

2005학년도

도서지역 주민의
공공보건의료기관 이용에 관한 조사연구

-제주도와 부속도서의 비교-

A Study on the Utilization of Public Health Centers
in Island Inhabitants

-Jeju Island and Its Affiliated Islands-

원광대학교 대학원

보건행정학과

고 민 석

도서지역 주민의
공공보건의료기관 이용에 관한 조사연구

-제주도와 부속도서의 비교-

A Study on the Utilization of Public Health Centers
in Island Inhabitants

-Jeju Island and Its Affiliated Islands-

지도교수 김 종 인

이 논문을 보건행정학석사 학위논문으로 제출함

2006년 4월

원광대학교 대학원

보건행정학과

고 민 석

고민석의 보건행정학 석사 학위논문을 인준함

심 사 위 원

심사위원장 원 석 조 ㉠

심사위원 윤 치 근 ㉠

심사위원 김 중 인 ㉠

원광대학교 대학원

2006년 6월

목 차

ABSTRACT	vi
I. 서 론	1
1. 연구의 배경 및 목적	1
2. 연구의 내용 및 구성	4
II. 이론적 배경	6
1. 도서의 개념과 기본현황	6
1) 도서의 개념 및 일반적 특성	6
2) 도서의 기본현황	9
2. 일차보건의료와 공공보건의료서비스	12
1) 일차보건의료의 정의	12
2) 도서지역 일차보건의료의 필요성	13
3) 도서지역 공공보건의료서비스체계와 현황	15
3. 의료이용과 관련된 이론 및 선행연구	21
1) 의료이용행태의 정의	21
2) 의료이용과 관련된 행태 모형	22
3) 도서지역 주민의 의료이용에 관한 국내 연구고찰	27
III. 연구방법	30
1. 연구 모형	30
2. 연구대상 및 자료수집	32
3. 변수의 선정 및 측정	33
4. 분석방법	40

IV. 연구결과	4
1. 대상인구집단의 특성	41
1) 개인속성	41
2) 이용가능성	43
3) 질병인지성	45
2. 공공보건의료기관 이용도	48
1) 공공보건의료기관 이용여부	48
2) 월평균 공공보건의료기관 이용횟수	54
3. 공공보건의료기관 이용에 대한 결과	57
1) 공공보건의료기관에 대한 만족도	57
2) 공공보건의료기관에 대한 서비스요구도	61
V. 고찰	64
1. 연구대상과 방법에 대한 고찰	64
2. 연구결과에 대한 고찰	66
1) 대상인구집단의 특성	66
2) 공공보건의료기관 이용도	67
3) 공공보건의료기관 이용에 대한 결과	70
VI. 결론	73
1. 연구의 요약	73
2. 연구의 시사점	75
참고문헌	77
부 표	83
설문지	95

표 목 차

<표 2-1> 전국도서현황	9
<표 2-2> 제주도의 행정구역 현황	10
<표 2-3> 제주도의 부속도서 현황	11
<표 2-4> 제주도 의료시설 현황	17
<표 2-5> 제주도 의료인력 현황	18
<표 2-6> 제주도 부속도서의 의료시설 현황	19
<표 2-7> 제주도 부속도서의 공공보건의료인력 현황	20
<표 2-8> 제주도 부속도서의 공공보건의료기관 진료서비스	21
<표 3-1> 지역별 조사대상자 현황	32
<표 3-2> 변수의 측정방법	39
<표 4-1> 거주지역간 개인속성	42
<표 4-2> 거주지역간 이용가능성	44
<표 4-3> 거주지역간 질병인지성	45
<표 4-4> 거주지역간 만성질환별 분포	46
<표 4-5> 거주지역간 급성질환별 분포	47
<표 4-6> 거주지역간 만성질환 이환으로 인한 의료기관 이용여부	48
<표 4-7> 거주지역간 만성질환 이환시 치료기관 종류	49
<표 4-8> 거주지역간 급성질환 이환으로 인한 의료기관 이용여부	49
<표 4-9> 거주지역간 급성질환 이환시 치료기관 종류	50
<표 4-10> 조사대상자 전체의 공공보건의료기관 이용여부에 영향을 미치는 요인	51
<표 4-11> 부속도서 주민의 공공보건의료기관 이용여부에 영향을 미치는 요인	52

<표 4-12> 제주도 주민의 공공보건의료기관 이용여부에 영향을 미치는 요인	53
<표 4-13> 거주지역간 월평균 공공보건의료기관 이용횟수	54
<표 4-14> 조사대상자 전체의 월평균 공공보건의료기관 이용횟수에 영향을 미치는 요인	55
<표 4-15> 부속도서 주민의 월평균 공공보건의료기관 이용횟수에 영향을 미치는 요인	56
<표 4-16> 제주도 주민의 월평균 공공보건의료기관 이용횟수에 영향을 미치는 요인	56
<표 4-17> 거주지역간 공공보건의료기관 만족도	57
<표 4-18> 거주지역간 공공보건의료기관 만족이유	58
<표 4-19> 조사대상자 전체의 공공보건의료기관 만족도에 영향을 미치는 요인	59
<표 4-20> 부속도서 주민의 공공보건의료기관 만족도에 영향을 미치는 요인	60
<표 4-21> 제주도 주민의 공공보건의료기관 만족도에 영향을 미치는 요인	60
<표 4-22> 거주지역간 공공보건의료기관 서비스요구도	61
<표 4-23> 조사대상자 전체의 공공보건의료기관 서비스요구도에 영향을 미치는 요인	62
<표 4-24> 부속도서 주민의 공공보건의료기관 서비스요구도에 영향을 미치는 요인	63
<표 4-25> 제주도 주민의 공공보건의료기관 서비스요구도에 영향을 미치는 요인	63

그림 목 차

<그림 1-1> 연구의 구성	5
<그림 2-1> Andersen의 의료서비스 이용행태 모형	25
<그림 2-2> Andersen의 새로운 의료이용 모형	27
<그림 3-1> 연구모형	31

부 표 목 차

<부표 1> 개인속성에 따른 공공보건의료기관 이용여부 관련요인	83
<부표 2> 이용가능성에 따른 공공보건의료기관 이용여부 관련요인	84
<부표 3> 질병인지성에 따른 공공보건의료기관 이용여부 관련요인	85
<부표 4> 개인속성에 따른 월평균 공공보건의료기관 이용횟수 관련요인	86
<부표 5> 이용가능성에 따른 월평균 공공보건의료기관 이용횟수 관련요인	87
<부표 6> 질병인지성에 따른 월평균 공공보건의료기관 이용횟수 관련요인	88
<부표 7> 개인속성에 따른 공공보건의료기관 만족도 관련요인	89
<부표 8> 이용가능성에 따른 공공보건의료기관 만족도 관련요인	90
<부표 9> 질병인지성에 따른 공공보건의료기관 만족도 관련요인	91
<부표 10> 공공보건의료기관 이용도에 따른 만족도 관련요인	91
<부표 11> 개인속성에 따른 공공보건의료기관 서비스요구도 관련요인	92
<부표 12> 이용가능성에 따른 공공보건의료기관 서비스요구도 관련요인	93
<부표 13> 질병인지성에 따른 공공보건의료기관 서비스요구도 관련요인	94
<부표 14> 공공보건의료기관 이용도에 따른 서비스요구도 관련요인	94

ABSTRACT

A Study on the Utilization of Public Health Centers in Island Inhabitants

-Jeju Island and Its Affiliated Islands-

Ko Min-Seok
Dept. of Health Administration
Graduate School of
Wonkwang University

Thanks to the outstanding economic growth of our country, health care sector has made remarkable strides both in quantity and quality, despite its short history. That has made a great contribution to the maintenance and promotion of people's health. However, there is a severe regional gap in this aspect, which results from an unequal and unbalanced supply of medical resources available. Specifically, island inhabitants who are disadvantaged in terms of geographic conditions, living environments and traffic convenience also find it not easy to have quality health care services accessible to themselves.

The purpose of this study was to examine how much local residents in Jeju Island and its affiliated islands accessed public health centers, what affected their use of these centers, to what extent they were satisfied with them, what type of health services they were in want of and what concerned their satisfaction level and needs for services. It's basically meant to pave the way for successful policy setting in a bid to help provide more accessible

and quality health care services to island inhabitants.

A revised research model based on Andersen's prediction model(1995) was adopted, and the subjects in this study were 400 local residents who were at the age of 20 and up in Jeju Island and its affiliated islands. A survey was conducted from July 18 through August 2, 2005, and the answer sheets from 384 people, who included 190 from Jeju Island and 194 from its affiliated islands, were gathered and analyzed.

For data handling, SPSS 13.0 for Windows program was employed to fulfill a frequency analysis, descriptive statistics, Chi-square test, t-test, ANOVA, logistic regression and stepwise multiple regression was utilized.

The major findings and implications of the study were as follows:

First, as for gap in population characteristics among the respondents by residential area, there was a difference among their personal attributes including age, occupation, marital status and educational level. Their enabling resources factor was statistically significantly different according to every selected variable including income, type of medical security, access time to public health center and type of regular sources of care. But there was no gap among their awareness of diseases.

Second, utilization of health care centers in affiliated islands inhabitants with chronic diseases significantly less. Utilization of health care centers with acute diseases, however, no significant disparity existed between Jeju Island and its affiliated islands inhabitants. When they developed chronic or acute diseases, public health centers were most widely utilized by the affiliated islands inhabitants, but in Jeju Island, doctor's offices were most frequently used. The gap between the two groups was significant in this regard. Concerning utilization of public health centers per month in the affiliated

islands inhabitants significantly more often than the Jeju Island.

Third, their religion was a significant impact on use of public health centers. The affiliated islands inhabitants were significantly affected by their religion, chronic diseases, acute diseases and subjective health status in use of public health centers. In Jeju Island, however, no factors exercised a statistically significant influence on use of public health centers, since they scarcely used public health centers when they developed any diseases. Their religion also exercised a significant influence on utilization of public health centers per month. The affiliated islands inhabitants were significantly affected by their educational level, type of regular sources of care, acute diseases, subjective health status and income in utilization of public health centers per month. In Jeju Island, that was under the significant influence of age, access time to public health center and type of regular sources of care.

Fourth, as to their satisfaction level with public health centers, the largest group of the residents in the affiliated islands found them just not to be bad, and the second greatest group expressed satisfaction with them. The largest number of the residents in Jeju Island considered them just not to be bad, and the second largest group found them unsatisfactory. The affiliated island residents singled out easy accessibility as the biggest reason, while the Jeju Island inhabitants pointed out inexpensive medical bills as the greatest reason. The affiliated island inhabitants were significantly more in want of services provided by public health centers than the Jeju Island inhabitants. Regarding their needs for different types of services, first-aid system was most emphasized by the affiliated island inhabitants, followed by regular treatment and dental treatment. Regarding the Jeju Island inhabitants needs for service, health checkup was required the most, followed by counseling

about diseases, prevention of diseases and regular treatment.

Fifth, satisfaction level with public health centers wasn't significantly affected by their religion. The affiliated islands inhabitants were under the significant influence of utilization of public health centers per month and the type of medical security in that aspect, but in Jeju Island, that was significantly affected by access time to public health center, utilization of public health centers per month, type of regular sources of care, and educational level. Concerning needs for services, their religion was a significant impact on their needs for services. In the affiliated islands, their needs for service were significantly affected by utilization of public health centers per month, occupation and age, and in Jeju Island, their needs were significantly impacted by educational level.

The above-mentioned findings suggested that given the fact public health centers were more popular in islands than in any other region, it's required to prepare an efficient public health care system, personnels, facilities, equipment and service programs in light of the specificity of islands. Above all, health workers should continue to be nurtured, who can work at community health centers. Doctors who are in charge of public health should be encouraged to provide health care services voluntarily, and it's needed to make the most of these personnels. Public health centers should be well equipped to be equivalent to doctor's office to improve the quality of services, as it's not easy to establish private health care institutes in islands. In addition, extensive health policies should be formulated, which cover every possible service including prevention of diseases, health promotion, treatment and rehabilitation, and public health centers should provide more intensive and integrated medical services.

I. 서 론

1. 연구의 배경 및 목적

보건의료서비스를 제공받을 수 있는 권리가 국민의 기본권의 하나로 등장되면서 사회정의 차원에서 보건의료수혜의 불평등 현상을 시정하고 분배의 형평성을 달성하는 것이 현대복지국가의 중요한 정책이념이 되고 있다. 예컨대 의료서비스 분배의 형평성에 대한 논의는 시장기구의 기능을 극대화하는 자유주의적 정의관과 필요에 따른 분배원칙을 중시하는 평등주의적 정의관에 기초하여 전개되어 왔으나, 대다수 국가의 정책목표에서 보건의료의 특성상 시장기구에 맡기기보다 사회정의에 입각한 공정개입을 통해 형평한 분배를 이루어야 한다는 평등주의적 입장이 훨씬 설득력을 얻고 있는 추세이다. 이에 따라 각 국가에서는 역사적 배경과 여건에 맞추어 사회구성원은 누구를 막론하고 자기가 속한 계층에 관계없이 필요할 때 적절한 의료서비스를 이용할 수 있도록 각종 제도적 장치를 마련하여 시행하고 있다(장동민·문옥륜, 1996).

우리나라에서도 WHO의 1978년 Alma-Ata 선언 후인 1980년 12월 31일 ‘농어촌 의료를 위한 특별법’이 공포되어 무의지역에서는 간호사를 보건진료원으로 활용이 가능하게 되었고, 의사인력의 증원을 위한 공중보건장학제도와 공중보건 의활용제도가 실시됨으로써 농어촌 무의지역에 보건인력이 배치되어 농어촌의 의료수요를 담당하게 되었다(한국인구보건연구원, 1981). 이에 근거하여 설치된 보건진료소가 무의지역에서의 일차보건사업에 성공적으로 이용되었음은 많은 연구들이 지적한바 있다.

또한 1977년 7월 강제형 사회보험의 형태로 출발하여 지속적으로 적용대상을 확대시킨 결과 1989년에는 전 국민을 대상으로 한 의료보험제도가 실시되기에 이르렀다. 그동안 국민들의 총량적인 의료이용측면에서는 괄목할 만한 증가를

나타냈는데, 이는 의료보험의 목적 가운데 하나가 의료접근성에 대한 경제적 장애요인을 제거함으로써 필요에 따른 균등한 접근기회를 보장하는 것임에 비추어 당연한 귀결로 볼 수 있다.

그러나 지금까지 우리가 추구해 온 건강하고 행복한 삶이 이루어졌다거나 국민 모두가 만족하는 보건의료서비스를 제공받고 있다고는 말할 수 없을 것이다. 보건의료서비스는 모든 사람들에게 골고루 균등하게 혜택이 제공되어야 함에도 불구하고 전체 의료기관의 약 92%가 도시지역에 집중되어 있고(보건복지통계연보, 2004), 집단화 및 전문화로 도시 주민들은 편리하고 수준 높은 의료서비스를 제공받을 수 있는 반면, 지리적 여건과 생활환경, 교통편의 등이 열악한 농어촌 및 벽지지역은 상대적으로 취약한 의료환경에 노출되어 있어 양질의 의료 수혜로부터 많은 소외를 당하고 있다.

특히, 도서지역은 지리, 환경적으로 특수한 상황 속에서 여러 가지 문제를 안고 있다. 인적, 물질적 혜택이 부족할 뿐 아니라, 담당해야 할 노동의 양이 많고 바다의 조수간만의 차이에 따라 작업이 이루어지기 때문에 식사나 배설과 같은 기본적인 생활이 불규칙하고 자녀교육으로 인한 가족의 해체, 전국 평균을 넘는 노령화 지수, 높은 만성질환 이환률, 불법의료행위 혹은 약물의 오·남용, 낮은 교육수준과 영양섭취의 불균형 등 지역주민의 건강에 직·간접적인 영향을 미치는 문제가 심각한 실정이다. 또한 도서지역 주민은 건강과 관련된 여러 가지 문제가 있음에도 불구하고 지리, 환경적 제약으로 인하여 질병이 악화될 대로 악화된 후에야 육지에서 진료를 받게 되므로 고액의 진료비는 물론 체제비 등의 과잉지출이 초래되고 있다(신경림, 2000).

의료보장제도가 지향하는 보건의료를 받을 권리(right to health care)는 보건의료서비스를 필요로 하는 모든 사람이 보건의료서비스에 접근(access to medical care service)할 권리를 갖는 것을 의미한다. 그러나 보건의료를 받을 권리보장, 즉 접근의 형평성에 있어 의료자원의 한정성과 보건의료서비스의 경제재화로서의 특수성은 자원배분을 저해하여 지역간, 계층간의 불평등을 유발하고

의료서비스에의 형평적인 접근을 방해하는 요인이 되고 있다. 이러한 의료에의 형평적인 접근을 보장하기 위해서는 의료이용의 격차가 구체적으로 어떠한 요인에 의해 비롯되었는가를 밝힐 필요가 있게 된다.

의료이용에 관한 연구결과는 중요한 보건정책에 대한 의사결정 자료로 활용될 수 있는데, 특히 지역사회의 의료수요에 대한 정보는 보건의료 자원 배분에 중요한 기준을 제공할 수 있다. 또한 일련의 연구들을 통해 얻어진 의료이용에 영향을 미치는 요인에 대한 이해는 인구계층 또는 지역간에 서로 다른 이유를 설명하고, 의료이용의 변화추세를 예견하는데 필수적이라 할 수 있다. 그리고 의료이용을 바람직한 수준으로 변화시키는 방안도 이에 관한 연구결과를 바탕으로 해야만 마련될 수 있다(진기남 등, 1999).

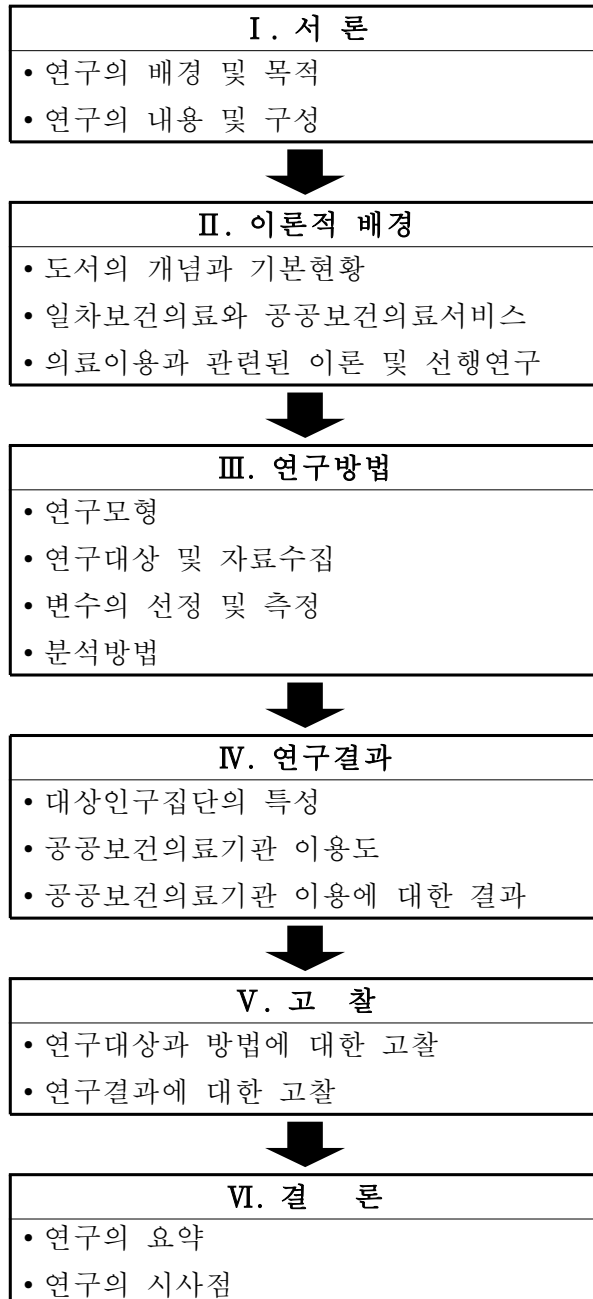
도서지역은 일반적으로 육지지역에 비해 의료이용을 결정하는데 많은 제약요인들을 가지고 있으므로 육지지역과는 차별화 된 의료서비스를 제공하고 보건사업의 방향을 결정하는 것이 더욱 중요한 의미를 갖는다. 특히 제주도는 사면이 완전히 바다로 둘러싸여 있어 자연지리적 조건에 있어서는 도서로 구분되지만, 정책적 입장에서 다루어질 때에는 도서지역에서 제외되고 있다(내무부, 1981). 따라서 행정체계와 보건의료서비스체계가 잘 갖추어진 도서로서의 제주도와 소규모 도서의 특성을 잘 나타내고 있는 그 부속도서와의 비교는 매우 의미있는 연구라 할 수 있다.

본 연구는 제주도와 그 부속도서 주민들의 공공보건의료기관 이용양상과 이에 영향을 미치는 요인을 분석하고, 나아가 공공보건의료기관에 대한 만족도 및 서비스요구도와 이에 영향을 미치는 요인을 거주지역 별로 비교·분석해 보고자 한다. 이러한 비교·분석 결과를 통하여 향후 도서지역 주민들에게 보다 편리하고 수준 높은 보건의료서비스 제공을 위한 정책개발에 실증적 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구의 내용 및 구성

본 연구는 6장으로 구성되어 있으며 각 장의 개요는 다음과 같다.

제 1장은 서론으로서 본 연구의 배경 및 목적, 그리고 연구의 내용 및 구성을 담고 있으며, 제 2장에서는 본 연구의 배경이 되는 이론들을 살펴보았다. 먼저 연구의 대상지역인 도서지역에 대한 정의와 특성, 현황 등을 살펴보고, 일차보건의료의 정의와 도서지역에서의 일차보건의료의 필요성, 도서지역의 공공보건의료서비스체계와 현황에 대하여 살펴보았다. 그리고 의료이용에 관한 이론 및 모형과 도서지역 주민들을 대상으로 한 의료이용에 대한 선행연구들을 살펴보았다. 제 3장에서는 이론적 배경으로부터 도출된 모형에 따라 연구모형을 제시하고, 연구의 대상 및 자료수집 방법과 연구에 사용된 변수의 선정과 측정, 분석방법에 대한 내용을 담고 있다. 제 4장은 연구의 목적을 달성하기 위한 실증 분석의 결과를 담고 있다. 첫째, 공공보건의료기관 이용에 영향을 미치리라 생각되는 요인들을 거주지역 별로 비교·분석함으로써 제 요인에 대한 주민들의 상대적 비중 및 그 의의를 분석하였다. 둘째, 주민들의 의료이용 양상 및 공공보건의료기관 이용도를 거주지역 별로 비교·분석하였다. 셋째, 공공보건의료기관 이용에 영향을 미치는 요인을 거주지역 별로 비교·분석하였다. 넷째, 주민들의 공공보건의료기관에 대한 만족도와 서비스요구도를 거주지역 별로 비교·분석하였다. 다섯째, 공공보건의료기관에 대한 만족도와 서비스요구도에 영향을 미치는 요인을 거주지역 별로 비교·분석하였다. 제 5장에서는 연구대상과 방법에 대한 고찰과 연구결과에 대한 고찰을 실시하였고, 마지막 제 6장 결론에서는 연구의 결과와 고찰을 바탕으로 본 연구의 요약과 시사점을 제시하였다.



<그림 1-1> 연구의 구성

II. 이론적 배경

1. 도서의 개념과 기본현황

1) 도서의 개념 및 일반적 특성

(1) 도서의 개념

도서의 우리말은 ‘섬’으로 해, 하, 호, 소 등 수계로 둘러싸인 일정규모 이하의 육지를 말하며 만조시에 해변 밑으로 수몰되지 않는 곳이다. 만조시에 수몰되는 곳은 “여”라고 부르는데 주로 암초로 이루어져 있다. 이와 같이 도서는 수계에 에워싸인 지역을 의미하나 대륙 또는 반도와는 분리·고립되어 있는데 특히 북반구 Greenland의 면적인 2,175,600km²이상의 면적을 가진 곳은 도서가 아닌 대륙이라 하며 5대양 6대주에서 6대주가 이에 속한다(엄기철 등, 1996).

일반적인 도서의 개념은 인간의 생활공간 즉, 경제생활의 하나인 지역단위의 관점에서 볼 때 사면이 완전히 수면으로 둘러싸이고 ‘main-land’보다 상업적으로 협소한 육지를 지칭한다¹⁾(전라남도, 1982).

이와 같은 도서의 개념은 우리나라의 정책적 입장에서 다루어질 때 좀 더 명확히 하고 있는데, 만조시 사면이 바다로 둘러싸인 지역으로서 현재 간척, 매립되었거나 방파제, 방조제, 교량 등으로 연속된 지역과 제주도를 제외한 지역을 도서라고 하고 있다(내무부, 1981).

본 연구는 공공보건의료서비스의 정책개발에 실증적인 기초자료를 제공하고자 하는데 그 목적이 있으므로, 우리나라의 정책적 입장에 입각하여 제주도를 도서 지역에서 제외하였다.

1) 여기에서의 육지는 ‘바다’라는 의미와 반대되는 의미로 쓰임.

(2) 도서지역의 일반적 특성

도서지역 역시 타 지역과 마찬가지로 인구 및 산업구조, 사회간접시설, 지리적 여건에 따라 일률적일 수는 없다. 하지만 일반적으로 지적할 수 있는 특수성은 다음과 같이 자연지리적 구조, 사회문화구조, 정주구조, 경제구조에서 찾아볼 수 있다.

① 자연지리적 구조

도서지역은 지리적으로 격절성과 협소성의 특수성을 가지고 있다. 도서는 4면이 바다로 둘러싸인 환해성과 지리적 격절성으로 인해 사회, 경제, 문화, 교육, 의료 등 모든 분야에서 육지지역에 비해 수혜의 폭이 좁다. 또한 도서의 대부분은 해안선을 따라 환상형으로 전 또는 답이 발달되어 있고 중심은 산지로 구성되어 있어 공간적으로 상당히 협소하다. 이러한 지리적 취약성은 도서민의 기초적 일상생활은 물론, 육지와 사회·경제적 연계생활과 물류활동 등의 상호보완성에 제약을 주어 도서지역 발전의 저해요인이 되고 있다(엄기철 등, 1996).

② 사회문화구조

도서지역의 교통·통신 수단의 미발달은 주민의 수평적인 사회적 유동성을 제한하고 있으므로 대외관계에 있어서도 폐쇄적이며, 수직적 유동성도 제한되어 있어 비교적 정체상태에 처해 있다. 또한 도서지역은 사회 간접자본에 대한 투자의 망각지대로서 개발투자가 활발히 이루어지는 육지지역과의 사회구조적 격차가 심화되고 있기 때문에 교육수준이 높은 젊은 인구층의 유출이 심하다.

주민의 생활양식과 의식구조는 자연의존성이 강하고, 정보교환수단의 결여와 대외접촉빈도가 낮기 때문에 거래가격에 대한 지식의 보급이 늦어 거래과정에서 일어나는 중간상인의 수탈행위로 피해의식이 강하며, 육지지역으로 이동하려는 잠재적 도피의식이 강하다(정득규, 1976; 조재육, 1978).

③ 정주구조

도서지역은 육지지역에 비해 인구밀도가 낮고 단위도서당 인구가 적어 시설입지의 경제성은 매우 낮을 수밖에 없다. 또한 생산기반시설에 있어 수리안전담울, 경지정리울, 호당경제작물 생산량이 육지보다 저조하고 주요 생활환경시설에서는 학교 수를 제외하고는 육지지역보다 모두 낮은 수준이다. 도로 및 어항지원 시설도 모두 육지지역보다 낮는데 가장 심각한 것은 상수도시설, 통신시설, 보건 의료시설, 도로시설로 대부분 전국의 1/3 수준에도 미치지 못하고 있다. 이와 같은 정주생활여건의 열악은 지역경제의 저하, 발전전망의 결여, 자녀교육의 어려움 등과 결부되어 주민의 유출을 가속화하고 있다(엄기철 등, 1996).

④ 경제구조

도서지역의 경제구조는 바다를 생산의 장으로 하는 어업과 수산업을 연상하기 쉽다. 그러나 부가가치에 의한 생산구조를 보면 농업의 구성비가 67.8%로서 농업이 주업이며 수산업은 30.5%에 불과하다. 섬에 따라 다소의 차이를 보이고는 있으나 주농종어형 경제구조가 지배적이다(엄기철 등, 1996). 토지자원이 절대적으로 협소하다는 사실과 수자원의 부족으로 답작보다 전작위주의 영농을 하고 있기 때문에 그 생산량은 극히 적다. 또한 몇 개의 손꼽을 수 있을 정도의 어업 전진기지를 제외하고는 제조업은 전무한 상태이다. 서비스 부문은 대개 육지인의 자본(주로 중간상인)에 의해 지배되고 자본수익의 대부분은 육지로 유출되기 일췌이다(조재욱, 1978).

최근 일부 도서지역에서는 자연환경을 관광산업으로 개발하여 사회·문화·경제적으로 발전적 변화를 보이는 지역도 있으나, 이는 육지와 비교적 근거리에 있고 교통이 편리한 일부 도서지역에서 나타나는 변화로써 도서지역의 일반적인 특성이 변화하고 있다고 보기에는 어려움이 있다.

2) 도서의 기본현황

(1) 우리나라 도서의 기본현황

우리나라는 삼면이 바다로 둘러싸인 반도국으로서 약 3,167개소에 달하는 크고 작은 유·무인도가 영해 안에 산재되어 있다. 이중 유인도가 전체의 15.5%인 492개소이고 무인도가 84.5%인 2,675개소이다. 도서의 총면적은 3,912.26km²로 전국토 면적의 3.92%를 차지하고 있으며 인구가 833,494명으로 전국의 1.72% 정도가 되며, 가구수는 총 308,843가구로서 전국의 1.78%를 점하고 있다(표 2-1).

전국 도서 중에서 제주지역 부속도서의 수는 63개소로 전체 도서의 1.99%, 면적은 15.47km²로 0.40%이며, 유인도 거주 인구는 5,616명으로 4.68%, 가구수는 2,406가구로 0.78%에 해당한다.

<표 2-1> 전국도서현황

(2004. 12. 31. 기준)

구분	도 서 수			면 적 (km ²)			유 인 도 세대 및 인구 ¹⁾	
	계	유인도	무인도	계	유인도	무인도	세대	인구(명)
합 계	3,167	492	2,675	3,912.26	3,827.16	86.30	308,843	833,494
부 산	41	3	38	37.91	34.59	3.32	28,867	169,724
인 천	155	40	115	689.25	681.40	7.85	42,175	106,720
울 산	4	-	4	0.04	-	0.04	-	-
경 기	66	12	54	66.60	43.74	0.86	3,608	7,963
강 원	32	-	32	0.26	-	0.26	-	-
충 남	265	41	224	278.68	266.17	12.51	9,342	19,651
전 북	107	27	80	42.49	39.27	3.22	2,715	7,129
전 남	1,965	279	1,686	1,800.09	1,755.49	44.61	83,520	214,692
경 북	43	3	40	72.79	72.58	0.21	3,755	9,191
경 남	426	79	347	934.036	920.997	12.582	102,332	292,807
제 주	63	8	55	15.47	13.82	1.65	2,406	5,616

자료 : 2005 행정자치통계연보, 행정자치부

(2) 제주도 및 부속도서의 기본현황

제주도는 크게 2개의 시와 2개의 군으로 이루어져 있으며, 이하 행정구분 현황은 <표 2-2>와 같다. 시·군별 인구분포 비율은 제주시 53.3%, 서귀포시 15.1%, 북제주군 18.4%, 남제주군 13.2%로 제주시 지역에 인구가 집중되어 있다. 세대분포 비율은 제주시 52.7%, 서귀포시 15.0%, 북제주군 19.0%, 남제주군 13.3%이다. 인구변동추세를 보면, 제주시는 지속적으로 인구가 증가하고 있으며, 서귀포시는 2000년부터 감소추세를 보이다가 2004년부터 인구가 증가하고 있다. 북제주군과 남제주군은 2000년부터 감소추세를 보이다가 북제주군은 2002년부터 현재까지 계속 인구가 증가하고 있으나 남제주군은 인구 감소현상이 지속되고 있다(제주도, 2005).

<표 2-2> 제주도의 행정구역 현황

(2005. 1. 1. 기준)

구 분	행 정 구 분			면적(km ²)	세 대 및 인 구	
	읍	면	행정동		세 대	인구(명)
제 주 도	7	5	31	1,848.18	199,989	557,235
제 주 시	-	-	19	255.49	105,459	296,990
서귀포시	-	-	12	254.89	29,985	84,070
북제주군	4	3	-	722.31	37,961	102,342
남제주군	3	2	-	615.49	26,584	73,833

자료 : 2005 행정자치통계연보, 행정자치부
2005 주요행정총람, 제주도

제주지역의 부속도서는 총 63개소이고, 그 중 유인도는 8개소이다. 유인도 8개소 중 6개소가 북제주군지역에 있으며, 2개소가 남제주군지역에 위치하고 있다. 그 중 상추자도와 하추자도는 다리로 연결되어 있어 사실상 하나의 도서를 이루고 있다. 또한 횡간도와 추포도도 근접지역에 위치하고 있으며, 인구수와 가구수가 적고, 생활기반을 추자도에 두고 있기 때문에 추자군도를 이루는 상추자도,

하추자도, 횡간도, 추포도를 추자도로 통합하고 있다.

제주지역 유인도의 면적은 13,823km²로 제주지역 총 면적(1,848.18km²)의 0.75%에 해당하고, 인구는 5,616명으로 제주지역(557,235명)의 1.00% 정도가 되며, 가구수는 총 2,406가구로서 제주지역(199,989가구)의 1.20%를 점하고 있다. 또한 제주지역의 부속도서는 추자도와 우도를 제외한 각 도서의 면적과 인구규모가 작기 때문에 소규모의 도서에 속한다.

<표 2-3> 제주도의 부속도서 현황

(2004. 12. 31. 기준)

구 분	도 서 수			면 적 (km ²)			유 인 도 세대 및 인구	
	계	유인도	무인도	계	유인도	무인도	세대	인구(명)
합 계	63	8	55	15.472	13.823	1.649	2,406	5,616
제 주 시	-	-	-	-	-	-	-	-
서귀포시	7	-	7	0.450	-	0.450	-	-
북제주군	51	6	45	13.709	12.651	1.058	2,221	5,197
비 양 도	-	-	-	-	0.510	-	63	153
우 도	-	-	-	-	5.991	-	743	1,836
추 자 도	-	-	-	-	6.150	-	1,415	3,208
상추자도	-	-	-	-	1.250	-	951	2,221
하추자도	-	-	-	-	4.170	-	443	952
횡 간 도	-	-	-	-	0.610	-	18	30
추 포 도	-	-	-	-	0.120	-	3	5
남제주군	5	2	3	1.313	1.172	0.141	185	419
가 파 도	-	-	-	-	0.874	-	136	321
마 라 도	-	-	-	-	0.298	-	49	98

자료 : 2005 주요행정총람, 제주도

2. 일차보건의료와 공공보건의료서비스

1) 일차보건의료의 정의

일차보건의료라 함은 예방·치료가 포함된 보건의료개념을 기본으로 하며 지역사회보건의료의 일부분을 차지하는 가장 기본적인 건강요구를 충족시키는데 필요한 보건의료를 뜻한다. 즉 필수보건의료(essential health care)를 지역사회의 각 개인과 가족이 받아들일 수 있고 비용지불이 가능한 방법으로 그들의 적극적 참여하에 골고루 활용할 수 있도록 하는 실제적 방법이다(김종인 등, 1997).

우리 인간의 보건문제는 대부분이 일차적인 경미한 건강상 문제로서 이는 전체 건강문제의 80% 이상을 점유한다고 한다. 따라서 일차적인 보건문제는 조기에 적절한 진료를 하거나 그 문제의 원인(사회·경제·환경적 요인)을 지역사회 공동노력으로 해결할 때 그 일차적인 문제가 쉽게 해결되어 이차적인 중증으로 진전되지 않게 됨으로써, 결과적으로 지역사회주민의 건강유지와 증진은 물론 의료비의 절감을 가져올 수 있도록 지역사회가 적극적으로 참여하여 보건문제를 효율적으로 해결하는 것이 일차보건의료의 근본원리이다(김종인 등, 1997).

따라서 일차보건의료는 건강한 일상생활을 영위하는데 필요한 가장 기본적인 요구를 충족시켜 주기 위하여 건강증상 또는 건강문제의 경중을 막론하고 주민 또는 환자가 가장 먼저 보건진료제도에 접촉하는 첫 관문이 되며, 그 주어진 건강상태가 질병이라는 부정적 측면으로 진전되는 것을 저지하기 위하여, 예방과 진료기술을 동원하여 일차적으로 관리하는 것을 말한다. 즉 사람의 건강상태를 향상시키는데 필요한 모든 요소를 지역수준에서 통합하는 수단을 말하며, 이는 국가의 보건제도에 예방·건강증진·치료·사회복지·지역개발활동 등 모든 보건관련분야를 포함한다(한달선, 1977).

2) 도서지역 일차보건의료의 필요성

도서지역 주민은 생활의 4대 불편사항 중 하나로 보건의료시설의 부족과 이용의 불편을 들고 있다(엄기철 등, 1997). 국민소득이 증가되고, 전국민 의료보험이 실시되고, 병·의원 등의 보건의료자원이 증가되는 등 보건의료와 관련된 제반 여건이 변화함에 따라 육지지역의 경우 의료취약지역이 감소하는 추세이다. 하지만 도서지역의 경우는 의료소외와 의료이용의 불편이 그다지 줄어들지 않은 형편이며, 오히려 의료에 대한 기대수준이 높아진 반면 서비스의 양과 질이 부족하여 주민이 느끼는 불편함은 더욱 커지고 있는 실정이다(임정수 등, 2002).

도서지역의 일차보건의료가 타 지역보다 특히 중요한 의미를 갖는 이유를 구체적으로 들자면 도서지역의 지리적 여건으로 인한 다음과 같은 보건의료의 특수성이 존재하기 때문이다(문 강, 2003).

첫째, 도서지역 주민의 건강상태의 열악성이다. 도서지역은 인적, 물질적 혜택이 부족할 뿐 아니라, 담당해야 할 노동의 양이 많고 바다의 조수간만의 차이에 따라 작업이 이루어지기 때문에 식사나 배설과 같은 기본적인 생활이 불규칙하고 자녀교육으로 인한 가족의 해체, 전국 평균을 넘는 노령화 지수, 높은 만성질환 이환률, 불법의료행위 혹은 약물의 오·남용, 낮은 교육수준과 영양섭취의 불균형 등 지역주민의 건강에 직·간접적인 영향을 미치는 문제가 심각한 실정이다. 선행연구의 결과에서도 육지지역 주민들에 비해 도서지역 주민들은 좋지 않은 건강상태를 보이고 있고, 근골격계 질환, 신생물, 순환기계 질환 등 높은 만성질환 유병률을 보이고 있다(유승흠 등, 1987; 고기호 등, 1992; 신경림, 1997).

둘째, 도서지역은 육지지역과 같은 획일적인 규모, 이동, 전달체계를 적용할 수가 없다. 효과적인 보건의료전달체계의 수립이 과제인데 여기서 중요한 사항은 보건의료기관의 지역적 편중을 해소하여 고르고 쉬운 접근성 및 양질의 의료보장하는 것과 각 수준별 보건의료기관간의 연계 및 협조, 조정이 원활하도록 하는 것이다(구연철, 1979). 하지만 도서지역은 지리적 특성 때문에 교통이 불편

하고 지역이 갖는 고립성으로 인하여 인력, 재정, 시설 및 설비의 적정 배분이 어렵고, 서비스 이용자의 이동에 불편이 따르며, 효율적인 의료전달체계를 구축하기가 어려운 실정이다.

셋째, 도서지역은 보건의료서비스 제공 및 이용의 장애요인이 많다. 인력공급 측면에서 볼 때 도서지역은 보건의료 인력이 부족한 상태이며 외지인력 유입 또한 곤란하다. 보건의료시설 측면에서도 민간의료시설은 육지의 도시에 비해 집중해 분포하고 있고, 공공의료시설 및 장비도 필요에 비해 그 절대수가 부족하고, 지리적 접근성 측면에서도 교통편의시설이 취약하기 때문에 이용의 장애가 되고 있다. 이로 인하여 도서지역 주민은 건강과 관련된 여러 가지 문제가 있음에도 불구하고 질병이 악화될 대로 악화된 후에야 육지에서 진료를 받게 되므로 고액의 진료비는 물론 체제비 등의 과잉지출이 초래되고 있는 실정이다(신경림, 2000).

넷째, 도서지역은 육지, 특히 도시와의 사회문화적 격차가 존재한다. 지리적인 소외는 단순한 거리상의 원근(遠近)만이 아니라, 이에 따른 사회문화적 배경의 격차가 심해 보건의료서비스 시설 및 인력이 뿌리내리기 어려운 원인이 되고 있다. 도서지역은 대인관계에 있어서 폐쇄적이고, 비교적 정체상태에 처해 있으며, 생활환경시설과 정주생활여건이 열악한 실정이다. 이는 지역경제의 저하, 발전전망의 결여, 자녀교육의 어려움 등의 문제와 결부되어 있다. 이러한 사회문화적 배경은 의료인력들로 하여금 도서지역으로의 진출을 결정하는데 큰 장애요인으로 작용하고 있다.

다섯째, 지리적인 문제와 의료자원의 희소성으로 효율적인 응급의료체계의 구축이 어렵다. 현재 도서지역의 응급의료 특히 응급후송은 대부분 비공식적인 후송체계에 의존하고 있으며, 해군함정이나 군경의 헬리콥터를 이용하는 경우가 있으나, 이는 공식적인 체계에 의한 것이 아니라 상황에 따라 지원이 가능한 것이어서 안정적인 후송체계로 보기 어렵다(대한응급의학회, 2000; 김창엽, 2000).

이와 같은 도서지역 보건의료의 특수성 때문에 보편적인 의료서비스 공급체계

로는 효율적인 대처가 어렵다. 육지에 비해 자원이 제한된 상황에서 도서지역 주민의 보건의료서비스 욕구를 충족시키기 위해서는 지역중심의 일차보건의료 전략을 도입하는 것이 현실적인 대안이며 효율적인 방안이라고 생각된다. 일차 보건의료는 주민건강에 필수적인 보건의료를 지역사회 주민의 참여를 통해 개인과 가족 단위가 이용할 수 있는 서비스체계라고 할 수 있기 때문이다(예방의학과 공중보건 편집위원회, 1999).

이러한 필수적 보건의료 서비스는 실질적이며 과학적인 면에서 합당하고, 사회적으로 받아들일 수 있는 방법과 기량에 바탕으로 두고 있으며, 재정 면에서도 지역사회가 부담 가능한 방법임을 천명하고 있다. 일차보건의료 서비스가 이루어지는 곳은 주민들이 살고 일하는 고장의 최말단 지역으로 마을단위의 건강 보호를 주목표로 하기 때문에 도서지역의 지리적 여건을 극복할 수 있는 현실적인 방안이 될 수 있다(WHO, 1978).

따라서 도서지역 주민들에게 필수적인 의료서비스를 제공하고, 일차보건의료의 근본원리를 충실히 이행하기 위해서는 지역사회와 공공보건의료체계의 역할이 강화되어야 할 필요가 있다.

3) 도서지역 공공보건의료서비스체계와 현황

(1) 도서지역 공공보건의료서비스체계

도서지역의 보건의료서비스는 지리적 특성상 대부분이 공공의료부문에 담당하고 있다. 공공보건의료란 공공보건의료기관이 국민의 건강을 보호·증진하기 위해 행하는 모든 활동으로 규정하고 있다(공공보건의료에 관한 법률 제2조 제1항). 공공보건의료는 민간의료와 더불어 국가보건의료체계의 근간을 이루며 국가나 지방자치단체가 국민 또는 지역주민의 건강수준을 향상시키기 위해 제공하는 보건의료서비스이다.

우리나라 공공보건의료는 주로 보건기관을 통해 제공되는 실정이며, 행정구역에 맞추어 시·군단위에는 보건소, 면단위에는 보건지소, 기타 의료 취약지구에는 보건진료소가 배치·분포하여 공중보건사업을 담당하고 있다.

1956년 보건소법으로부터 시작된 보건지소는 1개 면에 1개소씩 설치되어 있으며 설치·운영에 들어가는 비용은 최초 설치시 전체 비용의 3분의 2를 국가가 부담하고 나머지는 지방자치단체에서 부담한다.

보건지소에 근무하는 의사들은 대부분 공중보건의사로 ‘농어촌 보건의료를 위한 특별조치법(이하 농특법)’에 따라 군복무기간동안 농·어촌 등의 지정장소에서 의무적으로 근무하고 있다(농특법 제5조 제5항). 일반적으로 공중보건의사는 연고지를 우선으로 1개 지역에 계속 근무하나 도서지역과 같은 취약지에서는 1년 근무 후 근무여건이 좋은 곳으로 이동된다. 의료취약지인 도서지역의 보건지소에서 근무하는 공중보건의사는 일반의로서 대부분 의과대학 졸업 직후에 배치되기 때문에 임상경험이 부족하다. 또한 1년 이상 근무하는 예가 거의 없어 도서주민들에게 같은 의사에 의한 1년 이상의 지속적인 보건의료 공급은 어려운 실정이다(유승흠 등, 1987).

보건진료소제도는 1980년 농특법에 의해 시작되었고, 대상지역은 첫째 의사가 배치되어 있지 않고, 계속 배치가 곤란할 것으로 예상되는 의료 취약지역, 둘째 의료시설과의 거리가 통상의 교통수단에 의해 30분 이상 소요되는 지역으로서 인구 500명 이상(도서의 경우 300명 이상)지역으로 군수가 필요하다고 인정하는 지역이다(농특법 제15조; 시행규칙 제17조).

공공보건의료의 하부체계로서 보건진료소는 특정의 구조와 기능을 갖게 되는데, 구조에 있어서는 농특법에 준하여 설정된 구조가 전국 보건진료소에 대해 일괄적으로 적용되고 있다. 보건진료소에 근무하는 보건진료원들은 간호사 또는 조산사의 면허를 가진 자로서 보건복지부 장관이 실시하는 24주 이상의 직무교육을 받은 경우 임용이 가능하다(농특법 제16조).

보건진료소에 배치된 보건진료원의 업무로는 환경위생 및 영양개선에 관한 업

무, 질병예방에 관한 업무, 가족계획을 포함한 모자보건에 관한 업무, 주민의 건강에 관한 업무를 담당하는 자에 대한 교육 및 지도에 관한 업무, 기타 주민의 건강증진에 관한 업무를 하며, 근무지역으로 지정 받은 의료취약지역 안에서 보건복지부장관이 정하는 환자 진료지침에 의하여 경미한 의료행위를 할 수 있다 (농특법 제19조; 시행령 제 14조).

(2) 제주도와 부속도서의 공공보건의료서비스현황

제주도에 위치하고 있는 의료기관은 총 557개소가 있다. 여기에 약국 등을 포함하면 769개의 의료기관이 존재한다. 하지만 이 중 약 61%가 인구가 가장 많은 제주시(467개소)에 위치하고 있으며, 서귀포시, 북제주군, 남제주군에는 100개소 안팎의 의료기관이 존재하고 있는 실정이다. 인구 1인당 의료기관 수를 살펴보면 제주시는 인구 1인당 0.16개소, 서귀포시 0.12개소, 북제주군 0.12개소, 남제주군 0.13개소로 제주시 지역이 상대적으로 다소 많았다.

<표 2-4> 제주도 의료시설 현황

(단위 : 개소)

구 분	합 계	병 의 원					치 과 원	한 의 원	조 산 원	보 건 소	보 건 지 소	보 건 진 료 소	약 국 등
		계	중 합 병 원	병 원	한 방 병 원	의 원							
합 계	769	286	6	3	1	276	120	88	1	4	12	46	212
제 주 시	467	191	5	1	1	184	88	55	1	1	-	-	131
서귀포시	102	43	1	1	-	41	16	12	-	1	1	-	29
북제주군	108	30	-	1	-	29	8	9	-	1	7	23	30
남제주군	99	22	-	-	-	22	8	12	-	1	4	23	22

† 부속도서지역 의료시설 포함

‡ 의원은 부설의원 포함

자료 : 2005 주요행정총람, 제주도

의료인력도 지역별로 차이를 보이고 있다. 약국을 운영하거나 약국에 소속된 약사를 제외한 의료인력 수를 지역별로 비교해보면 <표 2-5>와 같다. 제주도에 는 현재 3,279명의 의료인력이 있으나 이들 중 대부분인 2,470명이 제주시에 있 다. 이는 제주도 전체 의료인력의 약 75.3%에 해당하는 수이다. 서귀포시에는 약 13.6%인 445명이, 북제주군에는 약 6.4%인 210명, 남제주군에는 약 4.7%인 154명의 의료인력 만이 배치되어 있어 제주시 지역에 대부분의 의료인력이 배치 되어 있음을 알 수 있다. 또한 시·군별 분포에서도 시지역에 전체 의료인력의 약 88.9%가 배치되어 있어 시·군별 분포에서도 큰 차이를 보이고 있다.

<표 2-5> 제주도 의료인력 현황

(단위 : 명)

구 분	계	의 료 인					간 호 조무사	의료 기사	약사
		의 사	치과 의사	한 의 사	조 산 사	간 호 사			
합 계	3,279	582	144	101	2	1,232	568	636	14
제 주 시	2,470	436	110	66	2	1,033	362	449	12
서귀포시	445	83	17	14	-	140	98	91	2
북제주군	210	40	8	9	-	39	55	59	-
남제주군	154	23	9	12	-	20	53	37	-

† 부속도서지역 의료인력 포함

‡ 약사수는 종합병원내 소속된 약사 숫자임

자료 : 2005 주요행정총람, 제주도

도서를 대상으로 하는 비교에서 모든 도서를 하나로 통합하여 비교하는 것은 바람직하지 않다. 각 도서는 환해성과 격절성으로 인하여, 의료기관과 의료인력 이 도서 내에 배치되어 있어야만 그 역할과 책임을 다할 수 있기 때문이다.

제주지역 부속도서의 의료기관 수는 제주도의 1.04%에 불과하다. 부속도서에 있는 의료기관은 약국 등을 제외하면 모두 공공부문이 차지하고 있으며, 약국 등도 추자도에만 2개소가 있고, 나머지 부속도서에는 민간부문의 의료기관이 없

는 실정이다. 또한 공공보건의료기관도 의사가 배치되어 있는 보건지소는 추자도와 우도에만 위치하고 있고, 그 외 부속도서 3개소에는 보건진료원이 배치되어 있는 보건진료소에 의존하고 있다(표 2-6). 따라서 부속도서지역의 공공보건의료가 차지하는 역할과 책임이 제주도에 비해 훨씬 중요하다고 할 수 있다.

<표 2-6> 제주도 부속도서의 의료시설 현황

(단위 : 개소)

구 분	보건지소	보건진료소	약국 등
합 계	2	4	2
북제주군	2	2	2
추 자 도	비 양 도	-	1
	우 도	1	-
	상추자도	1	-
	하추자도	-	1
	횡 간 도	-	-
	추 포 도	-	-
	남제주군	-	2
가 파 도	가 파 도	-	1
	마 라 도	-	1

† 상추자도 약방 1개소 포함

자료 : 북제주군 보건소 공식사이트(www.bukjeju.go.kr/bogunso)

남제주군 보건소 공식사이트(www.namcheju.net) 재정리

부속도서에 배치되어 있는 의료인력 현황도 의료기관 현황과 크게 다르지 않다. 부속도서별 의료인력 현황을 살펴보면 <표 2-7>과 같다. 추자도에 약국 2개소가 있고, 약사는 1명이 배치되어 있으나, 나머지 부속도서에는 민간부문의 의료인력이 전무한 실정이다. 공공보건의료 인력의 경우에도 의사 7명(일반의사 3명, 치과의사 2명, 한의사 2명)이 배치되어 있으나, 추자도와 우도에 위치하고 있는 보건지소에만 배치되어 있고, 그 외 부속도서에서는 보건진료원이 그 역할을

대신하고 있다. 또한 의사뿐만 아니라, 간호사, 물리치료사, 의료기사, 행정직 공무원의 경우도 보건지소가 있는 추자도와 우도에만 집중되어 있고, 나머지 부속 도서에는 보건진료원 1명씩만 배치되어 있어, 1인의 보건진료원이 1개 도서의 모든 의료를 담당하고 있는 실정이다.

<표 2-7> 제주도 부속도서의 공공보건의료인력 현황

(단위 : 명)

구 분	공중보건의			지방 간호	지방 보건	지방 의료 기술	간호 조무사	물리 치료사	기타 (관리)	보건 진료원
	일반 의사	치과 의사	한의사							
합 계	3	2	2	4	2	1	2	2	2	5
북제주군	3	2	2	4	2	1	2	2	2	3
비 양 도	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
우 도	2	1	1	3	-	-	1	1	1	-
추 자 도	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1
상추자도	1	1	1	1	2	1	1	1	1	-
하추자도	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
횡 간 도	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
추 포 도	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
남제주군	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
가 파 도	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
마 라 도	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1

자료 : 북제주군 보건소 공식사이트(www.bukjeju.go.kr/bogunso)
남제주군 보건소 공식사이트(www.namcheju.net) 재정리

부속도서의 공공보건의료기관에서 제공되고 있는 진료서비스는 보건의료기관에 따라 다르다. 보건지소에서는 일반진료를 비롯하여, 치과진료, 한방진료가 의사들에 의해 제공되고 있고, 물리치료사에 의한 물리치료도 제공되고 있으나, 보건진료소에서는 보건진료원에 의한 경미한 일반진료만이 제공되고 있다. 진료비는 일부 진료를 제외하고는 900원이라는 저렴한 비용으로 제공되고 있다. 하지

만 의사가 없는 부속도서에서는 중증질환이 발생하거나 만성질환에 이환된 경우 대부분 도서 외에 위치하고 있는 제주도의 의료기관을 이용하고 있으며, 이로 인해 진료비를 제외한 부수비용(교통비, 시간비용 등)이 추가로 지출되고 있는 실정이다.

<표 2-8> 제주도 부속도서의 공공보건의료기관 진료서비스

기 관		진 료 과 목	진 료 비
보건 지소	우도보건지소	일반진료, 치과진료, 한방진료, 물리치료	900원(일부 치과예방진료, 한방 투약시 진료비 추가)
	추자보건지소		
보건 진료소	비양보건진료소	일반진료	900원
	상추자보건진료소		
	가파보건진료소		
	마라보건진료소		

자료 : 북제주군 보건소 공식사이트(www.bukjeju.go.kr/bogunso)
남제주군 보건소 공식사이트(www.namcheju.net) 재정리

3. 의료이용과 관련된 이론 및 선행연구

1) 의료이용행태의 정의

의료이용행태는 좁은 의미에서 보건의료서비스 이용행태를 의미한다. 또 다른 의미에서 보면, 의료서비스 이용행태는 질병행위(illness behavior)와 동일시되기도 한다. 질병행위는 자신의 건강상태 또는 신체기능이 정상이 아니라고 느끼는 상태에서 질병의 확인 또는 회복을 위하여 전문가에게 도움을 청하는 행위를 말한다(강명근, 2000).

그러나 질병행위는 단순한 의료서비스 이용행태 뿐 아니라 이를 포함한 보다

포괄적인 행위들을 의미한다. 자가진단을 바탕으로 이웃이나 친지 등 중요한 타인과의 접촉을 통하여 자문을 구하는 일련의 행동도 질병행위에 포함된다. 이렇게 개인이 맺는 사회적 제 관계로 이루어진 연결망 속에서 일어나는 행위자체 모두가 질병행위의 범주에 속한다고 볼 수 있다(문창진, 1991).

이 연구에서는 의료이용행태를 의료서비스를 이용하는 행태와 아울러 질병이 있다고 느낄 때 의료서비스를 이용하는가, 그렇지 않은가 또는 의료분야의 전문가에게 진단을 구하는가의 여부 등을 포함하고 있으므로 질병 행태에 가깝다고 할 수 있으나, 사용한 모형이나 강조하는 바가 질병행태와는 상이하며 사용된 종속변수가 의료서비스의 이용과 관련된 행태이므로 의료이용행태라는 용어를 사용하였다.

2) 의료이용과 관련된 행태 모형

의료이용과 관련된 요인을 이해하기 위해 이 분야의 연구자들은 다양한 행태 모형을 개발하고 이용해 왔다. 의료이용과 관련된 연구들이 채택한 접근방법에 대해서 McKinlay(1972)는 경제적 접근방법, 사회인구적 접근방법, 지리적 접근방법, 사회심리학적 접근방법, 사회문화적 접근방법, 조직 또는 의료제공 차원의 접근방법 등으로 구분하여 정리하고 있는데 이는 의료이용에 대해 어떠한 관점을 가지고 접근해 왔는지에 대한 다양한 시각을 보여준다. 그만큼 의료이용을 설명하는 모형 또한 다양하나, 의료이용행태를 설명하는 모형은 크게 의료를 이용하는 개인의 사회심리적 요인을 강조하는 모형과 사회구조적 요인을 강조하는 모형으로 구분하는 것이 일반적이다(배상수, 1993).

대부분의 연구들은 의료기관이용의 결정요인에 대한 개념적인 틀을 만들어서 각기 다른 대상집단들을 조사하여 이론으로 일반화시키는 작업을 해왔다. 건강신념모형(health belief model: HBM), Suchman의 모형, Mechanic의 모형, Andersen의 모형 등을 가장 대표적으로 들 수 있는데, 각 모형들의 기본적인 가

정과 구체적인 변수들은 조금씩 차이가 있다.

건강신념모형은 개인의 결정수준에서의 보건서비스의 이용과 건강행위와의 관계에 초점을 맞추어 예방적인 건강행위를 설명하기 위해 개발된 사회심리학적 공식으로 Hochbaum, Kegles, Leventhal 및 Rosenstock이 1950년대 초기에 창안하였다. Rosenstock(1966)에 의하면 건강신념모형은 건강상태에 관련하여 행동을 취할 가능성은 그 행동을 취하도록 준비된 개인의 심리상태와 제안된 행위에 포함된 지각된 비용이나 장애성에 비교되어, 지각된 이익성에 의해 결정된다는 것을 제시하였다. 그리고 행동을 취하도록 준비된 개인의 심리상태는 특정 건강상태에 대한 지각된 민감성과 그 건강상태의 결과에 대한 지각된 심각성에 의해 결정되는 것이다. 즉 개인이 개인적인 민감성과 질병재발의 심각성을 믿지 않는다면 그 행동은 일어나지 않는다는 것이다(김정순, 1985).

Suchman(1965)은 의료이용의 결정요인을 개인의 증상경험 단계에서부터 치료 및 재활에 이르는 5단계를 중심으로 사회적 인식이나 문화적인 요인이 어떻게 작용되는지를 설명하면서 찾고 있다. 첫 단계는 증상 경험 단계로 자신에게 나타난 통증이나 장애를 통해 신체에 이상이 있음을 인지하고 반응하는 것이다. 다음 단계로 자신이 환자임을 인식하고 치료방법을 결정하기 위해 비전문가에게 문의하면서 환자역할을 취하게 되는 단계이다. 세 번째 단계에서는 환자는 환자역할을 합법화하고, 적절한 치료법에 대해 상의하기 위해 보건의료 제공자의 도움을 구하게 된다. 네 번째 단계는 의사의 치료를 받으며 수동적인 환자역할을 취하는 단계로서 다양한 요인들이 치료 순응도에 영향을 미치게 된다. 마지막 단계는 회복 또는 재활의 시기로서 환자는 정상적인 역할로 돌아가거나 만성질환자의 역할을 취하게 된다. 이 모형에서는 특히 사회·문화적 요소가 환자의 의료이용 단계에 미치는 영향에 대해 강조하고 있다.

Mechanic(1978)은 심리적 요인에 역점을 두었는데, 이는 의료이용이 일어나는 과정보다는 개인의 인지과정에 영향을 미치는 사회심리적 요인을 폭넓게 모형에 포함시키고 있다(강명근, 2000). 즉 증상에 대한 인식으로부터 의료이용이 시작

되지만 다른 사람에 의해 정의된 질병(other-defined illness)과 스스로 정의한 질병(self-defined illness)과는 차이가 있어서 다른 사람으로부터 정의된 질병인 경우 자발적으로 치료를 받을 수도 있으나, 그 평가에 저항하려는 경향이 있을 수도 있다. 그러나 스스로에 의한 평가든 타인에 의한 평가든 이에 영향을 주는 변수는 크게 비슷하며, 신체적이나 정신적인 질병을 다 포함하여 의료이용에 영향을 준다고 기술하고 있다(김영임, 1990).

사회구조적 요인을 강조하는 모형으로는 Andersen 모형이 널리 이용되어 왔다. Andersen의 모형에 의하면 의료이용은 필요(needs), 개인의 소인성 요인(predisposing factors), 그리고 가능성 요인(enabling factors)에 의하여 결정된다고 하였다(Andersen, 1968).

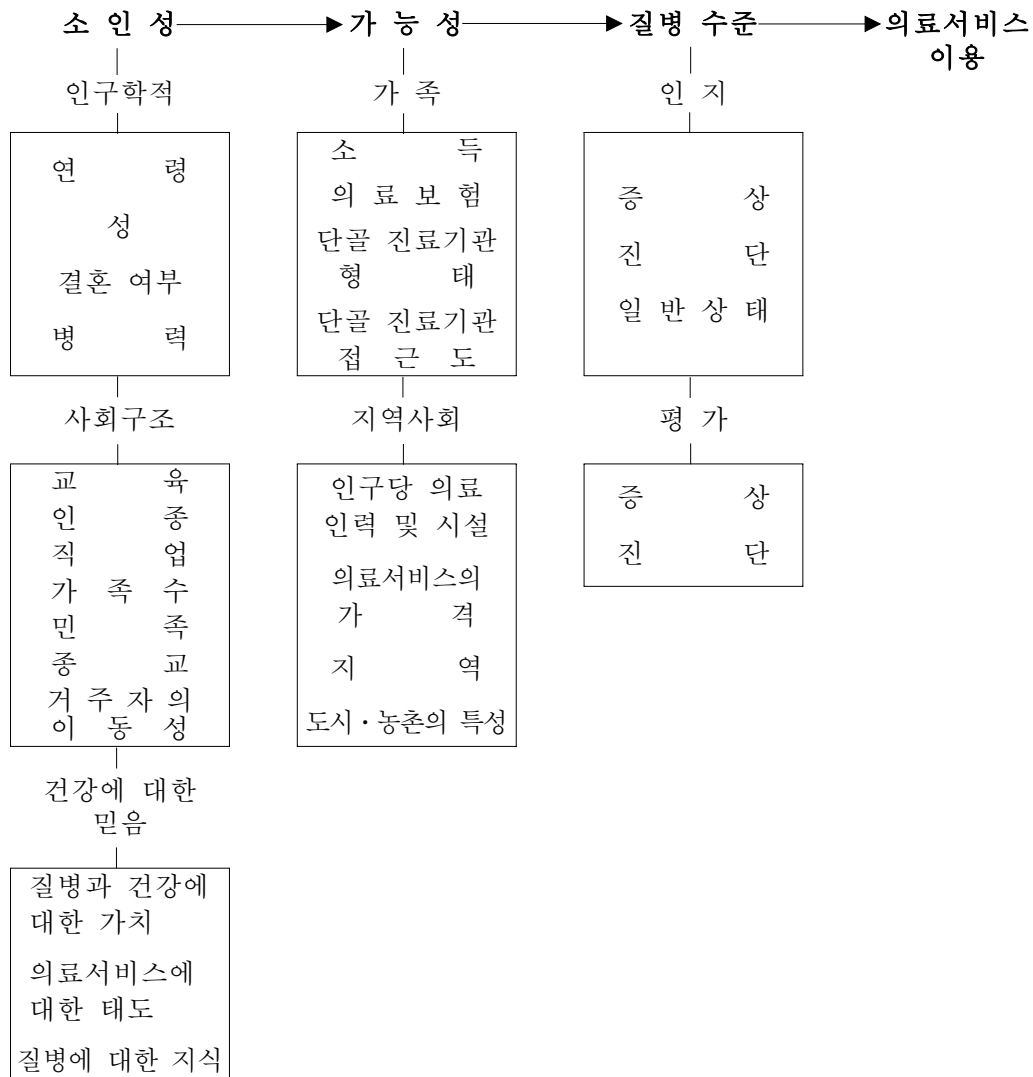
첫째, 개인의 소인성 요인이란, 개인의 의료이용 이전부터 지니고 있는 특성들 중 의료이용 성향에 영향을 미치는 요인들을 말한다. 개인의 소인성 요인에는 인구학적 변수(성, 연령, 결혼상태, 가족구조 등)와 사회구조적 변수(직업, 교육정도, 인종 등), 그리고 개인의 건강 및 의료에 대한 믿음이 포함된다. 개인의 소인성 요인은 의료이용에 직접 영향을 미치기도 하지만 가능성 요인과 필요요인을 통해 간접적으로 의료이용에 영향을 미치기도 한다.

둘째, 가능성 요인은 개인으로 하여금 의료이용을 가능하게 하는 요인으로 가족자원(가구소득, 재산, 의료보험 등)과 지역사회자원(의료자원, 의료기관까지의 교통시간 등)으로 나누어진다. 가능성 요인 역시 의료이용에 직접 영향을 미치기도 하지만 필요요인을 통해 간접적으로 의료이용에 영향을 미친다.

셋째, 필요요인(상병요인, illness morbidity component)은 환자가 느끼는 필요(욕구)나 전문가가 판단한 의학적 필요를 말하며, 의료이용을 가장 직접적으로 결정하는 요인이다.

Andersen의 모형은 의료이용에 영향을 미치는 다양한 변수를 포괄적으로 포함시킬 수 있는 장점이 있다(최주화, 2002). 또한 이 모형을 통해 밝혀진 장애요인은 성격에 따라 의료이용이 형평을 이루고 있는지를 판단하는데 도움을 주어

왔으며 의료이용의 형평성을 달성하기 위한 정책분야의 성공 가능성을 예측하게 해주는데 도움을 주어왔다(강명근, 2000).



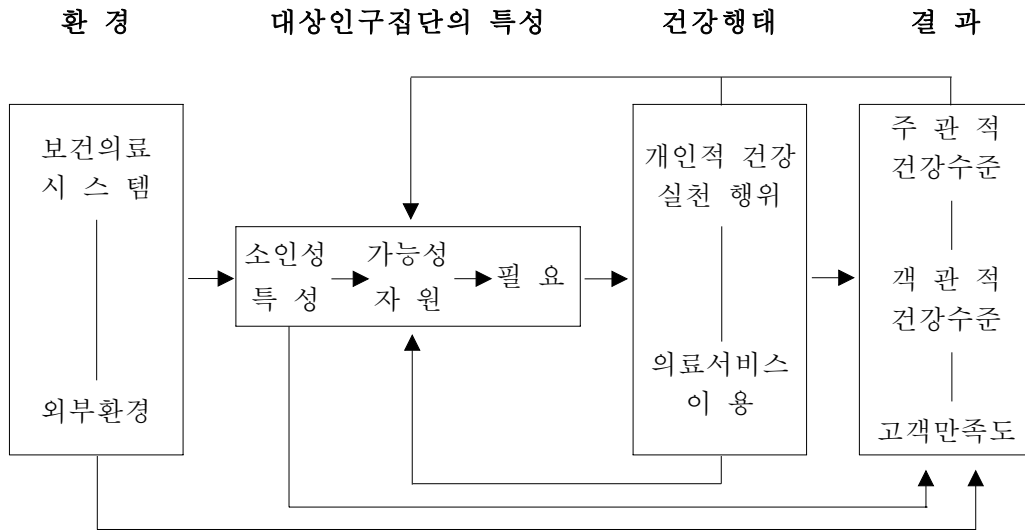
자료 : Andersen(1968)을 인용한 김해순(2001), “원주시(도·농) 지역간 의료이용도 분석”, 연세대학교 관리과학대학원 석사학위논문, p.9 재인용

<그림 2-1> Andersen의 의료서비스 이용행태 모형

이 모형이 개발된 이후로 다양한 비판이 제기되어 왔다. 우선 이 모형이 설명력이 낮으며 의료의 필요변수 외에는 의료이용의 차이를 설명하는 변수를 거의 제공해 주지 못한다는 것이다. 이는 이 모형이 의료이용 행태와 관련된 심리학적 요인을 광범위하게 포함시키지 못하고 있어서 건강행태를 명확히 설명하지 못하기 때문이다. 또 다른 중요한 문제점은 사용되는 변수들의 정밀성이 낮다는 데 기인하는 현상으로 설명된다(배상수, 1985; 배상수, 1993; 강명근, 2000).

그러나 이 모형은 Andersen(1968)이 의료이용과 관련된 변수들을 체계적으로 설명하기 위해서 처음 제시한 이래 그의 동료들에 의해서 계속적으로 확장됨과 동시에 의료이용을 설명하고자 하는 많은 연구들을 통하여 검증을 받아 왔다는 장점을 가지고 있다. 1970년대의 개선된 모형에서는 의료이용의 중요한 결정요인으로서 보건의료시스템 조직의 중요성에 대한 인식을 제공하였으며, 의료서비스와 소비자 만족간의 관계를 명백하게 제시하였다(Andersen et al., 1970).

특히, 최근의 확장 모형은 외적환경(물리적, 정치적, 경제적)과 개인의 건강실천행위(식이, 운동, 자가치료)가 공식적 의료서비스의 이용에 영향을 미치고 궁극적으로 건강에 대한 결과에 영향을 미친다는 점을 인정하고 있다. 이 모형은 의료이용이 재방문에 영향을 미치는가에 대한 몇 가지 질문에 해답을 제공하고 있다. “Effective access”는 의료이용으로 인한 건강수준의 향상 또는 서비스에 대한 만족도를 증가시킬 때 나타났으며, “Efficient access”는 건강수준 또는 만족도가 보건의료서비스 소비비용과 비례하여 증가하였을 때 나타났다. 이 모형이 강조하는 것은 건강행태와 결과를 포함한 의료서비스 이용모형이 동적이고 순환적이라는 것이다. 그리고 이 모형은 의료서비스 이용에 대한 다중영향요인 뿐만 아니라 최종적으로 건강수준에 대한 다중영향요인에 대해 말하고 있다. 이와 더불어 건강행태와 개인속성 및 의료서비스에 대한 인지된 욕구에 순차적으로 영향을 미치는 환원효과까지 포함하고 있다(Andersen, 1995).



자료 : Andersen R.M.(1995), "Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?", *Journal of Health and Social Behavior*, 36(March), p.8

<그림 2-2> Andersen의 새로운 의료이용 모형

3) 도서지역 주민의 의료이용에 관한 국내 연구고찰

의료이용에 관한 연구는 그동안 여러 학자들에 의해서 폭넓게 이루어져왔다. 하지만 대부분의 연구는 도시지역의 저소득층이나 농촌지역을 중심으로 이루어져 왔으며 의료시설이 열악하고 이용 접근도가 낮은 도서지역은 상대적으로 많은 연구들이 수행되지 못하였다.

유승흠 등(1987)은 거제군과 신안군에 거주하는 도서지역주민을 대상으로 상병 및 의료이용에 대한 면접조사 연구를 실시하였다. 조사된 인구 1971명 중 27.7%가 2주간 1건 이상의 상병에 이환되어 있었으며 100명당 만성질환 25.5건, 급성질환 9.1건이었다. 이환 정도는 성, 연령, 교육수준, 직업, 세대소득, 가족수

에 따라 통계학적으로 유의한 차이를 보였으며, 이 차이는 주로 만성질환에 기인한 것이었다. 2주간 외래 의료이용은 100명당 16.8회로 타 지역에서의 연구결과보다 낮았으며 특히 병의원 등 의사방문 횟수도 낮았다. 총 의료이용에 있어서는 성, 연령, 교육수준, 직업, 가족수가 유의한 독립변수였으며, 병의원 방문에서는 연령, 교육수준, 직업, 의료보장, 가족수가 유의한 독립변수였다. 미충족의료는 만성질환이 56.0%, 급성질환이 19.6%였다. 의료이용의 결정요인으로 통계학적 유의성을 보인 것은 총 의료이용의 경우 급성질환 수, 만성질환 수, 세대소득이었고, 의사방문의 경우는 만성질환 수, 급성질환 수, 의료보장 유무였다. Andersen모형을 적용한 의료이용 경로분석 결과 상병수준 요인의 효과가 가장 컸고, 소인성 요인들은 직접효과보다는 가능성 및 상병수준 요인을 통한 간접효과가 더 큰 것으로 나타났다.

고기호(1991)는 도서지역의 상병 및 의료이용 상태를 파악하기 위해 전라남도 완도군 지역주민을 대상으로 면접조사를 실시한 결과, 조사대상자 중 12.1%가 상병에 이환 되어 있었다. 남, 여간의 상병율의 차이는 없었으며 소득수준이 높을수록 거주기간이 오래일수록, 가족수가 많을수록 높은 상병율을 보였다. 의약기관이용 경험자 중 40.8%가 1차방문 의료기관으로 보건기관을 이용하였으며, 소득수준이 낮고 거주기간이 긴 사람일수록 보건기관 이용률이 높고, 연령과 의료보장에 따라서는 군내의원이나 2차 진료병원으로 의료이용이 분산되는 양상을 보였다. 1차방문과 2차방문 의료기관에서 지출의료비와 접근소요시간은 유의한 차이를 보였다. 주민들의 인식도에서 보건기관은 지리적, 경제적 접근도가 좋은 기관으로 인식하고 있었으며, 의약기관 이용자 중 보건기관 이용에 있어서 유의한 독립변수는 지역, 지출의료비, 접근소요시간으로 나타났다.

김은영(2002)은 전라남도 신안군 도서지역에 거주하는 저소득층 노인을 대상으로 건강과 보건복지 서비스 실태에 대해 조사 분석한 결과, 현재 앓고 있는 질병 중 가장 많은 항목은 신경통·관절염으로 30.5%였다. 일반의료기관 이용실태를 보면, 전체의 65%가 병이 나면 소규모 병·의원을 찾는다고 응답했지만,

읍단위에서 용이하게 이용하기 어려운 종합병원도 20%를 차지했다. 일반의료기관 이용 사유는 ‘치료의 적절성’과 ‘교통 편리’, ‘시설’ 등이었다. 공공의료기관 이용 사유는 ‘거리’, ‘가벼운 질병’, ‘비용저렴’ 등 순이었다. 그리고 공공의료기관 기피 사유로 26%의 응답자가 ‘시설’에 대한 불만을 들었고, ‘의료의 질’이나 ‘거리’상의 문제점은 상대적으로 적었다.

이우주(2003)는 도서 및 육지지역 주민의 보건의식과 건강행태 그리고 건강행위실천수준 등을 조사, 비교 분석한 결과, 상용치료원에서 육지지역은 병·의원 선택률이 52.9%로 높은 반면 도서지역은 병·의원 선택률이 현저히 낮고 보건소 및 지소는 33.8%로 높은 수치를 보였다. 도서지역은 성별, 생의 주기별, 가구 생활수준별 응답자 분포 모두가 육지지역에 비해 현저히 낮은 건강검진 수진률 19.4%를 보였으며, 가구 생활수준의 차이가 건강검진 수진률에 큰 영향을 미쳤다. 보건소의 교육프로그램에 대한 요구도에서는 대체로 고른 교육프로그램의 요구도를 보이고 있었다. 응답자의 87.1%가 지난 1년간 병원선 이용경험이 있어 도서주민의 병원선 이용률이 매우 높았고, 향후 병원선을 이용할 경우에 추가적인 진료과목에 대한 설문조사에서는 합동진료를 합하여 한방진료에 대한 요구도가 매우 높게(84.1%) 나타났으며, 그밖에 외과진료와 치과진료에 대한 요구도도 각각 13.7%, 2.2%를 나타냈다.

이한성(2003)은 충청남도 내 18개 도서지역의 의료이용행태와 결정요인을 조사 분석한 결과, 조사대상자의 외래 의료이용률은 연령이 높을수록, 교육수준이 낮을수록, 직업은 농업에서 높게 나타났으며, 주관적 건강상태가 나쁠수록 의료이용률이 높았고 통계적으로 유의하였다. 만성질환 이환수가 많을수록, 의료기관 접근시간이 2-3시간인 군에서 의료이용률이 높게 나타났고 통계적으로 유의하였다. 의료기관 입원률은 상용치료원이 종합병원인 군에서 가장 높게 나타났고, 외래 의료이용에 영향을 미치는 요인은 대상자의 연간 만성질환 수와 주관적 건강상태, 그리고 교육수준이 가장 유의한 변수였으며, 의료기관의 입원률에 영향을 미치는 변수로는 주관적 건강상태가 가장 유의한 변수로 나타났다.

Ⅲ. 연구방법

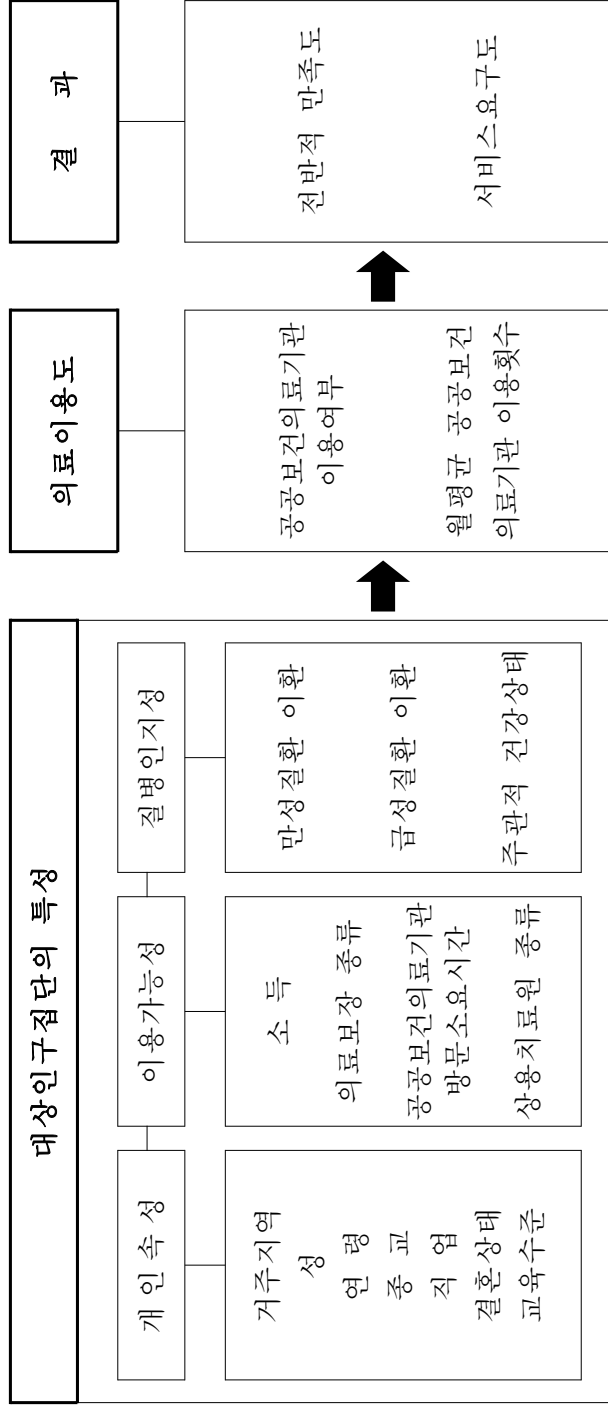
1. 연구 모형

이론적 배경에서 제시한 바와 같이 의료이용에 대한 이론과 모형은 다양하며, 연구목적에 따라 여러 모형들이 이용되고 있다.

본 연구의 목적인 제주도와 부속도서 주민들의 공공보건의료기관 이용양상과 이에 영향을 미치는 요인을 분석하고, 나아가 공공보건의료기관에 대한 만족도 및 서비스 요구도와 이에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해서는 Andersen의 새로운 모형(1995)을 연구의 모형으로 활용하기에 적합한 모형이라고 생각하였다. 하지만 질병인지 이후에 행해지는 건강행태(health behavior)로서의 개인적 건강실천행위(personal health practices)와 의료이용 이후에 결과(outcomes)로서 나타나는 주관적 건강수준(perceived health status) 및 객관적 건강수준(evaluated health status)의 변화는 측정에 제한이 있으며, 이러한 요인들이 대상인구집단의 특성과 의료이용도에 미치는 환원효과는 설문조사방법을 통해 측정하는데 제한이 있다.

따라서 본 연구에서는 Andersen의 새로운 모형에 기반을 둔 수정모형을 사용하여 공공보건의료기관 이용도(utilization of public health centers)와 이에 영향을 미치는 요인뿐만 아니라 공공보건의료기관 이용에 대한 결과(outcomes)와 이에 영향을 미치는 요인까지 파악하고자 한다.

본 연구의 모형을 제시하면 다음의 <그림 3-1>과 같다.



<그림 3-1> 연구모형

2. 연구대상 및 자료수집

본 연구의 자료는 제주도와 부속도서에 거주하는 20세 이상의 주민들을 대상으로 설문조사를 통하여 수집되었다. 조사대상은 시간과 비용의 제약으로 인하여 전수조사가 불가능하기 때문에 400명에 대한 표본조사를 실시하였다. 이를 거주지역 별로 구분하여 제주도 주민 200명과 부속도서주민 200명을 선정하고, 이를 다시 제주도에서는 시·군별로 분류하여 추출하였고, 부속도서지역에서는 각 도서별로 분류하여 추출하였다(표 3-1).

조사기간은 2005년 7월 18일부터 8월 2일까지 15일 동안 구조화된 설문지를 사용하여 각 조사대상지역에서 직접설문을 실시하였다.

자료수집과정은 대상자에게 연구의 목적을 설명하고 연구 참여의 동의를 얻은 후 설문을 시작하였고 본 연구자와 사전에 자료수집방법을 교육받은 조사원(3명)에 의한 일대일 직접면접을 통해 설문지를 작성하였다.

이와 같은 과정을 통해 수집된 총 400부의 설문지 중에서 응답이 불충분하고 불성실한 16부(제주도 10부, 부속도서 6부)의 설문지를 분석에서 제외하고 총 384부(제주도 190부, 부속도서 194부)의 결과를 최종 분석자료로 사용하였다.

<표 3-1> 지역별 조사대상자 현황

제 주 도				부 속 도 서			
지 역	전 체 인구수	조사대상 인구수	추출비율 (%)	지 역	전 체 인구수	조사대상 인구수	추출비율 (%)
제 주 시	296,990	55	0.02%	비양도	153	7	4.58%
서귀포시	84,070	53	0.06%	우 도	1,836	73	3.98%
북제주군	102,342	43	0.04%	추자도	3,208	96	2.99%
남제주군	73,833	39	0.05%	가파도	321	13	4.05%
				마라도	98	5	5.10%
계	557,235	190	0.03%	계	5,616	194	3.45%

3. 변수의 선정 및 측정

본 연구에 사용된 변수들은 의료이용도와 결과에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위하여 조작화 되었다. 각 요인에 포함되는 변수는 문헌고찰과 변수간 다중공선성의 검토, 변수의 분포성 등을 고려한 몇 차례의 시험분석결과를 통해 최종 선정되었다. 선정된 변수들은 대상인구집단의 특성(개인속성, 이용가능성, 질병인지성), 의료이용도, 결과로 구분되며, 각 요인을 중심으로 분석에 최종적으로 사용된 변수들의 이론적 근거와 구체적 내용을 살펴보면 다음과 같다.

1) 대상인구집단의 특성

대상인구집단의 특성은 개인속성, 이용가능성, 질병인지성으로 구분된다. 이는 대상인구집단의 특성 중에서 3가지의 각 요인들 간의 관련성과 영향력을 분석하기 위하여 세분화하였으며, 각 요인들은 다음과 같은 변수를 사용하였다.

(1) 개인속성

- 거주지역 : 거주지역은 지역적 특성과 경제적, 지리적 접근도를 나타내는 중요한 예측 변수이다. 여러 선행연구들은 연구대상지역의 크기에는 차이가 있었지만 거주지역이 의료이용수준에 영향을 미친다는 연구결과를 제시하였다(박현애·송건용, 1994; 주경식, 1995; 한지숙, 1998; 김해순, 2001). 도서지역 주민은 육지지역 주민에 비해 소득수준이 낮을 뿐만 아니라 의료시설에의 지리적 접근성도 낮을 것이다. 뿐만 아니라 도서지역의 특수성이 보건의료이용을 저해할 것으로 판단된다.

- 성 : 성별 의료이용의 차이는 직접적인 것과 간접적인 것으로 나누어 설명할 수 있는데 주로 간접적인 것에 기인한다. 즉 여자는 임신, 출산, 산후관리 등의 이유로 남자보다 그만큼 의료를 더 필요로 하기 때문에 의료이용이 많아진다. 저연령층의 급성질환은 남자에게서 많으나 연령이 증가하면 여성에게서 급성질환의 발생율이 높게 나타나며, 반면 만성질환의 발생은 남성보다 여성에게서 높게 나타난다. 직접적인 원인으로서는 관습적인 남녀차별로 인해 같은 조건일 경우 여자의 의료이용이 적어진다는 것이다(배상수, 1985).
- 연령 : 연령에 따라 유병률의 차이는 뚜렷하여 대체로 U자 형태의 곡선분포를 갖는다. 약 15-20세를 전후하여 유병률이 가장 낮고, 나이가 많아질수록 유병률이 높아지며 유아에게서도 유병률이 상당히 높다. 따라서 연령별 의료이용량의 차이도 이와 비슷한 경향을 보여주는데 이러한 현상은 의료필요를 통한 간접효과로 설명될 것이다.
- 종교 : 종교는 단순한 신앙에의 믿음뿐만 아니라 개인의 생활패턴에도 영향을 미친다. 이러한 생활패턴의 차이는 개인의 건강상태와 상병양상에 영향을 미칠 것이며, 의료이용에도 간접적인 영향을 미칠 것이다.
- 직업 : 직업은 상병수준과 의료이용에 영향을 미치게 된다. 직업이 없거나, 농·어업 및 생산직 종사자의 경우는 전문·사무직 종사자에 비해 상대적으로 사회적 위치가 낮으며, 상병수준은 높게 나타난다(배상수, 1985). 또한 직업은 다른 요인들과 관련성이 높기 때문에 포괄적인 의미를 가질 수 있으며, 특히 경제적인 요인과 밀접한 관계가 있다.
- 결혼상태 : 결혼상태는 가족발달의 한 단계를 나타내는 요인으로서 가정에서의 치료 가능 여부를 결정하기 때문에 의료수요에 영향을 미친다. 가정에서 자신을 따뜻하게 돌봐줄 배우자를 가진 기혼자는 입원치료의 기회를 줄일 수 있다(양봉민, 1999). 또한 결혼상태와 연관되어 의료서비스 요구도도 달라진다(Andersen, 1965).

- 교육수준 : 교육수준은 의료이용과 직접적인 관계가 있다. 이환은 고학력층에서 낮으며, 높은 교육을 받을수록 의료이용률이 높고, 고학력은 고소득이나 좀 더 전문적 치료원 이용과 관련된다고 한다(송건용, 1985). 또한 교육수준이 높을수록 건강에 대한 의료의 영향을 잘 알기 때문에 건강상실을 예방하기 위해 의료서비스를 이용하며, 의료에 대한 서비스 요구도도 높을 것이다.

(2) 이용가능성

- 소득 : 소득의 증가는 상병수준은 낮추나 의료이용에 대한 직접적 효과는 긍정적으로 나타난다(배상수, 1985). 소득이 높을수록 질병으로 인한 기회비용이 커지므로 질병을 사전에 예방하기 위해 자신의 건강관리에 관심을 가질 것이기 때문이다. 또한 소득이 증가할수록 의료기관 이용에 따르는 예산상의 제약을 덜 받기 때문에 의료수요가 증가할 것으로 판단된다(양봉민, 1999).
- 의료보장 종류 : 의료보장은 직접의료비 지출을 감소시켜주므로 의료이용에 대한 직접적 효과는 긍정적으로 나타난다. 우리나라의 건강보험은 지역가입자와 직장가입자로 구분되어 있고, 가입형태에 따라 보험료부과방식이 다르게 적용되고 있다. 따라서 건강보험 가입형태와 의료보호대상자 여부에 따라 의료이용에 미치는 영향이 다를 것으로 판단된다.
- 공공보건의료기관 방문소요시간 : 지역사회자원 중 의료시설까지의 방문소요시간은 의료접근성의 차원을 분석한 연구에서 의료이용의 만족도 측정시 가장 큰 영향을 주는 요인이며(Andersen, 1983), 시간비용-효과측정에 빈번히 사용되는 변수이다. 거주지와 의료기관까지의 거리가 멀면 방문하는데 시간이 많이 소요되고 교통비용도 많아질 것이며 무엇보다도 이러한 장애요인 때문에 증상이 심각하지 않을 때는 의료이용을 하

지 않고 지내거나 민간요법 등의 다른 수단으로 대체할 가능성이 높다.

- 상용치료원 종류 : 상용치료원을 가지는 것은 의료요구가 있거나 치료를 원할 때 의료접근성의 촉진제로서 개인이 의료전달체계와 떨어져 있지 않다는 지표로서 널리 사용되어 왔으며, 의사방문에 중요한 관련성을 갖는다(김영임, 1990). 또한 상용치료원과 제한이용의료기관과는 질병의 종류나 심각도, 그밖에 현실적인 상황에 따라 달라질 수 있겠으나 같은 조건이라면 상용치료원을 이용할 확률이 높다. 상용치료원은 자신의 사회경제수준, 이용경험, 태도 등에 의해 결정되며, 의료이용에 대한 신념의 하나로 고정될 수도 있다(조형두, 2001).

(3) 질병인지성

- 만성질환 이환 : 이환발생시기를 중심으로 한 급·만성질환 이환 상태는 의료이용에 영향을 주는 중요한 요인으로 알려져 왔다. 급·만성질환 이환의 구분은 반드시 발생시기에만 의존되지는 않지만, 시점에 의한 급·만성질환 이환 구분이 통상적으로 사용되고 있다. 따라서 지난 15일간 의료이용의 필요성을 느낀 질환으로서 그 질환의 특성이 만성적이거나, 발생이 3개월 이전이었던 질병이 있는지의 여부를 파악하였다.
- 만성질환 종류 : 질환의 종류는 매우 다양하며 다양한 보건의료 현상을 파악하는 기준이 된다. 만성질환의 종류는 성, 연령, 직업이나 거주환경에 따라 그 특수성을 나타낼 수 있다. 따라서 객관적이고 체계적인 분류를 위하여 Korean Standard Classification of Diseases(KCD) 4차 개정에 의한 21개 대분류를 기준으로 파악하였다.
- 급성질환 이환 : 지난 15일간 의료이용의 필요성을 느낀 질환으로서 그 질환의 특성이 만성적이 아니며, 발생이 3개월 이내인 질병이 있는지의 여부를 파악하였다.

- 급성질환 종류 : 급성질환의 종류는 지역과 기후 및 계절의 영향에 따라 그 특수성을 가질 수 있다. 또한 급성질환은 전염병 등의 긴급성과 응급성을 나타낸다. 따라서 KCD 4차 개정에 의한 21개 대분류를 기준으로 객관적이고 체계적으로 파악하였다.
- 주관적 건강상태 : 주관적 건강상태는 특별한 증상이나 진단에 의존하지 않고 건강을 측정하는 가장 일반적인 방법이다. 이는 개인의 건강수준을 포괄적인 측면으로 보는 것이다. 그러나 개인에 의해 인지된 건강수준과 의학적으로 정의된 건강수준에는 다소 차이가 있다(김영임, 1990). 하지만 의료의 이용은 필요성을 인식함으로써 시작된다는 점에서 주관적 판단에 의한 건강상태는 의료이용에 영향을 미칠 것으로 판단된다(배상수, 1985).

2) 의료이용도

의료이용에 관한 다수의 연구들은 1년내 의사이용에 기초를 두고 있으며, 또한 15일간의 이용분석이 신뢰할만한 자료를 제공하므로 일반적으로 널리 사용되고 있다. 따라서 의료이용에 대한 포괄적인 파악을 위하여 1년간 및 15일간의 분석과 비교연구가 바람직하다(김영임, 1990).

- 의료기관 이용여부 : 조사대상 주민의 의료이용수준을 파악할 수 있도록 15일간 질환 이환으로 인한 의료이용여부를 파악하였다.
- 치료기관 종류 : 질환 이환으로 인한 치료기관 종류는 구분의 명확성을 위하여 치료기관의 종류를 세분화하였다. 약국, 한약방, 보건소/지소/진료소, 의원, 한의원, 병원의 이용여부를 파악하였다.
- 월평균 공공보건의료기관 이용횟수 : 월평균 공공보건의료기관 이용횟수는 지난 1년간 월평균 공공보건의료기관 이용횟수를 사용하였다. 15일간의

공공보건의료기관 이용은 제한된 조사기간에 의하여 기후적, 계절적 영향으로 특정질환의 발생과 의료이용이 과다측정 될 수 있기 때문이다.

3) 결 과

- 전반적 만족도 : 만족(satisfaction)이란 심리학에서 발전된 개념으로 심리학 적 이론에 의하면 소비자의 기대와 평가 간의 차이로서, 실제 평가가 기대보다 높으면 만족이라는 것이고, 기대에 비해 낮으면 불만족이라고 보고 있다(장한도, 1996). 즉 고객만족이란 제공되는 재화나 서비스에 대해 고객이 갖고 있는 사전 기대와 이의 획득 과정에서나 획득 후 사용에서 얻는 실제 만족도 간의 차이에서 오는 긍정적인 느낌의 정도를 말한다(이혜순, 2002). 따라서 공공보건의료서비스의 만족은 서비스의 전달 과정이나 결과에 대해 지각하는 서비스의 좋고 나쁨의 정도라고 할 수 있으며 주관적인 측정으로 이루어진다.(노희숙, 2003).
- 공공보건의료기관 만족이유 : 만족을 느끼는 이유는 개인의 주관적 기준에 따라 다양하게 나타날 것이다. 따라서 만족의 이유를 선행연구들에서 사용된 10가지 항목으로 구분하여 파악하였다.
- 서비스 요구도 : 서비스 요구도는 소비자가 공공보건의료기관을 이용함에 있어서 불만족하였거나 서비스의 제공이 불충분하여 소비자가 필요로 하는 서비스에 대한 주관적인 필요도라고 할 수 있다. 보건서비스요구에 관한 자료는 보건정책에 대한 의사결정시 중요하게 탐색되며 보건정책의 일반목표는 모든 인구집단에서의 의료서비스요구를 만족시키는 것이다(김영임, 1990). 따라서 공공보건의료서비스에 관련된 14개 항목에 대하여 조사지역 주민들의 주관적 요구도를 파악하였다.

<표 3-2> 변수의 측정방법

변 수	측정방법
개인속성	
• 거주지역	0: 부속도서 1: 제주도
• 성	0: 남 1: 여
• 연령	20-29세, 30-39세, 40-49세, 50-59세, 60-69세, 70세 이상
• 종교	불교, 기독교, 천주교, 없음, 기타
• 직업	농업, 어업, 자영업, 판매서비스직, 단순노무직, 전문사무직, 공무원/교직, 주부, 학생, 무직/기타
• 결혼상태	미혼, 기혼, 사별, 별거/이혼
• 교육수준	무학, 초등졸, 중등졸, 고등졸, 대학 이상
이용가능성	
• 소득	50만원 미만, 50-100만원 미만, 100-200만원 미만, 200-300만원 미만, 300만원 이상
• 의료보장 종류	지역가입자, 직장가입자, 의료보호
• 공공보건의료기관 방문소요시간	5분 미만, 5-10분 미만, 10-20분 미만, 20-30분 미만, 30-60분 미만, 60분 이상
• 상용치료원 종류	없음, 약국, 한약방, 보건소/지소/진료소, 의원, 한의원, 병원
질병인지성	
• 만성질환 이환	0: 없다 1: 있다
• 만성질환 종류	KCD 4차 개정에 의한 21개 대분류 기준
• 급성질환 이환	0: 없다 1: 있다
• 급성질환 종류	KCD 4차 개정에 의한 21개 대분류 기준
• 주관적 건강상태	매우 불건강, 불건강, 보통, 건강, 매우 건강
의료이용도	
• 의료기관 이용여부	0: 아니요 1: 예
• 치료기관 종류	약국, 한약방, 보건소/지소/진료소, 의원, 한의원, 병원
• 월평균 공공보건 의료기관 이용횟수	지난 1년간 월평균 공공보건의료기관 이용횟수
결 과	
• 전반적 만족도	매우 불만족, 불만족, 보통, 만족, 매우 만족
• 만족이유	만족이유 10가지 항목 중 선택
• 서비스요구도	공공보건의료서비스 14개 항목에 대하여 매우 불필요, 불필요, 보통, 필요, 매우 필요로 구분

4. 분석방법

구조화된 설문지로 면접조사를 실시하여 얻은 자료를 SPSS 13.0 for windows 통계 프로그램을 이용하여 분석하였다.

먼저 조사된 변수는 빈도분석(Frequencies)과 기술통계(Descriptives)를 이용하여 빈도와 백분율, 평균과 표준편차를 구하였다. 제 요인들의 거주지역간 차이를 분석하기 위하여 각 요인별 범주별 분할표(contingency table)를 구성하고 그 통계적 유의성을 검토하기 위하여 교차분석(cross tabs)을 수행하였고, 제 요인에 따른 그룹간 차이는 t-test와 분산분석(analysis of variances, ANOVA)을 실시하였다. 교차분석에서는 Pearson Chi-Square 통계량과 Fisher's exact test 통계량을 이용하였다. Chi-Square test는 분할표의 하나의 셀 안에 5미만의 도수가 있을 때에는 정밀도가 나빠져서 결과를 신용할 수 없기 때문에 이러한 경우에는 Fisher's exact test를 실시하였다(노형진, 2001; 안재익·유근영, 2002).

공공보건의료기관 이용에 영향을 미치는 요인 분석에서는 공공보건의료기관 이용여부와 월평균 공공보건의료기관 이용횟수를 종속변수로 두고, 결과를 제외한 제 변수를 독립변수로 하여 회귀분석을 실시하였다. 의료이용도나 이환을 나타내는 종속변수들은 대개 표준회귀분석의 정규성의 가정에 위배되는 L자형의 분포(L-shaped skewness)를 가지므로 정규회귀분석을 적용하는 것은 타당하지 않다(Kobashigawa, 1977; 김묘경, 1999). 따라서 본 연구에서는 종속변수의 분포 형태를 감안하여 공공보건의료기관 이용여부에 영향을 미치는 요인 분석은 Logistic regression으로 분석하였고, 월평균 공공보건의료기관 이용횟수에 영향을 미치는 요인 분석은 Stepwise multiple regression으로 분석하였다. 또한 결과에 영향을 미치는 요인 분석에서는 공공보건의료기관에 대한 만족도와 서비스 요구도를 각각 종속변수로 두고, 의료이용도를 포함한 제 변수를 독립변수로 하여 Stepwise multiple regression으로 분석하였다.

IV. 연구결과

1. 대상인구집단의 특성

대상인구집단의 특성은 개인속성, 이용가능성, 질병인지성으로 구분하여 부속도서와 제주도간 비교를 실시하였다. 각 요인에 대하여 부속도서 주민과 제주도 주민간의 특성을 비교·분석함으로써 부속도서 주민에게서 나타나는 특성을 알아보고자 하였다.

1) 개인속성

개인속성을 부속도서와 제주도로 구분하여 비교·분석한 결과는 다음 <표 4-1>과 같다. 성별 분포를 보면 부속도서의 경우 남자 47.4%, 여자 52.6%였고, 제주도의 경우 남자 52.6%, 여자 47.4%였다. 연령별로는 30-39세, 40-49세 인구와 70세 이상 인구는 부속도서가 많은 반면, 20-29세, 50-59세와 60-69세 인구는 제주도가 많았다. 종교는 지역간 큰 차이를 보이지 않았다. 직업은 농업, 어업 종사자, 단순노무직, 공무원/교직, 주부, 무직자 등 1차 산업 종사자와 무직자는 부속도서가 많았으나, 자영업, 판매서비스직, 전문사무직, 학생 등 전문·사무직 종사자와 서비스직 종사자는 제주도가 많았다. 결혼상태의 경우 부속도서는 기혼 77.3%, 미혼 14.4%, 사별 5.7%, 별거/이혼 2.6% 순이었으며, 제주도는 기혼 67.9%, 미혼 28.9%, 사별 1.6%, 별거/이혼 1.6% 순으로 많았다. 교육수준은 고등학교 졸업 이하 학력은 부속도서가 상대적으로 많았고, 대학 이상은 제주도가 상대적으로 많았다.

<표 4-1> 거주지역간 개인속성

단위 : 명 (%)

구 분	거 주 지 역		합 계
	부속도서	제 주 도	
성			
남 자	92 (47.4)	100 (52.6)	192 (50.0)
여 자	102 (52.6)	90 (47.4)	192 (50.0)
연령			
20-29세	22 (11.3)	46 (24.2)	68 (17.7)
30-39세	66 (34.0)	48 (25.3)	114 (29.7)
40-49세	58 (29.9)	51 (26.8)	109 (28.4)
50-59세	29 (14.9)	29 (15.3)	58 (15.1)
60-69세	9 (4.6)	10 (5.3)	19 (4.9)
70세 이상	10 (5.2)	6 (3.2)	16 (4.2)
종교			
불 교	64 (33.0)	77 (40.5)	141 (36.7)
기 독 교	23 (11.9)	15 (7.9)	38 (9.9)
천 주 교	20 (10.3)	15 (7.9)	35 (9.1)
없 음	80 (41.2)	76 (40.0)	156 (40.6)
기 타	7 (3.6)	7 (3.7)	14 (3.6)
직업			
농 업	23 (11.9)	15 (7.9)	38 (9.9)
어 업	27 (13.9)	1 (0.5)	28 (7.3)
자 영 업	16 (8.2)	32 (16.8)	48 (12.5)
판매서비스직	5 (2.6)	17 (8.9)	22 (5.7)
단순노무직	15 (7.7)	13 (6.8)	28 (7.3)
전문사무직	23 (11.9)	53 (27.9)	76 (19.8)
공무원/교직	33 (17.0)	27 (14.2)	60 (15.6)
주 부	37 (19.1)	21 (11.1)	58 (15.1)
학 생	4 (2.1)	7 (3.7)	11 (2.9)
무직/기타	11 (5.7)	4 (2.1)	15 (3.9)

<표 4-1> 계속

구 분	거 주 지 역		합 계
	부속도서	제 주 도	
결혼상태			
미 혼	28 (14.4)	55 (28.9)	83 (21.6)
기 혼	150 (77.3)	129 (67.9)	279 (72.7)
사 별	11 (5.7)	3 (1.6)	14 (3.6)
별거/이혼	5 (2.6)	3 (1.6)	8 (2.1)
교육수준			
무 학	14 (7.2)	7 (3.7)	21 (5.5)
초 등 졸	15 (7.7)	9 (4.7)	24 (6.3)
중 등 졸	28 (14.4)	12 (6.3)	40 (10.4)
고 등 졸	94 (48.5)	82 (43.2)	176 (45.8)
대학 이상	43 (22.2)	80 (42.1)	123 (32.0)
소 계	194(100.0)	190(100.0)	384(100.0)

2) 이용가능성

이용가능성인 소득, 의료보장 종류, 공공보건의료기관 방문소요시간, 상용치료원 종류의 4가지 변수를 부속도서와 제주도로 구분하여 비교·분석한 결과는 다음 <표 4-2>와 같다. 소득은 50만원 미만과 100만원 미만에서 부속도서가 높았으나, 100만원 이상에서는 모두 제주도가 높은 것으로 나타나 부속도서 주민들의 소득수준이 더 낮았다. 의료보장 종류는 지역가입자와 의료보호대상자는 부속도서가 높았으나, 직장가입자는 제주도가 높았으며, 이는 직업의 분포와 유사하였다. 공공보건의료기관 방문소요시간은 10분 미만까지는 부속도서가 높았고, 10분 이상에서는 제주도가 높게 나타나 공공보건의료기관에 대한 접근도는 부속도서 주민이 더 높은 것으로 나타났다. 상용치료원의 경우는 ‘없음’이 부속도서는 26.8%, 제주도는 45.8%였다. 그 종류로는 부속도서에서는 보건소/지소/진료소

의 비율이 53.1%로 절대적으로 높았고, 제주도에서는 의원 22.6%, 병원 20.5% 순으로 높았으며, 보건소/지소/진료소의 비율은 2.6%로 매우 낮았다. 또한 부속 도서에 비하여 제주도가 더욱 다양한 종류의 분포를 보였다.

<표 4-2> 거주지역간 이용가능성

단위 : 명 (%)

구 분	거 주 지 역		합 계	X ²
	부속도서	제 주 도		
소득				
50만원 미만	48 (24.7)	40 (21.1)	88 (22.9)	10.250*
50-100만원 미만	39 (20.1)	19 (10.0)	58 (15.1)	
100-200만원 미만	61 (31.4)	73 (38.4)	134 (34.9)	
200-300만원 미만	29 (14.9)	34 (17.9)	63 (16.4)	
300만원 이상	17 (8.8)	24 (12.6)	41 (10.7)	
의료보장 종류				
지역가입자	103 (53.1)	67 (35.3)	170 (44.3)	16.736***
직장가입자	69 (35.6)	107 (56.3)	176 (45.8)	
의료보호	22 (11.3)	16 (8.4)	38 (9.9)	
공공보건의료기관 방문소요시간				
5분 미만	19 (9.8)	0 (0.0)	19 (4.9)	45.721***
5-10분 미만	70 (36.1)	32 (16.8)	102 (26.6)	
10-20분 미만	63 (32.5)	81 (42.6)	144 (37.5)	
20-30분 미만	23 (11.9)	44 (23.2)	67 (17.4)	
30-60분 미만	19 (9.8)	33 (17.4)	52 (13.5)	
상용치료원 종류				
없 음	52 (26.8)	87 (45.8)	139 (36.2)	142.614***
약 국	18 (9.3)	12 (6.3)	30 (7.8)	
한 약 방	0 (0.0)	1 (0.5)	1 (0.3)	
보건소/지소/진료소	103 (53.1)	5 (2.6)	108 (28.1)	
의 원	5 (2.6)	43 (22.6)	48 (12.5)	
한 의 원	0 (0.0)	3 (1.6)	3 (0.8)	
병 원	16 (8.2)	39 (20.5)	55 (14.3)	
소 계	194(100.0)	190(100.0)	384(100.0)	

* p<0.05, *** p<0.001

3) 질병인지성

질병인지성인 만성질환 이환, 급성질환 이환, 주관적 건강상태에 대하여 거주 지역 별로 비교·분석한 결과, 만성질환 이환은 부속도서 19.6%, 제주도 26.8%로 제주도가 부속도서에 비해 만성질환 이환이 높았고, 급성질환 이환에서도 부속도서 15.5%, 제주도 16.8%로 제주도가 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 보이지 않았다. 주관적 건강상태의 경우 부속도서는 건강 40.2%, 보통 39.7%, 불건강 11.9%, 매우 건강 5.7%, 매우 불건강 2.6% 순이었으며, 제주도는 건강 47.4%, 보통 31.6%, 불건강 14.2%, 매우 건강 6.3%, 매우 불건강 0.5% 순으로 제주도에서 건강군이 높게 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 보이지 않았다(표 4-3).

<표 4-3> 거주지역간 질병인지성

단위 : 명 (%)

구 분	거 주 지 역		합 계	X ²
	부속도서	제 주 도		
만성질환 이환				
있 다	38 (19.6)	51 (26.8)	89 (23.2)	2.837
없 다	156 (80.4)	139 (73.2)	295 (76.8)	
급성질환 이환				
있 다	30 (15.5)	32 (16.8)	62 (16.1)	0.135
없 다	164 (84.5)	158 (83.2)	322 (83.9)	
주관적 건강상태				
매우 불건강	5 (2.6)	1 (0.5)	6 (1.6)	5.795
불 건강	23 (11.9)	27 (14.2)	50 (13.0)	
보 통	77 (39.7)	60 (31.6)	137 (35.7)	
건 강	78 (40.2)	90 (47.4)	168 (43.8)	
매 우 건 강	11 (5.7)	12 (6.3)	23 (6.0)	
소 계	194(100.0)	190(100.0)	384(100.0)	

거주지역간 만성질환별 분포를 살펴보면 <표 4-4>와 같다. 다빈도 만성질환 종류로는 부속도서는 순환기계통 질환 31.9%, 근육골격계통 및 결합조직의 질환 27.7%, 소화기계통 질환 17.0%, 내분비 영양 및 대사질환이 10.6% 순으로 많았고, 제주도는 순환기계통 질환 26.3%, 근육골격계통 및 결합조직의 질환 22.8%, 호흡기계통 질환과 소화기계통 질환이 12.3% 순으로 많았다. 주로 부속도서에서의 다빈도 질환인 순환기계통 질환, 근육골격계통 및 결합조직의 질환, 소화기계통 질환, 내분비 영양 및 대사질환의 이환이 제주도보다 많았지만, 통계적으로 유의하지는 않았다. 다만, 호흡기계통 질환의 경우 부속도서는 0%인 반면, 제주도는 12.3%로 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

<표 4-4> 거주지역간 만성질환별 분포

단위 : 명 (%)

구 분	거주지역		합 계	χ ²
	부속도서	제주도		
질환 종류				
신 생 물	0 (0.0)	1 (1.8)	1 (1.0)	1.024
혈액 및 조혈기관의 질환	0 (0.0)	1 (1.8)	1 (1.0)	1.024
내분비 영양 및 대사질환	5 (10.6)	2 (3.5)	7 (6.7)	1.247
신경계통의 질환	0 (0.0)	1 (1.8)	1 (1.0)	1.024
눈 및 눈부속기관 질환	1 (2.1)	2 (3.5)	3 (2.9)	0.357
순환기계통의 질환	15 (31.9)	15 (26.3)	30 (28.8)	0.004
호흡기계통의 질환	0 (0.0)	7 (12.3)	7 (6.7)	7.280**
소화기계통의 질환	8 (17.0)	7 (12.3)	15 (14.4)	0.049
피부 및 피부밑 조직의 질환	2 (4.3)	5 (8.8)	7 (6.7)	1.374
근육골격계통 및 결합조직의 질환	13 (27.7)	13 (22.8)	26 (25.0)	0.003
비뇨생식기계통의 질환	1 (2.1)	2 (3.5)	3 (2.9)	0.357
달리 분류되지 않는 증상	1 (2.1)	1 (1.8)	2 (1.9)	0.000
치주질환	1 (2.1)	0 (0.0)	1 (1.0)	0.982
소 계	47(100.0)	57(100.0)	104(100.0)	

** p<0.01 , 복수응답 가능

다빈도 급성질환별 분포를 살펴보면, 부속도서는 근육골격계통 및 결합조직의 질환 23.3%, 소화기계통 질환 17.0%, 손상 및 중독 10.0% 순으로 많았고, 제주도는 호흡기계통 질환 28.1%, 근육골격계통 및 결합조직의 질환 21.9%, 손상 및 중독 18.8%, 소화기계통 질환이 12.5% 순으로 많았다. 부속도서에서의 다빈도 질환인 근육골격계통 및 결합조직의 질환, 소화기계통 질환의 이환이 제주도보다 많았지만, 통계적으로 유의하지는 않았다. 만성질환에서와 같이 급성질환에서도 호흡기계통 질환이 부속도서 13.3%, 제주도 28.1%로 제주도가 부속도서에 비해 많았으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

<표 4-5> 거주지역간 급성질환별 분포

단위 : 명 (%)

구 분	거 주 지 역		합 계	χ ²
	부속도서	제 주 도		
질 환 종 류				
특정 감염성 및 기생충 질환	1 (3.3)	1 (3.1)	2 (3.2)	0.000
혈액 및 조혈기관의 질환	0 (0.0)	1 (3.1)	1 (1.6)	1.024
내분비 영양 및 대사질환	2 (6.7)	1 (3.1)	3 (4.8)	0.315
신경계통의 질환	1 (3.3)	1 (3.1)	2 (3.2)	0.000
눈 및 눈부속기관 질환	1 (3.3)	1 (3.1)	2 (3.2)	0.000
귀 및 꼭지돌기의 질환	1 (3.3)	0 (0.0)	1 (1.6)	0.982
순환기계통의 질환	2 (6.7)	0 (0.0)	2 (3.2)	1.969
호흡기계통의 질환	4 (13.3)	9 (28.1)	13 (21.0)	2.100
소화기계통의 질환	6 (20.0)	4 (12.5)	10 (16.1)	0.369
피부 및 피부밑 조직의 질환	0 (0.0)	1 (3.1)	1 (1.6)	1.024
근육골격계통 및 결합조직의 질환	7 (23.3)	7 (21.9)	14 (22.6)	0.002
비뇨생식기계통의 질환	1 (3.3)	0 (0.0)	1 (1.6)	0.982
손상 및 중독	3 (10.0)	6 (18.8)	9 (14.5)	1.089
치주질환	1 (3.3)	0 (0.0)	1 (1.6)	0.982
소 계	30(100.0)	32(100.0)	62(100.0)	

2. 공공보건의료기관 이용도

공공보건의료기관 이용도의 비교는 우선 거주지역간 주민들의 의료이용을 비교하고, 질환 이환시 공공보건의료기관 이용여부와 월평균 공공보건의료기관 이용횟수로 구분하여 부속도서와 제주도간 비교를 실시하였다.

1) 공공보건의료기관 이용여부

(1) 의료이용

만성질환 이환으로 인한 의료이용을 거주지역 별로 비교한 결과, 부속도서는 치료 84.2%, 미치료 15.8%였고, 제주도는 치료 94.3%, 미치료 5.7%로 부속도서 주민의 미충족의료가 더 높은 것으로 나타났으며, 이는 통계적으로 유의한 차이를 보였다(표 4-6).

<표 4-6> 거주지역간 만성질환 이환으로 인한 의료기관 이용여부

단위 : 명 (%)

구 분	거 주 지 역		합 계	X ²
	부속도서	제 주 도		
치료여부				
예	32 (84.2)	50 (94.3)	82 (90.1)	6.095*
아 니 요	6 (15.8)	3 (5.7)	9 (9.9)	
소 계	38(100.0)	53(100.0)	91(100.0)	

* p<0.05

만성질환 이환으로 인한 치료기관 종류는 부속도서는 보건소/지소/진료소 46.9%, 약국 21.9%, 의원 15.6%, 병원 12.5%, 한의원 3.1% 순이었고, 제주도는 의원 46.0%, 병원 28.0%, 약국 12.0%, 한의원 8.0%, 보건소/지소/진료소 6.0% 순

으로 나타났다. 주로 부속도서에서는 보건소/지소/진료소와 더불어 약국이 만성 질환 치료기관으로써 이용되고 있고, 제주도에서는 의원과 병원이 그 역할을 하고 있는 것으로 나타났다. 이는 통계적으로도 유의한 차이를 보였다(표 4-7).

<표 4-7> 거주지역간 만성질환 이환시 치료기관 종류

단위 : 명 (%)

구 분	거 주 지 역		합 계	X ²
	부속도서	제 주 도		
치료기관 종류				
약 국	7 (21.9)	6 (12.0)	13 (15.9)	29.122***
보건소/지소/진료소	15 (46.9)	3 (6.0)	18 (22.0)	
의 원	5 (15.6)	23 (46.0)	28 (34.1)	
한 의 원	1 (3.1)	4 (8.0)	5 (6.1)	
병 원	4 (12.5)	14 (28.0)	18 (22.0)	
소 계	32(100.0)	50(100.0)	82(100.0)	

*** p<0.001

급성질환 이환으로 인한 의료이용을 거주지역 별로 비교한 결과, 부속도서는 치료 86.7%, 미치료 13.3%였고, 제주도는 치료 90.6%, 미치료 9.4%로 만성질환 과 동일하게 부속도서 주민의 미충족의료가 더 높은 것으로 나타났으나 만성질환 치료여부와는 달리 통계적으로 유의하지는 않았다(표 4-8).

<표 4-8> 거주지역간 급성질환 이환으로 인한 의료기관 이용여부

단위 : 명 (%)

구 분	거 주 지 역		합 계	X ²
	부속도서	제 주 도		
치료여부				
예	26 (86.7)	29 (90.6)	55 (88.7)	0.436
아 니 요	4 (13.3)	3 (9.4)	7 (11.3)	
소 계	30(100.0)	32(100.0)	62(100.0)	

급성질환 이환으로 인한 치료기관 종류에서도 부속도서는 보건소/지소/진료소 65.4%, 약국 30.8%, 병원 3.8% 순이었고, 제주도는 의원 65.5%, 병원 17.2%, 약국 17.2% 순으로 나타났다. 이는 만성질환 이환으로 인한 치료기관 종류와 비교했을 때, 부속도서에서는 보건소/지소/진료소와 약국의 이용이 증가하였고, 제주도에서는 의원과 약국의 이용이 증가하여 더욱 분명한 차이를 보였으며, 통계적으로도 유의하였다(표 4-9).

<표 4-9> 거주지역간 급성질환 이환시 치료기관 종류

단위 : 명 (%)

구 분	거 주 지 역		합 계	X ²
	부속도서	제 주 도		
치료기관 종류				
약 국	8 (30.8)	5 (17.2)	13 (23.6)	46.509***
보건소/지소/진료소	17 (65.4)	0 (0.0)	17 (30.9)	
의 원	0 (0.0)	19 (65.5)	19 (34.5)	
한 의 원	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
병 원	1 (3.8)	5 (17.2)	6 (10.9)	
소 계	26(100.0)	29(100.0)	55(100.0)	

*** p<0.001

(2) 공공보건의료기관 이용여부에 영향을 미치는 요인

부속도서와 제주도간 공공보건의료기관 이용여부에 영향을 미치는 요인을 찾고자 조사대상자 전체를 대상으로 지역변수, 개인속성, 이용가능성, 질병인지성을 단계적으로 추가하여 각각의 모형에 대한 Logistic regression 을 실시하였다. 공공보건의료기관 이용여부를 종속변수로 선정하고, 제 요인을 독립변수로 선정하여 단계적으로 투입하였다.

조사대상자 전체에 대한 로지스틱 회귀분석 결과 거주지역 변수는 모형 I 부터 최종 모형인 모형IV까지 모두 유의하였다. 종교와 교육수준은 개인속성, 이용가능성을 포함한 모형III까지는 유의하지 않았으나 최종 모형인 모형IV에서는 유의하게 나타났다. 그리고 제 요인이 모두 추가된 최종 모형인 모형IV에서는 거주지역, 종교, 교육수준, 만성질환 이환, 급성질환 이환, 주관적 건강상태가 공공보건의료기관 이용여부에 영향을 미치는 요인으로 밝혀졌다(표 4-10).

<표 4-10> 조사대상자 전체의 공공보건의료기관 이용여부에 영향을 미치는 요인

Variable	모형 I (지역변수 추가)		모형 II (개인속성 추가)		모형 III (이용가능성 추가)		모형 IV (질병인지성 추가)	
	Exp(B)	S.E	Exp(B)	S.E	Exp(B)	S.E	Exp(B)	S.E
거주지역	0.088**	0.747	0.097**	0.762	0.103**	0.783	0.010***	1.231
성			0.961	0.521	0.785	0.577	0.791	0.735
연령			1.521	0.256	1.506	0.260	0.646	0.385
종교			0.911	0.172	0.888	0.176	0.550*	0.299
직업			1.035	0.084	1.031	0.097	0.943	0.141
결혼상태			0.721	0.552	0.685	0.538	0.549	0.684
교육수준			0.687	0.243	0.753	0.283	0.421*	0.408
소득					0.712	0.238	1.088	0.305
의료보장 종류					0.869	0.370	1.287	0.461
방문소요시간					0.755	0.217	0.694	0.300
상용치료원 종류					1.169	0.144	0.912	0.242
만성질환 이환							6.078*	0.721
급성질환 이환							65.304***	0.890
주관적 건강상태							0.247**	0.466
-2LL	155.215		139.254		134.731		72.787	
Goodness-of-Fit	0.000		4.729		3.067		5.359	
Percentage Correct	94.0		94.0		94.0		96.1	
χ^2	18.876***		34.837***		39.359***		101.304***	

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

부속도서 주민에 대한 로지스틱 회귀분석 결과 모형 I, 모형 II에서는 공공보건의료기관 이용여부에 영향을 미치는 유의한 요인이 없었다. 하지만 질병인지성이 추가된 최종모형인 모형 III에서는 종교, 만성질환 이환, 급성질환 이환, 주관적 건강상태가 공공보건의료기관 이용여부에 영향을 미치는 요인으로 밝혀졌다(표 4-11).

<표 4-11> 부속도서주민의 공공보건의료기관 이용여부에 영향을 미치는 요인

Variable	모형 I		모형 II		모형 III	
	(개인속성 추가)		(이용가능성 추가)		(질병인지성 추가)	
	Exp(B)	S.E	Exp(B)	S.E	Exp(B)	S.E
성	0.832	0.542	0.686	0.603	0.673	0.910
연령	1.551	0.261	1.528	0.268	0.509	0.487
종교	0.964	0.181	0.947	0.186	0.410*	0.435
직업	1.013	0.088	1.007	0.103	0.850	0.178
결혼상태	0.791	0.542	0.772	0.526	0.477	0.925
교육수준	0.764	0.256	0.854	0.306	0.365	0.516
소득			0.716	0.250	1.227	0.401
의료보장 종류			0.941	0.396	1.570	0.543
방문소요시간			0.827	0.225	0.822	0.359
상용치료원 종류			1.205	0.155	1.090	0.298
만성질환 이환					9.684*	0.974
급성질환 이환					609.462***	1.575
주관적 건강상태					0.137**	0.718
-2LL	120.951		117.427		46.344	
Goodness-of-Fit	4.787		6.342		0.827	
Percentage Correct	89.2		88.7		93.3	
χ^2	12.069		15.593		86.676***	

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

제주도 주민에 대한 로지스틱 회귀분석 결과에서는 모형 I 부터 최종모형인 모형 III까지 공공보건의료기관 이용여부에 영향을 주는 유의한 요인이 없는 것으로 밝혀졌다. 이는 제주도 주민들이 급·만성질환 이환시 공공보건의료기관을 이용하는 경우가 너무 적었기 때문으로 판단된다(표 4-12).

<표 4-12> 제주도주민의 공공보건의료기관 이용여부에 영향을 미치는 요인

Variable	모형 I		모형 II		모형 III	
	(개인속성 추가)		(이용가능성 추가)		(질병인지성 추가)	
	Exp(B)	S.E	Exp(B)	S.E	Exp(B)	S.E
성	9453495	3231.713	8E+047	3670.113	148.447	13911.446
연령	0.729	1.774	0.000	2197.306	0.012	14097.681
종교	0.000	1450.370	0.000	4610.013	0.007	4067.648
직업	0.931	0.577	0.000	517.509	3.851	2887.604
결혼상태	0.264	2.712	1E+031	8971.941	20.307	32853.278
교육수준	0.210	1.520	0.000	1805.773	0.002	11420.797
소득			0.000	1083.218	0.132	5639.126
의료보장 종류			5069880	5203.690	783.253	4377.849
방문소요시간			0.000	5111.944	0.000	9657.094
상용치료원 종류			0.000	786.863	0.145	2681.494
만성질환 이환					3E+013	16071.729
급성질환 이환					0.000	17969.267
주관적 건강상태					0.002	8274.256
-2LL	11.581		0.000		0.000	
Goodness-of-Fit	0.291		0.000		0.000	
Percentage Correct	98.9		100.0		100.0	
χ^2	10.613		22.194*		22.194	

* p<0.05

2) 월평균 공공보건의료기관 이용횟수

(1) 월평균 공공보건의료기관 이용횟수

거주지역간 월평균 공공보건의료기관 이용횟수 비교에서는 부속도서와 제주도 가 분명한 차이를 보였다. 특히 ‘방문하지 않는다’의 경우 부속도서 35.6%, 제주도 89.5%로 가장 큰 차이를 보였으며, 이용횟수에서도 부속도서는 4회 이상 4.6%, 5회 이상 1.0%인 반면 제주도는 월평균 4회 이상인 이용자가 없었다. 이러한 차이는 통계적으로도 유의하였다(표 4-13).

<표 4-13> 거주지역간 월평균 공공보건의료기관 이용횟수

단위 : 명 (%)

구 분	거 주 지 역		합 계	X ²
	부속도서	제 주 도		
이용횟수				
방문하지 않는다	69 (35.6)	170 (89.5)	239 (62.2)	
1 회	60 (30.9)	10 (5.3)	70 (18.2)	
2 회	36 (18.6)	8 (4.2)	44 (11.5)	126.760***
3 회	18 (9.3)	2 (1.1)	20 (5.2)	
4 회	9 (4.6)	0 (0.0)	9 (2.3)	
5회 이상	2 (1.0)	0 (0.0)	2 (0.5)	
소 계	194(100.0)	190(100.0)	384(100.0)	

*** p<0.001

(2) 월평균 공공보건의료기관 이용횟수에 영향을 미치는 요인

부속도서와 제주도간 월평균 공공보건의료기관 이용횟수에 영향을 미치는 요인을 찾고자 월평균 공공보건의료기관 이용횟수를 종속변수로 선정하고, 제 요인을 독립변수로 선정하여 Stepwise multiple regression을 실시하였다.

조사대상자 전체를 대상으로 분석한 결과 거주지역, 교육수준, 주관적 건강상태, 상용치료원 종류, 급성질환 이환, 연령이 월평균 공공보건의료기관 이용횟수에 통계적으로 유의한 영향을 미쳤다. 즉 부속도서 주민이, 교육수준이 낮을수록, 주관적 건강상태가 나쁠수록, 급성질환에 이환 되었을 때, 연령이 높을수록 월평균 공공보건의료기관 이용횟수가 많아지는 것으로 밝혀졌다(표 4-14). 또한 보건소/지소/진료소를 상용치료원으로 이용하는 경우가 타 기관을 이용하는 경우보다 월평균 공공보건의료기관 이용횟수가 많은 것으로 밝혀졌다(부표 5).

<표 4-14> 조사대상자 전체의 월평균 공공보건의료기관 이용횟수에 영향을 미치는 요인

Variable	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
거주지역	-0.932	0.089	-0.436	-10.500	0.000
교육수준	-0.148	0.053	-0.149	-2.814	0.005
주관적 건강상태	-0.170	0.059	-0.134	-2.863	0.004
상용치료원 종류	0.055	0.023	0.109	2.424	0.016
급성질환 이환	0.267	0.120	0.092	2.223	0.027
연령	0.096	0.044	0.116	2.202	0.028
(Constant)	2.806	0.364		7.702	0.000
R Square=0.382		Adjusted R Square=0.372		F=38.883	Sig.=0.000

부속도서 주민을 대상으로 분석한 결과 교육수준, 상용치료원 종류, 급성질환 이환, 주관적 건강상태, 소득이 월평균 공공보건의료기관 이용횟수에 유의한 영향을 미쳤다. 즉, 교육수준이 낮을수록, 급성질환에 이환 되었을 때, 주관적 건강상태가 나쁠수록, 소득이 높을수록 월평균 공공보건의료기관 이용횟수가 많아지는 것으로 밝혀졌다(표 4-15). 또한 보건소/지소/진료소를 상용치료원으로 이용하는 경우가 타 기관을 이용하는 경우보다 월평균 공공보건의료기관 이용횟수가 많은 것으로 밝혀졌다(부표 5).

<표 4-15> 부속도서 주민의 월평균 공공보건의료기관 이용횟수에 영향을 미치는 요인

Variable	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
교육수준	-0.384	0.071	-0.354	-5.372	0.000
상용치료원 종류	0.149	0.043	0.215	3.429	0.001
급성질환 이환	0.823	0.194	0.247	4.238	0.000
주관적 건강상태	-0.311	0.090	-0.220	-3.439	0.001
소득	0.135	0.063	0.140	2.154	0.033
(Constant)	2.970	0.393		7.560	0.000
R Square= 0.371 Adjusted R Square=0.354 F=22.131 Sig.=0.000					

제주도 주민을 대상으로 분석한 결과 연령, 공공보건의료기관 방문소요시간, 상용치료원 종류가 월평균 공공보건의료기관 이용횟수에 통계적으로 유의한 영향을 미쳤다. 즉, 연령이 높을수록, 공공보건의료기관 방문소요시간이 짧을수록 월평균 보건의료기관 이용횟수가 많아지는 것으로 밝혀졌다(표 4-16). 또한 보건소/지소/진료소를 상용치료원으로 이용하는 경우가 타 기관을 이용하는 경우보다 월평균 공공보건의료기관 이용횟수가 많은 것으로 밝혀졌다(부표 5).

<표 4-16> 제주도 주민의 월평균 공공보건의료기관 이용횟수에 영향을 미치는 요인

Variable	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
연령	0.082	0.029	0.200	2.826	0.005
공공보건의료기관 방문소요시간	-0.115	0.039	-0.206	-2.982	0.003
상용치료원 종류	0.043	0.015	0.200	2.800	0.006
(Constant)	0.244	0.156		1.570	0.118
R Square= 0.133 Adjusted R Square=0.119 F=9.526 Sig.=0.000					

3. 공공보건의료기관 이용에 대한 결과

공공보건의료기관 이용에 대한 결과의 비교는 거주지역간 주민들의 공공보건의료기관에 대한 만족도와 공공보건의료기관에 대한 서비스요구도로 구분하여 부속도서와 제주도간 비교를 실시하였다.

1) 공공보건의료기관에 대한 만족도

(1) 공공보건의료기관에 대한 만족도

거주지역간 공공보건의료기관에 대한 만족도 비교 결과는 <표 4-17>과 같다. 부속도서에서는 보통 50.0%, 만족 24.2%, 불만족 17.0%, 매우 만족 6.2%, 매우 불만족 2.6% 순으로 높았으나, 제주도에서는 보통 62.1%, 불만족 24.7%, 만족 10.5%, 매우 불만족 1.6%, 매우 만족 1.1% 순으로 높아 부속도서 주민의 만족도가 더 높은 것으로 나타났다. 이는 통계적으로도 유의한 차이를 보였다.

<표 4-17> 거주지역간 공공보건의료기관 만족도

단위 : 명 (%)

구 분	거 주 지 역		합 계	X ²
	부속도서	제 주 도		
만족도				
매우 불만족	5 (2.6)	3 (1.6)	8 (2.1)	23.275***
불만족	33 (17.0)	47 (24.7)	80 (20.8)	
보통	97 (50.0)	118 (62.1)	215 (56.0)	
만족	47 (24.2)	20 (10.5)	67 (17.4)	
매우 만족	12 (6.2)	2 (1.1)	14 (3.6)	
소 계	194(100.0)	190(100.0)	384(100.0)	

*** p<0.001

만족을 느끼는 이유는 의료기관 선택의 기준을 제공하기도 한다. 공공보건의료기관에 대한 만족이유를 거주지역 별로 비교한 결과, 부속도서는 교통편리가 52.6%, 비용저렴이 25.8%였지만, 제주도는 비용저렴이 35.3%, 교통편리가 11.6%로 통계적으로 유의한 차이를 보였다(표 4-18). 즉 부속도서 주민에게는 다른 이유보다 공공보건의료기관에 대한 접근 편리성이 가장 큰 만족이유였으며, 제주도 주민에게는 접근 편리성보다는 경제성이 가장 큰 만족이유였다. 반면 좋은 의료장비, 좋은 시설, 다양한 서비스 등의 선택은 부속도서와 제주도에서 동일하게 1%미만으로 나타났다.

<표 4-18> 거주지역간 공공보건의료기관 만족이유

단위 : 명 (%)

구 분	거 주 지 역		합 계	χ ²
	부속도서	제 주 도		
만족이유				
교통이 편리하다	102 (48.6)	22 (15.2)	124 (34.9)	73.795***
비용이 저렴하다	50 (23.8)	67 (46.2)	117 (33.0)	4.081*
의료장비가 좋다	0 (0.0)	1 (0.7)	1 (0.3)	1.024
직원 의료진이 친절하다	6 (2.9)	1 (0.7)	7 (2.0)	3.533
치료효과가 좋다	4 (1.9)	1 (0.7)	5 (1.4)	1.761
시설이 좋다	1 (0.5)	2 (1.4)	3 (0.8)	0.357
믿을 수 있다	4 (1.9)	6 (4.1)	10 (2.8)	0.455
서비스가 다양하다	0 (0.0)	1 (0.7)	1 (0.3)	1.024
대기시간이 짧다	8 (3.8)	7 (4.8)	15 (4.2)	0.049
특별한 이유 없음	35 (16.7)	37 (25.5)	72 (20.3)	0.129
소 계	210(100.0)	145(100.0)	355(100.0)	

* p<0.05, *** p<0.001

주 1) 복수응답 가능, 미응답 제외

(2) 공공보건의료기관에 대한 만족도에 영향을 미치는 요인

공공보건의료기관에 대한 만족도에 영향을 미치는 요인을 찾고자 공공보건의료기관에 대한 만족도를 종속변수로 선정하고, 의료이용도를 포함한 제 요인을 독립변수로 선정하여 Stepwise multiple regression을 실시하였다.

조사대상자 전체를 대상으로 분석한 결과, 월평균 공공보건의료기관 이용횟수, 의료보장 종류, 공공보건의료기관 방문소요시간이 공공보건의료기관에 대한 만족도에 통계적으로 유의한 영향을 미쳤다. 즉, 월평균 공공보건의료기관 이용횟수가 많을수록, 공공보건의료기관 방문소요시간이 짧을수록 공공보건의료기관에 대한 만족도가 높은 것으로 나타났다(표 4-19). 또한 의료보장 종류는 의료보호대상자가 만족도가 가장 높았고, 직장, 지역가입자순으로 높게 나타났다(부표 8).

<표 4-19> 조사대상자 전체의 공공보건의료기관 만족도에 영향을 미치는 요인

Variable	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
월평균 공공보건의료기관 이용횟수	0.208	0.036	0.283	5.747	0.000
의료보장 종류	0.172	0.059	0.143	2.907	0.004
공공보건의료기관 방문소요시간	-0.090	0.035	-0.125	-2.576	0.010
(Constant)	2.849	0.158		18.001	0.000
R Square= 0.109	Adjusted R Square=0.102		F=15.496	Sig.=0.000	

부속도서 주민을 대상으로 분석한 결과, 월평균 공공보건의료기관 이용횟수와 의료보장 종류가 공공보건의료기관에 대한 만족도에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 요인으로 밝혀졌다(표 4-20). 월평균 공공보건의료기관 이용횟수가 많을수록 만족도가 높고, 의료보장 종류는 의료보호대상자, 직장가입자, 지역가입자순으로 높은 것으로 나타났다(부표 8).

<표 4-20> 부속도서 주민의 공공보건의료기관 만족도에 영향을 미치는 요인

Variable	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
월평균 공공보건 의료기관 이용횟수	0.173	0.050	0.242	3.455	0.001
의료보장 종류	0.253	0.088	0.201	2.868	0.005
(Constant)	2.538	0.171		14.852	0.000
R Square= 0.084 Adjusted R Square=0.074 F=8.744 Sig.=0.000					

제주도 주민을 대상으로 분석한 결과, 공공보건의료기관 방문소요시간, 월평균 공공보건의료기관 이용횟수, 상용치료원 종류, 교육수준이 공공보건의료기관에 대한 만족도에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 요인으로 밝혀졌다(표 4-21). 즉 공공보건의료기관 방문소요시간이 짧을수록, 월평균 공공보건의료기관 이용횟수가 많을수록, 교육수준이 낮을수록 공공보건의료기관에 대한 만족도가 높게 나타났으며, 상용치료원이 보건소/지소/진료소인 경우에 만족도가 가장 높게 나타났다(부표 8).

<표 4-21> 제주도 주민의 공공보건의료기관 만족도에 영향을 미치는 요인

Variable	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
공공보건의료기관 방문소요시간	-0.111	0.048	-0.162	-2.314	0.022
월평균 공공보건 의료기관 이용횟수	0.263	0.089	0.214	2.968	0.003
상용치료원 종류	-0.067	0.019	-0.250	-3.463	0.001
교육수준	-0.103	0.047	-0.155	-2.198	0.029
(Constant)	3.770	0.272		13.836	0.000
R Square= 0.153 Adjusted R Square=0.135 F=8.361 Sig.=0.000					

2) 공공보건의료기관에 대한 서비스요구도

(1) 공공보건의료기관에 대한 서비스요구도

거주지역간 공공보건의료기관에 대한 서비스요구도 비교 결과는 <표 4-22>와 같다. 부속도서와 제주도와의 비교에서는 육지지역과 연계된 서비스, 응급의료체계, 일반질환 진료, 한방진료, 치과진료, 물리치료, 순회진료 순으로 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 서비스요구도 평균에서도 부속도서 4.22±0.56, 제주도 3.92±0.70으로 부속도서 주민의 서비스요구도 평균이 높았으며, 이러한 차이는 통계적으로 유의하였다.

<표 4-22> 거주지역간 공공보건의료기관 서비스요구도

단위 :평균±표준편차

구 분	거 주 지 역		합 계	t-value
	부속도서	제 주 도		
서비스 항목				
일반질환 진료	4.61±0.76	4.05±1.00	4.33±0.93	43.012***
치과진료	4.56±0.81	4.03±0.98	4.30±0.94	38.489***
한방진료	4.47±0.82	3.93±0.94	4.21±0.92	41.049***
순회진료	4.22±0.93	3.82±0.97	4.02±0.97	21.213***
육지지역과 연계된 서비스	4.55±0.81	3.61±1.14	4.09±1.09	83.755***
응급의료체계	4.66±0.70	3.99±0.98	4.33±0.91	60.544***
건강검진	4.40±0.79	4.26±0.92	4.33±0.86	4.024
가정방문진료	3.98±0.95	3.90±0.97	3.94±0.96	1.228
물리치료	4.52±0.76	4.00±0.95	4.26±0.90	34.148***
운동지도	3.84±0.97	3.88±1.04	3.86±1.01	2.474
보건교육	3.82±0.99	4.00±1.03	3.91±1.01	6.284
질병상담 및 예방사업	4.09±0.93	4.14±0.99	4.11±0.96	4.818
식생활 및 영양교육	3.73±0.96	3.84±1.05	3.78±1.01	8.983*
오락 및 교양강좌	3.60±1.01	3.41±1.15	3.51±1.09	8.715
전체평균	4.22±0.56	3.92±0.70	4.07±0.65	59.514*

* p<0.05, *** p<0.001

(2) 공공보건의료기관에 대한 서비스요구도에 영향을 미치는 요인

공공보건의료기관에 대한 서비스요구도에 영향을 미치는 요인을 찾고자 공공보건의료기관에 대한 서비스요구도 평균을 종속변수로 선정하고, 의료이용도를 포함한 제 요인을 독립변수로 선정하여 Stepwise multiple regression을 실시하였다.

조사대상자 전체를 대상으로 분석한 결과, 거주지역, 직업, 소득이 공공보건의료기관에 대한 서비스요구도에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 요인으로 나타났다(표 4-23). 즉 부속도서 주민이 서비스요구도가 높았고, 소득이 높을수록 공공보건의료기관에 대한 서비스요구도가 높았다. 또한 직업은 무직/기타, 주부, 공무원/교직, 전문사무직, 판매서비스직, 어업, 학생, 단순노무직, 농업, 자영업 순으로 높았다(부표 11, 12).

<표 4-23> 조사대상자 전체의 공공보건의료기관 서비스요구도에 영향을 미치는 요인

Variable	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
거주지역	-0.320	0.064	-0.246	-4.978	0.000
직업	0.042	0.013	0.164	3.261	0.001
소득	0.057	0.026	0.112	2.211	0.028
(Constant)	4.219	0.130		32.353	0.000
R Square= 0.085 Adjusted R Square=0.078 F=11.732 Sig.=0.000					

부속도서 주민을 대상으로 분석한 결과, 월평균 공공보건의료기관 이용횟수, 직업, 연령이 공공보건의료기관에 대한 서비스요구도에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 요인으로 나타났다(표 4-24). 즉 월평균 공공보건의료기관 이용횟수가

적을수록, 연령이 높을수록 공공보건의료기관에 대한 서비스요구도가 높았다. 직업은 무직/기타, 공무원/교직, 전문사무직, 자영업, 주부, 판매서비스직, 학생, 단순노무직, 어업, 농업 순으로 높았다(부표 11).

<표 4-24> 부속도서 주민의 공공보건의료기관 서비스요구도에 영향을 미치는 요인

Variable	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
월평균 공공보건의료기관 이용횟수	-0.105	0.035	-0.229	-3.043	0.003
직업	0.042	0.015	0.211	2.880	0.004
연령	0.073	0.035	0.164	2.087	0.038
(Constant)	3.914	0.143		27.305	0.000
R Square= 0.087		Adjusted R Square=0.072		F=6.000	Sig.=0.001

제주도 주민을 대상으로 분석한 결과, 교육수준이 공공보건의료기관에 대한 서비스요구도에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 요인으로 나타났다(표 4-25). 즉 교육수준이 높을수록 공공보건의료기관에 대한 서비스요구도가 높았다(부표 11).

<표 4-25> 제주도 주민의 공공보건의료기관 서비스요구도에 영향을 미치는 요인

Variable	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
교육수준	0.121	0.051	0.171	2.380	0.018
(Constant)	3.415	0.217		15.713	0.000
R Square= 0.029		Adjusted R Square=0.024		F=5.664	Sig.=0.018

V. 고 찰

1. 연구대상과 방법에 대한 고찰

본 연구에 사용된 자료는 제주도와 그 부속도서에 거주하는 20세 이상의 주민 400명을 대상으로 2005년 7월 18일부터 8월 2일까지 15일 동안 구조화된 설문지를 사용하여 표본조사를 실시하였고, 응답이 불충분하고 불성실한 16부(제주도 10부, 부속도서 6부)의 설문지를 제외한 총 384부(제주도 190부, 부속도서 194부)의 결과를 최종 분석 자료로 사용하였다. 이에 따라 조사 대상지역의 개별성이 있을 수 있어 전 도서지역으로 일반화하기에는 어려움이 있을 것으로 판단된다. 또한 면접조사방식에 따른 일반적인 문제점의 하나로 피면접자의 기억에 의존함으로써 기본적으로 오차(recall bias)가 발생할 소지가 있다. 이러한 측정오차의 발생은 연구의 결과에 대한 타당성 및 신뢰성을 저하시키는 요인으로 작용할 수 있음을 감안하여야 한다. 그 외에도 면접조사가 일정기간에 실시되어 상병 및 의료이용에 있어 계절적인 특성이 작용할 수도 있다. 따라서 향후 연구에서는 폭넓은 대상에 대한 연구가 이루어져야 하며, 자료의 정확성을 높일 수 있는 연구방법이 시행되어야 할 것이다.

의료이용에 대한 이론과 모형은 다양하며, 연구목적에 따라 여러 모형들이 이용되고 있다. 본 연구의 목적인 제주도와 부속도서 주민들의 공공보건의료기관 이용양상과 이에 영향을 미치는 요인을 분석하고, 나아가 공공보건의료기관에 대한 만족도 및 서비스요구도와 이에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해서는 Andersen의 새로운 모형(1995)을 연구의 모형으로 활용하기에 적합한 모형이라고 생각하여 Andersen의 새로운 모형에 기반을 둔 수정모형을 사용하였다. 하지만 질병인지 이후에 행해지는 건강행태(health behavior)로서의 개인적 건강실천 행위(personal health practices)와 의료이용 이후에 결과(outcomes)로서 나타나

는 주관적 건강수준(perceived health status) 및 객관적 건강수준(evaluated health status)의 변화는 설문지에 의한 측정에 제한이 있어 분석에서 제외되었다. 또한 의료공급과 관련된 변수로 접근시간만이 사용되었으며, 건강이나 의료이용에 대한 태도나 신념은 고려되지 않아 의료이용행태를 완전히 설명하는데 한계를 가지지 않을 수 없다. 의료이용도에 관한 변수로도 이용여부와 이용횟수 등 한정된 변수에만 의존함으로써 이용의 정기성 및 수진 받은 종류 등 의료서비스의 질적인 면을 포괄하지 못하는 한계가 있다. 수진 받은 진료의 종류가 건강검진이거나 예방목적의 진료인지, 아니면 급성질환이거나 손상에 대한 조치인지, 만성질환에 대한 지속적인 관리의 일환인지 하는 질적인 면 또한 의료이용도의 중요한 지표가 될 수 있으므로 이런 면을 포괄하여 연구할 필요가 있다(김묘경, 1999). 이처럼 각 요인을 충실히 설명할 수 있는 변수들이 충분히 고려되지 않아 주요 변수 누락에 따른 모형설정오차(model specification error)가 존재할 가능성이 있다. 향후 모형 적용에 의한 연구에서는 모형에 대한 충분한 이해가 요구되며 보다 신중한 변수 선정과 측정방법이 검토되어야 할 것이다.

Andersen의 새로운 모형은 환경, 대상인구집단의 특성, 건강행태, 결과로 구분된 세 요인들이 서로 원인적 연관성(causal relationship)을 가지며, 각 요인들은 건강행태와 결과에 직접효과 및 간접효과를 가지며, 건강행태와 결과가 각 요인에 미치는 환원효과에도 그 중요성을 두고 있다(Andersen, 1995). 하지만 본 연구에서는 각 요인들의 원인적 연관성과 결과의 환원효과에 대한 분석이 이루어지지 않아 Andersen의 새로운 모형에 의한 의료이용행태를 완전히 설명하는데 한계를 갖는다. 따라서 향후 연구에서는 좀 더 창조적이고 도전적인 개념화와 장기적 연구 및 실험적 연구모형의 적용, 그리고 통계학적 분석의 혁신적인 방법을 통하여 각 요인들의 원인적 연관성과 결과의 환원효과에 대한 포괄적인 연구가 수행되어야 할 것이다.

2. 연구결과에 대한 고찰

1) 대상인구집단의 특성

본 연구에서는 대상인구집단의 특성을 개인속성, 이용가능성, 질병인지성으로 구분하고, 거주지역간 차이를 비교한 결과 개인속성과 이용가능성에서는 다수의 변수에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 개인속성에서는 연령, 직업, 결혼상태, 교육수준에서 차이를 보였는데, 이러한 결과는 도서지역이 청장년층이 적고, 농어업을 주된 생활기반으로 삼고 있고, 교육수준이 낮은 인구집단이라는 선행연구(유승흠 등, 1987; 엄기철 등, 1996)에서 나타난 결과와 유사하였다. 이용가능성에서는 소득, 의료보장 종류, 공공보건의료기관 방문소요시간, 상용치료원 종류의 모든 변수에서 유의한 차이를 보였다. 대체로 부속도서 주민은 소득이 낮았고, 지역가입자와 의료보호대상자가 많았다. 이는 개인속성의 연령과 직업에서 비롯된 영향으로 판단된다. 공공보건의료기관 방문소요시간은 10분 미만까지는 부속도서가 높았고, 10분 이상에서는 제주도가 높게 나타나 부속도서 주민의 공공보건의료기관에 대한 접근이 더욱 용이한 것으로 나타났다. 이는 도서지역이 가지는 공간적 협소성이라는 특성에서 비롯된 결과라고 판단된다. 하지만 이러한 결과는 공공보건의료기관에 한정된 접근성을 나타내는 것으로 전체 의료기관에 대한 접근성을 나타내는 것은 아니다. 상용치료원의 종류로는 부속도서에서는 보건소/지소/진료소의 비율이 절대적으로 높았고, 제주도에서는 의원과 병원의 비율이 높았으며, 부속도서에 비하여 제주도가 더욱 다양한 종류의 분포를 보였다. 이러한 결과는 도서지역 주민을 대상으로 한 선행연구(유승흠 등, 1987; 고기호, 1991; 엄기철 등, 1996)의 결과와 유사하였다. 하지만 질병인지성은 유의한 차이가 없었다. 제주도 주민의 만성질환 이환률이 부속도서에 비해 높았으나 유의한 차이는 없었다. 이러한 결과는 도서지역 주민들의 질병 이환률이 타 지

역에 비해 더 높다는 선행연구(유승흠 등, 1987; 고기호, 1991; 이우주, 2003; 이한성, 2004)의 결과와는 차이를 보였는데, 조사대상지역의 특성과 조사기간 등에 따라 다른 결과를 나타낸 것으로 판단된다. 다빈도 만성질환 종류로는 부속도서는 순환기계통 질환, 근육골격계통 및 결합조직의 질환, 소화기계통 질환, 내분비 영양 및 대사질환 순으로 많아 선행연구(고기호, 1991; 이한성, 2004)의 결과와 유사하였다. 반면 제주도는 순환기계통 질환, 근육골격계통 및 결합조직의 질환, 호흡기계통 질환과 소화기계통 질환 순으로 많았다. 특히 제주도 주민의 호흡기계통 질환 이환이 유의하게 높았는데, 이는 도서지역이 아닌 대도시 및 중소도시에 대한 연구(김한중, 1978; 김형창, 1993)에서 호흡기계 질환이 높다는 연구결과와 유사하였다.

이처럼 부속도서와 제주도는 개인속성과 이용가능성에 있어서 차이가 있었으며, 이는 도서지역의 특수성에서 비롯된 영향이라 판단된다.

2) 공공보건의료기관 이용도

만성질환으로 인한 의료이용의 거주지역간 차이는 부속도서 주민의 미충족의료가 제주도 주민보다 유의하게 높았으나 급성질환으로 인한 의료이용에는 차이가 없었다. 하지만 치료기관 종류는 만성질환과 급성질환 모두에서 부속도서 주민은 보건소/지소/진료소의 이용이 가장 많았으나, 제주도 주민은 의원의 이용이 가장 많아 유의한 차이를 보였다. 월평균 공공보건의료기관 이용횟수는 부속도서 주민의 이용횟수가 제주도 주민보다 유의하게 많았다. 이처럼 도서지역의 공공보건의료기관 이용률이 월등히 높게 나타나는 것은 민간의료시설이 거의 없는 도서지역에서 지리적, 경제적 접근성이 상대적으로 가장 좋은 의료기관이 공공보건의료기관이기 때문으로 판단된다. 도서지역 주민이 지역 외 민간의료기관을 사용하기 위해서는 더 많은 시간비용과 부수비용을 소비해야 하기 때문에 지역 내에 있는 공공보건의료기관이 갖는 지리적 접근 편리성과 경제성은 더 높다고

볼 수 있다. 또한 만성질환 이환시보다 급성질환 이환시에 공공보건의료기관을 더 많이 이용하는 것으로 보아 가벼운 증상이나 긴급성을 요하는 질환은 가까운 의료기관을 더 많이 이용하게 되는 것으로 판단된다. 이는 도서지역 주민들의 보건소와 보건지소 등 공공보건의료기관의 이용률이 전체 이용의 40% 이상으로 가장 큰 비중을 차지하고 있다는 고기호(1991)와 이우주(2003)의 연구결과와는 유사하였지만, 유승흠 등(1987)의 연구결과를 보면 약국의 비중이 크고 보건소와 보건진료소의 역할이 미미한 것으로 나타나 본 연구와 다른 결과를 보였다. 본 연구에서도 조사대상지역인 8개의 부속도서 중에서 약국이 있는 추자도의 경우 상용치료원과 치료기관 종류에서 약국을 선택하는 비율이 민간의료기관이 전혀 없는 타 부속도서에 비해 높았다. 이것은 민간의료기관의 유무 등과 같은 조사대상지역의 특성에 따라 다른 결과를 보인 것으로 판단된다.

공공보건의료기관 이용여부에 영향을 미치는 요인은 조사대상자 전체에서는 거주지역, 종교, 교육수준, 만성질환 이환, 급성질환 이환, 주관적 건강상태로 나타나 거주지역이 유의한 영향을 미치는 요인임을 확인하였다. 거주지역 별로 분석한 결과, 부속도서에서는 종교, 만성질환 이환, 급성질환 이환, 주관적 건강상태가 유의한 영향을 미쳤으나, 제주도에서는 질환 이환시 보건소/지소/진료소의 이용률이 너무 적었기 때문에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 요인을 찾을 수 없었다. 부속도서에서 종교가 영향을 미친 것은 종교에 따라 생활 형태나 생활에 대한 만족도, 그리고 건강에 대한 신념이 다르기 때문으로 판단된다. 또한 만성질환 이환, 급성질환 이환, 주관적 건강상태는 모두 질병인지성으로서 필요요인이 의료이용에 가장 큰 영향을 미친다는 선행연구(Andersen, 1968; 배상수, 1985; 유승흠, 1987; 김영임, 1990; 김묘경, 1999 등)와 동일한 결과를 보였다. 이 연구들은 의료필요요인이 의료이용분석모형에서 매우 중요한 영향을 미친다는 것을 강조하고 있다. 또한 필요요인이 제외될 경우 설명력이 떨어지며, 모형의 적합도도 낮아질 뿐 아니라 다른 독립변수의 효과가 잘못 추정될 수 있음을 제시해 주고 있는데 본 연구에서도 그 중요성이 재확인되었다.

월평균 공공보건의료기관 이용횟수에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과, 조사대상자 전체에서는 거주지역, 교육수준, 주관적 건강상태, 상용치료원 종류, 급성질환 이환, 연령이 유의한 영향을 미치는 요인이었다. 부속도서에서는 교육수준, 상용치료원 종류, 급성질환 이환, 주관적 건강상태, 소득이 유의한 영향을 미쳤고, 제주도에서는 연령, 공공보건의료기관 방문소요시간, 상용치료원 종류가 유의한 영향을 미치는 요인이었다. 부속도서에서는 교육수준이 낮을수록 이용횟수가 증가하였다. 교육수준의 효과와 관련하여 교육수준이 높을수록 자신의 건강관리를 보다 효율적으로 하기 때문에 의료이용이 적어질 것이라는 의견(Grossman, 1972; 이한성, 2003)과 교육수준이 높을수록 경제적 접근도가 상대적으로 높아져 의료이용이 많을 수 있다는 다양한 의견이 제시되고 있다. 본 연구에서는 교육수준이 낮을수록 의료이용량이 증가하여 전자의 연구결과를 재확인하였다. 급성질환 이환시 이용횟수가 증가한 것은 전술한 바와 같이 급성질환 이환시의 의료기관 이용률이 만성질환 이환시보다 높았고, 치료기관 종류도 공공보건의료기관 선택이 가장 많았기 때문으로 판단된다. 주관적 건강상태가 낮을수록 의료이용량이 증가하였는데, 이는 인식된 건강수준과 의료이용과의 관계가 높다고 제시한 선행연구(Andersen, 1978; Mechanic, 1979; 송건용, 1985; 송건용·김영임·박연우, 1988; 김영임, 1990; 이한성, 2003 등)의 결과와 유사하여, 지역간 건강수준의 차이로 인하여 의료이용에 차이가 있다는 연구결과를 재확인하였다(조우현·김한중, 1991). 소득이 높을수록 월평균 공공보건의료기관 이용횟수가 많아지는 것은 소득이 증가할수록 의료기관 이용에 따르는 예산상의 제약을 덜 받기 때문에 의료이용이 증가한 것으로 판단된다(양봉민, 1999). 또한 보건소/지소/진료소를 상용치료원으로 이용하는 경우가 타 기관을 이용하는 경우보다 월평균 공공보건의료기관 이용횟수가 많았다. 이러한 결과는 조형두(2001)의 연구와 유사한 결과로서, 질환 이환시 질환의 종류나 심각도, 그 밖에 현실적인 상황에 따라 달라질 수 있겠으나 같은 조건이라면 상용치료원을 이용할 확률이 높기 때문으로 판단된다.

3) 공공보건의료기관 이용에 대한 결과

공공보건의료기관에 대한 만족도는 부속도서에서는 보통, 만족 순으로 많았지만, 제주도는 보통, 불만족 순으로 많아 유의한 차이를 보였다. 전반적 만족도에 대한 결과는 도서지역 주민을 대상으로 한 선행연구(이우주, 2003; 김은영, 2002)와 유사한 결과였으나, 도시지역을 대상으로 한 선행연구(이가연, 2003; 노희숙, 2003)에서는 보통과 만족이 많은 것으로 나타나 차이가 있었다. 공공보건의료기관 만족이유도 유의한 차이를 보였는데, 부속도서는 접근편리성이 가장 큰 이유였으나, 제주도는 저렴한 비용이 가장 큰 이유였다. 이러한 결과는 도서지역 주민을 대상으로 한 선행연구(김은영, 2002)에서는 접근편리성이 가장 높았고, 도시지역을 대상으로 한 선행연구(강복수·이경수·김천태, 1995; 이가연, 2003; 노희숙, 2003)에서는 비용에 대한 부담이 적다는 이유가 가장 높은 것으로 나타나 본 연구의 결과와 일치하였다. 이는 부속도서 주민의 경우 민간의료기관을 이용하기 위해서는 더 많은 방문소요시간과 더 복잡한 교통수단을 이용해야 하는 불편함 때문에 상대적으로 접근이 편리하다는 점이 공공보건의료기관에 대한 만족도를 높이는 것으로 판단된다. 또한 소규모 지역사회에서 공공보건의료기관에 근무하고 있는 직원과의 유대감과 친밀감도 전반적인 만족도에 긍정적인 영향을 미쳤을 것으로 판단된다.

공공보건의료기관에 대한 만족도에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과, 조사대상자 전체에서는 월평균 공공보건의료기관 이용횟수, 의료보장 종류, 공공보건의료기관 방문소요시간으로 나타나 거주지역이 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 거주지역 별로 분석한 결과, 부속도서에서는 월평균 공공보건의료기관 이용횟수와 의료보장 종류가 유의한 영향을 미쳤으나, 제주도에서는 공공보건의료기관 방문소요시간, 월평균 공공보건의료기관 이용횟수, 상용치료원 종류, 교육수준이 유의한 영향을 미치는 요인이었다. 부속도서에서는 월평균 공공보건의료기관 이용횟수가 많을수록 만족도가 높았는데, 이러한 결과는 도시지역

노인을 대상으로 한 노희숙(2003)의 연구결과와 유사하였다. 의료보장 종류에서는 의료보호대상자, 직장가입자, 지역가입자 순으로 높았다. 의료보호대상자는 대체로 연령이 높고, 소득이 낮은 경우가 많으므로 지역 내에 위치한 공공보건 의료기관을 이용하는 것이 원거리의 타 의료기관을 이용하는 것보다 경제적이고 편리하기 때문에 전반적인 만족도도 높게 나타난 것으로 판단된다. 이는 도시지역 주민을 대상으로 한 이가언(2003)의 연구결과와 일치하였으나, 노희숙(2003)의 연구에서는 의료보호대상 노인이 더 불만족한 것으로 나타나 차이가 있었다.

공공보건의료기관에 대한 서비스요구도는 부속도서가 제주도보다 유의하게 높았다. 거주지역간 비교에서는 육지지역과 연계된 서비스, 응급의료체계, 일반질환 진료, 한방진료, 치과진료, 물리치료, 순회진료 순으로 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 부속도서에서는 대체로 응급의료체계, 일반질환진료, 치과진료, 육지와 연계된 서비스, 물리치료 순으로 요구도가 높았고, 제주도는 건강검진, 질병상담 및 예방사업, 일반질환진료, 치과진료, 물리치료, 보건교육 순으로 요구도가 높게 나타났다. 이처럼 부속도서에서 응급의료와 진료서비스에 대한 요구도가 높은 이유는 민간의료기관이 거의 없는 부속도서지역에는 공공보건의료기관이 의료필요의 대부분을 담당하고 있으며, 원하는 서비스가 제공되지 않으면 더 많은 시간과 비용을 소비하면서도 어쩔 수 없이 타 지역의 의료기관을 이용해야 하기 때문으로 판단된다. 반면 제주도는 상대적으로 응급의료체계가 잘 갖추어져 있고, 질환 이환시 공공보건의료기관보다는 민간의료기관을 주로 이용하기 때문에 공공보건의료기관에서는 건강검진, 질병상담 및 예방에 대한 요구도가 가장 높은 것으로 판단된다. 이러한 결과는 도서지역 주민을 대상으로 한 이우주(2003)의 연구에서 나타난 질병예방, 운동, 의료서비스 순의 결과와는 차이를 보이는 반면, 농촌지역 노인을 대상으로 한 장정희(2000)의 연구에서 나타난 일반외래진료, 치과진료, 가정방문진료, 물리치료 순과는 유사하였다.

공공보건의료기관에 대한 서비스요구도에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과, 조사대상자 전체에서는 거주지역, 직업, 소득이 유의한 영향을 미치는 요인이었

다. 부속도서에서는 월평균 공공보건의료기관 이용횟수, 직업, 연령이 유의한 영향을 미쳤다. 월평균 공공보건의료기관 이용횟수가 적을수록 서비스요구도가 높았는데, 이는 농촌지역 노인을 대상으로 한 장정희(2000)의 연구결과와는 차이를 보였다. 또한 연령이 높을수록 공공보건의료기관에 대한 서비스요구도가 높았는데 연령이 높을수록 질환 이환률이 높고, 의료이용량이 많아지기 때문에 서비스요구도도 증가한 것으로 판단된다. 직업은 대체로 전문사무직종사자가 높았다. 이는 전문·사무직종사자는 대체로 교육수준이 높고, 소득이 높아 다양하고 전문적인 의료서비스에 대한 기대치가 높기 때문으로 판단된다. 이러한 결과는 직업이 없거나, 농·어업 및 생산직 종사자의 경우는 전문·사무직 종사자에 비해 상대적으로 사회적 위치가 낮은 반면, 상병수준은 높게 나타나기 때문에 공공보건의료기관에 대한 서비스요구도도 증가한다는 배상수(1985)의 연구결과와는 차이가 있었다.

VI. 결 론

1. 연구의 요약

본 연구는 제주도와 부속도서 주민들의 공공보건의료기관 이용양상과 이에 영향을 미치는 요인을 분석하고, 나아가 공공보건의료기관에 대한 만족도 및 서비스 요구도와 이에 영향을 미치는 요인을 분석함으로써 향후 도서지역 주민들에게 보다 편리하고 수준 높은 보건의료서비스 제공을 위한 정책개발에 실증적 기초자료를 제공하고자 하였다.

연구의 모형은 Andersen의 새로운 모형에 기반을 둔 수정모형을 사용하였으며, 제주도와 부속도서에 거주하는 20세 이상의 주민 400명을 대상으로 2005년 7월 18일부터 8월 2일까지 15일 동안 설문조사를 실시하여 수집된 총 384부(제주도 190부, 부속도서 194부)의 결과를 최종 분석 자료로 사용하였다.

분석방법으로는 SPSS 13.0 for windows 통계 프로그램을 이용하여 빈도분석, 기술통계, Chi-Square test, t-test와 분산분석(ANOVA), Logistic regression, Stepwise multiple regression을 실시하였다.

본 연구의 주요 결과는 다음과 같다.

첫째, 대상인구집단 특성의 거주지역간 차이를 비교한 결과 개인속성에서는 연령, 직업, 결혼상태, 교육수준에서 차이를 보였고, 이용가능성에서는 소득, 의료보장 종류, 공공보건의료기관 방문소요시간, 상용치료원 종류의 모든 변수에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 하지만 질병인지성은 유의한 차이가 없었다.

둘째, 만성질환 이환시 의료기관 이용은 부속도서가 유의하게 낮고 미충족의료가 높았으나, 급성질환 이환시 의료기관 이용에는 유의한 차이가 없었다. 급·만성질환 이환시 치료기관 종류는 부속도서에서는 보건소/지소/진료소의 이용이 가장 많았으나, 제주도에서는 의원의 이용이 가장 많아 유의한 차이를 보였다.

월평균 공공보건의료기관 이용횟수는 부속도서 주민의 이용횟수가 제주도 주민보다 유의하게 많았다.

셋째, 공공보건의료기관 이용여부에 거주지역은 유의한 영향을 미치는 요인이었다. 부속도서에서는 종교, 만성질환 이환, 급성질환 이환, 주관적 건강상태가 유의한 영향을 미쳤으나, 제주도에서는 질환 이환시 보건소/지소/진료소의 이용률이 너무 적었기 때문에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 요인을 찾을 수 없었다. 월평균 공공보건의료기관 이용횟수에도 거주지역은 유의한 영향을 미쳤다. 부속도서에서는 교육수준, 상용치료원 종류, 급성질환 이환, 주관적 건강상태, 소득이 유의한 영향을 미쳤고, 제주도에서는 연령, 공공보건의료기관 방문소요시간, 상용치료원 종류가 유의한 영향을 미치는 요인이었다.

넷째, 공공보건의료기관에 대한 만족도는 부속도서에서는 보통, 만족 순으로 많았고, 제주도는 보통, 불만족 순으로 많아 유의한 차이를 보였다. 공공보건의료기관 만족이유도 부속도서는 접근편리성을, 제주도는 저렴한 비용을 가장 큰 이유로 들어 유의한 차이를 보였다. 공공보건의료기관에 대한 서비스요구도는 부속도서가 제주도보다 유의하게 높았다. 서비스요구 항목으로는 부속도서는 응급의료체계, 일반질환진료, 치과진료 등의 요구도가 높았고, 제주도는 건강검진, 질병상담 및 예방사업, 일반질환진료 등의 요구도가 높게 나타났다.

다섯째, 공공보건의료기관에 대한 만족도에는 거주지역이 유의한 영향을 미치지 않았다. 부속도서에서는 월평균 공공보건의료기관 이용횟수와 의료보장 종류가 유의한 영향을 미쳤으나, 제주도에서는 공공보건의료기관 방문소요시간, 월평균 공공보건의료기관 이용횟수, 상용치료원 종류, 교육수준이 유의한 영향을 미치는 요인이었다. 공공보건의료기관에 대한 서비스요구도에는 거주지역이 유의한 영향을 미쳤다. 부속도서에서는 월평균 공공보건의료기관 이용횟수, 직업, 연령이 유의한 영향을 미쳤으며, 제주도에서는 교육수준이 유의한 영향을 미치는 요인이었다.

2. 연구의 시사점

본 연구의 결과는 도서지역에서는 의료기관 이용이나 주민의 인식도에서 공공 보건의료기관이 차지하는 비율이 타 지역보다 높다는 것을 감안하여 도서지역의 특수성을 고려한 효율적인 공공보건의료 서비스를 제공하기 위한 제도, 인력, 시설 및 장비, 활동 등의 개발이 필요함을 시사한다.

본 연구의 시사점을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 도서지역의 보건의료에 대한 법률 및 정책적 지원이 마련되어야 한다. 현재 우리나라의 도서지역 보건의료 지원과 관련된 주요 법안은 ‘농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법’, ‘도서개발촉진법’, ‘건강보험법’ 그리고 ‘지역보건법’ 등이다. 도서지역 보건의료체계를 구축하고 보건의료 지원을 효과적으로 추진하기 위해서는 이와 같은 관련 법 등에서 미흡하거나 추상적인 부분을 좀 더 보완하거나 구체화시키고, 하나의 통합된 지원법을 제정하여 도서지역 보건의료 지원과 관련된 기존 제도적 장치들을 총괄하고 새로운 제도적 장치들을 만들어내기 위한 적극적인 노력이 필요하다(임정수, 2002; 문 강, 2003).

둘째, 의료인력의 확보와 개발이 이루어져야 한다. 필요한 서비스를 제공하기 위한 기본적인 인력이 확보되어야 하는 것은 당연하나, 현재 도서지역의 의료인력은 절대적으로 부족한 상황을 벗어나지 못하고 있다. 따라서 도서지역에서는 보건진료원 및 마을건강원의 양성과 보건의료에 대한 지속적인 보수교육을 통한 인력개발이 지속적으로 이루어져야 한다. 또한 공중보건역사의 자발적 참여와 활용의 극대화 방안이 매우 중요하다. 특히 보건지소/진료소 외에 다른 의료기관이 없는 도서에는 24시간 진료가 가능하도록 공중보건역사 혹은 보건진료원을 복수 배치하여 도서지역 공중보건역사들의 부담을 덜어주어야 하며, 보건진료소에서는 역사의 순환진료를 실시함으로써 의사접근기회를 보장할 필요가 있다. 또한 도서지역 이미지 개선, 후생복지 개선 등을 통해 은퇴한 의사, 가정의학 전

문의, 일반의 등을 적극적으로 유치해야 하며, 의과대학 졸업 전 도서지역에서의 임상실습이나 졸업 후 임상훈련 과정 중 도서지역 교육훈련 프로그램을 실시하여 도서지역에서 의료에 종사할 계기를 마련하는 방안도 필요하다.

셋째, 도서지역 공공보건의료시설 및 장비의 확보가 필요하다. 도서지역에 위치한 보건지소와 보건진료소의 시설은 육지지역에 비해 해풍, 지반 침하 등의 자연적 여건으로 인하여 시설의 노후가 더욱 빨리 이루어지며, 의료장비도 노후화된 장비와 구비되지 않은 장비들이 많아 주민들의 불만족요인으로 작용하고 있다(문 강, 2003). 따라서 도서지역의 보건지소와 보건진료소의 경우 주기적인 시설의 보수를 실시하고, 민간의료기관 유치가 어려운 도서의 보건지소는 의원급 시설에 준하는 응급의료장비, 검사장비, 물리치료장비, 재활치료장비 등을 구입하여 서비스의 질을 향상시킬 필요가 있다. 또한 각 도서들의 보건의료기관과 응급의료정보센터간의 연락 및 후송체계를 구체화하고, 안정적인 후송수단을 확보해야 할 것이다.

넷째, 도서지역 주민들이 필요로 하는 공공보건의료서비스의 제공이 이루어져야 한다. 도서지역의 경우 의료기관 이용이나 주민의 인식도에서 공공보건의료기관이 차지하는 비율이 타 지역보다 높고, 응급의료체계와 진료서비스, 물리치료 등의 진료기능에 대한 서비스요구도가 높다. 하지만 민간의료기관은 유치가 어려운 실정이므로 도서지역에서의 의료정책은 예방과 건강증진, 치료, 재활 등을 포함하는 포괄적인 서비스 구성을 지향해야 하며, 우선적으로 공공보건의료기관에 대한 대폭적인 진료기능의 보강과 지역 중심의 보건정책이 통합된 서비스를 제공해야 할 것이다.

참 고 문 헌

1. 국내문헌

- 강명근 (2000), “건강 라이프스타일이 의료이용에 미치는 영향”, 연세대학교 대학원 박사학위논문
- 강복수·이경수·김천태 (1995), “도시 보건소 보건의료서비스 이용의 결정요인”, *보건행정학회지*, 5(2), 104-126
- 고기호 (1991), “도서지역에서의 상병양태와 의료이용에 관한 연구”, 전남대학교 대학원 박사학위논문
- 고기호·문강·손석준·최진수 (1992), “일부 도서지역의 보건의료에 대한 기초 조사-I. 주민의 상병상태 및 관련요인”, *한국농촌학회지*, 17(2), 103-111
- 고기호·문강·손석준·최진수 (1992), “일부 도서지역의 보건의료에 대한 기초 조사-II. 주민의 의료이용양상 및 의료기관에 대한 인식도”, *한국농촌학회지*, 17(2), 113-121
- 김묘경 (1999), “도시지역주민 의료이용에 관한 연구”, 서울대학교 보건대학원 석사학위논문
- 김영임 (1990), “농어촌 벽지가족의 의료이용 변화양상과 관련요인분석”, 서울대학교 대학원, 박사학위논문
- 김은영 (2002), “도서지역 저소득층 노인의 건강실태와 공공보건기관의 이용실태 및 만족도 연구”, 대불대학교 경영행정대학원 석사학위논문
- 김정순 (1985), “건강신념과 유방자가검진 이행과의 관계에 관한 연구”, 이화여자대학교 대학원 석사학위논문
- 김종인·정영일·남은우·남철현 (1998), 지역사회보건 및 1차보건의료, 지구문화사, 173-221

- 김해순 (2001), “원주시(도·농) 지역간 의료이용도 분석”, 연세대학교 관리과학 대학원 석사학위논문
- 김형렬·도영경·권용진·김시완 (1999), “지역사회에서의 공중보건 의사 활용방 안”, 대한의사협회 종합학술대회, 204-209
- 내무부 (1981), 도서·낙도현황, 지방개발기획자료 제 1권
- 노희숙 (2003), “노인의 보건의료서비스 만족도에 영향을 미치는 요인에 관한 연 구”, 경기대학교 행정대학원 석사학위논문
- 노형진 (2003), 한글SPSS 10.0에 의한 알기 쉬운 다변량분석, 형설출판사
- 노형진 (2005), 한글SPSS 12.0에 의한 조사방법 및 통계분석, 형설출판사
- 대한응급의학회 (2000), “응급의료분야의 선진화를 위한 제언”, 의료환경 선진화 를 위한 대토론회 연제집, 277-284
- 문 강 (2003), “도서지역 보건의료대책 수립방안에 대한 고찰”, 전남대학교 대학 원 박사학위논문
- 박경숙·박능후 (1990), “농어촌지역의료보험이 외래의료이용에 미친 효과분석”, 사회보장연구, 제 6권, 61-91
- 박현애·송건용 (1994), “의사방문수의 결정요인 분석”, 보건행정학회지, 4(2), 58-76
- 박현애·송건용 (1994), “개인의 지출의료비의 결정요인 분석”, 간호학논문집, 8(1), 41-51
- 박형중·임재은·김대희 (1997), 보건교육원리 : 보건행태이론 및 건강증진을 기 간으로, 신광출판사
- 배상수 (1985), “의료이용에 영향을 미치는 요인에 관한 분석”, 서울대학교 보건 대학원 석사학위논문
- 보건복지부 (2005), 2004 보건복지통계연보
- 송건용 (1985), “농어촌벽지 의사서비스이용의 결정요인 분석”, 서울대학교 보건 대학원 박사학위논문

- 송건용 · 김영임 · 박연우 (1988), “보건진료원 투입요인의 순효과분석”, 한국인구보건연구원
- 신경림 (1997), “도서지역 성인 여성의 건강상태에 관한 연구”, *성인간호학회지*, 9(1), 124-135
- 신경림 (2000), “도서지역주민의 건강상태에 관한 연구”, *성인간호학회지*, 12(2), 296-307
- 신순호 (1983), “도서지역의 특수성과 개발필요성에 관한 연구”, *청주대학교 논문집*, 16(1), 325-348
- 신순호 (1991), “우리나라 도서지역의 특성과 개발에 관한 연구”, 서울시립대학교 대학원 박사학위논문
- 안재역 · 유근영 (2002), *의학 · 보건학 통계분석, SPSS아카데미*
- 양봉민 (1999), *보건경제학*, 남남출판사
- 엄기철 · 황성수 · 이범수 (1996), “도서지역의 유형별 개발전략에 관한 연구”, 국토개발연구원
- 엄기철 · 황성수 · 이범수 (1997), “도서지역의 접근성 개선방향에 관한 연구”, 국토개발연구원
- 유승흠 · 이용호 · 조우현 · 홍영표 · 진병원 · 김상재 (1986), “우리나라 의료이용에 관한 연구”, *예방의학회지*, 19(1), 137-145
- 유승흠 · 조우현 · 박종연 · 이명근 (1987), “도서지역 주민의 의료이용양상과 그 결정요인”, *예방의학회지*, 20(2), 287-300
- 이가연 (2003), “일 대도시 보건소 이용자의 보건의료서비스 만족도”, *보건행정학회지*, 13(4), 28-47
- 이명희 (1992), “도서지역보건진료소의 구조와 기능에 관한 연구”, 한양대학교 행정대학원 석사학위논문
- 이우주 (2003), “낙도와 육지지역주민의 건강수준과 보건의료행태의 차이 및 낙도지역주민의 보건의료서비스요구도”, 원광대학교 보건환경대학원 석사학위논문

- 이한성 (2004), “일부 도서지역 주민의 의료이용행태와 이에 영향을 미치는 요인”, 충남대학교 보건대학원 석사학위논문
- 이혜순 (2002), “보건행정서비스의 만족도에 영향을 미치는 요인 분석”, 경성대학교 대학원, 박사학위논문
- 인도주의실천의사협의회 의료사업위원회·대우재단 (2000), “섬 지역의료사업의 현황과 과제”, 낙도 오지지역 1차 보건의료-모델설정을 위한 정책토론회
- 임정수·김창엽 (2002), “도서지역 주민들의 보건문제와 해결방안”, *한국농촌의학 회지*, 27(1), 7-14
- 장동민·문옥륜 (1996), “의료서비스에 대한 접근성의 형평분석”, *보건행정학회 지*, 6(1), 110-143
- 장정희 (2000), “농촌노인들의 보건의료이용양상 및 서비스요구도에 관한 연구”, 인제대학교 보건대학원 석사학위논문
- 장한도 (1996), “공공서비스에 대한 주민 만족도의 경험적 연구”, 경상대학교 대학원 석사학위논문
- 제주도 (2006), 2005 주요행정총람
- 조우현·김한중 (1991), “소규모 지역간 의료이용의 차이에 관한 문헌고찰”, *보건 행정학회지*, 1(1), 42-51
- 조재욱 (1978), “특수지역개발의 의의와 발전방향”, *도시문제*, 13(3), 54-63
- 조형두 (2001), “의약분업 실시이후 일개 도서지역의 65세 이상 노인의 의료기관 이용감소와 그 이유에 대한 연구”, 서울대학교 보건대학원 석사학위논문
- 정득규 (1976), “도서인의 정치의식에 관한 연구”, *지역개발연구*, 8(1), 138
- 정경균·김영기·문창진·조병희·김정선 (1991), *보건사회학*, 서울대학교 출판부
- 주경식 (1995), “도시농촌간 의료이용 수준의 비교분석”, 연세대학교 대학원, 박사학위논문
- 진기남·한지숙·이규식·이동우 (1999), “농촌지역에서의 읍·면간 의료이용 비교”, *보건행정학회지*, 9(2), 40-54

- 최주화 (2002), “건강행위와 의료이용에 관한 연구”, 경희대학교 행정대학원 석사학위논문
- 한달선 (1977), “1차보건의료의 개념, 1차보건의료에 관한 세미나 결과 보고”, 한국보건개발연구원, 80-81
- 한지숙 (1998), “농촌지역에서의 읍·면간 의료이용 결정요인 분석”, 연세대학교 대학원, 석사학위논문
- 행정자치부 (2006), 2005 행정자치통계연보

2. 외국문헌

- Andersen R.M. (1968), Behavioral Model of Families' Use of Health Services, Research Series No. 25, Center for Health Administration Studies, University of Chicago
- Andersen R.M. · Bjorn Smedby · Anderson O.W. (1970), Medical Care Use in Sweden and the United States- A Comparative Analysis of System and Behavior, Research Series No. 27, Center for Health Administration Studies, University of Chicago
- Andersen R.M. · McCutcheon A. · Aday L.A. (1983), “Exploring dimensions of access to medical care”, *Health Service Research*, 18(Spring), 49-79
- Andersen R.M. (1995), “Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?”, *Journal of Health and Social Behavior*, 36(March), 1-10
- Kobashigawa B. · S.E. Berki (1977), “Alternative Regression Approaches to the Analysis of Medical Care Survey Data”, *Medical Care*, 15(May), 396-408

- Mechanic D. (1978), *Medical sociology : A comprehensive text*, New York: Free Press, 268-269
- Mechanic D. (1979), "The stability of health and illness behavior: results from a 16-years follow-up", *American Journal of Public Health*, 69, 1142-1145
- Mechanic D. (1979), "Correlates of physician utilization: why do major multivariate studies of physician utilization find trivial psychological and organizational effect?", *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 387-396
- Rosenstock I.M. (1966), "Why people use health services", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(Jul), 94-127
- Rosenstock I.M. (1974), "Historical origins of the Health Belief Model", *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335
- Suchman E.A. (1965), "Social Patterns of illness and medical care", *Journal of Health and Human Behavior*, 6(Spring), 2-16
- WHO (1988), *From Alma-Ata to the Year 2000: Reflection at the midpoint*, Geneva
- WHO (1992), *The role of health centres in the development of urban health systems, Report of a WHO Study Group on Primary Health Care in Urban Areas*, WHO Technical Report Series 827, Geneva

<부표 1> 개인속성에 따른 공공보건의료기관 이용여부 관련요인

단위 : 평균±표준편차

구 분	거 주 지 역		전 체
	부속도서	제 주 도	
성	t=0.480	t=-1.422	t=-0.215
남 자	0.12±0.326	0.00±0.000	0.06±0.233
여 자	0.10±0.299	0.02±0.148	0.06±0.243
연령	F=3.059*	F=2.310*	F=4.296**
20-29세	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000
30-39세	0.05±0.210	0.00±0.000	0.03±0.161
40-49세	0.12±0.329	0.00±0.000	0.06±0.246
50-59세	0.24±0.435	0.07±0.258	0.16±0.365
60-69세	0.11±0.333	0.00±0.000	0.05±0.229
70세 이상	0.30±0.483	0.00±0.000	0.19±0.403
종교	F=0.733	F=0.734	F=0.770
불 교	0.14±0.350	0.03±0.160	0.08±0.269
기 독 교	0.04±0.209	0.00±0.000	0.03±0.162
천 주 교	0.15±0.366	0.00±0.000	0.09±0.284
없 음	0.10±0.302	0.00±0.000	0.05±0.221
기 타	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000
직업	F=0.834	F=0.902	F=1.907
농 업	0.17±0.388	0.00±0.000	0.11±0.311
어 업	0.19±0.396	0.00±0.000	0.18±0.390
자 영 업	0.13±0.342	0.00±0.000	0.04±0.202
판매서비스직	0.00±0.000	0.06±0.243	0.05±0.213
단순노무직	0.07±0.258	0.00±0.000	0.04±0.189
전문사무직	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000
공무원/교직	0.09±0.292	0.00±0.000	0.05±0.220
주 부	0.11±0.315	0.05±0.218	0.09±0.283
학 생	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000
무직/기타	0.18±0.405	0.00±0.000	0.13±0.352
결혼상태	F=0.477	F=0.313	F=1.437
미 혼	0.07±0.262	0.00±0.000	0.02±0.154
기 혼	0.11±0.310	0.02±0.124	0.06±0.246
사 별	0.18±0.405	0.00±0.000	0.14±0.363
별거/이혼	0.20±0.447	0.00±0.000	0.13±0.354
교육수준	F=3.421*	F=5.349***	F=7.987***
무 학	0.36±0.497	0.14±0.378	0.29±0.463
초 등 졸	0.13±0.352	0.00±0.000	0.08±0.282
중 등 졸	0.18±0.390	0.08±0.289	0.15±0.362
고 등 졸	0.06±0.246	0.00±0.000	0.03±0.182
대학 이상	0.07±0.258	0.00±0.000	0.02±0.155

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

<부표 2> 이용가능성에 따른 공공보건의료기관 이용여부 관련요인

단위 :평균±표준편차

구 분	거 주 지 역		전 체
	부속도서	제 주 도	
소득	F=1.530	F=1.361	F=2.761*
50만원 미만	0.19±0.394	0.03±0.158	0.11±0.319
50-100만원 미만	0.13±0.339	0.05±0.229	0.10±0.307
100-200만원 미만	0.07±0.250	0.00±0.000	0.03±0.171
200-300만원 미만	0.03±0.186	0.00±0.000	0.02±0.126
300만원 이상	0.12±0.332	0.00±0.000	0.05±0.218
의료보장 종류	F=1.696	F=0.152	F=3.029
지역가입자	0.13±0.334	0.01±0.122	0.08±0.276
직장가입자	0.06±0.235	0.01±0.097	0.03±0.167
의료보호	0.18±0.395	0.00±0.000	0.11±0.311
공공보건의료기관 방문소요시간	F=1.024	F=0.714	F=2.072
5분 미만	0.16±0.375	0.00±0.000	0.16±0.375
5-10분 미만	0.11±0.320	0.03±0.177	0.09±0.285
10-20분 미만	0.08±0.272	0.01±0.111	0.04±0.201
20-30분 미만	0.04±0.209	0.00±0.000	0.01±0.122
30-60분 미만	0.21±0.419	0.00±0.000	0.08±0.269
상용치료원 종류	F=4.503**	F=19.798***	F=10.560***
없 음	0.02±0.139	0.00±0.000	0.01±0.085
약 국	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000
한 약 방	0.00±0.000	0.00	0.00
보건소/지소/진료소	0.19±0.397	0.40±0.548	0.20±0.405
의 원	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000
한 의 원	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000
병 원	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

<부표 3> 질병인지성에 따른 공공보건의료기관 이용여부 관련요인

단위 :평균±표준편차

구 분	거 주 지 역		전 체
	부속도서	제 주 도	
만성질환	t=3.993***	t=1.429	t=3.726***
있 다	0.37±0.489	0.04±0.196	0.18±0.386
없 다	0.04±0.208	0.00±0.000	0.02±0.152
급성질환	t=5.371***	t=-0.637	t=4.174***
있 다	0.53±0.507	0.00±0.000	0.26±0.441
없 다	0.03±0.172	0.01±0.112	0.02±0.146
주관적 건강상태	F=8.033***	F=3.174*	F=10.015***
매우 불건강	0.40±0.548	0.00	0.33±0.516
불 건강	0.39±0.499	0.07±0.267	0.22±0.418
보 통	0.08±0.270	0.00±0.000	0.04±0.205
건 강	0.05±0.222	0.00±0.000	0.02±0.153
매 우 건강	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000

* p<0.05, *** p<0.001

<부표 4> 개인속성에 따른 월평균 공공보건의료기관 이용횟수 관련요인

단위 : 평균±표준편차

구 분	거 주 지 역		전 체
	부속도서	제 주 도	
성	t=-0.242	t=1.143	t=-0.286
남 자	1.17±1.055	0.21±0.608	0.67±0.977
여 자	1.22±1.340	0.12±0.445	0.70±1.158
연령	F=7.667***	F=6.164***	F=10.352***
20-29세	0.77±1.066	0.04±0.206	0.28±0.709
30-39세	0.77±1.107	0.19±0.532	0.53±0.952
40-49세	1.22±0.992	0.06±0.238	0.68±0.942
50-59세	1.79±1.320	0.28±0.702	1.03±1.297
60-69세	1.67±1.000	0.30±0.675	0.95±1.079
70세 이상	2.60±1.430	1.17±1.472	2.06±1.569
종교	F=1.618	F=0.507	F=0.642
불 교	1.45±1.413	0.22±0.641	0.78±1.225
기 독 교	0.91±0.900	0.13±0.352	0.61±0.823
천 주 교	0.80±0.894	0.07±0.258	0.49±0.781
없 음	1.16±1.174	0.16±0.518	0.67±1.042
기 타	1.29±0.951	0.00±0.000	0.64±0.929
직업	F=3.121**	F=0.550	F=6.896***
농 업	1.70±1.0146	0.33±0.900	1.16±1.242
어 업	1.67±1.074	0.00	1.61±1.100
자 영 업	0.63±0.719	0.28±0.729	0.40±0.736
판매서비스직	0.00±0.000	0.18±0.529	0.14±0.468
단순노무직	1.87±1.060	0.15±0.376	1.07±1.184
전문사무직	0.87±1.140	0.09±0.354	0.33±0.773
공무원/교직	0.88±1.023	0.11±0.424	0.53±0.892
주 부	1.22±1.436	0.19±0.602	0.84±1.295
학 생	0.75±0.500	0.00±0.000	0.27±0.467
무직/기타	1.18±1.601	0.25±0.500	0.93±1.438
결혼상태	F=4.569**	F=1.375	F=10.383***
미 혼	0.71±0.763	0.05±0.299	0.28±0.591
기 혼	1.19±1.224	0.22±0.612	0.74±1.102
사 별	2.18±1.537	0.33±0.577	1.79±1.578
별거/이혼	1.80±0.447	0.00±0.000	1.13±0.991
교육수준	F=9.609***	F=2.861*	F=16.823***
무 학	2.43±1.651	0.57±0.976	1.81±1.692
초 등 졸	2.07±1.100	0.22±0.441	1.38±1.279
중 등 졸	1.54±0.962	0.50±1.000	1.23±1.074
고 등 졸	0.94±1.125	0.17±0.562	0.58±0.982
대학 이상	0.84±0.974	0.08±0.309	0.34±0.722

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

<부표 5> 이용가능성에 따른 월평균 공공보건의료기관 이용횟수 관련요인

단위 :평균±표준편차

구 분	거 주 지 역		전 체
	부속도서	제 주 도	
소득	F=0.611	F=1.362	F=1.957
50만원 미만	1.19±1.299	0.20±0.564	0.74±1.140
50-100만원 미만	1.38±1.269	0.11±0.459	0.97±1.228
100-200만원 미만	1.18±1.190	0.26±0.667	0.68±1.045
200-300만원 미만	0.93±0.998	0.03±0.171	0.44±0.819
300만원 이상	1.29±1.263	0.08±0.408	0.59±1.048
의료보장 종류	F=3.537*	F=1.447	F=10.780***
지역가입자	1.41±1.240	0.25±0.659	0.95±1.191
직장가입자	0.93±1.142	0.11±0.462	0.43±0.892
의료보호	1.05±1.133	0.19±0.403	0.68±0.989
공공보건의료기관 방문소요시간	F=4.422**	F=2.620	F=3.644**
5분 미만	1.42±1.575	0.00±0.000	1.42±1.575
5-10분 미만	0.86±1.011	0.38±0.751	0.71±0.960
10-20분 미만	1.30±1.240	0.19±0.594	0.67±1.083
20-30분 미만	1.04±0.878	0.07±0.334	0.40±0.740
30-60분 미만	2.05±1.311	0.06±0.242	0.79±1.258
상용치료원 종류	F=26.800***	F=18.452***	F=57.915***
없 음	0.13±0.561	0.00±0.000	0.05±0.347
약 국	1.06±1.110	0.08±0.289	0.67±0.994
한 약 방	0.00±0.000	1.00	1.00
보건소/지소/진료소	1.83±1.133	2.00±0.707	1.83±1.115
의 원	1.00±1.000	0.26±0.621	0.33±0.694
한 의 원	0.00±0.000	0.00±0.000	0.00±0.000
병 원	0.81±0.750	0.23±0.627	0.40±0.710

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

<부표 6> 질병인지성에 따른 월평균 공공보건의료기관 이용횟수 관련요인

단위 :평균±표준편차

구 분	거 주 지 역		전 체
	부속도서	제 주 도	
만성질환	t=3.964***	t=1.871	t=2.667**
있 다	1.87±1.189	0.31±0.707	0.98±1.215
없 다	1.03±1.161	0.12±0.452	0.60±1.008
급성질환	t=4.120***	t=-0.500	t=2.223*
있 다	2.00±1.414	0.13±0.421	1.03±1.390
없 다	1.05±1.112	0.18±0.559	0.62±0.966
주관적 건강상태	F=11.768***	F=2.670*	F=11.374***
매우 불건강	2.00±1.000	0.00	1.67±1.211
불 건강	2.39±1.438	0.37±0.742	1.30±1.502
보 통	1.31±1.127	0.27±0.686	0.85±1.088
건 강	0.71±0.982	0.07±0.328	0.36±0.777
매우 건강	1.00±0.775	0.00±0.000	0.48±0.730

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

<부표 7> 개인속성에 따른 공공보건의료기관 만족도 관련요인

단위 : 평균±표준편차

구 분	거 주 지 역		전 체
	부속도서	제 주 도	
성	t=0.785	t=0.937	t=0.977
남 자	3.20±0.855	2.89±0.680	3.04±0.782
여 자	3.10±0.873	2.80±0.640	2.96±0.785
연령	F=2.628*	F=1.855	F=1.953
20-29세	3.14±0.941	2.85±0.698	2.94±0.790
30-39세	2.94±0.762	2.98±0.601	2.96±0.696
40-49세	3.21±0.833	2.73±0.603	0.98±0.770
50-59세	3.41±0.867	2.69±0.604	3.05±0.826
60-69세	2.78±1.093	3.00±0.667	2.89±0.875
70세 이상	3.70±0.949	3.33±1.211	3.56±1.031
종교	F=0.451	F=0.588	F=0.168
불 교	3.23±0.921	2.79±0.675	2.99±0.824
기 독 교	3.22±0.850	2.73±0.594	3.03±0.788
천 주 교	3.00±0.795	2.80±0.561	2.91±0.702
없 음	3.10±0.880	2.93±0.680	3.02±0.791
기 타	3.00±0.000	2.86±0.690	2.93±0.475
직업	F=1.789	F=0.545	F=1.390
농 업	3.22±0.850	2.87±0.640	3.08±0.784
어 업	3.33±0.961	2.00±0.000	3.29±0.976
자 영 업	2.75±0.931	2.97±0.695	2.90±0.778
판매서비스직	2.80±1.095	2.94±0.556	2.91±0.684
단순노무직	3.00±0.926	2.92±0.494	2.96±0.744
전문사무직	3.22±0.795	2.81±0.761	2.93±0.789
공무원/교직	3.48±0.755	2.78±0.506	3.17±0.740
주 부	2.86±0.822	2.71±0.561	2.81±0.736
학 생	3.00±0.816	3.00±1.000	3.00±0.894
무직/기타	3.27±0.647	2.75±0.957	3.13±0.743
결혼상태	F=0.471	F=1.202	F=0.181
미 혼	3.29±0.810	2.82±0.696	2.98±0.765
기 혼	3.11±0.879	2.86±0.646	3.00±0.789
사 별	3.09±0.944	3.33±0.577	3.14±0.864
별거/이혼	3.40±0.548	2.33±0.577	3.00±0.756
교육수준	F=2.722*	F=1.313	F=2.617*
무 학	3.43±1.089	3.14±0.690	3.33±0.966
초 등 졸	3.07±0.961	3.22±0.667	3.13±0.850
중 등 졸	3.43±0.790	2.75±0.622	3.23±0.800
고 등 졸	2.96±0.841	2.85±0.687	2.91±0.773
대학 이상	3.30±0.773	2.79±0.630	2.97±0.724

* p<0.05

<부표 8> 이용가능성에 따른 공공보건의료기관 만족도 관련요인

단위 :평균±표준편차

구 분	거 주 지 역		전 체
	부속도서	제 주 도	
소득	F=0.461	F=1.214	F=0.333
50만원 미만	3.21±1.071	2.83±0.712	3.03±0.940
50-100만원 미만	3.00±0.649	2.89±0.567	2.97±0.620
100-200만원 미만	3.15±0.872	2.90±0.670	3.01±0.775
200-300만원 미만	3.14±0.639	2.91±0.570	3.02±0.609
300만원 이상	3.29±0.985	2.58±0.717	2.88±0.900
의료보장 종류	F=3.082*	F=0.482	F=3.534*
지역가입자	3.05±0.890	2.82±0.650	2.96±0.809
직장가입자	3.16±0.797	2.84±0.689	2.97±0.748
의료보호	3.55±0.858	3.00±0.516	3.32±0.775
공공보건의료기관 방문소요시간	F=0.134	F=3.750*	F=2.573*
5분 미만	3.11±0.994	0.00±0.000	3.11±0.994
5-10분 미만	3.20±0.754	3.13±0.793	3.18±0.763
10-20분 미만	3.10±1.027	2.89±0.632	2.98±0.832
20-30분 미만	3.13±0.458	2.73±0.624	2.87±0.600
30-60분 미만	3.16±0.958	2.64±0.549	2.83±0.760
상용치료원 종류	F=4.372**	F=2.640*	F=7.075***
없 음	2.98±0.804	2.93±0.524	2.95±0.641
약 국	2.61±0.850	3.08±0.669	2.80±0.805
한 약 방	0.00±0.000	3.00±0.000	3.00±0.000
보건소/지소/진료소	3.36±0.862	3.60±0.894	3.37±0.860
의 원	2.80±0.447	2.72±0.734	2.73±0.707
한 의 원	0.00±0.000	2.67±0.577	2.67±0.577
병 원	3.00±0.816	2.64±0.743	2.75±0.775

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

<부표 9> 질병인지성에 따른 공공보건의료기관 만족도 관련요인

단위 :평균±표준편차

구 분	거 주 지 역		전 체
	부속도서	제 주 도	
만성질환	t=1.177	t=-1.813	t=-0.504
있 다	3.32±1.042	2.69±0.787	2.96±0.952
없 다	3.10±0.813	2.91±0.601	3.01±0.726
급성질환	t=0.383	t=-0.913	t=-0.325
있 다	3.20±0.887	2.75±0.672	2.97±0.809
없 다	3.13±0.862	2.87±0.659	3.00±0.779
주관적 건강상태	F=7.171***	F=1.076	F=6.725***
매우 불건강	4.20±0.837	3.00±0.000	4.00±0.894
불 건강	3.39±1.033	2.81±0.834	3.08±0.966
보 통	2.92±0.721	2.90±0.602	2.91±0.669
건 강	3.10±0.815	2.78±0.614	2.93±0.731
매우 건강	4.00±0.894	3.17±0.835	3.57±0.945

*** p<0.001

<부표 10> 공공보건의료기관 이용도에 따른 만족도 관련요인

단위 :평균±표준편차

구 분	거 주 지 역		전 체
	부속도서	제 주 도	
이용여부	t=2.152*	t=1.407	t=2.768*
예	3.52±0.981	3.50±0.707	3.52±0.947
아니요	3.10±0.840	2.84±0.659	2.96±0.761
월평균 이용횟수	F=1.953	F=5.141**	F=7.076***
방문하지 않는다	2.91±0.722	2.79±0.627	2.82±0.657
1 회	3.18±0.965	3.50±0.527	3.23±0.920
2 회	3.28±0.659	3.13±0.641	3.25±0.651
3 회	3.44±1.042	3.50±2.121	3.45±1.099
4 회	3.44±1.236	0.00±0.000	3.44±1.236
5회 이상	3.50±0.707	0.00±0.000	3.50±0.707

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

<부표 11> 개인속성에 따른 공공보건의료기관 서비스요구도 관련요인

단위 : 평균±표준편차

구 분	거 주 지 역		전 체
	부속도서	제 주 도	
성	t=0.724	t=-0.541	t=-0.207
남 자	4.2484±0.52792	3.8914±0.67378	4.0625±0.63251
여 자	4.1905±0.58223	3.9468±0.73840	4.0763±0.66946
연령	F=2.135	F=1.708	F=2.532*
20-29세	3.9870±0.50249	3.9643±0.56720	3.9716±0.54344
30-39세	4.2652±0.49721	4.1295±0.71073	4.2080±0.59735
40-49세	4.2734±0.50669	3.8067±0.79119	4.0550±0.69284
50-59세	4.3177±0.63216	3.8177±0.61463	4.0677±0.66744
60-69세	3.8254±0.63599	3.6214±0.87550	3.7180±0.75760
70세 이상	4.1571±0.82465	3.7857±0.70276	4.0179±0.77919
종교	F=2.073	F=1.240	F=0.839
불 교	4.1507±0.52936	4.0223±0.68151	4.0805±0.61835
기 독 교	4.0217±0.67812	3.8857±0.72180	3.9680±0.68927
천 주 교	4.3500±0.45407	3.6524±0.62321	4.0510±0.63074
없 음	4.3125±0.54201	3.8947±0.65916	4.1090±0.63549
기 타	4.0204±0.62640	3.6531±1.32636	3.8367±1.01458
직업	F=1.363	F=1.313	F=1.522
농 업	3.9907±0.49688	3.9571±0.70546	3.9774±0.57912
어 업	4.0529±0.63691	3.4286	4.0306±0.63604
자 영 업	4.2902±0.46764	3.5737±0.64592	3.8125±0.67933
판매서비스직	4.1857±0.25051	4.0672±0.74935	4.0942±0.66510
단순노무직	4.0714±0.75206	3.8736±0.60198	3.9796±0.68148
전문사무직	4.3292±0.50404	4.0660±0.61459	4.1457±0.59264
공무원/교직	4.3745±0.45981	3.8942±0.69461	4.1583±0.62077
주 부	4.2703±0.58324	3.9966±0.93636	4.1712±0.73491
학 생	4.1607±0.64517	3.9286±0.68760	4.0130±0.64982
무직/기타	4.3506±0.52436	3.9107±0.82762	4.2333±0.61945
결혼상태	F=1.776	F=1.633	F=1.759
미 혼	4.1633±0.55664	4.0000±0.62255	4.0551±0.60273
기 혼	4.2586±0.52734	3.9053±0.69741	4.0952±0.63571
사 별	3.9351±0.90207	3.7381±0.82787	3.8929±0.85932
별거/이혼	3.9286±0.22016	3.1190±1.82434	3.6250±1.07432
교육수준	F=0.348	F=3.121*	F=0.666
무 학	4.1735±0.75266	3.8265±0.37538	4.0578±0.66225
초 등 졸	4.1000±0.69819	3.8254±0.83461	3.9970±0.74662
중 등 졸	4.2602±0.58133	3.3690±0.79355	3.9929±0.76330
고 등 졸	4.2052±0.51935	3.8641±0.77001	4.0463±0.66849
대학 이상	4.2741±0.51009	4.0732±0.57727	4.1434±0.56090

* p<0.05

<부표 12> 이용가능성에 따른 공공보건의료기관 서비스요구도 관련요인

단위 :평균±표준편차

구 분	거 주 지 역		전 체
	부속도서	제 주 도	
소득	F=2.213	F=0.591	F=0.591
50만원 미만	4.2307±0.52906	3.8018±0.77902	4.0357±0.68512
50-100만원 미만	4.0714±0.61946	4.0865±0.69521	4.0764±0.63914
100-200만원 미만	4.1663±0.54892	3.9129±0.71302	4.0283±0.65360
200-300만원 미만	4.4458±0.50133	3.9244±0.56625	4.1644±0.59397
300만원 이상	4.3151±0.51450	3.9821±0.74833	4.1202±0.67488
의료보장 종류	F=3.254*	F=1.686	F=1.553
지역가입자	4.1234±0.52596	3.8209±0.69379	4.0042±0.61395
직장가입자	4.3199±0.58986	3.9993±0.70619	4.1250±0.67963
의료보호	4.3409±0.53084	3.7768±0.69882	4.1034±0.66151
공공보건의료기관 방문소요시간	F=0.769	F=0.093	F=1.211
5분 미만	4.1316±0.60762	0.0000±0.00000	4.1316±0.60762
5-10분 미만	4.2918±0.56240	3.9286±0.73563	4.1779±0.64099
10-20분 미만	4.1463±0.49776	3.8880±0.75727	4.0010±0.66691
20-30분 미만	4.2826±0.51933	3.9545±0.57559	4.0672±0.57478
30-60분 미만	4.1917±0.70873	3.9307±0.71973	4.0261±0.72001
상용치료원 종류	F=0.454	F=0.947	F=1.513
없 음	4.2953±0.55455	3.9409±0.67835	4.0735±0.65578
약 국	4.2103±0.64004	3.7976±0.59203	4.0452±0.64449
한 약 방	0.0000±0.00000	4.1429	4.1429
보건소/지소/진료소	4.1741±0.56311	4.2000±0.46675	4.1753±0.55718
의 원	4.1714±0.37998	3.9352±0.77463	3.9598±0.74419
한 의 원	0.0000±0.00000	4.6190±0.54085	4.6190±0.54085
병 원	4.2723±0.49157	3.7875±0.73822	3.9286±0.70711

* p<0.05

<부표 13> 질병인지성에 따른 공공보건의료기관 서비스요구도 관련요인

단위 :평균±표준편차

구 분	거 주 지 역		전 체
	부속도서	제 주 도	
만성질환	t=0.441	t=0.826	t=0.525
있 다	4.2538±0.61863	3.9874±0.71781	4.1011±0.68646
없 다	4.2092±0.54205	3.8921±0.69945	4.0598±0.64007
급성질환	t=-1.420	t=-0.297	t=-1.161
있 다	4.0857±0.63262	3.8839±0.76819	3.9816±0.70745
없 다	4.2422±0.54003	3.9245±0.69244	4.0863±0.63867
주관적 건강상태	F=0.719	F=0.443	F=0.651
매우 불건강	4.5857±0.74299	3.8571	4.4643±0.72808
불 건강	4.1770±0.55448	3.9894±0.77786	4.0757±0.68412
보 통	4.1957±0.51967	3.8321±0.64666	4.0365±0.60424
건 강	4.2125±0.57593	3.9659±0.72806	4.0804±0.67130
매우 건강	4.3312±0.61881	3.8274±0.68407	4.0683±0.68866

<부표 14> 공공보건의료기관 이용도에 따른 서비스요구도 관련요인

단위 :평균±표준편차

구 분	거 주 지 역		전 체
	부속도서	제 주 도	
이용여부	t=0.175	t=1.178	t=1.458
예	4.2381±0.53611	4.5000±0.70711	4.2609±0.53824
아니요	4.2155±0.56034	3.9115±0.70305	4.0572±0.65567
월평균 이용횟수	F=2.258	F=0.524	F=1.299
방문하지 않는다	4.3282±0.47999	3.9109±0.69330	4.0314±0.66561
1 회	4.2310±0.49824	3.8286±0.94173	4.1735±0.58996
2 회	4.1329±0.66966	4.2054±0.71880	4.1461±0.67076
3 회	4.0476±0.68861	3.7857±0.00000	4.0214±0.65633
4 회	4.1746±0.53585	0.0000	4.1746±0.53585
5회 이상	3.2857±0.10102	0.0000	3.2857±0.10102

설 문 지

도서지역 주민의 공공보건의료기관 이용에 관한 조사연구

안녕하십니까?

이 조사는 제주지역의 유인도에 거주하는 주민들의 보건의료기관 이용실태 및 서비스 만족도와 요구도를 분석하여 도서지역 주민들에게 보다 효과적인 보건의료 서비스를 제공하기 위한 방안을 모색하고자 하는 연구입니다.

이 자료는 익명으로 전산처리 되며, 연구목적 이외에는 어떠한 용도로도 사용하지 않을 것을 약속드립니다. 바쁘신 가운데서도 잠시 시간을 내시어 이 조사의 취지를 널리 이해하시고 다음 물음에 솔직하게 응답해 주시면 감사하겠습니다.

2005년 7월

원광대학교 대학원 보건행정학과 석사과정 고 민 석 드림

일반적 특성에 관한 질문

1. 귀하가 거주하는 곳은 어디입니까? ()
2. 귀하의 성별은 무엇입니까?
①남 ②여
3. 귀하의 나이는 어떻게 되십니까? ()세
4. 귀하의 종교는 무엇입니까?
①불교 ②기독교 ③천주교 ④없음 ⑤기타()
5. 귀하의 직업은 무엇입니까? ()
6. 현재의 결혼상태는 어떻습니까?
①미혼 ②기혼 ③사별 ④별거 ⑤이혼
7. 귀하의 학력은 어떻게 되십니까?
①무학 ②초등학교 졸업 ③중학교 졸업 ④고등학교 졸업 ⑤대학 이상

25. 귀하께서 공공보건기관을 이용하면서 불만족했던 점은 무엇입니까?

- ①교통이 불편하다 ②의료의 질이 낮다 ③ 의료장비가 낙후되고 부족하다
- ④직원 및 의료진이 불친절하다 ⑤치료효과가 없다 ⑥시설이 좋지 않다
- ⑦치료에 믿음이 안간다 ⑧서비스가 다양하지 못하다 ⑨대기시간이 길다
- ⑩기 타 ()

26. 다음은 공공보건의료기관에서 제공하는 서비스로서 얼마나 필요하다고 생각하십니까?

- 각 항목별로 귀하께서 필요하다고 생각되는 정도에 따라 선택해주세요. -

서비스 내용	전혀 필요하지 않다	필요하지 않다	보통이다	필요하다	매우 필요하다
일반질환 진료					
치과진료					
한방진료					
순회진료					
육지지역과 연계된 진료					
응급의료체계					
건강검진					
가정방문진료					
물리치료					
운동지도					
보건교육					
질병상담 및 예방사업					
식생활 및 영양지도					
오락 및 교양강좌					

♠ 수고하셨습니다. 대단히 감사합니다. ♠

감사의 글

많은 고민과 어려움 속에 시작한 학업이었고, 결코 쉽지만은 않은 지난 2년이었지만, 이렇게 결실을 맺기까지 부족한 저를 지도해 주시고 격려해 주신 모든 분들께 논문과 함께 이 글로나마 감사의 마음을 전합니다.

먼저 힘든 생활 가운데서도 부족한 아들을 믿어주시고 항상 격려로 뒷받침 해주신 부모님께 죄송스러운 마음과 함께 감사한 마음으로 이 논문을 바칩니다. 또한 욕심 많고 고민 많은 동생에게 언제나 든든한 후원자가 되어준 저의 사랑하는 누나와 매형, 못난 오빠를 언제나 자랑스럽게 생각해 주는 사랑스런 동생 영아에게 고마움을 전합니다.

시작부터 마치는 지금까지 부족한 제자에게 애정과 관심으로 학업의 길을 이끌어 주신 김종인 교수님께 감사드리며, 앞으로도 교수님의 가르침을 잊지 않고, 교수님의 기대에 부응하는 제자가 되도록 열심히 노력할 것을 약속드립니다. 그리고 바쁘신 가운데서도 항상 격려해주시고 지도해주신 윤치근 교수님, 힘들거나 나태해질 때 독려해주셨던 최재규 교수님, 깊고 좋은 가르침을 베풀어 주신 김정화 교수님께 진심으로 감사드립니다.

지난 2년간 항상 저를 과분할 정도로 높게 평가해주시며 선한 웃음으로 대해 주신 김승희 선생님과 유은영 선생님을 비롯한 대학원 선생님들, 귀찮을 정도의 질문에도 언제나 부드러운 목소리로 답해주셨던 유지원 선생님, 웃음 속에서 격려를 아끼지 않으셨던 방효진 선생님께 깊은 감사드립니다. 또한 외로운 생활속에서 함께 고민하고 함께 웃어주었던 친구들과 설문조사를 위해 죽을 고비를 넘기며 2주동안 함께 고생했던 친구 진현, 늘 밝은 얼굴과 따듯한 마음으로 반겨주는 친구 인균·주영부부, 1년동안 함께 생활하며 많은 도움과 즐거움을 주신 학생생활관 선생님들께도 고마운 마음을 전하며 앞으로 무한한 발전이 있기를 기원합니다.

보건행정학을 공부하기 위하여 가방하나 둘러메고 부모님 곁을 떠나온지 9년이라는 시간이 흘렀습니다. 그동안 나름대로 최선을 다했고 누구보다 열심히 하고 싶었던 마음이 간절했습니다. 허나 논문을 마감하는 지금, 지나온 시간을 되돌아보니 '최선'이라는 말은 저만의 희망사항이자 감히 이루지 못할 욕심이 아니었나 싶습니다. 부족한 제 자신의 역량을 채우고 더 나은 모습의 미래를 위해 열심히 하지 않을 거면 시작도 하지 않겠다는 마음으로 대학원 생활을 시작하였으나 스스로의 부족함만을 깨닫게 된 것 같아 많은 아쉬움이 남습니다.

하지만 이것이 끝이 아니기에, 멀고도 험한 길이 아직도 많이 남아있기에 저를 아껴주시고 격려해 주시는 모든 분들의 기대에 어긋남 없이 더욱 노력할 것을 약속드립니다.

2006년 6월

고 민 석

국문초록

도서지역 주민의 공공보건의료기관 이용에 관한 조사연구 -제주도와 부속도서의 비교-

고 민 석
원광대학교 일반대학원
보건행정학전공

우리나라의 보건의료분야는 짧은 역사에도 불구하고 고도의 경제성장을 바탕으로 양적·질적 측면에서 비약적인 발전을 이루었으며 국민의 건강을 유지·증진시키는데 크게 기여해 왔다. 하지만 이러한 발전에도 불구하고 균등한 의료 자원 공급이 이루어지지 않아 지역간 심한 의료 불균형 현상이 초래되고 있고, 특히 지리적 여건과 생활환경, 교통편의 등이 열악한 도서지역은 상대적으로 취약한 의료환경에 노출되어 양질의 의료수혜로부터 많은 소외를 당하고 있다.

이에 본 연구는 제주도와 부속도서 주민들의 공공보건의료기관 이용양상과 이에 영향을 미치는 요인을 분석하고, 나아가 공공보건의료기관에 대한 만족도 및 서비스 요구도와 이에 영향을 미치는 요인을 분석함으로써 향후 도서지역 주민들에게 보다 편리하고 수준 높은 보건의료서비스 제공을 위한 정책개발에 실증적 기초자료를 제공하고자 하였다.

연구의 모형은 Andersen의 새로운 모형(1995)에 기반을 둔 수정모형을 사용하였으며, 제주도와 부속도서에 거주하는 20세 이상의 주민 400명을 대상으로 2005년 7월 18일부터 8월 2일까지 15일 동안 설문조사를 실시하여 수집된 총

384부(제주도 190부, 부속도서 194부)의 결과를 최종 분석 자료로 사용하였다.

분석방법으로는 SPSS 13.0 for windows 통계 프로그램을 이용하여 빈도분석, 기술통계, Chi-Square test, t-test와 분산분석(ANOVA), Logistic regression, Stepwise multiple regression을 실시하였다.

본 연구의 주요 결과와 시사점은 다음과 같다.

첫째, 대상인구집단 특성의 거주지역간 차이를 비교한 결과 개인속성에서는 연령, 직업, 결혼상태, 교육수준에서 차이를 보였고, 이용가능성에서는 소득, 의료보장 종류, 공공보건의료기관 방문소요시간, 상용치료원 종류의 모든 변수에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 하지만 질병인지성은 유의한 차이가 없었다.

둘째, 만성질환 이환시 의료기관 이용은 부속도서가 유의하게 낮고 미충족의료가 높았으나, 급성질환 이환시 의료기관 이용에는 유의한 차이가 없었다. 급·만성질환 이환시 치료기관 종류는 부속도서에서는 공공보건의료기관의 이용이 가장 많았으나, 제주도에서는 의원의 이용이 가장 많아 유의한 차이를 보였다. 월평균 공공보건의료기관 이용횟수는 부속도서 주민의 이용횟수가 제주도 주민보다 유의하게 많았다.

셋째, 공공보건의료기관 이용여부에 거주지역은 유의한 영향을 미치는 요인이었다. 부속도서에서는 종교, 만성질환 이환, 급성질환 이환, 주관적 건강상태가 유의한 영향을 미쳤으나, 제주도에서는 질환 이환시 공공보건의료기관의 이용률이 너무 적었기 때문에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 요인을 찾을 수 없었다. 월평균 공공보건의료기관 이용횟수에도 거주지역은 유의한 영향을 미쳤다. 부속도서에서는 교육수준, 상용치료원 종류, 급성질환 이환, 주관적 건강상태, 소득이 유의한 영향을 미쳤고, 제주도에서는 연령, 공공보건의료기관 방문소요시간, 상용치료원 종류가 유의한 영향을 미치는 요인이었다.

넷째, 공공보건의료기관에 대한 만족도는 부속도서에서는 보통, 만족 순으로 많았고, 제주도는 보통, 불만족 순으로 많아 유의한 차이를 보였다. 공공보건의료기관 만족이유도 부속도서는 접근편리성을, 제주도는 저렴한 비용을 가장 큰

이유로 들어 유의한 차이를 보였다. 공공보건의료기관에 대한 서비스요구도는 부속도서가 제주도보다 유의하게 높았다. 서비스요구 항목으로는 부속도서는 응급의료체계, 일반질환진료, 치과진료 등의 요구도가 높았고, 제주도는 건강검진, 질병상담 및 예방사업, 일반질환진료 등의 요구도가 높게 나타났다.

다섯째, 공공보건의료기관에 대한 만족도에는 거주지역이 유의한 영향을 미치지 않았다. 부속도서에서는 월평균 공공보건의료기관 이용횟수와 의료보장 종류가 유의한 영향을 미쳤으나, 제주도에서는 공공보건의료기관 방문소요시간, 월평균 공공보건의료기관 이용횟수, 상용치료원 종류, 교육수준이 유의한 영향을 미치는 요인이었다. 공공보건의료기관에 대한 서비스요구도에는 거주지역이 유의한 영향을 미쳤다. 부속도서에서는 월평균 공공보건의료기관 이용횟수, 직업, 연령이 유의한 영향을 미쳤으며, 제주도에서는 교육수준이 유의한 영향을 미치는 요인이었다.

이상의 결과를 종합해 볼 때, 도서지역에서는 의료기관 이용이나 주민의 인식도에서 공공보건의료기관이 차지하는 비율이 타 지역보다 높다는 것을 감안하여 도서지역의 특수성을 고려한 효율적인 공공보건의료 서비스를 제공하기 위한 제도, 인력, 시설 및 장비, 활동 등의 개발이 필요함을 시사한다. 우선, 보건진료원 및 마을건강원과 같은 보건의료인력 개발이 지속적으로 이루어져야 하며, 공중보건역사의 자발적 참여와 활용의 극대화 방안이 마련되어야 한다. 민간의료기관 유치에 어려운 도서지역의 보건지소는 의원급 시설을 갖추어 서비스의 질을 향상시킬 필요가 있다. 또한 도서지역에서의 의료정책은 예방과 건강증진, 치료, 재활 등을 포함하는 포괄적인 서비스 구성을 지향해야 하고, 공공보건의료기관에 대한 대폭적인 진료기능의 보강과 지역 중심의 보건정책이 통합된 서비스를 제공해야 할 것이다.