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

신뢰와 의료만족도의 상관관계에 관한 연구

The Study on The Association Between Trust and Health Service Satisfaction

2015년 2월

서울대학교 대학원
보건학과 보건정책관리학 전공
양 준 용

신뢰와 의료만족도의 상관관계에 관한 연구

지도교수 조 병 희

이 논문을 보건학 석사 학위논문으로 제출함

2014년 10월

서울대학교 대학원
보건학과 보건정책관리학 전공
양 준 용

양준용의 석사학위논문을 인준함
2014년 12월

위 원 장 _____ (인)
부 위 원 장 _____ (인)
위 원 _____ (인)

국문초록

본 논문은 신뢰와 의료만족도 사이의 상관관계를 확인하는 것을 목표로 한다. 이를 위해 World Values Survey 3~6차 자료 및 International Social Survey Programme 2011 자료를 활용하여 일반신뢰 및 정부신뢰와 보건의료제도신뢰가 보건의료체계만족도 및 환자만족도와 갖는 관계를 살펴보았다.

일반신뢰와 정부신뢰로 국가유형을 나눠 일원배치 분산분석을 실시한 결과 일반신뢰와 정부신뢰가 모두 높은 신뢰국가군에서 보건의료제도신뢰와 의료만족도가 모두 높았고, 반대로 일반신뢰와 정부신뢰가 모두 낮은 저신뢰국가군에서는 보건의료제도신뢰와 의료만족도가 모두 낮았다. 일반신뢰는 높고 정부신뢰는 낮은 제도안정 국가군에서는 낮은 보건의료제도신뢰와 높은 의료만족도가 나타났으며, 정부신뢰가 높고 일반신뢰는 낮은 권위주의 국가군에서는 높은 보건의료제도신뢰와 낮은 의료만족도가 나타났다.

의료만족도의 두 항목인 보건의료체계만족도와 환자만족도에 대해 위계선형모형 분석을 실시하였다. 선정된 인구학적 변수, 의사 역량, 미충족의료 변수는 모두 전반적으로 환자만족도와 유의한 상관관계를 나타냈다. 일반신뢰와 보건의료제도신뢰는 보건의료체계만족도와 환자만족도 모두에 긍정적인 영향을 끼쳤고, 정부신뢰는 환자만족도와 부적 상관관계를 보였다. 일반신뢰와 정부신뢰가 보건의료제도신뢰에 미치는 조절효과를 살핀 결과 일반신뢰가 보건의료제도신뢰가 보건의료체계만족도와 환자만족도에 미치는 영향력을 더욱 증폭시키는 것으로 드러났다. 반면 정부신뢰가 낮은 국가들에서 상대적으로 보건의료제도신뢰가 보건의료체계만족도에 미치는 영향이 큰 것으로 나타났다.

분석 결과를 해석하자면, 일반신뢰는 보건의료제도신뢰와 의료만족도 모두에 영향이 있으며, 대중이 자국의 보건의료제도에 가지고 있는 반응성에 대한 기대를 충족시키는 데 도움을 준다. 반면 정부신뢰는 의료만족도와 부적 상관관계를 갖는 모습을 보이는데, 이는 실제로는 제도가 안정

된 선진국들에서 정부신뢰가 낮게 나타나는 까닭에서일 수 있다. 다른 해석으로는 신뢰와 대립되는 요소가 아닌, 신뢰의 한 구성요소로서 불신이 정부 및 제도에 대한 감시와 참여를 늘리는 기능을 할 수 있으며, 시민사회의 기능이 활성화된 국가들에서 제도에 대한 신뢰는 질적으로 높은 수준을 차지할 수 있다. 그런 까닭에 정부신뢰가 낮은 국가군에서 오히려 보건의료제도신뢰의 효과가 더 클 수 있고, 환자만족도 역시 낮을 수 있다.

본 논문은 그간 의료만족도 연구에서 주로 다뤄왔던 주제인 의료전문직 신뢰와 환자만족도 사이의 상관관계를 확장시켜, 국가 수준의 신뢰들과 보건의료제도신뢰가 보건의료체계만족도를 포함하는 의료만족도 일반과 갖는 상관관계를 살펴보았다. 이를 통해 의료서비스의 품질 평가에 있어 공급자와 소비자의 관점을 넘어, 보건의료체계 전반의 수준을 제고하고, 보건의료제도를 정비하며, 신뢰로 대변되는 사회자본을 확충하는 것이 구매자가 인식하는 의료서비스의 품질 향상에 기여함을 확인하였다. 이 결과는 향후 의료만족도 등 의료 소비자들의 보건의료영역에 대한 경험들을 보건의료체계 일반의 평가 및 국가별 사회자본 수준과 연관시키는 연구들에 근거가 되어줄 수 있을 것으로 기대된다.

본 논문의 의의는 다음과 같다. 첫째, 국가 수준의 신뢰가 의료만족도와 갖는 상관관계를 확인하였다. 둘째, 보건의료영역이 열린 구조로서, 사회의 제도적·문화적 차원과 연관되어 있음을 드러냈다. 셋째, 경제 영역 바깥에서 사회자본으로서 신뢰의 가능성을 재확인하고, 보건의료제도신뢰가 의료만족도와 밀접한 연관이 있음을 보였다. 마지막으로 일반신뢰와 정부신뢰의 성격적 차이를 보였으며, 정부신뢰의 높고 낮음에 대한 해석은 조심스러울 필요가 있음을 확인했다.

주요어 : 보건의료체계만족도, 환자만족도, 의료만족도, 일반신뢰, 정부신뢰, 보건의료제도신뢰
학번 : 2013-21842

목차

1. 서론 ····· 1

2. 이론적 배경 및 선행연구 검토 ····· 3

가. 신뢰 ····· 3

1) 신뢰의 정의 ····· 3

2) 신뢰의 유형 ····· 7

3) 일반신뢰와 정부신뢰 ····· 11

4) 보건의료제도신뢰의 정의 및 여타 신뢰와의 관계 ····· 16

나. 의료만족도 ····· 19

1) 의료만족도의 정의, 구성요소, 비판 ····· 19

2) 신뢰와 의료만족도 ····· 25

3. 연구 가설 ····· 29

4. 연구 방법 ····· 30

가. 분석대상 ····· 30

나. 변수구성 ····· 31

다. 분석방법 ····· 36

5. 연구 결과 ····· 39

가. 주요 변수들의 분포 ····· 39

1) 일반신뢰와 정부신뢰 ····· 39

2) 보건의료제도신뢰 ····· 43

3) 의료만족도 ····· 46

나. 국가군별 보건의료제도신뢰 및 의료만족도 ····· 49

1) 국가군별 보건의료제도신뢰에 대한 일원배치 분산분석 ····· 49
2) 국가군별 의료만족도에 대한 일원배치 분산분석 ····· 51
다. 의료만족도에 대한 위계선형모형 분석 ····· 54
1) 보건의료체계만족도에 대한 위계선형모형 분석 ····· 54
2) 환자만족도에 대한 위계선형모형 분석 ····· 58

6. 결론 ····· 61

참고문헌 ····· 66

Abstract ····· 74

표 목차

<표 1> 신뢰의 유형 분류 ····· 9
<표 2> 이재혁(1998)의 국가 분류 ····· 13
<표 3> 일반신뢰와 정부신뢰로 나눈 국가 분류 ····· 14
<표 4> 사용된 변수의 측정방식 ····· 33
<표 5> 사용된 변수의 기술통계 ····· 35
<표 6> 비교국가별 일반신뢰 평균 및 표준편차 ····· 39
<표 7> 비교국가별 정부신뢰 평균 및 표준편차 ····· 40
<표 8> 비교국가별 보건의료제도신뢰 평균 및 표준편차 ····· 43
<표 9> 비교국가별 보건의료체계만족도 평균 및 표준편차 ····· 46
<표 10> 비교국가별 환자만족도 평균 및 표준편차 ····· 47
<표 11> 국가유형별 보건의료제도신뢰 ····· 49
<표 12> 국가유형별 보건의료제도신뢰 일원배치 분산분석 사후검정표 50
<표 13> 국가유형별 의료만족도 평균 ····· 51
<표 14> 국가유형별 의료만족도 일원배치 분산분석 사후검정표 ····· 52
<표 15> 보건의료체계만족도를 종속변수로 한 위계선형모형 분석결과 57
<표 16> 환자만족도를 종속변수로 한 위계선형모형 분석결과 ····· 60

그림 목차

<그림 1> 신뢰와 의료만족도의 상관관계 개념도 ····· 27
<그림 2> 비교국가의 일반신뢰 및 정부신뢰 산점도 ····· 41
<그림 3> 비교국가의 정부신뢰와 보건의료제도신뢰 ····· 44
<그림 4> 비교국가의 일반신뢰와 보건의료제도신뢰 ····· 44
<그림 5> 비교국가의 보건의료제도신뢰와 보건의료체계만족도 ····· 48
<그림 6> 비교국가의 보건의료제도신뢰와 의사만족도 ····· 48
<그림 7> 비교국가의 보건의료제도신뢰와 병원만족도 ····· 48
<그림 8> 비교국가의 보건의료제도신뢰와 대체의학시술자 만족도 ····· 48

1. 서론

한국의 경제성장과 더불어 한국의 의료서비스 역시 양적인 성장을 이루었다. 의료서비스의 양적 성장을 가늠할 수 있는 대표적인 지표로 병상수, 의사 수, 의료비 지출을 들 수 있다. 인구 천 명당 병상수는 2003년 7.1개에서 2012년 11.5개로 증가하였으며 이는 OECD 최고 수준이다. 인구 십만 명당 의사수는 2004년 171명에서 2012년 214명으로, GDP 대비 의료비 지출은 2007년 6.4%에서 2012년 7.6%로 증가하였고 같은 기간 증가한 민간의료비 지출액은 16조원에 달했다.[1)]

그러나 이처럼 한국에서 큰 폭으로 일어난 보건의료체계의 양적 성장이 의료서비스의 질적 성장을 담보하는 것은 아니었다. “3분 진료”라는 표현은 의료 소비자들의 의료서비스의 질에 대한 불만을 단적으로 드러낸다. 의료서비스에 대한 불만은 의료 소비자들의 권리의식 신장과 맞물려 의료소송 건수의 증가로 이어지고 있고, 황지인 등(2001)의 연구결과 한국 환자들의 의료서비스에 대한 만족도가 낮은 수준임이 밝혀지기도 했다. 한편 근 10년 이상의 기간에 걸쳐 의료관광과 영리병원 등 의료서비스의 경제적 측면이 부각되면서, 의료서비스의 품질 향상은 더욱 시급한 과제로 지목되고 있다.

보건의료체계와 의료서비스의 품질 평가지표 중 가장 핵심적인 역할을 수행하고 있는 것은 단연 의료만족도이다(Williams, 1994; Sitzia & Wood, 1997; Krupat et al., 2001). 환자중심의료가 자리 잡고, 보건의료체계에 시장질서가 더 크게 개입하게 되면서 의료만족도를 향상시키기 위한 의료공급자들의 노력 역시 한층 더 증대되었다. 의료만족도 향상이 의료공급자들의 목표가 되면서, 그 관련요인에 관한 연구들 역시 활성화되었다. 일례로 Pubmed에 등록된 환자만족도 관련 논문 수[2)]는 1960년대와 70년대를 다 합쳐 5건에 불과하였으나, 80년대에는 677건, 90년대는 3952건으로 급증하며, 2000년대에는 10980건으로 일만 건을 넘어섰다.

---

1) 인용된 지표들은 통계청의 국가주요지표로부터 인용하였다.
2) 환자만족도(patient satisfaction)라는 단어를 제목 및 초록에 포함하고 있는 출판된 논문 수

의료만족도 연구가 진행되면서 의료만족도와 신뢰 사이의 상관관계가 조명되었다(Hall et al., 2001). 여러 관련변수들 중에서도 특히 신뢰가 주목받게 된 것은, 보건의료영역을 전통적으로 의료 공급자와 소비자 사이의 관계로 파악해온 것과 무관하지 않다. 전달된 의료서비스에 대한 평가에는 그 공급자에 대한 평가가 선행할 것으로 여겨졌으며, 이를 파악할 수 있는 효과적인 지표가 바로 신뢰였다. 의료전문직 신뢰가 의료만족도의 중심 개념으로 떠오르게 되면서, 의료전문직 신뢰가 의료서비스의 기술적 수준이나 물리적 환경, 심지어는 치료의 결과보다도 의료만족도에 직접적인 영향을 미친다는 연구들이 등장했다(Thom et al, 1999; 조성남, 2009). 믿음직스러운 의사가 환자를 가장 잘 만족시킨다는 것이다.

서구 각국에서 의료개혁이 진행되면서 의사-환자 관계를 배경으로 한 의료만족도와 신뢰의 개념적 범위를 더 넓힐 필요성이 제기되고 있다. 의사에 대한 환자의 만족을 넘어서 보건의료제도 자체의 성과를 평가하는 데에도 의료만족도를 활용할 수 있다는 것이다(Mossialos, 1997; Wendt et al., 2009). 그러나 의료만족도가 더욱 큰 차원의 대상을 다루게 되었음에도 불구하고, 그 관련변수로서 신뢰는 아직 의료전문직 신뢰의 층위를 크게 벗어나지 못하고 있다. 이는 보건의료영역이 지닌 복잡성과 전문성 등으로 인해, 어느 정도 닫힌 체계로 인식되고 있는 것과 무관하지 않다. 상대적으로 보건의료체계 일반에 대한 신뢰와 한 국가의 사회자본 수준은 간접적인 영향을 줄 수 있을 뿐, 의료 공급자와 소비자 사이의 관계에 직접적인 영향을 미치기는 어렵다는 것이다.

그러나 신뢰가 가진 종합적인 성격으로 인해 국가 수준에서 신뢰를 측정 및 연구해야 할 필요성이 크다(Inglehart, 1999). 신뢰는 매우 다양한 요소로부터 영향을 받아 구축되며, 그 영향의 범위 역시 광대하다. 거시적인 차원에서 사회자본으로 기능하는 신뢰가 보건의료제도의 기능에 영향을 미친다는 주장도 점차 받아들여지고 있다(Putnam, 2000; Rothstein & Stolle, 2003). 이에 본 연구는 기존의 신뢰와 의료만족도 연구를 확장시켜, 보건의료제도신뢰가 보건의료체계만족도와 환자만족도에 미치는 영향을 살피고자 한다. 그리고 그 영향을 국가 수준의 대표적인 신뢰인 일반신뢰와 정부신뢰와의 연관 속에서 분석할 것이다.

2. 이론적 배경 및 선행연구 검토

가. 신뢰

1) 신뢰의 정의

사회가 원활히 작동하기 위해 중요한 것이 신뢰이다. 신뢰에 대한 대표적인 정의로는 Gambetta 등이 신뢰를 “다른 사람들이 우리에게 피해를 주지 않고, 가급적 우리들의 이익을 위해 행동할 것이라는 믿음”(Gambetta, 1988: 217)으로 규정한 것이 널리 쓰인다. 이러한 정의를 따르자면 신뢰는 개인이 가지게 되는 심리상태로서, 타인의 자신에 대한 협조가능성을 가늠하는 기준이 된다.

Levi(1998)는 신뢰를 개인이 타인을 대할 때나, 집합 행동 과정에서 발생한 문제를 해결할 때, 혹은 자신의 이해관계에 상식적으로 반하는 행동을 할 때 위험을 감수하게 해 주는 다양한 현상들을 일컫는 개념이라 정의했다. 그는 신뢰의 구성요소로 세 가지를 드는데, 이를 간략하게 “A가 B가 X 하리라 믿는 것”(1998: 77)으로 표현한다. 여기서 X라는 행위의 확률은 일어나기 전까지는 관찰되어서는 안 되며, 성사 여부 역시 불명확해야 하는데, B가 항상 X 하거나 하지 않을 경우에 A가 B에 대해 갖는 태도는 신뢰가 아니라 예측이 되기 때문이다. 이처럼 불확실성이 신뢰의 기본적인 속성인 까닭에 Luhmann(1979)은 신뢰를 개인이 타인의 자유에 대처하는 방법이라고 멋들어지게 표현하기도 했다.

Levi는 A, B, X 도식을 통해 확신[3](confidence)과 신뢰성(trustworthiness)을 개념화하기에 이르는데, 그에 따르면 B의 행위가 A에 미치는 위험이 작을 경우는 신뢰(trust)가 아닌 확신(confidence) 개념을 사용하게 된다. 그리고 B가 A의 믿음에 보답하는 X라는 행동을 행할

3) 확신 역시 신뢰의 일종으로 볼 수 있으나, 주로 대인신뢰를 의미하는 trust와, 제도 및 기관신뢰를 의미하는 confidence를 구분 짓는 과정에서 trust는 신뢰로, confidence는 확신으로 옮겼다.

경우 신뢰성을 획득하게 되고, 이는 다시 A의 신뢰를 강화한다고 보았다. Gambetta(1988)는 신뢰성을 잃은 개인은 사회관계를 지속하기 어려워지므로 개인의 자유는 무한하지 않으며, 신뢰와 신뢰성을 통해 사회 속에서 개인의 행동은 어느 정도 예상 가능한 범위 안에 놓이게 된다고 주장하였다. 이는 이후 발전하게 되는 사회자본 중 사회규범 개념과도 흡사한 것이다.

한편 신뢰는 심리상태이면서도 특정 혹은 불특정의 타인에 대한 심리상태이며, 이는 신뢰 역시 사회관계의 결과로서 개인의 심리를 넘어서 집합적인 현상으로 나타나게 됨을 암시한다. 대표적인 예로 Lewis 등(1985)은 사회적 실재로 신뢰를 위치시키면서, 신뢰를 집합적인 행동의 산물이라 주장한다. 사회적 실재의 측면에서 신뢰는 사회적으로 통용되는 정보 및 지식과 연관되어 정의되기도 한다. Schlenker 등(1973: 420)은 신뢰를 "위험한 상황에서 타인이 제공하는 불확실한 환경적 상태와 이에 수반되는 결과에 관한 정보에 대한 믿음"으로 규정한다. Denize 등(2007)은 여기서 한 발 더 나아가 정보의 생산 및 교류 자체가 신뢰 안에 배태되어 있는 것으로, 신뢰를 정보의 생산 및 재생산체계로 보기도 했다. Yamagishi 등(1998)은 신뢰는 특정한 관계형성을 추동하는 사회적 지식의 문제라 주장하였다.

최종렬(2008)은 현상학의 관점에서 신뢰를 분석하고, 신뢰의 구성요소로 배경적 기대, 구성적 기대, 불신을 제시한다. 배경적 기대란 "공통으로 알려진 세계의 일부로 당연시되는 공동의 기대"(2008: 33)를 의미한다. 이는 사회의 상징적 질서의 존재와 인식 규칙의 통일성을 가정한다. 즉 공동체 성원에게 기대되는 일반적인 행위양식이 있다는 것이다. 구성적 기대란 "맥락 또는 상황을 정의하는 규칙"(2008: 34)이다. 구성적 기대에도 두 가지 측면이 있는데, 하나는 공유되는 대안적인 행위양식의 존재이며, 다른 하나는 한 주체의 대상에 대한 기대와 그 기대를 대상이 이미 인식하고 있다는 사실이 이미 알려져 있다는 것이다. 나와 같지 않은 주체와 그를 대하는 일반적인 행위양식이 있다는 뜻이다. 종합하자면 최종렬은 신뢰를 '나'와 '타인'의 상호작용 과정에서 행위양식을 결정짓게 하는 사회심리적 기제로 규정한다. Luhmann(1979) 역시 '상태로서의 신뢰'와 '사건으로서의

신뢰' 개념을 활용하여 유사한 관점에서 신뢰를 분석하고 있다.

신뢰가 가진 사회자본적 측면에 집중한 학자들도 있다. 1980년 중반 이후 이런 추세가 본격화되는데, 대표적으로 Granovetter(1985)는 신뢰가 취직 등 사회적 성취를 획득하는 과정에서 핵심적인 역할을 한다고 강조하였다. 사회자본을 연구하는 많은 학자들에게서 신뢰는 사회자본을 구성하는 핵심적인 요소들 중 하나로 분류된다(Coleman, 1988; Portes, 2000; 이재열, 1998). 사회자본의 측면에서는 특히 신뢰가 경제성장을 비롯한 사회의 제 영역에 미치는 영향을 강조하고, 신뢰를 하나의 사회적 역량으로 구분한다. Coleman(1988)이나 Putnam(2000) 등은 사회자본을 사람들이 자발적으로 협력하게 만드는 역량으로 규정짓고, 여기에 신뢰, 특히 일반화된 신뢰(generalized trust)가 핵심적인 역할을 한다고 보았다. Fukuyama(1995) 또한 유사한 전제 하에 신뢰에 대한 연구를 진행하였다.

다양한 정의들을 통해 학자들이 신뢰에 대해 공유하고 있는 몇 가지 전제들을 발견할 수 있다. 첫째, 신뢰는 개인적이면서 사회적이다. 신뢰는 개인적인 층위의 심리적인 상태이면서 한편으로는 사회적인 문화와 제도의 결과로 대중을 통해 나타나는 사회현상이기도 하다. 또한 신뢰는 개인과 개인 사이의 협력을 조장함으로써 집단 및 조직의 형성 및 유지를 돕는 기능을 하므로 사회적이라 할 수 있다. 둘째, 신뢰의 형성은 사회로부터 영향을 받으며, 신뢰는 다시 사회 제 영역에 영향을 준다. 신뢰는 개인에게 특정 선택을 용이하게 하는 배경으로서 작동하는데, 이는 신뢰가 개인이 risk-taking을 적극적으로 할 수 있는 심리상태를 만듦과 동시에, 정보의 진위를 가리기 위한 노력을 줄여줌으로써 거래비용을 감소시키는 효과가 있기 때문이다. 셋째, 신뢰는 행위의 불확실성에 대응하는 자세라는 점에서 타인 혹은 제도에 대한 불신을 내포하는 개념이며, 결과적으로 지식 및 정보와도 연관된다.

정리하자면 신뢰는 개개인의 심리적인 층위에서 작동하여, 개인이 자발적으로 자신의 위험을 감수하면서 타인과 교류하고 사회제도에 순응 및 참여케 하며, 사회적 비용을 낮추는 사회심리적 기제라 할 수 있다. 신뢰는 규범과는 달리 비공식적인 부문에서 만인의 만인에 대한 투쟁을 억제하고, 사람들을 단순히 개인의 합이 아닌 사회로 구성하여 사회적 실재를

창출해내는 아교이다. 이 때 신뢰를 사회자본의 어떤 요소에 위치하는지를 구분 짓자면, 그 자체로 긍정적인 하나의 결과라기보다도, 개인의 행동을 추동하여 사회현상으로 발전시키는 심리적 촉매로 바라볼 수 있다. 신뢰는 따라서 사회적 복잡성이 커지면 커질수록 더욱 중요한 역할을 수행하게 된다.

2) 신뢰의 유형

신뢰를 사회 각 부문에 적용하는 과정에서 구체적인 신뢰의 유형이 분류되었다. 신뢰는 크게 대인신뢰와 제도신뢰로 나눠진다(Pagden, 2000). 한국에서는 대인신뢰 중 특히 연고주의적 측면을 강조하여 사적신뢰와 공적신뢰로 구분하기도 한다(이재혁, 1998; 이재열, 1998). 그리고 대인신뢰는 개인이 대하는 다른 개인의 멀고 가까움에 따라, 제도 신뢰는 제도의 유형에 따라 다시 세부적으로 분류된다. 먼저 대인신뢰의 세부 분류를 살피자면 Uslaner(1999)는 특수신뢰와 일반신뢰로 대인신뢰를 구분하였다. 특수신뢰는 친구나 가족 등 특별한 대상에 대한 신뢰이며, 일반신뢰는 사회 구성원 일반에 대한 신뢰 수준을 의미한다. 그는 일반신뢰가 민주주의 사회에서 보편적이며, 특수신뢰는 권위주의나 전체주의 사회에서 활성화된다고 보았다. 이는 Fukuyama(1995)가 가족 등 연고집단에 대한 신뢰가 높은 프랑스, 이탈리아 등의 국가를 저신뢰국가로, 외집단에 대한 신뢰가 높은 일본, 독일 등의 국가를 고신뢰국가로 구분한 것과도 이어지는 분석이다. Portes(2000) 역시 마찬가지로 일반신뢰와 특수신뢰로 대인신뢰를 분류하였다. Beugelsdijk 등(2003)은 사회자본의 측면에서 신뢰를 묶는 신뢰(bonding trust)와 다리 놓는 신뢰(bridging trust)로 구분한다. 이는 사회자본 일반에 쓰이는 구분을 신뢰로 끌어온 것이다. Granovetter(1985)는 그가 네트워크를 분석할 때 쓰던 개념을 적용하여 엷은 신뢰와 두터운 신뢰로 대인신뢰를 구분하며, 이는 일반신뢰 및 특수신뢰와 크게 다르지 않은 개념이다.

Delhey 등(2012)은 이렇게 내집단과 외집단을 근거로 대인신뢰를 구분하는 것이 Durkheim 이래 유구한 전통을 가지고 있음을 보이며, 내집단신뢰와 외집단신뢰로 신뢰를 구분한다. 내집단과 외집단의 경계에 대해서는 많은 논의가 있으나, Portes(2000)는 네트워크의 효과를 논하며 가족 내 네트워크와 가족 외 네트워크를 구분함으로써 가족을 기준으로 두는 모습을 보였고, Delhey 등(2011)은 가족 및 친구 등 면식이 있는 사람으로 그 경계를 확장시켜 내집단을 규정하였다. 한편 Delhey 등(2012)의 세

계가치관조사 연구에서는 가족, 지인, 이웃까지는 내집단으로, 처음 만나는 낯선 사람, 타국민, 타종교인을 외집단으로 규정하였으며 사회조사 문항에 대한 요인분석 결과 부합하는 결과를 보였다.

개인의 타인에 대한 신뢰를 넘어서 제도 등 사회 일반에 대한 신뢰의 유형을 Sztompka(1999)가 분류한 바 있다. 그는 신뢰를 다섯 종류로 분류하였다. 각각 타인에 대한 신뢰, 사회적 역할에 대한 신뢰, 사회 단체에 대한 신뢰, 기관 및 조직에 대한 신뢰, 사회제도나 사회구조에 대한 신뢰가 그것이다. 여기에 따르면 일반신뢰와 특수신뢰는 타인에 대한 신뢰의 두 가지 항목으로 볼 수 있다. 사회적 역할에 대한 신뢰는 특히 직업에 대한 신뢰로 의사신뢰 등이 여기에 속한다. 사회 단체에 대한 신뢰는 특정 시기 정부 등 개별 집단에 대한 신뢰로, 기관 및 조직에 대한 신뢰는 정부, 법원, 국회 등 일반적인 집단에 대한 신뢰라는 점에서 차이를 보인다. 그리고 마지막으로 제도, 체제 등 사회 전반에 걸친 규범에 대한 신뢰가 있다.

Pagden(2000)을 따라 Sztompka의 신뢰 구분을 대인신뢰와 제도신뢰로 나눌 때 사회 역할에 대한 신뢰까지는 인간이 문제가 된다는 점에서 대인신뢰로, 사회 단체에 대한 신뢰부터는 제도적인 차원의 문제가 된다는 점에서 제도신뢰로 분류할 수 있다. 이는 신뢰의 특징과도 연관이 있는데, 주로 대인신뢰를 뜻하는 신뢰(trust)가 불확실한 타인의 행동에 대한 기대라면, 보통 제도신뢰를 의미하는 확신(confidence)은 대상의 행위에 대한 용인의 결과를 긍정하는 의미가 크다(Peterson & Pitz, 1988).

<표 1> 신뢰의 유형 분류

공사 구분에 따른 분류	세부분류기준	세부분류
대인신뢰, 사적신뢰, 수평적신뢰, trust	대상의 멀고 가까움	내집단신뢰, 두터운신뢰, 특수신뢰, 묶는 신뢰
	대상의 역할	외집단신뢰, 엷은신뢰, 일반신뢰, 다리 놓는 신뢰
		사회적 역할에 대한 신뢰
제도신뢰, 공적신뢰, 수직적신뢰, confidence	제도의 종류	집단 신뢰, 기관 신뢰, 제도 신뢰

이를 표로 정리하자면 다음과 같다(<표 1>). 먼저 공사 구분에 따라 신뢰를 구분할 수 있다. 대인신뢰는 다시 대상의 멀고 가까움, 네트워크의 엷음과 두터움을 가지고 일반신뢰와 특수신뢰로 나눠진다. 그리고 특별한 역할을 통해 관계를 맺을 때도, 역할을 수행하는 사람에게 초점을 맞추어 대인신뢰에 포함시키기도 한다. 제도신뢰는 제도의 종류에 따라 집단신뢰, 기관신뢰, 제도신뢰로 나눠 볼 수 있다. 한국에서는 사적신뢰와 공적신뢰라는 구분을 활용하기도 하는데, 사적신뢰는 대인신뢰 중에서도 특수신뢰를 강조한 개념으로 볼 수 있으며, 공적신뢰는 제도신뢰 중에서도 법제도 및 정부에 대한 신뢰를 강조하고 있다. 이러한 특징은 신뢰 연구를 통해 한국사회의 특징을 규정하는 과정에서 생겨난 것으로 볼 수 있다.

그 외에도 신뢰를 구분하는 방식으로 상징적 상호작용론의 관점에서, 감정적 측면과 합리적 측면 각각의 높고 낮은 정도를 통해, 신뢰의 속성을 중심으로 신뢰를 이데올로기적 신뢰, 통속적 신뢰 등 9가지로 분류한 Lewis 등(1985)의 방법이 있다. 그리고 사회현상학의 눈으로 사회를 일상, 생활환경, 사회집단, 제도, 상징체계의 다섯 층위로 구분하여 각각의 신뢰적 태도를 구분한 Vaitkus(1991)의 방법 역시 존재한다. 강수택(2003)은 기존의 신뢰 분류 방식이 사적 영역을 지나치게 과소평가하는 경향이 있음을 지적하며, Habermas의 개념을 원용하여 생활세계적 신뢰와 체계적 신뢰로 신뢰를 구분하기도 한다. 최종렬(2008)은 사적신뢰와 공적신뢰라는 분류법의 논리적 결론은 신뢰보다 불신을 강조하는 경향이 있음을 지적하

며, 신뢰의 분류방식 및 규정을 새롭게 해석할 필요성을 제기한다. 그러나 이와 같은 비판들 역시 기존의 신뢰 분류법을 완전히 대체하는 것이라기보다는 보완 및 수정하는 데 집중하고 있음을 볼 때, 기존의 신뢰 분류가 나름의 타당성을 갖는다 하겠다. 다만 이러한 비판들을 통해 신뢰라는 개념이 끝나지 않은 학술적 논의의 대상으로, 쉽게 정의되지 않는 속성을 가지고 있다는 점을 알 수 있다.

3) 일반신뢰와 정부신뢰

여러 종류의 신뢰들 사이의 관계에 대해서도 다양한 연구가 국내외에서 진행된 바 있다. 그 중 특히 주목받아온 것이 일반신뢰와 정부신뢰이다. 이는 이 두 가지 신뢰가 한 국가의 사회자본 수준을 대표하며, 민주주의 발전 및 제도의 원활한 작동에 주요한 변수로 작용하기 때문이다(Fukuyama, 1995; Inglehart, 1999). 일반신뢰의 경우 이미 살펴보았듯 특수신뢰의 반대 항에 있는 개념으로, 특별한 정보가 주어지지 않은 타인에 대한 일반적인 신뢰 수준을 의미한다(Fukuyama, 1995; Yamagishi et al., 1998; Putnam, 2000; Delhey et al, 2011).

정부신뢰는 정치신뢰 중 일부로서 Sztompka의 분류에서는 기관신뢰에 속한다고 볼 수 있다. 정부신뢰에 대해서도 여러 가지 정의가 내려져 왔는데, 대표적인 것은 Miller가 내린 “정부가 규범적인 정의에 따라 얼마나 성공적으로 운영되었는지에 대한 국민의 반응”(1974: 953)이라는 정의이다. Barber(1983)는 국민이 정부에 대해 가지고 있는 역할 수행능력에 대한 기대와 정부에 맡겨놓은 책임을 성실히 이행하느냐에 대한 기대로 정부신뢰를 정의하였다. 이 중 정부에 맡겨놓은 책임이란 개인이 국가와의 계약을 통해 권력을 양도하였음을 가리키는 것으로, Hobbes 등 고전 정치학의 연장선상에 있는 것이다. Citrin 등(1999)은 정부기관이 게임의 규칙을 준수하고, 국민 일반의 이익에 봉사할 것이라는 믿음으로 정부 신뢰를 규정하였다. 한국에서는 양건모 등이 정부신뢰를 “정부의 역할수행에 대한 국민의 긍정적 기대”(2007: 337)로 정의하였다.

한편 정부신뢰가 갖는 다른 신뢰 개념들과의 차이점을 강조한 학자들도 있다. Hardin(1999)은 국가가 발전하면 할수록 정부신뢰는 정부 불신에 가까운 형태로 변화함을 주장하였다. 이는 정부의 행위에서 불확실성이 점점 사라지고, 정부가 자신이 정한 제도적 규칙에 따라 행동하게 되기 때문이다. 따라서 정부가 개인에게 특별한 이익을 가져다 줄 것이라는 기대는 상대적으로 줄어들게 되며, 개인과 정부 사이의 문제는 정부가 당연히 이행해야 할 규칙을 어길 것인지 감시하는 것이 되고, 신뢰보다는 불

신이 정부와 개인 사이의 핵심적 관계로 떠오른다. 이재열이 공적신뢰의 향상을 위해 “불신에 기반한 철저한 제도화”(1998: 88)를 강조하는 것이 동일한 맥락에서 등장하는 지적이다. 최종렬(2008)은 이러한 주장이 일상의 사법화를 불러온다고 경계하며, 불신보다는 신뢰를 사회 분석에서 핵심적인 위치에 둘 것을 주장하기도 한다. Newton(2001)은 여전히 정치영역에서 신뢰를 연구할 여지가 남아있다고 주장하는데, 이는 신뢰성 있는 방식으로 정치과정이 진행되는지, 정부 등의 실책에 대한 정치적 대가가 부여되는지에 대한 대중의 반응을 통해 확인할 수 있다고 보았다.

일반신뢰와 정부신뢰의 관계에 대해서는 크게 제도적 해석과 문화적 해석의 두 가지 입장이 양립하고 있다(Mishler & Rose, 2001). 문화적 해석은 정부신뢰와 이를 포함하는 정치신뢰가 오랜 시간동안 역사적 사건들을 거치는 과정에서 문화적으로 형성된 국가적 특성임을 강조한다. 반면 제도적 해석은 대중의 정부와 정치과정에 대한 평가 및 반응이 신뢰도로 나타나며, 개인의 합리적 판단에 근거해 있다고 본다. 문화적 해석의 관점에서는 높은 일반신뢰가 높은 정부신뢰로 이어질 가능성을 열어두고 사고하는 반면, 제도적 해석은 상대적으로 적은 상관만을 갖는다고 본다. Newton(2001)의 연구에 의하면 양자 간 상관관계는 매우 약한 수준에서만 관찰되며, 여러 연구들에서 동일한 결론이 도출된 바 있다.

한국에서는 민주주의가 발전되지 못한 개발도상국에서 사적신뢰와 공적신뢰 사이의 관계가 대립적일 수 있음을 주장하는 연구들이 등장하기도 했다(이재열 1998; 이재혁, 1998). 이러한 일군의 연구들은 정확히는 특수신뢰와 법제도신뢰에 부합하는 개념인 사적신뢰와 공적신뢰를 통한 분석이므로 정확히 일반신뢰와 정부신뢰에 대입하여 설명할 수는 없다. 다만 위 연구들은 공통적으로, 과도한 특수신뢰의 성장이 일반신뢰의 형성을 저해하여 공적신뢰의 발전을 막고 있으며, 게임의 규칙을 투명하게 적용함으로써 제고된 공적신뢰가 일반신뢰를 향상시킬 수 있다고 주장한다. 반면 최종렬(2008) 등 특수신뢰가 일반신뢰로 연결될 수 있으며, 이는 경제성장 및 정부신뢰에 긍정적인 영향을 미칠 수 있다고 본다. Delhey & Welzel(2012) 역시 세계가치관조사의 내집단, 외집단 연구를 통해 비슷한 결론을 내리고 있다.

일반신뢰와 정부신뢰가 경제 등 제 분야에 긍정적인 영향을 미친다고 할 때, 이를 어떻게 측정하고 평가할 것인가 하는 문제가 제기되었다. Inglehart(1999)는 신뢰가 다양한 변수들의 영향을 받고 있는 까닭으로 국가 차원에서 측정하고 비교를 통해 연구될 필요가 있음을 강조하였다. 이는 신뢰 개념의 복잡성에 더불어 신뢰에는 절대적인 기준치가 존재하지 않으며, 각국의 문화적 특성에 따라 개인에게서 신뢰의 심리적 역치가 다를 가능성이 높기 때문이기도 하다.

신뢰를 거시적인 층위에서 연구하는 방법의 일환으로, Fukuyama(2005)와 이재혁(1998) 등이 신뢰를 기준으로 국가들을 비교하는 이념형적 모델을 선보였다. Fukuyama의 경우 일반신뢰와 특수신뢰가 부적 상관관계에 있음을 전제하고 저신뢰국가와 고신뢰국가를 비교하였다. 이재혁은 한 단계 더 나아가 공적신뢰 기준을 추가하여 국가군을 네 가지로 분류하였다(1998: 329).

<표 2> 이재혁(1998)의 국가 분류

	사적신뢰 높음	사적신뢰 낮음
공적신뢰 높음	(후쿠야마식) 신뢰국가	복지형 전체주의 사회 자유방임적 경쟁 사회
공적신뢰 낮음	전통적인 공동체 사회 연줄 사회	홉스적 자연상태 전제적 감시사회

이재혁의 모델(<표 2>)은 신뢰를 통해 국가들을 분류할 근거를 마련해 주는 한편, 각국의 정치적 발전정도와 신뢰 간의 상관관계를 가늠해볼 수 있다는 점에서 의의가 있다. 그러나 이 모델은 사적신뢰가 일반신뢰적 속성을 띄는지 혹은 특수신뢰적 속성을 띄는지가 공적신뢰의 높낮음에 따라 결정된다는 한계가 있다. 그러나 특수신뢰와 일반신뢰는 상호 연관은 있을지언정 엄연히 다른 개념이므로, 둘을 분리하여 사고하는 것이 옳다고 사료된다. 이에 모델의 틀은 그대로 차용하되, 공적신뢰를 대표할 수 있는 신뢰 항목인 정부신뢰와, 사회의 제도적 발전에 연관이 있는 것으로 보이는 일반신뢰를 기준으로 공적신뢰와 사적신뢰를 대체하여 모델을 다시 정립해 볼 수 있다(<표 3>).

<표 3> 일반신뢰와 정부신뢰로 나눈 국가 분류

	일반신뢰 높음	일반신뢰 낮음
정부신뢰 높음	후쿠야마식 신뢰국가 참여 민주주의	권위주의 국가 연줄 사회
정부신뢰 낮음	“불신의 제도화” 결사체 민주주의	저신뢰국가 전통적 공동체 사회

주: 각 국가군의 명칭 및 해석은 박희봉 외(2003)를 참고

이재혁의 모델과 큰 차이는 없으나 특수신뢰의 높고 낮음이 모델의 특성에서 빠지면서 약간의 변화가 생겼다. 여기에는 특수신뢰는 대부분의 경우 상당히 높다는 전제가 깔려있다.[4] 먼저 일반신뢰와 정부신뢰가 모두 높은 국가들을 후쿠야마식의 신뢰국가로, 대중의 직·간접적 정부 정책 참여 및 제도에 대한 승인도가 높고, 정부가 대중으로부터 이양된 권력을 규칙 내에서 사용하는 실질적인 민주주의 국가로 분류할 수 있다. 반면 일반신뢰와 정부신뢰가 모두 낮은 국가들은 신뢰국가에 반대되는 저신뢰 사회로서, 정부는 투명성과 책임성이 없으며, 정부를 견제할 시민사회와 공론장 역시 성숙하지 않은 모습을 보인다. 혹은 정부 체제 및 국가의 제 부문의 발달이 미흡한 전통적인 공동체 사회나, 정부의 정책적 실패 등으로 인해 사회에 균열이 생길 때도 이러한 모습이 나타난다.

일반신뢰는 높으나 정부신뢰는 낮은 경우는 상대적으로 정부보다 시민사회가 강한 사회로서, Hardin(1999)이 말하는 정부 불신이 부각되는 사회이다. 시민사회가 정부의 행위를 지속적으로 감시함으로써 추가적인 사회비용이 지불되나, 이 때의 불신은 반드시 나쁜 것이기보다는 신뢰의 구성요소로서 불신이라고 볼 수도 있다. 수치로는 신뢰수준이 낮게 잡힐지언정, 대중이 가진 국가 권력에 대한 성찰성이 정부신뢰에 크게 반영되고 있는 것이다. 이익단체 등 각종 결사체가 발달되고, 이를 통해 국가 정책 및 제도에 대중이 개입하는 서구 선진국의 민주주의가 주로 보이는 형태

4) 5차(2005~2008) 세계가치관조사(World Values Survey, WVS)의 내집단신뢰 평균을 살펴보면 대부분의 국가에서 80% 이상의 응답자가 내집단에 속하는 타인을 신뢰한다고 답하였다(평균 83.81%). 이는 외집단신뢰(0.5115)와 일반신뢰(0.2359)의 평균을 훨씬 웃도는 수치이다. 특히 대표적인 특수신뢰인 가족신뢰의 경우 96%가 넘는 평균값을 보여 국가 간 차이가 거의 없었다.

이다. 이 때 이익단체들의 자기규율이 엄격하지 못할 경우 집단 이기주의가 공공의 이익을 해치는 양상을 띠기도 한다.

정부신뢰는 높으나 일반신뢰는 낮은 경우는 정부가 사회 전반을 효과적으로 장악하고 있는 권위주의 사회이다. 개인 삶의 성패의 큰 부분이 국가권력에 의해 결정되므로 특수신뢰가 높은 내집단의 네트워크를 이용하여 정부 및 권력층과 이어지려는 시도가 빈발할 가능성이 높다. 경제성장 등 대중적인 지지가 높은 목표가 있으나, 개개인의 생활수준이나 계층적 지위에 격차가 크게 나타날 경우에도 정부신뢰는 높은 반면 일반신뢰는 낮아질 수 있다. 한국이나 중국, 베트남 등 개발독재를 겪은 아시아 국가들이 주로 이 유형에 속한다.

각 국가군은 나름의 신뢰유형을 발전시키고 이용하며, 자신들이 선택한 제도를 작동시키는 방식 역시 이에 따라 달라진다. 따라서 해당 모델을 통해 해당 국가의 정치적 특징을 가늠해 볼 수는 있으나, 각 국가의 정치체제가 얼마나 '성공적'인지, 각국의 제도가 얼마나 원활히 기능하는지를 곧바로 평가하기는 어렵다. 다만 일반신뢰와 정부신뢰는 제도신뢰에도 영향을 주는 것으로 알려져 있으므로(Rothstein & Stolle, 2003), 제도신뢰를 매개로 일반신뢰와 정부신뢰가 제도의 기능에 양적·질적인 측면의 차이를 만들어 낼 것임을 유추해볼 수 있다.

4) 보건의료제도신뢰의 정의 및 여타 신뢰와의 관계

제도는 “규칙, 법, 규범과 관습 등을 일컫는 것으로 생산, 학습, 소비 등의 행위 기저에 자리 잡은 사회적 배경”(Ben-ner & Putterman, 1998: 37)이다. 이 정의를 보건의료제도에 적용하자면, 보건의료제도는 보건의료관리체계, 보건의료자원, 보건의료조직, 의료서비스 전달체계, 재원조달체계, 보수지불체계 등 보건의료와 관련된 체계 및 조직을 포함하며, 그 작동방식을 규정하는 사회적 배경이라 할 수 있다. 이 때 보건의료제도신뢰는 보건의료계의 각 주체들이 보건의료제도라는 이름으로 묶인 규칙들을 잘 준수할 것에 대한 기대로서 신뢰와 더불어, 이 규칙이 체계를 원활하게 작동시켜 개인의 건강 및 사회적 안녕에 기여할 것이라는 확신을 포괄하는 개념이다(Gilson, 2003).

보건의료제도를 둘러싼 신뢰의 경우는 보건의료영역이 갖는 특수한 성격으로 인하여 별도의 정의 및 분석이 여러 차례 내려져 왔다.[5] 한 예로 Hall 등(2001)은 질병의 긴박성으로 인해 환자들이 의료공급자 및 보건의료제도에 대한 신뢰를 갖도록 강요받는 측면이 있음을 지적하였다. Calnan 등(2006)은 의료행위가 본질적으로 불확실성과 위험의 요소를 안고 있는 까닭에, 보건의료영역에서 신뢰 개념이 더욱 중요해진다고 주장했다. Baier(1985)는 “질병을 제외하고 용인된 불확실성”이라 보건의료영역의 신뢰를 재치 있게 정의하였으며, Lupton(1997)은 환자가 생활하며 개인적인 경험을 통해 습득한 지식과 의료공급자에 대한 존경이 보건의료제도신뢰로 이어져야 한다고 주장하였다. 국내 연구로는 김길용 등(2011)이 한국에서 의사신뢰와 보건의료제도에 대한 확신이 구분되지 않는 특징이 나타남을 지적하였다.

보건의료제도신뢰가 보건의료체계 전반의 변화에 영향을 준다는 연구도 있다. Rowe 등(2006)은 세계적으로 의료전문직에 대한 신뢰보다 보건의료제도에 대한 확신을 강조하는 추세가 근거중심의료 등으로 반영되어 보

---

5) 특히 의료전문직에 대한 신뢰 연구가 많이 이루어졌다(대표적인 연구로 Hall et al, 2001 등이 있다.). 본고에서는 의료전문직에 대한 신뢰는 간접적으로만 언급하며, 보건의료제도 전반에 관한 신뢰를 중심으로 다루고자 한다.

건의료체계의 세계적 변화를 불러오고 있다고 보았다. 반대로 Mechanic(1996) 등의 연구자들은 보건의료제도 내의 경쟁체계와 사회적 불확실성 등이 보건의료제도신뢰를 낮춘다고 하여, 보건의료체계의 변동이 보건의료제도신뢰의 수준 변화로 이어진다는 주장을 펴기도 하였다.

이와 같은 연구들은 보건의료제도신뢰가 보건의료체계 내부에서 중요한 역할을 맡고 있음을 보인다. 한편 Gilson(2003)과 Sheppard 등(2004)의 연구자들은 시야를 더욱 넓힐 것을 주문한다. 그들은 보건의료제도를 둘러싼 기존의 신뢰 연구들이 주로 환자-의사 관계에 치중해 있었던 점을 지적하며, 더욱 포괄적인 대중 전반의 보건의료제도에 대한 신뢰 수준에 주목할 필요가 있음을 지적한다. 보건의료제도의 원활한 작동이 단지 질병치료에 그치지 않고, 한 사회가 대중의 복지를 성공적으로 책임지고 있는지 반영하는 것이라는 대중적 확신을 이끌기에 더욱 그렇다(Rothstein & Stolle, 2003; Gilson, 2003). 이는 국가가 직접 의료서비스를 제공하지 않는 경우에도, 보건의료제도신뢰가 대중이 국가의 성패를 어떻게 판단하고 있는지 보여주는 지침이 될 수 있다는 의미이다.

이러한 전제 하에서 보건의료제도신뢰는 단순히 의료서비스의 품질이나 질병의 치료성과를 넘어, 정부가 보건의료제도 전반에 성공적으로 개입하고 있는가에 대한 대중의 평가에 큰 영향을 받게 된다. 특히 정부가 의료공급의 책임을 맡고 있는 국가들에서, 정부에 대한 신뢰수준은 보건의료제도신뢰와 큰 상관관계를 보일 수 있다. 관련된 연구로 Ward(2006)는 심층인터뷰를 통해, 영국에서 일반의에 대한 불신은 의사의 역량보다도, 보건의료제도 및 정부에 대한 신뢰수준에 영향을 받고 있음을 드러냈다. 상대적으로 특수한 경우이나 Whetten 등(2006) 역시 질적 연구 방법을 택하여, 에이즈 환자들 중 정부신뢰가 높은 이들이, 보건의료제도가 제시하는 권장사항들을 더욱 잘 받아들였고, 의료공급자에 대한 신뢰도 높았음을 보인다. Rockers 등(2012)은 세계가치관조사 자료를 분석하여 개발도상국에서 보건의료체계의 평가지표들이 정부신뢰와 정적 상관관계를 보임을 밝혔다. 정리하자면 정부신뢰와 보건의료제도신뢰를 포함한 보건의료제도의 성과지표는 정적 상관을 보일 가능성이 크며, 어느 쪽이 일방적인 원인이 되기보다는 상호 연관된 관계라 할 수 있다.

일반신뢰 역시 보건의료제도신뢰를 향상시키는 데 기여할 수 있다. 이는 일반신뢰가 의료공급자에 대한 신뢰를 증가시키고, 대중의 보건의료제도 참여를 뒷받침하여 보건의료제도에 대한 자부심 및 효용감을 증대시키기 때문이다(Gilson, 2003). 일반신뢰가 사회자본의 사회자본 역할을 한다고 볼 수 있다. Rowe 등(2006)은 일반신뢰가 의료공급자에 대한 신뢰와 함께 보건의료제도신뢰를 높일 수 있음을 지적하였다. Mohseni 등(2007)은 2004년도 스웨덴 보건조사를 분석한 결과, 보건의료제도신뢰와 주관적 건강상태는 정적 상관관계를 보이며, 보건의료제도신뢰가 일반신뢰와 주관적 건강상태를 일부분 매개하는 역할을 하고 있음을 밝히기도 했다. Rothstein 등(2003)은 각종 제도신뢰에 대한 요인분석을 통해 보건의료제도신뢰가 경찰 및 법제도에 대한 신뢰와 높은 상관관계를 가지고 있음을 보이고, 제도신뢰가 일반신뢰와 높은 정적 상관관계를 가짐을 밝혔다. 더 나아가 Rothstein은 정부가 제도에 효과적으로 개입함으로써, 제도신뢰를 통해 일반신뢰 수준을 신장시킬 수 있다고 주장하기도 했다.

보건의료제도신뢰를 어떻게 구축할 수 있는지는 아직 알려지지 않은 점이 많다(Rowe & Calnan, 2006). 일반신뢰와 정부신뢰가 보건의료제도신뢰와 상관관계를 갖는다는 주장은 여러 차례 입증되었으나, 여전히 구체적인 기제는 완전히 규명되지 않은 상태이다. 다만 이론적, 경험적인 연구들을 통해 볼 때, 일반신뢰 및 정부신뢰가 보건의료제도신뢰에 영향을 줄 가능성이 높다고 판단되며, 반대 방향의 인과 역시 성립할 개연성이 있다.

나. 의료만족도

1) 의료만족도의 정의, 구성요소, 비판

의료서비스란 “의사가 주체가 되어 환자를 진찰하고 그 증세에 따라 적절한 투약이나 처리를 행하는 것으로 환자를 치료하는 행위와 관련된 직간접의 모든 서비스”(조성남, 2009: 24)이다. 의료서비스에 대한 주요 평가지표로서 의료만족도가 있으며, 1970년대 중반부터 의료서비스의 질을 평가하는 데 핵심적인 역할을 수행해왔다(Sitzia & Wood, 1997). Williams(1994)는 영국의 NHS 하에서 80년대 중반 이후 의료만족도가 핵심적 지위를 차지하게 된 과정을 설득력 있게 제시한 바 있다. 이러한 추세는 크게 변하지 않아, 환자중심의료가 널리 받아들여진 2000년대 이후 의료만족도는 가장 중요한 지표 중 하나로서 평가받고 있다(Krupat et al., 2001). 이는 일부분 시장경제논리가 보건의료체계에 받아들여졌음을 나타내는 것이기도 한데, 의료만족도에 대한 연구가 국내외를 막론하고 병원 경영을 위한 마케팅 및 소비자 만족의 연장선상에서 진행된 것이라는 박재산(2004)과 조성남(2009)의 분석은 이러한 사실을 방증한다. 의료만족도가 본질적으로 소비자 개념에 근거하고 있다는 점은 여러 연구자들이 반복적으로 지적하였다(Williams, 1994; Sitzia & Wood, 1997).

의료만족도는 만족이라는 개념의 특성상 주관적인 특징을 갖는다(Ware et al., 1983; Donabedian, 1988; Meredith et al., 1995). 이는 동일한 서비스를 받은 경우에도 개개인의 만족도 평가는 달라질 수 있으며, 어떤 사람은 의료서비스의 과정을 더욱 중시할 수 있는 반면, 과정보다 치료 결과가 성공적이었는지에 비중을 두는 사람도 있을 수 있다는 뜻이다(Sitzia & Wood, 1997: 1830). Donabedian(1988)은 의료서비스의 질을 구성하는 요소가 매우 복합적임을 지적하면서, 의료공급자와 소비자 각각은 질을 평가하는 기준이 상이할 수 있음을 지적한다. 그는 의료 품질 평가를 위한 구조-과정-결과 모형을 제시하며 의료서비스의 전달 과정이 의료만족도에 핵심적이라 보았는데, 이는 환자의 의료서비스에 대한 인지가 이 시

점에서 발생한다고 보았기 때문이다. 지각된 의료서비스만이 만족도로 이어진다는 것이다.

개인의 의료서비스에 대한 인지 여부와 더불어, 의료만족도는 개인의 의료서비스에 대한 기대수준에 영향을 받는다(Ware et al., 1983: 247; Sitzia & Wood, 1997: 1831; 박재산, 2004). Parasuraman 등(1988)은 소비자 만족도를 측정하는 지각된 서비스 품질 척도(SERVQUAL)를 제시한 연구에서, 소비자들은 서비스를 받으면서 나름의 기대를 가지게 되며, 그 기대를 초과하는 서비스에 대해 만족을 나타내는 경향이 있다고 주장했다. 이 때 소비자가 갖는 기대 수준은 개인의 경험이나 사회적인 분위기 등 다양한 조건에 의해 형성된다. 그의 주장은 의료만족도에도 통용될 수 있는 유력한 설명으로 받아들여진다. Meredith 등(1995) 역시 의료만족도가 환자의 기대에 영향을 받는 까닭에, 의료만족도는 의료기술 등 제반 조건의 변화를 일관되게 따라가기보다는 사회의 직·간접적인 영향 속에서 상당히 유동적인 양상을 띄게 되며, 의료서비스에 대한 개인의 경험이 계속해서 누적된 결과로 출현하게 된다고 보았다.

정리하자면 의료만족도는 전달이 인지된 의료서비스의 품질이 기대에 부응하였는지에 대한 환자의 주관적 판단이다. 이와 같은 전제 하에 의료만족도의 구성요소와, 이를 측정하는 방식에 대한 연구들이 진행되었다. Ware 등(1983: 248)은 의료만족도 구성요인을 친절함, 기술적 품질, 이용의 편리성, 비용적 측면, 효능성, 지속성, 물리적 환경, 이용가능성의 8가지로 정리하였다. Parasuraman 등(1988)은 자신들이 개발한 SERVQUAL 문항에 대한 요인분석을 통해 다섯 가지 구성요인을 추출하였다. 이는 각각 유형성, 신뢰성, 반응성, 확신성, 공감성이다. Reidenbachdh와 Sandifer-Smallwood의 1990년 연구는 SERVQUAL 개념을 보건의료조직에 적용한 초기 연구로서, 의료만족도를 일곱 개의 구성요소로 나누어 분석하고 있다. 이는 각각 의사신뢰, 병원신뢰, 기술적 품질, 부대시설 및 서비스, 물리적 환경, 대기시간, 정서적 배려이다. Brady 등(2001)은 SERVQUAL 문항을 위계적으로 구성하여, 지각된 서비스의 차원을 성과, 상호작용, 환경적 특성으로 나누고, 그 각각의 책임성, 반응성, 공감성을 측정하는 방식을 제시하기도 했다. 국내에서는 박재산(2004)이 직원친절

성, 의사진료만족, 간호수행만족, 입원생활환경, 시설 및 설비, 진료적정성, 절차편리성을 의료서비스 만족의 7가지 구성 요소로 분석했고, 조성남(2009)은 이용가능성, 접근가능성, 편의성, 지불가능성, 수용성의 5가지 층위를 제시하였다.

이렇게 정의되고 측정되는 의료만족도 개념에는 몇 가지 비판이 존재한다. 우선 전통적인 전문가 및 공급자의 의료품질 평가 방식을 옹호하는 한편으로, 의료만족도가 의료서비스의 품질을 측정하기 위한 도구로는 충분치 못하다는 지적이 있다. 의료만족도는 주관적 척도라 신뢰도가 낮은데다, 품질이라는 복합적인 개념을 평면화 할 수 있다는 것이다(Sitzia & Wood, 1997: 1831). Redfern 등(1990)은 의료만족도만으로는 충분치 않으며 형평성, 접근성, 수용성, 효율성, 효과성, 적정성의 여섯 가지 기준에 대한 복합적인 고려가 있을 때에만 의료서비스의 품질을 평가할 수 있다고 주장하기도 했다.

환자의 반응에 더욱 집중한 비판으로는 Williams(1994)가 있다. 그는 의료서비스에 대한 환자들의 판단이 반드시 만족이라는 형태로 발현되지는 않는다고 주장했다. 또한 그는 '환자 자신이 의료서비스를 판단할 지식이나 자격이 없다고 느끼나 의료진을 신뢰하는 태도'와, '의료서비스의 품질이나 결과가 최고는 아니나 의료진이 최선을 다했다고 느끼는 태도'가 동시에 의료만족도로 측정될 수 있다고 지적하기도 했다(Williams, 1994: 514). 그의 비판은 사회조사 및 지표화된 개념의 한계에 대한 본질적인 비판을 내재하고 있다. 다만 의료만족도의 측정방식에 관하여는 개선을 위한 노력이 꾸준히 진행되고 있으며, '지각된 서비스 품질'이 가지고 있는 여러 층위를 세분화하여 측정함으로써 과거보다 더욱 타당도를 높일 수 있는 조사 도구들이 개발되고 있으므로, 의료만족도 지표는 여전히 가능성을 가지고 있다 하겠다.

마지막으로 의료만족도가 소비자 만족도 개념에서 출발한 까닭에, 여타 시장에 판매될 것을 목적으로 하는 서비스와는 대비되는 의료서비스의 특징이 사라진다는 지적이 있다. 의료서비스는 시장에서 제공되는 여타 서비스와는 달리 국가가 국민의 건강을 보장하는 성격을 가지므로, 개별 서비스에 주목하기보다는 한 국가의 보건의료체계가 의료서비스를 효과적으

로 전달하고 있는지 평가할 필요성이 있다는 것이다. 이러한 입장에서는 환자를 소비자로, 병원 및 의사를 공급자로 치환하여 일대일 관계 속에서 의료만족도를 조사한 까닭에 의료서비스에 대한 대중 일반의 평가가 사라지는 데 주목한다(Bleich et al., 2009). Gilson(2003)이 주장하듯 보건의료제도가 국가 일반의 복지 및 정치 수준을 평가하는 기준이 될 수 있다는 점을 상기할 때, 이러한 비판은 더욱 큰 타당성을 갖는다.

이에 환자 개념을 넘어서 더욱 광범위한 대중을 상대로 보건의료체계 자체의 만족도를 조사하는 연구들이 여러 차례 이루어졌다. Wendt 등(2009)은 14개 유럽국가의 보건의료체계만족도와 그 구성요인을 연구하였다. 그는 연구를 통해 서구 복지국가에서 보건의료제도가 국민에게 안전이나 평등 등 사회적 가치를 담보하는 것으로 여겨지고 있음을 분명히 했다. Mossialos(1997)는 유럽 각국에서 진행된 의료개혁의 성과를 평가하기 위해 유럽 15개국의 보건의료체계만족도를 조사하였고, 대부분의 국가에서 높은 만족도 수치를 확인하였다. Connolly 등(2010)은 유럽의 보건의료체계를 종합적으로 평가하는 저서에서 보건의료체계만족도를 주요 지표 중 하나로 선정하였다. 이 연구들은 모두 유럽에서 국가 비교를 중심으로 진행된 것이며, 특히 의료개혁의 성과를 평가하기 위해 시작되었다는 공통점이 있다. 또한 이 연구들은 기존에 이용되는 의료만족도 조사와 같이 만족의 여러 측면을 고려하여 전문적으로 구성된 조사 문항을 이용하지 않고, 단일 문항으로 보건의료체계만족도를 살폈다는 한계점 역시 공유한다.

Bleich 등(2009: 271)은 의료만족도가 환자만족도와 보건의료체계만족도로 갈리게 된 것은 의료만족도에 대한 정의 및 측정방식이 통일되지 않은 까닭이라 주장하였다. 그는 환자만족도와 보건의료체계만족도가 실제로는 연결되어 있는 개념임을 강조하였고, '반응성'으로 개념화되는 환자 개인의 경험이 둘 사이를 매개해 주는 연결고리 역할을 한다고 보았다. 그는 2003년도 World Health Survey에서 조사된 21개국의 자료 중 7개 반응성 항목과 보건의료체계만족도의 상관관계를 분석하여, 둘 사이에는 유의한 정의 상관관계가 있음을 밝혔다.

다만 이들의 연구는 여전히 보건의료체계만족도를 단일문항으로 조사했

다는 한계와 함께, 응답자들이 보건의료체계만족도와 환자만족도를 확실히 구분하였는지 불명확하다는 문제를 안고 있다. 실제 대부분의 대중은 보건의료체계와 어떤 방식으로든 연관을 갖고 살아가며, 각자 나름의 의료이용 경험을 거의 반드시 갖게 되기에, 의료만족도 안에서 환자만족도와 보건의료체계만족도를 겹치는 부분 없이 갈라놓기란 불가능하다. 그러나 환자만족도와 보건의료체계만족도 사이에는 이론적으로나 현실적으로 층위의 차이가 분명히 존재하고 있으므로, 의료만족도, 특히 보건의료체계만족도를 측정하는 방법에 있어 여전히 더 많은 발전의 여지가 있는 것으로 보인다.

국내에서도 그간 의료만족도에 대한 활발한 연구가 진행되어왔다. 특히 경영학적인 관점 하에서 보건의료체계만족도보다는 환자만족도의 측면에 연구들이 집중되어 있다. 이는 만족도가 병원의 의료서비스 품질관리 및 경영에 핵심적인 요인으로 작용할 수 있기 때문으로, 한국의 의료체계 내에 시장기전이 자리 잡고 있음을 방증한다.

국내에서 진행된 환자만족도 연구의 방향은 크게 세 가지로 분류할 수 있다. 하나는 환자만족도가 재방문 의사 및 충성도 등 병원의 운영에 영향을 미치는 지표들을 실질적으로 향상시키는지 파악하고자 하는 경영자 관점의 연구이다. 김슬기 등(2010)과 박재산(2004)은 환자만족도가 병원에 대한 충성도를 분석하여, 환자만족도가 충성도의 핵심 요소임을 보인다. 특히 박재산은 병원에서 제공하는 서비스의 품질이 환자만족도로 이어지고, 이는 다시 충성도로 이어져 환자들의 재방문을 유도한다고 보았다.

둘째로 각종 시술 및 의료서비스의 제 요소가 환자만족도에 실제로 기여했는지를 확인하기 위한 연구가 있으며, 이 연구들 중 다수는 환자만족도의 측정방식에도 관심을 갖는다. 조성남(2009)은 국내외에서 이용되어온 환자만족도 측정방식들을 종합하여 환자만족도의 구성요인을 파악하고자 하였으며, 특히 의사 신뢰가 중요한 역할을 하였음을 드러냈다. 황지인 등(2001)의 연구는 환자만족도의 측정방식에 대해 본격적으로 문제를 제기하기 시작한 초기의 국내 연구들 중 하나로서, 간호의 품질이 상대적으로 환자만족도와 크게 연관되어 있다고 주장하였다.

마지막으로 각 지역 및 병원 혹은 특정 환자 및 인구집단의 환자만족도

수준과 관련요인을 파악 및 비교하는 연구가 존재한다. 이규식 등(1997)은 국내 7개 국립대학에 내원한 외래환자들의 환자만족도를 비교하였으며, 병원 선택에는 병원의 명성과 신뢰도가, 환자만족도에는 의사 및 간호사들의 서비스가 가장 큰 영향을 미쳤음을 보였다. 이외에도 위의 연구 경향들을 종합하여 각종 환자만족도 관련 요인들의 일반적인 구조를 모델로 만들고자 하는 시도들 역시 꾸준히 등장하고 있다.

국내에서 진행된 보건의료체계만족도에 관한 연구는 상대적으로 많지 않은 편이다. 진행된 보건의료체계만족도에 대한 연구들은 포괄적인 의미에서 보건의료체계 전반을 다루기보다는, 주로 건강보장제도에 초점을 맞추고 있다. 대표적인 연구로 박종연 외(2007)를 들 수 있다. 논문에서 저자는 의료서비스 소비자들이 능동적인 주체로 부상하면서, 보건의료체계의 평가지표로 만족도가 점점 더 중요한 역할을 맡게 되었음을 역설한다. 이에 저자는 건강보장제도의 만족도를 조사하는 설문지를 개발하였고, 질문을 크게 보장성, 품질, 적정성을 만족도의 세 층위로 구성하였다. 조사결과 2004년에서 2006년 사이 건강보장제도에 대한 만족도는 약간 향상된 것으로 나타났다.

국내에서 보건의료체계만족도에 대한 연구가 상대적으로 건강보장제도에 국한된 모습을 나타내는 것은, 건강보장제도가 분명한 컨트롤 타워를 가지고 제어되는 몇 안 되는 보건의료제도인 데 기인하는 바 있는 것으로 보인다. 한국의 보건의료체계에서는 각 병원 및 의사들이 갖는 개별성이 상대적으로 크다. 따라서 단일한 보건의료체계 전반의 만족도를 확인하기보다는 개별 병원의 만족도를 파악하는 것이 더 흔하며, 보건의료제도 중에서는 그나마 건강보장제도가 국가가 대중의 반응을 평가하고 개입하고자 하는 흔치 않은 위치를 점유하고 있는 것이다.

2) 신뢰와 의료만족도

신뢰가 대상에 대한 기대를 반영하는 개념인 한편, 의료만족도는 의료서비스에 대한 기대가 얼마나 충족되고 있는지를 나타내는 까닭에 신뢰와 의료만족도 사이에는 논리적으로 불가분의 관계가 있다. 두 개념 사이의 차이는 신뢰는 전향적인 성격을 띠는 반면, 만족도는 후향적인 성격을 띤다는 것이다(Hall et al., 2001:617). 만족도는 신뢰성의 역할을 하여 신뢰의 구축에 영향을 주며, 신뢰는 기대 수준을 정립하는 기능을 하는 까닭에 만족도에 영향을 줄 수 있다. Calnan 등(2006)은 신뢰가 의료만족도에 영향을 미치는 기제를 의료서비스 전달 과정에서의 중재효과로 설명한다.

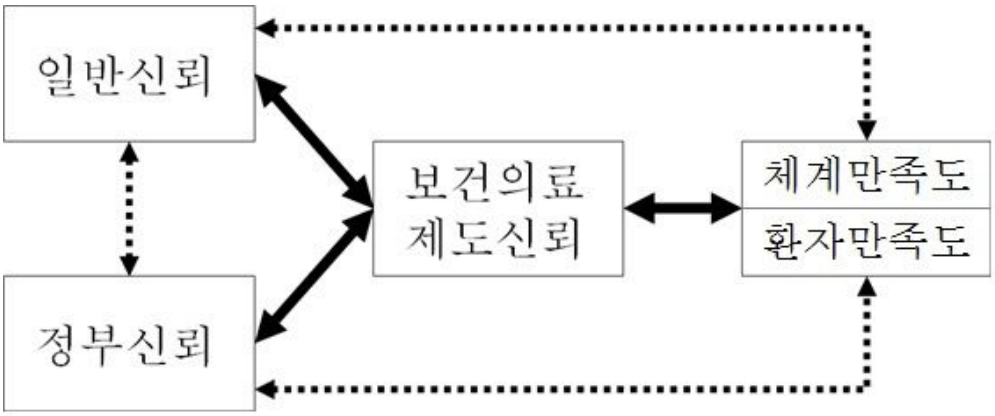
경험적으로도 신뢰와 의료만족도 간에 유의한 상관관계가 있음을 알려주는 여러 연구가 국내외에서 진행된 바 있다. 신뢰 연구자들은 여러 유형의 신뢰들 중 적어도 의료전문직 신뢰는 의료소비자 만족도에 선행하며, 병원 재이용의사에도 의료만족도보다 더욱 중요한 역할을 한다고 본다(Hall et al, 2001; 김길용 외, 2011). 특히 Thom 등의 1999년 연구는 6개월간 400인의 조사 대상자들을 달마다 반복 조사하여 의료전문직 신뢰가 의료소비자 만족도의 선행요인임을 확인하였고, 높은 신뢰도와 타당도로 결과를 뒷받침하였다.

일반신뢰와 의료만족도의 상관관계를 다룬 연구로 Lindström 등(2004)이 있다. 이 연구에서는 스칸디나비아 반도 주민을 대상으로 일반신뢰와 사회참여가 의료만족도에 미치는 영향을 조사하였다. 이 연구는 의료만족도를 의료진의 반응성에 국한시켜 살펴보았다는 한계는 있으나, 일반신뢰가 다른 사회참여보다 더 의료만족도에 유의한 영향을 미친다는 사실을 밝혀냈다. 그는 그 까닭을 Fukuyama(1995)의 개념을 빌려, 공동체가 소형화된 사회에서 의료진의 감정적지지 및 정보가 환자에게 전달되기 어려워지기 때문이라고 설명하였다. Perry 등(2008)은 뉴멕시코 지역 저소득층을 대상으로 사회자본과 개인의 보건의료경험 간 상관관계를 연구하였다. 그는 사회자본을 크게 사회적지지, 연결성, 공동체로 분류하였으며, 이 중 연결성을 측정하기 위해 일반신뢰 문항을 활용하였다. 그 결과 사회자본

항목들 중 유일하게 연결성만이 의료만족도와 유의한 정적 상관관계를 보였다. 이는 사회적지지가 오히려 의료이용 접근성을 떨어트리는 결과와는 상반된 것이다.

한편 정부신뢰와 의료만족도의 상관관계를 다룬 연구도 있다. Footman 등(2013)은 해체된 소비에트 연방 국가 9개국을 조사하여 로지스틱 회귀분석 방법으로 정부신뢰와 보건의료체계만족도의 상관관계를 살폈다. 그 결과 정부에 대한 신뢰와 보건의료체계만족도 사이의 상관관계가 유의하게 나타났다. Christensen 등(2005)은 노르웨이 국민을 대상으로 한 2001년 조사를 분석하여 의료만족도와 정부신뢰 사이에 유의한 정의 상관관계가 있음을 밝혔다. 한편 의료만족도와 정부신뢰 사이의 상관관계는 여타 공공 서비스와 비교했을 때, 비교군 가운데서 가장 큰 모습을 보였다.

보건의료제도신뢰는 보건의료체계만족도와 크게 구분되지 않고 쓰여 왔으나, 양자 간의 상관관계를 살피는 연구가 차차 나타나고 있다. Rose 등(2004)은 보건의료제도신뢰 측정을 위한 도구를 개발하며, 보건의료제도신뢰가 낮아질 경우 의료만족도가 하락할 수 있음을 경고한다. Calnan 등(2003)은 British Social Attitude Survey를 활용하여 연령과 의료만족도가 반비례하는 까닭을 살폈다. 여기서 그는 Putnam(2000)을 인용하여, 시장원리가 영국 NHS에 들어오면서 보건의료제도신뢰가 하락하게 됐고, 그 영향이 시장 원리가 들어오기 이전의 보건의료체계를 기억하는 노년층에게 더욱 큰 영향을 준 것으로 설명한다. LaVeist 등(2000)은 미국 메릴랜드 주의 만성 심장질환 환자 1784명을 대상으로 인종과 보건의료제도신뢰가 의료만족도에 미치는 영향을 살폈다. 그 결과 아프리카계 미국인에게서 더 많은 인종차별 보고와, 더 낮은 보건의료제도신뢰가 나타났고, 이 요인들은 유의하게 의료만족도를 낮추었다. 그 외에도 Smith et al.(1995), Boulware et al.(2003) 등의 연구에서 보건의료제도신뢰가 의료만족도에 미치는 영향을 강조하고 있다. 특히 인종에 따른 보건의료제도신뢰의 차이가 나쁜 건강결과로 이어질 수 있음을 확인하기 위한 목적에서, 보건의료제도신뢰와 의료만족도의 상관관계를 확인하는 경우가 많다.



<그림 1> 신뢰와 의료만족도의 상관관계 개념도

지금까지의 논의를 그림으로 나타내면 다음과 같다(<그림 1>). 일반신뢰와 정부신뢰는 보건의료제도신뢰와 상관관계가 있을 가능성이 높다. 정부는 보건의료제도의 책임 주체 중 하나로 보건의료제도의 성과가 정부신뢰를 향상시키며, 역으로 정부신뢰 수준에 따라 정부가 집행하는 정책 및 제도에 대한 신뢰 수준도 변화 가능하다. 일반신뢰는 의료전문직에 대한 신뢰수준을 제고하고, 대중의 제도참여를 고취하는 한편 정보 및 의료서비스 전달이 원활하도록 도와 보건의료제도신뢰를 높일 수 있다. Rothstein & Stolle(2003)등에 따라 제도의 성공적인 작동이 일반신뢰 수준을 향상시킬 수 있다고 보면, 반대로 보건의료제도신뢰의 상승이 일반신뢰의 상승으로 이어질 가능성도 있다.

보건의료제도신뢰와 의료만족도의 두 구성요소인 보건의료체계만족도 및 환자만족도는 모두 보건의료영역의 성과지표로 활용될 수 있으며, 이론적으로나 경험적으로 상관관계가 확인된다. 그 중에서도 보건의료체계만족도는 보건의료제도신뢰와 밀접한 연관이 있다. 일반신뢰 및 정부신뢰와 의료만족도 사이에는 상관관계가 있다는 주장이 있고, 몇몇 경험적 연구가 진행된 바 있으나 아직 불확실하며 더 많은 연구가 필요하다. 다만 Putnam(2000) 등의 주장을 따르자면 높은 일반신뢰 및 정부신뢰가 사회자본의 역할을 하여, 국가의 보건의료체계 작동을 더욱 수월하게 할 것이라 생각할 수 있기에, 일반신뢰 및 정부신뢰 수준이 높을수록 보건의료제

도신뢰가 의료만족도에 미치는 영향은 커질 것으로 예상된다. 위의 그림에는 표현되지 않았으나 일반신뢰 및 정부신뢰의 조절효과[6] 역시 나타날 가능성이 있다.

일반신뢰와 정부신뢰, 보건의료제도신뢰와 의료만족도의 층위를 보면 나열한 순서대로 더 문화적이고, 장기적이며, 거시적인 성격을 갖는 것으로부터, 더 제도적 해석에 가깝고, 가변적이며, 미시적인 성격을 갖는 것으로 이동한다. 상대적으로 전자에서 후자 방향으로 미치는 영향이, 그 반대의 경우보다 크리라 생각할 수 있다.

6) 조절효과는 통계용어로, 독립변인이 종속변인에 영향을 미칠 때, 제3의 변인(조절변인)의 존재가 그 영향의 양적·질적 측면에 영향을 줌을 의미한다.

3. 연구 가설

신뢰가 의료만족도에 미치는 영향을 파악하고자 할 때, 이상의 논의에서 다음과 같은 가설이 도출될 수 있다.

① 일반신뢰와 정부신뢰는 보건의료제도신뢰와 정적 상관관계가 있을 것이다.

② 보건의료제도신뢰는 의료만족도와 정적 상관관계가 있을 것이다.

③ 일반신뢰와 정부신뢰는 의료만족도와 정적 상관관계가 있을 것이다.

④ 일반신뢰와 정부신뢰가 높을수록 보건의료제도신뢰가 의료만족도에 미치는 영향력은 커질 것이다.

4. 연구방법

가. 분석대상

본 연구에서는 국제 사회 조사 프로그램(International Social Survey Programme, ISSP) 2011년도 조사를 분석하고자 한다. ISSP는 1984년 호주, 독일, 영국, 미국의 4개국에서 조사를 시작했으며, 사회과학적으로 중요하고 시의성이 있는 사회현상을 선정하여 매년 세계 각국을 조사한다. 2011년에는 처음으로 건강을 주제로 사회조사를 진행하였고, 17개국을 대상으로 의료만족도, 주관적 건강상태, 의료이용경험, 보건의료체계에 대한 신뢰도 등을 조사한 결과가 실려 있다. 그간 EU 등의 주도 하에 유럽 각국의 보건의료체계에 대한 대중의 평가를 비교할 수 있는 자료들은 종종 수집되어 왔으나, 비유럽지역의 보건의료체계 관련 변수들을 동일한 설문항목을 통해 비교할 수 있는 자료는 흔치 않았다는 점에서 ISSP 2011은 장점을 가지고 있다.

한편 변수의 구성과정에서 ISSP 2011에서 구할 수 없는 각국의 일반신뢰 및 정부신뢰 수준은 세계 가치관 조사(World Values Survey, WVS) 3~6차 조사(1990~2013)에서 확인하였다. WVS는 각국의 사회문화적, 정치적 변화에 영향을 주고 있는 신뢰 및 사회자본 변수들을 가장 깊이 있게 확인하는 조사이다.

본 연구는 ISSP 2011에서 조사된 데이터셋 중 1차로 공개된 17개국을 중심으로 진행하였다. 자료가 수집된 17개국 중 일반신뢰 및 정부신뢰를 확인할 수 없는 이스라엘을 제외한 16개국을 비교 국가로 선정했다. 16개국의 일반신뢰 및 정부신뢰 중 크로아티아와 체코는 WVS 3차 자료, 불가리아, 핀란드, 프랑스, 노르웨이, 스위스, 영국은 WVS 5차 자료를 이용하였고, 호주, 칠레, 대만, 일본, 한국, 필리핀, 러시아, 슬로베니아는 WVS 6차 자료에서 변수를 구성하였다. 활용된 사례 수는 보건의료체계만족도를 종속변수로 한 경우 11156개이며, 환자만족도가 종속변수인 경우 11043개이다.

나. 변수구성

이용한 변수들은 크게 인구학적 변수, 국가 수준의 신뢰 변수, 의료만족도 직접요인, 보건의료제도신뢰, 그리고 종속변수로 의료만족도 변수로 나눠진다. 각각의 측정방식은 <표 4>에 제시하였다.

먼저 통제하고자 하는 인구학적 변수들로 성별, 연령, 교육수준, 결혼상태, 거주 지역을 선정하였다. Calnan 등(2003)의 연구를 포함한 여러 연구에서 연령과 의료만족도는 부적 상관관계가 있는 것으로 드러나 왔다. 교육수준은 의료지식에 대한 프록시 변수로 활용 가능하며, 거주에 따른 의료접근성의 차이 등이 발생하므로 거주 지역을 통제 변수로 선정하였다. 소득수준이 국가마다 다른 기준을 통해 측정된 까닭에 변수로 넣지 못하였다.

국가 수준의 신뢰 변수로는 일반신뢰와 정부신뢰를 이용하였다. 일반신뢰는 대부분의 사람을 믿을 수 있는지 물어 그렇다고 대답한 응답자의 국가별 분율을 측정하여 활용한다. 정부신뢰는 얼마나 정부를 믿고 있는지를 4점 리커트 척도로 물어 신뢰하거나 매우 신뢰한다고 긍정적으로 답한 응답자의 국가별 분율을 사용했다. 위계선형모형 분석시는 각국의 일반신뢰와 정부신뢰의 평균을 측정하여, 평균 이상 국가의 일반신뢰와 정부신뢰를 1로, 이하인 경우 0으로 이분변수화 하였다.

의료만족도의 직접요인으로는 ISSP 2011에서 이용 가능한 변수 중 의사신뢰, 의사의 치료계획 상의여부, 의사의 치료역량 부족, 미충족의료(비용문제, 시간부족, 치료불가능, 대기열), 건강상태, 의료보장여부를 선정하였다. 의사신뢰, 상의 여부, 치료역량 등 의사의 친절성 및 신뢰성 항목은 smith et al.(1995), 조성남(2009) 등의 연구에서 의료만족도에 가장 큰 영향을 주는 변수로 나타났다. 미충족의료의 경우는 Ruggeri et al.(2003) 등에서 상관관계가 확인되었고, 특히 보건의료체계만족도와 높은 상관관계를 가질 것으로 보여 투입하였다. 의료보장여부와 건강상태는 Ware Jr. 등(1983) 의료만족도에 대한 초창기 연구에서부터 중요 변수로 여겨져 왔고, 유의하게 영향을 미침이 알려져 있다.

보건의료제도신뢰는 보건의료체계에 대한 확신이 있느냐는 물음을 5점 리커트 척도로 물은 것을 이용하였다. 제도와 체계는 다른 개념이므로 보건의료체계신뢰를 보건의료제도신뢰로 이용하는 데에는 분명 난점이 있다. 그러나 응답자가 체계와 제도를 분류하여 답했으리라 생각하기 어려우며, 설문 문항에 이용되는 확신(confidence)이라는 표현이 신뢰(trust)와는 달리 제도신뢰를 가리키므로 보건의료제도신뢰로 활용이 충분히 가능할 것으로 보인다.

<표 4> 사용된 변수의 측정방식

변수		측정	비고
독립변수			
인구학적 변수	성별	-	남성=1, 여성=2
	연령	-	15세~100세
	교육수준	-	무학=0, 초졸=1, 중졸=2, 고졸=3, 상위고등교육=4 대졸(전문대포함) =5, 석·박사=6
	결혼상태	사실혼, 동거 여부 포함	배우자와 동거=1, 있으나 비동거중=2, 배우자 없음=3
	거주지역	-	대도시=1, 근교=2, 중소도시=3, 시골마을=4, 시골=5
의사역량	의사신뢰	"일반적으로 의사는 믿을 만하다"	1(매우그렇다)~5(매우아니다)
	치료계획 상의여부	"일반적으로 의사들은 치료 옵션을 환자들과 상의한다"	
	치료역량 부족	"일반적으로 의사들은 그들이 반드시 지녀야 할 만큼의 치료역량을 갖지 못했다"	
미충족의료	비용문제	"비용 문제입니까"	예=1, 아니오=2 (모든 측정문항 앞에 "지난 1년간 필요할 때 치료를 받지 못한 이유가" 생략)
	시간부족	"직장일 등으로 인해 시간이 나지 않아서입니까"	
	치료불가능	"당신이 사는 곳 주위에서 치료가 불가능해서입니까"	
	대기열문제	"대기열이 너무 길어서입니까"	
기타	건강상태	장애 및 만성질환 보유 여부	예=1, 아니오=2
	의료보장여부	"당신의 건강보험보장에 대해 생각하면 당신은 뭐라고 답하시겠습니까"	매우 잘 보장됨=1, 보장됨=2, 보장안됨=3

보건의료 제도신뢰	보건의료제도신뢰	“당신은 보통 당신의 나라의 보건의료체계를 신뢰합니까”	1(매우그렇다)~5(매우아니다)
국가수준 변수			
일반신뢰		"대부분의 사람은 믿을 만하다"에 대한 찬성정도	신뢰안함=0, 신뢰함=1 (신뢰하는 응답자의 분율 이용)
정부신뢰		"당신은 정부를 얼마나 믿고 있습니까"	1(매우아니다)~4(매우그렇다) (3점과 4점 응답자의 합의 분율 이용)
종속변수			
의료만족도	보건의료체계만족도	"당신은 보통 당신의 나라의 보건의료체계에 얼마나 만족합니까"	1(완벽히만족)~7(완벽히불만족)
	환자만족도	"(의사/병원) 당신이 마지막으로 방문했을 때 얼마나 만족했습니까"	1(완벽히만족)~7(완벽히불만족) (질문에 대한 응답의 평균값)

종속변수인 의료만족도는 ISSP 2011에서 네 가지 문항을 이용해 각각을 7점 리커트 척도로 측정하고 있다. 보건의료체계만족도, 의사만족도, 병원만족도, 대체의학 시술자에 대한 만족도가 그것이다. 이를 층위에 따라 보건의료체계만족도와 환자만족도의 두 가지 변수로 분류하였다. 새롭게 구성한 환자만족도 변수에 대한 요인분석 결과, 세 만족도 변수는 모두 단일 요인에 속해있었으며 각각의 성분값은 의사만족 0.841, 대체의학만족 0.745, 병원만족 0.820이었다. 크론바하의 알파값은 0.722로 나타나 신뢰도가 충분히 높다고 판단할 수 있다.[7] 이 중 대체의학만족도는 의사만족 및 병원만족과는 상이한 성격을 가지고 있다고 판단하여, 환자만족도에 포함된 의사만족도와 병원만족도의 평균값으로 환자만족도를 조작화하였다. 단 의사만족도, 병원만족도, 대체의학만족도 모두가 나름의 의미를 갖고 있으므로, 더욱 풍부한 해석을 위해 변수들의 국가군별 평균 등

7) eigen-value는 의사만족 변수가 1을 넘은 1.934를 기록하여 가장 큰 설명력을 가진 것으로 드러났다. 그러나 eigen-value는 요인분석에 투입된 변수의 수가 20을 넘지 않을 때는 유의미한 설명을 제공하지 못하는 것으로 알려져 있다.

을 살필 때는 묶지 않고 그대로 이용하였다.

<표 5> 사용된 변수의 기술통계

	N	평균	표준편차	최소값	최대값
성별	24893	1.52	0.499	1	2
연령	24849	46.69	17.447	15	100
교육수준	24642	3.17	1.518	0	6
결혼상태	23718	1.70	0.928	1	3
거주지역	24815	2.68	1.258	1	5
의사신뢰	24573	2.34	0.855	1	5
치료계획 상의여부	24027	2.81	1.047	1	5
치료역량 부족	23596	3.03	1.008	1	5
비용문제	18223	1.92	0.277	1	2
시간부족	18094	1.89	0.310	1	2
치료불가능	15899	1.91	0.286	1	2
대기열문제	17870	1.88	0.323	1	2
건강상태	24711	1.69	0.462	1	2
의료보장여부	20594	2.05	0.612	1	3
보건의료제도신뢰	23338	2.88	0.960	1	5
일반신뢰(국가수준)	16	0.327	0.184	0	1
정부신뢰(국가수준)	16	0.418	0.161	0	1
보건의료체계만족도	24508	3.53	1.252	1	7
의사만족도	23170	2.84	1.214	1	7
병원만족도	9331	3.03	1.229	1	7
대체의학시술자 만족도	15211	2.89	1.289	1	7
환자만족도	23317	2.87	1.146	1	7

다. 분석방법

일반신뢰와 정부신뢰가 보건의료제도신뢰 및 의료만족도에 미치는 영향을 살피기 위하여, 일반신뢰와 정부신뢰를 기준으로 비교대상 국가들을 4개 국가군으로 분류하여 보건의료제도신뢰 및 의료만족도 변수에 대한 일원배치 분산분석(one-way ANOVA)을 실시하였다. 국가군 분류는 이재혁(1998)의 모델을 일반신뢰 및 정부신뢰에 맞춰 수정한 모델을 이용하였다.

일원배치 분산분석은 각 집단의 평균의 차가 유의한지를 확인하고자 할 때 이용된다. 일원배치 분산분석을 실시하기 위해서는 정규성 가정과 등분산성 가정을 만족시켜야 한다. 정규성 가정의 경우 표본수가 충분히 많을 경우 가정을 만족시키는 것으로 보고 분석을 시행하며, 본 연구는 이 경우에 해당된다고 보아 추가적인 검증을 시행하지 않았다. 등분산성 가정의 경우 각 모집단의 분산의 등질성에 대한 검정을 위해 Levene 통계량을 살핀 결과 신뢰수준 99%에서 등분산성 가정을 보장할 수 없음을 확인하였다($p<.01$). 이에 등분산을 가정하지 않을 경우 통상적으로 활용하는 사후검정 방법인 Dunnett T3를 이용하여 비교집단별 종속변수의 평균값의 차이가 유의한지를 살펴보았다.

보건의료제도신뢰가 의료만족도에 미치는 영향 및 일반신뢰와 정부신뢰의 조절효과를 확인하기 위해서는 위계선형모형(HLM: Hierarchical Linear Model) 분석을 실시하였다. 위계선형모형을 이용하는 것은 일반신뢰와 정부신뢰가 여타 변수와는 영향을 주는 수준이 다른 까닭에 단일 수준에서 분석할 경우 분석단위의 독립성 가정을 위배하는 등의 문제가 발생하기 때문이다. 반면 위계선형모형은 거시적인 차원의 변수를 랜덤효과로서 통제할 수 있으므로, 일반선형모형을 활용하였을 때의 문제들을 피해갈 수 있다(유정진, 2006).

분석은 우선 상호작용항을 포함하지 않은 위계선형모형을 분석하고, 상호작용항을 포함한 위계선형모형을 분석한 이후 두 결과를 비교함으로써 진행된다. 종속변수가 보건의료체계만족도와 환자만족도로 나눠져 있으므로, 분석하는 모형은 총 4개가 된다. 두 변수 모두 연속변수이므로 일반

위계선형모형 분석을 실시하였다.

$$\text{의료서비스만족도}_{ij} = \beta_0 + \beta_1(\text{신뢰외변수})_{ij} + \beta_2(\text{보건의료제도신뢰})_{ij} + \upsilon_{0j} + \upsilon_{1j}(\text{일반신뢰및정부신뢰})_{ij} + \epsilon_{ij} \quad \text{- (1)}$$

(1)은 모형의 기본식이다. 의료만족도ij는 국가 j에 속한 개인 i의 의료만족도를 의미한다. 베타0은 절편, 베타1은 보건의료제도신뢰를 제외한 나머지 변수들의, 베타2는 보건의료제도신뢰의 계수를 뜻한다. 업실론0j는 의료만족도에 j라는 국가가 미치는 영향이며, 업실론1j는 국가수준의 변수인 일반신뢰와 정부신뢰의 계수이며, 엡실론ij는 개인 수준의 잔차다. 여기에 일반신뢰 및 정부신뢰와 보건의료제도신뢰 변수의 상호작용항을 추가하면 다음과 같은 식 (2)가 도출된다.

$$\text{의료서비스만족도}_{ij} = \beta_0 + \beta_1(\text{신뢰외변수})_{ij} + \beta_2(\text{보건의료제도신뢰})_{ij} + \beta_3(\text{보건의료제도신뢰} \times \text{일반신뢰및정부신뢰})_{ij} + \upsilon_{0j} + \upsilon_{1j}(\text{일반신뢰및정부신뢰})_{ij} + \epsilon_{ij} \quad \text{- (2)}$$

일반신뢰와 정부신뢰는 더미변수로, 0일 때는 보건의료제도신뢰의 영향만 살피게 되지만, 1일 때는 보건의료제도신뢰의 영향에 더해 일반신뢰 및 정부신뢰의 상호작용항의 영향까지를 살피게 된다. 위의 식을 통해 국가 수준의 변수인 일반신뢰 및 정부신뢰가 보건의료제도신뢰와 의료만족도 사이의 관계에 미치는 영향을 확인할 수 있을 것으로 기대된다.

국가 수준의 변수를 측정하는 데 쓰인 국가 표본수가 16으로 적기 때문에 위계선형모형을 활용하는 데 난점이 있다. 위계선형모형의 조건으로 논하는 30/30(30개 집단에 각각 30개 표본)이나 50/20(50개 집단에 각각 20개 표본)에 크게 미달하는 숫자이다. 그러나 개인 수준의 표본수가 충분할 경우 집단 표본수의 허용범위는 늘어날 수 있으며, 30/30의 경우 가장 보수적인 조건으로 사회과학 연구에서는 유연성을 가지고 활용한다는 지적(유정진, 2006)을 따라 분석을 진행하였다. 단, 회귀분석 시 변수 하나에 스무 개 정도의 표본수가 적당하다는 전제에 따라 국가수준 변수인 일

반신뢰와 정부신뢰는 각기 다른 모형에 투입하여 분석하였다.

위계선형모형을 분석하는 것만으로도 일반신뢰와 정부신뢰가 의료만족도와 상관관계가 있는지 확인하는 것이 가능하나, 신뢰를 이용한 국가군 분류를 통해 더욱 직관적으로 정부 및 정치제도의 형태와 보건의료체계 성과지표 사이의 연관관계를 살필 수 있는 장점이 있다고 보아 일원배치 분산분석을 따로 실시하였다.

그 외에 각국의 일반신뢰 및 정부신뢰와 보건의료제도신뢰, 의료만족도 변수 사이의 관계를 간략히 드러내기 위해서 산점도를 작성하고, 단순선형회귀분석을 수행하였다. 분석 과정에서 조사된 표본의 대표성을 확보하기 위해 ISSP 측에서 제공한 가중치를 부여하였다. 이용한 통계 패키지 프로그램은 IBM SPSS 20이다.

5. 연구 결과

가. 주요 변수들의 분포

1) 일반신뢰와 정부신뢰

각국에서 일반신뢰와 정부신뢰에 긍정적으로 응답한 분율을 살펴보았다(<표 6>). 16개 비교국에서 일반신뢰의 경우는 노르웨이가 가장 높아 74%가 넘는 응답자가 일반적으로 타인을 신뢰한다고 답하였다. 이는 2위 핀란드와 3위 호주에 비해서도 상당한 차이를 보이는 것이다. 가장 낮은 일반신뢰 수준을 보인 국가는 필리핀으로, 응답자의 3% 정도만이 주위 사람들을 신뢰한다고 답했다. 일반신뢰의 평균값은 0.327이었다.

<표 6> 비교국가별 일반신뢰 평균 및 표준편차

순위	국가명	평균	표준편차	순위	국가명	평균	표준편차
1	노르웨이	0.742	0.438	9	체코	0.272	0.452
2	핀란드	0.588	0.492	10	한국	0.266	0.442
3	호주	0.518	0.500	11	크로아티아	0.228	0.434
4	스위스	0.511	0.499	12	불가리아	0.220	0.414
5	일본	0.388	0.487	13	슬로베니아	0.201	0.401
6	영국	0.343	0.460	14	프랑스	0.187	0.390
7	대만	0.309	0.462	15	칠레	0.128	0.334
8	러시아	0.296	0.457	16	필리핀	0.032	0.175

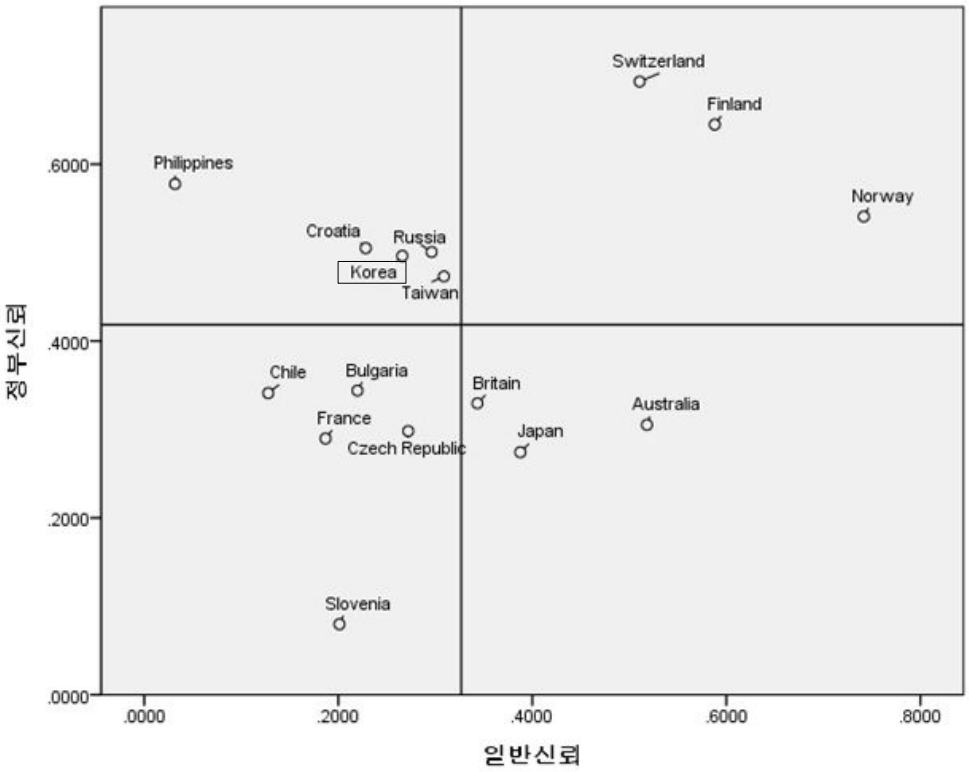
16개 비교 국가들의 정부신뢰 수준을 살펴본 결과는 다음과 같다(<표 7>). 가장 높은 국가는 스위스로 응답자의 69.3%가 자국 정부를 매우 신뢰하거나 상당히 신뢰한다고 답하였다. 그 뒤를 핀란드, 필리핀, 노르웨이 순으로 이었다. 가장 낮은 국가는 슬로베니아로, 응답자의 8%만이 정부를 신뢰한다고 답하였다. 일본이 0.274로 두 번째로 낮은 모습을 보였는데,

슬로베니아와는 19% 정도의 차이를 보여 슬로베니아의 정부신뢰 수준이 특이할 정도로 낮음을 알 수 있다. 그 다음이 프랑스, 체코 순이었다. 16개국의 정부신뢰의 평균값은 0.418로 나타났다.

<표 7> 비교국가별 정부신뢰 평균 및 표준편차

순위	국가명	평균	표준편차	순위	국가명	평균	표준편차
1	스위스	0.693	0.465	9	불가리아	0.344	0.475
2	핀란드	0.645	0.478	10	칠레	0.341	0.474
3	필리핀	0.578	0.496	11	영국	0.329	0.473
4	노르웨이	0.541	0.499	12	호주	0.305	0.460
5	크로아티아	0.505	0.500	13	체코	0.298	0.458
6	러시아	0.501	0.498	14	프랑스	0.290	0.456
7	**한국**	**0.496**	**0.497**	15	일본	0.274	0.446
8	대만	0.473	0.495	16	슬로베니아	0.080	0.272

한국은 0.496의 정부신뢰와, 0.266의 일반신뢰 수준을 기록하였다. 정부신뢰는 비교국가 평균보다 높았으며, 일반신뢰는 낮았다. 필리핀은 비교국가 중 3위의 높은 정부신뢰 수준을 나타냈으나, 일반신뢰는 가장 낮아 극과 극으로 수치가 갈리는 모습을 보였다. 이는 다른 국가들이 일반신뢰와 정부신뢰 순위가 크게 차이나지 않은 것에 비해 특징적인 점이다.



<그림 2> 비교국가의 일반신뢰 및 정부신뢰 산점도

일반신뢰와 정부신뢰의 평균값을 기준으로 비교 국가들을 네 개의 비교군으로 분류하였다(<그림 2>). 일반신뢰와 정부신뢰가 모두 높은 신뢰국가군에는 노르웨이, 핀란드, 스위스가 포함되었다. 일반신뢰가 정부신뢰에 비해 상대적으로 높은 제도안정 국가군에는 호주, 일본, 영국이 속한다. 반대로 정부신뢰가 일반신뢰에 비해 상대적으로 양호한 권위주의 국가군으로는 대만, 러시아, 한국, 크로아티아, 필리핀이 들어간다. 일반신뢰와 정부신뢰가 모두 낮은 저신뢰 국가군으로는 슬로베니아, 체코, 불가리아, 프랑스, 칠레가 있다.

신뢰국가군에 속한 나라들은 높은 소득수준과 복지수준으로 표상된다. 한편 제도안정 국가군의 국가들은 상대적으로 신뢰국가군의 국가들보다는 자유주의적인 형태를 지닌 것으로 평가할 수 있다. 권위주의 국가군에는

일본을 뺀 아시아 국가들과 더불어 러시아와 크로아티아가 포함되어 있으며, 이 나라들은 최근까지도 독재 정권이 존속하였던 국가들이나 경제적으로는 무난한 모습을 보여주고 있다. 저신뢰 국가군에 속하는 국가들은 주로 구 공산권 국가들로, 특히 조사 시점에 경제 위기를 비롯한 사회 불안정을 겪은 경우가 많다. 프랑스의 경우에는 조사 시점이었던 2005년에 분배 불평등 및 인종 갈등 문제로 소요 사태가 발생한 바 있다.

2) 보건의료제도신뢰

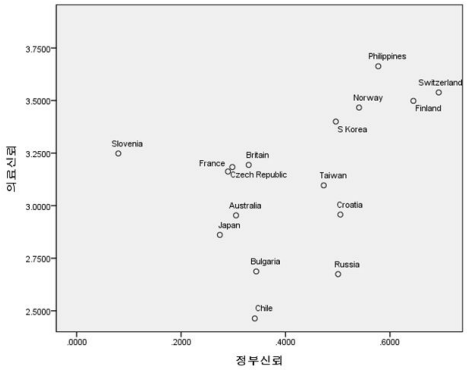
보건의료제도에 대한 각국의 신뢰 수준을 살펴보았다(<표 8>). 판단의 용이성을 위해 척도의 방향을 바꾸어 5점 리커트 척도에서 1점을 매우 신뢰하지 않음으로, 5점을 매우 신뢰함으로 두고 평균치를 계산하였다. 그 결과 필리핀이 3.66으로 가장 높은 신뢰도를 보였으며, 최하위인 칠레의 2.46보다 1점 이상 높은 점수를 기록하였다. 필리핀은 스위스, 핀란드, 노르웨이 등 서구 선진국보다도 높은 보건의료제도 에 대한 신뢰를 보였다. 반면 보건의료제도가 상대적으로 잘 갖춰진 호주가 예상 외로 낮은 보건의료제도신뢰를 보였으며, 영국과 프랑스 역시 평균치를 크게 벗어나지 않았다. 보건의료제도신뢰의 평균값은 3.13으로 척도의 평균값인 3보다는 약간 높았다.

<표 8> 비교국가별 보건의료제도신뢰 평균 및 표준편차

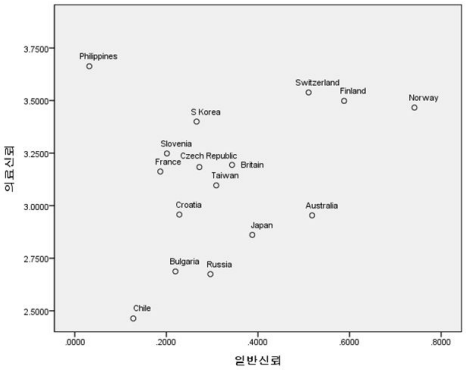
순위	국가명	평균	표준편차	순위	국가명	평균	표준편차
1	필리핀	3.66	0.931	9	프랑스	3.16	0.726
2	스위스	3.54	0.747	10	대만	3.10	0.997
3	핀란드	3.50	0.667	11	크로아티아	2.96	0.893
4	노르웨이	3.47	0.690	12	호주	2.95	0.849
5	**한국**	**3.40**	**0.944**	13	일본	2.86	0.727
6	슬로베니아	3.25	0.826	14	불가리아	2.69	1.101
7	영국	3.19	0.760	15	러시아	2.67	1.121
8	체코	3.18	0.983	16	칠레	2.46	0.937

일반신뢰 및 정부신뢰에 따라 나눈 국가군별로 보건의료제도에 대한 신뢰수준에 차이가 나타나는지를 살피기 전에 일반신뢰 및 정부신뢰와 보건의료제도신뢰 사이의 상관관계를 대략적으로 살피기 위하여 산점도를 그려 확인하였다(<그림 3>, <그림 4>). 비교국가수가 많지 않아 뚜렷한 경향을 확인하기에는 어려움이 있으나, 정부신뢰와 보건의료제도신뢰 사이에는 전반적으로 정의 상관관계가 나타났다. 특히 슬로베니아를 제외하고

관찰할 경우 이러한 경향은 더욱 뚜렷하였다. 한편 일반신뢰와 보건의료제도신뢰 사이에는 특별한 경향이 나타나지 않았으나, 노르웨이가 위치한 3.5점 정도의 값으로 수렴 하는듯한 모습을 보였다.



<그림 3> 비교국가의 정부신뢰와 보건의료제도신뢰



<그림 4> 비교국가의 일반신뢰와 보건의료제도신뢰

표본수가 적고 통제변수를 두지 않아 큰 의미는 없으나 16개 국가의 평균치를 이용하여 단순선형회귀분석을 실시하였을 때에도 전술한 것과 같은 결과가 나타났다. 정부신뢰와 보건의료제도신뢰는 90% 신뢰수준에서 정의 상관관계를 보였으며(p=.079, R^2=.147), 일반신뢰와 보건의료제도신뢰는 특별한 상관관계가 나타나지 않았다(p=.271, R^2=.020). 그러나 극단적으로 낮은 일반신뢰와 정부신뢰 값을 보이는 필리핀과 슬로베니아를 배제하고 단순선형회귀분석을 실시한 결과, 일반신뢰와 정부신뢰 모두 신뢰수준 95%에서 보건의료제도신뢰와 유의한 정의 상관관계를 보였다(일반신뢰: p=.026, R^2=.275, 정부신뢰: p=.016, R^2=.325). 특히 정부신뢰의 경우에는 신뢰에 가장 큰 영향을 미치는 변수로 알려진 인구당 GDP[8]를 통제한 이후에도 95% 신뢰수준에서 유의한 값을 나타냈다(p=.031, R^2=.354). 이를 통해 볼 때 일반신뢰와 정부신뢰가 보건의료제도신뢰와 상관관계를 가진다고 확신할 수는 없으나, 어느 정도의 개연성은 나타나는 것으로 보이며,

8) World Bank의 2011년도 'GDP per capita(current US dollar)'데이터를 활용하였다.

특히 정부신뢰와 연관이 있을 것으로 보인다.

3) 의료만족도

16개 비교국가 가운데서는 보건의료체계만족도와 환자만족도 두 부문 모두에서 스위스가 가장 높은 점수를 기록하였다(<표 9>, <표 10>). 두 만족도 모두 7점 리커트 척도로 측정되었고, 1점을 완전히 만족으로, 7점을 완전히 불만족으로 두고 평균값을 살폈다. 16개국의 평균값은 보건의료체계만족도가 3.56, 환자만족도가 2.90이었다. 보건의료제도신뢰도 가장 높았던 필리핀은 보건의료체계에 대한 만족도 역시 비교국가 중 4위에 올라 높은 순위를 보였으나, 환자만족도에서는 비교국가 중 9위로 상대적으로 낮은 값을 보였다. 한국은 보건의료체계만족도는 평균보다 약간 웃도는 수치를 기록하였으나, 환자만족도는 비교국가 중 12위로 개선의 필요성을 나타냈다. 호주와 프랑스의 경우 보건의료제도신뢰도에서는 높은 점수를 기록하지 못하였으나, 보건의료체계만족도와 환자만족도에서는 양호한 모습을 보였다.

<표 9> 비교국가별 보건의료체계만족도 평균 및 표준편차

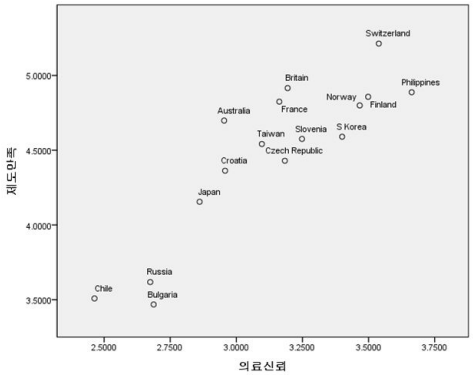
순위	국가명	평균	표준편차	순위	국가명	평균	표준편차
1	스위스	2.79	0.89	9	슬로베니아	3.42	1.01
2	영국	3.11	1.14	10	대만	3.50	1.18
3	핀란드	3.14	1.50	11	체코	3.59	1.19
4	필리핀	3.15	1.26	12	크로아티아	3.64	1.20
5	노르웨이	3.21	1.06	13	일본	3.85	1.18
6	프랑스	3.20	0.95	14	러시아	4.37	1.32
7	호주	3.38	1.18	15	칠레	4.56	1.44
8	**한국**	**3.41**	**1.11**	16	불가리아	4.58	1.45

<표 10> 비교국가별 환자만족도 평균 및 표준편차

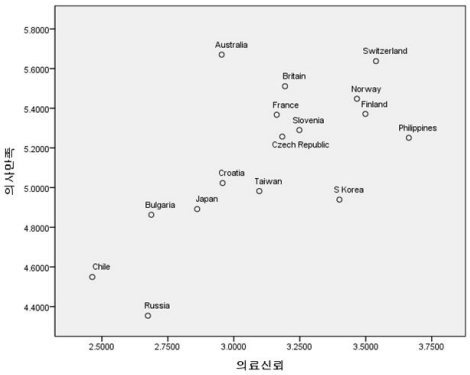
순위	국가명	평균	표준편차	순위	국가명	평균	표준편차
1	스위스	2.394	0.89	9	필리핀	2.906	1.18
2	호주	2.49	1.06	10	크로아티아	3.012	1.16
3	노르웨이	2.57	1.00	11	대만	3.069	0.86
4	핀란드	2.593	1.14	**12**	**한국**	**3.089**	**1.08**
5	영국	2.643	1.14	13	일본	3.116	1.17
6	프랑스	2.706	1.10	14	불가리아	3.207	1.26
7	슬로베니아	2.713	1.05	15	칠레	3.405	1.18
8	체코	2.843	1.19	16	러시아	3.609	1.26

각국의 보건의료제도신뢰와 각 만족도 점수의 평균치를 가지고 산점도를 그려 본 결과, 모든 경우 상당히 뚜렷한 정적 상관관계가 드러났다(<그림 5>, <그림 6>, <그림 7>, <그림 8>)[9]. 국가 차원에서 각 변수간 단순선형회귀분석을 실시한 결과에서도 보건의료제도신뢰는 각 만족도와 강한 정적 상관관계를 가지고 있는 것으로 나타났다(보건의료체계만족도: $p<.01$, $R^2=.761$, 의사만족도: $p=.003$, $R^2=.434$, 대체의학시술자 만족도: $p=.012$, $R^2=.326$, 병원만족도 $p=.004$, $R^2=.429$).

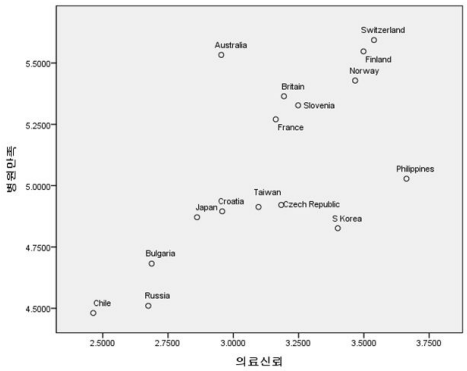
9) 가시성을 위해 1점을 완전히 불만족으로, 7점을 완전히 만족으로 처리하여 분석하였다.



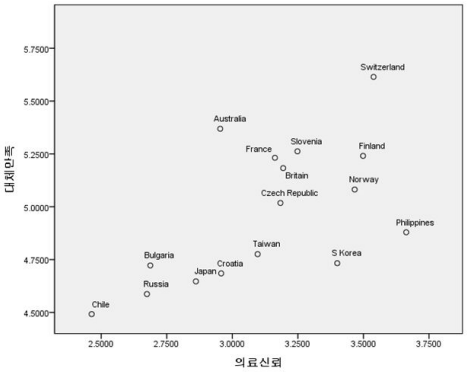
<그림 5> 비교국가의 보건의료제도신뢰와 보건의료체계만족도



<그림 6> 비교국가의 보건의료제도신뢰와 의사만족도



<그림 7> 비교국가의 보건의료제도신뢰와 병원만족도



<그림 8> 비교국가의 보건의료제도신뢰와 대체의학시술자 만족도

나. 국가군별 보건의료제도신뢰 및 의료만족도

1) 국가군별 보건의료제도신뢰에 대한 일원배치 분산분석

본격적으로 일반신뢰와 정부신뢰로 구분한 국가군에 따른 보건의료제도 신뢰 값의 차이를 알아보기 위해 일원배치 분산분석을 실시하였다. 5점 리커트 척도로 1점이 매우 신뢰를, 5점이 매우 신뢰하지 않음을 나타낸다. 각 국가군의 표본수는 신뢰형 4264, 제도안정형 5211, 권위주의형 6499, 저신뢰형 8562였다(<표 11>). 모든 국가군에서 척도의 평균값인 3점보다 낮은 보건의료제도신뢰 값을 보임으로써 전반적으로 보건의료제도에 대한 신뢰 수준이 양호함을 알 수 있었다. 국가군별 평균값은 각각 2.5, 2.96, 2.85, 3.0으로, 신뢰형, 권위주의형, 제도안정형, 저신뢰형의 순으로 보건의료제도에 대한 신뢰수준이 높았다.

<표 11> 국가유형별 보건의료제도신뢰

	N	평균	표준편차
신뢰형	4264	2.50	0.81
제도안정형	5211	2.96	0.91
권위주의형	6499	2.85	1.03
저신뢰형	8562	3.00	0.97
합계	24536	2.87	0.96

Levene 검정 결과 비교하는 네 군의 분산이 동일하다는 일원배치 분산분석의 조건을 만족하지 않는 것으로 나타났으므로, 등분산을 가정하지 않을 경우 통상적으로 활용하는 사후검정 방법인 Dunnett T3를 이용하여 평균값의 차이가 유의한지를 살펴보았다(<표 12>).[10]

10) 등분산성 가정을 만족시키지 못했을 때 또한 활용하는 것이 비모수적 방법인 Kruskal-Wallis 검정이다. Kruskal-Wallis 검정 결과 근사 유의확률은 <.01로 유의한 집단 간 차이가 확인되었으며, 각 국가군의 평균순위는 9580.74, 13107.44, 12156.38, 13181.55였다. 사후검정을 위해 각 표본의 보건의료제도신

<표 12> 국가유형별 보건의료제도신뢰 일원배치 분산분석 사후검정표

국가군	비교국가군	평균차	표준오차	유의확률	95% 신뢰구간	
					하한값	상한값
신뢰형	제도안정형	-.459*	.018	.001	-.51	-.41
	권위주의형	-.345*	.018	.000	-.39	-.30
	저신뢰형	-.500*	.016	.000	-.54	-.46
제도안정형	권위주의형	.114*	.018	0.000	.07	.16
	저신뢰형	-.041	.016	.075	-.08	.00
권위주의형	저신뢰형	-.154*	.017	0.000	-.20	-.11

주: *<.05

분석 결과 신뢰수준 95%에서 제도안정형과 저신뢰형 국가군의 평균값을 제외한 다른 모든 경우에 유의한 차이가 있음이 드러났다. 제도안정형과 저신뢰형 국가군은 상대적으로 낮은 보건의료제도신뢰를 나타낸 한편으로 양자의 평균치가 큰 차이를 보이지 않았다. 따라서 보건의료제도신뢰는 일반신뢰보다는 정부신뢰에 더 큰 영향을 받을 가능성이 있다. 권위주의형 국가에서 제도안정형 국가보다 높은 보건의료제도신뢰를 나타낸 것은, 대중의 정부에 대한 평가가 제도의 성패와 더욱 밀접히 연관된 까닭으로 사료된다.

통계분석을 통해 일반신뢰와 정부신뢰가 모두 높은 신뢰국가들에서 보건의료제도신뢰도 높은 값을 나타내는 경향이 있음을 확인하였다. 특히 제도의 집행자로서 각종 제도신뢰와 연관성이 큰 정부신뢰의 경우 보건의료제도신뢰와도 정적 상관관계가 상대적으로 강하게 드러났다. 그럼에도 앞선 회귀분석 결과와, 신뢰형 국가가 권위주의형 국가보다 보건의료제도신뢰 점수가 높음을 볼 때, 일반신뢰와 보건의료제도신뢰의 관계 또한 무관하다고 단정 짓기는 어렵다.

뢰 변수로 순위변수를 생성하여 일원배치 분산분석을 실시한 결과 역시 기술된 것과 마찬가지로, 제도안정형과 저신뢰형 국가군을 제외한 나머지 모든 경우에 평균순위가 99% 신뢰수준에서 차이를 보였다.

2) 국가군별 의료만족도에 대한 일원배치 분산분석

다음으로 국가군별로 의료만족도의 평균값을 살펴보았다(<표 13>). 7점 리커트 척도에서 1점이 완전히 만족함을, 7점이 완전히 불만족함을 나타낸다. 보건의료제도신뢰와 상관관계가 있을 것으로 가정된 각종 의료만족도의 경우 각 국가군별로 다음과 같은 값을 보였다. 모든 만족도 항목에서 신뢰형 국가군이 가장 높은 평균 점수를 기록하였다. 마찬가지로 모든 경우에서 제도안정형 국가군이 두 번째로 높은 평균 점수를 받았다. 한편 저신뢰형 국가군의 의사만족도, 대체의학만족도, 병원만족도가 권위주의형 국가군보다 높았다.

<표 13> 국가유형별 의료만족도 평균

	제도만족	의사만족	대체의학만족	병원만족
신뢰형	3.07(1)	2.52(1)	2.70(1)	2.49(1)
제도안정형	3.40(2)	2.58(2)	2.87(2)	2.65(2)
권위주의형	3.60(3)	3.10(4)	3.23(4)	3.16(4)
저신뢰형	3.68(4)	2.86(3)	2.97(3)	3.00(3)
평균	3.44	2.77	2.94	2.83

주: 괄호 안은 순위를 나타냄

이와 같은 차이가 유의미한 것인지를 역시 일원배치 분산분석 후, 사후검정법인 Dunnett T3 방법을 활용하여 확인하였다(<표 14>).[11] 분석 결과 보건의료체계만족도의 경우에는 모든 경우에, 의사만족도의 경우에는 신뢰형과 제도안정형 국가군의 차이를 제외한 모든 경우에, 대체의학시술

11) Kruskal-Wallis 검정을 실시하여서도 모든 만족도에서 각 국가군별로 유의한 차이가 나타남을 확인할 수 있었다. (모든 경우 근사 유의확률 <.01) 평균순위는 신뢰형, 제도안정형, 권위주의형, 저신뢰형 순으로 보건의료제도만족도 10234.97, 12386.49, 13560.08, 13906.38, 의사만족도 10272.40, 10765.95, 14032.68, 12583.07, 대체의학만족도 3961.82, 4374.75, 5264.61, 4695.48, 병원만족도 6578.13, 7147.47, 9358.87, 8629.11이다.

자 만족도의 경우에는 제도안정형과 저신뢰형 국가군의 차이를 제외한 모든 경우에, 병원만족도의 경우 모든 경우에 유의한 평균치의 차이를 보였음이 나타났다. 권위주의형 국가군의 경우 보건의료제도에 대한 신뢰 점수는 신뢰국가군에 이어 두 번째로 높았으나, 각 만족도 항목에서는 최하위를 기록하였으며, 보건의료체계에 대한 만족도 역시 저신뢰형 국가군과 큰 차이를 보이지 않았다. 반면 제도안정형 국가군의 경우 보건의료제도에 대한 신뢰 점수는 높지 않은 편이었으나, 각 만족도 항목에서는 상당히 높은 수치를 나타냈다. 보건의료제도신뢰가 반드시 의료만족도로 이어지지는 않았다는 의미이다.

<표 14> 국가유형별 의료만족도 일원배치 분산분석 사후검정표

국가군	비교국가군	제도만족	의사만족	대체의학 만족	병원만족
신뢰형	제도안정형	-.337*	-0.061	-.170*	-.164*
	권위주의형	-.532*	-.573*	-.532*	-.668*
	저신뢰형	-.609*	-.340*	-.271*	-.512*
제도안정형	권위주의형	-.195*	-.512*	-.362*	-.504*
	저신뢰형	-.272*	-.279*	-0.101	-.349*
권위주의형	저신뢰형	-.077*	.232*	.261*	.155*

주: *<.05, 표 안의 각 수치는 국가군의 만족도 평균값에서 비교국가군의 만족도 평균값을 뺀 값을 나타냄.

그러므로 몇몇 국가군에서 보건의료제도신뢰도와 각 의료만족도 순위가 차이를 보이는 것은, 양자 사이에 상관관계가 존재한다는 전제 하에, 그 영향 정도에 차이가 있기 때문이라 생각할 수 있다. 즉, 권위주의형 국가군에서는 높은 정부 신뢰가 높은 보건의료제도신뢰와 연결되나, 이는 상대적으로 타 국가군에 비해 의료만족도와 약한 상관관계만을 가진다는 뜻이다.

일원배치 분산분석 결과 신뢰국가군은 보건의료제도신뢰와 의료만족도가 모두 가장 높은 평가를 받았다. 반면 저신뢰군은 전반적으로 저조한

보건의료제도신뢰와 의료만족도 수준을 보였다. 제도안정형 국가군과 권위주의형 국가군은 서로 상반된 모습을 드러냈는데, 제도안정형 국가군은 낮은 보건의료제도신뢰와 높은 의료만족도를 보인 반면, 권위주의형 국가군은 높은 보건의료제도신뢰와 낮은 의료만족도를 보였다.

다. 의료만족도에 대한 위계선형모형 분석

1) 보건의료체계만족도에 대한 위계선형모형 분석

신뢰와 의료만족도 사이의 관계를 밝히기 위해 위계선형모형 분석을 실시하였다(<표 15>). 위계선형모형을 구성하여 확인하고자 하는 것은 일반신뢰와 정부신뢰가 높은 국가들에서 보건의료제도신뢰가 보건의료체계만족도와 환자만족도에 더 큰 상관관계를 나타내는지의 여부이다.

의료만족도를 구성하는 두 항목 중 먼저 보건의료체계만족도와 상관관계가 있는 요인을 살펴보았다. 모형1과 2에서는 일반신뢰의 영향을 중점으로 살폈고, 3과 4에서는 정부신뢰의 영향 위주로 분석했다. 모형 2와 4는 상호작용항을 포함하여 두 국가수준 신뢰의 조절효과가 있는지 확인하였다. 모형1과 모형3에 비해 모형2와 모형4에 추가된 상호작용항의 영향력이 상대적으로 크지 않은 까닭으로 독립변수들의 영향력의 크기의 변화를 살피기는 어렵다. 그러나 각 모형의 R^2값이 약 0.46 정도로 양호하여 모형들의 설명력을 뒷받침해주고 있다.

우선 모형1을 보면 인구학적 변수 중에서는 성별, 연령, 교육수준이 보건의료체계만족도와 유의한 상관관계를 가지고 있음을 알 수 있다. 모든 의사역량 변수들과 미충족의료 변수들도 유의한 값을 보였으며, 의료보장 여부, 보건의료제도신뢰, 일반신뢰도 영향력이 있었다. 모형2에서는 치료가능성 여부 변수의 영향력이 사라졌으며, 상호작용항이 유의하게 보건의료체계만족도와 정적 상관관계를 나타냈다.

모형2를 해석하자면 남성보다는 여성들의 보건의료체계만족도가 높았다. 또한 나이가 많을수록, 교육수준이 낮을수록 보건의료체계에 대해 높은 만족을 표시하였다. 의사가 믿음직스럽고 친절하며 능력 있다고 느끼는 사람들이 높은 만족도를 나타냈고, 지난 1년간 치료를 받지 못한 적 있는 사람들 중 의료기술의 문제로 치료를 받지 못한 경우를 제외한 나머지는 낮은 만족도를 보였다. 의료보장이 잘 되고 있다고 느낄 경우에도 보건의료체계만족도는 높았다. 그리고 위의 변수들이 다 통제된 다음에도

보건의료제도신뢰와 일반신뢰의 만족도에 대한 영향력이 유의하게 나타났으며, 신뢰수준이 높을수록 만족도가 높은 것으로 나타났다.

무엇보다 일반신뢰가 보건의료제도신뢰에 대한 조절효과가 있는 것으로 나타났다. 일반신뢰가 높은 국가에서 보건의료제도신뢰가 높은 사람들이 상대적으로 더욱 큰 보건의료체계만족도를 나타낸다는 의미이다. 상호작용항이 투입된 이후에도 일반신뢰와 보건의료제도신뢰가 모두 유의하게 보건의료체계만족도와 상관관계를 나타내고 있으므로, 일반신뢰는 보건의료체계만족도에 직·간접적인 방법 모두 영향을 미칠 수 있는 것으로 판단된다.

정부신뢰와 보건의료체계만족도의 상관관계를 살피는 모형3을 보면 모형1과 비슷한 결과를 볼 수 있다. 유의한 변수들은 거의 동일하며, 다만 치료가능성 변수와 건강상태 변수에서 차이가 나타났다. 다만 치료가능성 변수의 경우에는 일반신뢰와 보건의료제도신뢰의 상호작용항 변수를 투입한 결과 영향력이 사라졌으며, 모형3에서도 유의한 상관관계가 나타나지 않은 것으로 보아 상대적으로 중요한 변수가 아닌 것으로 사료된다. 건강상태 변수의 경우 장애나 만성질환에 이환된 경우 보건의료체계만족도가 높았으나, 모형 1과 2에서 일반신뢰가 변수로서 통제된 경우에는 해당 변수의 유의성이 사라졌던 것으로 보아, 건강상태 변수가 보건의료체계만족도에 영향을 갖게 되는 지점은, 상당 부분 일반신뢰와 겹치는 것으로 보인다.

정부신뢰 역시 의료만족도와 유의한 상관관계를 보였다. 반면 정부신뢰와 보건의료제도신뢰의 상호작용항을 투입한 모형4를 보자면, 기존의 분석과 조금은 다른 이야기가 전개된다. 모형3에서 보듯이 정부신뢰가 높은 국가들에서 전반적으로 보건의료체계에 대한 만족도가 높게 평가되고는 있으나, 이는 개개인이 가진 보건의료제도에 대한 신뢰의 크기에 따라 달라지는 것으로 보인다. 오히려 정부신뢰는 직접 보건의료제도 만족에 영향을 주지 않으며, 보건의료제도와의 상호작용을 통해서만 영향을 미치고 있음이 모형4에서 드러난다. 정부신뢰 변수의 유의성은 사라진 반면, 상호작용항의 영향력은 유의하게 나타난 것이 그 근거이다.

모형4는 다음과 같이 해석된다. 정부신뢰가 낮은 국가에서 보건의료제

도에 대한 신뢰가 높은 사람들이, 정부신뢰가 높은 국가의 사람들에 비해 자국의 보건의료제도에 더욱 큰 만족을 느끼는 경향이 있다. 앞선 분석에서 정부신뢰가 높은 국가에서 보건의료제도에 대한 신뢰도 높게 나타나는 경향이 있음을 보았다. 이를 참고하여 설명하자면, 정부신뢰가 높은 나라에서는 보건의료제도신뢰가 높은 까닭에, 국가 수준에서 정부신뢰와 보건의료체계만족도 사이에는 상관관계가 있는 듯한 모습이 나타난다. 그러나 실제로 정부신뢰는 보건의료체계만족도와는 직접적인 상관관계가 없으며, 보건의료제도신뢰와 보건의료체계만족도 사이의 상관관계가 매우 큰 까닭에 착시현상을 일으킨 것으로 보인다.[12)]

보건의료체계만족도와 일반신뢰 및 정부신뢰, 보건의료제도신뢰의 관계를 모형 1~4를 통해 살펴보았다. 분석결과 일반신뢰는 보건의료제도신뢰와 상호작용하여 보건의료체계만족도를 높이는 반면, 정부신뢰는 보건의료제도신뢰와 정의 상관관계에 놓여 있을 개연성이 크나 보건의료체계만족도와는 거리가 있으며, 오히려 보건의료제도신뢰의 영향력을 낮추는 조절효과를 일으켰다. 따라서 정부신뢰가 적당히 높은, 정부신뢰가 보건의료제도신뢰를 높이면서도 조절효과를 크게 보이지 않을 국가들에서 보건의료체계만족도가 높을 것으로 예측할 수 있다. 영국, 일본, 호주 등 제도안정형 국가군의 보건의료체계만족도가 양호하게 나타난 것에 부합하는 결과로 보인다.

12) 상호작용항이 유의한 결과값을 나타내는 한편으로 국가 수준 변수 자체의 영향력이 사라지는 경우의 해석 방식에 대해서는 일치된 결론이 내려져있지 않다. 본고에서는 국가유형별 의료만족도 분석과 연계하여, 직접적인 상관관계 없이 조절효과만 나타난다는 식으로 통계분석결과를 적극적으로 활용하고자 하나, 이 방식에는 충분히 이견이 있을 수 있다.

<표 15> 보건의료체계만족도를 종속변수로 한 위계선형모형 분석결과

변수			모형1	모형2	모형3	모형4
인구학적 변수	성별		-0.066*	-0.066*	-0.061*	-0.061*
	연령		-0.003*	-0.003*	-0.002*	-0.002*
	교육수준		0.051*	0.051*	0.047*	0.047*
	결혼상태		-0.009	-0.009	-0.002	-0.002
	거주지역		0.003	0.001	0.001	0.000
의사역량	의사신뢰		0.148*	0.149*	0.175*	0.176*
	치료계획상의		0.174*	0.176*	0.162*	0.162*
	치료역량부족		-0.113*	-0.113*	-0.127*	-0.126*
미충족의료	비용문제		-0.256*	-0.253*	-0.197*	-0.194*
	시간부족		-0.138*	-0.131*	-0.175*	-0.174*
	치료불가능		0.080*	0.073	0.012	0.008
	대기열문제		-0.199*	-0.202*	-0.228*	-0.236*
기타	건강상태		0.036	0.038	0.062*	0.063*
	의료보장여부		0.467*	0.469*	0.484*	0.485*
보건의료제도신뢰	보건의료제도신뢰		0.531*	0.491*	0.511*	0.540*
국가수준변수	일반신뢰		-0.355*	-0.659*		
	정부신뢰				-0.208*	0.005
상호작용항	일반신뢰	보건의료제도신뢰		0.108*		
	정부신뢰					-0.076*
상수			1.757*	1.835*	1.781*	1.701*
adjusted-R^2			0.461	0.463	0.452	0.453
케이스 수			11156			
국가 수			16			

주: *<.05

2) 환자만족도에 대한 위계선형모형 분석

보건의료체계만족도에 이어 환자만족도와 관련 변수들 간 상관관계를 살펴보고자 한다(<표 16>). 환자만족도를 종속변수로 하는 위계적 회귀모형을 구성한 결과, 각 모형의 R^2값이 0.3을 상회하는 정도에 그쳤다. 해당 모형들로는 환자만족도에 영향을 미치는 요인을 효과적으로 설명하기 어렵다 할 수 있다. 그럼에도 각 변수 간 상관관계를 살피는 수준에서 분석 결과를 설명하는 데는 충분하리라 생각된다.

모형 5~8 에서는 독립변수로 선택한 변수들의 대부분이 유의한 상관관계가 있는 것으로 드러났다. 모형 5와 6을 보면 선택한 모든 변수가 환자만족도와 유의한 상관관계에 있다. 인구학적 변수들의 경우 여성, 고연령, 저학력, 배우자가 있으며 동거하는 경우와 시골에 거주하는 사람들에게서 환자만족도가 높았다. 의사의 신뢰도 및 역량수준이 높은 경우 환자만족도가 높았으며, 미충족의료 경험이 없는 경우에 환자만족도가 역시 높았다. 그리고 만성질환 및 장애를 보유하지 않고, 의료보장이 잘 되고 있으며, 보건의료제도신뢰와 일반신뢰 수준이 높은 경우에 환자만족도가 높았다. 한편 모형6을 살펴봤을 때 모형5에 추가된 변수인 일반신뢰와 보건의료제도신뢰의 상호작용이 유의한 것을 볼 수 있다. 따라서 보건의료체계만족도에서와 마찬가지로 보건의료제도신뢰와 일반신뢰 모두 환자만족도에 영향을 주며, 두 변수 사이의 상호작용 역시 존재하는 것으로 볼 수 있다. 일반신뢰가 높은 국가에서 보건의료제도신뢰가 환자만족도에 더욱 큰 영향을 준다는 뜻이다.

정부신뢰와 환자만족도의 관계를 다룬 모형7과 모형8에서는 모형 5~6과는 달리 교육수준이 유의하지 않은 변수로 나타났다. 보건의료체계만족도의 경우 일반신뢰와 정부신뢰 및 그 상호작용항을 통제한 경우에도 교육수준과 만족도 사이에 유의한 상관관계가 있었다. 반면 정부신뢰가 통제된 경우에만 교육수준이 환자만족도와 상관관계를 나타내지 않았다. 곧 환자만족도의 경우 교육수준과는 어떤 상관관계가 없으며, 그보다는 정부신뢰와 관계가 있는 것으로 볼 수 있다. 그 외의 변수들에서 모형 7과 8

은 모형 5~6과 별반 차이를 보이지 않고 있다.

흥미로운 것은 모형7과 8에서 정부신뢰가 환자만족도를 낮추는 유의한 요인으로 나타났다는 것이다. 정부신뢰의 환자만족도에 대한 조절효과는 없는 것으로 보인다. 이는 보건의료체계만족도에 대한 통계분석 결과와는 상이한 것이다. 국가의 정부신뢰 수준에 따라 보건의료제도신뢰의 환자만족도에 대한 영향의 크기는 바뀌지 않았으나, 정부신뢰는 보건의료제도신뢰와 정적 상관관계를 가지고 있음에도 불구하고 환자만족도와는 부적 상관관계가 있었다.

<표 16> 환자만족도를 종속변수로 한 위계선형모형 분석결과

변수			모형5	모형6	모형7	모형8
인구학적 변수	성별		-0.047*	-0.047*	-0.059*	-0.058*
	연령		-0.005*	-0.005*	-0.004*	-0.004*
	교육수준		0.015*	0.016*	-0.001	-0.002
	결혼상태		0.027*	0.027*	0.031*	0.031*
	거주지역		-0.028*	-0.029*	-0.031*	-0.031*
의사역량	의사신뢰		0.276*	0.277*	0.280*	0.280*
	치료계획상의		0.161*	0.162*	0.156*	0.156*
	치료역량부족		-0.075*	-0.075*	-0.075*	-0.075*
미충족의료	비용문제		-0.098*	-0.096*	-0.078*	-0.077*
	시간부족		-0.114*	-0.110*	-0.132*	-0.132*
	치료불가능		-0.190*	-0.194*	-0.208*	-0.209*
	대기열문제		-0.127*	-0.129*	-0.121*	-0.123*
기타	건강상태		-0.066*	-0.065*	-0.052*	-0.051*
	의료보장여부		0.261*	0.262*	0.284*	0.285*
보건의료제도신뢰	보건의료제도신뢰		0.210*	0.193*	0.226*	0.234*
국가수준변수	일반신뢰		-0.252*	-0.430*		
	정부신뢰				0.072*	0.126*
상호작용항	일반신뢰	보건의료제도신뢰		0.063*		
	정부신뢰					-0.019
상수			2.319*	2.364*	2.190*	2.168*
adjusted-R^2			0.309	0.310	0.300	0.300
케이스 수			11043			
국가 수			16			

주: *<.05

6. 결론

본고는 일반신뢰 및 정부신뢰, 보건의료제도신뢰가 의료만족도와 어떤 관계에 있는지를 중점으로 하여 의료만족도에 영향을 미치는 요인들을 살펴보았다. 그 과정에서 일반신뢰 및 정부신뢰를 기준으로 국가들의 보건의료제도신뢰 및 의료만족도 수준을 비교하였고, 일반신뢰 및 정부신뢰, 보건의료제도신뢰와 의료만족도의 상관관계 및 국가 수준의 신뢰가 보건의료제도신뢰와 의료만족도의 관계에 미치는 조절효과를 검증하였다. 그 결과 국가군별로 보건의료제도신뢰와 의료만족도가 유의한 평균값의 차이를 나타냈고, 4가지 국가유형 중 신뢰국가군에서 일관되게 가장 높은 수치가 나타나는 것을 확인하였다.

보건의료체계만족도와 환자만족도 모두 여성, 고연령층, 저학력자에게서 높았다. 환자만족도의 경우에는 배우자와 동거하는 기혼자들과 농촌지역 거주자들에게서 더 높은 경향이 나타나기도 했다. 여성과 고연령층, 저학력자는 일반적으로 인구 중 의료이용이 더욱 잦은 집단으로, 이들은 의료서비스를 직접 접할 기회가 상대적으로 많다고 할 수 있다. 이는 표본이 추출된 비교국가들 내에서 의료서비스의 품질이 상대적으로 양호하여 경험자들의 평가가 좋은 것으로 볼 수 있다. 한편 이들은 사회적 지위가 상대적으로 낮은 집단이기도 한데, 따라서 상대적으로 서비스를 당연한 권리로 받아들이기보다는 수혜로 여겨 그 효용을 더 크게 표현할 가능성이 있다. 단, Calnan 등(2003)의 연구와 황지인 등(2001)의 연구에서 연령에 따른 의료만족도에 대한 각기 상이한 결론을 내리고 있으며, 성별 등 기타 인구집단의 의료만족도 역시 여전히 일치된 결론이 나오지는 않고 있다. 인구집단의 특성에 따른 의료만족도는 추후 더 많은 연구가 필요할 것으로 보인다.

의사 역량과 미충족의료 변수에서는 기존 연구와 일치하는 결과가 나왔다. 단 치료의 가능성 여부는 환자만족도와만 상관관계가 나타났다. 대중이 질병 치료의 책임을 보건의료체계나 제도에 돌리기보다는 병원 및 의사에게 더 크게 묻는 것으로 판단된다. 건강상태는 보건의료체계만족도와

환자만족도에서 정 반대의 결과가 나타났는데, 만성질환 및 장애를 가진 사람들은 전반적으로 높은 보건의료체계만족도를 나타낸 반면 낮은 환자만족도를 보였다. 이는 이들이 만성질환자들과 장애인들에게 제공되는 사회안전망 혹은 보건의료체계에 대해서는 긍정하는 반면, 제공되는 직접적인 의료서비스에 대해서는 불만을 가지고 있다는 신호일 수 있다. 이 역시 별도의 심층적인 탐색이 필요한 부분이다.

보건의료제도신뢰와 일반신뢰는 의료만족도에 항상 긍정적인 영향을 미쳤다. 또한 일반신뢰가 높은 국가에서 의료만족도에 대한 보건의료제도신뢰의 영향력이 더욱 커지는 모습도 나타났다. 반면 정부신뢰는 보건의료체계만족도에는 유의한 영향을 미치지 못하는 것으로 드러났으며, 정부신뢰가 낮은 국가군에서 상대적으로 보건의료제도신뢰가 보건의료체계만족도에 미치는 영향력이 큰 것으로 나타났다. 또한 환자만족도와는 부적 상관관계가 있는 것으로 드러나, 전반적으로 정부신뢰가 의료만족도를 저해하는 양상이 드러났다.

일반신뢰가 보건의료제도신뢰와 의료만족도 사이의 상관관계를 더욱 강하게 한 것은, 일반신뢰가 가진 사회자본적 기능이 발휘되었기 때문으로 보인다. 사회자본의 하나로서 일반신뢰가 높은 경우 대중은 더 쉽게 정보를 공유하고, 정책에 참여하며, 규칙을 준수하여 제도를 활용한다. 따라서 보건의료제도신뢰가 자신에게 제공될 의료서비스에 대한 어떤 심리적 태도를 나타내는 것이라면, 일반신뢰가 높은 국가군에서는 이러한 태도가 더욱 쉽게 확산되고, 기대에 부응하는 고품질의 서비스 및 효과적인 정책은 더 빠르게, 널리 전파될 수 있다. 즉, 보건의료제도신뢰에 포함된 보건의료체계 및 의료공급자의 반응성에 대한 대중의 기대가 일반신뢰가 높은 국가에서 더욱 쉽게 충족되는 것이다.

정부신뢰는 보건의료체계만족도에 직접 영향을 주지 않는 것으로 드러났다. 또한 환자만족도와는 부적 상관관계가 있었다. 다만 정부신뢰는 보건의료제도신뢰를 제고하는 효과가 있기에, 보건의료제도신뢰를 통해서 간접적으로 영향을 미치고 있을 가능성을 배제할 수는 없다. 정부신뢰가 낮은 국가에서 의료만족도가 상대적으로 높을 수 있다는 결과는, 일반신뢰와 정부신뢰가 가진 성격의 차이에 기인한 것으로 판단된다. 일반신뢰

와 달리 정부신뢰는 높다고 무작정 좋은 것이 아니며, 오히려 제도가 안정되어 불신이 제도화된 국가들에서 제도의 작동이 원활할 수 있다. 제도안정형 국가들에서 의료만족도가 높았던 것은 이 국가들의 높은 일반신뢰가 영향을 줌과 동시에, 이 국가들의 낮은 정부신뢰가 반드시 제도의 오작동으로 연결되는 것은 아님을 의미한다. 오히려 이 국가군에서는 시민사회나 결사체를 통한 정부 견제 및 정책과정 참여가 활발할 수 있다. 정부에 대한 견제는 겉보기에는 정부신뢰와 제도신뢰를 낮추는 방식으로 기능하지만, 결과적으로 정부가 제도를 통해 대중에 대한 책임을 다하도록 부추기는 효과가 있다. 따라서 이 국가들에서 나타나는 보건의료제도신뢰는 상대적으로 더 많은 검증을 거친 성격의 것일 가능성이 높다. 비록 양은 적을지언정, 권위주의 국가군이나 저신뢰국가군과는 질적으로 다른 보건의료제도신뢰를 가지고 있는 것이다.

그러나 이는 정부신뢰가 환자만족도에 악영향을 미치는 까닭을 부분적으로만 설명할 수 있다. 가능한 다른 설명을 정부신뢰가 이념 및 정치성향의 영향을 크게 받는 변수라는 데서 찾아볼 수 있다. 정부신뢰는 전반적인 공적 제도 및 행정 역량의 신뢰도를 확인하기보다는, 조사 시점의 정부의 정치성향이 응답자의 정치성향과 일치하는지, 혹은 경제상황이 양호한지 등의 여부로 결정되는 부분이 크다. 이는 각국의 정부신뢰의 수준이 조사 때마다 변화할 수 있다는 의미이며, Hardin(1999)을 따르자면 그 변화의 폭은 어느 정도 선진국이 된 이후에야 낮은 수준에서 안정될 가능성이 높다. 따라서 첫째로 정부신뢰와 의료만족도 변수 사이의 관계를 단일 시점에서 알아봤을 때엔 여러 가지 다른 결과가 나올 수 있어 신뢰도에 의문이 제기될 수 있다. 둘째로 높은 의료서비스 품질을 지닌 국가들은 상대적으로 보건의료체계가 안정되고 발달이 이른 국가들이었을 것이며, 이런 국가들이 정부신뢰가 낮은 수준일 가능성이 있다. 마지막으로 환자만족도에 대한 회귀모형의 설명력이 제한적이었으며, 국가의 경제수준 등 몇몇 중요한 통제변수가 빠져있었음을 고려할 때 일종의 착시가 일어났을 가능성 또한 존재한다.

일반신뢰와 정부신뢰의 높낮음과 관계없이 보건의료제도신뢰는 항상 의료만족도에 유의한 영향을 끼쳤다. 이는 Smith et al.(1995), Boulware et

al.(2003) 등의 연구결과와 일치한다. 한편 본고에서 보건의료제도신뢰에 집중할 목적으로 구체적으로 살피지 않았던 의사신뢰 역시 의료만족도와 유의한 연관이 있는 것으로 재확인되었다. 일반신뢰가 상대적으로 형성하는 데 오랜 시간이 걸리며, 의사신뢰는 의사 개인의 특성에 영향을 받는다고 할 때, 정책적으로는 보건의료제도신뢰를 향상시키는 데 초점을 맞추는 것이 국민 전반의 의료만족도를 신장시키는 유효한 전략이라 할 수 있다.

일반적으로 제도신뢰는 규칙의 투명한 집행과정에서 증대된다고 여겨진다. 이현주 외(2013)의 영국 의료기술평가 연구 또한 이와 같은 전제를 재확인하고 있다. 해당 논문에서는 보건의료체계의 중요한 부분 중 하나인 의료기술평가제도를 영국에서 어떻게 정비해왔는지 살피는데, 크게 신뢰와 사회적 가치에 근거한 평가기준 성립을 두 축으로 평가한다. 이 두 가지는 서로 밀접하게 연관된 개념으로 보건의료체계가 합의된 사회적 가치를 담지하고 있다고 여겨질 때 대중은 보건의료체계에 우호적으로 반응하게 되며, 이에 더해 보건의료제도가 객관적인 근거에 근거하여 투명하게 실시됨으로써 비로소 우호적인 기대감은 제도에 대한 확신으로 발전하게 된다. Rothstein 등(2003)과 Gilson(2003)의 주장을 고려하여 설명하자면, 한 나라의 보건의료체계가 국가가 책임지고 국민의 주관적·객관적 건강상태를 향상시키고자 노력한다는 공감대를 분명히 형성하는 한편으로, 보건의료체계에 대한 거버넌스 과정이 투명하게 진행될 때 비로소 보건의료제도신뢰 수준이 향상될 것이라 생각할 수 있다.

본 연구는 몇 가지 한계를 갖는다. 방법론의 측면에서는 위계선형모형에 투입된 국가의 표본수가 부족하여 해석에 제한이 있으며, 환자만족도의 경우 모형들의 설명력 역시 미흡하였다. 의료만족도를 구성하는 중요한 변수들 중 소득수준 등 자료의 한계로 인하여 투입하지 못한 변수들이 있으며, 다양한 층위가 존재하는 것으로 알려진 의료만족도를 단일 문항으로 측정하여 이용한 것 역시 만족스럽지 못한 점이다. 국가수가 한정되어 일반신뢰와 정부신뢰를 모두 통제한 경우를 확인하지 못하였으며, 국가의 경제수준 등 다양한 거시적인 변수들이 통제되지 못한 것 또한 아쉽다. 이론적인 측면에서는 보건의료체계가 국가마다 그 형태나 기능 양상

이 매우 다양하여 몇몇 일괄적인 변수로 분류 및 설명하기 어려운 까닭으로, 신뢰가 의료만족도에 영향을 미치는 구체적인 기제를 충분히 분석하지 못하고 포괄적인 설명에 그쳤다는 한계가 있다.

그럼에도 불구하고 본 연구는 주로 의료전문직 신뢰에 국한되어 있던 신뢰와 의료만족도 사이의 상관관계를 넘어, 국가 수준의 신뢰가 의료만족도와 갖는 상관관계를 확인하였다는 의의를 갖는다. 또한 보건의료영역이 의료공급자와 환자로 폐쇄된 구조가 아니라 열린 구조로서, 사회의 제도적·문화적 차원과 연관되어 있음을 드러냈다. 신뢰 연구로서는 구체적인 평가지표를 활용하여 국가 비교 연구를 수행함으로써, 경제 영역 바깥에서 사회자본으로서 신뢰의 가능성을 재확인하고, 일반신뢰와 정부신뢰의 성격적 차이를 보인 점에서 의미가 있다.

무엇보다도 본 연구는 보건의료체계에 대한 대중의 평가가, 개개인의 의료서비스에 대한 평가로 이어질 가능성이 있음을 보였다. 본 연구의 결과가 향후 의료만족도를 비롯한 의료서비스 품질 평가지표들의 구성요소 및 영향 요인을 살피는 연구들에서, 더 거시적인 지표들이 활용될 수 있는 근거로 기능할 것을 기대한다. 한편 본 연구에서는 살피지 못했던 보건의료제도신뢰와 의사신뢰의 의료만족도에 대한 영향력의 차이 등을 확인하는 것 또한 의미 있는 연구가 되리라 생각한다.

참고문헌

강수택. 2003. 「사회적 신뢰에 관한 이론적 시각들과 한국 사회」 사회와 이론 2호 제3집: 157-210.

김길용·조병희. 2011. 「의사 신뢰의 구성요인」 보건과 사회과학 29: 129-152.

김슬기·김보미·박희연·김용수·이덕한·이현실. 2010. 「환자 만족도와 충성도 관계」 한국산학기술학회논문지 11(4): 1492-1497.

박재산. 2004. 「국립대학병원 입원환자가 느끼는 의료서비스 질, 만족도, 고객 충성 도간의 관련성 분석」병원경영학회지 9(4): 45-69.

박종연·서남규·이애경. 2007. 「국민의 건강보험 인식과 만족에 대한 조사 방법의 개발」 보건과 사회과학 22: 97-126.

박희봉, 이희창, 조연상. 2003. 「우리나라 정부신뢰 특성 및 영향 요인 분석」 한국행정학보 37.3: 45-66.

양건모·박통희. 2007. 「정책과정 참여와 효능감이 정부신뢰에 미치는 영향」 한국행정학회 학술대회 발표논문집: 331-358.

유정진. 2006. 「위계적 선형모형의 이해와 활용」 아동학회지 27.3: 169-187.

이규식, et al. "국립대학병원의 환자 만족도 분석-7 개 국립대학병원의 입원 외래간 비교." 한국병원경영학회지 2.1 (1997): 165-191.

이재열. 1998. 「민주주의, 사회자본, 사회적 신뢰」 계간사상 37(여름): 65-93.

이재혁. 1998. 「신뢰의 사회구조화」 한국사회학 제32집 여름호: 311-335.

이현주·권영대. 2013. 「가치기반 체계에 근거한 의료기술평가: 영국 NICE 의 신뢰 지향적 가치판단 과정을 중심으로」 보건의료산업학회지 7.4: 273-288.

조성남. 2009. 「의사의 자질과 태도가 의료만족도에 미치는 영향」 한국인구학 32.3: 21-41.

최종렬. 2008. 「신뢰와 호혜성의 통합의 관점에서 바라본 사회자본: 사회자본 개념의 이념형적 구성」 『한국의 사회자본 - 역사와 현실』: 17-72.

황지인·박현애. 2001. 「결과지표로서의 환자 만족도에 관한 연구」 성인간호학회지 13.1: 29-39.

Baier A. 1986. “Trust and antitrust.” *Ethics; 96*: 231 - 260.

Benner, Avner.; Louis Putterman. 1998. "Values and Institutions in Economic Analysis." *Economics, Values, and Organization*: 3-71.

Beugelsdijk, Sjoerd.; Sjak Smulders. 2003. "Bridging and bonding social capital: Which type is good for economic growth." *The cultural diversity of European unity, findings, explanations and reflections from the European values study*: 147-184.

Bleich, Sara N.; Emre Özaltin; Christopher JL Murray. 2009. "How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience?." *Bulletin of the World Health Organization 87.4*: 271-278.

Boulware, L. Ebony et al. 2003. "Race and trust in the health care system." *Public health reports 118.4*: 358-365.

Brady, Michael K.; J. Joseph Cronin Jr. 2001. "Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: a hierarchical approach." *Journal of marketing 65.3*: 34-49.

Calnan, Michael; Stephen Almond; Nick Smith. 2003. "Ageing and public satisfaction with the health service: an analysis of recent trends." *Social science & medicine 57.4*: 757-762.

Calnan, Michael; Rosemary Rowe. 2006. "Researching trust relations in health care: Conceptual and methodological challenges - an introduction." *Journal of health organization and management 20.5*: 349-358.

Christensen, Tom; Per Lægreid. 2005. "Trust in government: The relative importance of service satisfaction, political factors, and demography." *Public Performance & Management Review 28.4*: 487-511.

Citrin, Jack; Muste, Christopher. 1999. "Trust in government." *Measures of political attitudes. Measures of social psychological attitudes, Vol. 2*: 465-532.

Coleman, James S. 1988. "Social capital in the creation of human capital." *American journal of sociology*: S95-S120.

Connolly, S.; Sheelah; Gwyn Bevan; Nicholas Mays. 2010. *Funding and Performance of Healthcare System in the Four Countries of the UK Before and After Devolution*. Nuffield Trust for Research and Policy Studies in Health Services.

Delhey, Jan.; Kenneth Newton and Christian Welzel. 2011. "How general is trust in "most people"? Solving the radius of trust problem." *American Sociological Review 76.5*: 786-807.

Delhey, Jan.; C. Welzel. 2012. "Generalizing Trust: How Outgroup-Trust Grows Beyond Ingroup-Trust." *World Values Research 5(3)*: 46-69.

Denize, Sara.; Louise, Young. 2007. "Concerning Trust and Information" *Industrial Marketing Management(36:7)*: 968-982.

Donabedian, Avedis. 1988. "The quality of care: How can it be assessed?." *Jama 260.12*: 1743-1748.

Footman, Katharine, et al. 2013. "Public satisfaction as a measure of health system performance: A study of nine countries in the former Soviet Union." *Health Policy 112.1*: 62-69.

Fukuyama, Francis. 1995. *Trust: The social virtues and the creation of prosperity*. New York: Free Press.

Gambetta, Diego. 1988. "Can We Trust Trust?" *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations*. Oxford Blackwell: 213-237.

Gilson, Lucy. 2003. "Trust and the development of health care as a social institution." *Social science & medicine 56.7*: 1453-1468.

Granovetter, Marc. 1985. "Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness" *American Journal of Sociology Vol. 91(3)*: 481-510.

Hall MA; Dugan E; Zheng B; Mishra AK. 2001. "Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter?" *Milbank Quarterly; 79*: 613 - 639.

Hardin. Russell. 1999. "Do we want trust in government?." *Democracy and trust*: 22-41.

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

Krupat, Edward, et al. 2001. "When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust." *Journal of Family Practice 50.12*: 1057-1062.

LaVeist, Thomas A.; Kim J. Nickerson; Janice V. Bowie. 2000. "Attitudes about racism, medical mistrust, and satisfaction with care among African American and white cardiac patients." *Medical Care Research and Review 57.4 supplementary*: 146-161.

Levi, Margaret. 1998. "A State of Trust" *Trust and Governance*, Russel Sage Foundation: 77-101

Lewis, J., David.; Weigert, Andrew. 1985. "Trust as a Social Reality" *Social Forces Volume(63:4)*: 967-985.

Lindström, Martin; Elin Axén. 2004. "Social capital, the miniaturization of community and assessment of patient satisfaction in primary healthcare: a population-based study." *Scandinavian journal of public health 32.4*: 243-249.

Luhmann, Niklas. 1979. *Trust and Power*. Chichester: Wiley

Lupton, Deborah. 1997. “Consumerism, reflexivity and the medical encounter.” *Social science & medicine*; 45: 373 - 381.

Mechanic, David. 1996. "Changing medical organization and the erosion of trust." *The Milbank Quarterly*: 171-189.

Meredith, P.; C. Wood. 1995. "The development of The Royal College of Surgeons of England's patient satisfaction audit service." *Journal of quality in clinical practice 15.2*: 67-74.

Miller, Arthur H. 1974. "Political issues and trust in government: 1964 - 1970." *American Political Science Review 68.03*: 951-972.

Mishler, William.; Richard Rose. 2001. "What are the origins of political trust? Testing institutional and cultural theories in post-communist societies." *Comparative political studies 34.1*: 30-62.

Mohseni, Mohabbat; Martin Lindstrom. 2007. "Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: The role of access to health care in a population-based study." *Social science & medicine 64.7*: 1373-1383.

Mossialos, Elias. 1997. "Citizens' views on health care systems in the 15 member states of the European Union." *Health economics 6.2*: 109-116.

Newton, Kenneth. 2001. "Trust, social capital, civil society, and democracy." *International Political Science Review 22.2*: 201-214.

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.

Parasuraman, A.; Valarie A. Zeithaml; Leonard L. Berry. 1988. "Servqual." *Journal of retailing 64.1*: 12-40.

Perry, Megan et al. 2008. "Social capital and health care experiences among low-income individuals." *American Journal of Public Health 98.2*: 330.

Peterson, D. K., & Pitz, G. F. 1988. "Confidence, uncertainty, and the use of information." *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition 14:* 85 - 92.

Portes, Alejandro. 2000. "Social capital: Its origins and applications in modern sociology." *Knowledge and Social Capital*. Boston: Butterworth-Heinemann: 43-67.

Putnam, Robert D. 2000. *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon and Schuster.

Redfern, Sally J.; Ian J. Norman. 1990. "Measuring the quality of nursing care: a consideration of different approaches." *Journal of Advanced Nursing 15.11*: 1260-1271.

Reidenbach, R. Eric; Beverly Sandifer-Smallwood. 1990. "Exploring perceptions of hospital operations by a modified SERVQUAL approach." *Journal of health care marketing 10.4*: 47-55.

Rockers, Peter C.; Margaret E. Kruk; Miriam J. Laugesen. 2012. "Perceptions of the health system and public trust in government in low-and middle-income countries: evidence from the World Health Surveys." *Journal of health politics, policy and law*.

Rose, Abigail et al. 2004. "Development and testing of the health care system distrust scale." *Journal of General Internal Medicine 19.1*: 57-63.

Rothstein, Bo; Dietlind Stolle. 2003. "Social capital, impartiality and the welfare state: An institutional approach." *Generating social capital: Civil society and institutions in comparative perspective*: 191-210.

Rowe, Rosemary; Michael Calnan. 2006. "Trust relations in health care —the new agenda." *The European Journal of Public Health 16.1*: 4-6.

Ruggeri, Mirella et al. 2003. "Satisfaction with mental health services in five European sites: Results from the EPSILON study." *Schizophrenia Bulletin 29.2*: 229.

Schlenker, Barry R.; Helm, Bob; Tedeschi, James T. 1973. "The effects of personality and situational variables on behavioral trust." *Journal of Personality and Social Psychology, Vol 25(3)*: 419-427

Sheppard, Vanessa B.; Ruth E. Zambrana; Ann S. O'Malley. 2004. "Providing health care to low-income women: a matter of trust." *Family Practice 21.5*: 484-491.

Sitzia, John; Neil Wood. 1997. "Patient satisfaction: a review of issues and concepts." *Social science & medicine 45.12*: 1829-1843.

Smith, Robert C. et al. 1995. "A strategy for improving patient satisfaction by the intensive training of residents in psychosocial medicine: a controlled, randomized study." *Academic Medicine 70.8*: 729-32.

Sztompka, Piotr. 1999. *Trust: A sociological theory*. Cambridge University Press.

Thom, David H. et al. 1999. "Further validation and reliability testing of the Trust in Physician Scale." *Medical care 37.5*: 510-517.

Uslaner, Eric M. 1999. "Democracy and social capital." *Democracy and trust*: 121-150.

Vaitkus, Steven. 1991. "Reflections on the Problem of Intersubjectivity and the Social Group" *How is society possible*, London: Kluwer Academic Publishers: 161-192

Ward, Paul. 2006. "Trust, reflexivity and dependence: a 'social systems theory' analysis in/of medicine." *European Journal of Social Quality 6.2*: 143-158.

Ware Jr.; John E. et al. 1983. "Defining and measuring patient satisfaction with medical care." *Evaluation and program planning 6.3*: 247-263.

Wendt, Claus et al. 2009. "How do Europeans perceive their healthcare system? Patterns of satisfaction and preference for state involvement in the field of healthcare." *European Sociological Review*: 1-16.

Williams, Brian. 1994. "Patient satisfaction: a valid concept?." *Social science & medicine 38.4*: 509-516.

Yamagishi, Toshio et al. 1998. "Uncertainty, Trust, and Commitment Formation in the United States and Japan" *American Journal of Sociology Vol 104(1)*: 165-194.

Abstract

The Study on The Association Between Trust and Health Service Satisfaction

Joon Yong, Yang

Department of Health Policy and Management

The Graduate School of Public Health

Seoul National University

This article aims for assuring the association between trust and health service satisfaction. For this purpose, based on World Values Survey 3rd~6th wave data and International Social Survey Programme 2011 data, this article takes on the association between trust and health service satisfaction.

Classifying 16 compared countries by general trust and confidence in the government, then implementing one-way ANOVA, this article gets the result like below: The countries which have the higher general trust and confidence in the government have the higher institutional confidence in the healthcare system and health service satisfaction. On the other hand, the countries which have the lower general trust and confidence in the government have the lower institutional

confidence in the healthcare system and health service satisfaction. In addition, the countries which have higher general trust and the lower confidence in the government have the lower institutional confidence in the healthcare system and the higher health service satisfaction. Moreover, the countries which have the higher confidence in the government and the lower general trust have the higher institutional confidence in the healthcare system and the lower health service satisfaction.

Implementing the HLM(Hierarchical Linear Model) regression analysis about patient satisfaction and satisfaction with the healthcare system sorted from health service satisfaction, demographic variables, capacity of the doctors, and unmet needs variables shows the reliable correlations between patient satisfaction. General trust and institutional confidence in the healthcare system have positive influence on satisfaction with the healthcare system and patient satisfaction, and confidence in the government has negative association between patient satisfaction.

As a result of observing moderating effect of general trust and confidence in the government on institutional confidence in the healthcare system, general trust is proved to amplify the influence of institutional confidence in the healthcare system on satisfaction wih healthcare system and patient satisfaction. On the othe hand, the countries which have the lower confidence in the government have the higher influence of institutional confidence in the healthcare system on satisfacion with healthcare system.

To analyze the result, general trust has the influence on institutional confidence in the healthcare system and health service satisfaction both, and it supports the public to satisfy their expectation to responsiveness of health care system of their countries. On the while, confidence in the government possibly has the negative influence on

health service satisfaction. In addition, distrust, which is the factor of the trust, not an element of conflict, could fulfill its function of expanding surveillance and participation on the government and the institution. Moreover, in the countries which have the active civil society, trust on the institution could be on the higher standard. Such being the case, the countries which have the lower confidence in the government could have the greater effect of institutional confidence in the healthcare system and the lower patient satisfaction.

This article expands the subject of the association between trust in doctors and patient satisfaction mostly having dealt by the study of health service satisfaction, looking into the association between the country-based trust and institutional confidence in the healthcare system and the health service satisfaction including satisfaction with the healthcare system. Looking up these results, in the assessment of the quality of the health service, our point of view needs to be widen from the level of the relationship between the supplier and the purchaser to the level of overall healthcare system and social capital. This results are expected to be the basement of studies of connecting individual experiences on health service and assessment of the healthcare system or the country-based social capital

Keywords : Health Service Satisfaction, Patient Satisfaction, Satisfaction with The Healthcare System, General Trust, Confidence in The Government, Institutional Confidence in The Healthcare System
Student Number : 2013-21842