creative commons
COMMONS DEED

저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:

저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.

비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.

변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 이용허락규약(Legal Code)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

Disclaimer

dCollection

보건학박사 학위논문

물리치료의 전문화

- 시장변동과 의료 주체들의 대응을 중심으로 -

2021년 2월

서울대학교 보건대학원

보건학과 보건정책관리학 전공

신 지 영

물리치료의 전문화

- 시장변동과 의료 주체들의 대응을 중심으로 -

지도교수 유 명 순

이 논문을 보건학 박사학위 논문으로 제출함

2020년 10월

서울대학교 보건대학원

보건학과 보건정책관리학 전공

신 지 영

신지영의 박사 학위논문을 인준함

2020년 12월

위 원 장 이 태 진

부위원장 조 병 희

위 원 김 석 호

위 원 이 충 휘

위 원 유 명 순

국 문 초 록

의료의 전문성이 높아지고 의료시장 내 경쟁 구도가 가속화되면서 의료서비스와 서비스를 제공하는 인력의 전문화에 대한 사회적 관심과 요구가 증가하고 있다. 의료서비스의 질적 수준은 서비스 제공 인력의 현실을 반영하는 한편, 서비스를 제공받는 환자들의 건강 결과에도 직접적인 영향을 미친다. 특히 물리치료는 환자의 신체적, 정서적 회복에 많은 영향을 미치기 때문에 서비스의 양적, 질적 관리가 중요하다. 더욱이 물리치료에 대한 수요와 물리치료사의 역할이 점점 더 늘어날 것으로 전망되고 있어 물리치료 서비스와 서비스를 제공하는 인력의 전문화에 대한 보건학적 관심이 더욱 요구되는 상황이다.

우리나라 물리치료는 세계적 흐름과 달리 여러 가지 제도적 제약 속에서 전문화를 요구받고 있다. 또한 물리치료계 내부의 결집력이나 구성원 전반의 전문가 의식도 높지 않아 자체적으로 전문화를 이끌어가는데 한계가 있는 것으로 보인다. 그런데 최근 물리치료의 전문화가 사회 변화와 의료계 내부 요인에 의해 추동될 가능성을 시사하는 움직임들이 나타나고 있다. 이에 본 연구는 물리치료 업무현장의 흐름과 인식, 경험 속에서 물리치료 전문화의 실재를 확인하고 가능성과 한계를 논의하고자 하였다.

연구를 위해 전문직 체계의 역동성을 고려한 전문직 체계론을 바탕으로 세 가지 연구주제를 설정하였다. 첫째, 물리치료 시장의 흐름은 어떤 양상을 보이며 기여 요인은 무엇인가? 둘째, 업무현장에서 인식하는 물리치료 처방 증가의 맥락과 영향은 무엇인가? 셋째, 물리치료 전문화를 추동하는 사회요인은 무엇인가? 다음으로 자료를 구성하고 분석하기 위해 세 가지 연구방법을 사용하였다. 첫째, 연구1에서 물리치료 시장의 흐름을 살펴보기 위해 건강보험 청구자료를 이용하여 2006년부터 2015년까지의 물리치료 처방의 증가 추이를 개괄하고, LMDI(Log Mean Divisia Index) 요인분해법을 적용하여 물리치료 시장변동의 기여 요인

을 분석하였다. 둘째, 물리치료 전문성과 관련된 업무현장의 인식과 경험을 탐구하기 위해 의사와 물리치료사 총 18인을 대상으로 개별심층면담을 진행하고 질적 주제 분석을 실시하였다. 셋째, 전문물리치료를 경험한 환자와 보호자 총 20인에 대해 4개 그룹을 구성하여 초점집단면접을 진행하고 질적 주제 분석을 실시하였다. 공급자와 이용자의 인식과 경험에 대한 자료는 연구2와 3의 분석에 사용하였다.

주요 연구 결과는 다음과 같다. 첫째, 지난 10년간 물리치료 처방에서 전문물리치료 영역의 처방이 일반물리치료 영역의 처방보다 더 빠르게 증가하고 있었고, 그중에서도 물리치료사에게 특정 자격기준을 요하는 중추신경계발달재활치료의 증가율이 차지하는 바가 컸다. 이용자 특성별로는 10세 미만과 50대 이상의 환자가 전문물리치료 영역의 비용의 증가에 상대적으로 높게 기여했으며, 공급자 특성별로는 병원급 의료기관, 요양병원 입원이 전문물리치료 영역의 비용 증가에 상당 부분을 차지하고 있었다. 이러한 변화는 고령화와 같은 인구구조의 변화보다는, 질병으로 인해 환자가 증가하거나 의료기관 내에서 환자 1인에게 실시하는 치료의 양이 늘어난 것이 상대적으로 많이 기여한 것으로 확인되었다.

둘째, 전문물리치료 처방 증가의 맥락과 영향에 대해 질적 주제 분석을 실시한 결과 '서비스 제공기관의 양적 증가', '물리치료 전문성에 대한 사회적 관심 증가', '물리치료사의 전문적 역량 강화'라는 3개의 주제와 12개의 범주가 도출되었다. 의료현장의 경험과 인식에 따르면 전문물리치료 처방의 증가 현상은 요양병원과 같은 서비스 제공기관의 증가에 영향을 받고 있었다. 전문물리치료 중심의 서비스 공급 증가로 많은 환자들이 물리치료를 이용하게 되면서 재활 치료에 대한 인식이 높아졌고 의료기관들도 서비스 질 제고를 위해 노력하고 있음을 확인할 수 있었다. 업무현장에서 의사와 환자는 물리치료사에게 지식, 경험, 소통, 문제해결 능력을 아우르는 독립적인 전문가의 역할을 기대하고 있었으며, 물리치료사 역시 이러한 인식을 공유하고 있었다.

셋째, 질병의 증가나 의사의 처방과 같은 의료 영역 외에 물리치료 전문화에 영향을 미치는 사회요인의 변화에 대해 질적 주제 분석을 실시

한 결과 '기술의 발전', '환자의 역능화', '지역사회의 요구'라는 3개의 주제와 9개의 범주가 도출되었다. 의학기술의 발달은 물리치료의 전문 영역을 확장시키고 있었으며, 과학기술의 발전은 물리치료사의 업무방식을 변화시키고 때로는 새로운 전문성을 요구하기도 했다. 또한 통신기술의 발달로 직역 간 상시 교류가 증가하면서 환자에 대한 세부적인 정보를 공유할 기회가 많아졌다. 한편, 질병에 대한 환자의 주체의식은 강화되었으나 재활에 대한 정보 부족, 치료 기간의 제한, 서비스 제공기관의 부족 등으로 환자들은 양질의 서비스를 충분히 제공받지 못하고 있었다. 물리치료에 대한 요구는 점차 지역사회로 뻗어 나가고 있었으며, 이로 인해 물리치료사에게도 새로운 전문화의 기회들이 제공되고 있는 것으로 확인되었다.

연구를 통해 우리나라 물리치료의 전문화 현상이 다양한 외부 요인들과 이에 맞서는 의료계의 대응 속에서 추동되고 있음을 확인하였다. 그리고 기존 전문화 사례들과 달리 직업집단 내부보다 외부의 동력이 강하게 작용하고 있음을 발견하였다. 본 연구는 전문화를 추동하는 여러 요인 중 몇 가지 측면만을 중점적으로 다루어 물리치료 전체에 대한 총체적 담론을 이끌어내는데 한계가 있다. 그럼에도 지금까지 관심이 저조했던 비의사 영역의 서비스 전문성에 대한 탐구를 시도하였고, 물리치료의 전문화를 이끄는 사회 변화 및 의료체계 내 역동성 속에서 중요한 경험적 정보를 제공하였다는데 의의가 있다.

주요어 : 물리치료, 전문성, 전문화, 전문직, 전문직 체계, 관할권
학 번 : 2016-30652

목 차

Ⅰ. 서론 ····· 1

Ⅱ. 이론적 배경 ····· 7

1. 전문직 연구의 이론적 접근 ····· 7

1) 전문성과 전문직업성 ····· 7
2) 전문직 체계의 역동성 ····· 12
3) 전문화의 추동 요인 ····· 18

2. 물리치료의 전문화 ····· 23

1) 물리치료사의 전문화 과정 ····· 23
2) 물리치료 관할권을 둘러싼 갈등 ····· 26
3) 물리치료 업무의 변화 ····· 29
4) 물리치료사 역할의 확대 ····· 33
5) 물리치료 전문성의 구성요소 ····· 35
6) 물리치료 전문화의 영향요인 ····· 37

Ⅲ. 연구방법 ····· 41

1. 연구 설계 ····· 41

1) 연구 모형 ····· 41
2) 연구 질문 ····· 42
3) 용어의 정의 ····· 43

2. 연구방법 ····· 44
1) 물리치료 시장의 흐름 및 기여 요인 분석 ····· 44
2) 물리치료 전문화와 관련된 공급자의 인식과 경험 ····· 51
3) 물리치료 전문화와 관련된 이용자의 인식과 경험 ····· 57
4) 윤리적 고려와 연구의 타당성 확보 ····· 62

Ⅳ. 물리치료 시장의 변동과 기여 요인 ····· 63

1. 물리치료 시장의 흐름 ····· 63
1) 연도별 자료 구성 ····· 64
2) 물리치료 서비스 이용의 증가 추이 ····· 69
2. 물리치료 시장변동의 기여 요인 ····· 77
1) 치료적 재활서비스 비용 증가의 연도별 현황 ····· 77
2) 치료적 재활서비스 비용 증가에 대한 기여도 분해 분석 결과 ·· 81
3) 이용자 특성을 고려한 물리치료 비용 증가의 기여도 ····· 83
4) 공급자 특성을 고려한 물리치료 비용 증가의 기여도 ····· 89
3. 소결 ····· 99

Ⅴ. 전문물리치료 처방 증가의 맥락과 영향 ····· 101

1. 서비스 제공기관의 양적 증가 ····· 103
1) 요양병원의 증가 ····· 103
2) 고효율 처방 코드에 대한 선호 ····· 105
3) 도수치료의 비급여 전환 ····· 106
4) 물리치료 시장의 서비스 공급 불균형 ····· 109
2. 물리치료 전문성에 대한 사회적 관심 증가 ····· 115

1) 재활에 대한 인식 제고 ····· 115
2) 물리치료의 질적 수준에 대한 관심 증가 ····· 117
3) 물리치료사를 독립적 행위자로 인식 ····· 121
4) 물리치료사의 비공식적인 권한 확대 ····· 123
3. 물리치료사의 전문적 역량 강화 ····· 125
1) 질환에 대한 의학적 지식 향상 ····· 125
2) 치료기술의 이해 및 적용능력 배양 ····· 128
3) 환자의 상태와 회복 시기에 따른 다양한 치료 경험 습득 ····· 132
4) 정서적 유대감과 소통에 기반한 문제해결 능력 배양 ····· 139
4. 소결 ····· 144

Ⅵ. 물리치료 전문화를 추동하는 사회 변화 ····· 147

1. 기술(technology)의 발전 ····· 149
1) 의학기술 발달로 전문 영역 확장 ····· 149
2) 과학기술 발전과 치료 트렌드 변화 ····· 151
3) 통신기술 발달로 직역 간 상시 교류 증가 ····· 154
2. 환자의 역능화 ····· 156
1) 질병에 대한 주체 의식 강화 ····· 156
2) 재활 정보의 폐쇄성 ····· 158
3) 양질의 치료에 대한 절실함 ····· 160
4) 환자 조직의 구성과 정책 활동 ····· 167
3. 지역사회의 요구 ····· 168
1) 생활 터전 안에서 치료받기를 기대 ····· 168
2) 지역사회 활동기회 확보 ····· 171
4. 소결 ····· 173

Ⅶ. 논의 및 결론 ····· 175

1. 논의 ····· 175

1) 연구 결과 요약 ····· 175
2) 의료기관의 생존 전략과 물리치료 전문화 ····· 178
3) 의료 혁신 담론과 물리치료 전문화 ····· 181
4) 물리치료사 집단 내부의 전문화 추동 역량 부족 ····· 183

2. 결론 ····· 188

3. 연구의 한계와 의의, 발전방안 ····· 190

참고문헌 ····· 192

Abstract ····· 208

표 목 차

<표 1> 이학요법료 항목별 시행자 및 상대가치점수 ····· 31
<표 2> 이학요법료의 행위 산정 기준 ····· 32
<표 3> 용어의 정의 ····· 43
<표 4> 서비스 시행자별 분석 항목 ····· 47
<표 5> 개별심층면담 연구 참여자 특성 ····· 53
<표 6> 개별심층면담을 위한 질문 자료(물리치료사용) ····· 54
<표 7> 개별심층면담을 위한 질문 자료(의사용) ····· 56
<표 8> 초점집단면접(FGI) 구성 ····· 58
<표 9> 초점집단면접(FGI) 연구 참여자 특성 ····· 59
<표 10> 초점집단면접을 위한 질문 자료(환자·보호자용) ····· 61
<표 11> 모집단 특성 ····· 65
<표 12> 표본집단 특성 ····· 66
<표 13> 치료적 재활서비스 지출 비용(2006~2015) ····· 70
<표 14> 치료적 재활서비스 이용 환자 수(2006~2015) ····· 72
<표 15> 치료적 재활서비스 환자 1인당 치료비(2006~2015) ··· 73
<표 16> 치료적 재활서비스 비용 변화 요인의 연도별 현황 ··· 79
<표 17> 치료적 재활서비스 비용 증가에 대한 치료 영역별 구성요인의 기여도 ····· 82
<표 18> 일반물리치료비 증가에 대한 연령대별 구성요인의 기여도 ····· 87
<표 19> 전문물리치료비 증가에 대한 연령대별 구성요인의 기여도 ····· 88

<표 20> 중추신경계발달재활치료비 증가에 대한 연령대별 구성요인의 기여도 ····· 88
<표 21> 진료 유형별 물리치료 이용 현황(2006~2015) ····· 91
<표 22> 일반물리치료비 증가에 대한 진료 유형별 구성요인의 기여도 ····· 93
<표 23> 전문물리치료비 증가에 대한 진료 유형별 구성요인의 기여도 ····· 93
<표 24> 중추신경계발달재활치료비 증가에 대한 진료 유형별 구성요인의 기여도 ····· 94
<표 25> 의료기관 유형별 물리치료 이용 현황(2006~2015) ····· 95
<표 26> 일반물리치료비 증가에 대한 의료기관 유형별 구성요인의 기여도 ····· 97
<표 27> 전문물리치료비 증가에 대한 의료기관 유형별 구성요인의 기여도 ····· 97
<표 28> 중추신경계발달재활치료비 증가에 대한 진료 유형별 구성요인의 기여도 ····· 98

그 림 목 차

[그림 1] 전문성의 기본 요소 ····· 8
[그림 2] 전문직 체계론의 도식화 ····· 22
[그림 3] 분석 모형 ····· 42
[그림 4] 모집단과 표본집단의 연도별 변화 및 변화율 비교
(인구학적 요인) ····· 67
[그림 5] 모집단과 표본집단의 연도별 변화 및 변화율 비교
(의료이용 요인) ····· 68
[그림 6] 치료적 재활서비스 지출 비용의 치료 영역별 구성
(2006~2015) ····· 71
[그림 7] 이용자 특성별 물리치료 이용의 연평균 증가율
(2006~2015) ····· 75
[그림 8] 공급자 특성별 물리치료 이용의 연평균 증가율
(2006~2015) ····· 76
[그림 9] 인구구조와 장애 인구 비율의 변화 ····· 80
[그림 10] 연령대별 물리치료 이용 현황(2006~2015) ····· 85

Ⅰ. 서론

의료의 전문성이 높아지고 복잡해지면서, 의사가 의료의 모든 과정을 주도적으로 처리해왔던 업무 방식에서 환자를 중심으로 다양한 전문 인력이 팀을 이루어 공동의 업무에 관여하는 방식으로 변화하였다(조병희, 2015). 의료시장 내 경쟁 구도가 가속화됨에 따라 의료를 구성하는 모든 분야에서 우수한 인력을 확보하고 최고 수준의 서비스를 제공하는 것 역시 중요한 과제가 되었다(서영준, 2015). 종합병원에서 간호사의 환자 관리 역량이 뛰어날수록 의사들은 더 전문적인 과업에 집중할 수 있고, 증상이 복잡하고 위중한 환자를 치료하기 위해서는 환자 상태에 맞게 조제와 투약을 조절할 수 있는 약사의 전문성이 필요하다(조병희, 2015). 또한 보조직의 전문성은 업무와 관련된 정보의 의존도나 기존 전문직의 리더십 영향을 줄인다는 이점이 있다(Kerr & Jermier, 1978; Howell & Higgins, 1990; Podsakoff, MacKenzie, & Fetter, 1993).

전문직에 대한 연구도 변화하고 있다. 과거에는 의사나 변호사와 같이 사회적 위상이 높은 전문가 집단을 중심으로 비전문직과 비교되는 특성을 밝히고, 이들의 사회적 순기능 혹은 권력의 획득 과정을 살펴본 연구들로 진행되어 왔다(Greenwood, 1957; Gross, 1958; Goode, 1960; Wilensky, 1964; Freidson, 1986; Hodson & Sullivan, 1990). 그러나 이제는 전문직 자체보다 전문직이 하는 일에 더 관심을 두고 집단 간의 역학관계에 초점을 맞추게 되었다(Abbott, 1988; Burnett & Bonnici, 2006; Kroezen et al., 2013). 전문직의 업무는 전문직을 둘러싼 외부의 사회적 힘이나 전문직 체계 내 변화에 영향을 받아 새롭게 추구되거나 소멸되고 있으며, 업무의 내용이나 성격도 계속 변하고 있다(Abbott, 1988). 학자들도 전문직을 개념화하거나 전문직의 특징을 선험적으로 규정하기보다는 현대 사회의 복잡한 업무 구조를 설명하는데 집중하게 되었고(Barley & Tolbert, 1991) '변화하는 사회적 요구에 부응하는 추상적 지식체계를 갖추고 어떻게 전문직

체계 내에서 관할 영역을 점유해나가는가'가 전문직 체계의 역동성을 설명하는 새로운 관점으로 떠오르게 되었다. 이러한 관점은 전문직에 영향을 미치는 외부 요인들의 다양한 메커니즘을 식별할 수 있다는 점에서 기존 이론을 보완하고 있으며, 신흥 전문직들이 새롭게 업무 공간을 만들어나가는 과정을 전문직 체계 내 상호관계 속에서 설명할 수 있다는 이점이 있다(Abbott, 1988).

우리나라 물리치료사는 전쟁부상자 치료를 위해 의사의 보조 인력으로 등장한 이래 기존 전문가들의 전문화 과정에서 살펴볼 수 있는 구조적 요건을 갖추어 왔다. 대학에서 정규 교육과정을 수료 후 국가고시를 통해 면허의 자격 기준을 갖추고 있으며, 물리치료사의 보수교육과 면허관리를 담당하는 협회가 존재한다. 또한 물리치료사들은 교육과정에서 윤리 교육을 이수하고 있고, 협회에서도 물리치료사의 윤리를 명시하고 있다(대한물리치료사협회, 2020c). 그런데 세계 각국의 물리치료사 제도를 비교할 때 우리나라 물리치료사의 제도적 권한이나 직업적 위상은 높지 않은 것으로 보인다. 세계물리치료사연맹(World Confederation for Physical Therapy)에 가입된 다수 국가의 물리치료사들이 의사에 못지않은 제도적 지위를 확보하고 있는 반면(구봉오 등, 2010b), 우리나라는 물리치료사가 의료기관 내에서 의사의 지도를 받아 업무를 수행하는 위치에 오랫동안 머물러 있다(의료기사 등에 관한 법률, 2020). 물리치료사의 업무에 대한 사회 전반의 인식은 물론 물리치료계 내부의 전문가 의식도 높지 않은 편이다(이경희, 정병옥, 2009; 양승훈 등, 2012; 김동훈, 손명주, 2015).

그럼에도 인구구조의 변화, 평균 수명의 증가와 같은 사회 환경의 변화로 재활의 수요는 점점 증가하고 있고(김성희 등, 2017), 물리치료사의 역할도 확대되고 있다. 물리치료사는 이제 의료계 뿐 아니라 지역사회 내 사회적 돌봄서비스의 주체로도 활동하게 되었으며(김은정, 2011), 일상의 움직임 기능을 회복, 유지, 개선시키는 역할에서 나아가 환자의 삶의 질까지 관리하는 보건의료전문가의 역할을 부여받고 있다(World Physiotherapy, 2019). 물리치료 전문화는 세계적 흐름으로 진행되고 있으며 우리나라 역시 여러 가지 제약 속에서 전문화를 요구받고 있다.

물리치료사의 업무와 권리를 명문화하여 물리치료사 스스로가 업무에 대한 책임을 지고 때로는 보호받을 수 있도록 제도화해야 한다는 '자율성'에 대한 주장은 오랜 기간 물리치료계의 현안으로 논의되어왔다(구봉오 등, 2010b; 배성수, 2010; 김동훈, 손명주, 2015). 그럼에도 그동안 법과 공공의 영역에서는 물리치료 업무에 의사의 지도가 필요하다는 의사단체의 주장(knowledge claim)이 절대적인 지지를 받아왔다(고신정, 2019; 김은영, 2019). 그런데 최근 들어 17대 국회부터 20대 국회까지 물리치료사의 업무 범위를 확대하는 법안이 연달아 발의되고 비의사 인력의 처우 개선에 대한 사회적 관심이 높아지는 등 이전과는 다른 양상이 전개되고 있다(의안정보시스템, 2019). 의료현장에서도 병원이 물리치료사의 전문성을 내세워 치료서비스를 홍보하거나, 환자와 보호자가 특정 치료사에게 치료를 받기 위해 줄을 서는 등 물리치료사의 전문성이 매우 중요한 변수로 작용하는 현상들이 나타나고 있다. 이러한 현상은 의료서비스가 의사만의 영역이 아니라는 변화된 인식과 함께, 의료 업무를 수행하는 모든 인력으로부터 전문적인 서비스를 제공받고자 하는 사회적 욕구가 점점 높아지고 있음을 의미한다. 동시에 물리치료사 또는 물리치료 서비스의 전문성 향상이 여러 가지 사회 변화와 이에 대응하는 의료계 내부 요인에 의해 추동될 가능성을 시사한다.

의료서비스의 질적 수준은 서비스 제공 인력의 현실을 반영하고 서비스를 제공받는 환자들의 건강 결과에도 직접적인 영향을 미친다(문숙자, 한상숙, 2009; 이승희 등, 2016). 특히 재활 치료는 환자의 기능적 독립성을 높여 사회로 복귀시키는 것을 목적으로 하고(선우덕, 황주희, 2000) 대부분 오랜 시간 환자와의 대면 속에서 이루어지기 때문에(박은영, 김은주, 2008; 심재훈, 김윤신, 윤태형, 2008) 서비스의 제공 수준이 환자의 신체적, 정서적 회복에 중요한 영향을 미칠 수 있다. 여기에 물리치료에 대한 수요와 물리치료사의 역할은 점점 더 늘어나고 있어 물리치료 서비스와 서비스를 제공하는 인력의 전문화에 대한 보건학적 관심이 더욱 요구되는 상황이다.

그러나 그동안 비의사 인력이 제공하는 의료서비스의 전문성은 학술적 관심 대상이 아니었다. '의료진의 전문성'을 측정하는 변수에서 의료진은

대부분 의사나 간호사로 한정되었고, 기타 인력에 대해서는 전문성보다 친절도 위주로 조사되어 왔다(박효순 등, 2010; 최명일, 김찬아, 유재웅, 2011; 정윤, 이견직, 김슬기, 2014). 물리치료의 전문성에 대한 논의나 가치에 대한 언급 역시 저조했다. 물리치료사의 전문성 제고를 위한 교육과정 개편의 필요성에 대한 논의와(김은주 등, 1988; 장수경, 1996; 김경 등, 2006; 구봉오 등, 2010a), 물리치료사 제도 개편의 필요성에 대한 논의 정도가 이루어졌을 뿐이다(구봉오 등, 2010b; 박혜진 등, 2010; 이종원, 박은경, 2010; 백종천, 양승훈, 2011). 그동안 학계는 물리치료 전문성에 대해 관심을 집중하지 않았고 현상에 대한 의료계 내부의 성찰적 움직임도 부족했던 것으로 보인다.

물리치료사 인력을 사회적 요구에 부합하는 수준으로 양성하고 활용하기 위한 제도적 기반을 마련하기 위해서는 먼저 물리치료 업무가 어떻게 변화하였고 물리치료사에게 요구되는 전문성은 무엇인지, 물리치료의 전문성을 둘러싼 업무현장의 중요한 상황적 맥락은 무엇인지 탐구할 필요가 있다. 업무현장은 때로 법이나 공공의 영역에서 파악하지 못하는 업무의 실재를 설명해줄 수 있기 때문에 궁극적으로 법과 공공의 변화를 이끌어낼 수 있는 중요한 지지자(audience)가 될 수 있다(Abbott, 1988).

이에 본 연구는 오랜 제도적 제약 하에 있는 우리나라의 물리치료가 사회 변화와 맞물려 어떤 변화의 조짐을 보이는지, 변화를 추동하는 요인은 무엇이며 어떤 가능성과 한계가 있는지 살펴보고자 한다. 이를 위해 물리치료의 처방 양상을 분석하여 시장의 전반적인 흐름을 살펴보고, 물리치료사의 업무현장을 중심으로 물리치료 수요 변화의 맥락과 물리치료 전문성의 구성요소, 전문화를 추동하는 요인들을 탐색하고자 한다.

본 연구는 전문화를 추동하는 여러 요인 중 몇 가지 측면만을 중점적으로 다루기 때문에 물리치료 전체에 대한 총체적 담론을 이끌어내는데 한계가 있다. 그럼에도 전문화의 흐름을 정량적으로 확인하고 주요한 추동요인들에 대한 경험적 정보를 제공한다는데 의의가 있다. 물리치료 시장의 변화와 이에 대응하는 주체들의 담론 속에서 물리치료 서비스의 적정 공급에 필요한 제도적, 환경적 개선사항을 의미 있게 도출하는 것이 본 연구의 목적이다.

본 연구의 내용은 다음과 같이 구성하였다.

2장은 이론적 배경으로 전문성의 개념과 구성요소, 전문직 체계의 역동성에 대한 이론을 탐색하여 연구의 개념적 틀을 마련하고자 한다. 또한 물리치료사 집단의 전문화 과정과 현안을 정리하고, 물리치료 전문화에 대한 사회적 요구를 확인하였으며, 물리치료 전문성을 다루는 기존 문헌들을 고찰하였다.

3장은 연구방법으로 연구 모형과 연구 문제를 기술하고 연구방법을 작성하였다. 본 연구는 크게 세 가지 연구주제를 설정하여 우리나라 물리치료 전문화의 한계와 가능성을 확인하고 앞으로 물리치료의 전문성이 안정적인 기반 위에 서기 위해 개선되어야 할 점들을 도출하고자 하였다. 첫째, 물리치료 시장의 흐름은 어떤 양상을 보이며 물리치료 비용 증가의 주요 기여 요인은 무엇인가? 둘째, 업무현장에서 인식하는 물리치료 처방 증가의 맥락과 영향은 무엇인가? 셋째, 물리치료의 전문화를 추동하는 사회요인은 무엇인가? 다음으로 자료를 구성하고 분석하기 위해 세 가지 연구방법을 사용하였다. 첫째, 연구1에 대한 분석을 위해 건강보험 청구자료를 이용하여 지난 10년간 물리치료 처방의 증가 추이를 개괄하고 LMDI(Log Mean Divisia Index) 요인분해법을 적용하여 물리치료 시장변동의 기여 요인을 분석하였다. 둘째, 물리치료 전문성과 관련된 업무현장의 인식과 경험을 탐구하기 위해 의사와 물리치료사들을 대상으로 개별심층면담을 진행하고 질적 주제 분석을 실시하였다. 셋째, 전문물리치료를 경험한 환자와 보호자를 대상으로 4개 그룹을 구성하여 초점집단면접을 진행하고 질적 주제 분석을 실시하였다. 공급자와 이용자의 인식과 경험에 대한 자료는 연구2와 3의 분석에 사용하였다.

4장~6장은 연구의 분석 결과이다. 4장은 연구1에 대한 분석 결과로 건강보험 청구자료를 이용하여 물리치료 처방의 증가 추이를 개괄하고 물리치료 시장변동의 기여 요인을 분석하였다. 첫째, 2006년부터 2015년까지 치료적 재활서비스 비용의 총액과 의료비 증가 구성요인의 연도별 변화를 확인하였고 둘째, LMDI 요인분해법을 적용하여 치료적 재활 서비스 비용 증가에 대한 치료영역별 구성요인의 기여도를 확인하였다. 셋째, 물리치료

영역을 심층적으로 분석하기 위해 본 연구에서 정의한 일반물리치료, 전문물리치료 영역과 중추신경계발달재활치료 항목의 비용 증가에 대한 이용자들의 연령대별 기여도 차이를 살펴보았다. 넷째, 공급자 특성을 고려하여 진료 유형별, 의료기관 유형별로 LMDI 요인분해법을 적용하였다.

5장은 연구2에 대한 분석 결과로 4장에서 살펴본 물리치료 처방 증가 현상이 어떤 맥락 속에서 진행되었고 이것이 물리치료 전문화에 어떤 영향을 미치고 있는지 살펴보았다. 이와 함께 업무현장에서 기대하는 물리치료의 전문성은 어떤 요소들로 구성되어 있는지 개념화하였다.

6장은 연구3에 대한 분석 결과로 질병의 증가나 의사의 처방과 같은 의료 영역 외에 물리치료 영역을 둘러싼 어떤 사회적 변화가 물리치료의 전문화에 영향을 미치는지, 그리고 업무현장의 물리치료사는 어떻게 변화에 대응하고 있는지 분석하였다.

7장은 논의 및 결론으로 연구 결과를 종합적으로 논의하고, 분석 결과를 바탕으로 시사점을 도출하였으며, 연구의 의의와 한계를 기술하였다.

Ⅱ. 이론적 배경

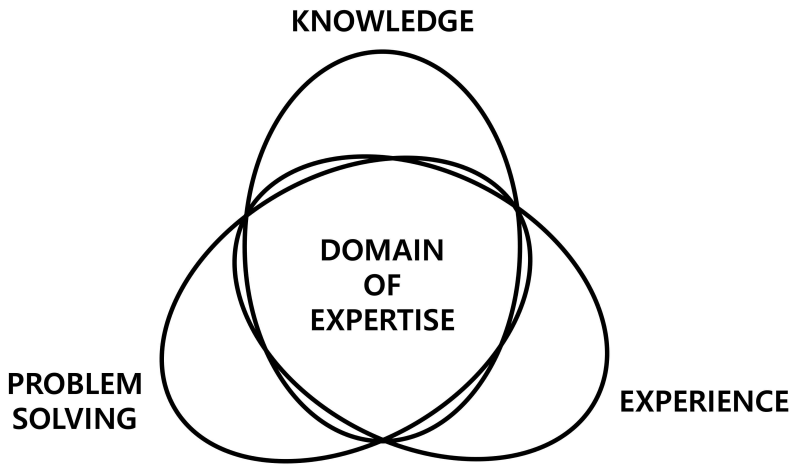
1. 전문직 연구의 이론적 접근

1) 전문성과 전문직업성

전문직 연구에서 전문성과 전문가에 대한 개념은 일률적으로 합의된 바 없다. 전문성이라는 용어의 번역 과정에서 다양한 의미를 혼용하여 사용하고 있기 때문이다(김영종, 2014). 먼저 지식적 측면으로 가장 많이 번역되는 'Expertise'는 특정 분야의 기능 또는 실천적 지식(know-how)을 뜻하며, 여기서 의미하는 전문가(expert)는 경험과 훈련을 통해 특별한 능력이나 지식을 소유한 자로 초보자(beginner, novice)와 반대되는 개념이다(박선형, 2005). 다음으로 분화된 전문성의 개념인 'Specialty'는 분야별 특수성이나 전공을 강조하는 것으로 조직의 분업화 관점에서 관심을 특정한 행위나 주제로 제한하여 접근하며 필요에 따라 영역별 소관을 다르게 구분하여 발전시켜나가기도 한다(송석휘, 2015). 여기서 의미하는 전문가(specialist)는 특정한 직업 분야 또는 연구에 대해 특별한 기능을 소유한 사람을 뜻하며 비전문가(non-specialist)와 구분될 수 있다(박선형, 2005).

한편, 전문직 연구는 전문성의 개념을 개인보다는 직업 차원의 수준에서 정의한다(오해연, 김기영, 2015). 전문직이 가지는 속성 측면에서 전문직업성 또는 전문주의라고 일컫는 'Professionalism'은 전문가의 행동, 목표, 질적 요인을 포괄하는 개념이다("Professionalism", 2019). 여기서 전문가(professional)는 제도화된 교육(훈련)을 받고 전문 직종에 근무하는 사람으로, 아마추어(amateur)와 반대되는 개념이다(박선형, 2005). 전문성을 보유한 개인들이 모여 사회적 권한과 책임을 부여받을 때 전문직으로 성장할 수 있고 이후에도 끊임없는 전문성에 대한 성찰과 추구가 필요하다는 점에서 전문성(expertise)은 전문직업성의 중요한 요소이다(이소연, 2011).

전문가와 비전문가를 구분하는 전문성(expertise)의 기본 요소로는 일반적으로 지식, 경험, 문제해결이 언급된다(Herling, 2000).



[그림 1] 전문성의 기본 요소
자료: Herling(2000)

먼저 지식은 전문성을 설명하는 가장 핵심요소이자 실체이다(김정아, 2007). 지식은 크게 형식지(explicit knowledge)와 암묵지(tacit knowledge)로 나눌 수 있는데 형식지는 언어나 문자로 표현할 수 있는 지식을 의미하고, 암묵지는 학습과 경험으로 인해 체화되어 있으나 문자나 언어로 설명하기는 어려운 지식을 의미한다(Polanyi, 1966). 형식지는 다시 설명, 강의, 정당화 등에서 나타나는 선언적 지식(declarative knowledge)과 기술과 같이 수행의 측면에서 나타나는 절차적 지식(procedural knowledge)으로 나눌 수 있다(김정아, 2007). 암묵지는 전문가도 의식하지 못하는 사이에 획득되는 경험 기반의 지식으로 문제해결에 보다 적합한 지식이라고 볼 수 있다(Wagner & Sternberg, 1986). Schmidt, Norman과 Boshuizen(1990)은 의학에서의 지식을 일상적, 분석적, 경험적 지식으로 구분하기도 했는데 일상적 지식은 환자의 증상이나 검사, 관리와 같이 의과대학에서 배우는 지식들로 형식지에 속한다고 볼 수 있고, 분석적 지식은 다양한 상황에

서 나타나는 진단과 증상 간의 관계로 설명할 수 있으며, 경험적 지식은 경험을 통해 축적된 지식으로 암묵지에 해당한다고 볼 수 있다(한상만, 2013). 그동안 전문성 연구에서는 '전문가의 오랜 경험과 성찰을 통해 얻은 지식과 노하우'라는 측면에서 암묵지를 특히 더 강조하기도 했다(Polanyi, 1966; Wagner, 1987; 한상만, 2013에서 재인용). 그러나 권낙원, 박승렬과 추광재(2006)는 이론적 지식과 경험을 종합하여 재구성한 지식을 주어진 상황에 맞게 활용해야 하기 때문에 이론적 지식과 실천적 지식의 공동 작용이 중요하다고 보았다.

경험 역시 전문성의 핵심요소 중의 하나이다. 전문가가 되기 위해서는 최소 10년 이상의 경험이 필요하다는 '1만 시간의 법칙'이 적용된다(Ericsson, Krampe, & Tesch-Römer, 1993). 우리나라에서도 2000년부터 2017년까지 의사의 전문성을 인정하는 제도로 전문의 자격인정을 받은 후 10년이 지나면 진료에 추가비용을 징수할 수 있는 '선택진료' 제도를 운영한 바 있다(선택진료에 관한 규칙, 2017). 이는 전문의의 전문성을 사회적으로 인정하는데 10년 이상의 경험이 필요함을 의미한다(한상만, 2013).

전문가는 많은 경험을 통해 만들어지지만 단순히 경험이 쌓였다고 해서 전문성이 발달되는 것은 아니다. 전문가가 되기 위해서는 업무에 대해 스스로 되돌아보고 자신이 하는 일과 이유에 대해 다른 사람과 토론하는 등의 성찰(reflection) 과정이 반복되어야 한다(Farrar & Trorey, 2008). 성찰은 학습자가 경험하고 직면하는 문제들에 대해 새롭게 답을 찾아나가는 과정이며(이재실, 2011), 수많은 경험 속에서 겪는 돌발 상황에 대한 직관적 판단과 의사결정들이 쌓여 행위 속 지식(knowing-in-action)이 만들어지고 행위에 대한 성찰(reflection-in-action)과 성찰적 실천(reflective practice)이라는 일련의 과정이 연속되어 전문성이 만들어지는 것이다(Schön, 1983).

문제해결 능력은 문제를 인지하고 자신이 가지고 있는 정보와 지식을 활용해 해결책을 찾아나가는 과정이다(Alexander, 2003). 전문가는 문제를 종합적으로 이해하고 해결하기 때문에 초보자보다 문제해결 속도가 빠르고 실수도 적다(Glaser & Chi, 1988). 지금까지 살펴본 지식, 경험, 문제해

결 능력이라는 세 요소는 전문성을 구성하는 핵심 요소이지만 그 자체가 전문성이 될 수는 없고 다른 요소들과의 상호작용 속에서 전문성이 발현된다는 특징을 가진다(Bereiter & Scardamalia, 1993).

최근에는 전문성의 외연을 넓히려는 노력들이 시도되고 있다. Katz(1996)는 전문성의 개념에 전문화된 지식과 장기간의 훈련 외에도 사회적 필요, 이타주의, 자율성, 윤리강령, 고객과 거리 두기(distance from client), 업무 수행의 기준(standards of practice)이 포함된다고 보았고, Fook, Ryan과 Hawkins(2000)도 전문성이 직무에 대한 개인의 가치의 영향을 받는다고 주장하였다. 이은화, 배소연과 조부경(1995) 역시 전문성의 구성요소에 지식, 기술, 인지능력과 함께 직무에 대한 개인의 신념, 장기간 직업에 헌신하는 태도 등을 포함하였다. 사회복지사의 전문성 제고를 위해 전문성 측정 도구를 개발한 연구(손영은, 2016)에서도 지식, 기술, 가치 및 태도, 윤리의식, 직무재량권으로 구성된 5가지 영역을 제시하였다. 타인과의 관계적 측면까지도 전문성의 요소로 보는 연구도 있었는데 김정아(2007)는 방송국 프로듀서들의 전문성 발달과정 연구를 통해 전문성을 인지적 요소, 정의적 요소, 관계적 요소로 구분하였고, 지식과 기술, 문제해결 능력과 같은 인지적 요소 외에도 직업에 대한 사명감, 열정과 끈기, 즐거움과 만족, 독립적 자아, 자신감과 같은 정의적 요소와 전문가 팀 리더십과 같은 관계적 요소를 전문성을 구성요소로 도출하였다.

한편, 전문직 연구에서 정의하는 전문직업성(professionalism)은 좀 더 복잡한 사회적 맥락을 포괄한다(김영종, 2014). 전문직을 사회적 실체로 바라본 직업 사회학에서는 전문가(professional)로 구성된 직업집단이 가지는 전문직업성에 관심을 두고 전문직과 사회의 관계를 연구해왔다. 초기 전문직업성 연구는 주로 '어떤 직업을 전문직으로 만드는 속성이 무엇인가'에 집중하였고, 의사나 변호사와 같이 사회적 위상이 높은 전문가 집단을 중심으로 비전문직과 비교되는 속성을 밝히거나 이들의 사회적 순기능 혹은 권력의 획득 과정을 살펴본 연구들로 진행되었다. 이론가들에 따르면(Greenwood, 1957; Gross, 1958; Goode, 1960; Wilensky, 1964; Hudson & Sullivan, 1990) 전문가는 추상적이고 고도화된 지식체계를 가지고 장기간

의 교육과 훈련, 그리고 높은 자격 기준을 거친 전문가 집단을 구성한다. 그리고 준거집단을 통해 정보를 공유하고 전문직 문화를 공유하며 윤리강령을 내세워 구성원들의 행위를 감독하고 질적 수준을 관리해나가기도 한다. Hall(1968)은 전문직 속성에 관한 기존 연구 결과들을 종합하여 전문직업성을 측정하는 5가지 척도를 제시하였는데 특수한 지식과 기술 등의 요소를 활용하는 개인의 인지적 과정과 패턴, 직업에 대한 태도와 가치적인 측면을 종합적으로 확인할 수 있다. 척도는 구체적으로 전문가 조직과 동료의 의견을 업무 판단의 주요한 기준으로 삼는 전문조직의 준거성(Use of professional organizations as a major referent), 해당 업무가 사회적으로 중요하고 공익을 위한 것이라고 믿는 공공을 위한 서비스 제공의 신념(Beliefs in public service), 업무 수행과 관련하여 판단을 가장 잘 내릴 수 있는 사람은 동료 전문가라고 생각하는 자체 규제에 대한 태도(A belief in self-regulation), 직업적 헌신과 같은 소명의식(A sense of calling to the field), 업무와 관련된 결정을 전문가 스스로 내릴 수 있는 권한과 같은 자율성(Autonomy)으로 구성되어 있다.

전문성과 전문직업성의 개념을 종합할 때, 전문성은 “특정 직무 영역에서 최고 수준의 성과를 달성하기 위해 필요한 지식, 기술 및 문제해결 능력 등의 인지적 능력, 직무에 대한 개인의 가치, 태도 등의 정의적 능력, 업무 수행을 위해 타인과 긍정적인 관계를 구축하는 관계적 능력, 비구조화된 문제해결력, 창의성, 융합 능력을 포함하는 적응적 능력을 보유한 정도”로 정리할 수 있다. 전문직업성은 교육 훈련, 자격 기준, 윤리강령과 같은 구조적 요건 또는 집단 구성원의 전문가적 이념이나 지식, 태도 측면으로 살펴볼 수 있다. 전문성의 개념이 기존의 지식이나 경험, 문제해결 능력 외에 가치나 태도, 관계적 측면으로 확장하고 있다는 점에서 전문성과 개인 수준의 전문직업성은 점점 개념의 차이를 좁혀가고 있는 것으로 보인다. 다만, 전문직업성이 직업을 기반으로 한 정의라는 점에서 전문직업성은 ‘인력’ 차원의 속성으로, 전문성은 인력이 제공하는 ‘서비스’ 차원의 속성으로 구분할 수 있을 것이다.

2) 전문직 체계의 역동성

신흥 전문직으로 떠오르는 많은 직업집단들은 기존 전문직이 거쳐 온 전문화(professionalization) 과정을 그대로 따라가거나, 특권 집단에 대항하기 위한 목적으로 구조적인 변화를 추구해왔다(Abbott, 1998). 이들은 주로 직업의 전업화, 교육 훈련제도, 연합체 구성, 국가 수준의 자격제도의 법제화, 윤리 규범 수립의 단계를 거치며 전문화를 이루어 나간다(Wilensky, 1964). 하지만 구조적 요건을 갖춘다고 해서 모든 직업이 기존 전문직과 같은 사회적 위상을 누리는 것은 아니다. 이에 Johnson(1972)과 Larson(1977)은 특정 직업의 전문화 수준을 측정할 수 있도록 다음과 같은 세 가지 기준을 제시하기도 했다(염민호, 2007). 첫째, 직업의 진입통제권을 가지고 있는가? 둘째, 직업에 종사하는 사람들의 업무 수행과 관련하여 자율규제가 허락되는가? 셋째, 법으로 보장되는 고유한 업무영역을 가지고 있는가? 즉, 전문직은 업무에 대한 배타적 권한과 업무 수행의 자율성을 제도적으로 보장받을 때 완전한 전문화를 이루었다고 해석할 수 있다. 전문직이 획득하는 합법적 자율성과 사회적 통제력을 두고 갈등론적 관점에서는 전문직의 위상을 시장의 독점권을 얻기 위해 서로 경쟁하고 갈등하여 얻어낸 결과라고 주장하기도 한다(Freidson, 1986). 업무의 독점권과 배타적 자율성을 얻은 후에도 전문직들은 자신들이 가지고 있는 고도화된 지식수준을 내세우며 사회적으로 주어진 특권에 대한 정당성과 신뢰성을 유지해나가는 전략을 사용한다(Freidson, 1992; 구혜란, 2003에서 재인용).

전문직업성에 대한 개념을 정립한 초기 전문직 연구들은 전문직이 가지는 특성을 이해하는데 기여하고 전문가들의 부족한 직업의식을 고양시키고자 하는 측면에서 많은 관심을 받아 왔지만, 이로 인해 전문직이 누구를 대상으로 어떤 일을 하는가보다는 전문직의 외관이나 형식에 더 집중하게 하였다는 비판을 받았다(Abbott, 1988). 전문직의 핵심요소인 전문성(expertise)에 대해서도 구체적으로 다루지 않았는데, 이는 전문성을 전문가의 판단영역으로 간주하거나 한 전문직이 해당 영역의 전문성을 충분히 확보하고 있음을 선험적으로 가정하고 있기 때문이다(Freidson, 1992). 전

문직을 둘러싼 다양한 사회적, 관계적 요소와 역동성을 고려하지 않는다는 점에서도 사회 속에서 전문직의 변동성을 설명하는데 한계가 있다.

전문직을 개념화하는 것에 부정적이었던 Abbott(1988)은 전문직이 사회에서 갖는 힘과 중요성 때문에 이를 '객관적'으로 정의할 수 없다고 보았다. 그는 전문직의 개념을 "특정한 문제(particular cases)에 추상적 지식(abstract knowledge)을 적용하는 배타적인 직업군"으로 보다 느슨하게 정의하였고, 전문직 자체보다는 전문직의 일을 중심으로 사회가 어떻게 전문성(expertise)을 구성하고 통제하는지에 관심을 두었다.

Abbott(1988)이 주창한 전문직 체계론(system of profession)에 따르면 사회적 필요에 의해 특정 업무가 만들어지면 이것을 전업으로 수행할 전문가가 요구된다. 전문직들은 추상적이고 정교화된 지식체계를 바탕으로 자신들이 이 일을 제일 잘할 수 있다는 것을 증명함으로써 다른 집단과 경쟁하고, 전문직 간의 경쟁에서 이기면 그 일에 대한 통제권(jurisdictional control)을 획득하여 전문직으로 인정을 받는다. 여기서 중요한 것은 전문직들은 서로 연결되어 있고 전문직 역할의 의미는 사회적 맥락 속에서 부여된다는 것이다.

전문직 체계론은 전문직 발전에 대한 기존의 이론적 개념을 근본적으로 바꿔놓았다. Abbott(1988)은 전문직 체계론이 기존 전문직 연구와 구분되는 특징을 다음의 네 가지로 설명하였다. "첫째, 전문직 발달이 상호의존적인 특성을 가진다고 인식한다. 이것은 전문직들이 서로 독립적으로 발달한다는 잘못된 가정을 뒤집는 것이다. 둘째, 전문직의 내부 구조를 관할권 경쟁과 시스템 내 입지를 결정하는 여러 요인 중 하나로 본다. 구조는 그 자체보다는 상대적인 관할권 입지에 미치는 영향에서 중요하게 작용한다. 이는 초기 이론에서 구조에만 몰입하여 실제 전문직의 업무를 간과하고 지나친 점을 해소시킨다. 셋째, 외부의 사회적 힘들이 전문직에 영향을 미치는 다양한 메커니즘을 식별하고 개념화한다. 기존의 많은 이론가들은 사회적 힘들을 구별하지 않았다. 하지만 전문직 체계론에서 외부의 요소들이 관할권의 공백을 만들거나 메꾸는 것 뿐 아니라, 경쟁이 발생하는 지점을 변화시키거나 효능 또는 적법성에 대한 공공의 기준을 변화시킴으로써 개

별 전문직들에 미치는 영향을 논한다. 이러한 외부의 변화는 전문직의 독과점을 선호하거나 저해할 수 있으며 신흥 전문직들이 새롭게 업무 공간을 만드는데도 영향을 미친다. 변화는 집단의 시스템 내 입지에 따라서 특징적인 효과를 나타낼 수 있는데 이러한 복잡한 과정을 설명함으로써 기존 이론을 보완하였다. 넷째, 전문직 체계론은 전문직 간 관계의 균형이 언제든 깨질 수 있다고 본다. 업무가 지속적으로 변화하고 있으며, 취약한 관할권은 끊임없이 도전을 받기 때문이다. 이로 인해 잇달아 일어나는 교란은 때로는 조금, 때로는 먼 길로 전파되기도 한다. 전문직 체계론의 핵심 질문은 교란을 일으키는 힘이 무엇인지, 교란이 전파되는 방법과 전파 정도는 어떠한지, 그리고 교란이 어떻게 종료되는지에 대한 것이다. 교란의 시작과 끝, 전파 방식, 그리고 그것들을 결정하는 조건들을 이해할 수 있다면 전문직의 발전을 보다 효과적으로 설명할 수 있을 것이다"(Abbott, 1988: 90-91).

전문직 체계 내에서 일을 둘러싼 갈등과 경쟁은 내가 이 일을 가장 잘 해낼 수 있다는 주장(knowledge claim)이 공론화되어야 시작될 수 있으며, 일단 한 집단이 경쟁에 참가하면 중요한 것은 그 집단이 주장하는 것이 아니라 그 집단이 실제로 무엇을 하는지에 관한 것이다(Abbott, 1988: 82). 이때 전문직의 지식체계를 통해 문제를 진단하고, 이 문제가 왜 일어나는지를 설명하며, 문제를 해결해낼 수 있는 집단이 해당 영역을 차지할 가능성이 크다(Abbott, 1988: 40).

전문직 간의 경쟁은 주로 법제도(legal system arena), 여론(public opinion arena), 업무 현장(workplace arena)이라는 세 영역의 관객(audience)을 둘러싸고 전개된다. 법제도 영역은 전문직에게 공식적인 업무 통제권을 부여할 수 있다(Abbott, 1988: 59-60). 관할권 경쟁의 결과로 한 집단이 가지는 독점권, 지배력, 자율성 등이 결정되기 때문에 전문직업성은 선진국에서 전문성(expertise)을 제도화하는 방식으로 사용되기도 한다. 미국과 영국, 프랑스 등에서는 특정 전문가 집단에게 법적 권리를 부여하거나 의회를 통해 업무의 관할권과 전문직의 기능을 구체적으로 설정한다. 의료와 같은 특정 영역에 대해서는 업무의 독점을 허용하기도 하는데

이것은 전문직 체계 내 경쟁 관계에 있는 다른 직업들이 해당 업무를 하지 못하도록 하는 역할을 한다(Abbott, 1988: 62-63).

여론은 전문직 종사자들이 법 제도를 압박하는데 사용된다. 미국에서는 전문직이 궁극적으로 여론을 통해 법적인 보호를 받을 수 있는 권한을 수립하는 반면, 유럽(the Continent)에서는 전통적으로 국가 자체가 전문직에 대한 여론 역할을 한다(Abbott, 1988: 59-60).

업무현장은 법 제도나 여론으로 확립된 관할권의 공식적인 노선을 모호하게 하고 왜곡시킬 수 있는 힘을 발휘하는데(Abbott, 1988: 60), 업무현장의 관할권 경계는 현실적으로 분명히 구분되지 않는다. 전문직의 업무현장은 대부분 많은 직종의 사람들이 광범위하게 섞여 있는데, 만약 전문직이 무능하다면 조직은 아마도 공식적으로 자격이 없는 다른 사람이 그 일을 하기를 요구할 것이다. 또한 전문직의 일이 너무 많으면 비전문직이 그 일을 맡게 될 것이다. 따라서 전문직들의 관할 구역 경계는 과중한 업무현장에서 흐려지는 경향이 있다. 업무현장의 동화(workplace assimilation)라고 볼 수 있는 지식의 이전도 나타나는데 소수의 전문직과 다른 여러 직역의 사람들이 전문적인 업무를 효과적으로 수행하는 과정에서 진단, 치료, 추론 시스템의 상당 부분을 습득하게 된다. 업무현장에서는 개인의 자격(credentialed status)보다 실제 생산성(real output)이 중요시된다. 업무현장의 동화가 일어나면 때로는 보조직이 전문직보다 훨씬 더 재능이 있을 수 있고, 밀접하게 관련된 업무를 하는 특정한 개인이 다수의 전문직 종사자들보다 실제 전문직의 일을 더 잘 알게 될 수 있다(Abbott, 1988: 65-66).

이처럼 업무현장에서 관할권의 관계는 모호하기 때문에 공공 및 법적 관할권과 업무현장에서의 관할권 주장은 서로 다를 수 있다. 만약 대중이 업무현장의 동화 정도를 알고 있다면 전문직의 포괄적인 관할권에 대해 이의를 제기할 수도 있다. 이러한 점에서 업무현장의 동화는 때때로 공식적인 관할권에 침입하여 그것을 상당 수준으로 재구성할 가능성이 있다. 정신치료 사례가 좋은 예인데, 사회복지사와 심리학자들은 조기 아동 상담소에서 정신과 의사 밑에서 일하면서 심리 치료에 대한 기술과 지식을 터득

해나갔다. 이들은 결국 단독 업무 수행으로 옮겨가게 되었고 결국 정신과 의사들의 독점권을 깨뜨렸다(Abbott, 1988: 68).

관할권의 경쟁과 갈등은 크게 다섯 가지 유형으로 귀결된다. 1) 한 집단이 완전한 관할권을 얻게 되거나, 2) 한 집단에 다른 집단이 종속되거나, 3) 같은 업무를 두 집단이 공유하거나, 4) 한 집단이 지식의 통제만을 유지하고 다른 집단에 실무를 허용하거나, 5) 한 집단이 다른 집단에 의견을 제공하는 방식이다. 일반적으로 완전한 관할권은 모든 유형에서 추구하는 정착점이다. 모든 전문직은 완전하고 합법적으로 설립된 통제권을 갖기를 원하고, 통제는 전문직 지식의 권위로 문화 안에서 정당화되고 법률로 규정되어야 한다. 대부분의 전문직은 통제권을 소유하는 것 뿐 아니라 그것을 지키고 확장시키는 것을 목표로 한다. 그러나 전문직 체계 내에서 완전한 관할권은 유동적이다. 어떤 집단은 스스로를 발전시키기 위해 제한된 이동성을 받아들여야 할 수도 있다. 완전한 관할권에 대한 다양한 대안은 제한된 합의를 제공하는데 이러한 제한된 정착지 중 가장 익숙한 것은 종속(subordination)이다. 대표적인 사례를 살펴보면, 나이팅게일이 당초 계획했던 간호사 집단은 의료전문가와 동등하게 독립적인 권한을 가지고 훈련을 하는 행정적이고 관리적인 직업이었으나 이러한 필요성이 의료 전문가들에게 충분히 받아들여지지 않았고 결국 간호는 의학에 종속되는 방식으로 정착하였다(Abbott, 1988: 69-71).

완전한 관할권과 마찬가지로 종속적 관할권도 일반적으로 대중과 법의 정착인데, 간호의 사례처럼 기존의 관할 구역을 세분화하려는 시도들은 실패하기 쉽다. 그간 법과 대중의 영역에서 의학은 병원의 관리가 의료에 종속되는 임무라고 주장해왔고, 이는 성공적이었다. 그럼에도 종종 이러한 관할권 세분화의 시도가 나타나는 이유는 하위 집단들이 업무현장에서 습득한 기술에 기초하여 스스로를 현재 관할권자들과 동등하다고 인식하기 때문이다. 그러나 하위 집단은 종종 지배 집단 하에서 업무가 정교하게 분화되면서 만들어지기 때문에 경쟁이 없는 종속이 더 일반적이다. 보조 의사(physicians′ assistants), 임상병리사(laboratory technicians), 방사선사(X-ray technicians) 등 수많은 하위 집단이 의학계의 지배하에 등장했다.

하위 집단을 직접 구성하는 것은 완전한 관할권을 가진 집단에게 큰 이점을 제공한다. 지배적 특권을 유지하면서도 일상적인 업무를 하위 집단에 위임할 수 있기 때문이다. 가장 중요한 것은 그것이 처음부터 지배 집단과 하위 집단의 관계를 법적, 대중적으로 정착시킨다는 점이다. 하위 집단은 복잡한 업무의 분화를 전제로 하고, 광범위한 업무현장의 동화는 결과적으로 애매한 작업환경의 관할권을 창출한다. 하지만 이것은 본질적으로 불안한 정착이다. 지배 집단의 성공적인 업무 수행에 하위 집단이 절대적으로 필요한 상황에서 관할권 경계는 업무현장의 동화로 약화될 수 있기 때문이다. 더욱이 복잡한 전문직 업무 환경일수록 하위 집단과 지배 집단 사이의 광범위한 동화 없이는 제대로 기능을 할 수 없다. 따라서 종속 관계가 유지되기 위해서는 공식적인 합법적, 대중적 종속성이 더욱 강조되어야 한다. 대중은 간호사가 의사에 종속되어 있다고 알고 있기 때문에 모든 의학적인 것에서 간호사가 의사들보다 더 적게 알고 있다고 믿는다. 그리고 이러한 대중의 인식은 전문직에 대한 공식적 담론으로 자리할 수 있다 (Abbott, 1988: 71-72).

때로는 관할권 다툼이 교착 상태를 초래하기도 한다. 그 결과 종종 관할권을 기능적으로는 상호의존적이지만 구조적으로는 동일하게 분할되기도 한다. 즉, 분업에 의한 해결이다. 매우 드물게, 두 집단이 특정 업무 영역에서 완전한 관할권을 동등하게 가질 수 있다. 이는 다른 업무에 대한 완전한 관할권을 이미 보유하고 있는 두 직업 사이에 충돌이 발생할 때 요구되며 이러한 분업 하에서는 책임 영역이 명확하게 구분된다. 분업과 종속의 중간에 불안정하지만 지적 관할권이라 불릴 수 있는 공통적 정착도 있다. 한 전문 집단이 특정 분야에 대한 인지적 지식을 통제하기도 하지만 여러 경쟁자들이 제한 없이 업무를 수행할 수 있다는 이점이 있다. 제2차 세계대전 이후 정신의학의 사례에서 찾아볼 수 있는데 정신치료가 심리학자, 사회복지사, 성직자의 영역이 되어가면서도 그 분야의 주요 아이디어는 정신의학과 심리학을 통해 발전시키는 메커니즘이 수십 년 동안 유지되었다 (Abbott, 1988: 73-76).

이러한 다양한 정착은 영구적인 것이 아니라 일시적인 것으로 간주되고

끊임없이 도전을 받으며 집단의 조직화 정도에 따라서도 정착의 결과가 달라질 수 있다. 다른 것들이 동일할 때, 더 강력하게 조직된 집단일수록 관할권에 대한 그들의 주장이 더 효과적이다. 조직화된 집단은 구성원들을 더 잘 동원할 수 있고, 언론의 지지를 더 잘 이끌어낼 수 있으며, 무엇보다도 관할권을 위한 지배 담론을 만들어내는 효과적인 학술 작업의 지원이 잘 이루어질 수 있다. 그래서 전문 집단 간 경쟁에서는 더 광범위한 조직을 가진 집단이 보통 이긴다. 그래서 병원 행정 영역에서 의료는 간호를 물리칠 수 있었고 정신의학은 아동의 지도에서 사회사업과 심리학을 지배했다. 제한적이지만 때로는 상대적으로 덜 조직화된 직업이 직장 경쟁에서 뚜렷한 이점을 가질 때도 있다. 명확한 초점과 분명히 확립된 인지 구조가 부족한 경우 이용 가능한 업무로 자유롭게 이동할 수 있기 때문이다. 직업의 구성원으로서의 정체성이 부족하다는 것이 때로는 이점이 될 수 있다(Abbott, 1988: 82-83).

3) 전문화의 추동 요인

Abbott(1988)은 일에 대한 관할권이 일단 확립되면 쉽게 조정되는 것은 아니지만 때로는 기존 업무가 일상화되거나, 작업을 수행할 인력의 수가 불충분하거나, 지식의 발달, 조직의 변화, 수요 증가, 다른 대체 직업의 등장 등 여러 가지 요인으로 인해 변화의 조짐이 나타난다고 보았다.

먼저 외부 요인은 새로운 업무영역을 만들거나 때로는 오래된 관할권을 파괴함으로써 전문직 체계를 직접적으로 방해한다. 첫째, 기술(technologies)의 변화는 새로운 업무를 만들어내거나 소멸시킨다. 토목공학의 경우 기계와 물리적 구조의 공학 기술이 발전함에 따라 그에 상응하는 필수교육이 증가하였고 토목공학자들은 19세기 후반 프랑스에서 전문적인 지위를 획득하였다. 반대로 19세기 말과 20세기 초에 철도 직원과 승객의 부상을 관리했던 철도 외과의는 산업의 성장과 철도 안전의 개선으로 철도에서의 부상이 현저히 줄어들게 되면서 20세기 중반에 사라졌다(Abbott, 1988: 92).

둘째, 조직(organizations)의 변화 역시 관할권 생성과 파괴의 주요 원천이다. 새로운 조직은 종종 새로운 직업을 만들어내기도 한다. 동등한 조직에서 동등한 지위를 차지하는 사람들이 함께 결합하고 지식을 모아 궁극적으로는 원래 조직으로부터 독립하는 새로운 직업을 탄생시킨다. 미국 정신의학협회나 미국의 사회사업이 상위 감독자 역할을 하는 조직을 만들어 사회 진단에 대한 지식을 축적하고 이를 바탕으로 한 새로운 직업을 만들어낸 것이 그 예이다. 조직 분열로 인해 기존의 전문직이 심각한 위협을 받은 사례도 있는데, 19세기 말 복지 개혁 운동으로 정신 병원이 주 전체의 통제 하에 놓이게 되면서 정신과 감독관들이 힘(power)을 잃기 시작했다. 젊은 정신과 의사들은 개별적인 업무를 하기 위해 병원을 떠났고, 일부는 아예 병원에서 일하지 않았다. 결국 그들은 원래 조직을 떠나는 방식으로 정체성과 독립성을 유지할 수 있게 되었다(Abbott, 1988: 93-94).

셋째, 자연적 사실(natural facts) 또는 문화적으로 규정(cultural facts)된 관할권의 변화는 기술이나 조직의 변화와 다르게 속도가 매우 느리고 전문직 체계를 재정비할만한 수요의 급격한 증가를 제공하지 않는다. 그러나 전문직의 정당성에 대한 문화적 기준들은 전문직 체계에 심오한 영향을 미칠 수 있다. 전문화 과정에서 주목해야 하는 문화적 사실로는 의료체계에 영향을 주는 지배 담론인데 전문화를 추구하는 직종의 의도와는 무관하게 작용할 수 있기 때문에 한 직종이 기존 전문직 하에서 전문화를 시도하는 경우 그때의 지배 담론은 중요한 역할을 하게 된다(Abbott, 1988: 92). 일제 식민지 시대에 서양의학 중심의 보건위생 담론과 과학적 지식 담론 하에서 의사 집단이 성공적으로 출현한 것과 한의사들이 제도적으로 퇴출되었다가 1980년대 이후 경제적 풍요를 기반으로 참살이 담론과 민족주의 담론 하에서 다시 부활할 수 있었던 것은 의료체계에 지배 담론이 작동한 사례로 볼 수 있다(김정화, 2015).

외부의 공격 속에서 새로운 집단은 보통 고객집단에 대한 차별화(clientele differentiation)를 해결해나가는 과정을 통해 전문직 체계 내로 진입할 기회를 얻는다. 기존 전문직이 놓치고 있는 고객집단(clientele)에 대한 빈 관할권을 대신 채우는 방식이다. 보조직(paraprofessional)은 기존

전문직에 의해 무시되고 있던 잠재 고객들에게 같은 종류의 서비스를 제공함으로써 고객집단을 확보한다. 그리고 추후 해당 서비스의 관할권을 주장하며 기존 전문직과 동등한 제도적 지위를 요구하게 된다. 대표적인 사례로 영국의 내과 의사들은 합법적이고 공공의 관할권을 가지고 있었음에도 의사의 수가 너무 적고 자존심이 강해 대다수의 사람들을 돌보지 못했다. 그 결과 외과 의사들과 약제상들이 중산층과 하층계급에 봉사하게 되었다. 그 후 약제상들은 내과 의사들이 관리하는 공공 및 법적 관할권에 도전하기 위한 내부 개혁을 시작했고, 그들의 계획은 1858년 의료법에서 세 그룹이 합병하는 것으로 끝이 났다. 그들은 취약한 관할권을 공격하거나 눈에 띄지 않는 고객 집단에게 서비스를 제공하는 전략을 사용하여 전문직 체계 내로 진입하는데 성공하였다(Abbott, 1988: 94-95).

미국과 프랑스와 같이 업무의 독점이 분명한 경우에는 기존 제도 영역의 관할권에 대한 외부 공격이 쉽지 않지만, 영국과 같이 제도적 독점이 덜 완벽한 곳에서는 관할권에 대한 외부의 공격이 쉽게 나타날 수 있다. 이때 차별화된 고객의 존재는 새로운 집단이 제도영역의 관할권 주장을 발전시킬 수 있는 공간을 제공하고 관할권 주장을 정당화할 수 있는 가능성을 열어준다(Abbott, 1988: 95). 특히 고객집단으로 대표되는 환자들은 현대사회에 들어와 점점 더 성장하고 있다. 대중매체의 발달, 의료기관의 양적 증가로 병원선택의 기회가 많아지고 대중의 의식 수준이 높아짐에 따라 환자들은 여러 매체를 통해 다양한 정보를 수집하고 질 높은 의료서비스를 받을 수 있는 병원을 찾게 되었다(김미선, 박하영, 2006). 이들은 독자적으로 질병에 대응방식을 발전시키거나 관련 정책에도 적극적인 참여자로 활동하기도 한다(조병희, 2015).

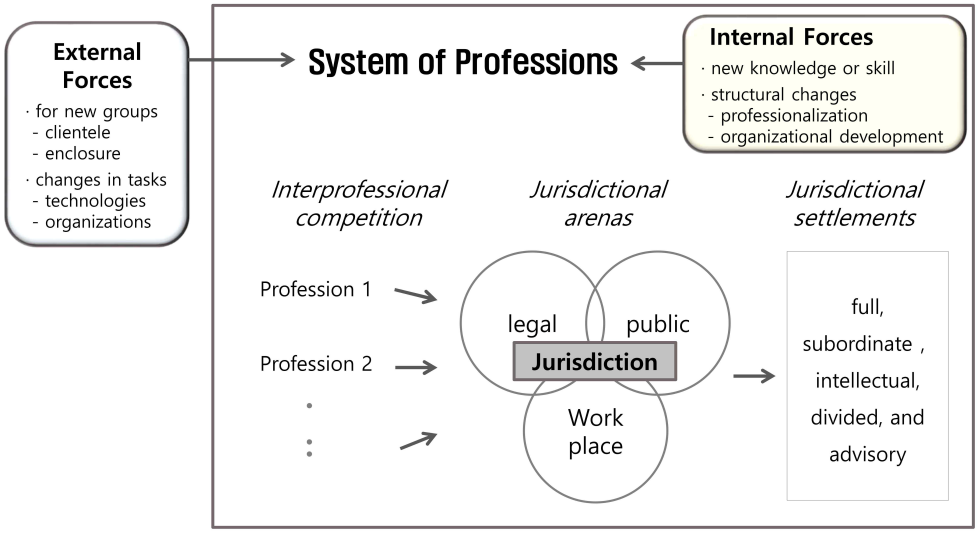
새로운 집단이 전문직 체계 내에 진입하는 또 다른 방법은 영역화(enclosure)이다. 다양한 집단에서 공동으로 수행하고 있던 업무를 한 집단이 자신의 영역으로 주장하는 것이다(Abbott, 1988: 91). 해방 이후 양의사들의 의료 일원화 주장과 침구에 대한 한의사들의 관할권 독점 주장이 대표적인 영역화의 사례이다(김정화, 2015). 때로는 특정한 업무를 위해 존재하는 집단이 영역화를 시도하기도 하는데 대표적인 예가 간호 분야이다.

나이팅게일은 아무도 하고 있지 않았던 군 간병에 대해 잠재적인 업무 영역을 정의하고 학교, 협회, 지식체계를 만들었다. 이러한 영역화는 그 업무가 사실상 기존 전문직의 중요한 업무영역에 속하지 않으면 전문직 체계에 거의 영향을 미치지 않는다. 하지만 간호 업무가 점차 병원에서 일차 보건의료 영역으로 확대됨에 따라 의사들의 핵심 관할권을 위협하게 되었다(Abbott, 1988: 96).

전문직 체계를 교란시키는 외부 요인은 전문직의 내부 요인에 의해 보완될 수 있다. 내부 요인 자체로 관할권을 만들거나 폐지하지는 않지만 현재의 관할권을 강화하거나 약화시키는 힘을 발휘한다. 첫째, 새로운 지식(knowledge)이나 기술(skill)의 발전은 관할권을 견고하게 유지시키거나 확대할 수 있다. 전형적으로 19세기 후반 미국 의학의 발전은 과학적인 의학을 바탕으로 발전한 것이다(Larson, 1977; Starr, 1982). 그리고 은행가와 변호사들이 합병하여 만든 지식체계는 회계 업무라는 관할권 확장을 만들어냈다. 둘째, 전문화(professionalization)라고 부르는 직업의 사회적 구조 변화는 직업집단의 기준이나 조직의 효율성을 높임으로써 경쟁자들의 공공 및 법적 관할권을 위협한다. 기존 전문직의 지배하에 있는 보조직들이 공식적인 학위 프로그램을 도입함에 따라 상위 전문직들도 펠로우십과 전문분야의 훈련을 쌓아나가는 전문화 방식으로 맞설 수 있다. 하지만 일반적으로 보조직들이 병원과 경쟁하기 위해 전문적인 업무를 위한 독립적인 조직을 만들기는 어렵다. 그래서 기존 전문직은 전문직화보다는 배타적인(exclusive) 경향의 조직 혁신을 강조한다. 전문직 체계의 내부 변화는 외부 요인이 오래된 관할권을 교란시키는 것과 같은 효과를 가진다. 각각의 전문직들은 관할권을 가질 수 있는 특정한 능력을 가지고 있다. 이는 전문지식 체계와 내부 구조 모두에 의존하는 능력으로, 전문직은 오래된 관할 구역에서 해방되거나 또는 내부적으로 관할권을 증가시키는 등 다양한 방식을 시도함으로써 새로운 관할권 주장을 위한 준비를 한다(Abbott, 1988: 96-98).

요약하면, 전문직 체계에 교란을 일으키는 사슬은 외부의 힘 또는 직업 그 자체에서 시작된다. 전문직의 업무는 기술 및 조직의 변화에 따라 생성

되거나 소멸될 수 있고 때로는 지배 담론이 전문직의 업무와 권한을 변화시킨다. 새로운 집단은 주로 고객 차별화 또는 영역화를 통해 전문직으로 진입한다. 직업집단 내부의 힘으로는 새로운 지식이나 기술의 개발, 전문화, 조직 개발의 방해와 같은 구조적 변화들이 기존의 관할권을 강화하거나 약화시키는 역할을 한다(Abbott, 1988: 111).



[그림 2] 전문직 체계론의 도식화

자료: Kroezen et al.(2011)을 참고하여 재구성함.

2. 물리치료의 전문화

1) 물리치료사의 전문화 과정

우리나라 물리치료사는 전쟁부상자 치료를 위해 의사의 보조 인력으로 등장하였다. 우리나라에 근대적 물리치료(modern physical therapy)가 도입된 것은 약 70년 전인데 제2차 세계대전이 끝난 후 우리나라에 주둔하던 미국인 물리치료사 Geraldine Lindberg가 1949년까지 미군병원에서 군인들을 위한 물리치료를 행한 것이 국내 물리치료의 첫 시작이었다. 1949년 미국 감리교 선교사로 파견된 모우숙 여사가 세브란스병원에 근무하게 되면서 일반인을 위한 물리치료가 시작되었으며, 이후 한국전쟁 발발로 전상자가 속출함에 따라 물리치료가 필요한 부상자를 치료하기 위해 군부대 내에 9개월간의 교육과정을 도입하며 물리치료사 양성과정이 시작되었다(권혁철, 이충휘, 1998).

국내 물리치료의 교육 훈련제도는 1963년 수도의과대학 병설 의학기술 초급대학 물리치료과가 2년 교육과정으로 설치되면서 시작되었고, 1979년 4년제 물리치료 교육과정이 연세대학교에 처음 개설되었다. 1991년에는 2년제 물리치료과의 학제가 3년으로 바뀌면서 임상 실습 시간과 교육 내용이 늘어나게 되었다. 학부과정 동안 물리치료 기초과목, 물리치료 진단평가 과목, 물리치료 중재 과목, 의료관계법규 등의 교육을 이수하게 된다(김기송 등, 2016). 2020년 기준으로 전국에 4년제 대학 47개교, 3년제 대학 39개교에 물리치료학과가 개설되어 있고, 39개 대학에서 물리치료 관련 대학원 과정을 운영하고 있다(대한물리치료사협회, 2020a).

우리나라는 1974년에 세계물리치료사연맹(World Confederation of Physical Therapy)의 정회원국으로 가입하여 꾸준하게 활동을 이어가고 있다. 세계물리치료 연맹에 가입한 국가들은 각 나라의 상황에 맞게 교육과정을 채택하고 있는데, OECD 가입국들은 대부분 3년제에서 6년제 교과과정을 운영하고 있다(구봉오 등, 2010a). 물리치료 분야의 대표적인 선진국인 미국에서는 물리치료사가 되려면 최소 물리치료 석사학위를 수료하

고 연방 또는 주정부의 자격시험을 통과해야 한다. 또한 비전 2020을 통해 미국 내 모든 물리치료사가 2020년까지 물리치료 박사학위를 취득하도록 추진해왔다(American Physical Therapy Association, 2020).

미국이 박사 수준의 능력을 강조하는 이유는 독립적인 업무수행을 하고 있는 보건 전문가에 대한 사회적 기대를 충족시키기 위함이다. 특히 미국은 많은 주에서 의사의 의뢰 없이 환자가 물리치료사에게 직접 방문(Direct Access)이 가능하기 때문에 물리치료사가 개업을 하여 근거중심치료에 대한 치료비를 청구하기 위해서는 의사, 수의사, 치과의사 등과 마찬가지로 임상박사학위를 가지고 있어야 한다는 요구가 절대적이다(Plack & Wong, 2002). 이러한 이유로 미국에서는 물리치료사의 질적 수준을 높이기 위한 학제의 변화가 활발히 진행되고 있다(구봉오 등, 2010a).

세계적인 물리치료 전문화 흐름에 따라 우리나라 물리치료계 내부에서도 학제 개편이나 전문물리치료사제도와 같은 인력 양성의 제도적 개선을 요구하고 있으나 아직까지 제도적 변화는 없다(박혜진 등, 2010; 구봉오 등, 2010a, 2010b). 국내 물리치료 교육 과정은 2년제에서 3년제로 개편된 것 외에는 큰 변화가 없고 구체적인 교과과정 표준화 정책도 제대로 자리잡지 못하고 있는 실정이다(김기송 등, 2016). 치료적 역량을 향상시키기 위해서는 물리치료사가 개별적으로 전문교육을 이수해야 한다(서영란, 이숙정, 2018).

한편, 1965년 의료기사법 시행령 제도의 시행과 함께 물리치료사의 면허제도가 도입된 이후 물리치료사는 국가고시라는 자격 기준을 통해 면허를 부여받고 있다. 물리치료사의 인적관리, 교육, 권익향상을 위한 법적 단체인 대한물리치료사협회(Korean Physical Therapy Association) 역시 같은 해 설립되어 지금까지 유지되고 있다. 대한물리치료사협회는 2020년 현재 7만여 명의 회원을 보유하고 있으며(대한물리치료사협회, 2020d), 하부기관으로 16개의 시·도회, 10개 종별학회와 35개 분과학회가 있다(대한물리치료사협회, 2020e). 대한물리치료사협회에서는 보건복지부로부터 보수교육 및 면허 신고수리 업무를 위탁받아 실시하는데, 2014년 「의료기사 등의 면허신고제」를 시행하고부터 의료기사는 3년마다 보건복지부에게 취

업 상황과 근무지 등을 의무적으로 신고하고 있다. 연 8시간 이상 보수교육을 이수하지 않을 경우 위탁기관인 협회가 면허 신고를 반려할 수 있다. 자율적으로 운영되던 보수교육에 강제성이 부여되면서 협회의 권한이 높아지게 되었다.

그런데 대한물리치료사협회에 대한 물리치료사들의 인식은 부정적인 편이다. 신지영과 조병희(2019)에 따르면 물리치료사들은 협회가 회원들의 권익향상을 위해 앞장서서 노력한다거나 중심 기관(control tower)의 역할을 제대로 한다고 느끼지 못했다. 대한물리치료사협회가 보수교육을 통해 구성원들에게 영향력 있는 권한을 행사하고 있음에도 전문 직업 훈련기관으로서의 역할을 제대로 하지 못한다는 비판도 받고 있었다. 이와 같은 인식은 김승래와 유성훈(2015)이 물리치료 보수교육 참여자를 대상으로 조사한 결과에서도 확인할 수 있는데 물리치료사의 보수교육 참여 이유에서 '면허 유지'가 85.9%로 대부분을 차지하였고, '새로운 지식 습득'은 8.1%, '실무능력 향상'은 3.0% 수준에 그쳤다. 문소라, 김명철과 이준철(2016)도 보수교육 이수 경험자를 대상으로 보수교육에 대한 만족도와 내용을 조사하였는데 보수교육의 중요성과 필요도는 높은 반면 '임상실무에 도움이 된다', '참가비가 적절하다', '홍보가 제대로 이루어졌다'와 같은 과정과 내용적 측면에서는 부정적인 인식을 나타내었다.

조직화된 집단은 구성원들을 더 잘 동원할 수 있고, 언론의 지지를 더 잘 이끌어낼 수 있으며, 효과적인 학술 작업의 지원이 잘 이루어질 수 있다(Abbott, 1988). 미국의 물리치료사들이 자율성을 획득할 수 있었던 것은 미국물리치료사협회(American Physical Therapy Association)를 중심으로 높은 수준의 역량을 다루는 시험을 자체적으로 개발하고, 주 면허 위원회와의 소통을 통해 적극적으로 역할과 전문성을 넓혀나갔기 때문이다(Johnson & Abrams, 2005). 그러나 우리나라 물리치료사들은 중앙 협회를 중심으로 하는 내부 결집력이 약하고(대한물리치료사협회 서울특별시 물리치료사회, 2007), 전문가 의식도 약하여(김동훈, 손명주, 2015) 외부세력에 대한 교섭능력을 기대하기 어려운 상황이다.

2) 물리치료 관할권을 둘러싼 갈등

우리나라 물리치료사는 기존 전문가들의 전문화 과정에서 살펴볼 수 있는 구조적 조건을 갖추며 발전해왔다. 그러나 세계 각국의 물리치료사 제도를 비교할 때 우리나라 물리치료사의 제도적 권한이나 직업적 위상은 높지 않다. 세계물리치료사연맹(World Confederation for Physical Therapy)에 가입된 다수 국가의 물리치료사들이 의사에 못지않은 제도적 지위를 확보하고 있는 반면, 우리나라는 매우 제한적인 업무 권한을 가지고 있다. 물리치료사의 업무 범위와 자격, 권한을 독립적인 법률로써 규정하지 못하고 있고, 물리치료실을 독자적으로 개설할 수 없으며, 의사의 처방 없이 물리치료사에게 직접 방문(direct access)이 불가능하다(구봉오 등, 2010b). 이는 물리치료사가 법적으로 의료기사 직군에 포함되어 임상병리사, 방사선사, 작업치료사, 치과기공사, 치과위생사와 함께 의료기사 등에 관한 법률에 묶여있고, “의사 또는 치과의사의 지도 아래 진료나 의화학적 검사에 종사하는 사람”으로 규정되어 있기 때문이다(의료기사 등에 관한 법률, 2020). 물리치료사의 법률적 정의는 1973년 의료기사법을 통해 명시된 후 1982년에 단 한 차례 의사 또는 치과의사의 ‘지시 및 감독’이 ‘지도’로 변경되었고, 그 외에는 지금까지 변함없이 이어지고 있다.

의사의 지도 없이 물리치료사의 고유 업무인 물리치료 업무를 행하는 것이 무면허 의료행위로 간주되는 것은 제도적 모순이라는 비판이 물리치료계 내부에서 꾸준히 제기되어 왔다. 김동훈과 손명주(2015)는 물리치료 관련 현행법이 물리치료의 지속적인 발전과 물리치료사로서의 동기를 저해한다고 보았다. 물리치료사가 국민의 건강증진에서 점점 더 큰 영향력을 미치고 있음에도 불구하고 하나의 전문 인력으로 인정받는 것이 아니라 의사의 보조원이나 병원 경영을 위한 인력으로 평가 절하되고 있어 물리치료사의 자율성을 침해하고 직무 만족이나 전문직업성에도 영향을 미치며 환자들이 양질의 의료서비스를 받을 기회를 제한된다는 것이다. 이들은 현행 법률의 개정이나 단독법률을 통해 물리치료사들의 업무와 권리를 명문화하고 구체화하여 물리치료 업무에 있어 물리치료사 스스로가 책임을

지고 보호를 받을 수 있도록 제도화해야 된다고 주장하였다(김동훈, 손명주, 2015). 이러한 주장은 의료체계 내에서 물리치료사와 의사의 관계를 수직 관계로 볼 것인가 혹은 수평적 관계로 볼 것인가의 문제이기도 하다. 물리치료사들은 물리치료사의 업무에는 위험성이 높아 고도의 전문지식을 갖추고 반드시 의사가 의료행위를 이행하여야 할 부분이 있고, 의사의 판단에 따라 물리치료사와의 협력으로 가능한 부분이 있으며, 의사-물리치료사의 신뢰의 원칙에 따라 분업이 가능한 비교적 위험성이 적은 분야가 있다고 주장하였다(백종천, 양승훈, 2011).

물리치료 업무를 둘러싼 관할권 주장(knowledge claim)은 공론화되어 17대 국회부터 20대 국회까지 의사의 '지도'를 처방으로 개정하는 내용의 의료기사법 개정안이 꾸준히 발의되어왔다. 그러나 의료체계 혼란, 물리치료사 독립 업무 수행으로 인한 국민 건강의 위해 가능성, 독립법 제정의 타 직역으로 확대 가능성 등을 우려한 의사단체의 반발로 번번히 무산되었다(고신정, 2019). 가장 최근에는 2019년 정의당 윤소하 의원 등이 물리치료가 필요한 집단에 필요한 서비스를 충분히 제공할 수 있도록 물리치료사의 업무 특성에 맞는 직역 단독법을 만들고 별도의 관리 체계를 마련하는 법안을 발의하였으나 이 역시 논의가 본격적으로 이루어지지 못한 상태에서 국회에 계류되었다(김은영, 2019). 직역 단독법이 의료관계인들의 협력과 신뢰를 해친다는 의사단체의 논리가 어느 정도 받아들여진 것으로 보인다. 그럼에도 의료기사법 개정안이 계속해서 발의되는 것은 이제 법과 공공의 영역에서 비의사 인력의 전문성과 역할 확대에 관심을 두기 시작했다는 것을 상징한다는 점에서 의미가 있다(신지영, 조병희, 2019). 또한 물리치료 업무의 관할권을 둘러싼 경쟁을 수면 위로 노출시킨다는 점에서 이전과는 다른 양상으로 이어질 가능성을 시사한다. 실제로, 17대와 18대 발의안은 상임위 법안심사소위를 통과하지 못했지만, 19대 김명연 의원 등이 발의한 개정안은 국회의 논의 과정을 거치게 되었다. 물리치료사의 업무 범위를 확대하는 것을 주요 골자로 하여 의료수요가 급증하는 물리치료의 특성에 맞게 물리치료사의 업무 범위와 자격, 면허 등을 구체적으로 규정하자는 내용이었다. 의사단체의 강렬한 반발 속 논의 끝에 의

사의 지도 권한은 남기되, 물리치료사의 업무 범위가 관련 검사와 치료, 지도, 상담을 포함하게 되었고 법률로 근거하도록 하였다(고신정, 2019). 이로 인해 2015년까지 “온열치료, 전기치료, 광선치료, 수치료(水治療), 기계 및 기구 치료, 마사지·기능훈련·신체교정운동 및 재활훈련과 이에 필요한 기기·약품의 사용·관리, 그 밖의 물리요법적 치료업무”로 명시되었던 물리치료사의 업무가 2016년에 “신체의 교정 및 재활을 위한 물리요법적 치료와 관련된 기기·약품의 사용·관리 등에 관한 업무”로 수정되었고, 2018년에는 확대된 업무 범위가 아래와 같이 구체적으로 명시되어 현재까지 이어지고 있다(의료기사 등에 관한 법률 시행령, 2019).

별표 1. 의료기사, 보건의료정보관리사 및 안경사의 업무 범위(제2조제1항 관련)

3. 물리치료사

가. 신체의 교정 및 재활을 위한 물리요법적 치료에 관한 다음의 구분에 따른 업무

1) 물리요법적 기능훈련·재활훈련
2) 기계·기구를 이용한 물리요법적 치료
3) 도수치료: 기구나 약물을 사용하지 않고 손으로 하는 치료
4) 도수근력(손근력)·관절가동범위 검사
5) 마사지
6) 물리요법적 치료에 필요한 기기·약품의 사용·관리
7) 신체 교정운동
8) 온열·전기·광선·수(水)치료
9) 물리요법적 교육

나. 그 밖에 신체의 교정 및 재활을 위한 물리요법적 치료에 관한 업무

자료: 의료기사 등에 관한 법률 시행령(2019)

3) 물리치료 업무의 변화

법으로 명시되는 업무 기술의 변화는 의미가 있다고 볼 수 있다. 온열·전기·광선치료와 같이 통증 조절을 위해 물리적 기제를 사용하여 치료적 반응을 유발하는 치료적 모달리티(modality)가 그동안 물리치료사의 업무로 대표되어왔다면, 이제는 기능훈련, 재활훈련, 도수치료와 같은 신체의 교정 및 재활을 위해 물리치료사가 환자와 일대일로 치료를 시행하는 요법들이 물리치료사의 주요 업무로 설명되는 등 사회적으로 규정하는 물리치료 업무의 성격이 변화했기 때문이다.

이러한 변화가 의미가 있는 것은 물리치료사의 주 업무가 무엇인가에 따라 타 직역과의 교류나 기대하는 전문성에 차이가 있을 수 있기 때문이기도 하다. 더욱이 의료 영역에서 물리치료가 적용되는 분야는 매우 다양하기 때문에 물리치료 업무 내에서 서비스의 제공방식이나 기대 수준도 다를 수 있다. 대한물리치료사협회(2020b)에서 명시하고 있는 국내 물리치료 적용 영역은 크게 정형외과 영역, 신경외과 영역, 재활의학과 영역인데 이는 다시 근골격계 물리치료, 신경손상 물리치료, 소아물리치료, 흉부 물리치료, 산부인과 물리치료, 스포츠 물리치료로 세분화된다. 근골격계 물리치료는 골절, 골의 기형치료, 관절염, 염좌(삠), 연부조직손상, 근육의 질병, 절단 환자 치료를 담당하고, 신경손상 물리치료는 말초신경병변, 뇌손상, 척추손상, 신경마비. 말초신경손상 등을 담당한다. 소아물리치료는 신경손상 물리치료의 한 분야이기도 한데 뇌성마비, 소아마비, 선천성기형의 교정을 담당한다. 흉부 물리치료는 수술전후 호흡운동, 심장 및 폐질환의 호흡운동 등을 담당하며, 산부인과 물리치료는 산전, 산후 운동치료 등을, 스포츠 물리치료는 각종 운동선수의 특성에 따라 상해 예방 및 치료를 담당한다.

다양한 영역에서 제공되고 있는 물리치료 업무는 수가지침의 적용을 받는다. 건강보험요양급여비용(건강보험심사평가원, 2020a)에 따르면 이학요법료는 제1절 기본물리치료료, 제2절 단순재활치료료, 제3절 전문재활치료료, 제4절 기타 이학요법료로 구분하고 있다[1]. <표 1>의 이학요법료 항목

을 살펴보면 기본물리치료는 대부분 물리적 기제를 사용하는 치료적 모달리티(modality)로 구성되어 있고 물리치료사가 단독 시행자이며, 단순재활치료와 전문재활치료는 대부분 기능훈련이나 재활을 위한 치료들로 구성되어 있고 시행자도 의사, 물리치료사, 작업치료사, 사회복지사로 팀을 이루고 있다는 것을 알 수 있다. 또한 기본물리치료에서 단순, 전문재활치료로 갈수록 상대가치점수가 올라가는 경향을 볼 수 있다. 상대가치점수는 "의료행위(요양급여)에 소요되는 시간·노력 등의 업무량, 인력·시설·장비 등 자원의 양, 요양급여의 위험도 및 발생빈도를 종합적으로 고려하여 산정한 가치"를 점수화한 것으로(건강보험심사평가원, 2020d) 행위에 대한 상대적인 가치라고 볼 수 있기 때문에 기본물리치료에서 단순, 전문재활치료로 갈수록 물리치료사에게 요구되는 전문성도 높아진다고 볼 수 있다. 전문재활치료 항목 중에서도 중추신경계발달재활치료(Rehabilitative Development Therapy for Disorder of Central Nervous System, MM105)는 "중추신경계 장애로 인한 발달지연 및 근육마비와 경직의 치료를 목적으로 보이타 또는 보바스요법 등의 교육과정을 120시간 이상 이수한 재활의학과 전문의나 물리치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 30분 이상 실시한 경우에 산정"할 수 있어(건강보험심사평가원, 2020a) 물리치료사 중에서도 특정 자격 기준을 제도적으로 요구하고 있는 유일한 항목이기도 하다.

<표 2>의 행위산정 기준에서도 기본물리치료는 모든 의사의 처방이 가능하지만 단순재활치료는 '재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과, 외과, 흉부외과, 마취통증의학과'로, 전문재활치료는 '재활의학과'로 범위가 좁혀진다. 즉, 기본물리치료에서 단순, 전문재활치료로 갈수록 물리치료에 대한 처방도 해당 분야의 전문가적인 판단 하에 이루어진다는 것을 알 수 있다.

1) 치료를 목적으로 하는 물리치료 서비스는 제1절부터 제3절까지에 포함되어 있기 때문에(호승희 등, 2011), 제4절은 본 연구의 관심범위에서 제외하기로 한다.

<표 1> 이학요법료 항목별 시행자 및 상대가치점수

이학요법료 구분	시행자	수가코드	내용	상대가치점수
제1절 기본물리치료료	물리치료사	MM010	표층열치료	9.20
		MM015	표층열치료_심층열치료와 같은 날 동시 실시	4.60
		MM011	한냉치료 콜드팩	9.98
		MM012	한냉치료 냉동치료	14.38
		MM020	심층열치료	13.11
		MM030	자외선치료	5.51
		MM070	경피적 전기자극치료	40.83
		MM080	간섭파 전류치료	40.83
		MM090	맛사지치료(1일당)	52.99
		MM101	단순운동치료(1일당)	58.46
제2절 단순재활치료료	의사	MM161	운동점차단술(근육당)	370.21
	물리치료사	MM042	파라핀욕(1일당)	25.11
		MM041	수치료(1일당)_증기욕치료	48.16
		MM043	수치료(1일당)_정규욕조치료	79.05
		MM049	수치료(1일당)_대조욕치료	84.08
		MM044	수치료(1일당)_회전욕치료(1)수, 족, 지	73.04
		MM045	수치료(1일당)_회전욕치료(2)전신	82.55
		MM046	수치료(1일당)_하버드 탱크 치료	112.78
		MM170	유속치료(1일당)	43.82
		MM051	간헐적 견인치료_경추견인	74.68
		MM052	간헐적 견인치료_골반견인	74.88
		MM060	전기자극치료_마비근 치료	61.48
		MM061	전기자극치료_근력강화 치료	61.48
		MM085	재활저출력레이저 치료(1일당)	60.99
		MM102	운동치료(1일당)_복합운동치료	91.49
		MM103	운동치료(1일당)_등속성 운동치료	102.29
		MM190	압박치료(1일당)	67.00
		MM200	복합림프물리치료(1일당)	135.00
		MX121	이온삼투요법(1일당)	79.34
제3절 전문재활치료료	의사	MM131	근막동통유발점주사자극치료(1일당)	77.92
		MM132	근막동통유발점주사자극치료_동시 2부위 이상	122.74
	물리치료사	MM047	풀치료_보행풀치료	245.93
		MM048	풀치료_전신풀치료	385.71
		MM105	중추신경계발달재활치료	228.59
		MM120	신경인성 방광훈련 치료	226.09
		MM151	기능적전기자극치료	185.84
		MM290	호흡재활치료(1일당)	83.67
		MM301	재활기능치료_매트 및 이동치료	185.62
		MM302	재활기능치료_보행치료	177.42
	작업치료사	MM111	작업치료_단순작업치료	53.30
		MM112	작업치료_복합작업치료	104.50
		MM113	작업치료_특수작업치료	151.28

		MM114	일상생활동작 훈련치료(1일당)	151.13
		MX141	연하장애재활치료	182.63
		MZ008	연하재활 기능적전기자극치료	191.27
	사회복지사	MM141	재활사회사업_개인력조사	198.42
		MM142	재활사회사업_사회사업상담	121.62
		MM143	재활사회사업_가정방문	415.96

자료: 호승희 등(2011)과 건강보험심사평가원(2020a)을 재구성함.

<표 2> 이학요법료의 행위 산정 기준

구분	행위 산정 기준
제1절 기본물리치료료	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, 경피적전기신경자극치료, 간섭파전류치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다.
제2절 단순재활치료료	1. 해당 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과, 외과, 흉부외과 또는 마취통증의학과 전문의가 상근하여야 하며, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 상근하는 물리치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다. 2. 간헐적 견인치료, 전기자극치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다.
제3절 전문재활치료료	1. 해당항목의 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(작업치료, 일상생활동작 훈련치료, 재활사회사업, 연하장애재활치료, 연하재활 기능적전기자극치료 제외) 또는 해당분야 전문치료사(작업치료사는 작업치료, 일상생활동작 훈련치료, 연하장애재활치료, 연하재활 기능적전기자극치료에 한하고, 사회복지사는 재활사회사업에 한함)가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다. 2. 중추신경계발달재활치료, 작업치료, 신경인성방광훈련치료, 기능적전기자극치료, 재활기능치료는 1일 2회 이상 실시한 경우에도 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 산정한다. 3. 위 “1″의 규정에도 불구하고 단순작업치료와 복합작업치료는 정형외과 또는 신경외과 전문의가 상근하고, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 작업치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에도 산정할 수 있다. 4. 위 “1”의 규정에도 불구하고 근막동통유발점주사 자극치료는 재활의학과 전문의 또는 동통재활분야 교육을 이수한 의사가 직접 실시한 경우에 산정한다.

자료: 건강보험심사평가원(2020a)

4) 물리치료사 역할의 확대

물리치료사의 역할도 몸의 기능 회복에서 나아가 환자의 삶의 질 전체를 책임지는 전문가로서 나아가고 있다. 기존의 환자평가와 치료 뿐 아니라 환자 교육, 예방 관리 등 환자의 삶의 질 영역까지 확장되고 있다. 세계물리치료사연맹(World Physiotherapy, 2019)에서는 물리치료의 업무 범위를 “개인의 일생동안 최대한의 움직임과 기능적 능력을 발달, 유지시키고, 보유하기 위한 서비스를 제공하는 것으로 1) 노화 과정, 손상, 질환으로 인해 움직임과 기능이 힘든 상황에서 서비스를 제공하고, 2) 증진, 예방, 치료, 재활의 영역 안에서 움직임의 가능성을 파악하여 최대화 시키며, 3) 물리치료사, 환자, 보호자, 환자를 돌보는 의료팀 간의 상호작용, 4) 물리치료사의 전문 지식과 기술을 사용하여 움직임의 가능성을 평가하고 치료목표를 수립하는 과정을 모두 포함하는 것”으로 제시하였다. 오태영 등(2012)도 국내·외 물리치료 직무 현황을 분석하여 물리치료의 기본직무와 직무수행에 요구되는 지식(knowledge), 기능(skill), 능력(ability), 태도(attitude) 등을 바탕으로 직무를 기술하였는데 물리치료 자료수집, 검사 및 평가, 임상의사결정, 치료계획(목표 설정, 치료계획 작성, 치료계획 설명), 물리치료 중재, 재평가 및 모니터링, 지역사회 물리치료, 예방 및 건강증진, 교육, 치료실 제반사항 관리, 자기계발(전문성 향상, 연구 활동, 자기 관리)을 물리치료사에게 요구되는 주요 직무로 제시하였다. 또한 물리치료 학문의 발전과 물리치료사 역할이 증가함에 따라 미래에는 더욱 다양한 영역에서 전공지식과 경험을 가지고 환자평가, 치료, 상담 및 예방프로그램 교육을 수행하게 될 것이라고 보았다(오태영 등, 2012).

최근에는 병원 밖 지역사회에서의 재활에 대한 필요성도 강조되고 있다. 세계보건기구(World Health Organization, 2011)가 설명하는 재활의 흐름에 따르면, 지역사회가 제공하는 재활 중재는 서비스의 연속선상에서 중요한 부분이며 입원환자 재활의 효율성과 효과성을 향상시키는데도 도움을 준다(Turner-Stokes, Paul, & Williams, 2006). Beswick 등(2008)에서는 노인의 신체적 기능과 독립성을 유지하기 위한 목적으로 수행되는 지역사

회 기반의 재활 서비스가 입원 횟수를 줄이고 신체 기능을 개선하는 것으로 나타났다. 재활 서비스를 가정과 지역사회에 가능한 한 가깝게 제공되어야 한다는 인식 역시 강조되고 있었다(Higgins, Ghatak, & Davey, 2007). 지역사회가 제공하는 서비스는 인력의 부족이나 지리적 접근성의 한계, 인구 구조 변화나 기술 혁신 측면에서도 도움이 되는 것으로 인식되었으며(Kendall & Marshall, 2004; World Health Organization, 2010), 가정 지원 서비스 및 학교를 통한 재활서비스를 보다 유연하게 제공하려는 노력들도 점점 증가하고 있었다(Ameratunga et al., 2009).

최근에는 우리나라도 지역사회에서의 물리치료사 역할을 고민하기 시작했다. 건강이 취약한 계층에게 방문 건강관리를 제공하는 전문 인력을 보건소에 전담공무원으로 둘 수 있도록 하는 지역보건법 개정 법률안이 2018년 통과되어 대상 인력에 물리치료사, 작업치료사, 치과위생사와 같은 의료기사가 포함된 것이다(지역보건법 시행규칙, 2019). 고령사회로의 진입 등 사회 변화에 대응하여 만들어진 방문 건강관리 사업을 통해 앞으로 물리치료사들이 지역사회 내에서 어떻게 기여할 수 있을지 고민이 필요할 것이다.

지금까지의 내용을 요약하면 그동안 물리치료사 인력의 업무에 대한 법적 권한에는 변함이 없지만, 업무를 수행하는 물리치료 업무에 대한 사회적 인식은 변화하고 있음을 알 수 있다. 그리고 물리치료사의 주된 업무가 전문적인 판단 하에 팀 접근이 필요하며 상대적인 가치가 높은 방향으로 나아가고 있고, 수요와 범위가 점차 넓어지고 있다는 점에서 앞으로 서비스와 인력의 전문화는 더욱 요구될 것으로 보인다.

5) 물리치료 전문성의 구성요소

재활을 구성하는 다양한 인력의 전문성은 보건의료영역의 곳곳에서 긍정적인 영향을 미치고 있다. 세계보건기구에서 보고한 바에 따르면(World Health Organization, 2011) 장애인에 대한 다학제적 재활의 접근은 보건의료서비스 이용을 줄이는 것으로 나타났으며(Griffiths et al., 2000), 노인을 위한 다차원적 치료서비스는 환자의 일상생활 활동 능력을 향상시키고 기능 저하를 감소시키는 효과가 있었다(Beswick et al., 2008, Outpatient Service Trialists, 2004). 신체장애를 가진 청소년들의 사회참여를 개선하기 위한 팀 접근의 비용효과성도 입증된 바 있다(Bent et al., 2002).

한편, 전문가의 숙련된 행동은 업무 수행의 맥락적 상황에 맞게 조정되기 때문에 의료 분야의 전문성 영역은 실제 의료 환경을 반영하여 수행될 필요가 있다(Patel, Kaufman, & Magder, 1996). May와 Dennis(1991)는 미국과 호주의 물리치료사를 대상으로 설문조사 연구를 통해 서로 다른 임상 분야의 문제 처리 방식을 비교했는데 근골격계 분야의 전문적인 치료사들은 모든 데이터가 수집될 때까지 판단을 중지한 다음 체계적인 접근법을 적용하는 정보처리 방식을 사용하는 반면, 신경계 분야의 전문 치료사들은 인지적, 직관적으로 정보를 수집하고 단서와 패턴을 더 자주 찾고 있었다. Embrey 등(1996)이 질적 연구를 통해 소아 물리치료사들의 치료적 의사결정 과정을 탐구한 결과 업무를 전문적으로 수행하기 위해서는 환자의 움직임 패턴에 대한 전문지식 외에도 빠르게 발생하는 절차적 변화들을 포함하는 의사결정과정, 긍정적인 상호작용을 위한 심리사회적 감수성(sensitivity), 자기평가를 통한 모니터링 과정이 필요하다고 보았다. Jensen 등(2000)은 다양한 전문 영역의 물리치료사들을 대상으로 인터뷰, 관찰, 현장 및 문헌 자료 검토를 실시하여 물리치료의 전문성을 설명하는 이론적 모델을 도출했는데 전문지식과 임상적 추론, 움직임에 대한 검사와 평가, 배움에 대한 의지, 환자 중심적 문제해결 과정이 필요하다고 밝혔다. 또한 환자 및 동료와의 교류, 학습과 성찰을 통해 전문성을 발전시켜나갈 수 있다고 보았다. Lopopolo, Schafer와 Nosse(2004)도 34명의 미국 물리

치료사를 대상으로 델파이 조사를 실시한 결과 임상물리치료사에게 의사소통 능력, 전문가적 참여, 윤리적 실천 등이 필요하다고 보았다.

국내에서는 유영준과 최복천(2012)이 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사와 같은 재활치료사를 대상으로 전문성에 대한 인식을 측정하였는데 전문가로서 성장하려는 동기와 전문적 책임감에 대한 인식이 가장 높게 나타났고, 동료 직원들과의 인간관계 유지, 이용자와의 관계 형성 및 의사소통 능력도 전문성에 필요한 요소로 인식되었다. 반대로 업무와 관련된 감독(supervision)의 수행 정도나 지역사회 서비스 전달체계의 이해, 프로그램에 대한 체계적인 점검, 근무하고 있는 기관의 사명이나 철학, 정책에 대한 이해와 같이 치료와 직접적으로 관련성이 높지 않은 항목들에 대해서는 인식 정도가 낮았다. 전문직 자아개념(identity)과 직무만족도의 관계를 살펴본 이경희와 정병옥(2009)의 연구에서는 전문직 자아개념을 전문적 업무 수행, 리더십, 융통성, 기술, 의사소통 능력으로 보았고 전문직 자아개념이 높을수록 직무만족도가 높아지는 것을 확인하였다. 서영란과 이숙정(2018)은 초점집단면접을 통해 소아물리치료사의 치료경험과 전문성에 대한 인식을 살펴보았는데 다양한 치료적 상황에서 이론적 지식을 적절히 변형하고 활용할 수 있는 능력을 전문성의 주요 요소로 보았다.

국내 선행연구들은 물리치료 또는 물리치료사의 전문성을 다룰 때 인식을 측정하는 몇 가지 요소만을 사용하거나 물리치료의 특정 분야에 국한하여 전체적인 의미를 파악하는데 한계가 있다. 연구 자체도 많지 않았는데 그 이유는 비의사 인력이 제공하는 의료서비스의 전문성에 대한 연구적 관심이 저조했기 때문으로 보인다. '의료진의 전문성'을 측정하는 변수에서 의료진은 대부분 의사나 간호사로 한정되었고, 기타 인력은 전문성보다 친절도 위주로 조사되어 왔다(박효순 등, 2010; 최명일 등, 2011; 정윤 등, 2014). 물리치료의 전문성에 대한 논의도 물리치료사의 전문성 제고를 위한 교육과정 개편의 필요성에 대한 논의(김은주 등, 1988; 장수경, 1996; 김경 등, 2006; 구봉오 등, 2010a)와 물리치료사 제도 개편의 필요성에 대한 논의 정도에 그쳤다(구봉오 등, 2010b; 박혜진 등, 2010; 이종원, 박은경, 2010; 백종천, 양승훈, 2011).

6) 물리치료 전문화의 영향요인

가. 국가와 시장, 담론

전문직, 국가, 시장의 관계는 상호의존적이며, 사회조건의 변화 속에서 다양한 집단들 간의 갈등과 연대과정을 통해 그 관계가 새롭게 정립될 수 있다(구혜란, 2003). 한국은 국가가 의료체계 형성에 주도적인 역할을 해왔고, 정책적으로도 민간의료 부문을 활성화시켜 의료자본을 성장시켜왔다(조병희, 2015). 특히 국가는 수가나 각종 지원제도, 민간의료보험 활성화 정책 등을 통해 의료시장을 통제하거나 활성화시키는 역할을 하고 있다(조병희, 2015). 그러나 의료수가의 결정 구조나 과정에서 물리치료사들은 배제되어 왔다. 전문교육 이수 등으로 인한 물리치료의 전문성이 공식적으로 제도적으로 반영되는 것은 건강보험 수가에 반영되고 있는 중추신경계 발달치료(MM105)라는 치료 행위 하나 뿐이며, 치료의 행위자를 고려하기보다는 의사의 업무량이 고려되어 전문성의 가치가 제대로 반영되지 못하고 있다는 지적도 있었다(김형수 등, 2010). 최근에는 비급여와 실손의료보험의 적용으로 도수치료의 인기가 높아졌으나 서비스의 질 관리나 규제는 제대로 이루어지고 있지 않고 있다(한국소비자원, 2016). 보건복지부의 발달재활서비스 바우처 사업은 의료기관이 아닌 사설센터들이 서비스 제공기관으로 참여할 수 있는 공적인 통로를 마련하였으나, 이로 인해 사설센터가 실질적으로 서비스 제공기관의 대다수를 차지하게 되는 시장 생태계를 조성하였다(유영준, 최복천, 2012).

담론은 사회 환경의 변화에 영향을 받는다. 인구구조가 변하고 평균 수명이 증가함에 따라 재활의 수요가 증가하고 있으며(김성희 등, 2017), 물리치료 전문성에 대한 사회적 필요도 높아지고 있다. 이러한 변화는 의료이용에서도 살펴볼 수 있다. 호승희 등(2011)에서 2006년부터 2009년까지의 이학요법료 청구 건을 분석한 결과 전문재활치료료의 청구건이 매년 급격하게 증가하고 있었다. 차유진 등(2017)이 2003년부터 2013년의 건강보험 표본코호트 자료를 분석한 결과에서도 같은 양상을 확인할 수 있었으며, 특히 전문재활치료료 중 뇌손상 환자 등에게 특정 자격 기준을 갖춘

물리치료사가 시행할 수 있는 중추신경계발달치료(MM105)의 증가폭이 매우 크게 나타났다. 이밖에도 환자 중심의 접근을 강조하는 의료 패러다임 변화(Institute of Medicine, 2001)와 의사 수의 부족 및 의료비 증가 등의 문제를 해결하기 위한 의료 혁신의 흐름으로 비의사 인력의 역할과 업무 범위는 점점 더 확장되고 있다(Desmeules et al., 2012).

나. 고객집단

Grenier와 Kehrhahn(2008)은 전문가의 업무 수행과 전문성 발달에 영향을 미치는 세 가지 맥락적 요소 중 하나로 영향 집단(constituency)을 이야기하였다. 한국의 물리치료 환경에서도 환자, 보호자가 영향력을 행사하여 새로운 제도나 사설 시장을 만들어내기도 하였다. 특히 소아재활 분야는 재활 의료에서 대표적인 과소공급 분야인 동시에 장애아동 치료에 대한 보호자의 요구도가 굉장히 높기 때문에 부모 스스로가 치료서비스 기회를 확대할 수 있는 다양한 통로를 만들기 위해 많은 노력을 하고 있다(김수진, 2008). 장애아동의 부모들의 정책적 요구를 바탕으로 2009년도에 '장애아동재활치료사업'이 전국적으로 확대 실시되었으며, 바우처 형식의 서비스 전달체계는 이용자의 선택권 확대라는 사회서비스 전반의 정책 방향 속에서 사설 치료 시장에 더욱 활기를 불어 넣었다(최복천, 2013).

고객의 서비스에 대한 평가가 병원선택의 요인으로 작용한다는 점에서도 병원은 서비스를 제공하는 인력의 전문성이 강조된다. 전문성은 고객이 인식하는 서비스 가치에 영향을 미치는 주요한 요인이기 때문에 고객이 지각하는 서비스 품질을 확보하는 것이 필요하다(김민호, 박창식, 서종범, 2008). 지경자, 박천만과 이종렬 등(2011)의 연구에서도 전문병원의 입원환자에게 의사의 서비스품질과 의료기사의 서비스품질이 영향을 미치는 것으로 나타났고, 이재홍 등(2012)의 연구에서 신경계 재활전문병원 환자의 의료기관 선택요인으로 추천, 의료진과 직원, 이동성 순으로 높게 나타났다. 환자의 질병이 중증일수록 전문성은 중요한 선택요인이 되었는데 질병이 경증인 경우 근접성과 의료진의 전문성이, 중증인 경우는 의료진의 전

문성이 가장 중요한 선택요인으로 나타났다(김성아, 2012). 장애아동 부모의 재활치료기관 선택 경험에 대한 현상학적 연구(이나핼, 김경미, 2014)에서는 장애아동 부모들이 재활치료기관의 선택요인으로 치료의 전문성을 가장 우선시한다고 설명하였다. 치료의 전문성은 상담능력과 주변 부모들의 평판, 치료의 열정, 아동을 대하는 태도, 부모와의 신뢰로 설명되었다. 장애아동 부모들은 치료사의 학력이나 치료 도구 같은 외적 요인보다는 아이들에 대한 사랑과 치료에 대한 열정, 상담능력과 태도를 통해 전문성을 판단하고 치료사와의 신뢰를 구축하고 있었다(이나핼, 김경미, 2014).

다. 기존 전문직과의 관계

물리치료와 같이 기존 전문직의 보조직으로 전문직 체계에 등장한 경우에는 기존 전문직과의 관계가 전문화의 중요한 영향 요인이 될 수 있다. 전문직 체계 안에서는 잠재적인 경쟁자 관계이지만(Abbott, 1988), 전문가와 전문조직은 외부 변화와 상호작용하여 운영방식을 새롭게 하거나 조직을 재구성할 수 있다(Brock, Powell, & Hinings, 1999).

특히 한국은 의료전달체계가 잘 작동하지 않고 의료기관들이 경쟁 관계에 있기 때문에 중소병원은 생존을 위해 차별화된 운영전략이 필요하다(윤희숙, 고영선, 2010; 유해원 등, 2016). 이러한 측면에서 물리치료 영역도 병원의 운영전략으로 활용되고 있는 것으로 보인다. 신현웅 등(2013)이 2004~2011년의 요양기관 종별 의료수가 항목별 진료비 증가요인을 분석한 결과에 따르면 병원의 진료비 평균 증가율이 다른 종별에 비해 상대적으로 높았고, 그 중 이학요법료(40.38%)와 입원료(29.31%)가 평균증가율을 높이는데 가장 많이 기여하였다. 이와 대조적으로 의원급은 진료비 평균증가율이 가장 낮았고, 의료수가 항목 중에서도 이학요법료 증가율이 가장 낮게 나타났다. 이학요법료 중 의료기관에서 비급여로 제공하고 있는 도수치료의 평균 비용도 병원급이 가장 높았고(건강보험심사평가원, 2020e), 실손의료보험의 적용이 되지 않았을 때는 도수치료의 이용량이 매우 적었던 반면, 실손의료보험의 보상이 가능해지면서 이용량이 급격하게 늘어나고 있다(김종명, 2017).

한편, 물리치료사가 일하는 의료기관의 환경도 전문성에 영향을 미치는 것으로 확인된다. 임정도(2013)의 연구에서는 직무에 대한 열정이나 보수의 적절성, 직무자율성과 같은 직업에 대한 가치 외에도 조직과의 일체감, 조직에 대한 불평 표출 등의 조직에 대한 태도가 조직성과에 영향을 미치는 것으로 나타났다. Strasser, Falconer와 Martino-Saltzmann(1994)은 재활에서 팀 접근방식이 중요함에도 불구하고 업무의 수직구조가 방해요인으로 작용한다고 보았으며, 팀 구성원이 팀에 참여함으로써 자신이 팀에서 중요한 존재이고 팀 내 문제해결에 책임감을 가진다고 이야기했다. 또한 신뢰가 효과적인 리더십의 속성이자 조직을 기능적인 단위로 만들어 주는 접착제 역할을 하는 반면, 조직의 응집력이 약할 경우 개인의 성장을 억제하고 수동성을 조장할 수 있다고 주장하기도 했다. 장애유아의 치료서비스를 담당하는 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사들을 대상으로 이들의 전문성 형성 과정을 연구한 손가화와 이병인(2017)에서도 치료 영역 간의 전문성을 인정하고 수용하는 것이 전문성 발달과정의 중재 조건으로 나타났다. 물리치료사의 전문성 발달을 위한 의료기관 내 교육 지원 환경도 제한적이었는데 임상물리치료사들의 교육환경을 조사한 황성수와 권혜정(2012)에 따르면 물리치료사들은 '환자 치료에 도움을 얻기 위해(88.4%)', '지식정보의 습득을 위해(73.0%)'라는 목적으로 교육을 이수하고 있었으나 주중에 외부 교육 참석이 가능한 의료기관은 26.4%에 그쳤다. 그리고 의료기관 내에 자체적인 연수나 특강이 없거나(57.0%), 있더라도 친절교육(30.3%) 등이어서 치료사의 전문성 향상에 도움을 주지 못하고 있는 것으로 나타났다. 응답자의 과반(55.5%)에서 물리치료실 자체적으로 주기적인 집담회를 운영하여 질적 관리를 이어나가는 것으로 확인되었으나 자체 집담회를 열고 있는 기관은 전문재활병원(19.8%), 종합병원(13.7%), 요양병원(8.8%)의 순이었고, 의원(14.1%), 준종합병원(8.8%), 전문재활병원(7.0%)의 순으로는 집담회를 실시하지 않는 것으로 나타나는 등 의료기관 종별로 유의한 차이가 있었다(황성수, 권혜정, 2012).

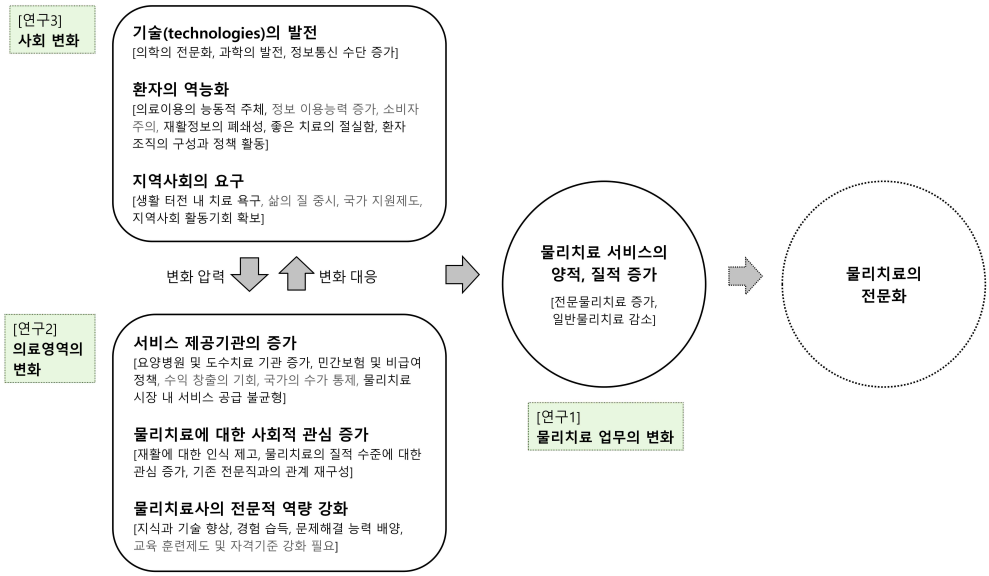
Ⅲ. 연구방법

1. 연구 설계

1) 연구 모형

본 연구는 우리나라 물리치료가 여러 가지 제도적 제약 속에서 전문화가 추동되는 현상을 심층적으로 살펴보고자 한다. 물리치료 업무현장의 흐름과 인식, 경험 속에서 물리치료 전문화의 실재를 확인하고 물리치료 서비스의 적정 공급에 필요한 제도적, 환경적 개선사항을 의미 있게 도출하는 것이 연구의 목적이다.

물리치료 시장의 변동과 상황적 맥락, 이에 대한 물리치료사의 대응을 분석하기 위해 다음의 세 가지 연구주제를 설정하였다. 먼저 연구1은 물리치료 처방 증가 현상을 탐구하는 것으로 건강보험 급여영역의 청구자료 분석을 통해 물리치료 시장의 흐름을 살펴보고, 물리치료 비용을 인구학적 요인과 의료이용 요인으로 분해하여 물리치료 비용 증가에 대한 각 요인의 기여도를 파악하였다. 또한 이용자 특성별, 공급자 특성별로 각 요인의 기여도가 어떻게 다르게 나타나는지 비교하였다. 연구2에서는 연구1을 통해 살펴본 물리치료 처방 증가 현상의 맥락과 이것이 물리치료 전문화에 미치는 영향을 탐구하고자 하였다. 이와 함께 물리치료사에게 요구되는 전문성의 구성요소를 개념화하였다. 연구3에서는 질병의 증가나 의사와 처방과 같은 의료 영역 외에 물리치료 영역을 둘러싼 사회적 변화가 어떻게 물리치료의 전문화에 영향을 미치고 있는지 파악하였다. 또한 이러한 요인의 변화에 대해 물리치료사들이 어떻게 대응하고 있는지 함께 살펴보았다. 전문직 체계의 역동성을 고려한 Abbott(1988)의 전문직 체계론과 기존 문헌에서 살펴본 우리나라 물리치료 전문성 또는 전문화에 영향을 미치는 다양한 요인들을 종합하여 최종적으로 [그림 3]의 분석 모형을 작성하였다.



[그림 3] 분석 모형

2) 연구 질문

1. 물리치료 급여영역 처방의 흐름은 어떤 양상을 보이며 물리치료 비용 증가의 주요 기여 요인은 무엇인가?
   1.1. 전문물리치료 서비스의 처방이 다른 이학 요법 서비스에 비해 빠르게 증가하는가?
   1.2. 물리치료 비용 증가의 주요 기여 요인은 무엇인가?

2. 물리치료 처방 증가 현상의 맥락과 영향은 무엇인가?
   2.1. 물리치료 처방 증가가 서비스의 전문성을 높이는 맥락 속에서 진행되고 있는가?
   2.2. 업무현장에서 인식하는 물리치료 전문성은 무엇을 의미하는가?

3. 전문화를 추동하는 사회적 요인은 무엇인가?
   3.1. 어떤 사회적 요인의 변화가 물리치료의 전문화를 요구하는가?
   3.2. 사회적 요인의 변화에 대한 물리치료사의 대응은 어떠한가?

3) 용어의 정의

이학요법료 제1절 기본물리치료료와 제2절 단순재활치료료의 항목은 물리적 기제를 사용하는 치료적 모달리티(modality), 기구를 이용한 운동치료, 단순 운동 및 교육으로 구성되어 있는 반면, 제3절 전문재활치료료는 대부분의 항목에서 1인의 치료사가 1인의 환자를 1대 1로 30분 이상 실시한 경우 산정한다(건강보험심사평가원, 2020a). 또한 비급여 항목 중 도수치료는 “약물이나 수술을 하지 않고 숙련도와 전문성을 가진 시술자의 손을 이용하여 근골격계의 통증이 없는 최대의 운동성과 균형된 자세를 갖도록 하는 치료”(건강보험심사평가원, 2020b)이다.

따라서 본 연구에서는 이학요법료 중 물리치료사가 시행하는 제1절 기본물리치료료와 제2절 단순재활치료료 항목을 ‘일반물리치료’로, 물리치료사가 시행하는 제3절 전문재활치료료 항목과 도수치료를 ‘전문물리치료’로 정의하였다. 또한 분석 자료의 가용 범위를 고려하여 물리치료 시장의 변동을 ‘물리치료 급여영역 처방의 흐름’으로 정의하였다. 일반물리치료 영역과 도수치료를 제외한 전문물리치료 영역이 본 연구에서 정의하는 시장변동의 분석대상이다.

<표 3> 용어의 정의

<table>
<tr><th colspan="3">구분</th><th>내용</th><th>용어의 정의</th></tr>
<tr><td rowspan="3">급여
항목</td><td rowspan="3">이학요법료
제1~3절</td><td>제1절
기본물리치료</td><td rowspan="2">치료적 모달리티(modality),
기구를 이용한 운동치료, 단순
운동 및 교육</td><td>일반물리치료</td></tr>
<tr><td>제2절
단순재활치료</td><td rowspan="3">전문물리치료</td></tr>
<tr><td>제3절
전문재활치료</td><td>1인의 치료사가 1인의 환자를 1대
1로 30분 이상 중점적으로 치료</td></tr>
<tr><td>비급여
항목</td><td colspan="2">도수치료(Manual Therapy)</td><td>약물이나 수술을 하지 않고
숙련도와 전문성을 가진 시술자의
손을 이용하여 근골격계의 통증이
없는 최대의 운동성과 균형된
자세를 갖도록 하는 치료</td></tr>
</table>

자료: 호승희 등(2011)과 건강보험심사평가원(2020a, 2020b)을 참고하여 작성함.

2. 연구방법

연구에 필요한 자료를 구성하고 분석하기 위해 세 가지 연구방법을 사용하였다. 첫째, 연구1에 대한 분석을 위해 건강보험 청구자료를 이용하여 지난 10년간 물리치료 처방의 증가 추이를 개괄하였고, LMDI 요인분해법을 적용하여 물리치료 시장변동의 기여 요인을 분석하였다. 둘째, 물리치료 전문성과 관련된 업무현장의 인식과 경험을 탐구하기 위해 의사와 물리치료사들을 대상으로 개별심층면담을 진행하고 질적 주제 분석을 실시하였다. 셋째, 전문물리치료를 경험한 환자와 보호자를 대상으로 4개 그룹을 구성하여 초점집단면접을 진행하고 질적 주제 분석을 실시하였다. 공급자와 이용자의 인식과 경험에 대한 자료는 연구2와 3의 분석에 사용하였다.

1) 물리치료 시장의 흐름 및 기여 요인 분석

가. 자료원

물리치료 시장의 흐름을 파악하기 위해 국민건강보험공단이 제공하는 국민건강보험자료 공유서비스(https://nhiss.nhis.or.kr)의 표본코호트2.0DB를 사용하였다(연구관리번호 NHIS-2019-2-310). 국민건강보험공단은 약 1조 3천억 건 규모의 국민건강정보 중 일부 자료를 정책 및 학술 연구 목적으로 이용할 수 있도록 표본연구DB를 제공하고 있다. 전 국민 표본코호트, 건강검진코호트, 노인코호트, 영유아검진코호트, 직장여성코호트 등 총 5종의 표본연구DB가 있으며, 정보주체는 모두 비식별 조치되어 제공된다. 신청자는 자료 제공에 대한 심의 과정을 거친 후 국민건강보험공단에서 제공하는 가상화 공간에 접속하여 자료를 열람하고 분석할 수 있다.

표본연구DB 중 표본코호트DB는 전 국민을 대표하는 표본으로 구성된 데이터 세트이다. 현재 제공되는 표본코호트 2.0버전은 2006년 1년간 건강보험가입자 혹은 의료급여수급권자 자격을 유지한 대한민국 국적 보유자

(48,222,537명)를 성, 연령, 지역, 가입자 구분 및 보험료분위에 따라 2,142층으로 층화하여 100만 명을 표집한 후 이들의 2002년~2015년 자료를 제공한다. 2006년을 기준으로 표본이 선정되었기 때문에 나머지 연도의 모집단 대표성은 검증되지 않았으며, 2006년 기준 표본의 후향적(2002~2005년) 진료내역 정보도 제공되나 해당 기간의 의료급여수급권자 진료내역은 누락되어 있다. 또한 요양병원 및 보건기관 등 일당수가가 적용되는 경우 상세진료내역을 파악하기 어려우며, 비급여 진료 자료가 포함되지 않았고 의료행위의 결과로 나타나는 건강 결과에 대한 정보가 포함되어 있지 않다는 한계가 있다. 따라서 표본코호트DB 자료의 분석 결과를 우리나라 전체 국민의 의료서비스 이용 현황과 관련하여 일반화하기 위해서는 추가적인 해석과 고찰이 필요하다(정채림, 2015). 그럼에도 물리치료를 포함하는 이학요법료 청구 건의 다년도 자료를 상세 진료행위 및 처방 내역별로 확인할 수 있기 때문에 다양한 변수를 활용한 분석이 가능할 것으로 판단하여 표본코호트2.0DB를 기여도 분해 분석의 자료원으로 선정하였다.

표본코호트2.0DB에서 제공되는 자료는 정보 주체의 사회경제적 자격 정보(장애 및 사망 포함), 진료 정보, 건강검진 정보, 요양기관 정보이다. 사회경제적 자격 정보는 성, 출생년도, 보험료, 건강보험 가입 유형, 실 거주지역, 장애 등급 및 주 장애유형 등을 포함하며 사망자의 경우 사망일자가 제공된다. 진료 정보는 명세서, 진료내역, 상병내역, 처방전교부상세내역으로 구분된 4개의 데이터 세트로 구성되어 있다. 건강검진 정보는 일반 1차 검진 대상자, 검진 및 문진 결과가 제공된다. 요양기관 정보는 요양기관 유형, 소재지, 의사, 치과의사, 한의사, 간호사, 간호조무사, 약사 등 의료인력 수, 입원실, 수술실, 응급실, 중환자실의 병실 및 병상 수 등이 제공된다.

나. 연구대상 범위

표본코호트2.0DB 자료는 물리치료 시장의 흐름을 분석하는 본 연구의 목적에 따라 의료급여 수급권자의 진료내역이 포함된 2006년부터 가장 최근인 2015년까지의 건강보험 이학요법료 청구 건을 대상으로 하였다.

건강보험심사평가원(2020c)의 진료수가 고시별 주요 개정내용을 살펴보면 건강보험 진료 항목 중 이학요법료는 1977년 진료수가기준이 제정된 이래 1990년에 재활의학과, 신경외과, 정형외과 전문의가 상근하는 요양취급기관에 한하여 재활 및 물리치료를 산정할 수 있도록 실시기관 인정기준이 처음 마련되었다. 1999년에는 재활 및 물리치료료의 항목을 제1절 기본물리치료료, 제2절 단순재활치료료, 제3절 전문재활치료료, 제4절 기타 이학요법료로 구분하였으며, 의사(제2절 및 제3절은 해당 전문의 또는 전공의)의 처방에 따라 상근하는 물리치료사가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우 산정하도록 하였다. 2003년에는 도수치료가 보건복지부 고시를 통해 요양급여비용의 100분의 100을 본인이 부담하는 요양급여 항목으로 등재되었다가 2006년 비급여 대상으로 전환되었다(보건복지부 고시, 2006). 2003년 전액본인 부담으로 도수치료가 시행될 시에는 재활의학과, 정형외과, 신경외과 전문의가 직접 실시한 경우에만 급여 대상으로 산정되지만, 2006년 비급여 전환 이후에는 3개 과의 전문의 외에 모든 의사들이 도수치료 처방을 내고 시술자를 물리치료사로 정하여 의사의 지도하에 시행할 수 있게 되었다(한국소비자원, 2016). 요양병원과 보건기관 등의 경우 2008년 정액수가제가 도입되었으나, 전문재활치료는 여전히 행위별 수가제를 적용하고 있다. 2009년에는 제2절 단순재활치료료에서 상근하는 전문의 인정 범위에 마취통증의학과 및 흉부외과 전문의가 추가되었고, 2015년에는 연하재활 기능적전기자극치료가 급여항목으로 전환되었다(건강보험심사평가원, 2020c).

호승희 등(2011)에서 시행인력별 재활서비스 항목을 분류하여 비교한 바에 따르면, 한국의 국민건강보험 재활서비스 수가체계에서 물리치료사가 실시하는 치료적 재활서비스는 이학요법료 제1절에서 제3절 총 46개 항목 중 35개 항목이었다. 2015년 작업치료사 시행 항목이 1개 추가된 것을 감안하여도 물리치료사 영역은 35개 항목(74%), 의사 영역은 3개 항목(6%), 작업치료사 영역은 6개 항목(13%), 사회복지사 영역은 3개 항목(6%)으로 물리치료사가 담당하는 치료 항목의 비중이 여전히 압도적이다. 이는 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사가 각각 전체 이학요법 항목의 41.6%,

38.7%, 19.7%를 차지하는 등 주요 재활서비스 제공 인력의 시행항목 분포가 고르게 나타났던 미국과는 확연히 다른 양상이다(호승희 등, 2011).

본 연구에서 분석대상으로 정의한 치료적 재활서비스 영역은 전 항목이 재활서비스에 포함되고 각 항목별 시행인력이 명확하게 구분되는 이학요법료 제1절에서 제3절까지의 항목이다. 제4절 기타 이학요법료의 경우 선정 조건에 부합되지 않아 본 연구의 분석대상에서 제외하였다. 본 연구에서 정의한 치료적 재활서비스 영역은 건강보험요양급여비용(건강보험심사평가원, 2020a)의 행위 산정 기준과 호승희 등(2011)의 시행인력 구분 결과를 참고하여 물리치료사, 의사, 작업치료사, 사회복지사 영역을 구분하였다. 본 연구의 주요 관심 대상인 전문화된 물리치료 서비스 비중의 흐름을 확인하기 위해 물리치료사 영역 중 전문재활치료료에 해당하는 항목은 전문물리치료로, 나머지는 일반물리치료로 세분화하였다.

<표 4> 서비스 시행자별 분석 항목

시행자	항목 수	이학요법료 구분	수가코드	내용
의사	3개	제2절 단순재활치료료	MM161	운동점차단술(근육당)
		제3절 전문재활치료료	MM131	근막동통유발점주사자극치료(1일당)
			MM132	근막동통유발점주사자극치료_동시 2부위 이상
물리치료사	35개	제1절 기본물리치료료	MM010	표층열치료
			MM015	표층열치료_심층열치료와 같은 날 동시 실시
			MM011	한냉치료 콜드팩
			MM012	한냉치료 냉동치료
			MM020	심층열치료
			MM030	자외선치료
			MM070	경피적 전기자극치료
			MM080	간섭파 전류치료
			MM090	맛사지치료(1일당)
			MM101	단순운동치료(1일당)
		제2절 단순재활치료료	MM042	파라핀욕(1일당)
			MM041	수치료(1일당)_증기욕치료
			MM043	수치료(1일당)_정규욕조치료
			MM049	수치료(1일당)_대조욕치료
			MM044	수치료(1일당)_회전욕치료(1)수, 족, 지
			MM045	수치료(1일당)_회전욕치료(2)전신
			MM046	수치료(1일당)_하버드 탱크 치료
			MM170	유속치료(1일당)
			MM051	간헐적 견인치료_경추견인

			MM052	간헐적 견인치료_골반견인
			MM060	전기자극치료
			MM085	재활저출력레이저 치료
			MM102	운동치료(1일당)_복합운동치료
			MM103	운동치료(1일당)_등속성 운동치료
			MM190	압박치료(1일당)
			MM200	복합림프물리치료(1일당)
			MX121	이온삼투요법(1일당)
		제3절 전문재활치료료	MM047	풀치료_보행풀치료
			MM048	풀치료_전신풀치료
			MM105	중추신경계발달재활치료
			MM120	신경인성 방광훈련 치료
			MM151	기능적전기자극치료
			MM290	호흡재활치료(1일당)
			MM301	재활기능치료_매트 및 이동치료
			MM302	재활기능치료_보행치료
작업치료사	6개	제3절 전문재활치료료	MM111	작업치료_단순작업치료
			MM112	작업치료_복합작업치료
			MM113	작업치료_특수작업치료
			MM114	일상생활동작 훈련치료(1일당)
			MX141	연하장애재활치료
			MZ008	연하재활 기능적전기자극치료
사회복지사	3개	제3절 전문재활치료료	MM141	재활사회사업_개인력조사
			MM142	재활사회사업_사회사업상담
			MM143	재활사회사업_가정방문

자료: 호승희 등(2011)와 건강보험심사평가원(2020a)을 참고함.

전문재활치료료 항목 중 '중추신경계발달재활치료(MM105)'는 "중추신경계 장애로 인한 발달지연 및 근육마비와 경직의 치료를 목적으로 보이타 또는 보바스요법 등의 교육과정을 120시간 이상 이수한 재활의학과 전문의나 물리치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 30분 이상 실시한 경우에 산정"이 가능하다(건강보험심사평가원, 2020a). 따라서 본 연구에서 서비스 내용의 질적 '전문성'을 확인할 수 있는 지표로 정의하고 추가로 별도 분석하였다.

건강보험 청구자료를 통한 분석은 최근 실손보험 등으로 의료비 증가의 주 요인이 되고 있는 도수치료를 포함한 비급여 영역의 물리치료 이용 현황을 정량적으로 파악할 수 없다는 한계가 있다. 그러나 의료보장 범위에 해당하는 물리치료 영역의 최근 10년간 동향을 개괄하고, 이 중 전문물리치료 영역의 증가 추이가 상대적으로 어떻게 나타나는지 세분화하여 분석한다는 데에 의의가 있다.

다. 분석방법

본 연구에서는 건강보험 급여영역을 중심으로 물리치료 시장의 흐름을 분석하였다. 특히 물리치료사가 제공하는 전문물리치료 서비스가 다른 서비스의 증가량이나 속도에 비해 높게 나타나는지, 대상 환자 및 요양기관 특성별로 연도별 전문물리치료와 일반물리치료의 처방 양상이 어떻게 다르게 나타나는지, 물리치료 비용 증가에는 어떤 요인이 얼마나 기여하였는지를 파악하고자 하였다.

첫째, 자료상의 최근 10년간 물리치료 시장의 흐름을 살펴보기 위해 2006년부터 2015년까지의 건강보험 진료행위 통계를 사용하여 물리치료를 포함한 치료적 재활서비스 비용 지출의 총액과 증가 요인의 변화를 확인하였다. 치료적 재활서비스 지출의 변화가 환자 수 증가에 기인한 것인지, 환자 당 사용량 증가에 기인한 것인지를 식별하기 위해 연도별 치료적 재활서비스 비용 총액, 환자 수와 환자 1인당 이용량으로 구분하여 각각의 변화와 연평균 증가율을 확인하였다. 먼저 치료적 재활서비스 전체를 대상으로 분석을 실시한 다음 물리치료사 영역과 비물리치료사 영역, 물리치료사 영역은 다시 일반물리치료와 전문물리치료로 나누어 살펴보았다. 또한 전문물리치료 항목 중 전문성의 지표인 중추신경계발달재활치료를 별도로 분석하였다. 다음으로 물리치료 영역의 흐름을 좀 더 세부적으로 파악하기 위해 물리치료사 서비스 영역을 환자 수, 환자 1인당 이용량, 치료비용의 연도별 변화를 대상 환자 및 요양기관 특성별로 파악하였다.

둘째, 물리치료사 영역 전체와 전문물리치료 영역의 지출에 대한 연도별 기여도 분해 분석을 통해 각각의 구성요인별 기여도를 비교하였다. 선행연구를 살펴보면 의료비 증가의 영향 요인에 대한 연구는 주로 회귀분석 또는 기여도 분해 분석 방법이 사용되어 왔다(정채림, 2015). 관심 요인 이외의 영향 요인을 통제한 후 관심 요인의 영향을 통계적으로 검증하는 회귀분석과 달리 기여도 분해 분석은 의료비 총량을 구성 요소들로 이루어진 항등식으로 나타내고 의료비 증가 요소의 상대적 기여 정도를 분해함으로써 각 요소의 영향을 구체적으로 비교할 수 있다(김수정, 허순임, 2014). 특

히 인구고령화와 같은 인구구조 변화나 인구 규모의 변화가 의료비 증가에 영향을 미치는 기여도의 상대적인 크기를 비교하기 위해 기여도 분해 분석이 많이 활용되고 있다(선우덕 등, 2005, 남궁은하, 2010; Tchoe & Nam, 2010; 김수정, 허순임, 2014, 허순임, 김수정, 2014; 정채림, 2015). 본 연구에서는 고령화, 장애인구 증가 등이 물리치료에 대한 수요와 전문성에 대한 사회적 필요를 증가시킨다고 가정하고 인구구조의 변화가 미치는 영향의 크기를 기여도로 측정하고자 하였다.

본 연구에서 기여도 분해 분석은 로그평균 디비지아 지수분해(Log Mean Divisia Index, LMDI)를 사용하였다(Ang, 2005). Ang(2005)이 제시한 LMDI 요인분해법은 분해 후 잔차(residuals)가 남지 않고 적용가능성이 높으며 결과 해석이 편리하다는 장점이 있다(Muller, 2006). 특히 의료비 지출 증가 분석에 사용하여 의료비 지출 증가의 다양한 요인들의 기여도를 인구구조를 반영하여 비교할 수 있기 때문에 풍부한 해석이 가능하다(정채림, 2015).

의료비는 크게 가격과 이용량의 곱으로 구성된다(김수정, 허순임, 2014). 인구구조의 변화를 고려하여 건강보험 및 의료급여 진료비 지출 증가의 구성요소를 분해한 연구들을 종합해보면 의료비를 인구수의 변화, 인구구조의 변화, 의료 수진율의 변화, 1인당 내원일수의 변화, 진료강도의 변화, 환산지수의 변화 등으로 분해하였다(남궁은하, 2010; Tchoe & Nam, 2010; Morgan & Cunningham, 2011; 정형선, 송양민, 2013; 허순임, 김수정, 2014; 정채림, 2015). 본 연구는 선행연구를 참고하여 치료적 재활서비스 비용을 아래 수식과 같이 6가지 요인, 즉 인구수의 변화, 인구구조의 변화, 장애율의 변화, 해당치료군을 이용한 환자 수의 변화, 환자 1인당 서비스 이용량의 변화, 환산지수의 변화로 분해하였다. 이때 환자는 해당 연도에 1회 이상 요양기관을 방문하여 해당 치료서비스를 이용한 자로 정의하였고, 의료기관 유형별로 수가 인상률이 다른 2008~2015년의 환산지수는 연구의 편의상 각 연도의 평균 인상률을 반영한 환산지수의 평균값을 사용하였다.

$$\sum_{i,j,k} PTE_{i,j,k} = \sum_{i,j,k} (Pop \times \frac{Pop_i}{Pop} \times \frac{Pop_{i,j}}{Pop_i} \times \frac{Pts_{i,j,k}}{Pop_{i,j}} \times \frac{Score_{i,j,k}}{Pts_{i,j,k}} \times \frac{Cost_{i,j,k}}{Score_{i,j,k}})$$
$$= \sum_{i,j,k} (Pop \times strc_i \times dis_{i,j} \times pt_{i,j,k} \times use_{i,j,k} \times conv_{i,j,k})$$

Pop : 총 인구수
Pop_i : 인구구조별 인구수
$Pop_{i,j}$: 인구구조별 장애유무별 인구수
$Pts_{i,j,k}$: i,j에 해당하는 인구 중 해당 치료항목을 이용한 환자수
$Score_{i,j,k}$: i,j,k에 해당하는 인구의 해당연도 총 상대가치점수
$Cost_{i,j,k}$: i,j,k에 해당하는 인구의 해당연도 총 해당 치료항목의 비용지출
$strc_i = \frac{Pop_i}{Pop}$: 해당연도의 인구구조
$dis_{i,j} = \frac{Pop_{i,j}}{Pop_i}$: 인구구조별 장애율
$pt_{i,j,k} = \frac{Pts_{i,j,k}}{Pop_{i,j}}$: 인구구조별 장애율별 해당 치료항목 환자 비율
$use_{i,j,k} = \frac{Score_{i,j,k}}{Pts_{i,j,k}}$: 인구구조별 장애율별 해당 치료항목 환자 1인당 이용량
$conv_{i,j,k} = \frac{Cost_{i,j,k}}{Score_{i,j,k}}$: 해당연도의 환산지수

Ang(2005)에 제시되어 있는 요인분해법을 사용하여 먼저 각 구성요인의 기여도를 확인하고 요인별 기여도를 연도별로 분해하여 파악하였다. 그 다음 이용자 특성에 따라 연령대별, 장애 유무별로 나누어 물리치료비 지출 증가의 구성요인을 분해 분석하였다. 마지막으로 공급자 특성을 고려하여 진료 유형, 의료기관 유형별로 구분하여 물리치료비 지출 증가에 대한 구성요인의 기여도를 확인하였다.

2) 물리치료 전문화와 관련된 공급자의 인식과 경험

가. 참여대상자 모집 및 선정

두 번째 연구방법으로 급여, 비급여 부문의 전문물리치료를 시행하고 있

는 의료기관의 사례를 질적으로 분석함으로써 의사와 물리치료사의 담론 속에서 전문화를 엿볼 수 있는 맥락과 요인을 분석하였다. 연구대상으로 급여 부문은 첫 번째 연구방법에서 전문물리치료의 이용 증가로 물리치료 비용 증가에 기여하고 있는 요양기관 유형(종합병원, 병원, 요양병원, 의원)의 사례를, 비급여 부문은 도수치료를 시행하고 있는 요양기관의 사례를 탐구하였다.

물리치료 전문성의 의미와 전문화의 추동 요인 등을 심층적으로 이해하기 위해 연구자가 관심을 두는 현상에 완전히 노출되어 있는 연구참여자들로부터 실제 경험을 있는 그대로 파악하여 귀납적으로 내용을 분석하는 현상학적 접근방법을 사용하였다(강명자, 이해정, 2003). 현상학적 연구의 주된 자료수집 방식인 개별심층면담 방식을 통해 연구참여자가 자신의 경험을 상세하게 구두로 진술함으로써 개인의 경험을 구체적이고 깊이 있게 이해하고 그 경험에 전형적으로 영향을 준 맥락과 상황을 파악하였다(Creswell, 2007/2015).

연구 목적에 가장 부합한다고 생각되는 특성을 가진 연구참여자를 전략적으로 모집하는(Denscombe, 2007) 목적표집법(purposive sampling)을 사용하되 연구참여자의 구성이 본 연구 주제와 관련하여 대표적이고 포괄적일 수 있도록 성별, 최종학력, 전문 치료 분야 등을 고려하여 모집하였다. 이를 위해 물리치료사 커뮤니티 또는 관련 네트워크를 통해 모집문건을 게시하고 연구참여자가 참여를 원할 경우 연구자에게 직접 연락하도록 했다. 일부 참여자의 경우 이전 참여자로부터 적합한 대상을 추천받는 눈덩이 표집(snowballing sampling) 방법을 사용하였다. 연구참여자 선정 기준은 다음의 과정을 통해 마련하였다. 의사의 경우 물리치료 또는 물리치료사와 관련된 경험이 충분하고 병원 운영진의 입장에서 병원 환경을 풍부하게 이야기를 해줄 수 있는 자로 하였다. 물리치료사의 경우 전문성에 대한 경험과 맥락을 충분히 전달할 수 있는 자로 하였다. 구체적인 기준을 마련하기 위해 요양기관에서 근무하고 있는 재활의학과 전문의 1인에게 자문을 구하였으며 실행 가능성을 판단하여 최종 선정 기준을 마련하였다. 최종 연구참여자 선정 기준은 의사의 경우 '전문물리치료(전문재활치료 또

는 도수치료)를 시행하는 기관의 전문의'로 하였으며, 물리치료사의 경우 '물리치료 경력이 10년 이상이고 전문물리치료(전문재활치료 또는 도수치료)에 대한 전문 교육을 이수한 물리치료사'로 하였다. 단, 요양기관의 규모에 따라 물리치료 파트에 관리직급 물리치료사를 따로 두는 경우가 있는데 인터뷰 진행 과정에서 의사의 답변이 충분하지 않은 기관은 위의 연구참여자 조건을 충족하면서 운영진으로 참여하고 있는 물리치료사를 통해 정보를 추가로 얻었다.

최종 연구 참여자는 18명이었다. 총 11개 의료기관(2개 종합병원, 4개 병원, 3개 요양병원, 2개 의원)에서 의사 5명, 물리치료사 13명(관리직급 6명, 중간관리자급 7명)을 대상으로 인터뷰를 실시하였다<표 5>.

<표 5> 개별심층면담 연구 참여자 특성

기관 유형	직종(직급)	성별	경력	학력	전문분야	특이사항
종합병원	의사	남	10년	석사	성인	
	물리치료사	여	13년	학사	성인, 암, 소아	
	물리치료사	남	14년	석사	성인, 도수	
병원	의사	남	7년	학사	성인	회복기 재활의료기관
	의사	남	20년	석사	성인, 도수	
	물리치료사 (관리직급)	남	20년	석사	소아청소년, 소아	회복기 재활의료기관
	물리치료사 (관리직급)	남	14년	석사	성인, 도수	
	물리치료사	남	14년	학사	성인	회복기 재활의료기관
	물리치료사	남	12년	학사	소아청소년, 소아	회복기 재활의료기관
	물리치료사	남	21년	석사	성인	
요양병원	의사	남	7년	석사	소아, 성인	
	의사	여	4년	석사	성인	
	물리치료사 (관리직급)	여	15년	박사	성인	
	물리치료사 (관리직급)	남	18년	박사	성인, 도수	
	물리치료사 (관리직급)	여	36년	석사	소아	
의원	물리치료사 (관리직급)	여	16년	석사	소아	
	물리치료사	남	11년	학사	도수	
	물리치료사	남	14년	전문학사	도수, 성인	

나. 자료 수집

본 연구는 연구참여자의 자발적 동의 과정을 거친 후 조사를 진행하였다. 연구참여자 모집 과정에서 1차적으로 구두 동의를 얻고 면접 당일 서면 동의서에 자필 서명을 받은 후에 면접을 시작하였으며 질문에 대한 응답 또한 연구참여자의 자율적인 동의하에 실시하였다. 모든 면접 내용은 사전 동의를 얻어 녹취하고 핵심 질문지를 중심으로 반구조화된 인터뷰로 진행하였고 인터뷰 말미에는 연구자가 디브리핑(debriefing) 과정을 거쳤다. 면담 시간은 연구참여자 당 약 1시간에서 1시간 30분 정도 소요되었고 면접 횟수는 1인 1회를 원칙으로 하되 부득이하게 추가로 면접이 필요할 경우 연구참여자의 동의하에 30분 이내로 추가 면접을 진행하였다. 면접 장소는 연구참여자가 편안한 마음으로 면접에 집중할 수 있는 장소를 사전에 조율하여 정하였다.

물리치료 전문화를 둘러싼 의사와 물리치료사의 견해를 비교하기 위해, 의사를 대상으로는 물리치료의 전문성의 의미와 중요성, 물리치료사에 대한 신뢰 경험, 업무 방식 및 소통 방식, 물리치료 전문성과 관련된 병원 환경 등에 대한 정보와 경험을 수집하였다. 물리치료사를 대상으로는 전문성 발달 및 실천 경험, 업무방식의 변화, 의사 및 환자와의 관계 변화 등에 대한 경험을 수집하였다. 핵심적인 질문 내용은 관련 문헌 수집을 통해 1차적으로 작성 후 의사, 물리치료사 각 1인을 대상으로 파일럿 조사를 실시하고 수정, 보완하여 최종 질문지를 구성하였다. 단, 연구참여자의 관점이나 경험을 유연하게 이끌어내기 위해 반구조화된 방식으로 질문지를 구성하였다<표 6><표 7>.

<표 6> 개별심층면담을 위한 질문 자료(물리치료사용)

구분	주요 내용
도입질문	물리치료사로서 걸어온 길을 간략하게 설명해주십시오
전환질문	자신의 전문치료 분야는 무엇입니까? 해당 분야를 전문분야로 선택하게 된 동기는 무엇입니까?

핵심질문	환자 치료를 위해 의사(환자, 동료 물리치료사)와는 언제 어떤 방식으로 교류하십니까? (후속질문 예시) 평소 의사(환자, 동료 물리치료사)와의 관계는 어떠십니까? 이것은 병원의 특성에 따른 것입니까? 아니면 물리치료사 개인의 업무방식입니까? 그 이유는 무엇입니까? 10년 전과 비교하여 변화가 있습니까? 언제부터 어떤 이유로 변화가 발생하였습니까? 물리치료사가 갖추어야 할 능력에 대해 떠오르는 대로 말씀해주십시오. (후속질문 예시) 그 중 가장 중요하다고 생각되는 것은 무엇입니까? 왜 그렇게 생각하십니까? 어떤 방법으로 그러한 능력을 습득하셨습니까? 그러한 능력을 습득하는 과정에서 가장 어려웠던/도움이 됐던 사람은 누구입니까? 해당 전문치료 분야의 치료사로서 크게 성장하게 된 계기는 무엇이었습니까? (후속질문 예시) 그 사건은 언제 어떠한 사정(경로)로 발생하였습니까? 그 사건을 통해 무엇을 배웠습니까? 지금의 당신에게 어떤 영향을 미쳤습니까? 물리치료사로서 의사(환자)로부터 신뢰받은 경험이 있다면 이야기해주십시오. (후속질문 예시) 기대했던 경험이었습니까? 물리치료사 직업에 대한 인식의 변화가 있었다면 이야기해주십시오. 물리치료사의 능력을 향상시키기 위한 병원 차원의 지원이나 역량에 따른 차등적인 보상이 있다면 말씀해주십시오. (후속질문 예시) 10년 전과 비교하여 변화가 있습니까? 병원의 지원이나 보상이 업무에 어떤 영향을 미치는 영향을 말씀해주십시오.
마무리질문	물리치료사의 전문성이 점점 높아지고 있다고 생각하십니까? (후속질문 예시) 이해하신 전문성은 어떤 의미입니까? 그것은 물리치료 전반입니까? 일부 전문분야입니까? 왜 그렇게 생각하십니까? 앞으로 재활치료 분야에서 물리치료사의 전문성이 더 높아질 필요가 있다고 생각하십니까, 아니면 현재 정도면 충분하다고 생각하십니까? (후속질문 예시) 왜 그렇게 생각하십니까? 높아지려면 국가, 병원 또는 개인 차원에서 어떤 변화가 필요하다고 생각하십니까?

<표 7> 개별심층면담을 위한 질문 자료(의사용)

구분	주요 내용
도입질문	최근 10년 동안 병원에서 중점적으로 제공하는 또는 처방하는 물리치료 서비스 항목에 변화가 있었습니까? (후속질문 예시) 언제부터 어떤 이유로 변화가 발생하였습니까?
전환질문	재활치료 과정 또는 병원 운영에 있어서 물리치료는 어떤 역할을 하고 어느 정도 비중을 차지합니까?
핵심질문	물리치료사 고용에 참여하십니까? 물리치료사를 고용하는데 있어 가장 중요하게 생각하는 점은 무엇입니까? (후속질문 예시) 10년 전과 비교하여 변화가 있습니까? 언제부터 어떤 이유로 변화가 발생하였습니까? 환자치료를 위해 물리치료사들과는 언제 어떤 방식으로 교류하십니까? (후속질문 예시) 평소 물리치료사들과의 관계는 어떠십니까? 이러한 교류는 병원의 특성에 따른 것입니까? 아니면 의사 개인의 업무방식입니까? 그 이유는 무엇입니까? 10년 전과 비교하여 변화가 있습니까? 언제부터 어떤 이유로 변화가 발생하였습니까? 물리치료사가 갖추어야 할 능력에 대해 떠오르는 대로 말씀해주십시오. (후속질문 예시) 그 중 가장 중요하다고 생각되는 것은 무엇입니까? 왜 그렇게 생각하십니까? 그러한 능력을 갖춘 치료사와 아닌 치료사는 업무적 성과(환자의 치료결과, 본인(의사)과의 관계 등)에서 어떤 차이가 있었습니까? 물리치료사를 신뢰한 경험이 있다면 이야기해주십시오. (후속질문 예시) 기대했던 경험이었습니까? 물리치료사에 대한 인식의 변화가 있다면 어떤 변화인지 말씀해주십시오. 물리치료사의 능력을 향상시키기 위한 병원 차원의 지원이나 역량에 따른 차등적인 보상이 있다면 말씀해주십시오. (후속질문 예시) 10년 전과 비교하여 변화가 있습니까? 언제부터 어떤 이유로 변화가 발생하였습니까?
마무리질문	물리치료사의 전문성이 점점 높아지고 있다고 생각하십니까? (후속질문 예시) 이해하신 전문성은 어떤 의미입니까? 그것은 물리치료 전반입니까? 일부 전문분야입니까? 왜 그렇게 생각하십니까?

	앞으로 재활치료 분야에서 물리치료사의 전문성이 더 높아질 필요가 있다고 생각하십니까, 아니면 현재 정도면 충분하다고 생각하십니까? (후속질문 예시) 왜 그렇게 생각하십니까? 높아지려면 국가, 병원 또는 개인 차원에서 어떤 변화가 필요하다고 생각하십니까?

다. 자료 분석 및 방법

개별심층면담 자료를 분석하여 물리치료 전문성의 의미와 전문화의 맥락, 영향요인 등에 대한 의사와 물리치료사의 견해를 비교하기 위해 연구참여자의 면접 자료를 전사하여 텍스트 정보로 변환한 후 질적 주제 분석을 실시하였다. 먼저 면담 과정에서 수집된 자료와 녹음 파일을 면담 종료 후 48시간 내에 연구자가 직접 전사하여 면담 과정의 생생한 분위기를 함께 담고자 하였다. 이후 진술문의 전체적인 맥락을 이해하고, 의미단위 확인 및 중심의미를 통합하여 주제를 추출하였으며, 주제와 맥락적으로 연결된 구성요소와 본질을 구성하였고, 연구참여자의 고유한 경험을 드러내기 위해 상황적 의미구조를 기술하고 공통적이고 본질적인 주제를 추출하였다(Giorgi, 2004).

3) 물리치료 전문화와 관련된 이용자의 인식과 경험

가. 참여대상자 모집 및 선정

세 번째 연구방법으로 전문물리치료를 경험한 환자(보호자)의 경험을 질적으로 분석함으로써 환자와 물리치료사의 관계에서 물리치료 전문화를 엿볼 수 있는 요인과 맥락을 분석하였다. 이를 위해 비슷한 경험을 하는 사람들의 서로 다른 견해를 집단 내 토의 및 집단 간 비교를 통해 이해하고(김후자, 김정남, 2001), 연구주제에 대한 연구참여자의 집중적 대화(concentrated conversation)를 통해 이해와 통찰을 얻을 수 있는 초점집단

면접(Focus Group Interview)을 진행하였다. 초점집단면접은 구성원들이 주제에 대해 자유롭게 의견을 나누는 과정에서 구성원들 간의 상호작용을 통해 의견을 형성해나가는 질적 연구 방법이다(Krueger & Casey, 2014).

연구 목적에 가장 부합한다고 생각되는 특성을 가진 연구참여자를 전략적으로 모집하는(Denscombe, 2007) 목적표집법(purposive sampling)을 사용하였으며, 이를 위해 환우회 커뮤니티에 모집문건을 게시하고 연구참여자가 참여를 원할 경우 연구자에게 직접 연락할 수 있도록 하였다. 또한 두 번째 연구방법의 연구참여자에게 소속 기관을 이용하는 환자(보호자)에게 모집문건을 전달하도록 요청하고 참여를 원할 경우 연구자에게 연락할 수 있도록 하였다. 연구대상 범위에 해당하는 사람을 1차적으로 선정하고 그 중 자발적으로 참여 의사를 밝힌 환자(보호자)를 최종 연구참여자로 하였다. 연구참여자 선정 기준은 전문물리치료(전문재활치료 또는 도수치료)를 경험한 환자(보호자)를 중에 물리치료 또는 물리치료사와 관련된 경험을 풍부하게 이야기를 해줄 수 있는 자로 하였다.

가능한 한 환자의 경험을 직접 듣고자 하였으며, 신경계 손상 환자 중 의사소통이 원활하지 않은 경우 치료에 주로 동행하는 보호자가 면담에 참여하였다. 근골격계 질환으로 도수치료 환자는 5인 모두 환자 본인이 참여하였고, 소아 및 청소년 재활치료는 모두 보호자가 참석하였다. 소아치료에 참여한 6인의 보호자 중 1인은 외국인이었는데 사전에 연구에 대한 참여 의지를 적극적으로 표현하고 면담 당일에도 참석하였으나, 한국어가 서툰 관계로 자신의 의견을 말로 전달하기보다 다른 참석자들의 경험에 공감하는데 그쳐 최종 분석에서는 제외하였다. 성인 재활치료의 경우 병원의 동의를 구하고 입원 환자들을 대상으로 면담을 진행하였으며, 환자와 보호자 모두 참석하여 내용을 더욱 풍부하게 들을 수 있었다<표 8><표 9>.

<표 8> 초점집단면접(FGI) 구성

그룹 번호	환자 구성	이용한 전문치료 분야	면담자 구성
1	소아	신경계 재활치료	보호자 6인
3	소아청소년	신경계 재활치료	보호자 5인
3	성인	도수치료	환자 5인
4	성인	신경계 재활치료	환자 5인(+보호자 5인)

<표 9> 초점집단면접(FGI) 연구 참여자 특성

구분	성별	나이	해당 질환과 치료 특성					
			질환(증상)	치료 기간 (횟수)	주 이용기관			
					종합 병원	병원	의원	기타
PG1	여	4세	뇌전증, 염색체 변이	2년 6개월	O	O		
	남	6세	수두증	5년		O		사설센터
	남	5세	뇌졸중	5년	O	O	O	
	남	5세	뇌병변	4년		O	O	사설센터
	남	6세	뇌병변	5년	(미응답)			
PG2	여	16세	미토콘드리아 근병증	16년		O		
	여	24세	뇌병변	24년	O	O		
	남	11세	뇌손상	11년		O		
	여	35세	소뇌증	35년	O			복지관
	남	24세	소뇌 손상	24년	O			복지관, 사설센터
PG3	남	49세	목디스크	2년		O		
	남	31세	어깨, 목 통증	1년 6개월			O	
	여	59세	목디스크	40회	(미응답)			
	여	40세	선천적 척추분리증	3년		O		
	여	37세	허리 통증	1년 미만		O		
PG4	남	24세	척수손상	1년 6개월	O	O		
	남	44세	척수손상	1년 5개월	O	O		
	여	67세	척수경색	1년 11개월	O	O		
	여	77세	뇌경색, 파킨슨	2년	O	O		
	남	52세	비외상성경막하출혈	1년 9개월	O	O		

나. 자료 수집

본 연구는 연구참여자의 자발적 동의 과정을 거친 후 조사를 진행하였다. 연구참여자 모집 과정에서 1차적으로 구두 동의를 얻고 초점집단면접 당일 서면 동의서에 자필 서명을 받은 후에 면접을 시작하였으며, 질문에 대한 응답 또한 연구참여자의 자율적인 동의하에 실시하였다.

모든 면접 내용은 사전 동의를 얻어 녹취 또는 녹화하고 핵심 질문지를 중심으로 반구조화된 인터뷰로 진행하였으며 인터뷰 말미에는 연구자가 디브리핑(debriefing) 과정을 거쳤다. 초점집단면접 시간은 약 1시간에서 1시간 30분 정도 소요되었고, 면접 횟수는 집단별 1회 실시하였다. 면접 장소는 연구참여자들이 모두 모일 수 있고 면접에 집중할 수 있는 장소를 사전에 조율하여 정하였다.

본 연구는 환자와 물리치료사의 관계를 중심으로 전문물리치료서비스 경험에 대한 생애주기별, 급여/비급여 연구참여자의 견해를 비교하고자 하였다. 환자(보호자)를 대상으로 물리치료사에 대한 인식 변화 경험, 물리치료사 신뢰 및 전문성에 대한 경험, 서비스를 이용하게 된 이유나 경로, 만족도 등에 대한 내용을 수집하였다. 핵심적인 질문 내용은 관련 문헌 수집을 통해 1차적으로 작성 후 환자 1인을 대상으로 파일럿 조사를 실시하고 수정, 보완하여 최종 질문지를 구성하였다. 단, 연구참여자의 관점이나 경험을 유연하게 이끌어내기 위해 반구조화된 방식으로 질문지를 구성하였다<표 10>.

<표 10> 초점집단면접을 위한 질문 자료(환자·보호자용)

구분	주요 내용
도입질문	현재 어떤 질병 또는 증상으로 물리치료를 받으십니까? 기간은 얼마나 되셨습니까?
전환질문	해당 질병 또는 증상을 치료하기 위해 병원을 얼마나 다양하게 이용하셨습니까? (후속질문 예시) 그 병원을 선택한 이유는 무엇이었습니까? 어떤 방법으로 정보를 얻으셨습니까?
핵심질문	해당 질병 또는 증상을 치료하는 과정에서 물리치료는 어떤 역할을 하고 어느 정도 비중을 차지합니까? (후속질문 예시) 왜 그렇게 생각하십니까? 해당 질병 또는 증상으로 물리치료를 받으면서 만족스러웠던 경험을 말씀해주십시오. 해당 질병 또는 증상으로 물리치료를 받으면서 불만족스러웠던 경험을 말씀해주십시오. 평소 물리치료사와의 관계는 어떠십니까? 질병치료를 위해 물리치료사와는 언제 어떤 방식으로 교류하십니까? (후속질문 예시) 평소 의사와의 관계는 어떠십니까? 질병치료를 위해 의사와는 언제 어떤 방식으로 교류하십니까? 물리치료사를 전문가로서 신뢰한 경험이 있다면 이야기해주십시오. 기대했던 경험이었습니까? (후속질문 예시) 물리치료사에 대한 인식의 변화가 있다면 어떤 변화인지 말씀해주십시오. 해당 질병 또는 증상으로 물리치료를 경험하시고 나서 물리치료 서비스가 그 병원을 평가하는데 영향을 미쳤습니까? (후속질문 예시) 치료 전과 후에 달라진 부분이 있다면 말씀해주세요. 해당 질병 치료에 있어서 물리치료사가 갖추어야 할 능력에 대해 떠오르는 대로 말씀 해주십시오. (후속질문 예시) 그 중 가장 중요하다고 생각되는 것은 무엇입니까? 왜 그렇게 생각하십니까?
마무리질문	앞으로 본인이(또는 환자가) 겪고 있는 질병 치료를 위해 물리치료사의 전문성이 더 높아질 필요가 있다고 생각하십니까, 아니면 현재 정도면 충분하다고 생각하십니까? (후속질문 예시) 왜 그렇게 생각하십니까? 높아지려면 국가, 병원 또는 개인 차원에서 어떤 변화가 필요하다고 생각하십니까?

다. 자료 분석 및 방법

환자와의 관계에서 물리치료 전문화를 엿볼 수 있는 요인과 맥락을 살펴보기 위해 초점집단면접(FGI)에서 수집된 자료를 텍스트 정보로 변환하여 질적 주제 분석을 실시하였다. 먼저 면담 과정에서 수집된 자료와 녹음 파일을 면담 종료 후 48시간 내에 연구자가 직접 전사하여 면담 과정의 생생한 분위기를 함께 담고자 하였다. 이후 연구자가 필사된 자료를 여러 번 반복하여 읽으면서 의미 있는 단어, 문장, 단락을 선택하여 개방 코딩을 한 후 유사한 문장과 단락으로 구분하고 주제를 도출하는 방식으로 진행하였다(Hsieh & Shannon, 2005).

4) 윤리적 고려와 연구의 타당성 확보

본 연구는 2019년 9월 서울대학교 생명윤리심의위원회의 최종 승인을 받았다(IRB No. 1909/003-002). 본 연구는 연구참여자의 자발적 동의 과정을 거친 후 조사를 진행하였다. 면접 시작 전 동의서에 자필 서명을 받았으며, 연구에 대한 설명문과 동의서는 연구참여자와 연구자가 각 1부씩 나누어 보관하도록 했다. 연구참여자로부터 수집된 자료는 분석 시 코드화된 인식 번호로 인식될 것이며 본 연구로부터 얻어진 자료와 정보는 익명으로 처리될 것임을 충분히 설명하였다.

질적 연구의 신뢰도 및 타당도 확보를 위해 사실적 가치 확보와 적용가능성, 일관성, 중립성을 확인하는 과정을 거쳤다. 사실성 여부는 심층면접 후 내용을 정리하여 연구 참여자들에게 면담사실에 대한 확인을 요청하여 검토받았다. 적용가능성은 질적 연구 수행 경험이 있는 보건학 박사 1인과 본 연구에 참여하지 않은 물리치료사 1인의 감수를 받아 해석의 절차적 오류를 줄이고 1인 연구자가 범할 수 있는 주관적 해석을 최대한 방지하고자 하였다. 또한 연구 참여자들이 진술한 표현을 그대로 인용함으로써 중립성과 일관성을 높이고자 하였다.

Ⅳ. 물리치료 시장의 변동과 기여 요인

4장에서는 건강보험 청구자료를 사용하여 물리치료 시장의 흐름을 분석하였다. 먼저 1절에서는 지난 10년간 물리치료 서비스 이용의 증가 추이를 살펴보았다. 물리치료 서비스 이용의 증가가 다른 치료적 재활서비스와 비교하여 어떻게 다른지 확인하고, 이용자와 공급자의 특성별로 물리치료 서비스 이용의 변화를 파악하였다. 2절에서는 연도별 물리치료 비용을 인구학적 요인과 의료이용 요인으로 분해하여 어떤 요인의 변화가 시장변동을 주로 이끌어 가고 있는지 확인하였다.

1. 물리치료 시장의 흐름

지난 10년간 물리치료 시장의 흐름을 개괄하기 위해 2006년부터 2015년까지의 건강보험 청구자료를 사용하여 치료적 재활서비스 비용의 총액과 구성요인의 변화를 확인하였다. 치료적 재활서비스 항목은 이학요법료 제1절에서 3절까지에 해당하는 내용으로 호승희 등(2011)을 참고하여 서비스를 제공하는 전문 인력별로 구분하였다. 건강보험 청구자료의 특성상 분석은 급여영역으로 제한하였다.

먼저 치료적 재활서비스 비용의 연도별 금액과 연평균 증가율을 살펴보았다. 치료적 재활서비스는 물리치료 영역과 비물리치료 영역(의사, 작업치료사, 사회복지사가 시행하는 항목의 합)으로 구분하였고, 물리치료 영역은 다시 일반물리치료(기본물리치료 및 단순재활치료)와 전문물리치료(전문재활치료)로 세분화하였다. 전문물리치료 항목 중 '중추신경계발달재활치료(MM105)[2]'는 별도의 자격 기준을 갖춘 물리치료사가 서비스를 제

2) "중추신경계 장애로 인한 발달지연 및 근육마비와 경직의 치료를 목적으로 보이타 또는 보바스요법 등의 교육과정을 120시간 이상 이수한 재활의학과 전문의나 물리치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 30분 이상 실시한 경우" 청구 가능함(건강보험심사평가원, 2020a).

공해야 수가 인정이 되기 때문에 서비스 내용의 질적 '전문성'을 확인할 수 있는 지표로 정의하고 추가로 별도 분석하였다.

의료비는 수량과 가격의 곱으로 구성된다(김수정, 허순임, 2014). 본 연구에서는 연도별 비용을 환자 수와 환자 1인당 치료비로 구분하여 각각의 변화와 연평균 증가율을 확인하였다. 마지막으로 이용자와 공급자의 특성에 따른 변화양상을 확인하기 위해 이용자 특성은 연령대별, 장애 유무별로, 공급자 특성은 진료 유형별, 의료기관 유형별로 나누어 각각의 흐름을 파악하였다.

1) 연도별 자료 구성

본 연구에서 사용한 자료는 2006년을 기준으로 대상자를 선정한 표본코호트 자료이기 때문에 본 연구의 분석 결과를 실제 우리나라 치료적 재활서비스 이용의 증가 동향으로 일반화하기에는 한계가 있다. 그럼에도 물리치료를 포함하는 이학요법료 청구 건을 인구학적 요인의 변화와 함께 다년도로 분석할 수 있다는 장점이 있어 본 연구의 자료원으로 사용하였다.

분석에 앞서 주요 변수인 의료보장 인구수, 65세 이상 인구수, 장애인구수, 진료 실인원수, 내원일수, 연간의료비 총액, 연간이학요법료 총액의 연도별 동향을 모집단과 비교하였다<표 11><표 12>. 각 수치의 연도별 변화는 다소 차이를 보였으나 전반적인 증감의 경향은 유사하게 나타났다[그림 4][그림 5]. 또한 2006년부터 2015년까지 장애인구수를 제외한 표본집단 변수들의 변화량은 모집단 변수 변화량의 약 2%를 차지하고 있었는데, 이는 분석 자료원인 표본코호트DB의 표집률이 모집단의 2%라는 점에서 예측 가능한 결과이다.

<표 11> 모집단 특성

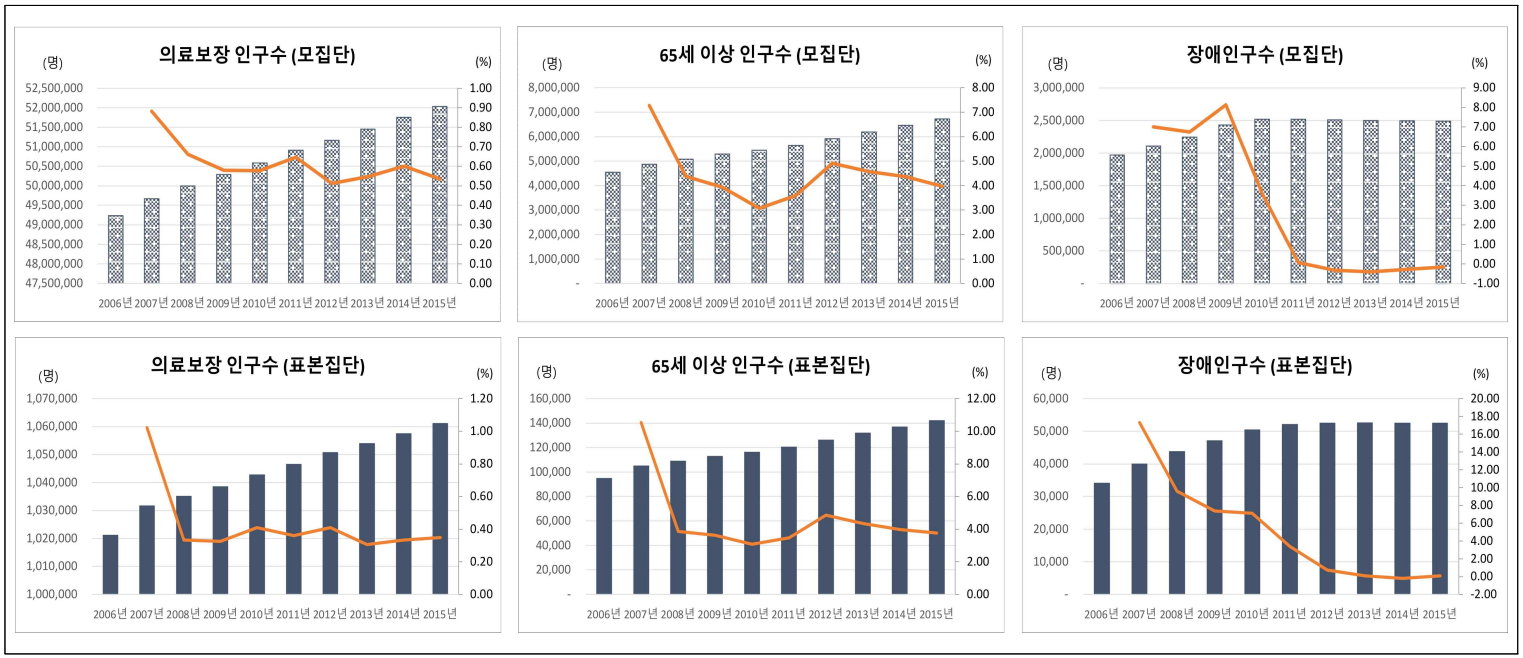
항목	단위	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2006년 대비 2015년 증감
의료보장 인구수[1]	명	49,238,227	49,672,388	50,001,057	50,290,771	50,581,191	50,908,646	51,169,141	51,448,491	51,757,146	52,034,424	2,796,197
	증가율(%)	-	0.9	0.7	0.6	0.6	0.6	0.5	0.5	0.6	0.5	5.7
65세 이상 인구수[1]	명	4,542,509	4,873,120	5,086,195	5,286,383	5,448,984	5,644,757	5,921,977	6,192,762	6,462,740	6,719,244	2,176,735
	증가율(%)	-	7.3	4.4	3.9	3.1	3.6	4.9	4.6	4.4	4.0	47.9
장애 인구수[3]	명	1,967,326	2,104,889	2,246,965	2,429,547	2,517,312	2,519,241	2,511,159	2,501,112	2,494,460	2,490,406	523,080
	증가율(%)	-	7.0	6.7	8.1	3.6	0.1	-0.3	-0.4	-0.3	-0.2	26.6
진료 실인원수[1][2]	명	45,293,089	45,881,683	46,005,508	47,014,039	47,157,512	47,524,114	47,987,808	48,041,626	48,866,459	48,857,699	3,564,610
	증가율(%)	-	1.3	0.3	2.2	0.3	0.8	1.0	0.1	1.7	0.0	7.9
내원일수[1][2]	일	1,290,376,673	1,321,398,116	1,350,100,365	1,443,440,071	1,481,675,832	1,507,323,219	1,556,211,603	1,555,824,302	1,587,696,149	1,585,990,808	295,614,135
	증가율(%)	-	2.4	2.2	6.9	2.6	1.7	3.2	0.0	2.0	-0.1	22.9
의료비 총액[1][2]	억원	324,831	364,828	395,155	441,844	486,153	512,183	534,298	560,463	601,678	639,993	315,162
	증가율(%)	-	12.3	8.3	11.8	10.0	5.4	4.3	4.9	7.4	6.4	97.0
이학요법료 총액 (건강보험)[4]	억원	5,787	6,841	7,676	8,442	9,439	10,152	11,104	11,989	12,685	13,239	7,452
	증가율(%)	-	18.2	12.2	10.0	11.8	7.5	9.4	8.0	5.8	4.4	128.8
환산지수[5]	원/점	60.7	62.1	63.3	64.7	66.0	67.1	68.6	70.2	71.9	73.5	12.8
	증가율(%)	-	2.3	1.9	2.2	2.1	1.6	2.2	2.4	2.4	2.2	21.1

주: 2008~2015년의 환산지수는 각 연도의 평균 인상률을 반영한 값을 사용함.

자료 1) 국민건강보험공단(각 연도)
2) 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원(각 연도)
3) 통계청(2020b)
4) 통계청(2020a)
5) 건강보험심사평가원(2020d), 국민건강보험공단(2015)

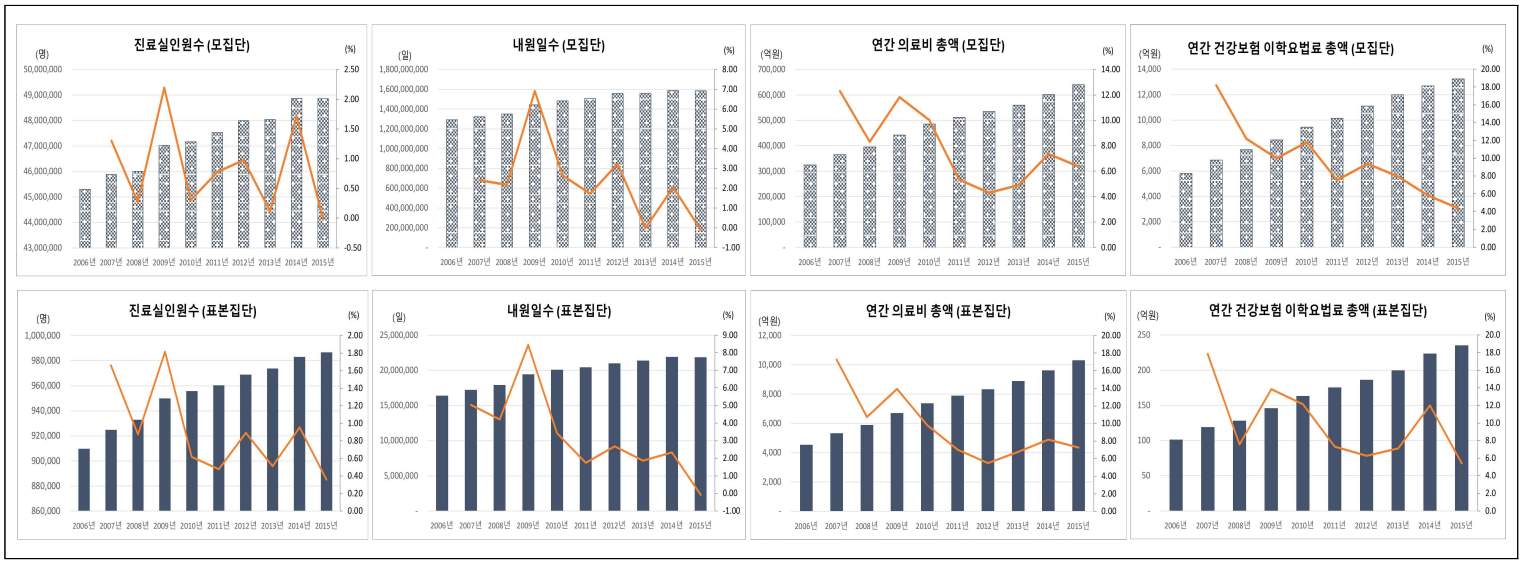
<표 12> 표본집단 특성

항목	단위	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2006년 대비 2015년 증감
의료보장 인구수	명	1,021,208	1,031,653	1,035,089	1,038,462	1,042,706	1,046,465	1,050,743	1,053,952	1,057,454	1,061,141	39,933
	증가율(%)	-	1.0	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.3	0.3	0.3	3.9
65세 이상 인구수	명	94,825	104,814	108,868	112,824	116,297	120,332	126,182	131,669	136,898	142,046	47,221
	증가율(%)	-	10.5	3.9	3.6	3.1	3.5	4.9	4.3	4.0	3.8	49.8
장애 인구수	명	34,088	39,993	43,828	47,068	50,411	52,121	52,511	52,552	52,442	52,491	18,403
	증가율(%)	-	17.3	9.6	7.4	7.1	3.4	0.7	0.1	-0.2	0.1	54.0
진료 실인원수	명	909,507	924,607	932,698	949,636	955,503	960,072	968,626	973,595	982,872	986,405	76,898
	증가율(%)	-	1.7	0.9	1.8	0.6	0.5	0.9	0.5	1.0	0.4	8.5
내원일수	일	16,337,369	17,159,838	17,882,179	19,391,131	20,054,821	20,405,499	20,951,635	21,342,579	21,839,422	21,821,657	5,484,288
	증가율(%)	-	5.0	4.2	8.4	3.4	1.7	2.7	1.9	2.3	-0.1	33.6
의료비 총액	억원	4,529	5,310	5,881	6,699	7,356	7,873	8,305	8,869	9,592	10,289	5,760
	증가율(%)	-	17.3	10.7	13.9	9.8	7.0	5.5	6.8	8.2	7.3	127.2
이학요법료 총액 (건강보험)	억원	101	119	128	145	163	175	186	199	223	235	134
	증가율(%)	-	17.9	7.5	13.8	12.2	7.3	6.3	7.1	12.0	5.4	133.3



[그림 4] 모집단과 표본집단의 연도별 변화 및 변화율 비교(인구학적 요인)

주: 각 연도 수치는 막대그래프, 연도별 증가율은 실선으로 나타냄.



[그림 5] 모집단과 표본집단의 연도별 변화 및 변화율 비교(의료이용 요인)

주: 각 연도 수치는 막대그래프, 연도별 증가율은 실선으로 나타냄.

2) 물리치료 서비스 이용의 증가 추이

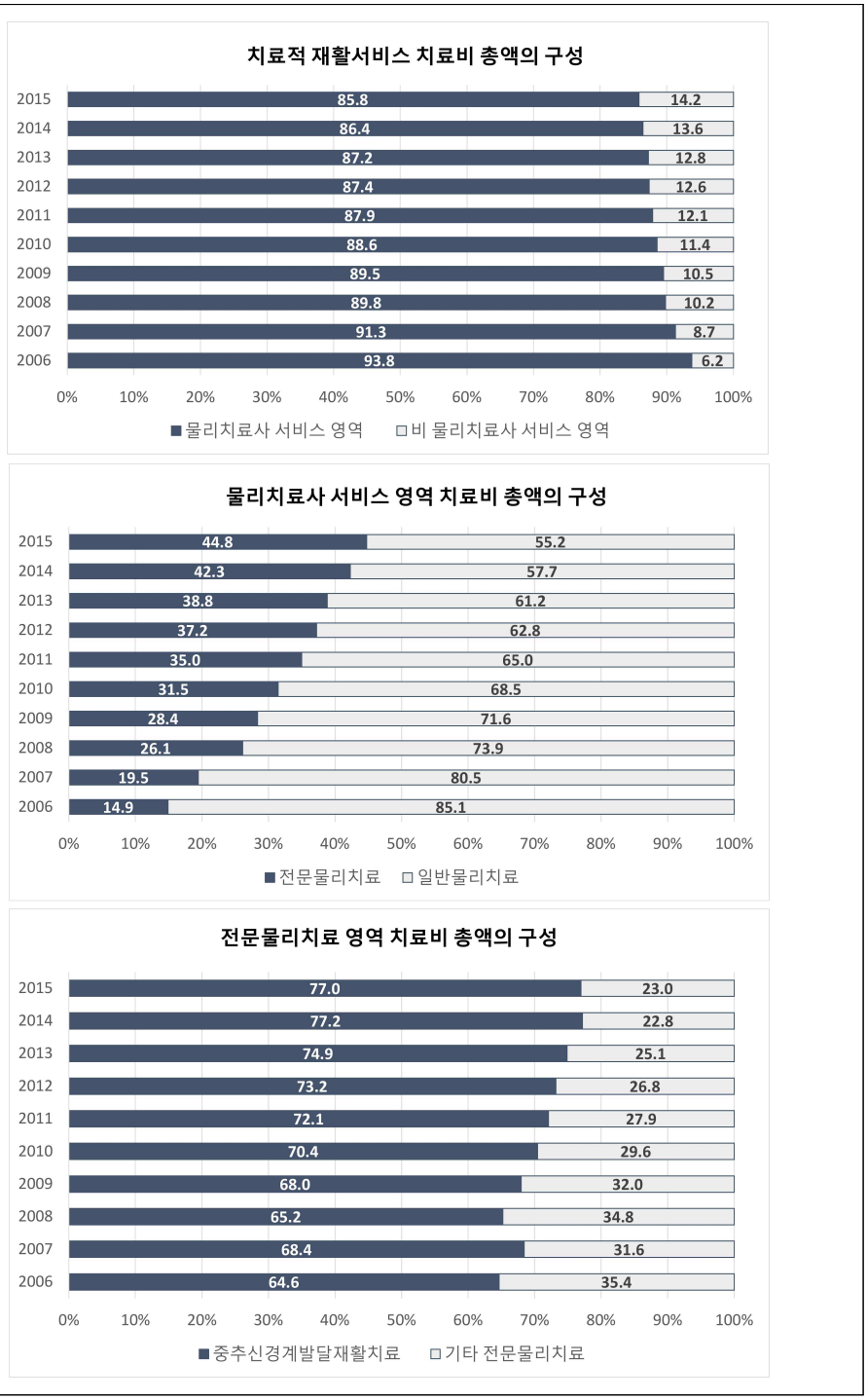
2006년부터 2015년까지 10년간 물리치료 서비스 이용의 증가 추이를 살펴보았다<표 13>. 먼저 물리치료를 포함한 전체 치료적 재활서비스 지출 비용은 2006년 112억 원에서 2015년 252억 원으로 2.3배 증가하였고 연평균 9.5% 증가율을 보였다. 의료비 총액의 증가율도 비슷하여 의료비 총액에서 치료적 재활서비스가 차지하는 비중은 2.4~2.5% 수준을 유지하였다. 비물리치료 영역은 19.9%의 연평균 증가율을 보이며 2006년 7억 원에서 2015년 36억 원으로 5.1배 증가하였고, 물리치료 영역은 2006년 105억 원에서 2015년 216억 원으로 2.1배 증가하였다. 물리치료 영역 중에서 일반물리치료비용은 연평균 증가율이 3.3%로 1.3배 증가한 반면, 전문물리치료 비용의 증가율은 22.5%의 증가율을 보이며 지난 10년간 치료비 지출이 6.1배 증가하였다. 일반물리치료 비용이 치료적 재활서비스 비용 전체에서 차지하는 비중은 2006년 79.8%에서 2015년 47.4%로 급격하게 줄어든 반면, 전문물리치료 비용의 비중은 2006년 14.0%에서 2015년 38.4%로 빠르게 증가하는 것으로 나타났다. 중추신경계발달재활치료 비용은 연평균 24.9% 증가율을 보이며 가장 가파르게 증가하는 것으로 나타났다.

[그림 6]은 치료적 재활서비스 비용의 연도별 구성비를 치료 영역별로 살펴본 결과이다. 치료적 재활서비스 치료비 총액에서 물리치료 영역이 차지하는 비중이 2006년 93.8%에서 2015년 85.8%로 8.0%p 감소하는 등 지속적인 감소 추세를 보이고 있으나 여전히 치료적 재활서비스 비용의 대부분을 차지하고 있었다. 물리치료 영역에서는 전문물리치료가 차지하는 비중이 2006년 14.9%에서 2015년 44.8%로 빠르게 증가하였고, 전문물리치료 중에서 중추신경계발달재활치료가 차지하는 비중은 2006년 64.6%에서 2015년 77.0%로 빠르게 증가하였다.

<표 13> 치료적 재활서비스 지출 비용(2006~2015)

연도	연간 의료비 총액		치료적 재활서비스 전체		비물리치료 영역		물리치료 영역		일반 물리치료		전문 물리치료		중추신경계발달 재활치료	
	억원	%[1)]	억원	%[1)]	억원	%[1)]	억원	%[1)]	억원	%[1)]	억원	%[1)]	억원	%[1)]
2006	4,529	100.0	112	2.5 [100.0]	7	0.2 [6.2]	105	2.3 [93.8]	89	2.0 [79.8]	16	0.3 [14.0]	6	0.1 [5.2]
2007	5,310	100.0	134	2.5 [100.0]	12	0.2 [8.7]	123	2.3 [91.3]	99	1.9 [73.5]	24	0.4 [17.8]	9	0.2 [6.8]
2008	5,881	100.0	144	2.5 [100.0]	15	0.2 [10.2]	129	2.2 [89.8]	96	1.6 [66.4]	34	0.6 [23.4]	12	0.2 [8.5]
2009	6,699	100.0	163	2.4 [100.0]	17	0.3 [10.5]	146	2.2 [89.5]	105	1.6 [64.1]	41	0.6 [25.4]	16	0.2 [9.8]
2010	7,356	100.0	179	2.4 [100.0]	21	0.3 [11.4]	158	2.2 [88.6]	108	1.5 [60.7]	50	0.7 [27.9]	20	0.3 [11.2]
2011	7,873	100.0	193	2.4 [100.0]	23	0.3 [12.1]	169	2.2 [87.9]	110	1.4 [57.1]	59	0.8 [30.7]	25	0.3 [12.7]
2012	8,305	100.0	205	2.5 [100.0]	26	0.3 [12.6]	179	2.2 [87.4]	112	1.4 [54.8]	67	0.8 [32.5]	29	0.3 [14.2]
2013	8,869	100.0	217	2.4 [100.0]	28	0.3 [12.8]	189	2.1 [87.2]	116	1.3 [53.4]	73	0.8 [33.9]	32	0.4 [14.8]
2014	9,592	100.0	240	2.5 [100.0]	33	0.3 [13.6]	207	2.2 [86.4]	120	1.2 [49.9]	88	0.9 [36.5]	38	0.4 [16.1]
2015	10,289	100.0	252	2.5 [100.0]	36	0.3 [14.2]	216	2.1 [85.8]	120	1.2 [47.4]	97	0.9 [38.4]	43	0.4 [16.9]
연평균 증가율	9.5%		9.5%		19.9%		8.4%		3.3%		22.5%		24.9%	

주 1) 구성비(%)의 분모는 연간 의료비 총액이며, 치료적 재활서비스 전체에서의 구성비는 대괄호([])로 표시함.



[그림 6] 치료적 재활서비스 지출 비용의 치료 영역별 구성(2006~2015)

다음은 치료적 재활서비스 비용을 환자 수와 환자 1인당 치료비로 나누어 추이를 살펴본 결과이다. <표 14>에서 치료적 재활서비스 전체의 이용 환자 수는 2006년 21만 4037명에서 2015년 27만 1431명으로 연평균 증가율은 2.7%였다. 물리치료 영역의 환자 수 연평균 증가율은 2.6%로 치료적 재활서비스 전체 증가율과 비슷한 수준인 반면, 비물리치료 영역은 상대적으로 더 높은 연평균 증가율(6.9%)을 보였다. 물리치료 영역 중에서 일반 물리치료 환자 수의 연평균 증가율은 2.5% 수준에 그쳤으나, 전문물리치료를 받은 환자 수는 연평균 9.5%가 증가하는 등 2006년 대비 2.3배 증가한 수치를 기록하였다. 중추신경계발달재활치료 환자는 연평균 증가율 11.7%로 가장 높은 증가율을 나타냈다.

치료적 재활서비스 환자 1인당 치료비는 일반물리치료 영역의 경우 지난 10년간 0.8%의 연평균 증가율을 보인 반면, 비물리치료 영역은 12.2%, 전문물리치료와 중추신경계발달재활치료는 11.8% 수준의 증가율을 기록하는 등 환자 1인당 지출하는 비용이 빠르게 증가하고 있었다<표 15>.

<표 14> 치료적 재활서비스 이용 환자 수(2006~2015)

연도	치료적 재활서비스 전체		비물리치료 영역		물리치료 영역		일반 물리치료		전문 물리치료		중추신경계발달 재활치료	
	명	%	명	%	명	%	명	%	명	%	명	%
2006	214,037	100.0	11,458	5.4	211,709	98.9	211,337	98.7	1,363	0.6	881	0.4
2007	227,328	100.0	14,700	6.5	224,323	98.7	223,890	98.5	1,625	0.7	1,112	0.5
2008	233,399	100.0	16,782	7.2	229,805	98.5	229,196	98.2	1,916	0.8	1,250	0.5
2009	238,989	100.0	18,937	7.9	238,989	100.0	238,336	99.7	2,037	0.9	1,385	0.6
2010	252,855	100.0	20,794	8.2	247,995	98.1	247,181	97.8	2,287	0.9	1,611	0.6
2011	260,995	100.0	21,277	8.2	256,009	98.1	255,078	97.7	2,486	1.0	1,792	0.7
2012	263,038	100.0	20,912	8.0	257,921	98.1	256,836	97.6	2,680	1.0	1,961	0.7
2013	265,295	100.0	20,926	7.9	260,126	98.1	258,987	97.6	2,738	1.0	2,050	0.8
2014	268,687	100.0	20,505	7.6	263,492	98.1	262,277	97.6	2,899	1.1	2,237	0.8
2015	271,431	100.0	20,825	7.7	265,992	98.0	264,644	97.5	3,090	1.1	2,378	0.9
연평균 증가율	2.7%		6.9%		2.6%		2.5%		9.5%		11.7%	

주: 구성비(%)의 분모는 치료적 재활서비스 전체임.

<표 15> 치료적 재활서비스 환자 1인당 치료비(2006~2015)

연도	치료적 재활서비스 전체	비물리치료 영역	물리치료 영역	일반 물리치료	전문 물리치료	중추신경계발달 재활치료
	원	원	원	원	원	원
2006	52,185	60,843	49,466	42,171	1,144,645	654,330
2007	59,019	79,330	54,611	44,069	1,466,983	824,758
2008	61,755	87,586	56,325	41,731	1,763,648	981,308
2009	67,072	90,426	61,110	43,901	2,033,110	1,155,182
2010	70,694	98,412	63,828	43,883	2,178,346	1,239,369
2011	73,805	109,749	66,121	43,149	2,381,822	1,370,456
2012	77,967	123,979	69,462	43,795	2,487,949	1,479,873
2013	81,719	132,104	72,715	44,678	2,682,251	1,568,419
2014	89,199	158,612	78,614	45,587	3,020,948	1,720,196
2015	92,883	171,514	81,354	45,170	3,134,491	1,789,926
연평균 증가율	6.6%	12.2%	5.7%	0.8%	11.8%	11.8%

다음은 이용자와 공급자의 특성에 따른 물리치료 이용의 변화이다. 먼저 이용자 특성으로 연령대별, 장애 유무별 특성을 살펴보았다[그림 7]. 전문물리치료 영역의 치료비 총액과 환자 수의 연평균 증가율은 20대를 제외한 모든 연령대에서 물리치료 전체나 일반물리치료 영역보다 높게 나타났다. 비교적 젊은 연령층인 30대의 1인당 전문물리치료 비용 증가율이 다른 연령대보다 높게 나타난 것이 특징적인데, 자료를 세분화하여 확인한 결과 30대 비장애인의 환자 1인당 치료일수가 길어진 것이 30대의 치료비 증가에 영향을 미친 것으로 파악되었다. 전문물리치료 중에서도 중추신경계발달재활치료의 환자 수 연평균 증가율은 10대와 80대를 제외한 모든 연령대에서 다른 물리치료의 연평균 환자 수 증가율보다 높게 나타나 뇌손상이나 척수손상 등으로 전문적인 재활치료를 이용하는 환자가 매우 빠르게 증가하고 있음을 알 수 있었다. 이와 함께 20대 중추신경계발달재활치료 1인당 연평균 치료비 증가율(12.62%)이 30대(11.69%)나 40대(10.81%)보다도 높게 나타나 20대의 중추신경계 손상 환자가 이용하는 서비스 양이 매우 빠르게 증가하고 있음을 알 수 있었다. 전반적으로 환자 수의 증가 속도는 50대부터 70대까지가 높게 나타나고 있었지만, 선천적 장애 또는 발

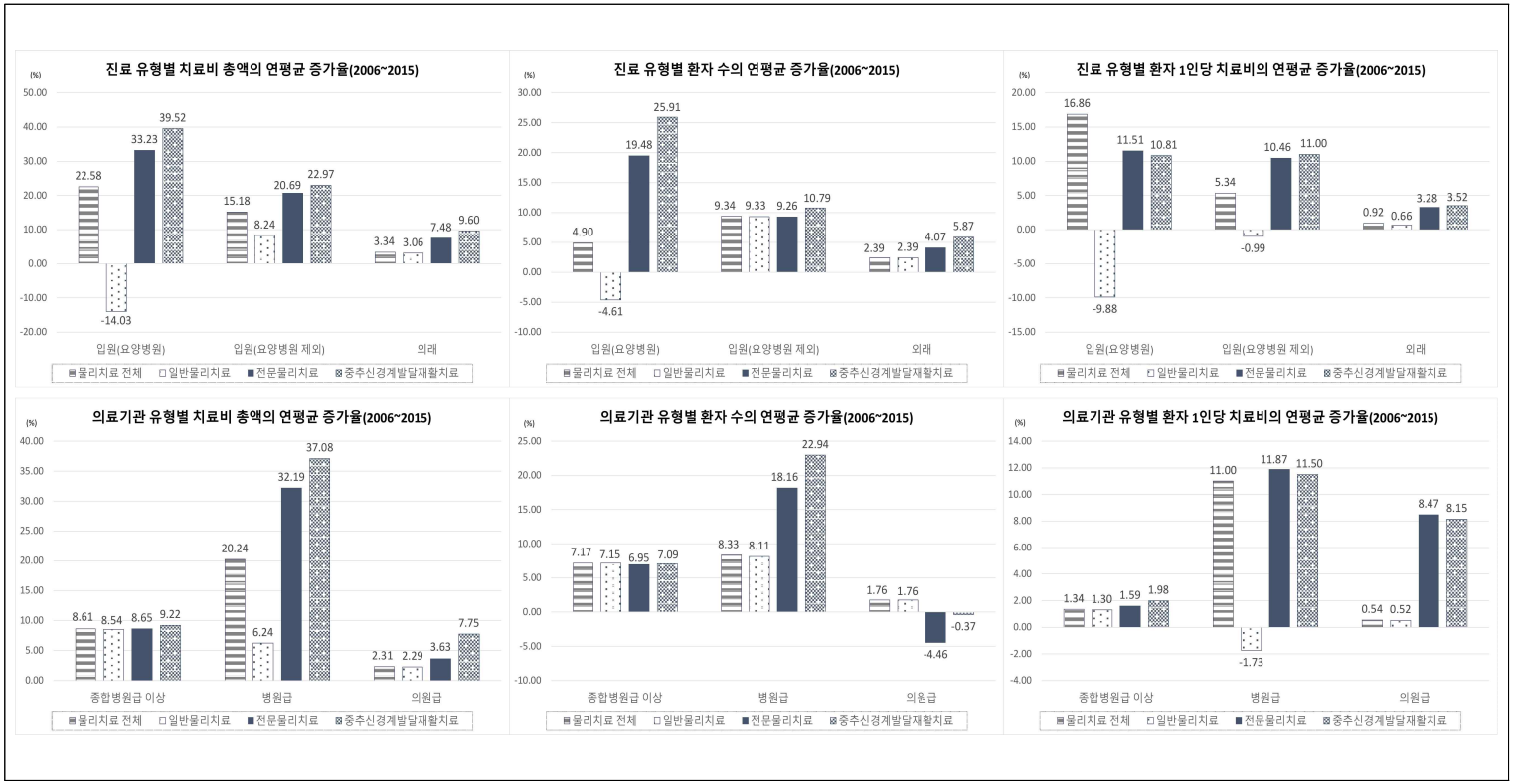
달장애로 인해 전문적인 재활치료를 받는 10세 미만의 환자 역시 빠르게 증가하고 있음을 특징적으로 살펴볼 수 있었다.

장애유무별로 봤을 때는 장애 유무와 상관없이 전문물리치료의 환자 수와 치료비 총액의 연평균 증가율이 물리치료 전체나 일반물리치료 영역보다 더 높게 나타났고, 특히 장애가 있는 경우에는 증가율이 더 높았다. 중추신경계 발달재활치료도 동일한 경향을 보였으며, 비장애인의 1인당 치료비를 제외하고는 전문물리치료 영역보다 연평균 증가율이 더 높게 나타났다.

공급자 특성별 결과는 [그림 8]과 같다. 진료 유형을 요양병원 입원과 요양병원을 제외한 입원, 그리고 외래로 나누었을 때 전문물리치료 영역의 증가율은 요양병원 입원(치료비 증가율 33.23%, 환자 수 증가율 19.48%)이 가장 높게 나타났다. 뿐만 아니라 요양병원 입원에서는 일반물리치료 환자 수(-4.61%)와 1인당 치료비(-9.88%)의 증가율이 모두 감소하고 있었다. 이는 많은 재활병원들이 요양병원으로 귀속되어 나타난 현상으로 일부 설명할 수 있을 것이다. 요양병원은 본래 요양을 목적으로 하기 때문에 입원 기간의 제한이 없으며, 이로 인해 재활전문병원이 요양병원으로 종별 전환을 하는 경우가 많다(박인선, 2012). 전문재활치료를 제공하는 요양병원에 통증 조절을 목표로 하는 일반물리치료보다는 뇌손상 등으로 전문재활치료를 필요로 하는 환자들이 많이 입원하여 전문물리치료 영역의 비중이 높아지고 일반물리치료 영역의 비중이 낮아지는 것으로 해석할 수 있다. 또한 이러한 요양병원들은 대부분 2차 병원이기 때문에 종합병원급, 병원급, 의원급으로 나누어 살펴보았을 때 병원급에서 치료비 총액(32.19%)과 환자 수(18.16%)의 연평균 증가율이 가장 높게 나타난 결과와도 연결된다고 볼 수 있다.

중추신경계발달재활치료 환자 수의 증가 속도는 요양병원 입원(25.91%)과 병원급(22.94%) 모두 전문물리치료 영역보다 더 높게 나타났다. 전문재활치료는 재활의학과 의사가 처방할 수 있지만, 전문재활치료 중에서도 중추신경계발달재활치료는 물리치료사 중에서도 국가에서 정하는 전문교육을 이수한 자가 시행해야 인정받을 수 있다. 즉, 물리치료 공급기관에서도 전문성이 상대적으로 높은 물리치료사에 대한 선호가 매우 높다는 것을 알 수 있다.

[그림 7] 이용자 특성별 물리치료 이용의 연평균 증가율(2006~2015)



[그림 8] 공급자 특성별 물리치료 이용의 연평균 증가율(2006~2015)

2. 물리치료 시장변동의 기여 요인

2절에서는 물리치료 시장변동의 기여 요인을 인구학적 요인과 의료이용 요인으로 나누어 각 요인의 기여도를 살펴보았다. 인구학적 요인은 인구규모, 인구구조 또는 고령화, 장애율이며, 의료이용 요인은 해당 서비스를 이용한 환자 비율, 환자 1인당 서비스 이용량, 환산지수이다. 각 요인의 변화가 해당치료군의 서비스 비용 증가에 어느 정도 기여했는지 확인하고자 한다.

이를 위해 첫째, 2006년부터 2015년까지 치료적 재활서비스 비용의 총액과 의료비 증가 구성요인의 연도별 변화를 확인하였다. 둘째, LMDI 요인분해법을 적용하여 치료적 재활서비스 비용 증가에 대한 치료영역별 구성요인의 기여도를 확인하였다. 셋째, 물리치료 영역에 대한 심층적인 분석을 위해 일반물리치료, 전문물리치료, 중추신경계발달재활치료 항목으로 나누었고 이용자 특성을 고려하여 연령대별 비용 증가의 구성요인 기여도를 살펴보았다. 넷째, 공급자 특성을 고려하여 진료 유형별, 의료기관 유형별로 요인분해 분석을 실시하였다.

1) 치료적 재활서비스 비용 증가의 연도별 현황

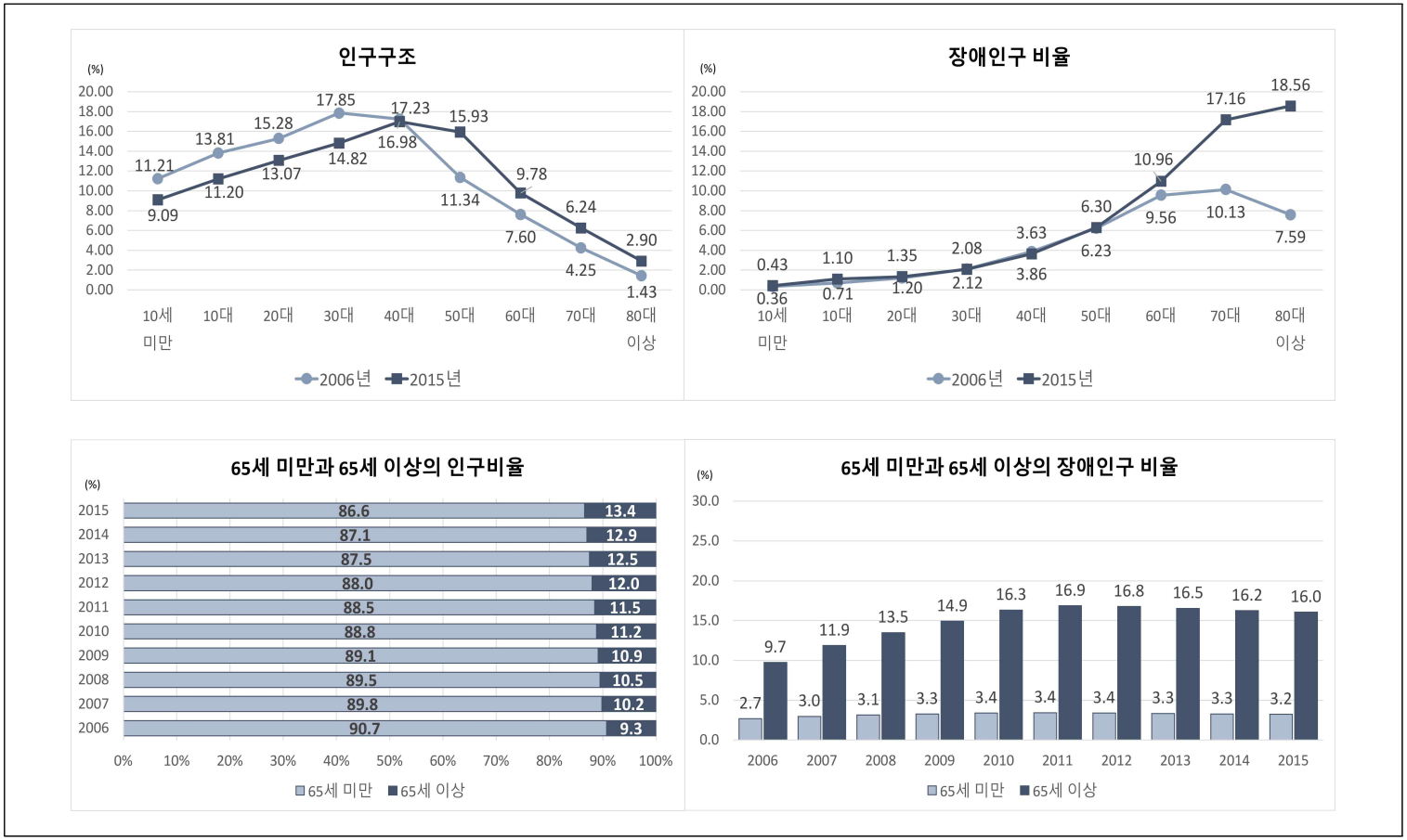
치료적 재활서비스 비용 총액을 치료 환자 비율과 환자 1인당 이용량으로 나누었다. 치료 환자 비율은 질병이나 증상으로 환자가 의료기관을 찾는 것이기 때문에 환자의 영향이 많이 반영되는 요인이라고 볼 수 있다. 환자 1인당 이용량은 환자 1인당 지출한 치료비를 환산지수로 나누어 계산하였다. 이는 주시술자의 업무량, 인건비, 장비비, 재료비, 행위별 위험도 등을 반영한 상대가치점수로 환자 1인당 이용한 서비스의 강도라고 볼 수 있다(정채림, 2015). 의료기관 내에서 이루어지는 의료행위이기 때문에 공급자의 영향이 좀 더 많이 반영된 요인이라 볼 수 있다.

일반물리치료 영역의 환자 1인당 이용량은 2006년 1,127점에서 2015년 1,049점으로 환자 1인당 이용하는 서비스의 강도가 줄어든 반면, 비물리치료 영역과 전문물리치료 영역에서는 각각 4,249점, 21,129점이 증가하였다. 중추신경계발달재활치료 항목도 2006년 14,506점에서 2015년 27,676점으로 13,170점이 증가하는 등 환자 1인당 이용하는 서비스의 강도가 증가하고 있음을 알 수 있다<표 16>.

서비스 비용 증가에 영향을 미치는 인구요인의 변화는 연령대별 인구구조와 장애인구 비율, 65세를 기준으로 한 고령화 비율로 살펴보았다[그림 9]. 2006년과 2015년의 인구구조를 비교했을 때 40대 이하에서는 연령대별 인구 비율이 줄어들었고 50대 이상에서는 연령대별 비율이 더 높아지는 양상을 보였다. 장애인구 비율은 60대 이상에서 2006년과 2015년의 격차가 벌어지는 모습을 보였다. 특히 80대 이상 장애 인구 비율이 70대 장애 인구 비율보다 더 높아져 고령의 생존 장애인이 많아졌음을 알 수 있다. 65세 이상 인구 비율은 2006년 9.3%에서 2015년 13.4%까지 연도별로 증가하는 양상을 보였다. 65세 미만의 장애인구 비율은 3%대 전후를 유지한 반면, 65세 이상의 장애 비율은 2006년 9.7%에서 2015년 16.0%로 증가하였다. 그러나 40대 이하 인구 비율이 줄어든 것을 고려하면 65세 미만 장애인구 역시 증가하고 있다고 볼 수 있다.

<표 16> 치료적 재활서비스 비용 변화 요인의 연도별 현황

연도	치료적 재활서비스 전체									중추신경계발달재활치료		
	비물리치료 영역			물리치료 영역								
				일반물리치료			전문물리치료					
	치료비 총액	치료 환자 비율	환자 1인당 이용량	치료비 총액	치료 환자 비율	환자 1인당 이용량	치료비 총액	치료 환자 비율	환자 1인당 이용량	치료비 총액	치료 환자 비율	환자 1인당 이용량
	백만 원	%	점	백만 원	%	점	백만 원	%	점	백만 원	%	점
2006	697	1.12	4,055	8,912	20.69	1,127	1,560	0.13	25,690	577	0.09	14,506
2007	1,166	1.42	6,148	9,867	21.70	1,204	2,384	0.16	35,921	917	0.11	19,560
2008	1,470	1.62	6,844	9,565	22.14	1,050	3,379	0.19	37,983	1,227	0.12	20,039
2009	1,712	1.82	6,854	10,463	22.95	1,104	4,141	0.20	43,007	1,600	0.13	24,087
2010	2,046	1.99	6,526	10,847	23.71	1,081	4,982	0.22	44,132	1,997	0.15	24,675
2011	2,335	2.03	6,678	11,007	24.38	1,049	5,921	0.24	43,954	2,456	0.17	25,242
2012	2,593	1.99	7,565	11,248	24.44	1,033	6,668	0.26	45,988	2,902	0.19	26,761
2013	2,764	1.99	7,500	11,571	24.57	1,031	7,344	0.26	45,146	3,215	0.19	26,925
2014	3,252	1.94	8,233	11,957	24.80	1,039	8,758	0.27	46,823	3,848	0.21	27,434
2015	3,572	1.96	8,303	11,954	24.94	1,049	9,686	0.29	46,819	4,256	0.22	27,676
'06 대비 '15 증감	2,875	0.84(%p)	4,249	3,042	4.24(%p)	-78	8,125	0.16(%p)	21,129	3,680	0.14(%p)	13,170



[그림 9] 인구구조와 장애 인구 비율의 변화

2) 치료적 재활서비스 비용 증가에 대한 기여도 분해 분석 결과

다음으로 치료적 재활서비스 비용 증가에 대한 치료영역별 구성요인의 기여도를 분석하였다. 인구 규모, 고령화, 장애율은 인구학적 요인으로, 환자 비율, 환자 1인당 이용량, 환산지수는 1인당 치료비 증가 요인으로 보았다. <표 17>에서는 인구구조의 변화를 65세 미만과 이상으로 나누어 분석하였으며 이를 고령화 요인으로 명명하였다.

분석 결과, 2006년부터 2015년까지 치료적 재활서비스 전체는 140억 4200만 원 증가하였는데 이 중 인구학적 요인으로 인한 증가가 32억 6700만 원(23.3%), 1인당 치료 증가 요인으로 인한 증가가 107억 7500만 원(76.7%)이었다. 국내 선행연구들과 마찬가지로 의료비 증가에서 인구학적 요인보다 의료이용 요인의 기여도가 높게 나타났다. 인구 고령화와 같은 인구학적 요인으로 인구구조가 변하고 장애율이 증가하지 않았더라도 2006년 대비 2015년의 치료적 재활서비스 비용은 107억 7500만 원 증가했을 것이라고 해석할 수 있다.

치료적 재활서비스 비용을 치료영역별로 나누어 살펴보면 일반물리치료 비용 증가의 기여분(30억 4200만 원)은 치료적 재활서비스 전체 증가의 21.7%를 차지하였고, 전문물리치료의 기여도는 57.9%(81억 2500만 원)를 차지하였다. 전문물리치료 중 중추신경계발달재활치료는 치료적 재활서비스 전체 증가분의 26.2%(36억 8000만 원)를 차지하여 단일 항목이지만 전체 비용 증가 차지하는 기여도가 매우 높음을 알 수 있다.

인구학적 요인의 기여도는 일반물리치료의 기여도가 다른 치료 영역보다 높은 비율(12.3%)을 차지했는데 특히 고령화의 기여도가 8.4%(11억 7600만 원)를 차지하여 65세 이상 고령 인구의 증가가 일반물리치료 비용에 높게 기여하고 있음을 알 수 있다. 반면, 환자 1인당 이용량은 줄어들어 전체 치료 비용의 12.0%(16억 7800만 원)을 감소시켰다. 그렇지만 환자 비율 증가로 인한 기여분이 9억 3200만 원(6.6%), 환산지수 증가로 인한 기여분이 20억 5700만 원(14.6%)으로 나타나 일반물리치료를 받은 환자의 1인당 치료비 증가 기여도는 전체 치료비 증가의 9.3%(13억 1000만 원)을 차지하였다.

일반물리치료의 양상과 다르게 전문물리치료는 1인당 치료비 증가의 기여도가 치료적 재활서비스 전체 치료비 증가의 50%(70억 1500만 원)를 기여한 것으로 나타났다. 세부적으로 봤을 때 환자 비율 증가가 18.8%(26억 3900만 원), 환자 1인당 이용량의 증가가 23.7%(33억 2700만 원)를 차지하여 환자 자체의 증가와 환자가 의료기관에 방문하여 이용한 치료서비스 양의 증가 모두 치료적 재활서비스 비용 증가에 높게 기여하고 있음을 알 수 있다.

중추신경계발달재활치료의 경우 환자 비율의 증가가 10.5%(14억 8000만 원)의 기여도를 차지했는데 뇌손상이나 척수손상과 같은 중추신경계 손상으로 전문적인 물리치료를 받는 환자가 많아진 것이 전체 재활서비스 비용 증가에 10.5% 수준으로 기여했다고 해석할 수 있다.

<표 17> 치료적 재활서비스 비용 증가에 대한 치료 영역별 구성요인의 기여도

구성요인	단위	비물리치료 영역	물리치료 영역			치료적 재활서비스 전체
			일반물리치료	전문물리치료	중추신경계 발달재활치료	
인구학적 요인 변화의 기여도(A)	**백만 원**	**421**	**1,732**	**1,110**	**418**	**3,267**
	%	**3.0**	**12.3**	**7.9**	**3.0**	**23.3**
인구 규모(a1)	백만 원	74	404	185	77	664
	%	0.5	2.9	1.3	0.5	4.7
고령화(a2)	백만 원	263	1,176	698	269	2,139
	%	1.9	8.4	5.0	1.9	15.2
장애율(a3)	백만 원	84	151	227	73	465
	%	0.6	1.1	1.6	0.5	3.3
1인당 치료비 증가의 기여도(B)	**백만 원**	**2,454**	**1,310**	**7,015**	**3,262**	**10,775**
	%	**17.5**	**9.3**	**50.0**	**23.2**	**76.7**
환자 비율(b1)	백만 원	547	932	2,639	1,480	1,295
	%	3.9	6.6	18.8	10.5	9.2
환자 1인당 이용량(b2)	백만 원	1,492	-1,678	3,327	1,341	5,958
	%	10.6	-12.0	23.7	9.6	42.4
환산지수(b3)	백만 원	415	2,057	1,049	440	3,523
	%	3.0	14.6	7.5	3.1	25.1
치료비 증가(A+B)	**백만 원**	**2,875**	**3,042**	**8,125**	**3,680**	**14,042**
	%	**20.5**	**21.7**	**57.9**	**26.2**	**100.0**

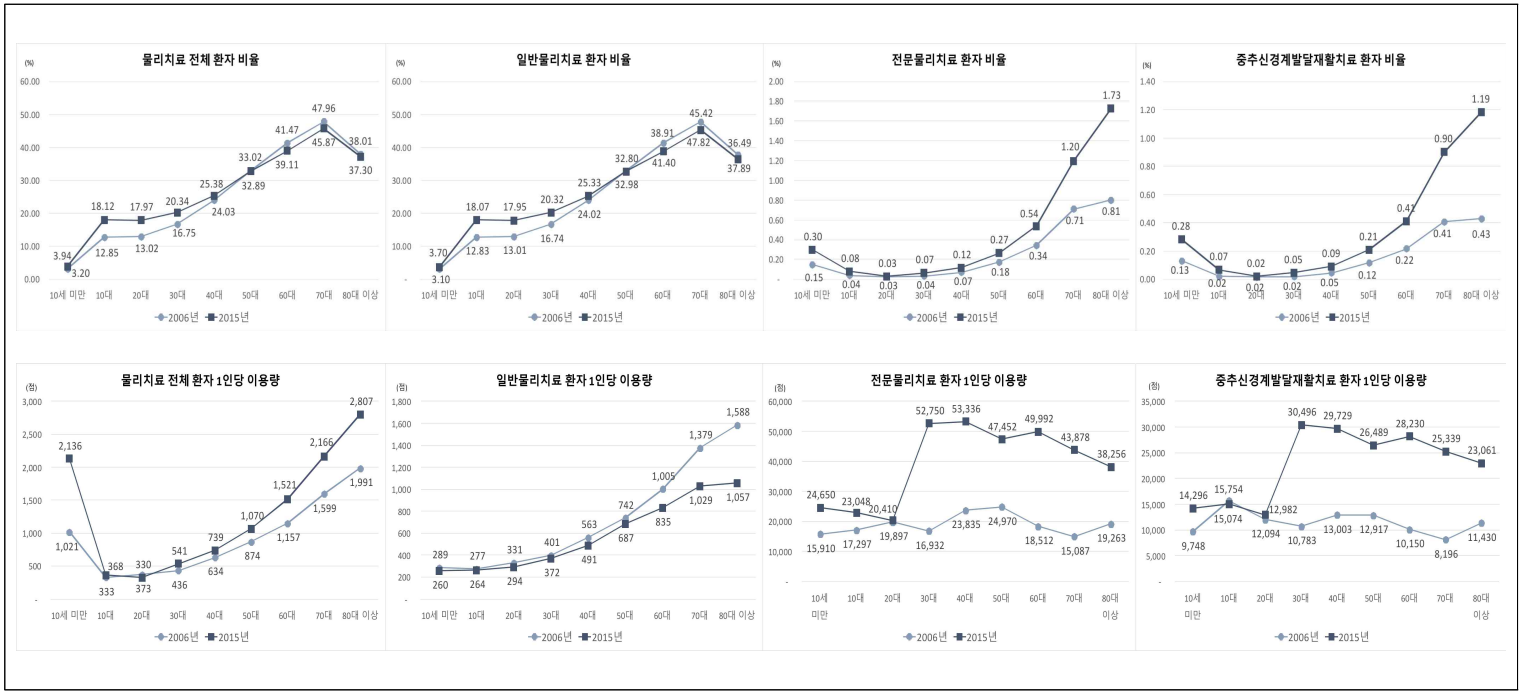
3) 이용자 특성을 고려한 물리치료 비용 증가의 기여도

물리치료 영역에서 나타나는 기여도의 차이를 심층적으로 분석하기 위해 일반물리치료, 전문물리치료, 중추신경계발달재활치료를 각각 연령대별로 세분화하여 이용자별 기여도의 차이가 나타나는지 확인하였다.

먼저 연령대별 물리치료 이용 현황을 살펴보면 [그림 10]과 같다. 50대 이하의 연령대에서는 2006년보다 2015년에 물리치료 영역 전체의 환자 비율이 증가하였고, 60대 이상의 연령대에서는 반대로 나타났다. 2006년과 2015년 모두 10세 미만의 환자 비율이 3%대로 가장 낮고 10대와 20대는 10%대의 비율을 보이다가 30대부터 점차 증가하였으며 70대에서 40% 중후반대를 기록한 후 80대 이상에서 다시 30%대로 떨어지는 양상이 동일하게 나타났다. 일반물리치료의 연령대별 환자 비율도 물리치료 영역 전체와 비슷한 특징을 보였다. 전문물리치료 환자의 비율은 다른 양상을 나타냈는데 10세 미만의 환자 비율이 20~40대까지의 환자 비율보다 높았고 50대부터는 연령대가 높아질수록 환자 비율도 높아지는 양상을 보였다. 2006년보다 2015년에서 연령대별 비율의 차이가 더 크게 나타났다. 특히 10세 미만과 60대 이상의 연령대에서 전문물리치료 환자 비율의 증가 폭이 컸다. 중추신경계발달재활치료 환자의 연령대별 비율도 전문물리치료 전체와 비슷한 양상을 보였고, 두 환자군의 연령대 비율에 큰 차이가 없다는 것이 특징적이었다. 즉, 전문물리치료를 이용하는 환자의 대부분이 중추신경계발달재활치료를 이용하였으며, 이는 뇌손상이나 척수손상 등 신경계 손상으로 전문재활치료를 받는 환자의 대부분이 특정 자격요건을 갖춘 물리치료사에게 치료를 받은 것으로 해석된다. 그리고 10세 미만과 60대 이상의 연령대에서 이러한 전문적인 서비스를 이용하는 환자의 비율이 2006년에 비해 2015년에 큰 폭으로 증가하였음을 알 수 있다.

환자 1인당 이용량은 일반물리치료의 경우 연령대가 증가함에 따라 이용량이 증가하는 양상을 보였으며, 특히 60대 이상에서 2006년 대비 2015년의 증가폭이 크게 나타났다. 전문물리치료는 20대를 제외한 모든 연령대에서 2006년 대비 2015년의 이용량이 큰 폭으로 증가하였고, 30대 이상의

환자에서 특히 크게 증가하였다. 중추신경계발달재활치료의 연령대별 이용량도 비슷한 특징을 보였는데 이러한 결과는 30대 이상에서 중추신경계 손상이 왔을 때 재활을 목적으로 환자 1인당 받는 전문적인 물리치료 서비스의 강도가 매우 높아졌다고 해석된다. 30대 이상의 연령대보다 증가 폭은 작지만 10세 미만에서도 신경계 손상으로 인한 환자의 전문치료 이용량의 강도가 2006년(9,748점)보다 2015년(14,296점)으로 높아졌음을 확인할 수 있었다.



[그림 10] 연령대별 물리치료 이용 현황(2006~2015)

다음은 물리치료 비용 증가의 각 구성요인들의 기여도를 연령대별로 분해한 결과이다. <표 18>을 살펴보면 2006년부터 2015년까지의 일반물리치료 비용 증가분 30억 4200만 원에 대해 50대의 기여도가 35.4%(10억 7600만 원)으로 가장 높게 나타났다. 60대 이상 연령대의 기여도 역시 40대 이하의 연령대보다 높았는데 이처럼 50대 이상 연령대의 기여도가 높은 데는 인구학적 요인 변화가 98.1% 수준으로 압도적으로 기여하고 있었다. 즉, 환자 비율이나 환자 1인당 이용량의 증가, 수가의 상승이 있지 않았어도 일반물리치료 비용은 50대 이상의 인구수나 장애율과 같은 인구학적 요인에 의해 증가했을 것이라고 해석할 수 있다. 오히려 50대 이상 연령대에서 환자 비율과 환자 1인당 이용량은 줄어든 것으로 확인된다. 즉, 50대 이상에서 온열·전기·광선치료와 같이 통증 조절을 위해 물리적 기제를 사용하여 치료적 반응을 유발하는 치료적 모달리티(modality) 환자의 비율은 줄었으나, 해당 연령대의 인구 자체가 늘어 비용 증가가 발생한 것으로 해석된다. 또한 환자 1인당 이용량은 모든 연령대에서 음의 기여도를 나타내고 있어 의료기관 내에서도 전문성이 상대적으로 높지 않은 물리치료의 제공이 점차 줄어들고 있음을 알 수 있다.

반면 전문물리치료는 모든 연령층에서 환자 비율의 증가가 비용 증가에 기여하고 있는 것으로 나타났다<표 19>. 특히 10세 미만은 인구학적 요인의 감소로 전문물리치료 비용 증가에 4300만 원 정도의 음의 기여도를 나타냈으나, 1인당 치료비 증가의 기여도는 전문물리치료 비용 증가의 5%(4억 600만 원)를 차지하는 등 10~30대보다 더 높게 나타났다. 10세 미만의 경우 환자 비율 증가와 이용량 증가가 전문물리치료 비용 증가에 각각 2.5%(2억 500만 원), 1.6%(1억 2900만 원)만큼 기여하였다. 전문물리치료 비용 증가에 대한 50대 이상 연령대의 기여도는 81.9%로 압도적이었는데 인구학적 요인과 의료이용 요인 모두 다른 연령대보다 높았다. 특히 60대와 70대의 환자 1인당 이용량 증가가 전문물리치료 비용 증가에 각각 10.9%(8억 8400만 원), 12.9%(10억 4700만 원)를 차지하는 것으로 나타나 60~70대의 고령층에서 뇌손상 등 신경계 손상으로 받는 전문재활치료의 강도가 높아진 것이 다른 연령대보다 비용 증가에 높게 기여한 요인으로

확인되었다.

중추신경계발달재활치료 비용 증가에 대한 연령대별 기여도도 전문물리치료와 비슷한 양상을 띠었는데 앞서 전문물리치료 이용 환자의 대부분이 중추신경계발달재활치료를 받고 있었다는 점에서 연령대별 기여도 역시 유사한 양상을 보이는 것으로 생각된다<표 20>.

<표 18> 일반물리치료비 증가에 대한 연령대별 구성요인의 기여도

구성요인	단위	10세 미만	10대	20대	30대	40대	50대	60대	70대	80대 이상	전체
인구학적 요인 변화의 기여도(A)	**백만 원**	**-11**	**-66**	**-49**	**-122**	**31**	**847**	**671**	**923**	**549**	**2,773**
	%	**-0.4**	**-2.2**	**-1.6**	**-4.0**	**1.0**	**27.8**	**22.0**	**30.3**	**18.0**	**91.2**
인구구조(a1)	백만 원	-12	-68	-51	-122	36	847	656	887	536	2,710
	%	-0.4	-2.2	-1.7	-4.0	1.2	27.9	21.6	29.1	17.6	89.1
장애율(a2)	백만 원	1	2	1	0	-5	0	15	36	13	63
	%	0.0	0.1	0.0	0.0	-0.2	0.0	0.5	1.2	0.4	2.1
1인당 치료비 증가의 기여도(B)	**백만 원**	**17**	**177**	**179**	**251**	**171**	**229**	**-157**	**-386**	**-212**	**269**
	%	**0.5**	**5.8**	**5.9**	**8.3**	**5.6**	**7.5**	**-5.1**	**-12.7**	**-7.0**	**8.8**
환자 비율(b1)	백만 원	11	123	141	157	78	-46	-149	-120	-32	162
	%	0.4	4.1	4.6	5.2	2.6	-1.5	-4.9	-4.0	-1.1	5.3
환자 1인당 이용량(b2)	백만 원	-7	-16	-49	-63	-211	-172	-432	-681	-320	-1,950
	%	-0.2	-0.5	-1.6	-2.1	-6.9	-5.7	-14.2	-22.4	-10.5	-64.1
환산지수(b3)	백만 원	13	70	86	157	304	447	424	415	140	2,057
	%	0.4	2.3	2.8	5.2	10.0	14.7	14.0	13.6	4.6	67.6
치료비 증가(A+B)	**백만 원**	**6**	**111**	**129**	**129**	**203**	**1,076**	**514**	**537**	**337**	**3,042**
	%	**0.2**	**3.7**	**4.3**	**4.2**	**6.7**	**35.4**	**16.9**	**17.6**	**11.1**	**100.0**

<표 19> 전문물리치료비 증가에 대한 연령대별 구성요인의 기여도

구성요인	단위	10세 미만	10대	20대	30대	40대	50대	60대	70대	80대 이상	전체
인구학적 요인 변화의 기여도(A)	**백만 원**	**-43**	**6**	**-6**	**-50**	**-32**	**280**	**313**	**477**	**485**	**1,431**
	%	**-0.5**	**0.1**	**-0.1**	**-0.6**	**-0.4**	**3.4**	**3.9**	**5.9**	**6.0**	**17.6**
인구구조(a1)	백만 원	-56	-25	-13	-36	6	341	363	422	443	1,446
	%	-0.7	-0.3	-0.2	-0.4	0.1	4.2	4.5	5.2	5.5	17.8
장애율(a2)	백만 원	13	31	7	-14	-38	-61	-50	55	42	-15
	%	0.2	0.4	0.1	-0.2	-0.5	-0.7	-0.6	0.7	0.5	-0.2
1인당 치료비 증가의 기여도(B)	**백만 원**	**406**	**98**	**22**	**383**	**685**	**983**	**1447**	**1799**	**872**	**6,694**
	%	**5.0**	**1.2**	**0.3**	**4.7**	**8.4**	**12.1**	**17.8**	**22.1**	**10.7**	**82.4**
환자 비율(b1)	백만 원	205	58	25	169	281	449	346	500	295	2,327
	%	2.5	0.7	0.3	2.1	3.5	5.5	4.3	6.2	3.6	28.6
환자 1인당 이용량(b2)	백만 원	129	19	-24	168	306	338	884	1,047	453	3,320
	%	1.6	0.2	-0.3	2.1	3.8	4.2	10.9	12.9	5.6	40.9
환산지수(b3)	백만 원	72	21	21	46	99	196	216	252	124	1,048
	%	0.9	0.3	0.3	0.6	1.2	2.4	2.7	3.1	1.5	12.9
치료비 증가(A+B)	**백만 원**	**364**	**104**	**16**	**333**	**653**	**1,263**	**1,760**	**2,276**	**1,357**	**8,125**
	%	**4.5**	**1.3**	**0.2**	**4.1**	**8.0**	**15.5**	**21.7**	**28.0**	**16.7**	**100.0**

<표 20> 중추신경계발달재활치료비 증가에 대한 연령대별 구성요인의 기여도

구성요인	단위	10세 미만	10대	20대	30대	40대	50대	60대	70대	80대 이상	전체
인구학적 요인 변화의 기여도(A)	**백만 원**	**-25**	**3**	**-3**	**-22**	**-17**	**108**	**120**	**173**	**185**	**418**
	%	**-0.7**	**0.1**	**-0.1**	**-0.6**	**-0.4**	**2.9**	**3.3**	**4.7**	**5.0**	**11.4**
인구구조(a1)	백만 원	-32	-14	-5	-15	2	139	151	160	168	346
	%	-0.9	-0.4	-0.1	-0.4	0.1	3.8	4.1	4.3	4.6	9.4
장애율(a2)	백만 원	7	17	3	-7	-19	-31	-31	13	17	73
	%	0.2	0.5	0.1	-0.2	-0.5	-0.8	-0.8	0.4	0.5	2.0
1인당 치료비 증가의 기여도(B)	**백만 원**	**223**	**57**	**11**	**170**	**315**	**478**	**663**	**852**	**389**	**3,262**
	%	**6.1**	**1.5**	**0.3**	**4.6**	**8.6**	**13.0**	**18.0**	**23.1**	**10.6**	**88.6**
환자 비율(b1)	백만 원	120	42	6	85	144	242	221	335	187	1,480
	%	3.3	1.2	0.2	2.3	3.9	6.6	6.0	9.1	5.1	40.2
환자 1인당 이용량(b2)	백만 원	62	3	-4	65	130	154	355	416	154	1,341
	%	1.7	0.1	-0.1	1.8	3.5	4.2	9.6	11.3	4.2	36.5
환산지수(b3)	백만 원	41	12	9	19	42	82	88	100	47	440
	%	1.1	0.3	0.2	0.5	1.1	2.2	2.4	2.7	1.3	12.0
치료비 증가(A+B)	**백만 원**	**198**	**59**	**8**	**148**	**299**	**586**	**783**	**1,025**	**575**	**3,680**
	%	**5.4**	**1.6**	**0.2**	**4.0**	**8.1**	**15.9**	**21.3**	**27.9**	**15.6**	**100.0**

4) 공급자 특성을 고려한 물리치료 비용 증가의 기여도

가. 진료 유형별 물리치료 비용 증가의 기여도

공급자 특성별로 물리치료 비용 증가에 차이가 나타나는지를 확인하기 위해 먼저 진료 유형별로 세분화하였다.

진료 유형별 물리치료 이용 현황을 살펴보면 <표 21>과 같다. 일반물리치료는 요양병원 입원에서 2015년에 비용 지출이 2006년보다 3억 200만 원 줄었고, 치료 환자 비율(-0.04%p)과 환자 1인당 이용량(-4,627점)도 모두 감소한 것으로 나타났다. 요양병원을 제외한 입원에서는 2006년보다 2015년의 치료비 총액이 9억 9400만 원, 치료 환자 비율이 1.19%p 증가하였으나 환자 1인당 이용량은 363점 줄어든 것으로 확인되었다. 외래는 2015년 치료비 총액이 2006년보다 23억 5000만 원, 치료 환자 비율이 3.85%p 증가하였으나 환자 1인당 이용량은 74점 줄어들었다. 즉, 통증치료와 같은 일반물리치료는 입원보다 주로 외래에서 이용이 많이 증가한 것을 알 수 있다. 입원 환자들에게는 전문성이 비교적 낮은 물리치료의 서비스 제공 강도가 점점 줄고 있으며, 특히 요양병원은 전문성이 낮은 물리치료를 제공하는 환자의 비중 자체도 줄고 있는 것으로 확인되었다. 특히 2007년에 치료 환자의 비율이 0.20%이었다가 2008년(0.07%)을 기점으로 대폭 줄어들었는데 이는 2008년부터 시행한 요양병원 일당정액제의 영향으로 보인다.

반대로, 전문물리치료는 요양병원 입원의 증감이 가장 컸고, 외래가 가장 적었다. 이 또한 2008년을 기점으로 변화의 폭이 크게 나타났는데 요양병원 입원과 요양병원을 제외한 기관의 입원 환자 중 전문물리치료를 받는 환자의 비율은 각각 0.08%p, 0.09%p로 비슷한 폭으로 상승하였으나 환자 1인당 이용량의 증가 정도는 요양병원이 33,706점으로 요양병원을 제외한 입원의 16,621점보다 훨씬 높았다. 2008년 요양병원 일당정액제를 도입하면서 전문재활치료 항목에는 예외적으로 행위별 수가를 적용할 수 있도록 했는데 이러한 요양병원 입원 수가제도의 영향을 받은 것으로 보인다.

중추신경계발달재활치료도 요양병원 입원의 환자 1인당 이용량의 증가(17,316점)가 요양병원을 제외한 입원의 환자 1인당 이용량 증가(9,848점)보다 크고 외래의 이용 증가폭은 작게 나타나는 등 전문물리치료와 비슷한 변화 양상을 보였다.

<표 21> 진료 유형별 물리치료 이용 현황(2006~2015)

치료영역	진료 유형	구성요인	단위	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2006년 대비 2015년 증감
일반 물리치료	입원 (요양병원)	치료비 총액	백만 원	406	771	153	172	195	99	59	67	79	104	-302
		치료 환자 비율	%	0.10	0.20	0.07	0.06	0.07	0.06	0.04	0.05	0.05	0.06	-0.04(%p)
		환자 1인당 이용량	점	6,845	6,008	3,447	4,129	4,283	2,459	1,898	1,909	2,141	2,219	-4,627
	입원 (요양병원 제외)	치료비 총액	백만 원	956	1,168	1,416	1,636	1,766	1,762	1,853	1,888	1,959	1,950	994
		치료 환자 비율	%	1.04	1.23	1.47	1.66	1.83	1.90	2.03	2.09	2.16	2.23	1.19(%p)
		환자 1인당 이용량	점	1,483	1,477	1,472	1,469	1,402	1,322	1,266	1,220	1,193	1,120	-363
	외래	치료비 총액	백만 원	7,550	7,928	7,995	8,655	8,885	9,146	9,336	9,616	9,918	9,900	2,350
		치료 환자 비율	%	20.29	21.15	21.59	22.34	23.03	23.71	23.74	23.86	24.05	24.14	3.85(%p)
		환자 1인당 이용량	점	600	585	565	577	560	549	546	545	543	526	-74
전문 물리치료	입원 (요양병원)	치료비 총액	백만 원	349	725	1,074	1,291	1,598	2,038	2,467	3,138	4,010	4,612	4,263
		치료 환자 비율	%	0.02	0.04	0.05	0.05	0.05	0.06	0.07	0.08	0.08	0.10	0.08(%p)
		환자 1인당 이용량	점	28,027	30,562	35,579	42,166	42,983	49,143	49,673	56,077	62,900	61,733	33,706
	입원 (요양병원 제외)	치료비 총액	백만 원	783	1,183	1,747	2,236	2,696	3,133	3,419	3,427	3,910	4,253	3,471
		치료 환자 비율	%	0.08	0.09	0.11	0.12	0.13	0.14	0.15	0.15	0.16	0.17	0.09(%p)
		환자 1인당 이용량	점	16,242	19,883	23,603	28,422	29,185	31,013	30,690	30,199	32,037	32,863	16,621
	외래	치료비 총액	백만 원	429	476	558	614	688	750	782	779	838	821	392
		치료 환자 비율	%	0.06	0.06	0.06	0.07	0.07	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08	0.02(%p)
		환자 1인당 이용량	점	11,906	13,216	13,627	13,317	13,451	14,073	14,230	13,403	13,623	13,159	1,253
중추 신경계 발달 재활치료	입원 (요양병원)	치료비 총액	백만 원	100	231	335	438	577	805	1,018	1,335	1,718	2,004	1,904
		치료 환자 비율	%	0.01	0.02	0.02	0.03	0.04	0.04	0.05	0.06	0.07	0.08	0.07(%p)
		환자 1인당 이용량	점	16,001	18,915	21,241	24,456	23,871	27,309	27,384	31,121	34,099	33,317	17,316
	입원 (요양병원 제외)	치료비 총액	백만 원	281	446	620	850	1,059	1,259	1,460	1,447	1,664	1,806	1,525
		치료 환자 비율	%	0.05	0.06	0.08	0.08	0.10	0.10	0.11	0.11	0.12	0.12	0.07(%p)
		환자 1인당 이용량	점	8,846	10,973	12,534	15,721	15,983	17,597	18,774	17,493	18,077	18,694	9,848
	외래	치료비 총액	백만 원	196	240	272	311	361	392	424	433	466	447	251
		치료 환자 비율	%	0.04	0.05	0.05	0.05	0.06	0.06	0.06	0.06	0.07	0.07	0.02(%p)
		환자 1인당 이용량	점	7,728	8,296	8,863	9,003	9,314	9,515	9,692	9,222	9,193	8,722	993

다음은 물리치료 비용 증가의 각 구성요인들의 기여도를 진료 유형별로 분해하였다. 먼저 진료 유형별 각각의 기여도를 <표 22>,<표 23>,<표 24>에 제시하였다. 물리치료 영역별 증가분에 대한 진료 유형별 상대적인 기여도는 다음과 같다. 먼저 일반물리치료의 경우 2006년부터 2015년까지의 비용 증가분 30억 4200만 원에 대한 외래의 기여도가 77.3%(23억 5000만 원)으로 일반물리치료 비용 증가는 외래 환자에게 시행하는 물리치료 서비스가 대부분 기여하는 것으로 나타났다. 외래에서는 인구학적 요인의 변화로 인한 기여도가 44.3%로 거의 절반을 차지하여 고령 인구가 증가했기 때문에 통증치료 서비스 지출 비용이 증가한 것으로 해석된다. 앞서 진료 유형별 물리치료 이용 현황에서 2006년과 2015년의 결과를 비교했을 때는 외래 환자 1인당 이용량의 변화폭이 입원보다 적게 나타났으나, 인구학적 요인을 함께 고려한 기여도에서는 외래의 환자 1인당 이용량의 감소(-14억 원)가 비용 증가를 억제하는데 요양병원 입원(-3억 5300만 원)이나 요양병원을 제외한 입원(-4억 8500만 원)보다 더 크게 기여한 것으로 나타났다.

전문물리치료의 경우 요양병원 입원이 전문물리치료 비용 증가에 52.5%(42억 6300만 원) 기여한 것으로 나타났다. 특히 환자 비율의 기여도가 25.6%(20억 7800만 원)로 다른 진료 유형보다 높게 나타나 요양병원을 이용하는 신경계 손상 환자들이 많이 증가한 것으로 보인다. 요양병원을 제외한 입원에서는 환자 1인당 이용량의 기여도(17.2%)가 가장 높게 나타나 뇌손상 등으로 입원치료를 받는 환자들의 전문재활치료에 대한 서비스 이용량이 증가한 것이 비용 증가에 큰 영향을 미친 것으로 해석된다. 중추신경계발달재활치료의 경우에도 전문재활치료의 진료 유형별 기여도의 차이와 비슷한 양상을 보였는데 특히 요양병원 입원의 환자 비율이 중추신경계발달재활치료 비용 증가분의 30.5%(11억 2100만 원)를 기여한 것으로 나타나 요양병원에서 상대적으로 전문성이 높은 물리치료를 받는 환자들이 많이 증가하였고, 이것이 중추신경계발달재활치료 비용 증가의 주요인이 되었음을 확인하였다.

<표 22> 일반물리치료비 증가에 대한 진료 유형별 구성요인의 기여도

구성요인	단위	입원 (요양병원)	입원 (요양병원 제외)	외래	전체
인구학적 요인 변화의 기여도(A)	**백만 원**	**119**	**260**	**1,347**	**1,732**
	%	**3.9**	**8.5**	**44.3**	**56.9**
인구 규모(a1)	백만 원	10	60	334	404
	%	0.3	2.0	11.0	13.3
고령화(a2)	백만 원	68	153	953	1176
	%	2.2	5.0	31.3	38.7
장애율(a3)	백만 원	41	47	61	151
	%	1.4	1.6	2.0	5.0
1인당 치료비 증가의 기여도(B)	**백만 원**	**-421**	**734**	**1,003**	**1,310**
	%	**-13.8**	**24.1**	**33.0**	**43.1**
환자 비율(b1)	백만 원	-105	903	701	932
	%	-3.4	29.7	23.0	30.6
환자 1인당 이용량(b2)	백만 원	-353	-485	-1,400	-1,678
	%	-11.6	-15.9	-46.0	-55.2
환산지수(b3)	백만 원	37	316	1,702	2,057
	%	1.2	10.4	56.0	67.6
치료비 증가(A+B)	**백만 원**	**-302**	**994**	**2,350**	**3,042**
	%	**-9.9**	**32.7**	**77.3**	**100.0**

<표 23> 전문물리치료비 증가에 대한 진료 유형별 구성요인의 기여도

구성요인		입원 (요양병원)	입원 (요양병원 제외)	외래	전체
인구학적 요인 변화의 기여도(A)	**백만 원**	**520**	**473**	**114**	**1,110**
	%	**6.4**	**5.8**	**1.4**	**13.7**
인구 규모(a1)	백만 원	69	92	25	185
	%	0.8	1.1	0.3	2.3
고령화(a2)	백만 원	385	285	26	698
	%	4.7	3.5	0.3	8.6
장애율(a3)	백만 원	66	96	64	227
	%	0.8	1.2	0.8	2.8
1인당 치료비 증가의 기여도(B)	**백만 원**	**3,743**	**2,998**	**278**	**7,015**
	%	**46.1**	**36.9**	**3.4**	**86.3**
환자 비율(b1)	백만 원	2,078	1,086	138	2,639
	%	25.6	13.4	1.7	32.5
환자 1인당 이용량(b2)	백만 원	1,262	1,396	11	3,327
	%	15.5	17.2	0.1	40.9
환산지수(b3)	백만 원	403	515	130	1,049
	%	5.0	6.3	1.6	12.9
치료비 증가(A+B)	**백만 원**	**4,263**	**3,471**	**392**	**8,125**
	%	**52.5**	**42.7**	**4.8**	**100.0**

<표 24> 중추신경계발달재활치료비 증가에 대한 진료 유형별 구성요인의 기여도

구성요인		입원 (요양병원)	입원 (요양병원 제외)	외래	전체
인구학적 요인 변화의 기여도(A)	**백만 원**	**187**	**178**	**52**	**418**
	%	**5.1**	**4.8**	**1.4**	**11.4**
인구 규모(a1)	백만 원	27	37	13	77
	%	0.7	1.0	0.3	2.1
고령화(a2)	백만 원	147	111	10	269
	%	4.0	3.0	0.3	7.3
장애율(a3)	백만 원	13	30	29	73
	%	0.3	0.8	0.8	2.0
1인당 치료비 증가의 기여도(B)	**백만 원**	**1,717**	**1,347**	**199**	**3,262**
	%	**46.7**	**36.6**	**5.4**	**88.6**
환자 비율(b1)	백만 원	1,121	565	119	1,480
	%	30.5	15.3	3.2	40.2
환자 1인당 이용량(b2)	백만 원	435	573	12	1,341
	%	11.8	15.6	0.3	36.5
환산지수(b3)	백만 원	161	210	68	440
	%	4.4	5.7	1.9	12.0
치료비 증가(A+B)	**백만 원**	**1,904**	**1,525**	**251**	**3,680**
	%	**51.7**	**41.4**	**6.8**	**100.0**

나. 의료기관 유형별 물리치료 비용 증가의 기여도

끝으로 의료기관 유형별로 물리치료 비용 증가에 대한 기여도가 어떤 차이를 보이는지 분석하였다. 의료기관 유형별 물리치료 이용 현황을 살펴보면 <표 25>와 같다. 일반물리치료 비용은 의원급의 증가폭이 16억 2200만 원으로 가장 컸다. 환자 1인당 이용량은 모든 유형에서 2015년의 값이 2006년보다 감소한 것으로 나타나 전문성이 상대적으로 낮은 물리치료에 대한 서비스 제공량이 줄어들었음을 확인하였으며, 그 중에서도 병원급의 변화폭(-244점)이 가장 컸다. 요양병원을 병원급 규모라고 볼 때 요양병원의 입원 수가제도의 영향이 병원급의 이용량 감소에도 반영된 것으로 보인다. 이러한 현상은 전문물리치료의 이용 변화에서도 확인되었다. 병원급의 치료비용이 2008년(21억 5100만 원)을 기점으로 큰 폭으로 상승하기 시작했으며, 환자 1인당 이용량도 2009년을 기점(45,025점)으로 큰 폭으로 상승하였다. 중추신경계발달재활치료 역시 병원급에서 비용이 2008년(7억 2400만 원)을 기점으로 크게 상승하였고, 환자 1인당 이용량도 2009년을 기점(24,195점)으로 크게 상승하였다.

<표 25> 의료기관 유형별 물리치료 이용 현황(2006~2015)

치료영역	의료기관 유형	구성요인	단위	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2006년 대비 2015년 증감
일반 물리치료	종합병원급 이상	치료비 총액	백만 원	456	529	605	627	689	729	798	858	900	954	498
		치료 환자 비율	%	0.82	0.88	1.01	1.09	1.20	1.25	1.30	1.36	1.40	1.46	0.65(%p)
		환자 1인당 이용량	점	900	938	918	855	831	831	853	852	845	836	-65
	병원급	치료비 총액	백만 원	1,274	1,835	1,458	1,799	1,922	1,949	2,024	2,063	2,139	2,196	922
		치료 환자 비율	%	2.47	2.96	3.30	3.77	4.12	4.43	4.62	4.72	4.81	4.80	2.33(%p)
		환자 1인당 이용량	점	831	967	674	710	678	627	608	591	585	587	-244
	의원급	치료비 총액	백만 원	7,182	7,502	7,501	8,037	8,237	8,328	8,426	8,650	8,917	8,804	1,622
		치료 환자 비율	%	18.94	19.62	19.81	20.29	20.78	21.24	21.13	21.12	21.26	21.33	2.39(%p)
		환자 1인당 이용량	점	612	597	578	589	576	558	553	553	552	529	-82
전문 물리치료	종합병원급 이상	치료비 총액	백만 원	787	912	1,038	976	1,118	1,246	1,411	1,374	1,594	1,660	873
		치료 환자 비율	%	0.09	0.10	0.11	0.12	0.13	0.14	0.15	0.15	0.16	0.16	0.07(%p)
		환자 1인당 이용량	점	13,645	13,874	14,165	12,486	12,272	12,421	12,995	12,303	13,200	12,995	-650
	병원급	치료비 총액	백만 원	636	1,338	2,151	2,989	3,664	4,507	5,124	5,799	6,975	7,836	7,200
		치료 환자 비율	%	0.04	0.07	0.09	0.10	0.11	0.12	0.13	0.14	0.15	0.16	0.13(%p)
		환자 1인당 이용량	점	27,206	32,056	35,838	45,025	48,203	52,337	53,047	55,992	61,265	61,701	34,495
	의원급	치료비 총액	백만 원	138	134	190	176	201	169	133	171	189	190	52
		치료 환자 비율	%	0.02	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	-0.01(%p)
		환자 1인당 이용량	점	11,738	17,364	20,848	20,008	19,463	19,478	14,376	18,845	18,799	20,164	8,426
중추 신경계 발달 재활치료	종합병원급 이상	치료비 총액	백만 원	326	394	427	397	460	517	601	586	681	721	395
		치료 환자 비율	%	0.07	0.08	0.08	0.08	0.09	0.10	0.10	0.11	0.12	0.12	0.05(%p)
		환자 1인당 이용량	점	7,897	8,099	8,247	7,331	7,150	7,485	8,095	7,480	7,657	7,788	-108
	병원급	치료비 총액	백만 원	201	467	724	1,137	1,453	1,863	2,231	2,534	3,059	3,439	3,238
		치료 환자 비율	%	0.02	0.04	0.06	0.07	0.08	0.10	0.11	0.11	0.12	0.14	0.11(%p)
		환자 1인당 이용량	점	14,730	18,755	19,544	24,195	25,910	27,818	28,859	30,400	32,290	32,423	17,693
	의원급	치료비 총액	백만 원	49	56	76	66	84	75	70	96	108	97	47
		치료 환자 비율	%	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.00(%p)
		환자 1인당 이용량	점	8,837	9,979	13,249	14,823	15,521	14,324	11,001	15,022	14,176	14,785	5,948

다음으로 물리치료 비용 증가의 각 구성요인들의 기여도를 의료기관 유형별로 분해하였다. 먼저 의료기관 유형별 각각의 기여도를 <표 26>,<표 27>,<표 28>에 제시하였다. 물리치료 영역별 증가분에 대한 의료기관 유형별 상대적 기여도는 다음과 같다. 먼저 일반물리치료의 경우 2006년부터 2015년까지의 비용 증가분 30억 4200만 원에서 의원급의 기여도가 53.5%(16억 2200만 원)으로 과반을 차지하였다. 의원급의 기여요인들 중에서도 환산지수의 증가가 51.3%(15억 6100만 원), 고령화가 30.2%(9억 1900만 원)를 차지하여 일반물리치료 비용 증가에 높게 기여한 것으로 확인되었다. 2006년과 2015년 물리치료 이용량의 비교에서 의원급의 환자 1인당 이용량의 변화폭이 가장 낮게 나타났으나, 인구학적 요인을 함께 고려한 기여도에서는 의원급의 환자 1인당 이용량의 감소(-14억 6500만 원)가 일반물리치료 비용 증가를 억제하는데 종합병원급 이상(-5900만 원)이나 병원급(-5억 8600만 원)보다 더 크게 기여한 것으로 나타났다.

전문물리치료의 경우 병원급의 기여도가 88.6%(72억 원)로 압도적이었고 그 중에서도 병원급 환자 비율 증가가 38.9%(31억 5700만 원), 환자 1인당 이용량이 29.7%(24억 1500만 원)으로 전문물리치료 비용 증가에 높게 기여하고 있었다. 의원급에서는 전문물리치료를 이용하는 환자의 비율이 감소하여 전체 비용 증가를 억제하는데(-1.0%) 기여한 것으로 나타났다. 중추신경계발달재활치료의 경우에도 병원급의 기여도가 88.0%(32억 3800만 원)으로 대부분을 차지하였으며, 특히 환자 비율의 증가가 46.1%(16억 9700만 원) 기여하였다. 즉, 물리치료사 면허 외에 국가가 인정하는 전문 교육을 추가로 이수한 물리치료사만이 시행할 수 있는 서비스를 이용하는 신경계 손상 환자의 비율이 증가한 것이 해당 서비스 비용 증가에 높은 수준으로 기여하였고, 병원급에서 이러한 현상이 두드러지게 나타났다고 볼 수 있다.

<표 26> 일반물리치료비 증가에 대한 의료기관 유형별 구성요인의 기여도

구성요인	단위	종합병원급 이상	병원급	의원급	전체
인구학적 요인 변화의 기여도(A)	**백만 원**	**112**	**340**	**1,277**	**1,732**
	%	**3.7**	**11.2**	**42.0**	**56.9**
인구 규모(a1)	백만 원	26	70	308	404
	%	0.9	2.3	10.1	13.3
고령화(a2)	백만 원	63	193	919	1176
	%	2.1	6.3	30.2	38.7
장애율(a3)	백만 원	22	77	51	151
	%	0.7	2.5	1.7	5.0
1인당 치료비 증가의 기여도(B)	**백만 원**	**386**	**583**	**345**	**1,310**
	%	**12.7**	**19.2**	**11.3**	**43.1**
환자 비율(b1)	백만 원	308	811	249	932
	%	10.1	26.7	8.2	30.6
환자 1인당 이용량(b2)	백만 원	-59	-586	-1,465	-1,678
	%	-2.0	-19.3	-48.2	-55.2
환산지수(b3)	백만 원	137	358	1,561	2,057
	%	4.5	11.8	51.3	67.6
치료비 증가(A+B)	**백만 원**	**498**	**922**	**1,622**	**3,042**
	%	**16.4**	**30.3**	**53.3**	**100.0**

<표 27> 전문물리치료비 증가에 대한 의료기관 유형별 구성요인의 기여도

구성요인		종합병원급 이상	병원급	의원급	전체
인구학적 요인 변화의 기여도(A)	**백만 원**	**227**	**844**	**36**	**1,110**
	%	**2.8**	**10.4**	**0.4**	**13.7**
인구 규모(a1)	백만 원	44	135	6	185
	%	0.5	1.7	0.1	2.3
고령화(a2)	백만 원	116	570	10	698
	%	1.4	7.0	0.1	8.6
장애율(a3)	백만 원	67	139	20	227
	%	0.8	1.7	0.2	2.8
1인당 치료비 증가의 기여도(B)	**백만 원**	**646**	**6,357**	**16**	**7,015**
	%	**7.9**	**78.2**	**0.2**	**86.3**
환자 비율(b1)	백만 원	412	3,157	-82	2,639
	%	5.1	38.9	-1.0	32.5
환자 1인당 이용량(b2)	백만 원	2	2,415	66	3,327
	%	0.0	29.7	0.8	40.9
환산지수(b3)	백만 원	232	785	32	1,049
	%	2.8	9.7	0.4	12.9
치료비 증가(A+B)	**백만 원**	**873**	**7,200**	**52**	**8,125**
	%	**10.7**	**88.6**	**0.6**	**100.0**

<표 28> 중추신경계발달재활치료비 증가에 대한 진료 유형별 구성요인의 기여도

구성요인		종합병원급 이상	병원급	의원급	전체
인구학적 요인 변화의 기여도(A)	**백만 원**	**91**	**312**	**14**	**418**
	%	**2.5**	**8.5**	**0.4**	**11.4**
인구 규모(a1)	백만 원	18	55	3	77
	%	0.5	1.5	0.1	2.1
고령화(a2)	백만 원	42	222	4	269
	%	1.2	6.0	0.1	7.3
장애율(a3)	백만 원	31	34	7	73
	%	0.8	0.9	0.2	2.0
1인당 치료비 증가의 기여도(B)	**백만 원**	**304**	**2,926**	**34**	**3,262**
	%	**8.2**	**79.5**	**0.9**	**88.6**
환자 비율(b1)	백만 원	194	1,697	-10	1,480
	%	5.3	46.1	-0.3	40.2
환자 1인당 이용량(b2)	백만 원	12	902	28	1,341
	%	0.3	24.5	0.8	36.5
환산지수(b3)	백만 원	98	327	15	440
	%	2.7	8.9	0.4	12.0
치료비 증가(A+B)	**백만 원**	**395**	**3,238**	**47**	**3,680**
	%	**10.7**	**88.0**	**1.3**	**100.0**

3. 소결

4장은 물리치료 시장(급여영역)의 전반적인 흐름을 탐구하였다. 2006년부터 2015년까지의 건강보험 급여영역 청구자료 분석을 통해 지난 10년간 물리치료 처방이 치료적 재활서비스 영역 안에서 어떤 변화의 양상을 보이고 있는지 살펴보고, 물리치료 비용을 인구학적 요인과 의료이용 요인으로 분해하여 물리치료 비용 증가에 대한 각 요인의 기여도를 파악하였다. 또한 이용자 특성별, 공급자 특성별로 각 요인의 기여도가 어떻게 다르게 나타나는지 비교하였다.

분석 결과 치료적 재활서비스 비용의 증가는 연간 의료비 총액의 연평균 증가 속도를 유지하였고(9.5%), 물리치료 영역은 8.4%의 연평균 증가율을 보였다. 물리치료 영역을 세분화했을 때 일반물리치료의 연평균 증가율은 3.3%, 전문물리치료는 22.5%로 전문물리치료의 증가 속도가 더 빠르게 나타났다. 전문물리치료 영역 중 특정 자격 기준을 이수한 물리치료사가 시행할 수 있는 중추신경계발달재활치료의 증가율은 24.9%로 전문성이 상대적으로 높은 서비스에 대한 비용이 매우 가파르게 증가하였음을 알 수 있었다.

LMDI 요인분해법을 이용하여 치료적 재활서비스 비용 증가에 대한 요인별 기여도를 분해한 결과, 2006년부터 2015년까지 치료적 재활서비스 전체의 증가는 인구학적 요인의 기여도(23.3%)보다 의료이용 요인의 기여도(76.7%)가 더 높게 나타났다. 치료적 재활서비스 비용 증가에 대한 전문물리치료의 기여도(57.9%)가 일반물리치료(21.7%)보다 높았고, 전문물리치료 중에서도 중추신경계발달재활치료는 단일 항목이지만 치료적 재활서비스 전체의 비용 증가에 차지하는 기여도(26.2%)가 매우 높게 나타났다. 일반물리치료 구성요인 중에서는 고령화, 인구 규모와 같은 인구학적 요인의 기여도가 높았고(12.3%), 전문물리치료 구성요인 중에서는 환자 1인당 이용량, 치료 환자의 비율과 같은 의료이용 요인의 기여도가 높았다(50.0%). 중추신경계발달재활치료 서비스의 구성요인 중 환자 비율 증가의 기여도가 10.5%로 나타나 뇌손상이나 척수손상과 같은 중추신경계 손상으로 전

문적인 물리치료를 받는 환자가 많아진 것이 전체 재활서비스 비용 증가에 기여한 것으로 나타났다. 일반물리치료의 환자 1인당 이용량은 모든 연령대에서 음의 기여도를 보여 의료기관에서 환자들에게 전문성이 상대적으로 낮은 물리치료를 점점 더 적게 제공하고 있다는 것을 알 수 있었다.

이용자 연령대별로는 10세 미만과 50대 이상에서 전문물리치료를 받는 환자의 비율이 높았으며, 2015년이 2006년보다 연령대별 비율의 차이가 더 크게 나타났다. 전문물리치료를 이용하는 환자의 대부분이 중추신경계발달재활치료를 이용하는 것으로 나타나 뇌손상이나 척수손상 등 신경계 손상으로 전문재활치료를 받는 환자의 대부분이 특정 자격요건을 갖춘 물리치료사에게 치료를 받고 있음을 확인하였다. 중추신경계 손상이 왔을 때 재활을 목적으로 환자 1인당 받는 전문적인 물리치료 서비스의 강도는 30대 이상에서 크게 증가했다.

공급자 특성별로 비교했을 때 일반물리치료 비용의 증가는 외래, 의원급의 기여도가 높았고, 그중에서도 고령화와 같은 인구학적 요인의 기여도가 상대적으로 높았다. 전문물리치료 비용의 증가는 병원급 의료기관의 기여도가 압도적으로 높았고(88.6%), 진료 유형별로는 요양병원 입원의 기여도가 과반을 차지했다(52.5%). 인구학적 요인보다는 환자 비율, 환자 1인당 이용량과 같은 의료이용 요인의 증가가 전문물리치료 비용 증가에 더 많이 기여했다.

요약하면, 지난 10년간 물리치료 처방에서 전문물리치료 영역이 일반물리치료 영역보다 더 빠르게 증가하고 있었고, 그중에서도 물리치료사에게 특정 자격기준을 요하는 중추신경계발달재활치료의 증가율이 차지하는 바가 컸다. 이용자의 특성별로는 10세 미만과 50대 이상의 환자가 전문물리치료 영역의 비용의 증가에 상대적으로 높게 기여했으며, 공급자 특성별로는 병원급 의료기관, 요양병원 입원이 전문물리치료 영역의 비용 증가에 상당 부분을 차지하고 있었다. 이러한 변화는 고령화와 같은 인구구조의 변화보다는, 질병으로 인해 환자가 증가하거나 의료기관 내에서 환자 1인에게 실시하는 치료의 양이 늘어난 것이 상대적으로 많이 기여한 것으로 확인되었다.

Ⅴ. 전문물리치료 처방 증가의 맥락과 영향

4장에서 물리치료 시장의 흐름을 개괄한 결과, 지난 10년간 물리치료 처방이 전문물리치료 영역을 중심으로 증가하고 있음을 확인하였다. 특히 10세 미만의 소아 환자, 50대 이상의 성인 환자에서, 그리고 병원급 의료기관과 그중에서도 요양병원을 중심으로 비용이 빠르게 증가하고 있었다. 이어서 5장에서는 전문물리치료 처방의 증가가 어떤 맥락 속에서 이루어졌고, 이것이 물리치료 전문화에 어떤 영향을 미치고 있는지 살펴보았다. 이와 함께 업무현장에서 요구되고 있는 물리치료의 전문성이 무엇인지 확인하고자 하였다. 분석 결과 전문물리치료 처방 증가의 맥락과 영향과 관련하여 '서비스 제공기관의 양적 증가', '물리치료 전문성에 대한 사회적 관심 증가', '물리치료사의 전문적 역량 강화'라는 3개의 주제가 도출되었다.

<표 29> 전문물리치료 처방 증가의 맥락과 영향

주제(Theme)	범주(Categories)	하위 범주(Sub Categories)
서비스 제공기관의 양적 증가	요양병원의 증가	요양병원의 전문화, 요양병원의 양면성
	고효율 처방 코드에 대한 선호	중추신경계발달재활치료는 고효율 치료 항목, 자격 기준 갖춘 물리치료사 선호, 전문성 지표에 대한 의사와 물리치료사의 인식 차이
	도수치료의 비급여 전환	비급여 전환 후 제공기관 양적 증가, 근골격계 치료에 대한 인식 제고, 물리치료사 급여 상승, 가성비 좋은 치료, 통증 중재의 새로운 선택지
	물리치료 시장 내 서비스 공급 불균형	경력 있는 물리치료사가 도수치료 시장으로 이동, 재활병원 전반적 치료 수준 하락, 도수치료 질 관리 부재, 낮은 재활 치료 수가, 전문성에 대한 차등 없어 저년차 물리치료사 선호, 수가 개선 없이 고용 문제해결 어려움, 노동 부담 증가로 치료의 질 보장 안 됨, 전문직 대우를 받지 못함, 국가 시스템 개선 필요, 치료사의 잦은 교체와 이탈은 환자에게 불이익, 전문성 반영할 수 있는 객관적 기준 필요, 도수치료 급여화에 대한 의견

물리치료 전문성에 대한 사회적 관심 증가	재활에 대한 인식 제고	재활의 필요성과 효과성 인정, 빠른 대응으로 환자의 예후 좋아짐, 물리치료의 중요성 인식
	물리치료의 질적 수준에 대한 관심 증가	치료 후 병원선택 요인 변화, 치료의 증가로 환자가 공유하는 정보도 증가, 입소문이 병원경영에 영향, 서비스 전문화 노력, 좋은 리더의 필요성, 업무에 대한 적절한 보상, 소속 기관에 대한 자긍심, 의사와 물리치료사의 비전 일치
	물리치료사를 독립적 행위자로 인식	의사와 물리치료사의 업무영역 구분, 전문물리치료는 대체불가 영역, 의사와 물리치료사의 역량은 별개
	물리치료사의 비공식적인 권한 확대	물리치료사 의견이 치료 전반에 반영, 의사가 물리치료 교육에 참석, 의료계 전반의 세대 변화
물리치료사의 전문적 역량 강화	질환에 대한 의학적 지식 향상	의사와 물리치료사가 공유하는 지식, 의학적 지식 없이 치료하는 건 치료사가 아닌 기술자, 복합질환 환자의 증가로 다양한 질환에 대한 포괄적 이해 중요, 요양병원은 환자에 대한 정보가 제한적, 치료적 검사와 평가에 대한 지식 필요, 전문지식이 치료의 질과 환자의 안전에 영향
	치료기술의 이해 및 적용능력 배양	의사가 물리치료사를 전문가로 인식하는 핵심 요인, 행위에 의미가 부여되지 않은 치료는 치료가 아님, 치료기술은 곧 치료능력, 환자 치료는 임상에서 스스로 습득, 임상 수련 제도 필요성, 공신력 있는 기관 통해 전문성 상향 평준화 필요
	환자의 상태와 회복 시기에 따른 다양한 치료 경험 습득	암묵지보다 형식지를 강조, 경험이 환자를 다루는 능력에 영향, 절대적인 시간보다 경험의 과정이 중요, 치료할 환자의 상태와 회복 시기에 맞는 서비스 제공이 중요, 재활전달체계에 따른 전문성의 요구도, 환자의 생애주기에 따른 전문성의 요구도, 손상의 종류에 따른 전문성의 요구도, 보수교육의 효율화 필요
	정서적 유대감과 소통에 기반한 문제해결 능력 배양	환자에 대한 태도가 치료결과에 영향, 환자가 치료가 받아들이지 못하면 치료사가 능력이 없는 것, 내 아이와 잘 맞는 치료사가 잘하는 치료사, 치료 참여에 대한 동기부여가 치료결과에도 영향, 충분한 설명 및 환자에 대한 대응능력 필요, 환자의 상태 변화에 따른 단계별 접근, 계획적 치료와 설명의 심리적 효과, 객관적 자료에 기반한 설명은 신뢰감과 만족감 제공, 근거 없이 치료 실력 장담하는 건 사기

1. 서비스 제공기관의 양적 증가

4장에서 살펴본 전문물리치료 처방 증가 현상에 대해 업무 현장에서는 서비스 제공기관이 양적으로 증가한 것이 영향을 미쳤을 것이라고 인식하였다. 전문재활치료를 제공하는 요양병원과 도수치료를 제공하는 의료기관이 증가하면서 전문물리치료 이용이 전반적으로 늘어나게 되었고, 이것이 물리치료의 전반적인 질적 수준에도 영향을 미치고 있었다. 1절에서는 먼저 서비스 제공기관의 양적 증가가 물리치료 서비스 전문화에 어떤 영향을 미치고 있는지 살펴보았다. 주제와 관련하여 '요양병원의 증가', '고효율 처방 코드에 대한 선호', '도수치료의 비급여 전환', '물리치료 시장 내 서비스 공급 불균형'이라는 4개의 범주가 도출되었다.

1) 요양병원의 증가

4장에서 살펴본 전문물리치료 처방 증가 현상에 대해 업무 현장의 의사는 요양병원과 같은 서비스 제공기관이 양적으로 증가한 것이 영향을 미쳤을 것이라고 인식하였다. 2008년부터 요양병원에서 일당정액제 외에 전문재활치료에 대한 행위별수가제가 적용되면서 물리치료사, 재활의학과 의사를 고용하는 병원이 증가했고, 이로 인해 환자들의 재활에 대한 접근성도 증가했다는 것이다. 요양병원의 전문재활 서비스 공급이 늘어나면서 전문재활병원에 대한 의료시장의 투자를 요양병원이 흡수해나가고 있다는 설명도 있었다. 재활 치료를 받는 환자들은 입원이 장기적으로 유지된다는 점에서 안정적인 수익 구조가 예측되기 때문에 요양병원들도 전문재활을 표방하며 환자유치에 나서거나 입원비를 할인하는 등 경쟁하고 있었다.

> "중추신경계 재활치료에 대한 수가가 마련되다 보니까…조금이라도 저렴한 병원들에서도 물리치료사를 고용하고 재활의학과 의사들을 고용하고 그런 어떤 시스템이 만들어지면 거기서부터 접근이 수월해지니까. 환자가 오는 거죠. 옛날에는 그냥 요양원에 계시거나, 요양병원도 재활치료가 없는 그냥 거기 누워있던 분들이.…재활치료라는 게

한 환자가 오면 유지가 되지 않습니까. 그러면 계획적으로 어떤 환자는 대략 이 정도를 경영적으로 '이 정도 유지를 할 수 있다.' 예측도 가능하고. 많은 요양병원들이 생기고 그 부분에서 경쟁도 하게 되니까 또 입원비 자체도 할인이 되고 이런 여러 가지 순환 구조가 생기더라구요.…요양병원인데도 전문화된 병원으로 가려고 그런 투자에 의욕이 있더라구요. 서울은 많이 있지만 지방은 전문재활병원이 많이 없거든요. 그러니까 그거를 이제 요양병원이 흡수해가면서 점점점 그 쪽으로 전문화가 되더라구요." (D2)

의사는 요양병원의 증가로 치료의 제공 기회가 많아졌다고 보면서도 요양병원의 서비스 질적 수준에 대해서는 부정적인 인식을 가지고 있었다. 전문재활치료를 제공하는 요양병원은 늘어났지만 요양병원의 특성상 '요양'을 주목적으로 하기 때문에 중증도가 낮은 환자를 선호할 수 있다는 것이다.

"요양병원은 이제 구성이 다양하죠. 완전히 이제 내과 요양환자들도 있고 그 다음에 이런 stroke(뇌졸중)이나 SCI(척수손상) 환자들도 있는데 이제 재활 수가를 추가로 더 받을 수 있으니까.…그런데 거기서는 이제 이런 중등도, 아주 중간 정도 되는 환자들도 잘 안 볼라 그러지. 경한 환자들만 볼라 그러지. 왜냐하면 거기는 간호사들도 그렇게 좀 손 많이 가는 환자들은 받기 싫어하고 의사들도 그런 환자들은 받기 싫어하고 손이 좀 덜 가는 환자들, 경한 환자를 얘기하는 거지. 그런 환자들 받기를 좋아하지." (D5)

요양병원의 서비스 전문성에 대한 부정적인 인식은 요양병원에 근무하는 물리치료사의 진술에서도 살펴볼 수 있었다. 특히 만성기 환자는 의학적으로 안정적인 상태에 접어들었기 때문에 의사가 환자의 치료나 기능 변화에 얼마나 관심이 있는지에 따라 의료진 간 소통의 정도가 달라질 수 있다고 보았다.

"신경계 환자분들이 만성기로 접어들게 되면 크게 이제 다이나믹한 부분이 떨어지는 게 있어요. 위급이나 응급으로 빠지는 경우 아니면 약간 루틴하게 가는 부분이 있다 보니까 그런 거에 대해서 좀 편하게 가려고 하시는 재활의학과 선생님 만나면 별로 이제 할 얘기가 없는 거죠. 먼저 다가오지도 않으시고 우리도 굳이 하지 않는 거죠. 그게 (재활의학과) 과장님 성격일 수도 있고 병원장님이 추구하는 병원 분위기일 수도 있고. 다른 것 같아요." (S8)

2) 고효율 처방 코드에 대한 선호

요양병원을 비롯하여 전문재활치료를 제공하는 대부분의 의료기관들은 물리치료 항목 중에서 특히 중추신경계발달재활치료를 선호하고 있었다. 물리치료사는 중추신경계발달재활치료가 일대일 치료의 수가 코드 중에서 가장 높은 금액을 청구할 수 있는 '고효율' 치료항목이라고 이야기했다. 중추신경계발달재활치료는 "중추신경계 장애로 인한 발달지연 및 근육마비와 경직의 치료를 목적으로 보이타 또는 보바스요법 등의 교육과정을 120시간 이상 이수한 재활의학과 전문의나 물리치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 30분 이상 실시한 경우"에만 청구가 가능하다(건강보험심사평가원, 2020a). 이로 인해 의사는 병원이 수가 창출 측면에서 활용도가 가장 높은 물리치료사를 고용하려는 의지가 크다고 이야기했다.

> "같은 치료사 하나를 쓰고 30분을 일했는데 삼만 원짜리 코드가 있고 이만 원짜리 코드가 있어요. 그러면 한 사람 30분 쓰고 삼만 원짜리 청구하는 게 낫죠. 어떤 교육을 이수하고 서티피케이션을 가지고 있으면 이제 자격이 되는 거예요. 그 자격을 가지고 있는 치료사가 치료를 하면 삼만 원짜리를 처방을 하는 거죠. 그러니까 법이 허용하는 범위 내에서 청구할 수 있는 가장 고효율 코드를 청구를 해야 되는 건데, 물리치료쪽에서는 NDT(중추신경계발달재활치료) 말고는 비싼 수가가 비급여 밖에 없어요. 그러니까 실질적으로 여러 가지 치료 중에, 코드 중에 어떤 거를 할 것이냐 그러면 무조건 NDT 코드를 처방하는 거고. 그게 아니면 도수치료 가는 거죠." (S11)

> "물리치료사, 재활의학과 의사가 필요한 이유가 그 청구 때문이니까요. 그 청구가 아니면 complex(복합운동치료) 밖에. complex는 서티가 없어도 할 수 있지만 그 청구는 서티가 필수조건이니까 서티가 없으면 청구가 안되고. 그건 마치 전문의 자격증이 없는 것과 마찬가지거든요. 의사로 치면. 그러니까 필수가 된거죠. 왜냐하면 물리치료사의 병원에서의 활용도라고 해야 하나. 수익 창출의 조건이 그게 가장 중요해졌으니까요." (D1)

한편, 중추신경계발달재활치료의 자격 기준으로 물리치료의 전문성을 판단할 수 있는가에 대한 의사와 물리치료사의 인식에는 다소 온도 차가 존재하였다. 먼저 의사들은 대부분 긍정적인 입장이었다. 물리치료사의 전

문교육 이수를 의사의 '전문의 자격증'에 비유하기도 했고, 국가에서 정한 교육을 이수하면 질적인 면에서도 좋은 치료를 제공할 수 있다고 이야기하기도 했다.

> "잘 되어 있어요 이 프로그램은. 이거를 따고 나면 뭐 어느 재활병원, 어느 요양병원에 취직하는데 아무 문제가 없지. 이게 이론하고 실기가 다 돼 있으니까. 저게 아주 큰 무기가, 치료사로는 큰 무기가 되는 거지. 의사로 치면 이제 전문의 자격증을 하나 따는 거랑 똑같은 거죠." (D5)

반면, 실제로 교육을 듣고 치료에 투입되는 물리치료사들은 자격 기준을 갖추는 것만으로 전문성을 논하기 어렵다는 입장을 나타냈다. 물리치료사면 누구나 이수할 수 있는 교육이라는 점에서 차별성이 없고, 교육마다 실제 업무에 도움이 되는 정도도 다르다고 생각했다. 또한 교육을 이수했다고 물리치료사의 치료능력이 바로 달라지는 것이 아니기 때문에 임상경험을 통해 물리치료사 자신의 것으로 체화하는 과정이 반드시 뒷받침되어야 한다고 보았다. 물리치료사들이 해당 교육을 이수하는 것은 치료의 질적 수준을 높이기 위해서라기보다 치료 행위에 대한 청구 자격 기준을 갖추기 위한 목적이 우선적인 것으로 나타났다.

> "단지 그 서티를, 수가를 청구할 수 있기 때문에 어느 한정된 보바스 협회나 PNF 협회에서 정해진 그 시간의 교육을 받아야 되고 그런 걸로 알고 있는데. 뭐 누구나 근데 받을 수 있고, 그 교육을 받을 수 있는 제한된 어떤 능력 검증에 있는 게 아니기 때문에 개인적으로는 그 교육을 받았다고 해서 서티가 있다고 해서 전문성이 높다? 이렇게 생각하지는 않아요." (S4)

3) 도수치료의 비급여 전환

4장의 분석이 건강보험 급여 영역으로 제한되어 비급여 영역의 처방 양상을 정량적으로 파악하기는 어렵지만, 업무 현장에서 인식하는 비급여 항목은 물리치료 시장 전체에 큰 영향을 미치고 있는 것으로 확인되었다.

비급여 항목인 도수치료 이용이 증가한 것도 급여 영역의 처방 증가 맥락과 마찬가지로 서비스 제공기관이 양적으로 증가한 것에서 영향을 받은 것으로 확인되었다. 도수치료의 비급여 전환이 계기가 되었다고 볼 수 있는데 2009년 도수치료가 100% 환자 부담에서 비급여 항목으로 전환되고 실손형 의료보험의 보장 항목에 포함되면서 의료기관의 도수치료실에 대한 투자도 활성화되었다.

> “예전에는 물리치료실, 통증 물리치료실 안에 도수치료를 하겠다고 오너가 그런 마음이 있어야 되고 그걸 전공하는 치료사도 있는 조건하에서 제한적으로만 도수치료가 이루어졌던 거지. 그런데 크게 활성화된 거고 지금 이렇게 좋은 방이 생긴 것도 비급여가 확정되고 금액을 우리가 마음대로 정할 수 있게 된 이후부터 이제 확 커진 거지. 그게 안 됐으면 이렇게 커질 일이 없었지.” (D5)

환자들의 비용 부담이 줄고 의료기관이 수익을 창출할 수 있게 되면서 의료계가 도수치료에 관심을 갖게 되었고, 이로 인해 치료사들의 진입 기회도 많아졌다. 물리치료사는 도수치료라는 새로운 수요의 등장이 근골격계 물리치료에 대한 사회적 관심과 인지도를 높이고 다양한 통증 조절(control) 방법으로 환자의 삶의 질을 높이게 되었다며 긍정적인 효과를 설명하기도 했다.

> “전에는 도수치료사가 있는지도 모르는 사람도 많았었고. 이렇게 되면서 환자가 더 다양한 치료를 받을 수 있으니까. 옛날에는 그냥 어깨가 아프면, 허리가 아프면 한방 가서 침 맞고 물리치료만 했는데 지금은 도수치료 받아서 한 달 걸릴 거 2주 만에 나아지고. 두 달 동안 고생할 거 한 달만 지나면 좋아지는. 원래 질병을 치료하는 게 시간하고의 싸움 아닙니까. 시간은 이 환자가 아픈 고통의 시간이 길어지냐 짧냐. 이거에 따라서 이 환자의 삶의 질이 달라지는데. 도수치료가 생기면서 통증에 대한 컨트롤이 훨씬 다양해졌다.” (S2)

도수치료가 비급여화 되면서 물리치료사의 급여도 전반적으로 올라간 것으로 확인되었다. 도수치료를 제공하는 의료기관에서는 주로 인센티브 제도를 활용하고 있었는데 의료기관의 환자 구성이나 운영 상황에 따라

다를 수 있지만 일반적으로 신경계 재활 분야보다 도수치료 분야에서 높은 인센티브가 지급되고 있었다. 도수치료가 병원의 주 수입원이 아닌 요양병원조차 비급여의 수익구조를 이유로 도수치료를 제공하는 물리치료사에게 별도의 인센티브를 지급하고 있는 것을 확인할 수 있었다.

> “정형도수 하는 사람은 자기 기본 급여에 50만 원 플러스. 그렇게 해서 주고 있어요. 우리는 여기가 의원급이 아니기 때문에 그냥 급여제로 하고 환자가 적게 오든 많이 오든 일단 그쪽을 하고 있는 분야는 비급여를 주로 하는 거니까. 아예 그렇게 책정돼서 나가죠.…똑같은 치료를 하더라도 급여 10명을 보는 거와 비급여 10명을 보는 거랑은 벌어들이는 수익에 차이가 나죠. 그거에 대한 시세가 또 있는 거고. 비급여가 아니라 이것도 급여로 묶여 있었으면 아무도 이렇게 주지 않겠죠. 이게 만약에 중추신경계발달재활치료처럼 같은 수가다 그러면 그렇게 월급 받는 사람 아무도 없겠죠.” (S9)

환자들도 과거에 비해 많은 의료기관이 도수치료를 제공하고 있다는 것을 인지하고 있었다. 최근에는 의료기관에서 환자에게 실손형 의료보험이 있는지 물어보고 도수치료를 바로 권하는 경우도 있다고 진술하였다. 환자들은 ‘이왕이면 사람이 해주는’, ‘더 좋다고 하는’ 도수치료를 선택하는데 망설임이 없는 것으로 보였다. 실손형 의료보험이 있으면 환자 입장에서는 치료비용이 크게 부담스럽지 않기 때문에 도수치료는 ‘가성비가 좋은’ 치료로 인식되고 있었다.

> “사실은 뭐 한의원 가서 뭐 이거 맞고 뭐 어쩌고 저쩌고 해봐야.. 저주파야 어차피 홈쇼핑에서도 살 수 있는 거니까 그거는 큰 의미는 없는데 이제 저렴하니까 이제 하라고 하는 거고. 그런데 몇 년 전부터 사실은 실비가 뭐 특별한 이유가 없으면 다 있잖아요. 그렇기 때문에 다 그냥 도수로 바로 건너뛰어도 소비자 입장에서는 1, 2만 원이면 해결이, 똑같으니까. 그러니까 ‘그러면, 이왕이면 사람이 해주는, 더 좋다고 하는 도수를 해야지’ 해서 건너뛰는 거지. 그건 것 같아요, 실비보험. 가성비가 좋아요.” (PG_C4)

그러나 환자들에게 실손형 의료보험의 보장이 도수치료를 선택하게 하는 절대적인 요인은 아닌 것으로 확인되었다. 특히 도수치료의 효과를 이미 경험한 환자는 실손형 의료보험의 보장을 받지 못하더라도 도수치료를

다시 이용할 것이라고 이야기했다. 실손형 의료보험의 보장 없이 자부담으로 치료를 받은 환자들도 '돈 낸 만큼 효과를 봤다' 거나 자신이 '감당할 수 있는' 범위 내에서 돈을 들여 치료를 받을 만한 가치가 있는 치료라고 인식하였다. 너무 아픈 사람은 이 치료를 통해 나을 수 있을 것이라는 희망이 있기 때문에 금전적으로 부담이 되더라도 치료를 받게 된다고 이야기하기도 했다. 많은 의료기관에서 도수치료를 제공하게 되고 효과를 경험하는 환자들이 늘어나면서 도수치료가 통증을 중재하는 새로운 선택지로 자리매김했음을 확인할 수 있다.

"저는 그냥 금액적인 부분은 차치하고서라도 일단, 그냥 두 개 치료를 비교했을 때 솔직히 처음에는 물리치료 하는 거에 대해서는 그렇게 큰 효과를 못 봤거든요 솔직히. 도수치료가 훨씬 효과가.…도수치료를 만약 몰랐으면, 몰랐었던 때였으면 안 한다고 했을 것 같은데. 실비 안 된다고 하면. 근데 이미 해버렸었고. 그래서 어쩔 수 없이 할 것 같아요.…이제 또 낫는 거를 경험을 했고 그랬잖아요." (PG_C2)

"내가 아파, 너무 아픈데. 아프면은 비교적 감당을 하게 돼요. 내가 아프니까 '이걸 해서 나을 수 있을까' 라는 희망을 갖기 때문에 하게 돼요. 근데 그냥 안 해도 될 만큼 적당히 아프면은. 만약에 내 돈이 들어가야 된다 그러면 안 하게 돼요. 너무 아프면 내 돈이 들어가도 해야 돼." (PG_C3)

4) 물리치료 시장의 서비스 공급 불균형

한편, 의사들은 도수치료라는 새로운 수요의 등장이 물리치료 시장에서 인력 공급의 균형을 무너뜨렸다고 보기도 했다. 특히 재활병원을 운영하는 의사들은 도수치료 분야의 공급이 증가하고 물리치료사의 급여 수준이 높아지면서 신경계 재활 치료 분야의 물리치료사를 고용하기가 어려워졌다고 진술했다. 과거에는 신경계 물리치료를 하는 물리치료사의 수가 충분하여 환자의 수요 증가에 맞추어 인력 수급이 가능했지만, 도수치료 시장이 활성화되고 난 후에는 도수치료를 전문분야로 선택하는 물리치료사들이 많아져 신경계 분야의 물리치료사가 양적으로 부족해졌다는 것이다. 특히

경력 있는 물리치료사들이 도수치료 분야로 많이 전향하게 되면서 재활병원의 전반적인 치료 수준이 낮아졌다고 보기도 했다.

"환자는 노인 인구가 확 폭발적으로 증가하면서 엄청나게 많은 stroke(뇌졸중) 환자와 SCI(척수손상) 환자가 생겼는데, NDT(신경계 치료)를 해야 할 치료사가 대부분 옛날 같으면 쭉 따라와서 미스 매칭이 없는데 도수치료로 확 빠지면서. 지금은 뭐 거의 절반이 도수치료로 빠지고 있잖아요. 그것 때문에 중추신경계재활을 해야 될 치료사가 많이 모자라는 실정이죠. 양적인 부분에서도 모자라고 질적인 부분에서도 엄청 모자라요. 적어도 한 5년 차 이상이 되면 이제 치료도 수월하게 진행하고, 보호자 컨트롤도 잘하고 그렇게 해서 수월하게 치료가 진행이 되는데.…도수치료로 빠져나가고 졸업하고 1, 2년 도수치료 배워서 척(추)관(절)병원으로 빠져나가는 친구들이 너무 많으니까. 5년 차 이상 되는 NDT를 전공을 하는 친구들이 별로 안 남아 있죠." (D5)

물리치료사의 진술에서도 도수치료 공급의 급격한 증가가 가지고 온 부정적인 영향을 확인할 수 있었다. 도수치료에 대한 사회적 관심이 높아지고 물리치료사들이 진출할 기회가 많아졌다는 점에서 긍정적이기도 했지만, 다른 한편으로는 도수치료 시장이 너무 급격하게 커지면서 물리치료사들의 질 관리가 되지 않는다고 보았다. 이전에는 도수치료에 대한 학문적 관심을 가지고 입문하여 도수치료를 계속 발전시켜나가는 소수의 물리치료사들이 주를 이루었다면, 지금은 너무 많은 물리치료사들이 진입하여 스페셜리스트(전문가 수준)는 줄고 실력이 부족한 물리치료사들이 실무에 투입되는 등 도수치료 시장의 전반적인 질이 낮아졌다고 평가하기도 했다.

"공급이 많아지니까 이제 일반인들이 도수치료가 뭔지 알기 시작하고. 자연스럽게 형성이 되는 거죠. 그래서 그 시장이 계속 커지고 있는 건 맞는 거 같아요. 결국 환자는 니즈가 채워지니까 결국에는 또 수요 자체가 느는 거거든요.…그런데 이제 지금 거꾸로 가고 있죠. 공급이 너무 많아지니까 질이 떨어지죠. 예전에는 정말 잘하는 사람이 많았거든요. 왜냐하면 그쪽으로 그냥 외길 인생을 계속 걸어가던 사람들이 너무 탄탄하게 있었어서.…병원에 공급이 많이 없으니까 전체적인 질은 되게 높았어요. 도수치료 하는 사람들이 다 잘하는 사람들만 할 수 있었어요. 그런데 지금은 잘 못해도 할 수 있어요." (S3)

이러한 인식은 의사와 환자의 진술에서도 확인할 수 있었다. 의사는 도수치료에 대한 질 관리 부족으로 도수치료 시장의 질적 수준이 하향 평준화되었다고 보았다. 환자들은 의료기관과 물리치료사에 따라 실력의 편차가 크다고 이야기했고, 치료결과가 '복불복'이라고 표현하기도 했다.

"전국적으로 볼 때는 도수치료의 실력은 하향 평준화하는 거죠. 너무 양적으로 넓어졌으니까. 척(추)관(절) 병원이 너무 많고, 내과 병원에서도 도수치료를 한다 그러니. 그거는 사실 퀄리티 컨트롤이 하나도 안 되는 거지. 원장이 퀄리티 컨트롤이 안 되는데 뭐 어떡해. 수요가 너무 많으니까 1년 차 애들도 다 거기로 가는 거죠.…그럼 가면 도수치료를 전문적으로 잘 배우느냐. 그렇지도 않지.…4, 5년은 더 깊이 있게 연구를 하고, 그 다음에 또 배워야 되거든. 이게 손으로 하는 거기 때문에 잘하는 사람들이 하는 걸 보고 배워야 되는데. 그런 수련기간 없이 그냥 마구잡이로…내가 볼 때 도수치료 하는 치료사의 10%는 좀 하는 사람이고 90%는 그냥 마사지하는 수준이지 뭐." (D5)

"우리가 뭐 도수치료를 되게 쉽게 병원에서 '이거 받으면 너무 좋아져요.' 해서 하기는 하지만, 막상 받았을 때 완전 복불복인거예요 사실은. 누가 걸리느냐. 그리고 뭐 별로더라도 나랑 잘 맞느냐. 어떻게 해서 뭐 팁을 알려줬는데 저한테는 맞을 수도 있고 안 맞을 수도 있는 거잖아요. 그러니까 이런 어떤 그런 접점들이 너무 많기 때문에 너무 변수가 사실은 많은 거죠." (PG_C4)

물리치료 시장의 서비스 공급 불균형은 도수치료의 비급여화가 기폭제가 되기는 했지만, 상대적으로 급여 영역에서 물리치료사들이 전문성을 충분히 보장받지 못하고 있기 때문이기도 했다. 대부분의 재활병원에서는 '낮은 재활 치료 수가'로 인해 전문성 있는 물리치료사의 고용을 오래 유지하기 어려운 상황이었다. 업무현장에서 인식하고 있는 재활 수가의 문제점은 다음과 같았다. 첫째, 치료의 가치에 비해 수가 자체가 낮고 치료사 한 사람이 벌어들일 수 있는 수익이 정해져 있다. 둘째, 중추신경계발달재활치료의 경우에도 '전문 교육 이수'가 유일한 수가 청구 자격 기준이기 때문에 2, 3년 차 물리치료사와 10년 차 물리치료사가 벌어들이는 수익이 동일하다. 수가 자체도 낮은데다가 전문성에 대한 차등도 없기 때문에 대부분의 재활 의료기관은 임금이 상대적으로 낮은 저년차 물리치료사를 선호하

는 상황이었다. 치료의 전문성을 크게 고려하지 않는 병원에서는 신입 물리치료사를 고용하여 2~3년 근무하며 전문교육을 이수하게 한 후 경력이 쌓이면 내보내고 다시 신입 물리치료사를 고용하는 방식으로 운영하고 있었다. 물리치료실에는 저년차 치료사들의 비중이 높아져 치료의 질적 수준이 떨어지고 환자의 만족도가 떨어지는 것은 당연한 수순이었다.

> "1년 차를 뽑아서 교육을 시켜서 2년차 때 서티를 따고 쭉 근무를 하다가 좀 연차 높아지면 나가면서 이 밑에 연차들의 순환을 만들어 내려고 하는 거죠.…병원에서는 수익을 최대로 낼 수 있는 구조가 되는 거죠. 어느 정도 서티도 있으면서 매트 게이트도 있으면서 이 사람들이 연차가 많지 않으니까 당연히 급여도 적게 나오고. 벌어들이는 수익은 똑같고.. 그러니까 당연히 이런 신경계 병원에 요양병원들을 보면 연차들이 당연히 낮은 선생님들이 훨씬 많고 높은 선생님은 없고. 그러니까 당연히 치료적인 퀄리티는 떨어질 수밖에 없고. 그러면 환자들의 만족도도 떨어지고." (S10)

의사도 물리치료사에게 금전적 보상이 충분히 돌아가지 못하는 현실을 공감하고 있었으나, 물리치료사가 벌어들이는 수가가 병원의 시설과 장비를 유지하는데도 사용되기 때문에 수가가 충분히 확보되지 않으면 인력 고용 문제가 해결되기 어렵다는 입장이었다.

> "치료사에 대한 어떤 일정한 수가 부분이…확보되지 않으면 이쪽 병원에서도 그걸 투입할 수가 없단 말이죠 그만큼을. 페이를 지불하기가. 그것이 가장 큰 딜레마인 것 같습니다. 왜냐하면 도구나 시설 유지나 이런 건 계속 유지가 되어야 되거든요. 그래서 생각보다 NDT(중추신경계발달재활치료) 수가의 그 만큼은 그것이 다 치료사 선생님한테 갈 수가 없기 때문에, 분산되니까 생각보다 자기 벌이보다 너무 적게 번다고 생각할 수밖에 없거든요." (D2)

재활 치료 수가의 문제는 전문성 있는 물리치료 공급에도 부정적인 영향을 미치고 있었다. 먼저 현재 수가 구조에서는 물리치료사가 하루에 최대 6시간을 쉬지 않고 일해야 하기 때문에 환자들은 질적으로 보장된 치료를 기대하기 어려운 상황이다. 그리고 대부분의 의료기관에서 물리치료사 급여에 상한을 두기 때문에 많은 물리치료사가 전문성을 갖추고도 의료기관

을 그만두게 되는 인력 손실이 발생하고 있었다. 병원에서도 수익이 나지 않는 재활 분야에 투자를 적극적으로 하지 않게 되고 재활에 대한 사회적 인식도 부정적인 영향을 미치고 있었다.

> “사실 질적 향상은 30분 치료하고 20분 쉬게 해주면 돼요. 보통 치료사가 하루에 평균 안 봐도 12명 봐야 된단 말이에요.…실제로 그 상황에서 질적인 걸 바라는 건 쉽지 않고. 4시 반에 오는 환자한테 질적 치료 기대하기 쉽지 않아요. 여섯 시간을 쉬지 않고 일 해보세요. 전신을 다 쓰는 건데. 가장 중요한 거는 수가가 현실화되고 높아져야죠. 뭐 공부해라 이거 가지고는 안돼요. 하루에 치료사가 한 여덟 명만 치료해도 병원이 유지가 돼야. 치료사가 자기개발을 하죠. 사실상은 이 근본적인 시스템을 바꾸지 않고서는 치료사의 질적인 향상은 정말 가혹한 열정 페이인 거예요.” (S11)

오랜 기간 치료 경험을 이어온 환자와 보호자도 물리치료사의 근무 현실을 공감하며 물리치료사가 전문직의 대우를 받지 못하고 있다고 인식하였다. 노동 강도의 부담을 상쇄시킬만한 금전적 보상이나 비전도 보이지 않아 향후 의료기관이 있어도 물리치료사가 부족하여 치료를 받지 못하게 되지 않을까 우려하기도 했다.

> “소아재활 이쪽으로 오면 몸도 힘들어. 거기다가 엄마들이 다 애 하나 아니면 둘이잖아요.…옆에 딱 붙어 앉아가지고 뭐 하나 일거수일투족을 다 보고, 터치 하고, 개입하고, 선생님 잘 못하면 팀장한테 일러바쳐서 우리 애 바꿔주세요 막 이러고. 그런 스트레스적인 면이 너무 많은 거예요. 그럼에도 불구하고 이게 금액적으로 보상이 된다든지 일에 대한 비전 있다든지 하면 그래도 젊은 사람들이 견뎌낼 사람들이 더 많을 텐데…앞으로 우리가 뭐 병원에서 짓는다고 해도 치료사가 없어서 애들을 치료를 못 시키는 판국이 될 수도 있는 그런 거예요.” (PG_B1_B)

실제로 물리치료사의 열악한 근무환경으로 인한 잦은 교체와 이탈은 환자에게 부정적인 영향을 미치고 있는 것으로 확인되었다. 과거에는 물리치료사의 근속연수가 높아 신입 물리치료사 전문가로 성장해나가는 과정을 환자가 함께 했는데, 물리치료사가 자주 교체되다 보니 환자는 매번 새로운 신입 물리치료사를 배정받게 되고 이로 인한 불이익은 환자가 안고 가야

했다. 의료기관을 다시 찾게 되더라도 '이번에는 어떤 선생님이 걸릴지 모른다'는 불안감이 함께했다.

"계약직이라는 게 생기면서부터…'오신 지 몇 년 됐지?'를 딱 물어보고 뭐 '2년.' 그러면 옛날에는 2년이어도 이분이 좀 있으면 '내 아이가 일종의 마루타가 되어서 열심히 하시고 나면 다음에 내가 한 바퀴 돌고 여기 다시 오면 이분이 이제 어느 정도 베테랑이 되어 있을 거야. 우리 재활의 미래를 위해서 내가 이분에게 그걸 믿고 맡기겠다'인데. 다음에 오면 이 분 없어. 1년 뒤, 2년 뒤 되면 계약직이어서 나간 거예요. 없는 거예요. 그리고 신참이 또 와 있어. 그러니깐 그 병원에 한 3, 4명 거의 그 팀장급, 정규직 외에는 계속 바뀌는 사람이기 때문에 그 사람한테 걸리면 올해는 폭망인 거예요." (PG_B1_B)

의사와 물리치료사는 물리치료 시장의 서비스 공급 불균형 문제를 해결하기 위해 치료의 전문성을 측정하거나 평가할 수 있는 객관적인 기준이 마련되어야 한다고 이야기했다. 의료기관 운영에 참여하는 의사는 수가 제도상으로 물리치료사의 실력 또는 경력에 따른 차등을 둔다면 의료기관도 전문성 있는 물리치료사를 고용하기 위해 노력할 것이라고 이야기했다. 특히 물리치료사는 수가 제도를 개선하기 위한 좀 더 구체적인 방안을 제시하기도 했는데 개인이 이수한 교육, 학위, 특정 분야 경력 등에 따라 치료 수가에 차등을 두거나, 병원 단위로 전문성을 갖춘 인력의 비중에 따른 인센티브를 지급하는 방식 등이었다. 전문성에 대한 보상이 물리치료사에게 돌아가는 시스템이 구축된다면 물리치료사 스스로도 전문성을 높이기 위해 노력하고 환자들에게 양질의 치료를 제공할 수 있을 것이라고 보았다.

"경력이나 실력을 측정할 수 있는 객관적인 게 필요해요. 예를 들어 경력 몇 년 이상. 그레이드를 쭉 나누는거죠. 조건, 경력. 같은 신경계 병원에서 5년, 10년, 15년, 20년 이렇게 해서 그레이드를 A, B, C, D로 나누고 교육을 어떤 교육을 들었고. 그런 식으로 나눠진다고 하면 그 조건을 맞추기 위해서 본인이 노력을 할 거 아니예요. 그러면 거기에 대해서 병원이 수익이 늘면 당연히 그런 실력 있는 사람들을 병원에서 잡아두려고 하겠죠. 교육도 지원을 할거고. 그리고 내가 실력이 좋아지면 당연히 환자한테 잘 할 수밖에 없죠. 환자가 좋아질 수밖에 없죠. 그만큼 교육도 받고 경력도 많고 그런 치료사들이 남아있는 거니까." (S10)

2. 물리치료 전문성에 대한 사회적 관심 증가

서비스 공급의 증가로 물리치료를 경험하는 환자들이 많아지면서 물리치료에 대한 사회적 관심이 증가하였다. 재활에 대한 인식과 함께 서비스의 전문성에 대한 관심이 증가하면서 의료기관도 서비스의 질적 관리에 신경을 쓰게 되었다. 업무현장에서는 물리치료사가 독립된 행위의 주체로 인식되고 있었으며, 의사와 물리치료사의 관계에서도 변화를 살펴볼 수 있었다. 주제와 관련하여 '재활에 대한 인식 제고', '물리치료의 질적 수준에 대한 관심 증가', '물리치료사를 독립적 행위자로 인식', '물리치료사의 비공식적인 권한 확대'라는 4개의 범주가 도출되었다.

1) 재활에 대한 인식 제고

서비스 공급의 증가로 이전보다 많은 환자들이 재활 치료를 경험하게 되면서 재활의 필요성을 인식하거나 질병에 대한 조기 대응이 적극적으로 변화한 것으로 보인다. 의사들은 사회적으로 질병에 대한 경각심이 높아졌고 재활 치료의 효과를 경험하는 환자가 늘면서 재활 치료의 필요성과 효과성을 사회적으로 인정받게 되었다며 자부심을 드러냈다. 물리치료사 역시 환자들이 증상이 나타나면 빠르게 병원을 이용하게 되면서 발병 초기에 적극적인 처치가 이루어지고 있다고 보았다.

> "CNS(중추신경계)에 전문재활치료로 보자면, 재활치료를 해야 좋아진다는 건 의학적으로 인정이 되었고. 그 인정이 사회화도 되었잖아요. 사람들이 한의원 안가고, 침 안 맞고, 풍 맞아도 응급실 가야 한다고 생각하잖아요. 소위 말하면 양방치료와, 거기까지는 신경과, 응급의학과의 영역이고. 그 다음에 재활치료가 필요하냐가 제가 10년 동안, 전문의 딸 때에 비해서 지금은 좀 더 뇌졸중 학회에서 뇌졸중에 대한 경각심도 강조를 하고 재활치료를 받는 게 좋다는 인식도 사회적으로 높아지니까 재활치료 자체는 이제 어느 정도 인정이 되었고." (D1)

"환자들의 이 병에 대한 의식도 바뀌어지고. 예전에는 내가 뇌졸중인가? 뭔가? 이런 걸 몰랐는데 요새는 바로 바로 조기에 빨리. 많이 알려지다 보니까 몸이 조금만 이상해도 병원에 가서 처치를 받고 그러다 보니까 후유증 자체가 그렇게 많지는 않아요. …워낙에 환자분들 자체가 가볍게 오기도 하고, 또 초기 처치가 잘 되다 보니까 우리 재활병원으로 넘어오시는 분들도 수준이 좋아요. (웃음) 아급성기라도 되게 좋아요. 그래서 조금은 많이 바뀌었죠." (S13)

환자들은 재활 치료 중에서도 물리치료의 중요성을 강조하였다. 사람이 살아가는데 몸을 움직이는 것이 가장 기본이기 때문에 기능회복 과정에서 물리치료의 비중이 매우 높다고 생각하였다. 특히 조산이나 뇌손상으로 장애가 발생한 아이들 대부분이 신체적 문제를 동반하기 때문에 물리치료를 아이들이 살아가기 위한 필수 요건으로 보기도 했다. 재활 치료 외에 방법이 없는 환자들은 '재활만이 살길'이라고 표현하는 등 물리치료의 중요성을 상당히 높게 인식하고 있었다.

"저도 애가 워낙에 상태가 심각했기 때문에…애는 재활만이 살 길이라고. 아니면 못 산다 그랬어요.…같은 이른둥이나 뇌손상을 받았다 하더라도 모든 아이들이 다 틀리잖아요. 똑같은 뭐.. 전두엽이 다쳐도, 각각 증상이 틀리니까.…대체적으로 90% 이상은 몸이 안 돼요. 몸이 안 돼서 제일 첫 번째가 물리구요, 그 다음이 작업이에요. 물리와 작업이 밑바탕으로 깔리지 않으면 우리 아이들은 살아갈 수가 없어요." (PG_A2_B)

다른 치료방법과 물리치료 중 선택권이 있는 경우에도 환자 스스로가 물리치료를 선택하기도 했다. 특히 약물치료나 수술에 대한 거부감이 있는 경우 물리치료는 비수술적 요법 중 마지막 선택지로 인식되었다.

"나이가 드셔가지고…약물치료는 오히려 부작용이 있을 때도 있었고. 근데 그거를 안 하고 그냥 이렇게 꾸준히 1년이 됐든 2년이 됐든 (물리치료를) 꾸준히 하는 게." (PG_D4_B)

2) 물리치료의 질적 수준에 대한 관심 증가

물리치료 서비스 공급의 증가는 재활에 대한 인식 제고와 함께 서비스의 질적인 부분에 대한 관심으로도 이어지고 있었다. 먼저 환자와 보호자의 진술에서 물리치료의 전문성에 대한 높은 관심을 확인할 수 있었다. 특히 재활 치료를 경험하고 난 후 병원을 선택하는 지점에서 인식의 변화를 확인할 수 있었는데 치료를 목적으로 병원을 선택하는 경우 '물리치료사'가 가장 중요한 요인이 되기도 했고 '의사의 진료'보다 '물리치료사와의 치료 경험'이 더 기억에 남는다고 진술하기도 했다. 병원을 추천할 때도 '물리치료사의 실력'이 중요한 기준이 되었다.

> "우리가 어느 병원을 갈 때는 '거기 치료사 괜찮대?' 이렇게 처음 물어요. 그래서 괜찮다 그러면 그 다음에는 원장님이 얼마나 경력이 있으시고 어떤 분이시고 이걸 보죠, 그 병원에 대해서 몰랐을 때는. 그리고 그 병원에서 딱 접하고 나왔을 땐 남는 게 원장님이 남는 게 아니고, 치료사가 남아요. 이 병원은 정말 치료사가 잘해. 남한테 추천할 때도 '그 병원에는 어떤 치료사가 정말 끝내줘' 이렇게. 남는 거는 치료사인 것 같아요." (PG_D5_B)

의사 역시 환자와 보호자들 사이에 퍼지는 의료기관의 후기가 입소문으로 작용하여 의료기관의 경영에도 영향을 미친다고 인식하였다. 재활 치료의 특성상 환자들이 오랜 기간 동안 여러 의료기관을 경험하게 되는데, 의료기관 내 치료시간이 점차 증가하고 있어 환자나 보호자들이 공유하는 정보가 이전보다 더 많아졌기 때문이다. 의료기관끼리 경쟁하는 시장 구조 속에서 의료기관은 경쟁력을 확보하기 위해 치료 인력의 전문성을 전략적으로 내세우기도 하고, 다양한 치료방법이나 새로운 기구들을 도입하는 등 서비스의 전문화를 위해 나름대로 노력하는 모습을 보였다.

> "치료시간 자체가 적었을 때는 사실 잘 모를 수도 있었겠지만. 치료시간 자체가 양적으로 많아지다 보면 아무래도 더 노출되기도 많이 하고 더 많이 보다 보니까…병원 입장에서 어떤 질적인 문제, 전문성의 문제도 같이 고려할 상황이고 좀 더 어떻게 해

야 될지 아니면 어떻게 하면 좀 더 전문적인 향상된 치료들을 공급할 수 있을지. 아마 병원 입장에서도 마찬가지고 환자나 보호자 입장에서도 그런 것들을 좀 더 생각하는 상황이지 않을까." (D4)

특히 물리치료사 인력의 중요성을 인식하고 있는 일부 의료기관(의사)은 수가의 제도적 제약 속에서도 물리치료사의 전문성을 보장해주기 위해 다양한 방식으로 노력하고 있었다. 이러한 의료기관에 근무하는 의사와 물리치료사는 특히 '좋은 리더의 필요성'을 강조하였다. 리더가 열심히 하는 문화를 형성하면 모든 직원이 열심히 하는 의료기관이 되고 전체적인 치료의 질도 높아진다고 보았다. 팀장급 이상의 경력을 가지고 있는 전문성 있는 물리치료사가 많이 확보되면, 의료기관은 치료의 질적 수준을 유지하는 동시에 전문성에서 아직 미숙한 저년차 물리치료사들을 교육하고 관리 감독할 수 있게 되어 의료기관 전체의 질적 수준이 향상된다고 보았다. 이들은 구성원 개개인의 전문성을 높이는 것만으로 의료기관의 전문성이 확보되는 것이 아님을 알고 있었다. 의사와 물리치료사의 관계도 고용주와 고용인의 관계를 넘어 전문성을 갖춘 파트너로서 서로를 지지하는 문화가 형성되어야 의료기관 전반의 전문성이 올라가고 환자와 보호자에게도 좋은 평가를 받는 것으로 인식되었다.

"우리 병원이 그렇게 우리 치료사들 내부적으로 팀장급들이 매우 열심히 하고, 잘하고 있고, 이 팀장들이 밑에 젊은 치료사들을 또 교육을 잘해서 한 1년 정도면 이제 어느 정도 좀 환자들이 보호자들이 만족할 수준까지 올려주거든요. 그렇게 되니까 이제 유지가 되는 거지.…열심히 하는 문화가 형성되어 있기 때문에 이 병원은 열심히 치료해주는 병원이라고 소문이 나 있는 거예요. 팀장급들이 놀기 시작하면 밑에 애들도 노는 거고, 그러다 보면 보호자나 환자들이 이 병원은 뭐 노는 분위기구나 이렇게 생각하는 거지." (D5)

인력의 중요성을 강조하는 의료기관이 전문성 있는 물리치료사를 기용하기 위해 기본적으로 언급한 방법은 능력에 맞는 적절한 보상이었다. 금전적 보상 수준이나 직원 복지체계가 잘 갖추어져 있는 대학병원은 물론, 병원급

과 의원급 의료기관에서도 능력에 맞는 적절한 보상이 중요하다고 인식하였다. 인센티브 제도를 운영하는 재활병원의 의사는 병원 전체의 치료 수준을 높이기 위해서는 병원이 물리치료사에게 능력에 맞는 금전적 보상을 해주는 것이 당연하다고 이야기했다. 인센티브 제도는 과거에도 있었지만, 도수치료 시장으로 물리치료사들이 대거 이동하게 되면서 경력직 물리치료사에 대한 인센티브 수준이 더 강화되었다고 보았다. 물리치료사가 부족해서 치료를 못하는 상황을 오래 겪은 한 의원의 운영진(물리치료사) 역시 의원이 물리치료사의 중요성을 느끼게 된 후로는 최소한 복지나 급여 때문에 물리치료사가 이직하는 일이 없도록 능력에 맞는 급여를 제공하게 되었다고 진술하였다.

> “돈을 많이 줘야죠. 실력 있는 사람을 돈을 안 주면 어떻게 해. 물론 자긍심도 심어줘야 되지만 돈도 당연히 줘야지. 옛날에도 음으로 양으로 있긴 있었죠. 옛날에도 있었는데 그게 좀 더 세진거지.…아무래도 도수치료로 많이 빠져나가면서 지금 NDT(신경계 치료) 하는 치료사들을, 고년차들을 잡기 위해서 월급을 더 주는 거지.” (D5)

> “치료받겠다고 하는 아이들이 있는데 치료사가 없어서 치료를 못 해주는 상황을 거의 한 3년 넘게 겪었어요. 그러다 보니까 아 치료사가 있어야 재활병원이 운영이 되는구나를 아신 거죠 병원 입장에서도. 우리 원장님 하시는 말씀은…애들 데리고 사기 치지 말았으면 좋겠다…그러다 보니까 원장님 입장에서는 계속 경력 많은 치료사들 원하시고. 그래서 치료사들을 남아있게끔 하려고 임금적인 부분이나 복지적인 부분이나 이런 부분들도 계속적으로 수정을 해 왔어요. 최소한 소아 재활을 하는 병원들 중에서는 그런 복지나 아니면 페이적인 부분들 때문에 다른 병원으로 퇴사를 하는 일은 없도록 해야겠다 라고 생각을 해서. 그렇게 해서 계속 만들어왔죠 지금까지.” (S6)

금전적인 보상 외에도 물리치료사를 한 의료기관에 오래 머물게 하기 위해서는 모든 구성원이 서로를 존중하고 소속기관에 자긍심을 갖게 하는 것이 중요하였다. 근무하고 있는 의료기관에 대한 자긍심이 강한 물리치료사는 조직의 일원으로 존재감이 분명했고, 의료기관과 물리치료사가 함께 성장해나가는 과정 속에서 소속감을 강하게 느끼고 있었다. 의료기관의 비전과 운영 방향이 물리치료사가 추구하는 근무 환경과 잘 맞는 경우 한 기

관에 오래 머무르는 동기가 되기도 하였다. 급여 수준이 만족스럽지 않음에도 자유롭고 서로를 존중하는 문화가 좋아서 20년 넘게 한 기관에서 근무하고 있다고 진술한 사례도 있었다. 의료기관이 물리치료사의 다양한 생각과 의견을 존중해주고 그것을 실현할 수 있는 기회를 제공할 때 물리치료사는 더 많은 아이디어를 도출하고 발전해나갔다. 물리치료실 내의 단합된 분위기와 인간적인 교류 속 즐거움이 물리치료사를 한 기관에 오래 머무르게 하는 요인이 되기도 했다.

"예전에 OO병원이나 OO병원 같은 데서는 보바스 치료 이외에 다른 거 하면 안 돼. 또 어떤 병원에서는 뭐 PNF 이외의 건 하면 안 돼. 이런 분위기가 좀 있었어요. 그런데 저희 병원 같은 경우는 특별하게 그런 거 없이 내가 하고 싶은 것, 내가 시도하고 싶었던 것. 그런 것들에 대해서 되게 적극적으로 지원을 해주셨고…물리치료가 이렇게(유연하게) 바뀌었지만 어떤 병원에서는 아직도 막 되게 수직적인 문화가 여전히 살아있는 병원들도 많거든요.…뭐 그래서 뭐 남게 됐던 거죠." (S13)

이러한 의료기관의 문화는 운영자(의사)와 치료실장(물리치료사)의 비전이 맞아 떨어질 때 더 긍정적으로 정착할 수 있는 것으로 나타났다. 병원급 또는 규모가 큰 의원에서는 물리치료실 운영과 관련된 결정권과 인사권을 치료실장에게 일임하고 있는 경우가 많았다. 치료실장을 맡고 있는 물리치료사는 물리치료사가 부당한 대우를 받지 않는 치료실을 만들고 싶었는데 운영자(의사)의 지지로 그것이 실현 가능했고, 덕분에 경력 있는 물리치료사들이 오랫동안 근무하게 되었다고 진술하였다. 또 다른 기관의 치료실장급 물리치료사는 내부교육을 통해 후배 물리치료사들을 전문가로 양성하는 것을 중요하게 여겼는데 운영자(의사)가 손해를 감수하고 많은 소아 물리치료사를 교육하고 배출할 수 있도록 터전을 제공해주어 오랫동안 근무하게 되었다고 이야기했다.

"오픈 병원이었고. 치료실을 만들어 가는 과정 속에서 새롭게 좀 만들어가는 것들이 더 추구되어서 좋았죠. 다른 재활병원에서 치료사들한테 이런 계약 관계라든지 아니면 이상한 행동 같은 것들을 우리 병원에서는 안 하게 하고 싶었고. 뭐 이면 계약을 한다든지, 치료사는 월요일, 금요일 휴가를 못 쓰게 한다든지부터 시작해서 택배를 못

받게 한다든지. 몇 명 이상 모여서 애기를 못 하게 한다든지. 이상한 애기들이 많거든요 사실은. 그런 것들이 없는 그런 좀 멋있는 치료실을 만들어보고 싶어서. 그 오래 다니는 친구들이 그게 좋아서 따라 온 거니까." (S9)

"아이들 인구수는 줄었는데 그렇다고 해서 재활을 받아야 되는 아이들 수가 같이 그렇게 확 준 건 아니거든요. 왜냐하면 이미 장애를 입은 아이들이 계속 성장을 하고 있으니까. 그런데 아시다시피 소아 재활을 하는 기관들이 너무 없어서. 그리고 기관들이 없는 이유가 소아 재활을 하는 치료사들이 없어서 안 한다는 애기 굉장히 많이들 하시거든요, 제가 생각하는 사명감은 어쨌든 간에 새로 소아 재활을 할 수 있는 기회를 어떻게 보면 이 기관을 통해서 계속 1년 차들을 교육시키면서 기회를 제공을 하는 거고. 근데 그거를 원장님이 믿고 맡겨주시고 그렇게 해야 된다 라고 항상 생각을 하시니까." (S6)

3) 물리치료사를 독립적 행위자로 인식

서비스의 전문성이 중요해지면서 의료현장의 업무 방식은 상호협력체계로 나아가고 있었다. 의사와 물리치료사의 업무영역이 어느 정도 구분되는 것으로 보였는데, 의사는 주로 환자의 전반적인 의학적 상태를 체크하여 처방하는 역할을 담당하고 물리치료 영역의 업무는 대부분 물리치료사에게 일임하는 방식이었다. 의사에 따라 치료에 관여하는 정도의 차이도 컸다. 법으로 규정된 물리치료사에 대한 의사의 '지도'는 환자의 의학적 상태 변화에 대한 전반적인 모니터링 과정 중 하나로 볼 수 있었다.

"처방이라는 게 사실 처방명인거지 그 내용이 아니잖아요. 예를 들면 중추신경계발달재활치료 처방. 초음파 처방. 이런 거지 그거를 어떻게 하라는 게 아니잖아요.…그리고 그거를 일일이 얘기할 수 없는 게 환자마다 다 다른데. 그래서 치료사가 일임하게 돼 있죠. 물론 회진 돌 때는 이제 환자의 상태 호전 상태라든지, 또 의학적으로 감염이라든지, 통증이 있어서 약이 필요하다든지, 주사가 필요하다든지, 아니면 신경적인 뭐 강직이 조절이 안 된다든지 의사의 영역이 있는 거고. 치료사의 영역 중에서는 의사들이 그거에 대해서 가이드를 해 줘야 될 때가 있으면 그거에 대한 가이드를 해주죠. (예전과 지금이) 똑같다고 봅니다." (S9)

물리치료사들은 비교적 치료업무를 자율적으로 수행하고 있다고 인식하고 있었다. 하지만 업무의 자율성이 치료 행위에만 국한되어 있어 한계를 느끼고 있었다. 물리치료사들이 주장하는 자율성의 범위는 업무에 대한 책임과 권한, 노력에 대한 보상까지 포괄하는 수준이었다.

"자율로 내가 무언가를 할 수 있다는 건 이 환자를 평가하고 자율로 함으로 인해서 이 환자에 대한 좋아짐이나 뭔가 이거에 대한 책임, 뭔가 이런 것들의 소지에서 명확하게 있어야 되고. 그거에 대해서 나의 어떤 자율성과 노력이 들어가서 내가 이 환자를 좋아지게 했다 라는 것이 형성이 돼야 되는데 그거에 대해서 말 그대로 아무런 보상이 없어요.…몇 도까지만 꺾어서 ROM을 하루에 뭐 10개씩 3세트하고 이런 식으로 지도를 오면 우리는 그대로 하면 돼요. 돈 버는 건 똑같아요. 그러니까 자율로 치료를 할 수 있다 라는 것이 얼마만큼의 메리트가 있는지 그거는. 제가 20년 가까이 치료를 하면서 지도를 받아서 치료해본 적은 없는데 그게 무슨 의미인지 잘 모르겠어요." (S10)

물리치료사의 자율성에 대한 주장은 의사를 비롯한 다른 직역들이 물리치료 영역의 업무를 대신할 수 없다는 자신감에서 비롯된 것으로 보였다. 특히 전문물리치료 업무는 대체 불가능한 전문 영역이라는 인식이 컸다. '치료사가 없으면 재활병원을 운영할 수 없을 것'이라는 표현에서 병원 내 치료사들의 입지를 확인할 수 있었다. 물리치료사들은 법적으로 정해진 의사와 물리치료사의 역할과 권한을 인지하고 있으면서도 자신들의 업무 범위를 명확히 구분하는 모습을 보였다.

"MD들도 다 알지 않을까요 치료사 없으면 본인들이 병원을 운영할 수 없다 라는 걸." (S6)

"의사분들이 환자분 치료에 대해서 오더를 내지 그 분이 직접 치료하지는 않거든요. 그 오더를 물리치료사가 받고 결국에 환자가 좋아지는 플랜, 치료적 계획은 다 치료사가 짜는 거고. 치료 스타트와 종료를 의사가 정해주는 거지. 치료 플랜은 치료사가 거의 주도적이죠.…오더를 내고 오더를 바꾸고 오더를 종료하고는 의사의 권한이긴 한데 환자를 치료할 때 이 환자를 좋아지게 하는 그 목표의 방향으로 가는 방법은 치료사가 정하는 것 같습니다.…치료사를 대신할 수 있는 것은 솔직히 병원에서 많이 없다고 생각이 듭니다." (S2)

물리치료사의 이러한 주장은 환자들의 인식에서도 어느 정도 지지를 받고 있는 것으로 확인되었다. 환자 역시 물리치료사와 의사의 역량은 별개라고 생각하는 등 물리치료사를 물리치료 영역의 독립적인 행위자로 인식하였다. 치료 과정에서 의사보다 물리치료사와 질환이나 증상에 대해 더 많은 이야기를 나누고 있고, 치료서비스를 제공하는 주체가 물리치료사이기 때문에 '물리치료'가 목적인 환자에게는 '물리치료사'의 역량이 매우 중요하다고 인식하였다.

"수술한 환자들은 이제 교수님이.. 유명한 교수님한테 수술하면 그게 절대겠죠. 그 다음에 치료는 치료사에 따라서 되니까. 유명한 의사하고는 상관이 없더라구요." (PG_D3)

4) 물리치료사의 비공식적인 권한 확대

의사와 물리치료사의 관계에서도 변화를 확인할 수 있었다. 법으로 규정된 의사와 물리치료사의 관계는 변함이 없지만 업무 현장에서 물리치료사에게 주어지는 실질적인 권한은 점차 커지고 있는 것으로 보였다. 과거에는 의사와 물리치료사가 의견을 교환할 수 있는 기회가 많지 않고, 의사의 의학적 판단에 따른 치료계획을 물리치료사가 일방적으로 따라서 치료를 해야 했다. 그러나 이제는 물리치료사의 의견이 치료 전반에서 적극적으로 반영되는 현상을 확인할 수 있었다. 의료진 간에 의사소통이 활발한 기관일수록 의사는 물리치료사를 전문가로 존중하고 적극적으로 의견을 나누는 모습을 보였다. 의사와 물리치료사 모두 각자의 역할을 분명하게 인식하고 필요에 따라 도움을 주고 받는 모습에서 환자 중심의 팀 접근이나 협업이 진행되고 있음을 확인할 수 있었다.

"병원에 소속돼 있는 의료진의 닥터들 밑에서 치료를 하는 어떤 직군이지만.. 우리들한테 환자들한테 접근할 수 있는 어떤 권한들. '이 환자한테 뭐가 필요합니다. 이 환자한테는 뭐가 필요해서 이러 이러한 식으로 치료를 하겠습니다.' 예전에는 절대로 있어서는 안 되는. 월권이다 뭐 이런 식으로 해서 이제 교수님들이 뭐 전혀. 완강히 혼내기도 하고 그랬지만, 요즘은…회진을 돌기 전에 먼저 선행되는 팀어프로치 시간에

치료사 의견을 많이 반영하고, 약을 썼을 때도 '어떤 약을 줄일까요? 더 쓸까요?' 라고 했을 때도 치료사한테 물어보는 일들이 많아지기 때문에. 일단은 물리치료사로서는 전문성을 요하고 그 사람들이 우리한테 권한을 준다고 생각하고. 거기에 맞추기 위해서는 우리가 노력을 해야 하기 때문에 그게(전문성이) 필요하다고 생각하죠." (S4)

과거와 달리 물리치료학회의 교육을 의사가 참석하는 경우도 있었다. 이는 치료기술이나 교육의 수준 뿐 아니라 의사의 물리치료에 대한 관심도 높아졌다는 것을 의미한다고 볼 수 있다. 물리치료사들은 이러한 변화를 긍정적으로 받아들이고 있었고, 물리치료사들이 더 책임감을 가지고 기대에 부응하기 위해 노력해야 한다고 인식하였다.

"예전에는 치료사들이 하는 교육에 MD(의사)들이 참석을 하는 경우는 굉장히 드문 경우였고 거의 볼 수가 없는 경우였는데 PNF쪽도 제가 알기로는 치료사 교육임에도 불구하고 MD들이 와서 교육을 듣는 경우도 종종 있고, 저희 보바스 교육도 MD TO가 따로 이렇게.…강사는 물리치료사인데 MD가 와서 교육을 듣고 가는 경우가 있고.…예전에 비하면 MD들 생각들도 되게 많이 바뀐 것 같고 저희 입장에서도 어느 정도 선까지는 치료사들이 그만큼 올라가야 된다 라고. 학업적인 부분이나 이런 부분들을 좀 더 거기까지 채워 올라가야 된다고 많이 생각을 하는 것 같아요." (S6)

의사들도 의사와 물리치료사의 관계 변화를 인식하고 있었다. 의료계 전반의 세대 변화가 반영된 것으로 보이는데, 의사도 이전과는 달리 물리치료사와 자유롭게 이야기를 나누는 것을 선호하게 되었고 물리치료사도 자신의 의견을 적극적으로 표현하고 있었다. 전반적으로 환자에 대한 정보 공유가 활발해졌다는 점에서 긍정적인 변화를 확인할 수 있었다.

"요즘 선생님들이 훨씬 더 그게 잘 되어있긴 하더라구요. 문화 자체가 자신의 의견을 바로바로 말하고. 그게 더 도움이 되는 것 같긴 해요. 물론 그것 때문에 좀 트러블이 생길 수 있긴 하지만. 아마 젊으신 분들의 문화가 생기는 것 같아요. 그리고 자신만의 견해도 좀 생기는 것 같고. 그래서 이제 재활의학과 내에서도 '어, 그게 좀 다른가?' '이건 이렇게 하고. 이건 하고있는 이것 때문에 그렇습니다.' 이렇게 얘기하고. 그런 과정 속에서 저도 기준을 한 번 리마인드 해볼 수 있고 '아, 내가 왜 그렇게 판단을 했을까' 생각해보고." (D2)

3. 물리치료사의 전문적 역량 강화

물리치료 전문성에 대한 사회적 관심이 증가하면서 물리치료사는 전문가의 능력과 역할을 요구받고 있다. 3절에서는 물리치료 또는 물리치료사에 대한 업무현장의 경험 속에서 전문화된 물리치료 서비스의 의미를 탐구하였다. 이는 곧 물리치료가 전문화된 서비스로 나아가기 위해 물리치료사에게 요구되는 능력이라고 볼 수 있다. 주제와 관련하여 '질환에 대한 의학적 지식 향상', '치료기술의 이해 및 적용능력 배양', '환자의 상태와 회복시기에 따른 다양한 치료 경험 습득', '정서적 유대감과 소통에 기반한 문제해결 능력 배양'이라는 4개의 범주가 도출되었다.

1) 질환에 대한 의학적 지식 향상

물리치료 전문성의 요소 중 의사와 물리치료사가 공통적으로 언급한 지식적 측면은 '질환에 대한 의학적 지식'과 '치료기술의 이해와 적용'이었다.

먼저 의학적 지식에 대한 진술을 살펴보면 다음과 같다. 의사는 질환에 대한 이해 없이는 환자에게 필요한 치료를 제공할 수 없다고 보았고, 그런 의미에서 물리치료사가 '환자의 질병에 대해 정확하게 파악하고 치료하는가'가 전문성을 판단하는 중요한 요소가 되었다. 의사가 물리치료사의 술기(skill)를 판단하기는 어렵기 때문에 두 직군이 공유하는 질환에 대한 의학적 지식을 전문성의 판단 요소로 인식하였다. 물리치료사도 지식이 뒷받침되지 않은 채 기술만 모방하는 물리치료사는 치료사가 아닌 '기술자'라고 표현할 정도로 의학적 지식은 전문성을 뒷받침하는 핵심요소였다.

> "TBI(외상성 뇌손상)에 따라서도 다르고, TBI인지 stroke(뇌졸중)인지에 따라서 다 다르고. 파킨슨은 또 그 나름의 그게 있는 거고. 어쨌든 병에 대해서 잘 파악을 하고 하는가 그런 거를 이제 얘기를 해보면 알 수가 있으니까.…제가 치료적인 부분을 솔직히 저는 잘 모르거든요. 정말 어떤 스킬적인 부분은 어떻게 하면 이런 것들을 제가 잘은 모르기 때문에 그런 걸로 좀 알게 되는 것 같고. 그래도 '좀 알고 하는구나, 그냥 하는구나' 이런 생각이 드는 거고." (D3)

"관련 지식을 알지 못하면 그냥 남들이 하는 기술 보고서 계속 따라하는 따라쟁이가 될거구요. 저희끼리 얘기하는 업계 용어로는 '기술자'라고 얘기하거든요." (S5)

복합질환 환자의 증가는 물리치료사에게 점점 더 복잡하고 고도화된 의학적 지식을 요구하고 있었다. 물리치료사는 치료를 받는 환자의 현 상태가 다양한 기저질환의 영향으로 발생한 결과물이기 때문에 다양한 질환에 대한 포괄적인 이해가 중요하다는 입장이었다. 이와 관련하여 의사는 물리치료사가 기존에 다루던 근육과 신경, 몸의 움직임 영역 뿐 아니라 관련된 기저질환에 대해서도 폭넓게 이해한다면 좀 더 양질의 서비스를 제공할 수 있을 것이라 이야기하기도 했다.

"다리를 내딛게 만드는 게 중요하기도 하지만 시력이 안 좋은지 체크하고 흔히 말하는 노인성 질환도 있고 당뇨가 있으셔서 감각이 떨어지면 내딛는 proprioception(고유수용감각)이 떨어지니까 당뇨 있는 노인은 어떻게 한다. 파킨슨에 stroke(뇌졸중)이면 어떻게 한다, 심장질환이 있으면 '가슴이 많이 아프세요? 죽을 정도로 숨이 차세요?' 물어봐가면서 치료한다 이런 것들이 사실은 다 그 30분 치료시간 내에 들어가야 하는 혹은 치료시간을 늘리기도 하고 줄이기도 해야 되는 기법이라고 생각하거든요. 기본은 근육과 신경과 움직임이지만 거기에 개입된 요소들이 뭔지를 알면 좀 더 양질의 전문가가 되겠죠." (D1)

환자의 의학적 상태를 포괄적으로 이해하고 접근하기 위해서는 의무기록을 이해하는 것도 중요했다. 그러려면 먼저 환자 정보를 기록으로 남기는 환경이 갖추어져야 하는데, 요양병원의 환경은 의무기록이 충실하게 기록되지 않는 경우가 많고 의사와 물리치료사의 교류 기회도 상대적으로 적어 물리치료사가 환자를 정확하게 파악하기에 한계가 있었다. 이러한 치료 환경에서는 물리치료사가 환자 치료에 점점 소극적으로 임하게 되어 전문적인 서비스가 제공되기 어려웠다.

"환자의 의무기록이 잘 되어있어야 하는데 의무기록을 독해하거나. 그런데 사실 요양병원은 그런 걸 안 써서 오거든요. 그럼 의무기록을 열어봐도 없고 엑스레이를 열어

봐도 스캔된 게 없어. 그러면 의사 선생님들한테 물어봐야 하는데 의사 선생님도 관심이 없어, 혹은 의사 선생님이랑 커뮤니케이션이 안 좋아, 그러면 그 병원에서는 내가 아무리 열심히 공부하고 싶어도 못 할 수도 있고 자꾸 그게 반복되다 보면 나도 관심이 없어지죠. 그러면 (환자 상태를 보면) 위험은 할 것 같지만 '무리하지 마세요' 이러고 끝나거든요." (D1)

그 밖에 물리치료사가 추가로 언급한 전문지식은 치료를 제공하기 전에 환자 상태를 파악하는 '치료적 검사와 평가'였다. 물리치료사는 환자의 의학적 상태 외에도 환자의 몸의 기능 상태를 정확하게 평가할 수 있어야 환자에게 필요한 치료를 적절하게 제공할 수 있다고 인식하였다.

"우선 평가가 제대로 돼야 되니까. 평가하는 능력이 좋아졌다고 생각을 해요. 환자를 제대로 평가를 해야 내가 제대로 치료를 할 거니까 환자분이 뭐가 문제가 있다 이런 거 알아내는 능력들이 좋아졌다고 볼 수 있죠." (S12)

환자도 물리치료사의 전문지식이 치료의 질을 결정하는 중요한 요소라고 인식하였다. 물리치료사가 환자 상태에 대한 정확한 이해를 바탕으로 치료 목표와 계획을 세우고 치료를 할 때 치료의 질적 수준이 높다고 느꼈다. 반대로 물리치료사가 환자의 질환이나 상태를 제대로 파악하지 못하고 치료할 경우 형식적인 치료 또는 안전상의 문제로 이어진다고 보았다. 일률적이고 형식적인 치료는 비전문적인 치료라고 인식하였고 치료에 대한 의욕도 떨어진다고 이야기했다. 안전상의 문제는 대부분 신규 물리치료사들이 무리하게 접근하는 경우에 발생하지만, 경력이 있다 하더라도 환자에 대한 이해가 부족할 경우 안전을 보장받지 못하는 상황이 벌어지기도 했다.

"잘하시는 치료사 선생님들은 다 틀려요. 틀릴 수밖에 없죠. 왜냐하면 같은 척수 환자라도 이 친구는 7번이 다친 거고, 6번이 다친 거고, 5번이 다친 거고. 그리고 또 나오는.. 이제 뭐 골반 쪽에도…뭐 L2가 되면 L3도 나오고 이러면 치료방법이 다 틀려야 되는데 어쩜 그렇게 한결같이 똑같은지. 그런 선생님들한테 받으면 사실.. 졸려요. 그냥 자고 있고 싶은데 잘 수는 없으니까 그냥 이바구 떨다가 그냥 가는 거죠." (PG_D5)

"신입선생님들은 겁이 없어요. 환자에 대한 이해도 부족한데요.…뇌질환 환자도 누구는 이런 식으로 해야 되고 저런 식으로 해야 되는데 신입인 선생님들 경우에는 그냥 그런 게 없는 경우가 많더라고요. 그래서 아 다른 환자들처럼 그냥 이렇게 해도 되겠다. 라고 하는 경우가 많아요.…그 선생님은 경력이 있는데도 불구하고, 여러 번 치료를 했는데도 불구하고 안 되는데 '어, 이렇게 하면 될 것 같은데' 하고 무조건 하는 거예요. 결국 토요일 날은 엄마가 넘어질 뻔했어요. 치료시간에." (PG_D3_B)

2) 치료기술의 이해 및 적용능력 배양

물리치료사가 전문적인 서비스 제공을 하기 위해 반드시 습득하고 있어야 하는 또 다른 요소는 '치료기술'이었다. 물리치료의 주목적이 환자의 치료하는 것이기 때문이다. 치료기술은 의사가 물리치료사를 한 영역의 전문가로 인식하는 핵심 요인이기도 했는데, 의사가 치료 과정에 직접적으로 참여하지 않기 때문에 환자의 기능 수준을 파악하거나 치료적으로 접근하는데 있어서는 물리치료사가 더 전문적일 수 있다고 인식하였다. 물리치료사도 어떤 치료기술을 적용하느냐에 따라 치료의 방향이 달라질 수 있다고 이야기하였고, 행위에 의미가 부여되지 않은 치료는 치료가 아니라고 강조할 정도로 치료기술을 이해하는 것은 매우 중요했다.

"제가 직접 치료해보지는 않고 그렇지만, 저는 '어느 정도 기능적 레벨과 이쪽 근육이 좀 약해요.' 이 정도 설명을 하지만 좀 expert하신 분들은 거기 내에서도 세부적으로 또 다르시더라구요 기준을. 이런 친구에서는 이런 근육에서 좀 약하니까 이런 부분의 접근을 좀 해본 다음에 요게 좀 더 수준이 올라가면 sitting balance가 올라갔으니까 좀 동적인 거로도 가보고 동적인 거를 더 증진시킬 수 있는 여러 가지 어떤.. 트레이닝 방법이랄까요." (D2)

"어떤 테크닉을 어떻게 쓸 거냐에 따라서 치료의 방향성 자체가 틀려지는 거니까.…왜 하는지 당연히 알아야 하고. 내가 이 잠깐에 하는 행위를 의미 없이 하는 친구들도 되게 많아요. 항상 내가 하는 모든 테크닉엔 의미가 부여되어야 되거든요. 그런데 의미가 부여되지 않고 치료하는 건 치료가 아니라고 생각해서. 항상 그거에 기반한 에비던스와 그리고 자기만의 의미를 적어도 가져야 된다고 생각해요." (S3)

환자에게는 물리치료사의 치료기술이 곧 치료능력이라고 인식되기도 했다. 물리치료사가 환자의 신체 움직임을 정확하게 통제(control)하는 경우 환자의 자세가 바로 잡히고 움직임이 달라지는 것을 직접 보거나 경험한 사례들에서 확인할 수 있었다. 환자들은 물리치료사가 치료기술이 뛰어난 경우 물리치료사를 신뢰하게 되고 치료에도 더 적극적으로 임하게 된다고 이야기하였다.

> “연차가 많은 선생님은 어딘가 모르게 다 달라요. 나는 그래서 ‘그 선생님이랑 하면 넘어져도 저 선생님이 이렇게 해 줄거야’ 하고. 저는 이제 지금 보조기를 안 차고 그냥 제 다리로 이제 움직이고 걷는 연습을 하거든요. 그러면 그 선생님은 이렇게 세우는 자세를 할 때 그 선생님이 어디 다리에다가 힘을 주고 허리를 펴고 일어서라고 하면 쉽게 그냥 탁 일어서져요. 그렇게 쉽게 서지더라구요. 그리고 걸음을 걸을 때도 골반을 약간 움직여 주면 발이 딱 떨어져요. 그런 걸 다 가르쳐주시더라고요. 걷는 연습을 할 때에도. 골반만 약간 움직이면 다리가 가볍게 탁 떨어져서.” (PG_D3)

한편, 치료기술을 이해하고 적용하는 것이 물리치료사에게 요구되는 전문성의 핵심 요인임에도 물리치료사들 사이에서 환자를 치료하는 방법은 ‘임상에 나와 물리치료사 본인이 습득해야 하는 것’이라는 인식이 지배적이었다. 공식적인 교육 훈련 과정에서는 환자 치료를 경험할 기회가 없기 때문이다. 물리‘치료’학과는 환자를 치료하는 임상가를 양성하는 것이 주목적인데, 학교는 물리치료사가 의료현장에서 어떤 역할을 하고 환자에게 어떻게 접근하는지 알려주지 않는다고 이야기했다. 몇몇 학교는 최근 임상 경험이 풍부한 교수진을 배치하고 실습 과정을 강화하는 등 개선의 여지를 보이기도 했지만, 대다수 학교의 교육과정은 여전히 국가고시에 초점이 맞추어져 있었다.

> “과명 자체에 치료가 들어가잖아요. 물리치료에 기반이 되는 뭐 이론 학과가 아니라.. 물리치료학과잖아요. 그러면 기본적으로 치료를 할 줄 아는 사람이 가르쳐야죠.… 교수님이 치료를 할 줄 알아야 돼요. 학생들이 참 양질의 교육을 받는 학교들을 보면 임상에 10년 이상 있다가 막 가가지고 교수님 되는 선생님들 있는 학교들은 보면 잘 배워요. 그렇지 않으면 나와서 뭐 할 줄 아는 게 없는데. MMT(도수 근력 측정), ROM(관절운동)도 잘 못하는데. 잠깐 배운 게 다고. 그런 것들은 좀 힘들죠. 임상 있으면 뽑아놓고 나서 석 달 동안은 환자를 못 봐요. 줄기차게 또 가르쳐야 돼.” (S11)

물리치료사들은 실습 시간이 부족하다면 학제를 늘려서라도 임상가로 성장할 수 있는 환경을 마련해야 한다고 이야기했다. 반대로, 교육 과정의 개편에 대해 부정적인 인식을 가지고 있는 경우도 있었다. 물리치료사가 전문가로서 충분한 전문성을 갖추는 방안을 공식적인 교육 훈련제도에서 찾느냐, 아니면 지금처럼 비공식적인 학습기회에 의존하느냐의 차이였다. 의견이 나누어지는 것은 물리치료사의 업무 권한과도 맞물려 있었는데, 현 제도를 유지하고자 하는 물리치료사는 의료기사가 법적으로 의사의 지도를 받는 상황에서 교육 과정이 더 길어질 필요가 있을까 하는 회의감을 나타내었고, 만약 교육 과정이 길어진다면 법이나 제도의 개정도 함께 이루어져야 한다고 주장하였다.

> “필요하다면 학제를 좀 늘리는 한이 있더라도 임상에서 면허를 땄으면 일단 내 앞에 있는 환자는 내가 어떻게든 케어를 할 수 있을 정도의 수준까지 올라가야 되지 않나. 무슨 물리치료사들 공부가 면허 따고 ‘이때부터 난 시작이야’ 라고 이렇게 시작하는 게 이건 좀 말이 안 되는 상황이지 않나 라는 생각을 되게 많이 하고요.” (S6)

> “교육과정이 굳이 길어야 될 필요가 있나, 우리가 의사 밑에서 오더를 받고 일을 해야 되는데. 우리가 만약 우리 스스로..…이 환자 저 환자 전부 다 볼 수 있는 게 되면 우리가 의사처럼 그렇게 긴.. 현재 우리의 의료의 정책상 물리치료사는 의사의 오더를 받는데 굳이 그렇게까지 하면 의사의 오더를 받을 필요가 있나.. 생각이 드네요.” (S2)

한편, 물리치료사에게 의사의 수련 과정(인턴-레지던트)과 같은 임상 수련 기간을 두어야 한다는 의견도 제시되었다. 이것은 물리치료사 뿐 아니라 의사의 진술에서 확인할 수 있었다. 현재 의료기관 실습은 면허를 취득하기 전 학교 교육 과정에서 이루어지기 때문에 실습이 참관(observation)에 그칠 수밖에 없다. 그런데 물리치료사가 면허를 취득하고 난 후 바로 의료기관에서 환자를 맡아 치료를 해야 하는 상황이기 때문에 치료 경험이 없는 물리치료사는 병원과 환자, 물리치료사 모두에게 부담이 되고 있었다. 임상 수련의 필요성을 강조한 의사는 물리치료사가 어느 병원에서 훈련을 받고 환자치료와 관련하여 어떤 경험을 쌓았는지에 따라 이후 전문가로서의 역량에도 차이가 난다고 이야기했다. 더욱이 3~4년 전부터는 대학병원의 인

턴제도가 없어져 물리치료사들이 임상에 나와 훈련을 받을 수 있는 기회가 더 줄어든 상황이기 때문에 임상 수련 과정의 필요성은 더욱 강조되었다.

"트레이닝 병원이 제일 중요한 것 같아요.…OO병원에서 하신 분들, 그리고 서울에 좀 빡센 데서 경험하신 분들과 바로 요양병원에 가거나 하면 경험의 차이가 확연히 달라지거든요. 왜냐하면 정말 황당한 케이스를 보면서 이것을 manage를 해가는 과정들을 경험해본 분과 약간 고착화된 사람만 보거나 그런 거에 대해서는 폭이 좁아져 버리니까.…어느 정도 일정하게 이론적인 밑바탕이 기본적으로 되어있다면 환자의 어떤 경험을 통한…차이가 이 수련과정에서 좀 많이 있습니다.…바로 학사졸업하시고 하는 것 보다는…인턴 레지던트처럼 약간 자격증을 따고 나서 수련할 수 있는 그런 게 좀 필요하지 않을까." (D2)

물리치료사의 경우 임상 수련과 관련된 교육을 학교 또는 공신력 있는 단체에서 주관한다면 물리치료사의 전문성이 상향 평준화되어 물리치료 서비스 전반의 질적 향상을 기대할 수 있을 것이라는 의견을 제시하기도 했다. 지금은 면허 취득 후에 전문교육을 이수하는 것이 의무사항이 아니기 때문에 교육을 듣지 않는 사람도 많다고 보았다. 물리치료사 개인이 전문교육을 선택하는 과정에서 나타나는 시행착오(시간, 돈 낭비, 검증되지 않은 교육)도 고려할 점이었다.

"지금은 자기가 알아서 하기 때문에 안 하는 사람도 분명히 많구요.…이게 본인들의 호불호에 의해서 뭔가를 결정을 하고 그걸 찾아다니면서 하기 때문에 오히려 시간 낭비, 돈 낭비를 하는 경우도 굉장히 많이 있고요.…아직은 옥석을 가리는 눈이 없기 때문에 그 당시에 자기가 들었던 게 정말 진짠 줄 알고 지내다가 나중에서야 이제 '아, 이게 아니구나' 하면 또 다른 길로.…그런데 이게 조금 검증된 사람들에 의한, 아니면 협회가 됐든 학교가 됐든 이런 프로토콜에 의해서 되면 어떤 그런 시행착오를 임상 초년차들이 굉장히 많이 줄일 수 있을 거고. 환자들 입장에서도 오히려 조금 더 검증되고 실력 쌓은 치료사들한테 치료를 받는 거니까 좀 더 인정받을 수 있을 것 같아요. 전체적으로 처음 투입될 때가 달라질 거라고 생각을 해요." (S6)

3) 환자의 상태와 회복 시기에 따른 다양한 치료 경험 습득

전문성 있는 치료서비스를 제공하기 위해서는 물리치료사의 '환자 치료 경험'도 매우 중요하였다. 물리치료사는 경험의 시간으로 쌓이는 암묵지(tacit knowledge)가 교육을 통해 얻는 형식지(explicit knowledge)보다 더 중요하다고 인식하였다. 환자를 많이 다루어 본 사람이 환자에 대해 많이 알 수 있고 경험을 통해 얻은 치료적 노하우가 쌓여 하나의 이론이 되기도 한다고 이야기하며 경험의 상대적인 중요성을 강조하기도 했다.

> "교육을 많이 듣고 경력이 있는 거 둘 중에 뭐가 낫냐 라고 본다면 교육보다는 경력이 훨씬 높긴 해요.…생활의 달인 있잖아요. 똑같아요. 치료를 많이 하면 높은 확률로 감이 생기거든요. 왜냐하면 치료하면서 좋아지는 걸 경험하니까.…이 환자를 이렇게 했는데 왜 별로지? 그러면 한 개라도 찾아보고 또 환자한테 해봤더니 좋아지네 그런 경험이 쌓이면 당연히 좋아지거든요. 엄청. 이거는 교육적으로 커버가 되지 않는 게 있어요. 그러면 이 경력을 가지고 이론을 만들기도 하거든요. 원래 우리나라에서 지금 쓰고 있는 보바스나 PNF도 다 마찬가지로 그렇게 생긴 거거든요." (S10)

의사도 물리치료사의 치료 경험이 환자를 다루는(care) 능력에 긍정적인 영향을 미친다고 보았다. 환자의 상태나 중증도에 따라 회복 가능성이 다르기 때문에 숙련된 물리치료사라고 해서 무조건 치료결과가 더 좋게 나타나는 것은 아니지만 경험이 많은 물리치료사와 그렇지 않은 물리치료사는 치료 방법과 치료 과정에 차이가 있다고 인식하였다.

> "저희가 치료 과정들이 있는데 치료에 대한 접근이나 환자를 치료하는 방법, 치료의 과정 그런 것들이 아무래도 좀 연차가 있는 분들하고 아닌 분들하고 확연하게라고 하기는 좀 그렇긴 하지만 (웃음) 어쨌든 차이가 있는 거는 맞는 것 같구요. 차이가 있구요. 그렇다고 그렇게 해서 환자의 기능이 좀 더 연차 있는 분들이 확확 좋아지고 꼭 그렇다고 말씀드리기는 어렵죠. 어차피 환자마다도 경증이나 중증에 따라서 좋아지는 회복의 정도가 다르니까." (D4)

전문성 있는 물리치료 서비스를 제공하기 위해 물리치료사가 쌓아야 하는 경험의 시간에 대해서는 의사와 물리치료사 모두 의견이 다양하였다. 하지만 절대적인 시간보다 경험의 과정에서 내가 얼마나 노력하고 탐구하는가가 중요하다는 인식을 공통적으로 확인할 수 있었다.

> “(경험이) 중요하긴 하지만 어느 정도만. 어느 정도만. 경험이 없다고 못한다. 그렇지는 않아요. 아예 없으면 접근이 아예 안 되겠지만. 1년을 해도 엄청 괴물 같은 친구들이 있고, 10년을 해도 똑같이 멍청하고 못하는 사람들은 있어요. 그래 가지고 뭐 몇 년에 대한 기준 그런 거는 무의미하다고 생각하고요. 내가 얼마만큼 노력하고 얼마만큼 탐구하느냐 그게 가장 중요하지 않을까 생각해요.” (S3)

치료 경험 자체도 중요하지만, 무엇보다 중요한 것은 근무하는 의료기관의 ‘주요 환자군에 대한 치료 경험이 얼마나 풍부한가’였다. 종합병원, 재활병원, 요양병원으로 이어지는 재활전달체계나 소아, 청소년, 성인으로 구분되는 환자의 생애주기, 신경계와 근골격계로 구분되는 손상의 종류에 따라 지향하는 치료적 목표와 치료적 접근법이 다르기 때문이었다. 같은 물리치료사라도 물리치료사 면허를 취득하고 어떤 의료기관에서 누구를 대상으로 일을 하느냐에 따라 요구되는 전문성의 정도가 다르다고 인식되었고, 단순히 물리치료사로서의 경험이 많다고 전문성이 있다고 보기도 어려웠다. 해당 의료기관에서 치료하는 환자의 상태와 회복 시기에 맞는 서비스를 제공하는 것이 무엇보다 중요하다고 인식이 공통적이었다.

> “환경에 따라서 그 치료사가 필요한 능력이 필요한 거지 그 환경에 오버 되는 능력이 필요한 건 아니에요. 이 의원급은 의원급에 맞는 능력의 치료사가 필요한 거고, 종합병원은 종합병원에 맞는 치료사의 능력이 필요한 거고, 도수치료는 도수치료에 맞는 능력이 필요한 거고, 신경계는 신경계에 맞는 치료사가 필요한 거고.” (S2)

재활전달체계에 따른 물리치료 전문성의 요구도를 비교하면 신경계 손상 환자는 발병 후 기간에 따라 회복 속도가 달라지기 때문에 발병 시기별로 물리치료사에게 필요한 역량이 다를 수 있다. 급성기로 불리는 손상 초

기에는 주로 뇌의 회복, 컨디션 회복에 집중하고 비교적 소극적인(수동적인) 재활치료를 요하기 때문에 물리치료사의 역량에 크게 의존하지 않는다. 그러나 급성기 환자 중에서도 중등도 및 경한 환자는 적극적인 재활치료를 필요로 하기 때문에 물리치료사의 역량에 따라 환자의 기능적인 예후가 달라질 수 있다. 그런데 대학병원은 입원 기간이 한 달 정도로 짧기 때문에 적극적인 재활 치료는 주로 병원급 의료기관에서 제공하고 있었다.

> "20명의 재활의학과 환자가 있으면 10명은 상태가 중한 환자고 나머지는 중하지 않는 환자들인데…10명 (중한) 환자는 사실 치료사의 손을 많이 타지는 않아요. 그때는 ROM exercise(관절운동) 밖에 못해주니까. 그러다 보니까 10명은 사실 어느 치료사가 해도 상관없는 상태고.…나머지 10명. 중등도랑 경한 환자들은 이제 치료사들의 손을 많이 타는데 치료사의 실력에 따라서 많이 좀 다르죠.…치료사의 손을 많이 타긴 하는데 한 달 있다가 다른 병원으로 옮겨야 되는 그런 문제가 있고." (D5)

특히 중등도 및 경한 환자의 대부분이 대학병원에서 재활전문병원으로 전원하기 때문에 병원급 의료기관은 대학병원과 비슷한 수준으로 다양한 환자들에게 치료서비스를 제공하고 있었다. 오히려 치료 인력이나 치료 횟수와 같은 서비스 제공 측면에서 대학병원보다 재활병원이 더 우세하다고 보기도 했다. 재활병원과 같은 병원급 의료기관의 처방이 전문물리치료 비용 증가에 높게 기여한 것도 이러한 요인들이 반영된 것으로 보인다.

> "지역이나 개인병원의 어떤 특성상 환자 케이스가 얼마 안 되면 그만큼 적을 수 있겠죠. 저희 병원은 거의 대학병원 수준이에요 환자의 다양성이. 어린이만 전문으로 하기 때문에 다 몰려서. 저희가 코드 환자만 안 받죠. 여기에 간호 인력이나 뭐 그런 것들이 이제 코드를 다루기에 적합하지 않다 해서 코드는 안 받거든요. 그런데 이제 CNS(중추신경계) 쪽은 다 받아요. 오히려 규모는 더 크죠. OO병원도 치료사 17명이었거든. 여기는 33명이니까 환자가 훨씬 많은 거예요." (S7)

치료의 질적인 측면을 비교할 때도 병원급에서 제공하는 물리치료의 전문성이 결코 대학병원에 뒤지지 않는다고 인식하였다. '치료의 전문성'을 의료기관의 경쟁력으로 내세우고 있는 의사는 같은 경력의 숙련된 물리치료사들끼리 비교한다면 대학병원보다 재활병원의 전문성이 더 높을 것이라며 자부심을 표했다.

"팀장들끼리 비교하면 아마 여기(재활병원)가 (전문성이) 더 높을 것 같아요. 왜냐하면 여기는 막 엄청 열심히 하고 하니까. 일단 치료하는 시간이 굉장히 많잖아요. 치료하면서 이제 나름대로 개인적인 기술, 기법, 테크닉이 좀 좋아지는 것도 있고." (D5)

발병 후 6개월에서 1년이 넘어가면 기능 회복이 더뎌지고 장애가 정착되는 만성기로 접어들게 된다. 이 시기에는 대학병원에서 통원치료를 받거나 요양병원에 입원하는 경우가 많은데 관절의 구축이나 몸의 비대칭으로 인한 통증을 호소하는 환자들이 많기 때문에 물리치료사는 통증을 줄이고 자세를 바르게 하는 치료에 집중한다. 만성기의 환자를 치료하고 있는 물리치료사는 기능 회복 측면에서 볼 때 환자 상태가 크게 좋아지는 것은 아니지만, 환자의 통증을 덜어주고 기능이 퇴화되지 않도록 하는 유지치료 역시 중요한 치료라고 인식하였다.

"치료는 똑같이 해도 이제 신경학적인 변화 과정이 급성기이신 분들은 회복 능력이 많기 때문에 받아들여서 좋아지는 정도가 큰 거고 만성기로 가게 되면 좀 더디죠. 똑같은 치료를 해도. 뇌손상 환자분들은 자연회복기간이라고 해서 아무것도 안 해도 일정 부분 좋아지는 게 있어요. 거기에 좋은 치료가 들어가게 되면 시너지 효과가 나서 확 좋아지는 건데. 보통 그 기간을 6개월에서 1년 정도로 봐요. 그때까지는 그래도 좀 많이 좋아지는 기간으로 보는 거고. 그 이후가 되면 완전히 멈추지는 않지만 속도가 좀 더뎌지거나 그렇게 되는 거죠. 더 좋아지기 위해서 하는 치료도 있지만 더 나빠지지 않기 위해서 하는 것도 치료이기 때문에." (S8)

신경계 재활 치료를 생애주기에 따라 구분하면 크게 소아치료와 성인치료로 나눌 수 있다. 소아치료는 선천적인 장애 뿐 아니라 분만 시 이상이 있거나 발달 과정에서 사고나 문제가 발견되어 몸의 기능의 문제가 발생한 경우로 주로 출생 후부터 학령기까지 치료가 제공된다. 성인치료는 후천적으로 사고나 질병이 발생하여 몸의 기능에 이상이 생기는 경우 받는 치료를 의미한다. 소아치료와 성인치료를 모두 경험한 물리치료사는 두 환자군의 차이를 경험의 유무로 인식했다. 성인은 발병 전 자세나 움직임에 대한 경험이 있기 때문에 떨어진 기능에 대한 회복 가능성이 예측이 되는 반면, 소아는 경험 자체가 없기 때문에 경험을 만들어주면서 정상발달단계(normal development)를 배워나가야 한다. 이러한 점에서 소아치료가 더 전문성이 필요하다고 보기도 했다.

> “성인과 소아의 치료의 가장 큰 차이는 경험의 유무거든요. 성인은 말 그대로 일상생활을 하고 사회생활도 했던 분들이 이제 후천적인 거로 인해서 그런 거를 못하시는 분들인 거고. 소아 같은 경우는 거의 발달 중에 혹은 성장기 때 혹은 아예 태생, 출생 중에 그런 경우가 많기 때문에 말 그대로 본인이 어떤 몸을 이용을 해서, 어떤 감각을 이용을 해서 쓰는 거에 대한 경험이 이제 없는 거예요. 그 경험의 유무가 제일 크죠. 치료를 접근하는데 있어서.…소아가 보통 어려운 부분이 더 있어요.…경험을 못했던 것도 있고, 아무래도 아이이다 보니까 집중력이라든가 여러 가지 통합하는 능력도 떨어지고 차이가 많이 있죠.” (S8)

소아치료가 발달 수준을 최적화하는데 초점을 맞추고 있다면 학령기 이후의 청소년치료는 도달한 발달 수준을 최대한 길게 유지하는 것에 초점을 둔다. 소아치료와 청소년치료를 모두 경험한 물리치료사는 청소년기에 기능 호전 정도가 미약하다는 이유로 대부분의 병원에서 청소년치료를 제공하지 않지만, 재활 치료를 받지 않으면 끌어올린 기능마저도 유지하지 못하고 퇴화하기 때문에 청소년들의 삶의 질을 위해서라도 청소년 재활치료가 필요하다고 주장하였다. 뇌병변 장애인의 청소년기 재활 치료 필요성은 성인치료 분야에서 만성기의 환자에게 유지치료가 필요한 것과 비슷한 개념으로 볼 수 있다.

"소아에서는 어떻게 보면 그걸 어느 정도까지 끌어올릴까가 가장 포인트였다면…청소년기는 나머지 늙을 때까지 사는 동안에 이걸 얼만큼 유지할 수 있는가.…애네들이 20살 되고 죽는 게 아니라 50살, 60살 이렇게 사는데 사실 신체적으로 제약이 많다보니까 7살, 8살에 배웠던 것들이 20살까지 유지되기가 되게 힘들어요.…그 부분에 대해서 사실 (치료가) 너무 많이 이루어지지 못하고 있었고 대부분 퇴화되는 게 거의 정설이에요..…그것 때문에 삶의 퀄리티가 많이 좌지우지 되는 아이들이라. 그런 부분들을 좀 어느 정도 준비할 수 있는가가 청소년 재활치료의 가장 큰 차이인 것 같아요." (S5)

한편, 신경계 환자의 재활 치료와 근골격계 환자의 도수치료를 모두 경험해본 물리치료사는 두 영역의 치료가 환자의 병변, 손상 부위와 치료에 접근하는 방식에 차이가 있을 뿐 전문성의 차이가 있다고 보기는 어렵다고 이야기했다. 의사들의 경우 마비 환자를 다루는 신체적 부담과 위험을 동반한다는 점에서는 신경계 재활 치료가, 환자가 수동적으로 있는 상태에서 물리치료사의 힘이 많이 들어간다는 점에서는 도수치료가 업무 부담이 더 높다고 보기도 했다. 두 치료 모두 수기치료(manual therapy)로 제공되는 상황에서 도수치료를 정의하는 별도의 기준(indicator) 없이 혼용되고 있는 점을 안정성의 문제로 지적하기도 했다.

"치료하는 능력은 똑같다고 보고. 왜냐하면 각자의 전문적인 치료하는 분야가 다르기 때문에. 정형도수쪽은 관절과 뼈와 이런 국소적인 부위를 봐야 될 수도 있는 반면에, CNS(중추신경계) 환자는 마비가 온 근육과 팔을 일상생활에서 그 마비를 가지고 일상생활을 복귀하는데 재활을 받는 거고. 여기(정형)는 아픈 걸(통증) 낫게 하는 거고. 전혀 개념이 다른 거죠. 그러니까 각자 전문 분야가 다른 거죠." (S9)

"원래 도수는 관절의 구축, 체형 교정, 통증 이걸 많이 다루거든요. scoliosis(척추측만증)가 있거나 어떤 틀어짐이 있으면 하게 되는데…만약에 그 (중추신경계 치료) 기법을 도수치료에서 해버리면 똑같은 게 되어 버리는. 그래서 도수치료라는 것에 대해서 indicator를 확실히 정할 필요가 있는 것 같습니다.…그거를 이제 정해놔야 안전한 것이지 그것이 혼용되어 버리면 좀 문제가 있을 것 같긴 합니다." (D2)

이처럼 전문물리치료 영역 내에서도 재활전달체계, 환자의 생애주기, 손상의 종류에 따라 치료적 목표와 치료적 접근법이 다름에도 현재 임상 물리치료사를 대상으로 실시하는 보수교육에서는 전문분야에 따른 전문성의 차이를 고려하지 못하고 있는 것으로 보인다. 이는 물리치료사들의 진술에서 확인할 수 있었는데 현재 진행되는 보수교육은 물리치료사의 전문성이나 전문분야를 고려하지 않은 형식적인 교육이라고 느끼고 있었다. 협회가 정해놓은 교육 외에 전문성 향상을 위해 듣는 다양한 교육들이 보수교육으로 인정이 되지 않는다는 점도 불만으로 제기됐다. 물리치료사들은 현재의 보수교육이 면허를 유지하기 위한 교육에 지나지 않기 때문에 다양한 전문분야에서 활동하는 물리치료사들을 위해 보수교육이 좀 더 효율적으로 운영될 필요가 있다고 주장했다.

> “보수교육은 시간 때우기 교육에 대한 거라고 생각하고. 저도 실제로 14년이나 지났지만 보수교육을 가서 한 자리에 앉아서…들어본 적이 한 번도 없어요. 뭔가 배워야 되는데 나한테는 도움이 되지 않는. 수준이나 어떤 분야나. 예를 들면 제가 중추신경계를 담당하고 있는 사람인데 뭐 OS(근골격계 분야)를 교육한다든지.…OS나 CNS(중추신경계 분야)나 이런 식으로 다양한 교육이 이루어진다면 들을 의향도 분명히 있지만, 아직까지는 한 번도 그런 교육을, 계획서가 나오니까, 한 번도 보지 못했기 때문에. 전혀 지금 전문성이랑 보수교육은 저는 좀 아직 괴리감이 있지 않나.” (S4)

> “적어도 간호협회라던가 작업치료협회만 봐도 부분 부분 다른 코웍이 된 협회들이 많아서 제가 뭐 호흡 재활 수업을 들었으면 그거를 보수교육 점수로 몇 점 인정을 해준다거나 이런 게 잘 돼 있어서…PT(물리치료사)는 하루에 이렇게 너무 그거 안 들으면 인정이 안 되는 게 …개선이 빠르게 시급하게 돼야 되는 거 아닌가.” (S1)

의사 역시 물리치료사의 보수교육이 지금처럼 이론에 치우친 강의가 아니라 다양한 치료 환경에서 환자를 경험해보고 의견을 교환할 수 있는 체계로 바뀐다면 물리치료사의 질적 향상에 더 도움이 될 것이라고 이야기했다. 이러한 방식은 전술했던 임상 수련 과정의 필요성과도 맥락이 연결되는데 재활전달체계 내에서도 의료기관별로 특성이 다양하기 때문에 보수교육을 통한 간접적인 경험은 환자에 대한 이해를 넓히는 도움이 될 것이라고 보았다.

"보수교육 자체가 이론만 강의하는 것보다는 어느 병원에 가서 몇 개월 간 관찰하면서 피드백, 약간 참관 수업처럼 그런 게 상당히 도움이 될 것 같아요.…돌아가고 있는 그런 상황을 한 번 봐 보고 거기서 자신의 의견을 생각해보고 접근해보고. 이런 것을 또 서로 의견을 교환하면서. 왜냐하면 사람이라는 게 그냥 보고만 있으면 한계가 있지만 자기가 생각해보고 말해보고 의견을 교환해보면서 좀 정확해지는 부분이 있거든요. 그렇게 해서 약간 교육적인 시스템을 좀 바꿔볼 필요는 있지 않을까." (D2)

4) 정서적 유대감과 소통에 기반한 문제해결 능력 배양

물리치료는 장기간 환자와의 대면 속에서 이루어지기 때문에 '환자에 대한 태도나 소통'이 지식이나 경험 못지않은 전문성의 중요한 요소였다. 특히 환자를 이해하고 정서적 상태를 보듬고 감화시키는 것은 환자의 치료결과에도 영향을 미치고 있었다. 의사와 물리치료사는 술기 능력(skill)이 높은 것과 환자와 보호자를 잘 이끄는(management) 능력은 별개라고 인식하였다. 기술의 전문성은 경력과 경험이 쌓이면 어느 정도 수준에 도달할 수 있지만, 이후에는 환자와의 유대관계가 치료결과를 좌우하는 핵심변수로 작용한다고 이야기하였다. 특히 신경계 손상 환자는 심리적인 우울감을 동반하는 경우가 대부분이기 때문에 정서적으로 잘 보듬어주고 환자 스스로 치료에 참여할 수 있도록 독려하는 것이 굉장히 중요하였다. 환자나 보호자와 소통이 원활하지 않아 치료가 받아들여지지 않으면 그건 물리치료사가 능력이 없는 것이라고 평가되기도 했다.

"아이는 엥 우는데 이유가 있을 거고 청소년은 '하기 싫어요' 라고 표현하는데는 이유가 있거든요. 그런데 그런 부분들에 대해서 감정에 대해서 소통하지 못하면 이거 이렇게 해야 돼. 이렇게 해야 좋아져 라고 아무리 얘기를 해도 받아들이지 않는 사람이 아니면 소용이 없어요. 보호자도 마찬가지로 '그거 좋은 거 알겠는데 선생님 나는 선생님 뜻을 받아들이지 못하겠어요' 라고 하면 그건 못하는거구요." (S5)

환자와 보호자도 물리치료사의 마음가짐이나 태도를 중요하게 인식하였다. 환자를 따뜻하게 감싸 안아주면서 치료를 하는 경우 편안함을 느끼고 만족을 표현했다. 특히 소아 환자는 의사소통이 자유롭지 못하기 때문에 환자와 정서적으로 교감하는 것이 무엇보다 중요했다. 유대감(rapport)이 형성되지 않으면 아이(환자) 역시 울거나 온몸으로 거부감을 드러내어 치료를 진행할 수 없었다. 치료 실력이 조금 떨어지더라도 '내 아이와 잘 맞는 치료사가 잘하는 치료사'라는 인식이 강했다.

"선생님이 정말 잘해. 그런데 우리 애가 이 선생님한테만 가면 자지러지는 거예요. 그러면 우리 아이한테 30분 시간을 줘도 그 치료가 안 되는 거예요. 그러나, 이 선생님보다 스킬이 떨어져. 근데 우리 아이랑 호흡이 너무 잘 맞는 거예요. 그러면 그냥 간단한 스트레칭 하나만 해줘도 그 30분이 얘한테는 다 알차게 몸에 흡수가 되는 거예요. 그래서 정말 잘해도 내 새끼하고 안 맞으면 그거는 잘 하는 선생님이 아니에요. 못해도 내 아이하고 정말 잘 맞으면 그건 선생님이 잘하는 선생님이다." (PG_A2_B)

환자와의 정서적 교감을 바탕으로 '환자가 치료에 참여할 수 있도록 동기부여'를 하는 것도 물리치료사에게 요구되는 중요한 능력이었다. 재활치료는 환자가 치료에 얼마나 적극적으로 참여하느냐에 따라 치료결과가 달라질 수 있기 때문이다. 의사는 물리치료사의 본질적인 역할을 환자를 이끌어가는 '튜터(tutor)'로 표현하였고, 물리치료사도 '환자가 치료에 적극적으로 참여하도록 잘 이끌어나가는가'로 전문가와 비전문가를 구분하기도 했다. 물리치료사가 환자를 완전히 리드할 경우 환자가 치료시간 뿐 아니라 치료 외 시간에도 계속해서 재활 치료를 이어나가 치료결과도 긍정적으로 나타났다.

"어쨌거나 누구를 어떤 대상을 끌어가는 튜터의 역할인 게 본질이니까…이 선생님이 맡아서 하시면 이렇게 환자가 금방 금방 의욕을 내서 병실에서 본인이 막 걷고 '왜 걸으세요?' 그러면 '선생님이 너무 열심히 해 줘가지고 내가 이렇게 열심히 안 할 수가 없어' 이렇게 대답한다고 하면 사실은 당연히 '아, 이거는 그 사람이 이 치료하는 동안에 이 환자를 완전히 장악하여 케어하고 있는 거구나' 이런 느낌이 들죠." (D1)

"용기를 좀 주고, 할 수 있다고 이렇게 재미있게. 치료실 오면 재미있게끔. 당연히 몸도 좋아져야 되겠지만 정신적인 스트레스도 없어져야 되는 거라고 생각을 하기 때문에 그런 쪽으로 잘 접근하는 치료사가 좋은 치료사인 것 같아요. 만약 환자분이 오는데 '아, 여기 가면 또 힘들게만 시키고 말도 한 마디도 안 하고 그냥 그렇게.. 가서 내가 치료나 받아야지' 하는 거랑 '아, 내가 이 선생님이라 하면 내가 어디까지 할 수 있겠다.' 이렇게 결과들도 좀 보이고 하면 당연히 참여율이 좋아지기 때문에. 좋아져요, 좋은 치료사들이랑 같이 하게 되면." (S12)

환자와 보호자도 물리치료사가 치료 과정에서 희망을 심어주고 발병 이전의 일상으로 복귀하기를 독려하며 치료를 이끌어나가는 경우 치료에 적극적으로 참여하게 된다고 이야기했다. 물리치료사와의 충분한 교감 속에서 동기부여가 이루어지면 이후 치료 과정이 힘들더라도 참고 견디며 치료에 임하는 모습을 보였다.

"제가 신경통이 있다 보니까 눌리키면 많이 아파요. 그래서 누워 있는 건데. 사실상은 지금은 아파도 나가서 운동을 하는 게 뭐냐면 살을 빼면 그만큼 제가 걷는데 도움이 되고 그런다 하니까 이를 악물고 지금 하고 있는 거예요 사실은. 그러니까 그렇게 동기부여를 환자분들한테 해주면 그냥 '운동하라' 이러는 거보다는 훨씬.. 이왕 하는 거면 즐겁게 하죠. 그게 나은 거죠." (PG_D5)

치료 과정에서 환자의 상태 변화를 지속적으로 관찰하고 단계별로 필요한 접근법을 적용하는 판단력도 전문적인 치료서비스를 제공하기 위해 필요한 능력이었다. 의사는 물리치료사가 몸의 움직임(movement)을 관리하는 전문가로서 치료계획부터 예상되는 결과, 환자가 해야 할 부분까지 환자에게 충분히 설명하고 대응할 수 있어야 한다고 보았다. 물리치료사도 환자에 대한 평가와 의학적 검사결과를 바탕으로 환자와 상담을 진행한 후 환자와의 충분한 의사소통 속에서 치료의 목표와 계획을 세우고 단계별로 문제를 해결해나가는 방식을 취하고 있었다.

"movement의 전문가면 사실 내가 뭘 하고 있고. 의사도 그렇거든요. 이게 뇌졸중이 생기시면 예후가 어떻고 이런 저런. 시기는 다를지언정 언젠가는 설명해야 된다고 생각하잖아요. 우리가 제공하는 서비스의 질과 계획과 결과와. 당신은 뭘 준비해야 한다 이것만 사실 해줘도 되는데 그거를 설명하려면 공부를 되게 많이 해야 되고 어떤 거는 의사 선생님이 해야 되고 어떤 거는 본인이 하는 게 좋은 건지도 나눌 줄 알아야 되고. 그리고 어떤 거는 일부러 유도심문하면 좀 피해갈 줄도 알아야 되고." (D1)

"환자분들이 처음에 왔을 때 가장 크게 호소하는 문제점을 환자분들에게 여쭤보고 저희가 이제 엑스레이나 스페셜 테스트 같은 걸로 환자분들을 테스트 하고 나서 어느 부분이 문제가 있다 라는 거를 저희들이 알려드리고. 같이 엑스레이를 보면서 현재 환자분에 대한 몸 상태를 설명해드린 다음에 치료의 방향을 어떻게 잡을 건가 환자분한테 설명을 하고 치료가 들어갑니다. 계속 환자분하고 대화를 통해서 환자분이 가장 힘들어하시는 부분과 아파하는 부분. 그 다음에 편해지시면 어느 부분이 더 편해졌고 어느 부분이 아직까지 불편함이 있는지 그런 거를 체크해가면서 치료를 하고 있죠." (S2)

환자와 보호자도 물리치료사에게 치료 계획과 과정에 대해 충분히 설명을 들을 때 얻을 수 있는 심리적인 효과를 언급하였다. 물리치료사가 자신의 치료계획을 환자에게 설명하고 치료를 진행해나가는 경우 환자는 치료시간이 짧게 느껴질 정도로 적극적으로 치료에 임하게 되었고 물리치료사에 대한 인식도 매우 긍정적이었다. 치료 과정에서도 지금 어떤 치료를 하고 있고 왜 하는 것인지 환자가 알게 되면 치료에 좀 더 집중할 수 있다고 진술하기도 했다.

"'지금은 뭐 어디 푸는 거예요. 이렇게.. 지금 뭐하는 거예요.' 이런 식으로 계속 말을 해주셔서. 저는 사실 잘 모르니까 그런가 보다 하게 되잖아요. 그런데 이게 어느 정도는 조금 그런 플라시보 효과 같은 게 있었던 것도 있는 거 같은 게…'아, 내가 뭔가 지금 이제 딱 그 이그젝틀리(exactly)한 그 부분을 치료받고 있구나.' 약간 이런 식의 생각을 하게 되니까. 근데 그게 쫌 그런 효과도 있는 것 같아요. 환자가 그거를 그 근육을 지금 쓰고 있다 라는 걸 자각하게 만들어서 좀 더 거기에 집중할 수 있게끔." (PG_C5)

또한 물리치료사가 환자의 몸 상태나 기능 변화를 지속적으로 추적하여(follow-up) 적절하게 대응해나갈 때 치료에 대한 신뢰도도 높아졌다. 의학적 검사 결과와 같은 객관적인 데이터를 통해 몸의 상태 변화를 파악하여 환자에게 설명해주는 것에 대한 만족감이 높았고, 반대로 근거 없이 자신의 치료 실력을 장담하는 경우 '사기'라고 표현하기도 하였다. 예상되는 치료결과를 보호자에게 설명해주되 모든 가능성을 열어두고 지속적으로 환자 상태를 관찰하는 과정이 중요하였다. 기능 수준이 좋아지거나 혹은 정체되는 시기에 충분한 설명과 함께 적절한 대응방법을 제시하면 그것이 환자에게 새로운 동기부여로 작용하기도 했다.

"제가 받았던 데는 계속 팔로우업을 하면서 전 받았기 때문에. 사실 받으면서 되게 좋았거든요. 도수 치료하시는 분이 실제로 제가 찍은 엑스레이나 MRI를, CT를 보면서 아 여기가 이렇군요. 지난주에는 이랬는데 이렇군요 라고 해서 팔로우를 해줬기 때문에." (PG_C4)

"도수치료사들이 자기들이 이렇게 만져서 뼈가 뭐 삐뚤어졌다 이렇게 말하는 거, '자기가 뭐 이렇게 만지면 그 경추가 똑바로 들어갈 수 있다.' 그건 나 사기라고 생각해요. 그렇게 말을 하면 안 되는 거야 그거는. 어떻게 사람 척추가 이게 내가 50년, 60년을 썼는데 자기가 몇 번 만진다고 그게 똑바로 들어가요. 그건 있을 수 없는 일이에요 지금 생각하니까." (PG_C3)

4. 소결

5장에서는 전문물리치료 처방 증가의 맥락과 이것이 물리치료 전문화에 미치는 영향을 살펴보고, 업무현장에서 요구되고 있는 물리치료 전문성의 의미를 탐구하였다.

분석 결과 4장에서 확인한 전문물리치료 처방의 증가 현상은 서비스 제공기관의 증가에 영향을 받은 것으로 나타났다. 신경계 재활 치료를 제공하는 의료기관 중에서도 요양병원의 증가가 가장 많은 영향을 준 것으로 보인다. 하지만 요양기관의 업무환경이 적극적인 재활 치료가 이루어지기 어렵다는 점에서 요양병원의 증가가 물리치료 서비스의 전문화로 이어졌다고 보기는 어렵다는 인식이 확인되었다. 또한 4장에서 물리치료의 전문성의 지표로 확인했던 중추신경계발달재활치료는 업무현장에서 실제로 처방에 대한 선호도가 높은 것으로 나타났다. 의료기관은 중추신경계발달재활치료가 물리치료사가 제공하는 일대일 치료 중에서 수가가 가장 높은 고효율 치료라는 측면에서 선호하고 있었고, 물리치료사는 치료 행위에 대한 청구 자격 기준을 갖추기 위한 목적을 우선으로 하여 교육을 이수하고 있었다.

한편, 도수치료라는 새로운 수요의 등장은 근골격계 물리치료에 대한 사회적 관심을 이끌고 다양한 통증 조절(control) 방법으로 환자의 삶의 질을 높이게 됐다는 점에서 물리치료 전문화에도 긍정적인 영향을 미치고 있었다. 그런데 도수치료의 비급여 전환으로 서비스 제공기관이 늘어나고 도수치료 분야의 물리치료사 급여가 올라가게 되면서 물리치료 인력 공급의 균형이 깨지게 된 것을 확인하였다. 도수치료 분야에 대한 물리치료사의 선호도가 높아지면서 신경계 재활 물리치료사가 양적으로 부족해졌다. 특히 경력 있는 물리치료사가 대거 이동하면서 재활 의료기관의 전반적인 질적 수준이 낮아졌다고 평가되었다. 도수치료 영역에 대한 평가도 긍정적이지만은 않았다. 많은 물리치료사가 관심을 가지게 되면서 도수치료의 지식수준은 올라갔지만, 전문성을 충분히 갖추지 못한 채 치료에 투입되는 물리치료사가 많아져 도수치료 영역의 전반적인 질적 수준이 낮아진 것으로 평가되었다.

물리치료 시장의 서비스 공급 불균형은 도수치료의 비급여화가 기폭제가 되기는 했지만, 상대적으로 급여 영역에서 물리치료사들이 전문성을 충분히 보장받지 못하고 있기 때문이기도 했다. 대부분의 재활병원은 '낮은 재활 치료 수가'로 인해 전문성 있는 물리치료사의 고용을 오래 유지하기 어려운 상황이었다. 또한 낮은 수가는 물리치료사의 업무 부담을 증가시켰고 이로 인해 환자들은 질적으로 보장된 치료를 기대하기 어려웠다. 수가 자체도 낮은 데다가 전문성에 대한 차등도 없기 때문에 대부분의 재활 의료기관은 임금이 상대적으로 낮은 저년차 물리치료사를 선호하고 있었다.

서비스 공급의 증가로 이전보다 많은 환자들이 물리치료를 경험하게 되면서 물리치료에 대한 사회적 관심이 증가하였다. 이는 서비스의 전문성에 대한 관심으로도 이어졌는데 물리치료의 전문성이 의료기관의 선택기준이 되기도 하였고, 환자들이 공유하는 정보가 많아지면서 의료기관도 서비스의 질적 관리를 위해 노력하고 있었다. 특히 인력의 중요성을 인식하고 있는 일부 의료기관(의사)에서는 물리치료사의 전문성을 보장해주기 위해 다양한 방식으로 노력하고 있었다.

법과 공공의 영역과는 달리 업무현장에서는 의사와 물리치료사의 업무영역이 어느 정도 구분되고 있는 것을 확인할 수 있었다. 의사의 '지도'는 환자의 의학적 상태 변화에 대한 전반적인 모니터링 과정 중 하나였고, 대부분의 경우 물리치료의 업무영역은 물리치료사에게 일임하고 있었다. 환자들도 물리치료사를 물리치료 영역의 독립적인 행위자로 보고 있었다. 물리치료사가 치료서비스를 제공하는 주체이자 치료 과정에서 환자와 많은 정보를 주고받는 역할을 하기 때문에 환자에게 물리치료사의 역량은 매우 중요하게 인식되었다.

의사와 물리치료사의 관계도 수직적 구조에서 수평적 구조로 변화하고 있었다. 의료계 전반의 세대 변화로 의사와 물리치료사의 교류가 이전보다 활발해졌고, 치료 전반에서 물리치료사의 의견이 적극적으로 반영되고 있었다. 환자 중심의 팀 접근이 가능한 환경이 조성되면서 물리치료사 스스로도 이전보다 더 책임감을 가지고 기대에 부응하기 위해 노력해야 한다고 인식하고 있었다. 물리치료계의 오랜 현안이었던 자율성에 대한 주장은

법과 공공의 영역에서는 아직까지 충분한 지지를 받지 못했지만, 업무현장에서는 어느 정도 지지를 받고 있었다. 물리치료사의 비공식적인 업무 권한이 점점 커지고 있었고, 환자도 의사와 물리치료사의 역량을 구분 지어 생각하는 등 변화의 조짐을 확인할 수 있었다.

의료현장에서 요구하는 물리치료의 전문성은 지식, 경험, 태도, 문제해결 능력을 모두 포괄하는 것으로 나타났다. 첫째, '질환에 대한 의학적 지식'이 바탕이 되어야 하며, 복합질환 환자의 증가는 물리치료사에게 점점 더 복잡하고 고도화된 의학적 지식을 요구하고 있었다. 둘째, '치료기술을 이해하고 적용'하는 능력은 의사가 물리치료사를 한 영역의 전문가로 인식하는 핵심 요인이자, 환자에게 직접적으로 인식되는 치료능력이었다. 하지만 현 교육 훈련제도에서는 환자 치료 과정에 대해 충분히 설명을 듣거나 경험해 볼 기회가 없어 물리치료사 개별적으로 습득해야 할 과제로 인식되었다. 셋째, 재활전달체계나 환자의 생애주기, 손상의 종류에 따라 지향하는 치료적 목표와 치료적 접근법이 다르기 때문에, 전문성 있는 치료 서비스를 제공하기 위해서는 치료해야 하는 '주요 환자군에 대한 풍부한 경험'을 가지고 환자의 상태와 회복 시기에 맞는 치료서비스를 제공하는 것이 중요하였다. 그런데 임상 물리치료사의 질 관리를 위해 실시하는 보수교육은 이러한 전문분야를 고려하지 않은 형식적인 교육이라는 아쉬움이 나타났다. 넷째, 물리치료는 장기간 환자와의 대면 속에서 이루어지기 때문에 '환자에 대한 태도나 소통'이 지식과 경험 못지않은 전문성의 중요한 요소였다. 술기 능력(skill)이 높은 것과 환자와 보호자를 잘 이끄는(management) 능력은 별개로 인식되었으며, 환자를 이해하고 정서적 상태를 보듬어 환자가 치료에 적극적으로 참여할 수 있도록 동기부여 하는 것이 환자의 치료결과에도 영향을 미치고 있었다. 물리치료사가 치료계획부터 예상되는 결과, 환자가 해야 할 부분에 이르기까지 모든 과정을 환자에게 충분히 설명하고, 환자의 몸 상태나 기능 변화를 지속적으로 추적하여(follow-up) 적절하게 대응해나갈 때 치료에 대한 신뢰도도 높아짐을 확인할 수 있었다.

Ⅵ. 물리치료 전문화를 추동하는 사회 변화

4장과 5장의 내용을 통해 물리치료 시장의 전반적인 흐름과 변화의 맥락을 살펴보았고, 물리치료 처방의 증가가 물리치료 전문성에 대한 사회적 관심의 증가로 이어져 인력과 서비스의 전문화가 요구되고 있음을 확인하였다. 6장에서는 질병의 증가나 의사의 처방과 같은 의료 영역 외에 물리치료 영역을 둘러싼 어떤 외부 요인의 변화가 물리치료의 전문화에 영향을 미치는지, 그리고 업무현장에서 물리치료사는 어떻게 변화에 대응하고 있는지 분석하였다. 분석 결과 '기술의 발전', '환자의 역능화', '지역사회의 요구'라는 3개의 주제가 도출되었다.

<표 29> 물리치료 전문화를 추동하는 사회 변화

주제(Theme)	범주(Categories)	하위 범주(Sub Categories)
기술의 발전	의학기술 발달로 전문 영역 확장	재활 영역의 확대, 병원급 의료기관도 다양한 영역의 서비스 제공 필요성을 인식, 물리치료 영역에서도 새로운 분야의 전문성을 요구, 소규모 분과학회 위주로 전문지식 발전, 국제 교류
	과학기술 발전과 치료 트렌드 변화	과학적 보조도구 활용이 증가, 환자 교육 추가, 서비스 제공의 효율화 필요, 로봇치료와의 경쟁 구도가 상호보완적 관계로 정착, 물리치료사의 전문성을 넓히는 계기, 물리치료 효과의 정량적 측정이 어려움, 물리치료사의 다양한 시도와 접근에 대한 보장 필요
	통신기술 발달로 직역 간 상시 교류 증가	전통적인 회진 방식은 기본적으로 유지, 의료기관 여건에 따른 소통의 차이, 새로운 소통수단 활용으로 자유로운 의견 교환과 팀 접근 환경 조성, 실시간 세부 정보 공유 가능
환자의 역능화	질병에 대한 주체의식 강화	재활 초창기에는 무분별한 치료적 접근, 질병에 대한 주체성 강화, 오랜 시간 질병 경험으로 '반전문가', 물리치료 전문성을 비교 평가, 신입 물리치료사의 가능성 판단, 물리치료사 전문성 향상의 동기

	재활 정보의 폐쇄성	모든 정보를 스스로 찾아야 함, 전문가들이 적극적으로 정보를 알려주지 않음, 입소문으로 정보 공유, 소아치료는 서로를 경쟁자로 인식, 물리치료사에 대한 정보공개의 필요성
	양질의 치료에 대한 절실함	소비자 의식이 강화된 세대 변화, 물리치료사가 치료에 소극적이 됨, 환자는 치료에서의 불이익을 우려하여 불만 표시 안 함, 정해진 기간 내에 기능회복을 해야 한다는 절박함, 치료 기간 제한의 문제점, 대학병원과 달리 재활병원은 물리치료사와 환자의 충분한 교류가 가능, 병원급 의료기관에 대한 제도적 지원 강화, 전문성에 대한 고민은 여전히 부족, 소아와 청소년치료는 치료의 선택권이 없음, 장애인의 건강 기본권 주장, 소아 영역의 집중치료 증가, 청소년 분야는 서비스 제공 인력을 구하기도 어려움
	환자 조직의 구성과 정책 활동	환자 집단 구성, 정부에 의견 제시, 새로운 정책사업 도입
지역사회의 요구	생활 터전 안에서 치료받기를 기대	가정에서 치료받으며 일상으로 복귀 희망, 생활환경에 적합한 치료, 특수교육법 개정으로 학교 내 물리치료사 진입 불가, 물리치료사도 환자의 삶의 질 높이기 위한 고민 필요, 지역사회에서의 역할로 물리치료 전문화를 판단하게 될 것
	지역사회 활동기회 확보	물리치료사의 의료기관 이탈과 서비스 질 관리 부족, 치료사 개인의 역량을 키워야 함, 전문분과를 중심으로 전문가로서의 기틀 마련, 치료에 대한 권리는 사회가 주는 것

1. 기술(technology)의 발전

기술의 발전은 다양한 측면에서 물리치료의 전문화를 추동하고 있었다. 1절에서는 의학기술, 과학기술, 통신기술의 변화가 물리치료의 전문화에 어떤 영향을 미치는지 살펴보았다. 주제와 관련하여 '의학기술 발달로 전문 영역 확장', '과학기술 발전과 치료 트렌드 변화', '통신기술 발달로 직역 간 상시 교류 증가'라는 3개의 범주가 도출되었다.

1) 의학기술 발달로 전문 영역 확장

의학기술의 발전은 물리치료의 전문화를 추동하고 있었다. 치매와 같이 과거에는 재활의 영역으로 보지 않았던 질병이 재활의 영역에 포함되었고 치료에 대한 처방이 나는 등 재활 치료의 영역도 넓어지고 수요도 점점 늘고 있다. 전통적으로 물리치료 영역에서 담당했던 업무가 몸의 움직임이나 기능의 회복이었다면, 이제는 심장 재활이나 호흡 재활과 같이 환자의 내과적 상태를 다루는 분야까지도 물리치료 영역에서 제공하는 전문 서비스 범위에 포함되었다. 수가 개발을 계기로 타과와의 협진이 필요한 비사용 증후군(수술 후 재활, 내과적 문제) 영역의 재활이 대학병원 위주로 공급되고 있었는데, 병원급 의료기관들도 앞으로 환자의 수요가 늘어날 것을 대비하여 새롭게 요구되는 분야에 대한 전문적인 서비스 제공을 준비해야 한다고 인식하고 있었다.

> "그냥 물리치료만 하면 되는 게 아니라 복잡한 환자들이 오고. 옛날 치매는 저희 교수님이 되게 유명하신 원로 교수님이 치매는 재활의 대상이 아니야 한마디로 정리했었는데 지금은 치매재활 하잖아요. 심장호흡재활 그런 건 옛날에 개념도 없었는데 생겨나고 개념이 적용되고 그러면 미국에서나 캐나다에서는 stroke 재활과 cardiac 재활을 합쳐서 하는 유닛들도 있거든요. 캐나다 온타리오 이런 데는. 그거 뭐 얼마 있으면 한국에 도입될 가능성이 많아요. 그러면 이제 머리만 알고 신경계, 경직 이런 거만 알아야 되는게 아니라 이 환자는 예전에 심장 병력이 어찌 했으니까 운동량을 어떻게 조절하자 그런 공부를 좀 더 할 수밖에 없게 되고." (D1)

"재활의 부분이 이제 중추신경계 외에도 심장도 있고 호흡도 있고 여러 가지 부분이 있는데. 어쨌든 재활을 할 수 있는 부분이 많다 보니까. 그런데 비사용증후군이라고 해서 주로 수술을 받거나 내과적 문제, 내과적 문제가 주로 심장이나 호흡쪽이 요즘은 대학병원급에서 좀 진행을 하고 있는 부분 중에 하나인 것 같은데. 사실 그 부분은 저희 같은 2차 병원에서는 좀 쉽지 않은 부분들이 있어요.…그런 환자분들의 수요나 그런 것들이 분명히 있을 것 같기는 하거든요. 거기에 대한 준비는 차차 저희도 그렇고 해나가야 하지 않을까 싶습니다." (D4)

재활의 영역이 확대되면서 물리치료실도 이전보다 다양하게 운영되고 있었다. 새로운 영역의 물리치료를 위해서는 또 다른 전문적인 치료적 접근법이 필요하기 때문에 의료기관은 물리치료사에게 새로운 영역에 대한 전문지식을 요구하였고, 이로 인해 다양한 물리치료 전문분과 학회와 교육이 신설되었다. 특히 학교 교육과 보수교육을 통해 전문성을 충분히 확보하기 어려운 상황에서 물리치료사들은 주로 소규모 전문 분과학회를 통해 치료 과정에 필요한 전문지식을 정립해나가고 있었는데, 많은 물리치료사가 전문 분과학회를 찾게 되면서 다양한 학회와 교육이 생기고 선택의 폭이 넓어졌다는 점에서 학회의 발전에 대한 인식은 긍정적이었다. 근거가 없는 치료들이 치료라는 명목으로 만들어지는 부작용도 있었지만, 전반적으로는 치료기술에 대한 정보가 많아지고, 물리치료사의 학술 활동도 활발해졌으며, 강사급 물리치료사도 많이 배출하는 등 물리치료의 전문화에 긍정적인 영향을 미치고 있음을 확인할 수 있었다.

"옛날에는 학회가 한두 개밖에 없었지만 지금은 그런 유사 학회가 수십 개에 달하기도 하고. 선택의 폭도 넓어졌고. 하지만 반면에 그런 부작용도 있죠. 이런 유사 학회 이름으로 물리치료가 아닌 것도 물리치료라는 미명 아래 가르쳐주는 것도 있고.…하지만 일단 정확한 학회로 봤을 때는 수준이 예전보다는. 외국에서도 많이 들어도 왔고. 또 책도 많이 번역되어 있고 논문도 그만큼 많이 나와 있고. 그러니까 그런 전문성은 좀 더 올라가면서 수준은 올라갔다고 생각을 하고 있구요. 신경계도 마찬가지로 PNF라든지 보바스도 논문도 그동안 많이 나왔고, 책도 많이 나왔고, 그동안 배출해 낸 강사도 많고. 그런 것들이 계속 전문성을 키워왔다고 생각을 하죠." (S9)

치료기술이 발전하고 전문 인력의 배출이 증가함에 따라 외국의 물리치료사가 우리나라의 물리치료 기술을 배우기 위해 견학을 오는 사례도 있었다. 국제 강사가 많이 배출되고 전문교육의 수준도 높아지면서 물리치료계 전반의 치료적 기초 수준은 상향되었다고 평가되었다.

"저희 병원을 보면 전에는 뭐 외국으로 강의를 나간다거나 다른 나라에서 우리가 뭐 강의를 한다거나 이런 게 없었는데 지금은 우리 역량이 그만큼 높아졌기 때문에 치료사들 역량이 높아졌기 때문에 다른 나라에서도 견학을 오는 거고. 우리가 뭐 아시아 국가나 이쪽 가서 발표해주기도 하고, 알려주기도 하고. 그런 거 생각하면 많이 좋아진 거죠. 치료사의 역량들이. 공부도 많이 하고 그러니까." (S12)

2) 과학기술 발전과 치료 트렌드 변화

과학기술의 발전은 물리치료사의 치료방식에도 많은 변화를 가져왔다. 기존에는 특정 치료기법을 중요시하거나 소수의 명망가 중심으로 치료기술을 발전시켜나갔다면, 점차 수치화된 다양한 보조기구의 활용이 늘어나고 과학적이고 개방적이며 과제 지향적인(task-specific) 접근법을 강조하게 되었다. 또한 치료 시간 외에도 환자나 보호자가 스스로 운동을 하거나 자세를 교정할 수 있도록 도와주는 환자 교육이 추가되었다. 물리치료사들은 새롭게 요구되는 다양한 접근법과 시도들을 부정하기보다는 변화하는 추세에 맞는 전문성을 쌓아나가기 위해 노력하고 있었다.

"새로운 치료법들도 많이 개발이 되고 하니까. 전에는 일대일 치료가 최고다 그래서 보바스나 PNF 다 이랬었는데. 그때 했던 선생님들이 다 기구 쓰고 있어요. 치료기구나 뭐 치료 장비, 뭐 로봇 치료. 이런 치료도 많이 하고. 일대일 치료는 저도 옛날보다는 좀 덜해요. 보조기구나 환자분들 교육시키는 그런 게 많죠. 보호자 교육도 시키고. 일대일로 치료하는 거는 갈수록 줄어들어요. 나부터도 그렇고. 요새 추세가 일대일 치료를 안 하고 기구를 최대한 사용해서 수치화해서 하는 치료들이 추세라고 알고 있어요. 그런 추세에 맞춰서 같이 따라가는 거죠." (S12)

의사도 물리치료의 트렌드가 변화하고 있는 만큼 새로운 의료기술이나 치료적 접근법에 대해 적극적으로 수용하는 자세가 중요하다고 인식하였다. 물리치료사가 환자를 일대일로 치료할 수 있는 기회는 점점 더 적어질 것이라 보았고, 다양한 보조적인 치료법을 적용하면서 치료의 효율성을 높이는 방향으로 서비스의 질적 향상이 일어나야 한다고 의견을 제시하였다.

> "1대 다의 어떤 치료. 로봇도 하나의 예일 수도 있고 기구치료도 그럴 수 있고. 이런 것을 통해 가지고 한 사람이 여러 명의 환자를 케어하고 그 환자에 대해서 문제가 있는 것들을 사람이 직접 할 때 1대 1일 치료부분에서 빨리 케어를 하고 최대한 좋아지려면 질적 향상이 분명히 이루어져야 되죠.…1대 1로 할 수 있는 횟수가 줄 테니까. 그래서 1대 1에 대한 비용도 올라가지만 전문성도 올라가서 최대한 효과를 많이 볼 수 있는 그런 시스템으로 가야 되지 않을까 장기적으로." (D2)

과학기술의 발전은 물리치료사에게 위기이자 기회로 다가왔다. 로봇을 비롯한 다양한 치료 기구들이 처음 도입되던 시기에는 물리치료사의 수기치료(manual therapy)와 로봇 치료 중에 어느 것이 더 효과적일지 예측하지 못해 경쟁 구도가 펼쳐지기도 했다. 하지만 10여 년이 지금 물리치료사의 수기치료와 로봇과 같은 보조도구가 상호보완적인 관계로 자리 잡은 것으로 인식되었다. 물리치료사는 로봇이나 기구를 다양한 치료법 중 하나로 보았고, 물리치료의 전문지식과 기술을 바탕으로 필요에 따라 적절하게 활용하는 것이 중요하기 때문에 로봇이나 기구를 이용한 치료에도 전문성이 뒷받침되어야 한다고 보았다. 오히려 새로운 기술에 적응해나가면서 전문성의 범위를 한층 더 넓히는 계기가 되었다고 이야기하기도 했다.

> "처음에는 서로가 어떤 경쟁적 관계라고 좀 보였기도 했었는데 지금 저희가 도입한 지가 좀 오래됐거든요. 그런데 봤을 때 꼭 그렇지는 않은 것 같아요. 경쟁적이라기보다는 저는 지금 봤을 때는 상호보완적이 되는 게.…이 환자분은 치료사하고 1대 1 치료하는 것들이 더 도움이 되는 부분이 있고…다른 B 환자분은 치료사가 아무리 게이트를 하려고 해도 쉽지는 않은 상황이고 이런 부분에서는 재활 로봇 같은 거에 도움을 얻은 다음에 거기서 경험이나 치료를 충분히 하고 나서 좋아지고 나서 다시 또 치료사한테 1대 1 치료를 받으면 좀 더 좋아지는 상황도 있고." (D4)

"로봇 장비를 이용한 그 치료를 할 때 꼭 치료사가 필요하기 때문에 로봇이 치료사를 대체할 수 있는 그거는 아니고 함께 겸해야 된다고 생각하거든요.…로봇을 어떻게 태울지, 어떤 자세로 될지 이거는 치료사의 세팅이 관련되어 있는 거기 때문에 치료사가 그러한 것들을 폭넓게 볼 수 있는 그런 전문지식도 필요하고. 로봇이 하나의 치료적인 방법 중에, 다양성을 요구하는 것 중에 하나라고 생각하는 거죠. 기존에 있던 어떤 신경계(치료)에서 더 벗어나서 로봇이라는 전문성을 더, 하나를 장착할 수 있는 그런 계기가 된다고 생각하는 거죠." (S4)

한편, 물리치료사는 물리치료의 효과를 과학적이고 체계적으로 정립하는데 한계를 느끼고 있었다. 환자의 기능 개선을 장기적으로는 볼 때, 정량적인 측면보다 정성적인 측면에 더 비중을 두기 때문에 치료 효과를 객관화하기 어렵다는 것이다. 이러한 이유 때문에 치료 기술의 객관성과 과학성을 입증하기 위한 학술 활동을 적극적으로 하기 쉽지 않다고 보았다.

"퀄리티적인 부분을 측정할 수 있는 방법이 없어요 현재. 저희도 치료하다 보면 환자분들 중에 예쁘게 걷고 싶어요. 이런 분들 되게 많거든요.…그러면 그거는 객관적인 데이터를 뽑을 수가 없거든요. 속도는 더 느려지고 움직임도 이러니까. 그러면 그거에 대해서는 인정을 안 해줄 거냐. 그런데 환자는 좋다고 하거든요.…현실적으로 이런 부분들을 어떻게 조합을 해서 어떤 걸로 어떻게 세분화하고 디테일하게 만들 거냐가 굉장히 복잡하긴 하죠." (S10)

표준화된 치료지침(guideline)을 만드는 것에 대해서도 회의적인 입장이었다. 치료는 물리치료사 개인이 가지고 있는 객관적인 지식을 바탕으로, 환자의 상태에 따라, 물리치료사의 자율적인 판단 하에 접근해나가는 것이기 때문에 표준화된 지침이 만들어지면 치료의 창의성과 다양성이 사라질 것이라고 보았다.

"(가이드라인은) 하나의 기준점이 되기 때문에. 경력이 있는 사람들은 그거를 뭐 이런 기준으로 삼고 거기서 변형하고 연구하고 수정하겠지만 1, 2년 차 경험이 없는 사람들은 '이거는 이거' 약간 정답처럼 돼버리기 때문에 연구하지 않고 창의성이 떨어지게 되죠.…치료라는 게 환자가 이제 환자가 한 명인데 치료사가 10명이면 10가지 계획

이 나오고 10가지 문제점이 나오는 거거든요. 보는 거에 따라서 생각하는 게 다른 거고, 내가 판단한 문제점에 대해서 접근하는 방법도 다 다른 거기 때문에 그걸 어떻게 뭐 획일화시킬 수는 없어요. 그렇게 해서도 안 되고." (S8)

의사 역시 물리치료의 속성이 의료의 속성과는 다르다는 점을 언급하였다. 이와 함께 치료의 질을 상향 평준화하기 위해 표준화된 지침을 만들더라도 물리치료사의 다양한 시도와 접근이 가능하도록 보정 장치를 함께 마련해야 한다고 의견을 제시하였다.

"이런 병에서는 이런 약을 쓰고 어떻게 doze를 해가지고 올린다 이렇게 뭐 할 수는 있는데 그것이 치료적인, 약간 수기치료잖아요.…그거의 갭은 똑같이 맞추기는 어렵다고 생각합니다. 다만, 큰 목표를 세우고 맞춰서 가보고 수정하고 이런 것들에 대해서 그 정도 수준으로 보정할 수 있는 장치들을 마련해야 좀 더 질적 향상 오지 않을까. 골 세팅이나 어떤 방법들에 대해서 자유를 주되 그것이 왜 안 됐을까를 계속 회고해 볼 수 있는 그런 시스템을 계속 마련해놔야 질적인 향상이 있지 않을까 생각합니다." (D2)

3) 통신기술 발달로 직역 간 상시 교류 증가

통신기술의 발달도 물리치료사의 전문성을 높이는데 기여하고 있었다. 환자 치료 과정에서 이루어지는 의료진 간의 소통 방식은 전통적으로 의사가 회진을 돌면서 환자 상태에 대해 체크 하는 방식이었다. 의사의 회진은 지금도 유지되고 있으나, 의사가 환자의 치료 과정을 관찰하거나 물리치료사와의 소통(communication)이 얼마나 활발하게 이루어지는가는 의료기관의 여건에 따라 차이를 보였다. 특히 환자가 많은 요양병원은 회진 시간에도 환자에 대해 충분히 파악할 수 있는 여유가 없기 때문에 의료진 간 소통에 많은 제약이 있는 상황이었다.

"회진 돌면서 보통은 보죠. 보통 회진 때 어떻게 되는지. 제가 시간을 좀 달리하면서 돌면서 현재는 어떤지 여쭤보고 환자 상태도 보고 그 사이에 이런 것들이 좀 더 필요하다 이런 부분 어떠냐 그런 부분을 계속 그날 그날 체크하면서 보고 있죠." (D4)

"그럴 수 있는 우리나라 환경이 안돼요.…물리치료라는 게 사실은 되게 많이 시간을 투자를 해야 되잖아요. 같이 환자를 보고 저 사람의 상태를 평가를 하고 어떻게 할지 말지 이런 거를 결정하고 하는 데는 시간이 되게 많이 들잖아요. 그런데 그거를 할 수 있는 시간이 없어요. 시간이 없고. 내 환자가 뭐 50명, 60명인데. 지금 제가 63명이거든요. 그렇게 되면 그 환자 하나 하나 하나 개인을 보면서 이 사람을 매일매일 보고 지금 막 다 일일이 볼 수 있는 사실은 시간적 여유가 없죠". (D3)

과거에 대면이나 전화와 같은 전통적인 방식으로 의료진 간의 원활한 소통에 많은 제약이 있었다면, 최근에는 메신저나 컴퓨터 차트의 메모 기능과 같이 다양한 소통 수단을 활용하는 의료기관들이 증가하였다. 통신기술의 발달은 전문가들이 다양한 의견을 자유롭게 공유하고 팀 접근이 가능한 환경을 제공하고 있었고, 의사와 물리치료사 모두 이러한 변화를 긍정적인 인식하고 있었다. 소통 수단의 증가로 의료진 간 상시적인 교류가 가능해지면서 환자의 상태 변화나 응급상황에 대한 대응이 빨라졌고, 치료과정에서도 세부적인 정보를 더 많이 공유할 수 있게 되었다.

"제가 인턴 때, 그러니까 2007년도에 처음 입사를 했는데 그때는 오로지…의료진과의 대면으로만 했다면 지금은 이제 컴퓨터 프로그램이 너무 좋다 보니까 대면도 대면이지만 메신저로도 이렇게 빠르게 대응할 수 있는. 빠르게 환자와의 어떤 일이 생겼을 때나 어떤 응급상황에서도 대면, 전화, 메신저로도 이렇게 빨리 할 수 있는 그런 프로그램이 생긴 게 초창기랑은 많이 달라진 거죠. 처음에는 이제 의료진한테 전화를 해서 의료진이 바쁘고 전화가 안 되면 연락할 저기가 없었다면 지금은 이제 연락할 수 있는 루트가 많아졌기 때문에 그런 것들이 좀 많이 편하고 많이 바뀐 거죠." (S4)

"예전에는 라운딩을 돌면서 말을 했는데 지금은 아마 메신저를 이용하는 그런 문화가 생겨서 그게 좀 큰 것 같아요 교류가. 솔직히 아시다시피 회진 돌 때는 환자가 있을 수도 있고 없을 수도 있고 직접 찾아가서 물어볼 때 또 번거로움이 있지 않습니까. 그런데 이 메신저라는 게 도움이 되는 것 같고. 기록에다가 적는다고 하지만 기록은 형식적인 것도 좀 있거든요.…좀 세부적인 걸 '아, 이런 게 문제점이 있어서요' 라고 말하기에는 메신저가 편한거죠." (D2)

2. 환자의 역능화

기술의 발전은 환자에게도 영향을 미치고 있었다. 정보통신의 발달로 환자의 정보이용 능력이 향상되었고, 환자는 과거보다 정보 습득과 대응에 주체적인 모습을 보였다. 하지만 재활 치료와 관련된 제도적 제약으로 환자는 여전히 약자의 입장에 머물러 있는 상황이었다. 주제와 관련하여 '질병에 대한 주체 의식 강화', '재활 정보의 폐쇄성', '양질의 치료에 대한 절실함', '환자 조직의 구성과 정책 활동'이라는 4개의 범주가 도출되었다.

1) 질병에 대한 주체 의식 강화

정보통신 기술의 발달은 환자에게도 이전보다 많은 정보를 제공하고 정보이용 능력을 향상시킨 것으로 확인되었다. 1980~1990년대 국내 재활 치료의 초창기부터 치료를 받아온 환자의 보호자는 당시 주변에서 좋다고 이야기하는 치료는 다 받으러 다녔다고 회상하였다. 신경계 손상에 대한 재활 치료법(technique)이 국내에 막 도입되었던 시기에 외국인 물리치료사에게 치료를 받기 위해 병원 전국에서 환자가 몰려오기도 하였고, 민간요법과 같이 치료 효과가 확인되지 않은 많은 치료적 접근법들이 성행하기도 했다.

> "그때 과도기에 있는 우리들은 뭐 주변에도 희한하게 이것저것 해봐라 라는 사람들도 숱하게 많았어요. 무슨 경락을 해봐라, 카이로 프락틱을 해봐라. 뭐를 먹여봐라, 뭐 단백질을 뭘 먹여라 막 별거 별거.. 아이한테 별별 안 해본 게 없었죠. 하다 못해 그때 당시에 중국 침술을 막 TV에서 크게 보도를 해갖고 중국에서도 침 맞고 못 걷던 아이가 걸었다 이걸 보고 엄마들이 또 막 중국도 갔다 오고. 저도 갔다 오고. 근데 문제는 그때 당시에 재활병원 원장님도 제가 '중국에서 침을 맞아보니 그래도 전혀 효과가 없는 게 아니고 어느 정도 강직에 대한 효과는 있더라. 근데 이게 진짜 맞는 거냐' 그랬더니 부인을 안 하더라고요." (PG_B2_B)

하지만 정보원이 다양해지고 이용할 수 있는 정보의 양이 많아지면서 환자도 정보에 대한 나름의 변별력을 갖게 되었다. 무분별한 정보의 홍수 속에서 잘못된 정보를 거르는 나름의 기준을 설명하기도 하고, 필요한 정보를 스스로 찾아 혜택을 받기도 했다. 치료 부위에 대한 자세한 내용을 추후 객관적인 정보를 통해 확인하는 과정을 거치기도 했다. '평생 아파야 되는' 것이니 내가 나의 질병에 대한 정보를 제대로 알고 주체적으로 대응하겠다는 인식이 강하게 나타났다.

"어차피 뭐 허리가 이렇게 태어난 건 평생 아파야 되는 거니. 아 그럼 내가 이거에 대한 근육이나 뭐 허리 문제에 대한 거를 기본 정보를 갖고 있지 않으면 어디 가서 속을 수도 있잖아요 사실은. 잘못 치료받을 수도 있는 거고.…무슨 근육을 풀고 있다고 얘기했을 때, 그거를 이제 기억해놨다가, 그 근육을 이제 검색해보면, 그 근육의 기능들을 좀 보고. (웃음) 아 그래서 이렇게 했구나를…계속 팔로우 하면서 전 치료를 받았어 가지고. 그래서 뭐 '아, 이 사람 좀 제대로 하고 있군.' 약간 이런." (PG_C4)

특히 물리치료를 받는 환자는 대부분 질병과 오랜 시간 함께 하거나 장기간의 치료 경험을 갖고 있기 때문에 스스로를 '반전문가'로 표현하기도 했다. 물리치료사의 전문성은 환자나 보호자들 간 정보 공유를 통해서도 알 수 있지만, 사전 정보가 없더라도 치료를 직접 받아보면 치료사별로 실력에 차이가 있음을 실제로 느낄 수 있다고 이야기하기도 했다. 환자들이 오랜 기간 다양한 물리치료사를 경험하게 되면서 물리치료 서비스의 전문성은 자연스럽게 비교 평가되고 있었다. 또한 신입 물리치료사가 실력이 없다고 해서 무조건 배척하는 것이 아니었다. 재활 치료는 긴 호흡으로 이어지기 때문에 신입 물리치료사의 환자에 대한 태도나 노력하는 자세를 보고 몇 년 후의 가능성을 판단하는 모습을 보였다.

"어느 병원에 가도 사실 다 들어요. 어떤 선생님이 잘하고 어떤 선생님이 못한다는 거를.. 그런데 이 사람한테 안 알려줘요. 그러면 이제 가끔 가다가 대체해서 선생님이 들어오는데 그 선생님이 딱 들어오면 이 분이 딱 느껴요. 저 선생님 대단하다 실력이.. 느끼는 거예요 환자가." (PG_D5_B)

"자기 쉬는 시간에도 안 쉬고, 잘하시는 선생님들 그 근처에 가서 항상 보고 배우고, 자기 쉬는 시간에 막 우리 모여 있으면 와서 OO아 이렇게 하면서 한 번이라도 이렇게 만져보고 노력하는 게 보여요. 그런 선생님은 못해도, 실력이 나빠도, 고마워요. 이쁘고. 우리 애를 많이 이뻐해주고 본인이 노력하는 게 보이니까. '아, 저 사람 인성도 됐고, 노력하는 게 보이니까 저 사람 필히 몇 년 뒤면 정말로 잘 되겠구나' 싶으면 정말로 몇 년 뒤에 그 선생님이 엄마들 사이에서 메인으로 자리 잡아요. 근데 갔는데 '저 사람은 진짜 노력도 안하고 시간 때우고 진짜 돈만 벌려고 왔구나' 그런 사람은 정말 평이 끝까지 안 좋아요. 대부분.…저희도 이제 반전문가가 되니까 보여요. 선생님들 하는 게." (PG_A2_B)

물리치료사도 환자와 보호자의 수준과 요구도가 높아진 만큼 전문성을 더 발전시켜나가야 한다고 생각하고 있었다. 환자와 보호자들이 인터넷 정보, 커뮤니티 활동, 병원 내 환자 간 정보 교류 등 다양한 방법을 통해 정보를 공유하고 있고 물리치료의 전문성을 평가받고 있다고 인식하였다.

"요새는 보호자들도, 보호자나 환자분들도 똑똑하시거든요. 보호자들도 정보가 많기 때문에. 그냥 아세요. 이 치료사한테는 내가 기대할 게 있구나, 없구나 라는 걸 아세요. 또 자기네들끼리 얘기하는 게 있기 때문에." (S13)

2) 재활 정보의 폐쇄성

그런데 환자가 재활에 대한 정보를 얻는 방식은 물리치료사가 생각하는 것만큼 다양하지 않은 것으로 나타났다. 대부분의 환자와 보호자는 재활치료가 필요하다는 것을 인지하는 순간부터 모든 정보를 스스로 찾아야 했다. 전문가들은 질환이나 재활 치료 과정에 대해 적극적으로 설명해주지 않았고 의료기관에 대한 정보도 얻기 힘든 상황이었다.

"재활을 이제 OO에서 받다가 장기전으로 가야 한다는 거예요.…'선생님, 그럼 아는 병원 좀 알려주세요.' 그랬더니 없대요. 선생님이 모른대요. 나는 아예 재활의 '재'자도 몰랐고 나는 물리치료라고 하는 게 내가 병원 가 가지고 핫팩 대고.. '뭐? 소아물리치료? 이게 뭐야?' 이 반응이었어요.…진짜 무릎 꿇고 사정을 했어요. 나 OO에서 배타고

버스타고 기차타고 왔다. 그래서 받아야 한다. 그랬더니 선생님이, '서울 엄마들은 지하철을 타고 일주일 동안 코스를 돈다'는 거예요. '엄마는 하나(이 병원)만 보고 기차타고 배타고 버스타고 오지만 사람들은 지하철을 타고 돈다' 이거예요. '그 사람들이 더 피곤하겠냐 어머니가 더 피곤하겠냐. 그러니까 그런 말을 하지 말라'는 거예요." (PG_A6_B)

인터넷이나 매체를 통해 정보를 얻기도 쉽지 않았다. '장애' 가족의 특성상 보호자들이 폐쇄적인 경향이 있기 때문이다. 대부분의 환자는 '입소문'으로 알음알음 정보를 공유해나가는 방식을 택하고 있었고, 다른 의료기관으로 전원한 후에도 SNS(단체 이야기방)를 통해 지속적으로 정보를 교환해나갔다. 그런데 소아치료 분야는 그마저도 어려운 상황이었다. 치료를 제공하는 기관이 워낙 적어 서로를 경쟁상대로 인식하기도 했고, 정보를 공유하는 무리에 들어가기도 쉽지 않은 것으로 나타났다.

"보호자 분들끼리 이제 서로 정보를 교환을 하시더라고요. 정보를 교환을 해서 어디가 낫고 어디가 낫고 그런 얘기를 하다 보면…좀 좋은 데 가서 빨리 좀 이렇게 치료를 받고 싶어 하니까.…정보는 다 그렇게 보호자 분들끼리 이렇게 서로 상의를 하고 알려주고 이러는 것 같아요.…거기에 계시다가 다른 병원을 가더라도 서로 뭐 단톡을 한다든지 뭐 이렇게 서로 연락해서 어디가 좋고 어디가 좋고 이렇게 서로 정보를 교환하는 것 같더라고요." (PG_D5)

"정보가 없는 거예요. 그래서 저는 어떻게 했냐면 애기를 안고 있다가 딱 봐서 애기가 우리 애들 정도에 큰 아이들의 엄마가 있으면, 정말 얼굴 철판 깔고 옆에서 물어봤어요. 우리 애가 어린데 아무런 정보가 없으니 혹시 우리 아이가 갈만한 병원이 있으면 추천을 좀 해주셨으면 좋겠다고. 그런데 대부분의 엄마들이 잘 안 가르켜 줘요. 왜냐하면 대기하는 엄마들이 많으면 많을수록 본인이 다시 들어갈 수 있는 그 날짜가 길어지기 때문에 잘 안 가르쳐 주는 거예요." (PG_A2_B)

의료기관의 정보가 어느 정도 노출되어 있는 도수치료 분야에서도 치료를 제공하는 물리치료사에 대한 정보는 공개되지 않고 있었다. 환자는 도수치료가 대중화되었지만, 환자가 치료기관을 선택할 수 있는 기준은 없다고 이야기했다. 많은 의료기관이 의사의 이력을 공개하는 것처럼 물리치료

사의 이력도 공개된다면 의료기관에 대한 신뢰가 높아지고 물리치료사의 전문성도 더 인정받을 수 있을 것이라고 보았다. 물리치료사의 정보를 공개하는 것이 의료기관의 불법 고용 문제를 해결하는데도 도움이 될 것이라고 보기도 했다.

> “우리가 사실 도수치료를 받는 거에 비해서 정보공개가 많이 되지 않는 느낌이 있거든요. 병원의 정보는 많이 공개되지만 이곳의 도수치료가 어떻다. 그냥 도수치료는 사실은 그냥 의사가 받으라고 하니까 받는 거예요.…병원에 갈 때 난 도수치료를 받으러 저 정형외과를 가겠어는 이게 이 순서가 아닌 거죠. 그렇기 때문에.. 그런데 이제 또 역설적으로, 그러기에는 너무 많은 사람이 받아.…뭔가 우리가 가시적으로 볼 수 있는, 뭐 지표가 있으면 사실은 조금 더 신뢰가 가겠죠. 그리고 이제 불법적으로 하거나, 그냥 고용한 사람들이 이제 떨어져 나갈 테고.” (PG_C4)

3) 양질의 치료에 대한 절실함

의사와 물리치료사는 환자와 보호자가 물리치료 서비스에 대해 적극적으로 대응하는 모습을 소비자 의식이 강화된 세대 변화로 바라보았다. 과거와 달리 의료를 하나의 서비스로 생각하는 경향이 두드러졌고, 안전사고에 대한 소송도 예전보다 많아졌다고 이야기했다. 이로 인해 물리치료사는 감정 노동이 더 심해지고 환자가 다칠 것을 염려해 치료에 소극적으로 임하는 등 전문적인 서비스 제공에 부정적인 영향을 미친다고 보았다.

> “물리치료를 하다보면 또 부러지면 환자들이 요즘엔 빠꼼해서 다 소송걸고 이래가지고 옛날에는 소송이 그렇게 많이 안 걸렸는데 의사들도 힘들고 치료사도 힘들어요. 안전사고가 많이 발생할 수 있는 영역은. 그래서 오히려 더 치료를 열심히 안하는 경우도 있거든요.” (D1)

그러나 환자와 보호자의 인식은 다르게 나타났다. 의료기관이나 물리치료사와의 관계에서 환자는 스스로를 ‘약자’로 인식하였다. 환자가 약자일 수밖에 없는 이유는 가능하면 좀 더 좋은 치료를 받고 싶은 마음이 크기

때문이었다. 배정된 물리치료사가 마음에 들지 않을 경우 병원에 물리치료사를 바꿔 달라고 의견을 제시하기도 하지만, 대부분의 환자는 물리치료사가 마음에 들지 않아도 그냥 감수하는 편이라고 했다. 보호자의 의견 제시가 갑질로 치부된다고 느끼거나, 환자나 보호자가 불만을 제기했다는 사실이 병원에 퍼져 추후 치료사 배정에서 불이익으로 돌아오는 것을 직·간접적으로 경험하기도 했다. 치료에 대한 불만을 이야기했다가 치료 과정에서 불이익을 당했다고 생각하는 한 보호자는 자신이 '할 말 다 하는 바람에' 그렇게 됐다고 회상하면서 그 이후로는 좀 더 좋은 치료를 받고 싶은 마음에 병원에 불만이 있어도 표현하지 않게 되었다고 진술하기도 했다.

> "어느 병원에서는 치료를 하러 갔는데 치료가 없는 거예요. 치료시간이. 왜 그러냐 그랬더니 환자가 너무 많아서 선생님들이 다 안 된다는 거예요. 그래서 제가 따졌어요. 그러면 당신네들이 받지 말았어야 되는 거 아니냐.…왜 우리를 받아놓고 치료를 안해주냐 따졌는데 이 사람한테 그게 돌아왔어요.…이 휠체어에서 그 열흘 있는 동안 계속 여기서만 올라갔다 내렸갔다 올라갔다 내려갔다.…왜 그것만 시키냐 그랬더니 여기를 강화시켜야 된대요. 그래서 계속 그것만 했었어요. 제가 할 말 다 하는 바람에. (웃음) 그러다 보니까 웬만하면 말을 하는 거예요. 정말 참을 수 없어서 막 이렇게 끓어오르지 않는 한은 웬만하면 그냥 참는 거예요. 조금이라도 더 좋은 치료를 받고 싶어서 참는 거죠." (PG_D5_B)

환자가 약자인 현실은 재활과 관련된 의료제도의 특수성에서 비롯된 것이기도 하다. 신경계 손상 환자는 재활 치료를 받을 수 있는 기간이 정해져 있기 때문에 정해진 기한 내에 최대한의 기능 회복을 해야 한다는 절박함을 가지고 있었다. 건강보험심사평가원 공고 제2019-422호 심사지침(건강보험심사평가원, 2019)에 따르면 뇌손상 등의 환자에게 시행하는 전문재활치료는 발병 후 2년까지 적용하는 것이 원칙이다. 이후에는 환자 기능 회복 및 호전 여부 등을 고려하여 치료를 인정받을 수 있지만 3개월마다 변화된 상태를 평가해야 하고, 그렇지 않을 경우 치료 횟수의 제한을 받는다.

> "물리치료가 계속 받을 수 있는 게 아니고 2년 정도가 딱 기간이잖아요. 2년 지나면 제대로 치료를 못 받으니까. 저희는 2년 안에 어떻게 해서든지 조금이라도 나아지기 위해서.…여기서도 2년까지만 가능하니까 또 아쉽고. 점점 좋아질 수 있는데 라는 생각을 많이 하거든요. 2년 지나도 점점 좋아지는 사람도 많거든요." (PG_D2_B)

치료 기간의 제한은 의사와 물리치료사의 진술에서도 개선되어야 할 점으로 인식되고 있었다. 환자의 기능이 점차 회복되고 있음에도 물리치료를 받을 수 있는 기한이 지나 충분한 치료를 받지 못하는 상황이 발생하고 있다는 것이다. 지금과 같은 일률적인 기준보다는 질환의 특성이나 환자 상태를 고려한 치료 기간의 조정이 필요하다는 의견이 공통적이었다. 제도적으로 치료 기간에 제한을 두는 것은 의료기관의 처방행태에도 부정적인 영향을 미치고 있었는데, 의사는 정해진 치료 기간 안에 최대한의 치료를 제공하기 위해 무리하게 처방하는 경향이 있다고 지적하기도 했다.

> "환자는 정말 stroke(뇌졸중)으로 여전히 불편한데 이제 보바스 수가를 청구할 수 없는 이유로 치료를 전문재활병원에서 못하는 경우가 있어요. 그러면 이제 게이트 처방 받거나 매트 처방 받아서 큰 병원으로 오게 되는데 가까운 병원에서도 할 수 없는 상황이 된 거잖아요. 그런 게 이제 어느 정도 뭐 그런 정량화된 그런 게 있다면 이 환자가 정말 치료가 여전히 필요하다 라는 그런 부분이 생긴다면 환자가 좀 더 재활을 집중적으로 받는 기간이 안정적으로 가지 않나." (S1)

> "한국은 유독 어느 정도 이벤트가 있고 나서 몇 개월, 몇 개월 하다보니까 어떻게든 그 기간 안에 환자한테 무리가 가더라도 좀 많이 하려고 하는 그런 좀 아이러니한 상황이 생기더라구요." (D2)

치료 기간에 제한이 있다 보니 환자에게는 정해진 기간 내에 양질의 치료를 충분히 받는 것이 중요해졌다. 이러한 점에서 환자는 대학병원이 입원 기간이 한두 달로 짧아 물리치료사와 환자가 충분한 교류를 통해 치료를 진행해나가는데 제한이 있다고 보았다. 반면, 병원급인 재활병원은 입원 기간이 상대적으로 길어 물리치료사와 환자가 충분하게 교류할 수 있다는 점에서 만족감을 나타냈다. 물리치료사가 환자를 파악하는 시간을 충분히 가질 수 있고, 몇 개월에 한 번씩 담당 물리치료사가 바뀌더라도 여전히 한 공간에 있기 때문에 환자에 대한 지속적인 추적관찰(follow-up)이 가능하다는 장점도 있었다. 또한 물리치료사들끼리 인수인계를 함으로써 새로 담당하는 물리치료사가 환자를 파악하고 적응하는 기간이 단축된다는 점에서도 긍정적이었다.

"대학병원은 항상 느낌이 뭔가 좀 아쉬워요. 병원이 입원기간도 한 달이나 7주 이 정도밖에 안 되니까 선생님이 이 사람에 대해서 알아가려고 하면 나와야 되잖아요.…'조금만 더 계시면 이만큼 될 것 같은데 가셔야 되니까.' 이러면서 치료사분들도 아쉬워할 때도 있어요.…여기(재활병원)의 장점이 3개월마다 선생님이 바껴도 그 선생님이 그 한 공간에 계셨잖아요. 그렇기 때문에 선생님이 바뀌어도 이 선생님이 이 환자에 대해서 다 알려주는 거예요. 이 환자는 내가 어떻게 어떻게 했으니까 어디까지 끌어올렸다. 어떤 변화가 생겼다 라는 거를 알고 계시잖아요. 그러니까 한 병원에서 선생님이 바뀌더라도 거의 좀 알고 있으니까 그게 좀 유리한 장점이 되는 것 같아요." (PG_D5_B)

최근에는 병원급 의료기관에 대한 제도적 지원이 강화되어 재활병원의 전문성은 더 중요해질 것으로 보인다. 그동안 재활 치료의 문제점으로 지적되었던 입원 기간, 치료 횟수의 제한 등을 개선하기 위해 회복기 재활의료기관 사업이 도입된 것인데, 시범사업을 거쳐 2020년에 전국 26개 병원을 선정하여 본사업을 시작하였다. 이 사업은 발병 후 회복 정도가 가장 활발한 재활 초기에 환자들이 한 병원에서 집중적으로 재활 치료를 받고 집으로 퇴원하는 것을 목표로 하고 있다.

회복기 재활의료기관에서 근무하고 있는 의사와 물리치료사는 이 사업이 기존의 의료수가 체계의 문제점들을 최대한 개선하는 방향으로 설계되었다고 인식하였다. 먼저 환자의 입원 기간이 3개월에서 6개월로 늘어나면서 치료사가 환자와 충분한 교류를 통해 치료를 진행해나갈 수 있는 환경이 되었다. 누워서 들어온 환자가 걸어서 나가는 등 환자들의 기능 호전 속도도 빨랐다. 이전에는 환자들이 대학병원에 무조건 오래 입원하려고 했다면, 이제는 급성기 처치 후 회복기 재활의료기관으로 바로 전원하여 재활 치료를 적극적으로 받으려는 환자가 점차 늘어나고 있었다.

"회복기 재활 이 본 사업을 하면서 우선 onset(발병)이 6개월 이내의 환자분들이니까 improve가 상당히 좋죠. 그리고 환자분들도 6개월 내가 여기서 있을 수 있으니까 마음도 편하고. 그래서 치료사들이랑 라포 형성 같은 것도 잘 되고. 그래서 좀 치료받기가 편해요. 치료하기도 편하고. 한 병원에서 좋아하질 때까지 받으니까 만족도는 꽤 높은 걸로 알고 있어요. onset 그 6개월 제일 좋아질 동안 치료도 열심히 받고 하면 뭐 누워서 와서 걸어서도 나가고 그런 분들이 많죠. 확실히 onset 좋으신 분들은 그런 속도도 빨라요." (S12)

"예전에는 좀 더 대학병원에 오래 입원을 했었다라고 하면 올해 재활의료기관 본 사업 들어가고부터는 좀 더 일찍 종합병원에서 퇴원을 하는 것 같아요. 급성기가 지나서 어느 정도 안정된 상태라서 적극적으로 재활치료가 필요하다 라고 보면…좀 일찍 와서 더 재활치료를 열심히 받을 수 있는 환경은 지금 만드는 것 같아요." (D4)

여러 가지 제도적 개선안을 마련하고 있는 회복기 재활의료기관 사업에도 재활 치료의 전문성을 높이기 위한 고민은 빠져있다는 지적이 있었다. 수가를 청구할 때 제공되는 치료서비스나 인력에 대한 별도의 기준이 없기 때문이다. 새로운 사업의 도입으로 재활 치료의 양적인 공급은 충분히 늘어나게 되었지만, 서비스의 질 관리에 대한 정책적 수단이 부재하다는 것을 의사와 물리치료사 모두 공감하고 있었다. 물리치료사는 치료의 전문성을 수가 제도에서 고려하지 않는다면 좋은 취지의 사업임에도 제공되는 치료의 질적 수준은 더 낮아질 것이라고 우려하였다. 의사 역시 재활 치료의 효율을 높이기 위해서는 치료 수준의 질적 향상이 필요하기 때문에 병원이 전문성을 갖춘 물리치료사를 의무적으로 배치하도록 하는 정책적 개입 요소가 필요하다고 의견을 제시하였다.

"회복기 환자분들은 서티가 있건 서티가 없건 이제 갓 1년 차 내지는 뭐 2, 3개월 차가 치료해도 같아요. 30분 치료하면 수가가 같아요. 일대일 치료면 같아요. (서티가) 필요가 없어요. (교육 수료) 안 해도 애가 30분 이렇게 대충 해도. 하다못해 애가 손만 잡고 있어도 똑같은 청구 되는데. 그러면 이제 나중에 또 이런 게 생길 수 있는 거죠. 아, 경력 많아도 상관없잖아. (웃음) 그니까 경력이 많은 선생님들이 좀 더 힘들어질 수도 있는 환경이 될 수도 있죠.…그렇게 되면 점점 더 재활 쪽은 전문성이라든지 어떤 그런 것들이 굳이 필요가 없게 될 수도 있죠. 양적인 증가만 되면 되는 거죠. 질적 보다." (S13)

"어쨌든 양적으로는 어느 정도 늘어났는데 그 시간에 어떤 치료를 얼마만큼 잘 제공하느냐가 그 효율을 더 높일 수 있는 방향이 될 수 있을 테니까 거기서는 당연히 전문성이나 질적인 부분의 향상이 있어야 양적인 부분의 늘어난 것과 질적인 부분이 좀 더 시너지 효과를 일으켜서. 어쨌든 저희의 최종 목표는 환자를 빨리 기능을 호전시켜서 조기에 집으로 가시든 사회로 복귀를 빨리 하든 그것이 치료도 그렇고 재활치료가 목적이 되다 보니까…최소한 서티를 가지고 있는 사람이 몇 유닛 이상은 해야 된다. 지금은 그런 기준은 따로 있지는 않고 있거든요." (D4)

한편, 서비스의 공급 기관이 절대적으로 부족한 소아치료 분야는 환자에게 이러한 선택권마저도 주어지지 못하는 상황이었다. '우리를 받아줄 수 있는 곳이 있으면 가야죠'라는 진술은 환자와 보호자의 입장을 대변했다. 치료가 끊기지 않기 위해 한 의료기관에 입원함과 동시에 다른 의료기관을 찾아야 하는 생활은 그들에게 일상이 되었다.

"일단 재활을 할 수 있는 병원을 한 번 싹 돌아요. 진료를 봐야 하니까. 왜냐하면 대기를 다 걸어놔야 되니까. 만약에 재활할 수 있는 병원이 4군데면…싹 돌아요. 그리고 기다려요. 한 군데 가잖아요. 입원과 동시에 여기를 다시 전화하는 거예요. 우리 몇 월 달 쯤에 퇴원하는데 그때쯤에 맞춰서 갈 수 있겠냐고.…진짜 막 구걸해서 진짜 막 사정해요. 그럼 셋 중에 하나는 꼭 연락이 와요. 그럼 여기를 가죠. 또 입원과 동시에 3군데를 또 전화하는 거예요. 왜냐하면 다음 병원을 해야 되니까. 그리고 또 퇴원해서 이 병원을 가. 그럼 또 무한반복인거예요. 끊기지 않아야 되니까 저희 아이들은.. 저희를 받아줄 수 있는 곳이 있으면 가야죠." (PG_A2_B)

더욱이 만13세가 넘어가면서부터는 치료를 해주는 의료기관이 거의 없어 학령기가 끝나기 전에 아이의 발달단계를 최대한 끌어올려야 한다는 강박관념이 생기기도 했다. 성장 단계에 갑자기 치료가 끊겨 척추 변형이 심해진 청소년의 보호자는 비장애인이 건강을 위해 운동하는 것처럼 장애인들도 재활 치료를 평생 받을 수 있도록 '건강의 기본권'을 지켜달라고 주장하였다.

"18세가 넘으면서 갑자기 성장이…그때는 이미 치료 다 없는 상태인데 그때 크기 시작하니까 이게 관리가 안 되면서 측만이 갑자기 심해지더라고요.…우리가 이제 평생 건강을 위해서는 우리 비장애인들도 운동을 하잖아요. 뭐 스트레칭을 하든 걷든.. 우리 아이들도 그런 측면에서, 건강의 기본권을 지켜주는 측면에서 이렇게 재활 운동이 됐든 재활치료가 들어가야지, 이게 뭔가 나아진다는 걸 전제로 해서 아예 뭐 나아질 가능성이 없으니까 안 해준다 이거는 사람한테 적용해서는 안 되는 것 같아요." (PG_B5_B)

서비스 제공기관의 부족은 물리치료사의 전문성 발달이나 제공에도 부정적인 영향을 미치고 있었다. 물리치료사가 의료기관에서 지식과 경험을 쌓아나갈 기회가 부족하기 때문이다. 환자의 치료적 요구와 사회적 공감에 따라 몇몇 기관에서 청소년 재활치료실을 개설하는 조짐을 보이고 있지만, 청소년 분야의 물리치료는 대다수의 물리치료사들이 그 분야의 임상경험을 할 수 있는 기회가 매우 적기 때문에 청소년 재활치료실을 개설되어도 치료가 가능한 인력을 구하기 어려운 실정이었다.

> “저희가 소아만 했었는데 계속해서 이제 나이든 사람이 니즈가 있고.…이번에 원장님이 오시면서 원장님이 청소년도 아무도 안 돌보니까 돌봐야 된다 그러고 오픈을 하셨어요. 새로 세팅을 해서.…근데 이제 인력의 어려움이 있죠. 청소년은 오히려 소아를 잘 알고 그런 사람이 들어와야 되는데 일단은 힘든 건 안 하려고 하니까 청소년 지원하는 사람이 없어요. 그래서 어려움이 있네요.” (S7)

그럼에도 지난 10년간 10대 이하의 환자군에서 전문재활치료의 청구가 증가한 현상에 대해 업무 현장의 물리치료사는 2002년 이후 병원 운영 시스템의 영향이 컸을 것이라고 인식하였다. 소아치료 분야는 입원을 하지 않고 6시간 내에 집중적으로 재활치료를 제공하는 낮병동 시스템을 운영할 수 있다. 입원 치료처럼 환자 1명당 하루 2회 치료가 가능하기 때문에 입원 환자가 늘어난 것과 같은 효과를 볼 수 있다.

> “치료의 트렌드가 집중치료가 많이 늘어나는 거예요.…낮병동이 제가 보기에는 가장 큰 영향을 줬을 것 같아요. 입원 같은 경우는 일단 전국적으로도 입원할 수 있는 병원이 되게 제한되어 있기 때문에 지방에 있는 엄마들이 서울로 올라와야 되고. 또 그거를 감당할 수 있는 권역별에 재활병원들이 많지가 않았는데. 낮병동이 생기면 더 이상 이제 입원 환자를 세팅하지 않아도 되는 소규모의 병원들이 가능해졌단 말이에요. 상주만 하면 되니까, 여섯 시간만. 그런데 이제 집중치료를 할 수가 있게 된 거죠. 그러면서 낮에 와서 치료를, bid 치료를 받게 되니까 입원해야지만 하루에 두 번씩 치료를 받았는데 낮병동이 생기면서 그 코드가 청구 비율이 높아지죠.” (S11)

4) 환자 조직의 구성과 정책 활동

필요한 서비스를 충분히 받지 못하는 문제를 해결하는 것은 고객집단의 몫이었다. 환자나 보호자는 치료를 받을 수 있는 정책적 환경을 만들기 위해 환자 집단을 구성하고 정부에 필요한 의견을 적극적으로 제시하였다. 중증장애아동들이 필요한 치료와 교육을 함께 받을 수 있도록 병원을 세워달라고 주장하거나, 재활 치료의 범위나 인식을 바로잡기 위해 법적 용어를 변경해달라고 의견을 제시하는 등 보호자의 진술 속에서 관련 사례들을 확인할 수 있었다.

> "사단법인을 만드셨어요 그 분이. (아이가) 중도 장애인데 너무 강하게 어필하시고 일단은 소아 엄마들 욕구랑은 맞는 거예요. 지금 막 치료시켜야 되는데 할 곳이 없어. 그런데 병원을 세워준대. 그런데 치료 안 가는 시간에 뭐 좀 교육도 좀 시켰으면 좋겠는데 학교도 넣어준대. 그러면 '저도 좋아요' 하고 막 같이 가입을 하는 거예요." (PG_B1_B)

> "보건복지부에도 얘기했고, 제언했고. 뭐 저희가 계속 얘기하는 건 우선 첫 단계는 용어부터 바꿔달라. 소아과도 소아청소년과로 바뀐지가 이미 10년이 넘었거든요. 그래서 '소아재활의학과도 소아청소년재활의학과로 바꿔달라.' 그 말씀을 계속 저희는 제언을 하고 있거든요." (PG_B2_B)

환자의 조직화된 활동이 정치적 공약사항과 접점이 생길 경우 새로운 정책사업이 도입되기도 했다. 소아 재활 수가를 조정해달라는 의견이 반영되어 시범 사업이 추진되었고, 광역어린이재활병원이 대통령 공약사항에 포함되어 건립을 진행 중이기도 하다.

> "지금 보건복지부에서는 저희가 소아재활수가 조정해 달라 그래서 지금 시범사업을, 올해 수가 조정해서 시범사업을 실시하기로 예정이 되어 있는 걸로 알고 있거든요.…지금 광역 어린이 재활병원 이런 거를 지금 세우고 있잖아요. 그래서 대전에 지금 병원 건립하고 있는데 그것도 강력한 어떤 그룹의 제안으로 인해서 사실 만들어진 거고, 대통령 공약사항으로 받아 내 갖고 지금 짓고 있는데…이미 거기 세팅이, 학교 교실이 세팅이 됐다고 하더라고요.…병원에 특수교육 넣어 달라, 뭐 복지서비스 넣어 달라, 가족지원 서비스 넣어 달라 뭐 이렇게 막 부르짖고 있어서 지금 거기에 교실이 여섯 개가 지금 반이 생겼다고 하더라구요." (PG_B2_B)

3. 지역사회의 요구

제도와 의료기관이 변화하고 있음에도 환자의 물리치료 전문성에 대한 요구는 지역사회로 뻗어 나가고 있었다. 3절에서는 지역사회에서 요구되는 물리치료사의 역할과 이와 관련한 물리치료사의 인식, 새로운 관할권 확보의 가능성을 살펴보았다. 주제와 관련하여 '생활 터전 안에서 치료받기를 기대', '지역사회 활동기회 확보'라는 2개의 범주가 도출되었다.

1) 생활 터전 안에서 치료받기를 기대

우리나라는 가정에서 치료받는 것이 원칙적으로 불가능하기 때문에 환자는 재활 치료를 위해 여러 병원을 전전하는 '재활난민' 생활을 하고 있었다. 그러나 가능하다면 병원보다는 가정에서 치료를 받으며 일상생활로 복귀하고 싶다는 의지를 크게 드러냈다. 장애인으로서의 삶이 우울증과 같은 부정적인 결과로 이어지지 않으려면 방문 재활과 같은 치료서비스가 추가적으로 제공되어야 한다고 주장하기도 했다.

> "삶의 여유가 좀 있으면 보험이라도 빵빵하게 들어놓고 그러면 뭐 병원에서 5년이고 10년이고 있으면 좋겠지만, 그렇지 않은 사람들은 집에 가서 그렇게 방문재활이 있다고 그러면 저부터도 병원에 오래있고 싶은 사람은 없어요.…2년이 아니라 1년 뒤에도 '아유, 나 집에 가서 방문재활 하면서 재활 받을 거야.' 그러면서 가죠.…집에서 생활을 못하니까 환자들이 그냥 우울증에 빠져서 이제 나중에는 진짜 안 좋은 일이.. 결과가 나오고 이러는 거죠. 그러니까 그런 시스템이 잘 되어 있으면 굳이 뭐 병원에 있으라 그래도 안 있어요. 집에 가서 재활 받지 뭐하러 병원에서 있겠냐고요." (PG_D5)

또한 물리치료사가 가정을 방문하여 환자의 집 구조와 생활환경에 맞는 치료를 제공하는 것이 환자의 실생활에 좀 더 도움이 되는 치료라고 보기도 했다. 물리치료에 대한 환자의 욕구가 의료기관에 머물지 않고 삶의 터전 안에서 가족과 함께 일상으로 복귀하는 방향으로 나아가고 있음을 알 수 있다.

"우리 집에는 치료기구가 없어요. 그런데 꼭 치료기구가 있어야 되는 건 아닌 거야. 집에 있는 도구로 해서 이 아이를 운동시킬 수 있는 방법이 있고…청소하는 것도 일종의 운동이 되는 것처럼 이 아이의 생활 속에서 물리와 작업이 녹아들어갈 수 있는 거를 그 아이의 환경 안에서 만들어낼 수 있는 거예요.…일주일에 한 번 정도는 물리 또는 작업치료사가 집으로 와서 이 환경 속에서 …생활 속에서 녹여낼 수 있는 거를 일종의 중재 같은 게 들어갈 수 있는데. 치료실에만 오면 이 아이의 생활환경이 어떤지는 치료사는 전혀 모르잖아요.…집으로 오시는 거 싫어하시는 분들도 있지만 원하는 분들한테는 그것도 열려 있어야 하는데 지금은 선택의 폭이 너무 좁은 거죠." (PG_B1_B)

병원 밖 물리치료사의 역할에 대한 환자의 요구는 학교에서도 확인할 수 있었다. 장애 아동들이 학령기에 접어들게 되면 병원보다 학교에서 보내는 시간이 길어지는데, 특수교육법 개정 이후 특수학교에 물리치료사의 진입이 불가한 상황이다. 법 개정 과정에서 뇌병변 자녀의 학부모들이 학교 내 물리치료사 상주의 필요성을 피력하지 못하였고, 결국 물리치료는 외부 지원 방식으로 변경되었다. 이로 인해 신체장애가 있는 학생들의 자세를 잡아주거나 필요한 사항에 대해 의견을 전달하는 역할을 했던 물리치료사가 학교에서 사라지게 되었고, 학교는 장애 청소년의 돌봄(care)을 충분히 제공하지 못하고 있었다. 환자의 물리치료에 대한 욕구는 단기간 머무는 병원을 넘어 긴 시간 이어지는 일상 속에서도 필요로 하고 있음을 알 수 있다.

"저희 애가 초등학교, 중학교 다닐 때만 해도 학교에 작업치료사, 물리치료사가 있어가지고 수업시간 안에 있었어요. 그래 갖고 치료실에서 그 아이마다 어떤 아이는 뭐 자전거 타고 어떤 아이는 워킹.. 좀 걷는 아이들은 뭐 이렇게 걷는 거하고. 정말 이제 OO이처럼 중증 아이는 선생님들이 근 그쪽 뭐 굳어 있는 걸 풀어주기 위해서 그냥 손 봐주시고 그렇게 했었거든요. 지금 그런 게 하나도 없어.…아이가 학교에서 어떤 자세를 어떻게 해야 되는지 아무도 모르고 가르쳐주는 사람도 없어. 제일 중요한 건데.…꽁꽁 묶인 채로 한 3시간씩 그 자세로 있다고 생각해보세요. 다 구축이 돼버리는 거예요. 뭐 꺾여서 꺾인 대로 구축대로." (PG_B5_B)

물리치료사도 지역사회에서의 물리치료사 역할에 대해 인지하고 있었다. 장애를 가지고 일상을 살아가고자 하는 욕구가 증가하는 만큼 앞으로 환자의 삶의 질을 높이기 위해 더 많이 고민하고 적절한 서비스를 제공해야 한다고 보았다. 소아치료의 경우 치료 외에도 아이가 성장하면서 발생할 수 있는 문제점까지 모두 고려하여 생애주기별로 필요한 서비스를 제공할 수 있어야 한다고 보았다. 환자, 정책, 병원경영 환경이 모두 변하고 있는 상황에서 물리치료 전문성의 범위를 병원 안으로 제한하는 것은 한계가 있다고 지적하기도 했다. 물리치료의 전문화는 앞으로 물리치료사가 지역사회에서 얼마나 다양한 역할을 할 수 있는지로 판단될 것이라고 보았다.

"이 아이가 성장해 가면서 나오는 어떤 문제점들에 대해서 이해가 없으면 이 아이들한테 실질적으로 필요한 도움을 줄 수가 없거든요. 그리고 이제 어떻게 보면 뇌손상으로 인해, 뇌손상이 있긴 하지만 이 손상 자체는 진행되는 손상은 아님에도 불구하고 신체적으로 발달하고 커가면서 성장하면서 나오는 어떤 이차적인 문제들은 계속 또 다른 문제점들을 가지고 있는데 이걸 치료사들이 적절하게 판단을 하고 파악을 하고 있어야 발달기에는 없는, 그다음에 그런 어떤 의료적인 부분들, 아니면 서비스적인 부분들이 제공이 가능하다고 생각을 하거든요." (S6)

"옛날하고 지금하고 환자가 달라지고, 환경이 달라지고, 치료사의 생각이 달라지고, 병원 경영 환경이 달라졌는데 언제까지 병원 내에서 환자가. 환자의 전문적인 질적인 치료 이거는 지금은 이미 많이 올라와 있는 상황이고 누구나가, 어떤 사람이 해도 많이 비슷해진 상황인데. 그러면 치료사의 전문성이라는 것은 내가 무기가 많아지는 게 중요한 거잖아요. 내가 이것도 할 수 있고 저것도 할 수 있고, 이런 쪽도 있고 저런 길도 있고 라는 것이 전문성이라고 생각을 하거든요.…지금 현장에서는 그게 많이 필요한 거 같아요. 왜냐하면 앞으로는 환자분들이 분명히 병원에 오래 입원할 수 있는 기간이 분명히 줄어들 거거든요.…일본처럼 6개월 후에, 발병 후 6개월 후에 집으로 가든지, 요양병원으로 가든지 둘 중에 하나가 되는 시대가 올 거거든요." (S13)

2) 지역사회 활동기회 확보

한편, 환자와 보호자의 요구에 따라 물리치료사에게도 지역사회에서 활동할 수 있는 기회가 간접적으로 제공되고 있는 것으로 확인되었다. 현재 국가사업의 일환으로 일정 자격 요건을 갖추면 누구나 발달재활서비스를 제공하는 바우처 기관을 운영할 수 있다. 다만 물리치료는 의사의 지도를 받는 의료행위이기 때문에 '물리치료'라는 명칭을 직접적으로 사용하지 못한다. 많은 물리치료사가 발달재활서비스 명목으로 소위 사설 '센터'를 운영하고 있었고, 환자도 부족한 치료의 양과 질을 채우기 위해 지역사회 바우처를 이용하고 있었다.

하지만 바우처로 운영되는 지역사회 지원사업이 환자의 신체적, 경제적 부담을 덜어주지 못하는 것으로 보인다. 바우처가 매달 지원되어 이용자는 확보되고 있었으나, 서비스의 질 관리나 비용에 대한 통제가 제대로 되지 않았다. 센터를 차리면 '돈벌이'가 되기 때문에 전문성 있는 물리치료사가 대거 의료기관을 떠나게 되었고, 이로 인해 의료기관의 물리치료 전문성은 전반적으로 낮아지게 되었다. 그런데 충분히 경력을 쌓지 못한 물리치료사 역시 지역사회로 향하게 되면서 지역사회 치료의 질적 수준 역시 보장하지 못하게 된 상황이다. 결국 환자가 부담하는 치료비의 총지출은 줄지 않았고, 의료기관 안팎으로 제공되고 있는 물리치료에 대해서도 전문성을 신뢰받지 못하고 있었다. 의사가 충분히 공급하지 못하고 있는 영역을 새롭게 확보할 수 있는 기회가 주어졌음에도 질 관리 부족으로 환자의 지지를 충분히 받지 못하게 된 것으로 보인다.

> "병원에서도 이 바우처 제도로 인해서 굉장히 어려움이 커진 게 질 좋은 치료사가 오래도록 그 병원에 있지를 않아요.…치료사가 치료학과 졸업하고 소아치료를 선택하는 케이스도 너무 적은데 어렵게 확보해서 데리고 와서 한 2년? 거의 가르치는 거죠. 병원에서는 가르쳐 놓으면, 조금만 할 줄 하면 나가버리는 거예요. 사설센터로 가든가, 자기가 하나 차리든가. 차리면 어쨌든 (환자가) 가거든요.…병원 안에도 지금은 질 좋은 치료사, 경력이 있는 소아치료사 찾기 힘들어요. 그 다음에 그렇게 아직 경력이 체득이 안 된 사람이 밖에 나와서 그냥 사설센터 차려서 바우처 제도로 해서 돈벌이가 되는 거예요. 그러니까 돈벌이용 수단 밖에는 안 되지 않았나 싶고." (PG_B2_B)

물리치료사들도 물리치료의 질적 수준이 앞으로 더 높아져야 한다고 인식하고 있었으나, 이들이 제시한 전문성 제고의 필요성과 방법은 개인적 혹은 소규모 조직 차원에 머물렀고 제도 변화에 의존하는 경향이 있었다. 물리치료사가 치료 영역의 전문가로서 사회 곳곳에서 의견이 제시할 수 있으려면 물리치료사 스스로 역량을 키우고 기회를 만들어 나가야 한다고 이야기하였고, 전문분과 학회들이 많이 성장한 만큼 소규모 조직 단위로 기반을 닦아나가는 방법을 제시하기도 했다. 물리치료 전문성의 신장은 사회가 물리치료사에게 어떤 권한과 기회를 주느냐에 따라 달라질 수 있다고 보았다.

"치료사가 당연히 치료만 하는 게 아니라 뭐가 환자한테 필요로 해가지고 도움이 될까 고민도 많이 하면서 치료사가 이게 필요하다. 뭐가 필요하다. 라고 어필할 수 있는 어떤 능력을 키우는 게 필요하지 않나. 능력을 키우면 병원에서나 어디에서나 '아, 그래? 한번 해봐라' 이런 식으로 우리한테 권한을 줄 수 있기 때문에." (S4)

"우리가 계속해서 이 분야의 전문가로서의 틀을 잡게끔 개인이 아니라 학회의 어떠한 분과로써. 의사들도 분과들이 있어서 활동을 하잖아요. 분과에서의 어떤 우리가 뭐를 인정해주고 이런 부분들에 대한 부분을 보건복지부 차원에서의 커넥을 해서 진짜 우리가 당당하게 좀 나가야 되지 않을까 생각이 들어요. 이제는 물리치료학회도 역사도 많고 그런데. 좀 체계적으로 앞으로는 가야되지 않을까 라고 생각하고." (S7)

"당연히 (물리치료의 전문성이) 높아져야 된다고 생각하는데 이거는 사회가 주는 거 같아요. 저희가 뭐 아무리 발버둥 친다고 해서 그렇게 되는 건 아닌 거 같고. 사회에서 어느 정도 우리한테 권리를 부여하는지에 따라 달라지겠죠. 치료에 대한 권리인 거니까. 능력을 얼마만큼 발휘할 수 있게 해주는지." (S3)

4. 소결

6장에서는 물리치료의 전문성에 영향을 미치는 사회적 변화를 중심으로 물리치료 전문화 현상을 분석하였다. 의학과 과학기술의 발전, 통신기술의 발달, 환자의 역능화, 재활과 관련된 제도의 특수성, 지역사회 재활에 대한 환자의 욕구 등이 물리치료 전문화에 영향을 미치고 있었다.

첫째, 의학기술의 발전으로 재활의 영역이 넓어지면서 새로운 영역의 물리치료 전문성이 요구되고 있다. 물리치료사들은 새로운 전문 영역의 지식과 치료기술을 발전시키기 위해 전문분과 학회와 교육을 신설해나갔다. 특히 많은 물리치료사가 전문 분과학회를 찾게 되면서 다양한 학회와 교육이 생기고 교육수준도 높아졌다는 긍정적인 인식을 확인할 수 있었다.

둘째, 과학기술의 발전으로 로봇을 비롯한 수치화된 다양한 치료법들이 도입되었고, 물리치료사의 치료방식도 과학적이고 개방적이며 과제 지향적으로 변화하고 있다. 물리치료사들은 새롭게 요구되는 다양한 접근법과 시도들을 받아들이고 변화하는 추세에 맞는 전문성을 쌓아나가기 위해 노력하고 있었다. 과학의 발전은 물리치료사의 업무 방식을 변화시켰으나 물리치료사들은 새로운 기술에 적응해나가며 전문성의 범위를 한층 더 넓히는 기회로 삼았다. 다만, 물리치료의 특성상 효과를 과학적이고 체계적으로 정립하는 데는 한계를 느끼고 있는 것으로 확인되었다.

셋째, 통신기술의 발달로 의료기관 내 소통 수단이 증가하였다. 의사와 물리치료사를 비롯한 여러 직역이 다양한 의견을 자유롭게 공유하고 팀 접근이 가능한 환경이 조성되었고, 환자를 중심으로 전문화된 서비스를 제공할 수 있게 되었다.

정보통신 기술의 발달은 환자에게도 이전보다 많은 정보를 제공하며 환자의 정보식별 능력을 향상시켰다. 환자는 장기간 이어지는 질병 경험 속에서 정보 습득과 질병에 주체적으로 대응하는 모습을 보였다. 물리치료사도 환자와 보호자의 수준과 요구도가 높아진 만큼 전문성을 더 발전시켜 나가야 한다고 생각하고 있었다.

의사와 물리치료사는 환자와 보호자가 물리치료 서비스에 대해 적극적

으로 대응하는 모습을 소비자 의식이 강화된 세대 변화로 바라보았다. 하지만 환자와 보호자는 스스로를 '약자'로 인식하였는데, 이는 재활과 관련된 의료제도의 특수성과 연결되어 있었다. 성인치료 환자의 경우 신경계 손상에 대한 재활 치료 기간이 제한되어 있고, 입원 기간도 의료기관 유형에 따라 달랐다. 소아치료 환자는 서비스 제공기관의 수가 절대적으로 부족하고 학령기 이후에 치료가 중단되기도 했다. 이러한 이유로 환자는 정해진 기간 내에 조금이라도 더 좋은 치료를 받기 위해 노력해야만 하는 상황이었다. 재활에 대한 정보도 부족하여 환자 스스로 필요한 치료와 지원을 찾아 나서야 했다. 환자는 때로 조직을 구성하여 정부에 필요한 의견을 적극적으로 제시하였고, 이로 인해 정책에 변화가 생기고 새로운 사업들도 도입되고 있다. 최근에는 재활병원에 대한 제도적 지원도 강화되고 있어 병원급 의료기관을 중심으로 전문성 제고의 필요성이 대두되고 있다.

제도와 의료기관이 변화하는 가운데, 물리치료에 대한 환자의 욕구는 의료기관에 머물지 않고 삶의 터전 안에서 가족과 함께 일상으로 복귀하는 방향으로 나아가고 있었다. 물리치료사도 지역사회에서 요구하는 물리치료사 역할에 대해 인지하고 있었다. 물리치료의 전문화는 앞으로 물리치료사가 지역사회에서 얼마나 다양한 역할을 할 수 있는지로 판단될 것이라고 보기도 했다. 현재 의료기관 밖 환경에서 다양한 인력들이 재활서비스를 제공할 수 있는 국가사업들이 마련되고 있었는데 물리치료사들은 공식적인 권한을 취득하지 못한 채 비공식적으로 참여하고 있는 것으로 확인되었다. 그런데 전문성을 갖춘 물리치료사 뿐 아니라 아직 전문성을 충분히 갖추지 못한 물리치료사들도 의료기관을 이탈하게 되면서 현재 의료기관과 지역사회 모두에서 질 관리가 부족하다는 평가를 받고 있었다. 현재 물리치료계 내부에는 자체적인 규제가 작동하지 않는 것으로 보이며, 이러한 현상은 물리치료사의 진술에서도 확인할 수 있었다. 물리치료사들은 전문화의 필요성을 인식하며 앞으로 물리치료의 질적 수준이 더 높아져야 한다고 보았지만 이에 대한 대응방식은 소극적이었다. 이들이 제시한 전문성 제고의 방법은 개인적 혹은 소규모 조직 차원에 머물렀으며, 제도 변화에 의존하는 경향도 있었다.

Ⅶ. 논의 및 결론

1. 논의

1) 연구 결과 요약

본 연구는 재활에 대한 사회적 수요 증가와 물리치료의 전문성 제고라는 세계적 흐름 속에서 우리나라 물리치료의 전문화의 실재는 무엇이고 어떻게 나아가고 있는지 탐구하고자 하였다. 이를 위해 물리치료 처방 양상을 분석하여 시장의 전반적인 흐름을 개괄하였고, 물리치료사의 업무현장을 중심으로 물리치료 처방 증가의 맥락과 영향, 물리치료 전문성에 대한 인식을 살펴보았다.

먼저 본 연구의 주요 결과인 물리치료 업무의 흐름이 전문물리치료 영역을 중심으로 빠르게 증가하는 양상은 기존 연구들에서도 동일하게 나타난 결과로(호승희 등, 2011; 차유진 등, 2017), 본 연구에서 물리치료 전문화 현상을 탐구하게 된 시작점이기도 하다. 본 연구는 LMDI 요인분해법을 통해 치료적 재활서비스 영역의 비용이 어떤 요인들의 변화로 증가하고 있는지 추가적으로 확인하여 기존 연구와 차별성을 두었는데, 분석 결과 치료적 재활서비스 비용 증가에 전문물리치료 영역이 기여하는 바가 일반물리치료 영역보다 큰 것을 확인할 수 있었다. 좀 더 세부적으로 전문물리치료 영역에서는 환자의 비율이 증가하거나 환자 1인당 치료서비스 이용량이 증가한 것이 상대적으로 많이 기여하였고, 일반물리치료 영역은 인구고령화와 같은 인구학적 요인의 기여도가 높았다. 정채림(2015)의 연구에서 진료항목별로 의료비 증가의 구성요소의 기여도를 분해한 결과 다른 항목들과 달리 이학요법료의 증가에서 인구학적 변화 기여도가 상대적으로 높게 나타났는데, 본 연구에서 이학요법료의 변화를 좀 더 심층적으로 분해 분석함으로써 일반물리치료 영역의 비용 증가가 이학요법료의 인구

학적 변화의 기여도를 설명해주고 있음을 확인할 수 있었다.

전문물리치료 영역의 비용 증가 요인을 이용자, 공급자 특성별로 세분화한 결과, 이용자 특성별로는 10세 미만의 소아 환자와 50대 이상의 성인 환자가, 공급자 특성별로는 병원급 의료기관과 요양병원 입원이 전문물리치료 영역의 비용 증가에 상대적으로 높게 기여한 것으로 나타났다. 연령별 의료비 곡선이 J-커브를 그리는 현상이 전문물리치료 영역에서도 동일하게 적용되고 있음을 설명해주는 이러한 결과는 전문성이 요구되는 물리치료에 대한 수요가 성인 환자와 더불어 소아 환자에서도 점점 커지고 있음을 시사한다. 병원급 의료기관과 요양병원 입원의 기여도가 높은 것은 전체 의료비 증가 요인을 분석했을 때 종합병원과 일반 입원 및 외래의 기여도가 높게 나타난 선행연구 결과(정채림, 2015)와는 다른 양상인데, 이는 병원급 의료기관에서 장기간 입원 치료를 이어가는 재활 의료의 특수성 때문으로 보인다. 신현웅 등(2013)에서도 이학요법료와 입원료가 병원의 평균 진료비 증가율을 높이는데 가장 많이 기여하는 것으로 확인한 바 있다.

현상의 맥락과 실재에 좀 더 구체적으로 다가가기 위해 물리치료 업무현장에 있는 의료 주체들의 경험과 인식을 탐구하였다. 분석 결과, 전문물리치료 서비스를 제공하는 의료기관이 증가하고 다양한 수가가 신설됨에 따라 물리치료 업무영역에 변화가 생겨났고, 서비스 제공이 늘어남에 따라 물리치료의 전문성에 대한 환자들의 관심과 요구도 증가한 것으로 나타났다. 물리치료의 전문성이 의료기관의 선택기준이 되기도 하고 환자들이 공유하는 정보가 많아지면서 의료기관들도 경쟁력을 갖추기 위해 치료 인력의 전문성을 확보하거나 다양한 치료방법과 새로운 기구를 도입하는 등 서비스 전문화를 위해 다양한 방식으로 노력하고 있는 것으로 확인되었다.

더욱이 의학과 과학기술이 발전하고 재활의 범위가 넓어지게 되면서 물리치료사에게 요구되는 전문성의 범위 역시 같이 넓어지고 있는 것으로 확인되었다. 특히 심장질환과 같이 재발률과 사망률이 높은 질환에 대해서는 재활 프로그램 참여가 강력하게 권고된 바 있는데(Brorsson et al., 2002), 국내에서도 재활의 중요성을 인식하여 정부가 관련 정책을 통해 심

장 재활의 활성화를 지원하고 있으며 2008년부터는 물리치료 국가고시에 심장 호흡 물리치료가 포함되고 2011년부터는 심장 호흡 전문가 양성 교육이 적극적으로 시행되는 등 변화가 나타나고 있다(홍수인, 최원호, 윤정호, 2014). 로봇이나 통신 수단과 같은 과학기술(technology)의 발달도 물리치료사의 업무를 이전보다 다양하게 만들고 객관적이고 개방적인 방식으로 변화시키고 있었다. 물리치료사들은 기술 발전에 적절히 대응해나가며 기존의 업무영역을 유지하는 모습을 보였고, 나아가 새로운 치료법과 소통 수단을 적절하게 활용하여 전문성을 한 단계 넓히는 기회로 삼고 있음을 확인할 수 있었다.

본 연구에서 살펴본 의료기관 내부의 상황은 법과 공공의 영역에서 물리치료 업무를 둘러싼 변화의 속도와는 다소 차이가 있는 것으로 보인다. 우리나라 물리치료사 집단은 그동안 전문가 집단으로 나아가기 위해 기존 전문직들의 구조적인 요건을 갖추고 업무의 자율성을 주장해왔으나, 전문직 집단으로서의 성장을 비교할 때 세계 각국의 흐름과는 달리 법과 공공의 영역에서 큰 성과를 얻지 못하였다(이종원, 박은경, 2010; 백종천, 양승훈, 2011; 김동훈, 손명주, 2015). 그러나 본 연구를 통해 업무현장에서는 물리치료 서비스를 중심으로 변화의 조짐이 나타나고 있음을 확인할 수 있었다. 의사가 법으로 물리치료사에게 더 큰 권한을 부여하는데 반대하고 있지만, 실제 업무영역에서는 권한을 점점 더 많이 부여하는 현상을 확인하였다. 물리치료사를 물리치료 영역의 독립적 행위자로 인식하고 있었고, 환자들도 의사와 물리치료사의 역량을 별개로 인식하는 등 물리치료사를 치료서비스를 제공하는 주체로 바라보며 치료 과정에서 어떤 물리치료사를 만나는가에 따라 치료결과가 달라질 수 있다고 보았다. 물리치료사에게 요구되는 전문성을 개념화했을 때에도 의사와 환자는 물리치료사에게 지식과 기술, 경험, 소통, 문제해결 능력을 아우르는 독립적인 전문가의 역할을 기대하고 있었다. 이는 Abbott(1988)이 업무영역을 둘러싼 집단 간 경쟁에서 해당 영역을 차지할 가능성이 높은 집단의 특성으로 언급한 내용이기도 하다. 즉, 물리치료사들은 물리치료 업무영역에서 '지식체계를 통해 문제를 진단하고, 이 문제가 왜 일어나는지를 설명하며, 문제를 해결해

내는' 전문가(professional)의 능력과 역할(Abbott, 1988)을 요구받고 있음을 알 수 있다.

다음으로 물리치료 전문화 현상의 경험과 맥락 속에서 살펴볼 수 있었던 몇 가지 특징을 통해 가능성과 한계를 심층적으로 파악하고자 한다. 본 연구는 우리나라 물리치료 전문화 현상에서 크게 세 가지 논의점을 도출하였다. 첫째, 의료기관의 생존 전략이 서비스를 제공하는 다양한 인력의 전문화를 지지하고 있었다. 둘째, 기존 전문직의 인력 공급 불균형으로 인한 의료 혁신의 담론이 새로운 전문화의 기회를 제공하고 있었다. 셋째, 전문화 과정을 주도적으로 이끌어나가기 위한 집단 내부의 동력이 충분히 뒷받침되지 못하고 있었다.

2) 의료기관의 생존 전략과 물리치료 전문화

의료의 전문화는 일반적으로 국가의 통제 방식과 의료전문직의 대응 전략에 영향을 받는다. 시민사회의 영향력이 두드러지는 미국 의사들은 의료의 질적 수준 향상과 더불어 환자와의 신뢰를 형성하는데 주력하며 전문직으로서의 사회적 정당성을 획득하였고(Larson, 1977; Starr, 1982), 국가의 역할이 상대적으로 큰 유럽의 의사들은 국가와의 협력 속에서 조직화하며 성장해나갔다(Rueschemeyer, 1986). 우리나라의 경우 일제 강점기에 국가가 주도적으로 과학적 의료라는 전문직 체계의 기반을 형성하였으나, 해방 이후 국가의 관심이 축소되고 시장 내 경쟁이 불가피해지면서 의사들은 의료기관을 사적으로 소유하고 규모를 확대해나가는 방식의 전략을 취하게 되었다(조병희, 1992). 그리고 최근에는 시장 내 경쟁이 심화되고 의료기관들의 경영 위기가 늘어나게 되면서 환자의 의료적 상태나 특수한 치료에 집중하여 의료서비스 제공의 효율성을 높이는 전문화 전략(specialization strategy)이 새롭게 추구되고 있다(유해원 등, 2016). 전문화 전략은 서비스 집중화를 통해 상대적으로 높은 진료비를 상환받고 단위당 생산 비용을 절감하여 수익을 증가시킬 수 있다는 장점이 있으며

(Devers, Brewster, & Ginsburg, 2003), 서비스의 제공량을 높임으로써 의료의 질을 향상시키는 대안으로도 떠오르고 있다(Barro, Huckman, & Kessler, 2006; Eastaugh, 2015). 특히 물리치료 서비스를 제공하는 관절, 뇌혈관, 심장질환 등의 영역은 국가에서도 특정 자격을 갖춘 중소병원을 전문병원으로 지정하여 의료전달체계의 문제점을 개선하고 양질의 의료서비스를 제공하고자 노력하는 분야이기도 하다(김국일, 2020; 함명일, 2020).

우리나라는 의료기관 공급과 의사의 물리치료 처방에 따라 물리치료 서비스 제공이 결정되는 구조이기 때문에 전문화 또한 기존의 전문직이 취하는 전략에 영향을 받을 수밖에 없다. 일반적으로 전문직은 자신의 지배하에 있는 보조직이 전문화될수록 기존의 관할권을 유지하기 위해 스스로의 전문성을 좀 더 높이거나 배타적인(exclusive) 경향의 조직 혁신을 강조하는 방식으로 대응해나간다(Abbott, 1988). 우리나라 역시 물리치료사의 업무 범위와 법적 권한을 두고 의사와 물리치료사의 갈등이 전개되어 왔음을 앞서 확인하였다. 그런데 의료시장 내 경쟁 구도가 가속화되고 의료를 구성하는 다양한 인력으로부터 최상의 서비스를 제공하는 것이 중요한 과제가 되면서(서영준, 2015) 물리치료 서비스 전문화의 필요성이 의료계 내부에서도 인지된 것으로 보인다. 본 연구에서도 의료의 전문화와 재활에 대한 사회적 관심 증가가 물리치료의 질적 수준에 대한 관심으로 이어졌고, 물리치료의 전문성이 의료기관 경영의 성패를 결정하는 중요한 변수가 되었음을 확인할 수 있었다. 시장 구조의 변화와 기존 전문직의 전문화가 오히려 하위 집단의 전문화를 추동하게 된 현상은 우리나라 의료의 발전과정과 의료 제공 인력 간의 위계가 맞물려 나타난 특성으로 이해할 수 있을 것이다. 그동안 자율성을 침해하는 요인으로 지적되었던 의사와 물리치료사의 종속적 위계 관계가 시장 경쟁 체제의 심화로 물리치료 서비스의 전문화를 함께 지지하는 구조를 형성하게 되었다고 볼 수 있다.

한편, 의료기관의 서비스 제공방식의 변화가 수요를 창출하는 구조에서 환자들이 필요로 하는 서비스의 양적, 질적 향상이 충분히 반영될 수 있을지에 대해서는 의문이 들었다. 분석 결과에 따르면, 요양병원이 증가하였

지만 이것이 물리치료 서비스의 전문화로 이어졌다고 보기는 어렵다는 인식이 확인되었고, 업무현장에서 인식하는 중추신경계발달재활치료의 청구 증가 현상도 서비스의 전문화보다는 수가체계의 활용 측면이 더 높은 것으로 나타났다. 지영건(2017)도 재활 의료를 제공하는 기관은 많지만 재활의학과 전문의 절반 가까이가 요양병원, 의원에 집중되어 있어 적극적인 재활이 필요한 회복기 환자들이 기능회복을 위한 재활 치료를 충분히 받지 못하고 있다고 주장하였다. 본 연구에서도 서비스 공급은 증가하였으나 재활의 영역에서 환자들이 선택할 수 있는 정보는 여전히 제한적이었고, 수가 제도의 한계로 의료기관이 서비스 공급을 조정함에 따라 환자에게 필요한 시기에 서비스가 충분히 제공되지 못하는 현상도 살펴볼 수 있었다. 특히 의료기관들의 운영 압박에 대한 부담으로 과소공급 분야로 지적되어 왔던 소아 치료 영역은(신형익 등, 2015; 박주현 등, 2016) 환자들이 상대적으로 조직화된 적극적인 활동을 펼치고 있음에도 여전히 양질의 서비스를 충분히 제공하지 못하고 있는 것으로 확인되었다.

의료기관의 서비스 공급 제한은 건강보험 수가체계의 문제와 연결되어 있었다. 다수의 선행 연구에서 지적된 바와 같이(호승희 등, 2011; 권범선, 2017; 지영건, 2017; 정형선 등, 2019) 본 연구에서도 재활 분야의 건강보험 수가체계는 노동 가치에 비해 수가가 낮고 재활 의료의 특성을 충분히 반영하지 못하는 것으로 인식되었다. 이러한 수가 제도의 한계는 전문성 있는 물리치료 서비스 제공에도 부정적인 영향을 미치고 있는 것으로 확인되었다. 물리치료사는 기본적으로 의료기관에 고용되어 업무를 수행하기 때문에 물리치료사의 전문성 발현은 고용된 의료기관의 환경에 따라 달라질 수 있다. 그런데 대부분의 재활 의료기관이 물리치료의 수가가 낮고 전문성에 대한 차등이 부재하다는 이유로 물리치료사에 대한 고용을 유지하기 어려운 상황이었다. 이는 재활에 대한 투자 기피, 노동 부담 증가로 서비스의 질적 수준 저하, 환자의 신체적·경제적 부담으로까지 이어지고 있었다. 물리치료 수가가 노동의 가치를 충분히 반영하지 못하고 있는 상황은 김형수 등(2010)의 주장과 같이 현재 의료수가의 도입이나 개정 과정에서 실제 행위자의 숙련 정도나 업무량이 충분히 반영되지 못하고 있다는

점, 그리고 행위와 기술이 변화하고 있음에도 이를 상대가치점수에 반영하려는 정부 차원의 노력이 부족한 점 등이 영향을 미치고 있는 것으로 생각된다. 최근 적정 시기에 충분한 양의 재활서비스를 제공하여 환자의 기능을 최대한으로 회복시키고 조기에 사회로 복귀시키고자 하는 취지로 도입된 회복기 재활의료기관 사업은(보건복지부, 2017; 김종성, 박지혁, 2020) 앞으로 재활 수가와 전달체계의 개선을 위한 전환점이 될 것으로 인식되고 있었다는 점에서 긍정적이나, 재활 치료의 질적 수준을 높이기 위한 정책적 중재가 여전히 빠져있다는 지적이 있었다. 그동안 의사들이 의료서비스 공급의 대표자로서 물리치료 수가의 개선과 새로운 수가 개발을 위해 노력해 왔지만, 수가 제도상에서 물리치료 전문성은 여전히 해결해야 할 과제로 남아있었다.

3) 의료 혁신 담론과 물리치료 전문화

의료기관을 통해 환자들이 필요로 하는 치료서비스를 충분히 제공받지 못하는 상황에서 고객집단의 역능화는 물리치료사에게 높은 서비스 수준을 요구함과 동시에 의료기관 밖에서도 새로운 업무영역 확보의 기회들을 제공하고 있었다. 환자들은 삶의 터전 안에서 일상을 살아가고자 하는 욕구가 컸고, 물리치료의 전문화는 앞으로 지역사회에서 물리치료사가 얼마나 다양한 역할을 할 수 있을지로 평가될 것이라고 전망되기도 했다. 특히 성장기 장애 아동에게 적절한 재활서비스를 지원하고 비용에 대한 가정의 경제적 부담을 경감시키기 위해 시행되고 있는 발달재활서비스 사업은(보건복지부, 2020) 재활서비스에 대한 고객집단의 요구를 반영하여 발전한 사업으로 볼 수 있다. 당초 저소득층으로 한정하여 시작된 발달재활서비스 사업은(보건복지가족부, 2010) 장애아동 부모들의 정책적 요구를 반영하여 대상자 또한 점차 확대되었고 사설치료실이 서비스 제공기관으로 참여할 수 있는 공식적인 통로가 되었다(최복천, 2013).

지역사회를 기반으로 시행되고 있는 이러한 국가사업들은 2000년대 중

반 이후 돌봄이 사회서비스 정책의 핵심 영역이 되고(이재원, 2012) 사회서비스 전반에서 이용자의 선택권을 확대하려는(최복천, 2013) 정책 방향에 따른 것이기도 하지만, 그중에서도 보건의료 영역은 의사 수의 부족과 의료비 증가 등의 문제를 해결하기 위해 기존의 다양한 의료 인력의 업무 범위를 확장하는 의료 혁신의 흐름(Desmeules et al., 2012)과도 맥을 같이 하는 것으로 볼 수 있다. 일찍이 미국은 의사 수 부족 문제를 해결하고 의료의 접근성 개선 및 전달체계 확장을 위해 1960년대 중반부터 의사보조인력(Physician Assistant, 이하 PA)의 양성을 제도화하였고 이후 호주, 캐나다, 영국 등 세계 각국에서 PA 프로그램을 도입하여 사회의 다양한 건강관리 업무에 활용하고 있다(Hooker, Hogan, & Leeker, 2007). 우리나라는 PA에 대한 규정이나 교육과정이 마련되어 있지 않지만, 의사 인력의 부족으로 인한 의료서비스 공백을 해결하기 위해 병원 자체적으로 PA 간호사를 선발하고 단기 교육을 통해 일반간호사보다 좀 더 전문적인 기술과 지식이 요구되는 업무를 수행하고 있다(유순영, 엄동춘, 2011). 또 다른 사례로 미국, 호주, 캐나다, 뉴질랜드, 스웨덴 등에서는 의사 부족 문제와 업무 부담 문제를 해결하고 의약품에 대한 수요를 충족시키기 위해 간호사 처방권이 도입되었다(Kroezen et al., 2011). 이는 간호사 고유의 업무영역을 확장하는 것으로, 특히 네덜란드의 경우 업무 과정에서 간호사가 불법적으로 의약품을 처방할 수밖에 없었던 환경이 간호사 처방 도입의 주된 원동력이 되기도 했다(Peet Rvd, 2010a, 2010b; Kroezen et al., 2011에서 재인용). 기존 전문직의 부족으로 나타나는 문제를 해결하기 위해 하위집단을 전문화시키는 상황은 물리치료 영역에서도 살펴볼 수 있다. 특히 기존의 물리치료사 업무영역과 중첩되는 근골격계 질환 분야에서는 물리치료사가 진단과 처방과 같이 이전보다 넓은 범위의 전문화된 역할을 수행하기도 한다(Lebec & Jogodka, 2009; Desmeules et al., 2012). 최근에는 인구 고령화로 1차 의료서비스에 대한 수요가 증가하고, 2차 의료서비스를 지역사회로 이전하려는 움직임이 늘어남에 따라 의료 시스템의 효율성 향상을 위해 지역사회 사업을 중심으로 간호사와 물리치료사의 역할을 점차 늘리는 추세이다(Welsh et al., 2014).

업무의 범위는 상이하지만 본 연구에서 확인된 물리치료사의 지역사회 내 역할에 대한 요구 역시 기존 전문직의 인력 공급 불균형으로 인한 의료 혁신의 담론에서 기인한 것이라고 볼 수 있다. 발달재활서비스 사업의 도입 초기 발달장애인과 보호자를 대상으로 설문조사를 실시한 결과에서도 이를 확인할 수 있는데, 물리치료를 비롯하여 재활치료서비스에 대한 필요성을 높게 인식한 반면 이용률은 저조했고, 재활치료에 대한 이용자의 욕구는 재활치료서비스 제공 기간이나 인력이 부족한데서 기인한 것으로 나타났다(조홍식 등, 2011). 김성희 등(2011)도 장애인의 자립 생활을 지원하고 이용자 중심의 통합적 서비스를 지원하기 위해서는 장애인활동지원제도나 장애아동재활치료바우처 사업과 같이 이용자의 욕구에 비해 공급이 부족한 영역을 중심으로 사회서비스의 공급량을 지속적으로 확충해야 한다고 주장하였다. 기존 전문직이 놓치고 있는 고객집단(clientele)의 욕구를 새로운 집단이 충족시키는 방식은 역사적으로 준 전문직들이 전문직 체계 내로 진입하는 방식이기도 하다(Abbott, 1988). 고객 차별화(client differentiation)는 일반적으로 수요가 이용 가능한 전문직 종사자 수를 초과할 때 발생하기 때문에(Abbott, 1988), 물리치료사를 비롯하여 의료 영역에 공동으로 참여하는 다양한 인력의 전문화는 더욱 요구될 것으로 보인다.

4) 물리치료사 집단 내부의 전문화 추동 역량 부족

물리치료사들에 대한 여러 가지 제도적 제약이 유지되고 있는 가운데서도 서비스의 전문화가 추동되고 있다는 점은 희망적이다. 그러나 상대적으로 기존 전문직들이 업무영역을 둘러싼 집단 간 갈등과 경쟁 과정에서 보여주었던 집단 내부의 주도성을 확인하기는 어려웠다. 전통적으로 전문가 집단들은 내부의 동력을 바탕으로 전문직으로서의 자율성을 획득해왔고, 이들이 계속해서 시장 내에서 독점적 위치를 확보하고 정당성을 유지해나갈 수 있었던 것 역시 추상적인 지식체계와 기술을 바탕으로 하는 조직 내

부의 통제가 있었기 때문이다(Freidson, 1992).

미국 물리치료사들의 전문화 과정도 물리치료 서비스에 대한 수요가 증가하는 사회 환경의 변화 속에서 내부의 동력을 기반으로 조직의 정당성을 인정받는 방식을 택하였다(Plack & Wong, 2002). 미국 내에서 환자 집단의 의학적 요구가 복잡해짐에 따라 학교는 기술 자격 취득을 프로그램을 넘어 심화된 교육과정을 만들기 위해 자체적으로 노력했고, 미국물리치료사협회(American Physical Therapy Association)도 물리치료사의 교육 수준을 향상시키고 자격 기준을 정비해나갔다(Pinkston, 1978; Plack & Wong, 2002). 1960년대부터는 물리치료사의 최소 자격 기준을 석사 수준으로 상향시켰으며, 2002년부터는 물리치료 학부과정을 허가하지 않게 되었다(Plack & Wong, 2002). 그리고 현재 미국은 물리치료사에게 임상 의사 수준의 자격 기준을 요구하고 있다. 물리치료사가 되기 위해서는 학사 과정을 마치고 대학원(Doctor of Physical Therapy, DPT) 교육과정을 거친 후 물리치료사 시험을 통과해야 하며, 면허 취득 후에도 임상 교육 프로그램인 레지던트나 펠로우십을 선택할 수 있다(American Physical Therapy Association, 2020). 또한 미국물리치료전문위원회(American Board of Physical Therapy Specialties)에서는 심혈관 및 폐, 임상 전기생리학, 노인학, 신경학, 종양학, 정형외과, 소아과, 스포츠, 여성 건강 및 상처 관리 등 10개 전문분야에 대한 전문물리치료사 제도를 운영하고 있는데, 전문분야에 대한 인증을 받기 위해서는 물리치료사 면허증 취득 후 전문분야에서 최소 2천 시간 이상의 업무 수행 경험을 가지고 있어야 하며 이 중 25%는 최근 3년 이내의 실적이어야 한다(American Board of Physical Therapy Specialties, 2020). 인증 자격은 10년간 유효하고 재인증을 받기 위해서는 연간 200시간 지속적인 환자 치료 활동에 대한 구체적인 증거를 기록하여 제출해야 한다(American Board of Physical Therapy Specialties, 2020). 이처럼 미국 물리치료사들은 자체적으로 질적 수준 향상을 향상시켜 나가며 여론을 형성하고 법적 제도적 변화를 이끌어냈으며, 그 중심에는 미국물리치료사협회가 자리하고 있었다(Johnson & Abrams, 2005). Fornasier(2017)도 미국 물리치료사들이 한 세기의 투쟁을 통해 임

상적 자율성을 획득한 전문가로 성장할 수 있었던 주요 요인으로 집단의 조직화된 성장과 체계적이고 공식적인 교육 훈련제도를 언급한 바 있다.

선행 사례들과 비교할 때, 우리나라는 전문화 요구에 대응하는 교육 훈련제도의 변화나 조직화된 움직임이 약한 것으로 보인다. 물리치료사의 대부분이 치료수준의 향상을 위해 전문물리치료사 제도 도입이 필요하다고 인식하고 있고(박혜진 등, 2010), 학교 정규 교육만으로는 실제 임상에서 환자들을 평가하고 치료하기 위한 전문성을 획득하기 어렵다는 점을 지적하며 교육과정에 임상 실습 교육을 포함한 학제 개편을 제안되기도 했지만(구봉오 등, 2010a) 아직까지 제도의 개선이 나타나고 있지 않다. 본 연구에서도 물리치료사들은 현 교육 훈련제도만으로 임상가로서의 전문성을 확보하기 어렵다는 점을 지적하였고, 특히 교육과정 중에 환자 치료 과정에 대해 충분히 설명을 듣거나 경험해 볼 기회가 없다는 점을 공통적으로 언급하였다. 소규모 분과 학회 위주로 지식과 기술이 성장하였지만 이러한 방식은 물리치료사 개인의 의지에 따라 참여도가 달라질 수 있는 단기간의 비공식적 훈련이기 때문에 조직 전체의 수준을 향상시키기는 어려웠다. 물리치료사의 임상 실습 교육의 현황과 인식 조사에서 물리치료사와 실습생 모두 '환자의 질병에 관한 사례 관찰과 경험 부족'을 가장 높게 인식하고 있었고(안성자, 안소윤, 2012), 김기송 등(2016)에서도 국내 임상 실습 교육 환경 상 환자 안전사고에 대한 책임 기준이 모호하여 관찰 위주의 소극적인 실습 교육이 이루어질 수밖에 없다고 지적한 점을 미루어 봤을 때 교육 훈련제도의 한계는 그동안 물리치료계 내부에서도 해결해야 할 숙제로 인식되어 왔음을 알 수 있다. 선행 연구와 마찬가지로 본 연구에서도 전문성을 갖춘 인력의 양성을 위해서는 의사의 수련 과정(인턴-레지던트)과 같은 임상 수련 기간을 두어 임상가로 성장할 수 있는 환경을 마련해야 한다는 주장이 제기되었는데, 이를 위해서는 학제 개편이 불가피해 보인다. 법적으로 물리치료사의 업무 권한이 제한되어 있는 상황에서 교육 훈련제도의 개편만으로는 한계가 있다는 지적도 있었지만, 지금과 같이 비공식적인 학습기회에 의존하는 방식은 전문성에 대한 질 관리가 어렵기 때문에 학교 또는 공신력 있는 단체를 통해 물리치료사의 전문성을 향상시

키고 물리치료 서비스 전반의 질적 향상을 추구해야 한다는 인식을 공통적으로 확인할 수 있었다.

물리치료사들은 물리치료의 임상적 효과에 대한 입증이나 표준화된 치료지침과 같이 지식체계를 과학적이고 객관적으로 정립해 나가는 것에도 한계를 느끼고 있었는데, 물리치료의 효과를 판단하는 것이 매우 복잡하고 주관적이어서 객관적으로 입증하기가 어렵다는 인식이 지배적이었다. 하지만 효과적인 치료법이 있다 하더라도 길고 효과적인 공식화(formalizations) 과정이 없다면 전문가적 행동은 기술자의 지식(craft knowledge)으로 인식되어 특별한 정당성을 부여받지 못할 수 있다(Abbott, 1988). 따라서 적정 수준의 추상화된 지식체계를 정립하는 것이 필요할 것으로 보인다. 과학기술의 발달로 치료방식이 객관적이고 수치화된 방식으로 변화하고 있다는 점에서 향후 지식체계의 정립이 어느 정도 가능할 것으로 보인다.

물리치료계 내부의 컨트롤 타워 부재로 구성원의 질 관리나 내부 결속력이 취약한 점도 서비스의 전문화 과정에서 주도성을 확인하기 어려운 원인으로 판단되었다. 이는 임상 물리치료사의 질 관리를 위해 전국 단위의 중앙 협회에서 주관하고 있는 보수교육에 대한 문제 인식과도 연결되고 있었으며, 결과적으로 통제되지 않는 성원의 행동으로 구성원 간의 실력 격차도 심해지고 전반적인 질 관리가 부족하다는 평가를 받고 있었다. 도수치료라는 새로운 수요의 등장으로 근골격계 치료에 대한 사회적 관심이 높아지고 도수치료가 새로운 통증 조절 방법으로 자리매김했다는 점은 전문화에 긍정적인 영향을 미치고 있었지만, 동시에 도수치료 시장의 급격한 증가로 물리치료 공급 시장의 균형이 깨지고 질 관리가 부재하여 물리치료 시장의 전반적인 수준을 떨어뜨렸다고 평가되었다. 또한 지역사회 바우처 사업과 같이 의료기관의 공급이 충분하지 못한 영역에 대한 서비스 제공 통로가 생겼음에도 물리치료사들은 여전히 공식적인 권한을 취득하지 못하였고, 전문성을 갖춘 물리치료사 뿐 아니라 아직 전문성을 충분히 갖추지 못한 물리치료사들도 의료기관을 이탈하게 되면서 현재 의료기관과 지역사회 모두에서 질 관리가 부족하다는 평가를 받고 있었다. 물리치료사들은 앞으로 물리치료의 질적 수준이 더 높아져야 한다고 보았지만, 이들

이 제안한 전문성 제고의 방법은 개인적 혹은 소규모 조직 차원에 머물렀고 제도 변화에 의존하는 경향도 있었다. 이러한 현상은 앞서 물리치료사의 전문화 과정에서 살펴보았듯이 준거집단이 실질적으로 기능하지 못하는 것에서 기인한 것으로 생각된다. 신지영과 조병희(2019)의 연구에서도 물리치료사들은 대한물리치료사협회에 대한 비판 의식이 강하였고, 물리치료계 내부에 신뢰할만한 질 관리 시스템이 부재하다고 인식하며 기존 전문직들의 자체 규제 담론과 다르게 공신력 있고 합법적인 외부기관을 통해 관리받기를 선호하였다.

조직이 공유하는 초점이나 인지 구조가 명확하게 확립되지 않은 경우 업무의 이동성은 좋을 수 있으나, 대부분의 경우에는 집단의 조직화가 높은 집단이 지배 담론을 만들거나 언론의 지지를 이끌어 내는데 더 효과적이기 때문에(Abbott, 1988) 지금과 같은 구성원 개인의 전문화만으로는 전문가 집단으로 성장하는데 한계가 있을 것으로 보인다. 영국의 정신과 의사들이 19세기 말 복지 개혁 운동으로 자율적인 진료를 위해 병원을 떠나게 되면서 관할권에 심각한 위협을 받았듯이, 업무나 직업은 불변의 것이 아니라 사회 변화에 따라 언제든지 변할 수 있으며 외부 압력에 대응하기 위한 조직화가 뒷받침되지 않으면 업무의 관할권은 언제든 침범당할 수 있다(Abbott, 1988).

정리하면, 우리나라 물리치료의 전문화는 다양한 외부 요인들과 이에 맞서는 의료계의 대응 속에서 추동되고 있으나 물리치료계 내부의 역량은 아직 이를 충분히 뒷받침하지 못하고 있는 것으로 확인되었다. 지식체계의 발전이나 조직화와 같은 집단 내부의 요인은 그 자체로 조직이나 업무를 생성하거나 소멸시키는 힘을 발휘하지는 않는다(Abbott, 1988). 그럼에도 조직 내부의 동력이 중요한 이유는 정당성과 자원 확보를 통해 조직이 더 발전할 수도 있고, 외부의 압력으로부터 조직을 보호할 수도 있기 때문이다(Meyer & Rowan, 1977; Abbott, 1988). 직업집단의 조직화된 기준이나 효율성 제고를 기반으로 하는 지식과 기술의 발전은 업무영역에 대한 관할권을 견고하게 유지하거나 확대시킬 수 있지만, 반대의 경우 현재의 관할권을 강화하거나 약화시키는 힘을 발휘할 수도 있다(Abbott, 1988). 물리치료의 전문화가 필요성을 득하는 데서 머무는 것이 아니라 사회가 요구하는 수준

의 전문적 당위성을 확보하기 위해서는 교육 훈련제도의 개선을 통해 물리치료계의 전반적인 질적 수준을 상향시키고 준거집단을 중심으로 내부 결속력을 높이는 등 물리치료계 내부의 주체적이고 전략적인 실천이 필요하다. 나아가 서비스 이용자의 욕구를 충분히 충족시킴으로써 대승적이고 충분한 제도적 정당성 확보를 위해 노력해야 할 것이다.

2. 결론

본 연구는 의료서비스와 서비스를 제공하는 인력의 전문화에 대한 사회적 관심과 요구가 증가하는 가운데 오랜 제도적 제약 하에 있는 우리나라의 물리치료가 어떤 변화의 조짐을 보이는지, 변화를 추동하는 요인은 무엇이며 어떤 가능성과 한계가 있는지 살펴보았다. 연구 결과, 전문물리치료 중심으로 처방이 증가하고 있었고 이로 인해 물리치료 전문성에 대한 사회적 관심이 높아져 의료기관들이 서비스 질 제고를 위해 노력하고 있었다. 다양한 기술의 발전과 환자의 역능화, 병원 밖 물리치료사 역할에 대한 요구 등 다양한 사회요인들도 물리치료 전문화에 영향을 미치고 있는 것으로 확인되었다. 전문화의 맥락 속에서 물리치료계 내부보다는 외부의 동력이 강하게 작용하고 있는 특징을 발견하였고 이를 중심으로 논의를 진행하였다. 그리고 논의 결과를 바탕으로 물리치료 서비스와 나아가 인력의 전문화를 위한 몇 가지 성찰적 시사점을 제시하고자 한다.

첫째, 물리치료의 전반적인 질적 수준을 상향 평준화하기 위해 교육 훈련제도(구조, 내용)의 제도적 개선을 이끌어내야 한다. 지금과 같이 비공식적인 학습기회에 의존하는 방식은 전문성에 대한 질 관리가 어렵기 때문에 학교 또는 공신력 있는 단체를 통해 물리치료사의 전문성을 향상시키고 물리치료 서비스 전반의 질적 향상을 추구해야 할 것이다. 임상 수련과정과 같이 임상가로 성장할 수 있는 환경을 마련해야 할 것이며, 학제를 늘리는 것이 불가피하다면 물리치료사의 업무 권한이나 역할을 고려한 법제도의 개편도 함께 고려해야 할 것이다. 장기적으로는 미국을 비롯한 물리치료 선진국 수준으로 학제의 기준치를 높여 보건의료전문가로서의 전

문성과 자격제도의 적정 수준을 확보할 필요가 있다.

둘째, 치료적 진단, 추론, 문제해결로 이어지는 지식체계를 정리할 필요가 있다. 업무현장에서는 물리치료의 효과를 판단하는 것이 매우 복잡하고 주관적이기 때문에 객관적으로 입증하는데 한계가 있다고 느끼고 있었으나, 치료법들이 객관적이고 수치화된 방식으로 변화하고 있다는 점에서 향후 지식체계의 정립이 어느 정도 가능할 것으로 보인다. 지식체계의 정립은 전문성에 대한 사회적 정당성을 확보하는 핵심 요인이며, 수가 제도의 개선과 같은 전문성 보장 환경을 조성하기 위해서도 반드시 필요하다. 물리치료에 대한 다양한 자료를 축적하고 타당성과 신뢰성을 확보해 나간다면 과학적으로 입증된 근거 기반의 치료기술로서의 물리치료 전문성을 이야기할 수 있을 것이다.

셋째, 준거집단을 중심으로 내부 결속력을 높여 전문화의 기회를 충분히 활용할 수 있어야 한다. 이는 환자들에게 제공하는 서비스에 대한 질 관리 문제이기도 하다. 조직화된 직업집단은 구성원들의 직무능력이나 직업윤리와 같은 표준을 제시하고 이를 통제함으로써 조직 전체의 수준을 담보할 수 있다. 대한물리치료사협회의 정체성 확립이 시급하며, 준거집단으로서 기능과 역할을 명확히 하고 구체적인 성과를 보여줌으로써 구성원들의 지지도 이끌어낼 수 있어야 할 것이다. 구성원들이 활발한 교류와 높은 결집력을 가지고 사회가 요구하는 역할에 충실히 임하여 전반적인 질적 향상을 이루어낼 때 업무현장, 그리고 나아가 대중의 신뢰와 지지를 얻고 세계적 흐름에 부합하는 전문가 집단으로 성장해나갈 수 있을 것이다.

넷째, 의료체계 내 고용 관계 속에서 전문성을 보장받을 수 있는 환경이 갖추어져야 한다. 이를 위해서는 제도적, 환경적 지원이 모두 필요하다. 전문성이 반영된 수가 제도가 마련되어야 할 것이며, 동시에 의료기관 내에서도 인력의 중요성을 인식하고 전문성을 보장해주기 위한 노력이 필요할 것이다. 제도적 지원 속에서 의료기관 내 모든 구성원이 수평적 협력 관계를 형성하고 공동의 목표를 달성하기 위해 함께 발전해나갈 때 비로소 환자들에게 필요한 양적, 질적 수준의 서비스가 제공될 수 있을 것이다.

3. 연구의 한계와 의의, 발전방안

본 연구는 몇 가지 한계점과 의의를 가진다. 먼저 자료의 한계 상 물리치료 영역의 흐름을 급여영역으로 한정하여 본 연구의 분석 결과가 물리치료 전반의 시장변동을 설명하고 있다고 보기 어렵다. 다만, 정량적 분석에서 파악하지 못한 부분은 질적 접근을 통해 보완하고자 하였다. 비급여 영역이 급여 영역을 비롯한 전반적인 물리치료 시장에 영향을 미치는 바를 확인하기 위해 의사와 환자, 물리치료사의 경험과 인식 속에서 비급여 영역의 수요 변화 양상과 맥락을 살펴보았고, 비급여 영역이 물리치료 시장의 균형과 전문화에 미치는 영향을 탐구하였다.

전문물리치료에 대한 조작적 정의가 행위를 기준으로 이루어져 행위자별 전문성의 변이를 고려하지 못했다는 점도 연구의 한계이다. 하지만 이것은 의료수가제도 상에서 물리치료 전문성을 구분하지 못하고 있는 한계에서 비롯된 것이기도 하다. 업무현장에서도 전문성을 차등화한 의료수가의 필요성을 언급하기도 했다. 물리치료의 전문성이 요구되고 있는 상황에서 전문성을 측정할 수 있는 객관적인 지표를 마련하는 것은 물리치료 전문화를 정량화하고 근거 기반의 제도적 개선을 이끌어내기 위해 필요한 정책적 개선사항이기도 하다.

물리치료를 경험하는 주요 주체인 의사, 환자, 물리치료사의 경험을 통해 전문화 현상과 맥락을 심층적으로 파악하는데 목적을 두고 소규모 집단을 임의 추출하였기 때문에 본 연구의 결과를 물리치료 전체의 전문화 현상으로 일반화하기 어렵다. 특히 본 연구에서 정의한 전문물리치료 영역의 경험과 인식에 집중하다 보니 물리치료사의 근무 비중이 높은 일반물리치료 영역에 대해서는 충분히 언급하지 못했다. 연구의 대상을 임상물리치료라는 업무영역으로 한정하여 다양한 이해관계를 모두 반영하지 못했다는 점도 한계이다. 물리치료사의 교육 훈련제도의 현실을 파악하는데 있어 현재 인력을 양성하는 교육기관이나 보수교육을 실시하는 대한물리치료사협회의 입장을 포괄적으로 반영하지 못했다. 이처럼 본 연구는 전문화를 추동하는 여러 요인 중 몇 가지 측면만을 제한적으로 다루고 있어 물리

치료 전체에 대한 유기적 담론을 이끌어내는데 한계가 있다. 그럼에도 지금까지 관심이 저조했던 비의사 영역의 서비스 전문성에 대한 탐구를 시도하였고, 물리치료의 전문화를 이끄는 사회 변화 및 의료체계 내 역동성 속에서 중요한 경험적 정보를 제공하였다는데 의의가 있다. 세계적으로 물리치료의 전문화가 요구되고 있음에도 그동안 정책적 관심과 성찰적 탐구가 부족했다는 문제인식 속에서 물리치료의 실재에 비판적으로 다가가고자 하였다. 연구를 통해 기존 전문직들과는 차별화된 우리나라 물리치료의 전문화의 특징을 확인하고 한계와 가능성을 논의하였으며, 앞으로 보건의료인력을 사회적 요구에 부합하는 수준으로 양성하고 활용하기 위한 제도적, 환경적 개선사항을 도출하였다는 데서도 의의를 찾을 수 있을 것이다.

본 연구를 시작으로 앞으로 다양한 후속 연구들을 통해 연구적 관심을 확장해 나갈 필요가 있다. 본 연구는 우리나라의 상황적 맥락 속에서 전문화의 기제를 설명하기 위해 전문화를 추동하는 요인을 탐색하는 것으로 범위를 한정하였다. 그렇다 보니 전문화가 가져올 사회적 영향에 대해서는 충분한 논의를 거치지 못했다. 후속 연구에서는 이러한 전문화 현상이 사회적 정당성을 어디까지 획득할 수 있는지에 대해 좀 더 비판적으로 논의할 필요가 있다. 전문화의 과정과 방향에 대한 기준을 세우고, 전문화가 바람직한 방향으로 나아가고 있는지에 대한 내부의 성찰과 외부의 비판적인 평가 역시 필요하다. 특히 새로운 치료법의 도입과 같은 기술의 발전이 우리 사회에 좀 더 바람직한 방향으로 제시되고 있는지에 대한 평가는 정책과 제도의 개선을 위한 연구 주제가 될 수 있다. 물리치료사 외에도 모든 인력이 전문화로 나아가고 있는 만큼 다양한 비의사 인력의 전문성이나 업무를 둘러싼 역학관계에 관심을 가질 필요가 있다. 특히 여러 인력이 공동의 업무에 관여하는 경우 한 집단의 전문화가 공동의 업무에 가져올 영향을 다양한 측면에서 조명해볼 수 있을 것이다. 각각의 사례들을 비교 고찰하는 과정 속에서도 우리나라 보건의료 환경의 특징을 도출하고 개선점들을 찾을 수 있을 것이다.

참 고 문 헌

강명자, 이해정. (2003). 간호사의 이직경험에 관한 현상학적 연구. **간호행정학회지, 9**(3), 305-314.

건강보험심사평가원. (2019). **심사지침(공고 제2019-422호).** https://www.hira.or.kr/rd/insuadtcrtr/InsuAdtCrtrPopup.do?mtgHmeDd=20191227&sno=1&mtgMtrRegSno=0006에서 2020.08.25. 인출.

건강보험심사평가원. (2020a). **건강보험요양급여비용**.

건강보험심사평가원. (2020b). **의료정보 > 알기 쉬운 급여혜택 > 자주 묻는 진료항목 > 도수치료.** https://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA030060000110&cmsurl=/cms/medi_info/02/01/1343526_27565.html에서 2020.08.25. 인출.

건강보험심사평가원. (2020c). **제도·정책 > 보험제도 > 고시주요개정내역**. https://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA020036000000&cmsurl=/cms/policy/02/01/1341854_27024.html&subject=%ea%b3%a0%ec%8b%9c%ec%a3%bc%ec%9a%94%ea%b0%9c%ec%a0%95%eb%82%b4%ec%97%ad에서 2020.08.25. 인출.

건강보험심사평가원. (2020d). **제도·정책 > 보험제도 > 수가제도개요 > 수가제도개요 및 체계**. https://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA020028000000에서 2020.08.25. 인출.

건강보험심사평가원. (2020e). **진료비 > 비급여진료비정보 > 병원규모별 정보.** http://www.hira.or.kr/re/diag/hospital.do?pgmid=HIRAA030009020100에서 2020.08.25. 인출.

고신정. (2019.05.15.). 물리치료사 단독법 좌절 역사...안 된 이유 있다. **의협신문**.

구봉오, 박민철, 이명희, 송유익, 조예림. (2010a). 우리나라 물리치료 교육과정에 대한 고찰. **대한물리의학회지, 5**(2), 165-172.

구봉오, 이상열, 김강훈, 정종철. (2010b). 물리치료원 독립개원의 필요성. **대한물리의학회지, 5**(2), 143-150.

구혜란. (2003). 전문직 자율성의 사회경제적 토대: 이론적 접근. **한국사회학,**

37(2), 231-248.
국민건강보험공단. (2015.06.02). 2016년도 요양급여비용 계약, 평균 1.99% 인상, 5단체와 체결. **국민건강보험공단 보도자료**.
국민건강보험공단. (각 연도). **의료급여통계연보**.
국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (각 연도). **건강보험통계연보**.
권낙원, 박승렬, 추광재. (2006). 개인적 실천 지식으로서의 교수기술의 의미와 형성과정 탐색. **한국교원교육연구, 23**, 187-207.
권범선. (2017). 재활의료 공급체계와 전달시스템. **대한의사협회지, 60**(11), 860-863.
권혁철, 이충휘. (1998). 21 세기 우리나라 적정 물리치료사 인력 수급계획에 관한 연구. **한국전문물리치료학회지, 5**(1), 1-16.
김경, 박은세, 조용호, 조정선, 유재응, 박래준, 권용현. (2006). 한국 물리치료 과정의 표준교과 개발에 대한 연구. **대한물리치료학회지, 18**(6), 23-32.
김국일. (2020). 전문병원 제도의 성과와 발전 방향. **HIRA 정책동향, 14**(5), 7-14.
김기송, 이태식, 오태영, 김선엽, 이형수, 오재섭, . . . 차상민. (2016). **우수한 보건의료인력 양성 및 배출을 위한 정책제안 연구 (물리치료사)**. 한국보건의료인국가시험원.
김동훈, 손명주. (2015). 물리치료사의 사회인구학적 특성이 독립 개원의 필요성 인식과 전문 직업성에 미치는 영향. **한국콘텐츠학회논문지, 15**(12), 378-386.
김미선, 박하영. (2006). 전문병원과 일반병원의 서비스의 질과 환자만족도에 관한 실증적 분석. **병원경영학회지, 11**(1), 31-53.
김민호, 박창식, 서종범. (2008). 의료서비스에서 고객지향요인이 서비스가치와 고객만족에 미치는 영향. **보건의료산업학회지, 2**(1), 1-27.
김성아. (2012). **질병의 경중도에 따른 의료기관 선택요인**. (박사학위논문, 연세대학교 대원).
김성희, 윤상용, 김대철, 서동명, 박수지, 이현민. (2011). **장애인 복지지표를 통해 살펴 본 OECD 국가의 장애인정책 비교 연구**. 한국보건사회연구원.
김성희, 이연희, 오욱찬, 황주희, 오미애, 이민경, . . . 오혜경. (2017). **2017년 장애인 실태조사**. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
김수정, 허순임. (2014). 건강보험과 의료급여 진료비 증가요소의 기여도 분

해. **보건경제와 정책연구, 20**(4), 23-50.
김수진. (2008). 치료지원 바우처사업 대상아동의 장애유형과 연령에 따른 재활치료 실태 및 부모욕구조사. **언어청각장애연구, 13**(4), 691-706.
김승래, 유성훈 (2015). 의료기사 보수교육 인식에 관한 연구. **한국정부학회 학술발표논문집**, 131-144.
김영종. (2014). 한국 사회복지전문직의 제도적 전문성 경로와 대안적 정향. **사회복지정책, 41**(4), 377-404.
김은영. (2019.07.10.). 단독법 제정 요구하는 물리치료사들…"의사에게 지도 받은 적 없다". **청년의사**.
김은정. (2011). 미국의 사회적 돌봄서비스 제공주체 구성의 변화: Home Health 와 Nursing Home 서비스를 중심으로. **한국사회과학연구, 30**(1), 67-88.
김은주, 임무현, 남재만, 이승민. (1998). 물리치료학과 교육과정 연구. **대한물리치료학회지, 10**(1), 241-251.
김정아. (2007). **방송사 PD 전문성의 계발과정 및 구성요소에 관한 연구**. (박사학위논문, 서울대학교 대학원).
김정화. (2015). 의료전문직 출현의 사회적 역동성: 한의사를 중심으로. **보건과 사회과학, 38**(1), 247-272.
김종명. (2017). 건강보험과 실손의료보험의 새로운 관계 정립 필요성. **의료정책포럼, 15**(1), 35-41.
김종성, 박지혁. (2020). 회복기 의료기관에서 퇴원하는 뇌졸중 환자의 인지기능과 신체기능 수준에 대한 연구. **한국노인작업치료학회지, 2**(1), 67-75.
김형수, 심제명, 박성수, 한진태, 김은영. (2010). 우리나라 물리치료 수가에 관한 연구. **대한물리의학회지, 5**(2), 173-182.
김후자, 김정남. (2001). 질적연구로서의 포커스그룹 연구방법 (Focus group method) 에 대한 고찰. **계명간호과학, 5**(1), 1-21.
남궁은하. (2010). 의료보장제도별 노인의료비 증가에 관한 연구. **보건사회연구, 30**(2), 519-556.
대한물리치료사협회. (2020a). **물리치료사 > 대학 안내**. http://www.kpta.co.kr/center/kpta/school에서 2020.11.26. 인출.
대한물리치료사협회. (2020b). **물리치료사 > 물리치료사란**.

http://www.kpta.co.kr/center/kpta/about에서 2020.11.26. 인출.
대한물리치료사협회. (2020c). **물리치료사 > 물리치료사 윤리**.
http://www.kpta.co.kr/center/kpta/ethic에서 2020.11.26. 인출.
대한물리치료사협회. (2020d). **물리치료사 > 회원통계**.
http://www.kpta.co.kr/center/kpta/statistics에서 2020.11.26. 인출.
대한물리치료사협회. (2020e). **KPTA소개 > 지부/산하단체**.
http://www.kpta.co.kr/center/intro/sidoInfo에서 2020.11.26. 인출.
대한물리치료사협회 서울특별시물리치료사회. (2007). **서울물리치료회보**, (54).
문소라, 김명철, 이준철 (2016). 물리치료사의 보수교육 실태분석: 2014~2015년도. **대한통합의학회지, 4**(3), 101-108.
문숙자, 한상숙. (2009). 간호사의 조직몰입 예측요인. **한국간호교육학회지, 15**(1), 72-80.
박선형. (2005). 교원전문성 개발을 위한 인지과학적 연구: 쟁점, 이론적 기제 및 개발실천 과제. **교육행정학연구, 23**(2), 91-116.
박은영, 김은주. (2008). 작업치료사의 직무스트레스와 자기효능감. **한국콘텐츠학회논문지, 8**(10), 208-216.
박인선. (2012). 재활의학전문병원의 도입과 향후 전망. **HIRA 정책동향, 6**(2), 28-34.
박주현, 김성우, 고성은, 권정이, 이지선, 이소영, . . . 전호청. (2016). **뇌성마비 등 장애아동의 재활의료 전달체계 구축방안 연구**. 보건복지부, 가톨릭대학교 산학협력단.
박혜진, 정경옥, 경성훈, 이해정. (2010). 한국의 전문물리치료사제도에 대한 물리치료사와 물리치료학과학생들의 인식도 조사. **대한물리의학회지, 5**(1), 101-112.
박효순, 이무식, 나백주, 홍지영, 장민영. (2010). 일개 병원 의료서비스 품질평가와 전원동기 분석연구. **한국산학기술학회 학술대회논문집**, 743-748.
배성수. (2010). 우리의 소원은 독립. **대한물리의학회지, 5**(2), 125-131.
백종천, 양승훈. (2011). 한국 물리치료사 제도의 문제점과 개선 방향 제시. **한국엔터테인먼트산업학회논문지, 5**(5), 138-146.
보건복지가족부. (2010). **2010년 장애아동 가족지원사업 안내**.
보건복지부 고시 제2005-89호 (2006).

보건복지부. (2017). **재활의료기관 지정운영 시범사업**.
보건복지부. (2020). **2020년 장애아동 가족지원사업 안내**.
서영란, 이숙정. (2018). 소아물리치료사의 치료경험 및 전문성에 대한 인식연구-포커스그룹인터뷰를 중심으로. **특수교육재활과학연구, 57**(2), 293-320.
서영준. (2015). 조직행동 관점에서 본 병원인력관리의 변화와 과제. **한국병원경영학회지 특별호, 2015**, 89-98.
선우덕, 황주희. (2000). 생활기능장애노인의 재활서비스정책 현황과 과제. **보건복지포럼, 2000**(6), 69-76.
선우덕, 송현종, 황나미, 강은정, 서영준, 김태일, 김동진. (2005). **고령화 사회에서의 노인보건의료체계 구축방안**. 한국보건사회연구원.
선택진료에 관한 규칙, 보건복지부령 제547호 (2017)
손가화, 이병인. (2017). 장애유아 관련서비스 치료사의 전문성 형성에 대한 질적 연구. **유아특수교육연구, 17**(1), 177-203.
손영은. (2016). 사회복지사 이제는 '전문성'이다. 한국사회복지사협회, **소셜워커 4월호**, 168, 36-39.
송석휘. (2015). 전문성에 대한 지방공무원의 인식 연구. **한국지방자치학회보, 27**(2), 249-270.
신지영, 조병희. (2019). 한국물리치료사의 전문직업성 유형 탐색: Q 방법론적 접근. **보건과 사회과학, 51**(1), 41-80.
신현웅, 윤장호, 김현정, 하솔잎, 이슬기. (2013). **진료비 지출요인 분석 및 거시적 관리방안**. 한국보건사회연구원.
신형익, 박종혁, 김소영, 신동욱, 전혜원, 김예일, . . . 황인욱. (2015). **장애인 건강 향상을 위한 전략 연구**. 보건복지부, 서울대학교 산학협력단.
심재훈, 김윤신, 윤태형. (2008). 물리치료사의 임파워먼트와 직무만족, 조직몰입과의 관계. **한국전문물리치료학회지, 15**(3), 70-79.
안성자, 안소윤. (2012). 물리치료 임상실습 교육의 현황과 인식. **대한물리치료과학회지, 19**(2), 43-53.
양승훈, 허명, 강연화, 김다희. (2012). 보건계열과 비보건계열 대학생들간의 물리치료 인식도 차이에 대한 연구. **한국엔터테인먼트산업학회논문지, 6**(3), 101-109.
염민호. (2007). '교직전문화'의 개혁담론에 대한 비판적 접근. **한국교육, 34**(3),

103-128.
오태영, 이경순, 심제명, 이병희, 최재청, 류승현, . . . 하현근. (2012). **물리치료사 2차 직무분석 연구**. 한국보건의료인국가시험원.
오해연, 김기영. (2015). 공공도서관 사서 전문직 인식에 관한 연구. **정보관리학회지, 32**(3), 237-260.
유영준, 최복천. (2012). 장애아동재활치료사의 전문성과 직무만족에 관한 연구. **지체중복건강장애연구, 55**(3), 163-183.
유해원, 김경훈, 김문겸, 김순철, 조임수, 김장묵, . . . 김문정. (2016). 병원 진료의 전문화와 운영 성과 간의 관계: 재원일수와 급여비용을 중심으로. **보건의료산업학회지, 10**(1), 1-11.
윤순영, 엄동춘. (2011). Physician Assistant (PA) 간호사의 직무스트레스가 직무만족도에 미치는 영향. **한국산학기술학회 논문지, 12**(11), 4914-4923.
윤희숙, 고영선. (2010). 의료서비스부문 규제환경의 문제점과 개선방안. **KDI FOCUS**, (2), 1-6.
의료기사 등에 관한 법률, 법률 제17211호 (2020)
의료기사 등에 관한 법률 시행령, 대통령령 제29950호 (2019)
의안정보시스템. (2019). **간호법안, 물리치료사법안**. http://likms.assembly.go.kr/bill/BillSearchResult.do에서 2019.06.04. 인출.
이경희, 정병옥. (2009). 물리치료사의 전문직 자아개념과 직무만족과의 관계 연구. **대한물리치료학회지, 21**(3), 109-117.
이나핼, 김경미. (2014). 장애아동 부모의 재활치료기관 선택 경험에 대한 현상학적 연구. **대한작업치료학회지, 22**(1), 41-52.
이소연. (2011). 기록관리와 전문성-실천으로만 보장받는 배타적 특권. **한국기록관리학회지, 11**(1), 113-138.
이승희, 박주영, 이경민, 신은혜, 박정미, 남현아, 노성배. (2016). 간호사의 조직몰입도와 긍정심리자본이 직무소진에 미치는 융복합적 영향. **디지털융복합연구, 14**(6), 335-345.
이은화, 배소연, 조부경. (1995). **유아교사론**. 서울: 양서원.
이재실. (2011). **일터경험학습을 통한 명장의 성장과정 연구**. (박사학위논문, 아주대학교 일반대학원).
이재원. (2012). 사회서비스 정책의 전개과정과 정책과제: 보건복지부 사회서

비스 전자바우처 사업을 중심으로. **지방정부연구, 15**(4), 333-359.
이재홍, 전권일, 권원안, 이진환, 김한수. (2012). 신경계 재활전문병원 환자의 이탈요인에 관한 연구: 대구시 북구를 중심으로. **대한고유수용성신경근촉진법학회지, 10**(4), 41-48.
이종원, 박은경. (2010). 현행법상 물리치료사제도의 문제점 및 개선방향에 관한 연구. **법학연구, 38**, 393-412.
임정도. (2013). 병원에 종사하는 의료기사 직종의 전문직업성과 조직성과. **한국콘텐츠학회논문지, 13**(12), 910-920.
장수경. (1996). 물리치료 교육과정 분석에 의한 물리치료 교육 이원화의 문제점. **대한물리치료과학회지, 3**(3), 71-85.
정윤, 이견직, 김슬기. (2014). 중요도-성취도 분석을 활용한 도심형 요양병원 선택요인 연구. **보건사회연구, 34**(1), 133-158.
정채림. (2015). **건강보험 표본코호트 자료를 이용한 의료비 증가 요인 분석.** (박사학위논문, 서울대학교 보건대학원).
정형선, 송양민. (2013). 건강보험 노인의료비의 증가요인분석 및 향후전망. **보건경제와 정책연구, 19**(2), 21-38.
정형선, 김현배, 유지현, 민하주, 김희년, 김소연, 이창건. (2019). **지역균형 재활의료기관 확충방안 마련 연구**. 건강보험심사평가원, 연세대학교 의료복지연구소.
조병희. (1992). 국가의 의료통제와 의료의 전문화: 한국의료체계의 갈등구조의 역사적 배경. **한국사회학, 24**(SUM), 131-152.
조병희. (2015). **질병의 의료의 사회학**. 집문당.
조흥식, 박희찬, 이준영, 강상경, 김진우, 김용득, . . . 조상욱. (2011). **발달장애인 활동지원 등을 위한 욕구조사 및 정책과제 수립연구**. 보건복지부, 서울대학교 산학협력단.
지경자, 박천만, 이종렬. (2011). 환자가 인지하는 의료서비스 질이 지각하는 가치와 만족도 및 재이용 의도에 미치는 영향-전문병원과 일반병원을 중심으로. **대한보건연구, 37**(2), 41-56.
지역보건법 시행규칙, 보건복지부령 제667호 (2019)
지영건. (2017). 재활의료수가 현황과 개선방안. **HIRA 정책동향, 11**(5), 28-36.
차유진, 송영진, 김은영, 김선정, 김동준. (2017). 보건의료 빅데이터를 이용한

전문재활치료 건강보험수가 현황 분석: ICF 모델을 중심으로. **대한작업치료학회지, 25**(4), 1-17.

최명일, 김찬아, 유재웅. (2011). AHP를 이용한 병원 선택 요인의 우선순위 분석: 병원 마케팅의 시사점을 중심으로. **광고연구**, (89), 155-176.

최복천. (2013). 장애아동 의료 및 재활치료서비스 지원체계에 대한 비판적 고찰. **장애아동인권연구, 4**, 1-21.

통계청. (2020a). **국가통계포털 > 건강보험통계: 진료내역 항목별 요양급여비용 실적**. http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=354&tblId=DT_LEE_27&conn_path=I3 에서 2020.3.4. 인출.

통계청. (2020b). **국가통계포털 > 장애인현황: 시도별, 장애유형별, 장애등급별, 성별 등록장애인수**. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_11761_N004 에서 2020.3.4. 인출.

한국소비자원. (2016). **건강보험 비급여치료 (도수치료 등)의 문제점 및 개선방안**.

한상만. (2013). **경험학습을 통한 名醫의 전문성 발달과정**. (박사학위논문, 중앙대학교 대학원).

함명일. (2020). 지속가능한 전문병원 지정제도를 위한 발전적 제언. **HIRA 정책동향, 14**(5), 15-24.

허순임, 김수정. (2014). 건강보험진료비 증가요소의 기여도 분해: 인구구조 변화를 중심으로. **한국사회정책, 21**(2), 9-33.

호승희, 김예순, 이민진, 안시내, 김희정, 황성일. (2011). **재활서비스 수가체계 및 정책 개선방안 연구**. 국립재활원.

홍수인, 최원호, 윤정호. (2014). 입원단계 심장재활 프로그램 참여가 관상동맥 우회 술 환자의 재입원과 의료비용에 미치는 영향. **특수교육재활과학연구, 53**(4), 363-374.

황성수, 권혜정. (2012). 졸업 후 물리치료사의 교육환경특성에 대한 조사연구. **대한정형도수물리치료학회지, 18**(2), 57-66.

Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the expert division of labor*. Chicago: University of Chicago Press.

Alexander, P. A. (2003). The development of expertise: The journey from acclimation to proficiency. *Educational Researcher, 32*(8), 10-14.

Ameratunga, S., Officer, A., Temple, B., Tin, S. T. (2009). Rehabilitation of the injured child. *Bulletin of the World Health Organization, 87*, 237-238.

American Board of Physical Therapy Specialties. (2020). Retrieved November 26, 2020, from http://www.abpts.org

American Physical Therapy Association. (2020). Retrieved November 26, 2020, https://www.apta.org/your-career/careers-in-physical-therapy/becoming-a-pt

Ang, B. W. (2005). The LMDI approach to decomposition analysis: a practical guide. *Energy Policy, 33*(7), 867-871.

Barley, S. R., Tolbert, P. S. (1991). Introduction: At the intersection of organizations and occupations. In P. S. Tolbert, S. R. Barley (Eds.), *Research in the sociology of organizations*, 8, 1-13. Greenwich, CT: JAI Press.

Barro, J. R., Huckman, R. S., Kessler, D. P. (2006). The effects of cardiac specialty hospitals on the cost and quality of medical care. *Journal of Health Economics, 25*(4), 702-721.

Bent, N., Tennant, A., Swift, T., Posnett, J., Scuffham, P., Chamberlain, M. A. (2002). Team approach versus ad hoc health services for young people with physical disabilities: a retrospective cohort study. *The Lancet, 360*(9342), 1280-1286.

Bereiter, C., Scardamalia, M. (1993). *Surpassing ourselves. An inquiry into the nature and implications of expertise*. Chicago: Open Court.

Beswick, A. D., Rees, K., Dieppe, P., Ayis, S., Gooberman-Hill, R., Horwood, J., Ebrahim, S. (2008). Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet, 371*(9614), 725-735.

Brock, D., Powell, M. J., Hinings, C. R. (Eds). (1999). *Restructuring the professional organization: Accounting, healthcare and law.* London:

Routledge.

Brorsson, B., Bernstein, S. J., Brook, R. H., Werkö, L. (2002). Quality of life of patients with chronic stable angina before and four years after coronary revascularisation compared with a normal population. *Heart, 87*(2), 140-145.

Burnett, K. M., Bonnici, L. J. (2006). Contested terrain: Accreditation and the future of the profession of librarianship. *The Library Quarterly, 76*(2), 193-219.

Creswell, J. W. (2015). **질적 연구방법론: 다섯 가지 접근**. (조흥식, 정선욱, 김진숙, 권지성 역). 서울: 학지사. (원서출판 2007).

Denscombe M. (2007). Interviews. In *The good research guide: for small-scale social research projects*. (3rd ed.), 173-205. Maidenhead: Open University Press.

Desmeules, F., Roy, J. S., MacDermid, J. C., Champagne, F., Hinse, O., Woodhouse, L. J. (2012). Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review. *BMC musculoskeletal disorders, 13*(1), 107.

Devers, K. J., Brewster, L. R., Ginsburg, P. B. (2003). Specialty hospitals: focused factories or cream skimmers?. *Issue Brief Cent Stud Health Syst Change*, (62), 1-4.

Eastaugh, S. R. (2015). Hospital specialization: Benefits-focused product line planning. J*ournal of Health Care Finance, 41*(3).

Embrey, D. G., Guthrie, M. R., White, O. R., Dietz, J. (1996). Clinical decision making by experienced and inexperienced pediatric physical therapists for children with diplegic cerebral palsy. *Physical Therapy, 76*(1), 20-33.

Ericsson, K. A., Krampe, R. T., Tesch-Römer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological Review, 100*(3), 363.

Farrar, N., Trorey, G. (2008). Maxims, tacit knowledge and learning: Developing expertise in dry stone walling. *Journal of Vocational*

Education and Training, 60(1), 35-48.

Fook, J., Ryan, M. J., Hawkins, L. (2000). *Professional expertise: Practice, theory and education for working in uncertainty*. UK: Whiting Birch Ltd.

Fornasier, R. (2017). A century-long struggle towards professionalism. Key factors in the growth of the physiotherapists' role in the United States, from subordinated practitioners to autonomous professionals. *Management and Organizational History, 12*(2), 142-162.

Freidson, E. (1986). *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.

Freidson, E. (1992). Professionalism as model and ideology. In Nelson, R. L., Trubek, D. M., Solomon R. L. (Eds.), *Lawyers' ideals/lawyers' practices: Transformations in the American legal profession*, 215-229. Cornell University Press.

Giorgi, A. (2004). Qualitative research methodology: Advanced workshop on the descriptive phenomenological method. *Journal of Qualitative Research*, 2-55.

Glaser, R., Chi, M. T. H. (1988). Overview. In Chi, M. T. H., Glaser, R., Farr, M. J. (Eds.), *The nature of expertise*, xv-xxviii. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Goode, W. (1960). Encroachment, charlatanism, and the emerging profession: psychology, sociology and medicine. *American Sociological Review, 25*, 902-914.

Greenwood, E. (1957). The attributes of a profession. *Social Work, 2*, 45-55

Grenier, R. S., Kehrhahn, M. (2008). Toward an integrated model of expertise redevelopment and its implications for HRD. *Human Resource Development Review, 7*(2),198-217.

Griffiths, T. L., Burr, M. L., Campbell, I. A., Lewis-Jenkins, V., Mullins, J., Shiels, K,..., Thomas, J. (2000). Results at 1 year of outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation: a randomised controlled trial. *The Lancet, 355*(9201), 362-368.

Gross, E. (1958). *Work and Society*. New York: Crowell.

Hall, R. H. (1968). Professionalization and bureaucratization. *American Sociological Review*, 92-104.

Herling, R. W. (2000). Operational definitions of expertise and competence. *Advances in Developing Human Resources, 2*(1), 8-21.

Higgins, L., Dey-Ghatak, P., Davey, G. (2007). Mental health nurses' experiences of schizophrenia rehabilitation in China and India: a preliminary study. *International Journal of Mental Health Nursing, 16*(1), 22-27.

Hodson, R., Sullivan, T. A. (1990). *The social organization of work*. Los Angeles: Wadsworth Publishing.

Hooker, R. S., Hogan, K., Leeker, E. (2007). The globalization of the physician assistant profession. *Journal of Physician Assistant Education, 18*(3), 76-85.

Howell, J. M., Higgins, C. A. (1990). Champions of technological innovation. *Administrative Science Quarterly, 35*(2), 317-341.

Hsieh, H. F., Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research, 15*(9), 1277-1288.

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*.

Jensen, G. M., Gwyer, J., Shepard, K. F., Hack, L. M. (2000). Expert practice in physical therapy. *Physical Therapy, 80*(1), 28-43.

Johnson, M. P., Abrams, S. L. (2005). Historical perspectives of autonomy within the medical profession: considerations for 21st century physical therapy practice. *Journal of Orthopaedic Sports Physical Therapy, 35*(10), 628-636.

Johnson, T.(1972). *Professions and power*. London: Macmillan.

Katz, L. G. (1996). Child development knowledge and teacher preparation: Confronting assumptions. *Early Childhood Research Quarterly, 11*(2), 135-146.

Kendall, E., Marshall, C. A. (2004). Factors That Prevent Equitable Access

to Rehabilitation for Aboriginal Australians With Disabilities: The Need for Culturally Safe Rehabilitation. *Rehabilitation Psychology, 49*(1), 5.

Kerr, S., Jermier, J. M. (1978). Substitutes for leadership: Their meaning and measurement. *Organizational Behavior and Human Performance, 22*(3), 375-403.

Kroezen, M., van Dijk, L., Groenewegen, P. P., Francke, A. L. (2011). Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *BMC health services research, 11*(1), 1-17.

Kroezen, M., van Dijk, L., Groenewegen, P. P., Francke, A. L. (2013). Knowledge claims, jurisdictional control and professional status: the case of nurse prescribing. *PLoS One, 8*(10), e77279, 1-9.

Krueger, R. A., Casey, M. A. (2014). *Focus Groups: A practical guide for applied research.* (5th ed.). London: Sage Publications.

Larson, M. S.(1977). *The rise of professionalism.* Berkeley. CA: University of California Press.

Lebec, M. T., Jogodka, C. E. (2009). The physical therapist as a musculoskeletal specialist in the emergency department. *Journal of Orthopaedic Sports Physical Therapy, 39*(3), 221-229.

Lopopolo, R. B., Schafer, D. S., Nosse, L. J. (2004). Leadership, administration, management, and professionalism (LAMP) in physical therapy: a Delphi study. *Physical Therapy, 84*(2), 137-150.

May, B. J., Dennis, J. K. (1991). Expert decision making in physical therapy—a survey of practitioners. *Physical Therapy, 71*(3), 190-202.

Meyer, J. W., Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology, 83*(2), 340-363.

Morgan, S., Cunningham, C. (2011). Population aging and the determinants of healthcare expenditures: the case of hospital, medical and pharmaceutical care in british columbia, 1996 to 2006. *Healthcare*

Policy, 7(1), 68.

Muller, A. (2006). Putting decomposition of energy use and pollution on a firm footing – clarifications on the residual, zero and negative values and strategies to assess the performance of decomposition methods. *rapport nr.: Working Papers in Economics*, (215), 1-25.

Outpatient Service Trialists. (2004). Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home: systematic review of randomised trials. *The Lancet, 363*, 352-356.

Patel, V. L., Kaufman, D. R., Magder, S. A. (1996). The acquisition of medical expertise in complex dynamic environments. In Ericsson, A. (Ed.), *The road to excellence: The acquisition of expert performance in the arts and sciences, sports and games*, 127-165. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Publishers.

Peet Rvd. (2010a). De zelfstandige bevoegdheid van de verpleegkundig specialist [The independent authority of the Nurse Specialist]. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen. 120*, 45-49.

Peet Rvd. (2010b). De voorschrijfbevoegdheid van verpleegkundigen [The prescriptive authority of nurses]. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen. 120*, 50-53.

Pinkston D. A. (1978). *History of Physical Therapy Education in the United States*. (doctoral dissertation, Cleveland, Ohio: Case Western Reserve University).

Plack, M. M., Wong, C. K. (2002). The evolution of the doctorate of physical therapy: moving beyond the controversy. *Journal of Physical Therapy Education, 16*(1), 48-59.

Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Fetter, R. (1993). Substitutes for leadership and the management of professionals. *The Leadership Quarterly, 4*(1), 1-44.

Polanyi, M. (1966). *The tacit dimension*. Gloucester, MA: Peter Smith.

Professionalism. (2019). *Merriam-Webster Dictionary*. Retrieved from https://www.merriamwebster.com/dictionary/professionalism

Rueschemeyer, D. (1986). *Power and the Division of Labour*. Stanford University Press.

Schmidt, H., Norman, G., Boshuizen, H. (1990). A cognitive perspective on medical expertise: theory and implications. *Academic Medicine, 65*(10), 611-621.

Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner*. New York: Basic Books.

Starr, P. (1982). *Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books.

Strasser, D. C., Falconer, J. A., Martino-Saltzmann, D. (1994). The rehabilitation team: staff perceptions of the hospital environment, the interdisciplinary team environment, and interprofessional relations. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 75*(2), 177-182.

Tchoe, B., Nam, S. H. (2010). Aging risk and health care expenditure in Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 7*(8), 3235-3254.

Turner-Stokes, L., Paul, S., Williams, H. (2006). Efficiency of specialist rehabilitation in reducing dependency and costs of continuing care for adults with complex acquired brain injuries. *Journal of Neurology, Neurosurgery Psychiatry, 77*(5), 634-639.

Wagner, R. K. (1987). Tacit knowledge in everyday intelligent behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(6), 1236.

Wagner, R. K., Sternberg, R. J. (1986). Tacit knowledge and intelligence in the everyday world. In Sternberg, R. J., Davidson, J. E., Wagner, R. K. (Eds.), *Practical intelligence: Nature and origins of competence in the everyday world*, 51-83. Cambridge University Press.

Welsh, V. K., Sanders, T., Richardson, J. C., Wynne-Jones, G., Jinks, C., Mallen, C. D. (2014). Extending the authority for sickness certification beyond the medical profession: the importance of 'boundary work'. *BMC family practice, 15*(1), 1-11.

Wilensky, H. L. (1964). The professionalization of everyone?. *American Journal of Sociology, 70*(2), 137-158.

World Physiotherapy. (2019). *Description of physical therapy: Policy statement*. Retrieved from https://world.physio/sites/default/files/2020-07/PS-2019-Description-of-physical-therapy.pdf

World Health Organization. (2010). *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations.*

World Health Organization. (2011). *World report on disability 2011.*

Abstract

An Analysis of Professionalization of Physical Therapy in Korea, focusing on the Changes in Market Demands and the Responses from Medical Providers

Ji-young Shin
Department of Health Care Management and Policy
The Graduate School of Public Health
Seoul National University

As the level of expertise in medical field has been raised and competitive composition in medical market gains speed, concerns and demands for the medical staff with expertise in this filed are also soaring up. Not only does the level of medical service reflect the reality of the current medical staff members providing a service, but also has a direct effect on the health outcome for the patients. Especially, physical therapy has a lot to do with recovery for both physical and emotion parts of the patients, an organized service management on both

quantitative and qualitative basis should comes first than others. It's expected that demand for the physical therapy would be bigger and the role of the physical therapist would be broaden, therefore, it's being required to draw more attention to the current service reality and care about professionalization on the physical therapist from the perspective of public health.

Professionalization in physical therapy at the moment in Korea is ahead of lots of hurdles related to policy constraints which seem out of line with a universal trend. There also seems to be limits to make a professionalization feasible due to little solidarity among the member of physical therapists and comparatively low level of professionalism on their own. However, some positive movements for the professionalization in physical therapy can be seen in recent years thanks to the internal factors in medical field. Therefore, this study focuses a discussion on the professionalization in physical therapy to figure out the current reality and possibilities on it based on the various voices from work places.

To begin with, the following 3 questions have been set up in accordance with a professional job considering the dynamic feature of its own professional system. Firstly, where is the current physical therapy market going now and which factor is it contributing to? Secondly, what's causing the increase in demand for prescription of physical therapy from the view of the work place? Lastly, which social driving factor is moving the professionalization on it forward now? To complete the arranging and analyzing on the gathered data for each question, 3 methods of studies have been used in this article. First of all, the health insurance claim data (2006~2015) has been utilized to check the progress of the increase of the prescription for physical therapy for study 1 and figured out the cause that's contributed to the

market change through the LMDI (Long Mean Divisia Index). Secondly, qualitative theme analysis has been implemented based on the in-depth interviews with total 18 medical specialists and physical therapist to hear out the exact perceptions and experiences from work places. Thirdly, focus group interviews with 20 patients and their caregivers with 4 divided groups have also implemented for the qualitative theme analysis. And the data on the perceptions and experiences from the service provider and users has been used for the analysis on study 2 and study 3.

The major research results are as follows. For the last decade, it's noticed that the number of the prescription for the professional physical therapy has increased rapidly than the ordinary ones. Among them, the demands for neuro-developmental treatment have noticeably increased, for which, it's inevitable for the physical therapist to acquire a certain qualification standard. Especially, those patients in their 10s through over 50s contribute to the cost increase in professional physical therapy comparatively. From the characteristics of the service provider, hospitals or inpatient in long-term care hospitals has taken up mostly for the increase. The increased patients or a relatively grown treatment amount per patient in the medical institution has been confirmed as key factor to the cost increase rather than because of the change in population structure due to the aging.

Secondly, as a result of the qualitative theme analysis on the increase of the prescription for the professional physical therapy, total 3 themes like 'Increase of the institutions providing physical therapy in quantity', 'Increase of the social concern for the quality of physical therapy', 'Strengthen physical therapist's professional ability' and total 12 categories have been drawn. According to the perceptions and experiences from the relevant medical work places, it's also concluded

that the current progress of the increasing prescription for the professional physical therapy could attribute to rising number of institutions like long-term care hospital. It can be seen that medical providers also try to raise the level of medical service under the atmosphere where patients having more experiences with physical therapy started to seek even more professional service based on the different perceptions. It's also confirmed that medical specialist and patients have a high expectation for the physical therapists as professionals in their field and they have also found to share this perceptions.

Thirdly, other than the increase in disease and prescription of medical doctors, social factors has also been found to drive the professionalization in physical therapy. As a analysis on the relevant data, total 3 themes like 'Technology development', 'Patient empowerment', 'Demand from community' and total 9 categories have been drawn. Due to the advances in medical technology, the professional area for the physical therapy have been broaden and science technology improvement has had work method changed in the field and sometimes demand a higher professional job. It's also gotten feasible for a patient to communicate with medial specialist in a real time to share detail in remote area as well. Although patients became to have sovereignty by themselves when it comes to the disease, it's hardly say that patients are being provided with sufficient service due to the lack of information for rehabilitation, limited period of treatment, shortage of institutions. Demands on physical therapy are now being spread over to the local community now and it can be noticed that opportunities of being professionalized are being given to them gradually.

According to this study, it's also confirmed that a variety of external

factors and the relevant respond from medical field has step forward to the professionalization in physical therapy and also found that external driving factors are affecting stronger rather than ones within physical therapists. This study could have some limitation to draw the entire discourse on the physical therapy since only a few part of the factors driving the professionalization in physical therapy were handled. Nevertheless, it could be meaningful from the perspective of attempting to look into the professional service of the paraprofessionals and of providing the important findings based on the experiences under the changing society and dynamic medical system.

keywords : Physical therapy, expertise, professionalization, profession, system of professions, jurisdiction

Student Number : 2016-30652