

장애인 건강주치의 이용 의사에 미치는 영향요인: 장애 정도가 심한 장애인을 중심으로

장 혜 경¹ | 이 원 영^{1*}

¹ 중앙대학교

* 교신저자: 이원영
(wylee@cau.ac.kr)

초 록

본 연구는 장애 정도가 심한 장애인(이하 '심한 장애인')의 건강주치의 이용 의사에 미치는 영향 요인을 규명하여 장애인 건강주치의 활성화를 위한 근거를 마련하고자 하였다. 연구 대상은 2020년 장애인실태조사 원시 자료 중 등록장애인 7,025명 가운데 심한 장애인 3,157명이며, Andersen 행동모형을 토대로 분석을 수행하였다. 소인성, 가능, 필요요인과의 관련성은 카이제곱 검정으로, 영향요인은 건강주치의 이용 의사를 종속변수로 하여 다중 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 분석 결과, 건강주치의 이용 의사가 있는 비율은 49.57%(1,565명)였으며, 영향요인으로 는 소인성요인에서 연령, 가능요인에서 거주지역, 보건의료서비스 이용 여부, 복지사업 정보 취득처, 코로나19로 인한 어려움, 건강검진 여부, 건강주치의 인지도였고, 필요요인에서 주관적 건강상태, 만성질환 유무, 장애유형, 일상생활 도움 필요 정도, 우울 상태가 통계적으로 유의하였다. 특히 복지사업 정보 취득처와 건강주치의 인지도는 제도 활성화의 핵심 요인으로 나타났으며, 단순 정보매체 홍보보다 사회복지·행정·교육기관과 장애인단체·종교단체를 통한 직접적 정보 제공이 더 효과적인 것으로 확인되었다. 이러한 결과는 정부와 관련 기관이 건강주치의 인지를 높이고 지역별 서비스 격차를 해소하는 맞춤형 홍보 전략을 수립함으로써, 제도의 전국적 확대와 장애인의 건강권 증진에 기여할 수 있음을 시사한다.

주요 용어: 장애인건강주치의, 건강주치의 인지도, 정보 취득처, 앤더슨 행동모형

알기 쉬운 요약

이 연구는 왜 했을까? 2017년 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」에 따라 2018년부터 시행된 건강주치의 제도는 7년이 지난 현재까지 참여율과 인지도가 매우 낮은 수준이다. 이에 본 연구는 심한 장애인을 대상으로 이용 의사에 영향을 미치는 요인을 규명하여 제도 활성화와 정책 개선의 근거를 마련하고자 하였다.

새롭게 밝혀진 내용은? 장애인 건강주치의 이용 의사에는 연령, 거주지역, 보건의료서비스 및 건강검진 경험, 정보취득처, 건강주치의 인지도, 주관적 건강상태, 만성질환 유무, 장애유형 등이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 무엇보다도 건강주치의 인지도와 정보취득처가 가장 강력한 결정요인으로 확인되었다.

앞으로 무엇을 해야 하나? 복지관, 행정기관, 장애인단체 등 신뢰할 수 있는 정보취득처를 중심으로 건강주치의 인지를 높이는 맞춤형 홍보 전략이 필요하다. 특히 생활 밀착형 서비스를 통한 직접적 정보 제공이 제도 활성화의 핵심으로 작용할 것이다.

■ 투 고 일: 2025. 04. 30.
■ 수 정 일: 2025. 09. 15.
■ 게재확정일: 2025. 09. 23.

I. 서론

장애인의 정의는 각 나라의 사회적, 문화적, 경제적, 정치적 여건과 수준에 따라 달라지는데, 우리나라에서는 신체적·정신적 장애로 인해 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 사람으로 규정하고 있다. ‘신체적 장애’는 주요 외부 신체 기능의 장애와 내부 기관의 장애를 포함하며, ‘정신적 장애’는 발달장애나 정신질환으로 인해 발생하는 장애를 의미한다(장애인복지법, 2024). 더 나아가 세계보건기구(WHO, 2013)의 국제기능분류(International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)는 장애를 손상(impairment), 활동(activities), 참여(participation)로 구분하며, 기존의 개인 질병과 손상에 초점을 맞추었던 의학적 모델에서 벗어나 생물학적·환경적 요인의 상호작용과 상황적 맥락을 중시하며 사회와 환경적 개입을 강조하고 있다. 세계보건기구(WHO, 2011)는 ‘장애인 건강 형평성에 관한 글로벌 보고서’에서 장애인의 조기 사망 이유를 건강 불평등 때문이라고 밝혔다. 건강 불평등(health inequality)은 ‘개인 또는 집단 간의 건강 수준의 차이’로 정의(Kawachi et al., 2002)할 수 있으며 집단 간 건강 수준의 차이는 사망률과 직접적인 관련성이 있다.

2022년 기준 우리나라 등록 장애인은 265만 명으로 전체 인구의 5.2%를 차지하며, 등록 장애인 중 65세 이상 노인의 비율은 꾸준히 증가하여 50%를 초과하였다. 이 중 약 30%가 장애 정도가 심한 장애인¹⁾(이하 ‘심한 장애인’)이다(보건복지부, 2022). 장애인의 사망 시 평균연령은 77.9세로 우리나라 기대수명 82.7세를 감안하면 낮은 수준이다(호승희 외, 2023). 특히 심한 장애인은 74.1세로, 심하지 않은 장애인의 81.0세와 비교 시 약 7세의 연령 차이를 보여 장애 정도에 따른 건강 격차를 확인할 수 있다. 국가의 건강 수준을 살펴볼 수 있는 피할 수 있는 사망은 ‘시의적절하고(timely) 효과적(effectively)으로 보건의료서비스가 제공되었다면 발생하지 않았을 사망’을 의미하며, 예방할 수 있으며(preventable), 관리 가능한(manageable) 질병을 말한다(Rustein et al., 1976). 이는 장애인의 건강 수준과 그 영향요인을 식별하는 데 유용하며, 취약한 장애인의 의료접근성 차이를 반영하는 지표가 될 수 있다(최민혁, 2017).

장애인은 비장애인에 비해 만성질환 및 중증질환에 걸릴 확률이 높으며(DeJong, 1997; Havercamp et al., 2004), 의료기관을 방문하는 교통수단 및 시설·장비가 제한적이어서 비장애인에 비해 접근성이 크게 떨어진다는(Steele et al., 2013). 또한 장애 정도의 차이가 피할 수 있는 사망에 영향을 미치는 것으로 보았을 때(최민혁, 2017), 심한 장애를 가진 사람들이 더 많은 건강문제를 겪고 있으며, 의료서비스접근 또한 어렵다는 것을 증명한다고 볼 수 있다. 이에 우리 정부는 2007년 UN의 장애인권리협약(Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD)(United Nations, 2007)에서 강조한 건강권 이행을 위해 ‘장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률’(이하 [장애인건강권법])을 제정(2015년)하였고, 이를 근거로 ‘장애인건강주치의제도’(이하 ‘건강주치의 제도’) 시범사업(2018.05)을 시작하였다. 또한, 거주 기반이 의료시설에서 지역사회로 이동하고 있는 추세에 따라(Kim et al., 2022)시설이 아닌 지역사회에서 자립 생활을 지원하는 장애인 탈시설화 로드맵²⁾을 발표하였다(보건복지부, 2021. 8. 2.). 탈시설화의 정책 목표는 장애인이 대규모 수용시설(예: 요양원, 보호시설)에서 벗어나 지역사회에서 자립할 수 있도록 지원하는 과정을 의미하며 자립 과정 중 지역사회 건강관리가 매우 중요하다. 이는 세계적 패러다임에 맞춰 고안된 ‘살던 곳에서 계속 살기(aging in place)’의 개념(Cutchin, 2003)과 일맥상통하며 이러한 탈시설화 치료 과정이 치료 시스템의 지속 가능성을 높이고 사용자의 삶의 질을 향상 시킨다고 한다(Ilinca et al., 2015). 그러나 탈시설 지원 제도의 하나인 ‘건강관리 지원’을 장애인 건강주치의(이하 ‘건강주치의’)와 방문

1) 2019년 7월 기준 1~3급에 해당하는 ‘장애의 정도가 심한 장애인(중증장애인)’과 기존 4~6급에 해당하는 ‘장애의 정도가 심하지 않은 장애인(경증 장애인)’의 2단계로만 구분하였다(법제처, 2018).

2) ‘거주 시설에서 나와 지역사회에서 함께 살아가도록’ 장애인의 온전한 자립을 뒷받침하겠습니다(보건복지부, 2021. 8. 2.).

진료 활성화를 통해 해결하려 했으나, 장애인과 주치의의 참여율은 매우 저조하다. 또한, 만성질환은 완치가 아닌 꾸준한 관리가 필요하며, 탈시설 장애인은 잠재적인 의료 요구도가 높아 향후 건강관리 대안으로 찾아가는 주치의가 반드시 필요하다.

그럼에도 불구하고 2021년 말 기준, 이용자는 1,182명으로 전체 장애인 98만 4천명 중 약 0.12%에 불과하다(박진관 외, 2022). 참여율 저조의 원인은 주치의의 경우 수가 인상과 장애인에 대한 편견이, 장애인들은 제도 참여의 접근성 부족으로 알려져 있다. 최근 실시된 건강주치의 시범사업에 대한 장애인 인지도 및 인식조사에 따르면, 응답자의 84%가 이 제도를 모른다고 하였다(한국장애인단체총연맹, 2021). 이는 장애인의 건강관리 인식과 정보 부족으로 인해 자발적인 참여가 어려움을 단적으로 잘 보여준다. 장애인 건강권 향상을 위해 만든 좋은 취지에도 불구하고, 건강주치의 제도는 실효성이 반복 제기되며 장애인도 모르는 시범사업이 7년째 진행되고 있다. 이는 누가 건강주치의를 필요로 하는지, 어떤 내용을 어떻게 전달하는 것이 가장 효과적인지에 대한 실증적 검토 없이 이루어졌기 때문이다. 따라서 가장 취약한 계층인 심한 장애인의 건강주치의 이용을 방해하거나 촉진하는 요인을 확인하는 것은 향후 제도 활성화에 중요한 근거가 될 것이다. 그러나 시범사업의 특수성으로 인해 관련 선행연구는 제한적이며, 심한 장애인을 대상으로 건강주치의 이용 의사를 종속변수로 분석한 결정요인 연구는 찾아보기 어렵다.

이에 본 연구는 심한 장애인을 대상으로 건강주치의 이용 의사에 영향을 미치는 요인을 분석하였으며, 종속변수의 설명력을 높이기 위해 장애인의 특성, 건강주치의 인지도, 장애인 복지사업 정보취득처 등의 변수를 포함하였다. 이를 통해 심한 장애인의 건강주치의 이용의사 실태와 관련 요인을 파악하고, 장애인의 보편적 건강권 향상과 제도 활성화를 위한 기초자료를 제공하며, 나아가 정책적 기반 마련에 참고자료를 제시하고자 한다.

II. 이론적 배경 및 선행연구 검토

1. 앤더슨 행동모형(Andersen's Behavioral Model)

앤더슨 행동모형(Andersen's Behavioral Model of Health Services Use)은 1968년 의료사회학자인 앤더슨(Ronald Andersen)이 가족의 의료서비스 이용 과정을 분석하기 위해 제안하였다(Kehrer, 1972; Andersen & Newman, 1973). 초기에는 가족을 분석 단위로 설정하였으나, 가족 구성원 간 건강상태와 서비스 요구 수준의 차이를 충분히 반영하기 어렵다는 한계가 지적되었고, 이후 분석 단위가 개인(individual)으로 전환되었다. 이 모형은 의료 접근성(accessibility)을 핵심 개념으로 하여, 개인의 특성과 환경 요인이 서비스 이용에 미치는 영향을 설명하는 분석 틀로 발전하였다(Aday & Andersen, 1974).

처음에는 서비스 이용의 양과 종류를 규명하는 데 초점을 두었으나, 이론적 비판과 실증적 검토를 거치면서 의료뿐 아니라 사회서비스 영역에서도 폭넓게 활용되는 모델로 자리매김하였다(Andersen, 1995). 현재는 다양한 인구집단과 환경 수준을 고려하는 다수준(multilevel) 분석에 적용되며, 개인적 요인과 상황적 요인을 모두 포함하는 대표적 의료서비스 이용 예측 모델로 발전하여 선진국 보건의료 연구에서 폭넓게 사용되고 있다(Andersen, 2008; Andersen, Rice, & Kominski et al., 2011; Babitsch, Gohl, & von Lengerke et al., 2012; Alkhawaldeh et al., 2023).

앤더슨 행동모형은 서비스 이용을 설명하기 위해 개인적 요인과 사회적 요인으로 구분하며, 개인적 요인은 다시 소인성요인(predisposing factors), 가능요인(enabling factors), 필요요인(need factors)으로 세분화하는 이론적 틀을 제공한다.

소인성요인(predisposing factors)은 의료서비스 이용에 대한 욕구가 발생하기 이전부터 개인이 지니고 있는 경향성을 의미하며, 인구사회학적 특성과 인종·이민 등 문화적 특성이 반영되기도 한다. 성별, 연령, 결혼상태, 교육수준 등과 같은 개인의 특성이 포함되며, 개인의 태도, 지식, 신념 등도 영향을 미친다(Andersen & Newman, 1973). 소인요인은 의료서비스 이용에 즉각적인 영향을 미치지는 않지만, 서비스 이용 의사에 중요한 역할을 한다(송다영, 2003; 이기영 외, 2010; 한수정, 문상호, 2014).

가능요인(enabling factors)은 의료서비스 이용을 가능하게 하는 수단과 능력으로, 개인의 이용을 촉진하거나 제한하는 환경적 요소를 의미한다. 이는 개인요인(소득, 의료보장 유형, 주치의 유무, 의료기관과의 거리, 거주지역 등)과 지역요인(의료인력·시설 규모, 서비스 가격, 도시·농촌 간 특성 등)으로 구분되며(Andersen & Newman, 1973; Andersen, 1995), 이러한 자원이 충분할수록 서비스를 이용할 가능성이 높아진다(이가옥, 이미진, 2001; 허선영, 윤민석, 2014).

필요요인(need factors)은 개인의 건강상태와 직접적으로 관련되며, 의료서비스 이용을 결정하는 두 가지 핵심 요소로 구성된다. 첫째, 인지된 욕구(perceived need)는 개인이 스스로 인식하는 건강상태로, 주관적 건강평가, 질병 증상, 심리적 상태 등을 포함한다. 둘째, 평가된 욕구(evaluated need)는 전문가가 판단한 건강상태와 의료적 필요를 의미하며, 장애 유형이나 만성질환과 같은 객관적 지표가 해당된다. 필요요인은 개인의 건강 요구를 반영하며, 의료서비스 이용 여부를 결정하는 가장 중요한 역할을 한다(윤현숙, 2001; 송다영, 2003; 이기영 외, 2010; Kim & Lee, 2016).

최근 체계적 문헌 고찰(Systematic Review)에 따르면, 소인성 요인에는 성별, 연령, 교육수준, 결혼상태, 고용 여부가 포함되며, 가능 요인으로는 소득, 의료보험, 거주지, 의료기관 접근성이, 필요 요인으로는 만성질환, 건강상태 인식, 건강문제 유형이 주요하게 검토되었다(Alkhawaldeh et al., 2023). 본 연구는 앤더슨 모형을 바탕으로 선행연구(Kim et al., 2022)에서 사용된 변수를 참조하여, 건강주치의 이용 의사에 영향을 미치는 개인 특성을 분석하였다. 구체적으로, 소인성 요인에는 성별, 연령, 결혼상태, 가구 유형을, 가능 요인에는 가구소득, 의료보장 형태, 거주지역, 보건의료서비스 이용 여부, 복지사업 정보취득처, 코로나19로 인한 어려움, 건강검진 여부, 건강주치의 인지도를, 필요요인에는 주관적 건강상태, 만성질환 유무, 장애유형, 일상생활 도움 필요정도, 우울 상태를 포함하였다.

2. 장애인 건강주치의 시범사업

2015년 「장애인건강권법」 제정을 통해 장애인의 건강증진과 의료접근성 향상을 위한 법적 기반이 마련되었으며, 이에 따라 2018년 5월부터 심한 장애인(중증장애인)만을 대상으로 건강주치의 시범사업이 시작되었다. 본 사업은 국정과제로 추진되어 1단계(2018년 5월~2020년 5월)와 2단계(2020년 6월~2021년 8월)를 거쳐, 3단계(2021년 9월~2024년 2월)까지 단계적으로 확대되었다(보건복지부, 2024). 해외 국가에서는 일반 주치의 제도가 보편적으로 운영되고 있으나, 장애인만을 대상으로 한 독립적인 주치의 제도는 존재하지 않아 관련 연구 문헌이 제한적이라는 지적이 제기된 바 있다(산동욱 외, 2019). 이러한 점에서 우리나라의 제도는 건강보험 체계 내에서 ‘주치의’와 ‘방문진료’를 결합한 형태라는 특수성과 제도적 의의를 지닌다.

건강주치의 시범사업은 심한 장애인이 등록된 의사 1인을 선택하여 일반건강관리(전반적 건강관리), 주장애포관리(전문장애관리), 통합관리(두 영역을 통합한 관리)를 지속적·포괄적으로 제공 받을 수 있도록 설계되었다(보건복지부, 2021. 9. 29.). 주요 서비스에는 케어플랜 수립, 교육·상담, 전화상담, 방문진료·방문간호, 검진바우처 제공 등이 포함되며, 서비스별 연간 이용 횟수에는 제한이 있다. 공급기관은 주장애포관리는 종합병원급까지, 일반건강관리와 통합관리는 의원급까지로 한정된다. 3단계 시범사업에서는 서비스대상 장애 유형을 기존 지체·뇌병변·시각장

애에서 정신장애(지적·정신·자폐성 장애)까지 확대하였다. 또한, 만성질환 무료검진 바우처와 환자관리료 본인부담금 면제, 보호자 대상 무료 교육·상담을 도입하고, 방문서비스 횟수를 연 12회에서 18회로 확대하였다(최은희 외, 2024).

그러나 이러한 제도적 개선에도 불구하고, 시범사업은 수요자와 공급자 모두에서 참여율이 저조하여 실효성에 대한 우려가 지속적으로 제기되어 왔다. 건강주치의 관련 연구를 살펴보면, 대부분이 시범사업 초기 단계에서 수행된 것으로, 참여 수준이나 미참여자와의 비교를 통한 효과 분석 등 실증적 검증이 충분히 이루어지지 않았다는 한계가 지적되었다(신동욱 외, 2019; 배하석 외, 2020). 2차 시범사업에 참여한 장애인과 보호자를 대상으로 진행된 포커스그룹 인터뷰(Focus Group Interview, FGI)에서는 정서적 지지와 맞춤형 방문진료의 긍정적 효과가 확인되었으나, 홍보 부족과 제한된 진료과 등 여러 제약이 함께 제시되었다(김미소 외, 2021). 또한, 일차 의료 시범사업의 수요와 인지도를 분석한 연구(Kim et al., 2022)에서는 ‘심한 장애인’만을 수혜 대상으로 한 현행 제도운영 방식에 대한 재검토 필요성을 제기하며, 인지도를 높이기 위한 적극적인 홍보전략 마련이 필수적임을 강조하였다. 박진관 외(2022) 역시 건강관리 인식과 제도 정보 부족을 장애인 참여 저조의 원인으로 지적하며, 이에 대응하기 위해 체계적인 홍보와 전문적 장애 관리 강화를 통한 참여 동기 제고의 필요성을 제안하였다.

이처럼 선행연구들은 제도 참여 저조의 주요 원인으로 홍보 부족과 낮은 인지도를 공통적으로 지적하고 있다. 이에 본 연구는 장애인의 건강주치의 이용 의사를 분석함으로써, 제도 참여 확대를 위한 실증적 근거와 정책적 시사점을 제시하고자 한다.

III. 연구 방법

1. 자료 및 연구 대상

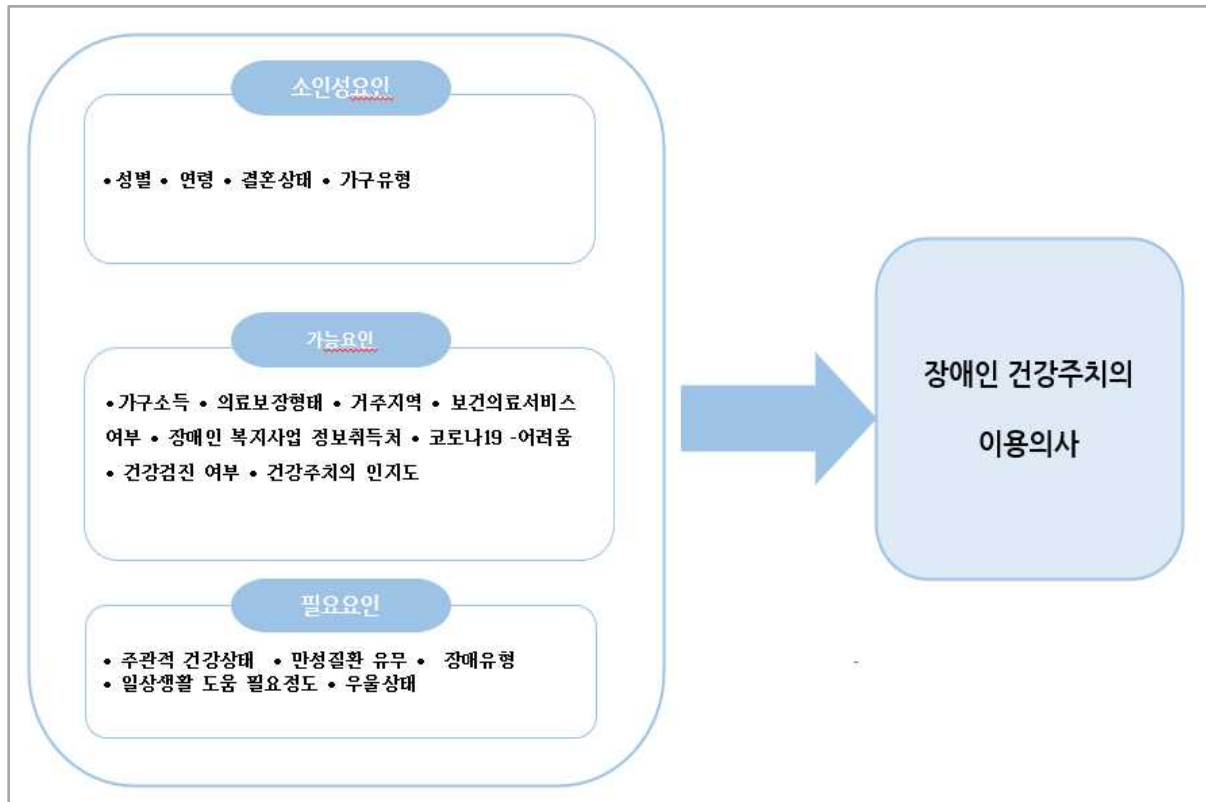
본 연구는 장애인 건강주치의 이용 의사에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해, 2020년 보건복지부와 한국보건사회연구원이 공동으로 수행한 제11차 장애인실태조사(통계승인번호: 제117032호)를 활용하였다. 조사 모집단은 2020년 5월 기준 전국에 거주하고 있는 등록장애인 전체였으며, 코로나19 팬데믹 상황을 고려하여 기존의 가구 기반 표본조사 방식이 아닌 등록장애인 데이터베이스(DB)를 기반으로 표본이 추출되었다. 표본 설계는 층화 집락 추출방법(two-stage cluster sampling)을 적용하여 수행되었고, 조사는 2020년 10월부터 2021년 2월까지 약 5개월간 진행되었다. 총 248개 조사지역의 등록장애인 11,120명을 대상으로 조사 접촉을 시도하였으며, 이 중 7,025명이 최종 조사에 참여하여 심층 조사가 완료되었다. 이는 2017년 조사 완료율(81.9%)에 비해 낮은 63.2%의 완료율을 보인 것이다(김성희 외, 2020). 본 조사에서는 시설 거주 장애인은 제외되었으며, 일부 장애 유형의 특성상 의사소통에 어려움이 있어 응답자가 직접 조사에 참여하기 어려운 경우 대리 응답(proxy response)을 허용하였다. 청각·언어·지적·자폐성·정신장애인의 경우 문자 해독 능력이 있을 때는 직접 응답하도록 하였으나, 연령이 어리거나 장애로 인해 본인 응답이 불가능한 경우에는 동일 가구 내 보호자(주로 부모 또는 배우자)가 대신 응답하였다. 전체 응답자 중 92.0%는 본인이 직접 응답하였고, 8.0%는 가족 구성원에 의한 대리 응답으로 수집되었으며, 대리 응답은 특정 항목에 한정되지 않고 모든 설문 문항에 일관되게 적용되었다.

연구 대상은 전체 참여자 중 만1세 이상의 등록장애인을 기준으로 하였으며, 이 중 심한 장애인 3,157명(전체 참여자의 44.93%)을 최종 분석대상자로 선정하였다. 심하지 않은 장애인(경증장애인), 무응답자, '모름' 또는 결측 값이 있는 사례는 분석에서 제외하였다.

2. 연구 설계 및 연구 모형

본 연구는 제11차 장애인 실태조사(2020년)를 이용한 2차 자료 분석연구이다. 심한 장애인을 대상으로 건강주치의 이용 의사의 관련성을 분석한 단면 연구이며, Andersen 모형(Andersen & Newman, 1973)을 기반으로 어떤 요인들이 건강주치의 이용 의사를 예측하는지 규명하고자 하였다. 연구 모형은 다음과 같다(그림 1).

그림 1. 연구 모형



3. 변수의 정의 및 측정 방법

가. 종속변수

본 연구의 종속변수는 ‘건강주치의 이용의사’이며, 건강주치의 이용 의사는 2020년 장애인실태조사에서 처음 질문한 문항이다. “장애 정도가 심한 장애인의 건강주치의를 지정하여 만성질환 및 전반적 건강관리 등을 지원하는 ‘장애인 건강주치의 제도’를 이용할 의사가 있습니까?”라는 질문에 “예”라고 응답한 경우를 건강주치의 이용 의사가 있는 것으로 조작적 정의하였다. 분석을 위해 ‘장애인 건강주치의 이용의사 여부’는 이항 변수로 변환하였으며, 이용 의사가 있는 경우는 (1), 이용 의사가 없는 경우는 (0)으로 코딩하였다. 또한 결과표 제시의 편의를 위해 해당 변수를 주치의 이용 의사 ‘없음’과 ‘있음’으로, ‘심한 장애인’은 ‘장애인’으로 표기하였다. 연구에 사용된 변수의 구체적 구성 및 측정방법은 다음과 같다(표 1).

표 1. 변수 구성 및 측정 방법

변수 구분		내용	변수 측정
종속 변수	주치의 이용의사	주치의 이용의사 여부	0: 없음*, 1: 있음
	소인성 요인	성별	0: 남*, 1: 여성
독립 변수	소인성 요인	연령	0: 19세 이하*, 1: 20~64세, 2: 65세 이상
		결혼상태	0: 기혼*, 1: 미혼(이혼, 별거, 기타)
		가구유형	0: 독거*, 1: 동거가족 있음
		가구소득(월)	0: 199만 원 이하*, 1: 200만~299만 원, 2: 300만~399만 원, 3: 400만 원 이상
	가능 요인	의료보장형태	0: 건강보험*, 1: 의료급여
		거주지역	0: 수도권*, 1: 비수도권
		보건의료서비스 여부	0: 없음*, 1: 있음
		장애인 복지사업 정보취득처	0: 정보매체* 1: 동료, 2: 복지관, 행정기관, 3: 장애인 및 종교단체
		코로나19 어려움	0: 어려움 없음*, 1: 어려움 있음
		건강검진 여부	0: 없음*, 1: 있음
		건강주치의 인지도	0: 모름*, 1: 알고 있으나 내용 모름, 2: 알고 있음
		주관적 건강상태	0: 나쁨*, 1: 보통, 2: 좋음
	필요 요인	만성질환 유무	0: 없음*, 1: 있음
		장애유형	0: 정신장애*, 1: 외부신체 기능장애, 2: 내부기관장애
		일상생활 도움 필요정도	0: 자립가능*, 1: 도움필요
		우울상태	0: 없음*, 1: 있음

주: *는 기준집단(reference group)

나. 독립변수

선행연구를 바탕으로 건강주치의 이용 의사에 영향을 미칠 것으로 판단되는 요인들을 앤더슨 모형에 따라 소인성요인, 가능요인, 필요요인으로 구분하였다.

소인성요인에는 성별, 연령, 결혼상태, 가구 유형을 포함하였다. 성별은 ‘남성’과 ‘여성’, 연령은 ‘19세 이하’, ‘20~64세’, ‘65세 이상’, 결혼상태는 ‘기혼’과 ‘미혼(이혼, 별거, 기타)’, 가구 유형은 독거 장애인의 건강주치의 이용 의사를 파악하고자 ‘독거’와 ‘동거가족 있음’으로 범주화하였다.

가능요인에는 가구소득, 의료보장형태, 거주지역, 보건의료서비스 여부, 장애인 복지사업 정보취득처, 코로나 19 어려움, 건강검진 여부, 건강주치의 인지도를 포함하였다. 가구소득은 ‘199만 원 이하’, ‘200만~299만 원’, ‘300만~399만 원’, ‘400만 원 이상’, 의료보장형태는 ‘건강보험(지역, 직장)’과 ‘의료급여(1종, 2종)’, 거주지역은 장애인의 행정 구역별 대도시에 밀집한 점을 고려해 ‘수도권’과 ‘비수도권’(국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 2022)으로, 보건의료서비스 여부는 “최근 1년 동안 보건의료 및 건강 관련 서비스를 받은 적이 있습니까?”라는 문항에 “아니오”라고 한 경우 ‘없음’, “예”라고 한 경우 ‘있음’, 장애인 복지사업 정보취득처는 “장애인복지사업 내용에 대해서, 주로 어디를 통해서 정보를 취득하였습니까?”라는 문항에 정보매체(언론매체, 인터넷 등), 친척, 친구, 이웃, 장애인 동료, 행정기관, 사회복지 관련 기관, 장애인단체, 종교기관, 교육기관, 복지 관련 정보지, 기타를 ‘정보매체(언론매체, 인터넷, 복지 관련 정보지 등), ‘동료(친척, 친구, 이웃, 장애인 동료), ‘복지관, 행정기관(사회복지 관련 기관, 행정기관, 교육기관), ‘장애인 및 종교단체’로 구분하였고, 기타 항목은 유사항목과 통합하여 재분류하였다. 코로나19 어려움은 “최근 코로나19(COVID-19) 감염 확산 기간(2020년 2월부터)에 일상생활 활동에서 평소와 비교하여 의료이용에 어느 정도의 어려움을 경험하셨습니까?”라는 문항에 ‘어려움 없음’, ‘어려움

있음'으로, 건강검진 여부는 "최근 2년간 건강을 위해 건강검진을 받은 적이 있습니까?"라는 문항에 "아니오"라고 한 경우 '없음', "예"라고 한 경우 '있음'으로, 건강주치의 인지도는 "장애인 건강주치이에 대해서 알고 있습니까?"라는 문항에 '알고 있음', '알고 있으나 내용은 모름', '아니오'를 역 코딩하였다. 3점 리커트 척도로 점수가 높을수록 장애인 건강주치의를 잘 알고 있는 것을 의미한다(허선영, 윤민석, 2014).

필요요인에는 주관적 건강상태, 만성질환 유무, 장애유형, 일상생활 도움 필요정도, 우울 상태를 포함하였다. 주관적 건강상태는 "평소 자신의 건강은 어떻다고 생각하십니까?"라는 문항에 '매우 좋음', ' 좋음', '보통', '나쁨', '매우 나쁨'을 '나쁨(나쁨, 매우나쁨)', '보통', ' 좋음(좋음, 매우 좋음)'으로 역 코딩하였다. 만성질환 유무는 "현재 3개월 이상 계속되는 만성질환을 앓고 계십니까?"라는 문항에 "아니오"라고 한 경우 '없음', "예"라고 한 경우 '있음', 장애 유형은 장애인 실태조사 법정 등록 장애유형 분류인 15가지에 따라 '정신장애', '외부신체 기능장애', '내부기관장애'로 일상생활 도움 필요 정도는 "일상생활을 하는 데 남의 지원을 어느 정도 받아야 합니까?"라는 문항에 '자립 가능'(모든 일상생활을 혼자 가능, 다른 사람 지원 없이 혼자 가능)과 '도움 필요'(일부 지원 가능, 일부 다른 사람 지원 필요, 대부분 지원 필요)로, 우울 상태는 "최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀 적이 있습니까?"라는 문항에 "아니오"라고 한 경우 '없음', "예"라고 한 경우 '있음'으로 코딩하였다.

4. 분석 방법

2020년 장애인 실태조사에 참여한 7,025명 중 3,157명 (44.93%)의 심한 장애인을 대상으로 건강주치의 이용 의사에 영향을 미치는 요인을 분석하였다. 일반적 특성은 빈도, 백분율, 평균, 표준편차를 활용하여 기초통계량을 산출하였다. 소인성요인, 가능요인, 필요요인과의 관련성은 카이스퀘어 검정(chi-square test)을, 건강주치의 이용 의사 여부를 결과변수로 소인성요인, 가능요인, 필요요인을 독립변수로 포함한 다중 로지스틱 회귀분석(Multiple logistic regression)을 시행하였다. 결과값은 오즈비(Odds Ratio), 95% 신뢰구간(95% Confidence Interval)과 P-value를 제시하였다. 데이터는 IBM SPSS window 29.0 프로그램을 이용하여 분석하였으며, 유의수준 .05를 기준으로 통계적 유의성 여부를 판단하였다.

IV. 연구 결과

1. 연구 대상자의 일반적 특성

장애인 실태조사를 이용하여 분석한 장애인 3,157명의 일반적 특성은 <표 2>에 제시하였다. 이들 중 약 절반에 해당하는 1,565명(49.57%)이 장애인 건강주치의 이용 의사가 있음을 보였으며, 나머지 1,592명(50.43%)은 이용 의사가 없다고 응답하여 두 집단의 비율은 비슷하게 나타났다.

소인성요인을 살펴보면, 전체 대상자 중 남성이 61.1%로 여성보다 많았다. 연령대는 20세 이상 64세 이하의 성인이 57.2%로 가장 많았으며, 전체 평균연령은 약 58.5세였다. 결혼상태는 미혼(이혼, 별거 등 포함)이 57.2%로 기혼자보다 다소 많았으며, 가구 유형은 가족과 함께 거주하는 경우가 74.4%로, 독거 장애인보다 훨씬 높은 비율을 보였다. 가능요인에서는 월 가구소득이 199만 원 이하인 응답자가 62.5%로 절반 이상을 차지하였고, 300만 원 이상인 고소득층은 상대적으로 적은 비율을 차지하였다. 건강보험 가입자는 63.3%로 의료급여 수급자보다 많았으며, 거주지역은 비수도권이 53.4%로 수도권보다 소폭 높은 비율을 보였다. 최근 1년 동안 보건의료서

비스를 이용한 경험이 있다고 응답한 비율은 84.5%에 달해, 다수의 대상자가 의료서비스를 실제로 이용하고 있었음을 시사한다. 장애인 복지사업에 대한 정보는 언론, 인터넷 등 정보 매체를 통해 얻는 경우가 36.3%로 가장 많았으며, 장애인단체나 종교기관을 통한 경우는 가장 낮은 비율을 보였다. 코로나19로 의료이용에 어려움을 경험한 대상자는 54.4%로 절반을 조금 넘었고, 최근 2년간 건강검진을 받은 경험이 있는 응답자는 60.2%로 건강관리 행태가 비교적 활발한 것으로 나타났다. 장애인 건강주치의 제도에 대한 인지도를 묻는 문항에서는 전체 응답자의 86.0%가 제도에 대해 들어본 적조차 없다고 응답하여 인지도 수준이 매우 낮음을 보여주었다. 반면, 제도를 알고 있으나 내용은 모름이라고 응답한 비율은 10.2%, '내용까지 알고 있다고 응답한 비율은 3.8%로, 두 항목을 합친 인지 비율은 14.0%에 그쳤다. 필요요인에서는, 자신의 건강상태를 '나쁘다고 인식한 응답자가 54.0%로 가장 많았고, '보통'은 31.9%, '좋다'는 응답은 14.1%에 그쳤다. 3개월 이상 지속되는 만성질환을 앓고 있는 대상자는 75.8%로, 대부분이 건강문제를 지니고 있었다. 장애 유형은 외부신체 기능장애가 53.6%로 가장 많았으며, 내부기관 장애는 18.9%로 가장 낮았다. 일상생활 수행에서 다른 사람의 도움이 필요한 응답자는 50.1%로, 완전히 자립이 가능한 응답자와 비슷한 수준을 보였다. 최근 1년간 슬픔이나 절망감 등으로 일상생활에 지장을 받은 경험이 있는 응답자는 22.5%로, 약 4명 중 1명꼴로 정신적 어려움을 겪고 있는 것으로 나타났다.

표 2. 연구 대상자의 일반적 특성

(n=3157)				
변수		구분	빈도(N)	백분율(%)
주치의 이용의사		없음	1,592	50.43
		있음	1,565	49.57
소인성요인	성별	남성	1,930	61.13
		여성	1,227	38.87
	연령	19세 이하	42	1.33
		20~64세	1,806	57.21
		65세 이상	1,309	41.46
		평균연령(평균±표준편차)	58.54	17.31
	결혼상태	기혼	1,352	42.83
		미혼	1,805	57.17
	가구유형	독거	809	25.63
		동거가족 있음	2,348	74.37
가능요인	가구소득(월)	199만 원 이하	1,973	62.50
		200만~299만 원	511	16.19
		300만~399만 원	306	9.69
		400만 원 이상	367	11.62
		의료보장형태	건강보험 ¹⁾	1,999
		의료급여 ²⁾	1,158	36.68
	거주지역	수도권	1,472	46.63
		비수도권	1,685	53.37
	보건의료서비스 여부	없음	488	15.46
		있음	2,669	84.54
	장애인 복지사업 정보취득처	정보매체 ³⁾	1,147	36.33
		동료 ⁴⁾	831	26.32

변수	구분	빈도(N)	백분율(%)		
	복지관, 행정기관 ⁵⁾	1,092	34.59		
		장애인 및 종교단체 ⁶⁾	87	2.76	
	코로나19 어려움	없음	1,441	45.64	
		있음	1,716	54.36	
	건강검진 여부	없음	1,257	39.82	
		있음	1,900	60.18	
	건강주치의 인지도	모름	2,714	85.97	
		알고 있으나 내용 모름	322	10.20	
		알고 있음	121	3.83	
	필요요인	주관적 건강상태	나쁨	1,704	53.98
보통			1,007	31.90	
좋음			446	14.13	
만성질환 유무			없음	763	24.17
		있음	2,396	75.83	
		장애유형 ⁷⁾	정신장애 ⁸⁾	868	27.49
			외부신체 기능장애	1,691	53.56
내부기관장애			598	18.94	
일상생활 도움 필요정도		자립가능	1,577	49.95	
		도움필요	1,580	50.05	
우울상태		없음	2,447	77.51	
		있음	710	22.49	

1) 건강보험(지역, 직장)

2) 의료급여(1종, 2종)

3) 정보매체(언론매체, 인터넷, 복지관련정보지 등)

4) 동료(친척, 친구, 이웃, 장애인 동료)

5) 복지관, 행정기관(사회복지관연기관, 행정기관, 교육기관)

6) 장애인 및 종교단체(장애인 단체, 종교기관)

7) 우리나라 「장애인복지법」 제2조에 따르면, 장애 유형은 총 15가지로 규정되어 있다. 대분류로는 신체적 장애와 정신적 장애로 구분된다. 중분류로 신체적 장애는 외부신체 기능장애와 내부기관장애로, 정신적 장애는 발달장애와 정신장애로 나뉘며, 소분류에는 외부신체 기능장애(지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 안면장애), 내부기관장애(신장장애, 심장장애, 간장애, 호흡기장애, 장루·요루장애), 발달장애(지적장애, 자폐성장애), 정신장애(정신장애)가 포함된다(장애인복지법, 2024).

8) 본 연구에서는 정신장애(지적, 자폐, 정신)로 표기함.

2. 연구 대상자의 특성에 따른 건강주치의 이용의사 차이

일반적 특성에 따른 건강주치의 이용의사 여부 차이를 분석하였다(표 3). 소인성요인 특성 중 건강주치의 이용 의사와 유의한 차이를 보인 변수는 없었다. 연령대별로 19세 이하에서 이용 의사가 있는 비율이 다소 높았고, 65세 이상에서도 비슷한 경향이 있었지만 유의한 차이는 없었다($p=.056$). 가능요인 중에서는 거주지역($p=.001$), 보건의료서비스 이용 여부($p<.001$), 장애인 복지사업 정보취득처($p<.001$), 코로나19로 인한 어려움($p=.016$), 건강검진 여부($p<.001$), 건강주치의 인지도($p<.001$)에서 건강주치의 이용 의사와 유의한 차이를 보였다. 수도권 거주자에 비해 비수도권 거주자가 건강주치의 이용 의사를 가진 비율이 더 높았으며, 최근 1년간 보건의료서비스를 이용한 경험이 있는 집단에서 이용의사 비율이 유의하게 높았다. 복지사업 정보를 복지관이나 행정기관을 통해 습득한 집단은 이용의사 비율이 높았고, 반면 언론이나 인터넷 등 정보 매체를 통해 정보를 얻은 집단에서는 이용의사 비율이 낮았다. 또한, 코로나19로 인해 어려움을 경험한 집단은 그렇지 않은 집단에 비해 건강주치의

이용 의사가 낮은 경향을 보였다. 최근 2년간 건강검진을 받은 경험이 있는 집단에서 건강주치의 이용 의사가 높게 나타났으며, 건강주치위에 대해 명확히 알고 있는 집단은 이용 의사가 가장 높았다. 반면, 제도에 대해 전혀 들어보지 못했거나 들어봤지만 내용을 잘 모르는 집단은 이용 의사가 낮았다. 필요요인 중에서는 주관적 건강상태 ($p<.001$), 만성질환 유무($p<.001$), 장애유형($p=.015$), 일상생활 도움 필요정도($p<.001$), 우울상태($p<.001$)와 건강주치의 이용의사 간에 유의한 차이가 확인되었다.

자신의 건강상태를 ‘나쁘다’고 인식한 집단에서 건강주치의 이용의사 비율이 가장 높았다. 반면, 건강상태를 ‘보통’이나 ‘좋음’으로 인식한 집단에서는 이용의사 비율이 상대적으로 낮았다. 만성질환이 있는 집단에서도 이용의사 비율이 높게 나타났다. 장애 유형에 따라 이용의사 비율에 차이가 있었으며, 외부신체 기능장애나 내부기관장애를 가진 집단에서 이용 의사가 높게 나타난 반면, 정신장애를 가진 집단에서는 상대적으로 낮았다. 또한, 일상생활에서 타인의 도움이 필요한 집단은 자립 가능한 집단에 비해 이용 의사가 더 높게 나타났으며, 우울 상태에 있는 집단에서도 이용 의사가 유의하게 높았다.

표 3. 연구 대상자의 특성에 따른 건강주치의 이용의사 차이

(n=3,157)							
변수	구분	주치의 이용의사				χ^2	P-value
		없음(%)		있음(%)			
성별	남성	987	51.14	943	48.86	1.01	.315
	여성	605	49.31	622	50.69		
연령	19세 이하	17	40.48	25	59.52	5.78	.056
	20~64세	941	52.10	865	47.90		
	65세 이상	634	48.43	675	51.57		
결혼상태	기혼	671	49.63	681	50.37	.60	.438
	미혼	921	51.02	884	48.98		
가구유형	독거	396	48.95	413	51.05	.95	.329
	동거가족 있음	1,196	50.94	1,152	49.06		
가구소득(월)	199만 원 이하	968	49.06	1,005	50.94	5.23	.156
	200만~299만 원	278	54.40	233	45.60		
	300만~399만 원	154	50.33	152	49.67		
	400만 원 이상	192	52.32	175	47.68		
의료보장형태	건강보험	1,023	51.18	976	48.82	1.22	.269
	의료급여	569	49.14	589	50.86		
거주지역	수도권	788	53.53	684	46.47	10.64	.001
	비수도권	804	47.72	881	52.28		
보건의료서비스 여부	없음	338	69.26	150	30.74	81.91	<.001
	있음	1,254	46.98	1,415	53.02		
장애인복지사업 정보취득처	정보매체	637	55.54	510	44.46	34.88	<.001
	동료	439	52.83	392	47.17		
	복지관, 행정기관	479	43.86	613	56.14		
	장애인 및 종교단체	37	42.53	50	57.47		
코로나19 어려움	없음	693	48.09	748	51.91	5.79	.016
	있음	899	52.39	817	47.61		
건강검진 여부	없음	693	55.13	564	44.87	18.48	<.001
	있음	899	47.32	1,001	52.68		
건강주치의 인지도	모름	1,376	50.70	1,338	49.30	20.63	<.001
	알고 있으나 내용 모름	178	55.28	144	44.72		
	알고 있음	38	31.40	83	68.60		
주관적 건강상태	나쁨	788	46.24	916	53.76	35.21	<.001

변수	구분	주치의 이용의사				χ^2	P-value
		없음(%)		있음(%)			
만성질환 유무	보통	584	57.99	423	42.01	33.14	<.001
	좋음	220	49.33	226	50.67		
	없음	454	59.50	309	40.50		
	있음	1,138	47.54	1,256	52.46		
장애유형	정신장애	474	54.61	394	45.39	8.45	.015
	외부신체 기능장애	823	48.67	868	51.33		
	내부기관장애	295	49.33	303	50.67		
일상생활 도움 필요정도	자립가능	859	54.47	718	45.53	20.60	<.001
	도움필요	733	46.39	847	53.61		
우울상태	없음	1,288	52.64	1,159	47.36	21.22	<.001
	있음	304	42.82	406	57.18		

3. 장애인의 건강주치의 이용 의사에 미치는 영향요인

본 연구는 Andersen 행동모형을 기반으로 장애인의 건강주치의 이용 의사에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 로지스틱 회귀분석을 수행하였다. 변수 간 다중공선성이 존재할 경우 회귀모형의 추정값과 신뢰구간에 왜곡을 초래할 수 있으므로, 공차(tolerance)와 분산팽창지수(Variance Inflation Factor, VIF)를 산출하여 다중공선성 여부를 진단하였다. 그 결과, 모든 독립변수의 VIF는 최소 1.03에서 최대 1.70 사이였으며, 공차 값은 0.59 이상 0.97 이하로 나타났다(Tol: 0.59~0.97, VIF: 1.03~1.70). 이는 일반적으로 인정되는 기준인 VIF 10 미만, 공차 0.1 이상을 충족하는 수준이다. 본 연구에서는 모든 값이 해당 기준을 만족하여 다중공선성의 문제는 없는 것으로 확인되었다. 건강주치의 이용 의사에 미치는 영향요인 분석 결과는 <표 4>와 같다.

건강주치의 이용 의사에 미치는 영향요인으로서는 소인성요인에서 연령, 가능요인에서 거주지역, 보건의료서비스 여부, 장애인 복지사업 정보취득처, 코로나 19 어려움, 건강검진 여부, 건강주치의 인지도, 필요요인에서 주관적 건강상태, 만성질환 유무, 장애유형, 일상생활 도움 필요정도, 우울 상태로 나타났다. 소인성요인 중 연령은 19세 이하에 비해 20~64세는 0.48배(OR=0.48, 95% CI: 0.25-0.93), 65세 이상은 0.43배(OR=0.43, 95% CI: 0.22-0.85)로 건강주치의 이용 의사의 가능성이 낮았으며, 통계적으로 유의하였다. 가능요인에서 거주지역은 수도권에 비해 비수도권 거주자가 건강주치의 이용 의사의 가능성이 1.28배 높았다(OR=1.28, 95% CI: 1.10-1.48). 보건의료서비스 이용 경험이 없는 집단에 비해 이용 경험이 있는 집단이 2.02배(OR=2.02, 95% CI: 1.60-2.54) 더 높았으며, 장애인 복지사업 정보취득처는 '정보매체(언론, 인터넷 등)'에 비해 '복지관·행정기관'을 통한 경우 1.50배(OR=1.50, 95% CI: 1.26-1.79), '장애인 및 종교단체'를 통한 경우 1.59배(OR=1.59, 95% CI: 1.00-2.53)로 건강주치의 이용 의사가 높았다. 코로나19로 인한 어려움을 경험한 집단은 '어려움 없음' 집단에 비해 건강주치의 이용 의사의 가능성이 0.76배(OR=0.76, 95% CI: 0.65-0.88)로 낮았다. 건강검진 여부는 '없음'에 비해 '있음'일 때 이용의사 가능성이 1.29배(OR=1.29, 95% CI: 1.10-1.51) 높았고, 건강주치의 인지도는 '모름'에 비해 '알고 있음' 때 이용의사 가능성이 2.21배(OR=2.21, 95% CI: 1.47-3.32)로 유의하게 높았다. 필요요인에서는 주관적 건강상태가 '나쁨'에 비해 '보통'일 때 이용의사 가능성이 0.75배(OR=0.75, 95% CI: 0.63-0.90)로 낮았고, 만성질환이 있는 경우 1.30배(OR=1.30, 95% CI: 1.06-1.58) 높았으며, 외부신체 장애는 정신장애에 비해 1.26배(OR=1.26, 95% CI: 1.02-1.55)로 높았다. 또한, 일상생활에서 도움이 필요한 경우 1.44배(OR=1.44, 95% CI: 1.23-1.68), 우울 상태가 있는 경우 1.32배(OR=1.32, 95% CI: 1.10-1.58)로 건강주치의 이용의사 가능성이 높게 나타났으며, 통계적으로 유의하였다.

표 4. 장애인의 건강주치의 이용 의사에 미치는 영향요인

변수		구분	OR	95% CI	P-value
소인성요인	성별	남성	1		
		여성	1.02	.88-1.19	.790
	연령	19세 이하	1		
		20~64세	.48	.25-.93	.030
		65세 이상	.43	.22-.85	.015
	결혼상태	기혼	1		
		미혼	1.02	.84-1.24	.847
	가구유형	독거	1		
		동거가족 있음	.99	.80-1.24	.961
가능요인	가구소득(월)	199만 원 이하	1		
		200만~299만 원	.85	.68-1.05	.136
		300만~399만 원	1.07	.82-1.40	.622
		400만 원 이상	.91	.71-1.18	.495
	의료보장형태	건강보험	1		
		의료급여	1.03	.86-1.23	.775
	거주지역	수도권	1		
		비수도권	1.28	1.10-1.43	.001
	보건의료서비스 여부	없음	1		
		있음	2.02	1.60-2.54	<.001
	장애인 복지사업 정보취득처	정보매체	1		
		동료	1.09	.90-1.32	.380
		복지관, 행정기관	1.50	1.26-1.79	<.001
		장애인 및 종교단체	1.59	1.00-2.53	.049
	코로나19 어려움	없음	1		
		있음	.76	.65-.88	<.001
	건강검진 여부	없음	1		
		있음	1.29	1.10-1.51	.002
	건강주치의 인지도	모름	1		
		알고 있으나 내용 모름	.88	.69-1.12	.303
		알고 있음	2.21	1.47-3.32	<.001
필요요인	주관적 건강상태	나쁨	1		
		보통	.75	.63-.90	.002
		좋음	1.25	.97-1.60	.085
	만성질환 유무	없음	1		
		있음	1.30	1.06-1.58	.010
	장애유형	정신장애	1		
		외부신체 기능장애	1.26	1.02-1.55	.028
		내부기관장애	1.08	.84-1.40	.545
	일상생활 도움 필요정도	자립가능	1		
		도움필요	1.44	1.23-1.68	<.001
	우울상태	없음	1		
		있음	1.32	1.10-1.58	.003

주: -2LL=4144.509, Nagelkerke R²=.094, Hosmer & Lemeshow test: $\chi^2=11.982(p=.152)$

V. 결론 및 논의

본 연구는 장애인의 의료접근성과 건강권 보장을 목적으로 2018년부터 시행된 장애인 건강주치의 제도가 7년 이 지난 현재까지도 본격적인 제도 정착에 이르지 못하고 있다는 문제의식에서 출발하였다. 조사 결과, 전체 3,157명의 심한 장애인 중 약 절반에 해당하는 1,565명(49.57%)이 건강주치의 이용 의사가 있다고 응답하였다. 이는 제도 시행 초기 단계에서 실시된 조사임에도 불구하고 일정 수준의 수요가 존재함을 보여주는 결과로, 선행 연구(김미희, 2022)와 일치한다. 이에 본 연구는 앤더슨 의료이용 모형(Andersen's Behavioral Model)을 적용하여 건강주치의 이용 의사에 영향을 미치는 소인성요인, 가능요인, 필요요인별 세부 요인을 분석하였으며, 주요 연구 결과는 다음과 같다.

첫째, 소인성요인 중 연령에서 19세 이하 집단에 비해 성인 및 노인 집단에서 이용 의사가 낮게 나타났다. 이는 65세 이상 장애인의 경우 만성질환으로 인한 입원 의료이용이 증가하는 경향(전보영 외, 2011)과 함께, 중·후반 연령층이 기존 단골병원(대학병원)에 대한 의존도가 높다는 특성과 관련된다. 반면, 소아의 경우에는 재활과 의료적 돌봄에 대한 필요성이 상대적으로 시급하여, 보호자들이 건강주치의를 대안으로 선택했다 하겠다. 특히 2019년부터 시행된 중증소아 재택의료 시범사업은 이러한 돌봄 수요를 충족시키기 위한 정책이었으나, 참여 기관이 부족하여 실질적인 효과는 제한적이었다. 이로 인해 보호자들은 실질적인 의료서비스를 제공받기 위한 수단으로서 건강주치의를 고려하게 되었고, 병원 방문이 어려운 소아 장애인의 특성을 감안할 때, 건강주치의와 연계한 물리치료사, 작업치료사 등의 방문 재활서비스가 보완적으로 필요하다고 판단된다(홍미영 외, 2024).

둘째, 가능요인 중 거주지역에서 수도권에 비해 비수도권 거주자의 건강주치의 이용의사 가능성이 1.28배 높게 나타났다. 이는 장애인의 행정구역상 분포를 기준으로 변수를 측정된 기존 결과와는 상반되는 것으로, 오히려 비수도권 거주자의 참여 의사가 상대적으로 높다는 점에서 주목할 만하다. 실제로, 2021년 말 기준 전체 등록장애인 약 98만 4천 명 중 건강주치의를 이용한 인원은 1,182명(0.12%)에 불과하였고(박진관 외, 2022), 등록장애인의 96.3%가 수도권에 거주하는 반면, 군 지역 거주자는 전체의 3.7%에 불과하였다(최은희 외, 2024). 이러한 수치는 제도 참여 의사가 높은 비수도권 지역에서 오히려 건강주치의 공급이 현저히 부족함을 역설적으로 보여준다. 또한, 의료서비스를 대체할 선택지가 부족한 가운데 건강주치위에 대한 수요가 절실하게 나타났다고 볼 수 있으며 단순히 수요자 중심의 접근을 넘어서 공급 기반을 확충하고, 공급자 참여를 유도하는 정책이 병행되어야 할 것이다. 또한, 보건의료서비스 이용 여부에 따라 이용 경험이 없는 집단에 비해 이용 경험이 있는 집단에서 건강주치의 이용 의사가 2.02배 높았다. 이는 평소 보건소나 지역사회 건강센터 등에서의 건강서비스 이용 경험이 의료서비스에 대한 수용성(acceptability) 향상에 긍정적으로 작용한다는 선행연구(Hudon et al., 2017)를 지지하는 결과로 해석된다. 또한 장애인 복지사업 정보취득처에 따라 건강주치의 이용 의사에 유의미한 차이가 나타났다. 정보매체를 통한 경우에 비해, 행정·복지·교육기관(OR=1.50)과 장애인 및 종교단체(OR=1.59)를 통해 정보를 취득한 응답자의 이용 의사가 더 높게 나타났다. 선행연구(Kim et al., 2022)에서는 '보건의료서비스 정보 취득처'를 분석하였으나 통계적으로 유의하지 않았던 반면, 본 연구는 '장애인 복지사업 정보취득처'로 항목을 세분화하고, 심한 장애인만을 대상으로 분석함으로써 유의미한 결과를 도출하였다. 이는 장애인을 대상으로 맞춤형 홍보 전략을 마련할 경우, 건강주치위에 대한 수요를 보다 효과적으로 증대시킬 수 있음을 시사한다. 코로나19로 인해 의료이용에 어려움이 있었던 경우, 건강주치의 이용 의사는 오히려 낮게 나타났다(OR=0.76). 전체 응답자의 55.3%가 팬데믹으로 인해 의료기관 이용에 어려움을 경험했다고 응답한 점을 고려하면, 이는 일반적인 기대와 상반되는 결과이다. 공중보건 위기 상황에서는 방문진료와 같은 제도의 필요성이 더욱 부각될 수 있음에도 불구하고, 실제로는 이용 의사가 낮은 경향을 보였다. 김성희 외(2020)는 이 제도가 시행된 지 오래되지 않아 상당수 장애인이 제도 자체를 인지하지 못했기 때문이라고 설명하였다. 실제로 장애인은 건강정보 이해능력이 낮아 정보

에 접근하거나(허민희 외, 2023; 이승희, 손창우, 2025) 이를 해석·활용하는 데 어려움을 겪으며, 건강정보가 부족한 소비자는 의료서비스의 이점을 과소평가하여 이용을 꺼리는 경향이 있다(Dwyer & Liu, 2013). 따라서 감염병 유행과 같은 위기 상황에서는 의료진의 찾아가는 진료가 안전하고 효과적인 대안이 될 수 있다는 점을 보다 명확히 전달하고, 건강주치의에 대한 정보 접근성과 인지도를 높이기 위한 전략적 홍보와 교육이 필요하다(정백근 외, 2022). 건강검진 여부에 따라 건강주치의 이용 의사에 차이가 나타났는데, 최근 2년간 건강검진을 받은 경험이 있는 응답자는 그렇지 않은 응답자에 비해 건강주치의 이용 의사가 높게 나타났다. 이는 건강검진 경험자가 평소 건강에 대한 관심이 높고, 질병 예방 및 조기 발견을 중시하는 안전 추구적 성향을 보이기 때문으로 해석된다(이인혜, 2009). 같은 맥락에서 건강주치의는 대상자들에게 긍정적으로 인식될 가능성이 크다는 점을 시사한다. 가능요인 중 건강주치의 인지도는 이용 의사에 가장 강력한 영향을 미치는 변수로 확인되었고, 인지도가 높은 경우 이용의사 가능성이 2.21배 더 높은 것으로 나타났다. 이는 서비스 인지도가 이용률을 결정하는데 있어 핵심적 요인임을 보여주며, 선행연구(송다영, 2003; 임연옥, 윤현숙, 2009)에서도 동일한 결과가 보고된 바 있다.

셋째, 필요요인에서는 주관적 건강상태가 ‘보통인 경우, 나쁨인 경우보다 건강주치의 이용 의사가 낮게 나타났으며($OR=0.75$), ‘좋은’은 통계적으로 유의하지 않았다. 이는 장애인실태조사가 대리 응답이 가능한 구조라는 점과 관련이 있다. 감정적 느낌이나 개인의 인식을 반영해야 하는 주관적 건강상태는 대리 응답이 자기 보고(self-report)를 적절히 대체할 수 없기 때문에(Adams, 2017; Scott & Havercamp, 2018), 대리 응답 편향(proxy response bias)의 영향을 받았을 가능성이 있다. 만성질환이 있는 경우 건강주치의 이용의사 가능성이 1.30배 높게 나타났다. 이는 만성질환을 다수 보유할수록 의료서비스 이용 의사가 높아지는 경향이 있다는 기존 연구 결과(윤현숙, 2001; 이원식, 2018; 김지영 외, 2020)와 일치하며, 건강주치의 이용수요를 분석한 선행연구에서도 만성질환은 주요 결정요인으로 확인된 바 있다. 장애 유형에서는 외부신체 기능장애가 정신장애에 비해 건강주치의 이용의사 가능성이 1.26배 높게 나타났다. 외부신체 기능장애는 제도 시행 초기부터 주장에관리 대상에 포함되었으며, 전체 장애 유형 중 가장 높은 비율을 차지하는 대상자로서 건강주치의에 대한 필요성이 큰 것으로 판단된다. 또한, 일상생활에서 도움이 필요한 경우 건강주치의 이용의사 가능성이 1.44배 높게 나타났으며, 이는 간병인이 상주할 때 주치의 필요성이 증가한다는 기존 연구 결과(Kim et al., 2023)와도 일치한다. 우울이 있는 경우에도 이용의사 가능성이 1.32배 높게 나타났으며, 우울이 있을 때 의료이용 서비스를 더 자주 활용하는 경향이 있다는 선행연구(Graham et al., 2017; Maske et al., 2019)와도 부합한다.

한편, 2020년 장애인 실태조사 분석 결과에 따르면 건강주치의를 이용하지 않는 이유로 “필요를 느끼지 못해서”가 52.64%로 가장 많았다. 이는 지식 부족, 치료에 대한 의심, 부정적 사회적 결과에 대한 두려움, 자원 부족, 시간 및 비용 문제 등을 포함한 다양한 장벽을 반영한다(Kantor et al., 2017).

본 연구의 분석 결과 건강주치의 이용 의사에 영향을 미치는 요인으로 연령, 거주지역, 보건의료서비스 이용 여부, 장애인 복지사업 정보취득처, 코로나19로 인한 어려움, 건강검진 여부, 건강주치의 인지도, 주관적 건강상태, 만성질환 유무, 장애유형, 일상생활 도움 필요정도, 우울 상태가 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 특히 비수도권 거주자에서 건강주치의 이용 의사가 더 높게 나타난 것은, 해당 지역의 의료공급자 부족으로 인해 건강주치이에 대한 상대적 필요성이 더 크게 인식되었기 때문으로 생각된다. 또한, 보건의료서비스 이용 경험이 있고, 행정기관이나 단체 등을 통해 장애인 복지정보를 획득하였으며, 건강주치이에 대한 인지도가 높은 집단에서 이용 의사가 높게 나타났다. 이는 정보 접근성과 제도 인식 수준이 실제 이용 행동에 밀접하게 영향을 미친다는 점을 시사한다. 반면, 코로나19로 인한 어려움은 정보 접근성의 제한과 맞물려 건강주치의 이용 의사의 감소로 이어졌으며, 이는 감염병 상황에서도 지속 가능한 건강주치의 필요성을 시사한다. Andersen & Newman(1973)은 정책적으로 변경 가능하며, 의료서비스 이용에 가장 밀접한 관계에 있는 변수를 변화시키는 것이 가장 바람직하며,

이러한 변수들은 가장 큰 영향력을 미친다고 강조한 바 있다. 특히 가능요인(enabling factors)은 높은 가변성을 지녀 정책 개입에 효과적인 핵심 요소로 간주된다. 본 연구에서도 거주지역, 복지정보 취득 경로, 의료서비스 이용 경험, 건강주치의 인지도 등 정책 개입이 가능한 요인들이 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이에 연구 결과를 바탕으로 다음과 같은 실천적 정책 개선 방향을 제시하고자 한다.

첫째, 장애인 건강주치의 이용에 있어 가장 큰 장애물은 단순한 수요 부족이 아니라 공급자 측면의 구조적 제약에서 비롯된다. Stiffman 외(2001)의 공급자 모형에 따르면, 전체 의료서비스 이용의 약 55%는 공급자 요인에 의해 설명되며, 주치의는 단순한 진료 제공자를 넘어 ‘서비스 접근의 관문(gateway)’ 역할을 수행한다. 특히 방문형 일차 의료를 기반으로 하는 건강주치의 제도에서 중요하게 작용한다. 그러나 현재 제도는 수도권과 비수도권 간 의료 인프라의 격차, 방문진료에 대한 낮은 보상체계, 등록만 하고 실제 진료는 하지 않는 ‘명목상 건강주치의’ 현상 등 여러 구조적 한계를 안고 있다. 이러한 문제를 개선하기 위해서는 공급자 중심의 구조 개편이 요구된다. 방문진료의 질과 시간을 반영하는 수가 개편과 함께, 일정 수준 이상의 진료 실적을 기준으로 한 질 관리 및 성과 기반 보상체계를 도입해야 한다. 아울러 비수도권 지역의 열악한 의료공급 기반을 고려해 ‘지역 주치의 인센티브 차등제’와 같은 제도를 도입함으로써 의료진의 참여 유인을 강화하는 방안도 마련되어야 한다. 단기간 내 개선이 어려운 경우, 간호사 중심의 지역 방문간호센터를 설립하여 찾아가는 통합서비스를 활성화함으로써 건강주치의 제도의 실효성을 보완할 수 있을 것이다.

둘째, 본 연구 결과 심한 장애인은 온라인 매체보다는 복지관, 행정기관, 장애인단체, 종교단체 등과 같은 오프라인 기반의 신뢰 가능한 채널을 통해 정보를 접할 때 건강주치의 이용 의사가 높았다. 이는 정보기술 접근에 제약이 있는 장애인의 특성을 반영한 결과로, 관계 중심의 생활 밀착형 홍보 전략의 필요성을 보여준다. 구체적으로, 사회복지관 도시락 배달 시 안내문을 동봉하는 방식은 취약계층 대상으로 효과적인 정보 전달 수단이 될 수 있다. 또한 사회복지사, 방문간호사, 요양보호사, 활동지원사 등 현장에서 접촉 빈도가 높은 복지 인력이 서비스 제공 과정에서 건강주치의를 병행 안내하도록 교육 커리큘럼에 포함하는 것도 실효적이다. 행정기관 차원에서는 장애인 등록이나 복지서비스 신청 시 자동 안내문 제공, 주민센터 및 구청 민원창구를 통한 정기 홍보가 필요하며, 생애주기별 건강검진 안내 우편물에 홍보물을 동봉하는 것도 인지도 제고에 효과적이라 할 수 있다. 특히 마을 단위의 통·반장은 주민과의 접촉률이 높고 행정정보 전달 및 복지 사각지대 발굴 경험이 풍부하여, 복합적인 제도 정보를 설명하고 전달하는 데 최적의 매개자 역할을 할 수 있다.

아울러 온라인 홍보 전략도 보완적으로 병행되어야 한다. 장애 유형별 특성에 맞춰 시각장애인에게는 음성지원 애플리케이션이나 보이스 메시지를, 청각장애인에게는 자막·수어 영상이 포함된 콘텐츠를, 지체장애인에게는 온라인 커뮤니티(예: 장애인단체 홈페이지)를 활용하는 방식이 효과적이다. 또한 장애인의 보호자를 대상으로 교육을 실시하여 온라인 접근률을 높이면, 정보 전달의 범위와 효과를 동시에 확대할 수 있다. 무엇보다 통·반장을 통한 홍보는 별도의 플랫폼 접근성을 요구하지 않기 때문에, 디지털 소외계층인 장애인에게 도달 가능한 현실적이고 실효성 있는 방식이라고 생각된다. 따라서 오프라인 기반 생활 밀착형 홍보와 장애 유형별 맞춤형 온라인 홍보를 결합한 다층적 전략이 병행되어야 건강주치의 인지도 제고와 이용 확대에 효과적으로 기여할 수 있을 것이다.

본 연구는 건강주치의 이용 의사에 미치는 영향요인을 분석하여, 장애인의 건강권 향상과 건강주치의 활성화를 위한 정책적 시사점을 제시하였다. 그러나 다음과 같은 제한점이 존재한다.

첫째, 2020년 장애인 실태조사를 활용한 단면 연구로 변수 간 시간적 선후 관계를 규명할 수 없으며, 인과관계 해석에 제한이 있다. 둘째, 데이터 수집의 한계로 건강주치의 실제 이용률이 아닌 이용 ‘의사’를 기준으로 분석하였기에, 후속 연구에서는 국민건강보험공단 청구자료를 이용한 실 이용 분석이 필요하다. 셋째, 심한 장애인과 재가 장애인만을 대상으로 하였기 때문에 결과의 일반화에 주의가 필요하다. 넷째, 일부 대상자의 대리응답 편향(Proxy

Response Bias)으로 인한 정보 왜곡 가능성이 존재한다. 다섯째, 본 연구는 건강 결정요인(예: 건강에 대한 태도, 흡연, 음주 등)을 통제하지 못하여, 향후 연구에서는 이를 보완할 필요가 있다.

본 연구는 위와 같은 한계에도 불구하고, 7년째 시범사업에 머물러 있는 장애인 건강주치의에 대한 사회적 관심을 환기시키고, 심한 장애인을 대상으로 건강주치의 이용 의사에 영향을 미치는 요인을 체계적으로 분석함으로써 제도 활성화를 위한 실증적 근거를 제시하였다는 점에서 중요한 의의를 지닌다. 향후 장애인의 건강권 증진과 건강주치의 활성화를 통한 의료접근성 향상을 위해, 정책 수립과 제도개선 과정에서 본 연구 결과가 기초자료로 활용될 수 있을 것으로 기대한다. 또한 본 연구 주제와 관련된 국내 선행연구가 매우 제한적이어서 비교 분석에 어려움이 있었으며, 2024년부터 건강주치의 대상이 전체 등록장애인으로 확대됨에 따라, 전체 등록장애인을 포함한 이용률 분석과 이에 기반한 후속 연구가 지속적으로 이루어지기를 바란다.

장혜경은 중앙대학교에서 보건학 석사학위를 받았으며, 서울대학교병원 간호사로 재직하였다. 현재 중앙대학교에서 간호학 박사과정 중이며 지역사회 가정 전문간호사로 활동하고 있다. 주요 관심 분야는 보건의료정책, 장애인건강, 지역통합돌봄이다.

(E-mail: j1004angmd03@naver.com)

이원영은 중앙대학교 의과대학 예방의학교실 교수로 재직 중이며, 노인 및 장애인 돌봄, 일차의료, 만성질환, 정신보건 등에 대한 연구와 교육을 수행 중이다.

(E-mail:wylee@cau.ac.kr)

참고문헌

- 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원. (2022). 2021 건강보험통계연보.
- 김미소, 최경화, 김정애, 박진아, 정은혜. (2021). 포커스그룹을 이용한 한국 장애인 미충족 의료 관련 요인 분석: 장애인 건강주치의 2차 시범사업을 중심으로. *한국융합학회논문지*, 12(12), 443-451.
- 김미희. (2022). 장애인의 미충족의료에 영향을 미치는 요인 [석사학위논문, 고려대학교].
- 김성희, 이민경, 오옥찬, 오다은, 황주희, 오미애, 김지민, 이연희, 강동욱, 권선진, 백은령, 윤상용, 이선우. (2020). 2020년 장애인실태조사. 보건복지부-한국보건사회연구원 정책보고서.
- 김지영, 강민욱, 서옥영, 이지원. (2020). 장애인의 만성질환, 건강행태 및 사망위험: 국민건강보험공단 건강검진자료 분석. *보건사회연구*, 40(2), 121-150.
- 박진관, 전인혜, 김세린. (2022). 장애인 건강주치의 시범사업 평가 및 제도 활성화 방안 연구. 건강보험심사평가원.
- 배하석, 이문희, 김태우, 이종빈, 허재준, 강석, 이준희, 김현진, 배창훈, 이자영, 장애리. (2020). 장애인 건강주치의 서비스 확대 모형 개발 및 2차년 시범사업 평가 연구 보고서.
- 법제처. (2018). 장애등급판정기준(보건복지부고시 제2017-220호).
- 보건복지부. (2021. 8. 2.). '거주시설에서 나와 지역사회에서 함께 살아가도록' 장애인의 온전한 자립을 뒷받침하겠습니다 [보도자료]. <https://www.mohw.go.kr/docubraile/docubraileviewer.jsp>
- 보건복지부. (2021. 9. 29.). 장애인 건강주치의 3단계 시범사업 시행 [보도자료]. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list_no=148
- 보건복지부 (2022). 등록장애인현황. 보건복지부.
- 보건복지부. (2024. 2. 28.). '중증장애인에서 경증장애인까지 모두 주치의의 전문장애 관리 서비스를 받을 수 있습니다' [보도자료]. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list_no=1480453
- 송다영. (2003). 가족부양자의 재가복지서비스 이용의사에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. *한국사회복지학*, 53, 105-128.
- 신동욱, 최용준, 박재현, 박종혁, 김소영, 김성희, 신수정, 조인영, 강미화, 유정은, 박종은, 장윤미. (2019). 장애인 건강주치의 시범사업 평가 연구. 원주: 건강보험심사평가원.
- 윤현숙. (2001). 노인 가족부양자의 재가복지서비스 이용의향 및 필요도에 영향을 미치는 요인. *한국노년학*, 21(2), 141-161.
- 이가옥, 이미진. (2001). 노인의 재가복지서비스 이용의향 결정요인에 대한 연구. *한국노년학*, 21(2), 113-124.
- 이기영, 최송식, 박현숙, 임현정. (2010). Andersen과 Newman 모델에 근거한 농어촌 지역 노인의 정신건강서비스 이용의향에 관한 연구. *한국사회복지학*, 62(2), 257-278.
- 이승희, 손창우. (2025). 코로나 19 팬데믹과 장애인의 미충족 의료경험: 의료접근성 개선을 위한 정책적 함의. *보건사회연구*, 45(1), 310-331.
- 이원식. (2018). 의료서비스 이용에 대한 중단연구. *사회복지정책*, 45(2), 5-37.
- 이인혜. (2009). 성격과 질병태도간의 관계: 질병에 대한 집착과 건강에 대한 염려. *한국심리학회지: 건강*, 14(2), 293-311.
- 임연옥, 윤현숙. (2009). 노인의 노인복지서비스 이용경험에 영향을 미치는 요인에 관한 중단연구. *한국노년학*, 29(3), 1063-1085.
- 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률, 법률 제13661호 (2015).
- 장애인복지법, 법률 제19901호 (2024).
- 전보영, 권순만, 이혜재, 김홍수. (2011). 장애노인의 의료이용에 영향을 미치는 요인. *한국노년학*, 31, 171-188.
- 정백근, 신남경, 김영수, 홍현미, 김혜원. (2022). 경상남도 장애인 건강주치의 시범사업 현황 파악 및 활성화 방안연구. 경상남도 공공보건의료지원단.
- 최민혁. (2017). 장애인과 비장애인의 건강 불평등과 그 영향요인: 소득수준별 주관적 건강수준과 피할 수 있는 사망을 중심으로 [박사학위논문, 부산대학교].
- 최은희, 구여정, 임승지. (2024). 장애인 건강주치의 시범사업 수요자의 등록 및 이용 수준 영향 요인 분석. *보건행정학회지*,

- 34(2), 185-195.
- 한수정, 문상호. (2014). 노인장기요양보험제도가 대상자의 삶의 질과 복지인식에 미치는 영향: 한국복지패널을 이용한 이중차이 모델 분석. *한국정책학회 추계학술발표논문집* (pp. 221-251).
- 허민희, 백세종, 노진원. (2023). 건강정보 이해능력과 코로나 19 감염에 대한 염려의 관련성. *대한보건연구*, 49(1), 111-123.
- 허선영, 윤민석. (2014). 노인복지관 이용 예측요인에 관한 연구. *노인복지연구*, 64, 165-186.
- 호승희, 김예순, 양정희, 은선덕, 박재민, 송이슬, 진달래, 권수영, 문중훈, 전민재, 오현민, 백유진, 안은미, 이은주. (2023). **2023 장애인 건강관리 사업**. 서울: 보건복지부 국립재활원.
- 홍미영, 최요한, 김세린. (2024). 장애인 건강주치의 제도 방문재활서비스 도입 방안. *건강보험심사평가원*.
- 한국장애인단체총연맹. (2021). 장애인 인지도 조사(2021.6.24.~7.19). <http://www.kofdo.kr>
- Adams, M. (2017). Results and their implications from comparing respondents and proxy responses for non-respondents with cognitive difficulties on a telephone survey. *Disability and Health Journal*, 10(1), 131-138. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.08.006>
- Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3), 208-220.
- Alkhawaldeh, A., ALBashtawy, M., Rayan, A., Abdalrahim, A., Musa, A., Eshah, N., Abu Khait, A., Qaddumi, J., Khraisat, O., & ALBashtawy, S. (2023). Application and use of Andersen's behavioral model as theoretical framework: A systematic literature review from 2012-2021. *Iranian Journal of Public Health*, 52(7), 1346-1354. <https://doi.org/10.18502/ijph.v52i7.13236>
- Andersen, R. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Andersen, R. M. (2008). National health surveys and the behavioral model of health services use. *Medical Care*, 46(7), 647-653.
- Andersen, R. M., Rice, T. H., & Kominski, G. F. (2011). *Changing the U.S. health care system: Key issues in health services policy and management(4th ed.)*. Jossey-Bass.
- Andersen, R., & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 51(1), 95-124. <https://doi.org/10.2307/3349613>
- Babitsch, B., Gohl, D., & von Lengerke, T. (2012). Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: A systematic review of studies from 1998-2011. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 9, Doc11.
- Cutchin, M. P. (2003). The process of mediated aging-in-place: A theoretically and empirically based model. *Social Science and Medicine*, 57(6), 1077-1090. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00486-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00486-0)
- DeJong, G. (1997). Primary care for persons with disabilities: An overview of the problem. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 76(Suppl 3), S2-S8.
- Dwyer, D. S., & Liu, H. (2013). The impact of consumer health information on the demand for health services. *The Quarterly Review of Economics and Finance*, 53(1), 1-11.
- Graham, A., Hasking, P., Brooker, J., Clarke, D., & Meadows, G. (2017). Mental health service use among those with depression: an exploration using Andersen's Behavioral Model of Health Service Use. *Journal of affective disorders*, 208, 170-176. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.074>
- Havercamp, S. M., Scandlin, D., & Roth, M. (2004). Health disparities among adults with developmental disabilities, adults with other disabilities, and adults not reporting disability in North Carolina. *Public Health Reports*, 119, 418-426.
- Hudon, C., Chouinard, M. C., Aubrey-Bassler, K., Muhajarine, N., Burge, F., Pluye, P., Bush, P. L., Ramsden, V. R.,

- Legare, F., Guenette, L., Morin, P., Lambert, M., Groulx, A., Couture, M., Campbell, C., Baker, M., Edwards, L., Sabourin, V., Spence, C., ... & Rabbitskin, N. (2017). Case management in primary care among frequent users of healthcare services with chronic conditions: Protocol of a realist synthesis. *BMJ Open*, 7(9), e017701. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017701>
- Ilinca, S., Leichsenring, K., & Rodrigues, R. (2015). From care in homes to care at home: European experiences with (de)institutionalisation in long-term care. *Policy Brief (December 2015)*. European Centre.
- Kantor, V., Knefel, M., & Lueger-Schuster, B. (2017). Perceived barriers and facilitators of mental health service utilization in adult trauma survivors: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 52, 52-68.
- Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(9), 647-652. <https://doi.org/10.1136/jech.56.9.647>
- Kehrer, B. H. (1972). A behavioral model of families' use of health services. *Journal of Human Resources*, 7(1), 125-145. <https://doi.org/10.2307/145136>
- Kim, H. J., Jang, S. N., & Lim, J. Y. (2022). Service demand for and awareness of a primary healthcare pilot project for people with disabilities. *Journal of Korean Medical Science*, 37(30), e241.
- Kim, H. J., Lim, J. Y., & Jang, S. N. (2023). Korean primary health care program for people with disabilities: Do they really want home-based primary care? *BMC Health Services Research*, 23(1), 1086.
- Kim, H. K., & Lee, M. (2016). Factors associated with health services utilization between the years 2010 and 2012 in Korea: Using Andersen's behavioral model. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 7(1), 18-25.
- Maske, U. E., Jaedtke, M., Lupp, M., Riedel-Heller, S., Kleiber, D., & Busch, M. A. (2019). Diagnostizierte Depression und Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungs- und Vorsorgeleistungen bei Erwachsenen in Deutschland [Diagnosed depression and utilization of health care services and preventive measures in the general adult population in Germany - Results from a nationwide cross-sectional telephone survey]. *Psychiatrische Praxis*, 46(2), 73-81. <https://doi.org/10.1055/s-0042-122327>
- Rustein, D. D., Berenberg, W., Chalmers, T. C., Child, C. G., Fishman, A. P., & Perrin, E. B. (1976). Measuring the quality of medical care: A clinical method. *New England Journal of Medicine*, 294(11), 582-588.
- Scott, H. M., & Havercamp, S. M. (2018). Comparisons of self and proxy report on health-related factors in people with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(5), 927-936. <https://doi.org/10.1111/jar.12436>
- Steele, C. B., Townsend, J. S., Courtney-Long, E. A., & Young, M. (2013). Prevalence of cancer screening among adults with disabilities, United States, 2013. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 66(3), 49-54.
- Stiffman, A. R., Striley, C., Horvath, V. E., Hadley-Ives, E., Polgar, M., Elze, D., & Pescarino, R. (2001). Organizational context and provider perception as determinants of mental health service use. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 28(2), 188-204. <https://doi.org/10.1007/BF02287461>
- United Nations. (2007). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *General Assembly resolution 61/106*. <https://undocs.org/A/RES/61/106>
- World Health Organization. (2011). *World report on disability*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/44575>.
- World Health Organization. (2013). How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/94467>

Factors Influencing the Intention to Use Primary Care Physicians Among People with Disabilities: Focusing on People with Severe Disabilities

Jang, Hyekyong¹ | Lee, Weonyoung^{1*}

¹ Chung Ang University

* Corresponding author:
Lee, Weonyoung
(wylee@cau.ac.kr)

Abstract

This study aimed to identify the factors influencing the intention to use primary care physicians (PCPs) among people with severe disabilities (hereafter "severe disabilities") and to provide evidence for strengthening the PCP program for people with disabilities. Data were drawn from the 2020 National Survey on Persons with Disabilities, and a total of 3,157 individuals with severe disabilities were analyzed. Andersen's Behavioral Model was used as the theoretical framework. Chi-square tests were performed to assess associations between predisposing, enabling, and need factors and the intention to use a PCP. Multiple logistic regression analysis was conducted to identify significant predictors. The proportion of those intending to use a PCP was 49.6%. Significant predictors included age (predisposing factor); region, healthcare service use, sources of welfare information, experiences of difficulties due to COVID-19, health check-ups, and awareness of the PCP system (enabling factors); and self-rated health status, chronic disease, type of disability, need for assistance in daily living, and depressive symptoms (need factors). Notably, sources of welfare information and awareness of the PCP system emerged as key factors. Direct information from welfare, administrative, or religious organizations was more effective than mass media in promoting intention to use the service. These findings highlight the need for targeted outreach and awareness strategies to reduce regional disparities and enhance the nationwide implementation of the PCP system for people with disabilities.

Keywords: Primary Care Physician Program for People with Disabilities, Awareness of the Primary Care Physician Program, Sources of Welfare-Related Information, Andersen's Behavioral Model of Health Services Use