

소비자들이 지각한 의료서비스 품질결정요인과 불만호소행동 특성 분석*

—인천, 부천 지역을 중심으로—

An Analysis of the Determinants of Consumers' Perceived Medical Service Quality and Complaining Behavior

인천대학교 자연과학대학 가정관리학과
부교수 강 이 주

Dept. of Home Management, University of Incheon
Associate Professor: Lee-Ju Kang

〈 목 차 〉

I. 문제의 제기	IV. 결과 해석
II. 이론적 배경	V. 결론 및 제언
III. 연구방법	참고문헌

〈Abstract〉

This study attempts to analyze some determinants of consumers' medical service quality and their complaining behavior.

The results can be summerized as follows:

1. The determinants of consumers' perceived medical service quality could be categorized as five factors;
i.e. nursery, hospital environment, medical doctors, other staffs and service fee.
Among them nursery sector consists of 32% variance.
2. According to the discriminant analysis, those determinants are of great value to distinguish between satisfied/unsatisfied group.
The hit ratio was 85.4% which is relatively high score.
3. The type of complaining behavior could be grouped into no action, private and

* 본 연구는 인천대 연구비 지원에 의해 수행된 것임.

public complaining behavior.

Most of respondents belonged to no action group and a few showed private complaining behavior.

Any respondents who were willing to show public complaining behavior could not be found out.

4. These variables which influence complaining behavior were preconception toward hospital, barrier to complaining process and expected complaining behavior. Among them the first one was most influential variable.

5. In order to distinguish between complaining/non complaining behavior group, discriminant analysis was done. The result showed the above three variables had a significantly discriminatory power, the hit ratio reaching above 70%.

In summary, we can see that consumers' evaluation on the whole medical service depends on the external factor such as staffs' attitude or hospital facilities due to the lack of their ability to evaluate highly specialized service like doctor's treatment.

1. 문제의 제기

최근 국제무역환경의 변화에 따라 제조업부문이 먼저 개방되었고 곧 이어 금융, 교육, 의료 등의 서비스 산업이 완전히 개방될 상황에 처해 있다. 그동안 우리나라 서비스 산업에 대한 일반적인 평가는 제조업 부문에 비하여 국제경쟁력이 훨씬 떨어지고 있다는 것이었다.

근자에 이르러 국민소득과 교육수준이 향상됨에 따라 건강에 대한 관심이 높아졌고 소비자 의식도 강화되었기 때문에 서비스재에 대한 수요가 크게 늘어났으며 그 가운데서도 의료서비스에 대한 수요와 질적 요구도는 더욱 높아졌다고 할 수 있다. 이에 따라 통계청에서도 사회지표에 의료서비스에 대한 소비자들의 만족도 부문이 첨가되었고 소비자 단체나 언론매체들도 의료서비스에 대한 관심을 표명하고 그 개선을 요구하고 있다. 또한 의료기관들도 나름대로 자체조사를 통하여 서비스의 질적 개선을 추구하고 있어 소비자 지향적 자세로 전환되어 가고는 있으나 제공되는 재화의 전문성으로 인하여 소비자 입장에서 품질을 평가하기가 곤란하다.

일반제품은 구매전에 상당한 정도의 품질평가가 가능하지만 서비스재는 그 특성상 이러한 작업이 매우 어렵다. 그 가운데서도 의료서비스는 이를 통하

여 궁극적으로 건강을 회복하는 것이 목적이므로 다른 재화의 질 평가보다 더욱 어렵고 복잡하여 평가와 관련된 시간이 더 요구된다. 뿐만아니라 의료서비스 소비자는 정상인이 아니라 환자이기 때문에 공급자와 수요자의 신체적, 정신적 상황이 대등하지 않다고 볼 수 있다.

재화의 전문성, 수요자와 공급자간의 불균형성, 그리고 환자의 건강과 생명을 다루고 있다는 의료서비스 시장의 특수성으로 인하여 소비자들은 자신에게 제공되는 서비스가 적절한 것이었는지 판단하기 어렵고 또한 부적절하다고 판단되었다 할지라도 개선을 요구하기가 매우 힘든 것이다. 어떤 경우는 진료의 부적절성이 상당한 시간의 경과후에 나타나기도 한다.

이러한 상황과 관련하여 최근 의료기관의 서비스에 대한 환자의 만족이나 품질 지각을 측정하려는 연구들이 국내외에서 이루어지고 있다.(Roos, Roos, Gilbert, Nicol & Comm, 1980; Singh, 1989; Rubin, Ware & Berwick, 1990; 윤명숙, 1991; 서정희, 1993; 나기승, 1994; 김완석, 1996; 강이주, 이상협, 1996)

외국에 비하여 우리나라의 연구는 수적으로나 기간적으로 부족한 입장에 있다. 이 분야에 대한 대다수의 논문들은 PZB¹⁾(1985)가 개발한 SERVQUAL 척도를 이용하여 분석하였다. 그 가운데 서정희, 나기

승, 김원석 등은 소비자가 경험한 의료서비스의 만족도를 중심으로 평가요인을 규명하였고 강이주와 이상협은 중요도와 만족도를 함께 조사하고 그 차이에 대한 분석을 통하여 문제점을 제시하였다. 대다수의 연구들에서 의료서비스에 대한 만족도는 전반적으로 낮게 나타나고 있다. 그럼에도 불구하고 의료서비스 소비자들의 불만호소행동과 관련된 연구는 거의 발견되지 않고 있다.

본 연구는 연구자의 1차 연구를 토대로 하여 신뢰도와 변별력이 높은 문항들로 척도를 단순화시켰고 이를 이용하여 먼저 소비자들이 지각한 의료서비스의 품질 결정요인들이 무엇인가를 구명하고자 하였다.

또한 1차 연구와 관련하여 내용을 비교함으로써 척도에 대한 안정성과 조사결과에 대한 구성체 타당성도 어느 정도 추론할 수 있을 것이다.

둘째, 의료서비스 소비자들의 불만호소행동은 어떠한가 그것은 어떤 특성에 따라 구분되는가를 밝히하고자 한다.

본연구의 결과는 의료서비스 소비자들로 하여금 자신이 구매한 서비스재의 질평가에 대한 단서를 제공함으로써 의료서비스 질향상에 기여할 수 있을 것으로 기대된다.

II. 이론적 배경

1. 의료서비스의 정의와 특성

의료서비스와 관련된 연구들(나기승, 1994; 이준엽, 1994; 서정희, 1993; 윤명숙, 1991; 강이주, 이상협, 1996; 보건의료정책연구소, 1993)을 종합하면 의료서비스를 다음과 같이 정의하고 있다.

“의료서비스란, 의사가 주체가 되어 환자를 진찰하고 그 증세에 따라 적절한 투약이나 처리를 행하는 것으로 환자를 치료하는 행위와 관련된 직, 간접의 모든 서비스라고 말할 수 있으며 이것은 의료행위 자체인 본질적인 서비스와 의료이용자가 의료행위를 받게 되기까지 경험하는 의료행위 이외의 부가

적인 서비스로 구분할 수 있다.”

본질적 의료서비스에는 진찰, 처치, 수술 등이 있으며 이는 고도의 전문성으로 인하여 객관적인 평가가 거의 불가능하다고 할 수 있다. 부가적인 의료서비스에는 병원에서 제공하는 의료행위 이외의 각종 서비스로 진료절차, 병원환경, 의료진이나 직원들의 친절성 등이 있으며 이는 의료서비스 소비자들의 주관적인 평가가 가능한 부분으로 볼 수 있다.

일반적으로 품질이라는 개념은 사람에 따라 또는 사용목적이나 관점에 따라 다소 차이를 나타내고 있다.

Garvin(1984)은 제품의 질을 평가함에 있어 선형적 접근방법, 제품중심적 접근방법, 제조중심적 접근방법, 가치중심적 접근방법, 사용자 중심적 접근방법 등의 다섯 가지 차원으로 접근방법을 분류하고 있다. 이 가운데 흔히 유형의 제품에 적용하는 방법은 제품중심적 접근방법으로서 질을 명확히 측정가능한 변수로 보는 것이다. 즉 제품이 지니고 있는 어떤 특징이나 분석의 차이가 질에 반영될 수 있기 때문에 질의 상대적 수준은 제품이 지니고 있는 바람직한 속성의 양에 따라 등급을 줄 수 있다는 것이다. 또한 제조중심적 접근방법 역시 질을 요구에의 일치로 인식하기 때문에 설계나 명세서의 내용과 가장 잘 부합되는 제조 방법을 택한 것을 질이 높다고 간주한다.

따라서 질에 대한 등급을 줄 수 있는 것이다.

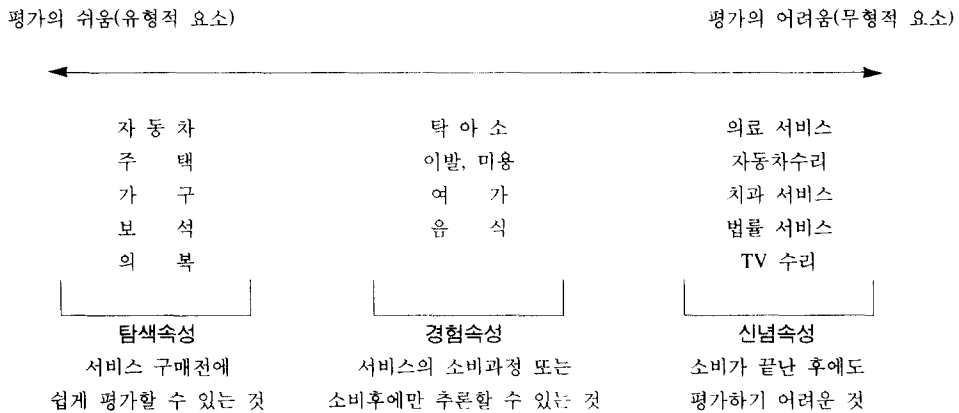
그러나 의료서비스의 질을 측정하는데에는 사용자 중심적 접근방법이 가장 유용하다고 볼 수 있다. 왜냐하면 의료서비스 분야는 일반적인 서비스 분야와는 다른 독특한 관점을 갖기 때문에 다음과 같은 요인들을 고려해야만 한다. 우선, 환자들이 병원을 찾는 경우는 대부분 응급적인 상황으로 발생하는 경우가 많아 의료서비스는 규칙적인 거래가 아닌, 일회의 혹은 불규칙적인 방문 또는 입원으로 이루어지는 수가 많다(Vandamme & Lewis, 1993). 둘째, 인구통계학적, 사회·경제적, 그리고 심리학적 배경과 함께 인간육체의 복잡성은 환자들 간에 그리고 심지어 기

1) PZB는 Parasuraman, Zeithaml, Berry를 의미함.

간경과에 따른 비교를 거의 불가능하게 하므로, 각 사례는 개별적으로 다루어진다. 셋째, 환자는 특정한 의료서비스의 결과를 평가할만큼 전문적인 지식이 없다. 그러므로 그들은 서비스 전달과정에서의 경험과 이용전 탐색에 의존하지만 이러한 경험과 탐색조차도 특정한 상황에 한정된다. 따라서 의료서비스의 품질은 환자가 병의 치료를 위해 병원 서비스를 이용하는 동안에 인지하는 유형적·무형적 요소에 대한 주관적 판단이라고 정의할 수 있다. 즉 의료서비스의 질이란 의료서비스의 결과 또는 질병의 회복이라는 산출물에만 제한되는 것이 아니라, 서비스를 제공받는 동안의 전달과정 및 구매자와 판매자간의 상호작용 등 서비스 이용시의 모든 과정과 관련이 되는 것이다. 이러한 특성을 갖는 의료서비스는 그 품질을 평가하는 면에 있어서도 매우 어렵다. 다음 그림은 서비스를 품질평가의 난이도와 속성의 차원에 따라서 분류한 것인데 의료서비스는 다른 서비스와는 달리 신념속성이 강하기 때문에 소비가 끝난 후에도 평가하기가 어렵다.

은 태도라고 하였다. 그들은 개념적으로 제안한 서비스 품질을 결정짓는 10가지 차원을 포함하는 22개 항목으로 실증연구(1988)를 행하여 요인분석을 한 결과 유형성, 신뢰성, 응답성, 확신성(Assurance), 고객이해(Empathy) 등 5가지 요인으로 분류하였다. 그리고 전반적인 서비스 품질을 종속변수로 한 회귀분석에서 산업에 따라 결정계수가 0.28~0.52로 나타났으며 모든 산업에서 신뢰성이 가장 중요한 차원으로, 고객이해가 가장 낮은 차원으로 나타났다.

PZB(1988)가 개발한 SERVQUAL은 그후 여러 연구자들의 관심의 대상이 되었고 지금까지 서비스 품질 측정의 연구에서 가장 많이 인용되어 오고 있으나 몇몇 연구자(Cronin & Taylor, 1992; Teas, 1993; Carman, 1990; Oliver, 1993)들에 의하여 비판과 논쟁의 대상이 되기도 하였다. Cronin과 Taylor는 품질을 기대와 성과의 차이로 측정하는 것보다는 성과만으로 측정하는 것이 모든 사업 분야에 걸친 적합도 검증에서 더욱 좋은 결과를 얻었다고 하였다. Teas (1993)는 SERVQUAL에서 제시되는 기대수준이 비



〈그림 2-1〉 제품과 서비스의 평가

* 자료원: Nelson P., "Information and Consumer Behavior," op. cit., p.314.

2. 의료서비스의 품질평가와 관련연구

PZB(1988)는 "서비스의 품질이란, 개인이 특정 서비스의 우수성과 관련하여 가지는 전반적인 판단 혹

현실적으로 높은 기대값을 초래할 수 있다는 문제점을 제기하였고 Carman(1990)은, 응답자들이 "잘 형성된 기대수준"을 갖고 있지 않을 경우 SERVQUAL의 기대 척도들은 그 타당성에 문제가 있음을 지적

하였다. 그러나 PZB(1994)는 그들의 SERVQUAL 척도에 큰 문제가 없음을 다시 반박하였고 이후 많은 연구자들이 별다른 비판의식을 갖지 않은 채 이를 이용하여 왔으나 기대와 성과를 한꺼번에 측정하는 경우, 특정서비스의 경험자를 대상으로 기대를 측정하므로 소비자가 경험한 성과수준이 하나의 준거점으로 작용하여 기대수준 응답에 영향을 미칠 수 있다는 문제점은 지적될 수 있다.

소비자는 서비스를 구입할 때 나름대로 기대수준을 형성하며 이러한 기대 수준은 성과지각에 준거점으로 작용한다. 이러한 문제의 해결을 위하여 이학식(1996)은, Oliver(1980)가 제안한 “특정서비스 기업이 실현시킬 것으로 소비자가 예상하는 성과수준”을 적용하는 것이 바람직하다고 제안하였다. 다시 말하면 그는 기대수준을 규범적 기대수준이나 실현가능한 기대수준으로 개념화할 것이 아니라 만족/불만족 연구에서와 같이 소비자가 특정 서비스를 구매하기 직전 혹은 구매하는 시점에서 갖게 되는 그 서비스의 예상성과로서 개념화할 필요가 있다고 하였다. 그리하여 기대성과와 실제성과가 지각된 성과에 직접 영향을 미치며 속성별 지각된 성과의 총합이 지각된 품질로 나타나는 것으로 개념화하였다.

SERVQUAL 척도에 대한 이와같은 논란이 제기되고 있음에도 불구하고 의료서비스의 질측정을 위한 하위 차원 결정 등의 척도구성에는 대다수의 연구자들이 이를 원용하여왔다. Ware와 Sinder(1976)는 20개의 태도 지표들에 기초를 둔 의료서비스 측정을 위한 탐색적 연구를 시행하였는데 여기서 내과외사의 행동, 의료보살핌의 이용가능성, 접근체계 그리고 계속성과 편리성의 4개 차원이 확인되었다. Zastowny, Roghmann 및 Cafferatal(1989)은 도구적 만족(9문항)과 정서적 만족(5문항)의 두가지 차원으로 나누어 의사에 대한 태도 측정을 위한 척도를 구성하였다. Singe(1989)는 환자만족은 그 만족의 대상이 다양하고 차원이 다양하다는 관점을 제시하였다. 환자가 만족을 느끼는 대상으로는 의사, 병원 및 의료보험제 공자가 있고, 환자가 만족을 느끼는 차원에는 정의적 차원, 도구적 차원, 접근가능성 차원이 있다고 하였다. William과 Torrens(1980)는, 환자의 만족도는 진

료의 결과, 과정, 구조를 반영할 수 있는 척도이며 진료의 비용, 진료의 용이성, 진료의 기술적이고 인간적인면, 진찰성과를 포함한 다차원적인 개념으로 나타난다고 하였다. Caff(1970)는 환자의 만족도가 의료사업의 질을 평가하는 중요한 결과의 하나가 된다고 하였다.

우리나라에서도 이들 연구를 바탕으로 의료서비스에 대한 만족도와 질 측정을 위한 척도 개발과 관련된 연구가 진행되고 있다. 나기승(1994)은 의료 서비스의 질 측정을 위한 척도 개발에서 요인분석을 통하여 의료서비스의 평가차원을 유형성, 신뢰성, 반응성, 확신, 감정 등 5개차원으로 분류하였고 각 차원에 속하는 28개 세부항목을 확정하였다. 서정희(1992)는 의료 서비스에 대한 소비자 만족을 19개의 항목으로 설정한 후 이를 요인분석하여 5개의 요인(의사와 간호원, 근접성, 검사와 환자교육, 시간과 관심, 병원 위치와 시설)으로 제시한 바 있다. 김완석(1996)은 “입원서비스에 대한 품질 척도” 연구에서 의사의 치료, 간호, 병원/병실의 환경, 입원과정, 퇴원과정, 검사, 정보제공이라는 7개의 차원이 의료서비스의 질측정에 관여된다고 하였다. 강이주와 이상협(1996)은 의료서비스에 대한 소비자의 품질지각과 만족도를 알아보기 위하여 SERVQUAL 척도를 이용하여 기대성과를 중요도로, 실제성과를 만족도로 대체하여 조사하였다. 그 결과 의료서비스 부문별로 기대성과는 모두 높으나 실제성과인 만족도는 모든 분야에서 낮게 나타났고 전문성이 높은 진료부문은 실제 성과에 대한 판단이 어려워 양자 간의차이가 크지 않으나 유형적 단서를 쉽게 찾을 수 있는 병원 체계 또는 환경 분야에서는 기대와 성과 간의 차이가 크게 나타났다.

이러한 의료분야의 질측정을 위하여 발견된 차원들은 PZB의 SERVQUAL 척도에 의해 확인된 요소들과 중복되는 부분이 많이 있으며, 대부분의 연구자들이 요인분석을 통하여 차원을 확정하였기 때문에 명명방법에 따라 조금씩 차이를 보이고 있으나 내용에 있어서는 유사하다고 할 수 있다.

본 연구 역시 SERVQUAL 척도를 원용한 연구자의 1차 연구(1996)를 바탕으로 중요도가 낮은 문항을 제

외한 23개 문항으로 지각된 성과를 측정하고자 한다.

3. 불만호소행동의 정의와 관련변수

소비자들은 구매에 선행해서 어떤 기대를 형성하고 이러한 기대와 실제 제품성과와의 상호작용이 만족이나 불만족을 가져오게 된다.

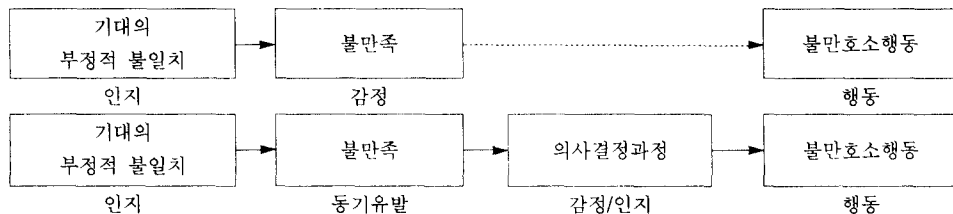
만약 소비자들이, 자신들이 느낀 불만족을 해소하기 위하여 불만족을 초래한 책임이 있는 측에 불만족한 감정을 표현한다면 그것을 불만호소행동이라고 Landan(1980)은 정의하였다. Jacoby와 Jaccard(1981)는 불만호소행동을 제품이나 서비스에 관한 부정적인 정보를 제품이나 서비스를 제조한 기업이나 판매자에게 혹은 제3자 기관(소비자보호단체, 공정거래위원회 등)에게 전달하는 행동이라고 정의하였다. Richins(1983)는 불만호소행동을 불만족에 대한 소비자의 반응이라 하였고 Day(1984)는 불만족이 동기화되어 불평행동이 일어나는 과정에서 여러 영향요인에 의해 대체안을 분석하는 과정을 통하여 불만호소행동이 일어난다고 하였다.

Singh과 Howell(1985)은 소비자 불만호소행동의 개념적 연구들을 다음 그림과 같이 두 종류로 통합할 수 있다고 주장하였다.

첫번째 유형의 개념화는 불만족이 직접 불만호소행동을 결정한다는 것이다.

Bearden과 Teel(1983)에 의하면 만족/불만족은 제품 속성에 대한 신념으로 측정된 기대와 이 기대가 실제의 제품성과와 일치하는지 여부를 확인하는 불일치확인인 두가지 변수에 의해 결정되고, 이렇게 결정된 불만족의 강도가 불만호소행동의 강도를 결정한다는 것이다. 이러한 개념화는 소비자 만족/불만족과 소비자 불만호소행동 사이를 매개하는 매개변수가 존재하지 않는다는 가정이다. 그러나 이러한 개념화를 검증하려는 Day의 실증조사에 의하면 소비자 불만호소행동의 총변량 중에서 소비자 만족/불만족이 설명하는 것은 15%에 불과하였다. 따라서 양변수간의 관련성은 매우 낮다고 할 수 있다.

두번째 유형의 개념화는 불만호소행동이란 논리적인 불 때, 불만족 이후에 나타나는 현상이지만 불만족과는 관계가 없는 상황적 변수와 개인적 변수에 의해 결정된다는 것이다. Day(1984)에 의하면 소비자 만족/불만족은 특정 상황 하에서 소비자로서 하여금 불평제기/침묵 의사결정과정(complaining/non-complaining decision process)을 밟도록 동기를 유발시키는 감정상태이고 소비자 불만호소행동은 이러한 의사결정의 결과라는 것이다. 즉, 불만족은 소비자가 의사결정을 하도록 동기를 유발시키지만, 의사결정은 불만족감정의 강도에 의해서 결정되기 보다는 불만족의 책임소재, 불평제기의 성공가능성에 대한 기대와 불평결과의 이익, 불평제기비용, 제품중요성 등에 대한 소비자의 지각들에 의해 결정된다는 것이



〈그림 2-3〉 소비자 불평과정의 2가지 개념화

자료원: J. Singh and R.D.Howell(1985), "Consumer Complaint Behavior : A. Review and Prospectus", in Consumer Satisfaction, Dissatisfaction, and Complaining Behavior Conference Proceedings, H.K. Hunt and R.Day, ed.,: Indiana university, p.47

다. 이러한 개념화는 불만족한 소비자들의 대부분이 불만을 호소하지 않는다는 실증조사 결과와도 일치하고 있다.

이와 같은 검토결과에 의하면 소비자 만족/불만족과 소비자 불만호소행동 사이에는 개인적, 상황적 매개변수가 작용하고 있다고 결론지을 수 있다. Day는 불만호소행동 유형을 무행동을 포함시켜 사적불만호소행동과 공격불만호소행동의 3가지 범주로 대별하였다.

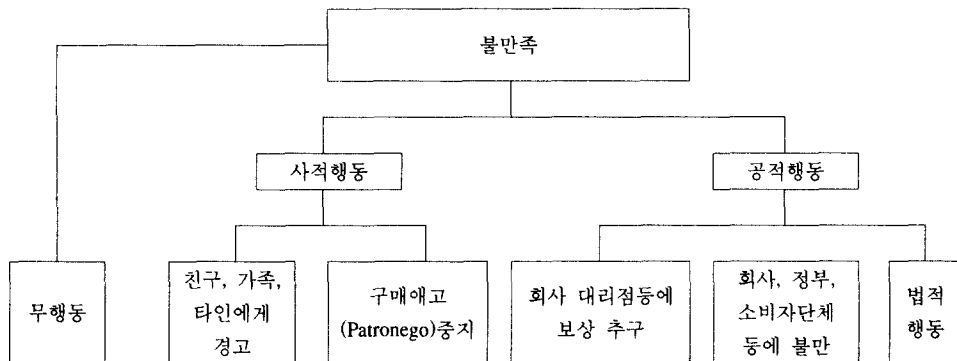
이러한 분류체계는 Bearden과 Teel(1983)의 분류체계를 따른 것이며 이후 여러 연구들(Day, 1984; 이상협, 1986; 권경수, 1994; 남광영, 1994)에서 인용되어왔다.

본 연구에서 불만호소행동 유형의 분류체계도 이를 적용하였다.

호소에 대한 태도와 불만호소성향과는 긍정적인 관련성을 가지나 불만호소에 대한 태도와 실제 불만호소행동과의 관련성은 통계적인 의미를 가지지 못하는 것으로 나타났는데 그 이유는 상황변수의 영향력이 크기 때문이라 하였다.

불만호소행동과 인구통계변수와의 관련성을 연구한 Warland 등(1975)은 교육수준과 소득수준이 불만호소행동에 정적 영향을 미친다고 하였다. Singh(1990)의 연구에서는 연령만이 유의미한 변수로 나타났으며 이는 권경수(1995)의 연구결과와도 일치하고 있다.

Gronhaug(1981)는 불만호소행동과 관련하여 자원, 학습, 개성 model을 제시하고 각각의 model에 관련한 변수를 설정하여 4000명의 소비자를 대상으로 불만호소집단과 비불만호소집단간의 차이를 조사하였



〈그림 2-2〉 소비자 불만호소행동 유형

자료원: W.O. Bearden & J.E.Teel, "Selected Determinants of Consumer Satisfaction and Complaint Reports", Journal of Consumer Research, Vol. XX (Feb. 1983), p.22

Landan(1977)은 소비자 불만호소행동의 이론적 model에서 불만호소행동은 불만족, 중요성, 불평효익, 개성 등의 함수라고 하였다.

여기서 불만족은 기대와 성과와의 차이이고 중요성은 제품가격, 탐색시간, 구체적 위험, 자아몰입의 함수이며 불평효익은 불평이득과 비용의 함수라는 것이다. Richins(1982)는 불만호소에 대한 소비자의 태도를 5가지 차원으로 측정하여 분석한 결과 불만

다. 그 결과 소득, 교육, 연령, 과거의 구매경험이 유의미한 변수로 나타났다. Day 등(1981)은 상품이나 서비스의 구매경험, 사용경험, 보상청구 경험이 영향요인이라 하였다. 남광영(1994)은 제품유형에 따른 소비자불평행동 연구에서 유형제 불만집단의 불평행동수준이 서비스제나 혼합제 불만집단보다 높으며, 서비스제 불만집단은 주로 무행동이나 사적 불평행동을 보인다고 하였다. Bearden은 자동차 정비 서비

스에 관한 불만족소비자를 대상으로 불만호소집단과 비불만호소집단의 특성을 분석하였다. 그결과 유의미한 차이를 발견하지 못하였다. 이상협(1986)은 제품평가, 불평행동에 대한 태도, 구매에서의 자기확신, 제조업체에 대한 태도가 영향변수라고 하였다.

위의 연구들을 고찰한 결과 많은 연구자들이 불만호소행동의 유형을 구분할 때는 Day 등이 분류하였던 방법(무행동, 사적 불만호소행동, 공적불만호소행동)을 원용하였음을 알 수 있다. 그리고 관련변수들은 제품평가, 심리변수로서 불만호소에 대한 태도(개인적 규범, 제조업체에 대한 신념~선입관), 상황변수로서 불만호소행동으로부터의 기대(효익, 불평경로상의 장애), 인구통계변수로서 연령, 소득, 교육수준, 경험변수로서 과거 불만호소에 대한 경험등이었다. 그러므로 본 연구에서는 심리변수와 상황변수들을 관련변수로 선정하여 설문지를 구성하였다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구문제

앞의 이론을 토대로 다음과 같은 연구문제를 설정하였다.

〈연구문제 1〉

의료서비스 소비자들이 지각한 의료서비스 품질 결정요인은 어떠한가, 이는 인구통계변수와 입원기간, 병실 크기에 따라 차이를 보이는가?

〈연구문제 2〉

의료서비스 소비자들이 지각한 의료서비스 품질 결정요인들은 의료서비스에 대한 만족집단과 불만족집단을 구분하는데 판별력을 보이는가?

〈연구문제 3〉

의료서비스 소비자들의 불만호소행동 유형은 어떤 양상을 보이는가?

〈연구문제 4〉

불만호소행동관련요인들은 어떠한가 이들은 불만호소행동 유형을 구분하는데 판별력을 보이는가?

2. 측정도구의 구성

본 연구에서는 의료서비스 소비자들이 의료서비스에 대한 품질을 어떻게 지각하고 있는가를 알아보기 위하여 설문지를 구성하였다. 설문지는 의료서비스를 진료부분, 간호부분, 병원직원 및 행정, 병원시설과 환경부분의 4개 부문으로 나누고 각 부문별로 적용가능한 PZB의 SERVQUAL 척도를 적용하여 총 23개 문항을 설정하였다.

이는 1차 연구 32개 문항중 중요도에서 5점 만점 가운데 3점 미만을 나타낸 문항을 제외한 것이다.

진료부분은 의사의 접근가능성, 신뢰성, 반응성, 환자의 의견 존중 등에 관한 문항이고 간호부분은 간호사의 설명, 환자에 대한 친절과 배려 등이며 직원 및 행정 부분은 예의와 친절, 업무의 공정성과 신속성, 행정체계에 관한 문항이며 시설 및 환경 부문에는 의료장비, 청결 상태, 편의 시설 등에 관한 문항이 포함되었다. 이에 대한 응답은 피조사자가 주관적으로 인지하는 정도로서 “매우 불만족했다”이면 1번에, “매우 만족했다”이면 5번에 응답하도록 하는 5점 Likert 척도로 구성하였다.

불만호소행동과 관련된 변수로는 불만호소유형과 불만호소 이유 및 불만 부문을 파악하는 문항이 각 1문항씩 명목척도로 구성되었다. 그리고 불만호소관련 상황변수에 관한 12문항 [불만호소행동의 장애요인(5), 기대요인(3), 병원에 대한 선입관(3), 불만호소 경험(1)]으로 5점 Likert 척도로 구성되었다. 그밖에 인구통계변수와 입원기간, 병실크기 등에 관한 문항이 추가되었다.

의료서비스 만족도에 대한 문항들의 내적일치도를 검증하기 위하여 Cronbach's α 로 측정된 결과 진료부분 0.76, 간호부분 0.80, 직원 및 행정 부문 0.75, 시설 및 환경부분 0.80으로 각 부문 모두 높은 신뢰도를 보였다.

3. 자료수집 및 분석방법

본 연구의 조사대상은 인천, 부천 지역에 있는 종합병원(길, 성가, 기독, 시립, 인천, 인하대 부속)에

입원한 경험이 있거나 입원중인 환자와 보호자들이며 자료수집방법은 조사요원들이 준비된 설문지를 가지고 직접 면접하는 방법으로 하였다. 1996. 8. 7에서 1996. 8. 20까지 예비조사를 실시하여 문항수정을 거친 뒤 1996. 9. 10에서 1996. 9. 30사이에 300명을 대상으로 본조사를 실시하였으며 300부가 분석에 사용되었다.

분석방법은 조사대상자의 특성을 알아보기 위하여는 빈도와 백분율을, 의료서비스의 품질결정요인과 불만호소행동관련요인 및 그 구분력을 위하여는 요인분석과 판별분석이 이용되었고 이의 검증을 위하여는 Wilks' Lambda와 Duncan's test 및 hit ratio를 적용하였다. 그리고 의료서비스의 품질결정요인과 인구통계변수 및 입원기간, 병실크기와 관련된성을 알아보기 위하여는 분산분석과 Duncan's t-test를 이용하였다.

IV. 결과 해석

1. 조사대상자의 일반적 특성

본 연구 대상자의 사회경제적 특성은 아래와 같다.

총 조사대상자 300명중 남자는 140명으로 46.7%, 여자는 160명으로 53.3%의 분포를 보였다. 연령별로는 20-29세가 57명으로 19.0%, 30-39세 사이가 106명으로 35.3%, 40-49세 사이가 77명으로 25.7%, 50세 이상이 59명으로 나타났다. 학력수준을 살펴보면 중졸이하가 64명으로 21.4%를 보이며, 고졸이 146명으로 48.7%, 대졸이상이 48명으로 29.3%를 보였다. 소득수준을 보면 150만원 이하가 103명으로 34.3%, 150-300만원 미만인 175명으로 58.4%, 300만원 이상이 20명으로 5.7%를 보였다. 입원기간을 살펴보면 1주일이하가 44명, 1주일-1개월 미만이 33명, 1개월-3개월 미만이 95명, 3개월 이상이 28명으로 1개월 미만의 단기 입원환자가 더 많았다.

〈표 4-1〉 조사대상자의 일반적 특성

변수명	변수범주	빈도(n)	백분율(%)
성 별	남	140	46.7
	여	160	53.3
연 령	20~29세	57	19.0
	30~39세	106	35.3
	40~49세	77	25.7
	50세 이상	59	19.9
교육수준	국졸이하	5	1.7
	중 졸	59	19.7
	고 졸	146	48.7
	대졸이상	90	30.0
소득수준	100만원 미만	25	8.3
	100~150만원 미만	78	26.0
	150~200만원 미만	110	36.7
	200~300만원 미만	65	21.7
	300~400만원 미만	18	6.0
	400만원 이상	4	1.4
입원기간	1주일 이내	44	14.7
	1주일~1개월 미만	133	44.3
	1개월~3개월 미만	95	31.7
	3개월 이상	28	9.3
병실크기	6인 이상	141	47.0
	4~5인용	95	31.7
	2~3인용	61	20.3
	1인용	3	1.0

2. 소비자들이 지각한 의료서비스 품질 결정요인은 어떠하며 이는 인구통계변수와 배경변수(입원기간, 병실크기 등)에 따라 차이를 보이는가?

위 연구문제를 알아보기 위하여 만족도에 대한 23개 문항으로 주요인분석을 해 본 결과 3개의 문항(13, 19, 20)을 제외하고는 모든 문항이 5개의 요인으로 묶였다. 요인 1은 간호사에 대한 만족요인, 요인 2는 병원 시설과 환경요인, 요인 3은 의사에 대한 만족요인, 요인 4는 병원직원요인, 요인 5는 진료비용 및 업무체계요인으로 나타났으며 〈표 4-2〉 이 5개 요인들의 설명력은 61.2%를 보여주었다. 각 요인들의 분산 비율로 볼 때 요인 1인 간호부인이

〈표 4-2〉 소비자들이 지각한 의료서비스 품질 결정 요인 분석결과

요인명	항 목	Factor Loadings	communality	eigen Value	분산 비율
간호사에 대한 만족도요인	· 간호사는 환자를 예의바른 태도로 대하였다.	.794	.729	6.388	31.9
	· 간호사는 치료와 간호에 관하여 환자에게 쉽고 친절하게 설명해 주었다.	.753	.666		
	· 간호사는 환자의 상황적 변화 또는 요구에 잘 응대해 주었다.	.699	.599		
	· 보호자가 없어도 입원생활에 불편이 없도록 간호체계가 잘 되어 있었다.	.582	.580		
	· 환자에 대한 간호사의 업무수행(투약·전달사항)은 믿을 수 있었다.	.533	.499		
병원환경에 대한 만족도요인	· 입원실은 깨끗하고 지내는데 불편함이 없었다.	.819	.714	1.963	9.8
	· 보호자를 위한 시설(취침, 취사)이 잘 되어 있었다.	.727	.661		
	· 병원식사는 위생적이고 먹음만 하였다.	.702	.589		
	· 주차시설이 잘되어 있었다.	.654	.570		
	· 병원은 나의 병을 치료하는데 필요한 최신의 의료장비를 많이 갖추고 있었다.	.533	.553		
의사에 대한 만족도요인	· 의사는 나의 병을 치료하는데 필요한 지식과 기술을 충분히 갖추고 있었다.	.745	.585	1.433	7.2
	· 치료결과가 만족스러웠다.	.736	.638		
	· 의사는 환자를 친절하고 예의바른 태도로 대하였다.	.690	.623		
	· 환자의 의문에 대하여 의사는 쉬운말로 잘 설명하였다.	.668	.501		
	· 의사는 환자의 요구나 변화에 즉각적으로 대처하였다.	.503	.526		
병원직원들에 대한 만족도요인	· 직원들은 입원실의 배정 등 모든 업무를 공정하게 처리 하였다.	.796	.699	1.361	6.8
	· 병원직원들은 내원환자에게 모든 절차를 친절하게 안내 하였다.	.717	.641		
	· 각종 검사요원을 포함한 병원직원들은 예의바르고 성실하게 업무를 수행하였다.	.598	.605		
진료비용 및 업무체계에 대한 만족도요인	· 진료비용은 적절하였다.	.798	.656	1.099	5.5
	· 대기시간을 최소화하는 등 환자를 위하여 병원이 상당히 신경을 쓰고 있었다.	.660	.604		

31.9%로서 소비자들이 지각하는 의료서비스의 품질 결정요인 가운데 가장 큰 비율을 보였고, 다음은 분산비율 9.8%인 병원환경요인이며 세번째가 의사에 대한 만족도요인으로 7.2%의 분산비율을 보였고 네번

째는 병원직원 만족도요인으로 6.8%의 분산비율을 나타냈으며 다섯번째는 진료비용과 업무체계에요인으로 5.5%의 분산비율을 보였다.

이러한 결과는 의료서비스 품질 결정에서 소비자

<표 4-3> 인구통계변수와 입원기간, 병실 크기에 따른 의료서비스 품질 결정요인

변 수	의료서비스 요인	변량	Sum of Squares	DF	Mean Square	F	범주별 유의적 관계
성 별	병원직원	집단간	5.757	1	5.757	5.859*	1-2
		집단내	267.243	272	.987		
		전 체	273.000	273	1.000		
연 령	병원직원	집단간	15.7572	4	3.9393	4.1194**	2-4
		집단내	257.2486	269	.9563		
		전 체	273.0000	273	1.0000		
소득수준	병원환경	집단간	16.7844	5	3.3569	3.4983**	6-4
		집단내	256.2093	267	.9596		6-3
		전 체	272.9937	272	1.0036		6-2
	병원직원	집단간	11.8307	5	2.3661	2.4190*	6-5
		집단내	261.1645	267	.9781		6-2
		전 체	272.9952	272	1.0036		6-3
입원기간	간호사	집단간	9.9019	3	3.3006	3.3872*	1-4
		집단내	263.0981	270	.9744		1-3
		전 체	273.0000	273	1.0000		1-2
	의사의 진료	집단간	12.6471	3	4.2157	4.3719**	2-4
		집단내	260.3529	270	.9643		3-4
		전 체	273.0000	273	1.0000		1-4
병실크기	간호사	집단간	8.9739	3	2.9913	3.0590*	1-2
		집단내	264.0261	270	.9779		2-4
		전 체	273.0000	273	1.0000		
	병원환경	집단간	11.7582	3	3.9194	4.0508**	1-2
		집단내	261.2418	270	.9676		2-4
		전 체	273.0000	273	1.0000		1-4
						1-3	

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001

들은 간호관련서비스를 가장 크게 (1/3이상) 인지하며 다음으로 병원환경(10%)을 인지하고 있음을 보여 주고 있다.

의료서비스의 가장 핵심적인 부분은 치료의 결과를 포함한 의사가 제공하는 진료부문인데 이의 분산비율은 7.2%로서 여타의 부문과 비교하여 볼 때 오히려 낮은 분산비율을 보이고 있다. 이것은 이 부문에 대한 기대수준과 성과수준에 대한 차이 식별이

어렵기 때문으로 해석할 수 있다.

강이주와 이상협(1996)의 연구에서는 기대수준과 성과수준으로 나누어 측정된 결과 기대수준인 <중요도와 성과수준인 만족에서 모두 진료부문> <간호부문> <행정부문> <시설 및 환경 부문의 순으로 나타났고 전 부문에서 기대수준에 비해 성과수준이 매우 낮은 것으로 나타났으나 이는 단순히 점수의 평균이므로 분산의 비율과는 다르다고 할 수 있다. 같은 요인 분

석을 시행한 김완석(1996)의 연구에서는 병원환경>의사의 치료>간호>퇴원과정>검사>입원과정>정보제공의 순으로 나타났으며 서정희(1993)의 연구에서는 의사와 간호원>근접성>검사와 환자교육>시간과 관심>병원위치와 시설의 순이었다.

이러한 결과들은 소비자들이 의료서비스의 품질을 지각할 때 유형적 단서를 쉽게 찾을 수 있는 시설이나 환경을, 그리고 인적요인이라도 비교적 전문성이 크게 개재되지 않은 간호부문을 의사관련부문보다 우선시 한다는 공통점을 보여주고 있다.

위 요인들이 인구통계변수와 입원기간, 병실크기에 따라 차이를 보이는가를 알아보기 위하여 각 요인들과 일원변량 분석한 후 Duncan's test 를 해 본 결과 성별과 연령에 따라 차이를 보인 것은 병원 직원요인이었고 소득수준에 따라서는 병원환경과 병원 직원요인이 차이를 보였으며 교육수준에 따라서는 차이를 보이지 않았다.

또한 입원기간에 따라서는 간호사 관련 요인과 의사관련 요인에서 차이를 보였고 입원기간이 길수록 각 요인에 대한 만족도가 낮게 나타났다.

이는 장기환자일수록 의료서비스의 인적~질적 부분의 평가에 대한 기준이 다각도로 설정되었을 것으로 해석할 수 있으며 앞으로의 의료서비스 질평가 연구에서 장기 입원 환자만을 대상으로 조사할 필요를 시사하는 부분으로 볼 수 있다.

병실크기에 따라서는 간호사 요인과 병원환경요인에서 차이를 보였다.

1인실이 가장 만족도가 높고 다음이 6인용이고 2인실이 가장 낮은 만족도를 보였다.

이러한 결과는 병원 경영상 시사점이 매우 크다고 할 수 있다.

질병의 종류에 따라 격리를 특히 요하거나 꼭 안정이 필요한 환자를 제외하고는 모두 6인실 정도의 공동병실을 이용하도록 하는 것이 2인 병실을 두는 것보다 환자의 만족도를 높일 수 있고 병실이용율과 관리 및 경영의 효율을 높일 수 있음을 나타내고 있다.

3. 의료서비스 소비자들이 지각한 의료서비스 품질결정요인들은 의료서비스에 대한 만족집단과 불만족집단을 구분하는데 판별력을 보이는가?

위 연구문제를 알아보기 위하여 병원생활 전반에 대하여 “대체로 만족한다”에 응답한 집단을 만족집단으로 “대체로 불만족한다”에 응답한 집단을 불만족집단으로 나누었다.

그 다음 서비스 결정요인들의 요인부하량과 위 두 집단과의 관계를 판별분석하여 판별함수를 구하고 이를 Wilks' Lambda값으로 검증한 후 함수의 판별력에 대한 적중율을 구하였다. 적중율은 전체 집단을 둘로 나누어 한 집단은 함수를 구하는 분석집단으로, 나머지 유보집단은 함수의 적중율을 적용해보는 집단으로 하여 분석집단의 함수를 유보집단에 적용한 결과 적중율이 85.4%로 나타났다. <표 4-4>

5개의 서비스 요인 모두가 구분력을 보였고 특히 요인2인 환경관련요인과 요인4인 직원만족도 요인이 큰 구분력을 보여주었다.

이러한 결과 역시 의료서비스에서 소비자만족을 결정하는 요인들이 쉽게 비교평가할 수 있는 물적요인이나 직원의 친절성 등 외형적 태도요인임을 시사하고 있다.

4. 의료서비스 소비자들의 불만호소행동 유형은 어떤 양상을 보이는가?

위 연구문제를 알아보기 위하여 각 불만호소행동 유형에 대한 경험유무에 따라 빈도와 백분율을 구하였고 <표 4-5> 동시에 무행동을 취하였던 응답자들에게는 그 이유를 조사하였다.

위 표를 보면 대다수의 의료서비스 소비자들은 불만호소행동을 보이지 않고 있으며 불만호소를 하더라도 수동적인 사적 불만호소행동을 하고 있으며 공적 불만호소행동을 보이는 일이 거의 없음을 알 수 있다. 이는 서비스재의 평가 기준이 일반 유형재에 비하여 잘 확립되어 있지 않을 뿐 아니라 반환이 어렵고 불만족 상황을 객관적으로 입증하기 어렵기 때문이며 특히 의료서비스일 경우 환자에 대한 불이익

〈표 4-4〉 의료서비스 품질 결정 요인들과 만족/불만족 집단과의 판별분석결과

의료서비스 결정요인	판별함수	Wilks' Lambda	χ^2	유의도	적중율
요소1(간호부문)	.46035	.566	153.09	.000	85.4%
요소2(병원환경)	.81666				
요소3(의사의 진료)	.44019				
요소4(병원직원)	.60963				
요소5(진료비용·업무체계)	.28441				

* 판별함수는 canonical discriminant function coefficient임.

〈표 4-5〉 불만호소행동 유형별 경험유무에 대한 빈도분포

유 형 별		경험有無	빈도(n)	백분율(%)
무행동	유형 I (참고지냄)	有	210	70.2
		無	89	29.8
		missing	1	0.00
사 적 불 만 호 소 행 동	유형 II (해당병원 사용자제 권고)	有	68	22.7
		無	231	77.3
		missing	1	0.00
공 적 불 만 호 소 행 동	유형 III (병원에 시정요구)	有	51	17.1
		無	248	82.9
		missing	1	0.00
공 적 불 만 호 소 행 동	유형 IV (소비자단체에 도움 청함)	有	6	2.0
		無	293	98.0
		missing	1	0.00
	유형 V (언론매체에 기고)	有	-	-
		無	299	100.0
		missing	1	0.00
유형 VI (법률적 대응)	有	2	0.7	
	無	297	99.3	
	missing	1	0.00	

이나 불만호소에 대한 기대치가 매우 낮게 형성되었기 때문에 볼 수 있다. 〈표 4-6〉

서비스재에 대한 불만호소행동이 매우 낮은 경향을 보이고 있음은 Thorelli(1977)와 남광영(1994)의 연구결과와도 일치하고 있다.

〈표 4-6〉 무행동의 이유에 대한 빈도와 백분율

변 수	빈 도(n)	백분율(%)
불이익이 될것 같아서	50	23.9
시정되지 않을 것 같아서	94	44.9
용기가 없어서	26	12.4
다른 사람도 참고 있기 때문에	31	14.8
기타	9	4.3

5. 불만호소행동관련요인들은 어떠하며 이들은 불만호소행동 유형을 구분하는데 판별력을 보이는가?

위 연구문제를 알아보기 위하여 먼저 불만호소행동 관련변수(불만호소에 대한 기대, 장애요인, 병원에 대한 선입관) 11개 문항²⁾에 대하여 요인 분석을 실시한 후 이들 요인들의 요인 부하량과 불만호소행동을 보인 집단과 그렇지 않은 집단과의 관계에 대한 판별분석을 실시하였다.

요인분석결과 11개 문항이 3개의 요소에 모두 묶였고 이 3개 요인들의 분산비율은 53%였으며 요인 1은 의료서비스 기관에 대한 선입관(신념), 요인 2는 불만호소행동상의 장애요인, 요인 3은 불만호소행동에 대한 기대 요인으로 나타났다. <표 4-7>

관련변수 중 가장 큰 요인은 병원에 대한 선입관

으로 이는 약 25%의 분산비율을 보이고 있다. 그리고 불만호소에 대한 장애요인도 17.6%의 분산비율을 보여주고 있으며 불만호소행동에 대한 기대요인은 10.8%의 분산비율을 보여주고 있다. 이러한 결과는 첫째 우리나라 병원들이 지금까지 소비자 지향적 자세를 가져오지 않았기 때문이며, 둘째 소비자들 또한 불만호소경로를 모르거나 불만호소에 대한 심리적인 부담감을 많이 느낄 뿐 아니라 불만호소비용에 비해 기대효과가 크지 않을것으로 단정해버리는 태도때문이라 할 수 있다. 이와 같이 불만을 불만호소행동으로 표현하지 않을 경우 병원당국이 스스로 질향상을 꾀하고자 하더라도 그들은 어떤 부문에 문제점이 있는가를 파악할 수 없게 된다. 그러므로 불만호소행동은 소비자의 복지향상을 위한 권리이자 책임일뿐 아니라 병원의 경쟁력 향상을 위한 기초 자료로서도 매우 중요한 역할을 한다고 할 수 있다. 따

<표 4-7> 불만호소행동관련 변수에 대한 요인 분석 결과

요인명	항	부	Factor loading	communality	eigen value	분산 비율
병원에 대한 선입관	· 병원은 환자의 권리와 인격을 무시할 때가 많다.		.786	.460	2.711	24.7
	· 병원은 환자의 치료보다는 이익을 남기는데 더 많은 관심을 기울이고 있다.		.738	.577		
	· 병원은 치료의 결과에 책임을 지지 않으려 한다.		.702	.304		
불만 호소 행동 장애 요인	· 만족스런 해결을 얻을 수 있을지 궁금했다.		.759	.497	1.936	17.6
	· 누구에게 말해야 해결될지 알수 없었다.		.675	.412		
	· 불유쾌한 감정이 생겨 부담이 될 것 같았다.		.606	.624		
	· 돈과 시간 및 노력을 포함한 비용이 많이 들 것으로 생각되었다.		.497	.681		
	· 환자에게 불이익이 될 것 같았다.		.468	.530		
불만 호소 행동 기대 요인	· 내가 불만호소행동을 하면 다른 환자들에게도 많은 도움이 될 것이다.		.819	.552	1.184	10.8
	· 내가 병원당국에 불만사항을 말하면 그들의 서비스는 많이 나아질 것이다.		.773	.649		
	· 소비자단체나 언론기관은 병원으로 하여금 문제점을 해결하도록 촉구할 것이다.		.723	.540		

2) 설문지상으로는 불만호소행동관련 변수속에 불만호소경험 변수가 포함되어 총 12개 문항이었으나 이에 대한 응답태도가 거의 경험이 없는 것으로 나타나 요인 분석에서 제외되었음.

라서 병원은 스스로 문제점을 발견하고 개선하기 위해 소비자상담실을 운영해 보는 것도 좋은 방안이 될 수 있을것으로 사료된다.

이상의 요인들에 대한 요인부하량과 불만호소집단과 무행동 집단과의 관계를 판별분석한 결과는 다음과 같다.

경부문에서 차이가 나타났다.

둘째, 앞에서 판명된 의료서비스 품질 결정요인들은 의료서비스에 대한 만족집단과 불만족 집단을 구분하는데 모든 요인들이 판별력을 보였으며 판별함수는 85.4%의 높은 적중율을 보였다. 여기서 병원 환경부문과 병원직원부문의 판별력이 특히 높게 나타

<표 4-8> 불만호소행동 관련 요인들과 불만호소행동집단과 무행동집단과의 판별 분석결과

불만호소행동 관련 요인	판별함수	Wilks' Lambda	χ^2	유의도	적중율
요인 2 (불만호소행동장애요인)	1.00000	9628	5.33	.02	68.3%
요인 3 (불만호소행동 기대요인)	-.13685				
요인 1 (병원에 대한 선입관)	.05938				

불만호소행동 관련요인 3개가 모두 불만호소집단과 무행동집단을 구분하는데 구분력이 있음을 보여주었고 그 가운데 불만호소장애요인이 가장 큰 구분력을 보여주었다.

또한 분석집단과 유보집단으로 나누어 분석집단의 함수를 유보집단에 적용하여 함수의 적중율을 구한 결과 약 70%에 가까운 수치를 보여 신뢰할 수 있는 정도의 적중율을 보였다.

이러한 결과들은 불만호소행동의 중요성과 협조기관 등에 대한 소비자 교육의 필요성을 제기해 주고 있다.

V. 결론 및 제언

앞의 연구결과를 통하여 다음과 같은 결론을 얻을 수 있었다.

첫째, 소비자들이 지각하는 의료서비스 품질결정요인들은 간호부문, 병원환경부문, 의사의 진료부문, 병원 직원부문, 진료비용 및 업무체계부문의 순으로 5개 요인으로 나타났으며 이 가운데 간호부문은 약 32%의 분산비율을 보여주었다.

그리고 이 요인들이 인구통계변수와 입원기간, 병실크기와의 관련성을 분산분석한 결과 부분적으로 차이를 보였는데 연령은 병원직원 부문에서, 소득수준은 병원직원과 환경부문에서, 입원기관은 간호부문과 의사의 진료부문에서, 병실크기는 간호사와 환

났다.

세째, 의료서비스 소비자들의 불만호소행동 유형은 3개의 유형(무행동, 사적불만호소행동, 공적불만호소행동) 중 무행동 유형이 가장 많았으며(70%) 사적불만호소행동 유형은 약 20%이고, 공적불만호소행동 유형은 거의 없었다.

네째, 불만호소행동에 영향을 주는 변수들은 병원에 대한 선입관, 불만호소행동상의 장애 인지요인, 불만호소행동 기대요인 등 3가지로 나타났고 이 가운데 병원에 대한 선입관이 약 25%의 분산비율을 보여 가장 큰 영향 변수임을 나타내고 있다. 또한 이들 3가지 요인들이 모두 불만호소행동을 보이는 집단과 무행동을 취하는 집단을 구분하는데 판별력을 보였고 판별함수의 적중율은 약 70%로 신뢰할만한 수준이었다. 이 가운데 불만호소행동 장애요인이 가장 큰 구분 요인이 되고 있었다.

이상의 결과들은 다음과 같은 시사점을 제공하고 있다.

첫째, 소비자들은 의료와 같은 전문 서비스재를 평가할 때 고도의 전문성을 지닌 진료부문에 대하여는 거의 평가를 못하고 있기 때문에 유형적 단서를 쉽게 설정할 수 있는 간호사와 직원의 태도, 환경, 시설 등에 의존하고 있음을 알 수 있다. 따라서 소비자 단체나 병원협회 등에서 진료부문에 대한 평가 자료집의 발간이나 정기적인 감사 결과 등의 공표를 통하여 소비자들이 진료부문에 대한 평가의 지표를

삼을 수 있는 정보를 쉽게 구할 수 있도록 도와줄 필요가 있다.

둘째, 의료서비스 소비자들은 만족도가 높지 않음에도 불구하고 불만호소행동이 환자에게 불이익을 초래할 것으로 생각하거나, 어떤 방법으로 불만을 제기해야 하는 것인지 잘 모르거나 또는 불만을 호소하더라도 시정이 될 것 같지 않다고 응답함으로써 이 부분에 대하여 병원당국과 소비자 모두에게 태도의 변화가 필요함을 시사하고 있다.

즉, 소비자들은 불만호소의 중요성을 인식하고 재화의 유형에 따라 어떤 경우에 어떤 방법으로 불만호소를 제기해야 하는지를 알기 위한 노력을 기울여야 하며 정부와 소비자 단체들은 이에 대한 교육의 기회와 정보를 소비자들에게 제공해 줄 필요가 있다. 뿐만 아니라 그들은 일반 제품의 경우 제조회사에 소비자 상담 창구가 있는 것처럼 의료기관들에도 이러한 부서의 설치를 권장할 수 있을 것이다.

그리고 병원당국은 경쟁력 제고를 위한 노력의 일환으로 소비자 상담 창구의 개선을 통하여 자 병원의 문제점이 어디에 있는가를 발견하고 시정하려는 노력을 기울여야 할 것이다. 소비자의 의료서비스 품질 결정요인들이 주로 병원 근무자(의사, 간호사, 직원)들의 태도와 시설, 환경부문을 감안할 때 소비자의 만족도를 높이는 일은 아주 어려운 일이 아님을 시사하고 있다.

본 연구는 인천, 부천 지역을 중심으로 조사하였기 때문에 결과의 일반화에 한계가 있으나 본 연구의 결과들을 선행연구들과 비교할 때 품질평가 요인들의 크기는 연구자마다 약간의 차이가 있으나 내용면에서는 큰 차이가 발견되지 않고 있으며 소비자들은 일반적으로 의료기관의 시설, 환경, 직원의 태도 등 외형적인 요소로 질을 판단하고 있다는 공통점이 발견되고 있다. 인구통계변수들은 부분적인 차이를 보여주었으나 큰 변별력이 없었다. 그것은 모든 의료소비자들이 비슷한 평가기준을 적용하고 있기 때문으로 해석할 수 있다. 또한 의사의 진료부문에 대한 만족도는 입원 기간에 따라 큰 차이를 보여주었기 때문에 앞으로의 의료서비스 조사 연구에서는 장기 입원환자만을 대상으로 하는 연구가 더욱 효과적

일 것으로 사료된다.

【참 고 문 헌】

- 1) 강이주, 이상협(1996), "의료서비스에 대한 품질 평가와 소비자만족에 관한 연구", '96년 한국소비자학회 발표논문집.
- 2) 강대철(1994), 병원이용에 대한 소비자 행동 연구, 강원대 행정대학원 석사학위논문.
- 3) 권경수(1995), 소비자불평행동에 관한 연구, 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 4) 김광미(1993), 의료서비스의 성과와 소비자 만족, 숙명여대 대학원 석사학위논문.
- 5) 김완석(1996), "입원서비스에 대한 환자의 품질 지각 측정", '96년 한국소비자학회 발표논문집.
- 6) 김재일, 이유재, 김주영(1996), "서비스 산업의 현황과 서비스 품질", '96년 한국소비자학회 발표논문집, pp.1-58.
- 7) 남광영(1994), 제품유형에 따른 소비자불평행동에 관한 연구, 외국어대학교 대학원 석사학위논문.
- 8) 나기승(1994), 의료서비스 질 측정을 위한 척도개발에 관한 연구, 건대 석사학위논문.
- 9) 대한병원협회(1993), 병원진료 서비스에 대한 국민인식구조 조사 연구보고서.
- 10) 서정희(1992), "의사의 설명의무와 환자의 자기 결정권에 대한 소비자태도에 관한 연구", 대한가정학회, 제30권, 제 3호, 193-204.
- 11) 소비자보호원(1992), 병원의료서비스 실태조사.
- 12) 유승흠(1993), 양질의 의료관리, 수문사.
- 13) 이준엽(1994), 서비스 품질에 대한 소비자의 인식차이에 관한 연구 -서비스 유형별 비교와 서비스 경험에 따른 변화를 중심으로-, 서울대 석사학위논문.
- 14) 최경옥(1991), 종합병원 입원환자의 서비스 만족도에 관한 연구, 한양대 행정대학원 석사학위논문.
- 15) 통계청(1995), 한국의 사회지표.
- 16) Bearden, William O. and Jess E. Teel (1983), "Selected Determinants of Consumer Satisfaction

- and Complaint Reports,” *Journal of Marketing Research*, 20(Feb).
- 17) Bearden, W.O. and R. L. Oliver(1985), “The Role of Public and Private Complaining in Satisfaction with Problem Resolution”, *Journal of Consumer Affairs*, Vol.19, No.2.
 - 18) Carman, James M. (1990), “Consumer Perceptions of Service Quality: An Assessment of the SERVQUAL Dimensions,” *Journal of Retailing*, Spring, 33-35.
 - 19) Cronin, J. Joseph, Jr. & Steven A. Taylor(1992), “Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension.” *Journal of Marketing*, July, 55-68.
 - 20) Day, Ralph L., Klaus Grabricke, Thomas Schsetzle, and Frotz Staubach(1981), “The Hidden Agenda of Consumer of Consumer Complaining,” *Journal of Retailing*, 57(Fall).
 - 21) _____ (1984), “Modeling Choices Among Alternative Responses to Dissatisfaction,” *Advances in Consumer Research*, Vol.11, Thomas C. Kinner, ed Ann Arbor, MI: Association for Consumer Research, pp.496-499.
 - 22) Garvin David A.(1974), “What do Product Quality really mean”, *Sloan Management Review*, 26, 1.
 - 23) _____,(1984) “*What does Quality Mean?*,” *Sloan Management Review*, Vol.26, No.1, Fall.
 - 24) Gronhaug, K. and Zaltman, G(1981), “Complainers and Noncomplainers Revisited: Another Look at the Date.” *Advanced in Consumer Research* Vol.8, pp.83-87.
 - 25) Gronroos Christian(1983), *Innovative Marketing strategies and Organization Structures for Service Firms*, in *Emerging Perspectives in Services Marketing*, Leonard L. Berry, G. Lynn Shostack, and Gregory D. Upah eds., Chicago: American Marketing.
 - 26) Jacoby, J. and J.J. Jacord(1981), “The Sources, Meaning and Validity of Consumer Complaining Behavior: A Psychological Analysis”, *Journal of Retailing*, Vol.57, Fall, pp.4-24.
 - 27) Landan, E.L(1977), “A Model of Consumer Complaining Behavior”, *Consumer Satisfaction, Dissatisfactionm and Complaining Behavior* Indiana University, Bloomington.
 - 28) Landan, E, Laird, Jr(1980), “The direction of Consumer Complaint Research”, *Advanced in Consumer Research*, Vol.7, pp.335-338.
 - 29) Parasuraman, A., Valarie A. Zeithaml, & Leonard L. Berry(1985), “A Conceptual Model of Service Quality and Its implications for Future Research”, *Journal of Marketing*, Fall, 41-50.
 - 30) _____, _____ and _____ (1988), “SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality”, *Journal of Retailing*, Spring, 12-40.
 - 31) _____, _____, and _____ (1991), “Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale”, *Journal of Retailing*, Vol.67, No.4(Winter), 420-450.
 - 32) _____, _____, and _____ (1994), “Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Further Research”, *Journal of Marketing*, January, 111-124.
 - 33) _____, Leonard L. Berry, and Valarie A. Zeithaml(1990), *An Empirical Examination of Relationships in an Extended Service Quality Model*. Cambridge, MA: Marketing Science Institute.
 - 34) Oliver, Richard L.(1977), “Effect of Expection and Disconfirmation on Postexposure Product Evaluation: An Alternative Interpretation.” *Journal of Applied Psychology*, Vol.62, No.4, 480-486.
 - 35) _____ (1980). “A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions”, *Journal of Marketing Research*, November, 460-469.
 - 36) _____ (1993), “A Conceptual Model of Service Quality and Service Satisfaction: Compatible

- Goals, Different Concepts”, in *Advances in Services Marketing and Management: Research and Practice*, Vol.2, Teresa A. Swartz, David E. Bowen, and Stephen W. Brown. eds. Greenwich, CT: JAI Press.
- 37) _____ and Wayne S. DeSARBO(1988), “Response Determinants in Satisfaction Judgments”. *Journal of Consumer Research*, Vol.14(March), 495-507.
- 38) Richins, Marsha(1982), “An investigation of Consumers’ Attitudes Toward Complaining”, *Advanced in Consumer Research*, Vol.9.
- 39) Richins(1983), Negative Word-of-Mouth by Dissatisfied Consumers: A Pilit Study, *Journal of Marketing*, Vol.47, Winter, pp.68-78.
- 40) Roos, L.L., Roos, N.P., Gilbert, P., Nicol, J.P. & Comm, B(1980). Continuity of care: Does it contribute to quality of care? *Medical Care*, 18 (2), 174-184.
- 41) Rubin, H.R.(1990). Patient evaluation of hospital quality: A review of the literature. *Medical Care*, 28(9), S3-S9.
- 42) Rubin, H.R., Ware, J.E., & Hays, R.D.(1990). The PJHQ questionnaire: Exploratory factor analysis and empirical scale construction. *Mrdical Care*, 28(9), S22-S29.
- 43) Ruth A. smith and Michael J.Houston, “*Script-based Evaluations of Satisfaction With Services.*” *Perspectives of Service, Marketing*, 1982.
- 44) inge J.(1989), “The Patient satisfaction Concept: A review and reconceptualization”, *Advances in Consumer Research*, 16, 176-179.
- 45) Singh, Jagdip(1990), “A Typology of Consumer Dissatisfaction Response Styles”, *Jornal of Retailing*, 66(Spring).
- 46) Smith A. Ruth & Michael J. Houston(1982), “Cript-based Evaluations of Satisfaction With Services”, *Emerging Perspectives on Service Marketing*, P.59
- 47) Teas, R.Kenneth(1993), “Expection, Performance Evaluation, and Consumers’ Perception of Quality”, *Journal of Marketing*, October, 18-34.
- 48) _____(1994), “Expectation as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: An Assessment of a Reassessment”, *Journal of Marketing*, 132-139.
- 49) Ware, J. E., & Berwick, D. M. (1990). Conclusions and recommendations. *Medical Care*, 28(9), S39-S42.
- 50) Ware J. E., Snyder M.K. & Wright W. R.(1976), “Development and Validation of Scale to Measure Patient Satisfaction with Health care services”, Department of Health, *Education and Welfare*.
- 51) Zastowny T.R. Roghmann K.J. and Cafferatal G. L.(1989), “Patient Satisfaction and the use of Health Services: Explorations in Casuality”, *Medical Care*, 27, 706-723.