

국내 작업치료 수가체계의 문제점 및 개정 방안

송영진*, 차유진**

*서울아산병원 재활의학과 작업치료실

**세명대학교 작업치료학과

국문초록

서론 : 본 연구는 국내 작업치료사의 인력현황, 작업치료사의 직무와 법적 영역간 차이, 작업치료 의료보험 수가 체계 현황, 국내외 작업치료 보험수가 현황 비교를 통해 국내 작업치료 수가 체계의 문제점을 분석하고 작업치료 보험수가의 개정방향과 그 근거 자료를 제시하고자 하였다.

본론 : 국내 작업치료사 인력 현황 조사를 통해 양적인 배출과 함께 질적인 관리 및 제도적 지원 체계가 필요하며 작업치료사의 직무와 법적 영역간 비교를 통해 작업치료 직무수행을 제한하는 보험체계 및 관련법 개정이 필요함을 알 수 있었다. '작업치료'라는 학문명을 보험수가 행위명으로 사용함으로써 나타나는 문제, 업무범위 제한의 문제, 재활서비스 치료 전문 영역간 불균형, 상대가치수가 불균형 문제 등을 확인하였고 한국, 미국 그리고 일본의 작업치료 보험수가 현황 비교를 통해 국내만이 유일하게 작업치료 사에게 재활치료 행위 자격을 엄격하게 제한하고 있음을 알 수 있었다.

결론 : 작업치료 보험수가는 작업치료사의 직무를 반영하지 못하고 있으므로 국제적인 행위 분류 기준에 따른 수가체계 개정이 필요하다. 일부과로 한정되어 있는 작업치료 처방권은 작업 수행영역에 문제가 있는 다양한 질환 대상자로의 진료과 확대가 필요하다. 또한 물리치료 중심의 재활보험 수가 체계를 형평성 있게 개정하고 작업치료 보험수가의 상대 가치 점수의 현실화가 필요하다. 향후 국내 작업치료 보험수가 체계의 법률적·제도적 개정을 통해 국민의 건강 및 삶의 질 향상에 작업치료사의 기여를 기대하는 바이다.

주제어 : 보험수가 재분류, 상대가치점수, 작업치료, 전문재활치료료, 행위별 수가제

I. 서론

인간의 욕망은 무한한 반면 이를 충족시킬 수 있는 자원은 유한하며, 특히 보건의료 분야는 다른 분야보다 고도로 훈련된 전문 인력과 고가의 시설과 장비를 필요로 하기 때문에 최소한의 의료자원을 어떻게 효율적이고 공정하게 배분할 것인가 하는 문제가 보건의료정책의 주요과

제가 된다(Oh, 2005). 우리나라 의료보험수가 체계는 지불단위 체계 면에서 행위별 수가제, 가격결정 방법 면에서 정부의 가격 정책에 의한 최고 공정 가격제, 산정 체계 면에는 기준 수가제를 특징으로 하고 있다(Lee, 2003). 현행 의료보험수가 체계는 개별 의료행위마다 상대가치점수를 부여하고 그 점수에 환산지수(점수 당 단가)를 곱하여 산정하는 상대가치점수제이다(Kim, Shim, Park, Han, & Kim, 2010).

ORCID: Song, Young-Jin, <http://orcid.org/0000-0002-7254-9225>

Corresponding author: Cha, Yu-Jin (occujin@naver.com) Dept. of Occupational Therapy, Semyung University)

Received 30 October 2014; Revised version received 17 November 2014; Accepted 6 March 2015

우리나라는 1977년 의료보험제도가 처음 실시되면서 보건복지부가 정한 진료수가 기준이 현재까지 유지되면서 의료계의 불만이 끊이지 않고 있다. 그 이유는 계량화할 수 없는 의료행위 중 기술위주의 서비스에 대한 수가 합리적으로 책정되지 못했다는 점 그리고, 현행 진료행위별 수가 산정이 진료행위의 원가에 근거하지 않고 의료기관의 경영수지 분석결과에 근거한 포괄적 개념 하에서 수가 조정률이 결정되므로 수가산정 과정에 대한 합리성이 부족하기 때문이다. 또한 정부의 물가정책에서 그 우선순위가 밀려 제대로 반영되지 못한다는 점 역시 의료계의 불만이 끊이지 않는 이유이다(Kwon, Kim, Kim, & Lee, 2007). 재활서비스 수가 체계에서 역시 이러한 문제로 인해 보험수가 항목과 산정 기준에 대한 적정성과 현실성에 대한 요구가 지속되어 왔으며 선진 재활서비스와 지불제도 등을 고려한 합리적인 수가체계의 개정이 필요하다(Lee, An, & Ho, 2012).

작업치료사는 의료 및 사회재활 서비스를 제공하는 보건의료 전문가이며 병원 환경뿐만 아니라 다양한 복지시설에서 작업치료 서비스가 이루어지고 있는데 이는 노인 인구 증가에 따른 만성 질환에 대한 치료와 신체기능 저하를 최대한 예방하고 향상시킬 필요성이 증대되고, 공해와 환경오염으로 인한 선천성 장애, 산업재해, 교통사고와 스포츠 활동 등으로 인한 후천적 장애의 증가 때문이다(Career Development Center, 2012; National Health Personnel Licensing Examination Board, 2000). 사회적 요구에 따라 작업치료사의 역할은 종합병원 중심의 의료모델을 기반으로 하는 영역 이외에 학교작업치료, 방문작업치료, 운전재활, 직업재활, 보건소, 복지관, 어린이집, 사설센터, 요양시설 등 의료재활과 사회재활을 아우르는 다양한 영역으로 확대되고 있다(Lee, Jang, Jeong, Ku, & Woo, 2014).

그러나 현재 작업치료 의료보험수가 체계를 보면 매우 열악한 상황으로 작업치료, 일상생활동작 훈련치료, 연하장애 재활치료의 3가지 항목이 작업치료 행위의 전부이다. 1995년 특수작업치료와 일상생활동작 훈련치료 항목이 이학요법료 제 3절 전문 재활치료로 분류되면서 작업치료의 처방이 재활의학과 의사에 한정됨으로써 작업치료 업무 범위는 더욱 좁아진 결과를 가져오게 되었다. 상대적으로 물리치료는 의료보험수가 체계가 33개

의 개별 항목으로 다양하게 구성·발전된 반면 작업치료는 2001년에 연하재활치료 1개 항목만이 추가되었을 뿐 개별 항목의 변화가 거의 없었다. 2001년 1월부터 도입된 상대가치 점수를 산정하는 과정에서 작업치료사는 패널로 참여하지 못해 실제 행위나 치료방법들에 대한 정보가 부족한 상태에서 작업치료 항목의 분류나 상대가치가 적절하게 부과되었다고 볼 수 없다(Kim & Lee, 2003). 급속한 저출산율과 고령화에 따른 보건의료 흐름에 맞추어 전문화된 작업치료 서비스 적용으로 국민의 건강 및 삶의 질이 향상될 수 있도록 작업치료사의 역할 재정립이 필요하다. 또한 법률적·제도적 뒷받침 없는 제도는 사회적 뿐만 아니라 관련 학문에서 인정받기 어렵기 때문에 반드시 법적 근거가 마련되어야 한다.

본 연구는 국내 작업치료사의 인력현황, 작업치료사의 직무와 법적 영역 간 차이, 작업치료 의료보험수가 체계 현황, 국내외 작업치료 보험수가 현황 비교를 통해 문제점을 분석하여 작업치료 보험수가의 개정 방향과 그 근거 자료를 제시하고자 하였다.

II. 본 론

1. 국내 작업치료사 인력 현황

우리나라에 작업치료가 소개된 것은 한국전쟁 중이던 1952년 부산 동래에 6·25전투에 참전하여 부상한 군인들을 치료하기 위해 설립되었던 '정양원'이 1953년 국립재활원으로 명칭을 바꾸면서부터이다. 한국인 최초로 미국에 건너가 작업치료사 면허를 취득했던 Esther Park이 한미재단 직원으로 60년대 초 귀국해 국립재활원에서 오정희와 함께 작업치료사 양성교육의 서막을 열었다(Lee, Lee, Lee, & Yoo, 2004). 1969년 작업치료사 국가시험을 통해 우리나라 최초의 작업치료사가 탄생한 후 2014년 현재까지 작업치료학과가 개설된 교육기관은 4년제 31개교, 3년제 31개교로 총 62개교이며 10,071명의 작업치료사가 배출되었다. 협회 가입된 작업치료사의 현황을 살펴보면 병원 등 의료기관 58.9%, 보육시설 5.4%, 복지관 및 보건소 9.3%, 학교 1.9%를 차지하고 있다(KAOT, 2014b).

이러한 작업치료사 인력 배출은 2010년 5,300여명에서 2020년 약 18,000명으로 10년간 2.5배 증가될 것으로 예측되며 이는 우리나라 인구 1만 명 당 의사 17.8명, 간호사 24.3명, 물리치료사 5.4명의 수급 인력과 비교했을 때 작업치료사는 인구 1만명당 0.8명으로 사회 요구도에 맞는 적절한 인력 배출이 필요한 실정이다. 의료선진국의 경우 작업치료사는 인구 1만명당 덴마크 11.4명, 스웨덴 10.4명, 독일 4.3명, 미국 2.8명, 일본 2.3명으로 향후 우리나라도 의료 재활뿐 아니라 사회적 모델에서의 작업치료사의 역할을 고려하여 볼 때 양적인 배출과 함께 질적인 관리, 제도적인 지원 체계가 필요하다(Jeong & Cha, 2009).

2. 작업치료사의 직무와 법적 영역간 차이

1) 의료기사법 시행령에서의 작업치료사의 직무

현재 의료기사법 시행령 제 2조에서는 작업치료사의 업무 영역을 ‘신체부분의 기능장애를 원활하게 회복시키기 위하여 그 장애 있는 신체부분을 습관적으로 계속 동작시켜 지정된 물체를 공작하거나 완성된 기구를 사용할 수 있도록 훈련치료 하는 업무에 종사함’이라고 정의하고 있다. 이는 1973년에 만들어진 법으로 이후 약 50여년간 수정된 바 없으며 국제 표준화된 작업치료 직무와 다르게 설명하고 있다. 또한 의료기사법 시행령에 명시된 작업치료에 대한 법적 업무 영역은 치료 대상, 방법, 목적을 구체적으로 명시하고 있지 않다. 특히 ‘그 장애 있는 신체부분을 습관적으로 계속 동작시켜’ 라고 설명되어 있는 작업치료의 시행 방법은 피상적이며 구체성과 명확성이 없다. 즉 ‘장애가 있는 신체부분’이라는 모호한 대상과 ‘습관적으로 동작시키는’ 구체적이지 않은 방법을 작업치료의 시행 방법으로 설명하고 있다. 따라서 작업치료사의 직무를 설명하는 의료기사법 시행령의 불완전성은 작업치료 직무에 대해 잘못된 기준으로 행위를 제한하게 되므로 개정이 매우 시급하다.

2) 작업치료 직무와 의료보험수가 관련 법·제도

작업치료는 모든 연령에서 수행영역에 문제를 가진 사람들에게 의미있는 치료적 활동을 통해 최대한 독립적으로 일상생활을 수행하고 능동적으로 사회생활에 참여함으로써 행복한 삶을 영위할 수 있도록 치료·교육하는

보건의료의 한 전문분야이다(KAOT, 2014a). 작업치료사는 업무 수행을 위해 필요한 이론과 기술을 습득하고 이를 실무에 적용할 수 있는 능력이 있어야 하는데, 이러한 능력을 검증하기 위하여 우리나라의 경우 한국보건의료인국가시험원(국시원)을 통하여 매년 작업치료사 국가시험을 치르고 일정 점수 이상자에게 면허를 발급하는 제도를 운영하고 있다(Lee et al., 2014).

한국보건의료인 국가시험원의 작업치료사 직무 기술서(National Health Personnel Licensing Examination Board, 2000)에 의하면 작업치료는 일상생활동작 훈련, 인지·지각능력 증진 훈련, 운동기능 증진 훈련, 감각기능 증진 훈련, 손기능 증진 훈련, 구강운동 기능 촉진훈련, 정신·사회 기술능력 훈련, 직업적응능력 향상 훈련, 보조기 및 보조기구 제작 등의 다양한 치료서비스를 포함하고 있다(National Health Personnel Licensing Examination Board, 2000). Lee 등(2014)의 직무 연구는 작업치료의 영역은 기존 영역 및 업무 범위의 유지와 더불어 학교 작업치료, 방문 작업치료, 운전재활 영역, 직업재활 영역에서의 역할 확대가 특화되고 세분화된 특징을 보였다고 하였다. 그러나 현 작업치료 보험수가는 일상생활동작 훈련치료, 단순·복합·특수 작업치료, 연하장애재활치료 3가지로만 산정하고 있어 작업치료 직무를 수행하는데 있어 매우 한정적이며 제한적이다(Table 1).

3. 작업치료 보험수가 체계 현황 및 문제점

작업치료 관련 현행법규를 살펴보면 장애인 복지법, 장애인 시설법, 장애인에 대한 특수 교육법 시행령, 영유아 보육법, 정신보건법 시행규칙, 지역보건법, 노인 복지법 시행규칙 등 의료재활 분야뿐만 아니라 아동작업치료, 정신사회 작업치료, 노인 작업치료 등의 분야에서 작업치료사가 그 직무를 실현할 수 있는 다양한 법과 제도가 세분화되어 있다. 그럼에도 불구하고 현재 우리나라 작업치료 보험수가는 이를 뒷받침해주지 못하고 있는 실정이다(Table 2). 재활의 궁극적인 목표가 사회복귀와 역활의 회복, 장애 발생의 예방이라는 관점에서 보았을 때 작업치료 서비스가 세분화되고 다양화될 수 있도록 보험 체계 관련법들의 적극적인 반영이 필요하다.

1) '행위명'의 문제

2014년 기준 작업치료 개별 항목은 단순·복합·특수 작업치료(1983년), 일상생활동작 훈련치료(1994년), 연하장애 재활치료(2001년) 3가지로 산정되어 있다(Kim & Lee, 2003). 이는 동일한 계열에 종사하고 있는 물리치료는 '물리치료'라는 학문을 1절, 2절, 3절로

구분하고 있으며 각 절마다 다양하게 사용하는 장비별/행위별로 구분하여 명확한 행위 정의와 시행에 대한 기준을 제시하고 있는 것과 비교해 작업치료는 행위분류가 없고 사용하는 장비 및 행위의 명확한 구분 없이 3가지 항목으로만 분류되어 있어 대조적이다. 이는 작업치료의 행위명에 대한 오류 때문이다.

현재 '작업치료'라는 수가는 학문명인 '작업치료'의 이름

Table 1. Job Descriptions of Occupational Therapist and Medical Insurance

Task (Intervention)	Medical insurance codes
Promote skeletal muscle function and exercise-related neurological function	Occupational therapy (Simple · Complex · Special)
Improve upper extremity function	
Improve mobility function	
Improve developmental function	
Improve sensory function	
Improve mental function	
Improve communication skill	
Improve social skills	Activities of daily living training
Improve activity of daily living skill	
Improve instrumental activity of daily living skill	Rehabilitative dysphagia therapy
Dysphagia care	None
Provide splint & orthosis	None
School-based occupational therapy	
Home-based occupational therapy	
Driving rehabilitation	
Job rehabilitation	

Table 2. Law of Occupational Therapy

Areas	Related law
Common	•Medical Technicians, etc. •Enforcement Decree of the National Health Insurance Act •Act on Welfare of Persons with Disabilities •Social Welfare Services Act
Pediatric occupational therapy	•Enforcement Decree Of Act On Special Education For Disabled Persons, etc. •Disabled Persons, etc. •Infant Care Act •Mother and Child Health Act
Occupational therapy and mental health	•Enforcement Decree of the Mental Health Act
Community occupational therapy	•Regional Public Health Act
Geriatric occupational therapy	•Welfare of the Aged Act •Enforcement Decree of Act on Long-term Care Insurance for the Aged

자체를 수가명으로 정하고 있다. 즉 ‘작업치료’라는 수가 하나가 작업치료사가 하는 모든 행위를 포괄적으로 포함하고 있는 것이다. 따라서 작업치료사가 다른 장비나 방법을 적용하여 치료하더라도 행위 분류는 불가능하다는 모순을 가지게 된다. 그 결과로 2008년 아동에게 실시되는 ‘감각통합 치료’와 2009년 인지기능이 저하된 환자에게 실시하는 ‘인지치료’를 건강보험 심사평가원에 신의료기술로 신청하였을 때 회신된 결과는 이 행위가 작업치료에 포함되는 행위이므로 이에 준하여 시행하라는 답변이 있었다(Center for New Health Technology Assessment, 2009). 따라서 학문명으로 정해진 행위명은 국제적인, 학문적인 행위 분류 기준에 따라 재분류되고 각 행위에 대한 정의를 내리는 체계 재정비 작업이 필수적이다.

2) 업무범위 제한의 문제

재활의학의 대표 교과서는 작업치료를 ‘삶의 활동들, 즉 작업(치료의 수단)을 치료적 목적으로 사용하는 것으로써, 손상이나 질병, 질환, 장애(impairment), 장애(disability), 활동의 제한(activity limitation), 참여의 위축(participation restriction) 때문에 일상적인 자신의 역할 속에서 독립적으로 기능하는 능력에 어려움이 있거나 또는 그렇게 될 위험이 있는 개인 또는 단체들에게 치료 서비스를 제공하며(치료의 대상), 다양한 상황 속에서의 수행능력(performance)을 구성하는 육체적, 인지적, 심리사회적, 감각 등을 다룸으로써(치료의 영역), 가정과 학교, 직장, 지역사회 등의 환경과 역할에 참여하게 하여 건강과 안녕(wellness)을 촉진하는 것(치료의 목표)이다’라고 정의하고 있다(Han, 2008). 즉 작

Table 3. Comparison of Occupational Therapy Target Client

Classification	Target client of health insurance review and assessment service	Target client of job analysis	Target client of WFOT
Physical disease	•Cognitive dysfunction •Muscle weakness of upper extremities •Decreased fine-motor coordinations of upper extremities •Sensory impairment of upper extremities •Joint contracture of upper extremities	•Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury, Parkinson’s disease, Cerebral palsy etc. •Fracture, Osteoarthritis, Limb amputation, Sprains etc. •Myocardial infarction, COPD, Congestive heart failure etc.	•Stroke, Traumatic brain injury, Cerebral palsy, Spinal cord injury, Parkinson’s disease etc. •Osteoarthritis, Limb amputation, hand injury, burns etc. •Myocardial infarction, COPD, asthma etc.
Psychosocial disease	None	•Developmental delay, Sensory integration disorder, etc.	•Schizophrenia, Mood disorders, Dementia, Developmental delay, Learning disabilities, Reactive attachment disorder etc.
Etc.	None	None	•Limited ADL performance due to tumor surgery, radiotherapy, anticancer treatment •Limited ADL performance due to infectious diseases, degenerative disease, immobilization syndrome

ADL: Activity of Daily Living, COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease, WFOT: World Federation of Occupational Therapists

업치료의 대상을 ‘환자’라는 대상에 한정하지 않으며 직무의 영역을 치료라는 영역에 한정시키지 않고 ‘환경과 역할에의 참여’에 둬서 작업치료의 목적을 잘 나타내고 있다. 그럼에도 불구하고 현 의료보험 수가체계는 작업치료를 3절 전문재활치료에 포함시킴으로서 재활의학과로 한정시키고 있다. 부분적으로 정형외과와 신경외과 의사들이 작업치료(단순, 복합)를 처방할 수 있지만 특수작업치료와 일상생활동작 훈련치료, 연하장애 재활치료는 재활의학과 의사들만이 처방할 수 있게 규정함으로써 작업치료의 영역이 뇌졸중, 뇌손상, 척추손상 환자 등 중추신경계 환자들에게만 제한되는 경향이 있다. 이러한 결과로 2013년 작업치료사의 직무분석 연구에서는 전체 응답자중 뇌졸중 비율이 81.1%로 매우 높았으며 그 외에도 외상성 뇌손상, 척추손상, 파킨슨, 치매 등 신경학적 분류가 전체 인원 중 98.6%를 차지하였다(Lee et al., 2014). 이는 세계 작업치료사 협회 기준 적용 대상 환자와 실제 한국에서 치료하는 대상 환자에는 많은 차이가 있음을 보여준다(Table 3). 따라서 작업치료사의 업무범위를 다양한 질환, 더 나아가서 수행영역에 문제가 있는 대상으로 확대시킴으로써 질병과 장애의 단계에서 중재를 받는 것이 아니라 예방과 활동참여를 위한 중재를 통해 건강한 삶을 살 수 있도록 해야 한다.

3) 재활서비스 치료 전문 영역간 불균형

동일한 계열에 종사하고 있는 물리치료와 작업치료 보험수가를 비교하였을 때 ‘물리치료’라는 학문을 1절, 2절, 3절로 구분하고 있으며 각 절마다 다양하게 사용하는 장비별/행위별로 구분하여 31개의 개별 항목을 명확한 행위 정의와 시행에 대한 기준을 제시하고 있는 반면 작업치료는 행위분류가 없고 사용하는 장비 및 행위별 명확한 구분 없이 3가지 항목으로만 분류되어 있다(Table 4). 행위의 수뿐만 아니라 행위에 대한 자격기준 또한 물리치료사 중심적인 특징이 있다. 즉 작업치료사가 치료 목적을 위해 시행할 수 있는 다양한 행위들에 대해 자격기준을 물리치료사에게만 허용하고 있기 때문에 물리치료의 영역이 확대되는 특징을 보이고 있다.

세계 여러 나라의 전문재활치료 영역에서 중추신경계 재활치료나, 기능적 재활치료, 기능적 전기자극치료 등의 행위에 대해 작업치료사에게 시행 자격을 제한하는 나라는 어느 한 곳도 없다. 또한 우리나라에서는 기본, 단순재활치료를 물리치료사에게만 한정시키는 것과는 대조적으로 세계 여러 나라에서는 작업치료사가 기능의 회복을 위해 작업수행 전에 시행하는 열치료나 전기치료 등을 통해 신체를 이완시키는 치료에 대해서도 타당한 치료로 인정하고 행위에 대해 법적으로 허용하고 있는 실정이다.

Table 4. Comparison of Korean Rehabilitation Medical Insurance PT vs. OT

Classification	Medical insurance of PT	Medical insurance of OT
Basic physical therapy	Superficial heat therapy, Cold therapy, Deep heat therapy, UV ray irradiation, Transcutaneous electrical nerve stimulation, Massage therapy, Simple therapeutic exercise	None
Simple rehabilitation therapy	Paraffin bath, Hydrotherapy, Therapeutic exercise, Motor point block, Pneumatic compression, Complex decongestive physical therapy, Electrical stimulation therapy, Laser therapy, Fluidotherapy, Intermittent traction therapy, Iontophoresis	None
Special rehabilitation therapy	Pool therapy, Rehabilitative development therapy for disorder of central nervous system, Neurogenic bladder training, Functional electrical stimulation therapy, Myofascial trigger point injection therapy, Rehabilitative breathing therapy, Rehabilitative functional training	Occupational therapy, Activities of daily living training, Rehabilitative dysphagia therapy

OT: Occupational Therapy, PT: Physical Therapy, UV: Ultraviolet

미국의 외래환자에게 적용하는 Current Procedural Terminology (CPT) 코드를 보면 약 49개 코드를 물리치료와 공유하여 시행하고 있으며 일본의 경우에도 작업치료사의 행위에 대해 자격을 제한하고 있지 않다.

그러나 현재 우리나라의 재활치료에 대한 국민건강보험 행위별 수가제는 물리치료 집약적인 재활서비스 구조이며 물리치료가 재활의료의 전부인 것처럼 되어 있다 (Lee et al., 2012; Park, Moon, Kim, & Park, 1989). 따라서 작업치료를 통한 기능회복과 사회 복귀에 필요한 재활서비스의 수가 산정 기준의 개정이 요구되는 바이다.

4) 상대가치 수가 불균형 문제

행위별 수گران 서비스 행위 하나하나에 대하여 항목별

로 가격을 책정하는 지불제도이고 여기에 적용되는 상대가치점수는 의사업무량, 진료비용(인건비, 장비비, 재료비), 위험도를 책정하여 결정하고 있다. 그러나 작업치료 서비스와 이에 대한 의료보험 지불 간에는 상당한 차이가 존재한다. 즉 낮은 작업치료 의료보험수가는 물리치료와 비교할 때 병원 경영자의 입장에서 수익이 없이 투자비용에 대해 적자를 내고 있어 형평성 결여라는 문제점을 야기하고 있다. 현재 전문재활치료 수가 중 일대일로 10~30분을 치료해야 하는 ‘복합작업치료’ 수가를 기준으로 하여 상대가치점수를 비교해 보면 항목별로 점수의 기준이 매우 불균형적인 것을 볼 수 있다(Table 5). 인건비가 포함되어 있는 진료비용을 보면 일대일 인력기준이 있는 항목과 일대일 인력 기준이 없는 항목의 비용

Table 5. Ranking in Professional Rehabilitation Service RVS in Comparison of OT (Complex) RVS

Ranking	Action	Attendance type	Implementer	Time (min)	Costs (record)	RVS (points)	Ratio RVS (times)
Criteria	Occupational therapy (Complex)	One-on-one	OT	10~30	84.26	81.50	1.0
1	Rehabilitative development therapy for disorder of CNS	One-on-one	PT	30 ≤	153.89	238.00	2.9
2	Rehabilitative dysphagia therapy	One-on-one	OT	30 ≤	107.61	219.26	2.7
3	Functional electrical stimulation therapy	—	PT	20 ≤	116.96	185.58	2.3
4	Mattress/Mobilization training	—	PT	30 ≤	139.63	176.02	2.2
5	Gait training	—	PT	30 ≤	133.22	176.02	2.2
6	OT (Special)	One-on-one	OT	30 ≤	124.48	150.11	1.8
7	ADL training	One-on-one	OT	20 ≤	106.59	131.55	1.6

ADL: Activities of Daily Living, CNS: Central Nervous System, RVS: Relative Value Scale, OT: Occupational Therapy, PT: Physical Therapy

이 정비례하지 않는 것을 볼 수 있다. 특히 단일 장비를 사용하는 기능적 전기자극치료의 경우, 치료실이 구비되어야 하고 다양한 장비가 있어야 하며 일대일로 환자에게 10~30분까지 시행해야 하는 복합작업치료나 일대일로 20분 이상을 시행해야 하는 일상생활동작 훈련치료 항목에 비해 진료비용이 매우 높게 책정이 되어 있는 것을 볼 수 있다. 또한 일대일의 인력기준이 없는 매트나 보행 치료 항목은 복합작업치료에 비해 2배가 넘는 상대 가치 점수가 책정되어 있다.

이러한 수가 불균형 문제는 Lee 등(2012) 연구에서 재활서비스 수가체계 개선 우선순위 10개 항목에 단순 작업치료, 복합작업치료, 일상생활 훈련치료, 특수작업치료 등 작업치료 관련 수가 대부분이 포함되어 있는 것

을 보면 전반적인 작업치료 수가의 상대 가치 점수에 대한 제공시간이나 인력기준의 개정이 매우 필요한 상태임을 알 수 있다.

4. 한국, 미국 그리고 일본의 작업치료 보험수가 현황

미국의사협회(American Medical Association)의 작업치료 관련 보험수가 CPT 항목에서 단독서비스는 평가 코드 2개와 치료 코드 4개이고 다른 직종인 물리치료사와 언어치료사가 함께 공통으로 제공하는 미국의 작업치료 서비스는 약 53개 코드가 있다(Lee et al., 2012). 일본의 국민건강보험법은 행위별 수가제를 적용하고 있

Table 6. Comparison of OT Medical Codes in Korean, USA and Japan

Nation	<i>n</i>	Medical codes for OT
Korean NHI	3	Occupational therapy, Activities of daily living training, Rehabilitative dysphagia therapy
USA CPT Code	53	Application of finger splint, Modalities ultrasound, Application of surface neurostimulator, Biofeedback training by any modality, Biofeedback training, Perineal muscles, Anorectal or urethral sphincter, including EMG and/or manometry, Computerized dynamic posturography, Muscle testing, Range of motion measurements and report, Application of a modality (hot or cold packs, traction, mechanical, vasopneumatic devices, paraffin bath, whirlpool, diathermy, infrared, electrical stimulation, iontophoresis, contrast baths, ultrasound, Hubbard tank), Therapeutic procedure (therapeutic exercises to develop strength and endurance, Range of motion and flexibility, Neuromuscular reeducation of movement, balance, coordination, kinesthetic sense, posture, and/or proprioception for sitting and/or standing activities, Aquatic therapy with therapeutic exercises, Massage, including effleurage, petrissage and/or tapotement), Manual therapy techniques, herapeutic procedure(s), group (2 or more individuals), Therapeutic activities, Development of cognitive skills, Sensory integrative techniques, Self-care/home management training, Community/work reintegration training, Wheelchair management, Debridement, Negative pressure wound therapy, Physical performance test or measurement, Assistive technology assessment, Orthotic(s) management and training, Prosthetic training, upper and/or lower extremity(s), Checkout for orthotic/ prosthetic use, Low frequency, non-contact, non-thermal ultrasound electrical stimulation, Electromagnetic therapy
Japan NHI	53	Severe vascular disease rehabilitation fee (I, II), Cerebrovascular diseases such as rehabilitation fee (I, II, III), Musculoskeletal rehabilitation fee (I, II, III), Cost of pulmonary rehabilitation (I, II), Feeding function therapy, Visual rehabilitative (strabismus, amblyopia), Intractable disease patient rehabilitation costs, Rehabilitation cost of cancer patients, Rehabilitation costs of children with disabilities, Psychiatric occupational therapy (group communication therapy)

CPT: Current Procedural Terminology, EMG: Electromyography, NHI: National Health Insurance, OT: Occupational Therapy

지 않기 때문에 상대적으로 비교하기는 어렵지만 재활치료 관련 평가와 치료를 질환별로 분류하고 작업치료 서비스를 제공하고 있다. 2012년 후생노동성에서 발표된 재활치료의 보험수가는 23개로 환자의 장애 정도와 재활목표에 따라 치료 단위 수에 가중치를 두어 각 파트에서 시행하도록 하고 있다(Ministry of Health, Labour and Welfare, 2014). 즉 일본에서도 재활치료 행위에 대해 물리치료사가 실시하는 치료와 작업치료사가 실시하는 치료를 분류하고 자격 제한을 두고 있지 않다. 일본의 국민건강보험법에서 작업치료 관련 평가 항목은 1개이고, 치료 항목은 22개 인데 반해, 국내 작업치료 보험수가 항목은 치료만 3개이다. 평가 항목의 경우 국내에서는 의료기사 등에 관한 법률 시행령 제2조 작업치료사업무범위는 ‘신체부분의 기능장애를 원활하게 회복시키기 위하여 장애가 있는 신체부분을 습관적으로 계속 움직이게 하여 지정된 물체를 만들거나 완성된 기구를 사용할 수 있도록 훈련·치료하는 업무’로 법률상 작업치료사에 의한 기능평가는 허용하고 있지 않다. 미국과 일본을 포함한 여러 나라에서 작업치료사와 물리치료사는 기능장애 있는 환자의 회복을 위한 치료 접근시 공통으

로 재활치료 수가 코드를 사용하나 우리나라는 중복을 허용하고 있지 않는 실정이다.

외래 환자에게 적용하는 메디케어 보험수가 CPT코드 중 재활치료 항목은 크게 치료평가, 재활치료 기구사용, 재활치료요법, 피사 및 조직관리, 평가와 측정, 보조기의 관리, 기타요법 등으로 분류되어 있다(Lee et al., 2012). 전체 53개 재활치료 수가 코드 중 물리치료사와 작업치료사가 공통으로 사용하는 수가는 49개 코드로 92.3%에 이른다. 그러나 우리나라의 보험 수가체계를 보면 전체 44개 수가 중 75.0%에 이르는 수가 코드에 대한 행위의 시행 자격을 물리치료사에게 주고 있으며 작업치료사는 3개 분류 5개 코드로 11.3%에 그친다(Table 7). 이는 앞에서도 기술한 바와 같이 작업치료에 대한 법 규제의 불완전성, 상대가치 수가 분류시 작업치료에 대한 인식부족, 관련 학회의 활동 부족 등에 의한 것임을 알 수 있다.

Table 7. Comparison of Implementer in Physical Medicine and Rehabilitation Service Between USA and Korea

Codes	CPT Codes (USA)			NHI (Korea)		
	PT only	OT only	Timeshare	PT only	OT only	Medical doctor
Therapy evaluation	2	2	—	—	—	—
Rehabilitation modality	—	—	14	23	—	—
Therapeutic procedures	—	—	16	10	5	—
Removal of devitalized tissue	—	—	6	—	—	—
Tests and measures	—	—	6	—	—	—
Orthotics & prosthetic management	—	—	3	—	—	—
Other	—	—	8	—	—	6
Total (%)	2 (3.8)	2 (3.8)	49 (92.4)	33 (75)	5 (11.3)	6 (13.7)

CPT: Current Procedural Terminology, NHI: National Health Insurance, OT: Occupational Therapy, PT: Physical Therapy

III. 고 찰

본 연구는 작업치료사의 직무와 법적 영역간 차이, 현행 작업치료 의료보험수가 현황, 국내외 작업치료 보험수가 비교를 통해 문제점을 분석하여 보험수가 개발의 기초 토대를 구축하여 보험수가 재개정 과정에 있어서 작업치료 보험수가의 개정방향과 그 근거 자료를 제시하고자 하였다.

작업치료사 인력의 증가로 인해 다양한 영역에서 다양한 환자군에게 다양한 작업치료 중재 임무가 행해지고 있음에도 일상생활동작 훈련치료, 단순·복합·특수 작업치료, 연하장애재활치료 3가지로만 산정하고 있다 (Kim & Lee, 2003). 작업치료 관련 현행법규는 작업치료는 의료재활 분야뿐만 아니라 아동작업치료, 정신사회 작업치료, 노인작업치료 등의 분야로 세분화 되어 있음에도 현 우리나라 작업치료 보험수가는 이를 뒷받침해주지 못하는 실정이다.

동일한 계열에 종사하고 있는 물리치료는 '물리치료'라는 학문을 1절, 2절, 3절로 구분하고 있으며 각 절마다 다양하게 사용하는 장비별/행위별로 구분하여 명확한 행위 정의와 시행에 대한 기준을 제시하고 있으나 작업치료는 행위분류가 없고 사용하는 장비 및 행위별 명확한 구분 없이 3가지 항목으로만 분류되어 있다. 물리치료 의료보험수가가 지난 30년 동안 31개의 개별 항목으로 존재하였고 1, 2, 3절에 모두 고르게 분포되어 있으며 각 행위들이 학문명이 아닌 실제 행위명으로 분류되어 있는 점과 비교해 볼 때 작업치료 보험수가 재분류가 절실히 요구된다.

작업치료 서비스와 물리치료 서비스에 대한 의료보험 지불 간 상당한 차이가 존재한다. 낮은 의료보험수가는 물리치료와 비교할 때 병원 경영자의 입장에서 수익이 없이 투자비용에 대해 적자를 내고 있어 작업치료 의료 보험수가는 형평성 결여라는 문제점이 있음을 알 수 있었다. 또한 작업치료의 처방은 재활의학과, 신경외과, 정형외과 전문의가 할 수 있으나, 특수 작업치료, 일상생활 동작 훈련치료 그리고 연하장애 재활치료는 재활의학과만이 처방할 수 있다. 작업치료는 그 대상이 중추신경계 마비 환자뿐만 아니라 기능상실로 자신의 역할 수행이 어려워진 환자에게 필요한 치료이므로 다양한 진료과로 확대하여 치료 서비스를 제공하는 것이 바람직하다.

미국의 재활치료 관련 보험수가는 총 53개의 CPT 코

드항목으로 구성되어 있고 이중 92.4%를 작업치료사와 물리치료사가 공동으로 시행할 수 있는 자격이 주어진다 (Lee et al., 2012). 이는 환자를 치료함에 있어 재활치료는 행위의 중복에 대해 약이나 수술, 검사 행위와 같이 중복처방의 개념으로 분류하지 않는 것이다. 즉 재활치료의 최종목적이 사회복귀에 있기 때문에 치료 목적에 따라 재활치료의 행위가 이루어진다는 관점에서 다른 행위 처방의 수가체계와는 다르다. 우리나라의 경우는 재활치료의 행위마다 자격을 엄격하게 제한하고 행위가 중복되지 않도록 제한하고 있기 때문에 작업치료의 전문성이 충분히 발휘되지 못하고 있는 실정이다.

앞서 살펴본 작업치료 보험수가 문제점을 토대로 크게 4가지 기본 개정방향을 제안하고자 한다.

첫째, 학문명으로 정해진 '작업치료' 행위명은 국제적인 행위 분류 기준에 따라 재분류하고 행위에 대한 정의를 다시 내려 체계를 재정비하는 작업이 필수적이다.

둘째, 작업치료의 업무범위를 재활의학과에 제한하지 않고 다양한 질환 더 나아가서 수행영역에 문제가 있는 대상으로 확대시킴으로써 질병과 장애의 단계에서 중재를 받는 것이 아니라 예방과 활동참여를 위한 중재를 통해 건강한 삶을 살 수 있도록 해야 한다.

셋째, 현재 물리치료 중심의 재활 보험수가체계를 개정하고 재활치료의 자격기준을 작업치료사의 직무에 맞게 완화함으로써 각 분야에 형평성 있는 지불체계가 확립되어야 한다.

넷째, 작업치료 보험수가의 상대가치점수에 대한 제공 시간과 인력기준, 진료비용의 개정이 필요하다.

이를 통해 지속적으로 노인 및 장애인의 독립적 일상 생활활동과 지역사회의 참여 증대 및 국민의 삶의 질 향상에 작업치료사가 기여할 것으로 기대되는 바이다. 앞서 연구된 여러 연구 결과에서 비현실적인 작업치료 수가의 문제점은 반복해서 지적되어 왔다. 작업치료 보험수가 체계 개정은 작업치료 직역의 영역 확대라는 관점이 아닌 우리나라의 선진 재활서비스 체계 확립이라는 관점에서 매우 중요하다. 왜냐하면 작업치료사의 직무는 모든 연령에서 수행영역에 문제를 가진 사람들에게 의미 있는 치료적 활동을 통해 최대한 독립적으로 일상생활을 수행하고 능동적으로 사회생활에 참여함으로써 행복한 삶을 영위할 수 있도록 치료·교육하는 보건의료의 한 전문분야 이

기 때문이다(KAOT, 2014a). 사회복귀는 모든 재활서비스의 최종 목표로 미국 등의 나라에서 사용하고 있는 사회복귀훈련 수가 산정 기준과 비용 등을 고려하여 작업치료 수가 항목으로 포함시킬 때에 장애인의 사회복귀 또한 실현 가능하다(Lee et al., 2012).

IV. 결 론

본 연구는 건강보험요양급여 작업치료 보험수가는 ‘작업치료’라는 학문명을 행위명으로 사용함으로써 작업치료사의 직무를 반영하지 못해 발행하는 여러 문제점들에 대해 살펴본 후 국제적인 행위 분류 기준에 따른 수가체계 재분류 개정의 필요성에 대해 살펴보았다. 재활의학과에 한정되어 있는 작업치료사의 업무범위를 작업치료의 목적에 맞게 다양한 질환 더 나아가서 작업 수행영역에 문제가 있는 대상으로 확대해야 한다. 또한 물리치료 중심의 재활분야 보험수가 체계의 형평성 있는 개정과 작업치료 보험수가의 상대가치점수 현실화를 위한 합리적인 진료비용 개정의 필요성을 확인하였다. 향후 국내 작업치료 보험수가 체계의 법률적·제도적 개정을 통해 국민의 건강 및 삶의 질 향상에 작업치료사의 기여를 기대하는 바이다.

References

- Career Development Center. (2012). *Career information. Occupational therapist*. Retrieved from <http://www.career.go.kr/cnet/front/base/job/jobView.do?SEQ=401#tab3>
- Center for New Health Technology Assessment. (2009). *Reply of New Health Technology*. Seoul, Korea: Committee for New Health Technology.
- Han, T. R. (2008). *Rehabilitation medicine* (5th ed.). Seoul, Korea: Koonja.
- Jeong, M. Y., & Cha, Y. J. (2009). An analysis on the status and supply-demand of occupational therapists in Korea. *Journal of Korean Society of Occupational Therapy*, 17(4), 113-127.
- Kim, H. S., Shim, J. M., Park, S. S., Han, J. T., & Kim, E. Y. (2010). The research of Korea physical therapy charge. *Journal of the Korean Society of Physical Medicine*, 5, 173-182.
- Kim, S. I., & Lee, M. Y. (2003). The problems of health insurance fee schedule for occupational therapy service in Korea. *Journal of Korean Society of Occupational Therapy*, 11(1), 73-91.
- Korean Association of Occupational Therapists. (2014a). *Definition of occupational therapy*. Retrieved from <https://www.kaot.org/start.asp>
- Korean Association of Occupational Therapists. (2014b). *Status of members*. Seoul, Korea: Author.
- Kwon, C. I., Kim, J. H., Kim, J. H., & Lee, S. H. (2007). Social-economic effects of integrating insurance review systems: National health insurance, automobil insurance and work accident insurance. *Health and Social Science*, 20, 105-125.
- Lee, H. S. (2003). A study of knowledge of medical insurance costs by clinical nurses. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*, 10, 300-306.
- Lee, H. S., Jang, K. Y., Jeong, M. Y., Ku, I. S., & Woo, H. S. (2014). Job analysis of occupational therapists for 2013. *Journal of Korean Society of Occupational Therapy*, 22(2), 89-112. doi:10.14519/jksot.2014.22.2.07
- Lee, J. S., Lee, T. Y., Lee, J. Y., & Yoo, E. Y. (2004). *Occupational therapy*. Seoul, Korea: Topmediopia.
- Lee, M. J., An, S. N., & Ho, S. H. (2011, November). *The recent needs of rehabilitation experts for structural improvement of the rehabilitation service cost system under the Korean National Health Insurance*. Paper

- presented at the Korean Society of Health Policy and Administration Conference, Seoul, Korea. Abstract retrieved from <http://www.dbpia.co.kr/Article/2421164>
- Ministry of Health, Labour and Welfare. (2014). *Ministry of Health, Labour and Welfare: Health insurance*. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/>
- National Health Personnel Licensing Examination Board. (2000). *Job analysis of occupational therapists*. Seoul, Korea: Author.
- Oh, Y. H. (2005). Issues on the optimal level of public health sector in Korea. *Health and Social Welfare Review*, 25(1), 37–71.
- Park, Y. S., Moon, K. T., Kim, B. S., & Park, Y. S. (1989). *Supply and reward system of medical rehabilitation services*. Korea, Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.

Abstract

Occupational Therapy Medical Insurance Review of Issues and Improvement of the System in Korea

Song, Young-Jin*, M.P.H., O.T., Cha, Yu-Jin**, Ph.D., O.T.

*Dept. of Occupational Therapy, Asan Medical Center

**Dept. of Occupational Therapy, Semyung University

Introduction : This study aimed to examine the current situation of the personnel and manpower of domestic occupational therapists, the differences between occupational therapists' duties and relevant areas defined in the law, the current status of the payment system of medical insurance companies for occupational therapy, and the differences between the current situations of the national health insurance for occupational therapy in Korea and other countries in order to analyze the problems of domestic medical insurance for occupational therapy, suggest directions for revising the occupational therapy insurance payments, and provide foundational materials for such a revision.

Results : It is necessary to cultivate manpower quantitatively, provide qualitative management, and develop an institutional support system through a survey on the current situation of the personnel and manpower of domestic occupational therapists. In addition, through a comparison on the occupational therapists' duties and relevant areas defined in the law, this study found that it is necessary to revise the law related with the insurance system limiting the duties or performances of occupational therapists. Moreover, the researchers have learned that problems exist, resulting from the use of an academic definition of 'occupational therapy' as the name of the behavior used for insurance payments, limitations on the range of duties, an imbalance among specialized treatment areas for rehabilitation services, or an imbalance in payments of relative value. In addition, according to a comparison of the current situations of insurance payments for occupational therapy in Korea, the US, and Japan, Korea is the only country that strictly restricts the qualifications for acts of rehabilitation.

Conclusion : Because insurance payments for occupational therapy do not reflect the duties of occupational therapists properly, it is necessary to improve the payment system based on the international standards to classify such acts. It is expected that further legislative · institutional improvements in the domestic occupational therapy insurance payment system will support occupational therapists in improving national health and the quality of life.

Key words : Fee for service, Medical insurance reclassification, Occupational therapy, Relative value scale, Special rehabilitation therapy