

환자흐름에의 영향요인

—의료제도 변화와 의료기관 특성을 중심으로—

경북대학교 의과대학 예방의학교실

박재용

<Abstract>

The Factors Affecting Patient-Flow

Jae Yong Park

*Department of Preventive Medicine and Public Health,
School of Medicine, Kyungpook National University*

It is widely known that patients' utilization pattern for medical care facilities and the patient-flow are influenced by multi-factors, such as demographic characteristics, structural characteristics of society, socio-psychological characteristics(value, attitude, norms, culture, health behavior, etc.), economic characteristics(income, medical price, relative price, physician induced demand, etc.), geographical accessibility, systematic characteristics(health care delivery system, payment methods for physician fees, form of health care security, etc.), and characteristics of medical facilities(reliability, quality of medical care, convenience, kindness, etc.).

This study was conducted to research the mechanism of patient-flow according to changes of health care system(implementation of national health insurance, health care referral system and regionalization of health care utilization, etc.) and characteristics of medical facilities(ownership of hospital, characteristics of medical services, non-medical characteristics, etc.). In this study, the fact could be ascertained that the patient-flow had been influenced by changes of health care system and characteristics of medical facilities.

Key Words : Patient-flow, Determinants of utilization, Changes of health care system, Characteristics of medical facilities

I. 서 론

사람들은 질병에 이환되면 참고 기다리거나 자가치료를 하던가 아니면 어떤 치료처를 찾게 된다. 그 치료처는 민속요법이나 한방의료가 될수도 있고 약국이나 의사를 방문할 수도 있다. 의사를 방문하는 경우에도 보건소나 보건지소, 의원, 병원, 종합병원, 대학병원 등 다양하게 구분지을 수 있다. 그리고 한 곳에 한번만 방문하는 것이 아니라 몇 군데를 여러번 방문하는 경우도 많다. 치료처를 결정 선택하는 것이 환자자신의 입장에서 보면 의료추구유형이 될 것이고, 이것이 어떤 이유에 의해 환자들의 의료이용양상이 크게 변화될 때 환자의 흐름이라는 현상으로 나타날 수 있을 것이다. 따라서 환자의 흐름의 기전은 주로 의료이용양상이나 의료기관 선택의 결정요인에 의해 좌우된다고 할 수 있다.

의료이용양상을 파악하면 지역별 의료기관별 의료수요나 이용량을 예측할 수 있고 보건 의료 인력의 소요량을 판단할 수 있어 의료자원의 배치 및 보건 의료계 획 수립 등 보건 의료 정책의 기본 자료로 활용할 수 있다. 그리고 의사의 입장에서는 어떤 형태로 환자들이 의료를 추구하는가와 그 동기, 의사결정의 영향력을 파악하면 의료기관의 경영적 측면과 환자의 치료효율 측면에서 많은 도움이 될 수 있다. 특히, 어떤 상황에서 환자의 흐름이 변화될 것인지를 예측할 수 있어야 의료기관의 경영개선 전략을 제대로 수립할 수 있을 것이다. 즉, 의료기관의 입장에서 의료기관간의 경쟁이 심화되고 외부적인 통제가 강화됨에 따라 조직의 지속적인 생존과 발전을 위한 마케팅 개념의 도입이 활발히 논의되고 있으므로 의료이용자들이 의료기관을 왜 선택하는지를 알 필요가 있는 것이다.

의료이용은 상병이나 건강수준 등 의료필요의 직접적 요인은 물론 인구학 및 사회경제적 요소들과도 밀접한 관계가 있다고 여러 연구에 보고되어 있다.

Andersen과 Newman(1973)은 개인속성요인(predisposing component), 환경적 구성요인(enabling component), 그리고 의료요구요인(medical need component)의 3가지 구성요소가 의료이용에 주요한 영향력을 가진다고 하였다. 개인적 속성요인은 질병발생 이전부터 존재해 왔던 개인 및 가족의 특성으로서 인구학적 변수(성, 연령, 가족규모, 결혼여부, 출산순위, 과거입원력 등), 사회구조적 변수(교육정도, 사회계층, 직업, 종교 등), 그리고 건강과 의료에 대한 믿음과 태도 등으로 구성되는데, 이들 변수는 의료이용의 직접적 인자라기보다는 의료이용 경향의 차이를 설명하는 변수이고 간접적인 영향을 미친다고 하겠다. 환경적 구성요인은 의료이용에 장

애가 되는 제약요인이라 할 수 있는데, 가구소득, 의료보장제도 가입여부, 저축정도, 의료보장 형태, 단골의료기관 여부 등이 포함되는 가족자원요인과 보건의료서비스자원, 의료인력 및 시설의 분포, 교통거리 및 대기시간 등으로 구성되는 지역사회자원 요인으로 대별할 수 있다.

개인속성요인과 환경적 구성요인이 다 갖추어져 있어도 궁극적으로 의료이용을 결정짓는 요인은 환자가 느끼는 증후, 와병일수, 고통정도 및 빈도, 활동제한일수 등 환자의 주관적인 질병 인지요인과 의료제공자의 임상적 평가에 의한 진단이나 증상 등을 포함한 의료요구요인이 된다. 의료이용은 질병에 대처하는 방식, 즉 의사를 찾는 관습이나 유형과도 관련이 있다.

Jensen(1988)은 의료기관 선택에 대한 의료이용자의 자율적인 역할을 강조했고, Lane 등(1988)은 의료기관 선택기준으로 질병의 중증도나 의료인력의 질, 의료기관규모, 장비, 의료비, 편리성 등을 제시하였다. 우리나라에서의 의료이용연구는 과거에는 주로 상병양상과 의료이용 정도와 관련된 연구가 많았으나 근래에는 의료이용의 결정요인을 분석한 연구가 많아졌다. 이들 연구에서는 대체로 상기한 Andersen모형에서 제시된 몇가지 변수로서 그 영향력을 파악하는 정도의 범위를 벗어나지 못하고 있다. 그리고 의료기관 선택요인을 규명하려는 연구는 있는데 의료기관 선택기준은 신뢰성, 의료의 질, 편리성, 친절성 등에 영향을 받는다고 하였다(조우현 등, 1992).

최근에 우리나라에서는 의료보험제도의 확대와 의료전달체계의 실시(1989.7.1), 그리고 약국 의료보험(1989.10.1) 및 한방의료보험의 실시(1987.2.1) 등 제도의 변화로 인해 국민들의 의료이용양상에 큰 변화를 가져왔다. 그리고 본인부담 정액제 실시(1986.1.1) 및 본인부담율의 조정 등 의료보험제도의 개선에 따라서도 의료이용양상에 크게 영향을 미쳐 환자의 흐름에 영향을 미쳤다고 보고되고 있다.

보건의료기관 이용이나 선택 그리고 환자의 흐름은 단하나의 독립적이고 명백한 요인에 의해 좌우되지 않고, 인구학적 특성, 사회구조적 특성, 사회심리적 특성(가치, 태도, 규범, 문화, 보건행태 등), 경제적 특성(수입, 의료수가, 상대가격, 시간비용, 의사유인수요 등), 지리적 특성(의료기관 접근도), 그리고 조직적 특성(의료전달체계, 의료비지불방법, 의료보장형태 등) 등 복합적인 요인에 의해 결정될 뿐아니라 의료기관의 특성(신뢰성, 의료의 질, 편리성, 친절성 등)에도 영향을 받기 때문에 단적으로 그 기전을 말하기 어렵다. 따라서 본고에서는 이들 요인 모두의 영향력을 제시하여 설명하는데는 제한점이 있으므로 의료제도의 변화와 의료기관의 특성에 따른 환자흐름의 현상을 중심으로 그 기전을 제시해 보기로 한다.

Ⅱ. 의료보험과 환자의 흐름

1. 의료보험적용과 의료이용양상

우리나라는 1977년에 사회보험방식의 강제적 의료보험제도를 도입하여 당초 전인구의 8.8%만 적용되던 것이 점차 확대되어 12년만인 1989년에 전국민 의료보험을 실현하게 되었다. 이와 함께 1977년에 의료보호제도도 시작되었었다.

의료보장제도가 의료이용에 미치는 효과는 원칙적으로 가격효과로 설명된다. 즉, 의료이용시 진료비의 일부만 본인이 부담하게 되므로 의료수가가 경감된 결과로 나타나 의료수요가 증대되어 의료이용에 영향을 미치게 된다. 그러나 단순한 가격저하에 따른 수요증대는 환자수가 많아진다는 것이지 환자의 흐름 즉, 환자의 지역간, 의료기관간의 구성비율이 변화된다는 것을 의미하지는 않는다.

그렇지만 의료보험제도가 도입 확대되면서 가장 두드러진 현상은 약국이용율이 줄고 의료기관 이용율이 증대되고 있다는 사실이다. 연구자와 대상지역에 따라 어느 정도의 차이는 있지만 전국대상의 연구에 의하면 1981년도에는 도시·농촌 모두 치료자의 60% 이상이 약국을 이용하였고, 병의원이용은 도시 31.0%, 농촌 20.3%였으나 전국민 의료보험이 되어서는 약국이용이 감소한 대신 병의원이용이 상대적으로 증대되었다(표 1). 우리나라는 의약분업이 되어 있지않아 자유로이 약국을 이용할 수 있고 의료기관이용시보다 의료비용이 싸고 편리하기 때문에 약국이용이 많은데, 의료보험이 확대되면서 약국이용율이 줄어드는 것은 약국이 그동안 요양취급기관에서 제외되었기 때문에 상대적으로 의료가격이 싸진 의료기관으로 환자가 이전되었기 때문이다.

의료보험의 효과를 더 확실히 파악하기위해 의료보험 적용자와 비적용자의 의료기관 유형별 분포를 비교해 보면, 전자는 병의원 이용이 약국이용보다 많은데 반해, 후자는 약국이용이 월등히 많다는 사실로 잘 입증된다고 하겠다(표 1). 의료보험 적용여부가 의료이용과 의료기관 이용 태도와 관련이 있다는 사실은 여러 연구에서 제시되고 있다. 한국인구보건연구원(1987)의 연구에 의하면 의료보험에 가입하기 전에는 가벼운 병이 났을때 83.9%가 약국을, 10.0%가 의원을 방문한다고 하였으나 의료보험에 가입할 경우는 각각 31.7% 및 47.4%로 나타나 약국에서 병의원으로 환자가 이전된다고 하겠다. 이는 의료보험 가입자는 보험료를 납입하는 대가로 보다 양질의 의료를 추구하려는 경향이 있기 때문이다.

<표 1> 의료보험 적용여부에 따른 의료이용양상의 변화

(단위: %)

	1981		1989		의료보험적용여부	
	도시	농촌	도시	농촌	적용	비적용
약 국	60.7	67.9	52.0	45.4	42.3	61.3
병 의 원	31.0	20.3	43.1	38.7	50.4	32.2
한 방	6.4	6.2	3.6	4.7	2.5	2.9
보건기관	1.9	5.6	0.5	10.4	4.8	3.6
기 타	-	-	0.6	0.8	-	-

자료 : 한국인구보건연구원, 1981년 의료수요조사, 1982.

한국보건사회연구원, 1989년도 국민건강조사, 1990.

유승홍외 5인, 우리나라 의료이용에 관한 연구, 예방의학회지, 19(1):143, 1986.

2 본인부담수준과 의료기관 이용양상

의료보험제도에서는 불필요한 의료이용을 제한하여 보험재정을 보호하기 위해 본인일부부담제를 채택하고 있다. 많은 연구에서 본인부담제의 채택이나 변동이 의료이용양상의 변화를 초래한다고 보고하고 있다. 본인일부부담수준의 상승은 의료수혜자 입장에서는 의료수가의 인상을 의미하며 의료수요와 부의 관계가 있다. 본인부담수준은 의료기관 유형별로 달리 적용되고 있었는데, 1986년 1월 1일을 기해 큰 변화가 있었다. 즉, 1985년까지 종합병원이나 일반병원의 외래환자는 진료비의 50%를 본인이 부담하였으나 1986년부터는 종합병원 이용환자는 진찰료 전액과 나머지 진료비의 55%를, 일반병원환자는 진찰료 전액과 나머지 진료비의 50%(현재는 40%)를 본인이 부담하게 되었고, 의원이용시에는 진료비본인부담 수준은 30%로 같으나 1986년부터 방문당 진료비가 1만원 이하일때 초진 2,000원, 재진 1,500원(현재는 초재진 모두 2,700원)의 징액제를 병행하게 되었다.

이와같이 의료기관별 본인부담수준의 변화폭이 달라졌음은 결국 가격의 변동폭이 의료기관별로 달라졌음을 뜻하기 때문에 수요의 변화와 함께 최초 의료기관 이용경향도 바뀌게 될 것이다. 전기홍과 김한중(1992)은 1986년 외래이용이 1985년에 비해 약 10%정도 감소되었다고 하면서 대도시보다 지방의 외래 이용이 더 많이 감소되었다고 하였다. 한달선 등(1992)의 연구에 의하면 의원이나 보건기관 등 1차의료기관에 대한 선호도는 1985년에 77.5%에서 1986년에는 79.4%로 증가되었으나 나머지 유형의 의료기관에 대한 선호도는 모두 감소했다(표 2).

<표 2>

외래본인부담 수준의 변화를 전후한
최초 이용의료기관 유형별 외래 환자 분포

(단위 : %)

	1985	1986
1차의료기관	77.5	79.4
일반병원	6.6	5.7
종합병원	10.3	9.4
3차의료기관	5.7	5.5

자료 : 한달선 등. 보험환자의 의료이용 추구경로, 보건행정학회지, 2(1):115-146, 1992.

이는 환자들이 1차의료기관이 다른 유형의 의료기관에 비해 가격이 상대적으로 낮아진 것으로 느꼈기 때문(실제로는 다른 의료기관보다 가격이 싸진 것은 아니다)이라 할 수 있다. 그러나 환자본인부담의 내용을 제대로 알고있는 환자가 많지않고 고급의료를 선호하는 우리의 현실로 미루어 볼 때 본인부담의 일부 변동만으로 환자의 흐름에 영향을 크게 미치리라고 단언하기는 곤란하다.

3. 약국의료보험 및 한방의료보험의 실시와 환자의 흐름

의료보험제도가 도입된 당초에는 약국과 한의원은 요양취급기관으로 지정되지 못하다가 1987년 2월부터 한방의료보험이 전국적으로 실시되고 1989년 10월 1일부터는 약국의료보험이 실시되었다.

약국의료보험은 완전의약분업이 실시될 때까지 시행하는 제도라고 하지만 국민의 의료관행을 감안하여 약의 남용과 약화사고의 우려가 거의 없는 범위내에서 제한적으로 약국의 직접조제에 대하여 보험급여를 하고 있다. 현재 2만여 약국이 요양취급기관으로 지정되어 있고 모든 국민이 의료보험으로 약국 조제에 대해 보험급여를 받을 수 있어 약국이용이 증대될 수 있음으로써 의료기관이용이 상대적으로 줄어들 수 있는 것이다. 아직은 공급자인 약국에서도 약국 의료보험이 번거롭고 이익이 적다는 이유로 보험약제급여에 소극적이고, 이를 이용하는 국민도 원하는 의약품을 자유롭게 조제·구매할 수 있었던 종전 관행과는 달리 품목수(4품목), 투약일수(3일) 급여연령(3세이상), 급여약품종류 등에 제한이 있어 이용율이 저조하다. 따라서 약국이용의 증가로 인해 의료기관이용이 감소된다고 말하기 어려우나 앞으로 이에 대한 적극적 홍보와 제도개선이 뒤따르면 많은 영향을 미칠 수 있을 것이다. 즉, 1990년에는 의료보험

<표 3>

한방의료보험 이용실적

	1989	1990	1991
진료건수(천건)	900	1,559	2,150
건당진료일수(일)	3.89	4.12	4.19
수진율(100명당)	2.3	3.9	5.3
전체 환자중 한방환자비율(%)	0.98	1.24	1.65

자료 : 보건사회부. 보건사회, 각년도.

적용인구 100명당 30.6건이 약국보험을 이용하였는데 1991년에는 오히려 27.4건으로 감소되었다. 그러나 1992년에는 37건 정도로 증가되어 앞으로 상승될 가능성이 있다고 하겠다(의료보험연합회, 1992).

한방의료보험의 급여는 진찰, 입원 및 시술행위인 침, 구, 부항으로 하고 약제급여는 68종 단미엑스산제로 조제할 수 있는 26개 처방으로 하였다가 현재는 56개 처방으로 확대 실시하고 있다. 한방의료는 우리국민의 선호도가 높은데다 한의학에 대한 관심이 제고되고 있으나 한방의료보험에 청약에 대한 급여가 제외되고있어 아직은 다른 의료기관의 이용에 크게 영향을 미칠 단계는 아니라고 할 수 있다. 그러나 한방과 양방의료가 대체재(substitute good) 관계에 있을 것이라고 생각한다면, 한방의료 이용이 증대되면 양방의료 이용은 감소될 수 있다. 의료보험통계에 의하면 한방의료보험환자의 수진율은 빠르게 증가되고 있고, 의료보험환자중 한방의료 환자비율도 1989년에 0.98%에서 1990년엔 1.24%, 1991년엔 1.65%로 약간씩 증가되고 있는 사실로 유추할 수 있다(표 3).

Ⅲ. 의료전달체계와 환자의 흐름

의료전달체계는 의료자원의 효율적 활용과 지역간, 의료기관간 균형발전, 국민의료비 및 보험재정의 안정 등을 목적으로 하는 제도이지만(보건사회부, 1990), 보다 현실적으로는 불필요한 과잉 혹은 고급의료이용을 막고 이에따라 과도한 의료비 지출을 방지하고자 하는데 목적을 둔 규제정책이라 할 수 있다(한달선 등, 1988).

이와같은 목적으로 우리나라는 1989년 7월 1일부터 전국민 의료보험 실시와 더불어 의료보험진료체계를 수립하고 140개의 중진료권과 8개의 대진료권, 그리고 25개 3차진료기관(현재 34개)을 중심으로하는 2단계 의료전달체계를 실시하고 있다. 이렇듯 의료전달체계는 의료이용의 지역화, 단계화를 전제로 하는 것이기 때문에 지역간, 의료기관간의 의료이용양상이 필연적으로 변화되게 된다. 이는 강제적으로 환자의 흐름을 변화시키는 가장 중요한 기전이 된다고 하겠다.

1. 의료기관 유형간 환자의 흐름

의료전달체계는 3차진료기관에 환자들이 1차로 직접 방문하는 것을 제한함으로써 의료기관 유형간에 외래환자의 구성에 변화가 초래될 것이다. 의료보험통계로서 의료전달체계 실시전인 1988년과, 실시하여 어느 정도 정착된 후인 1991년의 의료기관 유형별 환자 구성비율을 비교해 보면 <표 4>와 같다. 1988년에는 의원환자가 전체 외래환자의 79.1%이던 것이 1991년에는 80.2%로 증가되었고, 반대로 종합병원 환자는 13.0%에서 11.7%로 줄어 종합병원을 직접

<표 4> 의료기관 유형별 의료보험 진료건수의 분포 (단위 : %)

	대 도시		중소도시		군 지역		계	
	1988	1991	1988	1991	1988	1991	1988	1991
외래								
의원	76.24	79.34	81.71	83.01	81.89	77.30	79.07	80.22
병원	5.23	4.30	5.44	4.36	4.10	7.23	5.10	4.73
종합병원	17.47	14.29	11.54	10.45	3.58	4.42	13.03	11.68
보건기관	0.16	0.15	0.19	0.32	9.44	9.35	1.74	1.51
한방기관	1.04	1.91	1.12	1.85	0.99	1.70	1.06	1.86
입원								
의원	16.81	18.15	27.99	26.37	45.21	34.34	23.54	22.35
병원	12.96	13.09	17.06	17.38	21.01	35.95	15.19	16.65
종합병원	69.69	68.01	54.73	55.85	32.11	28.19	60.72	60.29
보건기관	0.02	0.01	0.04	0.01	0.98	1.49	0.12	0.15
한방기관	0.52	0.74	0.18	0.39	0.69	0.03	0.42	0.55

자료 : 의료보험연합회, 의료보험통계연보, 1989, 1992.

찾던 환자들이 의원으로 전이되었음을 알 수 있다. 이를 보다 구체화하기 위해 지역별로 구분해서 비교해 보면, 대도시 종합병원의 환자점유율은 의료전달체계 실시후에 외래·입원 모두 감소되었고 의원은 증가되었다. 병원의 경우 외래환자는 감소했으나 입원점유율은 증가되었다. 반대로 군지역의 외래환자는 종합병원이나 병원의 점유율이 높아진 반면에 의원의 점유율은 낮아져 도시지역과 반대현상을 보였는데, 이는 군지역 종합병원은 3차진료기관으로 지정된 것이 없어 일반병원과 마찬가지로 자유롭게 이용할 수 있기 때문에 오히려 의원의 환자가 시설이 좋은 종합병원으로 이전되었다고 할 수 있다.

이 통계자료는 3차진료기관이 별도로 분류되어 있지않고 종합병원에 포함되어 있기 때문에 실제 3차진료기관의 환자가 어느 정도 이전되었는지는 파악하기 곤란하다. 한달선 등(1991)은 3차진료기관을 별도로 구분해서 의료전달체계 실시전(1989.1~6월)과 후(1990.1~6월)의 의료기관유형별 환자분포를 제시하여 환자의 흐름을 관찰한 바 있다. <표 5>에서와 같이 의료전달체계 실시후에는 3차진료기관에서 의료이용을 시작하는 비율이 4.81%에서 3.50%로 감소했고 외래 및 입원 연인원의 구성도 줄어들었으나 의원의 점유율이 증가되어 3차기관을 직접 찾던 환자들이 의원으로 이전되었다는 것을 이해할 수 있다. 그러나 병원과 종합병원의 점유율이 줄어든 것은 의료전달체제와 연관시켜서 설명하기가 어렵다. 이러한 점유율 변화는 의료보험확대에 따라 환자수가 증대되었고 그 구성이 상당히 달라졌기 때문이라 생각할 수 있다. 그리고 보험환자라 하더라도 보험급여를 포기하면 3차기관을 직접 찾을 수 있는데, 이런 환자는 여기에 제외되었다는 것도 고려되어야 한다.

<표 5> 의료기관 유형별 외래연인원과 입원연인원의 의료전달체계 실시전 (1989.1-6)과 실시후(1990.1-6)의 환자분포

(단위 : %)

	최초이용기관		외 래		입 원		보험진료비	
	전	후	전	후	전	후	전	후
의원	81.80	83.15	86.17	86.97	13.90	16.16	49.16	49.44
병원	4.76	4.51	4.10	4.00	12.22	11.89	6.40	6.59
종합병원	8.63	8.44	6.43	6.47	42.72	44.35	24.12	25.25
3 차기관	4.81	3.50	3.31	2.57	31.16	27.61	20.31	18.72

자료 : 한달선 등, 보험진료체제개편의 효과에 대한 연구, 예방의학회지, 24(4):485-495, 1991.

<표 6>

의료전달체계 전후의 의료기관별 환자 증가율

(단위 : %)

	3차진료기관	종합병원	병원
외래신환	-14.7(-28.1)	10.6	9.5
재환	2.6(-1.8)	10.8	15.2
총환자	-1.1(-6.9)	10.4	14.7
입원	10.7	11.4	11.3

주 : () 내의 숫자는 예외진료과 환자를 제외한 증가율임.

자료 : 명재일, 정영철, 의료전달체계 운영성과의 분석, 한국보건사회연구원, 1991, p.19.

명재일과 정영철(1991)의 보고에 의하면 의료전달체계 실시후 외래신환의 경우, 3차진료기관은 의료전달체계 실시전에 비해 14.7% 감소되었고, 종합병원과 병원은 각각 10.6% 및 9.5%가 증가되었다고 하였으며, 입원환자는 3차진료기관은 10.7%, 종합병원과 병원은 11.4% 및 11.3%씩 증가되었다고 하여(표 6) 상기한 기전을 잘 반영하고 있다. 또한 대구시내 3개 3차진료기관의 초진환자도 1988년에 비해 1990년도에는 경북대 병원은 22.3%, 동산의료원 26.9%, 영남대의료원 16.4%의 감소율을 보였다.

한편, 의료전달체계 실시후 외래환자의 내원이 감소추세를 보였던 3차진료기관중 상당수의 병원에서 환자가 다시 증가하는 경향을 보이고 있고, 일부 병원에서는 이같은 조짐이 뚜렷이 나타나고 있다. 이 결과는 3차진료기관에 직접 내원이 가능한 응급실 및 예외 진료과목, 특히 가정의학과와 환자가 주도하는 것으로 추측되는데, 대부분의 경우 원하기만 하면 어렵지 않게 진료의뢰서를 발급받을 수 있는 현실에서 형식적인 진료의뢰서를 제출하는 환자가 증가함으로써 생긴 현상일 수도 있다(명재일과 정영철, 1991). 이러한 현상이 의료전달체제로 인해 예상될 수 있는 환자의 흐름을 왜곡시키고 있다고 하겠다.

2 지역간 의료이용의 변화

의료전달체계는 의료이용의 지역화(regionalization)가 전제되어 중진료권 환자는 동일진료권 의료기관에서 1차로 진료를 받은 후에 대진료권의 의료기관이나 3차진료기관으로 이송될 수 있기 때문에 의료전달체계 실시 전과 후에 따라서 의료이용의 지역간 차이가 생길 수 있을 것이다. 이론적으로 의료기관의 수나 시설이 변화되지 않는 한, 3차진료기관이 없는 중진료권내에 환자가 증가되는 것이 의료전달체계의 시행효과로 기대되는 사항이다.

그렇지만 지역별 외래환자 구성비를 보면 1988년보다 1991년에 군지역에서는 17.4%에서 13.9% 감소된 반면, 대도시에서는 49.2%에서 54.2%로 증가되었다(표 7). 이는 의료전달체계에 따른 기대효과와는 다른데, 이 현상은 1989년에 의료전달체계의 실시와 함께 도시지역의료보험이 시작되어 의료수요를 크게 증가시켰기 때문이라 할 수 있다.

이를 더 구체화시켜 보기 위해 <표 8>과 같이 대진료권 내에서 3차진료기관이 모여있는 지역과 없는 지역으로 구분해서 환자구성비율을 비교해 보아도 3차진료기관이 있는 직할시의 환자 점유율은 증가되고 농촌지역 많은 도지역의 환자점유율은 감소되고 있다. 이 또한 의료전달체제로 인한 효과보다도 도시지역 의료보험의 확대가 더 큰 영향을 미친것으로 나타났다.

<표 7> 의료전달체계 전후의 지역간 보험환자 구성비율 (단위 : %)

	입 원			외 래		
	1988	1990	1991	1988	1990	1991
대 도시	55.19	58.20	58.06	49.19	54.08	54.21
중소도시	34.69	34.40	32.46	33.38	32.83	31.93
군 지역	10.12	7.39	9.48	17.43	13.09	13.86

자료 : 의료보험연합회, 의료보험통계연보, 각년도.

<표 8> 동일 대진료권내 직할시와 도간의 환자 구성비 (단위 : %)

	1988	1990	1991
경북대권			
대구시	49.0	52.2	53.4
경상북도	51.0	47.8	46.6
경남대권			
부산시	52.5	55.4	54.4
경상남도	47.5	44.6	45.6
전남대권			
광주시	42.2	44.8	45.8
전라남도	57.8	55.2	54.2

자료 : 의료보험연합회, 의료보험통계연보, 각년도.

지역간 의료이용의 차이는 의료전달체계와 의료보험확대 등 정책변수외에 의료공급자의 수와 특성, 의료시설 또는 병상수 등과 지역의 사회경제적 특성에 의해 영향을 받고 있으므로 단적으로 그 기전을 설명하기란 쉽지않다(조우현과 김한중, 1991).

3차진료기관 외래환자의 주거지별 의료이용 경로를 보면 3차진료기관이 소재한 도시내에 거주하는 환자가 3차진료기관을 직접 이용하는 경향이 더 심하고, 여러 의료기관을 거치는 경향이 덜하다. 이는 3차진료기관 소재 도시의 경우 의료기관까지의 거리가 가깝고 의료자원이 풍부하기 때문이라 할수 있다(명재일과 정영철, 1991)

3. 3차진료기관의 진료과목별 환자수의 변화

우리나라 의료전달체계는 의료이용의 단계화와 지역화를 통해 의료이용에 제약을 주고는 있으나 응급실환자를 비롯한 몇몇 진료과의 환자, 즉 가정의학과, 재활의학과, 안과, 피부과, 이비인후과 및 치과 환자는 진료의뢰서 없이 3차진료기관을 직접 이용할 수 있도록 함으로써 진료과목에 따라서 환자의 흐름이 달라질 수 있다. 즉, 3차진료기관의 경우 이들 예외과목의 환자는 감소되지않을 것이지만 다른 진료과목의 환자는 의료전달체계로 인해 감소될 수 있을 것으로 쉽게 짐작할 수 있다.

명재일과 정영철(1991)에 의하면 의료전달체계 후에 3차진료기관의 환자증가율을 제시한 바

<표 9> 의료전달체계실시후 3차진료기관의 진료과별 외래환자 증가율

(단위 : %)

	신 환 자	재래환자	총 환 자
내과	-37.7	-6.5	-11.5
외 과	-24.6	0.8	-5.1
산부인과	-30.9	10.2	-14.9
소아과	-27.9	-8.1	-11.2
신경정신과	-37.3	7.4	0.5
비뇨기과	-49.0	-9.7	-21.8
예외 5 개과	4.9	11.5	10.0

자료 : 명재일, 정영철. 전계서.

에 의하면 내과, 외과, 산부인과, 소아과, 신경정신과, 비뇨기과 등의 진료과목은 모두 신환자가 감소했는데 비해 예외 5과는 오히려 증가했다고 하여(표 9) 이러한 현상을 잘 반영하고 있다.

대구시의 3개 3차진료기관을 대상으로 의료전달체계 실시전과 후의 진료과별 환자증감율을 계산해보면 <표 10> 과 같다. 3개 대학병원은 진료과목에 따라 정도의 차이는 있지만 외래초진환자는 대체적으로 감소하여 상기 보고와 비슷한 양상을 보였다. 그런데 초진과 재진환자를 포함한 전체환자수는 몇개의 진료과를 제외하고는 오히려 증가된 곳이 많았다(표 10).

이는 의료전달체계가 1989년 7월에 실시되어 어느 정도 기간이 경과되어 각 3차진료기관에서 환자유치를 위한 경영방침을 달리했기 때문이라 말할 수 있겠다. 예를들어 동산의료원은 1989년 3월부터 이미 가정의학과를 운영하기 시작하여 1990년에 초진환자의 13.7%, 총환자의 8.8%를 가정의학과에서 진료를 하였고, 1991년에도 12.8% 및 8.3%의 진료실적을 보였으며, 영남대 의료원은 1990년 9월에 가정의학과 진료를 실시하여 당해년도에 초진환자의 7.2%, 총환자의 2.7%를 진료하였고, 1991년에는 각각 15.9% 및 7.1%를 진료하여(표 11) 동일병원내에서도 각 전문과목의 환자가 가정의학과에 큰 영향을 받고 있다고 하겠다.

<표 10> 대구시 3개 3차진료기관의 의료전달체계 실시전(1988)에 비해 후(1990)의 외래환자 증감율

(단위 : %)

	초진환자			총외래환자		
	경북대 병원	영남대 병원	동산 병원	경북대 병원	영남대 병원	동산 병원
내과	-19.30	-46.10	-73.06	3.33	-10.77	-1.47
일반외과	6.62	-27.53	-62.10	9.67	18.04	11.61
소아과	-23.04	-13.74	-13.26	-0.72	-7.19	-7.49
산부인과	-31.58	3.68	-18.37	-16.82	19.56	9.04
비뇨기과	-5.29	-4.89	-46.45	-6.58	20.40	-2.41
이비인후과	-2.35	14.81	-55.75	-4.08	11.58	-3.42
피부과	-10.44	2.59	-53.31	14.58	-1.68	51.20
안과	-3.08	-35.89	-36.57	4.35	4.87	-6.31
총외래환자	-22.29	-16.44	-26.87	-3.25	2.93	20.91

자료 : 각 대학교 병원. 병원연보, 1988 및 1990.

<표 11> 대구시 3차진료기관의 가정의학과 환자 진료 실적

	동산의료원			영남대의료원	
	1989 ¹⁾	1990	1991	1990 ²⁾	1991
초진환자수	10,546	8,893	7,528	3,526	8,203
총 환자수	24,588	40,859	38,485	9,978	29,727
병원총환자중 가정의학과 환자비율(%)	6.1	8.8	8.3	2.7	7.1
병원초진환자중 가정 의학과 초진환자비율(%)	11.8	13.7	12.8	7.2	15.9

주 : 1) 1989년 3월부터 진료

2) 1990년 9월부터 진료

자료 : 각대학교 병원연보, 각년도

응급실도 진료의뢰서 없이 3차진료기관을 바로 방문할 수 있기 때문에 일반외래 환자가 응급실을 경유하여 진료를 받으려고 하는 경향이 있을 수 있다. 그러나 대구지역 3차진료기관의 응급실환자의 연도별 변화를 보면 이러한 현상이 나타나고 있다는 증거를 제시하기 어렵다. 즉, <표 12>와 같이 3개병원 모두 응급실 환자의 절대수가 증가하지 않고, 응급실을 통한 입원율이 증가되고 있어 경미한 환자가 응급실을 통해 진료받는다고 말할 수 없고, 다만 입원을 빨리하려는 환자들이 응급실을 경유하고 있는 것으로 해석할 수 있겠다.

<표 12> 3차진료기관 응급실 환자의 연도별 변화추이

	환자수(명)			응급실 이용자중 입원비율(%)		
	경북대	영남대	동산병원	경북대	영남대	동산병원
1988	12,269	14,544	18,896	38.3	40.0	31.3
1989	11,559	13,412	20,121	34.8	42.4	34.3
1990	12,546	12,677	21,405	46.0	46.2	37.4
1991	12,983	12,594	18,654	50.9	45.1	40.0

자료 : 각대학교 병원연보, 각년도.

4. 의료전달체계와 의료이용추구 경로

의료전달체계의 실시는 의료이용에 두가지로 영향을 줄 가능성이 있다. 3차진료기관을 방문하는 전 단계의 절차로서 병의원을 방문하는 환자에 의해서는 이동이 늘어날 것이며, 3차진료기관으로 옮기려면 진료의뢰서를 지참해야하는 등의 번거러움을 피하려는 환자에 의해서는 환자이동이 감소할 것이다. 명재일과 정영철(1991)의 보고서에서는 다수 의료기관을 배회하는 외래 환자수가 감소하였다고 하였는데, <표 13>에서와 같이 3차진료기관을 방문하기까지 외래환자들이 의료이용기관을 많이 거치는 환자가 의료전달체계 후에 더 줄어들었음을 알 수 있다.

문옥륜과 김창엽(1991)은 급성동일질환에 대해 외래이용시 의료기관을 1개 이용한 경우가 52.4%, 2개 41.6%, 3개 4.8%, 4개 이상 1.1%로 보고하고 있고, 한달선 등(1992)은 환자의 93.3%가 1단계 의료이용에서 의료이용을 종료한다고 하였다. 또 한달선 등(1991)은 의료전달체계 실시전과 후에 의료기관을 옮겨 다닌 환자수에는 거의 차이가 없었다고 보고하면서 특히, 의

<표 13> 의료전달체계 실시 전후 3차진료기관 방문환자의 의료이용경로의 변화

의료이용 기관수	이용경로	(단위 : %)			
		외 1989.4	래 1990.8	입 1989.4	원 1990.8
0	3차	38.1	37.0	30.7	20.1
1		36.1	47.2	38.8	59.2
	1→3차	12.9	27.4	22.1	23.6
	2→3차	23.2	19.8	16.7	35.6
2		17.0	13.3	18.2	16.4
	1→1→3차	4.0	3.3	6.0	4.2
	2→2→3차	6.4	2.3	4.7	4.0
	기 타	6.6	7.7	7.5	12.2
3		8.7	2.6	12.3	4.2
	계	100.0	100.0	100.0	100.0
	(N)	(1,984)	(1,159)	(1,491)	(876)

자료 : 명재일, 정영철. 전계서, p.73, p.102.

료전달체계 후에는 의원에서 종합병원으로 이동하는 확률외에는 대규모급 유형으로의 이동 확률은 감소하였고, 각 유형으로부터 의원으로 이동하는 확률은 증가하였다고 하였다. 이는 3차 진료기관으로의 이동 절차가 전보다 번잡스러워졌고 진료받은 기관에서 의뢰서의 발급을 억제하는 경우가 있을 가능성, 그리고 의료보험확대로 환자의 대폭 증가가 초래한 의료기관 경영 방침의 변화 등을 이유로 생각할 수 있을 뿐이다.

의료전달체계 실시후의 의료기관간의 외래이용의 경로는 <표 14>와 같다. 같은 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 있음을 보여주고 있다. 이에 비해 의원병원(1.2%), 의원종합병원(3.6%), 병원·종합병원(0.2%) 등의 이용경로는 상대적으로 그 비중이 낮다고 하였다(문옥륜과 김창엽, 1991).

<표 14> 동일질환으로 2회이상 의료를 이용한 경우 의료기관간 외래이용경로

(단위 : %)

	급성질환	만성질환	계
의 원	48.8	55.7	51.2
병 원	1.5	2.7	1.9
종합병원	1.9	17.0	6.4
의 원-의 원	32.2	9.7	24.4
병 원	1.5	0.6	1.2
종합병원	4.1	2.6	3.6
병 원-의 원	1.4	0.7	1.1
병 원	0.1	0.1	0.1
종합병원	0.2	0.3	0.2
종합병원-의 원	2.0	1.8	1.9
병 원	0.1	0.2	0.1
종합병원	0.2	0.8	0.4
의원 - 의원 - 의원	4.0	4.3	4.1
기 타	2.0	5.5	3.2
계	100.0	100.0	100.0
(N)	(74,668)	(39,458)	(114,126)

자료 : 문옥륜, 김창엽. 동일 질환에 대한 보험의료이용 경로분석, 보건행정학회지, 1(1):129, 1991.

IV. 의료기관 특성에 따른 환자의 흐름

의료보험제도, 의료전달체계 및 의료인력이나 시설의 분포정도에 따라 의료기관간, 지역간 환자의 이용양상이 달라지고 환자의 이동이 있을 수 있음을 앞에서 제시하였다. 이들요인 이외에도 개개 의료기관 측면에서 보면 설립주체, 의료기관의 시설확충 및 장비의 보강, 새로운 진료과목의 신설 및 의사의 영입, 병원노동조합의 활동정도 등의 구조적인 측면과 의료기관의 경영방법, 의사에 대한 보수지급방법과 진료절차 등 관리적 측면이 환자의 흐름을 변화시킬 수 있을 것이다. 이들 의료서비스와 관련된 특성과 의료서비스 외적 특성으로 구분해서 검토해 보기로 한다.

1. 병원설립주체별 환자구성

의료기관 관리방법은 그 설립주체에 따라 다르게 나타나기 때문에 먼저 우리나라 전체 병원의 설립 주체를 국립, 공립, 법인 및 개인병원으로 나누어서 환자의 점유율을 비교해 보면 관리형태에 따른 환자흐름을 어느 정도 가늠할 수 있을 것이다. 그러나 이들간의 구성비율은 병원수나 병원규모에 크게 영향을 받기 때문에 병상수를 함께 고려하면서 그 원인을 파악해야 할 것이다. 국립병원은 전체 병상수에서 국립병원 병상수의 비율보다 외래·입원환자 모두의 점유율이 낮고, 매년 그 점유율이 떨어지고 있으나 공립병원과 개인병원은 병상수에 비해 외래환자의 점유율이 높다. 법인병원의 경우 외래환자의 점유율은 병상에 비해 상대적으로 낮으나 입원환자 점유율은 높게 나타나고 있다(표 15).

국립병원은 일반병상수가 상대적으로 줄어들고 환자수도 감소하고 있는데, 이는 관료화와 예산·인사의 경직성 등으로 국민의 의료요구를 제대로 충족시키지 못해 환자가 줄어들고 그 환자가 민간병원으로 이전된다고 하겠다. 반면에 공립병원은 시도립병원의 지방공사화에 힘입어 외래환자 및 입원환자 점유율이 계속 증가되고 있다. 그러나 법인병원의 환자는 1990년에 외래점유율이 감소되었다가 1991년 다시 급증하였는데 이는 의료전달체계뿐만아니라 병원수와 병상수가 크게 증가된 것과 관련이 있을 것으로 보인다.

2. 의료기관의 의료서비스 특성과 환자의 흐름

의료이용자들이 특정 의료기관을 선택하는 과정은 일반소비자들이 특정 매점을 선택하는 과정과 유사한 소비자 행태를 보일 것이므로 크게 의료서비스의 질적 요인과 편리성 요인이 좌

우될 수 있다. 어떤 질병에 특별히 전문적인 병원, 지명도, 현대적인 의료시설과 장비, 실력있는 의사, 규모가 큰 병원 등으로 인식되는 의료의 질적 요인은 의료기관의 시설·장비·인력·기술 등 서비스 생산과 관련된 투입요소에 의해 영향을 받는다. 그리고 교통이 편리한 병원, 친절한 병원, 깨끗한 병원, 아는 병원 등으로 인식되는 요인은 의료서비스 외적 요인으로 이 또한 의료기관 선택에 영향을 미칠 수 있다. 조우현 등(1992)은 외래서비스는 편리성 요인으로 의료기관을 선택하는 경우가 많았고 입원서비스는 질적 요인에 의해 의료기관을 선택한다고 한 환자가 84.2%로 매우 높았다고 하였다.

< 표 15 >

병원설립주체별 환자 분포

(단위 : %)

	국 립	공 립	법 인	개 인
외래환자				
1986	8.83	7.61	47.38	36.18
1988	6.59	9.42	52.84	31.14
1990	5.87	9.58	46.03	38.52
1991	3.27	9.32	60.02	27.38
입원환자				
1986	7.98	5.61	58.56	27.85
1988	7.58	6.57	64.07	21.78
1990	6.40	7.26	54.09	32.25
1991	4.53	7.52	68.04	19.92
병상분포				
1986	9.05	6.31	53.40	31.24
1988	8.83	6.86	56.11	28.19
1990	7.92	6.08	51.69	34.31
1991	5.36	5.96	64.64	24.04
병상이용율				
1986	80.1	67.0	65.4	43.4
1988	88.6	75.0	83.2	45.4
1990	105.4	101.5	90.1	66.6
1991	89.1	107.4	86.6	52.2

주 : 전염, 결핵, 정신병원과 환자는 제외
 자료 : 보건사회부, 보건사회통계연보, 각년도

의료기관을 증개축하거나 병상을 늘린다면 그 시설의 범위내에서 환자가 증가될 것은 분명하다. 의료수요가 한정되어 있다면 병상수가 증가되면 그 만큼 병상이용율이 줄어들 수 있고 다른 병원의 방문환자에 영향을 미칠 수 있을 것이지만, 우리나라는 아직 의료수요에 비해 병상 절대수가 부족하여 병상의 증가로 경쟁관계에 있는 의료기관간의 환자의 흐름을 크게 변화시킬 것이라고는 기대하기 어렵다. 즉, 국가 전체적으로 병상수가 매년 증가되고 있으면서도 병상이용율은 여전히 계속 증가되고 있으며(보건사회부, 1992), 같은 대구지역내에서 경쟁관계에 있는 경북대 병원, 영남대 의료원, 계명대 동산의료원도 병상수가 증가되어도 이들 병원 모두 병상이용율이 증가되고 있는 것으로 비추어 병상규모에 따라 환자의 이동현상이 있다고는 말하기 어렵다. 다만 중소병원의 환자에는 영향이 있을 것으로 생각된다. 그렇지만 어떤 지역 사회내에 대규모의 현대적 의료시설이 신설될 경우 환자의 흐름은 당연히 개편될 것이다.

의료기관에 새로운 기술이나 장비를 도입한다면 환자의 흐름에 변화를 초래할 수 있다. 최근에 새로운 진단 치료장비와 새로운 수술기법 등이 급속히 개발되고 있는데, 이를 각 의료기관에서 환자유치수단으로 앞다투어 도입 설치하려는 경향만 보더라도 환자의 흐름에 영향이 있을 것으로 단정할 수 있겠다. 즉, 고가장비인 자기공명전산화 단층촬영장치(MRI) 만 해도 우리나라에 63대가 도입되어 있고, 체외충격파 결석쇄석기는 31대, 컴퓨터 단층촬영기(CT)는 무려 534대가 설치·보급되어 있어 지금까지 의료기관의 행태를 잘 반영하고 있다(보건사회부, 1992). 새로운 장비와 함께 신기술에 의한 진단·치료방법이나 수술을 행할 의료진을 구성하고 있으면 이와 관련된 특정질환 환자가 몰린다는 것이 경험적으로 입증되고 있다. 특정진료와 연관된 명성있는 유능한 의사를 다른 의료기관에서 영입한다면 소비자 특성상 그와 관련된 환자가 늘어날 것은 분명한 것이다.

의료서비스의 질은 투입요소에 의해서도 영향을 받지만 진료시간 및 대기시간 등을 포함한 의료서비스 과정에 의해서 주로 결정된다. 그런데 환자 자신들은 가시적인 진료시간이나 대기시간에 대해서는 만족도가 금방 나타나지만 진료과정에 대해서는 제대로 알지 못하기 때문에 서비스의 질을 정확하게 판단할 수가 없다. 따라서 순수한 진료과정이 환자의 흐름에 영향을 주는 중요한 변수라고는 말하기 어려울 것이다. 다만 서비스종류에 따라서 진료과정이 차후의 의료이용에 영향을 미칠 수는 있을 것이다.

의료서비스 질의 최종 판단은 진료결과에 대한 환자의 만족도에 달려 있으므로 진료결과가 환자의 흐름에 영향을 미칠 수 있다. 만약 어떤 병원에 의료사고나 의료분쟁이 발생했다는 보도가 있다면 얼마 동안은 그 병원에 환자가 줄어들고, 경쟁관계에 있는 다른 병원에 환자가 증

가될 것이다. 그리고 어떤 응급실에서 진료를 거부하여 의료사고나 의료외적 문제가 생겼다는 보도가 있으면 당분간은 다른 병원 응급실로 환자가 모일 것이라는 것은 쉽게 예상할 수 있을 것이다.

3. 의료서비스 외적 특성과 의료이용

의료기관을 선택하는 것은 의료서비스 요인 뿐만 아니라 의료기관의 접근성, 진료절차, 친절성, 청결성, 단골병원 여부 등 의료서비스 외적 요인에 의해서도 영향을 받게 된다. 진료절차가 번거롭고 대기시간이 긴 의료기관, 불친절하고 더러운 병원을 누가 이용할려고 하겠는가? 그렇지만 김수경과 김용익(1992)이 농촌지역 주민들의 외래이용 선택동기를 조사한 바에 의하면 가깝기 때문이 41.9%로 가장 높고, 용하기 때문이 24.9%인 반면, 친절하기 때문은 3.3%에 불과하였다. 그리고 대기시간이 의료이용에 큰 영향을 미치지 못한다고 하였다.

<표 16> 병원의 선택동기 및 직원의 태도에 따른 입원환자들의 재이용 태도

(단위 : %)

	A연구(충남)		B연구(부산)	
	다시 이용 하겠음	다시 이용 안하겠음	다시 이용 하겠음	다시 이용 안하겠음
병원선택동기				
교통편의	32.7	12.2	28.6	28.5
의료시설	53.7	6.7	44.3	15.7
의료기술	42.9	4.6	59.8	8.0
직원태도(창구)				
친절	54.5	39.2	58.0	10.1
불친절	26.0	16.0	34.8	28.3
주치의의 진료성실성				
성실	51.6	2.2	59.0	7.2
불성실	11.3	30.4	24.6	45.0
간호사 태도				
친절	40.3	5.8	56.4	8.5
불친절	12.9	51.6	23.8	43.5

자료 : 이현경, 장임원. 의료기술 외적 병원서비스가 병원이용태도에 미치는 영향, 예방의학회지, 21(2):442-450, 1988.

박창기, 김공현, 황인경, 김용완. 환자가 인지하는 병원의 의료기술외적 서비스가 환자의 병원 재이용 의사결정에 미치는 영향에 관한 조사 연구, 대한병원협회지, 21(7.8) : 14~25, 1992.

의료진의 성실성과 친절성은 의료이용에 긍정적인 영향을 미치는데 반해 일반직원의 태도는 의료진에 비해 덜 영향을 받는 것으로 보고된 바 있다. 즉, <표 16>에서와 같이 주치의가 진료에 불성실한 경우 그 병원을 다시 이용하겠다는 환자는 11.3%이고 간호사가 불친절할 경우 12.9%가 다시 이용하겠다고 한데 비해, 일반직원이 불친절할 경우 다시 이용하겠다는 환자의 비율은 26.0%로 의사나 간호사의 경우보다 더 높았다(이현경과 장임원, 1988; 박창기 등, 1992).

최근에 와서는 노사관계가 환자 흐름에 중요변수가 되기도 한다. 민주화에 따라 대부분의 병원이 노동조합을 결성하고 있고, 종종 노사분규가 발생하고 있다. 노사분규가 생기면 입원환자를 다른 병원으로 이송시키거나 외래진료를 하지 못하거나 제한진료를 하게되는 사례가 발생하고 있는데, 이는 그 지역사회 전체 환자의 흐름을 왜곡시키는 주요한 요인이 되고 있다. 예로서 대구시 3차 진료기관인 동산의료원에서 1991년 6월에 노동조합원의 파업으로 인해 제한적인 진료가 행해진 바 있다. 그 당시의 3개 3차진료기관의 진료실적을 <표 17>에서 비교해 보면, 동산의료원의 경우 연평균 병상이용율이 90% 정도였지만 파업이 있는 6월 한달 동안은 38.4%에 불과했고, 전후 1개월이 되는 5월과 7월의 병상이용율도 평균치에 미치지 못한 반면, 영남대의료원은 이 기간동안의 병상이용율이 다른 때보다 더 높게 나타나 환자의 흐름이 있었음을 유추할 수 있겠다. 특히, 외래초진환자수로 비교해 보면 동산의료원 환자가 경북대병원이나 영남대의료원으로 이전되었음을 확실히 짐작할 수 있다. 이 통계치를 대구 시내 다른 의료기관의 자료와 함께 비교하면 더욱 분명히 밝힐 수 있을 것으로 생각된다.

<표 17> 노사분규 전후 3개월간 해당 병원 및 타병원 환자의 진료실적

	외래초진환자(1일평균)			병상 이용율(%)		
	동 산	경북대	영남대	동 산	경북대	영남대
'91. 3	223	183	163	95.6	94.2	94.6
4	213	196	171	97.6	97.0	95.3
5	206	205	185	85.8	95.4	97.3
6	60	229	209	38.4	96.5	98.9
7	221	224	183	82.3	99.5	96.7
8	225	230	184	94.6	95.3	95.4
9	208	189	165	89.4	92.9	92.2
연평균	199	200	174	88.3	95.2	94.3

주 : 1991년 6월에 동산의료원에 노동조합원의 파업이 있었음
 자료 : 각 대학병원 연보, 1991.

V. 결 론

우리나라 의료체계는 자유경쟁시장 원칙을 근간으로 하고 있으면서 의료보험제도, 의료보호제도, 의료전달체계 등의 제도에 따라 정부의 규제를 받고 있다. 과거에는 의료를 공급자 중심의 시장으로 주로 인식하였으나 최근에 와서 일반국민들의 의료에 대한 지식의 증가, 의료에 있어서의 소비자 보호운동의 확대, 그리고 사회경제적 여건 변화로 국민들의 의료에 대한 욕구가 다양화되어 소비자 중심의 시장으로 변모되고 있다. 그래서 의료기관 이용양상이나 환자의 흐름이 규제정책의 틀속에서 공급자의 행태에 따라 주로 좌우되던 것이 소비자의 행태에 크게 영향을 받게 되었다.

지금까지 제시한 바와 같이 의료기관 이용양상, 환자의 이동경로 등은 너무나 다양한 요인에 의해 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 마련할 때는 국민의 의료요구가 무엇이고 어느 정도 되는지와 이 제도에 의해 의료이용에 어느 정도 영향을 미칠 것인지를 파악하여 이에 필요한 의료시설을 갖추고, 의료자원의 수급 및 배분에 원활을 기하여야 할 것이다.

의료공급자 측면에서는 지역사회의 의료를 책임지고 있다는 사명감을 갖고 지역사회주민의 의료이용양상이나 환자의 흐름 및 그 기전을 수시로 파악하여 환자의 요구에 부응할 수 있어야 한다. 또한 지역사회 전체 의료기관이 전 지역사회 주민의 총의료를 담당하고 있음을 감안하여 지나친 경쟁을 삼가고, 양질의 의료제공에 주안점을 두어 환자의 흐름이 왜곡됨이 없이 의료기관간의 수준에 따라 무리없이 이루어질 수 있도록 해야 할 것이다.

의료전달체계가 의료이용의 지역화, 단계화와 함께 앞으로 의료기관간의 기능분담이 이루어져서 시행된다면 환자의 흐름은 완전히 개편될 것이므로 의료기관들은 지금부터 이에 대한 적절한 투자와 대비가 있어야 할 것이다. 이외에도 앞으로 환자흐름에 크게 영향을 미칠 수 있을 것으로 생각되는 의료보험제도의 개편, 완전 의약분업제도의 실시, 의료시장의 개방화 등의 정책변수를 감안하여 의료기관의 경영계획에 참고해야 할 것이다.

아울러 환자권리 보장의 확산과 함께 소비자 보호운동의 방향 등에도 관심을 가져야 하고, 극한적 노사분규로 인한 의료공급자요인에 의한 환자의 억지 흐름은 지역사회 전 의료기관의 기능을 마비시킬 수 있기 때문에 미리 대비해야 할 것이다. 또한 응급실 환자의 흐름과 같이 미시적인 측면도 병원관리개선에 적용할 수 있어야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 김석범, 강복수; “대구시민 의료기관 이용율과 연관요인”, 예방의학회지. 1989;22(1):29~44
- 김수경, 김용익; “보건의료원이 설립된 군지역 주민의 의료이용양상변화 분석”, 보건행정학회지. 1992;2(1):147~166
- 김일순, 이용호, 유승흠, 서경, 김한중; “의료보험실시전과 후의 의료이용비교”, 대한보건협회지. 1980;6(1) : 31~38
- 명재일, 정영철; 의료전달체계 운영성과의 분석, 한국보건사회연구원, 1991
- 문옥륜, 김창엽; “동일질환에 대한 보험의료이용 경로분석”, 보건행정학회지. 1991;1(1) : 116~135
- 박경숙, 박능후; “농어촌 지역의료보험이 외래의료이용에 미친 효과 분석”, 사회보장연구. 1990;6:61~91
- 박하영, 신의철, 맹광호; “한도시 대학병원 자료를 이용한 입원환자의 의료서비스 이용량변이에 관한 연구”, 예방의학회지. 1990;23(4):451~464
- 배상수; “의료이용에 영향을 미치는 요인에 관한 연구”, 예방의학회지. 1985;18(1) : 13~24
- 배상수; “지역의료보험 실시에 따른 의료이용변화 분석”, 보건행정학회지. 1992;2(1) : 167~203
- 보건사회부; 보건사회 통계연보, 각년도
- 보건사회부; 보건사회, 1992
- 송건용, 김홍숙; 우리나라 의료요구 및 의료이용에 관한 조사연구보고, 한국인구보건연구원, 1982
- 송건용, 박연우; “의료보험이 의료이용양상과 의료균점에 준 효과 분석”, 인구보건논집. 1988;8(1) : 73~102
- 송건용, 박연우, 김영임; 우리나라 의료이용에 관한 조사연구, 한국인구보건연구원, 1988
- 유승흠, 이영호, 조우현, 홍영표, 진병원, 김상재; “우리나라 의료이용에 관한 연구”, 예방의학회지. 1986;19(1) : 137~145
- 유승흠, 조우현, 박종연, 이명근; “도시지역주민의 의료이용양상과 그 결정요인”, 예방의학회지. 1987;22(2) : 287~300

- 유승흡, 조우현, 손명세, 박종연; “지역의료보험가입자의 외래이용변화”, 예방의학회지. 1988;21(2) : 419~430
- 의료보험연합회; 의료보험통계연보, 각년도
- 이경수, 김창윤, 강복수; “의료전달체계실시 전후의 3차진료기관 외래환자 이용양상비교”, 예방의학회지. 1992;25(1) : 88~100
- 이진희, 고기호, 김용식, 이정애; “일부 농촌주민과 도시영세민의 상병과 의료이용에 관한 연구”, 예방의학회지. 1988;21(2) : 404~418
- 이현경, 장임원; “의료기술외적 병원서비스가 병원이용태도에 미치는 영향”, 예방의학회지. 1988;21(2) : 442~450
- 전기홍, 김한중; “의료보험 본인부담금 인상에 따른 외래 이용변화”, 예방의학회지. 1992;25(1) : 73~87
- 조우현, 김한중; “소규모 지역간 의료이용의 차이에 관한 문헌고찰”, 보건행정학회지. 1991;1(1) : 42~53
- 조우현, 김한중, 이선희; “의료기관 선택기준에 관한 연구”, 예방의학회지. 1992;25(1) : 53~63
- 최재준; “지역의료보험의 적용이 일부 농촌지역주민의 보건기관 이용에 미친 영향”, 예방의학회지. 1991;24(3) : 265~278
- 한국보건사회연구원; 1989년도 국민건강조사, 1990
- 한국보건사회연구원; 대진료권내 3차진료기관에 관한 연구, 1990
- 한국인구보건연구원; 도시지역 주민을 위한 의료보험 확대 방안 연구 기초조사 결과, 1987
- 한달선, 권순호, 권순원, 황성주; “춘천시민의 의료이용양상과 연관요인”, 한림대학 사회의학 연구소, 1986
- 한달선, 김병익, 이영조, 권순호; “보험환자의 의료이용 추구경로”, 보건행정학회지. 1992;2(1) : 115~146
- 한달선, 김병익, 이영조, 권순원; “의료공급체계의 구조에 대한 분석”, 의료보험관리공단, 1988, 쪽 1~3
- Andersen R., Newman F. ; “Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States”, Milbank Memorial Fund Quaterly.1973;51 : 92~124
- Jensen J.C. ; “Consumer Marketing in Health Services:Essential for Success”, Health Care Marketing Review.1988;1(1) : 21~26