

의안번호	2200100
의 퇴 인	이수진의원
회 답 일	2024.07.15.
추 계 번호	24C0462

국민건강보험법 일부개정법률안

【비용추계서】

I. 비용추계 결과

□ 개정안에 따라 요양병원에 대한 간병 급여를 실시할 경우 국가의 추가재정소요는 시범사업 유형(A형, B형, C형)에 따라 2025년 129억 7,800만원~158억 3,400만원, 2029년 167억 1,700만원~203억 9,600만원 등 5년간 총 744억 6,300만원~908억 4,700만원으로 추계됨

- 본 추계는 보건복지부의 “요양병원 간병지원 1단계 시범사업”의 간병비 급여 기간과 환자 1인당 간병비 및 본인부담률 등을 준용하되, 시범사업이 일부 요양병원의 선정된 입원환자에게만 급여를 제공하는 것과 달리, 건강보험에 가입한 요양병원 입원환자 중 의료최고도 및 의료고도 환자 전체에게 급여를 제공하는 것으로 가정
 - 향후 보건복지부령에 따라 정해지는 간병급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준에 따라 추계 결과는 달라질 수 있음

[표 1] 개정안에 따른 추가재정소요: 2025~2029년

(단위: 억원)

구 분	2025	2026	2027	2028	2029	합계	연평균
시나리오 1 : A형(간병인1:환자8)	129.78	140.05	148.88	158.74	167.17	744.63	148.93
시나리오 2 : B형(간병인1:환자6)	152.69	164.77	175.16	186.76	196.68	876.06	175.21
시나리오 3 : C형(간병인1:환자4~6 미만)	158.34	170.86	181.64	193.67	203.96	908.47	181.69

주: 1. 시나리오는 시범사업 유형(A형, B형, C형)을 각각 준용한 것으로, A형은 간병인 대 환자 비율이 1:8, 본인부담률 40%, B형은 1:6, 40%, C형은 1:4~1:6, 50%를 적용한 결과임

2. 보건복지부의 “요양병원 간병지원 시범사업”의 사업 유형 및 간병 단가를 준용하여 전체 요양병원 입원환자 중 의료최고도(최대 300일) 및 의료고도 환자(최대 180일)에게 간병 급여를 제공하는 것을 가정한 결과로 향후 보건복지부령에 따라 정해질 간병 대상, 범위 등에 따라 추가재정소요는 변동될 수 있음

3. 환자분류체계(의료최고도, 의료고도)와 입원일수 외에 ‘의료-요양-돌봄 통합관정심사’를 거쳐 대상자를 선별할 경우 추가재정소요는 감소할 수 있음

자료: 국회예산정책처

II. 재정수반요인

연번	조·항(조제목)	주요내용	비고
1	안 제41조 (요양급여)	○ 요양급여 대상에 “간병”을 추가	의무지출

III. 비용추계의 전제와 상세내역

1. 재정수반요인별 추계 여부

연번	조·항(조제목)	추계 여부	비고(추계 미 실시 사유)
1	안 제41조 (요양급여)	○	○ 유사사례를 참고하여 추계

2. 비용추계의 총괄적 전제

□ 본 추계는 유사사례를 준용하여 요양병원 입원환자의 간병을 급여화할 경우 발생하는 추가재정소요를 제시

- 참고로, “급여화”는 특정 의료행위·치료재료·약제를 건강보험 요양급여의 범위에 포함한다는 의미이며, 동법 제44조제1항에 따라 요양급여를 받는 자는 요양급여비용의 일부(이하 본인부담금)만을 부담하고 그 외의 비용은 국민건강보험공단이 부담(공단부담금 또는 급여비)하게 됨
 - － 따라서, 요양병원 입원환자의 간병이 급여화될 경우 간병서비스를 제공받는 가입자의 본인부담금은 감소하고 국민건강보험공단의 지출은 증가할 것으로 예상할 수 있음
- 보건복지부는 “요양병원 간병지원 1단계 시범사업”을 통해 공모로 선정된 20개 요양병원¹⁾의 환자 1,200명을 대상으로 간병 급여 제공 계획을 발표

하였으며(24.04.01.), 예산 85억원을 배정함²⁾

- 시범사업은 ‘의료-요양-돌봄 통합 판정체계’³⁾를 통해 의료필요도와 간병필요도가 모두 높은 환자를 지원 대상으로 선정하고, 의료최고도 환자에게는 최대 300일, 의료고도 환자⁴⁾에게는 최대 180일까지 간병 급여를 제공하기로 함
- 이때 간병 본인부담금은 각 요양기관이 선택한 사업 유형에 따라 정해지고, 사업 유형은 간병인과 환자 비율에 따라 구분하여 A형(1:8), B형(1:6), C형(1:4~1:6)으로 나뉜다

- 1) 보건복지부는 보도자료(24.04.01.)을 통해 요양병원의 의료최고도 및 의료고도 환자의 비율, 병원 규모와 시설 현황, 사업 계획 적절성 등의 평가에 따라 시범사업 요양병원을 선정하였다고 밝힘. 국민건강보험공단에서 발주한 “요양병원 간병서비스 제도화 방안 연구(시범사업 모델 개발 중심으로)”(2023)에 따르면, 요양병원 규모, 서비스의 질, 인력 구성 및 장비, 환자 구성의 네 가지 측면을 감안하여 시범사업 대상 기관을 선정할 것을 제안하였으며, 구체적으로 일반병상 172병상 이상, 의료기관 인증 획득, 적정성 평가 1,2등급, 간호사 1인당 환자 수 1:9 이하 혹은 1:10 이하인 요양병원을 선정할 것을 제안하였음
- 2) 참고로, 보건복지부는 의료법 제4조의2에 따라 2015년부터 전국 병원급 이상 참여 의료기관을 대상으로 ‘간호·간병통합서비스(시범사업)’를 실시하여 참여 의료기관의 일부 병동 환자에게 간호·간병서비스를 건강보험 적용하고 있음. 이는 간병인이 아닌 간호사와 간호조무사 또는 간병지원인력(병동지원인력, 재활지원인력)이 간호와 간병을 함께 제공한다는 점에서 ‘요양병원 간병지원 시범사업’과는 차이가 있음
- 3) 이는 보건복지부가 2024년 4월 4일 발표한 “의료-요양-돌봄 통합판정체계 2차 시범사업”의 내용으로, 현재 각각의 기준에 따라 운영되고 있는 요양병원(의료), 장기요양서비스(요양), 노인돌봄서비스(돌봄)의 신청, 조사, 대상자 선정, 서비스 제공 등의 절차를 통합하여 공통의 기준으로 환자의 요양 및 의료 필요도를 파악하여 필요 서비스를 판정·연계하는 것임
- 4) 요양병원은 환자분류군별 수가체계를 적용하고 있는데, 이때 환자분류군별은 의료최고도, 의료고도, 의료중도, 의료경도, 선택입원군 등 총 5개로 구분된다. 이 중 선택입원군을 제외한 환자분류군은 의학적 필요도에 따라 구분되며, 환자를 담당하는 의사 및 간호사가 의무기록을 토대로 입원환자의 환자분류군 구분을 위한 환자평가표를 매월 작성하여 정함

구분	분류기준
의료최고도	· 일상생활수행능력점수 11점 이상이면서 인공호흡기, 혼수, 중심정맥영양 중 하나 이상
의료고도	· 뇌성마비, 척수손상에 의한 마비, 사지마비, 편마비, 파킨슨병, 신경성 회귀난치성질환, 후천성면역결핍증, 다발경화증 환자가 일상생활수행능력점수 18점 이상 · 3단계 욕창으로 두 가지 이상 피부궤양치료 받는 경우 · 발열이 최소 3일 이상 있고, 발열 원인을 찾는 검사와 처치를 받고 있는 경우 · 2도 이상 화상으로 처치 받는 경우 · 매일 격렬 또는 참을 수 없는 통증으로 관련 치료 받는 경우 · 매일 있는 격력하거나 참을 수 없는 통증으로 통증관련 치료를 받고 있는 경우 · 7일 이상 지속 경관영양 · 기관절개 관리 매일 받고 있는 경우 · 당뇨합병증으로 발 감염으로 주기적 드레싱 치료 받는 경우(단, 일상생활수행능력점수 4-8점인 경우 제외) · 산소포화도 90% 이하에서 산소투여 시작해서 7일 이상 산소투여 받는 경우 · 일상생활수행능력점수가 10점이하이면서 의료최고도 조건에 해당하는 경우

자료: 2021 요양병원 수가 실무교육자료, 건강보험심사평가원, 2021

[표 2] “요양병원 간병지원 시범사업” 개요

구분	개요			
사업기간	▣ 2024년 4월 ~ 2025년 12월			
사업규모	▣ 국비 85억원(사업비 80억원, 연구비 5억원)			
지원대상자	▣ 의료필요도와 간병필요도 모두 높은 환자 - 의료최고도·의료고도이면서 장기요양 1·2등급 수준 환자 - 의료-요양 통합 판정체계를 통해 선정			
지원기간	▣ 의료고도 환자: 180일 ▣ 의료최고도 환자: 최대 300일			
세부내용	구분	A형	B형	C형
	간병인 배치기준 (간병인:환자)	주간 1:8	주간 1:6	주간 1:4~1:6 미만
	환자 당 일일 본인부담금	9,756원	11,478원	17,935원
	본인부담률*	40%	40%	50%
	* 의료최고도 환자의 경우, 7개월차부터 본인부담률을 15%씩 인상			

- 개정안은 부칙을 통해 요양병원 이외의 요양기관에 대해서는 2027년 1월 1일부터 간병 급여화를 실시한다고 명시하였으나, 본 추계는 시범사업을 준용하여 추계 기간 중 전체 요양병원에 간병 급여화를 시행하는 것으로 가정함
 - 추계 대상을 전체 요양기관으로 확대할 경우, 각 기관별 간병 지원 대상, 간병 단가 및 간병을 처방받게 될 건강보험 가입자 수 등에 대한 정보가 필요한데, 「국민건강보험법」은 보험급여 범위·방법·절차를 하위법령에 위임하고 있어 현시점에 이를 가정하기 어려우며, 추계에 준용할 수 있는 유사사례도 부재함
- 또한, 시범사업은 보건복지부 자체 평가 기준에 따라 간병 급여를 제공할 요양병원을 선정한 후 신청 및 심사를 거쳐 최종 참여 환자를 선정한 반면에, 본 추계에서는 자료의 한계와 모형의 단순화를 위해 시범사업의 일정 기준을 충족한 입원 환자 전체에게 간병 급여를 제공하는 것으로 가정함
 - 의료최고도 환자는 최대 300일, 의료고도 환자는 최대 180일까지 지원하는 것으로 가정
 - 따라서, 환자분류체계(의료최고도, 의료고도)와 입원일수 외에 ‘의료-요양-돌봄 통합판정심사’를 거쳐 대상자를 선별할 경우 추가재정소요는 감소할 수 있음

- 본 추계에서는 간병 급여화로 인한 요양병원 입원환자의 증가, 단기입원 환자의 입원 장기화 등의 간접효과는 고려하지 않음
 - 간병 급여화에 따라 일반 병의원급 의료기관 입원환자가 요양병원으로 전원 하거나 요양시설 입소자 중 의료필요도가 높은 자 등이 요양병원에 입원할 유인이 있으나, 본 추계에서는 현재 요양병원 환자 현황을 바탕으로 한 직접 비용만을 산출함
- 개정안에 따른 추가재정소요는 간병에 대한 보험급여를 실시할 경우 증가하는 건강보험 지출 증가분에 연동되는 국고지원금의 증가분임
 - 간병을 요양급여 범위에 포함하여 건강보험 재정에서 간병에 대한 급여비를 지급할 경우 건강보험의 총지출이 증가할 것으로 예상됨
 - 이때, 건강보험 재정은 국민건강보험공단의 회계로 운용되어 ‘국가 및 지방자치단체의 재정’이 아니므로 비용추계의 대상이 아님⁵⁾
 - 다만, 건강보험 추가지출만큼 건강보험료 수입액 증가가 수반될 것으로 예상되며⁶⁾, 건강보험료 예상수입액의 20%에 상당하는 금액을 일반회계 및 국민건강증진기금에서 국가가 지원하도록 하고 있어 건강보험 지출 금증가분의 20%에 상당하는 금액을 국가의 추가재정소요로 볼 수 있음⁷⁾⁸⁾

5) 「의안의 비용추계 등에 관한 규칙」 제2조에 따르면 ‘비용추계’는 발의·제안 또는 제출되는 의안이 시행될 경우 소요될 것으로 예상되는 ‘재정지출’의 순증가액 또는 재정수입의 순감소액에 관하여 추계하는 것을 의미하며, ‘재정지출’은 국가와 지방자치단체의 일반회계·특별회계의 세출 및 「국가재정법」 별표 2의 규정에 따른 법률에 의하여 설치된 기금의 지출을 의미한다. 따라서 ‘재정지출’에 해당하지 않는 건강보험 재정 자체는 추계 대상에 해당하지 않음. 다만, 건강보험에 대한 국가의 국고지원 금액만 그 대상이 됨

6) 건강보험료율 결정 절차에 따르면 먼저 건강보험 지출 금액을 추계하고 이를 토대로 필요 건강보험료 수입 규모를 추정 후(양출제입), 건강보험정책심의회에서 건강보험료율을 심의·의결함. 「국민건강보험법」 제69조에 따르면 공단은 건강보험사업에 드는 비용에 충당하기 위하여 보험료를 징수하도록 하고 있어 건강보험 지출에 따라 건강보험 수입이 결정되는 것으로 볼 수 있음

7) 「국민건강보험법」 제108조의2에 따르면 국가는 예산의 범위에서 해당 연도 건강보험료 예상수입액의 14%에 상당하는 금액을 지원할 것을 규정하고 있으며, 법률 제6619호 「국민건강증진법」 부칙 제2항에서는 해당 연도 건강보험료 예상수입액의 6%에 상당하는 금액을 지원하도록 정하고 있음(단, 부담금 예상수입액의 65%를 초과할 수 없음)

8) 2021~2023년 결산 자료에 따르면 건강보험료 실제 수입액의 평균 14%를 일반회계 및 건강증진기금에서 지원하였음

- 본 추계서는 시범사업의 세 가지 사업 유형(A형, B형, C형)의 간병인 배치 구조와 간병비를 준용할 경우 발생하는 추가재정소요를 각각 추계하여 별도의 시나리오로 제시함
- 개정안 부칙은 2025년 1월 1일부터 시행하도록 규정하고 있으므로 추계기간은 2025년부터 2029년까지 5년으로 함

3. 재정수반요인별 상세 추계내역

- 요양병원 간병 급여화에 따른 추가재정소요는 건강보험 지출 증가분을 우선 추계하고 그에 상응하는 국고지원금 증가분을 산출함
 - 개정안에 따른 건강보험 지출 증가분은 요양병원 입원환자 중 간병 급여 대상자 수를 추계하고 환자 당 일일 급여비와 평균 입원일수를 곱하여 추계

가. 건강보험 지출 증가분 추계

- (요양병원 입원환자) 65세 이상 노인인구 전망치에 65세 이상 노인인구 대비 요양병원 입원 환자 비율과 요양병원 입원 환자 대비 환자유형별(의료최고도 및 의료고도)·입원기간별 환자 수 비율을 각각 곱하여 입원환자 수를 추계
 - 65세 이상 노인인구 대비 요양병원 입원 환자 비율은 최근 3년(2020~2022년)의 평균 4.2%가 추계기간 중 유지된다고 가정
 - 전체 요양병원 입원 환자 대비 환자유형별·입원기간별 요양병원 입원환자 비율은 2022년 통계연보 기준의 요양병원 진료실인원(입원)수와 국민건강보험공단이 제출한 2022년 기준 환자유형별·입원기간별 환자 현황⁹⁾을 활용하여 산출하며, 추계기간 중 유지된다고 가정

9) 환자유형별·입원기간별 환자 수는 '입원 에피소드'별로 추출하므로 환자 단위로 추출하는 통계연보의 '진료실인원'과는 다른 개념임.

- 본 추계에서는 ‘입원 에피소드’별 현황을 활용하였는데, 이는 동일한 환자가 다수의 입원 건에 대하여 간병 급여를 받을 수 있다고 가정하기 위함임
- 예시로, 상반기에 의료고도로 3개월 입원 및 퇴원 후 하반기에 의료고도 상태로 4개월 재입원할 경우 각각의 입원 건이 180일 이하이므로 두 건 모두 급여의 대상이 되도록 설정함
- 따라서 추계에서 산출하는 ‘간병 급여 대상 환자 수’는 환자별 중복을 포함하므로 엄밀하게 표현하면 ‘간병 급여 대상 입원 건수’이지만, 해석 상 편의를 위해 환자 수라고 표현함

[표 3] 2022년 기준 환자유형별·입원기간별 환자 수 현황

(단위: 명)

구분	180일 이하	181~210일	211~240일	241~270일	271~300일	301일 이상
의료최고도	5,846	181	155	137	170	782
의료고도	86,426	4,374	4,081	3,841	3,637	21,745

주: 1. 위 자료는 ‘입원 에피소드’별로 산출한 자료임. 이는 자료를 환자 단위가 아닌 입원 단위로 추출한 것으로, 2022년 1년간 입원한 경험이 있는 환자 수를 나타내는 통계연보의 수치와는 차이를 보임. 예시로, A라는 환자가 상반기에 의료고도로 5개월 입원 후 퇴원하고 하반기에 3개월 재입원하였다면, 이는 각각 합계되는 것임. 이와 같이 입원 에피소드별로 산출한 이유는 각각의 입원 건 모두 간병 급여를 받을 수 있다고 가정하기 위함임

2. 2022년 수진기준, 2024년 5월 심사분까지 반영

3. 전문가의 자문을 받아 추출하였음

자료: 국민건강보험공단

[표 4] 요양병원 입원환자 추계: 2025~2029년

(단위: 명)

구 분	2025	2026	2027	2028	2029
65세 이상 노인(A)	10,513,907	11,125,016	11,597,067	12,125,349	12,521,322
요양병원 입원환자 비율(B)	4.2%				
요양병원 입원환자 수 (C=A×B)	445,510	471,405	491,407	513,792	530,571
의료최고도 환자 수 (D=C×1.9%)	8,540	9,036	9,420	9,849	10,170
의료고도 환자 수 (E=C×32.3%)	144,068	152,441	158,910	166,148	171,574

자료: 국회예산정책처

[표 5] 2022년 기준 환자유형별·입원기간별 요양병원 입원 환자 대비 비율

(단위: %)

구분	180일 이하	181~ 210일	211~ 240일	241~ 270일	271~ 300일	301일 이상
의료최고도	81.1	2.5	2.2	1.9	2.4	지원 ×
의료고도	71.1	지원 ×				

주: 환자 비율은 2022년 기준 건강보험 통계연보 상 요양병원 진료실인원(입원) 대비 각 유형별 환자 수 비율을 산출

자료: 국회예산정책처

□ (공단급여비) 간병 급여화에 따라 국민건강보험공단이 지불하는 비용은 전체 간병비용 중 본인부담금을 제외한 것으로, 보건복지부가 제시한 환자 당 일일 본인부담금과 본인부담률을 통해 산출

- 시범사업은 의료고도 환자에게는 최대 180일간 [표 6]에 상응하는 본인부담률을 적용하지만, 의료최고도 환자에게는 300일까지 지원하되 7개월 차부터 매월 본인부담률을 15%씩 인상한다고 발표하였으므로 [표 7]를 준용하는 것으로 가정
- 공단급여비는 매년 수가인상률만큼 증가하는 것으로 가정하며, 2025년은 기결정된 수가인상률인 1.98%, 2026~2029년은 최근 3년(2023~2025년) 평균인 1.98% 만큼 증가하는 것으로 가정

[표 6] 2024년 기준 간병 급여비 산출

구분	A형	B형	C형
간병인:환자 구성	1:8	1:6	1:4~1:6미만
환자 당 일일 본인부담금	9,756원	11,478원	17,935원
본인부담률	40%	40%	50%
공단급여비	14,634원	17,217원	17,935원

자료: 보건복지부 보도자료(2024.04.01.)를 바탕으로 국회예산정책처 작성

[표 7] 2024년 기준 환자분류별, 입원기간별 급여비 산출

(단위: 원)

구분		A형	B형	C형
의료 최고도	180일 이하	14,634	17,217	17,935
	181~210일	13,171	15,495	15,245
	211~240일	11,488	13,515	12,151
	241~270일	9,552	11,238	8,593
	271~300일	7,327	8,620	4,502
의료 고도	180일 이하	14,634	17,217	17,935

자료: 국회예산정책처

□ (평균 입원기간) 환자유형별·입원기간별 평균 입원기간은 국민건강보험공단에서 제출한 2022년 기준이 추계기간 중 유지되는 것으로 가정함

- 180일 이하로 입원한 의료최고도 환자들의 평균 입원일수는 39일이며, 의료고도 환자들의 평균 입원일수는 57일임
 - － 평균 입원기간은 환자유형별·입원기간별 환자 수 현황과 동일하게 ‘입원 에피소드’별로 산출됨

[표 8] 2022년 기준 환자유형별·입원기간별 평균 입원기간

(단위: 일)

구분	180일 이하	181~ 210일	211~ 240일	241~ 270일	271~ 300일	301일 이상
의료최고도	39	194	225	256	285	지원×
의료고도	57	지원×				

주: 1. 평균 입원기간은 환자유형별·입원기간별 환자 수 현황과 동일하게 ‘입원 에피소드’별로 산출됨
 2. 2022년 수진기준, 2024년 5월 심사분까지 반영
 3. 전문가의 자문을 받아 추출하였음
 자료: 국민건강보험공단

- 추계결과, 요양기관 간병 급여화에 따른 건강보험 추가지출소요는 시범사업 유형(A형, B형, C형)에 따라 2025년 927억 300만원~1,131억 100만원, 2029년 1,194억 1,000만원~1,456억 8,400만원 등 5년간 총 5,318억 7,600만원~6,489억 800만원으로 추계됨

[표 9] 개정안에 따른 건강보험 추가지출소요: 2025~2029년

(단위: 억원)

구 분	2025	2026	2027	2028	2029	합계	연평균
시나리오 1 : A형(간병인1:환자8)	927.03	1,000.33	1,063.43	1,133.88	1,194.10	5,318.76	1,063.75
시나리오 2 : B형(간병인1:환자6)	1,090.65	1,176.90	1,251.13	1,334.02	1,404.86	6,257.56	1,251.51
시나리오 3 : C형(간병인1:환자4~6 미만)	1,131.01	1,220.44	1,297.42	1,383.38	1,456.84	6,489.08	1,297.82

- 주: 1. 시나리오는 시범사업 유형(A형, B형, C형)을 각각 준용한 것으로, A형은 간병인 대 환자 비율이 1:8, 본인부담률 40%, B형은 1:6, 40%, C형은 1:4~1:6, 50%를 적용한 결과임
 2. 보건복지부의 “요양병원 간병지원 시범사업”의 사업 유형 및 간병 단가를 준용하여 전체 요양병원 입원환자 중 의료최고도(최대 300일) 및 의료고도 환자(최대 180일)에게 간병 급여를 제공하는 것을 가정한 결과로 향후 보건복지부령에 따라 정해질 간병 대상, 범위 등에 따라 추가재정소요는 변동될 수 있음
 3. 환자분류체계(의료최고도, 의료고도)와 입원일수 외에 ‘의료-요양-돌봄 통합판정심사’를 거쳐 대상자를 선별할 경우 추가재정소요는 감소할 수 있음

자료: 국회예산정책처

나. 건강보험에 대한 국고지원금 증가분 추계

- 건강보험에 대한 국고지원금은 개정안에 따른 건강보험 지출 증가분에 국고지원율을 곱하여 산출
- ‘비용추계의 총괄적 전제’에서 전술한 바와 같이 양출제입의 원칙에 따라 건강보험 예상 지출 증가분만큼 예상 수입액이 증가하므로, 지출 증가분에 국고지원금이 연동된다고 가정
 - 국고지원율은 최근 3년(2021~2023년) 결산 상 실제 수입액의 평균인 14%를 준용
- 추계결과, 요양기관 간병 급여화에 따른 국가의 추가재정소요는 시범사업 유형(A형, B형, C형)에 따라 2025년 129억 7,800만원~158억

3,400만원, 2029년 167억 1,700만원~203억 9,600만원 등 5년간 총 744억 6,300만원~908억 4,700만원으로 추계됨

[표 10] 개정안에 따른 국고 추가재정소요: 2025~2029년

(단위: 억원)

구 분	2025	2026	2027	2028	2029	합계	연평균
시나리오 1 : A형(간병인1:환자8)	129.78	140.05	148.88	158.74	167.17	744.63	148.93
시나리오 2 : B형(간병인1:환자6)	152.69	164.77	175.16	186.76	196.68	876.06	175.21
시나리오 3 : C형(간병인1:환자4~6 미만)	158.34	170.86	181.64	193.67	203.96	908.47	181.69

- 주: 1. 시나리오는 시범사업 유형(A형, B형, C형)을 각각 준용한 것으로, A형은 간병인 대 환자 비율이 1:8, 본인부담률 40%, B형은 1:6, 40%, C형은 1:4~1:6, 50%를 적용한 결과임
2. 보건복지부의 “요양병원 간병지원 시범사업”의 사업 유형 및 간병 단가를 준용하여 전체 요양병원 입원환자 중 의료최고도(최대 300일) 및 의료고도 환자(최대 180일)에게 간병 급여를 제공하는 것을 가정한 결과로 향후 보건복지부령에 따라 정해질 간병 대상, 범위 등에 따라 추가재정소요는 변동될 수 있음
3. 환자분류체계(의료최고도, 의료고도)와 입원일수 외에 ‘의료-요양-돌봄 통합판정심사’를 거쳐 대상자를 선별할 경우 추가재정소요는 감소할 수 있음

자료: 국회예산정책처

IV. 부대의견

- 본 추계 결과는 보건복지부의 “요양병원 간병지원 시범사업”의 사업 유형 및 간병 단가를 준용하여 전체 요양병원 입원환자 중 의료최고도(최대 300일) 및 의료고도 환자(최대 180일)에게 간병 급여를 제공하는 것을 가정한 결과로 향후 보건복지부령에 따라 정해질 간병 대상, 범위 등에 따라 추가재정소요는 변동될 수 있음
- 또한, 환자분류체계(의료최고도, 의료고도)와 입원일수 외에 ‘의료-요양-돌봄 통합판정심사’를 거쳐 대상자를 선별할 경우 추가재정소요는 감소할 수 있음

V. 작성자

□ 성명

국회예산정책처	분석관	과장
사회비용추계과	임슬기	이진우

□ 대표연락처

성명	전화번호	이메일 주소
임슬기	02-6788-4740	sg.lim@assembly.go.kr