

의료서비스경험자의 보건의료제도 인식도와 영향 요인

서영우¹, 박초열¹, 박영희^{2†}

¹부산가톨릭대학교 일반대학원 병원경영학전공, ²부산가톨릭대학교 병원경영학과

Health Care System Recognition and Influential Factors of Health Care Experiences

Young-Woo Seo¹, Cho-Yeal Park¹, Young-Hee Park^{2†}

¹Graduate School of Catholic University of Pusan,

²Department of HCM Catholic University of Pusan

<Abstract>

Objectives : This study was performed to investigate health care system recognition and influential factors using the data from the “2017 Health Care Experience Survey”. **Methods** : Data on 7,000 participants in the Health Care Experience Survey were drawn and statistically examined using a t-test, ANOVA, and multiple regression analysis. **Results** : First, the significant factors of health care service satisfaction were education, income, region, chronic diseases, unmet medical needs, satisfaction with doctors and institutions, and the health care system’s reliability and importance. Second, the influential factors of willingness to pay additional health insurance premium were age, occupation, income, health status, chronic diseases, unmet medical needs, satisfaction with health care institutions, limit to utilization of medical services, necessity of health care reform, and the health care system’s reliability, satisfaction, importance. **Conclusions** : Since the additional burden for improving the health care has been negative to the socially disadvantaged, there should be efforts to provide stable health care funding for financial stability of the health insurances by considering public opinions and reaching social consensus.

Key words: Health Care System Recognition, Health Care Experience Survey, Health Institution Satisfaction, Health Insurance Premium

† Corresponding author : Young-Hee Park(yhpark@cup.ac.kr), Department of Health Care Management, Catholic University of Pusan

• Received : Oct 23, 2018

• Revised : Nov 28, 2018

• Accepted : Dec 12, 2018

I. 서론

보건의료제도는 국가가 국민들에게 예방, 치료, 재활서비스 등의 의료서비스를 제공하는 종합적인 체계로 여기에는 의료자원의 배분, 의료서비스의 접근, 건강보험, 보건의료법, 국가의 의료비 지원 등이 포함된다. 한 나라의 보건의료제도는 그 나라의 사회경제적 체계와 자원조달의 형태에 따라 역사적으로 형성되고 발전해 나가며 궁극적으로 국민의 만족과 건강의 향상이라는 성과를 지향해 나간다. WHO(2000)는 국민의 건강 향상이 보건의료제도의 궁극적인 목표이며, 이를 달성하기 위해서 국민 간 재정 부담의 공정성을 실현하고, 국민의 보건의료제도에 대한 반응성을 높여야 한다고 설명하고 있다[2].

보건의료제도의 체계적인 관리와 가치 지향적인 운영을 위해서는 양적인 측면에서뿐만 아니라 질적인 측면에서의 욕구 또한 균형 있게 파악할 필요가 있다[1]. WHO와 OECD는 각 국가에게 보건의료제도에 대한 국민의 반응성과 기대 수준을 점검할 것과 국민의 의료서비스 이용 경험을 확인할 것을 지속해서 독려하고 있다[3]. 이에 보건복지부에서는 보건의료서비스 개선의 일환으로 국내 의료기관의 서비스 수준을 파악하고 국제 서비스 수준과의 비교 및 정책적 방향을 설정하기 위한 자료로 활용하기 위해 국민의 보건의료제도에 대한 인식과 의료기관 서비스에 대한 이용자의 반응성을 조사하는 『2017년도 의료서비스경험 조사』를 시행하였다[1].

우리나라의 보건의료제도는 1977년 도입되어 1989년 7월 완성된 국민건강보험제도를 근간으로 발전되어 왔다. 국민건강보험은 2000년 직장건강보험과 지역건강보험 조직을 통합하여 전 국민을 대상으로 하는 단일한 건강보험체제로 확립되어, 국민의 건강권을 보호하는 사회안전망으로서 중요한 역할을 담당하면서 보건의료체계의 중심축으로 기

능하고 있다. 현재 우리나라는 고령화가 빠르게 진행되고 있고, 그에 따라 의료비 지출이 급격히 증가하고 있으며, 국민건강보험의 보장률은 2008년 62.2%를 달성한 이래, 2015년 63.4%, 2016년 62.6%로[4] 나타나 보장성이 답보상태에 있다. '14~15년도에 일시적으로 비급여 진료비 증가가 억제되었지만, 2016년도에는 다시 비급여 진료비가 증가한 것으로 볼 때, 비급여 풍선효과가 여전히 발생하고 있음을 확인할 수 있다[5]. 현재 문재인정부에서는 "병원비 걱정없는 든든한 나라"라는 목표를 세우고 건강보험 보장성 강화정책을 시행하고 있다. 건강보험 보장성 강화라는 중요한 가치를 실현하기 위해서는 건강보험재정 확대와 그를 위한 보험료 인상이 뒷받침되어야 할 것이고, 이를 위한 국민들의 공감대 형성이 필요하며, 보험료를 납부하는 가입당사자들의 공동체로서의 연대감, 정책에 대한 국민적 동의가 매우 중요하다. 국가는 의료보장정책의 수혜대상이자 건강보험 재정부담의 주체가 되는 국민들이 보건의료제도와 보장성 강화에 대해 인구사회학적 특성 및 의료이용 특성별로 어떻게 인식하고 있는지를 파악하여 이를 바탕으로 국민들의 실질적 기대에 부응하는 보건의료제도와 건강보험 정책을 수립해 나가야 할 것이다. 복지제도의 정당성은 사회구성원들의 긍정적이고 지지적인 태도 및 의식을 기반으로 하며, 이러한 우호적인 태도는 복지정치 공간에서 의사결정의 중요한 원천으로 작용하여 복지정책의 확대를 가져올 가능성이 높기 때문이다[6][7].

우리나라 보건의료제도에 대한 인식 관련 연구는 『한국복지패널』에서 3년 주기로 병행 수행되고 있는 복지조사에서 건강보험 역할과 재정 확충, 보건의료정책 만족도를 조사하고 있어 이 자료를 이용한 연구들이 있으나[8][9], 세부적인 보건의료제도에 관한 인식은 조사되지 않고, 응답자의 건강상태나 의료이용에 관한 정보는 미흡하여 이와 관련한 분석에는 제한점이 있다. 국민건강보험

공단에서 간간이 수행되는 『건강보험제도 국민 인식 조사』 [10]는 원시자료가 공개되지 않고 있으며, 표본수가 2,000명으로 비교적 적은 편이고, 건강보험제도에 대한 인식 중심으로 되어있어, 인구·사회경제적 특성 및 의료이용 관련 요인별로 보건의료제도 전반에 관한 국민의 인식을 거시적으로 조망할 수 없다는 점이 있다. 이에 각종 복지제도에 국민의 의견을 활발히 표출하고 요구하고 있는 현황에서 보건의료제도에 대한 가장 최근의 국민 인식을 조사한 『2017년도 의료서비스경험 조사』의 원자료를 활용하여 보건의료제도의 인식 현황과 영향 요인을 분석하고자 한다. 이 조사에는 건강상태, 의료이용에 따른 의사, 간호사 및 의료기관 만족도, 미충족의료 및 보건의료제도 만족도 관련 6문항을 조사하고 있으므로, 실제 의료를 이용한 사람들의 보건의료제도에 관한 인식을 인구사회학적 요인 및 건강상태·의료이용에 따라 분석하고, 보건의료제도 만족도, 보건의료제도 변화의 필요성, 보건의료제도 개선을 위한 보험료 추가부담 의향 등의 인식에 영향을 주는 요인을 분석하여, 국민의 수요와 의견을 반영하여 보건의료제도를 발전시킬 수 있는 정책기초자료를 제공하고자 한다. 본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

첫째, 의료서비스 경험자들의 인구·사회학적 특성과 건강상태, 의료이용, 미충족의료 경험 여부별로 '보건의료정책의 상대적 중요도', '보건의료제도 신뢰도', '비용부담으로 인한 의료서비스 이용제한성', '보건의료제도 만족도', '보건의료제도 변화의 필요성', '건강보험료 추가부담 의향'을 파악한다. 둘째, '보건의료제도 만족도', '보건의료제도 변화의 필요성', '건강보험료 추가부담 의향'에 영향을 주는 인구사회학적 요인 및 건강요인, 의료만족도 요인, 보건의료제도 인식도 요인을 파악한다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 의료서비스경험자의 보건의료제도 인식도와 영향 요인을 파악하기 위해 「2017년 의료서비스경험조사」 조사자료를 활용한 이차자료 분석연구이다.

2. 연구자료 및 연구대상

본 연구는 『2017년 의료서비스경험조사』의 원시자료를 통계청 소속 MDIS(Microdata Integrated Service)에서 제공받아 응답자 중 19세 이상의 건강보험 대상자 중에서 실제 입원 및 외래로 의료기관을 이용한 경우만을 추출하여 시행하였다. 『의료서비스경험 조사』는 국민의 의료서비스 이용 경험을 확인함으로써 의료이용 실태를 질적인 관점에서 살펴보고, OECD 등 국제기구가 요구하는 '환자 경험 지표'를 생산하여 의료의 질적 수준에 대한 국제 비교 가능성을 높이고자 한국보건사회연구원에서 2017년부터 1년 주기로 시행하는 조사로 전국 일반가구의 만 15세 이상 모든 가구원을 대상으로 면접조사로 진행하며, 2017년 조사는 10월 10일~11월 3일에, 2015년 인구주택총조사 조사를 기초로 확률비례계통추출방법으로 5,000가구를 표본으로 선정하여, 총 11,098명을 조사하였다. 본 연구에서는 의료이용체계와 재원조달체계가 상이한 의료급여 대상자를 제외한 건강보험 적용대상자만을 선정하였고, 실제 의료를 이용한 사람들의 의료서비스 경험과 관련하여 보건의료제도에 대한 인식을 주로 분석하기 위하여 19세 이상의 건강보험대상자 중 2017년 실제 의료이용 경험자 7,600명을 연구대상으로 하였다.

3. 연구도구

1) 인구·사회학적 특성

인구사회학적 특성은 원시자료에서 조사한대로 성별, 연령, 교육수준, 직업, 가구소득, 거주지역을 선정하였다. 연령은 19~34세, 35~49세, 50~64세, 65세 이상으로 분류하였다. 교육수준은 제공 자료에 따라 초등교육이하, 중등교육(중학교와 고등학교 졸업), 고등교육(전문대학 이상 졸업)으로 분류하였다. 가구소득은 제공 자료에 따라 150만원 미만, 150~350만원 미만, 350~550만원 미만, 550만원 이상으로 분류하였다. 직업은 원 자료 분류에 따라 임금근로자, 자영업·고용주, 주부, 학생, 무직(기타 포함)으로 분류하였다. 거주 지역은 동 지역과 읍면 지역으로 분류하였다.

2) 건강상태 및 의료이용 특성

건강상태 및 의료이용 변수는 '주관적 건강상태(5점 척도)', '1년 이상 만성질환' 여부, '2017년 입원 혹은 외래 이용' 여부, 1년 이내 '비용부담으로 인한 미충족의료경험' 여부로 선정하였다. 1년 이내 '비용부담으로 인한 미충족의료'는 '비용부담으로 의료기관 방문포기', '비용부담으로 진료포기', '비용부담으로 의약품 구매포기'의 세 변수중 하나라도 해당되는 경우로 선정하였다.

3) 의사, 간호사 및 의료기관 만족도

입원이나 외래 이용 경험이 있는 응답자들에게 최근 본인이 이용한 의료기관에서의 의사만족도(외래 6문항, 입원 5문항), 간호사 만족도(외래 2문항, 입원 4문항), 의료기관 만족도(외래 5문항, 입원 5문항)를 5점 척도로 측정하고 있다. 외래이용 경험만 있는 사람은 외래 의사 및 간호사, 의료기관 만족도를, 입원경험과 외래경험이 모두 있는 사람은 두 분야를 평균하여 의사 및 간호사, 의료기관 만족도를 산출하여 사용하였다.

4) 보건의료제도 인식도

보건의료제도 인식도를 '보건의료제도 신뢰도

(우리나라 보건의료제도를 신뢰한다)', '보건의료정책의 상대적 중요도(보건의료정책이 다른 정책보다 중요하다)', '비용부담으로 인한 의료서비스이용 제한성(많은 사람들이 금전적인 이유로 필요한 의료서비스를 이용하지 못한다)', '보건의료제도 만족도(우리나라 보건의료제도에 만족한다)', '보건의료제도 변화의 필요성(우리나라의 보건의료제도는 변화할 필요가 있다)', '건강보험료 추가부담 의향(보건의료제도의 개선-의료비부담 경감, 보장성 확대를 위해 필요하다면 건강보험료를 추가적으로 지불할 의향이 있다)'의 6개 항목으로 선정하였다. 이 변수들은 1점 '매우 그렇지 않다', 5점 '매우 그렇다'의 5점 척도이다.

5) 분석 방법

분석방법은 첫째, 인구사회학적 특성과 건강상태 및 의료이용 특성별로 '보건의료정책의 상대적 중요도', '보건의료제도 신뢰도', '비용부담으로 인한 의료서비스이용 제한성', '보건의료제도 만족도', '보건의료제도 변화의 필요성', '건강보험료 추가부담 의향' 인식이 차이가 나는지 검증하기 위해서 독립표본 t-test 및 ANOVA, Scheffe 검증을 사용하였다.

둘째, '보건의료제도 만족도', '보건의료제도 변화의 필요성', '건강보험료 추가부담 의향'에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해 이들 3개 변수 각각을 종속변수로 다중 회귀분석을 실시하였다. '보건의료제도 만족도' 회귀분석에서는 독립변수를 인구사회학적 특성(성, 연령구분, 교육수준, 직업, 가구소득, 지역구분), 건강상태(주관적 건강수준, 1년간 만성질환 여부) 및 의료이용 변수(2017년 입원 혹은 외래 이용 여부, 비용부담 미충족의료 여부), 입원과 외래에서의 의사 및 간호사, 의료기관 만족도 평균, 보건의료제도 인식도 3개 항목('보건의료정책의 상대적 중요도', '보건의료제도 신뢰도', '비용부담으로 인한 의료서비스이용 제한성')로 선

정하였다. '보건의료제도 변화의 필요성'은 '보건의료제도 만족도' 회귀분석의 독립변수에 '보건의료제도 만족도'의 영향력을 확인하기 위하여 독립변수로 추가하였고, '건강보험료 추가부담 의향'은 '비용부담으로 인한 의료서비스이용 제한성' 회귀분석의 독립변수에 '비용부담으로 인한 의료서비스이용 제한성'의 영향력을 확인하기 위하여 독립변수로 추가하였다.

자료의 통계분석은 SPSS 25.0 프로그램을 사용하여 시행하였다.

III. 연구결과

1. 연구대상자의 인구사회학적 및 의료이용 특성

본 연구의 분석 대상자는 『2017년도 의료서비스경험 조사』의 19세 이상 건강보험 대상자 응답자 10,288명 중 2017년에 실제 입원이나 외래를 이용한 경험이 있는 7,600명이었다.

성별로는 남자가 43.1%, 여자가 56.9%이었고, 연령별로는 19~34세가 15.7%, 35~49세가 24.0%, 50~64세가 34.4%, 65세 이상이 25.9%였다. 교육수준은 중등교육이 54.2%로 가장 많았고, 다음으로 고등교육 32.2%, 초등교육 이하 13.6%순이었다. 직업은 임금근로자가 36.8%로 가장 많았고, 다음으로 주부 26.8%, 자영업·고용주 19.4%, 무직(기타 포함) 12.3%, 학생 4.7% 순이었다. 가구소득은 150~350만원 미만이 34.4%로 가장 많았고, 다음으로 350~550만원 미만 30.5%, 550만원 이상 18.0%, 150만원 미만 17.1%순이었다. 거주 지역은 동 지역이 70.6%, 읍면 지역이 29.4%였다. 주관적 건강수준은 좋은 편이다가 57.1%로 가장 높았고, 보통이 32.1%였다. 만성질환자가 36.6%였고, 2017년 입원 이용자가 8.0%, 외래만 이용한 사람이 92.0%였다. 비용부담으로 인한 미충족의료 경험자는 5.7%였다

<Table 1>.

<Table 1> Socio-demographic & medical use characteristics of subjects

Variables	Category	N	%
Gender	Male	3,276	43.1
	Female	4,324	56.9
Age(years)	19-34	1,196	15.7
	35-49	1,822	24.0
	50-64	2,614	34.4
	Over 65	1,968	25.9
Education	Elementary education	1,031	13.6
	Secondary education	4,121	54.2
	Higher education	2,448	32.2
Occupation	Paid worker	2,799	36.8
	Self-employed, Employer	1,471	19.4
	Housewife	2,040	26.8
	Student	357	4.7
	Unemployed, Others	933	12.3
Household income/month (10,000 won)	<150	1296	17.1
	150~350	2618	34.4
	350~550	2318	30.5
	≥550	1368	18.0
Region	Urban	2,235	29.4
	Rural	5,365	70.6
Health status	Poor	818	10.8
	Moderate	2,439	32.1
	Good	4,343	57.1
Chronic diseases	No	4,819	63.4
	Yes	2,781	36.6
Unmet medical need owing to costs	No	7,166	94.3
	Yes	434	5.7
Medical use type	OPD	6,994	92.0
	Admission	606	8.0
Total		7,600	100.0

2. 인구사회학적 특성 및 의료이용 특성에 따른 보건의료제도 인식도

보건의료제도 인식도 6개 항목을 인구사회학적 특성 및 의료이용 특성별로 인식도 평균을 살펴보았다<Table 2><Table 3>.

각 항목의 평균을 살펴보면 '보건의료정책의 상대적 중요도'가 3.83으로 가장 높았고, 다음으로 '보건의료제도 신뢰도' 3.79, '보건의료제도 만족도' 3.75이었다. '보건의료제도 변화의 필요성'은 3.65였고, '비용부담으로 인한 의료서비스이용 제한성'은 3.32이었고, 보건의료제도개선을 위한 '건강보험료 추가부담 의향'은 2.84로 가장 낮게 나타났다.

'보건의료정책의 상대적 중요도'는 연령, 교육수준, 직업, 주관적 건강수준, 만성질환 여부, 비용부담 미충족의료경험 여부에 따라 유의한 차이가 있었다($p<.05$)($p<.01$). 연령별로는 50세 이상 연령층에서 높았고, 교육수준별로는 교육수준이 낮을수록 중요도가 높았다. 직업별로는 임금근로자가 무직보다 높았다. 건강수준별로는 좋음이 보통보다 중요도가 높았으며, 만성질환자, 비용부담미충족의료 경험자에서 중요도가 높았다.

'보건의료제도 신뢰도'는 연령, 교육수준, 가구소득, 주관적 건강수준, 만성질환 여부, 비용부담 미충족의료경험 여부에 따라 유의한 차이가 있었다($p<.05$)($p<.01$). 연령별로는 65세 이상에서 3.84로 가장 높았고, 다음으로 50~64세 3.80, 19~34세 3.77, 35~49세 3.73순이었다. 교육수준별로는 교육수준이 낮을수록 신뢰도가 높았고, 소득수준별로는 150만원 미만에서 가장 높았다. 건강수준별로는 나쁨과 좋음에서 보통보다 신뢰도가 높았으며, 만성질환자, 비용부담 미충족의료 미경험자에서 높았다.

'비용부담으로 인한 의료서비스이용 제한성'은 교육수준, 직업, 가구소득, 건강수준, 비용부담 미충족의료경험 여부에 따라 유의한 차이가 있었다($p<.05$)($p<.01$). 교육수준별로는 중등교육에서 고등

교육보다 높았고, 직업별로는 자영업과 무직에서 높았으며, 가구 소득별로는 소득이 낮을수록 제한성이 높았다. 건강수준별로는 좋음에서 낮았으며, 비용부담미충족의료 경험자에서 제한성이 높았다.

'보건의료제도 만족도'는 연령, 교육수준, 직업, 거주 지역, 주관적 건강수준, 만성질환 여부, 비용부담미충족의료경험 여부에 따라 유의한 차이가 있었다($p<.05$)($p<.01$). 연령별로는 50세 이상에서 만족도가 높았고, 교육수준이 낮을수록 만족도가 높았다. 건강수준별로는 나쁨과 좋음에서 보통보다 만족도가 높았으며, 비용부담미충족의료 미경험자에서 만족도가 높았다.

'보건의료제도 변화의 필요성'은 성별, 연령, 교육수준, 직업, 가구 소득, 거주 지역, 주관적 건강수준, 만성질환 여부, 비용부담 미충족의료 경험 여부에 따라 유의한 차이가 있었다($p<.01$). 성별로는 남성이 3.68로 여성 3.63보다 높았으며, 연령별로는 65세 이상에서 3.56으로 가장 낮았고, 교육수준별로는 초등학교 이하에서 3.48로 가장 낮았다. 직업별로는 임금근로자가 무직보다 높았고, 가구 소득별로는 150만원 미만에서 가장 낮았으며, 지역별로는 동지역에서 높았다. 건강수준별로는 좋을수록 높았으며, 만성질환이 없는 사람과 비용부담 미충족의료 미경험자에서 필요성이 높았다.

보건의료제도개선을 위한 '건강보험료 추가부담 의향'은 성별, 연령, 교육수준, 직업, 가구소득, 거주 지역, 주관적 건강수준, 만성질환 여부, 비용부담 미충족의료 경험 여부에 따라 유의한 차이가 있었다($p<.05$)($p<.01$). 성별로는 남성이 2.87로 여성 2.81보다 높았고, 연령이 낮을수록 높았고, 교육수준이 높을수록 높았다. 직업별로는 임금근로자가 2.93으로 무직 2.65보다 높았고, 가구소득이 높을수록 높았으며, 동지역에서 높았다. 건강수준별로는 좋음에서 높았고, 만성질환이 없는 사람과 비용부담 미충족의료 미경험자에서 의향이 높았다<Table 2><Table 3>.

<Table 2> Health care recognition by Socio-demographic characteristics

Variables		Relative importance of health policy	Reliability of the health care system	Limit to utilization of medical services to costs	Satisfaction with health care system	Necessity of health care reform	Willingness to pay additional health insurance premiums
Gender	Male	3.83±.752	3.79±.704	3.32±.984	3.74±.794	3.68±.917	2.87±1.045
	Female	3.83±.755	3.79±.666	3.33±.995	3.76±.764	3.63±.904	2.81±1.072
	T(p)	-.017(.987)	-.213(.832)	-.402(.688)	-.662(.508)	2.638(.008)	2.273(.023)
Age	19~34 a	3.79±.781	3.77±.681	3.32±.994	3.73±.785	3.69±.901	2.88±1.068
	35~49 b	3.81±.761	3.73±.701	3.30±.998	3.65±.751	3.69±.888	2.89±1.049
	50~64 c	3.86±.752	3.80±.666	3.33±.974	3.77±.777	3.67±.906	2.84±1.074
	Over 65 d	3.85±.730	3.84±.683	3.33±1.004	3.79±.796	3.56±.936	2.77±1.046
	Scheffe	-	b<c,d	-	b<c,d	a,b,c>d	b>d
F(p)	3.283(.020)	9.428(.000)	.495(.686)	7.086(.000)	8.709(.000)	4.685(.003)	
Education	Elementary a	3.89±.738	3.92±.611	3.28±.971	3.92±.713	3.48±.972	2.74±1.077
	Secondary b	3.85±.743	3.79±.684	3.36±.998	3.75±.792	3.68±.894	2.83±1.061
	Higher c	3.78±.773	3.74±.700	3.27±.984	3.68±.767	3.67±.894	2.88±1.050
	Scheffe	a,b>c	a>b>c	b>c	a>b>c	a<b,c	a<b,c
F(p)	10.811(.000)	26.998(.000)	6.885(.001)	34.668(.000)	20.524(.000)	6.207(.002)	
Occupation	Pa i d worker a	3.83±.750	3.79±.674	3.34±.992	3.74±.762	3.71±.880	2.93±1.047
	Self-employ e d , Employer	3.89±.750	3.79±.729	3.27±1.029	3.79±.820	3.62±.994	2.81±1.052
	Housewife	3.83±.745	3.80±.653	3.35±.964	3.75±.752	3.64±.873	2.80±1.080
	Student	3.79±.798	3.86±.614	3.35±1.024	3.82±.711	3.68±.931	2.93±1.070
	Unemploy e d , Others b	3.75±.763	3.75±.715	3.27±.968	3.69±.822	3.53±.920	2.65±1.035
	Scheffe	a>b	-	-	-	a>b	a>b
F(p)	5.656(.000)	1.840(.118)	2.428(.046)	2.953(.019)	7.170(.000)	14.943(.000)	
Household income /month (10,000 won)	<150 a	3.85±.772	3.83±.728	3.35±1.035	3.75±.811	3.55±.965	2.70±1.061
	150~350 b	3.82±.763	3.79±.694	3.36±.973	3.74±.774	3.64±.925	2.76±1.098
	350~550 c	3.83±.744	3.76±.659	3.30±.968	3.74±.758	3.71±.877	2.94±1.032
	≥550 d	3.84±.732	3.81±.651	3.25±1.014	3.79±.781	3.66±.874	2.94±1.007
	Scheffe	-	-	b>d	-	a<b,c,d	a,b<c,d
F(p)	.575(.631)	2.630(.048)	4.716(.003)	1.370(.250)	8.826(.000)	23.843(.000)	
Region	Urban	3.84±.738	3.77±.732	3.35±.993	3.73±.827	3.58±.978	2.79±1.003
	Rural	3.83±.760	3.80±.660	3.31±.989	3.76±.755	3.68±.879	2.85±1.083
	t(p)	.830(.407)	-1.750(.080)	1.758(.079)	-1.660(.097)	-4.074(.000)	-2.350(.019)
Total	3.83±.753	3.79±.682	3.32±.991	3.75±0.777	3.65±.910	2.84±1.060	

<Table 3> Health care recognition by medical use characteristics

	Variables	Relative importance of health policy	Reliability of the health care system	Limit to utilization of medical services owing to costs	Satisfaction with health care system	Necessity of health care reform	Willingness to pay additional health insurance premiums
Health status	Poor a	3.86±.779	3.89±.649	3.24±.991	3.85±.764	3.48±.995	2.68±1.073
	Moderate b	3.79±.766	3.69±.732	3.37±.992	3.63±.807	3.58±.877	2.76±.996
	Good c	3.85±.740	3.83±.652	3.31±.989	3.80±.754	3.72±.905	2.91±1.087
	Scheffe b<a,c		a,c>b	a,c<b	a,c>b	a<b<c	a,b<c
	F(p)	6.479(.002)	43.706(.000)	6.218(.002)	44.737(.000)	34.361(.000)	24.850(.000)
Chronic diseases	No	3.81±.757	3.76±.684	3.33±.983	3.72±.772	3.69±.895	2.90±1.057
	Yes	3.86±.747	3.84±.676	3.30±1.003	3.81±.783	3.57±.931	2.73±1.058
	T(p)	-2.770(.006)	-4.539(.000)	1.111(.267)	-4.635(.000)	5.451(.000)	6.742(.000)
Unmet medical need owing to costs	No	3.83±.748	3.80±.675	3.30±.986	3.76±.773	3.65±.911	2.85±1.057
	Yes	3.93±.829	3.62±.773	3.72±.982	3.56±.812	3.56±.890	2.59±1.093
	T(p)	-2.687(.007)	4.870(.000)	-8.706(.000)	5.196(.000)	1.994(.046)	4.801(.000)
Medical use type	OPD	3.83±.756	3.79±.679	3.33±.985	3.75±.771	3.65±.910	2.83±1.062
	Admission	3.87±.722	3.78±.720	3.27±1.051	3.75±.839	3.67±.906	2.87±1.043
	T(p)	-1.275(.203)	.274(.784)	1.200(.231)	-.086(.931)	-.729(.466)	-.730(.466)
	Total	3.83±.753	3.79±.682	3.32±.991	3.75±.777	3.65±.910	2.84±1.060

3. 보건의료제도 만족도, 보건의료제도 변화의 필요성, 건강보험료 추가부담 의향에 영향을 미치는 요인

보건의료제도 만족도, 보건의료제도 변화의 필요성, 건강보험료 추가부담 의향에 영향을 미치는 요인에 대한 다중회귀분석 결과는 <Table 4>과 같다.

‘보건의료제도 만족도’에 영향을 주는 유의한 변수는 교육수준, 가구소득, 거주 지역, 만성질환 여부, 비용부담 미충족의료 경험, 의사 만족도, 의료기관 만족도, 보건의료제도 신뢰도, 보건의료정책 상대적 중요도로 모형의 설명력은 36.1%로 나타났다. 모형의 분산분석 결과 유의한 모형

(F=179.599, p<.001)으로 나타났다. 교육수준이 낮을수록, 가구소득이 높을수록, 동지역, 만성질환자, 비용부담 미충족의료 미경험자에서 만족도가 높았다. 의사 만족도와 의료기관 만족도가 높은 사람과, 보건의료제도 신뢰도와 보건의료정책 상대적중요도가 높을수록 만족도가 높았다(p<.05)(p<.01). 독립 변수들의 공차한계(tolerance)가 .220-.966로 0.1이상이며, 분산팽창인자(variance inflation factor)가 1.035-4.757로 모두 10보다 낮아 다중공선성의 문제는 없었다.

‘보건의료제도 변화의 필요성’에 영향을 주는 유의한 변수는 성별, 거주 지역, 건강수준, 비용부담 미충족의료 경험, 입원이용, 보건의료정책 상대

<Table 4> Multiple regression on health care satisfaction, Necessity of health care reform, Agreement to additional health-care insurance premiums

Variable	Category	Satisfaction with health care		Necessity of health care reform		Willingness to pay additional health insurance premiums	
		β	p	β	p	β	p
Gender	Male						
	Female	.002	.853	-.039	.002	-.017	.161
Age(years)	19~34						
	35~49	-.010	.474	-.001	.965	.017	.287
	50~64	-.008	.630	-.002	.934	.009	.650
	Over 65	-.017	.388	.000	.995	.043	.044
Education	Elementary education						
	Secondary education	-.090	.000	.031	.133	.007	.713
	Higher education	-.117	.000	.008	.732	.018	.413
Occupation	Paid worker						
	Self-employed, Employer	.002	.883	-.019	.133	-.029	.016
	Housewife	-.013	.310	.008	.587	-.030	.027
	Student	-.002	.892	-.016	.227	-.004	.729
Household income/month (10,000 won)	Unemployed, Others						
	<150	-.015	.204	-.022	.093	-.044	.001
	150~350	.054	.000	-.007	.678	.013	.425
	350~550	.069	.000	.022	.219	.087	.000
Region	≥ 550						
	Urban	.065	.000	.007	.660	.077	.000
	Rural	.029	.003	.041	.000	-.006	.564
Health status	Health status	.021	.070	.071	.000	-.039	.002
Chronic diseases	No						
	Yes	.027	.022	-.003	.834	-.070	.000
Unmet medical need owing to cost	No						
	Yes	-.020	.031	-.045	.000	-.055	.000
Medical use type	OPD						
	Admission	.006	.512	.030	.006	.022	.034
Satisfaction with doctors		.071	.000	-.003	.875	-.006	.721
Satisfaction with nurses		-.004	.778	.005	.747	-.009	.540
Satisfaction with medical institutions		.100	.000	.017	.299	.078	.000
Relative importance of health policy		.109	.000	.089	.000	.029	.006
Confidence in health care		.480	.000	-.142	.000	.083	.000
Limit to utilization of medical services owing to costs		-.010	.299	.315	.000	.324	.000
Satisfaction with health care		-		.052	.000	.164	.000
Necessity of health care reform		-		-		.162	.000
Adj R ²		.361		.144		.229	
F (p)		179.599(.000)		51.937(.000)		87.718(.000)	

적 중요도, 보건의료제도 신뢰도, 보건의료제도 만족도, 비용부담으로 인한 의료서비스이용 제한성으로 모형의 설명력은 14.4%로 나타났다. 모형의 분산분석 결과 유의한 모형($F=51.937, p<.001$)으로 나타났다. 남자, 동지역, 건강수준이 높을수록, 비용부담 미충족의료 미경험자와 입원이용자에서 변화의 필요성이 높았다. 보건의료정책 상대적 중요도가 높을수록, 보건의료제도 신뢰도가 낮을수록, 제도 만족도가 높을수록, 비용부담으로 의료서비스 이용 제한성이 높을수록 보건의료제도 변화의 필요성이 높았다($p<.01$). 독립 변수들의 공차한계(tolerance)가 .210-.966로 0.1이상이며, 분산팽창인자(variance inflation factor)가 1.035-4.758로 모두 10보다 낮아 다중공선성의 문제는 없었다.

보건의료제도개선을 위한 '건강보험료 추가부담 의향'에 영향을 미치는 유의한 변수는 연령, 직업, 가구소득, 주관적 건강수준, 만성질환 여부, 비용부담 미충족의료 경험, 입원이용자, 의료기관 만족도, 보건의료정책 상대적 중요도, 보건의료제도 신뢰도, 보건의료제도 만족도, 비용부담으로 인한 의료서비스이용 제한성, 보건의료제도변화의 필요성으로 모형의 설명력은 23.1%로 나타났다. 모형의 분산분석 결과 유의한 모형($F=87.718, p<.001$)으로 나타났다. 65세 이상, 임금근로자, 가구 소득이 높을수록, 건강수준이 낮을수록, 만성질환자가 아닌 사람, 비용부담 미충족의료 미경험자, 입원 이용자에서 보험료 추가부담 의향이 높았다. 의료기관 만족도가 높을수록, 보건의료정책 상대적 중요도, 보건의료제도 신뢰도, 보건의료제도 만족도, 비용부담으로 의료서비스이용제한성, 보건의료제도 변화의 필요성이 높을수록 보험료 추가부담 의향이 높았다($p<.05$)($p<.01$).

독립변수들의 공차한계(tolerance)가 .220-.965로 0.1이상이며, 분산팽창인자(variance inflation factor)가 1.036-4.758로 모두 10보다 낮아 다중공선성의 문제는 없었다.

IV. 고찰

보건의료제도에 대한 인식도 6개 항목을 비교해보면 '보건의료제도의 중요성'(3.83)과 '신뢰도'(3.79), '만족도'(3.75)는 높았지만 비용부담으로 인한 '의료서비스이용 제한성'이 3.32로 여전히 의료이용 시 비용부담을 느끼고 있었고, '보건의료제도변화의 필요성'(3.65)도 느끼고 있었다. 그러나 보건의료제도 개선을 위한 '건강보험료 추가부담'은 2.84점으로 다소 부정적으로 나타나 보건의료제원조달에 대한 신중한 접근이 필요함을 알 수 있었다.

2017년도 건강보험제도 국민 인식 조사[10]에서는 건강보험 가입자가 희망하는 국민건강보험 보장률은 현재의 62.6%보다 높은 평균 75.9%로 나타나 건강보험 보장성 확대 요구가 큰 편으로 나타나고 있었다. 그러나 위의 연구에서 "건강보험 보장성 확대는 찬성하지만, 국민건강보험료를 추가적으로 부담해야 하는 것은 반대한다."가 59.5%로 가장 높았으며, "건강보험 보장성이 확대된다면 건강보험료를 추가로 부담할 의사가 있다"에 대한 응답은 25.1%로 조사되어, 건강보험의 보장성을 강화하여 혜택이 늘어나는 것에 대해서는 동의하면서도 비용 부담에 있어서는 아직까지 부담을 느끼는 것으로 본 연구와 일치하는 경향을 보이고 있다.

보건의료제도 인식도 6개 항목은 인구사회학적인 특성과 의료이용 특성별로 집단 간 유의한 차이가 있었다. 고연령층과 저소득층, 저학력일수록 상대적 중요도, 보건의료제도 신뢰도, 만족도가 높았고, 보건의료제도 변화의 필요성과 건강보험료 추가부담 의향은 낮았다. 건강상태가 나쁜 경우와 만성질환자에서 보건의료제도 신뢰도와 상대적 중요도, 만족도가 높았고, 이용 제한성, 변화의 필요성, 건강보험료 추가부담 의향이 낮았다. 비용부담 미충족의료 경험자는 상대적 중요도, 이용제한성이

높았고, 신뢰도, 만족도, 변화의 필요성, 건강보험료 추가부담 의향은 낮아 현 제도에서 가장 시급하게 고려되어야 할 대상인 것으로 보인다.

‘보건의료제도 만족도’는 다른 변수를 통제했을 때, 교육수준이 낮을수록, 가구 소득이 높을수록, 동지역, 만성질환자, 비용부담 미충족의료 미경험자에서 높았고, 보건의료제도 신뢰도, 상대적 중요도, 의료기관 만족도, 의사만족도가 높을수록 제도 만족도가 높았다. 낮은 교육수준과 만성질환자에서 만족도가 높았지만 저소득층과 비용부담으로 인해 실제 미충족의료를 경험한 사람에게는 만족도가 떨어져 있어 이들 계층에 대한 배려가 더 필요한 상황을 보여준다. 특히 의료이용 시 실제 경험한 의사와 의료기관에 대한 만족도가 높을수록 보건의료제도에 대한 만족도도 높아지고 있어 일선에서의 의사와 의료기관의 역할이 중요하였고, 보건의료제도 신뢰도와 상대적 중요도 또한 만족도에 큰 영향을 주고 있어 기본적인 국가의료제도에 대한 신뢰성을 주는 것이 중요함을 나타내고 있었다.

‘보건의료제도 변화의 필요성’에는 남자, 동지역, 건강수준이 높을수록, 비용부담 미충족의료 미경험자와 입원이용자에서 높았고, 비용부담으로 인한 의료서비스이용 제한 인식도가 가장 큰 영향을 주고 있었고, 다음으로 신뢰도, 상대적 중요도, 만족도 순으로 영향을 주고 있었다.

보건의료제도개선을 위한 ‘건강보험료 추가부담 의향’은 65세 이상, 임금근로자, 가구 소득이 높을수록, 건강수준이 낮을수록, 만성질환자가 아닌 사람, 비용부담 미충족의료 미경험자, 입원 이용자에서 높았고, 비용부담으로 의료서비스이용 제한성, 보건의료제도 변화의 필요성, 보건의료제도 신뢰도, 의료기관 만족도, 보건의료제도 만족도, 보건 의료정책 상대적 중요도가 높을수록 높았다. Gim(11)의 연구에서는 ‘공적 건강보험 보장성 축소’에 대한 동의’에 영향을 미치는 변수는 연령과

학력이었는데, 연령이 높아질수록 건강보험 보장성 축소에 반대하는 것으로 나타나 공적 의료보장 강화의 혜택을 가장 많이 보는 노인집단에서 공적 의료보장 강화정책에 동의하는 것을 확인할 수 있었는데, 본 연구에서도 65세 이상에서 건강보험료 추가부담 의향이 상대적으로 높게 나타났다. 임금근로자의 경우도 건강보험료를 사용자와 함께 부담하기 때문에 보험료 인상의 부담이 자영업이나 무직보다 상대적으로 낮은 것으로 보인다.

의료이용에 대한 수요 요인인 건강상태와 의료이용 변수 중 노인층과 낮은 건강수준인 사람, 입원 이용자에게서는 건강보험료 추가부담 의향이 높게 나타나고 있었으나, 만성질환자와 미충족의료 경험자에서는 낮게 나타나 현재 질병이 있거나 비용부담을 느끼는 사람은 당장의 경제적 부담을 의식하고 있는 것으로 나타났다.

복지태도에서 소득은 계층의 이해를 대변하는 중요한 영향 요인으로 지목되어 왔다[12][13][14]. 저소득층에서의 보건의료제도의 중요성이 더 높고, 신뢰도가 높아 국가의 역할에 대한 기대가 높았으나, 이용제한성 또한 높게 느끼고 있었고, 보험료 추가부담 의향은 낮게 나타나고 있었는데, 이는 저소득층과 중산층이 실제 보험료 인상으로 인해 부담이 더해지더라도 보장성 확대를 통해 순편익을 얻을 가능성이 높은 사실을 인지하지 못한 결과로 보인다. Cho의 연구[15]에서도 소득이 높을수록 증세의향이 높았고, 저소득층에서는 낮아 재원조달 측면에서는 저소득층이 더 민감하게 반응하는 것을 보여준다. 이러한 행태는 현재 지향적이고 손실기피적인 인지적 편향을 고려할 때, 소득수준이 낮은 경우 장기에 걸친 편익보다는 보험료 인상으로 인해 단기에 발생할 비용에 더 민감하게 반응하고 있는 것으로 해석된다[16].

Lee의 연구(17)에서는 정부에 대한 신뢰가 높을수록 복지확대에 대한 태도에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났고, Seo의 연구[18]에서도 의료

제도에 만족하고 신뢰하는 사람에게서 세금추가부담 의향이 높았는데, 본 연구에서도 보건의료제도의 신뢰성이 높을수록 보건의료제도 만족도가 높아지고, 건강보험료 추가부담 의향이 높게 나타나 정부의 정책에 대한 신뢰성이 실천적 정책구현에 중요한 요인임을 알 수 있었다. Cho의 연구(15)에서는 사적 신뢰와 공적 신뢰가 모두 높을수록 복지욕구가 높게 나타나고 있었으며, Kang의 연구(19)에서 보건의료 부분의 경우 지출 확대 선호 및 정책만족도가 모두 복지증세에 대한 긍정적 태도에 유의적인 양의 영향을 주고 있는 것으로 나타나 본 연구결과와 부합하고 있었다.

본 연구는 『2017년도 의료서비스 경험조사』의 원시 자료를 사용한 2차 자료 사용으로 인해 변수설정의 제한이 있었기 때문에 인과관계를 확인하는 과정에서 종속변수를 설명할 수 있는 외부변인이 반영되지 못하였다는 한계점이 있다. 특히 '건강보험료 추가부담 의향'은 개인의 경제적 상태와 복지태도에 의해서도 영향 받을 수 있으므로 이러한 변수 보강이 필요하다고 사료된다. 원 조사에서 건강보험 보장성 강화를 실현하기 위한 보험료 부담수준 등의 구체적 재정확충 방안에 대한 인식이 하락되었고, 사회복지 전반에 걸친 복지태도가 측정되지 않은 제한점이 있지만, 실제 의료 경험한 사람들의 의료만족도와 관련하여 보건의료제도 인식을 조망해 보았다는 점에 의의가 있다. 향후 국민들의 의료이용 양상, 복지태도, 보건의료제도 인식과 개선 방안에 대한 보다 구체적인 후속 연구가 진행되어야 할 것이다.

V. 결론

본 연구는 『2017년도 의료서비스경험 조사』 자료 중 실제 의료 이용한 사람들의 보건의료제도에 관한 인식을 인구사회학적 요인 및 건강상태·의료이용에 따라 인식도를 분석하고, 보건의료

제도 만족도, 보건의료제도 변화의 필요성, 건강보험 보장성 강화를 위한 보험료 추가부담 의향 등의 인식에 영향을 주는 요인을 분석하여, 보건의료제도 발전에 필요한 기초자료를 제공하고자 시행되었다.

본 연구의 결론은 다음과 같다.

첫째, 의료서비스 경험자들은 보건의료제도에 대한 중요도와 신뢰도, 만족도가 대체로 높았고, 특히 고연령층과 만성질환자들에게 높아 어느 정도 의료안전망으로서의 역할을 수행하고 있는 것으로 평가된다. 그러나 비용부담으로 인한 의료서비스이용 제한성 또한 여전히 느끼고 있었으며, 보건의료제도에 대한 신뢰도가 낮을수록, 상대적 중요도와 비용부담으로 의료서비스 이용제한 인식도가 높을수록 보건의료제도변화의 필요성도 높게 인식하고 있었다.

둘째, 보건의료제도 개선을 위한 건강보험료 추가부담은 다소 부정적으로 나타났고, 비임금근로자와 건강보험 보장성 강화로 혜택을 갖게 될 저소득층과 만성질환자, 미충족의료 경험자에서 건강보험료 추가부담에 부정적이었다. 또한 의료제도의 신뢰성이 보건의료제도 만족도, 건강보험료 추가부담 의향에 높은 긍정 요인으로 작용하고 있어, 정부의 신뢰성 있는 정책수행이 필요함을 알 수 있었다. 건강보험의 장기적인 재정안정성을 확보하기 위해서는 저소득층이나 지역가입자 등 사회취약계층에게 부담이 크지 않도록 하는 합리적인 보험료 부과체계를 갖추고, 국고보조나 건강증진기금의 인상 등 국민건강보험료 이외의 재원조달 방안을 추가로 마련해 나가야 할 것이다. 또한 보장성 확대에 따른 혜택과 편익을 구체화하여 홍보하여 보험료 추가부담의 필요성에 대한 공감을 이끌어 내고, 이 과정에서 국민의 의견수렴과 사회적 합의의 과정을 거쳐 신뢰성을 확보해 나가야 할 것이다.

셋째, 의사와 의료기관 만족도는 전체 보건의료제도 만족도에 긍정적 영향을 주고 있으며, 일선

의료기관의 고객지향성이 건강보험 보장성 강화의 국민적 동의에 긍정적 영향을 미칠 수 있음을 확인할 수 있었으므로, 의료인과 의료기관은 환자중심의 의료서비스를 제공하고자 더욱 노력해 나가야 할 것이다.

REFERENCES

1. WHO(2000), Health Systems: Improving performance, World Health report 2000, pp. 1-20.
2. J.W. Shin, B.H. Cho, B. R. Choi, H.S. Kim, K.H. Kim, J.Y. Shin, S.K. Cho, K.J. Ko(2018), 2017 Health care Experience Survey, The Korea Institute for Health and Social Affairs, pp.1-55.
3. J.W. Shin(2017), The Challenge of Generating Statistics for a People-Centered Health Care System, Health and Welfare Forum, Vol. 250, pp.57-65.
4. O.H. Lee, J.S. Lee, H.J. Lee, H.R. Kim, D.S. Choi, J.H. Kim, S.H. Whang, N.K. Seo(2018), 2016 Service Costs Survey on Health Insurance Patient Care, pp.10.
5. Ministry Health & Welfare(2018), Press Release April 26 2018 on 『2017 Service Costs Survey on Health Insurance Patient Care, pp.1-10.
6. S.Y. Kim(2010), A Study on The Determinants of Koreans' Welfare Consciousness: Focusing on State's Responsibilities upon Public Agenda, Survey Research, Vol.11(1);87-105.
7. C. Brooks, J. Manza(2006), Why Do Welfare States Persist?, The Journal of Politics Vol.68(4);816-827.
8. H.H. Lee, Y.T. Kim, W. J. Lee(2011), Determinants of Welfare Attitudes and Awareness toward Health Insurance in Korea, Korean Social Security Studies, Vol. 27(2);1-25.
9. Y.H. Park(2015), Factors of Welfare Recognition toward Health Insurance and Health Care: Using 2013 Korea Welfare Panel Study, The Korean Journal of Health Service Management, Vol.9(3);115-126.
10. S.W. Moon, H.R. Oh, N.K. Seo, O.H. Lee(2017), 2017 Survey on National Perception of Health Insurance System, pp.1-471.
11. D.Y. Gim(2018), A Study on the Influence of Korean's Welfare Attitudes on Their Consent of Strengthening Public Health Insurance Policies, Health & Welfare Vol.20(2);7-35.
12. J.H. Jeon(2013), A Study on the Determinants of Welfare Attitude in Korean Society: Focusing on Class, Self-interest and Ideological Factors, Graduate school of Ewha women university, pp.86-89.
13. J.H. Kang D.M. Yeum(2014), A Study on the Effect of Incomes on the Perception of Welfare: Focusing on the Mediating Effect of Political Satisfaction, Ewha Journal of Social Sciences, Vol.30(2);319-351.
14. Y.T. Jung(2018), Determinants of Welfare Attitudes: The interaction effect between self-interest factors and value factors using decision tree analysis, Journal of Critical Social Policy, Vol.59;385-413.
15. J.H. Jo, S.H. Kim(2018), The Analysis of Factors Influencing on Welfare Attitudes-Focused on the Trust, Social Acceptance, and Social Communication, Social Welfare Policy, Vol.45(1);86-110.
16. J.Y. Kum, H.S. Kum(2017), Tax perception matters : Preferences for welfare policy expansion with tax increase, Korean Public Administration Review Vol.51(1);1-29.
17. H.W. Lee, S.N. Park(2016), Determinants of Attitudes toward Welfare Expansion : Beyond

- Self-Interest, OUGHTOPIA, Vol.31(1);267-298.
18. W.Y. Seo, D.S. Moon, H.J. Chung(2017), Determinants of Welfare Attitudes towards Healthcare Services: Focusing on Self-Interest, Symbolic Attitude, and Sociotropic Perceptions, Health Policy and Management Vol.27(4);324-335.
 19. M.J. Kang(2017), The Impact of Preference over Government Expenditure and Assessment of Social Welfare Policy on the Attitude towards Tax Increase, Tax and Accounting Studies, Vol.2(2);149-176.