

## 保健醫療資源과 醫療利用의 不均等に 관한 研究

金泳起\*

### 《目 次》

I. 머리말	III. 분석자료 및 연구모형
II. 건강, 질병 및 보건의료 이용에 대한 사회학적 설명	IV. 조사 분석 결과
	V. 맺음말

### I. 머리말

대부분의 사람들에게 있어서 국가의 적절한 보건의료의 제공은 보다 나은 삶을 누리기 위한 전제조건 중의 하나이다. 인간의 건강에 대한 욕구의 충족은 일차적으로 보건의료 자원 분배에 있어서 사회적 형평에 기초하는 것이며, 최소한의 의료 서비스가 균등하게 돌아갈 수 있도록 하는데 있다. 이러한 측면에서 국가의 의료보호와 의료보장정책은 보건의료에 대한 경제적 장애를 줄이기 위해 확립되어 왔고, 지역 보건사업과 다른 공공 프로그램은 지리적 장애를 줄이기 위해 시도되어 왔다.

그러나 이러한 접근의 확대에도 불구하고 보건의료의 형평과 의료비용의 통제에 대한 정책 과제는 증가되어 왔다. 우리의 보건의료체계는 건강의 증진 및 보호를 다루는 넓은 의미에서의 보건의료(health care)보다는 진료의료(medical care)로 조직되어 있다. 의료서비스가 치료분야 중심으로 되어 예방서비스는 우선 순위에서 밀리고 있으며, 의료비용의 증가, 의료의 전문화는 1차의료(primary-care)의 약화를 가져오는 위기를 초래하였다<sup>1)</sup>. 또한 한국사회의 산업화과정에서 나타난 지역간, 계층간 불평등의 심화라는 구조적 문제는 보건의료부에서도 상당한 문제들을 초래하였다. 즉 불균형 발전으로 빈곤한 사람이나 지방에 거주하는 사

\* 全北大學校 社會學科 教授(이 논문은 1993년도 한국학술진흥재단 자유공모과제 연구비에 의하여 수행되었음을 밝혀 둡니다.)

1) 하이아트(Hyatt)는 보건의료의 위기가 1차의료의 취약에서 비롯된다고 말한다. 현재의 의료전문화 추세는 1차의료의 발전을 저지하며, 따라서 빈곤한 계층의 지역사회 주민들이 의료를 손쉽게 이용할 수 있는 의료기관의 발전이 보건의료의 위기를 해결할 수 있다고 주장한다(양봉민, 1994)

람은 사회경제적 기회, 문화시설의 향유 측면 뿐만 아니라 보건의료기관의 이용 등에서 소외되고 있는 실정이다. 결국 지방(특히 농촌지역)과 빈곤한 사람들이 보건의료시설의 이용과 보건의료 기회의 측면에 있어서 상대적으로 불리한 위치에 놓여 있는데, 이는 한국의 보건의료체계가 자유방임적 보건의료체계를 유지하고 있는데서 비롯된다(김복호, 1989; 김영기, 이주재, 1989:219). 그리하여 보건의료 서비스는 주로 수요자의 욕구와 경제력에 따라 이용되어 왔으며, 의료서비스에서 포괄성과 지속성이 결여되어 있고, 계층별 및 지역별 의료서비스의 분배가 불균등상태에 있다고 보여진다. 따라서 농촌지역주민들과 빈곤 계층의 보건의료의 질을 향상시키고 보건의료의 기회를 확대한다는 측면에서 지역의 보건의료부문에 대한 연구가 매우 중요시되는 것이다. 의료자원의 공급 및 이용에 있어서 형평성문제, 그리고 보호대상에 있는 빈곤 계층과 여러 방면에서 의료기회가 주어지지 않는 계층의 소외문제는 오늘날 우리가 당면해 있는 가장 심각한 문제로서 해결하지 않으면 안될 연구과제이다.

본 연구에서는 도시지역에 비해 농촌지역에 대한 보건의료시설 및 인력과 같은 의료자원의 자가 상대적으로 제약되고 있으며, 농촌지역과 빈곤계층의 건강생활이나 건강조건이 보다 더 발전되지 않고 있다는데 초점을 두고, 농촌지역주민들과 경제적 빈곤계층의 건강유지를 위한 의료이용상의 문제를 조망해 보는데 의의를 두고 있다. 의료 서비스 이용은 여러 변인에 따라 차이를 보인다. 본 연구에서는 이들 변인을 인구학적 변인, 지리공간적 변인, 사회구조적 변인 및 의료체계 변인 등으로 나누어 이들 변인간의 차이를 분석하고자 한다. 이러한 분석을 통해 보건의료 이용에 가장 영향력있는 변인은 무엇인지를 구명하게 될 것이다.

이러한 논의를 위하여 먼저 보건의료 이용에

관련된 약간의 이론적 논의를 보건의료 자원과 의료체계적 측면, 사회구조적 변인들을 중심으로 논의하게 될 것이다. 그리고 사회적 변인과 보건의료 이용간의 관계를 조사분석 결과를 통해 검토하게 된다. 끝으로 보건의료 이용에 관한 분석 결과를 통해 앞으로의 보건의료이용 연구에 있어서 몇가지 유용한 시사점을 논의하고자 한다.

## II. 건강, 질병 및 보건의료 이용에 대한 사회학적 설명

보건의료 서비스 이용과 관련하여 우리의 관심의 초점은 우선적으로 보건의료에 대한 접근의 균등에 있다. 보건의료의 이용은 환자와 제공자의 특성 뿐만 아니라 그것에 대한 접근, 비용, 기회, 평등에 대한 쟁점과 치료에 대한 결과가 포함된 넓은 의미에서 분석되어야 한다. 이는 인구학적 변인, 지리공간적 변인, 사회구조적 변인 및 보건의료체계 변인간의 관련성을 검토하는 것을 포함한다.

그동안의 보건의료 이용에 관한 연구들은 보건의료에 대한 접근이 지리공간적으로 불균등하게 나타나고 있음을 상당히 지적하고 있다. 보건의료 접근상의 일반적 문제는 대부분 1차 의료, 응급의료, 가정의료의 부족이나 근무시간 외에 진료를 받을 수 없는 점 등에서 기인한다. 이러한 일반적 문제외에도 빈곤한 사람들이나 농촌지역 거주자들이 직면하고 있는 특정한 장벽이 있다. 주택 환경이나 소득 등의 차이, 의료체계에 대한 접근의 불가능성으로 인한 장벽이 그것이다. 다시말하여 의료이용상의 불균등 문제는 조직화된 의료체계의 반영일 뿐만 아니라 사회경제적 변수에 의해 설명될 수 있다는 것이다. 우리는 이러한 의미에서 보건의료 서비스의 이용에 관련된 가능한 원인들, 예컨대 환경적 조건들, 건강 행동 및 제도적

장벽 등에 대하여 기술하고자 한다.

### 1. 보건의료 이용에 관한 이론적 모델

보건의료 서비스 이용에 관한 이론적 모델은 여러가지 관점에서 조망될 수 있다. 월린스키(Wolinsky, 1980)는 보건서비스 이용에 관한 7가지의 일반 이론을 소개하고 있으며, 특히 3가지의 주요 이론적 틀, 즉 건강신념 모델(the health belief model), 건강체계 모델(generic health systems model) 및 민속의료 모델(the ethnomedical model)을 상세히 소개하고 있다. 이들 보건의료 서비스 이용에 관한 3가지 접근 방법을 간략히 살펴보자.

보건의료 서비스 이용의 가장 잘 알려진 이론 중의 하나인 건강신념 모델은 예방적 건강 행동을 설명하는데 있어서 직면하는 문제들을 사회심리학적으로 유형화하는데서 출발한다. 이론적 가정은 다음과 같다. 만약 개인들이 질병에 대하여 행위를 취한다고 하면, 그 행위를 취하는데 있어서 4가지 주요 변인이 작용한다는 것이다. 4가지 주요 변인은 ①개인의 질병에 대한 민감성(susceptibility) ②질병의 심각성(seriousness) ③질병에 대한 행위를 취하는데 있어서 유익(benefits)과 장벽(barriers) ④개인의 행위 과정을 동기화하는 계기(cues)이다.

개인들이 질병에 대하여 행위를 취하기 위해서는 그 질병에 대하여 민감한 인지를 하여야 한다. 예를 들면, 특정 질병 X에 대한 예방적 행위는 개인들이 그 질병에 대하여 민감하게 인지하지 않는한 취하지 않을 것이다. 이는 건강 신념 모델의 개인의 인지에 대한 의존성을 나타낸다. 질병에 대한 민감성을 인식한 개인은 그 질병에 대하여 심각성을 인지하게 된다. 질병의 심각성은 그 질병에 대하여 개인이 갖는 걱정으로 측정하게 된다. 질병에 대하여 민

감하게 반응하고 심각성을 인식하게 된다면, 개인들은 어떤 행위를 취하게 될 것이다. 그런데 그 특정 행위는 질병에 대하여 유의할 수도 장애일 수도 있다. 따라서 건강신념모델에서는 인간이 합리적이라는 가정하에 개인들이 유의성에 기초하여 행위를 하게 될 것이라고 본다. 그리고 개인의 예방적 행위는 어떤 외적 요인들에 의해 그러한 행위를 취하도록 계기가 주어질 때 행하게 된다는 가정을 한다. 그 외적 요인들은 대중매체 메시지, 친구의 충고, 혹은 가족 성원, 친구 등의 병이 단서가 된다. 이러한 건강 신념 모델에서 개인들의 인지는 사회문화적 배경의 결과에 의해 수정되고 발전되는 것이다.

건강체계 모델은 보건서비스 이용 모델중에서 가장 광범위하게 적용되고 있다. 앤더슨(Andersen, 1968)의 건강 체계 모델은 건강 서비스 이용의 개인적 결정요인에 초점을 두고 있다. 그러나 앤더슨의 건강 체계 모델은 이후에 개인적 결정요인 모델을 다양한 맥락적 요인들과 통합시켰다(Aday and Andersen, 1974, 1975). 앤더슨의 원래 행동 모델은 보건서비스 이용의 3가지 주요 범주, 즉 ①의료 이용 성향 특성(predisposing characteristics) ②의료 이용 능력 특성(enabling characteristics) ③의료 이용 요구도 특성(need characteristics)을 설정하고 있다. 의료 이용 성향 특성의 범주는 어떤 개인들은 다른 개인들보다 서비스를 이용하려는 성향이 더욱 크다는 사실을 말한다. 이러한 성향은 특정한 병 에피소드의 발생 이전에 나타나는 다양한 개인적 특성에 의해 예측된다. 이들 개인적 특성은 3가지로 분류된다. 즉 인구학적 특성(성, 연령), 사회구조적 특성(교육, 직업, 민족성), 건강 유익성(의료의 효과성에 대한 신념)이 그것이다. 이용 능력 특성의 범주는 개인이 보건 서비스를 이용하려는 성향이 있다고 할지라도 그것을 이용할 능력이

없다면, 개인이 보건서비스를 이용하지 않을 것이라는 사실을 반영한다. 개인의 보건서비스 이용 능력은 가족 자원(소득 및 거주지) 및 지역사회 자원(보건의료 시설의 이용가능성)에 좌우된다. 이러한 이용할 수 있는 가족 및 지역사회 자원이 충분하다면, 개인들은 이들 보건서비스를 더욱 이용하게 될 것이다. 끝으로 의료 이용 성향과 이용 능력의 특성이 적절한 수준에서 존재한다고 할 때, 개인은 보건 서비스 이용을 위한 의료 요구도를 인지하게 된다. 즉 병이나 그것의 인지된 위협과 같은 요구도는 보건 서비스의 이용을 위한 기본적 직접적 자극이다. 앤더슨의 모델은 이후 지역 및 국가 수준의 연구들에서 이용되었고, 보건 정책(재정, 교육, 보건인력 조직)과 의료 전달체계(자원, 조직)의 맥락적 요인과 통합되어 완전한 보건 체계 모델을 이루었다.

민속의료 접근방법은 보건의료 서비스 이용에 대한 인류학적 이론 구성의 발전에 힘입고 있다. 영(Young, 1980)의 선택 결정 모델(choice-making model)은 개인의 보건의료 선택 과정에서 4가지 요소가 보건의료 서비스 선택과정에 영향을 주고 있음을 고려하고 있다. 선택과정에서 4가지 고려 요소는 ①심각성(gravity) ②가정의료(home remedy) 지식 ③의료 선택의 신념(faith) ④접근도(accessibility)이다. 심각성은 개인의 특정 준거 집단내에서 동의되고 있는 병에 대해 인지된 심각성을 말한다. 이는 어떤 병의 발병 이전에 그들의 인지된 심각성에 의해 병의 분류가 존재한다는 가정을 나타낸다. 따라서 개인들이 병에 직면하게 될 때, 상징적으로 그러한 분류에 따라, 동의된 심각성 수준을 받아들이고, 그 심각성 수준에 따라 상이한 보건의료를 선택하게 된다. 가정 의료 지식이 특정 병에 대해 손쉽게 이용가능하고 효과적이라면 개인들은 전문적 보건의료 체계보다는 가정의료 형태를 선

택하게 될 것이다. 반면에 효과적 가정 의료에 대해서 알지 못한다면 개인들은 전문적 보건의료 체계를 이용하게 될 것이다. 신념은 특정 병에 대한 치료에 있어서 민속 의료의 효과성에 대한 개인의 믿음을 반영하고 있다. 접근도는 다양한 형태의 보건의료 서비스를 이용하는 데 있어서의 비용과 이용가능성을 반영한다. 예를 들어, 어느 지역사회에는 어떤 전문적 보건의료시설이 없고, 반면에 다른 지역에는 다양한 수준의 여러 의료 시설들이 있다고 한다면, 의료 시설의 이용에 있어서 비용이 문제되는 것이다.

이러한 의료 이용 모델은 아픈 사람들이 어떤 유형의 의료기관을 이용하는가? 또는 의료 이용에 촉진적 작용 요인과 장애적 작용 요인이 무엇인가? 등에 대해서 분석할 수 있도록 연구 방향을 제시해 주고 있다. 그러나 실제로 의료이용과 관련된 변인들을 경험적으로 제시해 주는데는 한계가 있으며, 의료이용에 작용하고 있는 여러가지 변인들을 종합적으로 고찰하고 있지는 못하다. 우리는 의료서비스 이용에 있어서 개인적 능력과 더불어 구조적 차원을 동시에 고려하여야 한다. 그리하여 이들 의료 이용 모델에서 제시되고 있는 개인적 구조적 차원을 망라한 여러 가지 관련 변인들에 대한 경험적 연구들을 살펴볼 것이다.

## 2. 보건의료 이용과 관련된 경험적 연구들

### 1) 인구학적 변인과 건강, 질병 및 의료 이용

건강의 불균등에 대한 많은 연구들은 사회계급간의 차이나 혹은 빈곤 가구와 비빈곤가구간의 차이에만 관심을 집중시켰지, 여성과 남성간의 건강에 대한 경험의 차이나, 가구내에서 자원이 분배되는 방식에 대해서는 전혀 고려하지 않는다. 노동과 질병에 대한 대부분의 조사 연구들은 남성지배적인 작업에만 집중되었다.

그러나 여성들이 행하는 다중 역할이 그들의 정신적 육체적 건강상태에 영향을 미친다. 이와 관련하여 브라운과 해리스(Brown and Harris)는 어린 자녀를 둔 가정의 여성들은 다른 사람보다 더 많은 임상적 우울증을 경험하는 경향이 있음을 제시하였다(Brown and Harris, 1978). 또한 여성들은 남성들보다 일반의와 더 자주 면접한다(Graham, 1984). 여성들이 의료이용을 더 많이 하는 것은 그들이 남성들보다 더 질병에 시달린다는 것 이외의 요인들에 기인한다고 주장된다. 즉 여성들은 남성들보다 더 많은 문제를 출산영역에서 겪게 되고, 무급 가사노동으로의 여성의 격리는 여성들이 우울증 유병율이 높은 것과 상관관계가 있다는 것이다(Brown and Harris, 1978). 그리고 거기에는 사회계급별 차이가 존재하는데, 만성적 질병에 시달리는 비율이 가장 낮은 계급의 남성과 혼인한 여성들은 가장 높은 계급의 여성들보다 3배나 높다. 그럼에도 불구하고 예방사업은 예방에 의해 미리 막을 수 있는 문제들로 고통받는 여성들에게 최소로 접근되고 있다고 도얄(Doyal, 1987)은 주장한다. 이와는 달리 스캠블러와 스캠블러(Scambler and Scambler, 1984)는 여성들의 경우 그들이 아프거나 불편할 때 반드시 의사를 방문하지 않으며, 의사를 방문하는 정도가 다르다는 점을 발견하였다. 여성들이 의사를 찾아가야 할 질병과 그렇지 않은 질병을 구분하고, 흔히 고통이나 아픔을 경험하면서도 스스로가 견딜만하고 아프다고 간주하지 않는 것이다. 결국 여성들은 남성들에 비해 말없이 고통받는 경향이 강하다고 볼 수 있다. 연대적인 나이와 건강과 질병의 밀접한 관계는 이미 잘 알려져 있다. 연령은 사망률을 예측할 수 있는 가장 확실한 지표이고 질병과 장애의 발병률과 이환률을 가장 잘 설명해주는 변수이기도 하다. 생물학적 유기체로서의 인간은 타고난 생물학적 기체에

의해서 또는 환경적 요인에 대한 노출에 의해서 나이가 들수록 질병, 장애, 그리고 사망의 위험도가 커지는 것으로 알려져 있다(Fries and Crapo, 1981). 버틀러(Butler, 1975)는 정신건강은 늘 활발한 정신활동을 계속함으로써 유지된다고 주장하며, 이런 경우 노년층에게 그들의 삶의 보상으로 아무 일도 하지 않도록 요구하고 기대하는 것은 오히려 정신적, 나아가 육체적인 퇴화를 조장하는 결과를 낳게 된다고 한다. 질병에 대한 저항력은 생물학적인 나이와 함께 약해지기는 하나 사회적 기대에 의해서도 크게 영향을 받아 부정적인 순환 과정을 거치게 된다고 한다(Kuypers and Bengtson, 1973). 즉 질병에 대한 저항력의 약화와 더불어 사회적인 낙인을 통해 노인들의 환자역할이 정의되고 결국 그 역할을 쉽게 인정하게 되는 것이다.

## 2) 보건 서비스에 대한 접근도와 의료이용:

### 지리공간적 변인과 의료체계 변인

지역사회의 과소화는 병원, 학교, 레저시설, 문화시설, 사회적 서비스와 같은 집합적 소비수단과 생활환경의 기반 약화로 이어지게 된다. 건강한 노동력을 확보할 수 있는 근간인 보건의료부문의 투자 확보에 대한 장벽으로 작용하는 것이다. 예컨대, 지역사회는 인구유출로 인하여 지역사회의 경제력이 저하되고 집합적 소비수단의 공급비용이 상승하기 때문에 이용자들의 이에 대한 비용부담이 크게 된다. 또한 재정상의 곤란으로 공공재 공급의 감축이 행해진다. 일반적으로 의료부재 현상은 의료자원과 의료기회의 부재를 의미하는데, 의료의 독점적 공급과 진료권확대의 한계로 특히 농촌지역의 의료자원은 빈약할 수 밖에 없다. 의료산업은 인구가 희박하여 의료의 상품화가 떨어지는 지방이나 농촌지역에 투자하려고 하지 않기 때문

에 이들 지역에 의료자원이 부족하고 지방 주민들은 이를 이용하기가 쉽지 않은 것이다(이주재, 1992:301).

보건의료체계의 발전에도 불구하고 계층간, 지역간의 건강 불평등이 지속되고 있으며, 이용상의 상대적 불평등은 여전하거나 어느 정도 증가하기까지 하였다. 실제로 자유방임적 보건 의료체계는 그 공급방식이 지역거주자들로 하여금 이를 충분히 활용할 수 없도록 하기 때문에 지역주민들의 특정 요구를 충족시키지 못하였다고 할 수 있을 것이다. 농촌지역은 병원과의 거리가 상대적으로 멀고, 병원이나 의원 등의 의료시설은 최소한 읍지역에 이르러야 접근할 수 있기 때문에 이에 접근하기 위해서는 교통편의시설이 좋아야 한다. 그런데 오지나 벽지가 많은 농산촌에서는 교통조건이 불편해서 접근의 편리도가 낮으며, 시간적, 공간적 거리도 멀어지게 되므로 의료접근도가 낮을 것으로 예상되는 것이다(김영기, 이주재, 1989:227).

이처럼 보건의료 체계의 부적절성은 특히 빈곤 계층이 보건 의료를 이용하는데 있어서 문제가 있다. 무엇보다도 접근 자체가 어렵다. 의사들이 빈곤지역에서 개업을 하지 않기 때문에 의료이용이 어려울 뿐만 아니라 이들 지역에는 교통 문제가 복합적으로 작용한다(Bullough, 1972:347-359; May, 1975:131-149). 지역주민들 특히 농촌지역사람들은 만성적 질병에 시달리는 경우가 많아서 의료 요구도가 높은 반면에 의료전달체계상의 장벽으로 인한 접근 불가능성이 문제가 된다. 또한 낮은 소득으로 의료 이용을 할 수 있는 경제적 능력이 결여되어 있는대도 불구하고 의료보호를 받은 빈곤층이 매우 제한되어 있기 때문에 의료이용이 낮을 수 밖에 없다. 미국의 경우 의료보험에 가입되어 있는 사람의 내과 방문 회수는 1년에 3.7회이었고, 의료보험에 가입하지 않은 사람의 내과 방문 회수는 2.4회로 나타났다(Conrad

and Kern, 1990:256). 의료보험 혜택을 받지 못하는 사람들중의 많은 수는 단순히 치료조차 안받고 지내기도 한다. 그리하여 의료보험이나 의료보호 혜택의 부재는 빈곤층에 있어서 긴장을 유발하는 요인이 되고 있기도 하다. 가족성원들이 필수적인 의료서비스 지원도 받지 못할 경우 그 긴장상태는 커질 것이다. 이러한 점에서 빈곤한 사람들의 의료이용율이 낮은 것은 이들 의료체계에 대한 복합적인 부정적 경험에 대한 자연스러운 반응으로 파악되기도 한다(Riessman, 1974:41-49). 그리고 한국의 현재 보건 의료보험제도하에서는 진료비에 대한 부당한 삭감, 강제적인 진료기관 계약, 환자들의 증가에 따른 노동증가 등으로 의사들이 직면하는 여러가지 불만들이 있다고 한다(조병희, 1994:38). 따라서 이러한 측면들은 의사와 환자간의 관계를 부정적으로 만들며 특히 의료보호대상 환자들에 대한 진료 기피나 불친절로 이들의 의료이용에도 부정적 영향을 미칠 것으로 생각된다.

반면에 영국과 같이 의료보험제도가 사회보험제도가 확산되어 보편화되어 있는 경우 계층간 및 경제적 지위에 따른 의료서비스 이용의 차이는 상당히 감소되어 왔다는 연구결과가 있다(Bice et al., 1972; Aday and Anderson, 1978; Newacheck et al, 1980). 그러나 여전히 예방적 의료서비스의 이용에 있어서는 의료체계가 그 차이를 해소해 주지는 못하는 것으로 보인다.

### 3) 사회구조적 변인과 의료이용

사회계급(계층)이라는 변수가 의료이용과 관련이 있다는 사실은 일반적으로 받아들여지고 있다. 사회계급이 소득이나 교육, 아니면 직업에 의해서 측정되건간에 빈곤계층의 경우에 사망과 질병의 비율이 높다고 보고된다. 또한 인종변수는 사회계급과 강하게 관련되어 있으며

백인보다 흑인의 경우에 유아사망율과 질병율이 높다는 것은 이미 알려져 있다(Reed, 1990:34-44). 빈곤계층의 건강상태가 좋지 못하다는 사실에 대해서는 여러 사회환경적 요인에 의해 설명되고 있다. 불량주택, 밀집된 주거생활, 영양조건 등의 요인은 건강문제에 상당한 영향을 미치는 요인들이다.

교육과 건강은 밀접한 관계가 있으며, 교육수준이 낮으면 건강에 상당히 위협한 요인으로 작용한다. 주로 낮은 교육수준을 지닌 남성들의 경우 사회적 고립과 스트레스의 수준이 높게 나타나는 경향이 있기 때문이다(Brown, 1992:31). 스웨덴 연구자료에 의하면, 국민학교 혹은 의무교육을 받지 못한 사람들의 경우 인생의 후반기에 노동능력의 저하와 함께 오랜 만성 질병의 위협에 노출될 가능성이 높다고 한다(Dahlgren & Diderichsen, 1992: 399).

실업 상태에 놓이거나 가족과의 유대 관계가 약하거나 친구들과의 관계가 소원해지면 이는 건강지위에 악영향을 미치게 된다. 실업자는 생활에 대한 불만족과 불행을 느끼고, 두통과 불면증으로부터 시달리고, 흡연과 음주가 증가하게 된다는 보고가 있다. 또한 실업과 아동학대간의 분명한 관계를 밝히고 있는 연구도 있다. 1981년과 82년간에 실업이 증가한 51개 지역에서 69퍼센트가 아동 학대의 증가를 보고하였고, 실업이 감소한 21개 지역에서 71퍼센트는 아동학대의 감소를 보고하였다(Brown, 1992:30 재인용).

계층에 따라 건강에 대한 행동도 상이하게 나타나고 있는데, 하층계급은 질병의 여러 증상들(통증, 부종, 출혈 등)에 대해 많이 참는 경향이 있고, 이는 의학적 도움을 구하는데 있어서 소극적 자세를 보이는 결과를 낳는다고 한다. 또한 이들은 특히 예방적인 건강생활에의 참여도가 낮고, 치료방법에 따르지 않으며, 의사와의 약속을 지키지 않는 경향이 있다는

연구도 보고되고 있다(Herz and Stamps, 1977; Rosenstock and Kirscht, 1979). 또한 특정계층의 생활양식은 특정 질병의 위험인에 대하여 개인의 노출가능성을 증가시키는가 하면 일반적인 질병에 대한 저항(resistence)이나 모든 질병에 대한 민감성(susceptibility)에도 영향을 미치고 있음을 보여준다(Syme and Berkman, 1976:1-8). Morgan 등(1988)에 의하면, 노동자계층에서 관상동맥질환이 많이 발생하며, 또한 알코올 소비량도 사회계층이 낮을수록 많아져 특히 하층계급의 남자들에게 간경화증, 심장혈관질환, 사고로 인한 사망 등의 확률이 높다. 흡연 역시 폐암이나 호흡기 또는 심장혈관질환의 발생가능성과 밀접하게 관련되어 있다는 것이 이미 알려져 있고, 이는 흡연 습관 역시 계층에 따라 다른 양상을 보인다는 연구들에 의해 계층간의 상이한 생활양식이 각기 다른 질병의 원인을 제공함을 보여주는 예가 된다.

반면에 그린(Green, 1979)은 중·상류층이 건강에 대해 더 민감한 지향을 가지고 있다고 주장하는데, 그 이유는 첫째, 건강에 관하여 다양한 견해를 갖는 타인과 상호작용을 많이 하고 둘째, 과학적 지식과 방법에 의지하려는 경향이 강하기 때문이다. 런달과 휠러(Rundall and Wheeler, 1979)는 예방적 치료를 이용하는 행동에 있어서 사회계층간의 차이를 유발하는 직접적인 결정요인은 하층계급이 갖는 빈곤문화라고 주장한다. 그러나 건강에 대해 비교적 무관심한 빈곤문화는 이미 기본적인 의식주의 요구 충족이 이루어진 중상층의 육체적·정신적 발전에 대한 가치지향과 비교할 때 생존을 위한 다른 욕구를 우선할 수 밖에 없는 상황으로부터 기인한다고 볼 수 있다.

따라서 이러한 연구들은 보건의료 서비스 이용의 차별성을 분석하는데 있어서 보건의료자원에 대한 접근도나 사회구조적 지위에서부터

의료체계에 이르기까지 다차원의 접근방법을 포괄적으로 고려해야 함을 강조하는 것이다.

### Ⅲ. 분석 자료 및 연구 모형

#### 1. 분석 자료

조사대상자 선정을 위한 표본추출은 전북지역의 시 및 군을 포함하여 다단계 추출방법을 이용하였다. 조사지역은 우선 시지역과 군지역을 과소화(過疏化) 정도에 따라 유의적으로 나누었으며<sup>2)</sup>, 각 시의 동지역 및 군의 면지역 선정은 우편번호부를 통하여 무작위 추출하였다.

조사표본수는 전체 340명이며, 도시지역이 169명이고 농촌지역이 171명이다. 도시지역은 도시적 성장이 어느정도 이루어진 전주시, 군산시, 이리시 뿐만 아니라 신항도시로서의 특성도 지니고 있는 정주시, 김제시도 포함되어 있다. 농촌지역은 도시근교의 완주, 평야지역의 정읍, 김제, 부안, 그리고 산간지역의 진안, 장수가 포함되어 있다. 이러한 지역 단위 표집은 인구의 과소 뿐만 아니라 사회적 과소로 인하여 의료 이용의 문제를 적절하게 나타낼 수 있도록 하기 위해서이다.

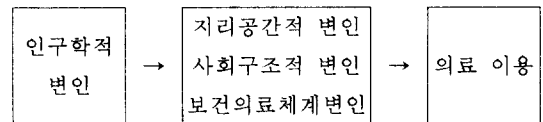
그러나 조사 표본의 크기가 340사례에 불과하여 표본수가 작기 때문에 다른 의료이용 연구에서 전국적 표본을 가지고 분석한 연구결과와 직접적으로 비교하기에는 제한이 있을 것이다.

#### 2. 연구 모형

우리의 연구는 의료이용에 영향을 미치는 요

인을 분석하기 위한 것이다. 이를 위하여 의료이용에 관한 3가지 이론적 모델, 즉 건강신념 모델, 건강체계모델 및 민속의료모델과 의료이용과 관련된 경험적 연구들을 살펴보았다. 그런데 기본적 가정과 영향을 미치는 변인들의 차이에도 불구하고 의료이용에 영향을 미치는 요인들은 공통적으로 발견되며, 단일 요인으로 작용한다기 보다는 다중적으로 작용함을 알 수 있었다. 여기서는 이러한 모델과 변인들을 중심으로 다음과 같은 연구모형을 구성하고자 한다.

<그림1> 보건의료 이용 분석 모형



기본적으로 성이나 연령같은 사회인구학적 변수는 건강과 가장 밀접한 관련이 있는 변인이다.

또한 교육, 직업, 소득과 같은 사회구조적 변인들도 건강에 매우 밀접히 관련되어 있다고 보고된다. 하층사람들이 좋지 못한 건강상태에 놓여 있게 되고, 결국 의료의 요구도가 높게 되며 의료기관을 자주 이용하게 되는 요인이 되는 것이다. 그리고 사회 불평등의 차이는 경제적 능력으로 말미암아 의료시설 및 의료체계에 대한 접근 기회를 제한하게 된다.

이러한 분석 모형은 의료이용에 영향을 미치는 변인들의 관계를 다음과 같은 5단계로 가정하고 있다. 첫째, 건강과 질병은 기본적으로 인구학적 변인에 의해 가장 큰 영향을 받을 것이다. 둘째, 낮은 사회구조적 지위는 높은 사회구

2)과소화의 개념과 이에 따른 지역의 구분은 "과소지역의 형성과 구조특성에 관한 연구"를 참조(윤근섭, 송정기, 1994).



조적 지위보다 의료 이용 가능성이 떨어지기 때문에 의료이용에 부정적 영향을 미칠 것이다. 세째, 지리공간적 차이는 의료이용 접근도에 있어서 불균등을 초래할 것이다. 네째, 의료체계의 미비는 의료이용에 장애로 작용할 가능성이 높기 때문에 의료이용 접근도에 영향을 미칠 것이다. 이러한 가정하에 우리는 먼저 인구학적 변인을 비롯한 각 변인들이 의료이용에 어떤 영향을 미치고 있는지를 분석하고, 그리고 인구학적 변인을 통제한 다음에 각 변인과 의료이용과의 관계를 살펴보게 될 것이다.

우리의 분석 모형은 의료이용에 영향을 미치는 요인들의 모델 개발에 있는 것이 아니고, 위에서 언급한 여러 차원들중에서 어떤 차원이 의료이용의 차이를 잘 설명하는가를 분석하기 위한 것이다. 따라서 의료이용에 기본적인 영

향을 미치는 인구학적 변인들을 통제한 후에 각 차원의 변인들을 투입하여 어떤 변인들이 의료이용의 차이를 잘 설명하는가를 분석하였다.

### 3. 변인의 측정

분석에 이용된 방법은 중분류분석(Multiple Classification Analysis: MCA)이다. 중분류분석방법을 이용한 이유는 독립변인과 종속변인의 대부분이 범주형으로 측정되었기 때문에 각 독립변인의 종속변인에 대한 효과를 얻기에 가장 적합하다고 생각되었기 때문이다.

여기서 분석되고 있는 관련변인들의 평균값과 표준편차의 기술통계치가 <표1>에 제시되어 있다.

<표1> 관련변인들의 기술통계치

	평균값	표준편차	부 호 화
의료 이용	.382	.487	이용=1; 비이용=0
인구학적 변인			
성	1.471	.500	남성=1; 여성=2
연령	1.959	.782	20-30대=1; 40-50대=2; 60대이상=3
결혼지위	1.991	.495	미혼=1; 결혼=2; 이혼/사별=3
가족수	1.351	.478	4명이내=1; 4명이상=2
지리공간적 변인			
지역	1.503	.501	도시=1; 농촌=2
병원과의 거리	1.388	.488	5km이내=1; 5km이상=2
사회구조적 변인			
교육수준	1.443	.498	국민/중학교=1; 고등/대학교=2
가족 월평균소득	1.450	.498	99만원이하=1; 100만원이상=2
직업*	2.647	1.004	
의료체계 변인			
건강진단 여부	1.659	.475	하였다=1; 하지않았다=2
의료보험 도움여부	1.262	.440	도움이 된다=1; 도움이 안된다=2

\*직업의 부호화 : 전문/사무직=1; 서비스/생산직=2; 농업직=3; 기타(주부/무직)=4

종속변인은 의료이용 여부이다. 의료이용여부는 가변수(이용=1; 비이용=0)로 처리하였다. 의료이용은 지난 1개월동안 몸이 아프거나 불편한 적이 있었는지의 여부를 질문하고, 그 아픈 증상으로 병의원 등에서 진료나 처방을 받았는지 여부를 측정하였다.

독립변인은 인구학적 변인, 지리공간적 변인, 의료체계변인, 그리고 사회구조적 변인 등으로 구성되어 있다. 인구학적 변인의 측정은 성(남=1; 여=0), 연령(20-30대=1; 40-50대=2; 60대이상=3), 결혼지위(미혼=1; 기혼=2) 및 가족수(4인이내=1; 4인이상=2)로 이루어졌다. 지리공간적 변인은 의료시설에 대한 접근도를 측정하고자 하는 것으로 지역(도시=1; 농촌=2)과 병원과의 거리(5km이내=1; 5km이상=2)로 측정하였다. 사회구조적 변인은 교육정도(중학이하=1; 고교이상=2), 직업(전문/사무직=1; 서비스/생산직=2; 농업직=3; 주부 및 무직=4), 가족월평균소득(99만원이하=1; 100만원이상=2)으로 측정하였다. 의료체계변인은 건강진단여부(진단받은 경우=1; 받지않은 경우=2) 및 의료보험도움여부(도움=1; 비도움=2)로 측정하였다.

#### IV. 조사 분석 결과

의료기관 이용 행태에 대한 관심은 개인의 합리적인 선택과 의사결정의 측면일 뿐만 아니라 의료인력과 조직화된 의료체계, 나아가 사회체계의 반영이라는 점에서 우리의 관심의 대상이 된다.

특히 의료기관 이용에 관한 연구들은 여러가지 사회적 변수들을 고려함으로써 개인의 수준

에서 일어나는 구체적 의료행위들을 광범위하게 밝혀 낼 수 있을 것이다.

의료이용을 분석하기 위하여 여러 사회적 변인들과 의료 이용간의 중분류분석(MCA)을 하였다. 응답자가 몸이 아프거나 불편하였을 경우, 그 아픈 증상에 대하여 지난 1개월동안 진료나 치료를 받은 적이 있는지 여부를 분석하였다. 지난 1개월간의 의료기관 방문일수나 회수를 체크한 것이 아니라 아픈 증상에 대하여 진료의 유무를 체크한 것이기 때문에 의료 이용 유무를 가변수로 처리하였다. 그리고 각 독립변인들의 의료이용과의 관계를 분석하였고, 건강과 관련하여 가장 기본적으로 영향력을 미치는 인구학적 변인을 통제한 후에 다른 독립변인들의 의료이용에 대한 영향을 분석하였다.

우선 <표2>는 각 독립변인들의 의료이용 정도를 중분류분석한 것이다. 인구학적 변인들중에서 성별로 보면 남자보다는 여자가 더 많이 의료를 이용하며, 연령이 증가될수록 의료이용이 높게 나타난다. 결혼지위별로 보면 미혼보다는 결혼한 사람들의 의료이용이 높게 나타나고, 가족수에 따라서는 차이가 나타나지 않는다. 인구학적 변인중에서는 연령 변인만이 의료이용의 차이를 유의미하게 설명해 주고 있으며, 나머지 변인들은 영향력이 없는 것으로 나타나고 있다. 지리공간적 변인들을 보면, 농촌 지역보다는 도시지역 사람들이 의료이용을 더 많이 하는 것으로 나타났으며, 병원과의 거리가 가까운 사람들의 의료이용이 높은 것으로 나타나고 있다. 그러나 지리공간적 변인들은 통계적으로 유의미한 차이는 없는 것으로 나타났다<sup>3)</sup>.

3) 전국적 수준의 표본을 가지고 조사한 자료에서도 지역간 병의원 이용 경험률은 유의한 차이가 없음이 보고되고 있다(송건용,김영임,이의경, 1990:16). 의료이용을 의료체계에 대한 접촉 또는 접근도로 측정한 이 연구에서는 연간 인구 100인당 병의원 이용 경험률은 전국에서 46.2%이라고 보고하고 있다. 그리고 지역간 차이는 없지만 성별, 연령별, 교육수준별, 평소 건강상태별로 비교적 큰 차이가 있다고 한다.

**<표2> 사회적 변인과 의료 이용간의 중분류분석**

(총평균: .382)	표본수	편차	Beta	R <sup>2</sup>
<b>성 별</b>				
남 자	180	-.04	.09	.009
여 자	160	.05		
<b>연 령</b>				
20-30대	111	-.11	.21	.042**
40-50대	132	-.01		
60대이상	97	.14		
<b>결혼지위</b>				
미 혼	43	-.08	.06	.004
결혼/사별	297	.01		
<b>가족수</b>				
4명이하	220	.00	.00	.000
4명이상	119	-.00		
<b>지 역</b>				
도 시	169	.03	.07	.004
농 촌	171	-.03		
<b>병원과의 거리</b>				
5km이하	208	.01	.03	.001
5km이상	132	-.02		
<b>교육수준</b>				
국민/중학교	187	.04	.10	.010
고등/대학교	149	-.06		
<b>가족 월평균소득</b>				
99만원이하	187	.07	.15	.023**
100만원이상	153	-.08		
<b>직 업</b>				
전문/사무직	44	-.16	.71	.027**
서비스/생산직	118	-.00		
농업직	88	-.02		
기타(주부/무직)	87	.11		
<b>예방건강진단 여부</b>				
하였다	116	.13	.19	.035**
하지 않았다	224	-.07		
<b>의료보험 도움여부</b>				
도움이 된다	251	.06	.22	.049***
도움이 안된다	89	-.18		

\*P&lt;.05    \*\*P&lt;.01    \*\*\* P&lt;.001

사회구조적 변인들을 보면, 교육수준이 낮고 가족의 월평균소득이 낮을수록 의료이용이 높게 나타나고 있다. 그리고 직업별로 의료이용을 보면 주부/무직, 판매서비스/생산직, 농어민, 전문/관리/사무직의 순으로 낮아지고 있으며, 전문/관리/사무직과 주부/무직 집단간의 편차가 상당히 크게 나타나고 있다. 교육정도의 차이는 의료이용에 통계적으로 유의미한 영향을 미치고 있지 못하나 직업과 소득수준의 차이는 유의미한 영향을 미치고 있다. 의료체계변인을 보면, 건강진단여부와 의료보험의 도움여부에 따라 차이가 있는 것으로 나타난다. 즉 건강진단과 같은 병에 대한 예방행동을 하는 사람들이 그렇지 않은 사람들보다 의료이용이 높게 되며, 의료보험이 의료기관이용에 도움이 된다고 응답한 경우가 그렇지 않은 경우보다 의료이용이 높았으며, 통계적으로 유의미한 차이를 보여주고 있다. 그런데 각 독립변인들과 의료이용간의 관계가 인구학적 변인에 의해 영향을 받을것으로 생각되기 때문에 이를 통제후에 각 변인의 의료이용에 대한 독립적 영향력을 분석할 필요가 있다. 즉 우리의 기본적 가정은 인구학적 변인이 의료 이용에 가장 큰 영향을 줄 것이라고 생각하였다. 그런데 인구학적 변인중에서도 연령 변인만이 의료이용에 유의미한 차이를 보여주고 있으므로, 이 연령변인을 통제하고 의료이용에 대한 중분류분석을 하고자 한다(<표3참조>).

모형1에서 보면, 남자보다는 여자의 의료이용이 높지만 연령을 통제후에 인구학적 변인들은 베타(Beta)값이 높지 않으며 의료이용에 유의미한 차이를 보여주고 있지 않다. 또한 모형2를 보면, 도시지역 거주자와 병원과의 거리가 가까운 사람들이 의료이용이 높지만, 이들 지리공간적 변인이 의료이용과 별로 관계가 없음을 알 수 있다. 모형3의 사회구조적 변인들을 보면, 연령을 통제후에 교육보다는 직

업과 소득 변인의 베타값이 상대적으로 높게 나타나 이들 변인들의 중요성을 알 수 있다. 직업은 통계적으로 유의미한 영향을 주고 있지는 않지만, 사회적 지위가 낮은 직업군(주부/무직, 판매/서비스/생산직, 농어민 등)이 전문/관리/사무직보다도 의료이용이 높게 나타나고 있다. 그리고 가족의 월평균소득이 낮은 층이

높은 층보다 의료이용이 높으며 통계적으로 유의미하다. 모형4의 의료체계 변인을 보면 연령을 통제한 후에도 건강진단여부와 의료보험 도움여부가 상당한 영향을 미치고 있다. 예방건강진단을 받은 받은 사람들이 건강진단을 받지 않은 사람들보다도 의료이용이 높으며, 의료보험이 의료기관 이용에 도움이 된다는 사람들이

<표3> 인구학적 변인을 통제한 의료 이용의 중분류분석

	모형 1		모형 2		모형 3		모형 4	
	편차	Beta	편차	Beta	편차	Beta	편차	Beta
전체평균	.381		.382		.387		.382	
연령								
20-30대	-.13	.23***	-.22	.22***	-.11	.19*	-.08	.17**
40-50대	.00		-.01		-.00		-.03	
60대이상	.15		.15		.13		.13	
성별								
남자	-.05	.10	--		--		--	
여자	.05		--		--		--	
결혼지위								
미혼	.06	.05	--		--		--	
결혼	-.01		--		--		--	
가족수								
4명 이내	-.01	.02	--		--		--	
4명 이상	.01		--		--		--	
지역								
도시	--		.05	.10	--		--	
농촌	--		-.05		--		--	
병원과의 거리								
5km 이내	--		.01	.00	--		--	
5km 이상	--		-.02		--		--	
교육수준								
국민/중학교	--		--		-.03	.07	--	
고등/대학교	--		--		.04		--	
가족 월평균소득								
99만원 이하	--		--		.05	.11*	--	
100만원 이상	--		--		-.06		--	
직업								
전문/사무직	--		--		-.09	.11	--	
서비스/생산직	--		--		.01		--	
농업직	--		--		-.03		--	
기타(주부/무직)	--		--		.07		--	
예방건강진단 여부								
하였다	--		--		--		.11	.16**
하지 않았다	--		--		--		-.06	
의료보험 도움여부								
도움이 된다	--		--		--		.05	.17**
도움이 안된다	--		--		--		-.14	
R2	.052		.063		.066		.102	

\*P<.05    \*\*P<.01    \*\*\*P<.001

그렇지 않은 사람들보다 의료이용이 높다.

전체적으로 보면, 의료이용 행동에 영향을 미치는 있는 요인은 기본적으로 연령이라는 변인이 가장 큰 영향을 미치고 있음을 알 수 있다. 그리고 다른 인구학적 변인, 지리공간적 변인은 거의 유의미한 영향이 없으며, 사회구조적 변인과 의료체계의 변인이 유의미한 영향력이 있다. 사회구조적 변인에서는 교육과 직업보다는 소득 변인이 중요하며, 경제적 지위가 의료보험이나 건강예방진단과 같은 의료체계의 변인과 더불어 의료이용에 상당한 영향을 미치고 있음을 알 수 있다. 즉 빈곤층의 경우 그들이 직면하고 있는 경제적 장애 때문에 좋지 못한 건강상태에 노출되어 있으며, 이에 상응하여 의료이용의 요구도가 높다고 할 수 있다. 그리고 이들 빈곤층이 의료보험이 실시된 이후 상당히 빈번한 의료소비의 집단이 되었다고 볼 수 있다. 전국민의료보험이 실시된 이후 의료이용이 증가되었다는 사실을 상기하면 의료이용에 영향을 미치는 요인으로 의료보장 및 의료보험 체계의 중요성이 강조되는 것이다. 결국 보건의료체계가 의료이용의 중요한 결정요인이라고 할 수 있다. 의료보험이 건강을 유지하는데 도움이 될 경우 의료이용은 증가할 것이며, 의료보험이 별로 도움이 안될 경우 의료 이용하지 않고 지낼 것은 명확하다. 그리고 예방건강진단이나 의료도험의 도움은 사실상 경제적 능력과 직결된다. 의료보험이 의료이용에 도움이 되고 예방건강진단을 실시한 사람들은 경제적 지불 능력이 그만큼 높은 사람들이기 때문이다.

## V. 맺음말

보건의료이용에 영향을 미치는 요인은 여러 가지 요인들이 복합적으로 작용한다고 말할 수 있다. 우리의 분석결과에 의하면, 인구학적 변

인중에서 연령 변인이 건강, 질병 및 의료이용에 영향을 미치고 있고, 지리공간적 변인은 별로 영향이 없는 것으로 나타났다. 사회구조적 요인중에서 교육은 의료이용에 영향이 거의 없으며, 직업과 소득 변인이 영향을 미치고 있음을 알 수 있다. 사회경제적 지위와 의료이용의 정도를 보면 높은 소득층에서 보다도 낮은 소득층에서 의료이용이 많은 것으로 나타났으며, 이는 통계적으로 유의미한 차이들을 보여주고 있다. 그리고 의료체계 변인들이 보건의료이용과 매우 유의미한 관련이 있음이 밝혀지고 있다. 예방건강진단을 했는지의 여부와 의료보험이 의료서비스 이용에 도움이 되는지의 여부를 통해 의료체계 접근도를 측정된 결과 이들 변인의 의료이용에 대한 설명력이 높게 나타났다.

이러한 결과가 가져다 주는 의미가 무엇인가? 기존의 경험적 연구결과들에 의하면 의료이용에 있어서 도시-농촌지역간의 차이가 보고되었다. 그러나 우리의 분석결과는 의료이용에 있어서 도시-농촌간 차이를 보여주지 않고 있다. 그리고 경제적 소득 격차에 따른 의료이용에 있어서도 낮은 소득층의 의료이용이 낮게 보고되지 않고 있다. 아마도 이러한 결과는 전국민의료보험의 실시로 인한 결과가 아닌가 생각된다. 의료보험이 농촌지역 주민들이나 낮은 소득계층들로 하여금 의료체계 접근에 대한 경제적 장벽을 허물었기 때문에 의료이용도가 높아졌다고 할 수 있다. 이는 결국 의료이용에 있어서 보건의료체계의 변인이 중요한 역할을 수행하고 있다고 할 수 있으므로, 전국민의 건강수준을 높히는데 있어서 보건의료체계의 개선을 통한 의료접근의 형평성이 긍정적 효과가 있었던 것으로 평가할 수 있을 것이다.

그러나 의료이용에 대한 현대적 쟁점은 경제적, 지리적 장애를 넘어 의료이용에 대한 질적 측면의 문제로 향하고 있다. 이러한 의미에서

의료서비스 이용은 기회와 질이라는 양면적인 접근이 필요하다. 다시 말하면, 보건의료서비스의 이용 목적은 예방, 진단, 치료, 회복, 유지에 있다. 그러나 빈곤층은 치료, 회복의 목적을 위해서 의료시설을 이용하게 될 것이지만 부유층은 의료고급화 추세와 더불어 예방과 진단, 건강유지를 위해 의료시설을 이용하게 될 것이다. 하층의 사람들은 만성적 질병과 같은 치료적 측면에 그리고 중산층은 생활수준 향상에 따른 풍요병과 같은 예방적 측면을 위해 의료를 이용하게 될 것이다. 농촌지역주민들이나 빈곤층의 의료이용은 현재 발병한 질병을 치료하기 위한 것으로, 이들의 의료이용이 낮지 않게 나타난 것은 이들이 중산층보다도 질병에 더욱 노출되었기 때문에 나타난 당위적 결과라고 할 수 있다. 하지만 이들에게 있어서 질병의 예방이나 조기치료는 등한시되며, 종종 치명적 위협이 다가올 때까지 치료를 지연시키기도 하는 문제가 발생하게 된다. 이러한 문제에 대한 인식을 위해서는 질병에 대한 사회문화적 성격을 검토해야만 된다. 그리고 의료서비스를 이용하는데 있어서 영향을 미치는 질병의 심각성 정도를 어떻게 인식하느냐가 중요하다. 저소득층과 중산층의 질병에 대한 인식에 있어서의 차이를 고려하여야 한다. 그러나 여기서는 이러한 질병인식의 사회문화적 차원을 고려하지 못하고 있는바, 후속 연구들에서는 이러한 사회문화적 측면의 분석을 고려할 필요가 있다.

결론적으로 우리는 보건의료 서비스에 대한 균등한 접근 가능성을 위하여 새로운 정책을 개발하여야 함을 결론적으로 제시하고자 한다. 지금까지 한국의 보건의료복지 부문에서의 발전은 대부분 보건의료 부문에서의 획기적인 프로그램보다는 오히려 경제적, 정치적, 사회적 구조상의 변화에 기인한 것이었다(Cho, 1989: 467-471). 이제는 지역주민들 뿐만 아니라 빈

곤층, 보건의료체계상의 장벽으로 보건의료의 수혜를 적절히 이용하지 못하는 사람들의 삶의 질을 높이는 차원에

서 국가적 수준의 보건의료의 불균등을 해결할 새로운 보건의료 개혁이 이루어져야 할 것이다.

#### < 참고문헌 >

- 김복호, 1989. 한국의료보장제도의 정치경제학적 이해, 『창작과 비평』 제17권 제1, 2호.
- 김영기, 정경균, 문창진, 조병희, 김정선, 1991. 『보건사회학』, 서울대학교 출판부
- 김영기, 이주재, 1989. 전북지역 농촌주민의 의료기회와 의료보장에 관한 일연구. 『전북대학교 사회과학연구소』, 『사회과학연구』, 제16집.
- 송건용, 김영임, 이의경, 1990. 『1989년도 국민건강조사: 이환 및 의료이용』, 한국보건사회연구원.
- 양봉민, 1994. 『위기의 보건의료』, 나남
- 윤근섭, 송정기, 1994. 과소지역의 특성과 구조특성에 관한 연구. 『농촌사회』, 제4집. 한국농촌 사회학회. 일신사.
- 이주재, 1992. 지역불균등발전과 농촌의 빈곤, 『농촌사회』 제2집, 한국농촌사회학회, 일신사.
- 조병희, 1994. 개업의사들의 전문직업성과 직업만족도에 관한 연구, 『한국사회학』 제28집 여름호, 한국사회학회.
- Abbott, P.A. 1988. Deprivation and Health Status in the Plymouth Health District, Plymouth Polytechnic, Department of Social and Political Studies.
- Aday, Lu Ann and Andersen, Ronald. 1974.

- A framework for the study of access to medical care, *Health Services Research* 9.
- Aday, Lu Ann and Andersen, Ronald. 1975. Development of Indices of Access to Medical Care, Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press.
- Aday, Lu Ann and Andersen, Ronald. 1978. Access to Medical care in the U.S.: Realized and Potential, *Medical Care*, 16.
- Andersen, Ronald. 1968. A Behavioral Model of families' Use of Health Services, Research Series No.25, Chicago: Center for Health Administration Studies, University of Chicago.
- Bice et al., 1972. Socioeconomic Status and Use of Physician Services: A Reconsideration, *Medical Care*, 10(3).
- Brown, Phil. 1992. Perspectives in Medical Sociology, Illinois: Waveland Press, Inc
- Brown, G. W., and T.C. Harris. 1978. Social Origins of Depression: A study of psychiatric disorder in women, London: Tavistock.
- Bullough, B. 1972. Poverty, ethnic identity and preventive health care. *Journal of Health and Social Behavior*, 13: 347-359.
- Cho, Sungnam. 1989. The Emergence of a Health Insurance System in a Developing Country: The Case of South Korea. *Journal of Health and Social Behavior*, 30.
- Dahlgren, G., and F. Diderichsen. 1992. Strategies for Equity in Health: Report from Sweden, in Phil Brown(eds) *Perspectives in Medical Sociology*, Illinois: Waveland Press, Inc.
- Doyal, L. 1987. Women and National Health Service: The careers and the care-less, in E.Lewin and V.Olsen(eds), *Women, Health and Healing: towards a new perspective*, London: Tavistock.
- Dubos, Rene. 1959. *Mirage of Health*, New York: Harper and Row.
- Fries, J.F.and L.M. Crapo. 1981. *Vitality and Aging*, San Francisco:W.H.Freeman and Company.
- Graham, Hilery, 1984. *Women, Health and the Family*, Brighton: Wheatsheaf.
- Green, L.W. 1979. Education Strategies to Improve Compliance with Therapeutic and Preventive Regimens: the Recent Evidence, in R.B. Haynes, D.W. Taylor, and D.L.Sackett(des), *Compliance in Health Care*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Herz, P. and P.L. Stamps. 1977. Appoint-keeping Behavior re-evaluated, *American Journal of Public Health*, 67(11).
- Kuypers, J.A. and V.L.Bengtson. 1973. Social Breakdown and Competence: A Model of Normal Aging, *Human Development*, 16.
- Lewis, Jane. 1980. *The Politics of Motherhood: child and maternal welfare in England 1900-1939*, London: Croom Helm.
- May, J.J. 1975. Utilization of health services and the availability of resources. An-

- dersen, J. Kravits, and O.W. Andersen(eds.), *Equity in Health Services*. Cambridge, Ma.:Ballinger.
- McKeown, Thomas. 1971. A historical appraisal of the medical task, in G. McLachlan and T. McKeown(eds), *Medical History and Medical Care: A Symposium of Perspectives*, New York:Oxford University Press.
- Morgan, Myfanwy, Michael Calnan and Nick Manning. 1988. *Sociological Approach to Health and Medicine*, London and N.Y.:Routledge.
- Newacheck, Paul W., Lewis H. Butler, Aileen K. Harper, Dyan L. Pointkowski, and Patricia E. Franks, 1980. Income and Illness, *Medical Care*, 18(12).
- Powles, John. 1973. On the limitations of modern medicine, *Science, Medicine and Man* 1:1-30.
- Reed, Wornie L. 1990. *Racism and Health: The Case of Black Infant Mortality*. Peter Conrad and Rochelle Kern(ed), *Sociology of Health and Illness*, ST. Martin's
- Riessman, C.K. 1974. The use of health services by the poor. *Social Policy*. 5.
- Rosenstock, I.M. and J.P. Kirscht. 1979. Why People Seek Health Care, in G.C. Stone, F. Cohen, and N.E. Adler(eds), *Health Psychology*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Rundall, T.G. and J.R.C. Wheeler. 1979. The Effect of Income on Use of Preventive Care: An Evaluation of Alternative Explanations, *Journal of Health and Social Behavior*, 20:397-406.
- Scambler, G., and A. Scambler. 1984. The illness iceberg and aspects of consulting behavior, in R. Fitzpatrick, T. Hinton, S. Newman, G. Scambler, and T. Thompson (eds), *The Experience of Illness*, London: Tavistock.
- Sidel, Victor W., and Ruth Sidel. 1983. *A Healthy State*, rev.ed, New York: Pantheon Books. xxi-xxii.
- Syme, S.L. and L.F. Berkman. 1976. Review and Commentary, Social class, Susceptibility, and Sickness, *Journal of Epidemiology*, 104(1).
- Townsend, p., Phillimore, A., and A. Beattie. 1987. *Health and Deprivation: Inequality and the North*, London: Croom Helm.
- Wolinsky. Fredric D. 1980. *The Sociology of Health*, Little, Brown and Company.