

저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

• 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건 을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 이용허락규약(Legal Code)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

Disclaimer 🖃





보건학석사 학위논문

상용치료원 보유에 따른 우울과 주관적 건강

The Association of having a Usual Source of Care with Depression and Self-rated health

2022년 8월

서울대학교 대학원 보건학과 보건정책관리학전공 장 선 애

상용치료원 보유에 따른 우울과 주관적 건강

지도교수 이 태 진

이 논문을 보건학석사 학위논문으로 제출함 2022년 5월

서울대학교 대학원 보건학과 보건정책관리학전공 장 선 애

장선애의 석사학위논문을 인준함 2022년 6월

위 뒤	원 장	김장엽	<u>(인)</u>
부위	원장	정완교	(인)
위	원	이태진	(인)

국문초록

국내의 보건의료는 일차의료가 미비하고 의료시스템이 분절적이며, 환자가 스스로 의료기관을 선택하고 가벼운 증상에도 대형병원을 방문하는 등의 혼란스러운 의료이용 양상을 보인다. 이에 대형병원 집중 현상, 의료 과다이용 및 의료비 낭비, 의료 질 저하 등의 문제가 지속적으로 대두되고 있다. 현 보건의료체계의 대안으로 일차의료 강화와 주치의 제도 도입의 중요성이 강조되는 가운데, 국내에서도 일차의료 핵심속성을 수행하는 상용치료원(Usual Source Of Care)의 효과를 파악하기 위한연구가 다수 진행되었다. 국내의 여러 연구에서 상용치료원의 편익이 밝혀진 바 있으며, 이를 근거로 상용치료원 활성화에 대한 필요성이 꾸준히 제기되고 있다. 하지만 여전히 상용치료원에 대한 인식 자체가 부족한 국내의 현 상황에서, 상용치료원의 효과를 다각적으로 살펴보며 관련정책의 당위성을 주장할 필요가 있겠다.

한편, 국외 연구에서 상용치료원의 보유는 좋은 건강 결과와 연관성을 보였는데 국내에서 상용치료원과 건강 결과의 관계를 살펴본 연구는 매우 소수에 불과하였다. 그러므로 국내의 맥락에서도 상용치료원의 보유가 그 궁극적 목적인 좋은 건강 결과지표로 이어지는지 파악하고, 이에 기반하여 상용치료원 활성화 정책에 대한 근거를 마련할 필요가 있다. 따라서 본 연구는 상용치료원이 일차의료 핵심속성을 바탕으로, 정신건강을 포함한 전반적 건강에 긍정적 영향을 미친 국외 선행연구의 결과에 주목해 보고자 하였다. 이에 국내의 보건의료 상황에서 상용치료원이 정신건강 증진을 위한 주요 요소인 우울과 실제 건강상태의 대리변수인 주관적 건강에 미치는 영향을 파악하고, 그 결과를 근거로 바람직한 정책의 개선 방향을 제시하고자 한다.

본 연구는 한국의료패널 2012, 2013, 2016, 2017, 2018년 총 5개년도 자료를 활용하였으며, 확률효과 패널 로짓모형으로 상용치료원 보유에 따른 우울과 주관적 건강을 분석하였다. 상용치료원 보유 여부는 미보유, 의원급 보유, 병원급 보유로 나누어 그 효과를 파악하였으며, 분석대상의특성별 효과를 확인하기 위해 연령과 만성질환 보유별 하위군 분석을 시행하였다.

분석 결과, 의원급 상용치료원의 보유는 우울(Odds ratio: 0.852, CI: 0.761-0.954)과 주관적 건강(Odds ratio: 1.449, CI: 1.328-1.581)에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타나, 상용치료원이 개인의 우울 및 주관적 건강에 영향을 미치는 요인임을 시사하였다. 본 연구는 의원급 상용치료원이 우울과 주관적 건강에 미치는 긍정적인 영향을 실증적으로 확인했다는 점에서 연구의 의의를 가진다. 특히, 의원급 상용치료원은 일차의료핵심 속성을 갖춘 주치의 기능을 수행할 수 있다는 점에서 그 의미가 높다고 할 수 있다. 상용치료원이 기존 연구에서 알려진 편익에 더해 건강에도 긍정적인 영향을 미친다는 본 연구의 결과는, 상용치료원 보유 활성화 정책 마련에 대한 시사점을 제공해줄 수 있을 것이다. 더 나아가, 본 연구의 결과가 일차의료 강화와 주치의 제도의 정착을 위한 정책 개선의 근거로써 활용될 수 있기를 기대한다.

주요어: 상용치료원, 일차의료, 주치의, 우울, 주관적 건강, USOC

학 번: 2020-24064

목 차

제 1 장 서론	1
제 1 절 연구 배경 및 필요성	1
제 2 절 연구 목적 및 가설	······7
제 2 장 이론적 배경 및 선행연구 고찰	8
제 1 절 이론적 배경	8
1.1. 상용치료원의 개념	8
1.2. 일차의료와 상용치료원	9
1.3. 일차의료와 건강	11
1.4. 일차의료와 우울, 주관적 건강	15
제 2 절 선행연구 고찰	18
2.1. 상용치료원의 효과	18
2.2. 상용치료원과 우울	20
2.3. 상용치료원과 주관적 건강	24
2.4. 연구의 차별점	26
제 3 장 연구 방법	27
제 1 절 자료원 및 연구대상	27
1.1. 자료원	
1.2. 연구대상	27
제 2 절 변수의 정의	29
2.1. 종속변수	29
2.2. 독립변수	29
2.3. 통제변수	30
제 3 적 역구모형	32

제 4 절 분석방법	33
4.1. 패널자료의 개념	33
4.2. 패널분석	34
4.3. 분석모형	37
제 4 장 연구 결과	38
제 1 절 연구 대상자의 특성	38
1.1. 연구 대상자의 인구사회학적 특성	38
1.2. 연구 대상자의 상용치료원 보유현황	40
제 2 절 상용치료원 보유에 따른 분포	41
제 3 절 상용치료원 보유에 따른 우울	43
3.1. 상용치료원 보유 여부에 따른 우울	43
3.2. 하위군 분석	45
제 4 절 상용치료원 보유에 따른 주관적 건강	49
4.1. 상용치료원 보유 여부에 따른 주관적 건강	49
4.2. 하위군 분석	51
제 5 장 고찰 및 결론	55
제 1 절 연구 결과 고찰	55
제 2 절 결론 및 제언	
제 3 절 연구의 제한점 및 의의	
제 5 후 한부의 제한법 중 의의	00
참고문헌	69
부 록	80
Abstract ·····	83

표 목 차

[표 1] 일차의료의 핵심속성: Starfield(1994) ······10
[표 2] 변수의 정의31
[표 3] 연도별 연구 대상자의 인구사회학적 특성38
[표 4] 연도별 연구 대상자의 상용치료원 보유현황40
[표 5] 상용치료원 보유에 따른 연구 대상자의 분포 42
[표 6] 상용치료원 보유에 따른 우울44
[표 7] 연령별 상용치료원 보유에 따른 우울46
[표 8] 만성질환 보유별 상용치료원 보유에 따른 우울 48
[표 9] 상용치료원 보유에 따른 주관적 건강50
[표 10] 연령별 상용치료원 보유에 따른 주관적 건강 52
[표 11] 만성질환 보유별 상용치료원 보유에 따른 주관적
건강54
[부록 표 1] 환자-의사 커뮤니케이션이 우울에 미치는
영향80
[부록 표 2] 환자-의사 커뮤니케이션이 주관적 건강에
미치는 영향81
[부록 표 3] 상용치료원 보유가 환자-의사 커뮤니케이션에
미치는 영향82

그림 목차

L그림	1]	건강상태의 결정요인: Starfield(1973) ······11
[그림	2]	건강결과의 역학: Starfield(1973) ·······12
[그림	3]	연구모형32
		수 식 목 차
		, , , ,
[수식	1]	패널 데이터의 기본 모형
[수식	2]	패널 로짓모형35
[수식	3]	연구의 분석모형

제 1장 서론

제 1 절 연구 배경 및 필요성

의학의 발달 및 생활수준 향상 등으로 평균 기대수명이 증가하였으며, 전 세계적인 고령화 추세와 더불어 우리나라는 2022년 전체인구 중 65세 이상 노인인구의 비율이 17.5%로 나타났다(통계청, 2022). 한국은 초고령화 사회로의 진입을 목전에 두고 있으며, OECD 국가 가운데 가장빠른 속도로 인구의 고령화가 진행되고 있다(한국경제연구원, 2021). 이러한 노인인구의 증가는 의료서비스 비용을 가파르게 증가시켜 건강보험 재정의 지속가능성을 위협하는 요인이 된다(국민건강보험공단, 2021). 타연령대와 비교했을 때 의료서비스의 지출 비중이 큰 노인의 의료비(국민건강보험공단, 2021)를 억제하기 위해서는, 노인계층의 적절한 건강관리가 요구된다. 또한 노인인구의 건강 저하는 사회 전반에 걸친 생산성 하락으로 이어져 경제성장이 둔화된다는 점을 고려할 때(정순돌 외, 2013), 노인의 건강관리는 다양한 사회적 효용을 증가시킬 수 있으며 이에 노인성 질환, 특히 만성질환에 대한 적극적인 대책 마련이 요구된다.

연령이 증가할수록 만성질환 유병률이 높은 것으로 알려져 있으며 (Wolff et al., 2002), 식생활, 신체활동 감소 등의 생활습관 변화 역시 만성질환의 증가로 이어진다. 우리나라는 급격한 고령화와 함께 만성질환의 유병률이 가파르게 증가하고 있는데, 2017년 기준 전체 인구 중 만성질환자의 비율은 33.6%로 나타났으며, 65세 이상 노인인구에서 만성질환의 유병률은 80%로 보고되었다(국민건강보험공단, 2018). 국내 사망원인의 80%가 만성질환으로 분류되었고 만성질환 의료비용이 전체 의료비용의 41%에 달하는 것으로 알려진 바와 같이(국민건강보험공단, 2018), 만성질환은 장애와 사망의 주요 원인임과 동시에 막대한 사회적비용을 유발하는 질환으로써 보건의료 뿐만 아니라 전반적인 사회경제발전을 저해할 수 있다(조경숙, 2021).

만성질환은 환자와 의사 간 지속적인 관계를 통한 꾸준한 관리가 중요하며, 상호 신뢰를 바탕으로 한 진료 지속성이 유지될 때 환자의 건강행동, 식습관 및 생활습관 개선 등의 사전예방이 효과적으로 이뤄질 수 있다(Bodenheimer et al., 2002). 하지만 현재 한국의 보건의료는 환자와 의사와의 관계가 분절적이며, 진료의 지속성이 확보되기 어려운 상황이다. 이에 예방적 서비스 제공이 제한되고 진료 역시 사후치료에 집중되어 있어, 질환에 대한 사전예방과 조기개입을 위해서는 현 보건의료체계의 개선이 시급한 실정이다.

또한 국내의 보건의료에서는 분절적인 의료시스템로 인한 일차보건의료 영역에 대한 불신으로 환자가 가벼운 증상에도 대형병원 전문의를 방문 하거나. 주치의의 조정기능에 의하지 않고 환자가 본인의 증상에 대해 스스로 판단하여 의료기관을 선택하는 등의 비효율적인 의료이용 양상이 나타난다. 이는 일차의료의 기능이 명확하지 않은 보건의료 전달체계의 미비에서 기인한 것으로, 대형병원 집중 현상, 의료 과다이용 및 의료자 원 낭비, 의료 질 저하 등으로 이어지게 된다(강희정, 2014). 여기에 민 간의료기관을 중심으로 한 의료서비스 공급(Chun et al, 2009)과 보건의 료의 공공성이 취약한 현실까지 더해져, 한국은 OECD 평균과 비교하여 매우 높은 의료이용 행태를 보이고 있다. 특히 외래이용의 경우 연간 16.6회로 OECD 국가 가운데 가장 높은 수치를 보이며, 입원환자의 1인 당 평균 재원일수 역시 OECD 국가 중 가장 긴 것으로 나타났다(김주경, 2020). 인구 대비 병상 수도 최근 20년간 가파른 증가 추세를 보이고 있 는데, 이는 대부분의 선진국에서 병상 수가 정체되어 있거나 소폭 감소 한 양상과는 대조를 보인다(이재호 외, 2019). 이러한 병상 수의 증가는 공급에 의한 수요를 창출하고 장기적으로 불필요한 입원환자의 증가를 초래할 수 있는데, 예측하지 못한 불필요한 입원은 환자들에게 바람직하 지 않음과 동시에 의료비 낭비를 가져온다.

이와 같이 비효율적이며 불필요한 보건의료서비스의 중복과 낭비, 낮은 의료의 질 등 다수의 문제점을 내포하고 있는 현 보건의료체계의 대안으 로 제시되고 있는 방안 중 하나는 일차의료 강화와 주치의 제도의 도입 이다. 일차의료는 '건강을 위해 최초로 접하는 보건의료'를 뜻한다(이재호 외, 2014). 일차의료는 의료 요구의 대부분을 해결하는 효율적인 의료이며, 보건의료 전달체계의 문지기(gatekeeper) 역할을 수행함으로써불필요한 의료이용을 억제하고 의료비 절감의 효과를 가져올 수 있다(Frank et.al, 1992). 주치의는 '일차의료 속성을 갖춘 의료를 제공하는 의사'로 정의할 수 있으며, 환자와의 관계를 지속적으로 유지함에 따라보건의료 자원을 적절하게 분배하고, 주민에게 흔한 건강문제를 해결해줄 수 있다(이재호 외, 2014).

일차의료에 대한 개념은 1920년 'Dawson report'에서 유래되었으며, 이후 1978년 WHO 알마아타 선언을 시작으로 2018년 아스타나 선언에 이르기까지 일차의료의 중요성이 지속적으로 강조되어 오고 있다. 이에 세계 각국에서는 주치의 제도 도입, 일차의료 인센티브(incentive) 제도 마련 및 수가체계 개선 등 일차의료를 강화하기 위한 다양한 시도와 노력을 하고 있다(송연재, 2020). 일차의료 강화를 위한 연구 역시 활발하게 진행되어 오고 있는데, 일차의료가 취약하거나 주치의가 없는 국가에서는 상용치료원(Usual source of care)을 주제로 관련 연구가 이루어져 왔다. 특히 관리의료(managed care)가 발달한 미국을 중심으로 최초접촉, 지속성 등 상용치료원의 효과를 파악하기 위한 다양한 연구가 진행되었다(김두리, 2016). 상용치료원은 엄밀하게 따져 일차의료와 동일한 개념은 아니지만 일차의료의 속성을 반영한 주치의의 넒은 개념으로 간주할 수 있으며, 흔히 '건강문제에 대해 조언이 필요하거나 아플 경우, 개인이 주로 방문하는 특정 의원, 병원, 클리닉, 보건소 또는 기타 기관'을 의미한다(DeVoe et al., Chang et al, 2014, 김두리, 2016).

상용치료원은 보건의료체계에 진입하여 필요한 서비스를 적시에 제공해주는 핵심 촉진자로(Chang et al., 2014), 최초접촉, 지속성, 포괄성 및조정기능 등을 수행할 수 있을 것으로 기대된다. 즉, 상용치료원은 일차의료의 핵심 속성을 수행하며 바람직한 일차의료를 실현할 수 있는 수단으로 보고되고 있으며, 현 보건의료체계의 문제점을 보완하며 국민 건강관리를 위한 대안이 될 수 있다. 그럼에도 한국에서는 아직까지 일차의

료와 상용치료원의 중요성에 대한 사회적 인식이 매우 부족한 실정이다. 정부에서는 일차의료를 정립하기 위한 방안으로 1996년과 1999년 각각 '주치의 등록제', '단골의사제도' 등의 도입을 시도한 바 있으나 제대로 시행되지 못했으며(오영호, 2010), 국민의 무관심과 여러 이해집단의 반대 등으로 주치의 제도의 도입 시도는 무산되었다. 이후 적극적인 주치의 정책의 마련이 이어지지 못했으며, 현재까지 일차의료 의사를 상용치료원으로 보유하도록 장려하는 정책 역시 시행되지 않았다.

이에 국내에서도 상용치료원의 편익을 파악하고, 상용치료원 활성화 정책의 근거를 마련하기 위한 연구가 다양하게 이루어져 왔다. 상용치료원과 관련한 분석을 주로 진행한 국외에서는 주치의 제도가 법제화되어 있어 이들이 강력한 문지기 기능을 수행하거나, 주치의 제도가 확립되어있지 않은 경우에도 환자가 주치의의 개념과 존재를 인식하고 있으며 공급자에 대한 유인체계가 존재한다(송연재, 2020). 이러한 국외의 상황과는 다른 한국의 보건의료 상황에 기인하여 일부 연구에 따라 상이한 결과가 존재하기는 하나, 상용치료원은 의료비 및 의료이용 감소(임형석, 2014; 윤효정, 2017, Kim et al., 2019), 건강행태(박진하 외, 2011; 윤완중, 2013), 의료접근성(김광묘&김창엽, 2020; 임형석 외, 2019), 환자평가 및 만족도(신세라, 2021; 오종묵&황종남, 2021)등에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이와 같은 연구 결과를 바탕으로 고령화 사회에 대한 대비와 효과적인 만성질환 관리, 예방 서비스 제공 및 효율적인 국민의 건강증진 등을 위한 상용치료원 활성화와 관련 정책마련에 대한 필요성이 꾸준히 제기되고 있다.

하지만 앞선 연구의 결과들이 상용치료원의 궁극적인 목적인 건강상태의 개선으로 이어진다고 보기는 어렵다. 국내에서 상용치료원의 보유와건강 결과지표와의 관계를 분석한 연구는 매우 부족한 실정인데, 상용치료원을 보유하는 것은 환자-의사 간 원활한 상호작용을 바탕으로 보건의료 접근성을 구조적으로 보장할 수 있으며(Sox et al., 1998), 이를 통해 건강상태를 개선하고 의료이용에 대한 불평등한 격차를 감소시킬 수있다. 일차의료와 상용치료원의 효과를 분석했던 국외 연구에 따르면 일

차의료가 본 기능을 효과적으로 수행하고 개인이 주치의 및 상용치료원을 보유할 경우, 공급자와 환자 간 지속적인 관계 유지와 바람직한 의사소통을 기반으로 우울의 유병률이 감소하거나 우울 관리의 질이 높아지고(Li et al., 2011; Solberg et al.,2006), 개인이 본인의 주관적 건강을 긍정적으로 보고하는 비율이 높은 것으로 나타났다(Shi & starfield, 2000; Macinko et al.,2005; Macinko et al., 2007). 상용치료원은 또한 만성질환 유병률, 산모 사망률의 감소, 기대수명 증가, 표준화 및 영아사망률 감소, 저체중 출생률 감소, 심혈관질환, 뇌혈관질환 등 원인별 사망률 감소 등 다양한 건강 결과에도 유의한 영향을 미치는 것으로 보고되었다(Shi 1992; Shi 1994; Shi et al., 2004; Shi et al., 2005; Jarman et al., 1999, Freidberg et al., 2007).

이와 같이 다수의 국외연구를 통해 상용치료원 및 일차의료와 좋은 건강 결과의 연관성이 밝혀졌음에도, 국내에서는 관련 연구가 매우 제한적으로 진행되었으며 각 연구는 인과관계를 검증함에 있어 연구로서의 한계를 내포하고 있다. 여전히 상용치료원에 대한 인식과 관련 정책이 부실한 국내의 상황에서 상용치료원 활성화를 위한 정책을 보다 적극적으로 주장하기 위해서는, 기존의 연구에서 밝혀진 편익에 더해 상용치료원의 보유가 관련 정책의 궁극적 목표인 좋은 건강 결과와도 연관되어 있는지 살펴볼 필요가 있다.

한편, 상용치료원의 효과를 살펴본 다수의 선행문헌은 횡단면 또는 2-3개년도의 패널자료만을 활용하였고 건강 결과와의 관계를 살펴본 국외 문헌 역시 대부분 횡단면 자료로 분석을 시행하였다. 하지만 횡단면 분석은 인과관계를 실증적으로 검증하는 데 제한이 따른다. 특히 상용치료원은 보유기간이 길수록 효과를 명확하게 판단할 수 있는 것으로 알려져 있다. 환자-주치의와의 관계가 의료이용에 유의한 영향을 미칠 것으로 예상되는 기간을 5년으로 제시한 선행연구를 참고할 때(Starfield, 1998), 5개년도 이상의 자료를 활용하여 패널데이터의 강점을 활용한 분석을 시행할 필요가 있겠다.

따라서 본 연구에서는 기존 연구가 가지는 한계를 보완하며 상용치료원의 효과를 다각적으로 살펴보기 위하여, 상용치료원과 건강지표의 관계를 살펴보고자 한다. 특히, 본 연구는 상용치료원 보유가 정신건강과 삶의 질, 그리고 주관적 건강에 긍정적 영향을 미친 국외 선행연구의 결과에 주목하였다(Li et al., 2011, Shi & starfield, 2000; Macinko et al.,2005; Macinko et al.,2005; Macinko et al.,2007). 한국은 매년 전체인구의 약 10%가 우울을 경험하고(국민건강보험공단, 2013) 우울증을 진단받는 환자가 점점증가하는 추세(건강보험심사평가원, 2018)로 '우울'이 주요 보건 문제로다뤄지고 있다. '주관적 건강'은 전반적 건강을 대표하는 신뢰성 있는 건강수준의 지표(최요한, 2016)로서, 최근 들어 다양한 사화과학 분야에서주요 변수로 활용되고 있다. 이에 본 연구에서는 상용치료원이 건강에미치는 영향을 파악하기 위한 변수로 우울과 주관적 건강을 택하였다.즉, 본 연구는 국내의 보건의료 상황에서 상용치료원과 우울, 주관적 건강의 관계를 실증적으로 분석하며, 연구 결과를 기반으로 관련 정책에대한 함의를 도출하고자 한다.

제 2 절 연구 목적 및 가설

본 연구는 상용치료원 보유에 따른 우울, 주관적 건강을 확인함으로써 상용치료원의 효과를 분석하며, 이를 바탕으로 관련 정책에 시사점을 도 출하고자 한다.

본 연구의 세부 목적과 이에 따른 연구가설은 다음과 같다.

- 1) 상용치료원 보유가 개인의 우울에 미치는 영향을 파악한다.
 - 연구가설 1: 상용치료원을 보유하는 군은 미보유군에 비해 우울 발생의 가능성이 낮을 것이다.
 - 연구가설 2: 의원급 상용치료원 보유군은 병원급 상용치료원 보유군에 비해 우울 발생의 가능성이 낮을 것이다.
 - 연구가설 3: 연령, 만성질환 보유 별 상용치료원의 보유가 우울에 미치는 영향이 다를 것이다.
- 2) 상용치료원 보유가 개인의 주관적 건강에 미치는 영향을 파악한다.
 - 연구가설 1: 상용치료원을 보유하는 군은 미보유군에 비해 좋은 주관적 건강을 경험할 가능성이 높을 것이다.
 - 연구가설 2: 의원급 상용치료원을 보유군은 병원급 상용치료원 보유군에 비해 좋은 주관적 건강을 경험할 가능성이 높을 것이다.
 - 연구가설 3: 연령, 만성질환 보유 별 상용치료원의 보유가 주관적 건강에 미치는 영향이 다를 것이다.

제 2장 이론적 배경 및 선행연구 고찰

제 1 절 이론적 배경

1.1 상용치료원의 개념

상용치료원은 주로 '건강에 대해 조언이 필요하거나 아플 경우, 개인이 주로 방문하는 의료기관 또는 의료공급자'를 의미하며(DeVoe et al., 2003; Chang et al; 2014, 김두리, 2016), 일반적으로 의료를 제공하는 장소와 공급자를 모두 포괄하는 개념으로 사용되고 있다(Campbell et al., 2007). 상용치료원은 주치의의 넒은 개념으로도 볼 수 있는데 (Chang et al., 2014), 상용치료원과 관련하여 명확하게 합의된 사전적정의는 아직 존재하지 않으며, 흔히 각 사회적 맥락에 따른 조작적 정의를 주로 사용한다(윤완중, 2013).

일차의료 속에서 주치의 또는 주치의 제도의 효과에 대한 연구는, 주로 상용치료원(Usual source of care)를 주제로 미국을 중심으로 이루어져왔다. 미국은 보편적 건강보장제도가 존재하지 않아 대부분의 국민이 사적의료보험에 의존하고 있는데(신세라, 2021), 주로 한정된 의료기관 및 의사만이 보장되기 때문에 약 80% 이상의 국민이 일차의료를 수행하는 주방문 의사를 보유하고 있다(Stagnitti et al., 2017). 주방문 의사는 흔히 주치의로 불리는데, 상용치료원은 일반적으로 이와 같은 주치의를 의미한다.

미국 NHIS(national health interview survey)에서는 '의료서비스가 필요할 때 주로 어떤 의료기관을 이용합니까?'라는 문항으로 상용치료원에 대해 묻고 있으며(CDC, 2020), MEPS(Medical Expenditure panel survey)에서는 '신체 검진이나 검사와 같은 일상적이고 예방적인 진료가

필요할 때 주로 어느 기관을 방문합니까?'라는 상용치료원에 관한 질문을 포함하고 있다. 한국의 국민영양조사에서는 과거 '가족 구성원 중 질병이 있을 때 상담을 하거나 치료하기 위해 정해진 곳이 있습니까?'라는 문항으로 관련 설문을 진행하였다(김진현 & 조홍준, 2007). 본 연구에서 활용하고자 하는 한국의료패널에서는 '아플 때나 검사 또는 치료 상담을하고자 할 때, 주로 방문하는 의료기관'으로 상용치료원의 보유를 묻고 있다(한국보건사회연구원 & 국민건강보험공단, 2020).

1.2 일차의료와 상용치료원

상용치료원은 일차의료의 주요 속성을 수행하며 바람직한 일차의료를 실현할 수 있는 효과적인 수단이다(임형석 외, 2019). 일차의료는 보건의료전달체계 내 최초의 의료를 뜻하며, 전체 의료요구의 75-85%를 해결해주는 효율적인 의료로서 국민 건강증진 달성에 있어 매우 중요한 요소중 하나이다(오영호, 2014).

일차의료의 가장 대표적인 정의는 1987년 알마아타 선언에서 제시되었는데, 해당 문서에서는 일차의료를 '필수적이며 실용적이고 과학적으로 건전하며 사회적으로 수용되는 방법과 기술을 기반으로 한 필수적 보건의료서비스'로 정의하였다. 미국의 IOM(Institute of Medicine)은 접근성, 포괄성, 조정성, 지속성, 책임성 등의 속성을 중심으로 "일차의료 (primary care)는 보건의료인이 개인의 의료 요구 대부분을 해결하고, 환자들과 지속적인 협력관계를 구축하며, 가족과 지역사회 내에서 보건의료를 제공하는 등 접근성이 높고 통합적인 보건의료서비스 제공하는 것"으로 정의하였다(IOM, 1996). 우리나라에서는 2014년 일차의료 관련 전문가 77명이 델파이기법을 통하여 '건강을 위해 최초로 접하는 보건의료, 환자의 가족과 지역사회에 익숙한 주치의가 환자-의사관계를 지속해나가며 보건의료 자원을 적절하게 조정하여 주민들에게 흔히 발생하는 건강문제를 해결하는 분야'로 일차의료를 정의한 바 있다(이재호 외, 2015).

일차의료 연구에 있어 선두적 역할을 한 Starfield(1994)는 일차의료의핵심속성을 총 네 가지로 정리하였는데, 그 내용은 [표 1]과 같다. 이는 IOM의 일차의료 정의(IOM, 1996)를 비롯하여 여러 선행연구에서 공통적으로 주장하고 있는 일차의료의 핵심 요건이다. 해당 요건을 모두 갖출 때 일차의료가 좋은 보건의료시스템의 토대가 될 수 있으며, 단순히특정 질병의 치료에만 집중하는 것이 아니라 예방서비스와 건강증진에도 긍정적인 영향을 미칠 수 있다(WHO, 2018).

[표 1] 일차의료의 핵심속성: Starfield(1994)

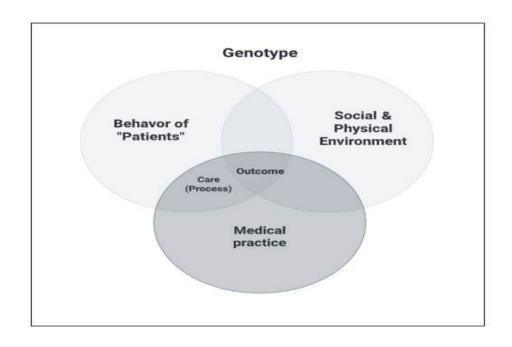
요소	의미
최초첩촉	의료기관의 접근성을 뜻하며 지역사회 주민이 최초
(fisrt contact)	로 접하는 보건의료서비스
지속성	의사-환자의 지속적 관계를 유지하며 환자 중심의
(longitudinality)	관리를 제공하는 것
포괄성	치료, 예방 등 모든 수요를 충족시킬 수 있을 만큼의
(comprehensiveness)	충분한 서비스를 제공하는 것
조정기능	환자가 필요로 하는 서비스를 제공하기 위해 관련
(coordination)	정보를 모두 결합하는 것

주치의는 이와 같은 일차의료의 속성을 갖추며 일차의료를 제공하는 의사를 뜻하며, 일차의료는 주치의 제도가 정착될 때 보건의료시스템의 효율 및 형평성을 높여 사회 구성원의 건강상태 개선에 기여할 수 있다 (Shi et al., 1999; 2002; Starfield et al, 2005). 상용치료원은 넓은 의미의주치의로 이해할 수 있으며, 필수 속성을 갖춘 일차의료를 제공하는 의료기관 또는 의사를 의미한다(임형석 외, 2014).

1.3 일차의료와 건강

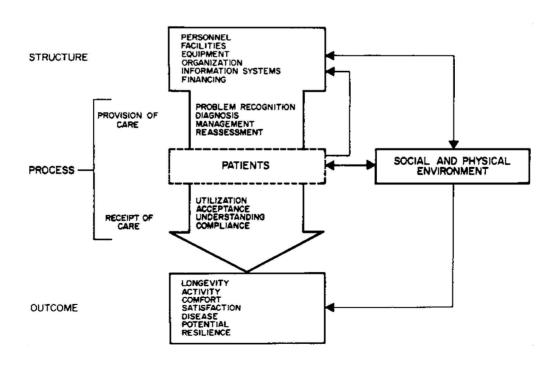
보건의료제도의 궁극적 목표는 크게 두 가지로 나눌 수 있는데, 첫째는 인구의 건강을 최적화하는 것이고 둘째는 집단 간 건강격차를 최소화하는 것이다(Starfield, 1983). 보건의료 서비스는 건강의 직접적인 결정요인 중 하나로서 여러 불평등이 존재하더라도 궁극적으로 건강을 향상시키는 데 기여할 수 있다(Starfield, 1998). Starfield(1973)는 건강의 결정요인에 대해 [그림 1]과 같이 제시하며, 개인 또는 집단의 건강은 유전요인에 의해 결정되지만 환자의 행동과 사회물리적 환경, 의료행위 등에의해 달라질 수 있다고 하였다. [그림 1]에서 환자행동, 사회물리적 상황, 의료행위가 모두 겹치는 영역이 보건의료의 결과(outcome), 즉 건강상태를 뜻한다. 건강의 결정인자는 매우 다양하며 서로 다양한 방식으로 상호작용하는데, 그 중 일부는 건강에 직접적으로 영향을 미치며 일부는 의료접근성, 행동 양식 등의 요인을 통해 간접적으로 건강에 영향을 미치게 된다.

[그림 1] 건강상태의 결정요인: Starfield(1973)



질병은 흔히 복합적인 요인을 바탕으로 발생하기 때문에, 질병을 치료하기 위해서는 특정 질병에만 초점을 맞추기보다는 환자의 과거력, 가족력, 환자가 처한 여러 사회경제적 상황 등을 함께 고려해야 한다. 하지만 전문의에 의한 진료는 특정 질병의 치료에만 국한되어 있으며, 더 넒은 관점을 요구하는 예방적 성격의 진료가 제공되기 어렵다. 일차의료 의사는 환자와의 신뢰관계를 바탕으로 개인의 전 생애에 걸친 통합적이고 포괄적인 진료를 제공할 수 있다. 그러므로 전문의와 비교했을 때 각 개인의 광범위한 환경과 상호작용하는 건강의 결정요인을 보다 잘 이해하고, 자원을 효과적으로 배치하며 조직화할 수 있다. 이는 비용효율적이며 탄력적인 진료를 제공하여 환자의 전반적 건강상태와 삶의 질을 효과적으로 개선하는 데 기여한다. 즉, 한정된 자원으로 비용효율적인 보건의료서비스를 제공하고 국민의 건강형평성을 달성하기 위해서는, 보건의료체계가 일차의료에 대한 지향성을 기반으로 일차의료를 강화하는 것이 중요하다.

[그림 2] 건강결과의 역학: Starfield(1973)



한편, 의료행위는 [그림 2]와 같은 경로에 의해 건강 결과에 영향을 미칠 수 있다. 의료행위는 의료인력, 시설, 재정 등의 구조적 측면 (structure)과 의료과정(proecess)의 측면으로 나뉘게 된다. 의료과정은 [그림 1]에서 제시한 건강상태의 결정요인에서 의료행위, 환자행동 간 중복되는 영역에 해당하며, 의료구조는 의료행위에서 의료과정을 제외한 영역에 해당된다. 대부분 의료행위와 의료의 구조적 측면은, 환자와 의사의 상호작용(process)과 환자의 행동을 통해 의료 결과인 건강에 유의한 영향을 미친다.

여기서 의료과정(process)에 해당하는 환자와 의사의 상호작용 및 관계는 질병의 진단 및 관리에 필요한 정보의 수집, 진료과정에 대한 환자의이해와 적극적인 협력, 적절한 치료법의 선택 등에 중요한 역할을 한다(김창엽, 2009). 이는 또한 진료에 대한 환자의 만족도와 의사에 대한 신뢰를 증가시켜, 환자의 건강관련 행동과 건강상태를 변화시킬 수 있다(Street, et al., 2009). 선행연구에 따르면 상용치료원은 환자와 의사의상호관계를 긍정적으로 개선하는 것으로 나타났으며, 양자 간 신뢰관계를 바탕으로 환자의 진료경험, 만족도 등을 향상시키는 것으로 보고되었다(Ettner, 1999; Starfield, 1992; Weiss & Ramsay, 1989). 이러한 환자의사 간 긍정적인 상호작용은 환자의 행동을 바람직한 방향으로 변화시켜 건강 결과에 유의한 영향을 미칠 수 있다(Szasz & Hollender, 1956). 즉, 상용치료원의 보유가 의료과정(process)의 측면에 긍정적인 영향을 미쳐 좋은 건강 결과로 이어질 수 있음을 시사한다.

최근, WHO는 21세기 일차의료의 비전에 대해 제시한 바 있다(WHO, 2018). WHO(2018)에 따르면 일차의료는 복잡하고 빠르게 변화하는 보건 의료상황에 대응할 수 있게 해주며, 예방·건강증진·환자 중심의 접근에 중점을 두고 건강의 위험인자를 해결하는 효율적인 방법이며, UHC(Universal Health Coverage)와 SDG(Sustainable development goals)달성을 위한 필수요소이다. 특히 일차의료는 사후치료에 집중하기

보다 예방 및 건강증진 서비스에 대한 접근성을 개선하고, 환자 중심의 진료로 조기 진단 및 치료를 제공함으로써 예방 가능한 질병으로 인한 사망률 감소, 건강 상태 개선, 웰빙(Well-being)실현에 매우 긍정적인 영향을 미친 것으로 보고되었다(Starfield, 2012; Weiss, 1996; Starfield et al., 2005; Friedberg et al., 2010).

WHO는 앞선 Starfield(1994)의 연구를 인용하여 양질의 일차의료가 가지는 핵심 속성을 다섯 가지로 소개하였는데(WHO,2018), Starfield가 제시한 네 가지 속성에 더해 환자 중심의 진료(Patient-centered)를 제시하였다. 이는 특정 기관이나 하위 인구 집단에 초점을 맞추지 않고, 전반적인 신체, 정신, 사회적 상황을 모두 고려하여 전인적 진료를 제공함을 뜻한다. 이러한 핵심 속성을 충분히 갖춘 양질의 일차의료는 건강 상태의 개선과 건강 결과지표에 긍정적인 영향을 미칠 수 있을 것이다.

1.4 일차의료와 우울, 주관적 건강

앞서 제시한 바와 같이 환자와 의사의 긍정적인 상호작용을 바탕으로 일차의료의 핵심 속성이 잘 수행될 경우, 우울의 감소와 주관적 건강의 향상 역시 기대해 볼 수 있다. 먼저, 우울은 일반적으로 일차의료 환경에서 진단 및 치료되는 경우가 많은데, 일차의료를 받는 환자의 23.4%가심리적 문제를 겪고 있다고 보고되었다(Moriss, 1995). 주로 일차의료 기관을 방문하여 일상적인 진료를 받는 과정에서 우울증이 진단되는 경우가 많으며(Rossom et al.,2016), 특히 동일한 의사에게 지속적인 진료를 받는 것은 정신건강 등의 문제를 식별하는 데 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다(Morriss, 1995). 실제 관련 연구에서도 좋은 일차의료에 대한 경험은 우울의 감소로 이어지는 것을 확인할 수 있었다(Shi et al., 2002). 즉, 최초접촉, 지속성 등을 바탕으로 일차의료의사는 환자의 우울 증상을 조기에 진단할 수 있으며, 조정기능을 효과적으로 발휘하여 전문적인 정신과 진료를 받을 수 있는 기관으로 환자를 연결하거나 안내해줄 수 있다.

또한 일차의료에서 환자와 의사 간 바람직한 의사소통은 환자가 가지고 있는 불안, 우울 등의 심리적 부담을 완화시켜 환자의 정신건강 관련한 삶의 질과도 유의한 관련이 있는 것으로 나타났다(Lee & Lin, 2010). 환자의 선호도, 요구사항을 존중하고 이에 대응하는 환자 중심 진료를 바탕으로 한 개별환자의 선호도에 기반한 치료 접근법의 개발 역시 우울을 보다 효과적이고 효율적으로 관리하는 데 긍정적 영향을 미치는 것으로 보고되었다(Wittink et al., 2010).

WHO의 Mental health in primary care 보고서는 일차의료가 최초 접촉, 지속적 건강관리를 위한 체계이며, 정신 건강관리를 위한 다른 체계(자가 건강관리, 비공식 의료 및 전문적인 정신건강진료 등)와 긴밀하게 상호작용하고 있다고 제시한 바 있다(WHO, 2018). 특히 우울 등 정신건

강에 문제가 있는 대부분의 사람은 최초로 일차의료에 접근하게 되는데, 그들이 가지고 있는 정신건강의 문제는 낙인 등의 위험이 적은 상태에서 조기에 식별되어 적절하게 치료될 가능성이 더 높다고 평가했다(WHO, 2018). 지역사회에서 정신건강을 통합하여 관리하기 위한 주요 방안 중하나는 정신건강에 문제가 있는 사람에게 진료 과정에 있어 환자 권한을 부여하고 참여시키는 것이며, 정신건강을 위한 치료 계획은 전 생애 과정의 모든 단계에서 건강 및 사회적 요구를 고려해야 한다는 점(WHO, 2018)에서도 일차의료 핵심 속성의 발휘는 우울 관리에 효과적인 영향을 미칠 것으로 보인다. 한편, 일차의료 환경에서의 CC(Collaborative care)는 우울증과 같은 일반적 정신장애를 가진 사람들에게 성공적으로 적용되었다고 밝혀진 바 있다. 이는 정신장애 및 동반 만성질환의 관리를 개선하기 위한 근거기반 접근 방식으로서, 환자와의 긴밀한 협력과 공동의사 결정에 대한 참여, 시기적절한 조정기능 등을 통한 약물, 심리적 개입 등 적절한 건강관리에 기여할 수 있다.

환자 중심의 진료는 또한 치료 과정의 질을 개선하고 환자경험과 진료 만족도를 높이는 데 긍정적인 효과가 있는데, 일차의료에서 이러한 환자 중심의 진료가 효과적으로 발휘된 경우 주관적 건강이 개선되었다 (Guanais et al., 2018). 즉, 제공자와 의사소통이 원활하고 충분한 대화시간을 보장받을 때 진료의 연속성이 유지되며, 진료에 대한 접근성이보장될 때, 제공자가 조정기능을 충분히 발휘하고 건강 관련 문제를 해결해 줄 때, 환자는 본인의 주관적 건강을 긍정적으로 평가하였다. Shi et.al(2002)의 연구에서도 향상된 보건의료 접근성과 연속성, 의사와의 좋은 관계 등 질 좋은 일차의료의 경험은, 더 나은 주관적 건강과 관련이 있는 것으로 나타났다.

이러한 연구 결과는 일차의료가 건강과 독립적으로 관련되어 있음을 시사하며(Shi et al., 2002), 보건 의료서비스의 특정 측면이 인구의 건강 개선에 직접적인 영향을 미친다는 선행연구의 결과를 뒷받침해준다

(Starfield 1998; Lantz et al., 1998; Bunker et al., 1994). 특히 좋은 일차 의료의 경험이 긍정적인 건강 결과의 지표와 건강 개선으로 이어질 수 있음을 보여주었다는 점에서, 일차의료의 핵심속성을 수행하는 상용치료원의 보유 역시 다양한 건강 결과, 특히 본 연구의 주요 변수인 우울과 주관적 건강에 유의한 영향을 미칠 수 있을 것으로 보인다.

제 2 절 선행연구 고찰

2.1 상용치료원의 효과

선행연구에서 상용치료원의 보유는 건강 결과, 의료이용 및 의료비, 건강행태 및 예방서비스, 의료접근성, 환자평가 및 만족도에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 상용치료원 보유의 효과는 보건의료제도의 성격이나 사회, 문화적 배경에 따라 다르게 나타날 수 있으며, 이에 국외, 국내 연구에 따라 일부 상이한 결과가 혼재되어 있다.

먼저 상용치료원은 다양한 건강 결과에 영향을 미치는 것으로 보고되었다. 상용치료원의 보유는 우울의 감소, 긍정적인 주관적 건강, 만성질환의 유병률, 기대수명 증가, 다양한 질환으로 인한 사망률 등의 감소에 유의한 영향을 미쳤다(Li et al., 2011; Shi & starfield, 2000; Shi 1992; Shi 1994; Shi et al., 2004; Shi et al., 2005; Jarman et al., 1999, Freidberg et al., 2007). 국내에서는 의원급 상용치료원의 보유와 일차의료의 질이주관적 건강에 유의한 영향을 미치며(전예지, 2021; Sung et al., 2013), 당뇨 동반상병의 발생 위험에 일부 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다(기명 외, 2014).

또한 상용치료원은 의료이용, 의료비 감소에 유의한 영향을 미쳤다. 문지기 제도를 활용할 때 의료비가 감소되고(Martin 1989; Sripa et al., 2019), 상용치료원의 지속성이 좋을수록, 65세 이상의 노인에서 상용치료원의 보유기간이 길수록 의료비 지출이 감소하며(Weiss & Blustein 1996, Dietrich et al., 1982), 의사-환자 관계가 지속될수록 입원과 입원기간이 감소하였다(Wasson et al., 1884). 하지만 Spira et al.(2019)의 연구에서 문지기 제도를 활용할 때 의료비 지출이 더 높게 나타나는 등 상반된 결과가 제시된 바 있다. 국내에서도 이와 같이 의료이용, 의료비에대한 상이한 결과들이 보고되었다. 윤효정 외(2017)의 연구에서 상용치

료원 보유는 65세 미만을 대상으로 외래이용과 외래본인부담금을 감소시키는 효과를 보였으며, Kim et al.(2019) 의 연구에서는 상용치료원을 보유한 경우 의료비의 지출이 감소하였다. 반면, 고숙자(2011)의 연구에서 상용치료원을 보유할 경우 본인부담 의료비와 외래이용이 증가하는 것으로 나타났고, 이재호 외(2019)의 연구에서는 주치의를 보유한 경우 입원 경험의 가능성이 더 높았다.

상용치료원은 건강행태와 예방적 성격의 보건의료서비스 이용에도 영향을 미친다. 상용치료원의 보유는 예방접종, 선별검사 시행 등 예방적 차원의 보건의료서비스 이용을 격려한다(Ettner, 1996; Ettnner, 1999). 국내의 연구에서 상용치료원은 여성의 유익한 신체활동을 증가시키는 것으로 나타났으나 흡연, 음주의 개선에는 유의한 결과를 얻지 못했고(윤완중, 2013), 중노년층을 대상으로 한 윤성훈 외(2022)의 연구에서도 흡연, 음주는 통계적으로 유의한 관계를 보이지 않았으며 신체활동만이 연관성을 보였다.

의료접근성 측면에서 살펴보았을 때 상용치료원은 의료접근성을 높여주고(Weissman et al. 1991), 미충족의료 정험을 감소시키는 효과를 보였다(Devoe et al., 2011; Hoilette et al., 2009). 국내의 연구에서도 상용치료원의 보유는 미충족의료 경험의 확률 감소로 이어졌다(김광묘&김창엽, 2020; 임형석 외 2019).

마지막으로 상용치료원은 의료이용에 대한 환자의 긍정적인 경험, 평가, 만족도 등에 유의한 영향을 미친다. 상용치료원은 의사와 환자 관계를 개선하고, 양자의 신뢰를 높이며 치료에 대한 참여를 보장하여 환자의 만족도를 향상시킨다(Ettner, 1999; Starfield, 1992; Weiss & Ramsay, 1989). 신세라(2021)와 오종묵&황종남(2021)의 연구에서도 상용치료원의보유는 긍정적인 의료이용과 환자 경험에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다.

2.2 상용치료원과 우울

정신질환은 이를 겪는 개인과 가족에게 정서적, 재정적 고통을 유발하며 사회경제적 측면에서도 인력 손실, 생산성 저하, 의료비 증가 등의 문제를 발생시킬 수 있다(서울시 건강증진센터, 2013). 특히 우울증은 심질환과 더불어 세계질병부담에 있어 사회적 부담이 가장 높은 질환으로 꼽히며(Yearwood & Siantz, 2010), 주요 질환 이환율, 삶의 질 저하, 사망률, 의료비 증가와 관련이 있는 것으로 밝혀졌다(Wells et al. 1989; Broadhead et al. 1990, Simon et al., 1995). 한국의 경우 매년 전체인구의 약 10%가 우울을 경험한 것으로 나타났고(보건복지부, 2013), 최근들어 우울증을 진단받는 환자의 수치가 점점 증가하는 추세이다(국민건강보험공단, 2013). 우울은 자살과도 높은 관계성을 보이는 요인으로(강상경, 2010), 정신건강 증진을 위한 매우 중요한 요소 중 하나로 꼽히고있다.

상용치료원 또는 일차의료와 우울의 관계를 살펴본 연구는 국외에서 진행되었다. Li et al.(2011)의 연구에서 상용치료원의 보유는 우울의 유 병률 감소에 유의한 영향을 미치는 것으로 보고되었으며, 일차의료의 접 근성 및 연속성의 강화가 우울 관리의 질과 더 나은 건강결과에 긍정적 인 영향을 미친 것으로 나타났다(Solberg et al., 2006).

우울을 관리할 수 있는 방안에 대해 살펴보면, 먼저 조기 발견과 적절한 치료는 우울 발생의 부정적 요소를 상당히 감소시킬 수 있다 (Coulehan et al., 1997). 보건의료에 대한 접근성 또한 정신 건강에 영향을 미치는 의료 서비스를 받기 위한 필수 전제 조건 중 하나로, 더 나은 정신건강에 긍정적인 영향을 미친다(Li et al., 2011). 사회적 지지 역시우울의 발생 위험을 유의하게 감소시키며(Brummett et al.,2000), 적절한건강관리와 건강행동, 지속적인 치료는 만성질환, 통증, 기능장애로 인해발생할 수 있는 스트레스와 우울을 낮출 수 있다(정영미, 2007; Han,

2016, Li et al., 2011). 또한 충족되지 못한 의료에 대한 요구는 우울의 주요 발병요인이 될 수 있어(Blazer et al., 2007), 우울을 예방하고 관리하기 위해 환자의 요구를 적절히 충족시켜 주는 것이 매우 중요하다 할수 있겠다. 마지막으로 신체적 건강문제에 대한 치료는 개인의 신체적 건강을 향상시키는 동시에 정신건강에도 긍정적인 영향을 미칠 수 있다 (Spiegel et al., 1999).

상용치료원은 환자와 의사 간 원활한 상호작용을 바탕으로 지속적인 관계를 보장하고, 환자와 의사 사이의 신뢰감 및 유대감 등을 증진시킨다 (Starfield, 1992). 이러한 진료의 지속성은 환자, 의사의 적극적인 양방향의사소통을 가능하게 하며, 환자의 가치존중, 의사와의 관계형성 및 정보교환에 있어 긍정적인 영향을 미친다(김용, 2013; 오종문&황종남, 2021). 오종묵&황종남(2021)의 연구에 따르면 상용치료원 보유군은 미보유군에비해 의사가 건강 문제에 대해 쉽게 설명해 주었다고 느꼈으며, 의사와충분한 대화시간을 가지고 궁금한 점에 대해 질문할 기회가 있었고 치료결정에 있어 본인의 의견이 반영되었다고 답하였다. 즉, 상용치료원을 보유할 경우 환자와 의사는 라포(rapport)를 바탕으로 원활한 상호작용이이루어질 수 있다. 이에 환자는 본인의 건강상태에 대해 질문할 기회를충분히 가질 수 있으며, 진료 과정에서 적극적인 참여와 의사 결정이 가능하다. 또한 의사는 환자 개인에 대한 전인적 이해와 배경지식을 바탕으로 질문에 대한 보다 적절한 답변과 필요 진료를 안내해 주어, 조정기능을 충실히 수행할 수 있게 된다(Schofield, 1995; Stewart et al., 2013).

이와 같은 환자-의사 간 지속적인 관계를 통한 진료는 정신건강의 문제를 식별하는 데 긍정적인 영향을 미치며(Morriss, 1995), 의사와의 안정된 관계는 환자의 정서적 측면에 대한 의사의 인지와 상담으로 이어질수 있다(Darden et al., 2010). 정신보건 분야에서는 환자-의사 간 안정적인 관계가 강조되는데(Heggatry et al., 2003), 이러한 관계 지속성이 잘 유지될 때 환자는 의사를 신뢰하게 되고 본인이 가진 건강 문제를 주치의

와 우선적으로 상의하게 된다(김정회, 2012). 따라서 상용치료원을 보유할 경우 공급자가 환자의 우울, 기분저하 등의 정서적 문제를 보다 조기에 인지하고 진단하여 적절한 전문 진료를 받도록 안내해 줄 수 있을 것이다. 더불어 환자-의사 간 적극적인 상호작용과 치료 결정과정에 있어환자의 참여는, 환자의 협조적 태도로 이어져 적절한 예방 활동과 긍정적 건강 결과에 유의한 영향을 미칠 수 있다(Holman & Lorig, 2000). 특히 환자의 권한이 강조된 진료환경, 지속적인 관계 유지를 통한 환자 관리 등이 우울의 개선에 긍정적 영향을 미친다는 연구 결과(Griffths, 2008), 환자와 보건의료인과의 상호작용과 환자의 의사 결정 권한의 부여가 우울 감소에 영향을 미쳤다는 연구 결과(이은남, 최은옥 & 황은정, 2003)등을 바탕으로 할 때, 상용치료원의 보유는 환자-의사의 원활한 상호작용과 진료 지속성 등 일차의료 핵심속성을 통해 환자의 우울 예방및 개선에 유의한 결과를 미칠 것으로 보인다.

또한 환자와 의사의 상호존중, 협력을 바탕으로 한 환자 중심 커뮤니케이션은 환자에게 사회적 지지의 기반이 되어주며 환자의 사회적 격리를 감소시킬 수 있다. 사회적 지지는 우울을 효과적으로 감소시킬 수 있기때문에, 상용치료원을 보유할 경우 환자와의 관계 지속성을 통한 사회적지지를 제공하여 우울 발생의 위험을 낮추고 우울을 완화시킬 수 있다. (노병일&모선희,2007; Li et al., 2011; Brummett et al. 2000; Moak and Agrawal 2009). 환자와 의사 간 원활한 커뮤니케이션을 통해 환자는 본인의 가치가 인정받고 배려받는다고 느낄 수 있고, 이는 환자의 보건의료에 대한 만족과 경험을 향상시킨다(Beach et al., 2006). 진료에 대한 만족도가 높지 않을 경우 환자는 불안, 우울 등의 부정적 감정을 느끼는 것으로 나타났기에(Knobf, 1990), 상용치료원을 통한 효과적인 환자-의사 간의 커뮤니케이션은 진료에 대한 만족을 향상시키고 환자의 우울을 감소시킬 수 있을 것이다.

한편, 상용치료원은 진료 접근성을 구조적으로 보장(Sox et al., 1998)하며, 환자에게 필요한 보건의료서비스를 적시에 제공해준다. 이는 질병의조기 발견 및 치료로 이어질 수 있으며, 만성질환의 효과적 관리 및 예방적 의료서비스 이용과도 관련이 있다(Sarfield & Macinko, 2005). 질병의 조기발견과 치료는 환자의 우울감을 효과적으로 감소시킬 수 있으며(Coulehan et al.,1997), 만성질환·통증·기능 장애 등으로 인한 우울 발생의 위험을 낮출 수 있다(Li et al., 2011). 또한 의료이용에 대한 접근성이 제한되거나 미충족 의료를 경험할 경우 그렇지 않은 경우보다 우울이 유의미하게 나쁜 것으로 나타났는데(이정욱, 2020; 주혜진, 2020; 김진현, 2021), 상용치료원의 보유는 미충족 의료를 감소시키고 의료 접근성을 향상시킬 수 있다(Sox et al., 1998; 김광묘 & 김창엽, 2020). 따라서충족되지 않은 의료 요구에 관한 스트레스를 감소시켜 환자의 안정감을 도모(Li et al., 2011)할 수 있으며, 이는 정신건강에 긍정적 영향을 미쳐우울의 감소로 이어질 수 있다.

신뢰를 기반으로 한 환자-의사의 관계는 환자의 건강행동에도 영향을 미칠 수 있다(Hesse& Moser & Rutten, 2010). 환자-의사 간 라포 (rapport)는 환자의 건강행동에 주요한 영향을 미치는 요인 중 하나로 알려져 있으며(Glanz & Rimer &Viswanath, 2015), 일차보건의료는 포괄성, 지속성, 조정기능 등의 특성을 통해 질병의 예방과 건강증진에 긍정적 영향을 미칠 수 있다(WHO, 2018). 선행 연구의 결과에서도 상용치료원의 보유가 규칙적인 운동, 금주 등을 포함한 건강행동에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다(윤완중, 2014; 박진하 외, 2011). 운동은 불안, 우울 등의 증상을 긍정적으로 변화시키는 데 있어 매우 중요한 요소이며(손준호&류호상, 2010), 지나친 음주 역시 우울, 불안 등 부정적 정신건강과 관련이 높은 요인으로(Regier et al., 1990) 우울을 관리하기 위해서는 음주 행태의 개선이 필요하다. 상용치료원은 이와 같은 환자의건강행동을 격려함으로서, 환자의 우울에 유의한 영향을 미칠 수 있을 것이다.

2.3 상용치료원과 주관적 건강

주관적 건강은 개인이 판단하고 주관적으로 인식하는 신체적, 정신적건강상태로(Krause&Jay, 1994), 객관적 건강상태, 이환된 질환, 의료이용상태 등 여러 사회경제적 상황으로부터 영향을 받는다(오영희 외, 2006). 주관적 건강이 좋을수록 신체, 사회, 경제, 정서적 측면의 삶의 질이 높게 나타나며(김영미 등, 2008), 부정적인 경우 높은 사망률 및 만성질환유병률, 의료기관 이용 증가 등과 관련이 있는 것으로 나타났다(Idler & Benyamini 1997). 즉, 주관적 건강은 전반적인 건강결과와 실제 건강상태를 대리할 수 있으며, 많은 사회과학 분야에서 건강의 대리변수로서사용되고 있다(최요한, 2016). 여러 연구에서 주관적 건강은 개인 삶의만족도에 있어 긍정적 영향을 미치는 요인으로 밝혀졌으며, 개인이 스스로를 건강하다고 인식할 때 신체적 역량과 더불어 사회, 개인적 대처 능력을 바탕으로 건강한 삶을 영위할 수 있다(이윤진&신혜리&이민아, 2013).

국내 선행연구에 따르면 의원급 상용치료원은 주관적 건강에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다(전예지, 2021). 또한 한국 일차진료 평가도구(K-PCAT)를 활용하여 일차진료의 질과 건강 결과 사이의 연관성을 살펴본 연구에서, 일차진료에 대한 좋은 경험은 주관적 건강에 정적인 영향을 미쳤다.(Sung et.al, 2013). 이는 일차의료 에 대한 경험이 주관적 건강과 높은 연관성을 보이고(Starfield 1998; Lantz et.al, 1998; Bunker&Frazier&Mosteller,1994), 진료의 접근성과 연속성이 보장된 일차 의료에 대한 경험이 정신적, 전반적으로 더 나은 주관적 건강와 관련이 있다는 선행 연구(Shi et.al, 2002)와 같은 맥락이다. 그 외의 국외 선행연구를 통해서도 일차의료가 개인의 건강상태에 대한 긍정적 인식과관련있다는 결과가 일관되게 보고되었다(Starfield 1992, 1994, 1998; Institute of Medicine 1994; Shi 1992, 1994, 1995; Politzer et al. 1991).

지속성, 포괄성 및 조정기능을 갖춘 상용치료원은 환자와 의료진 간 지속적이고 친밀한 유대관계를 형성하여 건강 결정에 대한 환자의 적극적 참여를 독려하며, 환자 개인의 건강요구를 보다 효과적으로 충족시켜 준다(Donaldson MS. et al., 1996). 따라서 상용치료원을 보유한 개인은 질병에 대한 전문적 진단, 개인이 느끼는 기능, 의료 요구, 질환으로 인한 증상 등을 포괄적으로 고려하여 구성하는 개념인 주관적 건강(Krause & Jay, 1994)을 보다 긍정적으로 평가할 것이다.

또한 위에서 제시한 일차의료의 특성에 기인한 환자-의사 간의 원활한 커뮤니케이션은 주관적 건강, 삶의 질에 유의한 영향을 보이는 것으로 나타났으며(Street et.al, 2009), 환자중심 커뮤니케이션은 삶의 질에 영향을 미친다는 결과도 보고되고 있다(최소진, 2020). 삶의 질이 높을수록 본인의 주관적 건강을 높게 평가할 수 있으며(이정찬, 2011), 삶의 질은 개인의 신체, 심리적 요인을 모두 포함한 개인의 안녕상태를 의미하는 것이기 때문에(Baek et al., 2016), 삶의 질이 높은 개인은 주관적 건강도 높게 나타날 가능성이 높다. 선행연구에서도 주관적 건강은 삶의 질 수준을 예측할 수 있고, 임상적으로도 관련이 있는 것으로 나타났다(이보경 외, 2015).

한편, 우울과 마찬가지로 규칙적인 운동 등의 건강행동과 미충족의료는 주관적 건강에 유의한 영향을 미친다(남은우, 2009; 김진현,2021). 상용치료원은 건강행동 개선과 미충족 의료 경험 확률의 감소(윤완중,2014; 김광묘&김창엽, 2020)등을 통해서 주관적 건강에 영향을 미쳤을 것이며, 적절한 예방서비스 등을 통한 건강상태의 유지 및 개선 등이 긍정적인 주관적 건강으로 이어졌을 것으로 예측된다. 이는 건강행동과 본인의 건강상태에 대한 인식, 심리적 안녕감 등이 정적인 관계를 나타낸 연구로도 뒷받침될 수 있다(백진주 등, 2001).

2.4 연구의 차별점

상용치료원과 건강결과 지표와의 관계를 살펴본 연구는 주로 국외에서 진행되었다. 선행연구에 따르면 상용치료원의 보유, 일차의료의 질, 좋은 일차의료에 대한 경험, 지역사회 내 일차의료를 제공하는 공급자의 비율 등이 높을수록 건강 수준이 높아지고 긍정적인 건강 결과의 지표가 나타 나는 것으로 밝혀졌다.

건강 결과 지표로 우울과 주관적 건강과의 관계를 살펴본 국외 연구에 따르면, 상용치료원 보유는 우울의 감소, 우울관리의 질과 관련이 있었다. 또한 다수의 연구에서 상용치료원, 일차의료는 주관적 건강에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 주치의의 비율과 일차진료의 질 역시주관적 건강에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다.

국내에서는 매우 소수의 연구만이 진행되었는데, 우선 상용치료원 혹은 일차진료와 우울을 포함한 정신건강과의 관계를 살펴본 연구는 존재하지 않았다. 또한 상용치료원과 주관적 건강을 살펴본 연구는 특정 연령군만을 대상으로 하여 전 연령을 대상으로 한 포괄적인 효과를 살펴볼 필요가 있으며, 일차진료의 질과 주관적 건강을 살펴본 연구는 단면연구로서인과관계를 검증하는 데 제한이 따른다.

이에 본 연구에서는 주치의 제도가 부재하고 일차의료와 상용치료원의 중요성에 대한 사회적 인식이 부족한 국내의 보건의료 상황에서, 상용치료원의 효과를 파악하기 위해 기존 연구에서 주로 다루지 않았던 상용치료원과 건강의 관계를 살펴보려 한다. 본 연구는 국내에서 상용치료원과 우울의 관계를 최초로 살펴보았으며, 선행연구가 가지는 한계를 보완하며 상용치료원의 보유가 건강 상태의 개선으로 이어지는지 살펴보고자한다는 점에서 기존 연구와 차별점을 지닌다.

제 3장 연구 방법

제 1 절 자료원 및 연구대상

1.1 자료원

본 연구에서는 국민건강보험공단 및 한국보건사회연구원이 공동으로 수집한 한국의료패널을 활용한다. 이는 전국규모의 대표성을 지니는 자료로써, 2005년 인구주택총조사 자료를 추출틀로 사용하고 2단계 확률비례층화집락추출로 표본을 추출한다. 한국의료패널은 효과적인 보건정책의수립 및 수행을 위해 건강 및 의료에 관한 신뢰할 수 있는 데이터베이스를 구축하는 것을 목적으로 하며, 패널 참여에 대해 동의한 가구 및 가구원의 사회인구학적 특성, 의료이용, 의료비 등 보건의료서비스와 관련한 포괄적이고 다양한 정보를 포함하고 있다. 또한 2009년부터 부가조사에 상용치료원에 대한 문항을 포함함으로써 상용치료원, 더 나아가 주치의 제도와 일차의료에 관한 연구를 활성화할 수 있는 계기를 마련해 주었다. 이에 본 연구의 목적에 부합되는 데이터로 판단되어, 한국의료패널연간데이터 중 상용치료원 관련 문항이 있는 2012, 2013, 2016, 2017, 2018년 등 5개 연도의 패널자료를 활용하여 분석하였다.

1.2 연구대상

한국의료패널에서는 만 18세 이상을 대상으로 하는 부가조사에서 상용 치료원과 관련한 조사를 시행하고 있다. 본 연구는 부가조사에 응답한 만 18세 이상의 개인 중 상용치료원 보유 여부와 우울, 주관적 건강에 모두 응답한 경우만을 연구 대상자로 하였다. 이 중 의료 수요가 있는 개인을 포함하여 대상자 간 비교가능성을 높이기 위하여 상용치료원이 없는 이유로 '잘 아프지 않다'고 응답한 경우와 '의료기관을 선호하지 않는다(자가치료 선호)'고 응답한 경우를 연구대상자에서 제외하였다. 또한 상용치료원을 보유한 경우를 의원, 병원으로 나누어 효과를 살펴보고자하는 연구의 목적상, 상용치료원의 유형에 대해 한방병의원, 기타라고 응답한 경우를 제외한 경우를 분석대상으로 삼았다. 여기서 의원은 입원환자가 30인 미만의 의료기관, 병원은 입원환자 30인 이상을 수용하는 의료기관을 뜻하며, 종합병원은 입원환자 100인 이상을 수용할 수 있는 기관을 뜻한다(의료법, 2020).

제 2 절 변수의 정의

본 연구에서 사용한 주요 변수 및 정의는 [표 2]와 같다.

2.1 종속변수

본 연구의 종속변수는 우울과 주관적 건강으로 설정하였다. 우울의 경우 한국의료패널 부가조사에서 '최근 1년간 2주 연속으로 일상생활에 지장이 있을 정도로 많이 슬펐거나 불행하다고 느낀 적이 있습니까'라는 질문에 '예'라고 응답한 경우 우울한 것으로, '아니오'라고 응답한 경우우울하지 않는 것으로 정의하였다. 주관적 건강의 경우 '귀하께서는 현재본인의 건강상태가 어떠하다고 생각하십니까?'의 질문에 '매우 좋음', '좋음', '보통'을 '좋음'으로, '좋지 않음', '나쁨'을 '좋지 않음'으로 구분하여분석에 포함하였다.

2.2 독립변수

본 연구의 독립변수는 상용치료원 보유 여부이다. 한국의료패널 부가조사에서는 '상용치료원 유무'설문을 통해 상용치료원의 보유 여부를 확인하고 있었으며, '상용치료원 형태'설문을 통해 상용치료원의 유형을 묻고 있었다. 본 연구에서는 상용치료원의 보유 여부를 다음과 같이 조작적으로 정의하였다. 먼저 "귀하가 아플 때나 검사 또는 치료 상담을 할때, 주로 방문하는 의료기관이 있습니까?"의 질문에 '예'라고 응답한 경우 상용치료원을 보유한 것으로, '아니오'라고 응답한 경우 상용치료원을보유하지 않는 것으로 설정하였다. 상용치료원을 보유한 경우 '귀하가 주로 방문하는 의료기관은 어떤 유형입니까'의 질문에 '보건소 또는 의원'이라고 답한 경우를 의원급 상용치료원, '병원, 종합병원/대학병원'이라고답한 경우를 병원급 상용치료원으로 정의하였다. 즉, 본 연구의 독립변수인 상용치료원의 보유 여부는 '상용치료원 미보유', '의원급 상용치료원

보유', '병원급 상용치료원 보유'로 구분하여 조작적 정의하였다.

2.3 통제변수

본 연구에서는 선행문헌을 참고하여 앤더슨 모형(Andersen Model)을 바탕으로 통제변수를 설정하였다(Andersen, 1968). 앤더슨모형은 의료서비스를 이용하는 결정요인 요인을 크게 3가지로 구분하여 설명하는데, 선행요인(Predisposing factors)은 보건의료서비스 이용에 대한 욕구가발생하기 전부터 가지고 있던 개인의 특성을 뜻하며, 자원요인(Enabling factors)은 의료이용에 대한 욕구가 생겼을 때 서비스에 대한 접근성에영향을 미치는 요인을 의미한다. 필요요인(Need factors)은 의료서비스를 이용하는데 있어 직접적인 원인으로 작용하는 요인이다.

본 연구에서 선행요인로는 성별·연령·교육수준·혼인상태를, 가능요인으로는 의료보장 형태·소득수준·경제활동 참여여부를 설정하였으며, 필요요인으로는 장애 및 만성질환 보유 여부를 포함하였다. 성별은 여성, 남성으로 더미변수화 하였으며, 연령은 총 6그룹으로 구분하여 처리하였다. 교육수준은 초졸이하, 중졸, 고졸, 대졸이상으로 나누었으며, 혼인상태는 현재 배우자가 있는 경우와 없는 경우로, 의료보장 형태는 의료급여를 받는 경우와 기타로 각각 더미변수화 하였다. 소득수준은 총 5분위로 나누었고, 경제활동 참여는 현재 수입을 목적으로 경제활동을 하거나일을 하는 경우 경제활동 참여로 설정하였다. 장애가 없다고 응답한 경우를 제외한 모든 경우를 장애를 보유한 것으로, 만성질환은 하나라도앓고 있다고 응답한 경우 만성질환을 보유한 것으로 처리하였다.

[표 2] 변수의 정의

구분		변수	정의										
종속변수		우울	0= 우울하지 않음 1= 우울함										
उ न्धर		주관적 건강	0= 주관적 건강이 좋지 않음 1= 주관적 건강이 좋음										
독립변수		상용치료원 보유	0= 상용치료원 미보유 1= 의원급 상용치료원 보유 2= 병원급 상용치료원 보유										
		성별	0= 여성 1= 남성										
	선행 요인	연 령	0= 만 18세 이상~29세 1= 30세 이상~39세 2= 40세 이상~49세 3= 50세 이상~59세 4= 60세 이상~ 69세 5= 70세 이상										
통제변수												교육수준	0= 초졸이하 1= 중졸 2= 고졸 3= 대졸이상 0= 배우자 없음
(앤더슨		혼인상태	1= 배우자 있음										
모형)	가능 요인	의료보장 형태	0= 기타 1= 의료급여										
			스 등수준	0= 소득 1분위 1= 소득 2분위 2= 소득 3분위 3= 소득 4분위 4= 소득 5분위									
		경제활동 참여	0= 경제활동 미참여 1= 경제활동 참여										
	필요	장애 보유	0= 장애 미보유 1= 장애 보유										
	요인		0= 만성질환 미보유 1= 만성질환 보유										

제 3 절 연구모형

상용치료원 보유에 따른 우울과 주관적 건강을 살펴보기 위한 본 연구의 모형은 [그림 1]과 같다.

[그림 3] 연구모형

독립변수	종속변수
상용치료원 보유	
 상용치료원 미보유 의원급 상용치료원 보유 병원급 상용치료원 보유	
선행요인(Predisposing factors)	
 성별 연령 교육 수준 혼인 상태 	우울주관적 건강
가능요인(Enabling factors)	
 의료보장 형태 경제활동 참여 상태 소득 수준 	
필요요인(Need factors)	
장애 보유 여부만성질환 보유 여부	

제 4 절 분석방법

본 연구는 횡단면과 시계열 분석이 가능한 패널 자료를 활용하여 패널 데이터의 강점을 활용한 패널분석을 시행하였다.

4.1 패널자료의 개념

본 연구에서 활용하고자 하는 자료원은 한국의료패널자료이다. 횡단면 자료(cross-sectional data)는 특정 시점에서 여러 개체의 특성 및 현상을 측정한 자료이며, 시계열 자료(time-series data)는 특정 개체의 특성 및 현상을 시간 순으로 측정한 자료를 말한다. 횡단면 자료와 시계열 자료를 하나로 합쳐 놓은 것을 패널자료(panel data)라고 하며, 이는 동일한 개체의 특성 및 현상을 시간에 따라 반복적으로 측정한 자료를 뜻한다(Jeffrey M. Wooldbridge, 2010; 민인식 &최필선, 2012). 패널자료는 횡단면적 정보와 시계열적 정보를 모두 갖추고 있어 인과추론 등 실증분석에 있어 선호되는 자료이며, 보건학, 경제학 행정학 등 다양한 분야에서 패널자료를 응용한 연구가 활발히 진행되고 있다.

패널자료는 동일한 개체를 반복하여 측정하기 때문에 횡단면이나 시계열 데이터에서는 파악하기 힘든 동적인 관계를 추정할 수 있다. 또한 개별특성 효과(individual effect)와 시간특성효과(time effect)를 모두 통제함으로써 개체들의 관찰되지 않는 특성, 즉 시간에 따라 변하지 않는 (time-invariant) 이질성을 통제할 수 있다. 이와 같이 누락변수(omitted variable)에 대한 한계를 극복할 수 있다는 점에서 패널분석은 가장 큰의의를 가진다(최충익, 2008). 더불어 횡단면 또는 시계열 자료와 비교했을 때 더 많은 정보와 변수의 변동성을 제공하여, 다중공선성 (multi-collinearity)의 문제를 완화시키며 효율적인 추정량을 얻을 수 있다(민인식 & 최필선, 201; 이영훈, 2001). 패널분석은 인과적 관계를 확인하는 실증분석(empirical research)에 있어, 패널자료가 가지는 다양한

정보를 가장 효과적으로 추출해내는 이상적인 분석방법이며, 특히 제반 변수들에 대해 완벽한 통제가 어려운 사회과학연구에서 매우 유용한 분 석모형으로 여겨진다.

4.2 패널분석

패널 데이터의 기본 모형은 다음[수식 1]과 같다.

[수식 1] 패널 데이터의 기본 모형

$$\begin{aligned} y_{it} &= \alpha + \beta x_{it} + \epsilon_{it} \\ &\Longrightarrow y_{it} &= \alpha + \beta x_{it} + \mu_i + \epsilon_{it} \end{aligned}$$

 $-y_{it}$: 개체(i)와 시간(t)에 따라 변량을 가지는 종속변수

 $-x_{it}$: 개체(i)와 시간(t)에 따라 변량을 가지는 독립변수

 $-\epsilon_{it}$: 개체(i)와 시간(t)에 따라 변량을 가지는 오차항

-μ_i· 개체(i)가 가지는 특수한 속성을 뜻하며, 개체마다 관찰되지 않는 이질성을 나타내는 오차항. 시간에 따라 변화하지 않음

 $-e_{it}$. ϵ_{it} 중 개체(i)와 시간(t)에 따라 변량을 가지는 부분만을 남겨둔 것으로, μ_i 를 제외한 오차항

본 연구의 분석에 활용되는 종속변수는 우울, 주관적 건강으로 0 또는 1의 값을 나타내는 이항 분포를 가지게 된다. 따라서 본 연구는 오차항이 정규분포가 아닌 로짓(logit) 분포를 따른다고 가정하는 패널로짓모형 (panel logit model)을 활용[수식 2]하였으며, 추정계수 β 를 오즈비(odds ratio) 형태로 변화하여 해석하였다(Wooldridge, 2012).

[수식 2] 패널 로짓모형

$$egin{aligned} egin{aligned} eg$$

패널 로짓모형은 오차항 형태에 따라 크게 패널고정효과 모형(Fixed effect model)과 패널확률효과 모형(Random effect model)으로 나누어 분석할 수 있다(진선미 외, 2011). 패널고정효과 모형은 패널자료를 활용하여 시간에 따라 변하지 않는 변수가 미치는 영향을 제거하는 방법으로, 관측된 특성 뿐만 아니라 관측되지 않은 개체의 특성을 통제할 때 유리하다. 즉, 고정효과는 오차항(μ_i)를 고정된(fixed)모수로 가정하며, 독립변수와 상관되어 있는 것으로 보고 μ_i 를 추정하거나 제거하여 이를 통제한다. 반면 패널확률효과 모형은 외생성(exogenous)의 가정에 기초하며, 오차항(μ_i)을 임의(fixed)로 주어지는 확률변수로 가정하며, 이에 개체의 특성과 설명변수 간 상관성이 있는 경우는 외생성의 가정이 어긋나추정량에 편의(bias)가 생길 수 있다(Wooldridge, 2012; 김성연, 2017).

패널분석에 있어 고정효과 또는 확률효과 모형의 선택은 아직까지도 논란이 많은 난제로 남아있다. 하우스만 검정(Hausman test)은 고정효과모형과 확률효과모형의 선택기준 중 하나로, 하우스만 검정의 귀무가설은 '개체의 특성과 설명변수 간 상관관계가 존재하지 않는다'이다. 이를 통해 각 모형에서 독립변수와 오차항 간 통계적으로 유의한 차이가 존재하는지를 검정할 수 있다. 검정결과 $\operatorname{corr}(\mu_i,\ x_{ii})$ =0이라는 귀무가설이 기각될 시 고정효과모형의 활용이 권고되며, 반대의 경우 확률효과모형의 추정치가 더 효율적이다(민인식&최필선, 2012). 하지만 하우스만 검정이모형을 선택하는 절대적 기준이라고 할 수는 없으며, 어느 모형이 합리적인가에 대해서도 연구마다 주장하는 바가 다르다(최충익, 2008). 따라

서 일반적으로 하우스만 검정결과를 바탕으로 하되 각 연구의 목적, 조 사대상, 주요변수의 특성과 두 모형의 장단점을 고려하여 적합한 모형을 선택하게 된다.

각 모형의 장단점을 살펴보면(Clark, et al., 2015), 먼저 고정효과모형은 누락변수로 인한 편향을 해결할 수 있지만 자유도의 소모가 크기 때문에 효율적인 추정량을 얻지 못한다. 또한 분석대상의 변이가 없거나 빈도가 낮을 경우, 반복측정 횟수가 작은 경우 등은 효율적인 추정량을 얻지 못한다는 단점이 있다. 확률효과모형은 설명변수와 개별특성 간 상관관계가 없어야 한다는 가정을 만족해야 하지만, 개체 내(within)효과와 개체간(between)효과를 모두 활용할 수 있어 시간불변의 변수를 독립변수로서 활용할 수 있으며, 자유도의 소모가 적어 효율적인 추정량을 얻을 수 있다.

본 연구의 데이터 분석 개체 수는 총 36,063명인데, 반복 관측 수는 5회로 개체 수에 비해 많지 않은 편이며, 주요 설명변수인 상용치료원 보유여부 및 의원, 병원급의 보유유형은 개체 내 변이의 크기가 작은 변수이다. 분석대상이 많으나 반복관측의 수가 적은 경우, 주요 변수의 개체 내변이가 작을 경우는 확률효과모형이 선호된다고 알려져 있다(Clark, 2015). 또한 실제 개체의 특성과 설명변수 간 상관관계가 '0'인 경우는 매우 드문 경우이기 때문에, 하우스만 검정결과는 모형선택에 있어 절대적인 기준이 될 수 없다. 따라서 본 연구에서 하우스만 검정 결과 귀무가설이 기각되어 고정효과모형이 권고되었고 이에 고정효과 분석을 시도하였으나, 활용하는 자료의 특성과 주요 변수를 고려할 때 확률효과모형을 활용하는 것이 보다 적합하다고 판단되었다. 이에 본 연구에서는 상용치료원 보유에 따른 우울, 주관적 건강을 확률효과모형을 활용한 패널로짓 분석방법으로 분석하였다.

4.3 분석모형

본 연구는 상용치료원 보유 여부와 유형에 따라 우울, 주관적 건강에 미치는 영향을 분석한 연구이다. 기술통계를 통해 연구 대상자의 인구사회학적 특성 및 상용치료원 보유 현황을 확인하였으며, 상용치료원 보유 여부에 따른 변수의 분포를 카이제곱검정으로 분석하였다. 상용치료원 보유여부가 우울, 주관적 건강에 미치는 영향을 분석하기 위해서는 확률 효과 패널 로짓 분석을 시행하였다[수식 3]. 본 연구에서 추정계수 β를 오즈비(Odds ratio)의 형태로 변환하여 제시하였다.

[수식 3] 연구의 분석모형

USOC: 상용치료원 보유, sex: 성별, age: 연령, edu: 학력, marital: 혼인, medical: 의료보장형태 income: 소득, economic: 경제활동 여부, dis: 장애 보유, chronic: 만성질환 보유

또한 분석대상의 특성에 따라 상용치료원 보유가 우울, 주관적 건강에 미치는 영향을 분석하기 위해 추가적인 하위군 분석을 시행하였으며, 연령, 만성질환 보유여부에 따라 상용치료원 보유의 효과를 각각 분석하였다.

모든 자료정리 및 통계분석은 STATA 17.0 프로그램을 사용하였다.

제 4장 연구 결과

제 1 절 연구 대상자의 특성

1.1 연구 대상자의 인구사회학적 특성

본 연구 대상자의 인구사회학적 특성을 각 연도별로 분석하였으며, 그결과는 [표 3]과 같다. 먼저 모든 연도에 걸쳐 우울하지 않은 경우가 우울한 경우보다 많았으며, 주관적 건강은 좋은 경우가 좋지 않은 경우보다 많았다. 성별은 여성이 남성에 비해 더 많았고, 연령군을 나누어 봤을때 70세 이상이 가장 많은 비율을 차지하였고, 60~69세가 그 뒤를 이었다. 교육수준은 초졸이하와 고졸이하가 많았고, 혼인여부는 배우자가 있는 경우가 없는 경우보다 많았다. 의료보장 형태는 의료급여를 받지 않는 경우가 대부분이었고, 소득은 5분위로 나누어 보았을 때는 거의 균등하게 분포되어 있는 가운데, 대체로 2분위가 가장 많았다. 경제활동은 경제활동에 참여하는 경우가 미참여한 경우에 비해 조금 더 많았고, 장애를 한 개 이상 보유한 자가 평균 약 10% 이내의 비율을 보였다. 만성질환을 한 개 이상 보유한 자는 평균 약 80% 이상으로 대다수의 대상자가만성질환을 보유하고 있었다.

[표 3] 연도별 연구 대상자의 인구사회학적 특성

단위: 명(%)

	연도				
변수	2012	2013	2016	2017	2018
우울					
비우울	5,252(89.9)	5,658(89.7)	4,953(91.8)	5,472(92.7)	5,402(92.7)
우울	590(10.1)	647(10.3)	444(8.2)	428(7.3)	427(7.3)

주관적건강					
좋지 않음	1,508(25.8)	1,385(22.0)	1,276(23.6)	1,291(21.9)	1,303(22.3)
좋음	4,334(74.2)	4,920(78.0)	4,121(76.4)	4,609(78.1)	4,526(77.7)
성별	2,00 2(1 2,00)	-,0 - 0 (1 0 1 0 7			
여성	3,568(61.1)	3,803(60.3)	3,215(59.6)	3,538(60.0)	3,465(59.4)
남성	2,274(38.9)	2,502(39.7)	2,182(40.4)	2,362(40.0)	2,364(40.6)
연령(세)					
18~29	213(3.7)	354(5.6)	295(5.5)	413(7.0)	393(6.7)
30~39	491(8.4)	598(9.5)	318(5.9)	368(6.2)	330(5.7)
40~49	910(15.6)	1,037(16.5)	812(15.1)	892(15.1)	838(14.4)
50~59	1,110(19.0)	1,202(19.1)	949(17.6)	1,017(17.2)	1,026(17.6)
60~69	1,355(23.2)	1,386(22.0)	1,245(23.1)	1,286(21.8)	1,280(22.0)
70이상	1,763(30.2)	1,728(27.4)	1,778(32.9)	1,924(32.6)	1,962(33.6)
교육수준					
초졸이하	2,037(34.9)	2,037(32.3)	1,724(31.9)	1,787(30.3)	1,703(29.2)
중졸이하	881(15.1)	901(14.3)	769(14.3)	805(13.6)	790(13.6)
고졸이하	1,798(30.8)	1,971(31.3)	1,712(31.7)	1,924(32.6)	1,926(33.0)
대졸이상	1,126(19.3)	1,396(22.1)	1,192(22.1)	1,384(23.5)	1,410(24.2)
혼인					
무	1,367(23.4)	1,560(24.7)	1,496(27.7)	1,763(29.9)	1,755(30.1)
유	4,475(76.6)	4,745(75.3)	3,901(72.3)	4,137(70.1)	4,074(69.9)
의료보장					
기타	5,460(93.5)	5,953(94.4)	5,103(94.6)	5,608(95.0)	5,549(95.2)
의료급여	382(6.54)	352(5.6)	294(5.4)	292(5.0)	280(4.8)
소득수준					
1분위	1,289(22.1)	1,270(20.2)	1,103(20.4)	1,134(19.2)	1,112(19.1)
2분위	1,246(21.4)	1,313(20.8)	1,200(22.2)	1,250(21.2)	1,251(21.5)
3분위	1,161(19.9)	1,310(20.8)	1,022(18.9)	1,145(19.4)	1,136(19.5)
4분위	1,082(18.5)	1,209(19.2)	1,015(18.8)	1,206(20.4)	1,182(20.3)
5분위	1,059(18.1)	1,199(19.0)	1,057(19.6)	1,165(19.8)	1,148(19.7)
경제활동					
미참여	2,764(47.3)	2,884(45.7)	2,590(48.0)	2,736(46.4)	2,608(44.7)
참여	3,078(52.7)	3,421(54.3)	2,807(52.0)	3,164(53.6)	3,221(55.3)
장애					
미보유	5,246(89.8)	5,697(90.4)	4,847(89.8)	5,322(90.2)	5,270(90.4)
보유	596(10.2)	608(9.6)	550(10.2)	578(9.8)	559(9.6)
만성질환					
미보유	959(16.4)	1,074(17.0)	802(14.9)	937(15.9)	906(15.5)
보유	4,883(83.6)	5,231(83.0)	4,595(85.1)	4,963(84.1)	4,923(84.5)
총(<i>N</i>)	5,842	6,305	5,397	5,900	5,829

1.2 연구 대상자의 상용치료원 보유현황

본 연구 대상자의 상용치료원 보유현황은 [표 4]와 같다. 2012년을 제외하고 상용치료원을 보유하고 있다고 응답한 경우가 보유하지 않은 경우보다 많은 것으로 나타났으며, 상용치료원 보유의 평균 비율은 2012년 47.1%, 2013년 62.5%, 2016년 64.4%, 2017년 67.7%, 2018년 70%로 꾸준한 증가 추세를 보였다. 또한 상용치료원을 보유하고 있다고 응답한 자중에서 5개년도 모두 의원급 상용치료원을 보유한 경우가 병원급 상용치료원을 보유한 경우보다 많은 것으로 나타났다. 2012년 의원급 보유비율 29.8%, 병원급 보유비율 17.4%인 경우를 제외하고, 모든 연도에서 의원급 상용치료원의 보유 비율은 40%를 넘어섰으며, 특히 2018년은 48.8%로 연구 대상자의 약 절반이 의원급 상용치료원을 보유하고 있는 것으로 나타났다.

[표 4] 연도별 연구 대상자의 상용치료원 보유현황

단위: 명(%)

		연도				
변수	2012	2013	2016	2017	2018	
총(<i>N</i>)	5,842	6,305	5,397	5,900	5,829	
미보유	3,088(52.9)	2,364(37.5)	1,918(35.6)	1,911(32.3)	1,749(30.0)	
보유	2,754(47.1)	3,965(62.5)	4,774(64.4)	3,989(67.7)	4,080(70.0)	
의원 보유	1,740(29.8)	2,638(41.8)	2,468(45.7)	2,788(47.3)	2,847(48.8)	
병원 보유	1,014(17.4)	1,303(20.7)	1,011(18.7)	1,201(20.4)	1,233(21.2)	

제 2 절 상용치료원 보유에 따른 분포

본 연구에서 상용치료원 보유에 따른 연구 대상자의 분포는 [표 5]와 같다. 카이제곱검정 시행결과 상용치료원 보유여부에 따라 분포에 유의한 차이를 보이는 변수는 성별, 연령, 교육수준, 혼인여부, 의료보장형태, 소득수준, 경제활동 참여여부, 장애여부, 만성질환 보유여부로 나타났으며, 본 연구에서 고려한 모든 통제변수가 유의한 차이를 나타냈다.

먼저 성별에 따르면 여성이 남성에 비해 상용치료원 보유율이 높게 나타났으며, 의원급 상용치료원 보유율 또한 61.7%로 여성에서 더 높았다. 연령의 경우 70세 이상에서 상용치료원을 가장 많이 보유하고 있었고, 마찬가지로 의원급 상용치료원의 보유율 역시 33%로 70세 이상에서 가장 높았다. 교육 수준별로 나누어 보았을 때 고졸 이하인 경우 상용치료원을 가장 많이 보유하는 것으로 나타났고, 의원급 상용치료원의 보유율은 초졸이하에서 가장 높았다. 배우자가 있는 경우 없는 경우에 비해 72.4%로 상용치료원의 보유율이 더 높았다.

상용치료원 보유군에서 의료급여를 받는 이는 5.8%, 받지 않는 이는 94.2%로 대다수가 의료급여를 받지 않은 경우였고, 소득수준은 비슷한 분포를 보인 가운데 2분위가 가장 높은 비율을 보였으며, 소득 2분위에서 의원급 상용치료원의 보유율 역시 가장 높았다. 경제활동에 참여하는 이가 52.6%로 미참여하는 군보다 높은 비율을 보였고, 장애 보유 여부의 경우 보유하지 않는 경우가 89.3%로 대다수였으며, 만성질환은 미보유군이 15.0%, 보유군이 85.0%의 비율로 역시 만성질환을 보유한 이가 대다수로 나타났다.

[표 5] 상용치료원 보유에 따른 연구 대상자의 분포

단위: 명(%)

	상용치료원	상용치료원	상용치료	원 보유	χ²
	미보유	보유	의원급	병원급	(P-value)
성별	, ,,				
여성	6,932 (62.9)	10,657(58.4)	7,704 (61.7)	2,953 (51.2)	<0.01
남성	4,098 (37.1)	7,586 (41.6)	4,777 (38.3)	2,809 (48.8)	< 0.01
연령(세)					
18~29	644 (5.8)	1,058 (5.8)	621 (5.0)	437 (7.6)	
30~39	912 (8.3)	1,242 (6.8)	810 (6.5)	432 (7.5)	
40~49	1,785 (16.2)	2,710 (14.9)	1,985 (15.9)	725 (12.6)	< 0.01
50~59	2,097 (19.0)	3,243 (17.8)	2,178 (17.5)	1,065 (18.5)	
60~69	2,434 (22.1)	4,127 (22.6)	2,763 (22.1)	1,364 (23.7)	
70이상	3,158 (28.6)	5,863 (32.1)	4,124 (33.0)	1,739 (30.2)	
교육수준					
초졸이하	3,631 (32.9)	5,657 (31.0)	4,081 (32.7)	1,576 (27.4)	
중졸이하	1,599 (14.5)	2,547 (14.0)	1,724 (13.8)	823 (14.3)	< 0.01
고졸이하	3,467 (31.4)	5,864 (32.1)	3,952 (31.7)	1,912 (33.2)	<0.01
대졸이상	2,333 (21.2)	4,175 (22.9)	2,724 (21.8)	1,451 (25.2)	
혼인					
무	2,883 (26.1)	5,058 (27.7)	3,427 (27.5)	1,631 (28.3)	< 0.05
유	8,147 (73.9)	13,185(72.3)	9,054 (72.5)	4,131 (71.7)	\(\) 0.03
의료보장					
기타	10,495(95.2)	17,178(94.2)	11,832(94.8)	5,346 (92.8)	< 0.01
의료급여	535 (4.8)	1,065 (5.8)	649 (5.2)	416 (7.2)	\0.01
소득수준					
1분위	2,147 (19.5)	3,768 (20.7)	2,654 (21.3)	1,114 (19.3)	
2분위	2,430 (22.0)	3,832 (21.0)	2,676 (21.4)	1,156 (20.1)	
3분위	2,226 (20.2)	3,550 (19.5)	2,433 (19.5)	1,117 (19.4)	< 0.01
4분위	2,199 (20.0)	3,491 (19.1)	2,407 (19.3)	1,084 (18.8)	
5분위	2,023 (18.3)	3,598 (19.7)	2,309 (18.5)	1,289 (22.4)	
경제활동					
미참여	4,942 (44.8)	8,640 (47.4)	5,681 (45.5)	2,959 (51.4)	< 0.01
참여	6,088 (55.2)	9,603 (52.6)	6,800 (54.5)	2,803 (48.3)	√ 0.01
장애					
미보유	10,088 (91.5)	16,294(89.3)	11,386(91.2)	4,908 (85.2)	< 0.01
보유	942 (8.5)	1,949 (10.7)	1,095 (8.8)	854 (14.8)	<u></u>
만성질환					
미보유	1,940 (17.6)	2,738 (15.0)	1,981 (15.9)	757 (13.1)	< 0.01
보유	9,090 (82.4)	15,505(85.0)	10,500(84.1)	5,005 (86.9)	<u></u>

***p < 0.01, **p < 0.05, *p < 0.1

제 3절 상용치료원 보유에 따른 우울

3.1 상용치료원 보유에 따른 우울

상용치료원 보유에 따른 우울을 확률효과 패널 로짓모형으로 분석한 결과는 [표 6]과 같다. 먼저 상용치료원 보유 여부는 우울에 유의한 영향을 미쳤다. 의원급 상용치료원을 보유한 군은 상용치료원 미보유군에 비해우울 경험 오즈비(Odds ratio)가 0.852배(CI: 0.761-0.954)였으며, 병원급상용치료원을 보유한 군은 미보유군에 비해 우울 경험 오즈비가 1.434배(CI: 1.256-1.636)로 나타났다.

연령의 경우 70세 이상인 경우만이 통계적으로 유의한 결과를 보였으며, $18\sim29$ 세인 경우에 비해 우울을 경험할 오즈비가 0.678배(CI: 0.504-0.912)로 나타났다. 교육수준의 경우 고졸 이하가 초졸 이하에 비해 0.746배(CI: 0.624-0.892), 대졸 이상이 초졸 이하에 비해 0.696배(CI: 0.560-0.864)의 유의한 오즈비를 보였다.

혼인여부, 의료보장형태, 소득수준, 경제활동 참여, 장애여부, 만성질환여부 등은 모두 우울 경험에 유의한 영향을 미쳤다. 배우자가 있는 군은배우자가 없는 군에 비해 우울을 경험할 오즈비가 0.660배(CI: 0.576-0.757), 의료급여를 받는 군은 받지 않는 군에 비해 우울 경험 오즈비가 2.334배(CI: 1.892-2.880)로 나타났다. 소득분위가 높을수록 우울을 경험할 오즈비가 낮은 것으로 나타났으며, 소득 5분위인 경우 1분위에 비해 오즈비가 0.559배(CI: 0.456-0.686)으로 가장 낮았다. 경제활동의경우 참여군이 미참여군에 비해 우울 경험 오즈비가 0.668배(CI: 0.593-0.752)로 낮았으며, 장애를 보유한 경우 미보유군에 비해 1.449배(CI: 1.212-1.732), 만성질환을 보유한 경우 미보유군에 비해 1.539배(CI: 1.279-1.852)의 오즈비를 보였다.

[표 6] 상용치료원 보유에 따른 우울

		우울 (Ref: 우울하지 않음)
		Odds Ratio (95% CI)
상용치료원	미보유	1.000 (Ref)
보유 여부	의원급 보유	0.852** (0.761-0.954)
土 1 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7	병원급 보유	1.434*** (1.256-1.636)
성별	여성	1.000 (Ref)
o =	남성	0.709*** (0.622-0.807)
	18~29	1.000 (Ref)
	30~39	1.333 (0.984-1.807)
연령(세)	40~49	0.997 (0.746-1.333)
현정(세)	50~59	1.103 (0.825-1.474)
	60~69	0.825 (0.614-1.108)
	70이상	0.678** (0.504-0.912)
	초졸이하	1.000 (Ref)
コウンス	중졸이하	0.873 (0.724-1.053)
교육수준	고졸이하	0.746** (0.624-0.892)
	대졸이상	0.696** (0.560-0.864)
혼인여부	무	1.000 (Ref)
<u>본</u> 인역구	유	0.660*** (0.576-0.757)
의료보장	기타	1.000 (Ref)
형 태	의료급여	2.334*** (1.892-2.880)
	1분위	1.000 (Ref)
	2분위	0.839* (0.720-0.977)
소득수준	3분위	0.806** (0.677-0.960)
	4분위	0.612*** (0.505-0.741)
	5분위	0.559*** (0.456-0.686)
경제활동	미참여	1.000 (Ref)
여부	참여	0.668*** (0.593-0.752)
장애	미보유	1.000 (Ref)
보유여부	보유	1.449*** (1.212-1.732)
만성질환	미보유	1.000 (Ref)
보유여부	보유	1.539*** (1.279-1.852)

^{***}p < 0.01, **p < 0.05, *p < 0.1

3.2 하위군 분석

1) 연령별 상용치료원 보유에 따른 우울

상용치료원 보유과 우울의 관계를 연령별로 살펴보기 위하여 하위군 분석을 시행하였다. 연령이 증가할수록 상용치료원의 효과가 높게 나타나며(김두리, 2016), 특히 지속적인 관리가 중요한 노년층에게 상용치료원의 보유를 통한 선제적 개입은 보다 효과적인 노인인구의 건강관리로 이어질 수 있다. 이에 노인인구로 분류되는 65세를 기준으로 하여 65세 미만, 전기노인(65-74세), 후기노인(75세 이상) 세 군으로 나누어 하위군분석을 시행하였다[표 7].

먼저 전기 노인의 경우 병원급 보유군만이 유의한 결과를 보였고, 후기노인일 경우 의원급 보유군만이, 65세 미만의 경우 의원급과 병원급 모두 유의한 결과를 보였다. 전기 노인은 병원급 보유군이 상용치료원 미보유군에 비해 우울을 경험할 오즈비가 1.632배(CI: 1.238-2.151), 후기노인은 의원급 보유군이 미보유군에 비해 우울을 경험할 오즈비가 0.638배((CI: 0.499-0.816)로 나타났다. 65세 미만은 의원급이 미보유군에 비해 0.824배(CI: 0.704-0.965), 병원급이 미보유군에 비해 1.423배(CI: 1.189-1.704)의 오즈비를 보였다.

세 군 모두에서 유의한 결과를 나타낸 통제변수는 성별, 의료보장 형태, 경제활동 참여 여부 등이었다. 세 군 모두 의료급여를 받는 경우 우울을 경험할 오즈비가 가장 높았다. 소득수준과 혼인 여부의 경우 65세 미만에서만 유의한 결과를 보였으며, 장애 보유 여부는 전기노인과 65세 미만에서, 만성질환 보유여부는 후기노인과 65세 미만에서 유의한 결과를 나타냈다.

[표 7] 연령별 상용치료원 보유에 따른 우울

			우울 (Ref: 우울하지 않음)	
			Odds Ratio (95% CI)	
		65세 미만	전기 노인	후기 노인
		05세 타고	(65세 이상 75세 미만)	(75세 이상)
상용	미보유	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)
치료원	의원급	0.824* (0.704-0.965)	1.134 (0.901-1.427)	0.638*** (0.499-0.816)
보유여부	병원급	1.423*** (1.189-1.704)	1.632*** (1.238-2.151)	1.247 (0.933-1.666)
성별	여성	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)
78 원	남성	0.669*** (0.564-0.794)	0.652** (0.500-0.850)	0.635** (0.456-0.883)
	초졸이하	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)
교육수준	중졸이하	1.016 (0.760-1.356)	0.803 (0.592-1.089)	0.625* (0.404-0.968)
#47E	고졸이하	0.829 (0.648-1.060)	0.683* (0.490-0.953)	0.784 (0.521-1.180)
	대졸이상	0.816 (0.624-1.066)	0.660 (0.391-1.115)	0.743 (0.387-1.429)
혼인여부	무	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)
근단어도	ਜੰ	0.548*** (0.461-0.652)	0.849 (0.653-1.103)	0.888 (0.668-1.182)
의료보장	기타	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)
형 태	의료급여	2.526*** (1.818-3.510)	2.238***(1.479-3.386)	1.959*** (1.355-2.832)
	1분위	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)
	2분위	0.691** (0.532-0.899)	0.796 (0.610-1.038)	0.921 (0.695-1.220)
소득수준	3분위	0.647** (0.491-0.852)	0.776 (0.564-1.068)	1.005 (0.691-1.462)
	4분위	0.459*** (0.345-0.611)	0.720 (0.492-1.053)	0.934 (0.571-1.528)
	5분위	0.424*** (0.316-0.567)	0.713 (0.448-1.133)	0.961 (0.526-1.753)
경제활동	미참여	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)
여부	참여	0.731*** (0.625-0.854)	0.599*** (0.472-0.759)	0.600** (0.440-0.817)
장애	미보유	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)
보유여부	보유	1.624** (1.202-2.193)	1.427* (1.052-1.936)	1.225 (0.893-1.681)
만성질환	미보유	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)
보유여부	보유	1.561*** (1.292-1.884)	1.654 (0.738-3.707)	0.375* (0.149-0.942)

^{***}p < 0.01, **p < 0.05, *p < 0.1

2) 만성질환별 상용치료원 보유에 따른 우울

다음으로 상용치료원 보유과 우울의 관계를 만성질환 보유별로 살펴보기 위한 하위군 분석을 시행하였다. 만성질환은 상용치료원 보유에 유의한 영향을 미치며(성낙진&이재호, 2021), 만성질환자에서 상용치료원의효과가 더 유의하게 높은 것으로 나타났다(김두리, 2016). 특히 만성질환은 지속적이고 포괄적인 관리가 중요한 질환으로 상용치료원을 통한 적절한 관리가 보다 요구된다고 판단되는 바, 만성질환 유무에 따른 상용치료원 보유의 효과를 파악하였다[표 8].

먼저 만성질환 보유군은 의원, 병원급 보유군 모두 유의한 결과를 보였지만, 만성질환 미 보유군은 병원급에서만 유의한 결과를 보였다. 만성질환을 가진 대상자 중 의원급 보유군은 상용치료원 미보유군에 비해 우울을 경험할 오즈비가 0.868배(CI: 0.769-0.979)로 나타났으며, 병원급 보유군은 미보유군에 1.428배(CI: 1.241-1.644)의 오즈비를 보였다. 만성질환을 갖지 않은 대상자 중 병원급 보유군은 상용치료원 미보유군에 비해우울을 경험할 오즈비가 1.553배(CI: 1.049-2.297)로 나타났다.

두 군 모두에서 유의한 결과를 나타낸 통제변수는 성별, 혼인여부였다. 만성질환 보유군에서 오즈비가 가장 높은 변수는 의료보장 형태로 의료급여를 받는 경우 받지 않는 군에 비해 우울을 경험할 오즈비가 2.338배(CI: 1.881-2.906)였으며, 가장 낮은 변수는 소득수준으로 소득수준 5분위인 경우 1분위에 비해 우울을 경험할 오즈비가 0.558배(CI: 0.448-0.697)로 나타났다. 만성질환 미 보유군에서 역시 소득수준 변수에서 우울을 경험할 오즈비가 가장 낮게 나타났다.

[표 8] 만성질환 보유별 상용치료원 보유에 따른 우울

		우울 (Ref: 우				
		Odds Ratio (95% CI) 마서질화 남유 마서질화 미남유				
	Г	만성질환 보유	만성질환 미보유			
상용	미보유	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)			
치료원	의원급	0.868* (0.769-0.979)	0.763 (0.550-1.058)			
보유여부	병원급	1.428*** (1.241-1.644)	1.553* (1.049-2.297)			
성별	여성	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)			
	남성	0.728*** (0.632-0.839)	0.558*** (0.395-0.788)			
	18~29	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)			
	30~39	1.348 (0.894-2.034)	1.297 (0.786-2.141)			
연령(세)	40~49	0.922 (0.636-1.336)	1.014 (0.579-1.778)			
[현장(세)	50~59	0.940 (0.656-1.347)	1.897* (1.022-3.521)			
	60~69	0.713 (0.498-1.021)	1.062 (0.431-2.622)			
	70이상	0.571** (0.399-0.818)	2.898* (1.061-7.913)			
	초졸이하	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)			
교육수준	중졸이하	0.865 (0.714-1.049)	1.285 (0.490-3.370)			
_ <u> </u>	고졸이하	0.725*** (0.602-0.874)	1.328 (0.565-3.125)			
	대졸이상	0.654*** (0.516-0.829)	1.281 (0.532-3.081)			
혼인여부	무	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)			
	유	0.671*** (0.580-0.775)	0.537** (0.352-0.819)			
의료보장	기타	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)			
형태	의료급여	2.338*** (1.881-2.906)	2.344 (0.968-5.681)			
	1분위	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)			
	2분위	0.882 (0.754-1.032)	0.421* (0.211-0.837)			
소득수준	3분위	0.798* (0.664-0.959)	0.706 (0.372-1.343)			
	4분위	0.614*** (0.500-0.753)	0.477* (0.246-0.925)			
	5분위	0.558*** (0.448-0.697)	0.429* (0.219-0.842)			
경제활동	미참여	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)			
여부	참여	0.630*** (0.554-0.716)	0.944 (0.674-1.322)			
장애	미보유	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)			
보유여부	보유	1.423*** (1.185-1.709)	2.241 (0.931-5.397)			

^{***}p < 0.01, **p < 0.05, *p < 0.1

제 4 절 상용치료원 보유에 따른 주관적 건강

4.1 상용치료원 보유에 따른 주관적 건강

상용치료원 보유에 따른 주관적 건강을 확률효과 패널 로짓모형으로 분석한 결과는 [표 9]와 같다. 먼저 상용치료원 보유 여부는 주관적 건강에 대해 유의한 영향을 미쳤다. 의원급 상용치료원을 보유한 군은 상용치료원 미보유군에 비해 좋은 주관적 건강을 경험할 오즈비가 1.449배(CI: 1.328-1.581)였으며, 병원급 상용치료원을 보유한 군은 미보유군에 비해오즈비가 0.749배(CI: 0.674-0.833)로 나타났다.

본 연구에서 통제변수로 고려한 모든 변수는, 주관적 건강에 유의한 영향을 미친 것으로 나타났다. 먼저 성별의 경우, 남성이 여성에 비해 좋은 주관적 건강 경험 오즈비가 1.328배(CI: 1.188-1.485)였다. 연령군을 나누어 살펴보았을 때, 대체적으로 연령군이 높아질수록 오즈비가 낮았으며, 특히 70세 이상의 경우 18~29세에 비해 좋은 주관적 건강을 경험할 오즈비 0.317배(CI: 0.237-0.424)로 가장 낮았다. 교육수준의 경우는 반대로 교육수준이 높을수록 오즈비가 높게 나타났으며, 특히 대졸이상인 경우초졸이하에 비해 좋은 주관적 건강의 오즈비가 2.918배(CI: 2.418-3.521)로 가장 높았다.

혼인 여부에 따르면 배우자가 있는 경우가 없는 군에 비해 좋은 주관적 건강 경험 오즈비가 1.255배(CI: 1.114-1.413)로 높았으며, 의료급여를 받는 경우가 아닌 군에 비해 오즈비가 0.455배(CI: 0.375-0.552)로 낮았다. 소득분위가 높아질수록 오즈비가 높았으며, 경제활동의 경우 참여군이 미참여군에 비해 오즈비가 1.669배(CI: 1.517-1.836), 장애 보유군은 미보유군에 비해 0.358배(CI: 0.301-0.427)의 오즈비를 보였다.

[표 9] 상용치료원 보유에 따른 주관적 건강

		주관적 건강 (Ref: 좋지 않음)
		Odds Ratio (95% CI)
상용치료원	미보유	1.000 (Ref)
보유 여부	의원급 보유	1.449*** (1.328-1.581)
五川 竹干	병원급 보유	0.749*** (0.674-0.833)
성별	여성	1.000 (Ref)
0 =	남성	1.328*** (1.188-1.485)
	18~29	1.000 (Ref)
	30~39	0.500*** (0.365-0.684)
어 돼 (11)	40~49	0.528*** (0.395-0.707)
연령(세)	50~59	0.453*** (0.339-0.605)
	60~69	0.440*** (0.329-0.589)
	70이상	0.317*** (0.237-0.424)
	초졸이하	1.000 (Ref)
교육수준	중졸이하	1.551*** (1.327-1.813)
	고졸이하	2.280*** (1.963-2.647)
	대졸이상	2.918*** (2.418-3.521)
중시신법	무	1.000 (Ref)
혼인여부	Ŷ.	1.255*** (1.114-1.413)
의료보장	기타	1.000 (Ref)
형 태	의료급여	0.455*** (0.375-0.552)
	1분위	1.000 (Ref)
	2분위	1.279*** (1.136-1.439)
소득수준	3분위	1.639*** (1.427-1.882)
	4분위	1.752*** (1.507-2.037)
	5분위	2.071*** (1.755-2.445)
경제활동	미참여	1.000 (Ref)
여부	참여	1.669*** (1.517-1.836)
장애	미보유	1.000 (Ref)
보유여부	보유	0.448*** (0.385-0.522)
만성질환	미보유	1.000 (Ref)
보유여부	보유	0.358*** (0.301-0.427)

^{***}p < 0.01, **p < 0.05, *p < 0.1

1.2 하위군 분석

1) 연령별 상용치료원 보유에 따른 주관적 건강

상용치료원 보유과 주관적 건강의 관계를 연령별로 살펴보기 위하여, 65세 미만, 전기노인(65세 이상 75세 미만), 후기노인(75세 이상)으로 나누어 하위군 분석을 시행하였다[표 10]. 전기노인과 후기노인에서는 의원급, 병원급에서 모두 유의한 결과를 보였으며 65세 미만의 경우 의원급에서만 유의한 결과를 보였다. 전기 노인에서 의원급 보유군은 미보유군에 비해 좋은 주관적 건강을 경험할 오즈비가 1.520배(CI: 1.284-1.800), 병원급 보유군은 0.656배(CI: 0.531-0.809)의 오즈비를 보였다. 후기 노인에서 의원급 보유군은 미보유군에 비해 좋은 주관적 건강을 경험할 오즈비가 1.442배(CI: 1.218-1.708), 병원급 보유군은 0.655배(CI: 0.527-0.813)의 오즈비를 보였다. 65세 미만의 경우 의원급 보유는 미보유군에 비해좋은 주관적 건강을 경험할 오즈비가 1.442배(CI: 1.264-1.640)로 나타났다.

혼인 여부, 소득수준 중 소득 2분위, 만성질환 보유여부를 제외한 모든 통제변수는 세 군에서 모두 유의한 결과를 보였다. 세 군 모두 남성이 여성에 비해 좋은 주관적 건강을 경험할 오즈비가 높았으며, 교육수준이 높아질수록 좋은 주관적 건강을 경험할 오즈비가 증가하였다. 전기노인과 65세 미만 군에서는 교육수준 중 대졸이상이, 후기노인에서는 소득 5분위가 가장 높은 오즈비를 보여 좋은 주관적 건강을 경험할 가능성이가장 높은 것으로 나타났다. 전기노인과 65세 미만에서 가장 낮은 오즈비를 보인 것은 만성질환 보유 여부였으며, 후기 노인에서는 장애 보유여부가 좋은 주관적 건강을 경험할 오즈비가 가장 낮게 나타났다.

[표 10] 연령별 상용치료원 보유에 따른 주관적 건강

		주관적 건강 (Ref: 좋지 않음)				
			Odds Ratio (95% CI)			
		65세 미만	전기 노인	후기 노인		
		03세 티션	(65세 이상 75세 미만)	(75세 이상)		
상용	미보유	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)		
치료원	의원급	1.439*** (1.264-1.640)	1.520*** (1.284-1.800)	1.442*** (1.218-1.708)		
보유여부	병원급	0.885 (0.758-1.032)	0.656*** (0.531-0.809)	0.655*** (0.527-0.813)		
성별	여성	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)		
~ 8 원	남성	1.292*** (1.113-1.500)	1.409** (1.133-1.753)	1.706*** (1.339-2.175)		
	초졸이하	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)		
교육수준	중졸이하	1.585*** (1.239-2.027)	1.522*** (1.186-1.953)	1.417* (1.045-1.921)		
1 1 1 T T T	고졸이하	2.293*** (1.861-2.824)	2.943*** (2.227-3.890)	1.791*** (1.325-2.420)		
	대졸이상	2.891*** (2.296-3.639)	5.283*** (3.289-8.488)	2.443*** (1.505-3.966)		
혼인여부	무	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)		
은 한 역 표	٩	1.040 (0.882-1.225)	1.118 (0.893-1.400)	0.970 (0.781-1.203)		
의료보장	기타	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)		
형태	의료급여	0.377*** (0.277-0.514)	0.410*** (0.276-0.610)	0.614** (0.453-0.832)		
	1분위	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)		
	2분위	1.482*** (1.174-1.870)	1.072 (0.874-1.314)	1.331** (1.094,619)		
소득수준	3분위	1.767*** (1.386-2.254)	1.596*** (1.248-2.041)	1.714*** (1.312-2.239)		
	4분위	1.955*** (1.527-2.504)	1.480** (1.107-1.979)	1.620** (1.146-2.288)		
	5분위	2.114*** (1.639-2.727)	1.929*** (1.333-2.793)	3.163*** (1.994-5.015)		
경제활동	미참여	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)		
여부	참여	1.575*** (1.376-1.803)	1.622*** (1.350-1.948)	1.858*** (1.513-2.281)		
장애	미보유	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)		
보유여부	보유	0.360*** (0.276-0.470)	0.352*** (0.271-0.458)	0.594*** (0.467-0.756)		
만성질환	미보유	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)		
보유여부	보유	0.312*** (0.260-0.374)	0.289*** (0.150-0.556)	0.764 (0.344-1.693)		

^{***}p < 0.01, **p < 0.05, *p < 0.1

2) 만성질환 보유별 상용치료원 보유에 따른 주관적 건강

상용치료원 보유과 주관적 건강의 관계를 만성질환 보유별로 살펴보기위하여, 만성질환 보유군과 미보유군으로 나누어 하위군 분석을 시행하였다[표 11]. 만성질환을 보유한 경우 의원, 병원급에서 모두 유의한 결과를 보였고, 미보유군의 경우 의원급에서만 유의한 결과를 나타냈다. 먼저 만성질환을 보유한 경우 의원급에서는 좋은 주관적 건강을 경험할 오즈비가 1.412배(CI: 1.290-1.546), 병원급에서는 좋은 주관적 건강을 경험할 오즈비가 0.721배(CI: 0..646-0.805)였다. 만성질환 미보유군에서는 의원급상용치료원을 보유한 경우에만 좋은 주관적 건강을 경험할 오즈비가 1.944배(CI: 1.413-2.675)로 유의하였다.

대부분의 통제변수는 만성질환 보유군에서만 유의한 결과를 보였다. 만성질환 보유군에서 대체로 연령군이 높아질수록 좋은 주관적 건강을 경험할 가능성이 감소하였다. 만성질환 보유군에서 대졸이상의 교육수준은 초졸이하에 비해 3.160배(CI: 2.583-3.866)의 오즈비를 보이며 좋은 주관적 건강을 경험할 가능성이 가장 높은 변수로 나타났으며, 소득 5분위인경우 1분위에 비해 주관적 건강을 경험할 2.042배(CI: 1.716-2.430)의 오즈비를 보이며 그 뒤를 이었다. 만성질환 보유군에서 가장 낮은 오즈비를 보인 변수는 연령으로 70세 이상인 경우 18~29세에 비해 좋은 주관적 건강을 경험할 오즈비가 0.367배(CI: 0.259-0.520)로 나타났다. 만성질환 미 보유군에서는 소득 5분위일 경우 소득 1분위에 비해 2.525배(CI: 1.318-4.836)의 가장 높은 오즈비를 보였고, 장애를 보유할 경우 미보유군에 비해 0.215배(CI: 0.101-0.456)의 오즈비를 보이며 좋은 주관적 건강을 경험할 가능성이 가장 낮은 것으로 나타났다.

[표 11] 만성질환 보유별 상용치료원 보유에 따른 주관적 건강

		주관적 건강 (F	Ref: 좋지 않음)
		Odds Ratio	
		만성질환 보유	만성질환 미보유
상용	미보유	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)
치료원	의원급	1.412*** (1.290-1.546)	1.944*** (1.413-2.675)
보유여부	병원급	0.721*** (0.646-0.805)	1.247 (0.819-1.901)
성별	여성	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)
0 2	남성	1.330*** (1.182-1.498)	1.416* (1.012-1.981)
	18~29	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)
	30~39	0.547** (0.366-0.817)	0.498* (0.288-0.858)
연령(세)	40~49	0.578** (0.403-0.828)	0.592 (0.329-1.063)
건녕(세)	50~59	0.528*** (0.372-0.750)	0.359** (0.190-0.678)
	60~69	0.506*** (0.357-0.717)	0.497 (0.218-1.137)
	70이상	0.367*** (0.259-0.520)	0.245** (0.097-0.619)
	초졸이하	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)
교육수준	중졸이하	1.550*** (1.321-1.817)	1.537 (0.694-3.404)
业书下证	고졸이하	2.249*** (1.928-2.624)	2.320* (1.152-4.672)
	대졸이상	3.160*** (2.583-3.866)	2.105* (1.024-4.327)
혼인여부	무	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)
은한역구	유	1.246*** (1.100-1.411)	1.342 (0.882-2.040)
의료보장	기타	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)
형태	의료급여	0.440*** (0.361-0.537)	1.050 (0.384-2.873)
	1분위	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)
	2분위	1.251*** (1.109-1.411)	1.872 (0.989-3.543)
소득수준	3분위	1.617*** (1.402-1.865)	2.042* (1.097-3.800)
	4분위	1.780*** (1.520-2.084)	1.802 (0.968-3.353)
	5분위	2.042*** (1.716-2.430)	2.525** (1.318-4.836)
경제활동	미참여	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)
여부	참여	1.709*** (1.547-1.889)	1.276 (0.913-1.783)
장애	미보유	1.000 (Ref)	1.000 (Ref)
보유여부	보유	0.465*** (0.398-0.543)	0.215*** (0.101-0.456)

^{***}p < 0.01, **p < 0.05, *p < 0.1

제 5장 고찰 및 결론

제 1 절 연구결과 고찰

본 연구는 국내 보건의료의 상황에서 상용치료원 보유 여부에 따른 우울, 주관적 건강을 살펴본 연구이다. 본 연구에서는 한국의료패널 5개년도 자료를 활용하여 패널 로짓모형으로 분석을 시행하였다. 상용치료원의 보유 여부는 미보유군, 의원급 보유군, 병원급 보유군으로 나누어 그효과를 살펴보았으며, 분석대상의 특성별 효과를 확인하기 위해 하위군분석을 시행하였다. 분석 결과 상용치료원의 보유 여부는 우울과 주관적건강에 유의한 영향을 미쳤는데, 연구를 통해 도출된 주요 결과와 이에대한 고찰은 다음과 같다.

첫째, 의원급 상용치료원을 보유할 경우 미보유군에 비해 우울을 경험할 오즈비가 0.852배(CI: 0.761-0.954)였으며, 좋은 주관적 건강을 경험할 오즈비가 약 1.449배(CI: 1.328-1.581)로 나타났다. 즉, 의원급 상용치료원은 우울 경험의 감소와 좋은 주관적 건강에 유의한 영향을 미쳤다. 이는일차의료에 대한 경험, 주치의 보유, 상용치료원의 보유 등이 우울의 감소와 좋은 주관적 건강으로 이어진 국외 선행연구의 결과와 일치하는 결과이다(Li et al., 2011; Shi & starfield, 2000; Macinko et al., 2005; Macinko et al., 2007). 또한 노인 인구를 대상으로 상용치료원의 효과를살펴본 국내 연구에서(전예지, 2021), 의원급 상용치료원의 보유가 주관적 건강에 긍정적 영향을 미친 결과와도 같은 양상을 보인다. 국내 보건의료체계의 맥락을 고려해 볼 때, 국외 일차의료에서 주치의와 비슷한기능을 수행할 수 있는 의원급 상용치료원에서 위와 같은 결과가 도출된 것은 매우 고무적이라고 할 수 있다.

상용치료원 효과를 상용치료원의 유형별로 나누어 살펴본 선행연구에 의하면, 의원급 상용치료원을 보유한 경우의 효과만이 유의하거나 더 긍정적인 영향을 보이는 것으로 알려져 있다. 먼저, 전예지(2022)의 논문에서는 의원급 상용치료원을 보유한 경우에만 의료비, 의료이용 횟수가 유의하게 감소하고, 주관적 건강이 좋아지는 것으로 보고되었다. 고혈압, 당뇨, 고지혈증에 대한 복약순응도를 분석한 성낙진(2020)의 연구에서는 의원급을 상용치료원으로 보유한 경우 병원급 상용치료원을 보유한 경우에 비해 복약순응도가 유의하게 높게 나타났으며, 고령자를 대상으로 복약순응을 분석한 신세라(2021)의 연구에서도 의원급 보유군에서 병원급보유군에 비해 더 효과적인 결과를 보였다. 또한 상용치료원의 보유와의료기관 종별 선택을 살펴본 연구에서는, 의원급 상용치료원의 보유만이 대형병원 외래 이용을 감소시키는 것으로 보고되었다(김두리, 2016).

한국 의원은 대부분이 단독개원(80%)의 형태를 보이며, 근무 의사 수가 3명 이하인 경우가 95% 이상이다(KMA의료정책연구소, 2017; 이정찬, 2018). 따라서 병원급 의료기관에 비해 의원급 의료기관에서 환자-의사간 적절한 상호작용을 바탕으로 긴밀하고 지속적인 관계를 맺을 가능성이 상대적으로 높다고 할 수 있으며, 환자 중심의 원활한 커뮤니케이션이 이뤄지고 환자와 의사 간 서로에 대한 신뢰 역시 증가할 수 있다(성낙진, 2020). 즉, 상용치료원의 형태가 의원일 경우 주치의로서 일차의료의 핵심속성인 지속성, 포괄성, 조정기능 등을 수행할 수 있을 것으로 기대된다.

의원급 상용치료원을 통한 환자-의사의 원활한 상호작용과 적극적인 커뮤니케이션은 우울의 발생 위험을 낮추고 우울 증상을 완화시킬 수 있다. 환자는 건강 문제로 인해 불안, 슬픔 등 여러 부정적인 감정을 경험할 수 있는데(이민정, 2020), 상용치료원은 환자에게 사회적 지지의 기반이 되어주어 정서적 안정감을 도모할 수 있다. 실제 일차의료 의사가 환자가 필요로 하는 의학 관련 지식, 심리적 지지 및 건강에 대한 조언 등

을 제공하였을 때, 환자의 심리적 불안과 우울이 감소했다고 보고되었다 (Hornberger et al., 1997). 즉, 의사가 진료과정에서 환자의 감정을 지지하고, 정서적인 대화를 나누며, 적절한 의료관련 정보를 제공할 때 환자의 부정적인 감정이 감소하는 것을 알 수 있다(Iwamitsu et al., 2005, Vogel et al., 2009, P. Butow et al., 2008). 상용치료원 보유는 긍정적인환자 경험과도 관련이 있는데, 의사가 환자가 원하는 정보를 충분히 제공하지 않아 진료 만족도가 낮을 경우 환자의 불안 및 우울 등의 감정이더 높은 것으로 나타났다(Knobf, 1990). 반대로 진료과정에 대한 환자의만족도가 높을수록 환자의 정신 신체적 증상이 완화되며 치료에 대한 순응도가 높아질 수 있다(Bancroft, 1979).

우울증은 종종 일차의료의 환경에서 진단받게 되는데(Rossom et al.,2016), 동일한 의사에게 지속적인 진료를 받는 것은 우울 등 정신건강의 문제를 식별하는 데 긍정적인 영향을 미칠 수 있다(Morriss, 1995). Darden et. al,(2010)의 연구에서도 의사와 안정된 관계를 유지하는 것은 정서, 행태 측면의 문제에 대한 의사의 인지와 관련 상담의 증가로 이어진다고 밝혀진 바 있다. 즉, 상용치료원을 보유함으로써 환자가 의사와의지속적 관계를 맺는 것은 우울의 증상이 심화되기 전 조기발견 및 진단의 가능성을 높여줄 수 있다. 더불어 상용치료원의 조정기능이 잘 발휘된다면, 우울 등 정신건강 문제를 보이는 환자를 적절한 전문의료기관에의뢰하거나 관련 진료를 권유하여 보다 빠르게 적절한 치료로 이어질 수있을 것이다.

상용치료원은 또한 진료 접근성의 구조적 보장을 통해 환자에게 필요한 보건의료서비스를 적시에 제공해 줄 수 있다. 이는 충족되지 않은 의료 요구에 대한 스트레스를 해소하며 정신건강에 긍정적인 영향을 미치게 된다. 상용치료원이 일차의료의 핵심속성을 효과적으로 수행할 때 환자 의 건강행동 역시 기대해 볼 수 있다. 규칙적인 운동과 예방 서비스 이 용 등의 건강행동은 우울 등의 증상을 관리하는 데 있어 긍정적인 영향 을 미치는 주요 요인으로써, 환자의 우울에 유의한 영향을 미칠 수 있을 것이다.

의원급 상용치료원은 우울과 비슷한 메커니즘을 통해 주관적 건강에도 긍정적인 영향을 미쳤을 것으로 예측된다. 환자-의사의 원활한 상호작용과 일차의료의 핵심속성은 환자의 진료만족도에 유의한 영향을 미친다. 이는 환자가 본인의 정신적 건강 뿐만 아니라 신체적 건강을 긍정적으로평가하는 데 유의한 영향을 미칠 수 있다(Lee&Lin, 2010). 또한 상용치료원은 환자-의사의 관계 지속성을 바탕으로 치료 과정에서 환자의 적극적인 참여를 독려하고 환자에게 의사결정 권한을 부여할 수 있다. 이는 환자의 건강 문제에 대한 이해도, 질병 대처 능력 및 예후에 대한 불안 등을 감소시킴으로써(Charles et al., 1999), 환자가 본인의 주관적 건강을 긍정적으로 보고하는 데 있어 유의한 영향을 미쳤을 것이다. 상용치료원은 환자의 건강행동을 격려하고 미충족의료를 감소시키는데, 이역시 주관적 건강에 유의한 영향을 미치는 요인으로알려져 있다. 즉, 적절한 예방서비스의 이용과 건강행동을 통한 건강 상태의 유지가 심리적안녕감으로 이어져 본인의 건강상태에 대한 인식을 높여줄 수 있을 것으로 보인다(백진주 등, 2021).

둘째, 병원급 상용치료원을 보유할 경우 상용치료원을 보유하지 않는 군에 비해 우울을 경험할 오즈비가 약 1.434배(CI: 1.256-1.636), 주관적 건강을 긍정적으로 보고할 오즈비가 약 0.749배(CI: 0.674-0.833)로 나타났다. 이는 선행연구(전예지, 2021)에서 병원급 상용치료원의 보유가 주관적 건강에 부적 영향을 미친 것과 비슷한 양상이다. 이러한 결과는 병원급 상용치료원을 보유하여 우울을 경험할 확률이 높아지고 좋은 주관적 건강을 경험할 확률이 감소한 것이라기보다는, 애초에 건강이 좋지않은 사람은 병원급 의료기관을 이용할 가능성이 높아 병원급 상용치료원을 보유한 것에 기인한 결과로 보인다. 객관적, 신체적 건강수준이 나쁜 경우 실제 건강상태를 대리하는 주관적 건강이 부정적으로 나타날 수

있으며(최요한, 2016), 건강상태와 주관적 건강이 나쁠수록 우울을 경험할 가능성 역시 높은 것으로 알려져 있다(정영미, 2007; Han, 2016). 따라서 상용치료원 보유에 따른 이러한 내생성이 본 연구에서 역인과관계로 나타났다고 추측해볼 수 있다.

또한 이는 본 연구에서 주요 변수로 활용한 상용치료원, 특히 병원급 상용치료원의 개념이 본래 연구에서 의도한 일차의료에서의 주치의와는 차이가 존재하기 때문으로도 생각해 볼 수 있다. 미국을 포함하여 다수의 국외연구에서 상용치료원과 관련된 연구가 진행되었는데, 여기서의 상용치료원은 일차의료 체계 내 주치의와 같은 역할을 수행하는 주체로 정의할 수 있으나, 국내에서는 일차의료 체계가 확립되어 있지 않고 주치의 제도가 법제화되어 있지 않기 때문에 상용치료원이 단지 자주 방문하는 의료기관으로의 역할만을 수행할 수 있다(김두리, 2016). 본 연구에서 활용한 한국의료패널에서도 상용치료원을 '아프거나 검사 또는 치료상담을 할 때, 주로 방문하는 기관'으로 정의하고 있었다. 특히 병원급상용치료원은 일차의료를 강화하기 위해 주치의 제도로서 상용치료원의효과를 파악하는 본 연구의 목적에도 부합하지 않으며, 단순히 주로 방문하는 의료기관에 그쳐 일차의료의 핵심속성을 수행할 수 없다.

상용치료원은 환자와 의사의 지속적인 관계와 원활한 상호작용을 바탕으로 일차의료의 핵심속성을 수행하며 다양한 건강결과에 영향을 미칠수 있다. 부록에 제시한 분석결과에 따르면 환자-의사 커뮤니케이션(상호작용)은 우울, 주관적 건강에 각각 긍정적인 영향을 보였다. 하지만 의원급 상용치료원만이 환자-의사의 커뮤니케이션에 유의한 영향을 미쳤으며, 병원급 보유군에서는 유의한 영향이 나타나지 않았다. 해당 결과는 앞서 언급했던 바와 같이, 국내의 보건의료 상황에서 병원급 상용치료원에서는 환자-의사와의 원활한 상호작용과 소통이 이루어지는 데 제한이따른다는 점을 뜻한다. 즉, 국내에서 병원급 상용치료원은 본래의 목적이라 할 수 있는, 일차의료 내 주치의 역할을 효과적으로 수행하지 못하고

있다는 점을 시사한다.

셋째, 일차보건의료 강화 및 상용치료원 보유 활성화 정책의 도입 시. 효과가 상대적으로 뚜렷한 집단을 대상으로 선제적인 도입을 하는 것이 바람직할 것이라는 판단 하 연령별, 만성질환 보유별 하위군 분석을 시 행하였다. 먼저 연령에 따라 전기 노인, 후기 노인, 65세 미만 등 세 군 으로 나누어 하위군 분석을 시행한 결과는 다음과 같다. 후기 노인과 65 세 미만에서 의원급 상용치료원 보유군에서 우울 경험의 확률이 유의하 게 감소하였는데, 후기 노인에서 우울을 경험할 오즈비가 더 낮았다. 주 관적 건강의 경우 세 군 모두 의원급 보유군에서 유의한 결과를 보였으 며, 전기노인, 후기노인, 65세 미만 순으로 좋은 주관적 건강을 경험할 오즈비가 높게 나타났다. 노인인구에서 상용치료원의 효과가 유의하였으 며, 65세 미만 인구와 비교하여 후기 노인, 전기 노인이 각각 우울과 주 관적 건강에 더 큰 영향을 미친 점은 주목할 만한 결과이다. 이는 상용 치료원 보유 정책을 수립함에 있어 참고할 수 있는 근거가 되어준다. 즉, 상용치료원 및 주치의 제도를 단계적으로 도입할 시 상기 결과를 바탕으 로, 상용치료원의 효과가 큰 65세 이상 노인인구를 우선적으로 고려하는 것이 보다 효율적일 것이다.

넷째, 만성질환 보유에 따른 하위군 분석 결과, 만성질환 보유군에서만 의원급 상용치료원 보유에 따라 우울이 발생할 가능성이 유의하게 감소하였고, 만성질환 미보유군에서는 유의한 결과가 도출되지 않았다. 주관적 건강의 경우는 만성질환 보유군과 미보유군 모두 상용치료원 보유에따라 좋은 주관적 건강을 경험할 가능성이 증가하였다. 즉, 만성질환이 있는 경우에만 의원급 상용치료원의 보유가 우울, 주관적 건강 모두에유의한 결과를 미쳤다. 이는 만성질환의 유무가 상용치료원의 보유에 유의한 영향을 미치고(성낙진&이재호, 2021) 만성질환 보유 군에서 상용치료원 효과의 크기가 더 크게 보고되었던 선행연구의 결과(김두리, 2016)와 비슷한 맥락이다. 이는 앞선 연령별 하위군 분석 결과와 같이, 상용치

료원 제도를 도입함에 있어 만성질환 보유군을 우선적으로 고려해 볼 가치가 있음을 뜻한다.

다섯째, 상용치료원의 보유 여부 외 우울과 주관적 건강에 유의한 영향을 나타낸 인구사회학적 특성을 살펴보면, 먼저 연령, 교육수준 중 일부를 제외한 모든 변수가 우울에 유의한 영향을 미쳤으며, 주관적 건강은모든 통제변수가 유의한 결과를 보였다. 여성은 남성에 비해 우울을 경험할 가능성이 높고, 좋은 주관적 건강을 경험할 가능성이 낮았다. 교육수준이 높을수록 우울을 경험할 오즈가 낮고 좋은 주관적 건강을 경험할 오즈가 높았다. 의료급여를 받거나 장애, 만성질환을 보유할 경우 우울을 경험할 오즈가 높았고 좋은 주관적 건강을 경험할 오즈가 유의하게 낮았다. 이러한 결과는 여성, 의료급여를 받거나 장애 또는 만성질환을 보유한 사람들의 전반적인 건강에 보다 적극적인 관심을 가지고 이들의 우울, 주관적 건강의 개선과 관리에 유의해야 함을 시사한다.

제 2 절 결론 및 제언

본 연구는 상용치료원에 보유에 따른 우울과 주관적 건강을 파악하기 위한 연구이다. 본 연구는 상용치료원의 효과를 다각적으로 살펴보고자 했으며, 특히 상용치료원과 그 궁극적 목적인 건강 결과의 연관성에 주 목하고 관련 정책에 대한 근거를 제시하고자 하였다.

현재 한국의 보건의료는 왜곡된 의료전달체계로 인한 비효율적인 의료이용과 의료비 낭비, 전문의를 중심으로 한 일차의료, 일차의료 기관인의원의 미흡한 역할 수행과 이로 인한 의원·병원의 역할 중복 등 많은문제점을 내포하고 있다. 세계 각국에서 일차의료의 중요성을 인지하고일차의료와 주치의 제도를 강화하기 위한 다양한 유인체계 및 제도 등을갖춰나가고 있음에도 불구하고, 여전히 한국은 OECD 국가 중 일차의료가 가장 취약한 국가 중 하나로(안상훈, 2001) 일차의료 중요성에 대한인식이 부족한 상황이다. 이에 정부에서 일차의료의 기반을 마련하기 위해 의원급 만성질환관리제, 지역사회 일차의료 시범사업, 동네의원 중심만성질환 관리 사업 등을 추진하고 있으나(이예지 외, 2019), 여전히 국민들이 일차의료의 필요성을 인지하지 못하고 있으며 일차의료원 역시게이트키퍼로서의 기능을 충분히 수행하지 못하고 있다. 따라서 전문의가 일차의료원의 조정기능에 의하지 않고 환자를 진료하며, 행위별 수가제 하에서 공급자가 예방 및 건강증진 활동에 집중할 유인 역시 부족한실정이다(Chun et.al, 2009).

이에 국내의 보건의료 상황에서 일차의료의 이점을 파악할 수 있는 상용치료원에 대한 연구가 꾸준하게 진행되었다. 한국은 일차의료체계가 미비하고 주치의 제도가 존재하지 않아, 국외와 같이 일차의료 내 주치의 보유의 효과를 파악하는 것이 제한된다. 그러므로 한국의 맥락에서 일차의료의 효과를 분석한 연구는 주로 상용치료원을 주제로 이루어져왔으며, 다양한 연구에서 상용치료원은 의료이용 및 의료비, 의료 접근

성, 건강행태, 환자평가 등에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 하지만 상용치료원과 관련된 국내의 연구가 나름 활발하게 진행되어왔음에도 불구하고 여전히 상용치료원의 개념조차 널리 인식되지 못한 현 상황에서, 본 연구는 지금까지 주목받지 못했던 이전과는 다른 관점에서 상용치료원의 효과를 살펴보고 이를 기반으로 좀 더 적극적인 정책적 근거를 마련하고자 하였다.

특히 일차의료와 관련한 여러 연구와 문헌에서 상용치료원이 정신건강을 포함한 전반적 건강에 영향을 미칠 수 있음을 시사하였다는 점에서, 국내에서도 상용치료원이 본래의 목적이라 할 수 있는 좋은 건강 결과에 영향을 미치는지 확인할 필요가 있다고 판단되었다. 연구 결과를 근거로 상용치료원 보유 활성화를 주장함과 동시에, 궁극적인 일차의료체계의확립과 주치의 제도 도입의 필요성을 함께 제시하고자 하였다.

이에 본 연구에서는 상용치료원과 우울, 주관적 건강의 관계를 분석하였으며, 분석 결과 의원급 상용치료원의 보유는 개인의 우울과 주관적건강에 긍정적인 영향을 미치는 것을 확인할 수 있었다. 상용치료원은 기존 연구를 통해 다양한 편익이 밝혀진 바 있고, 본 연구를 통해 의원급 상용치료원이 우울, 주관적 건강에도 유의한 영향을 미친다는 점을파악하였다. 이에 일차의료 강화를 위한 정책의 시발점으로 상용치료원보유 활성화 정책의 필요성을 주장하는 바이며, 그 중 일차의료에서 주치의 역할을 수행할 수 있는 의원급 상용치료원의 보유를 높일 수 있는 정책의 마련이 촉구된다.

관련 정책에 대해서 다음과 같이 제언하는 바이다. 우선, 과거 주치의 제도의 도입 시도가 국민의 무관심과 여러 이해집단의 반대로 무산되었다는 점은(오영호, 2010), 상용치료원 활성화 정책에 시사하는 바가 크다. 먼저 상용치료원 보유 활성화 정책에 앞서, 상용치료원에 대한 적극적인 홍보를 바탕으로 국민들이 상용치료원의 목적과 필요성에 대해 인지하는

것이 중요하다. 상용치료원이 일차의료 기능을 효과적으로 수행하기 위해서는 여러 분야의 보건의료인의 협력과 더불어 주민의 참여가 필요하다(이재호 외, 2014). 즉, 상용치료원의 중요성에 대해 충분히 인지하고 그 공감대가 형성되었을 때, 각 개인, 의원 등의 의료기관, 지역사회 및정부 간 정책의 효과적 수립을 위한 협조와 자발적인 참여가 이루어질수 있다.

이어서 정책의 단계적인 도입과 인센티브 제도 등으로 상용치료원에 대한 저항을 최소화할 필요가 있다. 먼저, 본 연구 결과를 바탕으로 상용치료원 보유의 효과가 더 높은 노인층과 만성질환 보유군을 우선적인 대상으로 한다면, 보다 효율적으로 정책을 수행함과 동시에 여러 이해집단의 반발을 줄일 수 있을 것이다. 인센티브 제도 역시 고려해볼 수 있는데, 예를 들어 상용치료원과 일차의료를 강조한 정책은 병원급 의료기관의 외래기능을 약화시킬 수 있고 이에 대한 보상으로 병원급의 중증환자에 대한 수가조정 등을 고려해 볼 수 있다(신영전, 2006). 특히 의료 공급자의 저항에 대처하고 이들을 설득하는 것은 상용치료원 활성화 정책을 집행하는 데 있어 주요 요인으로 작용하기 때문에(김두리, 2016), 보상제도 방안 마련 등에 대한 신중한 고민이 필요하겠다.

또한 현재 국내의 상용치료원은 일차의료의 기능, 즉 포괄적이고 예방적 성격의 서비스를 제공하거나 효과적인 조정기능을 충분히 발휘할 제도적 유인이 부족하다. 따라서 공급자가 환자 중심의 연계적 진료와 예방 및 건강증진 서비스를 제공하여 환자 건강을 관리할 유인체계를 도입할 필요가 있는데, 이 때 미국의 관리의료를 참고해 볼 수 있다. 관리의료는 주치의가 환자의 건강을 적절히 관리하여 의료비 절감을 이루면,절감한 만큼을 공급자가 보상받을 수 있게 함으로써 의료비 절감과 의료의 질 향상을 동시에 기대할 수 있는 효율적인 제도이다(최병호, 2016). 주치의가 법제화되어 있지 않은 국내의 상황에서 이와 같은 성격의 제도적 장치는, 공급자가 상용치료원으로서의 원활한 기능을 수행할 수 있게

하는 유인을 제공할 수 있을 것이다.

마지막으로 의료전달체계의 기능에 따른 확실한 구분과, 일차의료의 역할을 수행할 수 있는 의사의 범위를 확대하는 방안 등이 마련되어야 한다. 더 나아가, 공급자에 의한 수요를 창출하는 사후보상제도의 지불체계를 개편할 필요가 있다. 현재의 행위별 수가제도는 치료중심의 수가체계로서 일차의료 제공에 불리한 측면이 있으며, 공급자의 진료형태를 왜곡시켜 긍정적인 진료형태의 변화를 기대하기 어렵다(오영호, 2010). 따라서 전반적인 지불보상제도의 개편을 통해, 상용치료원이 일차의료의 핵심속성을 효과적으로 수행하며 다양한 일차의료의 이점을 추구할 수 있도록 해야할 것이다.

현 보건의료체계에서 주치의의 역할을 완전하게 수행하는 데 제한이 있음에도 불구하고, 의원급 상용치료원이 우울, 주관적 건강에 영향을 미친본 연구의 결과는 중요한 의의를 가진다. 상용치료원의 다양한 편익을 기반으로 한 상용치료원 보유 활성화 정책이 효과적으로 수행된다면, 상용치료원 정책의 최종 목표인 국내 일차의료의 강화와 주치의 제도 도입의 기반을 마련할 수 있을 것이다.

일차의료가 확립되어 제 기능을 수행할 때, 건강문제에 대한 체계적 식별, 환자의 의사결정 참여, 일차의료의사와 전문의 간 다학적인 팀 접근등을 바탕으로 한 통합적인 보건의료서비스를 제공할 수 있으며, 궁극적으로 지역사회에서 정신건강을 포함한 전반적 건강의 관리를 효과적으로수행할 수 있을 것이다. 특히 정신질환은 다른 건강 및 여러 사회적 요인들과 복잡한 상호관련성을 갖는다는 점에서(강은정, 2009), 통합적 진료를 통한 긍정적인 결과가 더욱 기대되는 바이다. 개인의 의료요구를효과적으로 충족시키며, 비용효율적이고 양질의 의료서비스를 제공할 수있는 바람직한 일차의료를 실현하기 위한 적절한 정책의 개선이 시행될수 있기를 바란다.

제 3 절 연구의 제한점 및 의의

본 연구의 제한점과 그에 따른 제언은 다음과 같다. 먼저, 본 연구에서 주요 변수로 활용한 상용치료원의 정의가 명확하지 않다는 점이다. 우리나라는 주치의가 부재하고 상용치료원에 대한 사회적 인식 역시 부족한 상황으로 응답자마다 생각하는 상용치료원에 대한 개념이 상이할 수 있다. 또한 상용치료원을 주제로 연구를 진행하는 이유는 일차의료에서 주치의 역할의 효과를 파악하여 이를 바탕으로 상용치료원, 더 나아가 주치의 제도의 법제화와 일차의료 강화를 주장하기 위함인데, 현재 한국의료패널에서 활용하고 있는 상용치료원의 정의는 이러한 일차의료체계의개념을 파악하기에는 많은 제한이 따른다. 특히 자료원의 정의로 인해, 상용치료원을 본래 목적인 질병의 통합적 관리를 위한 의료기관이 아닌단순히 자주 찾아가는 의료기관으로 이해할 가능성이 높다(이소담 외, 2017). 따라서 연구자가 본래 의도한 바와 같이 일차의료와 주치의의 포괄적 개념을 반영하여 상용치료원의 효과를 분석하기에는 한계가 따른다.

두 번째, 상용치료원은 보유 여부 뿐만 아니라 일차의료 핵심속성을 포함한 기능을 얼마나 잘 수행하는지에 따라 효과에 큰 차이를 보인다. 또한 현재 한국은 주치의 제도가 법적으로 제도화되어 있지 않고, 의료기관 선택이 전적으로 환자에게 주어져 있어 모든 상용치료원이 최초접촉, 지속성, 포괄성, 조정기능 등을 원활하게 수행하고 있다고 보기는 어렵다. 본 연구에서는 '자주 방문하는 의료기관'이 있는 경우를 상용치료원으로 정의함에 따라 '자주 방문하는 의사'의 하위 질문인 '지속성, 포괄성및 조정기능' 관련 변수를 분석에 반영하지 못했다. 또한 상용치료원 관련 문항이 있는 연도(2012, 2013, 2016~2018년)의 데이터를 활용함에 따라 연속적인 데이터를 확보하지 못해, 지속적인 보유기간을 파악하여 분석하는 것 역시 제한되었다. 따라서 관련 데이터가 좀 더 축적되고 해당설문이 보완되어, 상용치료원의 지속성·포괄성·조정기능 등을 고려한 후

속 연구가 진행되기를 바란다.

세 번째, 본 연구에서는 패널분석을 시행하였으나, 활용하고자 하는 데이터와 변수의 특성상 확률효과모형을 적용함에 따라 상용치료원 보유에따른 내생성의 문제를 완전히 해결하지 못하였다. 또한 대상자의 세분화된 보유 질병 및 그에 따른 중증도 등을 충분히 통제하지 못함으로써 연구결과에 있어 역인과관계의 가능성이 존재한다. 특히 역인과관계 등의내생성이 다양한 방향에서 작용할 수 있기 때문에, 본 연구의 결과해석에 있어서도 주의가 요구된다. 이에 CCI 등 건강관련 변인을 반영하여질병의 중증도와 건강상태 등을 최대한 통제하는 등, 외생성의 가정을지키며 상용치료원의 효과를 실증적으로 파악하기 위한 방법에 대한 고민이 필요하겠다.

네 번째, 본 연구에서 주요 매개요인으로 예상되는 환자-의사 상호작용의 매개효과를 파악하기 위한 매개분석을 고려하였으나, 자료원의 한계로 분석을 시행하지 못하였다. 본 데이터에서는 상용치료원의 효과를 실증적으로 분석하며 효율적인 추정량을 얻기 위해 5개년도 데이터를 활용하여 패널분석을 시행하였지만, 매개변수(환자경험 관련)와 관련한 문항은 2개년도의 자료만이 존재하였다. 이에 해당 데이터가 충분히 축적되었을 때, 매개분석을 통해 상용치료원이 건강 결과에 영향을 미치는 경로를 실증적으로 파악하는 후속 연구를 제언한다.

마지막으로 본 연구에서는 자료원의 한계로 우울을 파악함에 있어 '최근 1년동안 2주 이상 연속으로 일상생활에 지장이 있을 정도로 많이 슬펐거나 불행하다고 느낀 적이 있었습니까?'라는 질문을 활용하여 우울여부를 파악하였다. 하지만 이와 같이 한 문항으로 우울의 여부를 측정하여, 측정의 객관성이 다소 떨어지며 다양한 정보를 배제할 가능성이었다. 흔히 선행연구에서 우울의 정도를 파악할 때 미국 국립정신건강연구소에 의해 설계된 CES-D의 척도를 활용하고 있는데, 이와 같이 우울

의 정도를 좀 더 객관적으로 측정할 수 있는 공인된 척도를 활용할 필요가 있다. 특히 우울이 현대사회에 있어 매우 주요한 보건학적 문제로 대두되고 있음을 고려할 때, 한국의료패널에서 해당 설문조사에 이를 반영할 필요가 있다.

이러한 연구의 제한점에도 불구하고 본 연구는 국내의 보건의료상황에 서 상용치료원과 우울의 관계를 최초로 살펴보았고, 주관적 건강과 관련 된 기존 소수 연구의 한계를 보완하며 상용치료원의 효과를 다각적으로 살펴본 연구라는 점에서 의의를 가진다. 본 연구결과를 바탕으로 국내 일차의료 강화를 위한 첫 번째 전략이라 할 수 있는 상용치료원 보유 정 책에 시사점을 제공할 수 있을 것이다. 특히 다양한 선행연구를 통해 상 용치료원의 긍정적인 효과가 밝혀졌음에도 여전히 상용치료원에 대한 인 식이 매우 저조하고 주치의 제도가 부재한 현 상황에서, 상용치료원이 본래의 궁극적인 목적인 건강 상태의 개선으로 이어지는가를 확인하고 정책에 대한 적극적인 근거를 마련하였다는 점에서 연구의 의의가 높다 고 할 수 있다. 또한 본 연구는 상용치료원 보유의 효과를 충분히 반영 하여 분석하기 위해 5개년도의 자료를 활용하였으며, 상용치료원의 유무 에 따른 효과를 살펴보았을 뿐만 아니라 유형을 나누어 의원, 병원급 상 용치료원의 효과를 각각 확인함으로써 본 연구의 목적에 맞는 일차의료 제공자로서 상용치료원의 효과를 실증적으로 분석했다는 점에서 의미를 가진다. 본 연구의 결과가 보건의료체계의 효율화와 국민 건강증진을 위 한 '상용치료원 보유 활성화', 더 나아가 '주치의 제도의 정착 및 일차의 료 강화'정책의 근거를 마련하고 바람직한 정책 개선의 방향을 제시할 수 있기를 기대한다.

참 고 문 헌

- 강상경. (2010). 우울이 자살을 예측하는가?: 우울과 자살태도 관계의 성별·연령 차이. 사회복지연구, 41(2), 67-99.
- 강은정. (2009). 호주 빅토리아주 정신건강 개혁 전략 2009~2019와 시사점. 보건복지포럼, 2009(9), 77-87.
- 강희정. (2014). 대형 상급종합병원 환자쏠림 완화정책의 현황과 방향. 보건복지 포럼, 2014(4), 65-76.
- 건강보험심사평가원(2018). 생활속 질병통계 100선, 건강보험심사평가원
- 고숙자. (2011). 상용치료원이 의료이용 및 의료비에 미치는 영향. In 제 3회 한 국의료패널 학술대회. 국민건강보험공단.
- 곽은경. (2012). 복합만성질환자의 외래이용 현황 분석-2008년도 한국의료패널 자료를 이용하여 (Doctoral dissertation, 서울대학교 대학원).
- 국민건강보험공단. (2021). 2020 건강보험 주요통계. 국민건강보험공단.
- 국민건강보험공단. (2013). 마음의 감기 우울증 환자, 70대 여성이 가장 많아(보 도자료). 서울: 국민건강보험공단.
- 김광묘, & 김창엽. (2020). 상용치료원 유형과 미충족의료 경험. 보건과 사회과 학, 53(1), 105-128.
- 김두리. (2016). 상용치료원 보유가 의료기관 종별 선택에 미치는 영향 (Doctoral dissertation, 서울대학교 행정대학원).
- 기명, 신지연, 이희영, 임지선, 이재호, 나백주, 이수형, (2014).상용치료원 보유와 당뇨 동반상병의 위험. In 제 6회 한국의료패널 학술대회. 국민건강보 험공단.
- 김성연. (2017). 제 18 대 대통령 선거에서 이념의 영향: 패널 데이터 분석 결과. 의정연구, 23(2), 147-177.
- 김정회. (2012). 노인 진료 지속성이 사망 전 의료이용에 미치는 영향 (Doctoral dissertation, 서울대학교 대학원).
- 김진현, & 조홍준. (2007). 상용 치료원 (Regular Source of Care) 보유가 예방 서비스 제공 및 질병관리에 미치는 영향. 가정의학회지, 28(4), 278-285.
- 김창엽 (2009). 『건강보장의 이론』, 한울아카데미.
- 민인식, 최필선 (2012). 『STATA 패널 데이터 분석』, ㈜지필미디어.

- 박진하, 김경우, 성낙진, 최윤구, & 이재호. (2011). 개원 가정의를 상용 치료원으로 이용하는 고혈압 환자의 건강행태와 일차의료 서비스 질. 가정의학회지, 32(2), 104-111.
- 성낙진. (2020). 상용치료기관 유형과 고혈압, 당뇨, 고지혈증 복약순응도. In 제 12회 한국의료패널 학술대회. 국민건강보험공단.
- 성낙진, 이재호. (2021). 상용치료원 보유 현황, 추세, 그 관련요인. In *제 13회 한국의료패널 학술대회*. 국민건강보험공단.
- 송연재, & 권순만. (2020). 상용치료원 보유가 예방 가능한 입원에 미치는 영향. 보건경제와 정책연구 (구 보건경제연구), 26(3), 39-68.
- 신영전. (2006). 전국민 주치의제도의 새로운 접근. 가정의학회지 2006; 27(4), 489-500.
- 신세라. (2021). 고령자의 상용치료원 유형이 복약순응에 미치는 영향. 한국콘텐 츠학회논문지, 21(9), 609-621.
- 신세라. (2021). 상용치료원 유형이 소비자의 의료서비스 이용경험에 미치는 영향. 소비자문제연구, 52(3), 163-191.
- 안상훈. (2001). 우리 나라 일차의료 수준의 평가 및 선진국들과의 비교 분석. 가정의학회지, 22(4), 483-497.
- 오종묵, & 황종남. (2021). 상용치료원 유무와 의사-환자 커뮤니케이션: 한국의 료패널 환자경험조사를 중심으로. 보건사회연구, 41(1), 234-250.(2014). 만성질환자에서 상용치료원의 유무가 건강행태에 미치는 영향 연구 (Doctoral dissertation, 서울대학교 대학원).
- 윤성훈, 송연재, & 권순만. (2022). 상용치료원 보유가 중노인의 건강행동에 미치는 영향. 보건행정학회지, 32(1), 29-44.
- 윤효정, 최재우, 이상아, & 박은철. (2017). 상용치료원 보유 여부가 고혈압 환자의 외래이용횟수 및 외래의료비에 미치는 영향. Korean Journal of Hospital Management (병원경영학회지), 22(1), 1-9.
- 윤희숙, 이상일. (2012), 『한국 일차의료 발전방향의 모색』, 한국개발원.
- 의료법(2020). 국가법령정보센터. 법률 제17472호. 제32조. available at https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?efYd=20200912&lsiSeq=220901# 0000, accessed at 29 October, 2020.
- KMA의료정책연구소(2017). 2016 전국의사조사. 연구보고서 2017-02. https://rihp.re.kr/bbs/board.php?bo_table=doctor_research&wr_id=1,

- accessed at 28 October 2020.
- 이민정. (2020). 국내 진료면담에서 이루어지는 환자-의사 커뮤니케이션에 대한 연구 (Doctoral dissertation, 서울대학교 대학원).
- 이영훈(2001) "선형패널자료 모형에 관한 문헌연구", 계량경제학보, 15(1), 105-138. 한국계량경제학회.
- 이예지·한진옥·서수인·신소올. "국내 만성질환 관리사업 추진 현황:경기도를 중심으로", 경기도공공보건의료지원단 이슈브리핑, 5, 2019.
- 이상호. (2017). 고혈압 환자 본인부담금 경감이 외래이용 지속성과 총진료비에 미치는 영향: 의과 의원급 요양기관을 대상으로 (Doctoral dissertation, 연세대학교 보건대학원).
- 이정찬(2018). 2016 전국의사조사. 의료정책포럼 16(1):65-69.
- 이재호. (2011). 바람직한 일차의료 활성화 방안. 건강보장정책, 10(1), 8-23.
- 이재호·김수영·김용식·최용준·박훈기·전태희·홍승권, Robert J. Volk, Stephen J. Spann., 「델파이법을 이용한 일차의료 개념정의: 이차출판」, Vol. 24, No.1, 보건행정학회지, 2014, pp. 100-106.
- 이재호, 임형석, 성낙진, 김솔잎, 김경우. (2019) 주치의 보유가 입원에 미치는 효과. In 제 11회 한국의료패널 학술대회. 국민건강보험공단.
- 임형석, 김솔잎, 이혜진, 박혜경, 박용순, 최용준, 성낙진, 이재호. (2019). 주치의 가 미충족 의료 경험에 미치는 효과. In 제 11회 한국의료페널 학술대회. 국민건강보험공단.
- 임형석, 이재호, 최용준. (2014). 주치의 서비스의 질과 입원 및 응급실 방문간의 관계. In 제 6회 한국의료패널 학술대회. 국민건강보험공단.
- 전보영, 이민영, & 안은미. (2021). 장애인의 상용치료원 보유가 환자 중심 의사소통에 미치는 영향, 보건행정학회지, 31(4), 518-530.
- 정순둘, 김유휘, & 최혜지. (2013). 사회경제적 자원과 건강의 관계: 노인집단과 다른 연령집단 비교. 보건사회연구, 33(2), 63-90.
- 정영미. (2007). 여성노인의 우울에 따른 건강상태 및 우울관련 요인. 한국노년 학. 27(1). 71-86.
- 정청흔. (2021). 노인의 상용치료원 보유가 개인 의료비에 미치는 영향 (Doctoral dissertation, 가톨릭대학교 보건대학원)
- 조경숙, 우리나라 만성질환의 발생과 관리 현황, 2021년 14권.
- 진선미·강은나·장용석, "사회서비스 지속성이 기혼여성의 경제활동참여 및 참여

- 형태에 미치는 영향에 관한 종단연구: 혼합다항로지스틱 회귀모형 (Mixed-Effects Multinominal Logistic Regression Model)의 활용", 보건사회연구, 31(3), 2011, pp.38-69.
- 최병호, (2016). "외국의 의료전달체계로부터의 시사점", HIRA정책동향, 10(2).
- 최요한. (2016). 주관적 건강인식은 실제 건강상태의 유효한 대리변수인가: 주관적 건강상태 (SRH) 와 주관적 건강변화상태 (SACH) 의 비교. 보건사회연구, 36(4), 431-459.
- 최충익. (2008). 패널모형: 시계열 분석과 횡단면 분석을 한번에. 국토, 120-127. 통계청(2022). 국가통계포털. 대전: 통계청
- 한국경제연구원 보도자료.(2021년 3월 3일). 한국 연평균 저출산. 고령화속도 OECD 37개국 중 가장 빨라. 한국경제연구원. http://www.keri.org/web/www/news_02.
- 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. (2020). 2020 한국의료패널 설문지.
- 한숙정. (2016). 저소득 재가노인의 주관적 건강인식이 자살생각에 미치는 영향: 우울과 자아존중감 매개효과를 중심으로. 가정간호학회지, 23(1), 16-24.
- Andersen, R. (1968). A behavioral model of families'use of health service. Chicago: Center for Health Administration Studies.
- Bancroft, J., Hawton, K., Simkin, S., Kingston, B., Cumming, C., & Whitwell, D. (1979). The reasons people give for taking overdoses: A further inquiry. British Journal of Medical Psychology, 52(4), 353–365.
- Blazer, D. G., Sachs-Ericsson, N., & Hybels, C. F. (2007). Perception of unmet basic needs as a predictor of depressive symptoms among community-dwelling older adults. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 62(2), 191-195.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. Jama, 288(19), 2469-2475.
- Broadhead, W. E., Blazer, D. G., George, L. K., & Tse, C. K. (1990). Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. Jama, 264(19), 2524–2528.
- Brummett, B. H., Barefoot, J. C., Siegler, I. C., & Steffens, D. C. (2000). Relation of subjective and received social support to clinical and

- self-report assessments of depressive symptoms in an elderly population. Journal of Affective Disorders, 61(1-2), 41-50.
- Bunker, J. P., Frazier, H. S., & Mosteller, F. (1994). Improving health: measuring effects of medical care. The Milbank Quarterly, 225–258.
- Butow, P., Cockburn, J., Girgis, A., Bowman, D., Schofield, P., D'Este, C., ... & Tattersall, M. H. (2008). Increasing oncologists' skills in eliciting and responding to emotional cues: evaluation of a communication skills training program. Psycho Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 17(3), 209–218.
- Campbell, C. R., Cossman, J. S., & Ritchie, J. B.(2007). What is a usual source of care? Who provides the children's health care? Health Policy Brief, Mississippi Health Policy Research Center.
- CDC. (2020). National Health Interview Survey. https://www.cdc.gov/nchs/nhis/2020nhis.thm
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. Social science & medicine, 49(5), 651-661.
- Chun, C. B., Kim, S. Y., Lee, J. Y., Lee, S. Y., & World Health Organization. (2009). Republic of Korea: health system review.
- Clark, et al. (2015). "Should I Fixed or Random Effects?" Political Science Research and Methods, 3(2):399-408.
- Coulehan, J. L., Schulberg, H. C., Block, M. R., Madonia, M. J., & Rodriguez, E. (1997). Treating depressed primary care patients improves their physical, mental, and social functioning. Archives of Internal Medicine, 157(10), 1113–1120.
- Darden, P. M., Ector, W., Moran, C., & Quattlebaum, T. G. (2001).

 Comparison of continuity in a resident versus private practice.

 Pediatrics, 108(6), 1263–1268.
- DeVoe, J. E., Tillotson, C. J., Lesko, S. E., Wallace, L. S. & Angier, H. (2011). The case for synergy between a usual source of care and health insurance coverage. Journal of general internal medicine,

- 26(9), 1059-1066.
- DeVoe, J. E., Fryer, G. E., Phillips, R., & Green, L. (2003). Receipt of preventive care among adults: insurance status and usual source of care. American journal of public health, 93(5), 786–791.
- Ettner, S. L. (1996). The timing of preventive services for women and children: the effect of having a usual source of care. American journal of public health, 86(12), 1748–1754.
- Ettner, S. L.(1999). The relationship between continuity of care and the health behaviors of patients: does having a usual physician make a difference?. Medical Care, 37(6), 547–555.
- Franks, P., Clancy, C. M., & Nutting, P. A. (1992). Gatekeeping revisited—protecting patients from overtreatment. New England Journal of Medicine, 327(6), 424–429.
- Friedberg, M. W., Coltin, K. L., Pearson, S. D., Kleinman, K. P., Zheng, J., Singer, J. A., & Schneider, E. C. (2007). Does affiliation of physician groups with one another produce higher quality primary care?. Journal of General Internal Medicine, 22(10), 1385–1392.
- Friedberg, M. W., Hussey, P. S., & Schneider, E. C. (2010). Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. Health Affairs, 29(5), 766–772.
- Guanais, F., Doubova, S. V., Leslie, H. H., Perez-Cuevas, R., García-Elorrio, E., & Kruk, M. E. (2018). Patient-centered primary care and self-rated health in 6 Latin American and Caribbean countries: analysis of a public opinion cross-sectional survey. PLoS medicine, 15(10), e1002673.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. Bmj, 327(7425), 1219–1221.
- Heckman, J. J. (1990). Selection bias and self-selection. In Econometrics (pp. 201-224). Palgrave Macmillan, London.
- Hoilette, L. K., Clark, S. J., Gebremariam, A. & Davis, M. M. (2009). Usual source of care and unmet need among vulnerable children: 1998 -

- 2006. Pediatrics, 123(2), e214-e219.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. Journal of health and social behavior, 21–37.
- Institute of Medicine(IOM). (1996). Primary care: America's health in a new era. Washington (DC): National Academy Press. p. 31.
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Okawa, M., & Buck, R. (2005). The relation between negative emotional suppression and emotional distress in breast cancer diagnosis and treatment. Health Communication, 18(3), 201–215.
- Jarman, B., Gault, S., Alves, B., Hider, A., Dolan, S., Cook, A., ... & Iezzoni, L. I. (1999). Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. Bmj, 318(7197), 1515-1520.
- Kim, D., Kim, S., Park, H. K., Ha, I. H., Jung, B., Ryu, W. H., ... & Sung, N. J. (2019). Effect of Having a Usual Source of Care on Medical Expenses Using the Korea Health Panel Data. Journal of Korean Medical Science, 34(35).
- Lantz, P. M., House, J. S., Lepkowski, J. M., Williams, D. R., Mero, R. P., & Chen, J. (1998). Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality: results from a nationally representative prospective study of US adults. Jama, 279(21), 1703–1708.
- Li, C., Dick, A. W., Fiscella, K., Conwell, Y., & Friedman, B. (2011). Effect of usual source of care on depression among Medicare beneficiaries:

 An application of a simultaneous equations model. Health services research, 46(4), 1059–1081.
- Lee, Y. Y., & Lin, J. L. (2010). Do patient autonomy preferences matter? Linking patient-centered care to patient physician relationships and health outcomes. Social science & medicine, 71(10), pp.1811–1818.
- Macinko, J., Almeida, C., & Sa, P. (2005). Evaluating Primary Care Services in Brazil: A Rapid Appraisal Methodology. Unpublished manuscript.
- Macinko, J., Starfield, B., & Shi, L. (2007). Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. International

- journal of health services, 37(1), 111-126.
- Martin DP, Diehr P, Price KF, Richardson WC (1989). Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: a randomized trial. Am J Public Health 79(12):1628–32.
- Michel, K.(1994). "Understanding Deliberate Self-harm: The patients views", Crisis15, 172-184.
- Hornberger, J., Thom, D., & MaCurdy, T. (1997). Effects of a self-administered previsit questionnaire to enhance awareness of patient's concerns in primary care. Journal of general internal medicine, 12(10), 597-606.
- Morriss, R. (1995). Mental illness in general health care: An international study. Bmj, 311(7006), 696.
- National Health Insurance Service. (2018). 2017 National health insurance statistical yearbook. Wonju: National Health Insurance Service
- OECD/European Union, Health at a Glance: Europe 2018. OECD Publishing.
- Rossom, R. C., Solberg, L. I., Vazquez-Benitez, G., Crain, A. L., Beck, A., Whitebird, R., & Glasgow. R. E. (2016).The effects of patient-centered depression care patient satisfaction on and depression remission. Family Practice, 33(6), 649-655.
- Shi, L. (1992). The relationship between primary care and life chances. Journal of health care for the poor and underserved, 3(2), 321-335.
- Shi, L. (1994). Primary care, specialty care, and life chances. International Journal of Health Services, 24(3), 431–458.
- Shi, L., & Starfield, B. (2000). Primary care, income inequality, and self-rated health in the United States: a mixed-level analysis. International Journal of Health Services, 30(3), 541-555.
- Shi, L., Macinko, J., Starfield, B., Xu, J., Regan, J., Politzer, R., & Wulu, J. (2004). Primary care, infant mortality, and low birth weight in the states of the USA. Journal of Epidemiology & Community Health, 58(5), 374–380.
- Shi, L., Macinko, J., Starfield, B., Politzer, R., Wulu, J., & Xu, J. (2005). Primary care, social inequalities and all-cause, heart disease and

- cancer mortality in US counties: a comparison between urban and non-urban areas. Public health, 119(8), 699-710.
- Shi, L., Starfield, B., Kennedy, B., & Kawachi, I. (1999). Income inequality, primary care, and health indicators. J Fam Pract, 48(4), 275–284.
- Shi, L., Starfield, B., Politzer, R., & Regan, J. (2002). Primary care, self rated health, and reductions in social disparities in health. Health services research, 37(3), 529–550.
- Shi L, Starfield B, Politzer R, Regan J. (2002). "Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health." Health Serv Res. Jun;37(3):529–50.
- Simon, G. E., VonKorff, M., & Barlow, W. (1995). Health care costs of primary care patients with recognized depression. Archives of general psychiatry, 52(10), 850–856.
- Solberg, L. I., Crain, A. L., Sperl-Hillen, J. M., Hroscikoski, M. C., Engebretson, K. I., & O'Connor, P. J. (2006). Effect of improved primary care access on quality of depression care. The Annals of Family Medicine, 4(1), 69–74.
- Sox, C. M., Swartz, K., Burstin, H. R., & Brennan, T. A. (1998). Insurance or a regular physician: which is the most powerful predictor of health care?. American Journal of Public Health, 88(3), 364–370.
- Spiegel, D., Morrow, G. R., Classen, C., Raubertas, R., Stott, P. B., Mudaliar, N., ... & Riggs, G. (1999). Group psychotherapy for recently diagnosed breast cancer patients: a multicenter feasibility study. Psycho Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 8(6), 482–493.
- Sripa, P., Hayhoe, B., Garg, P., Majeed, A., & Greenfield, G. (2019). Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review. British Journal of General Practice, 69(682), e294–e303.
- Stagnitti, M. N., Moriya, A. S., Soni, A., Wolford, M., & Zodet, M. W.(2017). Characteristics of practices used as usual source of care providers during 2015–Results from the MEPS MedicalOrganizations Survey.

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447181/
- Starfield, B. (1973). Health services research: a working model. New England Journal of Medicine, 289(3), 132–136.
- Starfield B.(1992). Primary care, concept, evaluation, and policy. New York: Oxford University Press.
- Starfield B.(1998). Primary care, balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press.
- Starfield, B. (2012). Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gaceta sanitaria, 26, 20–26.
- Starfield, B., Cassady, C., Nanda, J., Forrest, C. B., & Berk, R. (1998). Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. Journal of Family Practice, 46(3), 216–226.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. The milbank quarterly, 83(3), 457–502.
- Statistics Korea(2021), Korean Statistical Information Service. https://kosis.kr/index
- Street, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician patient communication to health outcomes. Patient education and counseling, 74(3), pp.295–301.
- Szasz, T. S., & Hollender, M. H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. AMA archives of internal medicine, 97(5), 585–592.
- Vogel, B. A., Leonhart, R., & Helmes, A. W. (2009). Communication matters: the impact of communication and participation in decision making on breast cancer patients' depression and quality of life. Patient education and counseling, 77(3), 391–397.
- Weiss, L. J., & Blustein, J. (1996). Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. American journal of public health, 86(12),

- 1742-1747.
- Weiss, G. L., & Ramsey, C. A.(1989). Regular source of primary medical care and patientsatisfaction. Quality Review Bulletin, 15(6), 180–184.
- Weissman, J. S., R. Stern, S. L. Fielding and A. M. Epstein (1991). "Delayed access to health care: risk factors, reasons, and consequences.", Annals of internal medicine, 114(4): 325–331.
- Wells, K. B., Stewart, A., Hays, R. D., Burnam, M. A., Rogers, W., Daniels, M., ... & Ware, J. (1989). The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. Jama, 262(7), 914–919.
- WHO-UNICEF. (2018). A vision for primary health care in the 21st century: towards UHC and the SDGs.
- WHO-UNICEF. (2018). Primary health care: transforming vision into action: operational framework: draft for consultation.
- Wolff, J. L., Starfield, B., & Anderson, G. (2002). Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. Archives of internal medicine, 162(20), 2269–2276.
- Wooldridge, J. M. (2012). Introductory econometrics: A modern approach: Nelson Education.
- Wooldridge, Jeffrey M. (2010). Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data. Cambridge: MIT Press.
- World Health Organization. (2018). Building the economic case for primary health care: a scoping review.
- World Health Organization. (2018). Integration of mental health into primary health care.
- World Health Organization. (2018). Mental health in primary care: illusion or inclusion?. World Health Organization
- Wittink, M. N., Cary, M., TenHave, T., Baron, J., & Gallo, J. J. (2010). Towards patient-centered care for depression. The Patient: Patient-Centered Outcomes Research, 3(3), 145–157.

부 록

[부록 표 1] 환자-의사 커뮤니케이션(상호작용)이 우울에 미치는 영향 1)

		우울 (Ref: 우울하지 않음)
		Odds ratio (95% CI)
환자-의사 커뮤니케이션		0.868*** (0.834-0.904)
성별	여성	1.000 (Ref)
	남성	0.764*** (0.664-0.880)
연령(세)	18~29	1.000 (Ref)
	30~39	1.109 (0.767-1.605)
	40~49	0.902 (0.649-1.254)
	50~59	1.016 (0.738-1.399)
	60~69	0.735 (0.532-1.015)
	70이상	0.579*** (0.420-0.798)
교육수준	초졸이하	1.000 (Ref)
	중졸이하	1.076 (0.882-1.311)
	고졸이하	0.983 (0.813-1.189)
	대졸이상	0.841 (0.663-1.068)
혼인여부	무	1.000 (Ref)
	유	0.672*** (0.582-0.778)
의료보장	기타	1.000 (Ref)
형태	의료급여	1.870*** (1.497-2.335)
	1분위	1.000 (Ref)
소득수준	2분위	0.966 (0.805-1.160)
	3분위	0.793* (0.643-0.978)
	4분위	0.589*** (0.467-0.744)
	5분위	0.595*** (0.466-0.759)
경제활동	미참여	1.000 (Ref)
여부	참여	0.590*** (0.512-0.680)
장애	미보유	1.000 (Ref)
보유여부	보유	1.375*** (1.149-1.644)
만성질환	미보유	1.000 (Ref)
보유여부	보유	1.980*** (1.557-2.517)

p < 0.05, p < 0.01, p < 0.001

¹⁾ 한국의료패널 연간데이터 중 환자경험과 관련한 설문 문항이 있는 2017, 2018년 2개년도 자료를 활용하여 Pooled Logistic model로 분석한 결과임. 환자-의사 커뮤니케이(상호작용)은 환자경험 관련 설문을 바탕으로 조작적 정의를 시행함. 총 4개의 질문으로 구성된 환자 경험 관련 문항에 각각 0점, 1점을 부여하였으며, 4개 문항의 점수를 합산하여 0~4점 분포로 합산함(전보영 외, 2021).

[부록 표 2] 환자-의사 커뮤니케이션이 주관적 건강에 미치는 영향 2)

		주관적 건강 (Ref: 좋지 않음)
		Odds ratio (95% CI)
환자-의사 커뮤니케이션		1.127*** (1.097-1.159)
성별	여성	1.000 (Ref)
	남성	1.262*** (1.151-1.383)
연령(세)	18~29	1.000 (1.000,1.000)
	30~39	0.889 (0.637-1.240)
	40~49	0.794 (0.599-1.052)
	50~59	0.734* (0.559-0.966)
	60~69	0.757* (0.577-0.994)
	70이상	0.621*** (0.475-0.813)
	초졸이하	1.000 (Ref)
교육수준	중졸이하	1.214** (1.073-1.372)
JE 4 1 E	고졸이하	1.688*** (1.497-1.903)
	대졸이상	1.986*** (1.697-2.324)
혼인여부	무	1.000 (Ref)
	Ŷ	1.123* (1.019-1.238)
의료보장	기타	1.000 (Ref)
형태	의료급여	0.567*** (0.477-0.674)
	1분위	1.000 (Ref)
	2분위	1.226*** (1.092-1.376)
소득수준	3분위	1.673*** (1.463-1.913)
	4분위	1.784*** (1.543-2.062)
	5분위	2.019*** (1.722-2.367)
경제활동	미참여	1.000 (Ref)
여부	참여	1.484*** (1.356-1.624)
장애	미보유	1.000 (Ref)
보유여부	보유	0.522*** (0.464-0.588)
만성질환	미보유	1.000 (Ref)
보유여부	보유	0.288*** (0.234-0.355)

p < 0.05, p < 0.01, p < 0.001

2) 한국의료패널 연간데이터 중 환자경험과 관련한 설문 문항이 있는 2017, 2018년 2개 년도 자료를 활용하여 Pooled Logistic model로 분석한 결과임.

[부록 표 3] 상용치료원 보유가 환자-의사 커뮤니케이션에 미치는 영향3)

		환자-의사 커뮤니케이션
		Coefficient (95% CI)
상용치료원	미보유	1.000 (Ref)
	의원급	0.184*** (0.135-0.234)
보유여부	병원급	0.047 (-0.015-0.108)
성별	여자	1.000 (Ref)
	남성	-0.033 (-0.081-0.014)
연령(세)	18~29	1.000 (Ref)
	30~39	-0.275*** (-0.402-0.148)
	40~49	-0.191** (-0.306-0.077)
	50~59	-0.151* (-0.267-0.036)
	60~69	-0.096 (-0.213-0.021)
	70이상	-0.092 (-0.210-0.026)
	초졸이하	1.000 (Ref)
교육수준	중졸이하	0.002 (-0.072-0.077)
	고졸이하	0.049 (-0.020-0.117)
	대졸이상	0.126** (0.045-0.206)
혼인여부	무 유	1.000 (Ref)
, ,		0.182*** (0.126-0.239)
의료보장	기타	1.000 (Ref)
형태	의료급여	0.057 (-0.055-0.170)
소득수준	1분위	1.000 (Ref)
	2분위	0.019 (-0.054-0.093)
	3분위	0.168*** (0.089-0.247)
	4분위	0.163*** (0.081-0.245)
	5분위	0.144*** (0.059-0.230)
경제활동	미참여	1.000 (Ref)
여부	참여	-0.002 (-0.052-0.047)
장애	미보유	1.000 (Ref)
보유여부	보유	-0.086* (-0.162-0.010)
만성질환	미보유	1.000 (Ref)
보유여부	보유	-0.007 (-0.075-0.061)

 $p^* < 0.05, p^* < 0.01, p^* < 0.001$

³⁾ 한국의료패널 연간데이터 중 환자경험과 관련한 설문 문항이 있는 2017, 2018년 2개 년도 자료를 활용하여 Pooled OLS model로 분석한 결과임.

Abstract

The Association of having a Usual Source of Care with Depression and Self-rated health

Jang Sun-ae

Department of Health Policy and Management

Graduate School of Public Health

Seoul National University

The problems of concentration of tertiary hospitals, excessive use of medical care and waste of medical expenses have been raised in Korea. The main causes are the lack of a primary care system and segmented service delivery systems in Korea. Strengthening primary care systems is a solution for this. Even though there are many studies of the usual source of care(USOC) in Korea, there is still a lack of awareness of USOC. Previous studies are mostly focused on the impact of having USOC on healthcare expenditure and access to healthcare, but the impact on health status is poorly understood. The aim of this study is to identify the association of having a USOC with depression and self-rated health, and outline the direction of policy improvements.

The study used the Korean Health panel data 2012, 2013, 2016, 2017, and 2018 data and panel logit analysis were performed separately in each type of USOC defined as not having, clinic-level, and institutional level.

The results show that having a clinic-level USOC reduces likelihood of experiencing depression and increases the likelihood of experiencing self-rated health. The study suggests that having a USOC significantly affects individual's depression and self-rated health. The study will provide the insights for the policy of a USOC. The study can further provide the evidence of strengthening primary care policies and establishing family doctor system.

keywords: USOC, Usual Source of Care, Primary care,

Depression, Self-rated health

Student Number: 2020-24064