 약제비 행위별 수가 전환에 따른 전체 입원일수 변화 .....	81
[그림 21] 약제비 행위별 수가 전환에 따른 정신질환 일인당 입원일수 변화 .....	81
[그림 22] 상급종합병원의 약제비 행위별 전환에 따른 입원일수 변화 .....	81
[그림 23] 종합병원의 약제비 행위별 전환에 따른 입원일수 변화 .....	81
[그림 24] 병원의 약제비 행위별 전환에 따른 입원일수 변화 .....	82
[그림 25] 요양병원의 약제비 행위별 전환에 따른 입원일수 변화 .....	82
[그림 26] 의원의 약제비 행위별 전환에 따른 입원일수 변화 .....	82



## 요 약

### 1. 서론

#### 가. 연구 배경 및 목적

##### 1) 연구 배경

- 의료급여 수급권자의 정신의료서비스 입원 수가는 일당정액제로 구성되어 건강보험 대비 60~70% 수준에서 머물고 있기 때문에 의료서비스 제공에 대한 차별 논란이 지속되고 있음
  - 의료급여는 외래진료(17. 3.~), 입원진료 약제비(19. 6.~), 정신요법료 및 식대(21. 4.~) 등 점진적으로 행위별 수가 전환을 통해 충분한 의료서비스 제공이 이루어질 수 있도록 점진적으로 개선하고 있으나 여전히 수가 개선에 대한 요구가 지속되고 있음
- 정신질환자를 위한 의료보장별 형평성 개선, 환경개선, 의료 질 향상을 위해 정신질환 수가체계에 대한 재검토가 요구됨
  - 정신질환의 적정 치료를 위한 필수요소 제공을 위해 정신질환 관련 수가체도의 재설계 및 개선이 필요하다는 의견이 지속적으로 제기되었음
  - 미국, 호주 등과 같이 질환의 중증도, 동반상병, 유병기간 등 다양한 요소를 반영한 수가체계 도입의 필요성이 제기되었음(석정호 등, 2017; 최지숙 등, 2015)

##### 2) 연구 목적

- 선행연구 고찰, 국내·외 수가체계 검토를 통한 정신의료서비스의 문제점 도출
- 건강보험 청구 명세서, 요양기관 현황신고 자료 분석을 통해 정신의료서비스 의료이용 현황 및 의료보장별 입원서비스 입원 결과 지표를 비교하고 수가체계 개선 및 보완 가능성 검토
- 정신의료서비스의 의료보장 간 형평성 문제, 응급 정신질환 대응체계 등 정신질환 수가체계의 문제점을 검토하고 개선 방향 제시

## 나. 연구 내용 및 방법

### 1) 연구 내용

- 선행연구 및 국내외 제도 고찰을 통해 정신의료서비스의 주요 문제점 파악
- 의료보장별 의료이용 현황 및 결과지표 비교를 통한 수가체계 개선사항 검토
- 정신의료서비스의 효율적인 수가체계 개선 방향 제시

### 2) 연구 방법

- (제도·선행연구 고찰) 정신질환 관련 선행연구 및 국내외 제도 고찰
  - 정신의료서비스 선진국의 서비스 제공, 수가제도, 관리체계 등 제도와 각종 국내외 선행 연구 등 문헌 고찰로 문제점 및 개선 방향 확인
- (청구자료 등 분석) 정신의료서비스 관련 청구자료, 요양기관 현황신고 자료 등 분석
  - 의료보장에 따른 의료서비스의 형평성, 수가 수준 등을 비교하고, 행위별 전환 등 제도 변화에 따른 효과분석 수행



[요약 그림 1] 연구수행체계 모식도

## 2. 선행연구 고찰

### 가. 의료급여 정신질환 입원 수가체계 개선 방안

- 의료급여 정신질환 입원 수가체계의 문제점을 파악하고 이를 개선하기 위한 방안을 제시하였음(최지숙 등, 2015; 석정호 등, 2017)
  - 환자 상태를 고려한 의료서비스를 제공하기 어렵다는 점, 특정 등급(G2)에 기관이 과밀되어 차등 효과가 떨어지는 점, 장기입원 및 재입원을 유도한다는 문제점을 지적하였음
  - 현재 기관등급제에 입원 일수를 세분하여 차등하는 개선안과 각 정신질환군에 조정계수를 부여하고 초발·만성 여부에 따라 입원 수가를 산정하는 개선안을 제안

### 나. 정신건강서비스 의료질 관리 방안

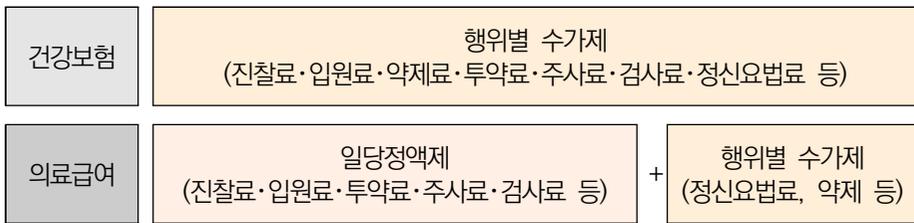
- 석종호 등(2017)은 정신건강영역 의료질 관리 방안 및 평가기준 개발 연구를 통해 입원서비스 질 관리를 위해서 급성기와 비급성기 서비스 기능을 분리하고 초발 여부, 중증 여부 등을 고려하여 치료 자원을 투입할 수 있도록 재정지원이 필요하다는 의견을 제시하였음
  - 정신건강영역 의료서비스 질 관리가 필요하나 재정지원 수준이 낮고 입원 요양급여 기준이 환자 상태와 상관없이 동일하게 규정되어 서비스 질이 낮은 상태임을 지적하였음
  - 최지숙 등(2015)은 청구자료를 이용하여 의료보장별 초발 정신병 환자의 의료이용 현황, 건강보험과 의료급여 환자의 의료이용이 차이가 있음을 보였음
  - 정신건강영역 서비스 평가를 건강보험 영역에 확대 적용하는 방안(석정호 등, 2017), 적정성 평가 결과에 따른 진료비 차등 보상, 정신질환 의료서비스의 질(정신요법, 고가 및 저가약 처방)에 대한 건강결과 평가 방안(최지숙 등, 2015)을 제안하였음

### 3. 국내외 정신질환 수가체계

#### 가. 국내 정신질환 수가체계

##### 1) 입원서비스

- (개요) 국내 정신질환의 입원서비스 수가체계는 행위별 수가제인 건강보험, 일당 정액제를 기반으로 일부 행위별 수가를 혼합하는 의료급여로 구분



[요약 그림 2] 국내 정신질환 입원서비스의 수가체계도

- (의료급여) 의료급여 정신질환 입원 수가는 인력 확보수준에 따른 기관등급과 입원일수에 따라 차등 적용
  - 기관등급은 의사, 간호사, 정신건강전문요원의 인력 확보수준에 따라 G1~G5로 구분하고, 인력 확보수준은 직종에 따라 배점을 차등하여 점수를 합산
  - 환자의 입원일수를 ~90일, ~180일, ~360일, 361일 이상 4구간으로 구분

<요약 표 1> 의료급여 정신질환 입원료 1일당 정액수가

(단위 : 원)

기관등급	입원기간	입원 <sup>1)</sup>				낮병동	외박
		입원 후 1~90일	입원 후 91~180일	입원 후 181~360일	입원 후 361일 이상		
G1		44,580	41,350	38,010	35,880	35,200	9,790
G2		40,230	37,200	34,170	32,150	31,980	9,030
G3		29,210	26,890	24,460	22,940	24,480	7,100
G4	병원	21,470	19,550	17,640	16,360	18,870	5,730
	의원	25,690	23,520	21,340	19,890	21,840	6,490
G5	병원	19,280	17,460	15,720	14,530	17,900	5,350
	의원	23,200	21,140	19,170	17,820	20,740	6,060

주 1. 해당 의료기관에서 환자의 누적 입원기간을 기준으로 구분, 환자의 외박, 30일 이내 재입원 및 의료기관의 개·폐업 모두 일수에 반영

- (의료급여 본인부담금) 1종 수급자, 2종 수급자 중 장애인은 본인부담금이 없으며 그 외 2종 수급자의 본인부담금은 비용총액의 10%를 부담

〈요약 표 2〉 의료급여 정신질환 입원진료비의 환자 본인부담 비율

1종	2종	
	일반	장애인
없음	의료급여비용총액의 10%	없음(장애인기금)

- (건강보험) 건강보험 정신질환 입원진료비는 크게 입원료, 정신의학적 집중 관리료와 정신요법료 등 행위별 수가로 구분
  - 입원료는 인실에 따라 구분되며 3구간의 입원일수에 따라 차등 적용함. 정신질환은 입원료의 30%를 가산함

〈요약 표 3〉 건강보험 정신질환 입원진료비의 환자 본인부담금

(단위: 원)

종별	기본입원료			5인실			4인실			3인실			2인실		
	~15일	~30일	31일~	~15일	~30일	31일~	~15일	~30일	31일~	~15일	~30일	31일~	~15일	~30일	31일~
상급종합	56,420	50,780	47,960	73,340	66,010	62,340	90,270	81,240	76,730	108,320	97,490	92,080	144,430	129,990	122,770
종합병원	49,800	44,820	42,330	64,740	58,260	55,030	79,670	71,710	67,720	95,610	86,050	81,270	119,510	107,560	101,590
병원	43,370	39,030	36,870	56,380	50,740	47,920	69,400	62,460	58,990	83,270	74,950	70,780	97,150	87,440	82,580
의원	40,870	36,780	34,740	53,130	47,810	45,160	65,390	58,850	55,580	-	-	-	-	-	-

기준: 2021년 수가기준

- 정신의학적 집중관리료는 상급종합병원, 종합병원의 정신건강의학과에 설치된 폐쇄병동 또는 격리실에 입실한 경우 적용

〈요약 표 4〉 건강보험 정신의학적 집중관리료

(기준: 1일 1회 산정가능)

종별	폐쇄병동 집중관리료	격리보호료
상급종합	22,960원 (297.04점)	57,730원 (746.85점)
종합병원	18,590원 (240.54원)	53,130원 (687.31점)

기준: 2021년 수가기준

- 정신요법료는 정신건강의학과 전문의가 정신건강의학과 환자에게 요법을 행하고 치료행위에 관한 내용을 진료기록부 등에 기록한 경우 산정하는 수가임

〈요약 표 5〉 건강보험 정신요법료

(단위: 원(점))

		분류	정신요법료
아-1	개인정신치료	가. 개인정신치료 I (10분이하)	11,249 (145.52)
		나. 개인정신치료 II (10분초과 20분이하)	22,480 (290.82)
		다. 개인정신치료 III (20분초과 20분이하)	36,747 (475.38)
		라. 개인정신치료 IV (30분초과 20분이하)	52,218 (675.53)
		마. 개인정신치료 V (40분초과)	69,248 (895.83)
아-2	집단정신치료	가. 지지표현적 집단정신치료	8,263 (106.9)
		나. 역동상호작용적 집단정신치료	12,391 (160.3)
		다. 정신치료극	16,527 (213.8)
아-3	가족치료	가. 개인	13,218 (170.99)
		나. 집단	11,379 (147.2)
아-4	작업 및 오락요법		4,206 (54.41)
아-5	약물이용면담		19,609 (253.68)
아-6	인지행동치료	가. 개인	36,554 (472.89)
		나. 집단	10,967 (141.87)
아-7	전기충격요법	가. 일반전기충격요법	50,063 (647.64)
		나. 특수전기충격요법	128,210 (1,658.6)
아-8	지속적 수면요법	가. 전기	33,105 (428.27)
		나. 약물	22,232 (287.61)
		다. 마취	38,216 (494.38)
아-9	정신의학적재활요법		10,980 (142.05)
아-10	정신의학적응급처치		45,404 (587.38)
아-11	정신의학적 사회사업	가. 개인력조사	15,338 (198.42)
		나. 사회사업지도	9,401 (121.62)
		다. 사회조사	9,401 (121.62)
		라. 가정방문	32,154 (415.96)

기준: 2021년 수가기준

- (환자 본인부담금) 요양급여 비용의 20%, 식대의 50%를 분담

〈요약 표 6〉 건강보험 입원진료비의 환자 본인부담률

요양급여 비용의 20% + 본인 식대 50% (정신병원 2/3인실 입원료는 본인부담률 40/30% 적용)
---

## 2) 외래서비스

- (개요) 정신질환의 외래진료는 건강보험, 의료급여 모두 동일하게 행위별 수가제로 운영되며, 의료보장에 따른 환자 본인부담금만 다르게 적용

건강보험 의료급여	행위별 수가제 (진찰료·입원료·약제료·투약료·주사료·검사료·정신요법료 등)
--------------	--

[요약 그림 3] 국내 정신질환 외래서비스의 수가체계도

<요약 표 7> 정신질환 외래진료비의 환자 본인부담금

의료 급여	의료급여기관			의료급여수급권자 종별		
				1종	2종	
			일반		장애인	
제 1 차	의원 보건의료원	그 밖의 외래진료	1,000원	1,000원	250원	
		원내직접조제	1,500원	1,500원	750원	
		CT,MRI,PET	5%	15%		
	보건기관	그 밖의 외래진료	무료			
		원내 직접조제	무료			
	약국 등	처방조제	500원			
		직접조제	900원			
		보건기관 처방조제	무료			
	제2차	그 밖의 외래진료	1,500원	의료급여비용 총액의 15%	무료 (장애인기금)	
		원내직접조제	2,000원			
		CT, MRI, PET	5%			
	제3차	그 밖의 외래진료	2,000원	의료급여비용 총액의 15%	무료 (장애인기금)	
원내직접조제		2,500원				
CT,MRI,PET		5%				
주 1. 2종 2차기관 이상에서 조현병(F20-F29)은 5%, 그 외 정신질환 10%로 경감(CT등 변동 X) 장기 지속형 항정신병 주사제(인베가서스티나등)주사약값 5%(1종·2종 불문,제1·2·3차 불문)						
건강 보험	상급종합병원	6세이상: 진찰료총액+(요양급여비용총액-진찰료총액)*60/100				
	종합병원	6세이상(동지역): 요양급여비용총액*50/100				
	병원	6세이상(동지역): 요양급여비용총액*40/100				
	의원	진찰료*20/100 + (요양급여비용총액-진찰료)*30/100				
주 1. 6세미만, 읍면지역, 의약분업 예외지역, 차상위 표기 생략						

## 나. 대만

### 1) 입원서비스

- 입원 본인부담률 및 수가를 병동별로 차등하여 각 병동의 역할을 유도
  - (인력 기준) 급성·집중치료 병동과 만성병동·낮 입원시설의 인력 기준을 다르게 규정

〈요약 표 8〉 대만의 병동별 의사·간호인력 기준

구분	병동구분			
	낮 입원시설	만성병동	급성병동	집중치료병동
의사	150명당 1인 이상	120병상당 1인 이상	20병상당 1인 이상	10병상당 1인 이상
	· 전공의 1인 포함, 2인 이상			
간호인력	20명당 1인 이상	15병상당 1인 이상	3.5병상당 1인 이상	2병상당 1인 이상
	· 간호사 1인 포함, 5명 이상			

- (시설 기준) 만성·급성·집중치료 병실 내 최대 병상 수, 병실의 병상 최소 면적, 병상바닥과 바닥 간 거리, 인접병상 간 거리 등을 규정
- (본인부담률) 급성기 이후 퇴원 또는 만성병동으로 전원을 유도하기 위해 재원일수에 따라 본인부담률 차등
- (수가체계) 입원진찰료, 병실료, 정신과 만성병동 입원 간호료 및 당일 입원 치료비로 구분되며 입원진찰료와 병상료가 병동에 따라 차등

### 2) 외래서비스

- (수가 기준) 정신과 외래 진료점수는 일반 외래진료보다 동일 조건대비 높은 편으로 의료기관 종별(1차 진료소, 병원) 의사당 1일 진료 횟수, 처방전 유무, 연속처방 여부, 28일 이상 연속 처방 등에 따라 차등
- (본인부담금) 외래 본인부담금은 기본 부담금과 일부 부담금으로 구분, 기본 부담금은 진료의뢰서 유무, 진료병원 종류(의과, 응급 진료·검사, 치과, 한방병원) 및 의료기관 등급에 따라 차등

## 다. 일본

### 1) 입원서비스

- 입원료 수가는 입원기본료, 입원기본료 가산, 특정입원료로 구성되며 병원 및 병동 특성, 간호사 대 환자비율, 평균 재원일수 등에 따라 차등
  - (입원기본료) 일반병원 또는 특정기능병원 정신병동 입원기본료 수가 적용, 각 병동은 간호직원 대 환자비율, 평균 재원일수 등을 준수해야 소정점수 산정 가능
  - (입원기본료 가산) 정신질환 관련 가산 항목은 17개로 정신 응급환자 대응, 연락 팀, 지역 연계 등을 실시하고 산정 기준을 만족하는 경우 가산 가능
    - (정신 응급대응) 정신과 조치입원 진료 가산, 정신과 응급입원시설 관리 가산 등
    - (지역·타과연계) 정신과 지역연계 실시 가산, 정신과 연락 팀 가산 등
  - (특정입원료) 정신질환 관련 특정입원료는 응급, 급성기 및 합병증 관련 항목과 아동·청소년, 요양병동 및 치매병동 관련 항목으로 구성
    - (정신과 응급) 시간외·휴일 또는 응급입원 실적, 입원환자 3개월 내 퇴원 비율 등 실적 관련 기준과 입원일수(30일)를 기준으로 차등, 최대 3개월까지 산정 가능
    - (정신과 급성기) 환자 대 간호직원 비율에 따라 차등되며 신규 입원환자 비율, 신규 입원환자의 3개월 이내 퇴원비율(40% 이상)을 준수해야 산정 가능
  - (본인부담률) 입원·외래 서비스 본인부담률을 동일하게 적용하며 연령구간에 따라 차등

### 2) 외래서비스

- 초진료, 재진료 및 외래 관리 가산으로 구성되며 진료의뢰서 유무, 일반 병상 수, 소개울·역소개울 등에 따라 점수 차등

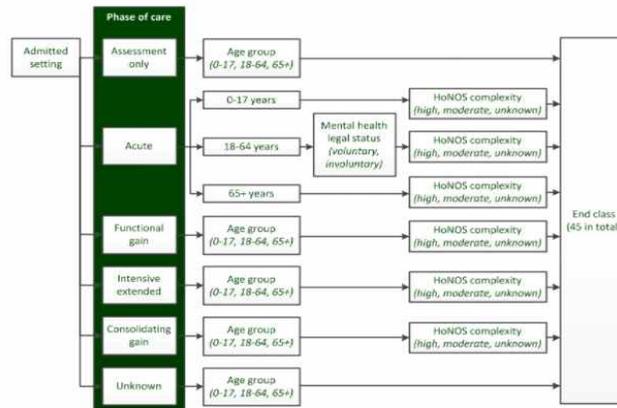
〈요약 표 9〉 일본의 외래 기본 진료료 점수

구분	진료소	병원	
		일반병상 200병상 미만	일반병상 200병상 이상
초진료		288점 (예외 214점)	
재진료	재진료	73점(예외 54점, <sup>4)</sup> )	-
	외래진료료	-	74점(예외 55점)
	비대면진료료	71점(월 1회)	
외래 관리가산		52점	-

## 라. 호주

### 1) 입원서비스

- 진료활동에 따라 공공병원의 재정을 지원하기 위해 정신질환의 임상적 특성을 고려하여 입원환자를 분류하고 가중치에 따라 재정지원
  - (정신건강 분류) 정신건강 서비스는 주 진단으로 자원 소모량을 구분하기 적절하지 않으므로 호주정신건강분류(AMHCC)는 서비스 비용에 기여하는 요소 및 환자 특성에 따라 구분 변수를 입원-지역사회 케어, 병기, 연령, 자발적·비자발적 입원 여부(법적 지위), 건강상태척도(HoNOS, LSP-16 척도) 총 6가지로 정의함
  - 서비스 가격은 해당 서비스 유형의 NWAU(National weighted activity unit)와 국가효율가격(NEP)를 곱하여 계산함. NWAU는 서비스 유형의 가격 가중치에 조정 항목에 따른 가중치를 반영한 상대 값으로 조정 항목으로는 지역적 특성, 소아진료 여부, ICU 입원 여부, 원주민 여부 등이 있음



[요약 그림 4] 호주 정신건강 분류(AMHCC) 체계 구성- 입원

### 2) 외래서비스

- 가입자가 공공병원 및 민간병원을 민간 환자(private patient) 자격으로 이용하는 경우 메디케어 급여 수가표(MBS)에 따라 보장
  - 급여 항목은 일반의(GP) 및 기타 정신건강전문가(임상심리사, 사회복지사, 작업 치료사 등)의 정신건강 치료계획 준비 및 검토, 초기집중 심리치료 등

## 4. 정신의료서비스 이용 및 결과 분석

### 가. 개요

- 청구자료 분석을 통해 정신의료서비스 이용 현황과 선행연구에서 검토한 의료보장별 형평성 문제를 확인하고자 함
  - (분석대상) 주상병 정신질환(F00~F99, G40, G41)으로 정신건강의학과(진료 과목 또는 표시과목코드 적용)에 입원한 건강보험 가입자(의과 입원)와 의료급여 수급자(정신과 입원)의 청구 명세서 중 2015. 1.~2019. 12. 입원이 개시되고 2015. 1.~2020. 6. 심사가 결정된 명세서
  - 의료이용의 결과를 분석하기 위하여 정신과 입원영역 적정성 평가 지표를 활용하여 인력 수준, 의료행위 제공 수준, 재입원률 등을 의료보장별로 비교 분석

〈요약 표 10〉 정신질환 입원서비스의 의료보장별 비교를 위한 분석의 틀

구분	지표명
구조 지표	1. 정신건강의학과 의사 1인당 1일 입원환자 수
	2. 정신건강의학과 간호사 1인당 1일 입원환자 수
	3. 정신건강의학과 간호인력 1인당 1일 입원환자 수
	4. 정신건강전문요원 1인당 1일 입원환자 수
	5. 사회복지사 1인당 1일 입원환자 수
과정 지표	1. 정신요법료(23종) 실시횟수(주당)
결과 지표	1. 재원환자의 입원일수
	2. 퇴원환자의 입원일수
	3. 퇴원 후 30일 이내 재입원율(%)
	4. 퇴원 후 30일 이내 낮병동 또는 외래방문을

- 정신의료기관의 입원환자의 비율을 분석하여 의료급여 수급자의 분포에 따라 기관을 4개 그룹으로 구분하고 2020년 상반기 6개월(1월~6월)을 기준으로 정신질환 상병(F00~F99, G40, G41)으로 의료기관에 입원한 건강보험 가입자 또는 의료급여 수급자의 비율을 분석

## 나. 정신의료서비스 의료이용 현황

### 1) 정신의료기관 및 병상 수 등 일반 현황

- (정신의료기관 수, 병상 수) 국내 정신의료기관수는 '19년 기준으로 1,839개소가 있으며 병상은 78,739개로 이 가운데 22%는 개방병상을 구성

〈요약 표 11〉 국내 정신의료기관 수, 병상 수 현황

구분 <sup>1)</sup>	기관수 <sup>2)</sup>	병상 수 <sup>2)</sup>	개방병상 수 <sup>2)</sup>	기관당 병상 수
종합병원 정신과	200 개소	5,351 병상	1,333 병상	26.8 병상
병원 정신과	256 개소	50,111 병상	10,998 병상	195.7 병상
정신병원	84 개소	20,683 병상	3,785 병상	246.2 병상
정신과의원	1,299 개소	2,594 병상	492 병상	42.8 병상
합계	1,839 개소	78,739 병상	16,608 병상	42.8 병상

주 1.기관 유형은 의료기관개설허가서 기준  
2.2019. 12. 31.기준

자료: 국가 정신건강현황 보고서 2019. 보건복지부 국립정신건강센터. 발췌 및 재구성

- (의료인력) 정신건강의학과와 주요 전문 인력은 정신건강의학과 의사(전문의, 전공의), 정신건강전문요원(정신건강 간호사·사회복지사·임상심리사)으로 구성

〈요약 표 12〉 국내 정신의료기관의 상근 의료인력 1명당 환자 수

(단위: 명)

구분	입원환자 수	의사 (전문의, 전공의)	정신건강전문요원		
			간호사	사회복지사	임상심리사
상급·종합병원 정신과	3,745	3.34	12.28	41.15	16.14
병원 정신과	42,653	42.87	61.02	94.16	328.10
정신병원	16,904	45.93	50.16	75.13	375.64
정신과의원	2,134	1.36	32.33	79.04	14.92

자료: 국가 정신건강현황 보고서 2019. 보건복지부 국립정신건강센터. 발췌 및 재구성

## 2) 정신의료 입원 이용 현황

- (기본 현황) 의료급여, 건강보험 모두 실인원수가 줄어드는 추세이나 일당 진료비, 총급여비용은 증가 추세
- 상병에 상관없이 의료급여 내원일수가 약 30~75% 가량 높으며 건강보험·의료급여 간 인당 진료비는 유사함

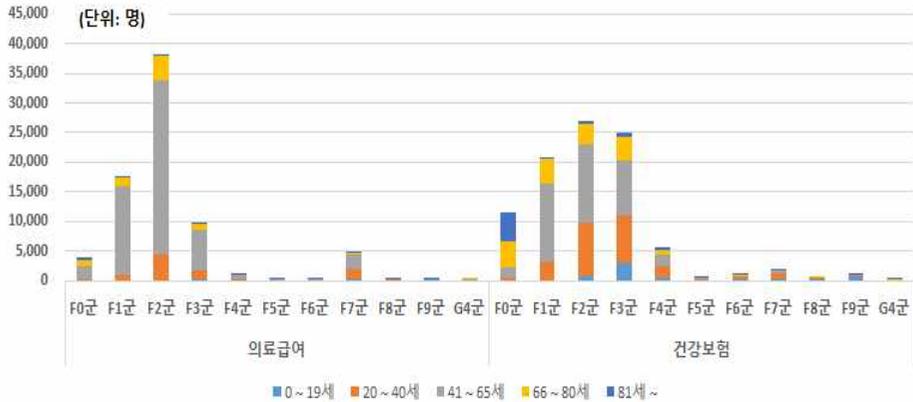


[요약 그림 5] 의료보장별 환자 수, 일당 진료비, 총급여액, 입원일수 비교



[요약 그림 6] 의료보장별 상병별 환자 수, 내원일수, 인당 진료비 비교

- (상병·연령별) 의료급여와 건강보험 모두 41~65세의 비율이 가장 높으며 F1군~F3군에서 중장년층의 분포가 두드러진 것으로 나타나 의료보장별 차이는 뚜렷하지 않은 것으로 보임

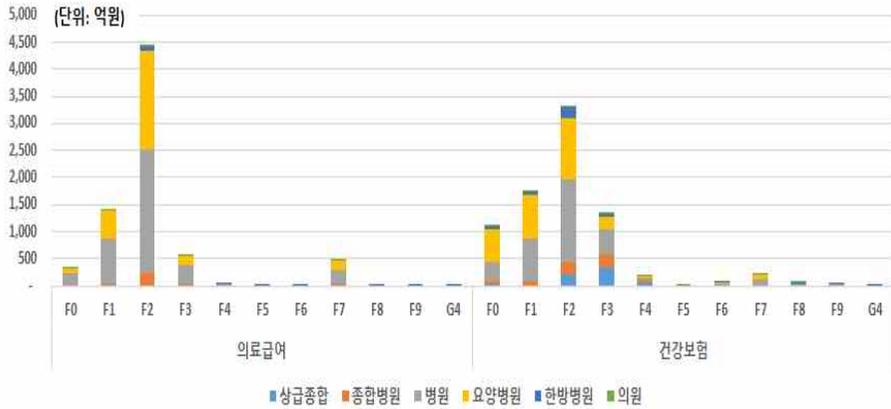


[요약 그림 7] 의료보장에 따른 상병별 연령분포

- (종별·상병별) 의료급여, 건강보험 모두 F2~F4군에 집중되어 있으며 병원, 요양병원, 종합병원 순으로 분포되어 있음. 상병·종별에 상관없이 모두 환자수에 따라 총진료비가 비례하는 양상을 보임



[요약 그림 8] 의료보장, 상병에 따른 의료기관 종별 입원환자 수 분포



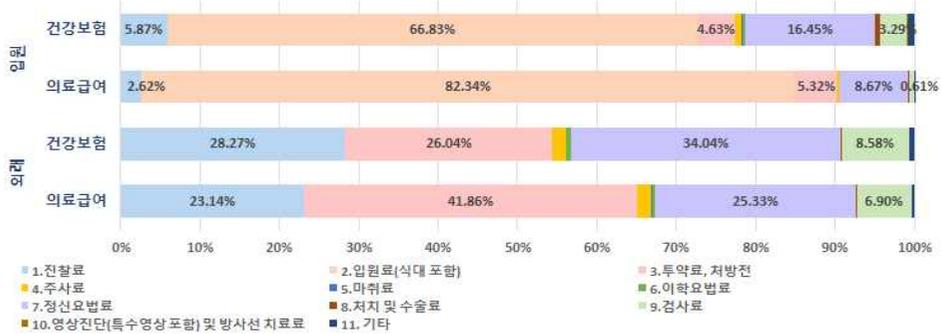
[요약 그림 9] 의료보장, 상병에 따른 의료기관 종별 입원진료비 분포

- (의료보장별 서비스 현황) 건강보험이 의료급여에 비해 정신요법 제공횟수가 많으며 다양한 치료를 제공하고 있음
- (정신요법) 의료급여는 특정한 항목에 횟수가 집중되어 있는 반면 건강보험은 상대적으로 다양한 정신요법을 제공



[요약 그림 10] 의료보장에 따른 정신요법료 제공횟수 비교

- (진료항목) 외래서비스는 각 진료항목에 고루 분포한 반면, 입원서비스는 입원료의 비중이 월등히 높으며 의료급여는 입원료에 80% 이상 분포함



[요약 그림 11] 정신질환 입원, 외래의 항 구분에 따른 비율 분포

- (의료보장별 입원일수) 건강보험 입원일수는 의료급여에 비해 약 1.6배 많으나, 1년 이상 장기입원은 의료급여가 건강보험에 비해 약 1.7배 많은 것으로 나타남
- (평균 입원일수) 의료급여가 건강보험에 비해 약 3배가량 높은 것으로 집계 되었으며, 의료급여는 4년 이상 장기입원자의 비중이 전체의 약 20% 이상을 차지



[요약 그림 12] 의료보장별 정신질환 입원자의 입원일수 비교

### 다. 정신의료 입원서비스 이용 결과

- (구조지표) 의료급여 입원수급자 비율이 상대적으로 높은 4그룹과 건강보험 입원 가입자 비율이 높은 1그룹 간에 인력별로 약 6~14배까지 격차 발생
  - 4그룹(의료급여 중심)과 1그룹(건강보험 중심) 간 사회복지사, 정신건강전문요원, 의사, 간호사, 간호인력 순으로 차이가 발생하며, 전체 의료기관(564개소) 간 의료보장별 비교에서도 약 2배 차이 발생
  - 정신과는 질환 특성상 타과 대비 상대적으로 많은 인력이 필요해 인력 차이가 의료서비스 제공의 문제로 이어질 가능성이 높음

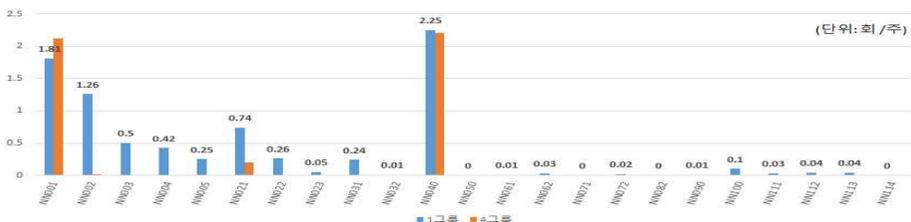
〈요약 표 13〉 정신질환 구조지표(인력 자원)에 따른 형평성 비교

(단위: 명)

구분 (인력당 1일 입원환자 수)	그룹 간 비교			의료보장별 비교		
	4그룹	1그룹	비교	건강보험 전체	의료급여 전체	비교
의사	38.48	4.21	9.1배	10.29	19.59	1.9배
간호사	12.57	1.93	6.5배	3.73	6.69	1.8배
간호인력	7.12	1.26	5.7배	2.01	3.63	1.8배
정신건강전문요원	48.25	4.06	11.9배	11.66	23.31	2.0배
사회복지사	63.11	4.42	14.3배	14.30	29.70	2.1배

기준. 1그룹(141개소)와 4그룹(141개소) 비교 수치

- (과정지표) 4그룹(의료급여 중심 의료기관)은 개인정신치료 I 과 작업 및 오락 요법 위주로 제공하며 1그룹은 다양한 정신요법을 제공



[요약 그림 13] 정신질환 과정지표(정신요법료)에 따른 그룹 간 비교

- (결과지표) 입원일수는 평균 기준으로 약 4.9배, 중간값 기준으로 20.8배의 차이를 보였으며, 퇴원환자의 입원일수 또한 평균 기준으로 약 4.4배, 중간값 기준으로 12배가량의 차이가 나타남

〈요약 표 14〉 정신질환 결과지표(입원일수)에 따른 형평성 비교

(단위: 일)

구분	1그룹 (건강보험 중심)		4그룹 (의료급여 중심)		건강보험 전체		의료급여 전체	
	평균	중간값	평균	중간값	평균	중간값	평균	중간값
재원환자의 입원일수	177.76	41.80	869.15	870.54	521.0	508.2	630.3	624.7
퇴원환자의 입원일수	72.78	22.54	320.18	270.03	147.3	104.8	205.2	164.1

참고. 2019년(2주기 1차) 의료급여 정신과 적정성 평가 결과

- 재원환자의 입원일수\_중간값: 조현병- 644일, 알코올장애- 323.5일
- 퇴원환자의 입원일수\_중간값: 조현병- 102일, 알코올장애- 102일

- 정신질환으로 입원 후 장기입원(2년 이상)이 되는 비율은 의료급여가 건강보험에 비해 약 4.7배가량 높음

〈요약 표 15〉 정신질환 입원환자의 장기 입원화 비율

(단위: 명)

입원일수	의료급여		건강보험	
180일 이상	55,548명	51.5%	33,874명	16.8%
365일 이상	41,455명	38.4%	19,662명	9.8%
500일 이상	35,459명	32.9%	15,561명	7.7%
730일 이상	27,776명	25.7%	11,002명	5.5%
입원환자 수	107,868명	100%	201,135명	100%

기준. 2015~2017년 입원환자의 추적관찰(~20년까지, 입원에피소드 기준)

- (재입원율) 퇴원 후 30일 이내 재입원율은 의료급여 수급자 비율이 많은 의료기관이 상대적으로 높은 것으로 나타남

〈요약 표 16〉 정신질환 결과지표(재입원율 등)에 따른 그룹간, 의료보장별 비교

(단위: %)

구분	1그룹		4그룹		건강보험 전체		의료급여 전체	
	평균	중간값	평균	중간값	평균	중간값	평균	중간값
퇴원 후 30일 이내 재입원율	21.03	11.11	42.55	33.33	25.6	17.2	37.9	31.5
퇴원 후 30일 이내 낮병동/외래방문율	54.90	64.47	43.19	31.95	47.7	45.5	61.5	42.7

- (기타 요소) 저수가 등의 사유로 의료급여 정신질환자의 입원을 받지 않는 일부 정신의료기관도 존재

〈요약 표 17〉 정신의료기관의 의료보장별 청구기관 수('19년 기준)

(단위: 개소)

종별	입원			외래		
	건강보험 청구기관	의료급여		건강보험 청구기관	의료급여	
		청구기관	미청구기관		청구기관	미청구기관
상급종합병원	40	32	8	42	42	0
종합병원	128	60	68	182	182	0
병원	231	188	43	294	250	44
요양병원	292	115	177	196	161	35
한방병원	4	3	1	5	4	1
의원	186	48	138	13,558	7,972	5,586
총 합계	881	446	435	14,277	8,611	5,666

참고. 의료급여 정신과 기관등급(총 442개소, 상종(32), 중병(61), 병원(180), 요양병원(111) 등)

## 5. 정신질환 수가체계 개선 방안

### 가. 정신의료서비스의 의료보장별 형평성 문제

#### 1) 그간의 개선 노력과 효과

- '17년 3월부터 외래진료 서비스의 약제비 별도 산정, '19년 6월부터 입원진료의 약제비를 별도 산정하도록 하였고, 그 개선 결과는 다음과 같음
  - (외래 약제비 전환) '17. 11. ~'19. 5.(시행 전), '19. 6.~'20. 12.(시행 후) 비교 분석 결과 장기지속형 주사에 처방률이 4.27% 증가
  - (입원 약제비 전환) 총진료비는 약제비 전환 이전에 비해 전환 후 0.6% 증가, 환자 수는 9.8%, 입원일수는 6.4% 감소

#### 2) 개선 방안 논의

- 형평성 문제 해결을 위해 의료급여와 건강보험이 동일한 수가체계를 갖는 것이 우선적이겠으나, 정신질환의 특성, 재정 여건 등을 고려한 방안도 필요함
  - 첫째, 의료급여 정신질환 입원영역에 건강보험과 동일하게 행위별 수가제를

적용하는 방안

- 둘째, 정신의료서비스에 적합한 수가체계를 고안하여 건강보험과 의료급여에 동일하게 적용하는 방안
- 셋째, 현행 일당정액수가제를 보완하여 개선하는 방안

## 나. 정신질환 입원서비스 제공체계 강화 방안

### 1) 응급 정신질환 대응체계 마련

- 정신 응급·중증 질환을 위한 관리체계 및 수가지원 체계 부족 문제를 개선하기 위해 응급·중증 정신질환자에 수가를 차등 보상하는 방안

### 2) 정신질환 중증도 및 병동 구분

- 중증도에 따른 적절한 치료 개입을 위해 중증도 및 병동을 구분하는 방안
  - 중증도 및 병동을 구분하기 위해서 환자 상태를 객관적으로 평가할 수 있는 합리적인 평가체계 및 평가도구의 선정과 보급 필요

### 3) 사후관리 방안

- (장기입원 관리) 입원적합성 심사 제도를 확대 적용하여 장기입원을 관리
- (지역사회 연계) 장기입원 관리 방안 중 하나로, 환자 상태에 적합한 지역 재활시설 및 관련 복지시설 등으로 퇴원을 연계하고 연계 수가를 신설 또는 보상
- (의료 질 평가 성과연계) 의료 질 평가 결과에 따른 보상 연계

## 6. 결론 및 제언

- 국내 정신질환 수가체계는 입원 영역에서 건강보험 가입자에 행위별 수가제, 의료급여 수급자에 일당정액제를 적용함으로써 형평성 문제가 지속되었음
- 국외 정신질환 수가체계 제도 고찰 결과, 급성·만성 병동 구분에 따른 수가 차등, 응급·급성기 입원료 차등 등이 확인되었으나 의료보장 간의 의료이용의 차이를 두는 제도는 없었음
- 의료급여의 정신 입원서비스 수가는 건강보험에 대비 약 50~60% 수준이지만 입원일수는 상병에 따라 약 30~75% 가량 높은 것으로 나타났고 결국 인당 진료비는 건강보험과 의료급여가 유사한 수준임
- 또한, 건강보험 입원자가 많은 의료기관 그룹은 의료급여 입원자가 많은 기관 그룹에 비해 의료 인력, 정신요법 실시횟수, 입원일수 및 재입원율에서 서비스의 질적 수준이 높았음
- 이러한 의료보장 간의 형평성 문제 해결을 위해 우선적으로 의료급여와 건강보험에 동일한 수가체계를 적용할 수 있으나, 정신질환의 특성, 재정 여건 등을 감안하여 정신의료서비스에 적합한 수가체계 개발, 현행의 일당정액 수가제를 개선하는 방안도 고려되어야 함
- 아울러 환자 중심의 적정 의료서비스 제공을 위해서는 정신질환의 예방, 초기 관리, 퇴원 후 지역사회 연계 등 많은 연결고리가 유기적으로 작동되어야 하며, 이는 수가체계 뿐만 아니라 외래, 입원 및 퇴원 후 추적관찰 단계까지 종합적인 연구가 필요할 것임





# 제1장 서론

## 1. 연구 배경 및 목적

### 가. 연구 배경

국내 정신질환자 수는 매해 증가 추세로 최근 5년간 치매를 제외한 정신질환자가 약 22% 증가한 것으로 나타났다. 여기에 국민 4명 중 1명은 평생에 한번 이상 정신질환을 경험할 정도로 정신건강 이슈가 보편적 사회현상이 되고 있다. 정신질환은 생애주기 초기에 발생하여 긴 유병기간을 특징으로 하며, 의료비 부담, 소득 상실 등 개인의 문제뿐만 아니라 의료·돌봄에 대한 전반적인 사회적 비용으로 이어진다(보건복지부a, 2021.)



[그림 1] 정신질환의 사회경제적 비용 분석 등

자료: 제2차 정신건강복지기본계획(안). 보건복지부(2021.1.). 발체 및 재구성

<표 1> 국내 정신건강 관련 주요 지표

구분	지표 정의	결과
우울감 경험률	최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀 응답자 수 / 만 19세 이상 조사대상자 × 100	11.2%
고위험 음주율	주 2회 이상 음주 & 1회 평균 7잔 이상(여성 5잔 이상) 음주한 사람 수 / 최근 1년간 음주한 경험이 있는 만19세 이상	14.7%
정신질환 평생유병률	평생 동안 한번 이상 정신질환을 앓은 적이 있는 대상자 / 만 18세 이상 조사 대상자 × 100	25.4%
자살 사망률	자살에 의한 연간 사망자 수 / 연앙인구 × 100,000명	26.6명

자료: 국가 정신건강현황 보고서 2019. 보건복지부 국립정신건강센터. 발체 및 재구성

정신질환은 발병 전 또는 전구기(predrome) 단계부터 급성기, 회복기까지 지속적이고 체계적으로 관리되어야 하지만 아직 우리 사회는 그러한 체계를 갖추고 있지 못한 것으로 판단된다(석정호 등, 2017). 이러한 정신질환자 수의 증가와 정신질환의 관리체계 부실은 여러 문제들을 발생시킨다. 보건의로 및 지역사회 관리체계 부족으로 정신질환자에 의한 의료진 및 가족 등의 상해·사고 및 사망 사건 발생, 정신의료기관 관리 문제로 인한 정신의료기관 내 정신질환 입원환자의 코로나19 집단감염 문제가 대표적인 예다. 특히 국가인권위원회는 정신의료기관의 집단 감염과 관련하여 감염병에 취약한 과밀병상 등 시설 기준에 대한 개선이 필요하다는 의견을 제시했으며(국가인권위원회a, 2020),故임세원 교수의 사망 사건은 정신의료기관의 인력, 시설 등의 기준에 대한 개선 요구가 증가하는 계기가 되었다.

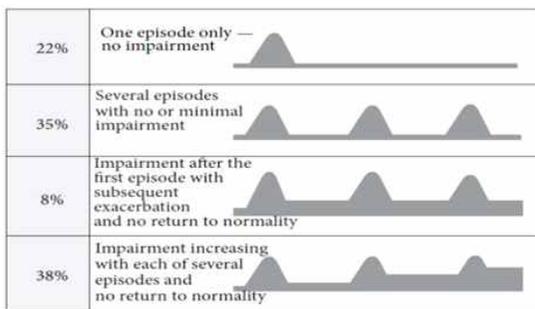
이러한 사회적 요구와 기준 개선의 필요성에 따라 최근 정부는 정신의료기관에 대한 인력, 시설 기준을 강화하는 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」의 시행규칙 개정안을 입법예고 하였다(2020. 11. 26.~2021. 1. 5.). 개정안에는 의료진 안전을 위한 보안 전담인력, 비상문, 비상경보장비를 비롯해 정신질환자의 입원환경 개선을 위해 입원병상(최대 10병상 →8병상 이하→6병상 이하)을 순차적으로 줄이고 면적(1인실 면적 6.3㎡→10㎡, 다인실 환자 1인당 4.3㎡→6.3㎡) 및 병상 간 이격거리(병상 간 이격거리 1.5m)를 조정하며, 화장실·손 씻기 시설·환기 시설을 개선하는 등의 내용이 반영되었다(보건복지부b, 2021). 하지만 대한신경정신의학회 등 정신 의료계는 시행규칙 개선이 시설 공사가 어려운 의료현장의 현실을 반영하지 못하며, 병상 수 부족에 따라 병원 밖으로 내몰리는 정신질환자 발생, 환자 감소로 인한 의료인력 이탈 등의 부작용으로 이어질 수 있다는 우려를 표하였다(대한신경정신의학회, 2021; 의협신문, 2020; 메디파나뉴스, 2020; 메디컬타임스, 2020).

시행규칙 개정에 대한 정신 의료계의 거부감, 정신의료기관의 입원환경 질 저하의 배경에는 정신의료기관 입원서비스의 수익성 저하가 연결되어 있다(국가인권위원회b, 2016). 특히, 입원환자의 절반가량을 차지하는 의료급여 수급권자의 입원 수가는 일당정액제로 구성되어 건강보험 대비 60~70% 수준에서 머물고 있기 때문에 의료서비스 제공에 대한 차별 논란이 끊이지 않고 있다.

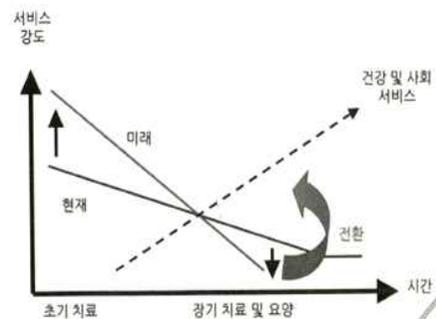
최근 의료급여는 지역사회 중심의 정신의료서비스 제공을 위한 외래진료서비스의 행위별 수가 적용(17. 3.~), 비정형약물 사용을 통한 치료효과 향상을 위해 입원진료의

약제비에 행위별 수가 적용(19. 6.~), 의료질 개선을 위한 정신요법료 및 식대의 행위별 전환(21. 4.~) 등을 순차적으로 개선하고 있다. 그러나 그 외에도 질환 특성에 따른 평가 및 별도 보상 요구, 상급종합병원의 폐쇄병동 축소에 대한 대응방안 제시 요구 등 수가 개선에 대한 목소리가 끊임없이 이어지고 있어 정신질환자를 위한 환경 개선, 의료 질 향상을 위해 정신질환 수가체계의 재검토가 요구되는 상황이라 할 수 있다.

그간 정신질환의 적정 치료를 위해 필수적인 서비스를 제공하려면 정신질환 관련 수가제도의 재설계 및 개선이 필요하다는 의견이 지속적으로 제기되었다. 특히 미국, 호주 등 정신질환 의료서비스의 선진국 사례를 인용하여 질환의 중증도, 동반상병, 유병기간, 재원기간 등 다양한 요소를 반영한 수가체계 도입의 필요성이 제기되었으며(석정호 등, 2017; 최지숙 등, 2015), 이를 위한 선결 과제로 국내 정신질환의 분류체계 개발이 제안되었다(손지훈 등, 2018). 또한, 정신질환 진행 및 악화를 조기에 예방하고자 초발 대응력을 강화하는 것이 중요하다는 의견(석정호 등, 2017; 최지숙b 등, 2015)이 있으며, 관련 사례로 최근 일본은 모든 질병치료의 접근을 질환 초기에 집중적 치료를 제공하는 방향으로 수가체계 개편을 진행 중인 것으로 알려져 있다.



[그림 2] 조현병의 초기 발현에 따른 회복 정도



[그림 3] 일본의 수가체계 개선방향

최근 정부는 정신질환 관련 분야의 기본계획을 각각 발표하여 감염병 대비, 치료 친화적 환경요건 수립 및 정액수가 개편 등을 예고하였다. 이에 정신질환의 수가 구조, 의료보장별 정신질환 의료서비스의 차이, 정신질환 의료서비스의 현안 등 정신질환 의료서비스 수가체계에 대한 전반적인 검토를 통해 문제점을 파악하고 합리적인 개선 방안을 제시하는 연구가 필요하다.

제2차 정신건강복지 기본계획('21~'25)

- 1) 정신의료기관 감염병 대비 대응시스템 구축
  - 정신의료기관 시설기준 강화
  - 정신의료기관의 권역별 격리병상 확충 지속지원
  - 집단감염 등에 대한 국립정신병원 중심의 대응체계 확립
- 2) 치료 친화적 환경요건 수립 및 조성
  - 정신질환자 중증도 분류기준 마련
  - 병동별(급성기/회복기/만성기) 운영지침 마련
  - 의료급여 수가개선 추진

제2차 의료급여 3개년 기본계획('21~'23)<sup>1)</sup>

- 1) 정신과 입원 정액수가 항목 단계적 행위별 전환(정신요법료, 식대 등)
- 2) 정신의료기관의 종별 상한 기준완화 검토
- 3) 정신건강 입원영역 인센티브 제공을 위한 평가모형 개발

주 1. 제2차 의료급여 3개년 기본계획 중 정신건강 관련 내용 발췌

## 나. 연구 목적

정신의료기관 시설기준 개정, 정신질환자에 의한 사건·사고 등으로 시작된 정신질환 수가체계 개선에 대한 사회적 요구에 따라 수가체계 개선의 필요성을 파악하고 효과적 치료 제공, 의료 질 향상 및 치료 환경 조성을 위한 개선 방안을 제시하는 것이 본 연구의 주목적이다. 연구의 세부 목적은 다음과 같다.

첫째, 선행연구 고찰, 국내·외 수가체계 검토를 통해 정신질환 의료서비스의 문제점을 도출한다.

둘째, 건강보험 및 의료급여 청구자료, 요양기관 현황신고 자료 분석을 통해 정신질환 의료서비스 의료이용 현황 및 의료보장(건강보험, 의료급여)별 입원서비스 의료이용 결과 지표를 비교하고 수가체계 개선 및 보완 가능성을 검토한다.

셋째, 정신질환 의료서비스의 의료보장 간 형평성 문제, 응급 정신질환 대응체계 등 정신질환 수가체계의 문제점을 검토하고 개선방향을 제시한다.

## 2. 연구 내용 및 방법

### 가. 연구 내용

#### 1) 선행연구 및 국내외 제도 고찰을 통해 정신질환 의료서비스의 주요 문제점 파악

선행연구 및 국내외 정신질환 수가체계 고찰을 통해 정신질환 의료서비스의 문제점을 파악하였다.

#### 2) 의료보장별 의료이용 현황 및 결과지표 비교를 통한 수가체계 개선사항 검토

의료보장(건강보험/의료급여)별 환자 특성(상병, 연령 등), 의료서비스 제공 현황(제공량, 주요 진료행위 등), 의료서비스 질(구조, 과정, 결과) 등 의료이용 현황 및 특성을 분석하고 수가체계의 개선 사항을 검토하였다.

#### 3) 정신질환 의료서비스의 효율적인 수가체계 개선방향 제시

의료보장별 형평성 개선, 정신질환 의료서비스 관련 주요 현안을 파악하고 효율적인 정신질환 의료서비스 제공을 위한 개선 방향을 제시하였다.

## 나. 연구 방법

### 1) 정신질환 관련 선행연구 및 국내외 제도 고찰

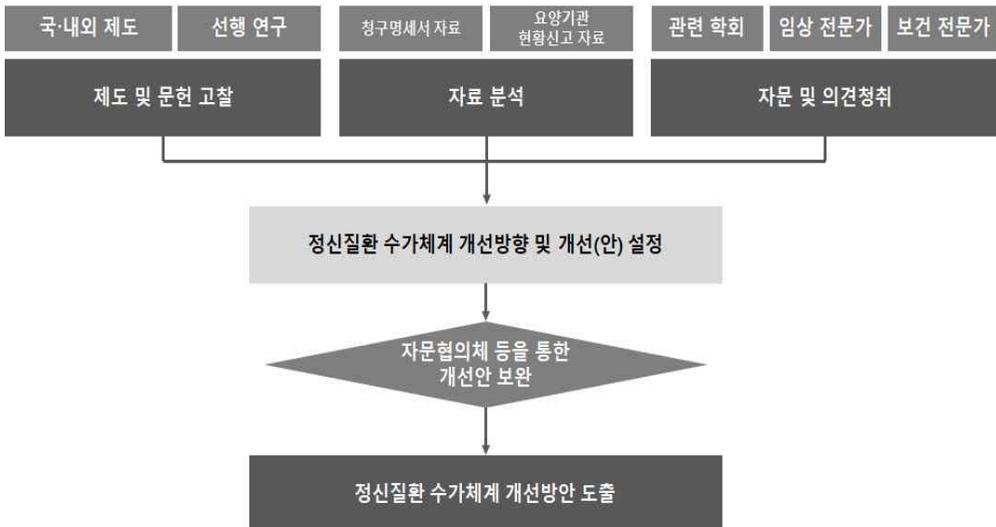
국내 정신질환 관련 선행연구 고찰과 국내외 정신질환 의료서비스의 수가체계 등 제도 고찰을 수행하여 문제점 및 개선 방향을 확인하였다.

### 2) 건강보험 및 의료급여 청구자료, 요양기관 현황신고 자료 등 분석

의료서비스 제공에 따른 청구자료, 보건의료자원통합신고포털 등을 통한 요양기관 현황신고 자료 등을 활용하여 의료보장에 따른 의료서비스 제공 현황, 수가 수준, 제공서비스의 질을 비교·분석하고, 행위별 전환 등 제도 변화에 따른 효과분석을 수행하였다.

### 3) 연구수행체계

연구방법에 따른 본 연구의 수행체계는 아래의 모식도와 같다.



[그림 4] 연구수행체계 모식도

## 제2장 선행연구 고찰

### 1. 의료급여 정신질환 입원 수가체계 개선 방안

의료급여 정신질환 수가는 의료급여제도가 도입된 1978년부터 정액제가 적용되었다. 이후 일당 정액제를 기반으로 의료기관 설립 형태(78년), 외래 방문일수(84년), 외래 초진·재진(91년), 입원 기간(00년) 등에 따른 차등수가제가 도입되었다. 현재 적용중인 기관등급별 입원 차등수가는 정신의료기관 인력 확보를 통해 의료서비스 질을 향상시키고자 2008년 10월에 도입한 제도로 의료인력 확보 수준에 따라 기관 등급을 5개로 구분하고 입원료를 차등하는 제도이다.

이러한 제도의 문제점으로는 외래보다 입원 중심의 서비스 제공, 장기입원 유도, 퇴원 후 재입원으로 이루어지는 회전문 현상, 급성기 및 초발 등 환자 상태를 고려한 질 높은 의료서비스 미제공, 정신의료기관의 낮은 인력 수준, 특정 등급(G2)에 기관이 과밀되어 차등 효과가 떨어지는 점 등이 지적되었다(최지숙 등, 2015; 석정호 등, 2017).

〈표 2〉 의료급여 정신과 의료급여기관 등급 분포(20.4분기 기준)

(단위: 개소)

구분	상급종합	종합병원	병원	요양병원	한방병원	의원	합계
G1	28						28
G2	4	56	179	111	2		352
G3		5	4				9
G4						55	55
G5			1			1	2
합계	32	61	184	111	2	56	446

자료: 건강보험심사평가원 의료자원실 신고자료

이에 인력 확보 수준을 향상시키고자 간호사 및 정신보건전문요원(정신보건간호사, 정신보건 사회복지사, 정신보건 임상병리사)의 확보 기준을 강화시키는 안, 장기입원 및 재입원을 감소시키기 위해 기관등급제에 입원일수를 세분하여 차등하는 개선안, 임상적 관점에서 정신질환군을 구분하고, 연령 등을 반영한 일당정액제 개선안 등이 제안되었으나(최지숙 등, 2015) 제도 개선에 반영되지 못하였다.

## 2. 정신질환 의료서비스의 질 관리 방안

석중호 등(2017)은 정신건강영역 의료 질 관리 방안 및 평가기준 개발 연구를 통해 입원서비스 질 관리를 위해서 급성기와 비급성기 서비스 기능을 분리하고 초발 여부, 중증 여부 등을 고려하여 치료 자원을 투입할 수 있도록 재정 지원이 필요하다는 의견을 제시하였다. 정신건강영역 의료서비스 질 관리가 국민정신건강증진을 위해 반드시 필요하나 정신건강서비스에 국가 재정 지원 수준이 낮고 입원 요양급여 기준이 환자 상태와 상관없이 획일적으로 규정되어 정신건강서비스 질이 낮은 수준에 머물러 있는 상태임을 지적하였다. 또한, 급성기 입원대상 환자의 증상과 기능을 평가하고 적절한 치료계획을 수립할 수 있도록 표준화된 평가 도구 개발 및 보급이 필요하다고 하였다.

특히, 최지숙 등(2015)은 초발 정신병 환자를 2007년부터 2011년까지 5년간 정신질환으로 의료이용 한 경험이 없고 2012년 정신병 진단을 처음으로 받은 환자로 정의하고 발병 후 1년간 의료이용을 파악하였다. 그 결과 건강보험 초발 정신병 환자 중 25.1%, 의료급여 환자의 31.6%가 입원으로 치료를 시작하는 것으로 나타나 의료급여 초발 정신질환자의 입원 비율이 더 높았다.

정신건강서비스의 질 관리를 위해 의료급여 적정성 평가에서만 시행되었던 정신건강영역 서비스 평가를 건강보험 영역에도 확대 적용하는 방안이 제안되었으며(석중호 등, 2017), 적정성 평가 결과에 따른 진료비 차등 보상, 정신질환 의료서비스의 질(정신요법, 고가 및 저가약 처방)에 대한 건강결과 평가 방안 등이 제시되었으나(최지숙 등, 2015) 구체적인 실행 방안이 수립되지 못하였다.

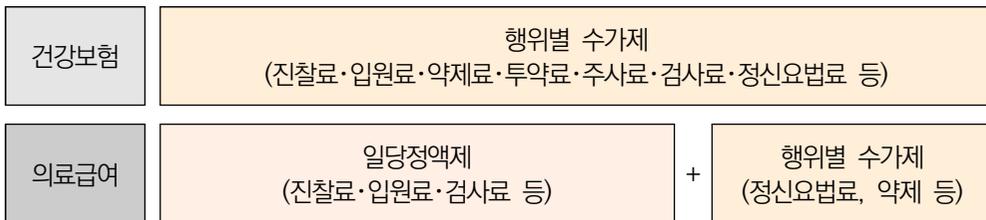
## 제3장 국내외 정신질환 수가체계

### 1. 국내 정신질환 수가체계

#### 가. 입원서비스

##### 1) 개요

국내 정신질환 입원서비스 수가체계는 크게 건강보험과 의료급여로 구분할 수 있다. 건강보험은 제공된 의료서비스마다 항목별로 금액을 책정해 진료비용이 결정되는 행위별 수가제를 적용한다. 의료급여는 입원일당 수가를 설정해 입원일수에 따라 진료비용을 결정하는 일당정액제를 기본체계로 하며, 일부 의료서비스에 대해 행위별 수가제를 적용한다. 건강보험과 의료급여의 정신질환 수가체계 차이는 의료서비스 형평성 문제, 수가 개선 요구 등으로 연결되어 의료급여 입원서비스의 정신요법, 약제 부분에 행위별 수가제를 적용하는 등 변화를 꾀하고 있다.



[그림 5] 국내 정신질환 입원서비스의 수가체계도

## 2) 의료급여

### 가) 수가 기준

의료급여 수급자 가운데 한국표준질병사인분류 항목 중 정신 및 행동장애(F00~F99)와 뇌전증(G40, G41)에 해당하는 정신질환으로 정신건강의학과 전문의료 급여기관에 입원하여 진료하는 자는 약제, 정신요법료, 식대 등을 제외한 진찰료·입원료·투약료·주사료·검사료 등이 포함된 1일당 정액수가로 진료비용을 산정한다. 다만, 입원기간 중 약품비, 퇴원 투약비용, 마약류 관리료, 입원환자 안전관리료, 식대, 정신요법료, 감염병의 확산 등에 따른 긴급한 사유로 보건복지부장관이 한시적으로 인정하는 항목에 대한 비용은 별도 산정할 수 있도록 되어 있다(보건복지부, 2020; 보건복지부, 2021). 특히, 입원진료의 약품비(19. 6.~), 정신요법료와 식대(21. 4.~)는 의료급여 정신질환자의 의료의 질 향상을 위해 별도 산정이 가능토록 최근 개정되었다.

1일당 정액수가는 의료 인력 확보수준에 따라 기관등급을 구분(G1~G5)하고 입원 환자의 입원일수(4구간)에 따라 차등하는 방식을 적용한다.

〈표 3〉 의료급여 정신질환 입원료 1일당 정액수가

(단위 : 점, 원)

입원기간 기관등급	입원 <sup>1)</sup>				낮병동	외박
	입원 후 1~90일	입원 후 91~180일	입원 후 181~360일	입원 후 361일 이상		
G1	576.73 (44,580)	534.91 (41,350)	491.69 (38,010)	464.19 (35,880)	455.31 (35,200)	126.67 (9,790)
	G2	520.46 (40,230)	481.20 (37,200)	442.07 (34,170)	415.85 (32,150)	413.74 (31,980)
G3		377.86 (29,210)	347.81 (26,890)	316.47 (24,460)	296.78 (22,940)	316.68 (24,480)
	G4	병원 277.80 (21,470)	252.97 (19,550)	228.14 (17,640)	211.62 (16,360)	244.16 (18,870)
의원 293.27 (25,690)		268.44 (23,520)	243.61 (21,340)	227.10 (19,890)	249.31 (21,840)	74.08 (6,490)
G5	병원 249.39 (19,280)	225.83 (17,460)	203.32 (15,720)	187.96 (14,530)	231.57 (17,900)	69.16 (5,350)
	의원 264.86 (23,200)	241.30 (21,140)	218.79 (19,170)	203.43 (17,820)	236.72 (20,740)	69.16 (6,060)

주 1. 해당 의료기관에서 환자의 누적 입원기간을 기준으로 구분, 환자의 외박, 30일 이내 재입원 및 의료기관의 개·폐업 모두 일수에 반영

기관등급은 의사, 간호사, 정신건강전문요원의 인력 확보수준에 따라 G1~G5로 구분하는데, 제3차 의료급여기관(상급종합병원)은 G1~G5, 제2차 의료급여기관(종합병원, 병원급)은 G2~G5, 제1차 의료급여기관(의원급)은 G4~G5, 적용 분기에 인력 수준을 신고하지 않은 기관은 G5로 산정하도록 되어 있다. 인력 확보수준은 직종에 따라 배점을 차등해 인력 1인당 입원환자 수를 반영하여 총점을 계산한다. 입원환자는 90일 이하, 180일 이하, 360일 이하, 361 이상의 4개 구간에 따라 입원일수를 누적하여 산정하며 외박 기간, 30일 이내 재입원, 의료기관의 개·폐업 모두 일수에 반영한다.

〈표 4〉 의료급여 정신질환 입원료 관련 기관등급 산정법

점수	정신건강의학과 의사 1인당 입원환자 (배점: 0.5)	정신건강의학과 간호사 1인당 입원환자 (배점: 0.35)	정신건강전문요원1) 1인당 입원환자 (배점: 0.15)
5점	21명 미만	6명 미만	51명 미만
4점	21명 이상 -41명 미만	6명 이상 -10명 미만	51명 이상 -76명 미만
3점	41명 이상 -61명 미만	10명 이상 -14명 미만	76명 이상 -101명 미만
2점	61명 이상 -81명 미만	14명 이상 -18명 미만	101명 이상 -126명 미만
1점	81명 이상 -101명 미만	18명 이상 -22명 미만	126명 이상 -151명 미만
0점	101명 이상	22명 이상	151명 이상



산식) 기관등급별 점수

$$= \{(정신건강의학과 의사수 1인당 입원환자 수에 따른 인력별 점수) \times 0.5\} \\ + \{(정신건강의학과 간호사 1인당 입원환자 수에 따른 인력별 점수) \times 0.35\} \\ + \{(정신건강전문요원 1인당 입원환자 수에 따른 인력별 점수) \times 0.15\}$$



점수합계	기관 등급
5점	G1
3점 이상-5점 미만	G2
2점 이상-3점 미만	G3
1점 이상-2점 미만	G4
1점 미만	G5

주 1. 정신건강전문요원은 정신건강임상심리사, 정신건강간호사, 정신건강사회복지사 기준

2. 건강보험 환자 포함하여 계산

참고. 차등제 관련자료 미제출시 해당분기는 G5로 산정

### 나) 환자 본인부담금

의료급여 정신질환 입원환자는 자격에 따라 환자 본인부담금이 달라진다. 1종 수급자는 본인부담금이 없으며 2종 수급자 중 장애인 또한 장애인기금의 분담으로 인해 본인부담금이 없다. 2종 수급자는 비용총액의 10%에 해당하는 본인부담금을 지불해야 한다.

〈표 5〉 의료급여 정신질환 입원진료비의 환자 본인부담 비율

1종	2종	
	일반	장애인
없음	의료급여비용총액의 10%	없음(장애인기금)

## 3) 건강보험

### 가) 수가 기준

건강보험은 정신질환 상병 여부와 상관없이 모든 질환에 동일하게 행위별 수가제를 기본으로 하는데<sup>1)</sup>, 입원 진료비용은 크게 입원료, 정신의학적 집중관리료와 정신요법료 등 행위별 수가로 구분할 수 있다. 입원료는 인실에 따라 구분되어 있으며 입원일수 구간에 따라 차등 적용하고 여기에 정신질환은 입원료의 30% 가산되는 구조이다 (건강보험심사평가원<sup>c</sup>, 2020).

〈표 6〉 건강보험 정신질환 입원료

(단위: 원)

종별	기본입원료			5인실			4인실			3인실			2인실		
	~15일	~30일	31일~	~15일	~30일	31일~	~15일	~30일	31일~	~15일	~30일	31일~	~15일	~30일	31일~
상급종합	56,420	50,780	47,960	73,340	66,010	62,340	90,270	81,240	76,730	108,320	97,490	92,080	144,430	129,990	122,770
종합병원	49,800	44,820	42,330	64,740	58,260	55,030	79,670	71,710	67,720	95,610	86,050	81,270	119,510	107,560	101,590
병원	43,370	39,030	36,870	56,380	50,740	47,920	69,400	62,460	58,990	83,270	74,950	70,780	97,150	87,440	82,580
의원	40,870	36,780	34,740	53,130	47,810	45,160	65,390	58,850	55,580	-	-	-	-	-	-

기준: 2021년 수가기준

1) 포괄수가제 7개 질환, 신포괄수가 시범사업 등은 제외

정신의학적 집중관리료는 정신질환자가 상급종합병원과 종합병원의 정신건강의학과에 설치된 폐쇄병동 또는 격리실에 입실한 경우 적용하는 수가이다. 폐쇄병동은 요양기관 현황신고서로 신고된 정신과 폐쇄병동을 의미하며, 격리실은 폐쇄병동 내에 입원병실이 아닌 별도로 격리목적으로 설치된 1인 격리공간을 뜻한다. 격리보호료는 격리관찰을 6시간 이상 시행한 경우 1일 1회 산정할 수 있으며 치료기간 중 7회 이내로 인정하도록 기준이 마련되어 있다(건강보험심사평가원d, 2020).

〈표 7〉 건강보험 정신의학적 집중관리료

(단위: 원,(점))

종별	폐쇄병동 집중관리료	격리보호료
상급종합	22,960원 (297.04)	57,730 (746.85)
종합병원	18,590원 (240.54)	53,130 (687.31)

기준: 2021년 수가기준, 1일 1회 산정가능

정신요법료는 정신건강의학과 전문의가 정신건강의학과 환자에게 요법을 행하고 치료행위에 관한 내용을 진료기록부 등에 기록한 경우 산정할 수 있는 수가이다. 정신요법료 항목은 크게 11가지로 상세 분류는 아래 표와 같다. 개인정신치료의 경우 치료 시간에 따라 정신요법료가 차등되어 있으며, 가족치료 및 인지행동치료는 개인치료와 집단치료로 구분된다. 집단 정신치료는 세부 치료별로 각각 주 2회 이내 산정 가능하며, 작업 및 오락요법은 음악, 서화, 조각, 운동, 작업 등의 치료요법을 의미하며 실시 종목 수에 상관없이 소정점수를 산정하도록 되어 있다. 작업 및 오락요법은 외래 주 1회, 입원 주 5회 이내만 산정할 수 있다. 정신의학적 사회사업 중 '가. 개인력조사'는 치료기간 중 1회만 산정할 수 있으며 그 외 치료는 각각 주 1회 산정하되 치료기간 중 2회 이내만 산정 가능하다.

〈표 8〉 건강보험 정신요법료

(단위: 원,점)

분류번호	분류		정신요법료
아-1	개인정신치료	가. 개인정신치료 I (10분이하)	11,249 (145.52)
		나. 개인정신치료 II (10분초과 20분이하)	22,480 (290.82)
		다. 개인정신치료 III (20분초과 20분이하)	36,747 (475.38)
		라. 개인정신치료 IV (30분초과 20분이하)	52,218 (675.53)
		마. 개인정신치료 V (40분초과)	69,248 (895.83)
아-2	집단정신치료	가. 지지표현적 집단정신치료	8,263 (106.9)
		나. 역동상호작용적 집단정신치료	12,391 (160.3)
		다. 정신치료극	16,527 (213.8)
아-3	가족치료	가. 개인	13,218 (170.99)
		나. 집단	11,379 (147.2)
아-4	작업 및 오락요법		4,206 (54.41)
아-5	약물이용면담		19,609 (253.68)
아-6	인지행동치료	가. 개인	36,554 (472.89)
		나. 집단	10,967 (141.87)
아-7	전기충격요법	가. 일반전기충격요법	50,063 (647.64)
		나. 특수전기충격요법	128,210 (1,658.6)
아-8	지속적 수면요법	가. 전기	33,105 (428.27)
		나. 약물	22,232 (287.61)
		다. 마취	38,216 (494.38)
아-9	정신의학적재활요법		10,980 (142.05)
아-10	정신의학적응급처치		45,404 (587.38)
아-11	정신의학적사회사업	가. 개인력조사	15,338 (198.42)
		나. 사회사업지도	9,401 (121.62)
		다. 사회조사	9,401 (121.62)
		라. 가정방문	32,154 (415.96)

기준: 2021년 수가기준

나) 환자 본인부담금

건강보험의 환자 본인부담금도 상병을 구분하지 않고 동일하게 요양급여 비용의 20%와 식대비용의 50%를 분담하는 구조로 되어 있다. 다만, 정신병원 2, 3인실 입원료는 각각 40%, 30%를 적용한다.

〈표 9〉 건강보험 입원진료비의 환자 본인부담률

요양급여 비용의 20% + 본인 식대 50%  
(정신병원 2/3인실 입원료는 본인부담률 40/30% 적용)

### 나. 외래서비스

정신질환 외래진료에 대한 수가는 건강보험과 의료급여 모두 동일하게 행위별 수가제를 적용하고 있으며, 의료보장에 따라 환자 본인부담금만 달라지고 있다.

건강보험	행위별 수가제 (진찰료·입원료·약제료·투약료·주사료·검사료·정신요법료 등)
의료급여	

[그림 6] 국내 정신질환 외래서비스의 수가체계도

<표 10> 정신질환 외래진료비의 환자 본인부담금

	의료급여기관		의료급여수급권자 종별			
			1종	2종		
				일반	장애인	
의료 급여	제1차	의원 보건의료원	그 밖의 외래진료	1,000원	1,000원	250원
			원내직접조제	1,500원	1,500원	750원
			CT,MRI,PET	5%	15%	
		보건기관	그 밖의 외래진료	무료		
			원내 직접조제	무료		
			약국 등	처방조제	500원	
			직접조제	900원		
			보건기관 처방조제	무료		
		제2차	그 밖의 외래진료	1,500원	의료급여비용 총액의 15%	무료 (장애인기금)
			원내직접조제	2,000원		
			CT, MRI, PET	5%		
		제3차	그 밖의 외래진료	2,000원	의료급여비용 총액의 15%	무료 (장애인기금)
	원내직접조제		2,500원			
	CT,MRI,PET		5%			
주 1. 2종 2차기관 이상에서 조현병(F20~F29)은 5%, 그 외 정신질환 10%로 경감(CT등 변동 X) 장기 지속형 항정신병 주사제(인베가서스티나등)주사약값 5%(1종·2종 불문,제1·2·3차 불문)						
건강 보험	상급종합병원	6세이상: 진찰료총액+(요양급여비용총액-진찰료총액)*60/100				
	종합병원	6세이상(동지역): 요양급여비용총액*50/100				
	병원	6세이상(동지역): 요양급여비용총액*40/100				
	의원	진찰료*20/100 + (요양급여비용총액-진찰료)*30/100				
주 1. 6세미만, 읍면지역, 의약분업 예외지역, 차상위 표기 생략						

## 2. 대만

### 가. 개요

대만은 입원 병동을 급성병동과 만성 병동으로 구분하여 인력 및 시설 기준을 정의하고 있으며 입원 본인부담률 및 입원 수가 또한 병동별로 구분되어있다. 입원병동별 본인부담률의 경우 급성병동의 본인부담률을 만성병동보다 높게 책정함으로써 환자가 급성기 이후 퇴원 또는 만성병동으로 전원하도록 유도하고 있다. 한편 입원료 수가는 치료시기별 자원소모량 차이를 고려하도록 구성되어있다. 자원소모량이 많은 급성병동의 경우 입원진찰료, 병상료 및 간호료를 각각 산정할 수 있으나 만성병동 입원 간호료는 입원진찰료, 병상료, 간호료 등을 포함하는 형태로 구성되어 있다.

대만은 전국민 건강보험을 실시하는 국가로 중대상병(重大像病醫療)으로 진단서를 발급받은 경우 도서산간 지역 등에서 진료 시 본인부담금을 전액 면제하는 형태로 의료 취약계층의 의료비용을 지원하고 있다. 치매, 조현병, 정동장애, 망상장애, 발달장애, 자폐 관련 일부 코드도 중대상병에 속하며 해당 상병으로 진단서를 발급받은 경우 외래 및 입원비용의 본인부담금을 면제한다.

## 나. 입원서비스

### 1) 수가 기준

대만의 정신의료기관 병동은 낮 입원시설, 만성병동, 급성병동 및 집중치료병동으로 구분된다. 각 병동의 인력 및 시설 기준을 다르게 규정하고 있으며 수가체계 또한 다르게 구성되어 있다. 인력 투입이 집중적으로 필요한 급성병동 및 집중치료 병동은 병상당 인력 기준이 높게 설정되어 있다. 정신요법 및 재활치료를 위한 임상사회복지사, 임상심리사 및 작업치료사는 병동에 관계없이 최소 1인 이상 배치를 원칙으로 한다. 병동별 의료인력 기준은 다음 표와 같다.

〈표 11〉 대만 병동별 의료인력 기준

구분	병동구분			
	낮 입원시설	만성병동	급성병동	집중치료병동
의사	150명당 1인 이상	120병상당 1인 이상	20병상당 1인 이상	10병상당 1인 이상
	· (기본인력) 전공의 1인 포함 2인 이상			
간호인력	20명당 1인 이상	15병상당 1인 이상	3.5병상당 1인 이상	2병상당 1인 이상
	· (기본인력) 간호사 1인 포함, 5명 이상			
약사	200명당 1인 이상	200병상당 1인 이상	-	-
	· 1인 이상 · (기본인력) 전체 병상(정신 급성·만성·집중치료병상) 50병상당 1인 이상			
임상 사회복지사	75명당 1인 이상	-	-	-
	· (기본인력) 1인 이상 · 전체 병상(정신 급성·만성·집중치료병상) 150병상당 1인 이상			
임상심리사	150명당 1인 이상	-	-	-
	· (기본인력) 1인 이상 · 전체 병상(정신 급성·만성·집중치료병상) 150병상당 1인 이상			
작업치료사	75명당 1인 이상	-	-	-
	· (기본인력) 1인 이상 · 전체 병상(정신 급성·만성·집중치료병상) 150병상당 1인 이상			

※ 임상심리사 및 작업치료사는 기준에 따라 인력을 각각 합산한 경우 소수점 이하는 반올림으로 계산하여 1인이 되지 않는 경우 특약으로 처리

자료: 대만 의료법 의료기관 설치 기준

병동별 필수 시설 및 병실 내 시설 기준을 살펴보면 만성·급성·집중치료 병실 내 최대 병상 수 뿐만 아니라 병실의 병상 최소 면적, 병상바닥과 바닥 간 거리, 인접병상 간 거리 등이 규정되어 있다. 낮 입원시설은 심리치료 또는 작업치료실을, 급성 및 집중치료병동의 경우 긴급호출시설, 출입통제시설을 필수 설치 시설로 설정하였다. 만성 및 급성병동의 경우 각 병상마다 환자의 개인물품을 보관할 수 있는 서랍장을 설치하도록 하는 한편 집중치료병동은 각 병실마다 모니터링 장비를 설치하도록 규정하고 있다.

〈표 12〉 대만 병동별 의료서비스 시설 기준

구분	필수 시설		병실 내 시설
낮 입원시설	· 간호 스테이션	· 회의실 · 심리 및 작업치료실	· 활동공간 1인당 15m <sup>2</sup>
만성 병동	· 간호 스테이션 · 치료실 · 목욕실 · 세탁실	· 전용 회담실	· 병상 최소면적 6m <sup>2</sup> · 병상-바닥 간 최소거리 1.2m · 병상-인접병상간 최소거리 1m · 병상-벽 간 최소거리 0.8m · 병실당 최대 병상 수 8개 · 각 병상에 서랍장 및 탁자 설치
급성 병동		· 긴급호출시설 · 출입통제시설 · 보호실 · 면담실 · 작업치료실	· 병상 최소면적 7.5m <sup>2</sup> · 병상-바닥 간 최소거리 1.2m · 병상-인접병상간 최소거리 1m · 병상-벽 간 최소거리 0.8m · 병실당 최대 병상 수 4개 · 각 병상에 서랍장 및 탁자 설치
집중치료 병동		· 긴급호출시설 · 출입통제시설	· 병상 최소면적 7.5m <sup>2</sup> · 병상-바닥 간 최소거리 1.2m · 병상-인접병상간 최소거리 1m · 병상-벽 간 최소거리 0.8m · 병실당 최대 병상 수 2개 · 각 병실에 모니터링 장비 설치

자료: 대만 의료법 의료기관 설치 기준

정신질환 관련 입원 수가는 크게 입원진찰료, 병실료, 정신과 만성병동 입원 간호료 및 당일 입원치료비로 구분할 수 있다. 세부 항목 중 입원진찰료와 병상료 또한 입원 본인부담률과 마찬가지로 병동에 따라 차등되어 있다.

정신질환 관련 입원 수가는 다음 표와 같으며 의료기관 종별로 점수가 차등되어 있는 경우 최소점수와 최대점수의 범위로 기재하였다.

〈표 13〉 대만의 정신질환 입원 수가

			(단위: 점)
구분	세부항목		점수
입원진찰료	입원 협의진찰료(會診, 입원당 최대 5회)		429
	일반병동 입원진찰료(정신과 급성병동 포함, 1일당)		398~468
	집중치료병동 입원진찰료(1일당)		1,536~1,925
	퇴원계획 및 추적관리료(입원당 1회)		1,500
병실료	정신과 급성 일반병동 (1일당)	병상료	532~598
		간호료	654~790
	정신과 급성 경제병동 <sup>1)</sup> (1일당)	병상료	302~336
		간호료	441~561
	정신과 집중치료병동 (1일당)	병상료	1,305
		간호료	1,903~2,056
정신과 만성병동 입원 간호료 및 낮 입원 치료료	정신과 만성병동 입원 간호료(1일당)		806~922
	정신과 낮 입원 치료료 (종일)	성인	714
		6세~15세	795
		6세이하	877
	정신과 낮 입원 치료료 (반일)	성인	357
		6세~15세	398
		6세이하	438
병원 외 적응치료(1일당)		314~366	

주 1. 4병상 초과 병실

자료: 대만 건강보험 요양급여 지급기준

입원진찰료는 입원환자의 병실을 방문(順房)하여 진료하는 행위에 대한 수가이다. 입원료 지불규정에는 ‘의사는 규정에 따라 반드시 매일 병실을 방문(順房)해야 하며 의사가 방문하지 않은 병실의 환자는 입원진찰료를 지급하지 않는다’고 명시되어있다. 병실료는 병상료와 간호료로 구성되며 입원 1일마다 산정한다. 간호료는 일일평균 간호사 대 환자 비율범위에 따라 진료점수에 가산율을 적용할 수 있으며 조건을 만족하는 농촌지역 병원에 대해서는 진료점수의 20%를 추가로 가산할 수 있다.

정신과 만성병동 입원 수가는 정신과 만성병동 입원 간호료, 낮 입원치료비, 병원 외 적응치료비와 함께 별도로 구분된다. 정신과 만성병동 입원 간호료는 정신과 의료기관 설치 규정을 반드시 준수해야 산정할 수 있으며 낮 입원 치료료 또한 별도의 평가를 합격하고 낮 입원기관으로 신고한 기관에서만 신고 가능하다고 명시되어 있다. 만성병동 입원 간호료 및 낮 입원치료비는 진찰료, 병상료, 간호료 및 정신요법료 등을 포함하고 있는 수가로 재료 원가 등을 별도로 기재하지 않은 경우 정신요법료를 별도로 신고할 수 없다. 낮 입원은 원칙적으로 비급여 항목이나, 정신과는 예외적으로 급여로 인정하고 있다. 낮 입원 수가는 입원 시간(종일·반일) 및 환자 연령에 따라 차등되어 있다.

병원 외 적응치료는 상태가 호전된 환자가 퇴원 전 일상생활에 적응할 수 있도록 지원하는 치료로 주치의의 진단에 따라 진료 지시서를 발급한 후 시행할 수 있다. 3개월마다 20일 이내로 산정 가능하며 해당 일에는 다른 항목을 추가로 청구할 수 없다.

## 2) 본인부담률

대만은 병동(급성·만성) 및 재원일수 구간에 따라 입원 본인부담률을 차등하고 있다.

〈표 14〉 대만의 입원 본인부담률

구분	본인부담률			
	5%	10%	20%	30%
급성병동	-	30일 이하	31일-60일	61일 이상
만성병동	30일 이하	31일-90일	91일-180일	181일 이상

자료: 대만 보건복지부 국민건강보험 홈페이지

## 다. 외래서비스

### 1) 수가 기준

정신과 외래진료 점수는 일반 외래진료와 별도로 산정되며 동일 의료기관 등급 및 기타 조건에서 일반 외래진료 점수보다 더 높게 책정되어 있다. 진료 점수는 의사 1인당 1일 외래 진료 횟수가 45회를 초과하는지 여부, 처방전 유무, 2회 이상 연속 처방했는지 여부 등에 따라 차등되어 있다. 지구병원의 경우 토요일, 일요일 및 공휴일에는 별도로 가산점수를 산정할 수 있다.

〈표 15〉 대만의 정신과 외래 진료점수

(단위: 점)

구분		점수	
의사 1인당 외래진료건수 45회 이하	1차 진료소	처방전 발급, 외래진료 1-30인/1일	344
		처방전 발급, 외래진료 31-45인/1일	338
		만성질환 연속처방 및 처방전 발급, 외래진료 1-30인	395
		만성질환 연속처방 및 처방전 발급, 외래진료 31-45인	389
		처방전이 없거나 병원 조제, 외래진료 1-30인	344
		처방전이 없거나 병원 조제, 외래진료 31-45인	338
		만성질환 연속처방 및 병원 조제, 외래진료 1-30인	374
		만성질환 연속처방 및 병원 조제, 외래진료 31-45인	368
	병원	2회 이상 연속처방, 28일 이상 연속처방 및 처방전 발급	569
		2회 이상 연속처방, 28일 이상 연속처방 및 병원조제	548
		처방전 발급	308
		만성질환 연속처방 및 처방전 발급	365
		처방전이 없거나 병원 조제	308
		만성질환 연속처방 및 병원 조제	341
의사1인당 외래진료건수 45회 초과	2회 이상 연속처방, 28일 이상 연속처방 및 처방전 발급	567	
	2회 이상 연속처방, 28일 이상 연속처방 및 병원조제	544	
	처방전 발급	164	
	만성질환 연속처방 및 처방전 발급	218	
	처방전이 없거나 병원 조제	164	
	만성질환 연속처방 및 병원 조제	196	
	2회 이상 연속처방, 28일 이상 연속처방 및 처방전 발급	436	
	2회 이상 연속처방, 28일 이상 연속처방 및 병원조제	414	

※ 처방전 발급은 처방전을 발급하여 전문약국에 전달·배송하는 것을 의미한다

※ 병원에서 자체 조제한 경우 약제 조제 점수를 별도로 산정할 수 있다

자료: 대만 건강보험 요양급여 지급기준

## 2) 본인부담금

외래 본인부담금은 기본 부담금과 일부 부담금으로 구분된다. 기본 부담금은 진료 의뢰서 유무, 진료병원 종류(의과, 응급 진료·검사, 치과, 한방병원) 및 의료기관 등급에 따라 일정 금액이 책정된다. 정신 장애인으로 등록된 환자는 의료기관 등급에 관계없이 기본 본인부담금으로 50(TWD)을 청구한다.

약제비는 처방전 당 약제비용 구간별로 본인 일부 부담금을 지불해야 한다. 만성 정신질환 환자가 의사에게 안정적인 상태로 진단받은 후 동일한 약제를 28일 이상 처방받는 경우 ‘만성질환 계속처방’으로 약제 본인 일부 부담금을 면제받을 수 있도록 하고 있다. 한편 응급실 진료를 받은 경우 부상 수준 및 긴급도를 5단계로 분류하고 의료센터에 한하여 본인부담금을 두 단계로 차등하여 적용한다.

〈표 16〉 대만의 외래 기본 본인부담금

(단위: TWD)

의료기관 종별	의과		응급		치과	한방병원
	의뢰서有	의뢰서無	1·2단계 <sup>1)</sup>	3·5단계 <sup>2)</sup>		
의료센터 (Medical center)	170	420	450	550	50	50
지역병원 (Regional Hospitals)	100	240	300			
지구병원 (District Hospitals)	50	80	150			
의원(Clinics)	50	50	150			

주 1. 위독한 상태로 즉시 또는 10분 이내로 치료가 필요한 수준

2. (3단계) 상태가 계속 악화되어 30분 이내로 치료가 필요한 수준

(4단계) 만성질환의 발병 등으로 60~120분 이내에 치료가 필요한 수준

(5단계) 진단이나 외래진료가 필요한 비응급상태

※ TWD 100은 원화 약 4,150원(21.9.1. 환율 기준)

자료: 대만 보건복지부 국민건강보험 홈페이지

### 3. 일본

#### 가. 개요

일본은 정신 장애인에게 적절한 의료·보호를 제공하기 위해 이전에 제정되었던 정신질환자 감호법(1900년), 정신병원법(1919년)을 폐지하고 정신위생법(1950년)을 제정하였다. 이후 1986년 정신병원의 인권옹호 요구를 고려하여 적정 의료 및 보호와 사회복귀를 장려하는 방향으로 법이 개정되었다. 해당 개정은 정신과 입원제도 및 정신의료 심사위원회 설립 등을 주요 내용으로 하며 정신 보건법으로 명칭을 변경하였다. 1999년에 정신장애인 지역 생활지원 센터, 재택 서비스, 단기 보호 등의 복지서비스를 신설하였으며 2004년에는 정신보건복지 개혁비전에 따라 입원의료 중심에서 지역생활 중심으로 추진하는 정책을 실시하였다.

일본의 입원기본료 및 가산 항목은 의료인력 투입(병동의 환자 대 간호직원 비율, 정규 간호사 비율 등)과 재원일수(초기가산, 병동의 평균입원일수 등) 등에 따라 차등 되는 것이 특징이다. 또한 치료시기별 적정 인력 투입을 지원하기 위해 정신 응급·조치 입원 가산, 급성기 의사배치 가산 항목을 별도로 두고 있으며 정신과 입·퇴원지원, 지역연계 가산 등으로 지역사회 복귀를 유도하고 있다.

#### 나. 입원서비스

##### 1) 수가 기준

입원료 수가는 입원기본료, 입원기본료 가산, 특정입원료로 구성되어 있다. 입원 기본료 및 특정 입원료는 1일당 정액제이며 병원 및 병동 특성, 간호사 대 환자비율, 평균 재원일수 등으로 차등되어 있다.

##### 2) 입원기본료

정신병동에 입원한 환자는 일반병원 또는 특정기능병원 정신병동 입원기본료 수가를 적용받으며 각 병동은 규정 시설 기준을 준수해야 소정점수를 산정할 수 있다. 입원기본료는 병원특성(일반병원, 특정기능병원, 전문병원), 병동특성(일반, 요양,

결핵, 정신), 장애인 시설 및 유상 진료소 여부로 구분되며 간호직원 중 정규 간호사 비율, 간호직원 대 환자비율, 평균 입원일수에 따라 수가를 차등하여 산정하고 있다.

일반병원 정신병동 입원기본료는 간호직원 1인당 환자 20인 이하, 간호직원 중 정규 간호사 비율이 40% 이상이어야 산정할 수 있다. 또한 야근을 하는 간호직원의 월 평균 야근시간은 72시간 이내여야 하며 병동마다 최소 2인 이상이어야 한다는 기준을 두고 있다. 만약 간호직원당 환자비율이 20인 초과 25인 이하 또는 정규 간호사 비율이 기준 미만인 경우 특별 입원기본료를 산정하며 다른 기준은 충족하였으나 간호직원의 월 평균 야근시간이 72시간을 초과한 경우 최대 3개월까지 입원기본료 점수의 15%를 감산한다.

간호직원 대 환자비율이 비교적 낮은 10:1, 13:1 입원기본료는 입원환자의 상태를 고려하기 위해 병동환자 중 중증환자(GAF 척도<sup>2)</sup> 30 이하) 또는 합병증 환자의 비율 기준을 명시하였으며 병동 평균 재원일수도 각각 40일 이내, 80일 이내로 규정하였다.

입원일수에 따라 입원료를 차등하기 위하여 1년 이내 입원기간을 다섯 구간으로 나누고 각 구간별로 1일당 가산 점수를 설정하였다. 한편 중증치매의 경우 입원한 날부터 1개월까지 1일당 300점을 입원기본료에 가산하도록 하였으며 입원환자가 정신과 응급환자 지역연계 수용 가산을 산정한 경우 입원한 날부터 14일까지 응급 지원 정신병동 초기 가산 100점을 일당 가산할 수 있다.

특정기능병원 정신병동 입원기본료 산정 기준은 간호직원 1인당 환자 수 15인 이하, 간호직원 중 정규 간호사 비율 70% 이상으로 최소 기준이 일반병원보다 높으며 입원기본료 점수 또한 일반병원의 동일 인력 수준 입원기본료 대비 높게 책정되어 있다.

<sup>2)</sup> Global Assessment Function, 미국정신의학회에서 제시한 정신장애 판별기준 척도로 전반적인 기능수준을 평가

〈표 17〉 일본의 정신병동 입원기본료(특정기능병원 제외) 점수

(단위: 점)

구분	간호사 비율	평균 재원 일수	입원 기본료	초기가산(입원기간)					중증치매 가산	응급지원 정신병동 초기가산	간호보조가산		
				14일 이내	30일 이내	90일 이내	180일 이내	1년 이내			30:1	50:1	75:1
10:1 입원료 <sup>1)</sup>	70% 이상	40일 이내	1,287	465	250	125	10	3	300 (~1개월)	100 (~14일)	141 <sup>5)</sup>	116	88
13:1 입원료 <sup>2)</sup>		80일 이내	958										
15:1 입원료	40% 이상	/	830										
18:1 입원료			740										
20:1 입원료			685										
월 평균 야근시간 초과 <sup>3)</sup>	-		/										
특별 입원기본료 <sup>4)</sup>				561									

- 주 1. 신규입원환자 중 GAF척도 점수가 30이하인 환자가 50% 이상일 것
  - 2. 신규입원환자 중 GAF척도 점수가 30이하인 환자 또는 합병증이 있는 환자가 40% 이상일 것
  - 3. 간호직원의 월평균 야근시간이 72시간을 초과하는 경우 3개월에 한정하여 산정
  - 4. 입원기본료의 간호직원 비율, 간호직원 중 간호사 비율, 간호직원 야근 시간의 기준 요건을 충족하지 못 하는 경우 적용
  - 5. 13:1 입원료 적용 병동의 경우 중증도, 의료·간호 필요도Ⅰ 기준 충족 환자 6명이상 또는 중증도, 의료·간호필요도Ⅱ 기준 충족 환자 5명이상 입원 병동에만 가산 가능
- 자료: 일본 2020년 진료점수표

〈표 18〉 일본의 특정기능병원 정신병동 입원기본료

(단위: 점)

구분	간호사 비율	평균 재원 일수	입원 기본료	초기가산(입원기간)					중증 치매가산
				14일 이내	30일 이내	90일 이내	180일 이내	1년 이내	
7:1 입원료 <sup>1)</sup>	70% 이상	40일 이내	1,450	505	250	125	30	15	300 (~1개월)
10:1 입원료 <sup>1)</sup>			1,373						
13:1 입원료 <sup>2)</sup>		80일 이내	1,022						
15:1 입원료			933						

주 1. 신규입원환자 중 GAF척도 점수가 30이하인 환자가 50% 이상일 것

2. 신규입원환자 중 GAF척도 점수가 30이하인 환자 또는 합병증이 있는 환자가 40% 이상일 것

자료: 일본 2020년 진료점수표

## 2) 입원기본료 가산

2020년 진료점수표 기준 입원기본료 가산 항목은 총 66개이다. 이 중 정신질환 관련 가산 항목은 17개이며 해당 절에서는 조치입원 진료 및 격리실 관리 가산, 지역 연계 및 타 진료과 연계 가산, 급성기 의사 배치 가산 항목의 산정 기준을 살펴보고자 한다.

〈표 19〉 일본의 정신질환 관련 입원기본료 가산 점수표

(단위: 점)

구분	가산 항목	진료점수	
A227	정신과 조치입원 진료 가산 (입원 첫 날)	2,500	
A227-2	정신과 조치 입·퇴원지원 가산 (퇴원시 1회)	600	
A228	정신과 응급입원시설 관리 가산 (입원 첫 날)	2,500	
A229	정신과 격리실 관리 가산 (1일당) <sup>1)</sup>	220	
A230	정신병동 입원 의학관리 가산 (1일당)	5	
A230-2	정신과 지역연계 실시 가산 (1일당)	20	
A230-3	정신과 신체 합병증 관리 가산 (1일당)	1일 ~ 7일	450
		8일 ~ 15일	300
A230-4	정신과 연락 팀 가산 (주 1회) <sup>2)</sup>	300	
A231-2	강도 행동장애 입원 의료관리 가산 (1일당) <sup>3)</sup>	300	
A231-3	중증 알코올 의존증 입원 의료관리 가산	1일 ~ 30일	200
		31일 ~ 60일	100
A231-4	섭식장애 입원 의료관리 가산	1일 ~ 30일	200
		31일 ~ 60일	100
A238-6	정신과 응급환자 지역연계 의뢰가산 (퇴원시 1회)	1,000	
A238-7	정신과 응급환자 지역연계 수용가산 (입원 첫 날)	2,000	
A238-8	치매 돌봄 가산1 (1일당)	1일 ~ 14일	160
		15일 이상	30
	치매 돌봄 가산2 (1일당)	1일 ~ 14일	100
		15일 이상	25
	치매 돌봄 가산3 (1일당)	1일 ~ 14일	40
		15일 이상	10
A247	섬망 고위험 환자 케어 가산 (입원 중 1회)	100	
A248	정신질환 진료체계 가산1 (입원 첫 날)	1000	
	정신질환 진료체계 가산2 (입원 3일 이내)	330	
A249	정신과 급성기 의사배치 가산1 (1일당)	600	
	정신과 급성기 의사배치 가산2 (1일당)	500	
	정신과 급성기 의사배치 가산3 (1일당)	450	

주 1. 정신과 응급입원 시설 관리 가산을 산정한 경우 산정 불가

2. A247 치매 돌봄 가산 중복 산정 불가

3. 강도행동장애 점수 10점 이상, 의료도 점수 24점 이상인 환자대상

자료: 일본 2020년 진료점수표

### 가) 정신과 조치입원 관련 가산

조치입원이란 일본 정신보건복지법 제 29조 또는 제 29조 2항에서 규정하는 입원 유형으로 우리나라의 행정입원과 유사하게 도도부현 지사(우리나라의 시도지사)의 명령으로 정신질환자를 비자의 입원시키는 것을 의미한다. 정신과 조치입원 관련 가산 항목은 세 개이다. 정신과 조치입원 가산은 조치입원환자에 대하여 입원기본료 또는 특정 입원료에 입원 첫날 2,500점을 가산할 수 있는 항목이다. 정신과 입·퇴원지원 가산은 조치입원환자의 퇴원 후 생활환경에 관하여 가족 및 환자와 상담할 담당자를 지정하고 지자체와 협력하여 환자의 퇴원 후 지원 요구 평가 및 퇴원 계획 작성을 지원하는 경우에 1회 산정할 수 있다. 정신과 격리실 관리 가산은 격리 조치한 환자를 1일 1회 이상 진찰한 경우 월 7일까지 산정할 수 있다(응급입원시설 관리 가산을 산정한 환자에 대해서 응급입원 중 실시한 격리에 가산을 산정할 수 없다).

### 나) 정신과 지역연계 실시 가산

정신과 지역연계 실시 가산은 정신병동 입원기간이 5년을 초과하는 환자에게 퇴원계획을 실시하여 지역으로 전환을 추진한 경우에 1일당 20점을 가산하는 항목이다. 해당 가산료는 지역 전환을 추진하는 전담 부서를 설치하고 해당 부서에 정신건강 복지사를 배치하였으며, 5년 이상 장기입원환자 중 퇴원(퇴원 후 3개월 이내 재입원, 다른 의료기관으로 전원, 사망 제외) 환자의 비율이 1년간 5% 이상인 의료기관에서만 신청할 수 있다.

### 다) 정신과 신체 합병증 관리 가산

정신과 신체 합병증 관리 가산은 정신병동 입원기본료, 특정기능병원 정신병동 입원기본료, 정신과 구급 입원료, 정신과 급성기 치료병동 입원료, 치매 치료병동 입원료 중 하나를 산정하는 병동에서 신체질환을 합병증으로 가지는 정신질환자 입원치료 시 최대 15일까지 가산하는 항목이다. 해당 정신병동에 전임으로 내과 또는 외과 의사를 1명이상 배치하고 정신과 이외 진료과와 연계체계를 확보하는 경우 시설 기준에 관한 신고서를 작성한 후 가산 신청할 수 있다.

### 라) 정신과 연락 팀 가산

정신과 연락 팀 가산은 일반 병동에 입원하였으나 정신과적 평가 및 진료가 필요한 환자를 조기에 발견하고 증상을 완화하기 위한 가산 항목이다. 정신과 전문의, 정신건강복지사, 간호사, 약사, 작업치료사, 심리치료사 등 다학제료 구성된 정신과 연락 팀이 환자증상평가, 진료방법 결정 회의 및 회진을 주 1회 이상 실시한 경우에 산정할 수 있다. 정신과 연락 팀 인력은 최소 3명으로 구성되어야 하며 각 학제별 기준은 다음과 같다. 1) 5년 이상 경력의 전임 정신과 의사 2) 3년 이상의 경력(정신과 입원환자 간호경력 1년 이상 포함)과 정신 간호 관련 교육을 수료한 전담 간호사 3) 정신의료 3년 이상 경력이 있는 전임 상근 약사, 상근 작업치료사, 상근 정신보건복지사 또는 임상 심리사 중 1인. 정신과 연락 팀은 1주일에 30명 이내의 환자에 대하여 가산을 신청 할 수 있으며 진료실시 계획서, 치료 평가서 등을 작성하여 진료기록에 첨부해야 한다.

### 마) 강도(強度) 행동장애 입원 의료관리 가산

강도 행동장애입원 의료관리 가산은 의사 전달 및 의학적 관리가 어려운 강도 행동장애 환자의 입원진료에 가산하는 항목이다. 강도 행동장애의 의료도 판정기준 평가표에 따라 강도 행동장애점수가 10점 이상이고 의료도 판정 점수가 24점 이상인 환자에게 1일당 300점을 가산할 수 있다.

### 바) 정신과 응급환자 지역연계 의뢰가산

정신과 응급환자 지역연계 의뢰 가산은 정신과 응급 의료기관의 응급 병상 확보 및 지역 내 연계를 지원하기 위한 가산 항목이다. 정신과 응급의료기관에 응급 입원한 환자를 입원한 날부터 60일 이내에 다른 의료기관으로 후속 연계하고 환자진료기록을 제공한 경우 퇴원 시 1회에 한하여 1,000점을 가산할 수 있다. 마찬가지로 정신과 응급환자 지역연계 수용 가산은 후속 연계 의료기관이 응급입원으로부터 60일 이내에 환자를 수용한 경우, 입원 첫날 2,000점을 가산할 수 있다.

### 사) 정신질환 진료체계 가산

정신질환 진료체계 가산은 신체 합병증을 가진 정신질환자 수용 지원, 신체질환 또는 외상으로 응급 내원한 환자 중 정신증상을 동반한 환자의 진료를 지원하기 위한

가산 항목이다. 정신질환 진료체계 가산1은 내과 또는 외과 입원 진료를 제공하고 24시간 응급 의료를 제공하는 의료기관에서 타 의료기관 정신병동 입원환자의 신체 합병증 치료를 위해 전원하는 경우 입원 첫날 산정할 수 있다. 정신질환 진료체계 가산2는 응급차·헬기 등으로 이송된 신체질환 또는 신체·정신증상 동반 환자를 정신과 의사(타 의료기관 의사도 가능)가 진찰한 경우에 입원 첫날부터 3일 이내에 1회에 한하여 가산할 수 있다.

### 아) 간호인력 관련 가산

정신병동의 간호인력 관련 가산 항목은 간호배치 가산, 간호보조 가산 등이 있다.

〈표 20〉 일본의 간호인력 관련 입원료 가산 항목

(단위: 점)

구분	가산 항목	진료점수
A213	간호배치가산 (1일당)	25
A2141)	간호보조가산1	141
	간호보조가산2	116
	간호보조가산3	88

주 1. 야간 75:1 보조가산(입원~20일 한도 50점), 야간 간호체계 가산(입원 첫 날 165점) 가산 가능  
 자료: 일본 2020년 진료점수표

간호배치 가산은 간호인력 중 정규 간호사 비율이 기준보다 높은 경우 이를 보전하는 가산 항목으로 정규간호사 비율 기준이 40% 이상인 15:1, 18:1, 20:1 입원기본료 산정 정신병동에 대하여 정규간호사 비율이 70% 이상인 경우 1일당 25점을 가산할 수 있다. 간호보조 가산은 간호 보조자(최소 인력 기준을 초과하는 간호직원 수 포함)의 비율 기준에 따라 1일당 소정점수를 가산하는 항목으로 인력 비율에 따라 3단계로 차등되어 있다.

### 자) 정신과 급성기 의사 배치 가산

정신과 급성기 의사 배치 가산은 정신질환자 및 치료 저항성 조현병 환자(클로자핀 신규 투약을 위한 환자 한정)에게 집중 치료를 제공하도록 의사인력 배치를 지원하는 항목이다. 병동 입원환자 대 상근의사 비율이 16:1 이하가 되도록 의사 인력을 배치 하는 것을 기본 기준으로 하며 그 밖의 산정 기준에 따라 1일당 가산 점수가 1일당 400~600점으로 차등되어 있다. 각 가산 기준은 다음과 같다.

〈표 21〉 정신과 급성기 의사 배치 가산 항목

정신과 급성기 의사 배치 가산1
<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 정신과 응급의료 관련 실적이 상당 정도 있어야 한다.</li> <li>(2) 치료저항성 조현병 환자 입원진료 실적이 상당 정도 있어야 한다.</li> <li>(3) 정신과 급성기 치료병동 입원료1을 산정하는 정신병동이어야 한다.</li> <li>(4) 신규 입원환자(초치 입원환자, 의료관찰법에 의해 입원결정을 받은 환자, 클로자핀을 신규 처방 받기위해 입원한 환자 제외) 중 입원 3개월 이내에 자택 또는 보호시설로 퇴원하는 환자가 60% 이상이어야 한다.</li> <li>(5) 가산 적용 병동에서 클로자핀을 신규 처방한 실적이 연간 6건 이상이어야 한다.</li> <li>(6) 정신질환 관련 시간외·휴일·심야 외래진료(전화 등 재진 제외)건수가 연간 20건 이상이고 입원건수가 연간 8건 이상 이어야 한다.</li> </ul>
정신과 급성기 의사 배치 가산2
<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 정신병동 입원기본료 10:1, 13:1, 또는 특정기능병원 중 정신병동 입원기본료 7:1, 10:1, 13:1을 산정하는 병동이어야 한다.</li> <li>(2) 정신병상을 제외한 허가병상 수가 100병상(지역소재 보건의료기관은 80병상) 이상이고 내과, 외과, 이비인후과, 안과, 정형외과, 정신과를 설치한 의료기관이어야 한다.</li> <li>(3) 정신병상 허가 병상 수가 해당 의료기관 전체 허가병상 수의 50% 미만이고, 신고한 병동이 2병동 이하여야 한다.</li> <li>(4) 24시간 응급의료 제공기관으로서 종합 주산기(周産基) 모자의료센터를 설치하거나, 24시간 응급환자를 받고 있는 보건의료기관이어야 한다.</li> <li>(5) 정신과 연락 팀 가산 신고를 한 기관이어야 한다.</li> <li>(6) 해당 병동의 최근 3개월간 신규 입원환자의 5%이상이 입원 시 정신과 신체 합병증 관리 가산 대상 환자이어야 한다.</li> <li>(7) 해당 의료기관의 정신과 의사가 응급차 및 헬기로 이송된 정신질환, 섬망 또는 우울증상 동반 환자를 신속하게 치료할 수 있는 체계를 마련하고 의료기관 도착 후 12시간 이내에 진료하는 환자 수가 매월 5명이상(최근 3개월 평균)이어야 한다.</li> </ul>
정신과 급성기 의사 배치 가산3
<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 정신과 응급의료 관련 실적이 일정 정도 있어야 한다.</li> <li>(2) 치료저항성 조현병 환자 입원진료 실적이 일정 정도 있어야 한다.</li> <li>(3) 정신과 급성기 치료병동 입원료1을 산정하는 정신병동이어야 한다.</li> <li>(4) 신규 입원환자(초치 입원환자, 의료관찰법에 의해 입원결정을 받은 환자, 클로자핀을 신규 처방받기 위해 입원한 환자 제외) 중 입원 3개월 이내에 자택 또는 보호시설로 퇴원하는 환자가 40% 이상이어야 한다.</li> <li>(5) 가산 적용 병동에서 클로자핀을 신규 처방한 실적이 연간 3건 이상이어야 한다.</li> <li>(6) 24시간 응급의료 제공기관으로서 모자의료센터를 설치하거나, 24시간 응급환자를 받고 있는 보건의료기관이어야 한다.</li> </ul>

자료: 일본 진료점수표 웹 2020 시설기준

### 3) 특정 입원료

정신질환 관련 특정 입원료는 응급, 급성기 및 합병증 관련 입원료와 아동·청소년, 영양병동 및 치매병동 관련 입원료가 있으며 각 항목별 진료점수는 다음과 같다.

〈표 22〉 일본의 정신질환 관련 특정 입원료 점수(1일당)

(단위: 점)

구분	가산 항목	진료점수	
A311	정신과 응급 입원료1	30일 이내	3,579
		31일~3개월	3,145
	정신과 응급 입원료2	30일 이내	3,372
		31일~3개월	2,938
A311-2	정신과 급성기 치료병동 입원료1	30일 이내	1,997
		31일~3개월	1,665
	정신과 급성기 치료병동 입원료2	30일 이내	1,883
		31일 이상	1,554
A311-3	정신과 응급·합병증 입원료	30일 이내	3,579
		31일 이상	3,145
A311-4	아동·청소년 정신과 입원 의학 관리료	2,995	
A312	정신 영양병동 입원료	1,091	
A314	치매 치료병동 입원료1	30일 이내	1,811
		31일~60일	1,503
		61일 이상	1,204
	치매 치료병동 입원료2	30일 이내	1,318
		31일~60일	1,112
		61일 이상	988

자료: 일본 2020년 진료점수표

정신과 응급 입원료, 정신과 급성기 치료병동 입원료, 정신 응급·합병증 입원료 산정 대상 환자는 조치입원·긴급조치 입원·응급입원환자, 입원 전 3개월간 의료기관의 정신병동에 입원한 적이 없으며(심신상실 등의 상태에서 중대한 타해 행위를 사유로 의료관찰법에 의한 입원은 제외), 해당 병원 입원일이 입원기본료 기산일에 해당하는 환자, 글로자핀 신규 투약을 목적으로 전원 또는 전동한 환자(정신과 관련 특정입원료를 산정하는 병동에서 전원한 환자는 제외)로 규정되어 있다. 입원료 대상 환자가 아니나 대상 병동에 입원한 경우는 정신병동 입원기본료 중 간호직원 대 환자비율 15:1 입원료를 산정한다. 정신과 응급 입원료, 정신과 급성기 치료병동 입원료는 입원일로부터

3개월 한도로 1일당 산정할 수 있으며, 클로자핀 투약을 위해 전원·전동한 환자는 투여 개시일로부터 3개월 한도로 산정할 수 있다.

### 가) 정신과 응급입원료

정신과 응급 입원료는 시간외·휴일 또는 심야진료 실적, 입원환자 3개월 내 퇴원 비율 등 실적 관련 기준과 입원일수(30일)를 기준으로 차등되어 있다. 해당 입원료에는 투약한 약제료가 포함되어 있으므로 해당 입원료를 산정한 날에는 별도로 약제료를 청구할 수 없다.

〈표 23〉 일본의 정신과 응급입원료 산정기준

구분		정신과 응급 입원료1	정신과 응급 입원료2
인 력 기 준	의사	· 의료기관 내에 상근 정신보건지정의의를 5명이상 배치해야 한다, · 병동 입원환자 수 대 병동 상근의사 비율이 16:1이내 이어야 한다.	
	간호 직원	· 야간에 간호직원을 상시 2명이상(간호사 1명이상) 배치해야 한다.	
	기타	· 각 병동에 상근 정신보건복지사를 2명이상 배치해야 한다.	
시설 기준	<ul style="list-style-type: none"> <li>· CT 촬영 등 필요 검사를 신속하게 실시할 수 있는 체계를 마련해야 한다. (CT 촬영은 다른 의료기관과 협진체계도 인정)</li> <li>· 병동 내 개인실(격리실 포함)이 전체 병상의 50% 이상이어야 한다.</li> <li>· 의료기관 내 다른 정신병동이 존재하는 경우 10~20:1 입원기본료 또는 특정 입원료를 산정하는 병동이어야 한다.</li> <li>· 의료기관 정신병상 수가 300병상 이하인 경우 병동당 60병상 이하, 300병상 초과인 경우 병동당 병상 수 전체의 20% 이하여야 한다.</li> <li>· 병동의 병상 수 간호스테이션당 60병상 이하여야 한다.</li> <li>· 모든 종류의 입원이 가능해야 한다.</li> </ul>		
기타	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 1개월 동안 해당 입원료를 적용하는 환자의 연간 입원일수의 40% 이상이 신규환자의 입원일수이어야 한다.</li> <li>· 연간 신규 입원환자의 60% 이상이 조치·긴급조치·의료보호·응급·의료관찰법 관련 입원일수 이어야 한다.</li> <li>· 아래 지역의 최근 1년간 조치·긴급조치·응급 입원 관련 신규 입원환자의 25% 또는 20건 이상의 환자를 해당 병동에서 수용하고 있어야 한다               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 해당 의료기관 소재지역의 도도부현</li> <li>- 정신과 응급의료권과 응급지정(기간)병원이 매칭·구분된 지역</li> </ul> </li> </ul>		

구분	정신과 응급 입원료1	정신과 응급 입원료2
기타	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 정신과 응급 외래진료 상시 가능해야 한다.</li> <li>· 정신질환 관련 시간외휴일 진료 또는 심야진료 실적이 연간 150건 이상이거나 해당 지역인구 1만명당 1.87건 이상이며 이 중 초진환자 진료건수가 30건 이상 또는 20% 이상이어야 한다.</li> <li>· 정신질환 관련 시간외휴일 입원 또는 심야입원 실적이 연간 40건 이상이거나 해당 지역인구 1만명당 0.5건 이상이며 이 중 정신 응급의료센터, 보건소, 경찰소 등 의뢰건수가 8건 이상 또는 20% 이상이어야 한다.</li> <li>· 신규 입원환자(조치 입원환자, 의료관찰법에 의해 입원결정을 받은 환자, 클로자핀을 신규 처방 받기 위해 입원한 환자 제외)의 60% 이상이 입원 3개월 이내에 자택 또는 보호시설로 퇴원해야 한다.(퇴원 후 재입원한 환자는 퇴원환자로 계산하지 않음)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 정신과 응급 외래진료 상시 가능해야 한다.</li> <li>· 정신질환 관련 시간외휴일 진료 또는 심야진료 실적이 연간 120건 이상이거나 해당 지역인구 1만명당 1.5건 이상이며 이 중 초진환자 건수가 25건 이상 또는 20% 이상이어야 한다.</li> <li>· 정신질환 관련 시간외휴일 입원 또는 심야입원 실적이 연간 40건 이상이거나 해당 지역인구 1만명당 0.37건 이상이며 이 중 정신 응급의료센터, 보건소, 경찰소 등 의뢰건수가 6건 이상 또는 20% 이상이어야 한다.</li> <li>· 신규 입원환자(조치 입원환자, 의료관찰법에 의해 입원결정을 받은 환자, 클로자핀을 신규 처방 받기 위해 입원한 환자 제외)의 40% 이상이 입원 3개월 이내에 자택 또는 보호시설로 퇴원해야 한다.(퇴원 후 재입원한 환자는 퇴원환자로 계산하지 않음)</li> </ul>

자료: 일본 진료점수표 웹 2020 시설기준

정신과 응급 입원료에 추가로 가산할 수 있는 항목으로 비정형 항정신병 약물 가산, 원내 표준진료계획, 간호직원 야간배치 가산이 있다. 조현병 입원환자에 대해 비정형 항정신병 약물 치료(약물 2개 이하)를 실시하고 필요한 지도를 실시하는 경우 가산할 수 있다. 또한, 입원한 날부터 기산하여 7일 이내에 의사, 간호사 및 정신건강복지사가 공동으로 표준 진료계획을 작성하고 환자가 60일 이내에 계획에 따라 퇴원한 경우 원내 표준 진료계획 가산을 가산할 수 있다. 간호직원 야간배치 가산 기준은 첫째, 해당 병동 입원환자 대 야근 간호직원의 비율이 16:1을 만족하고 둘째, 야간 간호업무 부담 경감을 위한 체계(2교대 근무 시 근무종료시간과 다음 근무 시작시간의 간격이 11시간 이상, 연속 야근 횟수 2회 이하 등)가 마련되어 있으며 셋째, 환자의 행동 제한 최소화를 위한 위원회를 운영해야 한다.

## 나) 정신과 급성기 치료병동 입원료

정신과 급성기 치료병동 입원료는 집중치료가 필요한 급성기 정신질환자를 입원시키는 정신병동에 병동 단위로 산정 가능하며 각 입원료 산정 인력 기준 및 시설 기준은 아래와 같다.

〈표 24〉 일본의 정신과 급성기 치료병동 입원료 산정 기준

구분	정신과 급성기 치료병동 입원료1	정신과 급성기 치료병동 입원료2
인력 기준	의사	· 의료기관에 상근 정신건강지정의를 2명 이상, 병동에 1명 이상 배치해야 한다.
	간호 직원	· 정규간호사 비율이 40% 이상이어야 한다. · 환자 대 간호보조자 비율이 30:1 이내여야 한다. · 야간에 간호직원을 상시 2명 이상(간호사 1명 이상) 배치해야 한다.
		· 환자 대 간호사비율이 13:1 이내여야 한다. · 환자 대 간호사비율이 15:1 이내여야 한다.
기타	· 각 병동에 정신건강복지사 또는 공인심리상담사를 배치해야 한다.	
시설 기준	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 정신과 급성기 치료에 필요한 체계 및 설비를 구비해야 한다.</li> <li>· 해당 지역의 정신과 응급의료시설이어야 한다.</li> <li>· 의료기관 내 다른 정신병동이 존재하는 경우 10~20:1 입원기본료 또는 특정 입원료를 산정하는 병동이어야 한다.</li> <li>· 의료기관 정신병상 수가 300병상 이하인 경우 병동당 60병상 이하여야 하며 300병상 초과인 경우 병동당 병상 수 전체의 20% 이하여야 한다.</li> <li>· 병동의 병상 수 간호스테이션당 60병상 이하여야 한다.</li> <li>· 병동에 격리실을 구비해야 한다.</li> </ul>	
기타	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 1개월동안 해당 입원료를 적용하는 환자의 연간 입원일수 중 40% 이상이 신규환자의 입원일수이어야 한다.</li> <li>· 신규 입원환자(조치 입원환자, 의료관찰법에 의해 입원결정을 받은 환자, 클로자핀을 신규 처방 받기 위해 입원한 환자 제외)의 40% 이상이 입원 3개월 이내에 자택 또는 보호시설로 퇴원해야 한다.(퇴원 후 재입원한 환자는 퇴원환자로 계산하지 않음)</li> </ul>	

※ 동일 의료기관 내에는 정신과 급성기 치료 병동 입원료1·2를 산정하는 병동이 혼재할 수 없음  
자료: 일본 진료점수표 웹 2020 시설기준

### 다) 정신과 응급·합병증 입원료

정신과 응급·합병증 입원료는 광역자치단체가 정한 응급의료 계획에 따라 응급센터를 운영하는 병원에 병동 단위로 적용할 수 있다. 해당 입원료는 정신과 응급·합병증 진료 체계를 구비하고 호흡기계, 심질환, 골절, 감염증 등의 신체질환을 동반한 조현병, 망상 또는 조울 장애 환자의 입원 중심 병동에 산정하는 특정 입원료이다. 입원료 산정 기준은 아래와 같으며 기준을 충족하는 경우 비정형 항정신병 약물 가산, 원내 표준진료계획, 간호직원 야간배치 가산을 추가 산정할 수 있다.

〈표 25〉 일본의 정신과 응급·합병증 입원료 산정기준

구분	정신과 응급·합병증 입원료
인 력 기 준	의사 · 의료기관에 상근 정신건강지정의를 5명 이상 배치해야 한다. · 병동 입원환자 수 대 병동 상근의사 비율이 16:1 이내여야 한다.
	간호 직원 · 야간에 간호직원을 상시 2명 이상 배치해야 한다.
	기타 · 각 병동에 상근 정신보건복지사를 2명 이상 배치해야 한다.
시설 기 준	· 정신과 응급·합병증 진료에 필요한 체계 및 설비 구비해야 한다. · CT 촬영 등 필요 검사를 신속하게 실시할 수 있는 체계를 마련해야 한다. · 의료기관 내 다른 정신병동이 존재하는 경우 10~20:1 입원기본료 또는 특정 입원료를 산정하는 병동이어야 한다. · 간호스테이션당 병동의 병상 수 60병상 이하여야 한다. · 병동 내 병상의 20% 이상 합병증 치료실(합병증 유닛) 설치해야 한다. · 병동 내 병상의 50% 이상 개인실(격리실 포함) 설치해야 한다. · 병동 내에 신체 합병증 관리를 위한 장비 상시 구비해야 한다. (제세동기, 심전계, 호흡장치, 심폐소생장치 등) · 모든 종류의 입원이 가능해야 한다.
기타	· 1개월동안 해당 입원료를 적용하는 환자의 연간 입원일수의 40% 이상이 신규환자의 입원일수이어야 한다. · 신규 입원환자(조치 입원환자, 의료관찰법에 의해 입원결정을 받은 환자, 클로자핀을 신규 처방 받기 위해 입원한 환자 제외)의 40% 이상이 입원 3개월 이내에 자택 또는 보호시설로 퇴원해야 한다. (퇴원 후 재입원한 환자는 퇴원환자로 계산하지 않음) · 정신과 응급 외래진료가 상시 가능해야 한다.

구분	정신과 응급·합병증 입원료
기타	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 정신질환 관련 시간외휴일 진료 또는 심야진료 실적이 연간 200건 이상이거나 해당 지역인구 1만 명당 2.5건 이상이어야 한다.</li> <li>· 정신질환 관련 시간 외 휴일 입원·심야입원 건수 연간 20건 이상이어야 한다.</li> <li>· 신규 입원환자(조치 입원환자, 의료관찰법에 의해 입원결정을 받은 환자, 클로자핀을 신규 처방 받기 위해 입원한 환자 제외)의 60% 이상이 입원 3개월 이내에 자택 또는 보호시설로 퇴원해야 한다.(퇴원 후 재입원한 환자는 퇴원환자로 계산하지 않음)</li> <li>· 합병증 치료실 입원환자의 80% 이상이 신체질환 동반 정신 장애인이어야 한다.(호흡기계, 심질환, 골절, 감염증 등)</li> <li>· 연간 신규입원환자의 60% 이상이 조치·긴급조치·의료보호·응급·의료관찰법 관련 입원 및 신체질환 동반 정신질환 합병증 케어 병상 입원이어야 한다.</li> <li>· 아래 지역의 최근 1년간 조치·긴급조치·응급 입원 관련 신규 입원환자의 25% 또는 20건 이상의 환자를 해당 병동에서 수용해야 한다. <ul style="list-style-type: none"> <li>- 해당 의료기관 소재지역의 도도부현</li> <li>- 정신과 응급의료권과 응급지정(기간)병원이 매칭·구분된 지역</li> </ul> </li> </ul>

자료: 일본 진료점수표 웹 2020 시설기준

#### 4) 본인부담률

일본은 입원서비스와 외래서비스에 동일한 본인부담률을 적용하며 연령구간에 따라 차등하고 있다. 2015년에 일정 수준 이상의 소득이 있는 70세 이상 고령자의 본인 부담률을 20%로 높였으며 2019년에는 본인부담률을 30%로 추가 상향하였다.

구분	본인부담률
75세 이상 <sup>1)</sup>	10%
70세 이상~74세 이하 <sup>1)</sup>	20%
6세 이상~70세 미만	30%
6세 미만	20%

주 1. 70세 이상 가입자 중 일정 수준(현역 세대 수준) 이상의 소득이 있는 자는 본인부담률 30%를 적용함

## 다. 외래서비스

### 1) 수가 기준

일본의 외래 수가는 초진료, 재진료 및 외래 관리 가산으로 구성되어 있다. 진료소와 병원의 기능에 맞는 의료이용을 도모하기 위하여 진료소 또는 일반 병상 수 200병상 미만의 병원에 진료를 의뢰하였으나 동일 병원으로 내원한 환자는 예외 점수를 산정하고 있다.

〈표 26〉 일본의 외래 기본진료료 점수

구분	진료소	병원	
		일반병상 200병상 미만	일반병상 200병상 이상
초진료	288점 (예외 214점 <sup>1),2),3),4)</sup> )		
재진료	재진료	73점(예외 54점, <sup>4)</sup> )	-
	외래진료료	-	74점(예외 55점 <sup>1),2),3),4)</sup> )
	비대면진료료	71점(월 1회 <sup>5)</sup> )	
외래 관리가산	52점		-

주1. 일반병상 200병상 이상 병원에서 다른 의료기관의 서면 진료의뢰서 없이 초진한 경우

2. 일반병상 200병상이상이고 소개울과 역소개울이 50%미만인 병원

3. 허가병상 400개 이상, 일반병상 200병상 이상이고 소개울 40% 미만, 역소개울이 30% 미만인 병원

4. 허가병상 수가 200개 이상이고 의약품의 거래가격 타결률이 50% 미만인 병원

5. 의료기관에서 지속적으로 대면 진료를 실시하는 환자에 대해 재진료 외래진료료를 산정받지 않는 달에 산정 가능, 연속 3개월 산정 불가

자료: 일본 2020 진료점수표

## 4. 호주

### 가. 개요

호주의 정신건강서비스는 제공 주체에 따라 연방정부와 주정부 및 준주정부로 구분할 수 있다. 연방정부는 메디케어 수가체계, 일차 의료 네트워크(Primary Network)를 통해 전문의, 일반의(GP), 심리학자 및 기타 의료종사자(Allied Health Practitioners)와 진료 및 상담을 지원하고 활동기반 재정지원(Activity-Based Funding, ABF) 방식에 기반하여 병원의 운영 자금을 지원한다. 주정부 및 준주정부는 응급의료, 거주형 정신건강 관리, 지역사회 정신건강 서비스 등의 정신건강 서비스를 제공한다.

한편 정신건강 서비스를 영역에 따라 의료보조 서비스(Medicare-subsidised services), 전문 정신건강 관리 서비스(Specialised mental health care settings), 지원 서비스(Support services)로 구분할 수 있다<sup>3)</sup>. 의료보조 서비스는 일반의(GP), 정신과 전문의, 임상심리사 및 기타 정신건강전문(사회복지사, 정신건강간호사, 작업치료사 등)가 제공하는 상담 서비스로 병원, 상담실, 가정방문, 화상회의 등 다양한 방식으로 진행된다. 전문 정신건강 관리 서비스는 의료서비스와 거주형 정신건강 관리 서비스를 의미한다. 의료서비스는 공공병원 및 민간병원의 외래, 응급진료, 입원 및 낮병동 서비스를 포괄하며, 거주형 정신건강 관리 서비스는 가정과 유사한 환경에서 재활 및 치료를 제공하는 서비스를 의미한다. 지원 서비스는 장애 및 노숙 지원 서비스, 소득 지원 서비스 및 기타 정신건강 프로그램을 의미한다.

<sup>3)</sup> Mental health services In brief 2019, Australian Government, Australian Institute of Health and Welfare,

## 나. 입원서비스

### 1) 개요

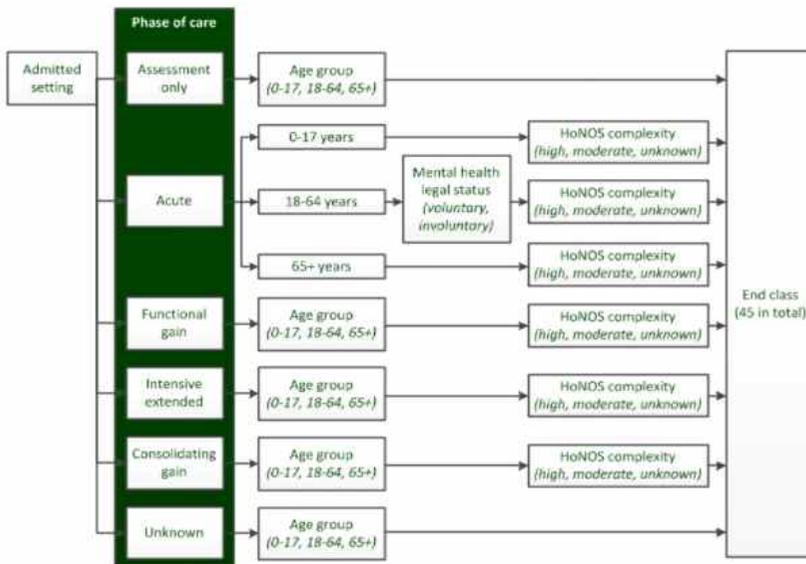
호주 연방정부는 활동기반 재정지원(Activity-Based Funding, ABF) 방식에 따라 실제 진료한 환자 수, 서비스의 가격에 따라 공공병원에 자금을 지원하고 있다. 서비스 가격은 독립 병원가격 결정기구(Independent Hospital Pricing Authority, IHPA)에서 결정한 환자 에피소드 유형별 NWAU(National weighted activity unit)와 국가효율가격(National Efficient Price, NEP)을 곱하여 계산된다. NWAU는 독립 병원가격 결정기구(IHPA)에서 결정한 서비스 유형별 가격 가중치와 취약지역, ICU 입원 등 조정 항목을 반영해 계산되는 상대 값이다. 국가 효율 가격(NEP)은 NWAU 1점당 환산금액으로 공공병원에서 제공한 급성기 입원치료의 평균 비용을 기반으로 독립 병원가격 결정기구(IHPA)에서 매년 결정한다. 독립 병원가격 결정기구(IHPA)는 의료서비스를 6가지 유형(급성기 입원치료, 아급성기·비급성기 치료, 응급치료, 비입원 치료, 정신건강 치료, 교육·훈련 및 연구)으로 분류하고 세부 분류 코드 유형별 가격 가중치를 표로 제공하고 있다.

〈표 27〉 호주 IHPA의 환자 분류 유형

유형	분류코드
급성기 입원 치료	호주-국제질병분류(ICD-10-AM), 호주건강중재분류(ACHI), 호주표준코드(ACS 11th)
	호주-포괄수가분류(AR-DRGs ver10.0)
아급성·비급성기 치료	호주 아급성·비급성 환자분류(AN-SNAP ver4.0)
응급 치료	응급 호주-국제질병분류(ED Short list 11th)
	응급 관련 분류(Urgency Related Groups, URGs ver1.4), 응급 성향 분류(Urgency Disposition Groups, UDGs)
	호주 응급치료분류(AECC ver1.0)
비입원 치료	Tier 2 비입원서비스 분류(Tier 2 ver 7.0)
정신건강 치료	호주 정신건강 분류(AMHCC ver1.0)
교육, 훈련 및 연구	호주 교육훈련분류(ATTCC ver1.0)

## 2) 호주 정신건강분류(Australian Mental HealthCare Classification)<sup>4)</sup>

독립 병원가격 결정기구(IHPA)는 정신과 진료의 임상적인 특성을 고려하여 활동기반 재정지원(ABF) 지불방식을 적용하기 위해 호주 정신건강분류(Australian Mental HealthCare Classification, AMHCC)를 새로운 분류체계로 승인하였다. 정신건강 서비스는 주진단으로 자원 소모량을 구분하기 적절하지 않으므로 서비스 비용에 기여하는 요소 및 환자 특성에 따라 구분 변수를 6가지로 정의하였다. 주요 구분 변수는 입원-지역사회 케어, 치료단계(phase of care), 연령그룹, 자발적·비자발적 입원 여부(법적 지위), 건강상태척도(HoNOS<sup>5)</sup>, LSP-16 척도<sup>6)</sup>이다. 정신건강 입원서비스는 급성기 치료를 목표로 하는 시설에 공식적으로 입원한 환자에게 제공한다.



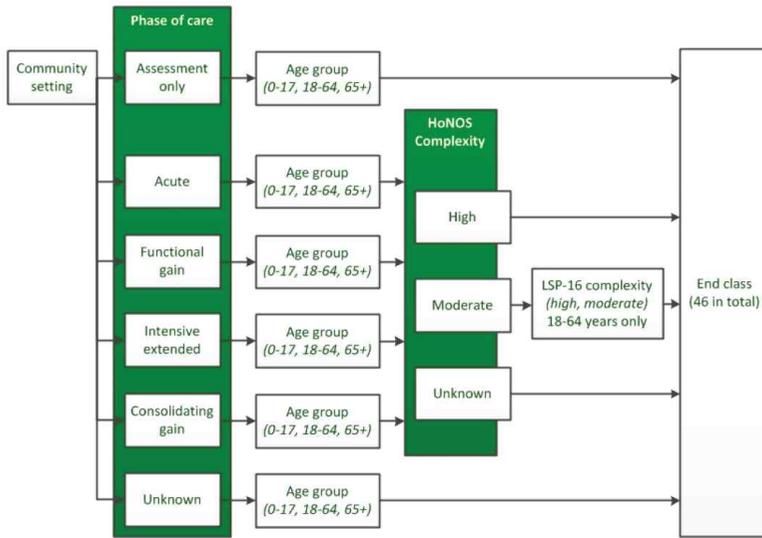
[그림 7] 호주 정신건강 분류(AMHCC) 체계 구성- 입원

4) Australian Mental Health Care Classification v1.0 User Manual

5) Health of the Nation Outcomes Scales, 18-64세 그룹의 행동, 손상 및 사회적 기능을 측정하는 임상평가도구

6) Life Skills Profile-16, 일상생활기술척도(39문항)를 단축형으로 구성하여 최근 3개월간 일반적인 기능을 평가하는 도구

지역사회 케어는 의료기관 또는 거주형 시설에 입원(입소)하지 않는 이용자에게 제공되는 정신건강 관리 서비스를 의미한다. 치료단계는 정신질환 치료의 목표를 반영하는 임상기간으로 정의되며 치료단계 분류를 위해 각 치료단계별 치료목표, 병기 시작과 종료 특성 등을 별도의 지침<sup>7)</sup>에 기재하고 있다.



[그림 8] 호주 정신건강 분류(AMHCC) 체계 - 지역사회 케어

호주 정신건강분류(AMHCC) 항목별 가격가중치 표에는 서비스별 평균 입원 기간(일, ICU 제외), 범위 내 입원기간의 상한과 하한이 제시된다. 가격가중치는 실제 입원기간이 속하는 구간(범위 내, 하한 미만, 상한 초과)에 따라 각각 정해져 있다.

호주 정신건강 분류(AMHCC) 외에 정신과 전문의에 의한 진료계획 및 관리는 아급성 및 비급성치료, 의학적 상담(medical consultation)은 비입원 치료서비스(Tier 2 Non-Admitted Services Classification)로 가격이 결정된다. 호주 정신건강분류(AMHCC) 입원서비스 항목별 가격가중치 표는 다음과 같다.

7) Australian Mental Health Care Classification - Mental health phase of care guide

〈표 28〉 호주 AMHCC - 입원서비스 항목별 가격가중치

(단위: 일)

항목	설명		평균기간	범위		가격 가중치							
				하한	상한	하한이하 기본가중치	하한이하 가중치/일	범위 내 가중치	범위초과 가중치/일				
101Z	Assessment Only	0-17세		4.6	2	6	0.1427	1.2195	2.5818	0.6904			
102Z		18-64세		2.3	1	3	0.2368	0.6378	0.8746	0.2823			
103Z		65세 이상		6.6	4	10	0.2792	0.3720	1.7674	0.2143			
111A	Acute	0-17세		High HoNOS Complexity		9.4	6	14	0.5919	0.5804	4.0746	0.3533	
111B				Moderate HoNOS Complexity		9.5	5	13	0.4873	0.6267	3.6207	0.3631	
111Z				Unknown HoNOS		7.9	4	11	0.2919	0.6494	2.8895	0.3762	
1121A		18-64세		비자발적	High HoNOS Complexity		18.4	11	27	0.5792	0.3965	4.9403	0.2485
1121B					Moderate HoNOS Complexity		16.2	10	24	0.4239	0.3993	4.4166	0.2525
1121Z					Unknown HoNOS		16.2	10	24	0.4239	0.3993	4.4166	0.2525
1122A		65세 이상		자발적	High HoNOS Complexity		9.0	5	13	0.2813	0.4134	2.3482	0.2567
1122B					Moderate HoNOS Complexity		8.0	5	12	0.3095	0.3961	2.2901	0.2580
1122Z					Unknown HoNOS		8.7	5	13	0.2343	0.4167	2.3177	0.2609
113A		65세 이상		High HoNOS Complexity		33.8	22	51	0.2996	0.3787	8.6311	0.2388	
113B				Moderate HoNOS Complexity		29.7	19	45	0.4204	0.3525	7.1183	0.2169	
113Z				Unknown HoNOS		25.0	17	40	0.4114	0.3834	6.9297	0.2392	

(단위: 일)

항목	설명		평균기간	범위		가격 가중치				
				하한	상한	하한이하 기본가중치	하한이하 가중치/일	범위 내 가중치	범위초과 가중치/일	
121A	Functional Gain	0-17세	High HoNOS Complexity	10.6	7	16	0.4497	0.6449	4.9639	0.3906
121B			Moderate HoNOS Complexity	10.1	6	14	0.4426	0.4794	3.3191	0.2607
121Z			Unknown HoNOS	10.1	6	14	0.4426	0.4794	3.3191	0.2607
122A		18-64세	High HoNOS Complexity	33.5	22	50	0.8958	0.3245	8.0346	0.2086
122B			Moderate HoNOS Complexity	27.8	18	42	0.6863	0.3157	6.3688	0.2004
122Z			Unknown HoNOS	18.6	14	32	0.5507	0.3464	5.3997	0.2228
123A		65세 이상	High HoNOS Complexity	32.8	19	44	0.4380	0.3421	6.9372	0.2060
123B			Moderate HoNOS Complexity	25.7	18	41	0.5290	0.2693	5.3762	0.1561
123Z			Unknown HoNOS	25.7	18	41	0.5290	0.2693	5.3762	0.1561
131A	Intensive Extended	0-17세	High HoNOS Complexity	76.5	0	0	3.9855	-	-	0.2397
131B			Moderate HoNOS Complexity	76.5	0	0	3.9855	-	-	0.2397
131Z			Unknown HoNOS	76.5	0	0	3.9855	-	-	0.2397
132A		18-64세	High HoNOS Complexity	63.1	42	95	2.9316	0.3254	16.5980	0.1503
132B			Moderate HoNOS Complexity	28.5	19	44	0.0000	0.4858	9.2304	0.3441
132Z			Unknown HoNOS	34.1	19	44	1.3314	0.3466	7.9175	0.2395
133A		65세 이상	High HoNOS Complexity	32.3	21	49	0.5787	0.3915	8.8010	0.2316
133B			Moderate HoNOS Complexity	32.3	21	49	0.5787	0.3915	8.8010	0.2316
133Z			Unknown HoNOS	32.3	21	49	0.5787	0.3915	8.8010	0.2316

(단위: 일)

항목	설명			평균기간 (일)	범위(일)		가격 가중치			
					하한	상한	하한이하 가중치	하한이하 가중치/일	범위 내 가중치	범위초과 가중치/일
141A	Consolidating Gain	0-17세	High HoNOS Complexity	9.2	0	0	0.6894	-	-	0.3146
141B			Moderate HoNOS Complexity	9.2	0	0	0.6894	-	-	0.3146
141Z			Unknown HoNOS	9.2	0	0	0.6894	-	-	0.3146
142A		18-64세	High HoNOS Complexity	16.5	11	25	0.1919	0.4210	4.8230	0.2894
142B			Moderate HoNOS Complexity	13.5	10	23	0.6087	0.3544	4.1526	0.2346
142Z			Unknown HoNOS	13.5	10	23	0.6087	0.3544	4.1526	0.2346
143A		65세 이상	High HoNOS Complexity	28.9	19	43	0.2743	0.3485	6.8962	0.2368
143B			Moderate HoNOS Complexity	28.9	19	43	0.2743	0.3485	6.8962	0.2368
143Z			Unknown HoNOS	28.9	19	43	0.2743	0.3485	6.8962	0.2368
191Z	Unknown Phase	0-17세	5.9	3	9	0.2657	0.7488	2.5121	0.4001	
192Z		18-64세	7.6	4	11	0.2336	0.4422	2.0023	0.2592	
193Z		65세 이상	5.4	3	7	0.1372	0.4248	1.4117	0.2462	

자료: IHPA. Price weights for admitted mental health care services - AMHCC V1.0 재구성

### 3) 국가활동가중치(NWAU) 및 국가효율가격(NEP)

호주 공공병원의 의료서비스 가격은 해당 서비스 유형의 국가활동가중치(National weighted activity unit, NWAU)와 국가효율가격(National Efficient Price, NEP)를 곱하여 계산된다. NWAU는 서비스 유형의 가격 가중치에 조정 항목에 따른 가중치를 반영한 상대 값이다. 조정 항목으로는 지역적 특성(거주지·진료지의 취약지 여부), 소아진료 여부, ICU 입원 여부, 원주민 여부 등이 있다. 1NWAU를 단순하지도 복잡하지도 않은 평균 서비스로 정의하며, 평균보다 복잡성과 비용이 높은 서비스에는 1보다 높은 NWAU가 할당되도록 한다. 국가효율가격(NEP)은 NWAU 1점당 환산금액으로 독립 병원가격 결정기구(IHPA)에서 매년 발표한다. 2021-2022년에 적용되는 국가효율가격(NEP)은 NWAU당 \$5,597이다. 독립 병원가격 결정기구(IHPA)에서 제공하는 호주 정신건강분류(AMHCC) 항목별 가격가중치, 조정 항목에 따른 서비스 비용 계산기 및 계산식은 다음과 같다.

Admitted Mental Health Calculation Breakdown

**Hospital Characteristics**  
 Specified Intensive Care Unit  
 NSW  
 Vic  
 Qld  
 SA  
 WA  
 Tas  
 NT  
 ACT

**Patient and Episode Characteristic**  
 Indigenous  
 Private  
 Same-day  
 COVID-19

**Residential Remoteness Treatment Remoteness**  
 Major City: Major City  
 Inner Regional: Inner Regional  
 Outer Regional: Outer Regional  
 Remote: Remote  
 Very Remote: Very Remote

LOS: 5  
 ICU Hours: [ ]

**AMHCC v1 Classification**  
 101Z  
 102Z  
 103Z  
 111A  
 111B  
 111C  
 112A  
 112B  
 112C  
 112A  
 112B  
 112C  
 112A  
 112B  
 112C  
 113A  
 113B  
 113Z

**101Z - Admitted, Assessment Only, 0-17 years**

Price	
Inlier Lower Bound	2
Inlier Upper Bound	6
Short-Stay Outlier Base PW	0.1427
Short-Stay Outlier Per Diem PW	1.2195
Inlier PW	2.5818
Long-Stay Outlier Per Diem PW	0.6904

ICU-adjusted LOS	5
Eligible ICU Hours	0
PW Category	Inlier
PW	2.5818
A_(Ind)	0
A_(RA)	0
A_(TA)	0
A_(ICU)	0
A_(PPS)	0
A_(Acc)	0
NEP	5597

**PRICE**  
 = [(PW x (1 + AInd + ARA) x (1 + ATA) + (AICU x ICU hours)) - ((PW + AICU x ICU hours) x APPS + LOS x AAcc)] x NEP  
 = [(2.5818 x (1 + 0 + 0) x (1 + 0) + (0 x 0)) - ((2.5818 + 0 x 0) x 0 + 5 x 0)] x \$5,597  
 = \$14,450

[그림 9] 호주 정신건강입원 항목별 서비스 비용 계산기

## 호주 정신건강입원 항목별 서비스 비용 계산식

$$\{ [ PW \times (1 + A_{IND} + A_{RA}) \times (1 + A_{TA}) + (A_{ICU} \times ICU \text{ hours}) ] \\ - [ (PW + A_{ICU} \times ICU \text{ hours}) \times A_{PPS} + LOS \times A_{Acc} ] \} \times NEP$$

$PW$  가격 가중치

$A_{IND}$  원주민 조정

$A_{RA}$  취약지역 거주 조정

$A_{TA}$  취약지역 진료 조정

$A_{ICU}$  ICU 입원 조정

$ICU \text{ hours}$  ICU 입원시간

$A_{PPS}$  Private 환자 조정

$LOS$  입원일수(Length of stay)

$A_{Acc}$  Private 환자 숙박(Accommodation) 조정

## 다. 외래서비스

### 1) 메디케어 급여 수가표(Medicare Benefits Schedule, MBS)

환자가 공공병원에서 담당 의사 또는 병실을 선택하거나 민간병원에서 진료를 받고자 하는 경우 민간 환자(Private patient) 자격으로 의료서비스를 이용할 수 있다. 이 경우 의사는 메디케어 급여 수가표에 따라 행위별로 급여비용을 청구할 수 있다. 호주 보건부는 메디케어에서 급여로 제공하는 서비스에 대하여 표준 수가를 고시하고 있으며 환자들은 표준 수가의 75~100% 혜택을 보장받는다. 그러나 민간병원에서는 의료행위에 대해 자체적으로 수가를 정할 수 있으므로 실제 환자가 부담하는 비용에는 차이가 발생할 수 있다. 아래 표는 서비스는 접근성 개선 계획(Better Access Initiatives, 2006년)에 따라 신설된 정신질환 관련 메디케어 적용 서비스 분류이다. 정신건강 의료서비스 접근성을 높이기 위해서 일반의(GP) 및 기타 정신건강전문가(임상심리사, 사회복지사, 작업치료사 등)의 서비스 제공을 장려하고자 정신건강 치료 계획 준비, 치료 계획 검토, 정신건강 상태 관리, 초기 집중 심리치료 수가를 신설하였다.

〈표 29〉 호주의 정신질환 관련 메디케어 적용 서비스 분류

대분류	중분류	소분류
전문가 참여 서비스 (Professional attendances)	침술 및 비전문의 서비스 (Acupuncture and Non-specialist practitioner items)	비전문의 정신건강 치료 (Non-specialist practitioner mental health care)
	일반의 정신건강 치료 (GP mental health treatment)	일반의 정신건강 치료 계획 (GP mental health treatment plans)
		집중 심리치료(Focussed psychological strategies)
	거주형 노인 요양시설 수급자를 위한 정신건강 계획 (Mental health planning for care recipients of an residential aged care facility)	일반의 정신건강 치료 계획 (GP mental health treatment plan)
		일반의 정신건강 치료 평가 (GP mental health treatment plan review)
		비전문의 정신건강 치료 계획(Non specialist practitioner mental health treatment plans)
기타 서비스 (Miscellaneous service)	초기 집중 심리 치료(Initial Focussed psychological strategies)	
	심리치료 서비스(Psychological Therapy services)	
	집중 심리 치료(Focussed psychological strategies)	

## 제4장 정신의료서비스 이용 및 결과 분석

### 1. 개요

본 장에서는 청구자료 분석을 통해 정신의료서비스 이용 현황과 선행연구에서 검토한 의료보장별 형평성 문제를 확인하고자 한다. 먼저 정신의료서비스 의료이용 현황을 파악하기 위해서 시설 및 병상 현황과 의료비 및 입원일수 등 기본 현황을 살펴본다. 분석 대상은 2015년~2019년 주상병이 정신질환(F00~F99, G40, G41)으로 정신건강의학과(진료과목 또는 표시과목코드 적용)에 입원한 건강보험 가입자(의과 입원)와 의료급여 수급자(정신과 입원)의 청구자료 중 2015. 1.~2019. 12. 입원이 개시되고 2015. 1.~2020. 6. 심사가 결정된 청구 건이다.

다음으로는 의료이용의 결과를 분석하기 위하여 정신과 입원영역 적정성평가 지표를 활용하여 인력 수준, 의료행위 제공 수준, 재입원률 등을 의료보장별로 비교, 분석하였다.

〈표 30〉 정신질환 입원서비스의 의료보장별 비교를 위한 분석의 틀

구분	지표명
구조 지표	1. 정신건강의학과 의사 1인당 1일 입원환자 수
	2. 정신건강의학과 간호사 1인당 1일 입원환자 수
	3. 정신건강의학과 간호인력 1인당 1일 입원환자 수
	4. 정신건강전문요원 1인당 1일 입원환자 수
	5. 사회복지사 1인당 1일 입원환자 수
과정 지표	1. 정신요법료(23종) 실시횟수(주당)
결과 지표	1. 재원환자의 입원일수
	2. 퇴원환자의 입원일수
	3. 퇴원 후 30일 이내 재입원율(%)
	4. 퇴원 후 30일 이내 낮병동 또는 외래방문율

의료보장에 따른 입원서비스를 구조, 과정, 결과 지표에 따라 비교하기 위해 정신의료기관을 구분해야 하나, 정신의료기관 특성상 건강보험 가입자 또는 의료급여

수급자만을 대상으로 입원서비스를 제공하는 의료기관은 거의 없다. 따라서 정신의료기관의 입원환자의 비율을 분석하여 의료급여 수급자의 분포에 따라 기관을 4개 그룹으로 구분하였다. 2020년 상반기 6개월(1월~6월)을 기준으로 정신질환 상병(F00~F99, G40, G41)으로 의료기관에 입원한 건강보험 가입자 또는 의료급여 수급자의 비율을 분석하였으며, 청구건수가 10건 미만인 의료기관은 대상에서 제외하고 총 564개소를 분석대상으로 선정했다. 총 564개의 정신의료기관을 정신질환 입원환자의 의료급여 수급자의 비율에 따라 비율이 낮은 그룹부터 1그룹, 높은 그룹을 4그룹으로 설정하여, 각 그룹당 141개소의 기관으로 구분하였다. 1그룹은 전체 입원환자 중 의료급여 수급자 비율이 18% 이하, 반대로 4그룹은 전체 입원환자 중 의료급여 수급자의 비율이 69.8% 이상을 차지하는 것으로 나타났다.

〈표 31〉 정신의료서비스 질 분석 대상 의료기관 분포

(단위: 개소, %)

구분	1그룹(~Q1)	2그룹(Q1~Q2)	3그룹(Q2~Q3)	4그룹(Q3~)
의료기관 수	141	141	141	141
의료급여 수급자 비율	0 ~ 18.0	18.0 ~ 51.7	51.7 ~ 69.8	69.8 ~ 100

건강보험 입원환자가 많이 분포한 1그룹은 상급종합병원과 종합병원이 차지하는 비율이 높았으며, 병원과 요양병원의 분포는 상대적으로 낮았다. 반대로 의료급여 입원환자가 많은 4그룹은 병원과 요양병원의 비율이 높고 상급종합병원과 종합병원은 상당히 적은 것으로 나타났다.

〈표 32〉 정신의료서비스 질 분석 대상 의료기관의 종별 분포

(단위: 개소)

구분	1그룹	2그룹	3그룹	4그룹
상급종합	36	3	0	0
종합병원	45	10	11	11
병원	4	35	65	82
요양병원	24	71	46	41
한방병원	2	1	0	1
의원	30	21	19	6
합계	141	141	141	141

기준: 2020년 상반기(1월~6월) 청구명세서 기준으로 청구건수 10건 미만 제외

## 2. 정신의료서비스 의료이용 현황

### 가. 정신의료기관 및 병상 수 등 일반 현황

#### 1) 정신의료기관 수 및 병상 수

우리나라의 정신의료기관 수는 1,839개소, 병상 수는 78,739개이며 병상 중 약 22%인 16,608병상은 개방 병상으로 조사되었다

〈표 33〉 국내 정신의료기관 수, 병상 수 현황

(단위: 개소, 병상)

구분 <sup>1)</sup>	기관 수 <sup>2)</sup>	병상 수 <sup>2)</sup>	개방병상 수 <sup>2)</sup>	기관당 병상 수
종합병원 정신과	200	5,351	1,333	26.8
병원 정신과	256	50,111	10,998	195.7
정신병원	84	20,683	3,785	246.2
정신과의원	1,299	2,594	492	42.8
합계	1,839	78,739	16,608	42.8

주 1.기관유형은 의료기관개설허가서 기준

2.2019.12.31.기준

자료: 국가 정신건강현황 보고서 2019. 보건복지부 국립정신건강센터. 발췌 및 재구성

## 2) 정신의료기관 의료인력

정신의료기관의 주요 전문인력은 정신건강의학과 의사(전문의, 전공의), 정신건강 전문요원으로 구성되어 있으며 간호사, 사회복지사, 임상심리사 등은 특정 교육 및 과정을 이수해야 정신건강전문요원으로 근무할 수 있다. 의사 1인당 상급·종합병원 정신과는 환자 3.34명인데 반해, 병원 및 정신병원은 각각 42.87명, 45.93명으로 나타났으며, 정신건강전문요원의 간호사, 사회복지사도 종별로 유사한 형태를 보인다.

〈표 34〉 국내 정신의료기관 의료인력 현황

(단위: 명)

구분	전문의	전공의	정신건강전문요원			간호사	사회복지사	임상심리사	기타	합계
			간호사	사회복지사	임상심리사					
상급·종합병원 정신과	672	449	305	91	232	967	136	134	267	3,253
병원 정신과	933	62	699	453	130	2,394	176	20	2,096	6,963
정신병원	339	29	337	225	45	914	63	3	1,028	2,983
정신과의원	1,567		66	27	143	305	100	56	2,206	4,470
합계	3,511	540	1,407	796	550	4,580	475	213	5,597	17,669

자료: 국가 정신건강현황 보고서 2019. 보건복지부 국립정신건강센터. 발췌 및 재구성

〈표 35〉 국내 정신의료기관의 환자 수 대비 의료인력 비율

(단위: 명)

구분	입원환자 수	의사 (전문의, 전공의)	정신건강전문요원		
			간호사	사회복지사	임상심리사
상급·종합병원 정신과	3,745	3.34	12.28	41.15	16.14
병원 정신과	42,653	42.87	61.02	94.16	328.10
정신병원	16,904	45.93	50.16	75.13	375.64
정신과의원	2,134	1.36	32.33	79.04	14.92

자료: 국가 정신건강현황 보고서 2019. 보건복지부 국립정신건강센터. 발췌 및 재구성

## 나. 정신의료 입원 이용 현황

### 1) 의료보장별 기본 현황 비교

연도별 이용 현황을 살펴보면 입원 이용의 환자 수, 총입원일수, 1인당 입원일수는 의료급여, 건강보험 모두 점차 줄어들지만 총급여비용, 1인당 진료비, 일당 진료비는 점차 증가하는 추세로 나타났다.

〈표 36〉 정신질환의 의료보장별 입원이용 기본 현황(2015년~2019년)

(단위: 명, 억원, 천일, 원, 일, 원)

구분	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	
의료 급여	환자 수(A)	71,640	71,757	69,221	68,790	67,986
	총급여비용(B)	6,903.9	7,024.8	7,020.4	7,102.7	7,335.7
	보험자부담	6,866.9	6,986.1	6,983.8	7,067.3	7,300.3
	본인부담	21.0	22.6	21.3	20.8	20.8
	총입원일수(C)	16,116.6	16,371.5	16,012.3	15,924.7	15,798.0
	1인당 진료비(B/A)	9,636,989	9,789,742	10,141,961	10,325,206	10,789,958
	1인당 입원일수(C/A)	225.0	228.2	231.3	231.5	232.4
	일당 진료비(B/C)	42,838	42,909	43,844	44,602	46,434
건강 보험	환자 수(A)	101,183	96,148	91,740	89,934	86,488
	총급여비용(B)	7,825.8	7,819.2	7,665.0	7,951.9	8,149.5
	보험자부담	6,090.2	6,078.1	5,976.5	6,217.3	6,367.6
	본인부담	1,683.9	1,690.9	1,638.3	1,685.4	1,735.0
	총입원일수(C)	10,922.7	10,315.1	9,705.3	9,346.5	8,939.1
	1인당 진료비(B/A)	7,734,308	8,132,440	8,355,164	8,841,957	9,422,703
	1인당 입원일수(C/A)	108.0	107.3	105.8	103.9	103.4
	일당 진료비(B/C)	71,647	75,803	78,978	85,079	91,167

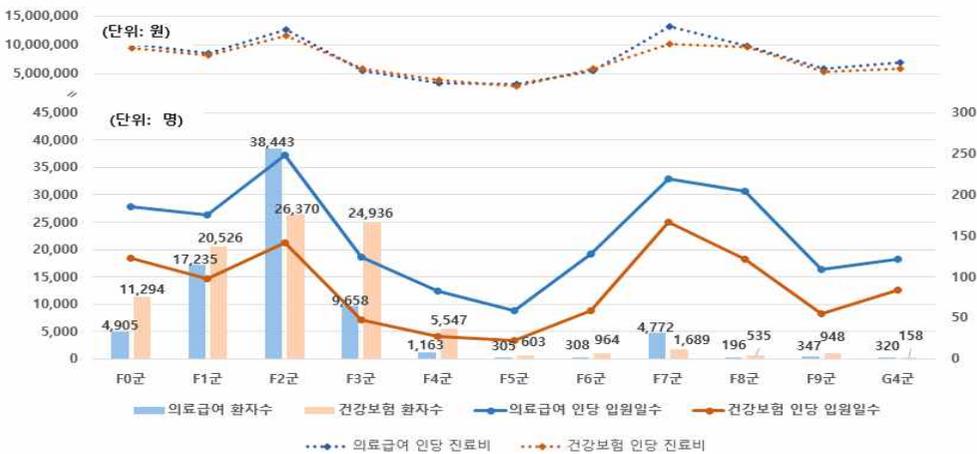
- 주. 1. 주상병이 정신질환(F00~F99, G40, G41)으로 정신건강의학과(진료과목 또는 표시과목코드 적용)에 입원한 건강보험 가입자(외과입원), 의료급여 수급자(정신과입원)를 대상으로 입원개시년월(2015.1~2019.12), 심결(2015. 1.~2020. 6.) 명세서를 분석  
 2. 의료급여 일당정액으로 청구된 종합병원(상급 포함), 병원(요양, 한방 포함), 의원 입원환자  
 3. 의료급여 정신과 입원 시 응급의학과 진료(응급실 등 타과 진료), 선별급여, 입원 중 타과진료 등 행위별 청구 가능 진료비용 미포함 기재

특히, 일당정액제의 의료급여는 일당진료비가 건강보험의 약 50% 내외에도 불구하고 입원일수가 건강보험보다 약 2배 정도 길어 1인당 진료비는 오히려 의료급여 수급자가 더 높은 것으로 나타났다.



[그림 10] 의료보장별 인당 내원일수, 환자 수, 일당 진료비 비교

이런 경향은 상병에 상관없이 나타나는 것으로 보인다. 상병에 따른 환자 수 분포를 보면 의료급여는 F2군, F1군, F3군, F0군 순으로, 건강보험은 F2군, F3군, F1군, F0군 순으로 나타났다. 상병별 인당 입원일수는 건강보험에 비해 의료급여가 약 1.3~3.1배 많으므로 결과적으로 건강보험과 의료급여에서 유사한 수준의 인당 진료비가 소요되는 것을 확인할 수 있다.



[그림 11] 의료보장별 상병별 환자 수, 내원일수, 인당 진료비 비교

〈표 37〉 의료보장 및 상병별 정신질환자 입원이용 기본 현황(2019년 기준) (단위: 명, 원, 일)

구분	의료급여			건강보험		
	환자 수	인당 진료비	인당 입원일수	환자 수	인당 진료비	인당 입원일수
F00~F09(F0군)	4,905	9,451,160	185.6	11,294	10,091,300	122.5
F10~F19(F1군)	17,235	8,170,357	175.1	20,526	8,463,810	98.0
F20~F29(F2군)	38,443	11,504,158	248.4	26,370	12,580,062	141.8
F30~F39(F3군)	9,658	5,889,964	124.3	24,936	5,419,253	47.1
F40~F48(F4군)	1,163	3,872,512	82.8	5,547	3,407,791	26.7
F50~F59(F5군)	305	2,756,926	58.5	603	3,225,726	22.6
F60~F69(F6군)	308	5,921,192	128.1	964	5,500,515	58.6
F70~F79(F7군)	4,772	10,118,798	219.1	1,689	13,147,047	166.5
F80~F89(F8군)	196	9,617,296	204.8	535	9,857,107	120.9
F90~F99(F9군)	347	5,265,929	108.6	948	5,888,030	55.1
G40, G41(G4군)	320	5,834,264	120.9	158	6,856,435	84.2

주. 주상병이 정신질환(F00~F99, G40, G41)으로 정신건강의학과에 입원한 환자

〈표 38〉 한국표준질병·사인분류에 따른 정신질환 상병코드

구분	내용 <sup>1)</sup>
F00~F09 (F0군)	증상성을 포함하는 기질성 정신장애
F10~F19 (F1군)	정신활성물질의 사용에 의한 정신 및 행동 장애
F20~F29 (F2군)	조현병, 분열형 및 망상성 장애
F30~F39 (F3군)	기분[정동] 장애
F40~F48 (F4군)	신경증성, 스트레스-연관 및 신체형 장애
F50~F59 (F5군)	생리적 장애 및 신체적 요인들과 수반된 행동 증후군
F60~F69 (F6군)	성인 인격 및 행동의 장애
F70~F79 (F7군)	정신지체
F80~F89 (F8군)	정신발달장애
F90~F99 (F9군)	소아기 및 청소년기에 주로 발병하는 행동 및 정서 장애
G40, G41 (G4군)	뇌전증 및 뇌전증 지속상태

주 1. 한국표준질병·사인분류(KCD-7) 활용

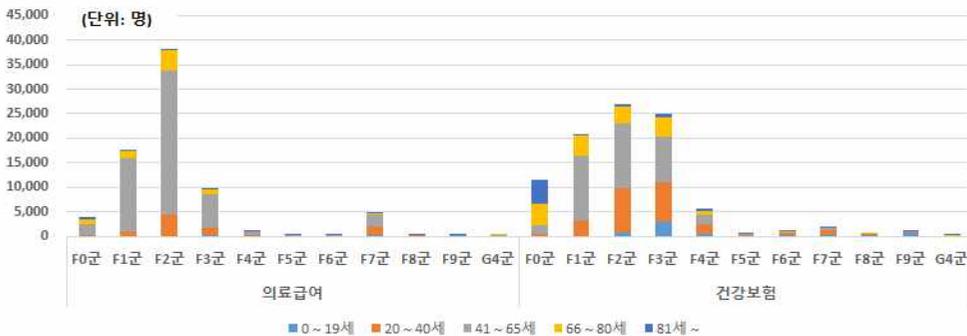
의료보장별 환자 연령 및 상병 분포에 차이가 있는지 파악하기 위해 해당 분포를 살펴보았다. 의료급여와 건강보험 모두 41~65세의 비율이 가장 높으며 F1군~F3군에서 중장년층의 분포가 두드러진 것으로 나타나 의료보장별 차이는 뚜렷하지 않은 것으로 보인다. 건강보험 정신질환자 수가 의료급여에 비해 대체로 많으나, 알코올 장애가 포함된 F1군, 조현병이 포함된 F2군의 중장년층 환자 수는 의료급여 환자가 더 많은 것으로 나타났다.

〈표 39〉 상병 및 연령별 정신질환 입원환자 수 분포(2019년 기준)

(단위: 명)

구분	의료급여					건강보험				
	0~19세	20~40세	41~65세	66~80세	81세~	0~19세	20~40세	41~65세	66~80세	81세~
F0군	16	239	2,193	1,024	381	69	427	1,811	4,427	4,753
F1군	12	990	14,805	1,576	62	58	3,037	13,335	4,030	314
F2군	130	4,242	29,436	4,117	259	731	9,200	13,074	3,373	437
F3군	370	1,490	6,742	948	143	2,876	8,185	9,268	3,883	869
F4군	70	194	712	136	37	628	1,761	2,039	854	282
F5군	6	35	213	42	2	93	168	199	114	30
F6군	28	104	153	19	1	172	519	180	84	18
F7군	239	1864	2,404	180	25	236	1,123	336	20	3
F8군	31	132	30	2	1	257	265	16	2	
F9군	228	45	65	8	1	742	152	39	14	8
G4군	2	60	203	22		4	51	76	17	11
합계	1,132	9,395	56,956	8,074	912	5,866	24,888	40,373	16,818	6,725

주. 주상병이 정신질환(F00~F99, G40, G41)으로 정신건강의학과에 입원한 환자(중복 포함)



[그림 12] 의료보장에 따른 상병별 연령분포

상병에 따른 환자의 성별 분포를 살펴보면, 대체로 남녀가 균등한 가운데 알코올 장애가 포함된 F1군, 정신지체 및 정신발달장애의 F7군, F8군에서 남성이 비율이 높은 것으로 나타났다.

〈표 40〉 상병 및 성별별 정신질환 입원환자 수 분포(2019년 기준)

(단위: 명, %)

구분	의료급여				건강보험			
	남성		여성		남성		여성	
	환자 수	비율						
F00~F09(F0)	2,918	75.7	935	24.3	5,545	48.3	5,942	51.7
F10~F19(F1)	15,817	90.7	1,628	9.3	17,766	85.5	3,008	14.5
F20~F29(F2)	22,372	58.6	15,812	41.4	13,226	49.3	13,589	50.7
F30~F39(F3)	6,010	62.0	3,683	38.0	10,470	41.7	14,611	58.3
F40~F48(F4)	688	59.9	461	40.1	2,514	45.2	3,050	54.8
F50~F59(F5)	208	69.8	90	30.2	264	43.7	340	56.3
F60~F69(F6)	229	75.1	76	24.9	670	68.9	303	31.1
F70~F79(F7)	3,176	67.4	1,536	32.6	1,206	70.2	512	29.8
F80~F89(F8)	157	80.1	39	19.9	453	83.9	87	16.1
F90~F99(F9)	207	59.7	140	40.3	627	65.7	328	34.3
G40, G41(G4)	200	69.7	87	30.3	100	62.9	59	37.1
합계	51,982	68.0	24,487	32.0	52,841	55.8	41,829	44.2

주. 주상병이 정신질환(F00~F99, G40, G41)으로 정신건강의학과에 입원한 환자(중복 포함)

의료보장별 상병 및 의료기관 종별 분포에 차이가 있는지 파악하기 위해 해당 분포를 살펴보았다. 의료급여는 병원, 요양병원의 입원환자가 전체의 90.1%를 차지하는 반면, 건강보험은 병원, 요양병원이 각각 38.4%, 30.9%를 차지하고 상급종합병원 13.1%, 종합병원이 12.3%를 차지하여 비교적 고루 분포한 것을 알 수 있다. 총입원진료비 또한 의료급여는 병원, 요양병원이 총 입원진료비의 93.6%를 차지하는 반면, 건강보험은 병원, 요양병원이 77.5%, 상급종합병원과 종합병원이 각각 8.6%, 8.2%를 차지하는 것으로 나타났다. 의료보장, 종별, 상병에 상관없이 진료비 총액은 환자 수에 비례하는 경향을 보인 것으로 분석되었다.

〈표 41〉 정신질환 입원환자 상병에 따른 종별 환자 수, 총진료비(2019년 기준) (단위: 명, 억원)

구분	의료급여						건강보험					
	상급 종합	종합 병원	병원	요양 병원	한방 병원	의원	상급 종합	종합 병원	병원	요양 병원	한방 병원	의원
F0군	38	317	2,320	1,106	51	23	817	1,115	3,287	5,588	478	212
	0.4	17.4	204.9	105.4	3.3	2.2	31.7	55.4	347.5	619.7	46.6	38.8
F1군	38	781	10,616	6,745	369	30	433	1,121	10,170	9,522	604	29
	0.6	40.0	825.8	521.8	16.4	2.5	17.9	68.6	776.2	822.6	48.2	4.0
F2군	227	2,613	20,517	14,706	961	31	2,629	2,516	12,521	8,525	1,727	41
	4.7	230.3	2,288.6	1,827.7	65.7	3.4	208.7	234.7	1,513.8	1,154.1	197.9	8.3
F3군	265	902	5,843	2,687	280	7	6,811	4,896	8,435	4,770	1,231	57
	3.8	28.7	360.7	163.7	10.4	0.7	359.5	222.7	449.8	243.9	68.3	7.6
F4군	48	185	700	184	40		1,503	1,841	1,428	507	345	3
	0.6	3.7	30.0	8.5	1.8	-	52.3	55.3	53.2	18.8	9.4	0.1
F5군	4	35	194	55	8		137	174	129	62	101	3
	0.0	0.6	5.8	1.8	0.2	-	7.4	3.6	3.1	2.1	3.0	0.3
F6군	10	17	162	115	7		136	124	386	311	24	
	0.1	0.5	9.7	7.5	0.2	-	5.4	6.5	22.0	17.6	1.4	-
F7군	11	328	2,617	1,798	51	3	55	98	815	691	109	2
	0.1	25.5	258.7	194.6	3.0	0.2	2.8	9.9	104.9	95.4	9.1	0.1
F8군	9	19	93	80	2		89	34	184	106	135	1
	0.1	1.4	8.8	8.4	0.1	-	3.5	3.0	19.6	15.8	10.7	0.0
F9군	16	33	205	83	15		222	149	336	185	96	
	0.3	1.0	12.5	4.2	0.2	-	13.5	6.5	18.5	9.8	7.5	-
G4군	2	20	148	108	6		13	20	54	63	8	
	0.0	0.7	8.5	6.9	0.3	-	0.5	0.4	4.4	5.2	0.4	-
합계	668	5,250	43,415	27,667	1,790	94	12,845	12,088	37,745	30,330	4,858	348
	(0.8%)	(6.7%)	(55.0%)	(35.1%)	(2.3%)	(0.1%)	(13.1%)	(12.3%)	(38.4%)	(30.9%)	(4.9%)	(0.4%)
	10.6	349.9	4,014.0	2,850.6	101.7	8.9	703.1	666.5	3,313.0	3,005.0	402.6	59.3
	(0.1%)	(4.8%)	(54.7%)	(38.9%)	(1.4%)	(0.1%)	(8.6%)	(8.2%)	(40.7%)	(36.9%)	(4.9%)	(0.7%)

주. 주상병이 정신질환(F00~F99, G40, G41)으로 정신건강의학과에 입원한 환자



[그림 13] 의료보장, 상병에 따른 의료기관 종별 입원환자 수 분포



[그림 14] 의료보장, 상병에 따른 의료기관 종별 입원진료비 분포

## 2) 정신의료서비스 제공 현황

정신요법료를 살펴보면, 전반적으로 의료급여는 건강보험에 비해 서비스 제공횟수가 낮은 것으로 나타났다. 개인정신치료, 집단정신치료, 가족치료, 작업 및 오락요법, 정신의학적 재활요법, 정신의학사회사업 등에서 의료급여 수급권자에 비해 건강보험 가입자에게 제공된 횟수가 많았다. 특히 의료급여는 개인정신치료 I, 작업 및 오락요법 등 특정한 항목에 횟수가 집중되어 있는 반면, 건강보험은 상대적으로 다양한 정신요법료를 제공한 것으로 보인다. 이는 의료급여의 일당정액 수가 기준에 명시된 1주일에 2회 이상 정신요법(개인정신치료 1회 이상) 의무 실시에 따라 결과로 판단된다.

〈표 42〉 정신질환 입원환자의 정신요법료 제공횟수(2019년 기준)

(단위: 회/주)

구분			의료급여	건강보험	대비	
NN001	개인정신치료 I (~10분)	전공의	(145.52점)	2.13	3.15	1.5배
NN002	개인정신치료 II (~20분)	전공의	(290.82점)	1.00	1.73	1.7배
NN003	개인정신치료 III (~30분)	전공의	(475.38점)	0.68	1.11	1.6배
NN004	개인정신치료 IV (~40분)	전공의	(675.53점)	1.10	1.27	1.2배
NN005	개인정신치료 V (40분~)	전공의(3년 ↑)	(895.83점)	1.21	1.17	1.0배
NN021	집단정신치료(지표표현)	전공의, 정신건강요원	(106.90점)	0.95	1.46	1.5배
NN022	집단정신치료(역동상호)	전공의(3년 ↑)	(160.30점)	0.84	1.25	1.5배
NN023	집단정신치료(치료극)	전공의, 정신건강요원	(213.80점)	0.64	0.89	1.4배
NN031	가족치료(개인)	전공의	(170.99점)	0.45	0.62	1.4배
NN032	가족치료(집단)(45분)	전공의	(147.20점)	0.27	0.51	1.9배
NN040	작업및오락요법	전공의, 정신건강요원	(54.41점)	2.15	3.31	1.5배
NN050	약물이용면담	전공의(3년 ↑)	(253.68점)	0.40	0.55	1.4배
NN061	인지행동치료(개인)(30분)	전공의(3년 ↑)	(472.89점)	0.71	0.67	0.9배
NN062	인지행동치료(집단)	전공의, 정신건강요원	(141.87점)	1.22	0.95	0.8배
NN071	전기충격요법(일반)	전공의	(647.64점)	0.89	1.19	1.3배
NN072	전기충격요법(특수)	전공의	(1,658.60점)	1.10	1.41	1.3배
NN082	지속적 수면요법(약물)	전공의	(287.61점)	1.02	0.76	0.7배
NN090	정신의학적 재활요법	전공의, 정신건강요원	(142.05점)	0.54	0.64	1.2배
NN100	정신의학적 응급처치	전공의, 정신건강요원	(587.38점)	0.74	1.12	1.5배
NN111	정신의학사회사업(개인)	사회복지사	(198.42점)	0.39	0.39	1.0배
NN112	정신의학사회사업(지도)	사회복지사	(121.62점)	0.37	0.43	1.2배
NN113	정신의학사회사업(조사)	사회복지사	(121.62점)	0.39	0.44	1.1배
NN114	정신의학사회사업(방문)	사회복지사	(415.96점)	0.25	0.30	1.2배

주. 주상병이 정신질환(F00~F99, G40, G41)으로 정신건강의학과에 입원한 환자



[그림 15] 의료보장에 따른 정신요법료 제공횟수 비교

〈표 43〉 정신질환 상병에 따른 정신요법료 제공횟수

(단위: 회/주)

구분	평균	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	G4	
의 미 의	NN001	<b>2.13</b>	2.15	2.14	2.12	2.17	2.21	2.13	2.15	2.13	2.21	2.11	2.16
	NN002	<b>1.00</b>	0.91	0.76	1.06	1.02	1.48	0.93	1.22	1.05	1.69	1.23	0.72
	NN003	<b>0.68</b>	1.00	0.56	0.60	0.76	1.58	1.61	1.37	0.68	2.06	1.73	0.70
	NN004	<b>1.10</b>	1.26	0.79	1.04	1.42	1.44	1.14	0.92	0.80	1.11	0.81	0.62
	NN005	<b>1.21</b>	1.95	0.75	1.00	1.34	2.59	0.85	3.50	1.67	1.00	0.67	2.69
	NN021	<b>0.95</b>	0.93	1.05	0.91	0.94	1.03	0.97	0.92	0.90	0.95	1.11	0.85
	NN022	<b>0.84</b>	0.83	1.00	0.69	0.77	0.73	0.86	0.77	0.53	0.91	0.80	0.45
	NN023	<b>0.64</b>	0.49	0.63	0.64	0.70	0.89	0.42	0.30	0.58	0.24	1.01	0.36
	NN031	<b>0.45</b>	0.43	0.45	0.42	0.53	0.69	0.59	0.62	0.45	0.44	0.51	0.42
	NN032	<b>0.27</b>	0.25	0.34	0.26	0.26	-	0.34	0.37	0.25	0.23	0.34	0.23
	NN040	<b>2.15</b>	2.10	2.10	2.18	2.16	2.14	2.04	2.16	2.17	2.05	2.37	1.86
	NN050	<b>0.40</b>	0.24	0.37	0.40	0.60	-	-	-	-	-	-	-
	NN061	<b>0.71</b>	-	0.74	0.54	0.88	-	-	-	-	-	-	-
	NN062	<b>1.22</b>	0.61	2.03	0.44	0.51	0.85	0.27	0.63	0.47	-	0.53	-
NN071	<b>0.89</b>	-	-	0.89	-	-	-	-	-	-	-	-	
NN072	<b>1.10</b>	-	-	1.06	1.27	2.71	-	-	-	-	-	-	
NN082	<b>1.02</b>	-	1.31	1.08	0.81	-	-	-	-	-	-	-	
NN090	<b>0.54</b>	0.48	0.70	0.50	0.45	0.44	0.23	0.57	0.46	0.44	0.41	0.23	
NN100	<b>0.74</b>	1.11	1.05	0.64	0.87	0.92	0.42	0.63	2.82	0.67	0.63	0.44	
NN111	<b>0.39</b>	0.40	0.42	0.37	0.39	0.38	0.42	0.50	0.39	0.42	0.38	0.54	
NN112	<b>0.37</b>	0.35	0.41	0.33	0.40	0.43	0.51	0.51	0.38	0.51	0.36	0.54	
NN113	<b>0.39</b>	0.41	0.42	0.36	0.41	0.37	0.43	0.62	0.38	0.44	0.35	0.54	
NN114	<b>0.25</b>	-	0.33	0.23	-	-	-	-	-	-	-	-	
건 강 보 환	NN001	<b>3.15</b>	3.90	3.09	3.06	2.96	3.03	2.78	2.88	3.64	4.26	2.33	3.41
	NN002	<b>1.73</b>	1.83	1.77	1.76	1.54	1.40	1.88	1.34	1.85	2.74	1.54	1.81
	NN003	<b>1.11</b>	1.04	1.10	1.04	1.22	1.26	1.60	1.28	1.20	2.37	1.33	1.01
	NN004	<b>1.27</b>	1.21	0.78	1.17	1.60	1.49	1.11	0.74	0.82	1.68	0.99	1.58
	NN005	<b>1.17</b>	1.30	0.57	1.30	1.34	1.24	1.81	0.70	1.58	1.38	0.84	1.51
	NN021	<b>1.46</b>	1.52	1.51	1.45	1.34	1.41	1.49	1.43	1.55	2.50	1.10	1.51
	NN022	<b>1.25</b>	1.33	1.30	1.26	1.08	1.07	1.04	1.11	1.14	3.33	1.24	1.43
	NN023	<b>0.89</b>	0.81	0.73	0.96	0.91	1.10	0.58	0.71	0.84	0.70	1.21	0.95
	NN031	<b>0.62</b>	0.59	0.56	0.55	0.72	0.79	0.69	0.67	0.54	2.20	0.69	0.61
	NN032	<b>0.51</b>	0.41	0.45	0.38	0.49	0.68	0.47	0.51	0.46	3.63	1.05	0.36
	NN040	<b>3.31</b>	3.62	3.51	3.30	2.81	2.90	2.90	3.10	3.81	4.16	2.72	3.38
	NN050	<b>0.55</b>	0.43	0.49	0.56	0.56	0.95	-	-	0.82	-	0.86	0.26
	NN061	<b>0.67</b>	0.69	0.86	0.78	0.51	0.80	0.65	0.73	0.33	0.44	0.71	-
	NN062	<b>0.95</b>	0.53	1.46	0.57	0.65	0.58	0.47	1.16	0.53	0.83	0.75	0.46
NN071	<b>1.19</b>	-	-	1.20	1.41	0.23	-	-	-	-	-	-	
NN072	<b>1.41</b>	1.07	1.17	1.38	1.51	1.16	1.14	1.34	1.59	3.50	0.80	-	
NN082	<b>0.76</b>	0.47	0.85	0.68	0.86	0.76	-	0.61	-	-	1.05	-	
NN090	<b>0.64</b>	0.66	0.76	0.54	0.59	1.08	0.57	0.53	0.60	0.72	0.61	0.25	
NN100	<b>1.12</b>	1.15	1.55	0.96	1.14	2.23	1.61	1.17	1.43	0.96	1.40	4.65	
NN111	<b>0.39</b>	0.40	0.41	0.34	0.40	0.46	0.35	0.41	0.40	0.49	0.36	0.36	
NN112	<b>0.43</b>	0.41	0.46	0.38	0.45	0.52	0.39	0.47	0.42	0.41	0.40	0.34	
NN113	<b>0.44</b>	0.42	0.47	0.38	0.46	0.52	0.40	0.48	0.43	0.42	0.39	0.36	
NN114	<b>0.30</b>	1.40	0.39	0.24	0.39	-	-	-	0.49	-	-	-	

주. 주상병이 정신질환(F00-F99, G40, G41)으로 정신건강의학과에 입원한 환자

〈표 44〉 정신질환 종별에 따른 정신요법료 제공횟수

(단위: 회/주)

구분	의료급여						건강보험					
	상급 종합	종합 병원	병원	요양 병원	한방 병원	의원	상급 종합	종합 병원	병원	요양 병원	한방 병원	의원
NN001	3.01	2.30	2.15	2.10	2.10	1.82	2.10	1.13	3.33	3.32	4.83	4.38
NN002	2.42	0.79	0.80	1.20	0.62	1.05	1.93	0.66	1.88	1.78	2.26	2.24
NN003	2.37	0.51	0.59	0.59	0.47	0.48	1.78	0.62	1.06	1.21	0.41	1.54
NN004	1.73	1.66	0.58	0.60	-	0.54	2.04	1.11	0.76	0.71	-	1.14
NN005	1.68	1.20	0.59	0.60	-	0.23	2.08	0.58	0.64	0.77	-	1.16
NN021	0.94	1.02	0.94	0.93	-	1.24	1.01	0.60	1.52	1.50	1.79	1.91
NN022	1.05	0.73	0.69	1.05	-	0.92	1.18	0.63	1.14	1.48	-	1.67
NN023	0.56	0.40	0.54	0.75	-	1.00	0.53	0.85	0.82	0.91	-	1.47
NN031	0.67	0.71	0.40	0.40	0.49	0.46	0.86	0.54	0.58	0.55	0.63	0.74
NN032	0.34	0.24	0.26	0.28	0.47	-	0.53	0.28	0.38	0.43	0.40	2.87
NN040	2.12	2.15	2.21	2.07	2.06	2.57	1.73	0.91	3.60	3.70	4.41	4.60
NN050	-	0.23	-	-	-	0.42	0.88	-	0.50	1.27	-	0.63
NN061	3.00	0.73	0.41	0.23	-	-	0.75	0.63	0.87	-	-	-
NN062	0.46	0.74	1.81	0.56	-	0.25	0.73	0.56	1.44	0.78	0.61	0.31
NN071	0.97	-	-	0.45	-	-	1.22	1.59	-	0.23	-	-
NN072	1.33	0.80	1.21	0.80	-	-	1.57	1.24	1.28	1.42	-	-
NN082	1.02	-	-	-	-	-	0.67	0.89	-	-	-	-
NN090	0.41	0.44	0.44	0.64	-	-	0.45	0.22	0.72	0.72	-	1.80
NN100	0.89	0.68	0.71	0.48	0.35	0.55	1.03	0.99	7.68	9.40	0.32	1.15
NN111	0.30	0.34	0.41	0.40	-	0.42	0.28	0.35	0.41	0.40	0.28	0.52
NN112	0.34	0.37	0.36	0.38	-	0.29	0.34	0.39	0.44	0.44	0.35	0.51
NN113	0.34	0.37	0.37	0.43	-	0.28	0.34	0.38	0.45	0.45	-	0.52
NN114	-	0.33	0.25	0.23	-	-	0.10	0.25	0.42	0.45	-	-

주. 주상병이 정신질환(F00~F99, G40, G41)으로 정신건강의학과에 입원한 환자

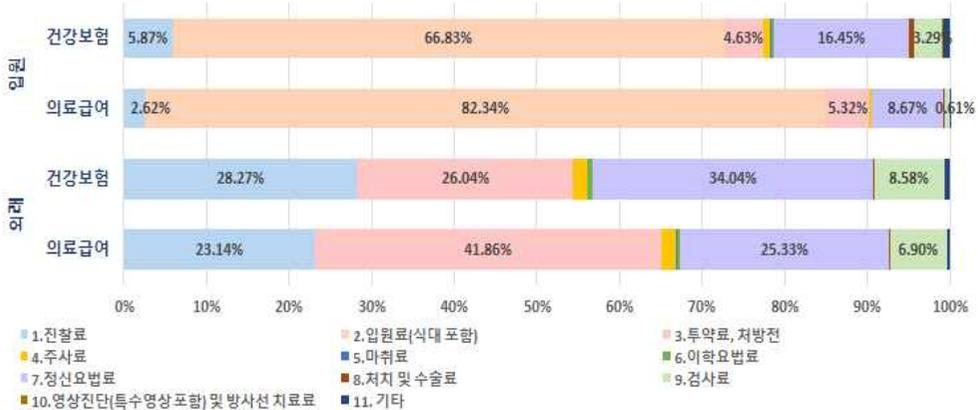
의료보장별 진료항목을 보면 외래서비스는 의료급여와 건강보험 모두 진찰료, 투약료 및 처방전, 정신요법료, 검사료에 고루 분포해 있는 반면, 입원서비스는 입원료의 비중이 월등히 높은 것으로 나타났다. 특히, 의료급여는 80% 이상이 입원료에 집중되어 투약 및 정신요법료는 상대적으로 낮은 비율을 보였다. 의료급여는 최근 행위별로 전환된 약제(19. 6.~), 정신요법(21. 4.~) 등으로 인해 치료 중심으로 제공서비스의 비율 변화가 예상된다.

〈표 45〉 정신질환 입원, 외래의 항 구분에 따른 비율(2020년 기준)

(단위: %)

항 구분	입원		외래	
	의료급여	건강보험	의료급여	건강보험
1.진찰료	2.6	5.9	23.1	28.3
2.입원료(식대 포함)	82.3	66.8	0.0	0.0
3.투약료, 처방전	5.3	4.6	41.9	26.0
4.주사료	0.3	0.9	1.9	1.8
5.마취료	0.00	0.1	0.2	0.05
6.이학요법료	0.00	0.2	0.3	0.5
7.정신요법료	8.7	16.5	25.3	34.0
8.처치 및 수술료	0.06	0.6	0.1	0.1
9.검사료	0.6	3.3	6.9	8.6
10.영상진단(특수영상 포함) 및 방사선 치료료	0.05	0.2	0.05	0.04
11. 기타	0.01	0.8	0.3	0.6

주 1. 건강보험의 요양병원(일당정액) 제외하여 산출



〈그림 16〉 정신질환 입원, 외래의 항 구분에 따른 비율 분포

### 3) 의료보장별 입원일수 현황

정신질환의 전체 입원환자는 건강보험이 의료급여에 비해 약 1.6배 많으나, 1년 이상 장기입원은 의료급여가 건강보험에 비해 약 1.7배 많은 것으로 나타나 결과적으로 평균 입원일수는 의료급여가 건강보험에 비해 약 3배가량 높은 것으로 집계되었다. 특히, 의료급여는 4년 이상 장기입원자의 비중이 전체의 약 20% 이상을 차지하는 것으로 조사되었다.

〈표 46〉 의료보장별 정신질환의 누적 입원일수 분포

(단위: 명, %)

구분		의료급여		건강보험	
		환자 수	비율	환자 수	비율
1년 이내	30일 이내	5,472	12.8	25,921	36.8
	90일 이내	4,583	10.7	16,488	23.4
	180일 이내	4,057	9.5	9,162	13.0
	365일 이내	5,061	11.8	6,889	9.8
2년 이내	730일 이내	7,380	17.2	5,749	8.2
3년 이내	1,095일 이내	4,044	9.4	2,257	3.2
4년 이내	1,460일 이내	3,333	7.8	1,411	2.0
5년 이내	1,825일 이내	3,661	8.5	1,178	1.7
5년 이상	1,825일 초과	5,239	12.2	1,381	2.0
전체		42,830	100.0	70,436	100.0
1인당 평균 입원일수		718일		223일	
1인당 평균 이용기관수		2.1개소		1.5개소	

주. 입원환자(건강보험, 의료급여)의 5년(2015~2019년)간 입원에피소드 기준



[그림 17] 의료보장별 정신질환 입원자의 입원일수 비교

### 3. 정신의료 입원서비스 이용 결과

#### 가. 구조지표(의료 인력 비교)

구조 지표는 인력 중심으로 설정하였으며, 정신의료기관의 의사, 간호사 등의 인력을 집중적으로 비교하였다. 비교수치의 기준은 의료인력 1인당 1일 입원환자 수로, 분석 기간에 입원한 건강보험 및 의료급여 환자 수를 해당기간에 재직인력수로 각각 나눈 값이다.

분석 결과를 보면 의료급여 입원수급자 비율이 상대적으로 높은 4그룹과 건강보험 입원 가입자 비율이 높은 1그룹 간에 약 6~14배가량의 격차가 발생하는 것으로 확인되었다. 정신질환 상병으로 입원한 환자 대비 정신건강의학과 의사는 1그룹 평균이 4.21명인데 반해 4그룹은 평균 38.48명으로, 1그룹이 상대적으로 많은 인력을 투입한 것을 확인할 수 있다. 의사뿐만 아니라 정신건강의학과 소속의 간호사, 간호인력(간호조무사 포함) 및 의료기관 소속의 정신건강전문요원(정신건강간호사, 정신건강임상심리사, 정신건강사회복지사)에서도 큰 차이를 보였다.

〈표 47〉 정신질환 구조지표(인력)에 따른 그룹간 비교

(단위: 명)

구분 (1인당 1일 입원환자 수)	4그룹					1그룹				
	평균	상급 종합	종합 병원	병원	의원	평균	상급 종합	종합 병원	병원	의원
정신건강의학과 의사	38.48	-	35.98	39.82	15.47	4.21	0.77	1.05	5.83	11.43
정신건강의학과 간호사	12.57	-	8.83	12.92	12.19	1.93	1.18	0.71	1.66	4.93
정신건강의학과 간호인력	7.12	-	5.51	7.23	7.81	1.26	1.13	0.95	1.02	2.11
정신건강전문요원	48.25	-	42.69	51.08	0.00	4.06	5.72	3.57	6.16	0.69
사회복지사	63.11	-	69.15	65.62	0.00	4.42	4.67	2.28	11.61	0.12

기준: 1그룹(141개소)와 4그룹(141개소) 비교 수치

의료급여 입원수급자 비율이 상대적으로 높은 4그룹과 건강보험 입원 가입자 비율이 높은 1그룹 간 종합병원의 의사 수는 약 34배, 사회복지사 수는 약 30배가량 차이가 발생하고, 병원 비교에서도 약 6~8배의 격차를 확인해 동일종별 내에서도 인력 공급의 차이가 심각하다는 것을 알 수 있다.

그룹 간 의료인력의 차이는 의료보장 간 인력 비교에서도 확인할 수 있다. 위와 동일한 기준으로 총 564개소 의료기관을 대상으로 분석한 결과, 의료인력당 의료급여 수급자 수가 건강보험 가입자 수에 비해 약 2배가량 많은 것으로 나타났다. 의사 1인당 건강보험 가입자는 10.29명이 배정되어 있는 반면 의료급여 수급자는 19.59명인 것으로 파악되었다.

〈표 48〉 정신질환 구조지표(인력)에 따른 의료보장별 비교

(단위: 명)

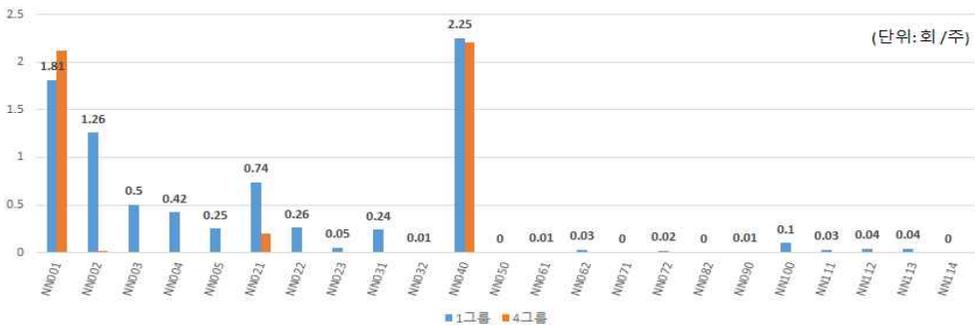
구분	의료급여					건강보험				
	평균	상급 종합	종합 병원	병원	의원	평균	상급 종합	종합 병원	병원	의원
정신건강의학과 의사	19.59	0.07	8.77	25.90	9.65	10.29	0.78	3.37	12.48	11.47
정신건강의학과 간호사	6.69	0.10	2.28	8.41	6.15	3.73	1.18	1.16	3.99	6.35
정신건강의학과 간호인력	3.63	0.10	1.55	4.69	2.33	2.01	1.13	1.09	2.23	2.30
정신건강전문요원	23.31	0.38	9.86	32.49	3.80	11.66	5.68	5.18	15.16	4.12
사회복지사	29.70	0.35	13.67	41.86	1.47	14.30	4.83	5.38	19.73	1.59

기준: 전체 의료기관(564개소) 대상 분석

## 나. 과정 지표(제공서비스 비교)

과정 지표는 입원 정신질환자에게 주치료 과정으로 제공되는 정신요법료로 선정하였으며 개인정신치료, 집단정신치료 등 정신요법료 23종을 모두를 비교하였다. 지표의 산출기준은 입원환자 1인당 일주일간 제공된 정신요법료 횟수로 설정하였다.

분석 결과 건강보험 입원이 상대적으로 많은 1그룹과 의료급여 입원이 상대적으로 많은 4그룹 간에 서비스 제공횟수의 차이를 확인할 수 있었다. 특히 4그룹은 개인정신치료 I, 작업 및 오락요법, 집단정신치료(지지표현) 등 최소 치료 위주로 제공되고 있어 앞서 제시한 의료인력의 문제에서 기인한 것으로 생각할 수 있다. 반면 1그룹은 전공의, 정신건강요원, 사회복지사 등 인력, 소요시간에 상관없이 양적, 질적으로 고른 치료서비스가 제공되는 것을 확인할 수 있다.



[그림 18] 정신질환 과정지표(정신요법료)에 따른 그룹 간 비교

〈표 49〉 정신질환 과정지표(정신요법료)에 따른 그룹 간 비교

(단위: 회/주)

구분			4그룹	1그룹
NN001	개인정신치료 I (~10분)	전공의 (145.52점)	2.12	1.81
NN002	개인정신치료 II (~20분)	전공의 (290.82점)	0.02	1.26
NN003	개인정신치료 III (~30분)	전공의 (475.38점)	0.00	0.50
NN004	개인정신치료 IV (~40분)	전공의 (675.53점)	0.00	0.42
NN005	개인정신치료 V (40분~)	전공의(3년 ↑) (895.83점)	0.00	0.25
NN021	집단정신치료(지지표현)	전공의, 정신건강요원 (106.90점)	0.20	0.74
NN022	집단정신치료(역동상호)	전공의(3년 ↑) (160.30점)	0.01	0.26
NN023	집단정신치료(치료극)	전공의, 정신건강요원 (213.80점)	0.00	0.05
NN031	가족치료(개인)	전공의 (170.99점)	0.00	0.24
NN032	가족치료(집단)(45분)	전공의 (147.20점)	0.00	0.01
NN040	작업및오락요법	전공의, 정신건강요원 (54.41점)	2.21	2.25
NN050	약물이용면담	전공의(3년 ↑) (253.68점)	-	0.00
NN061	인지행동치료(개인)(30분)	전공의(3년 ↑) (472.89점)	0.00	0.01
NN062	인지행동치료(집단)	전공의, 정신건강요원 (141.87점)	0.00	0.03
NN071	전기충격요법(일반)	전공의 (647.64점)	-	0.00
NN072	전기충격요법(특수)	전공의 (1,658.60점)	-	0.02
NN082	지속적수면요법(약물)	전공의 (287.61점)	-	0.00
NN090	정신의학적재활요법	전공의, 정신건강요원 (142.05점)	0.00	0.01
NN100	정신의학적응급처치	전공의, 정신건강요원 (587.38점)	0.01	0.10
NN111	정신의학사회사업(개인)	사회복지사 (198.42점)	0.00	0.03
NN112	정신의학사회사업(지도)	사회복지사 (121.62점)	0.00	0.04
NN113	정신의학사회사업(조사)	사회복지사 (121.62점)	0.01	0.04
NN114	정신의학사회사업(방문)	사회복지사 (415.96점)	-	-
평균			0.20	0.35

## 다. 결과 지표(입원일수, 재입원을 비교 등)

### 1) 입원일수

정신의료 입원서비스의 대표적인 결과 지표로 입원일수를 선정하였으며, 분석 기간에 재원 중인 환자의 입원일수와 기간 중 퇴원한 환자의 입원일수를 분석하였다. 입원일수는 해당 의료기관에 입원한 기간으로 에피소드로 구축하였으며, 타 의료기관 전원에 따른 연속입원은 반영하지 않았다.

분석한 결과, 두 그룹 간 재원환자의 입원일수는 평균 기준으로 약 4.9배, 중간값 기준으로 20.8배의 차이를 보였으며, 퇴원환자의 입원일수 또한 평균 기준으로 약 4.4배, 중간값 기준으로 12배가량의 차이를 보였다. 분석 대상 전체 의료기관의 의료보장별 비교에서도 평균 기준으로 약 1.2~1.4배의 차이가 발생했다.<sup>8)</sup>

〈표 50〉 정신질환 결과지표(입원일수)에 따른 그룹간, 의료보장별 비교

(단위: 일)

구분	1그룹				4그룹			
	평균	중간값	Q1	Q3	평균	중간값	Q1	Q3
재원환자의 입원일수	177.76	41.80	29.44	304.31	869.15	870.54	618.71	1178.16
퇴원환자의 입원일수	72.78	22.54	15.75	82.74	320.18	270.03	177.53	401.26

〈표 51〉 정신질환 결과지표(입원일수)에 따른 그룹간, 의료보장별 비교

(단위: 일)

구분	건강보험 전체		의료급여 전체	
	평균	중간값	평균	중간값
재원환자의 입원일수	521.0	508.2	630.3	624.7
퇴원환자의 입원일수	147.3	104.8	205.2	164.1

8) 참고. 2019년(2주기 1차) 의료급여 정신과 적정성 평가 결과  
 - 재원환자의 입원일수\_중간값: 조현병- 644일, 알코올장애- 323.5일  
 - 퇴원환자의 입원일수\_중간값: 조현병- 102일, 알코올장애- 102일

입원일수 비교에 추가하여, 의료보장에 따라 정신질환 입원자가 장기입원으로 이어지는 비율을 산출하였다. 2015년부터 2017년까지(3년) 정신질환 상병으로 의료기관에 입원한 환자를 대상으로 입원 에피소드를 구축하여 2020년까지 장기입원 정도를 추적 관찰하였다. 3년간 의료급여의 정신질환 입원자는 107,868명, 건강보험은 201,135명으로, 이 가운데 의료급여의 25.7%, 건강보험의 5.5%가 2년 이상 장기입원으로 이어져 의료급여의 장기입원화가 건강보험에 비해 약 4.7배가량 높은 것으로 조사되었다.

〈표 52〉 정신질환 입원환자의 장기입원화 비율

(단위: 명, %)

입원일수	의료급여		건강보험	
	입원환자 수	비율	입원환자 수	비율
180일 이상	55,548	51.5	33,874	16.8
365일 이상	41,455	38.4	19,662	9.8
500일 이상	35,459	32.9	15,561	7.7
730일 이상	27,776	25.7	11,002	5.5
입원환자 수	107,868	100	201,135	100

주. 2015~2017년 입원환자의 추적관찰(~20년까지, 입원에피소드 기준)

## 2) 재입원을

정신질환 입원서비스 제공에 따른 결과로 입원일수의 단축뿐만 아니라 재입원율의 감소 또한 살펴볼 필요가 있다. 입원일수 기준과 마찬가지로 2015년부터 2017년까지 정신질환 상병으로 입원한 경험이 있는 환자를 기준으로 입원에피소드 이후에 재입원 여부를 파악하였다.

분석 결과, 퇴원 후 30일 이내 재입원율은 1그룹은 약 21%, 4그룹은 약 42.6%로 의료급여 수급자의 비율이 많은 의료기관에서 퇴원한 환자의 재입원율이 상대적으로 높은 것으로 나타났다. 의료보장별 비교에서도 건강보험은 25.6%가 재입원으로 이어지지만 의료급여는 퇴원자의 37.9%가 재입원으로 이어지는 것으로 분석되었다.

퇴원자의 지역사회 복귀율을 나타내는 퇴원 후 30일 이내 낮병동 또는 외래방문율을 보면 1그룹은 54.9%, 4그룹은 43.19%가 지역사회로 연결된 것으로 나타났다. 의료보장별로 보면 건강보험은 47.7%, 의료급여는 61.5%가 지역사회로 연결되는 등 그룹 간 비교와 다른 특성을 보여 추후에 관련하여 추가 분석이 필요한 것으로 보인다.<sup>9)</sup>

〈표 53〉 정신질환 결과지표(재입원율 등)에 따른 그룹 간, 의료보장별 비교

(단위: %)

구분	1그룹		4그룹		건강보험 전체		의료급여 전체	
	평균	중간값	평균	중간값	평균	중간값	평균	중간값
퇴원 후 30일 이내 재입원율	21.03	11.11	42.55	33.33	25.6	17.2	37.9	31.5
퇴원 후 30일 이내 낮병동/외래방문율	54.90	64.47	43.19	31.95	47.7	45.5	61.5	42.7

9) 참고. 2019년(2주기 1차) 의료급여 정신과 적정성 평가 결과  
 - 퇴원 후 30일 이내 재입원율: 조현병- 41.7일  
 - 퇴원 후 30일 이내 낮병동 또는 외래방문율: 41.6일

## 라. 기타 요소에 따른 서비스 비교

입원서비스의 구조, 과정, 결과에 따른 의료보장별 비교뿐만 아니라 정신질환 입원서비스의 진입에 대한 부분 또한 살펴볼 필요가 있는데, 우리나라는 의료보장에 상관없이 정신질환자는 본인 또는 보호자 등의 의사에 따라 원하는 의료기관에 입원할 수 있어야 하지만 실상은 그렇지 못한 것으로 보인다.

2019년 정신질환 상병으로 외래 및 입원서비스를 제공한 의료기관을 대상으로 내원에 대한 자료를 분석한 결과, 다수의 의료기관이 의료급여 수급자에게 외래서비스는 제공하는 반면 입원서비스는 제공하지 않는 것으로 나타났다. 특히, 상급종합병원, 종합병원과 요양병원에서 그 현상이 두드러지게 나타났다. 그 원인과 관련해 명확한 인과관계를 파악하기 위해 추가 분석이 필요하나, 의료급여 입원서비스의 저수가 등의 사유로 의료급여 정신질환자의 입원서비스를 제공하지 않는 것으로 미루어 짐작할 수 있다(의협신문, 2015; 중앙일보, 2015).

〈표 54〉 정신의료기관의 의료보장별 청구기관 수(2019년 기준)

(단위: 개소)

종별	입원			외래		
	건강보험 청구기관	의료급여		건강보험 청구기관	의료급여	
		청구기관	미청구기관		청구기관	미청구기관
상급종합병원	40	32	8	42	42	0
종합병원	128	60	68	182	182	0
병원	231	188	43	294	250	44
요양병원	292	115	177	196	161	35
한방병원	4	3	1	5	4	1
의원	186	48	138	13,558	7,972	5,586
총 합계	881	446	435	14,277	8,611	5,666

참고. 의료급여 정신과 기관등급(총 442개소, 상종(32), 종병(61), 병원(180), 요양병원(111) 등)

## 4. 소결

의료급여의 정신질환 입원서비스 수가는 건강보험에 대비 약 50~60% 수준이지만 입원일수는 상병에 따라 약 30~75%가량 높아 결과적으로 인당 진료비는 유사한 수준으로 나타났다. 또한 의료급여는 건강보험에 비해 정신요법료 제공횟수가 낮았고, 제공하는 서비스 종류의 수도 적었다. 이는 의료급여 정신질환 일당정액수가 기준에 의한 실시횟수 제한에 따른 것으로 보인다.

정신질환 입원환자 수는 건강보험이 의료급여에 비해 약 1.6배 많으나 1년 이상 장기입원은 건강보험에 비해 의료급여가 약 1.7배 많았고, 장기입원기간이 길수록 의료급여 환자 수가 차지하는 비율이 더 높았다.

의료보장별 비교를 위한 구조 지표로 인력 공급을 분석한 결과, 건강보험 중심 의료기관(1그룹)과 의료급여 중심 의료기관(4그룹) 간에 약 6~14배의 차이, 의료보장별 평균 비교에서도 약 2배가량의 차이를 보여줘 정신질환에 대한 건강보험과 의료급여 간 의료인력에 대한 양적 차이를 확인할 수 있었다. 정신질환은 질환 특성상 타 진료 과목에 비해 상대적으로 많은 인력이 필요한데, 인력의 차이가 의료서비스 제공 문제로 연결되어 서비스의 질 저하로 연결될 가능성이 높을 것으로 예상할 수 있다.

과정 지표인 의료보장별 서비스 제공의 차이는 앞에서 확인한 것처럼 특정치료의 편중, 건강보험 대비 제공횟수가 적은 현상은 의료급여 정신질환의 수가기준에 따라 주간 최소 실시횟수 및 일당정액제로 기인한 것으로 보인다. 가령 '1주일에 2회 이상(개인정신치료 1회 이상) 정신요법'의 실시 기준에 대해 개인정신치료와 가장 점수가 낮은 작업 및 오락요법으로 그 요건을 충족하고 있는 것으로 보인다.

정신의료 입원서비스의 대표적인 결과 지표인 입원일수를 의료보장별로 분석한 결과 평균 기준으로 약 1.2~1.4배의 차이가 발생해 건강보험에 비해 상대적으로 의료급여 입원서비스의 질 약화를 추정할 수 있다. 퇴원 후 30일 이내 재입원율을 비교한 결과 건강보험 환자에 비해 의료급여 퇴원자의 재입원율이 높은 것으로 분석되었다. 낮병동 또는 외래방문율은 의료급여가 건강보험보다 높게 나타나 그룹 간 비교와 다른 특성을 보여주므로 추가 분석이 필요할 것으로 생각된다.

정신질환 상병으로 의료서비스를 제공한 의료기관 중 다수의 의료기관이 의료급여 수급자에게 입원서비스를 제공하지 않는 것으로 나타났다. 이는 의료급여 환자의 서비스 접근에 대한 형평성 문제로 이어지므로 해결할 수 있는 방안 마련이 필요할 것으로 보인다.

## 제5장 정신질환 수가체계 개선 방안

본 장에서는 앞서 제기한 정신의료서비스 의료보장 간의 형평성 문제를 해결하기 위한 방안으로 수가체계 개선을 중심으로 논의해 보고자 한다. 그러나 수가체계 개선 만으로는 정신의료서비스의 여러 문제점을 해결하거나 서비스의 질과 환자의 만족을 보장할 수 없다. 수가체계 개선과 더불어 정신질환 입원서비스 제공체계 강화 및 사후관리 방안 등을 추가로 검토해야 할 것이다.

### 1. 정신의료서비스의 의료보장별 형평성 문제

#### 가. 그간의 개선 노력과 효과

의료급여 정신질환 1일당 입원 수가는 건강보험에 비해 약 51% 수준(19년 기준)이며 1인당 입원일수는 2배가량 높은 것을 확인할 수 있다. 정신의료 입원서비스의 지표 분석을 통해서 정신의료 인력, 정신의료서비스 제공, 입원일수 및 재입원을 등이 의료급여 입원 수급자 비율이 높은 그룹(4그룹)과 건강보험 입원 가입자 비율이 높은 그룹(1그룹) 간에 차이가 있음을 확인할 수 있었다.



[그림 19] 의료보장별 일당진료비, 내원일수 등('15년~'19년)

의료급여 입원서비스의 문제점을 해결하고자 여러 시도와 노력을 지속하고 있다. 치료 효과가 높은 치료법 및 의약품이 도입되면서 의료급여에도 적용 가능토록 수가 현실화에 대한 목소리가 이어졌으며, 지난 '17년 3월에 외래진료 서비스의 약제비 별도 산정이 적용되었다(보건복지부e, 2017). 이후 '19년 6월부터 입원진료의 약제비 또한 별도 산정이 가능하도록 개정되었다(보건복지부g, 2019).

의료급여 형평성을 향상을 위한 수가체계의 개선 방향을 설정하기 위하여 약제비 행위별 수가제 도입 효과를 살펴볼 필요가 있다. 약제비 행위별 전환에 따른 입원 환자의 의료이용 현황을 파악하기 위하여 전환 시점 전후 각 19개월('17. 11. ~'19. 5.(시행 전), '19. 6.~'20. 12.(시행 후)) 간 의료이용을 분석하였다. 또한, 약제비 행위별 수가제 도입 전후 입원일수 변화를 확인하기 위하여 의료급여 정신과 입원 및 낮 병동 입원으로 청구된 건을 대상으로 시행 전(29개월) 및 시행 후(19개월) 48개월('17. 1.~'20. 12.)의 추이를 살펴보았다.

분석 결과, 의료급여 입원진료의 약제비 행위별 전환에 따라 장기지속형 주사제 처방률이 4.27% 증가한 것으로 나타났다. 장기지속형주사제는 1회 투약으로 약제의 효과를 1~2개월 유지할 수 있는 제제이다. 그간 약제비가 포함된 일당 정액 내에서는 비용 부담으로 처방 횟수가 저조하였으나 행위별 전환 이후 처방이 증가한 것으로 보인다.

〈표 55〉 의료급여 정신과 입원약제의 별도산정 전·후 청구현황

(단위: 회, 천 원, (%), %)

구분 약효분류	별도산정 이후		별도산정 이전			청구량 증감률
	청구량(점유율)	금액	청구량(점유율)	금액	금액	
총	221,457,561 (100)	45,039,318	212,386,830 (100)	35,794,927	4.27	
정신신경용제(117)	107,205,527 (48.41)	34,417,325	98,197,796 (46.24)	26,256,695	9.17	
제산제(234)	23,188,218 (10.47)	467,105	23,356,691 (11.0)	463,646	-0.72	
항전간제(113)	22,426,222 (10.13)	2,806,897	23,137,191 (10.89)	2,690,337	-3.07	
기타의 중추신경용약(119)	17,644,067 (7.97)	2,537,338	17,404,706 (8.19)	2,274,613	1.38	
비타민 B <sub>12</sub> 제(312)	11,994,332 (5.42)	162,919	13,509,545 (6.36)	188,918	-11.22	
399 따로 분류되지 않는 대사성 의약품	6,649,547 (3.0)	292,018	4,295,395 (2.02)	138,971	54.81	
112 최면진정제	6,513,838 (2.94)	638,380	6,811,301 (3.21)	671,868	-4.37	
212 부정맥용제	5,857,841 (2.65)	119,970	5,769,615 (2.72)	119,309	1.53	
239 기타의 소화기관용약	3,324,822 (1.5)	311,639	3,008,950 (1.42)	276,993	10.50	
114 해열·진통·소염제	2,163,101 (0.98)	165,432	2,165,033 (1.02)	146,827	-0.09	
그 외 약효분류	14,490,046 (6.57)	3,120,294	14,730,607 (0.42)	2,566,749	-1.63	

〈표 56〉 의료급여 정신과 입원 약제의 정신신경용제(117제제) 청구현황

[단위 : 회, 천 원.]

약품명	효능	별도보상 이후		별도보상 이전		청구량 증감률
		청구량	금액	청구량	금액	
전체		293,353	3,055,325	346,035	386,233	-15
아티반주사(로라제팜)(2mg)	불안, 긴장, 우울, 정신소체 장애	92,329	50,956	108,172	57,664	-15
아티반주사(로라제팜)(4mg)	불안, 긴장, 우울, 정신소체 장애	78,946	47,803	102,117	61,357	-23
페리돌주(할로페리돌)(5mg)	정신분열증/양극성장애/정신 병적장애/투렛증후군	57,816	16,869	68,680	19,795	-16
명인할로페리돌주사(5mg)	정신분열증/양극성장애/정신 병적장애/투렛증후군	48,423	17,123	58,240	20,737	-17
인베가서스티나주사234mg(팔리 페리돈팔미테이트)	정신분열증 (장기지속형주사제)	4,153	1,181,980	386	97,334	976
아빌리파이메인테나주사400밀리 그램(아리피프라졸)	조현병/양극성장애 (장기지속형주사제)	3,000	565,864	208	36,828	1,342
인베가서스티나주사156mg(팔리 페리돈팔미테이트)	정신분열증 (장기지속형주사제)	2,721	639,556	181	37,715	1,403
명인디아제팜주(10mg)	불안, 긴장/정신신체장애, 알코올 금단증상	2,215	557	3,951	1,004	-44
삼진디아제팜주(10mg)	불안, 긴장/정신신체장애, 알코올 금단증상	1,437	287	1,845	369	-22
할돌데카노아스주사(할로페리돌데 카노에이트)(70.52mg)	정신분열증/양극성장애/정신 병적장애/투렛증후군	758	6,251	1,861	15,386	-59
인베가서스티나주사117mg(팔리 페리돈팔미테이트)	정신분열증 (장기지속형주사제)	575	120,198	40	7,926	1,338
아빌리파이메인테나주사300밀리 그램(아리피프라졸)	정신분열증 (장기지속형주사제)	388	62,564	18	2,850	2,056
인베가트린자주사(팔리페리돈팔미 테이트)(0.819g)	정신분열증 (장기지속형주사제)	287	251,384	21	16,297	1,267
인베가서스티나주사78mg(팔리페 리돈팔미테이트)	정신분열증 (장기지속형주사제)	97	16,660	4	527	2,325
인베가트린자주사(팔리페리돈팔미 테이트)(0.546g)	정신분열증 (장기지속형주사제)	86	61,991	9	6,148	856
대원디아제팜주사액(수출명: 데팜 주사액(디아제팜))(10mg)	정신분열증	85	24	148	41	-43
인베가트린자주사(팔리페리돈팔미 테이트)(0.4103g)	정신분열증 (장기지속형주사제)	17	9,897	6	2,908	183
인베가트린자주사(팔리페리돈팔미 테이트)(0.273g)	정신분열증 (장기지속형주사제)	10	5,197	0	0	
메로드주사액(디아제팜)(10mg)	불안, 긴장/정신신체장애, 알코올 금단증상	6	2	75	21	
페리돌주(할로페리돌)	정신분열증/양극성장애/정신 병적장애/투렛증후군	4	46	0	0	
리스페달코스타주사25밀리그램 (리스페리돈)	정신분열증 (장기지속형주사제)	1	116	3	349	-
리스페달코스타주사37.5밀리그램 (리스페리돈)	정신분열증 (장기지속형주사제)	0	0	61	510	
할돌데카노아스주사(할로페리돌데 카노에이트)	정신분열증/양극성장애/정신 병적장애/투렛증후군	0	0	5	2	
명인할로페리돌주사	정신분열증/양극성장애/정신 병적장애/투렛증후군	0	0	3	465	

주. 요양개시년월(개정 이후, 17개월)'19.8~'20.12(개정 이전 17개월)'18.1~'19.5

자료. 정신질환 수가체계 개선 방안 3차 자문회의 회의자료('21.4)

총진료비는 약제비 전환 이전에 비해 전환 후 0.6% 증가한 반면, 환자 수는 9.8%, 입원일수는 6.4% 감소하였다. 분석 기간 중 코로나19 감염증 확산이 실환자 수 감소에 영향요인으로 작용했을 수 있으므로 이를 고려한 추가 분석이 필요할 것으로 보인다.

〈표 57〉 의료급여 외래진료의 약제비 수가전환에 따른 의료이용 현황

(단위: 명, 건, 천 일, 천 원, %)

구분	전환 이전('17. 11.~'19. 5.)				전환 이후('19. 6.~'20. 12.)				증감률 (금액)
	실인원	청구건	입원일수	총진료비	실인원	청구건	입원일수	총진료비	
전체	79,168	958,850	25,371	1,133,786,358	71,390	878,201	23,754	1,140,447,873	0.6
입원	78,337	940,196	25,156	1,126,530,026	70,347	856,294	23,562	1,133,008,465	0.6
낮병동	1,637	18,654	215	7,256,332	1,779	21,907	192	7,439,408	2.5

약제비 전환 후 전체 입원일수 평균이 감소한 것으로 분석되었다. 의료기관 종별로는 상급종합병원, 요양병원을 제외한 종별에서 유의미한 변화를 확인할 수 있다.

〈표 58〉 의료급여 외래진료의 약제비 수가전환에 따른 평균 입원일수 감소효과

(평균단위: 천 일)

구분	전환 이전('17. 11.~'19. 5.)			전환 이후('19. 6.~'20. 12.)			p-value
	평균	표준편차	신뢰구간	평균	표준편차	신뢰구간	
전체	1,335	44	1,314-1,356	1,250	37	1,232-1,268	<.0001
상급종합병원	1.3	0.4	1.1-1.5	1.5	0.4	1.3-1.7	0.1947
종합병원	64.2	3.6	62.5-65.9	54.6	5.6	51.9-57.3	<.0001
병원	720.1	24.0	708.5-731.7	649.6	18.7	640.5-658.6	<.0001
요양병원	504.3	17.7	495.8-512.9	507.3	11.5	501.8-512.9	0.5381
한방병원	43.4	4.0	41.5-45.4	31.9	3.4	30.3-33.6	<.0001

입원일수의 감소 추세는 제도 추진(정책 개입)에 따라 더 커진 것으로 분석되었다. 전환 전에는 매월 941일씩 감소하는 경향이 전환 후 매월 3,890일씩 감소하는 경향으로 나타났으며, 전환의 즉시 효과로 41,338일 수준으로 일시적인 감소를 확인할 수 있었다. 반면 월별 1인당 입원일수는 0.0434일씩 증가하는 추세를 보여 추후 장기입원을 고려한 추가적인 분석이 필요할 것으로 보인다.

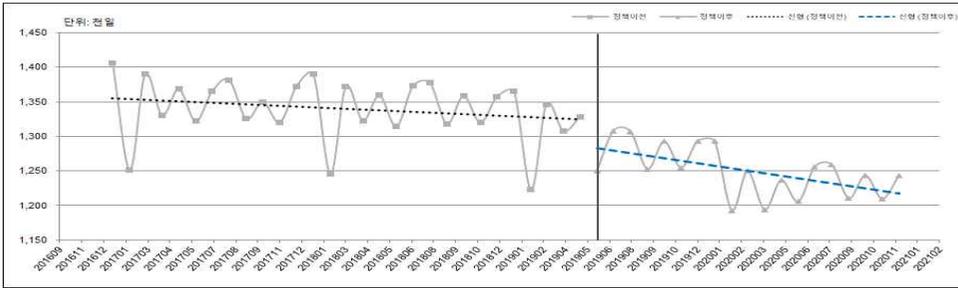
〈표 59〉 의료급여 외래진료의 약제비 수가전환에 따른 효과분석

변수	월별 입원일수			월별 일인당 입원일수		
	회귀계수	t-value	p-value	회귀계수	t-value	p-value
절편	1,354,418	159.67	<.0001	28.0474	1649.11	<.0001
기간	-941	-3.67	0.0007	0.0023	2.35	0.0247
정책개입 <sup>1)</sup>	-41,338	-8.25	<.0001	-0.1004	-3.03	0.0048
정책개입 후 기간 <sup>2)</sup>	-2,949	-6.38	<.0001	0.0411	16.49	<.0001

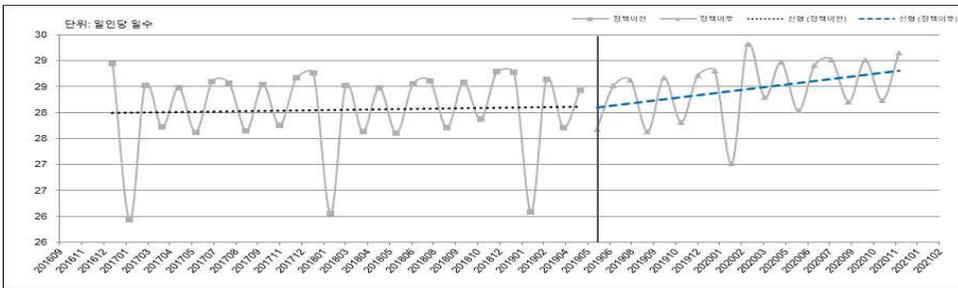
주 1.level change  
2.trand change

〈표 60〉 의료급여 외래진료의 약제비 수가전환에 따른 효과분석(종별)

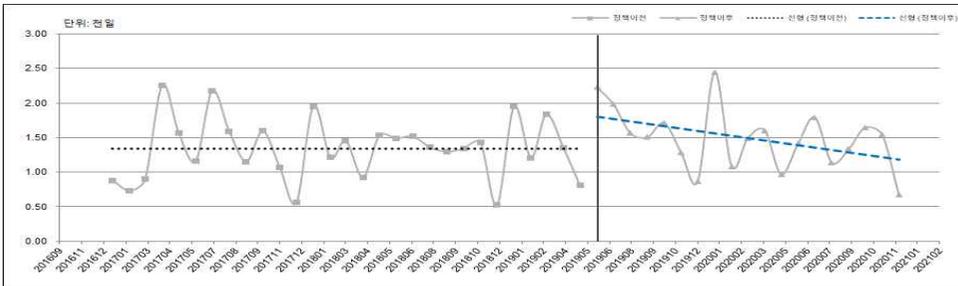
변수	상급종합병원		종합병원		병원		요양병원		의원	
	회귀계수	p-value	회귀계수	p-value	회귀계수	p-value	회귀계수	p-value	회귀계수	p-value
절편	1338	<.0001	68,383	<.0001	735,635	<.0001	490,716	<.0001	57475	<.0001
기간	0.0995	0.9919	-220	0.0266	-860	<.0001	749	<.0001	-701	<.0001
정책개입	491	0.0676	-384	0.8363	-45820	<.0001	909	0.7003	391	0.6123
정책 후 기간	-34	0.1038	-517	0.0051	-844	0.0169	-1427	<.0001	127	0.0576



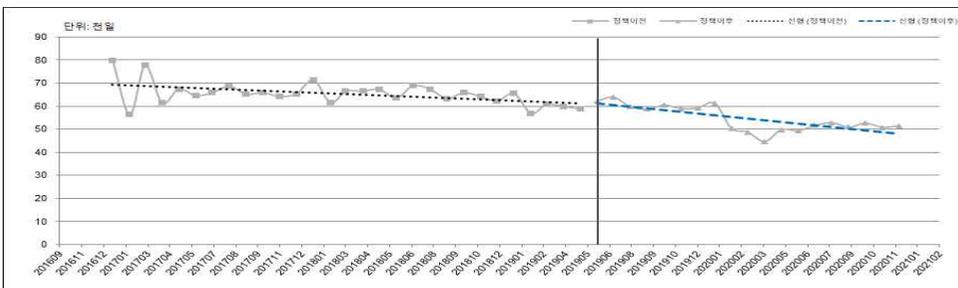
[그림 20] 의료급여의 약제비 행위별 수가 전환에 따른 전체 입원일수 변화



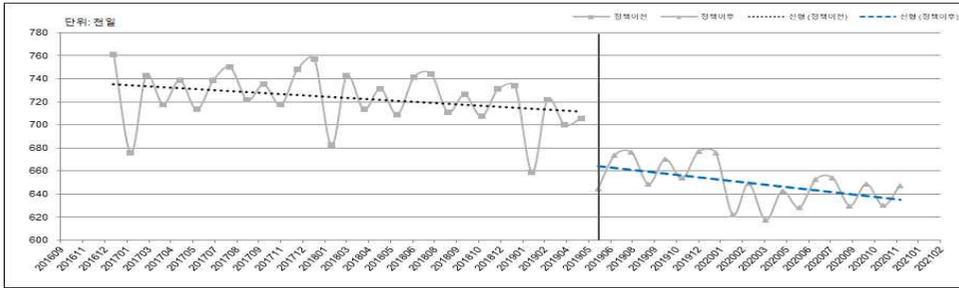
[그림 21] 약제비 행위별 수가 전환에 따른 정신질환 일인당 입원일수 변화



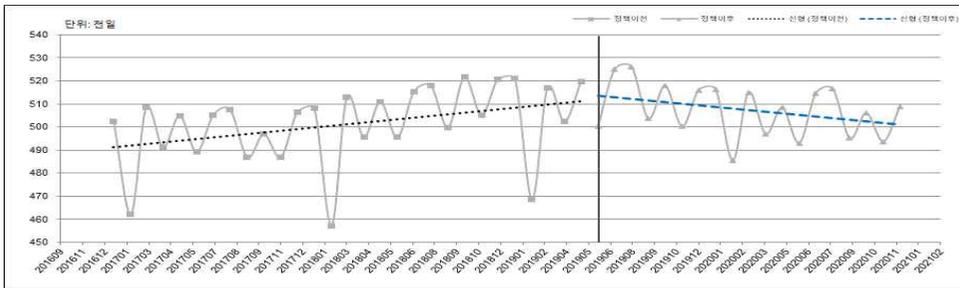
[그림 22] 상급종합병원의 약제비 행위별 전환에 따른 입원일수 변화



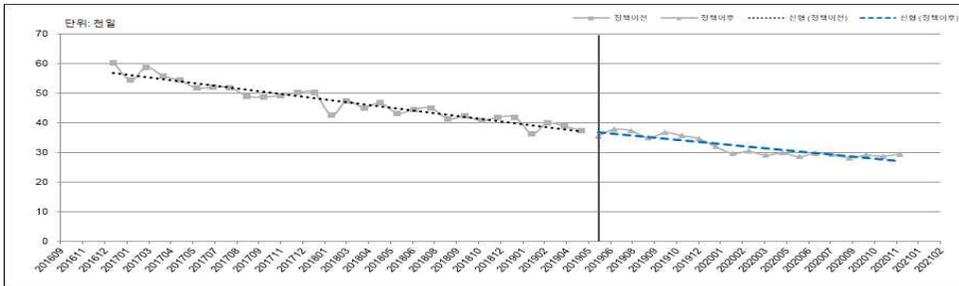
[그림 23] 종합병원의 약제비 행위별 전환에 따른 입원일수 변화



[그림 24] 병원의 약제비 행위별 전환에 따른 입원일수 변화



[그림 25] 요양병원의 약제비 행위별 전환에 따른 입원일수 변화



[그림 26] 의원의 약제비 행위별 전환에 따른 입원일수 변화

## 나. 개선 방안 논의

의료급여 정신질환자도 건강보험 환자와 동일하게 정신의료서비스를 제공받기 위해서 수가체계 개편이 필요하다는 주장이 있다(석정호 등, 2017; 최지숙<sup>a</sup> 등, 2015). 형평성 문제 해결을 위한 수가체계 개선 방안으로 크게 세 가지를 논의할 수 있다.

첫째, 의료급여 정신질환 입원영역에 건강보험과 동일하게 행위별 수가제를 적용하는 방안이다. 동일한 수가체계의 적용은 형평성 문제를 근본적으로 해결할 수 있다는 장점이 있으나, 행위별 전환에 따른 추가적으로 소요되는 재정규모가 크므로 적절한 의료이용을 유도할 수 있는 관리 방안이 연계되어야 할 것이다.

둘째, 행위별 수가제 외에 정신의료서비스에 적합한 수가체계를 고안하여 건강보험과 의료급여에 동일하게 적용하는 방안이다. 미국은 진단명 기준의 환자그룹(diagnosis related group, DRG)을 기반으로 하여 임상병기, 중증도, 연령, 기관등급, 입원기간 등 다양한 요소가 반영된 수가체계를 적용하고 있다. 또한 호주는 정신질환 임상특성을 고려한 호주 정신건강 분류체계를 기반으로 연령, 비자발적 입원 여부 등으로 수가를 차등하고 있다. 우리나라도 국내 실정에 맞는 한국형 환자분류체계를 개발하고 이를 기반으로 새로운 수가체계를 고안하는 방안을 검토할 수 있다.

셋째, 현행의 일당정액수가제를 보완하여 개선하는 방안이다. 의료기관 등급(G1~G5)의 쏠림현상 및 의료기관 종별 상한 등급 제한, 시설환경 요소 미반영 등 현행 기관등급제의 문제점을 개선하는 방향을 논의할 수 있다. 그러나 해당 개선 방안은 건강보험과 의료급여의 정신의료서비스 수가체계가 다르게 적용되므로 근본적인 형평성 문제가 해결되지 못한다는 단점이 있다.

## 2. 정신질환 입원서비스 제공체계 강화 방안

### 가. 응급 정신질환 대응체계 마련

자·타해 위험성을 동반하는 응급 정신질환자는 경증질환자에 비해 많은 의료자원이 필요하다. 의료비는 중증도에 따른 의료자원 소모 정도에 따라 지불되는 것이 적절하다(조근호 등, 2017)는 주장이 있다. 그러나 국내 정신의료서비스에는 응급·중증 질환을 위한 관리체계 및 수가지원 체계 등이 미약한 편으로, 환자의 응급 또는 중증도를 구분하지 않고 동일한 수가를 적용하고 있다.

특히, 응급·행정입원 등 비자의적 입원은 의료진의 책임 소지 문제가 더해져 의료기관이 응급 정신질환자에게 적극적 입원서비스를 제공하기 어려운 환경이 조성된다. 현장에서는 응급(행정)입원이 가능한 의료기관 또는 입원 병상 확보에 어려움을 겪으며, 의료기관 수가 적은 일부 지역자치단체는 자체적으로 예산을 투입해 응급정신병상을 확보하는 사례도 보고되고 있다(메디파나, '20. 9.; 메디파나, '21. 5.; 한국일보, '19. 10.).

이와 같은 문제점을 해결하기 위하여 응급·중증 정신질환자에 수가를 차등 보상하는 방안을 고려할 수 있다. 최근 '정신질환자 지속치료 지원 시범사업' 내의 '급성기 치료 활성화 시범사업'을 시행('20. 1.~)하여 정신응급 환자에 적극적인 입원 및 충분한 의료서비스를 제공할 수 있도록 유도하고 있다. 해당 시범사업은 건강보험 또는 의료급여 응급환자를 대상으로 응급실 설치, 24시간 응급입원, 급성기 집중치료 및 병원기반의 사례관리를 수행할 수 있는 병원급 이상 의료기관이 참여할 수 있으며, 응급입원을 포함한 급성기 환자의 치료에 입원료, 정신헌학적 응급처치, 폐쇄병동 집중관리료, 격리보호료 등 가산을 적용한다.

### 나. 정신질환 중증도 및 병동 구분

정신질환 입원서비스는 급성기와 비급성기 입원서비스의 기능 분리, 장기입원을 예방하기 위해 초기 서비스에 강도를 높이는 방향으로 수가체계를 개편하는 것이 필요하다(석정호 등, 2017; 최지숙 등, 2015). 조현병의 경우 초기 집중치료가 예후를 호전시켜 중장기적 사회적 간접비용 감소에 영향을 미친다는 보고(한국과학기술연구원, 2020)가 있다. 중증도 구분에 따른 중증환자에 대한 초기 집중적 치료개입 및

관리는 증상 악화 예방, 정신질환자 및 장기입원의 증가를 억제하는 효과로 이어질 수 있다. 대만은 급성병동과 만성병동을 구분하여 병동 구분에 따라 인력 및 병실 기준을 다르게 규정하고 수가를 차등하여 적용하고 있다. 일본 또한 정신과 급성기 치료병동 입원료를 구분하여 인력 기준, 수가 등을 차등한다. 우리나라는 제2차 정신건강복지기본계획을 통해 치료 친화적 환경요건 수립 및 조성을 위해 환자의 진단·치료 경과, 입원 필요성, 개방·폐쇄병동 입원 요구도 등을 반영한 ‘정신질환자 중증도 분류 기준’을 마련하고 급성기·회복기 병동, 만성 재활병동 등을 구분할 수 있는 병동별 운영 지침 마련을 예고하였다(보건복지부a, 2021).

또한, 중증도 및 병동을 구분하기 위해서는 환자 상태를 객관적으로 평가하고 중증도를 판단할 수 있는 합리적인 평가체계 및 평가도구의 선정 및 보급이 필요하다. 임상에서 정신질환자에게 포괄적으로 사용될 수 있는 평가도구로 interRAI, HoNOS, SARN<sup>10)</sup> 등을 사용하고 있으나, 중증도를 판단하는 데 공통으로 활용할 수 있는 평가체계나 평가도구는 아직까지 없다. 따라서 정신질환자 중증도 분류기준 및 중증도별 병동 분리에 맞추어 공통적으로 환자 기능 및 증상을 평가할 수 있는 평가도구 개발과 활용 합의가 필요할 것이다.

## 다. 사후관리 방안

### 1) 장기입원 관리

정신질환의 장기입원 후 퇴원생활에 대한 출구전략이 부재한 상황에서 퇴원 장려는 제한적일 수밖에 없다. 정신질환자는 가족의 지지기반 부족(장옥진 등, 2015), 경제적 자립 약화 등의 문제로 인해 무연고자 48.7%, 최근 6개월간 면회횟수 1회 미만자는 56.7% 등 사회적 입원 질환자가 많은 것으로 보고되었다(김영미 등, 1999). 따라서 지역사회 재활·보호시설 확충 시점까지는 입원료체감제 등 다양한 제도를 보완하여 장기입원을 관리해야 할 것이다. 비자의입원의 경우 입원적합성심사 제도를 통해 정신질환자의 의료기관 입원의 적절성, 필요성 여부를 심사한다. 이를 심사영역을 확장하여 정신의료서비스의 질을 제고하고 장기입원에 대한 관리체계까지 수립한다면

<sup>10)</sup> interRAI: international Resident Assessment Instrument., HoNOS: The Health of the Nation Outcomes Scales., SARN: The Summary of Assessment of Risk and Need

수가체계 개선 이상의 효과를 거둘 수 있을 것이다.

## 2) 지역사회 연계 활성화

장기입원 관리의 한 방안으로 지역사회 연계를 고려할 수 있다. 환자 상태에 적합한 지역 재활시설 및 관련 복지시설 등으로 퇴원을 활성화하도록 연계하고 이에 대해 수가를 신설 또는 보상하는 방안을 검토할 수 있다. 건강보험의 요양병원은 지역사회 연계를 위한 본 사업을 추진하고 있으며, ‘급성기 환자 퇴원지원 시범사업’은 지역사회 연계뿐만 아니라 의료기관 간 전원에 대한 사업까지 수행하고 있다. 정신질환 영역 또한 급성기 의료기관에서 재활에 해당되는 의료기관으로 전원, 요양 및 지역사회 적응을 위한 퇴원이 유기적으로 연계될 수 있도록 전달체계를 강화해야 할 것이다.

〈표 61〉 지역사회 연계 및 퇴원연계 관련 (시범)사업 수가 예시

구분		수가 (종합병원 기준)	비고
요양병원 지역사회 연계료	요양병원 지역사회 연계관리료 I	22,860원 (295.76점)	지역사회기관의 유선 연계
	요양병원 지역사회 연계관리료 II	48,830원 (631.72점)	지역사회기관의 현장방문
급성기 환자 퇴원지원 시범사업2)	지역사회연계관리료 I	27,460원 (355.25점)	지역사회기관의 유선 연계
	지역사회연계관리료 II	54,020원 (698.82점)	지역사회기관의 현장방문
	의료기관 간 환자관리료1)	10,240원 (132.41점)	사후 관리료 (의료기관 간 연계)

주 1. 급성기 의료기관 기준. 협력기관과 연계는 13,310원(172.18점) 적용

2. 급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업

미국은 정신질환자가 퇴원 후 지역사회에 정착하고 안정된 환경에서 치료 및 적응할 수 있도록 거주공간을 제공하며, 정신재활센터를 24시간 365일 운영하고 관리팀이 환자를 방문한다. 또한 유사한 환경의 정신질환 환우와 훈련을 지속하고 구직의 가능성을 높이는 직업코칭 등 고용지원을 이어가고 있다. 영국은 '60년대부터 지역사회 기반 정책을 수행하였으며, '85년부터 정신의료기관을 점차 폐쇄하고 환자를 찾아가는 이동식 정신건강 지원팀을 운영하는 등 지역사회 중심 체계를 확립해 가고 있다.

### 3) 의료질 평가 성과연계

의료기관 적정성 평가에 따른 성과기반의 지불체계 도입은 의료기관의 자율적인 의료서비스의 질 향상을 유도할 뿐만 아니라 적정진료 제공, 환경 개선 등 서비스 향상의 선순환으로 작동할 가능성이 높다. 형평성 개선을 위해 동일한 수가체제로 통일된다면 적정성 평가 또한 통일하여 의료 질 평가 결과에 따른 보상으로 연계해 정신의료기관의 자율적인 의료서비스의 질 향상을 도모할 수 있도록 제도를 개선해야 할 것이다.

〈표 62〉 의료급여 정신과 적정성 평가 지표

구분(지표개수)		지표명	가중치
평가 지표 (9)	과정 (2)	정신요법 실시횟수(주당)	1
		개인정신요법 실시횟수(주당)	1
	결과 (7)	재원환자의 입원일수_중양값(조현병)	0.5
		재원환자의 입원일수_중양값(알코올장애)	0.5
		퇴원환자의 입원일수_중양값(조현병)	1
		퇴원환자의 입원일수_중양값(알코올장애)	1
		퇴원 후 30일 이내 재입원율(조현병)	2
		퇴원 후 30일 이내 낮병동 또는 외래방문율(조현병, 알코올장애)	2
		지역사회서비스 연계 의뢰율(조현병)	1
모니터링지표 (1)	환자경험도 조사 실시율	-	

※ 모니터링지표는 종합점수 산출시 미반영 되므로, 가중치 미부여

〈표 63〉 건강보험 정신건강 입원영역 적정성 평가 지표

구분(지표개수)		지표명
평가 지표 (8)	과정 (5)	입원 시 기능평가 시행률
		퇴원 시 기능평가 시행률
		입원 중 정신증상 또는 이상반응 평가 시행률(조현병)
		정신요법 실시횟수(주당)
		개인정신치료 실시횟수(주당)
	결과 (3)	재원환자 입원일수_중양값
		퇴원환자 입원일수_중양값
		퇴원 후 30일 이내 외래 또는 낮병동 방문율
		퇴원 후 30일 이내 재입원율
모니터링지표 (2)	퇴원 시 환자경험도 조사 실시율	

〈표 64〉 건강보험 정신건강 외래영역(우울증) 적정성 평가 지표

구분(지표개수)		지표명
평가 지표 (4)	과정 (4)	첫 방문 후 3주 이내 재방문을
		첫 방문 후 8주 이내 3회 이상 방문을
		우울증상 초기평가 시행률
		우울증상 재평가 시행률
모니터링지표 (2)		항우울제 84일 이상 처방 지속률
		항우울제 180일 이상 처방 지속률

## 제6장 결론 및 제언

정신질환자에 의한 사건·사고, 코로나 19로 인한 정신의료기관의 입원환자 집단감염 등은 정신의료기관의 인력, 시설 기준 강화로 연결되었다. 환경개선, 의료 질 향상에 대한 사회적 요구와 의료보장에 따른 형평성 개선, 의료기관의 수익 저하 문제와 맞물려 정신질환 수가체계에 대한 전반적인 검토가 요구되는 상황이다. 이에 본 연구는 의료보장에 따른 분석, 수가로 인한 문제점, 수가개선 방향 제시를 목적으로 하고 있다.

국내 정신질환 수가체계는 입원 영역에서 건강보험 가입자에게는 행위별 수가제를, 의료급여 수급자에게는 일당정액제를 적용하고 있다. 이로 인해 건강보험 환자와 의료수급자 간의 형평성 문제가 지속적으로 제기되었으며, 의료급여 정신질환 입원 수가체계의 문제점으로 입원 중심의 서비스 제공, 장기입원 등이 지적되었다(최지숙 등, 2015; 석정호 등, 2017). 선행연구에서는 이를 해결하기 위해 건강보험 영역에 정신건강영역 서비스 평가를 확대 적용하는 방안(석정호 등, 2017), 적정성 평가 결과에 따른 진료비 차등 보상, 정신질환 의료서비스의 질(정신요법, 고가 및 저가 약 처방)에 대한 건강결과 평가 방안(최지숙 등, 2015) 등을 제시하였다.

국의 정신질환 수가체계를 살펴보면, 대만은 정신과 입원 병동을 급성과 만성으로 구분하여 인력, 시설 등의 기준을 나누고 수가를 차등하는 특징이 있다. 일본은 정신질환 병기를 세분화하여 응급입원료, 급성기 치료병동 입원료, 응급·합병증 입원료 등으로 구분하고 인력, 시설의 기준을 다르게 규정하여 수가를 차등하는 것이 특징이다. 호주는 입원, 지역사회 케어, 병기, 연령, 자발적 입원 여부, 건강상태척도 등을 변수로 정신질환자를 분류하고 서비스를 분류하여 평균 입원기간 및 가중치를 적용하는 특징이 있다.

청구자료를 분석한 결과, 의료급여의 정신 입원서비스 수가는 건강보험에 대비 약 50~60% 수준이지만 입원일수는 상병에 따라 약 30~75% 가량 높아 결과적으로 인당 진료비는 유사한 수준으로 나타났다. 이를 건강보험과 의료급여의 입원자 비율에 따라 그룹으로 나누어 분석한 결과에서 건강보험 입원자가 많은 의료기관은 의료급여 입원자가 많은 기관에 비해 의료 인력 약 6~14배가량, 정신요법 약 1.7배가량의 차이가 발생했다. 또한 입원서비스 결과 지표로 설정한 입원일수는 약 4.9배 정도 격차가 발생한 것으로 나타나 인력(구조지표)과 서비스 제공(과정지표) 차이가 치료

효과 감소, 장기입원 및 재입원을 증가로 이어지는 것을 예상할 수 있다.

최근 의료급여 정신과 입원영역에서 약제비의 별도 산정으로 인해 치료효과가 높은 장기지속형주사제의 사용을 증가, 입원일수 변화를 확인하였다. 의료보장 간의 형평성 문제를 해결하기 위한 방안으로는 의료급여 정신질환 입원영역에 건강보험과 동일하게 행위별 수가제를 적용하는 방안, 정신의료서비스에 적합한 수가체계를 고안하여 건강보험과 의료급여에 동일하게 적용하는 방안, 현행의 일당정액 수가제를 보완하여 개선하는 방안을 논의하였다. 또한, 정신질환 입원서비스 제공체계 강화 방안으로는 응급 정신질환 대응체계 마련, 정신질환 중증도 및 병동 구분 필요성을, 사후 관리 방안으로는 장기입원 관리, 지역사회 연계 활성화 등을 제안하였다.

정신질환은 의료서비스뿐만 아니라 예방, 초기 관리, 퇴원 후 지역사회 연계 등 많은 연결고리가 유기적으로 작동되어야 그 효과를 볼 수 있다. 추후에는 입원서비스 수가 체계뿐만 아니라 외래단계에서부터 퇴원 후 추적관찰 단계까지 환자 중심으로 적정 의료서비스를 제공할 수 있는 정신의료에 대한 종합적인 연구가 필요할 것으로 보인다.

## 참고문헌

- Australian Government, Australian Institute of Health and Welfare. Mental health services In brief 2019,
- Australian Government Department of Health. Medicare Nenefits Schedule Book. 16 July 2021.
- Häfner H. The Concept of Schizophrenia: From Unity to Diversity. Advances in Psychiatry; 2014, 929434
- Independent Hospital Pricing Authority. Australian Mental Health Care Classification(AMHCC) v1.0 User manual. 2018.
- Independent Hospital Pricing Authority. National Pricing Model 2021-22 Technical Specifications. March 2021.
- Mainz Jan. Defining and classfying clinical indicators for quality improvement. International Journal of Quality in Health Care. 2003. Vol.15., No.6: pp.523-530.
- Mental health services in Austraiia.  
<http://aihw.gov.au/reports/mental-health-services/mental-health-services-in-austrailia>
- Nanational efficient price determination shadow price weight tables 2021-22
- OECD Health Statistics 2020. <http://oecd.org/health/health-data.htm>
- 건강보험심사평가원a. 2019년(2주기 1차) 의료급여 정신과 적정성 평가 보고서. 2021.3.
- 건강보험심사평가원b. 2019년도(1차) 정신건강 입원영역 적정성 평가 세부 추진계획. 2019.5.
- 건강보험심사평가원c. 건강보험요양급여비용. 2021년 2월판.
- 건강보험심사평가원d. 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사지침. 2020.7.

- 국가인권위원회a. 정신의료기관의 병실환경 개선에 대한 의견표명. 2020.9.21.
- 국가인권위원회b. 정신병원의 의료급여환자에 대한 차별대우 등 인권침해. 장애인차별시정위원 결정. 2016.10.5.
- 김영미, 조병만, 장기용, 정영인. 장기입원 만성정신질환자의 실태에 관한 조사. J Korean Neuropsychiatr Assoc 38(4), 1999.
- 대만 의료법 별표3 정신과병원 설립기준
- 대만 전국민건강보험 의료서비스 지급항목 및 기준, 2021년 7.1.
- 대한신경정신의학회. 정신건강복지법 시행규칙: 정신의료기관의 시설 및 장비기준 관련 개정에 대한 대한신경정신의학회 성명서. 2021. 1.4.
- 메디컬타임스. 책상머리 정책이 불러온 뜻밖의 댓글. 2020.12.28. 05:45
- 메디케이트. 영국·미국·호주의 지역사회 기반 정신건강 서비스 정책 현황과 향후 과제는. 2019.08.14.
- 메디파나뉴스. 정신의료기관에 감염관리 시설기준 칼날... “누굴 위한 법?”. 2020.12.14. 06:05
- 보건복지부 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원. 국가정신건강현황 보고서 2019. 2020.10.
- 보건복지부a. 온국민 마음건강 종합대책. 제2차 정신건강복지기본계획(안). 2021.1.14.
- 보건복지부b. 의료급여수가의 기준 및 일반기준 일부개정. 2021.2.26.
- 보건복지부c. 의료기관평가인증원. 4주기 정신의료기관 평가기준. 정신병원 및 병원급 의료기관에 설치된 정신건강의학과. 2020.8.
- 보건복지부d. 건강보험심사평가원. 의료급여 실무편람. 2020.11.
- 보건복지부e. 보도자료. 정신질환 의료급여 수가체계 개선. 2017.3.6.
- 보건복지부f. 보건복지부 공고 제2021-95호. 「의료급여수가의 기준 및 일반기준」 일부개정안 행정예고. 2021.2.2.
- 보건복지부g. 보건복지부 고시 제2019-61호. 의료급여수가의 기준 및 일반기준 일부개정. 2019.4.5.

- 보건복지부h. 제2차 의료급여 3개년 기본계획(2021~2023). 2020.12.
- 석정호, 나경세, 김은주, 박민경, 최선우 등. 정신건강영역 의료질 관리방안 및 평가기준 개발 연구용역. 건강보험심사평가원. 대한신경정신의학회. 대한정신건강재단. 2017.11.
- 의료급여수급자의 장기입원 실태조사 및 관리방안 연구. 보건복지부. 2015.6.
- 의협신문. 의료급여환자 “돈 없다는 이유로 치료 못 받는 건 건강권 침해”. 2015.12.30. 15:55
- 의협신문. 정신병원 병상 절판으로 줄어들 판, 환자는 어디로 가나. 2020.12.13. 18:40
- 일본 후생노동성, 진료보수점수 개정 매뉴얼. 2020.7.
- 장옥진, 이병대, 정영인. 만성조현병 환자의 장기입원 요인에 대한 연구. 신경정신의학. 제54권 제1호. 76-83. 2015.
- 정설희, 오주연, 이해진, 윤소영. 요양형 장기입원 적정관리 방안 연구. 건강보험심사평가원. 2012.
- 정신질환 수가체계 개선 방안 연구 3차 자문회의 자료. 심평원. 2021.4.28.
- 정신질환 수가체계 개선 방안 연구 4차 자문회의 자료. 심평원. 2021.5.26.
- 정신질환자 지속치료 지원 시범사업 지침. 보건복지부. 건강보험심사평가원. 2019.12.
- 조근호, 석정호, 정운진, 이병철, 김애련, 최은경, 원보운, 이정석. 정신건강의학과 환자 입원의료비에 있어 한국형 진단명기준 환자군분류체계의 의미와 한계. 신경정신의학. 제56권 제1호. 10-19, 2017.
- 조근호, 장미. 동아시아 4개국의 비자의 입원 관련 정신보건법 비교. 신경정신의학. 제58권 제4호
- 중앙일보. 7년째 동결 정신질환 의료급여 수가...“고사 직전”. 2015.10.15. 15:54
- 최지숙a, 안보령, 박종익, 김한성, 윤은지, 이동현. 의료급여 정신질환 수가체계 개선 방안 연구. 보건복지부. 건강보험심사평가원. 2015.7.
- 최지숙b. 국내외 초발 정신질환자의 치료체계 고찰. 건강보험심사평가원. 2015.

한국과학기술한림원. 국내 조현병 환자의 현황과 적정 치료를 위한 제언. 2020.12.

한국보건사회연구원 보건정책연구본부. 국외(호주) 출장보고서-체계적 원가조사를 위한 요양기관 패널제도 도입 연구; 2013

황도경, 이상영, 김대은, 여나금, 최지희, 김진호, 이슬기. 의료급여수급자의 장기 입원 실태조사 및 관리방안 연구. 보건복지부. 건강보험심사평가원. 의료급여사례관리사업지원단. 한국보건사회연구원. 2015.



---

## 정신질환 수기체계 개선 방안

---

발행일 : 2021년 12월

발행인 : 김 선 민

편집인 : 이 진 용

발행처 : 건강보험심사평가원 심사평가연구소

강원도 원주시 혁신로60

대표전화 : 1644-2000

홈페이지 : [www.hira.or.kr](http://www.hira.or.kr)

---

※ 이 보고서는 무단으로 복제나 인용을 할 수 없습니다.

(저작권법 제136조 등 관련법 적용)