

국내 이주 노동자의
의료이용 형태 및 의료이용만족도 분석

연세대학교 보건대학원

국제보건학과

조 소 양

국내 이주 노동자의
의료이용 형태 및 의료이용만족도 분석

지도 채 영 문 교수

이 논문을 보건학 석사학위 논문으로 제출함

2008년 7월 일

연세대학교 보건대학원

국제보건학과

조 소 양

조소양의 보건학 석사 학위논문을 인준함.

심사위원 채 영준 인 

심사위원 지 선하 인 

심사위원 호 승희 인 

연세대학교 보건대학원

2008년 7월 일

감사의 글

하나님의 은혜에 감사와 찬양을 드립니다. 이 논문이 완성되기 까지 많은 격려와 관심을 베풀어 주신 주위의 모든 분들께 감사를 드립니다.

사랑하고 격려하는 마음으로 하나님 안에서 가르치시고 친 아버지처럼 세심하게 배려하고 이끌어 주셨던 채 영문 교수님을 진심으로 존경하며 감사를 드립니다. 또한 성의를 담아 논문지도를 해주신 지 선하 교수님, 호승희 교수님께 감사드립니다. 외국인 이주노동자와 관련된 자료를 아낌없이 제공해주고 설문을 할 수 있도록 도와주었던 회년 의료 공제회 모든 가족 분들과 박 정남 간사님, 주 선미 간사님께 깊은 감사를 드립니다. 특별히 논문이 완성될 때 까지 꾸준한 관심과 격려를 보내주고 모든 지원을 아끼지 않았던 사랑하는 나의 남편이 있었기에 이 논문을 완성할 수 있었습니다. 일 하면서 두 아이의 엄마로 허덕이며 논문을 준비하고 있는 저에게 처음부터 마지막 정리에 까지 함께 고민해주고 밤을 지새워주며 사랑의 메시지와 여유 있는 웃음으로 힘을 주었던 남편을 진심으로 사랑합니다. 엄마가 책을 편집중이라 생각하며 기도로 격려해주고 설문조사를 함께 해주었던 큰 아들 연수와 사랑의 키스를 아낌없이 주었던 작은아들 민수에게 고마운 마음을 전합니다. 또한 항상 염려의 마음으로 지켜봐 주시고 기도로 후원해 주신 부모님께 감사의 인사를 올립니다. 아버지와 어머니의 사랑이 늘 가슴으로 다가오면 벅찬 마음을 감당할 수 없을 만큼 눈물이 앞을 가립니다.

대학원이 시작되면서 암 치료를 받게 된 어머님, 그러나 이 논문이 완성되면서 그 모든 치료를 극복하고 회복하게 된 어머님께 가장 큰 기쁨의 선물이 되리라 생각하며 이 모든 과정이 제 인생에서의 가장 소중한 시간이었음을 고백합니다.

2008년 7월

조 소양 올림

차 례

국 문 요 약	vi
I. 서 론	1
1. 연구의 배경 및 필요성	1
2. 연구 목적	6
3. 용어의 정의	7
II. 이론적 배경	11
1. 우리나라의 이주 노동자의 특성	11
가. 이주 노동자 도입제도	11
나. 이주 노동자의 인력현황	15
다. 이주 노동자의 의료보험	19
라. 이주 노동자 지원 단체의 최근 현황과 흐름	23
2. 국내 · 국외 선행연구	27
III. 연구내용 및 방법	34
1. 연구 모형 및 가설	34
가. 연구 모형	34
나. 연구 가설	36
2. 연구대상 및 자료수집방법	41

가. 조사 대상	41
나. 개발 방법, 설문분석 모형	41
3. 연구 도구	43
가. 대상자의 일반적 특성(독립변수)	43
나. 의료이용 만족도(종속변수)	48
4. 자료 분석 방법	49
IV. 연구 결과	50
1. 대상자의 일반적인 특성	50
가. 인구학적 특성	50
나. 비자종류 및 체류상태	52
다. 노동 형태	53
라. 건강 행태 및 인지도	55
2. 대상자의 건강 상태 및 의료 이용 형태	57
가. 질병분포 및 치료유무	57
나. 의료 기관 이용 형태	58
다. 주이용 의료기관 선택의 요인과 장애요인	61
3. 대상자의 의료이용 만족도	63
가. 의료이용 만족도 수준	63
나. 인구학적 특성에 따른 만족도 차이	64
다. 노동 형태에 따른 의료이용 만족도 차이	66
라. 건강 행태 및 인지도에 따른 의료이용 만족도	68
마. 체류형태에 따른 의료 이용 만족도	69
바. 의료이용 만족도 각 항목별 상관관계	69
사. 주 의료기관 이용에 따른 의료 이용 만족도	70

아. 의료이용 만족도에 영향을 주는 요인	71
V. 고찰	75
VI. 결론	86
참고 문헌	89
부록 1	95
부록 2	102
영문 초록	109

표 차 례

표 1. 이주 노동자 고용 제도	14
표 2. 이주 노동자의 체류형태에 따른 인력 현황	15
표 3. 국가별 불법 이주 노동자 현황	18
표 4. 외국인력 제도별 의료보험 적용 현황	21
표 5. 설문지 및 응답 현황	41
표 6. 인구학적 특성	51
표 7. 직업 여부 및 주거 형태	53
표 8. 직업 및 근무형태	54
표 9. 건강 행태 특성	56
표 10. 체류상태에 따른 질병 분포	57
표 11. 체류상태에 따른 의료기관 이용 실태 및 요인	60
표 12. 주 의료기관 선택의 원인 및 장애요인	62
표 13. 각 항목별 의료이용 만족도	63
표 14. 인구학적 특성에 따른 항목별 만족도 분석	65
표 15. 직업 및 주거환경 특성에 따른 항목별 만족도 분석	67
표 16. 건강행태 및 인지도에 따른 항목별 만족도 분석	68
표 17. 체류형태에 따른 만족도 분석.	69
표 18. 의료 이용 만족도 각 항목 간 피어슨 상관관계 분석	70
표 19. 주 의료이용 기관에 따른 만족도	71
표 20. 의료이용 만족도에 대한 회귀모형 분석결과(1)	73
표 21. 의료이용 만족도에 대한 회귀모형 분석결과(2).	74

그림 차례

그림 1. 불법 이주 노동자 현황	18
그림 2. 분석 모형	35
그림 3. 설문지 개발 과정	42
그림 4. 비자 종류 및 체류 상태	52
그림 5. 질환 종류별 빈도 수	58

국 문 요 약

경제사회 발전, 산업인구 구조 변화 등과 때를 같이 하여 외국 인력에 문호를 개방한 지 10년이 지난 2007년 약 107만 명의 외국인이 한국 내에 체류하고 있다. 외국인의 증가 추이는 세계에서 유례가 없을 정도로 급속히 진행하고 있어 앞으로 저 출산, 고령화 사회 현상과 WTO 협상 진전, FTA 체결 등으로 인하여 더욱 가속화 될 것으로 예상된다. 이에 인간이 누려야 할 건강한 삶의 질을 보장하기 위하여 2000년에 정부는 '외국인 근로자 건강관리지침'을 마련하여 보건소를 통한 이주 노동자의 의료보장을 실시하고, 2005년에는 이주 노동자 중 건강보험, 의료급여 등 의료보장제도에 의해서 의료혜택을 받을 수 없는 사람들에게 의료비 부담이 큰 입원 및 수술비를 무료로 지원하는 사업을 실시하고 있다. 또한 민간단체들은 무료 진료소를 설치하고 일반 병의원과 연계를 구축하여 진료의 사각지대를 해소하기 위하여 노력하고 있다. 하지만 OECD 국가의 이주 노동자 의료 서비스에 비하면 아직도 미흡한 실정이다. 국내 이주 노동자에 관한 선행 연구들은 주로 이주 노동자의 실태에 관한 연구를 수행하였다. 그러나 이주 노동자에게 인권의 하나인 건강권을 보장하기 위해서는 실태 조사뿐만 아니라 이주 노동자의 건강, 의료이용 형태 및 만족도에 관한 연구가 필요한 실정이다. 따라서 본 연구는 국내에 거주하는 이주 노동자의 의료이용 형태와 의료이용 만족도에 관한 연구를 통하여 향후 이주 노동자들의 인간다운 삶을 누리기 위한 의료 서비스의 개선방안 및 보건정책을 모색하는데 기여하고자 한다. 또한 본 연구는 이주노동자가 인식하는 보건의료수준과 의료이용의 장애요인을 파악한다는 목적과 함께 현재 변모되어가고 있는 이주노동자의 의료체계와 그 기능 상태를 점검한다는 점에서도 중요한 의

의가 있다

설문 조사는 2007년 7월 10일부터 8월 12일까지 수도권 지역에 있는 쉼터에 기숙하고 있는 이주 노동자와 무료진료소를 방문한 이주 노동자 및 교회 혹은 선교지를 방문한 이주 노동자 226명 중 설문에 응답한 211명을 대상으로 연구자와 이주 노동자에 따라 언어가 가능한 각 이주 노동자의 담당자(쉼터, 교회 및 무료진료소)가 직접 면담을 통하여 실시하였다.

분석결과 이주 노동자의 지난 1년간 의료 이용 횟수는 평균 5회로 OECD 회원국의 연간 평균 의료 이용 6.8회보다 적으며, 특히 우리나라 국민의 평균 의료이용(연간 평균 외래 진찰 횟수: 11.8회)보다는 상당히 적었다. 건강보험을 가입하지 않은 이주 노동자가 74%였고 의료비를 부담하는 방법으로 무료진료기관 이용을 제외하고는 주로 전액을 본인이 부담하였으며, 건강보험을 이용한 경우는 불법, 합법 이주 노동자 모두 약 10%에 불과하였다. 불법, 합법 이주 노동자가 주 의료기관을 선택하는 이유는 저렴한 의료비와 병의 치료도, 지리적인 접근성이 중요한 사항이었다. 의료 이용 만족도에 관한 다중회귀분석의 결과 다른 변수와 관계없이 독립적으로 의료이용 만족도에 영향을 미치는 요소는 주 의료 이용기관이었다. 특히, 무료진료소를 이용하는 그룹이 다른 의료 기관을 이용하는 그룹에 비해 의사의태도, 치료의 질, 의료비용, 병원의 환경, 행정 절차 항목에서 만족도가 높게 조사되었다. 또한 상대적으로 현재 정부에서 시행하고 있는 이주 노동자에 관한 의료서비스인 보건소를 이용하는 이주 노동자는 극히 드물었다.

결론적으로 의료 공제회를 통해 무료진료 서비스를 제공하고 있는 의원이 증가하고 있으며 정부 차원에서 보건소를 통하여 이주 노동자를 위한 의료보장을 시행하고, 의료혜택을 받을 수 없는 사람들에게 무료응급진료 서비스를 실시하고 있으나 이에 대한 홍보 및 지원이 부족하고, 이주 노동

자들의 접근성이 어려운 실정이다. 따라서 이주 노동자의 건강 및 의료이용에 관한 전국적인 대규모 연구를 통해서 현재 이주 노동자의 의료보장 문제점을 파악하고 기본적인 건강권을 보장해 줄 수 있는 정부차원에서의 의료보장에 대한 구체적인 정책 수립이 필요하며 특별히 의료이용 만족도가 높은 무료진료소와 연계하는 의료서비스의 정책이 필요할 것으로 사료된다.

핵심 단어: 이주 노동자, 의료 이용, 만족도

I. 서론

1. 연구의 배경 및 필요성

과거 우리나라는 외국인 이민 허용에 대해 매우 소극적인 정책기조를 유지하면서 통제·관리 중심의 외국인정책을 추진해 왔다. 또한 추진체계에 있어서도 개별 부처의 입장에서 추진해 왔기 때문에 정책이 종합적이기보다는 단편적인 면이 있었으며, 아울러 정책성과 평가시스템 측면에서도 미흡했던 것이 사실이다. 그러나 최근 참여정부가 들어서면서 개방화시대에 국제 인적 교류의 핵심목표를 ‘한국을 아는 외국인을 확대 하는 것’으로 삼고 외국인들에게 한국의 ‘매력성’을 높이는데 중점을 두고 정책을 추진해 왔다. 그리하여 우수 외국 인력의 적극 유치를 통한 국가경쟁력을 제고하기 위해 외국인의 이민에 개방성을 부여하고, 또한 외국인이 우리 국민과 더불어 살아가는 이웃이라는 개념으로 외국인 처우개선을 통해 상호이해와 존중을 실현하고, 나아가 외국인 정책의 종합적·체계적 추진을 통해 법정부적 정책추진 기반을 마련함으로써 외국 정책의 총괄추진체계를 구축하고자 하였다(동북아시아위원회, 2007).

이주 노동자들이 국내 노동시장에 미치는 영향에 대해 대체로 두 가지의 이론으로 설명된다. 첫째는 분단가설인데, 이는 분단노동시장이론에 이론적 배경을 두고 있다. 이에 따르면 인력 수입국의 노동시장은 높은 임금과 직업 안정성, 높은 사회적 위치, 승진이 가능한 이른바 ‘좋은 직업’으로 이루어진 1차부문과, 낮은 임금과 높은 이직률, 낮은 사회적 지위, 열악한 직업 환경을 특성으로 하는 2차 부문으로 나누어져 있으며, 이주 노동자들은 2차 부문에 주로 편입되어 노동시장의 이중구조를 강화시키는 한편, 내국인 노동자와 이

주 노동자 간의 관계는 보완 관계적 성격을 지니게 된다고 주장한다. 반면 대체가설은 이주 노동자들의 유입은 결과적으로 노동시장에 과잉공급을 초래하며 저임금과 열악한 노동환경을 감수하고 일할 자세를 가진 이주 노동자들이 본국 노동자들의 일자리를 대체한다고 보는 이론이다. 이는 이주 노동자들은 일반적으로 목표 임금을 달성 할 때까지 단기간 체류하려는 성향을 지니므로, 초과노동 및 시간외노동을 꺼리지 않아 노동공급의 유연화와 조직적 유연성을 제공하기 때문에 본국 노동자들을 대체하게 된다고 한다(홍춘욱, 1996).

국내에서 이주 노동자의 고용으로 기업은 임금 절감뿐만 아니라 생산조직에 드는 비용을 낮추는 간접적인 이익을 얻게 된다. 그러나 이주 노동자들은 열악한 법적 지위 및 노동조합과의 투쟁에 소극적인 측면이 있다. 또한 경쟁적인 부문의 자본은 이주 노동자를 고용함으로써 야간 근로와 시간외 근로를 시키기가 훨씬 수월해지고 또 경기변동에 따라 해고할 수 있는 노동공급의 유연성과 위협하고 열악한 작업환경에서 일을 시킬 수 있는 조직적 유연성을 통해 이익을 볼 수 있다. 이러한 이주 노동자의 고용의 이점은 이윤 폭이 좁고 수용의 변동에 직면하고 있는 한계기업들에게 매우 중요한 것이다(홍춘욱, 1996).

한국 노동부는 1994년 1월부터 산업재해보상보험과 근로기준법을 이주 노동자들에게도 적용하기로 하였다. 적용도 3년 전까지 소급시키기로 하여 시급한 현안 해결에 나서기 시작하였다. 1995년 3년에는 외국인 연수생에게도 법적 노동시간과 최저임금, 산재보험 등 기본적 노동 조건이 보장되었다. 1996년 이후 정부는 이주 노동자들에 대한 ‘고용허가제’를 놓고 중소기업연합회와 줄다리기를 하였다. 중소기업들은 고용허가제에 반대하였다. 그러나 법적으로 통과되어 2004년 8월부터 시행되었다. 2007년 국내에서 머무르고 있는 이주 노동자수는 1,066,291명이다(법무부, 2008). 2004년

8월 고용허가제 실시를 전후하여, 정부는 ‘불법 체류 외국인 사면 및 귀국 준비기간의 운영, 일부 자발적 귀환자에 대한 재입국 허용 프로그램 제공, 불법 체류자 집중 단속’ 등의 정책을 실시하였다. 그 결과 불법 체류 구성비는 2002년 49.1%로 정점으로 2007년 21.0%로 점차 감소추세이지만 여전히 약 223,464명에 달하는 불법 체류자가 존재하고 있다(법무부, 2008). 합법 이주 노동자는 국민건강보험 가입 등 보건 복지 혜택을 받을 수 있으나, 출입 관련 서류가 미비 된 이주 노동자는 불법 체류자라는 신분 때문에 국민건강 보험 등 공적 자원을 받지 못하는 상황이 지속되어 왔다.

우리사회에서 필요한 노동인력과 이주 노동자의 노동으로 구성되는 산업영역이 필연적으로 존재한다면, 미등록 이주 노동자를 단지 불법 이주 노동자로 신분을 국한 하여 강제출국 시키는 근시안적 방식으로는 한국에 체류 중인 이주 노동자의 문제를 해결할 수 없다. 저임금의 이주 노동자를 고용하려는 한국의 중소기업 사업장에서 이들을 계속 요구하고 있고 자국에서 일자리를 찾지 못하는 젊은 이주 노동자에게 이주만이 그들의 생존을 보장하기 때문이다. 이제 국제 노동인력의 흐름상 한국 내 외국인 노동인력의 유입이 필연적이라는 사실을 인정할 때가 되었음을 의미한다. 비록 이들이 불법신분이라 하더라도 건강권의 차원에서 이들을 위해 의료서비스를 제공하는 단체와 조직이 많아졌고, 이러한 상황을 타개하기 위하여 국내 시민사회에서는 그들을 지원하기 위한 민간단체들이 설립되었고 1999년 9월에는 ‘외국인노동자 의료 공제회’가 설립되어 전국 각 지역 이주 노동자 상담소에서 무료진료소를 운영하고 있으며, 일반 병원과 연계를 구축하여 진료의 사각지대를 해소하기 위하여 노력하고 있다.

국내 이주 노동자 및 의료 문제에 관하여 많은 연구가 이루어 졌다. 강명옥(1995)은 우리나라에 체류하고 있는 이주 노동자들이 당면한 문제들로 임금체불, 의료, 출입국 문제, 산업재해 순으로 제시하였다. 박용우(1997)는

외국인 진료소 내원환자의 진료 내용 분석을 통해 예방 목적의 진료 및 급성질환이 많은 특징이 있음을 확인할 수 있었다. 홍승권 등(2000)은 이주 노동자의 의료이용실태와 상병사망양상을 통해 상병양상도 직업과 연관되고 기후의 변화와 연관이 추정되며 많은 산업재해로 인한 사망과 간단한 질병을 제 때에 치료받지 못하여 사망하는 경향을 볼 때 반드시 제도적인 의료의 뒷받침이 필요하다고 하였다. 주선미(1998)와 반애련(2004)은 이주 노동자의 의료이용실태에 대한 연구를 하였고, 국제보건의료발전재단(2005)에서는 이주 노동자 보건의료실태 조사연구로 ‘건강권’에 초점을 맞춘 건강실태와 그들에 대한 의료 지원 단체를 다룬 조사연구를 하였고 서울대학교 건강증진사업단(2006)은 국내 거주 외국인 근로자의 건강평가와 체계적 관리방안을 모색하였으며 김정원(2008)은 이주 노동자의 건강상태와 의료 서비스에 관한 연구를 하였다.

이러한 선행 연구들은 이주 노동자의 보건복지욕구와 이주 노동자 의료 지원 단체의 욕구를 확인하였으며, 이주 노동자의 실태 조사와 건강상태에 관한 연구를 수행하였으나 이에 따른 의료이용 만족도에 관한 연구는 없는 실정이다. 최근 정부에서는 이주 노동자 중 건강보험, 의료급여 등 의료보장제도에 의해서도 의료혜택을 받을 수 없는 사람들에게 무료진료 서비스를 제공함으로써 인간이 누려야 할 건강한 삶의 질을 보장하기 위한 무료진료 사업을 시행하고, 제도적으로 의료 혜택을 받지 못하는 사람들을 대상으로 의료비 부담이 큰 입원 및 수술비를 무료로 지원하는 사업을 추진하고 있으며 이주 노동자에게 무료 진료 서비스를 제공하고 있는 의원도 증가하고 있다. 그러나 일부에서는 이러한 지원책의 역효과를 우려하면서, 국민건강보험 가입대상이 되는 합법 이주 노동자들이 무료진료서비스를 이용하기 위하여 국민건강 보험 가입을 기피하거나, 기존 이주 노동자 의료공제회를 통한 상호부조 및 자활 노력에 부정적인 역할을 한다고 우려하고

있다(국제보건의료발전재단, 2005). 이러한 변화과정에서 이주 노동자의 의료이용에 형태와 의료이용 만족도에 영향을 주는 요인을 파악하려는 본 연구는 한편으로 이주 노동자가 인식하는 보건의료수준과 의료이용의 장애요인을 파악한다는 목적과 함께 현재 변모되어가고 있는 의료체계와 그 기능상태를 점검한다는 점에서도 중요한 의의가 있을 것이다.

따라서 국내에 거주하는 이주 노동자의 의료이용 형태와 의료이용 만족도에 관한 연구를 통해, 향후 이주 노동자들의 보건 의료 지원 사업 개발에 있어서 이주 노동자의 의료이용 개선방안과 보건정책 방안을 모색하는데 기여하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 국내에 거주하는 합법 이주 노동자와 불법 이주 노동자의 일반적인 특성과 의료이용형태 및 의료이용 만족도를 분석하여, 이주 노동자의 의료이용 개선방안과 보건정책방안을 모색하는데 기초 자료가 되 고자 하는데 있다.

이를 달성하기 위한 구체적 목적은 다음과 같다.

첫째, 국내 이주 노동자의 일반적인 특성(인구학적 특성, 노동형태, 건강행태 및 건강 인지도)을 조사하고 체류형태에 따른 차이를 분석한다.

둘째, 국내 이주 노동자의 건강 상태 및 의료이용 형태를 조사하고 체류형태에 따른 차이와 의료이용 형태에 미치는 요인을 분석한다.

셋째, 국내 이주 노동자의 의료이용 만족도를 조사하고 이에 영향을 미치는 원인을 분석한다.

넷째, 이주 노동자들의 보건 의료 지원 사업 개발에 있어 정책결정의 방향 제시 및 정책 제언을 한다.

3. 용어 정의

가. 이주 노동자

국제적으로는 「외국인노동자(foreign workers)」 대신에 이주 노동자(migrant workers)라는 용어가 통용되고 있다. 이주 노동자란 외국인들이 자기 국가가 아닌 다른 나라에서 보수를 받는 활동에 종사해 왔거나 종사할 사람으로 외국 계약 노동자라고도 한다. 이주 노동자라는 표현은 AMWC(Asian Migrant Workers Centre)에서 권장하는 표현이며 외국인 노동자라고 하는 것보다는 인격적 표현으로 현재 한국에 체류하고 있는 모든 종류의 외국인 노동자를 칭한다(수주아다정, 1995). 국내의 외국인 노동자는 크게 합법취업자, 산업연수생, 불법 체류 취업자는 출입국관리법 상 취업의 목적이 아닌 관광비자 등으로 입국하여 취업하거나 산업연수생체제로 입국하여 연수업체를 이탈한자, 그리고 외국인 산업연수생은 산업 연수비자를 받아 국내에서 취업중인 자를 칭한다.

나. 합법 이주 노동자

합법 이주 노동자에는 전문·기술인력, 해외 투자기업 연수생, 산업기술 연수생, 연수 취업자 등이 있다. 전문·기술 인력이란 내국인으로는 대체할 수 없는 전문·기술 인력으로서 국내 사업장의 모집·채용이나 시설 직업소개소의 직업 소개 등으로 교수, 회화지도, 연구, 기술지도 등 7가지 전문기술 분야 직종에 취업하는 노동자를 의미한다(노동부, 2003).

다. 불법 이주 노동자

불법 이주 노동자는 현행 출입국 관리법 상 체류 목적이나 체류기간을 위반한 상태로 법에 따라 퇴거 조치되거나 형사 처벌된다는 점은 별도로 하고, 노동을 제공하고 임금을 받는 사경제적 행위인 취업 자체는 불법이 아님에도 불구하고 불법취업 이주 노동자로 분류됨으로써 노동법 등 실정법의 보호를 전혀 받지 못하고 있다.

라. 의료이용

Fiedler(1981)에 의하면, 의료이용이란 각 단계마다 환자들의 이용여부에 대한 결정을 요하며, 다양한 결정요인들의 복잡한 상호작용에 의해 나타나는 역동적 과정이라고 할 수 있다. 이러한 현재까지 의료이용을 결정하는 요인을 분석하기 위하여 다양한 모형이 제시되어 있으며, 그 중 Anderson (1968)이 제시한 의료이용형태에 관한 연구모형이 가장 사용용도가 다양하면서 이론적으로 잘 정립되어 있다. Andersen (1968)의 연구모형에 의하면 의료이용의 결정요인들은 필요 요인, 개인의 소인성 요인, 그리고 가능성 요인이다. 소인성 요인이란, 개인이 의료이용 이전부터 지니고 있는 특성들 중 의료이용 성향에 영향을 미치는 요인들을 말하며, 인구학적 변수(성, 연령, 결혼상태, 가족구조 등)와 사회구조적 변수(직업, 교육정도, 인종 등), 그리고 개인의 건강 및 의료에 대한 믿음이 포함된다. 소인성 요인은 의료이용에 직접 영향을 미치기도 하지만 가능성 요인과 필요 요인을 통해 간접적으로 영향을 미치기도 한다. 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. 필요 요인(상병요인)은 환자가 느끼는 필요(욕구)나 전문가가 판단한 의학적 필요를 말하며, 의료이용을 직접적으로 결정하는 요인이다. Aday와 Andersen(1975)은 Andersen모형을 확장한 의료이용 연구모형을 제시하였다. Aday와 Andersen의 의료이용 연구모형은 Andersen이 제시한 3가지 요인을 관할 인구의 특성으로 분류하였으며, 이와 더불어 보건의료체계의 특성을 포함하고 있다. 특히, 보건정책을 통해 의료이용이 개선될 수 있음을 명시하고 있다. 이모형에서 의료이용을 종류, 장소, 목적, 이용정도에 따라 구분함으로써 의료이용 연구의 성과를 높이고자 하였으며, 환자의 만족도를 의료이용 연구의 결과변수로 포함하였다. Aday와 Andersen의 연구모형을 이용하여 분석한 의료이용의 장애요인은 그 종류에 따라 의료이용이 형평을 이루고 있는지, 아닌지를 판단하는데 도움을 주며, 이들의 연구 모형에 포함된 의료이용 결정요인들은 변경 가능한 변수와 변경 불가능한 변수로 구분될 수 있는데 이는 의료이용의 형평성을 달성하기 위해 필요한 보건정책을 결정하는데 도움을 준다.

Penchansky 와 Thomas(1981)는 의료이용에 영향을 미치는 다섯 가지 요인으로 인적 및 물적 의료자원의 공급이 적절한지를 나타내는 유용성, 의료시설에의 지리적 접근성, 의료비용을 부담할 수 있는 능력인 의료비 지불성, 의료기관의 편의성, 그리고 환자와 의료기관간의 상호 수용성 등을 제시하고 이들이 개인의 의료이용 여부에 중요한 영향을 미친다고 하였다.

마. 환자 만족도

Fox와 Storm(1981)은 환자만족도를 진료에 대한 인식과 진료상황의 2가지 차원으로 나누어 정의하였다. 여기서 진료에 대한 인식은 병원을 이

용할 때 환자들이 원하는 것과 기대하는 것을 의미하며, 진료상황은 진료 방법이라든지, 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. Pscoe(1983) 역시 기대이론과 불일치 이론을 이용하여 환자만족도를 정의하였는데, 여기서 그는 환자 만족도를 대조모형과 동화모형으로 나누어 설명하였다. 예를 들어 환자가 의료진과 만날 때 환자들은 어떤 일정한 기대를 가지게 되는데, 이때 환자의 기대와 실제 경험한 것과의 차이가 만족을 결정하게 된다는 대조모형이고 환자가 경험이나 지식의 부족으로 말미암아 스스로 완전히 이해 할 수 없는 상황과 만나게 되면, 실제의 경험이 기대수준을 미치지 못하더라도 기대 수준을 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’라고 정의하였으며, 또한 환자 만족도는 의료서비스에 대한 다차원적인 평가로서 환자들은 의료서비스에 대한 개별속성을 “(1) 매우 만족”에서부터 “(6) 매우 불만족”의 리커트 척도로 평가할 수 있다고 설명하였다(최귀선, 1999).

II. 이론적 배경

1. 우리나라 이주 노동자의 특성

가. 이주 노동자 도입 제도

1) 산업 연수 제

법무부 훈령 제 255호 「외국인 산업기술연수사증 발급 등에 관한 업무 지침」에 근거, 한국기업의 해외투자기업의 현지 고용 인력을 들여오는 것으로 시작하여 중소기업 인력난이 심화됨에 따라 외국인력 도입을 확대하기로 결정하고, 중소기업협동조합중앙회 산하 연수협력단의 주관으로 아시아 11개국(현재 17개국), 27개 송출업체로부터 연수생을 도입하였다. 산업연수생 도입 국가는 15개국으로 베트남, 중국, 필리핀, 인니, 방글라데시, 스리랑카, 파키스탄, 미얀마, 우즈베키스탄, 네팔, 태국, 이란, 카자흐스탄, 몽골, 캄보디아이다. 이들의 문제점은 이주 노동자를 노동자로 인정하지 않고 ‘연수생’이라는 편법적인 지위를 부여하여 인권침해가 조장된다는 것이다.

2) 고용허가제

고용허가제란 사업주에게 특정 외국인 근로자의 고용을 허가하고 외국인 근로자에게는 당해 사업주에게 고용되는 조건으로 일정기간 취업비자를

발급해 주는 외국 인력 제도이다. 고용허가제는 내국인 구인 노력의무를 다한 사업주에게 외국인 고용허가를 부여하고, 외국인에게는 당해 사업장에의 취업을 전제로 취업비자를 발급하는 제도인 반면, 노동허가제는 일정한 요건을 갖춘 외국인에게 노동허가(work permit)를 발부하고, 외국인의 입국 후 국내에서 취업토록 하는 제도이다. 고용허가제는 사업주에게 외국인 고용허가를 요구한다는 점에 중점을 둔 반면, 노동허가제는 국내 취업을 희망하는 외국인 근로자에게 노동허가(work permit)를 요구한다는 점에 중점을 둔 분류이다. 유럽 국가들의 경우 일반적으로 노동허가제를 채택하고 있으나 이는 지리적 여건으로 인해 출입국통제가 불가능하다는 점 등으로 인해 사업주에게 관대한 조치를 취하고 있는 반면, 고용허가제를 채택하고 있는 것으로 알려진 대만·싱가포르·홍콩과 같은 아시아 신흥공업국의 경우 과도한 외국인력 의존 방지 및 내국인 노동시장 보호를 위해 사업주에게 사전 허가신청 등 상당한 통제를 하고 있다(표 1).

연수제도의 폐지와 이주 노동자의 인권보호를 위한 노동허가제 입법에 대한 많은 논란 끝에 2003년 7월 31일 「외국인근로자의 고용 등에 관한 법률」 고용허가제가 국회를 통과되어 8월부터 실시되었다(노동부, 2003). 고용허가제의 도입으로 이주 노동자는 노동자로서의 법적인 지위와 노동 3권이 보장되는 점, 연수제도 하에서 가장 큰 문제로 지적되었던 송출비리를 양산하는 민간 이익집단이 아니라 정부기관(산업인력관리공단, 노동부)에서 인력도입 및 관리업무를 맡음으로써 비리를 줄일 수 있다는 점에서 의미가 있다.

고용허가제의 문제점은 이주 노동자를 노동자로 인정한다는 점, 즉 노동 3권(건강보험도)을 인정하는 점에서 제도적인 진전이 있지만, 그 동안 이주 노동자의 유일한 합법적인 취업경로이자 현대판 노예제도로 불리던 산업연수생제도와 병행 실시되기 때문에 연수제도 하의 문제점은 지속될 예정이

며 동시에 이주 노동자 간의 차별문제가 제기된다. 고용허가제 역시 3년간 취업할 수 있다. 그러나 1년마다 고용주와 재계약을 해야 하기 때문에 기본적인 권리가 제약될 가능성이 높다. 또 취업종료 후 출국하면 1년 이내 고용허가제로 재취업할 수 없다. 기본적으로 고용주의 고용을 중심으로 사고하는 제도로, 이주 노동자가 작업장 내에서 문제가 있다 하더라도 자유롭게 사업장 이동을 할 수 없다. 사업장의 이동이 허용되는 경우는 업체의 휴업과 폐업, 외국인 고용허가 취소, 근로계약해지가 이루어진 경우에 한해 3회(이주 노동자의 귀책사유가 아닌 경우 1회 추가) 인정되며, 사업장 이동변경 신청 후 2개월 동안 직장을 구하지 못한 경우, 고용주와 근로계약 종료 후 1개월 이내 사업장 이동 신청을 하지 않은 경우 강제 출국된다. 합법화 절차를 밟은 이주 노동자의 경우 현재 이미 고용허가제에 준한 취업상황으로 가장 큰 문제가 바로 이 사업장 이동의 제한이다. 작업조건이 본인과 적합지 않은 경우를 비롯하여, 작업장 이동의 사유 입증의 책임을 이주 노동자에게 부과하여 사업장 이동이 어려워 결국 미등록노동자로 전락하게 만들고 있다.

표 1. 이주 노동자 고용제도

	고용허가제	산업 연수 제/ 연수 취업 제	취업관리제	
시행	2004. 8. 17	1994 / 2002	2002. 11 -> 2004. 8. 17	
취업기간	취업 3년	연수 1년 + 취업 2년	취업 2년	
체류자격	E-9 (비전문취업)	D-3 (산업연수) E-8 (연수취업)	F-1-4 (방문동거) 입국 후 E-9 (비전문취업) 전환	
대상	양해각서(MOU) 체결 6개국 : 필리핀, 태국, 몽골, 스리랑카, 베트남, 인도네시아	15개국 : 베트남, 중국, 필리핀, 인니, 방글라데시, 스리랑카, 파키스탄, 미얀마, 우즈베키스탄, 네팔, 태국, 이란, 카자흐스탄, 몽골, 캄보디아	중국 등 외국국적 동포 (25세 이상)	
사회보험	산재보험	O	O	.
	건강보험	O	O	.
	국민연금	△(상호주의)	X	.
	고용보험	△(상호주의)	X	.
관계법령	외국인근로자의 고용 등에 관한 법률	출입국관리법 제19조 2항,3항 및 동법 시행령 제24조	출입국관리법	

자료 : 노동부(2003, 내부자료)

나. 이주 노동자 인력현황

1) 합법 이주 노동자

합법 이주 노동자에는 전문·기술인력, 해외 투자기업 연수생, 산업기술 연수생, 연수 취업자 등이 있다(표 2).

표 2. 이주 노동자의 체류 형태에 따른 인력 현황

(단위 : 명, %)

전 체	합 법 체 류 자						불 법 체 류 자
	소 계	취업사증 소지 근로자			산 업 연수생	해 외 투 자 기 업 연수생	
		비 전문 취업자	전 문 기술인력	연 수 취업자			
332,653 (100.0)	142,919 (43.0)	31,352 (9.4)	22,718 (6.8)	48,994 (14.7)	33,185 (9.9)	6,680 (2.0)	189,724 (57.0)

자료: 법무부(2005, 내부자료). ※ 불법 체류자수에는 비경제활동인구(15세 이하 및 61세 이상) 미포함 (21,638명)

전문기술 외국인력 취업제도는 출입국관리법에 의거하여 전문기술 외국 인력은 교수(E-1), 회화지도(E-2), 연구(E-3), 기술지도(E-4), 전문 직업 (E-5), 예술홍행(E-6), 특정 활동(E-7) 체류자격을 부여받아 국내 취업 가능하다. 특히, IT인력의 경우 골드카드제를 도입하여 국적에 관계없이 복수사증 발급, 체류자격 상한 확대 및 체류자격 외 활동 허용 등 국내 체류활동 요건을 완화하여 시행중이다. 취업절차는 일반 절차 시 당사자 간에 고용계약 체결하여 관계부처 장관의 추천을 받고 법무부장관의 사증발급인정서 발급하여 외국인으로 입국한다. 예술홍행(E-6) 경우 공연업소의 공연요청으로 연예

기획사와 현지 연예인간 고용계약 체결하고 연예기획사의 추천심사를 의뢰하여 영상물 등급 심사 위 추천을 받고 법무부장관의 사증발급인정서 발급하여 외국인으로 입국한다.

해외투자기업 연수생이란 해외투자업체의 현지 고용 인력의 기능향상과 산업설비·기술 수출업체 등의 해외 기술이전을 위해 현지법인의 종업원을 초청하여 국내 기업에서 연수를 시키는 제도로 1991. 11월부터 도입하였다. 연수허용기간은 최장 2년이며 기업규모에 따라 연수 허용인원을 제한하고 있다. 해외투자기업 연수생의 경우 법무부가 출입국 및 체류관리를 수행하고 있으나 별도의 연수생 관리체제는 없으며 구체적인 연수실시 기준도 없어 개별기업에 의한 자의적인 관리가 이루어지고 있다. 이 제도의 취지와 목적은 외국 진출 한국 기업의 현지 공장 노동자를 한국의 모 기업에서 연수시킨 후 현지 공장에 투입함으로써 경영의 효율성을 제고하고 인력난을 겪고 있는 국내 영세·중소기업에서 이주 노동자를 일정기간 연수하도록 하여 인력난을 간접적으로 해소하며 개발도상국에 대한 기술 이전 등으로 경제협력을 도모하는 것으로 있었는데, 이들이 국내 사업장에서 산업연수의 기회보다는 사실상 근로에 종사함으로써 그 취지가 변질되어 여러 가지 제반 문제들을 발생시키고 있다.

산업기술 연수생이란 93년도 출입국관리법에 근거 운영하여 당초 연수 2년으로 제도가 도입되었으나, 98.4월 연수 2년 후 소정의 자격시험에 합격하는 경우 1년간 근로자로서 취업가능토록 제도를 보완하였다. 도입정원은 당초 제도도입 당시 연수생 2만 명으로 시작하였으나, 지속 확대되어 96년에는 84,500명까지 확대하였다. 1993년 기존의 해외투자기업 기술연수생제도를 대폭 확대하면서 1993년 12월 외국인산업기술연수사증발급 등에 관한 업무처리지침이 개정되어 중소기업협동조합중앙회의가 주관하여 국내의 사업장에 취업한 이주 노동자를 말하는데 건설협회, 수협 등으로 모집

기관이 확대되었다. 이들은 명목상 연수생이지 실제로는 인력난에 봉착한 우리나라 중소기업에서 사실상 근로에 종사하고 있고 이들의 임금수준보다 불법 이주 노동자의 임금수준이 약 20-30%정도 높아 이들의 사업장 이탈율이 39.4%인 것으로 파악되고 있어 경제·사회적으로 많은 문제점들이 노출되고 있다(주선미, 1998).

연수 취업자란 1998년 5월 출입국관리법이 개정되면서 산업기술연수생 중 소정의 사업체에서 2년의 산업 연수를 마친 자로서 국가기술자격시험에 합격하고 일정 요건의 연수취업요건을 갖춘 자에게 법무부 장관이 취업활동을 할 수 있도록 체류 자격 변경허가를 부여할 수 있게 되었는데, 이에 의하여 국내 사업장에 취업한 이주 노동자를 의미한다.

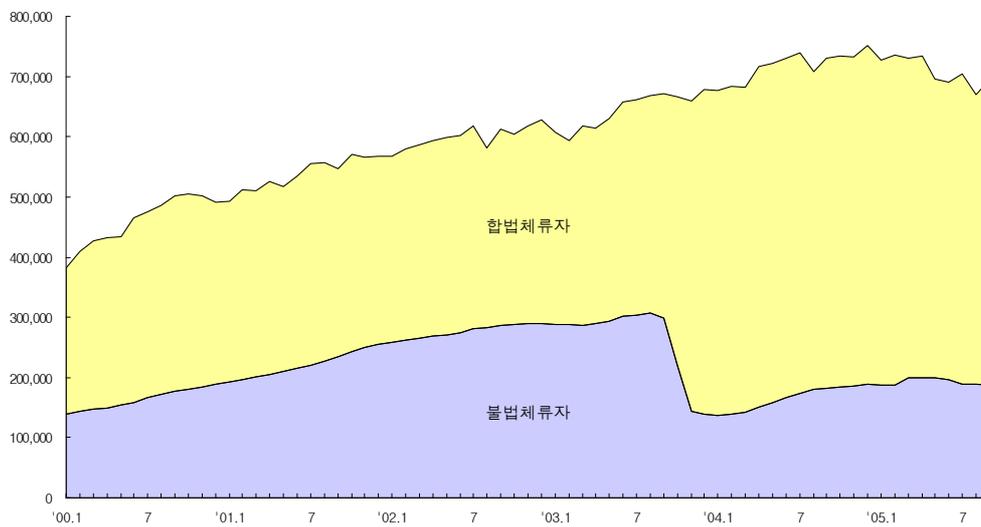
2) 불법 이주 노동자

불법 이주 노동자는 현행 출입국 관리법 상 체류 목적이나 체류기간을 위반한 상태로 법에 따라 퇴거 조치되거나 형사 처벌된다는 점은 별도로 하고, 노동을 제공하고 임금을 받는 사경제적 행위인 취업 자체는 불법이 아님에도 불구하고 불법취업 이주 노동자로 분류됨으로써 노동법 등 실정법의 보호를 전혀 받지 못하고 있다. 불법 이주 노동자들은 대개 처음부터 한국에서 취업할 준비를 하고 15일간의 체류만 허가되는 관광비자나 3개월간의 체류가 허가되는 친척방문비자를 받아 입국하여 국내 업체에 취업한 뒤 비자 만료기간인 15일이나 3개월이 지나도 출국하지 않고 계속 근무하는 방식을 취하는 것이 일반적이다(그림 1, 표 3).

최근 외국인 산업기술연수생이 늘어나면서 연수기간 중 지정된 사업장을 이탈하여 좀 더 조건이 좋은 다른 사업장으로 취업함으로써 자동적으로 불법 체류 상태가 된 경우와 연수기간이 종료된 뒤 귀국하지 않고 불법상

태로 남아서 취업하는 경우도 늘어나고 있다. 물론 자진신고로 인하여 종전까지 근무한 이주 노동자 중 상당수가 출국했지만 훨씬 강화된 입국심사에서도 불구하고 새로운 외국인이 계속 유입되고 있어 일정한 규모의 이주 노동자가 상주하고 있는 것으로 보인다. 즉 국내에 취업하고 있는 외국인 불법 체류 이주 노동자의 전체 숫자는 별 변동이 없는 대신 사람들은 수시로 교체되고 있다고 보여 진다(이은자, 2002).

그림 1. 불법 이주 노동자 현황



자료 : 법무부(2005, 내부 자료).

표 3. 국가별 불법 이주 노동자 현황

(단위 명 %)

연도	계	중국		태국	필리핀	방글라 데시	인도네 시아	베트 남	몽골	스리 랑카	우즈베 키스탄	파키 스탄	기타
		교포											
06'12	186,894 (100)	78,052 (41.8)	29,472 (15.8)	12,305 (6.6)	13,937 (7.5)	12,057 (6.4)	6,023 (3.2)	13,069 (7.0)	11,386 (6.1)	3,218 (1.7)	6,885 (3.7)	4,499 (2.4)	25,463 (13.6)

자료 : 법무부(2005, 내부 자료).

다. 이주 노동자의 의료보험

현재 외국인 산업연수생의 보건의료 관련 관리 업무는 중소기업 협동조합 중앙회에서 총괄적인 책임을 지게 된다. 그러나 실질적인 관리 주체는 산업연수생을 고용한 단위 사업장의 고용주이다. 단위 사업장에서 외국인 산업연수생을 고용할 경우 고용주는 이들을 의무적으로 의료보험에 가입시키도록 규정되어 있고 이들의 의료보험료 가운데 50%를 부담해야 한다. 그리고 산업연수생은 각자가 전체 임금 총액의 1.4%를 의료보험료로 내국인과 동일하게 매달 납부 하고 있다(외국인노동자 의료백서, 2001). 산업연수생이 현행 의료보험 제도의 혜택을 제대로 받을 수 없는 현실적인 이유는 첫째, 의료이용에 대한 접근성이 보장되지 못하고 있기 때문이다. 고용주가 산업연수생을 의료보험에 가입시키지 않거나 의료기관을 이용할 만한 상황을 조성하지 않는 것이 당연시 되고 있다. 산업 연수생을 고용하는 고용주는 이들을 위한 직장의료보험에 가입시키고 내국인과 동일한 의료서비스 혜택을 받을 수 있도록 보장해 주어야 한다. 그러나 이에 대한 감독 및 관리 체계는 매우 허술하다. 또한 언어소통의 문제, 내국인에 비해 훨씬 오랜 시간 근무해야 하는 노동조건 하에서 의료기관을 이용하는 것의 어려움과 함께 고용안정성이 보장되지 못한 상황에서 이주 노동자들은 생명에 위협을 느낄 정도가 아니면 의료기관을 이용할 엄두조차 내지 못한다. 둘째, 현실적으로 의료보험제도에 가입되어 있다고 할지라도 그 보장성이 매우 낮으므로 현재의 제도 하에서 그 실질적인 이용은 제한 될 수밖에 없다. 산업연수생의 평균 월급이 60만 원 정도라 하더라도 이중 기본급의 50%를 강제 적립금 제도에 의해 적립해야 한다. 산업연수생은 실질적으로 본인이 쓸 수 있는 돈이 거의 없기 때문에 의료기관을 이용하는 과정에서 지불해야 할 본인 부담 금액에 대해 부담을 느낄 수밖에 없다. 뿐만 아니라

보험 적 차원의 지원을 필요로 하는 심각한 질병의 경우 진료비 가운데 본인 부담금이 차지하는 비율이 매우 높다. 따라서 저임금에 시달리며 노동강도가 높은 산업에 종사하는 산업 연수생으로서는 의료보험에 가입이 되어 있다 하더라도 실질적인 혜택을 받을 기회는 매우 협소한 것이다. 2005년 8월부터 입국하는 신규이주 노동자들도 의료보험에 의무적으로 가입하도록 되어있다. 따라서 18만에 이르는 미등록 체류자들이 합법적인 지위를 획득함으로써 의료상황이 대폭 개선되고 병원이용이 용이 할 것으로 전망하였으나 실제로는 의료보험 적용이 사업주의 선택사항이 됨으로써 대부분은 미등록으로 체류 할 때와 별반 다르지 않는 상황이 되풀이 되고 있다. 셋째, 의료보험의 적용이 되어도 질병발생이나 산재발생 등 치료가 필요한 경우를 제외하고는 일상적 차원에서의 예방과 교육을 통한 건강관리 및 질병관리가 되지 못하고 있는 현실이다(이왕준, 1999).

불법 이주 노동자들에게는 1994년 1월부터 산재 보험만 적용되었다. 그런데 이 제도의 실행은 극히 미미하였다. 사업주들이 이를 지키지 않고 정부 당국도 관리 감독을 소홀히 하며 이를 규제 할 법적인 장치가 없기 때문이다. 또한 산재보험은 한국 국민에게도 5인 미만 사업장에는 적용이 안 되는 것이므로 대부분 불법 체류 취업자의 사업장은 영세 사업장으로 5인 미만이고 또 5인 이상 사업장이라 해도 불법 이주 노동자를 고용한 사업장의 사업주가 이들을 고용한 것에 대해 노출을 꺼려하기 때문에 적당히 치료비만 물어주는 실정이며 대개 사업주가 자력이 없기 때문에 치료비조차 감당하지 못한 때도 많다(김해성, 1996; 박석운, 1997). 우리나라 정부차원의 의료보장이 미미하기 때문에 민간차원에서 이주 노동자를 위한 의료보장 및 의료지원 활동을 전개하고 있다. 이 지원 활동은 종교단체나 교회 등에서 실시하는 주말 무료진료와 병원에서 무료나 생활보호수준의 진료비로 진료해 주는 제도, 그리고 이주 노동자가 스스로 회원이 되어 참여하는

의료 공제회 제도가 있다. 주말 무료진료는 상당한 호응을 얻고 있으나 1차 진료에 머무르는 한계가 있다. 또 병원에서 무료진료나 저렴한 비용으로 진료를 하는 곳은 적십자사, 천주교 및 개신교, 근로복지공단의 도움으로 이루어지고 있고 경우에 따라 병원에서 의료비 할인을 해 주는 곳도 있다(이건 등, 1993; 서영태, 1995; 박석운, 1997; 인명진, 1997). 2005년부터 보건복지부는 복권기금으로 외국인 근로자등 소외계층에 입원 및 수술비등 본인부담이 큰 항목위주로 의료비를 지원하는 무료진료사업을 시행하고 있다.

이주 노동자에게 적용되는 4대 보험은 다음과 (표 4) 같다.

표 4. 외국인력 제도별 의료보험 적용현황

※ ○ : 적용 △ : 임의적용 또는 상호주의 × : 미적용

	중기협연수생	해외투자기업 연수생	고용허가제를 통한 이주노동자		미등록체 류자
			합법화 된 자 (E-9비자)	신규인력	
산재보험	○	○	○	○	○
의료보험	○	×	△ (임의적용)	○	×
국민연금	×	×	△ (상호주의원칙)	△ (상호주의원칙)	×
고용보험	×	×	△ (임의적용)	△ (임의적용)	×

자료 : 희년선교회(2006, 내부자료)

고용보험의 경우, 근로자 신분이 인정되는 전문기술인력, 방문동거 취업자, 연수취업자의 경우 고용보험법시행령 제3조에 의거하여 임의가입대상이 되는 반면 근로자 신분이 인정되지 않는 산업연수생 및 해외 투자기업

연수생의 경우 적용대상에서 제외된다.

국민연금의 경우 산업연수생, 해외투자기업 연수생, 방문동거 취업자 경우 적용 제외되며 전문·기술 인력과 연수취업자의 경우 상호주의 원칙에 의거 외국인에 대해 당연 적용하는 국가의 외국인근로자 경우에만 적용된다. 상호주의 원칙에 따라 출국 시 국민연금 적립금이 반환되는 국가가 일부(인도네시아, 카자흐스탄)있다. 당연적용국가는 스리랑카, 인도네시아, 중국, 필리핀, 이란, 태국, 몽고, 카자흐스탄 8개국이며 네팔, 베트남, 방글라데시, 미얀마, 파키스탄, 우즈베키스탄 6개국은 적용제외 국가이다.

해외투자기업 산업연수생은 「해외투자기업 산업연수생에 대한 보호지침」 제 3항에서 사업주는 연수생에게 연 1회 건강검진을 실시하고 산업 보건 의와 보건관리자 등을 활용하여 연수생들의 건강지도 및 상담을 해야 한다고 명시하고 있다. 합법적인 신분인 해외투자기업 연수생 역시 의료혜택과 같은 기초 사회보장은 내국인과 동일한 선상에서 제공되어야 하지만, 대다수 사업장은 의료보험에 가입하지 않거나, 연수생들만 제외시키기도 한다. 그리고 연 1회 건강검진 실시를 의무화하고 있지만 실제 이를 시행하는 업체가 없고, 관리 감독하고 처벌하는 기관도 없는 실정이어서 사실상 해외투자기업 산업연수생을 위한 의료혜택은 거의 없다고 해도 과언이 아닐 것이다. 중소기업 산업연수생을 고용한 사업장은 의료보험에 의무적으로 가입하도록 되어있다. 그러나 최저임금을 받는 연수생들은 이러한 의료보험료조차 부담스러워 하고 있는 실정이고, 일부는 의료보험에 대한 아무런 설명을 듣지 못해서 자신이 그런 혜택을 받을 수 있다는 사실조차 모르는 경우가 많다. 의료문제를 비롯한 전반적인 연수생의 문제는 중소기업 협동조합 중앙회와 위탁관리회사가 관리하게 되어있고, 연 1회 건강진단을 실시토록 하고 있다. 그러나 검진결과 에이즈, 매독, 간염, 결핵 등 이상소견이 발견된 경우 검진 자에 대한 개별통보 이전에 중소기업에 통보하도록

되어있으며, 이 때 연수생은 즉시 강제 출국된다.

고용 허가 제도를 통한 이주 노동자는 2005년 8월부터 입국하는 신규 이주 노동자들도 의료보험에 의무적으로 가입하도록 되어있다. 단, 2004년에 합법화된 노동자들은 의료보험 임의적용 대상이다. 따라서 18만에 이르는 미등록 체류자들이 합법적인 지위를 획득함으로써 의료상황이 대폭 개선되고 병원이용이 용이할 것으로 전망하였으나, 실제로는 의료보험 적용이 사업주의 선택사항이 됨으로써 대부분은 미등록으로 체류할 때와 별반 다르지 않는 상황이 되풀이 되고 있다(희년선교회, 2006).

라. 이주 노동자 지원 단체의 최근 현황과 흐름

우리나라에 체류하고 있는 이주 노동자들은 열악한 환경에 노출되어 있고 의료보장도 제대로 안된 채로 불안한 생활 속에서 여러 가지 불이익과 불편을 감수하면서도 자기 나라로 돌아가지 않으려고 하며 강제 송환된 경우에도 우리나라에 다시 들어오려고 하는 데는 경제적인 이유가 가장 크게 작용한다. 경제적으로 윤택해지려는 것은 궁극적으로 삶의 질을 향상시키기 위함인데(유승흠 등, 1994) 그 과정에서 이들은 아주 질이 낮은 삶을 살고 있다.

한국에 체류하는 합법 이주 노동자는 우리나라에 오기 위해 비싼 커미션을 주고 왔기 때문에 빚을 갚기 위해 열심히 일하고 있으나, 불법 이주 노동자는 신분 때문에 잔업 등의 강제 근로를 당하고 의사소통이 잘 되지 않음으로 폭언과 구타도 당하게 되며 임금체불을 자주 경험하게 되어 불안과 스트레스를 받고 있다. 또 주거환경이 열악하여 위생적인 생활을 힘들고 음식이 맞지 않음으로 영양 부족상태에 이르게 되며 무리한 육체노동과 유해 환경에 노출되어 있고 기계 조작에 미숙해 사고의 위험도 있다. 불법

이주 노동자가 느끼는 단속과 추방에 대한 심리적인 두려움뿐만 아니라, 대부분의 이주 노동자들이 작업장 내에서, 또는 일상생활 속에서 인권침해와 차별적인 처우들에 노출되어 있어 이들이 심리적으로 느끼는 위축감과 불안감, 모멸감 등 스트레스가 많은 것으로 분석되고 있다.

이주 노동자를 지원하는 교회나 단체가 양적으로 많이 늘어나 이주 노동자들이 가까운 곳에서 상담, 무료진료를 받거나 한국어를 배울 수 있게 된 것은 바람직하다. 그러나 교회나 단체들이 상호 협의 하에 활동을 공유하면서 각 단체들의 활동을 특화하거나 전문화하는 방식으로는 나아가지 못하고 있다. 거의 동일한 내용의 활동이나 행사를 하거나 경우에 따라서는 중복, 경쟁적으로 벌이기도 한다. 결국 양은 늘어났지만, 질적 발전은 아직 기대하기 어렵다. 지금까지 이주 노동자 지원 활동은 이주 노동자의 가장 기본적인 인권보호를 위한 활동, 그리고 제도적으로 연수 제 폐지와 노동운동단체에서는 노동허가제 도입, 즉 노동기본권 보장을 위해 활동해왔다. 그러나 고용허가제 도입과정에서 이주 노동자 운동 진영은 내부적으로 심한 갈등을 겪어야 했다. 쟁점은 고용허가제가 미흡하긴 하나 운동의 결실이므로 적극적으로 수용해야 한다는 입장과 오히려 또 다른 왜곡의 길임으로 거부해야 한다는 입장으로 나뉘진다. 그러나 갈등의 깊은 골은 이주 노동자 운동의 방향을 둘러싼 선명한 입장 차이나 이론적 차이보다는 상호간의 불신으로 기인한 것이 더 크다. 그러나 문제를 좀 더 깊이 들여다보면, 다분히 감성적 수준에서 활동해왔던 이주 노동자운동이 이제 종교 활동(선교활동), 사회복지사업, 노동운동, 사회운동 등으로 활동의 성격과 방향이 분화되고 정리되어야 할 때, 그리고 체계를 정비해야 할 때가 되었음을 의미하는 것이기도 하다.

보건복지부는 노숙자 및 국내 거주 외국 근로자 중 제도적으로 의료 혜택을 받지 못하는 사람들을 대상으로 의료비 부담이 큰 입원 및 수술 비

등을 무료로 지원하는 사업을 2005년 5월부터 실시하였고 46억 원(복권기금)으로써 지방 자치 단체의 재정사정을 고려하여 지방비 부담 없이 전액 국비(100%)로 지원하기로 하였다(회년선교회 내부자료,2006). 무료 진료의 범위는 외래진료를 제외한 입원 및 수술비 등 본인 부담이 큰 비용을 지원하는 것을 원칙으로 하되, 무료진료의 남용을 방지하기 위해 1인당 진료비를 500만원 이내로 하고, 추가 진료가 필요한 경우에는 시·도지사의 승인을 받아 지원이 가능하도록 하였다. 무료진료의 시행기관은 적십자 병원(6개소), 지방 공사의료원(34개소) 및 최근 2년간 무료진료 실적이 있는 의료기관으로서 시·도에 등록된 의료기관으로 한정하고, 자원봉사단체 등 민간단체는 입원 및 수술이 필요한 환자를 무료진료 사업 시행 기관에 의뢰할 경우 우선적으로 진료를 받을 수 있도록 연계 체계를 마련하였다. 정부가 소외 계층에게 지원하는 무료진료사업은 의료의 사각지대에 노출되어 있는 이주 노동자를 비롯한 노숙자 및 이주 노동자 자녀들에게 도움이 되고 있다. 선정된 이주 노동자는 입원과 수술진료(단순외래 진료는 제외)에 대한 진료비용의 대부분이 지원되기 때문에, 아프고 경제적 상황이 여의치 않을 때 큰 도움을 받을 수 있다. 하지만 만 2년이 되는 시점에서 대상자는 넓혀졌지만 상기 대상자 선정 방법이 너무 엄격하여 시행기관에서 받아주지 않고 불법 이주 노동자는 사증이나 외국인 등록증을 가지고 있지 않기 때문에 대부분 신원 확인이 되지 않아 무료진료 대상자에서 제외된다. 특히 국내 발병여부를 기준으로 적용하기 때문에, 만성질환 및 암 같은 위중환 질환은 해당되지 않고 의료기관에서도 기피한다. 건강보험 대상자도 아니면서 무료진료 제외 대상자들이 바로 의료의 사각지대에 놓여 있다. 하나는 직장의료보험 경우이다. 대부분 고용주가 건강보험료 사업주 부담을 거부하기 때문에 가입하지 못하기 때문이다. 또 하나는 지역의료보험 경우 이들은 지역보험료가 평균 4만 5천 원 이상의 보험료(평균70만원 월

급의 6%에 해당)를 요구하기 때문에, 우리나라 최저 생계비136만원(4가구)에도 못 미치는 월평균 급여로 사는 이주 노동자들에게 지역의료보험료의 부과체계는 개선해야 마땅하다(서울대학교 건강증진 사업단, 2006).

이주 노동자 대상으로 의료지원 서비스를 제공하는 조직은 질병을 앓고 있는 이주 노동자들이 마음 놓고 진료를 받을 수 있도록 하고 이주 노동자들이 진료비 문제로 병을 방치하여 생명을 잃는 일이 없도록 도우며, 이주 노동자를 대상으로 정기적인 진료 및 건강검진을 실시하고, 이주 노동자를 대상으로 질병 예방을 위한 교육을 실시하는 등의 활동을 하고 있다. 예를 들면 ‘희년 의료 공제회’와 ‘외국인 노동자 의료 공제회’는 의료 공제 카드를 발급하고, 공제 회원 회비를 징수하며, 회원에게 의료 공제 서비스를 제공한다. 의료 공제회에 가입된 회원은 1차 진료기관인 지정 개인병원에서 총 진료비의 30-40%의 비용만 부담 하고도 치료를 받을 수 있고 지정 종합병원에서는 40-50% 할인된 금액으로 치료를 받을 수 있다. 운영자금(재정)은 공제회의 경우 회원의 회비 수입을 기본으로 하되 후원금을 건어서 운영하지만, 나머지 단체는 후원금으로만 운영하고 있다. 후원금은 정부·공공기관·시민단체·재단·기업·개인 등으로부터 모금하는 형식을 취한다(희년 선교회, 2006). 공제회에 연계된 진료소에서는 2, 3차 병원에 의뢰하게 되는데 이주 노동자가 3개월 이상 월 6000원의 보험료를 내게 되면 입원 시 부조를 받을 수 있다. 입원 시 2차병원은 의료보험수가 100% 청구에 20%할인을, 3차병원은 의료보험수가 100%급여지불에 선택 진료비 감면을 하기 때문에 민간 의료부조 공제회의 도움이 이주 노동자에게는 실질적인 혜택이 된다.

2. 국내·국외 선행연구

외국인 이주 노동자와 관련된 선행연구에서 홍윤철, 하은희(1996)는 외국인 근로자의 근로실태조사를 통하여 이주 노동자들의 한국에 대한 인식도는 한국에 오기 전에 비하여 한국에 온 후 인식이 부정적으로 바뀌었으며 특히 사업주에 대한 인식이 상당히 부정적인 것으로 보여주었다. 근로조건을 살펴보면, 섬유·의류 제조업에 가장 많이 취업하고 있었고 대부분 20인 미만의 영세 사업장이었으며 근무기간 1년 미만, 하루 근로시간은 10시간 이상이 대부분을 차지하였다. 산업재해를 당한 이주 노동자가 15.8%였으며 그 중 산재보상을 받은 경우는 5%에 지나지 않았다. 건강상태도 한국에 온 후 나빠지고 있는 것으로 나타났으며 질병 치료비에 대한 지불자가 대부분 이주 노동자 자신이었다. 또한 대부분의 근로자가 건강진단을 받지 못하였으며 건강진단을 받더라도 많은 이주 노동자들이 어떠한 목적으로 받는지 모른다고 하였다.

이명희 등(1997)은 외국인 근로자의 근로실태가 스트레스에 미치는 영향의 연구를 통하여 PWI 점수에 미치는 요인결과 계약기간이 짧을수록, 작업시간이 길수록 PWI점수가 유의하게 높은 결과를 보였으며 또한 고 위험 스트레스 군과 잠재적 스트레스 군의 분포는 계약기간, 직장의 근로자 수, 의사소통 여부에 따라 영향을 미치는 결과를 보였다.

박용우, 이행(1997)은 외국인 진료소 내원 환자의 진료 내용을 분석한 결과 예방목적의 진료 및 급성질환이 많은 특징이 있음을 확인하였다. 총 진료건수 4,381건에 의한 상병분포를 보면 일반진찰 및 검사 6.0%, 예방접종 4.5%, 출산 전 관리 3.4%, 특수목적의 검사 3.1% 등 질병예방 목적의 진료건수가 전체의 17.0%로 가장 많았고, 급성 인후염을 포함한 급성 상기도 감염, 감염성 설사, 기관지염 및 중이염 등 급성 감염성 질환이 많았다.

주선미(1998)는 이주 노동자의 특성과 의료이용 실태 조사를 통하여 우리나라에 체류하는 이주 노동자는 대부분이 아시아 지역 출신으로 고졸 이상의 고학력자가 영세 제조업체에서 일하고 있으면서 불법 이주 노동자가 77.4%를 차지하였다. 월평균 수입도 70만원 미만으로 대부분의 이주 노동자가 의료비 지출을 못하고 있으며 의료보장이 없고 의료기관은 병원을 많이 이용하고 의료비를 지출하는 경우에는 병원에서 할인 혜택을 받거나 직장, 종교단체에서 지원을 받는 현실을 감안할 때 정부차원의 보건정책이 수립되어야 한다고 제안하였다.

홍승권 등(2000)은 한국 일부지역의 이주 노동자의 의료이용 실태와 상병 사망양상의 조사를 하였다. 최근의 질병이환자 중에서는 근 골격계가 가장 많았으며, 상병양상의 조사에서는 신체 계통으로 분류하면 호흡기계 21.2%, 근 골격계 20.6%, 소화기계 15.8%, 순환기계 12.5% 순서였다. 상병양상과 직업, 기후의 변화와 연관이 있다고 추정하였으며 많은 산업재해로 인한 사망과 간단한 질병을 제 때에 치료받지 못하여 사망하는 경향을 보인다고 하였다. 또한 전체 월평균의 의료비는 수입의 5%에 해당되었고, 의료보장유무는 의료보장이 없는 사람이 69.4%로 대부분의 이주 노동자에게는 의료보장이 안 되었다.

김은정(2001)은 이주 노동자의 정신건강에 관한 연구를 통하여 개인체계의 한국어 수준과 가족체계의 가족 국내 거주 여부는 이주 노동자의 정신건강에 통계적으로 유의미한 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났으나 사회체계의 사회적 관계망 크기와 사회적 지지정도는 각각 이주 노동자의 정신건강에 유의미한 영향력을 미쳤고, 정보제공이 이주 노동자의 정신건강에 유의미한 영향력이 있는 것으로 나타나 이주 노동자의 정신건강 증진을 위한 개입방향에 중요한 함의를 제공하였다.

설동훈 등(2002)의 국내 거주 이주 노동자 인권실태조사에서 2000년 7월

부터 산업재해보상보험법의 당연 적용 대상이 1인 이상의 모든 사업장으로 확대되면서, 법적으로는 모든 이주 노동자에게 산업재해보상보험이 적용되고 있지만 사회보험에 가입하였다고 응답한 이주 노동자의 비율은 국민연금에서 9.2%, 국민건강보험에서 19.6% 정도에 불과하고, 응답자의 절반가량은 자신이 산업재해보상보험 · 고용보험 · 국민건강보험 · 국민연금 등 사회보험에 가입했는지 여부조차 모르고 있다고 하였다. 32.2%는 한국에 입국한 이후 산업재해 피해 경험이 있는 것으로 응답하였고 부상의 직접적인 원인은 작업에 사용되는 기계·기구의 안전설비 미비가 34.7%, 본인실수 17.7%, 동료의 실수 17.0%, 작업 기계 사용법을 몰라서 10.2%, 작업에 사용되는 약품이나 기타 화학물질의 유독성 7.6% 등으로 인한 것으로 조사되었다.

여오숙(2003)은 이주 노동자의 의료서비스에 관한 연구를 통하여 이주 노동자들은 자신들의 법적지위 문제에 가장 관심이 많고 그 다음으로 건강 문제를 들고 있다. 그들은 건강을 위하여 상당히 적극적이라 본국에서 약을 우송하여 복용하는 사례가 다수 있을 정도라고 하였다. 이들을 위해 가장 시급한 것은 무료진료소의 확충이며 자원봉사활동의 활성화이기에 정부의 자원봉사자 지원제도가 적극적으로 추진되어야 한다고 제안하였다.

반애련(2004)은 이주 노동자의 의료이용실태에 관한 연구를 통하여 이주 노동자들이 주로 이용하는 의료기관은 무료진료소 27.9%, 인근약국이 20.6%, 한의원이 16.2%, 보건소가 10.3%, 종합병원이 7.4% 보여주었고, 신분의 노출을 염려한 사람들 16명 중 56%가 무료진료소를 이용하고, 의료비가 저렴하다는 이유로 13명 중 46.2%가 무료진료소를 선택했다.

국제보건의료발전재단(2005)의 이주 노동자 보건의료실태 조사연구를 통하여 건강보험카드를 소지 않은 이주 노동자는 10명 중 7명꼴이며, 한국에 입국한 후에 아픈 경험이 있는 이주 노동자는 10명 중 6명꼴이다. 이주 노

동자의 가장 높은 질환은 위·십이지장 궤양, 고혈압, 알레르기, 류마티스 질환, 관절질환, 당뇨병 등의 순이었다. 이주 노동자들은 무료진료기관의 의료이용에 관하여 물리적 거리, 불친절이나 긴 대기 시간 등으로 인해 불편한 점이 있었으며, 진료 이외의 정신 건강 상담, 기초 건강검진, 보건교육 등의 의료서비스는 부족하다고 지적하였다.

김정원(2008)의 국내 이주 노동자의 건강상태와 의료서비스 이용에 관한 연구를 통하여 이주 노동자의 건강상태에 미치는 요인으로는 국적, 사회적 지지, 우울, 생활사건(스트레스), 평상시 건강인식, 건강염려도, 규칙적 운동, 흡연이었고 사회적지지가 높을수록, 건강 염려 도는 낮을수록, 규칙적 운동을 많이 할수록, 비 흡연자일수록 이들의 건강상태는 양호하였다. 의료서비스이용에 있어서 개선점으로는 시설개선, 친절, 절차의 간소화, 진료시간 조절, 대기시간 단축, 의사소통문제의 해결, 진료수준향상의 순으로 조사되었다.

국외에서는 Torres(2000)등은 스페인에서 이주 노동자와 건강상태에 대한 연구를 하였다. 이 연구에서는 합법 이주 노동자들이 불법 이주 노동자들보다 의료이용을 더하고는 있지만, 법적유무가 큰 차이를 나타내지 않았으며 성, 국가, 교육, 스페인 언어여부, 건강상태에 대한 인식, 스페인의 얼마나 살고 있는지가 의료이용과 관계가 있었고 나이, 의료이용의 어려움, 의료서비스의 질, 직업, 수입은 의료이용과 관계가 없었다라고 서술하였다 (Torres AM,2000).

네덜란드의 Uniken Venema(1995)등은 이주민의 건강상태와 이에 미치는 요인에 대한 연구를 하였다. 이 연구에서 이주민은 자국민에 비해 건강상태가 더 낮은 것으로 보고하였으며, 사회문화적 인자로 음식, 언어, 이주로 인한 스트레스 등이 사회경제적 인자로 낮은 임금, 작업환경, 주거환경,

적절한 의료 이용 등이 영향을 주고 있다고 보고하였다.

네덜란드의 다른 연구인 Stronks(2001)등의 연구에서는 유럽에서는 이주에 관계없이 균등한 의료서비스의 이용을 주장하고 있으며, 이에 대한 연구로 네덜란드 이주민 사이에 의료서비스의 이용 현황과 차이점에 관하여 보고를 하였다. 이 연구에서 네덜란드 이주민 사이의 의료 이용은 사회경제적으로 낮은 계층에 있는 경우 이외에도 출신 국가에 따라 문화적 차이에 의해서도 차이가 있다고 보고하고 있다. 또한 이 연구에서는 향후 연구에서 이주민에게 자국민과 균등한 의료 서비스를 제공에 필요한 인자를 파악하고 이를 해결하는 것이 중요하다고 주장하고 있다.

미국에서 Leclere(1994)등은 이주민과 자국민 사이의 의료 서비스 이용에 영향을 주는 인자에 대한 연구를 하였다. 이 연구에서 자국민에 비해 이주민의 의료 이용은 체류기간, 언어의 장애, 및 의료보험의 유무에 의해 차이가 있다고 보고하였고, 체류기간이 10년 이상인 경우는 자국민과 의료 이용에 있어서 차이가 없다고 보고하였다.

캐나다의 Newbold(2005)의 연구에서는 이주민과 자국민 사이의 건강상태와 의료이용에 비교를 하였는데, 최근에 이민한 그룹일수록 자국민에 비해 의료 이용을 많이 하고 있으나, 건강상태가 좋지 않다고 보고하였다. 이 연구에서 의료 이용은 병원뿐만 아니라 침, 마사지 치료 등의 대체의료 모두를 포함하여 분석하였으며, 이 결과를 바탕으로 저자는 실제로는 이민자에게 특히 비용이 추가 될 경우 꼭 필요한 의료이용은 이루어 지지 않고 있다고 주장하였다.

영국은 다른 나라와 달리 이주를 목적으로 이민 온 외국인(6개월 이상 체류)에게 담당 주치의의 배정 등을 비롯한 의료 서비스를 무료로 제공하고 있다(Hargreaves,2006). 최근 이주민의 의료 서비스에 대한 Hargreaves 등의 연구에서 여자가 남자보다, 나이가 많을수록, 체류기간이 길수록 유의

하게 국가 보건의료 서비스에 등록하여 담당 의사를 배정받는다고 보고하였으며, 이에 더 나가 어떻게 하면 국가적으로 더 적극적인 홍보를 통해 이주민들에게 담당 의사를 배정해야 한다고 주장하였다.

의료이용 만족도와 관련된 선행연구에서는 Hall과 Dornan(1988)은 221개의 환자만족도 연구를 이용하여 메타분석을 실시한 결과 환자 만족도의 구성요인으로 전반적 만족도, 시설, 접근성, 환자의 사회·심리적 문제에 대한 고려, 기술능력, 정보제공, 비용, 관료주의, 전반적인 의료의질, 결과, 의료의 지속성, 친절성의 12가지를 제시하였다.

Aharony 등(1993)은 환자의 만족도에 관한 논평에서 환자 만족도의 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.

이선희 등 (1998)은 국내 118개 종합병원을 대상으로 환자 만족도 조사 현황에 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·비 의사 진료·의료서비스의 이용절차상의 편리성·시설 및 의료기관의 외부환경·인력과 시설의 청결 등으로 구분하였다.

박장순(2002)은 종합병원 입원환자를 대상으로 의료이용 만족도를 시설과 환경, 의료진의 기술·전문성, 절차 편리성, 병원직원 친절·성의, 치료

결과로 구별하였으며 이에 미치는 영향 인자들을 분석하였다.

김복연 등(1991)은 의료보호 대상자의 의료 이용양상을 조사하였는데 의료이용에 대한 만족도를 ‘의료인의 태도’, ‘치료의 질’, ‘비용’, ‘환경’, ‘행정적인 절차’ 등 5개의 항목으로 나누어 조사하였다. 본 연구에서 이를 의료 이용 만족도 조사도구를 인용하였다.

국내에서 이주 노동자에 대한 실태와 건강에 대한 조사는 많으나, 의료 이용과 만족도에 대한 연구는 거의 없는 실정이다. 따라서 본 연구는 위의 선행 연구를 바탕으로 이주 노동자의 의료 이용에 대한 만족도를 5가지 항목에 의해 분석하였다.

Ⅲ. 연구내용 및 방법

1. 연구 모형 및 가설

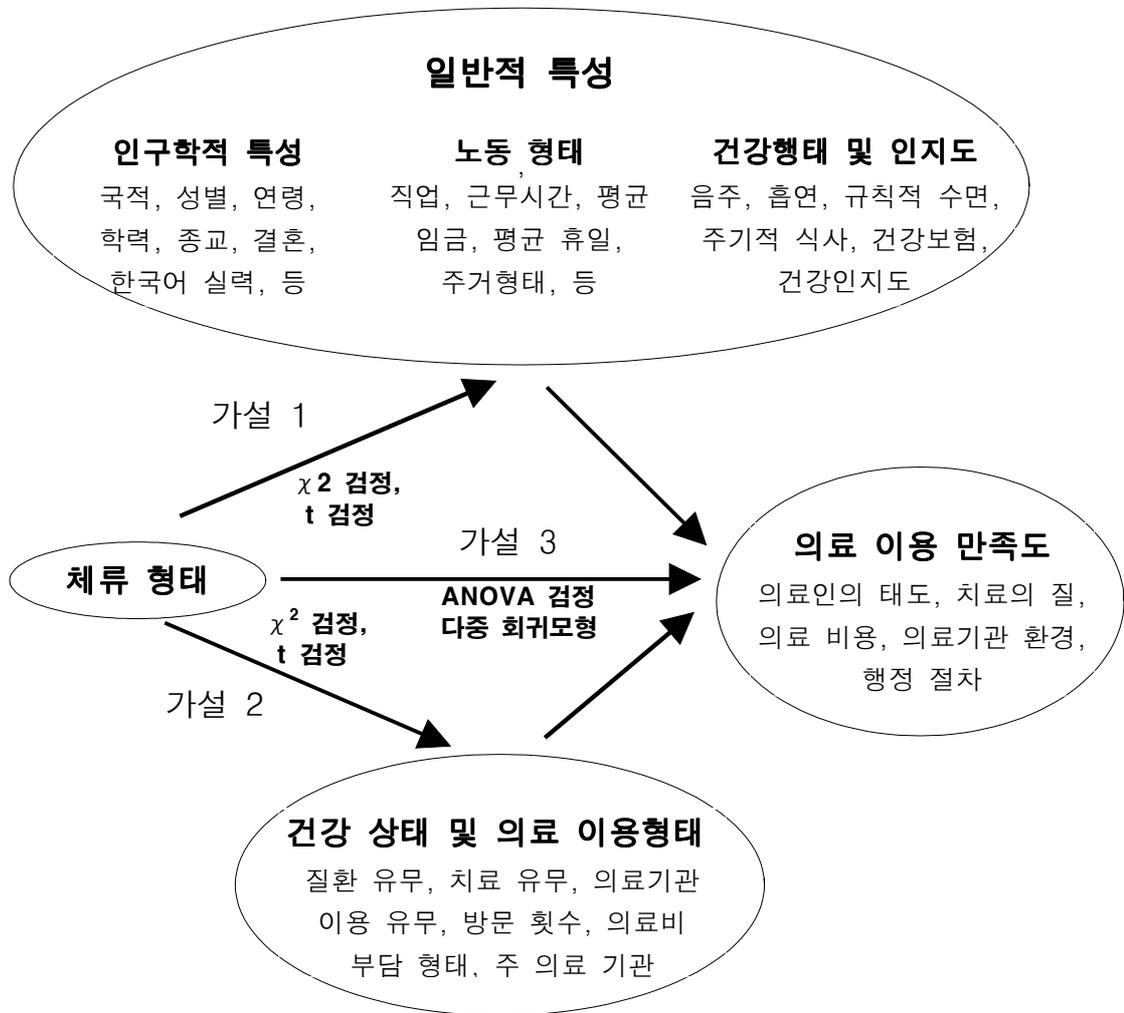
가. 연구 모형

본 연구는 인구학적 특성과 노동형태, 건강 행태 및 인지도, 건강상태, 의료이용형태를 독립 변수로 하여 종속변수인 이주 노동자의 의료이용 만족도를 비교 분석하였다. 의료이용에 대한 만족도는 모두 5항목으로 의사의태도, 치료의 질, 의료비용, 병의원 환경(병원 시설 및 교통 등의 접근도 포함), 행정절차로 조사하였다.

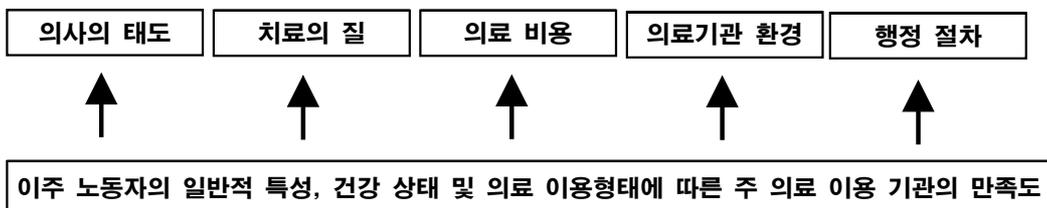
독립변수는 선행연구들에게서 유의한 연관이 있었거나 의미 있었다고 보고 된 변수들과 우리나라의 상황을 고려하여 선별하였다. 선별된 독립변수에 따른 대상자의 특성과 의료이용 형태와 의료이용 만족도를 제시하고 카이제곱 검정, T-test, 분산분석(ANOVA)을 이용하여 대상자의 특성에 따라 비교하였다. 이주 노동자의 일반적인 특성에 대한 각 영역별 의료이용 만족도와 전체 평균 만족도의 요인분석으로 다중회귀모형을 실시하였다. 분석 모형은 그림 2와 같다.

그림 2. 분석 모형

[모형 1] 이주 노동자의 특성과 의료이용 만족도에 영향을 주는 요인



[모형 2] 의료 이용 만족도 (가설 3, 다중 회귀 모형)



나. 연구 가설

이주 노동자를 위한 보건의료지원 사업에 있어 이주 노동자의 의료이용 형태에 따른 의료이용 만족도에 관한 분석은 반드시 필요하다. 이에 의료이용형태에 따른 의료이용 만족도에 영향을 미치는 요인분석을 위하여 아래와 같이 가설을 검증한다.

가설 1. 국내 이주 노동자의 일반적 특성은 체류형태에 따라 차이가 있을 것이다.

국내 이주 노동자의 일반적인 특성은 여러 연구에서 보고하였다(주선미, 1998; 반애련, 2004; 김정원, 2008). 하지만 체류형태에 의한 분석한 연구는 드문 실정이다. 법무부(2006)의 자료에 의하면 중국 출신 이주민이 불법인 경우 43%로 합법보다 많은 것으로 보고하였다. 홍승권(2006)의 연구에 의하면, 불법 체류자가 초등학교 이하의 학력을 가진 경우가 합법에 비해 더 많았으며, 종교가 이슬람인 경우가 합법 이주민에 비해 더 많은 것으로 보고하였다. 체류기간의 경우도 불법 이주민이 합법 이주민에 비해 더 길었다. 또한, 월 평균 임금과 한국어의 구사 능력에도 차이가 있는 것으로 보고하였다. 이는 불법으로 체류하게 되는 원인은 한 가지 요인으로 단정할 수는 없으며, 특히 이주 노동자의 경제적 이득과 국내 노동 환경이 맞물려 일어나는 복합적인 요인에 의한다고 본다.

그러므로 불법 이주노동자와 합법 이주노동자의 일반적 특성에 차이가 있을 것으로 이며, 이러한 차이는 건강 상태, 의료 이용 형태 및 의료 만족도에 영향을 미칠 것으로 사료된다.

가설 2. 국내 이주 노동자의 건강 상태 및 의료이용 형태는 체류형태에 따라 차이가 있을 것이다.

의료보험이 적용되는 연수생들의 경우 몸이 아파도 큰 부담이 없지만, 불법 이주 노동자들의 경우 몸이 아프면 일단 거액의 진료비 때문에 병원 이용을 주저하고 있다. 의료보험이 없는 일반 환자의 경우 보험환자의 5-6 배에 육박하는 진료비를 부담해야 한다. 의료보험이 없는 이주 노동자들은 병원 접수 시 인적사항을 기록할 때 생년월일이나 여권번호를 요구하거나 혹은 신분증 제출을 요구하기도 하여 진료를 포기하기도 한다. 또한 일상 생활에서의 모든 것에서 단속과 추방에 대한 위협으로부터 자유로울 수 없기 때문에 밖에 나가는 것 자체를 꺼리기도 한다.

의료보험이 있는 연수생들의 진료비 부담은 불법 이주 노동자에 비해 적은 편이지만, 연수생들 역시 손쉽게 병원을 이용할 수 없는 상황에 놓여 있다. 특히 문제라고 생각되는 것은, 의료보험에 가입되어 있는 이주 노동자들의 경우도 그 사실을 인지하지 못하고 있는 경우이다. 2002년도 국가인권위원회가 발간한 ‘국내 거주 외국인 인권 실태 조사’에 따르면, 한국계 산업연수생 응답자 모두가 의료보험이 가입되어 있는 것을 알고 있는 반면, 비한국계 산업연수생의 경우 가입되었다는 응답이 50.7%, 미가입이라는 응답이 18.1%, 모르겠다는 응답이 31.2%로 나타났다. 미가입이라는 응답조차도 가입되었음에도 불구하고 그 사실을 인지하지 못해 그렇게 답변하였을 가능성이 많다.

주선미(1998)의 연구에 의하면 의료보장 유무는 의료보장이 없는 사람이 73.4%로 대부분의 이주 노동자에게는 의료보장이 안 되었다. 의료보장이 되는 사람 중에서 민간 의료 공제회에 가입되어 있는 사람이 60.4%로 가장 많았고 다음으로 산재보험이 19.8%로 보여 주었다. 의료보장이 안 되는

사람들이 병원에서 치료비를 지불할 때 33.3%가 일반수가 그대로 지불하는 것으로 가장 많았고 그 다음으로 28.4%가 종교계의 지원을 받고, 직장에서 지원 받는 것도 22.4%를 보여 주었다. 민간 의료 공제회에 대한 인지는 58.1%가 민간 의료 공제회에 대해 들어보지 못했다고 하여 과반수 이상이 민간의료 공제회가 있는지 알지 못하였다.

한국인을 대상으로 조사한 유승흠 등(1986)의 연구에서 의료보장이 있는 군이 병원, 약국, 한방, 보건소 순으로 의료보장이 없는 군은 약국, 병원, 한방, 보건소 순위로 의료이용을 한 것으로 조사되었다. 유승흠 등(1987) 또 다른 연구에서는 의료보험을 갖고 있는 사람이나 안 갖고 있는 사람 모두에게서 병원, 약국의 순으로 의료이용을 하는 것으로 나타났는데 의료보험이 있는 사람의 경우 병원 이용률이 50.4%이고 약국 이용률이 42.3%인 것으로 나타나 의료보험이 없는 사람의 병원 이용률 61.3%보다 낮고 의료보험이 없는 사람의 약국이용 율 32.2%보다 높았다. 홍승권(2000)은 이주 노동자의 전체 월평균의 의료비는 수입의 5%에 해당 되고 의료보장 유무는 의료보장이 없는 사람이 69.4%로 대부분의 이주 노동자에게는 의료 보장이 안 되었다고 하였다.

반애련(2004)은 불법 이주 노동자는 건강보험의 적용을 받지 못하기 때문에 값비싼 일반 수가를 적용 받아야 하고 스스로 건강을 지킬 기회를 박탈당하고 있다. 이들에게 무엇보다 절실하게 필요한 것은 합법적인 신분의 보장이고 합법적인 신분을 통해 건강보험의 적용을 받아 자신들의 건강을 지키는 것이라고 제언하였다. 즉 국내 이주 노동자의 체류형태에 따른 의료이용 형태에는 차이가 있을 것이다.

가설 3. 국내 이주 노동자의 일반적 특성, 건강상태 및 의료이용 형태에 따라 의료이용 만족도에는 차이가 있을 것이다.

Becker와 Newsom(2003)은 소득수준이 낮은 사람은 비보험이거나, 질이 낮은 의료서비스를 받거나, 의료이용을 많이 하지 않을 가능성이 크기 때문에 만족도가 낮을 수 있다고 하였다. Aday와 Anderson(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. 의료보험이 적용되는 연수생들의 경우 몸이 아파도 큰 부담이 없지만, 불법 체류자들의 경우 몸이 아프면 일단 거액의 진료비 때문에 의료이용을 주저하게 된다. 즉 의료보험의 혜택을 받지 못하고 있는 불법 이주 노동자는 합법 이주 노동자보다 의료이용 만족도 수준이 낮을 것이다. 여오숙(2003)은 무료 진료소가 갖고 있는 진료 시간, 재정의 문제, 시설·장비의 부족, 진료의 질, 의사소통, 예방 차원의 건강관리 부재의 문제점을 제기하였다. 국제보건의료발전재단(2005)에서는 무료진료소의 가장 심각한 문제점으로 첫 번째, 진료대기시간 둘째, 재정의 부족 셋째, 진료시간의 부족을 꼽았으며 나머지는 인력과 약품의 부족, 진료의 질 부족, 전문성부족을 꼽았다. 진료의 가장 우선은 환자가 자신의 상태와 고통을 적절히 설명하는 것인데, 한국어에 능숙하지 못한 이주 노동자들은 정확히 표현 할 수 없는 상황이다. 또한 의사가 진료를 통해 환자의 건강에 문제가 생겼고 치료과정과 방법들에 대해 설명하려고 해도 역시 의사소통이 제대로 되지 않아 담당의사 역시 어려움을 겪는다. 이주 노동자를 직접 대상으로 하는 무료진료, 무료자원제공 등은 이미 다양한 경로로 많이 시행되고 있으나 무료진료기관은 인력·재원의 부족을 겪고 있고, 일반 병·의원은 이주 노동자 진료에 필요한 노하우 및 정보의 부족 그리

고 보건소의 경우 홍보부족으로 이용률이 낮은 형편이라고 하였다. 환자는 자신의 질병에 대해 정확히 인식하지 못하여 심리적인 불안감과 두려움이 증폭된다. 자신의 질병에 적합한 병원을 찾는 것에서부터 접수 이후 진료 뒤 검사를 위해서는 또 다시 수납해야 하는 병원 진료체계의 복잡함과 까다로운 절차는 이주 노동자들의 병원이용을 어렵게 만들고 있다. 따라서 국내 이주 노동자의 일반적 특성 및 의료 이용 형태에 따른 의료이용 만족도에는 차이가 있을 것이다.

2. 연구대상 및 자료수집방법

가. 조사대상

이주 노동자들의 특성과 의료이용 만족도를 파악하기 위하여 설문 조사를 시행하였다. 2007년 7월 10일부터 8월 12일까지 연구자가 접근이 가능한 수도권 지역에 있는 쉼터, 무료진료소 및 교회를 방문한 이주 노동자 226명을 연구 대상으로 하였다. 설문 조사는 이 중 설문에 응답한 211명을 대상으로 연구자와 이주 노동자에 따라 언어가 가능한 각 이주 노동자의 담당자(쉼터, 교회 및 무료진료소)가 직접 면담을 통하여 실시하였다(표 5).

표 5. 설문지 및 응답 현황

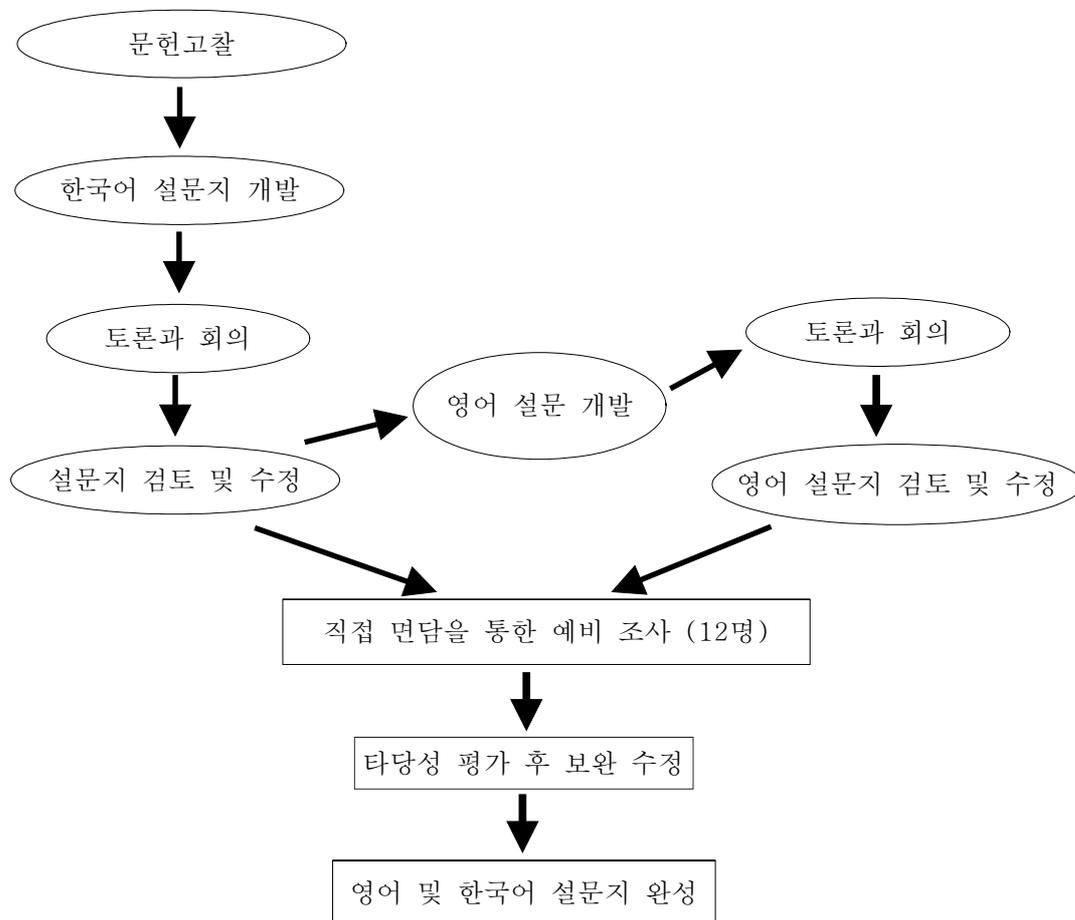
구 분	면담	응답	회수율
쉼터	75	69	94%
무료진료소	85	83	98%
교회	66	59	95%
계	226	211	93%

나. 개발 방법, 설문 분석 모형

연구 도구인 설문지는 이주노동자에 관한 문헌고찰(주선미, 1998; 공경선, 2000; 국제보건의료발전재단, 2005)을 통하여 본 연구자가 개발하였으며, 개발한 설문지는 연구도구의 내용 타당도를 검증하기 위하여 교수 1인에 의해 검토한 후 수정 보완하였다. 영어 설문은 완성된 한국어 설문을 영어와 한국어를 자유롭게 구사할 수 있는 2명이 영어로 번역한 후, 번역

된 영어 설문을 다시 한국어로 번역한 후에 완성된 한국어 설문과 비교 검토하여 수정 완성하였다. 완성된 영어 설문과 한국어 설문은 이주 노동자 12명을 대상으로 본 연구자와 이주 노동자를 담당하는 담당자가 직접 면담을 통하여 본 연구의 목적에 해당하는 각 설문의 타당성을 평가한 후 보완 확정하였다(그림3).

그림 3. 설문지 개발 과정



3. 연구 도구

가. 대상자의 일반적 특성 (독립 변수)

독립변수로는 선행연구들에서 유의한 연관이 있었다고 보고된 변수 중에서 인구학적 변수(국적, 연령, 성별, 결혼여부, 종교, 교육수준, 한국어 실력, 비자상태, 체류기간)를 선택하였다.

인구학적 특성 중에서 국적은 선행연구들과 본연구와 유의한 연관이 있는 중국, 필리핀, 네팔, 기타로 범주화 하였으며 연령은 20-39, 40-59, 60세 이상으로 범주화 하였다. 결혼여부에서는 이혼, 사별, 별거를 한 그룹으로 하여 미혼, 기혼, 기타 으로 범주화하였다. 종교는 이슬람교와 불교, 기타를 한 그룹으로 하여 기타에 포함시켰다. 교육수준은 중학교이하, 고등학교, 대학교이상으로 나누어 무 학력과 초등학교는 중학교이하 그룹에 포함시켰다. 비자상태는 산업연수생, 비전문취업 및 관광 비자를 가지고 있는 경우와 기타 중 비자의 상태를 제시 한 경우를 합법으로 분류하였으며, 산업연수에서 이탈하여 체류 중, 관광 비자 만료 후 체류 중은 불법으로 분류하였다. 그 외 무 응답자는 제외 시켰다. 체류기간은 2년 이하, 2-4년, 4년 이상으로 재분류하였다.

노동형태 변수로(직업여부, 직업, 주거형태, 동거인 수, 근무시간, 한 달 평균휴일, 한 달 임금)를 선택하였다. 직업은 공장노동자, 단순노무자·건설노동자, 서비스업, 기타로 범주화하였으며 식당(음식점), 주방, 청소, 서빙, 간병인, 가정부, 파출부, 유흥업소 접대원은 서비스업으로 포함하였다. 근무시간은 10시간이하, 10-12시간, 12시간 이상으로 범주화하였고 한 달 평균임금은 100만 원 이하, 100-200만원, 200만 원 이상으로 분류하였다.

1) 대상자의 인구학적 특성 (독립 변수)

변수명	원분류	재분류
국적	1. 네팔 2. 미얀마, 3. 베트남, 4. 스리랑카, 5. 인도 6. 키르기스스탄 7. 태국, 8. 필리핀, 9. 러시아, 10.몽골 11. 방글라데시 12. 인도네시아 13. 우즈베키스탄 14. 중국 15. 파키스탄	1. 중국 2. 필리핀 3. 네팔 4. 기타
연령	연속형 (years)	1. 20-39 2. 40-60 3. 60세 이상
성별	1.남자 2.여자	1. 남자 2. 여자
결혼 여부	1. 미혼, 2. 이혼 3. 사별 4. 기혼 5. 별거	1. 미혼 2. 기혼 3. 기타 (이혼/사별/별거)
종교	1. 종교 없음 2. 천주교 3. 이슬람교 4. 개신교 5. 불교 6. 기타	1. 없음 2. 개신교 3. 천주교 4. 기타
교육 수준	1. 무학력 2. 초등학교 3. 중학교 4. 고등학교 5. 대학교 이상	1. 중학교 이하 2. 고등학교 3. 대학교 이상
한국어 실력	1. 전혀 못한다. 2.중간 정도이다 3. 대화가 자유롭다	1. 전혀 못 한다 2. 중간이다 3. 대화가 자유롭다
비자 상태	1. 산업 연수생 2. 비 전문 취업(E-9) 3. 산업 연수에서 이탈 후 체류 4. 관광 비자 만료 후 체류 5. 관광 비자	1. 합법 2. 불법
체류 기간	연속형 (years)	1. 2년 이하 2. 2-4년 3. 4년 이상

2) 대상자의 노동 형태 (독립 변수)

변수 명	원 분류		재 분류
직업 여부	1. 있다	2. 없다	1. 있다 2. 없다
직업	1. 공장노동자 2. 단순노무 자, 건설노동자 3. 어부 또는 수산업노동자 4. 농림 축산업노동자 5. 식당(음식점) 주방, 청소, 서빙 6. 간병인 7. 가정부, 파출부 8. 유흥업소 접대원 9. 기타		1. 공장노동자 2. 단순노무 자, 건설노동자 3. 서비스업 4. 기타
주거 형태	1. 자가 2. 전세 3. 월세 4. 기숙사 5. 공공 임대 아파트 및 빌라	6. 하숙 7. 친척 및 친구 집 8. 사원 아파트 9. 쉼터	1. 자가/전세/월세 2. 쉼터 3. 기숙사/하숙/임대APT 4. 기타
동거인 수	1. 없음 2. 1 - 2명	3. 3 - 4명 4. 5명 이상	1. 없음 2. 1-2명 3. 3-4명 4. 5명 이상
근무 시간	1. 8시간 이상 2. 8-10시간 3. 10-12시간	4. 12-14 시간 5. 14시간 이상	1. 10시간 이하 2. 10-12 시간 3. 12시간 이상
한 달 평균 휴일	1. 1일 2. 2-3일	3. 4-5일 4. 5일 이상	1. 1일 2. 2-3일 3. 4-5일 4. 5일 이상
한 달 평균 임금	연속형 (원)		1. 100 만원 이하 2. 100-200 만원 3. 200 만원 이상

건강 행태 및 인지도의 변수로(음주여부, 흡연여부, 건강보험 카드 소유, 규칙적인 식사, 규칙적인 수면, 건강 인지도)를 선택 하였고, 건강상태 및 의료이용 형태의 변수로(질환유무, 치료 유무, 의료기관 이용 유무, 의료기관 방문 횟수, 의료비 부담 형태, 주 의료 이용 기관, 의료기관 선택이유, 의료기관 이용 어려운 점)를 선택하였다. 과거 1년간 의료기관 방문횟수를 없음, 1-3회, 4-5회, 10회 초과로 범주화 하였고, 의료비 부담 형태는 건강보험+본인부담, 전액본인부담, 다른 사람들의 도움, 무료 진료 기관 이용으로 범주화 하였다. 주 의료 이용 기관은 의원과 한의원을 한 그룹으로 보건소와 약국을 한 그룹으로 하여 무료진료소, 의원/한의원, 보건소/약국, 종합병원/병원으로 범주화 하였다.

3) 대상자의 건강 행태 및 인지도 (독립 변수)

변수 명	분 류		
음주 여부	1. 예	2. 아니오	
흡연 여부	1. 예	2. 끊었다	3. 아니오
건강 보험 카드 소유	1. 예	2. 아니오	
규칙적인 식사	1. 예	2. 아니오	
규칙적인 수면	1. 예	2. 아니오	
건강 인지도	1. 예	2. 아니오	

4) 대상자의 건강 상태 및 의료 이용 형태 (독립 변수)

변수명	원 분류	재 분류
질환 유무	1. 예 2. 아니오	1. 예 2. 아니오
치료 유무	1. 예 2. 아니오	1. 예 2. 아니오
의료 기관 이용 유무	1. 예 2. 아니오	1. 예 2. 아니오
의료 기관 방문 횟수 (과거 1 년)	연속 형 (회)	1. 없음 2. 1-3회 3. 4-10회 4. 10회 초과
의료비 부담 형태	1.전액 건강보험 2.전액 본인 부담 3.건강보험+본인 부담 4.다른 사람들의 도움 5.무료 진료기관 이용	1.건강보험 (일부/전액) +본인 부담 2.전액 본인 부담 3.다른 사람들의 도움 4.무료 진료기관 이용
주 의료 이용 기관	1. 종합병원/병원 2. 의원 3. 보건소 4. 약국 5. 한의원 6. 무료 진료소	1. 무료진료소 2. 의원/한의원 3. 보건소/약국 4. 종합병원/병원
의료 기관 선택 이유		1. 의료비가 싸기 때문에 2. 거리상 가까워서 3. 잘 낫는다고 생각하기 때문에 4. 근무 시간외 이용 가능 5. 절차가 간단해서 6. 기타
의료 기관 이용 어려운 점		1. 교통편이 좋지 않다. 2. 병원 갈 시간이 필요하다 3. 진료비를 감당하기 힘들다 4. 언어소통이 어렵다 5. 절차가 복잡하다 6. 필요정보를 얻기 힘들다 7. 힘든 점이 없다

나. 의료이용 만족도 (종속 변수)

종속변수로는 의료이용 만족도를 분석하였으며, 의료이용 만족도는 모두 5항목으로 의사의 태도, 치료의 질, 의료비용, 병원환경, 행정절차로 구성되었다. 의료이용 만족도는 ‘매우 불만족’, ‘비교적 불만족’, ‘보통’, ‘비교적 만족’, ‘만족’의 Likert 5점 척도로 선택하게 하여 의료이용에 대한 만족도가 낮으면 점수가 1점, 만족도가 높으면 5점으로 표현하도록 하였다.

4. 자료 분석 방법

수집된 자료는 기호화하여 통계 분석용 프로그램인 SAS(Statistical Analysis Software) Version 8.2를 사용하여 전산통계 처리하였으며 구체적인 통계 분석 방법은 아래와 같다.

가. 국내 이주 노동자의 인구학적 특성과 노동형태, 건강행태 및 인지도, 건강상태 및 의료 이용형태에 대해서는 백분율을 산출하였다.

나. 국내 이주 노동자의 체류형태에 따른 인구학적 특성과 노동형태, 건강행태 및 인지도, 건강상태 및 의료 이용형태의 비교는 카이제곱 검정과 t-test를 이용하여 분석하였다. 기대빈도수가 5이하인 경우는 전체의 20% 이상 일 때 Fisher의 exact test를 실시하였다.

다. 국내 이주 노동자의 의료이용형태에 따른 5개영역(의사의 태도, 치료의 질, 의료비용, 병의원 환경개선, 행정절차, 전체 평균)의 만족도 평균치 비교는 t-test, 분산분석(ANOVA) 검정을 실시하였다.

라. 이주 노동자의 일반적인 특성에 대한 각 영역별 의료기관 만족도와 전체 평균 만족도의 요인분석으로 다중회귀모형을 각각 실시하여 의료기관 만족도의 영향을 미치는 요인으로 선정된 변수 중에서 주요변수를 규명하였고 각 모형의 설명력으로 R^2 및 Adjusted R^2 를 제시하였다.

IV. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

가. 인구학적 특성

연구대상자의 인구학적인 특성에 관하여 표 6에 제시하였다. 연구대상자의 국적은 9개국으로 중국이 42%로 가장 많았다. 중국이 국적인 경우가 불법 및 합법 이주 노동자에서 39%와 40%로 역시 가장 많았으며, 불법 이주 노동자는 38%에서 필리핀, 합법 이주 노동자는 28%에서 네팔이었다. 연구대상자의 성별은 여자 51%, 남자 49%로 비슷하였으며, 체류형태에 따라서도 차이는 없었다.

연구대상자의 평균 연령은 45.8세(± 14.0)이었으며, 체류형태에 따라 합법 이주 노동자가 43.5세(± 15.2), 불법 이주 노동자가 46.5세(± 13.1)로 불법 이주 노동자가 평균 연령이 약간 많았으나, 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다. 연구대상자의 90%이상이 종교를 가지고 있었으며, 대부분이 개신교와 천주교이었다. 연령대의 구성, 결혼 여부 및 종교는 체류형태에 따라 차이를 보이지 않았으나, 교육 정도는 합법 이주 노동자가 불법 이주 노동자에 비해 대학교 이상인 경우가 많았고 중학교 이하인 경우는 적었다. 연구대상자의 한국어 실력은 대상자의 81%가 중간 이상의 실력을 가지고 있었으며, 평균 체류기간은 40.6(± 34.1)개월이었다. 체류기간은 불법 이주 노동자가 평균 56.2(± 32.6)개월이었고 합법 이주 노동자는 평균 15.8(± 17.5)개월로 불법 이주 노동자가 합법 이주 노동자에 비해 한국에 오

래 체류하였다. 한국어 구사 능력은 불법 이주 노동자가 합법 이주 노동자에 비해 한국어 실력이 더 좋은 것으로 조사 되었다.

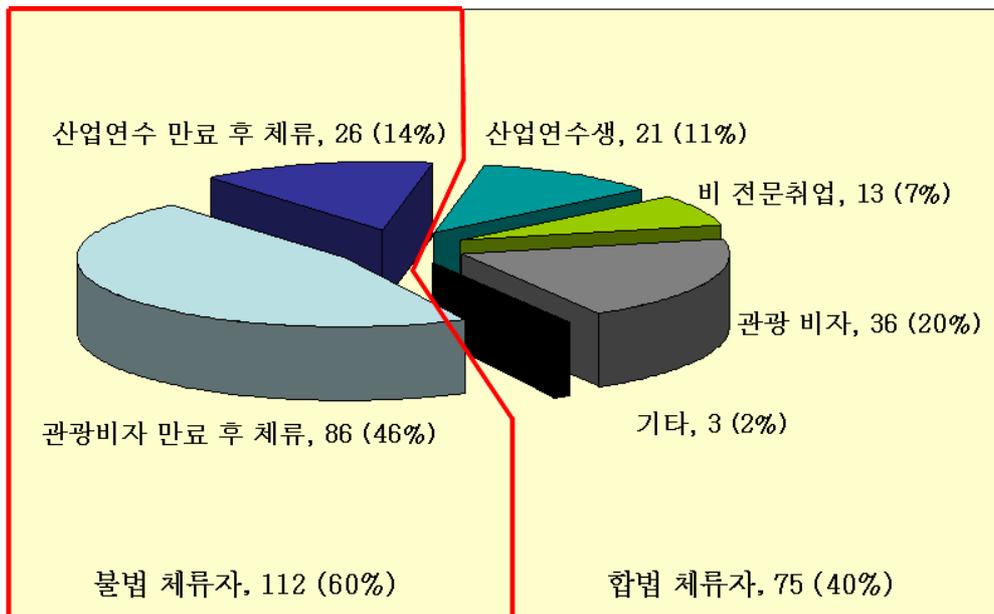
표 6. 인구학적 특성

특성	구분	체류 형태		전체 211명 (%)	χ^2/t	p 값
		불법, 112명 (%)	합법, 75명 (%)			
국적	중국	44 (39)	30(40)	89 (42)	7.37	0.06
	필리핀	43 (38)	17(23)	66 (31)		
	네팔	17 (15)	21(28)	40 (19)		
	기타	8 (7)	7(9)	16 (8)		
성 별	남자	54(48)	39 (52)	104 (49)	0.26	0.61
	여자	58(52)	36 (48)	107 (51)		
나이	20-39	45 (40)	37 (49)	89 (42)	1.54	0.46
	40-59	43 (38)	24 (32)	78 (37)		
	60세 이상	24 (21)	14 (19)	44 (21)		
평균(연령) ±표준편차		46.47±13.12	43.52±15.19	45.8±14.0	1.41	0.16
혼인 상태	기혼	65 (58)	48 (64)	127 (60)	2.52	0.28
	미혼	20 (18)	16 (21)	38 (18)		
	이혼/별거/사별	27 (24)	11 (15)	46 (21)		
학력	중학교 이하	37 (33)	12 (16)	58 (28)	6.74	0.03
	고등학교	33 (29)	28 (37)	67 (32)		
	대학교 이상	42 (38)	35 (47)	86 (41)		
종교	개신교	70 (63)	40 (53)	122 (58)	5.62	0.13
	천주교	18 (16)	8 (11)	27 (13)		
	기타	19 (17)	19 (25)	31 (15)		
	없음	5 (4)	8 (11)	16 (8)		
한국어 실력	대화가 자유롭다	40 (36)	18 (24)	71 (34)	5.05	0.08
	중간 정도이다	54 (48)	36 (48)	101 (48)		
	전혀 못 한다	18 (16)	21 (28)	39 (18)		
체류 기간	2년 이하	23(21)	58(77)	91 (44)	60.58	<.0001
	2-4년	34(31)	11(15)	50 (24)		
	4년 이상	54(49)	6(8)	68 (33)		
평균 (개월)±표준편차		56.20±32.58	15.81±17.45	40.58±34.08	10.94	<.0001

나. 비자 종류 및 체류상태

연구대상자의 비자에 따른 체류상태는 그림 4에 제시하였다. 전체 연구대상자 211명 중 비자 상태에 관해 응답한 187명 중 불법 체류한 경우는 60%(112/187), 합법적으로 체류한 경우는 40%(75/187)이었다. 연구대상자의 비자 상태는 관광비자 만료 후 체류 중이 경우가 41%로 가장 많았으며, 관광 비자 17%, 산업 연수생 이탈 후 체류하는 경우 12%, 산업 연수생 10%, 비전문취업(E-9) 6% 순으로 조사되었다.

그림 4. 비자 종류 및 체류 상태



다. 노동 형태

연구대상자의 직업 및 주거형태에 관하여 표 7에 제시하였다. 연구대상자 중에 78%(165/211)에서 직업이 있다고 응답 하였으며, 주거 형태는 전세 및 월세가, 동거인의 수는 1-2명이 가장 많았다. 체류 형태에 따라서는 불법 이주 노동자가 합법 이주 노동자에 비해 직업을 더 많이 가지고 있었으며, 주거형태는 오히려 불법 이주 노동자가 자가/전세/월세에 많이 거주 하였으며 합법 이주 노동자가 쉼터에 많이 거주하고 있는 것으로 조사되었다.

표 7. 직업여부 및 주거형태

특성	구분	불법, 112명 (%)	합법, 75명 (%)	전체, 211명 (%)	χ^2/t	p 값
직업 여부	있다	95(85)	52 (69)	165(78)	5.52	0.02
	없다	17(15)	23 (31)	46(22)		
주거 형태	자가/전세/월세	65(58)	19 (25)	96(46)	20.72	0.00
	쉼터	23(21)	25 (33)	53(25)		
	기숙사/하숙/임대APT	9(8)	16 (21)	27(13)		
	기타	15(13)	15 (20)	33(16)		
동거인	없음	18(16)	4 (5)	25(12)	14.84	0.002
	1-2명	50 (45)	21 (28)	80(38)		
	3-4명	13 (12)	18 (24)	39(18)		
	5명이상	31 (28)	32 (42)	67(32)		

연구대상자의 직업 및 근무형태에 관하여 표 8에 제시하였다. 직업이 있다고 응답한 165명 중 직업은 공장노동자가 43%로 가장 많았으며 한 달 평균 임금은 104.8만원(±21.9)이었다. 근무시간은 하루 10시간 이하가 44%이었고 10시간 이상 일하는 경우가 56%이었다. 또한, 한 달 평균 휴일(공

휴일 포함)도 4-5일이 43%로 가장 많았으나, 3일 이하가 36%였으며, 5일 이상 쉬는 경우는 21%이었다. 체류형태에 따른 합법 및 불법 이주 노동자의 직업, 평균 근무시간 및 평균 임금에 차이가 없었다.

표 8. 직업 및 근무 형태

특성	구분	불법, 95명 (%)	합법, 52명 (%)	전체 165명 (%)	χ^2/t	p 값
직업	공장 노동자	48 (43)	21 (40)	71(44)	15.54	0.00
	단순 노무자	11 (10)	6 (12)	18(11)		
	서비스업	32 (29)	12 (23)	51(32)		
	기타	4 (4)	9 (17)	21(13)		
근무 시간	10시간이하	42 (44)	19 (37)	72(44)	0.83	0.66
	10-12시간	25 (26)	16 (31)	43(26)		
	12시간이상	28 (29)	17 (33)	50(30)		
한 달 평균 휴일	1일	5(5)	2 (4)	8(5)	1.08	0.78
	2-3일	26 (28)	18 (35)	51(31)		
	4-5일	44 (46)	20 (39)	71(43)		
	5일 이상	20 (21)	10 (19)	35(21)		
한 달 평균 임금	30-99만원	23 (24)	13 (27)	40(25)	0.26	0.88
	100만원	33 (35)	18 (37)	58(36)		
	100-200만원	39 (41)	18 (37)	64(40)		
	평균±표준편차	106.7±20.4	101.0±21.3	104.8±21.9		

라. 건강 행태 및 인지도

연구대상자의 건강 행태 및 인지도에 관하여 표 9에 제시하였다. 음주 및 흡연을 하지 않는 경우가 더 많았으며, 수면(70%)과 식사(83%)는 대체적으로 규칙적으로 하는 것으로 조사되었다. 음주, 흡연 여부, 수면 및 식사의 규칙성은 체류형태에 따른 차이는 없었다.

건강보험은 의료공제회에서 발급한 사적 건강보험인 의료공제회 카드를 포함하였다. 연구대상자의 74%에서 건강보험을 가지고 있지 않았으며, 취업 목적의 체류 중인 산업 연수생의 경우도 약 50%에서만 건강보험을 가지고 있다고 응답하였다. 본인 건강 상태는 연구대상자의 약 60%에서 건강하다고 응답하였으며, 88% 이상에서 한국에서 아픈 경험이 있었고 치료는 주로 의료기관을 이용하였다. 체류형태에 따라 본인 건강 상태, 아픈 경험력 및 치료형태에는 차이가 없었다.

표 9. 건강 행태 특성

특성	구분	불법, 112명 (%)	합법, 75명 (%)	전체 211,(%)	χ^2/t	p 값
음주여부	예	28 (25)	20 (27)	53(25)	0.01	0.93
	아니오	84 (75)	55 (73)	158(75)		
현재흡연여부	예	11 (10)	6 (8)	21(10)	0.03	0.87
	아니오	101 (90)	69 (92)	190(90)		
건강보험카드 소유*	예	24 (21)	24 (32)	54(26)	2.11	0.15
	아니오	88 (79)	51 (68)	157(74)		
규칙적 식사	예	95 (85)	62 (83)	175(83)	0.04	0.85
	아니오	17 (15)	13 (17)	36(17)		
규칙적 수면	예	80 (71)	52 (69)	148(70)	0.00	0.99
	아니오	32 (29)	23 (30)	63(30)		
건강여부	예	68 (61)	44 (59)	120(57)	0.02	0.90
	아니오	44 (39)	31 (41)	91(43)		
아픈 경험 (한국)	예	104 (93)	59 (79)	185(88)	6.87	0.01
	아니오	8 (7)	16 (21)	26(12)		
한국에서 치료방법 (전체, 185)	의료기관 이용	98 (94)	49 (83)	166(90)	5.39+	0.07
	자가, 민간 요법	4 (4)	6 (10)	12(6)		
	치료받지 않았다	2 (2)	4 (7)	7(4)		

+, fisher's exact test *, 건강보험카드에 사 의료보험인 의료공제회 카드도 포함함.

2. 대상자의 건강상태 및 의료 기관 이용 형태

가. 질병 분포 및 치료 유무

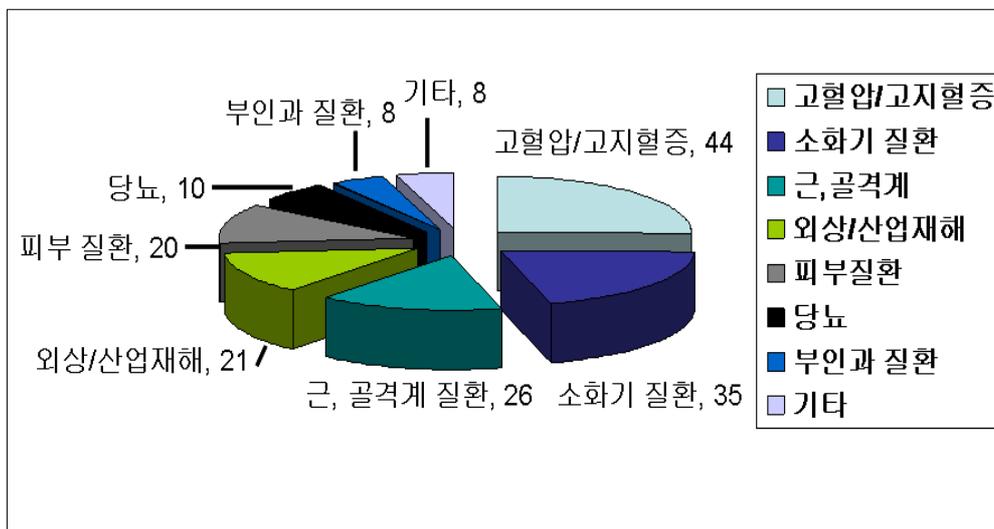
연구대상자의 질환의 분포는 표 10과 그림 5에 제시하였다. 연구대상자 중 54%(113/211)가 질병이 있다고 응답하였다. 고혈압/고지혈증을 가진 연구대상자가 가장 많았고 그 뒤를 이어 위 십이지장 궤양, 근 골격 계 질환, 외상/산업재해, 피부질환 순이었다(그림 5). 불법 및 합법 이주 노동자의 질병의 분포는 차이를 보이지 않았다.

표 10. 체류 상태에 따른 질병 분포

	전체 211, (100%)	불법, 112명 (%)	합법, 75명 (%)	χ^2	p 값
고혈압, 고지혈증	44 (21)	26 (23)	11 (15)	1.56	0.21
위, 십이지장염 및 궤양	35 (17)	19 (17)	12 (16)	0.00	1.00
근 골격 계 질환	26 (12)	13 (12)	10 (13)	0.02	0.90
피부 질환, 알러지	20 (9)	9 (8)	8 (11)	0.13	0.72
외상/ 산업재해	18(10)	10 (9)	8 (11)	0.02	0.89
당뇨	10 (5)	8 (7)	2 (3)		
부인과 질환	8 (4)	6 (5)	2 (3)		
기타	8 (4)	5 (4)	3 (4)		

* 1개 이상의 질환을 가질 수 있음, 빈도 수 10 미만인 경우는 분석하지 않음.

그림 5. 질환 종류별 빈도 수



나. 의료기관 이용 형태

전체 연구대상자 중 한국에서 의료기관을 이용한 163명을 대상으로 의료기관 이용 형태에 관해 분석을 하였으며, 체류형태에 따라 이를 표 11에서 제시하였다.

분석한 대상자의 과거 1년 간 평균 의료기관 이용 횟수는 $5(\pm 5.1)$ 회이었으며, 의료비 부담은 주로 전액을 본인이 부담하였고 건강보험을 이용한 경우는 불법 및 합법 이주 노동자 모두 약 10%에 불과하였다. 체류상태에 따른 과거 1년 간 평균 의료기관 이용 횟수는 불법 이주 노동자(5.8 ± 5.6)가 합법 이주 노동자(4.1 ± 4.4)에 비해 많은 경향을 보였다($p=0.06$).

분석한 연구대상자의 가장 많이 이용한 주이용 의료기관은 무료진료소이었으나, 체류형태에 따라 불법 이주 노동자는 무료진료소, 합법 이주 노

동자는 의원을 가장 많이 이용한 것으로 조사되었다. 연구대상자의 주 의료기관을 선택한 이유는 불법 이주 노동자의 경우 저렴한 의료비, 병의 치료도, 지리적 접근성 순이었으며, 합법 이주 노동자의 경우 병의 치료도, 저렴한 의료비, 지리적 접근성 순이었다. 의료기관 이용의 주 장애 요인은 불법 이주 노동자와 합법 이주 노동자에서 진료비 부담과 의료기관을 이용할 수 있는 시간의 부족 이었다. 체류 형태에 따라 주 선택 이유와 주 장애 요인의 분포에 통계적 유의한 차이를 보이지는 않았으나, 합법 이주 노동자의 의료 기관 주 장애요인으로 진료비 부담에 응답한 수가 가장 많았다.

표 11. 체류상태에 따른 의료기관 이용 실태 및 요인

	불법, 98명(%)	합법, 49명(%)	전체 163(%)	χ^2/t	p 값
지난 3회 미만	33 (35)	25 (51)	68 (41)	4.93	0.09
1년 간 3-5회	33 (35)	14 (29)	53 (32)		
의료기관 5회 초과	29 (30)	10 (20)	40 (25)		
이용 횟수 평균 ± 표준편차	5.82 ± 5.64	4.08 ± 4.42	4.97 ± 5.10	1.88	0.06
주이용 무료진료소	44(45)	14(29)	68 (41)	6.86	0.23
의료기관 의원	15(15)	14(35)	32 (19)		
약국	13(13)	9(22)	26 (16)		
종합병원/병원	16(16)	7(14)	23 (14)		
한의원	6 (6)	3 (6)	11 (7)		
보건소	4 (4)	2 (4)	6 (4)		
의료 무료 진료기관 이용	54(55)	15(31)	81 (49)	7.87	0.01*
비용 부담 전액 본인 부담	42(43)	31(63)	81 (49)	5.44	0.02*
(복수응답) 다른 사람의 도움	15(15)	4(8)	21 (13)	1.48	0.22
*건강보험+본인부담	11(11)	6(12)	18 (11)	0.04	0.85
주이용 저가의 의료비	34(35)	12(24)	54 (33)	2.93	0.40
의료기관 거리가 가깝다	22(22)	9(18)	34 (20)		
선택요인 잘 낫는다고 생각	29(30)	18(37)	49 (30)		
시간 외 이용 가능	5(5)	6(12)	14 (8)		
용이한 절차	8(8)	3(6)	12 (7)		
기타	0(0)	1(2)	3 (2)		
의료기관 진료비 부담	31(32)	26(53)	65 (39)		
을 이용 시간이 부족	31(32)	9(18)	47 (28)		
하는데 절차가 복잡	9(9)	2(4)	12 (7)		
주 교통이 불편함	7(7)	3(6)	11 (7)		
장애요인 언어 소통의 문제	5(5)	3(6)	9 (5)		
상담이 힘들	5(5)	2(4)	7 (4)		
무응답	10(10)	4(8)	15 (9)		

빈도(%)

‘주 이용의료기관’, ‘주 선택원인’, ‘주 장애요인’ 은 20%가 5미만의 기대빈도를 가지고 있어 Fisher의 정확도 검정을 실시함. ‘의료비용 부담’은 각 연속형 카이제곱 검정을 실시함.

* p<0.05; *, 건강보험카드에 사 의료보험인 의료공제회 카드도 포함함.

다. 주이용 의료기관 선택의 요인과 장애요인

연구대상자의 주 의료기관 선택에 영향을 미치는 원인과 장애요인을 각각의 의료기관에 따라 분석하여 표 12에 제시하였다. 단, 한의원과 보건소가 주 의료이용기관인 경우는 빈도가 낮아 분석에 포함하지 않았다. 단, 설문에서 주 선택요인은 주 의료기관에 관한 원인을 질문하였으며, 장애요인의 질문은 전체 의료이용에 관한 문제점을 질문하였다.

주 의료기관의 주 선택 요인은 주 의료기관에 따라 차이가 있었다. 무료진료소가 주 의료기관인 경우 저가의 의료비가 주 선택원인이었고 약국은 접근의 용이성, 의원은 접근의 용이성과 믿음직한 치료, 종합병원/병원은 믿음직한 치료가 주 선택원인 이었다.

연구대상자의 의료기관 이용의 장애 요인으로 복수응답을 허용하였을 경우 66%에서 진료비 부담을 문제 삼았으며, 그 다음으로 약 60%에서 의료기관을 이용할 수 있는 시간의 부족, 약 25-30%에서 상담과 이해의 부족과 절차의 복잡성을 선택하였다. 의료기관의 주 장애요인으로는 43%에서 진료비의 부담, 31%에서 의료기관을 이용 할 수 있는 시간의 부족이었다. 종합병원/병원이 주 의료기관인 경우 이와 더불어 절차의 복잡성이 중요한 문제점이었다.

표 12. 주 의료기관 선택의 원인 및 장애요인

	무료 진료소 68 (%)	의원 32 (%)	약국 26 (%)	종합병원 /병원 23 (%)	전체* 166 (%)	X ²	p 값
주 선택 원인†	저가의 의료비	41 (60)	7 (22)	3 (12)	0 (0)	54 (33)	116.3 <.001
	거리가 가깝다	3 (4)	11 (34)	16 (62)	1 (4)	34 (20)	
	잘 낫는다고 생각	8 (12)	9 (28)	2 (8)	22 (96)	49 (30)	
	시간 외 이용 가능	9 (13)	1 (3)	2 (8)	0 (0)	14 (8)	
	용이한 절차	4 (6)	4 (13)	3 (12)	0 (0)	12 (7)	
	기타	3 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (2)	
장애 요인 복수 응답‡	진료비 부담	54 (79)	16 (50)	17 (65)	15 (65)	110(66)	12.7 0.03
	시간이 부족	40 (59)	17 (53)	15 (58)	14 (61)	98 (59)	1.5 0.91
	상담이 힘들	14 (21)	12 (38)	8 (31)	9 (39)	47 (28)	5.1 0.40
	절차가 복잡	11 (16)	9 (28)	7 (27)	12 (52)	41 (25)	14.5 0.01
	교통이 불편함	8 (12)	8 (25)	3 (12)	6 (26)	29 (17)	5.7 0.34
	언어 소통의 문제	10 (15)	5 (16)	2 (8)	4 (17)	23 (14)	4.9 0.43
주 장애 요인‡	힘든 점이 없다	6 (9)	2 (6)	2 (8)	0 (0)	12 (7)	3.0 0.71
	진료비 부담	33 (56)	10 (33)	11 (46)	8 (35)	65 (43)	23.2 0.006
	시간이 부족	20 (34)	5 (17)	8 (33)	5 (22)	47 (31)	
	상담이 힘들	1 (2)	4 (13)	1 (4)	6 (26)	12 (8)	
	절차가 복잡	2 (3)	4 (13)	2 (8)	1 (4)	11 (7)	
	교통편이 불편함	1 (2)	3 (10)	2 (8)	3 (13)	9 (6)	
언어 소통의 문제	2 (3)	4 (13)	0 (0)	0 (0)	7 (5)		

*, 전체의 경우 '보건소', '한의원' 응답자 17명이 포함함

† 주 의료이용기관의 주 선택원인을 질문 함; ‡, 장애요인은 주 의료 이용기관이 아닌 전체 의료이용 기관의 장애 요인을 질문 함.

3. 대상자의 의료 이용 만족도

가. 의료 이용 만족도 수준

의료 이용 만족도의 5가지 항목인 의료인의 태도, 치료의 질, 의료비용, 행정 절차, 및 의료 주변 환경에 대한 만족도 수준은 표 13과 같다.

의료 이용 만족도는 5점 만점에 모든 항목에서 평균 3점 이상으로 높았으며, 누적점수(Aggregation score)는 3.6(±1.0)이었다. 각 항목별로 의료인의 태도에 대한 만족도가 다른 항목과 비교해 가장 높았으며, 의료비용에 대한 만족도가 가장 낮았다.

표 13. 각 항목별 의료이용 만족도

	매우 불만족 (1점)	비교적 불만족 (2점)	보통 (3점)	비교적 만족 (4점)	매우 만족 (5점)	만족도 Mean ± SD
의료인의 태도*	2 (1)	9 (5)	49 (30)	78 (47)	28 (17)	3.7 ± 0.9
치료의 질*	7 (4)	7 (4)	57 (34)	71 (43)	24 (14)	3.6 ± 0.9
의료비용*	12 (7)	22 (13)	62 (37)	47 (28)	23 (14)	3.3 ± 1.1
행정 절차*	9 (5)	9 (5)	58 (35)	65 (39)	25 (15)	3.5 ± 1.0
의료 주변 환경*,†	5 (3)	8 (5)	57 (34)	74 (45)	22 (13)	3.6 ± 0.9
누적점수*	35 (4)	55 (7)	283 (34)	335 (40)	122 (15)	3.6 ± 1.0

*, 빈도(%); †, 의료 주변 환경-의료기관의 환경(시설, 편리성 및 교통)

나. 인구학적 특성에 따른 만족도 차이

대상자의 인구학적 특성에 따른 5가지 항목의 만족도를 분석한 결과를 표 14에 제시하였다. 국적이 네팔인 경우 의료이용 만족도 5항목 모두에서 다른 세 그룹에 비해 낮았으며, 여자가 치료의 질과 행정 절차에 관한 만족도에서 남자에 비해 높았다. 대학교 이상의 학력을 가진 경우가 의료비용, 행정 절차 및 의료 주변 환경에 대한 만족도에서 중학교 이하의 학력을 가진 경우에 비해 유의하게 낮았다. 한국어를 능숙하게 하는 그룹이 행정절차와 의료 주변 환경에 관한 만족도에서 한국어를 전혀 못하는 그룹에 비해 유의하게 높았다. 결혼 상태, 종교, 체류기간 및 비자상태에 대한 의료이용 만족도는 유의한 차이가 없었다.

표 14. 인구학적 특성에 따른 항목별 만족도 분석

변수		의료인의 태도		치료의 질		의료비용		행정 절차		주변 환경 [†]		누적점수	
		Mean	t/F	Mean	t/F	Mean	t/F	Mean	t/F	Mean	t/F	Mean	t/F
국적	중국	4.0	4.0*	3.8	8.4*	3.5	5.0*	3.8	6.7*	3.8	4.1*	3.8	6.9*
	필리핀	3.7		3.7		3.5		3.7		3.7		3.7	
	네팔	3.4		3.0		2.8		3.0		3.2		3.1	
	기타	3.7		3.4		2.8		3.2		3.3		3.3	
성	남	3.6	2.6	3.4	4.3*	3.1	3.1	3.4	3.9*	3.5	2.2	3.4	4.1*
	여	3.8		3.7		3.4		3.7		3.7		3.7	
연령	20-39	3.6		3.4		3.0		3.2		3.4		3.3	
	40-59	3.8		3.8		3.6		3.8		3.7		3.7	
	60세 이상	3.9		3.7		3.4		3.8		3.9		3.7	
혼인 상태	기혼	3.7	2.3	3.6	1.4	3.3	2.8	3.5	1.9	3.5	2.1	3.5	2.4
	미혼	3.5		3.4		2.9		3.3		3.5		3.3	
	사별/이혼	3.9		3.8		3.5		3.8		3.9		3.8	
학력	중학교이하	3.9	2.1	3.9	2.5	3.6	3.9*	3.9	4.0*	3.8	3.1*	3.8	3.8*
	고등학교	3.8		3.5		3.3		3.5		3.5		3.5	
	대학교이상	3.6		3.5		3.1		3.4		3.5		3.4	
종교	개신교	3.8	1.5	3.6	0.9	3.4	1.0	3.6	1.2	3.7	0.9	3.6	1.2
	천주교	4.0		3.8		3.3		3.6		3.6		3.7	
	기타	3.5		3.4		3.1		3.3		3.4		3.3	
	무교	3.8		3.7		3.0		3.5		3.6		3.5	
한국어 실력	잘 한다	3.9	2.4	3.8	1.7	3.6	2.6	3.9	5.0	3.9	3.8	3.8	3.4*
	중간 정도	3.6		3.5		3.2		3.4		3.5		3.4	
	못 한다	3.9		3.5		3.2		3.2		3.4		3.4	
체류 기간	2년이하	3.7	0.2	3.5	0.6	3.2	0.6	3.4	0.8	3.5	1.3	3.4	0.8
	2-4년	3.8		3.6		3.3		3.5		3.6		3.6	
	4년이상	3.8		3.7		3.4		3.7		3.7		3.6	
체류 형태	불법	3.7	1.0	3.6	1.1	3.4	2.6	3.6	1.8	3.6	1.1	3.6	1.0
	합법	3.8		3.5		3.1		3.3		3.5		3.4	

*, p<0.05; †, 의료 주변 환경-의료기관의 환경(시설, 편리성 및 교통)

다. 노동형태에 따른 의료이용 만족도의 차이

연구대상자의 노동형태에 따른 의료이용 만족도를 분석한 결과를 표 15에 제시하였다. 직업의 종류에 따른 그룹 간의 전체 의료이용 만족도 비교에서 단순노무자/건설노동자 그룹이 만족도가 가장 낮았으며, 서비스업 그룹의 만족도가 가장 높았다. 각 항목별로 의료인의 태도와 행정 절차에 관한 만족도에서 서비스업 그룹이 단순노무자/건설노동자 그룹에 비해 만족도가 높았다.

주거형태에 따른 그룹 간 전체 의료이용 만족도의 비교에서 기숙사/하숙/임대 APT에 거주하는 그룹이 자가/전세/월세에 거주하는 그룹에 비해 만족도가 낮았다. 각 항목별로 치료의 질, 의료비용 및 행정 절차의 만족도에서 자가/전세/월세에 거주하는 그룹이 기숙사/하숙/임대 APT에 거주하는 그룹에 비해 만족도가 높았다.

표 15. 직업 및 주거 환경 특성에 따른 항목별 만족도 분석

변수		의료인의 태도		치료의 질		의료비용		행정 절차		주변 환경 [†]		누적점수	
		Mean	t/F	Mean	t/F	Mean	t/F	Mean	t/F	Mean	t/F	Mean	t/F
직업 여부	있다	3.7	0.8	3.6	1.0	3.3	0.9	3.5	0.7	3.6	0.5	3.5	0.7
	없다	3.8		3.6		3.3		3.6		3.7		3.6	
직업	없음	3.8	3.3*	3.6	1.1	3.3	0.8	3.6	3.7*	3.7	2.3	3.6	2.4*
	공장노동자	3.7		3.5		3.3		3.5		3.5		3.5	
	단순노무자	3.1		3.3		2.9		2.7		3.2		3.0	
	서비스업	4.0		3.8		3.4		3.8		3.9		3.8	
	기타	3.8		3.7		3.5		3.6		3.4		3.6	
근무 시간	10시간이하	3.8	1.2	3.7	2.4	3.6	3.5*	3.6	0.7	3.7	1.7	3.7	2.2
	10-12시간	3.5		3.3		3.0		3.4		3.4		3.3	
	12시간이상	3.8		3.6		3.2		3.5		3.7		3.5	
한달 평균 임금	30-99만원	3.8	0.7	3.7	0.5	3.4	0.3	3.6	0.9	3.6	1.5	3.6	0.6
	100만원	3.6		3.5		3.3		3.4		3.4		3.4	
임금	100-200만원	3.8		3.6		3.2		3.6		3.7		3.6	
	자가/전세	3.8	2.5	3.7	3.5*	3.5	4.8*	3.7	2.8*	3.7	2.5	3.7	3.7*
주거 형태	쉽터	3.9		3.7		3.3		3.6		3.7		3.6	
	기숙사/하숙	3.6		3.0		2.7		3.2		3.3		3.2	
	기타	3.4		3.5		2.9		3.2		3.3		3.2	

*, p<0.05; †, 의료 주변 환경-의료기관의 환경(시설, 편리성 및 교통)

라. 건강행태 및 인지도에 따른 의료 이용 만족도

연구대상자의 건강행태 및 인지도에 따른 의료이용 만족도를 분석한 결과를 표 16에 제시하였다. 음주 여부에 따른 그룹 간의 의료이용 만족도 비교에서 음주를 하지 않는 그룹이 음주를 하는 그룹에 비해 치료의 질을 제외한 나머지 항목에서 의료 이용 만족도가 유의하게 높았다. 또한 건강 인지도의 경우 건강하다고 응답한 그룹이 의료인의 태도와 행정 절차에 관한 만족도가 건강하지 않다고 대답한 그룹에 비해 의료이용 만족도가 유의하게 낮았다. 그러나 흡연 여부, 건강보험 소유여부, 규칙적 식사 및 규칙적 수면에 의해서는 의료이용 만족도에 차이가 없었다.

표 16. 건강행태 및 인지도에 따른 항목별 만족도 분석

변수		의료인의 태도		치료의 질		의료비용		행정 절차		주변환경 [†]		누적점수	
		Mean	t/F	Mean	t/F	Mean	t/F	Mean	t/F	Mean	t/F	Mean	t/F
음주 여부	예	3.5	4.2*	3.4	3.6	2.9	7.0*	3.2	7.8*	3.4	4.4*	3.3	7.0*
	아니오	3.8		3.7		3.4		3.7		3.7		3.7	
흡연 여부	예	3.6	0.3	3.6	0.01	3.0	0.9	3.5	0.07	3.5	0.4	3.4	0.3
	아니오	3.7		3.6		3.3		3.5		3.6		3.6	
건강보험	예	3.7	0.03	3.6	0.6	3.3	0.2	3.6	1.5	3.7	1.1	3.6	1.5
	아니오	3.7		3.5		3.3		3.4		3.5		3.5	
규칙적 식사	예	3.7	0.8	3.6	1.5	3.3	0.9	3.5	0.05	3.6	0.8	3.6	0.4
	아니오	3.9		3.3		3.1		3.5		3.7		3.5	
규칙적 수면	예	3.7	0	3.6	0.6	3.2	0.06	3.5	0.8	3.6	1.2	3.5	0.6
	아니오	3.7		3.5		3.3		3.6		3.7		3.6	
건강 인지도	예	3.6	4.6*	3.6	0.3	3.3	0.04	3.4	4.0*	3.5	2.7	3.5	2.0
	아니오	3.9		3.6		3.3		3.7		3.7		3.7	

*, p<0.05 †, 의료 주변 환경-의료기관의 환경(시설, 편리성 및 교통)

마. 체류 형태에 따른 의료 이용 만족도

의료기관을 이용하고 있는 166명의 연구대상자를 대상으로 체류 형태에 따른 만족도를 표 17에 제시하였다. 합법이주노동자가 불법이주노동자의 비하여 의료인의 태도에 있어서 만족도가 높고, 불법이주노동자가 합법이주노동자의 비하여 의료인의 태도를 제외하고는 치료의 질, 의료비용 행정절차, 주변 환경의 만족도가 약간 높았으나 통계학적인 차이는 없었다.

표 17. 체류 형태에 따른 만족도

	불법	합법	t-value	p-value
의료인의 태도	3.7±0.9	3.8±0.6	0.97	0.33
치료의 질	3.6±0.9	3.5±1.0	1.03	0.31
의료비용	3.4±1.0	3.1±1.3	1.49	0.14
행정 절차	3.6±0.9	3.3±1.1	1.33	0.19
주변 환경 †	3.6±0.9	3.5±0.9	1.03	0.31
누적점수	3.6±0.8	3.4±0.9	0.98	0.33

*, p<0.05; †, 의료 주변 환경-의료기관의 환경(시설, 편리성 및 교통)

바. 의료이용 만족도 각 항목별 상관관계

연구 대상자의 의료이용 만족도의 6가지 항목 간의 상관관계 분석은 표 18에서 제시하였다. 의료이용 만족도 6가지 항목인 의료인의 태도, 치료의 질, 의료비용, 행정 절차, 주변 환경 및 누적 점수(Aggregation score)는 각 항목 간에 서로 밀접한 상관관계를 보여주었다(p=0.001). 의료인의 태도에 만족도가 높은 경우, 치료의 질, 의료비용, 행정절차, 주변 환경 모두 만족한다는 양의 관련성을 가졌다. 상관계수는 최소 0.6이상으로 높았고 통계학

적으로 0.001에서 모두 유의 하였다.

표 18. 의료이용 만족도 각 항목 간 피어슨 상관관계 분석

	의료인의 태도	치료의 질	의료비용	행정절차	주변 환경 [†]	누적 점수
의료인의 태도	1	0.74	0.60	0.72	0.78	0.86
치료의 질	0.74	1	0.69	0.72	0.74	0.88
의료비용	0.60	0.69	1	0.72	0.67	0.85
행정 절차	0.72	0.72	0.72	1	0.87	0.91
주변 환경 [†]	0.78	0.74	0.67	0.87	1	0.91
누적 점수	0.86	0.88	0.85	0.91	0.91	1

모두 p=0.001로 유의함; [†], 의료 주변 환경-의료기관의 환경(시설, 편리성 및 교통)

사. 주 의료기관 이용에 따른 의료 이용 만족도

의료기관을 이용하고 있는 166명의 연구대상자를 대상으로 주 의료이용 기관에 따른 의료 이용 만족도를 분석하여 표 19에 제시하였다. 전체 의료 이용에 대한 만족도는 무료진료소를 선택한 그룹이 다른 네 개의 그룹에 비해 만족도가 높았으며, 사후비교 Scheffe 검정에서 무료진료소 그룹이 모든 항목에서 종합병원/병원에 비해 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

표 19. 주 의료이용기관에 따른 만족도

	무료 진료소	유료 진료소			F
		의원	약국	종합병원/병원	
의료인의 태도	4.1±0.7	3.5±0.7	3.7±0.7	3.3±1.1	8.1*
치료의 질	4.0±0.7	3.1±0.9	3.3±0.9	3.3±1.1	9.7*
의료비용	3.9±0.9	2.8±1.0	3.0±0.8	2.4±1.1	18.7*
행정 절차	4.0±0.8	3.3±1.0	3.5±0.6	2.7±1.2	11.9*
주변 환경 [‡]	4.0±0.7	3.3±0.8	3.6±0.7	3.0±1.2	9.1*
누적점수	4.0±0.7	3.2±0.9	3.4±0.8	2.9±1.0	53.4*

*, p<0.05; 의료 주변 환경=의료기관의 환경(시설, 편리성 및 교통)
F: 무료진료소와 유료 진료소(의원, 약국, 종합병원/병원)의 차이

아. 의료이용 만족도에 영향을 주는 요인

의료이용 만족도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 다중회귀분석을 시행하였다. 5가지 항목의 의료이용 만족도(누적 점수 포함, 6 항목)와 인구사회학적 변수, 직업 주거환경 및 의료이용 형태 변수들과 단 변량 분석을 통해 의료이용 만족도 항목들 중 하나에서라도 유의수준 0.05이하에서 통계적으로 유의하게 차이가 있다고 나온 변수들과 체류 형태를 회귀 분석 모형에 포함시켰다. 인구사회학적인 특성 중에는 국적, 성, 연령대, 결혼 상태, 학력, 음주, 건강 유무, 한국어 실력이 유의하게 나왔고, 직업 주거환경 변수에서는 직업의 종류, 근무시간, 주거 형태가 유의하게 나왔으며, 의료이용 형태 변수에서는 주 의료이용 기관이 유의하게 나와, 체류 형태를 합하여 총 13개의 변수를 설명변수로 하여 만족도 항목에 따라 다중 회귀분석을 실시하였다. 의료이용 만족도의 회귀분석 결과를 표 20과 21에

제시하였다. 회귀분석을 시행한 결과 의료이용 만족도에 각 항목별 설명력은 30-50%이었다. 전체 의료이용 만족도(누적점수)에 관한 회귀 식에서 다른 요인을 통제한 상태에서 의료인의 태도의 만족도에 유의하게 영향을 미치는 요인은 주 의료이용 기관과 근무시간이었다. 근무시간이 긴 경우 만족도가 떨어졌으며, 주 의료이용 기관은 무료진료소가 다른 진료소에 비해 만족도가 높았다. 의료인의 태도와 치료의 질에 대한 만족도에 영향을 주는 요인도 주 의료 기관이었으며, 무료진료소가 의원 혹은 종합병원을 이용한 그룹에 비해 만족도가 높았다. 의료비용에 대한 만족도에 유의하게 영향을 미치는 요인 역시 주 의료 기관이었으며, 무료진료소가 다른 의료 기관을 이용한 그룹에 비해 만족도가 높았다. 주변 환경(시설, 환경, 교통)에 대한 만족도에 유의하게 영향을 미치는 요인 역시 주 의료이용 기관 이었고, 행정절차에 대한 만족도에 유의한 영향을 미치는 요인은 주 의료이용 기관과 성별, 한국어 실력, 음주력이었다.

표 20. 의료이용 만족도에 대한 회귀모형 분석결과 (1)

변수 설명	의료인의 태도		치료의 질		의료비용		
	회귀	p	회귀	p	회귀	p	
	계수		계수		계수		
국적							
(기준: 중국)	필리핀	-0.01	0.97	0.14	0.68	0.09	0.79
	네팔	-0.25	0.45	-0.23	0.49	-0.04	0.90
	기타	-0.01	0.98	-0.03	0.94	-0.26	0.52
성별							
(기준: 남자)	여자	0.37	0.15	0.13	0.62	0.44	0.11
연령대							
(기준: 20-39)	40-59	-0.24	0.29	0.03	0.90	0.01	0.98
	60세 이상	-0.54	0.13	-0.32	0.38	-0.34	0.38
결혼 상태							
(기준: 기혼)	미혼	-0.09	0.68	0.23	0.34	0.13	0.59
	사별/이혼/별거	0.13	0.61	0.08	0.76	0.04	0.88
교육 수준							
(기준: 중학교 이하)	고등학교	-0.09	0.70	-0.20	0.41	-0.09	0.72
	대학교이상	-0.13	0.61	-0.07	0.79	-0.20	0.46
한국어 실력							
(기준: 대화가 자유롭다)	중간 정도	-0.01	0.98	-0.24	0.26	-0.23	0.31
	전혀 못한다	0.13	0.63	-0.26	0.36	-0.42	0.16
체류 형태							
(기준: 불법)	합법	0.29	0.13	0.18	0.37	0.01	0.95
음주 여부							
(기준: 아니오)	예	-0.21	0.35	-0.12	0.60	-0.42	0.08
건강 여부							
(준거집단: 아니오)	예	-0.14	0.42	-0.01	0.96	-0.01	0.96
직업의 종류							
(기준: 공장노동자)	단순노동자	-0.52	0.05	-0.26	0.33	-0.30	0.29
	서비스업	0.52	0.08	0.25	0.41	0.16	0.61
	기타	-0.12	0.70	-0.09	0.77	0.45	0.17
근무시간							
(기준: 10시간 이하)	10-12시간	-0.28	0.16	-0.38	0.07	-0.60	0.01
	12시간이상	-0.27	0.18	-0.25	0.24	-0.51	0.02
주거 형태							
(기준: 자가/전세/월세)	쉐어	0.01	0.95	0.00	1.00	-0.18	0.52
	기숙사/하숙	0.01	0.98	-0.31	0.28	-0.37	0.21
	기타	-0.36	0.10	-0.20	0.38	-0.61	0.01
주 의료이용 기관							
(기준: 무료진료소)	의원/한의원	-0.53	0.01	-0.67	0.00	-0.96	<.0001
	보건소/약국	-0.25	0.26	-0.21	0.35	-0.57	0.02
	종합병원/병원	-0.55	0.02	-0.54	0.03	-1.51	<.0001
R ²		0.33		0.33		0.54	
Adj. R ²		0.14		0.14		0.41	

표 21. 의료이용 만족도에 대한 회귀모형 분석결과 (2)

변수 설명	행정 절차		주변 환경†		누적점수		
	회귀	p	회귀	p	회귀	p	
	계수		계수		계수		
국적 (기준: 중국)	필리핀	0.50	0.15	0.23	0.51	0.19	0.51
	네팔	-0.12	0.72	0.04	0.90	-0.12	0.68
	기타	0.26	0.52	0.02	0.96	0.00	0.99
성별 (기준: 남자)	여자	0.65	0.02	0.43	0.11	0.40	0.07
연령대 (기준: 20-39)	40-59	0.12	0.63	0.06	0.81	-0.01	0.98
	60세 이상	-0.15	0.70	-0.22	0.57	-0.31	0.32
결혼 상태 (기준: 기혼)	미혼	0.24	0.33	0.21	0.40	0.14	0.48
	사별/이혼/별거	0.11	0.68	0.16	0.57	0.11	0.64
교육 수준 (기준: 중학교 이하)	고등학교	-0.35	0.17	-0.28	0.27	-0.20	0.33
	대학교이상	-0.37	0.18	-0.19	0.49	-0.19	0.40
한국어 실력 (기준: 대화가 자유롭다)	중간 정도	-0.20	0.37	-0.30	0.18	-0.20	0.29
	전혀 못한다	-0.66	0.03	-0.40	0.17	-0.32	0.19
체류 형태 (기준: 불법)	합법	0.05	0.79	0.06	0.76	0.12	0.48
음주 여부 (기준: 아니오)	예	-0.73	0.00	-0.37	0.12	-0.37	0.06
건강 여부 (준거집단: 아니오)	예	-0.36	0.06	-0.11	0.54	-0.13	0.42
직업의 종류 (기준: 공장노동자)	단순노동자	-0.61	0.03	-0.31	0.26	-0.40	0.09
	서비스업	0.34	0.27	0.32	0.31	0.32	0.22
	기타	0.36	0.27	-0.13	0.69	0.09	0.73
근무시간 (기준: 10시간 이하)	10-12시간	-0.41	0.06	-0.37	0.09	-0.41	0.02
	12시간이상	-0.35	0.10	-0.20	0.37	-0.32	0.08
주거 형태 (기준: 자가/전세/월세)	쉽터	-0.01	0.97	-0.03	0.92	-0.04	0.86
	기숙사/하숙	0.18	0.54	-0.19	0.52	-0.14	0.57
	기타	-0.35	0.13	-0.37	0.11	-0.38	0.05
주 의료이용 기관 (기준: 무료진료소)	의원/한의원	-0.41	0.06	-0.38	0.08	-0.59	0.00
	보건소/약국	0.01	0.98	0.02	0.92	-0.20	0.30
	종합병원/병원	-0.94	0.00	-0.77	0.00	-0.86	0.00
R ²		0.49		0.34		0.46	
Adj. R ²		0.34		0.16		0.30	

† ,의료 주변 환경-의료기관의 환경(시설, 편리성 및 교통)

V. 고찰

이주 노동자들은 자신들의 법적 지위 문제와 더불어 건강 문제에 가장 많은 관심을 가지고 있으며, 또한 건강에 관한 것은 정치적·종교적 신념이나 사회적·문화적·경제적 차이 등에 관계없는 기본적인 문제이다. 최근에 의료 공제회를 통해 무료진료 서비스를 제공하고 있는 민간단체와 의원이 증가하고 있으며 정부 차원에서 보건소를 통하여 이주 노동자를 위한 의료보장을 시행하고, 의료혜택을 받을 수 없는 사람들에게 무료응급진료 서비스를 실시하고 있다. 이러한 변화과정에서 이주 노동자의 의료이용 형태와 의료이용 만족도에 영향을 주는 요인을 파악하려는 본 연구는 현재 변모되어가고 있는 의료체계와 그 기능 상태를 점검하고 이주 노동자의 의료이용 개선방안과 보건정책방안을 모색하는데 기초 자료가 되고자 하는데 의의가 있다.

국내의 이주 노동자의 일반적인 특성은 여러 연구에서 보고하였다(주선미, 1998; 반애련, 2004; 김정원, 2008). 주선미(1998)의 연구에서는 이주 노동자의 출신국은 필리핀이 32.0%로 가장 많았으나, 이은자(2002), 반애련(2004)의 연구에서는 중국이 42-48%로 가장 많았다. 선행 이주 노동자의 연구들의 출신국의 차이는 연구 대상의 선정과 연구기간에 기인할 수 있을 것으로 사료된다. 최근 법무부의 출신국별 이주 노동자 현황에 의하면 전체 337,358명에서 중국인이 118,395명(35%)으로 가장 많았고, 불법 체류자의 수도 187,908명에서 중국인 80,582명(43%)으로 가장 많았다. 이는 본 연구의 결과에서도 중국이 42%로 가장 많았으며, 합법 및 불법으로 나누었을 경우에도 중국이 약 40%정도로 비슷한 양상을 보였다. 이주 노동자의 연령별 구성은 2006년 법무부 자료에 의하면 25세-29세의 연령대가 가장

많고 60세 이상의 경우도 전체의 20%이상을 차지하고 있다. 본 연구에서도 20-30대가 가장 많았으며, 이는 선행연구(주선미, 1998; 반애련, 2004)와 비슷한 양상을 보여 주며, 외국의 젊은 노동인력들이 자국의 비해 나은 환경에서 돈을 벌기 위해 일하고 있는 것을 시사한다. 그러나 선행연구와는 달리 60세 이상의 경우도 약 20% 정도로, 법무부 자료(2006)와 비슷한 분포를 보였다. 이는 최근에 나이가 든 조선족 출신의 이주 노동자가 많이 국내로 진출하기 때문으로 사료된다. 선행 연구에서의 결혼 상태는 주선미(1998)의 연구에서 미혼이 55.4%였으나, 반애련(2004)의 연구에서는 기혼이 60%로 변화하는 양상을 보였으며, 본 연구에서도 최근의 연구와 비슷하게 60%가 기혼이었다. 이는 초기의 이민자에 비해 가족 이민이 증가하고 있는 것으로 사료되며, 미국의 경우(Singh,2006)와 비슷한 양상을 보였다. 이주 노동자의 교육 정도는 대졸 이상이 41%로 가장 많았으며, 이는 이 건 등(1993)의 연구에서 이주 노동자의 학력이 고졸이상이 94%, 홍윤철(1996)의 고졸이상이 89.2%, 주선미(1998)의 고졸이상이 90%이상, 반애련(2004)의 고졸이상이 61.5%로 비슷하였다. 홍윤철(1996)의 연구에 따르면 많은 이주 노동자들이 한국에 오기 전에는 학생, 사무 관리직의 순으로 일했던 것으로 보고하여, 상대적으로 높은 학력의 외국인이 국내로 이주하고 있음을 예측할 수 있다. 본 연구에서 90%이상이 종교를 가지고 있었으며, 개신교와 천주교가 주를 이루었으며, 이는 본 연구의 방법에서 교회에서 설문조사를 시행하였으므로 국내 이주 노동자의 전체를 대변할 수 없는 결과로 사료된다. 주선미(1998)의 연구에서는 기독교 56.3%, 반애련(2004)의 연구는 기독교가 20%이었다. 하지만 이는 연구조사지역에 따른 결과의 차이가 있다고 사료되며 국내 이주 노동자의 전체를 대변할 수는 없다고 본다. 이주 노동자의 한국어 실력은 전체 대상자의 81%가 중간 이상의 실력을 할 수 있는 것으로 조사되어 선행연구와 비슷하였다. 김정원(2008)연구

에서는 65.4%가 의사소통이 가능한 ‘보통이상’ 이었고, 여오숙(2003)의 연구에서도 82.0%가 대화가 자유롭다고 보고하였다. 한국어 실력은 국내 체류기간과 밀접할 연관성이 있을 것으로 사료된다. 본 연구의 이주 노동자의 평균 체류기간은 40.6(±34.1)개월로 선행 연구의 결과(주선미, 1998; 김정원, 2008)와 일치하였으며, 한국어 습득에 영향을 주었을 것으로 생각된다. 또한 불법 이주 노동자가 평균 56.2(±32.6)개월로 합법 이주 노동자의 평균 15.8(±17.5)개월보다 긴 것으로 조사되었으며, 한국어 구사 능력은 불법 이주 노동자가 합법 이주 노동자에 비해 한국어 실력이 더 좋은 것으로 조사되었다. 이는 평균 체류기간이 불법 이주 노동자의 경우 합법 이주 노동자에 비해 약 3년 정도 길어 한국어를 더 많이 습득할 수 있었을 것이며, 또한 한국어를 더 잘 하는 이주 노동자가 불법으로 더 체류하였을 가능성이 있을 것으로 사료된다. 불법 이주 노동자의 비자상태에 따른 분류는 선행 연구(이은자, 2002; 반애련, 2004)등에서 관광비자 만료 후 불법 체류자가 된 경우가 가장 많은 것으로 보고하였으며, 이는 본 연구에서도 불법 체류의 경우 관광 비자 만료 후가 가장 많아 일치된 결과를 보였다.

이주 노동자의 직업 분포는 주선미(1998), 이진 등(1993)의 1990년대의 연구에서 제조업이 약 80%로 가장 많았으며, 최근의 반애련(2004)의 연구에서도 제조업에 근무하는 이주 노동자가 가장 많았다. 이는 본 연구와 일치하는 결과로 국내에서는 아직까지도 이주 노동자의 수여가 인력난에 허덕이고 있는 중·소 영세 제조업체들이 가장 많은 것으로 사료된다. 본 연구에서 직업을 갖고 있는 이주 노동자의 근무시간은 50%이상에서 하루 10시간 이상이었으며, 이는 선행연구(반애련, 2006)와 일치하였다. 이주 노동자의 한 달 평균 임금에 관해서는 1990년대의 연구(이진, 1993; 홍윤철, 1996)에서는 평균임금이 30만 원대이었으나, 주선미(1998)의 연구에서 53.8%가 61-80만원, 2003년 노동부의 자료에 의하면 이주 노동자의 임금이

약 86만원, 반애련(2004)의 연구에서는 70-90만원이 63.5%로 임금이 점차로 향상되고 있음을 볼 수 있으며, 본 연구의 이주 노동자의 평균임금은 104.8만원 (± 21.9)이었다. 반면에 한 달 평균 휴일수는 주선미(1998)의 연구에서 한 달 평균 휴일일수 4일이 72.2%, 일평균 근무시간 9-10시간으로 10년이 지났어도 변함이 없었다. 이는 하루 평균 근무시간과 마찬가지로 이주 노동자들이 근무하는 중소기업 사업장의 인력이 부족하고 이주 노동자들 스스로도 휴일 근무를 함에 따라 임금을 더 받을 수 있기 때문인 것으로 보인다.

이주 노동자의 건강 인식은 기존의 선행연구들 간에 상이한 결과를 보고하였다. 주선미(1998)의 연구에서는 자가 건강 인식 평가에서 72%정도가 본인이 건강하다고 인식하였다고 보고하였으며, 여오숙(2003)의 연구에서는 56%가 본인이 건강하지 않다고 응답하였다. 최근 연구인 김정원(2008)의 연구에서는 건강인식을 1-5점으로 평가하였을 경우 이주 노동자들의 건강 인식 정도를 평균 3.13(± 1.12)로 중간 정도인 것으로 보고하였고 본 연구에서도 61%에서 본인이 건강하다고 응답하였다. 이는 최근 이주 노동자 연구와 일치한다고 사료된다. 이주 노동자의 건강에 영향을 미치는 요인들에 관하여 본 연구에서는 음주를 하지 않는 사람이 75%로 음주를 하는 사람보다 많았고 흡연의 경우도 마찬가지로 하지 않는 경우가 88%로 흡연하는 사람보다 많았다. 음주와 흡연 여부에서 체류형태에 따른 차이는 보이지 않았다. 이는 주선미(1998), 여오숙(2003)의 연구의 결과와 일치하였으나, 반애련(2004)의 연구와는 술을 먹는다는 사람이 66.7%로 먹는 사람보다 많았으며 흡연을 한다는 사람이 56.3%로 흡연을 하지 않는 사람보다 많았으므로 상이한 결과를 보여주었다. 또한, 국제보건의료발전재단(2005)결과에 의하면 담배를 끊은 이주 노동자가 3.9%이며 흡연율이 23.7%로 이주 노동자의 흡연율은 한국인에 비해 훨씬 낮은 수준이며 음주율은 68.4%로 본

연구의 결과와 상이하였으나, 최근 김정원(2008)의 연구에서는 건강을 위하여 평균이상이 금주와 금연을 하고 있는 것으로 보고하여 본 연구의 결과와 일치하였다. 건강에 영향을 미치는 다른 요인으로 규칙적인 식생활과 수면여부에 대해서는 국제보건의료발전재단(2005)의 연구에 의하면 이주 노동자의 식생활 습관이 한국의 대도시 주민보다는 높지만 중소도시 주민보다는 낮다고 보고하였으며, 본 연구에서도 약 80%정도에서 규칙적인 식사를 한다고 응답하였다. 또한 수면의 경우 국제보건의료발전재단(2005)의 연구에서 약 55%가 규칙적인 수면을 하는 것으로 보고하였으나, 본 연구에서는 약 70%에서 규칙적인 수면을 한다고 조사되었다. 이는 연구방법 및 연구 대상자의 선택의 차이에서 기인할 것으로 사료된다. 건강 보험의 유무는 이주 노동자의 건강과 의료 이용 형태에 상당한 영향을 미칠 것으로 사료된다. 본 연구에서 건강보험을 가입하지 않는 이주 노동자가 74%로 선행 연구와 일치하였다. 비자의 종류에 따른 비교에서, 합법적인 비자 상태의 경우에 취업을 목적으로 한 비자를 가지고 있는 경우에도 대략 50%정도에서 건강보험을 가지고 있었으며, 예상하는 대로 관광 비자를 가지고 있는 경우에는 대다수가 건강보험을 가지고 있지 않는 것으로 조사되었다. 합법 이주 노동자일 경우 30%이상에서 건강보험 혜택을 받지 못하고 있는데 이는 고용주가 산업연수생을 의료보험에 가입시키지 않거나 의료기관을 이용할 만한 상황을 조성하지 않는 것을 보여준다. 산업 연수생을 고용하는 고용주는 이들을 위한 직장의료보험에 가입시키고 내국인과 동일 한 의료서비스 혜택을 받을 수 있도록 보장해 주어야 할 것이다. 그러나 이에 대한 감독 및 관리 체계는 허술한 실정으로 정책적인 보완이 필요하다. 선행연구에서 이주 노동자의 질병 분포는, 대체로 소화기계, 근 골격계, 순환기계 등이 주요한 질병 요소이었으나, 각 연구 간에 질병 분포에는 약간의 차이를 보였다(강명옥, 1995; 홍윤철, 1996; 주선미,

1998; 반애련, 2004; 국제보건의료발전재단, 2005; 서울대학교 건강증진 사업단, 2006; 김정원, 2008). 본 연구에서도 이주 노동자의 가장 많은 질병은 고혈압/고지혈증으로 순환기계, 소화기계(위 십이지장 궤양), 그리고 근 골격계 질환이 주요한 질병요인이었다. 본 연구에서 순환기계의 질환의 경우 대부분이 치료를 받았으나, 피부질환/알레르기 질환의 경우는 치료를 받지 않은 경우도 있었다(35%). 이는 비교적 가벼운 질환의 경우 자가 치료를 하는 것으로 사료된다.

국내에서 이주 노동자의 의료이용은 국외의 경우와는 차이가 있다. 특히 국내의 경우 많은 수의 이주 노동자가 건강 보험을 가지고 있지 않으나, 프랑스, 영국, 독일, 일본 등 선진국의 경우 합법 이주 노동자에게 자국민과 동등하게 건강 보험을 가질 수 있으며, 자국민과 비슷한 의료서비스를 받고 있다. 또한 대만 싱가포르 등 후발 선진국의 경우에도 이주 노동자들을 위한 제도가 마련되어 있는 실정이다. 하지만 국내에서는 고용주와 직업의 환경에 따른 이주 노동자의 특수한 상황과 국내의 의료 서비스 상황에 의해 의료이용 형태가 결정되고 있다. 특히, 이주 노동자의 의료비용 부담 방법은 본 연구에서는 주로 전액 본인 부담 혹은 무료진료기관을 이용하는 것으로 조사되어 선행 연구의 결과와 비슷하였으며, 건강보험을 이용하는 경우는 불법 및 합법 체류에 관계없이 약 10%정도에 불과하였다. 이는 국외의 이주 노동자에 관한 의료서비스와 대조적인 모습으로 국내에서 이주 노동자에 대한 의료 서비스에 관한 전반적인 고찰이 필요하며 이에 맞는 재정비가 필요할 것을 시사한다. 주로 이용하는 기관은 선행 연구에 의하면 이주 노동자가 주로 이용하는 의료기관은 병원이었으나(홍승권, 2000; 주선미, 1997; 국제보건의료발전재단, 2005), 다른 연구(여오숙, 2003; 반애련, 2004)에서는 본 연구의 결과와 일치하게 무료진료소를 가장 많이 이용하는 것으로 보고하였다. 이를 종합하면, 대부분의 이주 노동자는 병원

과 무료진료소를 주로 이용하고 있는 것으로 사료된다.

국내에서 이주 노동자의 1년 평균 의료기관 이용 횟수에 대한 선행 연구는 없는 실정으로 본 연구에서는 지난 1년(2006) 평균 의료기관 이용 횟수는 약 $5(\pm 5.1)$ 회이었다. 보건복지부(2007) 자료에 의하면 2005년 우리나라 국민 1인 당 의사에게 외래 진찰을 받은 횟수는 연간 11.8회이었고 OECD 회원국 평균 외래 진찰은 6.8회이었다. 따라서 이주 노동자들의 의료 이용은 OECD 회원국 평균 의료 이용보다도 적으며, 특히 우리나라 국민의 의료 이용 횟수보다는 상당히 적은 것으로 사료된다. 의료 이용에 영향을 미치는 요소는 Leclere (1994)의 연구에 의하면 5년 미만의 체류기간이 가장 중요한 원인이었으며, 그 외 언어의 장애와 의료 보험의 부재가 독립적인 원인이었다. 본 연구에서도 낮은 건강 보험 율과 언어의 장애, 체류 기간이 영향을 주었을 것으로 사료된다. 따라서 이주 노동자의 건강 증진을 위해서는 낮은 건강 보험 율과 언어의 장애에 관한 정책적인 대책이 필요할 것이다. 이주 노동자의 주 의료기관의 선택 이유에 대해서는 여러 연구에서 보고하였다(김정원, 2008; 반애련, 2004; 이은자, 2002; 주선미, 1998). 대부분의 연구에서 주 의료기관의 선택 이유로 저렴한 비용, 접근성 및 병이 잘 치료됨 등이었으며, 본 연구에서도 이주 노동자가 주 의료기관을 선택하는 이유는 저렴한 의료비와 병의 치료도, 지리적 접근성이 중요한 사항이었다. 의료기관을 이용하는 경우의 주 문제점으로 선행 연구에서는 고가의 진료비, 언어소통의 문제 및 시간의 제약이었으며(국제보건 발전의료재단, 2005; 서울대학교 건강증진사업단, 2006), 본 연구에서도 고가의 진료비, 시간의 제약 및 상담과 이해의 부족(언어 소통)이었다. 이주 노동자이 의료기관을 이용할 경우 주 의료기관 선택과 문제점으로 진료비와 시간 및 공간의 제약, 즉 건강 보험의 제약, 근무시간 및 작업 환경 등과 밀접한 연관이 있을 것으로 사료된다.

각각의 의료기관에 따른 선택의 주원인에 대한 본 연구의 결과에서 무료진료소는 저가의 의료비가 가장 주된 원인이었으나, 접근의 용이성은 떨어지는 것으로 조사되었다. 의원을 선택하는 가장 큰 이유는 접근의 용이성이었고 그 다음으로 믿음직한 치료(잘 낫는다고 생각)를 선택하였다. 약국의 경우 예상하였던 것과 같이 접근의 용이성이 가장 큰 이유였으며, 종합병원/병원의 경우도 믿음직한 치료(잘 낫는다는 생각)가 가장 큰 이유였다. 이주 노동자들의 57%에서 본인이 건강하다고 응답하였으며, 국내에서 아팠을 경우 90%에서 의료기관을 이용하였으며, 지난 1년간 평균 의료 이용 횟수는 5회 이었다. 의료기관을 이용한 이주 노동자의 의료 이용 만족도에 가장 영향을 미치는 원인은 주이용 의료기관으로 무료진료소가 다른 의료기관에 비해 의료 이용 만족도가 가장 높았다. 선행 연구로 이주 노동자의 구체적인 의료 이용 만족도에 관한 국내 연구는 거의 없는 실정이다. 반애련(2004)의 연구에서는 의료기관 중에 가장 만족스러운 의료기관에 관한 질문에서 45%에서 무료진료소라고 응답하였다. 국제보건의료발전재단(2005)의 연구에서는 무료진료소 의료 서비스 만족도 평가를 하였다. 이 연구에서 진료 간격, 진료 시간, 진료 대기시간, 진료 절차, 진료 시설, 위치, 분위기, 의료진의 수준, 자원봉사자 또는 진행요원의 서비스에 대한 각각의 만족도를 매우 불만족에서 매우 만족까지 5단계로 평가하였는데, 의료진의 수준과 자원봉사자의 서비스의 경우 ‘대체로 만족하는 편이다’가 가장 많았으며, 나머지는 모두 “그저 그렇다”가 가장 많았다. 본 연구에서는 이주 노동자의 의료 이용 만족도의 5가지 항목인 의료인의 태도, 치료의 질, 의료비용, 행정 절차, 및 의료 주변 환경에 대한 구체적인 의료이용 만족도를 조사하였다. 국제보건의료발전재단(2005)의 연구와 비슷하게 의료인의 태도에 대한 만족도가 평균 3.73(± 0.85)으로 다른 항목에 비해 가장 높았으며, 나머지 4개의 항목도 모두 평균이상으로 조사되었다. 이는 이주

노동자가 국내 의료 이용에 대체적으로 만족하는 것으로 사료된다. 이주 노동자의 각 항목 의료이용 만족도에서는 의료인의 태도를 제외한 치료의 질, 의료비용, 행정절차, 주변 환경의 만족도에서 불법 이주노동자가 합법 이주 노동자에 비해 높았으나 유의한 차이는 없었다. 의료인의 태도에 관한 만족도는 합법 이주 노동자가 불법이주노동자에 비해 높았다. 이는 불법이주 노동자의 신분에서 기인한 것으로 사료되어지나 두 그룹간의 차이는 유의하지 않았다. 의료 이용 만족도에 영향을 미치는 요인을 분석 한 결과, 다른 변수와 관계없이 독립적으로 의료이용 만족도에 영향을 미치는 요소는 주 의료 이용기관이었다. 특히, 무료진료소를 이용하는 그룹이 다른 의료 기관을 이용하는 그룹에 비해 모든 항목에서 만족도가 높게 조사되었다. 의원 및 종합병원/병원의 경우 다른 항목에 비해 의료비용이 가장 만족도가 낮았으며, 의원은 치료의 질이 종합병원/병원은 행정절차가 그 다음으로 만족도가 낮았다. 유료진료소(약국, 의원, 종합병원/병원)인 경우에는 한국인과 외국인을 동시에 대상으로 개인의 이익을 위하여 운영되어지기 때문에 외국인을 위해 봉사차원으로 운영되어지는 무료진료소보다는 의료이용 만족도가 낮을 수 있는 것도 한 가지 원인이 될 수 있다고 본다. 전체적인 의료 기관의 만족도는 무료진료소, 약국, 의원, 종합병원/병원 순이었으며, 이는 현재 무료진료소가 이주 노동자들에게 가장 선호하는 의료기관임을 시사한다.

따라서 이주 노동자의 건강 및 의료이용에 관한 전국적인 대규모 연구를 통해 현재 외국인 의료보장의 문제점을 파악하고 외국인의 기본적인 건강권을 보장해 줄 수 있는 정부차원에서의 의료보장에 대한 구체적인 정책 수립이 필요하며, 이주노동자의 의료이용 만족도가 높은 무료진료소와 연계하는 의료 서비스 정책이 필요할 것으로 사료된다.

본 연구에서 방법상의 제한점은 다음과 같다.

첫째, 연구대상자를 임의적 선정으로 인하여 이주 노동자의 국적, 성별 등의 측면에서 균형적인 대상자수를 확보하지 못했을 뿐만 아니라, 일부지역에서 조사가 이루어졌기에 전체 이주 노동자의 경우로 일반화 시키는 데에는 한계가 있다. 따라서 향후 표본의 수를 크게 하여 연구의 결과를 일반화 할 수 있는 연구를 시행하여야 할 것이다.

둘째, 설문지가 영어와 한국어로만 제작되어서 대부분의 이주 노동자들이 영어설문지를 이용하였고 언어가 가능한 각 나라의 이주 노동자의 담당자가 직접 면담을 해주었으나 설문 내용을 완전히 이해하는데 있어서 제한점이 있고, 설문지 완성하기 위해서는 한정된 시간이 주어지는 어려움이 있었다. 따라서 향후 각 나라의 언어로 된 설문지를 기대한다.

본 연구 결과를 토대로 다음과 같이 제언한다.

첫째. 선행 연구 및 본 연구는 소규모이고 연구방법의 제한으로 국내 이주 노동자를 대표할 수 없으며, 본 연구에서 체류형태에 따른 합법 및 불법 이주 노동자의 일반적 특성 및 노동 형태에는 차이가 있었다. 따라서 국내 이주 노동자의 실태를 파악하기 위해 국내 이주 노동자를 대표하는 대규모 연구가 필요하다.

둘째. 건강 행태에 관한 연구는 이주 노동자의 건강과 의료 서비스에 기초적인 자료이며, 본 연구에서 의료 이용 시 합법 이주 노동자에게 국가에서 정책적으로 시행하고 있는 의료 보험의 이용은 아주 저조하였다. 따라서 건강 행태 및 의료 보험에 대한 기초 조사가 필요하다.

셋째. 본 연구에서 이주 노동자의 지난 1년 간 의료 이용 횟수는 우리나라 국민 1인 당 외래 진찰 횟수에 비해 상당히 적은 것으로 조사되었다. 따라서 국내 이주 노동자의 의료 이용 형태에 대한 조사를 통해 그 원인을

파악하여 이주 노동자 건강 증진을 위한 정책이 필요할 것으로 사료된다.

넷째. 본 연구에서 불법 및 합법 이주 노동자의 주 의료 기관은 무료진료소로 저렴한 의료비가 주원인 이었다. 하지만, 현재 무료진료소에 대한 관리 및 운영은 민간 차원에서 이루어지고 있는 실정으로 이에 대한 전국적 실태 조사를 통해 정책적 지원 혹은 이주 노동자의 건강을 위한 정부 정책(정부 자원 봉사 지원 제도, 외국인근로자 건강관리 지침)과의 연계가 필요하다.

다섯째. 본 연구에서 이주 노동자의 의료 이용 만족도에 가장 영향을 미치는 원인은 주 의료 이용기관으로 무료 진료소를 이용하는 경우에서 의료인의 태도, 치료의질, 의료비용, 행정절차, 주변 환경 모두 가장 의료이용 만족도가 높았다. 이는 상대적으로 무료진료소를 제외한 다른 의료 기관에 대한 만족도가 떨어지며 그 이유로 진료비용과 이용할 수 있는 시간의 장애요인으로 조사되었다. 따라서 이주 노동자의 건강 증진을 위해서는 이주 노동자를 고려한 적절한 의료 시스템의 구축이 필요 할 것으로 사료된다.

VI. 결론

인간의 기본권의 하나인 건강권에 관하여 본 연구에서는 이주 노동자의 의료 이용과 의료 이용 만족도의 결정요인들을 인구학적 요인과 노동 형태, 건강 행태 및 인지도, 건강 상태 및 의료 이용 형태 특성을 통하여 살펴보았다. 본 연구는 2007년 7월 10일부터 8월 12일까지 연구자가 접근이 가능한 수도권 지역에 있는 쉼터, 무료진료소 및 교회를 방문한 이주 노동자 226명을 연구 대상으로, 이 중 설문에 응답한 211명의 자료로 분석하였으며, 결과는 다음과 같다.

이주 노동자의 일반적 특성으로 성별은 남자 49%였으며, 평균 연령은 45.8세로 30대가 가장 많았으며 국적별 분포는 중국이 42%로 가장 많았다. 41%가 대졸 이상이었으며, 기혼이 60%로 가장 많았다. 90%이상에서 종교를 가지고 있었으며, 개신교와 천주교가 대부분이었다. 한국어 실력은 81%가 중간 이상이었으며, 평균 체류기간은 40.6 (± 34.1)개월 이었다. 합법적으로 체류한 경우는 75명으로 34%이었고 불법 체류한 경우는 112명으로 53%이었다. 직업을 가지고 있는 경우는 78%였으며, 직업은 공장노동자가 43%로 가장 많았으며, 서비스업 31%, 단순노무자·건설노동자 11%로 조사되었다. 근무시간은 10시간 이하가 44%였으나, 10-12시간 일하는 경우 26%, 12시간 이상이 30%나 차지하였다. 또한, 한 달 평균 휴일(공휴일 포함)도 4-5일이 43%로 가장 많았으나, 3일 이하가 36%였으며, 5일 이상 쉬는 경우는 21%에 불과하였으며, 한 달 평균 임금은 104.8만원(± 21.9)이었다.

이주 노동자의 건강 행태 특성에는 음주를 하지 않는 사람이 75%, 흡연하지 않는 사람이 88%이었다. 수면(70%)과 식사(83%)는 대체적으로 규칙

적이었다. 본인의 건강 여부는 약 60%가 건강하다고 응답하였으며, 건강보험이 없는 경우가 74%였다. 대다수의 연구대상자가 한국에 체류 중에 아픈 경험이 있었고 아픈 경우 약 90%에서 무료진료소를 포함한 의료기관을 이용하였다. 이주 노동자의 질병은 그 순위가 고혈압·고지혈증으로, 위 십이지장 궤양, 근 골격계 질환, 외상·산업재해, 피부질환 순이었다.

의료기관을 이용한 163명을 대상으로 의료 이용 형태를 분석한 결과 지난 1년간 의료 이용 횟수는 평균 5회였으며, 의료비의 부담은 무료진료소를 이용하거나 전액 본인이 부담하였다. 또한 건강보험을 이용한 경우는 불법 혹은 합법 이주 노동자 모두 약 10%에 불과하였다. 이주 노동자의 주 의료기관은 41%에서 무료진료소이었으며, 주 의료기관을 선택하는 이유는 저렴한 의료비와 병의 치료도, 지리적 접근성이 중요한 사항이었다. 의료기관을 이용하는 경우의 주 문제점으로 합법 이주 노동자의 경우 53%에서 진료비 부담을 선택하였으며, 불법 이주 노동자의 경우 진료비 부담(32%)과 의료기관을 이용할 수 있는 시간의 부족(32%)을 문제시 하였다. 이는 이주 노동자에 의료보장 제도가 실시되고는 있지만 그 효과가 미미함을 시사한다.

의료 이용 만족도의 5가지 항목인 의료 이용 만족도의 결과는 5점 만점에 모든 항목에서 평균 3점 이상으로 높았으며, 항목에 관계없이 비슷한 만족도를 보였다. 의료 이용 만족도에 관한 다중회귀분석의 결과 다른 변수와 관계없이 독립적으로 의료이용 만족도에 영향을 미치는 요소는 주 의료 이용기관이었다. 특히, 무료진료소를 이용하는 그룹이 다른 의료 기관을 이용하는 그룹에 비해 모든 항목에서 만족도가 높게 조사되었다. 의원 및 종합병원/병원의 경우 다른 항목에 비해 의료비용이 가장 만족도가 낮았으며, 의원은 치료의 질이 종합병원/병원은 행정절차가 그 다음으로 만족도가 낮았다. 전체적인 의료 기관의 만족도는 무료진료소, 약국, 의원, 종합병

원/병원 순이었다.

이상의 결과를 종합하면 국내 체류하는 이주 노동자는 대부분 30대 연령으로 고졸 이상의 고학력자이며 제조업, 건설업 및 3-D 서비스업 등의 직업을 가지고 열악한 직업 환경에서 일을 하고 있으나 건강을 유지하기 위한 건강 보험 등의 보호 장치가 제대로 갖추어 지지 않아 의료 이용을 제대로 하지 못하고 있는 것으로 사료된다. 민간단체에서 무료진료소, 의료 공제회 등을 통해 이주 노동자에게 의료 서비스를 제공하고 있으며, 정부 차원에서 보건소를 통한 이주 노동자를 위한 의료보장을 시행하고 있으나, 이에 대한 홍보 및 지원이 부족한 실정이다. 따라서 이주 노동자의 건강 및 의료이용에 관한 전국적인 대규모 연구를 통해 현재 외국인 의료보장의 문제점을 파악하고 외국인의 기본적인 건강권을 보장해 줄 수 있는 정부차원에서의 의료보장에 대한 구체적인 정책 수립이 필요하며, 이주노동자의 의료이용 만족도가 높은 무료진료소와 연계하는 의료 서비스 정책이 필요할 것으로 사료된다.

참고 문헌

- 강명옥. 외국인 노동자 보호 대책에 관한 고찰. 숭실대학교 노사관계 대학원 석사학위논문, 1995
- 국제보건의료발전재단. 외국인노동자 보건의료실태 조사연구. 2005
- 김복연, 김석범, 김창윤, 등. 의료보호 대상자의 의료이용 양상. 영남의대 학술지 1991;8(2):185-201
- 김정원. 국내 외국인 노동자의 건강상태와 의료서비스 이용. 연세대학교 석사학위논문, 2008
- 김해성. 외국인 노동자의 실태와 제도 개혁의 내용. 외국인 노동자 보호법 제정을 위한 공청회 자료, 1996
- 노동부. 지속성장과 중소기업을 위한 외국인 고용허가제. 2003
- 노동부. 외국인 고용허가제 시행 3주년 평가 및 제도개선방안 연구. 2007
- 노동부. 매월노동통계보고서. 2006
- 동북아시아 위원회. 한국적 “다문화주의”의 이론화. -최종보고서- 한국 사회학회. 동북아시아위원회 용역과제 07-7. 2007.
- 문기태, 유승흠, 조우현 등. 의료소비자가 인지하는 의료서비스의 질의 구성 차원. 예방의학회지 2000;33(4):495-504
- 박용우. 이행. 외국인 진료소 내원 환자의 진료내용 분석. 가정의학학회지

1997;18(2):192-201

박석운. 외국인 노동자 의료보장을 위한 대책. 인 의협 토론회 자료집 -외국인 노동자 의료보장 현황과 대책-, 1997:p53-58

박장순. 의료 이용 전후 기대와 만족수준 비교. 연세대학교 석사학위논문, 2003

반애련. 외국인 이주노동자의 의료이용실태에 관한 연구. 건국대학교 석사학위논문, 2004

법무부. 2007년도 출입국자 4천 만 명 육박! - 법무부, 2007년도 출입국 외국정책 통계 발표. 2008.

서영태. 외국인 노동자를 위한 의료 활동. 외국인 노동자 선교 세미나 자료집. 1995

서울대학교 건강증진사업단. 국내 거주 외국인 근로자의 건강수준 평가와 체계적 관리 방안. 2006

설동훈. 외국인 노동자와 한국사회. 서울대학교 출판부 1999

수주아다정. 아시아 지역 - 정치적 상황과 이주 노동자들의 경향. CCA 홍콩회의, 1995.

여오숙. 외국인노동자의 의료서비스에 관한 연구. 동국대학교 석사학위논문, 2003

유승흠, 조우현, 이용호 등. 우리나라 의료이용에 관한 연구. 예방의학회지 1986;19(1):137-145

- 유승흠, 조우현. 전국민 의료보험 실시에 따른 의료 이용 양상과 그 결정요인. 대한병원협회지 1987;16(10):28-32.
- 유승흠, 양재모. 의료총론. 수문사, 1994
- 외국인노동자 의료 공제회. 외국인노동자 의료백서. 청년의사 2001
- 이건, 정요한. 불법 취업 외국인 노동자에 대한 보고서. 정의 평화 위원회 자료집-일곱 번째, 1993
- 이명희, 박정일, 구정완, 임현우. 외국인 근로자의 근로실태가 스트레스에 미치는 영향. 대한산업의학학회지 1997; 9(2): 309-319
- 이은자. 외국인 근로자를 위한 의료서비스 활성화 방안에 관한 연구. 경희대학교 행정대학원 석사학위 논문 2002
- 이왕준. 외국인 노동자 의료공제조합 창립 심포지엄. 서울; 외국인 노동자 의료공제조합, 1999
- 이선희, 김지인, 조우현, 이지전. 국내 종합병원 환자 만족도 조사현황 분석. 한국의료QA학회지 1998;5(1):42-57
- 인명진. 이주 노동자 누구인가. 이주 노동자 선교와 상담을 위한 자료집 4-대한 예수교 장로회 총회 중앙 상담소, 이주 노동자 위원회, 1997
- 주선미. 외국인 노동자의 특성과 의료이용 실태조사. 연세대학교 대학원 석사학위논문, 1998
- 최귀선. 의료서비스 질이 환자만족도, 서비스 가치, 재이용 의사에 미치는 영향에 대한 구조분석. 연세대학교 석사학위논문 1999

- 최홍엽. 외국인 근로자의 사회보장. 민주법학 제 22호, 2002
- 황필규. 이주노동자의 인권-노동권, 사회보장 및 단속, 보호, 강제퇴거상의 절차보장을 중심으로. 우리 법 연구회 연례회, 2008
- 홍윤철, 하은희. 외국인 근로자의 근로실태조사. 대한산업의학학회지 1996; 8(1):1-14
- 홍승권, 오상우, 임강은, 등. 한국일부지역의 외국인노동자의 의료이용실태와 상병사망양상의 조사. 가정의학학회지 2000;21(8); 1053-1064
- 홍춘욱. 외국인력 유입이 한국노동시장에 미치는 영향에 대한 일고찰: Piore의 분단가설을 중심으로. 고려대학교 석사학위 논문 1996
- 희년선교회. 외국인 노동자, 난민, 결혼이민자. 1986-2006년. 희년선교회 내부자료 2006
- Aday LA, Andersen R. Development of indices of access to medical care. Ann. Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1975
- 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.
- Alberto M Torres, Belen sanz. Health care provision for illegal immigrants. Epidemical Community Health 2000;54: 478-479
- Becker G, Newsom E. Socioeconomic status and dissatisfaction with health care among chronically ill African Americans. Am J Public Health. 2003;93(5):742-748

- Fox JG, Stroms DM. A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. *Soc Sci Med*[A] 1981;15(5):557-564
- Fiedler JL. A review of the literature on access and utilization of medical care with special emphasis on rural primary care. *Soc Sci Med*[C]. 1981;15(3):129-142.
- Hall JA, Doman 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.
- Hargreaves S, Friedland JS, Gothard P, et al. Impact on and use of health services by international migrants: questionnaire survey of inner city London A & E attenders. *BMC Health Serv Res*. 2006;29(6):153.
- Leclere FB, Jensen L, Biddlecom AE. Health care utilization, family context, and adaptation among immigrants to the United States. *J Health Soc Behav*. 1994;35(4):370-384.
- Newbold B. Health status and health care of immigrants in Canada: a longitudinal analysis. *J Health Serv Res Policy*. 2005;10(2):77-83.
- Pascoe GC. Patient Satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plann* 1983; 6(3-4): 185-210
- Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care* 1981;19(2): 127-140

- Singh J. A multifacet typology of patient ssatisfaction with a hospital stay. *J Health Care Mark.* 1990;10(4):8-21
- Singh GK, Hiatt RA. Trends and disparities in socioeconomic and behavioural characteristics, life expectancy, and cause-specific mortality of native-born and foreign-born populations in the United States, 1979-2003. *Int J Epidemiol.* 2006;35(4):903-919.
- Stronks K, Ravelli ACJ, Reijneveld SA. Immigrants in the Netherlands: Equal access for equal needs? *J. Epidemiol Community Health* 2001;55:701-707
- Uniken Venema HP, Farretsen HFL, Van Der Maas PJ. Health of migrants and migrant health policy, The Netherlands as an Example. *Soc Sci Med.* 1995;41(4):809-818

부 록 1(국문 설문지)

I. 일반적인 특성

1. 귀하의 국적은 무엇입니까?

1.네팔

2.미얀마

3.베트남

4.스리랑카

5.인도

6.키르기스스탄

7.태국

8.필리핀

9.러시아

10.몽골

11.방글라데시

12.인도네시아

13.우즈베키스탄

14.중국

15.파키스탄

16.기타 국가 _____

2. 귀하의 성별은 무엇입니까?

1.남자

2.여자

3. 귀하는 몇 년도에 태어났습니까?

19 () 년

4. 귀하의 혼인상태는 어디에 해당합니까?

1.미혼

2.이혼

3.사별

4.기혼

5.별거

5. 귀하의 학력은 어디에 해당하십니까?

1.무 학력

2.초등학교

3.중학교

4.고등학교

5.대학교 이상

6. 귀하의 종교는 무엇입니까

1.종교 없음

2.천주교

3.이슬람교

4.개신교

5.불교

6.기타 _____

7. 귀하의 한국어 실력은 어떠합니까?

3. 아니오 (19번 문항으로)

19. 귀하는 건강보험 카드를 갖고 계십니까?

- 1.예 2.아니오

20. 귀하는 식사를 규칙적으로 하십니까?

- 1.예 2.아니오

21. 귀하는 수면 시간량이 규칙적입니까?

- 1.예 2.아니오

22. 현재 본인은 건강하다고 생각하십니까?

- 1.예 2.아니오

23. 한국에 오기 전 본국에서 질병을 앓아 병원에서 치료를 받은 적이 있습니까?

- 1.예 2.아니오

24. 귀하는 한국에 입국한 이후 아픈 경험이 있습니까?

- 1.예 24-1 문항으로
2.아니오 25 문항으로

24-1 한국에 입국한 후, 귀하가 아프셨다면 어떻게 치료하셨습니다?

1. 의료 기관에서 치료했다
2. 자가 혹은 민간요법을 이용하였다
3. 치료 하지 않았다
4. 기타 ()

* 의료기관: 종합병원, 병원, 약국, 의원, 한의원, 보건소, 무료진료소

25. 다음의 질병의 각 항목에 대해 숫자에 "O"표 하십시오

질병 명	질병력 유무		치료 경과	
	있다	없다	치료 받음	치료 받지 않음
고혈압, 고지혈증	1	2	3	4
당뇨병	1	2	3	4
류마티스 질환	1	2	3	4
피부질환(알레르기 등)	1	2	3	4
위염/십이지장염 및 궤양	1	2	3	4
암	1	2	3	4
부인과 질환	1	2	3	4
외상	1	2	3	4
산업재해	1	2	3	4
기타 ()	1	2	3	4

26. 귀하가 아프셨을 때, 한국에서 의료 기관 (병원, 의원, 보건소, 약국, 한의원, 무료 진료소)을 한 번이라도 이용한 적 있으십니까?

1.예 -----> 아래 설문(27-37 문항)에 계속해서 응답을 부탁드립니다.

2.아니오 -----> 지금까지 질문에 응답하여 주심을 감사드립니다.

IV. 의료기관 이용 형태

27. 지난 1년간 귀하는 치료를 위해 의료 기관을 몇 번 방문하셧습니까? () 회

28. 의료기관을 이용했다면 귀하는 의료비를 주로 어떻게 부담했습니까?

(해당 사항을 모두 체크하십시오)

1.전액 건강보험적용

4.다른 사람들의 도움

2.전액 본인 부담

5.무료 진료기관 이용

3.건강보험+본인 부담

29. 귀하가 가장 많이 이용하는 기관은 다음 중 어느 것입니까?

- | | |
|------------|----------|
| 1.종합병원, 병원 | 4.약국 |
| 2.의원 | 5.한의원 |
| 3.보건소 | 6.무료 진료소 |

30. 귀하가 가장 많은 횟수의 의료 기관을 선택한 가장 큰 이유는 무엇입니까?

- 1.의료비가 싸기 때문에
- 2.거리상 가까워서
- 3.잘 낫는다고 생각하기 때문에
- 4.근무 시간 이외에 이용할 수 있으므로
- 5.절차가 간단해서
- 6.기타 ()

31. 귀하가 의료 기관에서 치료를 받는데 힘든 점은 무엇입니까?

(해당 사항을 모두 체크 하여 주십시오)

- 1.교통편이 좋지 않아 문제가 있다
- 2.병원 갈 시간이 필요하다
- 3.진료비를 감당하기 힘들다
- 4.언어소통을 하지 못하여 치료에 어려움이 있다
- 5.절차가 복잡하다
- 6.필요정보를 얻거나 상담을 받기 힘들다
- 7.힘든 점이 없다.
- 8.기타 ()

32. 귀하가 의료 기관에서 치료를 받는데 가장 힘든 점은 무엇입니까?

(31번의 응답 항목 중에서 해당 번호에 'O' 하여 주십시오.)

(1, 2, 3, 4, 5, 6)

V. 의료이용 만족도

(문항 28번에서 가장 많이 이용한 기관에 대한 만족도를 평가해 주십시오)

	매우 불만족 한다	비교적 불만족 한다	보통이다	비교적 만족 한다	매우 만족 한다
33. 귀하는 의료인들의 태도에 대해 어느 정도 만족하십니까?	1	2	3	4	5
34. 귀하는 치료의 질에 대해 어느 정도 만족하십니까?	1	2	3	4	5
35. 귀하는 치료 중 드는 의료비용에 대해 어느 정도 만족하십니까?	1	2	3	4	5
36. 귀하는 이용한 병의원의 행정적인 절차에 대해 어느 정도 만족하십니까?	1	2	3	4	5
37. 귀하는 이용한 병 의원의 환경에 (시설, 편리성 및 교통 등) 대해 어느 정도 만족하십니까?	1	2	3	4	5

참여해주셔서 감사합니다.

부록 2(영문 설문지)

I.Socio-demographic questionnaire

1. What is your nationality? (Check one answer)

- | | | |
|---------------|----------------|-----------------|
| 1. Nepal | 7. Thailand | 13. Uzbekista |
| 2. Myanmar | 8. Philippines | 14. China |
| 3. Vietnam | 9. Russia | 15. Pakistan |
| 4. Sri Lanka | 10. Mongolia | 16. Other _____ |
| 5. India | 11. Bangladesh | |
| 6. Kyrgyzstan | 12. Indonesia | |

2. Are you male or female?

- | | |
|---------|-----------|
| 1. Male | 2. Female |
|---------|-----------|

3. What is your birth year? 19 () year

4. What is your current marital status? (Check one answer)

- | | |
|-------------|--------------|
| 1. Single | 4. Married |
| 2. Divorced | 5. Separated |
| 3. Widowed | |

5. Please indicate your educational training? (Check one answer)

- | | |
|----------------------|--------------------|
| 1. Not at all | 4. High school |
| 2. Elementary school | 5. College or more |
| 3. Middle school | |

6. What is your religion? (Check one answer)

- | | |
|-------------|-----------------|
| 1. No | 4. Protestant |
| 2. Catholic | 5. Budism |
| 3. Islam | 6. Others _____ |

7. What is your Korean language level? (Check one answer)

- | |
|-----------------|
| 1. Can't at all |
|-----------------|

19. Do you have medical care insurance?

- 1.Yes 2.No

20. Do you take a meal regularly?

- 1.Yes 2.No

21. Do you have enough sleeping hours?

- 1.Yes 2.No

22. Do you think you are healthy now?

- 1.Yes 2.No

23. Before coming to Korea, have you had any diseases and treatments at hospital?

- 1.Yes 2.No

24. Have you ever been sick after you came to Korea? (Check one answer)

- 1.Yes Go to question 24-1

- 2.No Go to question 25

24-1. What was your treatment, when you were sick after you came to Korea?

(Check one answer)

- 1.Using medical facilities
2.By self or traditional (folk) treatment
3.No treatment
4.Others ()

* Medical facilities: General hospital, private clinic, public health center, pharmacy, oriental medicine clinic, or free clinic.

25. Have you had below problems before? *(Circle a number to indicate your response to each question)*

Disease	History of disease		Treatment	
	Yes	No	Yes	No
Hypertension, Hypercholesterolemia	1	2	3	4
Diabetes Mellitus	1	2	3	4
Rheumatic disease	1	2	3	4
Dermatology disease	1	2	3	4
Peptic ulcer disease & gastritis	1	2	3	4
Cancer	1	2	3	4
Gynecology disease	1	2	3	4
Trauma	1	2	3	4
Industrial accidents	1	2	3	4
Others()	1	2	3	4

26. When you were sick, have you ever visited the medical facilities for your treatment?

1. Yes Please answer following questions (27 -37)
2. No Thank you very much for your cooperation

IV. Utilization of medical facilities

27. How many times have you visited a doctor or physician IN THE LAST YEAR? () times

28. In case of using medical facility, how did you pay for it? (Check all that apply)

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| 1. Medical insurance | 4. Others' help |
| 2. By myself | 5. Free clinic (Shelter) |
| 3. 1+2 | |

29. What is the most frequently visited facility? (Check one answer)

- | | |
|-------------------------|-----------------------------|
| 1. General hospital | 4. Pharmacy |
| 2. Private clinic | 5. Oriental medicine clinic |
| 3. Public health center | 6. Free clinic (Shelter) |

30. What is the reason you frequented most that specific institute? (Check one answer)

1. Cheap medical expense
2. Nearby
3. Good reputation
4. Flexible visiting hours
5. Simple process to get treatment
6. Others ()

31. What is your reason that you could not get treatment from any medical facilities?

(Check all that apply)

1. Inconvenient location
2. No time for visiting any facilities
3. No money
4. Communication handicap
5. Too much process
6. Problem of getting information or counseling

7. No problem at all

32. What is your most important reason that you could not get treatment from any medical facilities among the answer of 'question 31'?

(Circle the answer number of 'question 31') (1, 2, 3, 4, 5, 6)

V. The satisfaction of treatment at medical facilities

(Circle a number to indicate your response to each question)

Please evaluate the most frequently visited facility which checked in question

	Poor	Fair	Good	Very good	Excellent
33. Medical staffs of medical treatment	1	2	3	4	5
34. Quality of medical treatment	1	2	3	4	5
35. Medical expense of medical treatment	1	2	3	4	5
36. Administrative process of medical facilities	1	2	3	4	5
37. Easy of access and atmosphere (location, traffic, quality of facilities)	1	2	3	4	5

Thank you very much for your cooperation!!!

ABSTRACT

Health Care Utilization and Satisfaction of Migrant Workers in Korea

So Yang Cho

Dept. of International Health

The Graduate School of

Health Science & Management

Yonsei University

(Directed by Professor Young Moon Chae, Ph.D.)

Immigrants are a growing segment of the Korean population. In 2007, there were 970,000 immigrants, accounting for 2% of the total Korean population. Rapid increase in the immigrant population has been accelerated due to an aging society, agreement of FTA or WTO. In spite of the fact that we have already entered into a multi-ethnic, multi-cultural society, the public health system of Korea is not adequate to protect the health right of immigrants, one of the essential human rights. Recently the Government announced the policy of Emergency Service for Immigrants, who have no medical insurance or benefits, and put a law into force for an immigrants' health care

system through the local public health center. Private organizations have also offered medical care to immigrants having no medical insurance or protection through free clinics. However, this is just toddler steps for immigrants' health care in Korea.

Previous national studies in Korea had reported immigrants status, but there is little information about health care utilization and immigrants' satisfaction with health care services in Korea. Therefore, we aimed to evaluate the health care utilization and immigrants' satisfaction with health care services in Korea, for improving the health care system in Korea and giving basic information to create a better public health policy.

A cross-sectional survey was conducted by interviewing 226 immigrants who were staying at shelters in Seoul, visiting free clinics, or attending churches in Seoul(response rate 93%). We collected the data of socio-demographics, health status, health care utilization and satisfaction of immigrant workers by questionnaire. We analyzed the factors that affect the health care utilization, and immigrants' satisfaction with health care services using t-test, chi-square, one way ANOVA and multiple regression analysis.

The mean number of medical institute visits of immigrant was 5.0 in the last year. In our study, 74% of immigrants responders had no medical insurance, and the majority of immigrants had paid the total medical cost themselves, except for those who used free clinics. Only 10% used medical insurance for health care costs. The most important reasons that immigrant workers chose the medical institute were low

medical costs, accessible location, and ability of medical services. The average of the aggregate score of health care satisfaction of immigrant workers was 3.5 (satisfaction was measured by a 5-point Likert scale). By multiple regression analysis, the health care satisfaction was associated with the immigrant workers choosing a main medical institute. Specifically, the immigrant workers who used the free clinics were more satisfied with their health care than the immigrant workers who used other medical institutes.

In conclusion, the utilization of health care facilities by immigrants was low. The highest health care satisfaction came from the utilization of free clinics. So it appears that public immigration health care system in Korea has not properly been functioning. Thus, a further large-scale national study on health status and health care utilization of immigrants is needed to improve immigrants' health status and to develop a proper policy for immigrant health care.