

# 의료서비스에 대한 복지태도의 결정요인: 자기이해, 상징적 태도, 사회지향적 인식요인들을 중심으로

서육영<sup>1</sup> · 문다슬<sup>2</sup> · 정혜주<sup>2</sup>

<sup>1</sup>한국장애인개발원, <sup>2</sup>고려대학교

## Determinants of Welfare Attitudes towards Healthcare Services: Focusing on Self-Interest, Symbolic Attitude, and Sociotropic Perceptions

Wook-Young Seo<sup>1</sup>, Daseul Moon<sup>2</sup>, Haejoo Chung<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Korea Disabled Peoples' Development Institute; <sup>2</sup>Korea University, Seoul, Korea

**Background:** The aim of this study is to analyze determinants of welfare attitudes toward healthcare services in South Korea, using three main theories: self-interest (positive welfare attitudes if the policy fulfills people's personal interests), symbolic attitudes (positive welfare attitudes if the person is politically progressive or egalitarian), and sociotropic perception (positive welfare attitudes if the person experienced positive aggregated collective experiences of societal events and trends regarding the policy). Although the definition of the welfare attitude is rather ambiguous in literatures, in this investigation, we operationalize the concept as the 'willingness to pay higher taxes to improve the level of health care services for all people in Korea' which shows individuals' actional propensity.

**Methods:** We used the health module from the International Social Survey Program 2011 for the analysis (N = 1,391). Five logistic regression models were built successively using two variables for each theory to measure key concepts of self-interest, symbolic attitudes, and sociotropic perceptions as independent variables.

**Results:** The result showed self-interest and symbolic attitudes factors to be strong determinants of welfare attitudes towards healthcare services in South Korea, whereas sociotropic perception factors have inconsistent effects.

**Conclusion:** For a more politically elaborated healthcare reform in South Korea and elsewhere, there needs to be further research on various dimensions and determinants of welfare attitudes to understand popular basis of welfare expansion, especially in the era of inequality.

**Keywords:** Welfare attitude; Healthcare services; Self-interest; Symbolic attitude; Sociotropic perceptions

## 서론

### 1. 연구배경

대중의 의견은 정부의 역할을 결정짓는 민주주의의 큰 원동력이며[1], 실제 대다수의 정책 변화는 대중의 의견이 변화된 이후에 이루어졌다[2,3]. 이러한 맥락에서 국가복지의 정당성이 국민의 지지 여론에 따라 영향을 받는 것은 정치적 민주주의가 발전된 대부분

의 국가에서 일반화된 현상이다[4]. 복지태도는 복지제도의 형태와 내용을 계획하는데 정치적으로 의사결정의 중요한 원천으로 작용하기에 사회구성원들의 긍정적이고 지지적인 태도와 의식은 복지제도에 정당성을 부여하여 정책이 확대될 가능성이 높다[4-6]. 따라서 사회복지에 대한 구성원의 태도를 분석하는 것은 단순한 지지 여부를 판단하는 것이 아닌 사회 전반에 대한 대중의 수요를 예측하고, 국가개입의 필요성과 정당성을 판단하며 그에 따른 시민의

Correspondence to: Haejoo Chung

Korea University, #B-365, Hana Science Hall, 145 Anam-ro, Seongbuk-gu, Seoul 02841, Korea  
Tel: +82-2-3290-5675, Fax: +82-2-921-7361, E-mail: hpolicy@korea.ac.kr

\*본 논문은 제1저자 서육영의 학위논문에 근거하여 제11차 사회보장국제학술대회 '사회위험에 대한 동아시아의 대응'에서 발표한 원고를 수정 및 보완한 것이다.

Received: July 26, 2017 / Revised: September 6, 2017 / Accepted after revision: October 6, 2017

© Korean Academy of Health Policy and Management

© This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

로서의 책무 부담 의향에 대한 척도로 사용하기 위함이다[7,8]. 결과적으로 복지태도를 파악하는 것은 복지에 대한 총체적인 수요를 분석하는 과정의 핵심이라고 할 수 있다.

우리나라는 선진국들에 비하여 복지국가의 역사가 매우 짧고, 짧은 시기에 복지제도가 급속히 확충되었기 때문에 정부의 복지역할에 대한 국민들의 인식을 파악하는 것이 특히 중요하다[9]. 현재 우리나라에서는 복지에 대한 국민들의 욕구가 분출하고 있고, 복지확대를 위해 필요한 자원 마련이 주요한 이슈로 제기되고 있다. 즉 주로 복지와 관련된 권리에 초점을 맞추던 상황에서 나아가 복지를 확대하기 위한 의무 측면에 대한 사회적 논의가 본격화되고 있는 것이다[10]. 따라서 한국에서의 복지태도가 어떻게 형성되어 있는지를 파악하기 위한 다양한 미시적 결정요인에 대한 실증적인 분석이 필요한 시점이다.

한국사회에서는 오랫동안 대중의 인식과 정치행위가 복지정책 도입과 결정에 중요한 요인은 아니었다[11]. 2000년대부터 복지의식 또는 복지태도에 영향을 미치는 요인에 관한 인과적 분석이 점차 많아지기는 했지만 대다수의 선행연구는 성, 연령, 혼인상태에 해당되는 단순한 인구사회학적 요인과 고용상태, 소득수준, 계급 등과 같은 사회경제적 요인과 복지태도 간의 관계를 한정적으로 분석한 것이 대부분이다[8,12]. 특히 국내논문에서는 복지태도를 설명하는 이론이 부재한 경우가 많고, 국내·외 공통적으로는 복지태도에 대한 설명이론들이 제한적으로 사용된다. 뿐만 아니라 설명이론과 측정방법이 동일하다고 하더라도 결정요인이 태도에 미치는 영향이 연구마다 일관되지 않기 때문에 이론을 바탕으로 한국적인 맥락에서는 어떤 결과를 보이는지 살펴볼 필요가 있다. 또한 대부분의 연구가 포괄적인 복지영역에 대한 태도를 측정하고 있기 때문에 복지정책 가운데서도 보건의료분야에서의 복지태도를 중점적으로 다룬 선행연구가 거의 없는 실정이다. 대중의 복지태도 분석과정에서 개별 복지영역에 대한 태도분석도 반드시 필요한 작업이므로 복지영역 전반이 아닌 구체적 영역에 초점을 맞춰 그에 따른 태도를 살펴보는 것이 요구된다[7].

한편, 복지태도는 일차원적인 개념이 아니며 그것을 구성하는 여러 의식의 구조는 복잡하고 다차원적이다[13]. 개인 수준에서 복지태도를 구성하는 요인들을 아우르면서 복지태도를 설명하는 이론들은 크게 자기이해 이론과 상징적 태도 이론이 있다. 대부분의 연구는 이 두 가지 이론을 축으로 복지의식의 대상이 되는 분배이념이나 정책 등의 차원에 따라 다양한 주제로 분화된다[14]. 하지만 두 설명요인들이 복지태도를 전적으로 설명하는 것은 아니다. 태도를 형성하는 데에는 보다 더 다양한 요인들이 영향을 미친다는 것이 확실해지면서 본 연구에서는 두 가지 이론이 가지는 제한점을 보완하고자 주목하기 시작한 사회지향적 인식요인들 또한 복지태도에 어떤 영향을 미치는지 살펴보고자 한다.

## 2. 이론적 고찰 및 문헌 검토

### 1) 복지태도의 정의

복지태도(welfare attitudes)에 대한 정의는 Taylor-Gooby가 '전반적인 사회복지제도에 대한 지지 여부, 복지비용의 문제, 재분배, 복지국가의 정당성 등에 대한 사회적 흐름 내지 사회적 태도'라고 정의한 것이 거의 유일하다[15]. 국외에서 복지태도라는 특정 용어가 사용되기보다 대중의 태도(public attitudes)가 사용되는 것이 아직까지는 일반적이며, 사회정의나 재분배 문제와 같은 추상적 원칙에 대한 선호(preference) 또는 지지(public support)로 포괄적으로 사용되는 경향을 보인다. 한국에서 또한 복지의식(welfare consciousness) 또는 복지인식(welfare perception)과 같은 다양한 용어들이 혼재되어 사용되고 있다. Lee [8]의 연구에서는 복지의식이란 복지 및 그와 관련된 사회현상들에 대한 사람들의 마음의 내용이며, 복지태도란 복지의식에 기반한 행동성향으로 구분하여 설명했다. 본 연구에서는 의료서비스에 대한 복지태도를 살펴볼 때 복지재원 부담의사와 같은 행동성향이 포함된 태도의 측면을 살펴보기 때문에 복지태도라는 용어를 일관적으로 사용하고자 한다.

한편 복지태도가 추상적인 개념인 만큼 태도를 구성하는 다양한 요소들을 측정하기 위한 노력이 계속되고 있다. 국외연구에서는 대부분이 보건, 교육, 또는 교육 관련 복지정책들[16-19], 재분배와 같은 경제안정[20-22] 또는 민영화와 같은 특정 사회적 맥락[23]에 대한 국가의 책임이 어느 정도인지에 대한 인식을 복지태도로 규명하고 살펴보고 있다. 분야는 다양하지만 그 분야에서 정부의 책임 또는 개입이 어느 정도인지에 대한 지지 정도나 특정 선호를 파악하고 있다는 점에서는 일관된다. 국내연구에서도 마찬가지로 전반적인 복지정책에 대한 정부의 책임에 대한 인식을 살펴보거나 그에 따른 증세에 대한 의식을 살펴보는 경우가 대부분이다. Lee와 Lee [12]의 연구에서는 복지태도를 구성하고 있는 6가지 차원으로 복지책임 주체, 영역별 복지지출, 복지확대 증세, 복지실천 의지, 평등의식, 사회복지 효과성으로 구분했다. 정부의 책임 또는 정책 선호와 같은 복지태도를 측정하는 대상으로는 일반적으로 보험, 생활지원, 교육과 같은 영역별 정부지출을 포괄적으로 살펴보는 경우가 많다 [5,24,25]. Kwon [7]의 연구에서는 드물게 전반적인 복지가 아닌 보육서비스라는 특정 영역에 초점을 맞춰 복지태도를 살펴보았다. 본 연구에서 또한 복지태도를 의료서비스라는 구체적인 영역에 초점을 맞춰 살펴보고, 태도라는 용어가 행동지향적 측면을 반영하는 것을 고려하여 의료서비스를 확대하기 위한 세금 추가부담 의향을 살펴보는 것으로 복지태도를 개념화하고자 한다.

### 2) 복지태도에 대한 이론적 고찰: 자기이해, 상징적 태도, 사회지향적 인식

#### (1) 자기이해

자기이해(self-interest)는 근본적으로 물질주의적인 동기를 바탕

으로 발생하는 상위개념으로 이해된다[26]. 정책지지에 있어서 자기이해요인을 강조하는 입장은 정치적 선택이 시장에서의 선택과 마찬가지로 자신의 물질적 이득을 증진할 수 있는 경제적 합리성에 기초하여 이루어진다는 가정에 기초한다[27]. 더 많은 이슈와 제도, 그리고 정당의 이념이 사람들의 이해관계를 만족시킬수록 사람들은 훨씬 더 긍정적인 태도를 형성하게 된다[28]. 즉 복지혜택을 받거나 재정적으로 위협에 처한 사람들일수록 공공의 복지정책을 더 지지하고[29], 재분배정책의 강력한 지지자들은 실제 그것을 필요로 하는 사람들인 것이다[22].

## (2) 상징적 태도

자기이해에 대한 설명을 보완하는 차원에서 등장한 상징적 태도는 사람들이 어린 시절 특정한 상징에 대한 반응을 학습하게 되는 것으로 사회화 과정에 형성된 정치적 경향성은 미래의 이해관계가 발생하기 전에 일상적이고 구체적인 현상에 선호를 결정짓고 성인의 정치적 태도에 강력한 영향을 미친다[26,30]. 사람들의 정치적 가치와 신념은 복지정책에 대한 의견을 형성하며, 복지에 대한 공공의 책임을 개인이 얼마나 지지하는가는 정치적 경향성이나 이데올로기적 선호를 기반으로 하는 것이다[29]. 상징적 태도(symbolic attitude)를 구성하는 중요 요소로 정당 일체감(party identification), 정치적 이념(political ideology), 인종편견(racial prejudice) 등이 간주되며[27], 물질적·비물질적 상품이 사회구성원들에게 분배되는 방식에 대한 관점의 차이가 복지정책에 대한 태도와 관련이 있어 평등주의적 관점 또한 태도를 파악하는 데 중요하다[8].

## (3) 사회지향적 인식

사람들은 개인의 경험이나 개인이 관찰한 사회적 현실을 직접적으로 정치적 판단으로 연결짓기보다 사회지향적 인식(sociotropic perceptions)이라고 불리는 축적된 경험을 통해 정치적 태도를 형성한다[28]. 사람들은 공공의 이익에 대한 인식에 동기부여가 되고, 개인적인 이익이나 혜택보다는 일반적인 사회적 이익에 관련해 정치적인 대상을 평가하는 것이다[26]. 실업, 개인의 경제적 상황 악화, 심각한 범죄의 경험과 같은 개인적인 경험들은 개인들에게는 중요하지만, 정치적 태도에 상대적으로 더 큰 영향을 미치는 것은 국가의 경기불황과 같은 축적된 집합적 경험들이나 전반적인 사회적 사건들이나 경향에 대한 것이다[28].

## 3) 선행연구 검토

자기이해, 상징적 태도, 사회지향적 인식이 복지태도에 미치는 영향은 복지태도를 어떻게 정의하고 측정하는지에 따라 연구마다 상이한 결과를 보였다. 먼저, 경제적 합리성에 기반한 자기이해 관점에서 살펴봤을 때, 대부분의 연구에서 소득, 계급, 고용상태 등의 변수를 활용하였다. 개인은 고용상태가 불안정하고, 소득수준 및

계급 또는 계층이 낮을 경우 정부의 복지확장을 지지하는 경향을 보였다[21,22,24,31-41]. 반면, 보편주의 원리에 대한 선호나 태도[36,39] 또는 보육서비스에 대한 세금 추가부담 의향[7]은 (가구)소득이 높을수록 긍정적인 태도를 보였다. 이외에 다양한 자기이해요인으로 자녀가 있는 경우 교육 및 보육서비스에 대한 정부 역할에 긍정적 태도를 보이거나[7,16], 장애인 가구일 경우 보건의료제도 및 생활지원서비스에 지지도가 높다는 연구결과가 있었다(Ryu and Choi, 2009). 또한 의사-환자 관계 만족도가 높을수록[18], 소득이 낮고 보건의료서비스를 많이 사용할수록[42] 보건의료제도에 대한 정부 역할 확장을 지지하는 태도를 보이는 것으로 나타났다.

상징적 태도는 소속 정당, 정치적 이념(진보/보수), 평등주의적 이데올로기와 같은 결정요인들로 측정되었다. 대체적으로는 진보적 정치성향을 가진 경우 복지확대에 대한 정부 책임에 긍정적인 태도를 보였는데, 국외연구로 캐나다에서 자유당을 지지하는 사람들만이 재분배 지지에 긍정적인 태도를 보이거나[29], 아이슬란드에서 진보적 정치성향을 가진 사람일수록 정부주도의 보건의료체제를 선호하는 경향을 보이고[42], 미국의 약물중독 재활분야 정부지출에 있어 보수 신교도이거나 보수주의인 사람들의 지지가 상대적으로 더 낮은 것으로 나타났다[43]. 국내에서는 한나라당에 비해 민주당을 지지하는 사람들이 증세에 동의할 가능성이 높은 것으로 나타났다[36]. 또한 Klugman 등[44]의 연구에서는 평등 및 인본주의적 인식을 가진 사람일수록 교육제도 개선을 위한 재정정책을 지지하는 것으로 나타났으나, 보육서비스에 대한 복지태도의 결정요인을 살펴본 Kwon [7]의 연구에서 평등주의적 이데올로기는 긍정적인 복지태도에 유의미한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

사회지향적 인식으로 분류하여 살펴볼 수 있는 요인들로는 사회 및 제도 신뢰, 사회적 이동에 대한 믿음, 복지프로그램에 대한 인식, 소득 양극화 정도에 대한 인식이 있다. 결과가 일관되지는 않았지만 사회지향적 인식이 긍정적일수록 복지태도 또한 긍정적인 방향으로 나타나는 것을 알 수 있었다. 사회적 신뢰가 높을수록 복지의식이 높고[4]. 정부에 대한 신뢰가 높은 응답자들이 복지예산 확대에 대한 국가 역할 확장에 긍정적이었다[37]. Linos와 West [2]는 사회적 이동의 결정요인이 개인에 있다고 믿는 경우보다 외부에 존재한다고 믿는 경우 정부의 재분배에 대한 태도에 긍정적인 영향을 보이는 것을 확인하였다. 또한 사회복지프로그램에 대한 인식이 긍정적일수록 적절한 보육서비스 제공에 대한 정부의 책임이 높다고 생각하는 경향을 보였다[7]. 국내연구에서는 국가 내 소득격차가 크다고 생각할수록 정부의 보건의료 지출확대를 지지하는 것으로 나타났다(Eun et al., 2016). 본 연구는 문헌검토를 통해 알아본 각 이론에 따른 결정요인들의 효과가 의료서비스에 대한 태도에서도 일관적으로 나타나는지 알아보려 한다.

### 3. 연구의 목적 및 가설

본 연구에서는 우리나라에서 의료서비스에 대한 복지태도에 영향을 미치는 요인들을 분석하기 위해 크게 자기이해, 상징적 태도, 사회지향적 인식이라는 세 가지 이론 틀을 사용하여 분석을 진행하고자 한다. 각 이론적 맥락에서 태도에 영향을 미칠만한 인자를 추출하여 복지태도와와의 상관관계를 분석하고, 국내·외 선행연구 검토결과와 비교하여 본 연구의 결과를 평가할 수 있을 것이다. 특히 본 연구에서는 기존에 많이 논의되었던 자기이해 및 상징적 태도요인 이외에 사회지향적 인식의 효과에 주목함으로써 더욱 다양한 차원에서 복지태도를 분석하고자 한다. 이를 위한 구체적인 연구목적은 첫째, 한국의 의료서비스에 대한 복지태도가 형성되어 있는 양상을 살펴본다. 둘째, 의료서비스에 대한 복지태도에 영향을 미치는 요인들을 분석한다. 셋째, 기존의 선행연구와 한국에서의 의료서비스에 대한 복지태도 및 결정요인을 비교한다. 마지막으로 의료서비스에 대한 복지태도를 파악하는 것의 중요성을 바탕으로 정책적 함의를 논의한다. 이론적 검토 및 선행연구에서의 논의에 기반하여 본 연구의 가설을 다음과 같이 설정하였다.

- 가설 1. 개인의 자기이해가 충족될수록 의료서비스에 대한 태도가 긍정적인 것이다.
- 가설 2. 상징적 태도에 따라 의료서비스에 대한 태도가 달라질 것이다.
- 가설 3. 사회지향적 인식이 긍정적일수록 우호적인 복지태도를 보일 것이다.

## 방 법

### 1. 연구모형

선행연구 검토결과를 바탕으로 개인 수준에서 의료서비스에 대한 복지태도에 영향을 미치는 요인들을 자기이해, 상징적 태도, 사

회지향적 인식이라는 세 가지 이론 틀로 검증하고자 한다. 연구모형은 한 개인이 인구사회학적 특성을 바탕으로 형성하는 이해관계, 이데올로기, 사회적 인식들이 최종적으로 복지태도에 영향을 미치는 방향을 그리고 있다(Figure 1). 본 연구에서 다루고자 하는 인구사회학적 특성은 성, 연령, 혼인상태, 교육수준, 소득계층이며, 우선적으로는 각각의 이론이 태도에 미치는 영향을 살펴보고 이후에 인구사회학적 특성의 효과를 통제된 상태에서도 동일한 양상을 보이는지 살펴보고자 한다.

### 2. 분석방법

#### 1) 연구자료

본 연구에서는 국제사회조사프로그램(International Social Survey Programme, ISSP)의 40여 회원국들이 공동으로 조사하는 연차적 모듈 가운데 ‘2011년도 건강(health) 데이터’를 사용하여 분석을 실시하였다. 한국에서는 성균관대학교 서베이리서치센터 주관으로 한국종합사회조사(Korean General Social Survey, KGSS)의 일부 항목으로 ISSP 설문을 실시하는데, 한국 사회과학연구를 위한 기초통계 원자료를 생산 및 확산하기 위해 연차적으로 시행하는 대단위 전국 표본조사사업이다[4]. 전국 18세 이상 인구를 모집단으로 표본을 뽑아내고, 현지조사는 조사원이 직접 방문한다. 본 연구는 고려대학교 생명윤리위원회(institutional review board, IRB)에서 심의면제(KU-IRB-14-68-P1)를 받은 후 진행하였다.

#### 2) 변수의 정의

##### (1) 독립변수

독립변수는 크게 자기이해, 상징적 태도, 사회지향적 인식의 세 가지 범주로 나뉜다. 자기이해는 의료시스템에 대한 수요로 조작적 정의를 내림에 따라 의료이용빈도(객관적 자기이해)와 치료기대(주관적 자기이해) 변수로 측정하였다. 의료이용빈도는 ‘지난 1년간

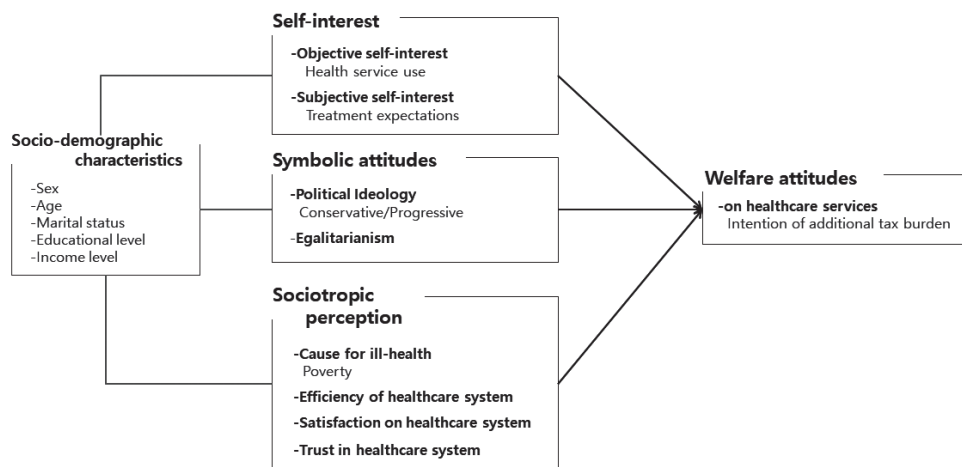


Figure 1. Research model of welfare attitudes towards healthcare services.

귀하는 얼마나 자주 의사를 찾아 가셨습니까?’라는 질문에 ‘전혀 안 찾아갔다/별로 안 찾아갔다/가끔씩 찾아갔다’는 하나의 범주로, ‘비교적 자주 찾아갔다/매우 자주 찾아갔다’는 다른 범주로 만들어 이분화하였다. 치료기대는 ‘만약 귀하가 심각한 질병에 걸린다면 한국에서 이용 가능한 최상의 치료를 얼마나 잘 받을 수 있을 것이라고 생각하는지 답해 주십시오.’라는 질문으로 측정하였으며, ‘잘 받을 수 없을 것이라 확신한다/아마도 잘 받을 수 없을 것 같다/잘 받을 수도 그렇지 못할 수도 있다’를 하나의 범주로, ‘아마도 잘 받을 수 있을 것 같다/잘 받을 수 있을 것이라 확신한다’를 다른 범주로 분류하였다.

상징적 태도는 정치성향과 평등주의 변수를 사용하였다. 다만 ISSP 데이터에는 정치성향 척도가 없는 관계로 ‘귀하는 지난 2010년 6월 2일에 있었던 전국 동시지방선거 때 어느 정당의 후보에게 투표하셨습니까?’라는 질문으로 측정하였다. 보수성향에는 한나라당, 자유선진당, 미래희망연대를 포함하고, 진보성향에는 민주당, 민주노동당, 창조한국당, 진보신당, 국민참여당을 포함하고, 기타 정당 및 투표를 하지 않은 사람들을 포함해 마지막 범주를 만들었다. 의료서비스의 맥락에서 평등주의를 측정하기 위해서 ‘자신의 건강을 해치는 방식으로 행동하는 사람이라 할지라도 공적으로 지원되는 의료서비스를 이용할 수 있어야 한다는 의견에 귀하는 어느 정도 동의 또는 반대하십니까?’라는 질문을 사용하였고, ‘매우 반대/약간 반대/동의도 반대도 아님’을 반대 범주로, ‘약간 동의/매우 동의’를 동의 범주로 구분하였다.

마지막으로 본 연구에서 사회지향적 인식은 의료서비스를 필요로 하는 타인의 요구에 대한 인식 혹은 우리나라 의료제도에 대해 직간접적으로 형성한 인식으로 조작적 정의를 내리고 주변 사람들의 불건강 원인에 대한 인식, 의료제도의 효율성, 만족도, 신뢰도, 이 네 가지 변수를 측정하였다. 먼저 불건강 원인에 대한 질문은 ‘심각한 건강문제로 고통받는 사람들이 있는데, 그 이유는 가난하기 때문이다’에 대한 동의 정도를 묻는 것으로 ‘매우 반대/약간 반대/동의도 반대도 아님’을 반대 범주로, ‘약간 동의/매우 동의’를 동의 범주로 나누었다. 의료제도의 효율성은 ‘전반적으로 한국의 의료제도는 비효율적이다’라는 의견에 귀하는 어느 정도 동의 또는 반대하십니까?’라는 질문을 해석상의 편의를 위해 의료제도 효율성으로 바꾸고, ‘약간 동의/매우 동의’를 비효율적으로 생각하는 것으로, ‘매우 반대/약간 반대/동의도 반대도 아님’을 효율적으로 생각하는 것으로 구분하였다. 의료제도 만족도는 ‘전반적으로 귀하는 한국의 의료제도에 대해 어느 정도 만족 또는 불만족하십니까?’라는 질문에 ‘전적으로 불만족한다/매우 불만족한다/다소 불만족한다/만족도 불만족도 아니다’를 불만족 범주로, ‘다소 만족한다/매우 만족한다/전적으로 만족한다’는 만족 범주로 구분하였다. 마지막으로 의료제도 신뢰도는 ‘귀하는 한국의 의료제도에 대해 얼마나 신뢰하십니까?’라는 질문에 ‘전혀 신뢰하지 않는다/별로 신뢰

하지 않는다/보통이다’를 불신 범주로 ‘다소 신뢰한다/매우 신뢰한다’를 신뢰 범주로 구분하였다.

## (2) 종속변수 및 통제변수

연구의 종속변수는 의료서비스에 대한 복지태도로 의료서비스 향상을 위한 세금 추가부담 의사를 측정하였다. ‘한국에서 모든 사람들을 위한 의료서비스 수준을 향상하기 위하여 더 많은 세금을 낼 의향이 귀하는 얼마나 있습니까?’라는 질문에 ‘의향이 전혀 없다/의향이 별로 없다/보통이다’를 ‘없다’로, ‘의향이 다소 있다/의향이 많이 있다’를 ‘있다’로 이분화하였다.

통제변수로는 복지태도에 기본적으로 영향을 미치는 인구사회학적 특성 및 사회경제적 조건을 반영하여 성별, 연령, 혼인상태, 교육수준, 소득계층을 선정하였다. 성별은 남성과 여성으로 구분되고, 연령은 18-34세, 35-44세, 45-64세, 65세 이상으로 네 가지 범주로 나누었다. 혼인상태는 미혼, 동거, 기타로 범주화하였는데, 동거는 기혼 및 동거를 포함했고, 기타에는 별거, 이혼, 사별을 포함시켰다. 교육수준에서는 중졸 이하, 고졸, 대졸 이상으로 나누었는데, 중졸 이하는 무학에서부터 중졸 및 고졸 자퇴까지를 포함하며, 고졸은 고졸 및 대졸 자퇴를 포함하고, 대졸 이상은 전문대학, 4년제 대학 졸업과 대학원 석·박사 과정 졸업까지를 포함한다. 마지막으로 소득계층은 Ryu와 Choi (2009)의 연구를 참고하여 2011년도 통계청의 ‘가계동향조사’에서 나타난 전국가구의 연간 월평균소득(3,842,000원)을 기준으로, 기준에 비하여 가구소득이 50% 이하인 경우 저소득층, 50%-150%인 경우 중간소득층, 150% 이상인 경우 고소득층으로 구분하였다. 독립변수와 종속변수를 요약하여 정리하면 다음과 같다(Table 1).

## 3) 분석방법

본 연구에서 일차적으로는 연구대상자의 일반적 특성을 파악하고, 종속변수에 따른 인구사회학적 특성 및 독립변수 분포를 대략적으로 파악하기 위해 교차분석을 실시한다. 이후 세 가지 이론 틀에 따른 독립변수와 종속변수(세금 추가부담 의사 유무)의 관계를 통계적으로 검증하기 위해 이항 로지스틱회귀분석을 사용한다. 가설검정을 위한 통계분석은 IBM SPSS Statistics ver. 21.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA)을 사용하였다.

# 결 과

## 1. 기술통계

본 연구의 전체 대상자 수는 한국 표본 1,535명 중 결측치를 제외한 1,391명이다. 대상자의 일반적 특성으로 성별은 남성이 642명(46.2%), 여성이 749명(53.8%)으로 여성이 7.6%p 더 많고, 연령은 18-34세 집단이 344명(24.7%), 35-44세 집단이 372명(26.7%),

45-64세 집단이 458명(32.9%), 65세 이상 집단이 217명(15.6%)으로 45-64세 인구가 가장 많고, 65세 이상 인구가 가장 적다(Table 2). 혼인상태에서는 미혼이 252명(18.1%), 동거가 966명(69.4%), 기타(별거/이혼/사별)가 173명(12.4%)으로 동거의 비율이 가장 높다. 교육수준은 중졸 이하가 311명(22.4%), 고졸이 534명(38.4%), 대졸 이상이 546명(39.3%)으로 대졸 이상 인구가 가장 많다. 소득계층은 저소득층이 332명(23.9%), 중간소득층이 785명(56.4%), 고소득층이 274명(19.7%)을 차지하고 있다. 대상자의 세금 추가부담 의향을

살펴보면 부담 의사가 없는 사람이 970명(69.7%), 부담 의사가 있는 사람이 421명(30.3%)이었다. 인구사회학적 특성과의 교차분석결과 성별과 교육수준에 따라 세금 추가부담 의사 여부 비율은 유의미한 차이를 보였지만, 연령, 혼인상태, 소득계층에 따라서는 비율에 유의미한 차이가 없었다.

자기이해, 상징적 태도, 사회지향적 인식에 따른 독립변수 기술 통계결과를 보면 자기이해에서는 의료이용을 하지 않았거나 자주 사용하지 않는 사람들이 1,082명(77.8%), 자주 사용하는 사람들이

**Table 1.** Description of variables

Variable	Operationalized definition	Measurement
<b>Independent variable</b>		
<b>Self-interest</b>		
Frequency of health service use	Frequency of visiting or being visited by a doctor during the past 12 months	0: Never, seldom, sometimes 1: Often, very often
Treatment expectations	Availability on the best treatment when she/he becomes ill	0: Uncertain 1: Convinced
<b>Symbolic attitude</b>		
Political ideology	The party he/she votes in the 5th nationwide local election	0: Conservative 1: Progressive 2: Others/non-vote
Egalitarian	Agree on equal access to public health care regardless her/his behaviour	0: Oppose 1: Favor
<b>Sociotropic perceptions</b>		
Cause for ill-health: poverty	An idea that people suffer from severe health problems because they are poor	0: Disagree 1: Agree
Efficiency of healthcare system	Opinion on efficiency of the healthcare system in Korea	0: Inefficient 1: Efficient
Satisfaction on healthcare system	Satisfaction on the health care system in Korea	0: Dissatisfied 1: Satisfied
Trust in healthcare system	Confidence in the health care system in Korea	0: Distrusted 1: Trusted
<b>Covariates</b>		
<b>Socio-demographic</b>		
Gender	Gender (male/female)	0: Male 1: Female
Age	Age (yr)	0: 18-34 yr 1: 35-44 yr 2: 45-64 yr 3: ≥ 65 yr
Marital status	The marital status in present	0: Single 1: Married or partner 2: Others
Educational level	The highest level of school she/he has attended	0: Junior high or less 1: High school 2: College or more
Income level	Monthly average household income	0: Low-income (≤ 1,921,000) 1: Middle-income (> 1,921,000 and ≤ 5,763,000) 2: High-income (> 5,763,000)
<b>Dependent variable</b>		
<b>Welfare attitude on healthcare services</b>		
Intention of additional tax burden	How willing would you be to pay higher taxes to improve the level of health care for all people in Korea?	0: No 1: Yes

**Table 2.** General characteristics of study object

Attribute	Frequency (n= 1,391)	Intention for additional tax burden		p-value
		No (n=970)	Yes (n=421)	
Gender				0.000
Male	642 (46.2)	397 (61.8)	245 (38.2)	
Female	749 (53.8)	573 (76.5)	176 (23.5)	
Age (yr)				0.130
18-34	344 (24.7)	255 (74.1)	89 (25.9)	
35-44	372 (26.7)	256 (68.8)	116 (31.2)	
45-64	458 (32.9)	318 (69.4)	140 (30.6)	
≥ 65	217 (15.6)	141 (65.0)	76 (35.0)	
Marital status				0.334
Single	252 (18.1)	184 (73.0)	68 (27.0)	
Married or partner	966 (69.4)	671 (69.5)	295 (30.5)	
Others (separated/divorced/widowed)	173 (12.4)	115 (66.5)	58 (33.5)	
Education level				0.045
Junior high or less	311 (22.4)	223 (71.7)	88 (28.3)	
High school graduate	534 (38.4)	387 (72.5)	147 (27.5)	
College graduate or more	546 (39.3)	360 (65.9)	186 (34.1)	
Income level				0.103
Low-income	332 (23.9)	232 (69.9)	100 (30.1)	
Middle-income	785 (56.4)	561 (71.5)	224 (28.5)	
High-income	274 (19.7)	177 (64.6)	97 (35.4)	

Values are presented as number (%).

**Table 3.** Descriptive statistics of independent variables

Variable	Categorization	Frequency (n= 1,391)	Intention for additional tax burden		p-value
			No (n=970)	Yes (n=421)	
Self-interest					
Frequency of health service use	Never/seldom/sometimes	1082 (77.8)	769 (71.1)	313 (28.9)	0.042
	Often/very often	309 (22.2)	201 (65.0)	108 (35.0)	
Treatment expectations	Uncertain	605 (43.5)	445 (73.6)	160 (26.4)	0.007
	Convinced	786 (56.5)	525 (66.8)	261 (33.2)	
Symbolic attitude					
Political ideology	Conservative	463 (33.3)	322 (69.5)	141 (30.5)	0.001
	Progressive	413 (29.7)	262 (63.4)	151 (36.6)	
	Others/non-vote	515 (37.0)	386 (75.0)	129 (25.0)	
Egalitarianism	Oppose	760 (54.6)	569 (74.9)	191 (25.1)	0.000
	Favor	631 (45.4)	401 (63.5)	230 (36.5)	
Sociotropic perceptions					
Cause for ill-health: poverty	Disagree	467 (33.6)	339 (72.6)	128 (27.4)	0.099
	Agree	924 (66.4)	631 (68.3)	293 (31.7)	
Efficiency of healthcare system	Inefficient	565 (40.6)	381 (67.4)	184 (32.6)	0.122
	Efficient	826 (59.4)	589 (71.3)	237 (28.7)	
Satisfaction on healthcare system	Dissatisfied	582 (41.8)	425 (73.0)	157 (27.0)	0.023
	Satisfied	809 (58.2)	545 (67.4)	264 (32.6)	
Trust in healthcare system	Distrusted	712 (51.2)	515 (72.3)	197 (27.7)	0.031
	Trusted	679 (48.8)	455 (67.0)	224 (33.0)	

Values are presented as number (%).

309명(22.2%)으로 사용이 적은 집단의 빈도가 훨씬 높았다(Table 3). 또한 본인이 아플 때 치료를 받을 수 있을 것을 확신하는 사람들이 786명(56.5%)으로 그렇지 않은 사람들보다 13%p 가량 높았다. 상징적 태도에서는 보수가 463명(33.3%), 진보가 413명(29.7%), 기타 및 비투표 인구가 515명(37.0%)으로 나뉘었고, 평등주의에 반대하는 사람이 760명(54.6%), 동의하는 사람이 631명(45.4%)으로 반

대하는 사람이 더 많았다. 사회지향적 인식에서는 다른 사람들이 아픈 이유가 가난 때문이라고 생각하는 사람들이 924명(66.4%)으로 그렇지 않은 사람들보다 두 배 가량 높았다. 의료제도가 비효율적이라고 느끼는 사람은 565명(40.6%), 효율적이라고 느끼는 사람은 826명(59.4%)으로 더 많았다. 의료제도에 불만족 하는 사람은 582명(41.8%), 만족하는 사람은 809명(58.2%)으로 만족하는 사람

**Table 4.** Regression analysis result for the intention for additional tax burden

Classification		Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
<b>Self-interest</b>						
Frequency of health service use	Never/seldom/sometimes					
	Often/very often	1.334 <sup>†</sup> (1.064–1.672)			1.347 <sup>†</sup> (1.068–1.697)	1.477 <sup>†</sup> (1.141–1.913)
Treatment expectations	Uncertain					
	Convinced	1.392 <sup>†</sup> (1.144–1.695)			1.275* (1.034–1.573)	1.272* (1.026–1.578)
<b>Symbolic attitude</b>						
Political ideology	Conservative					
	Progressive		1.291* (1.018–1.639)		1.396 <sup>†</sup> (1.095–1.780)	1.472 <sup>†</sup> (1.142–1.899)
	Others/non-vote		0.758* (0.598–0.961)		0.816 (0.641–1.039)	0.937 (0.072–1.217)
Egalitarianism	Oppose					
	Favor		1.696 <sup>†</sup> (1.396–2.060)		1.657 <sup>†</sup> (1.362–2.016)	1.596 <sup>†</sup> (1.305–1.951)
<b>Sociotropic perceptions</b>						
Cause for ill-health: poverty	Disagree					
	Agree			1.203 (0.977–1.482)		
Efficiency of healthcare system	Inefficient					
	Efficient			0.793* (0.649–0.969)	0.806* (0.658–0.987)	0.800* (0.649–0.985)
Satisfaction on healthcare system	Dissatisfied					
	Satisfied			1.239* (1.005–1.529)	1.113 (0.893–1.387)	1.101 (0.878–1.379)
Trust in healthcare system	Distrusted					
	Trusted			1.255* (1.019–1.545)	1.224 (0.989–1.517)	1.241 (0.996–1.546)

Values are presented as odds ratio (95% confidence interval). Model 5 adjusted for socio-demographic variables (gender, age, marital status, educational attainment, and income tertile). \*0.05 ≤ p < 0.1. <sup>†</sup>0.01 ≤ p < 0.05. <sup>‡</sup>p < 0.01.

이 약 16%p 가량 높았으며, 의료제도를 불신하는 사람은 712명 (51.2%), 신뢰하는 사람은 679명(48.8%)으로 불신하는 사람이 더 많았다. 독립변수와 종속변수 간의 교차분석결과 자기이해 및 상징적 태도를 측정하는 변수들에 따라서는 세금 추가부담 의사 여부 비율이 유의미한 차이가 있었으나 사회지향적 인식에서는 의료제도 만족 및 신뢰 여부에 따라서만 세금 추가부담 의사 비율이 유의미한 차이를 보이는 것으로 나타났다.

**2. 회귀분석**

복지태도에 대한 회귀분석결과, 자기이해(model 1)에서는 의료이용을 하지 않거나 별로 이용하지 않는 사람보다 의료이용을 자주 하는 사람인 경우, 질병에 걸렸을 때 치료기대가 불확실한 사람보다 치료기대를 확신하는 사람인 경우 의료서비스 향상을 위한 세금 추가부담 의사가 각각 1.33배와 1.34배 더 높은 것으로 나타났다(Table 4). 상징적 태도(model 2)에서는 보수보다 진보적 정치성향을 가진 사람인 경우 세금을 더 낼 의향이 1.29배 높았으나, 기타정당을 지지하거나 투표를 하지 않았던 사람의 경우에는 보수적 성향의 사람에 비해 세금을 더 낼 의향이 적은 것으로 나타났다. 또한 평등주의적 의식을 가진 사람인 경우 그렇지 않은 사람에 비해 1.70배 더 세금을 낼 의향이 높았다. 사회지향적 인식(model 3)에서는 주변 사람들이 불건강한 원인이 가난 때문이라고 생각하는 것은 복지태도에 유의미한 영향을 미치지 못했지만, 그렇게 생각하는 사람일 경우 세금을 더 낼 의향이 높은 방향성을 나타냈다. 이외에 의료제도가 효율적이라고 생각하는 사람인 경우 비효율적이라고 생각하는 사람보다 세금을 더 낼 의향이 낮은 반면 만족도와 신뢰

도가 높은 사람인 경우 그렇지 않은 사람에 비해 세금 추가부담 의사가 각각 1.24배, 1.26배 높았다.

Model 4에서는 자기이해, 상징적 태도, 사회지향적 인식에 해당되는 변수들 가운데 앞선 3개 모형에서 유의미한 변수들만 포함시키는 관계로 주변 사람들의 불건강 원인이 가난이라고 생각하는 인식요인은 제외하였다. 전체 모형에서 자기이해 및 상징적 태도 요인들은 그 효과가 일관되었는데, model 2 정치성향요인에서 기타정당을 지지하거나 투표를 하지 않았던 사람인 경우 보수적 성향의 사람에 비해 세금을 더 낼 의향이 통계적으로 유의미한 수준에서 적은 것으로 나타났으나 model 4에서는 더는 유의미하지 않았다. 또한 사회지향적 인식에서 의료제도가 효율적이라고 생각하는 인식은 model 3과 마찬가지로 model 4에서도 복지태도에 유의미한 영향이 있었으나, 의료제도 만족도와 신뢰도는 model 3과 달리 유의미한 영향이 없는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 model 5에서 인구사회학적 특성 변수들을 통제한 뒤에도 마찬가지였다.

**고 찰**

한국에서의 의료서비스에 대한 복지태도를 ‘모든 사람들을 위해 의료서비스를 향상하기 위한 세금 추가부담 의사’로 측정할 결과, 자기이해와 상징적 태도요인이 주요 결정요인으로 나타났고, 사회지향적 인식은 본 연구에서는 일관된 효과를 나타내지 못하는 것으로 나타났다.

기존의 선행연구가 개인의 경제적 이해관계에 기반한 물질적 자기이해 개념을 사용한 것과는 달리 본 연구에서는 자기이해 개념



을 의료시스템에 대한 수요로 정의하고, 객관적 자기이해와 주관적 자기이해를 구분하여 살펴보았다. 자기이해 관점에서 사람들은 정치적 대상이 본인의 이해관계를 만족시킬수록 대상에 대해 훨씬 더 긍정적인 태도를 형성하게 된다는 점을 고려하면[28], 의료서비스를 자주 이용하거나 본인이 심각한 질병에 걸렸을 때 치료를 잘 받을 수 있다는 확신이 있을 때 의료서비스 향상을 위한 세금 추가 부담 의사가 높은 것은 당연하다.

상징적 태도에 해당되는 정치성향과 평등주의 이념에 대한 가치 및 신념은 친복지적 태도와 밀접한 연관을 가질 것으로 예측된다[7]. 본 연구에서는 의료서비스에 대한 복지태도에서도 상징적 태도의 영향력은 유의미하게 나타났는데 이는 기존의 여러 복지태도 선행연구에서 보수보다는 진보의 정치성향을 가질수록 복지확장을 지지하고[17,24,29,44], 평등주의적 이념을 가진 사람일수록 정부의 책임에 긍정적인 태도를 보이는 것과[40] 같은 맥락에 있다고 볼 수 있다.

사회지향적 인식요인에 있어 기존의 복지태도 연구에 따르면 개인마다 사회경제적 상태가 좋거나 그렇지 않은 이유를 개인 문제인지, 외부 영향으로 생각하는지에 따라 정부의 재분배정책을 선호하는 입장이 다르다[22,45]. 이를 바탕으로 불건강의 원인이 가난이라는 외적 요인에 의한 것이라고 생각하는 경우 그렇지 않은 경우에 비해 의료서비스에 대한 세금 지불 의사가 높을 것으로 예상했으나 그러한 결과는 나타나지 않았다. 의료서비스 분야에서 정부 역할에 대한 대중의 지지가 개인의 지불 용의와는 같지 않기 때문인 것이 한 가지 원인이 될 수 있을 것이다[46]. 주변 사람들이 아픈 원인이 가난이라고 동의하는 사람이 정부의 의료서비스 확장을 지지할 수는 있지만 본인이 재정적으로 그것을 부담하려고 하는 것은 다른 차원의 문제이기 때문인 것이다. 마찬가지로 의료제도 자체에 대한 여러 인식들도 세금 추가부담 의사에는 별다른 영향을 미치지 못했다. 효율성에 대한 인식은 오히려 부정적인 복지태도와 관련이 있었고, 만족도 및 신뢰도는 효과가 일관되지 않았다. 이러한 원인으로서는 의료제도에 대한 인식이 복지태도에 영향을 미치는 메커니즘이 다른 요인들과 다르거나 의료제도에 대한 인식이 의료서비스 확대를 위한 세금 추가부담 의사와는 별개의 문제로 작용하는 것일 수도 있다. 또는 기존의 복지태도 연구에서처럼 의료제도 자체에 대한 인식보다는 정부에 대한 신뢰나 사회적 신뢰와 같은 외부 요인이 더 중요할 가능성도 있다[27,37,47].

복지태도는 개인의 다양한 이해관계뿐만 아니라 사회에 대한 전반적인 인식이 상호작용하여 나타나는 결과이므로 실질적으로 그 개념이 모호하고, 결정요인 또한 상이하다. 본 연구에서 다른 의료서비스에 대한 복지태도는 의료서비스 향상을 위한 재정적 기반과 연관하여 행동적 측면을 반영하는 중요한 정보라 할 수 있다. 한국 사회에서 정부의 복지확장을 지지하면서도 세금을 낼 의향은 적은 이중적인 태도는 계속해서 문제로 지적되고 있다. 그럼에도 불구하고

고 자기이해요인과 상징적 태도요인은 모든 사람들을 위한 의료서비스 향상을 위해 세금을 더 낼 의사를 결정짓는 주요 원인으로 나타났다. 의료서비스를 많이 이용하며, 본인이 아플 때 의료서비스를 받을 수 있을 것이라는 주관적 기대에 대한 확신을 가질 때 세금 추가부담 의사가 높다는 것은 그만큼 의료서비스의 보장성이 확보되어 있어야 한다는 것을 시사한다. 반면 사회지향적 인식요인들은 일관된 영향을 미치지 못했으며, 이 부분에서 향후 심층적인 분석이 필요하다.

본 연구의 의의는 경제, 교육, 보건영역을 포괄하는 복지 전반에 대한 지지, 인식을 복지태도로 살펴본 선행연구와 달리 의료서비스에 대한 복지태도로 종속변수를 구체화했다는 점이다. Kim (2011)은 개별 제도들에 대한 인식 메커니즘이 동일하다고 가정하고 이들을 묶어 총체적인 복지국가에 대한 태도를 측정해온 경향은 비판받을 여지가 있다고 지적한 바 있다[10](Kim 2011). 또한 복지태도의 결정요인을 다양한 차원에서 살펴보고자 시도했다는 점에서 의의가 있다. 기존의 복지태도 연구에서는 이론적 틀을 활용하지 않고, 계급, 소득, 인구사회학적 특성과 같이 단편적인 요인들의 영향력을 살펴보는데 그치는 경우가 많았다. 하지만 본 연구에서는 자기이해, 상징적 태도, 사회지향적 인식이라는 세 가지 이론에 따른 요인들이 복지태도에 미치는 영향을 바탕으로 이론들을 검증할 수 있었다. 비록 사회지향적 인식요인들의 효과가 일관되게 나타나지 못해 해석에 한계가 있지만, 이외에 자기이해 및 상징적 태도요인들은 긍정적인 복지태도를 형성하는 결정요인인 것으로 나타났다.

한편, 의료서비스에 초점을 맞춘 복지태도에 대한 선행연구가 거의 없는 관계로 본 연구는 기존의 포괄적인 복지태도에서 이루어지는 논의를 의료적 맥락에서 재해석해야만 하는 한계가 있었다. 독립변수의 경우 많은 부분에서 조작적 정의가 이루어졌으나 논쟁의 여지가 있는 것이 사실이며, 의료서비스 및 의료제도에 대한 인식을 묻는 설문문항을 사용하여 측정하였으나, 의료서비스에 대한 구체적인 정의가 부재하다. 뿐만 아니라 학계에서도 복지태도의 개념이 모호할뿐더러 본 연구에서도 '세금 추가부담에 대한 태도'라는 일부분을 사용하여 복지태도를 측정하고 있어 의료서비스에 대한 전반적인 복지태도를 살펴보기에는 단편적이라는 지적을 받을 수 있다. 전반적으로 포괄적인 복지태도가 아닌 구체적인 영역에서의 복지태도에 대한 지속적인 연구가 필요하며, 복지태도를 파악하는 것이 사회정책 운영의 근간이 되는 만큼 태도의 결정요인은 다양한 차원에서 심층적으로 분석되어야 할 것이다.

## 감사의 글

본 논문은 2016년도 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 연구되었다(NRF-2016S1A3A2923475).

## REFERENCES

1. Page BI, Shapiro RY, Dempsey GR. What moves public opinion? *Am Polit Sci Rev* 1987;81(1):23-43. DOI: <https://doi.org/10.2307/1960777>.
2. Hasenfeld Y, Rafferty JA. The determinants of public attitudes toward the welfare state. *Soc Forces* 1989;67(4):1027-1048. DOI: <https://doi.org/10.1093/sf/67.4.1027>.
3. Page BI, Shapiro RY. Effects of public opinion on policy. *Am Polit Sci Rev* 1983;77(01):175-190. DOI: <https://doi.org/10.2307/1956018>.
4. Kim SY. A study on the determinants of Koreans' welfare consciousness: focusing on state's responsibilities upon public agenda. *Surv Res* 2010; 11(1):87-105.
5. Ham CH, Lee JS. The analysis of factors influencing on welfare attitude of local resident: focus on self-interest, socialization, ideology, and attitude on the recipient. *J Soc Sci* 2010;26(4):299-325.
6. Ryu JS. The characteristics and determinants of welfare attitudes. *Korean J Soc Welf* 2004;56(4):79-101.
7. Kwon S. The study on determinants of welfare attitudes to child care services. *Soc Sci Res Rev* 2012;28(4):205-230.
8. Lee JS. The analysis of factors influencing on welfare attitudes. *Soc Welf Policy* 2009;36(4):73-99. DOI: <https://doi.org/10.15855/swp.2009.36.4.73>.
9. Kim TI, Choi HJ. The changes of public attitude to welfare state. *Korean Soc Secur Stud* 2011;27(2):331-356.
10. Ahn SH, Park JY, Kim SW. The effect of housing-related material interests on Koreans' welfare attitudes: focusing on the variables related to the "housing status". *Soc Welf Policy* 2013;40(4):375-398. DOI: <https://doi.org/10.15855/swp.2013.40.4.375>.
11. Joo E, Baek J. Class, public welfare experience and welfare attitudes in Korea. *Korean J Soc Welf Stud* 2007;34:203-225. DOI: <https://doi.org/10.16999/kasws.2007.34.203>.
12. Lee HN, Lee MR. A study on factors affecting welfare attitudes of Korean: analyzing effects of equity perception. *Health Soc Welf Rev* 2010; 30(2):254-286. DOI: <https://doi.org/10.15709/hswr.2010.30.2.254>.
13. Sihvo T, Uusitalo H. Attitudes towards the welfare state have several dimensions. *Int J Soc Welf* 1995;4(4):215-223. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.1995.tb00107.x>.
14. Roh DM, Jeon JH. Study on welfare attitudes in Korea. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2011.
15. Taylor-Gooby P. Attitudes to welfare. *J Soc Policy* 1985;14(1):73-81. Cited from Choi G, Ryu JS. On the trend and characteristics of welfare consciousness in Korea: the duality of responsibility and commitment in social welfare. *Korean J Soc Welf Stud* 2000;16:223-254.
16. Busemeyer MR. Inequality and the political economy of education: an analysis of individual preferences in OECD countries. *J Eur Soc Policy* 2012;22(3):219-240. DOI: <https://doi.org/10.1177/0958928712440200>.
17. Goerres A, Tepe M. Doing it for the kids?: the determinants of attitudes towards public childcare in unified Germany. *J Soc Policy* 2012;41(2): 349-372. DOI: <https://doi.org/10.1017/s0047279411000754>.
18. Wendt C, Kohl J, Mischke M, Pfeifer M. How do Europeans perceive their healthcare system?: patterns of satisfaction and preference for state involvement in the field of healthcare. *Eur Sociol Rev* 2009;26(2):177-192. DOI: <https://doi.org/10.1093/esr/jcp014>.
19. Ullrich CG. Reciprocity, justice and statutory health insurance in Germany. *J Eur Soc Policy* 2002;12(2):123-136. DOI: <https://doi.org/10.1177/0952872002012002111>.
20. Kulin J, Svallfors S. Class, values, and attitudes towards redistribution: a European comparison. *Eur Sociol Rev* 2011;29(2):155-167. DOI: <https://doi.org/10.1093/esr/jcr046>.
21. Blekesaune M. Economic conditions and public attitudes to welfare policies. *Eur Sociol Rev* 2007;23(3):393-403. DOI: <https://doi.org/10.1093/esr/jcm012>.
22. Linos K, West M. Self-interest, social beliefs, and attitudes to redistribution: re-addressing the issue of cross-national variation. *Eur Sociol Rev* 2003;19(4):393-409. DOI: <https://doi.org/10.1093/esr/19.4.393>.
23. Jakobsen TG. Public versus private: the conditional effect of state policy and institutional trust on mass opinion. *Eur Sociol Rev* 2009;26(3):307-318. DOI: <https://doi.org/10.1093/esr/jcp023>.
24. Kim YT, Seo JW. Welfare attitude and welfare institution in Korea: public support for welfare institutions. *J Korean Soc Trends Perspect* 2014;331-378.
25. Kim SH, Hong GJ. A study on the welfare attitude of Seoul citizens using the latent class analysis. *Soc Welf Policy* 2010;37(2):95-121. DOI: <https://doi.org/10.15855/swp.2010.37.2.95>.
26. Sears DO, Funk CL. The role of self-interest in social and political attitudes. *Adv Exp Soc Psychol* 1999;24:1-91. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60327-5](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60327-5).
27. Geum HS, Paek SJ. Ideology, political trust and policy support. *Korean J Public Adm* 2010;48(4):201-228.
28. Kumlin S. The personal and the political: how personal welfare state experiences affect political trust and ideology. New York (NY): Palgrave Macmillan; 2004.
29. Jaeger MM. What makes people support public responsibility for welfare provision: self-interest or political ideology?: a longitudinal approach. *Acta Sociol* 2006;49(3):321-338. DOI: <https://doi.org/10.1177/0001699306067718>.
30. Gevers J, Gelissen J, Arts W, Muffels R. Public health care in the balance: exploring popular support for health care systems in the European Union. *Int J Soc Welf* 2000;9(4):301-321. DOI: <https://doi.org/10.1111/1468-2397.00141>.
31. Andersen R, Curtis J. Social class, economic inequality, and the convergence of policy preferences: evidence from 24 modern democracies. *Can Rev Sociol* 2015;52(3):266-288. DOI: <https://doi.org/10.1111/cars.12077>.
32. Jeon HJ, Seo DH. The empirical study on welfare attitude of Koreans: focusing on welfare preference, attitude on tax increase. *Soc Work Pract Res* 2015;12(2):32-62.
33. Naumann E, Buss C, Bahr J. How unemployment experience affects support for the welfare state: a real panel approach. *Eur Sociol Rev* 2015; 32(1):81-92. DOI: <https://doi.org/10.1093/esr/jcv094>.
34. Owens LA, Pedulla DS. Material welfare and changing political preferences: the case of support for redistributive social policies. *Soc Forces* 2014;92(3):1087-1113. DOI: <https://doi.org/10.1093/sf/sot101>.
35. Kim YT, Yoo SH, Lee HH. Political dynamics of welfare attitudes in Korea: reevaluation of the end of class politics and political opportunities. *J Korean Stud* 2013;45:183-212. DOI: <https://doi.org/10.17790/kors.2013.45.183>.
36. Kim HJ. A study of the relation between class and the welfare attitudes and regulating effects of education. *Korea Soc Policy Rev* 2013;20(2):35-68. DOI: <https://doi.org/10.17000/kspr.20.2.201306.35>.
37. Lee HW. Influence of trust of government on social welfare programs: types of welfare states, quality of government and self-interest. *Korean J Int Relat* 2013;53(2):249-280.
38. Kim SH. The experience effect of social welfare service for the elderly on welfare perception: double difference analysis using propensity score matching (PSM). *Korea Soc Policy Rev* 2012;19(1):9-38. DOI: <https://doi.org/10.17000/kspr.19.1.201203.9>.
39. Kim SH. The effect of subjective perception on preference for the universality of the welfare system: the approach using instrument variables. *Korean J Soc Welf Stud* 2010;41(3):213-239. DOI: <https://doi.org/10.16999/kasws.2010.41.3.213>.

40. Blekesaune M, Quadagno J. Public attitudes toward welfare state policies: a comparative analysis of 24 nations. *Eur Sociol Rev* 2003;19(5):415-427. DOI: <https://doi.org/10.1093/esr/19.5.415>.
41. Edlund J. The influence of the class situations of husbands and wives on class identity, party preference and attitudes towards redistribution: Sweden, Germany and the United States. *Acta Sociol* 2003;46(3):195-214. DOI: <https://doi.org/10.1177/00016993030463002>.
42. Vilhjalmsson R. Public views on the role of government in funding and delivering health services. *Scand J Public Health* 2016;44(5):446-454. DOI: <https://doi.org/10.1177/1403494816631872>.
43. Timberlake JM, Rasinski KA, Lock ED. Effects of conservative sociopolitical attitudes on public support for drug rehabilitation spending. *Soc Sci Q* 2001;82(1):184-196. DOI: <https://doi.org/10.1111/0038-4941.00016>.
44. Klugman J, Walters PB, Stuber JM, Rosenbaum MS. Social status, values, and support for reform in education. *Soc Sci J* 2011;48(4):722-734. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socij.2011.03.011>.
45. Fong C. Social preferences, self-interest, and the demand for redistribution. *J Public Econ* 2001;82(2):225-246. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0047-2727\(00\)00141-9](https://doi.org/10.1016/s0047-2727(00)00141-9).
46. Schlesinger M, Lee T. Is health care different?: popular support of federal health and social policies. *J Health Polit Policy Law* 1993;18(3):551-628. DOI: <https://doi.org/10.1215/03616878-18-3-551>.
47. Gerxhani K, Koster F. 'I am not alone': understanding public support for the welfare state. *Int Sociol* 2012;27(6):768-787. DOI: <https://doi.org/10.1177/0268580911423060>.

**Appendix 1. Socio-demographic characteristics by self-interest**

Attribute	Frequency (n= 1,392)	Frequency of health service use			Treatment expectations		
		Never/seldom/ sometimes (n= 1,082)	Often/very often (n= 309)	p-value	Uncertain (n= 605)	Convinced (n= 786)	p-value
Gender				0.001			0.062
Male	642 (46.2)	525 (81.8)	117 (18.2)		262 (40.8)	380 (59.2)	
Female	749 (53.8)	557 (74.4)	192 (25.6)		343 (45.8)	406 (54.2)	
Age (yr)				0.000			0.001
18-34	344 (24.7)	293 (85.2)	51 (14.8)		160 (46.5)	184 (53.5)	
35-44	372 (26.7)	331 (89.0)	41 (11.0)		183 (49.2)	189 (50.8)	
45-64	458 (32.9)	358 (78.2)	100 (21.8)		166 (36.2)	292 (63.8)	
≥ 65	217 (15.6)	100 (46.1)	117 (53.9)		96 (44.2)	121 (55.8)	
Marital status				0.000			0.001
Single	252 (18.1)	218 (86.5)	34 (13.5)		124 (49.2)	128 (50.8)	
Married/partner	966 (69.4)	771 (79.8)	195 (20.2)		389 (40.3)	577 (59.7)	
Others (separated/divorced/widowed)	173 (12.4)	93 (53.8)	80 (46.2)		92 (53.2)	81 (46.8)	
Education level				0.000			0.603
Junior high or less	311 (22.4)	165 (53.1)	146 (46.9)		143 (46.0)	168 (54.0)	
High school graduate	534 (38.4)	441 (82.6)	93 (17.4)		229 (42.9)	305 (57.1)	
College graduate or more	546 (39.3)	476 (87.2)	70 (12.8)		233 (42.7)	313 (57.3)	
Income level				0.000			0.021
Low-income	332 (23.9)	178 (53.6)	154 (46.4)		162 (48.8)	170 (51.2)	
Middle-income	785 (56.4)	667 (85.0)	118 (15.0)		340 (43.3)	445 (56.7)	
High-income	274 (19.7)	237 (86.5)	37 (13.5)		103 (37.6)	171 (62.4)	

Values are presented as number (%).

**Appendix 2. Socio-demographic characteristics by symbolic attitudes**

Attribute	Frequency (n= 1,391)	Political ideology				Egalitarianism		
		Conservative (n= 463)	Progressive (n= 413)	Others/non-vote (n= 515)	p-value	Oppose (n= 760)	Favor (n= 631)	p-value
Gender					0.000			0.033
Male	642 (46.2)	247 (38.5)	197 (30.7)	198 (30.8)		331 (51.6)	311 (48.4)	
Female	749 (53.8)	216 (28.8)	216 (28.8)	317 (42.3)		429 (57.3)	320 (42.7)	
Age (yr)					0.000			0.124
18-34	344 (24.7)	53 (15.4)	91 (26.5)	200 (58.1)		201 (58.4)	143 (41.6)	
35-44	372 (26.7)	90 (24.2)	137 (36.8)	145 (39.0)		186 (50.0)	186 (50.0)	
45-64	458 (32.9)	207 (45.2)	141 (30.8)	110 (24.0)		257 (56.1)	201 (43.9)	
≥ 65	217 (15.6)	113 (52.1)	44 (20.3)	60 (27.6)		116 (53.5)	101 (46.5)	
Marital status					0.000			0.366
Single	252 (18.1)	42 (16.7)	64 (25.4)	146 (57.9)		143 (56.7)	109 (43.3)	
Married/partner	966 (69.4)	363 (37.6)	308 (31.9)	295 (30.5)		516 (53.4)	450 (46.6)	
Others (separated/divorced/widowed)	173 (12.4)	58 (33.5)	41 (23.7)	74 (42.8)		101 (58.4)	72 (41.6)	
Education level					0.000			0.149
Junior high or less	311 (22.4)	124 (39.9)	83 (26.7)	104 (33.4)		185 (59.5)	126 (40.5)	
High school graduate	534 (38.4)	170 (31.8)	137 (25.7)	227 (42.5)		285 (53.4)	249 (46.6)	
College graduate or more	546 (39.3)	169 (31.0)	193 (35.3)	184 (33.7)		290 (53.1)	256 (46.9)	
Income level					0.003			0.225
Low-income	332 (23.9)	132 (39.8)	75 (22.6)	125 (37.7)		195 (58.7)	137 (41.3)	
Middle-income	785 (56.4)	243 (31.0)	241 (30.7)	301 (38.3)		420 (53.5)	365 (46.5)	
High-income	274 (19.7)	88 (32.1)	97 (35.4)	89 (32.5)		145 (52.9)	129 (47.1)	

Values are presented as number (%).