
효율적인 의료전달체계 확보를 위한 요인 분석

이현실*, 김미선, 오진용, 이승윤, 정동진, 이태로**

Analysis of Factors that will Ensure Effective Health Care Delivery System

Hyun-sill Rhee*, Mi Sun Kim, Jin-yong Oh, Seung-yoon Lee
Dong-jin Jeong, Tae-Ro Lee**

요 약 본 연구는 의료수요자(환자)들을 대상으로 의료기관별 역할 인지, 낮은 질환 발병 시 이용 의료기관, 질병의 경중증 인식 등에 관한 분석을 통하여 효율적인 의료전달체계를 위한 요인들을 파악하였다. 서울 소재 일반인 400명을 대상으로 2011년 4월 25일부터 5월 18일까지 14일간 자기기입방식(self-administration)을 통한 설문조사를 실시하였다. 성별, 연령, 교육수준 별로 차이가 있는지 분석했고, 분석방법은 빈도분석, 카이제곱검정, t-test를 실시하였다. 의료기관별 역할 인지 및 낮은 질환 발병 시 방문하는 의료기관에 관한 분석결과는 둘 다 성별에 따라 유의한 차이가 없는 것으로 나타났지만, 연령과 교육정도에 대한 검증결과는 유의한 차이를 보였다. 질병의 경·중증에 대한 인식을 분석한 결과는 경증은 성별과 연령에서 유의한 차이가 있었고, 중증은 연령과 교육정도에서 매우 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 지속가능하고 효과적인 의료체계의 확보를 위해 1차 의료기관의 활성화 및 의료기관별 기능과 경·중증 질병 분류 기준에 대한 맞춤형 교육과 홍보가 필요하다.

주제어 : 의료전달체계, 질병분류, 환자인식, 보건의료

Abstract In order to analyze factors that support effective health care delivery system, this study aimed to research general public's perception on the functions of medical institutions(based on the levels of treatment: primary care, secondary care, and tertiary care), choices of medical institution when contracted with an unfamiliar disease, and recognition of diseases based on their severities. We collected data using self-administered survey from 400 general public living in Seoul, S. Korea from April 25 to May 18, 2011. The analysis was conducted using frequency analysis, chi-square test, and t-test; we analyzed the data to see if there are differences based on gender, age, and level of education. The result of both recognition of functional differences of medical institutions and selection of medical institutions when contracted with unfamiliar diseases showed that there were no significant differences based on the gender; however there were significant differences when considering the age and education. Looking at the result of the knowledge of the disease classification based on its severity, there were significant differences in age, gender, and education. In order to provide sustainable and effective health care delivery system, utilization of primary care as well as education and promotion regarding the functional differences of medical institutions and classification of disease based on its severity need to be encouraged.

Key Words : Level of care, Disease classification, Patient recognition, Healthcare delivery system, Healthcare

1. 서론

보건의료체계는 양질의 서비스를 적절한 비용으로 국

민에게 제공하여 국민의 건강을 증진시키는데 그 목적이 있다. 우리나라는 현재 병·의원에서는 경중증심의 치료를, 상급종합병원에서는 중중중심의 치료가 이루어지도

*주저자 : 고려대학교 보건행정학과 교수

**교신저자 : 고려대학교 보건행정학과 교수

논문접수: 2012년 4월 9일, 2차 수정을 거쳐, 심사완료 : 2012년 7월 18일

록 기관별 역할분류를 하고 있다[10]. 그러나 의료수요자(환자)의 입장에서 병·의원에 대한 낮은 신뢰도, 그리고 상급종합병원에 대한 높은 기대감[8]으로 인해 자신들의 증상이 경증임에도 불구하고 상급종합병원에서 진료를 받는 쏠림현상이 지속적으로 발생하고 있다. 상급종합병원 의료공급자(의사)의 입장에서는 진료거부권이 없기 때문에 과중한 업무로 인한 스트레스에 시달리고 있다[1]. 이러한 의료기관별 기능의 혼란이 합리적 의료기관 이용을 미흡하게 만들며 의료전달체계의 붕괴를 위협하고 있으며 효과적인 의료전달체계를 위해서 정부 정책과 제도 마련이 미흡했다.

효과적인 의료전달 체계에서 1차 의료(의원)의 중요성은 세계적으로 알려진 바 있고 많은 국가들이 1차 의료의 활성화를 위해 힘쓰고 있다. WHO의 역사상 가장 중요한 선언문인 1978년 Alma-Ata 선언문에서도 일차의료의 중요성이 강조되었고 30년이 넘게 지난 지금 다시 한 번 그 중요성이 부각되고 있다[18]. 쿠바 등 보건의료 강국의 경우 일차의료 주치의 제도 등을 통해서 예방 의료의 중요성을 부각시켜 자국 내의 의료비 통제와 동시에 효율적인 의료전달시스템을 완성 시켰으며 WHO에서 권고한 1차 의료의 모델을 실현시켰다[19]. 외국의 경우 의료기관에 따른 기능과 의료서비스 전달체계가 보건의료 제도 시행 초기부터 확립되어 있었다. 유럽지역에서 1940년대부터 1950년대까지 일차의료의 정체성 확립을 위해 노력을 지속적으로 해 왔다[16]. 또한 영국은 1, 2, 3차 의료의 엄격한 의료서비스 전달체계를 갖추고 있고, 1차 의료진의 의뢰(referral)가 있어야 2차 의료기관에서 진료를 받을 수 있고, 2차 의료진의 의뢰가 있어야 3차 의료기관에서 진료를 받을 수 있도록 하고 있다[13]. 영국의 경우 1차 의료인인 일반의 또는 가정의가 의사수의 반을 차지하고 있다[13]. 독일은 의료인을 병원소속 의사와 외래진료 의사로 구분하여 의료비의 차이를 두고 있으며 영국과 유사하게 42.9%가 일반의 의사이다[13]. 미국의 경우 의료기관의 기능별 분류를 입원진료와 외래진료, 급성 단계와 만성 장기로 나누고 있다. 적극적인 계약 혹은 의료 이용의 통제를 통하여 환자 진료를 관리함으로써 비용을 절감하고자 관리의료(managed care)를 도입해 HMO(Health Maintenance Organization), POS(Point Of Services), PPO(Preferred Provider Organization)을 확산했다[15]. 최근 2010년 오바마 정부의 의료개혁에서도 일차의료가 강조되고 있다[17]. 주요

국가들의 일차의료 체계화의 수준을 보면, 영국, 덴마크, 핀란드가 높고, 캐나다, 호주, 스웨덴이 중간정도의 체계화를 보이며, 프랑스, 독일, 미국이 낮은 체계화를 보이고 있다[5]. 우리나라에서도 의료기관의 기능을 정립하고 효율적인 의료전달체계를 구축하기 위해 많은 정책을 개발하여 발표하였다. 만성 질환자를 중심으로 한 병·의원의 역할에 대한 전면 개편으로 경증 및 만성질환자는 병·의원에서 진료를 받도록 유도를 하고, 만일 이들이 상급종합병원을 이용할 경우 본인부담비율을 높이는 방안을 세웠으며[11], 상급종합병원은 중증치료와 연구중심이 되도록 유도하는 것이다.

그러나 정부의 경·중증 분류기준은 다빈도에 따라 상위 16개 질환 항목을 경증으로 고시한다는 점에서 많은 이견이 발생하였다. 개선의 초점을 비응급환자 차원에 두면서 상급종합병원 외래환자의 약제비 부담을 높이고, 병·의원을 찾는 경증환자의 본인부담은 경감한다는 대안이 거꾸로 상급종합병원의 문턱을 높여 서민 부담만 가중시킬 위험성이 있기에 환자단체연합회에서는 반대 입장을 표명하고 있다. 환자의 본인부담률을 낮추어도 병·의원의 진료 수준이 기대이하라면 외면당하는 것은 당연하고 장비 및 의료 인력이 우수한 상급종합병원으로 환자 쏠림현상은 계속될 것이다. 따라서 병·의원에 대한 지원책과 함께 교육 강화 등 의료의 질을 높이는 구체적 노력이 있어야 할 것이다. 이러한 관점에서 이번 복지부의 개선안은 환자 증세의 심각성에 따라 경·중증을 구분한 것이 아니라 다빈도에 따라 구분함으로써 파탄 위기의 건강보험 재정을 의식한 것[6]이라는 비판을 면하기 어려울 것이다.

2007년의 연구에서는 병·의원이 제대로 활용되지 않고 있으며, 그 이유는 병·의원의 역할이 명확히 정의되지 않았으며 정책적인 변화가 필요하다고 밝힌 바 있다[9]. 정책적인 시도뿐만 아니라, 보건복지부에서는 2009년부터 다섯 차례에 걸쳐 '의료기관 기능 재정립 TF'를 구성하여 운영하면서 간담회를 통해 의사협회, 병원협회, 대학병원, 연구자, 시민단체 등의 의견을 수렴하고 있고, '1차 의료 활성화 추진 협의회'를 2010년부터 구성하여 운영하고 있다. 그리고 복지부 내에 '건강지킴이 의료개선 팀'을 2010년 10월 신설해 의료기관 기능의 재정립에 힘을 쏟고 있으나[5], 그 효과는 아직 미미한 형편이다.

송진우(2010)는 응급환자의 구분을 환자상태에 따라 중증분류를 하였고, 응급실 중증도 분류 간호사의 업무

현황과 업무스트레스, 직무 만족도[7]에 관한 연구를 하였지만 의료수요자(일반 환자)를 대상으로 한 경·중증 인식에 대한 것은 매스미디어를 통해서만 그 중요성이 부각되었을 뿐[12] 이에 관한 연구는 미미한 상태이다.

현재 우리나라에서는 의료수요자(환자)들의 질환에 대한 경·중증 분류 및 의료기관별 역할분담에 대한 인식이 낮아[2] 부적절하게 상급종합병원을 이용함으로써 환자의 쏠림현상을 야기 시킬 뿐만 아니라 부당하게 본인 부담금을 더 납부해야 하는 현상이 일어나고 있다. 1981년 가나의 시골마을 사람들을 대상으로 연구한 결과에서 질병분류가 어떠한 의료기관을 이용할 것인가를 결정짓는 중요한 요소가 됨이 밝혀진 바 있다 [14].

본 연구에서는 의료수요자(환자)들을 대상으로 의료기관별 역할분담, 경·중증의 분류기준에 대한 인식 및 낮은 질병발생 시 이용 의료기관 등에 대한 조사 분석을 통하여 효율적인 의료전달체계의 확보를 위한 요인을 분석하였다. 이를 바탕으로 의료기관 환자 쏠림 현상뿐만 아니라, 효율적인 의료보험급여의 관리 및 의료전달체계에 대한 정책결정의 기초자료로 제공하고자 한다.

2. 조사대상 및 방법

2.1 조사대상 및 기간

본 연구는 서울소재 일반인을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 조사기간은 2011년 4월 25일부터 5월 8일까지 14일간 이루어졌으며 응답자 430명 중 응답하지 않거나 유효하지 않은 30개의 표본을 제외하고 400개의 표본으로부터 자료를 수집하여 이들을 분석대상으로 하였다.

2.2 조사방법 및 내용

조사방법은 조사원이 설문대상자들에게 연구의 취지와 목적을 충분히 설명하고 준비된 설문지를 작성하도록 하였다. 설문 응답방법은 스스로 기입하는 자기기입방식(self-administration)으로 하였으며, 설문대상자가 응답하기 어려운 문항에 대해서는 조사자가 설명한 후에 조사 대상자가 직접 기입하도록 하였다.

설문지 구성내용은 총 9개 문항으로 구성하였다. 연간 병원 이용횟수를 통해 병원이용 빈도를 보고자 하였다(1 문항). 의료기관별 역할분류표를 제시하여, 설문대상자들이 이에 대한 내용을 얼마나 잘 인지하고 있는지를 확인

하였으며(4문항), 또한 의료수요자들의 경·중증 분류[4]에 대한 인식정도를 측정하고자 하였다. 본 논문에서 자주 언급하는 용어로는 질병의 증세를 가리키는 경증(輕症)과 중증(重症)이 있다. 질병의 경우 증세의 정도에 따라서 경증과 중증으로 나뉘지며, 가벼운 질병의 경우 경증(輕症)으로 볼 수 있으나, 질병에 대해 장기간 지속되어 합병증 등이 추가로 발생하거나 병의 위중함이 매우 높을 경우 중증(重症)으로 구분된다[3]. 경·중증의 인식을 알아보기 위해 본 논문에서는 다빈도 경증 질환 16개 중 3개와 중증 질환 3개를 임의로 선정하여 연구 대상으로 하여금 해당 질환에 대해 경증과 중증 중 하나를 선택하도록 하였다. 설문문항은 질환명, 질환에 대한 설명, 경·중증 선택 등으로 구성하였다. 또한 자신이 선택한 것과 현재 정부에서 논의하고 있는 다빈도 중심의 질환 분류가 얼마만큼 차이가 있는지를 설문대상자에게 인식시켜 주고, 이에 따라 경·중증 분류기준을 어떤 기준에 의하여 결정해야 할 것인지 환자 스스로 선택하도록 유도하였다(3문항). 그리고 앞의 8개 문항으로 인해 일정한 지식을 얻은 조사대상자가 경·중증에 따라 어떠한 의료기관에 방문할 것인지를 확인하여, 본 설문의 내용을 잘 이해하였는지에 대한 척도로 활용하였다(1문항). 인구통계학적 설문 내용에는 성별, 연령, 직업, 교육정도, 연간 병원 이용 횟수들을 포함시켰다.

2.3 분석방법

수집된 데이터는 EXCEL프로그램에 입력한 후 SPSS V.12.0 프로그램을 이용하여 통계처리 하였다. 조사대상자의 일반적 특성을 파악하기위해 성별, 연령, 직업, 교육정도, 병원이용횟수로 구분하여 빈도분석을 하였다. 또한 유의성을 검증하기 위해 의료기관별 역할분류 인식과 낮은 질환 발생 시 방문 의료기관을 카이제곱분석법을 사용해 분석하고 이를 성별, 연령, 교육수준에 따른 차이를 보았다. 마지막으로 질환별 경·중증에 대한 인식도를 알아보기 위해서 평균과 표준편차 및 t-test를 수행하였다. 질환분류에 대해서는 현재 논의가 되고 있는 다빈도 경증질환 16개 중 3개와 중증 질환 3개를 임의로 선택하여 질환별 중증도 인식[11]이 어느 정도인지 알아보았다. 각 3개 문항 모두 올바르게 응답하였을 때 각 3점 만점으로 하였다. 수집된 자료들을 설문대상자들의 성별, 나이, 교육수준에 따라 어떠한 양상을 보이는지 확인하였다.

3. 연구결과

3.1 조사대상자의 일반적 특성

연구대상자의 일반적 특성을 조사한 결과는 <표 1>과 같다. 총 400명 중 남성 52.8%, 여성 47.2%로 성별 차이가 다소 있었다. 연령분포에서는 31세 이상이 61.5%, 30세 이하가 38.5%였다. 직업군에서는 학생 31.0%로 가장 높았으며, 일반전문직 14.3%, 사무직 14.0% 순으로 나타났다. 교육정도에서는 대학 재학 이상 64.0%, 고등학교 졸업 이하가 36.0%로 큰 차이가 있었다. 끝으로 연간 병·의원을 이용한 횟수에 대한 결과는 1~3회가 45.8%로 가장 높았고, 4~11회 이용이 36.5%, 12회 이상 이용이 11.8% 순으로 나타났다. 이때 12회 이상인 경우는 매달 정기적으로 방문할 경우에 응답하도록 하였다.

<표 1> 조사대상자의 일반적 특성

		N	%
성별	남성	211	52.8
	여성	189	47.2
연령	31세 이상	246	61.5
	30세 이하	154	38.5
직업	경영/관리직	35	8.8
	보건의료전문직	4	1.0
	일반전문직 (보건의료전문직 제외)	57	14.3
	기술직	25	6.2
	서비스/영업직	42	10.5
	자영업	21	5.2
	사무직	56	14.0
	생산/단순노무	2	0.5
	주부	20	5.0
	학생	124	31.0
교육정도	무응답	14	3.5
	대재 이상	256	64.0
연간 병원 이용 횟수	고졸 이하	144	36.0
	0회	24	6.0
1~3회	183	45.7	
	4~11회	146	36.5
12회 이상	47	11.8	
Total		400	100.0

3.2 의료기관별 역할 인지

대상자들에게 의료기관의 중별구분과 그 역할에 관한 표를 제시하고 이에 대해 얼마나 인지하고 있는지에 대한 분석결과는 <표 2>와 같다. 성별로 인지도는 남성 41.7%, 여성 45.0%가 알고 있다고 응답하였으며, 성별로

다른 검증결과는 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다($p>0.05$). 연령별 인지도는 30세 이하 37.6%, 31세 이상 46.8%가 알고 있다고 응답하였고, 검증결과는 매우 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($p<0.01$). 교육정도별 인지도에서는 대학재학이상 36.8%, 고졸이하 46.8%로 나타나 오히려 교육정도가 낮을수록 의료기관별 역할에 대해 잘 인지하고 있는 것으로 나타났으며 결과는 유의한 차이를 보였다($p<0.05$).

<표 2>의료기관별 역할 인지도

		N	%	
성별	남성	아주 잘 알고 있다	20	9.5
		알고 있다	68	32.2
		보통이다	60	28.4
		잘 알지 못한다	54	25.6
		전혀 알지 못한다	9	4.3
	여성	아주 잘 알고 있다	14	7.4
		알고 있다	71	37.6
		보통이다	59	31.2
		잘 알지 못한다	34	18.0
		전혀 알지 못한다	11	5.8
<i>Pearson 카이제곱</i>		4.682	0.332	
연령	30세 이하	아주 잘 알고 있다	19	12.3
		알고 있다	39	25.3
		보통이다	41	26.6
		잘 알지 못한다	47	30.5
		전혀 알지 못한다	8	5.2
	31세 이상	아주 잘 알고 있다	15	6.1
		알고 있다	100	40.7
		보통이다	78	31.7
		잘 알지 못한다	41	16.7
		전혀 알지 못한다	12	4.9
<i>Pearson 카이제곱</i>		19.843	0.001**	
교육	대재 이상	아주 잘 알고 있다	16	11.1
		알고 있다	37	25.7
		보통이다	44	30.6
		잘 알지 못한다	38	26.4
		전혀 알지 못한다	9	6.3
	고졸 이하	아주 잘 알고 있다	18	7.0
		알고 있다	102	39.8
		보통이다	75	29.3
		잘 알지 못한다	50	19.5
		전혀 알지 못한다	11	4.3
<i>Pearson 카이제곱</i>		9.837	0.043*	
Total		400	100.0	

* . $p<0.05$ ** : $p<0.01$

3.3 낮선 질환 발병 시 이용 의료기관

환자가 주관적으로 느끼기에 알레르기 과민성 질환과 같은 일반적인 질환이 아닌 낮선 증세, 즉, 자신이 판단하기에 경증인

지 증증인지 판별할 수 없는 질환이라고 인식되었을 때 보통 이용하는 의료기관에 대한 분석결과는 <표 3>과 같다. 성별로는 남성은 동네의원(30.3%)을 가장 많이 찾는 반면 여성은 종합병원(34.4%)을 가장 많이 찾고 있다. 그러나 검증결과 성별로는 유의하지는 않았다($p>0.05$). 또한 연령에 따른 분포는 30세 이하가 동네의원(42.9%)을 가장 많이 찾았고, 31세 이상은 종합병원(39.8%)을 찾고 있다. 교육정도에 따른 분석결과는 대졸 이상이 동네의원(43.8%), 고졸 이하가 종합병원(38.3%)을 찾는 것으로 나타났다. 검증결과 연령과 교육정도에 따른 차이가 매우 유의하게 나타났다($p<0.001$).

<표 3> 낫선 질환 발병 시 이용 의료기관

		N	%	
성 별	남	동네의원	64	30.3
		중소병원	50	23.7
		종합병원	55	26.1
		상급종합병원	39	18.5
		기타	3	1.4
	여	동네의원	60	31.7
		중소병원	45	23.8
		종합병원	65	34.4
		상급종합병원	18	9.5
		기타	1	0.5
<i>Pearson 카이제곱</i>		<i>8.779</i>	<i>0.067</i>	
연 령	30 세 이 하	동네의원	66	42.9
		중소병원	47	30.5
		종합병원	22	14.3
		상급종합병원	15	9.7
		기타	4	2.6
	31 세 이 상	동네의원	58	23.6
		중소병원	48	19.5
		종합병원	98	39.8
		상급종합병원	42	17.1
		기타	0	0.0
<i>Pearson 카이제곱</i>		<i>46.763</i>	<i>0.000*</i>	
교 육	대 재 이 상	동네의원	63	43.8
		중소병원	43	29.9
		종합병원	22	15.3
		상급종합병원	14	9.7
		기타	2	1.4
	고 졸 이 하	동네의원	61	23.8
		중소병원	52	20.3
		종합병원	98	38.3
		상급종합병원	43	16.8
		기타	2	0.8
<i>Pearson 카이제곱</i>		<i>35.170</i>	<i>0.000*</i>	
Total		400	100.0	

* $p<0.001$

3.4 질환별 경증증 인식

성별·연령·교육정도를 고려하여 질환별 경·증증에 대한 인식도를 분석하였다<표 4 참조>. 질환에 대한 경·증증을 인식한 정답수를 비교하면 성별, 연령, 교육정도 모두에서 증증이 3점 만점에 2.19점 이상을 인식하고 있었고, 경증은 3점 만점에 1.42점 이하를 인식하고 있다.

유의성 검증결과 경증은 성별과 연령에서 유의한 차이가 있고($p<0.05$), 증증은 연령과 교육정도에서 매우 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($p<0.001$).

<표 4> 경증증 인식 평균 정답수

	평균과 표준편차		t값	p값
성별	남성 (N=210)	여성 (N=189)		
	경증 1.41±0.574	1.32±0.502	1.687	0.002*
연령	증증 2.77±0.421	2.19±0.406	-0.536	0.283
	30세 이하 (N=154)	31세 이상 (N=245)		
교육	경증 1.45±0.572	1.32±0.518	2.263	0.002*
	증증 2.73±0.443	2.81±0.391	-1.851	0.000**
교육	대졸 이상 (N=144)	고졸 이하 (N=255)		
	경증 1.39±0.517	1.36±0.557	0.497	0.889
증증	2.70±0.459	2.83±0.379	31.672	0.000**

* $p<0.05$: ** $p<0.001$

4. 고찰 및 제한점

본 연구는 최근 수도권, 특히 상급종합병원으로 환자가 쏠리면서, 수요자와 공급자 모두 피해를 입는 문제가 제기되면서 효과적인 의료전달체계가 확립되어질 필요가 있다는 판단 하에 시작되었다. 현재 의료기관의 전달체계는 보건복지부 자료에 따르면 의원, 병원급(병원, 종합병원), 상급종합병원으로 이어지는 전달체계를 가지고 있다. 의원급은 주로 외래환자를 대상으로 주로 예방과 기본적인 치료를 목적으로 만들어진 반면 병원급은 주로 입원환자를 치료하고, 상급종합병원은 증증질환을 대상으로 의료행위를 하는 기관으로 정의하고 있다. 그러나 최근 병·의원급의 이용비율이 현저히 떨어지고 수도권으로, 상급종합병원으로의 쏠림현상을 경험하고 있다. 이것은 우리나라의 의료체계를 붕괴시키는 시발점이 되고 있다. 실제로 현재 약 50%이상의 증소형 병원이 경

영년에 시달리고 있으며, 그에 반에 상급종합병원의 수익률과 환자이용도는 꾸준히 상승하고 있다[5]. 이러한 현상은 질환의 경·중증 분류 체계가 올바르게 확립되지 않았을 뿐만 아니라 의료 수요자들의 부족한 인식 및 의료기관별 기능에 따른 의료이용이 잘못되었기 때문이다.

본 연구에서도 의료기관별 역할분류에 대해 성별, 연령, 교육정도에 상관없이 절반 이상 인지하지 못하는 것으로 나타났다<표 2 참조>. 그러나 낮은 질환 발생 시 이용 의료기관은 연령이 31세 이상(43.1%)과 교육정도가 고졸 이하(44.1%)를 제외하면 약 54% 이상이 의원과 중소병원을 이용하는 것으로 조사되었다. 이는 의료이용자들에게 맞춤형 교육과 홍보를 통하여 수도권으로, 상급종합병원으로 환자가 쏠리는 현상을 해결하고 보건의료체계의 궁극적인 목적인 국민 건강 증진을 위한 효과적인 의료 전달체계에 조금 더 가까이 다가 갈수 있다는 희망을 보여주는 결과이다. 또한 경·중증에 대한 인식에서는 경증에 대한 인식이 중증에 비해 매우 낮게 인식하는 것으로 나타났으며 많은 홍보가 필요함을 보여주고 있다.

본 연구의 한계점으로는 먼저 ‘의료기관 기능 인지도와 경·중증에 대한 인식’에 관한 선행연구가 미미하여 이 연구에서 선행연구와 비교가 어려웠다는 점이다. 또한 경증과 중증을 각각 3개 항목씩만 선별하였기 때문에 정확한 경·중증에 대한 판단 능력을 파악하는 데는 다소 미흡하다. 또한 2010년 이루어진 연구에서 지역적 특성이 의료서비스 선택에 영향을 미칠 수 있다는 결과[5]와 비교하여 조사 대상자가 서울에 국한 되어 있다는 점이 한계점으로 지적되고 있다.

5. 결론

보건복지부(의료법 제3조)에서 의료기관의 종류 및 기능을 정의하고 있지만 상급종합병원으로의 환자 쏠림현상은 계속되어지고 있는 실정이다. 이를 해결하기 위한 많은 연구와 정책 개발이 이루어지고 있다. 본 연구에서는 이러한 현상의 연장선상에서 의료수요자들의 의료기관별 기능에 대한 인지도와 경·중증 인식을 알아보고자 했다. 의료기관의 중별구분과 그 역할에 관한 분석 결과는 성별에 따른 검증에서 유의한 차이가 없는 것으로 나타났지만 연령(30대 이하와 31세 이상 그룹군) 및 교육정도(대재이상, 고졸이하)에 대한 검증결과는 유의한 차

이를 보였다. 낮은 질환 발생 시 방문하는 의료기관에 관한 분석결과는 성별에 따른 검증은 유의하지 않았지만 연령과 교육정도에 따른 차이는 매우 유의하게 나타났다. 질환별 경·중증에 대한 인식을 분석한 결과는 중증에 대한 인식은 높은 반면 경증은 대부분 낮은 인식을 보임으로써 대국민 홍보가 필요함을 알 수 있다. 검증결과 경증은 성별과 연령에서 유의한 차이가 있고, 중증은 연령과 교육정도에서 매우 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

향후 이 연구가 효율적인 의료전달체계의 확보를 위한 의료기관 기능과 경·중증에 대한 인식을 홍보할 수 있는 정책 수립에 사용될 수 있을 것이다. 예를 들어 의료기관 중별 가산율과 환자 본인부담율의 차등 적용에 대한 인식을 조사 분석함으로써 본 연구결과와 함께 상급종합병원으로 환자 쏠림현상을 보완할 수 있는 정책 자료로 활용할 수 있다.

참 고 문 헌

- [1] 건강보험심사평가원 (2011), “대형병원 쏠림현상 심각”, 보도자료.
- [2] 김양균, 김준석 (2009), “소비가치 이론을 이용한 의료소비자의 의료기관 선택 요인 분석 : 중소병원, 종합병원, 대형종합병원 비교 중심으로”, 대한품질경영학회지, 37, pp.71-86.
- [3] 김유진 (2011), “국제 질병 분류 진단명 기반 손상 부담 측정 방법의 개발 및 적용 = Development and application of international classification of disease based disability adjusted life years (ICD daly) of injury 국제 질병 분류 진단명 기반 손상 부담 측정 방법의 개발 및 적용 = Development and application of international classification of disease based disability adjusted life years (ICD daly) of injury”, 이화여자대학교 대학원.
- [4] 류지수 (2010), “대구경북지역 종합병원 입지와 소비자의 의료서비스 선택에 관한 연구”, GRI연구논총, 12(1), pp. 195.
- [5] 보건복지부 (2011.03), “수요자 중심의 지속가능한 보건의료체계 구축을 위한 의료기관 기능 재정립 기본계획”, pp.1-29.

[6] 서울신문 (2011.03.19), “의료체계 개편 동네 병·의원 신뢰가 관건”, 사설.

[7] 송진우 (2010), “응급실 다방문환자의 임상적 특성 : 응급실 다방문환자의 응급실 과밀화 및 중증도와의 관련성”, 국내석사학위논문, 성균관대학교 일반대학원.

[8] 양아진 (2009), “병원의 선택에 영향을 미치는 요인에 관한 연구”, 학위논문(석사), 경희대학교 대학원.

[9] 윤경일, 도세록 (2007), “주요 상병 별 환자의 의료기관 선택성향 분석”, 한국병원경영학회지, 12(4), pp.1-21.

[10] 원미자 (2003), “病院의 顧客満足 決定要人 과 그 結果에 關한 研究 : 1次와 2·3次 診療機關의 比較를 中心으로 = (A) Study on Determinants of Customer Satisfaction with Hospital : with comparison between Clinics and Hospitals”, 인제대학교 경영대학원.

[11] 정기택 (1993), “의료보험 정책제 도입에 따른 의료기관별, 질병별 의료이용의 변화 Medical Institution - and Diagnosis - Specific Analysis of Demand for Medical Care in Korea”, 사회보장연구, 9(0), pp.193.

[12] 헬스코리아뉴스 사회 (2011.06.13, 월, 10:30), “대형병원 경증 환자 약제비 차등화 군 단위 병원 제외”, <http://www.hkn24.com/news/articleViwe.html?idxno=7496>.

[13] C. Schoen, R. Osborn, P. Huynh, M. Doty, J. pEUGH, K. Zapert (2006), “On The Front Lines of Care: Primary Care Doctors’ Office Systems, Experiences, and Views in Seven Countries”, *Health Affairs*, 25(6), pp.555-571.

[14] G. Fosu (1981), “Disease Classification in Rural Ghana: Framework and Implications for Health Behaviour”, *Science & Medicine*, 15B(4), pp.471-482.

[15] J. Dixon, R. Lewis, R. Rosen, B. Finlayson, D. Gray (2004), “Can the NHS learn from US managed care organisations?”, *British Medical Journal*, 328(223-6), pp.223-225.

[16] J. Gervas, M. Ferna, B. Starfield (1994), “Primary Care, Financing and Gatekeeping in Western Europe”, *Oxford Journals*, 11(3), pp.307-317.

[17] J. Iglehart (2010), “Health Reform, Primary Care,

and Graduate Medical Education”, *The New England Journal of Medicine*, 363(6), pp.584-590.

[18] J. Lawn, J. Rohde, S. Rifkin, M. Were, V. Paul, M Chopra (2008), “Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise”, *The Lancet*, 372(9642), pp.917-927.

[19] K. Swanson, J. Swanson, A. Gill, C. Walter (1995), “Primary care in Cuba: A public health approach”, *Health Care for Women International*, 16(4), pp. 299-308.

이 현 실



- 1990년 2월 : 서울대학교 보건대학원 보건학석사
- 2005년 2월 : 경상대학교 보건대학원 보건학박사
- 1994년 3월 ~ 현재 : 고려대학교 보건행정학과 교수
- 관심분야: 보건정보관리
- E-Mail : pridehyun@korea.ac.kr

김 미 선



- 2008년 5월 : Evangel University 경영학학사
- 2011년 8월 : Missouri State University Master of Health Administration(MHA) 석사
- 2012년 3월 ~ 현재 : 고려대학교 보건행정학과 박사과정 재학 중
- 관심분야: 의료경영, 의료인적자원관리, 보건정책
- E-Mail : sunnykim@korea.ac.kr

오 진 용



- 2007년 3월 ~ 현재 : 고려대학교 보건행정학과 학부 재학 중
- 관심분야: 보건정책, 보험학
- E-Mail : sinlamoon@korea.ac.kr

이 승 윤



- 2007년 3월 ~ 현재 : 고려대학교 보건행정학과 학부 재학 중
- 관심분야 : 보건정책, 건강 형평성
- E-Mail : lsylsy@korea.ac.kr

정 동 진



- 2007년 3월 ~ 현재 : 고려대학교 보건행정학과 학부 재학 중
- 관심분야 : 보건정책, 사회보험제도
- E-Mail : ddd920@korea.ac.kr

이 태 로



- 1984년 2월 : 광운대학교 전자계산학과 이학사
- 1989년 8월 : 경희대학교 교육대학원 전산교육학석사
- 2001년 2월 : 경희대학교 대학원 전산학 전공 공학박사
- 1996년 9월 ~ 현재 : 고려대학교 보건행정학과 교수
- 관심분야 : 보건정보시스템, 유헤스, 경영정보시스템, 시그널 프로세싱
- E-Mail : trlee@korea.ac.kr