

## 우리나라 물리치료 수가에 관한 연구

김형수 · 심제명<sup>1</sup> · 박성수<sup>2</sup> · 한진태<sup>3</sup> · 김은영<sup>4</sup>

동주대학 물리치료과, <sup>1</sup>김해대학 물리치료과, <sup>2</sup>메드윌병원,  
<sup>3</sup>경성대학교 물리치료학과, <sup>4</sup>마산대학 물리치료과

### The Research of Korea Physical Therapy Charge

Hyoung-su Kim, PT, PhD, Je-myung Shim, PT, MS<sup>1</sup>, Sung-su Park, PT, BS<sup>2</sup>,  
Jin-tae Han, PT, PhD<sup>3</sup>, Eun-young Kim, PT, PhD<sup>4</sup>

*Department of Physical Therapy, Dongju University*

*<sup>1</sup>Department of Physical Therapy, Gimhae University*

*<sup>2</sup>Department of Physical Therapy, Medwill hospital*

*<sup>3</sup>Department of Physical Therapy, Kyung Sung University*

*<sup>4</sup>Department of Physical Therapy, Masan University*

#### <Abstract>

**Purpose** : This study aims to figure out problems in Korea's physical therapy, how to improve it, and the need for it by examining the nation's physical therapy charges.

**Methods** : This study was performed based on materials from the National Health Insurance Corporation, Korean academic theses, and domestic medical charge system.

**Results** : The number of patients with physical therapy stood at around 17,764,428 in 2008, and then has gradually rose to 3 out of 100,000 citizens. The National Health Insurance Charge System based on relative values, which has been applied since 2001, is not desirable in that it is increasing patients' financial burden. Also, in deciding the amount of work carried out by physical therapists, their amount of input time, efforts, labor, and stress from their patients were not considered and the false relative value system has made patients pay more.

**Conclusion** : Korean medical insurance charges and the overall system should be improved, so that physical therapists can perform specialized services of global physical therapy and service receiving patients do not incur losses.

---

**Key Words** : Korea physical therapy charge

## I. 서 론

물리치료 진료 환자수는 2008년 기준으로 약 17,764,428명으로 나타났다. 이는 건강보험적용인구(48,159,718명)의 약 31%에 해당하며, 2008년 한 해 동안 10명당 3명이 물리치료를 1회 이상 받은 셈이다. 물리치료환자의 진료건수(요양기관 총 방문건수)는 '08년 기준 약 1억355만건으로 '05년 4,099만건에 비해 153% 증가, 이는 전체 진료건수 증가율인 39.6%의 3.86배에 해당되고, '08년 1인당 연간 물리치료 방문건수는 5.8회로 112.8% 증가하였다. 물리치료 방문건수는 2008년 기준으로 약 1억355만건으로 2005년 4,099만건에 비해 1.5배 증가하였다. 또 노인 인구의 증가로 연령대별 물리치료 비용을 분석한 결과, 70대 이상이 27.7%, 60대가 21.6%, 50대가 18.8%로 물리치료 비용 중 차지하는 비중이 높았으며, 증가율 측면에서도 '05년 대비 '08년 증가율이 70대 이상에서 111.5%, 60대에서 63.3%, 50대에서 68%였다. 특이할 점은 9세 이하 소아의 물리치료 비용 비중은 3.5%에 불과하나, '05년 대비 '08년 증가율이 69.8%로 노인연령층의 증가율만큼 높았다는 점이다. 이는 국민건강보험공단 일산병원 재활의학과 김형성 교수는 “최근 노인 인구가 증가하고 식생활 및 삶의 형태가 서구화되어 뇌신경질환, 관절염 같은 퇴행성 질환이 증가함에 따라 전문 재활치료 및 물리치료에 대한 수요가 늘고 있다”며 “특히 노인은 만성질환으로 여러 가지 약을 복용하고 있는 경우가 많아, 비화학적 요법인 물리치료에 대한 선호가 커진 것도 증가 원인”이라고 말했다. (국민건강보험공단 보도자료, 2010) 이로 인하여 물리치료의 의료보험 급여 총액은 증가하고 있고 계속해서 증가하리라 예상된다.

우리나라는 1977년 500인 이상 사업장을 대상으로 한 의료보험을 도입하였고, 1997년 당시 의료보험수가제도의 문제점들을 해결하기 위해 『의료보험수가 구조개편을 위한 상대가치 개발』 연구가 시작된 이후로 의료계와 보건복지부는 지속적인 노력으로 의료행위의 자원기준 상대가치 연구에 참여해왔고, 2001년부터 상대가치에 근거하여 건강보험요

양급여의 수가를 결정하고 있어 이제 그간의 연구 성과를 현실에 적용시키고 있다(이대회, 2001).

2001년 1월 1일부터 상대가치에 기초를 둔 행위별 수가제가 도입되어 우리나라 의료행위에 대한 보상체제로 이용되고 있다. 우리나라에서 상대가치 수가제도는 1997년부터 연세대학교 보건정책 및 관리연구소에서 개발한 자원기준 상대가치(Resource-Based Relative Value Scale, RBRVS)에 근간을 두고 있다. 한국형 상대가치의 개발은 우리나라 의료보험수가에 대한 다음과 같은 3가지 문제점 인식으로부터 출발하였다. 첫째, 현행 의료보험수가는 행위간 균형적이지 못하여 진료행태를 왜곡하고 있으며, 장기적으로 의료인 배출에도 악영향을 미치고 있다. 둘째, 의료보험수가수준이 적절하지 못하다. 셋째, 의료보험수가 개정과정에 합리성을 제고할 부분이 있다는 것이다. 이러한 문제점은 당시의 행위별수가제에 기초하고 있던 의료보험이 의료행위에 대한 적절한 보상을 하지 못하고 있었고 결과적으로 보건의료체계의 왜곡을 불러일으키고 있다고 볼 수 있다. 따라서 행위에 따른 적절한 가치를 부여함으로써 보건의료체계의 왜곡현상을 막는 것이 반드시 필요하였던 것이다. 이러한 이유로 2001년부터 적용된 상대가치에 기반을 둔 건강보험수가제도는 바람직한 방향으로 볼 수 있으나 연구결과를 제대로 반영하지 못하였고, 자원기준상대가치가 개발된 1997년 이후의 의료행위의 발전과 투입된 자원의 변화, 환자 구성의 변화, 그리고 보건의료체계의 변화 등 다양한 요인을 반영하지 못함으로써 기존 의료보험수가의 문제점을 되풀이하게 되었다(연세대 보건정책 및 관리연구소, 1997).

의료행위의 수가는 서비스를 제공하기 위하여 투입되는 인적 요소와 물적 요소를 기초로 결정되는 것이 바람직하다. 인적 요소란 서비스 시간, 서비스 난이도 등의 기에 해당하는 것을 말하고, 물적 요소란 시설, 장비, 재료 등의 투입을 의미하는 것으로 결과적으로는 의료 원가를 말한다. 우리나라 의료보험 수가에서도 행위료의 경우 의사, 간호사, 의료기사 등 의료 인력의 인건비, 사무인력, 일반기술직 등 의료 지원 인력의 인건비, 감각삼각비, 동력비 등의 관리비가 수가 항목에 어떻게 반영되어 있는

지가 명확하지 않다. 따라서 행위별 수가에 인적 요소와 물적 요소가 어떻게 반영이 되어 있는지 불명확하다. 행위별 수가제를 채택하고 있음에도 행위별 원가계산에 의한 수가 결정이 이루어지지 못하고 있다(임정도, 1995).

의료계의 많은 연구에서 상대가치점수를 수가에 적용하기 위한 연구가 이루어 졌다. 하지만 물리치료계에서는 1995년 임정도의 연구재활, 물리치료서비스 수가항목의 인적 투입요소 구조적분석 연구를 시작으로 관계자들이 심평원의 패널로 참석하여 많은 토론을 하였으나 구체적인 결과로 이루어지지 않았다. 또 우리나라의 의료보험 지불체제는 의료행위의 생산자에 구분 없이 대부분 의사의 행위에 의해서만 산출된다.(조소영과 박정호, 1991; 김수일과 이미영, 2003) 그래서 의료행위자가 복잡하고 각각의 영역이 전문화된 의료의 현실에서는 올바르지 않다. 이에 본 연구에서는 물리치료의 상대가치 점수에 관한 문헌적 고찰을 통한 물리치료의 수가의 문제점, 개선점과 나아가 물리치료의 개업의 필요성을 알아보고자 한다.

## II. 현행 의료보험 수가

보건복지부장관이 고시한 진료수가분류의 상대가치점수에 국민건강보험공단의 이사장과 요양급여비용협의회의 위원장이 계약한 점수당 단가를 곱하여 결정하는 진료수가의 결정방법이라고 국민건강보험법시행령 제24조제1항에서 정의하고 있다. 즉 우리나라의 지불체계는 행위별수가제에 근거하고 있으며, 의료보험수가는 상대가치점수와 환산지수의 곱으로 산정하며, 상대가치점수는 상대가치 의사의 업무량, 상대가치 진료비용의 곱으로 결정된다.

의료행위의 생산자에 대한 구분 없이 대부분의 의료 행위가 단지 의사에 의해서만 생산되는 것으로 산출된다.(김수일과 이미영, 2003)

### 1. 상대가치수가 제도의 도입배경

상대가치제를 도입하게 된 배경은 1977년 우리나라에 의료보험이 도입된 후 정부의료계뿐만 아니라

국민·학계 등에서 의료보험에 대한 많은 관심과 논의·연구가 있었다. 특히 의료보험요양급여기준과 진료수가 산정기준은 1977년 6월에 제정된 후부터 2000년 9월의 24차 개정에 이르기까지 수가의 형평성과 수준, 그리고 수가개정방법에 대하여 많은 논란이 있어 왔다. 이러한 문제점을 근본적으로 해결하기 위하여 정부는 1994년 6월에 의료보장개혁위원회를 조직하고, 개혁과제로서 의료보험 수가구조의 합리적 개편을 결정하였다(이대회, 2001). 이 위원회에서는 금액제인 진료수가산정기준을 상대가치와 환산지수의 개념을 도입하는 상대가치제로 개편하고, 또 일부 진료행위에 대하여 행위별수가 대신에 질병군별로 포괄적인 수가를 산정하는 DRG(Diagnosis related Groups; 진단명기준환자군) 지불제도 도입을 결정하였다(김수일과 이미영, 2003). 이에 따라 1994년 12월에는 상대가치제로의 개편을 위한 의료보험 수가구조개편 협의회가 조직되었고, 상대가치제의 도입에 따른 구체적인 방향을 결정하였다. 이후 4차례에 걸친 상대가치 산출과 적용방법에 대한 연구가 있었으며, 제도를 뒷받침하는 국민건강보험법시행령이 마련됨에 따라 2001년의 진료수가는 2000년 12월에 보건복지부장관이 고시한 상대가치 점수에 점수당 단가인 환산지수를 곱하여 산정하고 있다(이대회, 2001).

### 2. 자원기준 상대가치의 개념

자원기준 상대가치의 기원은 미국 하버드대의 Hsiao 교수 등이 연구한 RBRVS(Resource Based Relative Value Scale)로 1992년부터 미국의 메디케어(Medicare)에서 의사수가 지불을 위해 사용되었다. 당시 메디케어 의사수가 상환제도를 합리적으로 개혁해야 하는 현실적 요구, 메디케어 의사수가 상환에 지출되는 비용증가에 대한 대책, 양질의 의료에 대한 고령자와 장애자의 접근도가 위협 받는데 대한 대책 등의 문제들을 해결하기 위해 도입된 RBRVS는 현재는 미국의사협회(AMA: American Medical Association)와 미국 보험재정청(CMS: Center for Medicare and Medicaid Service, 과거 HCFA: Health Care Financing Agency)의 주도하에 매년 개정되며 메디케어 뿐만

아니라 일반 사보험 회사들의 의사수가 지불의 기준으로 널리 사용되고 있으며 국제적으로도 우리나라를 비롯해서 호주, 캐나다의 온타리오 주 등이 채택하여 사용하고 있다(이대회, 2001). 우리나라에서는 1995년 의료보험수가구조개편협의회를 구성하고 전문적인 연구가 이루어졌다(김수일과 이미영, 2003). 자원기준 상대가치의 도입 당시 미국 정부는 Medicare 외래 비용의 지속적인 상승을 억제하고 서비스 간 수가의 비용 차이에 있어서의 불균형을 해소하기 위해 기존의 관행수가(Customary Prevailing Reasonable, CPR) 체계 대신 수가표(fee schedule)를 도입하기로 결정하였으며, 수가산정의 기본모형으로 자원을 기준으로 한 상대가치체계를 선택하였다(연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 1998).

자원기준 상대가치는 의료 행위에 대한 보상을 위해 상대적인 가치를 부여하는 방법 중 의료행위에 투입되는 자원을 기반으로 한 방법이다. 즉, 자원기준 상대가치는 전문가인 의료인이 제공하는 의료행위에 대한 보수를 결정하는 것이 용이하지 않기 때문에 절대적인 가치가 아닌 의료행위간의 상대적인 가치를 부여하기 위한 방법을 채택한 것이고, 상대적인 가치를 부여하는 방법에 있어서 투입된 자원을 이용한 것이다. 이렇게 산출된 자원 중 상대가치는 점수화하고 이를 급여화하는 환산지수를 통해 보수를 결정짓는 수가보상의 방법이 된 것이다(연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 1998). 즉 인적 요소로서 서비스 시간, 치료의 기술 및 육체적 노력, 정신적인 노력 및 판단력, 스트레스의 4가지 요소를 선정 이요하고, 물적 요소인 시설, 장비, 재료 등의 투입을 의미하는 의료 원가를 계산해서 상대가치를 설정한 다음 이를 기초로 수가를 결정하는 방법을 사용하고 있다.(임정도, 1995)

미국의 상대가치는 의사의 업무량(physician's work), 진료비용(practice expense), 의료사고 위험(PLI: Professional Liability Insurance)의 세 가지 구성요소로 측정된다. 우리나라에서는 이중 의료사고 위험에 대한 부분을 제외한 의사 업무량과 진료비용만으로 상대가치를 측정하고 있다.(이대회, 2001)

### 3. 의사업무량 상대가치

의사의 업무량을 결정하는 데 사용되는 요인으로 첫째, 서비스를 제공하는 데 소요되는 시간 둘째, 기술적인 노련함과 육체적인 수고 셋째, 정신적으로 요구되는 수고와 판단 넷째, 환자에게 발생 가능한 위험에 기인한 스트레스를 등을 들 수 있다. 위에서 서비스 소요시간을 제외한 나머지 부분(두 번째 부분에서 네 번째 부분까지)은 서비스의 강도에 포함되는 내용이다(연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 1997). 시간은 대면시간 혹은 직접 시술하는 시간인 서비스내 시간만 측정하였다. 정신적 노력 및 판단력은 의료행위를 하기 위해 의사가 정규 혹은 지속적 교육과정에서 배워야 할 지식의 양이나 행위 중에 내려야 할 결정의 수와 난이도의 정도, 환자 및 기타 사람들과의 원만한 관계형성을 위한 기술, 정보의 쌍방향 소통을 위한 인터뷰 기술이나 의사소통 기술, 관련 정보를 해석하고 전달하는 능력 등을 평가하는 부분이다. 육체적 노력은 육체적 노고의 정도와 행위를 위해 숙달된 손기술과 그 수련의 난이도 및 기간 등을 의미한다. 스트레스는 의료행위 중 환자에게 올 수 있는 위험이 서비스를 제공하는 의사에게 부과되는 스트레스라고 할 수 있다. 그러나 이러한 위험들은 의료소송과 관련된 것 뿐 아니라 방사선, 유독가스, 바늘에 찔리는 것, 환자로부터의 감염, 공격적 성향의 환자 등과 관련된 것을 모두 포함한다(이대회, 2001).

의사업무량은 설문조사를 통해 산출한다. 설문의 주된 방법은 magnitude estimation 방법을 사용하였다. magnitude estimation은 임의의 기준의료행위를 정하고 설문대상자로 하여금 기준의료행위를 기준으로 특정행위의 상대적인 수치를 정하도록 하는 방법이다.(예를 들어, A라는 특정행위를 기준의료행위로 선정하였고, magnitude estimation 방법을 이용하여 B 행위에 대한 수치를 구하고자 할 경우, 설문지에 “A 행위를 의사업무량 측면에서 100이라 할 때 B행위는 얼마의 값을 줄 수 있습니까?” 라고 질문을 유도하여 답변을 유도하는 것이다.). 이 방법은 주관적인 인식이나 판단이 개입되어 있는 사실에 대한 측정에서 반복성과 정확성이 있는 방법으로 알려져 있다(연세대학교 보건정책 및 관리연구소, 1997).

#### 4. 진료비용 상대가치

진료비용은 임대료, 인건비, 의료장비, 재료, 약품비 등을 포함한 의사가 진료행위를 하는데 소요되는 총비용을 말한다. 진료비용은 이대희(2001)의 연구에서 몇 가지로 나누었다.

첫째, 인건비는 서비스 제공에 참여하는 인력의 급여와 여러 수당 및 퇴직급여를 포함한다. 단, 주시술자인 의사의 인건비는 의사업무량에 포함되므로 제외한다. 기술적으로 우리나라의 진료비용 상대가치 계산에서는 전공의를 제외한 의사의 인건비를 제외한 비용으로 상대가치를 산출하였다. 둘째, 재료비는 우리나라 건강보험 수가에서 별도의 보상을 인정하지 않는 소모성 재료비만을 포함한다. 즉 현재의 건강보험 수가 체계에서 독립적으로 산정하고 있는 항목(예: 주사약품비, 일반약품비, 마약마취약품비, 혈액비 등)과 개별재료비(비급여성재료) 및 별도의 수가로 보상되는 재료비(예: 특수진료재료비 등) 등은 제외한다. 셋째, 관리비는 복리후생비, 통신비, 전력료, 감가상각비, 임차료, 시설유지비 등 병원 회계준칙에서 정하는 모든 항목을 포함한다. 또 의료행위에 사용되는 장비나 기구의 비용은 직접비용으로 분류되어 진료비용 상대가치 측정에 포함되는 것이 마땅하나, 그 종류와 사용되는 경우가 워낙 다양하고 복잡하여서 상대가치 연구 초기에는 이들에 대한 고려가 어려웠기에 미국과 마찬가지로 이들을 진료비용 상대가치 산출에서 별도로 고려하지 않고, 하향식 방식(top-down approach)의 간접비 배분의 원칙에 따라 원가중심점별로 구분하여 각각

의 의료행위에 배분하였다. 비슷한 경우로 특수한 의료행위의 시행을 위해서 필요한 특수시설도 진료비용 상대가치의 측정 시 고려해야 할 것이다.

#### 5. 환산지수

원래 자원기준 상대가치의 개념은 순수히 의료행위간의 자원의 투입량에 따른 비교를 위한 것이다. 그러므로 상대가치의 측정은 비록 진료비용 상대가치 부분에서 원가를 계산하거나 추정하지만, 의료수가와 같은 가격 개념과는 별개라고 할 수 있다. 다만 자원기준 상대가치는 완전 자유경쟁시장에서의 가격은 투입자원의 비용의 총합으로 회귀한다는 기본적 가정하에 출발한다. 즉, 만약 의료수가를 정한다면 자원의 투입량에 따르는 것이 바람직하므로 자원투입량이 더 많은 의료행위에 더 높은 가격을 매겨야 한다는 것이다. 환산지수(conversion factor)의 개발은 이러한 기본적 가정하에 상대가치를 실용적으로 활용하기 위한 것이라고 이해할 수 있겠다(이대희, 2001). 즉 환산지수는 상대가치 점수를 금액화하는 지수이다(안태식, 오동일, 정형록 2004).

상대가치에 대응하는 환산지수는 산출방법과 자료의 포괄범위에 따라 매우 다양한 유형이 존재할 수 있고, 결과 역시 그만큼 다르게 산출된다. 안태식 등(2004)의 연구에서의 기존 연구 환산지수의 분류는 첫째, 급여의 범위에 변동이 없으며, 급여에 대한 의료형태에 변동이 없다는 가정하에 자원기준 상대가치점수를 적용하였을 경우 의료보험 재정에 변동이 없다는 조건을 만족하는 재정중립에 의한 환산지수를 산출하였다. 둘째, 의료기관 단위의 총

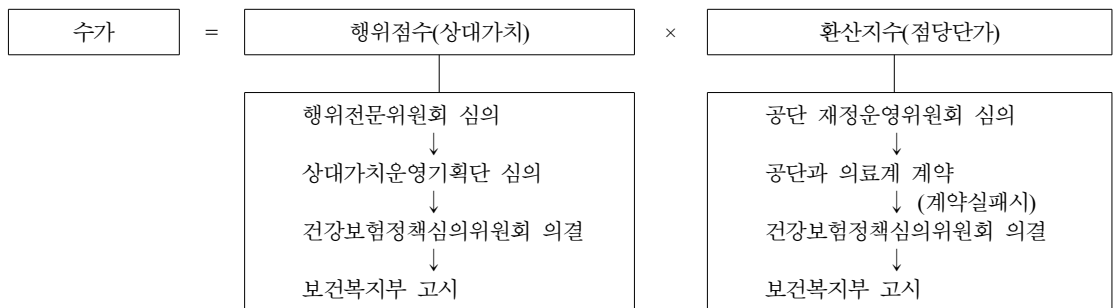


Fig 1. Relative value and determine the procedure of conversion factors

수익과 총비용의 균형을 맞추어 수치균형점을 달성하기 위한 의료기관 경영수지분석에 의한 환산지수를 산출하였다. 셋째, 의료기관의 급여의료행위수익이 총진료비용과 같게 되도록 원가분석에 의한 환산지수를 산출하였다. 이러한 다양한 환산지수는 건강보험공단 내에 설치된 가입자대표들로 구성된 재정운영위원회의 심의를 통하여 환산지수 협상안을 공단 이사장에게 제시하고, 의료계에서는 의료계 대표들로 구성된 요양급여 비용협의회에서 환산지수를 심의하여 요양급여 비용협의회의 회장에게 제시함. 공단 이사장과 요양급여 비용협의회 회장 간에 환산지수를 협상하여 협상이 타결되면 그대로 확정되고, 협상이 실패하면 건강보험정책심의위원회에 부의되어 의결절차를 거친다(Figure 1).

### Ⅲ. 현행 물리치료 의료보험 수가

현행 물리치료 수가는 크게 기본물리치료료, 단순재활치료료, 전문재활치료료 로 나누어져있다. 기본물리치료료는 온열, 한냉치료, 전기치료, 단순운동치료 등이 포함되고 단순재활치료료는 견인과 운동치료가 포함되고, 전문재활치료료는 작업치료, 신경인성방광훈련치료, 기능적전기자극치료, 재활기능치료,

중추신경계발달재활치료, 보이타 또는 보바스요법 등으로 구성되어 있다.

단순재활치료료는 해당 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과 또는 일반외과 전문의가 상근하여야 하며, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 상근하는 물리치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다. 전문재활치료료는 해당 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 재활의학과 전문의가 상근하고, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 상근하는 물리치료사 또는 해당분야 전문치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다. 중추신경계 장애로 인한 발달지연 및 근육마비와 경직의 치료를 목적으로 보이타 또는 보바스요법 등의 교육과정을 120시간 이상 이수한 재활의학과 전문의나 물리치료사가 1인의 환자를 1대1로 중점적으로 30분 이상 실시한 경우에 산정한다. 각 항목의 상대가치 점수와 각 항목의 금액은 다음과 같다(Figure 2).

분류번호	코드	분 류	상대가치점수	금액(원)
제1절 기본물리치료료				
주 : 1. 해당 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 의사의 처방에 따라 상근하는 물리치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다.				
2. 표층열치료, 한냉치료, 경피적전기신경자극치료는 1일 2회이상 실시한 경우에도 외래는 1일1회, 입원은 1일 2회만 산정한다				
사-101	MM010	표층열치료 Superficial Heat Therapy	10.86	600
주 : 온습포, 적외선치료 등을 포함한다				
사-104	MM070	경피적 전기신경자극치료 Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation	43.99	2,440
사-106	MM101	단순운동치료 [1일당] Simple Therapeutic Exercise	58.49	3,240
주 : 1. 근육기능장애와 관절기능장애에 대해 각종 운동, 자세교정운동 등을 포함하여 10분이상 실시한 경우에 산정한다.				
2. 제2절에 분류된 운동치료 또는 제3절에 분류된 재활기능치료와 동시에 실시하는 경우에는 주된 항목의 소정 점수만 산정한다				

제2절 단순재활치료료				
<p>주 : 1. 해당 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과 또는 일반외과 전문의가 상근하여야 하며, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 상근하는 물리치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다.</p> <p>2. 간헐적 견인치료, 전기자극치료, 간섭파전류치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다</p>				
MM051	가. 경추견인 Cervial	74.09	4,100	
MM052	나. 골반견인 Pelvic	86.02	4,770	
운동치료 [1일당] Therapeutic Exercise				
<p>주 : ‘가’, ‘나’ 및 제1절에 분류된 단순운동치료, 제3절에 분류된 재활기능치료와 동시에 실시하는 경우에는 주된 항목의 소정 점수만 산정한다.</p>				
MM102	가. 복합운동치료 Complex	99.44	5,510	
<p>주 : 전산화된 등속성운동기구를 제외한 기계(기구)를 사용한 근력강화운동과 기능훈련 등 30분 이상실시한 경우에 산정한다.</p>				
MM103	나. 등속성 운동치료 Isokinetic	105.87	5,870	
<p>주 : 전산화된 평가 및 치료가 가능한 등속성운동기구를 사용하여 근력운동을 30분이상 실시한 경우에 산정한다.</p>				
제3절 전문재활치료료				
<p>주 : 1. 해당 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 재활의학과 전문의가 상근하고, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 상근하는 물리치료사 또는 해당분야 전문치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다.</p> <p>2. 중추신경발달재활치료, 작업치료, 신경인성방광훈련치료, 기능적전기자극치료, 재활기능치료는 1일 2회이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다</p>				
사-122	MM105	중추신경계발달재활치료 Rehabilitative Development Therapy for Disorder of Central Nervous System	198.33	10,990
<p>주 : 중추신경계 장애로 인한 발달지연 및 근육마비와 경직의 치료를 목적으로 보이타 또는 보바스요법 등의 교육과정을 120시간 이상 이수한 재활의학과 전문의나 물리치료사가 1인의 환자를 1대1로 중점적으로 30분이상 실시한 경우에 산정한다.</p>				
사-126	MM151	기능적전기자극치료 Functional Electrical Stimulation Therapy	161.37	8,940
사-129	MM290	호흡재활치료 [1일당] Rehabilitative Breathing Therapy	59.22	3,280
사-130	재활기능치료 Rehabilitative Functional Training			
<p>주 : 제1절에 분류된 단순운동치료, 제2절에 분류된 운동치료와 동시에 실시하는 경우에는 주된 항목의 소정 점수만 산정한다</p>				
	가. 매트 및 이동치료 Mattress or Mobilization Training	146.68	8,130	
<p>주 : 편마비, 하지마비, 사지마비, 뇌성마비 등의 중추신경계 질환이나 사지절단자 등 이동동작에 제한이 있는 자에게 매트훈련,</p>				

이동훈련, 경사대훈련 및 의자차훈련 등을 30분이상 실시한 경우에 산정한다.		
나. 보행치료 Gait Training	146.68	8,130
주 : 편마비, 하지마비, 사지마비, 뇌성마비등의 중추신경계 질환이나 사지절단자 등 보행동작에 제한이 있는 자에게 보행훈련을 30분이상 실시한 경우에 산정한다		

Fig 2. Rehabilitation act list and relative value score

#### IV. 물리치료 의료보험수가의 문제점과 대안

##### 1. 의료보험 수가 산정의 문제점과 대안

수가구조의 많은 문제점을 안고 있다. 첫째, 보험수가 항목의 진료과목간, 의료행위별 불균형으로 인해서 형평성 결여를 지적할 수 있고, 둘째, 의료에 투입되는 물적 요소와 인적 기술 요소에 대한 보상이 구분되지 않음에 따라 기술료의 불균형이 심화되어 수가 구성의 불합리를 들 수 있다.(문옥륜 외, 1995)

우리나라의 진료비용 상대가치 산출은 각 원가중심점에 배부된 비용을 의사업무량을 기준으로 각 의료행위에 배부하는 방법에 의해 이루어졌다. 쉽게 얘기하면 동일 원가중심점에 속하는 가 의료행위의 의사업무량이 나 의료행위의 의사업무량보다 두 배 크다면 진료비용 상대가치도 가 의 것이 나 의 것보다 두 배 크도록 배부한다는 논리이다. 이와 같은 논리는 상당수의 의료행위에 적용될 수 있을지 몰라도 전체 의료행위에서 진료비용 상대가치가 의사업무량에 비례한다고 보기는 어렵다(이대회, 2001). 이는 의사의 업무량만을 수가 산정의 기준으로 하여 물리치료사의 물리치료의 난이도, 빈도, 소요시간, 경력 등을 무시하여 의료행위 간 불균형으로 물리치료의 질적 향상을 저해하여 국민들이 양질의 의료행위를 받을 수 있는 권리를 박탈하는 계기를 만들었다. 실제적으로 물리치료사가 전문위원으로 포함되지 못한 상황에서 만들어진 형태로서 물리치료사가 일정한 면적의 해당 치료 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 재활의학과 전문의가 상근하고, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 의해서만 수가산정을 받을 수 있는 상황이기 때문에 물리치료사의 평가, 재평가, 사

회참여로의 재할에 대한 치료비는 고려, 환자의 국민의 치료를 선택할 선택권의 권리를 누리지 못하는 실정이다. 또 새로운 기술의 유포, 숙련정도, 기술이나 투여인원의 대체, 환자의 중증도의 변화, 기타 행정적인 업무로 인해 기준점수를 구성하는 의사업무량 및 진료비용, 치료는 변화하고 있다. 이와 같은 행위 및 기술의 변화를 상대가치점수에 반영하기 위한 정부차원의 노력이 없었다.

특히, 전문재활치료료에 보면 물리치료 부문에서 의사가 직접치료에 행하는 부분은 거의 없다. 이는 의사의 업무량을 기준으로 의료보험수가를 산정하는 방식의 문제점을 강하게 보여준다고 볼 수 있다. 예로 전문재활 중추신경계발달재활치료는 중추신경계 장애로 인한 발달지연 및 근육마비와 경직의 치료를 목적으로 보이타 또는 보바스요법 등의 교육 과정을 120시간 이상 이수한 재활의학과 전문의나 물리치료사가 1인의 환자를 1대1로 중점적으로 30분 이상 실시한 경우에 산정한다고 했지만 30분 동안 의사는 환자진료만 보아도 본 항목보다는 수익이 더 높기 때문에 실질적인 치료는 물리치료사만 행하고 있다. 때문에 실질적인 환자에 대한 서비스는 물리치료사가 담당을 한다. 재활의학전문 의사가 있는 병원에 한해서 수가 인정을 받는 상태이고, 이는 교육 과정을 이수한 물리치료사의 시간, 비용, 경력을 고려했을 때 업무량을 결정하는데 사용되는 요인들이 전혀 사료되지 않고 의사 입장에서만 고려한 처사이다. 이에 물리치료의 수가산정은 임정도(1995)의 연구에서와 같이 물리치료사의 업무량을 기준으로 각 항목의 상대가치를 결정하여 환산지수를 곱하는 방식으로 개정이 필요하다. 물리치료사의 업무량을 결정하는데 사용될 수 있는 요인 첫째, 서비스를 제공하는 데 소요되는 시간 둘째, 기술적인



노련함, 경력의 정도와 육체적인 수고 셋째, 정신적으로 요구되는 수고와 판단. 넷째, 환자에게 발생 가능한 위험에 기인한 스트레스를 들 수 있다.

## 2. 의료보험수가 정책 결정의 문제점과 대안

현행 의료보험수가 체계는 개별 행위들마다 상대 가치점수를 부여하고 그 점수에 환산지수(점수당 단가)를 곱하여 산정하는 상대가치점수제이다. 그래서 의료보험수가를 결정하는 구성 요소는 각 항목별 상대가치점수와 환산지수이다.(최희경, 2007)

최근의 의료보험 수가는 건강보험정책심의위원회(건강심)라는 기구에서 심의 결정되고 있다. 이것은 2002.1.19일 발효된 건강보험재정 건전화특별법에 따라 신설된 것으로 과거 의료보험 수가 조정을 위해 보험공단의 재정위원회를 통합해 만든 기구로서, 보험료와 의료수가 결정권을 가지고 있기 때문에 의료정책과정에서 상대적 영향력이 큰 기구이다. 건강심은 의료공급자 대표 8명, 시민단체, 노조단체, 등 가입자 대표 8명, 정부대표와 공익대표 8명 등 총 24명으로 구성된다. 공급자 대표는 의협대표 2명을 포함하여 병원, 간호사, 한의사, 치과의사협회, 약사회, 제약회사 대표 등 8명으로 구성된다.(안병철, 2002) 이는 공급자 대표로서 각 의료 행위의 관계자들을 대변하고 수가 정책의 불균형을 해결하고, 형평성을 이끌어내는데 초점을 맞추고, 국민의 보건향상을 위해 노력해야하나, 위의 공급자 대표로는 형평성의 결여가 나타나고, 의료행위별 불균형이 심해지므로 각 의료행위 당사자들을 대변하지 못한다. 예로 전문재활치료를 볼 때 의사는 전문과 대한 전문의가 있듯이 물리치료사 또한 보건복지부장관 발령의 국가면허증 취득 후에 여러 학회에서 인정하는 소정의 교육과정을 이수하게 된다. 현행의 중추신경계발달치료는 120시간 이상 이수하고 있다. 이 이수 시간은 3학점짜리의 교과목으로 볼 때 1년 5개월의 교육과정이다. 또 물리치료사의 경력은 많은 국민에게 의료의 질적 향상을 가져다준다. 이것을 이수하고 실력을 축적한 정신적, 육체적 노력과 비용은 공급자 대표는 아직 아무도 대변하지 못했다. 이에 각 의료행위 당사자들로 구성된 태스크 포

스팀을 구성하여 공동의 연구가 이루어 져야 한다.

## 3. 국민 의료비 가중의 문제점과 대안

의료보험수가는 보험 재정, 국민의 의료비 부담 및 의료기간의 경영수지 등 3가지 측면에서 균등히 감안하여 결정하는 것 바람직 하지만 그간 정책당국은 주로 물가관리 측면에 비중을 두어 보험수가 조정이 많은 시간과 노력의 투입으로 이루어지는 객관적 연구결과에 근거하기 보다는 정책적 차원에서 결정되기 때문에 낮은 보험수가로 물가인상물에도 못 미치어(문옥륜 등, 1995) 의료기관의 경영의 문제와 물리치료 서비스의 질적 저하를 가져오고 있다. 그래서 의료기간은 의료공급자의 수요창출 이론에 입각하여 의료수가가 통제되어 있어 의료서비스의 가격을 인상시키기가 어렵거나 의료공급자의 수가 증가하여 낮은 가격으로 서비스를 제공함에 따라 자신들의 수입이 줄어드는 경우 의료공급자가 과잉진료 또는 유도진료를 발생할 가능성이 있다고 본다.(오은환, 2001) 병원에서는 비급여수가를 개발하여 국민들의 경제적 부담을 증가시키고 있다.

또 우리나라 병원은 병원의 경영의 합리화적 측면에서 문제점을 안고 있다고 강조한다. 이대희(2001)의 연구 한국보건산업진흥원 98-99 병원경영분석을 인용한 연구에서 우리나라 병원의 비용구성비를 알아보면 인건비는 37.4%, 재료비는 35.8%, 관리비는 26.2%를 차지하는데 이중 인건비 중 의사의 급여는 11.57%, 간호사 급여 10.2%, 의료기사 3%, 사무기술직 및 기타 급여 11.2%로 나타났다. 또 재료비에서 약품비가 21.9% 차지한다. 박수범(2005)의 우리나라 병원의 비용합수 추정과 효율성 연구에서도 57개 종합병원을 대상으로 4개년 동안의 경영 자료를 분석한 결과 병원의 운용비중 인건비의 비중은 평균적으로 39.9%에 달하고 병원규모가 작은 160병상 미만의 병원은 50.4%가 차지한다. 또 박수범(2005)은 의사수와 병원의 효율성에서 의사수는 탄성도 양(+)의 값이 나타나며, 서비스의 변화 없이 평균적인 병원에서 의사수를 줄이면 총비용이 감소시킬 수 있다고 할 수 있다. 또 의사1인당 임금, 간호사1인당임금은 병원의 총비용에 직접적인

영향은 볼 수 없거나 병원의 산출물변수와 상호작용을 통해 간접적으로 영향을 미친다고 볼 수 있다.

이는 우리나라 의사의 급여와 약품비의 상승이 병원의 경영의 합리성을 저해한다고 볼 수 있다. 또 물리치료를 받기 위해 병원을 방문하면 의사의 재진을 받지 않았는데도 재진비가 포함되므로 국민의 의료비를 가중시킴을 의미하고 나아가 물리치료의 비용도 증가함을 의미한다. 이에 약품의 사용이 가장 적은 물리치료의 개원은 국민의 의료비 감소와 물리치료만을 받을 수 있는 선택권을 부여함으로 의료비 감소로 이어질 것이다.

### V. 결 론

물리치료는 일생동안 최대한 움직임과 기능적 능력을 발달, 유지시키며, 보유하기 위한 서비스를 제공하는 것으로 노화과정, 손상 또는 질환으로 인해 움직임과 기능이 힘든 상황에서 서비스를 제공하고, 물리치료는 또한 증진, 예방, 치료, 재활영역 내에서 움직임 가능성을 파악하여 최대화시키며, 물리치료사, 환자, 보호자, 환자를 돌보는 의료팀 간의 상호작용, 물리치료사의 전공 지식과 기술을 사용하여 움직임 가능성을 평가하고 치료목표를 수립하는 과정을 모두 포함한다.(WCPT, 2008) 위의 정의에서와 같이 물리치료의 영역은 1960년대나 1970년대와 같이 의사의 보조하는 역할을 수행하였으나 2010년인 40년, 50년이 지난 현재 우리나라 의료체계는 후진국 수준을 유지하고 있고 예전의 체계 그대로 이어가면서 여전히 보조의 개념으로 이어가고 있다. 현재 전세계 물리치료는 전문화된 역할로 많은 학문적, 치료적 발전을 이루었음에도 불구하고 현실적인 의료보험수가의 문제로 인하여 의료대상자인 환자들에게 불이익을 주고 있다. 따라서 의료보험 수가 및 전반적인 체계가 변화하여 좀 더 나은 물리치료 서비스와 의료적 지원을 받도록 하여야 할 것이다.

### 참 고 문 헌

국민건강보험공단 보도자료, 조건 국민건강보험공단  
 보도자료 홍보실. 2010.04.02.(금) 2010.04.05.(월).  
 김수일, 이미영. 한국 작업치료 의료보험 수가의 문제점. 대한작업치료학회지. 2003;11(1):73-91.  
 김진현. 2008년도 유형별환산지수. 서울대학교(공편), 국민건강보험공단(저서). 2008.  
 대한재활의학회. 상대가치표점수표-건강보험 요양 급여항목. 2010.  
 문옥륜, 장동민, 이석구 등. 의료보험수가 적정조정을 산정에 관한 연구 국민보건연구소 1995;5(2): 35-48.  
 박수범. 우리나라 병원의 비용함수추정과 효율성에 관한 연구. 연세대학교 대학원 경제학과 박사학위논문. 2005.  
 안병철. 공공요금 정책결정에서의 정치적 특성 -전기요금, 의료보험 수가정책을 중심으로- 한국 사회와 행정 연구. 2002;13(1):127-45.  
 안태식, 오동일, 정형록. 단위의료행위평가 추정 방법론의 개발과 적용. 2004;1:157-82.  
 연세대 보건정책 및 관리연구소, 1997  
 오은환. 의료보험수가와 의료서비스 제공량과의 관계분석 -의료공급자의 수요창출 이론을 토대로- 보건행정학과 오은환, 연세대학교 대학원. 2001.  
 의료정책연구소. 상대가치 개정방법의 개선방안 연구 -1년 개정방법을 중심으로. 2003.  
 이대희. 의료행위의 자원기준 상대가치 산출모형의 개선을 위한 연구 -진료비용 상대가치를 중심으로- 연세대학교 대학원 보건학과 석사학위. 2001.  
 임정도. 재활 물리치료서비스 수가항목의 인적 투입 요소 구조분석 연구. 인제대학교 보건대학원 석사학위. 1995.  
 조소영, 박정호. 적정간호수가 산정모형 개발을 위한 연구. 대한간호협회연구보고서. 1991.  
 최희경. 건강보험수가 결정과정의 정치경제학. 2007; 22:67-95.  
 WCPT. The World Confederation for Physical Therapy: Description of Physical Therapy. 2008.