

한국 작업치료 의료보험 수가의 문제점

김수일, 이미영
아주대학교 병원 작업치료실

Abstract

The Problems of Health Insurance Fee Schedule for Occupational Therapy Service in Korea

Kim, Su-Il, M.P.H., O.T., Lee, Mi-Young, M.P.H., O.T.
Dept. of Occupational Therapy, Ajou University Hospital

Since the commencement of the government health insurance program in 1977, there has been criticism that the national insurance fee for health care service had been set too low by the Korean government. The existing insurance fee schedule for occupational therapy service was developed first in 1980 in Korea. But they are not reflecting the current health care environment. Even though the fee schedule has been revised almost every year, the fee has been estimated too low to warrant a quality service. To make the situation worse, Health Insurance Review Agency has recently proposed to substantially cut down the fee for occupational therapy service.

Many medical institutions opening occupational therapy clinics are avoiding investment in this "financial deficit" department. This is threatening the survival of the occupational therapy profession that is essential for rehabilitation process.

The objective of this study is to review and analyze the current Korean health insurance fee schedule and its changing process in occupational therapy service and suggest the better solutions.

The researcher suggests that the health insurance fee schedule must cover computer-based occupational therapy, a Pediatric occupational therapy and evaluation, and treatment for the use of equipment such as Baltimore Therapeutic Equipment. Also, the government must increase the

이 연구는 대한작업치료사협회의 정책지원과제비에 의해 이루어졌음

교신저자: 김수일(E-mail: baby0002@hanmail.net) || 접수일: 2003. 2. 20./게재승인일: 2003. 4. 25.

fee for occupational therapy service at least up to the level of consumer price index.

Key Words : Medical health insurance fee schedules, Occupational therapy service

I. 서론

우리나라의 의료보험 지불체계는 행위별수가제에 근거하고 있으면서 의료행위 생산자에 대한 구분 없이 대부분의 의료행위가 단지 의사의 행위에 의해서만 산출된다(조소영과 박정호, 1991). 그러므로 환자의 재활에 중요한 기능은 하고 있는 작업치료행위에 대한 적절한 보상이 이루어지지 않고 있다. 즉 현재 국민건강보험법 제42조 제4항에 고시된 건강보험요양급여비용의 내역(보건복지부, 2003)에 의하면 의사의 진찰료를 위시하여 각종 진료 행위에 대한 수가를 진료과목별, 진료행위별로 인정하고 있으며, 약사의 조제료, 의료기사의 물리치료료, 촬영료, 조산사의 조산료를 각각의 의료기술수가로 인정하고 있다. 이중 작업치료는 제7장 3절 전문재활치료료에 포함되고 있으며, 의료보험수가개별항목은 작업치료가 처음 의료보험수가에 고시된 1980년 단순과 복잡 2개의 항목으로 시작하여 1983년 특수항목, 1994년 일상생활 동작 적응훈련 항목이 각각 신설된 이후 2001년 연하장애재활치료항목이 신설되기 전까지 지난 20년 동안 4개의 개별항목만을 유지해왔다. 이는 물리치료법 1절 2절 3절 모두에 걸쳐서 31개의 개별항목으로 다양하고 포괄적인 항목으로 구성, 발전되어 양적, 질적 발전을 거듭해 온 동일한 계열에 종사하고 있는 물리치료항목에 비하여 현저하게 등한시되어 왔다고 할 수 있다.

세계보건기구에서는 건강이란 질병이 없거나 허약하지 않은 상태의 수동적 의미를 넘어 육체적, 정신적, 사회적으로 완전히 안녕한 상태라고 하였다. 즉, 육체적 정신적으로 건강해야 함은 물론 사회생활 중에 자기의 역할과 기능을 만족스럽

게 수행할 수 있는 상태까지를 포함시켰다. Wilcock(1980)은 세계보건 기구 현장에서 제시한 건강에 대한 정의가 최근 작업치료의 개념과 분리될 수 없다고 하였다.

이러한 작업치료가 삶의 질을 추구하는 21세기 사회에 무엇보다도 활성화되어야 하는 분야임에도 불구하고 한국에서는 다른 복지와 더불어 아직 열악한 환경에 있으며 이는 우리나라의 의료보험 지불체계에서도 명백히 드러나고 있다.

1977년 우리나라에 의료보험이 도입된 이래 작업치료는 1980년에 처음으로 의료보험수가항목으로 고시되어 1981년 단순 590원, 복잡 1,070원으로 시작하여 거의 매년 상승을 거듭하여 2003년 3월 현재 단순 3,280원, 복잡 4,520원, 특수 6,930원, 일상생활동작 6,340원이 되었지만 그 동안의 물가상승률과 비교하여 볼 때 현재의 수가는 각 의료기관에서 인건비만을 겨우 줄 수 있을 정도의 금액이며 인건비 이외의 제반 투자비용에 대한 이익은 창출되지 않아 현재 작업치료실을 개설하여 운영하고 있는 기관들이 작업치료실에 대한 투자와 운영을 기피하고 있는 실정이다. 그리고 1998년 의료보험통합 이후 보험재정난을 해소하고자 건강보험심사평가원에서는 각 분야에 걸쳐 삭감을 단행하였다. 이에 작업치료도 삭감의 대상이 되어 현재 일부 병원에서는 작업치료 특수항목이 복잡으로 삭감되는 추세에 있어 작업치료분야에 경영의 어려움을 더하고 있다. 이는 재활치료의 중요한 부분을 차지하고 있는 작업치료의 발전을 저해하는데 앞서 한국 작업치료의 존재가 달린 시급한 일이라고 생각되는 바 이에 본고를 통하여 우리나라 작업치료의 의료비지불제도와 그의 변천과정을 살펴보고 그 문제점을 분석하고 대안을 모색하고자 하였다.

II. 본 론

1. 의료보험과 진료수가

건강은 안정된 생활을 누리기 위한 조건 가운데 첫째로 꼽을 수 있다. 일상생활에서 병마는 항상 우리들 가정에 침입할 수 있는 준비를 하고 있다고 보아야 할 것이다. 질병의 발생은 가정과 개인에게 신체적, 경제적 고통을 동시에 가져다준다. 한 가정이 스스로 감당할 수 없는 의료비가 발생하게 되면 월간 생활적자를 가져오고 그 가정은 파탄을 입게 되는 것이다. 더욱이 근로 생산성이 있는 가족이 상병으로 인하여 생산 활동이 중단된다면 근로 대가로 얻어지는 소득이 없게 되고 치료비 조달을 하여야 하는 이중고를 받게 되는 것이다. 그와 같은 경제적 부담을 경감해 주기 위하여 일정한 집단으로 구성된 구성원의 공동부담으로 지원해 주는 사업이 곧 의료보험인 것이다. 이와 같은 의료보험은 의료비 공동 부담의 위험을 분산시키기 위하여 공동 부담하는 공제사업이라고 할 수 있다.

의료비 공동부담 사업방식에는 현물급여방식과 현금급여 방식이 있다. 우리나라는 현물급여방식을 채택하여 사용하고 있는데 이는 진료담당기관을 지정하거나 계약하여야 하며 진료담당 기관이 진료비를 책정할 수 있는 의료수가 적정기준을 정하여 놓아야 한다. 그래야만 의료보험 급여가 집행될 수 있고 진료기관은 예측 가능한 경영과 양질의 의료서비스를 환자에게 제공할 수 있는 것이다.

어느 시대 어느 나라를 막론하고 의료수급자인 의사들이 의료수요자인 환자, 즉 국민으로부터 치료비를 무료로 한 역사는 없다. 의료도 엄연한 영업행위로 인정하여 왔으므로 의업이라는 용어가 사용되어왔다. 의료비 부담 때문에 치료를 중단하거나 지속하는 사례는 먼 옛날부터 있었던 것으로 추측할 수 있다.

동양권의 의료는 약물기여가 주류를 이루어 왔으며, 원가개념에 의한 합리적인 수가구조에 바탕

을 두지 않고 그 지역 경제사정에 따른 자유 시장 경제 원리에 따라 포괄적 거래가격이 형성되어왔다고 보아야 할 것이다.

그러나 서구에서는 일찍이 발달된 상술과 의술이 접목하여 분석적이고 합리적인 사고를 바탕으로 한 의료비의 원가 개념이 활용되어 왔다. 따라서 “의술은 인술이다”라는 말은 서구에서보다 동양문화권 특히 한국에서 강요되다시피 사용되어왔다. 의사도 생활인이고 의료시행 비용이 들게 마련이다. 의료를 사회화하는 과정에서 필수적으로 수반하는 문제가 의료수가기준을 마련하는 것이다.

의료수가 결정 및 지불방법은 그 나라의 의료제도와 불가분의 관계가 있는 것이다. 방문당 수가를 책정하는 나라도 있고, 인두제로 운영하는 나라도 있으며, 월급제로 하는 나라도 있는가 하면 총액계약제로 하는 나라, 행위별수가제를 하는 나라도 있다.

중남미 여러 나라에서는 보험자가 의료기관을 직접 운영하면서 소속 피보험자 및 피부양자들에게 요양급여 등 치료를 직접 실시하며, 프랑스에서는 의원급 외래진료는 피보험자가 의사에게 전액을 지불하고 영수증을 보험자에게 제출하여 보험자부담금을 환급 받는 환급제(Reimbursement system)를 적용하고 있는 반면, 기타 대부분의 나라에서는 제3자 지불제를 채택하고 있다.

제3자 지불방식은 건당 진료비를 정액 화하는 정액제(copayment system), 서구의 병원에 적용하는 입원환자 1인당, 1일당, 또는 건당 단가를 정하여 지불하는 건수불제(case-payment system), 서구의 병원급 의사에게 적용하는 의료공여단체인 보험의협회와 진료비 지불측인 병원단체간에 연간 진료비를 미리 계약하여 지불 정산하는 총액정부계약제(gesamt vertrage system), 영국, 이탈리아와 같이 지역개업 가정의(general practitioner)에게 일정수의 등록된 피보험자수에 비례하여 일정액을 합하여 지불하는 인두불제(capitation system), 한국, 일본, 대만, 필리핀과 같은 나라에

서 채택하고 있는 진료행위별 성과불제(fee-for-service system)등 각양각색이다.

그러나 어느 제도가 제일 좋다고 단정하지 못하는 것은 그 나라의 의료시행, 의료인력, 시설 등과 같은 의료제도를 고려한 진료비 지불제도가 되어야 하기 때문이다.

한국의 의료제도는 1945년 이전에는 일본식이었고, 그 이후에는 미국식이 가미되어 있기 때문에 사회보험방식에 의하지 않는 미국의 의료보험에서도 의료수가는 행위별 수가를 적용하고 있는 점과 사회보험 방식에 의한 의료보험을 실시하고 있는 일본의 방법을 도입하는 것이 한국의 여건상 그 실행접근이 가장 용이하다고 정책적으로 판단하였기 때문에 행위별 수가제를 결정하게 된 것이다.

2. 우리나라의 의료비 지불제도

1) 현행 의료보험 수가

우리나라에서 의료보험은 1960년 연세대학교의 양재모 교수가 '사회보장제도 창시에 관한 건의'라는 보고서를 제출한 것을 효시로 1977년 7월 1일부터 500인 이상 상시 고용하는 사업장에 대해 당연 적용 의료보험이 개시되었고 이를 위해 정부에서는 1977년 6월에 처음으로 의료보험수가를 고시하였다(김현숙, 2000).

이때 제정된 수가는 점수제로서 의료기관의 경영 자료를 가지고 의료수가 금액을 산출한 후 일정 단가를 내정하고 의료행위별로 점수를 표시하였다. 당시의 수가는 일본의 의료수가표를 기준으로 의료행위를 나열하고, 의료행위 각각에 대해 상대점수를 부여한 후 한 점당 10원의 환산지수를 설정하였다. 또한 구체적인 의료행위 항목의 점수는 서울시내 소재 국립의료원 등 종합병원에 근무하는 의사들에게 난이도, 빈도, 시술시간을 조사한 결과를 바탕으로 하였으며 그 방법은 다음과 같았다.

첫째, 외과의 행위 중난이도, 시술시간, 빈도가

가장 높은 행위 1개를 기준행위로 설정하여 난이도, 시술시간, 빈도에 각각 1,000점을 부여한 후 이 기준행위와 다른 행위의 난이도 등을 비교하여 배점하였다.

둘째, 항목의 난이도, 시술시간, 빈도 등 세 가지 요소에 각각 상이한 가중치를 부여하였다.

셋째, 점수와 가중치를 곱하여 과내의 점수를 산정하였다.

넷째, 과간의 점수를 하나로 통일하기 위해서 병원별 관행수가를 조사하여 과별로 평균점수를 계산하여 과간 비례치를 구한 후 이를 과내 점수와 곱하여 최종점수를 산출하였다.

이렇게 제정된 수가의 점수제는 첫째, 의료기술의 발달, 질병발생 양상의 변화, 성비의 변화, 출산력의 저하, 노령인구의 증가, 생활수준의 향상 등으로 진료행위의 빈도가 변하고, 의학의 발달과 신의약품의 개발 그리고 시술기법의 발전으로 소요시간이 단축됨에 따라 행위간 점수의 불균형을 가져오게 되었고 둘째, 점수로 집계하였다가 금액으로 다시 환산하는 과정에서 오기로 인하여 진료비 청구와 심사지급이 잘못되는 예가 많았다(양명생, 1993)는 이유로 1981년 6월15일부터 금액제로 변경되었다. 이후 1989년에 전 국민 의료보험을 성취함으로써 12년 만에 전 국민이 의료보장 하에 있게 되었다. 전 국민의료보험이 국민복지에 기여한 바는 과소평가할 수 없으나 다음과 같은 의료보험수가제도의 문제점은 계속 지적되어 왔다(김한중 등, 1997). 첫째, 정부가 고시하는 의료보험수가의 수준이 원가에 미치지 못하고 있다. 둘째, 항목별 수가의 불균형이 진료행태를 왜곡하고 의료인의 배출에도 악영향을 미치고 있다. 셋째, 의료보험 수가의 구조가 개정과정의 합리성이 미흡하다. 이러한 지적에 대해 정부는 1994년 '의료보장개혁위원회'를 구성하고 의료보험 수가구조 개편방안을 위한 두 가지 정책 대안을 마련하고 이를 위해 일련의 후속 작업을 진행하고 있다. 첫번째 대안은 현행의 행위별수가제를 유지하는 상태에서 의료보험 수가

구조를 개편하는 것으로 구체적으로 상대가치와 환산지수의 개념도입을 주요 골자로 하고 있으며 다른 제안은 현재의 행위별수가제를 DRG (Diagnosis Related Groups; 진단명기준환자군) 지불체도로 바꾸는 것으로 1997년부터 1차, 2차, 3차 시범사업을 시행하고 있다. 우리나라의 의료보험 지불체계는 행위별수가제에 근거하고 있으면서 의료행위 생산자에 대한 구분 없이 대부분의 의료행위가 단지 의사에 의해서만 생산되는 것으로 산출되었다. 즉 현행 국민건강보험법 제42조 제4항에 고시된 건강보험요양급여비용의 내역(보건복지부, 2003)에 의하면 의사의 진찰료를 위시하여 각종 진료 행위에 대한 수가를 진료과목별, 진료행위별로 인정하고 있으며, 약사의 조제료, 의료기사의 물리치료료, 촬영료, 조산사의 조산료를 각각의 의료기술수가로 인정하고 있다. 이 중 작업치료는 제7장 물리치료료의 3절에 전문재활치료료라는 항목으로 단순작업치료, 복합작업치료, 특수작업치료, 일상생활 동작 적응훈련(1일당)이 있으며, 환자 본인부담금 100퍼센트로 연하곤란장애재활치료가 2001년에 신설되어 모두 5개의 개별항목을 구성하고 있다.

그 동안 작업치료행위에 대한 지불 및 보상은 치료의 종류와 질적인 면보다는 시간과, 치료사 1인당 환자수(1대 1)를 중심으로 포괄적으로 이루어져왔다. 그러나 의료서비스 생산과정에 참여하는 작업치료사들의 노동의 강도와 다양성의 추구, 창의력의 요구가 다른 의료인력보다 높는데 반하여 현재의 의료보험 진료비 수가산정 기준에는 작업치료사의 정신적, 육체적 노동의 행위에 대한 질적인 면의 고려가 결여되어 있다.

2) 자원기준 상대가치(Resource-Based Relative Value Scale)

우리나라에서 새로운 정책대안으로 제시된 자원기준 상대가치는 Hsiao 등(1988)이 개발하여 미국의 메디케어 의사수가에 적용하고 있는 수가산

정방법으로 1994년 '의료보장개혁위원회'에서 '자원기준상대가치 개발'을 정책대안으로 제시하고 이 작업을 위해 1995년 의료계 대표, 보험자 및 보험자 단체 대표, 학계 및 연구기관 대표, 보건복지부 소속 공무원을 포함하여 '의료보험수가구조개편협의회'를 구성하고 전문적인 연구수행을 위하여 '연세대학교 보건정책 및 관리연구소'를 책임연구기관으로 지정하였다.

의료보험 수가구조개편을 위한 자원기준 상대가치 개발은 3단계로 진행되었다. 1단계에서는 상대가치의 개발 단위인 의료행위분류를 검토하였으며, 2단계에서는 검토한 의료행위에 대한 상대가치를 산출하였고, 3단계에서는 산출된 상대가치에 적용할 환산지수 대안을 개발하였다.

의사업무량 상대가치 산출은 3단계로 진행되었다. 1단계에서는 의사업무량을 측정하였는데, 25개의 전문학회별로 약 300명의 전문의에 대해 2차례의 우편 설문을 통하여 의료행위를 수행하는데 드는 실제 소요되는 시간을 측정하였고, 업무량 강도에 해당되는 육체적 노력 및 의료적 기술, 정신적 노력 및 판단력, 스트레스의 세 가지 요소를 측정하였다. 2단계에서 포함 안 된 나머지 의사업무량을 측정하여 상대가치를 확대하였다. 3단계에서는 전문과목별로 비교하였는데 Tukey의 이중가산법을 이용하여 각 전문과목별로 산출된 상대가치를 전문과목간 공통된 상대가치로 조종하였다.

진료비용 상대가치 산출 단계에서는 의사의 인건비, 약품비, 직접 보상되는 재료비를 제외한 비용을 산출하였다. 따라서 먼저 8개의 표본병원의 원가중심점을 설정하고 원가중심점별원가를 집계하여 부문별 1차 원가를 계산한 후 보조부문 원가중심점의 원가를 의료행위가 발생하는 원가중심점으로 배분하여 부문별 2차 원가를 계산하였다. 마지막으로 원가중심점의 원가를 의료행위별로 배분하여 의료행위별원가를 산출하였다.

이처럼 별도의 과정을 거쳐 산출된 의사업무량의 상대가치와 진료비용 상대가치를 종합 및 조정

하였는데, 먼저 의료기관 종별 가산과 조사대상의 료기관의 조사시점을 보정하였고, 대표값을 이용하여 조사대상 의료기관의 진료비용 상대가치를 통합하였다. 또한 진료비용의 총액과 의사인건비의 총액의 비를 이용하여 두 상대가치를 종합하였다.

상대가치를 금액으로 바꾸어 주는 환산지수는 대안별로 '재정중립에 의한 환산지수', '의료기관 경영수지 분석에 의한 환산지수', '원가분석에 의한 환산지수', '의료의 질 향상을 위한 환산지수'의 4가지 방법으로 개발하였다. 김한중 등(1997)에 의한 자원기준 상대가치의 시행효과 분석에 의하면 자원기준상대가치는 기존의 보험수가에 비하여 항목간의 균형성이 높았고, 4가지 환산지수를 적용하였을 때 의료비는 증가되는 것으로 나타났다.

1998년 의료보험수가구조 개편을 위한 2차 연구에서는 환산지수를 조정하기 위해 의료보험 수가의 물가상승 변동요인을 대변할 수 있는 의료보험 경제지수(MIEI, Medical Insurance Economic Index)를 개발하여 의료보험 수가의 구성요소별 거시경제지표를 적용한 의료보험수가의 물가상승을 표현하였으나, 의료수가의 물가상승만을 고려한 것으로 의료이용의 양이나 강도의 변동을 반영하고 있지 않았다. 1999년 3차 연구에서는 의료이용의 양과 강도를 조정 기준으로 '의료이용조정기준(VPS, Volumn Performance Standard)'을 산출하여 의료보험 경제지수와 함께 환산지수를 산정하였고(유승흠 등, 1999), 현재까지 4차의 연구가 진행되고 있으나, 이러한 자원기준 상대가치 개발에는 재환의학회협회가 관여하였고 작업치료사가 직접 개입하지 않아 현재 책정된 상대가치점수는 의사의 행위를 기준으로 상대적으로 이루어져, 작업치료 각 행위에 대한 난이도와 빈도 시간 등이 제대로 반영되어 책정된 점수라고 볼 수 없다.

3) 진단명기준환자군(Diagnosis Related Groups)

진단명기준환자군수가제, 일명 포괄수가제란 진

료에 투입된 자원의 종류나 크기에 관계없이 특정 질병의 진료에 대해서는 사전에 결정된 일정액을 포괄적으로 지불하는 방식을 말하는 것으로써 동일한 질병군으로 입원한 환자의 실제적인 진료비가 정해 놓은 진료비보다 많을 때도 있고 적을 때도 있으나 한 DRG에 대해서 충분한 환자수가 확보되면 결국은 미리 결정해 놓은 진료비와 같아진다는 확률 이론에 근거한다(박하영, 1996).

DRG는 1970년대 중반 예일대학의 Fetter와 Thompson(1992)에 의해 개발된 것으로써 모든 입원환자들을 환자특성 및 진료특성에 의해 임상적인 진료내용과 자원의 소모량이 유사하도록 분류한 입원환자의 분류체계이다. DRG는 현재 유럽, 호주, 미국 등의 여러 나라에서 예산배정기준 및 지불제도로 적용하고 있으며 특히 미국에서는 Medicare에 완전 적용하고 있고, 20여개 주의 Medicaid, 일부 사보험에 적용하고 있다(김현숙, 2000). 지난 13년 동안 미국을 중심으로 포괄수가제를 실시해 온 국가들의 경험을 접해 보면 첫째, 입원 이용량의 감소와 함께 의료비 증가율이 둔화되었는데 구체적인 예로는 포괄수가제가 실시된 직후 입원환자의 평균 재원일수가 전년도에 비해 15%가 단축되었으며 의료비 증가율을 한자리 숫자에 머물게 하는 한편 많은 검사와 수술이 외래에서 이루어지고, 결과적으로 외래 진료량이 상대적으로 증가하고 있다. 둘째, 의료의 질 관리 프로그램이 활성화되어 선불상환제로 인해 우려되는 의료의 질 저하를 지속적으로 모니터링하고 있으며 셋째, 각 의료기관들은 원가분석을 통한 객관적인 비용절감방안을 모색하고 있으며, 병원업무의 전산화와 업무절차 개선 등의 과학적인 경영기법을 병원환경에 신속하게 도입하고 있다.

우리나라에서도 1985년부터 서울대학교의 병원연구소를 중심으로 포괄수가제 도입을 위한 기초작업이 시작되었으며, 1994년 의료보장개혁위원회에서는 현행 의료비 지불제도가 안고 있는 여러 가지 복잡한 문제점들을 해결하기 위한 방안의 일

환으로 포괄수거제의 도입을 제안하였다(박하영, 1996). DRG는 1997년도에 1차, 1998년도에 2차, 1999년도에 3차 시범사업을 거쳐 2002년도에는 정상분만, 제왕절개분만, 자궁수술, 백내장수술, 맹장염수술, 치질수술, 탈장수술, 편도선수술등의 8개 질환에 대하여 시범확대 적용하였고, 2003년부터는 전격시행을 하고자 하였으나 각 기관의 반대에 부딪쳐 자발적으로 신청한 의료기관 한하여 상기 질환에 대하여 시행하고 있으며 작업치료분야에서는 아직 시행되지 않고 있다.

3. 한국 작업치료 의료보험수가의 변천과정

한국 작업치료의 의료보험수가의 변천과정을 추적 조사하기 위하여 대한병원협회와 건강보험심사평가원을 방문하여 자료를 조사한 결과 1980년부터 찾아볼 수 있었으며 제7장 물리치료 및 재활치료에 신체장애자 작업치료(1일당)로 간단한 것과 복잡한 것으로 구분되어 있었다. 이는 우리나라에서 1977년 6월 처음으로 의료보험수가를 고시한 이래 3년만의 일이며 그 당시 제정된 수가는 점수제로서 간단한 것 50점, 복잡한 것 90점이었다(보건사회부, 1980).

이렇게 시작한 점수제가 여러 가지 문제점을 내포하여 1981년 6월 15일부터 금액제로 변경하게 되자 작업치료의 의료보험 수가도 이에 따라서 변하게 되었다. 작업치료 간단한 590원, 작업치료 복잡한 1,070원으로 고시됨에 따라 금액제의 시초가 되었다. 이 당시의 물리치료사가 실시하는 물리치료 항목 중 하버드 탱크 3,640원, 간헐적 골반견인 3,120원에 비교해 볼 때 기계에 의존하지 않고 주로 치료사의 수기와 창의력에 의하여 행하여지는 작업치료의 수가는 3배정도로 낮게 책정되어 시작하였다. 또한 제7장 재활 및 물리치료료의 신체장애자 작업치료의 산정지침에는 '작업치료사 또는 물리치료사가 있는 요양취급기관에서 실시한 경우

에만 산정한다'로 함에 따라서 물리치료사가 시행한 작업치료행위에 대해서도 인정받을 수 있게 되어 있었다. 이는 작업치료사가 있는 병원이 많지 않았다는 것을 나타낸다고 할 수 있으며, 그리하여 작업치료사가 하는 일을 물리치료사가 대신 행하고 있었다고도 볼 수 있을 것이다. 또한 '간단한 것은 1인의 치료사(물리치료사 또는 작업치료사)가 2인 이상의 환자를 상대로 동시에 훈련을 행하는 경우에 산정하며, 복잡한 것은 1인의 치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 개별훈련을 하는 경우에 산정한다'(보건사회부, 1982)라고 고시하여 치료사 1인당 환자의 수를 어느 정도 제한하기 시작하였다.

1983년의 제7장 재활 및 물리치료료의 산정지침에는 '재활의학분야의 의사 또는 물리치료사(작업치료사)가 행한 경우에 한 한다'고 하였으나 '간단한 것은 1인의 치료사(작업치료사)가'라고 명명함으로써 비로소 신체장애자 작업치료에 치료사의 범위를 작업치료사로 한정함에 따라 작업치료는 작업치료사 만이 할 수 있는 행위로 표명되어 작업치료가 의학분야에서 전문적인 분야로 인정받는 발판을 마련하였다고 볼 수 있겠다. 또한 간단한 것은 10분 이상, 복잡한 것은 10분에서 45분 이상으로 시간의 한계를 두는 동시에, 작업치료 특수 항목을 3,600원으로 신설하면서 '1인의 치료사가 1인의 환자를 상대로 1대 1로 중점적으로 45분 이상 다양한 치료를 실시하는 경우에 산정한다'로 고시하였다(보건사회부, 1983)(표 1-1).

1983년 이후 작업치료 의료보험 수가는 다른 분야에서도 마찬가지로 거의 매년에 걸쳐서 각 항목에 있어서 약간의 금액이 상향조정되어 1989년에는 간단한 것 760원, 복잡한 것 2,010원, 특수한 것 4,350원이 되었으나 항목과 코드의 내용에는 변함이 없었다. 이는 동일 기간 동안에 동일계열의 물리치료 의료보험 수가와 비교해 볼 때 분류 코드 18개, 각 항목 31개 항목으로 늘어나서 다양한 코드를 활용하고 또한 금액의 상향조정을 통하

표 1-1. 연도별 작업치료 의료보험 수가의 변화사항

년도	분류번호	분류	점수	금액(원)
1980	사-11	제7장 물리치료 및 재활치료 신체장애자작업치료(1일당) 가. 간단한 것 나. 복잡한 것	50 90	
1982	사-16	제7장 재활 및 물리치료료 <산정지침> (1) 각 분류항목의 소정금액에 의하여 산정한다. (2) 제7장에 기재되지 아니한 재활 및 물리치료의 비용은 제7장에 기재되어 있는 행위 중에서 가장 비슷한 분류항목에 의하여 산정한다. 신체장애자작업치료(1일당) Occupational Therapy 주: 1. 작업치료사 또는 물리치료사가 있는 요양취급기관에서 실시한 경우에만 산정한다. 2. 간단한 것은 1인의 치료사(물리치료사 또는 작업치료사)가 2인 이상의 환자를 상대로 동시에 훈련을 행하는 경우에 산정한다. 3. 복잡한 것은 1인의 치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 개별 훈련을 하는 경우에 산정한다. 가. 간단한 것 나. 복잡한 것		590 1,070
1983	사-16	제7장 재활 및 물리치료료 <산정지침> (1) 각 분류항목의 소정금액에 의하여 산정한다. (2) 본 장의 분류항목 중 재활 및 물리치료 목적으로 실시한 경우에 한하여 산정할 수 있도록 규정한 항목은, 재활 및 물리치료를 할 수 있는 시설 및 장비를 갖춘 요양취급기관에서 재활의학분야의 의사 또는 물리치료사(작업치료사)가 실시한 경우에 한하여 산정한다. 신체장애자작업치료(1일당) Occupational Therapy 주: 1. 재활 및 물리치료 목적으로 실시한 경우에 한하여 산정한다. 2. 간단한 것은 1인의 치료사(작업치료사)가 2인 이상의 환자를 상대로 동시에 10분 이상의 훈련을 실시한 경우에 산정한다. 3. 복잡한 것은 1인의 치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 10분-45분 정도의 훈련을 실시하는 경우에 산정한다. 4. 특수한 것은 1인의 치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 45분 이상 다양한 치료를 실시하는 경우에 산정한다. 가. 간단한 것 나. 복잡한 것 다. 특수한 것		600 1,110 3,600

표 1-2. 연도별 작업치료 의료보험 수가의 변천사항

년도	분류번호	분류	점수	금액(원)
1989	사-19	제7장 재활 및 물리치료료 <산정지침> (1) 각 분류항목의 소정금액에 의하여 산정한다. (2) 본 장의 분류항목 중 재활 및 물리치료 목적으로 실시한 경우에 한하여 산정할 수 있도록 규정한 항목은 다음 기준에 의하여 산정한다. 가. 재활 및 물리치료(또는 작업치료)를 할 수 있는 시설 및 장비를 구하고 나. 재활의학과, 정형외과, 신경외과 진료과목의 전문의 중 어느 한 진료과목의 전문의와 전문치료사(물리치료사 또는 작업치료사)가 상근하는 요양취급기관에서 재활 및 물리치료(또는 작업치료)목적으로 실시한 경우에 한하여 산정한다. 신체장애자작업치료(1일당) Occupational Therapy 주: 재활 및 물리치료 목적으로 실시한 경우에 한하여 산정한다. 가. 간단한 것(상동) 나. 복잡한 것(상동) 다. 특수한 것(상동)		760 2,010 4,350

여 발전을 도모해 온 물리치료에 비하여 작업치료가 관심의 대상에서 제외 되어온 것으로 볼 수 있다. 또한 1989년의 고시에서 주목할 것은 진료과를 재활의학 전문의에서 정형외과와 신경외과 전문의가 있는 병원에서도 산정할 수 있게 함으로써 작업치료의 영역이 다소 넓어지는 계기가 되었다(보건사회부, 1989)(표 1-2).

그 후 1993년까지 매년에 걸쳐서 각 항목마다 약간의 금액이 상향조정되어오다가 1994년에 신체장애자 작업치료에 일상생활동작 적응훈련(MM114)이 항목이 4,170원으로 신설되었다(보건사회부, 1994)(표 1-2). 그러나 물리치료는 보행폴 항목 5,500원, 전신치료 폴 항목 9,500원의 새로운 항목이 신설됨과 함께 ‘간단, 복잡, 특수 운동치료 외에 보이타 또는 보바스 치료 등의 3항목이 추가 신설되었다. 그러나 위의 신설된 항목들은 재활의학과 전문의가 상근을 하는 경우에만 인정을 받을 수 있게 되어 있었다(표 1-2).

1995년의 요양급여 제7장 물리치료료의 산정지

침에는 재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과 또는 일반외과 전문의가 있을 경우에 산정하는 것으로 진료과의 범위를 넓혔으나 ‘신체장애자 작업치료 중 단순과, 복잡은 정형외과 또는 신경외과 전문의가 상근하는 경우에도 산정할 수 있다’라고 규정하고 ‘일상생활동작 적응훈련은 재활의학과 전문의가 상근을 하여야 한다’고 함에 따라서 특수와 일상생활동작 적응훈련 항목이 재활의학과에 묶이는 결과를 초래하여 작업치료사활동 범위의 폭은 상대적으로 좁아진 결과를 가져오게 되었다(보건복지부, 1995).

1997년 요양급여 제7장 물리치료료의 산정지침에는 진료과를 다시 재활의학과, 정형외과, 신경외과로 국한시켰으나 작업치료 항목은 종전의 내용과 변화된 사항은 없었다(보건복지부, 1997).

1999년 요양급여 제7장 물리치료료 산정지침은 1992년부터 제1절 재활 및 물리치료료와 제 2절 기타 물리치료료로 구성되어오던 것을 제1절 기본 물리치료료, 제2절 단순재활치료료, 제3절 전문재

표 1-2. 연도별 작업치료 의료보험 수가의 변천사항(계속)

년도	분류번호	분류	점수	금액(원)
1994	사-11	제7장 물리치료료 <산정지침> (1) 각 분류항목의 소정금액에 의하여 산정한다. (2) 제 1절 재활 및 물리치료료의 각 분류항목은 보건사회부 장관이 정한 “(부록5) 재활 및 물리치료실시기관인정 등 기준”에 따라 진료비심사지급기관이 인정한 요양기관에서 실시한 경우에만 산정하되, 다음 구분에 의한 인력을 갖추어야 한다. (가) 재활의학과, 정형외과 또는 신경외과 전문의와 물리치료사가 상근하여야 한다. 다만, 작업치료사가 행하여야 할 행위에 대하여는 작업치료사가 상근하여야 한다. (라) 위의 사항에도 불구하고 다음에 해당되는 재활 및 물리치료료는 재활의학과 전문의와 해당분야 전문치료사가 상근하여야 한다. 보행폴, 전신치료폴, 보이타 또는 보바스 치료, 일상생활동작적응훈련, 신경인성 방광훈련, 근막동통유발점 주사자극치료		
		제1절 재활 및 물리치료료 Occupational Therapy		
		가. 간단한 것(상동)		1,060
		나. 복잡한 것(상동)		2,780
		다. 특수한 것(상동)		5,960
		라. 일상생활동작 적응훈련 주: 가, 나, 다 작업치료 외에 1인의 작업치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 식사, 옷입고 벗기, 배변 및 위생훈련 등 일상생활동작 적응훈련을 별도로 실시하는 경우에 산정한다.		4,170

활치료료 재구성하여 그 중 작업치료는 보행폴치료, 중추신경계발달치료, 신경인성 광훈련치료, 기능적 전기자극치료, 근막동통유발점 주사자극치료, 재활사회사업과 함께 제 3절의 전문재활치료료에 속하게 되었다(보건복지부, 1999). 제 3절의 전문재활치료료에 속하는 경우는 ‘재활의학전문의의 처방하에 진료기록부를 첨부하는 경우에만 산정한다’라고 하여 재활의학 전문의가 없는 병원의 작업치료사의 입지가 곤란하게 되었다(표 1-3).

이에 대하여 대한작업치료사협회의 보험부에서 의료보험심사평가위원회에 질의서를 올린 결과 2001년의 고시에서는 ‘단 작업치료 단순과 복잡한 정

형외과, 신경외과 전문의가 상근하는 경우에도 산정할 수 있다’라고 주석의 문구가 첨가되어 원래대로 변경되었다(보건복지부, 2001).

또한 1999년부터 지체장애인용 의지, 보조기가 시각장애인용 의안, 콘택트렌즈와 함께 보험급여에 포함되어 의사의 처방과 영수증이 있을 경우에는 각 의료보험 공단에서 비용의 80%를 급여로 환급해 주고 있다. 이에 따라 작업치료사가 만들어준 보조기의 경우에도 이에 포함되어 임상에서 현재 시행되고 있는 보조기에 대한 수가는 비보험이지만 급여로 인정되고 있다고 보아도 무방할 것이다.

2001년 1월부터 도입된 상대가치점수제는 작업

표 1-3. 연도별 작업치료 의료보험 수가의 변화사항

년도	분류번호	분류	점수	금액(원)
1999		제7장 물리치료료 <산정지침> (1) 각 분류항목의 소정금액에 의하여 산정한다. (2) <삭제> (3) 운동치료(단순, 복합, 등속성, 특수운동치료)는 1일에 방법을 달리하여 각각 실시하더라도 주된 운동치료의 소정금액만 산정한다. 제1절 기본물리치료료 제2절 단순재활치료료 제3절 전문재활치료료 주: 1. 해당 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 재활의학과 전문의가 상근하여야 하며, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 상근하는 물리치료사 또는 해당 분야 전문치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다. 2. 중추신경계발달재활치료, 작업치료, 기능적 전기자극치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다.		
	사-123	Occupational Therapy		
	MM111	가. 단순작업치료 Simple 주: 1인의 작업치료사가 2인 이상의 환자를 상대로 동시에 10분 이상의 훈련을 실시하는 경우에 산정한다.		2,050
	MM112	나. 복합작업치료 Complex 주: 1인의 작업치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 10~30분 정도의 훈련을 실시하는 경우에 산정한다.		3,560
	MM113	다. 특수작업치료 Special 주: 1인의 작업치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 30분 이상 다양한 치료를 실시하는 경우에 산정한다.		6,930
	MM114	라. 일상생활동작 적응훈련 치료(1일당)(내용상동)		4,470

치료 단순의 경우 59.12점(3,280원), 복잡의 경우 81.50점(4,520원), 특수인 경우 125.09점(6,930원), 일상생활적응 훈련의 경우 114.39점(6,340원)으로 고시되었다(보건복지부, 2001). 그러나 이러한 과정은 각 의학관련학회와 이루어졌고, 작업치료사가 개입되지 않았기 때문에 작업치료 각 항목에 대하여 적절한 상대가치가 부과되었다고 볼 수 없다.

2001년에는 별지 1(국민건강보험법시행령 제22조 1항 별표 2에 의한 본인이 부담할 비용의 부담액을 적용하는 급여항목)과, 별지 2(요양급여비용의 본인부담률을 요양급여비용의 100분의 100으로 하는 급여항목), 별지 3(비급여항목)을 신설하여 그 중 별지 2에 포함된 연하장애재활치료가 환자 본인 부담률을 100퍼센트로 하여 제7장 물리치료

표 1-4. 연도별 작업치료 의료보험 수가의 변화사항

년도	분류번호	분류	점수	금액(원)
2001	사-123	제7장 물리치료료 제3절 전문재활치료료 주: 1. 해당항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 재활의학과전문의가 상근하여야 하며, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 상근하는 물리치료사 또는 해당분야의 전문치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다. 2. 중추신경계발달재활치료, 작업치료, 신경인성방광훈련치료, 기능적전기자극치료, 재활기능치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회 입원은 1일 2회만 산정한다. 3. 위 “1”의 규정에도 불구하고 단순작업치료와 복잡작업치료는 정형외과 신경외과 전문의가 상근하고, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 작업치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에도 산정할 수 있다.		
	MM111	Occupational Therapy		
	MM112	가. 단순작업치료(내용상동)	59.12	3,280
	MM113	나. 복합작업치료(내용상동)	81.50	4,520
	MM114	다. 특수작업치료(내용상동)	125.09	6,930
		라. 일상생활동작적응 훈련치료	114.39	6,340
		(별지 1)국민건강보험법시행령 제22조 제1항 별표 2에 의한 본인이 부담할 비용의 부담액을 적용하는 급여항목 (별지 2)요양급여비용의 본인부담률을 요양급여비용의 100분의 100으로 하는 급여항목		
		제7장 물리치료료 제3절 전문재활치료료 연하장애재활치료 Rehabilaitaion Dysphagia Therapy 주: 1. 중추신경계질환, 식도 또는 기관의 질환 등으로 인하여 연하장애 환자에게 1인의 작업치료사가 1대 1로 30분 이상 훈련을 실시한 경우에 산정한다. 2. 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회 입원은 1일 2회만 산정한다.	182.72	10,120

료 중 제3절 전문재활치료료에 상대가치점수 182.72점 금액 10,120원으로 포함되었다(보건복지부, 2001)(표 1-4).

또한 2002년에는 별지 2의 외피, 근골기능검사 항목에 일상생활동작검사(Activities of Daily

Living Test) 99.89점(5,370원), 수지기능검사(hand function test) 100.69점(5,420원), 관절가동범위검사(ROM test)가 126.59점(6,810원)으로 신설되어 작업치료 항목에서 사용할 수 있게 되었으며, 별지 3의 비급여항목에 신경인지검사에 포함된 다양한

표 1-5. 연도별 작업치료 의료보험 수가의 변화

년도	분류번호	분류	점수	금액(원)
2001	108	(별지2) 요양급여의 본인 부담률을 100분의 100으로 하는 급여항목 【외피, 근골기능검사】 일상생활동작검사(Activities of daily Living Test) 주: 1. 월 1회 이상 실시하더라도 1회만 산정한다. 2. 변형된 바텔지수(Modified barthel index)등을 이용한 경우에도 소정의 점수를 산정한다.	99.89	5,370
	109	수지기능검사(Hand Function Test) 주: 1. 월1회이상 실시하더라도 1회만 산정한다. 2. 쥘스수부평가검사, 오크너 핑거 텍스트리티 검사를 실시한 경우 에도 소정점수를 산정한다.	100.69	5,420
	110	관절가동범위검사(Range of Motion Test) 주: 월 1회 이상 실시하더라도 1회만 산정한다.	126.59	6,810
2002		(별지3) 비급여항목 제83; 신경인지 기능검사 덴버발달검사(Denver Development test), 베일리 영아발달측정(Bayley Scale of Infant Development), 무시증후군 검사, 선 나누기 검사 등		

항목 중 현재 실시하고 있는 것에 대하여 기간마다 나름대로의 수가를 정하여 활용할 수 있게 되었다[예: 덴버발달검사(Denver Development test)와 베일리영아발달측정(Bayley scale of infant Development), 무시증후군 검사, 선 나누기검사 등](표 1-5).

4. 한국의 작업치료 의료보험수가의 문제점과 대안

1) 의료보험수가 개별항목의 부족

우리나라에 작업치료가 도입된 지 50년이란 세월이 흘렀고 수많은 어려움 속에서도 재활의학의 꽃으로 일익을 담당하며 환자의 재활을 위한 선배 작업치료사들의 열정과 학문에 대한 끊임없는 탐구에 힘입어 그 동안 한국의 작업치료는 질적, 양적인 발전을 도모하여 왔다.

그러나 1977년 우리나라에 의료보험이 도입되고

의료보험수가에 작업치료 항목이 신설된 1980년 이후부터 2003년 3월 현재까지 23년의 기간이 흐르는 동안 작업치료 의료보험 수가는 단순, 복잡한 2개 항목으로 출발하여 1983년 특수, 1994년 일상생활동작작용훈련 항목이 각각 신설되고, 2001년 연하장애재활치료 항목이 신설되기 전까지 20년 동안 단 2개의 항목이 추가되었을 뿐이었다. 이는 동일한 계열에 종사하고 있는 물리치료 의료보험수가가 지난 20년 동안 31개의 개별항목으로 비약적인 발전을 거듭 해 온 것과 비교하여 볼 때 작업치료는 현저히 무시당해왔거나 관심의 대상에서 제외되어 왔다고 볼 수 있겠다.

또한 2001년에는 일상생활동작검사와 수지기능검사, 관절가동범위검사 등의 3개의 검사항목이 추가신설 되었으나 환자본인부담 100퍼센트로 보 호자나 환자의 동의를 얻어야 실시가능하며 횟수 또한 월 1회로 한정되어 있어 각 의료기관에서 이러한 코드를 실질적으로 활용하기에는 다소의 어려움이 있다고 볼 수 있다. 또한 관절가동범위검

사의 경우 물리치료와 작업치료를 동시에 시행 받은 환자의 경우 둘 중의 하나만 인정이 되기 때문에 작업치료에서 시행을 하였다고 하더라도 대부분 물리치료에서 청구하고 있는 실정이며, 작업치료만을 받는 환자를 제외하고는 시행을 하고도 수가인정을 받지 못하고 있다. 그러나 작업치료를 받는 환자의 대부분은 물리치료를 받고 있으므로 관절가동범위검사는 현재 작업치료에서는 원활히 활용할 수 없는 항목이라고 볼 수 있다.

2002년 별지 3의 비급여 항목의 신설에 따른 신경인지검사항목에는 덴버발달검사(Denver Development test)와 베일리영어아발달측정(Bayley scale of infant Development) 등과 같은 항목이 소아작업치료분야에서 활용할 수 있는 항목이지만 홍보와 작업치료사들의 인식의 부족으로 인하여 일반적으로 사용되지 않고 있다.

2) 낮은 의료보험 수가의 문제

2003년 현재 작업치료수가는 단순의 경우 3,280원, 복잡의 경우 4,520원, 특수 6,930원이며, 일상생활활동작훈련치료는 6,340원이다. 그러나 단수를 제외한 각 항목마다 1대 1이라는 단서 조항이 있으며 복잡은 10분 이상 30분 이하, 특수는 30분 이상이라는 시간의 단서가 붙는다. 이럴 경우 앞으로 시행될 주 5일제 근무 하에서 한 달에 작업치료사가 벌어들이 수 있는 수입을 추정해보면 하루 8시간 근무개념에서 업무준비시간과 종료준비시간을 뺀 7시간을 환자치료시간으로 볼 때 복잡의 경우는 일 대 일로 하루 20분을 기준으로 하였을 때 하루에 볼 수 있는 환자의 수는 21명으로 월수입은 1,894,800원이며 여기에 대학병원의 경우 전문요양기관의 종별가산율 30%를 가산하면 총수입액은 2,463,240원이다.

특수의 경우는 하루에 14명의 환자를 치료할 수 있는데 이럴 경우 월수입은 1,904,400원이며 여기에 대학병원의 경우 전문요양기관의 종별가산율 30%

를 가산할 경우 총액 2,475,720원에 불과하다.

이는 대한작업치료사협회에서 2002년 9월에 조사한 작업치료사 경력 5년차의 평균 월급이 2,083,333원이라고 볼 때 임금을 제외한 그 이외의 투자비용에 대해서는 적자를 나타내고 있으며, 또한 다른 측면으로는 작업치료행위가 얼마나 평가절하 되고 있는지 여실히 드러나고 있다.

또한 특수작업치료 대상 환자의 경우 일인당 소요시간이 1대 1로 중점적으로 30분 이상이며 장애의 정도가 더욱 심하여 치료사의 노력과 시간을 더 투자하는데도 불구하고 총 치료금액은 복잡으로 20분으로 해주었을 경우와 수입의 차이가 별로 없으며 복잡을 15분 기준으로 할 경우에는 오히려 특수보다 복잡의 수입이 더 많아지는 현상이 나타난다.

그러나 작업치료실이 있는 병원에서 작업치료수혜를 받고 있는 환자들은 장애의 증상이 심하여 복잡 환자보다는 주로 특수로 치료가 필요한 경우가 대부분인 것이 현실일 때 서비스의 질이 높아질수록 비용은 더 싸게 책정되는 반대의 결과를 가져온다. 또한 현재 전국의료기관의 작업치료실의 개설현황을 보면 대학병원·종합병원급 94.5%, 의원급 5.5%로 주로 병원급 이상에서 중증환자를 대상으로 치료를 하고 있는 실정에서 특수의 항목의 수요가 많은데도 불구하고 현행의 시간을 기준으로 한 수가체계는 치료사의 치료의 난이도와 의료기관의 운영을 고려하지 못한 현저하게 낮은 수가라고 할 수 있겠다(표 4).

1999년 연세대학교 보건정책 및 관리연구소에서 각 의료기관을 상대로 조사한 의료보험수가구조개편을 위한 3차 연구 보고서에 따르면(유승훈 등, 1999) 작업치료의 상대가치점수는 단순 103.36점(5,730원), 복잡 115.99점(6,430원), 특수 138.67점(7,680원), 일상생활활동작훈련치료 181.80점(10,070원), 연하장애재활치료 182.72점(10,120원)으로 각각 책정되어 보고되었다. 그러나 현행 고시된 점수는 본인부담률 100분의 100인 연하장애재활치료

표 2. 의료보험수가구조개편을 위한 3차 연구보고서 결과와 요양급여 고시가의 차이

(단위 : 원)

구분	보고서의 상대가치점수(금액)	2001년 고시가(금액)	삭감률(%)
단순	103.36점(5,730)	59.12점(3,280)	57.2
복잡	115.99점(6,430)	81.50점(4,420)	29.7
특수	138.67점(7,680)	125.09점(6,930)	9.8
ADL	181.80점(10,070)	114.39점(6,340)	37.4
연하곤란	182.72점(10,120)	182.72점(10,120)	0.0

자료출처 : 유승흠 등. 의료보험수가구조개편을 위한 3차 연구. 1999.

를 제외한 나머지 항목은 모두 고시되는 과정에서 어떤 이유에서인지 단순 59.12점(3,280원), 복잡 81.50점(6,430원), 특수125.09점(6,930원)으로 평가절하 되었다(표 2).

이와 같이 종합병원급 이상에서 대부분 어려운 중증장애환자를 대상으로 치료행위가 이루어지고 있지만 이에 대한 의료보험보상체계의 미흡으로 인하여 수익성이 적어서 많은 의료기관에서 작업치료실의 개설을 기피하고 있다. 정부는 빠른 시일 내에 작업치료를 대한 상대가치를 적정수준으로 재조정하여 의료보험수가를 현실화시켜 작업치료를 받고자 하는 환자들에게 원하는 만큼의 질 좋은 서비스를 제공하도록 하여야 할 것이다.

3) 의료보험 수가 기준의 형평성의 결여

현재 제3절 전문재활치료료 코드번호 MM105는 중추신경계발달재활치료항목이 상대가치점수 198.33(10,990원)점으로 고시되어 있다. 이 항목을 보면 '중추신경계 장애로 인한 발달지연 및 근육마비와 경직의 치료를 목적으로 보이다 또는 보바스 치료 등의 교육과정을 120시간 이상 이수한 재활의학과 전문의나 물리치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 30분 이상 실시한 경우에 산정한다'라고 설명하고 있다. 보바스 치료는 중추신경계질환을 가진 환자의 재활치료를 꼭 필요하며 작업치료사들도 별도의 교육과정을 통하여 물리치료사와 동일한 교육을 받고 있다(이미자, 1998). 그

러나 보바스 치료에 관한 120시간의 교육을 받고 동일한 치료를 실시하고도 물리치료사나 재활의학 전문의가 아니라는 이유로 그 수가를 적용 받지 못하고 있다. 그러나 교육을 이수한 작업치료사라면 당연히 수가를 적용할 수 있도록 하여야 하며 코드번호 MM105항목 주석의 문구에는 '재활의학 전문의와 물리치료사와 함께 작업치료사가 시행한 경우에도 산정한다'라고 작업치료를 포함시켜 수정함이 바람직 할 것이다. 이러한 작업이 필요한 또 하나의 이유는 형평성의 결여라는 문제말고도 취업을 하고 있는 작업치료사의 경우 교육에 참가하고 싶어도 각 기관의 원가분석의 결과 코드로 활용할 수 없다는 이유를 들어 교육에 참가할 수 있는 기회를 박탈당하는 경우도 있으며 이는 결국 환자에게 시행할 수 있는 작업치료를 질을 저하시키고 있으며 작업치료사의 사기를 떨어뜨리는 계기가 되고 있다.

4) 작업치료특수항목 삭감의 문제

건강보험공단의 재정난이 심화됨에 따라 지난해 2월부터 심평원은 건강보험수가신청 총액 중 제7장 물리치료료가 차지하는 비중이 크다는 이유를 다른 항목에 비하여 상대적으로 차지하는 비율이 적은 작업치료를 삭감의 대상으로 하고 있다.

그러나 지난해 건강보험심사평가원에서 조사한 전체 건강보험 요양급여비용 중에서 물리치료료가 차지하는 비중은 3%이었고, 그 중 제1절 기본물리

표 3. 2002년 물리치료료 구성비

(단위 : %)

구분	계	입원	외래
건강보험 요양급여비용	100.0	100.0	100.0
물리치료료	3.0	0.8	4.2
소계	(100.0)	(100.0)	(100.0)
1) 기본물리치료료	(46.9)	(31.2)	(48.4)
2) 단순재활치료료	(41.7)	(52.0)	(40.8)
3) 전문재활치료료	(4.1)	(11.3)	(3.4)
4) 기타물리치료료	(7.0)	(5.3)	(7.1)
5) 미분류	(0.3)	(0.2)	(0.4)

자료제공 : 건강보험심사평가원. 2003.

자료활용시 유의 : 표본의 자료이므로 전체 요양급여현상과는 다소 상이할 수 있음

표 4. 전국의 작업치료실 개설의료기관 현황

구분	기관수	비율(%)
대학병원	41	45.6
종합병원	44	48.9
의원	5	5.5
합계	90	100.0

자료제공 : 대한작업치료사협회. 2002.

표 5. 전국물리치료실 개설의료기관 현황

구분	기관수	비율(%)
대학병원	73	1.1
종합병원	1148	17.1
의원	5503	81.8
합계	6724	100.0

자료제공 : 대한물리치료사협회. 2003.

치료료(46.9%)와, 제2절 단순 재활치료료(41.7%)를 합한 비용이 전체 물리치료료의 88.6%이었으나, 작업치료료가 속해있는 제3절의 전문재활치료료는 4.1%에 불과하였다(표 3).

2002년 대한작업치료사 협회의 조사에 따르면 전국의 의료기관 중 작업치료실을 개설하고 있는 곳은 모두 90개에 불과하였으며, 이의 분포를 보면 대학병원 41개(45.6%), 종합병원 44개(48.9%),

의원 5개(5.5%)로 94.5%가 종합병원급 이상에 개설되어 있었다(이미자, 2002)(표 4).

그러나 전국의 의료기관 중 물리치료실을 개설하고 있는 곳은 6,724개였으며, 그 중 대학병원 73개(1.1%), 종합병원 1,148개(17.1%)로 종합병원급이 18.2%를 차지하였고, 의원 5,503개(81.8%)로 작업치료에 비하여 의원급에서 차지하는 비율이 상대적으로 높았다(표 5).

이러한 결과를 통하여 볼 때 물리치료료가 차지하는 비중이 높다는 이유를 들어 대부분 종합병원급 이상에 개설되어 제3절 전문재활치료료에 적용받으며 전문적인 재활을 담당하고 있으며, 전국에서 작업치료실 개설의료기관이 물리치료의 1.3%에 불과한 작업치료를 더 이상의 삭감의 대상으로 삼는 것은 앞으로 발생하는 장애인들에게 그나마 소수의 작업치료를 받을 기회마저 박탈당할 수 있어 복지사회를 만들어 가는 21세기 국가의 시책에 역행하는 처사가 될 것이다.

또한 대한작업치료사협회의 보험부에서 지난해 작업치료 의료보험수가신청에 대한 월별 삭감현황을 일부 병원을 상대로 조사해 본 결과 작업치료 특수 신청에 대해 복잡으로 삭감된 경우는 외래와 입원을 합하여 90%이상이었으며 심한 경우는 100%에 이르는 경우도 있었다. 작업치료 특수를

복잡으로 삭감한 심평원의 이유는 특수한 경우 치료사 1인당 1인의 환자를 상대로 1대 1로 30분 이상 치료를 해야 하는데 치료사 대비 환자 수를 계산해 본 결과 과다청구로 특수신청에 대해 인정해 줄 수 없다는 것이다.

그러나 정직하게 수가신청을 할 경우 앞에서 언급한 것처럼 적자가 날 수밖에 없는 현재의 의료보험수가 구조 현실에서 각 의료기관에게 책임만을 강요하는 것은 모순이 아닐 수 없으며, 정직하게 치료를 해주고 신청을 한 의료기관의 경우에도 무조건 삭감을 행하는 것에 대하여는 신중한 고려를 해야 하며, 또한 각 의료기관은 정직하게 의료보험수가신청을 하고 나서 이것에 대한 구조를 올바른 방향으로 조정하려고 노력해야 할 것이다.

5) 작업치료 대상 진료과의 문제

현재 작업치료는 단순과 복잡의 경우 신경외과와 정형외과, 그 이외의 것은 재활의학과의사의 처방을 받아야 시행할 수 있어, 신경외과와 정형외과, 재활의학과의 세 분야에서만 시행할 수 있다. 그러나 작업치료를 받아야 하는 환자 대상자의 범주는 신경과, 일반외과, 성형외과, 외과, 정신(소아정신과, 신경정신과)과 산부인과 등 다양하며 재활의학과 의사가 없는 병원의 경우 결국 작업치료에 대한 인식의 부족으로 인하여 치료를 받지 못하는 실정이다. 그리하여 작업치료에 대한 진료과를 확대시키는 것이 필요하리라고 생각된다.

6) 작업치료사들의 의료보험수가에 대한 인식의 부족

작업치료가 의료보험수가에 고시된 지 24년이라는 긴 세월이 흘렀다. 그러나 지난 기간 동안에는 작업치료사의 인력공급이 현저히 저하되었었기 때문에 취업의 어려움이라든가 자신이 행하고 있는 행위에 대하여 경제학적으로 평가해 보고자 하는

노력이 필요하지 않았던 것이다. 그러나 현대사회는 모든 분야가 경제학적인 평가과정을 거쳐서 이득이 산출되는 경우에만 투자와 재투자가 이루어지고 있으며, 그렇지 않은 분야는 도태되는 것이 현실이다.

이제껏 작업치료는 다른 의학 분야와 다르게 의료기관의 수익공여보다는 환자에게 제공하는 서비스적인 측면이 강조되어, 환자의 아픔과 고통을 가장 가까이에서 달래주는 심리적 지지역할과 함께 재활을 위하여 양질의 치료서비스를 전달하면서도 평가절하 된 낮은 의료보험수가로 인하여 만성적자운영을 할 수밖에 없었다. 그리고 우리들 치료사 자신들도 작업치료를 통한 수익 창출에는 관심을 갖지 않아도 되었기 때문에, 구조적인 문제에 대항하기 위한 행동, 즉 의료보험수가와 같은 문제에는 사실 소극적으로 대처해왔다.

그러나 현재 사회봉사기관을 제외한 각 의료기관단체들은 날로 고급화 대형화되어 가는 경쟁 병원 속에서 살아남기 위해 그리고 또한 건강보험제정의 악화로 인한 삭감에 대한 경영난에 대처하기 위하여 고심하고 있다.

만성적자로 낙인찍힌 재활의학의 한 분야인 작업치료도 이제 더 이상 관망할 때가 아니며 또한 무자비한 삭감을 당하고 있는 이때에 자신의 치료행위를 경제학적으로 평가하여 스스로의 입지를 보호하지 않는다면 앞으로 우리나라에서 작업치료사가 설자리는 좁아질 수밖에 없다. 작업치료사들의 건강보험 수가에 대한 적극적인 관심과 참여만이 작업치료행위에 대한 건강보험수가의 적절성을 보장받을 수 있음을 숙지해야 한다.

III. 결론 및 제언

우리나라의 작업치료에 대한 의료보험수가는 1980년에 단순과 복잡 항목으로 처음 고시된 이래로 2001년 연하장에 재활치료항목이 신설되기 전까지 20년 동안 특수와 일상생활동작 2개의 코드

가 신설되었으며, 이 또한 정부가 고시한 각 항목에 대한 행위별 수가의 수준이 원가에 미치지 않았기 때문에 후천적 장애인의 비율이 현저히 증가되어 작업치료 수혜대상자들이 기아급수적으로 늘고 있는 현재의 상황에서 각 의료기관들은 작업치료실의 운영을 기피하고 있는 실정이다. 현재 전국에 물리치료실을 운영하고 있는 의료기관 중 종합병원급 이상은 1221개로 작업치료 85개와 비교해 볼 때 현저히 많다. 그러나 종합병원급 이상에서 물리치료를 받는 환자라면 대부분 작업치료도 필요하다고 볼 때 나머지 1136개의 종합병원 의료기관의 환자들은 작업치료실이 없어 작업치료수혜를 받지 못하고 방치되는 상태이다.

게다가 구조적인 모순에 따른 원칙을 내세워 작업치료에 특수를 복잡으로 삭감하는 것은 그나마 몇 안 되는 의료기관에서 중증장애인의 손이 되어 재활에 일익을 담당하는 작업치료계를 위기로 몰아넣는 것이 되어 환자들에게 작업치료서비스를 받을 기회를 박탈하는 결과를 초래할 것이다.

이상의 결과를 토대로 하여 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 의료보험 개별항목의 부족에 대하여

- 1) 장애 이후 컴퓨터 조작능력을 훈련해야만 하는 환자들을 위하여 재활컴퓨터훈련작업치료 항목을 신설해야 할 것이다.
- 2) 소아작업치료의 경우 치료사의 기술과 난이도, 시간을 충분히 고려한 적절한 상대가치 점수를 부여한 소아작업평가와 소아작업치료 항목이 새로이 신설되어야 한다.
- 3) 현행시행하고 있는 작업치료적 인지기능검사, 지각검사에 대한 급여항목이 신설되어야 한다.
- 4) 또한 작업치료실에서 시행하고 있는 BTE와 기타 사용할 수 있는 특수 기구들을 의료보험수가항목으로 인정하여 치료의 다양성을 추구하여야 한다.
- 5) 그리고 일상생활동작검사, 수지기능검사. 관

절가동기능검사의 경우 월 1회에 한정하는 것을 입원환자의 경우 횟수를 늘려 적용시켜야 하며, 관절가동범위검사는 작업치료, 물리치료 모두 인정해 주어야 할 것이다. 그리하여 현행 작업치료 의료보험 수가항목의 다양화와 전문화를 추구하여야 할 것이다.

둘째, 낮은 의료보험 수가의 문제에 대하여

현행 평가절하 된 작업치료항목의 개별 수가를 적정수준으로 끌어올려 작업치료를 필요로 하는 환자들에게 양질의 의료서비스를 제공할 수 있는 발판을 마련해야 한다.

셋째, 의료보험 수가 기준의 형평성의 결여

현재 제3절 전문재활치료료 코드번호 MM105의 중추신경계발달 재활치료 항목에는 해당 교육을 이수한 작업치료사라면 당연히 수가를 적용할 수 있도록 하기 위하여 코드번호 MM105항목 주석의 문구에는 ‘재활의학전문의와 물리치료사와 함께 작업치료사가 시행한 경우에도 산정한다’라고 작업치료사를 포함시켜 수정함이 바람직 할 것이다.

넷째, 작업치료특수항목 삭감의 문제

현재 심평원은 전체급여 중 물리치료료가 차지하는 비중이 높다는 이유를 들어 작업치료특수를 복잡으로 심한 삭감을 단행하고 있는 실정이나 물리치료료의 대부분을 차지하고 있는 물리치료실 개설의료기관에 비하여 1.3%에 불과한 작업치료를 삭감의 대상으로 하는 것은 그나마 몇 안 되는 작업치료개설의료기관의 운영의 기피를 초래해 한국에서 작업치료 분야를 존폐의 위기로 몰아넣는 위험한 일이므로 이에 대한 신중한 검토가 이루어져야 할 것이다.

다섯째, 작업치료대상 진료과의 문제

교통사고를 비롯한 각종 사고로 인하여 후천성 장애인의 비중이 점점 늘어나 작업치료 대상환자

또한 증가하고 있음에도 불구하고 현행 재활의학과, 신경외과, 정형외과 등의 3개과에 한하는 것은 치료를 필요로 하는 많은 대상환자들에게 치료서비스 혜택을 제한하는 결과를 가져오는 것이므로 대상 진료과를 신경과, 일반외과, 성형외과, 외과, 정신(소아정신과, 신경정신과)과 산부인과 등으로 대폭 확대하여 작업치료 대상 환자들에게 양질의 서비스를 제공하도록 하여야 한다.

여섯째, 작업치료사들의 의료보험수가에 대한 인식의 부족

작업치료사들이 의료보험수가에 대한 인식의 전환을 통하여 앞으로 잘못된 의료보험 수가 구조를 바로잡을 수 있어야 할 것이며, 이는 또한 작업치료의 질적인 발전을 가져올 수 있는 발판을 마련하게 될 것이다.

참 고 문 헌

- 김한중, 손명세, 박은철 등. 의료보험 수가구조 개편을 위한 상대가치 개발-최종보고서. 연세대학교 보건정책 및 관리 연구소& 한국보건 의료관리 연구원. 1997.
- 김현숙. 일부수술에 대한 수술간호활동량 측정 및 의료보험수가와의 비교. 연세대학교 대학원 석사학위 논문. 2000.
- 박하영. 성모병원 서비스 원가분석모형에 관한 연구. 1996.
- 보건복지부. 건강보험요양급여비용. 대한병원협회. 2001.
- 보건복지부. 건강보험요양급여비용. 대한병원협회. 2002.
- 보건복지부. 건강보험요양급여비용. 대한병원협회. 2003.
- 보건복지부. 의료보험 요양급여기준 및 진료수가 기준. 대한병원협회. 1995.
- 보건복지부. 의료보험 요양급여기준 및 진료수가 기준. 대한병원협회. 1997.
- 보건복지부. 의료보험 요양급여기준 진료수가 및 약제비산정기준. 대한병원협회. 1999.
- 보건사회부. 의료보험 요양급여기준 및 진료수가 기준. 대한병원협회. 1994.
- 보건사회부. 의료보험 요양급여기준 및 진료수가 기준. 대한병원협회. 1989.
- 보건사회부. 의료보험 진료수가기준액표. 대한병원협회. 1982.
- 보건사회부. 의료보험 진료수가기준액표. 대한병원협회. 1983.
- 보건사회부. 진료수가기준. 대한병원협회. 1980.
- 양명생. 한국의료보험 진료수가 제정 및 인상 조정 과정에 관한 연구, 경산대학교 대학원 박사학위 논문. 1993.
- 유승훈, 김한중, 조우현 등. 의료보험 수가구조개편을 위한 3차 연구. 연세대학교 보건정책 및 관리연구소. 1999.
- 이미자. 한국작업치료사 인력양성 실태 및 문제점. 대한작업치료학회지. 2002;10:181-186.
- 이미자. 한국작업치료의 현황과 대안. 대한작업치료학회지. 1998;6:93-105.
- 조소영, 박정호. 적정간호수가 산정모형 개발을 위한 연구. 대한간호협회연구보고서. 1991.
- American Occupational Therapy Association. Principles of occupational therapy ethics : adopted Apr 1997; revised April 1980. Am J Occup Ther. 1980;34(13):900-905.
- Fetter RB, Thompson JD. Inventors of DRGs look at PPS now. Interview by Marybeth Burke. Hospitals. 1992;66(13):136-138.
- Hsiao WC, Yntema DB, Braun P, et al. Measurement and analysis of intraservice work. JAMA. 1988;260(16):2361-70.