

입원의료의 타 지역 이용에 관한 연구

김유미¹, 강성홍^{2*}

¹한국보건산업진흥원, ²인제대학교 보건행정학과

A Study on Utilization of non-residential areal hospitals in Inpatient

Yoo-Mi Kim¹ and Sung-Hong Kang^{2*}

¹Korea Health Industry Development Institute,

²Dept. of Health Policy & Management, InJe University

요 약 본 연구의 목적은 환자가 거주지가 아닌 타 지역에서 입원医료를 이용하는 요인을 규명하여 주민들의 의료 이용에 대한 지역적 접근성을 향상시킬 수 있는 방안을 제시하는데 있다. 2005년 환자조사 입원자료 523,782건을 연구 대상으로 하였으며, 2004년 의료기관평가 자료, 2005년 인구센서스, 2006년 보건의료자원실태조사를 이용하였다. 자료분석은 기술통계, 카이제곱 검정, 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 타 지역 입원의료 이용의 가장 큰 요인은 의료기관 소재지의 의료서비스 수준으로, 인구 10만 명당 의료기관평가 점수가 9.5점 이상인 지역이 9.5점 미만인 지역에 비해 타지역 입원의료 이용확률이 8.3배가 높았다. 반면 인구 10만 명당 병상수가 910병상 이상인 지역이 910병상 미만인 지역에 비해 타지역 입원의료 이용확률이 2.0배 높았다. 정부는 지역주민의 의료의 접근성을 높이기 위해 의료공급량의 확충과 분배보다는 지역의료의 질적 수준을 향상시키는 방향으로 정책을 펼쳐야 한다.

Abstract Our study was carried out to suggest the way of improving the accessibility of medical service through identifying the factors that make patients be hospitalized in non-residential area not in their residential area. The subjects were 523,782 inpatients of the 2005 Patient Survey data. The 2004 Hospital Evaluation data, the 2005 census data which were obtained from the Korean National Statistics Office, and the 2006 Survey on National Healthcare Resources data were used. The data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test and logistic regression in a SAS program. The most important factor was quality level of care of local hospitals. In the possibility of being hospitalized in non-residential areas, the region with the score of more than 9.5 per 100,000 people in the hospital evaluation was 8.3 times more than the region with the score of less than 9.5. However patients is hospitalized in the area with the hospitals with above 910 beds per 100,000 people more than in the area with the hospitals with less than 910 beds by 2.0 times. For the accessibility of medical services, government policy should focus on improving the quality of care in local hospitals not on increasing and distributing health care resources.

Key Words : Inpatients, Non-residential, Accessibility of medical services, Quality of care

1. 서론

1.1 연구의 배경 및 필요성

일반적으로 보건의료서비스의 이용은 의료기관에 대

한 지리적 접근 가능성, 경제적 이용능력, 그리고 의료기관이 제공하는 의료의 질 등과 같은 의료공급자 요인에 의해 영향을 받고 있다[1]. 우리나라는 1989년에 전국민 의료보험이 달성되고 국민들의 소득수준이 향상됨에 따라 경제적 요인에 의한 의료의 접근성은 크게 개선되었

본 논문은 2009년도 인제대학교 학술 연구조성비 보조에 의한 것임.

*교신저자 : 강성홍(hcmkang@hanmail.net)

접수일 09년 10월 25일

수정일 09년 11월 11일

게재확정일 09년 11월 12일

대[2]. 또한, 정부와 민간의 노력으로 의료이용의 취약지역에 의료기관이나 보건기관을 설립함에 따라 지역적인 접근성도 향상되고 있다[3]. 그러나 아직도 많은 국민들이 거주 지역에서 진료를 받지 않고, 서울이나 타 지역에서 진료를 받는 사람이 많다. 특히 최근에 KTX 등 교통수단이 발달함에 따라 지방환자가 서울에서 진료를 받는 경우가 증가하고 있다. 이러한 현상이 나타나는 요인은 환자들이 의료기관을 선택할 시 의료의 질적 측면을 중시하는 현상이 강화되고 있기 때문이다. 대부분의 병원선택에 관한 연구에서도 환자측면에서의 의료의 질을 가장 중요한 요인으로 꼽고 있으며 특히 외래환자 보다 입원환자에서 크다고 보고하고 있다[4,5,6].

그러나 이를 객관적으로 입증할 수 있는 연구가 매우 미흡하여, 국가 정책 방향이 주민들의 지역적인 접근을 향상시키기 위한 정책으로 의료의 질적 수준을 높이는 측면보다는 의료공급량을 늘리는 정책을 취하고 있다. 따라서 입원의료의 타 지역 이용에 관한 요인을 규명하여 이를 해결할 수 있는 정책방안을 제시하는 연구가 필요하다.

또한 지금까지는 보건정책연구는 의료수요에 맞는 의료자원의 균등한 분포에 초점이 맞추어 왔다. 그러나 지역의료의 질적수준을 향상시킴으로서 국민은 일정수준의 양질의 의료를 특정 거주지역에 상관없이 보장받을 수 있으며, 의료기관은 질향상 노력을 통한 경쟁력을 확보할 수 있을 것이다.

1.2 연구목적

본 연구는 입원환자의 타 지역 의료이용의 요인을 규명하고 이를 기반으로 지역주민들의 의료의 이용의 접근성을 향상시킬 수 있는 방안을 제시하는 것이다.

2. 연구방법

2.1 자료수집

입원환자의 의료이용에 관한 자료는 2005년도 환자조사 자료(질병관리본부)를 사용하였다. 환자조사 자료는 병원급 이상의 입원환자에 대해서는 전체병원 모두를 조사하였고, 의원급 입원환자에 대해서는 표본을 추출하여 입원환자를 조사하여 추정한 자료로서 현재 우리나라에서 수집되는 입원환자 자료 중 대표성이 가장 높은 자료이다. 인구에 관련된 자료는 2005년도 인구센서스 자료를 이용하였다. 병상 및 의료 인력에 대한 자료는 2006년도 의료자원 실태를 조사한 2007년도 보건의료자원 실태

조사 자료를 이용하였다. 의료기관의 서비스 수준에 대한 자료는 2004년도 의료기관평가 자료를 이용하였다.

2.2 자료분석

수진자 특성은 환자조사 자료 중 성별, 연령, 보험유형, 의료기관유형, 질병군을 사용하였으며, 질병군은 한국표준질병사인분류의 대분류를 기준으로 하였다. 지역 의료 공급수준은 보건의료자원실태조사의 인구 10만 명당 보건의료기관수, 병상수, 의사수를 이용하였다.

지역 의료의 질적 수준을 평가하는 지표를 산출하기 위해 보건복지부에서 실시한 의료기관평가 점수를 이용하였다. 타 지역을 이용하는 의료기관은 주로 500병상 이상의 종합병원임에 따라 2004년도 의료기관평가를 받은 병원의 자료를 점수화하였다. 점수화 방법은 보건복지부에서 발표한 각 병원의 18개 평가부문별(환자의 권리와 편의, 인력관리, 진료체계, 감염관리, 시설관리, 안전관리, 질향상체계, 병동, 외래, 의료정보/의무기록, 영양, 응급, 수술관리체계, 검사, 방사선검사, 약제, 중환자, 모성과 신생아) 등급을 A는 4점, B는 3점, C는 2점, D는 1점을 각각 부여하고 부문별 점수를 합산하여 해당 병원의 점수를 산출하였다. 그 다음의 각 지역 병원의 점수를 합산한 후 이를 인구 10만 명당 점수로 환산하였다. 이를 의료기관 소재지의 의료의 질적 수준으로 보았다.

중속변수인 동일지역 진료여부는 14개 특광역시도의 행정구역 분류를 기준으로 하였다. 자료분석은 기술통계, 카이제곱 검정, 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

3. 연구결과

3.1 분석대상자의 일반적 특성

분석대상은 2005년 환자조사 자료 중 입원환자 523,782명을 대상으로 하였으며 표 1과 같이 남녀의 비율은 동일하고, 연령별로는 65세 이상이 가장 많고, 25-34세, 45-55세, 35-44세 순이었다. 인구 10만 명당 의료기관수, 병상수, 의사수와 의료기관 소재지의 의료서비스 수준은 각 평균치를 기점으로 구간화하였다. 의료기관 유형별로는 종합병원 입원환자가 50.5%, 병원급 26.1%, 의원이 23.4% 순이었으며 의료기관 소재지와 거주지가 동일한 환자는 82.7%, 타 지역 거주환자는 17.3%였다.

【표 1】 분석대상의 일반적 특성

구분		N	%
성별	남자	261,893	50.0
	여자	261,889	50.0
연령	0~14	54,424	10.4
	15~24	39,554	7.6
	25~34	89,825	17.2
	35~44	80,810	15.4
	45~54	83,949	16.0
	55~64	68,274	13.0
보험유형	65+	106,946	20.4
	건강보험	372,693	71.2
	의료보호	46,952	8.9
	기타	104,137	19.9
인구 10만 명당	0~149	271,437	51.8
의료기관수	150+	252,345	48.2
인구 10만 명당	0~910	269,778	51.5
병상수	910+	254,004	48.5
인구 10만 명당	0~139	292,593	55.9
의사수	140+	231,189	44.1
의료기관유형	종합병원	264,626	50.5
	병원	136,775	26.1
	의원	122,381	23.4
의료기관 소재지의	0~9.4	273,362	52.2
의료서비스 수준	9.5+	250,420	47.8
동일지역 진료 유무	동일지역	433,423	82.8
	기타지역	90,359	17.3
전체		523,782	100.0

【표 2】 분석대상자의 거주지역 분포

구분	N	%
서울	96,526	18.43
부산	34,515	6.59
대구	20,981	4.01
인천	28,459	5.43
광주	15,730	3.00
대전	14,256	2.72
울산	12,486	2.38
경기도	106,103	20.26
강원도	20,352	3.89
충청북도	17,303	3.30
충청남도	22,371	4.27
전라북도	28,829	5.50
전라남도	29,644	5.66
경상북도	31,912	6.09
경상남도	39,092	7.46
제주도	5,223	1.00
전체	523,782	100.00

분석대상 환자의 거주지역별 분포는 표 2와 같이 서울(18.4%), 경기(20.3%) 지역 등 수도권 인구가 약 40%를 차지하였고, 질병군별 분포는 표 3과 같이 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과(26.52%), 악성신생물(9.18%), 소화기계통의 질환(9.07%), 순환기계통의 질환(8.89%), 호흡기계통의 질환(7.26%) 순이었다.

【표 3】 분석대상자의 질병군 분포

질병군(주상병)	N	%
특정 감염성 및 기생충성 질환	20,699	3.96
악성신생물	48,020	9.18
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정장애	1,784	0.34
내분비, 영양 및 대사 질환	9,896	1.89
정신 및 행동 장애	16,048	3.07
신경계통의 질환	9,149	1.75
눈 및 눈 부속기의 질환	14,909	2.85
귀 및 꼭지돌기의 질환	4,759	0.91
순환기계통의 질환	46,524	8.89
호흡기계통의 질환	37,991	7.26
소화기계통의 질환	47,475	9.07
피부 및 피부밑조직의 질환	5,023	0.96
근육골격계통 및 결합조직의 질환	34,448	6.58
비노생식기계통의 질환	21,449	4.10
임신, 출산 및 산후기	37,986	7.26
출생전후기에 기원한 특정 병태	4,765	0.91
선천 기형, 변형 및 염색체 이상	2,888	0.55
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견	8,090	1.55
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과	138,759	26.52
건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인	12,489	2.39
전 체	523,151	100.0

3.2 타지역 입원의료 이용현황

타지역 입원의료 이용은 표 4와 같이 남자(18.6%)가 여자(15.9%)보다 높았고, 연령별로는 15-24세와 45세 이상에서 높았다. 보험유형별로는 건강보험(17.8%)과 의료보호(18.2%)가 기타 자동차보험, 산재보험 등에 비해 높았다. 환자의 거주지역 의료자원 수준별로는 인구 10만 명당 의료기관수가 150개소 미만(20.7%)이거나 인구 10만 명당 의사수가 140명 미만(23.0%)인 지역에 거주하는 환자의 타지역 의료이용률이 높은 반면, 인구 10만 명당 병상수가 910개 이상(18.6%)으로 병상수가 많은 지역 거주자의 타지역 의료이용률이 높았다. 의료기관유형별로는 종합병원(22.0%), 병원(15.8%), 의원(8.6%)순으로 높았으며, 의료기관 소재지의 의료수준이 높을수록 타지역 입원환자 비율이 23.6%로 높았다.

[표 4] 제 특성에 따른 진료지역별 의료이용률

		타지역		동일지역	
		N	%	N	%
성별***	남자	48,677	18.6	213,216	81.4
	여자	41,682	15.9	220,207	84.1
연령***	0~14	7,546	13.9	46,878	86.1
	15~24	7,929	20.0	31,625	79.9
	25~34	13,276	14.8	76,549	85.2
	35~44	12,783	15.8	68,027	84.2
	45~54	14,994	17.9	68,955	82.1
	55~64	14,282	20.9	53,992	79.1
	65+	19,549	18.3	87,397	81.7
보험유형***	건강보험	66,415	17.8	306,278	82.2
	의료보호	8,541	18.2	38,411	81.8
	기타	15,403	14.8	88,734	85.2
거주지 의료기관수***	0~149	56,079	20.7	215,358	79.3
	150+	34,280	13.6	218,065	86.4
거주지 병상수***	0~910	43,019	15.9	226,759	84.0
거주지 의사수***	910+	47,340	18.6	206,664	81.4
의료기관유형***	0~139	67,276	23.0	225,317	77.0
	140+	23,083	9.9	208,106	90.0
	종합병원	58,075	21.9	206,551	78.0
의료기관 소재지의 의료서비스 수준***	병원	21,574	15.8	115,201	84.2
	의원	10,710	8.7	111,671	91.2
소재지의 의료서비스 수준***	0~9.4	31,170	11.4	242,192	88.6
	9.5+	59,189	23.6	191,231	76.4

*** p<.001

[표 5] 환자의 거주지역에 따른 진료지역별 의료이용률

지역***	타지역		동일지역	
	N	%	N	%
서울	8,454	8.7	88,072	91.2
부산	3,239	9.4	31,276	90.6
대구	1,994	9.5	18,987	90.5
인천	5,737	20.2	22,722	79.8
광주	1,984	12.6	13,746	87.4
대전	1,345	9.4	12,911	90.6
울산	1,411	11.3	11,075	88.7
경기도	24,637	23.2	81,466	76.8
강원도	3,000	14.7	17,352	85.3
충청북도	3,606	20.8	13,697	79.2
충청남도	7,970	35.6	14,401	64.4
전라북도	3,067	10.6	25,762	89.4
전라남도	7,425	25.0	22,219	74.9
경상북도	8,174	25.6	23,738	74.4
경상남도	7,530	19.3	31,562	80.7
제주도	786	15.1	4,437	84.9

*** p<.001

분석대상 환자의 거주지역별 분포는 표 5와 같이 충남(35.6%), 경북(25.6%), 전남(25.1%), 경기(23.2%), 충북

(20.8%), 인천(20.2%) 순으로 타지역 입원의료 이용률이 높은 반면 서울(8.8%), 부산(9.4%), 대전(9.4%)는 타지역 입원의료 이용률이 낮았다.

질병군별 분포는 표 6과 같이 선천 기형·변형 및 염색체 이상(37.4%), 신생물(34.0%), 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인(31.0%), 정신 및 행동 장애(25.4%), 혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정장애(23.7%)순으로 타지역 입원의료 이용률이 높았다.

[표 6] 질병군에 따른 진료지역별 의료이용률

질병군(주상병)***	타지역		동일지역	
	N	%	N	%
특정 감염성 및 기생충성 질환	2,550	12.3	18,149	87.7
신생물	16,339	34.0	31,681	66.0
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정장애	422	23.6	1,362	76.3
내분비, 영양 및 대사 질환	1,530	15.5	8,366	84.5
정신 및 행동 장애	4,071	25.4	11,977	74.6
신경계통의 질환	2,083	22.8	7,066	77.2
눈 및 눈 부속기의 질환	2,969	19.9	11,940	80.1
귀 및 꼭지돌기의 질환	865	18.2	3,894	81.8
순환기계통의 질환	8,321	17.9	38,203	82.1
호흡기계통의 질환	4,592	12.1	33,399	87.9
소화기계통의 질환	6,679	14.1	40,796	85.9
피부 및 피부밑조직의 질환	788	15.7	4,235	84.3
근육골격계통 및 결합조직의 질환	7,937	23.0	26,511	76.9
비노생식기계통의 질환	3,408	15.9	18,041	84.1
임신, 출산 및 산후기	4,678	12.3	33,308	87.7
출생전후기에 기원한 특정 병태	899	18.9	3,866	81.1
선천 기형, 변형 및 염색체 이상	1,088	37.7	1,800	62.3
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견	1,291	15.9	6,799	84.0
손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타 결과	15,900	11.5	122,859	88.5
건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인	3,875	31.0	8,614	69.0

*** p<.001

3.3 타지역 입원의료에 대한 요인분석

타지역 입원의료 이용여부와 요인에 대한 로지스틱 회귀분석 결과는 표 7과 같이 타지역 입원의료 이용이 남자에 비해 여자가 0.85배 낮으며, 0-14세 연령군을 기준으로 15-24세, 25-34세, 55-64세 순으로 유의하게 높았다. 보험유형에 따른 타지역 입원의료 이용은 기타(자동차보

험, 산재보험 등)보다 의료보호가 0.79배 더 낮았으며, 의원에 비해 종합병원이 2.39배, 병원이 1.99배 높았다. 질병군별 타지역 입원의료 이용은 기타 질병에 비해 선천성 기형, 변형 및 염색체 이상이 3.16배, 신생물이 2.64배 높았다. 거주지역별 타지역 입원의료 이용은 서울, 부산 등 특광역시인 대도시를 기준으로 인천, 경기 등 서울인 근지역이 1.40배 높은 반면, 기타 지역이 0.70배 유의하게 낮았다. 거주지역의 인구 10만 명당 의료기관수와 의사수는 많을수록 타지역 입원의료 이용 오즈비가 낮은 반면, 인구 10만 명당 병상수가 많을수록 높았다. 또한 의료기관 소재지의 의료서비스 수준이 낮은 지역에 비해 높은 지역이 8.26배나 타지역 입원의료 이용이 높았다.

[표 7] 타지역 진료 여부에 대한 로지스틱 회귀분석 결과

구분	Odds ratio(95% CI)
성별-여자** (기준: 남자)	0.854(0.840- 0.868)
연령(기준: 0~14세)	
15~24**	1.968(1.892- 2.047)
25~34**	1.529(1.476- 1.583)
35~44**	1.285(1.241- 1.331)
45~54	1.340(1.295- 1.387)
55~64**	1.467(1.417- 1.520)
65+**	1.263(1.222- 1.306)
보험유형(기준: 기타)	
건강보험	0.859(0.839- 0.878)
의료보호**	0.794(0.767- 0.821)
의료기관유형(기준: 의원)	
종합병원**	2.387(2.328- 2.447)
병원**	1.985(1.933- 2.039)
주진단(기준: 기타)	
선천 기형, 변형 및 염색체이상**	3.157(2.887- 3.453)
신생물**	2.636(2.570- 2.570)
건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인	2.039(1.948- 2.133)
기타 대분류 [†]	1.940(1.894- 1.986)
거주지역(기준: 대도시)	
서울인근지역(인천,경기)**	1.395(1.344- 1.447)
기타 지역**	0.704(0.679- 0.731)
인구 10만 명당 의료기관수(기준: 149개소 이하)	
150개소 이상**	0.732(0.716- 0.749)
인구10만 명당 병상수(기준: 909개 이하)	
910이상**	1.990(1.926- 2.057)
인구10만 명당 의사수(기준: 139명 이하)	
140명 이상**	0.131(0.127- 0.135)
의료기관 소재지의 의료의 질적 수준(기준: 9.4점 이하)	
9.5점 이상**	8.257(8.089- 8.428)

** p<0.01, [†]혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정장애, 정신 및 행동 장애, 신경계통의 질환, 근육골격계통 및 결합조직의 질환

4. 결론 및 토의

본 연구에서는 입원의료에 대한 타지역 이용에 대한 요인을 파악하기 위해 환자의 연령, 성별, 보험유형 등 개인적 속성요인, 환자의 거주지역의 의료공급량인 의료환경적 요인, 질병군 등 의료요구 요인에 더해 수진지역의 의료서비스 수준을 변수로 하였다.

단변량 분석결과, 남자와, 15-24세, 55-64세 연령군이 타지역 입원의료 이용율이 높았으며 건강보험 및 의료보호 환자가 자동차 보험, 산재보험 등 기타 보험유형에 비해 타지역 입원의료 이용율이 높았다. 보험급여의 범위가 넓어질수록 직접비용의 영향은 감소되고 간접비용의 중요성이 커지게 된다고 하나[5], 본 연구는 직접비용이 줄어들므로 간접비용의 부담이 줄어들어 타지역 의료이용이 다소 용이했다고 해석할 수 있다.

환자의 거주지역 보건의료자원과 타지역 입원의료 이용률은 일관된 결과가 나타나지 않았는데, 인구 10만 명당 의료기관수와 의사수가 적은 지역일수록 타지역 입원 의료 이용률이 높은 반면, 인구 10만 명당 병상수가 많은 지역이 오히려 타지역 입원의료 이용률이 높았다.

거주지역별로 서울인근 지역(인천, 경기도)과 충남(35.6%), 경북(25.6%), 전남(25.1%) 순으로 타지역 입원 의료 이용률이 높았다. 과거에는 일반적으로 인구가 적고 도시화의 정도가 낮으며 사회적 기반시설이 취약한 지역일수록 의료공급 수준이 낮다고 보고하고 있다[4]. 그러나 2007년 보건의료자원 실태조사에 따르면 지역별 병상수는 서울, 경기 지역에 밀집되어 있지만, 인구 10만 명당 병상수는 전남, 전북, 경남 순으로 높은 것으로 나타나 지방이라 하더라도 오히려 인구대비 병상수는 높은 수준으로 나타났다[3].

의료기관유형별로는 종합병원의 22.0%, 병원의 12.8%, 의원의 8.8%의 입원환자가 타지역 거주자였다. 또한 인구 10만 명당 500병상 이상의 종합병원 의료기관 평가 점수가 높은 지역일수록 타지역 입원의료 이용률이 높았다.

질병군별로는 선천 기형·변형 및 염색체 이상(37.7%), 신생물(34.0%), 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인(31.0%), 정신 및 행동 장애(25.4%), 혈액 및 조혈기관의 질환과 면역기전을 침범하는 특정장애(23.7%), 근육골격계통 및 결합조직의 질환(23.0%) 순으로 타지역 입원의료 이용률이 높았다. 암환자와 같은 중증질환자들은 의료기관 선택시 의료진의 실력, 최신의료기기 등과 같은 의료의 질적 측면을 우선시 하여 종합전문요양기관 등 대학병원을 선호한다고 보고하고 있다 [7,8].

타 변수를 고려한 다변량분석 결과에서는 의료의 질적 수준이 높은 대형병원이 많은 지역일수록 타지역 환자의 의료이용이 월등히 높았다. 즉 인구 10만 명당 500병상 이상 종합병원의 의료기관평가점수가 9.5점 이상인 지역이 9.5점 미만인 지역에 비해 8.3배나 높았다. 또한 신생물, 선천성 기형 등 중증질병군의 타지역 입원이용율이 2~3배 정도 높았다.

그러나 특이할만한 점은 기타 변수를 고려할 때 대도시 지역에 비해 인천, 경기 등 서울인근 거주지역 주민의 타지역 입원이용률이 높은 반면 지방환자가 대도시 지역 거주자보다 타지역 의료이용률이 오히려 낮은 것으로 나타났다. 또한 인구 10만 명당 병상수가 많은 지역이 오히려 타지역 입원의료 이용률이 높았다.

지금까지 정부의 의료자원 분배의 정책근거가 중진료권을 기준으로 취약지역에 대한 의료시설 투자가 우선적으로 이루어져 왔으나, 의료의 지역화라는 측면에서 괄목할만한 성과를 보이지 못했다[5]. 또한 의료전달체계는 지역화, 의료의 접근성을 보장하는 정책적 장치로 인식되어 왔으나, 일부에서는 우리나라 의료전달체계의 붕괴와 함께 현재 새로운 대안을 모색해야하는 실정이라고 주장하고 있다[2]. 본 연구결과에서와 같이 지역단위의 의료공급량이 적정수준이라 하더라도 타지역 의료이용은 여전히 높은 현상은 이를 단적으로 반영하는 결과라 할 수 있다. 즉 의료자원 공급수준이나 도시화의 수준에 따라 환자가 이동하는 것이 아니라 의료서비스의 질적 수준에 따라 이동하는 것이라고 결론지을 수 있다.

최근 미국의 경우도 자원의 투입량과 의료의 질적 수준은 비례하지 않는다는 연구결과를 내고 있다[9]. 이에 따라 CMS(Center for Medicare and Medicaid Services)는 효율적인 운영을 통해 비용을 절감하면서도 의료의 질적 수준이 높은 의료기관에 대해 인센티브를 제공하는 정책(pay for performance)을 시행하고 있다[10]. 즉 의료의 접근성이라는 문제에서 이제 더 이상 ‘의료자원의 형평성 있는 배분’이 화두가 아니라 ‘의료의 질적 수준에 대한 균등성’이 중요한 의제가 되고 있음을 시사하고 있다.

본 연구는 몇 가지 제한점이 있다. 이용된 자료의 시점이 의료이용은 2005년, 보건의료자원은 2006년, 의료기관평가는 2004년 자료로 일치하지 않는다. 그러나 의료이용양상이나 보건의료자원은 단기간내에 큰 변동이 있지는 않다는 점을 고려하면 수용가능한 수준이라 할 것이다. 또한 의료기관평가 결과가 의료의 질적 수준을 직접적으로 반영하는 지표라고 할 수는 없다. 그러나 이제까지 의료수준에 대한 연구는 설문에 의한 환자만족도를 평가한 인식조사 자료로 의료기관이 제공하는 의료서비스 수준에 대한 간접적인 척도에 불과했다. 본 연구에서

는 의료기관의 인력 및 시설 등의 구조, 진료제공 과정 및 환자의 만족도를 포괄하는 의료기관평가 결과를 이용한 것은 의미가 있다고 본다. 또한 본 연구의 결과에서는 환자의 인구사회학적 요인과 지역적 요인(의료공급수준)보다는 제공받는 의료서비스에 대한 질적 수준이 가장 중요한 요인으로 나타났다.

의료의 지역화란 의료의 접근성과 형평성을 보장함으로써 국민이 어디서나 적시에 적절한 수준의 의료서비스를 제공받을 수 있도록 하기 위함이다[5]. 정부는 의료의 접근성을 높이기 위해 의료공급량 확충에 힘을 쏟아왔다. 그러나 의료의 형평성에서 이제 의료수준의 형평성이란 개념을 간과할 수 없다. 즉 국민은 거주지가 어디인가에 관계없이 적정수준의 동등한 의료서비스를 받을 권리가 있다. 국가는 이를 보장함으로써 의료의 지역화 뿐만 아니라 보건의료자원의 효율성을 달성할 수 있을 것이다[11].

의료이용의 접근성을 높이는 방법은 첫 번째 지리적 접근도를 높이는 것이고 둘째 의료자원을 적절히 분배하는 것이다. 그러나 지리적 접근도를 높이기 위한 진료권에 대한 연구는 한계가 있었다[12,13]. 또한 의료서비스의 질은 의료서비스 과정에 의해 주로 결정되는데 환자는 진료시간이나 대기시간 등에 대해서는 만족도가 금방 나타나지만 진료과정에 대해서는 제대로 알지 못하기 때문에 서비스의 질을 정확히 판단할 수 없고 그에 따라 진료과정이 환자의 흐름에 영향을 주는 중요한 요인이라고 말하기는 어렵다고 하였으나[12], 본 연구는 진료과정에 비중을 둔 의료기관평가 결과를 이용함으로써 결국 환자가 직접적으로 인지하지 못한다 하더라도 의료서비스의 질적 수준이 가장 중요한 요인인 것으로 나타났다.

참고문헌

- [1] 김정선. “지역사회의 종합병원 이용 실태에 관한 연구.” 사회과학연구논총(梨花女子大學校社會科學大學社會科學研究所), 4:59-83, 2000.
- [2] 조경희. “의료전달체계의 방향.” 가정의학회지, 26(4) suppl.:S485-490, 2005.
- [3] 오영호. “2006년도 보건의료자원실태조사: 주요 조사결과와 정책적 함의.” 보건복지포럼(한국보건사회연구원), 통권 제133호:88-102, 2007.
- [4] Douglas L, Peter L. “The geographical accessibility of hospitals to the aged: a geographic information systems analysis within Illinois.” Health Services Research, 29(6):630-651, 1995.
- [5] 황성철, 이윤현. “입원의료의 타중진료권 이용에 관한 연구.” 보건사회논집, 13(1):1-18, 1993.

- [6] 조우현, 김한중, 이선희. “의료기관 선택기준에 관한 연구.” 예방의학회지, 25(1): 53-63, 1992.
- [7] 장동민. “암환자의 의료이용행태에 관한 연구.” 대한보건협회학술지, 24(2):106-117, 1998.
- [8] 문연옥, 박은철, 신혜림, 원영주, 정규원, 황순영, 이진희, 공현주, 황승식, 이종구, 공인식, 함명일. “우리나라 암환자의 의료기관 접근성의 지역간 불균형.” 한국역학회지, 28(2):152-161, 2006.
- [9] Wennberg JE, Fisher ES, et al. "Evaluating the efficiency of california providers in caring for patients with chronic illnesses." Health Aff (Millwood). 2005; Suppl Web Exclusives: W5-526-43.
- [10] Straube, B. "The CMS Quality Roadmap: quality plus efficiency." Health Aff (Millwood), Suppl Web Exclusives: W5-555-7, 2005.
- [11] Chen LW, Zhang W, Sun J, Mueller KJ. "Regional variation in rural hospital charges due to ambulatory care sensitive conditions." Rural Policy Brief, (PB2007-5):1-4, 2007.
- [12] 박재용. “환자흐름에의 영향요인: 의료제도 변화와 의료기관 특성을 중심으로.” 보건행정학회지, 3(2):57-80, 1993.
- [13] Douglas Love, Peter Lindquist. “The geographical accessibility of hospitals to the aged: a geographic information systems analysis within Illinois.” Health Services Research, 29(6):630-65, 1995.

강 성 홍(Sung-Hong Kang)

[정회원]



- 1990년 2월 : 서울대학교 보건대학원 보건관리학과 (보건학석사)
- 1997년 2월 : 인제대학교 일반대학원 보건학과 (보건학박사)
- 1998년 3월 ~ 현재 : 인제대학교 보건행정학과 부교수

<관심분야>

보건정보, 의무기록, 데이터마이닝, 건강증진

김 유 미(Yoo-Mi Kim)

[정회원]



- 2000년 2월 : 인제대학교 보건대학원 보건학과(보건학석사)
- 2008년 2월 : 인제대학교 일반대학원 보건학과(보건학박사)
- 1995년 3월 ~ 2004년 10월 : 인제대학교부산백병원 의무기록실 직원/실장
- 2004년 11월 ~ 현재 : 한국보건산업진흥원 연구원

<관심분야>

보건정보, 의무기록, 의료질관리