

## 의료이용자의 보건의료제도 만족도와 변화 요구도

김지온<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>부산가톨릭대학교 병원경영학과

## Health Care System Satisfaction and Reform Need of Medical Users

Ji-On Kim<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Department of HCM Catholic University of Pusan

### 요약

본 연구는 2019년 의료서비스경험조사 자료를 활용하여, 실제 의료를 이용한 사람들의 보건의료제도에 관한 만족도, 변화 요구도를 인구사회학적 요인 및 건강상태, 의료이용 경험에 따라 분석하고, 보건의료제도 신뢰도 및 만족도, 변화 요구도에 영향을 주는 요인을 알아보고자 하였다. 연구대상자는 20세 이상의 건강보험대상자 중 최근 1년 간 외래와 입원을 이용한 의료이용 경험자 8,349명으로 하였다. 분석은 독립표본 t-test 및 ANOVA, Scheffe 검증, 다중회귀분석을 실시하였다. 연구결과 의료이용자들의 보건의료제도에 대한 인지도는 신뢰도와 만족도에 비해 상대적으로 낮은 편이었다. 고연령층, 낮은 교육수준, 읍면지역, 비용부담 의료이용제한 경험자 등의 인지도가 낮아 이들에 대한 정책과 보건의료제도 홍보가 필요하다. 보건의료제도 신뢰도는 보건의료제도 만족도에 가장 큰 영향을 미치고 있으므로, 국민들이 신뢰할 수 있는 정책수립을 해야 하고, 이 과정에서 국민의 의견수렴과 사회적 합의의 과정을 거쳐 신뢰성을 확보해 나가야 할 것이다. 의료이용자들은 보건의료제도의 변화 필요성에 공감하고 있었고, 취약지역·취약계층에 대한 지원 필요성을 가장 크게 느끼고 있었다. 의료기관 입원 및 외래 이용의 만족은 보건의료제도에 대한 신뢰와 만족에 영향을 주고, 나아가 제도 개선에 대한 국민적 합의에 긍정적 영향을 미칠 수 있음을 확인할 수 있었다.

### Abstract

This study was performed to investigate health care system satisfaction and reform need using the data from the '2019 Health Care Experience Survey'. For 8,349 data with experience in medical use, health care system satisfaction and reform need level was analyzed by t-testing and ANOVA by characteristics of the study subjects, and multiple regression was conducted. Research has shown that health care users' recognition of the health care system is relatively low compared to reliability and satisfaction. It is necessary to promote policies and health care systems for senior citizens, low education levels. Since the reliability has the biggest impact on the satisfaction of the health care system, government should establish policies that they can trust, and in the process, they should gather opinions from the public and secure credibility through social consensus. Medical users were sympathetic to the need for reforms in the health care system, and felt the need to support vulnerable areas and vulnerable groups the most.

### Key Words

Health Care System Recognition, Reliability and Satisfaction, Health Care System, Reform, Health Care Experience Survey

## 1. 서론

WHO(2000)는 국민의 건강 향상이 보건의료제도의 궁극적인 목표이며, 이를 달성하기 위해

\*Corresponding Author : Ji-On Kim(Catholic University of Pusan)

Tel: +82-10-5588-3346 Email: jokim@cup.ac.kr

Received June 23, 2021 Revised July 06, 2021 Accepted July 18, 2021

서 국민 간 재정 부담의 공정성을 실현하고, 국민의 보건의료제도에 대한 반응성을 높여야 한다고 설명하고 있다[1]. 보건의료제도는 국가가 국민들에게 예방, 치료, 재활서비스 등의 의료서비스를 제공하는 종합적인 체계로 여기에는 의료자원의 배분, 의료서비스의 접근, 건강보험, 보건의료법, 국가의 의료비 지원 등이 포함되며, 궁극적으로 국민의 만족과 건강의 향상이라는 성과를 지향해 나간다. 보건의료제도의 체계적인 관리와 가치 지향적인 운영을 위해서는 양적인 측면에서뿐만 아니라 질적인 측면에서의 욕구 또한 균형 있게 파악할 필요가 있다[2]. WHO와 OECD는 각 국가에게 보건의료제도에 대한 국민의 반응성과 기대 수준을 점검할 것과 국민의 의료서비스 이용 경험을 확인할 것을 지속해서 독려하고 있다[3].

현 정부에서는 2017년부터 국민건강 향상을 목적으로, 의료비부담을 줄여 의료의 접근성과 형평성을 높이기 위한 건강보험보장성 강화정책과 의료서비스의 공공성 강화정책을 꾸준히 실행해 오고 있다. 비급여 진료에 건강보험이 적용되면서 환자가 부담해야 할 본인부담금이 크게 줄었으며, 본인부담금상한제 시행 등으로 보장성을 강화해 오고 있다[4]. 2018년 건강보험 보장률은 63.8%로 2017년(62.7%)보다 1.1%포인트 늘었으며, 2019년은 64.2%로 또한 소폭 증가하였다[5].

의료보장제도의 핵심가치인 건강보험 보장성 강화를 현실에서 구현하려면 그 실행 수단인 재정확보가 필수적이고, 건강보험제도는 국민들의 건강보험료가 주요 재원조달 방안이므로, 예산확보를 위한 국민들의 공감대 형성이 필요하며, 정책에 대한 국민적 동의가 매우 중요하다.

또한 건강보험 재원은 한정되어 있기 때문에 정책의 우선순위를 결정하는 작업은 매우 중요하므로, 보장성 강화가 어떤 영역에서 특히 보완되어야 하는가에 대한 국민들의 눈높이에 맞는 정책을 펼쳐야 할 것이다. 우리나라는 현재 유래없는 저출산과 빠른 노령화로 이미 고령사회로 진입하였고, 초고령사회로의 진입을 눈앞에 두고 있다. 국민들이 원하는 방향으로 개선

과 발전의 방향을 설정하기 위해, 국가는 국민들이 보건의료제도와 보장성 강화에 대해 인구사회학적 특성 및 의료이용 특성별로 어떻게 인식하고 있는지를 파악하고, 어떠한 정책 변화를 요구하고 있는지를 파악하여 이를 바탕으로 국민들의 실질적 기대에 부응하는 건강보험 정책과 보건의료제도 개선을 수행해 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].

그간 우리나라 보건의료제도에 대한 인식 관련 연구는 일반적인 건강보험 역할과 재정확충, 보건의료정책 만족도 연구들이 있으나[8-10], 세부적인 보건의료제도에 관한 인식과 변화 요구도는 조사되지 않고, 응답자의 건강상태나 의료이용에 관한 정보는 미흡하여 이와 관련한 분석에는 제한점이 있으며, 빠르게 변화하는 의료보장제도에 대한 국민들의 만족도나 요구도는 지속적으로 검토될 필요성이 있다.

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 “의료서비스 경험 조사”를 2017년부터 매년 시행하고 있다. 의료서비스 경험조사의 특징은 첫째, 의료이용 통계자료에서 파악할 수 없는 환자의 의료서비스 이용 경험과 환자 만족도, 보건의료제도 인식도 및 이에 대한 국민의 기대와 같은 질적인 측면에서의 국민의 욕구를 확인하고 있다. 둘째, 특정 의료기관을 이용한 사람만을 대상으로 하는 과거의 환자만족도 조사와 달리 지역사회 기반으로 조사가 이루어져 어느 정도 객관성과 전국민에 대한 대표성을 가지고 있는 장점이 있다 [2]. 각종 복지제도에 국민의 의견을 활발히 표출하고 요구하고 있는 현황에서 보건의료제도에 대한 가장 최근의 국민인식을 조사한 “2019년도

의료서비스경험 조사”의 원자료를 활용하여 보건의료제도의 인식 현황과 영향 요인을 분석하는 것은 국민의 의견수렴을 위해 필요하다고 생각한다.

2019년 의료서비스경험조사는 2017년 조사에서 없었던 입원 및 외래이용에 대한 ‘전반적 만족도’가 추가되고 있어, 의료이용자들의 의료서비스경험과 관련하여 전반적 환자만족도를 조망해 볼 수 있는 장점이 있다. 또한 보건의료제도 전반적 인지도, 만성질환관리제도 인지도, 치매국가책임제 인지도, 보건의료 변화 필요성의 세부 5개 항목이 추가되어, 국민의 의료이용 만족도와 보건의료제도에 대한 인식과 제도 변화 요구도에 대해 구체적으로 조사하고 있다. 이에 본 연구는 2019년 의료서비스경험조사의 자료를 활용하여, 실제 의료를 이용한 사람들의 보건의료제도에 관한 인식을 인구사회학적 요인 및 건강상태, 의료이용 경험에 따라 분석하고, 보건의료제도 신뢰도 및 만족도, 보건의료제도 변화 요구도에 영향을 주는 요인을 분석하여, 보건의료제도 발전을 위한 수용성 높은 정책 기초자료를 신속히 제공하고자 한다.

본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

첫째, 의료이용자들의 인구사회학적 특성과 건강상태, 의료이용 경험 특성별로 ‘보건의료제도의 인지도’, ‘보건의료제도 신뢰도’, ‘보건의료제도 만족도’, ‘보건의료제도 변화 요구도’를 파악한다.

둘째, ‘보건의료제도 신뢰도’, ‘보건의료제도 만족도’, ‘보건의료제도 변화 요구도’에 영향을 주는 인구사회학적 특성 및 건강 요인, 의료이용 경험, 의료이용 만족도 요인, 보건의료제도 인지도 요인을 파악한다.

## 1.1 연구방법

### 1.1.1 연구자료 및 연구대상

본 연구는 “2019년 의료서비스경험조사” 조사의 원자료를 제공받아 활용한 이차자료 분석연구이다. “2019년 의료서비스경험조사”의 원시자

료를 통계청 소속 MDIS(Microdata Integrated Service)에서 제공받아 응답자 중 20세 이상의 건강보험 대상자 중에서 실제 입원 및 외래로 의료기관을 이용한 경우만을 추출하여 시행하였다. “의료서비스경험 조사”는 국민의 의료서비스 이용경험을 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 진행하고 있다. 2019년 조사는 7월 8일~9월 20일에, 2017년 인구총조사 조사구를 기초로 확률비례계통추출방법으로 6,000가구를 표본으로 선정하여, 총 12,507명을 조사하였다[2]. 본 연구에서는 재원조달과 의료전달체계가 상이한 의료급여 대상자를 제외한 건강보험 적용 대상자만을 선정하였고, 실제 의료를 이용한 사람들의 의료서비스 경험과 관련하여 보건의료제도에 대한 인식을 주로 분석하기 위하여 20세 이상의 건강보험대상자 중 최근 1년 간 외래와 입원을 이용한 의료이용 경험자 8,349명을 연구대상으로 하였다.

### 1.1.2 연구도구

종속변수는 보건의료제도 인지도, 만족도 및 변화 요구도에 관한 항목 11개로서 ‘보건의료제도 인지도(우리나라의 전반적인 보건의료제도를 잘 알고 있다)’, ‘만성질환관리제도 인지도’, ‘치매국가책임제 인지도’, ‘보건의료제도 신뢰도’, ‘보건의료제도 만족도’, ‘보건의료제도 변화 요구도(우리나라의 보건의료제도는 변화할 필요가 있다)’, ‘의료취약계층(노인, 장애인 등)에 의료지원강화 필요성’, ‘의료취약지역(농어촌, 도서산간지역 등)에 의료지원강화 필요성’, ‘공공의료기관 확대 및 기능강화 필요성’, ‘의료비본인부담감소 필요성’, ‘대형병원 환자집중감소 필요성’으로 5점 척도이다.

독립변수는 선행논문들을 참고하여 인구사회학

적 특성, 건강상태 및 의료이용 변수를 선정하였다[8-11]. 인구사회학적 특성은 원자료에서 조사한대로 성별, 연령, 교육수준, 직업, 가구소득, 거주지역(동, 읍면 지역)을 선정하였다. 건강상태 및 의료이용 변수는 ‘주관적 건강수준(나쁨, 보통, 좋음)’, ‘1년 이상 만성질환’ 여부, ‘의료이용 유형(외래만 혹은 입원)’, 1년 이내 ‘의료비부담으로 인한 의료이용제한 경험’ 여부로 선정하였다. 외래와 입원을 모두 이용했을 때에는 입원이용으로 분류하였다. 1년 이내 ‘의료비부담으로 인한 의료이용제한 경험’은 ‘비용부담으로 의료기관 방문포기’, ‘비용부담으로 치료포기’, ‘비용부담으로 검사포기’ ‘비용부담으로 의약품 처방포기’, ‘비용부담으로 의약품 구매포기’의 5개 변수중 하나라도 해당되는 경우로 선정하였다. 의료기관 전체 만족도는 외래이용만 한 사람은 외래 전체만족도(5점 척도)만을, 입원이용만 한 사람은 입원 전체만족도(5점 척도)만을, 입원과 외래를 모두 이용한 사람은 두 분야를 평균하여 전체만족도를 산출하여 사용하였다.

## 1.2 분석 방법

분석방법은 첫째, 인구사회학적 특성과 건강상태 및 의료이용 특성별로 ‘보건의료제도 인식도’ 11개 항목의 평균 분석을 독립표본 t-test 및 ANOVA, Scheffe 검정으로 시행하였다. 둘째, ‘보건의료제도 신뢰도’, ‘보건의료제도 만족도’, ‘보건의료제도 변화 요구도’에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해 이들 3개 변수 각각을 종속변수로 다중회귀분석을 실시하였다. ‘보건의료제도 신뢰도’ 다중회귀분석에서는 독립변수를 인구사회학적 특성(성, 연령, 교육수준, 직업, 가구소득, 지역구분), 건강상태(주관적 건강수준, 1년간 만성질환 여부) 및 의료이용 변수[의료이용유형(외래, 입원), 비용부담 의료이용제한 여부, 입원과 외래에서의 ‘전체만족도’]에 ‘보건의료제도 인식도’를 추가 선정하였다. ‘보건의료제도 만족도’ 다중회귀분석에서는 독립변수를 인구사회학적 특성, 건강상태 및 의료이용 변수에, ‘보건의료제도 인식도’와 ‘보건의료제도 신뢰도’

를 추가 선정하였다. ‘보건의료제도 변화 요구도’ 다중회귀분석에서는 독립변수를 인구사회학적 특성, 건강상태 및 의료이용 변수에, ‘보건의료제도 인식도’와 ‘보건의료제도 만족도’를 추가 선정하였다. 자료의 통계분석은 SPSS 25.0 프로그램을 사용하여 시행하였다.

## 2. 본론

### 2.1 연구결과

#### 2.1.1 연구대상자의 인구사회학적 및 건강-의료이용 특성

본 연구의 분석 대상자는 “2019년도 의료서비스경험 조사”의 20세 이상 건강보험 대상자 중 최근 1년 실제 입원이나 외래를 이용한 경험이 있는 8,349명이었다.

성별로는 여자가 56.5%로 남자 43.5% 보다 많았고, 연령별로는 60세 이상이 44.1%으로 가장 많았고, 다음으로 50~59세 22.9%, 40~49세 14.9%, 30~39세 10.8%, 20~29세 7.2% 순으로 나타났다. 가구소득은 2분위가 24.3%로 가장 많았으며, 다음으로 4분위 21.4%, 5분위 20.6%, 1분위 18.2%, 3분위 15.5% 순으로 나타났다. 교육수준은 중등교육이 50.2%로 가장 많았고, 다음으로 고등교육 31.9%, 초등교육 이하 17.9%순으로 나타났다. 직업은 임금근로자가 33.7%로 가장 많았고, 다음으로 주부 28.8%로 많았으며, 무직(기타 포함) 17.4%, 자영업·고용주는 17.3%로 유사한 비율로 나타났고, 학생이 2.7%로 가장 적게 나타났다. 거주 지역은 동 지역이 72.5%, 읍면 지역이 27.5%였다. 주관적 건강수준은 좋은 편이다가 56.0%로 가장 높았고, 보통 30.6%, 나쁨 13.4%로 나타났다. 만성질환자는 44.8%였으며, 비용부담으로 인한 의료이용제한 경험자는 9.2%였다. 입원이용자는 6.0%, 외래만 이용한 사람은 96.0%로 나타났다[표 1].

[Table 1] Socio-demographic & medical use characteristics of subjects

[표 1] 연구대상자의 일반적 특성

Variables	Category	Frequency	Percent
Gender	Male	3,633	43.5
	Female	4,716	56.5
Age(years)	20-29	601	7.2
	30-39	904	10.8
	40-49	1,245	14.9
	50-59	1,916	22.9
	Over 60	3,683	44.1
Household income/month (10,000 won)	I grade	1,520	18.2
	II grade	2,030	24.3
	III grade	1,292	15.5
	IV grade	1,784	21.4
	V grade	1,723	20.6
Education	Elementary education	1,496	17.9
	Secondary education	4,192	50.2
	Higher education	2,661	31.9
Occupation	Paid worker	2,816	33.7
	Self-employed, Employer	1,448	17.3
	Housewife	2,407	28.8
	Student	225	2.7
	Unemployed, Others	1,454	17.4
	Region	Urban	6,057
	Rural	2,292	27.5
Health status	Poor	1,120	13.4
	Moderate	2,552	30.6
	Good	4,677	56.0
Chronic diseases	No	4,612	55.2
	Yes	3,737	44.8
Unmet medical need due to costs	No	7,585	90.8
	Yes	764	9.2
Medical use	OPD only	7,848	96.0
	Admission	501	6.0
<b>Total</b>		<b>8,349</b>	<b>100.0</b>

### 2.1.2 인구사회학적 특성 및 건강·의료이용 특성별 보건의료제도 인지도, 만족도 및 변화 요구도

인구사회학적 특성 및 건강·의료이용 특성별로 보건의료제도 인지도, 만족도 및 변화 요구도 11개 항목에 대한 인식도 평균은 [표2-3]과 같다.

‘보건의료제도 인지도’ 평균은 3.07이었고, ‘만성질환관리제도 인지도’ 2.83, ‘치매국가책임제 인지도’ 2.92였다. ‘보건의료제도 신뢰도’는 3.74, ‘보건의료제도 만족도’는 3.76이었다.

‘보건의료제도 변화 요구도’는 3.51이었고, ‘의료취약계층에 의료지원강화 필요성’ 3.84, ‘의료

취약지역에 의료지원강화 필요성’ 3.89, ‘공공의료기관 확대 및 기능강화 필요성’ 3.88, ‘의료비 본인부담감소 필요성’ 3.71, ‘대형병원 환자집중 감소 필요성’ 3.78로 나타났다.

각 항목의 특성별로 ‘보건의료제도 인지도’는 남성, 30-59세, 소득과 교육수준이 높을수록, 임금근로자와 자영업·고용주, 좋은 건강상태, 만성질환이 없는 사람, 의료비부담으로 인한 의료이용제한이 없는 사람에게서 유의하게 높게 나타났다( $p<.01$ ).

‘만성질환관리제도 인지도’는 남성, 30-59세, 소득과 교육수준이 높을수록, 임금근로자와 자영업·고용주, 읍면지역, 좋은 건강상태, 의료비부담으로 인한 의료이용제한이 없는 사람에게서 유의하게 높게 나타났다( $p<.01$ ).

‘치매국가책임제 인지도’는 남성, 30~59세, 소득과 교육수준이 높을수록, 임금근로자와 자영업·고용주, 읍면지역, 좋은 건강상태, 만성질환이 없는 사람, 의료비부담으로 인한 의료이용제한이 없는 사람에게서 유의하게 높게 나타났다( $p<.01$ ).

‘보건의료제도 신뢰도’와 ‘보건의료제도 만족도’는 60세 이상, 초등교육 이하, 주부, 무직, 읍면지역, 만성질환자, 의료비부담으로 인한 의료이용제한이 없는 사람에게서 유의하게 높게 나타났다( $p<.01$ ).

‘보건의료제도 변화 요구도’는 60세 이상, 소득 1분위, 초등교육 이하, 나쁜 건강상태, 만성질환자에서 유의하게 낮았다( $p<.01$ ). ‘의료취약계층에 의료지원강화 필요성’은 30-49세 및 60세 이상, 소득 1분위, 초등교육 이하, 무직, 건강상태 보통, 만성질환자에서 유의하게 높았으며 ( $p<.01$ ), ‘의료취약지역에 의료지원강화 필요성’은 30세 이상, 무직, 읍면지역에서 유의하게 높았다( $p<.01$ ).

‘공공의료기관 확대 및 기능강화 필요성’은 30세 이상, 건강상태 보통에서 유의하게 높았으며 ( $p<.01$ ), ‘의료비본인부담감소 필요성’은 연령이 높을수록, 소득 1, 2분위 저소득층, 중등교육 이하, 무직, 만성질환자, 의료비부담으로 인한 의

료이용 제한이 있는 사람에게서 유의하게 높게 나타났다(p<.01).

‘대형병원 환자집중감소 필요성’은 30-49세, 중등교육 이상, 도시지역, 건강상태가 보통 이상, 만성질환이 없는 사람에게서 유의하게 높게 나타났다(p<.01).

**2.1.3 보건의료제도 신뢰도, 만족도, 보건의료제도 변화 요구도에 영향을 미치는 요인**

‘보건의료제도 신뢰도’, ‘보건의료제도 만족도’, ‘보건의료제도 변화 요구도’에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 다중회귀분석을 시행한 결과는 [표 4]와 같다.

[Table 2] Health care recognition, reliability, satisfaction by general characteristics

[표 2] 일반적 특성에 따른 보건의료제도 인식도, 신뢰도, 만족도

Variables	Category	Health care recognition	chronic disease management	Dementia Liability System	Health care reliability	Health care satisfaction
Gender	Male	3.16±.875	2.89±1.081	2.98±1.096	3.74±.683	3.75±.666
	Female	3.01±.984	2.79±1.112	2.88±1.118	3.74±.699	3.76±.677
	t(P)	7.798**	4.147**	4.403**	-.502	-1.132
Age	20-29 <sup>a</sup>	3.03±.895	2.69±1.104	2.82±1.110	3.59±.679	3.67±.670
	30-39 <sup>b</sup>	3.23±.858	2.87±1.120	3.00±1.091	3.67±.676	3.71±.664
	40-49 <sup>c</sup>	3.20±.836	2.89±1.104	3.02±1.076	3.69±.683	3.72±.651
	50-59 <sup>d</sup>	3.21±.828	2.95±1.068	3.05±1.072	3.72±.703	3.72±.694
	Over60 <sup>e</sup>	2.93±.972	2.77±1.102	2.82±1.133	3.81±.689	3.81±.666
	Scheffe F(P)	a,e<b,c,d 48.933**	a,e<b,c,d 12.001**	a,e<b,c,d 18.542**	a,b,c,d<e 19.984**	a<b,c,d<e 11.518**
Household income/month (10,000won)	I grade <sup>a</sup>	2.82±.995	2.63±1.100	2.67±1.138	3.78±.708	3.81±.683
	II grade <sup>b</sup>	3.02±.945	2.81±1.097	2.87±1.117	3.73±.690	3.74±.674
	III grade <sup>c</sup>	3.15±.889	2.87±1.109	2.99±1.109	3.73±.697	3.76±.675
	IV grade <sup>d</sup>	3.16±.857	2.88±1.086	3.01±1.071	3.74±.679	3.73±.664
	V grade <sup>e</sup>	3.22±.822	2.97±1.082	3.07±1.071	3.71±.691	3.76±.665
	Scheffe F(P)	a<b<c,d,e 51.638**	a<b,c,d<e 21.012**	a<b<c,d,e 33.649**	2.343	3.267*
Education	Elementary <sup>a</sup>	2.73±1.027	2.62±1.175	2.61±1.134	3.83±.710	3.84±.672
	Middle <sup>b</sup>	3.09±.891	2.87±1.095	2.93±1.095	3.74±.684	3.75±.663
	Higher <sup>c</sup>	3.24±.825	2.90±1.097	3.07±1.060	3.69±.692	3.72±.683
	Scheffe F(P)	a<b<c 157.349**	a<b,c 40.263**	a<b<c 80.860**	a>b,c 19.033**	a>b,c 15.103**
	Occupation	Paid worker <sup>a</sup>	3.21±.849	2.91±1.092	3.02±1.090	3.69±.668
Self-employed <sup>b</sup>	3.19±0.863	2.91±1.114	3.02±1.105	3.77±.689	3.78±.664	
Housewife <sup>c</sup>	2.98±.937	2.77±1.096	2.85±1.124	3.78±.692	3.78±.672	
Student <sup>d</sup>	2.99±.894	2.64±1.089	2.80±1.122	3.59±.746	3.65±.753	
Unemployed, Others <sup>e</sup>	2.88±.990	2.73±1.088	2.78±1.118	3.77±.725	3.79±.684	
Scheffe F(P)	a,b>c>d,e 44.986**	a,b>c,d,e 12.686**	a,b>c,d,e 16.629**	b,c,e>a,d 10.359**	a<c,e 5.411**	
Region	Urban	3.07±.882	2.80±1.069	2.89±1.079	3.71±.692	3.73±.661
	Rural	3.10±.992	2.92±1.173	3.00±1.184	3.82±.687	3.82±.698
	t(P)	-1.379	-4.148**	-3.664**	-6.186**	-4.992**
Health status	Poor <sup>a</sup>	2.61±1.006	2.49±1.105	2.52±1.115	3.73±.766	3.72±.746
	Moderate <sup>b</sup>	2.96±0.898	2.80±1.057	2.89±1.097	3.73±.695	3.74±.675
	Good <sup>c</sup>	3.25±0.848	2.93±1.103	3.04±1.090	3.75±.672	3.77±.652
	Scheffe F(P)	a<b<c 266.903**	a<b<c 76.028**	a<b<c 105.038**	.307	2.984
	Chronic diseases	No	3.15±.874	2.83±1.106	2.96±1.093	3.70±.689
Yes	2.99±.954	2.84±1.091	2.88±1.128	3.78±.694	3.79±.670	
t(P)	7.911**	-.359	3.394**	-5.163**	-4.258**	
Unmet medical need due to costs	No	3.10±.903	2.86±1.099	2.95±1.104	3.76±.685	3.78±.661
	Yes	2.82±.982	2.61±1.080	2.70±1.134	3.58±.747	3.54±.738
	t(P)	7.524**	5.862**	5.683**	6.264**	8.653**
Total		3.07±.914	2.83±1.099	2.92±1.109	3.74±.692	3.76±.672

\*p<.05,\*\*p<.01

[Table 3] Health care Reform need by general characteristics

[표 3] 일반적 특성에 따른 보건의료제도 변화 요구도

Variables	Category	Health care Reform need	Need of Support for the vulnerable persons	Need of Support for vulnerable areas	Public Health Enhancement	Reducing the individual burden	Decrease patient concentration in large hospitals
Gender	Male	3.53±.825	3.85±.730	3.89±.702	3.89±.708	3.70±.792	3.79±.764
	Female	3.50±.817	3.84±.753	3.88±.717	3.87±.711	3.71±.795	3.77±.782
	t(P)	1.318	.935	.452	1.319	-.746	1.227
Age	20-29 <sup>a</sup>	3.52±.762	3.72±.759	3.75±.751	3.76±.716	3.64±.757	3.67±.773
	30-39 <sup>b</sup>	3.59±.779	3.87±.705	3.94±.734	3.91±.717	3.68±.812	3.83±.789
	40-49 <sup>c</sup>	3.60±.802	3.87±.737	3.89±.682	3.90±.716	3.67±.811	3.82±.760
	50-59 <sup>d</sup>	3.54±.802	3.80±.752	3.85±.698	3.89±.718	3.70±.773	3.77±.788
	Over60 <sup>e</sup>	3.45±.849	3.87±.744	3.91±.711	3.88±.699	3.74±.798	3.76±.766
	Scheffe	b,c,d>e	a,d<b,c,e	a<b,c,d,e	a<b,c,d,e	-	a<b,c
	F(P)	11.701**	8.138**	8.469**	5.025**	3.564**	5.337**
Household income/month (10,000won)	I grade <sup>a</sup>	3.40±.901	3.91±.770	3.92±.749	3.93±.711	3.76±.830	3.74±.787
	II grade <sup>b</sup>	3.50±.813	3.82±.716	3.87±.702	3.87±.685	3.76±.777	3.78±.753
	III grade <sup>c</sup>	3.51±.821	3.80±.775	3.89±.695	3.86±.716	3.70±.789	3.78±.746
	IV grade <sup>d</sup>	3.58±.792	3.84±.717	3.88±.683	3.86±.723	3.68±.778	3.82±.765
	V grade <sup>e</sup>	3.56±.772	3.86±.748	3.88±.726	3.88±.720	3.63±.792	3.76±.814
	Scheffe	a<b,c,d,e	a>b,c,d,e	-	-	a,b>c,d,e	-
F(P)	10.946**	5.023**	1.074	2.245	8.978**	2.364	
Education	Elementary <sup>a</sup>	3.35±.891	3.91±.757	3.91±.735	3.86±.715	3.77±.822	3.69±.808
	Middle <sup>b</sup>	3.53±.808	3.82±.751	3.87±.704	3.89±.704	3.72±.780	3.79±.756
	Higher <sup>c</sup>	3.58±.785	3.85±.720	3.89±.707	3.87±.716	3.65±.796	3.80±.779
	Scheffe	a<b,c	a>b,c	-	-	a,b>c	a<b,c
	F(P)	38.693**	8.372**	1.601	1.047	12.030**	11.792**
Occupation	Paid worker <sup>a</sup>	3.56±.785	3.82±.717	3.86±.699	3.87±.711	3.68±.785	3.79±.763
	Self-employed <sup>b</sup>	3.52±.849	3.85±.763	3.90±.718	3.88±.704	3.69±.819	3.80±.772
	Housewife <sup>c</sup>	3.49±.821	3.83±.757	3.90±.718	3.90±.698	3.72±.795	3.77±.784
	Student <sup>d</sup>	3.45±.773	3.65±.827	3.67±.791	3.77±.705	3.63±.745	3.66±.798
	Unemployed, Othrs <sup>e</sup>	3.46±.858	3.92±.726	3.94±.694	3.88±.733	3.76±.785	3.74±.755
	Scheffe	-	e>a,b,c,>d	e>a,b,c>d	-	a<e	-
F(P)	4.804**	8.202**	8.519**	1.880	3.320**	2.509*	
Region	Urban	3.52±.803	3.84±.715	3.87±.685	3.87±.692	3.70±.780	3.79±.754
	Rural	3.49±.864	3.85±.811	3.93±.774	3.89±.755	3.73±.829	3.74±.825
	t(P)	1.319	-.590	-2.978**	-1.304	-1.394	2.215**
Health status	Poor <sup>a</sup>	3.34±.895	3.85±.801	3.86±.765	3.83±.740	3.73±.844	3.63±.812
	Moderate <sup>b</sup>	3.51±.805	3.88±.750	3.91±.723	3.91±.727	3.72±.790	3.78±.814
	Good <sup>c</sup>	3.56±.804	3.82±.724	3.88±.690	3.87±.693	3.69±.783	3.81±.737
	Scheffe	a<b,c	b>c	-	a<b	-	a<b,c
	F(P)	31.014**	5.806**	3.392*	4.966**	1.667	25.400**
Chronic diseases	No	3.54±.800	3.82±.739	3.87±.714	3.87±.707	3.68±.794	3.80±.755
	Yes	3.47±.843	3.87±.747	3.90±.707	3.88±.713	3.74±.792	3.74±.796
	t(P)	3.831**	-2.747**	-1.905	-.468	-3.569**	3.272**
Unmet medical need due to costs	No	3.51±.818	3.84±.742	3.89±.710	3.88±.708	3.69±.792	3.78±.775
	Yes	3.52±.840	3.86±.754	3.86±.717	3.86±.731	3.84±.798	3.73±.768
	t(P)	-.407	-.509	.940	.575	-4.759**	1.893
Total		3.51±.820	3.84±.743	3.89±.711	3.88±.710	3.71±.794	3.78±.774

\*p<.05,\*\*p<.01,\*\*\*p<.001

‘보건의료제도 신뢰도’에 유의한 영향을 미치는 요인으로는 연령, 직업, 교육수준, 거주 지역, 의료비부담으로 인한 의료이용제한 경험, 외래 및 입원 이용 전반적 만족도 변수로 조사되었고, 회귀모형은 통계적으로 유의하였으며(F=32.400, p<.001), 모형의 설명력은 8.0%로 나타났다. 구체적인 결과를 살펴보면 60대 이상, 주부, 입원과 외래 이용 전반적 만족도가 높을수록, 보건의료제도에 대한 인지도가 높을수록 보건의료제도 신뢰도가 유의하게 높은 것으로 나타났다(p<.05, p<.01). 이에 반해, 중등교육 이상, 동 지역, 의료비부담으로 인한 의료이용제한 경험이 있는 사람에게서 보건의료제도 신뢰도가 유의하게 더 낮은 것으로 나타났다(p<.01).

‘보건의료제도 만족도’에 유의한 영향을 미치는 요인으로는 가구소득, 의료비부담으로 인한 의료이용제한 경험, 외래 및 입원 이용 전반적 만족도, 보건의료제도 인지도, 보건의료제도 신뢰도 변수로 조사되었고, 회귀모형은 통계적으로 유의하였으며(F=161.620, p<.001), 모형의 설명력은 31.6%로 나타났다. 구체적인 결과를 살펴보면 소득 4분위, 의료비부담으로 인한 의료이용제한 경험이 있는 사람에게서 보건의료제도 만족도가 유의하게 낮은 것으로 나타났다(p<.05, p<.01). 반면 입원과 외래이용 전반적 만족도가 높을수록, 보건의료제도 인지도가 높을수록, 보건의료제도 신뢰도가 높을수록 보건의료제도 만족도가 유의하게 높았다(p<.01).

‘보건의료제도 변화 요구도’에 유의한 영향을 미치는 요인으로는 교육수준, 주관적 건강수준, 의료비부담으로 인한 의료이용제한 경험, 외래 및 입원 이용 전반적 만족도, 보건의료제도 인지도 변수로 조사되었고, 회귀모형은 통계적으로 유의하였으며(F=13.706, p<.001), 모형의 설명력은 3.5%로 나타났다. 구체적인 결과로 중등교육 이상, 주관적 건강수준이 보통 이상, 의료비부담으로 인한 의료이용제한 경험이 있는 사람, 보건의료제도에 대한 인지도가 높을수록 보건의료제도 변화의 필요성이 유의하게 높게 나타났다(p<.05, p<.01). 이에 반해 외래 및 입원

이용 전반적 만족도가 높을수록 보건의료제도 변화의 필요성이 유의하게 낮았다(p<.05).

[Table 4] Multiple regression on health care reliability, satisfaction, Necessity

[표 4] 보건의료제도 신뢰도, 만족도, 변화의 필요성에 영향을 미치는 요인

Variables	Category	health care reliability		health care satisfaction		Necessity of Health care reform	
		β	t	β	t	β	t
Gender (base=Male)	Female	-.001	-.113	0.018	1.567	0.011	0.804
Age(years) (base=20-29)	30-39	0.012	0.658	-0.003	-0.202	0.005	0.247
	40-49	0.025	1.247	-0.009	-0.527	0.009	0.448
	50-59	0.044	1.817	-0.021	-1.03	-0.019	-0.754
	Over 60	0.112	3.685**	0.000	-0.018	-0.025	-0.804
Household income (base=I grade)	II grade	-0.01	-0.695	-0.024	-1.865	0.013	0.872
	III grade	-0.001	-0.095	-0.008	-0.619	0.000	0.002
	IV grade	0.017	1.067	-0.029	-2.101*	0.032	1.937
	V grade	0.004	0.234	0.001	0.046	0.019	1.137
Occupation (base=paid worker)	Self-employed	0.010	0.787	0.002	0.156	-0.002	-0.166
	Housewife	0.038	2.527*	-0.004	-0.299	0.005	0.345
	Student	-0.003	-0.221	-0.006	-0.537	-0.017	-1.269
	Unemployed, Others	0.010	0.701	0.010	0.812	0.023	1.586
education (base= elementary)	Middle	-0.047	-2.66**	-0.027	-1.762	0.060	3.325**
	Higher	-0.045	-2.079*	-0.036	-1.915	0.055	2.481*
Region (base=Rural)	Urban	-0.044	-3.993**	-0.01	-1.068	0.000	-0.024
Health status (base=Poor)	Moderate	-0.001	-0.059	0.012	0.809	0.053	3.033**
	Good	0.016	0.811	0.027	1.551	0.052	2.568**
Chronic diseases (base=No)	Yes	0.016	1.151	0.017	1.472	0.010	0.742
Unmet medical need due to cost (base=No)	Yes	-0.063	-5.75**	-0.058	-6.139**	0.029	2.566**
Medical use type (base=OPD)	Admission	0.001	0.132	-0.01	-1.049	-0.005	-0.445
Satisfaction with OPD or admission		0.150	13.987**	0.093	9.990**	-0.028	-2.510*
Health care recognition		0.179	16.214**	0.083	8.560**	0.163	14.163**
Health care reliability				0.501	52.981**		
Health care satisfaction						-0.021	-1.905
Adjusted R2			.080		.316		.035
F Value			32.400***		161.620***		13.706***

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001



### 3. 고찰 및 결론

보건의료제도에 대한 인식 항목을 비교해보면 ‘보건의료제도 전반적 인지도’는 3.07, ‘치매국가책임제 인지도’는 2.92로 보통 수준이었고, ‘만성질환관리제도 인지도’는 2.83으로 보통보다 낮은 수준이었으며, ‘보건의료제도 신뢰도’는 3.74, ‘보건의료제도 만족도’는 3.76으로 긍정적으로 나타났다.

보건의료제도 인지도는 상대적으로 낮은 수준이었는데, “2019년 건강보험인식조사”에서도 건강보험제도에 대한 관심도(74.3점)가 상대적으로 낮은 것으로 조사된 바 있다[11]. 여성, 고연령층, 저소득층, 읍면지역, 건강상태가 나쁠수록, 만성질환이 있는 사람, 비용부담으로 의료이용제한 경험자에서 낮아, 실제 의료수요가 높은 취약계층의 인지도가 낮아 제도를 목적에 맞게 적절하게 이용하기가 어려울 수 있으므로 이에 대한 정책 홍보와 안내가 특히 필요하다고 사료된다. 건강보험 보장성 강화를 위해 꾸준히 노력하고 있는 현재에 보장성이 강화된 부분에 대하여 실제 의료수요가 높은 고연령층이나 만성질환자, 저소득층에게 집중해서 안내하는 것이 필요하다. 만성질환관리제도는 동네의원에서 고혈압, 당뇨병 등의 만성질환을 꼼꼼히 관리해주는 제도로 만성질환을 1차 의료기간에서 교육과 치료를 통해 관리해 주는 제도로 만성질환자에게 필요한 제도인데 실제 인지도가 낮아 더 적극적인 홍보가 필요하다는 것을 보여주고 있다. 치매국가책임제도의 인지도가 2.92로 보통수준으로 나타나 고연령층이나 저소득층, 읍면지역에서 인지도가 낮아 이러한 대상자들에게 보다 더 집중적인 홍보가 필요하다고 생각된다.

‘보건의료제도 신뢰도’에는 ‘보건의료제도 인지도’가 가장 큰 영향( $\beta=.179$ )을 주고 있었고, 외래와 입원 만족도( $\beta=.150$ ), 인구사회학적 특성(연령, 교육수준, 직업, 지역), 비용부담 의료이용제한 경험이 영향을 주고 있어, 신뢰도를 높이기 위해서는 우선 제도에 대한 이해를 높이는

것이 중요하다. ‘보건의료제도 만족도’에는 신뢰도( $\beta=.501$ )가 가장 큰 영향을 주고 있고, 제도 인지도( $\beta=.083$ ), 외래 및 입원이용 만족도( $\beta=.093$ ), 인구사회학적 특성 중 가구소득, 비용부담 의료이용제한 경험이 영향을 주고 있어, 제도인지도와 신뢰도를 높이는 것이 또한 중요함을 나타냈다. 특히 외래와 입원 이용 시 실제 경험한 전반적 만족도가 높을수록 보건의료제도에 대한 만족도도 높아지고 있어 일선에서 의료기관의 역할이 중요하였고, 보건의료제도 신뢰도와 인지도 또한 만족도에 큰 영향을 주고 있어 기본적인 국가의료제도에 대한 신뢰성을 주는 것이 중요함을 나타내고 있었다.

전반적인 ‘보건의료제도 변화 요구도’는 3.51로 의료제도 만족도보다 낮은 수준이었으며, 구체적 항목별로 살펴보면 ‘의료취약지역에 의료지원강화 필요성’ 3.89, ‘공공의료기관 확대 및 기능강화 필요성’ 3.88, ‘의료취약계층에 의료지원강화 필요성’ 3.84, ‘대형병원 환자집중감소 필요성’ 3.78 ‘의료비 본인부담감소 필요성’ 3.71순으로 전반적인 변화 필요성 보다는 높게 나타났다.

세계보건기구는 보편적 건강보장 달성에 있어 형평성 제고를 모든 성과 향상을 관통하는 핵심요소로 강조하고 있다[12]. 보건의료시스템의 궁극적인 목적이 건강 수준과 건강 형평성 향상에 있다면, 보건의료제도 개혁을 추진함에 있어 의료 접근과 질에서 격차를 해소하는 전략을 추진해 궁극적으로 보건의료시스템의 형평성과 효율을 제고할 필요가 있다[13]. 이런 측면에서 고연령층, 읍면지역, 만성질환자에서 취약계층지원 및 취약지역지원에 높은 필요성을 느끼고 있어, 형평성 강화정책의 지지층이 실제 의료 요구를 반영하고 있다고 볼 수 있다. 한국은 제도적·운용적 측면에서 수혜대상의 확대, 환자에 대한 의료기관의 수용성 촉진으로 기본적인 의료공공성은 크게 높아졌지만 병원이용의 형평성, 의료자원의 최적화, 공적기관의 운영이나 공공재정의 지원 등의 영역에서는 아직도 공공성이 낮다고 평가되고 있다[14]. 본 연구에서도 ‘공공의료

기관 확대 및 기능강화 필요성'이 3.88로 높게 나타났는데, 이는 2017년도 한국의 공공병상 비율이 9.9%로 OECD 국가의 평균 수준 16.1~38.1%보다 월등히 낮은 사실과 관련이 있다. 우리나라의 공공보건의료수준은 OECD 국가들과 비교하여 낮은 수준으로, 공공보건의료 부문의 비율이 적정 수준까지 이르기 위해서는 긴 시간이 필요할 것으로 보았는데, 국민들의 요구도가 높으므로, 우선적으로 의료의 공공성을 강화해 나가야 할 것이다[15].

보건의료제도 변화 필요성에는 제도인지도( $\beta = .163$ )가 가장 영향력이 컸고, 입원외래제도만족도가 낮은 사람에게서 변화 필요성을 높게 인식하고 있었으며, 인구사회학적 특성 중 교육수준, 건강 및 의료이용 특성(건강 상태, 비용부담 의료이용제한 경험)이 영향을 주고 있었다. 보건의료제도 만족도는 유의한 영향을 주지 않은 반면 실제 일선의 입원외래 만족도가 유의한 영향을 주고 있는 상황으로, 제도변화 요구도는 실제 의료이용에서의 경험이 더 크게 작용하고 있는 것으로 보인다.

다른 연구결과에 의하면 정부에 대한 신뢰가 높을수록 복지확대에 대한 태도에 긍정적인 영향을 미치고 있으며[16], 의료제도에 만족하고 신뢰하는 사람에게서 세금추가 부담 의향이 높았는데[17], 본 연구에서도 보건의료제도의 신뢰성이 높을수록 보건의료제도 만족도가 높아지고 있어 정부의 정책에 대한 신뢰성이 실천적 정책 구현에 중요한 요인임을 알 수 있었다.

연구대상자의 특성별로 살펴보면, '보건의료제도 신뢰도'와 '보건의료제도 만족도'는, 60세 이상에서 가장 높게 나타나고, 다른 연령대에서는 차이를 보이고 있는 것으로 나타나 각 연령대의 의료수요가 무엇인지 더 탐구하여 생애주기에 맞춘 의료제공으로 모든 연령층의 신뢰도와 체감 만족도를 높여 나가야 할 것이다. 보건의료제도 변화 요구도 전반은 30~59세 연령층에서 높았고, 취약계층지원과 취약지원지원은 고연령층일수록 높아 고연령층의 요구를 반영하고 있었다.

복지태도에서 소득은 계층의 이해를 대변하는 중요한 영향 요인으로 지목되어 왔다[18][19]. 저소득층과 낮은 교육수준에서 보건의료제도 인지도가 낮게 나타났으나 보건의료제도 신뢰도와 만족도는 유의한 차이가 없었는데, 좀 더 대상자의 눈높이에 맞추어 효과적인 정보 제공을 하여 자신들에게 필요한 제도를 이용할 수 있도록 지원하는 것이 필요할 것으로 보인다. 가구소득이 낮을수록 보건의료제도 변화 필요성은 낮게 나타났는데, 이는 제도변화를 위한 재원보충 방안으로 보험료가 인상될 것을 우려하는 요소가 있기 때문일 것으로 보인다[20][21]. 그러나 취약계층지원, 본인부담 감소 필요성은 높게 나타나 저소득층의 입장을 현실적으로 반영하고 있었다.

2017년 조사를 대상으로 한 연구[10]에서는 가구소득이 낮을수록 보건의료제도 만족도가 낮았는데, 2019년 조사에서는 유의한 영향을 주고 있지 않아, 본인부담금 상한제나 비급여의 급여화 등의 건강보험 보장성 강화정책의 효과로 인한 것으로 유추해 볼 수 있다.

읍면지역 거주자의 의료취약지역에 대한 지원 필요성이 높게 나타나, 도시지역과 읍면 지역 간 의료서비스 형평성을 제고할 수 있는 정책 시행이 꾸준히 필요하다고 사료되며, 보건복지부는 지역 간 의료 접근의 격차를 해결하기 위해 2018년 공공보건의료 발전 종합대책을 수립한 것은 고무적이라 할 수 있다[13][22].

건강상태가 좋을수록 보건의료제도 인지도, 제도개선 요구도, 취약계층지원, 공공의료 강화, 대형병원 환자집중감소 필요성도 높게 나타나 제도개선에 긍정적이었다. 만성질환자의 경우 보건의료제도 신뢰도와 만족도가 높고, 제도변화에 대한 전반적 요구도는 낮게 나타나, 우리나라 의료제도가 만성질환이 있는 사람들에게 긍정적으로 받아들여지고 있는 것으로 보인다. 그러나 만성질환관리제도에 대한 인식은 만성질환이 없는 사람과 유의한 차이가 없어 만성질환자를 대상으로 제도에 대한 홍보를 더 강화하는 것이 요구된다.

비용부담으로 인한 의료이용제한자는 전체 조사대상자의 9.2%를 차지하고 있었는데, 신뢰도와 만족도가 낮게 나타났고, 본인부담 감소 필요성을 크게 느끼고 있어 이들의 요구 사항을 파악하여 실효성 있는 지원을 계속해 나가야 할 것으로 보인다.

본 연구의 결론을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 의료이용자들의 보건의료제도에 대한 신뢰도와 만족도가 대체로 높았으나, 제도에 대한 인지도는 상대적으로 낮은 편이었다. 고연령층, 낮은 교육수준, 읍면지역, 비용부담 의료이용제한 경험자 등 사회취약계층의 인지도가 낮아 이들에 대한 인식도를 높일 수 있는 정책과 제도 홍보가 필요하다고 사료된다. 보건의료제도 신뢰도는 보건의료제도 만족도에 가장 큰 영향을 미치고 있으므로, 국가는 국민들에게 신뢰할 수 있는 정책수립을 해야 하고, 이 과정에서 국민의 의견수렴과 사회적 합의의 과정을 거쳐 신뢰성을 확보해 나가야 할 것이다.

둘째, 의료이용자들은 보건의료제도의 변화 필요성에 공감하고 있었고, 취약지역·취약계층에 대한 지원 필요성을 가장 크게 느끼고 있었고, 다음으로 공공의료강화와 본인부담 감소, 대형병원 쏠림 감소 필요성 순으로 나타나, 우리나라 보건의료제도의 개선 방안에 대해서도 국민들의 동의 정도가 높게 나타났다. 고연령층, 읍면지역 거주자, 비용부담 의료이용제한 경험자에서 취약계층에 대한 지원, 본인부담 감소, 대형병원 쏠림 감소 필요성을 크게 느끼고 있었고, 읍면지역 거주자와 의료이용제한 경험자는 공공의료강화 요구도가 높았다.

셋째, 입원 및 외래이용의 전반적 만족도는 보건의료제도의 신뢰도, 만족도에 모두 긍정적 영향을 주고 있어, 일선 의료기관의 고객만족경영이 보건의료제도에 대한 신뢰와 만족을 이끌어내고, 나아가 제도개선에 대한 국민적 합의에 긍정적 영향을 미칠 수 있음을 확인할 수 있었으므로, 일선 의료인과 의료기관은 환자 만족을 높이는 환자 중심의 의료서비스를 계속 제공하고자 더욱 노력해 나가야 할 것이다.

본 연구는 “2019년도 의료서비스 경험조사”의 원자료를 사용한 2차 자료 사용으로 인해 변수 설정의 한계가 있었기 때문에 인과관계를 확인하는 과정에서 종속변수를 설명할 수 있는 외부변인이 반영되지 못하였다는 한계점이 있으나, 실제 의료서비스를 경험한 사람들의 의료만족도와 관련하여 보건의료제도 만족도와 변화 요구도를 조망해 보았다는 점에 의의가 있다. 향후 구체적인 보건의료체계 개혁 방안과 이에 대한 국민들의 인식에 대한 후속 연구가 진행되어야 할 것이다.

## References

- [1] WHO, “Health Systems: Improving performance”, *World Health report 2000*.
- [2] J-W. Shin, B-H. Cho, B-R. Choi, M-K. Cheon, T-M. Kim, J-Y. Shin and J-H Jin, “2019 Health care Experience Survey”, The Korea Institute for Health and Social Affairs, 2019.
- [3] J-W. Shin, ‘The Challenge of Generating Statistics for a People-Centered Health Care System’, *Health and Welfare Forum*, Vol. 250, pp.57-65, 2017.
- [4] M-H. Kim, ‘Health Policy for Inclusive Welfare’, *Health and Welfare Forum*, Vol.278, pp.30-43, 2019.
- [5] National Health Insurance, December 27th Press Release on the Medical Expenses Survey of the National Health Insurance, 2020.
- [6] S-Y. Kim, A Study on The Determinants of Koreans' Welfare Consciousness: Focusing on State's Responsibilities upon Public Agenda, Survey Research, Vol.11. No.1, pp.87-105. 2010.
- [7] C. Brooks and J. Manza, ‘Why Do Welfare States Persist?’, *The Journal of Politics*, Vol.68, No.4, pp.816-827. 2006.
- [8] H-H. Lee, Y-T. Kim and W-J. Lee, ‘Determinants of Welfare Attitudes and Awareness toward Health Insurance in Korea’, *Korean Social Security Studies*, Vol. 27, No. pp.1-25, 2011.
- [9] Y-H. Park, ‘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, No.1, pp.15-126, 2015.
- [10] Y-W. Seo, C-Y. Park and Y-H. Park, 'Health Care System Recognition and Influential Factors of Health Care Experiences', *The Korean Journal of Health Service Management*, Vol.12, No.4, pp.59-72, 2018.
- [11] S-G Kyung, S-H Jang, N-K. Seo, S-W. Moon and H-R. Oh, 2019 Survey on National Perception of Health Insurance System, 2019.
- [12] World Health Organization, "*The World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*", 2010.
- [13] H-J. Kang, 'Healthcare Disparities and Their Policy Implications', *Health and Welfare Forum*, Vol. 270, pp.18-30, 2019.
- [14] Y-H. Yeo and H-J. Kim, 'A Study on the Institutional and Operational Characteristics of Healthcare and Publicness in Korea', *Korean olean policy studies review*, Vol.22, No.1, pp.53-77, 2018.
- [15] Y-H. Oh, Y-J. Kem and N-K. Lee, "The appropriate level of public health sector through analysis of performance of health care supply system", *Kora institutefor health and social affairs*, 2018.
- [16] H-W. Lee and S-N. Park, 'Determinants of Attitudes toward Welfare Expansion : Beyond Self-Interest', *oughtopia*, Vol.31, No.1, pp.267-298, 2016.
- [17] W-Y. Seo, D-S. Moon and H-J. Chung, 'Determinants of Welfare Attitudes towards Healthcare Services: Focusing on Self-Interest, Symbolic Attitude, and Sociotropic Perceptions', *Health Policy and Management*, Vol.27, No.4, pp.324-335, 2017.
- [18] J-H. Jeon, 'A Study on the Determinants of Welfare Attitude in Korean Society : Focusing on Class, Self-interest and Ideological Factors', Master's Thesis, *Graduate school of Ewha women university*, 2013.
- [19] J-H. Kang and D-M. Yeum, '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, No.2, pp.319-351, 2014.
- [20] Y-T. Jung, '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, pp.385-413, 2018.
- [21] J-H. Jo and S-H. Kim, 'The Analysis of Factors Influencing on Welfare Attitudes-Focused on the Trust, Social Acceptance, and Social Communication', *Social Welfare Policy*, Vol.45, No.1, pp.86-110, 2018.
- [22] Ministry of Health and Welfare, "2018 Comprehensive Measures for Public Health Care Development", 2018.