

## 한방의료이용의 결정요인과 정책개선방안

변진석\*, 이선동\*, 김진현\*\*

\* 상지대학교 한의과대학, \*\* 인제대학교 보건행정학부

## Determinants of Utilization of Oriental Medical Services and Policy Implications

JinSuk., Byun\*, SunDong., Lee\*, JinHyun., Kim.\*\*

\* *Dept. of Oriental Preventive Medicine SangJi University*

\*\* *Dept. of Health Administration, InJae University*

### ABSTRACT

The purpose of this paper is to survey the current status of service utilization in oriental medicine, to identify the determinants of consumers' decision in the service utilization, and then suggest policy implications for promoting the consumers' utilization.

A multiple regression model was adopted to analyze the factors that influence consumer's decision in purchasing the oriental medical services. Data used in this research relied on National Survey Data conducted by Korea Institute of Health and Social Affairs, and sampling survey.

The results could be summarized as follows:

1. the number of visits to oriental medical institutions has shown an overall increase during the last decade since the inception of health insurance for oriental medical services. It still, however, revealed a relatively low figure to western medical services.
2. the main factors, after controlling demographic variables, that determine consumers' selection between oriental medical services and western medical services are considered to be price, belief in effectiveness of services, waiting time for service.

Implications for policy recommendation include

1. to reduce a barrier to service utilization by discounting dramatically the price of herb medicine, which is believed to be crucial in expanding market share,
2. to encourage consumer's belief in clinical effectiveness through a specialization in competitive services compared with western medicine,
3. to keep the affirmative image among consumers alive through an active participation of oriental medical doctors in community activities,
- 4 to change the health care system in favor of oriental medicine in the long run.

Key Words: utilization, medical services, demand, oriental medicine

## 1. 서론

### 1. 연구의 목적

전국의료보험제도의 실시 이후 지난 10여년간 경제성장에 따른 소득증가에 힘입어 의료서비스에 대한 수요가 전반적으로 크게 증가하였다. 특히 의료보험으로 가격장벽이 부분적으로 해소되면서 그 동안 약국중심으로 이루어져왔던 일차의료에 대한 수요가 일반 병의원으로 상당 부분 이동하였다. 이 과정에서 한방에 대한 수요는 상대적으로 지지부진한 증가를 보여왔다. 가계의료비 지출에서 한방의료비가 차지하는 비율은 오히려 전반적인 감소추세를 보여온 것이 사실이다. 이러한 현상은 의료이용률을 통해서도 확인할 수 있다. 1984년 한방의료서비스의 보험급여화를 위한 시범사업이 실시되었고, 1987년에는 한방의료의 보험급여화가 전국으로 확대 실시되기에 이르렀다. 그러나 한방의료에 대한 이용률은 전체 의료이용에 있어서 아직 4~5%에 지나지 않는 매우 낮은 수준에 머물러 있는 실정이다<sup>1)</sup>.

1970년대 이후 세계적으로 대체의학에 대한 관심이 고조되었다. 예컨대 미국은 대체의학 분야에 막대한 투자를 하고 있으며, 한방의료를 그 하나로 인식하고 있다. 그런데 한국에서는 오히려 대체의료로서의 한방의 장점을 활용하지 못하고 있다. 이처럼 한방의료의 낮은 이용률은 곧 양방에 대한 대체의료로서의 한방의 기능이 충분히 작용하지 못함을 의미하며 결과적으로 비용효과적인 의료제도의 발전에 장애요소가 되고 있다. 그리고 이것은 장차 한방의료의 위기로까지 이어질 수 있다는 점에서 문제의 심각성이 있다고 할 수 있다.

이와 같은 문제인식하에 본 연구에서는 현재 우리나라 한방의료의 이용 현황을 살펴보고, 한방의료의 이용을 결정하는 요인에 대한 실증분석을 통해 한방의료이용을 제고하기 시키기 위한 정책적 시사점을 모색해보고자 한다. 한방의료의 이용에 영향을 미치는 요인을 찾아내는 연구는, 한방의료 이용을 촉진시키기 위한 정책 개선 방안을 모색하는 첫 걸음이 될 것이다.

### 2. 연구의 방법

본 연구의 주요 방법으로는 소비자가 한방의료를 이용하는 과정을 설명하는 이론적 접근과 표본조사자료에 근거하여 실증분석을 통해 실제의 결정요인을 분석하는 통계적 방법을 병행하였다.

이론적 접근에서는 의료서비스의 이용을 설명하는 모형으로서 흔히 인용되고 있는 Anderson의 건강신념모형(Health Belief Model)을 일차적으로 검토하고, 다음으로 Anderson 모형보다 이론적으로 더 정교하고 실제적으로도 활용도가 높은 수요공급모형을 검토한다.

보건학 분야의 연구에서 지금까지 비교적 많이 활용되어온 Anderson 모형은 나름대로 장점도 적지 않으나, 개념적으로 보면 소비자가 의료서비스를 이용하게 되는 일련의 과정에서 영향을 미치는 요인들과의 인과구조가 정확하게 설정되어 있지 못한 단점이 있다. 따라서 본 연구에서는 수요공급모형을 주된 이론모형으로 선택한다.

실증분석단계에서는 위의 이론모형에 근거하여 종속변수로서 한방의료기관의 이용률을 선정하고, 독립변수로서는 인구 요인, 경제적 요인, 사회문화적 요인, 의료자원 요인 등을 선정하여

회귀분석모형을 이용하였다.

본 연구의 분석절차는 우선 제2장에서 한방의료의 이용을 결정하는 요인에 대한 개념적 토대를 제시하고, 제3장에서는 문헌조사자료에 근거하여 한방의료의 이용 실태를 살펴본다. 제4장에서는 한방의료 이용의 결정요인을 분석하기 위한 모형을 설정한 다음 표본조사자료를 이용하여 실증분석을 수행한다. 마지막으로 제5장에서는 본고에서 분석한 주요 내용을 요약하고 정책적 시사점을 제시함으로써 결론을 맺는다.

### 3. 자료

본 연구의 수행에 필요한 자료는 일차적으로 기존문헌에서 조사된 자료를 이용하였으며, 실증분석에서는 표본조사자료를 이용하였다. 기존자료는 국가기관에서 전국을 대상으로 조사한 자료이므로 대표성이 유지되는 장점이 있다. 그런데 이들 자료를 통해서만 집계치의 평균만을 얻을 수 있으며, 통계분석에 필요한 개별자료를 구하기가 매우 어렵다. 따라서 실증분석단계에 필요한 개별 조사자료는 표본조사에 의존하였다.

#### 1) 국민건강조사 자료

한방의료의 수요 및 의료비 실태에 대한 전국 수준의 자료는 한국보건사회연구원의 국민건강조사 자료를 이용하였다. 한국보건사회연구원에서는 정기적으로 전국을 대상으로 국민건강조사를 실시하는 바, 본 연구에 사용한 자료는 1995년도 국민건강조사자료이며, 전체 사례수는 6,791가구 22,450명이다.

#### 2) 통계청 자료

한방의료의 이용 실태와 관련하여 통계청의 1996년도 가구소비실태조사 자료 및 1998년도 도시가계조사 자료를 이용하였다. 특히, 이 자료는 전체 의료이용자중 한방의료 이용이 차지하는 비율에 관한 자료가 포함되어 있고, 전체 보건의료 지출액 중 한방의료비가 차지하는 비율도 포함되어 있다.

<Table 1-1> Data Sources

연구 내용	자료
총의료이용량 중 한방이용량 비율	보건사회연구원 국민건강조사 자료
총의료비 중 한방의료비 비율	통계청 자료
인력 및 시설, 제도 및 법적인 현황	기존 문헌
한방의료 이용에 있어서 공급자의 영향	한의원 대상 설문조사
한방의료 이용실태 전국민 표본조사	보건사회연구원 국민건강조사 자료
한방의료 이용실태 조사	설문조사

자료: 한국보건사회연구원, 국민건강조사, 1995.

### 3) 본 연구의 표본조사 자료

전국의 한방의료기관 및 시군지역 주민을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 조사방법은 한의원에 대해서는 우편설문조사에 의하고, 지역주민에 대해서는 면접조사원에 의해 직접 방문 조사를 하였다.

조사기간은 1999년 3월 10일부터 4월 9일까지 1개월간이었으며, 설문지 12,692부를 배포하였으며, 그 가운데 조사완료된 설문지는 670부로서 5.3%의 회수율을 보였다.

## 4. 연구의 한계

본 연구는 다음과 같은 한계를 가진다. 첫째, 표본선정 및 표본의 크기로 인한 한계가 있다.

둘째, 표본선정 및 표본의 크기로 인한 한계가 있다. 한의원 이용에 대한 설문조사의 경우 전국을 대상으로 하였지만 표본수가 크지 않아 국민 전체를 대표하는 데에는 무리가 있다.

셋째, 설문조사 방법상의 문제로 한의사의 경우 우편설문에 의한 자기기입방식을 사용하였으므로 내원환자수 같은 부분은 실제보다 과소추정되었을 가능성이 크다.

따라서, 본 사례연구 조사 자료로는 한방의료비 및 한방의료 이용량 추계를 하는데 무리가 있어, 이러한 한계를 보완하기 위해 통계청 DB 및 한국보건사회연구원의 자료를 이용하였다.

## II. 의료이용의 개념적 구조

### 1. 의료이용에 관한 기존 모형

의료이용이란 다양한 결정요인들의 복잡한 상호 작용에 의해 나타나는 역동적 과정이다. 따라서 의료이용을 하나의 요인을 이용하여 설명하려는 것은 마치 장님이 코끼리 다리를 만지고 나서 코끼리를 보았다고 하는 것과 마찬가지이다. 이에 지난 30여년간 보건의료전문가들은 의료이용에 영향을 미치는 다양한 요인들을 동시에 설명할 수 있는 모형을 개발하는 데 전력을 기울여 왔다. 지금까지 개발된 의료이용 행태에 관한 연구 모형 중 그 사용 용도가 다양하면서도 이론적으로 잘 정립되어 있는 모형 두 가지를 검토해보고, 제2절에서는 기존의 모형을 보완한 새로운 모형을 제시하고자 한다.

#### 1) Suchman 모형

Suchman에 의하면 사람들은 상호 연관된 5단계를 거치며 의료를 이용한다고 하였다.

첫단계는 증상경험 단계이다. 자신에게 나타난 통증이나 장애를 통하여 신체에 이상이 있음을 인지하게 되면, 사람들은 증상이 신체 기능에 미치는 영향을 평가하고, 불안이나 공포와 같은 감정적 반응을 나타내게 된다. 반응의 크기에 따라 사람들은 자가치료를 통하여 증상을 해소시키려고 할 수도 있다.

다음 단계로 사람들은 환자역할을 취하기 시작한다. 자신이 취하는 환자역할을 일시적으로 정당화하고, 치료방침을 결정하기 위하여 소위 비전문가 의뢰체계가 이루어지는 것도 이 단계이다.

세번째 단계에서 환자는 환자역할을 합법화하고, 적절한 치료법에 대해 상의하기 위해 보건 의료 제공자의 도움을 구하게 된다. 앞서 단계에서와 마찬가지로 환자들은 의사의 권고에 따르지 않고 다른 의료제공자를 찾아다닐 수도 있다.

네번째 단계는 의사의 치료를 받으며 수동적인 환자의 역할을 취하는 단계로서, 다양한 요인들이 치료 순응도에 영향을 미치게 된다. 마지막 단계는 회복 또는 재활의 시기로서 환자는 정상적인 역할로 돌아가거나 만성 질환자의 역할을 취하게 된다.

Suchman에 의하면 사회, 문화적 요소가 환자의 의료이용 단계에 영향을 미친다. 현대의료에 대해 매우 편협한 태도를 가지거나 전통의 영향을 크게 받는 사람들은 증상의 심각성을 늦게 인지하거나, 자가치료 기간이 길고, 조언을 가족이나 친구에게서 구하는 경향이 있으며, 현대의학에 대해 회의적으로 반응할 가능성이 높다.

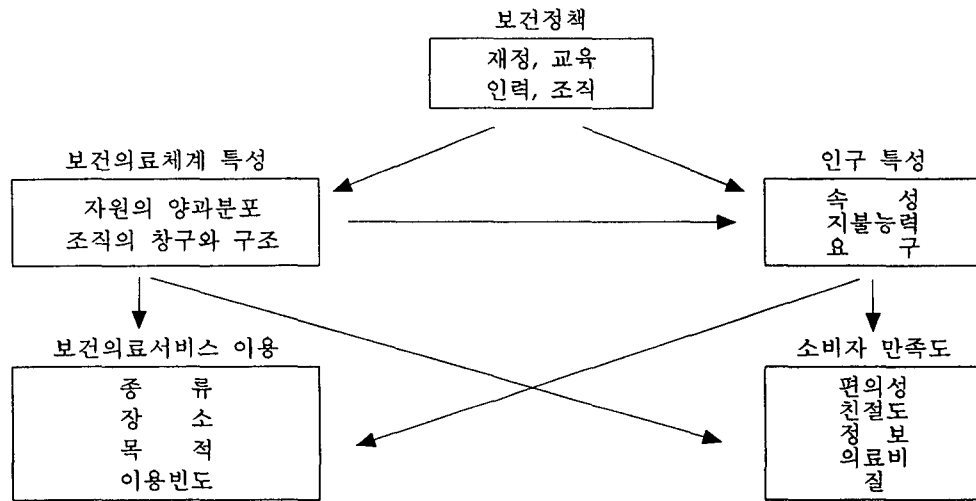


Figure 2-1. Andersen Model

2) Andersen 모형

Andersen이 의료이용을 체계적으로 설명하기 위하여 보건의료서비스 이용에 관한 행태모형을 제시한 후, 이 모형은 지속적으로 개발됨과 동시에 의료이용을 설명하고자 하는 많은 연구를 통하여 검증은 받아왔다3).

Aday와 Andersen이 초기의 모형을 확장한 연구모형은 그림에서 보는 바와 같다. 동 모형은 우리나라에서도 널리 사용된 바 있으므로 연구시 참조하여야 할 몇 가지 사항을 제외하고는 모형의 구성요소와 변수들에 대한 구체적인 언급은 생략하고자 한다. Aday와 Andersen의 연구모형은 보건정책을 보건의료서비스에 대한 투입요소로 나타내고 있으며, 산출물을 의료이용의 종류, 장소, 목적 등에 따라 분류하는 것이 바람직하다는 것을 보여준다. 뿐만 아니라 의료이용 연구에서 결과변수로 환자의 만족도를 같이 고려해야 함을 보여준다. Andersen의 연구모형을 통한 결과는 장애요인의 성격에 따라 의료이용이 형평을 이루고 있는지, 아닌지를 판단하는 데 도움을 준다. 또한 Andersen의 연구모형에서 사용되는 변수들은 변경가능한 (mutable) 변수와 변경불가능한 변수(immutable)로 구분된다. 따라서 의료이용의 형평성을 달성하기 위한 정책분야와 성공가능성을 예측해준다. Andersen 모형은 많은 장점을 가지고 있음에도 불구하고, 결점 역시 상당하다. Andersen 모형에 의거한 연구들은 의료이용의 설명력이 낮으

며, 사회심리학적 변수들의 중요성을 사장한 채 의료필요변수(즉, 질병) 이외에는 의료이용의 차이를 설명하는 변수를 거의 찾지 못한다는 비판이 있다. 이는 모형에서 사용되는 변수들의 정밀성이 부족하기 때문에 나타나는 현상이다. 예를 들어 의료보장도 단순히 의료보장의 적용을 받고 있는가 만을 조사해서는 그 의미가 반감되며, 급여의 범위나 본인부담의 정도 등을 동시에 고려하여야만 중요성이 부각된다. 그러나 사용되는 변수가 너무 많고 분석의 수준도 상이하므로 모형을 완전히 만족시킬 수 있는 자료를 구할 수는 없다<sup>4)</sup>.

또한 Andersen 모형은 건강행태를 명확히 설명하지 못하며, 많은 설명변수가 교란효과를 가지고 있다<sup>5)</sup>. 예를 들어 요구변수인 질병은 질병 자체만이 아니라 환자의 인지나 근심 등에 크게 좌우된다. 그 결과 대규모 다변량 분석에서는 질병이 중요한 요인으로 선정된다 할지라도, 실제로는 질병행태 때문일 수 있다.

### 3) Janssen 모형

의료기관까지의 거리가 의료이용에 미치는 영향을 조사하면서 Janssen은 의료이용을 의사가 주도하는 서비스와 환자가 주도하는 서비스로 구분하였는데, 시간 또는 시간비용은 환자가 주도하는 의료서비스에는 부정적인 영향을 미치지만 의사가 주도하는 서비스에는 그 영향이 크지 않다는 사실을 발견할 수 있었다<sup>6)</sup>. 이러한 연구는 의료이용을 환자에 의한 의료이용과 의사에 의한 의료이용을 구분하는 것이 바람직하다는 주장을 뒷받침한다<sup>7)</sup>.

의사가 환자의 대리인으로 역할하는 의료분야에서는 모든 의료이용의 결정요인이 동일하다고 볼 수는 없다. 예방적 서비스나 초진과 같이 환자가 주도하는 서비스의 이용에는 재정적, 지역적, 문화적 요인들이나 의료조직과 관련된 변수들의 큰 영향을 미치지만, 재진과 같은 추구관리는 의사가 주도하므로 의사의 이윤동기, 개인적 특성, 교육, 진료비지불제도와 같은 요인들이 더 큰 영향을 미치기 때문이다. 이상의 개념을 도식화하면 <그림 2-2>와 같다<sup>8)</sup>.

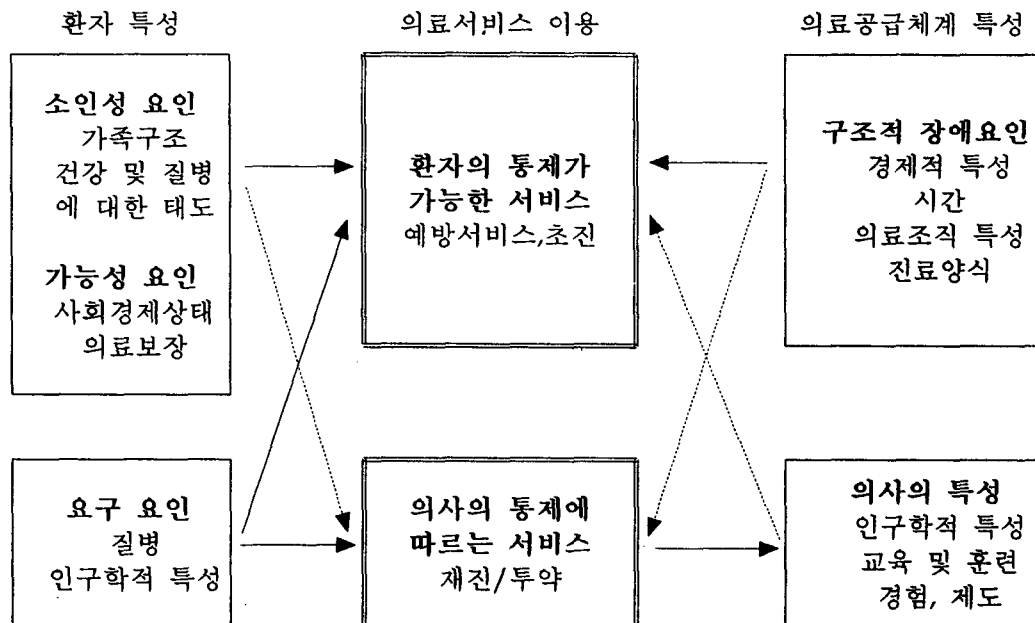


Figure 2-2. Janssen Model

#### 4) 비판적 검토

각 모형의 장단점에 대해서는 이미 소개가 되었으므로 생략하기로 한다. 다만 의료이용 행태를 설명하기 위해서는 모형에서 사용되는 변수가 소수에 국한되어서는 안되며, 모형 자체가 인간 동기에 대한 폭넓은 이해에 기반하고 있어 변수들의 의미에 대한 명확한 설명이 가능하여야 하며, 다양한 행태의 연구에 두루 사용될 수 있는 것이 바람직하다. 그러나 지금까지 개발된 모든 모형 중 상기요건을 완전히 만족시키는 모형은 없다. 또한 동일 자료를 이용하여 각 모형의 적합성을 평가한 자료도 매우 드물다.

모형의 고찰에서도 보았듯이 많은 모형들이 완전히 동일한 것이 아니나 상당부분 공통성을 지니고 있는 것도 사실이다. 따라서 모형의 비교를 위한 연구가 중점적으로 전개될 필요가 있다.

## 2. 수요-공급모형

앞에서 논의한 바와 같이 기존 모형은 많은 문제점을 지니고 있다. 이러한 단점을 보완한 모형으로서 수요-공급모형이 있다<sup>9)</sup>. 이 모형을 이해하기 위해서는 먼저 몇 가지 개념을 이해할 필요가 있다.

### 1) 의료수요, 의료욕구, 의료요구

의료수요와 의료요구(need)는 어떻게 다르며, 의료욕구(want)는 이 두 개념과 어떤 관련을 맺고 있는가? 우선 의료욕구는 소비자가 신체적 이상을 느끼면서 의료서비스에 대한 소비의 필요성을 갖게 될 때 만들어지는 순수한 신체적 반응에 해당한다. 이에 반하여 의료요구는 현존하는 의료지식에 근거하여 의사, 간호사, 한의사, 약사와 같은 전문의료인이 판단하기에 소비자가 의료서비스를 이용할 필요가 있다고 할 때 성립되며, 이것은 소비자의 주관보다 전문의료인의 판단에 의존한다.

의료요구와 의료욕구간의 관계를 그림으로 나타내면 <그림 2-3>과 같다. <그림 2-3>에서 의료요구(B+C)와 의료욕구(A+B)는 상당부분 일치하나 동일하지는 않은 것으로 나타난다. 예를 들어 예방접종 같은 예방보건서비스는 요구되지만 욕구되지는 않으며(C부분), 일반 감기치료는 반대로 소비자에 대한 욕구는 있지만 요구되지는 않기 때문이다(A부분). 그러나 대부분의 경우 의료요구와 의료욕구는 일치된다(B부분).

신체적 이상이나 혹은 기대되는 이상상태를 사전에 예방하는 데에서 비롯되는 의료욕구나 의료요구의 전부가 의료수요로 되는 것은 물론 아니다<sup>10)</sup>. 두통의 정도가 똑같은 세 사람이 있을 때 각자가 두통을 해결하는 방법이 모두 다를 수 있듯이, 나이, 직업, 교육 정도, 소득수준, 의료가격, 성별, 종족 등 여러 사회경제적 요인들은 의료요구나 의료욕구가 의료수요로 전환하는 데 결정적인 역할을 한다. 예를 들어 어떤 의료욕구는 해당 개인이 처한 여건에 따라 의료수요가 될 수도 있고 안될 수도 있으며, 일단 수요가 된다 하더라도 사회경제적 요인에 따라 병원 수요, 한의원 수요, 약국 수요, 보건소 수요 등 각기 다른 형태의 수요가 된다.

일단 형성된 의료수요는 의료공급과 만나 마침내 의료이용으로 나타난다. 그런데 소비자 무지와 같은 의료서비스의 특성 때문에 공급자가 의료수요에 영향을 미칠 수가 있으며(<그림 2-3>의 점선 부분), 만일 공급자가 수입을 증가시킬 목적으로 필요 이상으로 의료서비스를 소비자로 하여금 수요하게 한다면 수요는 의료요구나 의료욕구보다 훨씬 더 클 수도 있다. 따라서 요구나 욕구가 수요를 포함한다든지 혹은 그 반대로 수요가 요구나 욕구를 포함한다고 일률적으로 얘기하기는 어렵다.

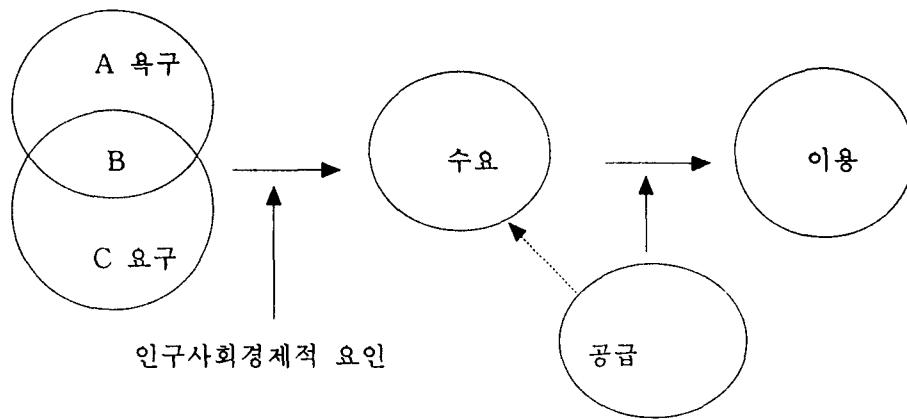


Figure 2-3. Want, Need, and Demand for Medical Services

<그림 2-3>에서 알 수 있는 것은 의료요구나 의료욕구보다는 제반 사회경제적 요인이 고려된 의료수요를 분석대상으로 하는 것이 의료시장이나 의료산업에 대한 정확한 진단 및 장래예측을 하는 데 더 유용하다는 것이다. 예를 들어 <그림 2-3>에 나타난 바와 같이 정부가 보건 의료부문에 대한 공공투자를 의료요구에만 기준하여 시행할 때 자칫 과잉투자나 과소 투자와 같은 자원낭비를 초래하기 쉬운 반면 의료수요에 근거한 투자액 결정은 자원낭비의 가능성을 훨씬 줄일 수 있다.

## 2) 의료수요의 결정요인

의료수요는 건강에 대한 수요에서 파생된 파생수요(induced demand)이다. 즉, 좋은 건강을 유지하기 위해 보건의료 서비스를 수요한다. 의료서비스를 통하여 건강을 추구하게 되지만 건강에 영향을 미치는 요인과 의료 서비스에 영향을 미치는 요인을 약간의 차이를 갖는다.

여기에서는 의료서비스의 수요에 영향을 미치는 요인을 우선 파악해 보고자 한다. 이들 요인은 사회·문화·인구적 요인, 경제적 요인, 그리고 기타 요인의 네 가지로 크게 나누어지며 크게 각각은 다음과 같다.

### (1)인구 요인

인구요인은 의료욕구를 대변하는 요인으로서 한 개인의 입장에서 보았을 때 그 개인의 건강상태와 연관을 갖는다. 의료수요 결정요인으로서의 인구 요인은 여러 가지가 있겠으나 보편적으로 언급되는 두 가지는 연령과 성별이다. 흔히 연령이 높을수록 건강상태가 좋지 않을 것으로 예상되기 때문에 연령이 높아짐에 따라 의료수요가 높아진다고 생각할 수 있다<sup>11)</sup>. 우리나라 상병조사에 나타난 질병양상에서 남녀의 차이를 보면 남자에서는 만성기관지염, 기종, 천식을 포함하는 호흡기질환이나 감염성 피부염 등이 여자보다 많다. 반면 여자에게는 빈혈증, 고혈압, 정신신경성 질환, 자궁염을 포함하는 비뇨생식계 질환이 남자보다 많다<sup>12)</sup>. 외국의 경우도 심혈관계질환, 골다공증, 갑상선질환과 같은 면역병이나 정신질환, 그리고 알츠하이머병 등은 남자보다 여자에게서 많이 발생하는 것으로 보고되고 있다<sup>13)</sup>.

여자의 유병률이 높은 것은 첫째, 여자가 남자보다 고통에 취약하여 사소한 불편에도 의료기관을 찾는 경향이 있고, 둘째, 여자의 경우 임신과 출산으로 인한 의료이용이 많다는 점, 셋째는 개발도상국이나 남존여비 사상이 남아 있는 곳에서는 의료이용 우선순위에서 남자가 여자보다 앞설 것이라는 점이 작용한 듯하다.



### (2)사회·문화적 요인

결혼상태별 사망률도 대체로 이혼의 경우가 가장 높고, 그 다음은 미혼, 사별, 배우자가 있는 경우의 순서로 나타난다. 이혼이 가장 높은 이유는 이혼으로 인한 정신적 충격과 그 후유증이 심각하기 때문인 것으로 보인다. 그리고 미혼이 상대적으로 높은 것은 타고난 건강이 좋지 않거나 질병을 앓고 있는 사람은 결혼을 하지 않고 독신으로 살아가는 경향이 강하기 때문으로 보인다. 최근 들어 인구조절의 필요성이 대두되면서 가족구성 형태가 건강 및 질병 양상에 미치는 영향에 관한 연구결과가 나오고 있다. 대체로 형제수가 적을수록 영향 및 발육상태가 양호하고 모성의 연령이 20세 이후인 경우는 연령이 적을수록 아이들의 발육이 좋게 나타나 의료수요가 줄어든다. 교육수준의 의료수요에 미치는 영향은 단정적으로 말하기 어렵다. 우선 교육수준이 높을수록 건강에 대한 의료의 영향을 잘 알기 때문에 건강상실을 예방하기 위해 의료서비스를 찾을 것이다. 예를 들어 학력이 높을수록 정기적인 치아검진을 위해 치과병원을 더욱 많이 방문할 것이다<sup>14)</sup>. 반면에 학력이 높을수록 소득이 높다면 건강상실에 따르는 손실이 크기 때문에 가정에서의 건강생활에 더욱 적극적이 되어 의료시장에서의 수요는 줄어들 것이다.

### (3)경제적 요인

대부분의 경우 소득이 증가함에 따라 의료서비스에 대한 소비도 증가한다. 또한 가격이 하락하면 수요가 증가한다는 사실은 의료에도 적용될 수 있다. 한의사단체가 한방 첩약에 대한 의료보험 실시를 요구하는 것도 이와 같은 맥락에서 이해될 수 있다<sup>15)</sup>.

소비자가 의료이용에서 단순히 화폐가격에만 의존하는 것은 아니다. 의료를 이용하는 데 소요되는 교통시간이나 병원에서의 대기시간과 같은 시간가격까지 고려한다. 예를 들어 화폐가격이 1만원이고 시간가격이 2만원일 때 총가격은 3만원이다. 총가격에서 시간가격의 비중이 클수록 의료수요의 화폐가격 탄력성은 작아지고 시간가격 탄력성은 높아진다<sup>16)</sup>. 특정 서비스에 대한 소비는 그 서비스를 제외한 다른 관련 서비스들의 가격에 의해서도 영향을 받는다. 보건의료분야에서는 양방과 한방이 일정 분야에서는 대체관계에 있다고 볼 수 있다<sup>17)</sup>. 따라서 한방에 대한 수요는 이와 대체 관계에 있는 양방의 가격에 영향을 받는다. 특히 첩약의 경우에는 약국에서 판매하는 한약과 매우 높은 대체관계에 있으므로 상호 큰 영향을 미치게 된다<sup>18)</sup>.

### 3)공급요인

보건의료분야에는 소비자 무지(consumer ignorance)가 존재하기 때문에 의료수요의 결정에서 공급자에 의한 유인수요(induced demand) 역시 그 비중이 적지 않다. 물론 유인수요에는 긍정적인 것도 있고 부정적인 것도 있을 수 있으나 어떤 형태로든 공급자의 의지가 의료수요에 영향을 미친다는 점은 여러 연구에서 뒷받침되고 있다<sup>19)</sup>.

## III. 한방의료의 이용 현황

### 1. 한방의료 이용량

한방의료의 이용형태는 주로 외래이용이라고 할 수 있으며, 외래이용을 중심으로 의료이용량을 추정하는 것이 방법상 용이하기 때문에 여기서는 외래이용을 중심으로 한방의료의 이용

량을 추정하였다.

1) 2주간 외래 이용

한방의료 이용량은 특정기간 동안(2주간) 병의원, 치과병원, 한방병원, 보건기관, 약국(방) 등을 방문한 총회수 중에서 한방병원(한약방 포함)의 방문회수 비율로 정의하였다. 그리고 2주간 외래이용량을 의료기관별 이용자(1회 이용자, person base)와 방문빈도(visit base)로 나누어 제시하였다<sup>20)</sup>.

(1)사회인구학적 특성에 따른 외래 이용

외래이용 실태를 응답자의 사회인구학적 특성별로 비교해 보면, <표 3-1> 및 <표 3-2>와 같다. 먼저 지역별로 구분하여 보면 한방 외래 이용은 도시와 농촌간 차이가 없었다. 그러나 치과의 경우에는 도시가 농촌보다 이용비율이 더 많았으며, 약국의 경우도 도시가 농촌보다 이용비율이 더 많았다. 그러나 보건기관의 경우에는 도시보다 농촌이 이용비율이 더 높았다.

성별 이용비율을 보면 한방의 경우 남자보다 여자가 한방의료기관 외래 이용이 더 많았다. 병원, 의원, 치과의 외래 이용은 여자보다 남자의 비율이 더 높았으나 약국과 보건기관은 여자 이용자 비율이 더 높았다.

연령별로 외래 이용을 살펴보면 0-9세의 경우 의원 이용이 가장 많았으며 10-59세 사이는 약국의 이용이 가장 많았다. 60세 이상에서는 의원의 이용비율이 가장 많았다. 연령구분별 의료기관 이용 비율에서는 한방의료기관이 낮지만, 한방의료기관내에서 연령별 이용비율을 비교하였을 경우 40-69세 사이의 연령층이 많이 이용하는 것을 알 수 있다. 즉, 한방의료기관의 경우 연령이 증가함에 따라 이용 비율이 증가함을 알 수 있다(표 3-1).

<Table3-1> Two-Week Utilization by Region · Gender · Age

(Unit : person, %)

구분	병원	의원	한방	치과	약국	보건기관	계
<b>지역</b>							
도시	478(12.3)	1,375(35.2)	107(4.3)	242(6.2)	1,593(40.8)	45(1.2)	3,902(100.0)
농촌	346(14.1)	901(36.6)	107(4.4)	108(4.4)	586(23.8)	412(16.8)	2,459(100.0)
<b>성별</b>							
남자	356(13.5)	935(35.5)	95(3.6)	181(6.9)	894(34.0)	170(6.5)	2,631(100.0)
여자	468(12.5)	1,341(36.0)	181(4.9)	169(4.5)	1,284(34.4)	287(7.7)	3,730(100.0)
<b>연령</b>							
0-4세	81(11.1)	457(62.8)	9(1.2)	29(4.0)	115(15.8)	37(5.1)	728(100.0)
5-9세	30(6.8)	186(41.9)	3(0.7)	54(12.2)	145(32.7)	26(5.9)	444(100.0)
10-19세	54(9.4)	175(30.5)	6(1.0)	66(11.5)	240(41.9)	32(5.6)	573(100.0)
20-29세	80(12.8)	202(32.3)	24(3.8)	42(6.7)	268(42.8)	10(1.6)	626(100.0)
30-39세	109(12.1)	250(27.7)	31(3.4)	52(5.8)	415(46.1)	44(4.9)	901(100.0)
40-49세	117(13.4)	263(30.1)	52(6.0)	38(4.4)	366(41.9)	37(4.2)	873(100.0)
50-59세	138(14.6)	307(32.5)	70(7.4)	44(4.7)	316(33.4)	71(7.5)	946(100.0)
60-69세	131(16.8)	257(32.9)	57(7.3)	19(2.4)	196(25.1)	120(15.4)	780(100.0)
70세 이상	84(17.1)	179(36.5)	24(4.9)	6(1.2)	117(23.9)	80(16.3)	490(100.0)
계	824(13.0)	2276(35.8)	276(4.3)	350(5.5)	2178(34.2)	457(7.2)	6,361(100.0)

교육수준별로 보면, 무학과 중졸인 경우가 한방의료기관을 많이 이용하였다<sup>21)</sup>. 의료보장별 의료기관 이용을 살펴보면 공교, 직장, 의료보호의 경우 의원을 가장 많이 이용하였으며, 지역 의료보험과 무보험의 경우는 약국을 가장 많이 이용하였다.

가구소득별로 의료기관 이용비율을 보면 한방의료기관의 경우 100만원 이하인 집단과 201만원 이상의 집단에서 한방의료기관 이용이 높았다. 특히 100만원 이하인 집단이 한방의료기관을 많이 이용하였다(표 3-2).

<Table 3-2> Two-Week Utilization by Education · Income

(Unit: person, %)

구분	병원	의원	한방	치과	약국	보건기관	계
<b>교육수준</b>							
미취학	93(10.5)	524(59.3)	10(1.1)	44(5.0)	171(19.3)	42(4.8)	884(100.0)
무학	134(13.7)	360(36.8)	53(5.4)	19(1.9)	244(25.0)	167(17.1)	977(100.0)
국졸	212(13.5)	528(33.7)	74(4.7)	95(6.1)	514(32.8)	146(9.3)	1,569(100.0)
중졸	107(12.0)	260(29.2)	51(5.7)	43(4.8)	380(42.7)	48(5.4)	889(100.0)
고졸	191(13.5)	418(29.4)	58(4.1)	94(6.6)	615(43.3)	44(3.1)	1,420(100.0)
대졸	86(13.9)	186(30.1)	29(4.7)	55(8.9)	252(40.8)	10(1.6)	618(100.0)
모름	1(25.0)	-	1(25.0)	-	2(50.0)	-	4(100.0)
<b>가구소득</b>							
50만원 이하	169(14.5)	401(34.5)	57(4.9)	22(1.9)	314(27.0)	201(17.3)	1,164(100.0)
51-100만원	215(13.0)	573(34.6)	82(4.9)	84(5.1)	577(34.8)	127(7.7)	1,658(100.0)
101-150만원	192(12.3)	582(37.3)	51(3.3)	105(6.7)	555(35.5)	77(4.9)	1,562(100.0)
151-200만원	131(12.7)	376(36.4)	38(3.7)	74(7.2)	380(36.8)	34(3.3)	1,033(100.0)
201-250만원	45(11.7)	138(36.0)	18(4.7)	24(6.3)	144(37.6)	14(3.7)	383(100.0)
251만원 이상	61(12.2)	183(36.7)	23(4.6)	39(7.8)	191(38.3)	2(0.4)	499(100.0)
모름	11(17.7)	23(37.1)	7(11.3)	2(3.2)	17(27.4)	2(3.2)	62(100.0)
계	824(13.0)	2276(35.8)	276(4.3)	350(5.5)	2178(34.2)	457(7.2)	6,361(100.0)

(2)질병에 따른 외래 이용

의료기관별 질병종류에 따른 2주간 외래이용을 보면 <표 3-3>과 같다. 전체적으로는 호흡기계질환이 32.0%로 가장 많으며 소화기계질환(위염, 위궤양, 간염 등)은 21.5%, 근골격계 및 결합조직의 질환(관절염, 디스크 등)은 14.7%, 신경계 및 감각기 질환(만성중이염, 눈병, 궂병 등)은 6.7%였다.

한방은 근골격계 및 결합조직(54.0%), 손상 및 중독(10.7%), 순환기계질환(10.3%), 소화기계질환(6.5%), 신경계 및 감각기 질환(6.1%)의 순으로 나타났다.

(3)의료기관의 선택동기

의료기관별 선택동기를 살펴보면 <표 3-3>과 같다. 전체적으로 볼 때, 거리 인접(44.6%), 혼자 선택(36.3%), 친지 권유(15.1%)의 순서로 나타났으며, 이 세 가지가 전체의 약 96%를 차지하고 있다.

다른 의료기관의 이용자는 자의에 의해 의료기관을 선택하는 경우가 가장 많은 반면, 한방

의료기관은 친지 권유가 40.9%로 가장 많은 비중은 차지하였다<sup>22)</sup>.

<Table 3-3> Utilization by Disease Classification

(단위 : %)

구분	병원	의원	한방	치과	약국	보건기관	계
감염성 및 기생충성 질환	8(1.1)	28(1.3)	-	-	5(0.8)	10(2.5)	51(0.9)
신생물	15(2.1)	7(0.3)	-	-	6(0.3)	1(0.2)	29(0.5)
내분비, 영양 및 대사질환과 면역장애	54(7.5)	54(2.5)	5(1.9)	-	12(0.6)	10(2.5)	135(2.3)
정신장애	24(3.3)	27(1.3)	3(1.1)	-	5(0.2)	3(0.7)	62(1.1)
신경계 및 감각기 질환	42(5.8)	218(10.2)	16(6.1)	2(0.7)	103(5.1)	8(2.0)	389(6.7)
순환기계질환	100(13.9)	101(4.7)	27(10.3)	-	57(2.8)	54(13.2)	339(5.8)
호흡기계질환	109(15.2)	753(35.2)	14(5.4)	-	884(43.8)	112(27.5)	1,872(32.0)
소화기계질환	138(19.2)	304(14.2)	17(6.5)	294(98.3)	429(21.3)	74(18.1)	1,256(21.5)
피부 및 피하조직의 질환	29(4.0)	165(7.7)	1(0.4)	-	117(5.8)	19(4.7)	645(5.7)
근골격계 및 결합조직의 질환	94(12.1)	278(13.0)	141(54.0)	-	255(12.6)	93(22.8)	861(14.7)
비뇨생식기계 질환	37(5.1)	41(1.9)	3(1.1)	-	36(1.8)	2(0.5)	119(2.0)
증상, 징후 및 불명확한 병태	5(0.7)	31(1.4)	5(1.9)	-	35(1.7)	2(0.5)	78(1.3)
손상 및 중독	59(8.2)	122(5.7)	28(10.7)	3(1.0)	68(3.4)	19(4.7)	299(5.1)
미분류	5(0.7)	13(0.6)	1(0.4)	-	6(0.3)	1(0.2)	26(0.4)
계	719(100)	2,142(100)	261(100)	299(100)	2,018(100)	408(100)	5,847(100)

<Table 3-3> Determinants of Choice for Medical Institutions

(Unit: %)

선택경로	병원	의원	한방	치과	약국	보건기관	계
거리인접	129(15.7)	771(33.9)	58(21.0)	163(46.6)	1,501(68.9)	214(44.6)	2,836(44.6)
혼자선택	355(43.1)	1,028(45.2)	104(37.7)	119(34.0)	502(23.0)	202(44.2)	2,310(36.3)
친지권유	162(19.7)	424(18.6)	113(40.9)	64(18.3)	166(7.6)	29(6.3)	958(15.1)
진료의뢰서발급	9(1.1)	1(0.0)	-	-	-	1(0.2)	11(0.2)
타진료기관 권유	100(12.1)	21(0.9)	1(0.4)	-	-	8(1.8)	130(2.0)
응급	32(3.9)	14(0.6)	-	-	-	-	46(0.7)
지정병원	31(3.8)	14(0.6)	-	3(0.9)	-	-	48(0.8)
모름	6(0.7)	3(0.1)	-	1(0.3)	9(0.4)	3(0.7)	22(100.0)
계	824(100.0)	2,276(100.0)	276(100.0)	350(100.0)	2,178(100.0)	457(100.0)	6,361(100.0)

2) 연간 외래 이용

한방의료기관의 연간 외래이용 실태를 살펴보면 <표 3-4> 및 <표 3-5>와 같다. 먼저 지역별로 구분하여 보면, 한방병원의 경우 농촌(16.2%)보다 도시(18.0%)에서 이용자가 더 많았고, 병원의 경우에는 농촌이 이용자가 더 많았다. 성별로 보면 한방병원의 경우 남자가 15.7%, 여자가 18.6%로 여자가 남자보다 많았으며, 병원과 치과의 경우는 남자가 여자보다 이용이 더 많았다. 연령별로 보면 한방병원을 가장 많이 이용하는 연령층은 40-49세(24.1%)이고, 그 다음으로는 60-69세(23%), 50-59세(23.3%)로 연령이 높을수록 한방병원을 많이 이용하고 있음을 알 수 있다(표 3-4). 한편, 교육수준에 따른 연간 의료기관별 의료이용자 분포를 보면 한방병원의 경우 무학이 23.0%로 가장 많았으며, 그 다음으로는 고졸(18.6%), 중졸(18.5%), 대졸 이상(18.3%)의 순서로 나타났다<sup>23)</sup>. 가구소득에 따른 한방병원 의료이용자 분포를 보면, 251만원 이상이 19.9%, 201-250만원이 19.0%, 50만원 이하가 18.9%로서 저소득층과 고소득층에서 한방병원 이용이 많음을 알 수 있다(표 3-5).

<Table 3-4> Utilization by Region, Gender and Age

(Unit: person, %)

구분	병원	한방병원	치과	계
<b>지역</b>				
도시	4,273(47.2)	1,625(18.0)	3,154(34.8)	9,052(100.0)
농촌	2,726(53.1)	831(16.2)	1,578(30.7)	5,135(100.0)
<b>성</b>				
남자	3,221(50.1)	1,010(15.7)	2,196(34.2)	6,427(100.0)
여자	3,778(48.7)	1,446(18.6)	2,536(32.7)	7,760(100.0)
<b>연령</b>				
0-4세	906(69.6)	141(10.8)	254(19.5)	1,301(100.0)
5-9세	406(32.7)	52(4.2)	783(63.1)	1,241(100.0)
10-19세	882(45.4)	189(9.7)	870(44.8)	1,941(100.0)
20-29세	921(52.9)	256(14.7)	564(32.4)	1,741(100.0)
30-39세	1,138(49.3)	484(21.0)	688(14.5)	2,310(100.0)
40-49세	904(46.7)	467(24.1)	564(29.1)	1,935(100.0)
50-59세	799(45.1)	413(23.3)	558(31.5)	1,770(100.0)
60-69세	607(50.6)	285(23.8)	308(25.7)	1,200(100.0)
70세 이상	436(58.3)	169(22.6)	143(19.1)	748(100.0)
계	6,999(49.3)	2,456(17.3)	4,732(33.4)	14,187(100.0)

&lt;Table 3-5&gt; Utilization by Education and Household Income

(Unit: %)

구분	병의원	한방병의원	치과	계
<u>교육수준</u>				
미취학	1,027(62.0)	157(9.5)	472(28.5)	1,656(100.0)
무 학	852(56.1)	349(23.0)	319(21.0)	1,520(100.0)
국 졸	1,438(41.8)	550(16.0)	1,452(42.2)	3,440(100.0)
중 졸	1,051(48.8)	398(18.5)	705(32.7)	2,154(100.0)
고 졸	1,815(49.5)	683(18.6)	1,172(31.9)	3,670(100.0)
대 졸	810(46.6)	318(18.3)	611(35.1)	1,739(100.0)
무응답	6(75.0)	1(12.5)	1(12.5)	8(100.0)
<u>가구소득</u>				
50만원 이하	1,100(53.5)	388(18.9)	569(27.7)	2,057(100.0)
51-100만원	1,807(51.2)	597(16.9)	1,122(31.8)	3,526(100.0)
101-150만원	1,892(51.0)	592(16.0)	1,226(33.0)	3,710(100.0)
151-200만원	1,151(45.8)	411(16.3)	952(37.9)	2,514(100.0)
201-250만원	452(45.2)	190(19.0)	357(35.7)	999(100.0)
251만원 이상	519(43.1)	240(19.9)	445(37.0)	1,204(100.0)
무응답	78(44.1)	38(21.5)	61(34.5)	177(100.0)

## 3) 방문회수

## (1) 사회인구학적 특성에 따른 방문회수

한방병의원의 지역별 방문회수의 차이를 살펴보면 1회, 2회 방문의 경우 도시보다는 농촌이 더 많았으나, 4회 이상의 방문자들의 구성비는 농촌보다는 도시에서 많다. 한편, 성별에 따른 한방병의원의 방문회수 차이를 보면 1회 방문의 경우 남자보다 여자에게서 더 많고, 2회, 3회, 4회 이상의 경우에는 차이가 없다<sup>24)</sup>. 연령별 한방병의원의 방문회수 분포를 보면, 0-4세, 5-9세의 경우에는 1회가 대부분이고, 10-19세 경우에는 1회가 약 50% 정도를 차지하였다. 연령이 높아짐에 따라 방문빈도가 많아지고, 특히 60-69세 사이 연령층의 경우에는 4회 이상의 방문이 약 30%를 상회하고 있다. 소득수준별 한방병의원 방문회수의 차이를 보면, 50만원 이하인 경우와 251만원 이상인 경우에 4회 이상 한방병의원 방문자가 약 25% 정도로 다른 소득수준 계층에 비하여 많이 나타났다. 중간소득계층인 101-150만원인 경우는 1회 방문빈도가 많았다.

## (2) 질병에 따른 방문회수

질병에 따른 한방병의원 방문회수를 살펴보면, 4회 이상 방문회수를 보인 질병군은 손상 및 중독, 근골격계 및 결합조직의 질환, 순환기계질환의 순서로 조사되었으며<sup>25)</sup>, 그 밖에 1~2회의 방문회수가 대부분인 질병은 내분비·영양 및 대사질환과 면역장애 등이었다<sup>26)</sup>.

## IV. 실증분석

### 1. 한방의료이용의 분석모형

#### 1) 한방의료이용의 결정요인

앞에서 살펴본 바와 같이 수요-공급모형에 의하면 의료이용에 영향을 미치는 요인은 수요측 요인으로 인구학적 요인, 경제적 요인, 사회문화적 요인을 들 수 있고, 공급측 요인으로 의료자원 요인을 들 수 있다.

<표 4-1>에 의하면, 소비자의 의료서비스 이용 정도에 영향을 미치는 요인은 성별, 연령 등 인구학적 요인, 소비자의 소득, 재산 등 경제적 능력, 소비자의 교육수준 및 의료서비스에 대한 태도 등을 포함하는 사회문화적 요인, 소비자의 교통편의, 그리고 의료시설에서의 대기시간 등 의료서비스 이용가능성과 관련된 요인으로 구분된다.

<Table 4-1> Factors Affecting Service Utilization

결정요인	주요 측정변수
인구학적 요인	성별, 연령
사회문화적 요인	교육수준, 의료인 신뢰, 한방의료보험에 관한 지식
경제적 요인	소득, 재산
의료자원요인	진료소요시간(교통시간, 진료대기시간), 수속절차

#### 2) 분석모형

한방의료기관에 대한 방문 결정요인을 분석하기 위해서 본 연구에서는 의료이용률을 종속변수로 채택하고, 의료이용률에 영향을 미치는 요인을 독립변수로 채택한 회귀분석모형을 설정하였다. 회귀모형은 표준적인 선형회귀모형을 이용하였으며, 단계별(stepwise) 회귀분석을 수행하지 않고 각 영향요인의 설명력 검증을 위해 각 요인별 회귀모형을 각각 설정한 후 추정하는 방법을 이용하였다.<sup>27)</sup> 회귀모형은 다음 식(1)과 같다.

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \epsilon_i \quad \dots\dots\dots (1)$$

여기서 Y는 한방의료서비스의 이용률(수진율)을 나타내고, Xi는 각 독립변수를 나타낸다. 그리고  $\epsilon_i$ 는 오차항을 나타낸다.

#### 3) 주요 개념의 조작적 정의 및 측정방법

여기에서는 위의 분석모형에 사용될 각 변수의 조작적 정의<sup>28)</sup>와 그 측정지표에 관하여 간략하게 검토하고자 한다.

##### (1)한방의료서비스 이용률

한방의료서비스의 이용률은 전문적인 의료서비스를 이용하는 정도라고 정의될 수 있다. 의료서비스에는 한의사의 서비스와 보조 인력에 의한 서비스, 그리고 시설의 이용이 포함된다.

본 연구에서는 한방의료서비스의 이용도를 측정하는 지표로서 우리나라에서 의료서비스 이용 행태에 관한 연구에서 가장 많이 사용되는 지표 중의 하나인 수진율을 사용하였다<sup>29)</sup>.

### (2)인구학적 요인

표본가구의 의료수요에 영향을 미치는 인구학적 요인 중에서 성별과 연령을 사용하기로 한다. 성별은 남자와 여자로 나누어 구분하고, 연령은 노인여부로 나누어 각각 가변수(dummy)를 사용하였다. 노인은 65세를 기준으로 그 이상이면 노인으로 분류하였다. 이와 같은 인구학적 요인은 의료서비스의 이용정도를 설명하기 위한 회귀분석에서 기본변수로 사용하였다.

### (3)경제적 능력

경제적 능력이라는 개념은 의료서비스를 이용한 대가인 의료비를 지불할 수 있는 능력으로 정의된다. 소비자의 경제적 능력은 조사대상자에 부과되는 의료보험의 월보험료 중 기본보험료를 제외하고 능력비례 보험료액수로 측정하였다.

직장 근로자의 경우에는 모든 보험료 소득비례 보험료이지만 지역의 경우에는 소득과 상관 없는 부분이 있다. 따라서 지역의료보험인 경우에는 능력비례보험료 부분만을 대상으로 하였는데, 능력비례보험료는 피보험가구의 소득과 재산정도에 따라서 부과하기 때문에 대체로 피보험자의 경제적 능력의 정도를 측정하는 대표성 있는 지표로 생각된다.

### (4)사회문화적 요인

사회문화적 특성은 의료서비스 이용과 관련된 소비자의 사회문화적 요인을 포함한다. 소비자의 교육수준은 의료이용에 다양한 영향을 미치는 것으로 알려져 있다. 그런데 기존 연구에 의하면 교육수준에 따른 의료이용은 일정한 관계로 나타나지 않고 불확실한 것으로 알려져 있다. 따라서 본 연구에서는 교육수준을 제외하였다.

Lewis는 미국에서 빈곤층의 문화(culture of poverty)라는 개념을 제시하였는데, 이는 빈곤층이 그들의 사회적, 경제적 상황에 대한 적응(adaptation)과 반응(reaction)으로서의 생활양식을 총칭하는 개념이다<sup>30)</sup>. Becker & Maiman(1975)은 수혜자들의 사회적 적응 여부, 특히 의료제도에 대한 적응여부가 의료서비스 이용 행태에 영향을 미친다는 가설을 제시하였다. 소비자의 문화심리적 차원을 측정하는 지표로서는 의료인에 대한 신뢰, 의료보험에 대한 지식을 사용하였다. 먼저 의료인에 대한 신뢰의 정도를 측정하기 위하여 한의사의 진료에 대한 만족도, 진료에 대한 신뢰, 진료의 성실성, 진료의 친절성을 묻는 4개 문항으로 구성된 척도를 사용하였다. 의료보험에 대한 지식은 한방의료보험급여의 인식 여부, 본인부담비율 등의 3개 문항으로 구성된 척도를 사용하였다. 각 문항별 척도의 구성은 Likert형의 5점 척도로 구성하였다.

### (5)의료자원의 이용가능성

의료자원의 이용가능성은 일정 시점에서 원하는 시간내에 필요로 하는 한방의료인력과 한방 의료시설을 포함한 의료자원을 이용할 수 있는 가능성을 의미한다. 이와 같은 개념은 집계자료(aggregate data)를 이용한 지역별 비교연구 또는 시계열 연구에서는 한의사 1인당 환자수 등의 지표를 통하여 측정될 수 있다. 한편 본 연구에서는 의료자원의 이용가능성을 측정하기 위하여 소비자가 한방의료기관까지 도달하는데 필요한 교통시간, 한의원의 대기실에서 진료받기 위해 대기하는 시간, 진료 수속 절차의 복잡성의 정도 등을 사용하였다.

## 2. 분석결과

### 1) 한방의료서비스 이용의 결정요인 분석

여기에서는 위의 식(1)의 분석모형을 사용하여 소비자의 한방의료서비스 이용에 대한 결정요인의 설명력을 검증하고자 한다. 본 분석의 종속변수는 표본조사대상자의 수진율이며, 독립



변수로는 <표 4-2>에 제시된 바와 같이 조사대상자의 인구적 요인, 경제적 요인, 사회문화적 요인, 의료자원의 이용가능성을 측정하는 변수들이 사용되었다.

<Table 4-2> Definition and Measurement of Variables

변수 및 조작적 정의	측정방법	평균
<b>종속변수 Y</b>		
의료이용률: 조사대상자 100명당 연간 진료건수	건/명	3.62
<b>독립변수 Xi</b>		
<b>인구 변수</b>		
성별	남자=1 여자=0	0.45
노인 여부: 65세 이상 여부	노인=1, 기타=0	0.31
<b>경제적 변수</b>		
능력비례보험료: 재산 및 소득비례 보험료	천원/월	28.7
<b>사회문화적 변수</b>		
의료인 신뢰: 4개문항으로 구성된 척도	(명목변수)	3.35
1) 한의사의 진료에 만족하는가?		3.09
2) 한의사의 진료에 신뢰하는가?		3.54
3) 한의사의 진료가 성실한가?	매우 만족=5	3.57
4) 한의사의 진료가 친절한가?	매우 불만족=1	3.38
의료보험지식: 3개문항으로 구성된 척도	(명목변수)	1.31
1) 의료보험료 부과기준	확실한 지식=2	1.70
2) 진료비중 본인부담 결정기준	약간의 지식=1	1.17
3) 진료비 본인부담이 큰 의료기관	지식 없음=0	0.95
<b>의료자원 변수</b>		
진료소요시간: 집에서 한의원까지 교통소요시간 및 진료대기시간	시간	1.47

이들 독립변수군의 상대적 영향력을 비교하기 위한 전략으로 일련의 회귀분석이 사용되었는데, 제1단계에서는 본 분석에서 통제변수로 사용되는 성별과 노인 여부 등 기본적인 인구변수와 경제적 능력을 나타내는 능력비례보험료만을 독립변수에 포함시켰고, 제2단계와 제3단계에서는 각각 사회문화적 변수, 의료자원변수를 독립변수에 대입시켜 기본변수와 함께 독립변수의 설명력 크기를  $R^2$ 를 통하여 고찰하였다. 마지막으로 제4단계에서는, 모든 변수들을 독립변수에 포함한 회귀분석의 결과에서 전체적인 모형의 설명력을 살펴보고, 통계적으로 유의한 변수들을 찾아내고자 하였다. 1-4단계까지의 회귀분석결과가 <표 4-3>에 제시되어 있다.

1단계에서 성별과 노인 여부, 능력비례보험료만을 독립변수에 포함시켜 회귀분석한 결과,  $R^2$  값은 0.341로서 표본조사대상자 수진율 차이의 약 34%가 이들 세 변수에 의해 설명됨을 알 수 있다. 각 변수의 회귀계수 값은 각각 0.045, 0.456, 0.313으로서, 이는 여자가 남자보다, 노인의 경우가 그렇지 않은 경우보다, 그리고 소득수준이 높을수록 수진율이 높다는 것을 의미하는데 모두  $p=0.05$ 의 수준에서 통계적으로 유의하였다.

2단계에서 응답자의 사회문화적 특성을 나타내는 2개의 변수를 대입하여 회귀분석을 실시한

결과, R<sup>2</sup>값이 0.343으로 나타나서, 소비자의 사회문화적 특성이 수진율 차이의 약 34%를 설명함을 알 수 있다. 이 설명력은 1단계의 결과와 거의 같다.

그런데, 사회문화적인 변수 중에서 통계적으로 유의한 변수는 의료인에 대한 신뢰뿐인데, 의료인에 대한 신뢰가 높을수록 진료건수가 증가하는 것으로 나타나고 있다. 일반적인 예상과는 달리 의료보험지식이 높다고 하여 의료이용률이 높게 나타나지는 않는다는 것이다.

3단계에서 의료자원의 이용가능성을 나타내는 변수를 대입하여 회귀분석한 결과, R<sup>2</sup>값이 0.401로서 인구변수와 2개 의료자원변수의 설명력은 약 40%임을 알 수 있다. 그런데 이들 4개 변수 중에서, 통계적으로 유의한 변수는 노인 여부와 진료 소요 시간이다.

마지막으로 4단계에서 모든 설명변수를 포함한 회귀분석의 결과, R<sup>2</sup> 값은 0.482로서 조사대상자 수진율 차이의 약 48% 정도가 본 연구의 분석모형에 의해 설명되고 있다.

한편 조사대상자간의 수진율 차이를 가져오는데 유의한 영향을 미치는 변수들의 회귀계수를 절대값의 크기에 따라 열거하면, 인구변수인 성별이 가장 영향력이 크고(1.376), 뒤이어 능력비례보험료(0.335), 의료인에 대한 신뢰(0.185), 진료소요시간(-0.154)의 순으로 나타나고 있다<sup>31)</sup>.

<Table 4-3> Regression Results for Service Utilization

변수	1단계 (경제적변수)	2단계 (사회문화변수)	3단계 (의료자원변수)	4단계 <sup>1)</sup> (모든변수)
<u>인구 변수</u>				
성별	0.045*	0.047*	0.048	0.043
노인 여부	0.456**	0.431**	0.411**	0.376**
<u>경제 변수</u>				
능력비례보험료	0.313**			0.335**
<u>사회문화 변수</u>				
의료인 신뢰		0.189**		0.185*
의료보험지식		0.049		0.032
<u>의료자원이용</u>				
진료소요시간			-0.161**	-0.154**
상수	2.531	2.394	4.445	3.158
F-값	26.618**	19.988**	25.606**	19.956**
R <sup>2</sup>	0.341	0.343	0.401	0.482
표본수 = 658				

\* p<0.05, \*\* p<0.01

## 2) 의료이용 영향요인에 대한 검토

의료보험제도는 한방의료서비스의 이용이 소비자의 재정적 능력과 직접적으로 관련되어 있

다는 가정에 근거하고 있다. 즉, 의료보험은 의료서비스에 대한 접근도를 결정하는 요인이 소득으로 대표되는 경제적 장벽이라는 전제하에, 그와 같은 장벽의 제거 내지 완화를 통하여 필요로 하는 의료서비스에 접근시키고자 하는 전략이다.

한방의료보험제도 역시 이와 같은 맥락에서 이해되어진다. 그러나 Marmor의 지적처럼, 소비자들의 의료서비스에 대한 접근의 증가정도는 소비자가 한방의료서비스를 이용할 때에 부담하는 진료비의 본인부담제도(cost-sharing)의 설계방식과 관련된다. 예를 들면, 수많은 한방의료가가 의료보험의 급여에서 제외되고 있다는 사실은 일반인(특히, 저소득층)의 한방의료 이용에 불리하게 작용하는 것이다. 한편 Castonguay는 “의료서비스에 대한 접근의 문제는 반드시 경제적 문제만은 아니다. 물질적인 것뿐만 아니라 사회심리적 장벽도 매우 중요하다”는 입장을 역설했다. 이와 같은 맥락에서 Becker & Mainman, Golladay & King은 의료서비스 이용에 있어서 개인의 문화심리적 요인에 주목하였다.

Dutton, Chiu, Blum은 의료자원의 공급구조와 이용가능성 등의 요인도 의료서비스 이용에 영향을 미치는 중요한 변수라는 점을 지적하고 있다. Dutton은 부족한 의료인력, 불편한 교통, 그리고 대기시간과 같은 의료서비스 공급체계에 있어서의 부적절성이 의료서비스를 이용하는 데 있어서의 장애요인이라는 점을 강조한다.

이와 같이 한방의료서비스의 이용에 영향을 미친다고 생각되는 여러가지 요인들이 지적되었는데, 이들 요인 중에서 실제로 어떤 것들이 중요한가에 대한 해답은 우리나라에서 한방의료제도를 개선하는 전략을 마련하는데 중요한 정책적 의미를 가진다.

예를 들면 경제적 능력이 한방의료서비스 이용의 주요 결정 요인이라면 한방의료보험의 확대나 진료비 본인부담제도의 개선 등을 포함하여 더 나은 한방의료보험제도의 설계가 올바른 처방일 것이고, 만약 한방의료에 대한 지역주민의 태도 등 문화심리적 요인이 한방의료서비스 이용의 주요 결정 요인이라면 한방의료에 관한 대대적인 홍보가 병행되어야 하고, 만약 의료자원의 공급정도와 이용가능성이 결정인자라면 한방의료서비스 공급체계의 구조개선이 보충적 전략으로 고려되어야 한다고 볼 수 있다.

### 3) 한방의료이용의 제약요인에 관한 소비자 인식

위의 분석결과에 대한 보충적 설명으로서 한방의료 이용시 제약이 되는 요소에 대한 소비자 인식을 살펴보자<sup>32)</sup>. 다음의 <표 4-4>는 한방의료이용의 제약요인에 대한 소비자 인식을 나타내고 있다. <표 4-4>에서 보면, 한의원을 이용하는 소비자들이 한방의료 이용시 가장 불편을 느끼는 항목은 ‘과학적 진단을 받을 수 없어서(기기사용, 검사 등)’이고, 그 다음이 ‘평소 아프면 약국, 병원 등을 찾던 버릇이 있어서 한의원(한방병원)을 이용하기가 다소 어렵다’<sup>33)</sup>, ‘한방의료비가 너무 비싸다’<sup>34)</sup>의 순서로 나타났다. 한편, 한방병원을 이용하는 소비자의 경우 한방의료 이용시 가장 불편을 느끼는 항목은 ‘한방 의료비가 너무 비싸다’이며, 그 다음이 ‘한약재의 가격을 믿을 수가 없다(가격을 속는 기분)’, ‘평소 아프면 약국, 병원 등을 찾던 버릇이 있어서 한의원(한방병원)을 이용하기가 다소 어렵다’ 등으로 나타났다.

양방병원을 이용하는 소비자의 경우 한방의료 이용시 가장 불편을 느끼는 점은 ‘한약재의 가격을 믿을 수가 없다(가격을 속는 기분)’였고, 그 다음으로 ‘한방 의료비가 너무 비싸다’, ‘평소 아프면 약국, 병원 등을 찾던 버릇이 있어서 한의원(한방병원)을 이용하기가 다소 어렵다’ 등으로 나타났다<sup>35)</sup>.

&lt;Table 4-4&gt; Restraints for Consumers in Utilization of Services

문항	한의원 이용자 (n=670)	한방병원 이용자 (n=162)	양방병원 이용자 (n=216)
(1) 처방의 약리효과를 잘 몰라서 (부작용이 의심된다)	2.41	2.46	2.92
(2) 과학적 진단을 받을 수 없어서 (기기 사용, 검사 등)	2.87	2.44	2.96
(3) 물리치료를 받기가 어렵다	2.22	2.30	2.61
(4) 한약재의 가격을 믿을 수가 없다 (가격을 속는 기분)	2.75	3.09	3.75
(5) 한방 의료비가 너무 비싸다	2.83	3.85	3.70
(6) 한약을 다려서 복용하기가 불편하다 (기다리는 시간)	2.68	2.81	2.99
(7) 한의학 자체에 대해 믿음이 잘 가지 않는다	1.91	1.98	2.46
(8) 한의원이 집에서 너무 멀어서 이용하기가 어렵다	2.20	2.74	2.57
(9) 침·뜸·부항을 신뢰할 수가 없어서 이용이 어렵다	1.78	1.92	2.57
(10) 평소 아프면 약국, 병원 등을 찾던 버릇이 있어서	2.91	3.01	3.61

주: 1=전혀 그렇지 않다, 2=그렇지 않다, 3=보통이다, 4=그렇다, 5=매우 그렇다

## V. 결론

본 연구는 한방의료서비스의 이용 실태를 평가하고, 이용에 영향을 미치는 요인을 검토하였다. 그리고 한방의료이용률의 영향요인을 분석하기 위해 한방의료 이용에 영향을 미치는 인구학적 요인, 경제적 요인, 사회문화적 요인, 의료자원 요인을 독립변수로 하는 회귀분석모형을 설정하였다.

본고의 분석결과에 의하면 그 동안 한방의료서비스 이용빈도는 전반적으로 증가하였다. 한방의료서비스 이용 기회의 증가 및 한방의료서비스 이용시 의료비용부담의 우려가 감소되었다는 점은 긍정적으로 평가할 만하다. 그러나 전국적인 통계자료의 분석에 따르면, 의료이용에 있어서 한방은 양방에 비해 여전히 상대적인 열세를 면치 못하고 있는 것으로 평가된다. 그리고, 한방의료서비스 이용에 영향을 미친다고 생각되는 경제적 능력, 사회문화적 특성, 그리고 의료자원 이용가능성 등의 설명력을 검증하기 위한 일련의 회귀분석 결과,  $R^2$ 값은 0.482로서, 본 연구의 분석모형으로 한방의료서비스이용 차이의 약 48%를 설명할 수 있었다. 인구변수를 기본 변수로 통제한 후에 진료건수에 가장 큰 영향을 미치는 변수는 경제적 능력, 의료인에 대한 신뢰, 진료소요시간 등의 요인이었다.

본 논문의 분석결과를 토대로 한방의료이용에 관한 정책적 시사점을 요약하면 다음과 같다.

- 1) 한방의료의 이용에서 가격이 가장 중요한 요인으로 인식되고 있다. 이것은 한방의료이용에 관한 회귀분석에서 소득비례보험료가 영향력 있는 변수로 파악되고 있는 것과 맥락을 같이 한다. 따라서 어떻게 하든 소비자가 부담하는 가격을 낮추는 것이 가장 중요하다. 이를 위해서는 한방의료기관 스스로가 적절한 가격설정 방식을 개발할 필요가 있음을 의미한다.
- 2) 가격과 관련하여 한방의료보험 측면에서 일반인이 많이 이용하는 한방의료에 대한 보험급여를 증가시킬 수 있는 정책적 방안이 강구되어야 한다.
- 3) 한방의료서비스 이용에 있어서 소비자들의 이용 제고 방안의 수립이 시급하다. 본 연구에서의 한방의료이용에 영향을 미치는 요인에 대한 회귀분석에 따르면 다음과 같은 관점에서 대책을 고려하여야 한다. 첫째, 한방의료이용을 저해하는 요인중 경제적 능력이 통계적으로 유의하게 나타났다는 것은 소비자가 한방의료서비스를 이용할 때 부담하는 진료비의 본인 일부부담제도의 운영방식을 변경시킬 필요가 있다는 것을 의미한다. 특히 외래진료의 정액제는 저소득계층의 의료서비스이용을 저해하는 요인으로 작용하고 있다. 따라서 한방의료보험의 본인부담률을 낮추는 방향으로 제도개선이 이루어져야 한다. 둘째, 진료소요시간도 중요한 요인으로 나타났는데, 이는 특히 농촌지역에서 문제가 되고 있다. 농촌 지역의 교통수단은 날씨에 의해서도 제한될 뿐만 아니라 교통수단 그 자체가 한방의료에의 접근을 어렵게 한다. 진료소요시간은 의료서비스 공급능력을 반영하고 있으므로 의료서비스의 공급능력 확대를 위한 대책이 필요하다. 이를 위해서는 보건소에 한의사를 배치하는 방안을 생각해 볼 수 있다. 셋째, 의료인에 대한 신뢰정도도 진료건수에 영향을 미치는 변수로 나타났는데, 이는 한방의료서비스 이용이 저조한 집단의 서비스 이용을 증가시키기 위하여는 한의사에 대한 신뢰 또는 긍정적인 평가를 확보할 수 있는 방안을 강구할 필요가 있음을 의미한다. 한의사에 대한 신뢰는 질적 수준과 관련되어 있으므로 전문의제도의 도입, 첨단 의료기기의 확대 등 한방의료의 전반적 질적 수준 개선이 필요하다는 것을 시사하고 있다. 이와 관련하여 한방의료의 가격에 대한 불신이 한방의료의 이용에 많은 영향을 미치고 있는 것으로 나타난 만큼, 정확한 약제와 정확한 가격제도의 정착이 필요하다고 보여진다.
- 4) 그외 정책적 방안으로서는 한방관련제도의 재정비, 한방의 과학화, 소비자 인식 전환운동 등을 들 수 있다.

## VI. 참고문헌

- 1) 한국보건사회연구원의 조사(1995)에 의하면, 전체 의료이용자 중 한방의료 이용자(2주간 이용률)는 4.3%로 조사되었다. 또한 의료보험 수진율의 경우, 양방의 수진율은 1995년 4.460건인데 비해 한방의 수진율은 0.167건으로 무려 46배 가량 차이가 나고 있다(한국보건사회연구원, 국민건강조사, 1995).
- 2) 기존모형에 대한 논의는 일반적인 교과서에 흔히 나오는 내용인 바, 주로 보건교육 분야의 서적을 참고로 하였다. Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*, 1974 (Fall): 208-220; Aday LA. "Economic and Noneconomic Barriers to the Use of Needed Medical Services," *Medical Care*, 1975;13:447-56; Andersen R, Aday LA. Access to Medical Care in the US: Realized and Potential

*Medical Care* 1978;16(7):533-546; Wan TT, Soifer SJ. Determinants of Physician Utilization: A Causal Analysis. *Journal of Health & Social Behavior* 1974;15(June):100-108.

3) 앤더슨 모형은 우리나라에서 주로 보건교육이나 보건사회학분야에서 많이 활용되고 있는 모형이고, 의료이용과 관련하여 거의 교과서적인 모형이라고 할 수 있다. 그러나 이 모형은 이론상으로나 실제적으로 치명적인 결점을 가지고 있는 것을 알려져 있다. 보건교육학 분야에서 사용되는 의료이용에 대해서는 다음의 책을 참조. Green LW. et. al. *Health Education Planning*, The Johns Hopkins University, 1980; Ross HS, PR Mico. *Theory and Practice in Health Education*, Mayfield Publishing Co., 1980; Dignan MB, PA Carr. *Introduction to Program Planning*, Lea & Febiger, 1981.

4) Beck RG. Economic Class and Access to Physician Services under Public Medical Care Insurance, *International Journal of Health Services*, 1973; 3: 341-355; Becker MH, Mainman LA. Socio-behavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations, *Medical Care*, 1975; 13: 10-24.

5) 통계학적 입장에서 본다면, 앤더슨 모형은 항상 추정상의 문제점을 내포하고 있다. 이론적인 측면에서도 문제가 있음은 이미 지적한 바와 같다.

6) 이것은 이른바 의사유인수요(physician-induced demand)와 동일한 개념이다. 환자가 의료에 대해 잘 모른다는 점을 이용하여 의사가 수요를 의도적으로 유인한다는 것이다. 이것은 물론 비윤리적인 행위이다.

7) Dutton DA. Explaining the Low Use of Health Services by the Poor: Costs, Attitudes, or Delivery Systems?, *American Sociological Review*, 1978; 43: 348-68.

8) 안센 모형도 기본적으로는 앤더슨 모형과 크게 다르지 않다.

9) 양봉민. *보건경제학*, 나남출판사, 1999.

10) 참고로 Need를 '필요'라고 번역하는 학자도 있다.

11) 참고로 의료서비스의 가격을 제외하고 의료이용과 연령간의 관계를 그림으로 나타내면 U자형의 관계로 나타내는데 이러한 관계는 모든 자료에서 입증되고 있다. U자형 가설에 의하면 신생아기 및 유아기에는 높은 의료이용을 보이다가 나이와 함께 이용량이 하락하여 10대 후반에서 20대 초반에 가장 낮은 이용을 나타내고 20대 후반부터 나이와 함께 수요가 꾸준히 증가하는 경향을 보인다.

12) 일부 연구에 의하면 우리나라 농촌과 도시 영세지역의 의사 진찰에 의한 상병조사에서 두 지역 모두 여자의 유병률이 높았고, 특히 출산기 연령 25세부터는 남자의 유병률보다 훨씬 높았다. 사망률은 남자가 여자보다 모든 연령에서 높고 반면에 유병률은 여자가 높는데 이러한 현상은 어느 종족에서나 공통적으로 나타난다.

13) 양봉민(1999); Evans, GG. "Beyond the Medical Market: Expenditure, Utilization, and Pricing of Insured Health in Canada," in C. Andropoulos(ed.), *National Health Insurance: Can We Learn from Canada?* N.Y.: John Wiley and Sons. 1975; Siahpush M. Why do people favour alternative medicine?, *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 1999; 23(3).

14) 또한, 학력이 높을수록 소득수준도 높은 점을 감안해 볼 때, 의료서비스는 열등재가 아니라 정상재(normal good)이기 때문에 소득증가와 함께 그 수요는 증가할 것이다. 그 결과 우리는 교육수준과 의료수요가 비례관계에 있음을 알 수 있다.

15) 동시에 이것은 첩약의 가격을 대폭 인하해야만 한방에 대한 수요를 증가시킬 수 있음을 시사하고 있다. 국민의 한방으로 자리잡기 위해서는 첩약가격의 인하가 필수적인 요소라고 볼 수 있다.

16) 노인층보다 젊은 층에서 시간이 미치는 영향을 더 크다고 볼 수 있다. 따라서 도시지역일수록 시간을 줄이는 방안이 필요하다.

17) 예를 들면 근골격계 질환의 경우, 한방과 양방은 비교적 큰 대체관계에 있다고 볼 수 있다.

18) 바꾸어 말해서 대체성이 약할수록 영향을 적게 받는다고 말할 수 있다. 이런 취지에서 보면 한의원에서 제공하는 첩약은 외국에서 제공하는 첩약에 대해 차별화가 필요하다.

19) 한방의 경우에도 이러한 현상은 얼마든지 있으나 양방에 비해 그 정도는 약하다.

20) 본 분석에 사용된 자료는 한국보건사회연구원이 실시한 1995년 국민건강조사 자료 중 일부이며, 본 연구에서 재구성하였다.

21) 이 조사결과는 한방의 주된 이용자가 여전히 노인층임을 반증하고 있다. 따라서 고학력 젊은 층의 이용을 촉진시킬 수 있는 대책이 시급하다고 판단된다.

22) 이것은 기존 이용자들에 대한 홍보가 매우 중요함을 의미한다. 한방의료기관의 주된 선택동기가 주변 사람들의 소개라는 사실은 기존 고객에 대한 서비스 개선이 매우 중요함을 역설하고 있다. 이것은 또한 고객과의 관계가 장기적임을 시사하고 있다.

23) 앞서서도 언급하였지만 이 연구 결과는 고학력, 젊은 층에 대한 한방의 적극적인 홍보가 필요함을 나타내고 있다.

24) 여성의 방문비율이 높으므로 여성 특유의 질병에 대한 전문적인 진료서비스의 개발이 필요하다고 생각된다. 이것은 곧 한의원의 전문화와 관련이 있다.

25) 이들 다빈도 질환은 양방에 비해 비교적 대체관계에 있는 서비스이며, 어느 정도 경쟁력이 있는 분야이다.

26) 이들 질환에 대해서는 한방의 전문화가 절실히 필요하다. 특수질환을 중점적으로 진료하는 일부 한방의료기관의 경우, 경영성과도 매우 긍정적으로 나타나고 있음을 볼 수 있다. (이정석 외, 한의원의 전문화가 경영성

과에 미치는 영향, 대한예방의학회지 2(1), 1998:145-163).

27) 회귀분석에 관한 자세한 내용은 다음의 책을 참조: Damodar N. Gujarati, Basic Econometrics, 3rd Ed., McGraw-Hill, 1995.

28) 조작적 정의(operational definition)란 추상적 개념을 구체적으로 측정가능한 변수로 연결시키는 과정이다.

29) 외래진료와 입원진료를 포함하는 총진료건수를 이용하여야 하나 본 연구에서는 외래진료건수만을 포함시켰다.

30) Lewis O. The Culture of Poverty, Scientific American, 1966; 215: 16-25.

31) 독립변수의 상대적인 영향력의 크기를 측정하기 위해서는 표준화된 회귀계수를 가지고 비교하여야 하는데 그러기 위하여는 독립변수간 다중공선성이 적어야 하는 등의 여건이 충족되어야 한다. 상대적인 영향력을 측정하는 또 하나의 방법은 독립변수들 가운데서 통계적 유의수준이 높은 변수의 순서로 회귀방정식에 포함되도록 하는 단계별 회귀분석 방법을 사용하는 것이다. 본 논문에서는 논문의 목적상 영향요인별로 비교하는 것이 필요하기 때문에 통상적인 방법을 사용하였다.

32) 이선동 외, 한방의료이용 실태 및 개선방안 연구, 1999.

33) 이선동, 박경식. 최근 일부 한국인의 한의사·한방의료기관 및 한의학 관련 인식·태도 및 의료행위에 관한 연구. 대한예방의학회지 1997; 1(2).

34) 이선동과 박경식(1997)의 연구에 따르면 한방의료기관의 치료비 부담정도에 대해 질문한 결과 '비싸다'가 가장 많은 71.4%를 차지하였고, '적당하다'가 26.9%, '저렴하다'가 1.7%를 차지하였다.

35) 한방의료에 대해 소비자가 가지는 불만이나 이용상 어려움에서 일관되게 나타나는 응답은 치료효과에 대한 불신과 비싼 가격이다. 따라서 이 문제를 해결하지 않고서 한방의 대중화를 이룬다는 것은 거의 불가능에 가깝다는 사실을 한 의학계는 깊이 인식하여야 할 것이다.