

## 정신과 외래환자들의 의료이용에 관한 연구

김채봉<sup>1</sup>, 황성완<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 서울의료원, <sup>2</sup> 백석예술대학 보건행정

### The Utilization of Health Service by Psychiatric Outpatients

Chae-Bong Kim<sup>1</sup>, Sung-Wan, Hwang<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Seoul Medical Center*, <sup>2</sup> *Health Administration in BAU*

#### <Abstract>

Objective of the study represents experiences of medical utilization of Psychiatric Outpatients. This research draws on information obtained from the 2008 National-wide sampling study of the Korean Healthcare Panel(KHP) conducted. The results of our study suggest the significance of variables such as the gender( $p<.001$ ) in the social demographical characteristics, the medical security type( $p<.016$ ), medical institution utilization( $p<.012$ ) treatment type( $p<.004$ ) in the utilization factors. In the case of medical utilization cost, the financial support factor( $p<.018$ ) showed a significant relationship.

Depending on the particularities of gender, medical security type, financial support, medical institution utilization, treatment type were determined through a multiple logistics regression analysis. Gender showed that, among Psychiatric outpatient age of 30-59 level was 5.358 times and 60 years and older, their the second medical examination level was 4.490 times higher than Psychiatric outpatients under the age of 29.

Health insurance type showed for the others medical allowance was 6.712 times higher than job health insurance and the other treatment was 0.395 times lower than drug treatment. Psychiatric outpatients utilization are rooted in the thoughts and factor levels of the Psychiatric patients and must be understood from the Psychiatric outpatients's perspective. The point is not only to gauge the patients research during Psychiatric medical utilization. The important of social community mental healthcare services levels goes beyond the goal of enhancing healthcare.

---

**Key Words : Medical Utilization, Psychiatric Outpatient, Healthcare Service**

## I. 서론

### 1. 배경 및 필요성

세계보건기구(WHO)에서 말하는 건강은 단순히 질병이 없거나 허약한 상태가 아닌 완전한 신체적, 정신적, 사회적 안녕이라고 정의한다. 2010년 경제협력개발기구(OECD)에 따르면 우리나라의 자살률은 세계 1위로 보고되었다. 그동안 우리나라는 산업화, 핵가족화, 경제위기 등 다양한 사회구조적 변화로 치열한 생존 경쟁과 갈등을 경험하면서 정신질환 유병률이 증가하였다. 세계적으로도 한 사회와 구성원의 건강상태에서 정신건강이 차지하는 비중이 증가하고 있으나 우리나라의 정신건강은 신체건강에 비하여 정책적 관점에서 매우 미흡하다[1]. 2006년 우리나라 정신질환 평생 유병률은(니코틴 사용 장애를 제외) 25.8%이며, 남성은 30.5%, 여성은 20.9%로 남성이 여성보다 1.5배 높은 유병률을 보였다[2]. 최근에는 배우자의 죽음, 사회적 고립 등으로 외상 후 스트레스장애를 겪는 중년층의 비율이 급증하고 있으며 학교폭력, 인터넷, 게임 중독으로 정신과를 찾는 청소년들이 꾸준히 증가하고 있다.

선진국인 영국에서는 ‘더 건강한 국가’라는 구호하에 정신과 진료를 위한 현대화 마스터플랜으로 정신건강증진, 일차 진료와 진료의 접근성, 중증 정신질환자의 효과적인 치료, 보호자의 보호, 자살 방지라는 국가적인 표준을 설정하였다[3]. 그리고 우리나라의 경우 1995년 이후부터 정신보건서비스 질을 개선하고 접근성을 강화하고자 지역사회에 단계적으로 의료자원을 제공하였다.

그러나 현재까지 정신보건사업에 투입되는 국가적 예산은 지속적으로 확대되고 있는 반면, 그 효과는 측정하지 못했다[4]. 그리고 보건정책 수립에 관한 우선순위에서도 암, 심장질환, 심뇌혈관 질환 등의 고액 중증질환 정책에 밀려 체계적인 정신건

강 예방사업을 실시하지 못했을 뿐만 아니라 환자와 가족의 경제적 부담 및 사회적 비용도 적지 않은 영향을 미쳤다. 강병권(2004)의 연구에 따르면 정신질환 진료비는 1998년 2,559억 원에서 2002년 4,150억 원으로 62.6% 증가하였고 진료비 점유율도 1998년 2.9%에서 2002년 3.4%로 증가한 것으로 나타났다[5]. 건강보험심사평가원의 ‘연도별 정신과 정액 진료비 추이 결과’를 보면 의료급여 정신과 진료비는 2005년 4,761억 원, 2006년 5,097억 원, 2007년 5,210억 원, 2008년 5,526억 원으로 매년 꾸준히 증가하는 것으로 나타났다[6]. 이러한 원인은 정신과 진료비가 다른 질환에 비해 전문의의 상담료가 책정되고 환자에게 지급되는 약품의 경우 병원에서 직접 조제한다는 점이 크다고 볼 수 있다. 이렇듯 정신질환자들이 의료이용을 하는데 있어 여전히 대두되는 점은 첫째, 정신과 전문 서비스에 대한 낮은 이용률과 치료의 지연 둘째, 정신과 진료에서 의료기관간 연계의 부재 셋째, 전통적인 질병관과 질병행동에 젖은 환자의 존재로 볼 수 있다.

의료이용에 관한 연구는 국가의 보건 정책을 수립하는데 있어서 필수적인 역할을 하며, 정책 분석과 평가, 기획, 보건사업관리 등을 수행하는 당사자에게 중요한 정보를 제공 한다[7]. 2001년 정신과 의료이용 비율은 정신병적장애가 30.3%, 우울장애 26.8%, 불안장애 12.9%, 알코올장애는 5.6%인 것으로 나타났다[8]. 2005년 한국인의 1인당 연간 평균 외래 방문 횟수는 11.8회로 우리나라의 의료이용률은 OECD 평균보다 6.8회 보다 많은 것으로 나타났다[9]. 과거의 정신훈리기관은 일반 의료기관에 비하여 대내외적으로 환경의 변화가 크지 않고 경쟁이 적은 안정된 환경을 갖고 있었으나 근래 들어 민간정신병원의 증설로 점차 의료기관과의 차별화 및 전문화 되고 있다.

이것은 의료이용자들의 사회경제적 여건의 향상과 의료에 대한 기대 수준의 증가로 소비자의 권

리의식이 확대된 것으로 보인다[10]. 그러나 여전히 정신과 의료이용의 문제점은 공식적인 의료체계 이외에 다른 비의료적 치료에 대한 의존도가 높고[11], 자발적으로 치료를 받은 경우가 드물다는 점을 볼 수 있다[12]. 따라서 이러한 문제를 개선하기 위해서는 환자와 보호자가 치료 계획에 적극적으로 참여하여 올바른 의료서비스가 형성될 수 있도록 모두의 노력이 필요하다[3].

현재까지 정신질환자의 의료서비스에 관한 연구는 정신보건서비스 전달체계[13], 대체 의료이용[14], 정신과 진료모델[3] 등이 있고, 정신과 환자의 의료이용에 관한 연구가 있다[15]. 그러나 기존의 국내 연구에서는 입원 환자 중심의 연구와 대상 기관의 범위 및 연령대가 제한된 형태로 수행되었기 때문에 정신질환자에 대한 전반적인 현황을 파악하기에는 한계가 있다.

이와 같이 정신질환의 보건학적 중요성을 파악하고 정신보건서비스의 개선과 중장기 정책을 수립하기 위해서는 국가단위의 의료이용을 파악하는 연구가 필요하다. 현 시점에서 비취볼 때 정신질환자들의 의료이용에 관한 실증적인 연구가 제한적이고, 보건계획의 수립과 정책수행에 있어서도 근거가 되는 연구들이 미약하다고 판단된다. 따라서 본 연구를 통해 정신질환자들의 의료이용에 대한 특성을 객관화된 수치로 제시하고 장·단기 보건정책 결정 및 양질의 정신의료서비스를 제공하는 데 기초 자료로 활용하고자 한다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 정신과 환자의 외래이용 특성을 파악한다.

둘째, 정신과 환자의 의료이용 특성과 방문 경험의 관련성을 파악한다.

셋째, 인구사회학적 특성 및 의료이용 요인이 방문경험(재진과 초진)에 미치는 결정 요인을 파악한다.

## II. 연구 방법

### 1. 연구 자료 및 대상

본 연구의 분석은 2008년 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단이 주관한 한국의료패널(Korean Healthcare Panel; 이하 KHP)로서 개인과 가구의 의료이용 행태를 조사하여 정책적 기초자료에 활용되는 전국통계자료이다. KHP는 조사 목적상 전국규모의 대표성을 유지하기 위해 2005년도 「인구주택총조사」 틀로 하였다. 표본가구 선정은 1단계로 표본조사구(집락)추출하고 2단계에서는 표본조사구 내 표본가구를 추출하는 방식으로 2단계 확률비례 층화집락추출 방법을 하였고 2008년 11월 중순부터 2009년 4월까지 전국의 7,768가구를 대상으로 조사가 이루어 졌다.

본 연구의 대상은 지난 6개월 동안 외래 진료를 경험한 환자는 7,190명이고 정신 및 행동장애로 외래이용을 경험한 환자는 176명이다. 이 중에서 '진단서 발급' 환자를 제외한 172명을 최종 분석에 사용하였다.

### 2. 연구 방법

#### 1) 정신질환 분류

본 연구의 방법은 정신질환자의 인구사회학적 특성과 의료이용 요인, 의료비용 요인이며 종속변인은 정신과 방문경험 여부로 재진(재방문과 정기진료)과 초진(첫 방문)이다. 본 연구에 사용된 상병은 한국 표준 질병 사인 분류 중 '정신 및 행동장애' 질병코드(F00-99)로 치매, 알코올 사용에 의한 정신 및 행동장애, 정신활성물질 사용에 의한 정신 행동장애, 정신분열병, 기분장애, 스트레스와 관련된 신체형장애(화병, 불안증, 강박증, 위장성/심장성 신경증, 설사 및 소화불량), 정신 발육지체이다.

## 2) 재진과 초진

정신과 외래 치료는 가장 기본적이고 가장 비용 효과가 높은 서비스로 도시에서는 정신병원, 종합 병원, 정신과, 개인 정신과를 이용할 수 있고 농촌의 경우 인접지역의 정신과 외래를 이용하거나 불가능할 경우 지역정신보건사업팀에 속해 있는 정신과 의사로 부터 진료를 받을 수 있다[17]. 본 연구에서 방문경험을 초진과 재진으로 구분하였는데 초진은 처음으로 진찰을 하는 것으로 다양한 심리적, 사회적, 생물학적 문제를 진단하여 적절한 처치와 상담으로 환자를 진료하는 것이고[10], 재진은 처음 진료를 받은 환자가 추가적인 진료를 받기 위해서 병원을 다시 찾는 것을 의미하는 것으로 의사의 권유에 의한 경우와 환자의 자발적 방문에 의한 경우이다[16].

## 3) 정신질환 의료서비스

의료서비스(Health Care Service, Medical Service)란 의료의 본질적인 행위인 치료, 처방 및 투약 등 행위를 말하며 그밖에 부가적으로 생성되는 직·간접적인 서비스를 말한다[4]. 황성혜 등(1996)은 정신의료서비스를 다음과 같은 범주로 나누었다. 1)정신과 치료(Psychiatric care), 2)일반병 의원(General medicine), 3)약국(Pharmacy), 4)한의원 및 한약방(Oriental), 5)요양원 및 기도원(Asylum), 6)종교적 치료(Religious treatment), 7)주술적 치료(Superstitious treatment), 8)민간요법(Folk therapy) 및 기타이며 “정신과 치료”는 종합 병원의 정신과, 정신병원, 정신과 의원 등에서 정신과 의사에 의한 치료를 뜻하며 “종교적 치료”는 안수기도 등 종교적 지도자들에 의한 치료 행위를 말하며 “주술적 치료”는 무당에 의한 굿, 부적 등을 사용하는 것을 말한다. “민간요법”이란 종교적 치료, 주술적 치료 이외에 민간에서 전해 내려오는 처방을 의미한다[13].

연구 대상자의 연구 변인에 대한 특성은 <표 1>과 같다.

<표 1> 연구 변인에 대한 특성

요인	변인분항	변인설명
인구 사회학적 특성	성별	남성, 여성
	연령	29세 이하, 30세-59세, 60세 이상
	혼인상태	기혼, 미혼, 기타(별거/이혼/사별/실종)
	교육수준	미취학/무학/초교, 중학교, 고등학교 대학교 이상
	의료보장 형태	직장건강보험, 지역건강보험 기타(의료급여/특례/미가입/상실/정지)
의료이용 요인	의료기관별 이용	종합병원 이상, 병의원, 기타
	치료내용	약물치료, 약물치료 이외(정신과 상담/음악/미술/놀이 치료), 기타(한방/기타치료)
의료비 재원 요인	수납금액	지난 6개월간 (원)
	처방약값	지난 6개월간 (원)

## 3. 자료 분석

정신질환으로 내원한 외래이용 환자의 방문경험 여부를 파악하고 인구사회학적 요인과 의료이용 요인, 의료비 재원 특성의 관련성을 살펴 보기 위해 교차분석 후 카이제곱검정(Chi-square Test)을 실시하였다. 수치형 척도는 독립표본 T검정(Two Independent-sample T-test)을 사용하여 두 집단의 차이를 살펴보고 만약 최소한 하나의 셀에서 기대빈도가 5미만이면 카이제곱검정 값을 사용하지 않고 피셔의 정확검정(Fisher's exact Test)을 사용하였다. 마지막으로 외래 이용에 미치는 결정 요인을 알아보기 위해 다중 로지스틱 회귀분석(Multiple Logistic Regression Analysis)을 실시하였다. 자료는 SPSS 12.0 통계프로그램을 사용하여 분석을 하였다.

### Ⅲ. 결과

#### 1. 인구사회학적 특성

인구사회학적 특성을 살펴본 결과는 <표 2>와 같다.

본 연구의 대상자는 재진환자 129명, 초진환자 43명으로 172명이다. 성별은 남성(39.0%)보다 여성(61.0%)이 많은 것으로 나타났다. 연령은 30세~59세(48.3%)가 가장 많았고 60세 이상(33.7%), 29세 이하(18.0%)의 순으로 나타났다. 혼인상태에서는 기혼(52.6%)이 가장 높았으며 학력의 경우 미취학/무학/초교(34.3%), 고등학교(28.5%), 대학교 이상(19.2%), 중학교(18.0%) 순으로 나타났다.

인구사회학적 특성과 방문경험과의 관련성에서는 연령에서 통계적으로 유의한 차이를 보였고 ( $\chi^2 = 14.286, p < .001$ ), 재진과 초진의 차이는 29세 이하에서 초진(37.2%)이 많았고 30세~59세와 60세 이상은 재진이 높은 것으로 나타났다.

#### 2. 의료이용 특성

의료이용 특성을 살펴본 결과는 <표 3>과 같다.

의료보장형태에서는 직장 건강보험(50.0%), 지역 건강보험(30.8%), 기타(19.2%) 순으로 나타났고 의료기관별 이용은 병의원(64.0%)의 방문이 가장 많았으며, 종합병원 이상(32.0%), 기타(4.1%) 순으로 나타났다. 치료내용은 약물치료(80.8%)가 가장 많았고 정신과 상담 및 음악/미술/놀이치료(14.5%), 기타(4.7%) 순으로 나타났다.

의료이용 특성과 방문경험과의 관련성에서는 의료보장형태( $\chi^2 = 8.246, p < .016$ ), 의료기관별 이용( $\chi^2 = 8.793, p < .012$ ), 치료내용( $\chi^2 = 11.220, p < .004$ )에서 통계적으로 유의한 차이를 보였고, 재진과 초진의 차이는 재진의 경우 직장 건강보험(45.7%), 병의원 이용(64.3%), 약물치료(83.7%)에서 높은 것으로 나타났고 초진은 직장 건강보험(62.8%), 종합병원 이상(62.8%), 약물치료(72.1%)에서 높은 것으로 나타났다.

<표 2> 인구사회학적 특성과 방문경험

	방문경험 N(%)		계 N=172	$\chi^2$
	재진 N=129	초진 N=43		
성별				
남성	51(39.5)	16(37.2)	67(39.0)	0.073
여성	78(60.5)	27(62.8)	105(61.0)	
연령				
29세 이하	15(11.6)	16(37.2)	31(18.0)	14.286***
30세~59세	67(51.9)	16(37.2)	83(48.3)	
60세 이상	47(36.4)	11(25.6)	58(33.7)	
혼인상태				
기혼	70(54.7)	20(46.5)	90(52.6)	2.647
미혼	34(26.6)	17(39.5)	51(29.8)	
별거/이혼/사별/실종	24(18.8)	6(14.0)	30(17.5)	
학력				
미취학/무학/초교	48(37.2)	11(25.6)	59(34.3)	2.924
중학교	24(18.6)	7(16.3)	31(18.0)	
고등학교	35(27.1)	14(32.6)	49(28.5)	
대학교 이상	22(17.1)	11(25.6)	33(19.2)	

\* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$

### 3. 의료비 재원 특성

의료비 재원 특성을 살펴본 결과는 <표 4>와 같다.

수납금액은 재진의 경우 평균 15,212원(±21,309원)이며 초진은 평균 33,802원(±48,021원)으로 초진의 수납금액이 높은 것으로 나타났고 수납금액과

방문경험에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $t=-2.459, p<.018$ ). 처방약값은 재진의 경우 평균 28,126원(±31,489원)이며 초진은 평균 27,884원(±106,799원)인 것으로 재진의 처방약값이 높은 것으로 나타났으나 처방약값과 방문경험에 따라 통계적으로 유의한 차이는 보이지 않았다.

<표 3> 의료이용 특성과 방문경험

	방문경험 N(%)		계 N=172	$\chi^2$
	재진 N=129	초진 N=43		
<b>의료보장형태</b>				
직장 건강보험	59(45.7)	27(62.8)	86(50.0)	8.246**
지역 건강보험	39(30.2)	14(32.6)	53(30.8)	
기타	31(24.0)	2(4.7)	33(19.2)	
<b>의료기관별 이용</b>				
종합병원 이상	44(34.1)	11(25.6)	55(32.0)	8.793**
병의원	83(64.3)	27(62.8)	110(64.0)	
기타	2(1.6)	5(11.6)	7(4.1)	
<b>치료내용</b>				
약물치료	108(83.7)	31(72.1)	139(80.8)	11.220**
정신과상담 음악/미술/놀이치료	19(14.7)	6(14.0)	25(14.5)	
기타	2(1.6)	6(14.0)	8(4.7)	

\* $p<.05$  \*\* $p<.01$  \*\*\* $p<.001$   
 의료보장형태 기타: 의료급여/특례/미가입/상실/정지  
 치료내용 기타: 한방/기타 치료

<표 4> 의료비 재원 특성과 방문경험

	재진		초진		t / p
	N	Mean±SD	N	Mean±SD	
수납금액(원)	129	15,211.96±21,308.61	43	33,801.65±48,021.27	-2.459**
처방약값(원)	48	28,126.10±31,489.33	20	27,883.85±106,799.40	0.014

\* $p<.05$  \*\* $p<.01$  \*\*\* $p<.001$

<표 5> 재진에 대한 다중로지스틱 회귀분석

Variable†	Coefficient	OR‡	95.0% CI‡	
<b>연령</b>				
30세~59세	1.679	5.358*	1.856	15.469
60세 이상	1.502	4.490*	1.523	13.237
<b>건강보험형태</b>				
지역건강보험	0.663	1.941	0.780	4.833
기타(의료급여/특례/미가입/상실/정지)	1.904	6.712*	1.367	32.966
<b>의료기관별 이용</b>				
병의원	-0.903	0.405	0.155	1.062
기타	-1.592	0.203	0.012	3.556
<b>치료내용</b>				
정신과상담				
음악/미술/놀이 치료	0.073	1.076	0.349	3.314
기타(한방/기타치료)	-0.930	0.395*	0.027	5.877
<b>수납금액</b>				
상수	0.001	1.000	1.000	1.000
상수	0.404	1.498		

†Reference group: 연령(29세 이하), 건강보험형태(직장건강보험), 의료기관별 이용(종합병원 이상), 치료내용(약물치료), 수납금액

‡OR: odds ratio, CI: confidence interval

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

#### 4. 방문경험에 영향을 미치는 요인

외래환자의 의료이용이 방문경험에 영향을 미치는지 결정 요인을 살펴보기 위해 시행한 결과는 <표 5>와 같다.

결정 요인을 알아보기 위해 카이제곱 검정에서 유의한 차이를 보인 변인은 연령, 의료보장형태, 의료기관별 이용, 치료내용, 수납금액으로 이 변인에 대하여 로지스틱 회귀분석을 하였다.

연령의 경우 30세~59세는 5.358배(95% CI : 1.9-15.5), 60세 이상은 4.490배(95% CI : 1.5-13.2)로 29세 이하보다 재진을 하는 것으로 나타났다. 건강보험형태의 경우 기타는 6.712배(95% CI : 1.4-33.0)로 직장 건강보험 가입자보다 재진을 하는 것으로 나타났다. 치료내용에서 기타치료(한방 및 기타치료)는 0.395배(95% CI : 0.03-5.9)로 약물치료 보다 재진을 적게 하는 것으로 나타났다.

#### IV. 고찰 및 결론

##### 1 연구방법에 대한 고찰

본 연구에 사용한 자료는 2008년 11월 중순부터 2009년 4월까지 전국의 7,768가구를 대상으로 조사가 이루어진 한국의료패널 자료이다. 본 연구의 대상은 지난 6개월 동안 7,190명의 정신과 외래환자 중에서 '정신 및 행동장애'로 외래 진료를 받은 정신질환자는 176명이며 '진단서 발급' 환자를 제외한 172명을 최종 분석에 활용하였다.

정신보건서비스 전달체계는 1~3차로 구분되어 있고 정신과 의원, 병원, 종합병원의 이용자 입장에서 서비스의 차이를 알기 어렵기 때문에 특정 질병에 국한되어 정신질환자의 의료이용 특성을 규명하기가 어렵다[18]. 그리고 중증도가 있는 입원환자의 경우 전반적인 의료이용의 특성을 통합하여 설명하기 어렵기 때문에 의료기관의 선택적 폭이 넓은 외래환자를 대상으로 결과를 제시하였

다. 따라서 이러한 점을 적용하고자 의료기관의 행태를 종합병원 이상, 병의원, 기타로 구분하였고 상병은 한국 표준 질병 사인 분류 중 '정신 및 행동장애' 질병코드(F00-99) 진료를 받은 외래환자를 대상으로 분석하였다. 정신과 치료는 치료 시점과 종결 시점의 간격이 길다는 점을 보면 본 연구가 지난 6개월 동안 진료 경험에 국한되어 조사되었다는 점과 입원 퇴원 후 대부분의 치료가 외래 중심이기 때문에 일부의 환자가 재진에 속해 있다는 점과 초진환자의 경우 과반수가 내과 진료와 혼동하는 경우가 있으므로 재진환자와 초진환자를 명확히 구분한다는 점에서 한계가 있다.

## 2 연구결과에 대한 고찰

첫째, 인구사회학적 특성에 대한 방문경험의 관련성을 살펴본 결과 통계적으로 유의한 변인은 연령인 것으로 파악되었다. 이형영(1980)은 정신질환 치료방법에 있어서 연령, 교육정도, 거주지, 직업 등에 따라 달라지는 경향이 있으며[19], 황성혜 등(1996)은 정신증상 장애 환자에서 남자는 나이가 젊을수록 교육수준이 높을수록 정신과를 찾는 경향이 있는 것으로 나타나 본 연구 결과를 지지한다[13]. 그러나 인구사회학적 특성은 태도나 행위에 따라 다르기 때문에 사회·심리적 변인을 추가하여 후속연구를 진행해야 할 것으로 사료된다.

둘째, 의료이용 특성에 따른 방문경험의 연관성을 살펴본 결과 통계적으로 유의한 변인은 의료보장형태, 의료기관별 이용, 치료내용인 것으로 조사되었다. 2005년 우리나라 국민의 생명존중 및 자살에 대한 태도조사 연구를 보면, 정신질환 병력 및 정신과전문의 추정진단은 없으나 돈이 없거나 수치심 때문에 정신과 치료를 받지 않는 비건강보험가입자도 주변 환경, 평상시 행동, 주위사람의 진술을 통해 내재적 정신질환자로 확인될 경우에도 보험급여를 인정하고 있다[20]. 이러한 제도는 정

신의료서비스의 접근성을 높일 수 있을 것으로 사료되나 정신과 의료급여정액수가는 만성질환자가 많아 투약과 진료내용이 비교적 정형화 되어있고 건강보험 수가보다 상대적으로 낮아 차별 진료가 발생한다. 이러한 저가 약제 위주의 처방과 정신요법의 제한적 실시는 진료 제공량을 극소화하도록 유도하는 제도로써 의료 질 향상의 취지에 상반되는 부분이다. 이를 개선하기 위해서는 설립주체에 따른 수가 차등화보다 의료서비스 수준과 직접 연관된 기준에 따른 수가를 차등화 하는 것이 바람직하며 정부는 정신의료기관의 자발적인 개선노력을 병행하고 적절한 의료혜택이 제공될 수 있도록 건강보험자와 동일한 행위별수가제 시행하는 등 현실성 있는 제도개선이 필요하다.

우리나라는 정신질환 유병률에 비해 치료율이 낮고 우울증 및 알코올 환자의 대부분은 치료를 받지 않고 있다. 그리고 부적절한 환자와 아무런 서비스도 받지 않는 환자가 절반을 넘는다. 황성혜 등(1996)은 정신의료기관의 이용 빈도를 살펴본 결과 정신적 장애로 처음 방문하는 경우는 정신과가 45%로 가장 많았고 일반 병의원이 28%, 종교적 주술적 치료, 민간요법과 기타 치료가 10%, 약국과 요양원 및 기도원이 6%, 한방치료가 5%인 것으로 보아[13] 본 연구결과를 지지하고 있다. 한편으로는 매년 정신질환자의 유병률이 증가하고 있는 만큼 정신과 개인병원이 증가하고 있으며 대부분 도심에 위치하고 있기 때문에 접근성이 용이하다. 그러나 변두리에 있는 정신의료기관의 경우 대부분의 환자가 도심의 의료기관을 이용하기 때문에 이용률이 감소하고 있다. 따라서 정신의료기관간의 양극화를 줄일 수 있는 균형적인 발전 방안과 이를 해결하기 위한 정책적 방안이 필요 할 것이다. 의료서비스 제공은 환자 진료로 끝나는 것이 아니라 환자와의 지속적인 관계를 개선시키는데 의료진의 적극적인 자세와 노력이 중요하다[21]. 환자도 거래 관계가 있는 경우 지속적으로 관계를 맺



으려는 특성이 있으므로 의료기관과 환자 간의 신뢰 형성에 주력하여 환자의 이탈을 줄일 수 있도록 노력해야 할 것이다[22]. 더 넓게는 일차적인 의료서비스를 관리하는 지역사회 의료기관의 역할이 매우 중요하며 진료수준을 향상시키고 정확한 진료체계를 제공하여 의료서비스의 질을 개선시켜야 할 것이다.

마지막으로 정신의료기관을 이용하는 환자의 만족도, 시설·장비 및 인력기준 충족정도 등에 대한 평가와 연구를 진행하여 양질의 정신의료서비스를 제공해야 할 것이다. 그밖에 정신의료기관과 지역사회 간에 분절된 정신보건서비스 전달체계를 통합하고 지역사회의 정신건강사업과 연계할 수 있는 방안을 검토해야 할 것이다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 정신과 외래환자에 대한 현황은 확인하였으나 대표성을 띄기에는 표본이 다소 적은 점이 있다. 이는 설문조사 당시 정신과 진료 사실을 꺼려하여 응답하지 않은 경우가 상당수 있었을 것으로 추정된다. 둘째, 의료비 재원 요인에서는 정신의료서비스 비용에 대한 진찰료, 투약료, 주사료, 정신요법료, 검사료 등 환자진료에 필요한 제반비용과 보호자와 가족의 시간적 비용이 포함되어 있지 않았고 지난 6개월 동안 의료비용 지출을 조사하였기 때문에 지난 12개월 동안의 의료비용 지출을 추정할 수 없었다. 셋째, 정신과 외래 환자의 전반적인 의료이용을 설명하는데 있어 정신보건서비스전달체계의 단계별 차이를 설명할 수 없는 제한점이 있었다. 의료이용의 단계화는 각 의료공급체계의 효율이 제고되는 가정에 입각한 것으로 그 효과를 가늠하기 위해서는 최초로 이용하고 있는 의료기관의 유형과 그 이후에 다른 의료기관으로 이동하는 의료이용 추구 경로에 대한 정확한 설명이 필요하다[23]. 넷째, 정신질환에 대한 중증도 구분이 명확하지 않아 이를 보정할 수 있는 적절한 방법이 없었다. 마지막으로 정신과 외래환자에 대한 인식 및

만족도 조사가 필요할 것으로 사료된다. 만족도 조사는 해당 의료기관의 즉각적인 서비스 개선이 가능하며, 인식도는 정신과 의료서비스를 향상 시키는데 중추적인 정보를 제공할 수 있다.

### 3. 결론

본 연구는 정신질환의 심각성에 대하여 사회적 인식이 높아지는 시점에서 정신과 의료서비스의 현황을 파악하기 위한 연구였다. 현 시점에서 미뤄볼 때 정신질환자들의 의료이용에 관한 실증적인 연구가 제한적이고, 보건계획의 수립과 정책수행에 있어서도 근거가 되는 연구들이 미약한 게 현실이다. 따라서 본 연구에서는 정신과 외래환자들의 의료이용에 대한 특성을 객관화된 수치로 제시하고자 했으며, 정신과 외래환자의 실태를 파악함으로써 향후 국가차원의 정신질환 예방 및 관리대책을 논의하는데 기초자료로 활용 될 것을 기대한다.

### 참고 문헌

1. J.H. Park, S.J. Yoon, H.Y. Lee, H.S. Cho, J.Y. Lee, S.J. Eun, J.H. Park, Y. Kim, Y.I. Kim, Y.S. Shin(2006), Estimating the burden of psychiatric disorder in Korea. J. pre Medicine and Public Health, Vol.39;39-45.
2. M.J. Cho, S.M. Chang, B.J. Hahm, I.W. Chung, A. Bae, Y.M. Lee, J.H. Ahn, S.H. Won, J. Son, J.P. Hong, J.N. Bae, D.W. Lee, S.J. Cho, J.I. Park, J.Y. Lee, J.Y. Kim, H.J. Jeon, H.W. Lee(2009), Prevalence and correlates of major mental disorders among Korean adults: a 2006 National Epidemiological Survey. J Korean Neuropsychiatr Assoc, Vol.48;143-152.
3. 윤영원, 이경덕(2001), 한국형 정신과 진료모델 개

- 발에 관한 연구, 임상연구논문집, 국립춘천병원, pp.73-86.
4. I.Y. Noh(2001), Comparative Research of the Medical Cost, The Quality of Life, The Family burden of the Mentally 3 before and after the Community Mental Health Service, J of Korea Community Health Nursing Academic Society, Vol.15(1);56-72.
  5. 강병권(2004), 건강보험 정신질환 진료비 변화추이, 인제대학교 석사학위 논문, pp.42-43.
  6. <http://www.medifonews.com/news/article.html?no=55483>, "의료급여 정신과에 대한 적정성 평가, 연도별 정신과 정액 진료비 추이".
  7. Aday LA, Shortell SM(1998), Indicators and predictors of health services utilization. In introduction to Health Services, 3 edition. Albany, New York: Delmar publishers, pp.51-88.
  8. C.K. Lee, K.K. Park, M.J. Joh, E.K. Jeong, S.W. Kim(2001), The Epidemiological Survey of Psychiatric Illnesses in Korea, Seoul: Ministry of Health and Welfare, pp.54-260.
  9. 보건복지부(2007), 우리나라 보건의료 실태분석 결과: OECD Health Data 2007를 중심으로, pp.2-3.
  10. 장안기(1992), 정신과 진료를 중심으로 한 정보시스템, 임상연구논문집, 국립서울병원, pp.213-224.
  11. S.W. Son, C.S. Park, J.W. Son(1994), A Study on the Treatment Course of Chronic Schizophrenics, J Korean Neuropsychiatr Assoc, Vol.33(6);1253-1262.
  12. Cheung FM, Lau BW(1982), Situational variations of help-seeking behavior among Chinese patients, Comprehensive Psychiatry, Vol.23;252-262.
  13. S.H. Wang, J.P. Hong, J.N. Bae, B.K. Yang, B.Y. Lee, D.Y. Joh, J.S. Kim, J.I. Woo, J.S. Kwon, M.J. Joh(1996), The Utilization of Health Service by Psychiatric Patients: In Yonchon Area of Kyung-gi Province, J Korean Neuropsychiatr Assoc, Vol.35(4);900-909.
  14. Y.H. Kim, D. Kim, Y.C. Park, Y.H. Ahn(2003), Use of Alternative Medicine in Psychiatric and Medical Outpatients, J Korean Neuropsychiatr Assoc, Vol.42(2);270-276.
  15. S.C. Shin, K.S. Yun(1990), A study of pattern of help-seeking behavior among psychiatric out-patients: centered on neurotic patients, J Korean Neuropsychiatr Assoc, Vol.29(2);289-305.
  16. 황성완(2008), 초진환자 재방문 예측 모형 개발: 일개 병원을 대상으로, 연세대학교 박사학위 논문, p.3.
  17. 권순범(2001), 정신보건서비스 전달체계의 개선방안에 관한 연구; 서울특별시 서부지역을 중심으로, 서강대학교 석사학위 논문, p.16.
  18. 유원섭(2005), 정신분열증 상병 환자의 의료이용 양상 및 경로에 관한 연구, 서울대학교 박사학위 논문, p.25.
  19. 이형영(1980), 정신과 환자의 입원 전 치료에 대하여 비교연구(II), 전남대의과대학 잡지, Vol.17; 409-416.
  20. 서동우(2005), 우리나라 국민의 생명존중 및 자살에 대한 태도조사 연구, 한국자살예방협회 심포지움 학술대회 발표, 한국자살예방협회.
  21. 송현수(2000), CRM 경영혁명, 새로운 제안, p.15-33.
  22. K.J. Min, K.M. Song, K.H. Kim(2002), A Study on the Characteristics of Prematurely Discharged Patients and the Model for Predicting Premature Discharge, J. of Korean Society of Quality Assurance in Health Care, Vol.9(1);18-32.
  23. 한달선, 김병익, 이영조, 권순호(1992), 보험환자의 의료이용 추구경로. 보건행정학회지 Vol.2(1); 115-146.
- 접수일자 2012년 1월 31일  
심사일자 2012년 2월 17일  
게재확정일자 2012년 2월 29일