

건강보험정책심의위원회의 이익집단 간 대립이 물리치료 수가에 미치는 영향

김유신¹, 윤범철²

¹고려대학교 일반대학원 보건과학과, ²고려대학교 보건과학대학 물리치료학과

Conflict of Interest Groups on the Health Insurance Policy Deliberation Committee Affect the Medical Insurance Cost of Physical Therapy

Yushin Kim¹, Bumchul Yoon²

¹Department of Health Science, Graduate School of Korea University, ²Department of Physical Therapy, College of Health Science, Korea University

Purpose: The aim of this study was to demonstrate that non-participation of physical therapists on the political decision-making committee results in invasion of their interests.

Methods: To demonstrate the effects, we analyzed the change of medical insurance score decided by the Health Insurance Policy Deliberation Committee between 2001 and 2012 years, focusing on medical examination as the interest of the participation group and physical therapy cost as interest of the non-participation group.

Results: Total medical insurance cost increased by 23.72%, on average. Medical examination cost increased by 23.90% and 37.66% in medical examination for new and established patients, respectively. However, physical therapy cost was reduced by 5.01%. The medical examination cost for physical therapy without medical checkup increased by 2.62%.

Conclusion: This study shows that the physical therapy cost, related on the interest of the non-participative group in the Health Insurance Policy Deliberation Committee, rather decreased while the total medical insurance cost increased. These findings demonstrate the invasion of the non-participative group on the Health Insurance Policy Deliberation Committee. Thus, aggressive participation in political decision-making committee is necessary in order to protect and increase rights and interests of Korean physical therapists.

Keywords: Public opinion, Health Insurance, Physical therapist assistants, Conflict of interest

I. 서론

이익집단이란 공통의 목표 또는 가치를 달성하기 위한 개인들의 집합으로 서로 간의 행위를 통한 상호작용을 추구한다. 이익집단들이 추구하는 상호작용은 개인들의 목적이 명확하고

서로 간의 관계가 긴밀할수록 강화되는데, 이익집단의 목적 대부분은 각 집단 별 특수이익의 수호 및 확보이다. 만일 이익의 분배가 행위자의 권위에 따라 다른 결과를 가져올 경우 이익집단의 영향력은 더욱 증대된다. 일반적으로 이익집단의 성향은 아젠다를 형성하고 결정하는 과정에 깊게 관여하기 때문에 이익집단을 하나의 정치 조직이며, 중요한 정치 행위자로 인정하고 있다.¹ 이들은 정책과정에서 자신들에게 유리한 결정이 이루어지도록 하기 위해 정책 담당자들에게 다양한 압력을 행사하지만, 이는 다원주의 사회에서 어떠한 집단의 요구를 효과적으로 전달하는 정당한 과정이기 때문에 민주주의에 기반한 의사 전달 방법으로 활용되고 있다. 따라서 정책 결정

Received March 12, 2013 Revised April 10, 2013

Accepted April 15, 2013

Corresponding author Bumchul Yoon, yoonbc@korea.ac.kr

Copyright © 2013 by The Korean Society of Physical Therapy

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

과정을 이해하기 위해서는 “사회 내 특수이익의 대변자”로서 이익집단을 분석하는 것이 필요하다.²

본고에서 다루는 건강보험정책심의위원회(건정심)는 매년 의료 수가를 결정하고 우리나라 건강보험 정책 전반에 대해 중요한 사항을 심의, 의결하는 보건복지부 산하 위원회이다. 1999년 제정된 국민건강보험법 이후 2002년도부터 공단과 공급자대표간의 계약 체결이 미해결 시 건정심에서 수가를 결정하도록 하였다. 이 위원회 역시 다양한 이익집단들로 구성되어 있는데, 크게 수가 변동률을 두고 서로 갈등을 빚는 건강보험 가입자 집단과 공급자 집단, 그리고 두 집단 간의 의견 대립을 중재하는 공익 위원으로 나눌 수 있다. 구체적인 각 집단의 구성은 위원장 1인, 건강보험 가입자 집단은 8인, 공급자 집단 8인 공익집단 8인으로 구성되어 있어 형식적으로는 이익집단 별 참여 인원이 대등한 구도로 되어 있다.

건정심의 형식적 균형에도 불구하고 학계에서는 건정심의 운영에 다양한 문제점을 지적하고 있다. 그 중 주요 쟁점으로는 위원회의 세 그룹에서 공익이 과도한 결정력을 갖는다는 점이다. 현재까지 최종 안을 살펴보면 2002년부터 2007년까지 건정심에서 결정된 다섯 차례의 수가 변동 결과는 모두 공익에서 제시한 수가변동률과 크게 다르지 않으며, 가입자와 공급자 집단이 제시한 변동률과는 큰 차이를 보였다.³ 예를 들어, 2003년의 경우 가입자는 -10.7%를 제시한 반면 공급자는 19.8% 인상률을 제시하였고, 공익은 2.97%를 제시하여 최종적으로 2.97%로 결정되었다. 이 과정에서 공인 안에 대한 표결 중 6명이 퇴장하고 1명이 투표를 거부하였다. 2006년의 경우 최종안으로 상정된 공익 즉 인상률에 대한 찬반과정에서 무려 8명이 투표에 불참하고 1명이 기권하는 등 위원회의 운영이 매끄럽지 못한 모습을 보여주었다. 다른 해 역시 각 집단은 자신들의 이익에 따라 수가 변동률을 제시하였지만, 결과적으로는 공익에서 제시한 안에 찬반투표를 하는 형식을 되풀이할 뿐이었다. 현재 건정심에서 가입자와 공급자 간의 첨예한 의견 대립을 공익이 중재하는 구도에서는 공익이 제시한 절충안이 한 쪽으로 치우쳐짐에 따라 과반수를 넘기게 되고 결국 공익의 의견대로 의사결정이 진행되는 ‘중위수의 법칙’이 지배적으로 나타나고 있다.⁴ 가장 많은 인원이 투표에 불참한 2006년도 건정심의 분열과 함께 공단 재정운영위원회 측의 주장에 따라 2008도부터 의료 수가를 공급자의 유형에 따라 달리 적용하게 되었다. 공급자의 유형에 따라 서로 다른 의료 수가 변동률을 적용하게 된 시발점은 2006년도 수가 계약을 목적으로 공단과 공급자단체(대한의사협회, 대한병원협회, 대한치과의사협회, 대한한의사협회, 대한약사회)가 공동

으로 보건산업진흥원에 용역을 의뢰한 연구 결과로부터 비롯되었다. 연구 결과 공급자 별로 수가가 인상, 인하가 상이하게 다른 것으로 나타났으며, 이는 수가 계약에서 공급자의 개별성을 인정하는 계기를 마련하였다.

그러나 의료 기관의 다양한 진료 및 치료 행위자의 역할을 구분하는 데 있어 현재 건정심의 공급자 구분이 서비스 전체를 대표하는지에 대한 검증은 이루어지지 않았다. 예를 들어 공급자 집단에서 가장 많은 비율을 차지하는 의사가 물리치료 행위를 할 수 있고, 물리치료사에 대한 지도권이 있기 때문에 물리치료 수가 산정 시 대표 공급자 역할을 맡고 있지만, 실제 임상 현장에서 의사는 물리치료 행위를 하지 않기 때문에 그 대표성에 대한 의문의 여지가 있다. 건강보험공단의 조사 결과에 따르면 현재 의료기관에서 물리치료 진료 환자수는 2008년 기준으로 약 17,764,428명으로, 이는 건강보험 적용 인구의 약 31%에 해당하는 규모이다.⁵ 물리치료의 진료 건수는 2008년 기준 1억 355만건으로 2005년 4,099만건에 비해 153% 증가하여 전체 진료 건수 39.6%를 훨씬 상회하고 있다. 연령 별 물리치료 비용을 분석해보면 50대 이상이 68.1%이기 때문에, 75세 이상 노인 인구가 2035년에 2010년 대비 4.3배 증가하는 한국의 급격한 노령화를 고려한다면,⁶ 물리치료 진료 환자 증가율은 폭발적일 것으로 예상된다. 특히, 노화로 인한 퇴행성 질환 치료에 있어 물리치료가 이미 많은 비중을 차지하고 있으며 그 비중은 점차 증가하는 추세이다.⁷ 한 가지 흥미로운 점은 물리치료 수가는 의료 보험 지출에 많은 비중을 차지하기 때문에 그 수가 결정이 보험료 지출 실적에 미치는 영향은 적지 않다고 할 수 있는데, 이는 곧 물리치료 수가 인상이 공익 및 가입자 측에서는 부정적이지만 실제 행위자가 제외된 공급자 측에서는 긍정적인 요인임을 암시한다. 그렇다면 건정심에서 물리치료 수가를 두고 실제 행위자가 빠진 상태에서 법적 행위자인 의사만 공급자 집단에 포함되어 있을 때 진찰과 물리치료 수가 변동률을 살펴봄으로써 다음과 같은 질문에 답을 찾을 수 있을 것이다. 첫째, 물리치료는 의료법상 의사와 물리치료사 모두 실시할 수 있으나 현실적으로 물리치료사만 실시하고 있다. 법적 행위자와 실제 행위자가 일치하지 않으며, 법적 물리치료 행위자만 의사 결정에 참여할 경우 법적 행위자는 실제 행위자를 대변하는가? 둘째, 병원 수익 측면에서 의사에게 있어 진찰료는 직접적인 행위를 통한 수익이고 물리치료는 물리치료사를 통해 간접적으로 얻을 수 있는 수익이다. 건정심의 두 이익집단이 강하게 충돌하는 과정에서 공급자는 자신의 간접 이익보다 직접 이익에 집중하는가? 셋째, 노인의 경우 각종 만성질환으로 다양한 약을 복용에 따른

부작용 우려가 있어 비화학적 요법인 물리치료의 중요성이 증대되고 있다. 전체 평균 수가 증가 대비 현재 물리치료 수가는 타당한가?

II. 본론

본 연구는 건정심의 진찰 및 물리치료 수가 변동률을 통해 정책 의사 결정 시 가입자와 공급자 간 대립이 비참여 집단의 이익에 미치는 영향을 알아보고자 한다. 또한 의사 결정 과정에 있어 참여자에게 직접 이익과 간접 이익이 있을 경우, 직접, 간접, 두 가지 모두 중에 어떤 이익을 선택하는지 알아보고자 한다. 마지막으로 노인인구 급증에 따른 물리치료의 중요성이 대두되는 가운데 현재 물리치료 수가의 타당성에 대해서 알아보려고 한다.

본 연구는 건정심의 의료 수가 결정 과정에서 나타나는 갈등이 상당히 때문에 가입자 및 공익 측의 의료 수가 인하에 맞서 공급자 측에서는 자신들의 실제 행위 항목의 인상을 요구하는 반면 비 행위 항목을 인하하여 평균 인상률을 감소시킬 것으로 가정하였다.

본 연구에서는 요양급여비용 계약제가 도입되어 보건복지부장관 고시에 의한 2001년 수가와 이 후 건정심에서 결정된 수가 중 최근 개정안인 2012년 수가를 비교하였다. 건정심의 대표적인 참여 집단으로 공급자 집단에 포함된 의사, 치과의사, 한의사 집단을 선택하였고, 비참여 집단으로 물리치료사를 선정하였다. 수가에 대한 자료는 보건복지부에서 매년 고시하는 건강보험요양급여비용을 이용하였다. 건강보험요양급여비용 내 행위에 따른 상대가치점수는 크게 17장으로 구성되어 있으며, 그 내용은 다음과 같다: 1장 기본진료료, 2장 검사료, 3장 영상진단 및 방사선치료료, 4장 투약 및 조제료, 5장 주사료, 6장 마취료, 7장 이학요법료, 8장 정신요법료, 9장 처치 및 수술료 등, 10장 치과 처치수술료, 11장 조산료, 12장 보건기관의 진료수가, 13장 한방 검사료, 14장 한방 시술 및 처치료, 15장 약국 약제비, 16장 전혈 및 혈액성분제제료, 17장 입원환자 식대. 그 중 참여 집단의 직접 행위 부분으로 외래 환자 진찰료에서 초진 및 재진 진찰 수가를 선정하였고, 참여제한 집단의 직접 행위이며 의사의 간접 행위 부분으로는 이학요법료 내 기본물리치료 수가를 지표로 설정하였다. 이학요법료 내 다른 물리치료 요소들도 있었으나 비 전문가 입장에서 판단하였을 때 명확히 물리치료 항목임을 알 수 있는 기본 물리치료 항목만을 대표 지표로 사용하였다. 지표는 모두 상대가치점수로 되어 있으며, 점수가 클수록 공단에서 보다 많

은 보험료를 공급자에게 지불하게 된다.

2001년부터 2012년까지 건정심에서 결정된 수가 변동률을 살펴보면 전체 의료 수가의 평균 인상률은 23.7%였다(Table 1). 진찰료의 경우 초진 진찰료는 전체 평균 인상률과 비슷하였고 재진 진찰료는 평균보다 14% 이상 상회하는 수준이었다. 진찰행위 없이 물리치료를 할 경우 진찰료는 평균보다 낮은 2.6%의 인상률을 보였다. 보다 구체적으로 살펴보면 참여 집단 중에서도 수가 인상의 차이가 나타났다. 2001년 의사 집단의 경우 진찰료 항목이 의원과 병원으로 나누어져 있었고, 치과 의사, 한의사의 경우 진찰 항목은 의원과 병원이 한 항목으로 구성되어 있었다. 이후 2012년에는 의사의 진찰료 항목은 의과 의원, 병원, 종합병원, 상급종합병원으로 세분화되었으며, 수가 인상률은 각각 순서대로 초진이 24.1%, 37.8%, 53.2%, 68.7%, 재진이 40.6%, 58.2%, 82.8%, 107.3%로 나타났으며 행위자 별로 구분했을 때 가장 높은 인상률을 보였다. 치과 의사의 경우 치과 의원과 치과 병원으로 항목이 분할되었고, 수가 인상률은 각각 초진이 9.9%, 18.2%, 재진이 15.5%, 28.7%였다. 한의사의 경우 여전히 한의원과 한방병원은 한 항목으로 구성되어 있었고, 인상률은 0.3%로 본 연구에서 설정한 참여 집단 중 가장 낮은 인상률을 보였다.

현재 의료 수가상으로는 연속 처방 시 진찰행위가 없어도 진찰료를 청구할 수 있는데, 2001년 대비 2012년의 수가 인상률은 2.6%였다.

2001년과 비교하여 2012년에 기본 물리치료료 항목의 변화는 없는 것으로 확인되었다. 또한 초진과 재진 진찰료의 수가 인상된 반면 기본 물리치료의 수가 인상률은 -5%로 오히려 감소하는 경향을 보였다.

의료 수가 변동 분석을 토대로 앞서 제기한 세 가지 질문에 다음과 같은 답을 얻을 수 있었다. 첫째, 법적 행위자와 실제 행위자가 일치하지 않으며, 법적 물리치료 행위자만 의사 결정에 참여할 경우 법적 행위자는 실제 행위자를 대변하지 않는다. 즉, 현재 건정심에서는 물리치료 행위자 역할을 법적으로 의사 집단에서 대리할 수 있으나 실제적으로 의사 집단은 물리치료사의 행위를 대변하지 않는다는 것을 보여주고 있다. 둘째, 건정심의 두 이익집단이 강하게 충돌하는 과정에서 공급자는 자신의 간접 이익보다 직접 이익에 집중한다. 건정심의 대표적인 대립 집단으로 가입자와 공급자가 있다. 일반적으로 두 집단이 협상할 때 합의점을 찾기 위해 이익에 대한 선택과 집중이 필요하다. 본 연구에서는 각 행위자 별로 가장 기본적인 의료 행위들을 살펴보았다. 이 때 의사의 경우 공급자 집단에서 가장 많은 수가 인상을 가져간 것을 확인하였는데,

Table 1. Comparison of the 1st & 2nd medical examinations and basic physical therapy scores between 2001 and 2012 years

First categorization	Second categorization	2001 score	2012 score	2012-2001	Increase ratio (%)
Medical examination for new patient	Clinic	151.62	188.11	36.49	24.07
	Hospital	151.62	208.86	57.24	37.75
	General hospital	151.62	232.33	80.71	53.23
	Superior general hospital		255.79	255.79	
	Dental clinic	151.62	166.59	14.97	9.87
	Dental hospital	151.62	179.23	27.61	18.21
	Oriental medical clinic	151.62	152.06	0.44	0.29
Medical examination for established patient	Clinic	95.67	134.47	38.8	40.56
	Hospital	95.67	151.37	55.7	58.22
	General hospital	95.67	174.84	79.17	82.75
	Superior general hospital		198.31	198.31	
	Dental clinic	95.67	110.46	14.79	15.46
	Dental hospital	95.67	123.09	27.42	28.66
	Oriental medical clinic	95.67	95.98	0.31	0.32
Medical examination cost for physical therapy without medical checkup		47.835	49.09	1.255	2.62
Basic physical therapy cost	Superficial heat therapy	10.86	10.32	-0.54	-4.97
	Cold pack	10.86	10.32	-0.54	-4.97
	Cryotherapy	15.91	15.11	-0.8	-5.03
	Deep heat therapy	14.72	13.98	-0.74	-5.03
	UV ray irradiation	6.14	5.83	-0.31	-5.05
	Transcutaneous electrical nerve stimulation	43.99	41.79	-2.2	-5
	Massage therapy	55.16	52.4	-2.76	-5
	Simple therapeutic exercise	58.49	55.57	-2.92	-4.99
Average of 1st medical examination cost		151.62	197.57	67.61	23.9
Average of 2nd medical examination cost		95.67	141.22	59.21	37.66
Medical examination cost for physical therapy without medical checkup		47.84	49.09	1.26	2.62
Average of basic physical therapy cost		27.02	25.67	-1.35	-5.01
Average of increase rate of total medical insurance cost					23.72

의사의 법적 행위 항목 중 물리치료는 반대로 수가가 인하된 것을 확인하였다. 이러한 결과는 건정심에서 공급자는 자신의 직접 행위를 선택하고 이익을 추구한다는 것을 의미한다. 셋째, 전체 평균 수가 증가 대비 현재 물리치료 수가는 타당하지 않다. 모든 수가의 평균은 23.72%인 것에 반해 기본 물리치료의 수가 평균은 -5% 수준으로 매우 낮은 수치를 보인다. 노인 인구 및 만성질환자의 증가로 물리치료 진료 건수가 기하급수적으로 증가하는 추세와 화학적 요법의 남용에 따른 위험성으로부터 안전한 물리치료의 중요성을 비추어 봤을 때, 기본 물리치료 항목에 개선 및 발전이 없고 치료에 대한 상대적 가치가 감소한 점은 쉽게 이해되지 않는 부분이다. 이는 국내 물리치료사들이 물리치료에 대한 연구를 활발히 진행하고,⁸ 외국과 비슷한 물리치료적 전문 지식을 습득하고 있지만,⁹ 정책적

으로 보건의료계의 독자적인 전문 인력으로 인정받지 못하고 있기 때문에 불합리한 수가 책정에 저항하지 못하고 있음을 보여주는 자료일 것이다.

건정심의 수가 결정과 관련하여 단순히 공급자의 의도대로 사안이 진행되지 않기 때문에 본 연구의 분석이 공급자의 성향을 직접적으로 반영하는 자료라 할 수는 없다. 현재 건정심은 실질적으로 정부에서 임명한 공익 집단에 의해 수가 인상이 좌우되고 있다. 이는 가입자와 공급자는 자신들의 이익을 위해 서로 팽팽한 대립에서 얻을 수 있는 중간층의 이익이라 할 수 있다. 따라서 수가 결정이 공급자의 주장이 아닌 공익의 주장에 의한 결과라 할 수도 있을 것이다. 그러나 참여 집단과 비참여 집단으로 나누어 봤을 때 과도한 수가 인상률 차이는 의사 결정 그룹에 참여 여부가 정책 결정에 미치는 영향을 보

여주는 명백한 증거라 할 수 있을 것이다.

본 연구 결과는 각 이익집단들이 서로의 이득을 위해 노력하는 반면 건정심에 참여가 제한된 물리치료사의 피해를 보여주고 있다. 이는 현행 의료보험수가는 행위간 균형적이지 못하고 진료 행태를 왜곡하고 있으며, 현재 물리치료 수가는 적절하지 않다는 점을 뒷받침한다. 의료행위의 수가는 서비스를 제공하기 위해 투입되는 인적 요소와 물적 요소를 기초로 결정되는 것이 바람직하다. 인적 요소란 서비스 시간, 서비스 난이도 등의 기에 해당하는 것을 말하고, 물적 요소란 시설, 장비, 재료 등의 투입을 의미한다.¹⁰ 의료 수가는 인적 요소를 점수화하여 직접적으로 반영하는 지표이다. 모든 진찰료뿐만 아니라 실제 진찰행위 없이 환자가 곧 바로 물리치료 서비스를 받을 때 청구되는 진찰료에 대한 수가도 인상되는 반면에 기본 물리치료 수가는 인상된 항목이 없고 오히려 인하되는 상황은 건정심의 기능에 의문을 제기하게 된다. 또한 의사는 실제 의료 행위를 하지 않음에도 불구하고 이에 대한 행위적 가치가 마사지치로나 단순운동치료와 같이 높은 수준의 기술과 노동력을 요구하는 항목과 비슷하게 책정된 점은 의료 행위별 상대 가치 점수의 판단 기준의 타당성에 문제가 있음을 보여주고 있다. 이러한 행위별 상대 가치의 타당성 저하는 물리치료사의 직무 만족도와 환자의 물리치료 만족도를 저하시키는 요인으로 작용할 수 있을 것이다.^{11,12} 건정심에서 참여 집단들의 위원회 퇴장과 참여 거부 등 강력한 행위에 공익은 자신의 주도권을 잃지 않으면서 합의점을 찾는 것을 최우선으로 하여 비참여 집단의 이익을 저하시키는 방법을 택하고 있는지의 심해 볼 여지가 있다.

한의사의 진료 수가 변동률을 살펴보면 인상이 거의 되지 않았고 전체 인상률에 한참 뒤떨어지는 것을 확인할 수 있었다. 즉, 단순히 건정심에 참여한다고 해서 행위자가 이익을 취하는 것이 아니라는 것이다. 이 결과는 의협을 2인으로 하는 현행 방식이 합리적이지 않다는 주장을 뒷받침하고 있다.⁴ 결국, 이 사실은 물리치료사가 건정심 위원에 포함되더라도 현재 운영 구성 상 별다른 영향을 미치지 못 한다는 점을 지지한다. 또한 본 연구 결과는 한국 의료계가 서로의 이익이 파편화(fragmentation)되어 있음을 보여준다.¹³

본 연구의 제한점으로는 모든 수가를 분석하지 못하고 각 행위자 별로 기본적인 행위에 대한 수가를 분석했다는 점이다. 또한 각 연도별 분석이 아닌 건정심이 활동하기 직전과 현재의 의료 수가를 분석하였기 때문에 수가 변동 사항을 상세히 확인할 수는 없었다. 하지만, 본 연구 결과는 단순히 건정심에서 진찰 및 물리치료 수가 변동을 알아보는 것을 넘어 직접

행위자와 법적(간접) 행위자의 이익이 서로 공유되어 같은 이익집단으로 볼 수 있는지 확인해 볼 수 있는 자료로 활용될 수도 있을 것이라 기대된다. 물리치료사와 마찬가지로 의사의 간접이익 요소이지만 건정심의 위원에 포함된 간호사 집단을 분석하여 수가 책정에 있어 비참여 집단의 불이익을 보다 명확히 알아볼 수 있을 것으로 기대한다. 본 연구 결과가 의미하는 바는 물리치료와 관련된 새로운 제도 마련 시 집단의 이익과 관련된 의사결정 참여의 영향력이라 할 수 있다. 현재 새로운 제도의 일환으로 가정방문 물리치료와 관련하여 많은 연구들이 진행 중이다.¹⁴⁻¹⁶ 추후 연구에서는 가정방문 물리치료에서 물리치료사의 이익에 대한 면밀한 분석과 정책 결정 참여 방안을 최우선으로 다루어야 할 것이다.

III. 결론

본 연구는 건정심의 진찰 및 물리치료 수가 변동률을 통해 정책 의사 결정 시 가입자와 공급자 사이의 대립이 비참여 집단의 이익에 미치는 영향을 알아보고자 하였다. 본 연구 결과는 두 이익집단의 대립에 대한 합의점을 찾기 위해 비참여 집단의 이익의 감소가 있음을 보여주고 있다. 또한 의사결정 과정에 있어 참여자는 직접 이익과 간접 이익 중 간접이익보다는 직접 이익을 선택하고 집중하는 모습을 볼 수 있었다. 그러나 현재 건정심의 운영 구도 상 공익 집단에게 우세한 구도와 공급자 집단의 파편화로 인해 대대적인 개편이 없는 한 비참여 집단의 참여가 그 집단의 이익에 큰 효과를 가져오지는 않을 것으로 보인다. 하지만 노인인구 급증에 따른 물리치료의 중요성은 부정할 수 없는 사실이며 물리치료 행위가 단순히 행위에서 끝날 것인지 아니면 실제 치료적 효과를 가져올 것인지는 현재 물리치료 수가를 통해 결정될 것이다.

참고문헌

1. Howlett M, Ramesh M, Perl A. Studying public policy: policy cycles & policy subsystems. 3rd ed. New York, Oxford University Press, 2009:69-72.
2. Kim JY. Role and influence of medical association on the revision of health care law: focused on the policy of the separation of dispensary from medical practice. Seoul National University. Dissertation of Master's Degree. 2009.
3. Shin SC. Problems and solutions for Korean medical fee contract system. Korean J Health Policy Admin. 2009;19(1):1-30.
4. Lee TS. Health Insurance Policy Deliberation Committee, should we leave as it is? - Destruction of private-public cooperation in Ministry for Health, Welfare and Family Affairs. Welfare Trend.

- 2010;3(1):41-6.
5. Kim SO, Han JT. 153% increase of the number of physical therapy in 2008 than in 2005 years. Seoul, National Health Insurance Corporation, 2010:1-16.
 6. Statistics Korea. Future population projection: 2010~2035 years, Statistics Korea, 2012:1-71.
 7. Yoon CG, Lee MH, Bae SS. Occurrence of physical therapy treatment in the management of patients with degenerative joint disease. *Korean Soc Phys Med.* 2008;3(4):301-7.
 8. Kim HJ. Research trends in physical therapy - focused on the journal of Korean society of physical therapy. *J Korean Soc Phys Ther.* 2002;14(2):207-13.
 9. Kim K, Park ES, Cho YH et al. A study on the development of standard curriculum for physical therapy in Korea. *J Korean Soc Phys Ther.* 2006;18(6):23-32.
 10. Kim HS, Shim JM, Park SS et al. The research of Korea physical therapy charge. *Korean Soc Phys Med.* 2010;5(2):173-82.
 11. Shim JH, Yoon TH. Analysis of factors that influence the job satisfaction of physical therapists. *J Korean Soc Phys Ther.* 2011; 23(1):67-75.
 12. Bang SB, Lee YS. Comparison of the perception of service quality between patients and physical therapists. *Phys Ther Korea.* 2010;17(2):75-83.
 13. Kingdon JW. *Agendas, alternatives, and public policies.* 2nd ed. New York, Longman, 2011:118-9.
 14. Park SK, Ji HY, Heo JW. Effects of home visiting physical therapy on activities of daily living and function in disabled persons living at home. *J Korean Soc Phys Ther.* 2011;23(2):61-8.
 15. Hwang BY, Han SD, Lee EJ. Effects of home visiting physical therapy on motor function and ADL in the persons with chronic stroke. *J Korean Soc Phys Ther.* 2003;15(4):319-30.
 16. Han DW, Moon TH, Lee EM et al. Development of the system for home visiting physical therapy. *J Korean Soc Phys Ther.* 2005;17(1):1-26.