

한국 저소득층 주민의 보건의료서비스 이용행태와 그 영향요인에 관한 연구

임 미 영* · 하 나 선*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

새로운 21세기의 우리나라는 지난 30여 년 간의 고도 성장과정에서 상대적으로 낙후되었던 사회보장의 확충이 절실히 요구되는 시기라고 볼 수 있다. 경제발전과 사회 복지제도의 발달에도 불구하고 빈곤은 어느 사회에서나 해결되기 어려운 문제로 남아있는 것이 현실이다.

특히 1997년 IMF체제 이후 우리나라의 빈곤은 더욱 심각한 사회문제로 대두되었으며 이러한 경제위기는 계층간 불평등과 빈부격차를 악화시켜 저소득계층을 확대시켰으며 빈곤은 기존의 생활보호제도로 대응할 수 없는 규모와 양상으로 변화되었다(Korea Institute for Health and Social Affairs; KIHASA, 1999). 더욱이 경제위기에 따른 한시적 생활보호자와 절대빈곤층의 급증에 따른 사회경제적 문제의 야기와 복지정책의 강화에 힘입어 1999년 국민기초생활보장법이 새롭게 제정되면서 그 동안 공적부조의 제도권밖에 있었던 저소득층 즉 차상위계층 주민까지 2000년 10월부터 기초생활보호대상자로 편입되어 제도권내로 수용되기에 이르렀다(Basic livelihood security system, 2001).

따라서 우리나라의 사회복지는 건강보험, 연금보험, 산재보험, 고용보험 등의 4대 보험과 공공부조, 각종복지서비스 등의 도입으로 다양한 사회적 위험요인에 대응

할 수 있는 제도의 기본틀을 갖추게 되었으나 적용대상 의 포괄범위에 있어서 보장의 사각지대를 가지고 있으며, 급여수준에 있어서도 기본생활보장에 미치지 못하는 등 아직 서비스의 질적측면에서는 미흡한 실정이다(Jo, 1999).

보건의료 동향 역시 지역보건법의 개정과 국민건강증진법의 제정으로 공공보건의료조직의 핵심인 보건소의 기능이 확대되면서 관리대상인구가 종래의 생활보호대상자 중심에서 점차 중산층 주민으로 확대 강화되는 추세에 있다. 지난 몇 년간 어려운 경제여건과 함께 열악한 건강관리환경으로 건강문제가 심각한 저소득층 주민의 의료이용 접근도를 높이기 위한 노력은 개인차원을 벗어난 범 국가적 차원의 노력이 경주되어야 함은 재론의 여지가 없겠다. 그러나 그 동안 절대 빈곤층인 이들 생활보호대상자와 중산층의 틈새에 놓여 있는 저소득층 주민의 보건소이용 접근도는 매우 낮았으며 건강검진결과 또한 불량하게 나타나 보건소의 이차예방관리사업의 필요성이 지적된 바 있다(Ryu, Im, & Lee, 2001).

따라서 국민기초생활보장법에 의하여 새로이 제도권내로 유입된 저소득층 주민은 공공보건의료정책의 우선 대상자로서 이들의 건강수준과 보건의료서비스 이용행태 및 그 영향요인을 총체적으로 규명하는 것은 보건의료서비스 이용의 형평성과 이용양상을 변화시킬 수 있는 방안을 강구하고, 서비스이용에 따른 영향요인의 상대적 비중을 파악함으로써 향후 보건의료서비스 이용행태를

* 서울대학교 간호학과 교수

예측하게 함으로서(Williams and Torrens, 1993) 현 보건의료정책의 제고방안을 시사하는 바가 크다. 그러나 기존의 공공부조 혹은 의료보호라는 제도권에 속하지 않았던 이들 저소득층 주민에 대한 연구는 현재까지 매우 미흡한 실정이다(KIHASA, 1999).

2. 연구목적

본 연구는 한국 저소득층 주민의 보건의료서비스 이용행태와 그 영향요인을 규명하여 국가 보건계획수립 및 보건의료정책의 기초자료를 제공하고자 시도되었으며 그 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 저소득층 주민의 보건의료서비스 이용행태를 파악한다.
- 2) 저소득층 주민의 보건의료서비스 이용에 영향을 주는 요인을 규명한다.

II. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 지역사회에 거주하는 저소득층 주민을 대상으로 구조화된 설문지를 통해 이들의 건강수준과 보건의료서비스 이용행태 및 그 영향요인을 규명하기 위한 실증적 조사연구이다.

2. 연구대상의 표집 및 자료수집

저소득층 주민을 선정하기 위한 표본추출방법은 1995년 인구센서스 조사를 표본추출모집단으로 하여 전국에서 총 15,000가구를 추출하였고, 추출된 가구 중 하위 13%에 해당되는 약 2,000가구를 집락추출법에 의해 표출하였다. 실제 조사과정에서는 가구소득이 도시근로자 평균소득의 50%이하 여부를 확인한 후 자료를 수집하였으며 오류수정을 거쳐 분석에 이용된 저소득층 주민은 총 5,819명으로 1,735가구이다. 본 연구에 활용된 자료는 1999년 한국보건사회연구원 주관으로 7월 12일부터 8월 7일까지 전문조사요원의 가정방문면접조사에 의해 시행된 저소득층 주민 보건복지육구 기초자료분석 연구자료의 일부이다.

3. 용어의 정의

저소득층이나 빈곤계층을 규정하는 방법은 다양하고 그 기준인 빈곤선의 측정방식 또한 매우 다양하다. 본 연구에서 저소득층 주민이란 월 평균 가구소득이 전국의 월 평균 가구 소득기준의 50%(상대빈곤선)에 준하여 판별되는 가구로 1999년 7월 조사 당시의 빈곤율을 기준으로 1인 가구 37만원, 2인 66만원, 3인 89만원, 4인 109만원, 5인 125만원, 6인 138만원, 7인 147만원 미만의 소득수준 가구에 해당된다.

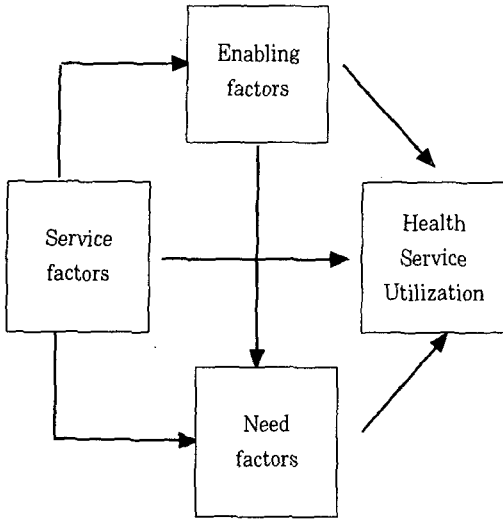
4. 자료분석방법

본 연구는 SAS(V8) program을 이용하여 보건의료서비스 이용행태는 빈도와 백분율로 분석하였으며 보건의료서비스 이용 유무의 영향요인 분석은 Logistic regression을 시행하였다.

5. 개념적 기틀

본 연구는 Anderson(1968, 1973)의 보건의료서비스 이용모형(health service utilization model)을 근간으로 하였다. Anderson모형에 의하면 개인의 보건의료이용은 질병발생 이전부터 존재 해 왔던 개인 및 가족의 특성인 선행요인(predisposing factors), 가족 및 지역사회자원을 포함하는 능력요인(enabling factors)과 궁극적으로 의료이용을 결정하게 되는 질병의 인지 및 대처방식인 요구요인(need factors)의 관계에 의해 설명될 수 있다(Figure 1). 이 세 가지 구성요소는 각각 독립적으로 의료이용에 영향하고 있으며, 가장 직접적으로 보다 큰 영향력을 행사하고 있는 요인은 요구요인으로 평가되고 있다(Becker & Maiman, 1983).

본 연구에서는 선행요인으로 성, 연령, 결혼상태, 교육수준, 가구원 수 등을 포함시켰고, 능력요인으로 직업, 의료보장상태, 월 평균수입, 그리고 요구요인으로 장애정도, 이환일 수 등을 이론적 틀에 포함하였다. 이들 요인 중 직업은 Anderson의 모형에서 사회구조적 변수로서 선행요인으로 작용하나 본 연구에서는 직업의 종류라기 보다는 경제능력을 판단 할 수 있는 상시직, 임시직, 무직으로 구분하였으므로 능력요인으로 간주하였다.



(Figure 1)

Ⅲ. 연구 결과

1. 저소득층 주민의 일반적 특성

연구의 대상자인 저소득층 주민의 특성을 파악하기 위하여 총 5,819명, 1,735가구의 가구원을 각각 구분하여 제시하였다. 우선 가구특성으로는, 평균 가구원 수가 약 3.4명이었고 월 평균 가구소득은 412,700원 수준이었다. 저소득층 주민을 구체적으로 파악하기 위하여 가족의 부양을 책임지고 있는 가구주의 특성을 파악한 결과, 여성 가구주가 22.4%, 60세 이상의 가구주가 약 40.0% 정도를 차지하고 있었다. 가구주의 직업에 있어서는 지속적으로 일거리가 있는 상시직 38.0%를 제외하고는 62.0%가 임시적이거나 무직 등 기타(비생산 연령층이 포함 됨)의 상태였다(Table 1).

총 5,819명 가구원의 특성은 (Table 2)에 제시된 바와 같이 성별은 비슷한 분포를 보였고 연령별 분포는 14세 이하가 19.2%, 그리고 65세 이상 노인인구가 16.1%를 차지하였다. 결혼상태는 45.9%가 기혼자였으며 별거나 이혼 혹은 사별 등 현재 배우자와 동거하지 않고 있는 경우도 11.5%였다. 교육수준은 전문대졸 이상이 10.8% 이었고 직업은 상시직이 19.9%, 임시직이 9.6%, 그리고 나머지 가구원은 주부나 노인 및 학생 등 비생산적 연령층에 속하거나 무직으로서 전체의 70.5% 수준이었다. 의료보장 형태는 83.6%가 의료보험이었

며, 16.4%가 의료보호형태였고 등록장애인과 비등록 장애인을 포함하여 전체의 4.5%가 장애인이었으며 만성질환이 18.4%로 나타났다.

(Table 1) Characteristics of households (N = 1,735)

Characteristics Class	Frequency	Percent(%)
Family		
Family number(person)		
1	225	13.0
2-4	1,170	67.4
5+	340	19.6
m±sd	3.35±1.5	
Income(10,000won/month) ¹⁾		
0	172	10.3
-40	756	45.2
41-80	576	34.5
81+	168	10.0
m±sd	41.27±30.1	
A head of family		
Gender		
Male	1,347	77.6
Female	388	22.4
Age(years)		
-29	32	1.8
30-59	1,009	58.2
60+	694	40.0
m±sd	54.64±14.7	
Job ²⁾		
Full time	658	38.0
Part time	322	18.6
Others ²⁾	752	43.4
Disability & Chronic Disease ¹⁾		
Registered disability	94	5.4
Unregistered disability	25	1.4
Chronic Disease	569	32.8
Normal	1,047	60.3

¹⁾ missing cases are excepted

²⁾ student, house keeper & unemployed

2. 보건의료서비스 이용행태

저소득층 주민의 보건의료기관 이용정도를 살펴보면, 의료서비스를 이용하지 못하는 대상자가 29.2%였으며 주로 이용하는 의료기관은 약국을 가장 많이 이용하고 있으며(32.0%), 다음은 병원 31.4%, 의원 15.2%로 나타났다. 이용하는 보건의료기관의 서비스를 51.2%가 만족하고 있으며, 만족하는 이유로 저렴한 비용 34.9%,

〈Table 2〉 Characteristics of household members
(N=5,819)

Characteristics Class	Frequency	Percent(%)
Gender		
Male	2,894	49.7
Female	2,925	50.3
Age(years)		
-14	1,118	19.2
15-64	3,766	64.7
65+	935	16.1
m±sd	37.38±22.7	
Marital status ¹⁾		
Single	2,422	42.6
Married	2,611	45.9
Widowed/Divorce	655	11.5
Education level ¹⁾		
None	859	16.6
Ele.-High school	3,775	72.6
College and above	563	10.8
Job ¹⁾		
Full time	1,154	19.9
Part time	559	9.6
Others ²⁾	4,094	70.5
Medical security ¹⁾		
Medical insurance	4,777	83.6
Medicare	935	16.4
Disability & Chronic Disease ¹⁾		
Registered disability	185	3.2
Unregistered disability	74	1.3
Chronic Disease	1,053	18.4
Normal	4,413	77.1

¹⁾ missing cases are excepted

²⁾ student, house keeper & unemployed

높은 의료의 질 29.5%, 가까운 거리 27.2%의 순으로 나타났다. 반면 만족하지 못하는 경우가 6.9%였는데 진료능력부족 25.4%, 먼 거리와 오랜 대기시간이 23.5%, 불친절 22.5%이 주된 이유로 나타났다. 그밖에 지난 3개월 동안 의사의 도움이 필요했음에도 불구하고 대상자의 19.8%가 치료를 중도포기 했으며 중도포기의 가장 큰 이유는 경제적 어려움으로 89.4%로 나타났다(Table 3).

3. 보건의료서비스 이용에 영향을 미치는 요인

보건의료서비스 이용여부 및 영향요인은 Anderson (1968, 1973)의 health service utilization model에

〈Table 3〉 Health service utilization
(N=5,819)

Characteristics Class	Frequency	Percent(%)
Health service utilization ¹⁾		
Full use	1,661	28.7
Use Ordinary	2,433	42.1
No use	1,690	29.2
Main medical center ¹⁾		
Drug store	2,390	32.0
Hospital	1,846	31.4
Clinic	877	15.2
Health center	598	10.3
Oriental medicine center	63	1.1
Service of medical center ¹⁾		
Satisfied	2,961	51.2
Ordinary	2,426	41.9
Dissatisfied	400	6.9
Reason of satisfaction ¹⁾		
Low cost	2,002	34.9
High quality	1,689	29.5
Short distance	1,561	27.2
Other medical center is no	189	3.3
Others	295	5.1
Reason of dissatisfaction ¹⁾		
Disability of medical care	102	25.4
Long waiting & distance	95	23.5
Unkind	91	22.5
Expensive	50	12.4
Poor-equipped	42	10.4
Others	20	5.8
Total	400	100.0
Renunciation of treatment ²⁾		
Yes	1,150	19.8
No	4,649	80.1
Reason of renunciation ¹⁾		
Economic state	1,027	89.4
Long waiting & distance	73	6.3
Care giver is no	45	3.9
Hopelessness	5	0.4
Total	1,150	100.0

¹⁾ missing cases are excepted,

²⁾ for 3months, missing cases are excepted

근거하여 보건의료서비스 이용에 영향을 미치는 요인을 Logistic 회귀모형으로 분석하였다.

〈Table 4〉에서 보는 바와 같이 결혼상태, 교육정도, 직업, 수입 등이 통계적으로 유의한 영향요인으로 나타났다. 구체적으로 기술하면 선행요인 중 미혼이나 별거, 사별상태 보다는 배우자와 동거하는 기혼의 경우가

<Table 4> Logistic regression model of health service utilization

(N=5,819)

Variables		Estimate(β)	S.E. ¹⁾	P-value	Odds ratio	95% Wald Confidence Limits
Predisposing factors						
Gender	Male				1.0	
	Female	-.020	.063	.751	.98	0.86 - 1.10
Age		-.001	.002	.442	.99	0.99 - 1.00
Marital status	Single				1.0	
	Married	.217	.100	.030	1.24	1.02 - 1.51
	Widowed/Divorce	-.191	.141	.176	.82	0.62 - 1.09
Education level	None				1.0	
	Ele.-High school	-.318	.076	<.000	.72	0.62 - 0.84
	College and above	-.149	.120	.212	.86	0.68 - 1.08
Family number(person)		.046	.025	.072	1.04	0.99 - 1.10
Enabling factors						
Job	Full time				1.0	
	Part time	-.464	.116	<.000	.62	0.50 - 0.79
	Others ²⁾	-.212	.087	.015	.80	0.68 - 0.96
Medical security	Medical insurance				1.0	
	Medicare	.109	.086	.204	1.16	0.94 - 1.32
Income (10,000won/month)	0				1.0	
	-40	-.147	.101	.147	.86	0.70 - 1.05
	41-80	-.186	.097	.045	.83	0.68 - 1.00
	81+	.315	.125	.011	1.37	1.07 - 1.74
Need factors						
Disability & Chronic Disease	Normal				1.0	
	Disability	.022	.176	.900	1.02	0.72 - 1.44
	Chronic Disease	.088	.098	.367	1.09	0.58 - 1.65
Diseased day		.015	.033	.643	1.00	0.90 - 1.32

¹⁾ standard error

1.24배, 교육수준은 무학의 경우보다 초중고를 졸업한 경우가 0.72배로 감소하는 것으로 나타났다. 능력요인에서는 상시직보다 임시직의 경우 0.62배로 매우 감소하였으며 학생, 주부 등이 포함 된 비생산연령층의 경우 0.80배로 감소하여 상시직을 가진 경우 보건의료서비스 이용도가 높게 나타났다. 월평균 수입의 경우 수입이 없는 경우보다 80만원이하의 경우 0.83배로 감소하였으며 81만원이상의 경우부터 1.37배로 보건의료서비스 이용이 증가하였다. 보건의료서비스 이용에 가장 직접적인 요구요인인 장애와 만성질환정도 모두 보건의료서비스 이용에 유의하지 못하였다. 이들 영향요인을 포함한 의료이용에 대한 모형은 자유도 17, Wald통계량 89.846 ($p < .0001$), χ^2 통계량 88.158 ($p < .0001$)로 나타난 본 연구의 Logistic회귀 모형은 매우 적합한 것으로 나타났다.

IV. 논 의

본 연구는 한국 저소득층 주민을 대상으로 보건의료서비스이용행태 및 그 영향요인을 파악하고자 시도된 실증적 분석연구이다. 저소득층 주민이란 월 평균 가구소득이 전국의 월 평균 가구 소득기준의 50%(상대빈곤선)이하에 해당하는 가구였으나 조사당시 경제위기로 인한 실직 등으로 인하여 생활보호대상가구에 해당되지 못하면서 실제적으로 가구소득이 전혀 없었던 가구도 상당 수 포함되어 있었다.

1998년도 전국민 건강·영양조사 결과와 비교해 보면, 본 연구의 저소득층 주민의 노인인구 비율은 16.1%, 전문대졸 이상이 10.8%, 이혼, 별거, 사별이 11.5%이며 월 평균 가구소득은 41.2만원 정도로 나타났다. 반면 전국의 65세 이상 노인인구 비율은 7.1%, 전문대졸 이상이 18.4%, 이혼, 별거, 사별이 7.1%, 월 평균 가구소득이 151만원 이상인 경우가 33.6% 등으로

나타났다. 저소득층 가구주의 평균연령은 54.6세이며 특히 60세 이상 가구주의 비율은 40.0%로 나타나 전국 가구의 60세 이상 가구주 비율 16.3% (National Statistical Office, 2000)에 비해 현저히 높게 나타났다. 이는 저소득층 주민은 교육수준이 낮고 배우자의 사망이나 이혼 등으로 별거하는 경우가 많으며 노인인구와 노인가구주 비율이 특징적으로 많은 것을 알 수 있다.

이들의 경제력을 논하기 앞서 최저생계비에 관하여 간단히 설명하면, 우리나라는 2000년부터 시행된 국민기초생활보장법에서 5년마다 최저생계비를 계속하도록 규정하고 있는바, 이미 1999년 계측된 4인 표준가구의 최저생계비는 대도시의 경우 957,641원, 농어촌이 799,161원으로 나타났다(KIHASA, 2000). 이는 본 연구의 대상자의 평균 가구원 수가 3.3명임을 감안하더라도 이들의 41.2만원이란 가구수입은 최저생계비의 절반에 해당하는 수준으로 나타났다. 이러한 가구의 빈곤은 1차적으로 가구주의 경제활동과 관련이 높는데 이들 저소득층 가구주의 고용상태를 보면 상시직 38.0%를 제외하고는 62.0%가 임시직이거나 무직으로 나타나 낮은 취업률과 함께 취업을 한 경우에도 일일 및 임시고용 상태가 많아 고용의 불안정성이 높다. 또한 우리나라 2000년도 부양비 추계결과에 의하면 총부양비 40.4, 노년부양비는 20.0(KIHASA, 2000)인데 반해 이들 저소득층의 부양비는 54.5, 노년부양비는 24.8로 나타나 부양비와 노년부양비가 매우 높음을 알 수 있다.

장애출현율은 3.2%로 나타났는데 비등록장애를 포함하면 4.5%였으며 이는 한국보건사회연구원의 장애인 실태조사(KIHASA, 2000)에서 전국의 장애 출현율이 95년 2.35%, 2000년 3.09%보다 매우 높은 수준에 있다.

또한 의료서비스를 이용하지 못하는 대상자가 29.2%이며 병의원 이용률은 46.6%로 이는 전국의 만성질환 치료기관으로 병의원이 57%(KIHASA, 2000)보다 낮으며, 전국 저소득층 노인들의 병의원 이용률 54.5% (Im & Ryu, 2001)보다도 낮다. 즉, 빈곤은 보건의료서비스 이용행태를 변화시켜 병의원 이용을 줄이고 약국 이용을 늘였을 뿐 아니라 보건의료기관의 서비스를 만족하는 가장 큰 이유 또한 저렴한 비용(34.9%)으로 나타났다. 치료를 포기하거나 중단한 경우도 19.8%나 되는데 이는 1994년 빈곤층조사의 24.3%에 가까운 수준이며(KIHASA, 1999), 전국 저소득 노인의 경우가 22.2%로 나타나 비슷한 결과를 보이고 있다. 치료중단 혹은 치료포기의 주요 이유가 저소득 노인과 마찬가지로

경제적 어려움(89.4%)으로 나타났다.

따라서 이들 저소득층 주민의 경우 경제적 어려움으로 인해 보건의료서비스를 충분하게 이용하게 하지 못하고 있으며 의료기관의 선택과 만족까지 모든 판단의 기준은 경제력이라는 것을 알 수 있다.

저소득층 주민의 건강관리는 국가 공공정책의 주요사안임에도 불구하고 이들 저소득층의 보건기관 이용률은 10.3%로 가장 낮게 나타났다. 따라서 보건소의 일차진료 기능 및 홍보활동을 강화하여 저소득층의 보건기관 이용을 활성화하 해야한다. 이는 차상위계층의 보건소 이용행태 연구결과(Ryu, Im and Lee, 2001)에서도 보건소를 중심으로 한 비용효과적인 방문간호사업을 적극 활용하여 실시할 것을 건의하고 있다.

또한 저소득층 주민의 보건의료서비스 이용 영향요인을 살펴보면 미혼에 비하여 기혼이, 무학의 경우가 그리고 직업이 임시직이나 무직의 경우보다 상시직인 경우, 수입이 없는 경우보다 81만원 이상의 경우 보건의료서비스 이용이 증가한 것으로 나타나 보건의료서비스의 이용이 경제력과 직결되고 있다는 전술한 결과들을 뒷받침하고 있다. 이는 보건의료서비스 이용행태는 장애정도, 이환일 수 등의 요구요인에 의해 가장 직접적으로 큰 영향력을 행사할 것이라 Anderson이론의 일반적인 논리도 빈곤계층의 경제력요인보다는 영향력을 행사하지 못하였다.

이상의 결과에서 보았듯이 저소득층의 경우 노령인구의 증가에 따른 부양부담을 안은 채 장애나 만성질환을 함께 가지고 있을 가능성이 더욱 커져 건강수준 뿐 아니라 지속적 결함으로 인한 빈곤의 악순환을 가져오게 된다. 이는 일시적 도움이 아닌 국가의 체계적이고 포괄적인 의료서비스의 부재를 시사한다.

그러나 최근 3년 간 재정경제원이 IMF에 제출한 보건·사회보장 재정내역에 의하면 94-96년 간 우리나라는 중앙정부재정의 0.7%정도를 보건비에 지출하였고 사회보장비는 9.9-10.7%를 지출하여 보건·사회보장비가 10.6-11.4%정도이며, 이 규모는 90년대에 OECD에 가입한 멕시코(26.1%), 체코(45.6%)보다도 훨씬 낮은 수준이다. 이는 우리나라의 GDP대비 보건복지부문 재정지출비율은 국제수준을 100으로 볼 때 보건부문 18.9%, 사회복지부문 29.2%수준으로 크게 낙후되어 있다(IMF, Government Finance Statistics Yearbook, 1996). 또한 이와 같이 우리나라 보건복지예산은 그 절대적 규모가 적을 뿐만 아니라 상대적 수준도 매우 낮은 것으로 나타나고 있다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 저소득층 주민을 대상으로 보건의료서비스 이용행태와 이에 영향을 미치는 요인을 규명하였다. 자료수집은 전국 무작위표본추출방법과 집락추출방법을 병행하여 1999년 7월 12일부터 8월 7일까지 가구방문면접조사에 의한 총 1,735가구, 5,819명이었으며 연구결과는 다음과 같다.

1. 가구주에 관하여 살펴보면 평균연령은 54.6세였으며 22.4%가 여성이었다. 직업은 상시직 38.0%를 제외하고는 62.0%가 임시직이거나 무직이었다. 가구주의 장애 출현률이 6.9%, 만성질환 유병률은 32.8%였으며 평균 가구원 수가 3.3명, 가구 당 월평균 수입이 41.3만원으로 나타났다.

2. 가구원이 평균연령은 37.3세였으며 50.3%가 여성이었다. 교육을 전혀 받지 못한 경우가 16.6%였으며 의료보장 형태는 의료보험이 83.6%, 의료보호가 16.4%였다. 가구원의 직업이 상시직인 경우가 19.9%였으며 장애출현률은 4.5%였다.

3. 보건의료서비스 이용행태를 살펴보면 보건의료서비스를 이용하지 못하는 대상자가 29.2%였으며 주된 의료기관은 약국(32.0%)과 병원(31.4%)이었으며 보건기관(10.3%)이 가장 낮게 나타났다. 보건의료서비스 이용의 주된 이유로 저렴한 비용(34.9%)과 높은 의료의 질(29.5%)이었으며, 반면 진료능력 부족(25.4%), 먼 거리와 오랜 대기시간(23.5%), 불친절(22.5%) 등이 만족하지 못하는 주원인으로 나타났다. 또한 대상자의 19.8%가 치료를 중도에 포기했으며 포기하는 가장 큰 이유는 경제적 어려움(89.4%)으로 나타났다.

4. 보건의료서비스 이용은 미혼보다 기혼의 경우, 무학, 그리고 직업이 상시직인 경우, 수입이 없는 경우보다 수입이 81만원 이상의 경우에서 보건의료서비스 이용이 증가한 것으로 나타났다.

이상의 연구결과를 토대로 다음과 같은 정책제언을 하고자 한다.

첫째, 저소득층 주민의 높은 만성질환 유병률과 장애는 빈곤과 보건의료문제를 가중시키기에 충분하다. 따라서 공공보건의료조직의 최우선 관리대상인구로 유입된 이들에 대한 구체적인 건강문제와 건강수준 그리고 건강관리실태를 파악하여 이들의 요구에 기초한 공공보건의료 정책대안을 마련해야 할 것이다.

둘째, 저소득층 주민의 일차건강관리는 국가 공공정책

의 주요사안임에도 불구하고 보건기관 이용률은 가장 저조하였다. 따라서 이들의 보건기관 이용률을 높이기 위한 보건소의 일차진료 기능 및 홍보활동을 강화하여야 하며 부분적으로 시행되고 있는 가정간호사업을 활성화할 것을 건의한다.

셋째, 만성질환 및 장애, 노령의 특성을 가진 저소득 집단은 지속적이며 고액의 의료비지출을 발생시키게 된다. 따라서 이러한 고액진료비를 절감할 수 있는 비용효과적인 다양한 방안 즉, 가정간호, 너싱 홈, 그룹 홈 제도 등의 개발이 구체적이고 치밀하게 준비되어야 할 것이다.

공공보건의료 정책의 기능은 이들 저소득층 주민, 노인, 장애인, 만성질환자 등 사회의 소외계층에 대한 의료이용의 효율과 형평성의 제고에 있는 것이다. 경제위기를 극복하고자 하는 현 시점에서 가장 중요한 문제는 소외계층의 사회적 통합이다. 따라서 향후 사회보장제도가 국민최저생활수준(national minimum)의 보장은 물론 삶의 질 향상을 기할 수 있도록 적절한 수준이어야 하며, 기초보장의 범위는 소득, 의료, 주거, 교육의 영역에서 포괄적으로 이루어져야 할 것이다

Reference

- Anderson, R. M. (1968). *A behavioral model of families use of health services*. University of Chicago Research Services, 1968, 25-32.
- Anderson, R. M., & Neuman, J. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51, 95-124.
- Becker, M. H., & L. A. Maiman. (1983). "Models of Health-Related Behavior" in *Handbook of Health, Health Care, and the Health Professions*. D. Mechanic.(ed.). New York : The Free Press, 539-560.
- Im, M. Y., & Ryu, H. S. (2001). A study on health service utilization for lower income older adult in Korea. *The J. of Korean Community Nursing*, 12(3), 589-599.
- IMF, Government Finance Statistics Yearbook, 1996.
- Jo, J. G. (1999). Direction and Strategy for Korea's Health and Welfare Program in the

- 21st Century, *Health and Social Welfare Review*, 2, 17-31.
- Korea Institute for Health and Social Affairs. (1998). *National Survey on Elderly Welfare*.
- Korea Institute for Health and Social Affairs. (1999). *98' the National Health and Nutrition Survey*.
- Korea Institute for Health and Social Affairs. (1999). *A Study on Measuring the Poverty Line in 1999*.
- Korea Institute for Health and Social Affairs. (1999). *An Analysis of data on the Health and Welfare Need of Low Income Classes*. Contract-based papers.
- Korea Institute for Health and Social Affairs. (2000). *Analysis of income source and income maintenance schemes for the elderly in Korea*.
- Korea Institute for Health and Social Affairs. (2000). *Health and Welfare Policy Forum*, 41, 5-54.
- Korea Institute for Health and Social Affairs. (2001). *2000' National Survey for the Disabled*.
- National Statistical Office. (2000). *Health and Welfare Indicators in Korea*.
- National Statistical Office. (2000). *Population and Housing Census Report*.
- National Statistical Office. (2000). *Population projections*.
- Ryu, H. S., Im, M. Y., & Lee, J. Y. (2001). A Study on Health and Public Health Center Utilization Behavior for lower Income Family in Korea. *The J. of Korean Community Nursing*, 12(1), 60-70.
- The Ministry of Legalization of Korea. (2001). *Basic livelihood security system*.
- Williams, S. J. and Torrens, P. R. (1993). *Introduction to health services*, Delmar publishers Inc.

- Abstract -

A Study on Health Service Utilization and it's Determinants in the Low Income Family in Korea

Im, Mee Young* · Ha, Na Sun*

Objectives : The purpose of this study was to analyze health service utilization, and its related factors in low income families who earned half of the average Korean household income.

Methods : This was a cross-sectional descriptive survey study in which a nationwide randomization sampling technique was used. The data were collected from July 12 to August 7, 1999, and the total sample size was 5,819 individuals, belonging to 1,753 households.

Results : 1) In the utilization of health services for the last 3months, the pharmacy was the type of service that was the most utilized (32.0%), and the health center was the one that was the least utilized (10.3%). About 29 % (29.2%) of the respondents could not utilize the health service at all, and 19.8% of the respondents terminated their medical treatments half way to completion because of financial difficulty (89.4%). 2) Analysis of the data using logistic regression showed that living with spouse, level of education, occupation, and income had statistically significant effects on health service utilization.

Conclusion : The parameters of health care policies are equity and efficacy for health status, and the health service utilization by low income families. The conclusive resolution for these is the improvement of public health centers for an increased utilization rate of their services.

Key words : lower income family, health service utilization

* Professor, Department of Nursing, Seoul College