

政策研究資料 94-03

低所得層의 醫療福祉 研究
- 醫療서비스 需要分析을 中心으로 -

1994

研究責任者：朴 純一 · 高 喆基

研 究 陣： 高 敬煥

文 柄尹

金 成禧

韓 國 保 健 社 會 研 究 院

目 次

第1章 序 論	9
1. 問題提起	9
2. 調查方法 概要	12
3. 先行 調查研究	13
第2章 低所得層의 保健醫療 實態 및 問題點	16
第1節 低所得層의 疾病罹患狀態	16
1. 低所得層의 疾病罹患水準	17
2. 罹患疾病構造	25
第2節 低所得層의 疾病原因 및 1次 保健醫療 實態	29
1. 疾病原因	29
2. 1次 保健醫療實態	32
第3節 低所得層의 疾病治療實態: 治療實態, 利用治療機關 및 治療費 ..	38
1. 治療不足實態	38
2. 주로 利用하는 治療機關 및 治療費	41
第4節 低所得層의 醫療福祉需要	44
1. 醫療費 支援方法	44
2. 主利用 醫療機關의 滿足度 및 希望 醫療機關	45
第3章 低所得層 疾病罹患의 經濟社會的 環境 및 效果	55
第1節 經濟社會 및 醫療的 原因과 環境	55
第2節 疾病罹患의 經濟社會的 影響	60

第4章 疾病罹患對策의 費用-便益 分析的 效果分析	69
第1節 政府 保健醫療事業의 費用-便益分析 模型	69
第2節 豫防 및 治療事業의 費用-便益分析	72
1. 疾病豫防 事業의 費用-便益分析	74
2. 疾病治療事業	83
第5章 政策建議	89
參 考 文 獻	96

表目次

<表 2-1> 地域別 疾病罹患 家口比率 및 罹患數	18
<表 2-2> 地域·住居地域別 家口員의 慢性病 罹患狀態	18
<表 2-3> 地域別 低所得層의 急·慢性 罹患比率	19
<表 2-4> 所得水準別 低所得層 家口의 疾病罹患狀態 (5月 한달 所得)	19
<表 2-5> 家口員의 主要 職業別 疾病罹患狀態	20
<表 2-6> 年齡別 疾病罹患狀態(家口員)	21
<表 2-7> 家口類型別 疾病罹患狀態(家口)	21
<表 2-8> 醫療保障加入別 疾病罹患狀態	22
<表 2-9> 家口類型別 疾病罹患의 經濟·社會活動 制限程度	22
<表 2-10> 醫療保障 種類別 疾病罹患의 各種 活動 制限比率	23
<表 2-11> 地域別 經濟·社會 活動 制限比率	23
<表 2-12> 所得水準別 疾患의 經濟·社會活動 制限程度	24
<表 2-13> 年齡別 慢性疾病罹患 期間	24
<表 2-14> 家口類型別 疾病罹患 期間	25
<表 2-15> 地域別 疾病罹患構造	26
<表 2-16> 年齡別 疾病罹患 構造	27
<表 2-17> 家口類型別 疾患構造	28
<表 2-18> 年度別 貧困層 家口員 疾病構造의 推移	28
<表 2-19> 地域別 疾病原因 應答比率	30
<表 2-20> 家口類型別 疾病原因	31
<表 2-21> 所得水準別 疾病原因	31
<表 2-22> 地域別 病發生 以後 醫師의 診斷을 받은 回數	33
<表 2-23> 年齡別 醫師診斷 回數	34
<表 2-24> 家口類型別 醫師診斷 回數	34
<表 2-25> 地域別 醫師의 첫 診斷時期	35

<表 2-26> 家口類型別 첫 診斷時期	35
<表 2-27> 醫師 첫 診斷時의 疾患狀態	36
<表 2-28> 疾患 惡化시 醫師의 診斷을 못받은 理由	36
<表 2-29> 地域別 初診 以前의 疾病 對處方法	37
<表 2-30> 家口類型別 診斷前 疾病 對處方法	37
<表 2-31> 地域別 및 生活保護 種類別 治療中斷 經驗이 있는 家口 比率 ..	38
<表 2-32> 家口類型別 治療中斷 經驗 比率	38
<表 2-33> 地域別 治療 中斷理由의 比率	39
<表 2-34> 家口所得別 治療 中斷理由	39
<表 2-35> 家口類型別 治療 中斷理由	40
<表 2-36> 地域別 平均 起治療費 및 追加 所要治療費 豫想額	40
<表 2-37> 所得水準別 治療中斷時 既支出費, 追加支出費 平均	41
<表 2-38> 家口類型別 治療中斷時 既支出費, 追加支出費 平均	41
<表 2-39> 地域別 및 生活保護 種類別 主利用治療機關의 比率	42
<表 2-40> 家口類型別 主利用醫療機關	42
<表 2-41> 都市의 所得階層別 醫療費 負擔實態	43
<表 2-42> 地域 및 所得水準別 月(93年 5月)平均 治療費 金額	43
<表 2-43> 地域 및 生活保護 種類別 政府에 의한 醫療費 支援方法	45
<表 2-44> 主 醫療 利用機關別 利用理由 比率	46
<表 2-45> 地域別 主 利用 治療機關에 대한 滿足比率	48
<表 2-46> 家口類型別 主利用 治療機關에 대한 滿足比率	48
<表 2-47> 地域別 醫療利用上 어려운 點	49
<表 2-48> 家口類型別 醫療利用上 어려운 點	49
<表 2-49> 地域·家口類型別 希望醫療機關을 이용하지 못하는 比率	50
<表 2-50> 地域 및 家口類型別 希望 醫療機關	51
<表 2-51> 地域·家口類型別 希望 醫療機關을 가지 못하는 理由	52
<表 2-52> 地域別 醫療人數 그리고 施設 및 서비스의 質에 대한 滿足度 ..	52
<表 2-53> 疾病罹患 低所得層의 醫療福祉 欲求水準	53
<表 2-54> 醫療서비스이외에 도움을 받고 싶어하는 事業	54

<表 3-1>	疾病的 醫療的 및 經濟.社會的 原因	56
<表 3-2>	經濟社會的要所의 疾病罹患에 影響 推定結果	58
<表 3-3>	主要 經濟社會變數에 의한 疾病罹患 確率 推定)	60
<表 3-4>	疾病罹患家口 및 正常家口の 總收入 分布	61
<表 3-5>	疾病罹患家口 및 正常家口の 家口主 職業別 分布	62
<表 3-6>	疾病罹患者 및 正常人の 職業別 分布(家口員)	63
<表 3-7>	生活費가 가장 不足한 分野	64
<表 3-8>	疾病罹患家口の 希望醫療機關	64
<表 3-9>	疾病罹患者 및 正常人の 學力分布	65
<表 3-10>	疾病罹患者の 現在의 健康狀態	65
<表 3-11>	疾病罹患 狀態別 家口 總收入水準 比較	66
<表 4-1>	低所得層의 疾病罹患과 初診사이의 期間	73
<表 4-2>	醫師診斷 받기 以前의 醫療行爲	73
<表 4-3>	醫師의 診斷이 늦어진 理由	74
<表 4-4>	疾病罹患狀態 및 平均 追加治療日 및 費用 所要規模	78
<表 4-5>	定期健康診斷 受檢實態	81
<表 4-6>	初診前 炳의 狀態別 平均 治療費	84
<表 4-7>	各 保健事業의 費用便益分析的 優先順位	87

第1章 序 論

1. 問題提起

우리나라의 低所得層은 과거의 보다 어려웠던 시절에 비해서는 病醫院, 藥局 등의 이용정도가 크게 증가하여 疾病으로부터의 고통을 줄이는 것은 물론 健康維持 및 向上에 있어서 현저한 발전을 해왔다고 볼 수 있다. 많은 국민들은 그동안 식민지 시대의 가난, 6.25 등 각종 국가적 재난 속에 굶주리고 병들었던 인생살이를 벗어날 수 없었으나, 30여 년간의 經濟發展과 社會安定으로 인해 대부분의 사람들은 절대빈곤을 벗어나게 되었다. 그러나 아직도 적지 않은 사람들은 疾病의 위협을 받고 있거나 이미 각종 慢性疾患에 罹患되어 있어 우리나라 국민의 健康이나 疾病對處 水準은 經濟力 向上에 비해 크게 뒤쳐져 있다. 물론 그동안의 國民所得水準의 向上, 醫療施設 및 人力의 質的 및 量的 增大, 醫療利用을 용이하게 하는 제도적 개선 등으로 인해 低所得層을 포함하는 모든 국민의 의료이용이나 질병대처수준은 크게 향상되었다. 특히 1988년부터 우리나라는 醫療保險의 擴大로 東南亞 다른 국가들에 비해서는 물론 세계적 수준에서도 社會保險的 醫療서비스의 공급을 크게 신장시켰고, 都市 및 農漁村 住民의 의료서비스 이용량도 괄목할 만한 증가세를 보여왔다. 저소득층의 생명 및 건강을 치명적으로 손상시키는 각종 疾病治療도 크게 증대되어 의료이용의 절대적 부족 혹은 빈곤현상이 크게 감소되었다. 거의 모든 국민이 醫療保險 및 醫療保護라는 제도에 사회적 醫療保障을 받고 있다.

그러나 非疾病罹患家口에 비해 질병이환가구는 貧困層으로 전락 혹은 잔류할 가능성이 커서 貧困家口의 질병이환비율이 증가하는 듯하다. 즉 전가구에 대한 빈곤가구의 비율은 감소한다 할 지라도 적어진 빈곤가구 중에서 질병, 특히 만성병 이환가구의 비율은 증가하고 있다. 이는 빈곤가구들 중에서 老人, 障礙人, 無職 및 低生産性 職業 등과 마찬가지로 질병이환이 경제적 위치를 취약하게 하는 가구적 특성으로 더욱 뚜렷해지고 있음을 의미하기도 한다. 본 연구사업을 위한

조사에서도 밝혀진 바와 같이 정부의 生活保護對象者와 그들보다 다소 경제력이 낮다고 생각되는 저소득층을 포함하는 빈곤층의 만성병 이환율은 전소득계층 평균 이환비율에 비해 현저히 크다. 또한 동일한 개념으로 분류된 빈곤층의 만성병 이환율은 1990년 저소득층 조사 때보다 1993년에 증가하였다. 이는 低所得層의 의료서비스 필요에 대한 충족이 매우 부족함을 의미하여, 1990년 저소득층의 생활 각 분야 중 정부지원을 제1순위로 희망하는 분야는 保健醫療이며 특히 이는 농어촌에서 현저하였다. 그리고 1993년에도 생계비 다음으로는 보건의료에 대한 지원을 가장 크게 희망하고 있다. 이에 비하여 정부에 의한 公的醫療서비스의 수준은 매우 미흡하여¹⁾ 정부의 보건의료예산은 우리의 경제력에 비한 적정 보건의료 투자비율(예, 1~2%)을 크게 밑돌고 있을 뿐 아니라 심지어는 GNP에 대한 보건예산 비율이 동남아국가들에 비해서도 크게 뒤쳐져 있는 형편이다(UNDP, Human Development Report 1991). 공적급여의 불충분성뿐 아니라 低所得層에 대한 의료서비스도 형평성 취약 및 부담의 부적절성 문제를 안고 있다. 그 동안의 괄목할만한 醫療保險 및 醫療保護制度의 확대개선에도 불구하고 우리나라의 公的醫療保障體系에서 제공되지 않는 저소득층의 소비능력을 넘어선 적지 않은 보건의료서비스의 영역이 존재하고 이와 같은 서비스의 이용능력 부족 등의 문제는 저소득층의 건강유지 및 치료에 매우 중요한 위협이 되고 있다.

더욱이 저소득층의 保健醫療問題는 자신 및 이웃의 고통으로 인한 사회의 복지적 관심의 대상일 뿐 아니라 예방 및 치료서비스 이용부족에 따른 경제적 손실문제도 적지 않으므로, 저소득층 의료문제는 빈곤층의 치료와 질병예방에 추가하여 경제력 증진의 측면에서도 분석의 초점이 강화되어야 한다. 그러나 지금까지 의료자원 이용과 저소득층 건강유지 및 질병치료를 복지적, 경제적 효율성과 관련하여 종합적이고 체계적인 연구가 거의 전무한 상태라고 볼 수 있다.

본 연구는 저소득층의 질병예방 및 치료가 복지적 측면뿐 아니라 경제적 효율

1) 물론 연간 일인당 병의원 및 보건기관 방문횟수를 비교하면 저소득층의 의료이용은 크게 증가하여 92년 조사자료(송건용 등, 국민건강조사, 1992, p.264)에서는 오히려 의료보호대상자의 방문횟수가 의료보험가입자의 방문횟수보다 많다(예: 공교의료보험 8.95, 직장의보 9.19, 지역의보 8.68, 의료보호 15.27). 그러나 저소득층의 질병이환상태와 이에 필요한 의료서비스 필요수준에서 볼 때는 저소득층의 의료서비스 소비수준은 매우 부족할 뿐 아니라 그 질적 내용도 취약하다.

성 증진을 위해서도 매우 중요하다는 것을 밝히는 데 주요 목적을 두고 다음과 같은 내용의 순서로 연구를 진행하였다.

서론에서 問題提起와 先行研究를 다루고 제2장에서는 약 830가구의 저소득층에 대해 조사한 내용(첨부 조사표 참조)을 저소득층의 疾病罹患 狀態, 疾病豫防 및 1次 保健醫療서비스 利用實態, 疾病治療 實態 그리고 저소득층의 醫療福祉에 대한 욕구를 분석하였다. 調査分析은 전가구에 대해서뿐 아니라 地域別(농어촌, 중소도시, 대도시 분류와 영세민 밀집지역 및 일반지역 등으로 분류), 家口類型別(일반가구, 노인가구, 장애인가구 등), 醫療保障 類型別(각종 의료보험 및 의료보호 종류별), 所得水準別, 學力別, 年齡別, 就業類型別 등 경제사회적 특징을 설명해주는 특성별로 조사통계치를 정리하여 이용하였다. 이 중에는 설명을 거의 혹은 전혀 안한 통계표도 수록되어 있는데 이러한 것들은 독자의 比較分析의 편의를 위해서 제공되었다. 또한 가능한 범위 내에서 90년 저소득계층 조사와 비교하여 3년간의 변화를 보도록 하였고 드물게는 전소득계층 자료와도 비교 분석하였다.

제3장에서는 주로 저소득층의 保健醫療實態에 대한 조사를 근거로 하여 저소득층의 질병이환과 경제사회적 요소 혹은 환경과의 악순환적 영향관계를 계량경제학적 접근으로 분석하였다. 즉 저소득층의 질병이환은 그들이 질병의 원인이라고 응답한 요인들과 밀접히 관련되어 있는 경제사회적 환경에 의해 얼마나 영향을 받았으며 역으로 저소득층의 疾病罹患은 그들의 경제사회적 환경 특히 경제수준에 어떻게 그리고 얼마나 영향을 주었는가를 분석하였다.

제4장에서는 조사사업에서 제공된 내용을 이용하여 저소득층의 주요 보건 의료 욕구를 충족시킬 사업들을 선정하여 이 사업들이 政府豫算事業으로서의 우선순위는 어디에 있으며 이들 사업의 경제사회적 편익은 얼마나 되는가를 매우 주관적인 자료이기는 하지만 평가를 시도하였다. 개별 질병내용이나 수요 및 공급측면의 상이한 특징에도 불구하고 定期健康診斷, 保健教育 등의 질병예방사업 1차 보건의료 및 치료비 용자 등의 의료사업들의 우선순위와 비용 편익에 대해 논하였으며 이의 주요 목적은 이들 저소득층 保健醫療事業의 경제사회적 중요성과 사업의 우선순위를 평가하는 데 있다.

제5장에서는 제2장부터 제4장까지의 분석을 기초로 政策建議를 제시하였다.

2. 調査方法 概要

가. 調査期間 : 1993년 6월~7월(25일)

나. 調査對象

- 1) 調査對象은 醫療扶助 選定基準(93년 가구원당 15만원의 소득)을 중심으로 현지 사정에 비교적 밝다고 볼 수 밖에 없는 福祉專門要員이나 福祉全擔 公務員이 인정하는 빈곤층 범주에 포함되는 가구들이다. 그러나 빈곤층의 소득범위가 다소 넓게 분포되어 가구원 일인당 소득이 93년 일인당 국민소득의 약 50%를 넘는 가구비율이 4.6%에 이르러 표본상의 문제가 있으나 전문 및 담당직원의 선정에 신뢰를 두어 모두 저소득층으로 분류하였다.
- 2) 조사대상의 구성은 生活保護對象이 약 50%이고 나머지 50%는 읍, 면, 동 전문요원에 의해 선정된 일반 저소득층 가구이다.
- 3) 또한 830가구 중 582가구는 90년 본 연구원의 연구사업 「低所得層의 社會福祉 需要分析」의 조사대상과 동일 가구이다. 그러나 양년도의 조사 목적이 달라 비교가능한 항목이 적음으로써 패널자료의 비교분석은 극히 제한된 내용과 수준에 그쳤다.

다. 標本

標本 및 調査地域은 주로 섬 지역인 5개 군(경기도 용진군, 전라남도 신안군, 경상북도 울릉군, 경상남도 통영군)을 제외한 전국을 母集團으로 하여 표본으로 추출한 31개 지역임(서울특별시 도봉구 창1동, 서울특별시 관악구 봉천9동(2), 부산직할시 동구 좌천4동(2), 대구직할시 서구 내당 2동, 인천직할시 남동구 만수 2동, 광주직할시 광산구 복용동 등 등곡출장소內, 대전시 대덕구 범동, 경기도 부천시 범박동, 전라북도 전주시 남노송동, 전라남도 목포시 서산동, 경상북도 영주시 휴천3동, 경기도 가평군 하면, 강원도 인제군 기린면, 충청북도 옥천군 이월면,

충청남도 공주군 유구면, 충청남도 홍성군 홍동면, 충청남도 당진군 송악면, 전라북도 남원군 산동면, 전라북도 김제군 만경면, 전라남도 담양군 담양읍, 전라남도 영암군 서호면, 전라남도 함평군 나산면, 경상북도 금릉군 아포면, 경상북도 영풍군 풍기읍, 경상남도 밀양군 산내면, 경상남도 하동군 고전면, 경상남도 거창군 주상면, 경상북도 안동군 와룡면).

라. 調查內容(참조: 부록의 조사표)

조사의 내용은 低所得層의 一般家口 特性, 罹患, 醫療利用, 治療, 社會保障制度 등의 實態把握과 醫療欲求를 파악하는 데 중점을 두고 구성하였다.

- ① 家口一般特性 : 가구구분, 가족관계, 연령, 교육정도, 활동상태분류, 주거유형, 의료보장의 종류, 경제상태, 활동장애 유·무 및 원인
- ② 醫療實態 : 이환상태, 질병원인, 1차 보건의료, 치료여부, 의료이용, 치료비 및 충당 현황, 치료만족도, 의료요구 수준
- ③ 社會保障制度 : 건강진단, 약국 및 한방의료보험, 의료보험, 의료보호

3. 先行 調查研究

과거 저소득층 보건의료문제에 대한 보건의료적 연구도 희소하여 경제·사회적 의미의 추구는 물론 低所得層의 일반적 질병이환 상태, 의료욕구, 정책개발 등과 같은 연구작업이 매우 부진하였다. 그런 가운데 제한된 내용에서 몇몇의 주요 研究報告書들이 있었다.

1967년 서울大學校 保健大學院(권이혁 등)에서²⁾ 사회의학적 실태파악을 위하여 서울의 영세민 밀집지역 일대의 貧困家口의 생활실태와 더불어 보건의료 생활실태를 집중적으로 조사·발표하였다. 그러나 이는 영세민촌 환경위생 및 영양상태의 조사에 그치고 이들의 질병이환 및 치료실태나 대책 등에 대해서는 전혀 조사 연구하지 못하고 있다.

같은 시기에 社會保障審議委員會(최천송 등)에서³⁾ 서울 및 광주시에서 진료 및

2) 권이혁 등, 『도시영세민에 관한 연구』, 서울대학교 보건대학원, 1967.

치료적 관점에서 全國民 健康調査를 실시하여 상병 및 치료 등의 실태를 조사하였으나 이 조사는 저소득층에 국한된 조사가 아니었고, 또한 조사내용에서도 저소득층의 질병상태, 원인규명, 질병이환의 사회경제적 효과 및 이에 대한 대책 마련 등 광범한 문제를 분석하기 위한 자료로서는 많은 한계를 갖고 있다. 이 이전에도 참고문헌에서 보는 바와 같은 의료 관련 연구는 있었으나 저소득층의 보건의료문제의 조사연구나 예방적, 복지적 관심 및 경제력 증진 차원에서 대책을 마련할 수 있는 調査研究는 없었다.

1982년 김공현, 안성규 등에⁴⁾ 의해 봉천동 주민을 대상으로 健康實態 및 보건醫療利用 實態 그리고 家族計劃 관련 목적의 조사사업이 시행되어 실질적으로 저소득층의 保健醫療問題를 독자적으로 조사연구하고 있다. 그러나 이 자료도 병의학적 실태조사에 그치고 있어 사회경제적 관심이나 복지적 차원에서 저소득층의 보건의료문제를 분석하기에는 협소한 범위의 조사에 그쳤고, 또한 調査時點도 10년이 넘었고, 지역도 서울의 한 영세민촌의 조사에 제한되어 있다.

김정순 및 정경균 등(1983)은⁵⁾ 서울의 零細民 密集地域(동숭동 낙산 일부)지역의 보건의료실태 및 경제사회적 특성을 비교적 상세히 비교 분석하였다. 그러나 이 양자간의 因果關係에 대한 분석은 이루어지지 않았고 저소득층의 의료욕구에 대한 조사는 가볍게 처리되었다. 본 논문의 주요 목적은 保健醫療 및 社會經濟的 特性의 實態를 比較하여 저소득층의 醫療福祉增進을 위한 질병의 발견 및 치료서비스의 제공 방법들을 간략히 제시하는 데 있다.

이들 논문 이후에는 독자적인 低所得層의 保健醫療 관련 연구가 눈에 띄고 있지 않는 형편이다. 최근의 저소득층의 보건의료실태의 조사연구의 부족은 물론이고 이들 질병을 사회경제적 측면에서 원인, 인과관계, 대책 등을 연구한 논문은 찾아보기 어려워 본 보고서는 매우 개략적이고 포괄적이며 저소득층 자신들의 意識調査를 통하여 이들 문제를 다루었다.

3) 최천송 등, 『1966년도 건강조사결과보고』, 사회보장심의위원회 등, 1967.

4) 김공현, 안성규 등, 『도시 저소득층지역 보건서비스 개발을 위한 기초조사연구』, 한국 인구보건연구원, 1983.

5) 김정순, 정경균 등, 『도시 저소득계층의 의료복지모형 정립을 위한 기초조사연구』, 『보건학논집』 제35호, 1983.

저소득층의 醫療保障制度 연구자료가 다수 있으나 醫療保護制度內的 연구에 국한되어 ①의료보호제도내에 흡수되지 못한 저소득층의 보건의료문제가 배제되었고 ②제도내에서도 저소득층의 욕구내용이 매우 취약하게 다루어졌을 뿐 아니라 ③제도권 내외의 저소득층의 의료서비스에 총체적으로 대응할 수 있는 의료보장 및 사적 의료서비스에 대한 종합적인 정책적 시각을 결핍하고 있다. ④더욱이 저소득층의 질병예방적 및 사회경제적 관심에 분석의 시각을 전혀 맞추지 못하고 있다. 이러한 점을 고려하여 본 보고서는 저소득층의 醫療保健實態에 대한 현행 의료보장제도의 문제점을 저소득층의 제도 이용실태 및 평가를 중심으로 분석하였다.

第2章 低所得層의 保健醫療 實態 및 問題點

第1節 低所得層의 疾病罹患狀態

低所得層의 질병이환은 가장 큰 생활문제 중의 하나가 되고 있다. 保健醫療問題는 도시에서보다는 농촌에서 더욱 심각하게 느끼고 있음은 90년대의 저소득층 조사에서나 93년의 조사에서 동일한 현상으로 나타났다. 農村家口의 경우 제 1순위로 生計費支援 희망비율(36.8%), 다음으로는 保健醫療支援 희망비율(23.0%)이 가장 높고, 대도시 빈곤층가구의 지원 우선순위인 住居關聯 支出(44.7%), 生計費(22.7%), 保健醫療費(14.9%)의 희망순위와는 대조를 이루고 있다.

저소득층의 保健醫療問題는 무엇보다 먼저 조사 당시 대부분의 가정(전국 79.2%)에 疾病罹患者가 있으며, 이들 질환자들이 보유하고 있는 질병은 90% 정도가 慢性病이라는 특징을 보이고 있다. 이와 같은 저소득층의 疾病罹患狀態는 92년 전소득계층조사의 결과인¹⁾ 만성병 이환가구비율 50.6%에 비해 현저히 높을 뿐 아니라 90년 저소득층 조사 만성병 이환가구비율 통계치인 61.2%에 비해서도 증가하는 현상을 보이고 있다. 우리 사회의 慢性病罹患은 수년 전에 비하여 증가하고 있지만(예컨대 앞의 全階層(인구의 경우) 자료에 의하면 1989년 19.6%에서 1992년에는 무려 7.7% 더 큰 이환비율(27.3%)을 보이고 있음) 저소득층의 경우는 全所得階層보다 더욱 빠른 만성병 이환증가율을 보이고 있다. 이는 저소득층의 만성병 이환확률이 높거나 이환된 疾病의 치료가 잘 안되고 있는 것을 의미할 것이다. 이와 같이 많은 저소득층이 慢性病 등에 깊게 병들어 있음은 이들을 빈곤층으로 전락시켰거나 貧困化하는 데 매우 중요한 영향을 주었을 것임은 틀림없다. 물론 빈곤계층의 가구적 및 보건의료적 환경이 질병을 이환시켰을 가능성이 높겠지만 저소득층의 보편적 疾病罹患이 갖는 의미는 단순히 이들이 육체적·정신적 병으로부터 치유되어야 한다는 貧困 및 保健對策의 차원을 넘어서고 있다.

1) 송건용 등, 『국민건강 및 보건 의식 행태조사』, 한국보건사회연구원, 1992. p.24, p.126.

왜냐하면 우리 사회에 두텁게 쌓여 있는 빈곤층의 대부분이 근로능력을 잠재적으로 보유하고 있는데도 제대로 그 역량을 살리지 못함으로써 우리나라의 경제사회 발전의 동력을 위축시켜 경제성장에도 적지 않은 부(負)의 효과를 갖기 때문이다. 또한 이들이 직접 투입하는 治療費나 政府의 補助費 증대로 國民醫療費는 계속 증대될 전망이어서 이러한 측면에서도 이들 문제가 중요시 다루어져야 한다.

本章에서는 저소득층의 질병이환 문제를 疾病罹患 狀態, 疾病의 原因 및 1차 保健醫療 利用實態, 疾病治療, 治療機關 利用 및 治療費 負擔實態, 그리고 低所得層의 醫療福祉 需要實態를 지역별, 가구유형별, 소득수준별, 연령별, 학력별 등의 가구특성별로 비교분석할 것이며 자료입수 가능한 범위 내에서 90년 저소득층 조사통계치, 특히 동일가구의 질병문제의 변화를 추적해 볼 것이며, 또한 근래의 전 소득계층의 疾病問題와도 비교분석하도록 할 것이다. 제3장에서 보는 바와 같이 가구특성이 취약할수록 특히 낮은 소득수준 및 그와 관련된 경제조건의 열악이 질병문제를 더욱 심각하게 하고 있어 질병이환은 經濟的 脆弱性과 밀접히 연관되어 있으나 기타의 사회적 및 가구적 특성이 저소득층의 질병이환의 정도에 영향을 줄 것으로 기대되어 몇몇의 주요 측면에서 疾病問題를 단순 비교분석하였고 보다 동태적인 因果關係는 제3장에서 시도하였다.

1. 低所得層의 疾病罹患水準

저소득층의 疾病罹患 水準은 과거는 물론 다른 계층에 비해 악화된 상태임은 이들 중 질병이환 가구수, 질병이환수, 질병이환 상태가 보다 심각하며 罹患期間도 보다 길다는 데서 찾을 수 있다. 먼저 질병이환 가구수를 보면 調査家口의 79.4%가 질병이환자를 갖고 있으며, 가구당 질병이환수도 1.25개, 만성병이환수도 1.12개에 이르고 있다.

지역별로는 특히 영세민 밀집지역에서는 82%가 질병을 갖고 있고 疾病罹患數도 가구당 1.46으로 평균보다 매우 크게 조사되었다. 90년도 저소득층 조사에서 가구당 만성병 이환자수가 0.84명이어서 93년 가구당 평균 만성병 이환자 0.74명은 90년 수준보다 다소 개선된 것이다. 특히 90년 당시 罹患疾病 問題가 크던 농촌의 경우 90년 가구당 평균 만성병 이환자수가 0.90명에서 1993년에는 0.75명

<表 2-1> 地域別 疾病罹患 家口比率 및 罹患數

(단위: %, 개)

	전국	농촌	중소도시	대도시	영세민 밀집(산)	하천	일반거주
질병있음	79.4	79.0	78.9	80.1	82.0	81.0	78.4
질병이환수	1040	616	227	197	268	77	581
총가구수	830	514	175	181	183	58	589

註: 질병있음은 조사표의 문항 15-2를, 질병이환수는 문항 15-3을 이용하여 추정하였음.

<表 2-2> 地域·住居地域別 家口員의 慢性病 罹患狀態

(단위: %, 명, 가구)

	(가구원)				(가구)			
	농촌	중소도시	대도시	전체	영세민 밀집(산)	영세민 밀집(하천)	일반주거	전체
만성병이환자비율	25.8	22.2	22.6	24.4	77.6	77.6	74.1	74.5
둘 이상 만성병이환자비율	6.3	6.9	7.0	6.6	23.5	25.8	18.8	20.1
가구당 질병이환수	0.41	0.38	0.43	0.41	1.46	1.33	1.19	1.25
가구당 만성병이환수	0.38	0.35	0.36	0.37	1.28	1.17	1.07	1.12
·계(명, 가구)	1487	591	455	2533	183	58	581	830

으로 감소되어 많은 호전을 보였다.

따라서 만성질병 이환자를 포함한 가구의 비율은 과거에 비해 늘었어도 가구 내 평균 환자수는 크게 준 듯하다. 그럼에도 불구하고 低所得層家口의 약 79.2%에 만성병 이환자가 살고 있으며, 저소득층 가구당 평균 0.74명 그리고 전가구원의 24.4%가 만성병에 이환되어 있다는 사실은 전소득계층 중 만성병 이환가구비율 50.6%나 전가구원의 20.7%가 만성화되었다는 통계에²⁾ 비해 뚜렷이 건강 질병이환 상태가 안 좋다는 것을 알 수 있다. 저소득층에 이환되고 있는 질병의 90%가 만성병이어서 결국 저소득층 질병문제는 慢性病問題라고 볼 수 있다.

질병을 갖고 있다고 대답한 가구에서 질병에 이환된 사람들의 병을 급성, 만성

2) 송건용 등, 전계서, 1992년.

으로 구분하여 보면 <表 2-3>과 같은데 빈곤층 전체적으로 농촌 및 중소도시에서 만성병 이환율이 대도시보다 높게 조사되었다. 慢性病 罹患數에서도 농촌에서는 가구당 약 1.2개이어서 大都市의 1.09개에 비해 크며, 中小都市에서는 더욱 커 1.3개로 조사되었다.

<表 2-3> 地域別 低所得層의 急·慢性 罹患比率

(단위: %)

	농촌	중소도시	대도시	영세민 밀집(산)	하천	비해당
급성	8.8	7.9	16.2	11.6	6.5	9.8
만성	91.2	92.1	83.8	88.4	93.5	90.2

질병이환이 농촌 및 중소도시에서 심할 뿐 아니라 소득이 낮을수록 이환정도가 더욱 나쁜 상태이다. 즉 疾病罹患狀態는 전소득계층에 비해 저소득층에서 심각하고 저소득층에서도 소득수준이 낮을수록 더욱 심하다. <表 2-4>에서 보듯이 소득이 낮을수록 질병이환 비율도 높고 질병이환수도 많다. 특히 질병이환수는 61~70만원의 월소득가구에서는 가구당 1개의 질병이환에 걸렸는데 비해 이보다 소득수준이 낮을수록 1보다 더욱 커진다. 즉 가구당 질병이환수 최저소득수준의 1.36에서 61~70만원대의 1수준으로, 만성병수는 1.28에서 1 이하로 감소하였다.

<表 2-4> 所得水準別 低所得層 家口의 疾病罹患狀態 (5月 한달 所得)

(단위: %, 개)

소득수준	0~10	11~20	21~30	31~40	41~50	51~60	61~70	71~80	81~90	91~100	101~	전체
질병 있음(%)	88.5	79.5	74.2	80.9	69.4	73.2	58.1	50.0	100	69.0	88.9	
만성병이환가구 (90년도)	72.9	64.5	55.0	48.3	50.0	47.2	22.2	60.0	60.0	20.0	80.0	74.5
질병 이환수	325	201	135	91	94	94	27	29	10	34	30	1038
만성병 이환수	306	190	125	82	75	57	24	22	8	22	-	936
질병중 만성비율	94.2	94.5	92.6	90.1	79.8	89.1	88.9	75.9	80.0	64.7	83.3	
두개이상 만성병 이환가구 비율	17.6	24.5	24.3	21.6	11.6	34.8	18.5	12.5	11.1	6.5	29.2	20.1
총가구수	239	151	111	74	86	46	27	32	9	31	24	830

마찬가지로 저소득수준과 밀접한 관계를 갖는 無職, 저생산성 노동과 같은 취업유형은 질병이환상태와 중요한 관계를 갖고 있다.³⁾ 질병에 이환되어 있는 가구의 비율을 보면<表 2-5>, 무직(85.6%), 일용노동자(79.7%), 생산기능직(80.0%), 기타 단순노동자(74.1%), 소작농(77.0%) 등의 가구가 70%대 이상의 疾病罹患率을 보이고 있으며, 이 중 25가구의 생산기능직을 제외하면 표본수도 적지 않다. 가구원의 직업별로 보아도 소작농, 무직, 일용노동 등에서 질병이환비율이 크다.

<表 2-5> 家口員의 主要 職業別 疾病罹患狀態

(단위: %, 개)

취업유형	무직	일용 노동자	기타 단순노동	자영업	단순 사무직	판매 서비스
만성병이환자 비율	34.8	36.4	25.0	28.8	6.2	27.3
두개이상 만성병이환자 비율	8.4		5.8	12.1	1.5	4.5
일인당 질병 이환수	0.60	0.57	0.39	0.44	0.12	0.32
일인당 만성병이환수	0.57	0.51	0.36	0.39	0.08	0.32
관련 사람수	960	195	120	66	65	22

취업유형	단순 서비스	생산 기능직	소작농	자작농	전 체
만성병이환자 비율	28.3	13.8	47.9	37.6	32.8
두개이상 만성병이환자 비율	13.0	6.9	10.7	11.1	9.0
일인당 질병 이환수	0.37	0.29	0.59	0.53	0.53
일인당 만성병이환수	0.30	0.24	0.56	0.53	0.50
관련 사람수	46	87	140	90	1842

가구의 疾病罹患狀態는 학력이 낮을수록 더욱 악성이며 질병이환가구도 많을 뿐 아니라 질병이환수나 만성병이환수의 분포에서도 더욱 나쁜 상태에 처해 있다. 조사결과 저학력일수록 급성에 비해 만성병이환율이 높은 것이 뚜렷하며 학력 변수 혹은 보건교육수준이 만성병이환에 깊은 영향을 주는 것으로 나타났다.

年齡別로도 가구주 나이가 많을수록 질병이환의 비율이 높을 뿐 아니라 1인당

3) 1989년 서울의 영세민지역 보건의로 실태조사에서도 비슷한 결과가 나왔음. 김진순 등, 『도시 1차 보건의료사업 운영 개선 연구』, 한국보건사연구원, 1989, p.56.

평균 질병이환수도 뚜렷한 증가세를 보이고 있어 50대 1인당 평균 0.65개, 60대 0.77개, 70대 0.88개로 조사되었다. 특히 40대 이후에는 만성병이환수가 크게 늘고 있어 사회전반적으로 40대 이후의 질병이환문제가 커지고 있는 현실을 반영하고 있다.

家口類型別로는 일반가구보다는 노인 및 장애인가구에서 질병이환 상태가 더욱 나쁘고 특히 장애인가구의 경우 만성병의 중복이환이 가장 높아 장애와 더불어 만성병이환의 고통을 겪고 있다. 예상대로 의료보호가구는 질병이환 상태가 매우 악성이다. 의료보호 유형별로도 질병이환가구 비율은 90년도(거택 67.8%, 자활 70.7%, 부조 64.8%)에 비해 93년에 크게 증가하였다.

<表 2-6> 年齡別 疾病罹患狀態(家口員)

(단위: %, 건)

연령	11~20	21~30	31~40	41~50	51~60	61~70	71~80	81~
질병있음(%)	20.0	38.5	71.6	75.2	74.6	85.2	90.2	97.3
질병 이환수	37	25	81	165	234	246	169	50
만성병 이환수	18	18	70	152	221	240	162	44
질병중 만성비율	48.4	72.0	86.4	92.1	94.4	97.6	95.9	89.0
총사람수	607	293	238	314	342	312	184	56

註: 질병 없음의 비율은 조사표 문항 15-3의 조사결과를 이용하여 추정함.

<表 2-7> 家口類型別 疾病罹患狀態(家口)

(단위: %, 개)

	일반	노인	장애	모자	소년·소녀
질병있음(%)	72.9	89.3	87.5	80	16.7
질병 이환수	469	282	200	84	5
만성병 이환수	405	270	182	68	2
질병중 만성비율	86.6	96.8	92.0	84.5	40.0
둘이상 만성병이환가구 비율	19.0	18.2	35.9	7.1	0.0
총 가구수	406	214	128	70	12

慢性病罹患에서도 일반가구보다는 노인가구나 장애인가구의 질병이환이 더 많고 의료보호가구들은 대체로 모두 높은 만성병 이환비율을 보이고 있다.

醫療保障加入別 통계를 보아도 저소득층일수록 질병이환 상태가 더 나쁨을 알 수 있다. 標本數가 큰 지역의보, 직장의보, 의료보호 1·2·3종을 비교해 보면 만성병 이환가구비율은 대체로 소득순위로 볼 수 있는 의료보호 1·2·3종과 직장·지역의보의 순서로 높게 나타나고 있다. 가구당 질병수는 의료보호 2종과 의료부조에서 더 많이 조사되었다.

경제·사회적 활동 측면에서 疾患程度를 접근할 수 있다. 질병이환 상태는 육체적 고통뿐 아니라 경제사회적 활동을 제약함으로써 개인의 빈곤을 가중시킬 뿐 아니라 경제사회적 성장력을 감소시킨다.

<表 2-8> 醫療保障加入別 疾病罹患狀態

(단위: %, 개)

	공교	지역	직장	보호1	보호2	의료부조	탈락	중복	전체
만성병 이환가구 비율(%)	85.7	66.4	71.4	82.5	79.8	76.9	82.3	60.5	74.5
두개이상 만성병 이환가구 비율(%)	14.3	19.5	16.5	14.2	22.9	61.5	29.4	21.1	20.1
가구당 질병 이환수(개)	1.43	1.12	1.24	1.30	1.34	1.54	1.24	1.26	1.25
가구당 만성병 이환수(개)	1.14	1.00	1.05	1.21	1.24	1.46	1.18	1.00	1.13
총가구수	7	256	91	155	235	13	17	38	830

<表 2-9> 家口類型別 疾病罹患의 經濟·社會活動 制限程度

(단위: %)

	일반	노인	장애	모자	소년·소녀	거택	자활	부조
심한고통으로 활동불가	0.8	3.1	5.7	0.0	0.0	5.8	0.7	0.0
용변정도 혼자함	1.5	1.3	6.3	0.0	0.0	2.6	3.3	0.0
집안일·사회일 못함	10.1	17.2	20.8	10.4	33.3	23.2	12.5	11.1
제한적인 근로활동 못함	18.6	31.3	21.4	23.9	0.0	31.0	25.8	16.7
제한적인 근로활동만 함	29.9	30.4	20.1	17.9	0.0	19.4	28.0	50.0
정상적인 활동상태	39.2	16.7	25.8	47.8	66.7	18.1	29.5	22.2

저소득층의 질병이환자의 疾患程度를 보면 질병이환이 빈곤의 원인임을 알 수 있다. 질병으로 인해 근로활동을 하지 못하는 비율은 31.0%에 이른다. 노인 및 장애인가구의 이환정도는 일반가구와 뚜렷한 차이를 보이고 있어 제한적인 근로

수준까지 활동이 어려운 비율은 장애인가구 54.2%, 노인가구 52.9%이다. 특히 장애인가구의 경우 심한 고통으로 활동을 할 수 없는 상태가 5.7%로 이들은 이 중으로(장애 및 질병)고통받기 때문에 더욱 의료적 및 사회적 서비스가 필요하다. 의료보호 1종 대상가구는 일반 저소득층가구에 비해 더욱 많은 비율이 심한 질환을 앓고 있다.

<表 2-10> 醫療保障 種類別 疾病罹患의 各種 活動 制限比率 (단위: %)

	공교	지역	직장	보호1	보호2	의료부조	탈락	중복가입	전체
(1) 사회활동불가	12.5	11.2	10.8	23.2	12.5	11.1	15.0	15.8	14.1
(2) 제한적 활동 불가	25.0	18.6	19.4	31.0	25.8	16.7	15.0	13.6	33.3
(3) (1)&(2)는 할 수 있으나 정상적 활동은 아님	25.0	33.1	24.7	19.4	28.0	50.0	15.0	15.8	27.1

<表 2-11> 地域別 經濟·社會 活動 制限比率 (단위: %)

	농촌	중소도시	대도시	전체 응답수
심한고통으로 활동불가	2.2	1.7	3.2	19
용변 정도 혼자함	1.4	2.2	5.1	19
집 및 사회일 못함	14.5	11.6	15.8	119
제한적 근로활동 못함	26.1	16.6	19.6	192
제한적 근로활동만 함	29.3	27.6	19.6	229
정상적 활동상태	26.5	40.3	36.7	265
전체응답수	505	181	158	844

소득계층별 질환정도도 10만원 이하의 소득을 벌고 있는 극빈가구 중 질병으로 인해 정상적 활동을 못하고 있는 질환자의 비율이 82.8%, 소득이 11만원에서 20만원 사이의 가구의 경우 74.8%인데 비하여 소득이 51만원에서 60만원 사이의 가구의 경우 58.8%, 91만원에서 100만원 이하의 소득가구의 42.9%까지 감소세를 보이고 있다. 질병으로 제한적 근로활동을 못하는 질환자의 비율도 극빈층에서는 30%정도인데 100만원대의 소득가구에서는 10%를 상회하는 비율로 감소한다.

<表 2-12> 所得水準別 疾患의 經濟·社會活動 制限程度

(단위: 천원, %)

가구소득수준	0~10	11~20	21~30	31~40	41~50	51~60	61~70	71~80	81~90	91~100	100~
심한고통으로 활동불가	3.9	3.1	0.9	-	-	-	8.3	-	-	3.6	-
용변 정도 혼자함	2.7	2.5	3.5	1.3	1.3	1.9	-	4.2	-	-	-
집 및 사회일 못함	19.5	10.7	21.1	9.2	15.4	15.1	4.2	12.5	25.0	7.1	12.5
제한적 근로활동 못함	26.6	27.0	24.6	21.1	19.2	20.8	8.3	12.5	12.5	17.9	4.2
제한적 근로활동만 함	30.1	31.4	25.4	28.9	26.9	20.8	25.0	16.7	12.5	14.3	16.7
정상적 활동상태	17.2	25.2	33.3	39.5	37.2	41.5	54.2	54.2	50.0	57.1	66.7
전체 응답수	256	159	114	76	78	53	24	24	8	28	24

疾病罹患期間을 표본크기가 비교적 충분한 職種을 보면 97일 이환기간을 보인 사람수의 비율은 무직 39.1%, 일용노동자 41.0%, 소작농 32.9%, 자작농 34.8%, 기타 단순노동자 30.3%로 나타나 역시 질병이환의 상태는 경제적 취약계층에서 크게 나타나고 있음을 알 수 있다. 기타 階層別, 地域別, 疾病狀態別 疾病罹患期間에 있어서는 뚜렷한 차이를 발견하지 못하였다. 다만 노인이나 장애인 가구의 경우 3년 이상 만성병에 이환된 경우가 특히 많았다.

질병이환기간은 高齡일수록 현저히 증가하고 있다. 1개월 이하의 이환기간은 표본이 적어 질병발생 가능성에 신뢰성이 적은 연령층이 여럿 있지만 대체로 나이가 들수록 1개월 이하의 질병이환기간의 비율은 감소하는 경향을 보이고 있다.

<表 2-13> 年齡別 慢性疾病罹患 期間

(단위: %)

연령	0~10	11~20	21~30	31~40	41~50	51~60	61~70	71~80	81~90	91~99	전체
1개월 이하	25.0	44.5	33.4	18.7	31.4	20.8	15.8	17.2	8.9	0.0	20.4
1개월~2개월	25.0	11.1	33.4	35.8	27.0	32.5	33.7	27.7	35.5	66.6	31.2
2개월~4개월	25.0	5.6	16.7	25.7	24.3	28.6	32.1	37.7	40.0	33.3	29.9
4개월 이상	25.0	38.9	16.7	15.7	19.7	18.1	18.3	17.3	15.6	0.0	18.3
총질병수	4	18	18	70	152	221	240	162	45	3	933

家口類型別로 급성의 경우 5일 이하의 경우 一般(33.3%), 障碍(56.3%), 少年小女(66.7%), 居宅家口(33.3%)의 순서로 높게 나타나고, 120일 이상은 장애인가구에서 가장 많이 나타났고, 97일 이상은 장애인 39.6%, 노인 38.5%로서 일반가구의 35.5%보다 약간 큰 비율을 보이고 있다. 만성적 경우 37개월 이상이 대부분으로 오랜 기간 만성병에 시달리고 있다.

<表 2-14> 家口類型別 疾病罹患 期間

		(단위: %)							
		일반	노인	장애	모자	소년·소녀	거택	자활	부조
급성	49일~96일	24.4	29.0	19.6	22.6	50.0			
	97일~120일	19.0	20.9	13.0	22.5	-			
	121일 이상	16.5	17.6	26.6	12.7	-			
만성	36개월 이하	34.4	27.1	32.2	35.2	-	29.9	33.9	26.6
	36개월 이상	65.6	72.9	67.8	64.8	100	70.1	66.1	73.4
관련 가구수		406	214	128	70	12			

2. 罹患疾病構造

저소득층이 이환되고 있는 만성질환 구조는 대체로 90년도와 비슷하여 신경통 다음으로 위장병, 관절염 환자가 많다. 그러나 이들 질병들의 총질병 중 점유비율은 감소하였고, 특히 신경통 점유비율은 크게 감소한 반면 관절염 및 당뇨병 등의 환자의 구성비는 약간 증가하였다. 지역별로는 농어촌에 신경통 환자가 많은 것은 90년과 동일하고 관절염 환자의 비율도 증가하였고, 大都市의 경우 관절염, 고혈압의 비율이 타지역보다 높다. 農漁村과 마찬가지로 일반주거지역에서는 신경통 이환자의 비율이 크다. 위장병 및 관절염은 이유가 분명치 않으나 하천변 영세민 밀집지역에서 두드러진 이환율을 보이고 있다. 고혈압, 당뇨병 및 감기 등의 질병이환은 달동네의 영세민 밀집지역에서 타지역에 비해 많이 발생되고 있다. 전체적으로 보아서 저소득층의 다발성 만성병 질환인 신경통·위장병·관절염 이환은 전체 질병이환의 43.3%나 되어 이들에 대한 대책이 저소득층의 주요 질병 대책인 동시에 疾病豫防과 1次 保健醫療制度를 좁게 강화시킬 수 있는 이점도 지니고 있다.

<表 2-15> 地域別 疾病罹患構造

(단위: %)

	농어촌	중소도시	대도시	전체	영세민밀집(산)	하천	일반주거
신경통	23.9(28.0)	15.9(22.9)	11.2(28.0)	19.7(25.5)	11.6	13.0	23.6
위십이지장병	10.8(14.3)	14.5(13.2)	7.6(11.4)	11.1(13.6)	11.2	19.5	10.0
관절염	13.0(10.0)	11.5(10.9)	12.2(14.9)	12.5(11.4)	13.1	23.4	11.1
만성기관지염	1.6 (3.4)	1.8 (5.0)	4.1 (5.0)	2.1 (5.0)	1.5	-	2.6
천식	1.1 (3.1)	2.2 (6.3)	0.5 (3.5)	1.3 (3.0)	1.1	-	1.4
고혈압	2.9 (3.4)	2.6 (5.4)	4.1 (8.4)	3.1 (4.7)	4.9	3.9	2.3
당뇨병	2.8 (2.4)	8.4 (5.8)	1.5 (3.0)	3.8 (3.3)	5.2	2.6	3.3
심장병	4.9 (3.4)	2.2 (5.4)	3.0 (4.5)	3.9 (4.0)	2.6	3.9	4.5
감기	3.4 (-)	6.2 (-)	10.2 (-)	3.4 (-)	7.8	3.9	4.5
간질환	1.9 (-)	4.0 (-)	2.5 (-)	1.9 (-)	3.7	3.9	1.9
눈·귀의 염증	5.2 (-)	7.5 (-)	6.6 (-)	5.2 (-)	5.6	3.9	6.3
기타	28.5(31.3)	23.2(29.1)	34.5(29.7)	28.7(30.5)	31.7	22.0	28.5

註: ()는 90년 조사 통계치임.

새로운 成人病人 고혈압, 당뇨병, 심장병의 이환율도 총이환질병의 10.8%나 되어 저소득층이 고통받고 있는 6대 주요 질병들이 전체질병의 반을 넘고 있어 이들에 대한 집중적 대책 개발이 요망되고 있다. 기타는 폐렴, 알콜중독, 간질, 정신분열증, 중풍, 신장, 뇨관질환, 기타 생식기질환, 결핵, 암, 골절탈구, 염좌, 약물·의약품의 중독, 피부질환 등을 포함한다.

年齡別로는 30대 이전 비교적 젊은 사람은 감기같은 가벼운 질병인데 반해, 40대 이후에서는 신경통, 관절염(41~50세 각각 15.8%와 11.5%) 이외에도 40대 사망률에 영향을 주는 당뇨병, 고혈압, 심장병, 간질환의 비율도 적지않다. 특히 나이가 들수록 신경통, 관절염, 위장병 등의 다발성 만성병 이환율은 빠른 속도로 증가하며 특히 신경통이환은 현저한 상승세를 보여 신경통이 노인성 질환의 가장 큰 문제가 되고 있다.

가장 발생빈도가 높은 疾病인 신경통(24.3%), 관절염(15.7%)은 역시 학력이 낮을수록 높아, 질병이환 가구비율, 질병이환수 등의 질환상태가 학력수준과 반비례 현상을 보인 것과 같은 의미를 지니고 있다.

<表 2-16> 年齡別 疾病罹患 構造

(단위: %)

	0~10	11~20	21~30	31~40	41~50	51~60	61~70	71~80	81~90	91~99
신경통	-	2.7	4.0	9.9	15.8	17.9	22.8	32.0	29.4	66.7
위십이지장병	-	5.4	8.0	18.5	9.1	13.7	11.7	8.2	11.7	-
관절염	-	-	4.0	8.6	11.5	14.1	15.9	14.8	9.8	33.3
만성기관지염	-	2.7	-	2.5	0.6	1.7	2.4	4.1	2.0	-
천식	-	-	-	2.5	-	1.3	1.2	3.0	-	-
고혈압	-	-	-	-	1.8	5.6	5.3	0.6	3.9	-
당뇨병	-	-	-	1.2	3.6	5.6	4.9	4.1	-	-
심장병	3.8	5.4	-	2.5	3.6	5.6	4.9	1.8	2.0	-
감기	69.2	27.0	20.0	4.9	1.8	2.6	1.2	1.2	7.8	-
간질환		2.7		3.7	7.3	2.1	0.8	1.8	-	-
눈·귀의 염증	19.2	8.1	4.0	4.9	6.1	6.8	4.9	4.1	5.9	-
기타	7.8	46.0	60.0	40.8	38.8	22.6	24.0	24.3	27.5	-

家口類型別로 볼 때는 신경통은 노인가구(29.8%)에서 가장 높고 거택보호 대상 가구의 경우 90년에 높은 이환비율을 보이던 신경통 이환비율은 크게 감소한데 비해 관절염환자 비율은 크게 증가하였다.

소득이 높을수록 비교적 가벼운 질환(예:감기)이 많고 신경통, 관절염같은 만성 병 이환은 40만원 이하보다 40~50만원 이상의 高所得層에서 대부분 그 비율이 낮다.

이러한 疾病構造를 대도시의 71년, 81년, 90년 및 93년과 비교해 보면 여전히 신경통, 관절염, 소화기계 질병이 주를 이루고 있지만 호흡기병 이환이 뚜렷한 증가세를 보이고 있다.

<表 2-17> 家口類型別 疾患構造

(단위: %)

	일반 가구	노인 가구	장애인 가구	모자가구	소년·소녀 가구	거택보호	자활보호	의료부조
신경통	17.5	29.8	13.0	15.5	-	18.8(30.8)	21.8(21.1)	20.0(31.9)
위십이지장병	11.3	12.1	6.5	17.8	-	11.4 (8.4)	11.8(15.0)	10.0 (8.7)
관절염	12.2	14.9	10.5	10.7	20.0	12.4(14.0)	10.3(11.9)	30.0(11.0)
만성기관지염	1.5	3.2	3.0	-	-	3.0 (2.1)	1.5 (3.6)	- (6.3)
천식	1.1	1.8	1.5	-	-	1.5 (5.6)	1.8 (2.8)	- (2.9)
고혈압	3.6	2.5	3.0	2.4	-	1.5 (4.2)	3.2 (5.8)	- (3.4)
당뇨병	4.7	3.2	2.5	3.6	-	2.5 (4.2)	3.5 (3.6)	100.0
심장병	3.6	4.3	2.5	8.3	-	4.5 (4.2)	3.2 (3.8)	- (4.2)
감기	6.8	1.1	4.5	10.7	40.0	4.5 (-)	3.5 (-)	- (-)
간질환	4.1	0.4	2.5	1.2	-	1.0 (-)	2.7 (-)	- (-)
눈·귀의 염증	6.8	3.9	7.5	3.6	20.0	4.5 (-)	5.6 (-)	5.0 (-)
기타	26.8	22.8	43.0	26.2	20.0	34.4(26.6)	31.1(32.5)	25.0(27.5)

註 : ()는 90년 조사자료임, 박순일 등, 전계서, 1991.

<表 2-18> 年度別 貧困層 家口員 疾病 構造의 推移

(단위: %)

	1971	1981	1990	1993
신경통	-	13.1	6.1	3.0
당뇨병	-	-	3.7	1.5
호흡기병	1.2	4.6	7.7	14.8
소화기병	6.3	15.2	13.2	7.6
비뇨기병	-	-	-	-
정신병	9.7	-	-	2.5
부상	8.6	-	-	-
관절염	-	7.1	12.6	12.2
고혈압	0.6	-	7.4	4.1
시력언어장애	8.0	-	-	-
신경통	39.4	9.6	19.6	11.2
폐병	-	11.3	-	1.0
기 타	15.4	38.8	29.8	34.5

註: 1981년은 서울시, 90년 및 93년은 대도시 자료

資料: 박순일 등, 『저소득층의 사회복지수요분석』, 한국보건사회연구원, 1991, p.100.

第2節 低所得層의 疾病原因 및 1次 保健醫療 實態

1. 疾病原因

저소득층의 疾病問題를 다룬 논문도 적지만 이들의 疾病原因을 보건의료적 측면 이외의 경제사회적 측면에서 다룬 국내 논문은 더욱 찾아보기 힘들다. 물론 정확한 질병의 원인에 대한 파악은 專門家로서도 한계가 있고, 더욱이 환자 자신들의 원인 파악의 지식은 매우 부족할 것이라고 보지만 환자 자신들은 질병발생과 관련된 생활환경과 그 동안의 문진등에 의해 어느 정도 질병원인에 대한 이해를 갖추고 있다고 가정하였다. 또한 환자와 전문가의 意見交換을 통해 질병원인을 보다 정확히 파악할 수 있겠지만 조사의 여러 가지 한계로 환자의 주관적 판단에 의존하기로 하였다. 이곳에서는 저소득층의 疾病의 원인을 22개항(조사표 문항 20번)에 걸쳐 비교적 자세하게 질문하였으며, 본절에서는 응답결과를 개괄적으로 설명하고 제4장에서 질병원인과 그 결과에 대한 因果關係 分析을 통하여 질병과 빈곤 등의 경제사회적 요인의 相互循環的 影響의 정도에 대해 좀 더 자세한 분석을 시도하였다. 전체적으로 보아서 질병의 원인으로 가장 중요하다고 지적된 요인은 고령, 과로, 건강관리 소홀이다. 가족 및 직장 등에서의 스트레스도 매우 큰 원인으로 지적되고 있고, 작업장 재해도 5.7%의 적지 않은 응답비율을 보였다.

家口特性을 종합하면 농촌지역, 고령자, 저학력자, 극빈층일수록 고령화 및 과로 원인의 응답비율이 높고 도시지역, 저연령층, 고학력, 소득수준이 다소 나은 계층일수록 건강관리 소홀, 불규칙한 식생활, 교통사고 등이 높으며 중간적 계층에서는 작업장 재해, 스트레스 등의 원인이 상대적으로 많이 응답되고 있다.

또한 사회적 배경과 경제적 배경으로 구분하여 보면, 먼저 저소득층 질병이환자들의 사회적 배경들이 주요 질병원인과 밀접히 관계되어 있다. 즉 연령, 학력 수준, 거주지역, 가구유형과 같은 사회적 환경은 주요 질병원인과 밀접히 관계되어 있다. 年齡이 높을수록 노환이 주요 질병원인으로 대답되고 있고, 이는 특히 고령자가 많이 거주하는 農村地域에서 현저하다. 또한 고령일수록 학력이 떨어질 것이므로 무학자의 경우 고령이 가장 주요한 질병원인이 되고 있다. 노인이

주요 가구원인 老人家口의 경우에는 노환이 더욱 주요한 질병원인이 되고 있다. 고령화는 또한 과로의 주요 원인이 되고 있는데 이는 체력이 감소되고 있는 40~70세 연령대의 근로자 등에서 가장 크게 나타나고 있다. 물론 고령자일수록 근로조건도 나쁠 것이므로 체력감소와 상승작용을 일으켜 과로 발생정도를 더욱 증대시킬 것이다. 학력수준이 낮을수록 주요 질병원인으로서 高齡化가 많고 과로, 작업장재해, 가족내 스트레스 등이 빈번하게 응답되고 있다. 무학과 국교 중퇴 혹은 졸업자의 경우 고령다음으로 과로와 건강관리 소홀, 가족 스트레스, 작업장 재해의 순서로 질병원인의 응답비율이 높다. 영세민 밀집지역은 일반지역 거주자들에 비해 질병원인이 건강관리 소홀, 작업장재해, 활동상 안전사고, 과음 등의 비율이 크므로 영세민 밀집지역 주민의 주거환경, 직장여건, 1차 보건의료사업 제공 등이 대체로 열악한 것으로 보인다. 農村貧困層 사람들은 都市貧困層들에 비해 과로가 더 심하고 식생활이 더 불규칙적이며 과음하는 경향이고, 도시빈민층은 농촌에 비해 건강관리가 더욱 소홀하고 작업재해, 안전사고 등이 더욱 자주 나타나고 있다. 따라서 어느 지역에 거주하느냐에 따라서 과로, 건강관리 소홀, 사고 등의 주요 疾病原因의 발생가능성도 차이가 있다.

<表 2-19> 地域別 疾病原因 應答比率

(단위: %)

	전체	농어촌	중소도시	대도시	영세민밀집(산)	하천	일반주거
영양실조	3.0	2.8	4.4	2.0	3.7	1.3	2.9
과음	3.8	4.1	3.1	3.6	3.0	6.5	3.7
불규칙한 식생활	3.8	4.1	3.5	3.6	4.5	2.6	3.7
과로	14.9	16.1	15.9	10.2	11.9	14.3	16.1
고령으로인한 질병	15.8	17.5	14.1	12.2	14.2	11.7	16.8
산후후유증	4.2	4.9	1.8	5.1	4.1	2.6	4.5
건강관리 소홀	11.3	8.0	17.6	14.2	15.3	11.7	9.6
작업장 재해	5.7	5.4	6.6	5.6	5.6	10.4	5.2
가족생활의 스트레스	7.6	8.3	5.3	8.1	5.6	7.8	8.3
활동상 안전사고	3.9	3.4	4.8	4.6	5.2	6.5	3.2
교통사고	2.4	2.8	0.9	3.0	2.6	1.3	2.4
기 타	23.6	22.6	22.0	27.8	24.3	23.3	23.6

註: 1) 통계 제1순위의 원인 응답비율임.

2) 기타는 흡연과다, 약물중독, 의료사고, 직장스트레스, 실업은 정신적 스트레스, 연탄 가스중독, 폭행상해, 환경오염, 전란, 사회적 소요사태, 기타를 포함한다.

<表 2-20> 家口類型別 疾病原因

(단위: %)

	일반 가구	노인 가구	장애인 가구	모자 가구	소년·소녀 가구	거택보 호	자활 보호	의료 부조
영양실조	2.3	4.3	2.5	3.6	-	5.4	3.2	-
과음	5.1	2.1	4.0	1.2	-	2.0	5.3	-
불규칙한 식생활	4.7	2.8	3.5	3.6	-	2.0	4.1	-
과로	16.8	15.2	10.5	14.3	-	6.9	15.0	45.0
고령으로인한 질병	12.2	31.2	6.0	8.3	-	24.3	14.2	5.0
산후휴유증	5.3	3.2	3.5	3.6	-	1.0	5.3	5.0
건강관리 소홀	12.4	7.1	10.5	17.1	60.0	9.9	9.1	15.0
작업장 재해	7.5	2.5	5.5	7.1	-	4.5	6.8	-
가족생활의 스트레스	7.0	5.0	8.5	17.9	-	6.9	8.6	-
활동상 안전사고	3.8	3.2	6.0	2.4	-	5.0	3.8	5.0
교통사고	2.1	1.4	5.0	1.2	-	3.0	2.9	-
기 타	-	-	-	-	40.0	-	-	-

다음으로 주요 疾病原因들은 경제적 배경들과 밀접히 관련되어 있다. 소득별 질병원인을 보면 50만원 이하의 저소득층에서는 고령화 및 과로의 비율이 높은데 이는 그만큼 고연령층에 저소득이 많고 저학력, 저소득층이 육체적 노동을 많이 하기 때문이다. 이에 비해 불규칙한 식생활, 건강관리 소홀, 각종 사고 등은 소득이 높을수록 응답비율이 높고, 가족생활 스트레스도 30~50만원대의 저소득층에서 높게 나타났다.

<表 2-21> 所得水準別 疾病原因

(단위: 만원, %)

연령	0~10	11~20	21~30	31~40	41~50	51~60	61~70	71~80	81~90	91~100	100~
영양실조	4.3	1.5	3.0	3.3	3.2	3.1	-	-	-	5.9	-
과음월~2개월	2.2	6.0	6.7	2.2	3.2	4.7	7.4	3.4	-	-	-
불규칙한 식생활	3.7	3.0	3.7	4.4	4.3	3.1	7.4	6.9	-	10.0	-
과로	14.8	15.9	13.3	23.1	12.8	12.5	11.1	13.8	20.0	14.7	6.7
고령으로 인한 질병	25.2	13.4	10.4	3.3	10.6	17.2	11.1	6.9	10.0	20.6	13.3
산후휴유증	2.8	5.5	3.7	5.5	4.3	6.3	-	10.8	-	2.9	6.7
건강관리소홀	7.4	11.4	11.1	13.2	11.7	9.4	29.6	13.8	20.0	23.5	13.3
작업장재해	2.8	6.5	11.9	6.6	2.1	7.8	3.7	3.4	30.0	5.9	3.3
가족생활스트레스	7.1	7.0	8.9	9.9	10.6	6.3	7.4	6.9	10.0	2.9	3.3
활동상 안전사고	5.5	4.5	2.2	-	3.2	3.1	-	6.9	-	5.9	6.7
교통사고	2.5	1.5	0.7	4.4	6.4	1.6	-	-	-	-	6.7

따라서 소득수준이나 취업유형과 같은 經濟的 變數는 질병원인으로서 고령화, 과로, 건강관리 소홀, 작업장 스트레스와 밀접한 관련이 있다. 10만원 이하 생활자나 무직인 사람의 경우에 노인인구비중이 높을 것이므로 당연히 고령화 혹은 노환이 주요 질병원인이 될 수 밖에 없을 것이다. 應答頻度가 높은 과로의 경우도 소득수준이 낮은 사람일수록 힘들고 장시간 요하는 노동 등을 할 수 밖에 없으므로 역시 저소득생활자와 저생산성노동자(기타 단순노동자, 소작농 및 일용노동자의 순서)에서 많이 발견될 수 밖에 없다. 作業場災害도 일용노동자나 저소득층(10~20만원 4.8%, 21~30만원 12.9%, 31~40만원 6.9%)에서 가장 많이 발견된다. 가난하고 바쁠수록 건강관리도 소홀할 것으로 생각되나 극빈층의 경우보다는 그들보다 다소 경제사정이 나은 빈곤층들이 건강에 보다 덜 신경을 쓰는 듯하다.

2. 1次 保健醫療實態⁴⁾

저소득층은 다른 소득계층에 비해 만성병 이환비율이 높기 때문에 질병이환 초기의 적절한 대처와 치료이후의 사후관리가 매우 중요하다. 그러나 대부분의 저소득층은 우리나라 保健醫療制度의 1차적 진료서비스가 크게 부족한 관계로 질병이 악화된 상태에서 의료인을 찾거나, 또는 적절한 諮問을 받을 1차 보건의료서비스가 없어 잘못된 진료과목의 병·의원을 찾는 예도 적지 않다. 더욱이 질병치료 이후에도 사후관리를 위한 지속적인 의료인과의 접촉이 필요하나 질병이 다시 악화되었을 때 치료를 받는 정도이어서 관리상의 문제가 크다. 따라서 1차 보건의료서비스의 제공이 저소득층의 慢性疾患對策에 매우 중요한 것으로 간주되어 비교적 자세히 이에 대한 질문을 만들었다. 조사 결과는 역시 1차 보건의료서비스가 제공되었다면 크게 완화시킬 수 있는 질병문제를 안고 있음을 보여주고 있다.

4) 영국에서는 1차 보건의료서비스는 보건의료서비스의 최일선(FRONT LINE) 서비스이며 병·의원 이외에서 제공되는 서비스를 포함한다고 정의하고 있다. 따라서 1차 보건의료사업 내용은 1차 보건의료인력이 건강증진, 질병예방, 치료 등 모든 보건의료문제 첫 단계에서 제공하는 서비스를 포함하고 있다(김진순, 상계서, 1989, Pp.20-24). 이곳에서는 1차 보건의료서비스 개념을 좁혀 건강증진이나 질병예방적 서비스를 제외한 질병발생 초기에 의사 등에 의해 실시되는 진단서비스 등의 조치의 개념에 국한하여 이용되었다.

1) 醫師의 診斷回數

전체적으로 저소득층은 질병이 이환되었을 때 의사의 진단을 미루는 경향이 강하며 조사년월 현재 전혀 의사의 진단을 안 받은 비율이 55.5%이고 1~3회의 수진자를 합하면 81.5%가 대체로 의사의 진단에 소홀한 점을 보이고 있다. 전혀 의사의 진단을 안받은 疾病比率는 대도시, 고연령, 고학력자에서 크게 조사되었다. 그리고 대체로 소득이 낮을수록 진단횟수가 적은 경향을 가졌다.

地域別로 본 질병발생 이후 의사의 진단을 받은 횟수를 보면 모든 지역에 걸쳐 절반 이상이 진단을 한 번도 받지 않았다고 응답하였다. 연령별 및 학력별에서 보면 전혀 진단을 안 받은 비율은 고연령 및 고학력일수록 뚜렷이 증가하는 반면 1~3회의 진단을 받은 비율은 저연령 및 저학력일수록 크게 조사되었다.

診斷을 받지 않은 경우가 많을 뿐 아니라 診療를 받았더라도 전문과목이 다른 병·의원을 방문하는 경우도 적지 않게 발생하여 전체 저소득가구의 6.9%가 지금까지의 병·의원 방문 중 반 정도 그런 경험이 있거나, 4.9%의 가구가 잘못된 방문을 하고 있는 것으로 조사되었다. 이런 현상은 특히 농촌에서 심하여 약 17%의 가구가 총방문 중 반 정도 이상 專門이 다른 병원에서 진단을 받은 경험을 가지고 있다. 전체적으로 이와 같은 잘못된 방문을 하지 않는 가구의 비율은 59.8%이고, 극히 드문 경우를 포함해도 74.9%에 그치고 있다. 반 정도 이상의 전문이 다른 병·의원을 방문한 경험이 있는 가구(비율)는 일반가구(10.5%)에 비해 노인가구(14.7%) 및 장애인 가구(13.4%)에서 더 빈번하다.

<表 2-22> 地域別 病發生 以後 醫師의 診斷을 받은 回數

	(단위:%)						
	전체	농어촌	중소도시	대도시	영세민밀집(산)	하 천	일반거주
0회	55.5	53.7	55.5	60.9	58.6	53.2	54.5
1~3회	27.6	27.8	28.6	25.9	27.2	28.6	27.6
4~6회	9.7	10.7	11.0	5.1	7.1	15.6	10.1
7~9회	1.7	2.1	1.3	1.0	0.7	1.3	2.2
10~13회	3.1	2.9	2.6	4.1	4.1	-	3.1
14~16회	1.1	1.5	0.4	0.5	0.4	-	1.4
20회 이상	1.3	1.3	0.4	2.5	1.9	1.3	1.2

<表 2-23> 年齡別 醫師診斷 回數

(단위: %)

	1~10	11~20	21~30	31~40	41~50	51~60	61~70	71~80	81이상
0회	15.4	59.5	48.0	60.5	54.5	55.6	57.3	54.4	64.8
1~3회	53.8	35.1	36.0	27.2	28.5	29.5	24.0	26.6	16.7
4~6회	7.7	-	12.0	2.5	10.9	7.7	11.0	13.6	13.0
7~9회	7.7	2.7	-	-	1.2	2.1	1.6	1.8	1.8
10~13회	7.7	2.7	-	4.9	2.4	2.6	3.7	1.8	1.8
14~16회	3.8	-	-	-	0.6	1.7	1.2	3.0	1.8
20회 이상	3.8	-	4.0	4.9	1.8	0.9	1.2	-	-

<表 2-24> 家口類型別 醫師診斷 回數

(단위: %)

	일반가구	노인가구	장애인가구	모자가구	소년·소녀 가구	거택보호	자활보호	의료부조
0회	15.4	59.5	48.0	60.5	54.5	55.6	57.3	54.4
1-3회	53.8	35.1	36.0	27.2	28.5	29.5	24.0	26.6
4-6회	7.7	-	12.0	2.5	10.9	7.7	11.0	13.6
7-9회	7.7	2.7	-	-	1.2	2.1	1.6	1.8
10-13회	7.7	2.7	-	4.9	2.4	2.6	3.7	1.8
14-16회	3.8	-	-	-	0.6	1.7	1.2	3.0
20회 이상	3.8	-	4.0	4.9	1.8	0.9	1.2	-

이와 같은 잘못된 방문은 질병증세 발견시 쉽고 수시로 상담할 수 있는 1차 醫療人을 발견할 수 없는 데 주요 원인이 있다. 저소득층은 병증상이 있을 때 어느 병원 및 의료인을 찾을 것인가를 결정함에 있어서 대부분이 스스로 결정하거나(81.1%), 가족(9.8%)의 권유에 따르고 있으며, 의사(2.5%)나 약사의 권유에 따라 진단을 받는 경우는 희소한 것으로 조사되고 있다. 그리고 이들의 권유가 도움이 되었다고 응답한 비율도 70.2%에 그쳤다.

2) 첫 診斷時의 疾患狀態

질병에罹患되었는데도 아직도 의사의 진단을 안 받은 사람이 많을 뿐 아니라 질병 진단도 발병 후 한참 시간이 지난 뒤에 받기 때문에 병을 깊게 하는 것으로 조사되었다. 발병 후 1개월 이내에 진단받은 사람은 불과 26.7%에 불과하고 3개월

이후 받은 비율은 기억이 안 나는 사람까지 합하면 무려 71.5%나 된다. 응답에서 「기억 안남」을 제외하면 병발생 이후 3개월 이상이 되어서 처음 진단을 받았다고 응답한 비율이 농촌 46.3%, 중소도시 53.3%, 대도시 47.8%, 영세민 밀집(산) 54.4%, 하천 25.7%, 일반거주 47.7%로 나타났다. 따라서 早期診斷을 할 수 있는 제도적 장치가 필요하다. 진단을 미루는 현상은, 예컨대 발병 후 3개월 이상 이후에 초진을 받는 비율은 특히 농촌 및 중소도시, 저학력, 고연령, 저소득층일수록 두드러지게 증가하고 있으며, 거택보호대상자보다는 의료혜택이 적은 자활보호대상자에서 더욱 크게 조사되었다.

나이가 들수록 질병발생 이후 처음 진단을 받은 시기는 늦어져 3개월 이상이 41~50세 49.6%, 51~60세 52.9%, 61~70세 49.6%, 71~80세 54.5%, 80세 이상이 73.3%로 조사되었다.

<表 2-25> 地域別 醫師의 첫 診斷時期

(단위: %)

	전체	농어촌	중소도시	대도시	영세민밀집(산)	하천	일반거주
발병즉시	16.6	17.7	14.5	15.7	13.8	16.9	17.7
발병1주일내	4.9	4.2	4.8	7.1	5.2	6.5	4.6
발병1달내	5.2	5.7	4.4	4.6	5.2	7.8	4.9
발병3달내	1.7	1.9	0.9	2.0	1.1	2.6	1.9
발병3달이상	26.3	25.5	28.2	26.9	30.2	11.7	26.5
기억안남	45.2	45.0	47.1	43.7	44.4	54.5	44.5

<表 2-26> 家口類型別 첫 診斷時期

(단위: %)

	일반가구	노인가구	장애인 가구	모자가구	소년·소녀 가구	거택보호	자활보호	의료부조
발병즉시	16.8	15.2	10.5	14.3	-	6.9	15.0	45.0
발병1주일내	12.2	31.2	6.0	8.3	-	24.3	14.2	5.0
발병1달내	5.3	3.2	3.5	3.6	-	1.0	5.3	5.0
발병3달내	12.4	7.1	10.5	17.1	60.0	9.9	9.1	15.0
발병3달이상	-	-	-	-	40.0	-	-	-

註: '기억 안남' 응답수는 제외됨.

3개월 이상 이후에 初診받는 비율은 학력이 낮을수록 크다. 이런 현상은 학력이 높을수록 의사의 진단을 안 받는 비율이 큰 것과 반대되는데 이는 고학력일수록 질병이환 정도가 약하여 진단을 안받거나 아니면 저학력계층보다 健康管理에 소홀한 것이 아닌가 생각된다. 家口類型別로 장애인 및 노인가구의 늦은 초진의 비율이 크며, 역시 의료혜택이 적은 자활 및 의료부조가구의 초진 지연비율이 크다. 빈곤층 중에서도 소득이 높은 사람이 적은 사람보다 병·의원에 발병 즉시 가는 비율이 높은 것으로 보아 빈곤층의 醫療問題는 소득과 밀접한 관계가 있다고 생각된다. 질병의 진단 및 치료의 지연은 결국 처음 의사의 진단을 받을 때의 병을 매우 위중하게 하고 있다. 이환된 총질병 중 증상악화 이전에 초진을 받은 비율은 불과 32.2%이며 개인의원에서 치료가 가능한 경우도 44.6%에 그쳤다(물론 이 조사도 환자 자신의 疾患狀態에 대한 주관적 판단 및 응답에 근거하였음).

<表 2-27> 醫師 첫 診斷時의 疾患狀態 (단위: 건)

총질병수	증상악화이전	증상악화이후	개인의원치료가능	개인의원치료불가
1085	350	543	484	409

이와 같이 병의 증상이 악화되었을 때 의사의 초진을 받을 수밖에 없었던 이유는 돈 부족이 가장 크고(32.1%), 방관, 질병지식 부족의 순서이어서 이 세 가지가 대부분의 이유를 점유하고 있다. 질병치료 효과에 대한 회의를 이유로 하는 병은 불과 11.4%였다.

<表 2-28> 疾患 惡化時 醫師의 診斷을 못받은 理由 (단위: %)

총응답수	방관	질병지식 부족	돈이부족	약국 및 민간요법기대	생계등을 위해 시간내기어려움	노인병 등으로 치료효과기대無	돌발사고 등 기타
5515	26.7	15.8	32.1	6.2	6.4	11.4	6.9

3) 醫師의 診斷을 받기前 혹은 醫師의 診斷을 안받았을 때의 對處方法

의사의 진단을 받기 전이나 아직 안 받았을 때 반 정도의 사람은 우선 약국(50.5%)을 통해 治療를 시도하고 21.1%나 되는 사람들은 방치하고 있다. 약국이

용은 大都市의 영세민 밀집지역에서 가장 많고, 방치는 農村 일반지역에서 많다. 약국 이용은 중장년층, 고소득, 고학력층에서, 방치는 노인 및 저소득층에서 비율이 높게 나타나는 경향을 가졌다.

<表 2-29> 地域別 初診 以前의 疾病 對處方法

(단위: %)

	전체	농어촌	중소도시	대도시	영세민밀집(산)	하 천	일반거주
방치	21.1	23.2	17.6	17.7	16.1	23.4	22.4
민간요법	4.6	3.7	8.8	2.7	7.4	4.3	3.7
약국	50.5	43.3	59.6	65.5	62.4	55.3	46.2
한방	6.7	6.9	7.4	5.3	7.4	8.5	6.3
보건진료소	15.7	21.9	5.9	5.3	4.0	8.5	20.3
기타	1.4	1.0	0.7	3.5	2.7	-	1.1

<表 2-30> 家口類型別 診斷前 疾病 對處方法

(단위: %)

	일반가구	노인가구	장애인 가구	모자가구	소년·소녀 가구	거택보호	자활보호	의료부조
방치	16.2	30.5	17.0	21.8	50.0	28.2	25.4	30.0
민간요법	5.4	4.2	4.5	1.8	-	3.8	3.8	10.0
약국	56.8	37.9	52.7	56.4	50.0	39.7	43.1	50.0
한방	7.8	5.8	5.4	7.3	-	3.1	6.2	10.0
보건진료소	12.2	20.5	18.8	12.7	-	22.9	21.1	-
기타	1.7	1.1	1.8	-	-	2.3	0.5	-

많은 사람들이 가까운 곳에서 접할 수 있는 藥局에 주로 의존하는 것으로 보여 농촌보다는(43.3%) 약국이 많은 대도시(65.5%)에서 초진 이전의 이용비율이 더 높고, 일반거주(46.2%)보다는 영세민 밀집지역(62.4%)에서 약국의존율이 높다. 다행인 것은 보건진료소가 농촌과 일반 빈곤층 주거지역에서 의료기능을 한다는 것이다. 이러한 보건진료소 기능이 더 강화되어 질병을 방치해 두는 사람들까지 돌보아 줄 수 있는 가까운 지역의료기관이 되어야 할 것이다. 가구유형별로 볼 때 다른 가구들이 주로 이용하는 약국도 잘 이용하지 못하고 방치해 두는 경우가 가장 많은 가구가 노인가구이다. 장애인 가구는 노인가구보다 약국이용률이 높다.

第3節 低所得層의 疾病治療實態: 治療實態, 利用治療機關 및 治療費

1. 治療不足實態

1) 治療中斷實態

저소득층 疾病罹患家口(655) 중 치료중단의 경험이 있는 비율은 전체적으로 1990년에 비해 93년엔 감소하였으나 아직도 질병이환가구 중 약 1/4이 치료비 등의 이유로 적절한 治療를 못받고 있다. 그러나 지역별 및 생활보호 유형별로 보면 農村의 경우 22.9%로 90년 23.8%보다 약간 줄어든 반면 中小都市 및 大都市는 더 높아졌다. 농촌에서 약간 줄어든 것은 전국민 의료보험확대에 따라 그 동안 농촌에서 혜택을 받지 못했던 가구들이 조금이나마 의료혜택을 받기 때문이라고 생각된다. 醫療保護家口 중에는 自活保護家口에서만 약간 줄고 居宅, 扶助, 一般 低所得層에서 모두 치료를 받지 못하였거나 중단한 비율이 90년에 비해 높아졌다. 치료중단경험 비율은 영세민 밀집지역이 일반주거지역에 비해 현저히 크며, 학력별로 고교학력을 제외하면 저학력일수록 중단경험 비율이 높다. 연령별로는 50~70세 사이, 장애인가구, 그리고 소득수준이 60만원 이하의 가구에서 치료중단 경험비율이 크게 조사되었다.

<表 2-31> 地域別 및 生活保護 種類別 治療中斷 經驗이 있는 家口比率

(단위: %)

전국		농어촌		중소도시		대도시		거택보호		자활보호		의료부조		일반저소득층	
'90	'93	'90	'93	'90	'93	'90	'93	'90	'93	'90	'93	'90	'93	'90	'93
30.1	25.6	23.8	22.9	24.5	28.7	28.9	31.9	23.2	26.7	28.0	23.0	26.7	40.0	22.7	24.3
(412)	(655)														

註: ()는 총응답자수

<表 2-32> 家口類型別 治療中斷 經驗 比率

(단위: %)

일반	노인	장애	모자	소년·소녀	거택	자활	부조
24.3	23.2	33.0	25.5	50.0	26.7	23.0	40.0

2) 治療中斷 理由

治療를 중단한 이유는 치료비 부담의 이유가 약 2/3를 차지하고 있어 이는 90년도 조사에 비해 현저히 증가하였다. 치료효과를 기대하지 않는 응답비율은 불과 11.9%이었다. 이는 특히 농촌보다는 도시의 영세민지역에서 높게 조사되었으며, 고학력 및 고연령일수록 치료비 부담이 치료중단의 주요 이유가 되었다.

<表 2-33> 地域別 治療 中斷理由의 比率

(단위: %)

	농어촌		중소도시		대도시		전체	
	'90	'93	'90	'93	'90	'93	'90	'93
치료비부담	51.3	58.1	55.9	74.4	53.2	77.8	52.7	66.1
일중단으로 수입감소	20.3	9.7	14.7	2.6	14.7	8.3	18.7	7.7
치료효과 기대 없음	13.5	11.8	16.1	20.5	16.1	2.8	13.8	11.9
식구돌볼 사람 없음	4.1	2.2	7.8	0.0	7.8	2.8	5.0	1.8
기 타	10.8	18.3	8.2	2.6	8.2	8.3	9.8	12.5

註 : 90년 자료, 박순일 등, 『저소득층 사회복지수요분석』, 1991, p.103, p.265.

所得別로는 소득의 많고 적음에 별 관련없이 모두 치료비의 부담이 가장 큰 이유이다. 家口類型別로 보면 모든 가구에서 치료비의 부담이 치료중단의 주요 이유가 되고 있지만, 그 이외의 이유에서는 일반 저소득층 및 모자가구는 일중단으로 수입감소를 더욱 우려하였고, 노인 및 장애인 가구에서는 治療效果에 대해 보다 회의적인 이유를 들었다.

<表 2-34> 家口所得別 治療 中斷理由

(단위: %)

	0~10	11~20	21~30	31~40	41~50	51~60	61~70	71~80	81~90	91~100	100~
치료비 부담	60.0	73.3	66.7	66.7	66.7	75.0	66.7	50.0	100	50.0	100
일중단으로 수입감소	3.1	10.0	14.3	16.7	6.7	-	33.3	25.0	-	-	-
치료효과 기대 없음	18.5	6.7	14.3	-	13.3	8.3	-	-	-	-	-
식구돌볼 사람 없음	1.5	-	-	8.3	-	8.3	-	-	-	-	-
기타	16.9	10.0	4.8	8.3	13.3	8.3	-	25.0	-	50.0	-

마찬가지로 노인 및 장애인이 중심이 되는 거택보호 대상가구에서도 치료효과를 기대하지 못하는 비율이 크게 조사되고 있으며, 이는 90년 조사와 동일한 결과를 보였다.

<表 2-35> 家口類型別 治療 中斷理由

(단위: %)

	일반 가구	노인 가구	장애인 가 구	모자 가구	소년·소녀 가 구	거택 보호	자활 보호	의료 부조
치료비 부담	69.4	61.4	67.6	57.1	100	54.3(48.9)	58.3(51.7)	100(54.1)
일중단으로 수입감소	12.5	2.3	2.7	14.3	-	8.6(12.0)	8.3(22.2)	0.0(22.2)
치료효과 기대 없음	6.9	15.9	13.5	21.4	-	22.9(17.4)	12.5(12.9)	0.0(12.8)
식구돌볼 사람 없음	2.8	-	2.7	-	-	2.9 (6.5)	2.1 (4.8)	0.0 (4.6)
기 타	8.3	20.5	13.5	7.1	-	11.4(16.1)	18.8 (8.4)	0.0 (6.3)

註: ()는 90년 조사통계임.

3) 治療 中斷時 既支出費 및 追加支出費

치료를 중단하였을 경우 기지출비와 추가지출비의 平均을 볼 때 90년과 많은 차이가 있다(응답자수가 90년과 달리 매우 적어 신뢰성이 크게 떨어지지만). 특히 농촌의 경우 기지출비가 소비자들이 생각하는 適正治療費의 28.1%에 불과하였으나 93년에는 64.5%로 증가된 반면 대도시의 경우는 90년과 비슷한 비율(32.7%)을 보이고 있다.

<表 2-36> 地域別 平均 既治療費 및 追加 所要治療費 豫想額

(단위: 만원, %)

	농어촌		중소도시		대도시		전국	
	'90	'93	'90	'93	'90	'93	'90	'93
기지출비A	51.3	58.1	55.9	74.4	53.2	77.8	52.7	66.1
추가지출비	20.3	9.7	14.7	2.6	14.7	8.3	18.7	7.7
계(적정치료비)B	13.5	11.8	16.1	20.5	16.1	2.8	13.8	11.9
A/B(%)	4.1	2.2	7.8	0.0	7.8	2.8	5.0	1.8
	10.8	18.3	8.2	2.6	8.2	8.3	9.8	12.5

註: ()는 응답자 수

年齡別로는 40~60대에서 추가치료비가 크게 조사되었고, 학력별로는 국교 및 중학교, 가구유형별로는 노인가구보다는 장애인가구에서, 거택보호가구보다는 자활보호가구에서 더 큰 追加治療費를 예상하고 있다.

<表 2-37> 所得水準別 治療中斷時 既支出費, 追加支出費 平均 (단위: 만원)

	0~10	11~20	21~30	31~40	41~50	51~60
기지출비	261	193	370	25	1000	300
추가지출비	206 (55.9)	162 (54.4)	200 (64.9)	75 (25)	1000 (50)	200 (60)

<表 2-38> 家口類型別 治療中斷時 既支出費, 追加支出費 平均 (단위: 만원)

	일반	노인	장애	모자	소년·소녀	거택	자활	의료부조
기지출비	204	186	783	-	-	100 (45)	151 (58)	-
추가지출비	270	103	166	-	-	200(223)	302(180)	-

註 : ()은 90년 조사 통계임.

2. 주로 利用하는 治療機關 및 治療費

1) 治療機關

저소득층이 疾病治療를 위해 주로 이용하는 기관은 病醫院 및 綜合病院이다. 이는 90년 조사에서 약국이 주로 이용되던 관행을 크게 벗어난 것이며 특히 90년에 비해 종합병원 이용률은 감소하고 병·의원 이용률이 크게 증가하였다. 농촌에서도 保健支所나 保健診療所의 이용률은 감소하고 병·의원 이용률이 증가하는 것으로 보인다. 종합병원이나 병의원을 이용하는 비율은 90년이나 93년 모두 중소도시(각각 16.6%, 46.5%), 대도시(12.0%, 47.1%)에서 농촌(9.6%, 41.9%)보다 훨씬 크고 농촌은 保健機關 이용비율(24.8%)이 중소도시(6.5%), 대도시(4.7%)보다 훨씬 크다. 이는 농촌에서는 값싸고 접근이 용이한 의료기관인 보건기관에 의존하고 도시에서는 비싸기는 하나 보험제도 확대로 부담이 감소되고 治療效果에 신뢰도가 높은 종합병원이나 병의원을 이용하기 때문이다. 또는 농촌 빈곤층에게 종합병원이나 병의원의 치료비가 매우 부담스러운 데 이유가 있을 수 있어 값싸고 질 좋은 의료서비스가 요구된다.

<表 2-39> 地域別 및 生活保護 種類別 主 利用治療機關의 比率(90, 93년 比較)
(단위: %)

	전체		농촌		중소도시		대도시	
	'90	'93	'90	'93	'90	'93	'90	'93
종합병원	21.7	11.6	20.2	9.6	24.0	16.6	23.6	12.0
병의원	14.8	43.9	11.5	41.9	18.5	46.5	21.5	47.1
약국	34.6	22.3	25.9	19.1	48.5	26.3	46.8	27.7
한의원	2.1	3.2	1.7	2.9	3.9	4.1	0.9	3.1
보건기관	26.4	17.0	40.0	24.9	5.2	6.5	6.9	4.7
기 타*	0.5	2.0	0.7	1.7	0.0	0.0	0.2	5.2

	거택		자활		의료부조		일반저소득가구	
	'90	'93	'90	'93	'90	'93	'90	'93
종합병원	24.2	7.4	21.5	11.7	18.8	20.0	22.3	11.6
병의원	14.8	46.8	16.1	42.0	13.7	25.0	14.4	44.3
약국	16.6	17.4	26.9	21.3	38.9	25.0	40.8	24.6
한의원	3.6	1.1	0.9	2.2	1.2	-	2.8	4.2
보건기관	39.6	26.3	34.2	21.3	26.7	25.0	19.5	12.5
기 타*	0.9	1.1	0.6	1.5	-	-	-	-

註: *는 치과의원, 침술원, 사회복지관, 민간요법소를 포함.
資料: 박순일 등, 전계서, 1991, p.266.

병·의원 및 약국 이용률은 도시의 영세민 밀집지역에서 높은 반면, 농촌의 일반주거 지역에서는 보건지소나 보건진료원 이용률이 매우 높다.

<表 2-40> 家口類型別 主 利用醫療機關
(단위: %)

	일반	노인	장애	모자	소년소녀	거택	자활	의료부조
종합병원	11.6	9.7	16.5	9.1	-	7.4	11.7	20.0
병의원	44.3	39.7	47.3	45.2	80.0	46.8	42.0	25.0
약국	24.6	19.1	19.1	27.4	20.0	17.4	21.3	25.0
한의원	4.2	3.4	1.6	1.2		1.1	2.2	
보건기관	12.5	26.2	14.4	19.1		26.3	21.3	25.0
기 타	2.8	1.9	1.1			1.1	1.5	5.0

학력이 높을수록 종합병원이나 병의원 이용률이 크고 소득수준과도 비슷한 경향의 관계를 보였다. 가구유형별로는 本人負擔이 없는 거택보호대상가구들이 지

정기관인 병의원을 가장 많이 이용하고 있고 의료보호 2종 및 3종 가구들은 상대적으로 약국과 종합병원을 더 많이 이용하고 있다.

2) 治療費 負擔實態

저소득층의 疾病罹患家口는 매월 보험료를 내는 것 이외에 본인부담 치료비로서 93년 5월 평균 급성질병치료에 대해 7.6만원, 만성병치료에 대해 8.0만원을 지출하고 있다. 이는 각각 5월 平均所得(31.3만원)의 24.3%와 25.6%에 이르는 수준이다. 또한 저소득층은 질병치료를 위해 교통비, 식비들의 부대비용을 1.08만원을 쓰고 있으며 극소수는 看病費도 지출하고 있는 실정이다. 저소득층의 5월 중 총지출(32.9만원)도 所得水準과 비슷하여 총지출에 대한 치료비의 비율도 만성병의 경우 약 24.3%에 이른다. 이와 같은 저소득층의 치료비 부담은 전소득 계층에 비해 매우 큰 비율이다. 예컨대 자료입수가 용이한 非疾病罹患家口를 포함한 전가구의 통계를 비교해 보면 93년 2/4분기 전도시가구의 평균 보건의료비 지출의 가계지출에 대한 비율은 5.0%에 불과하였는데 저소득층은 5월 중 평균 의료비 지출 6.4만원, 동월 소득과 지출대비 각각 20.4% 및 19.5%로서 전소득계

<表 2-41> 都市의 所得階層別 醫療費 負擔實態

(단위: %)

	전소득계층(도시)		저소득층(전국)		저소득층(대도시)	
	'90평균	'93 2/4분기	'90평균	'93 2/4분기	'90평균	'93 2/4분기
총지출에 대한 비율	4.8	5.0	14.1	19.5	10.8	19.7
소득에 대한 비율	-	-	17.1	20.4	11.8	17.7

資料: 전소득계층은 기획원, 『도시가계연보』, 90년 자료는 박순일 등, 상계서, 1991.

<表 2-42> 地域 및 所得水準別 月(93年 5月)平均 治療費

(단위: 만원)

	지 역				가 구 소 득 수 준										
	농촌	중소 도시	대 도시	전국	10만원 이하	11~20	21~30	31~40	41~50	51~60	61~70	71~80	81~90	91~100	101~
급성	9.4	3.9	8.1	7.6	6.4	5.1	10.0	10.9	6.1	3.7	5.4	17.3	0.0	10.7	1.3
만성	8.2	6.0	10.1	8.0	4.9	5.7	10.5	18.5	14.5	10.0	9.6	5.7	4.2	10.9	9.5

층가구의 보건의료비 지출비율의 4배나 된다. 또한 이는 90년 저소득층 조사 保健醫療支出의 소득에 대한 비율인 전국 17.1%, 도시 11.8%에 비해서도 현저히 높은 비율이다.

저소득층가구의 경우 약 80%에 疾病罹患자가 있으며 치료비 부담이 매우 클 뿐 아니라 지역적으로는 중소도시보다는 대도시와 농촌에서 치료비 지출액이 더 크며, 소득수준별로는 극빈층을 제외하면 저소득층일수록 만성병 치료비 부담액이 크다.

이와 같은 과중한 치료비를 부담하기 위하여 대부분의 사람이 생활비를 줄이거나(44.1%), 가족이 돈을 벌어서(10.6%) 충당하였다. 극빈층이나 의료보호 1종 대상들의 경우는 무료치료를 받는 경우도 적지 않았다(12.5%). 830가구 중 6.5%의 가구가 의료비를 충당하기 위한 부채로 평균적으로 132만원을 쓰고 있다.

第4節 低所得層의 醫療福祉需要

저소득층의 疾病罹患狀態가 전소득계층에 비해 악성일 뿐 아니라 治療中斷 등에 따른 치료부족이나 치료비 부담도 매우 큰 것으로 조사되었다. 따라서 이곳에서는 저소득층이 원하는 치료비 지원방법, 의료이용상의 애로요인, 희망의료기관, 질병치료 수준 및 기타 서비스에 대한 저소득층의 욕구를 알아보려고 한다.

1. 醫療費 支援方法

저소득층의 醫療問題 중 의료비 부담을 완화해 주기 위하여 본인부담을 줄이기 위한 治療費나 檢査費를 인하하는 방법, 고액 치료비의 경우에만 지원을 해주는 방법, 그리고 현행 의료대불제도를 확대하는 방법들을 물어보았다. 그 결과 가장 많이 희망하는 것은 90년 및 93년 모두 대부분의 응답자가 본인이 내는 치료비나 검사비를 인하해 주기를 바라는 것이고, 두 번째는 치료비가 고액일 경우만 정부에서 부담해 주었으면 하는 것이다. 그러나 정부의 본인부담 치료비 지원에 대한 선호비율은 90년에 비하면 거의 대부분의 地域 및 家口類型에서 줄어들고 대신 치료비가 고액일 경우에만 지원해 주었으면 하는 비율이 높아졌다. 그리고

특이한 것은 의료비 대불제도 확대의 희망은 매우 적는데 이것은 이 제도가 貧困層의 醫療問題에는 그리 큰 도움을 주지 못하는 데에 있다. 자활보호대상자의 입원시에만 적용되어 이용하고 싶어도 엄두를 못내는 경우가 많아 融資制度의 개선이 필요하다. 그러나 의료비 대불제도의 확대희망은 현제도 적용대상인 의료보호 2중가구에서는 크게 증가함으로써 이 제도에 대한 다른 가구들의 이해부족도 전체 선호비율 감소의 한 요인인 듯하다. 고액 치료비 부담을 완화해 주는 방법을 선호하는 비율은 농촌 및 중소도시에서, 의료보호 종류별로는 의료보호 2종과 3종사이에서 크게 증가하였다.

<表 2-43> 地域 및 生活保護 種類別 政府에 의한 醫療費 支援方法 (단위: %)

	전체		농어촌		중소도시		대도시	
	'90	'93	'90	'93	'90	'93	'90	'93
본인이 내는 치료비나 검사비 인하	50.1	38.5	49.4	40.1	50.5	33.8	52.2	38.1
고액의 치료비만 지원	31.8	35.0	31.8	35.5	35.0	39.7	27.3	27.4
의료대불제도 확대희망	9.7	7.6	9.6	6.9	10.9	8.1	10.9	9.7
기 타	8.5	18.9	9.2	17.5	3.9	18.4	3.9	24.8

	거택		자활		의료부조		일반저소득가구	
	'90	'93	'90	'93	'90	'93	'90	'93
본인이 내는 치료비나 검사비 인하	37.1	8.4	43.0	35.9	52.1	60.0	55.7	47.3
고액의 치료비만 지원	29.0	19.1	36.4	46.9	32.0	40.0	29.6	33.4
의료대불제도 확대희망	29.0	19.1	36.4	46.9	9.5	-	8.9	9.1
기 타	28.1	69.5	8.2	6.2	6.4	-	5.8	10.1

資料: 90년 자료는 박순일 등, 전계서, 1991, p.263.

2. 主利用 醫療機關의 滿足度 및 希望 醫療機關

1) 主醫療利用機關 및 利用理由

저소득층은 현재 이용하는 醫療機關을 찾는 이유로 주로 돈이 적게 들어서이

고, 그 이외에 지리적 근접성 및 양질의 서비스를 주요 이유로 응답하고 있다. 그리고 이러한 이유는 90년 조사와 대동소이하다. 90년에는 양질 서비스(21.8%), 거리 근접(28.0%), 비용 적게 듦(39.6%)의 이유의 순서로 조사되었다.

<表 2-44> 主醫療 利用機關別 利用理由 比率

(농 촌)	(단위: %)					
	전국	종합병원	병의원	보건소	한의원	약국
병 치료가 잘되어서	22.8	72.1	46.1	14.9	84.6	19.7
돈이 적게 들어서	37.3	2.3	14.0	20.8	15.4	32.8
거리가 가까워서	29.2	18.6	23.0	39.6	-	34.4
시간이 절약되어서	-	-	0.6	1.0	-	6.6
주위에 다른 기관이 없어서	2.8	2.3	2.8	2.0	-	1.6
의료인이 친절해서	-	-	2.8	1.0	-	-
지정기관이어서	-	2.3	9.0	19.8	-	-
기 타	7.9	2.3	1.7	1.0	-	4.9

(중소도시)	종합병원	병의원	보건소	한의원	약국
병 치료가 잘되어서	65.2	45.2	11.1	83.3	40.0
돈이 적게 들어서	-	21.9	44.1	-	32.0
거리가 가까워서	17.4	15.1	-	-	28.0
시간이 절약되어서	-	-	-	-	-
주위에 다른 기관이 없어서	4.3	-	-	16.7	-
의료인이 친절해서	-	1.4	11.1	-	-
지정기관이어서	13.0	12.3	33.3	-	-
기 타	-	4.1	-	-	-

(대도시)	종합병원	병의원	보건소	한의원	약국
병 치료가 잘되어서	66.7	30.4	25.0	50.0	10.3
돈이 적게 들어서	5.6	23.2	75.0	-	58.6
거리가 가까워서	5.6	25.0	-	50.0	17.2
시간이 절약되어서	-	-	-	-	10.3
주위에 다른 기관이 없어서	-	-	-	-	-
의료인이 친절해서	-	-	-	-	-
지정기관이어서	22.2	14.3	-	-	3.4
기 타	-	7.1	-	-	-

종합병원, 병·의원과 더불어 한의원을 주로 찾는 이유는 병의 치료가 잘 되어 서이고 약국을 주로 찾는 이유는 농촌이나 대도시에서 보듯이 돈이 적게 들고 거리가 가깝기 때문이었다. 保健機關을 주로 찾는 것은 거리가 가까운 것이 주요 이유이고, 돈이 적게 들거나 지정기관이기 때문인 것도 그 다음 주요 이유이다. 지역별로 보면 질병이 있는 가구원이 주로 가는 醫療機關과 그 이유로 농촌에서는 병·의원이 <表 2-39>에서 보듯이 41.9%로 가장 많으며, 병의원에 가는 이유는 첫째가 병의 치료가 잘되어서이고, 두번째 이유는 거리가 가까워서이다. 농촌에서는 병·의원 다음으로 주 이용기관은 보건기관(21.8%)으로, 첫번째 이유는 거리가 가까워서이고, 두번째 이유는 돈이 적게 들어서라는 이유로 이용하고 있다. 중소도시의 경우는 가장 많이 이용하는 기관은 병·의원(46.5%)이며 이유는 병의 치료가 잘되어서와 돈이 적게 들어서가 주 이유이다. 중소도시에서 병·의원 다음으로 이용하는 기관은 약국이다(26.3%). 대도시에서는 중소도시와 같은 경향을 보이고 있다.

2) 主醫療機關에 대한 滿足度

주로 이용하는 醫療機關에 대해 만족하는가라는 질문에 대해 대부분(61.5%)이 만족하는 것으로 응답하였다. 地域別로 농촌(61.8%), 중소도시(65.5%), 대도시(55.8%)에서 모든 대부분이 「만족한다」고 대답을 한 반면에 「불만족하다」는 응답은 농촌과 중소도시에서 대도시보다 크게 조사되었다. 「불만족스럽다」는 응답비율은 연령별로는 20대와 50대가 크고, 學歷이 높을수록 불만족 비율이 크며, 가구 유형별로는 장애인가구가 14.3%로 다른 가구에 비해 높은 비율을 차지하였으며, 극빈층의 불만족이 다소 높게 응답되었다. 의료부조가구는 표본수는 적지만 30%가 불만족스럽다고 응답했다. 주의료기관에 대한 불만족도는 소득수준과는 별 상관관계가 없는 것으로 보인다. 전체적으로 불만족스럽다고 대답한 이유는 첫째 잘 낮지 않아서(69.6%), 둘째는 차별대우 때문이라는(8.9%) 응답이 나왔다.

<表 2-45> 地域別 主 利用 治療機關에 대한 満足比率

(단위: %)

	농어촌	중소도시	대도시	영세민 밀집(산)	하천	일반거주	전국
매우 만족	7.6	8.1	7.1	4.7	10.6	8.3	7.6
만족	54.2	57.4	48.7	47.7	57.4	55.6	53.9
그저 그렇다	25.4	23.5	34.5	34.9	21.3	24.4	26.6
불만족	11.6	11.0	9.7	12.8	10.6	10.7	11.1
잘 모르겠다	1.2	-	-	-	-	1.1	0.8

<表 2-46> 家口類型別 主 利用 治療機關에 대한 満足比率

(단위: %)

	일반 가구	노인 가구	장애인 가구	모자 가구	소년소녀 가구	거택 보호	자활 보호	의료 부조
매우 만족	6.8	7.4	9.8	9.1	-	9.9	7.7	10.0
만족	55.1	59.5	41.1	52.7	100	57.3	55.0	20.0
그저 그렇다	24.7	24.2	34.8	29.1	-	22.9	24.9	40.0
불만족	13.2	7.4	14.3	7.3	-	9.2	11.5	30.0
잘 모르겠다	0.3	1.6	-	1.8	-	0.8	1.0	-

醫療機關을 이용하는 데 있어 여러 治療機關을 옮겨다닌 적이 있는가라는 질문에 35.2%가 「예」, 64.8%가 「아니오」로 비교적 한 곳에 꾸준히 다니기는 하지만 옮겨 다닌다는 비율도 매우 커 의료기관의 선정절차에 중요한 문제가 있다. 특히 옮겨 다닌 이유로서 「치료결과가 만족스럽지 않아서」가 79.5%로 가장 높다. 이 이유는 도시(75.4%)보다는 농촌(81.2%)에서 더 높다. 「값싼 의료기관을 다니느라 옮긴다」는 이유는 거택보호(18.6%), 의료부조(20.0%)가 비교적 높게 나타났으며, 「무료치료기관만 다닌다」는 이유는 모자가구에서 13.0%으로 높고, 소득별로는 소득이 낮을수록 「무료기관을 옮겨다닌」 경우가 더 높다(0-10만원, 10.4%).

3) 醫療利用상 어려운 點

빈곤층에서 의료기관을 이용하는데 있어서 어려운 점으로 가장 많이 지적하는 것이 경제적 어려움이다. 이 비율은 농촌(49.3%)보다는 도시(56.6%)에서 좀 앞으로 크고 영세민 밀집지역 중 산의 지역에서는 60.4%로 가장 크다. 학력별

비율에서는 무학(53.6%)이 가장 높으며, 소득이 낮을수록 경제적 어려움을 더 많이 겪고 있고, 가구유형별로는 의료부조(90.0%)가구와 모자(63.6%)가구에서 크게 나타났다. 빈곤층에서는 경제적 어려움 다음으로 의료기관을 이용하는 데 어려움의 이유로 거동불편을 들고 있다. 노인가구(22.6%), 거택보호가구(28.2%)가 특히 높다.

<表 2-47> 地域別 醫療利用上 어려운 點

(단위 : %)

	농어촌	중소도시	대도시	영세민 밀집(산)	하천	일반거주	전국
경제적 어려움	49.3	55.9	56.6	60.4	48.9	49.5	51.9
일 중단 수입감소	5.2	6.6	5.3	0.7	6.4	7.0	5.5
진료대기시간 김	7.1	8.1	8.8	6.7	6.4	8.1	7.6
진료기관 멈	7.1	3.7	1.8	3.4	8.5	5.9	5.5
가정업무	1.2	1.5	0.9	2.0	2.1	0.9	1.2
치료비 혜택 없어서	3.2	5.1	3.5	2.7	4.3	3.9	3.7
기동불편	11.8	12.5	11.5	14.1	14.9	10.9	11.9
일 때문에	4.9	2.9	4.4	4.0	4.3	4.6	4.4
지정의료기관 아님	0.7	-	-	0.7	-	0.4	0.5
차별대우	5.2	2.2	2.7	2.0	4.3	4.8	4.1
기 타	4.2	1.5	4.4	3.4	-	4.1	3.7

<表 2-48> 家口類型別 醫療利用上 어려운 點

(단위: %)

	일반 가구	노인 가구	장애인 가구	모자 가구	소년소녀 가구	거택 보호	자활 보호	의료 부조
경제적 어려움	51.4	48.9	52.7	63.6	50.0	32.1	59.3	90
일 중단 수입감소	9.1	1.1	4.5	3.6	-	4.6	4.2	-
진료대기시간 김	10.8	5.3	5.4	3.6	-	5.3	3.3	-
진료기관 멈	4.4	7.4	8.0	-	-	6.1	3.8	-
가정업무	1.4	-	1.8	3.6	-	1.5	0.5	-
치료비 혜택 없어서	6.1	0.5	2.7	3.6	-	0.8	2.4	-
기동불편	6.1	22.6	13.4	3.6	-	28.2	11.5	-
일 때문에	6.1	2.1	2.7	7.3	-	1.5	4.8	10
지정의료기관 아님	-	1.6	-	-	-	-	-	-
차별대우	2.0	6.3	3.6	7.3	50.0	10.7	5.3	-
기 타	2.7	4.2	5.4	3.6	-	7.6	4.3	-

또 다른 이유로 10세 이하의 어린이, 미취학의 경우는 진료대기 시간이 길어서의 이유(41.7, 42.9%)가 가장 많이 지적되었다. 거택보호가구의 10.7%는 차별대우를 세 번째의 의료이용상의 어려움으로 응답하였다.

4) 希望 醫療機關

저소득층이 질병이환시 과거 주로 이용하였던 약국이나 보건지소 및 보건진료원에서 병·의원 이용으로 크게 개선되었음에도 불구하고(表 2-39 참조), 아직도 20%의 사람들은 희망하는 醫療機關을 주로 이용하지 못하고 있다. 이는 특히 저소득층 일반가구보다는 장애인, 노인, 모자가구 등 취약계층에서 큰 것으로 조사되었으며, 또한 지역 및 직장의료보험보다는 의료보호대상자 및 탈락자에서 크게 조사되었다. 또한 대도시의 가구들이 희망하지 않는 의료기관을 가장 많은 비율로 이용하고 있다.

<表 2-49> 地域·家口類型別 希望醫療機關을 이용하지 못하는 比率 (단위: %)

지역				가구유형					의료보장유형					
전국	농촌	중소도시	대도시	일반	노인	장애인	모자	소년 소녀	지역 의보	직장 의보	보호 1종	보호 2종	보호 3종	탈락
20.0	19.5	18.9	23.4	17.0	20.1	28.1	21.4	25.0	18.0	11.0	23.2	18.2	38.5	41.2

註 : 총 응답가구는 166가구임.

희망하는 의료기관을 주로 이용하지 못하는 가구들은 대부분이 병·의원을 방문하고 싶어하며, 다음으로는 한의원 이용을 희망하고 있다. 이에 비해 약국을 주요 의료기관으로 희망하는 가구는 없었다.

病醫院은 다른 지역에 비해 대도시에서 희망가구비율이 크고 중소도시, 의료보호 1종 등과 노인계층은 다른 지역에 비해 한의원 선호비율이 높았다. 한의원을 희망하는 가구는 대체로 제1순위보다는 제2순위(31.9%)로 선호하고 있는데, 그 이유는 대부분이 병이 잘 낫거나(53.4%), 친숙하기 때문에(27.4%), 그리고 양방치료가 잘 낫지 않아서(15.1%)로 응답하고 있다.

<表 2-50> 地域 및 家口類型別 希望 醫療機關

(단위: %)

	지 역			가구유형				의료보장유형						전체
	농촌	중소 도시	대도시	일반	노인	장애인	모자	지역 의보	직장 의보	보호 1종	보호 2종	보호 3종	탈락	
병의원	87.0	60.6	87.9	79.7	81.4	83.3	86.7	78.3	90.0	72.2	91.3	100	85.7	81.9
한의원	8.0	30.3	6.1	11.6	16.3	11.1	6.7	17.4	10.0	19.4	4.3	0.0	14.3	12.0
보건지소·진료원	1.0	0.0	0.0	1.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6
약국	1.0	0.0	0.0	1.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.2	0.0	0.0	0.0	0.6
기타	3.0	9.1	6.1	5.8	2.3	5.6	6.7	0.0	8.3	2.2	0.0	0.0	0.0	4.8

貧困層이 희망의료기관을 가지 못하는 이유는 대부분(57.8%) 경제적 부담 때문이고, 다음으로 거리가 멀어서와 지정의료기관이 아니기 때문의 순서이다. 경제적 부담문제는 특히 대도시의 의료보호 가구에서 심각한 문제로 조사되었다.

病醫院施設의 불균형분포로 인해 농촌과 중소도시의 장애인 및 노인 그리고 의료보호 1종 가구에서는 거리가 멀어 희망의료기관을 가지 못하는 가구가 적지 않다. 지정의료기관의 제약도 보호 1종 대상자에게 希望機關을 이용치 못하게 하는 주원인이 되고 있다.

병의원의 시설 및 인력의 불균형적 분포를 보기 위하여 집에서 徒步나 버스로 20분 이내에 갈 수 있는 병·의원 수를 물은 결과 농촌에서는 1개(69.0%), 2개(14.8%)이고 3개 이상(16.2%)에 불과하다. 이에 비해 중소도시에서는 1개(51.5%), 2개(17.8%), 3개 이상(30.7%)의 분포이어서 다소 병·의원 공급이 나은 편이다. 대도시에서는 1개(37.6%), 2개(25.5%), 3개 이상(36.9%)으로 분포되어 있다. 한의원 및 약국도 농촌에는 희소하게 분포되어 3개 이상이 가까이 있다고 응답한 가구의 비율은 각각 13.9%와 31.1%이어서 대도시의 동일한 비율 22.7%와 55.3%에 비해 현저히 불균등한 위치에 있다. 모든 지역에서 의료내용이 적당하다고 응답하였으나 농촌의 경우 절반 정도의 가구가 이들 내용이 부족하다고 응답하였고 매우 부족하다고 응답한 가구도 10%가 넘었다.

<表 2-51> 地域・家口類型別 希望 醫療機關을 가지 못하는 理由

(단위: %)

	지 역			가구유형				의료보장유형					전체
	농촌	중소도시	대도시	일반	노인	장애인	모자	지역의보	직장의보	보호1종	보호2종	보호3종	
경제적 부담	54.0	51.5	75.8	58.0	58.1	50.0	80.0	58.7	60.0	38.9	65.2	80.0	57.8
일중단으로 수입감소	2.0	3.0	0.0	4.3	0.0	0.0	0.0	4.34	10.0	0.0	0.0	0.0	1.8
진료대기시간 김	5.0	6.0	3.0	5.8	0.0	8.3	6.7	6.5	0.0	2.8	6.5	0.0	4.8
거리가 멀	10.0	15.0	3.0	10.1	7.0	13.9	6.7	15.2	20.0	8.3	2.2	0.0	9.6
가족부양등으로 시간부족	1.0	0.0	0.0	0.0	2.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6
비진료권	5.0	0.0	3.0	5.8	2.3	2.8	0.0	2.2	10.0	2.8	2.2	20.0	3.6
거동불편	5.0	6.0	0.0	0.0	14.0	2.8	0.0	2.2	0.0	5.6	8.7	0.0	4.2
직장일로 시간부족	1.0	3.0	0.0	2.9	0.0	2.8	0.0	4.3	0.0	0.0	0.0	0.0	1.8
의료보험 혜택부족	3.0	3.0	0.0	4.3	2.3	0.0	0.0	4.3	0.0	2.8	2.2	0.0	2.4
비지정 의료기관	10.0	6.0	6.0	2.9	11.6	11.1	6.7	2.2	0.0	33.3	2.2	0.0	8.4
보호환자의 차별대우	2.0	3.0	6.0	2.9	0.0	8.3	0.0	0.0	0.0	2.8	8.7	0.0	3.0
보호환자의 차별대우	0.0	0.0	3.0	2.9	2.3	0.0	0.0	0.0	0.0	2.8	2.2	0.0	1.8

<表 2-52> 地域別 醫療人數 그리고 施設 및 서비스의 質에 대한 満足度

(단위: %)

	의 료 인 수			의료시설 및 의료서비스의 질		
	매우부족	부족	적당	매우부족	부족	적당
농 촌	12.5	30.6	56.8	15.3	29.8	54.9
중소도시	5.7	20.2	73.9	9.8	20.2	69.9
대 도시	2.0	24.3	70.7	5.0	22.1	72.9
전 체	9.8	27.3	62.8	12.4	26.5	61.1

5) 疾病罹患 狀態別 醫療 및 其他 서비스欲求

저소득층의 醫療福祉 欲求를 파악하기 위하여 현재의 질병이환 정도에서 치료를 어느 정도 수준까지 희망하는지, 그리고 이에 필요한 치료기간과 치료금액은 얼마인지를 알기 위한 調査說問을 하였다. 물론 환자 자신이 앞으로 필요로 되는 치료일수나 치료비를 예측 혹은 추정하는 데는 많은 무리가 따른다. 다만 이곳에서의 가정은 일부 환자들은 그동안 전문인들로부터 많은 진단결과를 들었고 그간의 경험을 종합하여 스스로 어느 정도의 예측능력을 갖고 있다고 본다.

이러한 조사상의 제약 속에서 내용을 검토해 보면 대부분의 질환자들은 현재의 疾病罹患으로 인해 집일이나 사회적 활동을 못하거나(14.3%), 제한적 근로활동을 못하거나(23.9%), 제한적 근로활동만 가능한(27.3%) 등의 활동제한을 받고 있다. 심한 고통으로 극도의 활동을 제한받고 있는 경우는 노인 및 장애인의 가구에서 부분적(表 2-9참조)으로 조사되고 있을 뿐이며, 정상적인 활동을 하는 가구도 약 30%에 이르고 있다. 질병으로 인해 활동을 제한받고 있는 사람들은 그들이 희망하는 추가 치료수준을 소요 치료기간과 치료비로 응답하였는데 응답수가 매우 적어 신뢰도는 크게 떨어지고 있다.¹⁾ 이러한 제약에도 불구하고 질병이환된 저소득층의 의료복지 욕구를 파악하기 위하여 이들의 治療希望水準을 검토할 필요가 있다.

<表 2-53> 疾病罹患 低所得層의 醫療福祉 欲求水準

(단위: 일, 만원)

	활동 못할 정도의 심한 고통이환자가 고통을 완화할 정도 로 치료	동네에서 활동할 정도의 치료	제한적 경제활동 정도의 치료	정상근로 활동 가능정도 치료	평균
소요치료시일(일)	35	164	163	220	182
소요치료금액(만원)	100	326	259	206	243
치료불가능	12	107	217	116	452
잘모르겠음	5	33	83	71	192
응답수	19	157	352	234	762

현재의 질병이환 상태에 따라서 가능한 희망수준이 다르고 또한 어떠한 활동수준 단계로는 치료가 불가능한 경우도 있어서 더 많은 활동수준을 요구하는 치료수준에서도 예상 치료일수나 금액이 적어질 수가 있다. 예컨대 노인의 경우 병 치료 후에도 기껏해야 동네에서 거동하는 정도의 활동밖에 못하는 경우가 흔히 있을 수 있으며, 어떤 사람은 현재 제한적 근로활동이 가능하므로 정상상태로 회복되는 데는 치료의 돈이나 시일이 별로 들어가지 않을 수도 있다. 이러한 이유로 치료소요 금액은 더 많은 활동을 필요로 하는 희망 치료수준으로 갈수록 소요

1) 질환으로 경제사회 활동을 제한받고 있다고 응답한 수는 762개에 이르나 치료불가능하거나 잘 모르겠다는 응답수(644)를 제외하면 실제 이용가능수는 118개에 불과함.

치료금액은 적게 조사되었다. 치료가 불가능하다고 생각하거나 대답을 못한 사람을 제외한 희망된 활동수준까지 건강을 회복하기위해 소요될 평균 예상 치료일수는 182일이고, 치료금액은 243만원이다. 이 중에서 경제적 가치를 생산할 수 있는 질병이환자의 비율은 84%이어서 치료서비스 제공이 경제활동수준의 증진에 도움이 됨을 보여주고 있으며 이들이 생각하는 평균 예상 치료일수 및 금액은 188일과 232만원이다. 고통완화 및 동네활동 정도를 회복 즉 복지적 가치를 생산하는데 추가로 필요로 하는 평균 예상 치료일수 및 금액은 150일과 302만원이다.

<表 2-54> 醫療서비스 以外에 도움을 받고 싶어하는 事業

(단위: %)

	간 병 서비스	생활비 지 원	공동입주처 (아파트등)	요양된 입 주	전화기 설 치	통원시 안 내	가족돌봄	진료대기 시간축소
지역								
전국	12.8	71.2	3.4	1.1	0.8	2.5	1.7	6.1
농촌	14.7	70.4	2.2	0.4	1.0	3.2	2.4	5.6
중소도시	9.8	76.2	1.7	2.8	0.0	2.9	0.6	5.2
대도시	10.1	68.7	9.4	2.0	1.4	0.0	1.4	0.0
가구유형								
일반	10.7	38.0	3.8	0.8	0.8	2.6	2.4	9.2
노인	16.4	72.4	2.2	1.7	0.8	2.6	0.0	3.1
장애인	15.1	70.7	4.0	2.1	1.3	2.8	1.4	2.7
모자	6.1	80.0	3.0	0.0	0.0	1.5	3.0	6.1

疾病罹患자들은 치료비 지원 이외에 기타의 의료서비스를 받기 원하고 있다. 이 중 대표적인 것이 生活費 支援으로써 저소득층 가구의 71.2%가 이를 제1순위의 지원희망 서비스로 선택하고 있다. 그 다음으로 크게 희망하는 서비스는 간병이다. 생활비 지원은 노인, 장애인, 모자가구 등 취약계층과 중소도시에서 희망가구 비율이 크고, 간병인 서비스는 노인, 장애인 가구와 농촌에서 강한 선호도를 보이고 있다. 대도시의 경우 영구임대 아파트 같은 곳에 共同入住를 희망하는 저소득층가구가 많이 살고 있다.

第3章 低所得層 疾病罹患의 經濟社會的 環境 및 效果

어느 개인의 疾病罹患은 직접적으로는 병의학적 요인에 의해 설명되겠지만 이 병의학적 요인은 경제사회적 환경에 의해 영향을 받거나 상호연관되어 있는 경우가 흔히 있다. 예컨대 근래에 많이 발견되고 있는 위장병 등은 사회와 가족 내에서 발생하는 스트레스에 의해 영향을 받고 있음은 잘 알려지고 있다. 빈곤층이 처한 生活與件이 질병이환을 발생시킬 가능성을 높일 것으로 가정할 수 있다. 역으로 질병이환은 육체적·정신적 고통뿐 아니라 유병자의 경제사회적 활동에 영향을 준다. 대표적인 효과는 經濟活動을 감소시켜 생활을 어렵게 하고 이는 다시 질병치료를 어렵게 하여 병을 더욱 깊게 하는 惡循環 現狀을 발견할 수 있음이 오랫동안 많은 사람들에 의해 지적되어 왔다. 이와 같은 질병이환과 경제사회적 빈곤의 순환현상에서 질병이환이 경제사회적 요인에 의해 얼마나 영향을 받고 역으로 질병은 이들 요소에 얼마나 영향을 주는가를 저소득층의 경우에서 추정해보고자 하며 이는 질병의 원인별 대책 마련이나 疾病治療의 필요성을 인지하는 데 중요한 자료가 될 것이다.

第1節 經濟社會 및 醫療的 原因과 環境

저소득층의 질병이환이 직·간접으로 경제사회적 환경에 의해 크게 영향받고 있음은 의료적 요인이 아닌 이유에서 疾病이 발생하였다고 응답한 수가 총응답의 36.2%에 이르고 의료적 요인에서도 약물중독, 의료사고, 산후후유증 등을 제외하면 모두 경제사회적 환경과 연관되는 것임을 알 수 있다. 따라서 우리나라 저소득층의 疾病罹患은 경제사회적 환경과 매우 깊은 관계를 가짐을 알 수 있다. 예컨대 직접적인 경제사회적 환경에 의해 영향을 받는 질병원인 중 고령화, 과로, 건강관리 소홀 같은 질병 응답비율이 전응답자수의 42.1%나 차지하고 있으며, 또한 각종 스트레스가 중요한 영향을 주며 그 중에서도 저소득층내 가족문제가 압도적

인 비중을 보이고 있다. 또한 각종 사고도 주요 병의 원인이 되고 있다. 연탄가스중독, 폭행상해같은 이유에 의한 질병이환은 극히 적은 것으로 나타났다. 질병 원인으로서는 주요 세 가지요인과 스트레스를 합치면 50.8%나 되고 있고, 각종 사고를 추가하면 62.3%로 증대되어 이러한 요인을 발생시키는 환경의 개선이 질병 예방을 위한 주요 대책이 될 수밖에 없다.

<表 3-1> 疾病의 醫療的 및 經濟·社會的 原因

	총계	보 건 의 료 적 요 인									경제적 요인	
		영양 실조	과음 과다	흡연 과다	불규칙한 생활	약물 중독	고령	산후 후유증	의료 사고	건강관 리소홀	과로	작업장 재해
1순위	1085	31	39	5	43	7	172	45	6	123	162	60
2순위	444	29	13	10	27	3	48	16	2	92	74	12

	경제적 요인		사 회 적 요 인								
	실업에 따른 스트레스	직 장 스트레스	가족내 스트레스	활동상 안전사고	교통 사고	연탄가 스중독	폭행 상해	환경 오염	전란	사회 소요	기타
1순위	3	6	85	41	25	2	3	5	6	2	214
2순위	6	8	42	13	-	-	1	1	2	-	35

다시 말하면 저소득층이 주요 疾病原因이라고 응답한 것들은 결국 그들이 처해있는 경제사회적 환경에 의해 기인하였으니 과로, 작업장재해, 스트레스와 같은 요소는 결국은 그들의 職業條件 및 所得水準과 같은 경제적 환경에서 영향받는 요인이라고 볼 수 있다. 마찬가지로 고령화, 건강관리 소홀, 교통 및 안전사고 그리고 직장 및 가정에서의 스트레스와 같은 요인들은 저소득층 가족구조의 취약화, 낮은 교육수준, 장기근로시간 및 열악한 근로조건, 위험성 높은 생활환경, 병의원시설의 불균형 분포 및 치료기관 이용의 관행 등의 경제사회·의료적 환경의 영향을 받게 된다. 따라서 질병을 쉽게 일으키는 경제사회·의료적 환경과 관련된 疾病原因의 제거 내지 감소는 그 자체를 직접 목표로 해서는 달성하기 어려운 성격을 갖고 있게 되며 이러한 원인을 완화하기 위해서는 이들을 일으키는 경제사회·의료적 환경 혹은 여건의 개선부터 시작되어야 한다.

주요 질병원인인 노환, 과로, 건강관리 소홀, 스트레스, 각종 사고 등은 대체

로 사후적 치료보다는 사전적으로 질병발생 여건을 개선함으로써 질병발생 자체를 억제하거나 완화할 수 있으므로 저소득층 보건의료 대책에서는 경제사회적 환경 및 여건의 개선이 선행되어야 할 것이다.

그러면 이러한 환경이 질병이환 상태를 악화시키는 데 어느 정도 기여하였는가를 분석하여 環境 및 原因對策의 우선순위와 그 정도를 추정해 볼 필요가 있다. 從屬變數로서 질병이환의 정도가 충분히 나타난다면 경제사회적 특성변수를 질병이환정도에 직접 회귀시켜 영향도를 추정할 수 있겠지만 질병이환의 정도를 나타내는 변수로는 질병이환수, 사회 및 경제활동 제한 등의 몇 단계 질환 정도, 치료비 소요액 등이 있으나 종속변수로 이용하기에는 어렵다. 왜냐 하면 질병이환수는 두 개 이내로 되어 있고, 활동제한도 4단계로 되어 있으나 모든 질병이환자가 응답하고 있는 경우도 아니고 치료비 소요액에 대한 응답수는 더욱 적어 回歸分析變數로 이용하기는 어려웠다. 따라서 질병이환 여부를 종속변수로 하고 경제사회적 특성을 독립변수로 하는 다음과 같은 Logit모형을 이용하여 분석하였다.

$$\text{Log} \frac{p}{1-p} = a_0 + a_1Y + a_2OC + a_3AG + a_4ED + a_5HC1 + a_6HC2 + a_7RE1 + a_8RE2 + a_9HI \quad \text{————— (식 1)}$$

- p : 질병이환율, a₀-a₉: 매개변수
- Y : 가구소득수준, OC : 취업유형
- AG : 연령구분, ED : 교육수준
- HC1: 가구유형(노인, 장애가구 등)
- RE1: 지역구분(농촌, 중소도시, 대도시)
- RE2: 지역구분(영세민 밀집지역 등)
- HI : 주로 이용하는 치료기관

위의 식을 추정한 결과는 다음과 같다. 추정결과는 전체적으로 양호할 뿐 아니라 기대한대로 변수별로도 소득수준, 연령, 직업, 가구유형 등에서 비교적 양호하게 나타났다. 이에 비해 학력수준은 질병이환과 높은 관계를 보이고 있는데도 불구하고 통계적으로 유의성 있는 결과를 얻지 못하였다.

<表 3-2> 經濟社會的 要所의 疾病罹患에 影響 推定結果(家口員의 경우)

	모 형 1	모 형 2	모 형 3
상 수 항	6.533(12.32)*	6,529(14.0)*	6,327(19.96)*
가구총수입	-.536(5.71)*	-.533(5.68)*	-.520(4.81)
(학력)			
무학	.039(1.07)	┌ ├ .259 (1.41) ├ └	.0076(.19)
국민학교	-		┌ ├ - ├ └
중학교	-.031(.79)		
고등학교 이상	.014(.33)		
(연령)			
1 ~ 14세	.043(.94)	.011(.25)	-.265(2.44)*
15 ~ 39세	-	-	-
40 ~ 59세	.064(1.61)	.048(1.33)	.052(1.48)
60세 이상	.181(3.26)*	.174(3.32)*	.185(3.47)
(직업)			
· 무직	-	-	.0366(1.19)
· 일용고, 파출부, 기타 단순노동	-.060(1.53)	-.064(1.63)	┌ ├ ├ ├ ├ ├ ├ └
· 자영업주 및 가족종사	-.146(2.27)	-.146(2.25)*	
· 전문관리 및 사무직	-.044(.64)	-.023(.33)	
· 판매 및 단순서비스	-.008(.11)	-.021(.16)	
· 생산기능직	-.149(2.03)	-.146(1.99)*	
· 소작농	-.078(1.34)	-.084(1.44)	
· 자작농 및 기타	-.038(.59)	-.045(.71)	
(가구유형)			
일반 저소득층가구	-	-	-
노인가구	.064(1.01)	.062(.97)	.061(.94)
장애인가구	.229(5.68)	.227(5.62)	.234(4.82)
모자 및 소년소녀가장 가구	-.053(1.28)	-.051(1.23)	-.065(1.20)
(지역 1)			
농어촌	-	-	-
중소도시	-.002(.05)	-.004(1.01)	-.020(.47)
대도시	.032(.77)	.033(.78)	.042(.87)
(지역 2)			
영세민 밀집지역	.053(1.49)	.052(1.44)	.075(1.77)
일반지역	-	-	-

N=2533 DF=2512 N=2533 DF=2512 N=1836 DF=1832
 P=.198 P=.210 P=.199
 Person Goodness of Fit $X^2 = 2572$ P.G. of Fit $X^2 = 2569$ P.G. of Fit $X^2 = 1873$

註: ()는 t 값.

모형 1과 3은 dummy 변수화, 모형 2는 범주순위 값을 이용

家口所得水準은 질병이환에 절대적인 영향을 주어서 가구소득이 10만원만 증
질병이환을 감소시킴을 볼 수 있다. 모든 변수의 값이 “0”일 때 즉 국민학교의 학력,
15~39세의 연령, 무직, 일반 저소득층가구, 농어촌 거주, 일반주거지역의 특성에 가구
의 총수입도 “0”이면 이 저소득층 가구원이 질병에 이환되었을 확률은 82.8%이다.¹⁾
가하여도 위의 특성의 가구원이 질병에 이환될 확률은 80%정도 감소한다. 소득
수준과 밀접히 관련있는 직종변수의 질병이환효과를 보면 <表 3-2>의 모형 1과
모형 2에서 자영업주 및 생산기능직 변수에서만 통계적 유의성이 있는 추정결과
를 얻었으나 추정치의 방향에는 의문이 있다. 즉 기준 변수인 무직이 아니라
자영업 및 생산기능직에 종사하는 사람의 질병이환 확률은 후자의 직종에서 오히
려 증가하여 각각 88.9% 및 91.5%로 추정되었다. 따라서 단순한 統計의 비교분
석과 무직자의 질병이환율이 더 높을 것이라는 선형적 기대와는 반대되는 결과를
얻었다. 따라서 모형 3에서는 추정결과가 좋지 않은 학력 및 직종변수를 각각
무학력과 유학력, 무직과 유직으로 양분하여 變數化하였고 그 결과는 두 변수 모
두에서 통계적 유의성이 있는 결과를 얻지 못하였다. 다만 모형 3에서 유직자가
아닌 무직자의 경우 질병이환율은 88.3%에서 88.7%로 약간 상승하는 결과를 얻
었으나 통계적 유의성은 없다. 이와 같이 직종 및 학력의 변수가 질병이환 확률
에 의미있는 영향을 주지 못하고 所得變數는 절대적인 영향을 주는 것으로 추정
결과가 나타난 것은 이 세 변수간의 깊은 상관도에서 나타난 것이 아닌가 생각된
다(비록 그들의 통계적 상관계수는 높게 추계되지 않았지만). 예컨대 家口所得
30만원 이하의 무학 가구주의 비율은 33.7%, 국교학력 가구주 비율은 18.5%나
되고 무직 가구주 비율은 29.2%, 일용노동, 기타 단순노동 및 소작농 종사의 가
구주 비율은 21.3%나 되어 무직 및 무학 가구주는 극빈층에 집중되어 있음을 알 수
있다.

家口類型도 매우 큰 질병이환 효과를 가짐을 볼 수 있다. 일반 저소득가구
보다 장애인가구는 질병이환 확률이 약 10% 높은 수준을 보이고 있다. 연령 또
한 적지 않은 영향을 주어 가구원의 나이가 60세 이상이면 15~39세 가구원 보다
9.5%, 40~49세의 가구원보다는 0.9% 더 질병이환 확률이 높다. 住居地域에 따

1) 이 결과는 모형 1의 추정식인 $\log p \div 1 - P/2 + 5 = 6.53$ 에서 계산됨.

라서 질병이환 확률이 달라지는데 모형 3에서 보면 영세민 밀집지역의 거주는 질병이환 확률을 89.0%까지 증가시킨다. 따라서 지금까지의 推定結果를 보면 질병이환 확률에 가장 크게 영향을 주는 경제사회적 환경요인은 소득(무직, 무학), 장애인 여부, 60세 이상의 고령, 영세민 밀집지역거주 등의 순서로 보인다.

그러나 빈곤층의 대부분은 위의 경제사회적 특성을 하나만 지니고 있는 것이 아니라 몇 가지 특성을 공유하고 있어 이들 가구의 질병이환 확률을 높이고 있다. 예컨대 소득이 없으면서, 무직, 무학, 60세 이상 연령, 장애인, 대도시의 영세민 밀집지역 등의 환경에 처해 있는 빈곤층이 질병에 이환되어 있을 확률은 모형 3을 이용하면 약 93.1%이어서 소득이 없지만 국민학교 이상의 학력, 유직, 15~39세의 연령, 일반가구, 농어촌의 일반주거지역의 환경에 있는 빈곤층의 질병이환 확률 88.3%보다 더욱 커진다.

<表 3-3> 主要 經濟社會變數에 의한 疾病罹患 確率推定(表 3-2 이용)

- 비교기준 가구: 모형 1에선 총수입 “0”, 국민학교 학력, 15~39세 연령, 무직, 일반저소득층가구, 농어촌 및 일반주거 지역거주 모형 3에선 학력과 직종변수에서 유학과 유직으로 바뀜

(단위: %)

	총수입 “0”	소득 10만원 증가	자영업 및 가족종사	생산 기능직	장애인 가구	45~59세	60세 이상	영세민 밀집지역
모형 1	82.2	2.1	88.9	91.5	92.1	90.8	91.7	-
모형 2	88.3	4.0	88.7 (무직)	90.5	88.8	90.5	89.0	

第2節 疾病罹患의 經濟社會的 影響

질병이환은 어떤 가구를 빈곤화시키든지 저소득층가구를 경제적 및 사회적으로 더욱 취약하게 하여 빈곤을 벗어나지 못하게 한다. 保健對策은 독일의 비스마르크의 복지적 관심의 제1차적 대상인 동시에 미국의 1900년대 초기 복지운동가 J.R. Commons나 Irving Fisher 등과 같은 경제학자들이 복지의 경제적 효과를 논함에 있어 주요 대상이 됨으로써, 일찍이 福祉國家 성립시기부터 산업보장을 위한 福祉政策으로써 보건향상이 중요시 다루어졌다. 우리나라의 경우 醫療保險 및 醫療保護와 같은 국가적 의료보장제도가 도입되어 왔으나 의료서비스의 공급

은 민간시장에 의존해 오고 있어 效率性은 클지 몰라도 福祉性은 약하여 국가 의료보장의 경제사회적 효과가 과연 양인지 그리고 양의 크기는 충분히 컸는지에 대한 분석은 없다. 이 곳에서도 그와 같은 분석을 시도하기에는 자료가 충분하지 못하지만 질병이환이 과연 저소득층 가구의 경제적 능력의 쇠퇴와 사회적 조건 및 활동을 제약시켰는가를 분석해 볼 필요가 있다. 먼저 질병이환에 따른 경제적 효과 유·무는 질병이환이 가구의 소득수준이나 就業形態에 영향을 주는가를 분석함으로써 파악하고자 한다. 질병이환가구의 대부분은 極貧層이다. 조사된 830가구 중 79.2%인 657가구가 질병에 이환되었으며, 이들의 가구평균 총수입은 32.5만원으로서 정상가구의 45.2만원보다 낮을 뿐 아니라, 특히 이환가구 중 가구소득이 10만원 이하의 가구비율이 32.4%이고 20만원 이하의 소득가구 비율은 51.4%에 이른다. 이와 같은 비율은 정상가구의 비율뿐 아니라 저소득층으로 편기된 전체가구의 소득분포 비율보다 크고, 또한 所得水準이 증가할수록 이환가구의 점유비중은 급격히 감소하는데, 이는 조사가구의 家口分布가 소득이 증가하면 감소하는 속도보다 커서 질병이환여부가 가구소득수준을 감소시킴을 시사하고 있다.

<表 3-4> 疾病罹患家口 및 正常家口の 總收入 分布

(단위 : %)

총수입(만원)	0~10	11~20	21~30	31~40	41~50	51~60
정 상 가 구	15.0	15.6	13.3	9.8	15.0	5.8
질병이환가구	32.4	23.0	16.8	11.3	13.1	7.0
전 체 가 구	28.8	18.2	13.4	8.9	10.4	5.5

총수입(만원)	61~70	71~80	81~90	91~100	101이상	총가구수
정 상 가 구	7.5	7.5	1.7	5.8	4.6	173
질병이환가구	4.1	4.9	1.4	16.8	11.3	657
전 체 가 구	3.3	3.9	1.1	3.7	2.9	830

이에 비하여 정상가구의 所得分布는 극빈층에 집중된 비율이 적으며 소득이 증가하여도 상위소득층의 분포비율은 비슷하다. 따라서 疾病罹患은 가구의 소득수준을 정상적 가구의 그것에 비해 감소시키는 경향이 있음을 추측할 수 있다.

반면에 낮은 소득계층에서 질병이 발생할 가능성이 매우 높다는 것을 이미 <表 3-2>에서 본 바가 있으므로, 이것이 질병이환가구 중 극빈층이 상대적으로 더 많은 이유의 상당부분을 설명하고, 다른 일부분은 질병으로 인해 貧困化된 이유가 될 수 있을 것이다. 이와 같이 질병과 소득수준사이의 악순환 관계로 인해 빈곤층은 계속 빈곤화될 뿐 아니라 만성병 등의 질병이환계층은 계속 질병에 이환되는 循環現狀이 나타나게 된다. 질병이환이 소득에 미치는 영향은 1989년 서울시 저소득층조사에서 생활곤란의 이유를 질병 및 사고로 응답한 비율이 12.2%나 되고, 특히 거택 및 자활보호가구의 경우 각각 17.2% 및 17.4%가 되는 것에서도 짐작할 수 있다.

이와 같은 설명은 저소득층의 就業類型에도 적용될 수 있다. 질병이환가구 중 무직 가구수의 비율은 40.8%나 되며, 일용노동자, 기타 노동자, 과출부, 소작농 등을 모두 합하면 76.8%나 된다. 이 중에서 정상가구에 비해 질병이환 가능성을 가장 크게 하는 직종은 무직, 소작농 및 일용노동이다. 이에 비해 저생산성

<表 3-5> 疾病罹患家口 및 正常家口の 家口主 職業別 分布

(단위 : %)

	무직	과출부	일용 노동자	기타단순 노동자	자영업	가족 종사자	전문 관리직	단순 사무직
질병이환가구	40.8	0.6	15.6	6.6	4.4	0.15	0.15	1.2
정상가구	26.3	1.2	15.2	8.8	9.9	0.58	0.58	0.58
전체가구	37.8	0.7	15.5	7.0	8.6	0.2	0.2	1.1

	판매 서비스	단순 서비스	생산 기능직	소작농	자작농	어업	임업	총가구수
질병이환가구	1.2	2.9	3.0	13.3	8.9	1.2	0.0	655
정상가구	0.0	7.0	2.9	15.2	7.6	3.5	0.58	171
전체가구	1.0	3.8	3.0	13.7	8.6	1.7	0.1	826

직종이면서 표본 크기가 적지 않은 기타 단순노동, 단순서비스, 소작농 등에 종사하는 가구주는 질병이환가구에서보다는 정상가구에서 더욱 큰 분포비율을 보이고 있는데, 이는 질병이환된 많은 사람들은 정상적인 單純勞動도 하기 힘들다는 것

을 의미할 수 있다.

이러한 현상은 家口主보다는 家口員의 경우에 더 뚜렷이 나타나고 있다. 특히 무직자의 경우는 915인 중 정상인은 46.9%이고 1개의 질병이환자가 39.9%, 2개의 질병이환자가 10.4%이고 3개 이상 이환자도 2.8%가 되고 있고, 일용노동자의 경우도 총 169명 중 정상인은 43.8%이다.

<表 3-6> 疾病罹患者 및 正常人の 職業別 分布(家口員)

(단위 : %)

	무직	파출부	일용 노동자	기타단순 노동자	자영업	가족 종사자	전문 관리직	단순 사무직
질병이환자	58.0	0.6	11.3	4.5	3.0	1.1	0.2	1.0
정상인	51.5	0.2	8.0	8.0	2.9	0.8	0.4	6.7
전 체	54.8	0.4	10.1	6.3	2.9	1.0	0.3	3.8

	판매 서비스	단순 서비스	생산 기능직	소작농	자작농	어업	임업	총가구수
질병이환자	0.8	1.7	3.0	8.8	5.0	1.0	0.0	838
정상인	1.8	2.4	6.8	4.8	4.2	0.4	0.1	833
전 체	1.3	2.0	4.9	6.8	4.6	0.7	0.1	1671

다른 한편 무직 및 일용노동으로 인한 소득상실 및 감소가 疾病罹患을 발생시키는 역의 효과도 발생할 것이므로 소득과 질병이환의 관계에서 마찬가지로 무직과 질병이환 사이에는 惡循環的 關係가 성립된다. 질병이환과 경제상태의 악순환적 관계는 질병이환의 정도가 심할수록 더욱 깊은 관계를 가질 것임을 무직 및 일용노동에서 보았다. 근로능력이나 사회활동을 제한하는 질병이환은 소득수준 감소 및 취업불안을 더욱 악화시킬 것임은 물론 소득수준과 취업상태가 취약할수록 질병이환 정도가 더욱 악성일 것임을 재론할 필요가 없을 것이다. 질병이환의 직업에 대한 효과는 직업이 없는 이유로서 질병이환이라고 응답한 사람의 비율이 11.1%(107명)이고 장애 및 폐질 응답비율 7.1%(68명)등으로 보아서도 질병이환이 직업상실에 적지 않은 영향을 미치고 있음을 알 수 있다.

疾病罹患은 저소득층 가구의 소득뿐 아니라 支出構造에도 영향을 주게 되어 질병이환가구의 월간 의료비 지출액 분포는 정상가구보다 고액지출쪽으로 편향되어 있으며, 조사전월(5월)의 의료비 지출액도 정상가구의 1만원보다 훨씬 큰 78.9천원으로 조사되었다. 따라서 生活費 중 가장 크게 부족을 느끼는 분야로 질병이환가구는 食品費 다음으로 保健醫療費를 응답하였고 이의 응답비율(28.5%)은 정상가구의 응답비율(2.3%)에 비해 매우 크다. 정상가구는 교육비 부족을 가장 심각하게 느끼고 있다.

<表 3-7> 生活費가 가장 不足한 分野

	(단위 : %)					
	식품비	주거비	교육비	보건의료비	기타	총가구수
질병이환가구	30.1	13.4	22.5	28.5	5.5	657
정 상 가 구	35.8	15.6	43.9	2.3	2.3	173
전 체 가 구	31.3	13.9	27.0	23.0	4.8	830

질병이환 특히 만성병 이환가구는 희망하는 醫療機關으로서 한의원의 선호도를 높이고 있다. 첫 번째 희망하는 의료기관으로는 병·의원이 가장 선호되지만 두번째 선호는 한의원으로 응답되고 있다.

<表 3-8> 疾病罹患家口의 希望醫療機關

	(단위 : 가구수)						
	병의원	한의원	보건지소	보건진료소	약국	기타	총가구수
1순위 희망	117	19	1	1	-	7	145
2순위 희망	12	48	2	3	8	1	74

疾病罹患은 학업 이수에도 영향을 줄 것이다. 총응답수(2,360명)의 38.6%가 한 개 이상의 질병이환상태를 보이고 있는데, 이는 학력이 낮을수록 클 뿐 아니라(예컨대, 무학자의 72.7%, 국교 학력의 60.1%, 중학교 학력의 25.8%가 한 개 이상의 질병에 이환되어 있음), <表 3-9>에 의하면 질병이환자의 저학력화 현상이 정상인보다 더욱 심하게 나타나고 있다. 또한 직업에서와 마찬가지로 무학자나 국민학교 학력소유자는 질병이환을 몇 가지씩 갖고 있는 경우도 다수 나타나

서 무학자의 경우는 두 개 이상의 질병이환자가 19.2%나 되고 국교학력자의 경우도 8.3%에 이르고 있다.

<表 3-9> 疾病罹患者 및 正常人的 學力分布

(단위: %)

	미취학	무학	국민학교	중학교	고등학교	전문대학	대학교	기타	총사람수
질병이환자	2.7	44.8	31.6	10.9	8.3	0.2	1.2	0.1	911
정상인	5.2	11.1	30.0	19.6	30.2	1.1	2.8	0.1	1449
전 체	4.2	24.1	30.6	16.2	21.8	0.8	2.2	0.1	2360

<表 3-10> 疾病罹患者의 現在의 健康狀態

(단위 : %)

심한고통으로 활동불가 (1)	용변 정도 가능 (2)	(2)는가능하나 집안과 사회활동 불가 (3)	(3)은 가능하나 제한적 근로활동 불가(4)	제한적 근로활동 가능 (5)	정상적인 활동가능	총응답수
2.1	2.1	13.0	21.3	25.5	36.1	917명

질병이환에 따른 경제사회적 영향은 질병이환자의 건강상태에 대한 질문에서도 잘 나타나고 있다. 전체 질병이환자의 36.1%만 정상적인 활동이 가능하고 나머지 약 64%가 경제사회적 혹은 일상적 활동을 제한받고 있다.

특히 제한적 勤勞活動이 불가능한 사람이 21.3%나 되어 이들의 상당수가 무직자와 극빈층을 구성할 것으로 보인다. 또한 제한적 근로활동밖에 못하는 사람도 25.5%에 달해 이들이 일용노동, 소작농 등 저생산성 및 극빈 근로계층을 형성할 것으로 보인다. 이 이외에 社會活動 자체를 제약받는 사람도 17.2%나 되어 이들이 모두 사회적 발전 혹은 동력화를 감소시켜 질병이환은 경제력 및 사회적 동태성을 축소시키는 효과가 적지 않음이 분명하다. 疾病罹患에 따른 가정문제 발생에 대한 질문에서도 총질병이환자(657명)의 70%가 가정에서 문제가 발생한 것으로 대답하였는데, 이 중 經濟的 問題가 82.0%(일을 못해 생활이 어려워짐 69.6%, 다른 가족이 대신 돈을 벌 7.0%, 간병 때문에 일을 못함 5.4%)이고 社會的 問題는 28.0%(가정불화 10.2%, 이웃주민에게 피해 4.6%, 자녀문제 발생 2.2%, 가정해체 0.7%)이다.

질병이환에 따른 경제사회적 활동의 제약은 가구소득을 줄이고 醫療費 支出額

을 늘리는 효과가 있으며 감소규모는 활동제약이 클수록 더욱 크다. <表 3-11>에서 보면 가구 총수입이 10만원 이하의 가구 중 집일 등 사회활동이 불가능한 가구비율은 42.6%로서 제한적 勤勞活動만 불가능한 가구비율 35.2%, 제한적 근로활동만 가능한 비율 33.6% 등보다 매우 크다. 그러나 所得水準이 증가하면서 활동제약별 점유비중은 감소하여 가구 총수입이 20만원 이하인 가구는 社會活動이 불가능한 가구 중 63.7%인데 비하여 사회활동이 가능하나 근로활동만 불가능한 가구에서는 61.6%, 제한적 근로활동만 가능한 가구에서는 55.4%로 약간 적게 나타났다. 40만원 이하의 家口收入을 벌고 있는 가구도 사회활동 불가능가구의 76.4%, 근로활동만 불가능한 가구의 80.3%, 제한적 근로활동만 가능한 가구의 77.7%, 정상가구의 57.3% 이어서 다소 비슷하게 조사되었다.

<表 3-11> 疾病罹患 狀態別 家口 總收入 水準比較

(단위 : %)

질병상태	총수입(만원) 0~10	11~20	21~30	31~40	41~50	51~60	61~70	71~80	81~90	91~100	101~	관련수
활동전혀 불가능	52.6	26.3	5.3	0.0	0.0	0.0	10.5	0.0	0.0	5.3	0.0	19
용변정도 가능	36.8	21.1	21.1	5.3	5.3	5.3	0.0	5.3	0.0	0.0	0.0	19
집일 및 사회적 활동 불가	42.0	14.3	11.8	5.9	10.1	6.7	0.8	2.5	1.7	1.7	2.5	119
제한적 근로활동 불가능	35.2	22.3	14.5	8.3	7.8	5.7	1.0	1.6	0.5	2.6	0.5	193
제한적 근로활동만 가능	33.6	21.8	12.7	9.6	9.2	4.8	2.6	1.7	0.4	1.7	1.7	229
정상활동 가능	16.6	15.1	14.3	11.3	10.9	8.3	4.9	4.9	1.5	6.0	6.0	165
관련수 비율	30.3	18.8	13.5	9.0	9.2	6.3	2.8	2.8	0.9	3.3	2.8	844

疾病狀態가 심할수록 가구 총수입이 감소하는 경향이 있다. 활동이 전혀 불가능한 가구 중 52.6%가 10만원 미만의 총수입을 벌고 있고, 活動 制限程度가 적을수록 저소득층(예컨대 20만원이하)의 점유 비율이 적다. 반면에 질병상태가 심할수록 가구의 총의료비 지출액의 비율이 큰 경향을 갖고 있다. 예컨대 월 2만원 이하의 의료비를 지출하는 가구는 社會活動이 불가능한 가구의 63.7%인데 비하여 勤勞活動이 불가능한 가구는 61.6%, 제한적 근로활동만 가능한 가구의 62.5%, 정상적 활동이 가능한 가구의 61.9%로 나타났다. 대체로 비슷한 비율을 보이고 있는데 반하여, 높은 의료비 지출액 예컨대 8만원 이상의 지출액에서 보면 각각 5.7%,

2.0%, 4.0%, 3.1%로 조사되었다.

질병이환일수가 길수록 所得損害額은 커지고 질병상태가 심할수록 이환일수 및 소득손실액이 크도 당연하다. 조사대상자의 응답이 매우 주관적일 수밖에 없어서 질병이환에 따른 소득손해액의 규모에 대해 1만원 이상을 대답한 사람은 총 응답자 1,021명의 14%에 불과한 142명에 불과하고 질병이환정도별 손해액의 변화에 뚜렷한 특징을 찾을 수 없어 양자사이의 관계를 밝히는 데 실패하였다. 그래서 질병이환상태의 경제적 효과를 추정하기 위해서 총수입이 질병이환에 의해 어떻게 그리고 얼마나 영향을 받는가를 回歸分析하여 추정하여 보았다. 從屬變數로는 가구의 총 수입(H16)을, 질병이환자의 질병이환정도를 나타내는 獨立變數로는 질병이환자의 활동상태의 dummy 변수(D9E & D9S), 질환자의 질병이환일수의 합(SD7), 그리고 가구원의 총질병이환수(SH31)를 이용하였다. 기타 가구수입에 영향을 주는 주요요인으로서 가구주의 연령(DAG1~4), 지역(DRE11, 12, 13) 및 교육수준(DED1~4)을 독립변수로 추가하였다. 추정 결과는 매우 양호하게 나타났다.²⁾

$$\begin{aligned}
 H16 = & 36.31 - 7.84 D9E - 6.62 D9S - 0.25 SD7 + 0.54 SH31 \\
 & (7.49) \quad (3.05) \quad (1.62) \quad (1.88) \quad (1.38) \\
 & - 44.98 DAG1 - 0.75 DAG3 - 16.31 DAG4 + 11.33 DED2 \\
 & (2.34) \quad (0.17) \quad (3.56) \quad (4.15) \\
 & + 13.48 DED3 + 17.54 DED4 + 6.52 DRE12 + 10.84 DRE13 \\
 & (3.37) \quad (3.99) \quad (2.27) \quad (3.44)
 \end{aligned}$$

————— (식 2)

$$R^2 = 0.17 \quad N = 829 \quad F = 13.66 \quad \text{Sig.F} = 0.000$$

2) 물론 추정된 상수항의 값이 매우 크고 R²의 값이 적어 설명되지 않는 주요 변수들이 배제되어 있다고 볼 수 있다. 예컨대 가구수입에 영향을 줄 가구내 취업인수 등이 그 것이다. 그러나 다른 구조 변수들의 계수추정치들은 다른 독립변수들을 넣고 뺀 뒤에도 매우 안정적인 값을 보이고 있다. 또한 주의할 점은 질병이환 관련변수(D9,D9S,SD7 SH31 등)는 소득수준에 의해 영향을 받는 것으로 본장 제1절에서 정하고 있어 (식2)는 내부성(endogeneity)의 문제가 있고 추정된 계수값도 어느 정도 편기되어 있다. 그러나 (식2)의 문제를 조정하는데 필요한 전산능력의 제약으로 (식2)의 추정식을 그대로 계량경제학적으로 처리하였다.

獨立變數에서 연령은 각각 0-14세, 15-39세, 40-60세, 60세 이상의 순서로, 지역은 농어촌, 중소도시 및 대도시의 순서로, 그리고 학력은 무학, 국민학교, 중학교, 고등학교 이상의 순서로 변수에 첨가 숫자를 높여 만들었다. 위의 推定結果에 의하면 질병이환으로 경제적 문제가 발생한 가구(D9E)는 약 78천원, 가정관계 등 사회적 문제가 발생한 가구(D9S)는 약 66천원이 경제사회적 문제가 발생하지 않은 가구보다 월간 총수입이 적다. 또한 질병이환 일수의 총계가 한달이면 약 75천원의 총수입이 감소하는 것으로 추정되었다. 그러나 가구의 총질병이환수의 총수입액에의 영향은 통계적으로 유의한 결과를 얻지 못하였다. 가구주의 老齡化가 총수입을 감소시키고(예: 16천원), 고학력일수록 총수입이 높게 추정되었으며, 농어촌에 비해 도시는 108천원의 더 많은 수입을 벌고 있는 등 양호한 추정결과를 얻었다. 이와 같은 결과는 질병이환이 노령화 및 학력수준의 경제적 효과보다 크게 농어촌 거주와는 비슷한 정도로 수입감소에 영향을 주게 됨을 의미한다. 따라서 교육, 노후보장 및 낙후지역에 대한 대책과 마찬가지로 혹은 그 이상의 비중을 두고 保健醫療對策을 세우는 것이 보다 경제적 효율성을 높일 것으로 해석할 수 있다. 아울러 소득수준 이외의 질병이환의 경제사회적 영향을 모두 고려하면 疾病對策이 갖는 경제사회적 의미는 더욱 커질 것이다.

第4章 疾病罹患對策의 費用-便益 分析的 效果分析

第1節 政府 保健醫療事業의 費用-便益分析 模型¹⁾

保健醫療事業은 國民健康뿐 아니라 저소득층의 疾病治療를 강화함으로써 이들의 질병적 고통의 완화는 물론 경제·사회적 궁핍을 벗어나게 할 수 있도록 지원해 주고 있는 사업이다. 그러나 保健醫療에 대한 정부의 예산 투자는 우리나라의 경우 매우 적어 93년 GNP대비 0.06%인 1,589억원에 불과하고 地域醫療保險 지원예산 6,381억원과 의료보호예산 2,210억원을 합하여도 0.4%밖에 안된다. 보건의료사업에는 보건지소 및 보건진료원 등의 지원에 주로 투입되는 농어촌 보건진료비 99억원, 보건교육 및 질병관리 499억원, 의료사업 422억원, 가족계획 및 모자보건 142억원 등이 포함되어 있다. 醫療保險事業이 비교적 잘 정착되어가고 있는데 비하여 기타 保健醫療事業은 아직도 턱없이 부족한 예산과 부실한 사업내용을 안고 있을 수밖에 없는 현실에서, 저소득층의 질병대책을 위해 충분한 재원을 확보하기는 불가능하다. 따라서 일부 학자들이 주장하듯이 모든 저소득층 질병의료대책이 비용·편익적 분석이 불필요할 정도로 당연히 실시되어야 할 가치를 포함하고 있다고 주장하기 어렵다. 같은 정도의 효과를 얻게 하는 다른 사업들도 있어 이중 비용절약적 사업을 선택해야 할 뿐 아니라 질병치료적 효과에 비해 너무 예산이 크게 요구되는 사업은 보류, 축소될 수 밖에 없는 것이다. 이러한 의미에서 우리나라에서 생각해 볼 수 있는 주요 의료보건사업의 중요도 평가

1) M.S Baram에 의하면 1970년대 중반 이래 많이 이용되어온 公衆保健과 環境을 보호하기 위해 제시되어 온 정부규제사업이 費用過多로 적절치 못한 것으로 잘못 평가되는 방향으로 결과를 내놓아 그것의 분석적 가치가 적음을 비판하고 이의 代案으로서 cost-effectiveness 接近方法을 제안하였다.

M.S. Barom, The Use of Cost-Benefit Analysis in Regulatory Decision - Making Is Proving Harmful To Public Health, in W.J.Nicolson(ed), Management of Assessed Risk for Carcinogens, The New York Academy of Sciences, 1981.

를 비용·편익적 분석에서 접근하여 보았다. 이 분석방법은 그 능력의 한계에도 불구하고 사업의 우위성 순위나 효과와 비용을 보다 분명히 해 주는 데 長點을 지니고 있어 본 분석에서 채택되었다. 그러나 疾病政策이 가져다 줄 사회적 편익에는 사망률 감소, 질병이환의 고통의 감소 등 화폐적 추정이 불가능한 부분도 있고, 미래의 질병이환기간이나 소득상실과 같이 예측하기 어려운 측면도 있다. 질병 하나 혹은 어떤 사회계층 하나만에 대해서도 질병대책의 비용이나 편익을 평가하기는 매우 지난한 일인데 전체의 질병과 계층을 포함하는 疾病對策制度를 평가하는 것은 더욱 어려운 일이다. 그럼에도 불구하고 저소득층 질병대책은 매우 긴급하며 이에 투입될 예산은 무한정하지 않다는 측면에서 사업의 정당성과 우선순위를 가늠할 질병대책사업의 비용·편익적 분석 평가는 필요하다. 또한 비용·편익적 분석을 단순히 소비자가 응답한 주관적이고 비전문적인 자체 평가를 근거로 하여 수행하는 데도 무리가 있지만 자료의 제약이나 본 研究事業의 규모면의 제약 속에서 다소 과감하고 개략적 평가를 시도하였다. 어떤 학자들은 질병하나의 비용·편익적 분석도 어려운데 전체 질병들을 묶은 사업에 대해서 어떻게 분석이 가능할 것인가라는 의문을 제시할 수 있지만, 제도 평가에는 어느 질병 분석에 필요한 정보를 그대로 이용하는 것이 아닌 평균적 정보를 이용하고 있어 한계는 있지만 분석의 추진은 가능하다고 생각되어 몇 가지 疾病對策制度를 평가하여 보았다.

보건의료사업의 편익과 비용의 개념에는 여러 가지 유형이 있어 이들을 전통적인 방법으로 이용될 보건의료사업에 적용해보고 가능한 사업의 종류를 검토해보고자 한다.²⁾

화폐적 편익으로서는 먼저 질병을 조기 치료하거나 豫防함에 따른 치료비 및 부대비용 절감효과를 들 수 있다. 예컨대 저소득층에 罹患되고 있는 만성질환을 조기에 치료할 수 있는 질병예방사업은 지금까지 질병이환에 따라 들어간 치료비와 앞으로 들어갈 치료비 모두를 절감해 주는 경제적 費用切感效果를 갖는다. 화폐적 편익에는 또한 질병이환으로 인한 경제사회활동의 감소에 따라 발생된 과거

2) R.W Boadway and D.E.Wildasin, Public Sector Economics, 2nd ed. 1984:209-212, Little, Brown and Company.; E.J. Mishan, "Evaluation of Life and Limb: A Theoretical Approach" Journal of Political Economy, 1971:687-705, July,

의 소득수입 감소나, 혹은 미래에 발생될 소득수입 감소의 防止效果도 포함한다. 만일 질병의 조기치료 및 예방에 의해 생명의 손실 자체를 방지할 수 있다면 질병이환 혹은 가능자의 예상소득과 그의 생활비 차이만큼 경제적인 편익이 발생할 것이다.

사회적 편익에는 질환의 치료 혹은 고통 감소에 따른 질환자 자신의 육체적 건강회복의 편익과 질환자의 가족 및 이웃사회의 물적 및 심적 고통의 완화에 따른 편익을 포함한다. 특히 저소득층 가족의 疾病罹患은 자신의 육체적 고통 뿐만 아니라 자녀문제, 다른 가족의 사회활동제한, 가족간 불화 및 해체 등 각종 사회·경제적 가정문제를 일으키며, 精神疾患 같은 질환의 경우에는 이웃주민에 대해서도 불안감을 주는 등의 각종 폐해가 따른다. 政府에서 제공할 수 있는 보건의료사업이 저소득층 질병이환에 따른 경제적 및 사회적 폐해를 얼마나 줄일 수 있는지 알 수 없지만 이러한 폐해의 제거 혹은 축소에 따른 경제사회적 편익이 어느 정도의 확률을 가지고 발생될 것이다.

경제 및 사회적 비용에는 保健醫療事業에 투입될 인력, 시설, 기계 등 각종 자원을 이용할 정부예산이라는 직접적인 경제적 비용이 있다. 보건의료사업을 추진하는 데 가장 제한되고 긴요한 자원은 정부의 예산이다. 물론 정부의 보건의료사업에 대한 투자는 다른 유용한 대상에 투자기회를 상실케 하는 기회비용을 수반하고 있지만 이 機會費用은 투자금액과 동일하다고 가정하여야 한다. 또한 정부에 대한 공공의료사업의 대폭적 확충은 민간의료시장을 위축시켜 기존 민간 의료시설 및 인력의 유희화 및 반실업화의 정도를 증대시킬 수도 있다. 이 남아도는 인력 및 시설이 다른 용도로 대체되기 이전에는 그만큼 경제적 산출을 축소시킬 것이고, 이는 또한 관련 인구의 사회적 고통을 수반하는 사회적 비용을 치러야 할 것이다. 정부의 보건의료사업 확장은 民間投資 위축 이외에도 다른 경제·사회적 부작용 혹은 공해(external diseconomies)를 일으킬 수도 있다. 예컨대 시설이 열악한 공공시설이 들어간 동네에 대해 심리적 피해나 교통혼잡 등의 공해 유발도 가능할 것이다. 이러한 여러 유형의 정부 보건의료사업의 사회적 비용에도 불구하고 가장 중요하고 관심의 대상이 되어야 하는 것은 경제적 자원의 投資費用이 될 것임은 만성적 투자부족에 처해 있는 우리 사회에서 피할 수 없는 일이다. 보건의료사업의 사회적 편익과 사회적 비용에는 화폐단위로 표시할 수

있는 종류와 그렇지 못한 것이 있고, 또한 수량화 자체도 불가능한 편익과 비용이 있어 실제 비용 편익 분석에는 이러한 유형들이 분류되고 가능한 數量化 및 貨幣化가 가능한 정보만을 이용하게 될 것이다.

정부에서 저소득층의 醫療福祉를 증진시키기 위해 실시할 수 있는 事業類型에는 질병예방 관련사업, 질병이환자에 대한 각종 醫療福祉事業, 그리고 국민 및 저소득층 건강증진을 위한 각종 醫療制度의 調整 및 創出이다. 먼저 각종 사고를 줄이는 산업 재해대책 및 교통 안전대책, 과로를 줄이기 위한 노무관리대책, 스트레스를 줄이기 위한 가족정책 등의 경제사회적 정책사업과 더불어, 보건의료사업으로 질병예방을 위해서는 정기 건강진단사업을 확대하고 내용을 충실히 하는 방법, AIDS 등에 대한 방역사업, 환경 및 식품 위생사업을 강화하는 방법, 전염병 예방대책, 보건교육을 통한 健康增進이 있다. 두번째로 치료사업으로는 1차 의료 서비스, 만성퇴행성질환 관리, 결핵 및 성병 등의 疾患管理事業 등을 포함하는 1차 보건의료사업과, 물리치료 및 재활사업 등이 있다. 이 이외에도 질병치료 정도로서 사업을 구분하여 생존을 위한 최소 서비스 수준으로서 본인 및 친인척의 고통완화를 위한 절대적 최저수준, 최소한 경제적 수입을 벌기 위한 치료 수준, 원래의 경제능력 상태로 회복하기 위한 치료수준(상대적 최저수준), 적절한 수준으로 경제능력을 증대시키기 위한 치료수준으로 구분하여 관련된 治療支援事業을 제공할 수 있다. 그리고 이를 지원하는 방법으로는 치료비 부담을 덜어주기 위한 본인부담률 인하, 정부의 扶助金制度 도입들과 더불어 의료 대불제도를 대폭 확충하는 의료비 용자제도 등을 생각해 볼 수 있다. 세번째로 제도와 관련되어서는 현재 문제가 되고 있는 대표적인 정부의 保健醫療制度인 의료보험 및 의료보호제도, 민간의료시장과 공공 보건의 역할과 관련된 제도, 의약 및 한약 분업, 의료전달체계 등을 저소득층의 疾病對策과 관련하여 분석대상으로 생각할 수 있다.

第2節 豫防 및 治療事業의 費用-便益分析

저소득층 疾病罹患 경우의 상당부분은 건강관리나 예방노력의 부족에서 기인하고 있음은 저소득층들이 응당한 질병의 주요 원인 중 과로, 건강관리소홀, 스트레스, 각종 사고 등의 비중이 41%나 차지하고 있고, 기타 보건의료상 등의 문제가

아닌 요인까지를 고려하면 받을 크게 넘을 것(77%)으로 보이는 데서 알 수 있다. 정기검사를 2년 이내에 받지 못한 응답자도 총응답자의 81%(673)이고, 이 중 건강해서 안 받은 사람은 24%에 불과하다. 다시말해 定期檢査가 필요하다고 생각하는데도 돈이 없어서(61%), 시간이 없어서(7.0%), 기타(8.2%) 등의 이유로 검사를 못 받았고, 이는 저소득층 질병예방 실패의 주요 요인이었을 것임은 분명하다.

일단 질병에 걸린 이후의 疾病對處도 매우 부적절하였다. 질병이 발생하였을 때 응답자의 약 50%(543)가 병의 증상이 악화되었을 때 의사를 찾은 것으로 조사되었다. 이 중에서 個人醫院에서 치료가 불가능할 정도로 증상이 악화된 사람이 75.3%(409)에 이른다. 診斷을 진료과목이 다른 병·의원에서 받는 경우도 있어 반정도 이상 그런 경험을 갖는 사람의 비율이 10.4%이고 적으나마 그런 경험을 가졌던 사람도 12.5%에 이른다. 초기진단조차도 조사자의 72% 정도가 질병이환 이후 3개월이 지나서야 이루어진 것으로 응답되고 있어 대다수의 사람이 질병이 매우 깊어질 때까지 방관 내지 소홀히 대처하는 것으로 생각된다.

<表 4-1> 低所得層의 疾病罹患과 初診사이의 期間 (단위 : %)

발병즉시	1주일 이내	1개월 이내	3개월 이내	3개월 이상	기억 안남	응답수
16.5	4.9	5.0	1.7	27.1	44.9	1085

그리고 초진을 받기 이전에는 대부분(52.9%)의 사람이 약국을 이용하여 치료하고 농촌의 경우 보건진료소를 이용(16.1%)하고 있어 우리나라의 1차 의료체계의 취약이 疾病罹患을 더욱 깊게 하고 있는 듯하다. 질병이환 즉시 병·의원을 방문할 수 없는 사정이 금전상이나 시간상으로 접근하기 쉬운 약국과 보건진료원을 찾게 하고 이들의 질병치료적 효과도 무시할 수 없지만 다른 한편에는 저소득층의 이들에 대한 막연한 신뢰가 질병치료를 개인의원에서 불가능하게 악화시키는 효과도 있을 것으로 보여 醫療利用 및 서비스 體系의 개선이 매우 중요하다.

<表 4-2> 醫師診斷 받기 以前의 醫療行爲 (단위 : %)

약국이용	방 치	보건진료원	한 방	민간요법	기 타	응답수
52.9	20.0	16.1	5.4	4.1	1.4	830

저소득층의 질병이환 중에는 경제사회의 조건을 개선하거나 보건교육 및 관리를 통해서 사전 예방할 수 있는 질병들이 상당할 것으로 생각된다. 또한 질병 발생 후 적기에 적절한 치료서비스를 받았으면 저소득층의 疾病問題는 크게 감소될 것으로 보인다. 대부분의 사람이 돈이 없거나(30.5%), 질병관리의 소홀에서 의사의 진료를 늦추고 질병을 악화시키고 있다. 조금만 더 질병문제에 신경을 쓰고 건강문제가 발생하였을 때 적절한 상담을 받을 수 있는 의료체계가 갖추어 있다고 하면, 깊어져가는 질병의 치료를 돈이 많이 들어 미루거나 혹은 시간과 돈의 문제가 어느 정도 영향을 주어 발생하였으리라고 보는 방관, 질병지식 부족이나 스스로 치료가 힘들것으로 판단하는 등의 이유로 질병상태를 파악하고 치료하는 醫療行爲를 감소시켰을 것이다.

<表 4-3> 醫師의 診斷이 늦어진 理由

							(단위 : %)
돈부족	방 관	질 병 지식부족	노인병이라 안함	효과 기대 약국 및 민간요법 신뢰	기 타	총응답수	
30.0	25.3	15.0	10.8	5.9	6.9	581	

1. 疾病豫防 事業의 費用-便益分析³⁾

1) 定期 健康診斷事業

疾病豫防이나 질병 이후의 대응방법의 부적절에서 발생하였다고 보는 疾病罹患의 수준이나 그 정도는 매우 심각할 뿐 아니라 이와 같은 문제는 약간의 경제적, 시간적 투자를 요하는 사업을 시행하였더라도 크게 완화되었을 것으로 본다. 질병

3) 질병예방사업의 중요성에 대한 분석은 미국의 보건 및 인력자원성이 발간한 자료한 (U.S. Department of Health and Human Services, Healthy People 2000, 1991, DHHS Publication NO. (PHS) 91-50213) p.5에서도 제시되고 있다. 심장병, 암 등 9개 질병에 대한 예방사업을 강화하지 않고 현상태가 유지되었을 때 들어갈 의료비용은 1960년 GNP의 5%, 1990년 약 12%로 추정하였고, 질병 및 예방사업에의 소홀에 따른 경제력 감소는 1980년 GNP의 18%로 추정하였다.
이규식 등, The Economic Consequences of Smoking in Korea, May, 1991, Yonsei University.

의 예방 및 적절한 健康管理로부터 기대될 수 있는 편익(Benefit)은 얼마이고 비용(Cost)은 얼마나 될 것인가를 추정하되, 이 사업들의 사회적 효과인 경제성장력, 사회안정 그리고 이웃의 편안감 같은 福祉效果에 대한 편익 추계는 배제하고 조사자료에서 입수가 가능한 질병이환자 개인의 경제사회적 효과의 추계를 중심으로 분석을 전개할 것이다. 물론 국가적으로 볼 때는 疾病對策은 개인에 의해서 얻는 경제적 편익만큼 國家經濟力을 회복시킬 것이다. 먼저 질병이환이 예방되어 질병이 발생되지 않았다면 얻어질 효과를 보도록 한다. 질병예방의 편익은 가족 내 우환 및 이웃의 고통의 제거 효과(B_F)가 있으나 이것은 수량적 접근이 불가능하다. 다음으로 질병이환에 따라 경제 및 사회적 손실이 발생하는데 이 경우 적절한 예방은 그와 같은 손실을 모두 제거하여 줄 것이고 이것에는 소득손실액(B_{IP})과 가정문제(가정과외 및 불화, 자녀문제 등) 제거 효과(B_{SP})가 있다. 예방이나 적절한 관리를 하지 못함으로써 현재 부담하고 있는 醫療費負擔(B_{MP})도 편익이 된다. 지금까지의 손실액이나 의료비뿐 아니라 장차 부담해야 할 소득손실액(B_{IF})과 의료비(B_{MF}) 제거효과도 편익에 포함된다. 질병 이후의 관리소홀에 따라 부담하였던 잘못된 진료과목의 병원 방문이나 약국 등의 이용에 따라 들어간 비용(B_o)도 물론 편익에 포함된다. 이렇게 보면 현재 치료대책이 이루어지지 않는다고 가정할 때 질병예방 및 적절한 건강관리에 의해 얻어질 수 있는 편익(T_PB)은 다음과 같이 표현될 수 있다.

$$T_P B = B_F + B_{IP} + B_{SP} + B_{MP} + \sum_{t=1}^n B_{IFt} / (1+r)^t + \sum_{t=1}^n B_{MFt} / (1+r)^t + B_O$$

————— (식 3)

여기서 n은 미래의 질병이환 지속기간 그리고 r은 미래의 화폐가치를 현재의 금액으로 전환시키는 할인율이다. (식4)에서 추정된 총편익은 질병예방효과가 100% 달성되었다고 가정할 때의 편익이므로 (식3)의 $\sum EBi$ 는 T_PB와 같다고 볼 수 있다. 그러나 실제에서는 질병예방의 기대효과가 어느 정도 현실화되는냐는 질병예방의 시기, 방법, 강도 등에 의존할 것이므로 많은 이견이 나올 수 있다.⁴⁾

4) 유승흠 교수 등은 고혈압 등 몇 가지 질병치료의 비용편익분석에서 輕症에서 重症까지 몇단계로 분류하여 疾病豫防의 성공확률을 적용하였다. 예컨대 남자 고혈압의

먼저 환자자신, 가족 및 이웃에 대한 질병적 고통(B_F)은 數量化가 불가능하고 모든 질병대책 수단에 대해서 동일한 효과를 가짐으로 그 수준이 어떠한 일정 값(K)을 갖는 것으로 보고, 보건의료사업간 우선순위 비교에는 영향을 주지 않는 것으로 가정한다. 疾病豫防에 따른 소득증대 효과는 질병으로 경제적 문제가 발생한 가족의 경우 아무런 경제사회 문제가 발생하지 않은 가구에 비해 총 수입이 월간 78.4천원 감소시키는 효과가 있고, 사회적 문제가 발생한 가구의 경우 66.2천원이 감소하는 효과가 있는 것으로 추정되므로(제3장 제2절 (식 2)참조) 이들의 질병이환기간의 배수만큼 疾病罹患은 가구의 총수입을 감소시켰을 것이다. 질병이 이환된 가구는 전체가구 830 중 657가구이고 이 중에서 거의 대부분(90%정도)은 만성병에 이환되어 있는 것으로 조사되고 있고, 주로 경제적 문제가 발생한 가구의 慢性病 罹患期間은 현재와 같이 적절한 질병예방이나 사후적 치료조치가 취해지지 않은 결과 평균 97.5개월이나 되고 있으며 이환자수는 355명(54%)이어서 총수입감소액은 27억 1,220만원이다. 급성병 이환자는 평균 이환기간이 0.4개월이고 대상자 수는 23가구(총이환자의 1.9%)이어서 소득감소액은 72만원이다. 따라서 경제적 문제가 발생하여 상실된 소득액은 일인당 평균은 만성 764만원, 급성 3만원이다. 질병이환으로 주로 사회문제가 발생한 가구의 급성병 이환기간의 평균은 0.5개월이고 이환가구는 6가구이어서 총소득손실액은 20만원이고 평균 손실액은 3.3만원이다. 만성병의 평균 이환기간은 96개월이고 이환가구는 75가구이어서 총소득손실액은 4억 9,571만원, 가구평균 손실액은 636만원이다. 질병이 환되었으나 경제·사회적 문제가 발생하지 않은 가구의 소득손실액은 없는 것으로 가정하면 질병이환에 따른 총 소득손실액(B_{IP})은 다음과 같이 표현된다.

$$\begin{aligned}
 B_{IP} &= \text{총 질병이환가구}(N) \times (\text{경제적 문제가 발생할 수 있는 확률}(\text{만성}54\%, \text{급성} \\
 &\quad 1.9\%) \times \text{질병예방확률} \times \text{평균 소득손실액}(764\text{만원 및 } 3\text{만원}) + N \times \text{주로 사회} \\
 &\quad \text{적 문제가 발생할 수 있는 확률}(\text{만성}11.4\%, \text{급성 } 0.9\%) \times \text{질병예방확률} \times \text{평} \\
 &\quad \text{균 소득손실액}(636\text{만원 및 } 3.3\text{만원}) \\
 &= 32\text{억 } 791\text{만원}(\text{질병예방확률 } 100\% \text{ 가정할 때}) \dots\dots\dots \text{①}
 \end{aligned}$$

경우 경증에서는 80.47%, 중증등의 경우 84.5%의 진행방지가 됨을 가정하고 있다.

아니면 다른 측정방법으로 疾病罹患에 따른 5월 중 소득손실액에 대해 응답을 한 가구(147)의 평균소득 손실액 20.2만원에 질병이환기간과 총질병이환 가구수를 곱한 금액은 다음과 같이 구할 수 있다.

$$\begin{aligned} & \text{질병가구} \times \text{평균소득손실액}(20.2\text{만원}) \times \text{질병예방확률} \times [\text{질병이환가구} \times \text{급성이환 확률} \\ & (10\%) \times \text{급성이환 기간}(0.45\text{월}) + \text{질병이환가구} \times \text{만성이환 확률}(90\%) \times \text{만성병 이환} \\ & \text{기간}(74\text{월})] \\ & = 88\text{억 } 4\text{천만원}(\text{질병예방확률 } 100\% \text{ 가정할 때}) \end{aligned}$$

이 손실금액은 조사된 가구의 질병이환에 따른 所得損失額이므로 이 곳에서 조사된 표본크기에 대한 모집단의 배수만큼 곱하면 우리나라 저소득층의 질병이환에 따른 소득손실액을 추계할 수 있다.

질병이환에 따른 치료비는 5월 중 급·만성치료비 각각 평균 8.0만원과 7.6만원 이고 이 중 한방 치료비는 평균 1.7만원, 민간요법비용은 0.4만원이 투입되었다. 부대비용으로 교통비가 1.1만원, 간병비가 평균 10만원 소요된 것으로 조사되었다. 따라서 각기의 비용을 부담할 확률을 이용하여 정기건강검사의 질병예방 효과에 따른 지지불된 治療費 切感費用(B_{MP})을 구하면 다음과 같다.

$$\begin{aligned} (B_{MP}) &= [\text{만성병치료비} \times \text{질병이환기간} \times \text{총가구} \times \text{만성이환 확률}(594/830) + \\ & \text{급성병 치료비} \times \text{질병이환 기간} \times \text{총가구} \times \text{급성이환 확률}(117/830) + \\ & \text{평균 부대비용} \times \text{질병이환 기간} \times \text{총가구} \times \text{관련가구 비율}(623/830) + \\ & \text{간병비용} \times \text{질병이환 기간} \times \text{총가구} \times \text{관련가구 비율}(2/830)] \times \text{질병예방} \\ & \text{확률} = 7.6\text{만원} \times 74\text{개월} \times 594 + 8.0\text{만원} \times 0.45\text{개월} \times 117 + 1.1\text{만원} \times \\ & (74\text{개월} \times 594 + 0.45\text{개월} \times 17) + 10\text{만원} \times 0.1\text{개월} \times 74\text{개월} \times 2 \\ & = 38\text{억 } 3\text{천만원}(\text{질병예방확률 } 100\% \text{ 가정할 때}) \dots\dots\dots ② \end{aligned}$$

지금까지 들어간 약 38억원의 치료 부담액 중 急性治療費와 附帶費用은 극히 일부에 불과하고 만성치료비가 약 33.4억원에 달한다. 그리고 위의 추계 중 간병 비용계산에 이용된 기간에는 실제로 활동을 못한 기간비율(0.1:30일 중 약 3일은 직장 등 활동을 못하였다고 조사됨)과 평균 만성병 이환기간이 포함되었다.

현재의 질병이환자들 중 많은 사람들은 앞으로는 완치까지는 더 많은 시간과 치료비가 소요된다. 완치까지 소요될 기간과 치료비를 환자 자신이 알기는 어렵겠지만 지금까지의 경험에 비추어 스스로 판단할 능력이 갖추어졌다고 가정하면서 환자 자신의 평가를 근거로 하여 소요기간과 치료비 자료를 이용하였다. 이 중에는 전혀 치료가 불가능한 사람을 제외하면 추가로 들어갈 치료비(B_{MF})와 같은 기간의 소득손실액(B_{IF})도 질병예방에 의해 제거될 편익에 포함된다.

<表 4-4> 疾病罹患狀態 및 平均 追加 治療日 및 費用 所要規模

(단위: 일, 만원)

현상태	치료가능상태	총응답수	치료불가 응답수	고통완화정도의 치료			사회활동정도의 치료		
				추가 치료일수	소요 치료일	응답수	추가 치료일수	소요 치료일	응답수
용변이 가능하거나 그도 안되는 정도 (1)		38	12	35	100	2			17
집일 및 사회활동 불가 (2)		119	95				174	326	
(2)는 가능하나 제한적 근로활동 불가		195	110						
제한적 근로활동 가능		234	116						
정상 근로활동 가능		331							

현상태	치료가능상태	총응답수	치료불가 응답수	고통완화정도의 치료			사회활동정도의 치료		
				추가 치료일수	소요 치료일	응답수	추가 치료일수	소요 치료일	응답수
용변이 가능하거나 그도 안되는 정도 (1)		38	12						
집일 및 사회활동 불가 (2)		119	95	165	281	52			
(2)는 가능하나 제한적 근로활동 불가		195	110						
제한적 근로활동 가능		234	116				221	206	47
정상 근로활동 가능		331							

<表 4-4>에 의해 예상되는 總治療費에서는 제한적 근로활동만이 가능한 정도의 질병이환자 가운데 치료 불가능한 사람을 제외하고 각 단계의 회복수준까지 추가로 소요될 치료비를 알 수 있고 治療가 불가능한 사람들은 고통완화를 위해서도 지금까지 투입한 치료비가 계속 들어갈 것으로 예상된다. 총응답 경우(917) 가운데 36.3%(333)가 치료가 불가능하다고 응답하였고 나머지 중 일부가 추가로 필요한 치료 소요일수와 비용을 응답하였다. 따라서 치료가 불가능하다고 생각하는 자의 치료소요액 예상값은 잔여 생존기간 동안까지 계속될 것이나 이를 일괄하여 최대 치료소요일수(221일)만을 적용하면 그 豫想費用은 다음과 같다.

치료 불가능하다고 생각되는 자의 최소 추가 치료비
 = 만성병 월간 치료비(7.6만원)×(221/30)×관련수(333) = 1억8천6백만원

또한 치료 가능하다고 본 사람들의 치료소요액은 다음과 같다.
 고통완화정도의 치료비(100만원)×관련수(26) + 사회활동정도의 치료비(326만원)
 ×관련수(24) + 제한적 근로활동 가능 정도의 치료비(281만원) × 관련수(85) +
 정상적 근로활동 가능 정도의 치료비(206만원) × 관련수(118)
 = 5억 8천6백만원

정상활동이 가능한 사람도 일정기간 치료비가 계속 소요될 것이므로 이들에 대해서는 1개월내 치료가 가능하다고 가정하면 그 소요액은 2,515만원(7.6만원 × 331 가구)이 된다. 따라서 질병이환자들이 장차 추가로 필요한 치료비는 치료 불가능하다고 생각되는 사람들의 치료기간을 약 7개월로 가정할 때 7억9천4백만원이므로 추가 치료 소요비용은 최소한 7.94억원이 든다.

$B_{MF} \geq 794\text{백만원} \dots\dots\dots \textcircled{3}$

(식4)에서 할인율(r)은 예상되는 소요 치료기간이 1년 이내이므로 여기서는 적용하지 않았다.

예상되는 追加 所得喪失金額은 경제사회문제가 발생한 가구의 월 소득 손실액 평균인 7.62만원 (7.84 × (355/430) + 6.62 × (75/430))에 질병이환자들이 현 상태에서 추정하고 있는 최소 평균 질병이환 예상기간 6.8개월(202일)을 인정하면 예상되는 총소득손실액은 다음과 같다.

$$\begin{aligned} & \text{평균 소득손실액}(7.62\text{만원}) \times \text{평균 예상 이환기간}(6.8\text{개월}) \times \text{관련수}(583) \\ & = 3\text{억 } 2\text{백만원} \end{aligned}$$

의료소요기일이 1년 이내이므로 할인율을 무시하면 최소 예상 총소득손실액은;

$$B_{IF} \geq 3\text{억 } 2\text{백만원} \quad \dots\dots\dots \textcircled{4}$$

지금까지 우리는 저소득층이 현재 이환된 질병이 예방되었더라면 발생했을 경제적 편익을 추계하였고, 그 결과는 식(4)에서 B_0 를 제외한 추계액 ①부터 ④까지의 합이다.

$$T_{PB} \geq 82\text{억 } 5\text{백만} + B_0 + B_{SP} + B_F$$

즉 잘못된 진료과목의 병원, 잘못된 약국이용 등에 따라 부담했던 비용(B_0), 사회적 가정문제 발생부담(B_{SP})이나 사회적 고통(B_F) 그리고 치료불가능자의 7개월 이상의 추가 치료비를 고려하지 않아도 저소득층 830가구 중 질병이환 657가구의 질병이환을 예방하였을 때 그리고 이들의 예방이 적절한 시기와 방법에 의해 이루어져 그 효과가 완전히 달성된다면 최소한 약 82억 5백만원의 便益이 발생된다. 만일 우리의 표본 830가구를 총저소득층 가구 약 200만(총가구의 20% 정도라면)까지 확대해서 해석하면 저소득층 질병예방의 총편익은 무려 약 19조8천억 원에 이를 것으로 추계된다.

이에 반하여 저소득층의 질병이환을 예방하는 데 드는 비용은 지난 2년내에 정기건강진단을 받았다고 응답한 사람(157) 중 154명이 응답하였는데 101명이 무료로 진단을 받았고, 평균 진단비용은 3.4만원이었다. 그러나 정기건강진단을 받은 사람들이 진단결과 과거에 모르던 병이 발견되었느냐에 대해 대부분의 사람(84.7%)이 부정적이었던 것으로 보아 무료 정기건강진단의 효과가 회의적일 수밖에 없다. 또한 10만원 이상의 비용을 들인 사람도 17명에 불과한 실정이어서 이들이 받은 정기진단내용이 과연 실효성이 있는 것인지 의혹이 간다.

따라서 정기건강진단이 질병을 예방할 수 있는 실효를 거두기 위해서 최소 10만원이 들고 건강진단은 100% 예방효과를 거둔다고 가정하면 그리고 조사대상 830가구 저소득층 중에서 定期健康診斷을 받아야 할 연령을 40세 이상으로 본다면 총가구원수 2,533명 중에서 785명이 이에 해당되고 따라서 총수검비용은 7억

<表 4-5> 定期健康診斷 受檢實態

총응답수	건강진단 수	수 검 비 용				수검 못받은 이유				
		무료	5만원 미만	5~10만원 미만	10만원 이상	돈부족	시간 부족	건강 양호	기타	계
830	157	101	29	7	17	10	47	161	55	673

8천5백만원이 될 것이다. 이들 중 49.4%는 돈이 없어 건강진단을 받지 못하므로 직접 경제적 지원을 해야 하고 시간이 부족한 사람도 진단하는 동안의 손실을 보진하기 위해 10만원을 지급하고, 건강이 좋아서 안 받는 사람도 강제로 정기검진을 받게 한다면 결국 모든 사람이 정기건강진단을 받아야 할 것이다. 만일 40세 이상의 저소득층 사람들이 모두 정기건강진단을 받아서 질병이 예방될 수 있었다면 본 조사가구의 경우 7억 85백만원(200만 저소득층 가구에 적용하면 1조 8,916억원이 됨) 검사비용을 들여 약 72.37억원(82.05억원×0.882) 이상의 경제적 편익을 얻을 수 있다(왜냐하면 전질병 이환자 중 40세 이상이 88.2%이므로). 경제적 편익만해도 무려 사업비용의 9.2배나 되는 것이다. 그리고 純利益은 총 편익의 89.1%인 64.52억원이 되며, 우리나라 국민의 20%에 해당하는 저소득층(40세이상) 모두에게 적용하면 정기건강진단사업의 總 및 純便益(net benefit)은 각각 17조 4,386억원 및 15조 5,469억원에 달하게 된다. 건강진단의 질병예방 확률을 50%로 가정한다 하여도 정기건강진단의 총 편익은 8조 7천억원에 이르러 투자비용의 4.6배의 社會的 便益(social benefit)을 발생시킨다.

2) 其他 疾病豫防 事業

질병을 예방하는데는 정기건강진단을 통하여 병의 증세 초기에 치유하는 방법도 있지만 病症狀의 발생자체를 사전에 제거하는 방법도 있다. 병의 發生原因으로 고령화, 과로, 건강관리소홀, 가족생활 등의 스트레스, 산업 및 안전사고 등이 가장 빈번히 응답되었다. 여기서 고령화를 제외하면 일반적으로 보건교육, 경제활동환경의 개선, 가정생활의 개선 등을 통해서 대처될 수 있는 원인들이다. 그러나 질병의 원인으로서는 저소득층에게 가장 빈도가 높은 고령화에 대한 對策을 위해서도 정기건강진단 및 보건 및 위생교육을 강화함으로써 노인성 질환의 발생을 줄이거나 지연시키는 효과를 얻을 수 있다. 현재(93년) 보건교육사업의 예산

은 불과 7.9억원에 불과하지만 정기건강진단과 더불어 保健教育을 강화하는 것이 어렵지 않을 것이며 그 편익은 정기건강진단의 편익과 동일할 것이다. 다음으로 응답빈도가 높은 과로는 경제활동 여건의 개선으로서 어느 정도 가능하다. 과로가 결국 보건의료적 결함을 나타내서 질병을 발생시킬 것이므로 이 원인에 대한 대책도 결국은 건강진단 및 보건교육과 같은 사전적인 건강 유지 대책이 될 것이다. 주요 疾病原因으로 대답되고 있는 건강관리 소홀도 역시 과로와 마찬가지로 보건교육 및 건강진단의 강화 등이 주요 대책이 될 수 밖에 없다. 이렇게 보면 저소득층이 주요 질병원인으로 응답한 고령화, 과로, 건강관리 소홀, 각종 스트레스 등은 원인응답의 50.8%를 점유하고 있고, 과음, 흡연과다, 불규칙한 식생활 등에 대한 주요 대책도 역시 동일 범주에 포함시키면 보건교육 및 정기건강진단으로 대처를 할 수 있는 질병 예방의 원인범위는 약 58.8%에 달한다. 따라서 적어도 저소득층 질병예방에 따른 便益의 약 58.8%가 (정기)건강진단 및 보건교육이 강화될 수 있다면 확보될 수 있을 것이다. 그리고 保健教育 및 弘報의 93년 예산이 79천만원에 불과해 비록 예산을 몇 배 증대시킨다 하여도 건강진단 소요예산에 비해 거의 무시 가능하다. 그러므로 비용에 대한 편익의 배수는 이들 사업의 효과가 100% 달성된다고 하면 약 6.15가 되어 사업순위가 매우 높게 될 것이다.

疾病原因으로서 産業災害, 交通事故, 醫療事故 등에 대해서는 국민보건 및 생존권 측면에서 분석되어야 할 것이다. 치료라는 2차적 수단이 아닌 疾病豫防이라는 건강유지의 가장 기본적 대상은 사람에 의해 발생하는 각종 事故 및 災害이다.⁵⁾ 이러한 위험의 제거 혹은 축소는 비용편익적 분석을 떠난 福祉的 및 人權的 基本 需要에 해당된다는 의미에서 절대적 우선순위를 갖는다. 또한 경제적으로 보아도 各種 事故 및 災害는 關係자들의 부주의와 規程 위반에 기인하는 것이 대부분일 것이므로 金錢的 投資보다는 行政的 管理의 效率化가 더욱 중요하며 경제적 우선순위도 매우 클 것이다.

또한 이들 原因들은 3장에서 논의하였듯이 가구의 所得水準, 職業類型, 家口類型 등의 環境에 의해 영향을 받겠지만 이들 환경 및 원인에 대한 대책은 포괄적

5) 프랑스와 레니에, 『예방도 광의의 건강에 포함되어야 한다.』, 빠레 편저, 『저렴한 가격으로 보다 나은 건강을』, 전국의료보험협회의회 譯, 『해외연구자료1』, 1981.

이고 질병예방적 차원만의 대책이 아니어서 保健政策과 貧困政策이 상당범위 내에서 매우 밀접한 관련이 있음을 강조하는 것으로 그치고자 한다.

2. 疾病治療事業

1) 1次 保健醫療事業

실효성 있는 定期健康診斷制度 등에 의한 疾病豫防에 실패하였을 때 병의 증상 발생 초기에 철저히 관리할 수 있는 1차 보건의료(개념은 제2장 각주 참조)를 통해서도 상당 정도의 疾病緩和 效果를 얻을 수 있으리라고 본다.

제2장에서 보는 바와 같이 우리나라 저소득층은 질병이환 이후 매우 기초적인 서비스를 받지 못하고 있다. 진단을 전혀 안받은 질환자의 경우가 55.5%에 이르고 대부분이 만성질환이면서 3회 이내의 진단받은 경우가 무려 81.5%나 된다. 진단을 받았어도 3개월 이내에 받은 사람은 불과 28.5%이어서 진단을 받았을 때 이미 증상이 악화된 비율은 50.0%이며 個人醫院에서 치료가 불가능한 경우도 37.7%에 이르는 것으로 평가조사 되었다. 따라서 질병이환 초기에 질병이환이 발견되고 적절한 서비스가 제공되면 비록 慢性疾患이라 해도 질병의 악화를 막고 치료비의 절감은 물론 經濟社會活動의 제한도 크게 줄일 수 있었을 것이다. 따라서 이곳에서는 1차 保健醫療事業의 사회적 편익을 추정하고 그 投資價値를 평가하고자 한다.

1차 보건의료서비스의 便益推定에서 질병예방의 효과를 표현한 식(4)에서 의사의 진단이전에 들어가는 비용은 고려할 필요가 없지만, 다른 便益들은 모두 1차 보건의료사업에 의해 얻을 수 있는 유형이다. 그러나 병의 증상악화 이전에 의사의 적절한 疾病管理가 시작될 수 있다면 병의 악화로 발생된 조사가구의 55.5%가 겪는 경제적 및 사회적 가정문제는 거의 발생되지 않았을 것이고, 그에 따른 所得減少額도 거의 부담하지 않아도 될 것이다. 그러나 치료비는 질병악화의 경우에 비해서는 적지만 어느 정도의 치료비 부담은 피할 수 없다. 따라서 1차 보건의료사업의 便益은 식(4)를 이용하여 다음과 같이 표현된다.

$$T_{FB} = a_1B_F + a_2(B_{IP} + B_{SP}) + a_3B_{MP} + a_4B_{MF}$$

여기서 $a_1, a_3 < 1, a_2 \approx 0$ 의 관계가 가정된다. a_1 의 크기는 다소 불분명하지만, a_3 의 크기 추정치는 병의 증상악화 이전에 의사의 진단을 받은 사람(39.2%)과 악화 이후에 받은 사람의 治療費 차이를 비교함으로써 접근할 수 있다.

<表 4-6> 初診前 病의 狀態別 平均 治療費

(단위 : 만원)

상태구분 치료비종류	증상악화 이전	증상악화 이후	무응답
급성질병	10.73(59)	6.05(37)	1.81(21)
만성질병	7.49(193)	9.29(323)	4.10(77)
한방이용	1.21(229)	2.17(331)	1.11(82)
민간요법 이용	0.11(229)	0.66(331)	0.05(82)
교통비등	10.45(222)	11.05(322)	10.77(78)
간병비등	0.0 (235)	0.06(337)	0.00(84)

두 집단간의 월간 治療費의 차이는 약 2만원이므로 평균 만성병 이환기간 74개월을 적용하면 1차 保健事業의 실시는 과거 치료비 중 8억4백만원(543가구×74개월×2만원)을 절약할 수 있었을 것이다. 따라서 a_3 의 값은 0.2이다. 또한 두 疾病罹患集團間的 미래의 치료비 차이가 과거의 차이와 크게 달라질 이유가 분명치 않으므로 a_3 와 a_4 값은 같다고 가정할 수 있다. 따라서 1차 보건의료사업의 대략적 편익규모는 다음과 같이 추계된다.

$$T_{FB} \geq a_3(B_{MP} + B_{MF}) = a_3(38.3\text{억원} + 7.94\text{억원}) = 0.21 \times 46.24\text{억원} = 9.71\text{억원}$$

그래서 1차 保健醫療事業을 전저소득층에게 실시하였을 때 기대되는 경제적 편익을 구하기 위해서 본 추계를 200만 전저소득계층가구에 적용하면 총편익은 2조 3,397억원에 이를 것이다. 이것은 치료비의 차이만을 추계한 것이고 여기에 증상악화 이후의 소득감소를 고려하면 총편익은 더욱 커질 것이다. 1차 보건의료사업에 소요될 비용을 구체적으로 추정하기는 쉽지 않다. 따라서 93년 정부의 보건의료사업 비용인 疾病豫防 및 治療事業費 568억원, 농어촌 보건의료지원사업 99억원을 합하여도 667억원이다. 이 중에서 1차 보건의료사업 예산으로 간주할 수 있는 급성 전염병관리(24.9억원), 결핵관리(77.3억원), 나병관리(102.6억원), 성

병 및 AIDS관리(14.4억원), 성인병 예방 홍보 사업비(2.8억원), 모자보건(46.3억원) 사업 등의 총예산 268.3억원이 대체로 1차 보건의료사업비로 볼 수 있다. 이 사업비를 위에서 분석 추계된 편익을 얻을 수 있기 위해 얼마나 증대시켜야 할 지 알 수 없으나 저소득층의 만성병 관리사업을 크게 강화하여도 1차 보건의료사업의 순편익은 매우 크다고 볼 수 있다. 위의 목적을 달성하기 위하여 현 1차 보건의료 관련 政府事業費를 약 5배인 1,340억원까지 증가시킨다 하면 그 편익은 비용에 비해 무려 17배에 이르게 된다. 정기건강진단 및 1차 보건의료사업의 저소득층에 대한 전면적 확대는 각각 비용의 6.15~9.2배와 17배에 가까운 편익을 얻게 한다는 결론이 나온다. 다시 말하면 정부의 예방 및 보건사업의 강화가 없으면 위와 같은 손실을 가질 수 밖에 없다는 것이며, 所得損失을 고려하지 않아도 치료비 손실액만도 豫想便益 약 22조원의 50% 이상을 달할 것으로 기대되어 정부의 醫療事業의 강화가 매우 유익함을 강조하지 않을 수 없다. 질병예방 및 1차 보건의료사업 등의 공공 의료사업의 강화는 건강악화로 상실된 경제력을 93년 GNP의 약 4~5% 증대시킬 수 있고 醫療費도 현 총의료비의 GNP 비중 5.5~5.6%의 상당부분까지 감소될 수 있을 것이다.⁶⁾

2) 治療費 支援 事業

저소득층의 最低生活을 압박하는 요인 중에 醫療費 지출이 매우 큰 비중을 차지하고 있다. 대부분의 빈곤가구가 질병에 罹患되어 있어 부채를 내 치료하거나 치료를 중단하고 있는 실정이다. 서울시 조사에 의하면⁷⁾ 저소득층의 負債理由는 生活費(28.8%) 다음으로 醫療費(22.2%) 이유가 높게 나타났다. 또한 치료를 중

6) 保健醫療事業의 경제적 효과에 대한 관심은 1960~1970년대에 크게 있었지만 금세기 초 저명한 경제학자 Irving Fisher는 健康增進이 국가의 경제적 생산력에 기여한다고 보고, 사망 및 질병예방의 경제적 폐해 방지효과의 연간금액은 적어도 15억불에 이른다고 추정하였으며 이는 1910년 國民所得의 약 5%가 된다.

참고문헌; G.V.Rimlinger, *Welfare Policy and Industrialization in Europe, America and Russia*, John Wiley & Son, Inc.1971, p.67.

I. Fisher, *National Vitality, Its Wastes and Conservation*, Washington D.C., 1910.

7) 한국산업경제연구원, 『서울시 저소득층 실태과약과 대책수립에 관한 연구』, 1989.

단한 慢性家口의 비율이 90년 25.6%에서 93년 조사에서는 30.1%로 증가하였고, 이는 특히 도시에서 크게 나타나고 있다. 그리고 치료 중단이유로 치료비부담(58.1%) 이유가 가장 높고, 이는 90년의 응답비율(51.3%)을 넘어서고 있다. 일 중단에 따른 수입감소 이유도 20.3%에 이른다. 治療效果를 기대하지 못해 중단한 비율은 불과 11.9%에 불과하다(表 2-33 참조). 이와 같이 경제적 부담이 저소득층의 疾病罹患을 지속 및 악화시키는 요인이 되고 있어 이들에 대한 대책이 시급하다. 이들이 선호하는 지원사업은 치료비의 본인부담률 인하(38.5%)이다. 또한 이에 못지 않게 선호하는 사업은 高額治療費의 支援이다. 전자의 경우는 정부의 재정부담이 매우 큰데 비해 후자의 경우는 동일한 치료효과를 얻으면서 선별적인 고액치료비 용자 등의 방법으로 지원해 줄 수 있다. 醫療費 融資制度로서 의료보호 2종에게 적용되는 의료비 대불제도가 있으나 입원의 경우에만 해당되고 자격제한이 있으므로 勤勞能力이 있는 사람들에 대해서는 용자제도의 도입이 바람직하다. 치료에 의해 근로능력의 회복이나 증진이 가능한 사람들의 치료의 편익은 회복시 기대되는 소득과 치료를 못하였을 때 부담하여야 할 치료비가 될 것이다.

치료를 중단한 경험이 있는 가구(30.1%) 중 치료효과가 있다고 보는 가구비율(78.4%)을 이용하면 融資對象家口는 총 가구의 약 10.7%[총가구 중 질병이환가구 비율(0.794)×치료중단가구 비율(0.301)×치료가능인구 비율(0.784)×경제사회 문제 발생 가구비율(0.574)]이다. 이들에 대한 용자로부터 기대할 수 있는 미래 치료비 切感額은 치료가능한 총 이환자(약 253명)의 예상절감액 5.8억원(p.125)의 30.1%인 1.75억원이고, 예상소득액은 최소 0.42억원(p.125의 ④에서)이 되어 총 경제적 편익은 약 2.17억원이다. 이 중 경제적 회복 가능자에 대한 총 편익은 1.78억원(2.61×0.818)이다. 이에 비해 總融資額은 평균 추가 치료소요액 225만원(表 2-36 참조)에 해당자 가구(76)를 곱한 약 1.7억원이고, 이것에 정부가 이자부담을 한다고 가정하면 이 사업의 정부사업비용은 3.4천만원(이자율 10%로 2년부담 가정시)에 불과하다. 따라서 치료비 용자사업은 비용에 비해 약 5.25배의 치료편익을 발생시킨다. 그리고 이를 전소득층가구에 적용하면 총용자금액은 4,097억원이고 정부의 재정부담은 약 819억원이다. 이에 비해 豫想便益은 4,308억원이며 순편익은 3,489억원이다. 따라서 저소득층에 대한 의료비 용자사업은 그것의 복

지적 가치가 클 뿐 아니라 경제적 편익의 발생가치도 근로능력이 회복될 수 있는 가구의 경우 매우 크다고 볼 수 있다.

醫療保障 사업 이외에 의약분업, 양한방 의료체계화 사업, 민간의료보험사업 등과 같은 국민보건향상에 영향을 줄 제도개선 사업을 費用便益 분석적으로 다룰 수 있으나 이는 본 조사사업의 내용을 넘어서고 있어 생략하기로 한다.

지금까지 검토한 보건의료사업의 비용 편익적 분석 평가를 종합하면 다음과 같이 정리된다.

<表 4-7> 各 保健事業의 費用便益 分析的 優先順位

(단위 : 억원)

	정기건강 진단	정기건강진단 및 보건교육	1차보건의료 사업	산업재해 및 사고예방	치료비 용자제도 도입
예상편익	약8.7조~17.4조	좌등	2.3조	??	4,308
예상비용	1.89조		1340		819
복지적 가치	上	上	中	上上	上

註: *는 화폐적 편익의 추정치가 불분명함을 의미.

<表 4-7>에서 제시된 사업 중 가장 비용절약적이고 단위당 경제적 가치가 높은 사업은 産業災害 및 事故豫防일 것이다. 이의 예방은 금전적 투자 증대보다는 관리적 효율성의 증진이 더욱 필요하고 事故豫防에 따른 경제적 손실의 방지나 복지적 가치는 매우 크기 때문이다. 다음으로 醫療保障制度의 개선도 많은 돈을 투입하지 않고 치유적 효과를 증대시킬 뿐 아니라 복지적 효과도 커서 투자 단위당 효율성이 큰 사업으로 볼 수 있다. 1차 保健醫療事業도 만일 본 논문에서 가정한대로 현 예산의 약 5배만 증대시켜 그 사회적 편익이 추정한대로 이루어 진다면 매우 효율성이 높은 사업이라 볼 수 있다. 다만 定期健康診斷의 질병 예방효과는 그 기대 실현율을 반만 고려하여도 그것의 총편익은 매우 크나 투자 비용이 다른 사업에 비해 많이 들 것으로 예상되고 단위당 효율성은 앞의 사업들에 비해 떨어지므로 이 사업의 적정규모와 방법을 찾아야 할 것이다. 치료비 融資制度도 용자자금 규모도 크고 용자금 관리문제나 적지 않은 정부 부담문제가 있어 그것의 경제적 및 복지적 가치가 매우 크다 하더라도 適正水準까지 확대되어야 할 것이다.

이상과 같은 疾病豫防事業을 적정규모까지 확대할 때 國民保健向上이 크게 증대됨은 물론 國民醫療費 증가율 감소효과와 國民生産力을 증대시키는 효과를 갖게 된다. 예컨대 健康診斷을 저소득층에게 실시할 때 예상되는 국민의료비의 절감은 약 6.55조원에서 11조1400억원에 이르러 93년 GNP대비 2.6~4.3%이어서 이의 반이라도 경제적 편익을 얻을 수 있다면 현 국민의 의료비 부담 GNP대비 약 5~6%의 약 5분지 1이상을 절감할 수 있어 이 절약된 자원을 다른 경제적 가치를 생산하는 데 이용할 수 있을 것이다. GNP도 본 분석의 가정하에서는 5~8%나 증가시킬 것으로 기대된다.

第5章 政策建議

1. 低所得層의 醫療福祉政策은 貧困에 대한 綜合政策의 範圍內에서 強化되어야 한다.

심각한 질병문제가 저소득층의 所得水準을 낮추기도 하지만, 역으로 질병문제도 주로 그들의 낮은 所得水準에서 연유한다. 그들은 질병의 이환에도 불구하고 치료비 부담 등의 경제적 문제로 적절한 진단 및 치료서비스를 받지 못하고 있다. 또한 이들의 疾病罹患水準과 밀접한 관계를 갖는 가구특성인 연령, 취업구조, 취약한 가구형태, 교육수준, 지역적 위치 등은 바로 저소득층가구의 빈곤화의 주요 원인들이기도하다. 따라서 疾病罹患에 대한 여러 영향 요소들 중 소득수준이 결정적인 영향을 주는 것으로 추정된 결과(제3장 제1절)는 당연하다고 볼 수 있다. 더욱이 저소득층의 질병이환은 그들의 貧困化에 중요한 영향을 주고 있음도 보았다(제3장 제2절). 이와 같은 빈곤과 질병이환의 악순환 현상은 결국 저소득층 질병대책은 그들의 질병에 대한 보건의료적 서비스의 제공만으로는 근치가 되지 않음을 의미하고 있다.

따라서 저소득층 疾病對策은 그들을 빈곤에서 벗어나게 할 수 있는, 특히 조금이라도 근로능력이 있는 계층의 경우에는 이들의 勞動潛在力을 현실화시키는 정책이 강화되어야 할 것이다. 즉 저소득층의 취업상태 및 구조의 개선은 물론 기술 및 평생교육을 통한 경제적 능력 및 보건의료적 지식의 증진, 저소득층의 疾病罹患과 治療費負擔을 증대시키는 산업 및 보건의료환경의 개선 등 종합적인 빈곤정책의 일환으로서 疾病對策이 마련되어야 한다. 특히 질병이 우리사회에 존재하는 희소한 노동력을 위축시키고 치료비 등의 비경제적 용도로 자원을 전용시키는 등 산업성장력의 減少效果를 축소하여 우리의 경제·사회적 발전력을 크게 증진시키기 위해서는(現 GNP의 4~5% 정도 이상까지 증대시킬 잠재력을 갖고 있음) 저소득층 保健醫療政策이 강화되어야 할 것이다.

2. 低所得層의 醫療政策은 疾病豫防 및 早期 診斷·治療 事業의 強化로 福祉的 및 經濟的 效率性을 크게 增進시킬 수 있다.

본 논문에서 많은 노력을 투입한 부문은 醫療欲求의 과약과 더불어 질병의 원인이 무엇이고 저소득층의 醫療利用의 문제는 어디에 있는가를 밝히는데 있었다. 저소득층이 질병의 원인이라고 대답한 주요 요인들(예컨대, 고령화, 과로, 건강관리 소홀, 각종 재해 및 사고, 스트레스)은 대부분이 적절한 예방을 하거나 질환 이후에 조기진단 및 치료서비스를 받으면 완치(完治) 혹은 거의 경제사회적 활동을 회복할 수 있는 정도의 것이었다. 실제로 治療가 불가능하다거나(약 22%), 활동이 불가능하다고 응답한 비율(약 10%)은 적었다. 따라서 본 연구에서 시도한 각종 보건의료사업의 내용이 매우 개략적이고 정확도가 떨어지기는 하겠지만 분석의 방향에 치명적 손상이 없다면 질병예방적 사업, 1차 보건의료사업, 각종 재해 및 사고 방지사업, 치료비 용자사업 등 그들 사업의 社會的 便益이 투자비용에 비해 현저히 큰 사업들로 평가되었다.

이러한 측면에서 첫째, 각종 産業災害, 交通事故 등을 방지할 수 있는 사업들이 강화되어야 한다. 이들에 대한 투자는 금전적인 것보다는 人力管理나 行政管理가 더 중요한 것으로 보여 投資費用 자체는 크게 들지 않는데 반하여, 이 사업으로 발생하는 生命損失 및 疾病罹患 防止에 따른 현재 및 미래의 소득손실 방지나 치료비의 절감, 그리고 본인 및 이웃사회의 고통방지 등에 따른 경제적 및 복지적인 편익은 매우 클 것이다.

둘째, 1차 保健醫療事業이 강화되어야 한다. 저소득층의 대부분이 질병이환 초기에 적절한 진단을 받지 못하거나(질병이환자의 26.7%만이 증상발생 이후 1개월 이내에 의사의 진단받음), 질환이 악화되어(50.0%) 개인의원에서 치료가 불가능할(37.7%) 정도가 되므로 이들에게 쉽게 방문하여 자신의 건강과 질병의 증상을 상담할 수 있는 제도가 도입되어야 한다. 지금까지 본인 스스로 판단하여 직접 醫療人을 찾거나 약국 등 재래적 방법에 의존해오던 관행을 개선하려면 1차 保健醫療서비스를 제공할 의료인 및 시설의 공급증대를 위한 제도적 개선이 요망된다. 이러한 제도 도입 및 강화로 얻을 수 있는 便益은 매우 커서(제4장 <表 4-6> 참조) 비록 그 비용을 현재 1차 보건의료 관련 정부예산을 5배 증가시킨다

해도 그 수익성은 비용의 약 29배에 이르러, 비용이 더 든다하여도 투자단위당 사업의 효율성은 매우 큰 것으로 평가된다.

셋째, 저소득층에 대한 定期健康診斷이 크게 확대되어야 한다. 저소득층의 질병원인의 대부분이 예방 가능한 것으로 보이는데 비해 이들이 질병예방을 위해 필요한 조치인 정기건강진단 수검율이 매우 낮다(18.9%). 건강진단을 2년이내에 받은 사람들도 진단비용이 매우 적어 실효성있는 서비스를 받지 못하였던 것으로 생각된다. 예컨대 대부분의 가입자가 저소득층이 아닌 職場醫療保險에서 매년 정기적으로 건강진단이 실시되고 있으나 몇가지 기본적 검사에 그치고 그 효과에 대해서 회의적인 사람이 적지 않다. 더욱이 직장 및 산업체 건강진단을 위해 저가로 의료서비스를 덤핑까지 한다는 지적도 나오고 있으며, 또한 지상을 통해서도 개인의 병력이나 특징을 고려치 않고 일률적으로 실시하고 있는 현행 健康診斷制度의 실효가 적음을 비판하고 있다(93년 11월자 신문). 따라서 건강진단을 받되 적절한 시기, 방법 및 내용으로 정기건강진단을 받을 수 있다면 그 효과가 제5장에서 추정된 편익의 반만 나타나도 소득손실 방지 및 치료비절감 등의 경제적 편익은 약 10조원을 넘어 國民醫療費의 약 1/5정도를 절감하는 효과를 가질 것이다. 다만 이와 같은 정기건강진단을 40세 이상의 저소득계층에게 모두 실시할 때도 그 비용이 무려 약 2조원이 소요되어 생산력 및 복지적 증진과 더불어 자본동원 가능성 등을 고려하여 정기건강진단 대상 및 내용의 선정에서 적절한 수준을 찾아야 할 것이다.

넷째, 保健教育의 강화는 적은 비용으로 질병예방 효과를 크게 증대시킬 것이다. 저소득층의 질병원인 중 건강관리 소홀, 건강치 못한 습관 등으로 대담한 비율(18.9%)도 적지 않을 뿐 아니라 의사의 첫 진단을 늦추는 이유중에서 방관이나 질병지식 부족(각각 26.7% 및 15.8%)이 주요 이유 중 하나이고, 기타 治療過程에서도 보건교육의 부족에 따른 잘못된 의료이용 행위가 발견되고 있어 보건교육의 강화 효과는 매우 클 것이다. 즉 보건교육의 사회적 편익은 단위당 정기건강진단 효과와 거의 같을 것이나 일인당 투자비용이나 총 소요예산은 크지 않을 것으로 보여 우선순위가 매우 높은 사업으로 볼 수 있다.

3. 低所得層의 醫療福祉需要에 對應하여 政策이 수립되어야 한다.

저소득층은 질병이환 이전부터 治療過程에 이르기까지 정부의 많은 지원을 필요로 하고 있다. 질병에 이환되기 쉬운 경제사회적 환경으로부터의 보호, 질병이환 이후 初期段階의 1차 보건의료서비스에 대한 욕구 및 필요성은 물론 질병치료 과정에서도 여러 유형의 醫療福祉欲求를 표출하고 있다. 먼저 저소득층의 질병 치료상의 가장 큰 문제는 치료비 부담 문제나 질병치료로 인한 경제적 수입의 상실이다. 치료비 부담을 덜기 위하여 치료비의 일부를 정부가 지원해 주기를 가장 높은 순위로 바라고 있는데 이는 결국 자신의 治療費 本人負擔率을 내려주기를 희망하는 것과 같다. 또한 고액치료비의 일부를 지원해 주기를 바라고 있다. 현재 의료보호 2종의 입원의 경우에만 의료비 대불제도가 실시되고 있어 적용대상과 범위가 매우 제한적이다. 따라서 ① 저소득층의 가장 큰 치료문제인 치료비 부담 완화를 위해서 민간은행에 복지기금을 설치하여 의료비 등의 용자로 이용할 수 있는 제도를 고려할 필요가 있다. 시중의 유희자금을 복지기금으로 유인하기 위한 제도적 인센티브장치와 정부의 利子負擔만으로도 투자단위당 경제적 가치는 약 3배(제4장 <表 4-7> 참조)에 이르게 된다. 또한 ② 본인부담률을 의료보호대상자에게는 다소 경감시켜주고 의료보험대상자의 경우는 최저생계비 이하의 생활영위자에게도 차등 우대부담율을 적용해야 할 것으로 본다. 이는 단순히 福祉的 次元이 아니라 經濟發展力 增進次元에서도 고려되어야 한다.

둘째, 저소득층이 받는 의료서비스체계의 개선이 필요하다. 醫療保護 對象者의 대부분이 의료인의 불친절 내지 차별적 서비스를 불평한지 오래되었으나 아직도 가장 큰 원성의 대상이 되고 있다. 또한 의료보호대상자들의 적지 않은 사람들이 약값으로 많은 돈을 투입하고 있다. 저소득층에 대한 의료서비스를 개선할 수 있는 病醫院管理의 향상과 藥局醫療保險이 실질적 보호효과를 얻을 수 있도록 저소득층이 이용하는 醫療施設 및 人力에 대한 체계적 서비스의 개발이 필요하다. 아직도 저소득층이 주로 이용하는 치료기관이 희망하는 醫療機關이 아닌 가구가 20%에 이르는 문제점을 개선해야 한다. 따라서 저소득층에게 기본적 의료서비스를 적절한 수준까지 제공하기 위해서는 사회보험으로서의 國民醫療保險은 기본적 서비스의 제공에 초점을 맞추고 고소득층은 公的醫療保險에 강제가입과

동시에 민간보험에 가입할 수 있어서 고액 및 보다 양질의 치료를 받을 수 있는 제도를 강구할 필요가 있다. 그래서 저소득층은 공적보험에 의해 불편없는 기본적인 서비스를 받고 고소득층은 그들의 욕구에 부응한 고가의 서비스를 받도록 할 수 있다. 이는 또한 地域醫療保險과 같은 역진성이 큰 社會保險의 복지효과를 증대시키는데 기여할 것이다.

셋째, 저소득층의 많은 사람들은 의료적 치료 이외에 경제적 지원(71.2%), 간병인 서비스(12.8%), 공동입주를 통한 상호의존(3.4%), 통원치료를 돕기위한 서비스(2.5%), 진료대기시간 축소(6.1%) 등을 필요로 하고 있다. 비록 치료비부담은 크게 안 되더라도 움직이기가 어려워 약국을 이용하는 사람도 있다. 이런 사람들에게 대해서는 치료비부담 완화 및 의료서비스의 개선과 더불어 대인서비스 등이 함께 지원되어야 한다.

4. 障礙人 및 老人 등의 脆弱階層에 대한 醫療對策은 獨立的으로 이루어져야 한다.

저소득층 중 상당비율은 障礙人 및 老人家口主 및 家口員을 포함하고 이들의 주요 문제는 수입부족과 질환의 고통이다. 특히 장애인 가구는 질병 이환정도가 오히려 노인보다 심한 것으로 조사되었다(제2장 <表 2-9> 참조). 노인이나 장애인 등은 공통의 질병적 성격을 일반가구보다 크게 지니고 있는 것으로 보고 이들 인구가 각각 주민의 약 2% 및 6%에 이르는 점을 고려할 때 독립적인 질병대책이 효율적인 것으로 본다. 脆弱階層이 이환되기 쉬운 질병이나 부딪치는 일이 많은 질병문제를 전문적이고 집중적으로 다룰 수 있는 노인 전문병의원 및 장애인 전문병의원을 公的施設로서 공급할 필요가 있다.

5. 主要 慢性疾患에 대한 獨立的 政策이 強化되어야 한다.

저소득층에 이환되고 있는 질병은 90년이나 93년 모두 신경통, 위장병, 관절염 등이다. 이들은 疾患比率(43.3%)이 매우 클 뿐 아니라 고혈압, 당뇨병 등의 성인병과 감기 등 호흡기질환을 합하면 저소득층 질환의 대부분을 점유하게 된다.

따라서 저소득층의 질병이환에 효율적으로 대처하기 위해서 몇몇 주요 질병별로 독립적이고 전문적으로 관리할 필요가 있다. 특히 결핵 및 성병 등에 대한 특별관리는 시행되고 있으나 저소득층의 주요 질병에 대한 特別管理는 없다. 더욱이 지방기관에서 지역보건 담당들이 1차 보건의료서비스를 담당하고 있으나 본 조사에 의하면 가장 기본적이고 1차적 서비스나 상담 등 事後管理도 안되고 있는 것으로 보여 질병별로 좁고 전문적인 서비스의 공급이 더욱 효과적인 것으로 생각된다.

6. 醫療脆弱地域에 대한 保健醫療서비스의 供給이 增大되어야 한다.

저소득층의 保健醫療問題는 농촌 및 도시 영세민 밀집지역에서 더욱 심각한 것으로 조사되었다. 농촌의 경우 醫療施設 및 人力이 부족하여 20분 이내에 도달할 수 있는 지역에 배치된 병의원수는 불과 한 개뿐인 것으로 응답한 가구비율이 69.0%나 되어(대도시에서는 37.6%) 의료서비스 공급의 불균형분포가 매우 크다. 그리고 이들 취약지역의 의료서비스는 대체로 경험이 부족하거나 專門人이 아닌 인력이 배치되어 제공되는 의료서비스의 질도 떨어져 醫療人數나 醫療施設 및 서비스의 질에 대해 적당하다고 응답한 가구의 비율은 각각 56.8%(대도시 70.7%) 및 54.9%(대도시 72.9%)에 불과하다(제2장 <表 2-52> 참조). 오랫동안 비판되어 오고 있는 우리나라의 의료공급의 불균형 문제는 결국 공적의료서비스의 획기적 증대로만 가능하다. 우리의 의료서비스 시장이 先進 福祉國에 비해 지나치게 民間市長에 의존하고 있어 의료서비스에 의해 창출되는 사회에 대한 경제적 및 복지적 효과(外部效果)를 극대화하고 있지 못하다. 따라서 공적의료서비스를 농촌 및 영세민 밀집지역에 크게 증대시키기 위해 읍면동 단위별 保健醫療管理所를 설치하여 적절한 인력과 시설의 공급을 획기적으로 증대시키며 이들을 통해 질병예방, 관리 및 1차 보건의료사업 등을 실시해 나가야 할 것이다. 또한 도시의 경우 가칭 동 보건의료관리소를 설치함으로써 지리적 근접성의 증대 뿐 아니라 보건소 및 보건의료관리소의 시설 및 인력의 양적 증대와 질적개선을 이루어서 치료비 부담능력이 부족하여 民間病醫院을 잘 이용치 못하는 저소득층이 쉽게 접근할 수 있도록 하여야 할 것이다.

7. 低所得層의 保健醫療서비스는 다른 福祉事業과 連繫하여 實施될 때 效果的이다.

저소득층의 질병적 문제는 그들의 가구적 특성과 연관되어 발생하는 경우가 흔하므로 질병치료서비스와 동시에 기타의 서비스, 예컨대 가정 간호사 제도, 공부방, 청소년 사업들과 같은 복지사업과 연계하여 실시할 때 저소득층의 呼應度도 크게 증가하고 효과도 클 것으로 지적되고 있다. 물론 조사된 내용에서 보는 바와 같이 저소득층의 醫療問題는 치료비 등 경제적 문제가 가장 크지만 사업의 효율성을 증대시키기 위해 脆弱家口의 특성을 보완 지원해 주는 복합적 사업을 개발할 필요가 있다.

事業連繫는 물론이고 人力의 連繫도 필요하다. 예컨대 社會福祉專門要員의 보건의료적 지식의 부족과 간호사 등 보건의료인력의 복지적 지식의 부족을 상호보완하기 위하여 두 인력의 連繫性을 증대시키는 제도를 만들거나, 혹은 저소득층 질병요인 및 환경으로서 경제사회적 문제가 증대하고 있는 추세이므로 경제사회학 전문가, 사회사업가, 의사, 보건간호사들의 상호 협력체계를 생각해 볼 수 있다. 또한 동일대상에게 급여되는 상이한 서비스 공급자들을 한 기관에 흡수하여 공동의 그리고 상호보완적 서비스 체계를 개발 급여할 수 있을 것이다. 현재 綜合社會福祉館에서 일부 의료서비스 전달이 이루어지고 있으나 일시적이고 일회적인 경향이어서 地域醫療福祉館의 설치 및 활성화나 地域保健機關과 社會福祉館의 연계 혹은 통합을 통한 사업의 보완성을 증진시킬 수 있을 것이다.

參 考 文 獻

- 권이혁 등, 『도시 영세민에 관한 연구』, 서울대학교 보건대학원, 1967.
- 김공현, 안성규 등, 『도시 저소득층지역 보건서비스 개발을 위한 기초조사 연구』, 한국인구보건연구원, 1983.
- 김정순, 정경균 등, 『도시 저소득계층의 의료복지모형 정립을 위한 기초조사 연구』, 『보건학논집』 제 35호, 1983.
- 김진순 등, 『도시 1차 보건의료사업 운영개선 연구』, 한국보건사회연구원, 1989.
- 김진학, 『생활보호대상자 선정조사 방법』, 『'93 한국사회복지학회 추계학술대회 자료집』, 1993.
- 노인철 등, 『의료보호 관리체계 개선방안』, 한국보건사회연구원, 1991.
- 문옥륜, 『예방보건의료의 투자효과에 관한 고찰 - 예방 보건의료사업의 경제적 평가를 중심으로』, 『보건학논집 제41호』, 1988. 6월.
- 박순일 등, 『적정 의약분업연구』, 한국인구보건연구원, 1987.
- 박순일 등, 『저소득층의 사회복지 수요분석』, 한국보건사회연구원, 1991.
- 박순일, 『한국의 빈곤현실과 사회보장』, 일신사, 1994.
- 보건사회부, 『보건사회백서』, 1992.
- 보건사회부, 『보건사회통계연보』, 각년도.
- 보건사회부, 『의료보험 요양급여기준 및 진료수가기준』, 1993.
- 보건사회부, 『주요업무자료』, 각 연도.
- 보건신문사, 『보건연감』, 1993.
- 송건용 등, 『보건의료원 운영실태 조사연구』, 한국보건사회연구원, 1990.
- 송건용 등, 『1989년도 국민건강조사』, 한국보건사회연구원, 1990.
- 송건용 등, 『국민건강 및 보건의식 행태조사』, 한국보건사회연구원, 1992.
- 이규식 등, 『The Economic Consequences of Smoking in Korea, May』, Yonsei University, 1991.
- 유승흠 등, 『피보험자 건강진단 비용-효과분석』, 의료보험관리공단, 1987.

- 임종권 등, 『지방자치화에 따른 보건소 기능 및 행정체계개선 연구』, 한국보건사회 연구원, 1992.
- 전병제 등, 『서울시 저소득층 실태과약과 대책수립에 관한 연구』, 한국산업경제 연구원, 1989.
- 정복란 등, 『생활보호제도 개선방안에 관한 연구』, 한국보건사회연구원, 1990.
- 정복란 등, 『의료보호사업의 내실화방안 연구』, 한국보건사회연구원, 1989.
- 최천송 등, 『1966년도 건강조사 결과보고』, 사회보장심의위원회, 1967.
- 프랑스와 레니에, 『예방도 광의의 건강에 포함되어야 한다』, 『해외연구자료 1』, 전국의료보험연합회, 1981.
- 한국산업경제연구원, 『서울시 저소득층 실태과약과 대책수립에 관한 연구』, 1989.
- Barom, M.S., *The Use of Cost-Benefit Analysis in Regulatory Decision - Making Is Proving Harmful To Public Health*, in W.J. Nicolson(ed), *management of Assessed Risk for carcinogens*, The New York Academy of Sciences, 1981.
- Boadway, R.W. and Wildasin, D.E., *Public Sector Economics*, 2nd ed. Little, Brown and Company, 1984.
- Danziger S.H. and Daniel H.Weinberg. *Fighting Poverty-What works and what doesn't-*. Harvard University Press, 1986.
- Mishan, E.J., "Evaluation of Life and Limb: A Theoretical Approach" *Journal of Political Economy*, 1971,
- Fisher, I., *National Vitality, Its Wastes and conservation*, Washington D.C., 1910.
- Luft, H.S., *Poverty and health - Economic Causes and Consequences of Health Problems*, Harper & Row Publishers INC. 1978.
- Mishan, E.J., "Evaluation of Life and Limb:A Theoretical Approach", *Jornal of Political Economy*, 1971. July.
- Myers, R.J., *Social Security*, 3rd ed. McCahan Foundation Book Series, 1985.
- Nicolson, W.J.,(ed), *Management of Assessed Risk for Carcinogens*, The New York Academy of Sciences, 1981.

Rimlinger, G.V., *Welfare Policy and Industrialization in Europe, America and Russia*, John Wiley & Son, Inc. 1971.

U.S.department of Health and Human Services, Health Care Financing Administration. *Medicaid Statistics-program and financial statistics financial year, 1991-1993.1.*

_____, Social Security Administration.
Social Security Programs in United States, 1991.

_____, *Healthy People 2000-National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*, 1991.

Williams, S.J./Paul R.Torrens. *Introduction to Health Services*, 3rd ed. John Wiley & Sons, 1988.