

산재 화상 의료보장성 정책의 성과분석*

김경하**

요약

본 연구는 산재 화상시범수가 도입을 통한 산재 화상 의료보장성 정책의 성과를 살펴보고자 하였다. 성과분석 지표는 산재 화상시범수가 이용 여부에 따른 산재 화상환자의 직업복귀 및 원직복귀였다. 분석대상은 산재 요양종결일이 2018년 7월 1일부터 2019년 6월 30일까지의 산재 화상환자 3,645명이었고, 분석방법은 다중 로지스틱 회귀분석을 활용하였다. 그 결과, 산재 화상시범수가 이용 여부에 따라 산재근로자의 직업복귀율과 원직복귀율은 차이가 있었다. 직업복귀율의 경우 산재 화상시범수가 이용자는 77.1%, 미이용자는 72.6%였고, 원직복귀율의 경우 산재 화상시범수가 이용자는 53.3%, 미이용자는 50.2%로, 산재 화상시범수가를 이용한 산재 화상환자의 직업복귀율 및 원직복귀율이 더 높았다. 그리고, 다른 설명변수들을 통제한 후에도 산재 화상시범수가 이용 여부가 직업복귀 및 원직복귀에 통계적으로 유의한 영향을 주었다. 이러한 결과를 토대로 본 연구는 산재 화상 의료보장성 정책의 방향 설정과 관련한 논의 및 정책제언을 하였다.

주요어: 의료보장성, 산재 화상, 성과, 직업복귀, 원직복귀

* 본 논문은 김경하(2021). 「산재 화상치료 실태분석 및 운영방안」 연구보고서 내용의 일부를 수정 및 보완한 내용입니다.

** 근로복지공단 근로복지연구원, 책임연구원(khkim0821@comwel.or.kr)

1. 서론

화상은 열 때문에 세포가 파괴되고, 조직이 괴사된 상태를 이르며, 일상생활이나 직장 내의 부주이나 사고로 인한 흔한 외상 중의 하나이다(정설희 외, 2008; 김지나, 2016). 화상은 치료 과정도 고통스럽고 상처가 아문 후에도 피부가 변색되거나 변형되는 등의 화상 흉터, 관절구축, 심한 가려움증과 통증을 수반하여 신체적 고통과 함께 심리적 고통, 치료비 부담으로 인한 경제적 고통도 함께 겪을 수 있다(손신영, 2009; 문정현 외, 2010).

화상으로 인해 건강보험으로 치료받은 환자수는 2013년 564, 858명에서 2019년 605, 896명으로 7.3% 증가하였고(2013, 2019 건강보험통계연보), 산업재해로 인한 화상 환자수는 2013년 3, 925명에서 2019년 5, 370명으로 36.8% 증가하는 등 같은 기간 동안 건강보험으로 치료받은 화상 환자수보다 산업재해로 인한 화상환자수의 증가비율이 더 높았다(김경하, 2021). 화상은 질병의 특성상 재해나 사고와 같이 갑작스럽게 발생하고 있고 산업화가 고도화됨에 따라 산업현장에서 사용하는 화학물질의 다양화로 점점 더 증가할 것으로 예측하고 있다(김지나, 2016). 또한 산재보험의 적용대상 범위 확대, 출퇴근 재해 도입, 산재신청 간소화 등으로 산업재해자수는 2013년 91, 824명에서 2019년 109, 242명으로 19.0% 증가하였고(2021 산업재해 현황분석), 산재 신청자수는 향후에도 지속적으로 증가할 것으로 예상된다. 전체 산업재해자수 가운데 산재 화상환자가 차지하는 비율은 2019년 4.9%로 2013년 4.3%보다 0.6%p 증가하였다(김경하, 2021).

한편, 산재보험제도는 산재근로자에 대한 사용자의 배상책임을 근거로 하기 때문에 산재근로자가 이전의 상태로 최대한 복구되고 실제적으로 복귀하는 데 목적을 두고 있고, 산업재해보상보험법 제1조(목적)¹⁾에서도 이를 명시하고 있다. 이를 위해 산재환자 치료에 있어서도 상병이 치유될 때까지 상병의 상태가 고정, 안정되어 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없을 때까지 적극적인 치료를 하도록 제도를 설계하고 있고 치료서비스로 인한 산재보험 부담을 최소화하는데 노력하고 있다. 2006년 12월에는 산재보험제도 개선에 관한 노사정 합의에 따라 산재근로자가 치료 시 의료비 부담을 줄이기 위한 실태 파악을 위해 산재보험 비급여 진료비 조사가 시작되었다.

그런데 2017년 당시 산재 비급여 실태조사에서 산재 화상환자의 비급여 부담률이 상대적으로 높아 화상환자들의 비급여 부담을 줄일 수 있는 방안 마련이 필요하다는 사회적 요구가 있

1) 산업재해보상보험법 제1조(목적) 이 법은 산업재해보상보험 사업을 시행하여 근로자의 업무상의 재해를 신속하고 공정하게 보상하며, 재해근로자의 재활 및 사회 복귀를 촉진하기 위하여 이에 필요한 보험시설을 설치·운영하고, 재해 예방과 그 밖에 근로자의 복지 증진을 위한 사업을 시행하여 근로자 보호에 이바지하는 것을 목적으로 한다.

었다. 이에 근로복지공단은 산업재해로 인한 화상환자들의 치료비 부담을 줄이고 환자들이 적극적인 치료를 받을 수 있도록 2018년 4월부터 산재보험 화상인증의료기관을 지정하고 인증의료기관을 대상으로 산재화상 시범수가를 도입하여 화상인증의료기관수나 수가항목 범위를 단계적으로 확대하고 있는 중이다.

산재보험은 산재근로자의 직장복귀를 최우선으로 하기 때문에, 양질의 치료와 재활서비스를 조기에 제공하여 장애를 최소화함으로써 건강을 회복시키는 것은 산재근로자의 직장복귀를 향상시킬 수 있는 중요한 중재에 해당될 것이다.

따라서 본 연구는 산재보험에서 화상 시범수가 도입을 통해 추진하고 있는 산재 화상 의료보장성 확대 정책에 대한 성과분석 지표를 직업복귀 및 원직복귀로 선정하였다. 특히 산재요양 종결 후 재해 당시 일하던 원직장으로 복귀하는 것은 고용의 안정성이나 지속성을 높일 수 있다는 면에서 중요한 의미가 있을 것이다(이승렬, 2002; 강희태 외, 2006; 박수경·안치민, 2006). 그간 산재 관련 선행연구들에서는 산재근로자의 직업복귀에 영향요인을 파악하고자 하였는데, 초기에는 산재근로자의 개별 특성, 즉 인구사회학적 특성, 직업특성, 산업재해 특성에 대한 영향에 초점을 두었다면(정원미 외, 2003; 강희태 외, 2006; 박수경·안치민, 2006), 산재근로자의 직업복귀를 향상시키기 위해 실시한 중재에 대한 영향 및 효과성 평가 등 연구범위가 보다 확대되었다(양재성·오순복·임성수, 2012; 김미옥·박은주·김지혜, 2013; 노동희 외, 2017).

본 연구는 산재 화상환자를 대상으로 선행연구에서 파악된 직업복귀 영향요인들을 통제한 후 화상시범수가 이용 여부가 직업복귀에 영향을 주는지를 실증적으로 검증함으로써 산재 화상 의료보장성 정책의 성과를 분석하고 발전방향을 제시하고자 한다.

2. 이론적 배경

1) 산재 화상 의료보장성 정책의 특성 및 현황

산재보험은 근로기준법상 재해보상 책임을 보장하기 위하여 사업주로부터 보험료를 징수하고 사업주를 대신하여 근로자를 보상하는 사회보험제도로, 다른 사회보험과는 달리 의료보장(요양급여)과 소득보장(휴업급여, 장애·유족급여)을 동시에 제공하고 있다.

산재보험이 사업주가 전액 보험료를 부담하는 사업주책임 보상의 성격을 근거로 한 만큼 산재 요양급여 특성은 업무상 부상이나 질병에 따른 상병을 치유하여 상실된 노동능력을 회복시키는 것을 목적으로 하고, 적극적 손해의 보전적 성격을 가진다. 산재보험의 이러한 성격은 산

재 요양급여 산정기준에 있어서 비급여 범위²⁾는 최소한으로 하고 가능한 모두 급여화하도록 하며 의료기술의 발달로 빠른 속도로 향상되는 치료법으로 부득이하게 발생하는 비급여 영역을 제외하고는 보험서비스 영역에서의 법정본인부담액은 없이 운영된다. 반면, 건강보험에서는 적정수준의 본인부담은 의료자원의 효율적 운영과 재정안정에 기여한다고 보아(김정희·정종찬·김성욱, 2004) 비급여 본인부담 이외에도 보험영역에서 법정본인부담을 정책적으로 활용하고 있다. 산재 요양급여를 다른 산재 급여와의 관계 측면에서 살펴보면, 산재보험 총 급여액의 21.8%(2020년)에 불과하지만 모든 급여 중에서 가장 먼저 발생하고 노동력의 회복기간과 정도는 휴업급여나 장해급여액의 결정에 기초가 되는 등 산재보험의 다른 급여 수준에 직접적인 영향을 미치므로 매우 중요한 항목이다. 환자 측면에서도 산재보험에서는 업무상 재해 관련 치료를 받는 동안 소득보존을 해주는 산재 휴업급여제도가 있어 안정적인 치료와 재활을 받을 수 있지만, 지금까지는 업무 외 상병 치료에서 소득보전에 대한 상병수당제도³⁾가 없었기 때문에 건강보험에서는 빠른 치료, 수술적 치료 등 치료의학의 발달만이 두드러지고 있었고 재활 및 사회복지 프로그램이 제대로 작동되지 않았던 면이 있었다(정형준, 2017). 이처럼 산재보험의 요양급여 범위는 적정진료 제공을 목적으로 하는 국민건강보험의 급여범위와는 구조적으로 다르고 치료방법도 단순히 건강회복을 넘어 적극적으로 산재근로자의 신체능력 회복을 도모하기 위한 치료수단이 동원된다 점에서 건강보험과는 근본적으로 차이가 있다(이현주, 2005). 따라서 산재 요양급여 기준은 국민건강보험법 요양급여를 준용하지만, 건강보험 기준을 완화해서 달리 적용하거나 산재근로자 치료에 필요한 경우 건강보험에서의 비급여 항목에 대해 추가로 인정해 주는 부분이 있다.⁴⁾

-
- 2) 산업재해보상보험 요양급여산정기준 제5조에서는 산재보험의 비급여 범위를 다음과 같이 규정하고 있다. 1. 업무상 부상 또는 질병의 치료목적이 아닌 진료 또는 투약, 2. 제2조 및 제3조제1항의 규정에서 정하지 않은 요양급여, 3. 상급병실 사용료. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다. ① 종합병원 이상에서 요양하는 경우로서 상병상태가 응급진료, 수술 등으로 입원요양이 필요하나 일반병실이 없어 부득이하게 상급병실을 사용한 경우에 7일의 범위에서 인정, ② 증상이 위중하여 절대 안정이 필요하고, 의사 또는 간호사가 상시 감시하면서 수시로 적절한 조치를 해야 할 필요가 있다고 인정되나, 중환자실 격리실 등 집중치료실이 없거나 여유병상이 없어 불가피하게 상급병실을 사용한 경우 인정
- 3) '상병수당'은 근로자가 업무 외 질병·부상 발생으로 경제활동이 어려운 경우 치료에 집중할 수 있도록 소득을 보전해 주는 사회보장제도로, 코로나19 확산을 계기로 근로자의 아프면 쉴 권리 보장 및 감염병 확산 방지 차원에서 사회적 요구가 대두되었고, 보건복지부는 2025년에 보편적 상병수당 제도 도입을 목표로 '3단계 시범사업'과 '사회적 논의'를 추진 중에 있다(경북매일 2023.02.17.일자. 근로자 상병수당, 아프면 쉴 수 있는 사회 향한 '첫 걸음').
- 4) 산재보험에서 건강보험 요양급여 기준을 달리 적용하는 항목은 요양기관종별 가산을 추가, 입원료 체감율 및 의약품관리료 체감율 완화, 초음파 검사료나 자기공명영상진단료(MRI) 추가 횟수 인정 등이 있고, 추가로 인정하는 부분은 산재근로자 보호를 위해 별도로 정한 기준으로 화상환자에게 인정하는 약제·치료재료·수술료 그리고 재활보조기구 및 재활치료료에 해당하는 재활치료 관련 항목 등이 포함되어 있다. 이외에도 산재 재활인증의료기관에서의 재활 시범수가와 산재 화상인증의료기관에서의 화상 시범수가, 개별요양급여가 있다.

산재 화상 시범수가 도입 배경은 산재보험 비급여 진료비 실태조사의 2017년 결과에서 화상 환자 비급여 부담률(21.2%)이 일반 산재환자(7.7%)보다 높았고(한지영 외, 2017), 화상치료에 필요한 재료대 및 약제가 대부분 비급여로 적용되어 환자부담이 증가하고 이로 인해 화상치료 과정에서 산재환자와 사업주간 갈등이 유발되거나 치료가 중단되는 사례가 발생하여 산재보험 요양급여 보장성 강화방안이 필요하다는 문제제기였다. 산재 화상 시범수가 도입의 목적은 화상치료에 필요한 비급여를 의료기관으로 지급하여 산재환자의 경제적 부담을 줄이고 적극적인 치료를 통해 장애를 최소화하여 사회복귀를 촉진시키는 것이다.

산재 화상 시범수는 2018년 4월부터 산재 화상환자를 대상으로 산재 화상인증의료기관에서 운영되기 시작하였는데, 산재화상인증의료기관은 2018년 보건복지부에서 화상분야 전문병원으로 지정된 5개소 인증을 시작으로 점차 확대되어 2021년에는 12개소가 인증, 운영되고 있다. 화상인증의료기관 지정 기준은 의료법상 병원급 이상 의료기관 중 인력(외과포함 전문의 3인 이상, 동일과목 제외 3개 진료과목)과 시설·장비(수술실, 처치실, 응급실, 입원실 60병상 이상, 레이저와 초음파 의료장비)의 필수조건을 충족시켜야 하고 화상진료 실적 등 우대사항 충족여부에 따라 우선 인증되는 등 일정한 요건을 갖추어야 한다.

화상 시범수가 항목으로는 비급여에 대한 인정부분으로 기본진료료(화상환자관리료), 치료재료대(피부보호제, 비급여드레싱류, 인공진피류 등), 검사료(수부운동평가), 이학요법료(수부운동재활프로그램), 치료보조기구(압박옷), 약제(미보연고, 설파마이론5%탑피컬솔루션, 박티그라, 코네티비나겔 등)가 있고, 건강보험 요양급여기준 완화 항목으로 이학요법료(재활저출력 레이저, 단순·복합·등속성 운동치료 등)와 검사료(일상생활동작검사, 수지기능검사)가 있다. 도입 초기에서 시범수가 항목이 급성기 화상치료에 필요한 치료재료대에 국한되어 있었으나 재활프로그램 등 아급성기에 필요한 수가가 신설되었고 화상치료 시 필요한 약제에 대해서는 개별요양급여 다빈도 인정 약가(화농성질환용제, 창상보호제)를 검토 후 수가가 만들어졌다. 특히, 산재 화상환자 수부운동프로그램 시행 배경에는 산재화상환자의 상해부위 유형 중 손(손가락)·팔 부위가 높은 비중을 차지하고 있고, 중증 화상환자 중 팔(손)에 장애가 발생하는 비율이 높았던 점이다.

산재보험 적용 근로자, 산업재해자, 산재 화상환자 추이를 살펴보면 [표 1]과 같다. 2018년부터 2020년 지난 3년간 근로자수는 1,907만명에서 1,897만명으로 10만명 정도 감소한 반면, 산업재해자는 102,305명에서 108,379명으로 증가하여 근로자 100만명당 발생하는 재해자의 비율인 재해율은 0.54%에서 0.57% 다소 증가하였다. 같은 기간 동안 산재 화상환자는 2018년 5,075명(5.0%), 2019년 5,370명(4.9%), 2020년 4,836명(4.5%)으로 산업재해자수에서 차지하는 비중은 다소 낮아졌다. 산재 화상환자 중 산재 화상시범수가 이용자수와 비중은 매년 증가

하여 2018년 1, 041명(20.5%), 2019년 1, 384명(25.8%), 2020년 1, 389명(28.7%)이었다.

[표 1] 재해발생 연도별 산업재해 및 산재 화상환자 현황

	2018	2019	2020
적용 근로자(명)	19, 073, 438	18, 725, 160	18, 974, 513
산업재해자(명)	102, 305	109, 242	108, 379
재해율(%)	0.54	0.58	0.57
산재 화상환자(명, %)	5, 075 (5.0)	5, 370 (4.9)	4, 836 (4.5)
산재 화상시범수가 이용(명, %)	1, 041 (20.5)	1, 384 (25.8)	1, 389 (28.7)

자료: 고용노동부(2022). 2021 산업재해현황분석

주: 산재보험에서는 2018년부터 산재 화상인증의료기관을 지정하여 여기에 방문한 산재 화상환자를 대상으로 산재 화상 시범수가를 적용하였으므로, 산재 화상시범수가 이용자는 산재 화상인증의료기관에서 치료를 받은 산재 화상환자임.

또한 산재 화상 시범수가 유형별로 2018년부터 2020년까지의 지급 현황을 살펴보면 [표 2]와 같다. 지급건은 처치 및 수술료가 98.0%로 대부분이었고, 검사료/이학요법료는 1.1%, 기본진료료는 0.8%, 약제 0.1%였다. 지급액 역시 처치 및 수술료 98.4%, 기본진료료와 검사료/이학요법료 각각 0.7%, 약제 0.2%순이었다. 화상환자의 급성기 치료에서 주로 이루어지는 드레싱이나 압박옷 등이 포함되는 처치 및 수술료가 모두 거의 대부분을 차지하였고, 검사료/이학요법료의 지급실적은 미미하였다.

[표 2] 산재 화상 시범수가 유형별 지급 현황

구분	지급건		지급액	
	건	(%)	원	(%)
기본진료료	10, 634	(0.8)	845, 968, 200	(0.7)
검사료/이학요법료	15, 906	(1.1)	776, 926, 848	(0.7)
약제	1, 507	(0.1)	182, 397, 563	(0.2)
처치 및 수술료	1, 360, 239	(98.0)	113, 381, 413, 967	(98.4)
전체	1, 388, 286	(100.0)	115, 186, 706, 578	(100.0)

2) 보장성 정책 성과 평가 관련 기존연구 검토

성과지표란 조직의 임무, 전략목표, 성과목표의 달성 여부를 측정하는 척도로서 투입, 과정, 산출의 일련의 과정에 따른 결과로 파악될 수 있을 것이다. 의료관리 역시 투입, 과정, 산출, 결과 모두가 관리 영역에 포함되는데, 의료에서는 특히 결과가 중요한 부분이다. 의료서비스 결과의 지표로는 사망률이나 신체장애 정도와 같은 임상적 상태와 재원일수 혹은 진료비 등과 같

은 자원이용 지표들이 사용되고 있고, 의료서비스 결과의 지표는 점차 세분화되어 건강관련 삶의 질 지표도 많이 이용되고 있다고 하였다(홍혜련 외, 1998).

보장성 정책의 성과를 평가한 연구는 주로 건강보험제도를 중심으로 진행되어 왔다. 보장성 확대가 의료이용 및 의료비 부담에 미친 영향 등 자원이용 지표를 활용하여 분석하였고(최정규·정형선, 2012; 김관옥·신영전, 2017; 이현옥, 2018; 박주호·정기택, 2019), 주로 이중차이 분석(Difference in Difference method) 방법을 통하여 정책 시행 시점을 전후로 이전보다 시간이 변화함에 따라 평균 변화가 어느 정도인지를 파악하는 것이었다.

반면, 산재보험에서는 제도의 궁극적 목표가 재해근로자가 회복하여 직장으로 복귀한다는 점에서 산재근로자의 직업복귀에 영향을 미치는 요인을 탐색하거나 직업복귀를 제고하기 위한 중재에 대한 평가 연구들이 있었다(정원미 외, 2003; 강희태 외, 2006; 박수경·안치민, 2006; 양재성·오순복·임성수, 2012; 김미옥·박은주·김지혜, 2013; 노동희 외, 2017). 그리고 직업복귀 여부 결정은 인구학적 요인(성별, 연령, 결혼상태, 교육수준 및 부양가족 등), 의학적 요인(진단명, 손상부위, 중증도, 통증정도, 손상과 치료 시작 사이의 시간 간격, 요양기간 등), 직업적 요인(직종, 근무기간, 정규직 여부, 회사규모, 업무의 성격, 직장에서의 지지 등), 경제적 요인(임금, 산재보상, 실업률 등), 정신 사회적 요인(성격, 정신적 증상, 회복에 대한 믿음), 중재적 요인(직장복귀프로그램 실시 등)이 복합적으로 작용한다고 보고하고 있다(강희태 외, 2006).

한편, 화상환자를 대상으로 한 직업복귀 연구는 대부분 국외에서 수행되었고, 화상환자의 직업복귀 가능성 및 장애요인을 주로 파악하면서 직업복귀를 높이기 위한 중재프로그램의 필요성을 언급하였다. 중증 화상 재해 이후 직업복귀에 영향을 주는 가장 유의미한 변수는 화상의 체표면적(TBSA)이라고 한 연구(Helm·Walker, 1992)도 있었고, 재해 전 고용상태가 가장 중요한 직업복귀 영향요소로 재해 당시 고용되었던 경우가 그렇지 않은 경우보다 직업복귀할 가능성이 171배로 높다고도 하였다(Wrigley et al., 1995). 화상 재해자들 중 66%는 재해 이후 6개월 내 직업에 복귀하였고, 90%는 2년 내 직업에 복귀했는데 이들의 평균 휴직기간은 17주였고 37%는 원직장 원직무에 복귀하였으며, 직업복귀 장애요인은 화상 체표면적(TBSA)과 정신과 병력이라고 한 연구(Brych et al., 2001)도 있었고, 직업복귀의 가장 큰 장애요인은 통증, 신경학적 장애, 기동성 장애, 정신과적 문제라고 하면서, 실직 위험이 높은 자들을 초기에 확인하여 작업능력강화프로그램을 포함한 포괄적 재활서비스를 신속하게 제공하는 것이 중요하다고 제안하기도 하였다(Schneider·Bassi·Ryan, 2009). 직업복귀 장애요인은 통증, 맞춤형 재활계획의 부족, 재활 동안 심리적 지지의 부족이고, 코디네이터를 통해 재활 및 장애평가와 함께 작업능력(work capacity) 평가를 고려한 화상평가도구(burn-specific tools)의 필요성을 언급하기도 하였다(Öster·Kildal·Ekselius, 2010), 화상 재해 후 28% 정도는 어떤 형태로도 직업복귀를

못하고 있고 초기 직업복귀 장애요인은 신체기능이지만 재해 이후 10개월 시점에는 사회적 요인이 더 영향을 미친다고 하면서 작업능력을 지원하기 위한 개입의 필요성을 언급하였다(Mason et al., 2012). 화상환자 대상 중재프로그램(환자/가족/사용주 대상 건강회복 교육, 직업상담사가 사용주와 접촉, 업무적응을 위한 작업장 개조 권고, 근로자상태 정보 제공, 작업강화프로그램 등)에 대한 효과 평가 연구에서는 프로그램 참여자들의 직업복귀율은 93%, 재해 이후 직업복귀까지의 평균 휴직기간은 24일이었고, 중재프로그램이 직업복귀율을 높이는 성과는 있었지만, 프로그램 개별구성 요소들과 성과는 연관시킬 수 없었고, 그럼에도 사용주/환자/보험사 참여와 유연성의 조합은 프로그램 성공에 기여했을 것이라고 추정하였다(Carrougher et al., 2017).

3. 연구방법

1) 연구대상

산재 화상환자는 주상병, 부상병, 파생상병 중 어느 하나라도 T20-T32(화상 및 부식)를 포함한 경우 혹은 상병명 또는 세부상병명에 '화상'이 포함된 경우 혹은 상해종류가 화상인 경우를 대상으로 하였다. 또한 근로복지공단에서는 전년도 7월에서 다음연도 6월 기준 산재 요양종결자를 대상으로 직업복귀 관련 자료를 수집하고 있었기 때문에, 산재 요양종결일이 2018년 7월 1일에서 2019년 6월 30일까지의 기간으로 한정하였고 재요양 후 종결한 경우 그리고 직업복귀 가능성을 염두하여 60세 이상의 연령은 제외시켰으므로 최종 분석대상자는 총 3,645명(산재 화상 시범수가 이용자 769명, 미이용자 2,876명)이었다. 이때, 산재 화상 시범수가 이용 대상은 산재 화상환자가 산재 화상인증의료기관에서 진료비 명세서상 산재화상 시범수가를 한 번이라도 지급한 자로 하였고, 이들을 제외한 산재 화상환자는 미이용자로 분류하였다.

2) 자료수집

산재 화상환자 관련 자료는 근로복지공단에서 보유한 산재보험 적용 및 요양데이터베이스를 이용하였고, 수집자료의 내용은 재해자의 인적사항, 직업정보, 재해 및 요양정보, 재활정보 등이었다[표 3]. 근로복지공단에서 보유한 DB 자료는 근로복지공단의 승인을 얻은 후 분석에 활용하였다.

[표 3] 수집자료 상세 내용

구분	내용	
인적사항	성별	남성/여성
	연령(재해 당시 기준)	30세미만/30-39/40-49/50-59
직업정보 (재해사업장 기준)	근무기간	1년미만/1-2년미만/2년이상
	상시근로자수	50인미만/50-299/300인이상
	업종	제조업/건설업/기타(제조업, 건설업 이외의 광업, 운수창고및통신업, 임·어·농업, 금융및보험업, 기타의사업)
	직종	관리자, 전문가, 사무종사자, 기능원, 장치기계조작 및 조립종사자/서비스직, 판매직, 농림어업숙련종사자/단순노무종사자, 특수형태근로종사자
	종사상 지위	상용직/임시직/일용직
재해 및 요양정보	재해일	-
	승인 상병명	-
	최초요양승인일	-
	요양종결일	-
	요양승인의료기관	-
	요양기간	3개월미만/3-6개월미만/6개월이상
	중환자실 입원일	입원안함/입원함
	화상시범수가	이용안함/이용함
재활정보	장해등급	무장해/8-14등급/1-7등급
	재활서비스	근로복지공단에서 제공하는 재활서비스로 직업훈련, 직업재활급여(직장복귀지원금, 직장적응훈련비, 재활운동비), 직장복귀지원프로그램(작업능력평가), 직장동료화합PG, 가족화합PG, 심리상담) 등 해당
	직업복귀	요양종결 후 6개월 시점에 일용근로자로 취득신고된 경우를 포함하여 고용보험 또는 산재보험 피보험자격을 가지고 있거나 사업자등록증 취득한 경우
	원직복귀	요양종결 후 6개월 시점에 재해당시와 요양종결후 동일한 사업장에서 고용보험 또는 산재보험 피보험자격을 가지고 있는 경우

3) 자료분석 방법

산재 화상시범 수가 이용 여부에 따른 산재 화상환자의 인구사회학적 특성, 재해 및 재활특성, 직업복귀 및 원직복귀의 차이는 카이제곱 검정(χ^2 -test)을 이용하여 분석하였다.

그리고, 산재 화상 시범수가 도입을 통한 의료보장성 성과분석 지표로 직업복귀와 원직복귀는 각각을 종속변수로 한 후, 독립변수는 산재 화상시범수가 이용 여부를, 통제변수는 기존문헌에서 언급되고 있었던 산재근로자의 직업복귀 및 원직복귀에 미치는 요인, 즉, 인구사회학적 요인(성, 연령, 근무기간, 사업장 규모, 업종, 직종, 종사상 지위), 의학적 요인(장해등급, 요양기

간, 증환자실 입원 여부), 중재적 요인(재활서비스 이용 여부)으로 분류하여 다중 로지스틱 회귀분석(Multiple logistic regression analysis)을 실시하였다. 본 연구 분석을 위한 통계패키지는 SAS 9.1 프로그램을 사용하였고, 5%의 유의수준에서 통계적 유의성을 검정하였다.

4. 연구결과

1) 산재 화상 대상자의 특성

산재 화상시범수가 이용자의 인구사회학적 특성을 미이용자와 비교하여 살펴보면 [표 4]와 같다. 성별로는 산재 화상시범수가 이용자가 남성(25.0%)이 여성(16.2%)보다 높았으나, 미이용자는 남성(75.0%)보다 여성(83.8%)이 높았다($\chi^2=41.58$, $p<.0001$). 연령별로는 산재 화상시범수가 이용자는 30대(24.8%), 30세 미만(23.4%), 40대(19.8%), 50대(18.0%) 순 등 낮은 연령대에서, 미이용자는 50대(82.0%), 40대(80.2%), 30세 미만(76.6%), 30대(75.3%) 순으로 높은 연령대에서의 비율이 높았다($\chi^2=16.00$, $p=.0011$). 근무기간별로는 산재 화상시범수가 이용자는 1-2년 미만(23.1%), 2년 이상(21.7%), 1년 미만(20.8%) 순 등으로 근무기간이 높은 군에서, 미이용자는 1년 미만(79.2%), 2년 이상(78.4%), 1-2년 미만(76.9%) 순으로 근무기간이 낮은 군에서 비율이 높았지만, 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다. 사업장 규모별로는 산재 화상시범수가 이용자는 상시근로자수가 300인 이상(25.5%), 50-299인(24.8%), 50인 미만(19.8%) 순으로 규모가 큰 사업장의 비중이 높았고, 미이용자는 50인 미만(80.2%), 50-299인(75.2%), 300인 이상(74.5%) 순으로 규모가 작은 사업장에서 비중이 높았다($\chi^2=11.38$, $p=.0034$). 업종별로는 산재 화상시범수가 이용자는 건설업(25.6%), 제조업(23.7%), 기타(제조업과 건설업을 제외한 업종들)(19.8%) 순으로 높았고, 미이용자는 기타(제조업과 건설업을 제외한 업종들)(80.2%), 제조업(76.3%), 건설업(74.4%) 순 등으로 비율이 높았다($\chi^2=9.12$, $p=.0105$). 직종별로는 산재 화상시범수가 이용자는 ‘관리자, 전문가, 사무종사자, 기능원, 장치기계조작 및 조립종사자’(29.0%), ‘서비스직, 판매직, 농림어업숙련종사자’(19.9%), ‘단순노무종사자, 특수형태근로종사자’(14.2%) 순으로 높았고, 미이용자는 ‘단순노무종사자, 특수형태근로종사자’(85.8%), ‘서비스직, 판매직, 농림어업숙련종사자’(80.1%), 관리자, 전문가, 사무종사자, 기능원, 장치기계조작 및 조립종사자’(71.0%) 순 등으로 비율이 높았다($\chi^2=69.59$, $p<.0001$). 종사상 지위별로는 산재 화상 시범수가 이용자는 임시직(22.3%), 상용직(21.2%), 일용직(20.1%) 순으로 높았고, 미이용자는 일용직(79.9%), 상용직(78.8%), 임시직(77.7%) 순으로 비율이 높았지만, 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다.

[표 4] 산재 화상 대상자의 인구사회학적 특성

	전체 (n=3, 645)		화상시범수가 이용(n=769)		미이용 (n=2, 876)		χ^2	p
	명	%	명	%	명	%		
성								
남	2, 034	(55.8)	508	(25.0)	1, 526	(75.0)	41.58	<.0001
여	1, 611	(44.2)	261	(16.2)	1, 350	(83.8)		
연령(세)								
<30	1, 072	(29.4)	251	(23.4)	821	(76.6)	16.00	.0011
30-39	606	(16.6)	150	(24.8)	456	(75.3)		
40-49	772	(21.2)	153	(19.8)	619	(80.2)		
50-59	1, 195	(32.8)	215	(18.0)	980	(82.0)		
근무기간(년)								
<1	2, 153	(62.5)	447	(20.8)	1, 706	(79.2)	1.24	.5372
1-2	420	(12.2)	97	(23.1)	323	(76.9)		
≥2	873	(25.3)	189	(21.7)	684	(78.4)		
상시근로자수(명)								
<50	2, 633	(75.1)	521	(19.8)	2, 112	(80.2)	11.38	.0034
50-299	452	(12.9)	112	(24.8)	340	(75.2)		
≥300	423	(12.1)	108	(25.5)	315	(74.5)		
업종								
제조업	827	(22.7)	196	(23.7)	631	(76.3)	9.12	.0105
건설업	262	(7.2)	67	(25.6)	195	(74.4)		
기타*	2, 556	(70.1)	506	(19.8)	2, 050	(80.2)		
직종								
관리자, 전문가, 사무종사자, 기능원, 장치기계조작 및 조립종사자	1, 086	(29.8)	315	(29.0)	771	(71.0)	69.59	<.0001
서비스직, 판매직, 농림어업 숙련종사자	1, 590	(43.6)	316	(19.9)	1, 274	(80.1)		
단순노무종사자, 특수형태근로종사자	969	(26.6)	138	(14.2)	831	(85.8)		
종사상 지위								
상용직	2, 752	(75.7)	584	(21.2)	2, 168	(78.8)	0.61	.7357
임시직	229	(6.3)	51	(22.3)	178	(77.7)		
일용직	657	(18.0)	132	(20.1)	525	(79.9)		

* 기타에는 제조업, 건설업 이외의 광업, 운수창고및통신업, 임업, 어업, 농업, 금융및보험업, 기타의사업이 포함됨

산재 화상시범수가 이용자의 요양 및 재활특성을 미이용자와 비교하여 살펴보면 [표 5]와 같다. 요양기간별로는 산재 화상시범수가 이용자는 6개월 이상(42.2%), 3-6개월 미만(33.2%), 3

개월 미만(15.0%) 순으로 요양기간이 길수록 비율이 높았던 반면, 미이용자는 3개월 미만(85.0%), 3-6개월 미만(66.9%), 6개월 이상(57.8%) 순으로 요양기간이 짧을수록 비율이 높았다($\chi^2=212.57$, $\rho<.0001$). 중환자실 입원 여부별로는 산재 화상시범수가 이용자는 입원한 경우(52.0%)가 입원하지 않은 경우(20.7%)보다 비율이 높았으나, 미이용자는 입원하지 않은 경우(79.3%)가 입원한 경우(48.0%)보다 비율이 높았다($\chi^2=29.08$, $\rho<.0001$). 장애등급별로는 산재 화상시범수가 이용자는 1-7등급(50.0%), 8-14등급(33.5%), 무장해(19.9%) 순으로 중증장애일수록 비율이 높았던 반면, 미이용자는 무장해(80.1%), 8-14등급(66.6%), 1-7등급(50.0%) 순으로 경증장애일수록 비율이 높았다($\chi^2=33.85$, $\rho<.0001$). 근로복지공단에서 제공하는 재활서비스 이용 여부별로는 산재 화상시범수가 이용자는 재활서비스를 이용한 경우(35.0%)가 이용하지 않은 경우(20.4%)보다 비율이 높았지만, 미이용자는 이용하지 않은 경우(79.6%)가 이용한 경우(65.0%)보다 비율이 더 높았다($\chi^2=22.28$, $\rho<.0001$).

[표 5] 산재 화상 대상자의 요양 및 재활특성

	전체 (n=3, 645)		화상시범수가 이용(n=769)		미이용 (n=2, 876)		χ^2	ρ
	명	%	명	%	명	%		
요양기간(월)								
<3	2, 590	(71.1)	388	(15.0)	2, 202	(85.0)	212.57	<.0001
3-6	709	(19.5)	235	(33.2)	474	(66.9)		
≥6	346	(9.5)	146	(42.2)	200	(57.8)		
중환자실 입원								
안함	3, 595	(98.6)	743	(20.7)	2, 852	(79.3)	29.08	<.0001
함	50	(1.4)	26	(52.0)	24	(48.0)		
장애등급								
무장해	3, 341	(91.7)	666	(19.9)	2, 675	(80.1)	33.85	<.0001
8-14등급	296	(8.1)	99	(33.5)	197	(66.6)		
1-7등급	8	(0.2)	4	(50.0)	4	(50.0)		
재활서비스 이용								
안함	3, 462	(95.0)	705	(20.4)	2, 757	(79.6)	22.28	<.0001
함	183	(5.0)	64	(35.0)	119	(65.0)		

2) 산재 화상 의료보장성 정책의 성과 분석: 직업복귀 및 원직복귀 영향

산재 화상시범수가 이용 여부에 따른 직업복귀와 원직복귀 차이를 살펴보면 [표 6]과 같다. 산재 화상시범수가 이용자의 직업복귀율은 77.1%, 미이용자는 72.6%로 이용자의 직업복귀율

이 4.5%p 더 높았다($\chi^2=6.26, \rho=.0124$). 산재 화상시범수가 이용자의 원직복귀율은 53.3%, 미이용자는 50.2%로 이용자의 원직복귀율이 3.1%p 더 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 보이지 않았다.

[표 6] 산재 화상 시범수가 이용 여부에 따른 직업복귀 및 원직복귀 차이

	전체 (n=3, 645)		화상 시범수가 이용(n=769)		미이용 (n=2, 876)		x2	ρ
	명	%	명	%	명	%		
직업복귀								
안함	963	(26.4)	176	(22.9)	787	(27.4)	6.26	.0124
함	2, 682	(73.6)	593	(77.1)	2, 089	(72.6)		
원직복귀								
안함	1, 791	(49.1)	359	(46.7)	1, 432	(49.8)	2.34	.1258
함	1, 854	(50.9)	410	(53.3)	1, 444	(50.2)		

산재 화상 시범수가 이용 여부가 다른 변수를 통제한 후에도 직업복귀와 원직복귀에 영향을 주는지 확인하기 위해 다중 로지스틱 회귀분석한 결과는 [표 7]과 같다. 그 결과, 산재 화상 시범수가를 이용한 경우가 직업복귀는 1.438배(95% CI=1.148-1.8), 원직복귀는 1.228배(95% CI=1.006-1.498) 더 높게 나타나 직업복귀 및 원직복귀에의 긍정적 영향이 통계적으로도 검증되었다.

산재 화상 시범수가 이용 외에도 산재 화상환자의 직업복귀에 영향을 준 변수로는 연령, 근무기간, 상시근로자수, 업종, 직종, 종사상 지위, 요양기간이 있었다. 연령은 30세 미만보다 30대는 1.445배(95% CI=1.114-1.873), 40대는 1.716배(95% CI=1.335-2.207), 50대는 1.668배(95% CI=1.325-2.1) 직업복귀 가능성이 더 높았다. 근무기간은 1년 미만에 비해 1년-2년 미만은 1.820배(95% CI=1.372-2.415), 2년 이상은 3.210배(95% CI=2.436-4.229)로 나타나는 등 근무기간이 길수록 직업복귀 가능성이 더 높았다. 상시근로자수는 50인 미만에 비해 50인-300인 미만은 1.551배(95% CI=1.161-2.071), 300인 이상은 2.302배(95% CI=1.687-3.139)로 나타나는 등 사업장 규모가 클수록 직업복귀 가능성이 더 높았다. 업종은 제조업보다 기타(제조업과 건설업 이외의 업종)는 0.693배(95% CI=0.526-0.913)였고, 직종은 ‘관리자, 전문가, 사무종사자, 기능원, 장치기계 조작및조립종사자’보다 ‘서비스직, 판매직, 농림어업숙련종사자’가 0.770배(95% CI=0.599-0.988)였다. 종사상 지위는 일용직보다 상용직이 2.489배(95% CI=1.944-3.186) 직업복귀 가능성이 더 높았고, 요양기간은 6개월이상보다 3개월미만이 2.273배(95% CI=1.609-3.211), 3개월-6개월미만은 2.096배(95% CI=1.469-2.991)로 요양기간이 짧을수록 직업복귀 가능성이 더 높았다.

원직복귀의 경우는 산재보험 화상인증의료기관 이용 외에도 연령, 근무기간, 상시근로자수, 업종, 종사상 지위, 요양기간이 영향을 주었다. 연령은 30세 미만보다 30대는 1.488배(95% CI=1.175-1.885), 40대는 1.714배(95% CI=1.362-2.157), 50대는 1.417배(95% CI=1.145-1.753) 원직복귀 가능성이 더 높았다. 근무기간은 1년 미만에 비해 1년-2년 미만은 2.586배(95% CI=2.044-3.273), 2년 이상은 5.100배(95% CI=4.103-6.34)로 나타나는 등 근무기간이 길수록 원직복귀 가능성이 더 높았다. 상시근로자수는 50인 미만에 비해 50인-300인 미만은 1.279배(95% CI=1.002-1.634), 300인 이상은 1.667배(95% CI=1.292-2.152)로 나타나는 등 사업장 규모가 클수록 원직복귀 가능성이 더 높았다. 업종은 제조업보다 건설업은 0.519배(95% CI=0.336-0.801)였고, 기타(제조업과 건설업 이외의 업종)는 0.639배(95% CI=0.504-0.812)였다. 종사상 지위는 일용직보다 상용직이 3.668배(95% CI=2.775-4.848), 임시직은 1.802배(95% CI=1.203-2.698) 원직복귀 가능성이 더 높았고, 요양기간은 6개월이상보다 3개월미만이 1.948배(95% CI=1.393-2.724), 3개월-6개월미만은 1.612배(95% CI=1.148-2.263)로 요양기간이 짧을수록 원직복귀 가능성이 더 높았다.

[표 기 산재 화상 의료보장성 정책의 성과분석: 직업복귀 및 원직복귀 영향

		직업복귀			원직복귀		
		OR	95% CI		OR	95% CI	
성	남성						
	여성	0.977	0.803	1.189	1.053	0.877	1.265
연령	30세 미만						
	30대	1.445**	1.114	1.873	1.488**	1.175	1.885
	40대	1.716***	1.335	2.207	1.714***	1.362	2.157
	50대	1.668***	1.325	2.1	1.417**	1.145	1.753
근무기간	1년 미만						
	1년-2년 미만	1.820***	1.372	2.415	2.586***	2.044	3.273
	2년 이상	3.210***	2.436	4.229	5.100***	4.103	6.34
상시 근로자수	50인 미만						
	50인-300인 미만	1.551***	1.161	2.071	1.279*	1.002	1.634
	300인 이상	2.302***	1.687	3.139	1.667***	1.292	2.152
업종	제조업						
	건설업	1.106	0.712	1.719	0.519**	0.336	0.801
	기타	0.693**	0.526	0.913	0.639***	0.504	0.812
직종	관리자, 전문가, 사무종사자, 기능원, 장치기계 조작 및 조립종사자						
	서비스직, 판매직, 농림어업숙련종사자	0.770*	0.599	0.988	0.841	0.675	1.049

	단순노무종사자, 특수 형태근로종사자	0.795	0.62	1.019	0.875	0.7	1.093
종사상 지위	일용직						
	상용직	2.489***	1.944	3.186	3.668***	2.775	4.848
	임시직	1.322	0.915	1.908	1.802*	1.203	2.698
장해등급	무장해						
	1-7등급	0.456	0.084	2.483	0.903	0.14	5.806
	8-14등급	1.142	0.776	1.68	0.906	0.638	1.286
요양기간	6개월이상						
	3개월미만	2.273***	1.609	3.211	1.948***	1.393	2.724
	3개월-6개월미만	2.096***	1.469	2.991	1.612**	1.148	2.263
중환자실 입원	이용안함						
	이용함	0.789	0.372	1.673	0.939	0.453	1.946
재활서비스	이용안함						
	이용함	0.710	0.476	1.057	0.712	0.487	1.042
산재화상 시범수가	이용안함						
	이용함	1.438**	1.148	1.8	1.228*	1.006	1.498

CI=Confidential interval

* $\rho < .05$, ** $\rho < .01$, *** $\rho < .001$

5. 결론 및 정책제언

산재보험에서는 화상인증의료기관을 지정하고 화상치료에 필요한 비급여를 시범수가로 점차 확대하면서 산재 화상환자의 경제적 부담을 줄이는 동시에 적극적 치료를 통해 장해를 최소화하여 직업 및 사회복귀를 촉진시키는 정책을 시행 중이다. 이에 본 연구는 산재 화상 시범수가 도입을 통한 산재 화상 의료보장성 정책의 성과를 실증적으로 분석하여 정책의 목표 달성도를 점검, 평가하고 국내 산재화상 환자를 대상으로 한 직업복귀 및 원직복귀 요인도 파악하여 산재 화상 의료보장성 정책 방향 설정에 기초자료를 제공하고자 한다.

먼저, 산재 화상 시범수가 도입을 통한 산재 화상 의료보장성 정책에 대한 직업복귀 및 원직복귀 성과가 입증되었다. 산재 화상 시범수가 이용 여부에 따른 직업복귀와 원직복귀는 차이가 있었는데, 직업복귀율의 경우 산재 화상 시범수가 이용자는 77.1%, 미이용자는 72.6%로 산재 화상 시범수가 이용자가 유의하게 더 높았고, 원직복귀율은 산재 화상 시범수가 이용자는 53.3%, 미이용자는 50.2%로 통계적으로 유의하지는 않았지만 산재 화상 시범수가 이용자가 더 높았다. 산재 화상 시범수가 이용자가 요양기간이 길수록 비율이 더 높았고, 중환자실 입원한 비율이 더 높았으며, 중증장해 비율이 더 높게 나타나 상대적으로 환자의 중증도가 더 높다고

추정될 수 있었다. 그러나 기술통계에서 산재화상 시범수가 이용자의 직업복귀율이나 원직복귀율이 더 높았고, 다중 로지스틱 회귀분석을 통하여 다른 독립변수들을 통제하여 살펴본 결과에서도 산재 화상 시범수가 이용이 직업복귀와 원직복귀 가능성을 모두 더 높이는 결과를 보여주었다. 이는 산재보험 화상인증의료기관은 인력과 시설, 산재환자의 치료경험 등을 조건으로 하는 산재 인증기준을 충족시키는 경우에 지정될 수 있고 화상치료에 필요한 비급여를 시범수가로 적용할 수 있어, 화상인증의료기관을 방문한 산재 화상환자는 결국 양질의 화상치료서비스를 적극적으로 받게 되어 건강회복으로 인한 직업복귀 및 원직복귀 촉진으로 연결됨을 보여주는 것이다.

산재 화상환자의 화상시범수가 이용을 수치는 매년 증가하고 있지만, 본 연구 결과를 통해 산재 화상시범수가의 성과가 실증적으로 입증된 만큼 산재보험 화상인증의료기관의 이용률을 높이는 노력은 계속해서 필요할 것이다. 이때, 산재 화상 시범수가가 적용되는 산재 화상인증의료기관은 전국에 12개소만 운영되고 있어 산재근로자들이 인지하기 쉽지 않았을 것으로 추정되고 이용율도 28.7%(2020년 기준)에 불과했지만, 중환자실 입원한 경우는 52.0%, 장애등급 1-7등급인 경우는 50.0% 이용율을 보이고 있어 치료비용이 많이 발생할 가능성이 있는 집단이 산재 화상인증의료기관을 선택하는 경향을 보였다는 점에서 중요한 의미가 있다고 보인다. 반면, 여성에서, 40대, 50대 연령군에서, 근무기간이 1년 미만인 군에서, 50인 미만 중소기업에서, 제조업과 건설업 이외의 업종에서, 단순근무종사자, 특수형태근로종사자 직종에서, 일용직에서 산재보험 화상인증의료기관 이용률이 상대적으로 더 낮았는데, 이들 집단은 대부분 산재취약계층에 해당되므로 이들 대상 서비스 이용율을 높이기 위한 노력도 중요할 것이다. 취약계층근로자는 산재보험제도 자체를 알지 못하거나 보상신청 절차를 몰라 산재보험 혜택을 받지 못하고 초기에 적절한 치료나 조치를 받지 못하여 상태가 악화되거나 시기를 놓칠 수 있고, 이는 재활이나 재취업의 기회를 놓치는 것으로 이어질 수 있기 때문이다(이경용 외, 2006). 산재 화상환자가 치료받는 의료기관을 선택하게 된 배경이나 경로에 대한 질적 조사를 통해 산재보험 화상인증의료기관의 이용율을 높일 수 있는 방안이 함께 모색되어야 할 것이다.

그리고 개인의 의료서비스 이용 영향요인을 예측하는 Andersen 행동모형⁵⁾에서 지역사회 자원 등의 가능성 요인은 정책적으로 변경 가능하고 지리적 접근성 향상을 통해 서비스 이용을 유도할 수 있다는 점을 감안하여 산재보험 화상인증의료기관을 확대하는 노력은 지속적으로 있어야 할 것이다.

5) Andersen(1995) 행동모형은 개인 의료서비스 이용 영향요인을 예측하는 사회행태학적 모형으로 소인성 요인(질병 발생 이전의 개인적 특성으로 인구학적 요인, 사회구조 요인, 건강에 대한 믿음), 의료욕구 요인(개인의 건강상태, 장애정도), 가능성 요인(가족 자원, 지역사회 자원)이 의료이용에 영향을 미치는 요인으로 제시하고 있다.

또한, 산재 화상환자의 적극적 치료와 경제적 부담 완화에 대한 지원을 보다 활성화하기 위해, 산재보험 화상인증의료기관에서의 화상진료 시범수가 확대하고 효과성이 입증되는 항목에 대해서는 요양급여화될 수 있도록 의료현장을 파악하고 기준을 개선할 수 있는 시스템이 마련되어야 할 것이다. 그간의 보장성 확대 노력으로 2021년에는 산재보험 화상인증의료기관 비급여 부담률은 1.5%로 전체 5.5%보다 4%p 낮아졌고(최현 외, 2021), 최근에는 화상환자관리료, 피부보호제, 수부 운동 평가 및 수부 운동 재활프로그램, 약제 등까지 산재 화상 시범수가 화하였다. 하지만, 국내에서는 화상환자를 치료하는 의료기관들이 급성기 치료 중심의 시스템이고 재활프로그램을 운영할 수 있는 시설과 인력을 갖춘 곳이 거의 없어 관련 수가가 만들어져도 활용되지 못하는 부분이 있다(김경하, 2021). 따라서, 화상인증의료기관과 재활인증의료기관 간 연계시스템 구축을 시도하면서 우선적으로는 근로복지공단 소속병원 중심으로 화상재활프로그램을 운영할 수 있도록 인력이나 시설 지원이 필요할 것으로 보인다. 그리고 산재 화상환자 대상 치료서비스나 치료보조기구 등에 대한 만족도 평가와 치료서비스 항목별 효과 분석을 위한 평가지표 및 체계 개발도 이루어져야 할 것이다.

다음으로, 요양종결 산재 화상환자 직업복귀 영향요인에 산재 화상 시범수가 이용 이외의 요인들이 파악되었는데, 연령은 30세 미만보다 연령이 높을수록, 재해발생 당시 사업장에서의 근무기간이 길수록, 재해발생 당시 사업장 규모가 클수록, 제조업에서, 상용직에서, 요양기간이 짧을수록 직업복귀 및 원직복귀 가능성이 높았고, 직업복귀와 원직복귀 영향요인의 크기는 다소 차이가 있었으나 업종과 종사상 지위 일부 등을 제외하고는 경향성이 대체적으로 일치하였다. 이러한 결과는 전체 산재 근로자를 대상으로 직업복귀 및 원직복귀 영향요인을 파악하였던 기존연구(정원미 외, 2003; 강희태 외, 2006; 박수경, 2012; 양재성·오순복·임성수, 2012)의 결과와 크게 다르지 않았다. 다만, 본 연구는 근로복지공단 행정자료에서 확인하기 어려운 화상 크기, 화상 부위 및 범위, 정신과 병력 및 사회심리적 요인, 기동성 장애, 관절구축, 비후성 반흔, 소양증과 같은 화상환자의 후유증 정도 등 화상환자의 특징 관련 자료들을 고려한 직업복귀 영향요인을 함께 파악하지 못한 제한점을 가지고 있다. 국외연구에서는 화상 환자 직업복귀 요인으로 화상 체표면적(Helm·Walker, 1992; Brych et al., 2001), 치료기간(Helm·Walker, 1992), 정신과 병력 및 사회심리적 요인(Brych et al., 2001; Schneider·Bassi·Ryan, 2009; Öster·Kildal·Ekselius, 2010), 재해 전 고용상태(Wrigley et al., 1995), 통증(Schneider·Bassi·Ryan, 2009; Öster·Kildal·Ekselius, 2010), 신경학적 및 기동성 장애(Schneider·Bassi·Ryan, 2009) 등이 있다고 언급하고 있다. 향후에는 화상환자 특성이 반영된 요인들을 추가하여 화상 재해로 인한 직업복귀 관련 특정 장애요인을 파악하여 치료서비스가 필요한 항목을 살펴볼 필요가 있겠다. 또한 화상환자들의 직업복귀에 영향을 미치는 요인에 대한 해외 연구동향 검토

이외에도, 화상환자의 치료 지원을 위한 의료서비스공급체계 및 산재보험 급여체계 및 기준에 대한 해외사례를 조사하여 우리나라 제도의 발전과정에 줄 수 있는 시사점을 찾는 것이 필요할 것이다.

본 연구는 근로복지공단 행정자료에서 확인된 항목만을 분석에 활용하였다는 한계는 있지만, 산재보험의 실증적 자료를 통해 산재 화상 시범수가 성과를 확인하고 국내 산재화상 환자를 대상으로 한 직업복귀 및 원직복귀 요인을 처음으로 파악하였다는 점에서 의의가 있으며, 산재 화상환자에 대한 연구가 지속적으로 이루어질 것을 기대한다.

■ 참고문헌 ■

- 강희태, 임형준, 김용규, 주영수, 이화평, 김정민, 권영준. (2006). 산업재해 근로자의 직업복귀 및 원직복귀 예측 요인. 대한산업의학회지. 18(3). 221-231.
- 고용노동부. (2022). 2021 산업재해현황분석.
- 국민건강보험공단·건강보험심사평가원. (2014). 2013 건강보험통계연보.
_____. (2020). 2019 건강보험통계연보.
- 고용노동부·근로복지공단. (2022). 산업재해보상보험 요양급여산정기준.
- “근로자 상병수당, 아프면 쉬 수 있는 사회 향한 첫 걸음”. www.kbmaeil.com. (2023. 2. 17).
- 김관옥, 신영전. (2017). 4대 중증질환 보장성 강화 정책이 의료비에 미친 영향: 본인부담금을 중심으로. 보건사회연구. 37(2). 452-476.
- 김경하. (2021). 산재 화상치료 실태분석 및 운영방안. 서울: 근로복지공단 근로복지연구원.
- 김미옥, 박은주, 김지혜. (2013). 산재근로자에 대한 사례관리서비스의 효과: 직업복귀 및 원직복귀에 대한 영향을 중심으로. 사회복지정책. 40(3). 133-156.
- 김정희, 정종찬, 김성옥. (2004). 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사. 국민건강보험공단.
- 김지나. (2016). 여성 산업재해 환자의 화상관련 특성. 중앙대학교 대학원 간호학과 간호전공 석사학위논문.
- 이승렬. (2002). 산재근로자의 직업복귀 실태와 결정요인 분석. 서울: 한국노동연구원.
- 노동희, 조은주, 한승엽, 김광재, 감경윤. (2017). 직업복귀프로그램에 참여한 산업재해근로자의 원직무복귀에 영향을 미치는 요인. 대한작업치료학회지. 25(4). 19-31.
- 문정현, 이금재, 전종현, 최지수, 이주연, 장기연, 서정훈, 김종현, 전욱, 허준, 김도현, 조용석, 임해준, 최인근, 이병철. (2010). 화상재활 환자의 삶의 질 향상을 위한 집단 교육 프로그램 적용. 대한화상학회지. 13(1). 40-44.
- 박수경, 안치민. (2006). 산재근로자의 원직복귀 예측요인. 사회복지정책. 26. 177-194.
- 박수경. (2012). 산재장애인의 성공적인 직업복귀 과정과 관련 요인. 재활복지. 16(3). 293-318.
- 박주호, 정기택. (2019). 4대 중증질환 보장성 강화 정책 이후 중증질환자의 의료 이용 변화에 관한 분석. 의료경영학연구. 13(3). 9-23.
- 손신영. (2009). 우리나라 성인여성의 직업특성별 건강상태 및 건강관련 삶의 질. 한국산업간호학회지. 18(1). 33-43.
- 양재성, 오순복, 임성수. (2012). 산재근로자 직업복귀 형태에 영향을 미치는 결정요인 분석 -요양종결 후 장애판정자를 중심으로-. 사회보장연구. 28(3). 153-177.
- 이경용, 박정선, 문용호, 이관형, 최성원, 이나루, 김민수, 오지영. (2006). 산재취약계층 실태분석. 인천: 한국산업안전공단 산업안전보건연구원.
- 이현옥. (2018). 4대 중증질환 보장성 정책이 환자의 의료이용과 재난적 의료비에 미친 영향 -성향점수매칭과 이중차이분석을 활용하여. 한국사회복지학. 70(1). 89-116.
- 이현주. (2005). 산재보험 요양급여체계 개선방안 I: 진료수가체계의 한일비교를 중심으로. 노동부.
- 정설희, 우경숙, 이선경, 조수진. (2008). 화상 급여기준 개선방안. 서울: 건강보험심사평가원 심사평가정책연구소.

- 정원미, 박정일, 구정완, 노영만. (2003). 산업재해 근로자의 직장복귀 예측요인. *대한직업환경의학회지*, 15(2), 119-131.
- 정형준. (2017). 상병수당 도입의 필요성. *월간복지동향*, 222, 10-17.
- 최정규, 정형선. (2012). 이중차이분석 통해 본 산정특례제도의 의료비부담 완화효과. *보건경제와 정책연구*, 18(4), 1-19.
- 최현, 손태용, 나종익, 유미영, 정현정, 이수정. (2021). 2021년도 산재보험 비급여 진료비 실태조사. *유한대학교 산학협력단·근로복지공단*.
- 한지영, 이내영, 박경연, 한동욱. (2017). 산재보험 비급여 진료비 실태조사. *신라대학교 산학협력단·근로복지공단*.
- 홍혜련, 진기남, 이동우, 김재수. (1998). 응급실 내원 뇌 손상 환자의 진료과정과 결과. *예방의학회지*, 31(3), 481-489.
- Andersen, R.M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
- Brych, S.B., Engrav, L.H., Rivara, F.P., Ptacek, J.T., Lezotte, D.C., Esselman, P.C., Kowalske, K.J. & Gibran, N.S. (2001). Time off work and return work rates after burns: systematic review of the literature and a large two-center series. *J Burn Care Rehabil*, 22(6), 401-405.
- Butler, R.J., Jhonson W.G. & Baldwin M.L. (1995). Managing work disability: why first return to work is not a measure of success. *Industrial and Labor Relations Review*, 48(3), 452-469.
- Carrougheer, G.J., Brych, S.B., Pham, T.N., Mandell, S.P. & Gibran, N.S. (2017). An Intervention Bundle to Facilitate Return to Work for Burn-Injured Workers: Report From a Burn Model System Investigation. *Journal of Burn Care & Research*, 38(1), 70-78.
- Helm, P.A. & Walker, S.C. (1992). Return to work after burn injury. *J Burn Care Rehabil*, 13(1), 53-7.
- Mason, S.T., Esselman, P., Fraser, R., Schomer, K., Truitt, A. & Johnson, K. (2012). Return to Work After Burn Injury: A Systematic Review. *Journal of Burn Care & Research*, 33(1), 101-9.
- Öster, C., Kildal, M. & Ekselius L. (2010). Return to work after burn injury: Burn-injured individuals' perception of barriers and facilitators. *J Burn Care Res*, 31(4), 540-550.
- Schneider, J.C., Bassi, S., & Ryan, C.M. (2009). Barriers impacting employment after burn injury. *J Burn Care Res*, 30(2), 294-300.
- Wrigley, M., Trotman, B.K., Dimick, A. & Fine, P.R. (1995). Factors relating to return to work after burn injury. *J Burn Care Rehabil*, 16(4), 445-50.

◀ Abstract ▶

The Evaluation on the Medical Coverage Policy for Industrial Burns of Korea

Kyung-ha Kim*

The purpose of this study is to evaluate on the medical coverage policy following the introduction of trial medical fees for industrial burns. What was used for the performance analysis index was the return-to-work and job retention of burn patients depending on the utilization of trial medical fees for industrial burns. The analysis was conducted on 3, 645 burn patients with termination dates for their industrial burn care from July 1, 2018 to June 30, 2019. This study used the multiple logistic regression as an analytic method. As a result, there was a difference between the rate of return-to-work and that of job retention of industrial accidents workers depending on whether trial medical fees for industrial burns was used or not: the rate of return-to-work, 77.1% of users and 72.6% of non-users, and that of job retention, 53.3% and 50.2% respectively. The use of trial medical fees for industrial burns had a statistically significant effect on return-to-work and job retention. Based on these results, this study made several policy suggestions on the medical coverage policy for industrial burns.

Keywords: medical coverage policy, industrial burns, evaluation, return-to-work, job retention

◆ 2023. 3. 15. 접수 / 2023. 5. 27. 1차수정 / 2023. 6. 8. 게재확정

* Labor Welfare Research Institute, Korea Workers' Compensation & Welfare Service(khkim0821@comwel.or.kr)