

물리치료원 독립개원의 필요성

구봉오 · 이상열¹ · 김강훈² · 정종철³

부산가톨릭대학교 물리치료학과, ¹김해대학 물리치료과,
²구포부민병원 물리치료실, ³양산부산대학교병원 물리치료실

The Necessity of Independent Clinic Open by Physical Therapist in South Korea

Bong-oh Goo, PT, PhD, Sang-yeol Lee, PT, MS¹,
Kang-hoon Kim, PT², Jong-chul Jung, PT³

Department of Physical Therapy, Catholic University of Pusan

¹Department of Physical Therapy, Gimhae college University

²Department of Physical Therapy, Gupo Boomin Hospital

³Department of Physical Therapy, Pusan National University Yangsan Hospital

<Abstract>

Purpose : In this study, by recognizes the legal constraints of a independent physical therapy clinic open, the other countries's law on physical therapist and the expected effect of independent clinic open, we suggest the need for independent clinic open in South Korea.

Methods : To recognize the necessity and expected effect of independent physical therapy clinic open, by comparing the system and situation in South Korea with the countries joined in The World Confederation for Physical Therapy.

Results : Effects of the independent physical therapy clinic open were following;

1. it could be guaranteed the option of the medical consumer
2. reduce the economic and time burden
3. provide a good quality medical service

Conclusion : Independent physical therapy clinic open will provide a better therapeutic environment for consumer and contribute much to improving the benefit of welfare part of the nation. For provide a good quality to medical consumer, independent physical therapy clinic open and the amendment of related law and institutional device are positively necessary.

Key Words : Independent clinic open, Physical therapist in South Korea

I. 서 론

한국 물리치료는 1945년 미국인 선교사이며 물리치료사였던 Thelma B. Maw(한국명 모우숙)가 세브란스 병원 내 도입하여 시작되었고, 1950년 발발한 한국 전쟁으로 인해 전상자들을 관리하기 위해 부산 국립 동래 재활원에 수습기관이 설립되어 단기간이지만 체계적인 교육제도가 마련되었다(배성수 등, 2008).

물리치료사는 의료기사법 제 1조 목적에서 이 법은 의사 또는 치과 의사의 지도하에 진료 또는 의학적 검사에 종사하는 자로 되어 있으며, 이 법에 의해서 독립개원을 할 수 없게 되어있다. 이것이 위헌이라 해서 1994년 청구인 정중훈과 임상선에 의해서 헌법소원을 청구하였고, 이것은 1996년 4월 30일자로 헌법 재판소에서 기각 되었다. 물리치료사의 독립개원은 전 세계에서 우리나라만 제외하고 모든 나라에서 시행되고 있다. 독일은 3년제 학교에서 배출된 물리치료사들이 독립개원을 하고 있으며, 개원 물리치료사들의 선의의 경쟁으로 학문적, 기술적 발전을 이루어 물리치료 임상 분야가 세계 최고에 이르고 있다. 따라서 한국의 물리치료사의 독립개원은 필수적이며, 적자생존의 법칙에 의하여 물리치료사들의 실질적인 질 향상을 이룰 수 있으며, 궁극적으로 양질의 물리치료를 국민들에게 제공할 수 있게 된다.

1990년 김인숙의 보고에 의하면 물리치료사 1명당 하루 치료 환자 수는 30명 미만이 39.5%, 30명 이상이 31.1%로써 물리치료사 1명당 평균 30명 이상 치료하는 것이다. 이것을 기관별로 보면 대학병원 19%, 일반 종합병원 23.2%, 개인의원이 27.9%이다. 물리치료사 1명당 1일 치료 환자 수를 30명으로 가정하고, 근무시간을 8시간(480분)으로 했을 때, 환자 1인당에 배당되는 시간은 16분여에 불과하다. 이는 물리치료 중 20~30분 적용 시 최적의 효과를 나타내는 온습포 치료시간 하나만으로도 부족한 시간이다. 따라서 이것 이외에 필수적인 치료 처

치를 할 수 없으며 치료는 피상적인 것밖에 될 수 없다(배성수와 박래준, 1998). 이러한 상황으로 병원과 의원에서의 치료는 한계성을 가지게 되고, 이에 따라 환자들도 양질의 치료를 받을 수 없게 되어 물리치료에 대한 만족도가 하락하게 된다. 세계의 선진국들은 오래전부터 사회복지 제도를 정책적으로 중요시 여겨왔으며 물리치료사의 독립개원은 미국을 비롯한 여러 국가들에서 이미 행해지고 있다. 우리나라 역시 복지국가를 실현하고자 노력하고 있으며, 물리치료에 대한 인식과 사회적 필요성이 증대되고 있으나 보건 행정가들이나 의료관계자들의 인식부족으로 물리치료의 전문성이 제대로 인정받지 못하고 있는 실정이다(송주영 등, 1996). 이에 본 연구는 물리치료원의 독립개원에 관한 법적인 제약과 외국의 물리치료사 관련 법률, 독립개원으로 인한 기대 효과 등을 알아봄으로서 대한민국의 물리치료원의 독립개원의 필요성을 말하고자 한다.

II. 현행 물리치료사 관련 법률

1. 외국 물리치료사의 제도와 상황

1) 세계물리치료의 제도와 상황

2007년 기준 세계물리치료사연맹에 가입한 84개국 중 물리치료사 단독법률을 가지고 있는 나라는 유럽권 36개국 중 터키를 제외한 32개(레바논을 포함한 3개국은 자료가 없음) 국가가 독립된 법률을 가지고 있고, 아메리카 대륙의 19개국 중 트리니다드토바코를 제외한 11개국(에콰도르를 포함한 7개국은 자료가 없음)이 독립된 법률을 가지고 있다. 그리고 아시아권 15개국 중 대한민국을 포함한 6개국에는 독립된 법률이 없고, 8개국(쿠웨이트는 자료가 없음)은 독립된 법률을 가지고 있으며, 아프리카 대륙의 9개국(5개국 자료 없음)에서는 모두 독립된 법률을 가지고 있다.

전체 84개국 중 의사처럼 독자적인 환자진료를 인정한 나라는 호주를 포함한 30개국이었으며, 대한민

국을 포함한 35개국에서 인정하지 않고 있었으며, 19개국은 자료가 없었다. 각 국가별 독립적인 진료유무는 학제와 무관하게 이루어지고 있으며 특히 자료가 있는 65개국을 분석한 바로는 약 46%의 국가가 의사의 진단 없이 독자적인 물리치료행위를 물리치료사가 수행하고 있음을 확인할 수 있었다.

2007년 기준 세계물리치료연맹에 가입된 84개 정회원국 중 영업권(개업권)을 인정하는 나라는 62개국이고 아시아, 오세아니아 지역의 16개국 가운데 영업권을 인정하지 않는 나라는 3개국으로 물리치료사의 영업권을 인정하지 않는 나라는 불행하게도 우리나라와 일본이 대표적인 나라이다. 하지만 일본의 의료체계는 우리와 같은 수직적 종속개념이 아닌 우리보다 개방된 수평관계로써 우리나라와 같이 고용이 의료기관의 영업이익에 의하여 좌우되는 형태는 아니며, 정년이 어느 정도 보장되고, 지역적인 특성에 따라 물리치료사의 직업수행이 자유로운 실정이다. 한국의 물리치료원의 독립개원은 세계물리치료 연맹 가입국과 경제협력개발기구의 국가들의 독립개원의 현황을 볼 때 알 수 있듯이 우리나라의 주장이 아닌 세계적인 추세이고 흐름이다. 한국의 물리치료정책을 세계 각국의 물리치료정책과 비교해 보면 면허제도만 존재할 뿐 물리치료의 정책이나 법적부분이 없다고 할 수 있을 정도로 열악한 상황이다. 또한, 경제협력개발기구(OECD)의 국가 가운데 자료가 없는 나라를 제외하고 한국, 일본만이 직접치료와 개업이 불가능한 실정이다(Table 1). 하지만 일본은 독립적인 법률이 존재하고, 독립법률, 독립개설, 직접치료가 불가능한 나라는 경제협력개발기구의 국가 가운데 한국이 전무후무한 실정이다.

2) 미국 물리치료사의 제도와 상황

미국 캘리포니아 주의 법에 따르면 물리치료는 물리, 화학 그리고 열, 빛, 물, 전기, 소리, 마사지 그리고 능동, 수동 그리고 저항운동 및 물리치료 평가, 치료 계획, 교육 및 컨설팅 서비스를 통해 사람들의 정신적 육체적의 교정 치료나 물리적인 예술과 신체의 과학을 의미한다.

2008년 자료에 의하면 과거 10년 전에 비해 미

Table 1. Physical therapy policy of OECD governments

physical therapy laws	direct treatment	clinic open
USA	USA	USA
Canada	Canada	Canada
Australia	Australia	Australia
Newzealand	Newzealand	Newzealand
Japan	Czech	Turkey
Austria	Finland	Australia
Czech	Italy	Czech
Denmark	Holland	Denmark
Finland	Norway	Finland
France	Poland	France
Germany	Portugal	Germany
Greece	Spain	Greece
Italy	Sweden	Italy
Holland	England	Holland
Norway	Ireland	Norway
Poland	Iceland	Poland
Portugal		Portugal
Spain		Spain
Sweden		Sweden
Swiss		Swiss
Belgium		England
Luxembourg		Luxembourg
Hungary		Hungary
Ireland		Ireland
Iceland		Iceland
25	16	25

국의 물리치료사의 수가 세 배 이상 증가하였고, 직접접근(direct access)제도를 채택하는 주가 급격히 늘어나는 등 미국의 물리치료사는 질적, 양적으로 급성장하였다(Table 2). 미국 물리치료협회에 의하면 1990년 미국의 물리치료사는 66,270명이었고, 2008년에는 230,152명으로 집계되었다 보고했으며, 이는 미국의 물리치료사수가 10년 간 세 배 이상 증가되었음을 말 해 준다. 또한 인구 10만 명 당 물리치료사 평균비율은 75.69명이다.

직접접근(direct access) 방식은 물리치료사가 의

Table 2. Direct access to physical therapy laws (january 2010)

Unlimited	Provisions	Evaluation only	No direct access
Alaska-1986	Arkansas-1997	Hawaii	Alabama
Arizona-1983	California-1968	Michigan	Indiana
Colorado-1988	Connecticut-2006	Oklahoma	
Idaho-1987	District of Columiba-2007		
Iowa-1988	Delaware-1993		
Kentucky-1987	Florida-1992		
Maryland-1979	Georgia-2006		
Massachusetts-1982	Illinois-1988		
Montana-1987	Kansas-2007		
Nebraska-1957	Louisiana-2003		
Nevada-1985	Maine-1991		
North Dakota-1989	Minnesota-1988		
South Dakota-1986	Mississippi-2006		
Utah-1985	Missouri-1999		
Vermont-1988	New Hampshire-1988		
	New Jersey-2003		
	New Mexico-1989		
	New York-2006		
	North Carolina-1985		
	Ohio-2004		
	Oregon-1993		
	Pennsylvania-2002		
	Rhode Island-1992		
	South Carolina-1998		
	Tennessee-1999		
	Texas-1991		
15	26	3	2

사의 처방전이나 의뢰 없이도 환자가 개원한 물리치료원을 바로 방문하여 치료를 받을 수 있는 것을 말하며 1957년 네브라스카 주에서 처음으로 시행하였다. 직접접근은 두 가지 형태의 의뢰를 받은 물리치료의 평가와 의뢰 없이 물리치료 평가와 치료를 할 수 있는 것으로 나누어져 있다. Hodsworth와 Webster(2004)의 연구에 의하면 직접접근 방식에 의한 물리치료 의뢰의 경우에 환자들의 치료시간 단축과 환자들의 비용이 감소했으면 직접접근 방식을 이용한 환자들의 회복 기간이 그렇지 못한 환자들

에 비해 약간 더 좋았다. 2010년 기준 46개의 주 중에서 직접접근 방식을 인정하는 곳은 41개주이고 그 외 3개주는 평가만 인정을 하고 2개주는 직접접근 방식을 인정하지 않는다. 이것은 1990년에 직접접근방식을 인정하는 주는 24개주 인 것을 볼 때 거의 2배 가까이로 직접접근방식에 대해 인정을 한 것으로 선진국에서 물리치료원 독립개원의 필요성을 보여주는 실제적이고 구체적인 예가 될 수 있을 것이다.

2. 한국 물리치료사의 제도와 상황

1963년 7월 31일 “의료보조원법”이 제정 공포되어 법률 1380호에 의거하여 물리치료사가 자격을 정식으로 인정받게 되었으며, 보건사회부는 여기에 필요한 시행규칙인 보건사회부령 150호를 1964년 12월 17일에 개정하였다. 그리고 1973년 9월 4일 대통령령 6864호로 “의료보조원법”이 폐지되고 “의료기사법”이 제정되었으며, 그해 10월 17일 보건사회부령 427호에 의하여 의료기사법 시행규칙이 제정되었다.

의료기사에 속하는 물리치료사는 의사 또는 치과 의사의 지도하에 규정된 업무를 행하게 되어 있다(의료기사법 제2조). 하지만, 물리치료사가 이러한 규정에 허용되지 않는 방법으로 업무를 이탈하는 행위는 의료기사 등의 품위손상 행위로 보건복지부장관에 의해 6개월 이내의 면허자격 정지 처분을 받을 수 있다(의료기사 등에 관한 법률 제22조). 이러한 의료기사 등에 관한 법률에 의해 물리치료사는 독립적으로 업무를 시행할 수 있는 제도적 제한을 받고 있다.

Ⅲ. 물리치료사가 독립해야 하는 이유

1. 물리치료사의 전문성

연장된 교육과정과 전공교과목의 심화, 기초의학 과목의 강화로 다양하고, 심도 있게 지식을 습득할 수 있게 됨에 따라 의사와 물리치료사는 차원 높은 의료적 관계를 형성할 수 있다. 의사는 의료적인 진단을 하고 물리치료사는 진단을 기준으로 환자의 기능을 평가하고, 치료함으로써 환자는 양질의 의료서비스를 받을 수 있다.

의약분업이 실시되어 의사는 처방하고 약사는 제조하는 역할을 분담하게 됨으로 소비자인 환자의 보호, 경제적 부담을 극소화시킬 수 있는 것과 같이, 물리치료도 의사는 처방, 물리치료사는 치료를 함으로써 환자의 경제적 부담을 감소하고 불필요한 치료를 배제할 수 있다.

의사가 진단을 위한 풍부한 지식을 학교교육을 통해서 습득하고 연마한 것과 같이, 물리치료사 역시 환자 치료를 위한 다양한 지식과 치료기술을 폭 넓고 깊게 운용할 수 있도록 전공교과교육과 임상 실습을 통해 충분히 습득한다.

2. 국민의 보건에 미치는 영향

물리치료는 예방, 치료, 교육을 통하여 국민의 보건향상에 기여하고 있다. 질병이나 손상이 발생되었을 때 우선적으로 원만히 치료하여 가능한 빨리 일상생활로 복귀시킨다. 재발방지를 위한 환자 교육 및 보호자 교육은 미래에 발생할 경제적, 심리적, 육체적 고통을 감소시킨다.

신경근 손상 또는 통증의 발생을 미리 예방함으로써 치료를 위해 지불될 물질적, 정신적 손실을 예방한다. 교육을 통해 일상생활에서 부적절한 자세로 인하여 발생될 손상을 예방함으로써 국민보건향상에 기여하게 된다. 또한 예방 교육은 국민들의 선천적, 후천적 손상 발생을 감소시킬 수 있다.

의료보험법에 의한 하루 30명까지 치료할 수 있다는 것은 영리적인 측면에서는 좋을지 몰라도 치료 내적인 측면에서는 환자 수가 너무 많다고 생각된다. 환자 상황에 따라 달라질 수 있지만 치료사가 하루에 치료할 수 있는 환자 수는 10~15명이 적절하다. 바꾸어 말하면 현재와 같이 하루에 많은 환자를 치료한다고 하면 물리치료사는 양질의 치료를 할 수 없게 되고, 치료기간은 길어지게 되어 환자의 경제적, 시간적 부담은 늘어나게 된다. 또한 물리치료사가 충분히 평가하고 치료할 수 있는 시간을 갖지 못하게 되어 위와 같은 악순환이 반복된다.

3. 물리치료사의 위상 확립

현재 우리나라 의료기사법에 의하면 물리치료사는 물리치료에 대한 전문가임에도 불구하고 전문성을 발휘하지 못한 채 의사의 지도하에 치료행위를 수행하고 있다(의료기사법). 실제 세계물리치료연맹의 자료를 통해 보았을 때 우리나라의 물리치료는 독립적인 물리치료법안도 존재하지 않고 환자에 대

한 직접 접촉권도 없으며 개업권도 없는 유일한 국가이다. 민주당 이종걸 의원은 “의료기사 등에 관한 법률 일부 개정 법률안”을 통하여 보건의료과학기술의 급격한 발전과 보건의료 환경의 변화에 따라 점차 세분화·전문화되어 가고 있는 현대 의료사회의 의료기사 등은 의사의 보조자의 역할을 벗어나 의사를 보완·대체하는 영역을 담당하고 있다고 하였으며, 양질의 의료서비스를 제공하기 위하여 그 역할과 기능이 더욱 강조되고 있다고 하였다. 그러나 아직 의료기사 등의 업무범위와 내용, 면허 및 자격요건 등이 국제적 수준에 미흡하고, 의료인으로서의 전문성과 자율성을 인정받지 못하고 있는 실정으로 의료개방과 더불어 국제적 경쟁력 강화에 필요한 의료서비스업의 제도정비와 운영상의 미비점을 개선·보완하고, 하위법령으로 포괄위임하고 있는 의료기사 등의 역할과 기능을 법률로 규정하여 보건의료 환경변화에 따른 의료기사의 업무범위와 자격요건 등을 보다 명확히 함으로써 국민에게 양질의 의료서비스를 제공하고 의료소비자의 권익과 안전을 도모하며 보건의료의 발전에 기여하여야 할 것이다.

IV. 독립개원으로 인한 기대효과

1. 의료 소비자의 선택권 보장

의료법 제 46조 1항에 따르면 환자나 환자의 보호자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원 또는 요양병원의 특정한 의사, 치과의사 또는 한의사를 선택하여 진료를 요청할 수 있다고 하였다. 환자는 어떤 분야에 유명한 의사가 있다고 하면 그 의사에게 선택적인 진료를 받을 수 있다는 것이다. 하지만, 현재 환자가 자신이 원하는 물리치료를 선택할 수 있는 선택권이 없다. 물리치료 영역도 심폐물리치료, 전기 생리 물리치료, 노인물리치료, 신경물리치료, 정형물리치료, 소아물리치료, 스포츠 물리치료 등으로 다양성이 존재하고 있는 상황이지만, 환자 본인이 받아야 하는 특정 물리치료를 전문적으로 시행할 수 있는 물리치료를 선택하여 의료 서비스를 받기가 힘들

다. 손애리와 김미원(2002)은 물리치료사의 치료에 대한 만족도가 높을수록 물리치료 전체에 대한 전반적인 만족도가 높다고 하였다. 이처럼 환자에게 주어지는 물리치료사 선택권은 환자들에게 자신에게 맞는 의료 서비스와 양질의 물리치료를 제공 받을 수 있을 것이다.

2. 치료비 측면

병원 급의 경우는 현재 재진 진찰료 9,730원 중 40%를 본인 부담하고 있다. 국민건강보험공단에 따르면 2010년 1월말 건강보험 재정이 2,268억 원 적자를 기록하고 있다고 한다.

물리치료원 독립개원이 인정된다면 병원기준 환자가 부담하는 재진료 9,730원 중에 40%인 3892원이 절감될 수 있다. 현재 물리치료 비용보다 재진료, 처방료 등의 보험수가가 높기 때문에 물리치료를 받기 위한 재진절차가 생략됨으로 의료공급에 따른 적정 진료비만 지출할 수 있어 보험재정의 절감효과가 있다. 뿐만 아니라 2007년 OECD 회원국의 평균 도로교통 상해건수는 인구 100만명 당 4,139명이지만 한국은 6,932명으로 평균 이상이다. 그리고 산업재해 발생건수가 2000년 이후 지속적으로 증가하는 추세이고, 2008년에는 94,745건을 기록하였다. 65세 이상 노인인구의 비율은 2000년 7.2%, 2005년에는 9.1%로 높아졌고, 2020년에는 15.6%로 증가될 것으로 전망하고 있다.(장영식 등, 2009). 산업재해나 자동차상해로 인한 환자들과 함께 노인인구의 고령화로 장기치료를 요하는 환자들에게 필요한 물리치료 서비스를 손쉽게 제공할 수 있다면 그들이 퇴원 후 집과 가까운 물리치료원에서 최종적인 물리치료를 받게 되므로 병원의 입원환자 운영이 용이해질 것이다. 장기치료를 요하는 환자들에게 필요한 물리치료만을 적용하고 그에 따른 치료비만을 부담하게 되므로 환자들과 의료보험공단의 부담이 줄어들고 산업재해, 자동차 보험 치료비 역시 줄어들 것이다(송주영 등, 1996).

3. 물리치료를 받기 위한 접근 용이성의 증가

2009년 보건의료자원실태조사 보고서에 따르면 의료기관의 45.4%가 서울, 경기도 지역인 수도권에 집중되어 있었다. 의료기관의 상당수가 대도시에 집중되어 있다.

우리나라 보건의료 인력의 지역 간 불균형 문제는 의료이용의 형평성 측면에서 해소해야 할 과제라고 하였다(오영호 등, 2009). 농어촌 등의 오지에 있는 국민들은 의료 수혜의 혜택을 제대로 누리지 못하고 있는 실정이다. 물리치료원의 독립개원은 대도시에서 편중되어 있는 의료혜택의 폭을 농어촌 지역까지 그 폭을 확산할 수 있는 계기가 될 것이다. 또한 의료기관을 방문했을 때의 여러 과정을 생략하고 대기시간을 줄여서 이용 상 편리함을 제공할 것이다. 오승길(1997)에 의하면 조사인원 223명 중 29명(13%)이 집에서 병, 의원까지 도착하는 데 걸리는 시간이 1시간 이상 소요된다고 하였다. 또한 8명(3.6%)이 치료실에 도착 후 치료를 받기 위해 1시간 이상 대기한다고 응답하였다. 물리치료 대상 환자가 집을 출발하여 의료기관에 도착하여 진료접수를 하고 물리치료를 받는데 까지 걸리는 시간은 2~4시간이고, 때로는 만나절이 걸리는 경우도 있다. 물리치료원의 독립개원으로 집과 가까운 물리치료원을 찾을 수 있으므로 이용하기 편리하며, 시간적, 경제적 손실을 감소할 뿐만 아니라 양질의 치료와 서비스를 선택해서 받을 수 있다. 또한 물리치료실의 개설로 의료기관에서 기피해 오던 장애인들의 물리치료가 더욱 활성화되어 그들의 기능회복과 사회복귀를 도모할 수 있을 것이다(송주영 등, 1996).

김선엽(1990)에 의하면 환자들의 만족도에 미치는 요인 중 가장 크게 영향을 미치는 요인이 치료 전 대기시간 이라고 하였다. 이런 접근의 용이성과 시간적 경제적 손실을 줄임으로서 양질의 서비스를 받을 수 있는 물리치료원의 독립개원은 필연적인 것이라 할 수 있겠다.

4. 노인 및 장애인 의료복지 향상에 기여

2004년도의 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사 결과에 의하면 전체노인의 90.9%가 1개 이상의 만성질환을 가지고 있는 것으로 조사되었다. 이는

지난 1998년도의 86.7%에 비하여 높아진 것으로 나타나고 있다.(정경희, 2005). 노인 및 장애인 의료복지에 대한 의사의 기피현상 등으로 그 수요와 공급에 있어 감당하기 어렵고, 이로 인하여 국가에서 부담할 재정부담 역시 커지고 있는바, 이를 대신하여 물리치료를 정책적으로 활용한다면 노인 및 장애인 의료복지정책에 많은 도움을 줄 수 있다.

1인당 의료비에서 65세 이상인 경우에는 80년 45,000원, 90년 270,000원, 그리고 2007년에는 3,168,000원으로 증가하여 노년층의 의료비가 크게 증가 하였다(장영식 등, 2009). 지역적으로 물리치료 전문시설을 노인 및 장애인 복지에 활용한다면 보다 적은 비용으로 노인 및 장애인의 의료 복지에 효율적으로 접근할 수 있다. 도시의 노인 및 장애인 복지를 위한 수용시설(사회복지시설)을 물리치료가 할 수 있도록 함으로써 도시에서 저 비용으로 물리치료를 통한 의료혜택 및 사회복지 혜택을 누릴 수 있다.

V. 결론 및 제언

1. 결론

한국에 물리치료가 도입된 지 50년이 되어가고 있다. 물리치료를 양성하기 위한 교육 환경은 3년제 36개교, 4년제 38개교, 석사과정 14개교, 박사과정 7개교로 체계적인 교육과정으로 전문적인 지식을 습득하여 환자에게 양질의 치료를 제공하고 있으며, 다른 물리치료 선진국과 비교해도 떨어지는 수준이 아니다.

물리치료원의 개원으로 인해 의료 소비자의 선택권을 보장 받을 수 있을 것이며 치료비 측면에서도 환자가 부담해야 하는 비용이 줄어들고 국민건강보험제정의 절약효과를 기대할 수 있을 것이다. 또한 보건의료 인력의 불균형으로 인해 농어촌이나 오지에 있는 국민들에게 양질의 의료혜택과 시간적 경제적 손실을 최소화 할 수 있을 것이다. 고령화 사회로 넘어가면서 노년층의 의료비가 크게 증가하고 있는 상황에서 물리치료를 국가에서 활용한다면 저 비용으로 노인 복지에 많은 도움이 될 것이다.

이종원(2004)은 의료관계 종사자 중에 조산사, 의료유사업자, 안마사, 안경사, 치과기공사 등에 대해서는 일정 범위의 독자적인 업무수행이 가능하도록 하면서 물리치료사에게 의사의 지도를 받도록 하는 것은 헌법 제11조 제1항의 평등의 원칙에 위배된다고 하였다. 낙후된 물리치료 정책은 의료비적인 측면과 시간적인 측면에서 물리치료사 뿐 만 물리치료를 받아야 하는 국민, 나아가 국가에 피해를 입히는 결과를 가져올 것이다. 물리치료원의 독립개원은 환자들에게 더 좋은 치료환경을 제공하고, 국가의 복지 부분에서도 많은 기여를 할 것이다. 이러한 물리치료원의 독립개원은 국민과 국가에 이익이 되는 필요가 아닌 필수적인 상황이라고 사료된다.

2. 제언

세계 여러 나라와 비교해 볼 때 단독법, 단독진료권, 독립개업권을 가지지 못한 나라는 한국뿐이며, 이는 한국 물리치료의 현실을 말해준다. 앞서 살펴본 외국의 사례에서 2~3년제 대학을 졸업한 물리치료사가 물리치료원을 독립개원 할수 있는 사실을 알수 있다. 이에 세계적인 추세에 발맞추어 의료 소비자에게 양질의 서비스를 제공하기 위해서 물리치료원의 독립개원과 함께 이를 위한 법률적인 부분의 수정과 제도적인 장치가 필요하다.

참 고 문 헌

광주 물리치료사 협회. <http://www.gjpta.or.kr>. 세계물리치료 현황.

국민건강보험공단 홍보자료. 2010년 1월 건강보험 재정현황.

국회법률지식정보시스템 홈페이지. <http://likms.assembly.go.kr>. 의료기사 등에 관한 법률.

김경희, 김민희, 김혜진 등. 한국 물리치료사 자립개원의 당위성. 부산가톨릭대학교 보건과학대학 물

리치료학과 논문집. 2007.

김선엽. 외래물리치료실 이용 환자의 만족도에 미치는 요인 조사. 대한물리치료과학회지. 1990;11(2): 1-18

김인숙. 물리치료 의무기록 실태에 대한 조사연구 (서울특별시 회원 6개 지부를 중심으로. 대한물리치료사협회지. 1990;11(1):17-22.

대한 물리치료사 협회. <http://www.kpta.co.kr>.

손애리, 김미원. 물리치료 내원환자의 만족도에 영향을 미치는 요인 분석. 2002;11(4):63-72.

송주영, 김형남, 조귀순. 물리치료사의 자립개원. 대한물리치료과학회지. 1996;8(1):81-9.

오승길. 요통환자의 물리치료사 만족도에 대한 조사. 대한물리치료과학회지. 1997;9(1):37-50.

오영호, 신호성, 도세록 등. 보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링 시스템 구축 및 운영: 2009년 보건의료자원실태조사 보고서. 한국보건사회연구원. 2009

이종걸 등. 의료기사 등에 관한 법률 일부 개정 법률안. 2010.3.15.

이종원. 의료행위의 이행대행자인 물리치료사의 치료행위에 관한 소고. 경성법학. 2004;13(1):195-217.

장영식, 고경환, 류시원 등. 한국의 보건복지 동향: 한국보건사회연구원. 2009.

정경희, 오영희, 석재은 등. 2004년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사. 2005.

배성수, 강정일, 구봉오 등. 물리치료학 개론. 개정 제 8판. 대학서림. 2008

배성수, 김대영, 남성우 등. 물리치료원 독립개원을 위한 제도적 장치. 대한물리치료과학회지. 1998; 10(1):253-63.

배성수, 박래준. 한국 물리치료의 현황과 진로. 대한물리치료과학회지. 1998;10(1):223-7.

Holdsworth LK, Webster VS. Direct access to physiotherapy in primary care, now and into the future. physiotherapy 2004;90(2):64-72.