

## 한국의료패널 자료를 활용한 의료서비스 질 영향 요인

한지영<sup>1</sup> · 박현숙<sup>2</sup>

<sup>1</sup>신라대학교 간호학과 · <sup>2</sup>경일대학교 간호학과

접수 2016년 11월 12일, 수정 2017년 1월 5일, 게재확정 2017년 1월 12일

### 요약

본 연구는 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단의 한국의료패널 2011~2013년 연간데이터(beta version 1.0)을 이용해 의료서비스 질 인식에 영향을 미치는 요인을 연도별로 분석하였다. 공통적으로 나타난 결과를 요약하면, 첫째, 의료서비스 질의 영향요인을 확인하기 위해 일반적 특성을 분석 결과는 연령 결혼상태, 교육수준, 주관적 건강상태가 통계적으로 유의한 예측인자로 나타났다. 둘째, 의료이용 관련 특성에 대한 분석 결과를 살펴보면, 미충족의료와 치과이용제한이 의료서비스 질 인식에 통계적으로 유의한 예측인자로 나타났다. 이러한 결과는 향후 의료서비스의 질 향상을 위한 전략 수립에 기초 자료로 활용될 수 있을 것이다.

주요용어: 로지스틱 회귀분석, 의료서비스의 질, 한국의료패널 (KHP).

### 1. 서론

#### 1.1. 연구의 필요성

최근 의료 환경은 노인인구와 만성질환의 증가, 의료기술 발달과 정보화, 의료비용 상승 및 병원 간 경쟁 심화 등 다양하고 복잡한 변화가 이루어지고 있다. 이러한 상황에서 국민의 전반적인 생활수준의 향상과 더불어 환자의 기대수준도 한층 더 높아짐에 따라 단순히 양적 충족보다는 질적인 측면으로 관심이 전환되어 모든 사람이 양질의 의료서비스를 받고자 하는 요구가 그 어느 때보다도 높다고 할 수 있다 (Park, 2002).

Donabedian (1980)은 양질의 의료서비스를 진료의 모든 과정에서 예상되는 이익과 손해의 균형을 맞춘 상태에서 환자의 복지를 가장 높은 수준으로 높일 수 있는 것으로 예상되는 의료로 정의하였고, 의료서비스 질을 3가지 측면으로 구분하였다. 먼저 의료제공자의 입장에서 의료서비스의 질은 의학적인 기술제공 능력이고, 환자의 입장에서서는 환자의 요구나 기대에 의해 판단되는 것이며, 사회적인 입장에서서는 많은 사람들에게 편익이 돌아갈 수 있도록 의료서비스를 제공하고 관리하는 것이라 하였다. 의료서비스 질을 판단하는데 있어서 의료진의 경우는 전문적, 기술적 관점에서 진료과정에서의 진료와 처치에 있어서 기술적 정확성과 올바른 판단 등을 통한 의료성과의 증진에 중점을 두고 있으며, 환자의 경우에는 전문성과 기술성이 높은 의료서비스의 질 관련 사항을 알 수 없기 때문에 상대적으로 기본적인, 기능적 변수를 중요시하는 것으로 볼 수 있다 (Shin, 2006). 과거에는 이러한 의료서비스 질이 주로 공급자 중심으로 다루어져 왔으나, 최근 의료기관 간 경쟁이 심화되고, 의료에 대한 환자들의 욕구가 다양화, 고급화

<sup>1</sup> (46958) 부산광역시 사상구 백양대로 700, 신라대학교 간호학과, 부교수.

<sup>2</sup> 교신저자: (38428) 경상북도 경산시 하양읍 가마실길 50, 경일대학교 간호학과, 조교수.  
E-mail: greens@hanmail.net

됨에 따라 의료서비스의 질을 환자의 입장에서 규정하고 접근하는 경향이 강해지고 있다 (Choi, 2000). 의료서비스의 질은 의료소비자인 환자가 인지하는 것으로 가장 잘 평가될 수 있으며, 의료소비자인 환자의 입장에서 의료서비스의 질은 환자가 경험하는 진단 및 치료를 비롯해서 직접적인 진료이외에 지원되는 모든 환경을 포함한 질을 의미하며, 이를 평가하기 위해서는 포괄적인 관점으로 접근하는 것이 요구된다 (Choi, 2000; Paik과 Kim, 2014; Rho 등, 2013).

의료서비스의 최종 소비자인 환자는 건강에 대한 관심과 권리의식이 높아지면서 자신이 이용하는 의료기관의 의료수준과 구체적인 의료 또는 간호활동에 대한 정보를 알고자 하며, 자신들이 평가한 의료서비스의 질을 의료기관 선택에 반영하고 있다 (Murti 등, 2013; Park, 2002; Yoo과 Chung, 2008). 이에 따라 많은 의료기관이 환자들이 만족하는 의료서비스를 제공하기 위해서 환자들의 시각에서 의료의 질과 만족도를 분석 평가하여 환자들이 기대하는 양질의 맞춤형서비스를 제공하기 위해 노력하고 있다 (Park, 2002). 또한 의료기관은 질향상 전담부서를 설치하거나 전담인력을 배치하고, 과학적인 방법을 이용하여 업무과정을 지속적으로 개선해 나가기 위한 다양한 질 향상 활동을 실행하고 있다 (Choi 등, 2001; Ji, 2013; Kim과 Lee, 2015; Lee 등, 2001; Lee 등, 2015).

한편 의료서비스는 국민의 생명과 건강, 안전에 직접적인 영향을 미칠 수 있는 중요한 요인으로 다양한 보건의료의 환경변화 속에서 국가의 제한된 인적, 물적 자원을 더욱 효과적으로 관리하고 이용하는 보건의료 정책을 실시하여야 하는 정부의 책임과 역할 또한 강조되고 있다 (Shin, 2006; Yeo, 2013). 이러한 상황 속에서 정부는 국민의 건강증진과 의료서비스의 질적 향상을 위하여 1994년 의료기관평가제도를 도입하였고, 2010년부터는 의료기관인증제를 실시하였다 (Choi, 2011; Yoo과 Chung, 2008). 의료기관인증제는 의료기관으로 하여금 환자안전과 의료의 질 향상을 위한 자발적이고 지속적인 노력을 유도하여 의료소비자에게 양질의 의료서비스를 제공하기 위한 제도로 (Korea Institute for Healthcare Accreditation, 2016) 국가적 차원에서 마련된 의료서비스의 질 관리 및 개선을 위한 법적, 제도적 장치라 할 수 있다. 하지만 이러한 정부의 노력에도 불구하고 의료기관인증제의 자율성으로 인한 사각지대 발생, 환자안전과 질 향상체계구축을 위한 법적근거나 규정 부족, 의료 인력의 전문성 유지와 확보를 위한 법적 규제 미흡, 의료기기나 장비 기준 등 규제 미흡 등의 문제가 있다 (Yeo, 2013). 이와 같이 의료서비스의 질 향상을 위한 의료기관 및 국가 차원의 다양한 노력이 이루어지고 있지만 의료기관마다 의료서비스의 수준에 차이가 있고 의료서비스 질과 관련된 문제점 또한 있어 전반적인 의료서비스의 질과 영향요인을 파악하고 이를 개선하려는 노력이 필요하다.

최근까지 이루어진 의료서비스 질에 대한 연구는 특정 의료기관을 대상으로 의료서비스의 질이 고객 만족, 고객가치, 재이용의도 등에 어떠한 영향을 미치는지를 확인한 연구로 의료서비스의 질을 선행요인으로 다룬 연구가 대부분이었고 (Aliman과 Mohamad, 2013; Choi 등, 2005; Hatem, 2015; Ji, 2013; Paik과 Kim, 2014), 의료소비자인 일반 인구를 대상으로 전반적인 의료서비스 질에 대한 인식과 이에 영향을 미치는 요인을 확인한 연구는 많지 않다.

따라서 본 연구에서는 의료서비스의 소비자인 대상자가 의료서비스의 질을 어떻게 인식하고 있는지를 파악하고, 일반적 특성과 의료이용 관련 특성이 의료서비스 질 인식에 어떠한 영향을 미치는지를 확인함으로써 의료서비스 질 향상을 위한 전략 개발을 위한 기초자료로 활용하고자 한다.

## 1.2. 연구목적

본 연구는 한국의료패널 자료를 활용하여 전반적인 의료서비스 질을 파악하고 의료서비스 질의 영향요인을 확인하는데 목적이 있으며, 구체적으로 다음과 같다.

- 1) 일반적 특성에 따른 연도별 의료서비스의 질을 파악한다.
- 2) 의료이용 관련 특성에 따른 연도별 의료서비스의 질을 파악한다.
- 3) 의료서비스 질의 영향요인을 파악한다.

## 2. 연구방법

### 2.1. 분석 자료 및 대상

본 연구에서는 한국의료패널 2011~2013년 연간데이터 (beta version 1.0)을 활용하였다. 한국의료패널은 보건의료실태와 의료비 지출수준, 건강수준 및 건강행태에 관한 기초 자료를 파악하기 위해 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단이 공동으로 시행하고 있는 조사연구이다. 조사대상자는 인구주택총조사의 90% 전수자료를 기반으로 표본층화표본 추출방법을 사용하여 광역시도 및 동읍면을 기준으로 표본조사구를 추출하고, 표본조사구내 표본가구를 추출하는 방식으로 선정하였다. 자료 수집은 조사원이 가구를 직접 방문하여 질문하고 조사하였다. 본 연구의 대상자는 만 18세 이상으로 '의료서비스 질적 수준' 부분에 응답한 사람 중 '잘 모르겠음'으로 답한 사람을 제외한 총 36,135명으로 하였다.

### 2.2. 분석 변수의 정의

본 연구의 의료서비스 질은 "지난 1년 동안 선생님이나 가족들이 받은 의료서비스의 질적 수준에 대해 전반적으로 귀하는 어떻게 평가하십니까?"라는 질문에 '매우 우수'와 '우수한 편임'로 답한 사람을 '의료서비스 질을 높게 인식한 집단'으로, '별로 우수하지 못함'과 '전혀 우수하지 않음'으로 답한 사람을 '의료서비스 질을 낮게 인식한 집단'으로 구분하였다.

의료서비스 질 인식에 대한 영향요인 분석에는 대상자의 일반적 및 의료이용 특성과 관련된 변수가 포함되었다. 일반적 특성은 성별, 연령, 결혼상태, 교육수준, 가구소득, 의료보장형태, 민간의료보험가입, 주관적 건강상태, 만성 질환수, 장애유무를, 의료이용 특성은 응급서비스이용, 입원서비스이용, 외래서비스이용, 미충족의료, 치과이용제한을 포함하여 분석하였다. 일반적 특성 중 의료보장형태는 건강보험과 의료급여 2개의 범주로 구분하였다. 공무원 및 교직원 건강보험, 직장 건강보험, 지역건강보험 등은 건강보험으로, 의료급여 1종, 의료급여 2종, 국가유공자 특례를 의료급여로 재분류하였다. 주관적 건강상태는 '매우 좋음'과 '좋음'을 '중음'으로, '보통'은 '보통'으로, '나쁨'과 '매우 나쁨'은 '나쁨'으로 재분류하였다. 의료이용 관련 특성 중 개인 지출의료비는 응급의료비, 입원의료비, 외래의료비, 응급처방약값, 입원처방약값 및 외래처방약값을 합한 금액으로 산출하였다. 미충족의료는 "지난 1년간, 병의원 진료 또는 검사를 받아 볼 필요가 있었으나 받지 못한 적이 한번이라도 있었습니까?"라는 질문에 받지 못한 적이 한번이라도 있었던 경우를 미충족의료 '유'로 하였다. 치과이용제한은 "지난 1년간, 필요한 치과치료나 검사를 받지 못한 적이 한번이라도 있었습니까?"라는 질문에 받지 못한 적이 한번이라도 있었던 경우를 치과이용제한 '유'로 하였다.

### 2.3. 분석 방법

본 연구에서는 대상자의 일반적 특성 및 의료이용 관련 특성에 따른 연도별 의료서비스 질 인식의 차이를 분석하기 위해  $\chi^2$ 분석을 사용하였다. 또한 의료서비스 질에 영향을 미치는 예측 인자를 파악하기 위해 의료서비스 질에 대한 인식을 종속 변수 (높음=1, 낮음=0)로, 일반적 특성과 의료이용 관련 특성을 독립변수로 하는 다중 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 통계처리에는 SPSS/Win 21.0 프로그램을 사용하였다.

## 3. 연구결과

### 3.1. 대상자의 의료서비스 질 인식

대상자의 의료서비스 질 인식을 연도별로 살펴본 결과 의료서비스의 질을 높게 인식한 경우는 2011년 72.9%, 2012년 75.3%, 2013년 72.9%로 연도별로 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다 ( $\chi^2=21.37, p < .001$ ). 2011년에 비해 2012년 의료서비스 질을 높게 인식한 집단의 비율이 높았으나 2013년 다시 낮아졌다 (Table 3.1).

Table 3.1 Quality of health care (N=36,135)

Quality of health care	Year			$\chi^2$ (p)
	2011 (n=11,409) n (%)	2012 (n=10,665) n (%)	2013 (n=14,061) n (%)	
High	8,322 (72.9)	8,028 (75.3)	10,252 (72.9)	21.37 (<.001)
Low	3,087 (27.1)	2,637 (24.7)	3,809 (27.1)	

### 3.2. 대상자의 일반적 특성에 따른 연도별 의료서비스 질 인식

대상자의 일반적 특성에 따른 연도별 의료서비스 질 인식은 Table 3.2와 같다. 성별 의료서비스의 질에서 연도별로 살펴보면, 의료서비스의 질을 높게 인식한 집단은 남성의 경우 2012년 73.6%로 가장 높았고, 여성의 경우에도 2012년 76.6%로 가장 높았으며, 남녀 모두에서 2012년에 비해 2013년은 71.7%, 74.1%로 감소하였다. 연령별 의료서비스 질에서 연도별로 살펴보면, 의료서비스의 질을 높게 인식한 집단의 비율이 40~64세에서 2012년 73.3%, 2011년 71.3%, 2013년 70.2% 순으로 나타나 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 39세 이하와 65세 이상의 집단에서는 연도별로 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났으나 65세 이상의 경우 의료서비스의 질을 높게 인식한 집단의 비율이 2011년 84.3%, 2012년 85.6%, 2013년 80.4%로 높게 나타났다. 결혼상태별 의료서비스 질 인식에서 연도별로 살펴보면, 의료서비스 질을 높게 인식한 집단은 혼인 상태인 경우가 2012년 74.7%, 이혼, 별거 및 사별인 경우는 2012년 85.1%로 가장 높은 비율을 차지하는 것으로 나타났다. 이혼, 별거 및 사별인 경우 의료서비스의 질을 높게 인식한 집단의 비율이 2011년 80.9%, 2012년 85.1%, 2013년 82.4%로 전반적으로 높게 나타났다. 교육수준별 의료서비스 질에서 연도별로 살펴보면, 의료서비스 질을 높게 인식한 집단은 중학교 졸업인 경우 2012년 79.0%, 고등학교 졸업인 경우는 2012년 72.0%로 2012년에 가장 높은 비율을 차지하였다. 반면 초등학교 졸업이하 혹은 대학교 이상의 경우에는 연도별로 통계적으로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 초등학교 졸업이하의 경우 의료서비스의 질을 높게 인식한 집단이 2011년 84.7%, 2012년 85.7%, 2013년 84.2%로 나타나 의료서비스의 질을 높게 인식하는 집단의 비율이 높았다.

가구소득의 수준에 따른 의료서비스 질을 연도별로 살펴보면, 의료서비스의 질을 높게 인식하는 집단의 비율은 3분위에서 2012년 73.3%, 4분위에서는 2012년 73.7%, 5분위에서 2012년 75.0%로 가장 높게 나타나 각각의 소득분위에서 연도별로 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 1분위와 2분위에서는 의료서비스의 질 인식에서 연도별 차이는 통계적으로 유의하지 않았으나 1분위의 경우 의료서비스의 질을 높게 인식한 집단의 비율이 2011년 81.9%, 2012년 82.4%, 2013년 80.9%로 높게 나타났다. 의료보장 형태별 의료서비스 질에서 연도별 차이는 건강보험인 경우 의료서비스 질을 높게 인식한 집단의 비율이 2012년 74.8%로 가장 높았다. 의료급여의 경우는 연도별 차이가 통계적으로 유의하지 않았으나 의료서비스의 질을 높게 인식한 집단의 비율이 2011년 84.0%, 2012년 85.3%, 2013년 82.6%로 높게 나타났다. 민간의료보험 가입유무에 따른 의료서비스 질을 연도별로 살펴보면, 의료서비스 질을 높게 인식한 집단의 비율은 가입한 경우 2012년 72.8%, 가입하지 않은 경우 2012년 81.2%로 가장 높게 나타났으며 각각 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

주관적 건강상태별 의료서비스의 질에서 연도별 차이를 살펴보면, 의료서비스 질을 높게 인식하는 집단은 주관적 건강상태가 ' 좋음'인 경우는 2012년 76.7%, '보통'인 경우는 2012년 73.1%로 나타나 각각 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 만성 질환수에 따른 의료서비스 질을 연도별로 살펴보면, 만성 질환이 없는 집단에서 의료서비스 질을 높게 인식하는 집단은 2011년 68.8%, 2012년 72.0%, 2013년 69.0%로 통계적으로 유의한 차이가 있었으나 만성질환을 가진 집단에서 질환수에 따라 연도별로 의료서비스의 질 인식에는 차이가 없었다. 장애가 있는 경우 의료서비스의 질에 대한 연도별 차이는 2012년 74.4%로 의료서비스 질을 높게 인식한 집단의 비율이 가장 높았다. 장애가 없는 경우 의료서비스의 질

을 높게 인식한 집단이 2011년 81.3%, 2012년 82.9%, 2013년 80.7%로 나타나 전반적으로 높은 비율을 차지하였다.

**Table 3.2** Quality of health care according to general characteristics of participants (N=36,135)

Variables	Categories	Quality of health care	Year			$\chi^2$ (p)				
			2011 (n=11,409) n (%)	2012 (n=10,665) n (%)	2013 (n=14,061) n (%)					
Gender	Male	High	3,741 (72.8)	3,529 (73.6)	4,506 (71.5)	6.46 (.040)				
		Low	1,400 (27.2)	1,266 (26.4)	1,799 (28.5)					
	Female	High	4,581 (73.1)	4,499 (76.6)	5,746 (74.1)		21.52 (<.001)			
		Low	1,687 (26.9)	1,371 (23.4)	2,010 (25.9)					
Age (yr)	≤ 39	High	2,187 (66.6)	1,963 (69.3)	2,408 (66.8)	5.87 (.053)				
		Low	1,095 (33.4)	871 (30.7)	1,195 (33.2)					
	40~64	High	3,938 (71.3)	3,791 (73.3)	4,770 (70.2)		13.85 (.001)			
		Low	1,581 (28.7)	1,383 (26.7)	2,027 (29.8)					
	≥ 65	High	2,207 (84.3)	2,274 (85.6)	3,074 (84.0)			3.26 (.196)		
		Low	411 (15.7)	383 (14.4)	587 (16.0)					
Marital status	Married	High	5,968 (72.0)	5,771 (74.7)	7,353 (72.2)	18.38 (<.001)				
		Low	2,323 (28.0)	1,959 (25.3)	2,837 (27.8)					
	Divorced / separated / widowed	High	1,093 (80.9)	1,108 (85.1)	1,459 (82.4)		8.39 (.015)			
		Low	258 (19.1)	194 (14.9)	311 (17.6)					
	Single	High	1,262 (71.4)	1,149 (70.4)	1,440 (68.5)			3.80 (.149)		
		Low	506 (28.6)	484 (29.6)	661 (31.5)					
Education	≤ Elementary school	High	2,078 (84.7)	1,987 (85.7)	2,490 (84.2)	2.39 (.303)				
		Low	375 (15.3)	332 (14.3)	469 (15.8)					
	Middle school	High	1,000 (76.0)	978 (79.3)	1,186 (74.7)		8.30 (.016)			
		Low	316 (24.0)	256 (20.7)	402 (25.3)					
	High school	High	2,540 (68.8)	2,464 (72.0)	3,092 (68.8)			11.75 (.003)		
		Low	1,150 (31.2)	956 (28.0)	1,399 (31.2)					
≥ College	High	2,704 (68.5)	2,599 (70.4)	3,484 (69.4)	3.38 (.184)					
	Low	1,246 (31.5)	1,093 (29.6)	1,539 (30.6)						
Household income level*	1st quintile	High	1,344 (81.9)	1,461 (82.4)		1,737 (80.9)	1.43 (.488)			
		Low	298 (18.1)	313 (17.6)		410 (19.1)				
	2nd quintile	High	1,640 (74.8)	1,586 (73.5)		2,085 (74.2)		.94 (.624)		
		Low	552 (25.2)	571 (26.5)		725 (25.8)				
	3rd quintile	High	1,778 (69.9)	1,676 (73.3)	2,130 (69.3)	11.32 (.003)				
		Low	765 (30.1)	610 (26.7)	945 (30.7)					
	4th quintile	High	1,802 (69.7)	1,647 (73.7)	2,144 (71.3)				9.48 (.009)	
		Low	784 (30.3)	588 (26.3)	861 (28.7)					
	5th quintile	High	1,754 (71.9)	1,653 (75.0)	2,150 (71.2)					10.01 (.007)
		Low	687 (28.1)	550 (25.0)	868 (28.8)					
Type of Health insurance*	National health insurance	High	7,896 (72.4)	7,650 (74.8)	9,864 (72.6)		19.99 (<.001)			
		Low	3,006 (27.6)	2,572 (25.2)	3,727 (27.4)					
	Medical aids	High	424 (84.0)	378 (85.3)	388 (82.6)			1.30 (.522)		
		Low	81 (16.0)	65 (14.7)	82 (17.4)					
Private health insurance	Yes	High	5,716 (70.6)	5,509 (72.8)	6,783 (70.1)	17.22 (<.001)				
		Low	2,384 (29.4)	2,054 (27.2)	2,897 (29.9)					
	No	High	2,606 (78.8)	2,519 (81.2)	3,469 (79.2)		6.85 (.033)			
		Low	703 (21.2)	583 (18.8)	912 (20.8)					
Subjective health status*	High	High	3,766 (74.1)	3,600 (76.7)	4,503 (74.9)	9.07 (.011)				
		Low	1,318 (25.9)	1,096 (23.3)	1,508 (25.1)					
	Moderate	High	3,297 (70.7)	3,123 (73.1)	4,240 (70.0)		12.38 (.002)			
		Low	1,368 (29.3)	1,148 (26.9)	1,816 (30.0)					
	Low	High	1,259 (75.8)	1,305 (76.9)	1,508 (75.7)			.76 (.682)		
		Low	401 (24.4)	393 (23.1)	484 (24.3)					
No. of chronic diseases	0	High	2,958 (68.8)	2,814 (72.0)	3,547 (69.0)	12.67 (.002)				
		Low	1,344 (31.2)	1,094 (28.0)	1,591 (31.0)					
	1	High	1,596 (70.6)	1,549 (73.6)	2,065 (71.9)		4.67 (.097)			
		Low	664 (29.4)	557 (26.4)	808 (28.1)					
	2	High	1,187 (74.4)	1,081 (74.8)	1,336 (72.2)			3.39 (.183)		
		Low	409 (25.6)	364 (25.2)	514 (27.8)					
≥ 3	High	2,581 (79.4)	2,584 (80.6)	3,304 (78.4)	4.18 (.124)					
	Low	670 (20.6)	622 (19.4)	896 (21.3)						
Disability	Yes	High	7,716 (72.4)	7,443 (74.7)		9,491 (72.4)	20.26 (<.001)			
		Low	2,948 (27.6)	2,516 (25.3)		3,627 (27.6)				
	No	High	606 (81.3)	585 (82.9)		761 (80.7)		1.28 (.527)		
		Low	139 (18.7)	121 (17.1)		182 (19.3)				

\*The missing data were excluded.

### 3.3. 대상자의 의료이용 관련 특성에 따른 연도별 의료서비스 질 인식

대상자의 의료이용 관련 특성에 따른 연도별 의료서비스 질 인식은 Table 3.3과 같다. 응급서비스를 이용하지 않은 집단과 입원서비스를 이용하지 않은 집단의 경우 연도별로 의료서비스 질 인식에 차이가

있는 것으로 나타났으나 응급서비스이용과 입원서비스를 이용한 집단의 경우에는 연도별 의료서비스 질 인식에 차이가 없는 것으로 나타났다. 외래서비스를 이용한 집단의 경우 연도별 차이를 보면, 의료서비스 질에 대한 인식이 높은 집단의 비율은 2012년 75.0%로 가장 높았고 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

개인 지출의료비는 100만원 미만인 집단에서 의료서비스의 질은 높게 인식한 집단은 2011년 72.7%, 2012년 75.9%, 2013년 73.2%로 나타나 연도별로 통계적으로 유의한 차이가 있었으나 그 외 개인 지출 의료비에 따른 의료서비스의 질은 연도별로 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 미충족의료에 따른 의료서비스의 질에서 연도별 차이를 보면, 미충족의료에 있는 경우 2012년 70.7%, 미충족의료에 없는 경우는 2012년 76.4%가 의료서비스의 질을 높게 인식한 것으로 나타났으며, 각각 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 초과이용제한에 따른 의료서비스의 질은 연도별 차이를 보면, 이용제한이 있는 경우 2012년 72.3%, 이용제한이 없는 경우 2012년 76.2%가 의료서비스의 질을 높게 인식하는 것으로 나타났다.

**Table 3.3** Quality of health care according to variables related to health care utilization (N=36,135)

Variables	Categories	Quality of health care	Year			$\chi^2$ (p)
			2011 (n=11,409) n (%)	2012 (n=10,665) n (%)	2013 (n=14,061) n (%)	
Emergency service utilization	Yes	High	602 (71.6)	636 (75.1)	843 (72.7)	2.77 (.251)
		Low	239 (28.4)	211 (24.9)	316 (27.3)	
	No	High	7,720 (73.1)	7,392 (75.3)	9,409 (72.9)	19.05 (<.001)
		Low	2,848 (26.9)	2,426 (24.7)	3,493 (27.1)	
Inpatient service utilization	Yes	High	1,030 (76.5)	1,043 (77.1)	1,353 (75.8)	.73 (.693)
		Low	316 (23.5)	309 (22.9)	431 (24.2)	
	No	High	7,292 (72.5)	6,985 (75.0)	8,899 (72.5)	21.41 (<.001)
		Low	2,771 (27.5)	2,328 (25.0)	3,378 (27.5)	
Outpatient service utilization	Yes	High	7,144 (73.4)	7,007 (75.9)	9,059 (73.7)	19.29 (<.001)
		Low	2,591 (26.6)	2,222 (24.1)	3,233 (26.3)	
	No	High	1,178 (70.4)	1,021 (71.1)	1,193 (67.4)	5.88 (.053)
		Low	496 (29.6)	415 (28.9)	576 (32.6)	
Health care expenditure (ten thousand won)*	<100	High	1,308 (71.0)	1,140 (72.2)	1,360 (68.7)	5.47 (.065)
		Low	533 (29.0)	439 (27.8)	619 (31.3)	
	100≤~<200	High	5,737 (72.7)	5,516 (75.9)	6,997 (73.2)	23.23 (<.001)
		Low	2,150 (27.3)	1,750 (24.1)	2,563 (26.8)	
	≥ 200	High	700 (74.3)	744 (73.9)	1,056 (75.4)	.76 (.684)
		Low	242 (25.7)	263 (26.1)	345 (24.6)	
		High	571 (77.9)	621 (77.4)	838 (74.8)	2.94 (.231)
		Low	162 (22.1)	181 (22.6)	282 (25.2)	
Unmet healthcare needs*	Yes	High	1,145 (67.3)	1,185 (70.7)	1,614 (66.3)	9.35 (.009)
		Low	557 (32.7)	491 (29.3)	822 (33.7)	
	No	High	6,795 (74.4)	6,608 (76.4)	8,297 (74.6)	12.41 (.002)
		Low	2,343 (25.6)	2,036 (23.6)	2,822 (25.4)	
Limitation of dental care utilization	Yes	High	1,337 (65.7)	1,466 (72.3)	2,036 (67.8)	21.44 (<.001)
		Low	699 (34.3)	563 (27.7)	966 (32.2)	
	No	High	6,985 (74.5)	6,562 (76.2)	8,216 (74.3)	8.26 (.016)
		Low	2,388 (25.5)	2,074 (24.0)	2,843 (25.7)	

\*The missing data were excluded.

### 3.4. 의료서비스 질 인식에 영향을 미치는 요인

대상자의 의료서비스 질 인식에 영향을 미치는 예측 인자를 파악하기 위해 대상자의 의료서비스 질을 종속 변수 (높음=1, 낮음=0)로, 대상자의 일반적 특성과 의료이용 특성을 독립변수로 하여 연도별로 다중 로지스틱 회귀분석을 하였다 (Table 3.4).

분석결과 의료서비스의 질 영향요인은 2011년의 경우 연령, 결혼상태, 교육수준, 의료보장형태, 주관적 건강상태, 응급의료서비스이용, 미충족의료, 초과이용제한이 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 2012년의 경우에는 성별, 연령, 결혼상태, 교육수준, 가구소득, 의료보장형태, 민간의료보험가입, 주관적 건강상태, 개인 지출의료비, 미충족의료, 초과이용제한이 통계적으로 유의하였으며, 2013년의 경우에는 연령, 결혼상태, 교육수준, 가구소득, 민간의료보험가입, 주관적 건강상태, 미충족의료, 초과이용제한이 통계적으로 유의한 것으로 나타났다.

2011~2013년까지의 분석 결과를 보면 연도별로 의료서비스 질과 관련된 변수가 전반적으로 유사하

게 나타났다. 일반적 특성에 대한 분석 결과는 성별은 2012년의 경우에만 남성에 비해 여성의 승산비가 1.12로 나타나 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 연령의 경우 39세 이하 대상자를 기준으로 할 때 40~60세와 65세 이상 대상자의 승산비는 2011년은 1.24, 1.94, 2013년은 1.21, 2.02로 나타났고 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 결혼상태에서는 혼인상태에 있는 사람에 비교하여 2011년에는 미혼인 경우 승산비가 1.38로 통계적으로 유의한 차이가 있었으나, 2012년과 2013년의 경우에는 이혼, 별거, 사별 중인 경우의 승산비가 1.26, 1.20으로 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 교육수준에서는 초등학교 이하 대상자와 비교할 때 2011~2013년의 경우 승산비는 중학교 0.67~0.76, 고등학교 0.53~0.58, 대학교 이상 0.49~0.64로 나타나 교육수준이 높은 대상자가 의료서비스 질을 낮게 인식할 확률이 높았다. 가구소득은 소득분위 1분위를 기준으로 2012년 경우 5분위의 승산비가 1.31, 2013년의 경우 3분위의 승산비가 0.84로 나타나 통계적으로 유의한 차이를 보였으나 연도별로 일관성이 적었다. 의료보장형태는 건강보험에 비교하여 의료급여 대상자의 승산비는 2011년 1.44, 2012년 1.51로 통계적으로 유의한 차이가 있었으나 2013년에는 1.30으로 나타났으나 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 민간의료보험가입을 한 대상자에 비해 가입하지 않은 대상자의 승산비는 2012년 1.19, 2013년 1.16로 통계적으로 유의한 차이를 보여 민간의료보험 가입자가 의료서비스의 질을 낮게 인식할 가능성이 높았다. 주관적 건강상태가 좋은 집단에 비해 보통인 집단의 승산비는 0.73~0.80, 나쁜 집단은 0.68~0.77로 나타나 주관적 건강상태를 좋게 인식하는 집단이 의료서비스 질을 높게 인식할 가능성이 높았다.

의료이용 관련 특성에 대한 분석 결과를 살펴보면, 응급의료서비스를 이용한 대상자에 비해 이용하지 않은 대상자의 승산비는 2011년 1.24로 통계적으로 유의한 차이를 보였으나 이후 연도에서는 통계적인 차이가 없었다. 개인 지출의료비가 없는 대상자를 기준으로 2012년 개인 지출의료비가 100~150만원인 대상자의 승산비는 0.62로 의료서비스의 질을 낮게 인식할 가능성이 높았다. 미충족의료이 있는 대상자에 비해 미충족의료이 없는 경우의 승산비는 1.18~1.35로 미충족의료이 있는 대상자가 의료서비스의 질을 낮게 인식할 가능성이 높았고, 치과이용제한이 있었던 대상자에 비해 제한이 없었던 대상자의 승산비는 1.23~1.53으로 치과이용제한이 있는 대상자가 의료서비스의 질을 낮게 인식할 가능성이 높았다.

**Table 3.4** Factors influencing quality of health care (N=36,135)

Variables (Reference)	Categories	Year		
		2011 (n=11,409) OR <sup>a</sup> (95% CI) <sup>b</sup>	2012 (n=10,665) OR (95% CI)	2013 (n=14,061) OR (95% CI)
Gender (Male)	Female	0.92 (0.84-1.01)	1.12 (1.02-1.23)*	1.08 (1.00-1.18)
Age (≤ 39)	40~64	1.24 (1.09-1.40)*	1.12 (0.97-1.28)	1.21 (1.08-1.37)*
	≥ 65	1.94 (1.59-2.36)*	1.86 (1.51-2.29)*	2.02 (1.70-2.40)*
Marital status (Married)	Divorced/separated/widowed	1.00 (0.85-1.18)	1.26 (1.06-1.51)*	1.20 (1.04-1.39)*
	Single	1.38 (1.19-1.61)*	1.03 (0.88-1.20)	1.08 (0.94-1.24)
Education (≤ Elementary school)	Middle school	0.67 (0.56-0.80)*	0.76 (0.62-0.92)*	0.68 (0.58-0.80)*
	High school	0.53 (0.45-0.62)*	0.55 (0.47-0.65)*	0.58 (0.50-0.67)*
	≥ College	0.50 (0.42-0.59)*	0.49 (0.41-0.59)*	0.64 (0.54-0.74)*
Household income level (1st quintile)	2nd quintile	0.92 (0.77-1.10)	0.90 (0.76-1.08)	0.95 (0.82-1.10)
	3rd quintile	0.87 (0.72-1.04)	1.05 (0.88-1.26)	0.84 (0.72-0.99)*
	4th quintile	0.89 (0.74-1.07)	1.14 (0.94-1.37)	1.01 (0.86-1.18)
	5th quintile	1.02 (0.84-1.23)	1.31 (1.08-1.58)*	0.98 (0.83-1.15)
Type of health insurance (National health insurance)	Medical aids	1.44 (1.10-1.89)*	1.51 (1.12-2.04)*	1.30 (0.99-1.70)
Private health insurance (Yes)	No	1.05 (0.93-1.18)	1.19 (1.05-1.35)*	1.16 (1.04-1.28)*
Subjective health status (High)	Moderate	0.80 (0.73-0.88)*	0.77 (0.70-0.86)*	0.73 (0.67-0.80)*
	Low	0.77 (0.66-0.89)*	0.68 (0.58-0.79)*	0.73 (0.64-0.84)*
No. of chronic diseases (0)	1	1.00 (0.89-1.13)	0.95 (0.83-1.08)	1.01 (0.90-1.13)
	2	1.06 (0.92-1.23)	0.88 (0.76-1.03)	0.92 (0.81-1.05)
	≥ 3	1.08 (0.94-1.25)	0.97 (0.83-1.12)	0.98 (0.86-1.12)
Disability (Yes)	No	0.90 (0.73-1.11)	0.82 (0.66-1.03)	0.85 (0.71-1.02)
Emergency service utilization (Yes)	No	1.24 (1.04-1.48)*	1.07 (0.89-1.28)	1.09 (0.94-1.26)
Inpatient service utilization (Yes)	No	0.90 (0.76-1.06)	0.95 (0.80-1.13)	0.93 (0.81-1.07)
	Yes	0.87 (0.61-1.24)	0.73 (0.49-1.09)	0.78 (0.57-1.08)
Outpatient service utilization (Yes)	<100	0.80 (0.57-1.13)	0.77 (0.52-1.13)	0.85 (0.63-1.18)
	100 ≤ ~ <200	0.78 (0.53-1.14)	0.62 (0.41-0.95)*	0.86 (0.61-1.20)
	≥200	0.86 (0.58-1.28)	0.71 (0.46-1.10)	0.81 (0.57-1.15)
Unmet healthcare needs (Yes)	No	1.18 (1.05-1.34)*	1.34 (1.18-1.53)*	1.38 (1.25-1.54)*
Limitation of dental care utilization (Yes)	No	1.53 (1.36-1.72)*	1.23 (1.08-1.39)*	1.35 (1.22-1.50)*

\* $p < 0.05$ , <sup>a</sup>: odds ratio (OR), <sup>b</sup>: confidence interval (CI).

#### 4. 논의

본 연구는 의료소비자인 일반 인구를 대상으로 전반적인 의료서비스 질에 대한 인식을 파악하고, 대상자의 일반적 특성과 의료이용 관련 특성이 의료서비스 질 인식에 미치는 영향을 확인하여 의료서비스 질 향상을 위한 전략 개발을 위한 기초자료로 활용하기 위해 시도되었다.

대상자의 의료서비스 질 인식을 연도별로 살펴본 결과 의료서비스의 질을 높게 인식한 경우는 2011년 72.9%, 2012년 75.3%, 2013년 72.9%로 전반적으로 의료서비스의 질을 높게 인식하고 있었다. 2011년에 비해 2012년 의료서비스 질을 높게 인식한 집단의 비율이 높았으나 2013년 다시 낮아진 점을 고려할 때 의료서비스 질을 높이기 위한 관심과 노력이 더욱 필요함을 알 수 있다. 의료서비스는 대상자의 생명과 건강 그리고 삶의 질과 밀접하게 연결되어 있기 때문에 모든 의료소비자는 양질의 서비스를 일관되게 제공받아야한다 (Paik과 Kim, 2014). 그러므로 의료서비스를 제공하는 병원의 노력과 더불어 정부가 의료서비스의 질적 개선을 위한 법적, 제도적 장치의 마련과 함께 구체적 시행 방침을 실시하여 국민의 건강증진과 보건의료서비스의 질적 향상을 위한 노력을 계속적으로 실행해야 할 것이다 (Shin, 2006; Yeo, 2013).

일반적 특성 중 의료서비스 질 인식에 영향을 미치는 요인에 대한 분석 결과는 일반적 특성에 대한 분석 결과는 성별은 2012년의 경우에만 남성에 비해 여성의 승산비가 1.12로 나타나 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 이는 성별에서 남성에 비해 여성이 의료서비스의 질을 높게 인식하는 것으로 해석할 수 있으나 2011년과 2013년에는 통계적으로 유의한 예측인자가 아닌 것으로 나타나 추후 연구에서 지속적으로 관심을 가져야 할 것이다.

연령의 경우 39세 이하 대상자를 기준으로 40~60세와 65세 이상 대상자의 승산비는 2011년은 1.24와 1.94, 2013년은 1.21와 2.02로 나타나 연령이 높은 집단이 의료서비스의 질을 높게 인식할 가능성이 높았고, 65세 이상의 경우 의료서비스의 질을 높게 인식한 집단이 80.4~85.6%로 높은 비율로 나타났다. 65세 이상의 노인 인구는 대부분 만성질환을 가지고 있으며 세심한 관리와 지속적인 의료서비스를 필요로 하며 의료서비스 이용이 증가하므로 (Kim, 2010) 이들이 의료서비스 질을 높게 평가한 점은 중요하다 할 수 있을 것이다. 결혼상태에서는 혼인상태에 있는 사람과 비교하여 2011년에는 미혼인 경우 승산비가 1.38로 의료서비스의 질을 높게 인식할 가능성이 높았고, 2012년과 2013년의 경우에는 이혼, 별거, 사별 등인 경우의 승산비가 1.26, 1.20으로 나타나 이전 연도와는 다른 결과를 보여주고 있다. 교육수준에서는 초등학교 이하 대상자와 비교할 때 2011~2013년의 경우 승산비는 중학교 0.67~0.76, 고등학교 0.53~0.58, 대학교 이상 0.49~0.64로 나타나 교육수준이 비교적 높은 고등학교와 대학교 이상의 대상자가 의료서비스 질을 낮게 인식할 가능성이 높았다. 가구소득은 소득분위에 따른 구분으로 1분위를 기준으로 2012년 경우 5분위의 승산비가 1.31, 2013년의 경우 3분위의 승산비가 0.84로 나타나 통계적으로 유의한 차이를 보였으나 연도별로 일관성이 적었다. 의료서비스의 질이 성별, 연령, 교육수준, 수입과 같은 인구사회학적 변수가 영향을 미치는 것으로 나타난 Narang (2010)의 연구, 의료서비스 질에 대한 기대와 인지 간의 차이를 조사한 결과 성별 간에는 차이가 없었지만, 연령, 교육정도에서 차이가 있었던 Papanikolaou와 Zygiaris (2012)의 연구가 있으나 이들 연구는 의료서비스의 질을 구성하는 다차원적 요인을 측정된 연구로 본 연구와는 차이가 있어 직접적인 비교는 어렵다. 따라서 추후 대상자의 성별, 연령, 결혼상태, 교육수준 및 가구소득 등을 포함한 일반적 특성과 관련된 보다 많은 연구가 이루어질 필요성이 있다.

의료보장형태는 건강보험에 비교하여 의료급여 대상자의 승산비는 2011년 1.44, 2012년 1.51로 의료급여 대상자에 비해 건강보험 가입 대상자가 의료서비스의 질을 낮게 인식할 가능성이 높았으나 2013년에는 1.30으로 나타났고 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 2012년까지 건강보험 가입자의 경우 의료서비스의 질을 높게 인식한 집단의 비율이 낮았던 점을 고려한다면 이들에 대한 지속적인 관심을 가

지는 것이 필요할 것이다. 우리나라의 경우 전 국민 건강보험이 실시되고 있고 빈곤계층에 대하여는 의료급여가 실시되고 있는 상황으로 건강보험 가입자는 의료비용의 일정 부분은 본인부담금으로 지불하고 보험급여에서 제외되는 서비스에 대해서는 비급여 의료비로 환자가 전액 부담하고 있으며 (Mun, 2014; Shin, 2006), 건강보험과 의료급여 대상자 간의 입원과 외래이용량, 총 진료비 등에서도 차이가 있으므로 (Lee, 2011) 의료보장형태에 따른 의료서비스 질에 대한 보다 심층적인 연구가 이루어져야 할 것이다. 민간의료보험가입을 한 대상자를 기준으로 할 때 가입하지 않은 대상자의 승산비는 2012년 1.19, 2013년 1.16로 나타나 민간의료보험 가입자가 의료서비스의 질을 낮게 인식할 가능성이 높았다. 이는 대상자의 다수가 민간의료보험에 가입하고 있으나 민간의료보험 가입자가 가입하지 않은 대상자와 비교할 때 오히려 의료서비스의 질을 낮게 인식할 가능성이 높음을 보여주고 있다. 민간의료보험은 주로 건강보험의 취약한 보장성을 보완하기 위해 가입하나 실질적으로 도움이 필요한 대상자에게 비용 효율적으로 기능하는 면이 부족한 것으로 볼 수 있다 (Hyun, 2014; Lee, 2014; Lim, 2013). 따라서 보다 근본적으로 국민건강보험의 보장성을 강화할 수 있는 적극적인 대책 마련이 요구되며, 민간의료보험은 공공의료보험을 보완하기 위한 합리적인 역할과 방향을 마련하여 소비자들을 위한 좋은 대안이 되고, 의료서비스 시장 확대 및 선진화에 기여해야 할 것이다 (Hyun, 2014; Lee, 2014). 주관적 건강상태가 좋은 집단에 비해 보통인 집단의 승산비는 0.73~0.80, 나쁜 집단은 0.68~0.77로 나타나 주관적 건강상태를 좋게 인식하는 집단이 의료서비스 질을 높게 인식할 가능성이 높았다. 대상자의 건강상태는 의료서비스 수요에 영향을 미치는 요인임과 동시에 의료서비스 질의 결과적 측면으로도 볼 수 있으므로 대상자는 자신의 건강상태를 좋게 인식할수록 의료서비스의 질 또한 높게 인식하는 것으로 해석할 수 있을 것이다.

의료이용 관련 특성에 대한 분석 결과를 살펴보면, 응급서비스를 이용한 대상자에 비해 이용하지 않은 대상자의 승산비는 2011년 1.24로 나타나 응급서비스를 이용한 대상자가 의료서비스의 질을 낮게 인식할 가능성이 높았다. 하지만 이후 연도에서는 응급서비스 이용 유무가 의료서비스 질 인식에 통계적으로 유의한 예측요인은 아닌 것으로 나타났다. 입원서비스 및 외래서비스 경험유무 또한 의료서비스 질 인식의 예측인자로서 통계적인 유의성은 없었다. 이러한 결과는 응급, 입원 및 외래서비스를 이용한 경험이 있는 대상자가 그렇지 않는 대상자와 비교할 때 환자의 요구나 기대를 반영한 의료서비스의 질 평가에서 큰 차이가 없음을 반영한 결과라 하겠다.

개인 지출의료비가 없는 대상자를 기준으로 할 때, 2012년 개인 지출의료비가 100~150만원인 대상자의 승산비는 0.62로 의료서비스의 질을 낮게 인식할 가능성이 높은 것으로 나타났으나 그 외 연도에서는 통계적으로 유의하지 않았다. 본 연구에서는 의료서비스 질에 대한 영향요인으로 개인 지출의료비 금액만을 분석하였으므로 소득수준 대비 개인 지출의료비가 의료서비스 질에 미치는 영향을 명확히 파악하지 못하였으므로 이에 대한 연구가 이루어져야 할 것이다. 미충족의료이 있는 대상자에 비해 미충족의료이 없는 경우의 승산비는 1.18~1.35로 미충족의료이 있는 대상자가 의료서비스의 질을 낮게 인식할 가능성이 높았고, 초과이용제한이 있었던 대상자에 비해 제한이 없었던 대상자의 승산비는 1.23~1.53으로 초과이용제한이 있는 대상자가 의료서비스의 질을 낮게 인식할 가능성이 높았다. 미충족의료과 초과이용제한의 이유는 경제적 이유, 증세가 경미해서, 방문시간이 없어서, 거동불편, 건강상 이유로 방문이 어려움, 의료기관이 너무 멀어서 등으로 다양하며, 특정한 질병, 증상에 대한 서비스가 충족되지 못하는 것은 의료서비스의 질과 관련이 있으므로 이러한 미충족을 방지하기 위해서 정책적으로 접근하는 것이 필요하다 (Mun, 2014; Yeo, 2013).

본 연구에서 의료소비자가 인식하는 의료서비스 질에 대한 영향요인을 연도별로 분석한 결과 연령, 결혼상태, 교육수준, 주관적 건강상태, 미충족의료 및 초과이용제한이 공통적인 예측요인으로 나타났다. 이는 의료소비자의 입장에서 의료서비스의 질에 대한 평가는 의료소비자의 특성과 의료이용과 관련하여 치료뿐만 아니라 그 과정 중에서 자신이 겪게 되는 직접적 및 간접적인 모든 경험과 관련된 다양한 요인에 의해 영향 받을 수 있음을 보여준 결과라 하겠다. 따라서 의료서비스 질 개선을 위한 전략을 수립할

때 이러한 다양한 요소들을 고려하는 것이 필요할 것으로 사료된다.

## 5. 결론

본 연구는 급격한 의료 환경 변화 속에서 국민의 의료서비스 질에 대한 관심이 증대되고 있고, 의료기관 및 정부는 의료서비스의 질을 향상시키기 위해 다양한 노력을 하고 있다. 이러한 노력과 더불어 일반 국민이 인식하고 있는 의료서비스의 질적 수준을 파악하고, 이러한 인식에 영향을 미치는 요인을 확인하는 것이 중요하다. 따라서 본 연구에서는 한국의료패널 조사자료를 활용하여 대상자의 일반적 특성과 의료이용 관련 특성이 의료서비스 질 인식에 어떠한 영향을 미치는지를 확인하고자 하였다.

연구결과를 종합하면, 대상자의 의료서비스 질 인식을 연도별로 살펴본 결과 의료서비스의 질을 높게 인식한 경우는 2011년 72.9%, 2012년 75.3%, 2013년 72.9%로 전반적으로 의료서비스의 질을 높게 인식하고 있었다. 대상자의 일반적 특성 중에는 연령, 결혼상태, 교육수준, 주관적 건강상태가, 의료이용 관련 특성 중에는 미충족의료와 치과이용제한이 의료서비스 질 인식에 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 본 연구의 의의는 국내의 전반적인 의료서비스의 질적 수준을 의료소비자의 관점에서 파악하였다는 것과 의료서비스의 질 인식에 영향을 미칠 수 있는 요인을 확인함으로써 의료서비스 질 개선을 위한 전략 개발에 기초 자료로 활용할 수 있다는 점이다.

본 연구결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다. 먼저 본 연구에서 의료서비스 질에 미치는 영향을 파악하기 위하여 가구소득과 개인 지출의료비를 별도로 분석하였으나 의료소비자의 경제적 부담 측면을 고려한다면 대상자의 가구소득에서 의료비의 비중에 따른 의료서비스 질을 파악하는 연구가 필요하다. 또한 민간의료보험 유무에 따른 분석만을 하였으나 실손형 혹은 정액형과 같이 민간의료보험 종류에 따른 의료서비스의 질을 조사하는 것도 필요할 것으로 본다. 마지막으로 본 연구에서는 응급의료서비스, 입원의료서비스 및 외래서비스로 구분하고 이용유무에 따른 의료서비스 질 인식만을 분석하였으나 보다 실제적인 의료서비스 질을 파악하기 위해 이들 의료서비스의 특성과 관련된 다양한 변수를 다룬 연구가 이루어질 필요성이 있다.

## References

- Aliman, N. K. and Mohamad, W. N. (2013). Perceptions of service quality and behavioral intentions: A mediation effect of patient satisfaction in the private health care in Malaysia. *International Journal of Marketing Studies*, **5**, 15-19.
- Choi, K. S. (2000). *Structural modeling of quality, satisfaction, value and purchase intention in health care service*, Ph. D. Thesis, Yonsei University, Seoul.
- Choi, K. S., Lee, H. J., Kim, C. K. and Lee, S. H. (2005). The service quality dimensions and patient satisfaction relationships. *The Journal of Services Marketing*, **19**, 140-149.
- Choi, K. S., Lee, S. H., Cho, W. H., Kang, H. Y. and Chae, Y. M. (2001). Succeeding factors and barriers to implementing quality improvement programs. *Journal of Korean Society of Quality Assurance in Health Care*, **8**, 146 -159.
- Choi, Y. S. (2011). *Effects of nurses' awareness on medical institution evaluation on nursing performance*, Master Thesis, Catholic University, Seoul.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*, Health Administration Press, Michigan.
- Hatem, G. (2015). Service quality and patients'satisfaction in Tunisian public hospitals. *European Researcher*, **94**, 365-372.
- Hyun, S. J. (2014). *The panel analysis for health care utilization effects of private health insurance*, Ph. D. Thesis, Yonsei University, Seoul.
- Ji, K. J. (2013). *A study of the effects upon satisfaction, intention to revisit and perceived value by patients through the quality of medical services: Focused on specialized hospital and general Hospital*, Ph. D. Thesis, Keimyung University, Daegu.

- Kim S. Y. (2010). *A study on behaviors and the factors affecting to medical service utilization among the elderly persons*, Master Thesis, Soongsil University, Seoul.
- Kim, E. H. and Lee, E. J. (2015). Nursing outcomes of inpatient on level of nursing staffing in long term care hospitals. *Journal of the Korean Data & Information Science Society*, **26**, 715-727.
- Korea Institute for Healthcare Accreditation. (2016). Korea Institute for Healthcare Accreditation Foundation, available from <http://www.koiha.or.kr>.
- Lee, N. Y., Han, J. Y. and Heo, M. J. (2015). Comparison of satisfaction and need on nursing service perceived by the patients and nurses. *Journal of the Korean Data & Information Science Society*, **26**, 167-177.
- Lee, S. H., Choi, Y. M., Jee, Y. K. and Choi, K. S. (2001). A study on quality improvement activities in Korean hospitals. *Journal of Korean Society of Quality Assurance in Health Care*, **8**, 172-185.
- Lee, Y. J. (2011). Differences of cancer patient's health care utilizations between medical aid program and national health insurance in the elderly. *The Journal of the Korea Contents Association*, **11**, 270-279.
- Lee, Y. J. (2014). Effects of private health insurance in national health care system. *The Journal of the Korea Contents Association*, **14**, 200-208.
- Lim, J. E. (2013). *Effect of private health insurance on medical services and expenditures in Korean cancer patient*, Ph. D. Thesis, Korea University, Seoul.
- Mun, S. H. (2014). Analysis on the horizontal equity in medical service usage in terms of income levels. *Korean Management Consulting Review*, **14**, 95-108.
- Murti, A., Deshpande, A. and Srivastava, N. (2013). Service quality, customer (patient) satisfaction and behavioural intention in health care services: Exploring the Indian perspective. *Journal of Health Management*, **15**, 29-44.
- Narang, R. (2010). Measuring perceived quality of measuring quality health care services in India. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, **23**, 171-186.
- Paik, H. R. and Kim, K. J. (2014). How to improve patients' satisfaction in healthcare organization? - Healthcare service quality classification using Kano model. *Korean Journal of Hospital Management*, **19**, 73-88.
- Papanikolaou, V. and Zygiaris, S. (2012). Service quality perceptions in primary health care centres in Greece. *Health Expectations*, **17**, 197-207.
- Park, J. S. (2002). The causal relationship of hospital inpatient's perceived quality, satisfaction, service value, and intention to revisit. *Korean Journal of Hospital Management*, **7**, 123-151.
- Rho, M. J., Suh, W. S. and Kwon, J. (2013). Medical service factors associated with patient satisfaction: The difference between inpatient and outpatient of a medium-sized hospital, *The Journal of Digital Policy & Management*, **11**, 331-339.
- Shin, Y. C. (2006). *An analysis of determinants of quality of medical services in hospital*, Ph. D. Thesis, University of Seoul, Seoul.
- Yeo, S. H. (2013). *A study on the improvement of legal system for elevation quality of medical services*, Ph. D. Thesis, Dong-a University, Busan.
- Yoo, M. S. and Chung, M. S. (2008). The relationships among the perception of quality assurance and national hospital evaluation program and nursing performance of hospital nurses. *The Journal of Korean Nursing Administration Academic Society*, **14**, 260-267.

## Factors influencing quality of health care: Based on the Korea health panel data

Ji Young Han<sup>1</sup> · Hyeon Sook Park<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Nursing, Silla University

<sup>2</sup>Department of Nursing, Kyungil University

Received 12 November 2016, revised 5 January 2017, accepted 12 January 2017

### Abstract

The purpose of this study was to identify factors affecting quality of health care. Methods: The data were derived from the 2011-2013 Korea health panel survey (beta version 1.0). The data were analyzed using SPSS 21.0 with descriptive statistics,  $\chi^2$ -test, and multiple logistic regression analysis. In general characteristics, common factors influencing the quality of health care were age, marital status, education level, and subjective health status. In variables related to health care utilization, unmet healthcare needs, and limitation of dental care utilization were the significant factors affecting quality of health care. The results of this study show that various factors influence quality of health care. These findings can be used to develop strategies to improve health care.

*Keywords:* Korea health panel, logistic regression analysis, quality of health care.

---

<sup>1</sup> Associate professor, Department of Nursing, Silla University, Busan 46958, Korea.

<sup>2</sup> Corresponding author: Assistant professor, Department of Nursing, Kyungil University, Gyeongbuk 38428, Korea. E-mail: greens@hanmail.net.