

## 시군통합 원주시 내의 의료서비스 이용의 변이

진기남

연세대학교 보건행정학과

= Abstract =

### A Variation of Health Service Utilization in Wonju City

Kinam Jin

*Department of Health Administration, College of Health Science, Yonsei University*

This study intends to examine the behavioral pattern and small area variations of health service utilization within Wonju city. We selected three small areas in Wonju city as the study site: Haksung-dong(central area of the city), Moonmak-myun (industrial area which is located 25km away from the center of the city), and Gure-myun (agricultural area which is located 32km away from the center). The data were collected by administering questionnaire interviews with 526 people in three areas. The questionnaire include the items on health service utilization behaviors, sociodemographic characteristics, health status, and perceptions. The statistical methods used for the analysis were ANOVA and hierarchical logistic regression.

From the analysis, it was found that there was a variation of health service utilization by areas. Compared to those of other areas, the respondents from agricultural area showed a high probability of using health services. When respondents' personal characteristics were taken into account, the effect of dummy variables representing areas disappeared. Instead, the perceived health status became the prime factor of health service utilization. This result showed that the small area variations of health service utilization is due to the demand factor rather than the supply factor.

---

Key words: Small Area Variation, Utilization

## I. 서론

우리나라가 최근에 경험하고 있는 사회적 변환은 국 제화와 지방화를 동시에 달성하려는 방향으로 나아가고 있다(윤근섭, 1994). 이러한 변환의 과정 속에 지역 간 균등한 발전이 중요한 사회적 이슈로 등장하였으며, 이의 정책적이고 현실적인 차원에서 달성을 위한 여러 대안들 중의 한 결과로서 90년대에 시군통합시의 출현을 보게 되었다. 주민통합, 예산절감 등을 통한 지역발전의 자생력 제고라는 기치 아래 시도된 시군통합은 다양한 정책과 제도의 개선 및 출현을 요구하고 있으며, 이러한 지방화 시대로의 전환작업은 첫 단계로 현 상태에 대한 구체적이고 체계적인 이해와 진단을 필요로 하고 있다. 그런데 이와 관련된 일련의 연구들(한국사회학회, 1994)은 지방의 산업, 교육·문화 등의 제한된 영역에 초점을 맞추었던 반면에 보건 영역은 상대적으로 도외시하였다. 건강을 삶의 질(Quality of Life)의 중요한 척도로 간주하는 학자들(Bergner, 1989; Evans et al., 1985; Murrell et al., 1983)의 견해에 비추어 볼 때, 지역간의 균등한 발전에 대한 논의에서 지역사회 보건이란 개념은 중요하게 고려되어야 할 것이다. 결국 지방화 시대에 지역사회의 보건분야를 포함한 전반적 삶의 영역에 대한 진단작업이 절실히 요구되고 있다.

지역사회마다 그곳에 거주하는 주민의 나이나 성별 비율, 직업구성과 같은 사회인구적 특성 및 건강상태 등이 동일하지는 않다. 또한 지역사회의 병원수나 그 위치, 약국의 수와 같은 의료자원의 분포양상이 다르며, 건강에 중요한 의미를 가지는 삶의 여건이나 환경 상태도 다르다. 각 지역사회마다 이러한 다양한 차원의 요소들이 그곳에 거주하는 사람들의 건강관련 인식이나 의료이용의 행태나 결과에 어떠한 영향을 미치는지를 살펴보는 작업은 지역사회에 대한 평가와 지역특성에 맞는 보건정책의 수립에 기초가 된다.

의료서비스 이용의 결정요인을 찾으려는 기존의 연구는 크게 두 부류로 구분할 수 있다. Andersen 등(1975)은 주로 서비스 이용자 쪽의 특성에 초점을 맞춘

의료서비스 이용의 행태모델(the behavioral model of health services utilization)을 제시하고, 이를 뒷받침할 경험적 연구에 치중한 반면에, Wennberg와 Gittelsohn(1973, 1982)은 서비스 제공자 쪽의 특성에 초점을 맞춘 연구를 시도하였다. 지역사회란 서비스 이용자와 제공자 모두를 포함하는 개념으로서, 지역간 의료서비스 이용행태의 차이를 분석하는 연구는 결국 위의 두 요인 중에 어떤 요인이 더 설명력이 있는지를 밝히는데 초점이 맞추어져 있다. 우리나라의 경우, 최근에 소규모 지역(Small Area)간에 의료이용의 차이가 어떤 요인에 의하여 유발되는지를 살펴보려는 연구(김혜경 등, 1992; 인형식 등, 1991)가 이루어지기 시작하였으나, 외국에 비해서는 아직도 초기 단계에 머물러 있다(조우현, 김한중, 1991).

이 연구의 목적은 첫째로 도농통합시 내의 소규모 지역간에 의료서비스 이용에 어떠한 차이가 있는지를 조사하는 것이다. 이 연구에서는 의료서비스 이용여부와 행태에 초점을 맞추고자 한다. 두번째 목적은 의료서비스 이용 여부의 결정요인을 규명하는데 있다. 의료서비스 이용이 지역거주자들의 개인적 특성에 의해서 주로 영향받는 것인지, 아니면 의료자원의 특성이나 분포에 의해 영향받는지를 분석하고자 한다. 연구의 대상지역은 시군통합시인 원주시로 설정하였다. 이 지역은 1995년도에 통합시가 되었는데, 도시적인 특성을 지닌 지역, 공업지역으로서의 특성을 가진 지역과 농촌적인 특성을 가진 지역 등의 이질적인 지역으로 구성되어 있다. 따라서 통합보건사업의 추진에 장애요인이 될 수도 있는 지역 내 이질적인 특성을 보건행태와 관련지어 분석하는 것은 앞으로의 지역보건사업의 방향 설정과 구체적인 대안마련에 기초자료로 활용할 여지가 있다고 하겠다.

## II. 연구방법

### 1. 조사대상 및 자료수집방법

본 조사는 1994년 10월 3째주부터 11월 2째주까지의

4주 기간에 걸쳐서 이루어졌다. 통합보건 시범사업의 일환으로 94년도에 원주시 보건소에 의해 건강실태조사가 이루어졌는데, 이 대상자들 중 본 연구기간 동안 설문면접이 가능했던 사례는 총 526명으로서 원주시 학성동에서 197명이 조사되었고, 귀래면에서 170명, 문막면에서 159명이 조사되었다. 설문면접원은 대학원생 3명과 대학생 27명으로, 총 30명이었으며, 세 지역에 각각 10명씩으로 구성된 조를 파견하여 조사하였다.

## 2. 조사대상지역의 특성

원주시 권역 내의 지역간 특성의 차이를 고려하여, 도시적 생활여건을 갖춘 원주시내의 학성동, 공업지역의 특성을 가진 문막면, 전형적인 농촌지역인 귀래지역 등의 세 지역을 조사 대상지역으로 설정하였다(그림 1 참조).

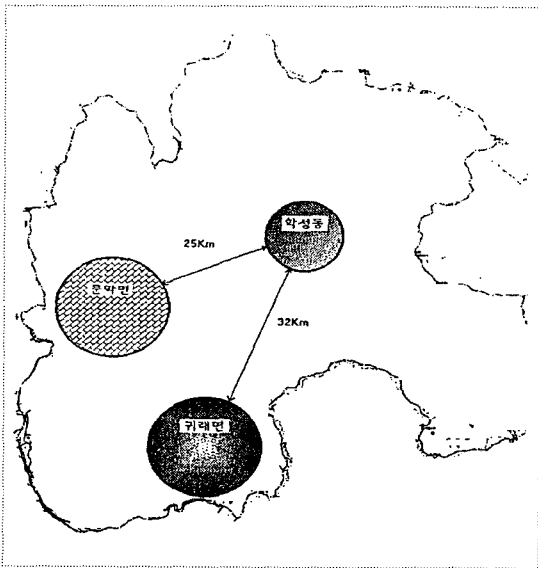


그림 1. 통합원주시 내의 연구대상 지역

시군통합 이전의 원주시 내에는 1993년 12월 현재 175,910명이 거주하였으며, 조사대상 지역인 학성동에는 13,464명이 있었다. 원주시 내에는 병원이나 의원,

한의원, 약방 등 다양한 의료시설이 위치해 있어 주민들의 의료서비스에의 근접성이 높은 편이다(표 1 참조). 문막면은 통합 전에는 원주군에 속했었는데 원주시내 중심에서 25km 정도 떨어져 있으며, 1986년도 농어촌지역 공업개발촉진지구로 지정되어 급격히 성장하고 있는 지역이다. 1993년 12월 현재 문막면에 거주하는 인구수는 12,511명이며, 이 곳에는 병원급의 의료기관은 없고 의원이 4곳에 있으며, 보건지소와 보건진료소가 각각 하나씩 그리고 약국이 3곳에 위치해 있다. 따라서 의료서비스에의 근접성은 보장되나, 원주시내에 비해서 다소 떨어진다고 볼 수 있다. 한편 귀래면은 원주시내 중심으로부터 32km 떨어져 있는 전형적인 농촌지역으로서, 1993년 12월 현재 귀래면에 거주하는 인구수는 2,760명이다. 이 지역에는 보건지소, 한약방과 약방이 각각 하나씩만이 있기에, 주민들이 다양하고 최신의 의료서비스를 접하는 데는 어려움이 있다. 이와 같이 세 지역 주민들은 의료서비스에의 근접성 측면에서 차이가 있다.

표 1. 지역별 특성의 차이 (1993년 12월 현재)

특성	지역	원주시내	문막면	귀래면
인구수		175,910	12,511	2,760
(종합)병원 수		4	-	-
의원·치과		77	3	-
한의원·한약방		19	2	1
약국·약방		84	4	1
보건소·보건지소				
· 보건진료소		1(보건소)	2	1
			(보건지소·	(보건지소)
			보건진료소)	

출처: 원주시 보건소 자료

## 3. 측정도구

설문지의 내용은 미국의 University of Illinois at Urbana-Champaign의 사회과학조사실(Social Science Research Lab)에서 만들어져, 미국과 독일간의 비교분

석에도 이용된 설문지(Cockerham et al, 1988)를 토대로 하여 만들어졌다. 구체적인 변수군은 사회인구학적 특성, 건강상태 및 인식, 의료이용행태 등으로 나누어진다.

### 1) 종속변수

종속변수는 지난 3년 동안의 의료기관 방문여부를 질문하여 측정하였다. 설문조사 시에는 개인병·의원, 종합병원, 보건소, 치과, 약국 등의 의료기관 유형별로 그 이용 여부를 구체적으로 표시토록 하였다. 그런데 일반적으로 약국의 이용도가 높기에, 이는 제외하고 나머지 기관에 대한 이용여부만 고려하였다. 따라서 종속변수는 위의 기관 어디에든지 간 적이 있었으면 1값을 갖고, 간 적이 없었으면 0값을 갖는 모조변수이다.

### 2) 독립변수

응답자의 사회인구학적 특성으로는 다음의 세 가지 변수들이 고려되었다: 1) 나이; 2) 성별; 3) 소득; 4) 학력. 나이는 출생년도를 물어서 만 나이를 계산하였다. 성별은 남자의 범주 값이 1이고, 여자의 범주 값이 0을 갖는 모조변수이다. 한편 소득은 6개의 범주로 구분하였고(1=50만 원 이하, 2=51~100만 원, 3=101만 원~150만 원, 4=151만 원~200만 원, 5=201만 원~250만 원, 6=251만 원 이상), 학력은 5개의 범주로 구분하였다(1=무학, 2=국졸, 3=중졸, 4=고졸, 5=전문대졸 이상).

응답자의 건강상태는 "지난 3년을 돌이켜보실 때, 평소에 본인의 건강 상태는 어떠했다고 생각하십니까?"라는 문항을 통해 측정하였는데, 이 변수의 응답범주는 1='매우 나쁘다'에서부터 5='매우 건강하다'까지의 5개이다. 건강에 대한 관심도는 "평소에 본인의 건강에 대해서 어느 정도 관심을 가지고 있습니까?"라는 문항을 통해 조사하였으며, 응답범주는 5개(1=전혀 없다 ~ 5=매우 많다)이다.

한편 의료서비스 지향성은 응답자들에게 다음과 같은 11가지의 가상적인 증상을 나열하고, 각 경우에 대해 응답자와 같은 연령의 사람이 병원에 가야 한다고 생각하는지를 물어서 '그렇다'(1값)고 답한 수를 합하

여 측정하였다: 1) 기침을 3주 이상 계속한다; 2) 갑자기 약해지거나 허한 느낌이 든다; 3) 4~5일 정도 설사가 계속된다; 4) 가벼운 일에도 숨이 가쁘다; 5) 소화불량이나 속이 더부룩함을 자주 느낀다; 6) 이유없이 몸무게가 4~5kg 이상 줄어든다; 7) 3일 이상 몸이 쭉시고 아프다; 8) 하루 이상 구토가 반복된다; 9) 관절이 붓거나 통증이 지속된다; 10) 가끔 밤에 잠들기 힘들다; 11) 이틀 이상 고열과 함께 콧물이 나고 목이 아프다. 위의 사례들에 대해서 가야 한다는 답이 없었으면 0점이요, 모든 경우에 대해 가야 한다고 답했으면 최고 11점을 갖는다.

지역을 나타내는 변수는 모조변수로서, 귀래면 응답자인지 아닌지를 나타내는 모조변수와 문막면 응답자 여부를 나타내는 모조변수, 두 가지 변수가 분석에 이용되었다.

## III. 결 과

### 1. 응답자의 사회인구학적 특성

나이에 따른 분포를 보면, 전체적으로 30대가 168명으로 전체 조사 대상자수의 32%를 차지하였으며, 그 외에는 20대와 40대~60대에서 고른 분포를 보였다(표 2 참조). 각 지역별로 살펴보면, 학생동이 30대 이하의 젊은층 비율이 69.4%로써 문막면(45.2%), 귀래면(33.8%)보다 높게 나타났다. 문막면과 귀래면의 평균나이가 각각 45세와 49세로 학생동의 36세보다 높게 나타났는데, Scheffe검증 결과, 문막면과 귀래면 사이에는 통계적으로 유의한 차이가 없었으나, 이들 지역은 학생동과 유의한 차이를 보였다( $F=42.6, p=.000$ ). 귀래면의 경우 젊은층의 응답자가 적은 것은 이농향도(離農向都)의 결과로 볼 수 있다.

응답자들의 성별구성을 보면, 남자가 225명으로 전체의 42.8%이며, 여자가 301명으로 57.2%를 차지하였다. 학생동의 경우에서만 남녀의 비율이 비슷하였지, 나머지 두 지역에서는 여성의 비율이 남성보다 높게 나타났으며, 이러한 성별에 따른 분포상의 차이는  $\chi^2$ 검

증 결과 유의한 것으로 드러났다( $\chi^2=12.6, p=.002$ ). 이는 귀래면과 같은 농촌지역에서는 남성들이 논밭에 나가 있어서 설문면접이 어려웠던 반면에, 학생동에서는 자영업을 하는 남성들을 면접할 수 있었기 때문이라고 본다.

소득수준에 따른 분포를 살펴보면, 150만 원 이내인 사례가 398명으로 전체의 77.2%를 차지하였다. 세 지역간에 소득수준에 유의한 차이가 있었는데, 학생동 지역의 응답자들이 가장 높은 소득수준을 보였고, 그

다음이 문막면, 귀래면 지역의 순으로 나타났다( $\chi^2=140.1, p=.000$ ). 교육수준에 따른 분포의 경우, 고졸이 전체의 193명으로 전체 조사 대상자의 36.8%를 차지하였고, 학생동에서 문막면, 귀래면으로 갈수록 교육수준이 낮아졌다( $\chi^2=165.7, p=.000$ ). 이는 시내지역보다 농촌지역인 외곽으로 나갈수록 소득수준이나 교육수준이 낮아짐을 명확히 보여주고 있다.

표 2. 지역별 응답자들의 사회인구학적 특성

(단위 : 명, %)

특 성	학 성 동	문 막 면	귀 래 면	계
<b>나 이</b>				
10대	1( 0.5)	1( 0.6)	1( 0.6)	3( 0.6)
20대	56(28.6)	16(10.0)	22(13.0)	94(17.9)
30대	79(40.3)	55(34.6)	34(20.2)	168(32.1)
40대	32(16.3)	30(18.9)	21(12.4)	83(15.8)
50대	22(11.2)	20(12.6)	33(19.5)	75(14.3)
60대	4( 2.0)	23(14.5)	6(21.3)	63(12.0)
70대 이상	2( 1.1)	14( 8.8)	22(13.0)	38( 7.3)
평 균	35.5세	44.9세	49.2세	
F / P		F=42.6	p=.000	
<b>성 별</b>				
(1)* 남자	102(51.8)	66(41.5)	57(33.5)	225(42.8)
(0) 여자	95(48.2)	93(58.5)	113(66.5)	301(57.2)
$\chi^2 / p$		$\chi^2=12.6$	p=.002	
<b>소 득</b>				
(1) 50만 원 이하	12( 6.1)	18(11.9)	71(42.0)	101(19.6)
(2) 51만 원 ~ 100만 원	50(25.5)	61(40.4)	66(39.1)	177(34.3)
(3) 101만 원 ~ 150만 원	59(30.1)	40(26.5)	21(12.4)	120(23.3)
(4) 151만 원 ~ 200만 원	26(13.3)	21(13.9)	8( 4.7)	55(10.7)
(5) 201만 원 ~ 250만 원	31(15.8)	5( 3.3)	2( 1.2)	38( 7.4)
(6) 251만 원 이상	18( 9.2)	6( 4.0)	1( 0.6)	25( 4.7)
$\chi^2 / p$		$\chi^2=140.1$	p=.000	
<b>교육수준</b>				
(1) 무학	4( 2.0)	12( 7.5)	41(24.3)	57(10.9)
(2) 국 퇴/졸	13( 6.6)	41(25.8)	59(34.9)	113(21.5)
(3) 중 퇴/졸	17( 8.6)	40(25.2)	24(14.2)	81(15.4)
(4) 고 퇴/졸	103(52.3)	53(33.3)	37(21.9)	193(36.8)
(5) 전문대 졸 이상	60(30.5)	13( 8.2)	8( 4.7)	81(15.4)
$\chi^2 / p$		$\chi^2=165.7$	p=.000	

\* ( ) 속의 숫자는 자료에 실제로 입력된 응답범주 값을 의미함.

( )가 없는 경우는 빈도표 상에만 집단화(Grouping)되어 기술되었지, 실제의 자료는 개별 숫자가 입력된 것임.

표 3. 지역별 응답자들의 건강상태 및 인식

(단위 : 명, %)

특 성	학 성 동	문 막 면	귀 래 면	계
<b>인지된 건강상태</b>				
(1) 아주 나쁘다	9( 4.6)	19(11.9)	7( 4.1)	35( 6.7)
(2) 나쁘다	30(15.2)	37(23.4)	58(34.1)	125(23.8)
(3) 보통이다	99(50.3)	46(28.9)	38(22.4)	183(34.8)
(4) 좋다	48(24.4)	38(23.9)	56(32.9)	142(26.9)
(5) 아주 좋다	11( 5.5)	19(11.9)	11(6.5)	41( 7.8)
$\chi^2 / p$		$\chi^2=54.5$	$p=.000$	
<b>건강 관심도</b>				
(1) 전혀 없다	4( 2.0)	4( 2.5)	1( 0.6)	9( 1.7)
(2) 적다	38(19.3)	25(15.7)	30(17.6)	93(17.7)
(3) 보통이다	75(38.1)	39(24.5)	55(32.4)	169(32.1)
(4) 많다	53(26.9)	44(27.7)	50(29.4)	147(27.9)
(5) 아주 많다	27(13.7)	47(29.6)	34(20.0)	108(20.6)
$\chi^2 / p$		$\chi^2=18.6$	$p=.017$	
<b>의료서비스 지향성</b>				
0	1( .5)	- ( - )	2( 1.2)	3( .6)
1 ~ 3	9( 4.6)	14( 8.8)	24(14.1)	47( 8.9)
4 ~ 6	45(22.8)	48(39.0)	43(25.3)	136(25.9)
7 ~ 9	79(40.1)	72(45.3)	72(42.4)	223(42.4)
10 이상	63(32.0)	25(15.7)	29(17.1)	117(22.2)
평 균	7.8	7.1	6.8	
F / p		$F=7.96$	$p=.000$	

\* ( ) 속의 숫자는 자료에 실제로 입력된 응답범주 값을 의미함.

( )가 없는 경우는 빈도표 상에만 집단화(Grouping)되어 기술되었지, 실제의 자료는 개별 숫자가 입력된 것임.

## 2. 응답자의 건강상태 및 인식

전체 응답자들의 인지된 건강상태에 따른 분포를 살펴보면, 보통이다에 183명(34.8%)이 답하였고, 160명(30.5%)이 나쁘다는 의견(범주 1과 2)을, 그리고 183명(34.7%)이 좋다는 의견(범주 4와 5)을 보여, 전체적으로 사례가 고르게 분포되어 있음을 알 수 있다(표 3 참조). 이러한 건강관련 인식이 지역에 따라서 차이가 있는지를 알아보기 위해서  $\chi^2$  분석을 한 결과, 지역간에 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 드러났다( $\chi^2=54.5, p=.000$ ). 학생동의 경우 과반수에 가까운 사례가 건강상태가 보통이라고 답하였고, 좋다는 경우(범주 4와 5)는 29.9%에 이르렀다. 반면에 문막면과 귀래면의 경우는 건강상태가 보통이다라는 범주를 중심으로

좋다는 범주(4와 5)와 나쁘다는 범주(1과 2)에 각각 거의 같은 수가 분포하였다.

건강에 대한 관심을 묻는 질문에 대해서는 전체 응답자 중 19.4%인 102명만이 관심이 적거나 없다(범주 1과 2)는 반응을 보인 반면에, 보통이다에 169명(32.1%), 많다는 경우(범주 4와 5)에는 과반수에 가까운 255명(48.5%)이 답하여 응답자의 대부분이 건강에 관심이 높은 것으로 나타났다. 건강에 대한 관심은  $\chi^2$  검증 결과, 지역간에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $\chi^2=18.6, p=.017$ ). 문막면이나 귀래면은 건강에 관심이 많거나 아주 많다는 응답자가 과반수에 가까웠으나, 학생동의 경우는 40.6% 정도에 불과하였다. 학생동 지역의 응답자들이 다른 지역에 비해서 건강에 대한 관심이 낮은 것은 그들이 상대적으로 젊기 때문인 것으로 보인다.

의료서비스의 지향성도 전반적으로 높다는 것을 알 수 있다. 0~11값의 범위를 갖는 척도상에서 높은 값일 수록 의료서비스를 적극적 이용하려는 경향성을 의미 하는데, 3이하의 점수에 50명(9.5%), 4~6사이의 점수에 136명(25.9%), 7이상의 점수에 340명(64.6%)이 분포하였다. 지역별로 살펴보면, 학성동 거주자의 경우 평균값이 7.8로서 제일 높았고, 그 다음으로 문막면이 7.1, 귀래면이 6.8의 순으로 나타났다( $F=7.96, p=.000$ ). 학성동 거주자의 경우, 건강에 대해서는 적은 관심을 보이면서도, 이상증상에 대해서는 오히려 더 민감하게 반응하는 특이함을 보였다. 이 지역 응답자들의 교육 수준이나 경제적 수준이 높은 결과로 이상증상에 대해서 심각하게 받아들이는 경향성을 보였다고 해석할 수 있다. 결국 이는 건강관심도와 의료서비스 지향성이란 개념이 반드시 일치하지 않는 독립적인 개념임을 시사하는 것이다. 이 두 변수의 상관계수 또한 .03으로, 통계적으로 유의하지 않았다.

### 3. 의료서비스 이용행태

지역별 응답자들이 주로 방문하는 의료시설의 위치를 살펴보면, 원주시내 학성동의 응답자들은 그 대부분인 98.9%가 원주시내의 의료시설을 이용하였다(표 4 참조). 문막면의 경우는 지역내의 의료시설을 이용하였다는 응답자가 전체의 37.7%인 반면에, 61.7%가 원주시내의 의료시설을 이용키 위해 이동하였다. 지역내 의료시설 이용율은 귀래면의 경우 더욱 낮아져서, 지역 내의 시설을 이용한 경우가 32.9%이고, 원주시내의 의료시설을 이용한 경우가 61.3%로 드러났다.

구체적으로 지역별 주요 이용 의료시설을 살펴보면, 학성동 응답자의 경우 약국 이용자들의 비율이 39.7%로 가장 높게 나타났고, 그 다음으로 개인의원(20.7%)이 언급되었다. 반면에 문막면의 경우, 문막내 개인의원을 주로 이용한다는 응답자가 30.1%로 제일 많았고, 그 다음으로 원주시내 개인의원(23.9%), 기독교병원(17.8%), 원주 의료원(12.1%)의 순으로 나타났다. 귀래면의 경우는 보건지소를 이용한다는 응답자가 28.2%로 제일 많았고,

원주시내 개인의원(27.5%), 원주의료원(16.7%), 기독교병원(13.5%)의 순이었다.

의료시설 이용시의 주요 교통수단을 살펴보면, 원주시내의 경우는 47.9%가 도보를 통한다고 한 반면에, 문막면이나 귀래면의 응답자는 대중교통을 이용한다는 경우가 60%를 상회하였다. 이는 문막면이나 귀래면의 응답자들 중 과반수 정도가 원주시내로 의료서비스 이용을 위해 이동하기 때문이다.

의료시설 이용의 주요 이유는 거주 지역별로 그리고 이용 지역별로 차이를 보였다. 원주시내 응답자들은 근접성을 선택방문의 주요 이유로 언급하였다. 한편 문막면 응답자들의 경우, 문막내의 의료시설을 이용한 자들은 근접성을 제일로 언급한 반면에, 원주시내 의료시설을 이용한 자들은 믿음 및 유명도에 대한 인식을 주요 이유로 지적하였다. 귀래면의 경우도 문막면의 경우와 비슷한 양상을 보였는데, 귀래면 내의 의료시설을 이용한 자들은 근접성을 지적하였고, 원주시내 까지 움직인 경우는 믿음과 주위의 권유를 주요 이유로 언급하였다.

의료서비스 이용과 관련된 만족도는 지역들간에 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다. 이는 귀래면이나 문막면의 경우 과반수에 가까운 사례에서 원주시내의 의료기관을 이용하였기 때문으로 보인다. 세 지역 모두의 경우, 그들이 이용한 의료기관에 대한 만족도의 평균수준은 1부터 5까지의 Likert척도상에서 3점 이상으로서, 보통 이상의 만족수준임을 알 수 있다. 귀래면의 경우는 지역내 이용자와 지역 외(원주시내) 이용자간에 만족도에 차이를 보였는데, 원주시내로 간 이용자들의 만족도가 귀래지역내 이용자들보다 다소 높은 것으로 드러났다( $t=2.41, p=.02$ ). 이는 시내의 의원이나 병원이 보건소보다 시설이나 장비면에서 앞서기 때문으로 생각된다.

### 4. 의료서비스 이용여부에 대한 회귀분석

지난 3년 동안의 의료서비스 이용여부를 조사하였는데, 이용한 경험이 있다는 응답자가 160명(30.4%)이고,

표 4. 지역간 의료이용행태의 차이

(단위 : %)

	학 성 동	문 막 면	귀 래 면		
주요 방문지역	1) 원주시내 (98.9)	1) 원주시내 (61.7)	1) 원주시내 (61.3)		
	2) 충청도 ( 1.1)	2) 문막면 (37.7)	2) 귀래면 (32.9)		
		3) 서울 ( .6)	3) 기타 지역 ( 5.8)		
주요 방문기관	1) 약국 (39.7)	1) 문막내 개인의원 (30.1)	1) 보건지소 (28.2)		
	2) 개인의원 (20.7)	2) 원주시내 개인의원 (23.9)	2) 원주시내 개인의원 (27.5)		
	3) 기독교병원 (17.2)	3) 기독교병원 (17.8)	3) 원주의료원(16.7)		
	4) 원주의료원( 4.6)	4) 원주의료원(12.1)	4) 기독교병원 (13.5)		
	5) 기타 (17.8)	5) 보건지소 ( 1.3)	5) 기타 (14.1)		
		6) 기타 (16.1)			
주요 교통수단	1) 도보 (47.9)	1) 대중교통 (60.8)	1) 대중교통 (70.5)		
	2) 대중교통 (32.4)	2) 개인 차 (24.1)	2) 도보 (17.3)		
	3) 기타 (19.7)	3) 기타 (14.6)	3) 기타 (12.2)		
주요 이유		원주시내 이용자	문막지역 이용자	원주시내 이용자	귀래지역 이용자
	1) 근접성 (44.2)	1) 믿음 (36.9)	1) 근접성(71.4)	1) 믿음(38.9)	1) 근접성(66.7)
	2) 믿음 (28.7)	2) 유명도(16.3)	2) 유일함( 8.9)	2) 권유(16.8)	2) 권유 ( 7.8)
	3) 기타 (27.1)	3) 기타 (46.8)	3) 기타 (19.7)	3) 기타(44.3)	3) 기타 (25.5)
만족도	3.36	3.29	3.44	3.61	3.22
		t=-.84 p=.4		t=2.41 p=.02	
사례수	197	159		170	

없다는 경우가 366명(69.6%)으로, 전체의 1/3정도가 의료기관을 이용한 것으로 나타났다. 의료서비스 이용여부라는 모조변수를 종속변수로 하고, 위에서 기술한 사회인구학적 특성, 건강상태 및 인식, 그리고 지역을 독립변수로 고려한 위계적 로지스틱 회귀분석(hierarchical logistic regression analysis)을 시도하였다. 본 연구의 주요 목적이 소규모 지역간의 의료이용의 변이에 대한 것이기에, 지역이란 변수가 주요 변수이다. 따라서 1단계에서 지역변수를 먼저 고려하여 분석을 하고, 다음에 응답자의 사회인구학적 특성, 그리고 마

지막으로 건강관련 변수를 추가하면서 지역변수가 이용여부에 미치는 영향의 변화를 조사하고자 한다. 지역이란 수요자와 공급자 양측을 포괄하는 개념으로서, 만일 지역변수의 효과가 응답자의 특성을 고려한 후에 유의성을 잃는다면, 이는 지역간의 의료이용의 차이가 공급 측면보다는 이용자 측의 요인에 의해 더 설명된다는 것을 의미한다. 반면에 지역변수가 응답자의 특성을 고려했음에도 불구하고, 계속 유의한 변수로 남아 있다면, 지역의 의료자원과 같은 공급자 측의 변수를 지역간 차이의 원인으로 간주할 수 있을 것이다.



표 5. 의료이용여부에 대한 단계적 로지스틱 회귀분석

변수	1 단계		2 단계		3 단계	
	Exp(b)	S.E.	Exp(b)	S.E.	Exp(b)	S.E.
귀래면	1.98 **	(.23)	1.14	(.28)	1.41	(.31)
문막면	1.42	(.25)	1.01	(.27)	.99	(.29)
나이			1.02 *	(.01)	1.01	(.01)
성별			.73	(.22)	.93	(.23)
학력			.85	(.13)	.87	(.14)
소득			1.01	(.09)	1.04	(.09)
인지된 건강					.45 ***	(.12)
건강 관심					1.15	(.10)
의료서비스 지향성					.98	(.04)
Model Chi-square	8.76 *		20.56 ***		58.03 ***	
Goodness of Fit	515.00		511.09		516.84	

\* p < .05 \*\*p < .01 \*\*\* p < .001

먼저 첫 단계에서 지역변수만을 독립변수로 한 회귀 분석을 시도하였는데, 본 연구의 대상지역이 세 곳이기에 지역을 나타내는 두 개의 모조변수를 식에 포함하였다. 귀래면 응답자 여부를 나타내는 변수와 문막면 응답자 여부를 나타내는 변수를 독립변수로 한 회귀분석 결과, 귀래면 응답자 여부를 나타내는 모조변수의 회귀계수, 즉 비차비(odds ratio)가 1보다 크면서 유의한 것으로 드러났다. 이는 농촌지역인 귀래면의 응답자의 경우 다른 지역보다 의료서비스 이용 가능성이 높다는 것을 의미한다. 2단계로 응답자의 사회인구학적 특성을 회귀식에 추가하였는데, 1단계에서 유의했던 귀래면을 의미하는 모조변수가 더 이상 유의하지 않게 되었으며, 대신에 새로 추가된 나이 변수가 유의한 것으로 나타났다. 로지스틱 회귀계수는 1 이상의 수치를 나타내어, 나이가 많을수록 의료서비스 이용 가능성이 높아짐을 알 수 있다.

이상의 결과는 지역간의 의료서비스 이용의 차이가 지역간의 연령 차이에 기인한다는 것을 의미한다. 즉 귀래면 응답자의 연령이 높았기에 이 지역의 의료서비

스 이용 가능성이 높게 나타난 것이고, 바로 이러한 이유에서 나이를 통제한 후에 지역변수의 유의성이 없어진 것으로 볼 수 있다. 3단계로 건강상태 및 인식관련 변수들을 추가하였는데, 이번에는 전 단계에서 유의했던 나이 변수가 그 유의성을 잃으면서, 새로 추가된 인지된 건강이란 변수만이 유의하게 되었다. 이 변수의 회귀계수는 1보다 적기에, 인지된 건강상태가 나쁠수록 의료서비스 이용 가능성이 증가함을 의미한다. 결국 나이에 따른 의료서비스 이용의 차이가 건강상태의 차이 때문에 야기된 것으로 해석할 수 있다.

이상의 단계적인 분석을 통해 드러난 사실은 지역간의 의료서비스 이용의 차이가 연령의 차이에서, 그리고 궁극적으로는 건강상태의 차이에서 유발되었다는 것이다. 응답자의 특성 변수만을 통제했는데, 지역변수가 그 유의성을 상실하게 되었다는 것은 결국 지역간의 의료서비스 이용의 차이가 공급 측면보다는 소비측면, 즉 이용자의 특성에 의해서 결정되어짐을 시사하는 것이다.

#### IV. 결 론

이 연구에서는 도농통합시 내의 소규모 지역간에 의료서비스 이용여부와 행태의 차이가 있는지를 살펴보고, 그 원인을 규명하고자 하였다. 연구대상 지역으로 도시지역(학생동), 공업지역(문막), 그리고 농촌지역(귀래)으로 구성되어 있는 원주시를 설정하였으며, 이 지역 거주자 526명을 면접조사하였다. 의료서비스 이용여부의 결정요인을 밝히기 위해, 이 연구에서는 지역변수 이외에 응답자들의 사회인구학적 특성, 건강상태 및 인식과 관련된 변수를 단계적으로 로지스틱 회귀식에 추가하면서 변수들의 영향을 평가하였다.

공급이 수요를 창출한다는 일련의 학자들(Bunker, 1970; Wennberg et al., 1982)의 주장이 맞다면, 의료자원이 편중되어 있는 도시지역에서의 의료이용이 농촌지역보다 높게 나타나야 한다. 그러나 분석결과, 도시지역보다 오히려 농촌지역에서 의료이용 가능성이 높다는 것이 밝혀졌다. 또한 농촌지역의 의료이용 가능성이 높은 것이 이 지역 거주자의 연령이 높고, 이에 따라 건강상태가 나쁘기 때문인 것으로 드러났다. 이는 결국 건강상태라는 임상적 욕구(clinical need)에 의해서 의료이용이 영향받는 것을 의미하는데, 이는 Andersen(1973)이 가장 바람직한 상황으로 간주한 것이다. Andersen(1995)은 인종, 신념, 소득 등의 외적 요인으로 의료서비스 이용이 영향받는다는 것은 불평등한 접근구조(structure of inequitable access)를 시사하는 것이라고 보았다. 이 연구에서는 건강상태 이외에도 건강관심도나 의료서비스 지향성 등의 변수를 고려하였으나 이용여부에 유의한 영향을 미치지 못했다.

이 연구는 기존의 소규모 지역연구와 다음의 두 가지 측면에서 차이가 있기 때문에, 이 차이를 고려한 가운데 이 연구결과에 함축된 의미를 이해해야 할 것이며, 이 차이가 바로 이 연구의 차별적 특징이 될 수 있을 것이다. 첫째로 의료이용이란 개념의 측정지표가 기존의 연구와는 다르다. 기존의 연구에서는 수술율, 평균재원일수, 진료비 등과 같은 양적 차원의 측정지표가 주로 활용되었는데, 이 연구에서는 지난 3년간의

의료기관의 방문여부를 분석에 이용하였다. 기존의 지표는 주로 의사와의 접촉 이후에 발생하는 서비스를 측정하였기에, Wenberg와 Gittelsohn(1973, 1982)이 초점을 맞춘 의료서비스의 공급자 쪽의 요인이 서비스의 주요 결정인자로 부각될 여지가 많다. 그러나 이 연구에서 이용한 의료서비스 이용여부란 의사와의 접촉 이전에 환자에 의해서 내려진 '방문을 할 것이냐 말 것이냐'는 의사결정의 결과이므로, 상대적으로 공급자쪽 보다는 소비자쪽의 요인에 의해서 영향받을 가능성이 높다고 볼 수 있다. 의료이용이란 개념이 어떻게 측정되느냐에 따라 그에 영향을 미치는 요인이 달라질 수 있다는 것은 Andersen(1973)에 의해서도 이미 주장이 되었다. 이러한 맥락에서 기존의 연구결과와는 다른 이 연구의 결과를 이해할 수 있을 것이다.

만일 최초의 의료서비스 이용결정에 소비자쪽 요인 뿐만 아니라 공급자쪽의 요인도 영향을 미친다는 것이 밝혀지면, 소규모 지역간 의료이용의 차이가 공급요인에 의해 영향받는다는 기존의 논리는 훨씬 더 설득력을 가질 수 있을 것이다. 결론적으로 이 연구결과가 기존의 논리를 지지해주는 못했지만, 보다 다양한 셋팅에서 보다 세련화된 측정치를 통해 이에 대한 폭 넓은 연구가 추가적으로 이루어져야 할 것이다.

이 연구에서 이용된 변수보다 더 정교한 측정도구가 필요한 이유는 다음의 몇 가지가 있다: 1) 지난 3년이라는 다소 긴 기간 동안의 의료서비스 이용에 대해서 질문하였기에, 기억오차에 따른 문제가 있을 수 있다; 2) 입원과 외래의 구분을 하지 않았는데, 그러한 구분을 하여 조사하면, 구체적인 이용행태에 대한 이해에 도움이 될 것이다.

두번째로 소규모 지역간 의료이용의 차이를 비교하는 기존의 연구에서는 지역이 의료기관을 중심으로 한 진료권을 의미하는 개념으로 정의되었다(조우현, 김한중, 1991). 이 연구에서는 학생동이 위치한 원주시내(통합 이전) 지역을 원주기독병원과 같은 3차진료기관이 중심이 되는 진료권으로 보고, 문막지역은 의원이 중심이 되는 지역으로, 그리고 귀래지역은 보건지소가 중심이 되는 지역으로 간주하였다. 기존의 연구가 인

구 5만에서 20만 내외의 진료권을 설정하여 접근하였던 것에 비하면, 이 연구에서 설정된 진료권은 훨씬 소규모이고 또한 서로 상응한 수준의 의료기관이 각 진료권의 중심이 아니기에 기존의 접근과는 다르다. 쿼라지역의 경우, 보건지소만이 존재하기에 통합원주시의 진료권역에 포함되는 지역으로 볼 수도 있지만, 나름대로 그 지역 내의 이용률이 30%를 넘고 원주시내로의 교통편도 불편한 외떨어진 지역이기에 이 연구에서는 다른 지역권으로 설정하였다.

이 연구에서 진료권의 개념을 덜 엄격하게 적용하였기에 공급자측 변수의 효과가 유의미하지 않게 나왔다고 볼 수도 있다. 그러므로, 앞으로의 연구에서 진료권이 확실히 구분되는 다양한 소규모 지역에 대해서 의료서비스 이용여부의 변이에 대한 조사가 실시되어야 하겠다. 이 연구는 소규모 지역의 연구에서 상대적으로 간과되어 온 의료서비스 방문 행태의 변이에 대한 연구란 측면에서 기존의 연구와 차별화된다고 본다.

## 참고문헌

김혜경, 이정운, 박강원, 문옥륜, 제왕절개 분만율의 지역간 변이와 관련요인에 대한 연구. 예방의학회지, 1992; 25(3):312-329.

윤근섭, 전환기의 사회와 사회학의 전환. 국제화시대의 한국사회와 지방화. 나남, 1994, 쪽 13-51.

안형식, 권영대, 이영성, 김명기, 김용익, 신영수, 제왕절개 분만율의 지역간 변이에 영향을 미치는 의료기관 특성요인분석 - 의료보험관리공단 대상자를 중심으로. 보건행정학회지, 1991; 1(1):27-41.

조우현, 김한중, 소규모 지역간 의료이용의 차이에 관한 문헌고찰. 보건행정학회지, 1991; 1(1):42-53.

한국사회학회, 전환기의 사회와 사회학의 전환. 나남,

1994

Andersen R, Newman J. *Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. Milbank Mem Fund Q* 1973; 51: 95-124

Andersen R, Kravits J, Anderson O. *Equity in Health Services. Cambridge, Ballinger, 1975*

Andersen R. *Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? J of Hlth and Soc Behavior* 1995; 36:1-10

Bergner, M. *Quality of Life, Health Status, and Clinical Research. Med Care* 1989; 27(3): S148-S156

Bunker, J. *Surgical Manpower: A Comparison of Operations and Surgeons in the United States and in England and Wales. N Engl J Med* 1970; 282: 135-144

Cockerham CW, Kunz G, Leushen G. *Social Stratification and Health Lifestyles in Two Systems of Health Care Delivery: A Comparison of the United States and West Germany. J of Hlth and Soc Behavior* 1988; 29(2):113-126

Evans, DR, Burns JE, Robinson WE, Garrett OJ. *The Quality of Life Questionnaire: A Multidimensional Measure. Am J Comm Psycho* 1985; 13(3):305-322

Murrell SA, Schulte PJ, Hutchins GL, Brockway JM. *Quality of Life Patterns of Unmet Need for Resource Decisions. Am J Comm Psycho* 1983; 11(1):25-39

Wennberg J, Gittelsohn A. *Small Area Variations in Health Care Delivery. Science* 1973; 14:1102-1108

Wennberg J, Gittelsohn A. *Variations in Medical Care among Small Areas. Scient Am* 1982;246(4):120-132

Wennberg J, Barnes B, Zubkoff M. *Professional Uncertainty and the Problem of Supplier-Induced Demand. Soc Sci Med* 1982; 16:811-824