

## 의료급여 외래 과다이용자의 의료이용량에 대한 자기인식

신선미, 김의숙\*, 이희우\*\* †

시카고소재 일리노이주립대학교 국제보건리더십센터  
한국보건복지인력개발원 의료급여사례관리사업지원단\*  
서울특별시교육연구정보원\*\*

### <Abstract>

## Self-perception of the Amount of Medical Aid Use of Outpatient Overusers in Korea

Sun Mi Shin, Eui Sook Kim\*, Hee Woo Lee\*\* †

*Office of Global health Leadership, University of Illinois at Chicago  
Institute of Case Management\*  
Seoul Education Research Information Institute\*\**

Limited studies examined Medical Aid recipients' perception for amount of medical use. This study aimed to identify self-perception(optimal, under and overutilization) for amount, and real amount of medical use, and to determine factors associated with the perception.

Subjects were 2,489 Medical Aid recipients among top 2% overusers in 2005. 200 case managers(CM) managing them conducted survey. CM interviewed them using 2005 medical claiming data from the Health Insurance Review & Assessment Service and structured questionnaire. Despite of overusers, perception of overutilization was only 26.9% and 23.6% in Class I and Class II, and that of underutilization was 21.4%

\* 접수: 2009년 4월 9일, 수정: 2009년 6월 3일, 심사완료 : 2009년 6월 15일

† 교신저자:이희우, 전화번호:02-311-1282, 이동통신번호:011-9736-5203

주소:서울특별시 중구 회현동 1가 100-177 우편번호:100-873,

팩스번호:02-311-1207, 전자우편주소: [healthteam1@hanmail.net](mailto:healthteam1@hanmail.net),

and 18.7% respectively.

In Class I, monthly total outpatient cost per capita of overutilization perception in 2006 was 206 thousand won higher than 150 thousand won of optimal utilization. Amounts of outpatient visit-days and prescribed cases of overutilization perception were higher than those of optimal and underutilization( $p < 0.0001$ ). In Class II, overutilization perception had more prescribed cases( $p 0.004$ ). After adjustment of confounding factors including age and sex, the associated factors(odds ratio) with overutilization perception were hypertension(1.25), arthritis(1.32), depression(1.66), visit of multi medical institutions(3.09), and those of the underutilization were female(1.34), disabled(1.27), no family support(1.49), living in medium and small city(1.48), experience of unabled-visit to medical institution(2.54), frequent visit-recommendation from physician (1.36).

In conclusion, education and consult are needed for subjects to improve the reasonable decision of medical use, and the self-care ability to manage diseases and symptoms. We suggest reinforcing the alternative service in community instead of costly medical institution.

*Key words : Medical Aid use, self-perception, overutilization, cost*

## I. 서 론

우리나라 의료급여제도는 기초생활이 보장되지 않는 빈자를 보호하기 위해 1977년 의료보호법 제정과 함께 시작되었다. 2005년 현재 의료급여인구는 총인구 대비 3.8% 수준인 1,671,565명으로 미국의 메디케이드의 18.6%에 비해 적은 비율이다(국회예산정책처, 2006; Smith와 Moore, 2008). 그러나 의료급여수급권자의 의료이용량은 급속하게 증가, 1996년 정부가 지출한 의료급여비는 총 4,459억원임에 비해 10년 되는 해인 2005년 32,337억원으로 약 7.25 배 증가 하였다. 또 같은 기간 중 연평균 증가율은 24.1%로 이는 미국의 매년 미국 증가율인 20%-23%보다 약간 더 높다(국회예산정책처, 2006; National Association of State Budget Officers, 2005).

한국의 의료급여는 2가지 종류로, 본 연구의 조사시점인 2006년 당시 무료로 의료급여를 이용

할 수 있는 1종이 56.6%, 건강보험에 비해 저렴하게 이용할 수 있는 2종은 43.4%이었다(김의숙 등, 2007). 이처럼 본인부담금이 없거나 또는 낮은 의료공급가격 때문에 정부의 후생손실을 발생시킬 가능성이 있는데, 실제 한국의 의료급여수급권자는 불필요한 장기입원경향과 비용소모적인 중복진료현상이 있었고(신영석 등, 2005), 의료급여수급권자의 일인당 평균 진료비는 건강보험인구보다 3.7배가 높았다(김의숙 등, 2007).

이런 문제에 대한 대안으로 정부는 2003년부터 미국 매니지드 케어에서 운영되고 있는 의료급여사례관리를 실시하기 시작하였다(김의숙 등 2007). 또 2007년 7월 이후 1종 수급권자에 외래 본인부담금 적용, 또 1년 의료이용량이 365일이상인 고시질환 및 희귀난치성 질환자 또 455일이상인 기타질환자에게 선택병의원제를 도입하였다.

지금껏 의료급여 재정 증가요인은 수급권자의 비용의식 부재, 공급자의 과잉의료 제공 등이 많이 언급되었으나, 그러나 실제 과도한 의료이용자의 개별적 특성은 충분히 탐색되지 못하였고, 본인의 의료이용량에 대한 인식, 인식과 의료이용량의 관계, 그리고 인식에 영향을 미치는 관련 요인은 연구된 적이 없다. 그러므로 본 연구의 목적은 의료급여수급권자 중 2005년 한 해 동안 상위 2% 과다의료이용 수급권자의 제 특성을 확인 후 의료이용량에 대한 본인 인식(‘적정’, ‘과다’, ‘과소’), 그 인식과 실제 외래 의료이용량(심결 진료비, 내원일수, 처방건수), 그리고 ‘과다’ 및 ‘과소’ 인식에 영향을 미치는 요인들을 확인하는 것이다.

## II. 방 법

### 1. 연구자료 및 연구대상자

본 연구의 원자료는 과다의료이용 의료급여수급권자의 의료이용 실태를 파악하기 위해 2006년 12월에 보건복지부 연구과제에 의해 조사된 것이다. 과다의료이용 수급권자란 2005년 한해동안 투약일수 450일 이상이면서 10개 이상 의료기관, 외래 내원일수가 70일 이상, 또는 의료급여일수가 1,000일 등의 조건에 부합되는 수급권자로 정의할 수 있으며, 이들은 전체 의료급여수급권자 1,761,565 명 중 약 2%에 해당하는 32,102명이었다.

본 연구 원자료의 조사대상자는 이런 과다의료이용 수급권자 32,102명을 모집단으로 하여 성, 연령, 지역의 층화 비례배분 방식에 의해 추출한 3,014명이었고, 그중 본 연구대상자는 자료원의 대상자 중 경제적으로 빈곤한 특성을 가진 만 18세 이상의 기초생활수급자 및 차상위 자격의 1, 2종, 그리고 외래를 이용한 수급권자 전수인 2,489명이다.

## 2. 조사 방법

조사자인 전국 시·군·구 200인 의료급여관리사는 자신이 근무하는 지역의 수급권자 가정을 일대일 방문하여 조사연구의 필요성과 목적을 충분히 설명 후 이에 동의한 대상자에게 면접설문조사를 진행하였다. 본 조사에서 사용된 구조화된 설문조사도구는 일 대학의 연구팀과 보건복지부, 국민건강보험 심사평가원(심평원)의 전문가 및 현장실무자의 협의에 의해 개발되었다. 조사내용은 인구학적 특성, 경제적 특성, 의료이용행태, 의료이용적절성, 약물복용, 의료기관에 대한 접근성, 건강에 대한 인식 및 건강행위, 삶의 질로 구성되었다.

조사기간은 2006년 12월부터 한달에 걸쳐 진행되었는데 이때 심평원으로부터 2005년도에 조사대상자가 사용한 진료내역을 제공받았고, 각 조사자는 이를 활용하여 수급권자의 입원과 외래 진료시 주상병명(ICD 10 Code)을 10개까지 구조화된 설문조사도구에 기록함으로써 대상자의 유병현황을 파악하는데 만전을 기하였다. 조사 대상자의 의료이용량은 조사시점에서 가장 최근인 2006년 1월부터 9월까지의 대상자 진료내역을 심평원으로 부터 제공 받아 조사된 면접 설문조사자료와 함께 키코트를 통해 병합하였다.

## 3. 연구 내용

본 연구의 주요 내용은 본 연구 원자료의 조사 변수 중 연령, 성별, 동거가족 수, 결혼상태, 교육정도, 장애, 건강상태에 대한 자기인식, 만성병 유병상태, 외래 의료이용량에 관한 수급권자 인식 및 실제 외래 의료이용량이었다. 특히 본 연구의 목표변수인 외래 의료이용량에 대한 수급권자 본인의 인식은 '본인의 의료이용량이 적절하다고 생각하십니까?' 라는 조사자의 질문에 수급권자는 3가지, 적정하게 이용(적정), 더 많은 이용 필요하나 적게 이용(과소), 필요이상의 과이용(과다)로 응답하였다.

또 수급권자가 실제 이용한 외래 의료이용량은 자료원의 조사내용인 입원, 외래, 투약의 의료이용량 중 외래 의료이용의 3가지 지표, 심결 진료비, 내원일수, 처방건수로 구성되었으며, 연구 결과는 한달 평균으로 나누어 제시하였다.

## 4. 분석 방법

기술통계 및 Chi-square 검정을 통해 대상자의 인구사회학적 특성, 건강관련특성, 의료이용행태특성을 종별로 구분하여 확인하였고, 외래 의료이용량에 대한 인식과 실제 외래 의료이용량(심결 진료비, 내원일수, 처방건수 등)의 관계는 Chi-square 및 ANOVA를 통해 파악하였다. 또 수급권자의 외래 의료이용 인식 중 '과다' 및 '과소'이용 인식과 관련 있는 요인을 Multiple logistic regression을 통해 규명하였다.

모든 통계검정은 SAS 9.12를 이용한 것으로  $p$ 값이 0.05이하 일 때 통계학적으로 유의한 것으로 보였다. 이때 각 변수의 결측값은 제외 후 분석하였고, 심결 진료비는 천원미만에서 절삭 후 그 결과를 제시하였다.

### Ⅲ. 결 과

#### 1. 일반적 특성

대상자의 인구사회학적 특성을 보면, 전체 대상자 2,489명중 1종은 86%인 2,141명, 2종은 14%인 348명이었다. 또 남자는 30%인 746명, 여자는 70%인 1,743명이었다.

대상자의 평균연령은 1종은 66.4세이었고, 2종은 61.2세로 1종의 평균연령이 더 높았다 ( $p < 0.0001$ ). 65세 이상의 노인은 1종 67.1%, 2종 38.2%로 큰 차이가 있었다 ( $p < 0.0001$ ). 동거가족이 없는 경우는 1종은 50.1%, 2종은 31.9% ( $p < 0.0001$ ), 가족지지가 없는 경우도 1종은 60.1%, 2종은 49.4%이었다 ( $p = 0.0003$ ). 장애자는 1종 36.7%, 2종 32.2%이었고, 농어촌 거주자는 1종 40.1%, 2종 46.5%이었다 ( $p = 0.003$ ).

초등학교 이하 학력은 1종은 79.5% , 2종은 75.9%로 통계학적 차이가 없었고, 1종과 2종 각각에서 정규직업이 있는 경우는 2.7%, 6.8%, 비정규 직업은 1.1%와 5.9%로 1종보다는 2종에서 직업율이 높았다 ( $p < 0.0001$ ). 또한 대상자가 지각하는 본인의 경제상태에서 '최하' 라고 응답한 경우는 1종은 72.8%, 2종은 66.6%이었고, '중하' 경제상태는 1종은 21.6%, 2종은 28.2%이었다 ( $p = 0.02$ ).

대상자의 건강관련 특성을 보면, 자기 건강에 대한 인식에서 '나쁨' 과 '아주 나쁨' 은 각각 1종에서 44.3%와 41.7%이었고, 2종은 46.7%와 36%, 또 스트레스가 '많음' 과 '아주 많음' 을 각각 볼 때 1종은 43%와 24.3%이었고, 2종은 43.1%와 27.3%로 자기건강상태 인식과 스트레스 지각은 1종과 2종간에 통계학적 차이가 없었다.

만성질환 유병율을 1종과 2종 각각에서 볼 때, 고혈압은 39.1%, 39.4%, 당뇨병 24.9%, 25.6%, 관절염 36.4%, 34.5%, 뇌졸중 10.0%, 7.8%, 만성폐쇄성호흡기질환은 18.1%, 13.5%, 우울증은 7.2%, 7.5%로 만성폐쇄성호흡기질환 ( $p = 0.04$ )을 제외한 다른 5개의 만성질환의 유병율은 1, 2종간 통계학적 차이가 없었다. 또 6개 만성질환 중 1개라도 있는 경우는 1종 78.4%, 2종 75.6%로 통계학적 차이는 없었다.

의료이용 행태특성을 보면, 조사자인 의료급여사레관리사의 판단으로 볼 때 대상자가 여러 의료기관을 이용한 경우는 1종 51.2%, 2종 48.7%이었으나, 수급권자 본인은 지난 1년간 의료기

관을 방문해야 함에도 방문 하지 못한 경우가 1종 37.2%, 2종 37.8%나 되었다. 또 진료의로부터 자주 진료 받을 것을 권유받은 경우는 1종 15.3%, 2종 14.7%이었고, 의료이용 행태특성에 서 1, 2종간 통계학적 차이가 없었다(표 1).

〈표 1〉 연구대상자의 특성

구 분		전 체 n=2,489(100.0)	1종 n=2,141(100.0)	2종 n=348(100.0)	$\chi^2/p$
인구 사회학적 특성	남자	746(30.0)	637(29.8)	109(31.3)	0.4/0.55
	여자	1,743(70.0)	1,504(70.2)	239(68.7)	
	평균연령±표준편차	65.7±12.6	66.4±12.5	61.2±11.7	7.4/0.0001
	65세 이상	1,569(63.0)	1,436(67.1)	133(38.2)	106.8/0.0001
	장애 유	898(36.1)	786(36.7)	112(32.2)	2.7/0.10
	초등학교 이하 학력	1,965(79.0)	1,701(79.5)	264(75.9)	2.3/0.12
	정규 직업 유	77(3.3)	55(2.7)	22(6.8)	53.1/0.0001
	비정규 직업 유	41(1.7)	22(1.1)	19(5.9)	
	동거가족 없음	1,183(47.5)	1,072(50.1)	111(31.9)	39.6/0.0001
	가족지지 없음*	1,459(58.6)	1,287(60.1)	172(49.4)	14.1/0.0003
	대도시 거주	774(31.5)	693(32.8)	81(23.6)	11.8/0.003
	중소도시 거주	678(27.5)	575(27.2)	103(29.9)	
	농·어촌 거주	1,008(41.0)	848(40.1)	160(46.5)	
	최하 경제상태†	1,775(72.0)	1,546(72.8)	229(66.6)	
	중하 경제상태†	556(22.5)	459(21.6)	97(28.2)	7.3/0.02
	보통 경제상태†	136(5.5)	118(5.6)	18(5.2)	
건강관련 특성	건강상태 나쁨‡	1,106(44.6)	944(44.3)	162(46.7)	5.0/0.28
	건강상태 매우 나쁨‡	1,103(40.9)	888(41.7)	125(36.0)	
	스트레스 많음‡	1,058(42.0)	909(43.0)	149(43.1)	6.4/0.09
	스트레스 아주 많음‡	608(24.7)	514(24.3)	94(27.3)	
	고혈압 유	974(39.1)	837(39.1)	137(39.4)	0.0/0.92
	당뇨병 유	621(25.0)	532(24.9)	89(25.6)	0.1/0.77
	관절염 유	899(36.1)	779(36.4)	120(34.5)	0.5/0.49
	뇌졸중 유	240(9.6)	213(10.0)	27(7.8)	1.6/0.19
	만성폐쇄성호흡기질환 유	434(17.4)	387(18.1)	47(13.5)	4.3/0.04
	우울증 유	180(7.2)	154(7.2)	26(7.5)	0.0/0.85
6개 질환중 1개 이상의 만성질환 유	1,941(78.0)	1,678(78.4)	263(75.6)	1.4/0.24	
의료이용 행태특성	여러 의료기관의 이용‡	1,254(50.9)	1,088(51.3)	166(48.7)	0.8/0.37
	미방문 경험§	914(37.2)	784(37.2)	130(37.8)	0.1/0.81
	진료의로부터 잦은 방문 권유	370(15.2)	320(15.3)	50(14.7)	0.1/0.07

\* 가족지지 없음 : 가족으로부터 정서적 도움, 정보적 도움, 물질적 도움, 능력배양을 위한 도움 등의 지지가 전혀 없는 경우임.

† 대상자의 지각에 의한 것임.

‡ 의료급여관리사의 판단에 의함

§ 지난 1년간 의료기관을 방문해야 함에도 방문하지 못한 경우 임.

## 2. 외래 의료이용량에 대한 연구대상자의 자기인식과 실제 월평균 외래 의료이용량

대상자의 외래 의료이용량에 대한 본인의 인식을 '적정', '과소', '과다' 로 구분할 때, 대상자 본인의 의료이용이 '적정'하다고 인식하는 경우는 1종 51.7%, 2종은 57.8%이었다, 또 '과다'라고 인식하는 경우는 1종 26.9%, 2종 23.6%뿐이었고, '과소'인 경우도 1종 21.4%, 2종 18.7%로 인식에 대한 종별 차이는 없었다(표 2).

〈표 2〉 외래 의료이용량에 대한 연구대상자의 자기인식

외래 이용량에 대한 자기인식	전 체 n=2,489(100.0)	1종 n=2,141(100.0)	2종 n=348(100.0)	Chi-square/p
적정	1,309 (52.6)	1,108 (51.7)	201 (57.8)	4.3/0.11
과소	522 (20.9)	457 (21.4)	65 (18.7)	
과다	658 (26.4)	576 (26.9)	82 (23.6)	

표 3에서는 대상자 본인의 의료이용량에 대한 인식과 2006년 1월부터 9월까지의 일인당 월평균 외래 의료이용량(심결 진료비, 내원일수, 처방건수 등)을 비교해 보았다.

1종에서 '적정'과 '과소'라는 인식일 때 일인당 월평균 외래 심결 진료비는 각각 약 150천원, 약154천원이었으나, '과다'라는 인식일 때 약 206천원으로 그 비용이 많았다( $p < 0.0001$ ). 내원일수는 '적정' 8.4일, '과소' 9.1일, '과다' 13.2일로 차이가 있었으며( $p < 0.0001$ ), 처방전 건수도 '적정' 5.0건, '과소' 5.1건, '과다' 8.3건으로 차이가 있었다( $p < 0.0001$ ) (표 3).

〈표 3〉 외래 의료이용량에 대한 자기인식과 월평균 외래 의료이용량

외래 이용량에 대한 자기인식	n	실제 월평균 외래 이용량									
		심결 진료비			내원일수			처방건수			
		평균(천원) ± SD <sup>*</sup>	F/p		평균(일) ± SD	F/p		평균(건) ± SD	F/p		
1종	적정	1,083	150 ± 177	A <sup>†</sup>	20.5/ 0.0001	8.4 ± 7.6	A	40.4/ 0.0001	5.0 ± 5.1	A	39.9/ 0.0001
	과소	452	154 ± 124	B <sup>†</sup>		9.1 ± 7.7	B		5.1 ± 4.5	B	
	과다	570	206 ± 200	A B		13.2 ± 15.7	A B		8.3 ± 11.9	A B	
2종	적정	197	131 ± 98	2.2/ 0.10	7.7 ± 7.0	A	2.9/ 0.06	4.5 ± 4.9	A	5.7/ 0.004	
	과소	65	132 ± 95		7.9 ± 5.5			4.5 ± 2.9	B		
	과다	82	158 ± 102		9.8 ± 6.6	A		6.4 ± 4.6	A B		

\*SD : standard deviation

† A, B : Tukey <0.05

2종의 '적정'과 '과소'에서 일인당 월평균 외래 심결 진료비는 각각 131천원, 132천원 이었으나 '과다'에서 158천원이었고, 내원일수는 '적정'에서 7.7일, '과소'에서 7.9일, '과다'에서 9.8일로 통계학적인 차이는 없었다. 그러나 처방전 건수는 '적정' 4.5건, '과소' 4.5건, '과다' 6.4건으로 통계적인 차이가 있었다(p 0.004). 또한 1종의 외래 진료비가 2종보다 전반적으로 높았다(표 3).

### 3. 대상자 의료이용량 인식과 관련 있는 요인

다중 로지스틱 회귀분석을 통해 성별 연령 등의 혼란변수를 보정 후 의료이용량에 대한 대상자 본인의 인식('과다' 또는 '과소')에 영향을 미치는 요인을 보았다.

〈표 4〉 외래 의료이용량에 대한 자기인식 관련요인의 교차비(95% CI)

독립변수	목표변수		
	'과다' 인식 (model 1*)	'과소' 인식 (model 2†)	
인구사회학적 특성	1종	1.17 (0.86-1.60)	1.22 (0.87-1.72)
	여성	0.96 (0.75-1.23)	1.34 (1.03-1.76)
	장애 유	1.10 (0.86-1.39)	1.27 (1.01-1.60)
	65세 이하	0.92 (0.73-1.15)	1.08 (0.84-1.40)
	초등학교 이하 학력	1.24 (0.99-1.56)	1.12 (0.88-1.43)
	직업 무	0.92 (0.51-1.63)	0.65 (0.37-1.16)
	독거	0.84 (0.68-1.04)	1.11 (0.88-1.40)
	가족지지 없음‡	0.91 (0.73-1.12)	1.49 (1.18-1.89)
	중소도시 거주	1.09 (0.84-1.42)	1.48 (1.12-1.95)
	농어촌 거주	1.07 (0.84-1.37)	1.20 (0.91-1.57)
	최하경제상태§	1.01 (0.64-1.58)	1.75 (1.01-3.07)
	중하경제상태§	0.85 (0.53-1.37)	1.69 (0.93-3.04)
	건강관련 특성	나쁜 건강상태§	1.02 (0.74-1.39)
매우 나쁜 건강상태§		1.11 (0.80-1.55)	1.26 (0.87-1.81)
스트레스 많음§		0.73 (0.48-1.11)	1.01 (0.64-1.31)
스트레스 매우 많음§		0.78 (0.52-1.16)	1.18 (0.74-1.88)
고혈압		1.25 (1.01-1.54)	0.73 (0.58-0.93)
당뇨병		0.80 (0.63-1.01)	1.01 (0.78-1.29)
관절염		1.32 (1.07-1.62)	0.87 (0.69-1.10)
뇌졸중		0.81 (0.57-1.15)	0.61 (0.40-0.93)
만성폐쇄성 호흡기 질환		0.97 (0.75-1.26)	0.97 (0.73-1.29)
우울증		1.66 (1.16-2.39)	0.65 (0.42-1.02)
의료이용 행태특성	여러 의료기관의 이용¶	3.09 (2.50-3.82)	1.09 (0.88-1.35)
	미방문 경험¶	0.79 (0.63-0.97)	2.54 (2.05-3.17)
	진료의도부터 잦은 방문 권유	1.26 (0.96-1.66)	1.36 (1.02-1.80)

\* Model1 : 과다(n=570) vs 과소 및 적정(n=1612)

† Model2 : 과소(n=461) vs 과다 및 적정(n=1721)

‡ 가족지지 없음 : 가족으로부터 정서적 도움, 정보적 도움, 물질적 도움, 능력배양을 위한 도움 등 의 지지가 전혀 없는 경우임.

§ 대상자인 수급권자의 지각에 의한 것임.

¶ 의료급여관리사의 판단에 의함

‡ 지난 1년간 의료기관을 방문해야 함에도 방문하지 못한 경우 임.



'과다'인식에 영향을 미치는 요인의 교차비(95% confidence interval, CI)를 보면, 고혈압 1.25(CI 1.01-1.54), 관절염 1.32(CI 1.07-1.62), 우울증 1.66(CI 1.16-2.39)이었고, 또 많은 의료기관을 방문했을 때 3.09(CI 2.50-3.82), 상대적으로 의료기관을 방문 하지 못한 경험이 있었던 경우에는 0.79(CI 0.63-0.97)로 과다인식 대상자 중에서 의료기관의 미방문 경험은 낮았다.

또 '과소'이용에 영향을 미치는 요인의 교차비(CI)는 여성 1.34(CI 1.03-1.76), 장애 1.27(CI 1.01-1.60), 가족지지가 없을 때 1.49(CI 1.18-1.89), 최하 경제상태 1.75(1.01-3.07), 대도시 보다는 중소도시 거주 1.48(CI 1.12-1.95)이나, 고혈압은 0.73(CI 0.58-0.93), 뇌졸중 0.61(CI 0.40-0.93)로 낮았다. 한편 의료이용 측면에서는, 지난 1년간 의료기관을 방문하지 못한 경험이 있을 때 2.54(CI 2.05-3.17)로 높았고, 진료의로 부터 잦은 방문 권유시에도 1.36(CI 1.02-1.80)로 높았다(표 4).

#### IV. 고 찰

통념적으로 과다의료이용자라 생각되어지는 상위 2% 의료급여수급권자는 본인의 의료이용을 스스로 어떻게 평가 할까라는 의문과 함께 본 연구는 시작되었다. 이런 의문은 최근 급속히 증가하고 있는 의료급여 재정에 대한 사회적 관심을 배경으로 하고 있다. 실제 지난 10년간의 정부예산은 1996년 기준으로 2001년 1.7배, 2006년 2.5배 증가하였다. 그러나 보건복지부 예산증가는 같은 기준, 동일년도에서 각각 3.1배, 4.1배이었고, 그중에서도 의료급여 재정증가는 4.6배, 7.8배로 정부와 보건복지부 예산 증가보다 훨씬 증가폭이 높았다(국회예산정책처 등, 2006).

그동안 의료급여 비용이 증가하는 이유로 급여항목 및 의료급여수급권자의 확대, 수급권자의 비합리적인 의료, 그리고 공급자의 과잉의료 가능성 등이 거론되어 왔고, 실제 의료급여 수급권자에서 불필요한 장기입원경향과 비용소모적인 중복진료현상도 있었다(김창엽 등, 2003; 신영석 등, 2005; 보건복지부 2005).

이처럼 의료를 많이 이용하는 수급권자의 비합리적 의료이용 행태를 우려함에도 실제 수급권자의 인구사회학적 특성과 건강관련 특성, 그리고 이런 특성이 의료이용에 미치는 영향에 대한 연구는 매우 드물고, 의료급여 이용에 대한 수급권자의 인식을 평가한 연구는 전무하다. 오래된 연구 중 Anderson과 Bartkus(1973)는 의료서비스의 이용량을 결정하는 요소로서 본인이 인식하고 있는 의료의 적절성과 의료보험의 보장율을 직접요소로 언급하였다. 특히 미국 관리의료

제도에서처럼 1차 진료의 문지기 기능이 부족한 우리나라에서 수급권자 본인이 지각하는 의료이용의 적정여부에 관한 인식은 향후 의료이용에 결정적 영향을 미칠 것이다.

지금까지 발표된 근래의 연구에서 의료이용에 영향 미치는 요인은 직업, 수입(Chang과 Lauderdale, 2005; 김학주, 2004), 장애(Andersen과 Laake, 1983; McColl, 2005), 생애주기(강영호, 2005; WHO, 2001), 성(Jonsson 등, 2006), 정신건강 및 만성질환(김학주, 2004; Shen 등, 2008), 의료시스템(Shaikh와 Hatcher, 2007), 자신의 건강상태지각(Pacala 등, 2003) 등이었다. 그러나 이런 모든 요인은 극도의 빈곤층이나 또는 '과다'의 의료이용자를 대상으로 한 것은 아니었다.

본 연구의 대상자는 상위 2%의 과다의료이용 의료급여수급권자 중 외래를 이용한자, 또 기초생활수급자와 차상위자로 구성된 1, 2종 수급권자 2,489명이다. 이처럼 외래 이용자를 연구대상으로 한 이유는 입원보다는 외래 이용에서 수급권자 본인의 선택권이 높아 가격 탄력적일 것이기 때문이다. 또 기초생활수급자와 차상위자만의 1, 2종 수급권자인 이유는 연구대상자의 경제적 동질성 확보와 함께 1, 2종의 대상자 특성을 비교할 수 있기 때문이었다. 실제 본 연구의 조사시점인 2006년은 1종은 본인부담금이 없었던 반면, 2종은 있어 제도의 혜택정도가 뚜렷이 틀리었고, 또 근로능력 유·무를 기준으로 구분되는 1, 2종의 인구학적 특성에서도 많은 차이가 있을 것이기 때문이다. 실제 본 연구에서도 1종의 평균연령은 66.4세, 2종 61.2세로 약 5세 차이( $p < 0.0001$ ), 또 65세 이상 노인분포가 1종은 67.1%, 2종은 38.2%로 큰 차이가 있었다( $p < 0.0001$ ). 거주지는 농어촌이 가장 많아 1종 40.1%, 2종 46.5%( $p 0.003$ )이었고, 독거는 1종 50.1%, 2종 31.9%( $p < 0.0001$ ), 가족지지가 없다는 응답은 1종 60.1%, 2종 49.4%이었다( $p 0.0003$ ). 정규직업이 있는 경우는 1종 2.7%, 2종 6.8%, 비정규 직업은 1종 1.1%, 2종 5.9%로 차이가 있었다( $p < 0.0001$ ). 그러나 2종의 자격은 근로능력자와 만성질환 보유자임을 고려할 때 2종의 직업 보유율은 낮다 할 수 있다.

이처럼 1, 2종간에 여러 차이가 있음에도 본 연구에서 조사된 6개의 만성질환 유병율은 1종과 2종에서 각각, 고혈압 39.1%, 39.4%, 당뇨병 24.9%, 25.6%, 관절염 36.4%, 34.5%, 뇌졸중 10%, 7.8%, 우울증은 7.2%, 7.5%로 만성폐쇄성호흡기질환( $p 0.04$ )을 제외한 5개 만성질환은 1, 2종간 통계학적인 차이가 없었다. 물론 본 연구의 2종 348명 중 약 32%가 만성질환자의 차상위권자임을 감안하더라도 2종의 만성질환 유병율은 여전히 높다. 그러므로 1, 2종 수급권자 모두에게 만성질환의 관리방안을 강조할 필요가 있다.

전체 의료급여수급권자에서 장애인인 18.4%(김윤 등, 2005)임에 비해 상위 2%의 과다의료이용 수급권자를 대상으로 한 본 연구에서 장애인인 1종 36.7%, 2종 32.2%로 매우 높았다. 미국 메디케이드 대상자에서도 약 50%가 인지장애를 가지고 있고, 이들의 신체적 제한은

민간 의료보험을 가진 저소득층보다 4배나 높았다(Hadley와 Holahan, 2003)는 것과 유사하다 할 수 있다. 또 대상자의 85.5%가 자신의 건강상태를 나쁘다고 인식함으로써 전국표본의 14.6%와 큰 차이가 있었다(보건복지부.보건사회연구원, 2006). 초등학교 이하 학력도 1종 79.5%, 2종 75.9%로 1, 2종 모두에서 저학력자가 많았다.

본 연구대상자의 의료이용 행태는 여러 의료기관을 이용하는 경우가 1종은 51.3%, 2종은 48.7%이었는데, 이는 조사자인 의료급여관리사가 수급권자의 건강수준과 의료이용을 토대로 판단한 것이기에 더욱 의미가 있다. 특히 수급권자 전체의 78.0%는 고혈압, 당뇨병, 관절염, 우울증 중 1가지이상의 만성질환을 가지고 있어 이러한 만성질환 수급권자가 여러 의료기관을 계속 방문하였다는 것으로 해석 할 수 있다. 반면 지난 1년간 의료기관을 방문하지 못한 적이 있다고 하는 수급권자는 1종 37.2%, 2종 37.8%나 되었다. 그러므로 이러한 미방문 경험이 실제 존재하는 의료이용 장벽 타인지 또는 의료에 대한 수급권자의 선망으로 인한 것인지 향후연구에서 탐색할 필요가 있다.

대상자는 상위 2%의 의료이용자이어서 통념적으로 모두 과다이용자라고 생각될 수 있음에도 대상자 본인의 인식은 달라 '과다'라고 인식하는 경우는 1종 26.9%, 2종 23.6% 뿐이었다. 또 본인의 의료이용량이 '적정'하다고 인식하는 경우는 1종 51.7%, 2종은 57.8%, '과소'인 경우도 1종 21.4%, 2종 18.7%나 되었다. 반면 1, 2종간 본인부담금이라는 개입요소에도 이러한 인식의 분포에서 차이는 없었다.

수급권자의 인식과 외래 의료이용량과의 관계를 보기위해 수급권자의 인식분류별 심결 진료비, 내원일수, 처방전 건수를 비교하였다. 1종에서 한달 평균 일인당 심결 진료비는 '적정'과 '과소'라는 인식일 때 각각 약 15만원, 15.4만원인 반면 '과다'라는 인식일 때 약 20.6만원으로 그 비용이 많음을 알 수 있었다( $p < 0.0001$ ). 이처럼 수급권자가 본인의 의료이용을 '과다'라고 인식하고 있을 때 진료비외에도 내원일수, 처방전건수가 모두 높았다. 2종에서도 심결 진료비, 내원일수, 처방전 건수 모두에서 '적정'과 '과소'보다 '과다'일 때 평균이 높았으나, 처방전 건수만 통계학적 차이가 있었다( $p 0.004$ ).

이처럼 '과다'라는 인식의 수급권자는 본인의 높은 의료이용량을 자각하고 있었으며, 의료이용량과도 정방향의 관계이므로 수급권자의 인식에 관련있는 인구사회학적 특성, 건강관련 특성, 의료이용 행태 특성을 확인하기 위한 다중 로지스틱 회귀분석을 하였다. 그 결과, 과소 및 적정 인식을 기준으로 한 '과다' 인식에서 그 관련요인과 교차비를 보면, 고혈압 1.25, 관절염 1.32, 우울증 1.66, 많은 의료기관을 방문하였을 때 3.09로 높았으나, 의료기관의 미방문 경험이 있을 때 0.79로 낮았으며, 의료급여관리사가 많은 의료기관 방문자라고 평가한 수급권자들은 본인 스스로도 '과다'라고 평가하고 있었다. 이처럼 고혈압, 관절염, 우울증 등 만성병을 보유한 수

급권자는 본인의 의료이용량이 '과다' 라고 인식하고 있었고, 실제 의료이용량도 많다 할 수 있으나, 이는 수급권자의 질병 중증도가 고려되지 않은 것이므로 향후 추가연구를 통해 질병중증도와 의료이용 그리고 인식과의 관계가 조명될 필요가 있다.

'과소' 인식대상자는 '적정' 인식 대상자와 의료이용량에서 통계학적인 차이가 없었는데, '과소' 인식의 이유는 두 가지가 가능할 것이다. 우선, 자신의 건강 중증도 보다 의료를 적게 이용하는 경우일 수 있다. 만약 이런 경우라면 대상자의 질병은 더욱 악화되어 향후 고액의 의료비용이 예측되는 잠재적 문제의 대상자 일수 있다. 다른 한가지는 Anderson과 Bartkus(1973)가 언급한 것처럼 단지 '과소'라는 인식으로 인해 의료를 더 많이 이용할 가능성이 있다. 즉 이러한 특성의 대상자는 무료의료시장에서 병원을 많이 찾는 것은 매우 합리적 행동이라고 인식하고 있을 수 있다.

본 연구에서 과다 및 적정인식을 기준으로 한 '과소' 인식에 영향 미치는 요인 및 교차비는 여성 1.34, 장애 1.27, 가족지지가 없을 때 1.49, 최하 경제상태 1.75, 대도시보다 중소도시 거주 시 1.48, 의료기관을 방문 못한 경험시 2.54, 진료의사로 부터 잦은 방문 권유 1.36으로 높은 반면, 고혈압시 0.73, 뇌졸중시 0.61로 낮았다. 이처럼 '과소'인식 대상자의 특징은 만성병보다는 취약한 인구사회학적 특성과 미방문 경험, 의료공급자의 의료권장 행태와 관련되어 있어 비합리적 의료이용 행태와 관련이 있을 가능성이 있으나, 질병의 중증도를 고려하지 못한 결과이므로 심층적인 추후연구가 필요함을 시사하고 있었다.

이상의 결과를 통한 본 연구의 결론은 수급권자의 인식이 '과다' 일 때, 실제 의료이용량 또한 많음으로서 과다이용과 관련 있는 만성병을 관리하기 위한 의료기관 대안시설의 활용을 모색할 필요가 있다. 반면, '과소' 인식일 때는 적정 인식일 때와 의료이용량이 유사한 것으로 볼 때 제도권 안에서 활동하고 있는 의료급여관리사의 상담과 이를 통해 얻어진 판단을 근거로 과다의료이용자이지만 오히려 더 많은 의료이용이 권장되는 수급권자와 합리적 의료행태가 요구되는 대상자가 구분되어야 할 것이다.

또 의료급여수급권자는 빈곤, 고연령, 높은 장애율, 저학력, 가족지지 부재 등의 취약성과 함께, 합리적 의료에 대한 판단과 좋은 정보 취득이 일반인에 비해 더욱 어려울 수 있다. 그러므로 이러한 특성의 수급권자를 안내할 수 있으며 궁극적으로는 수급권자 스스로 합리적 의료이용을 통해 건강을 향상시키려는 동기부여의 사례관리가 강화될 필요가 있다. 건강행위 변화과정에서 동기는 위험을 인식하고, 이를 개선하려는 의도가 수반되어야 하는 것으로 (Schwarzer, 1992; Ajzen, 2001) 행동의 20-30%가 설명(Conner과 Armitage, 1998; Sheeran과 Orbell, 2000)되기 때문이다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다.

첫째, 본 연구의 대상은 의료급여 상위 2%의 과다의료이용 수급권자를 대상으로 하였기에 모든 수급권자의 인식과 의료이용의 관계를 대표할 수는 없다. 그러나 과다의료이용 수급권자의 특징적인 인식과 실제 의료이용량의 관계, 또 그 관련요인을 구체화하였다는 점은 본 연구의 의의라 할 수 있다. 이는 상위 2%의 과다의료이용자임에도 정작 수급권자의 인식은 '적정'에서부터, '과다', '과소'까지 서로 다르며, 인식과 관련있는 요인도 서로 다르므로, 과다의료이용자를 대상으로 하는 의료급여 서비스의 내용과 전달방식을 결정하는데 기반정보로 활용할 수 있을 것이다.

둘째, 본 연구의 결과는 대상자의 질병 중증정도를 고려하지 못한 것이므로 수급권자의 '과다'나 '과소' 인식이 정확한지를 객관적으로 규명하기는 어렵다. 그러므로 향후 연구에서는 질병의 중증도까지도 고려하여 인식과 의료이용의 관계를 평가할 필요가 있을 것이다. 또 수급권자의 의료이용량에 대한 자기인식은 일반 인구나 구별되는 특성인지를 확인하는 것도 의미가 있을 것이다.

셋째, 의료이용 행태 특성은 다른 독립변수와 종속변수인 인식간에 매개변수일 수 있으나 본 연구에서는 독립적 관계로 분석하였으므로 연구의 이해가 불완전 할 수 있다. 그러나 의료이용 행태를 통제함에도 다른 독립변수에 영향력은 계속 존재하였다. 그러므로 의료이용행태를 타 독립변수와 동일하게 간주함에 있어 큰 무리는 없을 것으로 생각된다.

## V. 결 론

본 연구대상자는 여성(70%), 65세 이상 노인(63%), 초등학교이하 학력(79%), 최하 경제상태(72%), 나쁨 또는 매우 나쁘다는 자기건강인식(85.5%), 높은 스트레스 지각(66.7%), 1개 이상의 다빈도 만성질환 보유(78%)등의 취약한 인구학적 특성을 가졌으며, 50.9%가 여러 의료기관을 이용하고 있었다. 또한 대상자는 상위 2%의 과다의료이용자임에도 본인 스스로 '과다'라는 인식은 1종과 2종에서 각각 26.9%와 23.6%뿐이고, '과소'는 1, 2종에서 각각 21.4%, 18.7%나 되었다.

한편 '과다'라고 인식하는 대상자의 실제 의료이용량은 '적정'이나 '과소'일 때 보다 모두 높아, 인식과 의료이용량은 정방향적인 관계가 있었다. 또 과다인식에 영향을 미치는 요인은 '고혈압', '관절염', '우울증'등의 만성질환일 때, 그리고 '여러 의료기관의 이용시' 등이었다. '과소'인식하는 대상자에 영향을 미치는 요인은 만성병 등이 아니라 '여성', '장애', '가족지지 없음', '최하 경제상태' 등 주로 취약한 인구사회학적 특성, 그리고 '미방문 경험', '진료의료로부터 잦은 방문권

유' 등과 관련되어 있었다.

그러므로 '과다' 그리고 '과소'인식 수급권자 모두에게 합리적 의료이용에 대한 동기 강화와 함께 질환관리 능력을 향상시키기 위한 상담과 교육이 의료급여 제도권 안에서 강화될 필요가 있다. 또 만성병관리를 위해 지역사회 및 가정기반 건강증진프로그램의 활성화를 제안한다.

## 참 고 문 헌

- 강영호. 사회경제적 건강 불평등에 대한 생애적 접근법. 예방의학회지 2005;38(3):267-275.
- 국회예산정책처. 2005 재정지출동향 분석. 서울 : 국회;2006
- 김윤, 이진용, 이범석, 김완호, 이진석, 문남주 등. 장애인의 요양급여 이용실태 분석 및 의료보장의 강화방안 연구, 국민건강보험공단 2005; 205-284.
- 김의숙, 남정자, 김미영, 고일선, 이덕만, 김광숙 등. 의료급여장기이용환자의 의료이용실태 및 개선방안. 서울 : 연세대학교 간호대학 간호정책연구소;2007. 보건복지부 연구비 지원
- 김창엽, 신영전, 유원섭, 전경자, 허선. 저소득층에 대한 의료보장 장기발전방안 연구. 서울 : 서울대학교 의과대학; 2003. 보건복지부 정책연구 보고서.
- 김학주. 계층간 진료비 본인부담의 형평성에 관한 연구. 한국사회복지학 2004;56(3)113-133.
- 보건복지부. 2005년도 의료급여사업 안내. 서울 : 보건복지부;2005.
- 보건복지부.보건사회연구원. 국민건강영양조사 제 3기(2005). 서울 : 보건사회연구원;2006.
- 신영석, 최병호, 신현웅, 황도경, 윤석준. 의료급여환자 의료지출실태 및 급여개선 방안 정책 보고서. 서울 : 보건복지부. 한국보건사회연구원;2005.
- Ajzen I. Nature and operation of attitudes. Annu Rev Psychol. 2001;52:27-58.
- Andersen AS, Laake P. A causal model for physician utilization: analysis of Norwegian data. Med Care 1983;21(3):266-278.
- Anderson JG, Bartkus DE. Choice of Medical Care: A behavioral model of health and illness behavior. J Health Soc Behav. 1973;14(4):348-362.
- Chang VW, Lauderdale DS. Income disparities in body mass index and obesity in the United States, 1971-2002. Arch Intern Med. 2005;165(18):2122-2128.
- Conner M, Armitage CJ. The theory of planned behavior: A review and avenues for further research. Journal of Applied Social Psychology 1998;28:1430-1464.

- Hadley J, Holahan J. Is health care spending higher under Medicaid or private insurance? *Inquiry* 2003;40(4):323-342.
- Jonsson PM, Schmidt I, Sparring V, Tomson G. Gender equity in health care in Sweden—minor improvements since the 1990s. *Health Policy* 2006;77(1):24-36.
- McColl M. Disability studies at the populational level: issues of health service utilization. *Am J Occup ther.* 2005;59(5):516-526.
- National Association of State Budget Officers, *State Expenditure Reports;2005 and earlier reports.*
- Pacala JT, Boulton C, Urdangarin C, McCaffrey D. Using self-reported data to predict expenditures for the health care of older people. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(5):609-614.
- Schwarzer. Self-efficacy: in the adoption and maintenance of health behavior; Theoretical approaches and a new model. In: Schwarzer R. *Self-efficacy: Thought control of action.* Washington, DC: Hemisphere; 1992: pp.217-242.
- Shaikh BT, Hatcher J. Health seeking behaviour and health services utilization trends in national health survey of Pakistan: what needs to be done? *J Pak Med Assoc.* 2007;57(8):411-414.
- Sheeran P, & Orbell S. Using implementation intentions to increase attendance for cervical cancer screening. *Health Psychology* 2000;19: 283-289.
- Shen C, Sambamoorthi U, Rust G. Co-occurring mental illness and health care utilization and expenditures in adults with obesity and chronic physical illness. *Dis Manag.* 2008;11(3):153-160.
- Smith DG, Moore JD. *Medicaid Politics and Policy 1965-2007.* Transaction Publishers New Brunswick(USA) and London(U.K); 2008.
- World Health Organization. *Life course perspectives on coronary heart disease, stroke and diabetes key issues and implications for policy and research.* Geneva : World Health Organization; 2001.