

종합전문요양기관과 종합병원의 선택진료 결정요인

안병기*, 박재용**†

계명문화대학 보건행정과*,
경북대학교 의과대학 예방의학교실**†

<Abstract>

Determinants of selecting a doctor in specialized medical institutions and general hospitals

Byeung Ki An*, Jae Yong Park**†

*Department of Health Care Administration, Keimyung College**

*Department of Preventive Medicine, Kyungpook National University**†*

This research was performed to investigate the determination factors of medical service to cover the fee for selecting a doctor which is one of the most important causes of debilitating national health insurance in Korea. Data was from Korea Health Panel and analyzed by Dutton(1986)'s medical service model which was an extended Anderson Model and was widely used in the researches on determination factors of medical service.

The results were as follows;

In the determinants of selecting a doctor in specialized medical institutions and general hospitals, patients with serious diseases selected doctors more often than other patients.

By industrial accident compensation insurance law and enforcement

* 접수 : 2011년 00월00일, 최종수정 : 2011년 00월 00일, 게재확정 : 2011년 00월 00일

† 교신저자 : 박재용, 경북대학교 의과대학 예방의학교실, Tel : 053-420-4862,

E-mail : parkjy@knu.ac.kr

ordinances, insurance covers the fee of selecting a doctor in the hospitals appointed by Labor Welfare Corporation for the patients in critical conditions under industrial accident compensation insurance, while health insurance patients pay the fee themselves for selecting a doctor in all cases.

It is suggested that patients with serious diseases proved by medical opinion be provided with health care insurance in selecting a doctor and that the health insurance benefit coverage be enhanced by staged lowering of patient's cost-sharing.

Key words: selecting a doctor, serious diseases, Andersen, Dutton, self-payment, Korean National Health Insurance, health insurance benefit coverage, Korea Health Panel, patient's cost-sharing

I. 서 론

2008년 우리나라 의료비에 대한 보장률은 65.8%로 OECD 선진국 평균인 80%에 비해 현저히 낮아 본인부담률이 OECD 평균보다 1.7배 높고(최기춘 등, 2009; 신영석 등, 2010), 국민의료비에서 차지하는 가계직접부담액의 비중도 35.0%로 2007년도 OECD 평균인 18.3%보다 1.9배 높다(정형선, 2010; OECD, 2010).

김영숙 등(2007)의 연구에서 국민건강보험의 보장성을 약화시키는 주요 법정비급여 항목은 식대, 선택진료비, 상급병상 차액이 있는데, 2006년 2월 식대가 급여로 전환 된 이후에는 상급병실 차액과 선택진료비가 주요한 비급여 항목으로 남아 있다. 국민건강보험공단의 본인부담 진료비 실태조사(2005, 2007, 2008)에 의하면, 전체 비급여 진료비 중 선택진료비 비율은 2004년 13.1%, 2006년 17.6%, 2007년 25.9%로 매우 높게 증가되었다. 이에 따라 법정 본인부담항목 중 선택진료비를 부담시키는 선택진료 의료이용 결정요인에 대한 우선적인 연구가 필요하였다.

선택진료 의료이용에 대한 연구로는 OECD 국가(호주, 캐나다, 덴마크, 독일, 헝가리, 일본, 멕시코, 네덜란드, 폴란드, 스페인, 스위스, 터기) 중 우리나라와 같이 더 나은 의료서비스를 받기 위하여 의료기관에서의 전문의 선택의 비용을 환자가 부담하는 경우는 없으며, 대신, 더 나은 의료서비스를 받기 위하여 민간의료보험에 선택가입하고 이를 통하여 비용을 부담하는 형태가 있다는 사례위주 연구가 진행된 바 있다(지영건,

2010에서 재인용). 이종인(2007)과 강은주(2009)는 선택진료의 문제점과 개선방안에 관한 연구를 진행하였고, 이용균과 방성민(2004)은 선택진료제도 현황을 조사하였고, 이기훈(2010)은 선택진료 제도에 관한 의료이용자와 의료종사자의 인식수준에 대한 비교 연구였으며, 조형주(2010)는 조건부가치측정법을 이용한 선택진료의 지불의사금액을 추정하였고, 최기춘 등(2009)의 연구는 건강보험보장성 확대 항목에 대한 연구였는데, 선택진료가 건강보험보장성 확대 항목에 포함되어 있었다. 결국 선택진료 의료이용과 관련된 결정 요인들에 대해 실행한 연구는 없었다. 그러므로 선택진료 의료이용 결정요인에 대한 연구를 진행함에 있어, 의료이용 결정요인과 관련된 모형을 활용하여 변수들을 찾을 것이다.

의료이용 결정요인 연구에서 이론적 모델로 Andersen 모형이 주로 사용되었으나(배상수, 1993; 김은영 등, 2008; Brown 등, 2009), Andersen 모형에 의한 의료이용 연구들은 설명력이 낮고, 필요요인 중 질병요인 외에는 의료이용상 차이가 나는 변수를 찾지 못한다는 비판이 있었다(Mechanic, 1979). 이에 따라, Dutton(1986)은 Andersen 모형을 환자의 특성요인으로 범주화하고, 여기에 의료공급체계의 구조적 장애요인을 추가로 범주화시켜, 수요자 특성요인 뿐만 아닌 공급자 특성요인에 대한 변수도 함께 찾고자 하였다. Ciocco 등(1952)의 연구에 의하면, 의료이용의 균형적인 연구를 위해서는 의료수요와 의료공급자 측면에서 함께 파악되어야 한다고 지적하였다(서수교와 박재용, 1995에서 재인용). 현재까지 Andersen 모형을 적용하여 의료이용 연구들이 많이 진행되었으므로, 환자의 특성요인에 관한 변수들은 주로 Andersen 모형을 적용한 연구에서 찾고, 의료공급체계의 구조적 장애요인에 관한 변수들은 국내외 선행문헌에서 찾고자 한다.

이와 같은 이론적 기반에 따라 의료이용에 영향을 미치는 변수들 중 환자의 특성요인인 성별과 연령, 의료기관 선택기준, 의료보장 형태, 민간의료보험, 장애인 여부, 응급실 이용에 대한 연구결과들이 있다.

성별과 연령에서는 남성보다 여성이, 나이가 적은 사람보다 나이가 많은 사람이 의료이용이 많으며(Evashwick 등, 1984), 의료기관 선택기준에서는 의료의 질과 편리성을 변수로 선정한 연구들이 있다(박창균, 1985; 김성연, 1987; 변주선, 1987; 윤한상, 1987; 김재수, 1988; Lane과 Lindquist, 1988). 의료보장 형태에서는 의료보장 수혜상태가 의료이용 변수로 선정된 바 있으며(Andersen과 Newman, 1973; Aday와 Andersen, 1974; Andersen과 Aday, 1978; Andersen 등, 1983; Phillips 등, 1998), 민간의료보험에서는 민간의료보험에 가입한 사람이 가입하지 않은 사람보다 더 많은 의료이용이 있었다(Manning 등, 1987; Wolfe와 Goddeeris, 1991; Cartwright

등, 1992; Ettner, 1997; Hurd와 McGarry, 1997; Vera-Hernandez, 1999; Harmon과 Nolan, 2001; Schellhorn, 2001; Atherly, 2002; Sapelli와 Vial, 2003; Rodriguez와 Stoyanova, 2004; Buchmueller 등, 2004). 장애인 유무에서는 경제적 부담 등으로 인하여 장애인보다는 비장애인이 의료이용이 더 많았고(정기원 등, 1996; 박기수 등, 1999; 변용찬 등, 2001; 은상준 등, 2006; Lennox와 Chaplin, 1995; Ebert와 Heckerling, 1998; Park 등, 2009), 응급실 이용에서는 의료이용시 질환상태가 유의한 변수이었다(Andersen과 Newman, 1973; Andersen과 Aday, 1978).

의료공급체계의 구조적 장애요인인 가구 총소득, 주택소유, 대도시 거주, 국·공립 유무, 수술유무, 중증질환 대상자에 대한 연구결과들이 있다.

가구 총소득과 주택소유는 의료이용에 영향을 미치는 변수로 소득이 선정된 바 있고(Andersen과 Newman, 1973; Aday와 Andersen, 1974; Andersen과 Aday, 1978; Andersen 등, 1983; Phillips 등, 1998), 대도시 거주 유무는 Janssen(1992)의 연구에 의하면, 시간 또는 시간비용이 의료이용에 영향이 있다는 것을 밝힌 바 있다. 국·공립 유무는 조우현 등(1992)의 연구에서 의료기관의 영리성이 변수로 선정되었으며, 수술 유무는 이용재(2009)의 연구에서 입원진료비 및 입원일수에 수술한 환자가 유의한 영향력이 있었다고 증명되었다. 중증질환 대상자에서 Lane과 Lindquist(1988)의 연구에 의하면, 질병의 중증도가 의료이용에 유의한 변수임이 확인되었다.

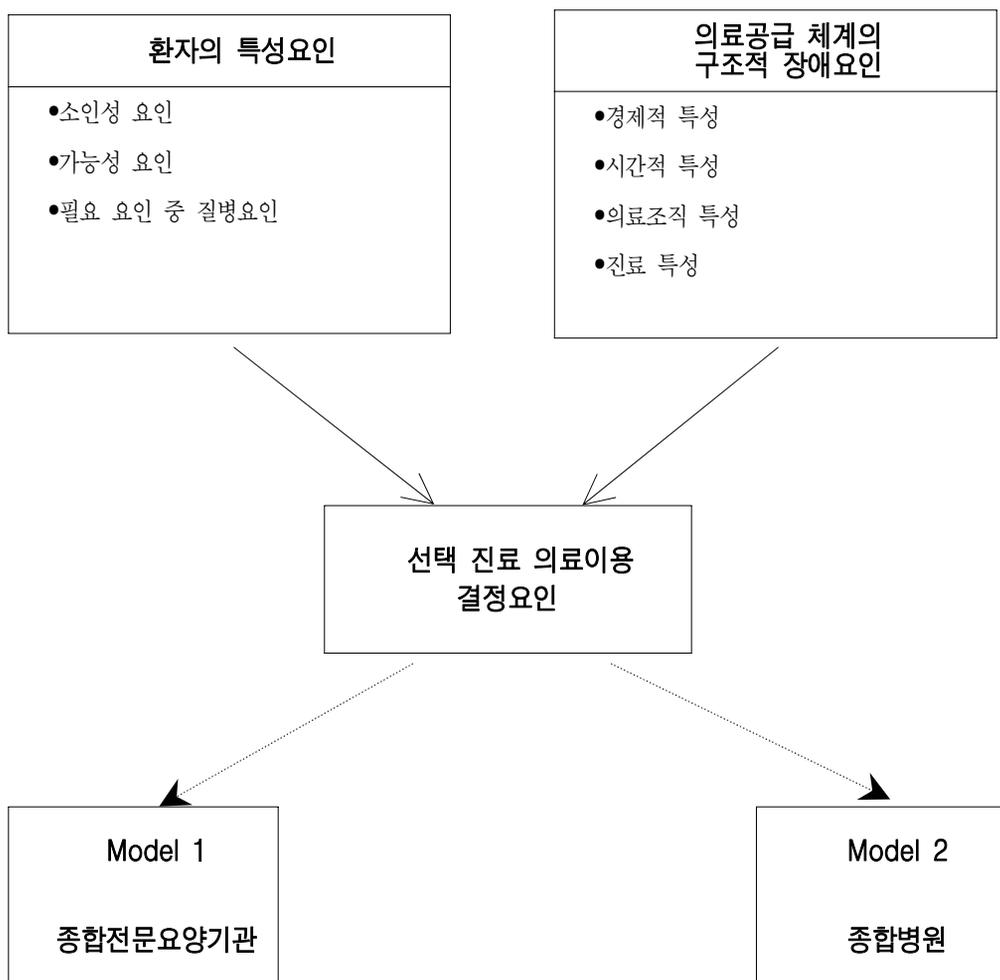
따라서 본 연구는 한국의료패널자료를 통해 환자특성 및 의료공급체계의 구조적 장애요인에 따른 종합전문요양기관과 종합병원의 선택진료 의료이용 결정요인들을 사전에 파악하여 추후, 선택진료 의료이용 결정요인들에 따른 본인부담금 수준을 감소시켜 의료비에 대한 보장률을 향상시키기 위한 건강보험정책 수립시 기여하고자 한다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구모형 및 변수선정

Dutton(1986)의 연구모형을 적용하여 독립변수들을 환자의 특성요인과 의료공급 체계의 구조적 장애요인으로 범주화시켜, 환자의 특성요인은 Andersen과 Newman(1973)에 의해, 소인성 요인(predisposing component), 가능성 요인(enabling component), 필요 요인(Need component) 중 질병 요인으로 구분한 것을 참조하였다. 의료공급 체계의 구조적 장애요인으로는 경제적 특성, 시간적 특성, 의료조직 특성,

진료 특성으로 구분하였으며, 종속변수로는 환자의 통제가 가능한 의료서비스 및 의사의 통제에 따른 의료서비스에도 동시에 포함될 수 있는 선택진료 의료이용을 변수로 선정하였다. 이에 따라 선택진료 의료이용 결정요인을 파악하고자 Model 1은 종합전문요양기관 대상¹⁾으로, Model 2는 종합병원 대상으로 각각 한정 한 후 연구모형을 구성하였다<그림 1>.



<그림 1> 연구모형

1) 2008년도 의료패널조사 시점에 현재의 상급종합병원에 해당되는 의료기관은 종합전문요양기관이라는 명칭을 사용하였기에 종합전문요양기관이라는 명칭으로 동일하게 사용하였다.

소인성 요인은 개인적 특성으로 성별, 연령, 교육, 직업, 질병이나 의사 및 의료서비스 등에 대한 태도나 가치 등과 같은 변수들이 포함된다. 소인성 요인 변수로 성별, 연령대 및 의료기관 선택기준을 선정하였으며, 이 중에서 연령대는 경제활동 연령대인 15세 이상과 고령화 연령대인 65세 이상을 참고하여 각 연령대로 구분하였으며, 의료기관 선택기준은 박창균(1985), 김성연(1987), 변주선(1987), 윤한상(1987), 김재수(1988) 및 Lane 등(1988)의 연구에서 의료의 질과 의술의 신뢰가 유의한 변수로 선정된 것을 참고하였다.

가능성 요인은 의료서비스 이용을 가능하게 하는 수단으로 의료보장 및 소득 등과 같은 변수들이 포함된다. 가능성 요인 변수로 의료보장 형태와 민간의료보험 월 납입료를 선정하였으며, 의료보장형태에서 건강보험 미적용자에게는 의료급여 및 국가유공자를 포함시켰고, 민간의료보험 월 납입료 기준은 정영호 등(2009)의 연구에서 민간의료보험 가입자가 월 평균 74,020원을 납입함으로 74,020을 기준으로 정하였다.

필요 요인 중에서 질병 요인은 의료서비스를 이용하기 전에 질병이 존재하거나 질병이 발생할 가능성에 대해 개인이 사전에 인지하는 것들이다. 즉, 질병이나 건강에 대한 개인의 인식들임으로 장애인 여부, 응급실 이용유무를 선정하였다. 이 중에서 응급실 이용유무는 Mayer(1981)의 연구에 의하면, 환자가 응급상황인 경우 시간적, 공간적으로 가장 신속하게 의료기관을 이용하기 위해 근접한 의료기관을 이용한다는 것을 참고하여 응급실 이용유무로 처리하였다.

경제적 특성은 의료서비스에 대한 비용의 부재 및 가족의 소득 등이 포함된다. 즉, 소인성 요인에 해당하는 개인적인 소득이 아닌 개인이 소속된 가족의 경제적인 특성과 관련 있는 변수들임으로 가구 총소득 및 주택소유를 선정하였다. 이 중에서 가구 총소득은 소득세법 제55조에 의해 종합소득과세표준 구간을 참고하여 각각 처리하였다.

시간적 특성은 진료 대기시간과 의료기관까지 거리 등이 포함된다. 즉, 의료기관까지 접근도와 관련이 있으므로 대도시 거주유무를 시간적 특성 변수로 선정하였다. 의료조직 특성은 의료기관 운영과 관련이 있는 변수들이므로 의료조직 특성 변수로 의료기관 국·공립유무를 선정하였다.

진료 특성은 진료계획과 관련이 있으므로 진료 특성 변수로 수술유무, 의료진에 의한 입원결정 유무와 중증질환 대상자 여부로 선정하였다. 이 중에서 중증질환 대상자 선정시 진단코드를 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준 중 입원환자 중증질환 산정특례 대상 상병코드로 재선정하여 처리하였다<표 1>.

<표 1> 변수명 및 측정방법

변수명	측정방법
종속변수	
선택진료 이용	미이용 0, 이용 1
독립변수	
1. 환자의 특성	
1.1 성	남 1, 여 2
1.2 연령	≤14세 0, 15세~64세 1, 65세 이상 2
1.3 의료기관 선택기준	기타(편리성 등) 0, 의료진 우수 1
1.4 의료보장 형태	건강보험 미적용 0, 건강보험 적용 1
1.5 민간의료보험 월 납입료	0원(미가입), <74,020원 1, ≥74,020원 2
1.6 장애인 여부	장애인 0, 비장애인 1
1.7 응급실 이용 유무	응급실 미이용 0, 응급실 이용 1
2. 의료공급 체계의 구조적 장애요인	
1.1 가구 총소득	1,200만원 이하 0, 1,200만원 초과~4,600만원 이하 1, 4,600만원 초과 2
1.2 주택소유	무주택 0, 자가 1
1.3 대도시 거주 유무	미거주 0, 거주 1
1.4 국공립 유무	국공립 0, 사립 1
1.5 수술 유무	비수술 0, 수술 1
1.6 의료진에 의한 입원결정 유무	본인 및 가족 등 0, 의료진 1
1.7 중증질환 대상자 여부	없음 0, 있음 1

2. 연구대상

국민건강보험공단과 한국보건사회연구원이 전국의 7,866가구 24,616명의 가구원 대상으로 2008년 이후, 매년 상반기, 하반기 의료이용과 의료비 지출에 대해 조사한 ‘한국의료패널자료’²⁾중에서 2008년 상반기 자료를 이용한 연구이다. 24,616명 중 종합병원급 이상 입원한 건수는 933건이며, 결측치 142건을 제외시킨 791건을 연구대상으로 선정하였으며, 여기서 결측치는 각 변수에 대해 “무응답 및 모름”건으로 선택진료 유무 87건, 민간의료보험 월 납입료 50건, 소득 4건, 의료기관이용시 중별유형 1건이 각각 포함되어 있다.

2) 의료이용과 의료비 지출에 대해 조사하는 보건의료분야의 패널조사로 과학적인 데이터 생산과 의료이용 행태와 건강상태 및 건강행태 등에 관한 복잡하고 다양한 인과관계를 분석한 자료다(정영호, 2010).

3. 연구방법

입원환자대상으로 각 의료기관 유형(종합전문요양기관, 종합병원)으로 구분하여 환자 특성 요인 및 의료공급체계의 구조적 장애요인에 대해 변수별로 빈도분석을 실시하였다. 선택진료 의료이용에 영향을 미치는 환자특성 요인과 의료공급체계의 구조적 장애요인을 찾고자 단변량 분석에서는 t-test를 행하였으며, 다변량분석으로는 다변량 로지스틱 회귀분석(multiple logistic regression)을 실시하였으며, 통계 프로그램은 SPSS 18.0 for Windows를 사용하였다.

III. 연구결과

1. 연구대상자의 일반적 특성 및 의료기관 유형별 선택진료 이용 분포

입원환자로 분류된 전체 대상건수 791건 중 종합전문요양기관은 276건, 종합병원은 515건이며, 선택진료 이용률은 종합전문요양기관 73.2%, 종합병원은 24.7%로 종합전문요양기관이 높았다.

종합전문요양기관과 종합병원에서 선택진료 이용률 수준이 성별, 장애인 여부, 응급실 이용유무, 주택소유, 수술유무, 중증질환 대상자 여부에서 동일한 결과가 나왔다. 성별에서는 남자가, 장애인 여부에서는 비장애인이, 응급실 이용 유무에서는 응급실 미이용자가, 주택소유에서는 자가 주택 보유자가, 수술유무에서는 수술한 환자가 각각 선택진료를 많이 이용하였으나 통계학적으로는 종합병원에서만 유의한 차이가 있었다($p < 0.05$). 중증질환 대상자 여부에서 중증질환 대상자가 선택진료를 많이 이용하였으며 통계학적으로 유의한 차이가 각각 있었다($p < 0.05$, $p < 0.001$).

연령대에서 종합전문요양기관은 15-64세, 65세 이상, 14세 이하 순으로 선택진료를 많이 이용하였고, 종합병원은 65세 이상, 15-64세, 14세 이하 순이었다. 의료기관 선택기준에서 종합전문요양기관은 기타 및 편리성을 추구하는 환자가 선택진료를 많이 이용하였으나, 통계학적으로는 유의한 차이가 없었으며, 종합병원은 의료진이 우수하다고 생각하는 환자가 선택진료를 많이 이용하였는데, 통계학적으로도 유의한 차이가 있었다($p < 0.001$). 의료보장형태에서 종합전문요양기관은 건강보험 미적용자와 건강보험 적용자간 차이가 거의 없었으나, 종합병원은 건강보험 적용자가 선택진료를 많이 이용하였다. 민간의료보험 월 납입료에서 종합전문요양기관은 74,020원 미만 납입자, 미가입자, 74,020원 이상 납입자 순으로 선택진료를 많이 이용하였고, 종합병원은 미가입자, 74,020원 미만 납입자, 74,020원 이상 납입자 순이었다.

<표 2> 연구 대상자의 일반적 특성 및 의료기관 유형별 선택진료 이용 분포

변 수		총 건수	의료기관 유형					
			종합전문요양기관			종합병원		
			소계	이용	미이용	소계	이용	미이용
성별	남	397	142	109(76.8)	33(23.2)	255	65(25.5)	190(74.5)
	여	394	134	93(69.4)	41(30.6)	260	62(23.8)	198(76.2)
연령	≤14	174	56	36(64.3)	20(35.7)	118	23(19.5)	95(80.5)
	15-64	369	130	99(76.2)	31(23.8)	239	59(24.7)	180(75.3)
	≥65	248	90	67(74.4)	23(25.6)	158	45(28.5)	113(71.5)
의료기관 선택기준	기타 및 편리성	388	113	87(77.0)	26(23.0)	275	49(17.8)	226(82.2) **
	의료진 우수	403	163	115(70.6)	48(29.4)	240	78(32.5)	162(67.5)
의료보장형태	건강보험 미적용	126	30	22(73.3)	8(26.7)	96	18(18.8)	78(81.3)
	건강보험 적용	665	246	180(73.2)	66(26.8)	419	109(26.0)	310(74.0)
민간의료보험 월 납입료(원)	0	392	150	109(72.7)	41(27.3)	242	64(26.4)	178(73.6)
	<74,020	254	73	56(76.7)	17(23.3)	152	38(25.0)	114(75.0)
	≥74,020	145	53	37(69.8)	16(30.2)	121	25(20.7)	96(79.3)
장애인 여부	장애인	97	40	26(65.0)	14(35.0)	57	13(22.8)	44(77.2)
	비장애인	694	236	176(74.6)	60(25.4)	458	114(24.9)	344(75.1)
응급실 이용 유무	응급실 이용	192	55	36(65.5)	19(34.5)	137	29(21.2)	108(78.8)
	응급실 미이용	599	221	166(75.1)	55(24.9)	378	98(25.9)	280(74.1)
가구 총소득(만원)	1,200이하	171	52	33(63.5)	19(36.5)	119	24(20.2)	95(79.8)
	1,200초과-4,600이하	452	152	115(75.7)	37(24.3)	300	76(25.3)	224(74.7)
	4,600초과	168	72	54(75.0)	18(25.0)	96	27(28.1)	69(71.9)
주택소유	무주택	255	92	65(70.7)	27(29.3)	163	32(19.6)	131(80.4)
	자가	536	184	137(74.5)	47(25.5)	352	95(27.0)	257(73.0)
대도시 거주 유무	미거주	477	140	96(68.6)	44(31.4)	337	87(25.8)	250(74.2)
	거주	314	136	106(77.9)	30(22.1)	178	40(22.5)	138(77.5)
국공립 유무	국공립	157	65	41(63.1)	24(36.9) *	92	28(30.4)	64(69.6)
	사립	634	211	161(76.3)	50(23.7)	423	99(23.4)	324(76.6)
수술 유무	비수술	496	145	104(71.7)	41(28.3)	351	75(21.4)	276(78.6) *
	수술	295	131	98(74.8)	33(25.2)	164	52(31.7)	112(68.3)
의료진에 의한 입원결정 유무	의료진	620	222	162(73.0)	60(27.0)	398	102(25.6)	296(74.4)
	본인 및 가족 등	171	54	40(74.1)	14(25.9)	117	25(21.4)	92(78.6)
중증질환 대상자 여부	미대상자	603	176	118(67.0)	58(33.0) *	427	85(19.9)	342(80.1) **
	대상자	188	100	84(84.0)	16(16.0)	88	42(47.7)	46(52.3)
계		791	276	202(73.2)	74(26.8)	515	127(24.7)	388(75.3)

주: * p<0.05, ** p<0.001

가구 총소득에서 종합전문요양기관은 1,200만원 초과-4,600만원 이하의 가구에 속한 환자, 4,600만원을 초과하는 가구에 속한 환자, 1,200만원 이하의 가구에 속한 환자 순이었고, 종합병원은 4,600만원을 초과하는 가구에 속한 환자, 1,200만원 초과-4,600만원 이하의 가구에 속한 환자, 1,200만원 이하의 가구에 속한 환자 순이었다.

대도시 거주유무에서 종합전문요양기관은 대도시 거주자가, 종합병원에서는 대도시 미 거주자가 선택진료를 각각 많이 이용하였다. 국·공립 유무에서 종합전문요양기관은 사립 의료기관이($p<0.05$), 종합병원은 국·공립 의료기관이 선택진료를 각각 많이 이용하였다. 의료진에 의한 입원결정 유무에서 종합전문요양기관은 본인 및 가족 등에 의해 입원한 환자가, 종합병원은 의료진에 의해 입원한 환자가 선택진료를 각각 많이 이용하였다<표 2>.

2. 선택진료 의료이용에 영향을 미치는 요인

입원 환자들의 선택진료 이용에 영향을 미치는 요인을 살펴보기 위해 다중 로지스틱 회귀분석을 한 결과 종합전문요양기관과 종합병원에서 중증질환 대상자 여부가 공통적으로 유의한 영향력이 있었다. 즉, 중증질환 대상자가 미대상자보다 선택진료를 각각 더 많이 이용했다(OR=2.574, OR=4.035).

추가로, 종합전문요양기관에서는 가구 총소득, 국·공립 유무가 유의한 영향력이 있었으며, 종합병원에서는 의료기관 선택기준이 유의한 영향력이 있었다. 즉, 종합전문요양기관에서는 가구 총소득이 1,200만원 이하의 가구에 속한 환자보다는 1,200만원 초과-4,600만원 이하의 가구에 속한 환자와 4,600만원을 초과하는 가구에 속한 환자가 각각 선택진료를 더 많이 이용하였으며(OR=2.985, OR=2.794), 국·공립 의료기관을 이용한 환자보다는 사립 의료기관을 이용한 환자가 선택진료를 더 많이 이용하였다(OR=2.196). 종합병원에서는 의료기관 선택기준이 기타 및 편리성보다는 의료진이 우수하다고 생각한 환자들이 선택진료를 더 많이 이용하였다(OR=1.884)<표 3>.

<표 3> 선택진료 의료이용 결정요인

변	수	의료기관 유형			
		종합전문요양기관		종합병원	
		OR	95% CI	OR	95% CI
의료기관 선택기준	기타 및 편리성	1		1	
	의료진 우수	0.672	(0.365-1.237)	1.884	(1.208-2.937) [*]
가구 총소득(만원)	1,200이하	1		1	
	1,200초과-4,600이하	2.985	(1.261-7.067) [*]	1.682	(0.913-3.098)
	4,600초과	2.794	(1.015-7.688) [*]	1.834	(0.860-3.911)
국·공립 유무	국·공립	1		1	
	사립	2.196	(1.118-4.316) [*]	0.744	(0.410-1.350)
중증질환 대상자 여부	미대상자	1		1	
	대상자	2.574	(1.249-5.303) [*]	4.035	(2.269-7.174) [*]
		$\chi^2 = 12.236(p=0.141)$		$\chi^2 = 3.090(p=0.929)$	

IV. 고찰 및 결론

우리나라 국민건강보험의 보장성을 약화시키는 중요한 항목으로 선택진료비가 있는데, 본 연구는 선택진료비를 부담시킬 수 있는 의료이용 결정요인에 대해 분석하기 위해 수행되었다. 국내외에서 선택진료 의료이용 결정요인에 대한 선행연구들을 찾을 수 없어, 의료이용 결정요인과 관련된 기존연구들을 토대로 진행하였다. 의료이용 결정요인을 분석하는 연구들에서 이론적 분석구조로 널리 사용되어온 Andersen 의료이용 모형은 의료필요변수인 질병 이외에는 의료이용상 차이를 설명하는 변수를 거의 찾지 못한다는 비판이 있어(Mechanic, 1979), Andersen 의료이용 모형을 환자의 특성요인으로 구분하고, 여기에 의료공급체계의 특성요인을 추가시켜 수요자 특성요인 뿐만 아닌 공급자 특성요인도 함께 찾고자 한 Dutton(1986)의 의료이용 모형을 적용하여 선택진료 이용 결정요인에 대해 한국의료패널자료를 이용하여 분석하였다는 점에서 의의가 크다.

하지만, 한국의료패널자료를 이용함에 있어 신뢰성과 대표성에는 문제가 있다(서남규 등, 2009). 미국의 의료패널자료인 MEPS(Medical Expenditure Panel Survey)는 의사 및 요양기관을 대상으로 가구 조사 자료와 직접적으로 연결되어 의료공급자 요인에 대해 추가 정보를 제공받을 수 있으나, 본 연구에서는 의료공급자 요인들에 대한 결측치가 많아 신뢰도를 향상시킬 수 없었다. 또한, 국민건강보험공단-건강보험심사평가원에서 발행한 건강보험통계연보(2010)에 의하면, 연간 입원환자 청구건수는 종합전문요양기관에서 1,813,734건이고, 종합병원에서 2,318,613건으로 매우 높으나, 본 연구대상이 종합전문요양기관은 276건이고, 종합병원은 515건인 점을 고려한다면, 모집단에 대한 표본의 크기가 작음으로 인해 대표성에는 한계가 있다고 하겠다.

본 연구의 주요 결과는 다음과 같다. 첫째, 종합전문요양기관과 종합병원에서 중증질환 미대상자보다는 중증질환 대상자가 공통적으로 선택진료를 더 많이 이용했다. 둘째, 종합전문요양기관에서는 가구 총소득이 1,200만원 이하의 가구에 속한 환자보다는 1,200만원 초과-4,600만원 이하의 가구에 속한 환자와 4,600만원을 초과하는 가구에 속한 환자가 각각 선택진료를 더 많이 이용하였으며, 국공립 의료기관을 이용한 환자보다는 사립 의료기관을 이용한 환자가 선택진료 이용이 더 많았다. 셋째, 종합병원에서는 의료기관 선택기준이 기타 및 편리성보다는 의료진이 우수하다고 생각한 환자들이 선택진료를 더 많이 이용하였다.

중증질환 대상자가 중증질환 미대상자보다 선택진료를 더 많이 이용하였는데, 이는 Lane 등(1988)의 연구에 의하면, 질병의 중증도가 의료이용에 유의한 변수임을 밝힌

바 있다. 중증도가 높은 질병 중에는 암·뇌혈관질환·심장질환·희귀난치성질환이 있는데, 최영순 등(2010)의 연구에 의하면, 2008년 암·뇌혈관질환·심장질환·희귀난치성질환 환자의 비급여진료비 구성중 선택진료료가 암은 32.3%, 뇌혈관질환은 28.0%, 심장질환은 32.7%, 희귀난치성질환은 27.9%로 가장 높았다. 이와 같은 결과는 중증도가 높은 암·뇌혈관질환·심장질환·희귀난치성질환 환자가 중증도가 낮은 일반 환자보다 선택진료를 많이 이용함에 따라 발생된 것임으로 중증질환 미대상자보다는 중증질환 대상자가 선택진료를 더 많이 이용한다는 것과 일치하고 있다.

종합전문요양기관에서 가구 총소득이 1,200만원 초과-4,600만원 이하의 가구에 속한 환자와 4,600만원을 초과하는 가구에 속한 환자가 1,200만원 이하의 가구에 속한 환자보다 각각 선택진료를 더 많이 이용하였는데, 이기훈(2010)의 연구에 의하면, 월 수입이 많을수록 선택진료에 대한 인식 수준이 높았으므로, 가구 총소득이 높은 환자가 가구 총소득이 낮은 환자보다 선택진료 이용이 많은 것으로 보인다. 또한, 가구 총소득이 4,600만원 초과하는 가구에 속한 환자보다 1,200만원 초과-4,600만원 이하의 가구에 속한 환자가 선택진료를 조금 더 많이 이용하였는데, 이는 환자들의 질병상태의 차이에 따라 발생된 것 같다. 사립 의료기관을 이용한 환자가 국·공립 의료기관을 이용한 환자보다 선택진료를 더 많이 이용하였는데, 최영순 등(2007)의 연구에 의하면, 전체 본인부담금 중 비급여 진료비가 차지하는 비급여율이 사립 의료기관에서는 66.7%이고, 공공 의료기관에서는 38.2%로 사립 의료기관이 높았다. 이는 비급여 진료비중 높은 비중을 차지하고 있는 것이 선택진료비인데, 입원 환자가 의료기관을 이용함에 있어, 선택진료비를 환자에게 부담시킬 수 있는 선택진료가 종합전문요양기관에서는 국·공립 의료기관보다는 사립 의료기관이 더 많이 이루어짐에 따라 발생된 것으로 해석된다.

의료진이 우수하다고 생각한 환자들이 기타 및 편리성으로 의료기관을 선택한 환자보다 선택진료를 이용함에 있어, 종합병원에서는 유의한 차이가 있었으나, 종합전문요양기관에서는 유의한 차이가 없었다. 이는 조우현 등(1992)의 연구에 의하면, 의사의 신뢰도에 따라 입원환자가 의료기관을 선택함에 있어, 유의한 차이가 없다는 연구결과도 있으나, 보건복지부(2011)에 의하면, 2011년 상급종합병원의 경우 44개 모두에서, 종합병원은 273개중 36.3%가 선택진료를 하고 있었다. 또한, 선택진료비용 징수 의사수 비율³⁾에서 상급종합병원은 78.0%, 종합병원은 70.3%로 종합병원보다 상급종합병원이 높았다. 상급종합병원의 경우 100% 선택진료 의료기관이며, 선택진료비용 징수 의사수 비율에서도 종합병원보다 높기 때문에 거의 대부분의 환자들이 본인의 선택의사와 상관없이 선택진료를 함에 따라 의료기관 선택기준에 있어 유의한 차이가 없었던

3) 선택진료비용 징수 의사수 비율은 선택진료비용 징수 의사수 / 선택진료비용 징수 자격을 갖춘 진료가능 의사수로 보건복지부(2011)에서 인용하였다.

것으로 보인다.

본 연구 결과를 종합하면, 종합전문요양기관과 종합병원의 선택진료 의료이용 결정요인에 대해 각각 다른 요인들도 있으나, 공통적인 요인은 중증질환 대상자가 중증질환 미대상자보다는 선택진료를 더 많이 이용한다는 것이다. 이러한 대상자들이 선택진료를 이용함에 따라 의료비 부담수준은 높아질 것이며, 결국 국민건강보험의 보장성 약화의 주요한 원인으로 작용될 것이다.

보건복지부에서는 2011년 6월 선택진료에 관한 규칙 중에서 선택진료의사의 자격요건을 강화하고 상급종합병원과 종합병원의 경우, 필수진료과목에 대해서는 전 진료시간 동안 1명 이상의 비선택진료 의사를 반드시 배치하여 선택진료에 대한 환자의 접근성을 확대할 수 있도록 개정하였다. 이는 의사선택 폭이 확대되어 의료비 부담이 경감됨으로 장기적으로는 국민건강보험의 보장성이 향상될 것이나, 중증질환 대상자는 질환의 중증도가 높아 대부분 선택진료 이용에 대해 선택할 여지가 없음으로 인해 환자들의 의료비 부담수준이 크게 개선되지 못해 국민건강보험의 보장성도 이들에게는 크게 향상될 것이라 생각되지 않는다.

이에 따라 장기적으로는 일반의사수 대비 선택진료의사수에 대한 선택진료의사 비율을 감소시켜 중증질환 미대상자들에게 국민건강보험의 보장성을 향상시킬 필요가 있으며, 선택진료 비율을 지속적으로 감소시키는 의료기관에게는 적절한 유인정책도 마련되어야 할 것이다. 단기적으로는 국내에서 찾아볼 수 있는데, 산업재해보상보험법 및 동법 시행령에 의해 증세가 위독하거나, 진찰 중 바로 치료하지 않으면 증세가 급속히 악화되어 진찰과 향후 치료에 지장이 있다는 의학적 소견이 있는 산재보험 적용 환자에 대해 근로복지공단이 정한 선택진료 의료기관에서 진료 할 경우, 그 치료에 든 비용은 보험급여 해주고 있다. 따라서 추후 연구를 통해 의학적 소견으로 증명되어진 중증질환자들이 선택진료를 이용 할 경우, 보험자 부담수준을 고려하여 본인부담률 수준을 점진적으로 낮춰 중증질환자들에 대한 국민건강보험 보장성이 향상될 수 있도록 하여야 할 것이다.

참 고 문 헌

국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. 2009 건강보험통계연보. 2010.

김성연. 병원의 이미지가 병원선택에 미치는 영향분석[석사학위 논문]. 서울 : 연세대학교 대학원;1987.

강은주. 선택진료 개선방안에 관한 연구[석사학위 논문]. 서울 : 동국대학교 행정대학

원;2009.

- 김은영, 남은숙, 채영란, 이혜경. Andersen 행동모형에 근거한 한국노인의 장기요양서비스 이용의사 결정요인 분석. 한국노년학회. 28(3); 2008; 585-602.
- 김영숙, 태윤희, 배성일, 최영순, 최기춘, 이호용. 국내외 보건의료자료의 현황과 보건의료패널 구축의 방향. 국민건강보험공단. 2007.
- 김정희, 정종찬, 김성옥. 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사. 국민건강보험공단. 2005.
- 김정희, 이호영, 황라일, 정현진. 2006년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사. 국민건강보험공단. 2007.
- 김정희, 이호영, 정현진. 2007년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사. 국민건강보험공단. 2008.
- 김재수. 마케팅 조사에 의한 환자의 병원선택 동기분석. 원주의대 논문집 1988; 1(1):209-217.
- 박기수, 천병렬, 감신, 예민해, 강윤식, 김건엽, 손재희, 이영숙. "장애인의 건강관심도, 건강 실천행위 그리고 건강수준간의 구조분석". 예방의학회지. 32(3); 1999; 276-288.
- 박창균. 병원 마케팅 전략수립을 위한 환자들의 병원선택 요인에 관한 연구[석사학위 논문]. 서울 : 연세대학교 대학원;1985.
- 변용찬, 김성희, 이선우. 장애인 실태조사 2000. 한국보건사회연구원. 2001; 76-83.
- 변주선. 한 중소병원의 마케팅전략 수립을 위한 실증적 연구[석사학위 논문]. 서울 : 연세대학교 보건대학원; 1987.
- 배상수. 국민 건강의 결정 요인 3 : 질병예방 및 의료이용행태. 예방의학회지. 1993; 26(4);508-533.
- 보건복지부. '선택진료 수준은 높이고 국민의료비 부담은 줄인다' 보도자료. 2011. 6. 14.
- 서남규, 이용갑, 태윤희, 정영호, 고숙자. 한국의료패널의 효율성 및 신뢰도 제고방안 연구(2). 국민건강보험공단. 2009.
- 서수교, 박재용. 의원의 의료보험진료비 수입 분포와 그 결정요인. 보건행정학회지. 1995; 5(1);1-30.
- 신영석, 황도경, 강길원, 배은영, 이수연, 이충섭. 건강보험 정책현황과 과제. 한국보건사회연구원. 2010;15-66.

- 이기훈. 선택진료 제도에 관한 의료이용자와 의료종사자의 인식수준 비교 연구[석사학위 논문]. 서울 : 고려대학교 보건대학원;2010.
- 이용균, 방성민. 병원의 선택진료 운영현황 및 개선방안. 2004.
- 이용재. 지역유형별 의료기관의 암 환자 의료이용 차이와 진료분담에 관한 연구. 서울: 국토연구;2009.97-114.
- 이종인. 선택진료의 문제점과 개선방안. 한국소비자원. 2007.
- 은상준, 홍지영, 이진용, 이진석, 김윤, 김용익 등. "외래진료 민감질환 유질환자 중 장애인과 비장애인의 의료이용률 차이". 예방의학회지 2006;39(5);411-418.
- 윤환상. 한국인의 의료기관 이용행태에 관한 연구[석사학위 논문]. 서울 : 한양대학교 행정대학원;1987.
- 조우현, 김한중, 이선희. 의료기관 선택기준에 관한 연구. 예방의학회지 1992; 25(1);53-63.
- 지영건. 선택진료제의 지불제도 개선방안 연구. 보건복지부, CHA 의과대학교. 2010.
- 정기원, 권선진, 김용하, 변용찬, 계훈방, 권도용 등. "장애인 취업실태와 고용의 경제적 효과". 한국보건사회연구원. 1996.
- 정영호, 고숙자, 이은영, 진달래, 김성옥, 한준태 등. 2008년 한국의료패널 기초분석보고서(1). 한국보건사회연구원. 2009.
- 정형선. 2008 국민의료비 및 국민보건계정. 보건복지부. 2010.
- 조형주. 조건부가치측정법을 이용한 선택진료의 지불의사금액 추정[석사학위 논문]. 서울 : 이화여자대학교 대학원;2010.
- 최기춘, 이호용, 이선미. 2008년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원. 2009.
- 최기춘, 이호용, 고민정, 이선미. 건강보험 보장성 정책 평가 및 확대 대상 검토, 국민건강보험공단. 2009.
- 최영순, 백수진, 임은실, 이호용, 장혜정. 2009년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 국민건강보험공단. 2010.
- 최영순, 김정희, 이호용, 한준태. 비급여 진료비 실태와 관리 방안. 국민건강보험공단. 2007.
- Aday LA, Andersen R. A Framework for the study of access to medical care. Health Services Res 1974;9(3):208-220.

- Andersen R, Newman JF. Social and individual determinants of medical care utilization in the United States. *MMFR* 1973; 95-124.
- Andersen RM, Aday LA. Access to medical care in the U.S.: realized and potential. *Med Care* 1978;16(7):533-546.
- Andersen RM, McCutcheon A, Aday LA, Grace Y, Chiu RB. Exploring dimensions of access to medical care. *Health Services Res* 1983;18(1):49-74.
- Atherly A. The effect of medicare supplemental insurance on medicare expenditures. *Int J Health Care Finance Econ* 2002;2(2):137-162.
- Brown C, Barner J, Bohman T, Richards K. A multivariate test of an expanded Andersen Health Care utilization model for complementary and alternative medicine(CAM) use in African Americans. *J Altern Complement Med* 2009;15(8):911-919.
- Buchmueller T, Couffinhal A, Grignon M, Perronnin M. Access to physician services: Does supplemental insurance matter? evidence from France. *Health Economics* 2004;13(7):669-687.
- Cartwright W, Hu T, Huang L. Impact of varying Medigap insurance coverage on the use of medical services of the elderly. *Appl Econ* 1992;24(5):529-539.
- Ciocco A, Altman I, Truan TD. Patient load and volume of medical services. *Public Health Report* 1952;67(6):527-534.
- Dutton D. Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization. *Social Science and Medicine* 1986;23(7):721-735.
- Ebert DA, Heckerling PS. Communication disabilities among medical inpatients. *N Engl J Med* 1998;339(4):272-273.
- Ettner S. Adverse selection and the purchase of Medigap insurance by the elderly. *Journal of Health Economics* 1997;16(5):543-562.
- Evashwick C, Rowe G, Diehr P, Branch L. Factors explaining the use of health care services by the elderly. *Health Ser Res* 1984;19(3):357-382.
- Harmon C, Nolan B. Health insurance and health services utilization in Ireland. *Health Econ* 2001;10(2):135-145.

- Hurd M, McGarry K. Medical insurance and the use of health care services by the elderly. *Journal of Health Economics* 1997;16(2):129-154.
- Janssen R. Time prices and the demand for GP services. *Soc Sci Med* 1992; 34(7):725-733.
- Lane PM, Lindquist JD. Hospital choice: a summary of the key empirical and hypothetical findings of the 1980s. *Journal of Health Care Marketing* 1988;8(4):5-20.
- Lennox N, Chaplin R. The psychiatric care of people with intellectual disabilities: The perceptions of trainee psychiatrists and psychiatric medical officers. *Aust NZ J Psychiatry* 1995;29(4):632-637.
- Manning WG, Newhouse JP, Duan N, Keeler EB, Leibowitz A, Marquis MS. Health insurance and the demand for medical care: Evidence from a randomized experiment. *Am Econ Rev* 1987;77(3):251-277.
- Mayer JD. A method for the geographical evaluation of emergency medical service performance. *American Journal of Public Health* 1981;71(8):841-843.
- Mechanic D. Correlates of physician utilization: why do major multivariate studies of physician utilization find trivial psychosocial and organizational effects?. *J Health Soc Behav* 1979;20(4):387-396.
- OECD, OECD Health Data 2010.
- Park JH, Lee JS, Lee JY, Gwack J, Park JH, Kim YI, et al. Disparities between persons with and without disabilities in their participation rates in mass screening. *Eur J Public Health* 2009;19(1):85-90.
- Phillips KA, Morrison KR, Andersen R, Aday LA. Understanding the context of health care utilization: Assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization. *Health Services Research* 1998;33(3):571-596.
- Rodriguez M, Stoyanova A. The effect of private health insurance access on the choice of GP/specialist and public/private provider in Spain. *Health Economics* 2004;13(7):689-703.
- Sapelli C, Vial B. Self-selection and moral hazard in Chilean health insurance.

J Health Econ 2003;22(3):459-476.

Schellhorn M. The effect of variable health insurance deductibles on the demand for physician visits. Health Econ 2001;10(5):441-456.

Vera-Hernandez AM. Duplicate coverage and demand for health care: The case of Catalonia. Health Econ 1999;8(7):579-598.

Wolfe J, Goddeeris J. Averse selection, moral hazard, and wealth effects in the Medigap insurance market. J Health Econ 1991;10(4):433-459.