creative commons

COMMONS DEED

저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:

저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.

비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.

변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 이용허락규약(Legal Code)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

Disclaimer

dCollection

보건학 석사 학위논문

코로나19 팬데믹에서 국가별 보건의료체계 수준이 방역조치 강도에 미치는 영향

- 정부신뢰의 조절효과를 중심으로 -

2022년 2월

서울대학교 대학원

보건대학원 보건정책관리학 전공

이 민 주

코로나19 팬데믹에서 국가별 보건의료체계 수준이 방역조치 강도에 미치는 영향

- 정부신뢰의 조절효과를 중심으로 -

지도교수 유 명 순

이 논문을 보건학석사 학위논문으로 제출함
2021년 11월

서울대학교 대학원
보건대학원 보건정책관리학 전공
이 민 주

이민주의 보건학석사 학위논문을 인준함
2022년 2월

위 원 장 김 창 엽 (인)

부위원장 김 선 영 (인)

위 원 유 명 순 (인)

국문초록

신종 코로나바이러스 감염증(코로나19)은 2019년 12월 중국 우한에서 처음 발생한 이후 전세계 모든 국가에 걸쳐 동시다발적으로 발생했다. 효과적인 대응 방법에 대한 이해가 부족하고, 백신과 항바이러스 약물이 없었던 초기 감염병 상황에서 각국 정부는 사회적 거리두기 등 비약물적 개입을 중심으로 한 방역조치를 실시했으나, 그 강도와 기간은 서로 다르게 취해졌다. 행정학, 사회학, 정치학 및 보건의료 분야 문헌들은 정부의 방역조치 대응에 있어 보건의료체계 대응역량과 감염현황을 공통적으로 고려된 조건으로 지적하고 있다. 흥미로운 점은 정부의 정책 결정에서 정부신뢰가 미치는 영향이다. 정부신뢰는 국민의 정책순응과 협력, 정책지지 또는 정부의 정당성으로 작용하며, 일관적이기보다는 성공적인 정책대응을 촉진하거나 오히려 방해하는 역할로 작용할 수 있다.

본 연구는 팬데믹 대응이란 공통의 국가적 과제에 당면하여 각국 정부가 방역 조치의 강도를 결정하는 과정에서 영향을 미치는 감염 및 신뢰 조건을 살펴보는 것이 목표이다. 연구를 위해 보건의료체계 수준과 정부신뢰, 방역조치 강도와 관련한 오픈데이터 소스를 활용했다. 방역조치 강도로는 옥스퍼드 대학교의 코로나19 정부대응 추적의 제한 및 보건조치 지수를 선정하였다. 독립변수로는 보건의료체계 수준을 보건의료치료 수준과 보건의료재정 수준으로 분류하였다. 보건의료치료 수준의 세부 변수로 병상수와 의료인력인 의사수, 간호사·조산사수를 선정하고, 보건의료재정 수준으로 정부의료비지출로 정하였다. 조절변수는 웰컴 글로벌 모니터의 정부신뢰와 정부의 보건의료권고 신뢰를 투입하였다. 그 외 통제변수로는 민주주의 지수, 1인당 국민총소득(GNI), 인구 100만 명 당 누적 감염자수를 정했다. 분석 대상 국가는 변수의 결측치를 제외한 후 총 92개국을 선정하고, 기초통계와 다변량 회귀분석을 시행하였다.

본 연구의 분석 결과, 정부신뢰가 높아질수록 보건의료체계 수준인 병상수가 방역조치 강도에 미치는 영향이 완화되었다. 이는 각 국가의 보건의료 체계 수준이 방역 강도에 미치는 영향에 미친 조절효과가 있음을 뒷받침하는 결과이다. 그러나 본 연구의 결과는 횡단 연구라는 한계가 있어 역동적인 코로나19 상황을 반영하기에 시간적 격차가 존재한다. 또한, 정부신뢰와 방역조치 강도가 복합적 요소로 구성되어 있어 연구 결과가 제한적이다. 이와 같은 한계에도 불구하고 본 연구의 결과는 생업과 일상에 큰 사회적 비용을 초래하는 방역조치의 의사결정에서 국민과 사회가 정부에 부여하는 사회적 정당성을 상징하는 정부 신뢰가 갖는 함의를 실증적으로 분석함으로써, 감염 예측 고도화, 공중보건 재난대응 역량강화 등과 더불어 정책과 정부의 신뢰를 관리하고 강화하는 노력이 중요하다는 점을 엿보도록 할 자료를 제공했다는 점에서 의의가 있다.

주요어 : 코로나19, 보건의료체계 수준, 정부신뢰, 방역조치 강도, 국가분석

학번 : 2018-26975

목 차

제 1 장 서론 ····· 1
제 1 절 연구의 배경 ····· 1
제 2 절 연구의 목적 ····· 4

제 2 장 선행연구 고찰 ····· 5
제 1 절 방역조치 강도 ····· 5
제 2 절 보건의료체계 수준 ····· 6
제 3 절 정부신뢰 ····· 8
제 4 절 민주주의 ····· 15
제 5 절 1인당 국민총소득 ····· 16
제 6 절 감염현황 ····· 16

제 3 장 연구방법 ····· 19
제 1 절 연구설계 ····· 19
1. 분석모형 및 연구문제 ····· 19
2. 변수의 조작적 정의 및 분석자료 ····· 21
제 2 절 분석방법 ····· 27

제 4 장 연구결과 ····· 28
제 1 절 변수들의 기초통계 ····· 28
제 2 절 주요변수 간의 상관관계 분석 ····· 29
제 3 절 위계적 회귀분석 ····· 32
1. 보건의료체계 수준과 방역조치 강도의 관계에서
정부신뢰의 조절효과 ····· 32

1) 방역조치 강도에 영향을 미치는 요인 ····· 32
2) 정부신뢰의 조절효과 ····· 34
3) 정부신뢰의 조절효과 검증 ····· 36
2. 보건의료체계 수준과 방역조치 강도의 관계에서
정부의 의료보건권고 신뢰의 조절효과 ····· 42
1) 방역조치 강도에 영향을 미치는 요인 ····· 42
2) 정부의 의료보건권고 신뢰의 조절효과 ····· 44
3) 정부의 보건의료권고 신뢰의 조절효과 검증 ····· 45

제 5 장 논의 ····· 51
제 1 절 연구결과에 대한 고찰 ····· 51
제 2 절 연구의 한계 및 의의 ····· 56

제 6 장 결론 및 제언 ····· 58

참고문헌 ····· 60
Abstract ····· 73
부록 ····· 76

표 목 차

[표 1] 코로나19 상황에서의 보건의료체계 수준,
정부신뢰, 방역조치 강도(속도)에 관한 연구 ····· 17
[표 2] 주요 변수와 자료출처 ····· 21
[표 3] 변수별 기초 통계 ····· 28
[표 4] 변수 간 상관관계분석 결과 ····· 30
[표 5] 방역조치 강도의 영향요인: 정부신뢰 ····· 33
[표 6] 정부신뢰의 조절효과 ····· 34
[표 7] 정부신뢰의 조건 값에 따른 방역조치 강도의
조절효과 검증 ····· 37
[표 8] 병상수와 방역조치 강도에서 정부신뢰의
조건부 조절효과 ····· 38
[표 9] 정부신뢰 조절효과가 유의한 국가의 지역분포 ····· 39
[표 10] 방역조치 강도의 영향요인:
정부의 보건의료권고 신뢰 ····· 43
[표 11] 정부의 보건의료권고 신뢰 조절효과 ····· 44
[표 12] 정부의 보건의료권고 신뢰의 조건 값에 따른
방역조치 강도의 조절효과 검증 ····· 46
[표 13] 병상수와 방역조치 강도에서 정부의 보건의료권고
신뢰의 조건부 조절효과 ····· 47
[표 14] 정부의 보건의료권고 신뢰 조절효과가 유의한
국가의 지역분포 ····· 48

그 림 목 차

[그림 1] 연구의 분석모형 ····· 19
[그림 2] 주요 변수의 산점도 행렬 ····· 31
[그림 3] 병상수와 방역조치 강도 관계에서
정부신뢰의 조절효과 ····· 37
[그림 4] 병상수와 정부신뢰에 대한 국가 산점도 ····· 41
[그림 5] 병상수와 방역조치 강도 관계에서
정부의 보건의료권고 신뢰의 조절효과 ····· 46
[그림 6] 병상수와 정부의 보건의료권고 신뢰에 대한
국가별 산점도 ····· 50

제 1 장 서론

제 1 절 연구의 배경

코로나바이러스감염증-19(COVID-19, 이하 코로나19)은 2019년 말 중국 우한에서 처음 발생한 이후 전세계로 확산되었다. 세계보건기구(WHO)는 2020년 1월 30일 국제적 공중보건 비상사태(PHEIC)를 선포한 이후 2020년 3월 11일에는 팬데믹을 선언하기에 이른다. 효과적인 치료제와 백신이 개발되지 않은 상황에서 각국 정부는 사회적 거리두기를 중심으로 봉쇄, 휴교 등 인간의 행동에 영향을 미치는 다양한 비약물적 방역조치를 취한다. 특히, 효과적인 방역조치 수준에 대한 과학적 근거와 이해가 부족한 상황에서 방역조치의 강도와 기간은 서로 다르게 취해졌다. 예컨대, 북유럽 국가와 아프리카 국가들은 방역조치 강도가 비교적 낮았고, 북미와 서유럽, 동남아 지역 국가의 방역조치 강도가 상대적으로 높았다(ECDC, 2020; Kraemer 등, 2020). 그러나 코로나19가 장기화되면서 방역조치는 경제적 파급력과 사회적 피로도를 유발하고 있으며, 이로 인해 사회적 수용성이 점차 떨어졌다.

행정학, 경제학 및 보건의료 분야 문헌들은 정부의 방역조치 대응에서 보건의료체계 대응역량과 감염현황이 공통적으로 고려된 조건이라고 지적하고 있다(권순만, 2020; 박경훈 등, 2021; 박충민 등, 2021). 예컨대, 한국 정부가 2021년 11월에 발표한 단계적 일상회복 이행계획을 보면, 방역조치 완화의 기준은 예방접종완료율, 중환자실과 입원병상 여력(>40%), 주간 중증환자 및 사망자 발생 규모, 유행 규모 재생산지수 등이었다(보건복지부, 2021). 방역조치 강도는 보건의료와 사회, 경제 부문이 상호작용하므로 정책적 조화가 필요하다. 방역조치 강도를 높이면 발생 규모는 줄일 수 있더라도 실업 등 경제 침체로 이어지고, 장기적으로

국민건강이 악화되어 의료비용이 증가할 수 있다. 그러나 보건의료체계 대응 역량을 높이면, 방역대책 강도를 완화할 수 있어서 경제, 사회에 미치는 악영향을 줄일 수 있다. 두 가지 정책 대안 중 의료체계의 역량을 높여 방역대책 강도를 낮추는 편이 사회적 총비용을 줄일 수 있다(권순만, 2020). 따라서, 보건의료 대응체계 수준이 방역조치 강도에 미친 영향력을 살펴볼 필요가 있다.

아울러, 비약물적 개입과 같은 정부 정책의 성패 여부는 정부신뢰라는 사회적 자본의 영향을 받는다. 흥미로운 점은 정부의 정책 결정에서 정부신뢰가 미치는 영향이다. 정부신뢰는 국민의 정책순응과 협력, 정책지지 또는 정부의 정당성으로 작용하여 일관적이기 보다는 성공적인 정책대응을 촉진하거나 오히려 방해할 수 있다(Devine, D. 등, 2020). 예컨대, 정부신뢰가 높은 국가는 시민의 정책 수용도가 높으므로 강도 높은 방역조치를 취할 수 있다(Hetherington, 2005; Marien & Hooghe, 2011). 그러나 다른 한편으로 정부신뢰가 높은 국가는 정책 순응이 높아 강압적으로 제한하거나 금지하는 정책을 취하지 않을 수 있다(Van Bavel JJ. 등, 2020).

이러한 맥락에서 행정, 사회, 정치, 보건의료 분야 문헌들은 각국 정부가 코로나19 상황에서 취한 방역조치의 영향요인들과 그 효과성을 분석하였다. 특히, 코로나19 팬데믹은 모든 국가가 동일하게 겪었기 때문에 국가단위에서 정부의 방역조치와 성과의 차이를 설명할 수 있는 기회로 작용하면서 국가단위 분석 문헌들이 많이 발표되었다. 본 연구가 주목하는 핵심어인 코로나19, 보건의료체계 수준, 정부신뢰, 방역조치 강도, 국가분석을 포함하는 논문을 다수 확인할 수 있었다. 그러나 기존 선행연구들은 초기 방역조치의 속도를 대부분으로 다루었으며, 강도를 다룬 연구는 부족하였다. 또한, 대부분 보건의료체계 수준보다 행정 거버넌스와 사회·문화·제도적 결정요인에 집중하였으며(Chen, D. 등, 2020; Lazarus 등, 2020; Tsai, F. 등 2021), 정부신뢰가 보건의료체계와 방역조치 강도

간의 관계를 조절한다는 선행연구는 확인할 수 없었다.

따라서, 본 연구는 팬데믹 대응이란 공통의 국가적 과제에 당면하여 각국 정부가 방역 조치의 강도를 결정하는 과정에서 영향을 미치는 감염 및 신뢰 조건을 살펴보는 것이 목표이다. 분석의 기대 효과는 생업과 일상에 큰 사회적 비용을 초래하는 방역조치의 의사결정에서 국민과 사회가 정부에 부여하는 사회적 정당성을 상징하는 정부 신뢰가 갖는 함의를 실증적으로 분석함으로써, 감염 예측 고도화, 공중보건 재난대응 역량강화 등과 더불어 정책과 정부의 신뢰를 관리하고 강화하는 노력이 중요하다는 점을 엿보도록 할 자료를 제공하고자 한다.

제 2 절 연구의 목적

본 연구는 코로나19 팬데믹동안 보건의료체계 수준이 정부 방역조치 강도에 미친 영향에서 정부신뢰의 조절효과를 국가 단위로 분석하고자 한다. 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

첫째, 보건의료체계 수준, 방역조치 강도, 정부신뢰 수준을 파악한다.

둘째, 방역조치 강도의 영향요인을 파악한다.

셋째, 보건의료체계 수준과 방역조치 강도의 관계에서 정부신뢰의 조절효과를 확인한다.

제 2 장 선행연구 고찰

제 1 절 방역조치 강도

방역조치 강도(Stringency)는 코로나19 팬데믹 동안 각국 정부가 취한 방역조치 엄격성을 말한다. 백신과 항바이러스 약물이 없는 신종 바이러스 위기 상황에서는 비약물적 개입(non-pharmaceutical interventions, NPI)이 바이러스 확산을 늦출 수 있는 유일한 수단으로 작용한다. 이에 따라, 코로나19 팬데믹 동안 많은 정부는 고강도 제한 조치를 취했다.

코로나19 팬데믹 동안 국가별로 다양한 방역조치를 취한 결정요인을 분석한 기존 선행연구들은 대부분 초기 방역조치의 속도를 측정하였다. 그러나, 본 연구는 장기화된 코로나19 팬데믹에서의 정부정책을 이해하고자 하므로 코로나19 초기에 정부가 취한 방역조치의 속도가 아닌 장기간 정부가 취한 평균적인 강도를 중심으로 파악하고자 한다.

코로나19 상황에서 국가별 방역조치 강도를 다룬 선행연구들은 거버넌스 조정역량과 정치신뢰, 민주주의, GDP, 병상수(Hägerström, E., 2020), 감염병 통제역량 및 인간개발지수(Tsai, F 등. 2021)가 있었으나 행정 거버넌스와 사회·문화·제도적 결정요인에 집중되어 있었다. 그 외에 국가별 방역조치 속도를 다룬 선행연구들로는 보건의료체계 수준 및 거버넌스, 정치, 정당, 사회, 경제(Toshkov 등 2020; Toshkov 등 2021), 제도·문화적 요인 및 정부신뢰(Chen, D 등., 2021)를 결정요인으로 선정하였다.

특히, Tsai, F 등(2021) 연구에 따르면, 보건의료 인력이 많고, 의료비 지출 및 국제보건규약 점수(IHR), 의료서비스 제공(필수의료서비스 접근성)이 높을수록 방역조치 강도가 높은 것으로 나타났다.

제 2 절 보건의료체계 수준

보건의료체계(Healthcare system)는 건강 개선을 주요 목적으로 하는 조직, 제도, 기관, 자원, 인력의 구성을 말하며, 건강 결정요인에 영향을 미치는 노력과 함께 직접적인 건강 개선 활동까지 포함된다(WHO, 2007). 이러한 맥락에서 세계보건기구(WHO)는 보건의료체계의 핵심 구성요소를 다음의 6가지 1)의료서비스 제공, 2)의료인력, 3)의료정보시스템, 4)필수 의약품에 대한 접근, 5)재정, 6)리더십 및 거버넌스로 분류하였다. 종류에 따라 첫째, 전반에 영향을 미치는 리더십 및 거버넌스, 의료정보시스템과 둘째, 보건의료체계의 투입요소에 해당하는 재정 및 의료인력과 셋째, 보건의료체계의 결과요소에 해당하는 의료제품 및 기술, 서비스 전달로 구분하였다(WHO, 2010). 본 연구에서는 보건의료체계 투입요소에 해당하는 재정과 의료인력, 병상수를 보건의료체계 수준으로 정하였다.

1. 보건의료치료 수준

코로나19의 강도 높은 방역조치는 의료대응 역량 부족이라는 지적(김나현, 2021)과 코로나19 팬데믹이 공중보건위기였다는 점에서 코로나19 감염자 및 사망자 발생 현황을 수용할 수 있는 보건의료 치료체계를 살펴보는 것이 중요하다고 할 수 있다. 보건의료치료 수준은 폭발적으로 증가하는 감염병을 대응할 수 있는 보건의료 대응 역량이라고 할 수 있다.

코로나19 상황에서 보건의료 대응 역량으로서 의료인력, 병상수, ICU 병상수를 다룬 선행 연구들을 확인할 수 있었다. 이들 연구에서 병상수 수준이 낮을수록 방역조치를 빠르게 취하는 것으로 나타났다(Toshkov, D 등, 2020; Ang, J 등, 2021). 이는 보건의료역량이 낮은 국가일수록 감

염 확산을 빨리 차단하려는 경향을 보인 것으로 풀이된다. 한편, 의료인력 수준이 낮은 국가는 방역조치를 느리고, 강하게 취하는 것으로 나타났다(Tsai, F 등, 2021). 이는 병상수 수준이 낮을수록 빠른 방역조치를 취하는 것과 차이가 있었다.

2. 보건의료재정 수준

보건의료재정 수준은 효과적인 서비스 보장과 재정적 보호를 개선하여 보편적인 건강보장을 가능하도록 하는 보건체계의 핵심 기능이다. 수백만 명이 비용을 부담할 수 없어 의료서비스에 접근하지 못하거나 본인부담금을 지불하더라도 낮은 품질의 의료서비스를 받고 있다. 따라서, 보건의료재정 수준은 자금을 충분히 조달하는 의미도 있지만, 인구의 재정적 위험을 보호하는 역할도 한다(WHO, 2021a). WHO는 보건의료재정 수준 지표로 총 의료비, 정부의 1인당 보건의료지출, 보건의료지출의 본인부담비율을 권장하였다.

이처럼, 코로나19 팬데믹 상황에서 전염병 대응을 위한 최전선 서비스를 강화하려면 보건재정이 필요하다고 할 수 있다. 방역조치의 결정요인으로서 보건의료재정 수준을 다룬 연구로는 1인당 경상 의료비와 보건전달 조직을 나타내는 민간보건지출이 있었다(Toshkov, D 등, 2021). 해당 연구에서는 1인당 경상 의료비가 높을수록 방역조치 속도가 느린 것으로 나타났으며, 민간보건지출은 방역조치 속도에 유의하지 않았다. 이외에도 경상 의료비가 높을수록 방역조치 강도가 강한 것으로 나타났다(Tsai, F 등, 2021).

제 3 절 사회적 요인: 정부신뢰

1. 신뢰

신뢰에 대한 시각은 연구자에 따라 다양하다. 신뢰의 중요성에도 불구하고, 학계가 보편적으로 수용하는 관점을 찾기란 쉽지 않다(Kramer, 1999). 신뢰는 심리학, 사회학, 정치학, 경제학, 조직연구 등 다양한 분야에서 연구되었으며, 이에 따라 다양한 관점과 혼란을 유발하였다(Hosmer, 1995).

경제학적 관점은 인간의 합리성을 추구하기 때문에 신뢰를 '계산적인 것'(Axelrod, 1984: Lewicki & Bunker, 1996: Tyler & Degoey, 1996: Williamson, 1993)으로 보고, 사회학에서는 신뢰를 '사회에 배태된 사람들간의 관계적 속성'(Granovetter, 1985: Misztal. 1996) 또는 사람들이 당연시 여기는 규범이나 제도(Fukuyama, 1995: Zucker, 1986)로 접근하였다. 심리학에서는 '개인 내부의 지각과 인지과정 및 정서'에 초점을 두고, 신뢰 주체와 신뢰 객체의 어떠한 특성들이 신뢰와 관련이 있는지를 밝히고자 하였다(임성만 & 김병언. 2000. 재인용).

신뢰의 개념은 입장에 따라 다르게 정의되어 왔으나 신뢰를 정의하는데 있어서 공통된 두 가지 요소는 확신있는 기대(confident expectiations)와 기꺼이 취약성을 감수하려는 의지(willingness to be vulnerable)이다(Rousseau 등, 1998; 박원우 & 류승민 2005. 재인용). 일련의 기대로 정의되는 개념으로서 Rotter(1980) 정의를 살펴보면, "신뢰를 타인의 말, 언어, 글을 믿을 수 있다고 보는 개인의 일반적인 기대"이다. 또한, 기꺼이 취약성을 감수하려는 의지는 Mayer 등(1995)이 "타인의 행동에 대한 취약성을 수용하려는 의지"라고 정의하였다. 특히, 취약성 개념은 신뢰가 존재하기 위한 기본 조건과 관련하여 중심적으로 다루

어져 왔는데, 위험성(risk)과 상호의존성(interdependence)이 이러한 개념과 관련성이 있다(김경우, 2019).

2. 정부신뢰

신뢰의 주체 또는 대상을 누구로 정의하느냐에 따라 신뢰의 유형을 다양하게 분류할 수 있다. 주로 개인과 사회적 상호관계를 의미하는 대인신뢰(interpersonal trust)와 대중과 정치 기관간의 상호관계를 다루는 제도 또는 기관신뢰(systemic of institutional trust)로 양분할 수 있다(Pagden, 2000; 양준용, 2014 재인용). 그 중에서도 신뢰가 공공 정책에 미치는 영향을 탐색하려면 대인신뢰보다 기관신뢰를 이해할 필요가 있다. 더 나아가, 정부에 대한 국민의 신뢰는 사회신뢰의 가장 핵심적이며 가장 중요한 사회적 자본(Peng 등, 2016; 오형나 2016. 재인용)이므로, 그 중 기관신뢰에 속하는 정부신뢰의 개념과 정의를 살펴본다.

1) 정부신뢰의 개념

정부신뢰라는 개념은 포괄적이어서 제도에 의해 뒷받침되는 정부역량에 대한 믿음이기도 하다. 또한, 특정 정권이나 정부에 대한 신임이기도 하며, 작게는 부패하지 않은 공무원에 대한 신뢰를 초월하여 제도나 체제에 관한 일반적 수준의 정치적 신뢰에 배태되어 있다. 따라서, 정부신뢰는 보다 포괄적인 정치신뢰에 영향을 받기도 하며 영향을 주기도 하는 상호작용의 관계에 있다(이숙종, 2006). 실제로 Citrin & Luks(2001)를 포함하여 정치학에서 '정부신뢰(trust in government)'는 '정치신뢰(political trust)'와 구분되지 않고 같은 개념으로 사용되기도 한다. 이처럼, 정부신뢰 연구와 관련된 가장 큰 우려는 정부신뢰는 여러 가지 복합적 요소로 구성되어 있어 개념 정의가 쉽지 않다(오형나 2016). 이에 따라, Inglehart(1999)는 신뢰가 다양한 변수들의 영향을 받고 있으므로 국

가 차원에서 측정하고 비교를 통해 연구될 필요가 있음을 강조한 바 있다(양준용, 2014 재인용). 신뢰를 기준으로 국가를 측정 비교한 연구로는 Fukuyama(2005)와 이재혁(1998) 등이 일반신뢰와 특수신뢰 또는 공적신뢰를 기준으로 신뢰국가, 복지형 전체주의 사회와 자유방임적 경쟁사회, 전통적인 공동테 사회와 연줄사회, 홉스적 자연상태와 전제적 감시사회 네 가지로 분류한 바 있다.

2) 정부신뢰의 정의

정부신뢰의 정의 또한 여러 가지가 있으나 대표적인 것은 Miller가 내린 "정부가 규범적인 정의에 따라 얼마나 성공적으로 운영되었는지에 대한 국민의 반응"(1974:953)이라는 정의이다. Easton(1965)의 고전적 제안에 따라 정부신뢰는 일반적으로 "국민을 위한 정부의 활동에 대한 평가적 정향 혹은 긍정적 태도"로 정의된다(Easton, 1965; Heatherington, 1998; Miller, 1974; Newton & Norris, 1999; 이민호 & 정용덕, 2013: 19에서 재인용). Baier A.(1983)는 "국민이 정부에 대해 가지고 있는 역할수행능력에 대한 기대와 정부에 맡겨놓은 책임을 성실히 이행하느냐에 대한 기대"로 정부신뢰를 정의하였다(양준용, 2014 재인용). Mayer(1995)는 정부신뢰를 "정부를 감시 또는 통제할 수 있는 능력과는 상관없이, 국민이 정부로 인해 피해를 볼지도 모르는 상황임에도 기꺼이 그것을 감수하며 정부를 지지하는 심리적 태도"라고 정의한 바 있다. 이숙종(2006)은 "정부가 시민 또는 국민의 뜻에 보다 일치하며 공익에 충실하도록 공공정책을 결정하고 집행한다는 믿음을 뜻한다"고 정의하였다.

3) 정부신뢰의 정책적 영향

일찍이 Putnam(1993)을 비롯한 많은 연구자들은 신뢰저하의 문제를 개인 및 조직의 단순한 도덕적 문제에 한정시키지 않고 사회전체의 문제로 확대하여 행정조직뿐만 아니라 넓게는 사회조직 및 사회일반에 대해

초래하는 신뢰의 사회적 영향에 주목해 왔다(Fukuyama, 1996; Braithwaite & Levi, 1998; Hetherington, 2004. 심재승, & 이병대. 2012 재인용). 이러한 맥락에서 정부신뢰는 정책 집행을 위한 요인으로 결부된다. 이 때, 정부신뢰의 작용은 다양하게 해석되는데 특히, 시민이 정부에게 갖는 신뢰는 정부정책에 대한 시민이 순응과 협력, 정책지지와 더불어 정부의 정책 효과성과 정당성으로 보는 경향이 있다.

정부 신뢰는 시민의 정책 순응(compliance)과 지지를 높일 수 있으며(OECD, 2017), 정부기관과 시민을 연결하는 협력적 가치를 증진시킨다(서형준 & 명승환, 2015). 따라서, 역으로 결여된 정부신뢰는 집행과정상의 순응을 저해하는 요인(박정훈, 2008) 또는 정책집행상의 지지를 감소하는 요인(Chanley, 2000)으로 보거나 더 나아가 정부정책에 대한 저항으로 이어질 수 있다고 보는 견해도 있다(Sears & Citrin, 1982; 금현섭 & 백승주, 2015 재인용). 따라서, 국민의 정부신뢰는 합리적인 정책대안 선택과 원활한 정책집행을 위한 전제조건이며 정책의 집행과정에서 순응을 이끌어 내어 정책의 성공 가능성을 높이는 주요한 요인이라 할 수 있다(Easton, 1965; Newton, 2001; 박정훈 & 신정희 2008 재인용).

다른 한편으로, 정부신뢰는 정책의 정당성과 안정성을 담보할 수 있는 중요한 요인(Dahl, 1956; Pennock, 1979; Miller, 1974)으로 간주된다(금현섭 & 백승주, 2010). Gershtenson 등(2006)은 미국에서 정책선호와 정부선호가 지속적으로 밀접한 관계를 맺는다는 것을 밝혔다. 시민의 신뢰로 인해 전통성을 부여받은 공공기관은 정책수행을 위한 힘을 얻게 되기 때문이다(박희봉 등, 2003). 신뢰가 점차 증가했을 때 정부는 그것에 기초하여 새로운 위임과 권한을 형성할 수 있고, 만약 그것이 성공을 거둔다면 훨씬 더 큰 정부에 대한 지지를 얻을 수 있다. 그러나 신뢰가 낮아졌을 때 정부는 효과적으로 통치할 수 없으며 불신은 더욱 커지게 되어 결국 정부기능의 약화와 정부불신의 악순환이 형성된다(류현숙 등, 2008). 또한, 행정학에서 국정운영은 구성원들 사이의 신뢰나 조직구성원

과 기관장 사이의 신뢰, 기관들 사이의 신뢰가 높을 때 조정과 협력이 잘 이루어지고, 여기서 행정의 효과성과 정당성이 생겨난다고 본다(정광호, 2011).

이렇듯 높은 정부신뢰는 정부의 성공적인 정책대응으로 이어질 것으로 보이나 연구결과들이 상반되는 경우도 있어 흥미롭다. 즉, 정부신뢰는 정부의 정책 대응을 촉진하거나 방해할 수도 있다(Devine, D. 등, 2020). 예컨대, 정부신뢰가 높은 국가는 시민의 정책 수용도가 높으므로 강도 높은 방역조치를 취할 수 있다(Hetherington, 2005; Marien & Hooghe, 2011). 그러나 다른 한편으로 정부신뢰가 높은 국가는 정책 순응이 높아 강압적으로 제한하거나 금지하는 정책을 취하지 않을 수 있다(Van Bavel 등, 2020).

4) 감염병 대응 정책에서의 정부신뢰 영향

공공기관에 대한 신뢰는 코로나19 팬데믹 전 단계에서 필수적이었다는 맥락에서 볼 때(Brezzi, M. 등, 2021), 감염병 상황에서 정부신뢰를 다룬 선행 연구들을 살펴볼 필요가 있다. 관련 연구들은 대부분 행정, 사회, 정치, 보건의료 분야에 걸쳐 다뤄졌다.

정부 정책에서 정부신뢰가 시민의 순응의 관점에서 분석한 선행 연구들은 대부분 국민의 태도 및 행동 변화에 초점을 두었다. H1N1 인플루엔자, 에볼라 바이러스, 코로나19와 같은 감염병 상황에서 정부신뢰 또는 대인신뢰가 높을수록 국민들이 정부의 공중보건 조치들을 채택하였다(Prati, G 등, 2011; van der Weerd, W. 등, 2011; Gilles, I. 등, 2011; Blair, R. A., 2017; Bargain, O. 등, 2020). 또한, 코로나19 팬데믹에서 177개국을 대상으로 방역조치 성과의 결정요인을 탐색한 연구에서 정부신뢰와 대인신뢰 수준이 높은 국가는 백신 접종률도 높았으며, 이에 따라 누적 감염률 또는 감염 치사율이 감소하는 것으로 나타났다(Bollyky,

T. J. 등, 2021).

코로나19 팬데믹 상황에서 정부신뢰가 정부의 정책 시행 또는 정당성에 미친 영향을 다룬 연구들은 주로 행정 거버넌스 측면에서 다뤄졌다. 특히, 정부신뢰와 방역조치 간의 직접적인 연관성을 다룬 연구들은 유럽 국가에 집중되어 있었으며, 일치된 결론을 얻지 못했다. 예컨대, 유럽 국가의 정부신뢰가 높을수록 여행제한 조치가 강하게 나타났는데 이는 정부 정책의 수용성이 높은데서 기인한다고 설명했다(Neumayer, E. 등, 2021). 다른 연구에서는 정부신뢰가 높을수록 방역조치 강도가 낮은 것으로 나타났다. 정부신뢰가 높은 국가는 국민의 정책에 순응하기 때문에 제한적인 개입을 하지 않아도 되므로 정부신뢰와 대인신뢰가 높을수록 방역조치인 휴교령을 늦게 취했다(Toshkov, D 등, 2020; Toshkov, D 등, 2021), 방역조치 강도도 이와 유사한 결과를 도출하였다. Bartolini, S. 등(2020) 연구 또한 사회자본이 국민의 정책순응을 기대하므로 제한적 조치를 취하지 않는 경향이 있다고 보았다. Hägerström, E. (2020) 연구는 모형과 대상 국가에 따라 통계적 유의성이 달라지므로 정부신뢰의 결과를 일반화하기 어려우며, 그 원인으로 광의의 정부신뢰와 정책성과에 따른 정부신뢰의 역효과를 예로 들었다.

코로나19 팬데믹 방역조치에서 정부신뢰의 상호작용 효과를 분석한 선행연구도 확인할 수 있었다. Chen, D 등(2021)은 제도·문화적 요인과 방역조치 속도와의 관계에서 정부신뢰의 조절효과를 분석하였다. 개인주의 수준이 높은 국가일수록 방역조치 속도가 느려지는데, 특히 정부신뢰가 높은 국가에서 이러한 경향성이 강화된다. 예를 들어, 스위스와 스웨덴 같이 정부 신뢰도가 높고 개인주의가 높은 지역에서 정부가 적극적이고 엄격한 개입을 자제하는 경향은 정부신뢰가 높은 정부가 시민들의 문화적 성향을 수용할 가능성이 높기 때문이라고 해석했다.

이처럼 정부신뢰가 정부 방역조치에 미친 영향을 다룬 선행연구들이

일부 발표되었으나, 코로나19 팬데믹이 전세계 공중보건 위기였음에도 불구하고 정부신뢰와 보건의료체계 간의 상호작용 연구는 부족하였다. 본 연구에서는 정부신뢰의 역동성이 코로나19 팬데믹에서 방역조치 강도를 높이거나 낮추는 상호작용을 할 것으로 기대하며, 보건의료체계 수준과의 관련성을 살펴보는 것이 중요하다고 판단하였다.

제 4 절 정치적 요인: 민주주의

달(Dahl 1956)에 의하면, 민주주의란 다양한 이익집단 간의 경쟁구조를 풍부하게 생성시키고, 정치지도자를 선택하고 영향력을 행사하는 경쟁을 통해 '다양한 소수파들에 의한 통치'를 가능케 하는 일련의 정치적 제도라고 정의한다(김용철, 2016).

신종 위기 대처에 있어 민주주의가 미치는 영향은 모호하다. 민주주의 국가에서는 대중의 지지와 정부 안정화를 위하여 신속하게 대응할 수 있다. 따라서, 공중보건 개입정책은 민주주의 국가에서 취해질 가능성이 있다(Besley & Kudamatsu, 2006).

반대로, 민주주의는 다양한 이해 집단과 균형을 이루고, 여러 관할 당국과 정책 입안자들을 참여시켜야 하므로, 코로나19 같은 심각한 신종 국가보건위기 대응에 덜 효과적일 수 있다. Cronert(2020) 연구에 따르면, 민주주의 국가가 권위주의 국가보다 휴교령 시행 속도가 더 빨랐다. 민주주의 국가는 신속한 의사결정을 내리기보다 대안책을 논의하기 때문이다.

민주주의는 정치신뢰와도 밀접한 관계를 가진다. 시민들의 정치신뢰가 민주주의를 제대로 작동시키는데 중요하다. 정치신뢰는 의회나 정부, 행정부, 입법부, 정치인 등 제도에 대한 신뢰와도 관련이 있다(Persson 등, 2019).

제 5 절 경제적 요인: 1인당 국민총소득

1인당 국민총소득(Gross National Income per capita, GNI)은 세계은행의 아틀라스 방법을 적용하여 국민총소득을 연앙인구로 나누고, 미국 달러로 환산한 값을 적용하였다(World Bank, 2021).

경제적 요인이 정부의 방역조치 강도에 어떠한 영향을 미치는지 확인하고자 1인당 국민총소득을 포함시켰다. 국민총소득은 국내총생산(GDP) 대비 해외 원조가 많은 국가의 경제 상황을 더 잘 반영할 수 있으므로(Asfahan, S. 등, 2020), 국가비교 연구에 보다 적합하다고 할 수 있겠다.

코로나19 상황에서 경제적 요인이 방역조치에 미친 영향을 다룬 선행연구들을 살펴보면, 선진국(1인당 국민총소득)은 개발도상국에 비해 방역조치 강도가 강한 것으로 나타났다(Ferraresi M 등, 2020). 이는 개발도상국이 봉쇄령 조치로 인한 경제 활동 중단이 선진국에 비해 비용 효과가 크게 나타나기 때문으로 풀이할 수 있다(Barnett-Howell & Mobarak, 2020).

제 6 절 감염현황

각국 정부는 코로나19 방역조치 강도를 보건의료체계 대응역량과 감염현황을 중심으로 결정하였기 때문에 직접적인 영향요인에 해당되며(권순만, 2020; 박경훈 등, 2021; 박충민 등, 2021), 코로나19 팬데믹 피해 강도(Hägerström, E., 2020)를 나타낸다.

[표 1] 코로나19 상황에서의 보건의료체계 수준, 정부신뢰, 방역조치 강도(속도)에 관한 연구

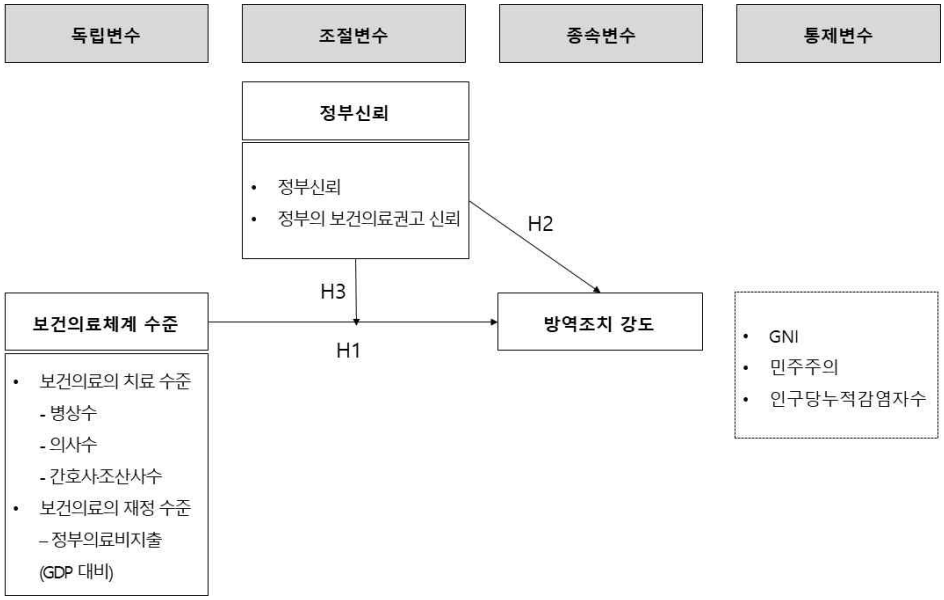
저자	독립변수	종속변수	국가	방법	주요 결과
Tsai, F 등 (2021)	• 감염병 통제역량 (IHR 평가 점수 및 의료인력, 경상의료비(GDP 대비%) 등) • 인간개발지수, 국제교역량	• 방역조치 속도 (최초 감염자 확진일-방역조치일) • 방역조치 강도 (최초 감염자 확진일 3일 후 방역조치 강도)	174개국	카이제곱분석 회귀분석	• 의료인력·IHR 평가점수가 낮을수록 방역조치 속도가 느림 • 인간개발지수·의료인력·IHR·의료비지출·의료서비스제공이 낮을수록 방역조치 강도가 강함
Hägerström, E. (2020)	• 거버넌스 조정역량 • 정치신뢰 • (통제변수) 민주주의, GNI, 병상수, 사망·감염자수	• 방역조치 강도 (202.3~4 1달간 최대 방역조치 강도)	유럽 30개국	회귀분석	• 정치신뢰가 높을수록 방역조치 강도가 낮음 • 거버넌스 조정역량과 정치신뢰가 방역조치 강도에 상호작용
Toshkov, D등 (2020)	• 보건의료체계 수준 (병상수, ICU수) • 사회(정부신뢰) • 거버넌스, 정치, 정부, 정당, 경제	• 방역조치 속도 (방역조치일의 감염자수)	유럽 31개국	회귀분석	• 병상수 및 정부신뢰가 낮을수록 방역조치 속도가 빠름
Ang, J 등 (2021)	• 민주주의, 병상수, 의료진수, 1인 경상의료비, GDP	• 방역조치 강도 (2020년 3분기 평균) • 실업률	59개국	연립방정식 모델(SEM)	• 병상수 부적(-) 관계 • 경상의료비 부적(-) 관계: 내생변수가 방역조치 강도, 실업자수, 감염자수

저자	독립변수	종속변수	국가	방법	주요 결과
Toshkov, D등 (2021)	• 보건의료체계 수준 (병상수, ICU수, 의료진수, 의료비, 민간의료비지출, 1인당 경상의료비 등) • 위기관리역량 • 사회(정부신뢰, 대인신뢰) • 정치, 정부, 정당, 경제	• 방역조치 속도 (방역조치일의 감염자수)	유럽 31개국	회귀분석	1. 휴교령 당일 감염자수 • 병상수 부(-)적 관계 • 간호사수, 1인당 경상의료비 양(+)적 관계 • ICU, 의사수, 민간의료비지출, 병원 의사수 유의성 없음 • 글로벌보건안보, 정부신뢰 및 대인신뢰 양(+)적 관계 2. 봉쇄령 당일 감염자수 • 간호사수, 의료비, 병원 의사수 양적(+) 관계 • ICU, 병상수, 의사수, 민간의료비지출 유의성 없음 • 글로벌보건안보 양적(+) 관계 • 정부신뢰 유의성 없음, 대인신뢰 양(+)적 관계
Chen, D 등. (2021)	• 제도적 요인 (민주주의, 언론자유) • 문화적 요인 (개인주의, 권력지수) • 정부신뢰(조절변수)	• 방역조치 속도	100여 개국	회귀분석	• 정부신뢰가 높은 국가에서 개인주의에 따른 방역조치 속도가 더 빠름

제 3 장 연구방법

제 1 절 연구설계

1. 분석모형 및 연구문제



[그림1] 연구의 분석모형

본 연구에서는 앞서 이론적 배경에서 고려한 개념들을 변수로 설정하여 그림 1과 같이 분석모형을 설정하였다.

연구문제는 다음과 같다.

첫째. 보건의료체계 수준은 방역조치 강도에 영향을 미칠 것이다.

둘째, 정부신뢰는 방역조치 강도에 영향을 미칠 것이다.

셋째, 정부신뢰는 보건의료체계 수준이 방역조치 강도에 미치는 영향을 조절시킬 것이다.

2. 변수의 조작적 정의 및 분석자료

본 연구에서 사용한 변수의 조작적 정의와 분석 자료 출처를 다음과 같다.

[표 2] 주요 변수와 자료출처

	구분	변수	자료 출처	변수 구성항목	기간
종속 변수	방역조치 강도	제한 및 보건조치 지수	옥스퍼드 대학 코로나19 정부대응 추적 (OxCGRT)	1. 제한조치 1)휴교, 2)직장 폐쇄, 3)공개 이벤트 취소, 4)모임제한, 5)대중교통 폐쇄, 6)집에 머무르기, 7)국내 이동 제한, 8)국경 폐쇄 지표 2. 보건조치 1)공공정보 캠페인, 2)검사 정책, 3)동선 추적, 4)마스크 착용	2021.1.1.~ 2021.11.24
독립 변수	보건의료 치료 수준	병상수	WHO	인구 1만 명 당 병상수	2013-2017
		의사수		인구 10만 명 당 의사수	
		간호사·조산사수		인구 10만 명 당 간호사 및 조산사수	
	보건의료 재정 수준	정부의료비지출 (GDP 대비)	세계은행	GDP 대비 정부의료비지출(%)	2018
조절 변수	사회적 요인	정부신뢰	웰컴 글로벌 모니터	-	2018
		정부의 보건의료권고			
통제 변수	정치적 요인	민주주의	이코노 미스트	1)선거 과정 및 다원주의, 2)시민의 자유, 3)정부의 기능, 4)정치 참여, 5)정치 문화	2020
	경제적 요인	GNI	세계은행	-	2020
	감염현황	누적 감염자수	존스 홉킨스대 과학기술정보센터(CSSE)	인구 100만 명 당 누적 감염자 수	2021.3.1~ 2021.11.24

1) 종속변수: 방역조치 강도

본 연구에서 종속변수는 영국 옥스퍼드 대학교 연구진이 국가별 코로나 19 대응수준을 추적하여 수치화한 정부 방역조치의 제한 및 보건조치 지수(Containment and Health Index, CHI)를 활용하였다. 전세계 187개국 정부의 코로나19 대응 방역조치를 0부터 100까지 숫자로 나타냈으며, 지수가 높을수록 대응조치가 엄격했다고 본다. 제한 및 보건조치 지수(CHI)는 제한 방역조치 8개 지표와 보건조치 6개 지표를 종합 산출하였다.

제한 방역조치 지표에는 1)휴교, 2)직장 폐쇄, 3)공개 이벤트 취소, 4)모임제한, 5)대중교통 폐쇄, 6)집에 머무르기, 7)국내 이동 제한, 8)국경 폐쇄 지표로 구성되어 있으며, 보건조치 6개 지표로는 1)공공정보 캠페인, 2)검사 정책, 3)동선 추적, 4)마스크 착용, 5)백신 정책, 6)고령자 보호 지표가 포함되었다(Hale T, 2021).

본 연구는 국가별 코로나19 대응을 위한 방역조치 강도를 종속변수로 설정하기 위해 제한적 성격의 방역조치 지표들을 포함하고, 백신정책에 따른 방역조치 완화 가능성을 배제하기 위해 첫 백신정책 도입일 이전인 2020년 11월 24일을 기준일로 설정하였다. 이에 따라, 본 연구에서는 제한 방역조치 8개 지표와 보건조치 6개 지표 중 일부 4개 지표인 공공정보 캠페인, 검사 정책, 동선 추적, 마스크 착용을 활용하였다. 본 연구는 장기화된 코로나19 팬데믹에서의 정부정책을 이해하고자 국가별 방역조치 강도의 평균값으로 조작하였다.

2) 독립변수: 보건의료체계 수준

(1) 보건의료치료 수준

본 연구는 독립변수인 보건의료치료 수준의 변수로서 보건의료 인프라에 해당하는 병상수와 의료인력을 선정하였다.

가. 병상수

병상수(Hospital beds)는 세계은행의 독립변수인 보건의료 치료체계는 세계보건기구(WHO)의 인구 만 명당 병상수를 선정하였다. 공공 및 사립 병원의 병상수를 대상으로 하며, 입원 환자 서비스의 가용성을 의미한다(WHO, 2021e).

나. 의료인력

의료인력은 세계보건기구(WHO)의 인구 만 명당 의사수(Number of physicians)와 간호사·조산사수(Nursing and midwifery personnel density)를 선정하였다. 보건의료체계 수준에서 보건 목표를 달성하려면 의료인력이 중요하다. 의료인력이 특정 인구의 의료 요구를 충족하는지 평가하는 기준은 방법론적으로 마련되어 있지 않다. 다만, 2006년도 세계보건보고서에 따르면, 인구 만명당 의사, 간호사 및 조산사가 23명 미만인 국가는 새천년 개발목표 프레임워크의 1차 의료 개입에 대한 보장 비율을 달성할 수 없는 것으로 추정된다(WHO, 2021f; 2021e). 특히, 간호사와 조산사는 전 세계 보건 인력의 50% 가량을 차지한다.

(2) 보건의료의 재정 수준

본 연구의 독립변수인 보건의료재정 수준의 변수로 WHO의 GDP 대비 정부의료지출비(Domestic general government health expenditure as percentage of gross domestic product)(%)를 선정하였다(WHO, 2021g).

GDP 대비 정부 의료지출비는 GDP 경제 대비 의료지출에 사용되는 정부자원의 비율(%)을 말한다. 이는 내부 이전 및 보조금, 이전지출, 임의가입 건강보험 수혜자에 대한 보조금, 가구에 봉사하는 비영리단체(NPISH) 또는 기업의 재정계획, 의무사전지불(Compulsory prepayment) 및 사회건강보험 기여금에 해당하는 국내 공공 재원을 포함한다. 이러한 이전 및 보조금은 보건에 대한 공공 출처를 대표하며, 정부의 보건재정 비율을 의미한다.

3) 조절변수: 정부신뢰

본 연구에서는 정부신뢰 지수로 글로벌 여론조사업체 웰컴 글로벌 모니터(Wellcome Global Monitor)가 발표한 2018년도 국가 신뢰도를 적용했다. 웰컴 글로벌 모니터는 매년 140여 개국 14만 명을 대상으로 과학과 건강에 대한 리터러시와 관심, 과학, 언론 및 보건 전문가 등에 대한 신뢰, 백신에 대한 태도를 측정한 보고서를 발표한다(Wellcome, 2019).

본 연구는 정부신뢰를 조절변수로 설정하기 위해 2018년도 웰컴 글로벌 모니터 국가 신뢰도의 설문문항 중 정부신뢰 문항(11b번 문항)인 ‘당신은 정부를 얼마나 신뢰합니까?’와 정부의 보건의료권고 문항(21번 문항)인 ‘당신은 정부의 의료와 보건관련 권고를 얼마나 신뢰합니까?를 선정하였다. 해당 항목은 4점 척도로 구성되어 있다. 본 연구에서는 웰컴 글로벌 모니터 자체 분석 보고서를 참고하여 ‘매우 신뢰한다’와 ‘신뢰한다’의 응답 비율을 더한 값을 정부신뢰 값으로 정하였다.

4) 통제변수: 민주주의

민주주의 변수로는 이코노미스트 민주주의 지수(2020)(Economist Intelligence Unit, EIU)를 선정하였다. 해당 민주주의 지수는 선거 과정 및 다원주의, 시민의 자유, 정부의 기능, 정치 참여, 정치 문화 5개 범주로 구성되며, 세부 60개 지표에 대한 점수를 근거로 4가지 민주주의 체제인 완전 민주주의, 결함이 있는 민주주의, 하이브리드 체제, 권위주의 체제로 구분한다. 총 165개국을 대상으로 민주주의 척도를 0~10점으로 나타낸다(EIU, 2021).

앞서 선행연구 고찰에서도 언급했듯이 민주주의는 정부신뢰와도 밀접한 관계를 가진다. 민주주의 수준이 높은 국가는 정부신뢰에 영향을 주었을 수 있으므로(Hägerström, E., 2020) 본 연구에서는 정부신뢰의 통제변수로 민주주의를 선정하였다.

5) 통제변수: 1인당 국민총소득

경제 요인으로는 1인당 국민총소득(GNI per capita)을 선정하였다. 1인당 국민총소득은 세계은행 아틀라스 방법을 적용하여 국민총소득을 연앙인구로 나누고, 미국 달러로 환산한 값을 말한다(WHO, 2021g). 1인당 국민총소득이 높다는 것은 선진국으로 간주되므로 보건의료체계 수준과 밀접한 관계를 가질 수 있으므로 보건의료체계 수준의 통제변수로 정하였다.

6) 통제변수: 누적 감염자수

본 연구에서는 감염 현황을 나타내는 요인으로 존스 홉킨스대 과학기술정보센터(CSSE)에서 발표한 인구 100만 명당 누적 감염자수를 선정하였다. 본 연구는 장기화된 코로나19 팬데믹에서의 정부정책을 이해하고자 하므로 백신정책 발표 전인 2020년 11월 24일까지를 기간으로 정하고, 국가별 코로나19 감염피해 강도를 나타내는 변수로서 인구 100만 명당 누적 감염자수를 활용하였다.

제 2 절 분석방법

1.분석방법

본 연구에서 가설을 검증하기 위한 분석방법 및 절차는 다음과 같다. 수집된 모든 자료는 IBM SPSS 25.0 프로그램과 Process Macro 4.0, R 3.3.3 프로그램을 사용하여 분석하였다.

첫째, 연구모형에 포함되는 주요변수의 이상치, 결측치 그리고 자료의 정규성 검토와 연구 대상의 일반적 특성을 파악하기 위해 빈도분석 및 기술통계를 시행하였다.

둘째, 변수의 상관관계 및 영향력을 확인하기 위해 상관관계 분석을 시행하였다.

셋째, 종속변수에 영향을 줄 수 있는 변수들을 통제한 상태에서 변수간의 영향력을 파악하고, 보건의료체계 수준과 방역조치 강도의 관계에서 정부신뢰의 조절효과를 검증하기 위하여 위계적 회귀분석을 실시하였다.

제 4 장 연구결과

제 1 절 변수들의 기초통계

표본의 일반적 특성에 대한 기술적 통계값을 확인하였다. 변수별 기초통계는 표 3에 제시하였고, 본 연구의 연구 대상인 92개국 목록과 국가별 변수 값은 부록 1에 기술하였다. 방역조치 강도의 평균은 46.323(±8.972)이며, 니카라과가 12.64로 최솟값이었으며, 아르헨티나가 61.69로 최댓값이었다. 그 밖에 모든 표본은 왜도 값(-0.949~1.263)은 ±2 이내에 분포하였고, 첨도 값(-0.990~3.277)은 7 이하에 분포하여 모두 정규분포의 가정을 만족하였다.

[표 3] 변수별 기초 통계

변수	최솟값	최댓값	평균	SD	왜도	첨도
방역조치 강도	12.642	61.694	46.323	8.972	-0.949	1.486
병상수	1.000	129.800	29.799	26.225	1.674	3.277
의사수	0.430	80.130	24.299	19.756	0.584	-0.471
간호사·조산사수	0.058	216.700	51.057	47.846	1.263	1.160
정부 의료지출비	0.108	7.639	2.008	1.459	1.269	1.810
정부신뢰	0.145	0.959	0.523	0.175	0.107	-0.260
정부의 보건의료권고 신뢰	0.339	0.937	0.714	0.131	-0.708	0.505
민주주의	25.900	98.100	62.780	19.232	-0.254	-0.965
GNI log	2.690	4.932	3.899	0.614	-0.133	-0.990
누적 감염자수 log	1.748	4.695	3.698	0.757	-0.709	-0.542
유효 N						92

제 2 절 주요변수 간의 상관관계 분석

주요변수 간의 상관성을 확인하기 위해 피어슨의 상관관계 분석(pearson's correlation analysis)을 실시하였다. 표 4는 측정 변인들 간의 상관분석 결과를 나타낸 표이다.

방역조치 강도는 누적 감염자수(r=.357, p<.01)와 유의한 정(+)적 상관관계를 보였다. 방역조치 강도가 높은 국가는 누적 감염자수가 높았음을 말한다. 그 밖에 보건의료체계 수준에 해당하는 병상수, 의사수, 간호사·조산사수, 정부 의료지출비와 통제변인인 민주주의, GNI, 누적 감염자수와 모두 정(+)적 상관관계를 보였다. 이를 통해 보건의료체계 수준이 높을수록 민주주의와 GNI, 누적 감염자수가 높음을 알 수 있다.

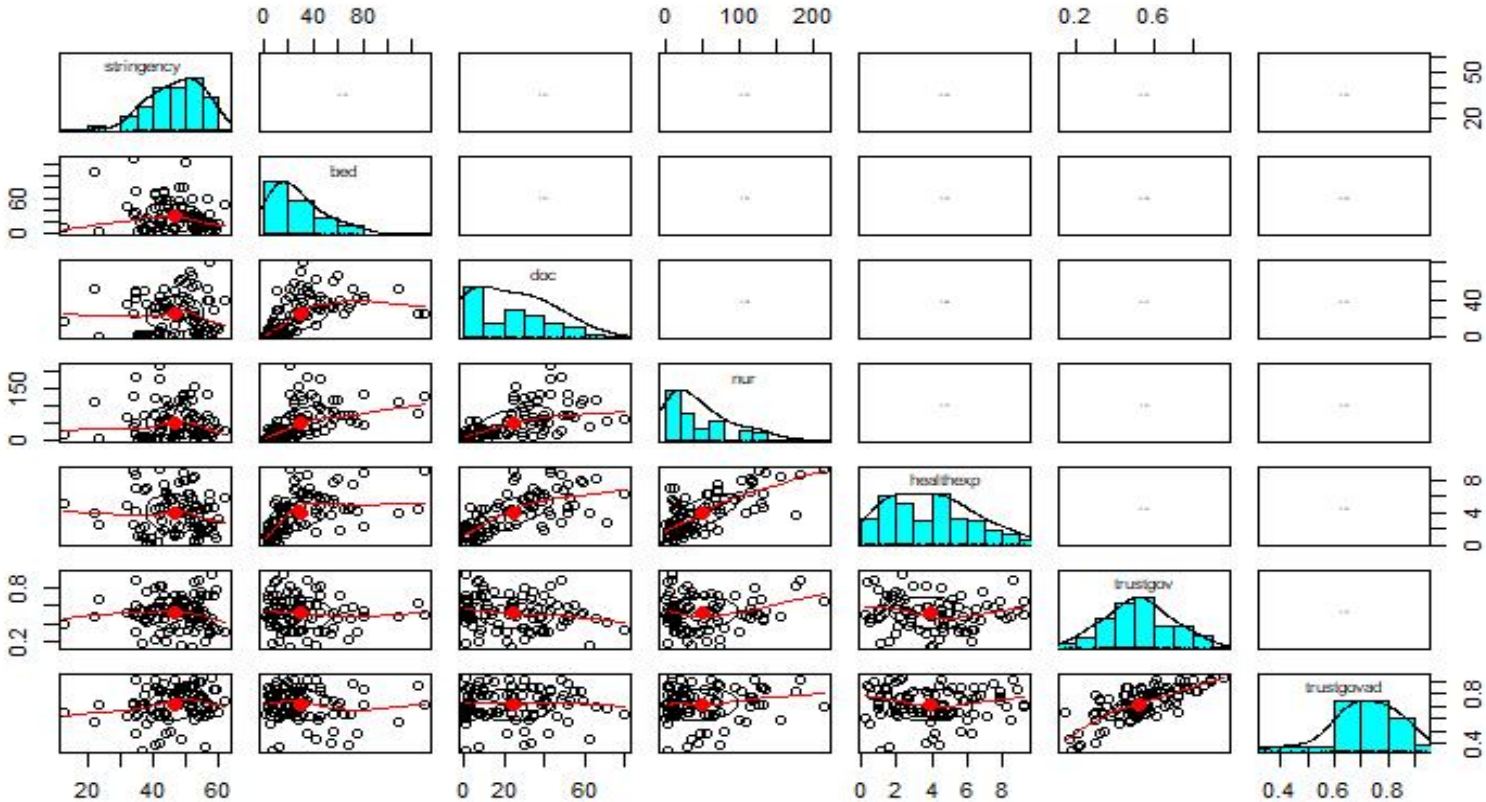
정부신뢰는 정부의 보건의료권고 신뢰(r=.734, p<.01)와 유의한 정(+)적 상관관계를 보였으며, 누적 감염자수(r=-.268, p<.01)와는 부(-)적 상관관계가 나타났다. 정부신뢰가 높을수록 정부의 보건의료권고 신뢰 또한 높다는 것을 의미하며, 누적 감염자수는 적다는 것을 알 수 있다. 한편, 정부의 보건의료권고 신뢰는 민주주의(r=.215, p<.05)와 정(+)적 상관관계를 가졌다.

[표 4] 변수 간 상관관계

변수	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. 방역조치 강도	1.000									
2. 병상수	-0.196	1.000								
3. 의사수	0.023	.514**	1.000							
4. 간호사·조산사수	-0.054	.502**	.590**	1.000						
5. 정부 의료지출비	-0.083	.497**	.681**	.700**	1.000					
6. 정부신뢰	-0.022	-0.084	-0.175	0.121	-0.115	1.000				
7. 정부의 보건의료권고 신뢰	0.198	-0.092	-0.012	0.125	-0.002	.734**	1.000			
8. 민주주의	0.073	.351**	.587**	.635**	.724**	0.099	.215*	1.000		
9. GNI log	0.066	.544**	.731**	.764**	.796**	0.001	0.115	.836**	1.000	
10. 누적 감염자수 log	.357**	.254*	.571**	.477**	.523**	-.268**	-0.127	.438**	.608**	1.000

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

일반적으로 변수들 간의 상관관계가 0.9 이상이면 다중공선성의 위험이 있다고 보는데, 본 연구의 결과에서는 상관관계가 모두 0.9 이하로 나타나 본 연구에서는 다중공선성에 문제가 없는 것으로 확인되었다. 그림 2는 통제변수를 제외한 방역조치 강도와 보건의료체계, 정부신뢰에 대한 상관관계를 그림 2의 산점도 행렬로 나타내었다.



[그림 2] 주요 변수의 산점도 행렬

제 3 절 위계적 회귀분석

1. 보건의료체계 수준과 방역조치 강도의 관계에서 정부신뢰의 조절효과

바론(Baron)과 케니(Kenny)의 위계적 회귀분석(1986)을 이용하여 보건의료체계 수준에 따른 방역조치 강도에 미치는 영향이 정부신뢰에 의해 변하는지 검증하였다. 1단계에서는 통제변수와 독립변수가 종속변수에 미치는 영향을 확인하였다. 2단계에서는 통제변수와 독립변수 외에 조절변수를 함께 투입하여 종속변수에 미치는 영향을 확인하였다. 3단계에서는 통제변수와 독립변수, 조절변수 외에도 독립변수와 조절변수를 곱해서 산출하는 상호작용 변수도 함께 투입하여 해당 변수들이 종속변수에 미치는 영향을 확인하였다. 다중공선성 문제를 해결하기 위하여 상호작용 변수는 평균 중심화한 점수로 변환하여 투입하였다.

1) 방역조치 강도에 영향을 미치는 요인

보건의료체계 수준이 방역조치 강도에 미친 영향을 검증하기 위하여 다변량 회귀분석 통계 분석을 실시하였으며, 그 결과는 표 5와 같다. 회귀모형 1단계($F=4.843$, $p<.001$)와 2단계($F=4.265$, $p<.001$)에서 모두 통계적으로 유의하게 나타났다. 회귀모형의 설명력은 1단계 28.8%(Adj. R^2 22.8%)에서, 2단계 29.1%(Adj. R^2 22.3%)로 나타났다. 회귀모형에서 Durbin-Watson 통계량은 2.076로 2에 근사한 값을 보여 잔차의 독립성 가정에 문제가 없었다. 분산팽창지수도 모두 10 미만으로 나타나 다중공선성 문제도 없는 것으로 판단되었다.

회귀변수의 유의성 검증 결과, 회귀모형 1단계(M1) 독립변수인 보건의료체계 수준 가운데 보건의료재정에 해당하는 정부 의료지출비(β

=-.3754, p<.05)가 부(-)적으로 유의하게 나타났다. 즉, 정부의료비지출 수준이 낮을수록 방역조치강도가 높아지는 것으로 검증되었다. 한편, 통제변수는 누적 감염자수(β=.539, p<.001)가 유의하게 나타났다.

2단계(M2)는 회귀모형 1단계의 독립변수에서 조절변수인 정부신뢰를 추가 투입하였다. 1단계와 마찬가지로 독립변수인 보건의료체계 수준 중 보건의료재정에 해당하는 정부 의료지출비(β=-.350, p<.05)가 부(-)적으로 유의하게 나타났다. 조절변수인 정부신뢰(β=.071, ns)는 방역조치 강도에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 통제변수의 경우, 1단계와 동일하게 누적 감염자수(β=.565, p<.001)가 유의하게 나타났다. 이는 조절변수인 정부신뢰를 추가 고려한 회귀모형을 통해 정부 의료지출비와 누적 감염자수가 방역조치 강도에 미치는 영향이 정부신뢰를 고려하더라도 크게 변하지 않는 것으로 확인되었다.

[표 5] 방역조치 강도의 영향요인: 정부신뢰

변수		M1				M2			
		B	β	t	p	B	β	t	p
상수		19.428		2.092	.039	17.288		1.754	.083
통제	민주주의	.088	.189	1.050	.297	.080	.171	.932	.354
	GNI	1.808	.124	.494	.622	1.641	.112	.446	.657
	누적 감염자수	6.397	.539	4.349	<.001***	6.699	.565	4.339	<.001***
독립	병상수(A)	-.062	-.181	-1.515	.134	-.059	-.174	-1.439	.154
	의사수(B)	-.025	-.056	-.382	.704	-.019	-.042	-.284	.777
	간호사·조산사수(C)	-.026	-.140	-.942	.349	-.032	-.169	-1.090	.279
	정부 의료지출비(D)	-1.412	-.375	-2.264	.026*	-1.318	-.350	-2.053	.043*
조절	정부신뢰(E)					3.644	.071	.666	.507
R^2		.288				.291			
Adj. R^2		.228				.223			

2) 정부신뢰의 조절효과

회귀모형 3단계(M3)는 보건의료체계 수준이 방역조치 강도에 미친 영향이 정부신뢰에 따라 변하는지를 검증하기 위하여 조절변수인 정부신뢰와 보건의료체계 수준에 해당하는 독립변수를 곱한 상호작용항을 투입하여 회귀분석을 실시하였다. 회귀모형 3단계(F=4.421, p<.001)는 1단계와 2단계와 마찬가지로 통계적으로 유의하게 나타났으며, 회귀모형의 설명력은 40.1%(Adj. R^2 31.1%)로 나타났다. 이는 상호작용항을 투입하였을 때, 설명력이 유의미하게 증가한다고 할 수 있다. 분산팽창지수도 모두 10 미만으로 나타나 다중공선성 문제도 없는 것으로 판단되었다.

[표 6] 정부신뢰의 조절효과

변수		M3			
		B	β	t	p
상수		14.195		1.454	.150
통제	민주주의	.069	.148	.831	.409
	GNI	2.503	.171	.670	.505
	누적 감염자수	6.899	.582	4.279	<.001***
독립	병상수(A)	-.068	-.197	-1.677	.097
	의사수(B)	-.094	-.207	-1.260	.211
	간호사·조산사수(C)	.001	.005	.033	.974
	정부 의료지출비(D)	-1.214	-.322	-1.931	.057
조절	정부신뢰(E)	2.736	.053	.498	.620
조절효과	A*E	.903	.338	2.791	.007**
	B*E	-.871	-.319	-1.986	.051
	C*E	-.151	-.150	-1.055	.295
	D*E	-1.734	-.076	-.493	.624
R^2		.401			
Adj. R^2		.311			
R^2 Change		.110			

분석 결과, 통제변수는 누적 감염자수(β=.582, p<.001)가 유의하게 나타났다. 독립변수는 회귀모형 1단계에서 정부 의료지출비가 방역조치 강도 영향에 미치는 유의성은 유지되었으나 2단계의 정부 보건의료권고 신뢰가 방역조치 강도 영향에 미치는 유의성이 없어졌다. 그 외 유의성을 갖는 독립 변수는 없었다. 조절효과를 검증하기 위하여 독립변수 병상수, 의사수, 간호사·조산사수, 정부 의료지출비에 정부신뢰를 각각 곱한 상호작용항을 확인한 결과, 방역조치 강도에 직접적인 영향을 미치지 않았던 병상수가 상호작용항에서는 방역조치 강도에 유의미하게 영향을 미치는 것으로 나타났다. 병상수와 정부신뢰 간의 상호작용 변수(B=1.097, p<.01)는 정(+)적으로 유의하였다. 그 외 의사수, 간호사·조산사수, 정부 의료지출비는 정부신뢰에 의해 방역조치 강도가 조절되지 않는 것으로 확인되었다.

3) 정부신뢰의 조절효과 검증

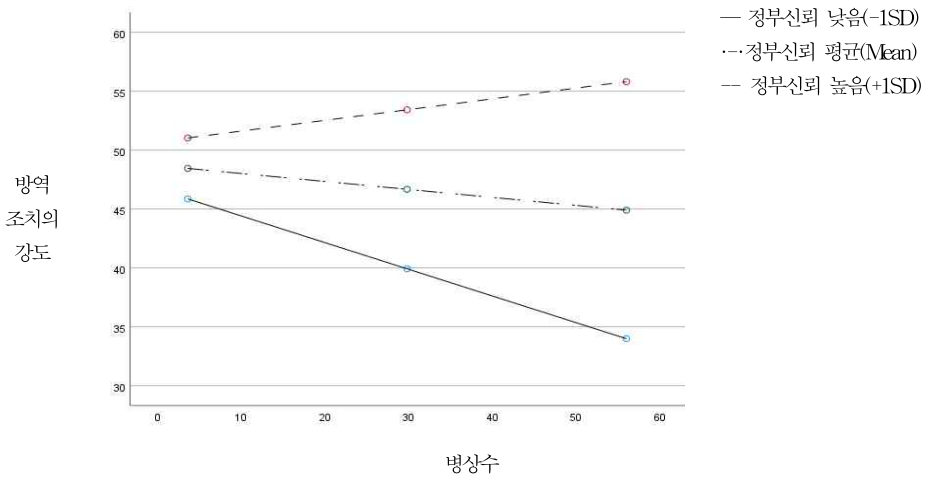
조절효과를 보다 심층적으로 살펴보기 위하여 뽑기식 접근법(pick-a-point)과 유의영역 접근법(region of significance approach)을 적용하였다. 뽑기식 접근법은 단순기울기 분석(simple slope)이라고 하며, 조절변수의 특정값을 선택한 후 이 값을 기준으로 조절효과를 심층적으로 분석한다. 이 방식은 보편적으로 사용되지만, 조절변수의 특정값을 임의로 선택한다는 면에서 한계가 있다. 반면, 유의영역 접근법은 존슨-네이만 기법(Johnson-Neyman technique)으로 부르며, 조절변수의 전체 영역에서 조절효과가 유의한 영역을 살펴본다. 단순기울기 분석의 대안으로 쓰이며, 유의수준 .05에서 유의영역의 상한값과 하한값을 통해 독립변수가 종속변수에 미치는 단순기울기가 통계적으로 유의한 조절변수 범위를 제시한다(Jaccard & Turrisi, 2003; Spiller, Fitzsimons, Lynch Jr& McClelland, 2013; Whisman & McClelland, 2005; 김은정 2021 재인용)

병상수에 따른 방역대책의 강도 관계에서 정부신뢰의 조절효과를 검증하기 위하여 Process Macro(model 1)를 활용하였으며, 평균중심화하지 않은 자료를 사용하였다.

첫째, 단순기울기 검증을 통한 조절변인인 정부신뢰의 조건값(-1SD, Mean, +1SD)이 병상수가 방역조치 강도에 미치는 조절효과를 분석하였다(Hayes 2013). 분석을 위해 부트스트래핑 사례 수는 10,000개로 설정하고, 95% 신뢰구간에서 0이 상한한계(ULCI)와 하한한계(LLCI) 구간에 포함되지 않으면 유의한 통계결과로 해석할 수 있다. 그 결과는 표 7 및 그림 3과 같다. 분석 결과, 정부신뢰의 값이 -1SD(.3472)일 때만 유의하고, 평균값과 +1SD(.6981)일 때는 유의하지 않은 것으로 나타났다. 즉, 정부신뢰가 높을수록 병상수가 방역조치에 미치는 영향이 정(+)적으로 유의미하게 완충되었다.

[표 7] 정부신뢰의 조건 값에 따른 방역조치 강도의 조절효과 검증

정부신뢰		Effect	SE	LLCI	ULCI
Mean - 1SD	(.3472)	**-.2260**	**.0660**	**-.3575**	**-.0946**
Mean	(.5227)	-.0675	.0403	-.1477	.0126
Mean + 1SD	(.6981)	.0910	.0730	-.0544	.2364



[그림 3] 병상수와 방역조치 강도 관계에서 정부신뢰의 조절효과

둘째, 유의범의 검증을 위하여 존슨-네이만 기법(Johnson-Neyman technique)에 의한 추론 검정을 하였다. 이는 변수의 효과가 어느 지점에서 나타나는지 확인하는 방법으로 유의영역을 분석할 수 있다(Hayes 2013). 그 결과는 표 8과 같다. 정부신뢰의 조절효과는 정부신뢰가 .5092보다 낮은 국가(하위 45.65%)와 .8677보다 높은 국가(상위 3.26%)에서 유의하였다. 정부신뢰의 평균값이 .5227였으므로 유의성이 나타난 국가 대부분이 평균 이하에서 유의하였다.

[표 8] 병상수와 방역조치 강도에서 정부신뢰의 조건부 조절효과

정부신뢰	B	SE	t	p	LLCI	ULCI
.1450	-.4087	.1246	-3.2804	.0015	-.6567	-.1607
.1879	-.3700	.1115	-3.3170	.0014	-.5920	-.1480
.2307	-.3313	.0987	-3.3557	.0012	-.5278	-.1348
.2735	-.2926	.0862	-3.3931	.0011	-.4642	-.1209
.3164	-.2539	.0742	-3.4204	.0010	-.4016	-.1061
.3592	-.2152	.0630	-3.4159	.0010	-.3406	-.0898
.4021	-.1765	.0530	-3.3282	.0013	-.2820	-.0709
.4449	-.1378	.0452	-3.0506	.0031	-.2277	-.0479
.4877	-.0991	.0406	-2.4372	.0171	-.1800	-.0182
.5092	**-.0797**	**.0400**	**-1.9905**	**.0500**	**-.1594**	**.0000**
.5306	-.0604	.0406	-1.4861	.1412	-.1412	.0205
.5734	-.0217	.0451	-.4804	.6323	-.1114	.0681
.6163	.0170	.0529	.3223	.7481	-.0882	.1223
.6591	.0558	.0628	.8871	.3777	-.0693	.1809
.7020	.0945	.0741	1.2753	.2060	-.0530	.2419
.7448	.1332	.0861	1.5472	.1258	-.0381	.3045
.7876	.1719	.0986	1.7439	.0851	-.0243	.3680
.8305	.2106	.1114	1.8907	.0623	-.0111	.4322
.8677	**.2442**	**.1227**	**1.9905**	**.0500**	**.0000**	**.4885**
.8733	.2493	.1244	2.0036	.0485	.0016	.4969
.9162	.2880	.1376	2.0926	.0396	.0141	.5619
.9590	.3267	.1509	2.1643	.0335	.0262	.6271

value .5092, %below 45.6522, %above 54.3478
value .8677, %below 96.7391, %above 3.2609

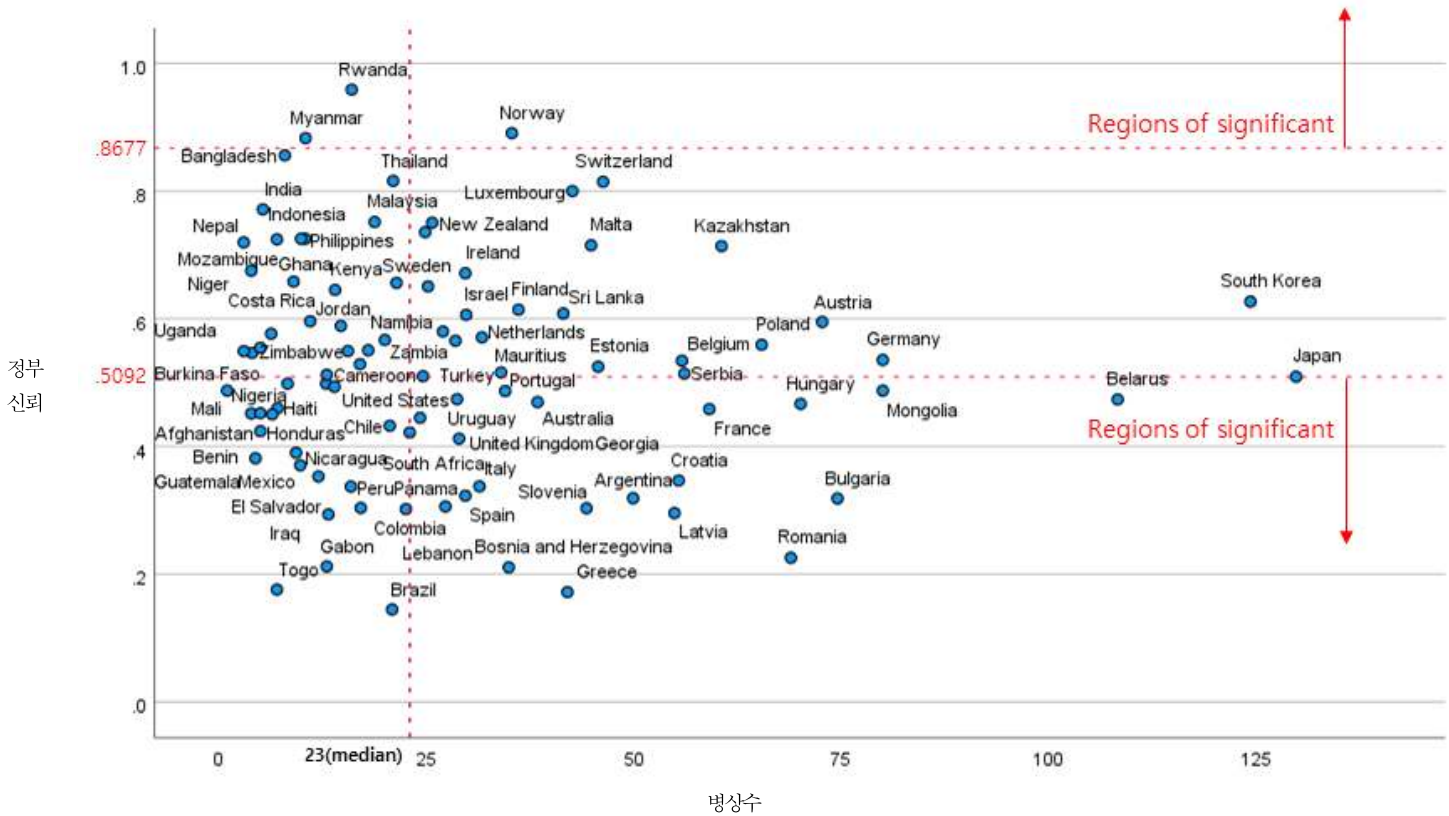
다음으로, 병상수에 따른 방역조치 강도에 미치는 영향에서 정부신뢰의 조절효과가 유의한 45개 국가에 대해 지역과 정부신뢰, 병상수, 조치강도를 표 9에 제시하였다. 정부신뢰 수준이 -1SD 이하인 국가는 18개국으로 이탈리아와 스페인 등 남유럽 국가와 콜롬비아, 브라질 등 남미 국가가 포함되었다. 정부신뢰 수준이 -1SD 이상 Mean 이하인 국가는 24개국으로 볼리비아, 파라과이, 멕시코 등 남미 국가를 비롯하여 남아프리카, 베냉 등 사하라 이남 아프리카 국가를 중심으로 분포된 모습을 보였다. 정부신뢰 수준이 +1SD 이상인 국가는 르완다와 미얀마, 노르웨이 3개국이었다.

[표 9] 정부신뢰 조절효과가 유의한 국가의 지역분포

국가	지역	정부신뢰	병상수	조치강도
Rwanda	Sub-Saharan Africa	0.9590	16.0	57.7
Norway	Northern Europe	0.8909	35.3	34.1
Myanmar	Eastern Asia	0.8830	10.4	53.4
Bolivia	Latin America and the Caribbean	0.4987	12.9	55.5
Paraguay	Latin America and the Caribbean	0.4986	8.3	52.2
Ecuador	Latin America and the Caribbean	0.4938	13.9	51.9
Mali	Sub-Saharan Africa	0.4878	1.0	35.1
Mongolia	Eastern Asia	0.4878	80.0	47.9
Portugal	Southern Europe	0.4870	34.5	51.4
United States	Latin America and the Caribbean	0.4743	28.7	52.0
Belarus	Eastern Europe	0.4739	108.3	21.4
Australia	Australia and New Zealand	0.4698	38.4	51.0
Hungary	Eastern Europe	0.4670	70.1	42.8
Haiti	Latin America and the Caribbean	0.4602	7.1	36.7
France	Western Europe	0.4588	59.1	51.6
Nigeria	Sub-Saharan Africa	0.4524	5.0	52.1

Chile	Latin America and the Caribbean	0.4326	20.6	56.2
Benin	Sub-Saharan Africa	0.4241	5.0	37.4
South Africa	Sub-Saharan Africa	0.4221	23.0	54.6
Georgia	Western Asia	0.4125	28.9	51.0
Nicaragua	Latin America and the Caribbean	0.3903	9.3	12.6
Guatemala	Latin America and the Caribbean	0.3817	4.4	53.5
Mexico	Latin America and the Caribbean	0.3708	9.8	46.5
El Salvador	Latin America and the Caribbean	0.3532	12.0	58.1
Croatia	Southern Europe	0.3470	55.4	45.2
Italy	Southern Europe	0.3378	31.4	57.1
Peru	Latin America and the Caribbean	0.3375	15.9	59.4
Spain	Southern Europe	0.3232	29.7	50.2
Argentina	Latin America and the Caribbean	0.3192	49.9	61.7
Bulgaria	Eastern Europe	0.3188	74.5	34.4
Lebanon	Western Asia	0.3062	27.3	47.9
Colombia	Latin America and the Caribbean	0.3040	17.1	57.3
Slovenia	Southern Europe	0.3035	44.3	44.4
Panama	Latin America and the Caribbean	0.3023	22.5	52.3
Latvia	Northern Europe	0.2960	54.9	41.8
Iraq	Western Asia	0.2939	13.2	57.1
Romania	Eastern Europe	0.2259	68.9	40.1
Gabon	Sub-Saharan Africa	0.2123	13.0	56.0
Bosnia and Herzegovina	Southern Europe	0.2109	34.9	43.4
Togo	Sub-Saharan Africa	0.1762	7.0	36.4
Greece	Southern Europe	0.1722	42.0	48.6
Brazil	Latin America and the Caribbean	0.1450	20.9	51.8

다음은 정부신뢰의 조절효과가 유의한 국가에 대해 병상수와 정부신뢰간 분포를 살펴보기 위하여 산점도(scaterplot)를 그림 4에 제시하였다. 산점도에는 조절효과 유의구간과 병상수의 중위값을 각각 표시하였다.



[그림 4] 병상수와 정부신뢰에 대한 국가 산점도

2. 보건의료체계 수준과 방역조치 강도의 관계에서 정부의 의료보건권고 신뢰의 조절효과

앞서 보건의료체계 수준과 방역조치 강도의 관계에서 정부신뢰의 조절효과를 분석한 바와 같이 정부의 의료보건권고 신뢰의 조절효과를 살펴보았다. 위계적 회귀분석을 다음과 같이 동일하게 적용하였다. 1단계에서는 통제변수와 독립변수를 투입하고, 2단계에서는 조절변수를 추가 투입하였으며, 3단계에서 독립변수와 조절변수의 상호작용항을 함께 투입하여 종속변수에 미치는 영향을 각각 확인하였다. 다중공선성 문제를 해결하기 위하여 상호작용 변수는 평균 중심화한 점수로 변환하여 투입하였다.

1) 방역조치 강도에 영향을 미치는 요인

보건의료체계 수준이 방역조치 강도에 미친 영향을 검증하기 위하여 다변량 회귀분석 통계 분석을 실시하였으며, 그 결과는 표 10과 같다. 회귀모형 1단계(F=4.843, p<.001)와 2단계(F=5.380, p<.001)에서 모두 통계적으로 유의하게 나타났다. 회귀모형의 설명력은 1단계 28.8%(Adj. R^2 22.8%)에서, 2단계 34.1%(Adj. R^2 27.8%)에서로 나타났다. 회귀모형에서 Durbin-Watson 통계량은 2.076로 2에 근사한 값을 보여 잔차의 독립성 가정에 문제가 없었다. 분산팽창지수도 모두 10 미만으로 나타나 다중공선성 문제도 없는 것으로 판단되었다.

회귀변수의 유의성 검증 가운데 1단계는 정부신뢰 첫 번째 모델(M1)과 동일하다. 독립변수인 보건의료체계 수준 가운데 보건의료재정에 해당하는 정부의료지출비(β=-.375, p<.05)가 부(-)적으로 유의하게 나타났다. 즉, 정부의료비지출 수준이 낮을수록 방역조치강도가 높아지는 것으로 검증되었다. 한편, 통제변수는 누적 감염자수(β=.539, p<.001)가 유의

하게 나타났다.

2단계(M4)는 회귀모형 1단계의 독립변수에서 조절변수인 정부의 보건의료권고 신뢰를 추가 투입하였다. 정부의 보건의료권고 신뢰 변수를 추가 투입하자 회귀모형 1단계에서 방역조치 강도에 유의미한 직접적인 영향을 주었던 정부 의료지출비가 유의미하지 않는 것으로 나타났다. 따라서 정부의 보건의료권고 신뢰가 정부 의료지출비에 교란 효과를 가지는 것을 알 수 있다. 조절변수인 정부의 보건의료권고 신뢰(β=.2564, p<.01)는 방역조치 강도에 양(+)적으로 유의미한 영향을 보였다. 이는 정부신뢰가 방역조치가 강도에 유의미한 영향이 없었던 것과 차이가 있었다. 따라서, 정부의 보건의료권고 신뢰가 높을수록 방역조치 강도가 높은 것으로 해석할 수 있다.

[표 10] 방역조치 강도의 영향요인: 정부의 보건의료권고 신뢰

변수		M1				M4			
		B	β	t	p	B	β	t	p
상수		19.428		2.092	.039	8.096		.812	.419
통제	민주주의	.088	.189	1.050	.297	.051	.109	.612	.542
	GNI	1.808	.124	.494	.622	.996	.068	.280	.780
	누적 감염자수	6.397	.539	4.349	<.001***	7.264	.613	4.973	<.001***
독립	병상수(A)	-.062	-.181	-1.515	.134	-.044	-.130	-1.105	.272
	의사수(B)	-.025	-.056	-.382	.704	-.024	-.052	-.367	.715
	간호사·조산사수(C)	-.026	-.140	-.942	.349	-.036	-.192	-1.327	.188
	정부 의료지출비(D)	-1.412	-.375	-2.264	.026*	-1.135	-.302	-1.853	.067
조절	정부의 보건의료권고 신뢰(F)					17.524	.256	2.608	.011*
R^2		.288				.341			
Adj. R^2		.228				.278			
R^2 Change		.288				.054			
F		4.843***				5.380***			

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

2) 정부의 보건의료권고 신뢰의 조절효과

회귀모형 3단계(M5)는 보건의료체계 수준이 방역조치 강도에 미친 영향이 정부의 보건의료권고 신뢰에 따라 변하는지를 검증하기 위하여 조절변수인 정부의 보건의료권고 신뢰와 보건의료체계 수준에 해당하는 독립변수를 곱한 상호작용항을 투입하여 회귀분석을 실시하였다. 회귀모형 3단계(F=5.138, p<.001)는 1단계와 2단계와 마찬가지로 통계적으로 유의하게 나타났으며, 회귀모형의 설명력은 43.8%(Adj. R^2 35.3%)로 나타났다. 이는 상호작용항을 투입하였을 때, 설명력이 유의미하게 증가한다고 할 수 있다. 분산팽창지수도 모두 10 미만으로 나타나 다중공선성 문제도 없는 것으로 판단되었다.

[표 11] 정부의 보건의료권고 신뢰 조절효과

변수		M5			
		B	β	t	p
상수		11.850		1.209	.230
통제	민주주의	.062	.134	.778	.439
	GNI	.703	.048	.204	.839
	누적 감염자수	7.880	.665	5.337	<.001***
독립	병상수(A)	-.064	-.188	-1.622	.109
	의사수(B)	-.020	-.043	-.298	.767
	간호사·조산사수(C)	-.009	-.049	-.334	.739
	정부 의료지출비(D)	-1.432	-.380	-2.327	.023*
조절	정부의 보건의료권고 신뢰(F)	10.914	.159	1.599	.114
조절효과	A*F	1.097	.425	3.571	<.001***
	B*F	-.888	-.241	-1.583	.117
	C*F	-.384	-.242	-1.651	.103
	D*F	3.036	.101	.583	.562
R^2		.438			
Adj. R^2		.353			
R^2 Change		.097			
F		5.138***			

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

분석 결과, 통제변수는 누적 감염자수(β=.665, p<.001)가 유의하게 나타났다. 독립변수인 보건의료체계 수준 가운데 보건의료재정에 해당하는 정부 의료지출비(β=-.380, p<.05)가 부(-)적으로 유의하게 나타났다. 독립변수는 회귀모형 1단계에서 정부 의료지출비가 방역조치 강도 영향에 미치는 유의성은 유지되었으나 2단계의 정부 보건의료권고 신뢰가 방역조치 강도 영향에 미치는 유의성이 없어졌다.

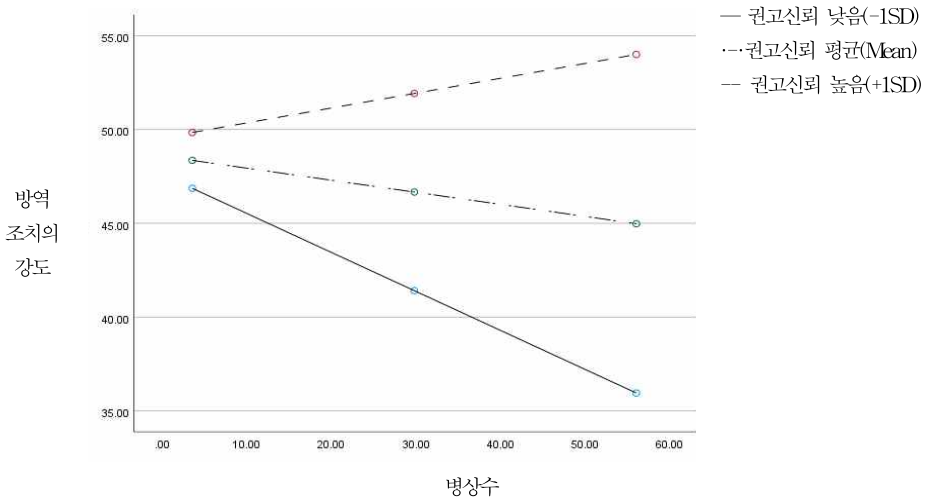
그리고 조절효과를 검증하기 위하여 독립변수 병상수, 의사수, 간호사·조산사수, 정부 의료지출비에 정부의 보건의료권고 신뢰를 각각 곱한 상호작용항을 확인한 결과, 방역조치 강도에 직접적인 영향을 미치지 않았던 병상수가 상호작용항에서는 방역조치 강도에 유의미하게 영향을 미치는 것으로 나타났다. 병상수와 정부의 보건의료권고 신뢰 간의 상호작용 변수(B=1.097, p<.001)는 정(+)적으로 유의하게 나타났다. 즉, 정부신뢰와 마찬가지로 정부의 보건의료권고 신뢰가 높아질수록 병상수가 방역조치 강도에 미치는 영향이 정(+)의 방향으로 완충되는 것을 의미한다. 그 외 의사수, 간호사·조산사수, 정부 의료지출비는 정부신뢰에 의해 방역조치 강도가 조절되지 않는 것으로 확인되었다.

3) 정부의 보건의료권고 신뢰의 조절효과 검증

다음은 Process Macro(model 1)를 활용하여 조절효과를 심층적으로 검증하였다. 첫째, 단순기울기 분석을 이용하여 조절변인인 정부의 보건의료권고 신뢰 조건값(-1SD, Mean, +1SD)이 병상수가 방역조치 강도에 미치는 조절효과를 분석하였다. 평균중심화하지 않은 자료를 사용했으며, 그 결과는 표 12 및 그림 5에 제시하였다.

[표 12] 정부의 보건의료권고 신뢰의 조건 값에 따른 방역조치 강도의 조절효과 검증

정부의 보건의료권고 신뢰		Effect	SE	LLCI	ULCI
Mean - 1SD	(.5828)	-.2080	.0588	-.3250	-.0911
Mean	(.7131)	-.0644	.0397	-.1434	.0146
Mean + 1SD	(.8446)	.0793	.0542	-.0286	.1871



[그림 5] 병상수와 방역조치 강도 관계에서
정부의 보건의료권고 신뢰의 조절효과

분석을 위해 부트스트래핑 사례 수는 10,000개로 설정하고, 95% 신뢰구간에서 0이 상한한계(ULCI)와 하한한계(LLCI) 구간에 포함되지 않으면 유의한 통계결과로 해석할 수 있다. 분석 결과, 정부신뢰의 값이 -1SD(.5828)일 때만 유의하고, 평균값(.7131)과 +1SD(.8446)일 때는 유의하지 않은 것으로 나타났다.

둘째, 유의범의 검증을 위하여 존슨-네이만 기법(Johnson-Neyman technique)에 의한 추론 검정을 하고, 결과를 표 13에 제시했다. 정부의 보건의료권고 신뢰 조절효과는 정부의 보건의료권고 신뢰가 .6992보다 낮은 국가(하위 43.48%)와 .8889보다 높은 국가(상위 7.61%)에서 유의하였다.

[표 13] 병상수와 방역조치 강도에서 정부의 보건의료권고 신뢰의 조건부 조절효과

정부의 보건 의료권고 신뢰	B	SE	t	p	LLCI	ULCI
.3393	-.4752	.1247	-3.8103	.0003	-.7235	-.2270
.3707	-.4407	.1156	-3.8125	.0003	-.6708	-.2106
.4022	-.4062	.1066	-3.8116	.0003	-.6184	-.1941
.4336	-.3717	.0977	-3.8059	.0003	-.5661	-.1773
.4651	-.3372	.0889	-3.7922	.0003	-.5142	-.1602
.4965	-.3027	.0804	-3.7658	.0003	-.4627	-.1427
.5279	-.2682	.0721	-3.7183	.0004	-.4118	-.1246
.5594	-.2337	.0643	-3.6362	.0005	-.3616	-.1058
.5908	-.1992	.0570	-3.4966	.0008	-.3126	-.0858
.6223	-.1647	.0505	-3.2635	.0016	-.2652	-.0642
.6537	-.1302	.0451	-2.8861	.0050	-.2200	-.0404
.6851	-.0957	.0414	-2.3143	.0232	-.1780	-.0134
.6992	**-.0802**	**.0403**	**-1.9905**	**.0500**	**-.1605**	**.0000**
.7166	-.0612	.0396	-1.5438	.1266	-.1401	.0177
.7480	-.0267	.0402	-.6633	.5090	-.1068	.0534
.7795	.0078	.0431	.1813	.8566	-.0779	.0935
.8109	.0423	.0477	.8869	.3778	-.0526	.1373

.8424	.0768	.0537	1.4303	.1566	-.0301	.1837
.8738	.1113	.0607	1.8352	.0702	-.0094	.2320
.8889	**.1279**	**.0642**	**1.9905**	**.0500**	**.0000**	**.2557**
.9052	.1458	.0683	2.1359	.0358	.0099	.2817
.9367	.1803	.0763	2.3618	.0206	.0284	.3323
value .6992, %below 43.4783, %above 56.5217						
value .8889, %below 92.3913 %above 7.6087						

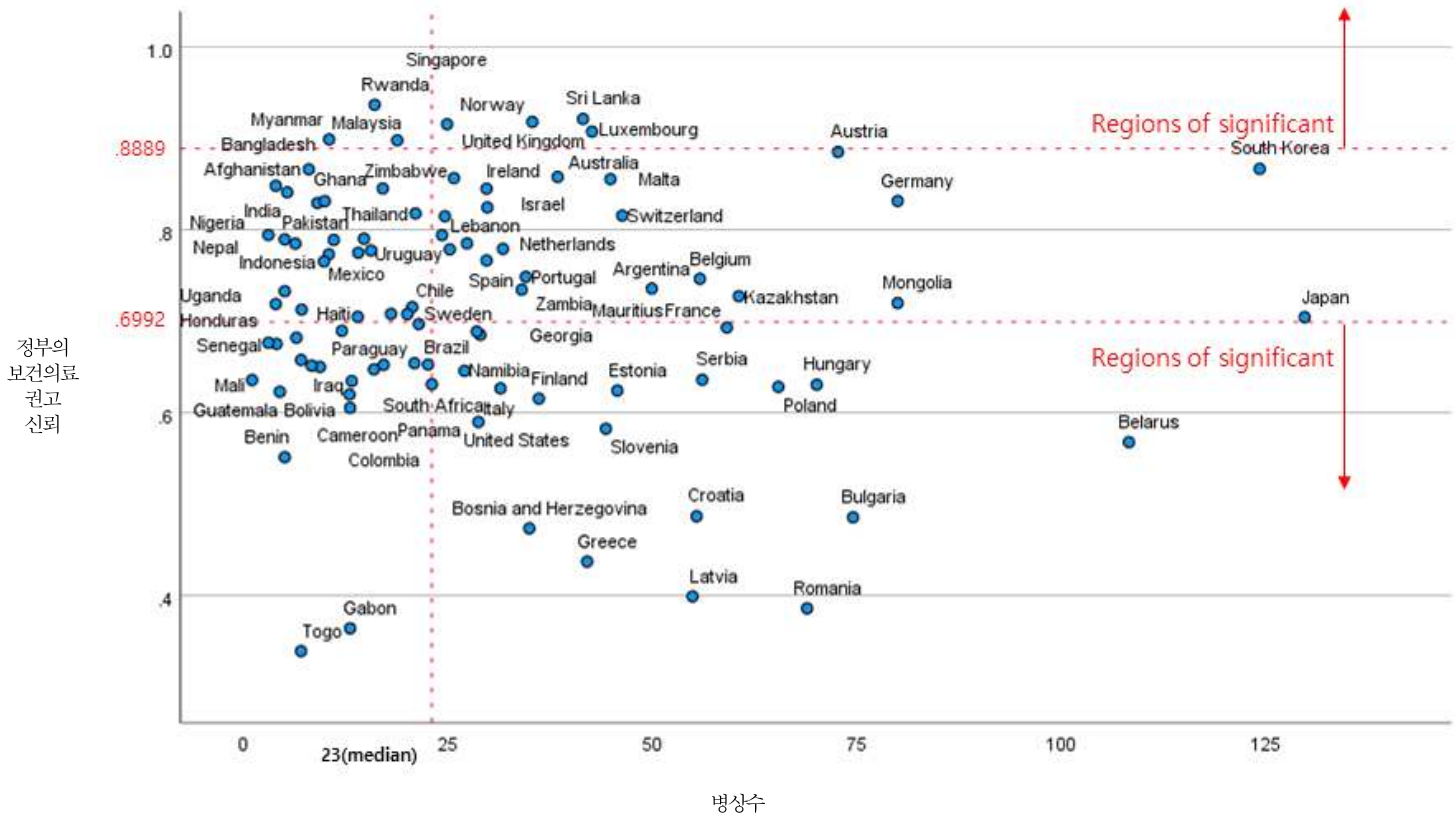
다음으로, 병상수에 따른 방역조치 강도에 미치는 영향에서 정부의 보건의료권고 신뢰에 의한 조절효과가 유의한 46개 국가에 대해 지역과 정부신뢰, 병상수, 조치강도를 표 14에 제시하였다. 정부신뢰 수준이 - 1SD 이하인 국가는 11개국으로 이탈리아와 스페인 등 남유럽 국가와 콜롬비아, 브라질 등 남미 국가가 포함되었다. 정부신뢰 수준이 - 1SD이상 Mean 이하인 국가는 28개국으로 볼리비아, 파라과이, 브라질 등 남미 국가를 비롯하여 남아프리카, 카메룬 등 사하라 이남 아프리카 국가를 중심으로 분포된 모습을 보였다. 정부신뢰 수준이 +1SD 이상인 국가는 스리랑카, 노르웨이, 싱가포르, 룩셈부르크, 르완다와 미얀마, 말레이시아와 같이 아시아를 중심으로 7개국이었다.

[표 14] 정부의 보건의료권고 신뢰 조절효과가 유의한 국가의 지역분포

국가	지역	권고 신뢰	병상수	조치 강도
Rwanda	Sub-Saharan Africa	0.9367	16.0	57.7
Sri Lanka	Southern Asia	0.9212	41.5	46.1
Norway	Northern Europe	0.9180	35.3	34.1
Singapore	Eastern Asia	0.9154	24.9	52.2
Luxembourg	Western Europe	0.9074	42.6	40.4
Myanmar	Eastern Asia	0.8989	10.4	53.4
Malaysia	Eastern Asia	0.8978	18.8	54.5
France	Western Europe	0.6931	59.1	41.8
El Salvador	Latin America and the Caribbean	0.6896	12.0	51.6
Turkey	Western Asia	0.6887	28.5	58.1
Georgia	Western Asia	0.6852	28.9	51.1
Honduras	Latin America and the Caribbean	0.6820	6.4	51.0

Senegal	Sub-Saharan Africa	0.6764	3.0	58.0
Burkina Faso	Sub-Saharan Africa	0.6753	4.0	38.7
Mozambique	Sub-Saharan Africa	0.6577	7.0	36.9
Brazil	Latin America and the Caribbean	0.6541	20.9	43.3
Panama	Latin America and the Caribbean	0.6526	22.5	51.8
Colombia	Latin America and the Caribbean	0.6523	17.1	52.3
Paraguay	Latin America and the Caribbean	0.6515	8.3	57.3
Nicaragua	Latin America and the Caribbean	0.6501	9.3	52.2
Peru	Latin America and the Caribbean	0.6473	15.9	12.6
Namibia	Sub-Saharan Africa	0.6458	27.0	59.4
Serbia	Southern Europe	0.6360	56.1	41.4
Mali	Sub-Saharan Africa	0.6357	1.0	43.4
Iraq	Western Asia	0.6346	13.2	35.1
South Africa	Sub-Saharan Africa	0.6310	23.0	57.1
Hungary	Eastern Europe	0.6306	70.1	54.6
Poland	Eastern Europe	0.6282	65.4	42.8
Italy	Southern Europe	0.6266	31.4	40.4
Estonia	Northern Europe	0.6242	45.7	57.1
Guatemala	Latin America and the Caribbean	0.6228	4.4	31.9
Bolivia	Latin America and the Caribbean	0.6199	12.9	53.5
Finland	Northern Europe	0.6154	36.1	55.5
Cameroon	Sub-Saharan Africa	0.6053	13.0	34.1
United States	Latin America and the Caribbean	0.5899	28.7	39.0
Slovenia	Southern Europe	0.5825	44.3	52.0
Belarus	Eastern Europe	0.5678	108.3	44.4
Benin	Sub-Saharan Africa	0.5514	5.0	21.4
Croatia	Southern Europe	0.4867	55.4	37.4
Bulgaria	Eastern Europe	0.4855	74.5	45.2
Bosnia and Herzegovina	Southern Europe	0.4735	34.9	34.4
Greece	Southern Europe	0.4372	42.0	43.4
Latvia	Northern Europe	0.3991	54.9	48.6
Romania	Eastern Europe	0.3860	68.9	41.8
Gabon	Sub-Saharan Africa	0.3642	13.0	40.1
Togo	Sub-Saharan Africa	0.3393	7.0	56.0

다음은 정부의 보건의료권고 신뢰의 조절효과가 유의한 국가에 대해 병상수와 정부의 보건의료권고 신뢰간 분포를 살펴보기 위하여 산점도(scaterplot)를 그림 6에 제시하였다. 산점도에는 조절효과 유의구간과 병상수의 중위값을 각각 표시하였다.



[그림 6] 병상수와 정부의 보건의료권고 신뢰에 대한 국가별 산점도

제 5 장 논의

제 1 절 연구결과에 대한 고찰

본 연구는 공중보건 위기인 코로나19 팬데믹에서 보건의료체계 수준이 방역조치 강도에 미치는 영향에 대하여 정부신뢰의 조절효과를 중심으로 국가단위로 분석하였다. 본 연구의 주요결과에 대한 고찰은 다음과 같다.

1) 방역조치 강도에 영향을 미치는 요인

첫째, 보건의료체계 수준을 나타내는 보건의료치료 수준과 보건의료재정 수준 가운데 방역조치 강도에 직접적인 영향을 주는 요인을 살펴보았다. 정부 의료지출비가 연구모형에 따라 투입변수 간 교란효과가 발생하긴 했으나 대부분 모형에서 방역조치 강도에 부(-)적으로 유의미한 영향을 가졌다. 이는 정부 의료지출비가 많은 국가들이 방역조치 강도를 낮게 취하는 경향이 있었음을 의미한다. 이는 1인당 경상의료비가 높은 국가는 방역조치가 느리고, 방역조치 강도가 강하다는 기존 선행연구들의 결과와 일치하였다(Toshkov, D 등, 2021; Tsai, F 등, 2021). 그러나 보건의료치료 수준에 해당하는 병상수와 보건의료인력은 통계적으로 유의미하지 않는 것으로 나타났다. 따라서, 병상수와 보건의료인력 수준이 낮은 국가에서 방역조치 강도가 강하다는 연구(Tsai, F 등, 2021; Ang, J 등, 2021) 결과와는 차이를 보였다. 다만, 해당 연구들은 코로나19 발생 초기에 한정해 분석을 실시하였으므로 본 연구의 목적인 장기간의 방역조치 강도에 미치는 영향에서는 경상의료비가 유의미한 영향을 주었다고 풀이할 수 있다. 그러나 연구 방법에 의한 차이가 발생한 것일 수 있으므로 추후 더 많은 연구가 필요할 것으로 보인다.

둘째, 정부신뢰와 정부의 보건의료권고 신뢰가 방역조치 강도에 직접적인 영향을 주는 영향을 분석한 결과, 정부의 보건의료권고 신뢰가 방역조치 강도에 정(+)적 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 이는 정부의 보건의료권고 신뢰가 높을수록 방역조치가 강하게 취해졌다는 것을 의미한다. 정부의 보건의료권고 신뢰와 방역조치 강도가 모두 높은 국가가 주로 아시아권(예: 말레이시아, 인도, 미얀마, 싱가포르 등)에 집중되었다는 점에서 정부의 보건의료권고 신뢰는 국민의 공중보건 정책순응을 의미하는 것으로 해석될 수 있으며(Chuang 등, 2015; Rönnerstrand B, 2014), 정부신뢰의 의미와 다르게 작용한다고 볼 수 있다. 기존 선행연구에서 정치 또는 정부신뢰가 높을수록 방역조치 속도가 느리거나 강도가 낮다는 유럽 국가 대상 연구결과(Toshkov, D 등, 2020; Toshkov, D 등, 2021; Hägerström, E., 2020)와는 차이가 있어 정부신뢰가 정책 대응에 있어 일괄적인 역할로 작용하지 않음을 시사하였다.

2) 정부신뢰 및 보건의료권고 신뢰의 조절효과

보건의료체계 수준이 방역조치 강도에 미치는 영향에서 정부신뢰와 정부의 보건의료권고 신뢰가 조절효과를 가지는지 검증하였다. 그 결과, 병상수와 방역조치 강도 사이에서 정부신뢰 및 정부의 보건의료권고 신뢰의 조절효과가 유의한 것으로 나타났다. 정부신뢰 및 정부의 보건의료권고 신뢰가 높을수록 병상수가 방역조치에 미치는 영향이 정(+)적으로 유의미하게 완화되었다. 다시 말해, 정부신뢰와 정부의 보건의료권고 신뢰가 평균보다 낮은 국가에서는 병상수가 정부의 방역조치 강도에 부(-)적 영향이 강하게 나타났고, 정부신뢰와 정부의 보건의료권고 신뢰가 평균 수준인 국가는 병상수가 정부의 방역조치 강도에 부(-)적 영향이 상대적으로 완화되었다. 정부신뢰와 정부의 보건의료권고 신뢰가 평균보다 높은 국가는 병상수가 정부의 방역조치 강도에 양(+)적 영향을 주는 것으로 나타났다.

이렇듯 병상수가 방역조치 강도에 통계적으로 직접적인 영향을 미치지 않았지만 정부신뢰와 정부의 보건의료권고 신뢰의 조절효과를 통해 방역조치 강도의 유의성이 나타난 것은 방역조치 강도에서 정부신뢰가 갖는 중요성을 알 수 있다. 이러한 결과는 실제 정부의 위기관리가 원활하게 작동하려면 거버넌스 역량과 정당성에 해당하는 신뢰가 상호 역동적으로 작용한다는 크리스텐센의 위기관리 이론과도 부합하였다(Christensen, T., & Lægreid, P., 2020). 그러나 의료인력에 해당하는 의사수와 간호사·조산사수 또는 정부 의료지출비가 방역조치 강도에 미치는 영향에서 정부신뢰 및 정부의 보건의료권고 신뢰에 의해 조절되지 않는 것으로 나타났다.

3) 정부신뢰 및 보건의료권고 신뢰의 조절효과 검증

정부신뢰와 정부의 보건의료권고 신뢰 수준의 조절효과가 유의미한 국가를 검증함으로써 정부신뢰와 정부의 보건의료권고 신뢰가 병상수와 방역조치 강도 간의 관계에 미치는 조절효과의 의미를 유추해볼 수 있다. 다만, 정부신뢰는 여러 가지 복합적 요소로 구성되어 있으므로 조절효과를 부분적으로만 설명할 수 있다.

첫째, 정부신뢰와 정부의 보건의료권고 신뢰의 수준이 평균 영역대에 속하는 국가(예: 아프리카, 중남미)와 평균보다 낮은 영역대인 국가(예: 남유럽, 중남미)에서 병상수 수준이 낮을수록 방역조치 강도가 높게 나타났다. 이는 병상수가 낮을수록 방역조치 강도가 강하고 신속하게 이루어졌다는 기존 연구 결과와 동일했다(Toshkov, D등, 2021; Ang, J 등, 2021). 이러한 경우, 코로나19 환자를 수용할 수 없는 환경에서 방역조치 강도를 강하게 취하는 정책적 결정이 이루어졌다고 할 수 있다.

둘째, 정부신뢰 수준이 평균 또는 낮은 국가들에서 병상수가 방역조치

강도에 미치는 영향성이 크게 나타난 까닭은 시민의 순응과 지지가 낮고(박정훈, 2008; Chanley, 2000), 정책의 정당성이 낮아(Dahl, 1956; Pennock, 1979; Miller, 1974) 초기 방역정책이 실패한 것에서 기인했을 수 있다. 이로 인해 감염자가 증가하면서 방역 조치를 더욱 강화했을 가능성이 있다.

실제 남미와 남유럽에 집중되어 있고, 각 대륙의 감염 진원지로 꼽히는 이탈리아와 브라질 인근 국가가 속해 있어 개인이 감염병 예방을 책임지는 신자유주의 국가에 해당된다고 볼 수 있다. 신자유주의 정치경제 체제에서는 국가 책임과 책무성을 지속해서 분산하고 '미시화'하려는 특징이 있다. 특히, 건강과 보건의료 영역에서 전통적인 국가의 역할까지 '민영화'하는 과정으로 나타난다. 문제는 신자유주의적 통치가 개인이 협력하고 연대하는 공적 주체성을 통해 비로소 작동하는 감염병 관리와 정책 효율성과 상충할 수 있다. 따라서, 신자유주의적 통치가 효율적으로 작동할수록 방역과 감염병 관리는 실패할 가능성이 크다(김창엽, 2020). Chen, D 등(2021)연구에서도 개인주의 경향이 강하고, 정부신뢰가 낮은 국가는 방역조치의 속도가 느린 것으로 나타났다. 정부에 대한 대중의 신뢰가 낮을 때, 정부는 국민의 문화적 성향을 수용하려는 의욕이 떨어지거나 덜 민감할 수 있기 때문이다. 따라서, 정부신뢰가 낮은 국가의 정부는 책무성이 결여되어 코로나19 감염자수가 증가하고, 이에 코로나19 발생을 수용할 수 없는 취약한 의료체계 상황까지 겹쳐 방역조치 강도가 강하게 이루어졌을 수 있다(Zhu, D. 등, 2021).

셋째, 병상수 수준이 높고, 방역조치 강도가 낮은 지역은 동유럽 국가에 집중되어 있었다. 이 역시 정치체제에서 해석해보면 사회주의 체제인 동유럽이 서유럽에 비해 더 많은 병상을 확보할 수 있었던 것으로 보인다(이하얀, 2020). 또한 이들 국가는 정부의 보건의료권고 신뢰 수준 또한 높았기 때문에 국민들이 국가 통제에 적극적으로 협조했음을 시사한다.

넷째, 정부신뢰 수준이 평균 이상이었던 국가는 르완다와 미얀마, 노르웨이가 해당되었으며, 정부의 보건의료권고 신뢰 수준이 평균 이상인 국가는 르완다, 미얀마, 말레이시아, 싱가포르, 스리랑카, 룩셈부르크, 노르웨이였다. 이들 국가는 병상수 수준이 높을수록 방역조치 수준이 높게 나타났다. 그러나, 정부신뢰와 정부의 보건의료권고 신뢰 수준이 높은 국가 가운데 통계적으로 유의한 국가 수가 적어 일반화된 설명을 도출하기에는 어려움이 있다. 특히, 노르웨이는 정부신뢰와 의료보건체계가 모두 높고, 방역조치 강도가 대표적으로 낮았던 스칸디나비아 국가에 해당되며, 노르웨이의 낮은 방역조치 강도를 다룬 연구(Christensen, T., & Lægreid, P., 2020)와 반대되는 결과였다. 따라서, 신뢰가 높은 국가는 병상수 수준이 높을수록 방역조치 강도가 상대적으로 높다는 본 연구 결과와 차이를 보여 별도의 연구가 필요할 것으로 예상된다.

다섯째, 정부신뢰 및 정부의 보건의료권고 신뢰가 평균 이상 수준이면서 병상수가 낮은 국가들은 크게 동아시아 국가(예: 미얀마, 싱가포르, 말레이시아)와 르완다로 분류할 수 있다. 이들 국가들은 방역조치 강도가 높은 경향성을 보였다. 병상수 수준이 낮다는 것은 코로나19 발생을 수용할 의료체계가 부족한 상황인 것이므로 시민의 순응과 지지가 높고, 정책의 정당성이 높아 강성 규제방식이 취해졌을 수 있다. 특히, 동아시아 국가의 정치제제가 권위주의적 특성을 가지므로 특수신뢰(정부신뢰)가 권위주의나 전체주의 사회에서 활성화된다는 Uslaner(1999)의 연구와도 일치했다. 이에 따라, 동아시아의 순응주의와 집단주의 가치(박희봉 등, 2014)와 더불어 국가의 책무성이 작용했을 수 있으므로 추가 연구를 통한 탐색이 필요하다.

제 2 절 연구의 한계 및 의의

본 연구는 방법론적으로 다음과 같은 한계를 지닌다.

첫째, 본 연구는 장기화된 코로나19 팬데믹에서의 정부정책을 이해하고자 국가별 방역조치 강도를 평균값으로 조작하여 영향요인을 파악하였다. 그러나 시기별 방역조치 강도의 변동을 반영하지 못한다는 한계가 있어 향후 특정 영향요인과 방역조치 강도 간의 시계열 분석이 요구된다.

둘째, 본 연구는 특정 시점을 기준으로 횡단 연구를 실시하였기 때문에 동적 특성을 가진 정부의 방역조치 강도에 대한 정확한 인과관계를 파악하기에 한계가 있다. 또한, 정적 특성을 가진 정부신뢰와 보건의료체계 수준은 코로나19 발생 이전에 측정된 자료이므로 코로나19 팬데믹 상황에서의 실제 정부방역 강도에 미친 영향을 이해하는데 시간적 격차가 있을 수 있다.

셋째, 본 연구는 결측치를 제외한 92개국을 대상으로 진행되었으므로 모든 국가에 연구 결과를 적용하기에 어려움이 있다. 특히, 한국을 비롯해 유의범위에 속하지 않은 국가들을 포함하여 유형별 국가분류를 선행하여 국가 분류에 따른 방역조치 강도의 결정요인을 분석한다면 방역조치 강도의 정부신뢰 영향에 대한 이해를 제고하는데 도움이 될 것이다.

넷째, 정부신뢰와 방역조치 강도는 복합적 요소로 구성되어 발현되므로 본 연구에서 다룬 일부 변수로서 연구 결과를 설명하기에 제한적일 수 있다. 또한, 본 연구 결과를 통한 유효한 정책적 전략을 제안하기 위해서는 정치체제나 대인신뢰 등 정부신뢰와 방역조치 강도에 영향을 미치는 결정요인에 대한 추가 탐색과 분석이 요구된다.

위와 같은 한계점이 존재함에도, 본 연구는 다음의 의의를 가진다.

본 연구는 생업과 일상에 큰 사회적 비용을 초래하는 방역조치의 의사결정에서 국민과 사회가 정부에 부여하는 사회적 정당성을 상징하는 정부 신뢰가 갖는 함의를 실증적으로 분석하였다는데 있다. 향후 발생할 팬데믹에 대비하기 위하여 감염 예측 고도화, 공중보건 재난대응 역량강화 등과 더불어 정책과 정부의 신뢰를 관리하고 강화하는 노력이 중요하다는 점을 엿보도록 할 자료를 제공하였다. 따라서, 본 연구를 통해 국가에 맞는 정부신뢰 제고 전략과 협력 거버넌스를 활용하는 근거로 활용되기를 기대한다.

제 6 장 결론 및 제언

본 연구 결과, 코로나19 팬데믹 상황에서 정부신뢰 및 정부의 보건의료권고 수준에 따라 보건의료체계 수준이 방역조치 강도에 미치는 영향이 완화되는 것을 확인할 수 있었다. 또한, 국가의 보건·사회·정치적 맥락에서 정부 신뢰가 갖는 함의를 다음과 같이 결론짓고, 이를 바탕으로 정책적 방향을 제시하였다.

첫째, 정부신뢰 및 정부의 보건의료권고 수준이 평균이거나 그 보다 낮은 국가는 병상수가 증가할수록 방역조치 강도가 감소하였으며, 그 영향성이 크게 나타났다. 특히, 병상수 수준이 낮은 국가들인 아프리카, 중남미, 남유럽에서 방역조치 강도가 강하게 취해져 기존 연구 결과들과 동일하였다. 이는 코로나19를 수용할 수 없는 취약한 의료체계 상황에서 해당 국가들은 시민의 순응 및 지지, 정책의 정당성이 낮아 초기 방역대응이 실패하면서 방역조치 강도가 강화되었을 수 있다. 실제, 남미와 남유럽 등 신자유주의 국가에 집중되어 있고, 각 대륙의 감염 진원지로 꼽히는 이탈리아와 브라질 인근 국가가 속해 있었다는 점에서 이러한 해석을 뒷받침해준다.

따라서, 단기간 병상수를 확충할 수 없는 중저소득 국가는 정부의 초기 감염병 대응을 위한 정부 통제에 국민들이 순응하고 지지할 수 있도록 유도하여 감염자수를 낮출 필요가 있다. 따라서, 제한된 정보일지라도 투명하고 사실에 기반하여 방역조치 정보를 국민에게 시의적절하게 제공하여 정부 신뢰를 확보하는 리스크 커뮤니케이션 전략을 취할 필요가 있다. 정부신뢰는 위기 상황에서도 실제 메르스 사태 때에도 한국 정부가 정보를 제대로 공개하지 않음으로써 대응절차에 의문이 제기되면서 정부 불신이 생겨나고 정부신뢰가 하락한 바 있다(조영호, 2019).

둘째, 정부신뢰 수준이 평균보다 높고, 병상수 수준이 낮은 국가에서 방역조치 강도가 강하게 나타났다. 예컨대, 미얀마, 싱가포르, 말레이시아 같은 동아시아 국가와 르완다 같이 병상수 수준이 낮고 신뢰 수준이 높은 국가가 해당되었다. 이는 정부신뢰가 시민의 순응과 지지, 정책의 정당성이 높게 작용하여 강성 규제방식이 취해졌을 수 있다. 이는 동아시아의 순응주의와 집단주의 가치, 국가의 책무성이 작용했을 수 있으므로 향후 민관 협력체계를 구성하여 협력 거버넌스 하에서의 정부 책무성을 보완하려는 노력을 기울여야 할 것이다.

참 고 문 헌

Asfahan, S., Shahul, A., Chawla, G., Dutt, N., Niwas, R., & Gupta, N. (2020). Early trends of socio-economic and health indicators influencing case fatality rate of COVID-19 pandemic. Monaldi Archives for Chest Disease, 9(3), 451-457.

Ang, J & Dong, F. (n.d.). The Effects and Counter-Effects of Unemployment and Stringency Responses to COVID-19: An International Analysis Using Simultaneous Equations Models. Applied Economics, Ahead-of-print(Ahead-of-print), 1-23.

Axelrod. T (1984). The evolution of cooperation. New York: Basic Books

Lewicki R. J., McAllister, D. J. & Bies, R. J. (1998). Trust and distrust New relationship and realities. Academy of Management Review, 23. 438-458.

Baier A. (1986). “Trust and anti trust.” Ethics;96:231 - 260.

Bargain, O., & Aminjonov, U. (2020). Trust and compliance to public health policies in times of COVID-19. Journal of public economics, 192, 104316. https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104316

Barnett-Howell Z., Mobarak A. Yale School of Management and Y-RISE; 202. Should Low-Income Countries Impose the Same Social Distancing Guidelines as Europe and North America to Halt the Spread of COVID-19?

Bartolini. S, Sarracino. F & Slater. G. (2020). "Do epidemics impose a trade-off between freedom and health? Evidence from Europe during Covid-19," Department of Economics University of Siena 848, Department of Economics, University of Siena.

Besley, Timothy, and Masayuki Kudamatsu. (2006). "Health and Democracy." American Economic Review, 96 (2): 313-318.

Blair, R. A., Morse, B. S., & Tsai, L. L. (2017). Public health and public trust: Survey evidence from the Ebola Virus Disease epidemic in Liberia. Social science & medicine (1982), 172, 89 - 97. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.11.016

Bollyky, T. J., Hulland, E. N., Barber, R. M., Collins, J. K., Kiernan, S., Moses, M., Pigott, D. M., Reiner Jr, R. C., Sorensen, R. Aravkin, A. Y., Bang-Jensen, B., Carter, A., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Combs, E., Dai, X., Dangel, W. J., Dapper, C., Deen, A., Duncan, B. B., Earl, L., Erickson, M., Ewald, S. B., Fedosseeva, T., Ferrari, A. J., Flaxman, A. D., Fullman, N., Gakidou, E., Galal, B., Gallagher, J., Giles, J. R., Guo, G., He, J., Helak, M., Huntley, B. M., Idrisov, B., Johanns, C., LeGrand, K. E., Letourneau, I. D., Lindstrom, A., Linebarger, E., Lotufo, P. A., Lozano, R., Magistro, B., Malta, D. C., Månsson, J., Mantilla Herrera, A. M., Marinho, F., Mirkuzie, A. H., Mokdad, A. H., Monasta, L., Naik, P., Nomura, S., O'Halloran, J. K., Odell, C. M., Olana, L. T., Ostroff, S. M., Pasovic, M., Passos, V. M. d. A., Penberthy, L., Reinke, G., Santomauro, D. F., Schmidt, M. I., Sholokhov, A., Spurlock, E., Troeger, C. E., Varavikova, E., Vo, A. T., Vos, T., Walcott, R., Walker, A., Wigley, S. D., Wiysonge, C. S., Worku, N. A., Wu, Y., Wulf Hanson, S., Zheng, P., Hay, S. I., Murray, C. J. L., & Dieleman, J. L. Pandemic preparedness and COVID-19: an exploratory analysis of infection and fatality rates, and contextual factors associated with preparedness in 177 countries, from Jan 1, 2020, to Sept 30, 2021. The Lancet.

https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00172-6

Braithwaite, V. and Margaret Levi. (eds.) (1998). Trust and Governance, Russell Sage Foundation Series on Trust Vol1.1, New York: Russell Sage.

Brezzi, M., et al. (2021), "An updated OECD framework on drivers of trust in public institutions to meet current and future challenges", OECD Working Papers on Public Governance, No. 48, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/b6c5478c-en.

Capano, G., Howlett, M., Jarvis, D. S., Ramesh, M., & Goyal, N. (2020). Mobilizing policy (in) capacity to fight COVID-19: Understanding variations in state responses. Policy and Society, 39(3), 285-308.

Chanley, V. A. (2000). "The Origins and Consequences of Public Trust in Government", The Public Opinion Quarterly, 64(3): 239-256.

Chen, D., Peng, D., Rieger, M.O. et al. Institutional and cultural determinants of speed of government responses during COVID-19 pandemic. Humanit Soc Sci Commun 8, 171 (2021). https://doi.org/1.1057/s41599-021-00844-4

Christensen, T., & Lægreid, P. (2020). Balancing governance capacity and legitimacy - how the Norwegian government handled the COVID-19 crisis as a high performer. Public administration review, 1.1111/puar.13241. Advance online publication. https://doi.org/1.1111/puar.13241

Chuang, Y.-C., Huang, Y.-L., Tseng, K.-C., Yen, C.-H., & Yang, L.-h. (2015). Social capital and health-protective behavior intentions in an influenza pandemic. PloS one, 10 , e0122970.

Citrin, J. and S. Luks, (2001). "Political Trust Revisited: Déjà Vu All

over again?(with Jack Citrin)," in John R. Hibbing and Elizabeth Theiss-Morse (eds.), Public Disaffection from the U.S. Political System, Cambridge University Press.

Cronert A. (2020) Democracy, state capacity, and covid-19 related school closures. APSA Preprints. https://doi.org/1.33774/apsa-2020-jf671-v4.

Dahl, Robert A. (1956). A Preface to Democratic Theory. Chicago: University of Chicago Press.

Devine, D., Gaskell, J., Jennings, W., & Stoker, G. (2020). Trust and the coronavirus pandemic: What are the consequences of and for trust? An early review of the literature. Political Studies Review. http://lps3.doi.org.libproxy.snu.ac.kr/1.1177/1478929920948684

Duong, D. B., King, A. J., Grépin, K. A., Hsu, L. Y., Lim, J. F., Phillips, C., ... & Berwick, D. M. (2021). Strengthening national capacities for pandemic preparedness: a cross-country analysis of COVID-19 cases and deaths. Health policy and planning.

Easton, D. (1965). A systems analysis of political life. New York: University of Chicago.

ECDC. European Centre for Disease Prevention and Control. (2020). Data on the geographic distribution of COVID-19 cases worldwide.

EIU (2021). Democracy Index 2020 In sickness and in health?. The Economist Intelligence Unit, p.3.

Ferraresi, M., Kotsogiannis, C., Rizzo, L., & Secomandi, R. (2020). The 'Great Lockdown'and its determinants. Economics letters, 197, 109628.

Fukuyama. F. (1995). Trust: The social virtues and the crcation of

prosperity. New York: Frce Press

Gershtenson, Joseph, Jeffrey Ladewig, and Dennis L. Plane. (2006). Parties, Institutional Control, and Trust in Government. Social Science Quarterly, 87(4): 882-902.

Gilles, I., Bangerter, A., Clémence, A., Green, E. G., Krings, F., Staerklé, C., & Wagner-Egger, P. (2011). Trust in medical organizations predicts pandemic (H1N1) 2009 vaccination behavior and perceived efficacy of protection measures in the Swiss public. European journal of epidemiology, 26(3), 203-210.

Granovetter. M. S. (1985). Economic action and social structurc: The problem of embecldeclness. American Journal of Sociology. 9 1. 481-510

Hale, T., Angrist, N., Goldszmidt, R. et al. A global panel database of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker). Nat Hum Behav 5, 529-538 (2021). https://doi.org/10.1038/s41562-021-01079-8

Hayes AF (2013) Introduction to medeation, moderation, and conditional process analysis: a regression-based approach. New York: The Guilford Press

Hägerström, E. (2020). Behind the scenes of lockdowns and quarantines: A quantitative assessment of how legitimacy and capacity shaped early governmental responses to Covid-19 in European countries. Uppsala University, Department of Government. Independent thesis Advanced level (degree of Master).

Heatherington, M. J. (1998). “The political relevance of political trust,” American Political Science Review. 791-808.

Hetherington, J. (2004). Why Trust Matters: Declining Political Trust

and the Demise of american Liberalism, Princeton: Princeton University Press.

Hetherington, MJ (2005) Declining Political Trust and the Demise of American Liberalism. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Inglehart, Ronald. (1999). "Trust, well-being and democracy." Democracy and trust: 88-120.

Jaccard, J., & Turrisi, R. (2003). Interaction Effects in Multiple Regression. SAGE Publications

Jessica A. Bell and Jennifer B. Nuzzo (2021). Global Health Security Index: Advancing Collective Action and Accountability Amid Global Crisis. www.GHSIndex.org

Kraemer M.U., Yang C.-H., Gutierrez B., Wu C.-H., Klein B., Pigott D.M., du Plessis L., Faria N.R., Li R., Hanage W.P. (2020). The effect of human mobility and control measures on the COVID-19 epidemic in China. Science. ;368(6490):493 - 497.

Lazarus JV, Ratzan S, Palayew A, Billari FC, Binagwaho A, Kimball S, et al. (2020) COVID-SCORE: A global survey to assess public perceptions of government responses to COVID-19 (COVID-SCORE-10). PLoS ONE 15(10): e0240011. https://doi.org/1.1371/journal.pone.0240011

Marien, S, Hooghe, M (2011) Does Political Trust Matter? An Empirical Investigation into the Relation between Political Trust and Support for Law Compliance. European Journal of Political Research 50 (2): 267 - 291.

Master, R., Rana, N., Chang, L., Ponniah, J., & Duong, D. B. The Asia Pacific Experience of Primary Health Care in the COVID-19 Pandemic. Primary Care in the COVID-19 Pandemic, 53.

Mayer, R. C., Davis, J. H., & Schoorman, F. D. (1995). An integrative model of organizational trust. Academy of Management Review, 20(3), 709-734

Miller, A. (1974). Political issues and trust in government: 1964-1970. The American Political Science Review 68(3): 951-972.

Misztal B. A. (1996). Trust in modern societies. Cambridge. MA' Blackwell

Neumayer, E., Plümper, T., and Shaikh, M.. " The Logics of Covid-19 Travel Restrictions between European Countries." Social Science Quarterly. 2021;102:2134 - 2154.

Newton, K. & Norris, P. (1999). Confidence in Public Institutions: Faith , Culture of Performance in DISAFFECTED DEMOCRACIES: What's Troubling the Trilateral Countries NJ: Princeton University Press.

Pagden, Anthony. (2000). "The Destruction of Trust and It's Economic Consequences in the Case of Eighteenth-Century Naples." Trust: Making and Breaking Cooperative Relations, electronic edition, Department of Sociology, University of Oxford:127-214.

OECD. (2017). OECD Guidelines on Measuring Trust, OECD Publishing, Paris, p70. ttps://doi.org/10.1787/9789264278219-en.

Peng, X., W. Gong, and M. Peng, (2016). "Empirical Study on Trust Repair of Government in Public Crisis Event," Open Journal of Business and Management, 4, pp.376~391.

Pennock, J. (1979). Democratic political theory, Princeton University Press.

Persson, T., Parker, F, C., Widmalm, S. (2019). How trust in EU institutions is linked to trust in national institutions: Explaining confidence in EU governance among

national-level public officials. European Union Politics, Vol. 20(4) 629 - 648.

Prati, G., Pietrantoni, L., & Zani, B. (2011). Compliance with recommendations for pandemic influenza H1N1 2009: the role of trust and personal beliefs. Health education research, 26(5), 761 - 769. https://doi.org/10.1093/her/cyr035

Putnam, Robert D. (1993). Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy, Princeton: Princeton University Press.

Rotter, J. B. (1971). Generalized expectancies for interpersonal trust. American Psychologist, 35: 1-7.

Rousseau , D. M. , Sitkin, S. B. , Burt, R. S. , & Camerer, C' (1998). Not so different after all: a cross-dicipline view of trust. Academy of Management Review, 23: 393-351

Rönnerstrand B. (2014). Social capital and immunization against the 2009 A(H1N1) pandemic in the American States. Public health, 128(8), 709 - 715.

Sears, D. and J. Citrin (1982). Tax revolt: Something for nothing in California, Harvard Univ Press.

Spiller, S. A., Fitzsimons, G. J., Lynch Jr, J. G., & McClelland, G. H. (2013). Spotlights, floodlights, and the magic number zero: Simple effects tests in moderated regression. Journal of marketing research, 50(2), 277-288.

Toshkov, D., Carroll, B., & Yesilkagit, K. (2021). Government capacity, societal trust or party preferences: what accounts for the variety of national policy responses to the COVID-19 pandemic in Europe?. Journal of European Public Policy, 1-2.

Toshkov, D., Yesilkagit, K., & Carroll, B. (2020, April 29). Government Capacity, Societal Trust or Party Preferences? What Accounts for the Variety of National Policy Responses

to the COVID-19 Pandemic in Europe?. https://doi.org/1.31219/osf.io/7chpu

Tsai, F., Lin, C., & Turbat, B. (2021). Exploring association between countries' self-reported International Health Regulations core capacity and COVID-19 control outcomes. Journal of Global Health Reports, Journal of global health reports, 2021-04-08.

Tyler, T. R., & Degoey, P. (1996). Trust in organizational authorities: The influence of motive attributions on willingness to accept decisions. In R M. Kramer & T. R. Tyler (Eds.) , Trust in organizations'- Frontiers of theory and research: 331-356. Thousand Oaks, CA: Sage

US CDC. US Centers for Disease Control and Prevention. What is Global Health Security? 2021.12.27. 검색 https://www.cdc.gov/globalhealth/security/what.htm

Van Bavel, JJ, Baicker, K, Boggio, PS, et al. (2020) Using Social and Behavioural Science to Support COVID-19 Pandemic Response. Nature Human Behaviour 4: 460 - 471.

van der Weerd, W., Timmermans, D. R., Beaujean, D. J., Oudhoff, J., & van Steenbergen, J. E. (2011). Monitoring the level of government trust, Ang, J risk perception and intention of the general public to adopt protective measures during the influenza A (H1N1) pandemic in The Netherlands. BMC public health, 11, 575. https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-575

van Olmen J, Marchal B, Van Damme W, Kegels G, Hill PS. (2012). Health systems frameworks in their political context: framing divergent agendas. BMC Public Health; 12: 774.

Wellcome. (2019). Wellcome Global Monitor: How does the world feel about science and health?. p.6, Appendix B

Whisman, M. A., & McClelland, G. H. (2005). Designing, testing, and interpreting interactions and moderator effects in family research. Journal of family psychology, 19(1), 111-120.

WHO. World Health Organization.(2019). Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019 MONITORING REPORT. ISBN 978-92-4-002905-7 (print version)

WHO. World Health Organization. (2021a). Health financing. 2021.12.27. 검색, https://www.who.int/health-topics/health-financing

WHO. World Health Organization. (2021b). Health systems for health security: a framework for developing capacities for international health regulations, and components in health systems and other sectors that work in synergy to meet the demands imposed by health emergencies. ISBN 978-92-4-002968-2. p.2-17.

WHO. World Health Organization (2021c). Gross nationa lincome per capita(Atlasmethod). 2021.12.27. 검색, https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3355

WHO. World Health Organization (2021d). Number of hospital beds . 2021.12.27. 검색, https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3409

WHO. World Health Organization.(2021e). Number of physicians. 2021.12.27. 검색, https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3106

WHO. World Health Organization. (2021f). Nursing and Midwifery. 2021.12.27. 검색, https://www.who.int/health-topics/nursing

WHO. World Health Organization. (2021g). Domestic general government health expenditure as percentage of gross domestic product. 2021.1.17. 검색 https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4957

Williamson, O. E. (1993). Calculativeness, trust and economic organization Journal of Law and Economics 34: 453-502

World Bank. (2021). Metadata Glossary. GNI per capita. 2022.02.04. 검색. https://databank.worldbank.org/metadataglossary/health-nutrition-and-population-statistics/series/NY.GNP.PCAP.CD

Zhu, D., Mishra, S. R., Han, X., & Santo, K. (2020). Social distancing in Latin America during the COVID-19 pandemic: an analysis using the Stringency Index and Google Community Mobility Reports. Journal of travel medicine, 27(8), taaa125.

Zucker, L. G. (1986). Production of trust: Institutional sources of economic structure 1840-1920. In B. M. Staw & L. L. Cummings (Eds.) , Research in organizational behavior, 8: 53- 111. Greenwich , CT: JAI Press

권순만. (2020). 지속가능한 COVID-19 대응 정책을 위하여. 보건학논집 - 서울대학교 2020년 57권 2호 p.25 ~ 37

금현섭 & 백승주. (2010). 정치적 이념, 정부신뢰 그리고 정책지지.「행정논총」제48권 제4호(2010. 12): 201~228

김경우. (2019). 예방문화 선행지표 개발을 위한 한국-독일 공동연구(2년차). 한국산업안전보건공단

김나현. (2021), “K방역의 역설? 국내 의료대응 역량 부족했기 때문”, 메디칼옵저버, 2021.02.10.

김용철. (2016). 한국 민주주의의 품질. 현대정치연구, 9(2), 31-62.

김은정. (2021). 상황초점 정서조절전략의 유연성과 적극성이 기대 정서 충족도에 미치는 영향 : 정서적 자기 효능감의 조절효과.

김창엽. (2020). “新감염병레짐...신자유주의적코로나19.”, 프레시안, 2002.3.23.

류현숙, 이재호, 최호진, 홍재환. (2008). (Web 2.0 시대 정부신뢰 제고를 위한) 전자정부 추진전략연구.「한국행정연구원」.

서형준 & 명승환. "사회자본과 정부신뢰의 관계 재조명." 한국정책과학학회보 19.3 (2015): 1-31.

박경훈, 지정구, 이종웅, 장준호. (2021). 감염병 위기에 따른 방역조치와 경제적 비용 간 관계. 조사통계월보,75(3).

박원우, & 류승민. (2005). 개인,집단,조직수준 신뢰의 선행요인에 관한 문헌연구.

박정훈. (2008). 정부신뢰와 정책수용: 전자주민카드 정책을 중심으로, 행정논총, 46(1): 93-122.

박정훈, & 신정희. (2010). 정부신뢰, 정책효능성, 정책지지간의 연관성 실증연구: 주거지역내 CCTV 설치 정책을 중심으로

박충민, 김희경, 김숙현, 오지영, 김인호. (2021). 코로나19 대응 및 방역체계 전환 관련 주요 국가 동향. 주간 건강과 질병. 제14권 제45호

박희봉, 김동현. 스칸디나비아 3개국 및 동아시아 3개국의 정부신뢰 영향요인 비교. 한국행정연구원, 한국행정연구 23권 2호, 2014 pp. 1-34

보건복지부. (2021). “단계적 일상회복 이행계획 발표 단계적·점진적, 포용적, 국민과 함께하는 일상회복 추진. 2021.10.29.

심재승, & 이병대. (2012). 신뢰저하와 신자유주의형 행정개혁의 관계. 한국부패학회보, 17(2), 147-167.

양준용. (2015). 신뢰와 의료만족도의 상관관계에 관한 연구.

오형나, 김재훈, 홍수린, 안주영, 송민. (2016). 정부신뢰 개념에 관한 비교 연구: 빅데이터를 이용한 접근. 한국개발연구원. 2016-10

이민호 & 정용덕. (2013). 국가경쟁력 제고를 위한 정부신뢰 증진방안 연구. 한국행정연구원. KIPA 연구보고서 2013-40.

이숙종. (2006). 정부신뢰와 거버넌스. 국정관리연구, 1(1), 143-172.
이재혁. (1998). 「신뢰의 사회구조화」 한국사회학 제32집 여름호: 311-335.
이하얀. (2020). 동유럽국가들의 코로나 바이러스 감염증-19에 대한 대응과 방역체계 : 슬로바키아, 불가리아, 폴란드 사례를 중심으로. 민족연구, 76, 131-150.
정광호. (2011). 정부신뢰. 법문사,
조영호. (2019). 박근혜 정부 시절 메르스(MERS) 사태와 정부신뢰 하락. 한국정치연구, 28(2), 167-193.

Abstract

The Effect of the Health Care System on the Government Stringency in the COVID-19 Pandemic

: Focusing on the moderating effect of trust in government

Lee Minju
Department of Health Policy and Management
The Graduate School of Public Health
Seoul National University

Since the novel coronavirus infection(COVID-19) first had occurred in Wuhan, China in December 2019, and occurred simultaneously in all countries around the world. In the initial infectious disease situation where there was a lack of understanding of effective response methods and no vaccines and antiviral drugs, governments of each country implemented quarantine measures centered on

non-pharmacological intervention measures such as social distancing, but the intensity and duration were different. Public administration, political science, and public health literature point out that the health care system and infection status are commonly considered conditions when responding to the government's quarantine measures. The most interesting is the effect of trust in the government's policy-making. Government trust acts as the people's policy compliance cooperation, policy support, or government legitimacy, and can lead to facilitating or hindering policy responses.

The purpose of this study is to examine the infection and trust conditions that influence the process of a government decision on the stringency to respond to a pandemic in terms of the common national task. For the study, open data sources related to the level of the health care system, government trust, stringency from World Health Organization, Wellcome Global Monitor 2018, Oxford COVID-19 Government Response Tracker. As an independent variable, the health care system level was classified into health care treatment level and health care finance level. As detailed variables of the level of health and medical treatment, the number of beds, doctors, as well as the number of nurses and midwives were selected, and the government medical expenditure was set as the level of health care finance. The moderator variables were the government trust of the Welcome Global Monitor and the trust in the government's health advice. Other control variables were The Economist's Democracy Index, the World Bank's Gross National Income (GNI), and the Johns Hopkins University Center for Science and Technology Information (CSSE), the cumulative number of infections per million people. A total of 92 countries were selected for analysis after excluding missing values of

variables, and basic statistics and multivariate regression analysis were performed.

Results indicated that the higher the trust in the government, the less the effect of the number of beds, which is the level of the health care system, on the stringency. Trust in the government moderated the positive effect of the number of beds on the stringency. However, the results of this study have limitations as they are cross-sectional studies. Therefore, there is a time gap to reflect the dynamic COVID-19 situation. In addition, trust in the government and stringency are composed of complex factors, so the research results are limited. Despite these limitations, the results of this study are based on empirically analyzing the implications of government trust, which symbolizes the social legitimacy that the people and society give to the government, in decision-making on stringency that cause large social costs in livelihood and daily life. Significantly, it provided data to show the importance of efforts to manage and strengthen trust in policies and governments, along with advances in infection prediction and public health disaster response capabilities.

keywords : Covid-19 pandemic, health care system, trust in government, stringency, country-level analysis, moderating effects.

Student Number : 2018-26975

[부록 1] 국가별 특성

국가	방역조치 강도	병상수	의사수	간호사·조산사수	정부 의료지출비(GDP 대비%)	정부신뢰	정부의 보건의료 권고 신뢰	민주주의	GNI log
Afghanistan	41.20	3.90	2.78	4.46	0.49	0.45	0.85	28.50	2.72
Argentina	61.69	49.92	39.90	26.00	5.91	0.32	0.74	69.50	4.05
Australia	51.04	38.40	37.60	132.40	6.41	0.47	0.86	89.60	4.74
Austria	42.98	72.70	52.11	70.89	7.55	0.60	0.89	81.60	4.71
Bangladesh	52.47	7.95	6.37	3.92	0.40	0.86	0.87	59.90	3.29
Belarus	21.41	108.30	51.91	110.00	3.97	0.47	0.57	25.90	3.80
Belgium	47.41	55.80	59.56	118.10	7.82	0.53	0.75	75.10	4.68
Benin	37.38	5.00	0.65	3.03	0.49	0.42	0.55	45.80	3.10
Bolivia	55.47	12.93	10.30	15.59	4.48	0.50	0.62	50.80	3.55
Bosnia and Herzegovina	43.44	34.93	21.62	57.33	6.21	0.21	0.47	48.40	3.79
Botswana	41.75	18.00	2.89	54.57	4.53	0.55	0.71	76.20	3.88
Brazil	51.82	20.87	23.11	74.01	3.96	0.15	0.65	69.20	3.96
Bulgaria	34.43	74.54	42.07	47.85	4.23	0.32	0.49	67.10	3.98
Burkina Faso	36.85	4.00	0.94	9.27	2.39	0.55	0.68	37.30	2.89
Cameroon	39.03	13.00	0.88	0.06	0.21	0.51	0.61	27.70	3.18
Canada	49.16	25.20	24.43	118.10	7.93	0.65	0.78	92.40	4.67
Chile	56.16	20.60	51.82	133.20	4.65	0.43	0.72	82.80	4.18
Colombia	57.27	17.10	38.44	13.91	5.47	0.30	0.65	70.40	3.81
Costa Rica	45.48	11.00	28.94	8.96	5.48	0.60	0.79	81.60	4.07

Croatia	45.15	55.40	30.00	81.22	5.68	0.35	0.49	65.00	4.18	4.42
Dominican Republic	55.12	15.56	14.52	14.59	2.54	0.55	0.78	63.20	3.91	4.10
Ecuador	51.87	13.93	22.20	25.06	4.23	0.49	0.70	61.30	3.78	4.02
El Salvador	58.08	11.99	28.70	18.34	4.54	0.35	0.69	59.00	3.60	3.76
Estonia	31.86	45.70	34.63	66.32	4.92	0.53	0.62	78.40	4.37	3.88
Finland	34.10	36.10	46.40	13.06	7.10	0.61	0.62	92.00	4.70	3.60
France	51.65	59.10	65.34	114.70	8.26	0.46	0.69	79.90	4.63	4.51
Gabon	55.96	13.00	6.82	29.46	1.61	0.21	0.36	35.40	3.86	3.60
Georgia	51.02	28.94	70.78	52.16	2.81	0.41	0.69	53.10	3.68	4.45
Germany	49.23	80.00	43.00	134.90	8.88	0.54	0.83	86.70	4.69	4.06
Ghana	41.92	9.00	1.06	27.11	1.38	0.66	0.83	65.00	3.35	3.21
Greece	48.62	42.00	62.26	37.02	4.01	0.17	0.44	73.90	4.30	3.96
Guatemala	53.47	4.41	3.55	12.83	2.06	0.38	0.62	49.70	3.66	3.82
Haiti	36.70	7.07	2.34	3.98	0.92	0.46	0.71	42.20	3.12	2.90
Honduras	57.98	6.43	3.09	7.29	2.84	0.45	0.68	53.60	3.38	4.02
Hungary	42.83	70.10	34.08	52.59	4.63	0.47	0.63	65.60	4.22	4.28
India	59.15	5.30	9.28	23.89	0.96	0.77	0.84	66.10	3.33	3.82
Indonesia	46.15	10.40	4.65	38.07	1.42	0.73	0.77	63.00	3.61	3.26
Iraq	57.13	13.20	7.08	20.45	1.98	0.29	0.63	36.20	3.76	4.12
Ireland	48.90	29.70	33.52	130.10	5.12	0.67	0.84	90.50	4.81	4.15
Israel	53.02	29.80	54.67	66.05	4.86	0.61	0.82	78.40	4.63	4.55
Italy	57.07	31.40	80.13	58.87	6.40	0.34	0.63	77.40	4.54	4.38
Japan	33.91	129.80	24.80	127.00	9.21	0.51	0.70	81.30	4.62	3.03
Jordan	47.50	14.70	23.24	33.47	3.83	0.59	0.79	36.20	3.64	4.27
Kazakhstan	56.29	60.57	39.80	72.94	1.78	0.71	0.73	31.40	3.95	3.95
Kenya	53.62	14.00	1.57	11.66	2.18	0.65	0.77	50.50	3.24	3.15

Latvia	41.82	54.90	33.02	46.17	3.70	0.30	0.40	72.40	4.25
Lebanon	47.86	27.30	21.04	16.74	4.18	0.31	0.79	41.60	3.87
Luxembourg	40.37	42.60	30.07	121.70	4.49	0.80	0.91	86.80	4.87
Malaysia	54.53	18.77	15.36	34.84	1.92	0.75	0.90	71.90	4.05
Mali	35.08	1.00	1.29	4.41	1.10	0.49	0.64	39.30	2.94
Malta	48.50	44.85	28.60	94.83	5.69	0.72	0.86	76.80	4.45
Mauritius	33.55	34.00	25.33	35.15	2.51	0.52	0.73	81.40	4.11
Mexico	46.55	9.80	48.50	23.65	2.69	0.37	0.77	60.70	3.98
Mongolia	47.89	80.00	38.52	42.14	2.22	0.49	0.72	64.80	3.58
Mozambique	43.26	7.00	0.85	4.73	1.73	0.72	0.66	35.10	2.69
Myanmar	53.43	10.44	7.37	10.82	0.71	0.88	0.90	30.40	3.14
Namibia	41.45	27.00	5.91	19.54	3.66	0.58	0.65	65.20	3.70
Nepal	54.06	3.00	8.09	33.05	1.46	0.72	0.79	52.20	3.04
Netherlands	43.66	31.70	37.07	114.90	6.48	0.57	0.78	89.60	4.73
New Zealand	37.46	25.70	34.21	6.85	6.89	0.75	0.86	92.50	4.63
Nicaragua	12.64	9.30	16.65	15.52	5.12	0.39	0.65	36.00	3.28
Niger	22.82	3.90	0.43	2.23	2.43	0.68	0.72	32.90	2.78
Nigeria	52.11	5.00	3.81	15.01	0.58	0.45	0.79	41.00	3.31
Norway	34.13	35.30	48.85	183.50	8.57	0.89	0.92	98.10	4.92
Pakistan	46.68	6.30	11.18	4.83	1.14	0.58	0.78	43.10	3.15
Panama	52.27	22.54	16.32	32.06	4.64	0.30	0.65	71.80	4.17
Paraguay	52.18	8.28	13.54	16.60	2.91	0.50	0.65	61.80	3.74
Peru	59.37	15.91	8.20	29.77	3.28	0.34	0.65	65.30	3.83
Philippines	58.27	9.90	6.00	54.44	1.44	0.73	0.83	65.60	3.59
Poland	40.36	65.40	23.79	68.93	4.50	0.56	0.63	68.50	4.19
Portugal	51.43	34.50	53.12	68.99	5.78	0.49	0.75	79.00	4.37

Romania	40.11	68.92	29.81	73.89	4.43	0.23	0.39	64.00	4.10	4.35
Rwanda	57.71	16.00	1.18	9.48	2.37	0.96	0.94	31.00	2.92	2.64
Senegal	38.68	3.00	0.88	5.40	0.95	0.55	0.68	56.70	3.16	2.97
Serbia	43.40	56.09	31.13	60.86	5.07	0.51	0.64	62.20	3.85	4.29
Singapore	52.20	24.86	22.94	62.43	2.25	0.74	0.92	60.30	4.78	4.03
Slovenia	44.41	44.30	31.72	102.20	6.01	0.30	0.58	75.40	4.41	4.51
South Africa	54.56	23.00	7.92	13.08	4.46	0.42	0.63	70.50	3.78	4.11
South Korea	49.79	124.30	24.08	74.63	4.42	0.63	0.87	80.10	4.53	2.79
Spain	50.16	29.70	40.30	60.80	6.32	0.32	0.77	81.20	4.48	4.53
Sri Lanka	46.11	41.50	11.54	22.60	1.54	0.61	0.92	61.40	3.60	2.99
Sweden	41.81	21.40	43.31	216.70	9.27	0.66	0.70	92.60	4.75	4.35
Switzerland	41.91	46.30	43.33	178.90	3.71	0.81	0.82	88.30	4.93	4.54
Thailand	42.38	21.00	9.19	31.52	2.89	0.82	0.82	60.40	3.86	1.75
Togo	36.37	7.00	0.78	4.64	1.05	0.18	0.34	28.00	2.84	2.53
Turkey	51.07	28.50	18.07	30.03	3.19	0.57	0.69	44.80	3.99	3.73
Uganda	52.80	5.00	1.68	12.38	1.03	0.55	0.73	49.40	2.89	2.59
United Kingdom	49.92	24.60	58.23	102.90	7.86	0.51	0.81	85.40	4.63	4.35
United States	52.04	28.70	26.04	156.90	8.51	0.47	0.59	79.20	4.82	4.58
Uruguay	36.92	24.25	49.40	72.17	6.71	0.45	0.79	86.10	4.21	3.15
Zambia	35.38	20.00	0.93	10.23	1.93	0.57	0.71	48.60	3.16	2.97
Zimbabwe	47.57	17.00	2.10	19.35	1.32	0.53	0.85	31.60	3.14	2.79