

병원 현장에서 사용되는 종합심리검사의 구성 및 활용 실태: 건강보험 수가 산출 구조에 기반한 논의*

유 수 현¹⁾ 권 윤 나²⁾ 이 연 주³⁾ 최 승 원^{4)*}

¹⁾²⁾⁴⁾덕성여자대학교 심리학과 ³⁾덕성여자대학교 학생상담센터


¹⁾석사 과정 ²⁾박사 과정 ³⁾센터장 ⁴⁾교수

본 연구는 병원 현장에서 사용되고 있는 대표적인 심리평가 배터리의 구성과 그 활용 실태를 조사하기 위해 시행되었다. 이를 위해 현재 병원에서 근무 중인 101명의 임상심리사를 대상으로 온라인 설문조사를 시행하였다. 연구 결과, 각 배터리에 포함되어 있는 검사는 약 8-14가지이고, 1주일을 기준으로 시행되는 심리평가 배터리의 평균 개수는 약 12.7개로 나타났다. 병원 현장에서 가장 많이 실시되는 성인 종합심리평가의 평균 소요시간은 약 539.3분(약 9시간)으로, 실시에 약 207.4분(3시간 27.4분), 채점 및 보고서 작성에 약 256.8분(4시간 16.8분)이 소요되는 것으로 나타나, 실제 평가를 실시하는 시간보다 채점과 보고서 작성에 더 많은 시간과 노력이 투여되는 것으로 나타났다. 또한 심리검사의 낮은 수가가 현행 심리평가 실태의 주된 문제점으로 지적되었다. 논의에서는 건강보험 수가 산출 구조에 기반한 심리평가 실태 문제점의 원인 파악과, 그에 따른 해결 방안이 제시되었다. 제시된 해결 방안으로는 면담, 채점, 보고서 작성 등 각각의 행위에 대한 보험 수가 마련과, 새롭고 다양한 평가 도구의 개발 및 타당화를 통한 검사 도구 자체의 개선 등이 있었다.

주요어 : 종합심리검사, 임상심리학자, 병원, 건강보험 수가

* 본 연구는 한국임상심리학회의 지원을 받아 진행되었음.

† 교신저자(Corresponding Author) : 최승원 / 덕성여자대학교 심리학과 교수 / 서울특별시 도봉구 삼양로 144길 33 / Tel: 02-901-8307 / E-mail : karatt92@duksung.ac.kr

 Copyright ©2022, Clinical Psychology in Korea: Research and Practice
This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

심리평가란 한 사람의 행동, 능력 및 기타 특성을 평가하기 위한 자료의 수집과 통합을 의미하며(American Psychological Association), 관련 전문가 및 환자와의 의사소통을 위한 보고서 작성 등의 문서화 작업을 포함한다(Meyer et al., 2001). 심리평가는 의료 장면에서 활동하는 임상심리전문가의 중요한 역할 중 하나이며(Lee & Lee, 2012), 특히 다른 의료 제공자에 의해 실시될 수 있는 심리치료와 달리, 임상심리학자만이 가진 독특하고 유일한 심리학적 실천 영역이다(Meyer et al., 2001). 심리평가에 활용되는 자료는 면담, 관찰, 표준화된 자기보고식 측정, 특정한 도구를 통한 생리학적 측정 등에 의해 수집되며(American Psychological Association) 두 가지 이상의 심리검사를 조합하여 종합심리검사(Full Battery)의 형태로 시행하는 것이 일반적이다. 이는 다양한 검사들을 통해 개인의 다차원적 기능 체계를 알 수 있으며, 보다 높은 평가의 신뢰도를 확보하기 위한 교차 확인(cross-check)의 측면에 그 목적을 두고 있다(Meyer et al., 2001).

2019년 11월과 2020년 7월, 두 번에 걸쳐 국민건강보험법 시행령에 의거한 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수가 일부 개정되었다(보건복지부 고시 제 2019-250호, 제2020-147호). 개정된 법령의 내용에는 급여 대상자 확대 및 신경인지기능검사와 증상 및 행동 평가 척도 산정 방법의 개정이 포함되었다. 개정된 법령의 세부 내용을 살펴보면, 신경인지기능검사는 기존 22개에서 130개로 그 개수가 크게 증가하였으며, 검사들을 유형별로 분류하고, 유형 I 과 유형 II에 해당하는 검사의 경우, 실시한 검사의 개수를 기준으로 수가를 산정하도록 변화되었다. 또한 증상 및 행동 평가 척도는 기존 25개에서

81개로 역시 개수가 크게 증가하였으며, 척도들을 여섯 가지 Level로 나누어 Level에 해당하는 점수를 기준으로 수가를 산정하도록 변화된 것을 확인할 수 있다.

다른 임상 현장과 달리 병원은 건강보험수가 체계에 의해 검사의 금액이 결정되기 때문에, 심리검사의 대거 급여화는 병원 현장에서 사용되는 배터리 구성 및 실시에서의 변화를 야기하였을 것으로 판단되며, 그에 따른 문제점 역시 발생되었을 것으로 보인다. 실제로 인접 분야에서는 비급여 의료 행위의 급여화 전환에서 발생하는 문제점에 관한 논의가 지속적으로 이루어져 왔다(Park, 2017). 우리나라는 의료기관에 제공하는 건강보험의 보상 수준이 낮아 정부가 의료기관의 경영상 보전을 위해 비급여를 일부 인정한 측면이 있다(Kim & Kim., 2018). 이에 따라 의료기관은 급여에서의 저수가에 대처하기 위해 이를 비급여로 보충하여 왔다(Park, 2017). 따라서 다수의 비급여 항목이 급여화되면, 급여화 이전과 같은 횟수의 의료 행위가 시행되더라도, 의료기관의 수익은 감소하게 된다. 또한 우리나라의 건강보험 급여정책은 낮은 의료 수가를 기반으로 하고 있기 때문에(Choi, 2008), 모든 의학적 비급여가 없어지는 상황에서 급여의 적정 수가와 합리적인 급여기준의 필요성은 더욱 절실해진다(Park, 2017). 실제로, 2015년 기준 우리나라의 소득 대비 건강보험료 수준은 6.07%로서 같은 시기 네덜란드의 9.65%, 독일의 14.6%, 일본의 10%(국민건강보험공단, 2021)에 비해 매우 낮은 편에 속하기 때문에 보험료를 통한 재정 확충이 어려워 이것이 낮은 급여와 낮은 수가로 연결되는 측면이 있다. 그러나, 의학 기술의 발달과 소득의 증가로 인해 건강에 대한 관심이 커지며, 의료이용

역시 많아지게 되어 재정지출은 당연히 늘어날 수밖에 없는 구조이다(Lee, 2010). 따라서 증가하는 비용을 건강보험 가입자가 적정 수준 부담하게 하여 적정한 재정 확충을 하고(Lee,2010), 이를 통해 적정 급여 및 적정 수가 체계를 마련하는 적정부담-적정급여-적정 수가 체계로의 개편이 필요하다는 의견이 지속적으로 제기되고 있는 실정이다(Kim & Kim., 2018).

현재 우리나라의 건강보험제도는 행위별 수가제(fee for service)를 기본으로 한다. 건강보험 심사평가원에서 제공하고 있는 건강보험 행위별 수가 제도는 의료 행위별로 분류된 수가 항목별 상대가치 점수와 요양기관 유형별 점수당 단가를 곱한 값으로 산출된다(그림 1). 즉, 행위별 수가의 산정에 있어 핵심이 되는 것은 상대가치 점수로, 이는 행위의 업무량, 진료 비용, 위험도의 3개 요소를 종합적으로 평가하여 매년 개정, 산출된다(표 1). 특정 의료 행위가 주시술자(의사 및 약사)의 큰 업무량을 요구할수록, 진료에 사용되는 시설과 장비 및 치료재료가 고가일수록, 의료 행위가 의료 사고를 일으킬 가능성이 높을수록 해당

의료 행위에 대한 높은 수가 금액이 산정된다고 이해할 수 있다.

따라서 적정 수가 금액 산정에 대한 성공적인 논의를 이끌어내기 위해서는 심리평가에 투입되고 있는 임상심리사의 노동력을 비롯한 실태 전반에 관한 자료가 요구되지만, 현재까지는 병원 장면에서의 심리검사 활용 실태에 대한 조사는 거의 전무하다. 또한 국내 임상심리전문가의 재직 기관에 관한 조사에서 병원이 가장 높은 비율을 차지한 점(Kwon, 2008)을 고려할 때 병원에서 시행되고 있는 심리평가의 실태를 파악하는 것은 매우 중요한 것으로 보인다. 현재까지 시행된 심리평가에 관한 임상심리학계의 연구들을 살펴보면, 검사 도구의 개발 및 타당화 또는 특정 검사 도구의 임상적 활용에 관한 논문이 주를 이루고 있으나, 검사 사용의 전반을 포괄하는 연구는 매우 드물다는 것을 알 수 있다. 2018년 처음으로 한국 임상심리학자의 종합심리검사의 활용 실태에 관한 조사가 이루어졌으나(Eom & Choi., 2018), 자료를 제공한 94곳의 기관 중 종합/국공립병원은 단 27곳으로, 병원의 실태를 대표하기에는 무리가 있다. 따라서 본 연

$$\text{수가금액} = \text{상대가치점수} \times \text{유형별 점수당 단가 (환산 지수)}$$

그림 1. 건강보험 진료수가 산출 구조

표 1. 상대가치점수의 구성요소

업무량(의료서비스)	주시술자(의사, 약사)의 전문적인 노력에 대한 보상으로 시간과 강도를 고려한 상대가치
진료비용(임상인력·의료장비·치료재료)	주시술자(의사)를 제외한 보조의사, 간호사, 의료기사 등 임상인력의 임금, 진료에 사용되는 시설과 장비 및 치료재료 등을 고려한 상대가치
위험도(의료분쟁해결비용)	의료사고 빈도나 관련 비용조사를 통하여 의료사고 관련 전체비용을 추정하고, 진료과별 위험도를 고려한 상대가치

구에서는 전국의 병의원을 조사 대상으로 선정하고, 현재 병원에서 사용되고 있는 대표적인 심리평가 배터리를 구성하고 있는 검사의 종류와, 검사 실시, 채점 및 보고서 작성 등 심리평가의 일련의 과정에 소요되는 시간 등을 분석하여, 검사 시행 실태에 대한 구체적인 정보를 얻고자 하였다. 끝으로 검사 시행 실태와 관련된 문제점을 정리하고 건강보험수가 산출 구조를 바탕으로 이러한 문제점이 야기된 이유와 그 해결 방안에 대해 논의할 것이다.

방 법

본 연구는 덕성여자대학교 기관윤리심의위원회의 승인을 받아 진행되었다(2020-008-016-A).

조사 대상

본 연구는 병원 현장에서 사용되는 평가 배터리의 검사 구성과 소요 시간을 포함한 검사 시행 실태를 알아보고자 하였다. 이에 따라 조사 대상은 설문지가 배포된 시점을 기준으로 병원에서 평가 배터리를 사용하고 있는 임상심리전문가 또는 수련감독자의 감독 하에 심리평가를 실시하고 있는 임상심리전문가 수련생으로 한정하였다. 자료 수집 결과 임상심리전문가 60명과 임상심리전문가 수련생 41명, 총 101명이 자료를 제공하였다. 자료를 제공한 임상심리전문가 중 수련감독자를 역임하고 있는 사람이 47명, 그렇지 않은 사람이 13명이었다.

현재 우리나라의 의료기관은 의료법 제3조에 의해 각각 병원, 종합병원, 상급종합병원으

로 분류할 수 있다. 병원과 종합병원은 보유하고 있는 병상의 수를 기준으로 각각 30개 이상일 경우 병원으로, 100개 이상일 경우 종합병원으로 분류된다. 상급종합병원은 관련 법령에 의거하여 3년마다 보건복지부 장관이 지정하는 곳으로, 종합병원 중 난도가 높은 의료 행위를 전문적으로 하는 의료기관을 의미하며 흔히 3차 병원 또는 3차 의료급여기관 등으로 지칭되는 곳을 말한다. 조사 기간인 2020년 8월 당시, 보건복지부에서 제3기(2018년~2020년) 상급종합병원으로 지정한 병원은 총 42곳이었다. 수집된 자료는 전국의 모든 권역(서울, 경기, 충청, 경상, 전라, 제주)을 포괄하였으며, 그중 약 10%가 병원(1차 의료급여기관), 약 49%가 종합병원(2차 의료급여기관), 그리고 약 41%가 상급종합병원(3차 의료급여기관)에 해당하였다.

연구 도구

본 연구에서 사용한 설문지는 한국임상심리학회 심리검사 및 보험이사를 역임한 서울권 상급병원의 수련감독자 1인, 경기권 상급병원의 수련감독자 1인, 경기권 상급병원 수련감독자를 역임한 임상심리 전공 교수 1인, 서울권 소재 대학 임상심리 전공 석사 연구원 1인, 총 4인이 협의를 거쳐 제작하였다.

설문지는 임상심리전문가(수련감독자) 용과 임상심리전문가 수련생용 두 가지로 분리하여 제작되었으며, 임상심리전문가(수련감독자)만이 응답할 수 있는 두 개의 문항을 제외하고는 동일한 문항으로 구성되었다. 설문지는 크게 세 가지 영역으로 구성되었다. 첫 번째 영역은 응답자의 인구통계학적 정보를 기재하도록 하였고 두 번째 영역은 평가 배터리의 구

성과 시행에 관한 정보를 기재하게 하였다. 이 영역의 경우 응답자의 효율적인 답변을 위해 병원에서 자주 사용할 것으로 예상되는 가장 대표적인 평가 배터리 5개와, 각 배터리에 포함되어 있을 것으로 예상되는 최소 4개에서 최대 12개의 검사를 객관식으로 제시하여 선택하도록 하였다. 또한 객관식 목록에는 제시되어 있지 않으나, 평가에 사용하고 있는 검사들의 경우 서술식으로 직접 기재하도록 하였다. 해당 목록은 경기권 상급병원의 수련감독자 1인과 경기권 상급병원 수련감독자를 역임한 임상심리 전공 교수 1인이 함께 논의하여 선정하였다. 제시된 대표적인 평가 배터리는 1) 성인 종합심리평가, 2) 소아·청소년 종합심리평가, 3) 지적장애 진단 종합심리평가, 4) 신경심리 종합심리평가, 5) 산재 또는 교통사고 후 진단 종합심리평가이다. 배터리를 구성하고 있는 검사 목록 이외에도 각각 실시, 채점, 보고서 작성에 소요되는 시간을 주관식으로 기재하도록 하였다. 또한 시행 목적과 대상자를 객관식으로, 일주일 기준 배터리의 시행 개수를 주관식으로 기재하도록 하였으며, 목적에 따른 배터리의 효용성을 5점 리커트 척도로 평정하게 하였다. 세 번째 영역은 심리평가 시행 실태의 전반에 관한 응답자의 주관적인 견해를 묻는 문항으로 구성되었다.

설문지는 Google 설문지로 제작되었으며, 학회에 등록된 학회원들의 이메일을 통해 설문지 링크를 전달하고, 이에 응답 및 제출하는 형태로 수집되었다. 또한 응답에 참고할 수 있도록 심리검사 급여 목록 파일을 설문지 링크와 함께 전달하였다.

자료 분석

분석에 사용된 자료는 2020년 8월 31일부터

약 두 달에 걸쳐 수집되었다. 이후, 진료권역을 기준으로 비교적 적은 수의 자료만이 수집되었거나, 그 어떤 자료도 수집되지 않은 두 지역은 그중 일부 병원을 선정하여 이메일을 통해 면담 약속을 잡은 후 직접 방문하여 추가적으로 자료를 수집하였다.

모든 문항에 대한 응답은 자료를 제공한 101명을 기준으로 분석되었으나, 배터리를 구성하고 있는 검사의 종류에 대한 자료는 응답자가 아닌 병원을 기준으로 분석하였다. 한 병원에서 한 사람 이상의 수련감독자 또는 수련생이 응답하였을 경우 해당 자료를 하나로 통합하였으며, 그 결과 74개 병원의 평가 배터리 구성 검사 목록을 확인할 수 있었다. 자료를 통합한 기준은 동일 병원에서 수련감독자와 수련생이 모두 응답한 경우, 수련 감독자가 제공한 자료를 기준으로 하였다. 또한 동일 병원 내에서 수련감독자의 응답 없이 두 명 이상의 수련생이 응답한 경우, 보다 구체적이고 자세하게 현재 사용하고 있는 검사를 모두 기재한 자료를 기준으로 하였다. 동일한 검사이지만 버전이 다른 경우, 하나의 검사로 취급하여 그 빈도를 분석하였다.

응답의 결과로 산출된 모든 자료는 기술 통계분석을 통해 분석하였다. 양적 자료는 평균과 표준편차를, 질적 자료는 빈도 분석을 통해 빈도와 백분율을 확인하였다. 배터리를 구성하고 있는 검사는 질적 변인이기 때문에 더미 코딩을 이용하여 분석하는 것이 일반적이지만, 현장에서 사용되고 있는 검사의 종류가 몇 개인지를 알 수 없었기 때문에, 검사 별로 임의의 코드를 부여하여 코드를 기준으로 빈도 분석을 실시하였다. 이후, 다시 코드를 검사명으로 변경하여 그 결과를 기술하였다.

주관식 문항이었던 “심리평가 시행 실태의

문제점에 대해 기술하여 주십시오.”, “종합심리평가의 효용성의 한계를 개선할 수 있는 대안에 대해 기술하여 주십시오.”라는 두 문항의 경우, 본 연구의 저자인 임상심리전문가 2인이 합의 과정을 거쳐 모든 응답을 질적 분석하여 범주화하였다. 응답 내용에 두 가지 이상의 범주가 포함되는 경우 해당되는 범주 모두를 평정하였다. 이후 응답의 범주에 대한 빈도와 백분율을 산출하였다.

결 과

설문 응답자 중 여성은 84명(83.2%), 남성은 16명(15.8%) 이었다. 응답자의 연령은 30-39세가 53명(52.5%)으로 절반 이상이었으며, 40-49세가 25명(24.8%)으로 그다음으로 많았다. 응답자의 소속 분과는 정신건강의학과가 94명(93.1%)으로 대다수를 차지하였으며, 특정 분과가 아닌 통합 심리평가 팀에 소속된 응답자도 3명(3%) 존재하였다. 응답자 중 임상심리전문가 60인의 자격 연한을 분석한 결과 5년 미만이 25명(41.7%)으로 가장 많았으며, 5년 이상 10년 미만이 13명(21.7%), 10년 이상 15년 미만이 10명(16.7%), 15년 이상 20년 미만이 7명(11.7%), 25년 이상이 1명(1.7%)으로 5년 안팎의 경력을 가진 응답자가 절반 이상인 것으로 나타났다(표 2).

대표 배터리 별 구성 검사

배터리를 구성하는 심리검사의 종류는 그 배터리를 구성하는 검사 개수의 평균을 기준으로, 그 값을 올림 하여 해당 순위까지 포함된 검사를 빈도 순으로 나열하였다. 예를 들

표 2. 응답자 인구통계학적 정보

		N(%)
성별	여성	84(83.2)
	남성	16(15.8)
	결측	1(1)
	계	101(100)
연령	20-29	19(18.8)
	30-39	53(52.5)
	40-49	25(24.8)
	50-59	4(4)
	계	101(100)
	소속 분과	정신건강의학과
신경과		2(2)
소아청소년과		1(1)
정신건강의학과 & 신경과		1(1)
통합 심리평가 팀		3(3)
계		101(100)
전문가 자격 연한	5년 미만	25(41.7)
	5년 이상 10년 미만	13(21.7)
	10년 이상 15년 미만	10(16.7)
	15년 이상 20년 미만	7(11.7)
	25년 이상	1(1.7)
	결측	4(6.7)
	계	60(100)

어 성인 종합심리검사의 경우 해당 배터리를 구성하는 검사 개수의 평균이 12.5이며 이를 올림 한 값은 13이므로, 고빈도의 검사 중 1위부터 13위에 해당하는 검사의 목록을 제시하였다. 표에 제시된 검사명은 건강보험심사평가원에서 배부하는 건강보험요양급여비용(2021년 2월판)을 기준으로 하였다.

성인 풀 배터리

성인 심리평가 배터리를 구성하는 검사의 개수는 평균 12.6개로 나타났다. MMPI와 K-WAIS의 경우 설문에 참여한 74곳의 모든 병원에서 사용하는 것으로 나타났다. HTP와 BGT, BDI가 그 뒤를 이었으며, TAT(60.8%)와 Rorschach(60.8%)도 과반수 이상의 병원에서 사

표 3. 성인 풀 배터리에 가장 많이 포함되어 있는 검사

Rank	Tests	N(%)
1	MMPI-2 미네소타 다면적 인성검사- II	74(100)
1	Intelligence Test 지능검사	74(100)
3	HTP 집-나무-사람 그림검사	73(98.6)
4	BGT 벤더도형검사	71(95.9)
5	BDI 백 우울 평가	52(70.3)
6	TAT 주제통각검사	45(60.8)
6	Rorschach 로샤검사	45(60.8)
8	SCT 문장완성검사	37(50.0)
9	SCL-90R 간이정신진단검사	31(41.9)
10	BAI 백 불안 척도	24(32.4)
11	TCI 기질 및 성격검사	20(27.0)
12	HAM-D 해밀톤 우울 검사	18(24.3)
13	KFD 역동적가족그림검사	15(20.3)

Note. Intelligence Test = K-WAIS-IV

용되는 것으로 나타났다(표 3).

소아·청소년 풀 배터리

소아·청소년 심리평가 배터리를 구성하는

표 4. 소아·청소년 풀 배터리에 가장 많이 포함되어 있는 검사

Rank	Tests	N(%)
1	SCT 문장완성검사	74(100)
1	Intelligence Test 지능검사	74(100)
3	KFD 역동적가족그림검사	72(97.3)
3	MMPI-A 미네소타 다면적 인성검사-청소년용	72(97.3)
3	HTP 집-나무-사람 그림검사	72(97.3)
3	Rorschach 로샤검사	72(97.3)
7	BGT 벤더도형검사	69(93.2)
8	TAT 주제통각검사	60(81.1)
9	CBCL 아동행동검사	58(78.4)
10	KPRC/ KPI-C 한국 아동 인성 평정 척도	46(62.2)
11	YSR 청소년 자기 행동 평가 척도	42(56.8)
12	SMS/K-Vineland- II 사회성숙도검사/한국판 바이랜드 적응행동척도 2판	31(41.9)
13	CDI 아동 우울 척도	25(33.8)
14	TCI 기질 및 성격검사	18(24.3)

Note. Intelligence Test = K-WISC-V, K-WIPPSI-IV

검사의 개수는 평균 14.1개로 나타났다. SCT와 K-WISC-V(또는 K-WPPSI-IV)의 경우 설문에 참여한 74곳의 모든 병원에서 사용하는 것으로 나타났다. KFD와 MMPI, HTP, Rorschach가 나란히 그 뒤를 이었다. 성인 종합심리평가와의 다른 특성으로, CBCL과 KPI-C, YSR 그리고 SMS등 소아 청소년용 평가가 다수 포함되어 있는 것으로 확인되었다.

지적장애 진단 평가 배터리

지적장애 진단 평가 배터리를 구성하는 검

표 5. 지적장애 진단 평가 배터리에 가장 많이 포함되어 있는 검사

Rank	Tests	N(%)
1	Intelligence Test 지능검사	74(100)
2	SMS/K-Vineland- II 사회성숙도검사/바인랜 적응행동척도	72(97.3)
3	VMI 시각운동통합발달검사	71(95.9)
4	HTP 집-나무-사람 그림검사	62(83.8)
5	BGT 벤더도형검사	56(75.7)
6	BNT 보스톤 사물이름대기검사	16(21.6)
7	AMT 자서전적 기억평가면접	14(18.9)
8	SCT 문장완성검사	10(13.5)
8	TMT 기호잇기 검사	10(13.5)

Note. Intelligence Test = K-WAIS-IV, K-WISC-V, K-WPPSI-IV

사의 개수는 평균 7.9개로 나타났다. 웨슬러 지능검사의 경우 설문에 참여한 74곳의 모든 병원에서 사용하는 것으로 나타났다. SMS와 VMI, HTP, BGT가 그 뒤를 이었으며 BNT와 AMT 역시 높은 빈도로 사용되는 것으로 나타났다.

신경심리평가 배터리

신경심리평가 배터리를 구성하는 검사의 개수는 평균 11.4개로 나타났다. 단, 신경심리평가의 경우 SNSB와 같이 다수의 검사를 묶어

표 6. 신경심리평가 배터리에 가장 많이 포함되어 있는 검사

Rank	Tests	N(%)
1	SNSB 서울신경심리검사	66(89.2)
2	MMSE 간이정신진단검사	64(86.5)
3	CDR	63(85.1)
4	GDS	61(82.4)
5	IADL	59(79.7)
6	치매일상생활력척도	51(68.9)
6	치매정신증상척도	51(68.9)
8	CERAD-K 한국판 CERAD 평가집	32(43.2)
9	Rey-Kim 기억검사	28(37.8)
10	GDS 노인 우울 척도	22(29.7)
11	Kim's 전두엽 관리기능 검사	10(13.5)

Note. CDR = Clinical Dementia Rating, GDS = Global Deterioration Scale, IADL= Instrumental Activities of Daily Living

하나의 배터리 형태로 제작 및 실시하는 평가 도구가 존재하므로, 해당 평가 도구의 경우 하나의 검사로 취급하였다. SNSB가 가장 높은 비율로 사용되는 것으로 나타났으며, MMSE, CDR, GDS, IADL 등이 그 뒤를 이었다.

산재 또는 교통사고 후 진단 평가 배터리
산재 또는 교통사고 후 진단 평가 배터리를

구성하는 검사의 개수는 평균 11.3개로 나타났다. MMPI, 웨슬러 지능검사, HTP의 경우 설문에 참여한 74곳의 모든 병원에서 사용하는 것으로 나타났다. Rorschach, BGT 등이 그 뒤를 이었으며, Rey-Kim 기억검사, Kims 전두엽-관리기능신경심리검사, SNSB 등 사고로 인한 신경심리학적 손상을 평가하기 위한 신경심리 검사도 다수 포함되어 있었다(표 7).

표 7. 산재 교통사고 후 진단 평가 배터리에 가장 많이 포함되어 있는 검사

Rank	Tests	N(%)
1	MMPI-2 미네소타 다면적 인성검사- II	74(100)
2	Intelligence Test 지능검사	74(100)
3	HTP 집-나무-사람 그림검사	74(100)
4	Rorschach 로샤검사	73(98.6)
5	BGT 벤더도형검사	71(95.9)
6	Rey-Kim 기억검사	62(83.8)
7	Kim's 전두엽 관리기능 검사	53(71.6)
8	TAT 주제통각검사	48(64.9)
9	SCT 문장완성검사	41(55.4)
10	SNSB 서울신경심리검사	35(47.3)
11	BDI 백 우울 평가	26(35.1)

Note. Intelligence Test = K-WAIS-IV, K-WISC-V, K-WIPPSI-IV

배터리 별 시행 현황

5개의 배터리 별 시행 현황은 심리평가의 일련의 과정인 실시, 채점, 보고서 작성에 소요되는 시간, 배터리에 포함된 검사 개수, 일주일 기준 평균적으로 시행되는 개수, 그리고 응답자들의 주관적인 효용성을 기준으로 조사되었다(표 8). 각 배터리에 포함된 검사 개수는 최소 1개에서 최대 29개에 해당하였다. 심리평가에 소요되는 시간의 범위가 넓은 경우를 알아보면 검사 실시와 채점은 산재 또는 교통사고 후 진단평가(실시: 100~520분, 채점 30~240분)이고 보고서 작성은 성인 및 소아·청소년 종합심리평가와 산재 또는 교통사고 후 진단평가(60~720분)로 나타났다. 소요 시간의 범위는 배터리에 포함된 검사 개수, 검사 종류, 평가자의 숙련 정도, 검사별 해석의 난이도에 따라 차이가 나타나는 것으로 보인다. 또한 숙련도가 높고 검사 실시와 해석의 난도가 낮아도 일정 정도의 최소 시간이 소요됨을 알 수 있다. 5개의 배터리 중 실시와 채점에 가장 많은 시간이 할애되는 것은 산재 또는 교통사고 후 진단평가로 나타났다(실시: 245.3분, 채점: 91.8분). 보고서 작성에 가장 많은 시간이 할애되는 것은 소아·청소년 종합심리평가(266.8분)로 나타났으며, 산재 또

표 8. 평가 배터리 별 시행 현황

		Mean (SD)				
		성인	소아·청소년	지적장애	신경심리	산재 교통사고
실시 (분)		207.4 (51.1)	222.5 (66.4)	113.0 (39.4)	127.4 (55.6)	245.3 (79.8)
	범위	120-360	120-420	30-240	60-420	100-520
채점 (분)		75.1 (35.6)	82.4 (41.6)	41.8 (21.6)	45.6 (27.0)	91.8 (42.6)
	범위	20-180	30-200	10-120	10-180	30-240
보고서 작성 (분)		256.8 (126.2)	266.8 (136.4)	117.3 (79.7)	123.5 (96.3)	262.4 (134.6)
	범위	60-720	60-720	30-480	10-600	60-720
포함된 검사 개수		12.6(4.7)	14.1(4.6)	7.9(3.2)	11.4(5.4)	11.3(5.1)
	범위	4-28	8-29	1-17	6-30	6-29
일주일 평균 시행 개수		4.4 (2.9)	2.6 (2.1)	2.0 (1.4)	3.1 (5.5)	1.1 (0.8)
효용성		3.9 (0.8)	3.9 (0.9)	4.3 (0.8)	4.2 (0.8)	4.0 (0.9)

는 교통사고 후 진단평가(262.4분)가 그다음으로 많은 시간이 할애되는 것으로 나타났다. 한편 지적장애 진단평가의 경우 실시, 채점, 보고서 작성 모두에서 가장 적은 시간이 할애되는 것으로 나타났다(실시: 113분, 채점: 41.8분, 보고서 작성: 117.3분). 5개의 배터리 중 일주일을 기준으로 가장 많이 실시되는 평가 배터리는 성인 종합심리평가로 나타났으며(4.4

개), 산재 또는 교통사고 후 진단평가가 가장 적게 실시되는 것으로 나타났다(1.1개). 각 배터리 별로 응답자가 느끼는 주관적인 효용성에 대한 5점 리커트 평정 결과를 살펴보면 지적장애 진단평가가 가장 높은 것으로 나타났으며(4.3점), 성인 종합심리평가와 소아·청소년 종합심리평가의 점수가 동일하게 가장 낮은 것으로 나타났(3.9점).

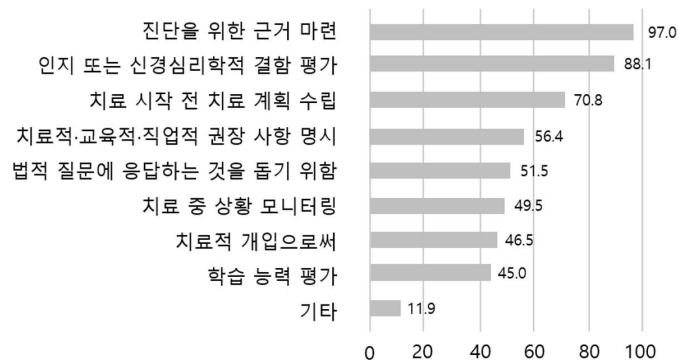


그림 2. 성인 및 소아·청소년 종합심리평가 시행 목적

성인 및 소아·청소년 종합심리평가 시행 목적

연구자가 제시한 대표적인 평가 배터리 5개 중 성인 풀 배터리와 소아·청소년 풀 배터리의 시행 목적은 그림 2와 같았다. 성인 및 소아·청소년 풀 배터리의 가장 주요한 시행 목적은 진단을 위한 근거 마련으로 나타났다(97%). 인지 또는 신경심리학적 결합 평가(88.1%)가 그 뒤를 이었으며, 치료 시작 전 치료 계획 수립(70.8%) 역시 높은 비율로 나타났다. 또한 응답자들이 배터리의 시행 목적에 대해 평균 5.2(SD=1.9)개의 중복 응답을 한 것으로 나타났다.

현행 심리평가 시행 실태의 문제점

심리평가의 시행 실태에 대한 문제점을 분

석한 결과 22개 범주에 해당하는 문제점이 보고되었으나, 전체 62명의 응답자 중 10% 이상이 공통으로 응답한 범주는 4개로 좁혀졌다(표 9). 심리검사의 낮은 수가와 관련된 문제점이 총 30건이 보고되어 가장 높은 빈도를 나타냈으며, 그다음으로 불필요하거나 평가 목적에 맞지 않는 검사의 활용에 대한 보고가 14건으로 2위에 해당하였다. 다음으로, 면담, 검사의 채점, 보고서 작성과 관련된 보험 수가의 미비가 12건으로 3위에 해당하였다. 4번째로 많은 빈도를 나타낸 문제점은 전문성이 없는 평가자에 의해 실시되는 심리평가에 대한 것으로 7건이 보고되었으며, 5번째로 많은 빈도를 나타낸 문제점은 임상심리전문가, 의사, 간호사나 사회복지사 등 전문가 집단 간의 커뮤니케이션 부족에 대한 것으로 6건이 보고되었다.

표 9. 심리평가 배터리 별 시행 실태 문제점

순위	범주	N	(%)	순위	범주	N	%
1	심리검사의 낮은 수가	30	(48.39)	12	홍보 부족 및 일반인의 인식 부족	2	(3.23)
2	불필요하거나 평가 목적에 맞지 않는 검사 활용	14	(22.58)	13	검사지 관리가 어려움	1	(1.61)
3	면담, 채점, 보고서 작성 관련 보험 수가 미비	12	(19.35)	13	표준화된 평가 보고서 양식의 부족	1	(1.61)
4	전문성 없는 평가자	7	(11.29)	13	보고서 제출까지의 짧은 기간	1	(1.61)
5	전문가 간 커뮤니케이션 부족	6	(9.68)	13	평가와 치료 연결성의 부족	1	(1.61)
6	느리거나 비현실적인 보험 체계 반영	5	(8.06)	13	숙련도에 따른 비용 차등 필요	1	(1.61)
7	평가자에 대한 법적 근거 부족	4	(6.45)	13	학회 차원의 평가 도구 배포, 교육 부족	1	(1.61)
8	심리평가 배터리의 경직성	3	(4.84)	13	검사의 연습 효과	1	(1.61)
8	목적에 적합한 평가 도구의 부족	3	(4.84)	13	환자의 과도한 비용 부담	1	(1.61)
8	긴 소요 시간	3	(4.84)	13	원자료 의무기록/반출 문제	1	(1.61)
8	풀배터리의 진단/치료/수익에서의 효용성 부족	3	(4.84)	13	보험체계 변경에 대한 정보 수집 어려움	1	(1.61)

표 10. 종합 배터리 별 심리평가 효용성 한계점 개선 방안

순위	범주	N	%	순위	범주	N	%
1	수가 증대	20	32.26	6	학회 주도 평가 도구 개발 및 교육 확대	3	4.84
2	평가 도구 및 배터리의 다변화	12	19.35	6	인접 학회와의 커뮤니케이션 증대	3	4.84
3	자격 관리	11	17.74	9	평가의 전산화	2	3.23
4	효율 증대	6	9.68	10	임금 증대	1	1.61
5	근거 기반 평가 확대	5	8.06	10	심리치료 권한 획득	1	1.61
6	평가 근거 법제화	3	4.84	10	전문성 증진	1	1.61

표 11. 검사 배터리 별 수가 증대 개선 방안

범주	내용
수가 증대	판독 및 해석 시간/노력을 수가에 반영 지능검사 각 소검사의 수가 신설 면담 수가 신설 보고서 수가 신설 종합심리평가 급여 적용 연 1회로 제한
평가 도구 및 배터리의 다변화	대상자, 시행 목적, 소요 시간에 따른 배터리 구성 및 종합심리평가 대체 보다 효율적이고 짧은 평가 배터리의 구성 증상 평가를 위한 자기보고식 및 임상가 평정 척도 배터리 구성
자격 관리	심리평가 실시 주체의 자격에 대한 법적 근거 마련 심리평가 실시 주체의 자격에 대한 엄격한 질 관리

종합심리평가 효용성 한계점 개선 방안

종합심리평가의 효용성의 한계점을 개선할 방안에 대해 분석한 결과 12개 범주에 해당하는 개선 방안이 보고되었으며, 전체 62명의 응답자 중 10% 이상이 공통으로 응답한 범주는 3개로 좁혀졌다(표 10). 검사 수가 증대와 관련된 개선 방안이 총 20건으로 가장 높은 빈도를 나타냈으며, 두 번째로 평가 도구 및 배터리의 다변화와 관련된 개선 방안이 12건

보고되었다. 다음으로는 자격 관리와 관련된 개선 방안이 11건으로 3위에 해당하였다. 각 범주에 속하는 보다 구체적인 개선 방안들은 다음과 같다(표 11).

논 의

본 연구는 병원 현장에서 사용되고 있는 대표적인 심리평가 배터리의 구성과 그 활용 실

태를 조사하고, 현행 심리평가 실태의 문제점 파악 및 개선 방안을 탐색하기 위한 목적으로 이루어졌다. 이를 위해 현재 병원에서 근무 중인 임상심리전문가 및 그 수련생을 대상으로 온라인 설문조사를 시행하였으며, 전국 1-3 차 의료기관 74개소에 종사하고 있는 총 101인의 응답자가 설문에 응답하였다. 논의에서는 본 연구를 통해 밝혀진 심리검사 시행 실태를 기반으로, 현재 임상 현장에서 근무 중인 응답자들이 제기한 시행 실태의 문제점을 정리하고, 이러한 문제점의 원인을 건강보험 수가 산출 구조에 기반하여 논의할 것이다.

연구 결과를 종합해 보면, 각 배터리에 포함되는 검사는 약 8에서 14가지이고, 병원 장 면에서 1주일에 시행되는 심리평가 배터리 수는 평균 약 12.7개로 나타났다. 이 중 가장 많이 실시되는 성인 종합심리평가는 주 당 4.4 개가 실시되고 있으며, 평균 소요 시간은 약 539.3분(약 9시간)으로 실시에 약 207.4분(3시간 27.4분), 채점 및 보고서 작성에 약 256.8분(4시간 16.8분)이 소요되는 것으로 보고되어 실제 시행 시간보다 채점과 보고서 작성에 더 많은 시간과 노력이 투입되는 것으로 나타났다. 이처럼 심리평가를 실시하고 보고서를 작성하는 데까지 일정 시간과 평가자의 전문성이 요구되는 상황에서, 의료기관에 종사하는 임상심리 전문가 및 수련생들은 현행 심리평가 배터리의 활용에 대해 다양한 문제점을 제기하였다. 특히 그중에서도 심리 검사의 낮은 수가는 응답자 중 약 절반가량이 현행 심리평가의 문제점으로 지적할 만큼 가장 높은 빈도로 지적된 문제점으로 확인되었으며, 그 뒤를 이어 높은 빈도로 지적된 ‘불필요하거나 평가 목적에 맞지 않는 검사의 활용’ 역시 낮은 수가로 인해 비롯되는 문제점이라는 지적이 많

았다. 또한 그다음으로 많이 지적된 ‘면담, 채점, 보고서 작성 관련 보험 수가 미비’ 역시 현행 수가 체계와 관련된 것임을 확인할 수 있어 응답자들이 시행 실태의 문제점이 전반적으로 낮은 수가 및 그 체계에서 기인한 것으로 판단하고 있음을 확인할 수 있었다(표 9).

건강보험심사평가원에 따른 의료 행위의 수가 금액 산정 조건(그림 1)과 상대가치점수의 구성 요소(표 1)를 바탕으로 임상심리전문가의 심리평가 행위를 살펴보면, 심리평가는 대부분 임상심리전문가 또는 그 수련생에 의해 시행되기 때문에 주시술자의 의료서비스에 해당되지 않으며 의료 사고의 위험도 역시 높게 평가되지 않는다. 결국 진료비용에 해당하는 임상 인력의 임금과 진료에 사용되는 시설·장비·치료 재료에 해당하는 검사 도구 구입/유지/채점 비용의 두 가지가 심리평가 행위의 수가 금액 산정에 가장 큰 영향을 미칠 것으로 판단된다.

진료비용 중 임상인력의 임금 책정에 기준이 될 수 있는 평가에 투입되는 시간과 노력 등의 시행 실태는 앞서 제시된 바와 같이 실시에서 보고서 작성까지 평균적으로 적게는 약 270분(4시간 30분)에서 많게는 약 600분(10시간)으로 상당히 길다. 보고된 소요시간을 고려할 때, 평가자 1명이 성인 종합심리평가나 평가 시간이 더 긴 아동청소년 종합심리평가(약 571.7분=9시간 31.7분)를 실시할 수 있는 개수는 주당 4개가 최대일 것으로 보인다. 종합심리평가에 포함된 심리검사의 수가의 합이 검사 도구 구입비, 채점비, 병원 및 심리실 운영비, 임상심리사의 인건비를 포함한다고 가정하였을 때 한 달을 기준으로 종합심리평가 배터리 16~18개의 보험수가 총합이 임상심리

표 12. 종합심리평가에 주로 포함되어 있는 검사 수가(2021년도 상급종합병원 기준)

Test	상대가치점수	수가(원)
MMPI-2	304.09	30,558
Intelligence Test	402.7	40,467
HTP	228.11	22,923
BGT	220.53	22,161
BDI	114.26	11,482
TAT	351.91	35,363
Rorschach	352.39	35,412
SCT	164.26	16,506
SCL-90R	163.23	16,403
BAI	114.26	11,482

Note. Intelligence Test = K-WAIS-IV, K-WISC-V, K-WIPPSI-IV

사 1명의 인건비를 지급할 수 있는 수준이어야 할 것으로 보인다. 단일 검사 기준의 수가 대비 소요 시간을 확인하더라도, 가장 많이 사용되는 것으로 알려진 WAIS의 경우 평균 136.8분, Rorschach 검사의 경우 140.7분이 소요되는데 비해 표 12에 나온 바와 같이 각각의 상대가치점수(수가)는 2021년 기준 402.7점(40,467원)과 352.39점(35,412원)이었다(건강보험심사평가원, 2021). 지능검사 도구의 가격이 800,000원이고, 1인 채점 코인 가격이 8,000원임을 고려할 때 40,467원의 수가에서 비용을 제외하고 136.8분의 검사 실시 시간에 대한 인건비가 충분히 반영되었다고 보기는 어렵다. 그뿐만 아니라 보고서 작성을 위해 검사 결과를 통합하는 과정에 대한 노동력이 요구된다는 점을 고려한다면(Youngstrom, 2013), 의료 장면에서의 검사 수가는 검사 실시 자체에 대한 상대가치점수도 낮게 산정되어 있으며, 검

사 채점 및 보고서 작성 시간에 대한 비용은 상대가치점수에 반영되지 않았을 것으로 보인다.

이와 관련하여, 몇몇 전문가들은 면담, 채점, 보고서 작성 관련 보험 수가 미비와 관련된 문제점을 직접적으로 언급하였다(표 9). 또한 이에 대한 개선 방안으로서 면담, 채점, 보고서 작성 각각에 대한 개별 수가 신설이 필요하다는 주장이 있었다(표 11). 현행 수가 체계에서 MRI 및 3차원 자기공명영상 촬영 등의 경우 촬영료와 판독료에 대한 검사 수가 금액이 각각 분리되어 책정되어 있는 것을 볼 때(건강보험심사평가원, 2021) 이것이 지나치게 허황되거나 불가능한 일로 치부할 수는 없다. 다만, 이러한 과정들이 평가 체계의 일부로서 수가 체계에 반영되기 위해서는 먼저 그 당위성을 확보하고 절차를 표준화할 필요가 있을 것이다. 실제로 2021년 개정된 건강보험 요양급여체계에서는, SCID나 ADI 등의 표준화된 구조화 면접 도구는 급여 항목으로 포함되 바 있다(건강보험심사평가원, 2021). 표준화된 면접 절차 및 보고서 작성에 대한 논의는 해외 임상심리학 장면에서 상당히 구체적인 영역에까지 활발하게 이루어지고 있으나(Drogin & Williams, 2018; Parsons, Kruijt & Fox, 2019), 아직까지 국내에서는 이러한 논의가 태동 단계에 있어, 논문 등을 통한 근거는 충분히 확보되어 있지 않으므로, 추후 이에 대한 연구가 뒷받침되어야 할 것으로 보인다.

한편 상대가치점수를 결정하는 또 다른 요인인 진료에 사용되는 시설·장비·치료 재료 역시 심리평가의 낮은 수가에 기여하고 있을 가능성이 있다. 미국의 경우 2000년에 대한 연구(Camara Nathan & Puente, 2000)에서 밝혀진 주요 활용되는 검사 목록과(WAIS-R,

MMPI-I&II, WISC-R-III, Rorschach, BGT, TAT, HTP, BDI) 최근 한 연구에서(Wright et al., 2017) 밝혀진 주로 활용되는 검사 목록(BDI, MMPI, WAIS, MMSE, Woodcock - Johnson, Millon Clinical Multiaxial Inventory, Rorschach, Performance-based projective instruments other than Rorschach; CBCL, Quality of Life or functional measures/inventories, Halstead - Reitan, Personality Assessment Inventory)을 비교해 보면, 미국 임상 현장에서 활용되는 검사 목록은 지난 20년간 꾸준히 변화해 왔다는 것을 알 수 있다. 그러나, 본 연구를 통해 밝혀진 현재 한국 임상 현장에서 자주 사용되는 검사 목록은 미국에서 20년 전에 자주 쓰는 검사들의 목록과 매우 높은 비율로 일치하고 있음을 확인할 수 있다. 다시 말해, 현재 병원에서 가장 많이 활용되고 있는 검사들은 대부분 전통적으로 사용되어 오던 것들을 여전히 그대로 사용하고 있으므로 평가를 위한 새로운 장비나 도구를 구비할 필요가 없어, 의료 행위에 사용되는 시설·장비·치료재료의 측면에서 높은 점수를 받을 수 없었다. 실제로, 병원에서 고빈도로 사용되고 있는 검사들의 상대가치점수는 지난 10년간 꾸준히 하락세를 보이고 있다(지능검사: 493.66(2012) → 402.7(2021)/ HTP: 275.99(2012) → 228.11(2021)/ Rorschach: 488.9(2012) → 352.39(2021)). 반면 동일한 신경계 기능검사 중에서도 시설이나 장비 치료제의 비용이 비싼 FDG-PET(뇌)의 경우 2021년 기준 3512.91점에 해당하고 있다(건강보험심사평가원, 2021). 이를 종합적으로 고려해 볼 때, 새롭고 다양한 평가 도구의 개발 및 타당화가 필수적인 것으로 보인다. 특히 진료 재료비를 고려할 때 기존 방식의 지필식 자기보고식 검사보다는 다양한 종류의 전산화된 수행 평가

의 개발이 보다 효과적일 것으로 기대된다. 또한 이는 임상현장에서 매우 높은 빈도로 사용되는 검사의 시행에 있어 주어진 시간을 효율적으로 사용하기 위한 측면에서도 그 효과가 상당할 것으로 기대된다.

또한 심리평가의 실시 자격이 임상심리사로 제한되지 않고, 임상심리사의 자격 관리가 통일되지 않은 부분이 심리평가에 대한 가치를 평가 절하하게 만들고 이것이 궁극적으로 낮은 수가 책정을 유발하는 요인이라는 지적 역시 확인되었다(표 9). 현재 임상심리 관련 자격증은 임상심리전문가, 정신건강임상심리사, 산업인력공단 임상심리사가 있으며 자격증에 따라 요구되는 학력 및 수련 과정의 기간과 그 방법에서 큰 차이를 보인다. 무엇보다도 국내의 경우 임상심리사와 그 수련생은 의료법이 지정한 그 어떤 의료인력에도 해당되지 않으므로, 심리평가 행위 자체가 임상심리사의 고유한 권한이 아니므로 다른 의료인력에 의해 시행된다고 하더라도 문제가 되지 않는다. 따라서 검사 실시에 대한 간단한 교육만을 받은 비전문가가 심리평가를 시행하는 것이 현재 병원 현장에서 충분히 일어날 수 있는 상태라고 판단된다. 이런 경우 평가의 실시와 특히 결과의 해석 과정에 있어 그 전문성을 보장할 수 없기 때문에 궁극적으로 심리평가의 가치를 저하시키는 결과로 이어질 수 있다. 따라서 미래에는 심리평가 실시 주체의 자격과 자격 유지에 대한 법적 근거 마련에 대한 논의가 필요할 것으로 보인다.

한편, 심리평가 배터리 활용에 대한 수가 이외의 문제점에 대해 개별검사들이 유용성을 지님에도 불구하고, 고정된 종합 배터리 형식으로 사용되므로 그 효용성이 다소 떨어진다는 점이 지적되었다. 의료 장면에서 평가가

의뢰되는 목적은 진단을 위한 근거, 인지 또는 신경심리학적 결합 평가 및 치료 시작 전 치료 계획 수립이 그 뒤를 이었다. 성인 및 소아청소년 풀 배터리에서 많이 사용되고 있는 것으로 나타난 평가 도구들이 진단 및 기능 수준 평가적 관점에서 유용성을 지니고 있는지 살펴볼 필요성이 있다. 우선, 가장 많이 활용되고 있는 것으로 나타난 K-WAIS-IV 및 K-WISC-V와 같은 인지기능 평가 도구의 경우 해당 목적에 부합하게 만들어졌으며, 성인 종합심리평가에서 높은 순위를 차지하고 있는 MMPI나 BDI와 같은 자기보고식 검사 도구 역시 증상 수준의 평가를 위해 개발되어 지속적으로 연구를 통해 해당 목적에의 유용성이 검증되고 있다(Sellbom, 2019; von Glischinski, von Brachel & Hirschfeld, 2019). 그러나 Rorschach 검사 및 SCT나 HTP, KFD와 같은 투사 검사들은 성격이나 내적 역동 평가에 매우 유리한 검사들임에도, 현대 정신의학에서 중시하는 평가 목적인 진단 및 기능 수준 평가와 관련된 근거는 비교적 드물어 상대적으로 저평가될 가능성을 무시할 수 없겠다. 따라서 이에 대한 해결 방안으로서 전문가들은 ‘대상자, 시행 목적, 소요 시간에 따른 배터리 구성 및 종합심리평가 대체’, ‘보다 효율적이고 짧은 평가 배터리의 구성’, ‘증상 평가를 위한 자기보고식 및 임상가 평정 척도 배터리 구성’ 등을 높은 빈도로 언급하였으며, 궁극적으로 평가 배터리의 다변화가 필수적이라는 주장이 제기되었다.

본 연구의 의의는 다음과 같다. 첫째, 현재 병원 현장에서 사용되고 있는 대표적인 평가 배터리 5개의 구성과 그 시행 현황에 대해 조사한 최초의 연구이다. 현재까지 상담 및 임상현장에서 자주 사용되고 있는 심리검사의

종류에 대한 조사는 몇 차례 시행된 바 있으나(Eom & Choi, 2018; Kim & Kim, 2001), 단일 검사가 아닌 평가 배터리를 기준으로 그 실태를 확인한 연구는 이번이 처음이다. 이는 평가 배터리를 구성함에 있어 참고할 수 있는 고빈도로 사용되고 있는 검사의 목록을 제시하였다고 이해할 수 있다. 둘째, 본 연구는 전반적인 한국 임상 현장 실태를 실제적으로 보여주었다. 2021년 보건복지부에서 지정한 상급 종합병원 45개 중에서 67%에 해당하는 30개 기관의 임상심리사가 본 연구에 참여한 것에 더불어 수도권 뿐만 아니라 제주 지역까지 전국 각지 병원의 임상심리사가 참여하여 포괄적인 자료를 확보할 수 있었다. 따라서 본 연구 결과는 현재 병원 장면에서의 임상 현장 실태에 대한 대표성이 있는 결과라고 할 수 있다.

본 연구의 한계 및 제언은 다음과 같다. 첫째, 본 연구에서는 대표적인 5개의 배터리 별 자주 사용되는 검사의 목록을 수집하였으나, 해당 검사들의 선정 기준에 대해서는 조사하지 못하였다. 또한, 대표적인 5개의 배터리 이외에 어떤 배터리들이 존재하는지 또한 알 수 없었다. 추후 연구에서는 현장에서 사용되고 있는 더 다양한 배터리에 대한 세부적인 사항에 대한 조사가 필요할 것으로 보인다. 둘째, 배터리를 기준으로 실시, 채점 및 보고서 작성 등 평가 과정 일련에 소요되는 시간을 조사하였으나, 각 검사 별로는 얼마의 시간이 걸리는지 알 수 없었다. 또한 임상심리사가 행하는 면담에 대한 보험 수가가 미비하다는 것이 실태 문제점으로 지적될 만큼(표 9) 많은 임상심리사들이 평가를 진행함에 있어 단순히 검사뿐만 아니라 면담을 함께 진행하고 있다는 사실이 확인되었으나, 이 역시 어느 정도

의 시간이 투여되고 있는지는 알 수 없었다. 따라서 검사 별 수가 및 면담 수가에 대한 논의를 위해서는 실제 소요 시간에 대한 추가적인 조사가 필요할 것으로 보인다. 셋째, 본 연구는 법령이 개정된 지 채 2달이 되지 않은 시점에서 그 조사가 시행되어, 응답자들이 법령 개정으로 인한 어려움을 충분히 파악하지 못한 시점에서 조사에 응했을 가능성을 배제할 수 없다. 개정된 법령으로 인해 지속적으로 사용해오던 일부 검사를 더는 실시할 수 없게 되었다는 의견 등 충분히 중요하게 논의되어야 할 것으로 판단되는 문제점들이 지적되었으나, 낮은 빈도였다. 따라서 시행 실태에 대한 조사가 본 연구에서 단발성으로 끝나는 것이 아니라, 추후에도 반드시 주기적으로 시행되어 보다 폭넓은 관점에서 다양한 문제들이 논의되어야 할 것이다.

이러한 한계점에도 불구하고 본 연구는 병원에서 사용되고 있는 검사의 수가 금액에 대해 건강보험심사평가원의 수가 산출 구조의 측면에서 논의한 최초의 연구라는 점에서 그 의의를 갖는다. 본 연구를 통해 임상심리사와 그 수련생이 평가에 할애하는 노동력과 가치에 대한 더 활발한 논의가 이루어지길 바란다.

참고문헌

건강보험심사평가원, 건강보험요양급여비용
2021년 2월판, 2021년
권정혜 (2008). 한국 임상심리학자들의 역할과
활동: 2007년 조사 보고서. *Korean Journal of
Clinical Psychology*, 27(2), 571-579.
김계현, & 김한나 (2018). 정부 건강보험 보장
성 확대방안의 쟁점과 과제.

김영빈, & 김계현 (2001). 청소년 상담에서의
심리검사 활용실태: 시·도 청소년종합상
담실을 중심으로. *한국심리학회지: 상담 및
심리치료*, 13(3), 149-162.
보건복지부 고시 제 2019-250호
보건복지부 고시 제 2020-147호
박은철 (2017). 문재인 정부의 건강보험 보장
성 강화대책.
이정찬 (2010). 건보제도 위기의 본질 진단 적
정부담·적정급여체제 모색 계기되길. *의
료정책포럼*, 8(2), 96-99.
엄정연, & 최승원 (2018). 한국 임상심리학자의
종합심리검사에 대한 견해와 활용 실태.
최정규 (2008). 건강보험 요양급여체제의 문제
점과 개선방안: 임의비급여를 중심으로.
Camara, W. J., Nathan, J. S., & Puente, A. E.
(2000). Psychological test usage: Implications
in professional psychology. *Professional
psychology: Research and practice*, 31(2), 141.
Drogin, E. Y., & Williams, C. S. (2018).
Malingering: Considerations in reporting and
testifying about assessment results.
Groth-Marnat, G. (2019). *Handbook of
psychological assessment*. John Wiley & Sons.
Lee, W. K., & Lee, W. H. (2012). *Latest flow of
psychological assessment*. Seoul: Hakjisa
Meyer, G. J., Finn, S. E., Eyde, L. D., Kay, G.
G., Moreland, K. L., Dies, R. R., ... & Reed,
G. M. (2001). Psychological testing and
psychological assessment: A review of evidence
and issues. *American psychologist*, 56(2), 128.
Morgan, J. E., & Ricker, J. H. (Eds.). (2016).
Textbook of clinical neuropsychology. England:
Taylor & Francis
Parsons, S., Kruijt, A. W., & Fox, E. (2019).

- Psychological science needs a standard practice of reporting the reliability of cognitive-behavioral measurements. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*, 2(4), 378-395.
- Sellbom, M. (2019). The MMPI-2-Restructured Form (MMPI-2-RF): Assessment of personality and psychopathology in the twenty-first century. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 149-177.
- von Glischinski, M., von Brachel, R., & Hirschfeld, G. (2019). How depressed is “depressed”? A systematic review and diagnostic meta-analysis of optimal cut points for the Beck Depression Inventory revised (BDI-II). *Quality of Life Research*, 28(5), 1111-1118.
- Wright, C. V., Beattie, S. G., Galper, D. I., Church, A. S., Bufka, L. F., Brabender, V. M., & Smith, B. L. (2017). Assessment practices of professional psychologists: Results of a national survey. *Professional Psychology: Research and Practice*, 48(2), 73.
- Youngstrom, E. A. (2013). Future directions in psychological assessment: Combining evidence-based medicine innovations with psychology's historical strengths to enhance utility. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(1), 139-159.

원고접수일 : 2022. 01. 11.

게재확정일 : 2022. 02. 24.

The construction and utilization of comprehensive psychological assessment in hospital practice: based on the calculation structure of the national health insurance fee*

Soohyun Yu¹⁾ Yunna Kwan²⁾ Yeonju Lee³⁾ Sungwon Choi^{4)†}

¹⁾²⁾⁴⁾Department of Psychology, Duksung Women's University, Seoul, Korea

³⁾Student counseling center of Duksung women's university

¹⁾Master's student ²⁾Ph.D. student ³⁾Director of Center ⁴⁾Professor

The purpose of this study is to investigate the composition of a typical comprehensive psychological tests used in the hospital and the actual state of its use. An online questionnaire was administered to 101 clinical psychologists currently working at hospitals. It was found that each comprehensive psychological test contained about 8 to 14 types of tests, and the average number of assessment batteries conducted in a week in the hospital was about 12.7. Comprehensive psychological test for adult the most frequently conducted in hospital takes about 539.3 minutes (about 9 hours) for whole process, about 207.4 minutes (3 hours 27.4 minutes) for performing, and about 256.8 minutes (4 hours 16.8) for scoring and report preparation. It was shown that this would take more time and effort to score and report than perform. In addition, it was pointed out that the low medical charge of the psychological tests was the main problem of the current psychological assessment. The problems of the current psychological assessment and the solution based on the calculation structure of the national health insurance fee were discussed.

Key words : comprehensive psychological test, clinical psychologist, hospital, national health insurance fee

* This work was supported by the Korean Clinical Psychology Association.

† Corresponding Author : Sungwon Choi / Department of Psychology, Duksung Women's University / 33 Samyang-ro 144-gil, Dobong-gu, Seoul, Republic of Korea / E-mail: karatt92@duksung.ac.kr