

의료사회복지사의 직무 실태와 활동 수가 현황

임정원¹ · 김민영²

¹강남대학교 사회복지학부 · ²연세대학교 세브란스병원 사회사업팀

[국문요약]

본 연구는 의료사회복지사의 개별 활동 및 활동 수가에 대한 현황을 파악하고 문제점을 확인한 후, 향후 의료사회복지사가 환자 개입에 따른 적정 수가를 받을 수 있도록 하기 위한 방안 모색을 목적으로 하고 있다. 본 연구를 위해 대한의료사회복지사협회 소속 병원을 대상으로 의료사회복지사 활동에 관한 설문조사를 수행했다. 또한, 현재 의료사회복지 활동 수가를 통한 건강보험 재정 소요를 확인하기 위해 의료사회복지 고유 수가의 청구량과 금액에 대한 정보를 확보한 후, 각 병원 및 1인당 의료사회복지사가 어느 정도의 수가를 청구하는지 분석하였다. 본 연구를 통해 현재 의료사회복지사는 정신건강의학과와 재활의학과를 포함한 거의 모든 임상과에 개입하고 있음을 알 수 있었다. 또한, 한 명의 의료사회복지사가 한 달에 보험을 청구하는 건수는 약 12건인 반면, 한명의 의료사회복지사가 한 달에 개입하는 신환 수는 33명, 상담건수는 101건인 것으로 나타났다. 따라서 전체 상담 건수의 약 12% 정도에 한해서만 보험을 청구하고 있음을 알 수 있다. 본 연구 결과를 바탕으로 현재 의료사회복지 활동 수가의 문제점을 제시하고, 향후 활동 수가를 개선하기 위한 전략들을 제안하였다.

주제어: 의료사회복지, 활동수가, 표준직무, 취약계층

I. 서론

1. 연구의 필요성

현재 병원에서는 환자들의 심리적, 사회적, 경제적 문제 등을 해결하기 위해 의료사회복지사가 근무를 하고 있다. 1973년 병원에서 최초로 의료사회복지사가 일을 시작할 수 있는 근거가 마련된 이래 1977년 의료사회복지사의 업무에 대한 수가가 인정되면서 점차 많은 수의 의료사회복지사가 병원에서 전문직으로서 그 역할을 수행하고 있다. 의료사회복지사는 다양한 질환을 가진 환자 및 가족들을 위해 개별상담뿐만 아니라 집단 프로그램을 제공하고 있다. 의료사회복지계 전반에서는 병원 내에서 의료사회복지사의 역할을 정립시키기 위해 1980년 초부터 지속적으로 의료사회복지사의 역할 및 직무에 대한 논의를 하는 등 전문성을 인정받기 위해 많은 노력을 기울여왔다(장수미, 황영옥, 2007). 그 결과, 현재 의료사회복지사는 표준 직무에 기반해서 전문화된 활동을 수행하고 있다(강홍구, 이상진, 박미정, 2003; 강홍구, 윤현숙, 2005). 또한, 병원신입평가 등을 통해 의료사회복지 서비스의 질과 직무수행 정도를 평가하는 제도를 마련하는 등(한인영 외, 2013) 현재 병원 내에서 사회복지 서비스 조직은 전문적 지원부서로 인정받고 있는 것으로 알려져 있다(최권호, 2015; 이효순 외, 2016; 김연수 외, 2017). 최근 건강은 신체적 측면뿐만 아니라 인간의 심리사회적 안녕까지도 포괄적으로 다루어야 된다는 인식이 확산되면서 병원 내에서 의료사회복지사의 역할은 더욱 강조되고 있다(남석인, 김준표, 박혜지, 김수현, 2015; Lam et al., 2017; Miller et al., 2007).

의료사회복지사가 공식적인 활동을 시작한지 40여년이 지난 지금 의료사회복지사의 역할은 보다 분명하고 전문화됐으며, 이들의 필요성을 병원뿐만 아니라 의료진들도 인식하고 있는 것으로 나타났다. 가령, 의료진들은 의료사회복지사의 역할을 심리사회적 상담자, 자원개발 및 연결자로 인식하고 있었으며, 환자와 더불어 가족에 대한 의료사회복지사의 역할을 중요하게 생각하고 있었다(장수미, 황영옥, 2007). 또한 경제발전과 산업화, 의학기술의 발달, 질병양상의 변화, 국민권리의식의 강화 등 의료서비스와 관련된 환경은 빠르게 변화되고 있다(김정선, 김희진, 1997). 급변하는 의료 환경 속에서 병원을 이용하는 환자들은 높은 수준의 의료 및 복지 서비스를 요구하고 있는 것으로 나타났다(Mizrahi & Berger, 2001). 가령, 환자들은 질병에 대한 치료뿐만 아니라 심리사회적 돌봄 및 경제적 지원 등에 대한 욕구도 가지고 있는 것으로 알려져 있다(김연수 외, 2017, Gregorian, 2005; Lam et al., 2017). 병원에서 이와 같은 서비스를 제공하는 주요 전문직 중의 하나가 의료사회복지사이다.

하지만, 의료 환경의 변화에도 불구하고 의료사회복지사가 일할 수 있는 법적 근거인 의료법 시행규칙은 전혀 변화되지 않았다. 1973년에 처음 종합병원에 1인 이상의 사회복지사를 둔다고 했던 의료법 시행규칙 제38조 2항은 40여년이 지난 지금도 동일하다. 또한, 의료사회복지사가 병원에서 활동할 수 있는 근거중의 하나인 의료보험수가의 경우, 1977년에 정신의학적 사회사업 부문, 1994년 재활의료사회사업에서 의료사회복지사의 치료활동에 대한 보험수가를 청구할 수 있는 근거가 마련된 이후, 더 이상의 변화는 없다(임정원, 2016).

이와 같이 제도적으로 의료사회복지사의 업무를 지원할 수 있는 근거가 변화되지 않는다는 것은 실제 의료사회복지사가 병원에서 활동하는데 많은 제약을 줄 수 있다. 예를 들면, 종합병원 내의 병상 수와 상관없이 최소 1인 이상의 사회복지사만 있으면 된다는 의료법 시행규칙은 병상의 규모와 관계없이 단지 1-2명 정도의 의료사회복지사만을 채용해도 전혀 문제가 되지 않는 적법한 근거가 될 수 있다. 최근 의료사회복지사의 업무 부담과 관련된 연구들은 의료사회복지사가 많은 수의 환자를 대상으로 심리사회적 상담 및 경제적 지원 등의 활동을 하기 때문에 상당한 업무 부담을 느낀다고 보고하고 있다(장수미, 황영옥, 2007; 남석인 외, 2015; 남석인&이희정, 2017). 특히, 남석인 외(2015)는 의료사회복지사들은 자신이 인지한 조직의 지원 중에서 과도한 업무량으로 인해 상당한 직무스트레스를 받고 있으며, 이로 인해 직무 만족이 감소된다고 보고하였다. 이에 근거할 때, 최소 1명 이상의 사회복지 고용에 대한 시행규칙은 적절하지 않은 것으로 보인다. 또한 최근에는 의료진 중에서 의료사회복지사 역할의 중요성을 인지하고, 팀 접근을 추진하는 의료진들이 많이 있는 것으로 나타났다(전현진, 2006; Maramaldi, et al., 2014). 따라서 임상과 소속 의료진은 필요할 경우, 환자를 의료사회복지사에게 의뢰하고 있지만, 실제 보험 청구가 가능한 경우는 정신건강의학과와 재활의학과 밖에는 없기 때문에 타과 환자를 대상으로 한 개별 면담은 무상 서비스를 제공하는 것과 같다. 저자들이 병원에서 실제 일했던 경험을 기반으로 하면, 의료사회복지사는 1명의 환자를 면담하는데 최소 30분 이상의 시간이 소요된다. 따라서 의료사회복지사가 전문성에 근거해서 수행하고 있는 활동에 대한 보험 수가 인정 등을 통해 적절한 보상이 제공될 필요가 있을 것으로 보인다.

의료사회복지사협회에서는 수가인정을 전문성의 중요한 요소로 보고 있다(대한의료사회복지사협회, 1995, 1999). 실제 병원에서 진료지원부서로 활동하는 영양사의 경우, 그들의 업무에 따른 개별 상담 및 교육과 관련된 활동을 수가로 인정받고 있다. 반면 의료사회복지사는 다양한 질병 교육을 하고 있지만, 현재 교육이나 프로그램에 대한 수가는 인정되고 있지 않다. 가령, 암환자 교육 및 상담료와 관련된 현재의 규정은 암환자 교육팀으로써 의사, 간호사, 영양사, 약사 등의 전문직만을 필수인력으로 포함하고

있다(건강보험심사평가원, 2017). 의료사회복지사는 병원에서 **암환자 교육 중 스트레스 관리, 암환자를 위한 사회복지 정보 등 다양한 교육 프로그램(대한의료사회복지사협회, 2017)**을 제공하고 있지만 수가 인정은 되고 있지 않은 것이 현실이다.

병원에서 의료사회복지사의 활동에 대한 수가가 인정되고, 확장된다는 것은 환자 및 의료기관에도 중요한 의미를 부여할 수 있다. 우선, 수가인정은 사회적으로 치료행위의 적절성에 대한 사회적 합의에 이르는 것으로 볼 수 있기 때문에, 해당 치료 행위가 확대될 가능성이 있다(강홍구, 2009). 치료 행위의 확대는 환자가 질병에 대한 치료를 넘어서 질병의 치료를 효과적, 효율적으로 할 수 있는 제도적 환경을 제공할 뿐만 아니라 의료사회복지사로부터 **환자의 ‘삶의 질’의 영역까지 포함한 심리적, 사회적 서비스를 제공받는다는 점에서 매우 큰 의미를 줄 수 있을 것으로 보인다(최권호, 남석인, 2014; Miller et al., 2007)**. 병원 차원에서는, **의료사회복지사의 역할을 통해 환자에게 치료동기를 극대화시키고, 심리사회적 접근을 통해 환자의 치료효과를 증진시키며, 퇴원계획 상담을 통해 입원기간을 단축시킬 수 있다(한인영 외, 2013)**. 이는 궁극적으로 병원이 환자에게 의료사회복지사의 개입을 통해 **질적인 서비스 제공이라는 공공의료의 목적에 도달할 수 있도록 하는 계기가 될 수 있을 것이다**.

기존 의료사회복지와 관련된 국내 연구를 살펴보면, 의료사회복지사의 역할 규명(강홍구, 이상진, 박미정, 2003; 강홍구, 윤현숙, 2005; 장수미, 황영옥, 2007; 최희경, 2013), 의료사회복지사의 직무스트레스와 소진(강홍구, 2011; 남석인 외, 2015), 의료사회복지사의 역량(김여진, 이지연, 조선희, 2011; 최명민, 현진희, 2006) 등에 대한 연구가 주로 다루어지고 있는 것으로 나타났다. 현재까지 의료사회복지사의 활동 수가를 집중적으로 다룬 연구는 대한의료사회복지사협회 주관 워샵 및 심포지움 자료(대한의료사회복지사협회 1995, 1999, 2016)이외에는 발견할 수 없었다. 의료사회복지사의 전문성을 인정하고, 그들의 역할에 대한 명확한 근거 및 적절한 보상이 이루어질 수 있도록 하기 위해서는 의료사회복지사의 활동 수가에 대한 심도 있는 논의와 연구가 필요할 것으로 보인다.

2. 연구 목적

본 연구는 의료사회복지사의 환자에 대한 개별 접근 및 활동 수가에 대한 현황을 파악한 후 문제점을 확인함으로써 향후 의료사회복지사가 환자 개입에 따른 적정 수가를 받을 수 있도록 하기 위한 방안을 마련하고자 하는 것을 목적으로 하고 있다. 이를 위해 첫째, 의료사회복지사의 문제분류별, 진료과별 상담 실적을 확인하였다. 둘째, 의료사회복지 활동 수가를 통한 건강보험 재정 소요를 확인하였다. 셋째, 각 병원 및 1인당 의료사회복지사의 수가 청구량과 금액을 분석하였다. 마지막으로, 위의 결과에 근거해서 현재

수가와 관련된 문제를 분석하고, 적정 수가를 책정하기 위한 방안을 제시하였다. 본 연구를 통해 향후 의료사회복지사의 활동에 대한 적정 수가가 책정되기를 기대한다.

II. 문헌연구

1. 의료사회복지사의 직무

미국에서는 1914년에 최초로 메사추세츠종합병원에서 사회복지부서를 설립하였고, 이 후 많은 병원에서 사회복지사를 고용하기 시작하였다(Gregorian, 2005). 우리나라의 경우 약 40년 후인 1958년에 최초로 한노병원에서 사회복지사를 고용하면서부터 의료사회복지가 본격적으로 도입하게 되었다(한인영 외, 2013; 강홍구 2014). 동시에 병원 소속 의료사회복지사들의 전문적 지식과 기술을 개발, 보급, 실천함으로써 국민의 보건향상 및 복리 증진에 기여하기 위해 대한의료사회복지사협회(www.kamsw.or.kr)가 발족되었다. 대한의료사회복지사협회에 따르면, 2017년 7월 기준, 전국 약 1,200명의 의료사회복지사와 308개 의료기관이 협회에 소속되어 활동하고 있는 것으로 나타났다.

초기에 의료사회복지사의 직무가 명확하게 제시되지 않았을 때는, 대부분의 병원 소속 사회복지사는 환자 및 가족들에게 질병으로 인해 발생하는 문제를 해결하기 위한 방법으로 개별 상담 등의 직접적인 서비스를 제공했다. 하지만, 의료 환경의 변화와 함께 의료사회복지사의 역할에도 상당한 변화가 나타나면서, 가족역동 평가, 퇴원계획, 위기상담, 임종 준비와 사별에 대한 상담, 환자 및 가족의 옹호 역할, 아동학대 등의 개입, 정신건강 평가, 약물남용문제 해결, 기록, 교육, 연구 역할 등 다양한 역할을 수행하고 있다(Gregorian, 2005). 현재, 대한의료사회복지사협회에 따르면, 의료사회복지관 “병원에서 사회복지사가 치료팀의 일원이 되어 환자 및 가족의 전인적 치료에 걸림돌이 되는 사회적, 경제적, 심리적 문제를 해결할 수 있도록 개입하여 대상자의 안정적인 치료환경을 조성하고 나아가 삶의 질을 높이기 위한 총체적인 활동”으로 정의한다(대한의료사회복지사협회, 2017; 한인영 외, 2013 재인용). 최근 의료서비스는 환자의 질병을 치료하는 것뿐만 아니라 질병을 예방하고, 재활을 통한 사회복귀까지 포함시킴으로써 점차 보건이라는 개념으로 확대되고 있다(최권호, 2015; Gehlert & Browne, 2012).

일반적으로 의료사회복지사는 질병의 치료과정 및 결과에 대한 교육, 병원의 기능과 의료전달체계에 대한 정보 및 적응서비스 제공, 의료팀 자문 및 협력, 환자의 욕구 및 심리사회적 사정, 평가, 상담 등 다양한 역할을 하고 있는 것으로 알려져 있다. 의료사회복

<표 1> 의료사회복지사의 직무

	직무차원	하위차원	직무내용
1	사회 사업 임상	심리·사회·정신 적 문제해결	환자와 가족의 심리사회적, 정서적 문제에 대한 사정, 개인력, 가족력, 사회적 조사, 문제해결을 위한 상담과 치료, 의료진과 협의 진단
2		경제적 문제해결	경제력 평가, 진료비 지원, 무의탁 환자, 행려 환자 처리
3		지역사회자원연결	지역사회자원에 대한 정보 취합, 지역사회기관에 대한 알선과 의뢰, 지역사회기관과 연계망 구축, 자원 동원과 기금 모급, 기타 지역공동체 건설에 필요한 활동, 자원봉사자의 발굴과 활용
4		사회복지 및 재활문제해결	퇴원계획 상담, 재활계획 상담, 회복 상태 및 사회 적응도 평가, 직업 훈련 및 취업 지도
5		탐접근	회진 참여, 타부서와의 사례 회의, 고위험 환자의 조기발견, 사례분석 평가
6	행정	사회사업 행정	문서 수발, 사업 계획 수립, 보고서 작성, 업무 보고, 기록과 사례의 등록 보관
7	교육 및 연구	교육 및 연구조사	실습생 지도, 신규직원 교육, 의료사회복지실천 연구 및 조사

* 한인영 외 (2013). 의료사회복지론 재인용

지사의 역할 및 직무에 관한 다양한 논의가 이루어지자 대한의료사회복지사협회는 국내 외 문헌연구와 의료사회복지사들의 자문을 거쳐 직무 분석을 하였다(강홍구, 이상진, 박미정, 2003; 강홍구, 윤현숙, 2005; 장수미, 황영옥, 2007). 그 결과 사회사업 임상, 행정, 교육 및 연구의 3가지 직무차원과 7가지 직무하위차원, 각 직무하위차원 내에 총 33가지를 포함하는 등 의료사회복지사 표준 직무를 선정하였다(한인영 외, 2013). 의료사회복지사의 7가지 직무하위차원은 <표 1>과 같다.

이와 같은 의료사회복지 표준 직무에 기반해서 의료사회복지사는 입원평가와 사례발굴, 위기개입, 심리사회적 사정과 개입, 집단사회복지, 퇴원계획, 사후관리, 아웃리치 등의 역할을 수행하고 있다. 또한, 병원 내 다양한 임상과의 협진을 통해 환자의 건강 및 복지를 증진시키고 있는 것으로 나타났다(김연수 외, 2017; Maramaldi, et al., 2014; Muskat, Craig, & Mathai, 2017). 최근에는 병원의 규모, 서비스 대상, 대상자의 문제 등에 따라 의료사회복지사의 직무가 다양하게 제시되고 있다(강홍구, 2011; Coquillette, Cox, Cheek, & Webster, 2015). 가령, 과거에 환자와 가족에 국한되었던 업무가 최근에는 집단 및 지역사회까지 포괄하면서 공공 의료적 측면에서 의료사회복지사의 역할을 강조하고 있다(이은진, 남석인, 2017). 또한, 수련사회복지사 교육제도의 시행으로 교육

및 훈련에 대한 업무의 요구도가 높아지고 있으며(홍영수, 2009; Gregorian, 2005), 타 전문직과의 팀 접근을 형성하는 것 또한 중요한 직무가 되고 있다(김연수 외, 2017; 이은진, 남석인, 2017; Maramaldi, 2014). 이와 같은 다양한 직무에도 불구하고, 의료사회복지사의 **핵심적인 직무는 환자 및 가족을 대상으로 심리사회적 문제해결을 위한 상담 및 교육으로 인식되는 경향이 있어 왔다**(장수미, 황영옥, 2007). 하지만 최근 의료사회복지의 직무 우선순위가 **임상 위주의 심리사회적 문제에서 경제적 문제해결이나 자원연계 등으로 변화되고 있다는 보고**(남석인, 2016)를 통해 이는 **임상가적 역할의 훼손**이라는 비판과 함께 의료사회복지와 지역사회 연계라는 새로운 과제를 제시한다는 새로운 논의가 이루어지고 있다(최권호, 2015).

2. 의료사회복지의 활동 수가

1) 의료사회복지의 법적 근거

의료사회복지사가 병원에서 활동을 하게 된 최초의 법적 근거는 1973년 의료법 시행규칙 제 38조에 의한다. 시행규칙 제38조에는 ‘사회복지사 자격을 가진 자 중에서 환자의 갱생·재활과 사회복지를 위한 상담 및 지도 업무를 담당하는 요원을 1명 이상 둔다’라고 제시되어 있다. 이에 병원에서는 의료사회복지사의 역할을 인정하면서, 의료사회복지를 하나의 부서로 두기 시작했고, 종합병원을 중심으로 의료사회복지사를 고용하면서 점차 확산되었다(대한의료사회복지사협회, 2013; 강홍구, 2014).

1977년에는 의료사회사업의 확산과 의료보험제도의 확대실시로 정신의학적 사회사업 부문에서 의료사회복지사가 치료활동에 대한 보험수가를 청구할 수 있는 근거가 마련되었다(윤현숙 외, 2011). 의료사회복지사는 **정신의학적 사회사업 부문에서 개인력 조사, 사회조사, 사회사업지도, 가정방문 등 총 4개의 항목에** 대한 수가를 산정할 수 있게 되었다. 이에 정신과에서는 의료사회복지사를 고용하는 계기가 되었다. 하지만 현재 의료사회복지가 정신보건영역과 구분되면서 현재 정신과에서는 정신보건법에 의한 정신보건전문요원 자격을 갖추고 있는 정신보건사회복지사를 고용하는 경향이 있다(최권호, 2015).

1990년에 이르러 새로운 제도들의 실시와 함께 본격적으로 의료사회복지의 확대와 전문화가 촉진되었다. 1994년에는 재활의료사회사업수가(개인력 조사, 사회사업상담, 가정방문 등 총 3개 항목)를 인정하게 되면서 그동안 정신의학적 사회사업에 국한되어 있던 의료사회사업에 대한 보험수가체계가 확대되는 계기가 되었다. 2001년부터는 일반 의료 영역의 **장기이식 공여순수성평가에** 대한 항목 등이 추가되어 비급여로 수가를 인정할 수 있게 되었다(한인영 외, 2013).

2) 현행 의료사회복지 수가 항목

(1) 의료사회복지사 고유 수가

현재 의료사회복지사의 고유 수가는 <아-11. 정신의학적 사회사업>과 <사-128. 재활 사회사업> 두 가지가 있다. 즉, 정신과와 재활의학과에서만 환자 개입에 대한 수가가 인정되고 있다. 정신의학적 사회사업의 경우, 개인력 조사, 사회사업지도, 사회조사, 가정방문 등의 4가지가 있으며, 재활사회사업은 개인력 조사, 사회사업상담, 가정방문 등의 3가지가 있다. 이 중, 개인력 조사는 치료 기간 중 1회만 산정할 수 있도록 제한하였고, 나머지는 치료기간 중 2회 이내로 제한하고 있다(건강보험심사평가원, 2016). 각 항목에 대한 점수 및 금액은 아래 <표 2>와 같다.

<표 2> 의료사회복지사 고유 상담수가 (건강보험심사평가원, 2016년 6월 1일 기준)

아-11. 정신의학적 사회사업 (Psychiatric Social Work)			
코드	분류	점수	금액
NN111	가. 개인력 조사 Individual History Taking	182.45	12,550
NN112	나. 사회사업지도 Social Work Guidance	115.28	7,930
NN113	다. 사회조사 Social Investigation	115.28	7,930
NN114	라. 가정방문 Home Visiting	378.40	26,030
사-128. 재활사회사업 (Rehabilitative Social Work) ³			
코드	분류	점수	금액
MM141	가. 개인력 조사 Individual History Taking	182.45	12,550
MM142	나. 사회사업상담 Social Work Counseling	115.28	7,930
MM143	다. 가정방문 Home Visiting	378.40	26,030

- 주: 1. 「가」는 치료기간 중 1회만 산정한다.
 2. 「나」, 「다」, 「라」는 각각 주 1회 산정하되, 치료기간 중 2회 이내만 산정한다.
 3. 재활의학적 치료목적으로 사회복지사가 직접 실시한 경우에 한하여 산정한다.

(2) 의료사회복지사 가능 수가

의료사회복지사의 고유 수가 이외에, 병원에서 사회복지사가 수가를 매기는 것이 가능한 경우를 ‘가능수가’라고 한다. 현재 가능수가에는 집단정신치료, 작업 및 오락요법, 정신의학적 재활요법, 정신과적 응급처치, 정신과적 개인력조사 등이 있다(건강보험심사평가원, 2016). 이것은 사회복지사가 의사, 정신간호사와 더불어 정신의학 관련 처치 및 한방 정신과 과거력과 관련된 행위에 수가를 산정할 수 있음을 의미한다. 또한, 최근

<표 3> 사회복지사 가능 수가 (건강보험심사평가원, 2016년 6월 1일 기준)

분류 번호	코드	분류	점수	금액
아-2	NN021	집단정신치료 Group Psychotherapy 주: 「가」, 「나」, 「다」 각각 주 2회 이내만 산정한다. 가. 일반집단정신치료 General	65.42	4,500
	NN023	다. 정신치료극 Psychodrama	97.45	6,700
아-4	NN040	작업 및 오락요법 [음악, 서화, 조각, 운동, 작업 등] Occupational or Recreation Therapy 주: 1. 실시 종목수에 관계없이 소정점수를 산정한다. 2. 외래의 경우 주 1회, 입원의 경우 주 5회 이내만 산정한다. 3. 각종 소모재료 비용은 별도 산정하지 아니한다.	54.15	3,730
아-9	NN090	정신의학적재활요법 Psychiatric Rehabilitation 주. 2~3개월 이상 장기입원 치료 후 퇴원 전 10회 정도 산정할 수 있는 요법이다.	184.34	12,680
아-10	NN100	정신과적응급처치 Psychiatric Emergency Treatment	344.85	39,970
허-102 (한방)	59102	정신과적 개인력조사 주: 1. 한방정신과 전문의 지도하에 한방정신과 전공의 또는 상근하는 전문가(정신간호사, 사회복지사 등)가 실시한 경우에도 산정할 수 있다. 2. 치료 기간 중 1회만 산정한다.	93.86	
(요양 병원)	AB002	필요인력확보(일당)		1,710
	15002			1,710

요양병원 인력 가산 수가 발생하면서 요양병원에 약사와 더불어 의무기록사, 방사선사, 임상병리사, 물리치료사, 사회복지사 중 1명이 고용될 경우, 입원료 1,710원이 가산되도록 하고 있다.

하지만, <표 3>에 나타난 것처럼, 가능 수가의 대부분은 정신건강의학과에 제한되어 있다. 현재 병원 소속 의료사회복지사는 정신건강의학과 이외의 타과 환자를 보는 경우가 많기 때문에 이와 같은 가능 수가를 활용해 수가를 청구하는 것은 사실상 힘들다고 할 수 있다.

3. 의료사회복지 활동 수가 개정을 위한 노력

1996년에는 국무총리실 산하 의료개혁위원회에서 개혁과제로 의료사회사업 통합수가 선정되어 보건복지부에서 대한병원협회를 통해 대한의료사회복지사협회로 검토 의뢰

되었다. 이에 1997년 통합수가안을 병원협회를 통해 보건복지부에 제출하였다. 통합수가안은 모든 임상과를 대상으로 개인력 평가, 상담, 입퇴원 계획 상담, 집단훈련, 위기개입상담, 가정방문 및 지역사회연결 및 기타의 7영역에 대한 수가 인정을 요청하는 것이었다. 그러나 통합수가안은 보건복지부에서 자문의뢰한 대한의사협회로부터 “사회복지사는 사회복지시설 및 의료기관 등 다양한 분야에서 활동하므로 사회복지사의 활동범위전체가 환자의 치료목적이 아니다”라는 의견을 받으면서 부결되었다(대한의료사회복지사협회, 2013). 하지만 의료사회복지사의 주된 역할은 병원에 있는 환자의 치료를 지원하는 것이며, 현재 환자 의뢰 시스템은 상당부분 의료진의 의뢰에 의해 이루어지고 있다는 점을 고려할 때, 병원 소속 사회복지사의 역할 및 직무에 대한 부분이 재고될 필요가 있다.

대한의료사회복지사협회는 1996년 통합의료보험수가안 부결 이후, 의료사회사업적 접근이 실제 모든 임상과에 걸쳐 이루어지고 있음에도 불구하고 정신과 및 재활의학과에 국한해서만 수가가 인정되고 있는 현행 체제에 다시 한 번 문제를 제기했다(대한의료사회복지사협회, 1999). 이에 사회사업 행위에 대한 급여 수가 대상을 모든 임상과로 확대 적용하여야함을 다시 요청하였다. 이 안에서는 각 임상 학회 등을 통해 각 임상과별 의료사회사업 행위에 대한 안전성 및 유효성을 인정받은 후 그 근거를 제시했다(대한의료사회복지사협회, 2005). 하지만 이 또한 건강보험 재정악화로 부결되었다. 최근 국회보건복지위원회 기동민 의원이 건강보험공단이 제출한 건강보험 재정통계 현황 자료를 분석한 결과, 2016년 8월말까지 건강보험 총수입은 37조7천387억원, 총지출 34조5천421억원으로 3조1천966억원의 단기흑자를 기록했으며, 누적 수지 흑자는 20조1천766억원으로 20조원을 넘어섰다는 보도가 있었다(연합뉴스, 2016. 09). 건강보험 누적 흑자가 20조원이상이 된다는 점을 고려할 때, 기존에 건강보험 재정악화를 사유로 의료사회복지행위 수가를 불인정한 것은 더 이상 유효하지 않다고 여겨진다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구 설계 및 연구 대상

본 연구는 병원 소속 사회복지사의 활동 현황을 통해 현행 사회복지 수가의 확대 방향을 모색하는 것을 목적으로 사회복지사의 활동 실태를 서술하고 기록한 서술적 조사 연구이다. 본 연구를 위한 분석 단위는 대한의료사회복지사협회 소속으로 등록되어 있고,

전담 의료사회복지사가 1명 이상 있는 병원이다. 본 연구를 수행하기 위해 대한의료사회복지사협회 소속 병원을 대상으로 조사를 수행하였다. 병원 대상의 연구를 수행하기 위한 연구 대상자는 대한의료사회복지사협회 소속 병원의 사회복지팀(또는 사회복지과) 팀장(또는 과장)으로, 팀장을 통해 현재 각 병원에 있는 모든 의료사회복지사의 활동에 관한 설문조사를 수행하였다. 일선의 사회복지사가 아닌 팀장을 대상으로 설문조사를 실시한 이유는 대부분의 병원에서는 정기적인 병원 신입평가 준비를 위해 매해 회계연도에 맞춰 실적자료를 구비하고 있다. 따라서 개개인의 주관적인 판단이 아닌 실적에 기반한 객관적인 정보를 얻기 위해 팀장을 통한 설문을 수행하였으며, 설문조사 시 병원 신입평가에 기반해서 설문지에 응답해 줄 것을 요구하였다.

본 연구는 또한, 의료사회복지 수가에 대해 확인하기 위해 건강보험심사평가원의 2차 자료를 활용하였다. 현재 의료사회복지 활동 수가를 통한 건강보험 재정 소요가 어떻게 되는지를 확인하기 위해 의료사회복지 고유 수가의 청구량과 금액에 대한 정보를 건강보험심사평가원으로부터 확보하였다. 이후 각 병원 및 1인당 의료사회복지사가 어느 정도의 수가를 청구하는지 분석하였다.

2. 자료 수집 방법

본 연구의 자료 수집은 2016년 7월부터 8월까지 실시되었다. 본 연구는 우선 대한의료사회복지사협회의 도움을 받아 협회 소속 병원의 의료사회복지사 팀장들에게 전자메일을 통해 공문을 보내 본 연구의 목적과 방법을 설명하고, 설문지를 첨부하였다. 특히, 본 연구를 통해 의료사회복지 수가 확대를 위한 정책적 방향을 제안한다는 점을 주지시키고, 의료사회복지사의 실적을 병원신입평가 자료에 기초해서 병원 당 1개의 설문지만 작성해서 제출해 줄 것을 요청하였다. 또한, 대한의료사회복지사협회 홈페이지에 본 연구의 중요성을 설명하고 참여 방법을 게시하면서 본 연구 참여를 독려했다. 3주 이내에 응답에 요청하지 않을 경우, 대한의료사회복지사협회 직원이 직접 병원에 전화를 걸어 연구 참여를 독려했다. 본 연구에 참여한 병원의 정보 등 윤리적 측면을 보호하기 위해 각 병원으로부터 동의서를 제공받았다. 또한, 설문지에는 병원 및 의료사회복지사의 개인 정보는 포함하지 않았으며, 분석 시에는 개인 정보는 코드화하여 사용함으로써 윤리적 측면을 보호하기 위해 노력하였다.

대한의료사회복지사협회에 소속되어 있고, 실제 활동을 수행하고 있는 100개의 병원 의료사회복지부서에 협조 공문을 보냈으며, 이중 본 연구에 참여한 병원은 총 34개 병원이었다. 따라서 설문지 회수율은 34%였다. 참여율이 저조한 이유는 병원 내에 1~2명의 의료사회복지사만 고용되었을 경우, 과도한 업무로 인해 설문지에 협조하는 것이 힘들었

을 것으로 생각된다. 또한, 병원신입평가를 받지 않는 소규모 병원의 경우에는 실적을 구비하고 있지 않아 본 설문에 응답하기 힘들었을 것으로 보인다. 본 연구에 참여한 34개 병원이 제출한 설문 자료는 미비한 내용이 발견되지 않아 총 34부 모두 분석에 사용되었다. 또한, 건강보험심사평가원을 통해 본 연구의 목적을 설명한 뒤, 병원종별에 따른 의료사회복지 수가 청구량과 금액을 요청하였고, 이와 관련된 자료를 획득하였다.

3. 측정 도구

본 연구에 사용한 설문지는 사회복지 수가와 관련된 의료사회복지사의 활동에 관한 내용으로 저자들이 각각의 설문 내용을 구조화하였으며, 현장에 있는 의료사회복지사 3인의 자문을 통해 완성되었다. 현장에 있는 전문가들은 병원신입평가에 포함되는 문항 중 실제 사회복지사의 활동 및 수가와 관련성이 높은 항목을 확인해 주었다. 또한, 의료사회복지 활동 경험에 기반해서 본 연구에 포함해야 되는 질문들을 제시해 주었다. 질문지는 대상 병원의 일반적 특성을 질문하는 영역과 병원 내에서 의료사회복지사의 개별 접근(의뢰 시스템, 의뢰 환자 수, 문제분류별 상담실적, 진료비 지원 실적, 취약계층 지원 현황 등) 등을 질문하는 영역으로 구성되었다. 특히, 조사대상 병원에서는 정기적으로 병원신입평가 준비를 위해 의료사회복지사의 개별 활동 등의 실적자료를 구비하고 있으므로, <병원신입평가 의료사회사업부문> 문항을 활용하는 것이 연구 참여기관의 응답에 용이할 것으로 판단하여 해당 문항을 활용하였다. 설문지는 2015년 회계연도(2015.3.1~2016.2.28) 기준 각 병원의 신입평가 자료를 기초해서 작성해 줄 것을 요청하였다.

또한 병원 소속 의료사회복지 수가의 청구량과 금액을 확인하기 위해 상급종합병원,

<표 4> 의료사회복지 활동 및 수가 현황을 위한 측정 도구

연구 설계	주제	측정 도구	항목
설문조사	의료 사회 복지 활동	참여병원 특징	병상수, 사회복지사 수, 규모별 병원 형태, 대상별 병원 형태, 보건의료체계, 지역
		의료사회복지사의 개별 접근	의뢰 시스템
			의뢰 환자 수
			문제분류별 상담 실적
			진료비 지원 실적
			취약계층 지원 현황
2차 자료 활용	수가	수가 현황	병원종별 구분 의료사회복지 수가의 청구량 병원종별 구분 의료사회복지 수가의 청구 금액

종합병원, 병원급, 의원급의 4개 병원종별로 구분한 뒤 각각의 청구량(회)과 금액(원)에 대한 정보를 수집하였다(<표 4> 참조).

4. 자료 분석

수집된 34부의 최종 자료는 SPSS 20.0 Program을 이용하여 분석하였다. 우선, 참여한 병원의 특성을 확인하기 위해 빈도 및 기술통계분석을 수행하였다.

둘째, 각 병원 소속 사회복지사의 개별 접근과 관련된 활동을 통해 병원 당, 의료사회복지사 1명 당 사회복지사의 수가 청구량 및 금액을 분석하였다. 이를 위해 우선 문제분류별 상담실적을 확인하였다. 문제분류별 상담실적은 일반적으로 <병원신입평가>에서 요구하는 사항이기 때문에 환자의 수와 상담 실적이 거의 정확하다고 할 수 있다. 하지만, 진료과별 의뢰 환자 및 상담실적은 제공하지 않기 때문에, 본 연구에서는 진료과별 의뢰 환자 수 및 상담 건수도 함께 조사하였다. 현재 사회복지수가가 재활의학과 정신건강의학과에 치우쳐 있기 때문에 의료사회복지사가 타 임상과 환자들에게 얼마나 개입하고 있는지를 알려줄 수 있는 근거가 될 수 있기 때문이다. 의료사회복지사의 개별 접근과 관련된 활동은 신환의 수, 상담 건수, 관여하는 질환 등이 포함되어 있다. 병원 당, 의료사회복지사 1명 당 사회복지사의 수가 청구량 및 금액 분석은 기술통계분석을 활용하였다.

IV. 연구결과

1. 연구 참여 병원의 특징

본 연구에 참여한 병원은 전국적으로 총 34개 병원이었다. 참여한 병원들은 평균 860개의 병상 수를 보여주었으나 최소 189개에서 최대 2,655개에 이를 정도로 편차가 컸다. 병원 규모는 16개 병원이 종합병원이었으며, 14개 병원은 상급종합병원에 해당되었다. 약 56%가 서울 및 경기의 수도권에 위치해 있었으며, 부산, 대구, 강릉, 순천, 전주, 제주 등 다양한 곳에 위치해 있었다. 참여한 병원 소속 사회복지사의 수는 평균 5명이었으며, 이 또한 1명에서 19명에 이를 정도로 편차가 컸다.

또한, 환자가 의료사회복지사를 만나는 경위에 대해 확인한 결과, 약 69%의 환자는 의료진(의사 또는 간호사)을 통해 의료사회복지사에게 의뢰되는 것으로 조사되었다. 다음은 자발적 방문으로 16%의 환자가 그들의 욕구 및 필요성에 의해 자발적으로 의료사회복지사에게 방문하는 것으로 조사되었다. 이외에 지역사회 의뢰 및 병원 내 스크리닝이

각각 7%로 나타났다. 이를 통해 현재 의료사회복지사는 진료팀의 일원으로서, 상당부분 의료진으로부터 환자에 대한 개입을 요청받고 있음을 알 수 있다 (<표 5> 참조).

<표 5> 참여병원의 특징

	평균 (SD)	최소	최대
병상수	860.4 (541.1)	189	2655
사회복지사수	5.1 (3.8)	1	19
정규직	3.4 (2.3)	1	10
비정규직	1.6 (2.2)	0	11
의뢰 경위			
의료진의 의뢰	69.1 (20.6)	16	96
지역사회 의뢰	7.2 (6.4)	0	30
자발적 방문	15.5 (13.4)	0	55
병원 내 스크리닝	6.6 (9.3)	0	40
기타	1.4 (5.5)	0	31
	n	%	비고
규모별 병원형태			
병원	4	11.8	
종합병원	16	47.1	
상급종합병원	14	41.2	
대상별 병원형태			
일반	31	94.1	
특수대상	2	5.9	산재, 암환자
보건의료체계			
국공립 공공보건의료기관	10	29.4	
민간의료기관	24	70.6	
지역			
서울	11	32.4	
경기, 인천	8	23.5	
부산	5	14.7	
기타	10	29.4	

2. 의료사회복지사의 임상 직무: 환자에 대한 개별 접근

1) 문제분류별 상담실적

사회사업 임상 직무 차원을 기반으로 의료사회복지사의 문제분류별 상담실적을 조사하기 위해 직무 하위 차원에 따른 상담의 종류를 중심으로 신환 수 및 상담 건수를 조사하였다. 전체적으로 가장 많은 상담이 이루어지는 영역은 경제적 상담이었으며, 경제적 상담을 위해 의료사회복지사 1인은 2015년 회계연도에 평균 926명의 신환을 만나고, 평균 2,742건의 상담을 하는 것으로 나타났다. 다음은 심리사회적 상담이었으며, 1년에 평균 616명의 신환을 보고, 1,544건의 상담을 하는 것으로 나타났다. 이 외에 퇴원계획 및 지역사회자원연결과 관련된 상담은 비슷한 수준에서 이루어지고 있었으며, 재활상담을 위해 만나는 신환의 수는 가장 적은 것으로 나타났다.

결과적으로 2015년에 1개의 병원에서 사회복지사가 개입하는 평균 신환의 수는 2,007명이고, 평균 6,040건의 상담을 하고 있음을 알 수 있다. 연구 참여 기관은 평균 5.1명의 의료사회복지사가 근무하고 있으며, 이를 고려할 때 (<표 1> 참조), 1명의 의료사회복지사가 1년에 개입하는 신환 수는 평균 401명, 상담건수는 평균 1,208건이며, 한 달에 개입하는 신환 수는 33명, 상담건수는 101건인 것을 확인할 수 있다. 이는 1명의 환자가 요청하는 문제의 해결을 위해 평균 3번 정도의 상담을 하고 있음을 알 수 있다 (<표 6> 참조).

<표 6> 문제분류별 상담실적

상담 내용	신환 수			상담 건수		
	평균 (SD)	중간값	최소값-최대값	평균 (SD)	중간값	최소값-최대값
심리사회적 상담	616 (1133)	21	2-4964	1544 (1820)	33	30-7085
경제적 상담	926 (1162)	33	11-4402	2742 (2877)	33	50-14347
퇴원계획 상담	150 (202)	32	0-777	657 (971)	32	3-4056
지역사회자원연결	151 (185)	21	9-794	535 (559)	33	10-2153
재활상담	130 (183)	19	0-747	428 (828)	31	0-4383
기타	101 (210)	20	0-698	354 (482)	29	0-1625
전체	2007 (2113)	1143	22 - 6420	6040 (5646)	3819	145-23586

* 건수는 신환/구환에 상관없이 한 번의 상담을 한 실적을 기입함 (예: 1명의 환자를 10번 상담했으면, 10으로 기입함).

* 신환 수는 상담의 수에 상관없이 의료사회복지사가 만나는 환자 수를 기입함 (예: 1번의 환자를 10번 상담했으면, 1로 기입함).

특히, 경제적 상담, 심리사회적상담, 지역사회자원연결 등과 관련해서 의료사회복지사가 개입하는 환자군은 취약계층이 상당수 포함된 것으로 조사되었다. 또한, 의료사회복지사는 취약계층 중에서 국민기초생활수급권자, 차상위계층, 독거노인, 장애인, 외국인근로자, 다문화 가족 등에 많은 개입을 하고 있는 것으로 나타났다. 의료사회복지사들은 특정 임상과에 치중하지 않고 다양한 임상과에서 진료를 받고 있는 취약계층의 환자들에게 서비스를 제공하고 있는 것으로 조사되었다.

2) 진료과별 의뢰 환자 수 및 상담 건수

진료과별 사회복지팀에 의뢰되는 신환 수, 환자 및 가족의 면담 건수와 관련해서 조사한 결과 (<표 7> 참조), 전체 34개 병원 중 24개 병원이 재활의학과에서, 23개 병원이 내과, 21개 병원이 일반외과에서 환자를 의료사회복지사에게 의뢰하는 것으로 나타나 재활의학과, 내과, 일반외과 순으로 개입을 많이 하는 것으로 나타났다. 이외에 신경외과, 정형외과, 정신건강의학과, 신경과 등 **병원 내 거의 전 임상과로부터 환자를 의뢰받고** 있음을 확인할 수 있었다.

이와 같이 다양한 임상과를 통해 1년에 사회복지과에 의뢰되는 신환 수는 평균 893명이며, 한 달에 약 74명의 신환이 의뢰되고 있었다. 특히, 내과로부터 1년 평균 549명의 신환이 사회복지사에게 개입되어 가장 많은 환자를 의뢰하는 것으로 나타났다. 내과 외에 평균 200명 이상의 환자를 사회복지과에 의뢰하는 임상과는 소아청소년과, 암센터, 장기이식센터 등이었다.

의료사회복지사는 신환뿐만 아니라 기존 환자에 대한 상담도 진행하고 있으며, 환자와 더불어 **가족에 대한 상담도** 하고 있다. 본 연구 결과를 통해 의료진의 의뢰에 의해서 이루어지는 사회복지사의 1년 평균 상담 건수는 환자 1,013건, 가족 1,072건으로 전체 2,085건의 상담을 진행하고 있으며, 이는 한 달에 약 174건의 상담이 이루어지고 있음을 나타낸다. 또한, 사회복지사와의 상담을 가장 많이 한 환자들의 임상과는 내과로 1년에 평균 519건의 면담 건수가 보고되었다. 다음은 정신건강의학과로 347건, 일반외과는 297건의 면담을 한 것으로 나타났다. 가족의 경우에는, 소아청소년과(평균=1,178)와 내과(평균=602)에서 의뢰된 가족과의 면담이 가장 많은 것으로 나타났다. 현재 병원신입평가에서는 사회복지사의 개입과 관련해서 진료과별 환자 수 및 상담 건수를 요청하기 않기 때문에 모든 병원이 진료과에 따라 환자 수 및 상담 건수를 구분하고 있지는 않다. 따라서 병원신입평가에서 요청하는 서식인 문제분류별 상담실적에 따른 의뢰 환자 수와 상담 건수에서 차이가 날 수 있다.

<표 7> 진료과별 의뢰 환자 수 및 상담 건수

진료과	병원 수	의뢰 환자 수 (신환)	상담 건수	
			환자	가족
		평균(SD); 최소값-최대값		
재활의학과	24	199 (173); 9-747	195 (356)	227 (243)
내과	23	549 (654); 2-2825	519 (626)	602 (606)
신장내과	12	101 (76); 30-268	127 (122)	127 (121)
소화기내과	12	188 (203); 35-767	241 (216)	138 (87)
호흡기내과	10	130 (117); 28-438	127 (131)	115 (86)
혈액종양내과	8	267 (446); 22-1352	410 (572)	400 (418)
순환기내과	7	75 (66); 12-178	93 (104)	74 (85)
내분비내과	5	24 (12); 11-35	48 (2)	5 (0)
류마티스내과	3	58 (68); 9-136	67 (68)	21 (0)
감염면역내과	3	42 (36); 7-78	-	-
심장내과	3	364 (445); 65-875	-	-
일반외과	21	194 (294); 3-1344	297 (346)	245 (205)
신경외과	19	178 (162); 54-714	179 (186)	243 (328)
정형외과	18	107 (78); 5-464	180 (147)	114 (162)
정신건강의학과	17	113 (160); 1-515	347 (450)	207 (356)
신경과	13	127 (88); 30-307	101 (65)	131 (83)
소아청소년과	13	224 (315); 5-895	189 (140)	1178 (1173)
산부인과	11	52 (97); 2-339	71 (91)	63 (99)
비뇨기과	9	31 (40); 1-128	25 (37)	11 (20)
안과	9	40 (27); 7-81	73 (73)	103 (112)
응급의학과	8	56 (68); 3-191	95 (154)	152 (204)
이비인후과	7	69 (57); 9-162	61 (38)	175 (215)
흉부외과	7	101 (189); 10-529	203 (190)	130 (165)
성형외과	6	39 (37); 6-100	118 (118)	142 (179)
치과	4	71 (106); 5-228	62 (30)	32 (15)
가정의학과	5	20 (12); 7-33	23 (16)	3 (4)
암센터	5	254 (329); 3-766	-	-
피부과	3	1 (0.6); 1-2	-	-
장기이식센터	3	327 (34); 287-348	-	-
전 임상과/년	34	893 (922); 22-4201	1013 (983)	1072 (1534)

3. 의료사회복지 활동과 건강보험 재정 소요

1) 의료사회복지 활동 수가를 통한 건강보험 재정 소요

앞에서 언급한 것처럼, 의료사회복지사는 재활사회사업 및 정신의학적사회사업 활동에 대한 고유 수가를 청구할 수 있다. 건강보험심사평가원에 따르면, 2014년 기준 재활사회사업과 정신의학적사회사업에서 의료사회복지사가 청구한 수가는 124,648건 이었으며, 청구된 수가에 대한 수가 총액은 약 18억원인 것으로 확인되었다 (<표 8> 참조). 이중 재활사회사업은 약 4억 5천만원, 정신의학적사회사업은 약 14억원인 것으로 나타나, 정신의학적사회사업에 따른 수가 청구액이 3배 이상 많은 것으로 조사되었다. 재활사회사업에서 가장 많은 수가가 청구된 영역은 개인력 조사였으며, 이에 소요된 재정은 약 2억 8천만원 정도였다. 사회사업상담은 약 1억 8천만원, 가정방문은 약 3백만원정도인 것으로 나타났다. 한편, 정신의학적사회사업과 관련해서는 개인력 조사 3만7천여건, 사회사업지도 4만4천여건, 사회조사 4만2천여건, 가정방문 105건으로 나타났다.

<표 8> 의료사회복지사 고유수가의 건강보험 재정 소요 (2014년 기준)

분류번호	분류명		코드	청구량(회)	금액(천원)
사-128	재활 사회사업	개인력조사	MM141	18,208	279,985
		사회사업상담	MM142	17,871	173,450
		가정방문	MM143	91	2,921
계				36,170	456,356
아-11	정신 의학적 사회사업	개인력조사	NN111	37,424	573,273
		사회사업지도	NN112	44,609	427,885
		사회조사	NN113	42,510	407,000
		가정방문	NN114	105	3,326
계				124,648	1,411,484

※참고: 건강보험 심사일 기준 2014년 1월부터 2014년 12월까지 심사 결정분

^a병원급: 병원, 치과병원, 한방병원, 보건의료원, 요양병원; 의원급: 의원, 치과의원, 한의원, 보건소, 보건지소, 보건진료소, 조산원

^b병원 수는 의료기관위치정보시스템 참조

2) 병원 및 사회복지사 수 기준 건강보험 청구량 및 금액

건강보험 재정에 기반한 청구량 및 금액이 어느 정도 수준에서 일어나는지를 확인하기 위해 전국에 있는 병원, 사회복지사 수(의료기관위치정보시스템, 건강보험과 사회복지수

가 자료 참조)에 기초해서 각 병원 당, 1명의 사회복지사당 청구량 및 금액을 산정해 보았다. <표 9>에 제시된 바와 같이, 상급종합병원의 경우, 병원 당 평균 4명의 사회복지사를 고용하고 있었고, 병원 당 1년에 약 456건의 보험 청구를 통해 5백8십만원 정도의 재정을 쓰고 있었다. 또한, 1명의 사회복지사를 기준으로 1년에 108건의 사례에 대한 보험 청구를 했고, 이는 한 달에 9건에 대한 보험 청구를 하고 있는 것으로 분석된다. 종합병원의 경우에는 병원 당 평균 1명 정도의 사회복지사만을 고용하였고, 병원 당 1년에 50여건 정도만 보험 청구를 하는 것으로 나타났다.

한편, 대한의료사회복지사협회 자료(2016)에 따라, 협회소속 병원과 소속 사회복지사의 수에 근거해서 계산을 할 경우, 상급종합병원대상에서 나온 수치와 유사하였다. 즉, 병원 당 평균 4명의 사회복지사를 고용하고 있었고, 병원 당 청구량은 586건이었으며, 이에 상응하는 금액은 6백9십만원인 것으로 나타났다. 또한, 1명의 사회복지사는 1년에 151건의 청구량을 통해 15만원을 청구한 것으로 보고되었다. 즉, 한 달에 사회복지사가 보험을 청구하는 건수는 12건임을 알 수 있다.

<표 9> 병원 및 사회복지사 수 기준 청구량 및 금액

항 목	일반 정보 기준		대한의료사회복지사 협회 소속 기준
	상급종합병원 대상	종합병원 대상	
병원 수 (A) ^b	43	330	270
사회복지사 수 (B) ^c	174	376	1,066 ^a
고유수가 청구량 (건) (C)	18,730	16,322	160,818
고유수가 금액 (천원) (D)	251,845	204,113	1,867,840
사회복지사 / 병원 (B/A)	4	1	4
청구량 / 병원 (C/A)	436	50	596
금액 / 병원 (D/A)	5,857	618	6,918
청구량/사회복지사 (C/B)	108	43	151
금액/사회복지사 (D/B)	1,447	542	1,752

※참고: ^a의료사회복지사+의료현장사회복지사+유예회원+수련생+예비유예회원 포함

^b병원 수는 의료기관위치정보시스템 참조; ^c사회복지사의 수는 건강보험과 사회복지수가자료 (2014년) 참조

V. 결론 및 논의

본 연구에서는 현재 병원 소속 의료사회복지사들의 임상관련 직무에 관한 현황을 파악함으로써 얼마나 많은 환자를 만나고, 얼마나 많은 상담을 하는지, 어떤 진료과의 환자에게 개입하는지 등을 확인하였다. 또한, 건강보험 재정 소요에 관한 정보를 확인함으로써, 실제 한 병원 당, 그리고 한 명의 사회복지사가 청구하는 수가의 양과 금액을 분석하였다. 이를 통해 향후 의료사회복지사가 환자 개입에 따른 적정 수가를 받을 수 있도록 하기 위한 방안 마련을 위한 목적으로 본 연구를 수행하였다.

본 연구 결과를 통해 우선 현행 의료사회복지 수가에 몇 가지 문제점이 있음을 발견할 수 있었다. 첫째, 조사 결과 현재 병원에서 근무하고 있는 의료사회복지사는 정신건강의학과와 재활의학과 이외에 다양한 진료과에서 의뢰된 환자를 만나고 있음을 확인할 수 있었다. 가령, 진료과별 의뢰 환자 수 및 상담 건수에서, 전체 34개 병원 중 24개 병원이 재활의학과, 23개 병원이 내과, 21개 병원이 일반외과에서 환자를 의뢰하고 있었으며, 이 외에 신경외과, 정형외과, 신경과 등 거의 전 임상과로부터 환자를 의뢰받고 있는 것으로 나타났다. 이와 더불어 **의료사회복지사와 상담을 가장 많이 하는 환자들의 임상과는 내과였으며, 가족의 경우에는 소아청소년과인 것으로** 보고되었다. 이와 같은 결과는 진료과 간 건강보험수가의 형평성에 모순이 있음을 보여주는 중요한 근거가 된다. 현재 의료보험수가는 **재활의학과 및 정신건강의학과에 한해 청구가 가능하다.** 이는 타 진료과에서 의뢰되어 의료사회복지사를 만나는 환자의 경우에는 비급여 이외에는 보험 수가 청구를 할 수 있는 방법이 없음을 의미한다. 의료사회복지사는 다양한 진료과에 걸쳐 재활의학과 및 정신건강의학과에서 수행하는 행위와 동일하게 환자에 대한 개입을 하고 있다. 따라서 본 연구 결과는 향후 의료사회복지사의 동일한 행위에 대해서는 동일 수가를 적용할 필요가 있음을 제안한다.

둘째, 본 연구 결과, 한 달에 한 명의 의료사회복지사가 보험을 청구하는 건수는 약 12건인 반면, 한 달에 한 명의 의료사회복지사가 개입하는 신환의 수는 33명, 상담건수는 101건인 것으로 나타났다. 즉, 현재 병원 소속 의료사회복지사는 전체 상담 건수의 약 **12% 정도에 대해서만 보험을 청구하고** 있는 것으로 나타났다. 이는 앞에서 언급한 것처럼 전임상과가 아닌 정신건강의학과와 재활의학과에 한해 수가 청구가 이루어지기 때문인 것으로 보인다. 또한, 의료사회복지사의 경우, 1번의 상담으로 인해 문제가 해결되지 않는 경우들이 많기 때문에 신환과 상담건수(구환 포함)의 수는 상당한 차이를 보이는 것으로 나타났다. 실제 의료사회복지사 상담수가는 **치료기간 중 2회 이내에 산정하는** 것으로 되어 있기 때문에 의료사회복지사의 실제 상담 빈도는 보험 수가에 제대로 반영되

고 있지 않은 것으로 보인다.

셋째, 본 연구에 참여한 병원 소속 의료사회복지사들은 경제적 상담을 가장 빈번하게 하고 있었으며, 다음은 심리사회적 상담이었다. 직무 영역에 따른 상담의 종류에 따라 방법 및 기간이 상당히 다르기 때문에, 병원신입평가에서도 각각의 직무에 기반한 실적을 요구하고 있다. 또한, 의료사회복지사들도 직무 영역에 따라 상담 사례를 분류시키고 전문성에 근거해서 문제에 따른 맞춤형 상담을 제공하고 있는 것으로 알려져 있다(김연수 외, 2017; Lam, et al., 2017). 하지만, 현재의 수가체계는 의료사회복지사의 직무를 고려하지 않은 채 단지 사회사업상담, 사회사업지도 등의 포괄적인 분류에 기반을 두어서 수가를 책정하고 있다. 이는 1977년 정신의학적사회사업, 1994년 재활의학적사회사업 수가가 마련된 이래 단 한 차례의 변경 없이 현재까지 적용되고 있기 때문에 나타난 문제라고 보인다. 급변하는 의료 환경 속에서 사회복지사의 역할 및 직무도 계속해서 변하고 있다. 따라서 실제 의료사회복지사가 수행하는 직무 및 역할을 반영한 수가체계의 변화가 필요할 것으로 생각된다.

마지막으로, 의료사회복지사 고유수가 중에서 건강보험 재정이 소요된 건수를 보면 다른 항목에 비해 상대적으로 가정방문이 이루어지는 건수가 매우 적음을 알 수 있다. 현재 병원 소속 의료사회복지사는 다양한 업무로 인해 **상당한 업무 부담**을 가지고 있는 것으로 알려져 있다(남석인 외, 2015). 이는 병원 소속 사회복지사가 직접 환자를 대신해서 가정방문을 하는 것을 어렵게 한다. 실제 병원에서 환자를 위해 가정방문을 하는 방문간호사가 있어서 대부분의 가정 방문 관련 업무는 의료사회복지사가 아닌 방문간호사가 담당하고 있다. 본 연구에서 나타난 의료사회복지사의 직무 중 **가정방문과 관련된 항목은 존재하지 않았다는 점을 기반으로 할 때 이는 현실성이 결여된 항목임을** 알 수 있다. 따라서 현실성이 결여된 항목에 대한 조정이 필요할 것으로 보인다.

위에서 언급한 의료사회복지 수가의 문제점을 고려해서 의료사회복지 활동 수가 개선을 위한 몇 가지 전략들을 제시할 수 있다. 첫 번째는 기존에 대한의료사회복지사협회에서 제안했던 ‘통합 수가 안’이다. 통합 수가 안은 모든 임상과에 적용할 수 있는 수가의 개발을 통해 행위별 수가 처방을 하자는 취지이다. 현재 동일한 서비스를 제공함에도 불구하고 재활의학과와 정신건강의학과 환자에게 한해서만 수가를 청구할 수 있기 때문에, 충분한 인력을 갖고 있지 못한 사회사업부서에서는 수가를 청구할 수 있는 임상과에서 의뢰된 환자에게 서비스를 집중할 수밖에 없다. 이로 인해 의료현장에서 환자에게 대한 차별적 처우가 발생될 위험이 있다. 최근에는 재활의학과와 정신건강의학과 외 임상학회 등을 통해 뇌전증 등 타 임상과 환자들을 위한 의료사회복지사 활동의 필요성이 인식되면서 타 임상과에서의 의료사회복지 활동 수가 인정에 대한 의료학회에서의 요구가 나타나고 있다. ‘통합 수가 안’을 위해서는 현재 질환이 없지만, 상담이나 건강관리

등 보건 서비스를 받을 때 사용하는 Z코드를 이용해서 전 임상과에 걸쳐 환자들에게 의료적 진단뿐만 아니라 사회적 진단을 내릴 필요가 있다. 이를 기반으로 의료사회복지서비스를 필요로 하는 환자들에게 적합한 서비스를 제공하며, 의료사회복지 활동에 대한 행위별 수가 처방을 이루어지도록 할 필요가 있다.

두 번째는 의료사회복지사의 개입이 절대적으로 필요한 대상군을 위해 상담수가를 개발하는 것이다. 본 연구 논문에서 나타난 것처럼 의료사회복지사가 가장 많이 개입하는 환자군이 취약계층인 것으로 나타났다. 만약, 의료사회복지사가 개입하는 모든 환자에 대한 수가 개입이 불가능하다면, 최소한 의료사회복지사 개입의 중요성에 기반해서 수가를 개발하는 것도 하나의 방법이 될 수 있다. 대한의료사회복지사협회(2017)의 정의에 따르면, 의료사회복지서비스의 대상이 되는 취약계층은 크게 의료적 상황에 따른 취약계층, 사회적 상황에 따른 취약계층, 경제적 상황에 따른 취약계층으로 나눌 수 있다. 의료적 상황에 따른 취약계층은 중증암환자, 희귀난치성질환자, 심뇌혈관계질환자 등 4대중증질환자, 미숙아, 만성질환자, 응급환자, 장애인 등이며, 사회적 상황에 따른 취약계층은 독거노인, 노숙자, 학대 및 폭력피해자, 외국인근로자, 다문화가정, 미혼모, 자살시도자 등이다. 경제적 상황에 따른 취약계층은 의료급여수급자, 차상위계층, 사각지대에 있는 환자 등이 포함된다. 최근 의료서비스의 질 향상 및 공공보건의료에 관한 법률에서 취약계층에 대한 보건의료보장을 논의하기 시작하면서 취약계층에 대한 개입의 중요성을 시사하고 있다(이용갑, 2010). ‘송파 세모녀 사건’과 같이 의료현장에서의 **취약계층 보호**가 효과적으로 이루어지지 못하면, 이는 곧 생명권이 침해될 수 있는 소지가 있음을 의미한다. 특히 경제적으로 열악한 취약계층의 경우 갑작스러운 건강상의 변화로 인한 의료비 증가는 이들에게 재난적 의료비 지출을 가져오게 함으로써 가정경제에 상당한 영향을 줄 수 있다. 의료사회복지사의 서비스 제공은 갑작스러운 의료비 지출로 인한 계층 하락을 차단할 수 있는 예방적 효과가 있다. 즉 경제적인 취약계층으로 보면 최우선적으로 기초생활수급자 및 차상위 계층이 있으나 이 외에도 최저 생계비 이하 소득 수준이지만 부양의무자의 소득이나 재산 때문에 공적인 보호를 받지 못하는 ‘긴 계층’이 있을 수 있다. 이와 같은 ‘**긴 계층**’을 포함해서 **경제적으로 열악한 취약계층에게 적절한 서비스를 제공해 준다는 것은 상당한 의미를** 부여할 수 있다. 하지만, 의료사회복지사의 취약계층 개입에 대한 업무를 보장해 주지 않는 한, 사회복지사 개인 역량에 따른 업무수행 정도의 차이는 클 것으로 생각된다. 또한, 사립 병원에서의 수익창출의 중요성을 고려할 때 취약계층에 대한 의료보장은 취약계층에 대한 실질적인 서비스를 제공하는 의료사회복지사 활동을 통한 의료보험 수가책정이 담보될 때 가능할 것으로 생각된다.

세 번째는 의료사회복지사 활동 수가를 책정하기 위해서 의료사회복지사의 직무에 기반해서 수가를 개발하는 것이다. 가령, 경제적 문제와 관련된 직무를 수행한다면 이는

환자를 위한 적극적인 치료 환경을 만드는데 기여함으로써 궁극적으로 환자의 조기 퇴원과 긍정적인 삶의 질 향상에 기여할 수 있기 때문에 이를 수가화할 필요가 있을 것으로 보인다(배지영, 2014). 의료사회복지사는 심리사회적 사정 및 상담을 위해 상당한 시간을 투자한다. 의료사회복지사의 심리사회적 상담은 환자가 질병에 적극적으로 대처하고 관리하는데 많은 도움을 준다(Lam et al., 2017; Miller et al., 2007). 따라서 심리사회적 문제와 관련된 활동에 대해서도 수가화 하는 것은 중요하다. 지역사회 자원 연계 시, 의료사회복지사의 추천서를 요청하는 경우가 많다. 이 때 상당한 시간을 투자해서 추천서를 써주기 때문에 이에 대해 상담수가를 인정해야 된다는 의견도 있다. 사회복지 정보제공 또한 의료사회복지사의 또 다른 직무이다. 이와 관련된 상담수가 인정도 필요하다. 사회복지사는 질병에 관한 교육도 담당하고 있다. 따라서 질병교육수가를 개발하는 것도 필요할 것으로 생각된다.

마지막으로, 의료사회복지사의 협조가 필요한 절차에 한해서는 의료사회복지 수가를 인정해 줄 필요가 있다는 주장도 있다. 가령, 협진의뢰를 통한 사회복지사의 개입 시 수가를 인정해야 된다는 것이다. 즉, 의사의 판단 하에 환자가 사회복지사를 만나야 된다고 생각해서 협진 의뢰를 한다면, 이는 사회복지사의 개입의 필요성을 인정하는 중요한 근거가 된다. 따라서 협진상담수가를 만들어야 된다는 의견도 있다. 또한, 취약계층은 일반적으로 다양한 문제를 가지고 있기 때문에, 주 진료과뿐만 아니라 사회복지사의 개입을 요구하는 경우가 많다. 따라서 필요에 따라 다학제간 팀접근이 이루어지는 경우, 사회복지사의 개입에 대한 수가를 인정해 주는 것도 중요하다. 다만 현재 병원에서 일하고 있는 의료사회복지사의 수가 많이 부족하고, 제한된 인원으로 다양한 임상과에 개입하고 있다는 점을 고려할 때, 충분한 인력 확보가 우선시 되어야 할 것이다.

본 연구는 협조공문을 보낸 대한의료사회복지사협회 소속 병원 중 34%만이 연구에 참여하여 모든 병원의 의견을 포괄적으로 다루기에는 어려움이 있었다. 특히, 본 연구에 참여한 병원의 90% 이상이 종합병원/상급종합병원이라는 점에서 중소형 병원 및 1~2명의 의료사회복지사가 있는 병원의 실태를 충분히 반영하지 못했다는 한계가 있다. 또한, 참여한 모든 병원이 병원신입평가를 받는 것이 아니기 때문에 자료의 객관성을 유지하는데에도 한계가 있다. 추후에는 중소형 병원 및 1~2명의 의료사회복지사가 있는 병원까지도 모두 포함해서 협회 소속 병원의 전반적인 실태를 포괄적으로 확인할 수 있는 연구가 필요할 것이다. 이를 통해 지역적, 병원별 상담실적 및 건수, 의료수가 청구 상황 등을 분석하는 것도 의미있을 것이다. 또한, 가능할 경우, 병원협회를 통해 병원신입평가 자료를 기반으로 의료사회복지활동의 포괄적이고 객관적인 자료를 근거로 의료사회복지 활동 수가를 분석하는 것이 필요할 것으로 보인다.

본 연구는 의료사회복지사의 환자에 대한 개별 접근 및 활동 수가에 대한 현황을 파악

한 후 향후 의료사회복지 활동 수가 개선을 위한 전략을 제안했는데 중요한 의의가 있다. 지금까지 의료사회복지 활동 수가를 다룬 연구를 찾아보기 힘들었다는 점에서 본 연구는 의료사회복지 활동 수가 개선을 위한 중요한 근거가 될 수 있을 것으로 보인다. 병원 내에서 의료사회복지사의 활동은 점차적으로 확대되고 있고, 의료진들도 의료사회복지사가 수행하는 활동을 중요하게 인식하고 있다. 하지만 법적, 제도적 환경은 이를 뒷받침 해주고 있지 않다. 의료사회복지가 환자를 위해 활동하고 있는 영역에 대한 수가 인정은 의료사회복지사가 본인의 전문성에 대한 정당한 보상을 받을 수 있는 중요한 방법이 될 것이다.

임정원은 현재 강남대학교 사회복지학부 부교수로 재직 중이다. 최근 논문으로는 “A qualitative study of healthcare providers' perceptions and suggestions for developing cancer survivorship care models in South Korea”, “The dyadic effects of family cohesion and communication on health-related quality of life” 등 다수의 논문이 있다. 주요 관심분야는 의료사회복지, 암 생존자 건강관리, 삶의 질, 문화적 다양성이다. (E-mail: jungwonlim@kangnam.ac.kr)

김민영은 현재 연세대학교 세브란스병원 사회사업팀에서 과장으로 재직 중이다. 주요 관심분야는 의료사회복지, 암 생존자, 호스피스, 연명의료결정, 장애인건강권, 의료사회복지사의 윤리 및 가치이다. (E-mail: mykim@yuhs.ac)

참고문헌

- 강홍구 · 이상진 · 박미정 (2003). “의료사회사업의 표준, 기준, 지표 개발에 관한 연구”. 『한국사회복지행정학』, 10, pp.197-222.
- 강홍구 · 윤현숙 (2005). “사회복지사의 직무분석과 표준 직무 개발에 관한 연구”. 『한국사회복지행정학』, 7(2), pp.33-62.
- 강홍구 (2009). “의료사회복지의 장기적 발전 방향”. 『사회과학논평』, 24(2), pp.1-26.
- 강홍구 (2011). “의료사회복지사의 소진이 이직의도에 미치는 영향에 관한 연구 -매개효과를 중심으로”. 『사회과학논총』, 26(2), pp.1-23.
- 강홍구 (2014). 의료사회복지실천론, 정민사.
- 건강보험심사평가원 (2016). <https://www.hira.or.kr/main.do> (2016. 06).
- 김여진 · 이지연 · 조선희 (2011). “의료사회복지사의 문화적 역량 요인에 관한 탐색적 연구”. 『보건사회연구』, 31(3), pp.251-283.
- 김연수 · 김경희 · 박지영 · 최명민 (2017). 의료사회복지의 이해와 실제, 나눔의 집.
- 김정선 · 김희진 (1997). “병원조직구조의 특성에 따른 간호사의 전문직 정체성”. 『보건과사회과학』, 1(1), pp.89-126.
- 남석인 (2016). 제16차 대한의료사회복지사협회 추계심포지움 강연자료: 의료사회복지사의 직무분석에 관한 연구, 서울: 대한의료사회복지사협회.
- 남석인 · 김준표 · 박혜지 · 김수현 (2015). “의료기관의 조직지원이 의료사회복지사의 직무만족에 미치는 영향: 직무스트레스의 매개효과 검증”. 『한국사회복지행정학』, 17(1), pp.1-33.
- 남석인 · 이희정 (2017). “고용형태에 따른 직무스트레스와 우울의 관계: 의료사회복지사를 중심으로”. 『한국사회복지행정학』, 5, pp.77-102.
- 남석인 · 최권호 (2014). “의료사회복지사의 역할”. 대한의료사회복지사협회2014년 춘계 심포지움 발표자료.
- 대한의료사회복지사협회 (1995). “의료수가와 의료사회사업의 질관리”. 제15차 대한의료사회사업가협회 Workshop 발표자료.
- 대한의료사회복지사협회 (1999). “의료사회사업의 전문성 확립을 위한 제도적 방안 모색”. 제18차 대한의료사회사업가협회 Workshop 발표자료.
- 대한의료사회복지사협회 (2005). “의료사회복지활동의 최신 동향과 정도 모색”. 제24차 대한의료사회복지사협회 Workshop 발표자료.
- 대한의료사회복지사협회 (2013). 대한의료사회복지사협회 40년사.
- 대한의료사회복지사협회 (2017). 보건의료영역의 복지향상을 위한 의료사회복지사의 역

- 할. 보도 자료 (2017. 6. 27).
- 배지영 (2014). “만성질환 보유 노인의 의료비 부담 및 미이용 경험과 삶의 질 간 관계에 관한 연구”. 『사회과학연구』, 24(3), pp.35-59.
- 연합뉴스 (2017). <http://www.yonhapnews.co.kr/bulletin/2016/09/10/0200000000AKR20160910023600017.HTML>. (2016. 09).
- 윤현숙 · 김연옥 · 황숙연 (2011). 의료사회복지실천론, 나남출판.
- 이은진 · 남석인 (2017). “의료사회복지사의 직무요구가 직무만족, 이직의도에 미치는 영향에 관한 연구”. 『사회복지연구』, 48(2), pp.233-266.
- 이용갑 (2010). “공적 의료보장체계에서 사회적 배제와 사회적 포섭”. 『한국사회정책』, 17(2), pp.235-265.
- 이효순 · 권지현 · 양정빈 · 천덕희 · 추정인 · 한수연 (2016). 의료사회복지론, 서울: 학지사.
- 임정원 (2016). 제16차 대한의료사회복지사협회 추계심포지움 강연자료: 의료사회복지 활동수가 확대를 위한 제도화 방안. 서울: 대한의료사회복지사협회.
- 장수미 · 황영옥 (2007). “Q방법론을 활용한 의료사회복지사의 역할인식에 대한 탐색적 연구”. 『한국사회복지학』, 59(2), pp.223-249.
- 전현진 (2006). “팀 협력체제에서 의료사회복지사의 역할수행 경험에 관한 연구”. 『한국사회복지조사연구』, 14, pp.25-49.
- 최권호 (2015). “보건사회복지 개념과 역할 재구성: 병원을 넘어”. 『비판사회정책』, 49, pp.368-403.
- 최명민 · 현진희 (2006). “의료사회복지사의 소진에 관한 질적 연구”. 『한국사회복지행정학』, 8(1), pp.1-38.
- 최희경 (2013). “호스피스완화의료 사회복지사의 역할과 역량에 관한 연구”. 『사회과학논총』, 29(4), pp.225-248.
- 한인영 · 최현미 · 장수미 · 임정원 · 이인정 · 이영선 (2013). 의료현장과 사회복지실천, 학지사.
- 홍영수 (2009). 의료사회복지론, 신정.
- Coquilliet, M., Cox, J. E., Cheek, S., & Webster, R. A. (2015). Social work services utilization by children with medical complexity. *Maternal and Child Health Journal*, 19(12), pp.2707-2713.
- Gehlert, S., & Browne, T. (2012). *Handbook of Health Social Work*, Wiley: John Wiley & Sons, Inc.
- Gregorian, C. (2005). A career in hospital social work: Do you have what it takes?.

Social Work in Health Care, 40(3), pp.1-14.

- Lam, H. R., Lam, M., Agarwal, A., Chow, R., Chow, S., Chow, E., Besa, R., & Henry, B. (2017). The role of social work in the long-term care of childhood cancer survivors: a literature review. *Journal of Pain management*, 10(1), pp.41-47.
- Maramaldi, P., Sobran, A., Scheck, L., Cusato, N., Lee, I., White, E., & Cadet, T. J. (2014). Interdisciplinary medical social work: a working taxonomy. *Social Work in Health Care*, 53(6), pp.532-551.
- Miller, J. J., Frost, M. H., Rummans, T. A., Huschka, M., Atherton, P., Brown, P., Gamble, G., Richardson J., Hanson, J., Sloan, J. A., & Clark, M. M. (2007). Role of a medical social worker in improving quality of life for patients with advanced cancer with a structured multidisciplinary intervention. *Journal of Psychosocial Oncology*, 25(4), pp.105-119.
- Mizrahi, T., & Berger, C. S. (2001). Effect of a changing health care environment on social work leaders: obstacles and opportunities in hospital social work. *Social Work*, 46(2), pp.170-182.
- Muskat, B., Craig, S. L., & Mathai, B. (2017). Complex families, the social determinants of health and psychosocial interventions: Deconstruction of a day in the life of hospital social workers. *Social Work in Health Care*, 56(8), pp.765-778.

Medical Social Workers' Actual Work Conditions and the Status of Insurance Fees for Social Work Activities in Medical Settings

Jung-won Lim¹ · Min Young Kim²

¹College of Social Welfare, Kangnam University

²Social Work Team, Yonsei University Severance Hospital

[Abstract]

The current study was to identify the status of individual works for social workers in medical settings, and of insurance fees for social work activities, and to suggest how insurance fees for social work activities could be appropriately charged after the interventions of medical social workers for patients. The survey data regarding activities of medical social workers who are enrolled in the association of medical social workers, and frequencies and costs of insurance which were charged for social work activities were obtained. Then, how many insurance fees were charged for a hospital and a social worker were calculated. Findings showed that medical social workers are intervening for patients who are referred from most departments including psychiatries and rehabilitation medicine. A medical social worker is charging insurance fees for approximately 12 patients, meeting with 33 new patients in a month, and counseling with 101 patients in total in a month. Thus, approximately 12% of all patients who are working with social workers were charged. The current study suggested problems of insurance systems for social work activities, and strategies to improve social work activities in the future.

Keywords: Medical Social Work, Insurance Fees, Standardized Role, Underserved Population

[접수일 : 17. 08. 08. 심사(수정)일 : 17. 08. 14. 게재확정일 : 17. 09. 01.]