

# 장애인과 비장애인의 의료이용 형평성 분석

변 용 찬

(한국보건사회연구원 선임연구위원)

## 1. 서론

### 1. 연구의 필요성

우리나라에서 장애인은 전통적으로 복지의 사각지대에 놓여져 왔으며, 비장애인에 비해 경제, 보건·의료, 사회적 측면에서 상대적으로 낮은 처우를 받아왔다. 과거 주로 가족이나 지역을 통해 이루어졌던 장애인 보호와 지원은 경제발전과 사회변화에 따라 점차 사회 공동의 지원을 필요로 하게 되어 가고 있다. 우리나라는 그간 경제발전과 함께 생활수준이 향상되고, 복지에 대한 기대도 급격히 높아지고 있다. 이에 따라 장애인에 대한 관심과 복지대책도 점차적으로 증가해 왔으며, 특히 장애인의 의료 접근성도 크게 개선되었다고 할 수 있다.

장애의 발생은 장애인 본인에게는 활동제한뿐만 아니라 정신적인 어려움을 초래하게 되며, 경제적인 측면에서는 경제활동참여에 부정적인 영향을 주게 되어 경제적인 어려움을 초래하게 된다. 이러한 장애로 인한 경제적인 어려움은 장애인 개인의 차원을 넘어, 작게는 장애인 가족, 더 나아가 국가적인 차원에서는 장애인복지 관련 재정의 추가소요와 노동력 상실 등으로 과중한 경제적 비용을 야기하게 된다. 따라서 최선의 장애복지대책은 사전적으로 장애의 발생을 방지하는 것이라 할 수 있다. 특히 이미 발생한 장애에 대해 더 이상 장애가 진행되지 않도록 또는 장애의 진행을 지연시킬 수 있는 의료이용에의 접근성을 높이는 것이 필요하다.

헌법 제36조에 의하면, ‘모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다’고 명시되어 있어서 의료이용에의 접근성은 국민의 기본권의 하나로 인정하고 있다. 그러나 의료서비스는 일반 상품과는 달리 정보의 비대칭성 등의 요인으로 인하여 시장의 원리가 작동하지 않는 시장실패가 나타나고 있어서 정부의 개입이 요구되는 분야이다. 이러한 이유로 인해 정부에서는 의료서비스의 접근성 제고를 위해 국민건강보험제도를 도입하고 있고, 저소득층에 대해서는 의료급여제도를 실시하고 있다.

그러나 여전히 국민 계층간 보건수준에 차이가 있고, 의료 이용에 있어서의 형평성의 문제는 계속 제기되고 있다. 국민의 의료이용에의 형평성은 주로 빈곤층에 대해 많은 연구가 이루어져 왔으나, 대표적인 소외계층인 장애인의 의료 형평성 연구는 상대적으로 미흡한 것이 사실이다.

장애인은 그 특성상 의료 수요가 높은 집단임에도 불구하고, 경제적 능력이 부족하고 이동에 어려움이 많이 있는 관계로 의료이용에 제약이 많은 실정이다. 실제로 2005년도 장애인 실태조사 결과에 의하면, 장애인 가구의 소득수준은 비장애인 가구소득의 52.1%에 불과하며, 장애인의 35.4%는 일상생활에 있어서 타인의 도움이 필요하고, 장애인의 55.2%는 집밖 활동에 불편을 느끼고 있다. 또한 국가에 요구하는 복지 욕구는 1순위가 소득보장이지만, 2순위는 의료보장으로 나타났다(변용찬 외, 2006). 이러한 사실은 장애인의 경우 의료이용에의 욕구가 매우 높음에도 낮은 경제적 능력이나 외출의 어려움으로 인해 의료이용에 불이익

을 받을 소지가 충분히 있는 집단이라고 할 수 있다.

따라서 본 연구에서는 장애인과 비장애인의 의료이용 수준에 대한 분석을 통해 장애인과 비장애인의 의료이용 실태를 살펴보고, 장애인의 주관적 건강상태 및 미충족 의료욕구에 대해 살펴보고자 한다. 또한 의료이용수준에 대한 추정식을 구한 후 이를 통해 장애인과 비장애인의 의료이용 형평성에 대해 고찰해 보고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구는 장애인과 비장애인의 의료이용 수준 분석을 통해 장애인의 의료이용 형평성에 대해 고찰해 보는데 그 목적이 있다. 이를 통해 장애인의 건강권을 확보할 수 있는 방안을 모색하는데 그 부차적인 목적이 있다.

구체적인 목적으로는 첫째, 2005년도에 수행한 국민건강영양조사를 통해 장애인과 비장애인의 건강관련 삶의 질 수준 및 관련 요인을 파악한다. 이를 위해 주관적인 건강상태에 영향을 미치는 요인을 찾아 보고자 한다. 둘째, 한국 장애인과 비장애인의 의료이용 형평성을 분석한다. 이를 위해 장애인과 비장애인의 의료이용수준을 살펴보고, 의료이용 추정식을 통해 장애인과 비장애인의 의료 이용에의 형평성 문제를 고찰해 보고자 한다. 셋째, 장애인과 비장애인의 의료이용에 대한 미충족 욕구를 분석한다.

## II. 이론적 배경

### 1. 형평의 개념

오늘날 사회적 형평의 문제는 대부분의 공공정책에서 논의되고 있는 주요 행정이념이다(이상용, 2004). 그러나 형평이라는 개념은 많은 학자가 정의를 내리고 있음에도 불구하고 여전히 논의의 대상이 되고 있으며, 특히 형평을 측정할 수 있는 방법이 통일되지 못하고 있어서 연구에 어려움이 있다(최병호 외, 2004).

형평이라는 개념의 발달단계를 보면, 먼저 평등이라는 개념이 먼저 정의되고 있다. 아리스토텔레스는 평등(equality)을 모든 사람을 동등하게 취급하는 숫자적 의미의 평등(numerical equality)과 자신의 업적에 따라 다르게 취급을 받는 비례적 의미의 평등(proportional equality)으로 구분하고 있다. 여기에 대해 Neil Gilbert & Harry Specht, and Paul Terrell(1993)는 아리스토텔레스가 말한 비례적 의미의 평등은 개념상의 혼란을 초래하므로 '형평(equity)이라고 부르는 것이 더 적절하며, 이는 정당한 대우(fair treatment)를 의미한다고 하였다. 다만, 자신의 사회에 대한 기여(contribution)에 따라 보상을 받되 자신의 잘못과는 관계없이 기여를 할 수 없는 사람들을 별도로 고려할 필요가 있다고 주장하고 있다. 이러한 형평의 개념은 1834년 영국의 구빈법의 '열등처우의 원칙(the doctrine of less eligibility)'에서 강조된 바 있다.

한편, 배상수(1990)는 형평을 배분적 정의라고 하면서 4가지의 이론적 흐름으로 정리하고 있다. 먼저 자유주의적 관점에 의하면 보건의료서비스를 포함한 재화와 서비스는 수요공급의 법칙이 지배하는 시장에서 개인이 자유롭게 선택을 하도록 해야 하며 정부의 개입은 저소득층에 대한 최소한의 지원에 그쳐야 한다는 것이다. 평등주의적 관점은 건강의 평등을 지향하므로 보건의료에 대한 접근성을 개인의 권리차원에서 다루어야 하며 의료서비스는 필

요에 따라 분배를 해야 한다는 입장이다. 공리주의적 관점은 사회전체의 총효용을 극대화하는 것에 초점을 두고 있으며, 마지막으로 Rawls는 두 가지 원칙을 제시함으로써 자유주의와 평등주의의 조화를 기하고자 하였다. 즉, 첫 번째 원칙은 평등의 원칙으로서 모든 사람이 다른 사람의 자유와 양립할 수 있는 한도 내에서 최대한의 자유에 대해 동등한 권리를 가져야 한다는 것이며, 두 번째 원칙은 차등의 원칙으로서 사회적·경제적 불평등은 정의로운 저축원칙과 양립하면서 최소수혜자에게 최대 이익이 되고 공정한 기회균등의 조건 아래에서 모든 사람에게 개방된 직책과 직위에 결부되도록 배정되어야 한다는 것이다.

한편 문옥륜 외(1995)는 대상의 속성에 따라 의료서비스에 대한 형평의 개념을 수평적인 형평(horizontal equity)과 수직적인 형평(vertical equity)으로 나누고 있다. 수평적인 형평은 모든 사람에게 동등한 치료를 해주는 것, 즉 동일한 것을 동일하게 취급하는 것이고, 수직적 형평은 상태나 요구가 다른 사람에게 다른 치료를 해 주는 것, 즉, 다른 상황에 있는 사람들을 서로 다르게 취급하는 것이다. 인간 각자는 상대적인 욕구가 다르기 때문에 각자의 요구에 맞게 치료를 해 주어야 평등하다고 보는 것으로 이는 주관적인 평등의 개념에 속한다. 이처럼 수직적 형평은 상이한 요구에 대하여 상이한 치료 및 관리를 하는 것으로서, 질병의 이환가능성이 높은 집단에게 좀 더 많은 보건의료자원이 배분되는 것은 수직적 형평을 고려한 배분에 해당된다(이상용, 2004). 따라서 원칙적으로는 보건의료서비스의 동등성을 확보하되, 합리적 차별(affirmative action 등)이 필요한 경우에는 이를 인정하는 것이 더 형평성이 있다고 본다. 다만, 이러한 입장도 어떤 기준을 가지고 합리적 차별을 할 것인지에 관하여 많은 논쟁을 불러일으키게 된다.

본 연구에서는 장애인이 비장애인에 비해 의료적인 욕구가 높기 때문에 비장애인에 비해 더 많은 보건의료자원이 배분되어야 한다는 수직적인 형평의 관점에서 접근하고 있다.

## 2. 보건의료서비스에 있어서의 형평성에 관한 3가지 견해<sup>1)</sup>

보건의료에 있어서 무엇을 가지고 형평성 여부를 판단할 것인가에 대하여 다음과 같이 3가지의 견해로 구분할 수 있다. 첫째는 보건의료서비스의 형평을 의료 자체의 형평과 동일하게 보는 견해로서 건강 자체의 평등에 목표를 두는 견해이다. 의료의 평등은 가장 이상적이고 적극적인 개념이기는 하지만 ‘좋은 건강’이라는 개념이 개인마다 그리고 사회계층마다 다르기 때문에 어느 사회에서도 제도적 장치를 통해서 모든 사람에게 동일한 건강수준을 달성할 수는 없다. 그리고 동일한 건강수준의 달성은 의료서비스 정책의 영역을 넘어서는 것으로서 의료 자체의 평등을 기준으로 진행한 연구는 Black(1980), Townsend & Davison(1982)이 대표적이지만, 매우 드물다. 이러한 견해에 대하여 Catherine E. Ross & John Morowsky(2000)은 건강보험과 사회경제적 불평등의 관계를 연구한 결과, 영국의 NHS와 같은 보편적 의료시스템을 도입하여 의료이용이 보편화되어 있는 나라에서조차 사회경제적 지위에 따른 건강상의 불평등을 의료제도만으로 제거할 수는 없었다고 하였다. 그리고 Sarah Marchand, Daniel Wikler & Bruce Landesman(1998)은 사회계급과 건강에 관한 연구에서 위의 연구와 같은 견해를 펴면서 결국 건강에 있어서의 정의란 개념은 건강자체보다는 의료이용이란 이슈에 귀착될 수밖에 없다고 주장하였다(이상용, 2004, 재인용).

둘째는 보건의료서비스에 대한 접근성(access)의 평등을 형평이라고 간주하는 것으로서, 다르게 표현하면 의료서비스에 대한 기회의 평등을 의미한다. 대표적인 학자로는 Moony, Le

1) 이상용, 장애인의 의료이용 형평성에 관한 분석, 2004 참조.

Grand, Hall 등이 있다. 의료서비스에 대한 접근기회가 평등하게 주어지면 의료의 형평성이 확보된다고 보는 견해이다. 이 견해는 의료서비스를 이용하는데 있어서 제반 비용이 동일하도록 공급측면에서의 장애를 제거하는 것에 정책의 목표를 두면 되고 의료필요와 반드시 연결시킬 필요가 없다는 자유주의적인 입장을 취하는 것이다.

셋째는 의료의 실질 이용량(utilization)의 평등을 형평으로 간주하는 견해로서, 동일한 의료 필요 또는 욕구에 따른 보건의료서비스 이용의 평등을 주장하는 평등주의적 입장을 취한다. Donaldson and Gerard(1993)은 의료에의 접근성이 의료의 형평성을 판단하는 데에 있어서 중요한 요소이기는 하지만 실질적으로 개인의 의료수요가 다르고 특히 소득이 의료이용에 강하게 영향을 미치고 있으므로 접근성의 평등만으로는 부족하다고 주장하고 있다. 접근성은 형평성을 구성하는 한 부분이며 환자의 선호도, 의사의 결정과 같은 것들이 영향을 미친 후의 실제 의료이용을 가지고 형평성 여부를 판단해야 한다고 주장한다. 이들은 의료이용을 '동일한 요구에 대한 동일한 의료비용 지출'과 '동일한 요구에 따른 동일한 의료이용량'으로 구분한다. 이해경·최재성(1997)은 형평에 대한 사회복지적 함의를 모색하면서 사회복지의 주된 기능이 1차적 배분상태를 수정·보완하는 것임을 고려할 때 사회복지에서의 평등의 의미는 기회나 조건의 평등뿐만 아니라 결과의 평등도 포함한다고 하였다.

본 연구에서는 이러한 세 번째 견해를 따라 동일한 의료욕구에 대해서는 동일한 의료이용량이 주어져야 한다는 형평성의 견해에 따라 분석을 진행하고자 한다.

### III. 연구방법

#### 1. 연구 모형

의료이용행태를 설명하는 데 있어 가장 애용되어 온 모형 중의 하나인 Andersen(1968)의 예측 모형에서는 선행요인(predisposing component), 환경적 구성요인(enabling component), 요구요인(need component)의 세 가지 요소가 주요한 영향력을 미치고 있다(문창진, 2002). 이러한 Anderson의 모형은 개인이나 가정이 의료서비스를 받는데 있어서 어떤 요인들이 영향력을 미치는가, 그리고 의료서비스에 대한 접근의 형평성을 어떻게 측정하는가를 설명하고, 의료서비스 접근에 있어서의 형평성을 향상시키기 위한 보건의료정책을 개발하는데 도움을 주고자 개발한 것으로서, 결과론적인 설명에 강한 것으로 받아들여지고 있다.

의료이용행태란 보건의료서비스의 이용행태를 의미하며, 질병행위(illness behavior)와 동일시되기도 한다. 질병행위란 자신의 신체이상을 임상적으로 검증하기 위하여 보건의료기관을 방문하여 검진을 받는 것이다. 이때 어떠한 기관을 이용하는가, 얼마나 자주 이용하는가, 누구와 의논하는가 등은 의료 서비스 이용의 행태로 간주되는 것으로서 본 연구에서는 의료이용행태를 의료서비스 기관을 얼마나 자주 이용하는가를 가지고 측정하였다.

앤더슨모형이 제시하고 있는 각각의 요인에 대해 살펴보면, 먼저 선행요인(Predisposing component)은 질병의 발생 이전단계에서부터 존재해 왔던 개인 및 가족특성들을 총칭하는 것으로서 선행요인은 인구학적 변수(연령, 성, 혼인상태), 사회구조적 변수(교육수준, 가구주의 직업, 인종 등), 건강과 의료에 대한 믿음과 태도로 구성되어 있다. 이러한 선행요인들은 의료이용의 직접적인 인자라기보다는 의료이용경향의 차이를 설명하는 변수로 해석된다. 본 연구에서는 이러한 선행요인을 구성하는 변수로서 성, 연령, 가구원 수를 채용하였다.

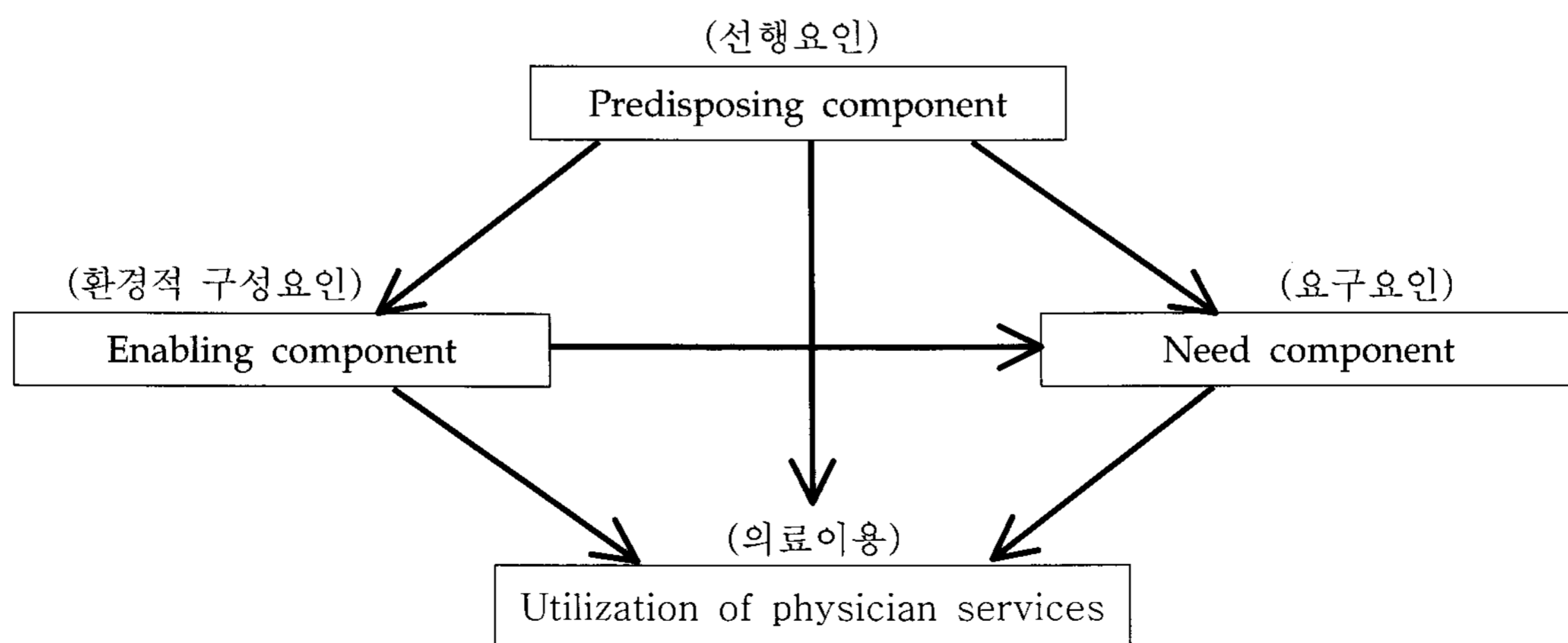
둘째, 환경적 구성요인(Enabling component)은 의료이용을 가능하게 하여주는 지역사회와

개인의 자원을 의미한다. 선행요인에는 차이가 없더라도 의료이용에 차이가 생길 수 있는데, 의료이용에 있어서의 제약 요인이 바로 환경적 구성요인으로서 두 가지로 구분된다. 그 하나는 가족자원(family resources)으로서 가족의 소득, 저축액, 의료보장여부, 의료보장형태, 단골 의료기관여부 등이며, 또 다른 하나는 보건 의료 서비스 자원, 즉 의료인력 및 시설의 분포, 교통거리, 대기시간 등으로 구성된 지역사회 자원들(community resources)이다. 본 연구에서는 이러한 환경적 구성요인에 관한 변수로서 거주지역, 가구소득, 직업계층, 건강보험 가입 유형을 채용하였다.

셋째, 요구요인(Need component)이란 선행요인과 환경적 구성요인이 다 갖추어져 있다고 하더라도 궁극적으로 의료이용을 결정케 되는 것은 질병의 인지 및 질병에 대처하는 방식이다. 즉 자신의 건강, 질병의 증상과 장애 정도에 대한 관점에 따라 자신의 병이나 고통에 대한 심각성을 판단한 후에 의료 전문가의 도움을 구할 것인가를 결정하게 하는 요인이다. 따라서 요구요인은 의료서비스를 이용할 것인가의 여부를 결정하는데 있어서 가장 직접적이고 영향력이 큰 요인으로서 ‘인지된 욕구(perceived need)’와 ‘평가된 욕구(evaluated need)’로 구분된다. 인지된 욕구는 선행요인과 환경적 구성요인이 정해진 상황에서 의료서비스의 도움을 받거나 의료를 소비하고자 하는 욕구로서, 실제로는 사회구조나 건강에 대한 믿음 등의 소인적 특성(즉 선행요인)과 관련이 있다. 평가된 욕구는 환자의 건강상태와 환자의 의료 서비스 요구에 대한 의료 전문가의 판단을 근거로 한 의료서비스에 대한 욕구로서, 생물학적인 과학을 근거로 한 신뢰할 만한 욕구이기는 하지만 이것도 사회적 요인과 과학의 변천, 판단을 하는 의료인의 전문성 정도에 영향을 받게 된다. 인지된 욕구는 의료서비스의 도움을 필요로 하는 사람이 의료기관에 올 것인가를 결정하는데 작용하지만, 실제로 어떤 종류의 의료서비스를 어느 정도 제공할 것인가에 대한 판단은 의료 공급자의 평가된 욕구에 의해 좌우된다.

앤더슨의 의료이용행태 모형의 세가지 구성 요인은 각각 독립적으로 의료이용에 영향을 미치고 있지만, 특히 세가지 요인 중에서 가장 직접적으로, 그리고 보다 큰 영향력을 행사하고 있는 요인은 요구요인으로 평가받고 있다. 본 연구에서는 암, 관절염 등 만성질환 유무와 식사하기 등 일상생활동작(ADL) 수행능력, 그리고 장애 여부 변수를 요구 요인으로 채용하였다. 이러한 앤더슨의 의료이용행태모형을 그림으로 제시하면 다음과 같다.

그림 1. 의료이용에 대한 앤더슨의 예측 모형



## 2. 변수의 조작적 정의

본 연구에서 사용한 자료는 2005년도에 실시된 국민건강영양조사(강은정 외, 2006) 원자료이며, 분석에 사용된 변수는 다음과 같이 조작하였다.

<표 1> 본 연구에 사용된 변수의 조작적 정의

요인	변수	조작적 정의
선행요인	성	남자=1, 여자=0
	연령	만연령(세)
	가구원수	실수(명)
환경적 구성요인	거주지역	동=1, 읍면=0
	건강보험유형	의료급여자=1, 지역·직장가입자=0
	가구소득	LN(가구소득(만원))
	직업계층(김혜련, 2002) <sup>2)</sup>	1. 상위 및 중상위층, 2. 신중간층, 3. 구중간층, 4. 근로계층, 5. 하위계층, 6. 주부 및 기타
요구요인	만성질환 <sup>3)</sup>	있음=1, 없음=0
	일상생활동작 수행능력 <sup>4)</sup>	제한 있음=1, 제한 없음=0
	장애여부 <sup>5)</sup>	있음=1, 없음=0
	장애등급	0=장애없음, 1=6급, 2=5급, 3=4급, 4=3급, 5=2급, 6=1급
의료이용 (종속 변수)	주관적 건강상태	매우 나쁨 =1, 나쁨=4, 보통=3, 좋음=4, 매우 좋음=5
	지난 2주간 외래이용횟수	횟수
	지난 1년간 입원횟수	횟수
	의료 미충족 욕구 <sup>6)</sup>	있음=1, 없음=0

## 3. 분석방법

장애인과 비장애인의 의료이용의 형평성 분석을 위하여 본 연구에서는 먼저 앤더슨 모형에서 제시되고 있는 각각의 요인에 대한 특성 분석을 시도하였다. 선행요인으로서 성, 연령,

2) 직업계층은 경제활동상태에서 직업 대분류와 함께 종사상의 지위를 조합하여 만들어졌음. 계층 1은 직업대분류에서 의회의원, 고위임직원 및 관리자, 그리고 전문가가 해당되며, 이를 상위 및 중상위계층이라 할 수 있음. 계층 2는 직업분류에서는 기술자 및 준전문가이면서 종사상의 지위는 고용주 또는 근로자이거나, 또는 직업분류에서는 기능근로자이지만 종사상의 지위는 고용주인 자로서 신중간층에 해당됨. 계층 3은 기술자 또는 준전문가 또는 기능근로자인 자로서 종사상의 지위는 자영자이거나, 또는 판매서비스 종사자로서 종사상의 지위가 고용주 또는 자영자인 경우로서 구중간층에 해당됨. 계층 4는 노동계층으로서 기능근로자 또는 판매서비스 종사자로서 종사상의 지위가 근로자인 자가 해당됨. 계층 5는 단순노무직 또는 농어업 종사자로서 하위계층에 해당됨. 그리고 마지막 계층 6은 주부, 무직 또는 학생, 군인, 기타인자로서 기타 및 무직 계층에 해당됨 (김혜련, 2002 참조)

3) 만성질환에는 암, 근골격계, 내분비대사성질환, 소화기계, 순환기계, 호흡기계, 눈, 귀, 치아/구강의 질환을 지난 1년간 3개월 이상 앓았거나 현재 앓고 있는 경우 해당됨.

4) 일상생활동작은 옷입기, 세수하기, 목욕하기, 식사하기, 침상에서 밖으로 이동하기, 화장실 사용하기, 대소변 조절하기의 7개로서 이러한 동작에 하나이상의 부분도움이거나 완전 의존상태에 있는 경우 수행능력에 제한이 있는 것으로 정의하였음.

5) 장애인으로 등록되어 있을 경우 장애가 있는 것으로 정의하였음.

6) 의료 미충족 욕구는 지난 1년간 필요한 의료서비스를 받지 못하거나 늦게 받은 적이 있는 경우 미충족 욕구가 있는 것으로 정의



가구원수에 있어서의 장애인과 비장애인의 차이를 검토하였다.

환경적 구성요인인 거주지역, 건강보험 유형, 가구소득, 그리고 직업계층별 장애인과 비장애인의 차이를 검토하였으며, 만성질환과 일상수행능력에 있어서의 차이를 비교하여 보았다. 이러한 두 집단간 차이 분석을 위해 교차분석이 활용되었다.

종속변수인 의료이용에 있어서의 차이 분석을 위해 먼저 주관적 건강상태의 차이를 비교하였으며, 지난 2주간 외래이용횟수, 지난 1년간 입원 횟수를 비교하였다. 마지막으로 의료미충족 욕구에 대한 분석을 통해 두 집단간 의료에 대한 미충족 욕구의 차이점을 비교하였다. 다변량분석으로서 먼저 주관적 건강상태, 외래이용횟수, 입원횟수에 대해서는 회귀분석을 하였으며, 의료미충족 욕구 변수의 요인 분석을 위해서는 종속변수가 2분 변수인 관계로 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

#### IV. 분석결과

##### 1. 장애인과 비장애인의 요인별 특성 분석

###### 가. 선행 요인

본 연구에서는 선행요인으로 성별, 연령, 그리고 가구원수 변수를 채용하였다. 먼저 성별 분포의 장애인과 비장애인의 차이를 보면, 비장애인 가운데 남자의 비율은 47.3%인데 비해 여자는 52.7%로서 여자가 많은 분포를 보이고 있으나, 장애인의 경우에는 남자의 비율이 65.1%로서 여자의 34.9%에 비해 30.2% 포인트 많은 것으로 나타났다. 이처럼 장애인 가운데 남성의 비율이 높은 것은 남성의 경우 여성에 비해 산재 등 사고의 위험이 높을 뿐만 아니라 음주, 흡연율이 높아 건강 행태에 있어서도 고위험군에 속하기 때문에 장애 남성의 비율이 장애 여성에 비해 높게 나타나고 있다.

연령별 분포의 차이를 보면, 비장애인의 경우 17세 까지의 아동의 비율이 24.9%, 청년기(18-39세)의 비율이 31.5%, 장년기(40-64세)의 비율이 33.2%, 그리고 노년기(65세 이상)의 비율이 10.4%의 분포를 보이고 있으나, 장애인의 연령분포를 보면, 아동기는 4.3%, 청년기는 16.7%로 그 비율이 낮은 반면, 장년기의 비율은 51.4%, 그리고 노년기의 비율은 27.6%로서 주로 장년기와 노년기에 집중되어 있는 현상을 보이고 있다. 특히 노년기는 비장애인의 10.4%에 비해 2배 이상 높은 비율을 보이고 있는데, 이는 고령화로 인하여 뇌졸중, 관절염, 각종 암 등 장애를 유발하는 질환에 이환되는 비율이 높기 때문으로 사료된다. 이러한 사실은 2005년도 장애인 실태조사 결과 장애의 원인이 주로 질병이나 사고 등 후천적 원인에 의한 비율이 89.0%로 높다는 사실(변용찬 외, 2006)과 일맥상통하는 결과로 해석된다.

한편 가족 자원을 나타내는 가구원 수의 분포를 보면, 비장애인 가구의 경우 4인 가족의 비율이 36.0%로 가장 높고, 다음이 3인 가족으로서 23.1%를 차지하고 있으나, 장애인 가구의 경우 2인 가족의 비율이 34.9%로 가장 높은 것으로 나타났다. 특히 혼자 살고 있는 1인 가구의 비율이 비장애인의 경우 6.3%이나, 장애인의 경우 독거 가구의 비율은 9.9%로서 높은 것으로 나타나, 장애로 인한 생활의 어려움이 있음에도 불구하고, 장애인을 지원해 줄 수 있는 가족의 자원이 빈약함을 반영하는 것으로 해석된다.

이러한 선행요인에 대한 특성분석 결과를 보면, 장애인은 비장애인에 비해 남성이 많으며, 연령은 장년층과 노년층에 집중되어 있으며, 가족 자원은 상대적으로 빈약하다는 것임을 시사하는 것으로 보인다.

<표 2> 선행요인 특성별 장애인과 비장애인의 분포

선행요인		비장애인		장애인	
		수	%	수	%
성별	남자	15,662	47.3	698	65.1
	여자	17,427	52.7	375	34.9
연령	- 17	8,246	24.9	46	4.3
	18-39	10,410	31.5	179	16.7
	40-64	10,982	33.2	552	51.4
	65 +	3,434	10.4	296	27.6
가구원 수	1명	2,071	6.3	106	9.9
	2명	5,729	17.3	374	34.9
	3명	7,627	23.1	255	23.8
	4명	11,902	36.0	206	19.2
	5명	4,052	12.2	69	6.4
	6명 이상	1,698	5.1	63	5.9
계		33,072	100.0	1,073	100.0

#### 나. 환경적 구성요인

환경적 구성요인으로서는 거주지역, 건강보험 가입 형태, 가구 소득, 그리고 직업계층의 변수가 사용되었다. 먼저, 거주지역을 보면, 읍면지역에 거주하고 있는 비율은 비장애인이 17.9%이나, 장애인은 27.7%로서 장애인의 경우 농촌에 거주하고 있는 비율이 비장애인에 비해 높은 것으로 나타났다. 이러한 사실은 선행요인 가운데 장애인의 비율이 노년층의 비율이 높은 것과 관련이 있는 것으로 해석된다. 따라서 의료 욕구가 높은 장애인이 상대적으로 농촌지역에의 거주비율이 높게 나타남으로써 의료기관의 분포가 불균형하게 분포되어 있는 현실에서 장애인의 경우 의료이용에 제약이 있을 수 있음을 시사하는 것으로 해석된다.

가입하고 있는 건강보험의 유형을 보면, 비장애인은 직장이나 지역가입자의 비중이 높은 반면, 장애인은 의료급여를 받고 있는 비율이 높게 나타나, 경제적으로 열악한 상태에 있는 비율이 높은 것으로 나타났다. 의료급여의 혜택을 받고 있는 비장애인은 3.4%에 불과하지만, 장애인의 경우 동 비율이 21.8%나 되고 있다. 이러한 사실은 경제적으로 열악한 상태에 있는 장애인의 비율이 높음을 시사하는 것이다. 실제로 장애인 가구의 월 평균 가구소득은 156.8만원으로 비장애인의 246.1만원에 비해 63.7% 수준에 불과하여 경제적 능력이 미약함을 알 수 있다. 이러한 사실은 장애인의 의료이용에 있어서 경제적 능력 미약은 하나의 제약 요인이 됨을 알 수 있다. 다만, 의료급여의 비율이 높기 때문에 이러한 제도의 도움으로 장애인도 의료에의 접근성이 높아질 수 있는 기회가 됨을 유추해 볼 수 있다.

한편, 직업계층별 장애인과 비장애인의 분포를 보면, 먼저 직업별 계층의 수준이 상위 및 중상계층에 속하는 인구의 분포는 비장애인 가운데에서는 3.8%이지만, 장애인 가운데에서는 0.9%에 불과하며, 신중간층은 비장애인이 11.3%이나 장애인은 4.9%에 불과하여 장애인의 직업적 계층은 매우 낮은 수준에 있음을 알 수 있다. 또한 하위계층의 경우 비장애인은 11.0%의 분포를 보이지만, 장애인은 동 비율이 18.3%로 높고, 또한 주부, 무직 및 기타의 비율은 비장애인 가운데에는 55.6%이지만, 장애인에서는 동 비율이 60.3%로 높았다. 이러한 사실은 장애인은 비장애인에 비해 상위 또는 중상위계층, 그리고 신중간층이 낮은 반면, 하위계층이나, 무직 등의 비율이 높은 것으로 주로 직업적 계층 수준이 낮은 계층에 밀집되어 있음을 알 수 있다. 이처럼 직업적 계층 수준이 낮기 때문에 벌어들이는 소득 수준도 낮게



된다.

이러한 환경적 구성요인의 특성을 보면, 장애인은 비장애인에 비하여 읍면지역에의 거주비율이 높고, 의료급여 수혜율이 높으며, 가구소득이 낮고, 직업적 계층 수준도 낮아 자원의 측면에서 비장애인에 비해 매우 불리한 위치에 있음을 알 수 있다. 따라서 의료이용을 가능하게 하여주는 지역사회 및 개인의 자원이 빈약한 실정에 있는 것으로 나타났다.

<표 3> 환경적 구성요인별 장애인과 비장애인의 분포

환경적 구성요인		비장애인		장애인	
		수	%	수	%
거주지역	읍면지역	5933	17.9	297	27.7
	동지역	27146	82.1	776	72.3
건강보험 유형	지역	13458	40.7	386	36.0
	직장	18391	55.7	453	42.2
	의료급여 1종	554	1.7	173	16.1
	의료급여 2종	562	1.7	61	5.7
	미가입	76	0.2	0	0.0
평균 가구 소득		246.1만원		156.8만원	
직업계층 별	1. 상위 및 중상위층	1253	3.8	10	0.9
	2. 신중간층	3741	11.3	53	4.9
	3. 구중간층	2147	6.5	91	8.5
	4. 근로계층	3914	11.8	76	7.1
	5. 하위계층	3633	11.0	196	18.3
	6. 주부 및 기타	18391	55.6	647	60.3
계		33,072	100.0	1,073	100.0

#### 다. 요구요인

요구요인으로는 지난 1년간 3개월 이상 앓았거나 현재 앓고 있는 만성질환의 이환 여부, 일상생활동작(ADL) 수행 능력, 그리고 장애인의 경우 장애등급을 사용하였다. 다만, 장애등급은 다변량분석에서는 사용하지 않았다.

먼저, 만성질환에의 유병 비율을 보면, 장애인에게서 만성질환 비율이 높게 나타나고 있다. 만성질환으로서 앓을 가지고 있는 비율은 비장애인 가운데에서는 0.8%이지만, 장애인의 경우 동 비율이 3.0%나 되고 있으며, 근골격계의 경우 비장애인은 15.8%이지만, 장애인은 37.5%나 되고 있다. 순환기계 질환의 경우 비장애인은 17.8%이지만, 장애인은 41.9%나 되고 있는 등 모든 만성질환에의 유병 비율이 장애인에게서 비장애인보다 높은 것으로 나타났다. 이러한 사실은 장애인의 경우 비장애인에 비해 의료 욕구가 높음을 시사하는 것으로 해석된다.

일상생활 수행능력을 보면, 비장애인은 목욕하기를 제외하고는 수행능력에 제약이 있는 사람의 비율은 모두 1% 미만의 분포를 보이고 있으며, 목욕하기의 경우 1.4%의 비장애인이 제약을 가지고 있었다. 이에 비해 장애인은 목욕하기는 22.8%의 장애인이 제약을 가지고 있으며, 옷입기 제약이 있는 비율은 14.1%, 세수하기의 경우 12.7%가 제약을 가지고 있다. 이처럼 장애인의 경우 비장애인에 비하여 일상생활동작 수행능력에 제약을 가지고 있는 비율이 매우 높아 타인의 도움이 필요함을 알 수 있으며, 의료이용에의 욕구도 높을 것으로 추정된다.

한편, 장애등급은 장애인에게만 해당되는 것으로서, 장애상태가 가장 심한 1급이 9.4%, 2급

이 20.9%를 차지하고 있으며, 장애상태가 상대적으로 경한 6급은 20.5%인 것으로 나타났다. 이러한 요구요인을 보면, 의료이용에 가장 큰 영향을 미치는 요인으로서 장애인이 비장애인에 비해 만성질환 유병률이나 일상생활동작 수행 능력에의 제약이 있는 비율이 높아 의료욕구도 클 것으로 추정된다.

<표 4> 요구요인별 장애인과 비장애인의 분포

요구요인		비장애인		장애인	
		수	%	수	%
만성질환 유병상태	압	256	0.8	32	3.0
	근골격계	5241	15.8	402	37.5
	내분비대사성	1585	4.8	171	15.9
	소화기계	2491	7.5	148	13.8
	순환기계	5882	17.8	450	41.9
	호흡기계	3418	10.3	150	14.0
	눈·귀	1222	3.7	132	12.3
	치아구강	8761	26.5	469	43.7
	기타	5365	16.2	259	24.1
일상생활수 행능력제약 자의 비율	옷입기	147	0.4	151	14.1
	세수하기	160	0.5	136	12.7
	목욕하기	452	1.4	245	22.8
	식사하기	88	0.3	84	7.8
	침상에서 밖으로 이동하기	66	0.2	57	5.3
	화장실 사용하기	82	0.2	78	7.3
	대소변 조절하기	261	0.8	97	9.0
장애등급	1급	-	-	101	9.4
	2급	-	-	224	20.9
	3급	-	-	199	18.5
	4급	-	-	151	14.1
	5급	-	-	175	16.3
	6급	-	-	220	20.5
계		33,072	100.0	1,073	100.0

## 라. 의료이용 요인

### 1) 주관적 건강상태

만성질환 유병율과 같은 건강지표보다는 객관성은 떨어지지만, 일상생활에서 느끼는 주관적인 건강상태는 의료 이용에 영향을 미치고 있다. 장애인의 경우 비장애인에 비해 주관적인 건강상태가 나쁘다고 느끼고 있는 비율이 높게 나타났으며, 주관적 건강상태에서 매우 좋다고 응답한 비율은 비장애인의 경우 7.0%이지만, 장애인의 경우 동 비율은 1.5%에 불과하였다.

비장애인의 경우 자신의 주관적 건강상태가 좋다 또는 매우 좋다고 느끼는 비율은 54.3%인데 반해, 장애인의 경우 동 비율은 17.5%에 불과하며, 비장애인의 경우 자신의 주관적 건강상태가 나쁘다 또는 매우 나쁘다고 느끼는 비율은 15.0%인데 반해, 장애인의 경우 동 비율은 56.9%이었다.

이러한 사실은 장애인이 비장애인에 비해 주관적 건강상태가 나쁘다고 느끼는 비율이 높음을 나타내는 것으로서 만성질환 유병률이나 일상생활동작 수행능력에의 제약 정도가 높은 장애인이 주관적 건강상태가 나쁘다고 느끼는 비율이 높은 것은 어떤 면에서는 당연한 결과일 수 있음을 나타낸다.

<표 5> 주관적 건강상태별 장애인과 비장애인의 분포

		비장애인		장애인	
		수	%	수	%
주관적 건강상태	매우 좋음	2297	7.0	16	1.5
	좋음	15480	47.3	172	16.0
	보통	10061	30.7	274	25.6
	나쁨	4348	13.3	438	40.9
	매우 나쁨	569	1.7	172	16.0
계		32,755	100.0	1,072	100.0

## 2) 의료이용량

의료이용량은 외래이용횟수와 입원횟수로 측정하였는바, 장애인은 비장애인에 비해 외래이용횟수와 입원 횟수 모두 많은 것으로 나타났다. 비장애인의 경우 평균 외래이용횟수는 0.56회인데 비해 장애인은 1.08회로서 높으며, 지난 1년간 입원횟수 역시 비장애인은 0.096회이지만, 장애인은 0.289회로서 높은 것으로 나타났다.

이처럼 장애인이 비장애인에 비해 의료 이용량이 많은 것은 만성질환 유병률이 높고, 일상생활동작 수행능력이 낮은 장애인으로서는 당연한 결과인 것으로 해석되지만, 문제는 이러한 수준이 과연 형평성이 있는가를 나타내는 지표로 받아들일 수 있는가이다. 즉, 장애인이 비장애인에 비해 높은 외래이용횟수와 입원 횟수를 보이지만, 장애인의 건강 수준에 걸 맞는 의료이용량인가에 대해서는 추후 검토할 것이다.

<표 6> 장애인과 비장애인의 의료이용량 분포

		비장애인		장애인		T-test	
		수	평균	수	평균	t	sig
의료 이용량	외래이용횟수	33,079	0.56	1,073	1.08	-8.441	.000
	입원 횟수	33,079	0.096	1,073	0.289	-8.211	.000

## 3) 의료에 대한 미충족 욕구 여부

지난 1년간 필요한 의료서비스를 받지 못하거나, 늦게 받은 적이 있는 가라는 질문을 통해 생성된 의료 욕구의 미충족도의 장애인과 비장애인의 차이를 보면, 비장애인은 13.2%가 의료의 미충족도를 보이고 있으나, 장애인의 경우 이의 두 배인 26.0%가 의료 욕구가 미충족 상태임을 보여주고 있다. 미충족 이유를 보면, '경제적인 이유로'를 비장애인의 경우 48.7%가 지적하고 있는데 비하여 장애인의 경우 67.1%가 지적하고 있어 다수를 차지하고 있으며, 두 번째로 높은 이유는 '직장을 비울수가 없어서'로서 비장애인은 32.1%, 장애인은 15.2%가 지적하고 있다. 이처럼 대부분의 경우 경제적인 이유로 인해 의료욕구가 있음에도 불구하고 의료욕구가 충족되지 못하고 있는 것으로 보인다.

이러한 사실은 장애인은 비장애인에 비해 의료 이용량이 많음에도 불구하고 '의료 미충족

도 역시 높다'는 사실은 의료 서비스가 같은 수준의 의료욕구 상태일 때 형평성있게 배분되고 있는 가라는 즉 수직적 형평을 달성하고 있는가라는 질문을 하게 만든다고 할 수 있다. 이러한 연구 질문에 대한 해답을 구하기 위하여 다변량 분석을 시도할 것이다.

<표 7> 장애인과 비장애인의 의료에 대한 미충족 욕구

	비장애인		장애인		T-test	
	수	평균	수	평균	t	sig
의료에 대한 미충족욕구	33,079	13.2%	1,073	26.0%	-9.434	.000

이러한 사실을 요약해 보면, 앤더슨 모형에서 제시하고 있는 선행요인, 환경적 구성요인, 그리고 요구 요인별 특성 별로 의료 이용량에 대한 이변량 분석 결과, 장애인의 경우 비장애인에 비해 남자의 비율이 높고, 연령이 많으며, 독거의 비율이 높았다. 직업계층은 하위 또는 무직 등 기타에 집중되어 있고, 의료급여 수혜 비율이 높으며, 읍면 지역 거주 비율이 높았다. 또한 월 평균 가구소득은 156.8만원으로 비장애인의 246.1만원에 비해 63.7% 수준에 불과하였다. 또한 3개월 이상 지속되는 만성 질환에의 유병률이 높으며, 일상생활 동작 수행능력에 제약을 받고 있는 비율이 높았으며, 이러한 사실로 주관적 건강상태가 나쁘다고 인식하고 있는 비율이 높았다. 따라서 장애인은 비장애인에 비해 의료이용량이 많은 특성을 보여주고 있으나, 동시에 의료에 대한 미충족 욕구도 높아서 형평성 있는 의료자원의 배분이 이루어지고 있는가를 검정하기 위한 다변량분석이 필요하다고 할 수 있다.

## 2. 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인에 대한 회귀분석

주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인에 대해 회귀분석을 통해 분석해 보았다. 비장애인의 경우 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 보면, 선행요인에 있어서는 남성이 여성에 비해 주관적 건강상태가 좋으며, 연령이 늘어날수록 주관적 건강상태가 좋다고 응답하는 비율은 낮아지고 있다. 그리고 가구원 수가 늘어날수록 주관적 건강상태가 좋다고 응답하는 비율은 낮아지고 있다. 즉, 남성이 여성에 비해, 연령이 어릴수록, 그리고 가구원 수가 적을수록 주관적 건강상태가 좋은 것으로 생각하고 있는 것으로 추정된다. 그리고 환경적 구성요인에서는 의료급여여부, 가구 소득, 직업계층 변수가 유의한 것으로 나타났다. 의료급여 수혜자일수록, 가구소득이 낮을수록, 직업계층이 낮을수록 주관적 건강상태도 나쁜 것으로 나타났다. 요구요인으로서 만성질환이나 ADL 제한이 있는 경우 주관적 건강상태가 나쁜 것으로 나타났다.

장애인의 경우에도 비장애인과 유사한 경향을 보여주고 있다. 다만, 가구소득은 주관적 건강상태에 영향을 미치지 않는 것으로 나타나 비장애인과 차이를 보이고 있다. 다만, 비장애인의 경우 연령 변수가 상대적으로 중요한 것으로 나타났으나, 장애인의 경우 ADL 제한 여부가 중요한 요인이었다. 장애인과 비장애인을 통합한 모형에서는 거의 같은 결과를 보여주고 있으나, 장애가 있을 경우 주관적 건강상태는 낮아지는 것으로 추정된다. 전체 모델 II에서는 장애여부 대신 장애등급을 사용하여 분석한 것으로 전체적으로 장애여부를 사용하였을 때와 큰 차이는 없었다.

<표 8> 장애인과 비장애인의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인에 대한 회귀분석

요인	비장애인		장애인		전체 I		전체 II		
	b	beta	b	beta	b	beta	b	beta	
상수	3.580***	-	3.907***	-	3.606***	-	3.604***	-	
선행 요인	성(남자)	.090***	.052	.059	.029	.089***	.050	.088***	.050
	연령	-.012***	-.294	-.008***	-.136	-.012***	-.287	-.012***	-.290
	가구원수	-.010**	-.015	-.022	-.030	-.011**	-.016	-.011**	-.016
환경적 구성요 인	거주지역(동)	.014	.006	-.108	-.049	.009	.004	.010	.004
	의료급여자	-.288***	-.060	-.284***	-.119	-.288***	-.063	-.279***	-.061
	가구소득	.129***	.111	.061	.053	.127***	.108	.127***	.108
요구 요인A	직업계층	-.040***	-.074	-.104***	-.132	-.042***	-.074	-.041***	-.074
	만성질환 여부	-.361***	-.208	-.564***	-.222	-.367***	-.206	-.367***	-.206
요구 요인B	ADL 제한 여부	-.591***	-.090	-.528***	-.236	-.583***	-.104	-.539***	-.096
	장애여부	-	-	-	-	-.400***	-.079	-	-
	장애등급	-	-	-	-	-	-	-.114***	-.083
R Square		.290		.253		.314		.315	
F		1455.9		39.2		1519.4		1522.1	
df		(9, 32106)		(9, 1041)		(10, 33156)		(10, 33156)	
sig.		.000		.000		.000		.000	

주: \* p<0.05 \*\* p<0.01 \*\*\* p<0.001

### 3. 의료이용량에 영향을 미치는 요인에 대한 회귀분석

#### 가. 외래이용횟수

비장애인의 경우 외래이용횟수에 영향을 미치는 요인을 보면, 선행요인으로서 성별, 연령, 그리고 가구원 수가 영향을 미치고 있다. 성별의 경우 여자의 외래이용횟수가 높으며, 연령이 높을수록, 그리고 가구원 수가 적을수록 외래이용횟수가 많은 것으로 보인다. 환경적 구성요인에서는 의료급여자일수록, 가구소득이 낮을 수록, 그리고 직업계층이 하위일수록 외래이용횟수가 많으며, 요구요인으로서 만성질환이나 ADL에 제한이 있는 경우 외래이용횟수가 많았다.

장애인의 경우 연령이 높을 수록, 가구원수가 적을 수록 외래이용횟수가 많으며, 의료급여자일수록 외래이용횟수가 많았다. 또한 만성질환이 있는 경우 외래이용횟수가 많았다. 통합 모형에서도 유사한 경향을 보여주고 있다. 다만, 장애가 있을 경우 외래이용횟수를 0.188회 높이는 효과가 있는 것으로 추정된다. 전체 모델 II에서는 장애여부 대신 장애등급을 사용하여 분석한 것으로 전체적으로 장애여부를 사용하였을 때와 큰 차이는 없었다.

<표 9> 장애인과 비장애인의 외래이용횟수에 영향을 미치는 요인에 대한 회귀분석

요인		비장애인		장애인		전체 I		전체 II	
		b	beta	b	beta	b	beta	b	beta
상수		.249**	-	-.382	-	.231**	-	.232**	-
선행 요인	성(남자)	-.075***	-.028	-.114	-.027	-.077***	-.029	-.075***	-.028
	연령	.003***	.044	.014**	.117	.003***	.050	.003***	.051
	가구원수	-.017*	-.016	-.140*	-.096	-.021**	-.020	-.021**	-.020
환경적 구성 요인	거주지역(동)	-.021	-.006	.098	.022	-.017	-.005	-.017	-.005
	의료급여자	.295***	.040	.455**	.094	.312***	.045	.315***	.045
	가구소득	-.034**	-.019	.070	.030	-.032**	-.018	-.033**	-.018
	직업계층	.072***	.087	.078	.049	.074***	.087	.074***	.087
요구 요인A	만성질환 여부	.264***	.099	.402*	.078	.263***	.097	.265***	.098
	ADL 제한 여부	.532***	.053	-.021	-.005	.383***	.045	.385***	.045
요구 요인B	장애여부	-	-	-	-	.188***	.024	-	-
	장애등급	-	-	-	-	-	-	.036**	.017
R Square		.038		.060		.042		.042	
F		142.5		7.3		146.4		145.5	
df		(9, 32389)		(9, 1042)		(10, 33440)		(10, 33440)	
sig.		.000		.000		.000		.000	

주: \* p<0.05 \*\* p<0.01 \*\*\* p<0.001

#### 나. 입원 횟수

비장애인의 경우 입원횟수에 영향을 미치는 요인을 보면, 남자일수록, 연령이 많을수록, 그리고 의료급여자일수록, 직업계층이 낮을수록 입원횟수가 많아지고 있으며, 만성질환이나 ADL 제한이 있는 경우 입원횟수가 많아지고 있다. 장애인의 경우 유의한 변수는 거주지역이며, 동 지역에 거주할수록 입원횟수가 많아지고 있어서 의료자원이 도시에 분포한 영향을 보여주는 것으로 해석된다. 또한 만성질환이 있을수록 입원횟수도 많아지고 있다. 통합모형에서는 장애가 있을 경우 입원횟수를 0.087회 만큼 증가시키는 효과가 있는 것으로 추정된다. 전체 모델 II에서는 장애여부 대신 장애등급을 사용하여 분석한 것으로 전체적으로 장애여부를 사용하였을 때와 큰 차이는 없었다.

#### 4. 의료에 대한 미충족 욕구에 대한 로지스틱 회귀분석

의료에 대한 미충족 욕구에 영향을 미치는 요인으로서 비장애인의 경우 성, 가구원수, 거주지역, 의료급여 수급자, 가구소득, 직업계층, 만성질환여부, ADL 제한 여부가 영향을 미치고 있었다. 미충족 욕구는 남자보다는 여자가, 가구원수가 많을수록, 동지역 거주자, 의료급여 수급자, 가구소득이 낮을수록, 직업계층이 하위일수록, 그리고 만성질환이 있는 경우 높아지는 것으로 추정되고 있다.

한편, 장애인의 경우 연령이 높을수록 미충족 욕구는 낮아지고 있으며, 가구원수가 많을수록 욕구는 높아지고 있다. 또한 가구소득이 낮을수록 미충족 욕구는 높아지고 있으며, 만성질환이 있으면 미충족 욕구는 높아지고 있다. 통합모형에서 보면, 장애가 있는 경우 장애인의 경우 비장애인에 비하여 1.244배 미충족 욕구가 높은 것으로 나타나고 있다. 전체 모델 II에서는 장애여부 대신 장애등급을 사용하여 분석한 것으로 전체적으로 장애여부를 사용하였을 때와 큰 차이는 없었다.



<표 10> 장애인과 비장애인의 입원횟수에 영향을 미치는 요인에 대한 회귀분석

요인		비장애인		장애인		전체 I		전체 II	
		b	beta	b	beta	b	beta	b	beta
상수		-.012	-	-.143	-	-.017	-	-.016	-
선행 요인	성(남자)	.009*	.011	.017	.010	.009	.011	.009*	.011
	연령	.001***	.037	.002	.033	.001***	.039	.001***	.040
	가구원수	.001	.003	-.019	-.034	.000	.001	.000	.001
환경적 구성 요인	거주지역(동)	-.001	-.001	.128*	.075	.004	.004	.004	.004
	의료급여자	.074***	.035	.082	.044	.078***	.037	.077***	.037
	가구소득	-.002	-.004	-.004	-.005	-.003	-.005	-.003	-.006
	직업계층	.012***	.048	.032	.053	.012***	.048	.012***	.048
요구 요인A	만성질환 여부	.050***	.064	.141*	.071	.051***	.063	.051***	.063
	ADL 제한 여부	.249***	.085	.088	.051	.210***	.081	.203***	.079
요구 요인B	장애여부	-	-	-	-	.087***	.037	-	-
	장애등급	-	-	-	-	-	-	.023***	.036
R Square		.022		.028		.027		.027	
F		80.7		3.4		94.2		93.7	
df		(9, 32389)		(9, 1042)		(10,33440)		(10,33440)	
sig.		.000		.000		.000		.000	

주: \* p<0.05 \*\* p<0.01 \*\*\* p<0.001

<표 11> 장애인과 비장애인의 의료에 대한 미충족 욕구에 대한 로지스틱 회귀분석

요인		비장애인		장애인		전체		전체	
		b	exp(b)	b	exp(b)	b	exp(b)	b	exp(b)
상수		-.222	.801	1.204	3.335	-.183	.833	-.182	.834
선행 요인	성(남자)	-.075*	.928	.013	1.013	-.069*	.933	-.067*	.935
	연령	-.002	.998	-.014*	.986	-.003*	.997	-.002*	.998
	가구원수	.042**	1.043	.263**	1.301	.055***	1.056	.055***	1.056
환경적 구성 요인	거주지역(동)	.188***	1.207	.074	1.077	.178***	1.194	.177***	1.194
	의료급여자	.425***	1.529	-.066	.936	.348***	1.416	.346***	1.414
	가구소득	-.501***	.606	-.694***	.500	-.511***	.600	-.511***	.600
	직업계층	-.075***	.928	-.080	.923	-.076***	.927	-.076***	.927
요구 요인A	만성질환 여부	1.643***	5.169	1.473***	4.364	1.642***	5.165	1.642***	5.165
	ADL 제한 여부	.201*	1.222	.229	1.257	.204*	1.226	.188*	1.207
요구 요인B	장애여부	-	-	-	-	.219**	1.244	-	-
	장애등급	-	-	-	-	-	-	.055**	.834
-2log likelihood		22594.6		1134.4		23,759.1		23,760.2	

주: \* p<0.05 \*\* p<0.01 \*\*\* p<0.001

## V. 고찰

본 연구는 장애인의 경우 그 특성상 의료 수요가 높은 집단임에도 불구하고, 경제적 능력이 부족하고 이동이 어려움이 많이 있는 관계로 의료이용에 제약이 많은 실정임을 감안하여 장애인과 비장애인의 의료이용에의 형평성 여부를 고찰하기 위하여 수행되었다.

형평에는 동일한 것을 동일하게 취급하는 수평적 형평과 다른 상황에 있는 사람들을 서로 다르게 취급하는 수직적 형평이 있는데 본 연구에서는 장애인이 비장애인에 비해 의료적인

욕구가 높기 때문에 비장애인에 비해 더 많은 보건의료자원이 배분되어야 한다는 수직적인 형평의 관점에서 접근하고 있다. 다만, 수직적인 형평에서 합리적 차별에 대해서는 논의하지 못하였다. 따라서 본 연구에서는 수직적인 형평의 관점에서 의료에 대한 욕구가 높은 장애인은 비장애인에 비해 더 많은 의료서비스가 제공되어야 하며, 그 수준은 같은 욕구를 가진 비장애인과 같은 수준이어야 한다는 것을 전제로 하고 있다.

본 연구에서는 장애인과 비장애인의 의료이용의 형평성 분석을 위하여 먼저 앤더슨 모형에서 제시되고 있는 각각의 요인에 대한 특성 분석을 시도하였다. 앤더슨 모형에서 제시하고 있는 선행요인, 환경적 구성요인, 그리고 요구 요인별 특성 별로 의료 이용량에 대한 이변량 분석 결과, 장애인의 경우 비장애인에 비해 남자의 비율이 높고, 연령이 많으며, 독거의 비율이 높았다. 직업계층은 하위 또는 무직 등 기타에 집중되어 있고, 의료급여 수혜 비율이 높으며, 읍면 지역 거주 비율이 높았다. 또한 월 평균 가구소득은 156.8만원으로 비장애인의 246.1만원에 비해 63.7% 수준에 불과하였다. 또한 3개월 이상 지속되는 만성 질환에의 유병률이 높으며, 일상생활 동작 수행능력에 제약을 받고 있는 비율이 높았으며, 이러한 사실로 주관적 건강상태가 나쁘다고 인식하고 있는 비율이 높았다. 따라서 장애인은 비장애인에 비해 의료이용량이 많은 특성을 보여주고 있으나, 동시에 의료에 대한 미충족 욕구도 높아서 형평성 있는 의료자원의 배분이 이루어지고 있는가를 검정하기 위한 다변량 분석이 필요하다고 할 수 있다.

다변량분석 결과 선행요인, 환경적 구성요인, 요구요인인 질환 및 ADL 제한 여부 등을 모두 통제된 상태에서도 장애요인은 종속변수인 주관적 건강상태, 외래이용횟수, 입원횟수, 그리고 미충족 의료욕구에 대해 독립적인 영향을 미치고 있는 것으로 나타났다. 즉 장애인은 비장애인에 비해 선행요인, 환경적 구성요인, 그리고 요구 요인을 통제된 상태에서도 독립적인 음의 효과를 가지고 있었다. 이는 다른 말로 하면, 장애인은 비장애인에 비해 주관적 건강상태가 나쁘다고 인식하고 있으며, 비장애인에 비하여 외래이용횟수와 입원횟수를 증가시키는 효과가 있었다. 그럼에도 불구하고 미충족 욕구는 비장애인에 비해 높다는 사실을 다변량 분석을 통해 확인하였다.

<표 12> 통합모델에서 장애 여부가 각각의 종속변수에 미치는 영향

요인		주관적 건강상태	외래이용횟수	입원횟수	미충족 욕구
선행 요인	성(남자)	+++	---		-
	연령	---	+++	+++	-
	가구원수	--	--		+++
환경적 구성요인	거주지역(동)				+++
	의료급여자	---	+++	+++	+++
	가구소득	+++	--		---
	직업계층	---	+++	+++	---
요구요인A; 질환 및 기능장애	만성질환 여부	---	+++	+++	+++
	ADL 제한 여부	---	+++	+++	+
요구요인B; 장애	장애여부	---	+++	+++	++

주: +/- p<0.05    ++/-- p<0.01    +++/-- p<0.001

다만 이러한 사실만 가지고 장애인과 비장애인이 의료이용에 있어서 형평성이 있는가라는

연구 질문에 결론을 내리기에는 한계가 있다고 생각된다. 따라서 본 연구에서는 <표 9>와 <표 10>의 외래이용횟수 및 입원횟수 요인분석에 사용된 회귀계수를 통해 장애인과 비장애인의 선행요인, 환경적 구성요인, 요구요인의 조건을 같게 하였을 때 외래이용횟수와 입원횟수가 어떻게 추정되는 가를 가지고 장애인과 비장애인의 의료이용의 형평성을 논하고자 한다. 여기서 조건이란, 선행요인의 경우 남자로서, 연령은 다양하게 하되, 가구원수는 3인으로 하였으며, 환경적 구성요인의 경우 동지역 거주자이면서, 의료급여 여부는 각각에 대해 검토 하였으며, 가구소득은 100만원, 직업계층은 근로계층으로 하였다. 그리고 요구 요인으로서 만성질환과 ADL에 제한 있는 경우로 하였다.

이러한 조건을 주었을 때 의료급여 비수급자로서 연령이 20세인 경우 외래이용횟수는 비장애인은 장애인에 비해 2.27배의 외래이용횟수를 기록하고 있으며, 연령이 증가할수록 외래이용횟수 배율은 감소하기는 하나 60세의 경우에 있어서도 1.16배 높은 외래이용횟수를 보이고 있다. 또한 의료급여 비수급자로서 연령이 20세인 경우 입원횟수는 비장애인은 장애인에 비해 1.13배의 입원횟수를 기록하고 있으며, 연령이 증가할수록 외래이용횟수 배율은 감소하여 60세의 경우에 있어서도 1.00배로 같은 수준에 도달하고 있다.

조건이 같을 경우 1이 되어야 장애인과 비장애인의 외래이용횟수에 형평성이 있다고 볼 때, 같은 조건 하에 있음에도 불구하고 비장애인의 외래 및 입원 횟수가 장애인에 비해 높아 의료이용의 형평성은 비장애인에게 유리하게 작용하고 있다고 할 수 있다.

한편, 의료급여 수급자의 경우 비장애인과 장애인에게 같은 조건을 주었을 때 연령이 20세인 경우에는 외래이용횟수는 1.48배, 입원횟수의 경우 1.05배 높으며, 연령이 증가할수록 외래 및 입원 배율은 낮아지고 있는 경향을 보이고 있다. 특히 입원의 경우 연령이 50세 이상인 경우 장애인이 비장애인보다 입원횟수에서는 더 높은 것으로 나타나 오히려 역전되는 현상이 나타나고 있다. 이는 바로 의료급여의 효과로 볼 수 있다.

이러한 사실은 장애인과 비장애인의 경우 의료이용에 있어서 형평성에 문제가 있는 것으로 해석되며, 의료급여 제도의 도입은 장애인과 비장애인 사이의 의료이용의 형평의 문제를 완화해 주는 효과가 있다는 것으로 결론 내릴 수 있다. 다만, 본 연구에서는 단순히 외래 및 입원 횟수와 같은 수량적인 척도만 사용하였고, 의료 서비스의 질과 관련된 척도는 사용하지 못하여 의료이용의 질에 있어서도 형평의 문제가 있는지 여부는 확인할 수 없었다.

이러한 분석결과를 토대로 볼 때, 경제적 능력이 부족하고 이동에 제한이 있는 장애인을 대상으로 의료이용에 있어서의 형평성을 제고하기 위해서는 의료급여제도 외에도 교통수단의 제공이나, 방문치료 등의 의료이용률을 향상시킬 수 있는 합리적인 차별(affirmative action)이 필요함을 시사한다고 하겠다. 또한 연령이 낮은 장애아동이나 장애청년에 대한 특별한 배려가 필요함을 시사하고 있다.

<표 13> 다변량추정식을 근거로 추정된 외래이용횟수 및 입원횟수

항 목	연령대	외래(회)			입원(회)		
		비장애인	장애인	외래배율	비장애인	장애인	입원배율
의료급여 비수급자	20	1.09	0.48	2.27	0.36	0.32	1.13
	30	1.12	0.62	1.81	0.37	0.34	1.09
	40	1.15	0.76	1.51	0.38	0.36	1.06
	50	1.18	0.90	1.31	0.39	0.38	1.03
	60	1.21	1.04	1.16	0.40	0.40	1.00
의료급여 수급자	20	1.38	0.93	1.48	0.43	0.41	1.05
	30	1.41	1.07	1.32	0.44	0.43	1.02
	40	1.44	1.21	1.19	0.45	0.45	1.00
	50	1.47	1.35	1.09	0.46	0.47	0.98
	60	1.50	1.49	1.01	0.47	0.49	0.96

주 : 1. 외래 및 입원변수의 전제조건 : 남자, 각연령대, 가구원수(3명), 거주지역단위(동), 의료급여여부, 가구소득(100만원), 직업계층(4), 만성질환 있음, ADL 제한 있음  
 2. 외래 및 입원 배율 = (비장애인/장애인)

## VI. 결론

본 연구는 장애인의 경우 그 특성상 의료 수요가 높은 집단임에도 불구하고, 경제적 능력이 부족하고 이동이 어려움이 많이 있는 관계로 의료이용에 제약이 많은 실정임을 감안하여 장애인과 비장애인의 의료이용에의 형평성 여부를 고찰하기 위하여 수행되었다. 자료는 2005년 한국보건사회연구원에서 수행한 국민건강영양조사자료를 활용하였다. 교차분석과 다변량분석이 이루어졌다.

본 연구에서는 장애인과 비장애인의 의료이용의 형평성 분석을 위하여 먼저 앤더슨 모형에서 제시되고 있는 각각의 요인에 대한 특성 분석을 시도하였으며, 그 결과 장애인은 비장애인에 비해 의료이용량이 많은 특성을 보여주고 있으나, 동시에 의료에 대한 미충족 욕구도 높은 실정이었다. 다변량분석 결과 선행요인, 환경적 구성요인, 요구요인인 질환 및 ADL 제한 여부 등을 모두 통제한 상태에서도 장애요인은 종속변수인 주관적 건강상태, 외래이용횟수, 입원횟수, 그리고 미충족 의료욕구에 대해 독립적인 영향을 미치고 있는 것으로 나타났다.

다만 이러한 사실만 가지고 장애인과 비장애인이 의료이용에 있어서 형평성이 있는가라는 연구 질문에 결론을 내리기에는 한계가 있다고 생각되어 외래이용횟수 및 입원횟수 요인분석에 사용된 회귀계수를 통해 장애인과 비장애인의 선행요인, 환경적 구성요인, 요구요인의 조건을 같게 하였을 때 외래이용횟수와 입원횟수가 어떻게 추정되는 가를 가지고 장애인과 비장애인의 의료이용의 형평성을 논하였다.

그 결과 장애인과 비장애인의 경우 의료이용에 있어서 형평성에 문제가 있는 것으로 해석되며, 의료급여 제도의 도입은 장애인과 비장애인 사이의 의료이용의 형평의 문제를 완화해주는 효과가 있다는 것으로 결론 내릴 수 있다. 이러한 분석결과를 토대로 볼 때, 경제적 능력이 부족하고 이동에 제한이 있는 장애인을 대상으로 의료이용에 있어서의 형평성을 제고

하기 위해서는 의료급여제도 외에도 교통수단의 제공이나, 방문치료 등의 의료이용률을 향상시킬 수 있는 합리적인 차별(affirmative action)이 필요하며, 또한 연령이 낮은 장애아동이나 장애청년에 대한 특별한 배려가 필요하다고 하겠다.

## 참고문헌

- 강은정 외, 2005 국민건강영양조사-총괄, 보건복지부, 질병관리본부, 한국보건사회연구원, 한국보건사업진흥원, 2006.
- 김혜련, 사회계층 및 건강행위와 만성질환 유병과의 연관성 분석, 한양대학교 대학원 박사학위 청구논문, 2002,
- 문옥륜 외, 의료서비스이용의 형평성에 관한 연구, 사회보장연구, 제11권(제12집), 1995.
- 문창진, 보건의료사회학, 신광출판사, 2002.
- 배상수, 보건의료서비스의 배분적 정의에 대한 이론적 연구, 서울대학교 대학원 박사학위 청구논문, 1990.
- 변용찬 외, 2005년도 장애인 실태조사, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2006.
- 이상용, 장애인의 의료이용 형평성에 관한 분석 - 건강보험 지역 가입자의 의료이용량과 의료비를 중심으로 - 연세대학교 사회복지대학원 박사학위 청구논문, 2004.
- 이혜경·최재성, 한국인의 사회 불공정 인식의 특성과 사회복지에의 함의, 사회과학논집, 제 28집, 1997.
- 최병호 외, 국민의료의 형평성 분석과 정책과제, 한국보건사회연구원, 2004.
- DeJong, Gerben, Susan E. Palsbo, Phillip W. Beatty, et al., "The Organization and Financing of Health Services for Persons with Disabilities", The Milbank Quarterly, Vol. 80, No. 2, 2002.
- Gilbert, Neil, Harry Specht, and Paul Terrell, Dimensions of Social Welfare Policy, Third Edition, Prentice Hall, 1993.
- Wilber, Nancy, Monica Mitra, Deborah Klein Walker, Deborah Allen, et. al., "Disability as a Public health Issue: Findings and Reflections from the Massachusetts Survey of Secondary Conditions", The Milbank Quarterly, Vol. 80, No. 2, 2002.