요양기관 유형별 의료이용자들의 특성 비교

-일차 의료이용을 중심으로-

연세대학교 대학원

보건학과

신 승 호

요양기관 유형별 의료이용자들의 특성비교

-일차 의료이용을 중심으로-

지도 김 한 중 교수

이 논문을 박사 학위논문으로 제출함

2000년 12월 일

연세대학교 대학원

보 건 학 과

신 승 호

신승호의 박사 학위논문을 인준함

심사위원 김 한 중 

심사위원 조 우 현 

심사위원 이 해 종 

심사위원 남 정 모 

심사위원 이 선 희 

연세대학교 대학원

2000년 12월 일

감사의 글

제가 석사과정에 입학했을 때부터 미약하나마 박사 논문을 쓰게 된 현재까지 어려울 때마다 도와주시고 인생의 새 출발을 축복해주신 김한중 선생님께 감사드립니다. 대학원 생활을 하는 동안 많은 격려를 해 주신 조우현 선생님, 항상 따뜻한 미소로 대해주신 이해종 선생님, 대학원 생활을 여러 가지고 도와주신 남정모 선생님, 논문을 세심하게 지도해주신 이선희 선생님께 감사드립니다.

지난 5년 반 동안 대학원 생활을 하면서 연구자로서의 자세와 생활 태도에 대해 많은 가르침을 주신 서 일 선생님과 지선하 선생님께도 감사드립니다. 그리고 제가 어려울 때 격려해 주신 남은우, 김영훈, 김기훈, 류황건, 이은표, 박영택, 이석형 선배님께도 감사드리며 항상 형님처럼 여러 가지 조언을 해 주신 이준규 선배님, 동기 이종일, 후배 장준영, 송지원, 김정인에게도 고마울 따름입니다.

미약하나마 이 논문으로 보건학의 길에 비로소 첫 발을 딛는다는 마음으로 꾸준히 정진하겠습니다.

그 동안 한결같이 걱정해주시고 도와주신 부모님과 이모님, 동생에게 감사드리며 항상 아들처럼 대해주신 장인어른과 장모님에게도 고개 숙여 감사드리며 여러 가지로 도움을 준 처제와 처남, 정은씨에게도 감사드립니다. 그리고 항상 저의 곁에서 힘이 되어준 아내와 곧 태어날 아기와 이 기쁨을 같이 하고자 합니다.

2000년 12월

신 승 호 올림

제목 차례

표 차례

그림 차례

국문 요약

현재 우리나라 국민들은 다양한 제도의 혼재로 인하여 약국과 보건의료기관, 보건기관과 의료기관, 양방의료기관과 한방의료기관을 오가며 일차 진료 서비스를 이용하고 있다. 본 연구는 이처럼 다양하면서 대칭되는 요양기관 간의 선택 요인을 파악하기 위한 목적으로 1995년도 국민건강조사자료를 이용하여 본 연구를 실시하였다. 외래 방문을 목적으로 요양기관을 방문하는 보건의료서비스 이용자들이 선택 가능한 요양 기관을 단계별로 약국과 보건의료기관, 보건기관과 의료기관, 한방의료기관과 양방의료기관으로 구분하였으며 의료이용 요인들과 요양기관 선택과의 관련성을 구명하기 위해 이변량 분석 및 다변량 분석을 실시하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

첫째, 약국과 보건의료기관 선택에 영향을 미치는 요인에 대한 분석 결과에서 유의한 변수는 연령, 거주지역, 의료보장 형태, 질환 유형, 2주간 활동제한일수였다. 연령의 경우 19-44세의 연령 집단에서, 거주지역이 대도시인 경우가, 의료보장 형태가 의료보험인 경우에, 질환의 유형이 급성인 경우에 보건의료기관보다는 약국을 선호하였으며 2주간 활동제한일수가 증가할수록 약국 이용 확률은 감소하였다.

둘째, 보건기관과 의료기관 선택에 영향을 미치는 요인에 대한 분석 결과에서 통계적으로 유의한 변수는 연령, 교육수준, 거주지역, 월평균 가구소득, 평소 건강상태, 2주간 활동제한일수이다. 연령의 경우 0-6세 연령집단에서, 교육수준이 높을수록, 평소 건강상태가 좋지 않은 경우에, 2주간 활동제한일수가 증가할수록, 소득수준이 증가할수록 보건기관 이용 확률이 낮았고, 거주지역이 대도시에 비해 중소도시나 군부인 경우에 의료기관보다는 보건기관을 선호하였다.

셋째, 한방의료기관과 양방의료기관 선택에 영향을 미치는 요인에 대한 분석결과에서 유의한 변수는 연령, 거주지역, 질환의 유형, 2주간 활동제한일수이며 연령의 경우 0-6세 연령 집단과 7-18세 연령 집단에서 한방의료기관 이용 확률이 낮았으며, 거주지역이 대도시인 경우, 질환의 유형이 만성 질환인 경우, 2주간 활동제한일수가 증가할수록 한방의료기관 이용 확률이 높았다.

향후 의약분업과 같은 정책의 시행으로 요양기관 간의 환자의 흐름은 완전히 개편될 것이므로 의료기관들은 지금부터 이에 대한 적절한 투자와 대비가 있어야 할 것이며 이외에도 앞으로 환자 흐름에 크게 영향을 미칠 수 있을 것으로 생각되는 의료보험 제도의 개편, 완전 의약분업의 실시, 의료시장의 개방화 등의 정책을 감안하여 의료 기관의 경영 계획에 참고해야 할 것이다.

본 연구의 제한점으로는 의료공급에 대한 변수와 건강 지식 및 건강 행태에 관련된 변수를 포함하지 못하였으며, 가구단위 면접 조사의 단점인 피면접자의 기억에 의한 오차가 발생할 수 있고, 세대별 면접방식을 취한 자료 수집으로 인한 한계가 있다. 따라서 향후 본 연구에서 제외된 의료공급과 건강 행태에 대한 변수를 포함시킨 분석 모형이 요구된다.

핵심 단어 : 요양기관 유형, 의료이용, 일차의료

I. 서 론

1. 연구배경 및 목적

현재 의료환경은 급속하게 변화하고 있다. 이러한 의료환경의 변화는 의료서비스 공급자 측면과 소비자 측면으로 구분할 수 있다. 먼저 의료서비스 공급자 측면의 변화에는 의학기술 발전으로 인한 진료기능의 전문화와 이에 따른 팀 접근 방법의 등장, 고가 의료장비 확산으로 인한 진료환경 측면과 관련된 변화가 있으며 전국민 의료보험의 실시와 대기업이 운영하는 병원이 등장함에 따라 병원의 경영환경도 과거에 비해 경쟁이 심화되었다. 이러한 보건의료 환경의 전반적인 변화는 의료기관들로 하여금 조직의 생존과 성장을 유지하는 전략에 관심을 갖게 하였고, 타 의료기관과의 차별화를 통한 의료시장 확보에 전력을 기울이게 하였다. 이를 반영하듯 최근 신설되는 병원들은 기존 병원에 대한 경쟁우위를 확보하기 위하여 환자 제일주의, 특수 클리닉 운영, 진료과목 전문화와 같은 서비스 차별화 등에 초점을 맞추고 있다. 또한 최근에 병원들은 일반 기업과 마찬가지로 마케팅 개념을 도입해 의료서비스 소비자들의 기대에 부응하고 소비자가 원하는 서비스를 제공하기 위한 변화를 시도하고 있다. 이러한 병원 경영 전략상의 변화는 소비자들의 병원선택의 폭을 넓히는 결과를 초래하였다.

의료서비스 소비자 측면의 변화를 살펴보면 우선 일반인들의 보건의료계를 바라보는 인식이나 지식수준이 높아졌으며 매스미디어를 통한 정보의 홍수 속에서 소비자들은 각종의 의료지식 뿐만 아니라 의료기관 서비스의 질에 대한 정보를 얻고 있다. 또한 교통의 발달과 경제적 여건의 향상으로 의료기관 이용이 용이하게 되었다.

즉 전통적으로 공급자 중심의 시장이었던 보건 의료 시장은 일반인들의 의료에 대한 기대와 지식의 증가, 사회경제적 여건의 변화, 의료 서비스와 관련된 소비

자 보호 운동의 확대로 인해 보건의료서비스 소비자들의 의료 서비스에 대한 욕구가 다양화됨에 따라 의료 서비스 부문도 점차 소비자 중심의 시장으로 변화하고 있다(Janssen, 1988)

이와 같은 시장 구조의 변화로 인해 보건의료서비스 소비자들의 욕구와 의료이용 행태를 파악하고 이에 대응하는 것이 국가 보건 의료 정책의 수립과 의료기관의 경영과 관련하여 필요하게 되었다. 특히 의료기관의 입장에서는 의료기관 간의 경쟁이 심화되고 통제가 강화됨에 따라 생존을 위해 보건의료서비스 소비자들의 의료기관 선택에 관한 인식과 이해가 요구되고 있는 실정이다. (이선희, 조우현, 김한중 1992)

의료서비스 공급자와 소비자 모두와 관련된 보건의료계의 환경 변화는 의료서비스 소비자들의 의료기관 선택의 폭을 넓혀 놓았다. 의료서비스 소비자들은 이전보다 더욱 다양한 의료기관을 선택할 수 있게 되었고 특히 동일 질환으로 여러 유형의 의료기관을 방문할 수 있게 되었다. 그러나 이러한 의료서비스 이용 행태는 의료자원의 불필요한 낭비와 의료비 상승의 원인을 제공할 수 있다. 즉 의료서비스 소비자의 의료이용 행태는 개인마다 다를 수 있으며 질병의 종류에 따라 다를 수 있으나 지나치게 여러 종류의 의료기관을 이용하는 행태는 바람직하지 못하며 의료전달체계가 성공적으로 정립되는데 문제점이 될 수 있다. 또한 동일 질환으로 여러 유형의 의료기관을 이용한다는 것은 의료서비스의 질이나 의료비 측면에서 여러 가지 문제가 있을 수 있다. 해당 질병에 적합한 의료기관을 찾아 단기간에 이용하는 경우에 최적의 치료효과를 낼 수 있다는 것은 자명한 사실이며 이러한 관점에서 볼 때 동일 질환으로 여러 의료기관을 찾아다닌다는 것은 치료의 적절한 시기를 놓칠 수 있고 치료의 연속성이 보장되지 않으므로 치료효과 측면에서 문제가 될 수 있다. 또한 여러 의료기관을 방문하면서 필요이상의 비용과 시간을 소모하게 된다.

또한 의료체계의 기능적인 측면에서 살펴볼 때 의료체계의 기능은 사회 구성

원들이 의료를 이용함으로써 건강을 유지하도록 하는 것이므로 의료이용의 질적, 양적 적정성과 관련 요인에 대한 이해는 의료체계의 성과를 파악하고 발전 방안을 강구하는데 필수적이다. 의료이용에 대해서는 여러 가지 측면에서 접근이 가능하지만, 기본적인 과제의 하나는 의료이용을 결정해 주는 요인들과 기전을 밝히는 것이다.

그러나 의료이용 양상이나 보건의료기관 선택은 하나의 독립적이고 명백한 요인에 의해 좌우되지 않고, 인구학적 특성(성, 연령), 사회적 특성(가치, 태도, 규범, 문화, 건강 행태 등), 경제적 특성(수입, 의료수가, 시간비용, 의사유인수요 등), 지리적 특성(의료기관 접근도), 그리고 조직적 특성(의료전달체계, 의료비 지불방법, 의료보장형태 등) 등 복합적인 요인에 의해 결정될 뿐만 아니라 의료기관의 특성(신뢰성, 의료의 질, 편리성, 친절성 등)에도 영향을 받기 때문에 단적으로 관련 기전을 설명하기는 어렵다.

의료이용양상을 파악하면 지역별, 의료기관 유형별 의료수요나 의료이용량을 예측할 수 있고 보건의료 인력의 소요량을 판단할 수 있어 의료자원의 배치 및 보건의료계획 수립 등 보건의료 정책의 기본 자료로 활용할 수 있다. 그리고 어떤 형태로 환자들이 보건의료 서비스를 이용하는가에 대한 내용과 의료서비스 추구와 관련된 의사결정 과정에 영향을 미치는 요인을 파악하면 의료기관의 경영과 관련하여 효과적인 자료가 될 수 있다.

또한 자유 경쟁 시장 원칙을 근간으로 하고 있으면서 동시에 의료보험제도, 의료보호제도, 의료전달체계 등의 제도에 대해서는 정부의 규제를 받고 있고 의료서비스 소비자들이 선택 가능한 의료서비스의 유형이 약국, 양방의료기관, 한방의료기관, 보건기관 등이 혼재되어 있는 우리나라의 경우에는 현재 양한방 일원화 문제와 의약분업에서 기인된 양방의료와 한방의료, 약국과 의료기관 간의 갈등으로 인하여 국가 보건의료 정책의 수혜자인 국민들의 건강권이 침해받고 있는 실정이다. 이러한 우리나라 보건의료체계의 특수성을 감안하여 볼 때 의료서비스 소비자

들의 요양기관 선택에 대한 연구는 중요한 의미를 지닌다고 하겠다.

의료이용과 관련하여 시행된 선행연구들의 초점은 대부분 의료이용에 영향을 미치는 요인의 종류와 요인별 영향의 강도와 의료서비스 이용여부나 이용횟수에 영향을 미치는 요인을 밝히는데 초점을 맞추었으며 의료기관 선택에 관련된 선행연구도 소비자들의 의료서비스에 대한 만족과 관련된 연구가 대부분이었지 건강 및 질환관련 요인을 포함한 소비자 측면의 요인들이 의료기관 선택이나 의료서비스 이용결정 과정에 미치는 영향에 대해서는 거의 관심을 두지 않았다. 양, 한방 의료체계 및 약국 등의 서로 다른 보건의료서비스 공급자, 혹은 서로 다른 보건의료기관에 대한 의료이용 경로와 그 요인들에 대한 연구는 아직 미흡하며 의료기관간 선택 행태에 대한 많은 연구가 있었으나 국민들이 일차적으로 접할 수 있는 모든 요양기관을 연구 대상으로 포함한 연구는 없었다. 즉, 질환이 발생한 경우 일차적으로 이용하는 약국이 의료이용 행태의 연구 대상에서 제외되어 왔으며 의료기관 선택 기준이 질병 유형 혹은 의료서비스 종류에 따라 달라질 수 있음을 감안하지 않았으며, 개인을 분석단위로 하는 경우 가용자료의 제한으로 일부 지역 또는 계층을 대상으로 하여 실시됨으로써 의료이용을 결정하는 요인에 대한 일반화가 가능한 보편적인 결과를 제시하지 못하였다.

본 연구는 기존의 선행 연구가 지닌 제반 문제점을 보완하여 요양기관 이용 실태를 단계적으로 분석하고자 한다. 보건의료서비스 소비자들의 선택과 관련하여 상호 대칭되는 선택 가능한 요양기관을 약국과 보건의료기관(병원, 의원, 한방 병의원, 보건소, 보건지소), 보건의료기관을 보건기관(보건소, 보건지소)과 의료기관(병원, 의원, 한방 병의원), 의료기관을 한방의료기관(한방 병의원)과 양방의료기관(병원, 의원)으로 구분하였으며 요양 기관 선택과 관련된 요인을 인구사회학적 요인, 경제적 요인, 건강 및 질환관련 요인으로 구분하여 요양기관 선택에 영향을 미치는 요인을 구명하고자 하였다.

II. 이론적 배경

1. 요양기관 선택 요인

최영택(1985)의 연구결과에 의하면 소비자들의 의료기관 선택경로는 정형화된 형태를 찾기 어려우며 매우 복잡한 양상을 보이고 있다. 이러한 선택과정에는 인구학적 특성, 사회구조적 특성, 사회 심리적 특성, 지리적 특성뿐만 아니라 의료기관의 특성과 같은 복합적인 요인이 작용하기에 단적으로 그 기전을 말하기가 어렵다.(박재용, 1993)

Gray와 Cartwright(1953), Kasteler(1976)의 연구결과에서는 서비스 제공자나 기관의 신뢰성이 의료기관 선택과 관련하여 가장 중요한 요인으로 부각되었다. 이들 연구는 환자가 의료기관을 찾아다니는 과정을 "의사 장보기 현상 (doctor shopping)"이라고 명명하며 이러한 과정에서 최종 선택에 이르는데 중요하게 작용하는 요인이 신뢰감과 이전 경험에 따른 만족감이라는 것을 보여주었다. Kastler(1976)등은 "의사 장보기 현상 (doctor shopping)"이 동일 질환의 증상으로 공식적인 의뢰(referral) 절차 없이 동일 의료기관의 다른 진료과 또는 다른 의료기관을 찾아가는 형태라고 정의하였다. 이 연구에선 "의사 장보기 현상(doctor shopping)" 행태에 대하여 다음과 같은 네 가지의 가설을 제시하였다. 첫째, 의사에 대한 불만족과 불신을 가지는 환자들이 다른 의사를 더 많이 찾는다. 둘째, 의사에게 적대감을 가지는 환자가 다른 의사의 충고를 보다 많이 요구한다. 셋째, 비용, 거리, 대기 시간에 대한 불만을 가지는 환자들이 다른 의사를 더 많이 찾는다. 넷째, 이상의 가설들은 소득수준에 따라 차이가 난다. 연구 결과를 살펴보면 소득수준과는 관계없이 의사에 대한 적대감 및 낮은 신뢰감, 대기시간, 환자역할 등이 "의사 장보기 현상 (doctor shopping)" 행태에 영향을 미치는 요인으로 밝혀졌다.

신뢰감 이외의 요인을 중시한 연구를 살펴보면 Adams(1991)등은 질병의 중증

도가 병원 선택 시 중요한 요인이라고 지적하였다. 또한 Sato(1995)의 연구에서는 "의사 장보기 현상 (doctor shopping)"을 하는 환자들에게는 만성 질환이 많으며 건강에 대한 인식이 낮고 자신의 건강상태를 실제 상태보다 좋지 않다고 인지하는 경향이 있다는 연구 결과를 보고하였다.

한편 국내 보건의료기관 선택에 대한 선행 연구를 살펴보면 변주선(1987)은 한 중소병원을 대상으로 마케팅 전략 수립을 위한 시장조사를 실시하여 진료권 내 주민의 병원선택 동기로 가장 중요한 것은 신뢰감이라는 연구결과를 보고하였으며 오태형(1990)은 병원의 이미지가 병원 선택 요인의 주요 요인임을 보고하였으며, 박군제(1994)는 진료외적인 서비스가 병원선택의 주요 요인임을 밝혀냈다. 이원재(1995)는 농촌지역을 대상으로 한 연구에서 의료기관 선택시 주요 요인은 본인부담금과 의료기관을 방문하는데 걸리는 시간이라고 지적하였다. 한승원(1995)은 병원선택시 고려사항이 인구사회학적 요인별로 차이가 있는가에 대하여 분석하였는데 결과에 의하면 진료대기 시간, 병원건물의 현대성, 집과의 거리를 남성이 여성보다 병원선택에 있어서 중요하게 고려하였으며 연령에 따라서는 50세 이상이 의사의 명성을 중요하고 고려하는 반면에 20세 이하의 집단은 짧은 대기시간을 병원선택시 가장 중요하게 고려하는 것으로 나타났다. 직업 유형별 분석 결과에서는 가정주부나 자영업이 의사의 명성을 주요한 선택요인으로 고려하고 있는 것으로 나타난 반면 학생과 회사원은 집과의 거리를 가장 중요한 선택요인으로 고려하고 있는 것으로 나타났다.

박창균(1985), 김성연 (1987), 조우현과 김한중(1992)은 의료기관 선택 요인을 의료서비스의 질과 의료서비스를 공급받는 과정의 편이성으로 구분하였으며 김재수(1988)는 의료기관 선택 기준으로 의료기관에 대한 신뢰성, 의료의 질과 편리성, 친절성을 제시하였으며 의료기관을 선택하는데 있어서 인구사회학적 특성에 따라서는 차이를 보이지 않는다는 결과를 보고했다.

박창기 (1992)는 의료진의 성실성과 친절성은 의료이용에 긍정적인 영향을 미

치는데 반해 일반직원의 태도는 의료진에 비해 환자에게 미치는 영향의 정도가 약한 것으로 보고하였고 손석준 (1994)은 농촌지역 보건지소 이용과 관련된 요인을 파악하기 위해 다변량 분석의 결과, 연령, 교육수준, 가장 근접한 의료기관 유형이 유의한 변수였으며 보건지소 이용 동기는 낮은 치료비, 가까운 거리, 질환의 중증도가 낮은 경우였으며 반면에 보건지소를 찾지 않는 이유는 치료의 미비, 시설 및 장비의 부족, 전문의 부재였다는 연구 결과를 발표하였으며 이원재 (1998)는 양방과 한방 의료 서비스는 본인 지불 의료비, 교통시간, 대기시간에 있어서 유의한 차이가 있었다는 연구결과를 제시하였다.

한달선(1992)은 의원이나 보건소, 보건진료소 등 1차 의료기관에 대한 선호도는 1985년에 77.5%에서 1986년에 79.4%로 증가되었으며 나머지 유형의 의료기관에 대한 선호도는 모두 감소했다는 결과를 보고하였고 명재일과 정영철(1991)은 의료전달체계 후에 다수 의료기관을 배회하는 외래 환자수가 감소하였다고 보고하였으며 문옥륜과 김창엽(1991)은 급성동일질환에 대해 외래이용 시 의료기관을 1개 이용한 경우가 52.4%, 2개인 경우가 41.6%, 3개인 경우가 4.8%, 4개 이상인 경우가 1.1%라는 연구결과를 제시했으며 동일 질환으로 의료기관을 이용하는 경우 의원 1개만 이용하는 환자가 전체의 51.2%였고 의원-의원이 24.4%, 의원-의원-의원의 이용경로가 4.1%로 나타나 전체 외래이용에 있어서 의원이 가장 중요한 역할을 하고 있다고 보고했으며 또한 1인당 의료이용은 전체적으로는 1년 동안 2-10회 이용하는 인구가 가장 많아서 전체 의료이용자의 51.5%이었으며 급성질환에 대하여 여러 개의 의료기관을 이용하는 경향은 소아에서 강하게 나타났으며 연령이 증가할수록 1개의 의료기관만을 이용하는 경향이 있는 것으로 나타났다는 연구결과를 제시하였으며 만성질환의 경우 3개 이상의 의료기관을 이용하는 경우가 급성질환에 비해 비중이 높았고 20-29세의 연령층에서 여러 의료기관을 이용하는 경향이 높았으며 양·한방 및 약국간의 의료이용 경로 상에서는 약국과 양방 사이에는 이동이 어느 정도 있었으나 양방과 한방, 약국과 한방 사이에는 거의 이동이 없었다는 결과를 보고했다.

한달선(1992)은 환자의 93.3%가 1단계 의료이용에서 의료이용을 종결한다는 결과를 보고했으며 명재일과 정영철 (1991)은 3차 진료기관 외래환자의 주거지별 의료이용 경로를 보면 3차 진료기관이 소재한 도시 내에 거주하는 환자가 3차 진료기관을 직접 이용하는 경우가 많으며 여러 의료기관을 거치는 경우가 적다는 연구결과를 보고했다.

2. 의료이용 모형

의료이용과 관련하여 주로 사용되는 모형은 Suchman 모형, Anderson 모형, 수요 함수 모형 등이 있다. Suchman(1965)은 의료이용을 5단계로 구분하여 설명하였다. 첫째는 통증이나 장애를 통하여 신체에 이상이 있음을 인지하게 되며 이에 반응을 보이는 단계이고, 둘째는 본인이 환자라는 것을 인식하고 치료방침을 결정하기 위하여 친인척 동료등 비전문가에게 문의하면서 환자역할을 취하기 시작하는 단계이다. 셋째는 적절한 치료방법을 상의하기 위해 보건의료 제공자의 도움을 구하며 환자역할을 합법화하는 단계이고, 넷째는 의사의 치료를 받으며 수동적인 환자의 역할을 취하는 단계이고 마지막 단계로는 회복 및 재활의 시기로서 환자는 정상적인 역할로 돌아가거나 만성 질환자로 분류되는 단계로 구분한 모형을 제시하였다.

Anderson과 Newman(1973)은 의료 이용을 체계적으로 설명하기 위하여 보건의료 서비스 이용에 관한 행태 모형을 제시하였으며 의료이용에 영향을 주는 요인들을 의료필요 요인(need factors), 소인성 요인(predisposing factors), 가능성 요인(enabling factors)으로 구분하였다.

의료필요요인은 환자가 의료이용의 필요를 느끼고 있거나 전문가가 판단한 의학적 필요를 뜻하며, 소인성 요인은 환자가 의료이용 이전부터 보유하고 있던 인구학적 특성, 사회구조적 특성, 개인의 신념을 나타내는 것으로 인구학적 특성에는 성, 연령, 결혼유무, 과거 입원력, 가족구조의 변수가 포함되며 사회구조적 특성

에는 직업, 교육 수준, 인종 등의 변수가 포함된다. 그리고 개인의 신념에는 자신의 건강 및 보건의료에 대한 신념 등의 변수가 포함된다. 가능성 요인은 의료이용을 가능하게 하는 가족 내 자원변수, 지역사회 자원변수로 구분된다. 가족 내 자원변수에는 가구소득, 재산, 의료보험 수혜 여부 등의 변수가 포함되며 지역사회 자원변수에는 지역의 의료공급수준과 의료기관과의 거리 등의 변수가 포함된다. 또한 소인성 요인과 가능성 요인은 의료이용에 직접적인 영향을 미치기도 하지만 필요요인을 통해 간접적으로 의료이용에 영향을 미치기도 한다는 결과를 보고하였다.

개인 속성 연구와 환경적 구성요인이 다 갖추어져 있어도 궁극적으로 의료이용을 결정짓는 요인은 환자가 느끼는 증후, 이환 일수, 고통 정도 및 빈도, 활동제한일수 등 환자의 주관적인 질병인지 요인과 의료제공자의 임상적 평가에 의한 진단이나 증상 등을 포함한 의료요구요인이 된다. 의료이용은 질병에 대처하는 방식, 즉 의사를 찾는 관습이나 유형과 관련이 있다.

Anderson 모형은 여러 연구에서 사용되었고 성, 연령, 교육수준, 상용치료원 유무 등에 기초를 두어 보건의료서비스 이용 여부나 이용량을 설명하는데 어느 정도 성공하였다(Mechanic, 1979; Aday, 1975; Anderson, 1978). 그러나 설명된 변량의 대부분은 의료요구와 관련된 변수에 기인하고 있다.

Feldstein(1988)등의 보건경제학자들은 수요함수모형을 제시하였는데 이 모형에서는 의료이용에 영향을 미치는 요인으로 의료서비스의 가격, 소득수준, 관련대체제의 가격, 소비자의 기호 등의 요인에 의해 의료서비스 이용이 결정된다고 주장하였다.

3. 보건의료서비스 이용에 영향을 미치는 요인

의료이용에 영향을 미치는 요인을 특성에 따라 구분하면 보건의료서비스 이용자와 관련하여 인구사회학적 요인, 경제적 요인, 건강 및 질환관련 요인, 접근성 요인 등이 있으며 보건의료서비스 공급자와 관련하여서는 보건의료인력과 보건의료시설 분포, 보건의료서비스 공급자의 진료 행태와 진료 수준, 보건의료기관의 특성과 규모 등으로 구분할 수 있다. 또한 이와는 별도로 보건의료제도와 관련된 요인이 의료이용에 미치는 영향에 대한 선행 연구도 적지 않다.

3.1 인구사회학적 요인

보건의료서비스 이용자의 인구사회학적 요인과 관련하여 Anderson (1973), Benjamin (1986)은 노인인구 구성비가 높을수록 의료이용이 증가하므로 연령에 따른 외래 의료이용은 U자형을 나타내며 이는 연령에 따라 유병률이 상이하기 때문이고 출산으로 인한 입원을 제외하면 입원율과 재원일수는 연령에 비례한다는 연구결과를 발표했으며 과거에 비해 노인들의 의료이용이 증가하였으나 그들의 높은 의료필요를 감안하면 노인들은 아직 의료이용에 장애요인이 있다고 주장했다. Bombardier(1977)는 여성인구 구성비율이 높을수록 의료이용이 증가한다고 주장했으며 이는 임신 및 분만으로 인한 의료이용을 배제하더라도 여성들의 입원 및 외래이용률이 남성보다 높으며 여성의 의료이용률이 높은 이유 중의 하나는 남성과 여성간에 증상 민감도에 차이가 있기 때문이라는 연구결과를 발표했다. 교육 수준이 높은 사람들이 교육 수준이 낮은 사람보다 의료이용이 많으며 특히 예방적 의료이용이 많으며 이는 교육수준이 높은 사람이 낮은 사람보다 소득 등 다른 사회 경제적 상태가 양호하기 때문이기도 하지만 건강 자체에 부여하는 가치가 크기 때문이라는 연구결과(Anderson, 1973; Roos, 1982, 1989)와 교육수준이 높을수록 의료이용이 감소한다는 보고(Knickman, 1984; Mcmahon, 1991)가 있어 서로 상반된 결과를 보고하였다.

의료기관이 도시 지역에 편중됨으로써 농어촌 지역에서는 의료기관에 접근하는 지리적인 장애로 인해 의료이용을 감소시킬 수 있다는 결과를 보고하였다. (Action, 1975; Aday와 Anderson, 1978; Anderson, 1980) 그 이유는 의료기관이 멀리 있을 경우 여행시간에 따른 기회비용을 계산하여 의료이용에 대한 총 가격이 증가하기 때문인 것으로 설명하고 있다. 특히 의료보험이 실시될 경우 의료서비스에 대한 가격보다는 여행비용과 같은 기회비용에 따라 의료이용이 더 크게 좌우되기 때문에 시간적인 여유가 있는 사람들보다 피고용인들의 의료이용이 떨어진다는 보고도 있다. (Action, 1975) 우리나라의 경우는 의료서비스 공급자 측면에서 살펴볼 때 종합병원, 병원, 의원은 전체적으로 도시 지역에 편중되어 있고 보건기관은 농촌지역에 편중되어 있으며 전체의료기관의 대부분이 도시 지역에 편중되어 있다. 일반의료기관이 없는 농어촌 지역에는 보건기관이 이러한 의료공급 부족을 다소 메우고 있는 실정이며 의료서비스 소비자 측면에서는 농촌에 거주하는 사람이 거의 모든 측면에서 도시에 사는 사람보다 의료이용이 적으며 이는 두 지역 거주자간에 사회 경제적 변수가 상이하고 의료이용에 대한 신뢰에도 차이가 있으며 의료기관까지의 접근성도 동일하지 않기 때문이다.

유승흠 (1987)등은 총 의료이용에 영향을 미치는 변수는 성, 연령, 교육수준, 직업, 가족수가 유의한 독립변수이며 병의원 방문에서는 연령, 교육수준, 직업, 의료보장, 가족수가 유의한 독립변수라는 연구 결과를 보고했으며 배상수 (1985)는 성인의 경우에는 가구주의 교육 수준이 의료이용에 직접적 효과를 미치는 것으로 나타났으며 청소년의 경우에는 가구소득이 높을수록 의료이용 빈도가 많으며 연령이 높을수록 의료이용 빈도가 적다고 하였으며 손석준 (1994)은 보건기관 이용에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 다변량 분석을 시행한 결과, 보건지소 이용과 관련된 요인으로는 연령, 교육수준이 유의한 변수라는 연구결과를 보고하였으며 김석범(1989)은 2주간 병의원 이용여부에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과, 9세 이하군, 70세 이상군, 급성질환과 만성질환에 이환된 경험이 있는 경우, 공교 의료보험이 적용되는 경우, 직장 및 지역 의료보험이 적용되는 경우에 병의원을 이용할 확률이 높으며 전문직, 관리사무직의 경우는 병의원 이용 확률이 상대적으로 낮다는 연구 결과를 보고하였다.

3.2 경제적 요인

Enterline (1973), Kleinman (1982), Rosenblatt (1984), Blaxter (1989), Haynes (1991), O'Donell과 Proper (1991)는 사회계층간 건강 상태의 차이가 있는지를 검정하기 위해 사회경제적 지위를 대변하는 소득변수와 의료필요지표를 연계시켜 분석한 결과 소득수준이 낮을수록 건강상태가 열악한 것으로 나타나 이환율 지표에 의해 건강수준의 불평등을 파악한 기존의 연구와 유사한 결과를 보였다.

소득도 교육과 같이 상반된 결과가 보고되었는데 Winson(1981, 1984)은 소득이 증가할수록 의료이용 빈도가 증가한다고 보고한 반면, Knickman(1982, 1984)과 Benjamin 등(1986)은 소득이 증가할수록 의료이용 빈도는 감소한다고 주장하였다. 또한 Feldstein(1988)은 질환의 유형이나 의료서비스의 내용에 따라 소득에 대한 의료이용율의 탄력도가 달라진다는 보고도 하였으며 이진희(1988)는 도시영세지역의 경우는 경제적 이유, 농촌지역에서는 의료기관 접근성이 의료이용과 관련하여 중요한 문제라고 보고했다. 우리나라의 경우 전국민의료보험 실시 전에는 소득에 따라 진료서비스 및 예방서비스 이용에 소득계층간 차이가 있었으나 의료보험의 실시로 소득이 미치는 영향은 감소하고 있다. 그러나 의료보험이 실시되었다고 해서 소득계층별 의료이용의 형평성이 보장되는 것은 아니다.

3.3 건강 및 질환관련 요인

Aday와 Anderson (1980), Kleinman (1982), Newacheck (1988)은 의료필요지표의 경우에는 상병의 이환 여부보다는 질병의 중증도를 반영하는 측정지표가 의료필요에 따른 의료이용 실태를 정확하게 파악하는데 유용하다는 연구 결과를 보고했으며 Anderson(1983)은 지역주민의 건강수준이 낮을수록 의료이용에 대한 욕구는 증가함을 보고하였고, Roos(1981)와 Wennberg(1982)은 건강수준과 의료이용과는 무관하다는 연구 결과를 보고하였다.

Flykenes (1993)는 의료요구 요인의 일종인 개인이 인식한 건강 정도가 의료이

용에 미치는 영향을 연구하였는데 다양한 건강 수준을 독립변수로 선정한 경우에 본인이 측정한 건강 수준이 가장 중요한 의료이용 결정요인이라는 연구 결과를 보고하였으며 본인이 측정한 건강 수준이외에 일반의 방문횟수에 영향을 주는 요인으로는 건강과 건강 추구 행위에 대한 선입견이었으며, 의료기관의 수, 인구사회학적 특성 등은 중요하지 않은 것으로 나타났다. 다른 선행 연구들에서는 일반의의 수, 인구사회학적 특성이 의료이용의 중요 결정 요인이었던 것에 비해 이러한 요인이 의료이용 결정요인으로 작용하지 않았다는 점은 이 연구에서 특이한 점이라 할 수 있다.

건강 및 질환관련 요인에 대한 국내 선행 연구들을 살펴보면 박현애(1994)는 연간 병의원 방문수, 연간 병의원 방문여부의 결정 요인은 의료요구 요소인 만성이환과 건강상태라는 결과를 제시했고 유승흠(1987)등은 도서지역 주민의 의료이용에 영향을 미치는 요인은 의료필요 요인이라는 연구 결과를 제시했으며 배상수(1985)는 연구대상을 성인과 청소년으로 구분하여 의료이용에 영향을 미친 요인을 분석한 결과 의료이용에 대한 설명력의 대부분은 급성 및 만성이환에 의한 것으로 나타났으며 소인성 요인 및 소득 요인에 속하는 변수 중 성인과 청소년 양자 모두에서 의료이용에 유의한 직접 효과를 미치는 변수는 의료보장 변수였다는 연구 결과를 제시하였으며 유승흠 (1988)등은 의료이용의 결정요인으로 의료이용과 의사방문 모두 급성증상수와 만성증상수가 유의한 변수였다는 결과를 보고하였으며 이진희(1988)는 농촌주민과 도시영세민의 의사방문 여부와 빈도에 가장 중요한 결정적인 요인은 두 지역 모두에서 의료필요변수라는 연구 결과를 보고하였다.

3.4 접근성 요인

Janssen(1992)은 의료이용을 의사가 주도하는 서비스와 환자가 주도하는 서비스로 구분하여 의료기관까지의 거리가 의료이용에 미치는 영향을 조사하면서 환자가 주도하는 의료서비스의 경우는 의료기관까지 소요되는 시간 또는 시간 비용이 증가할수록 의료이용빈도는 낮아지나 의사가 주도하는 의료서비스의 경우는

그 영향이 크지 않다는 연구결과를 얻었다.

Mwabu (1984)등은 금전비용과 시간비용의 증가가 의료이용을 억제한다는 결과를 제시하였으며 Mwabu (1984)는 교통시간보다는 금전비용이 의료이용을 보다 더 억제하는 효과를 미친다는 연구 결과를 보고했다. Dor (1986)는 의사와 간호사 서비스에 대한 교통 시간이 증가가 이들 서비스의 이용을 유의하게 감소시키는 것으로 보고하였으며 Akin (1986), Heller (1982)의 연구에서는 대기시간이 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 분석되었으며 그 이유는 서비스의 질이 높은 경우에 이용자들이 대기시간이 길어지는 것을 감내하는 것으로 해석할 수 있을 것이다. 국내 선행 연구의 경우를 살펴보면 김수경과 김용익 (1992)은 농촌지역 주민들의 외래이용 선택 동기를 조사한 바에 의하면 가깝기 때문이라는 이유가 41.9%로 가장 높다는 연구결과를 제시하였다.

3.5 지리적 요인

Bombardier (1977), Hulka (1985)은 의료이용에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 개인을 분석단위로 연구를 수행하였으며 의료이용에 지역간 차이가 존재한다는 연구 결과를 얻었으며 Benjamin(1986)등은 분석단위를 지역으로 변화시켜도 지역의 특성들이 의료이용과 관련을 갖는다고 주장하였다. 우리나라의 경우 도시, 농촌간의 의료이용 차이에 대해서는 의료보험이 실시된 이후 도시와 농어촌간의 의료이용의 차이가 뚜렷하지 않음을 알 수 있다. 1990년과 1991년에는 도시지역의 의료이용이 농어촌보다 다소 높았지만 1992년부터는 도시 농촌간의 차이가 거의 없었으며 1993년에는 의료공급이 취약한 농어촌 지역의 의료이용이 도시지역에 비해 오히려 높음을 알 수 있다. 이러한 결과는 공급이 많은 지역이 공급이 낮은 지역보다 의료이용이 더 많다는 기존의 이론과는 다른 결과를 보여준 것이다. 이러한 현상이 생긴 이유로는 첫째, 농어촌 지역주민의 건강수준이 도시 지역 주민보다 월등히 열악하여 의료수요가 도시 지역에 비해 훨씬 높을 가능성을 들 수 있다. 즉 Anderson이 분류한 의료필요 요인이 농어촌지역이 크기 때문일 수가 있다. 둘째로는 농어촌의 경우 보건소나 보건지소와 같은 보건기관이 의료의

접근성과 연관된 문제를 어느 정도 해소하기 때문일 것일 수도 있다.

또한 분석단위의 차이에 따라 인구 사회학적 특성이 의료이용에 미치는 영향과는 상반된 결과가 나타난다고 보고한 연구들도 있는데, Wennberg(1985)는 소규모 지역을 분석단위로 연구한 결과 인구사회학적 특성이 의료이용과는 무관하다고 보고한 반면, Chiswick(1976), Deacon(1979), Knickman(1985) 등은 대도시를 분석단위로 하여 연구한 결과 인구사회학적 특성이 의료이용에 유의한 상관성을 가지고 있음을 보고하였다. 이선희 (1994)등은 1인당 진료비와 1인당 재원일수, 건당 진료비와 건당 재원일수에 대한 지역간 변이는 통계학적으로 유의하였으며 변이들은 진단명의 특성에 따라, 의료이용 지표에 따라 차이를 보이고 있다는 결과를 제시했다.

우리나라의 경우 의료보험 확대로 인해 의료이용에 대한 경제적 접근성은 향상된 반면 의료시설 및 의사인력의 도시집중으로 인해 농어촌 주민들의 의료이용에 대한 지리적 접근성은 아직까지도 많은 제약을 받는 실정이며 많은 연구자들이 도시 농어촌간의 의료시설 및 인력의 불균형을 보고하였다(명재일과 정영철, 1991; 문옥륜과 김창엽, 1991; 박재용, 1993). 조우현과 김한중 (1992)은 지역간 의료이용의 차이는 의료전달체계와 의료보험 확대 등 정책변수 외에 의료공급자의 수와 특성, 의료시설 또는 병상 수 등과 지역의 사회경제적 특성에 의해 영향을 받는다는 연구 결과를 제시하였다.

3.6 공급자측 요인

공급 요인과 관련된 연구들은 연구내용에 따라 의료공급량과 관련된 요인, 의료공급자의 진료형태, 의료공급의 구조적인 특성 등으로 구분할 수 있다. 공급량과 관련하여서는 특정 지역에 대한 의사 수나 병상 수의 증가는 의료이용의 증가를 유발할 수 있으며 의사 인구비나 의사 중 전문의의 비율이 증가하면 의료이용도 증가하고 단골의사가 있는 경우도 의료이용이 증가한다는 연구 결과(Stockwell

1979; Wennberg 1982, 1985, 1987; Wilson, 1984; Shain과 Roemer, 1959)가 있다. 또한 상반되는 결과를 보고한 연구들 (Connell, 1981; Roos, 1982)도 있지만 의료이용에 공급 측면의 특성은 중요한 역할을 하는 것으로 의견이 모아지고 있다. 그리고 공급자의 진료 형태에 따라 의료이용이 증가한다고 보고한 연구(Roos, 1977)와 공급자의 특성에 따라 의료이용의 수준이 변화한다는 보고들 (Folland와 Stano, 1989; Eisenberg, 1981; Pineault, 1977; Childs, 1972; Young, 1985)도 있었다.

최근 Escarce(1992)는 총 의료이용량을 의료이용횟수로 나타내는 의료이용율과 서비스 강도를 나타내는 건당 진료비로 나누어 분석하여 보면 각각의 구성 요소와 의료 공급 요인과의 관련 기전이 달라진다는 점을 발견하여 의료이용을 세부 구성요소로 나누어 접근하는 방안을 제시하였다. 그리고 의료 공급기관인 병원의 특성인 병원의 유형, 교육병원여부, 병상이용율에 따라서도 의료이용에 영향을 미친다고 보고한 연구들 (Connel, 1981; Vayda, 1984; Roos, 1989)도 있다.

또한 Dutton (1986)은 의료이용을 환자에 의한 의료이용과 의사에 의한 의료이용으로 구분하는 것이 바람직하다고 주장하며 그 이유는 예방 서비스나 초진과 같이 환자가 주도하는 서비스의 이용에는 재정적, 지역적, 문화적 요인들이나 의료조직과 관련된 변수들이 큰 영향을 미치지만 재진과 같은 서비스의 경우는 의사가 주도하므로 의사와 관련된 요인들이 더 큰 영향을 미치기 때문이라는 연구 결과를 보고했다. 의사가 환자의 대리인으로서의 기능을 수행하는 의료분야에서는 모든 의료이용의 결정요인이 동일하다고 볼 수는 없다고 주장했다. 즉 환자와 의료공급자 요인 모두 의료이용에 영향을 미치나 그 단계가 상이하며 환자측 요인은 초진단계에 의료공급자 요인은 재진이나 처치종류 그리고 입원의 결정에 큰 역할을 한다. 수술율이 의료필요 요인보다는 문화적 요인, 경제적 요인, 그리고 지역의 의료공급량에 의해 결정된다는 연구도 있으며 Lane (1988)은 의료기관을 선택하는 기준으로서 질병의 중증도나 의료인력의 질, 의료기관 규모, 장비, 편이성 등을 제시하였다.

3.7 보건의료제도와 관련된 요인

Birch (1993)는 의료체계 진입확률을 의미하는 의사방문여부와 진입 이후 의료이용량의 차이를 나타내는 의사방문횟수를 종속변수로 선택하여 분석한 연구 결과에서 의료이용 요인을 정확하게 추정하기 위해서는 의료이용량의 차이뿐만 아니라 의료보수 지불방식이나 의료조직 형태의 변화 역시 의료이용에 영향을 미친다는 연구 결과를 보고하면서 HMO, DRG, 총액계약제 등에 따른 의료이용의 변화가 그 예라고 주장했다. 전기홍과 김한중(1992)은 적당한 본인부담금 인상은 저소득층의 외래이용을 감소시키지 않으면서 전체 외래 이용을 줄이는 역할을 했으며 외래 본인부담이 증가한 1986년 외래 이용이 1985년에 비해 약 10%정도 감소되었다고 하면서 대도시보다 지방의 외래 이용이 더욱 많이 감소했다는 결과를 보고했다. 이경수(1992)는 의료전달체계가 실시됨으로써 3차 진료기관의 외래 방문 환자의 방문건수, 건당 진료비, 건당 방문횟수, 건당 검사건수, 건당 진료비, 질병의 구성 등에 영향을 주었다는 결과를 보고했다.

최재준 (1991)은 지역의료보험 적용자의 경우 의료보험 실시 후 의료이용율이 크게 증가하였고 한달선 (1991)은 의료전달체계 실시 전과 후에 의료기관을 옮겨 다닌 환자 수에는 거의 차이가 없었다고 보고하였으며 유승흠(1986)등은 의료보장 적용대상이 비적용대상보다 외래 및 입원 이용율이 통계적으로 유의하게 높았으며 시와 읍, 면 지역의 의료이용율 차이는 의료보장 적용군 및 비적용군에서 통계적으로 유의하지 않았다는 연구결과를 보고했다.

여러 선행 연구들의 결과를 종합해보면 의료이용의 종류가 다양하고 이들 각각에 영향을 미치는 변수들이 동일하지 않으므로 앞에서 제시된 변수들과 의료이용 간의 관계를 일률적으로 설명하기는 힘들다. 선행 연구들에서 의료이용에 가장 영향을 미치는 요인 중 가장 중요하다고 판단할 수 있는 요인은 의료필요 요인이다. 즉 대부분의 연구에서 평소 건강상태나 활동 제한 정도 등으로 측정되는 주관적 필요가 의료이용을 설명하는 가장 중요한 변수로 입증되었다. 그러나 의료이용

에 대한 대부분의 선행 연구들은 의료이용 경험 유무나 의료이용의 양에 영향을 미치는 요인을 구명하기 위한 것이 대부분이며 서로 다른 보건의료 기관 선택에 영향을 미치는 요인을 구명하기 위한 연구는 많지 않은 실정이다. 보건의료기관 선택과 관련하여서는 환자의 사회 경제적 지위나 단골 의사의 유무, 지리적 요인이 영향을 미칠 수 있다. 즉 여러 가지 의료이용 요인이 의료이용에 미치는 영향의 정도에는 차이가 있으므로 정확한 의료이용 예측을 위해서는 연구대상자와 관련 변수의 선정이 정확한 연구가 필요한 실정이라 할 수 있다. 의료이용에 관한 연구들은 의료이용의 양과 의료이용에 영향을 미치는 요인들을 분석하고 의료이용 행태를 구명하여 합리적인 의료체계의 구축과 의료이용의 효율을 향상시키는 데 그 목적이 있다. 지금까지의 연구에 의하면 의료이용은 인구학적 요인, 사회경제적 요인, 문화심리적 요인, 건강 및 질환관련 요인 등에 영향을 받으며 이런 요인들이 독립적이기보다는 각 요인간의 상호관련 속에서 의료이용에 영향을 미친다고 보고되었다. 그러나 의료이용과 관련이 있는 각 요인들의 특성은 시기에 따라 의료이용 양상에 다른 모습으로 영향을 주게 된다. 즉, 인구의 노령화, 교육 및 소득수준의 향상 등 인구학적, 사회경제적 요인의 변화는 의료이용에 영향을 미치며 특히 의료제도와 의료정책은 의료이용의 모습에 큰 변화를 초래한다. 따라서 동일 집단이라 하더라도 시간의 경과에 따라 여러 상황이 변화되면서 의료이용에 영향을 미치는 요인들이 변하게 된다. 의료이용에 영향을 미치는 요인이 다양한 것은 기본적인 의료필요 요인인 질병 이환과 인구, 사회, 경제, 문화적인 요인간에도 밀접한 관계가 있음을 뜻한다. 그러나 질병 이환이 직접 의료이용으로 전환되는 것은 아니며, 이환 인구집단에서 의료필요가 유효의료수요로 변화되는 데에는 여러 가지 요인들이 관련되어 있다.

III. 연구 방법

1. 연구자료

이 연구는 1995년에 한국보건사회연구원에서 전국을 대상으로 실시한 국민건강조사자료를 이용하였다. 국민건강조사는 한국보건사회연구원에 의해 1989, 1992, 1995년에 전국을 모집단으로 표본 추출한 가구를 대상으로 실시한 단면조사자료이다. 1995년 국민건강조사의 표본은 인구주택 총조사의 조사구를 표본 추출 단위로 하여 1990년 인구주택 총조사의 조사구와 인구주택 총조사 이후의 신축 아파트에서 계통확률비례추출방법을 이용하여 총 110개 표본 조사구를 인구 및 산업구조, 도시·농촌의 특성에 비례하게 층화 추출하였다. 군 지역의 표본 조사구가 적기 때문에 군 지역의 조사구 수를 실제 가구 수의 비율보다 높게 추출하였다. 도시 대 농촌의 가구수비는 실제로는 77:23, 표본추출의 경우는 63:37이다. 조사대상가구는 6,791 가구이며 이 중 시 지역에 위치한 가구는 4,119 가구이고 군 지역에 위치한 가구는 2,672 가구이고 대상인구는 총 22,675명이다. 조사 방법은 자기기입식 설문지와 조사원에 의한 면접방법에 의하여 이루어졌다. 국민건강조사 자료는 5개의 설문조사로 구성되는데 표본 추출된 가구를 대상으로 인구사회학적 특성, 사회경제적 특성과 관련된 일반사항과 의료이용 및 이환 여부에 관한 기초조사를 하였으며, 가족 중 해당되는 사항에 대하여 의료이용조사, 이환조사, 입원조사를 실시하였으며 각 가구에서 해당자에 한하여 보건의식행태 조사를 실시하였다. 본 연구의 연구대상은 요양기관별 선택 행태 분석을 위해 가구방문 조사기간 2주 동안의 요양기관 이용 사례에서 첫 번째 경우(5,386명)를 분석대상으로 하였으며 이 중 치과 진료를 이용한 경우(257명)와 2차 종합병원을 이용한 경우(274명), 3차 종합병원을 이용한 경우(183명)를 제외한 외래 요양기관 이용자(4,672명)만을 대상으로 하였다. 2차, 3차 종합병원 이용자를 분석대상에서 제외한 이유는 보건의료 이용자의 요양기관 선택과 관련하여 약국과 상호 대체 관계에 있는 요양 기관이어야 하므로 종합병원급 이상의 의료기관 이용자는 분석에서 제외하였다.

연구대상을 이용한 요양 기관별로 구분해보면, 약국 이용자가 1,988명, 보건의료기관(병의원, 한방병의원, 보건소, 보건지소, 보건의료원) 이용자 2,684명, 보건의료기관(병의원, 한방병의원, 보건소) 이용자 중 보건기관(보건소, 보건지소, 보건의료원) 이용자 374명, 의료기관(병의원, 한방병의원) 이용자 2,310명, 의료기관 이용자 중 한방의료기관 이용자 182명, 양방의료기관 이용자 2,128명이었다.

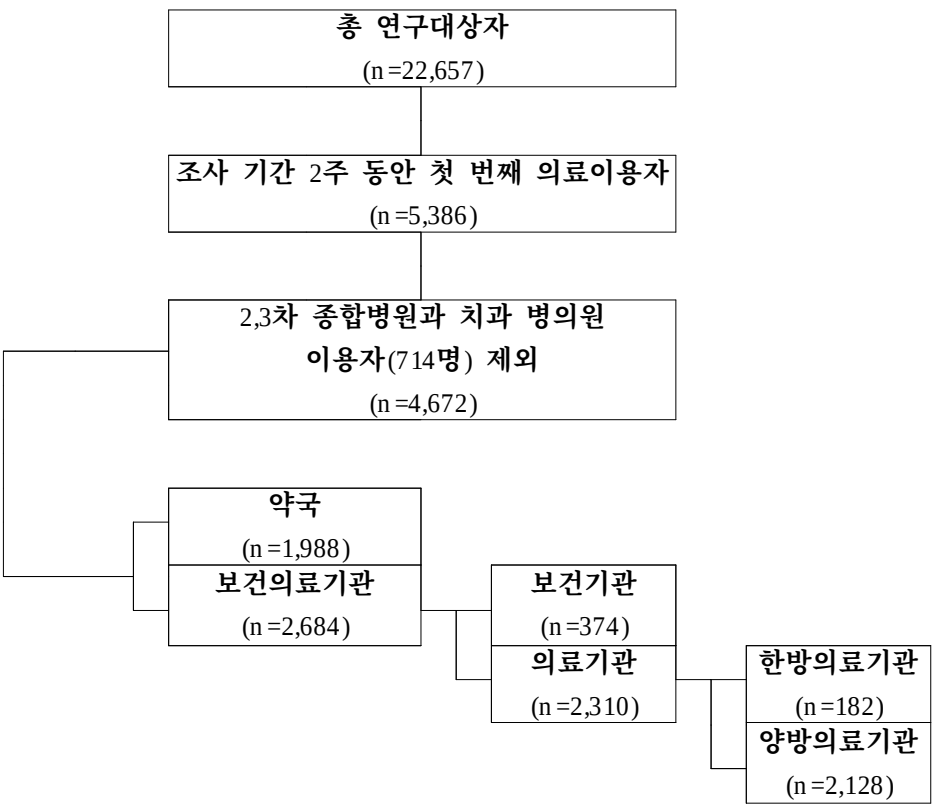

그림 1. 요양기관 유형별 연구대상자

2. 변수의 내용 및 측정 방법

독립변수 중 인구사회학적 변수는 성, 연령, 교육수준, 결혼상태, 거주지역이다. 교육수준은 19세 이상의 성인을 대상으로 중학교 이하, 고등학교, 전문대 이상인 경우로 구분하였으며 결혼상태는 미혼, 유배우, 그 이외의 경우로 구분하였으며 거주지역은 국민건강조사 표본조사구를 기준으로 대도시지역, 중소도시지역, 군부지역으로 구분하였다. 경제적 요인에 포함되는 변수는 의료보장 형태와 월평균 가구소득이다. 의료보장 형태는 의료보험과 의료보호의 경우로 구분하였으며 월 평균 가구소득의 경우, 6개의 소득 수준(50만원 이하, 51-100만원, 101-150만원, 151만원-200만원, 201-250만원, 250만원 초과)으로 측정되었기 때문에 상위 약 15%(200만원 이상인 경우가 연구 대상자의 13.83%를 차지함)를 소득수준 상으로 분류하고 하위 약 15%(100만원 미만인 경우가 연구 대상자의 18.23%를 차지함)를 소득수준 하로 분류하여 소득 수준을 상(월 평균 가구소득 200만원 이상), 중(월평균 가구소득 100-199만원), 하(월평균가구소득 100만원 미만)로 구분하였다. 건강 및 질환관련 요인에 포함되는 변수는 평소건강상태, 해당질환으로 인한 2주간 활동제한일수, 질환의 급만성 여부이다. 평소건강상태는 아주 건강하다고 응답한 경우와 건강하다고 응답한 경우를 합하고 건강하지 못하다고 응답한 경우와 매우 약하다고 응답한 경우를 합하여 주관적으로 판단한 건강상태를 상, 중, 하로 구분하였다. 질환의 급만성 여부와 관련하여 한국보건사회연구원의 질환 분류 기준은 발생시기에 관계없이 질환의 특성상 만성질환으로 명확하게 구분이 가능한 질환 25개와 비뇨생식기계 질환, 근골격계 질환, 순환기계 질환, 내분비계 질환, 구강질환을 만성질환으로 구분하였으며 이와는 별도로 질환 발생을 인지한 시점으로부터 3개월 이상 지속된 질환이나 증상을 만성질환으로 구분하였다. 급성 질환의 분류 기준은 질환의 특성상 만성 질환으로 구분되지 않는 질환으로서 질환 발생을 시점으로부터 3개월 이내에 완치되었거나 혹은 조사 시점까지 3개월이 경과하지 않은 질환이나 증상을 급성질환으로 구분하였다. 이 중 3개월 이상 지속된 질환이나 증상에도 질환의 특성상 급성질환으로 구분될 수 있는 경우가 있었으며 3개월이 경과하

지 않은 질환이나 증상에도 역시 질환의 특성상 만성질환으로 구분할 수 있는 경우가 혼재되어 있었다. 이러한 문제점을 해결하기 위해 전문의들에게 자문을 구하여 질환의 급만성 구분을 실시하여 결과, 명확하게 구분할 수 없는 7개의 질환이나 증상이 있었으며 이러한 경우에는 3개월 이상 지속된 질환을 만성으로 3개월이 경과하지 않은 질환을 급성으로 구분하였다. 또한 질환의 중증도를 변수에 포함시키기 위해 해당 질환으로 인한 2주간 활동제한일수를 사용하였다. 조사대상자의 성, 연령, 교육수준, 결혼상태, 거주지역, 의료보장 형태, 소득수준, 평소 건강상태 변수에 대한 사항은 국민건강조사 자료 중 기초조사 자료를 이용하였으며 연구 대상자가 선택한 요양기관 유형에 대한 정보는 외래 이용 조사 파일을 이용하였고 질환의 급만성 여부와 해당 질환으로 인한 2주간 활동제한일수에 대한 정보는 이환 조사 파일을 이용하였다. 종속변수는 연구대상자가 이용한 요양 기관을 유형별로 구분하여, 첫 번째 단계로 약국 이용의 경우와 보건의료기관(병의원, 한방병의원, 보건소, 보건지소, 보건의료원)이용의 경우로 구분하고, 두 번째 단계로 보건의료기관(병의원, 한방병의원, 보건소) 이용의 경우를 보건기관(보건소, 보건지소, 보건의료원)이용의 경우와 의료기관(병의원, 한방병의원) 이용의 경우로 구분하였으며, 세 번째 단계로 의료기관 이용의 경우를 한방의료기관 이용의 경우와 양방의료기관 이용의 경우로 구분하였다.

표1. 연구 변수에 대한 설명

구분	변수명	변수내용
인구사회학적 요인	성별	1 남성, 2 여성
	연령	1. 0-6세, 2. 7-18세, 3. 19-44세 4. 45-64세 5. 65세 이상
	결혼 상태	1 미혼, 2 배우자 있음, 3 사별, 이혼, 별거
	교육 수준 (19세 이상)	1 중학교 이하, 2 고등학교, 3 전문대 이상
	거주지역	1 대도시, 2 중소도시, 3 군부
경제적 요인	의료보장형태	1 의료보험, 2 의료보호
	소득	1 상, 2 중, 3 하
건강 및 질환 관련 요인	평소건강상태	1 상, 2 중, 3 하
	질병 유형	1 급성질환, 2 만성질환
	질환으로 인한 2주간 활동제한일수	실수

3. 연구모형 및 연구가설

본 연구는 어떤 요인이 요양기관 선택에 영향을 미치는가를 분석하기 위한 것이며 요양기관 선택 요인을 분석하기 위해 독립 변수들을 인구사회학적 요인, 경제적 요인, 건강 및 질환관련 요인으로 구성하였다. 보건의료서비스 이용자들이 선택 가능한 대안을 요양기관을 기준으로 1단계는 약국과 보건의료기관(병원, 의원, 한방 병의원, 보건소, 보건지소)으로 구분하였으며, 2단계는 보건의료기관을 보건기관(보건소, 보건지소)과 의료기관(병원, 의원, 한방 병의원)으로 구분하였고, 3단계는 의료기관을 양방의료기관(병의원, 의원)과 한방의료기관(한방 병의원)으로 구분하여 각 단계별로 요양기관 선택에 영향을 미치는 요인을 구명하고자 하였다.

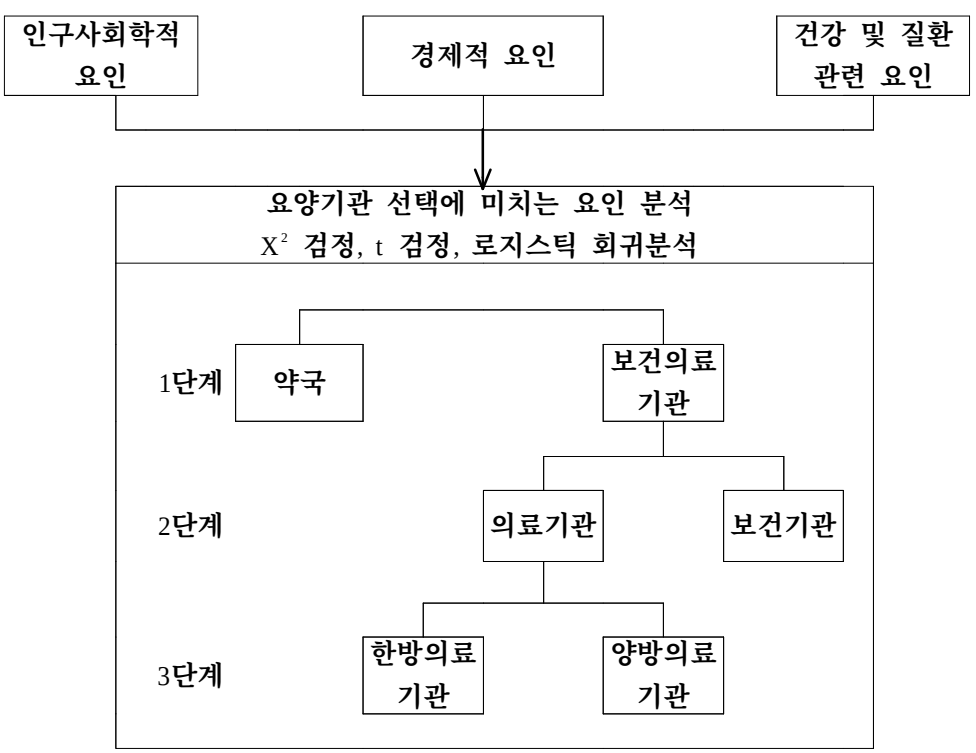

그림 2. 연구모형

1단계 : 약국과 보건의료기관 선택에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

가설 1 : 거주지역이 군부인 경우에 비해 대도시인 경우에, 의료보장 형태가 의료보호인 경우에 비해 의료보험인 경우에, 질환의 유형이 만성인 경우에 비해 급성인 경우에, 2주간 활동제한일수가 짧을수록 보건의료기관보다는 약국을 선호할 것이다.

2단계 : 보건의료기관을 보건기관과 의료기관으로 구분하여 보건기관과 의료기관 선택에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

가설 2 : 거주지역이 대도시인 경우에 비해 군부인 경우에, 소득수준이 낮을수록, 의료보장 형태가 의료보험인 경우에 비해 의료보호인 경우에, 질환의 유형이 만성인 경우에 비해 급성인 경우에, 2주간 활동제한일수가 짧을수록 의료기관보다는 보건기관을 선호할 것이다.

3단계 : 의료기관을 한방의료기관과 양방의료기관으로 구분하여 한방의료기관과 양방의료기관 선택에 영향을 미치는 요인을 구명한다.

가설 3 : 연령이 높을수록, 거주지역이 군부인 경우에 비해 대도시인 경우에, 질환의 유형이 급성인 경우에 비해 만성인 경우에 양방의료기관보다는 한방의료기관을 선호할 것이다.

4. 분석방법

본 연구에서 사용한 분석 방법을 연구 단계와 관련하여 설명하면 우선 요양기관 선택과 보건의료서비스 유형 선택에 영향을 미친다고 생각되는 인구사회학적 요인, 경제적 요인, 건강 및 질환관련 요인과 요양기관 선택과의 관련성을 파악하

기 위해 χ^2분석과 t 검정을 이용하여 이변량 분석을 실시하였으며 요양기관 선택에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 보건의료 서비스 이용자들이 이용 가능한 요양기관을 1단계로 약국과 보건의료기관으로 구분하고, 2단계로 보건의료기관을 보건기관과 의료기관으로 구분하였으며, 3단계로 의료기관을 한방의료기관과 양방의료기관으로 구분하여 요양기관 선택에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 목적으로 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

IV. 연구 결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

연구대상자의 일반적 특성을 살펴보면 표2와 같다. 성별 분포는 여성이 58.93%로 남성에 비해 많았으며 연령의 경우 19-44세의 경우가 32.41%로 가장 많은 부분을 차지하고 있으며 교육수준의 경우 전체 연구대상자에서 차지하는 분율이 중학교 이하인 경우가 전체의 43.04%로 가장 많았으며 고등학교가 19.73%, 전문대 이상이 9.36%의 순서였다. 결혼상태는 미혼인 경우가 9.97%, 배우자가 있는 경우가 19.73%, 이혼, 사별, 별거의 경우가 9.35%였다. 거주지역은 대도시가 36.99%, 중소도시가 34.67%, 군부가 28.34%였다. 의료보장 형태는 의료보험인 경우가 93.92%로 대부분을 차지하고 있으며 소득수준은 상, 중, 하로 구분할 경우, 각각 18.04%, 67.25%, 13.70%였다. 평소 건강상태가 건강하다고 응답한 경우가 49.01%였으며 질환의 유형은 급성 질환이 46.42%, 만성 질환이 43.75%였다.

표2. 연구대상자의 일반적 특성

구분		빈도	백분율(%)
성별	남성	1919	41.07
	여성	2753	58.93
연령	0-6세	707	15.13
	7-18세	591	12.65
	19-44세	1514	32.41
	45-64세	1270	27.18
	65세 이상	590	12.63
교육수준	중학교 이하	2011	43.04
	고등학교	922	19.73
	전문대 이상	437	9.36
	비해당 및 무응답	1302	27.87
결혼상태	미혼	466	9.97
	배우자 있음	922	19.73
	이혼, 사별, 별거	437	9.35
	비해당 및 무응답	2847	60.95

표2. 연구대상자의 일반적 특성 (계속)

구분		빈도	백분율(%)
거주지역	대도시	1728	36.99
	중소도시	1620	34.67
	군부	1324	28.34
의료보장 형태	의료보험	4388	93.92
	의료보호	234	5.01
	비해당 및 무응답	50	1.07
소득수준	100만원 미만	843	18.04
	100- 199 만원	3142	67.25
	200만원 이상	640	13.70
	무응답	47	1.01
평소 건강상태	건강함	2290	49.01
	보통	1104	23.63
	건강하지 못함	1276	27.32
	무응답	2	0.04
질환 유형	급성	2169	46.42
	만성	2044	43.75
	무응답	459	9.83
합계		4672	100.0

연구대상자들의 의료기관 이용 분포를 살펴보면(표3), 약국이 42.6%, 의원이 40.9%로 이 두 가지 경우가 전체의 83.5%를 차지하고 있었다.

표3. 연구대상자의 의료기관 이용 분포

구분		빈도	백분율
의료기관 유형	약국	1988	42.6
	병원	215	4.6
	의원	1913	40.9
	한방병의원	182	3.9
	보건소	264	5.7
	보건지소	110	2.3
	합계	4672	100.0

2. 요양기관 선택에 영향을 미치는 요인에 대한 분석

2.1 약국과 보건의료기관 선택에 대한 분석

인구사회학적 요인과 약국과 보건의료기관 선택과의 관계를 비교해보면(표4), 성별과 관련하여 남성에 비해 여성이 약국 이용자 분율이 높았으나 통계적으로 유의한 차이가 없었으며 연령과 관련하여서는 연령이 증가할수록 약국 이용자의 분율이 증가하다가 45세를 기준으로 감소하였다. 교육 수준과 관련하여서는 중학교 이하인 경우에 약국 이용자의 분율이 낮았고 결혼상태의 경우는 사별, 이혼, 별거인 대상자의 약국 이용자 분율이 통계적으로 유의하게 낮았다. 또한 거주 지역이 대도시인 경우의 약국 이용자의 분율이 53.13%로 거주 지역이 군부인 경우의 약국 이용자 분율보다 통계적으로 유의하게 높았다.

표4. 인구사회학적 요인에 따른 약국 이용자와 보건의료기관 이용자에 대한 분석(단위: 명)

구분		약국 이용자	보건의료기관 이용자	x^2값
성별	남성	803(40.39)	1116(42.63)	0.415
	여성	1185(59.61)	1568(57.37)	
	합계	1988(100.00)	2733(100.00)	
연령	0 - 6세	195(9.81)	512(19.08)	319.779***
	7 - 18세	294(14.79)	297(11.07)	
	19 - 44세	876(44.06)	638(23.77)	
	45 - 64세	484(24.35)	786(29.28)	
	65세 이상	139(6.99)	451(16.80)	
	합계	1988(100.00)	2684(100.00)	
교육 수준	중학교 이하	736(49.16)	1275(68.07)	123.643***
	고등학교	518(34.60)	404(21.57)	
	전문대 이상	243(16.23)	194(10.36)	
	합계	1497(100.00)	1873(100.00)	

* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

표4. 인구사회학적 요인에 따른 약국 이용자와 보건의료기관 이용자에 대한 분석(계속)

구분		약국 이용자	보건의료기관 이용자	x^2값
결혼 상태	미혼	263(16.53)	203(10.41)	68.509***
	배우자 있음	1132(71.15)	1328(68.10)	
	사별, 이혼, 별거	196(12.32)	419(21.49)	
	합계	1591(100.00)	1950(100.00)	
거주 지역	대도시	918(46.18)	810(30.18)	166.187***
	중소도시	674(33.90)	946(35.25)	
	군부	396(19.92)	928(34.58)	
	합계	1988(100.00)	2684(100.00)	

* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

경제적 요인과 약국과 보건의료기관 선택과의 관계를 비교한 결과(표5), 의료보장 형태가 의료보험인 경우가 의료보호인 경우에 비해 약국 이용자 분율이 높았으며 소득의 경우는 소득이 증가할수록 약국 이용자의 분율이 증가하는 양상을 보였으며 이는 통계적으로 유의했다.

표5. 경제적 요인에 따른 약국 이용자와 보건의료기관 이용자에 대한 분석

(단위: 명)

구분		약국 이용자	보건의료기관 이용자	x^2값
의료보장 형태	의료보험	1908(97.60)	2480(92.99)	49.826***
	의료보호	47(2.40)	187(7.01)	
	합계	1955(100.00)	2667(100.00)	
소득 수준	100만원 미만	241(12.24)	602(22.67)	83.497***
	100-199만원	1424(72.32)	1718(64.68)	
	200만원 이상	304(15.44)	336(12.65)	
	합계	1969(100.00)	2656(100.00)	

* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

건강 및 질환관련 요인 중 평소 건강상태, 질환 유형과 요양기관 선택의 관계를 비교한 결과(표6), 건강하지 못하다고 응답한 연구 대상자의 경우에 약국 이용자의 분율이 32.68%로 다른 경우에 비해 통계적으로 유의하게 낮았으며 급성 질환인 경우의 약국 이용자 분율(45.60%)이 만성 질환인 경우의 약국 이용자 분율(31.41%)보다 높았다.

표6. 건강 및 질환관련 요인에 따른 약국 이용자와 보건의료기관 이용자에 대한 분석(단위 : 명)

구분		약국 이용자	보건의료기관 이용자	χ^2값
평소 건강상태	건강함	1058(53.22)	1232(45.94)	70.256***
	보통	513(25.80)	591(22.04)	
	건강하지 못함	417(20.98)	859(32.03)	
	합계	1988(100.00)	2682(100.00)	
질환 유형	급성 질환	989(60.64)	1180(45.70)	89.283***
	만성 질환	642(39.36)	1402(54.30)	
	합계	1631(100.00)	2582(100.00)	

* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

건강 및 질환관련 요인 중 해당 질환으로 인한 2주간 활동제한일수와 요양기관 선택의 관계를 비교한 결과(표7), 약국 이용자의 활동제한일수의 평균은 0.3979일, 보건의료기관 이용자의 2주간 활동제한일수 평균은 1.0085일이며 이는 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

표7. 약국 이용자와 보건의료기관 이용자의 2주간 활동제한일수 비교 (단위 : 일)

구분	평균	표준편차	F value
약국 이용자	0.3979	1.7333	2.72***
보건의료기관 이용자	1.0085	2.8561	

* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

약국과 보건의료기관 선택에 영향을 미치는 요인을 구명하기 위해 인구사회학적 요인, 경제적 요인, 건강 및 질환 관련 요인을 동시에 고려하고 다른 요인을 통제한 상태에서 각 변수의 효과를 파악하고자 로지스틱 회귀분석 모형을 구성하여 분석을 시도한 결과(표8), 연령과 관련하여서는 19-44세 연령 집단에 비해 다른 연령 집단의 약국 이용 확률은 낮았으며 거주지역과 관련하여서는 대도시인 경우에 비해 중소도시인 경우와 군부인 경우가 약국 이용 확률이 각각 0.640배, 0.440배 낮았다. 의료보장 형태와 관련하여 의료보험인 경우에 비해 의료보호인 경우가 약국 이용 확률이 0.652배 낮았으며 질병 유형이 급성에 비해 만성인 경우에 약국 이용 확률이 0.499배 낮았고 2주간 활동제한일수가 증가할수록 약국이용 확률은 감소하였으며 이러한 결과는 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

표8. 약국과 보건의료기관 선택에 영향을 미치는 요인

(약국 이용의 경우=0, 보건의료기관 이용의 경우=1)

변수 구분	기준 집단		회귀계수	비차비	신뢰구간
성별	남성	여성	-0.0560	0.946	(0.8186, 1.0920)
연령	19-44세	0 - 6세	-1.7670	0.171***	(0.1289, 0.2263)
		7 - 18세	-0.5605	0.571***	(0.4368, 0.7463)
		45 - 64세	-0.3509	0.704***	(0.5719, 0.8667)
		65세 이상	-0.7412	0.477***	(0.3517, 0.6457)
교육 수준	중학교 이하	고등학교	-0.0646	0.937	(0.7520, 1.1686)
		전문대 이상	-0.2408	0.786	(0.5871, 1.0522)
결혼 상태	배우자 있음	미혼	0.1603	1.174	(0.9258, 1.4884)
		사별, 이혼, 별거	0.0772	1.080	(0.8421, 1.3860)
거주지역	대도시	중소도시	-0.4462	0.640***	(0.5471, 0.7488)
		군부	-0.8216	0.440***	(0.3666, 0.5274)
의료보장형태	의료보험	의료보호	-0.4272	0.652*	(0.4424, 0.9620)
소득 수준	100만원 이하	100-199 만원	0.0926	1.097	(0.8874, 1.3561)
		200만원 이상	0.0826	1.086	(0.8241, 1.4313)
평소 건강상태	건강함	보통	0.0309	1.031	(0.8701, 1.2225)
		건강하지 못함	-0.0875	0.916	(0.7609, 1.1031)
질환 유형	급성질환	만성질환	-0.6958	0.499***	(0.4279, 0.5812)
2주간 활동제한일수			-0.0901	0.914***	(0.8837, 0.9451)
$\chi\chi X^2$				499.796***	

* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

2.2 보건기관과 의료기관 선택에 대한 분석

인구사회학적 요인과 보건기관과 의료기관 선택과의 관계를 비교해보면(표9), 성별과 관련하여서는 통계적으로 유의한 차이가 없었으며 연령과 관련하여서는 65세 이상의 연령 집단의 보건기관 이용자 분율이 26.39%로 다른 경우에 비해 통계적으로 유의하게 높았으며 교육 수준과 관련하여서는 교육수준이 증가할수록 보건기관 이용자의 분율은 감소하는 경향을 보였으며 이는 통계적으로 유의하였다. 결혼상태와 관련하여서는 사별, 이혼, 별거인 경우의 보건기관 이용자 분율이 24.11%로 다른 경우에 비해 높았으며 또한 거주 지역이 군부인 경우의 보건기관 이용자의 분율이 25.43%로 거주 지역이 대도시(1.73%)나 중소도시(13.11%)인 경우의 보건기관 이용자 분율보다 통계적으로 유의하게 높았다.

표9. 인구사회학적 요인에 따른 보건기관 이용자와 의료기관 이용자에 대한 분석(단위: 명)

구분		보건기관 이용자	의료기관 이용자	x^2값
성별	남성	144(38.50)	972(42.08)	1.694
	여성	230(61.50)	1338(57.92)	
	합계	374(100.00)	2310(100.00)	
연령	0 - 6세	25(6.68)	487(21.08)	118.526***
	7 - 18세	42(11.23)	255(11.04)	
	19 - 44세	52(13.90)	586(25.37)	
	45 - 64세	136(36.36)	650(28.14)	
	65세 이상	119(31.82)	332(14.37)	
	합계	374(100.00)	2310(100.00)	
교육 수준	중학교 이하	269(87.62)	1006(64.24)	65.611***
	고등학교	30(9.77)	374(23.88)	
	전문대 이상	8(2.61)	186(11.88)	
	합계	307(100.00)	1566(100.00)	

* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

표9. 인구사회학적 요인에 따른 보건기관 이용자와 의료기관 이용자에 대한 분석(계속)

구분		보건기관 이용자	의료기관 이용자	χ^2값
결혼 상태	미혼	17(5.33)	186(11.40)	29.285***
	배우자 있음	201(63.01)	1127(69.10)	
	사별, 이혼, 별거	101(31.66)	318(19.50)	
	합계	319(100.00)	1631(100.00)	
거주 지역	대도시	14(3.74)	796(34.46)	203.441***
	중소도시	124(33.16)	822(35.58)	
	군부	236(63.10)	692(29.96)	
	합계	374(100.00)	2310(100.00)	

* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

경제적 요인과 보건기관, 의료기관 선택과의 관계를 비교한 결과(표10), 의료보장 형태가 의료보호인 경우가 보건기관 이용자의 분율이 35.83%로 의료보험인 경우에 비해 통계적으로 유의하게 높았으며, 가구 월 평균 소득수준이 증가할수록 보건기관 이용 분율은 감소하는 경향을 보였다.

표10. 경제적 요인에 따른 보건기관 이용자와 의료기관 이용자에 대한 분석

(단위 : 명)

구분		보건기관 이용자	의료기관 이용자	χ^2값
의료보장 형태	의료보험	306(82.04)	2174(94.77)	79.760***
	의료보호	67(17.96)	120(5.23)	
	합계	373(100.00)	2294(100.00)	
소득 수준	100만원 이하	168(45.16)	434(19.00)	141.027***
	101- 200	194(52.15)	1524(66.73)	
	200만원 이상	10(2.69)	326(14.27)	
	합계	372(100.00)	2284(100.00)	

* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

건강 및 질환관련 요인 중 평소 건강 상태와 요양기관 선택과의 관계를 분석한 결과(표11), 본인이 평가한 평소 건강상태가 건강하지 못하다고 응답한 조사대상자의 경우가 다른 경우에 비해 보건기관을 이용한 분율이 16.88%로 통계적으로

유의하게 높았으며 질환의 유형과 관련하여서는 만성 질환인 경우의 보건기관 이용자 분율(16.76%)이 급성 질환인 경우의 약국 이용자 분율(10.00%)보다 높았다.

표11. 건강 및 질환관련 요인에 따른 보건기관 이용자와 의료기관 이용자에 대한 분석 (단위: 명)

구분		보건기관 이용자	의료기관 이용자	x^2값
평소 건강상태	건강함	156(41.71)	1076(46.62)	9.106*
	보통	73(19.52)	518(22.44)	
	건강하지 못함	145(38.77)	714(30.94)	
	합계	374(100.00)	2308(100.00)	
질환 유형	급성 질환	118(33.43)	1062(47.64)	24.821***
	만성 질환	235(66.57)	1167(52.36)	
	합계	353(100.00)	2229(100.00)	

* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

건강 및 질환관련 요인 중 해당 질환으로 인한 2주간 활동제한일수와 요양기관 선택의 관계를 비교한 결과(표12), 보건기관 이용자의 활동제한일수의 평균은 0.8983일, 의료기관 이용자의 2주간 활동제한일수 평균은 1.0259일이며 이는 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

표12. 보건기관 이용자와 의료기관 이용자의 2주간 활동제한일수 비교

(단위 : 일)

구분	평균	표준편차	F value
보건기관 이용자	0.8983	2.6560	1.18
의료기관 이용자	1.0259	2.8868	

* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

보건기관과 의료기관 선택에 영향을 미치는 요인을 구명하기 위해 인구사회학적 요인, 경제적 요인, 건강 및 질환 관련 요인을 동시에 고려하고 다른 요인을 통제한 상태에서 각 변수의 효과를 파악하고자 로지스틱 회귀분석 모형을 구성하

여 분석을 시도한 결과(표13), 19-44세의 연령 집단에 비해 0-6세 연령 집단의 보건기관 이용 확률은 0.283배 낮았으며 교육수준과 관련하여서는 최종 학력이 중학교 이하인 집단에 비해 최종 학력이 고등학교인 경우의 보건기관 이용확률은 0.512배였으며 전문대 이상인 경우는 0.418배로 점차 감소하였다. 거주지역이 대도시인 경우에 비해 중소도시인 경우의 보건기관 이용 확률은 9.755배였으며 군부인 경우는 16.425배로 통계적으로 매우 유의한 차이를 보였다. 소득수준이 증가할수록 보건기관 이용 확률은 감소하였으며 의료보장 형태가 의료보험인 경우에 비해 의료보호인 경우의 보건기관 이용 확률은 1.597배 높았다. 질병 유형에 따라서는 유의한 차이가 없었으나 2주간 활동제한일수가 증가할수록 보건기관 이용 확률은 감소하였다.

표13. 보건기관과 의료기관 선택에 영향을 미치는 요인
(보건기관 이용의 경우=0, 의료기관 이용의 경우=1)

변수 구분	기준 집단		회귀계수	비차비	신뢰구간
성별	남성	여성	-0.1579	0.854	(0.6460, 1.1287)
연령	19-44세	0 - 6세	-1.2621	0.283***	(0.1520, 0.5270)
		7 - 18세	-0.0550	0.947	(0.5407, 1.6568)
		45 - 64세	0.1103	1.117	(0.7117, 1.7519)
		65세 이상	0.3051	1.357	(0.8145, 2.2601)
교육 수준	중학교 이하	고등학교	-0.6696	0.512*	(0.3023, 0.8668)
		전문대 이상	-0.8720	0.418*	(0.1755, 0.9960)
결혼 상태	배우자 있음	미혼	-0.2547	0.775	(0.4205, 1.4288)
		사별, 이혼, 별거	0.0410	1.042	(0.7251, 1.4969)
거주지역	대도시	중소도시	2.2778	9.755***	(4.8837, 19.4861)
		군부	2.7988	16.425***	(8.2672, 32.6322)
의료보장형태	의료보험	의료보호	0.4684	1.597*	(1.0745, 2.3748)
소득 수준	100만원 이하	100-199 만원	-0.3916	0.676*	(0.4934, 0.9262)
		200만원 이상	-1.4948	0.224***	(0.1067, 0.4714)
평소 건강상태	건강함	보통	-0.3158	0.729	(0.5121, 1.0382)
		건강하지 못함	-0.6222	0.537***	(0.3854, 0.7476)
질환 유형	급성질환	만성질환	0.0054	1.005	(0.7410, 1.3641)
2주간 활동제한일수			-0.0558	0.946*	(0.9051, 0.9882)
$\chi\chi X^2$			340.803***		

* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

2.3 한방의료기관과 양방의료기관 선택에 대한 분석

인구사회학적 요인과 한방의료기관과 양방의료기관 선택과의 관계를 비교해보면(표14), 성별과 관련하여서는 통계적으로 유의한 차이가 없었으며 연령과 관련하여서는 45-60세인 연령 집단의 한방의료기관 이용자 분율이 13.23%로 다른 경우에 비해 통계적으로 유의하게 높았으며 교육 수준과 결혼상태, 거주 지역에 따라서는 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

표14. 인구사회학적 요인에 따른 한방의료기관과 양방의료기관 이용자에 대한 분석 (단위 : 명)

구분		한방의료기관 이용자	양방의료기관 이용자	χ^2값
성별	남성	66(36.26)	906(42.58)	2.740
	여성	116(63.74)	1222(57.42)	
	합계	182(100.00)	2128(100.00)	
연령	0 - 6세	3(1.65)	484(22.74)	75.023***
	7 - 18세	6(3.30)	249(11.70)	
	19 - 44세	55(30.22)	531(24.95)	
	45 - 64세	86(47.25)	564(26.50)	
	65세 이상	32(17.58)	300(14.10)	
	합계	182(100.00)	2128(100.00)	
교육 수준	중학교 이하	115(66.86)	891(63.92)	1.352
	고등학교	35(20.35)	339(24.32)	
	전문대 이상	22(12.79)	164(11.76)	
	합계	172(100.00)	1394(100.00)	
결혼 상태	미혼	15(8.57)	171(11.74)	1.583
	배우자 있음	124(70.86)	1003(68.89)	
	사별, 이혼, 별거	36(20.57)	282(19.37)	
	합계	175(100.00)	1456(100.00)	
거주 지역	대도시	72(39.56)	724(34.02)	2.671
	중소도시	63(34.62)	759(35.67)	
	군부	47(25.82)	645(30.31)	
	합계	182(100.00)	2128(100.00)	

* $P<0.05$, ** $P<0.01$, *** $P<0.001$

경제적 요인과 한방의료기관, 양방의료기관 선택과의 관계를 비교한 결과(표 15), 의료보장 형태나 가구 월 평균 소득에 따른 차이는 통계적으로 유의하지 않았다.

표15. 경제적 요인에 따른 한방의료기관과 양방의료기관 이용자에 대한 분석

(단위 : 명)

구분		한방의료기관 이용자	양방의료기관 이용자	X^2값
의료보장 형태	의료보험	176(96.70)	1998(94.60)	1.492
	의료보호	6(3.30)	114(5.40)	
	합계	182(100.00)	2112(100.00)	
소득 수준	100만원 이하	35(19.66)	399(18.95)	0.057
	101-200	118(66.29)	1406(66.76)	
	200만원 이상	25(14.04)	301(14.29)	
	합계	178(100.00)	2106(100.00)	

* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

건강 및 질환관련 요인 중 본인이 평가한 평소의 건강 상태와 한방의료 서비스와 양방의료 서비스 선택과의 관계를 분석한 결과(표16), 본인이 평가한 평소 건강상태가 건강하지 못하다고 응답한 조사대상자의 경우에 한방의료기관 이용자의 분율이 다른 경우에 비해 높았으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 질환의 유형과 관련하여서는 만성질환인 경우의 한방의료기관 이용자 분율은 12.68%로 급성질환의 경우에 비해 통계적으로 유의하게 높았다.

표16. 건강 및 질환관련 요인에 따른 한방의료기관과 양방의료기관 이용자에 대한 분석(단위: 명)

구분		한방의료기관 이용자	양방의료기관 이용자	χ^2값
평소 건강상태	건강함	49(26.92)	1027(48.31)	33.000***
	보통	49(26.92)	469(22.06)	
	건강하지 못함	84(46.15)	630(29.63)	
	합계	182(100.00)	2126(100.00)	
질환 유형	급성 질환	24(13.95)	1035(50.39)	79.017***
	만성 질환	148(86.05)	1019(49.61)	
	합계	172(100.00)	2054(100.00)	

* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

건강 및 질환관련 요인 중 해당 질환으로 인한 2주간 활동제한일수와 요양기관 선택의 관계를 비교한 결과(표17), 한방의료기관 이용자의 활동제한일수의 평균은 1.6171일, 의료기관 이용자의 2주간 활동제한일수 평균은 0.9756일이었으며 이는 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

표17. 한방의료기관 이용자와 양방의료기관 이용자의 2주간 활동제한일수 비교

(단위 : 일)

구분	평균	표준편차	F value
한방의료기관 이용자	1.6171	3.8096	1.86*
양방의료기관 이용자	0.9756	2.7896	

* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

한방의료기관과 양방의료기관 선택에 영향을 미치는 요인을 구명하기 위해 인구사회학적 요인, 경제적 요인, 건강 및 질환 관련 요인을 동시에 고려하고 다른 요인을 통제한 상태에서 각 변수의 효과를 파악하고자 로지스틱 회귀분석 모형을 구성하여 분석을 시도한 결과(표18), 통계적으로 유의한 변수는 연령, 거주지역, 질환의 유형, 2주간활동 제한일수이며 연령의 경우 19-44세의 연령 집단에 비해 0-6세 연령 집단과 7-18세 연령 집단의 한방의료기관 이용 확률이 낮았으며 거주지역과 관련하여서는 대도시에 비해 군부에서의 한방의료기관 이용 확률이 0.494배

낮았으며 질환의 유형이 급성 질환인 경우에 비해 만성질환인 경우는 한방의료기관 이용 확률이 3.181배 높았고 2주간 활동제한일수가 증가할수록 한방의료기관 이용 확률이 높았다.

표18. 한방의료기관과 양방의료기관 선택에 영향을 미치는 요인
(한방의료기관 이용의 경우=0, 양방의료기관 이용의 경우=1)

구분	기준집단		회귀계수	비차비	신뢰구간
성별	남성	여성	-0.0588	0.943	(0.6518, 1.0921)
연령	19-44세	0 - 6세	-2.0414	0.130**	(0.0366, 0.2263)
		7 - 18세	-1.1212	0.326*	(0.1170, 0.7463)
		45 - 64세	0.3925	1.418	(0.9254, 2.3688)
		65세 이상	-0.0398	0.961	(0.5083, 1.8170)
교육 수준	중학교 이하	고등학교	0.0135	1.014	(0.6118, 1.1686)
		전문대 이상	0.2941	1.342	(0.6877, 1.0522)
결혼 상태	배우자 있음	미혼	0.0120	1.012	(0.5053, 1.4884)
		사별, 이혼, 별거	0.3025	1.353	(0.8345, 1.3860)
거주 지역	대도시	중소도시	-0.3271	0.721	(0.4901, 1.0601)
		군부	-0.7052	0.494**	(0.3190, 0.5274)
의료보장형태	의료보험	의료보호	-0.8559	0.425	(0.1615, 1.1181)
소득 수준	100만원 이하	100-199 만원	0.2618	1.299	(0.8258, 1.3561)
		200만원 이상	0.2909	1.388	(0.7064, 1.4313)
평소 건강상태	건강함	보통	0.4224	1.526	(0.9768, 1.2225)
		건강하지 못함	0.3282	1.388	(0.8969, 1.1031)
질환 유형	급성질환	만성질환	1.1573	3.181***	(2.0172, 5.0173)
2주간 활동제한일수			0.0476	1.049*	(1.0032, 1.0964)
$\chi\chi X^2$				158.726***	

* P<0.05, ** P<0.01, *** P<0.001

V. 고 찰

1. 연구 방법에 대한 고찰

본 연구에서 사용된 자료는 1995년 국민건강조사 자료 중에서 관련된 변수를 선정하여 사용되었다. 이 자료는 전국을 대표하는 표본 가구에 대한 면접 방법을 통하여 수집된 것이다. 보건의료서비스 이용의 분석에 사용되는 자료는 서비스 제공과정에서 생산되는 사업통계(보건소, 병원 사업 통계, 의료보험 급여 자료)와 조사자료(국민건강조사)로 구분된다. 사업통계는 보건의료 서비스 이용자의 특성을 파악하는데 많이 사용되지만 보건의료서비스를 이용하지 않는 사람에 대한 정보를 갖지 못한다. 또한 사업통계는 자료의 대표성 결여(특정지역 또는 직장, 공교, 의료보호 등 특정대상의 자료 생산)와 분석에 필요한 변수의 제한 등의 문제를 가지고 있다. 이에 반하여 국민건강 조사와 같은 대규모의 조사자료는 표본추출과정에서 전국을 대표할 수 있도록 표본 설계되었고, 조사대상자의 정보, 즉, 인구사회학적 특성, 경제적 요인, 의료요구 등 보건의료 서비스 이용에 영향을 줄 수 있는 변수에 관한 정보 등을 포함하고 있어서 이 연구의 목적에 적합하고 분석에 많은 이점을 가지고 있다.

본 연구에서 사용된 변수와 관련된 내용을 살펴보면 지금까지 의료이용에 관한 연구들은 특정 영향 요인(의료보험제도 도입, 의료전달체계 실시, 본인부담금 인상 등)이 의료이용 여부나 의료이용량에 영향을 미치는 요인을 분석한 것이 대부분이었으며 요양 기관 선택에 관한 연구는 많지 않았다. 또한 의료기관 선택과 관련된 선행 연구들의 대부분은 의료서비스 공급자 측면(의료서비스의 질, 접근성)을 중시한 연구들이거나 의료서비스 소비자 측면의 인구사회학적 요인이나 소득에 따른 의료이용의 불평등을 지적한 연구가 대부분이었다. 이에 본 연구는 여러 선행 연구들에서 밝혀진 의료이용에 영향을 미치는 의료서비스 소비자 측면의

요인에 건강 및 질환관련 요인인 질환의 유형(급만성 구분)과 질환의 중증도(해당 질환으로 인한 2주간 활동제한일수)를 포함시켜 요양기관 선택에 미치는 영향을 파악하고자 하였다. 즉 질환의 중증도가 요양기관 선택에 미치는 영향이 크기 때문에 연구대상자들이 이환된 질환을 급성 질환과 만성 질환으로 구분하고 해당 질환으로 인한 2주간 활동제한일수를 연구 변수에 포함하여 질환의 유형과 중증도를 통제한 상태에서 요양 기관 선택에 미치는 효과를 파악하고자 한 것이 본 연구의 의의라 할 수 있다.

독립변수의 경우, 인구사회학적 요인, 경제적 요인, 건강 및 질환관련 요인으로 구분하였으며 종속변수는 요양 기관의 유형에 따라 3개 범주(약국과 보건의료기관, 보건기관과 의료기관, 한방의료기관과 양방의료기관)로 구분하여 설정하였다.

독립변수 중 거주지역은 요양 기관의 분포의 지역간 불균형이 존재하는 우리나라의 실정을 감안하기 위하여 대도시지역, 중소도시지역, 군부 지역으로 구분하였다. 교육 수준은 19세 이상인 경우의 학력을 최종 교육 수준으로 하였으며 경제적 요인에 포함되는 변수는 의료보장 형태와 월평균 가구 소득이다. 의료보장 형태는 의료보험과 의료보호의 경우로 구분하였으며 월 평균 가구소득의 상, 중, 하로 구분하였다. 소득 수준은 의료필요가 발생한 경우 의료이용을 결정하는 중요한 요인으로 작용하며 따라서 소득변수는 직업이나 교육수준보다 의료이용 실태를 평가하는 사회경제적 변수로 많이 이용되어 왔다(Stewart와 Enterline, 1961; Kleinman, 1982; 문창진, 1990; 배상수, 1992). 건강 및 질환관련 요인에 포함되는 변수는 평소건강상태, 해당질환으로 인한 2주간 활동제한일수, 질환의 급만성 여부이다. 평소건강상태는 상, 중, 하로 구분하였으며 질환의 급만성 여부와 관련하여 한국보건사회연구원의 질환 분류 기준은 발생시기에 관계없이 질환의 특성상 만성질환으로 명확하게 구분이 가능한 질환 25개와 비뇨생식기계 질환, 근골격계 질환, 순환기계 질환, 내분비계 질환, 구강질환을 만성질환으로 구분하였으며 이와는 별도로 질환 발생을 인지한 시점으로부터 3개월 이상 지속된 질환이나 증상을 만성질환으로 구분하였다. 급성 질환의 분류 기준은 질환의 특성상 만성 질환으로

구분되지 않는 질환으로서 질환 발생을 시점으로부터 3개월 이내에 완치되었거나 혹은 조사 시점까지 3개월이 경과하지 않은 질환이나 증상을 급성질환으로 구분하였다. 이 중 3개월 이상 지속된 질환이나 증상에도 질환의 특성상 급성질환으로 구분될 수 있는 경우가 있었으며 3개월이 경과하지 않은 질환이나 증상에도 역시 질환의 특성상 만성질환으로 구분할 수 있는 경우가 혼재되어 있었다. 이러한 문제점을 해결하기 위해 전문의들에게 자문을 구하여 질환의 급만성 구분을 실시하여 결과, 명확하게 구분할 수 없는 질환이나 증상이 있었으며 이러한 경우에는 3개월 이상 지속된 질환을 만성으로 3개월이 경과하지 않은 질환을 급성으로 구분하였다. 또한 질환의 중증도를 변수에 포함시키기 위해 해당 질환으로 인한 2주간 활동제한일수를 사용하였다.

2. 연구 결과에 대한 고찰

본 연구는 우리나라의 보건의료 이용자들이 요양기관 선택에 영향을 미치는 요인을 밝히고자 세 단계로 진행되었다.

연구 가설을 중심으로 연구 결과를 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 약국 이용자와 보건의료기관 이용자의 인구사회학적 요인, 경제적 요인, 건강 및 질환관련 요인에 차이가 있는가를 파악하기 위해 X^2 검정과 t 검정을 실시한 결과 인구사회학적 요인의 경우 성별 변수를 제외한 모든 경우에 통계적으로 유의한 차이가 있었으며 경제적 요인인 의료보장 형태와 소득수준, 건강 및 질환관련 요인인 평소 건강상태와 질환 유형 그리고 2주간 활동제한일수에 대해서도 유의한 차이가 있었다. 인구사회학적 요인, 경제적 요인, 건강 및 질환 관련 요인을 동시에 고려하고 다른 요인을 통제한 상태에서 각 변수의 효과를 파악하고자 로지스틱 회귀분석 실시한 결과에서 유의한 변수로는 연령, 거주지역, 의료보장 형태, 질환 유형, 2주간 활동제한일수였다. 연령의 경우 19-44세 연령군의 약국 이용 확률에 비해 다른 연령군의 약국 이용 확률이 낮았으며 이는 어린이나 노인들의 경우는 몸에 이상한 증상이 조금만 있어도 보

건의료기관을 이용하나 성인들의 경우 중증도가 낮은 질환에 이환된 경우에는 약국에서 조제약을 먹거나 치료를 전혀 받지 않는 경향이 있기 때문이라 생각된다. 또한 어린이의 경우에는 부모와 함께 요양기관을 선택하기 때문에 본인의 의사보다는 부모의 의사에 의해 좌우될 것으로 생각된다. Newachack(1980)에 의하면 부모의 교육수준, 경제수준, 연령 및 과거 병력들의 특성으로 인하여 아이들의 의료이용 행태가 결정되어 진다고 하였다. 거주지역의 경우는 대도시(ods ratio=1.000)에 비해 중소도시(비차비=0.640)와 군부인 경우(비차비=0.440)가 약국 이용 확률이 낮았다. 이는 연구대상자의 거주지역이 대도시인 경우가 다른 경우에 비해 상대적으로 약국에 대한 접근성이 높기 때문이거나 대도시에 비해 중소도시나 군부인 경우의 보건기관(보건소, 보건지소)에 대한 접근성이 높기 때문인 것으로 생각된다. 의료보장 형태와 관련하여 의료보호 대상자들의 약국 이용 확률이 의료보험 대상자보다 낮은 이유는 의료보호 대상자들의 보건기관 이용 확률이 높거나 의료보호 대상자들의 상병 구조가 급성질환보다는 만성질환 발생 빈도가 많아 약국보다는 보건의료기관을 선호하는 것이라 판단된다. 이와 관련된 선행 연구로는 의료보장 적용 대상자와 비적용 대상자로 구분하여 치료기관 선택에 대해 분석한 결과 의료보장 적용대상자는 병의원 선택 분율이 많고 비적용 대상자는 약국 선택 분율이 많다는 연구 결과가 있다(유승흠 등, 1986). 건강 및 질환관련 요인과의 관련성을 분석한 결과를 살펴보면 급성질환인 경우에 비해 만성질환인 경우(비차비=0.499)에 보건의료기관을 선호하며 2주간 활동제한일수가 증가할수록 보건의료기관을 선호하는 것으로 나타났다. 그러나 요양기관별 이용자를 다빈도 질환 순서로 구분하여 살펴보면(표 19), 감기, 허리나 다리의 통증과 같은 상대적으로 중증도가 낮은 질환이나 증상의 경우에 약국을 선호하며 만성 질환 중 관절염의 경우는 약국을 이용하는 경우도 적지 않았다. 따라서 질환의 중증도가 높지 않은 경미한 급성질환이나 일부 만성질환의 경우도 약국을 선호한다고 판단되며 이는 문옥륜과 김창엽(1991)의 연구결과와 일치하는 것이었다.

표19. 요양기관별 연구 대상자의 다빈도 질환

구분	약국	병원	의원	한방병의원	보건소
1위	감기 (n=716)	감기 (n=29)	감기 (n=584)	허리나 다리 통증(n=36)	고혈압 (n=40)
2위	소화성 궤양(n=91)	소화성 궤양(n=25)	소화성 궤양(n=141)	관절염 (n=30)	감기 (n=33)
3위	허리나 다리 통증(n=79)	허리나 다리 통증(n=22)	피부병 (n=110)	중풍 (n=13)	충치 (n=29)
4위	관절염 (n=75)	고혈압 (n=15)	눈병 (n=98)	디스크 (n=11)	허리나 다리 통증(n=24)
5위	급체 (n=70)	당뇨병 (n=14)	관절염 (n=78)	신경계질환 (n=9)	관절염 (n=14)

둘째, 보건기관과 의료기관 선택에 영향을 미치는 요인에 대한 분석 결과에서 통계적으로 유의한 변수는 연령, 교육수준, 거주지역, 월평균 가구소득, 평소 건강상태, 2주간 활동제한일수이다. 연령의 경우 19-44세의 연령군에 비해 0-6세 연령군에서 보건기관 이용 확률이 0.283배로 낮았으며 7-18세 연령군에서는 0.947배 낮았고 45-64세의 연령군과 65세 이상의 연령군의 보건기관 이용 확률은 각각 1.117배와 1.357배였다. 이중 통계적으로 유의한 경우는 0-6세인 연령군만 해당되었으나 19-44세 연령군을 기준으로 그 이하인 연령군에서는 보건기관보다는 의료기관을 선호하고 45세 이상의 연령에서는 유의하지는 않았지만 보건기관 이용 확률이 증가하였으며 이는 손석준(1994), 이재국(1997)의 연구결과와도 일치하는 것이다. 또한 교육 수준과 소득 수준이 높을수록 보건기관 이용 확률은 낮았으며 거주지역의 경우는 대도시에 비해 중소도시와 군부인 경우의 보건기관 이용 확률이 각각 9.755배, 16.425배로 통계적으로 유의하게 높았으며 이는 이진희 등(1988), 주경식(1995)의 연구결과와도 일치하는 것이다. 의료보장 형태와 관련하여서는 의료보험인 경우보다는 의료보호인 경우에 보건기관 이용 확률이 유의하게 높았다.(비차비=1.597) 그 이유를 의료기관의 입장에서 살펴보면 우선 의료보호환자의 경우 급여지급이 지연되는 불리함이 있으며 비급여부분 서비스 제공에 제약이 있고 소득수준이 낮은 환자들로 인한 병원의 이미지제고 등의 이유로 의료기관이 의료보

호 대상자들을 기피하는 경향이 있기 때문이라고 판단되며 또한 대도시에 비해 군부인 경우 보건기관에 대한 접근성은 높은 반면 의료기관에 대한 접근성이 낮은 지역도 있기 때문이라고 생각된다. 이러한 결과는 저소득층, 노령층, 의료보호 대상자의 보건기관 이용 확률이 높다는 기존의 연구결과(이재국, 1997; 강복수 등, 1995)와도 일치하는 것이었다. 평소 건강 상태와 관련하여서는 건강하다고 응답한 경우에 비해 건강하지 못하다고 응답한 경우의 보건기관 이용 확률이 0.537배이었으며 2주간 활동제한일수가 증가할수록 보건기관 이용 확률은 낮았으며 이는 통계적으로 유의했다. 급성 질환과 만성 질환에 따라서는 유의한 차이가 없었다. 즉 급성 질환과 만성 질환 여부와는 상관없이 질환의 중증도가 낮은 경우에 의료기관보다는 보건기관을 이용하며 평소 건강상태가 건강하지 못한 집단의 경우는 보건기관보다는 의료기관을 선호한다고 판단된다. 보건기관을 이용한 연구 대상자의 다빈도 질환은 표19에서와 같이 급성질환과 만성질환이 혼재되어 있다.

셋째, 한방의료기관과 양방의료기관 선택에 영향을 미치는 요인을 구명하기 위해 인구사회학적 요인, 경제적 요인, 건강 및 질환 관련 요인을 동시에 고려하고 다른 요인을 통제한 상태에서 각 변수의 효과를 파악하고자 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과에서 통계적으로 유의한 변수는 연령, 거주지역, 질환의 유형, 2주간활동 제한일수이며 연령의 경우 19-44세의 연령 집단에 비해 0-6세 연령 집단과 7-18세 연령 집단의 한방의료기관 이용 확률이 각각 0.130배, 0.326배로 낮았으며 통계적으로 유의하지는 않지만 45-64세의 연령집단의 경우 한방의료기관 이용 확률이 1.418배로 연령이 증가할수록 한방의료기관 이용 확률도 증가하였으며 65세 이상 연령 집단의 경우는 경제적 요인 등으로 인하여 한방의료기관 이용 확률이 다소 감소한 것으로 판단되며 이는 이원재(1998)의 연구결과와도 일치하는 것이었다. 거주지역과 관련하여서는 대도시에 비해 군부에서의 한방의료기관 이용 확률이 0.494배 낮았다. 질환의 유형이 급성 질환인 경우에 비해 만성질환인 경우는 한방의료기관 이용 확률이 3.181배 높았고 2주간 활동제한일수가 증가할수록 한방의료기관 이용 확률이 높았다. 즉 연구대상자가 이환된 질환 유형이 만성 질환인 경우에 한방의료기관을 선호하며 급성질환이나 응급한 경우에는 양방의료기관을

선호한다고 판단된다. 한방의료기관 이용자의 다빈도 질환은 표19에서 나타난 바와 같이 모두 만성질환이다. 본 연구는 다음과 같은 제한점이 있다.

첫째, 가구단위 면접 조사는 피면접자의 기억에 의존하므로 오차가 발생하게 된다. 뿐만 아니라 보고의 타당성 및 보고 누락과 과소 보고가 문제가 된다. 이러한 측정 오차의 발생은 본 연구의 결과에 대한 타당성 및 신뢰성을 저하하게 된다.

둘째, 세대별 면접 방식을 취한 자료 수집이 갖는 한계이다. 즉, 조사대상자에 대한 개별적인 면접이 아니고 세대를 대표하는 한 사람에게 모든 세대원의 상병 및 의료 이용에 관하여 설명하였기 때문에 조사대상자의 주관적 응답에 대한 타당성을 문제시할 수도 있다.

셋째, 면접조사가 일정기간에 실시되어 상병 및 의료이용에 있어서 계절적인 차이를 고려하지 못하였다는 점이다.

넷째, 의료공급에 대한 변수를 포함하지 못하였다. 즉, 특정 지역내 인구대 의료인력 비, 특정 지역내 요양기관 수, 시설, 장비 등의 변수가 포함되지 못하였다. 요양 기관 선택에 공급자측 요인이 중요한 역할을 할 수 있다는 점에서 공급변수의 제한은 연구 모형의 설명력을 떨어뜨렸을 것으로 보인다.

다섯째, 요양기관 선택에 영향을 미치는 요인으로 건강지식이나 건강행태 등이 있을 수 있다는 점을 고려할 때(Birch et al, 1993; 박현애, 1994), 이러한 변수를 연구 모형에 포함시킬 수 없었다는 제한점이 있다.

이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 우리나라의 보건의료이용에 대한 전국민을 대표할 수 있는 신뢰성 있는 자료를 사용하였으며 완벽하지는 않지만 기존 선행 연구들에서 의료이용에 영향을 미친다고 판단된 주요변수들을 포함하였으며 기존의 선행 연구들은 의료이용 경험 여부나 의료이용 횟수만을 중시하였으나 본 연구는 의료서비스 소비자들이 선택 가능한 요양기관을 특성에 따라 구분하여 요양기관 선택 요인을 구명하고자 하였다는 점에서 의의가 있다고 하겠다. 또한 향후 의료공급자 측면을 반영하는 변수나 건강 지식과 건강 행태 변수를 포함한 연구 모형을 이용한 연구가 요구된다고 하겠다.

VI. 결 론

현재 우리나라 국민들은 다양한 제도의 혼재로 인하여 약국과 보건의료기관, 보건기관과 의료기관, 양방의료기관과 한방의료기관을 오가며 일차 진료 서비스를 이용하고 있다. 또한 의료이용에는 개인의 인구사회학적 요인, 경제적 요인, 건강 및 질환관련 요인, 보건의료체계의 특성 및 보건의료정책 등이 복합적으로 영향을 미치게 된다. 본 연구는 이처럼 다양하면서 대칭되는 요양기관 간의 선택 요인을 인식하고 요양기관 선택에 영향을 미치는 요인들의 상대적 비중과 상호관련성을 파악하기 위해 본 연구를 실시하였다.

사용된 자료는 1995년 7월 1일부터 7월 31일에 걸쳐 보건사회연구원에서 실시한 국민건강조사자료로서 보건의료서비스 이용자들이 선택 가능한 요양 기관을 단계별로 약국과 보건의료기관, 보건기관과 의료기관, 한방의료기관과 양방의료기관으로 구분하였으며 의료이용 요인들과 요양기관 선택과의 관련성을 구명하기 위해 이변량 분석 및 다변량 분석을 실시하였다. 의료이용 요인으로는 인구사회학적 요인은 성, 연령, 교육수준, 결혼상태, 거주지역으로 구성되었으며, 경제적 요인은 소득수준, 의료보장 형태의 변수가 포함되었고 건강 및 질환관련 요인으로는 평소건강상태, 해당질환으로 인한 2주간 활동제한일수, 질환의 유형(급만성 구분)과 관련된 변수가 포함되었다.

본 연구의 결과를 연구 가설을 중심으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 약국과 보건의료기관 선택에 영향을 미치는 요인에 대한 분석 결과에서 유의한 변수는 연령, 거주지역, 의료보장 형태, 질환 유형, 2주간 활동제한일수였다. 연령의 경우 19-44세 연령군에서, 거주지역이 대도시인 경우가, 의료보장 형태가 의료보험인 경우에, 질환의 유형이 급성인 경우에 보건의료기관보다는 약국을 선호하였으며 2주간 활동제한일수가 증가할수록 약국 이용 확률은 감소하였다.

둘째, 보건기관과 의료기관 선택에 영향을 미치는 요인에 대한 분석 결과에서 통계적으로 유의한 변수는 연령, 교육수준, 거주지역, 월평균 가구소득, 평소 건강상태, 2주간 활동제한일수이다. 연령의 경우 0-6세 연령군에서, 교육수준이 높을수록, 평소 건강상태가 좋지 않은 경우에, 2주간 활동제한일수가 증가할수록, 소득수준이 증가할수록 보건기관 이용 확률이 낮았고, 거주지역이 대도시에 비해 중소도시나 군부인 경우에, 의료기관보다는 보건기관을 선호하였다.

셋째, 한방의료기관과 양방의료기관 선택에 영향을 미치는 요인에 대한 분석 결과에서 유의한 변수는 연령, 거주지역, 질환의 유형, 2주간활동 제한일수이며 연령의 경우 0-6세 연령 집단과 7-18세 연령 집단에서 한방의료기관 이용 확률이 낮았으며, 거주지역이 대도시인 경우, 질환의 유형이 만성 질환인 경우, 2주간 활동제한일수가 증가할수록 한방의료기관 이용 확률이 높았다.

요양기관 이용양상, 환자의 이동경로 등은 너무나 다양한 요인에 의하여 영향을 받고 있으며, 그 당시의 공급자, 소비자 및 지역사회의 상황에 따라서도 수시로 변할 수 있기 때문에 이에 대한 정확한 분석이 용이하지 않다. 그렇지만 국가 차원에서 환자의 의료이용에 영향을 미칠 수 있을 것으로 생각되는 제도를 마련하고자 하는 경우에는 국민의 의료요구가 무엇이고 어느 정도 되는가와 이 제도에 의하여 의료이용에 어느 정도 영향을 미칠 것인지를 파악하고 이에 필요한 의료시설을 갖추고, 의료 자원의 수급 및 배분에 중시해야 할 것이다.

의약분업과 같은 정책의 시행으로 요양기관 간의 환자의 흐름은 완전히 개편될 것이므로 의료기관들은 지금부터 이에 대한 적절한 투자와 대비가 있어야 할 것이다. 이외에도 앞으로 환자 흐름에 크게 영향을 미칠 수 있을 것으로 생각되는 의료보험 제도의 개편, 완전 의약분업의 실시, 의료시장의 개방화 등의 정책 변수를 감안하여 의료 기관의 경영 계획에 참고해야 할 것이다.

본 연구의 제한점으로는 의료공급에 대한 변수와 건강 지식 및 건강 행태에 관련된 변수를 포함하지 못하였으며, 가구단위 면접 조사의 단점인 피면접자의 기억에 의한 오차가 발생할 수 있고, 세대별 면접 방식을 취한 자료 수집이 갖는 한계가 있다. 따라서 향후 본 연구에서 제외된 의료 공급과 건강 행태에 대한 변수를 포함시킨 분석 모형이 요구된다.

참고 문헌

김석범, 강복수. 대구시민 의료기관 이용율과 연관요인. 예방의학회지 1989; 22(1): 147-166

김성연. 병원의 이미지가 병원선택에 미치는 영향에 대한 분석. 연세대학교 대학원 석사학위 논문, 1987.

김수경, 김용익. 보건의료원이 설립된 군지역 주민의 의료이용 양상변화 분석. 보건행정학회지 1992; 2(1): 147-166

김재수. 마케팅 조사에 의한 환자의 병원선택 동기분석. 원주의대 논문집 1988; 1(1): 209-217

명재일, 정영철. 의료전달체계 운영성과 분석. 한국보건사회연구원, 1991.

문옥륜, 김창엽. 동일질환에 대한 보험의료이용 경로분석. 보건행정학회지 1991; 1(1): 116-135

문창진. 보건의료사회학. 신광출판사, 1990.

박경숙, 박능후. 농어촌 지역의료보험이 외래 의료이용에 미친 효과분석. 사회보장연구 1990; 6: 61-91

박군제. 내과 외래환자의 의료기관 선택 요인에 관한 연구. 대한병원협회지 1994; 23(10): 47-61

박재용. 환자흐름에의 영향요인. 한국보건행정학회지, 1993; 3(2): 57-80

박창균. 병원 마케팅 전략수립을 위한 환자들의 병원선택요인에 관한 연구. 연세대학교 대학원 석사학위논문, 1985.

박현애, 송건용. 의사방문수의 결정요인분석. 보건행정학회지 1994; 4(2): 58-76

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

배상수. 지역의료보험 실시에 따른 의료이용변화분석. 보건행정학회지 1992; 2(1): 167-203

변주선. 한 중소병원의 마케팅 전략 수립을 위한 실증적 연구. 연세대학교 보건대

학원 석사학위 논문, 1987.

손석준. 일부 농촌지역 주민의 보건소 이용 양상과 관련 요인. 한국 농촌의학회지 1994; 19(2): 97-106

송건용, 박연우, 김영임. 우리나라 의료이용에 관한 조사연구. 한국인구보건연구원, 1988

송건용, 박연우. 의료보험이 의료이용 양상과 의료 균점에 준 효과분석. 인구보건논집 1988; 8(1): 73-102

오태형. 병원 이미지 평가에 관한 연구. 연세대학교 보건대학원 석사학위 논문, 1990.

유승흠, 이영호, 조우현. 우리나라 의료이용에 관한 연구. 예방의학회지 1986; 19(1): 137-145

유승흠, 조우현, 박종연, 이명근. 도서지역 주민의 의료이용 양상과 결정요인. 예방의학회지 1987; 20(2): 287-300

유승흠, 조우현, 손명세. 지역의료보험 가입자의 외래이용 변화. 예방의학회지 1988; 21(2): 419-430

이경수, 김창윤, 강복수. 의료전달체계 실시 전후의 3차 진료기관 외래환자 이용양상 비교. 예방의학회지 1992; 25(1): 88-100

이원재. 한국 농촌에서의 보건의료선택. 보건행정학회지 1995; 4(1): 5-28

이원재. 양한방의료 서비스 선택에 관한 연구, 보건행정학회지 1998; 8(1): 183-202

이진희, 고기호, 김용식. 일부 농촌 주민과 도시 영세민의 상병과 의료이용에 관한 연구. 예방의학회지 1988; 21(2): 404-418

이현경, 장준원. 의료기술외적 병원서비스가 병원 태도에 미치는 영향. 예방의학회지 1988; 21(2): 442-450

전기홍, 김한중. 의료보험 본인부담금 인상에 따른 외래이용변화. 예방의학회지 1992; 25(1): 73-87

조우현, 김한중, 이선희. 의료기관 선택기준에 관한 연구. 예방의학회지 1992; 25(1): 53-63

조우현, 김한중. 소규모 지역간 의료이용의 차이에 관한 문헌고찰. 보건행정학회지 1991; 1(1): 42-53

주경식. 도시 농촌간 의료이용 수준의 비교분석, 연세대학교 대학원 박사학위논문, 1995.

최영택. 일부 지역사회 주민의 의료 행태에 관한 연구. 고려대학교 대학원 석사학위 논문, 1985.

최재준. 지역의료보험의 적용이 일부 농촌 지역 주민의 보건기관 이용에 미친 영향. 예방의학회지 1991; 24(3); 265-278

한달선, 김병익, 이영호. 보험환자의 의료이용 추구 경로. 보건행정학회지,1992; 2(1): 115-146

한승원. 의료소비자 병원선택 동기에 관한 실증적 연구. 연세대학교 경영대학원 석사학위 논문, 1995.

Action JP. Nonmonetary factors in the demand for medical services: Some empirical evidence. J Political Economy 1975; 88(3): 595-614

Adams EK, Robert H, George EW, James R. Predicting hospital choice for rural Medicare beneficiaries: The role of the severity of illness. Health Service Research 1991; 26: 583-612

Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. Health Service Research 1974; 9: 208-220

Aday LA, Andersen R. Development of indices of access to medical care. Health Administration Press, 1975.

Akin JS, Griffin CC Guilkey DK. The demand for adult outpatient services in the Bicol region of the Philippines. Soc Sci Med 1986: 22(3): 321-328

Andersen R, Aday LA, Fleming GV. Health care in the US: Equitable for whom? Stage publication, 1980.

Andersen R, Aday LA. Access to medical care in the US: realized and potential. Med Care 1978; 16: 533-545

Andersen R, Laake P. A causal mode for physician utilization: Analysis of Norwegian data. Med Care 1983;21(3):266-278

Andersen R, Newman F. Societal and individual determinants of ambulatory care use: Path analysis of the health interview survey data. Med Care 1976; 14(5): 405-421

Andersen R, Newman F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Mibank Mem Fund Q 1973; 51: 95-124

Benjamin AE. Determinants of state variation in home health utilization and expenditure under Medicare. Med Care 1986; 24(6): 535-547

Birch S. Eyles J, Newbold KB. Equitable access to health care : Methodological extensions to the analysis of physician utilization in Canada. Health Economics 1993; 2: 87-101

Blaxter M. A comparison of measures of inequality in morbidity. Health inequalities in European Countries, Gower Press, 1989.

Bombardier C, Fuchs CV, Lillard LA. Socioeconomic factors affecting the utilization of surgical operations. N Engl J Med 1977; 297(13): 699-705

Childs AW, Hunter ED. Nonmedical factors influencing use of diagnostic X ray by physician. Med Care 1972; 10(4): 323-335

Chiswick BR. Hospital utilization : An analysis of SMSA difference in occupancy rates, admission rates and bed rates. Explorations in Economic Research 1976; 3: 326

Connell FA, Day RW, Logerfo JP. Hospitalization of Medicaid children : Analysis of small area variation in admission rates. Am J of Public Health 1981; 71(6): 505-613

Deacon RJ, Lubitz M, Cornish M. Analysis of variations in hospital use by Medicare patients in PSRO areas. Health Care Financing Review 1979; 1: 79-109

Dor A. The demand for health care in the Ivory Coast: The role of income, time and policy implications. University Microfilms International, 1986

Eisenberg JM. Doctors decisions and the cost of medical care. Health Administration Press, 1876.

Enterline PE, Mcdonald JC, Mcdonald AD. Effects of free medical care on medical practice: the Quebec experience. NEJM 1973; 288: 1152-1155

Escarce JJ. Explaining the association between surgeon supply and utilization. Inquiry 1992; 29: 403-415

Feldstein PJ. Health Care Economics. A Wiley Medical Publication, 1988.

Flykesnes K. Determinants of health care utilization, visits and referrals. Scandinavian J of Social Medicine 1993; 21(1): 40-50

Folland S, Stano M. Small area variation : A critical review of propositions, methods, and evidence. Med Care Review 1990; 47(4): 419-465

Gray PG, Cartwright A. Choosing and changing doctors. Lancet, 1953; 1308-1309

Hayward FA. Regular source of ambulatory care and access to health services. Am J of Public Health 1991; 81(4): 434-438

Heller PS. A model of the demand for medical and health services in peninsular Malaysia. Soc Sci Med 1982; 16: 267-284

Hulka BS, Wheat JR. Patterns of utilization : The patients perspective. Med Care 1985; 23(5): 438-460

Janssen JC. Consumer marketing in health services : Essential for success. Health Care Marketing Review 1988; 1(1): 21-26

Janssen R. Time, prices and the demand for GP services. Soc. Sci. Med 1992; 34(7): 725-733

Kasteler J, Kane RL, Olsen DM. Issues underlying prevalence of doctor shopping behavior. J of Health and Social Welfare, 1976; 17: 328-339

Kleinman JC, Gold M, Makuc D. Use of ambulatory medical care by the poor: Another look at equity. Med Care 1982; 19(10): 1011-1029

Knickman JP, Foltz AM. Regioanl difference in hospital utilization: How much can be traced to population difference? Med Care 1984; 22(11): 971-986

Knickman JR, Foltz AM. A statistical analysis of reasons for east west difference in hospital use. Inquiry 1985; 22: 45-58

Knickman JR. Variations in hospital use across cities: a comparison of utilization rates in New York and Los Angels. In the Regional Variations in Hospital Use, Lexington Books, 1982

Lane PM, Lindquist JD. Hospital choice: A summary of the key empirical and hypothetical findings of the 1980s. J Health Care Marketing 1988; 8(4): 5-20

Leave JR. Characteristics of individuals who identify a regular source of medical care. Am J of Public Health 1979; 69(3): 261

Luft HS, Hershey JS, Morell J. Factors affecting the use of physician service in a rural community. Am J of Public Health 1976; 66(9): 865-871

Mcmahon LF, McLaughlin CG, Petroni GR. Small area analysis of hospital discharge for musculoskeletal disease in Michigan : The influence of socioeconomic factors. Am J Medicine 1991; 91: 173-178

Mechanic D. Correlates of physician utilization: Why do major multivariate studies of physician utilization find trivial psychological and

organizational effect? J Health Soc Behav 1979; 20: 387-396

Mwabu GM. A model of household choice among medical treatment alternatives in rural Kenya, 1984

Newacheck PW. Access to ambulatory care for poor personals. Health Service Research 1988; 23(3): 401-419

Newchack PW, Butler LH, Harper AK. Income and illness. Med Care 1980; 18(12): 1165-1176

O'Donell O, Proper C. Equity and the distribution of UK natioanl health service resources. J Health Economics. 1991; 10: 1-19

Pineault R. The effect of Medicaid training factors on physician utilization behavior. Med Care 1977; 15(1): 51-67

Roos LL, Roos NP, Cageorge SM. How good are the data? Reliability of one health care data bank. Med Care 1982; 20: 266

Roos NP, Roos LL. High and low surgical rates: Risk factors for area residents. Am J of Public Health 1981; 71(6): 591-600

Roos NP, Roos LL. Surgical rates variation : Do they reflect the health or socioeconomic characteristic population? Med Care 1982; 20(9): 945-958

Roos NP. Hysterectomy: Variation in rates across small area and across physician practices. Am J Public Health 1984; 74: 327-335

Roos NP. Predicting hospital utilization by the elderly : The importance of patient, physician, and hospital characteristics. Med Care 1989; 27(10) : 905-919

Rosenblatt RA, Moscovice IS. The physician as gatekeeper : Determinants of physicians' hospitalization rates. Med Care 1984; 22: 150-159

Sato T, Takeichi M. Doctor shopping patients and users of alternative medicine among Japanese primary care patients. General Hospital Psychiatry, 1995; 17: 115-125

Shain M, Roemer MI. Hospital costs relate to supply of beds. Modern Hospital 1959; 92: 71

Stewart WH, Enterline PE. Effects on the national health service on physician utilization and health in England and Wales. N Engl J Med 1961; 265(24): 1187-1194

Stockwell H, Vayda E. Variation in surgery in Ontario. Med Care 1979; 17(4): 390-396

Suchman EA. Health orientation and medical care. Am J of Public Health 1965; 56: 97-105

Vayda E, Mindell WR. Variation in operation rates: What do they mean? Surg Clin North Ham 1982; 62: 627-639

Wennberg JE, Freeman JL, Culp WJ. Are hospital service rationed in New Heaven or over-utilized Boston? Lancet 1987; 23: 1185

Wennberg JE, Gittlesohn A. Variation in medical cara among small areas. Scientific American 1982; 246: 120-128

Wennberg JE. Dealing with medical practice variations : A proposal for action. Health Affairs 1984; 3: 6-32

Wennberg JE. On patient need, equity, supplier-induced demand, and the need to assess the outcome of common medical practices. Med Care 1985; 23(5): 512-520

Wennberg JE. Population illness rates do not explain population hospitalization rates. Med Care 1982; 25(4): 354-359

Wilson P, Tedeshi P. Community correlates of hospital use. Health Serv Res 1984; 19(3): 333-355

Young DW, Saltman RB. The hospital power equilibrium: Physician behavior and cost control. The Johns Hopkins University Press, 1985.

Abstract

The comparison on the characteristics of medical service consumers by type of treatment institution alternatives

Seung Ho Shin
Department of Public Health
The Graduate School
Yonsei University

Health service consumers in Korea use primary care services in pharmacy, medical institution, public medical institution, private medical institution, western medicine institution and oriental medicine institution. This study was to recognize factors influencing the choice in these various treatment institution alternatives and investigate comparative importance and relation of the factors. This study was performed using 95' National Health Survey data. The treatment institution alternatives, which might be chosen by users of health service visiting them for ambulatory care, were divided into pharmacy and medical institution(public and private medical institution), public medical institution(health center, sub health center, primary health care post) and private medical institution(hospital, clinic, oriental medicine hospital and clinic), western medical institution(hospital, clinic) and oriental medical institution(oriental medicine hospital and clinic). Bivariate analysis(X^2 test, t-test) and multivariate analysis(logistic regression) were used to investigate relationship between medical utilization factors and choice of the treatment institution alternatives.

The results of this study are as follows;

First, significant variables in the result of analysis of factors influencing the

choice between pharmacy and medical institution were age, residence, type of health security, type of disease, and number of days of limited activity for 2 weeks. When the age was 19-44 years old, and the residence was metropolitan area, and the type of health security was health insurance, and the type of disease was acute disease, the less was the number of days of limited activity for 2 weeks, pharmacy was preferred to medical institution.

Second, significant variables in the result of analysis of factors influencing the choice between public medical institution and private medical institution were age, education level, residence, average household income per month, health status, and number of days of limited activity for 2 weeks. When the age was 0-6 years old, the more the education level was high, and the worse was the health status, and the more was the number of days of limited activity for 2 weeks, and the more was the income level, the less was using rate of public institution. And when the residence was urban area or rural area rather than metropolitan area, public medical institution was preferred to private medical institution.

Third, significant variables in the result of analysis of factors influencing the choice between oriental medicine institution and western medicine institution were age, residence, type of disease, and number of days of limited activity for 2 weeks. In case of age, the age group of 0-6 years old and 7-18 years old used oriental medicine institution less. And oriental medicine institution was preferred to western medicine institution when the residence was metropolitan area, and the type of disease was chronic disease, and the number of days of limited activity for 2 weeks increased.

In future, the patient flow between treatment institution alternatives will completely reorganized by the execution of the policy of doctor-pharmacist division. Thereby, treatment institutions should invest and prepare for it properly from now on. In addition, it should be applied to management

planning of treatment institutions in consideration of policies of reorganization of the health insurance system, execution of complete doctor-pharmacist division, and opening of health service market, which will greatly influence the patient flow.

The limitations of this study were that it could not include variables of health service provider and health knowledge or health behavior, and recall bias by interviewees might occur, which is a demerit of household survey. Therefore, future studies should include variables of health service provider and health knowledge or health behavior.

Key words: type of medical institution alternative, medical utilization, primary care