대한한의학회지 제32권 제1호(2011년 1월)
J Korean Oriental Med 2011;32(1):97-108

Original Article

한방의료 이용현황 및 이용결정요인에 관한 연구
- 고령화 패널을 이용하여 -

박지은[1,2], 권순만[2]

[1]한국한의학연구원, [2]서울대학교 보건대학원

Determinants of the Utilization of Oriental Medical Services by the Elderly

Ji-Eun Park[1,2], Soonman Kwon[2]

[1]Division of Standard Research, Korea Institute of Oriental Medicine
[2]School of Public Health, Seoul National University

Objective: This study aimed to analyze the utilization of Oriental medical services and its determinants among the elderly.
Method: Data from a Korean longitudinal study of aging was used. Regression analysis was used to find the determinants of the utilization of medical care.
Results: People with low education and low income were more likely to use Oriental medical services. Determinants of using Oriental health service were sex, marriage, income, subjective health condition, activity restriction due to pain, and chronic disease. Among them, only subjective health condition and activity restriction due to pain were significant determinants of frequency of and expenditure on Oriental medical services. Especially, activity restriction due to pain was a significant factor in the use of Oriental medical services, but not in the use of Western medical services.
Conclusion: Treatment related to pain was closely associated with Oriental medical services. These treatments need to be developed with scientific and clinical evidence.

Key Words : Oriental medical service, health care utilization, elderly

서 론

우리나라는 서양의학을 기반으로 하는 양방의료와, 한의학을 기반으로 하는 한방의료라는 이원화된 의료제도를 가지고 있다. 최근 생활습관의 변화 등으로 만성 퇴행성 질환으로 질병구조가 변화하고 인구가 고령화됨에 따라 한의학에 대한 관심이 증대되고 있는 반면, 진료비용 면에서는 한방의료서비스의 비중이 줄어들고 있다. 한방으로 청구된 명세서의 비율은 1999년 6.5%에서 2007년 10.5%로 증가했지만, 진료비는 변동이 거의 없고 2007년에는 0.1%가량 감소하였다. 한방외래 진료비가 건강보험에서 차지하는 비율 역시 최근 5년 간 정체되거나 감소되는 경향을 보이는데, 건강보험 전체 외래진료비가 2006년 대비 2007년에 8.1%가 증가한 반면, 한방 외래진료비는 6.4% 증가하여 한방진료비 증가율이 전체

・Received : 3 November 2010 ・Revised : 27 December 2010 ・Accepted : 29 December 2010
・Correspondence to : 권순만(Soonman Kwon)
서울대학교 보건대학원 보건정책관리학과
Tel : +82-2-880-2721, Fax : +82-2-762-2888, E-mail : kwons@snu.ac.kr

증가율보다 낮음을 알 수 있다[1].

한의학에 대한 관심의 증가나 질병구조의 변화에 한의학의 수요가 미치지 못하는 것은 실제적인 의료이용에 있어 의료요구 이외에 다양한 요인들이 영향을 미치기 때문이다. 의료이용은 사회인구학적 요인, 의료자원의 공급, 새로운 상병의 출현, 의료기술의 발달, 의료보장제도 변화 등 여러 요인에 의하여 그 양과 내용이 영향을 받는다[2]. 한방의료의 정책마련 및 방향성 제시를 위해서는 현재의 의료제도 하에서 한방의료가 가지고 있는 위치를 파악하고, 한방의료서비스 이용에 대한 결정요인을 파악하는 것이 필요하다.

한방의료서비스의 이용현황 및 결정요인을 분석한 기존 연구에서 여성이나 저소득층에서 한방의료서비스의 이용이 높다고 보고되어있으나, 양방의료서비스 이용량에 대한 분석은 없기 때문에, 전체적인 의료이용이 아닌 한방의료서비스 이용만 높은 그룹인지에 대해서는 결론을 내리기가 어렵다. 또한, 의료서비스 이용여부에 대한 결정요인은 이용량에 대한 결정요인과 다르게 나타나기도 하는데, 지금까지 한방의료이용 결정요인에 대한 연구 중 이용여부뿐 아니라 이용량에 대한 결정요인까지 파악한 연구는 희귀한 실정이다.

그러므로 본 연구에서는 한방의료서비스의 이용여부 및 이용량에 대한 결정요인뿐만 아니라 이를 양방의료서비스와 비교하여 한방의료서비스 이용에서 특징적으로 나타나는 결정요인을 알아보고자 한다. 또한 대부분의 선행연구들이 설문자료를 대상으로 분석한 데 비해, 본 연구에서는 패널자료를 사용하여 외적타당도를 높이는 한편, 의료이용이 많아지는 중고령자를 중심으로 이용현황과 결정요인을 분석해보았다.

연구방법

이 연구는 한방의료서비스 이용현황 분석과 결정요인 파악을 위해 2006년에 시행된 제 1차년도 고령화패널을 사용하였다. 고령화패널은 인구학적 배경과 가족, 건강, 고용, 소득, 자산 및 주관적 기대감 및 삶의 만족도 항목으로 구성되어 있다. 대상자는 원칙적으로 전국에 거주하는 45세 이상 국민으로, 2005년 인구주택총조사의 가구명부를 이용하여 단순무작위 방식으로 표본가구를 추출하였다. 이렇게 추출한 표본가구를 면접원이 정해진 순서대로 선정한 가구를 방문하여 모든 만 45세 이상 가구원에 대하여 면접조사를 실시하였고, 제주도 및 도서지역을 제외한 6,171개 가구에서 거주하는 10,254명이 포함되었다.

본 연구에서는 최근 1년 이내에 한방의료기관을 방문한 사람과 방문하지 않은 사람으로 구분하여 이용여부를 결정하였고, 의료이용량에 관한 변수로는 최근 1년 간의 한방의료기관 방문횟수와 진료비 지불금액을 사용하였다. 한방의료서비스의 이용여부 및 이용량에 영향을 미칠 수 있는 독립변수에는 성별, 연령, 결혼상태, 거주지역의 인구학적 요인, 교육수준, 소득수준, 의료보장형태의 사회경제적 요인, 주관적 건강상태와 건강상태로 인한 활동제한 유무, 통증으로 인한 활동제한 유무, 만성질환 유무의 건강관련 요인을 포함시켰다.

거주지역의 경우 대도시와 중소도시에 사는 도시거주자와, 농촌지역에 사는 읍면부 거주자로 나누었다. 그리고 농촌교육수준의 경우 초등학교 졸업 이하를 낮은 교육수준, 중학교 및 고등학교 졸업을 중간정도의 교육수준, 대학 이상을 높은 교육수준으로 분류하였다. 소득수준은 연 소득을 기준으로 세 그룹으로 나누었으며, 건강보험은 건강보험 가입자와 의료급여 대상자로 분류하였다. 고혈압과 당뇨, 암, 만성 폐질환, 만성 간질환, 심장질환, 뇌혈관질환, 정신과적 질환, 관절염 및 류마티스의 9개 질환을 만성질환에 포함하여 이 중 하나 이상의 질환이 있는 경우, 만성질환이 있는 그룹으로 간주하였다.

한방의료서비스 이용여부와 이용량에 대한 특성을 파악하기 위해 빈도분석을 실시하고, 양방의료서비스와 비교하기 위한 교차분석(카이제곱 검정)을 실시하였다. 한방 및 양방의료서비스 이용여부 및 이용량에 대한 결정요인 분석을 위해서는 회귀분석

을 실시하였으며, 모든 분석은 SPSS version 17.0을 사용하였고 95%의 신뢰수준에서 검정하였다.

연구결과

1. 조사대상자의 일반적 특성

본 연구 대상자 10,254명 중 4,466명(43.6%)은 남자였고, 여자가 5,788명(56.4%)으로 조금 더 많았다. 모든 대상자는 45세 이상이고, 최고 연령은 105세였다. 45세부터 64세까지의 대상자가 59.5%였고, 65세 이상 대상자의 비율은 40.5%였다. 가구소득을 보았을 때 5백만원 미만의 경우가 29.7%, 5백만원 이상 3천만원 미만이 44.7%로 전반적인 소득수준이 높지 않음을 알 수 있다. 건강상태로 인한 활동제한은 34.3%, 통증으로 인한 활동제한은 26.8%의 대상자가 경험하고 있었다(Table 1).

2. 한방 및 양방의료서비스 이용에 따른 특성

지난 1년간 한방의료서비스를 이용한 사람들의 특성을 양방의료서비스를 이용한 사람과 비교하여 분석하였다. 보다 구체적인 특성 파악과 비교를 위해 한방과 양방의료서비스를 모두 이용한 사람을 제외하고 양방의료서비스 이용 없이 한방의료서비스만 이용한 사람을 한방이용군으로, 한방의료서비스 이용 없이 양방의료서비스만 이용한 사람을 양방이용군으로 지정하였다. 전체 10,254명 중 결측치 15명, 한방과 양방 모두 이용하지 않은 사람 3,759명, 한방과 양방 모두 이용한 사람 1,724명을 제외하였으며 한방의료서비스만 이용한 사람 817명과 양방의료서비스만 이용한 사람 3,939명이 분석에 포함되었다.

특성에 따라 분포에 유의한 차이를 보이는 것은 성별과 결혼상태, 거주지역, 교육 및 소득수준 그리고 통증으로 인한 활동제한 유무였다. 두 군 모두 여자, 혼인 중, 도시거주자의 비율이 많았으나 한방이용군의 여자의 비율이 양방이용군의 여자 비율보다 높았고, 한방이용군의 혼인 중인 사람의 비율은 양방이용군보다 조금 더 낮았다. 한방이용군에서는 72%가 도시 거주자였지만, 양방이용군에서는 77% 정도가 도시 거주자로 그 비율이 더 높았다. 양방이용군에 비해 한방이용군에서 낮은 교육수준과 소득수준의 비율이 많아, 전반적으로 한방이용군이 양방이용군보다 소득과 교육수준이 낮음을 알 수 있다. 건강관련 요인 중에서는 통증으로 인한 활동제한 유무만 유의한 차이가 나타났는데, 한방이용군 중 통증으로 인한 활동제한이 있는 사람의 비율이 양방이용군에서의 비율보다 높게 나타났다(Table 2).

3. 한방 및 양방의료서비스 이용여부 및 이용량에 대한 결정요인 분석

한방 및 양방의료서비스 이용여부에 대해 로지스틱 회귀분석을 실시하여 산출된 β값과 exp(β)의 값을 표시하였으며, 이 때 exp(β)는 각 독립변수와 관련해 한방의료서비스를 이용할 odds ratio를 나타낸다고 할 수 있다. 한방과 양방의료서비스 이용여부 모두 성별과 강한 관련성을 갖고, 여자가 의료기관을 이용할 odds ratio는 남자보다 유의하게 높았다. 이혼·별거·사별·미혼인 사람들은 혼인 중인 사람보다 의료서비스 이용할 확률이 낮게 나타났는데, 이는 한방과 양방의료서비스 모두에 해당한다. 한방의료서비스 이용에 나이와 거주지역은 유의한 영향을 미치지 않았으나, 양방의료서비스에서는 65세 이상의 이용확률이 유의하게 높았고, 읍면부 거주자는 도시거주자에 비해 양방의료서비스 이용확률이 낮았다. 사회경제적요인에 대해 한방의료서비스 이용에 대해 소득은 유의한 영향을 미쳤으나, 교육수준과 의료보장형태는 유의하지 않게 나타났다. 그러나 양방의료서비스에서는 교육과 소득수준 모두 유의한 영향을 미쳤으며, 의료보장형태는 한방의료서비스에서와 같이 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 주관적 건강상태가 나쁘거나 통증으로 인한 활동제한이 있는 경우, 만성질환이 있는 경우 한방의료서비스 이용가능성이 유의하게 높아졌는데, 양방의료서비스의 경우 주관적 건강상태와 만성질환 유

Table 1. Demographic Characteristics of Respondents

		N	Percent (%)
Sex	Male	4,466	43.6
	Female	5,788	56.4
Age	45-64 years	6,099	59.5
	≥65 years	4,155	40.5
Marriage	Married	7,971	77.7
	Divorced/bereaved/ Separated/not married	2,281	22.2
Region	Urban	7,930	77.3
	Rural	2,324	22.7
Educational level†	Low-educated	4,824	47.1
	Middle-educated	4,365	42.6
	High-educated	1,057	10.3
Household total income	< 5million	2,790	29.7
	5million ≤, <30million	4,198	44.7
	30million ≥	2,397	25.5
Health insurance	Having	9,589	93.7
	Not having	640	6.3
Subjective Health condition	Good	3,859	37.6
	Average	3,208	31.3
	Bad	3,187	31.1
Activity restriction due to health condition	No	6,735	65.7
	Yes	3,519	34.3
Activity restriction due to pain	No	7,502	73.2
	Yes	2,752	26.8
Chronic disease‡	No	5,383	52.5
	Yes	4,826	47.1

† 1) Low-educated: no formal education and only primary school; 2) Middle-educated: middle and high school; 3) High-educated: university studies ‡ 1) Chronic disease includes hypertension, diabetes, cancer, chronic lung disease, chronic liver disease, cardiac disorder, cerebrovascular disease, mental illness, arthritis.

무만 유의하게 영향을 미쳤고, 통증으로 인한 활동제한이 있는 경우는 유의하게 나타나지 않았다 (Table 3).

의료서비스 이용량 중 방문횟수에서 한방의료서비스에 영향을 미치는 것은 연령과 거주지역, 소득수준 및 주관적 건강상태와 통증으로 인한 활동제한 유무였다. 65세 이상의 고령자와 읍면부 거주자, 3천만원 이상 고소득자의 경우 한방의료서비스 방문

Table 2. Characteristics of the Users of Oriental or Western Medical Services

Variable		Oriental N(%)	Western N(%)	Total N(%)	p-value
Sex	Male	277 (33.9)	1,742 (44.2)	2,019 (42.5)	p<.001***
	Female	540 (66.1)	2,197 (55.8)	2,737 (57.5)	
Age	45-64 years	463 (56.7)	2,245 (57.0)	2,708 (56.9)	p=.865
	≥65 years	354 (43.3)	1,694 (43.0)	2,048 (43.1)	
Marriage	Married	606 (74.2)	3,091 (78.5)	3,697 (77.7)	p=.007**
	Divorced/bereaved/ Separated/not married	211 (25.8)	848 (21.5)	1,059 (22.3)	
Region	Urban	588 (72.0)	3,037 (77.1)	3,625 (76.2)	p=.002**
	Rural	229 (28.0)	902 (22.9)	1,131 (23.8)	
Educational level †	Low-educated	459 (56.3)	1,836 (46.7)	2,295 (48.3)	p<.001***
	Middle-educated	289 (35.4)	1,722 (43.8)	2,011 (42.3)	
	High-educated	68 (8.3)	376 (9.6)	444 (9.3)	
Household total income	< 5million	254 (33.8)	1,016 (28.1)	1,270 (29.1)	p=.005**
	5million ≤, <30million	328 (43.7)	1,659 (45.9)	1,987 (45.5)	
	30million ≥	169 (22.5)	937 (25.9)	1,106 (25.3)	
Health insurance	Having	757 (92.9)	3,683 (93.6)	4,440 (93.5)	p=.438
	Not having	58 (7.1)	251 (6.4)	309 (6.5)	
Subjective Health condition	Good	269 (32.9)	1,340 (34.0)	1,609 (33.8)	p=.337
	Average	256 (31.3)	1,296 (32.9)	1,552 (32.6)	
	Bad	292 (35.7)	1,303 (33.1)	1,595 (33.5)	
Activity restriction due to health condition	No	504 (61.7)	2,529 (64.2)	3,033 (63.8)	p=.173
	Yes	313 (38.3)	1,410 (35.8)	1,723 (36.2)	
Activity restriction due to pain	No	328 (55.6)	1,606 (60.6)	1,934 (59.7)	p=.026*
	Yes	262 (44.4)	1,045 (39.4)	1,307 (40.3)	
Chronic disease ‡	No	410 (50.4)	1,850 (47.1)	2,260 (47.7)	p=.09
	Yes	404 (49.6)	2,077 (52.9)	2,481 (52.3)	

*p<.05, **p<.01, ***p<.001; † 1) Low-educated: no formal education and only primary school; 2) Middle-educated: middle and high school; 3) High-educated: university studies ‡ 1) Chronic disease includes hypertension, diabetes, cancer, chronic lung disease, chronic liver disease, cardiac disorder, cerebrovascular disease, mental illness, arthritis.

횟수가 유의하게 적었고, 주관적 건강상태가 나쁘거나 통증으로 인한 활동제한이 있는 경우 방문횟수가 많았다. 양방의료서비스에서는 높은 소득수준과 건강보험가입자의 경우 방문횟수가 적었고, 나쁜 주관적 건강상태와 건강상태 및 통증으로 인한 활동제한, 만성질환이 있는 경우 방문횟수가 유의하게 많은 것으로 나타났다(Table 4).

의료서비스 지불금액에 대해서는 방문횟수와 다

Table 3. Logistic Regression for Using Health Services

Variable		Oriental			Western		
		β	exp(β)	p-value	β	exp(β)	p-value
Demographic							
Sex(Female)		.536	1.709	<.001***	.235	1.266	<.001***
Age	45-64 years						
	≥65 years	-.030	.970	.658	.186	1.205	.004**
Marriage	Married						
	Divorced/bereaved/ Separated/not married	-.211	.810	.004**	-.269	.784	<.001***
Region	Urban						
	Rural	-.128	.880	.059	-.158	.854	.012*
Socioeconomic							
Educational level †	Low-educated						
	Middle-educated	-.119	.888	.097	.187	1.205	.006**
	High-educated	.042	1.043	.770	.145	1.156	.271
Household total income	< 5million						
	5million ≤, <30million	.304	1.356	<.001***	.507	1.660	<.001***
	30million ≥	.237	1.267	.008**	.506	1.659	<.001***
Health insurance	Not having						
	Having	.082	1.085	.459	.090	1.094	.390
Desease-related							
Subjective Health condition	Good						
	Average	.135	1.144	.108	.189	1.208	.011*
	Bad	.223	1.250	.028*	.348	1.416	<.001***
Activity restriction due to health condition	Yes	.052	1.053	.501	.135	1.145	.067
Activity restriction due to pain	Yes	.424	1.528	<.001***	.038	1.039	.573
Chronic disease ‡	Yes	.157	1.170	.015*	.445	1.561	<.001***
Constant		-1.783	.168	<.001***	-.655	.520	<.001***
-2 Log Likelihood		6989.947			7592.105		
Classification accuracy		70.0%			63.3%		

*p<.05, **p<.01, ***p<.001; † 1) Low-educated: no formal education and only primary school; 2) Middle-educated: middle and high school; 3) High-educated: university studies ‡ 1) Chronic disease includes hypertension, diabetes, cancer, chronic lung disease, chronic liver disease, cardiac disorder, cerebrovascular disease, mental illness, arthritis.

Table 4. Multiple Regression for Frequency of Health Care Utilization

Variable		Oriental				Western			
		b	SE	Beta	T	b	SE	Beta	T
Demographic									
Sex(Female)		.020	.030	.017	.688	.025	015	.027	1.593
Age	45-64 years								
	≥65 years	-.055	.027	-.053	-2.019*	.017	.015	.019	1.089
Marriage	Married								
	Divorced/bereaved/ Separated/not married	.034	.030	.029	1.127	.008	.017	.008	.480
Region	Urban								
	Rural	-.083	.028	-.070	-2.965**	-.028	.016	-.029	-1.813
Socioeconomic									
Educational level†	Low-educated								
	Middle-educated	-.006	.029	-.006	-.212	-.002	.016	-.002	-.137
	High-educated	-.070	.061	-.029	-1.148	-.031	.033	-.016	-.938
Household total income	< 5million								
	5million ≤, <30million	-.056	.028	-.054	-1.959	-.050	.016	-.057	-3.119**
	30million ≥	-.108	.037	-.081	-2.892**	-.065	.020	-.060	-3.164**
Health insurance	Not having								
	Having	.015	.046	.008	.329	-.066	.026	-.041	-2.555*
Disease-related									
Subjective Health condition	Good								
	Average	.079	.036	.072	2.182*	.052	.019	.058	2.707**
	Bad	.137	.043	.132	3.216**	.125	.024	.145	5.322***
Activity restriction due to health condition	Yes	.027	.031	.026	.864	.062	.018	.072	3.522***
Activity restriction due to pain	Yes	.137	.029	.133	4.728***	.055	.016	.064	3.453**
Chronic disease‡	Yes	.026	.027	.025	.977	.164	.015	.186	11.032***
Constant		.616	.064		9.635***	.718	.036		19.99***
F-value		9.172				41.558			
R^2		.061				.135			

*p<.05, **p<.01, ***p<.001; † 1) Low-educated: no formal education and only primary school; 2) Middle-educated: middle and high school; 3) High-educated: university studies ‡ 1) Chronic disease includes hypertension, diabetes, cancer, chronic lung disease, chronic liver disease, cardiac disorder, cerebrovascular disease, mental illness, arthritis.

른 양상이 나타났는데, 한방의료서비스 방문횟수에서 유의하게 나타났던 연령과 거주지역, 소득수준은 유의하지 않았고, 교육수준과 건강보장형태가 유의하게 나타났다. 건강보험가입자는 의료급여대상자에 비해 의료서비스 지불금액이 유의하게 많았고, 주관적 건강상태가 나쁜 경우와 통증으로 인한 활동제한이 있는 경우 지불금액이 많았다. 결국 한방의료서비스의 방문횟수와 지불금액 모두에서 유의하게 나온 변수는 주관적 건강상태와 통증으로 인한 활동제한 유무였다. 양방의료서비스 지불금액에서는 읍면부 거주자가 도시지역 거주자보다 지불금액이 적었고, 교육수준이 높을수록 지불금액은 많았다. 한방의료서비스와 마찬가지로 양방의료서비스 지불금액도 건강보험가입자가 의료급여대상자보다 유의하게 많이 지불하였고, 모든 질환관련 변수가 유의하게 나왔다. 양방의료서비스에서 방문횟수와 지불금액 모두 유의하게 나온 변수는 건강보장형태와 모든 건강관련 변수였다(Table 5).

고 찰

본 연구의 목적은 한방의료서비스 이용여부 및 이용량에 대한 결정요인을 알아보는 것이고, 양방의료서비스와는 차별되는 한방의료서비스만의 특징을 구체적으로 분석하기 위해 이용현황이나 결정요인을 양방의료서비스와 비교하였다. 보완대체의학 사용의 사회인구학적 결정요인에 대한 Conboy[3]의 연구를 보면 인구나 성별, 소득이나 교육, 결혼상태 등의 요인이 의료이용에 미치는 영향이 일관되지 않는다. 이는 보완대체의학에 포함되는 여러 가지 범주의 치료법들이 각기 다른 적응증이나 대상자, 비용, 학문적 혹은 문화적 배경을 가지고 있기 때문이라 여겨진다. 우리나라의 한의학의 경우 전통의학으로서 이어져 내려오고 있고, 침이나 뜸, 부항과 같은 시술 및 한약치료라는 한의학치료 범주에 대한 인식이 확립되어 있으므로 치료법 간의 다양성으로 인한 결정요인 불일치는 줄어들 것으로 보인다. 그러나 한방의료기관 방문목적이 치료를 받는 것 외에 한약과 같은 보약을 구입하는 것이라는 연구결과가 있고[4], 또 다른 연구에서도 전체 이용 중 26.5% 정도가 건강상담 및 건강증진 목적이라는 선행연구도 있다[5]. 이러한 건강상담 및 건강증진 목적의 의료이용이 많은 대상에서는, 치료를 중심으로 한 기존의 의료이용 결정요인과 다른 결과가 나타날 수 있다.

한방의료서비스 이용에 대한 선행연구에서는 대부분 여자의 한방의료서비스 이용비율이 높다고 보고되어있고, 이는 본 연구결과와도 일치한다. 한방이용군과 양방이용군을 비교했을 때는 성별과 결혼상태, 거주지역, 교육수준 및 소득수준 등 인구학적, 사회경제적 요인에서 차이를 보였다. 선행연구에서 한방의료 이용에 영향을 미치는 요인으로, 교육수준 혹은 소득수준과 무관함[6-7], 높은 교육수준[8], 낮은 교육수준[9-10], 낮거나 높은 소득수준[11] 등 일치된 결과를 보이고 있지 않으나, 본 연구결과에서는 한방이용군이 양방이용군에 비교했을 때 전반적으로 교육수준이나 소득수준이 낮음을 알 수 있었다.

한방의료서비스 이용여부와 의료기관 방문횟수에서는 소득수준만 유의한 영향을 미치는 나타났는데, 3천만원 이상 고소득자의 경우 한방의료서비스를 이용할 확률이 5백만원 이하에 비해 높게 나타났지만, 의료기관 방문횟수는 오히려 적은 쪽으로 영향을 미쳤다. 의료기관 지불금액에서는 교육수준만 유의하게 나타났는데, 보다 높은 교육수준에서 의료기관 지불금액이 증가하는 것으로 나타났다. 이러한 현상은 한방의료에서 뿐만 아니라 양방의료서비스 이용에 대해서도 비슷하게 나타났다. 이는 소득수준이나 교육수준이 높을수록 의료이용당 비용이 높은 것, 즉 더 높은 질을 이용할 가능성이 많아지는 것으로 보인다.

한방 및 양방의료서비스의 이용여부 및 이용량에 대한 결정요인 분석을 보면, 한방의료서비스는 소득수준이 높거나 주관적 건강상태가 나쁜 경우, 통증으로 인한 활동제한이 있고 만성질환이 있는 경우 서비스를 이용할 가능성이 높아지고, 이 중 주관적 건강상태와 통증으로 인한 활동제한 유무에 따라 의료서비스 이용량이 달라진다. 결국 한방의료서비스

Table 5. Multiple Regression for Expenditure on Medical Services

Variable		Oriental				Western			
		b	SE	Beta	T	b	SE	Beta	T
Demographic									
Sex(Female)		.029	.038	.021	.762	.035	.022	.029	1.627
Age	45-64 years								
	≥65 years	-.041	.035	-.034	-1.180	.032	022	.028	1.472
Marriage	Married								
	Divorced/bereaved/ Separated/not married	-.039	.039	-.028	-1.013	-.001	.024	.000	-.042
Region	Urban								
	Rural	-.053	.036	-.038	-1.464	-.094	.022	-.073	-4.293***
Socioeconomic									
Educational level †	Low-educated								
	Middle-educated	.077	.037	.060	2.087*	.076	.022	.066	3.364**
	High-educated	.140	.077	.050	1.827	.092	.045	.037	2.064*
Household total income	< 5million								
	5million ≤, <30million	.011	.036	.009	.302	-.002	.022	-.002	-.084
30million ≥		.035	.048	.023	.738	.001	.029	.001	.035
Health insurance	Not having								
	Having	.141	.068	.053	2.062*	.147	.043	.057	3.389**
Disease-related									
Subjective Health condition	Good								
	Average	.065	.045	.051	1.434	.069	.026	.059	2.634**
	Bad	.112	.053	.093	2.102*	.136	.033	.120	4.177***
Activity restriction due to health condition	Yes	.058	.040	.048	1.458	.119	.025	.105	4.777***
Activity restriction due to pain	Yes	.116	.037	.096	3.140**	.048	.023	042	2.121*
Chronic disease ‡	Yes	.078	.034	.063	2.283*	.244	.021	.213	11.697***
Constant		.495	.088		5.606***	.314	.056		5.605***
F-value		4.472				31.028			
R^2		.031				.115			

*p<.05, **p<.01, ***p<.001; † 1) Low-educated: no formal education and only primary school; 2) Middle-educated: middle and high school; 3) High-educated: university studies ‡ 1) Chronic disease includes hypertension, diabetes, cancer, chronic lung disease, chronic liver disease, cardiac disorder, cerebrovascular disease, mental illness, arthritis.

이용여부 및 이용량에서 지속적으로 유의하게 영향을 미치는 변수는 주관적인 건강상태와 통증으로 인한 활동제한 여부이고, 특히 통증으로 인한 활동제한 유무는 양방의료서비스 이용여부에서는 유의한 변수로 작용하지 않아, 통증 치료에 대한 한방의료서비스의 선호를 나타낸다고 볼 수 있다. 생활습관 및 식이상태의 변화로 만성질환이 증가하는 요즈음, 질환치료를 중심으로 하는 양방의료서비스의 한계점이 자주 지적된다. 또한 만성질환이 증가하고 의료기술 발달로 이러한 질환의 생존율 및 기간이 증가하면서, 암성 통증과 같이 질환에 동반되는 통증 역시 새로운 관심사가 되고 있다. 통증환자들은 진통제의 부작용에 대한 위험 때문에 통증을 조절할 수 있는 다른 치료방법을 찾으려하는데, 한의학은 여기에 좋은 대안이 될 수 있다[12-13]. 따라서 한방의료서비스는 통증치료에 대한 근거 확보와 함께 다양한 통증치료법을 개발해야할 것이고, 양방에서는 통증조절에 대해 보다 나은 치료법을 도모해야할 것이다.

양방의료서비스는 65세 이상과 중간정도 교육수준, 중간 혹은 높은 소득수준, 나쁜 주관적 건강상태, 만성질환이 있는 경우 의료서비스 이용확률이 높아졌지만, 이용량에 영향을 미치는 변수는 의료보장형태와 모든 건강관련 변수였다. Joo 등[14]도 외래건당 진료비에 영향을 미치는 요인으로 의료보장형태를 꼽으며, 이는 본인 부담금을 지불하지 않는 수요측 요인과 공급량을 늘리는 공급자의 행태요인이 작용한 결과임을 지목한 바 있다. 본 연구에서도 양방의 경우 건강보험가입자가 의료급여대상자보다 의료기관 방문을 적게, 그리고 진료비를 많이 지불할 확률이 높게 나타나 이와 같은 양상을 반영한다고 보겠다. 그러나 한방에서는 건강보험 가입자에서 방문횟수와 지불금액이 모두 많은 것으로 나타났는데, 양방과 달리 의료급여대상자보다 건강보험가입자의 방문횟수가 더 많은 것은 상대적으로 보험급여 범위가 적어서 의료급여대상자의 도덕적 위해가 보다 적게 나타나기 때문으로 보여진다.

기관별 외래서비스 본인부담금에 대한 Lee[10]의 연구에서 보면 한방병원이 1회 평균 약 5만 5천원, 한의원이 약 4만 3천원으로 종합병원의 3만원, 병원의 1만 9천원, 의원의 7천원보다 훨씬 높게 나타났다. 양·한방 의료이용자의 특성을 비교한 Jo[15]의 연구에서도 한방의료이용군이 유의하게 더 많은 진료비를 부담한다고 보고하였다. 이는 양방의료에 비해 한방의료의 보험급여가 낮기 때문이기도 할 것이다. 의료서비스 이용여부에 대해서는 유의하지 않았던 의료보장형태가 한방과 양방 모두에서 지불금액에 유의한 변수로 나타났는데, 건강보험 가입자가 의료급여 대상자보다 진료비를 많이 지불할 확률이 높았다. 이는 의료서비스에 대한 지불금액을 본인이 부담하지 않는 의료급여의 특성상 당연한 결과로 비추어지나, 다른 시각에서 본다면 비보험 의료서비스에 대한 의료급여 대상자들의 접근성 문제로도 보여질 수 있을 것이다. 그러므로 건강보험 가입자와 의료급여 대상자가 자주 이용하는 한방의료서비스의 분석을 통해서 한방의료서비스의 보험급여 포함 혹은 확대가 필요하다고 여겨진다.

의료서비스 이용량에 대한 회귀분석에서 양방의료서비스보다 한방의료서비스에서 설명력이 훨씬 낮게 나타난 것을 볼 수 있는데, 이는 한방의료서비스의 이용량이 본 연구에서 제시된 독립변수 외에 다른 요인의 영향을 많이 받음을 의미한다. 선행연구를 보면 인구사회학적 요인 외에도 건강에 대한 관심도나 음주, 이동거리 등이 유의하게 이용량에 영향을 미쳤고[16], 진료건수로 이용량을 측정한 또 다른 연구[17]에서는 의료인에 대한 신뢰, 진료소요시간 등의 요인이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이용에 대한 결정요인 중에서도 상용치료원[16], 한방의료기관에 대한 신뢰감[18]이나 한방의료기관의 친절도, 치료효과 인식도[5], 한방진료만족도, 불건강시 한방진료에 대한 대처태도[19]와 같은 변수가 유의하게 나타났고, 특히 상용치료원은 한·양방의료의 유의한 선택요인으로도 제시된 바 있어[15,16] 데이터의 한계로 인해 이를 포함하지 못한 것이 본 연구의 제한점으로서 향후 연구에는 이러한 점에 대한 고려가 필요할 것으로 보인다.

또한 향후 한방의료 활성화나 관련 정책 마련시

한방의료 이용의 결정요인을 파악하는 것도 중요하지만, 한방의료이용의 제약요인을 파악하는 것도 필요하다. Byun[17] 등의 연구를 보면 '과학적 진단을 받을 수 없어서', '평소 아프면 약국, 병원 등을 찾던 습관이 있어서', '한방의료비가 비싸서' 등이 한방의료 이용의 제약요인으로 작용하고 있다. 한방의료정책 마련시 한방의료서비스에 대한 과학적 근거 구축과 동시에 이러한 제약 요인의 파악 및 해결을 통해 한방의료서비스의 접근성을 높이는 대책을 세우는 것이 필요할 것이다.

결 론

1. 한방이용군이 양방이용군에 비해 여자, 이혼·사별·별거·미혼, 읍면부 거주자의 비율이 많았으며, 낮은 교육수준 및 소득수준의 비율이 높게 나타났다.
2. 한방이용군 중 통증으로 인한 활동제한이 있는 사람의 비율이 양방이용군에 비해 높게 나타났으며, 주관적 건강상태, 건강상태로 인한 활동제한, 만성질환 유무는 두 군의 분포에서 유의한 차이가 나타나지 않았다.
3. 한방의료서비스 이용여부에 유의한 영향을 미치는 결정요인은 성별, 결혼상태, 소득수준, 주관적 건강상태, 통증으로 인한 활동장애이다.
4. 한방의료서비스 이용량 지표인 방문횟수와 지불금액 모두에서 유의한 결정요인은 주관적 건강상태와 통증으로 인한 활동제한 유무이다.
5. 통증으로 인한 활동장애는 양방의료서비스 이용여부에서는 유의하지 않게 나타나, 양방과 달리 한방의료서비스 이용에만 영향을 미치는 특징점이라 할 수 있다.

감사의 글

이 연구는 한국한의학연구원 침구경락과제(K10010)의 지원을 받았음.

참고문헌

1. 한방의료이용 실태조사. Ministry of Health & Welfare. 2008
2. Dho SR. Changes of Medical Utilizations and Issues on Health Care Policies. Health-welfare Policy Forum. 2005;102:65-76
3. Conboy. Sociodemographic determinants of the utilization of specific types of complementary and alternative medicine: an analysis based on a nationally representative survey sample. The journal of alternative and complementary medicine. 2005;11(6):977-994
4. Kim CS. An empirical study on factors of choosing Oriental medical treatment. Graduate school of Management, Dongguk university. 2000
5. Yu YG. A Study on Utilization Pattern and Determinants of Oriental medical services. Graduate school of public health, Seoul national university. 2003
6. Yang SH. A study on the utilization pattern of traditional medicine in korea. Graduate school of public administration, Kyung-Hee University. 1991
7. Song KY, Hong SK. 한방의료 수요와 공급에 관한 연구. Korea Institute for Health and Social affairs. 1996
8. Kim JY. Health care utilization of outpatients in the Oriental Hospital. Journal of Korean Oriental Medical Society. 2000;21(4):129-137
9. Kim PS. A research into medical care utilization of patients visiting the collaboration oriental-western medical centers. Graduate school of Health & Environment, Wonkwang university. 2000
10. Lee HW. A study on the patient's attitude of Korean medicine by social classess. Graduate school of Oriental medicine. Wonkwang university. 2006

11. Lee KS, Cho KS. A Study on Utilization Patterns of Oriental Medical care. Korean Journal of Health Policy & Administration. 1999;9(4):120-139
12. Lee KH. 난치성 암성 통증치료. Korean Society for Hospice and Palliative Care. 2005;276-281
13. Ryu KJ. A Study on the treatment of pain in oriental medicine. Korea Institute of Oriental Medicine. 1996;2(1):1-31
14. Joo JM, Kwon SM, Kim SR. Determinants of Health Care Expenditure Per Case for Outpatient Care. The Korean Journal of Health Economics and Policy. 2009;15(2):46-63
15. Jo HS, Lee SH, Choi EY, Choi KS, Chae YM. Market Segmentation of Patient Utilization in Oriental medical care and Western Medical care. Korean Journal of Health Policy & Administration. 2002;12(1):125-143
16. Kim DH. A Study on affecting factors on Utilization and Selection for western medicine and korea Traditional Medicine. Graduate school of public health, Inje university. 2006
17. Byun JS. Determinants of Oriental medical services and Policy Implications Depart. of Oriental Medicine. Graduate school of Oriental medicine, Sangji University. 2000
18. Lee KS, Cho KS. A Study on Utilization Patterns of Oriental Medical care. Korean Journal of Health Policy & Administration. 1999;9(4):120-139
19. Park SS, Nam CH. A study on behavioral attitude and utilization of oriental Health care of community people in Korea. Journal of Korean Public Healthy Association. 1999;25(2):34-50