북한 주민의 의료이용 만족도 연구:
중국 내 북한이탈주민을 대상으로

연세대학교 보건대학원

국제보건학과

김 개 영

북한 주민의 의료이용 만족도 연구:
중국 내 북한이탈주민을 대상으로

지도 정 우 진 교수

이 논문을 보건학석사 학위논문으로 제출함

2005년 12월 일

연세대학교 보건대학원

국제보건학과

김 개 영

김개영의 보건학석사 학위논문을 인준함

심사위원_____인

심사위원_____인

심사위원_____인

연세대학교 보건대학원

2005년 12월 일

감사의 글

연세대학교 보건대학원 국제보건에 입학한지 엊그제 같은데, 어느덧 논문이라는 작지만 소중한 열매를 거두어 이렇게 감사의 글을 쓰게 되어 감회가 새롭습니다. 돌이켜보면, 이렇게 제가 무사히 졸업을 하게 된 뒤에는 무수히 많은 도움의 손길들이 있었습니다.

먼저, 지도교수님이신 정우진 교수님께 깊은 존경과 감사를 드립니다. 언제나 젊고 식지 않는 열정으로 학문을 연구하시며, 대학원과정동안 학자로써의 자세를 가르쳐주셨으며, 논문 쓰는 동안에는 학문에 대한 사랑으로 창의적인 생각을 할 수 있도록 이끌어 주셨습니다. 논문 주제에서부터 전체적인 틀과 흐름을 바로 잡아주시고, 세심하게 하나하나 성의를 담아 논문지도를 해주신 박종연 박사님께도 깊은 감사를 드립니다. 무엇보다도 이 논문을 시작하고 마칠 수 있었던 것은 이윤환 교수님의 배려 덕분이었습니다. 많이 부족한 제가 좋은 논문을 쓸 수 있도록 이끌어 주시고, 스스로 고민하고 해결할 수 있도록 많은 가르침과 조언 그리고 힘들 때마다 웃을 수 있는 여유를 가르쳐 주셨습니다.

통계로 막힐 때 마다 항상 전화하던 후배를 잘 받아주셨던 류은정 교수님, 김수강선배님 진심으로 감사드립니다.

논문이 완성될 때 까지 꾸준한 관심과 격려를 보내주셨던 전기홍 교수님과 이순영 교수님께도 진심으로 감사드립니다. 그리고 1년 여간 함께 생활하며, 가까이에서 항상 힘이 되어주었던 아주대 예방의학교실에 김정림·박경혜·김선자·김수정·이수진 선생님에게도 고맙다는 말을 전합니다.

먼저 졸업하였지만, 항상 격려와 힘이 되어 주었던 동기들 최승주 선생

님, 이선화 선생님, 휴학까지 함께 해가며 졸업논문을 쓰기 까지 항상 함께 했던 김주희 선생님, 그리고 졸업동기가 된 이락현 선생님 이들과 함께 했기에 즐겁게 논문을 마칠 수 있었습니다. 그리고 항상 든든하게 지지해 주었던 국제보건학과 선후배님들께 마음의 고마움을 전합니다.

떠나온 지 2년여의 세월이 흘렀어도 항상 관심과 격려를 해주시는 용산병원 9층 식구들에게도 감사의 마음을 전합니다.

오늘이 있기까지 끊임없는 믿음과 사랑으로 저를 묵묵히 지켜봐주신 아버님과 어머님 진심으로 존경하고 사랑합니다. 새내기 며느리를 넓은 사랑으로 감싸주시고 항상 든든한 후원자이시며 성원을 아끼지 않는 시부모님께도 말로 다 표현할 수 없는 감사의 마음과 찬사를 보냅니다. 그리고 가까운 곳에서 항상 지지와 격려를 아끼지 않았던 언니와 형부, 멀리 있는 오빠와 언니, 조카들에게 감사의 마음을 전합니다.

무엇보다도 가장 큰 힘이 된 것은 남편이었습니다. 본인의 논문쓰기에도 여념이 없었음에도 헌신적인 외조 뿐 아니라 꾸준한 격려와 지지를 보내주었으며, 논문이 막힐 때 마다 의논상대가 되어주었으며 원고가 마감되는 그 날까지 수정·검토 해준 남편에게 고마움과 사랑의 마음으로 이 논문을 바칩니다.

끝은 언제나 새로운 시작을 의미합니다. 대학원 생활 속에서 얻은 가르침들을 마음에 품고 겸손한 자세로 새로운 발걸음을 위한 준비를 하겠습니다.

2005, 12월

김개영 올림

목 차

국 문 요 약 ····· v

I. 서론 ····· 1

1. 연구의 배경 및 필요성 ····· 1

2. 연구 목적 ····· 4

II. 이론적 배경 ····· 5

1. 북한 보건의료실태 ····· 5

가. 보건의료제도의 특성 ····· 5

나. 보건의료체계 ····· 7

1) 보건의료관리 ····· 7

2) 보건의료자원 ····· 8

3) 보건의료조직 ····· 10

4) 보건의료재원조달방법 ····· 11

5) 보건의료전달체계 ····· 12

다. 최근 북한의 보건의료실태 ····· 12

1) 보건의료지표 ····· 12

2) 보건의료실태 ····· 13

2. 의료이용 만족도 ····· 15

가. 환자만족도 개념과 구성요인 ····· 15

1) 환자 만족도 개념 ····· 15
2) 환자 만족도 구성요인 ····· 16
나. 의료이용 만족도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구 ····· 18
1) 인구학적 특성과 의료만족도 ····· 18
2) 사회경제적 특성과 의료이용만족도 ····· 19
3) 의료이용경험관련 특성과 의료이용만족도 ····· 21
다. 북한이탈주민관련 만족도 연구 ····· 22

III. 연구방법 ····· 26
1. 연구의 틀 ····· 26
2. 연구가설 ····· 27
3. 연구대상 및 자료 ····· 29
4. 연구에 사용된 변수 ····· 30
가. 독립변수 ····· 34
나. 종속변수 ····· 37
5. 분석 방법 ····· 38

IV. 연구결과 ····· 40
1. 대상자의 일반적 특성 ····· 40
가. 대상자의 인구학적 특성 ····· 40
나. 대상자의 사회·경제적 특성 ····· 42
다. 의료이용경험관련 특성 ····· 44
2. 의료이용 만족도 ····· 46

가. 만족도 분석 ····· 46
1) 만족도 항목의 요인분석 ····· 46
2) 항목별 만족도 수준 ····· 48
나. 응답자 특성별 만족도 ····· 49
1) 인구학적 특성에 따른 만족도 차이 ····· 49
2) 사회·경제적 특성에 따른 만족도 차이 ····· 51
3) 의료이용경험관련 특성에 따른 만족도 차이 ····· 53
다. 만족도에 영향을 주는 요인 ····· 55
1) 일반적 청결상태의 만족도에 영향을 주는 요인 ····· 55
2) 약품공급의 만족도에 영향을 주는 요인 ····· 57
3) 의사의 기술 만족도에 영향을 주는 요인 ····· 59
4) 전체 만족도에 영향을 주는 요인 ····· 61

V. 고찰 ····· 63
1. 연구결과에 대한 고찰 ····· 63
2. 연구자료 및 방법에 대한 고찰 ····· 70

VI. 결론 ····· 74

참고문헌 ····· 77

Abstract ····· 84

표 목 차

[표 1] 변수의 분류 - 인구학적 변수 ····· 31
[표 2] 변수의 분류 - 사회·경제적 변수 ····· 32
[표 3] 변수의 분류 - 의료이용경험 변수, 종속변수 ····· 33
[표 4] 대상자의 인구학적 특성 ····· 41
[표 5] 대상자의 사회·경제적 특성 ····· 43
[표 6] 대상자의 의료이용경험관련 특성 ····· 45
[표 7] 만족도 요인분석 결과 ····· 47
[표 8] 만족도항목의 요인분석을 통해 설명된 총 변량 ····· 47
[표 9] 항목별 만족도 평균 및 표준편차 ····· 48
[표 10] 인구학적 특성에 따른 만족도 분석결과 ····· 50
[표 11] 사회·경제적 특성에 따른 만족도 분석결과 ····· 52
[표 12] 의료이용경험관련 특성에 따른 만족도 분석결과 ····· 54
[표 13] 일반적 청결상태의 만족도에 영향을 주는 요인 ····· 56
[표 14] 약품공급의 만족도에 영향을 주는 요인 ····· 58
[표 15] 의사의 기술 만족도에 영향을 주는 요인 ····· 60
[표 16] 전체 만족도에 영향을 주는 요인 ····· 62

그림 목차

[그림1] 연구의 분석틀 ····· 27

국 문 요 약

본 연구는 이행기의 사회주의 의료체제 하에서 북한주민의 의료이용 만족도 수준과 그에 영향을 미치는 요인을 분석함으로써 북한주민의 의료 이용에 있어서의 장애요인을 파악하여 북한의 의료체계와 그 기능 상태를 점검하고자 하였다.

연구 대상은 존스홉킨스 보건대학원의 난민과 재난대응센터(Center for Refugee and Disaster Response)가 중국 연변으로 넘어 온지 90일 미만의 북한이탈주민 273명을 대상으로 2004년 수행한 '북한에서 경험한 의료이용과 만족도'에 관한 설문자료를 이용하여 총 응답자 273명중 12개 항목의 만족도에 대한 모두 응답을 한 228명을 최종 분석 대상으로 하였다. 자료분석은 요인분석을 통해 3개 항목의 만족도와 3개 항목의 만족도의 평균인 전체만족도를 추출하여 만족도 항목들 간의 평균차이를 분석하였고, t-test와 ANOVA를 통하여 각각의 만족도와 인구학적 변수, 사회·경제적 변수, 의료이용경험 변수와의 연관성을 파악하였으며, 요인 간 영향력을 배제하기 위해 다중회귀분석을 실시하였다.

연구 결과는 다음과 같다.

첫째, 북한 주민의 의료이용만족도 수준은 5점 만점에 모두 평균이하로 낮았으며, 요인분석을 통해 대표 변수로 추출된 3가지 항목의 평균인 전체만족도는 2.36이었다. 순서는 의사의 기술(2.93), 약품 공급(2.51), 일반적 청결(1.66) 순으로, 치료 환경·위생 상태로 표현되는 구조적 측면의 만족도가 가장 낮은 것으로 나타났다. 또한 약품 공급에 대한 불만도 43.9%로 높게 나타나, 북한 주민들은 여전히 의약품 부족으로 인한 어려움을 겪고 있음

을 알 수 있었다.

둘째, 만족도에 영향을 미치는 요인을 만족도 항목별로 다중회귀분석한 결과 평소의료의 종류가 4가지 항목 모두에서 높은 영향력을 미치는 것으로 나타났다. 구체적으로 2차 의료기관에 비해 1차 의료가 치료환경·위생수준, 자원, 기술적 측면 모두에서 만족도가 낮게 나타나 1차 보건의료의 기능과 상태가 전반적으로 열악한 상태임을 알 수 있었다.

셋째, 군 거주자에 비해 시 거주자의 일반적 청결에 대한 만족도가 높았는데, 이는 동일 1차, 2차 의료기관이라 할지라도 거주지에 따라 치료환경·위생수준의 차이가 있는 것을 알 수 있었다.

넷째, 사회·경제적 특성 중 소유재산개수만이 만족도에 영향을 미치는 변수였는데, 특히 약품공급에 대한 만족도에 영향력이 높게 나타났다. 이는 경제적 수준에 따른 약품공급의 만족도 차이를 의미하는 것으로 북한보건의료의 가장 큰 특징 중 하나인 전반적 무상치료제가 유명무실해지고 있음을 확인할 수 있었고 나아가 경제수준이 낮은 계층일수록 약품공급에 있어 더욱 어려움을 겪고 있음을 예상할 수 있다.

이러한 무상의료의 유명무실화와 보건의료체계의 기능 약화는 당연히 북한 주민들의 보건의료에 대한 접근성과 만족도에 부정적인 영향을 끼치고, 특히 경제수준이 낮은 북한 주민들은 더욱 의약품을 공급받기조차 어려운 상황에 처할 것으로 예상되어지므로, 향후 대북 지원에서 보건의료분야의 지원방식은 무엇보다도 이들 취약계층의 접근성을 높일 수 있는 방향을 모색해 나가는 것이 중요할 것으로 보인다.

핵심이 되는 말 : 북한 이탈 주민, 의료이용 만족도, 북한 보건의료체계

I. 서 론

1. 연구의 배경 및 필요성

북한의 보건의료시스템의 주요 골자는 '무상치료제, 의사담당구역제, 예방의학적 방침'의 세 가지로 요약된다. 전반적인 무상 치료제란 무상치료의 범위를 성별, 직장, 거주지 등에 관계없이 전체주민들에게 확대하여 주민 누구나 병원과 진료소에 찾아가면 무료로 치료를 받을 수 있는 법적 제도이다. 그러나 이와 같이 형평성과 보건의료의 접근성을 높이는 매우 이상적인 제도는 1994년 이후 계속된 자연재해의 피해 누적과 사회주의 체제가 지닌 한계로 인한 생산력 저하 등으로 극심한 식량난과 경제난을 겪게 되면서, 공급 부족 등의 여러 가지 이유로 제 역할과 기능을 제대로 수행하지 못하고 있다. 주민들은 장마당 등을 통해 의약품을 구매하고 있고, 의사들에게 뇌물을 제공해야 하는 현실에 이르게 되었고, 당원과 비당원간의 차별대우 등의 문제를 보여 주고 있다(문옥륜, 2004). 북한은 경제난 타개를 위해 변화가 불가피하다는 인식 하에 「7·1 경제관리개선조치」(2002.7)를 단행한 데 이어 시장기능 도입 등 추가적인 경제개혁 조치를 시행하고 있다. 경제개혁의 추진으로 북한은 농업·경공업 등 노동집약적 산업에서 생산성이 향상되고 상거래가 활성화되는 성과를 거두고 있다. 그러나 다른 한편으로 공급부족 현상이 여전히 지속됨에 따라 400~500%에 이르는 초인플레이션을 겪고 있으며, 시장화(marketization)의 초기단계에 따른 경제적 불확실성의 확대와 극심한 빈부격차도 나타나고 있는 것으로 알려져 있다(북한이해, 2005).

보건의료 분야에서도 이러한 현상이 나타나고 있는데, 탈북자들과 북한 방문자들에 의하면 '빈부격차에 따른 의료의 질적 차이'가 보고되고 있다(Watts, 2003). 북한은 7·1조치에서 경제적 변화와는 달리 예외적으로 무상교육, 무상치료, 사회보험 등 이른바 '사회주의의 우월성'을 보여주는 사회보장제도는 유지한다고 발표한 바 있지만(한국은행, 2002), 적어도 무상치료에서 만큼은 이것이 단지 구호에 그치고 있을 뿐, 실제 주민들 사이에서는 명목만 유지되고 있음을 알 수가 있다.

보건의료분야의 남북협력은 새로운 남북관계정립에 전환점이 될 수 있다. 붕괴직전에 이른 북한의 보건의료체계에 대한 인도적 지원 및 교류는 정치적 역학관계를 벗어나 지속적으로 추진할 수 있는 인도적 협력방안이다. 이를 위해서는 총체적인 위기상황에 빠져 있는 북한의 사회경제에 대한 이해와 더불어 급격히 붕괴해가고 있는 보건의료체계 및 북한주민이 겪고 있는 보건의료의 현실에 대한 정확한 이해가 전제되어야 한다.

또한 통일한국의 보건의료제도는 현재 남북한의 보건의료가 안고 있는 문제점들을 해결하는 가운데 한반도에 거주하고 있는 주민 전체의 건강수준을 높이고 전반적인 삶의 질을 향상시키는 방향으로 나아가야 할 것이다(백지은, 2004). 이러한 측면에서 현재 북한주민들의 의료이용 실태에 대한 연구가 절실히 필요하다. 그러나 지금까지 북한의 보건의료실태에 대한 연구의 대부분은 제도적 측면에 초점이 맞추어져 있었다. 근래에 전우택(1997)의 연구와 연변으로 나온 북한 주민들의 건강상태 조사(서일 등, 1999), 사망력을 분석한 연구(Robinson et al., 1999) 등에서 이에 대한 개략적인 논의가 있었으나, 북한주민의 입원경험과 보건의료서비스 만족도로 논의의 범위를 확대하여 보건의료체계의 전반적인 문제점을 분석하려는 시

도는 별로 없었다. 최근에 와서 다루어지고 있기는 하나 여전히 미미한 실정이다. 박종연 등(2000)에 의해서 수행된 연변 내 18명의 탈북민을 대상으로 한 질병양상과 보건의료서비스충족실태에 대한 질적 연구가 있었으나 탐색적 성격이 강한 연구이었다. 이와는 달리 문옥륜 등(2004)의 연구에서 이러한 내용이 좀 더 자세히 다루어지긴 하였으나 변화되고 있는 북한의 현 실태를 반영하기에는 역부족이었다. 왜냐하면 연구대상으로 설정된 남한에 정착한 북한이탈주민들의 이탈 후 평균체류기간이 3년 남짓의 시간적 경과로 발생하는 한계성으로 인해, 체류지에서의 경험이 만족도에 영향을 미쳤을 가능성이 높으며 그 내용도 이미 3년-5년 전의 북한상황에 대한 조사에 그치고 있기 때문이다.

최근 경제개혁의 여파로써 더욱더 심화되고 있는 북한 주민사이의 빈부격차와 그에 따른 의료의 질의 차이가 보고되고 있는 시점에서, 북한 주민의 의료이용만족도와 그에 영향을 주는 요인을 파악하려는 본 연구는 한편으로 북한주민이 인식하는 보건의료수준과 의료이용의 장애요인을 파악한다는 목적과 함께 다른 한편으로 현재 북한의 변모되어 가고 있는 의료체계와 그 기능 상태를 점검한다는 점에서도 중요한 의의가 있을 것이다.

이에 본 연구는 이탈 후 기간에 따른 만족도에 대한 영향요인을 최소화하기 위해 북한을 이탈한지 90일 미만의 중국 내 북한주민을 대상으로 한 분석적 연구를 시도하고자 한다. 특히 공식적으로는 사회주의적 무상의료를 표방하고 있으나 심각한 경제난과 최근의 경제개혁 속에서 실제적으로는 변모되어 가고 있는 북한의 보건의료체계 하에서 북한주민의 의료이용만족도 수준과 그에 영향을 미치는 인구학적 특성, 사회·경제적 특성, 그리고 의료이용경험에 따른 특성과의 관련성을 살펴봄으로써 북한 주민의

의료이용 장애요인을 파악해보고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 이행기의 사회주의 의료체제 하에서 북한주민의 의료이용 만족도 수준과 그에 영향을 미치는 요인을 분석함으로써 북한주민의 의료이용 장애요인을 파악하여 향후 대북 의료지원 방향을 제시하는데 도움을 주고자 한다. 이러한 논문의 전체적인 목적 하에서 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

첫째, 북한을 이탈한지 90일 미만의 중국 내 북한주민을 대상으로 북한의 보건의료체제 하에서 북한주민이 인지하는 의료이용에 대한 전체적 만족수준과 항목별 만족수준을 확인한다.

둘째, 문헌고찰과 북한의 상황을 고려하여 북한주민의 의료이용만족도와 관련이 있을 것으로 예상되는 인구학적 특성, 사회·경제적 특성, 의료이용경험특성들과의 관련성을 분석하고자 한다.

II. 이론적 배경

1. 북한 보건의료실태

가. 보건의료제도의 특성

북한 보건의료제도의 특성을 가장 잘 보여주는 제도적 장치는 무상치료제와 의사담당구역제, 예방의학적 방침이다. 북한의 헌법은 '국가는 전반적 무상치료제를 공고 발전시키며 의사담당구역제와 예방의학제도를 강화하여 사람들의 생명을 보호하며 근로자들의 건강을 증진시킨다.'라고 규정(제56조)하고 있다. 1960년 최고인민회의에서 전반적인 무상치료제를 북한의 전 지역에 실시할 것을 결정하였고, 1980년 4월부터는 새로 제정된 '인민보건법'에 따라 전반적 의료보장을 실시하였다. 인민보건법 제9조에서는 그 적용범위를 성, 직장, 거주지 등에 상관없이 전체 주민들에게 확대하여 누구나 필요시 무료로 치료받을 수 있는 법적 권리를 보장한다고 하였다 (연합뉴스, 1999; 이윤환, 2003 재인용). 무상치료제의 적용범위는 수술, 약제, 왕진을 포함한 진료와 입원환자의 식사, 병 증세에 따른 영양식사, 요양치료, 왕복여비, 건강검진, 예방접종, 분만, 불구자를 위한 교정기구, 보철 등 모든 의료봉사비가 포함된다(문옥륜, 2001). 그러나 최근 경제난에 따른 의약품 부족현상으로 인해 무상치료제의 의의가 퇴색되었고, 명목상의 제도에 그치게 되었다.

의사담당구역제는 일명 '호담당제' 라고 불리며 1960년대 초반부터 시작된 것으로 알려져 있다. 의사담당구역제는 1967년부터 각 시·군에 도입되

었는데, 이것은 “주민이 일생동안 담당구역 의사들로부터 체계적으로 전면적인 건강관리를 받을 수 있도록” 제도화한 것으로 시·군(구역)병원, 공장병원, 리인민병원, 종합진료소들에 의하여 시행되고 있다. 의사담당구역제를 맡고 있는 각 단위병원이나 진료소 의사들은 주간 근무시간을 절반이상을 담당지역에 나가 위생선전, 위생개조, 소독예방접종 등 위생방역사업을 실시하며, 진료상담들을 계획적으로 하고 있다고 보고되고 있다. 의사담당구역의 규모는 도시지역은 주민 4,000명을 기준으로 하고 있고 농촌의 경우는 의사 1인당 500명 내외를 기준으로 하고 있다(이윤환, 2003). 최근 북한은 그동안 시행해오던 의사담당구역제를 개선하여 시·군병원 의사는 왕진을 나가지 않는 대신 진료소에서 담당지역 진료를 전담토록 함으로써 좀 더 전문분야 치료에 전념하도록 하는 시스템으로의 전환을 시도하고 있다(연합뉴스, 2005).

북한의료의 특징은 예방의학적 방침을 표방하는 것인데, 예방서비스는 1960년에 5개년 계획이 끝나고 보건시설과 보건요원이 어느 정도 확보된 이후부터 단계적으로 실시된 것으로 보인다. 이것은 기본적으로 예방을 강조하는 북한의 사회주의체제와 관련이 있는 것으로 보인다. Hunter(1999)에 의하면 북한이 전 국민의 건강을 보장하기 위해 의료비 부담을 경감할 수 있는 예방의학을 선호하며, 상대적으로 질병치료에는 소극적이라고 주장하고 있다. 이는 건강한 노동력 유지를 통한 생산성 제고에 초점을 둔 것으로 해석된다. 따라서 장애인과 환자의 치료 및 재활에는 관심이 낮은 것으로 이해될 수 있다(이윤환, 2003).

북한은 또한 고려의학과 양의학의 통합 체제를 표방하고 있는데, 특히 1990년대 이후 북한의 경제난과 동구권 국가들의 붕괴로 수입에 의존하던

신약공급체계가 와해됨에 따라 이에 대한 보완으로서 고려의학 발전 및 민간요법 개발에 치중해왔다. 1995년 이전에는 현대의학에 의한 치료가 80% 정도였으나, 최근에는 오히려 80% 이상을 전통의학에 의존하고 있는 것으로 알려져 있다(북한개요, 2004).

나. 보건의료체계

WHO의 정의에 따르면 보건의료체계의 구성은 보건의료관리체계, 보건의료자원체계, 보건의료조직체계, 보건의료재원조달체계 및 보건의료전달체계로 이루어진다. 여기서는 북한의 보건의료체계를 WHO에서 정의한 구성요소(의료체계분석모형)에 따라 간단하게 살펴보았다.

1) 보건의료관리

북한의 의료제도는 무상치료제를 중심으로 하는 국가보건서비스제도로 단일한 국가조직체계이다. 북한은 사회주의 공산국가로 계획경제에 의한 정책이 이루어진다. 따라서 대체로 의사결정 과정 및 정책결정 방식이 일원적, 획일적이며 당에서 중앙집권적 상의하향식 정책결정 방식을 취하고 있다(박형중, 1996). 북한은 규제와 통제, 획일화를 통한 일사분란한 정책결정이 이루어지고 정책은 그대로 집행되고 평가되는 과정에서 보건의료체계가 유지되고 있다.

민간부분의 보건의료는 불가능하며 당의 지배에 의한 의료관리가 이루어지고 있다. 국가행정행위의 일종으로 보건의료정책을 실행하고 국가의 공권력과 조직을 통해 의료정책을 수립집행하며, 특정 개인이 의료보수를 받는 의료시설을 설치할 수 없으며, 개별적 의료행위 또한 금지된다. 따라

서 의료정책은 헌법, 보건법 등 법률로 구체화되고 주민은 국가의 의료관리체계에 의해 혜택을 받는다.

모든 보건관련 시설, 장비, 기자재 등이 공적 소유로 되어 있고 보건인력은 국가에 고용되어 있으며 보건조직을 지도, 통제, 정책의 수립, 집행, 감독하는 것도 노동당의 주도적 역할로 이루어진다. 당 주도의 보건조직 운영은 당의 정책결정 기관과 정부의 정책결정 기관이 보건의료 분야의 모든 분야를 포괄하며 직접 정책을 결정하고 집행함을 의미한다. 즉, 민간조직이 극히 제한적이거나 거의 존재하지 않는다(문옥륜, 1991).

보건행정 조직은 전국적으로 실시하고 있는 의사담당구역제를 기초로 이루어진다. 정무원 산하 집행조직의 하나로 보건부에 의해서 전반적 지도와 운영이 이루어지고 도 단위의 보건국, 시·군에 보건과가 보건행정을 담당하고 있다. 재조선 외국인들의 집단의료활동 및 행정은 대외보건협조사에서 이루어지고 있다(성기호, 1998).

2) 보건의료자원

보건의료자원은 의료인력, 의료시설, 의료장비 등으로 구성된다. 먼저 보건의료인력으로 북한의 의료분야 종사자로는 의사, 간호사, 약제사, 조제사 등이 있다. 북한의 보건의료인력에 관한 법규인 '보건일꾼의 의무와 권리에 관한 규정'에 의하면 북한의 의료인력은 의사, 구강의사, 준의사, 고려의사, 약사, 간호원, 위생의사, 조산원, 조제사, 보육원이 속한다(변종화 외, 1993).

일차보건의료를 중요시하기 때문에 교육기간이 다양하고, 전문의 보다는 일반의의 양성에 역점을 두고 있어 전문의 수는 일반의에 비해 매우 적

다. 또한 정규의사가 아닌 의료보조원을 광범위하게 훈련시켜 이용하고 있는 것이 사회주의 국가의 특징이기 때문에 북한에서도 중국의 bare-foot doctor나 소련의 feldsher에 해당하는 펠셀(준의사)을 두고 있다. 북한은 1953년 전 주민대상의 무상치료제를, 1960년부터는 완전하고 전반적인 무상치료제를 실시하였으며 1969년부터는 각 시, 군에서 소아과, 내과, 산부인과의 의사담당구역제를 실시하였고 탄광, 광산에서는 직장, 갱담당구역제가 실시되었다. 이는 전 주민이 일생동안 담당구역 의사들로부터 체계적이고 전면적인 건강관리를 받을 수 있도록 한 제도이다. 따라서 의사들은 시·군(구역) 병원, 공장병원, 리 인민병원, 리 진료소에서 직접 환자를 보고 또 주간 근무시간의 절반 이상은 담당지역에 나가 위생선전, 위생개조, 소독, 예방접종 등의 사업과 검진, 상담 등을 계획적으로 하고 있다(선한승, 1994).

총 의료일꾼의 수는 총 72,900명(1997년 현재) 정도로 추산되고 있으며 이것은 인구 10만 명당 297명으로 의료수준과 의료 인력의 질적인 차이를 고려할 때 직접 비교는 어려우나, 1997년 당시 남한의 289명과 비교해 큰 차이를 보이지 않는 수치이다. 그러나 이러한 수치는 앞서 말했듯이 의료제도·의료수준·의료인력 상호간의 역할 분담 등 지표산출의 기준이 상이한 점을 감안하여 평가가 이루어져야 할 것이다(노용환 등, 1997).

북한의 보건의료시설의 유형은 일반 의료시설, 특수병원, 고려병원, 위생방역기관, 제약 산업시설, 기타 보건시설로 나누어 볼 수 있는데 일반 의료시설로는 중앙병원, 도인민위원회 소재지의 의학대학병원, 시·군 행정위위원회 소재지의 인민병원, 리 및 로동구역 리인민병원 및 진료소가 있다. 산업병원과 구급소가 있으며 특수병원으로 중앙에 뇌병원, 구호병원이 있

으며 각도의 결핵병원과 도 만성병원, 도 전염병원이 있다. 고려의학과는 모든 병원 및 진료소에 설치되어 있고 검역소는 국경검역소, 해안검역소, 항공검역소가 있고 연구기관으로 의학과학원 산하 위생연구소 및 미생물 연구소가 있다(문옥륜, 1991; 1995). 2002년 말 현재 1차 진료기관은 리·동 인민병원, 진료소 약 4,000개, 2차 진료기관은 시(구역)·군 인민병원 약 200개, 3차 진료기관은 도·직할시 인민병원 약 40개 등으로 병원 수는 총 4,240여개 정도로 추정되고 있다(북한개요, 2004).

의료장비나 의료시설은 매우 낙후된 상태이며, 항생제를 비롯한 특수 약품들을 사용하기 보다는 기초적인 의료제나 예방제로서 고려약제나 약초를 이용한 치료를 위주로 하고 있다. 1961년 민간요법연구실을 설립하여 민간요법이 발달해 있으며, 고려과학원에서는 민간요법집, 민간의전, 고려의학자료집을 발간하고 있다. 약이나 의약품의 공급 부족뿐만 아니라 의료기기의 공급도 제대로 이루어지지 않고 기본적인 의료 기기 등이 낙후한 실정이다(성기호, 1998).

3) 보건의료조직

북한의 보건의료조직은 행정조직, 치료예방조직, 위생방역조직으로 나누어진다. 모든 보건의료 업무가 중앙정부에 의해 기획되고 일선기관에서 집행되며 당과 각급 정부에 의하여 이중적 통제를 받는 구조를 갖는다. 즉 사회주의 국가에서는 모든 권력이 당으로부터 나오며 당이 국가 최고의 권력조직으로서 모든 정부 기구는 당의 지도와 통제를 받는다(문옥륜, 1993; 1995).

4) 보건의료재원조달방법

북한의 보건의료는 보편적 수혜, 양질의 포괄적 의료서비스, 국민의 의료요구에 따른 국가제공의 의료서비스, 우선적 예방 보건사업, 지역사회의 참여와 적극적인 대중동원이라는 사회주의 국가의 보건의료 이념과 원칙에 충실하여 국가의 부담에 의한 완전하고 전반적인 무상치료제를 확고히 하고 있다. 앞서 거론한 헌법 제56조와 인민보건법 제9조에 명시된 것처럼 '모든 의료봉사는 완전히 무료이다'를 토대로 조세에 의한 국가보건서비스를 실시하고 있다.

초창기에는 국영 및 사회협동단체의 종업원들이 그 당시 노임의 5-8%를 납부하고 개인경영기업소가 노임총액의 10-12%의 보험료를 납부하여 보건의료시설을 점차 국유화하는 동안 사회보험을 적용하여 의료를 제공하였다. 그러다가 1948년 '치료비 규정'을 만들어 치료비를 대폭 낮추고 국영병원의 약값과 치료비를 개인병원의 1/10 수준으로 하여 무상치료제의 범위를 확대해 노동자, 사무원 및 그 가족에 대한 무상치료제가 선별적으로 실시되었다. 1953년 1월 1일부터는 북한의 전 지역에 전반적인 무상치료제가 실시되었고 1960년 최고인민회의에서 '보건사업강화에 관한 결정'을 채택하여 조세방식에 의한 재원조달기전을 채택하고 전반적 무상치료제를 전국민에게 확대실시 하였다(문옥륜, 1993).

매월 월 급여에서 사회보장비 명복으로 1%씩을 원천징수하고 있고 노동자, 사무원의 부양가족으로 직장에 다니지 않는 노약자는 약값 명목의 치료비를 지불하여야 한다. 농촌에서 도시로 이송되어 치료를 받는 경우 도시이송치료비를 별도의 비용으로 지불하는 등 전반적으로 볼 때 기본임금의 10% 정도가 보건비로 공제된다고 볼 수 있다(성기호, 1998).

5) 보건의료전달체계

북한의 의료전달체계는 일반적으로 호담당제, 리인민병원 또는 진료소, 시·군(구역)인민병원, 도(직할시)단위 병원으로 4단계로 이루어진다. 주민이 진료를 받을 경우 먼저 호 담당과 '준의'에게 진료를 받고 '준의'가 치료하기 어려운 질병은 리인민병원이나 진료소에서 1차 진료를 받아야 하고 이곳에서 치유되기 어려울 경우 후송의뢰서를 발급받아 시·군(구역) 인민병원에서 2차 진료를 1개월까지 받을 수 있다. 2차 진료기관에서도 완치되지 않는 경우에는 도단위 병원으로 가서 3개월 정도 치료를 받을 수 있다. 결핵환자나 간염환자의 경우는 2차 진료기관이나 필요에 따라 결핵요양소와 간염요양소로 보내지고, 3차 진료기관에서는 결핵병원이나 간염병원으로 보낸다(문옥륜, 2001).

다. 최근 북한의 보건의료실태

1) 보건의료지표

북한은 소련모델에 기초한 보건의료를 도입하여 국가주도의 보건의료를 제공하고 있으며 전 주민에 대한 무상치료제를 각종 배급제도 및 의무교육제도와 함께 북한 사회주의 체제의 우월성을 입증하는 제도로 선전해왔다. 예컨대 통계청(1998)이 추정하고 있는 1994년 현재 북한의 영아사망률(출생아 1000당 27.7명)수준은 남한에 비해 약 3.1배 높은 수치이나, UN(1996)이 제시하고 있는 아시아 국가 평균(1990~95년 62명)보다는 훨씬 낮은 수준에 있어 이러한 결과는 북한「인민보건법」에 나타나 있는 예방의학적 방침과 여성노동력을 최대한 활용할 목적으로 북한「사회주의 노동법」에

서 제시하고 있는 모자보건정책 등 일반적인 1차 보건의료체계를 어느 정도 갖춘 결과일 것으로 판단된다(노용환, 2000). 그러나 1994년 이후 계속되는 수해와 가뭄 등 자연재해의 피해 누적과 사회주의 체제의 한계성에서 표출되는 생산력 저하 등으로 극심한 식량난과 경제난을 겪게 되면서 이와 같은 북한의 보건의료체계도 제 역할과 기능을 수행하지 못하는 실정이다.

이러한 보건의료체계 속에 있는 북한 주민의 보건의료지표 역시 매우 열악한데 그 중 취약계층인 모성 및 어린이 사망률 증가에 직접적으로 영향을 미치고 있다. 1993년-1999년 기간 중 5세 미만 어린이 사망률(1,000명당)이 27명에서 48명으로 증가하였고, 영아사망률(1,000명당)도 14명에서 22.5명으로 증가한 것으로 공개되었다(2001. 5 베이징 UNICEF회의 외무성 부상 최수헌 발표; 문옥륜, 2004 재인용). 최근 2005년 발표된 UNICEF 자료에 의하면 영아 사망률이 1000명당 42명(2003년)으로 더욱 증가한 것으로 나타나 보건의료상태가 악화되고 있음을 알 수가 있다.

2) 보건의료실태

북한은 그들이 우월하게 여기는 이상적 보건의료체제를 운영할 재원과 생산체계 미비, 그리고 경직화된 조직의 현실로 인하여 보건의료체계의 붕괴에 직면하고 있다(문옥륜, 2004).

세계보건기구(WHO) 북한 주재 대표인 아이길 소렌슨은 2004년 1월 한국기자들과의 간담회에서 병원의 전기와 식수난, 난방문제 등을 거론하며 북한의 의료서비스 수준은 위기라고 말할 수 있을 정도로 심각하다고 평가한 바 있다.

의약품 및 장비부족으로 인해 또한 여러 가지 다양한 현상이 나타나고

있다. 먼저 병원에 약이 없기 때문에 환자들이 시장에서 약을 구입해서 사용하고 있다는 것이다. 의약품이 없기 때문에 의사는 진단과 처방만 내려주며 의약품 구입은 환자에게 맡기는 실정이다. 환자가 장마당에서 약을 구해오면 의사는 투약방법을 지시해주는 정도이다. 다음으로 이 같이 현실과 동떨어져 버린 무상치료제도로 인해, 가족들이 환자를 책임져야 하는 현상이 증가되고 있다는 것이다. 이것은 7·1조치로 인해 그 당위성이 더욱 증대되고 있는데, 북한 사회복지이념은 인민복지의 책임주체가 국가에서 인민 개인으로 변화되어 국가의 책임은 최소화 되었고, 개인과 가족의 책임은 극대화 되었다. 또 다른 현상으로는 북한당국의 의약품 부족을 극복하기 위한 민간요법 장려를 들 수 있고, 의사들의 뇌물수수도 약품부족으로 인한 현상에 맞물려 증가하고 있다(이금순, 2005).

탈북민과의 면담을 통한 질적 연구를 한 박종연 등(2000)에 따르면 대다수의 북한주민들이 '병원에 약이 없어서 병원의 기능을 전혀 하지 못하고 있다'라고 결론을 내리고 있다. 이러한 보건의료자원의 고갈은 곧 주민들 간의 보건의료서비스 요구에 대한 만족도가 매우 저조하다는 결과로 이어지고 있으며, 또한 제한된 보건의료 자원을 바탕으로 계층(사회주의 체제의 특성과는 어울리지 않는 용어이지만, 현실적으로 정치권력을 중심으로 자본주의 사회에 못지않은 더욱 뚜렷한 계층화 현상을 보이고 있다는 것이 면담한 북한인들의 의견이다)간 차별대우가 심각한 상태이고, 의약품 등이 시장에서 암거래 되고 있을 뿐만 아니라 일부 특권층의 전유물로 이용되기도 한다는 비사회주의적 현상이 발생하고 있음을 보고하였다.

2. 의료이용 만족도

가. 환자만족도 개념과 구성요인

1) 환자 만족도 개념

환자 만족도는 그동안 그 개념이나 측정방법에 있어 다양한 연구들에서 정의되고 측정되어 왔다. 일반적으로 의료서비스의 질은 구조(structure), 과정(process), 결과(outcome)의 세 가지 측면에서 평가하는데 환자 만족도는 결과 측면의 중요한 지표의 하나로서 활용되고 있다(Donabedian, 1980).

Fox와 Storm(1981)는 환자만족도를 진료에 대한 인식(orientation toward care)과 진료상황(condition of care)의 2가지 차원으로 나누어 정의하였다. 여기서 진료에 대한 인식은 병원을 이용할 때 환자들이 원하는 것과 기대하는 것을 의미하며, 진료상황은 진료방법이라든지, 병원의 위치, 대기시간, 비용, 진료결과 등 실제로 진료가 이루어진 과정을 의미한다. Fox와 Storm은 만일 진료에 대한 인식과 실제로 이루어진 상황이 서로 일치하면 환자들은 만족하게 되지만 일치하지 않으면 환자들은 불만족하게 된다는 설명을 통해 만족도를 측정하기 위한 일치모형을 제안하였다.

Pascoe(1983) 역시 기대이론과 불일치 이론을 이용하여 환자만족도를 정의하였는데, 여기서 그는 환자만족도를 대조모형(contrast model)과 동화모형(assimilation)으로 나누어 설명하였다. 예를 들어 환자가 의료진과 만날 때 환자들은 어떤 일정한 기대를 가지게 되는데, 이때 환자의 기대와 실제 경험한 것과의 차이가 만족을 결정하게 된다는 것이 대조모형이고,

환자가 경험이나 지식의 부족으로 말미암아 스스로 완전히 이해할 수 없는 상황과 만나게 되면, 실제의 경험이 기대수준을 미치지 못하더라도 기대수준을 낮추어 경험에 적응하려는 태도를 보이는데 이를 동화모형이라고 정의하였다.

1990년대에 들어와서 Singh(1990)은 광범위한 문헌고찰을 통하여 환자만족도란 의료서비스 질을 측정하기 위한 지표에 의해 개념화 될 수 있는 '태도'(attitude)라고 정의하였으며, 또한 환자만족도는 의료서비스에 대한 다차원적인 평가로서 환자들은 의료서비스에 대한 개별 속성을 "(1)매우 만족"에서부터 "(6)매우 불만족"의 리커트 척도로 평가할 수 있다고 설명하였다(최귀선, 1999) 환자 만족도연구는 의료서비스의 결과 지표로써 뿐 아니라, 재이용 의사와의 연관성(DiMatteo et al., 1979; Marquis et al., 1983), 그리고 환자의 순응도에의 영향(Hulka et al., 1976; Bartlett et al., 1984)등이 밝혀짐으로써, 그 실효성을 더해가고 있다(김주호, 2005).

2) 환자 만족도 구성요인

병원에서 제공하는 의료서비스의 질을 평가하기 위한 지표의 하나로 '환자가 인지하는 의료서비스 질의 구성차원'을 살펴보면, 환자가 인지하는 의료서비스의 질이라는 것이 주관적이기 때문에 이를 구성하는 차원 역시 매우 다양하다.

Ware 등(1978)은 기존의 환자만족도 연구에 대한 내용분석을 통하여 상호간 예절, 기술적인 질, 접근성/편리성, 경제성, 효능/결과, 지속성, 물리적인 환경, 유용성의 8가지를 환자만족도 구성요인으로 제시하였다.

Hall과 Dornan(1988)은 221개의 환자만족도 연구를 이용하여 메타분석(meta-analysis)을 실시한 결과 환자만족도의 구성요인으로 전반적 만족도,

시설, 접근성, 환자의 사회·심리적 문제에 대한 고려, 기술능력, 정보제공, 비용, 관료주의, 전반적인 의료의 질, 결과, 의료의 지속성, 친절성의 12가지를 제시하였다.

Steiber와 Krewinski(1990)는 환자만족도의 구성요인으로 접근성/편의성, 자원의 유용성, 경제성, 쾌적한 주변 환경, 친절성, 정보수집, 정보제공, 의료의 지속성, 질(quality/competence)이라는 9개 차원을 제시하였다.

Strasser와 Aharony(1991)는 환자만족도의 구성요인을 구조, 과정, 결과의 3가지로 나누고 구조측면을 다시 물리적 환경, 접근성, 경제성, 과정측면을 기술능력, 적정성, 친절성, 인간적인 상호관계, 태도, 응답, 대화, 정보/교육, 결과측면을 효율/진료결과, 전반적인 만족도로 구분하였다(최귀선, 1999 재인용).

Kane 등(1997)은 의사와 병원에 대한 일반적인 만족, 충분한 설명, 진료시간, 병원직원들의 책임감 등을 포함함 11개 문항을 조사하여 요인 분석한 결과 그 설명이 충분한가 등의 내용을 담고 있는 서비스의 질, 병원환경과 직원들의 태도를 의미하는 병원서비스, 의사에 대한 전반적 만족을 포함한 의사시간의 3개 요인을 제시하였다.

국내에서 이루어진 연구를 살펴보면, 이선희 등(1998)은 국내 118개 종합병원을 대상으로 환자만족도 조사현황에 대한 연구에서 환자만족도를 구성하는 요인을 5개 차원(물리적 시설과 환경, 절차의 편리성, 의료 인력의 기술수준과 전문성, 직원의 친절성, 정보제공)으로 분류하였다.

문기태 등(2000)은 조우현 등(1999)이 개발한 조사도구를 기초로 하여 환자가 인지하는 의료서비스의 질, 즉 환자만족도를 크게 5가지 차원으로 분류하여, 진료수준과 의사의 태도·비의사 진료·의료서비스의 이용절차상의 편리성·시설 및 의료기관의 외부 환경·인력과 시설의 청결 등으로 구분하였다.

나. 의료이용 만족도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구

1) 인구학적 특성과 의료만족도

연령, 성별 이외의 인구학적 변수에서는 만족도와 관련성이 없거나, 일치하지 않는 결과를 보고하고 있다.

연령

연령은 대부분의 연구에서 만족도와 직접적으로 연관성이 있다고 알려져 있다(Fox와 Storm, 1981; Hall과 Dornan, 1990)

많은 외국의 연구에서 나이가 많은 사람이 젊은 사람보다 의료서비스에 대해 더 만족하는 경향이 있다고 밝히고 있다(Houts et al., 1986; Blanchard et al., 1990; Zahr et al., 1991). Hopton 등(1993)과 Khayat과 Salter(1994)는 1차 의료기관의 진찰과 관련된 요인들에 대해 젊은 환자들이 덜 만족하는 경향이 있음을 보고 했으며, Williams와 Calnan(1991)은 또한 나이든 사람들이 젊거나 중년의 사람들보다 병원의 거의 모든 부분에 대해서 훨씬 만족하는 경향이 높다고 설명하고 있다.

우리나라의 경우도 일부 연구에서는 연령과 만족도와의 연관성이 통계적으로 유의하지 않았으나(박은경, 2003; 김주호, 2005), 다른 연구에서는 연령이 증가함에 따라 만족도가 증대되고 있음을 보여준다(서인숙, 1999; 이근유 2000; 정승원, 2004).

성별

성별에 있어서는 만족도와 크게 관련성이 없다는 결과도 있지만(Hall과 Dornan, 1990) 많은 연구에서 여성이 남성보다 더 만족한다는 결과를 보이고 있다(Ware et al., 1978; Fox와 Storms, 1981; Pascoe, 1983; Weiss,

1988). Ghazi와 Dave(1999)는 다른 요인들을 통제한 상태에서 의료행위와 대기 장소, 의사의 설명에 대한 만족도 항목에서 여성이 남성보다 더 만족하는 것으로 나타났다.

우리나라의 경우 정승원(2004)과 김주호(2005)의 연구결과에서는 성별에 따른 만족도의 차이가 유의하지 않았으나, 김민정과 김순재(1999)는 의사서비스 항목에서 여성이 남성보다 만족도가 유의하게 높게 나타났다.

결혼상태

환자만족도에 대한 메타분석을 한 Hall과 Dornan(1990)은 한계적 유의성을 가지긴 했으나, 결혼을 하지 않은 사람들과 비교해서 결혼한 사람이 좀 더 만족도가 높다는 것을 보고하고 있다.

가구의 크기

가구의 크기는 많은 연구들의 메타분석(Hall과 Dornan, 1990)에서 만족도의 예측인자가 아닌 것으로 보여 진다. 그러나 사회적 지지망의 크기는 의료서비스에 대한 만족도와 양의 관련성이 있다고 보고된 바 있으며(Carmel, 1985), Hulka 등(1975)의 연구결과에서는 2명에서 5명의 가족을 가진 가구의 사람들이 더 높은 만족을 한다고 밝혀졌다. 반면에, Ware(1978)는 가구의 크기가 클수록 덜 만족한다는 결과를 보고하기도 했다.

2) 사회·경제적 특성과 의료이용만족도

사회·경제적 수준은 의료접근성의 중요한 결정요인이며, 사람들이 치료를 받고 있는 보건의료체계 영역을 나타내기 때문에 환자 만족도에 영향을 미치는 중요한 요인에 꼽힌다(Gay와 Newsom, 2003).

교육

교육수준과 환자만족도의 관련성의 경우, 교육수준이 낮을수록 더 만족도가 높게 나타나는 경향이 있다고 보고하고 있다(Fox와 Storms, 1981; Hall과 Dornan, 1990; Carlson et al, 2000). Hulka 등(1971)에 따르면 낮은 교육수준과 의사의 능력에 대한 만족도 사이에 양의 연관성이 있다고 밝히고 있다.

우리나라에서는 박은경(2003)의 연구에서 교육수준과 만족도 사이에 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났으나, 다른 연구들에서는 만족도 항목간의 차이가 있긴 하였으나 대체로 교육수준이 높을수록 만족도가 낮았다(서정희, 1995; 서인숙, 1999; 김민정과 김순재, 1999).

소득수준

소득수준이 낮은 사람은 비보험이거나, 질이 낮은 의료서비스를 받거나, 의료이용을 많이 하지 않을 가능성이 크기 때문에 만족도가 낮을 수 있다(Gay와 Newsom, 2003).

Aday와 Andersen(1975)은 의료의 여러 차원에 대한 만족도의 연구에서 소득이 낮은 빈곤한 계층이 빈곤하지 않은 계층에 비해 대기시간, 접근성, 치료에 대한 비용에 대해 훨씬 불만족하는 경향이 있다고 보고한 바 있다(Lee, 1996).

영국의 경우 Salvage 등(1988)은 높은 사회계층의 사람들이 공공의료 서비스와 관련 만족도를 높게 평가하였고, Khayat과 Salter(1994)는 또한 일반의에 대한 연구에서 사회계층과 서비스에 대한 불만족사이의 관련성이 있음을 보고하였는데, 낮은 사회계층의 환자보다 높은 사회계층의 환자들

이 시간외 진료에 대해 더 높은 만족을 나타내었다.

남아프리카의 Myburgh(2005)는 인종과 사회·경제적 상태에 따른 환자만족도 연구에서 가구의 가장 높은 교육수준, 가구의 월 소득, 가구의 방당 사람의 숫자, 소비내구재의 숫자 등을 기초하여 만든 사회·경제수준지표와 인종에 따른 환자 만족도 연구를 하였는데, 사회·경제적 수준이 높은 사람들이 1.5배정도 높은 만족도를 나타냈다. 반면에, Hall과 Dornan(1990)은 메타분석에서 만족도와 소득 간에는 유의미한 관련성이 없다고 보고하고 있으며, Fox와 Storms(1981)는 오히려, 소득과 만족도사이에 음의 상관관계가 있음을 보고하기도 했다.

우리나라의 연구에서도 결과가 다양하다. 소득수준에 따른 의료만족도의 차이가 유의하지 않다고 보고하는 연구(서정희, 1995; 서인숙, 1999; 김주호, 2005)가 있는 반면, 한 지역의 3개 종합병원을 대상으로 한 김민정·김순재(1999)의 연구에서는 만족도에 영향을 주는 요인들을 회귀분석 한 결과 소득수준이 유의하게 나타났으며, 소득수준이 높을수록 만족도의 수준도 높았다. 한 지역의 보건소를 이용하는 주민을 대상으로 한 이근유(2000)의 연구에서는 소득수준이 낮을수록 만족도가 높게 나왔다.

3) 의료이용 경험과 의료이용만족도

평소의료특성과 입원경험

평소의료와 관련하여서는 일상적으로 이용하는 의료기관이 있다는 사람들이 환자만족도에 있어 높은 점수를 준다는 결과를 보고하고 있다.

Fleming(1981)은 평소의료가 있다고 대답한 사람들이 과거 1년간 입원

했던 의료기관에 대해 평소의료가 없는 사람들에 비해 만족도가 높다고 밝히고 있다. 또한 의사를 알아온 시간이 길면 길수록 만족도가 더 높았다(Hulka et al, 1975; Donahue et al, 2005).

의료 기관까지 가는데 걸리는 시간

치료를 받으러 가는 곳까지 걸리는 시간은 적게 걸릴수록 높은 만족도를 나타내는 경향이 있다고 알려져 있다(Fox와 Storms, 1981). 평소 주로 이용하는 의료기관에까지 가는데 걸리는 시간이 15분 이상 걸렸다는 사람들은 대체로 의료의 편의성에 대해 불만족스러워 하였고, 1시간이상 소요된다고 응답한 사람들은 조정, 의사의 친절성, 제공된 의료정보, 그리고 전반적 의료의 질에 대해 대체로 불만족스러워 했다(Aday와 Andersen, 1975).

이밖에도 건강상태에 있어 건강한 사람일수록 만족도가 높다는 보고가 있으며, 의사의 특성과 관련하여 의사의 전문성이나, 기술, 능력 등이 중요한 요인으로 간주될 수 있다. 또한 의료이용경험에 있어 의사방문횟수나, 입원횟수 등과의 관련성, 그리고 의료비 지불형태와의 관련성도 보고되어 있다.

다. 북한이탈주민관련 만족도 연구

북한이탈주민을 대상으로 한 기존연구들은 정신건강 실태를 조사 분석한 연구(전우택, 1997)와 연변의 탈북 주민들에 대한 조사를 통하여 북한주민의 사망력을 분석한 연구(Robinson et al, 1999)등이 있었다.

지금까지 연구된 북한의료이용에 관한 실태나 특히 주민이 느끼는 만족

도를 다룬 연구는 매우 드문 실정이다.

서일 등(1999)은 중국 연변에서 이탈주민 644명을 대상으로 북한난민의 건강 실태를 조사한 연구에서 지난 1년간 북한 내에서 병원을 이용하거나 의사에게서 치료를 받은 경험이 있는 자가 전체의 44%였으며, 대다수(97%)가 의료이용에 어려움이 있었다고 보고했다. 의료이용이 어려운 이유로는 의약품 부족(79%)이 가장 많았으며, 그 다음으로 치료비 부담이 어렵다고 한 경우가 32%에 달했다. 시설 및 환경과 서비스에 대한 이유는 나란히 12.7%를 차지했다. 의료기술이라고 답한 경우는 11.8%였고, 접근성을 의료이용의 어려운 이유로 든 경우는 2.5%로 매우 낮았다.

1999년 연변에 거주하는 북한이탈주민 18명을 대상으로 질적 연구를 통해 북한 주민의 질병양상 및 보건의료서비스 충족 실태를 조사한 박종연 등(2000)의 연구에서는 북한의 의약품 부족과 뇌물관행이 복합적으로 연결되어 주민들의 보건의료 요구도를 충족시켜 주지 못하고 있음을 지적하고 있다. 또한 형평성의 원칙을 강조하는 사회주의 보건의료의 모순점 중 하나로 사회적 지위에 따라 주민들의 보건의료에 대한 접근성이 크게 차별되고 있음도 확인되고 있는데, 간부치료권에 대한 혜택과 당간부와 일반주민 간의 보건의료(주요 질병의 종류와 치료실태)가 매우 큰 차이를 보인다는 탈북민의 면담결과를 통해 보건의료서비스의 형평성 측면에서 사회주의 보건의료체계의 기본원칙이 무시되고 있음을 지적하고 있다.

2003년도 하나원에서 교육받고 있는 북한이탈주민 269명을 대상으로 북한보건의료제도 인식도와 제도 운영상황, 의료만족도 등을 연구한 문옥륜 등(2004)의 연구에서는 북한에서 거주한 최근 1년 동안 병원이용경험은 약 64%정도였으며, 입원경험은 40% 정도였다. 의료이용경험에 대한 병원이용

의 만족도를 '만족'과 '불만족'으로 나누어 질문하였는데, 62% 정도가 불만족스럽다고 답하였으며, 사회·인구학적 특성과의 관련성을 통해 살펴보았을 때, 결혼상태만 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 구체적으로는 미혼과 이혼·기타가 각각 73.0%와 71.0%의 불만족을 보여 매우 높게 나타난 반면 기혼자의 경우에는 만족이 47.1%로 가장 높았다. 보건일꾼에 대한 만족도에서는 불만족 응답이 66%정도로 나타났으며, 이것은 의사, 간호사, 약사 모두가 비슷했다. 병원이용 상의 어려움으로는 가장 많이 응답한 항목이 '의약품 부족으로 인한 어려움'으로 27.3%가 답하였고, 이어 23.8%인 '치료시설의 낙후로 인한 문제점'을 제시하였으며, '뇌물 등 재정적 부담' 등이 21.9%로 조사되었다. '거리가 멀어서'라는 응답은 6.6%에 지나지 않았다. 북한 보건의료제도에 대한 만족도에서는 만족이 38%정도였고, 62%정도가 불만족하고 있었다. 통계적으로 유의하지는 않았으나 연령별로는 50세 이상이 타 연령층에 비해 만족도가 가장 높은 47.8%로 나왔으며, 결혼 상태에서는 기혼이 42.9%로 제일 높은 만족도를 나타냈다. 당원여부로는 당원이 44.2%로 비당원(35.5%)에 비해 높게 나타났으며, 직업별로는 농민의 만족도가 52.9%로 가장 높게 나타났다.

그러나 문옥륜 등(2004)의 연구에서는 이탈 후 기간이 길기 때문에 기간에 따른 만족도에 영향이 있을 수 있으며, 또한 그 기간 동안 거쳐 온 체류지에서의 경험이 만족도에 영향을 미쳤을 가능성이 있다. 더구나 이미 3~5년 전의 북한상황에 대한 조사로써 변화되고 있는 북한의 실태를 반영하기에는 한계가 있다.

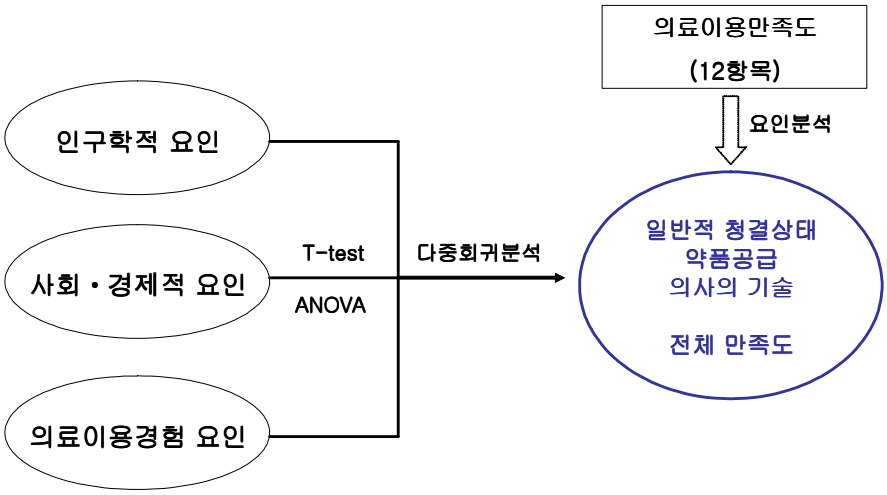
따라서 본 연구에서는 이러한 이탈 후 기간에 따른 만족도의 영향을 최소화하기 위해 이탈 후 기간이 90일 미만인 주민만을 대상으로 하여 북한

에서 경험한 의료이용에 대하여 항목별 만족도 수준을 확인함과 동시에 각 만족도 항목에 영향을 미치는 요인을 분석함으로써, 의료이용에 있어서의 장애요인을 파악하고자 하였으며, 더 나아가 이를 통해 최근 경제적 변화를 겪으며 빈부에 따른 의료의 질적 차이를 보이고 있는 북한 의료체계의 기능 상태를 확인하고자 하였다.

III. 연구방법

1. 연구의 틀

본 연구는 인구학적 변수, 사회경제적 변수, 의료이용경험 변수를 독립변수로 하여 종속변수인 의료이용 만족도에 미치는 영향을 분석하였다. 의료이용만족도는 총 12개 항목을 요인분석을 하여 그것의 결과를 통해 나온 각각의 요인에 대한 설명력이 높은 일반적 청결상태, 약품공급, 의사의 기술에 대한 만족도를 대표 만족도 변수로 하였다. 이들 변수는 다중공선성을 가장 적게 하는 직각회전(orthogonal rotation)방식을 통해 얻어진 항목들로써 서로 다른 차원을 대표적으로 설명해 줄 수 있다. 그리고 전체 만족도로써 이들 3가지 항목의 합계를 사용하였다. 독립변수와의 연관성 분석에 있어 일차적으로 문헌고찰을 통해 만족도에 영향을 미친다고 알려진 요인들과, 북한의 상황을 고려하여 독립변수들을 선별하여 이들과 전체 만족도를 포함한 4가지 만족도 항목과 단변량 분석을 하였다. 여기서 유의수준 0.1하의 요인들과 최종적으로 4가지 만족도 항목과 회귀분석을 실시하였다. 연구의 분석틀은 (그림 1) 과 같다.



[그림1] 연구의 분석틀

2. 연구가설

앞서 조사한 이론적 배경을 바탕으로 다음과 같은 연구 가설을 설정하였으며 세부 가설은 다음과 같다.

가설 1. 인구학적 특성에 따라 의료서비스의 만족도에 차이가 있을 것이다.

본 연구는 기본적으로 북한이 악화된 경제상황에 따른 구조적 문제로 인해 의료서비스상황이 악화되어 있을 것이라는 가정 하에, 여러 가지 생활고로 인해 중국으로 넘어온 주민들을 대상으로 한 조사이므로 만족도가 낮

을 것이라는 예측도 가능할 것이다. 그러나 북한은 사회주의 의료의 특성인 '호담당제'를 통해 의사와 주민 간의 긴밀한 관계가 유지되고 있기 때문에, '연령 · 성별 · 가족 수' 등의 인구학적 특성이 의사와 관련된 만족도 항목에 양(+)의 영향을 미칠 것으로 예측되며, 또한 거주지에 따라서는 의료기관의 차이가 있기 때문에 구조적인 항목의 만족도에 영향을 미칠 것으로 예측된다.

가설 2. 교육수준, 월 소득, 집 크기, 소유재산, 가족 중 당원유무 등의 사회·경제적 특성에 따라 의료서비스의 만족도에 차이가 있을 것이다.

선행 연구에서는 소득수준이 높을수록 상대적으로 기대수준이 높아 서비스에 대한 만족도가 낮게 나타나는 경향이 있다는 결과도 있으나(Fox와 Storms, 1981), 본 연구에서는 소득수준이 낮은 사람은 대체로 비 보험이거나, 질이 낮은 의료서비스를 받거나, 의료이용을 덜 할 가능성이 높기 때문에 이러한 경험으로 인해 만족도가 낮을 수 있다는 것을 가설로 설정하고자 한다(Gay와 Newsom, 2003). 특히 북한에서는 사회특성상 정보교류가 거의 통제되어 있는 상태이므로 기대수준이 제한되어 있을 것으로 예상되며, 자원 부족 등으로 무상치료라는 체제의 기능이 제대로 작동되고 있지 않는 상황으로 개인의 사회·경제적 수준에 따라 만족도 사이에 양의 상관관계를 보일 것으로 예상된다.

가설 3. 의료이용경험 특성에 따라 만족도에 차이가 있을 것이다.

선행연구에서는 평소 주로 이용하는 의료가 있다는 자체가 만족도에 영향을 주는 것으로 알려져 있다. 북한 또한 사회주의 의료체제상 주민 모두

가 담당의사가 있는 상태이지만 본 연구에서는 첫째, 호담당제가 최근에도 잘 이루어지고 있는지 그 기능의 효율성을 파악함과 동시에 둘째, 북한의 경제상황과 맞물린 호담당제의 유명무실화에 따라 주민이 실제로 평소의료로 이용하고 있는 의료기관의 만족도에 차이가 있을 것으로 예상된다. 또한 선행연구에서와 같이 그 의료기관까지 가는데 걸리는 시간도 만족도에 영향을 미칠 것이다.

3. 연구대상 및 자료

본 연구는 존스홉킨스 보건대학원의 난민과 재난대응센터(Center for Refugee and Disaster Response)가 중국 연변으로 넘어온 지 90일 미만의 북한이탈주민 273명을 대상으로 2004년 수행한 '북한에서 경험한 의료이용과 만족도'에 관한 설문자료를 이용하였다.

조사기간은 2003년 12월부터 2004년 3월 까지였으며, 조사는 훈련된 조사원에 의한 일대일면접 방식으로 진행되었다.

설문을 통해 조사된 내용은 조사대상자의 특성(연령, 성별, 결혼상태, 북한이탈 후 기간)과 가구의 특성(현지를 떠나기 전 1년간 가족의 생계 책임자, 가장의 성별, 가장의 연령, 가장의 교육정도, 가장의 직업, 가장의 생계를 위한 직업, 거주 지역, 가옥의 종류, 가옥의 크기, 가족 중 당원유무, 떠나기 직전 가족 수, 출생력, 사망력, 가구의 평균 월 소득, 현지에서 가지고 있던 재산목록), 그리고 의료이용행위(떠나기 2주전 질병경험과 떠나기 전 1년 동안의 입원경험)와 의료이용만족도 등을 조사하였다.

본 연구를 위해서는 응답자의 일반적 사항, 응답자 가구의 사회·경제적 특성, 의료이용경험 특성, 그리고 의료이용만족도에 관한 자료를 사용하였

으며, 총 응답자 273명 중 12개 항목의 만족도에 대한 무응답과 '잘 모름'이라 표기한 경우를 제외한 모든 응답을 한 228명의 자료만을 이용하여 분석하였다.

4. 연구에 사용된 변수

종속변수는 만족도를 구성하는 12개 항목 중 요인분석으로 추출된 요인들을 대표하는 각 항목과 대표된 각 항목의 합을 전체만족도로 하여 총 4가지 항목으로 정하였다.

주요한 독립변수는 인구학적 특성, 사회·경제적 특성, 의료이용경험과 관련된 특성으로 구분하여 이론적 고찰과 선행적 연구, 북한의 특수한 상황을 고려하여 선택하였다. 특성별 변수들은 다음 (표 1), (표 2)와 같다.

표 1. 변수의 분류 - 인구학적 변수

분류	변수 명	원분류	재분류
인구학적 변수	연령	연속형 변수	1=30세 미만 2=30-39세 3=40-49세 4=50이상
	성별	1=남자 2=여자	0=남자 1=여자
	결혼상태	1=기혼 2=미혼 3=사별 4=이혼	0=무배우자 1=유배우자
	가족 수	연속형 변수	0=3명 이하 1=4명 이상
	거주지	1=군 2=시	0=군 1=시

표 2. 변수의 분류 - 사회·경제적 변수

분류	변수 명	원분류	재분류
사회·경제적 변수	가장의 교육수준	1=고등중학교 2=전문·기술대학 3=대학이상	0=고등중학교 1=전문대이상
	가족 중 당원유무	1=예 2=아니오	0=아니오 1=예
	집 크기	연속형 변수 (단위 : ㎡)	0= 25미만 1= 25이상
	가구의 월 소득	연속형 변수 (단위 : 원)	0=6,000원 미만 1=6,000원 이상
	소유재산개수 (라디오, TV, 재봉틀, 자전거, 냉장고, 가구, 가축)	1년 전과 떠나기 전 나누어 소유여부 표시	떠나기 1년 전과 떠나기 전 모두 소유했던 경우만 재산으로 인정 0=1개 이하 1=2개 2=3개 이상

표 3. 변수의 분류 - 의료이용경험 변수, 종속변수

분류	변수 명	원분류	재분류
의료이용경험 변수	자신의 입원경험	1=예 2=아니오	0=아니오 1=예
	평소의료 특성	1=호담당의 2=리진료소 3=시/군병원	0=1차 의료기관 (호담당의+리진료소) 1=2차 의료기관 (시/군병원)
	의료기관까지 가는데 걸리는 시간	연속형 변수 (단위:분)	1=0-15분 2=16-30분 3=31분 이상
종속변수	12개 항목 만족도	1=매우 불만족 2=불만족 3=보통 4=만족 5=아주 만족	5점 척도

가. 독립변수

연령 : 대체적으로 연령이 높아질수록 의료만족도는 높다고 알려져 있으나, 연령대가 만족도에 반드시 선형적인 영향을 주는 것이 아닐 수 있으므로, 연령대의 범주를 나누어 사용하였다. 30세 미만, 30-39세, 40-49세, 50세 이상의 4범주로 만들고 30세 미만을 준거 범주로 하였다.

성별 : 만족도 항목에 따라 약간의 차이는 보고되고 있으나 대체로 여성의 의료이용만족도가 높은 것으로 보고되어 있다. 본 연구에서는 남자를 준거범주로 하였다.

결혼 상태 : 결혼 상태와 만족도는 관련성이 없다는 결과도 있지만, 유배우자가 무배우자보다 만족도가 높다는 결과도 보고된 바 있어, 본 연구에서도 결혼상태가 영향을 미치는지 살펴보기 위해 미혼과 사별, 이혼을 하나의 범주로 묶어 무배우자와 유배우자의 2개의 범주로 만들고 무배우자를 준거범주로 하였다.

가족 수 : 본 연구에서 북한을 이탈한 주민의 가족 수의 평균은 3.78 명으로, 평균을 기준으로 하여 3명 이하와 4명 이상으로 분류하여 3명 이하군을 준거범주로 하였다.

거주지 : 알려진 연령, 성별, 결혼상태, 가족 수 외에 거주지 변수가 포함되었는데, 그 이유는 평양·남포등 대도시와 비교하여 양강도·강원도 등 지방 농촌지역의 보건의료수준차가 컸으며(노용환, 2000), Watts(2003)의 북한 방문기록에서도 부분적이나마 평양과 그 외 지역 간의 차가 큼을 알 수 있으므로, 시·군이라는 거주지의 차이가 의료이용의 만족도에 차이에 영향을 줄 것이라 예상 하에 포함시켰다. 군 거주자를 준거범주로 하였다.

가장의 교육수준 : 본 연구에서 사용한 설문지는 가구중심의 의료이용과

만족도에 관한 연구를 위해 제작되었기 때문에 개인의 교육수준이 명시되지 않았지만, 개인 뿐 아니라 가구원들의 의료이용경험도 만족도에 영향을 미칠 것이므로 가장의 교육수준이 가구 개인의 만족도에 미미하게나마 영향을 미쳤을 것이라 여겨 독립변수로 사용하였다. 본 연구에서는 전문대학과 대학교를 하나로 묶어 고등중학교와 전문대 이상의 2개의 범주로 나누었으며 고등중학교를 준거범주로 하였다.

가족 중 당원유무 : 북한에서는 당·정 간부가 이용하는 전용병원과 일반주민이 이용할 수 있는 병원이 구분되어 있으며, 이들 병원 간에는 의료시설과 진료 수준의 격차도 큰 것으로 보고되어 있으며(노용환, 2000), 이러한 이원화와 차이는 부족한 의료자원의 현실로 더 악화되고 있는 것으로 알려져 있다. 본 연구에서는 가족 중 당원이 없다고 답한 군을 준거 범주로 하였다.

집 크기 : 북한에서 집은 사유재산이 아니나 계층별로 다른 크기의 집을 분배하고 있으며, 또한 근래 평양을 비롯한 대도시에서는 당 간부는 아니지만 재산이 많은 사람들이 더 좋은 주택에 살기 위해 돈을 지불하고 집을 교환하는 사례도 나타나고 있어 사회적 계층을 나타내는 변수로서 사용하였다. 일반주민들은 가구당 22.3㎡로 정해져 있으나 실제로는 훨씬 좁은 규모에서 살고 있는 것으로 알려져 있으며, 주택난으로 인해 1세대용 아파트에 2세대가 '동거살이'하는 경우도 많다고 알려져 있다(북한이해, 2003). 본 연구에서는 집 크기의 평균을 기준으로 25㎡ 미만과 25㎡ 이상으로 나누었고 25㎡ 미만을 준거 범주로 하였다.

가구의 평균 월 소득 : 북한은 원래 사회주의체제로서, 개인의 사적 소유재산을 인정하지 않고 국가에서 정한 일정한 등급에 따라 식량배급제와

직업별로 정해진 월급수준이 있으나, 경제적 침체를 겪으면서 암시장이 커지고 최근의 경제조치를 통해 거의 무상으로 공급하던 식량배급제를 폐지하고 식량 공급대상도 더욱 축소되고 있다. 실적에 따른 차등임금제 실시로 주민들 사이에서는 사적 소유개념과 '일한 만큼 번다'는 의식이 확산되고 있다. 장사·부업 등 사적 경제활동 증가에 따라 계층 간 빈부의 차이를 보이고 있으므로(김영윤, 2005), 월 소득이 가구의 경제수준을 나타내는데 의미가 있을 뿐 아니라 만족도에 영향을 줄 가능성은 높을 것으로 예상된다.「조선신보」(2003.1)에 따르면 북한의 4인 가족 기준 2명이 노동에 종사한다는 전제 하에 가구당 4,000원정도 책정되어 있다고 되어있는데, 본 연구에서는 설문자료에 근거하여 평균 6,000원을 기준으로 범주를 나누었다. 6,000원 미만이 준거범주이다.

소유재산 : 소유재산은 가구당 소유하고 있는 세간들의 합계로서 표현하였는데, 북한에서 소유세간의 개수가 개인의 신분의 척도로 여겨지고 있으며, 최근에는 경제상황 악화로 생필품, 식량 등을 구입하기 위해 장마당 등에 몰래 내다팔고 있는 실정이어서 북한주민의 경제적 수준을 나타내는 지표로써 사용하고자 하였다. 설문조사에서는 떠나기 1년 전과 떠나기 직전에 소유하였던 세간들에 대해 표시하도록 되어있는데, 본 연구에서는 1년 전과 떠나기 직전에 모두 소유하고 있던 세간들에 대해서만 소유재산으로 인정하였고, 품목은 라디오, TV, 재봉틀, 자전거 4가지 품목으로 한정하여 그 합계수를 1개 이하, 2개, 3개 이상으로 나누었다. 1개 이하를 소유한 군을 준거 범주로 하였다.

자신의 입원 경험 : 응답자 본인의 입원 경험은 입원경험이 없는 군과 있는 군으로 나누어 입원경험이 없는 군을 준거 범주로 하였다.

평소의료의 종류 : 평소 이용하고 있는 의료의 경우 호 담당의사와 리 진료소라고 답한 군을 묶어 1차 의료기관으로 하였고, 시·군병원군을 2차 의료기관으로 하여 1차 의료기관을 준거 범주로 하였다.

의료기관까지의 가는데 걸리는 시간 : 평소에 이용하고 있는 의료기관까지 가는데 걸리는 시간을 15분 이하, 16분-30분, 31분 이상의 3개 군으로 분류하여 15분 이하를 준거 범주로 하였다.

나. 종속변수

조사된 의료 이용만족도에 대한 항목은 총 12개로, 의사의 친절성, 의사의 기술, 치료효과, X-ray, 기타 의료장비, 약품 공급, 검사, 의료용품, 개인용품공급, 대기시간, 수돗물, 전기 공급, 일반적 청결상태에 대한 만족도로 구성되었다. 각 만족도 수준은 항목에 대해 '매우 불만족', '불만족', '보통', '만족', '아주 만족'의 Likert 5점 척도로 선택하게 하여 의료 이용에 대한 만족도가 낮으면 점수가 1점, 만족도가 높으면 5점으로 표현하였다.

의료 이용에 대한 만족도는 항목들 사이에 존재하는 상관관계를 통해 유사한 변인들끼리 묶어줌으로써 자료를 요약하고, 이후 분석에 사용 할 대표항목을 추출하기 위해 주성분분석(principal component analysis)을 이용한 요인분석(factor analysis)을 시행하였다. 이를 통해 추출된 요인들에서 각 요인별로 가장 높은 적재값을 가진 항목을 뽑아, 그러한 항목들의 합을 전체만족도로 하여 최종 종속변수로 정하였다.

5. 분석 방법

북한의 의료이용만족도에 영향을 주는 요인을 파악하기 위한 분석방법은 다음과 같다.

첫째, 북한이탈주민의 일반적인 특성과 사회·경제적 특성, 의료이용경험과 관련된 특성들을 살펴보기 위하여 기술적인 분석을 실시하였다.

둘째, 만족도 항목들의 자료를 요약하고 구조를 파악하여 대표 변수를 추출하기 위해 요인분석을 실시하였다. 도출된 각각의 요인가운데 높은 적재값을 가지는 항목을 추출하여 각 요인의 대표변수로서 최종 종속변수로 하였고, 여기에 이 들 대표변수들의 평균을 전체 만족도로 하였다. 추출방법은 주성분 분석을 실시한 뒤 배리맥스(Varimax)방법에 의한 직각회전을 실시하였다. 직각회전방식은 회전축이 직각을 유지하며 회전하므로 요인들 간의 상관계수가 0이 됨으로써, 요인들 간의 관계가 상호 독립적이어야 한다거나 상호 독립적이라고 간주할 수 있는 경우에만 사용된다. 이를 통해 변수들 간의 다중공선성을 피할 수 있다. Varimax 방법은 직각회전 방식 중 가장 널리 이용되는 방법이다(노형진, 1999).

셋째, 요인분석을 통해 추출된 만족도 항목들의 평균과 표준편차를 구하여 항목 간 만족도수준의 차이를 분석하였다.

넷째, 대상자의 인구학적 특성, 사회·경제적 특성, 의료이용경험 특성과 요인분석을 통해 추출된 만족도 항목들 간의 연관성을 파악하기 위하여 각

각에 대해 t-test와 ANOVA를 시행하였다.

다섯째, 단변량 분석을 통해 유의수준 0.1 미만에서 통계적으로 연관성이 있다고 밝혀진 독립변수들만을 뽑아, 종속변수(만족도)에 대한 서로의 영향을 통제한 상태에서 독립적인 영향력을 살펴보기 위해서 이들을 모형에 모두 포함시켜 최종적으로 각 만족도별 다중회귀분석(multiple regression analysis)을 실시하였다. 회귀분석시 명목변수와 연속형 변수라고 하더라도 변수 간의 차이를 알기 위해 가변수(dummy variable)로 처리하여 회귀분석을 실시하였다.

모든 통계작업은 SPSS(Statistics Package for Social Science) Program Ver. 12.0 을 이용하여 전산통계 처리하였다.

Ⅳ. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

가. 대상자의 인구학적 특성

2004년 북한에서 탈출하여 연변으로 넘어온 주민들의 인구학적 특성을 살펴보면(표 4) 대체로 연령은 30-49세 연령층이 81%로 중년층이 많았고, 평균은 40.5세였다. 성별 분포는 남성이 49.6%, 여성 50.4%로 거의 비슷한 분포를 보였으며, 결혼 상태는 유배우자가 81.1%로 미혼, 사별, 이혼한 사람들로 이루어진 독신자들 보다 훨씬 많았다. 떠나오기 직전의 가족 수는 평균 3.78명 이었는데, 2명 이하는 8명으로 상대적으로 적었고, 3명 이상인 응답자가 96.5%로 많았다. 결혼 상태와 가족 수에 대한 분포로써 가족단위의 이탈주민이 많음을 알 수 있다. 본 연구에서 거주 지방은 변수로써 다루지는 않았으나, 한 명을 제외하고는 모두 함경북도 출신이었다. 군과 시로 나누어 본 거주지는 군에 거주했다고 한 경우가 54.8%로 시에 거주한 45.2%보다 약간 높게 나타났다.

표 4. 대상자의 인구학적 특성

단위 : 명 (%)

변수	분류	빈도	백분율
연령	30세 미만	18	7.9
	30-39세	83	36.4
	40-49세	102	44.7
	50세 이상	25	11.0
성별	남자	113	49.6
	여자	115	50.4
결혼상태	무배우자	43	18.9
	유배우자	185	81.1
가족 수	2명 이하	8	3.5
	3명	64	28.1
	4명	126	55.2
	5-6명	30	13.2
거주지	시	103	45.2
(시/군)	군	125	54.8
계		228	100.0

나. 대상자의 사회·경제적 특성

연구대상자의 사회·경제적 특성의 경우 (표 5)에서와 같이 교육수준별로는 고등중학교 이하가 181명(61.5%)로 전문대학 이상 47명(20.6%) 보다 많았다. 가족 중 당원유무는 전체 대상자 228명중 185명(81.1%)이 가족 중 당원이 있다고 응답하였고, 40명(17.5)이 없다고 대답하였다. 집의 크기는 30㎡ 이하가 133명(58.3%), 30㎡ 이상이 95명(41.7%)이였다. 가구의 평균 월 소득은 평균이 6000원으로 6000원 이상이 전체 226명 중 158명(69.9%)이었다. 소유재산개수의 합계는 4가지 모두 소유하고 있다고 대답한 경우가 12명(5.3%)에 불과 했고, 3개 소유가 69명(30.3%), 2개 소유는 91명(39.9%)이었다. 1가지 이하를 소유하고 있다고 대답한 경우는 56명(24.6%)이었다.

표 5. 대상자의 사회·경제적 특성

단위 : 명 (%)

변수	분류	빈도	백분율
교육수준	고등중학교	181	79.4
	전문대학 이상	47	20.6
가족 중 당원유무	있다	185	81.1
	없다	40	17.5
집 크기	25㎡ 미만	49	21.5
	25㎡ 이상	179	78.5
가구의 평균 월 소득	4000원 미만	17	7.6
	4000-6000원 미만	51	22.6
	6000-8000원 미만	134	59.3
	8000원 이상	24	10.6
소유재산합계	없음	20	8.8
	1개	36	15.8
	2개	91	39.9
	3개	69	30.3
	4개	12	5.3
계		228	100.0

다. 의료이용경험 관련 특성

본 연구에서 대상자의 의료이용경험관련 특성은 (표 6)과 같다.

북한에서 이탈하기 전 1년 동안 응답자의 입원경험은 전체 228명중 19명(8.3%)이었고, 입원경험이 없다고 응답한 경우가 209명(91.7%)이었다. 평소의료의 종류로는 2차 의료기관(시·군 병원)을 이용한다는 응답자의 수가 153명(67.1%)이었고, 1차 의료기관(호담당자나 리 진료소)을 이용한다는 경우는 75명(32.9%)이었다. 이는 시·군병원(47%)을 주로 이용한다는 문옥륜 등(2004)의 결과와 유사하다. 의료기관까지 걸어서 가는데 걸리는 시간에 대한 응답은 16-30분이 115명(50.4%)이 가장 많았고, 다음으로 31분 이상이 64명(28.1%), 15분 이하가49명(21.5%)순 이었다. 본 연구의 분석에서는 사용하지는 않았지만, 의료이용 시 뇌물을 준 경험은 전체 응답자 228명중 경험이 없다고 답한 11명(4.8%)에 비하여 217명(95.2%)이 준 경험이 있다고 하여 의료이용에 있어 뇌물 수수율이 높음을 알 수 있다.

표 6. 대상자의 의료이용경험관련 특성

단위 : 명 (%)

변 수	분류	빈도	백분율
입원경험	있음	19	8.3
	없음	209	91.7
평소의료의 종류	1차 의료기관	75	32.9
	2차 의료기관	153	67.1
의료기관까지 가는데 걸리는 시간	15분 이하	49	21.5
	16-30분	115	50.4
	31분 이상	64	28.1
뇌물 준 경험	있음	217	95.2
	없음	11	4.8
현금으로 준 경우 뇌물의 액수	1000원 미만	15	6.6
	1000-1500원 미만	59	27.2
	1500-2000원 미만	90	41.5
	2000원 이상	53	24.4
계		228	100.0

2. 의료이용 만족도

가. 만족도 분석

1) 만족도 항목의 요인분석

독립변수와 만족도와의 직접적 관계를 파악하기 위해 직각회전을 통해 항목들 간의 상관관계 즉, 다중공선성을 방지할 수 있도록 하는 배리맥스 회전방법을 통한 요인분석을 하여 만족도를 구성하는 12개 항목을 대표 할 수 있는 변수를 추출하였다(표 7).

요인분석을 통해 구성하는 요인을 고유값(eigenvalue) 1을 기준으로 추출하여 각각의 요인에 가장 영향력이 높은 항목(적재값이 가장 높은 항목)을 대표 변수로 추출하였다.

요인분석 결과 각 요인별로 가장 적재값이 높은 항목은 1요인에서는 일반적 청결상태(0.838), 2요인에서는 약품 공급(0.815), 3요인에서는 의사의 기술(0.799)로 나타났다.

추출된 3개의 공통요인의 누적 변량은 63.030 으로 이 세 가지 요인들에 의해 전체 12개 만족도항목이 총 분산의 63%정도임을 설명할 수 있었다(표 8).

표 7. 만족도 요인분석 결과

회전된 요인 행렬			
변 수	요 인		
	1	2	3
일반적 청결상태	**0.838**	0.032	0.146
검사	**0.770**	0.170	0.316
수도물·전기 공급	**0.696**	0.434	-0.035
대기시간	**0.622**	-0.006	0.041
개인용품 공급	**0.584**	0.578	-0.119
약품공급	0.102	**0.815**	0.135
기타 의료장비	0.202	**0.774**	0.246
의료용품	0.381	**0.605**	0.063
의사의 친절성	-0.127	**0.596**	0.239
의사의 기술	0.061	0.260	**0.799**
X - ray	0.310	-0.048	**0.792**
치료효과	-0.017	0.262	**0.725**

요인추출방법 : 주요인분석(Principal Component Analysis)
요인회전방법 : 배리멕스(Varimax)

표 8. 만족도항목의 요인분석을 통해 설명된 총 변량

요인	초기 고유값			회전 제곱합 적재값		
	합계	% 분산	% 누적	합계	% 분산	% 누적
1	4.385	36.546	36.546	2.819	23.496	23.496
2	1.736	14.464	51.009	2.675	22.293	45.789
3	1.442	12.020	63.030	2.069	17.240	63.030

2) 항목별 만족도 수준

요인분석 결과 나온 3가지 대표 만족도 항목인 일반적 청결과 약품 공급, 의사의 기술에 대한 구체적인 만족도 수준은 표 9와 같다.

의료이용 만족도의 결과는 5점 만점에 모두 평균 3점 이하로 매우 낮았으나, 항목별로 차이를 보였다. 일반적 청결상태와 약품공급, 의사의 기술에 대한 만족도 중 일반적 청결상태에 대한 만족도가 평균 1.66(±0.551)으로 응답분포에서는 '매우 불만족한다'와 '불만족한다'가 223명으로 97.8%가 불만족 한다고 대답하여 만족도가 매우 낮았다. 그 다음은 약품 공급에 대한 만족도로 평균 2.51(±0.065)로 '매우 불만족한다'와 '불만족 한다'고 답한 사람이 43.9% 로 '보통'과 '만족 한다'라고 응답한 사람의 합계인 56.1% 보다 약간 낮았다. 의사의 기술에 대한 만족도가 3가지 항목 중 평균 2.93(±0.362)으로 비교적 높은 편이였다. 3가지 항목의 합계인 전체만족도는 2.36(±0.355) 이었다.

표 9. 항목별 만족도 평균 및 표준편차

단위 : N(%)

	매우 불만족	불만족	보통	만족	만족도* (평균±표준편차)
일반적 청결상태	85 (37.3)	138 (60.5)	4 (1.8)	1 (0.4)	1.66±0.551
약품 공급	12 (5.3)	88 (38.6)	127 (55.7)	1 (0.4)	2.51±0.065
의사의 기술		24 (10.5)	197 (86.4)	7 (3.1)	2.93±0.362
전체 만족도					2.36±0.355

* 5점 척도 (1. 매우 불만족 ~ 5. 매우 만족)

나. 응답자 특성별 만족도

1) 인구학적 특성에 따른 만족도 차이

대상자의 인구학적 특성에 따른 4가지 항목의 만족도를 t-test 와 ANOVA를 통해 분석한 결과 유의수준 0.1 하에서 연령과 가족 수, 거주지가 통계적으로 유의하게 차이가 있었다(표 10). 먼저 연령에 따른 만족도의 차이를 항목별로 살펴보면, 연령에 따라 약품 공급의 만족도에 차이가 있었으며, 이는 통계학적으로 유의하였다($p<0.05$). 사후비교로 Scheffe 검정 결과 30세 미만 그룹의 약품공급의 만족도는 다른 세 그룹보다 낮았으며, 그 중 30-39세, 40-49세 그룹과의 차이가 통계적으로 유의하게 나타났다.

연령에 따라 일반적 청결과 의사의 기술, 전체 만족도에는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 성별에 따른 만족도의 차이는 통계적으로 유의하지 않았으며, 결혼 상태에 따른 만족도의 차이도 4개 항목 모두에서 통계적으로 유의하지 않았다. 가족 수에 따른 만족도의 차이는 가족 수가 3명 이하인 그룹에 비해 4명 이상인 그룹의 만족도가 4개 만족도 항목 모두에서 통계적으로 유의하게 높게 나타났다. 거주지의 경우도 4가지 만족도 항목 모두에서 군에 비해 시에 거주한다고 응답한 자의 만족도가 통계적으로 유의하게 높았다.

표 10. 인구학적 특성에 따른 만족도 분석결과

변수	일반적 청결			약품공급			의사의 기술			전체 만족도		
	평균	표준편차	t or F	평균	표준편차	t or F	평균	표준편차	t or F	평균	표준편차	t or F
연령												
30세 미만	1.81	1.043	1.525	2.11	0.832	2.978*	2.83	0.514	0.732	2.26	0.493	0.743
30-39세	1.71	0.456		2.55	0.569		2.90	0.335		2.39	0.356	
40-49세	1.62	0.527		2.55	0.574		2.95	0.382		2.37	0.346	
50세 이상	1.52	0.510		2.52	0.586		2.96	0.200		2.33	0.272	
성별												
남자	1.65	0.516	-0.317	2.47	0.628	-1.093	2.92	0.381	-0.210	2.35	0.353	-0.857
여자	1.67	0.603		2.56	0.580		2.93	0.343		2.38	0.357	
결혼상태												
무배우자	1.77	0.751	1.122	2.47	0.767	-0.477	2.88	0.498	-0.646	2.37	0.450	0.112
유배우자	1.63	0.505		2.52	0.562		2,94	0.323		2.36	0.331	
가족 수												
3명 이하	1.56	0.528	-1.883†	2.36	0.635	-2.613*	2.79	0.442	-3.408**	2.24	0.373	-3.684***
4명 이상	1.71	0.570		2.58	0.579		2.99	0.300		2.43	0.331	
거주지												
군	1.50	0.630	-4.994***	2.35	0.599	-4.665***	2.89	0.425	-1.806†	2.25	0.369	-6.053***
시	1.84	0.390		2.71	0.554		2.97	0.260		2.50	0.279	

† ;p<0.1 *; p<0.05 **; p<0.01 ***; p<0.001

2) 사회·경제적 특성에 따른 만족도 차이

대상자의 사회·경제적 특성에 따른 4가지 항목의 만족도의 차이를 분석한 결과는 (표 11)과 같이 총 5개의 독립변수 중 가구의 평균 월 소득과 소유재산개수만이 유의수준 0.1 하에서 통계적으로 유의하게 차이가 있었다.

가장의 교육수준과 가족 중 당원유무, 그리고 집 크기에 따른 만족도수준은 4항목 모두에서 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

가구의 평균 월 소득에 따라서는 일반적 청결의 만족도는 통계적으로 유의하지 않았지만, 약품 공급($p<0.001$)과 의사의 기술($p<0.05$), 전체 만족도($p<0.001$)에서 가구 평균 월 소득이 6,000원 미만인 그룹이 6,000원 이상인 그룹보다 통계적으로 유의하게 낮았다.

소유재산개수도 가구 평균 월 소득과 유사한 결과를 나타냈는데, 소유재산개수에 따라 일반적 청결에 대한 만족도는 통계적으로 유의한 차이가 없었으나, 약품 공급과 의사의 기술, 전체 만족도에서는 모두 유의확률 0.001 이하로 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 사후 비교로 Scheffe 검정 결과 소유재산이 1개 이하인 그룹이 다른 두 그룹보다 만족도가 유의하게 낮았다.

표 11. 사회·경제적 특성에 따른 만족도 분석결과

변수	일반적 청결			약품공급			의사의 기술			전체 만족도		
	평균	표준편차	t or F	평균	표준편차	t or F	평균	표준편차	t or F	평균	표준편차	t or F
가장의 교육수준												
고등중학교	1.66	0.570	0.268	2.48	0.602	0.236	2.92	0.372	-0.228	2.36	0.364	-0.839
전문대이상	1.64	0.529		2.64	0.605		2.94	0.323		2.40	0.318	
가족 중 당원유무												
없다	1.65	0.580	-0.098	2.58	0.675	0.692	2.90	0.496	-0.429	2.38	0.441	0.125
있다	1.66	0.549		2.55	0.582		2.94	0.323		2.37	0.337	
집 크기												
25㎡ 미만	1.71	0.540	0.794	2.43	0.736	-0.951	2.86	0.408	-1.363	2.33	0.373	-0.714
25㎡ 이상	1.64	0.566		2.54	0.563		2.94	0.347		2.37	0.351	
가구 평균 월소득												
6,000원 미만	1.59	0.579	-1.251	2.21	0.612	-5.214***	2.81	0.496	-2.589*	2.20	0.365	-4.731***
6,000원 이상	1.69	0.552		2.64	0.555		2.97	0.275		2.43	0.330	
소유재산개수												
1개 이하	1.63	0.728	0.128	2.14	0.586	18.900***	2.75	0.477	9.572***	2.17	0.381	13.239***
2개	1.67	0.518		2.54	0.602		2.97	0.348		2.39	0.343	
3개 이상	1.67	0.474		2.74	0.494		3.00	0.224		2.47	0.297	

† ;p<0.1 *; p<0.05 **; p<0.01 ***; p<0.001

3) 의료이용경험관련 특성에 따른 만족도 차이

대상자의 의료이용경험관련 특성에 따른 4가지 항목만족도의 차이를 분석한 결과 유의수준 0.1하에서 의료이용경험관련 변수모두 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다(표 12). 중국으로 넘어오기 전 1년간 입원 경험이 있다고 응답한 군이 입원경험이 없다고 응답한 군에 비해 약품공급에 대한 만족도가 통계적으로 유의하게 낮았다($p<0.1$). 그러나 나머지 만족도항목에 대해서는 유의한 차이가 없었다. 평소의료의 종류에 대한 질문에 대해서는 평소의료가 1차 의료기관이라고 응답한 군이 2차 의료기관이라고 답한 군에 비하여 4가지 항목 모두에서 통계적으로 유의하게 만족도가 낮았다($p<0.001$). 의료기관까지 가는데 걸리는 시간은 일반적 청결에 대한 만족도($p<0.01$)와 전체만족도($p<0.1$)에서 유의하게 차이가 있는 것으로 나타났다. 사후 비교로 Scheffe 검정 결과 일반적 청결에 대한 만족도는 의료기관까지 가는데 걸리는 시간이 15분 이하인 군이 16-30분과 31분 이상이라고 대답한 군보다 만족도가 유의하게 낮았고, 전체 만족도는 15분 이하로 걸린다고 응답한 군이 31분 이상 걸린다고 응답한 군 보다 통계적으로 유의하게 낮았다.

표 12. 의료이용경험관련 특성에 따른 만족도 분석결과

변수	일반적 청결			약품공급			의사의 기술			전체 만족도		
	평균	표준편차	t or F	평균	표준편차	t or F	평균	표준편차	t or F	평균	표준편차	t or F
입원 경험												
있 다	1.47	0.513	1.500	2.26	0.604	1.893†	3.00	0.333	-0.938	2.25	0.269	1.541
없 다	1.67	0.563		2.54	0.562		2.92	0.364		2.38	0.361	
평소 의료의 종류												
1차 의료기관	1.32	0.498	-7.099***	2.12	0.554	-7.710***	2.77	0.452	-3.979***	2.07	0.286	-10.743***
2차 의료기관	1.82	0.514		2.71	0.537		3.00	0.281		2.51	0.291	
의료기관까지 가는데 걸리는 시간												
15분 이하	1.45	0.503	4.903**	2.49	0.545	0.296	2.88	0.439	0.625	2.27	0.371	2.708†
16-30분	1.69	0.519		2.50	0.612		2.93	0.368		2.37	0.344	
31분 이상	1.77	0.636		2.56	0.639		2.95	0.278		2.43	0.354	

† ; $p<0.1$ *; $p<0.05$ **; $p<0.01$ ***; $p<0.001$

다. 만족도에 영향을 주는 요인

4가지 항목의 만족도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 다중회귀분석을 시행하였다. 4가지항목의 만족도와 인구학적 변수, 사회·경제적 변수, 의료이용경험변수들과의 단변량 분석을 통해 4가지만족도 항목들 중 하나에서라도 유의수준 0.1하에서 통계적으로 유의하게 차이가 있다고 나온 변수들을 회귀분석 모형에 포함시켰다. 인구학적 변수에서는 연령과 가족 수, 거주지가 유의하게 나왔고, 사회·경제적 변수에서는 가구의 평균 월소득과 소유재산개수가 유의하게 나왔다. 그리고 의료이용경험변수에서는 자신의 입원경험과 평소의료의 종류, 의료기관까지 가는데 걸리는 시간이 유의하게 나와, 총 8개의 변수(더미변수 포함 11개 변수)를 설명변수로 하여 만족도 항목 각각과 다중회귀분석을 실시하였다.

1) 일반적 청결상태의 만족도에 영향을 주는 요인

회귀분석을 시행한 결과 일반적 청결상태에 대한 설명력은 27.2%였고, 모형의 F값은 7.279($p<0.001$)로 회귀식은 유의하였다. 이 회귀식에서 다른 요인을 통제한 상태에서, 일반적 청결상태의 만족도에 가장 유의하게 영향을 미치는 요인은 유의수준 0.001하에서 평소의료의 종류(회귀계수:0.401)이며, 다음으로 유의수준 0.05하에서 거주지(0.266)와 의료기관까지 가는데 걸리는 시간변수로 16-30분(0.192)과 31분 이상(0.201)으로 관찰되었다. 군에 비해 시에 거주하는 군이 일반적 청결상태의 만족도가 높았고, 1차 의료보다 2차 의료기관을 평소 이용하는 군이 만족도가 높은 것으로 나타났다. 또한 의료기관까지 가는데 걸리는 시간이 길어질수록 일반적 청결상태

에 대한 만족도가 높았다(표 13).

표 13. 일반적 청결상태의 만족도에 영향을 주는 요인

변수		회귀계수	표준오차	t값
연령 (준거집단: 30세 미만)	30-49세	-0.161	0.141	-1.136
	50세 이상	-0.271	0.175	-1.548
가족 수 (준거집단: 3명 이하)	4명 이상	0.143	0.076	1.873
거주지 (준거집단: 군)	시	0.266	0.076	3.482**
가구 평균 월 소득 (준거집단: 6,000원 미만)	6,000원 이상	-0.070	0.097	-0.715
소유재산개수 (준거집단: 1개 이하)	2개	-0.119	-0.104	-1.157
	3개 이상	-0.180	-0.154	-1.534
입원경험 (준거집단: 없다)	있다	-0.143	-0.071	-1.180
평소의료종류 (준거집단: 1차 의료기관)	2차 의료기관	0.401	0.337	4.986***
의료기관까지 가는데 걸리는 시간 (준거집단: 15분 이하)	16-30분	0.192	0.172	2.224*
	31분 이상	0.201	0.161	2.060*
R^2		0.272		
Adj. R^2		0.235		
F		7.279***		

*; p<0.05 **; p<0.01 ***; p<0.001

2) 약품공급의 만족도에 영향을 주는 요인

11개 변수와 약품공급 만족도와의 회귀분석결과 약품공급의 만족도에 대한 설명력은 54.6%였고, 모형의 F값은 8.271($p<0.001$)로 회귀식은 유의하였다. 약품공급의 만족도에 유의하게 영향을 미치는 요인은 다른 요인들을 통제한 상태에서 평소의료의 종류(회귀계수:0.480, $p<0.001$)와 소유재산개수 중 3개 이상 (0.295, $p=0.019$)이었다. 평소의료가 1차 의료기관인 군보다 2차 의료기관인 군이 만족도가 높았으며, 소유재산개수가 많을수록 만족도가 높았으나 3개 이상 소유한 군에서만 통계적으로 유의하였다(표 14).

표 14. 약품공급의 만족도에 영향을 주는 요인

변 수		회귀계수	표준오차	t값
연령	30-49세	0.204	0.150	1.362
	50세 이상	0.191	0.186	1.029
가족 수	4명 이상	0.042	0.081	0.515
거주지	시	0.057	0.081	0.705
가구 평균 월 소득	6,000원 이상	0.065	0.103	0.633
소유재산개수	2개	0.178	0.109	1.633
	3개 이상	0.295	0.125	2.369*
입원경험	있다	-0.110	0.129	-0.856
평소의료종류	2차 의료기관	0.480	0.085	5.636***
의료기관까지 가는데	16-30분	-0.093	0.092	-1.017
걸리는 시간	31분 이상	-0.082	0.104	-0.787
R^2		0.546		
Adj. R^2		0.262		
F		8.271***		

*; $p<0.05$ **; $p<0.01$ ***; $p<0.001$

3) 의사의 기술 만족도에 영향을 주는 요인

독립변수들과 의사의 기술 만족도의 회귀분석결과 회귀식의 설명력은 18.2%이었고, 모형의 F값은 4.319($p<0.001$)으로 회귀식은 유의하였다.

회귀식에서 의사의 기술 만족도에 영향을 미치는 요인은 유의수준 0.05하에서 평소의료의 종류(회귀계수:0.194)와, 가족 수(0.153), 소유재산개수(0.153-0.176), 입원경험(0.165)으로 관찰되었다. 평소의료로 2차 의료기관을 이용했던 군이 1차 의료기관을 이용했던 군에 비해 의사 기술에 대한 만족도가 높았고, 가족 수가 3명 이하인 군에 비해 4명 이상인 군이 만족도가 높았다. 소유재산개수가 많을수록 의사기술에 대한 만족도는 높게 나타났으며, 입원경험이 있다고 응답한 군이 입원경험이 없었던 군에 비해 만족도가 높았다(표 15).

표 15. 의사의 기술 만족도에 영향을 주는 요인

변 수		회귀계수	표준오차	t값
연령	30-49세	-0.071	0.097	-0.731
	50세 이상	-0.027	0.120	-0.224
가족 수	4명 이상	0.153	0.052	2.910**
거주지	시	-0.053	0.052	-1.016
가구 평균 월 소득	6,000원 이상	0.024	0.067	0.358
소유재산개수	2개	0.153	0.071	2.161*
	3개 이상	0.176	0.081	2.179*
입원경험	있다	0.165	0.084	1.980*
평소의료종류	2차 의료기관	0.194	0.055	3.515**
의료기관까지	16-30분	0.001	0.059	0.016
가는데 걸리는 시간	31분 이상	-0.009	0.067	-0.129
R^2		0.182		
Adj. R^2		0.140		
F		4.319***		

*; $p<0.05$ **; $p<0.01$ ***; $p<0.001$

4) 전체 만족도에 영향을 주는 요인

3가지 항목의 합계로 이루어진 전체 만족도에 영향을 주는 요인에 관한 회귀분석 결과, 11개 변수로 이루어진 회귀식의 설명력은 40.5%이었고, 모형의 F값은 13.226($p<0.001$)으로 회귀식은 유의하였다(표 16). 회귀식에서 전체 만족도에 가장 영향을 미치는 요인은 유의수준 0.001하에서 평소의료의 종류(회귀계수:0.358)이며, 다음으로 유의수준 0.05하에서 가족 수(0.112)와 거주지(0.090)로 관찰되었다. 평소의료로 2차 의료기관을 이용했던 군이 1차 의료기관을 이용했던 군에 비해 전체 만족도가 높았고, 가족 수가 3명 이하인 군에 비해 4명 이상인 군이 만족도가 높았다. 군에 비해 시에 거주했었던 군의 전체 만족도가 높았다(표 16).

표 16. 전체 만족도에 영향을 주는 요인

변 수		회귀계수	표준오차	t값
연령	30-49세	-0.009	0.081	-0.113
	50세 이상	-0.036	0.101	-0.355
가족 수	4명 이상	0.112	0.044	2.563*
거주지	시	0.090	0.044	2.049*
가구 평균 월 소득	6,000원 이상	0.007	0.056	0.117
소유재산개수	2개	0.071	0.059	1.194
	3개 이상	0.097	0.068	1.436
입원경험	있다	-0.029	0.070	-0.421
평소의료종류	2차 의료기관	0.358	0.046	7.760***
의료기관까지 가는데	16-30분	0.033	0.050	0.671
걸리는 시간	31분 이상	0.037	0.056	0.659
R^2		0.405		
Adj. R^2		0.374		
F		13.226***		

*; $p<0.05$ **; $p<0.01$ ***; $p<0.001$

V. 고 찰

본 연구는 중국 연변으로 넘어 온지 90일 미만의 북한이탈주민을 대상으로 2004년 수행되어진 '북한에서 경험한 의료이용과 만족도'에 관한 설문자료를 이용하여 북한주민의 의료이용만족도수준과 만족도에 영향을 주는 요인을 분석하기 위해 실시되었으며, 인구학적 요인, 사회·경제적 요인, 의료이용경험관련 요인과 만족도 항목들과의 관계 및 영향을 분석하였다.

1. 연구결과에 대한 고찰

본 연구는 북한주민의 의료이용만족도와 그에 영향을 미치는 요인을 분석한 연구로 그 연구결과를 정리하면 다음과 같다.

가. 북한주민의 의료이용만족도

북한주민의 의료이용만족도 수준은 5점 만점에 모두 3점미만으로 전반적으로 낮은 수준이었고, 3가지 항목의 만족도 평균은 2.36(±0.355)이었다. 이는 남한의 11개 국립대학병원의 만족도 연구(정승원, 2004) 결과에서 나타난 외래와 입원환자 만족도 평균 3.41에 비하면 꽤 낮은 수치임을 알 수 있다. 탈북민을 대상으로 한 이전 연구에서 서일 등(1999)은 대다수(97%)가 의료이용의 어려움을 호소하였고, 문옥륜 등(2004)의 연구에서는 62%정도가 의료이용에 대해 불만족 한다고 밝히고 있다. 본 연구의 3가지 만족도의 평균인 전체만족도에서 불만족은 50.7% 정도로 남한의 2003년도 전국 병(의)원 의료서비스만족도조사(통계청, 2004)에서 불만족이 15.7% 임에 비하면 상당히 높은 불만족 상태임을 알 수 있다.

탈북 난민들 대다수는 저소득 노동계층이고 평소 생활고에 시달리다가 경제난에 겹친 천재로 인해 식량과 의약품을 구하러 중국에 온 사람들이다(서일 등 1999). 이러한 배경으로 북한 의료에 대한 만족도가 더욱 낮게 나왔을 수도 있으나, 건강한 사람일수록 의료만족도가 높다는 연구 결과와 비교해 볼 때(Hall과 Dornan, 1988; Aharony와 Strasser, 1993), 병약한 자들은 이동이 불가능하기 때문에 중국 내 탈북민은 비교적 북한 내 주민에 비해 건강상태가 양호할 것으로 예상되므로, 상대적으로 건강상태가 나쁜 북한 내 주민의 만족도는 더욱 낮을 것으로 추정된다.

만족도 항목간의 결과에서는 일반적 청결상태에 대한 만족도가 평균 1.66으로 매우 낮았고, 약품공급(2.51), 의사의 기술(2.93)순이었고, 불만족의 분포는 일반적 청결상태가 97.8%, 약품공급이 43.9%, 의사의 기술이 10.5%로 나타났다.

서일 등(1999)의 연구에서는 의료이용이 어려운 이유로 의약품 부족이 79%로 가장 많았고, 시설 및 환경에 대한 이유가 12.7%, 의료기술이라고 답한 경우는 11.8%를 차지하였다. 문옥륜 등(2004)연구에서는 '의약품 부족'으로 인한 어려움이 27.3%로 가장 많았고, 이어 치료시설의 낙후가 23.8%를 차지하여 본 연구결과와 비교해 볼 때 순위의 약간의 차이는 있으나 여전히 시설·환경위생과 의약품공급에 있어서의 어려움이 있는 것으로 나타났다.

남한의 경우 신종연 등(2000)이 시행한 일부 지역주민의 의료이용만족도 결과에서는 5점 만점에 주차장 이용의 편리성(2.04), 진료수속의 편리성(2.53), 행정직원의 서비스(2.57), 병원내부의 청결(2.61) 등의 순으로 나타났다. 또한 2003년 통계청에서 시행한 전국 의료서비스만족도 조사에서는 불

만이유로 비용과다(31.6%), 치료미흡(22.2%), 대기시간(18.3%), 불친절(13.8%)의 순이었다.

남한과 북한의 만족도 항목별 평균을 비교해 본 결과 북한 주민들은 기본적인 치료환경·위생 상태와 약품공급의 불만 등 기본적 시설환경과 자원부족에 대한 불만이 높은 반면, 남한의 경우는 대개 이용자의 편익위주(예를 들어 주차장이용, 대기시간 등)의 불만이 높은 것으로 나타났다.

북한의 의료기술수준은 매우 낙후되어 있는 것으로 알려져 있는데, 본 연구에서 의사의 기술에 대한 만족도가 다른 항목에 비해 2.93으로 비교적 '보통'에 가깝게 나왔는데, 이는 다른 항목들이 워낙 심각한 상태이기 때문에 상대적으로 의사기술에 대한 불만족이 적을 수 있는 가능성과 사회주의 의료의 특징 중 하나인 호담당제로 지속적인 의사와의 관계가 유지된 결과로 볼 수도 있을 것이다. 다른 한편으로는 Pascoe(1983)의 기대-불일치 이론에 입각해 볼 때, 기본적으로 북한 사회가 폐쇄되어 있음으로 인해 기대수준 자체가 북한의 의료수준으로 제한되어 있는 상황에서, 경제난 등으로 인해 기대수준이 더욱 낮아진 결과일 가능성도 배제할 수 없다.

나. 만족도에 영향을 미치는 요인

북한의료서비스의 항목별 만족도에 독립적으로 영향을 미치는 요인을 분석한 결과 만족도 항목의 특성상 약간의 차이를 보이기는 했으나, 평소의료의 종류는 4항목 만족도 모두에 유의하게 영향을 주는 요인이었다.

변수 특성 별로 보면, 인구학적 특성 중에는 가족 수와 거주지가 유의하였고, 사회·경제적 특성 중에는 소유재산개수가 유의하게 나왔으며, 의료이용경험 관련 특성에서는 입원경험, 평소의료의 종류, 의료기관까지 가는

데 걸리는 시간이 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

기존의 연구와 비교하여 본 연구에서 밝혀진 만족도 항목별로 영향을 미치는 요인을 변수 특성별로 살펴보면 다음과 같다.

1) 인구학적 특성의 영향

인구학적 특성과 항목별로 의료이용만족도의 관련성을 분석한 결과 통계적으로 유의한 관련성을 보였던 변수는 '연령 · 가족 수 · 거주지'이었으나 다중회귀분석에서 다른 요인을 통제할 경우, '가족 수 · 거주지'만 통계적으로 유의미하게 영향을 미치는 것으로 나타났다. 단변량 분석이긴 하였지만, 문옥륜 등(2004)에서는 연령, 성별, 결혼상태 중 결혼상태만 통계적으로 유의하게 나타나 본 연구결과와는 차이를 보였다.

구체적으로 보면, 가족 수는 단변량 분석에서는 4가지 항목 만족도 모두 통계적으로 유의한 관련성을 보였으나, 다른 요인들을 통제한 후에는 의사의 기술에 대한 만족도와 전체 만족도에만 통계적으로 유의하게 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 가족 수가 3명 이하인 군에 비해 4명 이상인 군이 의사의 기술에 대한 만족도와 전체 만족도가 높게 나타났는데, 이는 일반적으로 사회적 지지망의 크기가 의료서비스 만족도와 양의 관련성을 가진다는 결과를 뒷받침하는 것으로 볼 수 있으며(Carmel, 1985), 또한 기본적으로 의사담당구역제 등으로 담당의사가 정해져 있는 상황에서 가족 수가 많을수록 동일의 의료인과의 접촉이 빈번해짐에 따른 북한의료체계 특성에 따른 결과로 이해할 수 있다. 반면 우리나라의 지방 3개 대학병원을 대상으로 한 연구에서는 인구학적 특성 중 여성일수록, 학력이 낮을수록 의사서비스에 대한 만족도가 높다는 결과를 밝히고 있어 차이를 보이고

있다(김민정과 김순재, 1999).

거주지의 경우, 일반적 청결에 대한 만족도와 전체 만족도에 독립적으로 유의하게 영향을 미치는 것으로 나타났는데, 즉 군보다 시에 거주하는 군 일수록 일반적 청결에 대한 만족도와 전체 만족도가 높았다. 이는 평소 의료 종류를 통제한 상황임에도 거주지가 만족도에 영향력이 있다는 뜻으로, 동일한 1차·2차 의료기관이라 할지라도 시와 군에 따라 치료환경·위생 수준의 차이가 있다는 의미일수도 있지만 접근성이나 다른 어떤 요인들이 시와 군 거주자에게 영향을 미침으로써 나타난 2차적인 영향일 수도 있다는 가능성도 배제할 수 없다.

연령의 경우, 단변량 분석 시 약품 공급의 만족도에 차이가 있었는데 ($p<0.05$), 30세 미만의 그룹에 비해 30세 이상의 세 그룹 모두 만족도가 높았으나, 통계적으로 유의한 그룹은 30～39세, 40～49세 그룹이었다. 이러한 결과는 일반적으로 연령이 증가함에 따라 만족도가 증가한다는 다른 연구의 결과와 일치한다(Hall과 Dornan 1990; 정승원, 2004). 그러나 다른 요인을 통제했을 때, 연령은 만족도에 유의미한 영향을 미치지 않았다.

성별과 결혼 상태에 따라서는 단변량 분석단계에서 4가지 항목 만족도에 대해 모두 통계적으로 유의수준 0.1하에서 유의한 차이를 나타내지 않았다.

2) 사회·경제적 특성의 영향

사회·경제적 특성 중에는 소유재산개수만이 약품공급 만족도와 의사의 기술에 대한 만족도에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 특히 소유재산개수가 1개 이하인 군에 비해 3개 이상인 군이 약품공급에 대한 만족도가 유의

하게 높았고, 의사의 기술에 대한 만족도는 소유재산개수가 많을수록 만족도수준이 높았다.

사회·경제적 특성과 만족도와의 연관성 분석결과에서 사회적 계층을 의미하는 변수라 할 수 있는 가장의 교육수준과 가족 중 당원 유무, 집 크기는 4가지 항목만족도 모두에서 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 않았다. 문옥륜 등(2004)의 연구에서도 당원과 교육수준이 유의하지 않은 것으로 나타나 본 연구결과와 일치하였다. 반면에 경제적 수준을 나타내는 변수인 가구 평균 월 소득과 소유재산개수에 따라서는 일반적 청결에 대한 만족도를 제외한 모든 항목에서 만족도의 차이가 통계적으로 유의하였으며, 특히 약품공급에 대한 만족도에서 평균의 차이가 크게 나타났다. 다른 요인들을 통제한 이후 가구 평균 월 소득은 유의미한 영향을 미치지 않았으나, 소유재산개수는 여전히 약품공급과 의사의 기술에 대한 만족도에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났고, 여전히 약품공급에 대한 만족도에서 영향력이 큰 것으로 나타났다.

일반적으로 소득은 여러 가지 만족도 차원 중 대기시간, 접근성, 치료에 대한 비용차원의 만족도에 영향을 주는 것으로 알려져 있다. 연변지역 탈북민을 대상으로 한 조사(서일 등, 1999)에서도 '의약품 부족'(79%)다음으로 '비용'문제(32.4%)가 북한주민의 의료서비스 이용의 큰 어려움으로 나타났다.

이는 의약품 부족에 따라 의료기관이 주민들의 의료서비스 요구를 충족시켜주지 못함에 따라, 주민들이 개인적으로 암시장에서 의약품을 구입하여야 하는 경우가 많기 때문이기도 하고, 다른 한편으로는 의료기관의 이용에서도 뇌물이 관행화되어 주민들에게 심각한 부담으로 작용하고 있음을

의미하는 것일 수 있다(박종연 등, 2000). 본 연구에서도 뇌물을 준 경험이 266명중 217명으로 95.2%에 달했으며, 또한 그중 대부분은 약품을 얻으려는 목적(85%)이라고 답하고 있어 약품공급에 있어서의 어려움과 그에 따른 비용적 부담의 정도를 살펴볼 수 있었다. 게다가 본 연구결과에서 보여지듯, 경제수준이 낮은 계층일수록 의약품 공급에 있어 훨씬 더 큰 불만족을 보이고 있어, 북한 내의 경제적 취약계층의 의약품공급의 어려움은 더 심각할 것으로 예상할 수 있다.

3) 의료이용경험과 관련된 특성의 영향

의료이용경험과 관련된 특성은 단변량 분석뿐 아니라 다른 요인들을 통제한 결과 세 변수 모두 만족도 항목별로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 입원경험의 경우 경험이 있는 응답자가 없는 응답자보다 의사의 기술에 대한 만족도가 높게 나타났는데, 이런 결과는 가족 수가 의사의 기술에 대한 만족도에 영향을 미친 이유와 비슷한 이유로써 기본적 북한의료체계의 특성인 호담당제에 따른 결과로 해석할 수 있을 것 같다.

평소의료의 종류는 4가지 항목 모두에서 유의수준 0.01하에서 2차 의료기관이 1차 의료기관에 비해 만족도가 높았으며, 여기서도 약품공급에 대한 영향력이 가장 컸다.

일차적으로 문옥륜 등(2004)의 연구에서도 응답자의 47% 정도가 시·군 병원을 주로 이용하고 있음을 밝힌 바 있지만, 북한은 호담당제임에도 불구하고 평소의료로 시·군 병원을 주로(67.1%) 이용하고 있다는 결과는 주목할 만한 부분일 것이다. 이것은 4단계로 이루어져 있는 북한의 보건의료 전달체계가 제대로 작동되고 있지 못하다는 사실을 의미하는 것으로 평소

의료에 따른 만족도 차이를 통해서도 그 이유를 짐작해 볼 수 있다. 즉 호담당제와 리진료소라는 1차 의료수준의 질적 저하로 인한 2차 진료소에 대한 이용이 증대되고 있다는 예측이 가능한 것이다.

의료기관까지 가는데 걸리는 시간은 일반적 청결에 대한 만족도에서만 통계적으로 유의한 차이를 보였는데, 15분 이하로 걸린다고 응답한 군이 그 이상 걸린다고 응답한 군에 비해 일반적 청결에 대한 만족도가 유의하게 낮았다. 이는 Fox와 Storm(1981)의 의료기관까지 가는데 걸리는 시간이 짧을수록 만족도가 높다는 결과와는 상반되는데, 이러한 결과는 평소의료의 종류와의 상관관계로 인한 결과로 파악할 수 있다(31분 이상 걸린 경우 시·군 병원이용자가 약 83%를 차지함). 즉 평소의료가 2차 의료기관인 경우, 가는데 까지 걸리는 시간은 오래 걸려도 위생·청결상태에 대한 만족도가 높을 수 있기 때문이다. 그러나 평소의료의 종류를 통제한 이후에도 의료기관까지 가는데 걸리는 시간이 많이 걸릴수록 일반적 청결에 대한 만족도가 높은 것으로 나타나 또 다른 이유가 영향을 미쳤을 가능성도 배제할 수 는 없을 것으로 보인다.

2. 연구자료 및 방법에 대한 고찰

본 연구에서 사용된 자료는 북한을 이탈하여 현재 남한에 거주하고 있는 북한 이탈주민을 대상으로 북한에서의 의료이용경험에 따르는 만족도를 조사한 문옥륜 등(2004)의 연구와는 달리, 북한 이탈 후 기간이 만족도에 미치는 영향력을 최소화 하고자 북한을 이탈한지 3개월 미만의 주민으로 대상을 한정하여 만족도를 조사하였다. Ley 등(1976)의 연구에 의하면 퇴원 후 기간과 만족도 간에는 U자 모양의 상관관계가 있음을 밝히고 있는

데, 즉 현재 입원해 있거나 퇴원한지 몇 달이 지난 후에 조사된 환자가 조사 시점 바로 몇 주 전에 퇴원한 환자에 비해 만족도를 훨씬 높게 표현할 가능성이 높은 것이다. 따라서 문옥륜 등(2004)의 연구 결과는 기간과 만족도 사이의 상관관계의 측면에서 살펴볼 때 북한 이탈 이후 상당 기간이 지난 대상을 중심으로 설문의 작업이 이루어져 정확한 만족도를 조사하는 데는 한계가 있을 수 있다.

그러나 앞에서 제시한 본 연구의 장점에도 불구하고 몇 가지 측면에서 제한점을 가지고 있다. 첫째, 연구 특성상 무작위 표본추출(random sampling)이 불가능하여, 탈북 난민을 대상으로 조사를 할 수밖에 없었기 때문에 연구결과를 탈북 난민 전체 인구집단이나 북한주민 전체로 일반화하기는 어렵다는 점이다. 북한주민의 의료이용만족도를 정확히 분석하기 위해서는 북한주민 전체를 대표할만한 표본집단을 선정하고 그들에 대하여 적절한 조사도구를 사용하여 자료를 수집하여야 할 것이다. 그러나 실질적으로 북한지역 주민에 대한 이러한 접근은 불가능하므로, 현실적인 최선의 방법으로 최근에 북한을 넘어온 이탈주민을 대상으로 연구를 시행하였다. 하지만 중국에 넘어온 북한주민들도 중국 당국에 발각되어 강제송환의 두려움 속에서 살아가기 때문에, 이들을 대상으로 한 조사조차 쉽지 않은 것이 현실이다(서일 등, 1999).

둘째, 연구결과에서 제외된 응답자 처리와 관련된 '선택적 편견' 발생의 가능성이 있다. 본 연구에서는 총 설문대상자 273명 중 12항목의 만족도에 모두 응답한 228명의 자료만을 사용하였는데, 분석에서 제외된 응답자 45명(16.5%)의 특성을 살펴볼 수 있다. 12개 항목 모두에 공통적으로 7명이 누락되어 있는데, 이들은 모두 입원경험이 없는 것으로 보아 병원이용경험

이 없어서 만족도에 응답을 하지 않은 것으로 보여 진다. 만족도 항목별로 보면 45명 중 42명이 X-ray항목에 대한 응답을 누락하였는데, X-ray경험이 없어서 답변을 누락할 가능성을 두고 평소의료의 특성과 연관성을 보았으나, 통계적으로 유의한 관련성은 없었다. 무응답자의 특성에서는 결혼상태(무배우자가 유의하게 많았음)외에는 특이할 만한 차이가 발견되지 않았다. 무응답자와 응답자의 만족도 항목별 차이에서는 12개 항목 중 3가지 항목에서만 만족도 수준의 유의미한 차이를 보였는데, 무응답자가 응답자에 비해 만족도 수준이 약간 낮았다. 분석 대상에서 제외된 집단이 분석대상에 포함된 집단과 다른 특징을 가진 집단인 경우에는 선택적 편견이 발생하였을 가능성이 있다(Ehnfors와 Smedby, 1993). Eisen과 Grob(1979)은 환자조사에서 무응답자들이 응답자보다 의료에 대해 낮게 평가한다고 하였으며, Ware 등(1983)은 40세 이하의 남자와 소득수준이 낮은 사람들에서 응답률이 유의하게 낮음을 보고한 바 있다. 이렇듯 응답자와 무응답자 사이의 인구학적 특성의 차이가 만족도에 영향을 미칠 수 있으므로, 만족도 결과해석에 있어 무응답자 영향은 신중히 고려해야 한다(Aharony와 Strasser, 1993). 그러나 이 연구에서는 무응답률이 16.5% 로 낮아 전체 결과에 영향을 줄 만큼의 문제는 아닌 것으로 생각된다.

셋째, 변수 측면에서 살펴보면 의료이용 만족도에 영향을 미치는 요인은 본 연구에서 사용한 인구학적, 사회·경제학적, 의료이용경험과 관련된 변수 외에도 건강상태, 의사의 특성과 관련하여 의사의 전문성이나, 기술, 능력, 의료이용경험에 있어 의사방문횟수나, 입원횟수, 의료비 지불형태 등에 따라 차이를 보이고 있으므로, 정확한 만족도 연구를 위해서는 이러한 변수들을 고려한 연구가 필요할 것으로 여겨진다.

마지막으로 본 연구는 의료이용에 대한 만족도에 주목하고 있기 때문에, 북한이 강조하고 있는 보건교육과 같은 예방의학 관련 서비스에 대한 조사는 누락된 상태이다. 그리고 본 연구에서는 12개 항목 중 요인분석으로 추출된 3가지 요인을 대표하는 항목들 중심으로 만족도를 보고 그 3개 항목의 합계를 전체만족도로 살펴보았지만, 이것이 만족도의 여러 가지 차원을 대표한다고 말하기는 어려운 측면이 있을 것으로 보인다.

위에서 제시한 제한점에도 불구하고 본 연구는 실제적으로 북한지역 주민에 대한 접근이 불가능한 상황에서 현실적으로 최선의 방법인 이탈 후 기간이 3개월 미만인 탈북 이탈주민을 대상으로 북한의 의료만족도의 수준과 북한 주민이 느끼는 만족도의 영향을 주는 요인들을 규명함으로써, 최근 경제적 변화를 겪으며 빈부에 따른 의료의 질의 차이를 보고하고 있는 북한의 의료체계 기능 상태를 파악하려고 시도했다는 점에서 의의가 크다고 할 수 있다.

VI. 결 론

본 연구는 최근 경제개혁의 여파 때문에 더욱더 심화되고 있는 북한 주민들의 빈부격차와 그에 따른 의료 질의 차이가 보고되고 있는 시점에서, 북한 주민의 의료이용만족도 수준과 그에 영향을 주는 요인을 파악하려는 목적을 가지고 수행되었다. 그러나 북한 현지에서의 직접적인 연구가 현실적으로 어렵기 때문에 본 연구에서는 북한이탈주민을 대상으로 한 연구를 통해 간접적인 방법으로 북한의 보건의료실태를 확인하는 한계를 가질 수 밖에 없었다. 이러한 한계에도 불구하고 본 연구의 결과 북한주민이 인식하는 보건의료수준과 의료이용의 장애요인을 밝힘으로써 현재 북한의 변모되어가고 있는 의료체계와 그 기능 상태를 확인해 볼 수 있었다.

이상의 연구목적에 따른 분석결과를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 북한주민의 의료이용 만족도 분석 결과에 따르면 5점 만점에 모두 평균이하로 낮았으며, 요인분석을 통해 대표 변수로 추출한 3가지 항목의 평균인 전체 만족도는 2.36이었다. 순서는 높은 점수부터 의사의 기술(2.93), 약품 공급(2.51), 일반적 청결(1.66) 순으로, 치료 환경·위생 상태로 표현되는 구조적 측면의 만족도가 가장 낮은 것으로 나타났다. 또한, 약품 공급에 대한 불만도 43.9%로 여전히 의약품 부족으로 인한 어려움을 겪고 있음을 알 수가 있었다. 북한의 의료기술수준이 매우 낙후된 것으로 알려져 있는 것에 반해, 의사의 기술에 대한 만족도는 상대적으로 '보통'에 가깝게 나왔는데, 이는 북한 사회의 폐쇄성과 의사담당구역제 같은 북한의료

체제의 특성들이 주민의 주관적 만족도에 영향을 준 결과로 생각해 볼 수 있을 것이다.

둘째, 만족도에 영향을 미치는 요인을 만족도 항목별로 다중회귀분석한 결과 평소의료의 종류가 4가지 항목 모두에서 높은 영향력을 미치는 것으로 나타났다. 이는 시·군 병원에 비해 호담당의사나 리진료소의 치료환경·위생수준, 자원, 기술적 측면 모두에 대한 주민 만족도가 낮다는 것을 의미하며, 상대적으로 1차 보건의료의 기능과 상태가 전반적으로 열악하다는 사실을 암시하는 결과라 할 수 있다.

셋째, 인구학적 특성 중에는 가족 수와 거주지가 만족도에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 가족 수는 의사의 기술에 대한 만족도와 전체 만족도에 영향을 미쳤는데, 이는 기본적으로 의사담당구역제등으로 담당의사가 정해져 있는 상황에서 가족 수가 많을수록 동일 의료인과의 접촉이 빈번해짐에 따른 북한의료체계의 특성으로 나타난 결과라 볼 수 있다. 거주지는 일반적 청결에 대한 만족도에 영향을 미치는 것으로 나타났는데, 동일 1차, 2차 의료기관이라 할지라도 시와 군에 따라 치료환경·위생수준의 차이가 있는 것으로 볼 수 있을 것이다.

넷째, 사회·경제적 특성 중에는 소유재산개수만이 만족도에 영향을 미치는 변수로 나타났는데, 특히 약품공급에 대한 만족도에 영향력이 높게 나타난 것은 주목할 만하다. 이것은 경제적 수준에 따른 약품공급의 만족도의 차이를 의미하는 것으로, 북한보건의료의 가장 큰 특징 중 하나인 전반

적 무상치료제가 현재 구호로만 그치고 있음을 알 수 있고, 또한 경제수준이 낮은 계층이 약품공급에 있어 더욱 어려움을 겪고 있음을 예상할 수 있다.

다섯째, 의료이용경험 관련 특성은 3가지 변수 모두가 만족도 항목별로 영향을 주는 것으로 나타났는데, 가장 영향력이 높은 변수는 앞서 말했듯이 평소의료의 종류였다. 여기에서 특이할만한 결과는 기존의 선행연구와는 대조적으로 의료기관까지 가는데 걸리는 시간이 오래 걸릴수록 일반적 청결에 대한 만족도가 높게 나타났다는 사실이다. 이러한 결과는 평소의료의 종류의 영향에 따른 결과로 추측해 볼 수 있을 것이다.

따라서 본 연구의 결과 북한은 공식적으로는 사회주의적 무상의료를 표방하고 있으나, 실제적으로는 빈부의 차이나 경제수준의 차이에 따른 보건의료 혜택이 양극화되는 현상을 보임으로써 무상의료 체계가 유명무실해지고 있음을 알 수 있다. 또한 심각한 경제난과 최근의 경제개혁 과정 속에서 의약품 등을 포함한 의료자원 등의 부족은 보건의료체계의 기능을 약화시키고 있음을 알 수 있다. 이러한 무상의료의 유명무실화와 보건의료체계의 기능 약화는 당연히 북한주민들의 보건의료에 대한 접근성과 만족도에 부정적인 영향을 끼치고, 특히 경제수준이 낮은 북한 주민들은 더욱더 의약품을 공급받기조차 어려운 상황에 처할 것으로 예상된다. 따라서 향후 대북 지원에서 보건의료분야의 지원방식은 무엇보다도 보건의료에 대한 북한주민들, 특히 취약계층(지역적, 경제수준에 있어서의)들의 접근성을 높일 수 있는 방향을 모색해 나가는 것이 매우 중요할 것이다.

참고문헌

김민정, 김순재. 환자와 병원종사자간의 의료서비스 만족도 차이분석-종합병원을 중심으로. 한국가정관리학회지 1999; 17(1): 73-85

김영윤, 북한의 경제개혁 동향. 북한경제포럼 2005. 5월 35차 학술세미나 발표논문

김주호. 병원의 환자 유형에 따른 만족도 결정요인 분석. 연세대학교 석사학위논문 2005

노용환, 연하청. 북한의 주민 생활보장정책 평가: 국가배급제도를 중심으로. 한국보건사회연구원 1997

노용환. 북한의 보건의료기능 평가와 대북지원정책 기본방향. 남북한 보건의료. 아주남북한 보건의료연구소 2000; 1: 27-46

노형진. 한글 SPSSWIN에 의한 다변량 데이터의 통계분석. 석정, 1999

문기태, 유승흠, 조우현, 김동기, 이윤환. 의료소비자가 인지하는 의료서비스의 질의 구성 차원. 예방의학회지 2000; 33(4): 495-504

문옥륜외 7명. 북한이탈주민의 북한의료제도 인식 및 건강상태 연구. 남북한 보건의료. 아주남북한 보건의료연구소 2004; 4: 1-96

문옥륜. 북한의 보건의료제도 운영. 아주남북한 보건의료연구소 2001

문옥륜. 남북한 보건의료체계의 비교고찰. 보건학 논집. 서울대학교 보건대학원 1993

문옥륜. 북한의 보건의료정책. 대한의학협회지 1995; 38(3); 261-268

박은경. 제1차 의료기관의 의료서비스 만족도에 관한 연구. 단국대학교 행

정법무대학원 석사학위논문 2003

박종연, 손명세, 이명근. 북한 주민의 질병양상 및 보건의료서비스 충족 실태. 남북한 보건 의료 2000; 1: 99-132

박형중. 북한의 경제체제와 경제문화. 통일과 북한사회문화. 민족통일연구원 1996; 3-120

변종화. 남북한 보건의료 비교연구; 북한실태를 중심으로. 국토통일원 1989

백지은. 북한이탈주민을 대상으로 한 북한보건의료제도 인식도 조사. 서울대학교 석사학위논문 2004

북한이해 2003, 2005. 통일부 통일교육원

서 일, 이윤환, 이명근, 최귀숙. 중국 내 북한 난민의 건강실태. 통일연구 1999; 3(1): 307-328

서정희. 의료서비스에 관한 소비자 만족과 소비자 불만호소; 울산시를 중심으로, 대한가정학회지 1995; 33(2): 29-41

선한승. 북한주민의 직장생활과 노동. 공보처 1994; 144-155

성기호. 북한의 의료실태. 남북한 통일의료제도 정책개발 심포지움 최종보고서. 대한의학회 1998; 9-38

신종연, 윤병준, 김영훈, 이은표. 일부 지역주민의 의료서비스 이용 만족도 및 요구도에 관한 조사 - 대전시를 중심으로-. 한국보건통계학회지 2000; 25(2): 61-72

연합뉴스. 2005. 1. 18 일자 보도

이근유. 보건의료서비스의 이용실태에 관한 연구 - 아산시 보건소를 중심으로 -. 평택대학교 석사학위 논문 2000

이금순, 최의철, 임순희, 김수암. 북한인권백서 2005. 통일연구원

이선희, 김지인, 조우현, 이지전. 국내 종합병원 환자만족도 조사현황 분석. 한국의료QA학회지 1998; 5(1); 42-57

이우영. 해외체류 탈북자 보호 및 국내정착 지원 방안. 2001년도 한양대학교 통일정책연구소 학술세미나 발표논문

이윤환. 북한 보건의료의 인도적 지원: 정책방향과 과제. 아주남북한 보건의료연구소 2003

전우택. 탈북자들의 주요 사회배경에 따른 적응과 자아정체성에 관한 연구. 통일연구 1997; 1(2): 109-167

정승원. 국립대학병원 환자의 전반적 만족도 및 재이용 의사 결정요인. 연세대학교 석사학위논문 2004

최귀선. 의료서비스 질이 환자만족도, 서비스 가치, 재이용 의사에 미치는 영향에 대한 구조분석. 연세대학교 석사학위논문 1999

통계청. 2003년 사회통계조사결과 http://nso.go.kr

통일부. 2004 북한개요

한국은행 보도자료. 최근 북한 경제조치의 의미와 향후 전망(2002). http://www.bok.or.kr

Aharony L, Strasser S. Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. Med Care Rev 1993; 50(1): 49-79

Al-Qatari G. Haran D. Determinants of users' satisfaction with primary health care settings and services in Saudi Arabia. Int J Qual Health Care 1999; 11(6): 523-531

Becker G, Newsom E. Socioeconomic Status and Dissatisfaction With Health Care Among Chronically Ill African Americans. Am J

Public Health 2003; 93(5): 742-8

Blanchard CG, Labrecque MS, Ruckdeschel JC, Blanchard EB. Physician behaviors, patient perceptions, and patient characteristics as predictors of satisfaction of hospitalized adult cancer patients. Cancer 1990; 65(1): 186-92

Carlson MJ, Blustein J, Fiorentino N, Prestianni F. Socioeconomic status and dissatisfaction among HMO enrolles. Med Care 2000; 38(5): 508-16

Carmel S. Satisfaction with hospitalization: A comparative analysis of three types of services. Soc Sci Med 1985; 21: 1243-9

Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. Inquiry 1988; 25(1): 25-36

Donabedian A. Explorations in quality assessment and morning. Ann Arbor, Mich; Health Administration Press, 1980

Donahue KE, Ashkin E, Pathman DE. Length of patient-physician relationship and patients' satisfaction and preventive service use in the rural south: a cross-sectional telephone study. BMD Fam Pract 2005; 6: 40: 1-8

Ehnfors M, Smedby B. Patient satisfaction surveys subsequent to hospital care: problems of sampling, non-response and other losses. Qual Assur Health Care 1993; 5(1): 19-32

Fox JG, Storms DM. A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. Soc Sci Med[A] 1981;

15(5): 557-64

Farmer MM, Ferraro KF. Are racial disparities in health conditional on socioeconomic status?. Soc Sci Med 2005; 60(1): 191-204

Hall JA, Dornan MC. Meta analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. Soc Sci Med 1988; 27(6): 637-644

Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. Soc Sci Med 1990; 30(7): 811-8

Hopton JL, Howie JG, Porter AM. The need for another look at the patient in general practice satisfaction surveys. Fam Pract 1993; 10(1): 82-7

Houts PS, Yasko JM, Kahn SB, Schelzel GW, Marconi KM. Unmet psychological, social, and economic needs of persons with cancer in Pennsylvania. Cancer 1986; 58(10): 2355-61

Hulka BS, Zyzanski SJ, Cassel JC, Thompson SJ. Satisfaction with medical care in a low income population. J Chronic Dis 1971; 24(10): 661-73

Hulka BS, Kupper LL, Daly MB, et al. Correlates of satisfaction and dissatisfaction with medical care: a community perspective. Med Care 1975; 13(8): 648-58

Kane RL, Maciejewski M, Finch M. The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. Med Care 1997; 35(7): 714-30.

Khayat K, Salter B. Patient satisfaction surveys as a market research tool for general practices. Br J Gen Pract 1994; 44(382): 215-9

Lee Y. Satisfaction with medical care among older adults living in the community. Ph.D. Dissertation. Baltimore, Maryland, Johns Hopkins University, 1996

Ley P, Bradshaw PW, Kincey JA, Atherton ST. Br J Soc Clin Psychol 1976; 15(4): 403-13

Myburgh NG, Solanki GC, Smith MJ. et al. Patient satisfaction with health care providers in South Africa: the influences of race and socioeconomic status. Int J Qual Health Care 2005; 17(6): 473-7

Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. Eval Program Plann 1983; 6(3-4): 185-210

Robinson WC, Lee MK, Hill K, et al. Demographic methods to assess food insecurity: a North Korean case study. Prehospital Disaster Med 2001: 16(4): 286-92

Saha S, Arbelaez JJ, Cooper LA. Patient-physician relationships and racial disparities in the quality of health care. Am J Public Health 2003; 93(10): 1713-9

Salvage AV, Jones DA, Vetter NJ. Awareness of and satisfaction with community services in a random sample of over 75s. Health Trends 1988; 20(3): 88-92

Ware JE Jr, Davies-Avery A, Stewart AL. The measurement and meaning of patient satisfaction. Health Med Care Serv Rev 1978;

1(1): 1, 3-15

Watts J. Health-care divide widens in North Korea. Lancet 2003; 362: 2072-3.

Weiss GL. Patient satisfaction with primary medical care. Evaluation of sociodemographic and predispositional factors. Med care 1988; 26(4): 383-92

Williams SJ, Calnan M. Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. Soc Sci Med 1991; 33(6): 707-16

Zahr LK, William SG, El-Hadad A. Patient satisfaction with nursing care in Alexandria, Egypt. Int. J. Nurs. Stud 1991; 28(4): 337-342

UNICEF. The state of the world's children report. United Nations Children's Fund, 2005

Abstract

Satisfaction with Health Care among North Korean Refugees in China

Kim Gae Young

Dept. of International Health

The Graduate School of

Public Health

Yonsei University

(Supervised by Professor Woojin Chung, Ph.D.)

The purpose of the study was to identify the factors of obstacle to use the health care and to assess the function of North Korea's health care system by measuring North Korean's satisfaction of health care, investigating what factors affected their satisfaction under transition states of North Korea.

Data from the 2004 Health Care Experience of North Korean Households Survey by Center for Refugee and Disaster Response in the School of Hygiene and Public Health of the Johns Hopkins Univ. were used for the research. The subjects for this study were 273 North Korean refugees whose length of stay in China was under 3 months.

Finally, a total of 228 among those people were analyzed in this study.

Factor analysis was used in order to extract representative variables from 12 satisfaction items and t-test, ANOVA, and multiple regression carried out for analyzing the factors affecting the health care utilization satisfaction in North Korea.

The results of this study can be summarized as follows:

First, the level of satisfaction was low(mean = 2.36 out of 5). Of the means for the satisfaction with 3 items, representative-valuables, doctor's skill scored highest, 2.93, drug availability scored 2.51, general cleanliness scored lowest, 1.66.

Second, as a result of multiple regression analysis, the factor influencing strongly on all items of satisfaction was a kind usual source of care. That is to say, respondents who used primary health care as a usual source of care were lower satisfied than used secondary health care(city and county hospital).

Third, there was statistically significant difference in degree of satisfaction with the general cleanliness according to residence, namely, respondents who lived in county were lower satisfied than in city.

Fourth, among socioeconomic characteristics, only the number of household assets had a significant positive effect on satisfaction, especially on satisfaction with drug availability. This may mean that peoples in low economic status among North Korean have much more difficulty in getting drugs.

The results of the study indicate that a nominal universal free health care system of North Korea and weakened health care system may influence negatively on accessibility and satisfaction with health care among the North Korean.

It is needed to consider a class weakened economically and regionally for effective aids to North Korea.

Key words : North Korean refugees, satisfaction of health care, North Korea health care system