

전국 저소득층노인의 보건의료이용과 영향요인 분석

임 미 영* · 유 호 신**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

경제발전과 사회복지제도의 발달에도 불구하고 빈곤은 어느 사회에서나 해결되기 어려운 문제로 남아있는 것이 현실이다. 우리나라의 경우 새로운 21세기는 지난 30여년간의 고도성장과정에서 상대적으로 낙후되었던 사회복지의 확충이 절실히 요구되는 시기라고 볼 수 있다. 특히 1997년 IMF체제 이후 우리나라의 빈곤은 더욱 심각한 사회문제로 대두되었으며 이러한 경제위기는 계층 간 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). 그러나 적용대상의 포괄범위에 있어 보장의 사각지대를 가지고 있으며 급여수준에 있어서도 기본적 생활 및 의료보장에 미치지 못하는 등 아직 서비스의 질적 측면이 미흡

한 실정이다(Jo, 1999).

2001년 현재 65세 이상 노인인구는 약 354만 명으로 전체인구의 7.4%이며 오는 2022년에는 14.3%에 달하여 고령사회(aged society)로 진입할 것으로 추계하고 있으며, 2001년 현재 노년부양비는 10.5로 생산연령인구 9.5명이 1명의 노인을 부양하고 있지만 2022년에는 노년부양비가 20.8로 늘어나 4.8명이 1명의 노인을 부양해야 하는 실정이다(National Statistical Office, 2000). 이러한 노인인구의 증가속도는 세계에서 유례없이 빠른 것으로 노인부양, 보건의료와 복지 등 여러 분야의 문제도 그만큼 빨리 가시화될 것으로 예견되며 다가올 고령사회에 대한 준비가 시급하다.

이렇게 급속하게 증가하고 있는 노인인구는 국가나 사회정책에서 동일한 범주로 다루고 있으나 실제 이들의 연령이나 성별, 특히 건강상태와 경제상태에 따라 다른 욕구를 가지고 있다. 즉, 건강한 노인과 건강하지 않은 노인, 저소득층 노인과 중산층 이상 노인들은 서로 상이한 욕구를 갖고 있으며 이에 따른 다양한 정책적 접근이 요구된다. 실제로 1985년 이후 1999년까지 전체인구의 진료비가 19.5배 증가한 것에 반해 건강하지 못한 노인의 증가로 인한 노인인구의 진료비는 70.3배로 증가하여 전체인구의 진료비 증가율보다 훨씬 빠른 속도로 증가하고 있다는 것을 알 수 있다(KIHASA, 1998). 그러나 그 동안 공공보건의료조직의 핵심인 보건소는 주로 생활보호대상자를 중심으로 보건의료서비스를 제공해 왔으며,

* 서일대학 간호학과 교수

** 고려대학교 간호대학 교수

절대 빈곤층인 이들 생활보호대상자와 중산층의 틈새에 놓여 있는 저소득층의 보건서비스 접근도는 그다지 높지 않을 것으로 추측하고 있다. 뿐만 아니라 보건의료이용에 있어서도 그 특성이 다소 상이할 것으로 예측된다 (Ryu, Im, & Lee, 2001).

따라서 국민기초생활보장법에 의하여 새로이 제도권내로 유입된 저소득층노인은 공공보건의료정책의 우선 대상자로서 이들의 건강수준과 의료비용, 보건의료이용 및 관련요인을 총체적으로 규명하는 것은 보건의료이용의 형평성과 의료이용양상을 변화시킬 수 있는 방안을 강구하고, 보건의료이용 영향요인의 상대적 비중을 파악함으로써 향후 보건의료이용의 예측을 가능하게 함으로서 (Williams and Torrens, 1993) 현 보건의료정책의 제고방안을 시사하는 바가 크다. 그러나 기존의 공공부조 혹은 의료보호라는 제도권에 속하지 않았던 이들 저소득층에 대한 연구가 현재까지 매우 미흡한 실정이다 (KIHASA, 1999).

따라서 본 연구는 기존의 공공보건의료나 민간의료기관의 의료이용 사각지대에 놓여 있을 것으로 예측되는 저소득층노인의 건강수준과 보건의료비용 그리고 보건의료이용과 그 관련요인을 규명하여 국가 보건계획수립 및 보건의료정책의 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

2. 연구목적

본 연구는 저소득층노인의 보건의료이용과 이에 영향을 미치는 요인들을 파악하고자 함이며 그 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 전국 저소득층노인의 건강수준을 노인 전·후기를 비교하여 파악한다.
- 2) 전국 저소득층노인의 보건의료비용을 노인 전·후기를 비교하여 파악한다.
- 3) 전국 저소득층노인의 보건의료이용을 노인 전·후기를 비교하여 파악한다.
- 4) 전국 저소득층노인의 보건의료이용에 영향을 미치는 요인을 분석한다.

II. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 지역사회에 거주하는 저소득층노인을 대상

으로 구조화된 설문지를 통해 이들의 건강수준과 보건의료비용, 보건의료이용 및 그 영향요인을 규명하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상의 표집 및 자료수집

우선 저소득층 즉 차상위계층 주민을 선정하기 위한 표본추출방법은 1995년 인구센서스 조사를 표본추출 모집단으로 하여 전국에서 총 15,000가구를 추출하였고, 추출된 가구 중 하위 13%에 해당되는 약 2,000가구를 집락추출법에 의해 표출하였으며, 실제 조사과정에서는 가구소득이 도시근로자 평균소득의 50%이하 여부를 재확인한 후 자료를 수집하였다. 따라서 본 연구는 저소득층주민 총 5,819명 중 60세 이상의 노인을 대상으로 오류수정을 거쳐 총 1,259명이 분석에 이용되었는데, 이는 저소득층주민의 21.6%에 해당한다. 본 연구의 활용자료는 1999년 한국보건사회연구원 주관으로 7월 12일부터 8월 7일까지 전문조사요원의 가정방문면접조사에 의해 시행된 저소득층 보건복지육구 기초자료분석 연구자료의 일부이다.

3. 용어의 정의

저소득층노인을 기술하기에 앞서 저소득층을 설명하면, 저소득층이란 월 평균 가구소득이 전국의 월 평균 가구 소득기준의 50%(상대빈곤선)에 준하여 판별되는 가구로서 지불능력이 거의 없어 의료이용의 사각지대에 놓여 있을 것으로 예측되는 가구이다. 1999년 7월 조사 당시 빈곤율을 기준으로 1인 가구 37만원, 2인 66만원, 3인 89만원, 4인 109만원, 5인 125만원, 6인 138만원, 7인 147만원 미만의 소득수준 가구에 해당된다. 그러나 조사당시 경제위기로 인한 실직 등으로 인하여 생활보호대상가구에 해당되지 못하면서 실제적으로 가구소득이 전혀 없었던 가구도 상당 수 포함되어 있었다. 본 연구는 이들 저소득층 주민 중 60세 이상의 노인을 분석 대상으로 하였다.

건강수준(health status)이란 건강수준을 나타내는 지표로 평균수명과 사망률 등이 있겠으나 본 연구에서는 객관적 지표가 될 수 있는 지난 1개월 간 질병이환 경험, 지난 3개월 간 입원 및 진료여부, 장애 및 만성질환 정도 등으로 하였다. 보건의료비용은 3개월 간 입원 및 진료비, 의약품 구입비, 월 평균 보건의료비와 월 평균

의료보험료를 포괄하여 분석하였다. 보건의료이용이란 보건의료서비스 이용여부, 주로 이용하는 의료기관의 종류, 이용하는 의료기관의 서비스 만족도, 만족하는 이유와 만족하지 못하는 이유 등 보건의료이용과 관련한 전반적 내용을 조사하였다.

4. 자료분석방법

본 연구는 전체 노인을 연령에 따라 전후기로 구분하여 비교 분석하였으며, SAS(V8) program을 이용하여 빈도와 백분율, χ^2 -test, t-test와 보건의료이용에 영향을 미치는 요인분석은 multiple logistic regression을 시행하였다.

5. 개념적 기틀

본 연구는 Anderson(1968, 1973)의 보건의료이용 모형(health service utilization model)을 근간으로 하였다. Anderson모형은 개인의 보건의료이용은 질병발생 이전부터 존재해 왔던 개인 및 가족의 특성인 선행요인(predisposing factors), 가족 및 지역사회원을 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 영향을 미치며, 가장 직접적으로 보다 큰 영향력을 행사하고 있는 요인은 요구요인으로 평가되고 있

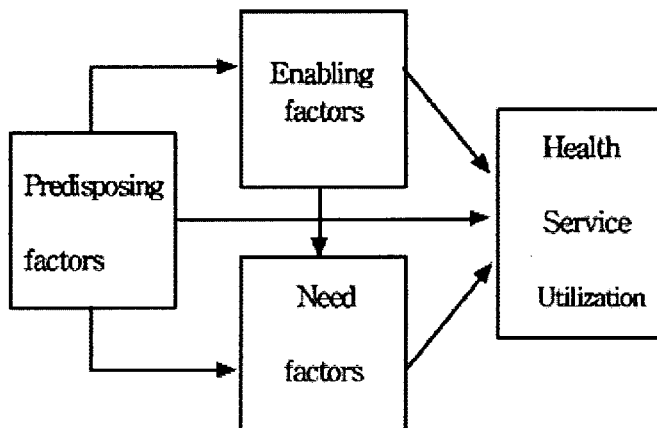
다(Becker & Maiman, 1983).

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.

IV. 연구 결과

1. 저소득층노인의 일반적 특성

본 연구의 대상자인 저소득층노인은 총 1,259명, 421가구로 노년기의 확장에 따라 60-75세, 75-사망의 두 단계로 구분하여 제시하였다. 따라서 대상자는 노인 전기 923명, 노인후기 336명으로 평균연령은 70.2세였으며 전체의 37.3%가 남성이었다. 결혼상태는 60.6%가 기혼상태였으며 별거나 이혼 혹은 사별 등 현재 배우자와 동거하지 않고 있는 기혼자의 경우도 36.9%를 점유하고 있었다. 교육정도를 살펴보면 교육을 받지 못한 경우가 57.0%로 가장 많았으며, 직업에 있어서는 상시직 25.6%를 제외하고는 74.4%가 임시적이거나 무직 등 기타의 상태(비생산 연령층 포함)였다. 의료보장상태는 의료보험이 76.6%, 의료보호가 23.4%였으며, 월 평균수입이 33.2만원, 평균 가구원 수가 2.99명으로 나



<Figure 1>

타났다(table 1). 추가분석으로 노인전후기에 따른 사회 경제적 특성을 비교한 결과 성별을 제외한 모든 영역에서 차이가 있었으며 매우 유의하였다(.0000($p < .0004$).

2. 건강수준

저소득층노인의 건강수준은 가구단위로 조사하였는데, 가족 중 지난 1개월 간 질병이환 경험이 있는 경우가 72.4%, 월 평균 이환일 수는 25.3일이었다. 가족 중 지난 3개월 간 통원진료를 받은 경우가 63.9%, 3개월 간 입원한 경우도 11.9%나 되는 것으로 나타났으며, 대

상자 중 비등록장애를 포함한 장애의 경우가 3.3%, 만성질환이 전체의 54.0%를 차고 있었다. 특히 입원여부와 장애 및 만성질환 정도는 후기노인에서 현저히 증가하여 집단 간 유의한 차이를 나타내었다(table 2).

3. 보건의료비용

저소득층노인의 보건의료비용 또한 가구단위로 조사하였는데 (table 3)에 제시된 바와 같이, 가구의 지난 3개월 간 입원비 106.9만원, 지난 3개월 간 통원진료비가 22.6만원, 통원진료와 무관한 의약품 구입비가 5.5

<Table 1> Socio-demographic characteristics of subjects

Characteristics	Aged group m±sd(yrs)	Young old(N=923)	Old old(N=336)	Total(N=1,259)
		66.7±4.2	79.8±4.3	70.2±7.2
Gender				
Male		38.1	35.1	37.3(470)
Female		61.9	64.9	62.7(789)
Marital status ¹⁾				
Single		2.1	3.7	2.5(31)
Married		67.4	41.4	60.6(748)
Widowed/Divorce		30.5	54.9	36.9(456)
Education level ¹⁾				
None		49.4	77.6	57.0(692)
Ele.-High school		48.6	21.2	41.2(501)
College and above		2.0	1.2	1.8(22)
Family number(person)				
1		12.6	22.6	15.3(192)
2-4		70.9	56.3	67.0(844)
5+		16.5	21.1	17.7(223)
m±sd		2.99±1.5	2.98±1.7	2.99±1.5
Job				
Full time		31.1	10.4	25.6(322)
Part time		8.9	4.2	7.6(96)
Others ²⁾		60.0	85.4	66.8(841)
Medical security ¹⁾				
Medical insurance		79.3	69.3	76.6(941)
Medicare		20.7	30.7	23.4(287)
Income(10,000won/month) ¹⁾				
0		9.4	4.3	8.0(97)
-40		63.2	69.0	64.8(788)
41-80		22.7	17.9	21.4(260)
81+		4.7	8.8	5.8(71)
total		100.0	100.0	100.0(1,216)
m±sd		32.9±25.0	34.0±30.3	33.2±26.5

1) missing cases are excepted

2) student, house keeper & unemployed

〈Table 2〉 Health status by age groups

Characteristics Class	Young old	Old old	Total	χ^2 or t	P-value
	(N=923)	(N=336)	(N=1,259)		
Attack of disease ¹⁾					
Yes	72.2	72.9	72.4(911)	0.06	.810
No	27.8	27.1	27.6(347)		
Hospitalization ²⁾					
Yes	10.5	15.6	11.9(149)	6.01	.014
No	89.5	84.4	88.1(1,108)		
Medical treatment ²⁾					
Yes	64.9	61.2	63.9(797)	1.45	.227
No	35.1	38.8	36.1(450)		
Disability & Chronic Disease ³⁾					
Disability	3.9	1.5	3.3(41)	13.00	.004
Chronic Disease	51.3	61.6	54.0(669)		
Normal	44.8	36.9	42.7(529)		
Total	100.0	100.0	100.0(1,239)		
Diseased day ¹⁾ m±sd	24.9±9.3	26.5±7.7	25.3±9.0	2.19	.006

1) for 1month, 2) for 3months, 3) missing cases are excepted

만원, 월 평균 보건의료비가 5.3만원, 월 평균 의료보험료가 1.5만원으로 나타났다. 이 중 노인전기의 의약품 구입비와 월 평균 보건의료비가 노인후기에 비해 높게 나타났으며 통계적으로도 유의하였다. 또한 보건의료비와 의료보험료의 부담정도를 비교한 결과 유의한 차이를 나타냈으며, 특히 주목할 만한 것은 보건의료비와 의료보험료가 부담스럽다고 응답한 경우가 각각 59.3%, 42.1%로 과반수에 해당하고 있었다.

4. 보건의료이용

저소득층노인의 보건의료기관 이용정도를 살펴보면, 의료서비스를 이용하지 못하는 대상자가 28.5%였으며 주로 이용하는 의료기관은 병원을 가장 많이 이용하고 있으며(37.4%), 다음은 약국 25.5%, 보건기관이 18.0%로 나타났다. 이용하는 의료기관의 서비스를 50%가 만족하고 있으며, 만족하는 이유로 높은 의료의

〈Table 3〉 Health care cost by age groups

Cost(10,000won)*	M±SD			χ^2 or t	P-value
	Young old	Old old	Total		
Hospitalization	112.2	97.3	106.9±134.1	0.61	.541
Medical treatment	23.5	19.9	22.6± 34.6	1.23	.220
Drug	6.0	4.4	5.5± 13.6	2.22	.026
Monthly health care expenses	5.5	4.5	5.3± 8.1	2.12	.034
Burden of health care expenses				1.00	.802
Burden	60.1	57.6	59.3(675)		
A little	16.3	16.8	16.4(187)		
Don't burden	23.6	25.6	24.1(274)		
Total	100.0	100.0	100.0(1,136)		
Monthly health insurance expenses	1.7	1.4	1.5± 1.9	1.87	.062
Burden of health insurance expenses				10.32	.016
Burden	43.6	37.9	42.1(489)		
A little	14.5	11.5	13.7(159)		
Don't burden	41.9	50.6	44.2(514)		
Total	100.0	100.0	100.0(1,162)		

* for 3months, missing cases are excepted

질 36.7%, 저렴한 비용 32.9%, 가까운 거리 20.4%의 순으로 나타났다. 반면 만족하지 못하는 경우가 5.4%였는데 이유는 불친절 23.9%, 먼 거리와 오랜 대기시간이 33.3%, 진료능력부족 17.2%, 비싼 가격이 15.6%로 나타났다. 그 밖에 지난 3개월 동안 의사의 도움이 필요했음에도 불구하고 대상자의 22.2%가 치료를 중도포기했으며 중도포기의 가장 큰 이유는 경제적 어려움으로

88.8%로 나타났다.

5. 보건의료이용에 영향하는 요인

Anderson(1968, 1973)의 health service utilization model에 근거하여 저소득층노인의 보건의료이용에 영향하는 요인을 Logistic회귀모형으로 분석한 결과 <Table

<Table 4> Health service utilization by age groups

Characteristics Class	Young old (N=923)	Old old (N=336)	Total (N=1,259)	χ^2	P-value
Health service utilization ¹⁾				3.09	.118
Full use	31.6	32.2	31.7(397)		
Use Ordinary	41.1	36.2	39.8(497)		
No use	27.3	31.6	28.5(356)		
Main medical center ¹⁾				0.30	.989
Hospital	37.4	37.6	37.4(465)		
Drug store	25.3	26.3	25.6(318)		
Clinic	17.4	16.2	17.1(212)		
Oriental medicine center	2.0	1.8	1.9(24)		
Health center	17.9	18.1	18.0(223)		
Service of medical center ¹⁾				1.85	.397
Satisfied	58.5	60.6	59.0(736)		
Ordinary	36.5	33.0	35.6(444)		
Dissatisfied	5.0	6.4	5.4(67)		
Reason of satisfaction ¹⁾				6.06	.194
High quality	36.7	36.8	36.7(455)		
Low cost	34.3	29.2	32.9(408)		
Short distance	20.1	21.3	20.4(253)		
Other medical center is no	4.1	5.1	4.4(54)		
Others	4.8	7.6	5.6(69)		
Total	100.0	100.0	100.0(1,247)		
Reason of dissatisfaction ¹⁾				14.23	.047
Unkind	32.6	4.8	23.9(16)		
Long waiting & distance	26.1	47.6	33.3(22)		
Disability of medical care	17.4	14.3	17.2(11)		
Expensive	13.0	19.0	15.6(10)		
Poor-equipped	4.4	14.3	7.8(5)		
Others	6.5	0.0	4.5(3)		
Total	100.0	100.0	100.0(67)		
Renunciation of treatment ²⁾				1.69	.193
Yes	21.2	24.7	22.2(277)		
No	78.8	75.3	77.8(973)		
Reason of renunciation ¹⁾				0.49	.992
Economic state	89.0	88.5	88.8(238)		
Long waiting & distance	5.3	5.1	5.2(14)		
Care giver is no	0.5	1.3	.8(2)		
Hopelessness	5.2	5.1	5.2(14)		
Total	100.0	100.0	100.0(268)		

1) missing cases are excepted, 2) for 3months, missing cases are excepted

5)에서 보는 바와 같이 성, 연령, 결혼상태, 가구원 수, 직업, 의료보장상태, 장애정도, 이환일 수 등이 통계적으로 유의한 영향요인으로 나타났다. 구체적으로 기술하면 선행요인 중 남성보다 여성이, 미혼보다는 기혼이, 그리고 가구원 수가 증가할수록 의료이용은 증가하였다. 연령의 경우 60대를 기준으로 연령이 증가할수록 의료이용이 증가하는 경향을 보이고 있으며 70대 연령층의 의료이용의 증가가 유의하게 나타났다. 능력요인에서는 임시직이나 학생, 주부 등이 포함 된 비생산연령층의 경우 상시직보다 의료이용도가 매우 낮았으며 의료보호의 경우는 높은 것으로 분석되었다. 보건의료이용에 가장 직접적인 요구요인에서는 장애인과 만성질환자 모두 의료이용이 크게 증가하여 특히 등록장애인의 경우 정상인의 3배로 나타났으며, 이환일 수가 증가할수록 보다 많이 보건의료를 이용한 것으로 분석되었다(Table 5). 이들

영향요인을 포함한 의료이용에 대한 Logistic회귀모형은 매우 적합한 것으로 나타났다($\chi^2=68.98, p<.0001$).

V. 논 의

본 연구는 국민기초생활보장법 시행으로 공공부조의 제도권내에 유입된 저소득층 노인을 대상으로 노인 전·후기에 따른 건강수준과 보건의료비용, 보건의료이용과 관련된 제반 요인들을 파악하고자 시도된 실증적 분석 연구이다.

일반적 특성에서 확인할 수 있듯이 저소득층 노인의 장애 출현율은 3.3%, 전기노인의 경우 3.9%로 나타났는데, 이는 한국보건사회연구원의 장애인 실태조사(KIHASA, 2000)에서 장애 출현율이 95년 2.35%, 2000년 3.09%보다 높은 수준에 있다. 또한 만성질환

(Table 5) Logistic regression model of health service utilization (N=1,259)

Variables		Estimate	S.E. ¹⁾	P-value	Odds ratio
Predisposing factors					
Gender	Male				1.0
	Female	.443	.160	.005	1.55
Age	60-69				1.0
	70-79	.330	.147	.025	1.39
	80-89	.229	.226	.308	1.25
	90+	-.012	.678	.985	.97
Marital status	Single				1.0
	Married	.670	.315	.033	1.96
	Widowed/Divorce	.239	.591	.448	1.27
Education level	None				1.0
	Ele.-High school	-.197	.145	.173	.82
	College and above	-.607	.486	.211	.55
Family number(person)		.167	.054	.002	1.18
Enabling factors					
Job	Full time				1.0
	Part time	-.430	.270	.111	.65
	Others ²⁾	-.661	.171	.000	.52
Medical security	Medical insurance				1.0
	Medicare	.724	.172	.000	2.06
Income(10,000won/month)		-.001	.003	.765	.99
Need factors					
Disability & Chronic Disease	Normal				1.0
	Registered disability	1.149	.580	.047	3.16
	Unregistered disability	.871	.672	.195	2.39
	Chronic Disease	.256	.142	.070	1.29
Diseased day ²⁾		.010	.005	.043	1.01

1) standard error.

2) for 1month, missing cases are excepted

유병율은 54.0%이며 후기노인의 경우 더욱 심각하여 61.6%로 나타났다. 이는 75세 이상의 노인들 중 28% 이상이 대부분의 시간을 누워지내고 이들 중 13.7%는 전혀 외출을 할 수 없는 상태로 건강악화가 노년후기에 두드러진다(Lee, 1996; Neugarten, Moorn, & Low, 1995)는 결과와 일치하고 있다. 또한 1999년 한국보건사회연구원의 국민건강 영양조사 결과 만성질환 유병율은 1995년 29.9%, 1998년 41.0%였으며, 65세 이상 고령층에서 66.1%, 저소득층에서 43.1%로 나타났으며 1998년 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사에 의하면 전체노인의 86.7%로 더욱 높게 나타났다. 이는 본 연구에서 지난 1개월 간 가족 중 질병이환 경험이 72.4%, 월 평균 이환일 수가 30일 중 25.3일로 매우 높게 나타난 것을 감안 해 볼 때 노령과 저소득층에서 장애 및 만성질환이 매우 높게 나타난 기존의 연구결과와 일관성있는 결과라 할 수 있다.

또한 저소득층 노인의 노인단독가구 비율이 15.3%로 나타났는데 이는 전국의 노인단독가구비율 20.1%(KIHASA, 1999)를 감안하면 노인단독가구의 76%가 저소득층으로 추정되며 여기에 저소득층에서 제외된 기존의 생활보호대상 노인가구를 포함한다면 노인 단독가구의 빈곤은 더욱 심각하리라 사료된다.

본 연구의 저소득층노인의 소득과 의료비용을 2000년 한국보건사회연구원의 노인의 소득실태분석과 소득보장체계 개선방안 연구 결과와 비교해보면, 본 연구의 대상자인 저소득 노인의 월 평균 소득수준은 33.2만원으로 전국 65세 이상 노인소득 61.8만원의 절반수준이다. 직업의 경우 상시직 25.6%를 제외하고는 74.4%가 임시직이거나 무직으로 나타나 전국 65세 이상 노인의 취업률 28.5%와 비슷한 수준이다. 이는 노인 인구의 56.6%는 독립생활이 가능하여 근로능력이 있는 것으로 파악되었으나 29%만이 취업하고 있어(KIHASA, 1999) 근로능력이 있으나 취업을 하지 못하는 노인이 절반 수준에 이르고 있음을 의미한다.

또한 저소득노인의 월 평균 보건의료비가 5.3만원으로 전국 65세 이상 노인 3.1만원보다 1.7배 수준으로 매우 높았다. 이러한 노인인구의 보건의료비 지출 3.1만원은 총 소비지출의 8.7%를 차지하고 있어 근로계층인구의 2.4만원, 4.2%보다 높아 노인층에서 보건의료비 지출이 크게 증가하는 것을 알 수 있다. 또한 보건의료비 지출은 소득수준의 상승에 따라 완만히 상승하고 있어 저소득층인 경우 2만원 이하로 낮게 나타났다

(KIHASA, 1999). 즉 저소득노인의 경우 만성질환 등으로 인한 의료요구의 증가로 일반노인보다 보건의료비 지출이 매우 높게 나타났으나 저소득으로 인해 의료비지출이 억제된 상태라는 것을 추정할 수 있다. 특히 전기노인은 후기노인에 비해 대부분의 보건의료비용이 높게 나타났는데 이는 후기노인의 의료보장상태가 의료보호인 경우가 30.7%로 전기노인 20.7%보다 많은데서 기인하는 것으로 보인다. 또한 전체 중 보건의료비가 부담스럽다고 응답한 경우가 59.3%로 전국 65세 이상 노인의 경우 57.0%와 같이 과반수를 넘어서고 있어 저소득층노인의 경우 보건의료비용이 생활비의 큰 부분을 차지하고 있으며 그 부담은 매우 심각하다는 것을 알 수 있었다.

또한 본 연구에서 의료서비스를 충분히 이용하는 경우가 31.7%였으며 이용하지 못하는 대상자는 28.5%로 나타나 65세 이상 노인의 의료이용률이 41.3%, 저소득층의 33%(KIHASA, 1999)보다 낮게 나타났다. 이는 본 연구의 대상자가 지난 3개월 간 의사의 도움이 필요했음에도 불구하고 22.2%가 치료를 중도에 포기했으며 가장 큰 이유는 경제적 어려움(88.8%)으로 나타나, 저소득노인의 경우 경제적 어려움으로 인해 보건의료이용을 충분하게 하지 못하고 있다는 것을 뒷받침하고 있다. 또한 주로 이용하는 의료기관은 병원으로(37.4%) 높은 의료의 질(36.7%)과 저렴한 비용(32.9%)인 반면 의료서비스를 만족하지 못하는 경우가 5.4%였는데 불친절(23.9%)과 먼 거리와 오랜 대기시간(33.3%)이 주요인으로 나타났다. 이는 전국 만성질환 치료기관으로 병의원이 57%로 가장 높게 나타난 것과 같은 결과였으며, 특이할 만한 것은 노인전기의 경우 주된 이유가 불친절인데 반해 노인후기는 먼 거리와 오랜 대기시간이 주요인으로 나타나 전기노인보다 거동의 불편함을 잘 나타내 주고 있다.

또한 저소득 노인의 보건의료이용 영향요인은 남성보다 여성이, 미혼보다는 기혼이, 그리고 연령이 증가할수록, 의료보호의 경우, 등록된 장애의 경우, 이환일이 증가할수록 보건의료이용도가 현저히 높게 나타났으며 직업이 없는 경우 매우 낮은 것으로 분석되어 전술한 결과들을 뒷받침하고 있다.

이상의 결과에서 보았듯이 빈곤한 노인들의 경우 장애나 만성질환을 함께 가지고 있을 가능성은 더욱 커져 건강수준 뿐 아니라 지속적 고통으로 인한 빈곤의 악순환을 가져오게 되며 노인후기의 경우 그 정도가 더욱 심각하였다. 따라서 일시적인 도움이 아닌 국가의 체계적이

고 포괄적인 도움이 필요하다는 것을 시사한다. 그러나 우리나라 국가예산 중 노인복지부문이 차지하는 비중은 겨우 0.2-0.3%에 불과하여(National Statistical Office, 2000) 복지선진국의 노인복지 예산이 평균 15%-20%인 것에 비하면 1/100정도의 형편없는 수준이다.

노인이 인간다운 생활을 영위하면서 소속된 가족 및 지역사회에 적응하고 통합되도록 필요한 자원을 제공하여 활기찬 노후생활을 보장하는 것을 목표로 하는 노인 복지정책은 새로운 전기를 맞고 있다. 즉, 노인인구의 급증과 그에 따른 욕구의 다양화와 더불어 새로운 패러다임에 기초한 노인복지정책의 기본방향을 정립해야 할 시점에 직면해 있는 것이다.

지방자치제도의 본격적인 실시와 더불어 지역주민의 특성에 맞는 보건사업을 지역사회에서 기획하고 실천하는 현재, 새로이 국가 공공부조의 대상으로 편입된 저소득계층과 노인대상의 건강관리가 강화될 것이 예측되는 시점에서 저소득층노인의 건강수준 및 보건의료비를 포함한 보건의료이용과 그 영향요인을 포괄적으로 규명함으로써 이들의 특성을 이해할 수 있는 자료를 제공했다는 점에서 그 의의가 크며 향후 저소득계층 및 노인을 대상으로 한 연구가 활발히 이루어질 것을 기대한다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 의료이용의 사각지대에 놓여 있다고 판단되는 저소득층노인을 대상으로 건강수준과 보건의료비용 그리고 보건의료이용과 이에 영향하는 요인을 규명하였다. 자료수집은 전국 무작위표본추출방법과 집락추출방법을 병행하여 1999년 7월 12일부터 8월 7일까지 가구 방문면접조사에 의한 총 1,259명이었으며 연구결과는 다음과 같다.

1. 저소득층노인의 평균연령은 70.2세였으며 72.3%가 여성이었다. 결혼상태는 60.6%가 기혼상태였으며 교육을 받지 못한 경우가 57.0%, 직업은 상시직 25.6%를 제외하고는 74.4%가 임시직이거나 무직이었다. 의료보장상태는 의료보험이 76.6%, 의료보호가 23.4%였으며, 월 평균수입이 33.2만원, 평균 가구원 수가 2.99명으로 나타났다.

2. 건강수준은 가족 중 지난 1개월 간 질병 이환경험이 있는 경우가 72.4%, 월 평균 이환일 수는 25.3일이었다. 가족 중 지난 3개월 간 통원진료경험이 63.9%,

입원한 경우도 11.9%나 되었다. 또한 장애가 3.3%, 만성질환이 54.0%를 차지하고 있으며 이는 후기노인에서 더욱 증가하였다.

3. 가구의 보건의료비용은 지난 3개월 간 입원비, 통원진료비 의약품비가 각각 106.9, 22.6, 5.5만원이었으며, 월 평균 보건의료비와 의료보험료가 각각 5.3만원, 1.5만원으로 나타났다. 이 중 월 평균 보건의료비와 의료보험료가 부담스럽다고 응답한 경우가 각각 59.3%, 42.1%로 과반수를 넘어서고 있었다.

4. 보건의료이용 상태를 살펴보면 보건의료서비스를 이용하지 못하는 대상자가 28.5%였으며 주된 의료기관은 병원이었으며(37.4%), 다음은 약국(25.5%)과 보건기관(18.0%)으로 나타났다. 의료이용의 이유로 높은 의료의 질(36.7%)과 저렴한 비용(32.9%)으로 나타났으며, 반면 만족하지 못하는 경우 불친절(23.9%)과 먼 거리와 오랜 대기시간(33.3%)이 주된 이유로 나타났다. 또한 대상자의 22.2%가 치료를 중도에 포기했으며 가장 큰 이유는 경제적 어려움(88.8%)으로 나타났다.

5. 저소득층노인의 보건의료이용은 남성보다 여성이, 미혼보다 결혼한 경우, 가구원 수가 증가할수록, 의료보호, 등록 장애인의 경우, 이환일 수가 증가할수록 보건의료이용도가 높았으며 직업이 없는 경우 낮은 것으로 분석되었다.

이상의 연구결과를 토대로 다음과 같은 정책제언을 하고자 한다.

첫째, 저소득층 노인집단의 경우 높은 만성질환 유병율과 장애는 노령의 빈곤과 보건의료문제를 가중시키기에 충분하다. 따라서 공공보건의료조직의 최우선 관리대상인구로 유입될 것이 예측되는 이들에 대한 구체적인 건강문제와 건강수준 그리고 건강관리실태를 파악하여 이들의 요구에 기초한 공공보건의료 정책대안을 마련한다.

둘째, 의료이용의 사각지대에 놓여 있는 저소득층노인의 건강관리는 방문간호와 가정간호를 적극 활용하여 실시할 것을 건의한다. 본 연구결과에서 볼 수 있듯이 이들의 열악한 건강수준과 경제상태는 장기적인 관리로 이어지게 되고 이 경우 보건소를 중심으로 한 비용효과적인 방문간호사업이 중요한 관리수단이 될 수밖에 없다. 이를 위해 노인 보건의료문제 특성별 전문적인 방문간호 사업을 펼칠 수 있는 방문간호센터 기능을 강화해야 한다.

셋째, 만성질환 및 장애, 노령의 특성을 가진 집단은 지속적이며 고액의 의료비지출을 발생시키게 된다. 따라서 이러한 고액 진료비를 절감할 수 있는 가정간호, 너

싱 홈, 그룹 홈 제도 등의 개발이 구체적이고 치밀하게 준비되어야 할 것이다.

공공보건의료 정책의 기능은 이들 저소득층, 노인, 장애인, 만성질환자 등 사회의 소외계층에 대한 의료이용의 효율과 형평성에 대한 제고와 더불어 가중되고 있는 노인의료비 절감 방안을 마련하는 데 역점을 두어야 할 것이다. 경제위기를 극복하고자 하는 현 시점에서 가장 중요한 문제는 소외계층의 사회적 통합이며 저소득 노인 문제에 대한 철저한 대비책을 세우지 않으면 21세기 선진국으로의 진입은 한낱 허구일 뿐이다.

Reference

- Aldwin, C. M., Sutton, K. J., Chiara, G. & Spiro, A. (1996). Age differences in stress, coping, and appraisal: findings from the normative aging study. *The J of Gerontology*, 51(4), 179-188.
- 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.
- Buchner, D. M., & Wagner, E. H. (1992). Preventing frail health. *Clinics in Geriatric Medicine*, 1, 1-17.
- Im, M. Y. (1999). Determinants of Health Promoting Behavior of College Students in Korea. doctoral dissertation. The Yonsei University of Korea, Seoul.
- 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. (2000). *Analysis of income source and income maintenance schemes for the elderly in Korea*.
- Korea Institute for Health and Social Affairs. (2001). *2000' National Survey for the Disabled.*
- Lee, H. J. et al. (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.
- Lee, H. W. (1996). *Welfare of the elderly*. Uhpung print Co., Seoul.
- 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*.
- Neugarten, B., Moorn, J., & Low. (1995). Age constraints and adults socialization. *Am J Social*, 70(6), 710-717.
- 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., & Torrens, P. R. (1993). *Introduction to health services*, Delmar publishers Inc.

- Abstract -

A Study on Health Service Utilization for the Low Income Elderly in Korea

Im, Mee Young · Ryu, Ho Sihm***

The purpose of this study was to analyze the relation amongst health status, health care costs, health service utilization among the low income elderly who were 60 years of age or older, earning a half of the average Korean family income. The cross-sectional descriptive survey research we conducted used families randomly sampled nationwide. The data were collected from July 12 to August 7, 1999 and the total sample was 1,259 household members (421 households). These were the major findings.

1. As for the health status, 72.4% of respondents fell ill in the last 1 month; 54% of respondents had chronic disease.

2. As for the health care cost, the cost of hospitalization and the medical treatment were 1,069,000 won and 226,000won, respectively. 59.3% of respondents experienced a burden from the monthly health care expenses.

3. As for the health service utilization for the last 3months, 28.5% of respondents didn't utilize the health service. In addition, 22.2% of respondents gave up a medical treatment because of economic situation (88.8%).

4. The statistically significant determinants of health service utilization are old age, female, living with a spouse, unemployed state, medicare, and more days sick.

5. It is shown conclusively that equity and efficacy of the health care policy are to be considered for lower income older adult.

Key words : Lower income older adult, health status, health service utilization

* Professor, Department of Nursing, Seoil College

** Professor, College of Nursing, Korea University