

한국의료패널 자료를 이용한 한·양방 의료의 보완 및 대체관계 분석

최병희¹⁾ · 김동수²⁾ · 유왕근³⁾ · 윤영주⁴⁾ · 권영규⁵⁾ · 이상재⁵⁾ · 임병목^{6)*}

¹⁾ 한국한의학연구원 한의학정책연구센터, ²⁾ 한국한의학연구원 미래정책부

³⁾ 대구한의대학교 보건복지대학 보건학부, ⁴⁾ 부산대학교 한의학전문대학원 동서협진학과

⁵⁾ 부산대학교 한의학전문대학원 양생기능의학부, ⁶⁾ 부산대학교 한의학전문대학원 인문사회대학부

Identifying Complementary and Substitute Relationships between Korean Medicine and Western Medicine using Korea Health Panel dataset

Byunghye Choi¹⁾, Dong-soo Kim²⁾, Wang-Keun Yoo³⁾, Youngju Yun⁴⁾,
Young-Kyu Kwon⁵⁾, Sang-Jae Lee⁵⁾ & Byungmook Lim^{6)*}

¹⁾ Korean Medicine Policy Research Center, Korea Institute of Oriental Medicine

²⁾ Policy Division, Korea Institute of Oriental Medicine

³⁾ Department of Health Care Management, College of Health & Therapy, Daegu Haany University

⁴⁾ Department of Integrative Medicine, School of Korean Medicine, Pusan National University

⁵⁾ Division of Longevity and Biofunctional Medicine, School of Korean Medicine, Pusan National University

⁶⁾ Division of Humanities and Social Medicine, School of Korean Medicine, Pusan National University

Abstract

Objectives: Korea has a dual medical system where traditional Korean Medicine (KM) and Western Medicine (WM) exist on equal terms with exclusive practice boundaries. The aim of this study was to identify complementary and substitute relationships between KM and WM in Korea.

Methods: The data of 19,413 respondents were collected from the 2009 Korea Health Panel dataset. General characteristics and the medical utilization of respondents were analyzed descriptively. the Univariable Analysis was used to compare the factors that affected KM and WM utilization, and the Multivariable Analysis was applied to identify complementary or substitute relationships between the respondents' choices for KM and WM. The data were analyzed by the seven disease groups; diseases of nervous system, circulatory system, respiratory system, digestive system, skin and subcutaneous tissue,

· 접수: 2013년 10월 30일 · 수정접수: 2013년 12월 20일 · 채택: 2013년 12월 23일

* 교신저자: 임병목, 경상남도 양산시 물금읍 범어리 부산대학교 한의학전문대학원

전화: 051-510-8453, 전자우편: limb@pusan.ac.kr

musculoskeletal system, and connective tissue, injury, poisoning and others.

Results : 13.6% and 76.9% of respondents used KM and WM respectively last 12 months. 12.7% used both, and 0.9% used KM only. In overall, respondents who visited KM institutions used also WM. However, according to the analysis of choices of medical institutions, non-pharmacological KM treatment and WM has been used as a substitute for another in the diseases of the skin and subcutaneous tissue, diseases of the musculoskeletal system, and connective tissue, injury, poisoning and others.

Conclusions : Despite some exceptional disease areas, Korean people use KM complementarily to WM, and this result can rationalize the recent Korean government policies encouraging the cooperation of KM and WM. This study can be used for the future policies development for KM service delivery.

Key words : Complementary and Substitute; Korean Medicine; Western Medicine; Medical Expenses; Medical Utilization

1. 서론

1. 연구배경 및 필요성

한의학과 서양의학이 각각 독립적인 체계로 공존하고 있는 우리나라의 보건의료환경은 국민들이 자신의 건강관리를 위하여 의료체계를 선택할 수 있는 장점이 있다. 반면, 의료제공에 있어 전문영역의 중복을 초래하게 되었고, 이러한 이유로 의사, 한의사, 약사, 한약사 등 이해집단 간의 갈등이 발생하게 되었다. 이와 같은 갈등은 기술적인 분쟁과 법적인 소송으로까지 불거지면서 사회적으로 의료일원화와 의료통합에 관한 관심을 불러일으키게 되었다.

이는 한·양방 협진¹⁻³⁾, 의료융합⁴⁾, 통합의학⁵⁾, 통합의료이용⁶⁾ 등 다양한 접근으로 논의가 이뤄지고 있으며, 실제로 2010년 협진의 제도적 허용, 새 정부의 ‘한·양방 융합 R&D’의 국정과제 포함 등 정부 차원의 실질적 실현이 예상되고 있다. 한·양방의료와 관련된 정책 수립과 추진에는 국민의 실질적 수요가 잘 반영되어야 하며, 이를 위한 현실 세계(real world) 파악은 반드시 선행되어야 할 중요한 과정으로 보인다.

두 의학체계의 결합에는 다양한 방법들이 존재하며⁷⁾, 바람직한 모델을 모색하기 위해서는 무엇보다 국민이 한·양방 의료를 어떠한 관계에서 이용하는지 살펴보는 작업이 필수적이라 할 수 있다.

그동안 외국에서는 국가 차원의 대규모 사회조사자료를 이용하여 의료이용 양상을 살펴본 연구가 다양하게 수행되어 왔다⁸⁻¹¹⁾. 우리나라도 1989년부터 전국 표본가구를 대상으로 하는 국민건강영양조사가 시작되면서, 1990년대부터 사회조사자료를 원자료로 이용한 의료이용에 관한 연구가 수행되었다¹²⁻¹⁴⁾. 한방의료이용의 경우도 국내외적으로 대규모 사회조사자료를 활용한 연구가 비슷한 시기부터 최근까지 수행되기 시작하였다¹⁵⁻¹⁸⁾.

한·양방 의료이용의 양상을 파악한 연구로는 조경숙(2000)에 이어¹⁹⁾, 최근에는 한국의료패널 조사를 이용한 연구가 수행된 바 있다²⁰⁾. 조경숙(2000)은 한·양방 의료를 선택하는데 질병의 종류가 상당한 영향을 미치고 있음을 밝혔으며, 일부질환들이 양방의료가 한방의료의 대체 관계임을 증명하였으나, 이는 질병별로 구분하지 못하여 구체적인 설명을 하기에는 한계가 있다고 지적하였다¹⁹⁾. 김성영(2011)은 근골격계 질환자가 한·양방 중복의료 이용 선택에 있어 성별,

연령, 건강보험종류, 동반상병 수, 질병이환기간 등이 영향을 미친다고 보고 하였으며, 한방과 상호 보완과 대체적인 역할이 필요할 것으로 예상하였다²⁰⁾.

이와 같이 이전에 수행된 연구에서는 한방의료 또는 양방의료 이용의 양상을 파악하고, 이러한 의료이용에 따라 영향을 미치는 요인들을 밝혀내는 것이 주된 목적이었다. 수행된 대부분의 연구에서는 앤더슨(Andersen) 모형을 이용하여, 선행요인, 가능요인, 욕구요인에 해당하는 변수들이 각 의료이용에 영향을 미친다고 보고 하였다^(8-11,16,19,20). 이전 연구에서는 한방의료 또는 양방의료 이용에 미치는 영향 요인을 밝혀내어 현상을 파악하는데 도움이 되었다고 볼 수 있으나, 각 의료체계가 상호 어떠한 영향을 미치는지, 즉 어떠한 관계를 형성하고 있는지에 대해서 파악하기에는 부족한 점이 있다.

미국에서는 보완대체의학과 서양의학을 이용하는 데 있어, 전반적으로 의료이용자들은 두 의학을 상호 보완적으로 사용되고 있음을 밝혀내었고²¹⁾, 특히 아시아계인은 다른 인종들에 비해 약물요법이나 전통의학을 보완적으로 이용한다고 보고하였다²²⁾. 우리나라에서는 유왕근(2003)은 동일질환에 대해 의료이용자의 대부분은 한·양방의료를 보완적으로 사용하고 있다고 밝혔으나²³⁾, 조정숙(2000)은 가격과 수요의 탄력성 차원으로 두 의학이 대체재라고 증명하여 서로 다른 결과를 보였다¹⁹⁾. 이와 같이, 국내 연구가 한·양방 의료의 상호 관계를 밝힌 결과가 서로 상반되어 보다 세부적이고 전문적인 연구가 필요한 실정이다.

정부차원으로 두 의학체계간의 협진, 융합, 통합 등 다양한 형태로 결합을 시도하는 추세에서, 두 의학체계가 상호 어떠한 관계 안에서 국민들이 이용하는지 파악하는 것은 대단히 중요한 과제로 여겨진다. 의료이용양상을 제대로 파악하기 위해서는 대표성을 가지는 사회조사자료의 활용이 필요하며²⁴⁾, 이전 연구결과의 한계

를 극복하기 위해서는 세부질환별로 한·양방의료의 상호 관계를 분석할 필요가 있다고 지적한다¹⁹⁾. 또한, Xu와 Farrell(2006)의 연구는 미국의 현실에 따라 보완대체의학을 요법별로 분석하였으나²²⁾, 우리나라의 현실에 맞도록 치료법에 따라서도 살펴볼 필요가 있다.

이에 따라 이 연구에서는 한국의료패널을 활용하여 한·양방의 의료이용 행태와 의료비 지출 양상을 파악하고, 의료 소비자들이 의료기관을 선택하는 데 있어 한·양방 의료를 상호 보완적으로 이용하는지 또는 대체적으로 이용하는지 살펴보고자 하였다. 이 연구는 몇몇 기존에 수행되었던 연구의 한계를 보완하여 보다 정밀한 연구의 시도이며, 의료체계가 이원화되어있는 우리나라에서 한·양방 의료를 적절하게 배치하고, 국민들의 건강을 위한 최적의 보건의료정책을 수립하는데 있어서 중요한 기초자료로 활용될 수 있을 것이다.

2. 연구 목적

이 연구는 한국의료패널 2009년 연간통합데이터를 사용하여 앤더슨(Andersen) 모형에 따라 조사대상자의 한·양방 의료 이용 및 의료비 지출 양상을 파악하고, 한·양방 의료를 보완적 관계로 이용하는지, 대체적 관계로 이용하는지를 분석하고자 한다. 또한, 질환 영역별, 한방의료서비스 종류별로 세분화하여 분석함으로써, 아래와 같이 구체적인 목표를 달성하여, 향후 한·양방 의료체계와 관련된 보건의료정책 수립에 기초자료로 제공하고자 한다.

II. 연구방법

1. 조사대상

현재까지 외부에 공개된 한국의료패널 조사

자료는 2010년 데이터를 포함하고 있으나, 이는 상반기와 하반기로 나누어 입력된 자료로 완결이 이루어지지 않았다. 따라서 가장 최신의 의료이용양상을 파악할 수 있는 자료는 2009년 연간통합데이터로 볼 수 있으며, 이 연구에서는 2009년 연간통합데이터를 기준으로 하였다. 2009년 연간통합데이터의 총 대상자는 2009년 1월 1일부터 당해 12월 31일까지에 대한 설문 응답한 자료, 이 사이 의료비 지출 내용에 대해 두 차례 모두 응답했던 6,277가구, 19,413명이다.

이 연구의 대상자는 전체대상자와 질환에 따라 분석한 대상자는 신경계통의 질환, 순환기계통의 질환, 호흡기계통의 질환, 소화기계통의 질환, 피부 및 피부 밑조직의 질환, 근육골격계통 및 결합 조직의 질환, 손상, 중독 및 외인 등 7개의 질환영역으로 구분하였다. 질환영역의 구분 기준은 오인환과 윤석준(2011)의 연구에서 도출된 의료패널 응답자들의 20대 한방 다빈도 이용 질병을 포함하는 8대 질환영역으로 삼았으나²⁵⁾, ‘질환이환 및 사망의 외인’에 포함되는 항목들은 질병치료를 목적으로 의료기관을 이용한 것으로 보기 어려운 이유로 제외하였다.

2. 변수의 정의

1) 종속변수

이 연구의 종속변수는 세부적인 연구목적에 따라 선정하였다. 구체적으로는 한·양방 의료기관 선택에 따른 보완 및 대체관계 분석에서는 ‘양방 의료기관 이용 유무’를 종속변수로 선정하였다. 양방 의료기관을 이용한 군의 기준은 종합전문병원, 종합병원, 병원, 의원에서 외래서비스를 이용한 것으로 하였다. 의료기관 종류에 있어 한방과 양방의료 이용을 가늠하기 어려운 보건의료원, 노인요양병원, 조산소, 기타, 외국병원 등은 제외하였다.

2) 독립변수

이 연구의 독립변수는 종속변수와와의 상호 보완 및 대체관계를 분석하기 위한 것으로, 동일한 수준에서 분석하기 위하여 대칭되는 변수로 선정하였다. 구체적으로는 ‘한방 의료기관 이용 유무’를 독립변수로 선정하였고, 추가적으로 한방치료의 종류별로 양방의료와의 상호관계를 분석하기 위하여, 약물치료와 비약물치료의 유무를 각각 독립변수로 두었다

한방 의료기관을 이용한 군의 기준은 한방병원과 한의원에서 외래서비스를 이용한 것으로 하였다. 의료기관 종류에 있어 한방과 양방의료 이용을 가늠하기 어려운 보건의료원, 노인요양병원, 조산소, 기타, 외국병원 등은 이용하지 않은 군으로 구분하였다. 한방치료의 종류 중 약물치료는 침약, 탕약, 보약, 한약제제를 이용한 것으로 응답한 것을 기준으로 삼았으며, 비약물치료는 침, 뜸, 부항, 수기치료, 물리치료, 기타 등을 포함하였다.

3) 통제변수

이 연구에서는 Andersen이 제시한 의료이용 행동모형에 따라 선행연구에서 통제변수로 사용한 것을 기준으로 선행요인(predisposing factors), 가능요인(enabling factors), 욕구요인(need factors)에 해당하는 변수를 선정하였다²²⁾. 또한, 한국의 상황에 맞게 보완하기 위하여 선행연구에서 영향요인으로 밝혀진 변수를 추가하였다^{19),20)}.

선행요인으로는 성별, 연령, 교육수준으로 선정하였다. 성별은 남자와 여자로 구분하였으며, 연령은 우리나라 노인복지법에 따라 노인의 기준 연령인 65세를 기준으로 그 이하 10세 단위로 구분하였는데²⁰⁾, 7대 질환영역에 해당하는 연령대의 빈도의 차이를 고려하여 45세 미만과 75세 이상의 군은 따로 구분하지 않았다. 교육수준은 고등학교 재학이상과 중학교 졸업이하

로 구분하였다²²⁾.

가능요인으로는 현주소지, 가구총소득을 선정하였다. 현주소지는 응답일을 기준으로 하여 대상자가 거주하고 있는 지역을 의미하며, 서울특별시 및 6개 광역시와 그 외 지역으로 구분하였다. 가구총소득은 연간 가구총소득을 말하며, 가구내 구성원들의 총근로소득과 총자산소득의 합으로 평균값에 가까운 값을 기준으로 두 군으로 나누었다. 건강보험가입유무는 국가유공자 특례자 중 국민건강보험 미가입자와 외국국적으로 미가입자, 그리고 건강보험을 체납하여 자격을 박탈당하거나 급여대상자에서 정지가 된 대상자들을 제외하고는 모두 건강보험을 가입한 것으로 구분하였다. 그러나, 분석과정에서 대부분의 응답자들이 국민건강보험가입자에 해당되었기에 통제변수에서는 제외하였다.

육구요인으로는 운동능력지장유무, 불안 또는 우울유무, 장애유무, 만성질환유무로 선정하였다. 육체적인 건강상태를 파악할 수 있는 운동능력지장의 기준은 걷는데 지장이 있거나 중일 누워있어야 하는 경우는 지장이 있는 것으로 구분하였다. 심리적인 건강상태를 파악할 수 있는 불안 또는 우울의 기준은 다소 또는 매우 불안하거나 우울하다고 응답한 것으로 구분하였다. 추가적인 독립변수로 선정할 장애의 기준은 등록된 1에서 6급 장애인과 비등록장애인을 포함하였으며, 만성질환이 있다고 응답한 기준으로 구분하였다.

3. 분석방법

이 연구의 분석방법은 세부목적에 따라 선정하였다. 우선 대상자들의 일반적인 특성과 대상자들의 한·양방 외래의료이용 현황을 살펴보기 위하여 기술분석을 실시하였고, 한·양방 의료이용 유무에 따라 각 요인별 특성을 비교하기 위해 단변수 분석(Univariable Analysis)을 실시하였다. 마지막으로 의료기관 선택에 따른 한·

양방 의료이용의 상호 보완 및 대체관계를 구명하기 위해 다변수 분석(Multivariable Analysis)을 실시하였다. SPSS WIN 18.0 통계패키지 프로그램을 사용하였으며, 유의수준은 5%에서 통계적 검정을 수행하였다.

첫째, 대상자들의 일반적인 특성과 대상자들의 한·양방 외래의료이용 현황을 살펴보기 위하여 기술분석을 실시하였다. 전체 대상자들과 7개의 질환영역(신경계통의 질환, 순환기계통의 질환, 호흡기계통의 질환, 소화기계통의 질환, 피부 및 피부 밑조직의 질환, 근육골격계통 및 결합 조직의 질환, 손상, 중독 및 외인)으로 구분하여 성별, 연령, 교육수준, 현주소지, 가구총소득, 건강보험가입유무, 운동능력지장유무, 불안 또는 우울유무, 만성질환유무에 따른 빈도와 비율을 구하였다. 또한, 대상자들의 한·양방 외래의료이용 현황을 살펴보기 위하여, 외래 의료기관 선택, 한방치료종류에 따라 빈도와 비율을 구하였으며, 한·양방 의료기관 방문 빈도와 비용 지출에 있어 평균과 표준오차를 구하였다.

둘째, 한·양방 의료이용 유무에 따라 각 요인별 특성을 비교하기 위해 단변수 분석을 실시하였다. 양방의료 이용 유무에 따라 통제변수로 선정할 변수들의 범주별로 통계적으로 유의한 차이를 살펴보기 위하여 교차분석(Crosstabs)을 통해 카이제곱검정(Chi-Square Test)을 실시하였다. 추가로 한방의료 이용 유무에 따라 통제변수로 선정할 변수들의 범주별로도 유의한 차이를 살펴보았다.

마지막으로 한·양방 의료이용의 상호 보완 및 대체관계를 구명하기 위해 다변수 분석을 실시하였다. 한·양방 의료기관 선택에 따른 보완 및 대체관계 분석에서는 양방 의료기관 이용 유무를 종속변수로 선정하고, 독립변수는 한방 의료기관 이용 유무로 선정하였으며, 선정된 9개의 통제변수와 함께 이분형 로지스틱 회귀분석(Binary Logistic Regression Analysis)을 실시하였다. 추가적으로 한방치료를 종류별로 양방

의료와의 상호관계를 분석하기 위하여, 약물치료와 비약물치료의 유무를 각각 독립변수로 두어 이분형 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 보완 및 대체 관계의 검증은 오즈비(Odds Ratio)가 1보다 크면 정(+)의 관계로 보고 보완재로 해석하였으며, 1보다 작으면 부(-)의 관계로 해석하였다.

III. 연구결과

이 연구의 대상자는 총 19,413명이었으며, 질환에 따라 분석한 대상자는 신경계통의 질환이 709명, 순환기계통의 질환이 3,083명, 호흡기계통의 질환이 10,068명, 소화기계통의 질환이 5,892명, 피부 및 피부 밑조직의 질환이 2,704명, 근육골격계통 및 결합 조직의 질환이 4,643명, 손상, 중독 및 외인이 2,332명이었다.

1. 대상자들의 일반적 특성

연구 대상자들의 일반적인 특성을 살펴보면, 성별로는 여자가 51.0%로 남자보다 비율이 높았고, 연령으로는 45세 미만이 59.7%로 가장 높았고, 65세 이상이 14.8%, 45세 이상 55세 미만이 14.1%, 55세 이상 65세 미만이 11.4% 순이었다. 교육수준에서는 고등학교 재학 이상의 학력을 가진 군이 56.4%로 중학교 졸업 이하의 학력을 가진 군보다 높았다. 현주소지는 서울특별시와 광역시를 제외한 지역의 비율이 55.4%로 높았다. 가구총소득에서는 3,500만원을 기준으로 미만에 해당하는 군이 51.5%로 비율이 높았다. 건강보험은 가입자가 99.8%로 대부분을 차지하였다. 운동능력에 지장이 있는 군은 전체의 7.8%였으며, 불안 또는 우울함을 가진 군은 전체의 13.7%였다. 장애를 가진 군은 전체의 4.6%, 만성질환을 가진 군은 전체의 46.2%로 나타났다<Table 1>.

2. 대상자들의 한·양방 외래의료이용 현황

연구 대상자들의 한방과 양방 외래의료이용 현황을 살펴보면 다음과 같다. 한방 또는 양방 의료기관을 이용한 군은 전체의 77.8%였고, 한방 의료기관을 이용한 군은 13.6%, 양방 의료기관을 이용한 군은 76.9%, 한방과 양방 의료기관을 둘 다 이용한 군은 12.7%, 한방 의료기관만을 이용한 군은 0.9%, 양방 의료기관만을 이용한 군은 64.1%로 나타났다. 한방 의료기관을 이용한 2,649명 중에서 약물치료(첩약, 탕약, 보약, 한약제제 등)를 이용한 군은 23.5%, 비약물치료(침/뜸/부항/수기치료/물리치료 등)를 이용한 군은 86.3%로 나타났다. 의료기관을 방문한 빈도의 평균을 살펴보면, 한방 의료기관을 이용한 군은 7회, 양방 의료기관을 이용한 군은 13회 정도로 나타났다. 또한, 한방 의료기관을 이용한 군의 진료비 평균은 118,306원이었으며(1회당 16,409원), 양방 의료기관을 이용한 군의 진료비 평균은 97,166원으로 나타났다(1회당 7,383원) <Table 2>.

3. 한·양방 외래의료이용자들의 요인별 특성

한방 외래만 이용한 군, 한·양방 중복하여 이용한 군, 양방 외래만 이용한 군, 그리고 한·양방 외래이용을 하지 않은 군의 요인별 특성을 살펴보면 다음과 같다. 우선 선행요인을 살펴보면, 성별로는 한·양방 중복하여 이용한 군과 양방 외래만 이용한 군은 여자가 높았고, 나머지 두 군은 남자의 비율이 높았으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p < 0.001$). 연령별로는 모두 45세 미만이 비율이 높았고, 한·양방 외래의료이용자 중에서는 한방 외래만 이용한 군이 63.1%로 가장 높았으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p < 0.001$). 교육수준을 살펴보면, 한

Table 1. 분석대상자의 인구사회학적 특성 (n=19,413)

변수	구분	빈도	비율(%)
성별	남자	9,516	49.0
	여자	9,897	51.0
연령(세)	45 미만	11,588	59.7
	45 이상-55 미만	2,728	14.1
	55 이상-65 미만	2,221	11.4
	65 이상	2,876	14.8
교육수준	중학교 졸업 이하	8,465	43.6
	고등학교 재학 이상	10,948	56.4
현주소지	그 외 지역	10,746	55.4
	광역시(특별)시	8,667	44.6
가구총소득(만원)	3,500 미만	9,991	51.5
	3,500 이상	9,422	48.5
건강보험가입유무	있다 ^a	19,379	99.8
운동능력지장유무 ^b (n=13,834)	있다	1,505	10.9
불안/우울유무 ^b (n=12,601)	있다	1,730	13.7
장애유무	있다 ^c	888	4.6
만성질환유무	있다	8,964	46.2
신경계통의 질환 ^d	있다	709	3.7
순환기계통의 질환 ^d	있다	3,083	15.9
호흡기계통의 질환 ^d	있다	10,068	51.9
소화기계통의 질환 ^d	있다	5,892	30.4
피부 및 피부 밑조직의 질환 ^d	있다	2,704	13.9
근육골격계통 및 결합조직의 질환 ^d	있다	4,643	23.9
손상, 중독 및 외인 ^d	있다	2,332	12.0

^a의료급여자 및 건강보험가입한 특례자 포함

^b조사시점기준 만 18세 이상만 응답; 결측값은 제외

^c장애등급 1에서 6등급까지, 비등록장애인, 보존처등록 장애인 포함

^d다중응답 허용

방 외래만 이용한 군이 높은 학력에서 비율이 높았고(75.6%), 나머지 외래의료이용자들은 다소 낮은 경향을 보였으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p<0.001$)<Table 3>.

가능요인을 살펴보면, 현주소지에서는 한방 외래만 이용한 군이 광역시 또는 특별시에 거주하는 비율이 높았고(51.1%), 나머지 외래의료이용자들은 그 외 지역이 다소 높았다. 가구총소득에서는 한방 외래만 이용한 군은 3,500만원

이상에서 높은 비율을 보였고(60.8%), 나머지 외래의료이용자들은 소득이 낮은 경향을 보였으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p<0.001$). 건강보험가입유무에서는 모두 가입을 한 군에서 비율이 높았으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p<0.001$)<Table 3>.

육구요인을 살펴보면, 운동능력이 지장이 있는 지에 대해서는 모든 군에서 없는 비율이 높았고, 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p<0.001$). 불

Table 2. 분석대상자들의 한·양방 외래의료이용 현황

구분	빈도 or 평균(±SD)	비율(%) or SE
외래 의료기관 선택 (n=19,413)		
전체 외래 이용자	15,095	77.8
한·양방 중복 이용자	2,473	12.7
한방만 이용자	176	0.9
양방만 이용자	12,446	64.1
한방 외래 이용자	2,649	13.6
양방 외래 이용자	14,919	76.9
한방치료종류(한방이용자 중)		
약물치료 ^a	623	23.5
비약물치료 ^b	2,286	86.3
방문 빈도 평균		
한방 이용자	7.21(±15.16)	0.294
약물치료	1.57(±1.67)	0.067
비약물치료	8.15(±16.29)	0.341
양방 이용자	13.16(±16.29)	0.147
진료비 평균(원)		
한방 이용자	118,306.75(±2.33)	5,366.198
약물치료	194,211.15(±2.07)	9,271.341
비약물치료	54,547.72(±1.43)	3,657.904
양방 이용자	97,166.54(±2.54)	2,217.939
회당 진료비 평균(원)		
한방 이용자	16,409	-
약물치료	123,701	-
비약물치료	6,693	-
양방 이용자	7,383	-

^a침/뜸/부항/수기치료/물리치료

^b침약/탕약(보약포함)/한약제제(분말, 환약 등)

안 또는 우울한지에 대해서는 모든 군에서 없는 비율이 높았고, 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p<0.001$). 장애가 있는지에 대해서는 모든 군에서 없는 비율이 높았고, 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p<0.001$). 만성질환이 있는지에 대해서는 한방 외래만 이용한 군은 없다는 비율이 높았으나(72.2%), 중복하여 이용한 군과 양방 외래만 이용한 군에서는 만성질환이 있는 비율이 각각 70.2%, 52.6%로 높게 나타났으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p<0.001$)<Table 3>.

4. 의료기관 선택에 따른 한·양방 의료의 보완 및 대체관계 분석

한·양방 의료기관 선택에 따라 상호 보완 및 대체관계를 분석하기 위해 종속변수를 양방 의료기관 이용 유무로 하여 이분형 로지스틱 회귀 분석(Binary Logistic Regression Analysis)을 실시한 결과는 다음과 같다. 우선 한방 의료기관 이용을 독립변수로 한 결과를 살펴보면(모형 I), 통계적으로 유의한 차이를 보였으며($p<0.001$),

Table 3. 한·양방 외래의료이용자들의 요인별 특성 (n=19,413)

변수	구분	한·양방 전체 외래의료이용자			비이용 ^a (n=1,535)	χ ²
		한방만 (n=176)	중복 (n=2,473)	양방만 (n=12,446)		
		%	%	%		
선행요인						
성별	남자	55.1	35.2	46.3	64.5	638***
	여자	44.9	64.8	53.7	35.5	
연령(세)	45 미만	63.1	41.1	58.0	75.1	953***
	45 - 54	18.8	18.6	13.3	13.5	
	55 - 64	10.2	17.3	12.3	5.7	
	65 이상	8.0	23.0	16.4	5.7	
교육수준	중졸 이하	24.4	50.7	50.4	20.8	1,217***
	고재 이상	75.6	49.3	49.6	79.2	
가능요인						
현주소지	그 외 지역	48.9	54.6	55.9	54.6	5
	광역시(특별)시	51.1	45.4	44.1	45.4	
가구총소득 (만원)	3,500 미만	39.2	52.0	52.6	48.4	33***
	3,500 이상	60.8	48.0	47.4	51.6	
건강보험가입유무	없다	0.0	0.0	0.1	0.4	17**
	있다	100.0	100.0	99.9	99.6	
욕구요인						
운동능력지장유무 ^b	없다	91.9	82.6	87.7	97.4	320***
	있다	8.1	17.4	12.3	2.6	
불안/우울유무 ^b	없다	85.6	82.5	85.9	90.5	61***
	있다	14.4	17.5	14.1	9.5	
장애유무	없다	98.3	94.7	94.9	97.2	44***
	있다	0.3	5.3	5.1	2.8	
만성질환유무	없다	72.2	29.8	47.4	85.5	2,545***
	있다	27.8	70.2	52.6	14.5	

^a한·양방외래를 한 번도 이용하지 않은 자

^b조사시점기준 만 18세 미만 응답자만 해당

** p<0.01; *** p<0.001

이 모형은 30.7%의 설명력을 갖는 것으로 나타났다. 분석에 앞서 변수들 간에 다중공선성이 존재하는지의 여부를 파악하기 위하여 각 모델별로 선형회귀분석(Linear Regression Analysis)을 실시하여, 분산확대인자(Variance Inflation)가 1.021에서 2.160의 경향을 보여 수준이 높지 않음을 검증하였다. 분석 결과 이용하지 않는 군에 비하여 한방 의료기관을 이용하는 군의 교

차비가 2.946(CI=2.427-3.575)으로 나타났으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다(p<0.001).

약물치료의 이용을 독립변수로 한 결과를 살펴보면(모형 II), 통계적으로 유의한 차이를 보였으며(p<0.001), 이 모형은 29.5%의 설명력을 갖는 것으로 나타났다. 분석에 앞서 변수들 간에 다중공선성이 존재하는지의 여부를 파악하기 위하여 각 모델별로 선형회귀분석(Linear Re-

gression Analysis)을 실시하여, 분산확대인자(Variance Inflation)가 1.002에서 2.158의 경향을 보여 수준이 높지 않음을 검증하였다. 분석 결과 이용하지 않는 군에 비하여 약물치료를 이용하는 군의 교차비가 2.703(CI=1.750-4.175)으로 나타났으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p<0.001$).

비약물치료의 이용을 독립변수로 한 결과를 살펴보면(모형 III), 통계적으로 유의한 차이를

보였으며($p<0.001$), 이 모형은 30.5%의 설명력을 갖는 것으로 나타났다. 분석에 앞서 변수들 간에 다중공선성이 존재하는지의 여부를 파악하기 위하여 각 모델별로 선형회귀분석(Linear Regression Analysis)을 실시하여, 분산확대인자(Variance Inflation)가 1.002에서 2.162의 경향을 보여 수준이 높지 않음을 검증하였다. 분석 결과 이용하지 않는 군에 비하여 비약물치료를 이용하는 군의 교차비가 2.915(CI=2.373-3.582)

Table 4. 의료기관 선택에 따른 한·양방 의료의 보완 및 대체관계 분석

변수 및 구분 (기준범위)	Odds Ratio (95% Confidence Interval)		
	모형 I	모형 II	모형 III
종속변수			
양방의료기관이용유무			
통제변수			
성별(남자): 여자	2.383***	2.458***	2.386***
연령(45세 미만):			
45세 이상-55세 미만	1.268***	1.305***	1.261***
55세 이상-65세 미만	1.817***	1.876***	1.807***
65세 이상	1.881***	1.920***	1.862***
교육수준(중졸): 고교이상	1.010	1.008	1.010
현주소지(그 외): 광역(특별시)	1.039	1.039	1.042
가구소득(3,500만 이하): 이상	1.071	1.083	1.081
운동능력지장(무): 유	1.282	1.317*	1.270
불안/우울(무): 유	1.008	1.032	1.016
장애(무): 유	1.031	0.993	1.038
만성질환(무): 유	7.159***	7.458***	7.176***
독립변수			
한방의료기관이용(무): 유	2.946*** (2.427-3.575)		
약물치료이용(무): 유		2.703*** (1.750-4.175)	
비약물치료이용(무): 유			2.915*** (2.373-3.582)
N	12,601	12,601	12,601
Chi-square	27,444.012***	2623.205***	2725.359***
-2 log likelihood	10,058.256	10,179.063	10,076.910
R Square	0.307	0.295	0.305

* $p<0.05$; ** $p<0.01$; *** $p<0.001$

으로 나타났으며, 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p < 0.001$) <Table 4>.

5. 의료기관 선택에 따른 한·양방 의료의 보완 및 대체관계 분석: 질환별

한·양방 의료기관 선택에 따라 상호 보완 및 대체관계를 분석하기 위해 종속변수를 양방 의료기관 이용 유무로 하여 이분형 로지스틱 회귀 분석(Binary Logistic Regression Analysis)을 실시한 결과를 요약하면 다음과 같다. 전체를 대상으로 분석한 결과, 한방의료이용, 약물치료 이용, 비약물치료이용 모두 오즈비(Odds Ratio)가 1보다 크며, 정(+)의 방향을 보였다. 호흡기계통의 질환에서는 약물치료이용의 오즈비가 1보다 작아 부(-)의 방향을 보였고, 소화기계통의 질환에서는 한방의료이용과 비약물치료이용의 오즈비가 1보다 크며, 정(+)의 방향을 보였다. 피부 및 피부 밑조직의 질환에서는 한방의료이용, 약물치료이용, 비약물치료이용 모두 오즈비가 1보다 작아 부(-)의 방향을 보였다. 근골격계통 및 결합 조직의 질환과 손상, 중독 및 외인에서는 한방의료이용과 비약물치료이용의 오즈비가 1보다 작아 부(-)의 방향을 보였다 <Table 5>.

IV. 고찰

1. 연구결과에 대한 고찰

이 연구에서는 우리나라 국민이 한방의료와 양방의료를 상호 보완적으로 이용하고 있는 것으로 나타났다. 이 결과는 대부분의 보완대체의학과 서양의학을 분석한 이전 연구결과와 비슷한 양상을 보이고 있으며^{15),16),22),26),27)}, 우리나라에서 수행되었던 이전 연구의 결과와도 같은 양상을 보여주고 있다²³⁾. 하지만 그동안 연구되었던 적이 없었던 질환별로의 분석 결과는 조금씩 달랐으며, 분석에 따라 세부적으로 고찰하면 다음과 같다.

의료기관 선택에 따른 한·양방 의료의 보완 및 대체관계 분석에서 전체를 대상으로 한 경우, 한방 의료기관 이용, 약물치료 이용, 비약물치료 이용 모두가 양방 의료기관 이용과 보완적인 관계로 나타났다. 여기서 특히 두드러지는 점은 회귀계수가 2.703에서 2.946으로 통계적인 유의확률이 강하게 나타났는데 관계적으로도 매우 강한 보완관계로 나타났다. 유왕근(2003)의 연구에서 동일질환에 대해서 한·양방 의료를 중복으로 이용하였을 경우 한방의료를 이용한 것은 양방의료를 보완하기 위해서가 전체 이용

Table 5. 의료기관 선택에 따른 한·양방 의료의 보완 및 대체관계 분석: 질환별

구분	Odds Ratio ^a							
	전체	신경 [†]	순환 [†]	호흡 [†]	소화 [†]	피부 [†]	근골격 [†]	손상 [†]
한방의료기관 이용	2.946				2.330	0.037	0.099	0.107
약물치료 이용	2.703			0.239		0.091		
비약물치료 이용	2.915				2.400	0.161	0.069	0.102

^a통계적으로 유의한 차이가 있었던 결과만 표시

[†] 신경: 신경계통의 질환; 순환: 순환기계통의 질환; 호흡: 호흡기계통의 질환;

소화: 소화기계통의 질환; 피부: 피부 및 피부 밑조직의 질환;

근골격: 근육골격계통 및 결합 조직의 질환; 손상: 손상, 중독 및 외인

자의 86%로 대부분 보완재로 이용했다고 보고한 바 있는데²³⁾, 이와 완전히 일치하는 결과이다. 선행 연구에서는 응답자들에게 직접 한·양방 의료를 어떠한 관계로 인식하고 이용하는지 설문한 결과였는데²³⁾, 연구대상자가 특정 지역에 국한되었음에도 한국의료패널 대상자들의 응답결과와 일치하는 것으로 볼 때, 의료이용에 관련된 사회현상이 같다는 것을 시사한다.

반면, Xu와 Farrell(2006)은 미국 내 아시아계인은 보완대체의학을 대체적인 관계로 이용한다는 결과를 보여주고 있어²²⁾, 이 연구결과와는 상이한 점을 보이고 있다. 이것은 상반된 결과로 해석할 수 있으나, 한방 의료서비스의 종류별로 살펴보면 서로 같은 결과를 보여주고 있는 것이 드러난다. 왜냐하면, Xu와 Farrell(2006)은 아시아계인이 모든 보완대체의학을 이용할 때는 대체적인 관계로 이용하는 것으로 보여주고 있으나, 약물요법(herbal)과 전통의학(traditional), 그리고 마사지(massage)에 있어서는 양방의료와 보완적으로 사용한다고 보고하였기 때문이다. 이 연구에서 약물치료로 구분한 서비스에는 첩약, 탕약, 보약, 한약제제가 포함되어 모두 한약을 이용한 치료법으로 구성되어 있다. 이를 종합해보면, 아시아계인들과 이에 속한 우리나라 국민은 한약을 이용한 치료법과 비약물치료법은 양방의료 서비스와 보완적으로 이용하는 것으로 보인다. 그러나, 약물치료군과 비약물치료군은 서로 중복되기 때문에 이러한 해석이 현실을 완전히 반영했다고 보기에는 한계가 있으며, 이러한 점을 보완하기 위해서는 치료법 이용군이 중복되지 않도록 구분하기 위한 한국의료패널 지표의 보완이 이루어져야 할 것이다. 또한, 미국과는 달리 한국은 한방치료의 일부를 급여항목으로 포함하고 있는 전 국민대상 건강보험을 실시하고 있기 때문에, 이 연구와 미국의 연구 결과와 비교하는 것은 의료제도의 차이로 나타나는 의료이용자들의 현상이 다를 수 있다는 가능성이 있어, 이를 배제하기 어려운 것

은 사실이다.

질환별로 분석한 결과, 1개 질환군에서는 약물치료가, 2개의 질환군에서는 비약물치료가, 1개 질환군에서는 약물치료와 비약물치료가 양방의료와 대체관계라는 결과를 보였다. 소화기계통 질환이 있는 군에서는 비약물치료가 양방의료와 보완적인 관계로 나타났지만, 피부 및 피부 밑조직의 질환, 근육골격계통 및 결합 조직의 질환, 그리고 손상, 중독 및 외인에 해당하는 군에서는 그 반대의 양상이 나타났다. 이는 피부와 관련된 질환영역에는 최근 피부와 관련된 질환을 치료하는 방법이 다양하기 때문에 이러한 현상이 나타난 것으로 생각된다. 이 질환영역에서는 여드름, 습진, 기미검버섯, 건선, 티눈과 같이 경미한 질환이거나 미용과 관련된 항목이 다수 포함되어 있다. 이러한 경우, 사람들은 궁극적인 치료적 효과보다는 평소 선호하는 상용치료원을 방문할 가능성이 존재한다. 상용치료원을 한방병의원으로 가지고 있는 경우 상용치료원이 없는 경우보다 한방의료이용 확률이 무려 6.7배나 증가하는 차이를 보여줬던 연구 결과로도 짐작해 볼 수 있다¹⁹⁾. 또한, 피부관련 질환영역에 포함되어 있는 아토피의 경우, 양방에서는 유전적 요인과 환경적 요인을 원인으로 보고, 알레르겐을 제거하는 치료법을 행하며, 양방의 경우 태열이나 습지 등의 원인으로 냉습포를 통한 외치법이나 침, 뜸과 같은 자극요법을 행하는 것처럼²⁸⁾, 한·양방이 완전히 다른 치료법으로 접근하는 것은 이용자들로 하여금 선택의 호불호를 결정지을 수 있는 요소로 추정 가능하다. 종합하여 해석해 보면, 피부관련 질환자들은 한약과 양약을 뚜렷한 선호로 엇갈려 복용하고 있으며, 비약물치료도 양방 서비스와 대체되어 이용하고 있다고 볼 수 있다. 하지만, 이러한 해석은 세부질환별로 응답비율을 비교해보지 못한 점과 양방의료를 서비스별로 구분하지 않은 채 추론은 가능하다 할지라도 이를 일반화하기에는 한계가 존재하며, 향후 연구에

서는 보다 세부적인 질환 또는 질병에 대한 분석과 서비스의 종류를 더욱 세분화하여 분석하는 것이 필요하다.

다음으로 근육골격계통의 질환과 손상, 중독 및 외인에 해당하는 군에서도 비약물치료가 양방의료와 대체적인 관계로 나타났다. 근골격계 질환이나 순환기계 질환의 경우 한방의료의 높은 치료효과에 대한 사회적 인식도와 밀접히 연결된다는 보고가 있으나²⁹⁾, 이 연구에서는 자료원의 설문항목에 포함되지 못한 이유로 한계점을 가진 상태로 다음과 같이 해석해 볼 수 있다. 기존 연구에서 근골격계질환과 사고 및 중독에 있어서는 양방의료에 비해 한방의료를 선택할 확률이 각각 5-6배, 3-4배가 증가한다는 연구 결과와¹⁹⁾, 근골격계질환의 경우 양방보다는 한방의료가 더 적합하며, 그러한 인식에 따라 실제로도 한방의료를 이용하게 된다는 것을 증명한 연구 결과와 연결 지어 볼 수 있다³⁰⁾. 또한, 요통, 추간관 탈출증 등과 같은 근골격계 질환은 완치율이 높지 않아 환자에 대한 지속적인 관리가 필요한데 환자들은 치료의 단기 효과를 경험하지 못하거나 부작용을 경험한 경우에 한방과 같은 대체적인 의료를 이용한다는 주장이 있다²⁰⁾. 따라서 근육골격계통의 질환과 손상, 중독 및 외인에 해당하는 군에서는 양방의료를 이용한 약을 복용하면서, 한방의료에서는 침, 뜸, 부항 등 비약물치료를 이용하고자 하는 의향이 있는 것으로 여겨진다. 이 두 개의 질환영역 역시 추후 연구에서는 세부질환에 따라 보다 자세하게 분석해 볼 필요가 있다.

호흡기계통의 질환을 가진 군에서는 약물치료가 양방의료와 대체적인 관계로 이용하는 것으로 나타났다. 이는 한약이용과 양약이용의 엇갈린 선호도를 반영한다고 해석해 볼 수 있겠으나, 이 모형의 설명력은 9.4%에 지나지 않아 이 분석은 크게 의미 있는 결과라고 보기는 어려워 이러한 현상을 일반화하기에는 한계가 있다.

그동안 이전 연구들에서는 드물게 한·양방 의

료의 상호 보완 및 대체관계를 증명하였다. 그러나, 보완대체의학의 상상만으로 상호관계를 간접적으로 보여주었던 연구가 대부분이었다^{15-17),26),27)}. 직접적인 분석을 시도한 연구들도 우리나라의 현실을 담지 못하거나²²⁾, 특정한 지역의 대상자로 한정되었거나²³⁾, 단순한 경제적 개념으로 접근한 연구가 전부였다¹⁹⁾. 이 연구는 앞에서 언급된 것과 같이 결과를 해석하는 데 있어 여러 한계를 담고 있는 것이 사실이다. 그러나 국가 차원의 대표 표본을 이용하고, 한·양방 의료의 상호 보완 및 대체관계를 질환별, 그리고 서비스별로 구분하여 분석한 최초의 연구라는 점은 큰 의의라고 생각된다.

2. 연구방법에 대한 고찰

최근 한방의료와 양방의료 서비스의 이용과 관련한 연구들이 국민건강영양조사¹⁹⁾, 고령화패널^{31),32)}, 복지패널³³⁾, 국민노후보장패널³⁴⁾ 등 다양한 전국민 표본 자료를 활용하고 있다. 해당 자료들은 의료이용과 관련하여 특화된 자료가 아닌 이유로 선택할 수 있는 변수가 제한적이었으며, 이러한 이유로 이 연구와 같이 한국의료패널 조사 자료를 많이 활용하고 있다^{20),35-39)}. 진통 또는 보완대체의학과 서양의학의 상호 이용에 있어 보완 및 대체 관계를 규명하는 연구에서도 미국의 의료패널조사(MEPS, Medical Expenditure Panel Survey)를 이용한 바 있어²²⁾, 지금까지 공개된 대규모 조사자료 중 가장 적합한 자료원으로 여겨진다. 그러나, 한방의료와 양방의료를 상호 비교하기 위해 설계된 자료가 아니기에 다양한 변수 사용에는 몇 가지 한계가 있었다. 이 연구에서 사용된 변수 중 지출된 비용과 이용횟수 등은 한방과 양방으로 구분되어 있지 않아, 2차적으로 한방과 양방을 이용한 케이스를 별도 산출하여 새로운 변수를 생성하는 것으로 문제를 해결하였다.

또한, 우리나라 몇몇 보건의료원이나 보건소

등에는 한방진료과가 실제 개설이 되어있으나, 이 조사 자료에서는 구분이 되어있지 않아 있었다. 이러한 문제는 실질적으로 행해지고 있는 이용 양상을 모두 담기는 어려운 제한으로 이어지게 된다. 따라서 한국의료패널 조사내용에 앞으로는 의료기관의 종류 뿐 아니라, 해당 기관 내에서 이용한 진료과목을 구분 할 수 있도록 보완되어져야 할 것이며, 보다 정밀한 의료이용 양상을 분석해 볼 수 있는 정책적인 자료원의 가치 향상을 기대해 볼 수 있다. 이 연구에서는 이와 같은 선택적 편향(bias)의 가능성을 인지하고 보건의료원, 보건소, 노인(요양)병원 등은 한방 의료기관이나 양방 의료기관에 포함하지 않고, 분석대상에서 제외하였다.

이러한 자료원 선택과 보정 과정에도 불구하고, 이 연구는 한국의료패널을 자료로 이용했다는 이유만으로 설문과정에서 존재할 수 있는 편향을 가질 가능성을 고스란히 지니고 있다. 한국의료패널은 보건의료계에서 성격이 다른 기능을 맡고 있는 2개의 주요 기관인 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단의 공동사업으로 진행되는 것이 큰 특징인데, 이러한 사회조사는 비용과 인력이 많이 소요되어 시행하는데 많은 어려움이 따른다. 표본선정에 있어서도 체계적인 선정기준이 있음에도 불구하고 일반화의 논란은 계속되고 있다. 이 뿐만 아니라, 면접조사는 그 특성상 익명성의 보장이 완벽히 이루어지는 어려운 환경으로 인하여 민감한 내용의 질문은 응답을 얻는데 어려움이 있다는 주장이 있는데²⁴⁾, 이 자료원은 이러한 면접조사가 가질 수 있는 한계를 포함한다고 볼 수 있다.

또한, 이와 같은 사회조사에서는 조사 시 조사원에 따라 여러 편향(bias)이 반영될 소지가 높는데, 그 예로 지난 1년 간 의료이용 회수나 비용지출과 같은 내용을 질문했을 경우 응답자의 기억에 의존해야 할 수 밖에 없기에 기억회상편향(recall bias)가 발생이 우려되며, 응답한 시기에 따라 질병발생 및 질병분포가 서로 다르

기 때문에 계절적인 편향(seasonal bias)이 발생할 가능성이 존재한다. 또한 응답자가 자신의 주관적 신념에 의해서 과소 또는 과다 보고하는 경향이 있을 수 있다⁴⁰⁾. 한국의료패널에서는 이러한 한계를 최소화하기 위하여, 조사원이 직접 방문하여 질문하고 응답하는 면접타게식 이외에 응답자의 기억이 쉽게 상기되도록 하기 위하여 기억보조장치의 일환으로 가구원들의 의료이용 및 의료비에 관한 건강가계부를 작성하도록 하였다고 보고하고 있다. 또한, 현장 조사는 기본적으로 조사지도원 1명과 조사원 3명이 한 팀을 이뤄 진행하는데, 가구를 직접 방문하여 면접조사를 담당하는 조사원들에 대해 조사지도원을 따로 두어 현장에서 지도 및 감독하며, 조사표를 검수하고 관리, 그리고 에디팅 하도록 하는 업무를 담당하도록 하여 편향(bias)을 최소화 하였다고 보고하고 있다⁴¹⁾.

지금까지 한·양방 의료의 상호 보완 또는 대체관계를 규명하는 연구에서 활용된 분석방법으로는 한계효과(marginal effect)를 활용한 연구와²²⁾, 다중회귀분석을 활용한 연구¹⁹⁾, 그리고 빈도분석을 활용한 연구²³⁾ 등 연구의 목적과 방향에 따라 서로 다른 연구방법이 이용되었다. 유왕근(2003)의 연구를 제외하고는 모두 회귀계수를 활용한 공통점이 있으며, 타 분야의 연구에서도 로지스틱 회귀분석을 활용한 연구⁴²⁾, OLS와 토빗모형 회귀분석, 그리고 로지스틱 회귀분석을 활용한 연구⁴³⁾, 이분형 로지스틱 회귀분석을 활용한 연구⁴⁴⁾ 등 다양한 회귀분석 방법을 이용하였다. 이 연구에서는 회귀계수의 정(+)과 부(-)의 방향에 따라 보완 또는 대체관계임을 증명하였는데, 이러한 해석방법으로는 상호 교차적인 보완 또는 대체 관계를 명확하게 단정 짓기는 어려운 점이 있으므로, 향후 연구에서는 양방향 분석을 통하여 상호 관계를 더욱 정확히 구분해 낼 필요가 있어 보인다.

이 연구에서 각 분석에 사용된 통제변수들은 앤더슨 모형을 활용하였던 기존 연구에서 검증

된 영향요인을 포함시켰다. 한방 의료이용 결정 요인에 대한 이전 연구들을 살펴보면, 선행요인으로는 연령과 성별, 교육수준, 가능요인으로는 소득수준, 거주지역 등을 포함하고 있으며, 욕구 요인으로 건강상태와 질환 유무를 포함하여 분석한 연구가 많다³²⁾. 이 연구에서는 이 모두를 포함시켰다. 이러한 변수 이외에 한방의료의 특성을 반영하여 결정요인을 수정 및 보완하여 이용한 연구들이 있다. 유왕근(2003)의 연구에서는 한의사의 친절도나 치료효과와 같은 문화심리적 변수를 포함시켰고²³⁾, 박성순과 남철현(1999)은 한방진료만족도, 불건강시 한방진료에 대한 대처태도 등을 포함하였다⁴⁵⁾. 그러나, 이 연구의 자료원에서는 이와 관련한 설문항목이 없어 포함하지 못하였으며, 이는 변수선택의 한계로 여겨지는 부분이다. 또한, 조희숙 외(2002)는 한·양방 의료이용에 있어 특성을 구분하는 결정변수로 질병 종류, 상용의료기관, 그리고 의료비용이라고 보고하였는데⁴⁶⁾, 이 연구에서는 이러한 변수를 독립변수로 두거나 해당하는 군을 추출하여 분석하는 방법으로 이전 연구의 결과를 반영하였다.

전체 대상자로 분석한 결과에서는 대부분의 통제변수들이 실제로 통계적으로 유의하게 영향을 준 것으로 나타났으나, 일부 질환 군으로 나누어 분석한 결과에서는 유의한 영향을 주지 않은 것으로 나타났다. 이는 독립변수의 회귀계수에 영향을 미칠 수 있는 가능성이 존재한다. 대상자별로 일관된 결과를 도출하기 위하여, 변수를 제거하는 등 물리적인 해결을 하지는 않았다. 이를 대신하여 이 연구에서는 변수 간에 다중공선성을 검증하여, 분산확대인자(Variance inflation factor)의 값이 10이 넘지 않음을 확인하여, 이와 같은 한계를 최소화하고자 노력하였다. 이러한 노력으로 이 연구에서 설명력이 가장 높았던 모형이 30.7%에 달했으며, 이는 의료 이용 양상을 파악한 이전 연구에 비해서는 높은 편이나, 여전히 자연과학분야에 비해서는 낮은

수준으로 평가된다. 향후 연구에서는 설명력을 더욱 높이기 위해 변수의 선정 등에 있어 보다 정교한 작업이 선행되어 보다 발전된 연구가 이뤄져야 할 것이다.

V. 결론 및 제언

결론적으로 대상자들은 한방의료와 양방医료를 상호 보완적인 관계로 이용을 하고 있는 것으로 보였는데, 이를 토대로 정부, 의료제공자, 그리고 의료소비자 입장에서 다음과 같이 시사점에 따른 제안을 하고자 한다.

첫째, 우리나라 국민들은 한방의료와 양방의료의 체계와 이론, 치료적 접근 방법 등이 각각 다르다 할지라도, 실질적으로 두 의학체계를 보완적으로 이용하는 것으로 해석해 볼 수 있다. 따라서 국가적 차원으로는 최근 정부가 두 의학체계를 협진, 융합, 통합 등 다양한 형태로 결합을 시도하는 것은 수요를 반영한 바람직한 정책 방향이라고 볼 수 있으며, 이해당사자들 간의 학문적, 경제적 갈등을 하루 빨리 해소하고, 국민들에게 편리성과 접근성을 강화하여 제공할 수 있는 환경 조성 과 정책을 수립하는 데 주력을 다하여야 할 것이다.

둘째, 우리나라 국민들은 호흡기계통의 질환, 피부 및 피부 밑조직의 질환, 근육골격계통 및 결합 조직의 질환, 그리고 손상, 중독 및 외인에 해당하는 군에 있어서 약물치료이용과 비약물 치료이용에 대하여 대체적인 이용 양상을 보여주었다. 이는 해당질환들의 경우 한의와 양의가 보다 경쟁적 관계에 있음을 보여준다.

셋째, 이 연구의 결과를 토대로 한·양방 의학체계를 기반의 연구를 수행하는 연구자들은 두 의학체계 상호 이용에 있어 어떠한 근거를 마련할 것인지에 관하여 관심을 기울이고, 실제 의료이용 수요를 반영한 지식의 축적을 위해 노력해야 할 것이다. 의료소비자 입장에서는 선호하

는 의학체계 또는 치료방향이 효과적이고 안전한 것인지에 대한 기본적 지식을 습득하여 현명한 의료소비를 취하는 것이 바람직하다.

이 연구는 자료원의 선택과 통계적인 방법에 따른 연구방법 측면의 한계와 현상의 일반화 등 결과의 해석적인 측면에서 한계가 있었다. 그럼에도 불구하고, 한·양방의료 양상을 근거로 하여 상호 보완 및 대체관계를 질환영역으로, 그리고 서비스 종류별로 구분한 최초의 분석으로써 한·양방 의료서비스 제공과 관련된 보건의료 정책의 기초자료로 활용될 수 있는 의의를 가진다. 다만, 기초자료의 제공이 아니라, 구체적인 정책 자료로 제시하기 위해서는 자료원인 한국 의료패널의 설문문항의 보완을 비롯하여, 보다 세분화된 질병 군과 한·양방 의료의 진단, 예방, 치료 등 서비스 종류를 구체적으로 분석하는 연구가 이루어져야 할 필요가 있다고 사료된다.

감사의 글

이 논문은 한국한의학연구원 「한의학 정책 기반연구사업(K13390)」의 연구비 지원을 받아 수행되었으며, 자료원은 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단이 공동으로 주관하는 한국의료패널 데이터를 활용하였음을 밝힌다.

참고문헌

1. 권영규, 이현지. 한·양방협진에 대한 의료전문직의 태도. 동의생리병리학회지 2006;20(1): 10-14.
2. 정인숙, 임병목, 이원철. 한·양방협진에 대한 의·한의·간호대학생의 태도비교. 대한예방한 의학회지 2010;14(1):25-35.
3. 류지선, 임병목, 조병만, 이원철, 윤태호. 협진병원 근무 의사들과 종합병원 근무 의사들의 양·한방 협진에 대한 인식도. 대한예방

한의학회지 2009;13(3):29-41.

4. 정우열, 동서의학 기초이론의 비교연구(1) - 동서의학의 만남과 융합-. 제3의학 2000;5(1): 51-83.
5. 이태형, 이병욱, 김남일. 통합의학의 정의 고찰 및 국내 관련 연구 분석. 한국의사학회지 2010;23(2):57-69.
6. 최병희. 만성질환자들의 통합의료이용에 미치는 요인. 한양대학교 석사학위논문. 2010.
7. 이원철 외. 주요 난치성 질환에 대한 한·양방 협진의 임상효과 검증 및 한·양방 협진 의료기관의 운영모형 개발. 보건복지부. 2001.
8. Andersen R. M, Newman J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. The Milbank Memorial Fund Quarterly Journal 1973;51 (1):95-124.
9. Andersen R. M., Aday L. A. Access to medical care in the US : realized and potential. Medical Care 1978;16(7):533-546.
10. Sable M. R, Wikinson D. S. The role of perceived stress on prenatal care utilization : implications for social work practice. Health and Social Work 1999;24(2):138-146.
11. Andersen R, Bozzette S., Shapiro M, Clair P. S. Access of vulnerable groups to anti retroviral therapy among persons in care for HIV disease in the United States. Health Services Research 2000;35(2):389-416.
12. 지선하. 흡연이 의료이용에 미치는 영향. 연세대학교 대학원 박사학위논문 1992.
13. 박현애, 송건용. 의사방문회수의 결정요인 분석. 보건행정학회지 1994;4(2):58-76.
14. 주경식, 김한중, 이선희, 민혜영. 도시농촌간 의료이용 수준의 비교분석. 예방의학회지 1996; 29(2):311-329.
15. Paramore L. C. 1997. Use of alternative therapies: estimates from the 1994 Robert

- Wood Johnson Foundation National Access to Care Survey. *Journal of Pain and Symptom Management* 1997;13(2):83-89.
16. Astin J. A. Why Patients Use Alternative Medicine: Results of a National Study. *Journal of the American Medical Association* 1998;279(19):1548 - 1553.
 17. Eisenberg D. M., Davis R. B., Ettner S. L., Appel S., Wilkey S., Van Rompay M., Kessler R. C. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA* 1998;280(18):1569-1575.
 18. 조재국, 김남순, 도세록, 이연희, 윤강재, 박진한, 장동현, 천재영, 김화영, 이난희, 유형석, 서성우. 한방의료이용 및 한약소비실태 조사. 보건복지부, 한국보건사회연구원. 2011.
 19. 조경숙. 양·한방 의료이용 행태의 차이. 연세대학교 대학원 박사학위논문 2000.
 20. 김성영. 근골격계 질환자의 양·한방 외래 의료이용과 관련 요인. 경북대학교 박사학위논문 2011.
 21. Druss B. G., and R. A. Rosenheck. Association between Use of Unconventional Therapies and Conventional Medical Services. *Journal of the American Medical Association* 1999;282(7):651 - 656.
 22. Xu K. T., Farrell T. W. The Complementarity and Substitution between Unconventional and Mainstream Medicine among Racial and Ethnic Groups in the United States. *Health Services Research* 2006;42(2):811-826.
 23. 유왕근(1). 한방의료 서비스 이용행태 및 이용결정요인에 관한 연구. 서울대학교 대학원 박사학위논문 2003.
 24. 유승흠, 이용호, 조우현, 진병원, 김상재. 우리나라 의료이용에 관한 연구. 예방의학회지 1986;19(1):137-145.
 25. 오인환, 윤석준. 의료패널을 이용한 질병별 한방 및 양방의료 이용 비율 분석. 제3회 한국의료패널 학술대회 자료집 2011;165-166.
 26. Eisenberg D. M., R. C. Kessler, C. Foster, F. E. Norlock, D. R. Calkins, and T. L. Feldstein P. J. *Health Care Economics*. 4th ed., Delmar Publishers Inc, 1993.
 27. Spigelblatt L., G. Laine-Ammara I. B. Pless and A. Guyver. The Use of Alternative Medicine by Children. *Pediatrics* 1994;94(6 Pt 1):811 - 814.
 28. 홍정효. 아토피의 치료에 관한 양방과 한방, 민간요법과 자연치유법에 관한 고찰. 생태유아교육연구 2008;7(1):65-85.
 29. 유왕근(2). 한방의료서비스에 대한 인식도 및 개선요구도. 대한예방의학회지 2003;7(2):45-64.
 30. 이응세, 이규식, 이선동, 조경숙. 한방의료이용실태 및 개선방안 연구. 한국한의학연구원. 1999.
 31. 서연숙. 중고령자의 사회경제적 지위에 따른 건강행위와 건강수준 연구. 가톨릭대학교 박사학위논문 2011.
 32. 박지은. 한방의료 이용현황 및 이용결정요인에 관한 연구 -고령화 패널을 이용하여-, 서울대학교 석사학위논문 2010.
 33. 김제선. 노인 의료보장 사각지대 진입, 탈출 요인 분석. 서울시립대학교 일반대학원 박사학위논문 2011.
 34. 윤정혜, 김시월, 장윤희, 조향숙, 송현주. 패널자료 분석을 이용한 중,고령자 단독가계의 의료비지출 영향 요인. 소비자학연구 2010; 21(4):193-218.
 35. 김채봉. 입원환자의 인구사회학적 특성과 의료이용 요인이 만족도에 미치는 영향. 고려대학교 보건대학원 석사학위논문 2011.
 36. 조자현. 한국의료패널을 이용한 일반의약품 지출 관련 요인 분석. 서울대학교 보건대학

- 원 석사학위논문 2012.
37. 김유진. 민간의료보험가입상태에 따른 의료비 지출 및 부담에 대한 연구. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문 2012.
 38. 박은경. 복합만성질환자의 외래이용 현황 분석 -2008년도 한국의료패널 자료를 이용하여-. 서울대학교 대학원 석사학위논문 2012.
 39. 이윤정. 질환별 의료비부담의 형평성 분석. 서울대학교 보건대학원 석사학위 논문 2012.
 40. Mechanic D., Newton M. Some problems in the analysis of morbidity data. *Journal of Chronic Diseases* 1965;18:569-580.
 41. 정영호, 고숙자, 손창균, 김은주, 서남규, 황연희, 인수지. 2010년 한국의료패널 기초분석 보고서 (I). 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. 2012.
 42. 이호영, 김희연, 정부연, 장덕진, 김기훈. 소셜미디어의 성장과 온라인사회관계의 진화, 정보통신정책연구원. 2011.
 43. 권순식. 근로자 참여와 비정규직 고용의 관련성에 관한 실증 연구. *노동정책연구* 2006; 6(2):75-106.
 44. 한상필, 방봉원, 안재현, 김문구. 와이브로서비스와 기존 정보통신서비스간의 대체/보완 관계 실증분석. *경영과학* 2005;22(2):35-49.
 45. 박성순, 남철현. 한국인의 한방의료 이용에 대한 인식과 행태 요인 분석. *대한보건협회 학술지* 1999;25(2):34-50.
 46. 조희숙, 이선희, 최은영, 최귀선, 채유미. 양·한방 의료서비스 이용환자의 시장 세분화에 관한 연구. *보건행정학회지* 2002;12(1):125-143.