

공공의료서비스 제공의 공정성이 주관적 건강행복에 미치는 영향: 공공의료서비스 질의 매개효과

문승민

연세대학교 대학원 행정학과

Effects of Public Health Service Impartiality on Subjective Health Happiness: Mediated Effect of Public Health Service Quality

Seung Min Moon

Department of Public Administration, Yonsei University Graduate School, Seoul, Korea

Background: The purpose of this study is to analyze the effect of impartiality in providing public health services on subjective health happiness and the mediated effects of public health service quality. Based on this, this study intends to present policy implications to improve public health services.

Methods: The research method is multiple linear regression analysis. The analysis of the mediating effects is performed by Baron & Kenny's test, Sobel-Goodman's test, and Bootstrap.

Results: The impartiality of public health services and the quality of public health services are shown to have a statistically significant effect on subjective health happiness. Quality of public health service appears to be mediating the relationship between impartiality in providing public health care and subjective health happiness.

Conclusion: To promote people's subjective health happiness, it is necessary to secure impartiality in providing public health services in the first place and improve the quality of public health services.

Keywords: Impartiality of public health service; Quality of public health service; Subjective health happiness

서 론

1. 연구의 필요성

공공의료서비스의 궁극적인 목적은 국민들에게 양질의 의료서비스를 효과적으로 제공하여 국민보건을 향상시키는 데 있다[1]. 이는 우리나라 국민이라면 차별 없이 공공의료서비스를 이용하여 자신의 건강을 보호·증진시킬 수 있다는 점을 의미한다. 이러한 점에서 공공의료서비스는 재화의 특성을 고려하더라도 규범적 차원의 공공재(public goods) 또는 준공공재(quasi public goods)로 정의하고 있다[2,3]. 그러나 정부가 공공재를 공급하는 과정에서 정부실패가 나타

날 수 있다. 내부적 및 개인적 목표추구, 비효율성, 파생적 외부효과, 분배의 불공평성 등이 대표적 예이다[4].

이러한 맥락에서 우리나라의 공공의료서비스에 대한 논의들은 주로 효율성과 성과에 초점을 맞추어왔다. 이는 1980년대부터 전 세계적인 규범으로 자리매김한 신공공관리(New Public Management, NPM) 패러다임의 영향이 컸기 때문이다. 우리나라는 1997년 외환위기를 경험하면서 김대중 정부가 NPM을 공공부문에 적극 도입하였다[5]. NPM은 시장의 경쟁원리와 민간부문의 경영기법을 공공부문에 도입함으로써 전통적인 관료제가 가지는 정부실패의 문제와 한계를 극복할 수 있음을 주장한다. 따라서 정부를 비롯한 모든 공공영역

Correspondence to: Seung Min Moon

Department of Public Administration, Yonsei University Graduate School, 213 Yonhee Hall, 50 Yonsei-ro, Seodaemun-gu, Seoul 03722, Korea

Tel: +82-2-2123-2955, Fax: +82-2-2123-8118, E-mail: isuters@yonsei.ac.kr

Received: July 8, 2019, Revised: August 6, 2019, Accepted after revision: August 19, 2019

© 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.

에서 서비스를 보다 효율적으로 제공하고 성과를 창출해야 한다는 규범이 형성되었다.

효율성과 성과를 강조하는 공익(공공재)에 관한 규범적 특성은 공공의료서비스를 분석하는 연구에서도 살펴볼 수 있다. 예를 들면 지방공공의료서비스의 조직운영형태에 따라 성과의 차이를 분석한 연구[6], 공공의료서비스의 효율성 평가연구[7], 공공의료기관과 민간의료기관의 성과를 비교·분석한 연구[8], 공공의료기관의 공공성과 수익성을 분석한 연구[9], 공공의료기관으로서 지방의료원의 성과의 영향요인을 분석하는 연구[10] 등이 그 예이다. 앞선 연구들은 공공의료서비스의 효율성과 성과를 측정하는 요인으로 병상수, 의사수, 진료과목 수, 환자 수, 의료수익, 총 자본, 입원일 수 등에 주목하였다 [6,8,10]. 그러나 공공의료서비스의 직접적인 수혜대상은 국민이고 궁극적인 목적이 차별 없는 공공의료서비스 제공을 통해 국민 건강을 향상시키는 것이라는 점을 고려하면 공공의료서비스에 대한 국민들의 만족도와 인식 등을 통해 공공의료서비스의 효율성 및 성과를 가늠할 수 있다[7]. 또한 국민의 입장에서 공공의료서비스의 이용이 개인의 건강상태에 어떠한 영향을 미쳤는지를 분석하는 것을 통해 공공의료서비스의 종합적인 성과를 파악할 수 있을 것이다.

현재 우리나라는 양질의 보건의료서비스가 국민들에게 공평하게 제공되지 못하여 지역 간 ‘치료 가능한 사망률(amenable mortality rate)’의 격차가 나타나는 등 사회적 문제가 발생하고 있다[11,12]. 또한 지역 간 의료자원의 차이에 대한 문제점도 꾸준히 지적되어 왔다[13]. 이러한 현실을 고려할 때 정부는 국민의 건강증진을 위해 양질의 공공의료서비스를 보다 공평하게 제공할 필요가 있다[11-13]. 이러한 현실과 문제점에도 불구하고 현재까지 공공의료서비스 제공의 공평성과 공공의료서비스의 질에 대한 인식 그리고 주관적 건강행복 간의 관계를 분석한 연구는 미비한 실정이다. 공공서비스의 성과에 대한 인식과 주관적 행복을 분석한 연구[14], 공공서비스의 만족도와 국민행복 간의 관계에서 삶의 질의 매개효과를 분석한 연구[15] 등이 소수 진행되어 왔으나, 일반공공서비스를 대상으로 하는 연구는 전무하다는 점에서 이들 간의 관계를 분석하는 연구의 필요성과 시급성이 높다고 할 수 있다.

2. 연구목적

본 연구는 이러한 문제의식에서 공공의료서비스 제공의 공평성과 공공의료서비스 질, 그리고 주관적 건강행복 간의 관계를 분석하고자 하며, 구체적인 목적은 다음과 같다. 첫째, 공공의료서비스 제공의 공평성과 공공의료서비스의 질, 주관적 건강행복의 현황을 살펴본다. 둘째, 응답자의 일반적 특성과 공공의료서비스 제공의 공평성, 공

공의료서비스의 질, 주관적 건강행복 간의 관계를 살펴본다. 셋째, 공공의료서비스의 질이 공공의료서비스 제공의 공평성과 주관적 건강행복 간의 관계를 매개하는지 분석한다.

방 법

1. 이론적 배경

공평성은 ‘어느 한쪽에 치우치지 않고 고르고 바른 상태’를 의미한다. 의료는 국민의 삶의 질을 향상시키는 데 중요한 요소이며, 국가에서 제공하는 공공의료서비스는 규범적 차원의 공공재 또는 준공공재이다[2,3]. 이러한 특징은 공공의료보전에 관한 법률(법률 제15440호)에서는 살펴볼 수 있다[1]. 본 법률에서는 공공보건의료를 ‘국가, 지방자치단체 및 보건의료기관이 지역·계층·분야에 관계없이 국민의 보편적인 의료이용을 보장하고 건강을 보호·증진하는 모든 활동’으로 정의하고 있다. 이는 국가가 의료의 보장성을 강화하고 국민 모두에게 공평하게 공공의료서비스를 제공해야 할 의무가 있음을 나타낸다[12]. 이러한 점에서 본 연구는 공공의료서비스의 공평성을 ‘국민이라면 누구나 공공의료서비스를 제공받는 데 차별 없이 동등하게 대우받는 것’으로 정의한다.

국가가 국민에게 제공하는 공공의료서비스는 무형적인 속성을 띠는 일련의 활동이다. 선행연구들에서 제시된 공공의료서비스의 질의 개념적 정의들을 살펴보면 다음과 같다. Kim과 Park [16]은 마케팅 믹스의 요소인 7Ps의 관점을 원용하였으며, 공공의료서비스의 질을 의료심리성, 의료반응성, 고객이해성, 의료신뢰성, 의료접근성, 의료유형성으로 구분하였다. Kim과 Lee [17]는 Parasuraman 등[18]의 SERVQUAL 모델에 입각하여 공공 및 민간의료기관의 보건의료서비스 질을 감정이입, 유형성, 대응성, 보증성, 그리고 신뢰성으로 구분하였다. 이밖에 Sofaer와 Firminger [19]는 환자가 느끼는 공공의료서비스의 질을 환자 중심적 돌봄, 접근성, 의사소통 및 정보, 정중함 및 감정적 지지, 돌봄의 효율성과 효과적인 조직, 기술적 질, 구조와 시설 등으로 구분하였다. 본 연구는 이러한 논의를 바탕으로 공공의료서비스의 질을 ‘국민의 건강을 증진시키기 위해 공공의료기관에서 제공하는 서비스의 전체적인 우수성’으로 정의한다[18].

개인의 주관적인 건강상태는 일반적으로 ‘자신의 건강에 대해 느끼는 인지적·정서적·감정적 상태’를 의미한다[20]. 한 개인의 건강상태는 질병의 유무나 신체활동의 상태를 통해 객관적으로 확인할 수 있다. 그러나 질병이 있더라도 정상적인 일상생활을 수행할 수 있다면 개인의 건강상태가 양호하다고 판단할 수 있다. 마찬가지로 질병

이 없더라도 일상생활을 수행하는 데 어려움을 겪는다면 개인의 건강 상태가 나쁘다고 평가할 수 있다. Choi [21]의 연구결과에 따르면 우리나라에서는 개인이 느끼는 주관적인 건강상태가 자신의 실제 건강 상태를 반영하는 유효한 대리변수가 될 수 있음을 확인한 바 있다. 따라서 개인이 느끼는 주관적인 건강상태는 자신의 건강을 판단하는 중요한 기준이 될 수 있으며, 이를 개선하는 동기부여와 기준이 될 수 있다는 점에서 중요하다[22]. 본 연구는 개인의 주관적 건강상태를 ‘개인이 느끼는 건강상태에 대한 인식’으로 정의한다[20]. 또한 개인의 주관적 건강상태에 대한 행복감을 측정도구로 이용한다[22].

2. 연구대상 선정

본 연구는 연세대학교 미래정부연구센터에서 실시한 ‘정부의 질과 정부신뢰 통계조사’ 자료를 이용하였다. 본 자료는 연구결과의 일반화와 대표성, 타당성 등을 확보하기 위해 한국리서치에 의뢰한 설문조사자료이다. 설문조사는 2018년 10월 19일부터 2018년 11월 2일까지 약 14일간 실시하였다. 본 연구의 대상의 모집단은 우리나라에 거주하고 있는 전국의 만 20세 이상 성인남녀(일반국민)이다. 표본들은 한국리서치 MS패널 약 40만 명이며, 성, 연령, 지역, 주민등록 인구수에 맞춰 비례할당 추출하였다. 설문조사방법은 온라인으로 구조화된 설문지를 이용한 온라인조사(computer-assisted web interviewing)이다. 설문조사결과 응답자 수는 총 1,006명이었다. 이 중 지난 1년 동안 공공의료서비스를 이용한 경험이 있는 446명을 분석의 대상으로 선정하였다.

3. 분석방법

본 연구의 분석방법은 다음과 같다. 첫째, 공공의료서비스 제공의 공평성과 공공의료서비스의 질, 주관적 건강행복의 현황을 살펴보기 위해 기술통계량을 확인했다. 둘째, 응답자의 일반적인 특성과 공공의료서비스 제공의 공평성, 공공의료서비스의 질, 주관적 건강행복 간의 관계를 살펴보기 위해 t 및 F 검정을 실시하였다. 셋째, 본 연구의 독립변수는 공공의료서비스 제공의 공평성이며, 종속변수는 개인이 느끼는 주관적 건강행복감이다. 또한 이들 간의 관계를 매개하는 변수로 공공의료서비스의 질을 선정하였다. 따라서 독립변수가 종속변수에 미치는 영향력, 매개변수의 매개효과 여부를 살펴보기 위해 최소자승법(ordinary least square)에 의한 다중선형회귀분석(multiple linear regression analysis)을 실시하였다. 또한 변수들 간의 Pearson's r 을 확인하고 오차항의 자기상관성(auto-correlation) 및 다중공선성(multicollinearity) 여부를 검정하였다. 자기상관성 검정은 Durbin-Watson 검정에 따른 D 통계량 값을 확인하였고 다중공선성 검정은

분산팽창지수(variance inflation factor, VIF) 값을 확인했다. 넷째, 공공의료서비스의 질이 공공의료서비스 제공의 공평성과 주관적 건강행복 간의 관계를 매개하는지 확인하기 위해 Baron과 Kenny [23]가 제시한 3단계 검정방법과 Sobel-Goodman의 매개효과검정을 실시하였다[24-26]. 또한 bootstrap을 추가적으로 실시하여 매개효과의 타당성을 확보하였다[27]. 마지막으로 자료의 분석은 STATA ver. 15.1 프로그램(Stata Corp., College Station, TX, USA)을 이용하여 실시하였다.

4. 변수의 측정

1) 종속변수

주관적 건강행복은 개인이 느끼는 건강상태에 대한 인식을 의미한다. Chang과 kim [22]은 2013 서울 서베이의 ‘자신의 건강상태에 대한 행복지수’ 설문문항을 활용해 주관적 건강행복감을 파악하였다. 해당 설문은 가장 행복한 상태를 10점, 가장 불행한 상태를 0점으로 하는 Likert 10점 척도이다. 본 연구도 선행연구를 참조하여 개인의 주관적 건강행복감을 측정하기 위해 단일문항을 구성하였다. 질문은 “귀하는 요즘 건강상태에 대해 스스로 행복하다고 생각하십니까?”이다. 해당 질문은 Likert 10점 척도(10점 가장 행복-0점 가장 불행)이다.

2) 독립 및 매개변수

공공의료서비스 제공의 공평성과 질의 측정도구는 스웨덴 예테보리대학교(University of Gothenburg) 정부의 질 연구소(Quality of Government Institute)에서 실시한 ‘정부의 질 설문조사’를 번안하여 사용하였으며, 동 기관으로부터 측정도구의 번안에 대한 권한을 승인받았다. 해당 측정도구는 공공의료서비스뿐만 아니라 정부에 대한 질을 측정하는 데 널리 이용되고 있다[28,29].

본 연구에서 정의하는 공공서비스 제공의 공평성은 ‘국민이라면 누구나 공공의료서비스를 받는데 차별 없이 동등하게 대우받는 것’을 의미한다. 따라서 본 연구는 설문조사를 통해 정부가 제공하는 공공의료서비스가 차별 없이 동등하게 제공되고 있는지에 대한 인식을 측정하였다. 측정도구는 단일문항으로 구성되며, “우리 지역의 모든 시민들은 공공의료서비스를 받는데 있어 동등한 대우를 받는다.”이다. 해당 도구는 Likert 10점 척도(10점 매우 동의-0점 전혀 동의하지 않음)이다. 다음으로 매개변수인 공공의료서비스의 질은 ‘국민의 건강을 증진시키기 위해 공공의료기관에서 제공하는 서비스의 전체적인 우수성’을 의미한다. 공공의료서비스의 무형적인 특성으로 인해 객관적인 질의 측정이 어려워, 서비스를 경험자의 주관적인 평가에 의해 의존할 수밖에 없다. 따라서 본 연구는 최근 1년 이내에 공공의료

서비스를 경험한 국민을 대상으로 공공의료서비스의 질에 대한 인식을 측정하였다. 측정도구는 “귀하가 거주하시는 지역의 공공의료서비스의 질에 대해 어떻게 생각하십니까?”이다. 해당 측정도구는 Likert 10점 척도(10점 아주 우수-0점 아주 미흡)이다.

3) 연구대상자의 일반적인 특성

본 연구대상자의 일반적인 특성은 나이, 성별, 학력, 거주지역, 월평균 가구소득, 혼인상태, 종교상태, 직업상태이다. 다중회귀분석 시 나이를 제외한 변수는 모두 더미변수로 처리하였다. 학력은 2년제 대학 졸업 이상(1), 고등학교 졸업 이하(0)로 처리하였다. 거주지역은 비수도권 지역(서울·인천·경기를 제외한 지역) 거주(1), 수도권 지역 거주(0)로 측정하였다. 월평균 가구소득은 500만 원 이상(1)과 500만 원 이하(0)로 분류하였다. 혼인상태는 기혼(1), 미혼 및 기타(0)이다. 종교와 직업상태는 있음(1), 없음(0)이다.

결 과

1. 연구대상자의 일반적 특성과 연구의 변수

연구대상자의 일반적인 특성을 살펴보면 Table 1과 같다. 본 연구의 대상자는 총 446명이며, 평균 연령은 46.6±14.4세이다. 학력은 2년제 대졸 이상이 79.0%로 가장 많은 비중을 차지하였다. 응답자의 55.4%는 비수도권에 거주하는 것으로 나타났다. 월평균 가구소득의 가장 많은 비중을 차지하고 있는 구간은 300만 원-400만 원 미만 21.2%이다. 혼인상태는 기혼이 68.5%로 가장 많은 비중을 차지했다. 직업상태는 있음이 61.6%로 가장 많았다.

일반적 특성에 따른 공공의료서비스 제공의 공정성, 서비스의 질, 주관적 건강행복감의 차이를 살펴보면 다음과 같다. 먼저, 공공의료서비스 제공의 공정성에 대한 인식은 거주지역($t=1.95, p<0.1$)과 혼인상태($t=1.87, p<0.05$), 직업상태($t=1.93, p<0.1$)에 따라 통계적으로 유

Table 1. General characteristics and study variables of respondents (N=446)

Characteristic	Total	Impartiality		Quality		Health happiness	
		Mean±SD	t or F (p-value)	Mean±SD	t or F (p-value)	Mean±SD	t or F (p-value)
Age (yr)	46.6±14.4	-	-	-	-	-	-
Sex			0.36 (0.716)		0.58 (0.563)		1.23 (0.218)
Male	238 (51.1)	5.51±2.36		6.08±2.08		5.98±2.00	
Female	228 (48.9)	5.43±2.02		5.97±2.03		5.75±2.16	
Education			1.38 (0.167)		1.89* (0.059)		-2.19** (0.029)
≤High school	98 (21.0)	5.74±1.94		6.38±1.84		5.46±2.29	
≥College	368 (79.0)	5.40±2.26		5.94±2.10		5.98±2.01	
Residence area			1.95* (0.052)		1.26 (0.208)		-0.24 (0.812)
Capital	208 (44.6)	5.69±2.12		6.16±1.94		5.84±2.14	
Non-capital	258 (55.4)	5.29±2.25		5.92±2.14		5.89±2.03	
Household income (10,000 won)			1.19 (0.293)		0.88 (0.555)		3.16*** (<0.001)
≤200	66 (14.2)	5.50±2.00		5.86±2.05		4.97±2.69	
200-300	66 (14.2)	5.38±2.41		6.00±2.16		5.86±1.85	
300-400	99 (21.2)	5.43±1.96		5.92±2.07		5.63±1.86	
400-500	72 (15.5)	5.25±2.19		6.04±2.02		6.25±2.03	
500-600	72 (15.5)	5.29±2.60		5.99±2.35		5.93±2.00	
≥600	91 (19.5)	5.88±2.09		6.32±1.74		6.43±1.85	
Marital status			1.87** (0.048)		0.51 (0.886)		2.30** (0.012)
Married	319 (68.5)	5.37±2.31		5.95±2.12		6.07±2.00	
Single	134 (28.8)	5.75±1.93		6.23±1.89		5.44±2.20	
Others	13 (2.8)	5.15±1.95		5.92±2.06		5.31±2.25	
Religion			-0.88 (0.378)		-0.34 (0.733)		-0.18 (0.859)
Yes	248 (53.2)	5.56±2.27		6.06±2.19		5.88±2.22	
No	218 (46.8)	5.38±2.12		6.00±1.89		5.85±1.91	
Occupation			1.93* (0.054)		0.68 (0.498)		-2.03** (0.043)
Yes	287 (61.6)	5.32±2.31		5.98±2.01		6.02±1.88	
No	179 (38.4)	5.72±1.99		6.11±2.13		5.62±2.35	

Values are presented as mean±SD or number (%). Impartiality: perceived impartiality of public health service; quality: perceived quality of public health service; health happiness: subjective health happiness.

SD, standard deviation.
* $p<0.1$. ** $p<0.05$. *** $p<0.01$.

의미한 차이를 보였다. 수도권에 거주하며, 미혼이고 직업이 없는 응답자들은 다른 유형의 응답자들에 비해 공공의료서비스 제공의 공정성에 대한 인식의 평균값이 높았다. 다음으로 공공의료서비스의 질에 대한 인식은 교육수준($t=1.89, p<0.1$)에 따라 통계적으로 유의미한 차이가 있었다. 공공의료서비스의 질에 대한 인식 평균값은 고등학교 졸업 이하로 응답한 대상자들이 다른 유형의 응답자들에 비해 높았다. 주관적 건강행복에 대한 인식은 교육수준($t=-2.19, p<0.05$), 월평균 가구소득($t=3.16, p<0.001$), 결혼상태($t=2.30, p<0.05$), 직업상태($t=-2.03, p<0.05$)에 따라 통계적으로 유의미한 차이를 보였다. 2년제 대졸 이상, 월평균 가구소득 600만 원 이상, 기혼, 직업이 있다고 응답한 대상자들은 자신의 건강에 대한 행복감이 다른 유형의 응답자들에 비해 높았다.

2. 상관관계 분석

공공의료서비스 제공의 공정성에 대한 인식의 평균값과 표준편차는 5.47 ± 2.2 이며, 공공의료서비스 질에 대한 인식의 평균값과 표준편차는 6.03 ± 2.05 이다. 공공의료서비스의 질에 대한 국민의 인식이 공공의료서비스 제공의 공정성에 비해 긍정적임을 확인할 수 있다. 응답자의 주관적 건강행복의 평균은 5.87 ± 2.08 이다. 공공의료서비스 제공의 공정성($p<0.01$), 공공의료서비스의 질($p<0.01$), 주관적 건강행복($p<0.01$) 간의 상관관계는 모두 통계적으로 유의미한 양의 상관관계로 나타났다(Table 2).

Table 2. Correlations table (N=446)

Variable	Mean±SD	Impartiality	Quality	Health happiness
Impartiality	5.47±2.20	1		
Quality	6.03±2.05	0.46 (<0.001)***	1	
Health happiness	5.87±2.08	0.17 (<0.001)***	0.16 (0.001)***	1

Values are presented as mean±SD or r (p -value). Impartiality: perceived impartiality of public health service; quality: perceived quality of public health service; health happiness: subjective health happiness.

SD, standard deviation.

*** $p<0.01$.

Table 3. Mediated effect of public health service (N=446)

Step	Dependent variable	Independent variable	Coefficient	Standard error	β	t -value	p -value	95% Confidence interval	Adjusted R^2	F	p -value
1	Quality	Impartiality	0.42	0.04	0.45	10.66	<0.001	0.34 to 0.49	0.204	18.02	0.000
		Age	0.00	0.01	0.02	0.37	0.715	-0.01 to 0.02			
		Education*	-0.36	0.23	-0.07	-1.59	0.112	-0.81 to 0.09			
		Residence area†	-0.09	0.17	-0.02	-0.49	0.622	-0.42 to 0.25			
		Household income‡	0.19	0.18	0.04	1.05	0.295	-0.17 to 0.56			
		Marital status§	-0.21	0.23	-0.05	-0.90	0.371	-0.66 to 0.25			
		Occupation	0.13	0.18	0.03	0.68	0.496	-0.24 to 0.49			
		Constant	3.94	0.49	-	8.12	<0.001	2.99 to 4.90			

(Continued to the next page)

3. 공공의료서비스 질의 매개효과 분석

연구대상자의 일반적인 특성과 공공의료서비스 제공의 공정성, 공공의료서비스의 질, 주관적 건강행복 간에 통계적으로 유의미한 변수들을 투입하여 다중회귀분석을 실시하였다. 먼저, D 통계량 값은 각각 2.13 (1단계), 2.06 (2단계), 2.07 (3단계)로 오차항의 자기상관성이 없었다. 또한 각 단계별 VIF 값은 1.02-1.75로 나타나 다중공선성은 없는 것으로 판단된다.

주관적 건강행복에 공공서비스 제공의 공정성이 미치는 영향과 공공서비스 질의 매개효과를 분석하기 위해 Baron과 Kenny [23]가 제시한 3단계 검정방법을 이용하였다[15]. 1단계에서는 매개변수에 대한 독립변수의 영향력을 확인한다. 공공의료서비스 제공의 공정성은 공공의료서비스의 질에 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다($t=10.66, p<0.01$). 2단계에서는 매개변수를 투입하지 않고 종속변수에 대한 독립변수의 영향력만을 확인한다. 공공의료서비스 제공의 공정성은 주관적 건강행복에 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다($t=3.93, p<0.01$). 3단계에서는 매개변수를 투입하여 회귀분석을 실시한다. 이때 독립변수가 종속변수에 미치는 통계적 유의미성과 효과의 크기를 통해 매개효과의 여부를 판단할 수 있다. 매개변수인 공공의료서비스의 질을 투입하였을 때 공공의료서비스 제공의 공정성이 주관적 건강행복에 미치는 통계적인 유의미성이 사라지지 않았다. 반면, 효과의 크기는 표준화 계수를 기준으로 $\beta=0.18$ 에서 $\beta=0.12$ 로 감소하였다.

Table 3. Continued

Step	Dependent variable	Independent variable	Coefficient	Standard error	β	t-value	p-value	95% Confidence interval	Adjusted R^2	F	p-value
2	Health happiness	Impartiality	0.17	0.04	0.18	3.93	<0.001	0.08 to 0.25	0.060	5.25	0.000
		Age	0.00	0.01	0.01	0.12	0.906	-0.02 to 0.02			
		Education	0.45	0.25	0.09	1.80	0.072	-0.04 to 0.95			
		Residence area	0.15	0.19	0.03	0.77	0.443	-0.23 to 0.52			
		Household income	0.33	0.20	0.08	1.64	0.101	-0.07 to 0.73			
		Marital status	0.63	0.26	0.14	2.47	0.014	0.13 to 1.13			
		Occupation	0.31	0.20	0.07	1.54	0.124	-0.09 to 0.71			
		Constant	3.71	0.53	-	6.95	<0.001	2.66 to 4.76			
3	Health happiness	Quality	0.14	0.05	0.14	2.74	0.006	0.04 to 0.24	0.073	5.60	0.000
		Impartiality	0.11	0.05	0.12	2.32	0.021	0.02 to 0.21			
		Age	0.00	0.01	0.00	0.07	0.942	-0.02 to 0.02			
		Education	0.50	0.25	0.10	2.01	0.045	0.01 to 0.99			
		Residence area	0.16	0.19	0.04	0.84	0.403	-0.21 to 0.53			
		Household income	0.31	0.20	0.07	1.52	0.130	-0.09 to 0.70			
		Marital status	0.66	0.25	0.15	2.60	0.010	0.16 to 1.16			
		Occupation	0.30	0.20	0.07	1.46	0.144	-0.10 to 0.69			
		Constant	3.16	0.57	-	5.57	<0.001	2.04 to 4.28			

By Sobel-Goodman mediation tests. Sobel: $Z=2.657, p=0.008$; Goodman-1 (Aroian): $Z=2.646, p=0.008$; Goodman-2: $Z=2.668, p=0.008$.

*≥College. †Non-capital. ‡≥500 (10,000 won). §Marriage. ¶Yes.

Table 4. Bootstrap result of mediating effects (replications=5,000)

	Observed coefficient	Bootstrap standard error	Z	p-value	95% Confidence interval
Indirect effect	0.06	0.03	2.02	0.043	0.00 to 0.12
Direct effect	0.11	0.06	1.96	0.050	-0.00 to 0.22

다음으로 매개효과의 통계적 유의미성에 대한 타당성을 확보하기 위해 Sobel-Goodman의 매개효과검정(Table 3) 및 매개효과에 대한 bootstrap을 5,000회 실시하였다(Table 4). 그 결과, 모든 검정방식에서 공공의료서비스 질의 매개효과에 대한 통계적인 유의미성을 확인하였다. 따라서 공공의료서비스의 질은 공공의료서비스 제공의 공평성과 주관적 건강행복 간의 관계를 부분적으로 매개하는 것으로 나타났다.

고찰

1. 연구결과에 대한 고찰

본 연구의 분석결과를 바탕으로 응답자의 일반적 특성, 공공의료서비스 제공의 공평성과 공공의료서비스의 질 그리고 주관적 건강행복 간의 관계를 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 공공의료서비스 제공의 공평성에 대한 인식은 거주하고 있는 지역 간에 차이를 보였다. 비수도권에 거주하는 응답자는 수도권에 거주하는 응답자에 비해 공공의료서비스를 동등하게 제공받지 못한

다고 인식했다. 비수도권에 거주하는 응답자가 공공의료서비스를 동등하게 제공받지 못한다고 인식하는 이유는 지역의 의료자원 부족에 기인한 것으로 해석된다. 이는 지역 간 의료자원 및 의료서비스의 격차가 발생하여 공공의료서비스의 책임성을 저해하고 양질의 보건의료서비스에 대한 접근권을 저해한다는 문제점이 꾸준히 지적되어 왔기 때문이다[11].

다음으로 혼인 및 직업상태에 따라 공공의료서비스 제공의 공평성에 대한 인식의 차이를 보였다. 특히 기혼 및 기타 혼인상태, 직업이 있는 응답자일수록 공공의료서비스 제공이 공평하지 않다고 인식하는 경향을 보였다. 선행연구결과를 살펴보면 일반적으로 기혼인 여성일수록 의료서비스를 자주 이용하고 비용 또한 더 많이 지출하는 것으로 보고된다[30]. 이러한 점에서 기혼 및 기타 혼인상태인 응답자들은 공공의료서비스에 대한 수요가 높지만, 이에 대한 적절한 서비스를 제공받지 못했기 때문에 공평하지 못하다고 인식하는 것으로 추측된다. 그러나 현재 국민들이 인식하는 공공의료서비스의 공평성에 대한 인식을 분석한 연구가 전무한 상황이기 때문에 이러한 차이에 대한 원인을 명확하게 단정하기 어렵다. 따라서 연구의 해석에 유의할 필요가 있으며, 향후 후속연구들을 통해 차이에 대한 원인을 규명할 필요가 있다.

공공의료서비스의 질에 대한 인식은 고등학교 졸업 이하인 집단에서 보다 긍정적이다. 그러나 소득수준에서 공공의료서비스 질에 대한 통계적인 유의미성을 발견하지 못하였기 때문에 사회경제적 지위 (socioeconomic status, SES)의 관점에서 해석되기에는 일부 한계가 있다. 반면, 주관적 건강행복의 수준은 2년제 대학 졸업 이상, 월평균 가구소득 600만 원 이상으로 응답한 그룹에서 높게 나타났다. 이는 SES가 높을수록 건강행복이 높다는 연구결과들과 동일하며[22], 혼인 및 직업상태의 경우도 해당된다[31].

둘째, 공공의료서비스 제공의 공평성과 공공의료서비스의 질은 주관적 건강행복에 통계적으로 유의미한 양(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났다(step 3). 즉, 양질의 공공의료서비스를 공평하게 제공받는다라고 인식할수록 주관적 건강행복감의 수준이 높은 것으로 나타났다. 따라서 정부는 국민의 건강증진을 위해 보다 양질의 공공의료서비스를 공평하게 제공하는 노력을 기울일 필요가 있다. 한편, 선행연구들에서는 성별, 연령, 학력, 소득, 주거지역의 보행만족도, 서울도심 보행만족도, 그리고 서울시의 녹지면적, 직업상태 등이 주관적 건강행복감에 긍정적인 영향을 미치는 요인임을 확인하였다[22,31]. 본 연구결과에서도 학력수준이 높고 기혼상태 응답자들이 다른 응답자들에 비해서 건강에 대한 주관적 행복감이 높은 것으로 나타나 선행연구들의 결과를 지지하였다.

셋째, 공공의료서비스 제공의 질에 대한 매개효과를 검증한 결과 공공의료서비스 제공의 공평성과 주관적 건강행복 간의 관계를 부분적으로 매개하는 것으로 나타났다. 즉, 국민들은 보다 공평한 의료서비스를 경험함으로써 공공의료서비스의 질이 우수하다고 인식하고 이는 높은 주관적 건강행복감으로 이어질 수 있다.

현재 공공의료서비스의 공평성과 서비스의 질, 그리고 주관적인 건강행복 간에 인과관계를 분석한 연구는 전무한 상황이며, 본 연구는 이들 간의 관계를 분석하는 시론적 연구이다. 그러나 정부의 중요한 역할 중 하나는 국민의 삶의 질 향상과 행복 실현에 있으며[32], 선행연구들의 결과에 따르면 국민들은 높은 수준의 공공서비스를 경험함으로써 만족감을 느끼고 개인의 삶의 질 향상과 행복을 실현할 수 있다[15]. 또한 공공서비스의 공평한 제공은 공공서비스의 만족을 결정하는 중요한 요인이라는 점에서 공공의료서비스의 질을 향상시키기 위해서는 무엇보다 공평한 의료서비스의 제공이 선행될 필요가 있다. 특히 정부가 제공하는 공공의료서비스는 규범적 차원의 공공재 또는 준공공재로서 지역·계층·분야에 관계없이 국민의 보편적인 의료이용을 보장하고 양질의 의료서비스를 제공하여 건강을 보호·증진할 의무가 있다. 이러한 점에서 본 연구결과는 국민의 건강증진을 위해 무엇보다 공공의료서비스의 공평한 제공이 선행되어야 한다는 점을 확인하였다. 즉, 국민들의 건강증진을 위해서는 공공의료서비스의

질적인 개선이 필요하지만 공공의료서비스의 공평한 제공이 우선적으로 필요하다는 점을 의미한다. 이는 공공의료서비스의 공공재 또는 준공공재의 특성에도 부합한다. 따라서 정부는 국민의 건강보호와 증진을 위해 공공의료서비스를 보다 공평하게 제공할 수 있도록 노력해야 할 것이다.

2. 연구의 제한점 및 의의

본 연구의 한계는 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 설문조사를 진행하는 시점에서 발생할 수 있는 다양한 외생요인들을 연구설계(research design)의 과정에서 적절히 통제하지 못했다는 한계가 있다. 따라서 연구결과는 특정한 시점에서 발견된 결과일 수도 있기 때문에 연구결과의 일반화와 해석에 유의가 필요하다. 즉, 연구결과는 본 연구의 분석시기에 한정하여 해석할 필요가 있음을 의미한다. 이러한 한계를 극복하기 위해 향후의 연구는 동일한 측정도구와 대상을 바탕으로 한 패널조사를 실시하여 연구의 일반화와 타당성을 높일 수 있도록 해야 할 것이다.

둘째, 본 연구는 해외에서 널리 이용되고 있는 공공의료서비스 제공의 공평성과 공공서비스의 질에 대한 측정도구를 번안하여 분석을 실시하였다. 그러나 공공의료서비스 제공의 공평성과 공공의료서비스의 질에 대한 인식은 매우 다차원적인 개념으로 구성될 수 있음에도 불구하고 단일 측정도구를 통해 측정을 시도했다는 점에서 연구의 한계가 존재한다. 그 결과 매개효과를 분석한 최소자승 회귀분석 모형의 설명력(R^2)은 각각 0.204, 0.060, 0.073으로 낮은 편이다. 따라서 후속연구를 통해 개념들을 보다 다차원적으로 구성하고 이를 측정하는 도구들을 개발하여 연구의 신뢰성과 타당성을 확보해야 할 것이다.

이러한 연구의 한계에도 불구하고 본 연구는 공공의료서비스의 본질적인 목적에 준거하여 실증분석을 시도했다는 데서 의의를 갖는다. 공공의료서비스는 국민에게 차별 없이 공평하게 제공되어야 하고 양질의 공공의료서비스를 제공함으로써 국민의 건강을 증진해야 한다. 이러한 점에서 본 연구는 기존의 연구와 차별되게 공공의료서비스의 직접적인 수혜대상인 국민의 인식에 주목하여 국민이 체감하는 공공의료서비스 제공의 공평성과 공공의료서비스의 질, 그리고 주관적 건강행복 간의 관계를 실증적으로 분석하였다. 이를 통해 향후 정부의 공공의료서비스 제공 방향에 대한 정책적 제언을 제시하고자 하였다는 데서 의의가 있다고 판단된다.

3. 결론

현재까지 우리나라의 공공의료서비스를 분석한 많은 선행연구들은 공공의료서비스의 효율성과 성과를 강조하는 측면이 있다[6-10].

그러나 개인이 느끼는 주관적인 건강상태는 국민들의 건강증진을 위한 국가 노력을 평가하는 중요한 기준이 될 수 있다는 점에서 국민들이 체감하는 공공의료서비스의 인식을 분석하는 기초연구들이 진행될 필요가 있다[22]. 이러한 점에서 본 연구는 시론적으로 우리나라 공공의료서비스의 공평성과 공공의료서비스의 질 그리고 주관적 건강행복 간의 관계를 살펴보고자 하였다.

공공의료서비스는 국민들에게 차별 없는 양질의 의료서비스를 제공하여 건강을 증진시키는 데 목적이 있다. 본 연구의 분석결과 양질의 공공의료서비스를 차별 없이 동등하게 제공받고 있다고 인식할수록 개인의 주관적 건강행복감이 높은 것으로 나타났다. 또한 공공의료서비스를 차별 없이 동등하게 제공받고 있을수록 공공의료서비스의 질이 높다고 인식하고, 나아가 개인의 주관적 건강행복에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 공공의료서비스가 국민의 건강증진에서 중요한 역할을 수행하고 있음을 의미한다. 그러나 최근 우리나라는 지역 간 의료자원과 공공의료서비스 제공의 지역 간 격차가 나타남으로써 사회적 문제가 되고 있다. 이러한 사회적인 문제는 본 연구결과에서도 재확인할 수 있었는데, 비수도권에 거주하고 있는 응답자는 수도권에 거주하고 있는 응답자들에 비해 공공의료서비스 제공이 동등하게 이루어지고 있지 않다고 인식하는 경향을 보였다. 따라서 정부는 공공의료보전에 관한 법률(법률 제15440호)에서 명시하고 있는 것처럼 양질의 공공의료서비스를 차별 없이 제공하기 위한 정책적 노력들을 실시할 필요가 있다.

한편, 정부는 지난 2018년 ‘필수의료의 지역격차 없는 포용국가 실현을 위한 공공보건의료 발전 종합대책’을 발표한 바 있다[11]. 해당 종합대책에서는 권역책임의료기관을 지정, 지역책임의료기관 지정 및 육성, 책임의료기관에 대한 정책적 지원, 권역-지역-기초 간 공공보건의료 협력체계 등을 마련하여 지역 간 의료격차를 해소하고 공공보건의료 책임성을 강화할 것을 제시하고 있다. 해당 대책들은 2019년부터 법령 개정, 연계협력 사업 등의 형태로 추진될 예정이다. 따라서 현재는 이러한 정책적 노력들에 대한 평가가 어렵겠지만 향후 해당 정책들이 지역 간 공공의료서비스 제공의 격차를 해소하고 공평한 의료서비스 제공의 구현에 기여하였는지를 분석하는 것이 필요하다.

감사의 글

본 연구는 2017년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행되었다(NRF-2017S1A3A2067636).

ORCID

Seung Min Moon: <https://orcid.org/0000-0002-6706-0409>

REFERENCES

1. Public Health and Medical Services Act, Act No. 15440 (Mar 13, 2018).
2. Lee KS. Definition of public health care and it's policy directions. *Public Health Aff* 2017;1(1):79-97. DOI: <https://doi.org/10.29339/pha.1.1.79>.
3. Karsten SG. Health care: private good vs. public good. *Am J Econ Sociol* 1995;54(2):129-144. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1536-7150.1995.tb02684.x>.
4. Wolf Jr C. A theory of nonmarket failure: framework for implementation analysis. *J Law Econ* 1979;22(1):107-139. DOI: <https://doi.org/10.1086/466935>.
5. Im TB. A critical review of New Public Management reforms in Korea. *Korean Public Adm Q* 2003;15(1):1-24.
6. Lee SS. An assessment of the local public services in Korea: with special reference to public hospitals. *Korean Public Adm Rev* 2000;34(3):243-262.
7. Yoo GR. Evaluating the efficiency of public health services using the nonoriented slack-based model of efficiency: with an application to the twenty-five districts of Seoul Metropolitan City. *Korean J Public Adm* 2008;17(3):91-126.
8. Kim SE, Choi SM. A comparative study of performance between public medical organizations and private medical centers. *Korean Soc Public Adm* 2014;24(4):29-52.
9. Yang JH, Myoung SM, Chang DM. A panel data analysis of the relationship between publicness and profitability of public hospitals: focused Medicaid patients. *Health Soc Welf Rev* 2014;34(4):418-440. DOI: <https://doi.org/10.15709/hsr.2014.34.4.418>.
10. Lee HJ, Lee DW, Jeong JY. The influence factors on the performance of regional public hospitals. *Health Policy Manag* 2019;29(1):27-39. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2019.29.1.27>.
11. Ministry of Health and Welfare. For the realization of an inclusive nation without the regional gap in essential fees: comprehensive plan for the development of public health care. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2018.
12. Cho HJ. Equity in health care: current situation in South Korea. *J*

- Korean Med Assoc 2013;56(3):184-194. DOI: <https://doi.org/10.5124/jkma.2013.56.3.184>.
13. Kim JY. A study on improvement of interregional disparity in national health service. Sejong: Korea Legislation Research Institute; 2013.
 14. Lee HG, Lee MA. Do public services make people happy?: a study of the relationship between perceived performance and happiness. *Korean Public Adm Rev* 2014;48(2):293-315.
 15. Kim BS, Choi SJ, Choi EM. Happiness and government's role: a study on the mediating effect of quality of life between public services and happiness. *Korean Public Adm Rev* 2015;49(4):97-122.
 16. Kim DW, Park CM. Analysis of quality components and customer satisfaction in public health services. *J Local Gov Stud* 2002; 14(4):207-228.
 17. Kim GJ, Lee SC. A study on factors determining service quality of health care: based on comparison public sector with private sector. *Korean Balanced Dev Stud* 2014;5(1):57-78.
 18. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *J Mark* 1985;49(4):41-50. DOI: <https://doi.org/10.2307/1251430>.
 19. Sofaer S, Firminger K. Patient perceptions of the quality of health services. *Annu Rev Public Health* 2005;26:513-559. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.050503.153958>.
 20. Kim J. The impact of health care coverage on changes in self-rated health: comparison between the near poor and the upper middle class. *Health Policy Manag* 2016;26(4):390-398. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2016.26.4.390>.
 21. Choi YH. Is subjective health reliable as a proxy variable for true health?: a comparison of self-rated health and self-assessed change in health among middle-aged and older South Koreans. *Health Soc Welf Rev* 2016;36(4):431-459. DOI: <https://doi.org/10.15709/hswr.2016.36.4.431>.
 22. Chang I, Kim HS. Regional factors affecting subjective health and wellbeing: spatial analysis for the case of Seoul. *Health Soc Welf Rev* 2016;36(3):85-118. DOI: <https://doi.org/10.15709/hswr.2016.36.3.85>.
 23. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol* 1986;51(6):1173-1182. DOI: <https://doi.org/10.1037//0022-3514.51.6.1173>.
 24. Aroian LA. The probability function of the product of two normally distributed variables. *Ann Math Stat* 1947;18(2):265-271. DOI: <https://doi.org/10.1214/aoms/1177730442>.
 25. Sobel ME. Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. *Sociol Methodol* 1982;13:290-312. DOI: <https://doi.org/10.2307/270723>.
 26. MacKinnon DP, Dwyer JH. Estimating mediated effects in prevention studies. *Eval Rev* 1993;17(2):144-158. DOI: <https://doi.org/10.1177/0193841x9301700202>.
 27. Preacher KJ, Hayes AF. Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behav Res Methods* 2008;40(3):879-891. DOI: <https://doi.org/10.3758/brm.40.3.879>.
 28. Charron N, Dijkstra L, Lapuente V. Regional governance matters: Quality of government within European Union member states. *Reg Stud* 2014;48(1):68-90. DOI: <https://doi.org/10.1080/00343404.2013.770141>.
 29. Charron N, Dijkstra L, Lapuente V. Mapping the regional divide in Europe: a measure for assessing quality of government in 206 European regions. *Soc Indic Res* 2015;122(2):315-346. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0702-y>.
 30. Park YY, Choi SY, Lee KS. Differences of outpatient service uses by marital status. *Korean Public Health Res* 2018;44(1):1-16.
 31. Shin SC, Kim MC. The effect of occupation and employment status upon perceived health in South Korea. *Health Soc Sci* 2007; 22:205-224.
 32. Duncan G. Happiness, sadness and government. *Health Cult Soc* 2013;5(1):51-66. DOI: <https://doi.org/10.5195/hcs.2013.130>.