의약분업 실시가 일부 농촌 지역 보건지소 이용에 미친 영향

연세대학교 보건대학원
병원행정학과
정 원 석

의약분업 실시가 일부 농촌 지역 보건지소 이용에 미친 영향

지도 유 승 흠 교수

이 논문을 보건학석사 학위논문으로 제출함

2001 년 6 월 일

연세대학교 보건대학원

병원행정학과

정 원 석

정원석의 보건학석사 학위논문을 인준함

심사위원_____인

심사위원_____인

심사위원_____인

연세대학교 보건대학원

2001 년 6 월 일

감사의 말씀

보건대학원 입학 이후 이 논문이 완성되기까지 지도해 주신 유승흠 교수님께 감사드립니다. 그리고, 흉부외과 전문의로서 보건대학원을 무사히 마칠 수 있도록 격려해 주시고 도움을 주신 흉부외과 이두연 주임교수님과 바쁘신 중에도 언제나 흔쾌히 시간을 내 주시고 세심한 지도를 해주신 엄영진 보건복지부 사회복지 정책실장님께 감사드립니다.

강원도 정선에서 장작 패고 불 때는 방법을 가르쳐주시며 지역사회 의료에 대해서 애정을 갖게 해 주신 연세대학교 의과대학·간호대학 연합 진료팀 선배님들과 충북 청원, 경북 울진, 충남 안면도, 경북 봉화에서 항상 저를 믿고 따라주었던 모든 후배들에게 감사드립니다.

논문의 주제를 정하는데 도움을 주신 연세대학교 간호학과 박사과정 유미애 선생님께 감사 드리고, 준비과정에서 많은 도움을 주신 노춘희 세브란스병원 보험심사계장님과 수술실 이윤아 선생님, 의료법윤리학과 전효숙 선생님께 감사드립니다

이 논문이 나올 수 있도록 큰 배려를 해주신 김진백 평창군 보건의료원장님과 많은 관심을 보여주셨던 보건의료원과 산하 보건지소, 보건진료소의 여러 직원들께 감사드립니다. 특히 바쁘신 중에도 자료 수집을 도와주신 진부, 미탄, 봉평 보건지소의 김용훈, 박세염, 서호준 소장님과 직원 여러분들께 감사드립니다. 그리고, 예쁜 지도를 만들어주신 평창군 보건의료원 라기항 응급실장님과 방림 보건지소 김성준 소장님께 감사드립니다. 또한, 항상 옆에서 여러 면으로 도와주신 이승훈, 윤용로 선생님을 비롯한 평창군 공중보건의사 선생님들께 감사드립니다.

방대한 자료를 입력해 준 아름답고 사랑스런 조카 연경에게도 고마운 마음을 표합니다. 그리고, 컴퓨터 실습실에서 이 논문을 작성할 수 있도록 오랜 기간 동안 도움을 주시고 조언을 해 주신 보건대학원 정혜영 선생님께 감사드립니다.

논문을 아름답게 정리해주신 시티은행 김현영 부장님께 감사드립니다. 그리고, 제작 과정에 도움을 주신 연세대학교 심리학과 신수진 선생님께 감사드립니다.

논문 마무리를 도와주신 제희 누나께 감사합니다.

의예과 입학 이후 어렵고 힘든 일이 있을 때마다 항상 힘이 되어 주시고 부족한 제게 오늘이 있게 해 주신 담임반 선생님, 의과대학 교무부장 김동익 선생님과 저를 믿어주셨던 담임반 식구들에게 감사드립니다.

남들과 다른 길을 가고자 할 때 허락해 주신 부모님께 감사드립니다.

마지막으로, 지금 이 순간에도 편견과 오해 속에 삼천리 방방곡곡에서 농, 어촌 지역 주민들의 건강을 지키고 있는 대한민국 공중보건의사 선생님들 앞에 제 논문을 드립니다.

차 례

국문요약 ····· i
Ⅰ. 서론 ·····1
1. 연구의 필요성·····1
2. 연구 목적·····3
3. 이론적 배경·····4
Ⅱ. 연구방법 ·····9
1. 분석 자료·····9
2. 분석 대상 지역 ·····10
3. 분석 방법·····13
4. 연구의 틀·····14
Ⅲ. 결과 ·····15
1. 내원 환자들의 일반적 특성·····15
2. 의약분업 실시를 전후한 기간의 환자 변화·····17
Ⅳ. 고찰 ·····27
Ⅴ. 결론 ·····33
참고문헌 ·····35
부록 ·····39
영문초록 ·····42

표 차 례

표 1. 평창군 지역의 읍, 면별 의원 및 약국 수 ····· 11
표 2. 지역별 보건지소 내원 횟수 ····· 16
표 3. 보건지소별 내원 환자수의 변화 ····· 17
표 4. 내원 환자들의 평균 연령 비교 ····· 19
표 5. 내원 환자들의 평균 투약일수 비교 ····· 20
표 6. 내원 환자들의 성 비교 ····· 21
표 7. 보건지소까지의 거리에 환자수의 변화 ····· 22
표 8. 질환에 따른 환자수의 변화 ····· 24
표 9. 의료보장 형태에 따른 환자수의 변화 ····· 26
표 10. 질환별 평균 투약일수 변화 ····· 39
표 11. 보험 및 보호에 따른 환자수의 변화 ····· 40
표 12. 연령대별 환자수 ····· 41

그 림 차 례

그림 1. 평창군 지역의 읍, 면별 위치 ····· 12
그림 2. 연구의 틀 ····· 14
그림 3. 1인당 연간 방문횟수의 변화 ····· 18
그림 4. 질환에 따른 환자수의 변화 ····· 23

국문 요약

이 연구는 의약분업을 전후한 농, 어촌 지역의 보건지소 이용도의 변화와 이러한 변화를 가져온 환자들의 특성을 조사하기 위해서, 강원도 평창군 내의 3개 보건지소(의원과 약국이 있는 의약분업 실시지역, 의원과 약국이 없는 의약분업 예외지역, 의원과 약국이 있지만 의약분업에서 제외된 지역)를 대상으로 조사분석 하였다. 의원과 약국이 없는 예외지역은 군청소재지와 인접하고 있으며, 군청소재지는 의약분업이 실시된 지역이다. 의약분업 실시 이전인 2000년 1월과 2월 및 의약분업 실시 이후인 2001년 1월과 2월의 보건지소 환자 내원 자료를 조사하여 분석한 주요 결과는 다음과 같다.

의약분업을 실시한 지역에서는 환자수가 65% 감소하였고, 의원 및 약국이 없고 인접지역이 의약분업 실시지역인 의약분업 예외지역에서는 환자수가 76% 증가하였으며, 의원과 약국이 있는 제외지역의 보건지소를 내원한 환자수는 11% 감소하였다.

의약분업을 실시한 지역에서는 평균 투약일수가 두 배 증가하였고, 다른 지역은 크게 변하지 않았으나 본인 부담금 상승에 따른 영향을 받았다.

의약분업이 실시된 지역의 보건지소는 환자수가 급감하였는데, 특히 계속 약을 복용해야 하는 만성 질환자와 본인이 비용의 일부를 부담하는 의료보험 대상자들이 큰 폭으로 감소하였다. 반면, 의약분업 예외지역의 보건지소는 인접지역의 의약분업 실시에 크게 영향을 받아서 환자수가

급격히 증가하였는데, 이것은 의약분업 실시지역으로 가던 환자들이 예외지역 보건지소를 이용했기 때문이다.

반면, 의원과 약국이 있는 제외지역에서는 다른 지역 의약분업 실시에 대한 영향을 적게 받았다.

이상의 결과를 종합해보면, 의약분업 실시와 관련한 환자들의 이용도의 변화는, 보건지소를 이용할 때에 본인이 부담하는 비용의 다과에 많은 영향을 받았다고 할 수 있으며, 환자들이 겪게 된 상대적 불편함에도 영향을 받은 것으로 풀이된다.

이 연구는 측정 가능했던 변수가 제한되어 있고 농촌 지역 주민 의료이용도의 모든 변화를 파악할 수 없었다는 제한점이 있다. 따라서, 의약분업을 전후한 기간의 의료 이용 변화에 대한 다양한 연구가 뒤따라야 할 것으로 생각된다.

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 필요성

의약품의 오, 남용 예방, 의약품의 적정사용으로 약제비 등 절감, 환자의 알권리 및 의약서비스의 수준 향상, 제약산업의 발전 및 의약품 유통구조의 정상화라는 취지 하에, 의사들의 반대와 많은 국민들의 우려와 걱정 속에, 2000 년 7 월 1 일부터 의약분업이 시행되었다.

의약분업에는 병, 의원 뿐 만 아니라 보건기관도 포함되었다. 보건소의 업무 중 지역주민에 대한 외래진료업무는 해당 지역 의료기관과의 경쟁관계 등을 고려하여 의약분업 대상에 포함토록 하였고, 예방업무 및 방문진료 등 공공 보건의료 사업은 의약분업 실시 이전과 같이 수행하게 되었다. 보건지소는 그 주된 기능이 의료기관으로서의 역할보다는 공공보건사업의 수행이라는 점과 설치지역의 실정 및 업무의 통일성을 기하기 위하여 의약분업 대상기관에서 예외로 하되, 도시화 지역과 같이 의료기관의 분포가 충분한 지역의 보건지소는 보건복지부 장관이 정하여 보건소와 마찬가지로 의약분업 대상에 포함되었다(보건복지부, 2000).

의료기관 또는 약국이 없는 지역은 현실적으로 의약분업이 불가능하기 때문에 읍, 면의 행정구역을 기본단위로 의약분업 대상에서 예외로 하였다. 행정구역별 의료기관과 약국의 분포 현황을 조사하여 시장, 군수가 필요하다고 인정하는 경우 보건복지부 장관의 승인을 받아 별도로

예외지역을 인정하도록 하였으나, 의료기관과 약국이 있는 읍, 면 지역 중에도 일부 지역은 예외지역으로 지정되었다.

의약분업이 실시된 지역에서는 환자들의 의료 이용에 많은 변화가 있을 것으로 예상된다. 민간 의료기관이 많지 않은 우리나라 농촌의 현실을 감안하면, 보건지소 이용에도 상당한 변화가 있을 것으로 생각된다. 의약분업이 실시된 지역에서는 본인 부담금이 상당히 증가하였고 환자들이 느끼는 편리함도 많이 줄었기 때문에 환자들의 이용이 줄어들 것으로 예상된다. 그리고, 농촌 지역의 특성상, 군청 소재지 등에 장보러 나오는 날 진료를 받는 환자들이 많은 것을 감안하면, 군 내의 다른 지역이 의약분업이 실시된 영향도 받았을 것이라고 생각된다. 그리고, 의약분업 실시지역 선정을 둘러싼 문제점도 발생되고 있다.

따라서, 의약분업 실시 이후에 이들 실시지역과 예외지역에 대한 조사 및 연구가 필요하며 이를 바탕으로 실시지역의 조정, 대상 기관의 조정, 제도적 보완 등이 필요할 것이라고 사료된다. 이러한 필요성에 의해서 이번 연구를 시작하게 되었다. 우선, 자료 입수 및 환자들의 추적 관찰이 용이한 보건기관을 대상으로 하여 연구를 진행하게 되었다. 민간 의료기관인 의원은 진료과목이나 인력 구성 등에 있어서 서로 차이가 있기 때문이다. 모든 보건소는 의약분업 대상 기관이고 보건진료소는 대체적으로 의원이나 약국이 없는 오지에 위치하는 반면, 보건지소는 의원과 약국이 있는 곳에 있는 경우도 있고 그렇지 않은 곳에 있는 경우도 많으며 규모와 인력, 행정체계 등이 서로 비슷하기 때문에, 비교, 분석하는데 적합할 것으로 생각되었다.

2. 연구목적

이 연구는, 의약분업 실시 대상 보건지소와 예외 보건지소의 환자 이용도의 변화를 비교, 분석하고 환자 이용도의 변화와 관련된 요인이 무엇인지를 규명하고자 하며, 구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

첫째, 의약분업 실시를 전후한 기간에, 의약분업 실시 대상 보건지소와 예외 보건지소를 내원한 환자 수에 차이가 있는지를 비교, 분석한다.

둘째, 보건지소 방문과 관련된 요인으로서, 개인 속성 요인, 이용 가능 요인, 의료 필요 요인 등에 따른 각 지소별 내원 환자 수의 증감 내용을 분석한다.

셋째, 의약분업 실시 보건지소와 예외 보건지소, 제외 보건지소에 있어서, 위의 요인들에 의한 차이를 비교 분석한다.

3. 이론적 배경

의료제도의 변화가 있을 때마다 국민들의 의료 이용과 의료기관의 진료 형태에 많은 변화가 있었다. 1970 년대 이후, 의료 제도의 큰 변화를 살펴보면, 1977 년 직장의료보험 실시를 시작으로, 1979 년 공교의료보험 실시, 1989 년 전국민의료보험 실시와 의료전달체계 실시를 들 수 있다. 이 시기들을 전후한 기간의 의료 이용의 변화를 살펴보는 것이, 현재 의약분업 실시를 전후한 기간의 의료 이용의 변화를 연구하는데 도움이 되리라 생각한다.

의료보험이 실시된 이후에 발표된 많은 논문들(김기순 등, 1979; 김일순 등, 1980; 서일, 1981; 유승흠 등, 1981; 유승흠 등, 1988; 최재준, 1991; 배상수, 1992; 송재근, 1996)에서, 보험 가입자들의 의료 이용이 증가하는 결과를 보였다.

기존 연구들에 의하면 의료 이용의 가장 중요한 결정 요인은 급만성 이환이고, 그 외에 소득수준, 의료보장 등 사회 경제적인 요인이 유의한 결정 요인이다(배상수, 1985; 유승흠 등, 1988). 유승흠 등(1988)의 연구에서는 지역의료보험 실시 이후 지리적 접근도와 같은 의료 이용의 편의성이 큰 영향을 미쳤다고 하였고, 의사를 방문하는 의료 이용에는 경제적 요인이 크게 작용하는 것으로 나타났다. 특히 만성 이환에서 영향이 큰 것으로 나왔다. 그리고, 경제적 요인은 의원이 아닌 다른 기관을 방문하는데도 영향을 미쳤다. 김기순 등(1979)의 연구에서는 의료보험

도입으로 의사를 방문한 경우는 증가하였지만, 약국 방문 횟수는 감소한 결과를 나타내었고, 김일순 등(1980)의 연구에서는 병, 의원 외래 이용 증가가 의무실 이용 증가보다 더 급격하게 나타났다.

의료보험 실시 이후 모든 계층에서 보건기관보다 일반 병, 의원을 선호하였으나, 상대적으로 고소득층의 병, 의원 이용이 더욱 증가하였다(박경숙 등, 1990). 지역의료보험의 적용은 농촌 지역 주민들의 일반 병, 의원 이용에 대한 경제적 장벽을 낮추어 진료비가 저렴하다는 보건기관의 장점을 상쇄시킴에 따라 지역 주민들의 보건기관 이용이 병, 의원 이용에 비하여 상대적으로 작게 증가되었다(최재준, 1991). 특히, 만성 상병에 의한 보건기관 이용이 많이 증가한 양상을 보였다. 만성 질환은 치료를 받는다 하더라도 쉽게 완치되지 않아 지속적인 치료를 받아야 하기 때문에 의료보험의 적용을 받게 된 후에도 지리적으로 가까이 있고 진료비가 적게 드는 보건기관을 보다 많이 이용하기 때문이라고 하였다.

외국의 경우도, 의료보험 가입여부는 의사 이용도에 직접적인 영향을 끼치는 주요 인자가 되며(Wan 등, 1974), 1948 년 영국에서 전면적인 의료보장제도(National Health Service)가 도입되기 전과 도입된 후의 의사 방문율이 성, 연령에 따라 최저 4.8%에서 최고 22.7%까기 증가하였는데 의료보장제도가 의료 이용의 경제적 장벽을 제거함으로써 저소득층의 의료충족도에 크게 기여하였다(Stewart 등, 1961). 캐나다에서도 의료보험의 실시로 인하여, 저소득층의 의료 이용이 증가되었다(Enterline 등, 1973).

즉, 새로운 제도가 도입되면 의료 이용에 변화가 오는데, 환자들의

경제적 부담이 작아지면 의료 이용은 증가하는 양상을 보였다. 그리고, 지리적 접근도와 의료 이용의 편의성도 영향을 미치는 것으로 보고되었다. 그런데, 의약분업이 시행되면서 국민들의 비용은 증가하고(지영건, 2000) 편의성은 감소하여(윤지현, 2000; 윤혜설 등, 2000), 의료 이용에 변화가 올 것으로 예상된다.

농촌 지역에서는 의원 및 약국 뿐만 아니라, 보건지소도 의약분업의 대상이 되었다. 실질적으로 농촌 지역에는 의원 및 약국의 수가 많지 않으므로 1개 읍, 면 당 1개소씩 설치되어 있는 보건지소가 농촌 의료에 있어서 상당히 중요한 역할을 차지하고 있고, 의약분업에도 큰 영향을 받았을 것으로 예상된다.

보건지소는 방문하는 환자의 일차진료와 지역 단위에서 시도되는 다양한 종류의 보건사업을 실행하고 있으며, 국민 보건 향상을 위해서는 지역사회 내의 환자 개개인의 질병치료는 물론, 그 지역사회 전체의 질병 상태에 대한 실태 파악과 종합적인 관리 대책이 요구되고 있는 상황 속에서 그 중요성이 강조되고 있다.

그러나, 그 동안의 연구에서 농, 어촌 지역의 보건의료기관들은 주민들의 낮은 신뢰도(한국인구보건연구원, 1987), 공중보건의사의 임상적, 사회적 경험부족(송건용 등, 1983), 제공되는 서비스의 질면에서 전문성 부족(김진삼 등, 1994) 치료 내용의 제한(손석준, 1994), 시설 및 장비의 부족(손석준 등, 1999) 등이 지적되었으나, 일반 병, 의원에 비해서 진료비가 저렴하고 지리적 접근이 용이하다는 점이 장점으로 인정되었다(장병일, 1984; 강종두, 1990; 최재준, 1991). 이 중에서 공보의들의 임상 경험 부족과 전문성 부족에 대한 문제는 과거의 이야기가 되고 있다.

농, 어촌 지역의 민간 의료기관과 비교하면, 오히려 보건소와 보건지소에 근무하는 의사 중에 전문의의 백분율이 훨씬 높으며, 대부분 이들은 대학병원에서 수련 받으며 수년간의 전문적인 임상 경험을 쌓은 의사들이다. 그리고, 전체 공중보건의사 중에서 전문의가 차지하는 백분율은 일반의와 인턴 수료자를 합한 숫자의 두 배에 이른다(보건복지부, 2000).

단지, 아직까지 의료 시설이나 의료 인력의 기능 구분이 정립 되어 있지 않고 효율적인 전달체계를 갖추지 못한 문제점이 있다(위자형, 1995). 따라서, 인력의 전문성 부족을 문제점으로 강조하기 보다는, 보건의료원의 설립 등 보건의료자원의 불균형 해소와 주민들의 의료 이용에 있어서 효율성을 높이는 방안이 강구되어야 할 것이다(김수경 등, 1992). 그리고, 실적 위주의 행정에서 벗어나, 실질적이고 포괄적인 보건사업을 수행해야 할 것이다.

의약분업 실시 이전에는 보건지소의 본인 부담금이 의원에 비해서 상당히 저렴했고 많은 질환에 있어서 약국을 이용할 때 보다도 비용이 적게 들었는데, 의약분업이 시행된 지역에서는 환자들의 본인 부담금이 상당히 증가하여 이용이 줄었을 것으로 예상된다. 그리고, 보건지소의 장점이었던 접근도면에서도, 보건지소와 약국을 동시에 방문해야 하기 때문에 이용이 감소되었을 것으로 생각된다.

이런 점에서 농, 어촌 지역에서의 의약분업 실시가 지역 주민들의 의료기관이나 보건기관 이용에 미친 영향에 대한 연구가 필요한 상태이나, 아직까지 이에 대한 연구는 활발히 진행되지 않고 있다.

의료 이용에 관한 연구 결과는 중요한 의사 결정 자료로 활용될 수

있는데, 특히 지역사회의 의료 수요나 공급에 대한 정보는 보건의료 자원 배분에 중요한 기준을 제공할 수 있다(진기남 등, 1999; 주경식, 1995). 현재처럼 중요한 보건의료 발전 과정의 과도기적인 시점에서, 한 농촌 지역 주민들의 보건지소 이용도를 비교하는 것이 의약분업 실시가 농, 어촌 지역의 보건 의료에 미치는 영향을 파악하는 계기가 되고 참고 자료가 되길 바라며 이 연구를 시작하였다.

Ⅱ. 연구 방법

1. 분석 자료

이번 연구는 강원도 평창군에 있는 7개 보건지소 중에 3개 지소를 대상으로 하였다. 의약분업 실시지역(이하 실시지역이라 함)인 진부면, 의약분업 예외지역(이하 예외지역이라 함)인 미탄면, 정부가 발표한 기준에 따르면 실시되어야 하지만 의약분업에서 제외되어 실시 예외지역(이하 제외지역이라 함)으로 지정된 봉평면에 위치한 보건지소들을 대상으로 하였다. 의약분업 실시 이전인 2000년 1월과 2월, 실시 이후인 2001년 1월과 2월의 각 보건지소를 방문해서 진료를 받았던 환자들의 진료기록을 바탕으로 연구를 진행하였다.

2. 분석 대상 지역

이번 연구의 대상 지역은 강원도 평창군으로서, 면적 1,463.64㎢, 인구 48,066명(1999년 현재), 인구밀도 33.4명/㎢인 농촌 지역이다. 전체 인구 중 남자가 24,456명, 여자 23,610명으로 남자가 50.9%이고 여자가 49.1%를 차지하는데, 8개 읍, 면에서 거의 일정한 백분율을 보인다. 평창군 지역은 인구의 변화가 심하지 않은 농촌으로서, 연구 대상 기간 중에 인구나 경제적 여건 등에는 큰 변화가 없었다.

이 지역의 의료기관 현황을 살펴보면, 1989년 10월에 2차 의료기관인 보건의료원이 개원 되어서 내과, 외과, 산부인과, 소아과, 정형외과, 이비인후과, 마취과, 응급실 등을 운영하고 있으나, 응급수술을 요하는 환자 발생가 발생하면 원주, 강릉 등의 인근 도시를 이용해야 하는 상태이다. 평창군에는 7개소의 보건지소와 16개소의 보건진료소가 있다. 현재, 평창군의 8개 읍, 면에는 11개소의 의원과 23개소의 약국이 존재한다(평창군, 2001). 이것을 정리하면 표 1.과 같다.

평창군에 있는 8개 읍, 면 중에서 평창읍과 진부면만이 의약분업을 실시하고 있는 지역이고 나머지 6개면은 실시하지 않는 지역이다. 8개의 지역 중에서 진부면, 미탄면, 봉평면을 연구 지역으로 선정하였다. 미탄면은 표 1.에서와 같이 의원과 약국이 각각 1곳도 없는 의약분업 예외지역(예외지역)인데 비해서, 봉평면의 경우는 의원이 1곳, 약국이 2곳이 있으므로 의약분업을 실시하여야 하나, 의약분업 예외지역으로 지정된 지역(제외지역)이다. 그림 1.에서 보는 것과 같이, 미탄면은 군청 소재지이며 의약분업 실시지역인 평창읍과 인접하고 있다. 반면, 봉

평면은 의약분업 실시지역인 진부면이나 평창읍까지는 상당히 떨어져 있고, 버스를 용평면에서 바꿔 타야 갈 수 있는 상대적으로 고립된 지역이다.

65 세 이상의 인구는 5,896 명으로 전체 인구 중의 12.3%를 차지하는데, 진부면은 9.0%, 봉평면은 10.8%, 미탄면은 12.7%의 인구가 65 세 이상이다. 우리나라의 여러 시, 군, 구 보건소에서 65 세 이상 환자에게 본인 부담금을 받지 않고 있는 곳도 있으나, 평창군의 경우는 보건의료원과 보건지소에서는 본인 부담금을 받는다.

표 1. 평창군 지역의 읍, 면 별 의원과 약국의 수

읍, 면 명칭	의약분업 실시 여부	의원 수	약국 수	인구
평창읍	실시	3	7	10,366
미탄면*	예외	0	0	2,367
방림면	예외	0	0	2,876
대화면	제외	2	3	6,793
봉평면*	제외	1	2	4,794
용평면	예외	0	1	3,256
진부면*	실시	3	6	11,066
도암면	제외	2	4	6,548

*이 논문의 연구 대상 지역

실시지역 : 의원과 약국이 있는 의약분업 시행 대상 지역

예외지역 : 의원과 약국이 없어서 의약분업을 실시할 수 없는 지역

제외지역 : 의원과 약국이 있는데도 의약분업이 시행되지 않는 지역

그림 1. 평창군 지역의 읍,면 별 위치

3. 분석 방법

이 연구에서는 보건지소 방문자의 의료 이용에 관한 요인들에 대해 Andersen 모형을 토대로 연구하였다. Anderson 등(1968)이 제시한 이론적 모형이 지금까지 가장 보편적으로 활용되고 있는데, 의료 이용과 관련된 요인들을 크게 개인 속성 요인, 이용 가능 요인, 의료 필요 요인 등 3가지로 구분하였다. 이 연구에서는 개인 속성 요인으로 성별과 연령이 포함되고, 이용 가능 요인으로 의료보장 형태, 보건지소까지의 거리가 포함되며, 의료 필요 요인으로 질환의 급성 및 만성 여부가 포함되었다.

의료 이용도를 의약분업 실시여부에 따라 교차분석표를 작성하였다.

의약분업 실시 전후의 각 지소별 내원 환자수의 증감폭과 증감률 비교하였다.

보건지소별로 위에서 열거한 요인들과 의약분업 실시 여부와의 연관성은 t-test 및 χ^2-test로 검증하였다.

내원 환자들의 특성 변화를 자세히 살피기 위해서 χ^2-test와 분산분석을 시행하였다.

통계는 SAS 8.1 프로그램을 사용하였다.

4. 연구의 틀

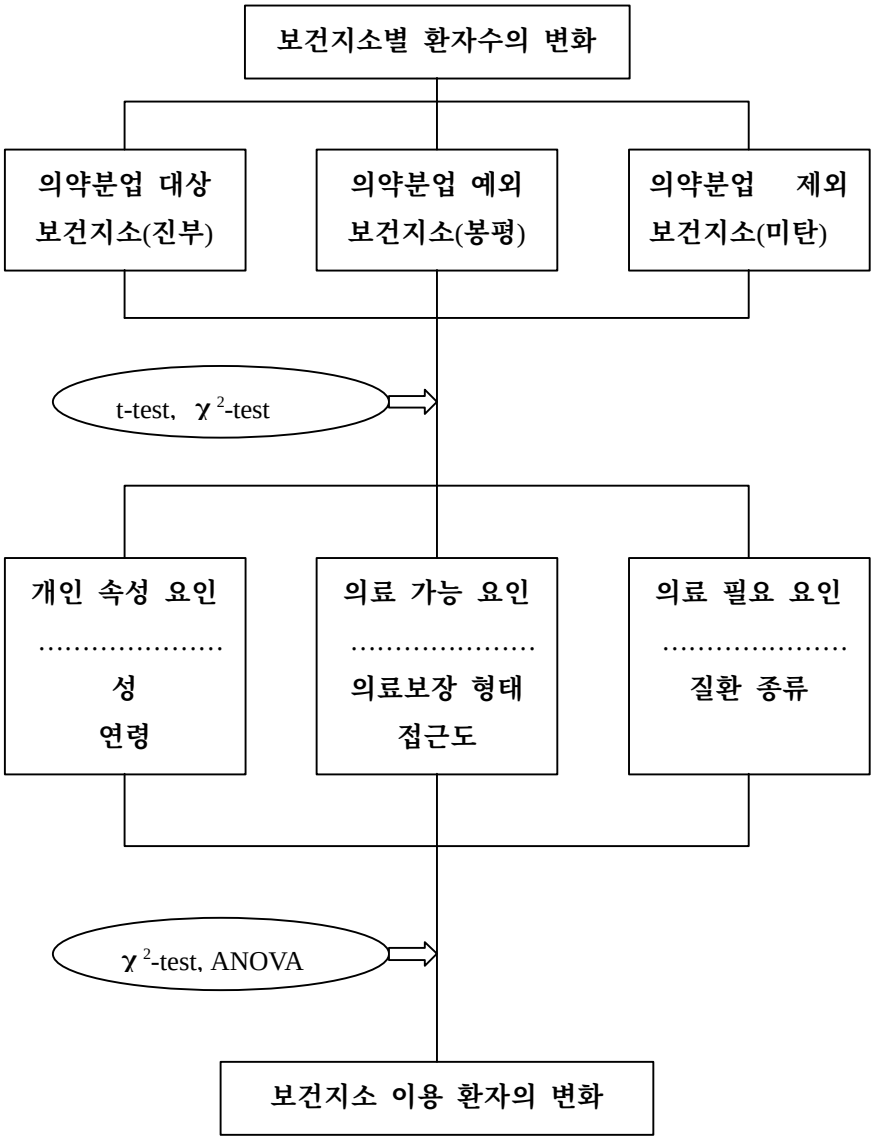

그림 2. 연구의 틀

Ⅲ. 결 과

1. 내원 환자들의 일반적 특성

의약분업이 시행되기 이전인 2000 년 1 월과 2 월, 시행된 이후인 2001 년 1 월과 2 월에 평창군 관내의 3 개 보건지소(진부 보건지소, 봉평 보건지소, 미탄 보건지소)에 환자들이 내원한 횟수(이하, 편의상 내원 환자수라고 한다.)는 모두 9,951 회였다. 지소별로는 의약분업을 실시한 지역의 진부 보건지소에 4,335 명, 예외지역의 미탄 보건지소에 3,018 명, 제외지역의 봉평 보건지소에 2,598 명이 내원하였다. 진부면의 인구는 11,066 명인데, 분석 기간인 4 개월 동안 4,335 명이 내원하였고, 미탄면의 인구는 2,367 명인데 3,018 명이 내원하였으며, 봉평면의 인구는 4,794 명인데 2,598 명이 내원하였다. 이상의 내용을 정리해 보면, 표 2. 와 같다.

3 개 지역 보건지소를 4 개월간 내원한 환자들의 평균 나이는 61.13 세였고 표준 편차는 15.42 였으며, 여자가 6,313 명으로 남자보다 많았는데, 이는 63.4%에 해당된다.

질환별로는 감기 등의 급성 질환군(이하 급성군이라 표시함)은 45.0%였고, 매일 약을 복용해야 되는 고혈압 환자들과 당뇨 환자들이 포함된 만성 질환군(이하 만성군이라 표시함)이 48.2%였으며, 만성 관절염이나 만성 위염 등의 간헐적으로 의료기관을 찾고 약을 가끔씩 복용하는 기타 질환군(이하 기타군이라 표시함)이 6.8%였다.

의료보장 형태로는 의료보험 환자(88.1%), 1, 2종 의료보호 환자(11.6%), 일반환자(0.4%) 순이었다.

표 2. 지역별 보건지소 내원 횟수

인구	전체 인구	내원 환자	의원수	1인당 연간 방문횟수
진부 (실시)	11066	4335	3	1.17
봉평 (제외)	4794	2598	1	1.62
미탄 (예외)	2367	3018	0	3.83

'내원 환자'는 4개월간 보건지소를 방문한 환자들의 총 내원 횟수임.

의원수에는 보건지소가 포함되지 않음.

1인당 연간 방문횟수는 4개월간 보건지소를 방문한 횟수에 3을 곱한 뒤에 인구로 나눈 값임.

2. 의약분업 실시를 전후한 기간의 환자 변화

2000 년 1, 2 월과 2001 년 1, 2 월의 각 지소별로 환자수의 변화를 정리해 보면, 표 3.과 같고 그림으로 나타내면 그림 3.과 같다. 의약분업을 실시한 진부 보건지소의 경우, 3,216 명에서 1,119 명으로 2,097 명이 감소하였고, 의원과 약국이 있지만 의약분업에서 제외된 봉평 보건지소의 경우는 1,376 명에서 1,222 명으로 154 명 감소하였다. 그러나, 의원과 약국이 없어서 의약분업 예외기관으로 지정된 미탄 보건지소의 경우는 1,095 명이던 환자가 1,923 명으로 828 명 증가하였다.

표 3. 보건지소별 내원 환자수의 변화

지역	진부	봉평	미탄
2000	3216	1376	1095
1 인당 연간 방문횟수	(1.74)	(1.72)	(2.78)
2001	1119	1222	1923
1 인당 연간 방문횟수	(0.61)	(1.53)	(4.87)
증감폭	-2097	-154	+828
증감률(%)	-65.2	-11.2	+75.6

1 인당 연간 방문횟수는 2 개월간 보건지소를 방문한 횟수에 6 을 곱한뒤에 각 지역의 인구로 나눈 값임

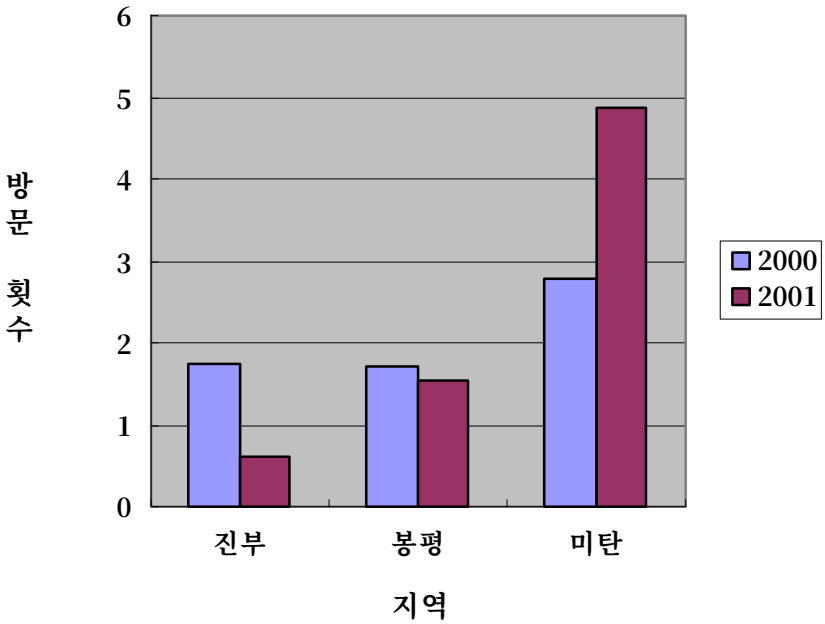

그림 3. 1인당 연간 방문횟수의 변화

내원 환자들의 평균 연령을 각 지소별로 정리해 보면 표 4.와 같다. 진부면의 경우는 2000 년에 61.13 세와 2001 년에 60.10 세로 별 차이가 없었다. 그리고, 미탄면의 경우도 58.52 세와 57.82 세로 별 차이가 없었다. 그러나, 봉평면의 경우는 2000 년에 52.73 세였던 것이 2001 년에는 59.05 세로 증가하였는데, 통계학적으로 유의하였다.

표 4. 내원 환자들의 평균 연령 비교

지역	2000	2001	t 값
진부(실시)	61.13±15.43	60.10±18.21	1.68
봉평(제외)	52.73±21.86	59.05±16.67	-8.34 *
미탄(예외)	58.52±17.42	57.82±18.91	1.04

* P<0.0001

내원 환자들의 평균 투약일수의 변화를 각 지소별로 정리해 보면 표 5.와 같다. 의약분업이 실시된 진부면의 경우는 평균 6.84 일에서 13.30 일로 두 배 가까이 증가하였고, 의약분업 제외지역인 봉평면의 경우는 6.05 일에서 6.68 일로 증가하였다. 그리고, 예외지역인 미탄면의 경우는 6.67 일에서 5.91 일로 감소하였다. 세 지역 모두 통계학적으로 유의한 차이를 보였다.

표 5. 내원 환자들의 평균 투약일수 비교

지역	2000	2001	t 값
진부(실시)	6.84±1.80	13.30±11.73	-19.64 *
봉평(제외)	6.05±3.56	6.68±2.15	-5.55 *
미탄(예외)	6.67±3.27	5.91±2.67	6.55 *

* P<0.0001

내원 환자들의 성비의 변화를 살펴보면, 표 6.과 같이 별 차이가 없었다. 진부면의 경우는 남자 환자와 여자 환자의 비가 33.0 대 67.0 였던 것이 35.3 대 64.7 로 변화하였고, 봉평면은 38.5 대 61.5 였던 것이 42.2 대 57.8 로 변화하였으며, 미탄면은 35.7 대 64.3 이었던 것이 38.5 대 61.5 로 변화하였으나 이들 변화는 통계학적으로 유의하지는 않았다.

표 6. 성별 환자수 변화

지역	시기	남	여	계	χ^2값
진부	2000	1060	2156	3216	
(실시)		(33.0)	(67.0)	(100.0)	
					2.037
	2001	395	724	1119	
		(35.3)	(64.7)	(100.0)	
봉평	2000	530	846	1376	
(제외)		(38.5)	(61.5)	(100.0)	
					3.701
	2001	516	706	1222	
		(42.2)	(57.8)	(100.0)	
미탄	2000	391	704	1095	
(예외)		(35.7)	(64.3)	(100.0)	
					2.327
	2001	737	1177	1914	
		(38.5)	(61.5)	(100.0)	

내원 환자들의 접근도를 나타내는 주소지에 따른 환자수의 변화를 살펴보면 표 7.과 같다. 진부면의 경우는 중심지역의 환자수가 차지하는 백분율은 줄고, 외곽지역에 거주하는 환자들의 백분율은 늘었다. 반면, 미탄면의 경우는 시내지역 거주자의 백분율이 늘고 외곽지역 거주자의 백분율이 줄었다. 봉평면은 차이가 거의 없었다.

표 7. 보건지소까지의 거리별 환자수의 변화

지역	시기	중심지	외곽	타지역	합계	χ^2값
진부	2000	1633	1380	203	3216	
(실시)		(50.8)	(43.9)	(6.3)	(100.0)	
						30.662 **
	2001	470	587	62	1119	
		(42.0)	(52.5)	(5.5)	(100.0)	
봉평	2000	539	755	82	1376	
(제외)		(39.2)	(54.9)	(6.0)	(100.0)	
						0.591
	2001	489	668	65	1222	
		(40.0)	(54.7)	(5.3)	(100.0)	
미탄	2000	545	476	74	1095	
(예외)		(49.7)	(43.5)	(6.7)	(100.0)	
						6.428 *
	2001	1047	749	127	1923	
		(54.5)	(39.0)	(6.6)	(100.0)	

* $P<0.05$ ** $P<0.0001$

급, 만성 질환별 종류에 따른 변화를 살펴보면 표 8.과 같고 이것을 그림으로 나타내면 그림 4.와 같다. 진부면의 경우, 모든 종류의 환자수가 줄었는데, 매일 약을 복용해야 하는 고혈압 환자들과 당뇨 환자들로 구성된 만성 질환군과 위염이나 관절염등의 기타 질환군의 백분율은 약간 줄고 급성 질환군의 백분율이 늘었다. 반면, 봉평면은 만성 질환군이 증가하였고 급성 질환군이 감소하였다. 미탄면의 경우는, 급성 질환군과 만성 질환군이 증가하였고 기타 질환군은 감소하였다.

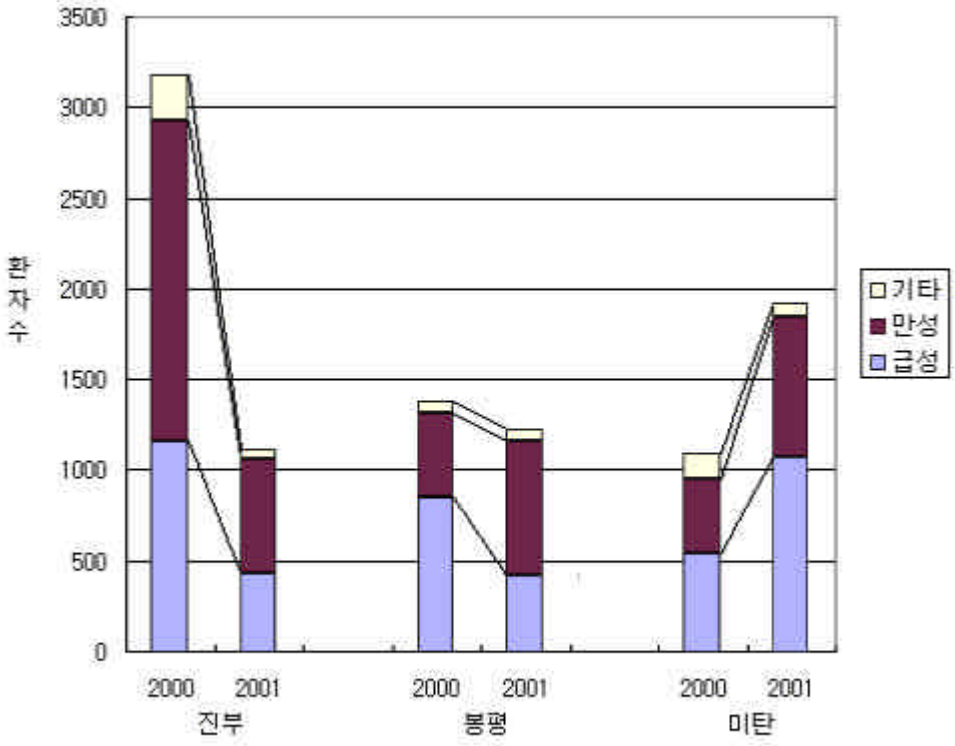

그림 4. 급,만성 질환별 환자수의 변화

표 8. 급, 만성 질환별 환자수의 변화

지역	시기	급성	만성	기타	합계	χ^2값
진부	2000	1163	1759	258	3216	
(실시)		(36.2)	(55.8)	(8.0)	(100.0)	
						8.206 *
	2001	436	620	63	1119	
		(39.0)	(55.4)	(5.6)	(100.0)	
	증감폭	-727	-1139	-159	-2097	
	증감률(%)	-62.5	-64.8	-61.6	-65.2	
봉평	2000	847	470	59	1376	
(제외)		(61.6)	(34.2)	(4.3)	(100.0)	
						189.894 **
	2001	425	735	62	1222	
		(34.8)	(60.1)	(5.1)	(100.0)	
	증감폭	-422	+265	+3	-152	
	증감률(%)	-49.8	+56.4	+5.1	-11.1	
미탄	2000	537	409	149	1095	
(예외)		(49.0)	(37.4)	(13.6)	(100.0)	
						86.826 **
	2001	1075	766	82	1923	
		(55.9)	(39.8)	(4.3)	(100.0)	
	증감폭	+538	+357	-67	+828	
	증감률(%)	+100.2	+87.3	-45.0	+75.6	

* $P<0.05$ ** $P<0.0001$

의료보장 형태별 환자의 변화를 살펴보면 표 9.와 같다. 진부면은 의료보호 환자와 의료보험 환자 모두 줄었으나 의료보험 환자들이 큰 폭으로 줄었다. 반면, 봉평면의 경우는, 의료보호 환자는 증가하고 의료보험 환자는 감소하였다. 그리고, 미탄면의 경우는 의료보호 환자와 의료보험 환자 모두 많이 증가하였는데, 백분율은 차이가 없었다. 세 지역 모두 일반 환자는 적었다.

표 9. 의료보장 형태별 따른 환자수의 변화

지역	시기	보호	보험	일반	합계	P값
진부	2000	247	2969	0	3216	
(실시)		(7.7)	(92.3)	(0.0)	(100.0)	
						P<0.0001
	2001	156	959	4	1119	
		(13.9)	(85.7)	(0.4)	(100.0)	
	증감폭	-91	-2010	+4	-2097	
	증감률(%)	-36.8	-67.7		-65.2	
봉평	2000	69	1293	12	1374	
(제외)		(5.0)	(94.1)	(1.9)	(100.0)	
						P<0.001
	2001	86	1134	2	1222	
		(7.0)	(92.8)	(0.2)	(100.0)	
	증감폭	+17	-159	-10	-152	
	증감률(%)	+24.6	-12.3	-83.3	-11.1	
미탄	2000	206	878	11	1095	
(예외)		(18.8)	(80.2)	(1.0)	(100.0)	
						P=0.2263
	2001	386	1527	10	1923	
		(20.1)	(79.4)	(0.5)	(100.0)	
	증감폭	+180	+649	-1	+828	
	증감률(%)	+87.4	+73.9	-9.1	+75.6	

진부면과 봉평면의 경우는 p값이 Fischer's exact test 결과임.

Ⅳ. 고 찰

의약분업이 시행되면서 농촌 지역에서는 많은 지역이 의약분업 예외 지역으로 되었다. 강원도의 경우도 113 개 읍, 면 중에 89 개 읍, 면이 예외지역으로 포함되었다(강원일보사, 2001). 나머지 군청 소재지들을 포함한 24 개 지역에서만 의약분업이 실시되었는데 이것은 전체 지역의 21%에 해당된다.

이번 연구 결과를 보면, 의약분업이 시행된 진부면의 환자수가 65% 줄었다. 의약분업이 시행된 지역에서 환자수가 급감한 것에 대한 원인은 여러 가지로 나누어 생각할 수 있다.

의약분업이 시행되기 전에 환자들이 보건지소에 내야하는 본인부담금은 투약일수를 기준으로 정해져 있었다. 1 3 일분에 900 원, 4 6 일분에 1,100 원, 7 9 일분에 1,400 원이면 진료 받고 주사 맞고 약까지 받을 수 있었다. 투약일수가 10 일인 경우 본인부담금이 3,690 원이 되며, 1 일이 늘어날 때마다 300 원씩 증가되어서 30 일분을 투여받을 경우 9,690 원을 내야 되었다. 따라서, 지속적으로 약을 복용해야 하는 환자 중에서 가까운 지역에 사는 환자들이나 교통편이 용이한 환자들은 10 일 이내의 처방을 받고, 자주 오기 힘든 환자들은 장기간 복용할 수 있는 양의 약제를 받아가는 경우가 많았다. 그런데, 의약분업이 실시되면서 보건지소에 내는 본인부담금은 투약일수에 상관없이 500 원이 되었지만, 약국에 내야하는 조제료와 약값 등은 의원에서 진료 받았을 때와 동일한 액수를 본인이 부담해야 한다(보건복지부, 2000).

따라서, 진부면의 경우 의약분업이 시행되기 이전에는 보건지소에서

진료받을 경우와 의원에서 진료받을 경우의 진료비의 차이가 컸으나 의약분업이 시행된 이후에는 그 차이가 불과 몇 백원 차이밖에 나지 않게 되었다. 그리고, 의약분업 실시 이전에 보건지소에만 내던 본인 부담금에 비해서, 실시 이후에 보건지소와 약국에 내는 본인 부담금이 많이 증가하였다. 이런 이유 때문에 보건지소를 내원하는 환자 수가 감소한 것으로 생각되는데, 보건기관 외래 수진율은 외래 건당 본인 부담액과 유의한 반비례의 관계(negative correlation)가 있다(김양균, 1995)는 연구에 의해서 뒷받침 될 수 있다.

의약분업 실시 이후에 의료보험 환자들의 백분율이 많이 감소하였는데, 이 역시 본인부담금과 관련 있으리라 생각된다. 즉, 본인이 의료비의 일부를 부담하는 의료보험 환자들이 그렇지 않은 의료보호 환자들에 비해서 큰 영향을 받았다. 그리고, 급성 질환자가 감소한 것보다는 만성 질환자가 좀 더 큰 폭으로 감소했다. 이것은 만성 환자들이 경제적인 영향을 많이 받는다는 그 동안의 연구 결과(유승흠 등, 1988; 최재준, 1991)들에 의해서 뒷받침 될 수 있다.

그리고, 진부면의 경우는 내원 환자들의 평균 투약일수가 평균 6.84일에서 13.30일로 두 배 가까이 늘었는데, 의약분업 시행이전에는 본인부담금을 줄일 수 있는 10일 이내로 투약 받던 만성 질환 환자들이 의약분업이 시행되면서 굳이 10일 이내로 투약 받을 필요가 없어지면서 장기 투약을 받았기 때문이다. 의약분업 실시 전후에 급성 질환군은 평균 투약 일수가 6.60일과 6.56일로 별 차이가 없었으나, 만성 질환군은 6.98일에서 19.36일로 세 배 가까이 증가하였다(표 10. 참고).

그리고, 의약분업이 실시되면서 환자들이 느끼는 불편함(윤지현,

2000; 윤혜설 등, 2000)도 보건지소 이용을 감소시키는데 영향을 미쳤을 것으로 생각된다. 이전의 연구에서는 접근도면에서의 용이성이 보건지소의 장점이었으나, 의약분업 실시 이후에는 반드시 약국을 들려야 하기 때문에 장점이 감소되었다. 진부면의 경우, 의원들과 약국들 사이의 거리는 가까우나, 보건지소는 상대적으로 약국들과의 거리가 멀다.

반면, 의약분업이 실시되지 않은 미탄면에서는 환자의 수가 두 배 가까이 늘었다. 이것은 평창읍으로 나가던 환자들의 유출이 적어졌기 때문이다. 미탄면에는 의원과 약국이 없으므로 환자들이 미탄 보건지소를 이용하든지 외부의 병, 의원이나 약국을 이용해야만 한다. 따라서, 의약분업이 실시된 이후에 보건지소를 방문하는 환자수가 많이 증가한 것은 평창읍 지역의 의약분업 실시에 의한 것으로 해석할 수 있다.

그리고, 의료보장 형태별 증가폭에는 통계학적으로 유의하게 차이가 있었으나, 일반 환자들을 제외한 의료보호 환자들과 의료보험 환자들만을 비교하면, 미탄면의 2000 년과 2001 년의 환자 백분율의 차이는 통계학적으로 의미가 없다(표 11. 참고). 즉, 미탄면의 경우는 환자의 증가에 의료보장 형태에 영향을 적게 미쳤는데, 이것은 의약분업 실시지역인 평창읍에서 겪는 불편이 상대적으로 컸기 때문으로 생각되나 이에 대한 연구를 시행하지는 못 하였다.

환자들의 집과 보건지소와의 거리에 따른 환자수의 변화를 살펴보면, 미탄면의 경우 중심지역 환자들이 보다 많은 백분율로 증가했다. 이것은 상대적으로 평창읍으로 나가는 교통편이 훨씬 편한 미탄면 중심지역 사람들이, 평창읍에 의약분업이 실시된 이후에 적게 나가면서 미탄면 보건지소로 내원한 결과로 생각된다.

의원과 약국이 있지만, 의약분업이 시행되고 있지 않은 봉평면의 경우, 환자 수는 2000 년과 2001 년 사이에 큰 변화가 없었다. 봉평면은 인접하고 있는 면들이 모두 예외지역이고, 가장 가까운 의약분업 지역인 진부면이나 평창읍이 승용차로 30 분 이상 떨어진 곳이며 한번에 연결되는 버스편이 없는 곳이어서, 다른 지역 의약분업 실시에 영향을 상대적으로 적게 받았던 것으로 생각된다.

봉평면의 경우는 다른 면과 달리 평균 연령이 6 년 이상 차이가 났는데, 연령대별로 나누어서 살펴보면, 2000 년에는 14 세 이하의 소아 환자가 165 명이다가 2001 년에는 48 명으로 줄었고, 61 세 이상의 노인 환자가 625 명에서 698 명으로 늘었기 때문이다(표 12. 참고). 그리고, 급성 환자들은 줄고 만성 환자들은 늘어난 양상을 보였다. 특히, 소아 층에서 많은 급성 환자들은 줄고 노인 층에서 많은 만성 환자들의 수가 증가한 것이 평균 연령을 증가시켰을 것으로 생각된다.

봉평면의 경우, 평균 투약 기간이 0.63 일 증가하였는데, 이것은 만성 질환자의 백분율이 상당히 많이 증가하였기 때문이다. 반면, 미탄면의 경우는 만성 질환자의 백분율이 약간 증가하였음에도 평균 투여 기간은 0.76 일 감소하였다. 이것은, 본인부담금이 갑자기 상승하는 투약일수가 2000 년 12 월까지는 10 일이었다 2001 년 1 월부터 9 일로 조정되었기 때문에, 투약일수가 짧아진 영향이 크게 작용하였기 때문이다.

표 10.을 보면, 봉평면의 만성 질환군의 평균 투약일수는 9.68 일에서 7.96 일로 감소하였고 급성 질환군의 평균 투약일수는 3.96 일에서 4.47 일로 약간 증가하였다. 미탄면의 만성 질환군의 평균 투약일수도 9.95 일에서 8.32 일로 감소하였고 급성 질환군의 평균 투약일수는 차이가 없

었다. 즉, 봉평면의 경우는 워낙 만성 질환자의 백분율이 많이 증가하였기 때문에, 수가 조정 영향보다는 투약일수가 긴 만성 환자들이 증가한 영향이 커서 전체 환자의 평균 투약일수가 증가하였고, 미탄면의 경우는 만성 환자의 백분율에 큰 차이를 보이지 않았으므로 수가 조정의 영향이 크게 작용하여 전체 환자의 평균 투약일수가 줄어들었다. 이상에서 살펴본 바와 같이 세 지역 모두에서 환자들의 투약일수가 본인부담금 크기에 의해서 영향을 받았다.

이 연구에서는 일반 환자들의 수가 상당히 적었다. 보건지소의 특성상, 일반 환자들은 민간 의료기관처럼 보험에 적용되지 않는 치료를 받는 사람들이 아니고, 의료보험카드를 만들지 않은 사람들이나 타지역 사람들이 의료보험카드를 가져오지 않은 경우가 포함된다. 따라서, 그 지역 주민들의 일차진료를 맡고 있는 보건지소에 일반 환자가 적은 것은 당연하다고 할 수 있다.

봉평면의 경우, 의원이 1개소, 약국이 2개소, 보건지소가 1개소 있는 지역이므로, 보건복지부안에 의하면 의약분업을 실시하여야 하나, 의약분업 제외지역으로 되었다. 강원도에도 병, 의원이 있고 약국이 가까운 거리에 있으나 의약분업 실시 예외지역으로 지정된 곳도 상당수 있다. 횡성군 안흥면, 홍천군 남면, 삼척시 원덕읍 등이 이런 지역에 속한다. 이 지역들은 정부에서 의약분업을 시행하는 명분으로 내세웠던 여러 가지 이유에 정면으로 배치되는 지역이다.

정부에서는 원칙적으로 전국의 모든 지역과 기관에서 의약분업을 실시해야 되나, 실시할 수 없는 특별한 사정이 있는 지역이나 기관과 대상자만을 예외로 하였다. 의료기관 또는 약국이 개설되어 있지 않은 읍,

면 지역과 도서지역을 예외지역으로 하였고, 보건지소 또는 의료기관과 약국의 거리가 실거리로 1.5㎞ 이상 떨어져 있어 지역주민이 해당 보건지소 또는 의료기관과 약국을 함께 이용하기가 어렵다고 판단되는 경우에는 시장, 군수, 구청장이 해당 기관이 위치한 지역을 예외지역으로 관리할 수 있다(보건복지부, 2000). 따라서, 이런 지역에 해당되지 않으면서도 예외지역으로 지정된 곳에 대한 연구와 재조정이 있어야 할 것이다.

이 연구의 제한점으로는, 진료 기록을 연구 자료로 사용하였기 때문에 분석할 수 있는 변수가 제한되었다. 환자의 의료기관 이용도에 영향을 미치는 학력이나 경제 수준 등의 변수에 의한 차이를 확인할 수 없었다. 또한 의약분업 전후 각각 2달 동안의 의료 이용 변화만을 보았으므로 한 명당 내원 횟수의 차이가 크지 않아서, 보건지소 내원에 미치는 다른 요인들을 분석할 수 없었다. 보다 오랜 기간의 의료 이용 자료를 통해서 환자 내원 횟수에 미치는 여러 요인들의 영향을 알아보는 연구가 필요할 것이다. 또한 환자들이 겪는 불편함과 이용 변화와의 관계를 밝히지 못 하였다.

그리고, 같은 군에 속한 농촌 지역에서도 의료 이용도에 있어서 여러 가지 차이가 존재(진기남, 1999)할 수 있으나, 이러한 점은 고려하지 못하였다.그리고, 평창군 내의 보건지소 진료 여건에 약간씩의 변화가 있었으나, 역시 고려하지 못하였다.

그러므로, 보건지소 뿐만 아니라 민간 의료기관 및 약국이 포함되는 농촌 지역 의료 이용에 대한 체계적인 연구가 필요하다고 생각된다.

V. 결 론

이 연구는 의약분업 실시가 농, 어촌 지역의 보건지소 이용에 미친 영향을 분석하기 위해서, 강원도 평창군 내의 3개 보건지소를 대상으로 의약분업 실시 이전인 2000년 1월과 2월 및 의약분업 실시 이후인 2001년 1월과 2월의 보건지소 진료 기록을 조사하였다. 한 지역은 의원과 약국이 있는 의약분업 실시지역이고, 다른 한 지역은 의원과 약국이 없는 의약분업 예외지역이며, 나머지 한 지역은 의원과 약국이 있지만 의약분업에서 제외된 지역이다.

의약분업을 실시한 지역에서는 환자수가 65% 감소하였고, 의원 및 약국이 없고 인접지역이 의약분업 실시지역인 의약분업 예외지역에서는 환자수가 76% 증가하였으며, 의원과 약국이 있고 주위에 실시지역이 없는 제외지역의 보건지소를 내원한 환자수는 11% 감소하였다.

의약분업을 실시한 지역에서 평균 투약일수가 두 배 증가하였고, 다른 지역은 상대적으로 크게 변하지 않았다. 이러한 것은 본인 부담금 상승에 영향을 받았기 때문이다.

환자들의 성별이나 연령에 따른 변화는 크지 않았다.

질환별 환자수의 변화를 살펴보면, 의약분업 실시지역에서는 만성 질환자가 좀 더 큰 폭으로 감소하였고, 급성 질환자가 상대적으로 적게 감소하여서 백분율에서 증가된 양상을 보였다. 반면, 제외지역에서는 만성 환자들이 늘고 급성 환자들은 감소하였다. 예외지역에서는 만성 환자들과 급성 환자들이 크게 증가하였다.

의료보장 형태에 따른 변화를 살펴보면, 의약분업 실시지역에서는 의

료보호 환자들보다 의료보험 환자들이 큰 폭으로 줄었다. 반면 의약분업 예외지역에서는 의료보장 형태에 큰 영향을 받지 않았다.

집과 보건지소 사이의 거리에 따른 변화를 살펴보면, 의약분업 실시지역에서는 중심지에 사는 사람들이 많이 줄었고, 예외지역에서는 중심지에 사는 사람들이 약간 더 늘었다.

이상의 결과를 종합해보면, 개인 속성 요인인 성과 연령에는 영향 받지 않았고, 이용 가능 요인인 접근도와 의료보장 형태에는 영향을 어느 정도 받았으며, 의료 필요 요인인 질환 종류에는 많은 영향을 받았다고 할 수 있다. 접근도는 의약분업이 실시된 이후에 발생된 불편함과 간접비용과 관련되며 의료보장 형태와 질환의 급, 만성 여부는 직접 비용과 관련된다.

결론적으로, 의약분업 실시와 관련한 환자들의 이용도 변화는 보건지소를 이용할 때에 본인이 부담하는 비용의 다과에 많은 영향을 받았다고 판단되며, 환자들이 겪게 된 상대적 불편함에도 영향을 받은 것으로 풀이된다.

이 연구는 측정 가능했던 변수의 제한되어 있고 농촌 지역 주민 의료이용의 모든 변화를 파악할 수 없었다는 제한점이 있고 같은 군 지역내에서도 존재하는 차이점을 고려하지 못하였다. 따라서, 의약분업을 전후한 기간의 의료 이용 변화에 대한 다양한 연구가 뒤따라야 할 것으로 생각된다.

이 연구가 농, 어촌 지역의 올바른 의약분업 정착과 문제점 개선, 의약분업 실시지역 조정 및 보건지소 역할 전환에 도움을 주는 자료가 되었으면 한다.

참고 문헌

강원일보사. 강원 연감, 2001

강종두. 농촌 지역 주민의 보건지소 이용에 영향을 미치는 요인 분석. 예방의학회지 1990; 23(3): 316-23

김기순, 김일순. 의료전달체계 및 의료보험 도입이 농촌 의료 이용양상에 미치는 영향. 대한보건협회지 1979; 5(1): 19-31

김수경, 김용익. 보건의료원이 설립된 군지역 주민의 의료 이용양상 변화 분석. 보건행정학회지 1992; 2(1): 147-66

김양균. 지역별 의료 이용수준에 영향을 미치는 요인분석. 연세대학교 보건대학원, 1995

김일순, 이용호, 유승흠 등. 의료보험실시 전과 후의 의료 이용 비교. 대한보건협회지 1980; 6(1): 31-8

김진삼, 박형종, 김공현 등. 지방자치제에서의 도시 보건소 기능 강화 방안에 관한 연구. 보건행정학회지 1994; 4(1): 1-24

배상수. 의료 이용에 영향을 미치는 요인에 관한 분석. 예방의학회지 1985; 18(1): 13-24

배상수. 지역의료보험의 실시에 따른 의료 이용변화 분석. 보건행정학회지 1992; 2(1): 167-203

보건복지부. 의약분업 시행방안, 2000

보건복지부. 의약분업 시행관련 보건소 업무편람, 2000

보건복지부. 2000 년 보건복지 백서, 2001

보건복지부. 의약분업관련 병원 실무자 세미나 자료. 2000

보건복지부. 의약분업 이렇게 실시됩니다 - 의사용 홍보 자료. 2000

보건사회부. 보사 정책 기본자료, 1989

서일. 의료보험 실시 후 2년간의 진료양상의 변화. 예방의학회지 1981; 14(1): 3-12

손석준. 일부 농촌 지역 주민의 보건지소 이용 양상과 관련요인. 한국농촌의학회지 1994; 19(2): 97-106

송건용, 남재봉. 농촌 지역 보건소 조직 및 기능 개선에 관한 연구. 한국인구보건연구원, 1983

송재근. 군인 의료보험 실시에 따른 의료 이용 변화와 수용도 분석. 연세대학교 보건대학원, 1996

위자형, 곽정옥. 일부 농촌 지역 주민의 보건 의식과 일차 의료 이용 실태에 관한 조사. 한국농촌의학회지 1995; 20(1): 51-6

유승흠, 이용호, 조우현 등. 조사방법에 따른 의료 이용 비교-보완된 자기기입조사와 면접조사 방법의 차이-. 예방의학회지 1988; 21(2): 431-41

유승흠. 의료에 관련되는 요인들의 상관분석. 대한의학협회지 1975; 18(7): 343-7

유승흠, 조우현, 오대규. 의료보험환자와 비보험환자의 의료서비스 내용 비교. 예방의학회지 1981; 14(1): 53-8

유승흠, 조우현, 이해종. 제도적인 환자의뢰제도가 병원운영에 미치는 영향. 대한병원협회지 1987; 6(12): 41-7

유승흠, 조우현, 손명세 등. 지역의료보험 가입자의 외래 의료 이용 변화. 예방의학회지 1988; 21(2): 419-30

윤지현. 의약분업에 대한 대학생들의 인식 및 태도. 연세대학교 보건대학원, 2000

윤혜설, 유승흠. 의약분업 이후 병원문전약국과 동네약국 이용자의 만족도 비교. 병원경영학회지 2001; 6(1): 62-84

장병일. 일선 2개 보건지소의 진료실적 비교 분석. 예방의학회지 1984; 17(1): 121-6

주경식. 도시 농촌간 의료의용 수준의 비교분석. 연세대학교 대학원, 1995

지영건, 김한중, 박은철 등. 의약분업의 비용-편익 분석. 예방의학회지 2000; 33(4): 484-94

진기남, 한지숙, 이규식 등. 농촌 지역에서의 읍, 면간 의료 이용 비교. 보건행정학회지 1999; 9(2): 40-54

최재준. 지역의료보험의 적용이 일부 농촌 지역 주민의 보건기관 이용에 미친 영향. 예방의학회지 1991; 24(3): 265-78

평창군. 우리군 현황, 1999

평창군. 평창군 연보 2000, 2001

한국인구보건연구원. 의료자원과 관리 체계에 관한 연구. 1987,

Andersen RM. Behavioral model of families' use of health services. Center for health administration studies, Research series 25, 1968

Enterline PE, Sakter V, Mcdonald AD et al. The distributiln of medical services before and after free medical care, the Quebec experience. N Engl J Med 1973; 289: 1174-8

Stewart WH, Enterline PE. Effects of the national health services on physician utilization & health in England and Wales. N Engl J Med 1961; 265: 1187-94

Wan TH, Soifer SJ. Determinants of physician utilization a causal analysis. J Health & Social Behavior 1975; 15: 100-8

부　　록

표 10. 질환별 평균 투약일수의 변화

지역	시기	급성	만성	기타
진부	2000	6.60	6.98	7.76
	2001	6.56	19.36	9.13
봉평	2000	4.17	9.95	6.70
	2001	4.16	8.32	6.43
미탄	2000	3.96	9.68	7.15
	2001	4.47	7.96	6.76

표 11. 보험 및 보호에 따른 환자수의 변화

지역	시기	보호	보험	합	χ^2값
진부	2000	247	2969	3216	
		(7.7)	(92.3)	(100.0)	
					39.071 *
	2001	156	959	1119	
		(14.0)	(86.0)	(100.0)	
	증감폭	-91	-2010	-2097	
	증감률(%)	-36.8	-67.7	-65.2	
봉평	2000	69	1293	1374	
		(5.1)	(94.9)	(100.0)	
					4.485
	2001	86	1134	1222	
		(7.1)	(92.9)	(100.0)	
	증감폭	+17	-159	-152	
	증감률(%)	+24.6	-12.3	-11.1	
미탄	2000	206	878	1095	
		(19.0)	(81.0)	(100.0)	
					0.602
	2001	386	1527	1923	
		(20.2)	(79.8)	(100.0)	
	증감폭	+180	+649	+828	
	증감률(%)	+87.4	+73.9	+75.6	

* $P<0.0001$

표 12. **연령대별 환자수**

지역	시기	0 14	15 44	45 60	61	계
진부	2000	89	225	1076	1826	3216
		(2.8)	(7.0)	(33.5)	(56.8)	(100.0)
	2001	60	88	297	674	1119
		(5.4)	(7.9)	(26.5)	(60.2)	(100.0)
봉평	2000	165	168	418	625	1376
		(12.0)	(12.2)	(30.4)	(45.4)	(100.0)
	2001	48	132	344	698	1222
		(3.9)	(10.8)	(28.2)	(57.1)	(100.0)
미탄	2000	47	127	323	598	1095
		(4.3)	(11.6)	(29.5)	(54.6)	(100.0)
	2001	122	216	503	1082	1923
		(6.3)	(11.2)	(26.2)	(56.3)	(100.0)

= ABSTRACT =

The Effect of Separation of Medicine and Pharmacy Policy on Health Centers in Rural Districts

Won Suk Chung
Graduate School of
Health Science and Management
Yonsei Universiity

(Directed by Professor Seung Hum Yu, M.D., Dr.P.H.)

This study investigated three health centers in Pyungchang-Gun, Kangwon Province (one in a district practicing medicine-pharmacy separation, one in a district with no clinic and pharmacy – an exception to the practice of medicine – pharmacy separation, and one in a district with clinics and pharmacies, though excluded from the practice medicine-pharmacy separation) to evaluate the change in use of health centers in agricultural and fishing districts before and after the practice medicine – pharmacy separation and the general characteristics of the people who have brought about this change. The excluded districts with no clinics and pharmacies are close to districts with a district office. Towns with the district office

practice medicine – pharmacy separation. The investigation of data on the patients who were admitted to the subject health centers in January and February of 2000, period before the medicine – pharmacy separation, and in January and February of 2001, period after medicine – pharmacy separation, revealed the following main findings:

The number of patients reduced by 65% at the subject health center, located in a district practicing medicine – pharmacy separation; increased by 76% at the subject health center located in an excluded district with no clinics and pharmacies and close to a district practicing medicine – pharmacy separation; and reduced by 11% at the subject health center located in an excluded district with clinics and pharmacies.

The average number of medication-distribution days at the subject health center located in the district practicing medicine - pharmacy separation increased by two-fold. There was no marked change in this respect at the other subject health centers, although the patient's "out-of-pocket" expenses increased.

The number of patients at the subject health center located in the district practicing medicine – pharmacy separation reduced sharply, especially the numbers of chronically ill patients who needed regular medication and medically insured patients who paid for part of their medical fees. On the other hand, the number of patients at the

subject health center located in the excluded district not practicing medicine-pharmacy separation increased sharply, and among these, the number of chronically ill patients increased sharply compared with the number of other types of patients; the reason being that patients who had gone to a health center in a district practicing medicine-pharmacy separation transferred and used the subject health center in excluded district. However, excluded districts with clinics and pharmacies were less affected by the practice of medicine - pharmacy separation in other districts.

To summarize, the patients' "out-of-pocket" expenses and relative inconvenience significantly affected the change in the use of health centers under the practice of the medicine – pharmacy separation. The limitation in the number of variables which could be measured prevented evaluation of all areas of change in medical use of people living in agricultural districts. Therefore, more extensive research should be conducted on the change in medical use of the people in these districts before and after the practice of medicine-pharmacy separation.