

의료서비스에 대한 서비스 부문별 중요도와 만족도에 관한 연구*

A Study on the Degree of Importance of Medical Service
Sector and Consumer Satisfaction of Service Quality

인천대학교 자연과학대학 가정관리학과
교수 강이주
동국대학교 가정교육과
강사 이상협

Dept. of Home Management, University of Incheon

Associate Professor : Lee-Ju Kang

Dept. of Home Economics Education, Dong-Kuk University

Lecturer : Sang-Hyup Lee

〈목 차〉

- | | |
|------------|-------------|
| I. 서론 | IV. 결과 및 논의 |
| II. 이론적 배경 | V. 결론 및 제언 |
| III. 연구 방법 | 참고문헌 |

〈Abstract〉

The purpose of this paper was to discover the importance and degree of satisfaction toward medical service perceived by clients and analyze some characteristics and any significant difference by demographic and social variables. In addition, the subjects were divided into groups(i.e. satisfied and dissatisfied groups) and tested significant difference between two groups.

The results can be summarized as follows :

1. While the importance of over attributes of medical services perceived by customs was higher, the degree of satisfaction was relatively low.
2. According to our analysis, the degree of satisfaction toward hospital facilities

* 본 연구는 한국소비자학회 연구지원금에 의해 수행된 것임.

and staff appeared to have relatively heavy weights compared to total satisfaction scores.

3. As far as customers' quality evaluation about medical service is concerned, the importance and degree of satisfaction could not be discriminated by demographic variables, except education and income level.

4. The discrepancy of satisfaction score between satisfied and dissatisfied group was the highest in hospital facilities compared to other three sectors.

I. 서 론

최근, 우리사회는 건강에 대한 관심의 고조, 노령 인구의 증가, 전국민에 대한 의료보험의 확대적용 실시 등으로 인하여 의료서비스의 유효수요가 급격히 증가하고 의료인의 의료행위를 환자에 대한 시혜가 아닌 계약 개념으로 받아들이는 등 소비자들의 의식이 변하고 있으나 이 같은 사회적 변화가 의료서비스 공급의 비탄력적 특성 때문에 의료 서비스의 공급량 증가나 질적 향상으로 곧바로 연결되지는 않고 있다. 이와 함께 오늘날 종합 병원의 거대한 의료조직은 의사와 환자 사이에 개인적인 신뢰관계가 형성되는 것을 저해함에 따라 의료기관과 서비스에 대한 소비자의 불만은 더욱 높아지게 되었다.

의료서비스란 의사가 주체가 되어 환자를 진찰하고 그 증세에 따라 적절한 투약이나 처리를 함으로써 환자를 치료하는 행위와 관련된 직, 간접의 모든 서비스라고 말할 수 있으며, 이것은 의료 행위 자체인 본질적인 서비스와 의료이용자가 의료행위를 받게 되기까지 경험하는 의료행위 이외의 부가적인 서비스로 구분할 수 있다.

의료서비스를 소비해야 하는 환자는 그것을 제공하는 의사의 서비스를 미리 알 수가 없다. 통상의 여러 서비스제는 정도의 차이는 있으나 사전에 그것을 구매하려는 소비자가 그 내용을 상당한 정도로 파악할 수 있다.

재화가 표준화되고, 규격화되면 될수록 이 일은 더욱 손쉬워진다. 그러나 의료서비스는 표준화하고 규격화하는 일이 곤란하며 더구나 많은 경우 사전에 무엇이 제공되는 것인지 소비자는 잘 모르는 가운데

수요가 이루어진다. 그러므로 소비자는 의료와 같은 전문가 서비스의 품질에 대한 이해가 더욱 필요하게 되었다.

품질에 대한 평가는 제품이든 서비스이든 간에 결코 쉽지 않다. 더우기 의료서비스의 품질을 평가하는 것은 훨씬 어렵고 복잡한 작업이다. 일반적으로 소비자는 구매결정을 하기 전에 여러 상표를 알아보기 위해 점포들을 방문하지만 의료서비스의 품질을 평가하기 위해 그와 같은 활동을 하는 것은 어려운 일이다. 설사 그것이 가능하더라도 소비자들이 의사의 인상과 병원의 설비만으로 서비스의 수준을 평가할 수는 없는 것이다.

위와같은 배경하에 의료서비스에 대한 품질평가와 소비자 만족에 관한 연구는 의료의 질 향상과 더불어 소비자문제를 해결하기 위한 기초연구로서 그 의의가 클 것으로 사료된다. 그러나 의료서비스와 관련하여 이루어진 연구는 국내·외를 막론하고 주로 병원측 입장에서 마케팅 전략차원으로 접근하여 수행되어 왔고 정책 개발 차원에서 소비자 보호원(1992)이 수행한 연구가 있으며, 소비자 입장에서 접근한 연구는 서정희(1992, 1993)의 의료서비스에 관한 소비자 만족 척도 개발에 관한 연구 등 몇 편에 불과한 실정이다.

이에 본 연구는 관련연구의 고찰을 통해 의료서비스의 개념과 특성 및 평가에 대한 이론적 배경을 밝히고 이를 토대로 의료서비스의 평가속성을 서비스 부문별로 구성한 후 각 부문에 대한 중요도와 만족도를 조사하고 인구통계변수별, 그리고 만족 집단과 불만족 집단별로 어떤 차이가 있는지를 파악하고자 한다.

본 연구의 결과는 정부 및 의료공급자들(의료기관, 의료진)에게 소비자들의 욕구와 평가를 인식시킴으로써 의료서비스의 질을 높이고 나아가 의료수요자와 공급자 간의 관계개선에 일익을 담당할 수 있을 것이다. 의료서비스의 대상이 바로 인간의 고귀한 생명임을 감안해 볼 때 의료서비스의 질향상 문제는 의료인, 정부관계자, 소비자가 모두 공동으로 노력해야 할 문제이다.

II. 이론적 배경

2.1 우리나라의 의료서비스 이용현황

우리나라의 총 의료기관 수는 1970년 5,642개에서 1994년 28,121개로 1970년을 기준으로 할 때 약 5배 증가하였고 의사1인당 인구수와 간호사 1인당 인구수는 당시의 약 1/3, 1/10로 감소하였다. 이는 경제 성장과 함께 사회복지의 중요한 부분을 차지하고 있는 의료부문에서도 지속적인 발전이 있었음을 보여주고 있다.

그러나 이러한 증가추세는 의료서비스 이용에 대한 국민들의 양적, 질적 요구도 상승에는 훨씬 못 미치고 있다.

1970년 연간 총환자수가 10,657,000명이던 것에서 1994년 115,808,000명으로 약 10배 이상 늘어났으며 이환율은 1986년 12.5%에서 1992년 18.5%로 증가하였다. 또한 1989년 7월 의료보험의 수혜대상이 전국

민으로 확대되었기 때문에 의료수요가 급격히 증가하였을 뿐 아니라 생활수준의 향상으로 건강에 대한 관심이 높아져서 질병에 대한 단순한 처치 차원보다는 건강과 관련한 종합적인 양질의 의료서비스를 받고자 하는 소비자가 증가하였음을 추정할 수 있다. 왜냐하면 의사 1인당 인구수나 병상 당 인구수가 감소하였기 때문에 총체적인 만족도가 높아져야 할 것으로 기대되나 실제로 전문의의 1일 진료환자수는 약 60-70명이나 될 정도로 (차홍봉외, 1992) 의사 1인당 환자수가 반대로 증가하였기 때문에 만족도는 더 낮아질 수밖에 없다. 한국의사회지표('95)에 의하면 의료서비스에 대한 불만의 이유로는 불친절, 비용과다, 치료미흡이 큰 비중을 차지하고 있고 그 가운데 치료미흡과 불친절 비중이 '89년에 비하여 더 높아졌다. 이는 의료서비스를 공급하는 의료인들의 대 고객자세에 문제점이 있음을 시사하고 있다.¹⁾

〈표 2-2〉 의료서비스에 대한 만족도와 불만이유

연도	만족도			불만이유					
	만족	보통	불만	지역 편재	시설 미비	불 친절	비용 과다	치료 미흡	기타
1989	15.3	46.4	38.3	11.3	7.3	31.5	32.2	16.1	1.6
1992	9.1	46.6	34.3	10.8	11.1	32.2	23.2	20.9	1.8

자료원 2) : 1995, 한국의 사회지표

최근들어 우리나라의 의료환경은 매우 급속하게

〈표 2-1〉 의료기관 및 의료인력현황

연도	의사수/1인당인구	간호사/1인당인구	의사수/총환자수	의사1인당담당환자수
1970	14,932 / 2,159	17,958 / 1,795	14,932 / 10,657,000	713
1980	22,564 / 1,690	101,445 / 376	22,564 / 30,296,000	1,342
1990	42,554 / 1,007	224,746 / 191	42,554 / 91,161,000	2,142
1994	54,406 / 817	291,572 / 152	54,406 / 115,808,000	2,128

자료원 1) : 1995, 한국의 사회지표

1), 2) 한국의 사회지표를 토대로 연구자가 재구성한 것임.

바뀌어가고 있다. WTO의 등장으로 의료를 포함한 서비스 시장의 개방을 눈앞에 두고 있고, 환자들의 권리의식과 의료행위에 대한 지식은 하루가 다르게 증가하고 있으며, 정부는 의료에 대한 사회적 책임을 더 강조하게 될 것이다. 지금까지는 의료 서비스 공급시장이 경쟁 시장의 형태를 취하였다고 할 수 없었으나 점차 경쟁적 성격으로 전환될 것이다. 앞의 <표 2-1>과 <표 2-2>를 보면 양질의 의료서비스를 제공하기 위하여 최신 장비와 기술의 도입도 중요하지만 환자에 대한 접근성, 진료의 포괄성과 지속성 및 효율성의 증대가 더욱 중요한 요소가 됨을 알 수 있다. 따라서 의료서비스의 생산과 공급은 고객 만족 방식으로 바뀌어야 하며 소비자 역시 의료 서비스 구매에 따르는 정보탐색, 제품 평가 기준의 확립 등에 더 많은 노력을 기울여야 할 것이다.

2.2 의료서비스의 품질과 평가

2.2.1 의료서비스의 정의

의료서비스란, 의사가 주체가 되어 환자를 진찰하고 그 증세에 따라 적절한 투약이나 처리를 행하는 것으로 환자를 치료하는 행위와 관련된 직·간접의 모든 서비스라고 말할 수 있으며, 이것은 의료행위 자체인 본질적인 서비스와 의료이용자가 의료행위를 받게 되기까지 경험하는 의료행위 이외의 부가적인 서비스로 구분할 수 있는 바 이를 표로 명시하면 다음과 같다.

2.2.2 의료서비스의 품질과 특성

일반적으로 품질이라는 개념은 사람에 따라 또는 사용목적이나, 관점에 따라 다소 차이를 나타내고 있다. 이러한 차이에 관하여 Garvin(1984)은 선형적 접근방법, 제품 중심적 접근방법, 사용자 중심적 접근방법, 제조 중심적 접근방법, 가치 중심적 접근방법의 5가지로 질(quality)을 정의하고 있다.

선형적 접근방법에 따르면 질은 '본래부터 갖추고 있는 타고난 우월성'이라고 인식하고 있다. 여기서 말하는 질이라는 것은 단순히 경험을 통해서만 인식될 수 있을 뿐 명확하게 분석될 수 없는 막연한 특

<표 2-3> 의료서비스의 종류와 특성

구분항목	본질적인 의료서비스	부가적인 의료서비스
개 념	의료인이 제공하는 의료행위 그 자체	병원에서 제공하는 의료행위 이외의 각종 서비스
특 성	고도의 전문성으로 인하여 의료의 질에 대한 객관적인 평가가 거의 불가능 함. 의료서비스의 수요가 주로 의료공급자인 의사로부터 기인하기 때문에 적정진료인지 과잉진료인지 논란의 대상이 됨	의료이용자나 가족의 주관적인 평가 가능
종 류	진찰, 처치, 수술 등 의료행위	진료절차, 의료진이나 직원들의 친절성, 병실 구조 등

성이라는 것을 의미하는 것이다.

제품 중심적 접근방법에 있어서는 질을 '명확히 측정 가능한 변수'로 보는 것으로 질의 차이에는 제품이 지니고 있는 어떤 특징이나 분석의 차이가 반영되어 있으므로 질의 상대적인 수준은 제품이 지니고 있는 바람직한 속성의 양에 따라 등급을 매김으로써 파악할 수 있다는 것이다.

사용자 중심적 접근방법에 있어서 질의 개념은 '보는 사람의 눈에 달려있다'는 전제에서 출발한다. 즉 개별 소비자들은 서로 다른 욕구와 필요를 가지고 있기 때문에 이러한 소비자들의 상이한 욕구와 필요들을 가장 잘 만족시켜주는 제품 또는 서비스가 가장 높은 질을 가진 것으로 간주한다. 그리고 이 접근방법에서는 다양한 소비자들을 만족시켜주기 위해서는 제품이 개개인의 특성을 반영하는 여러가지 속성들을 반드시 내포하고 있어야 한다는 것이다.

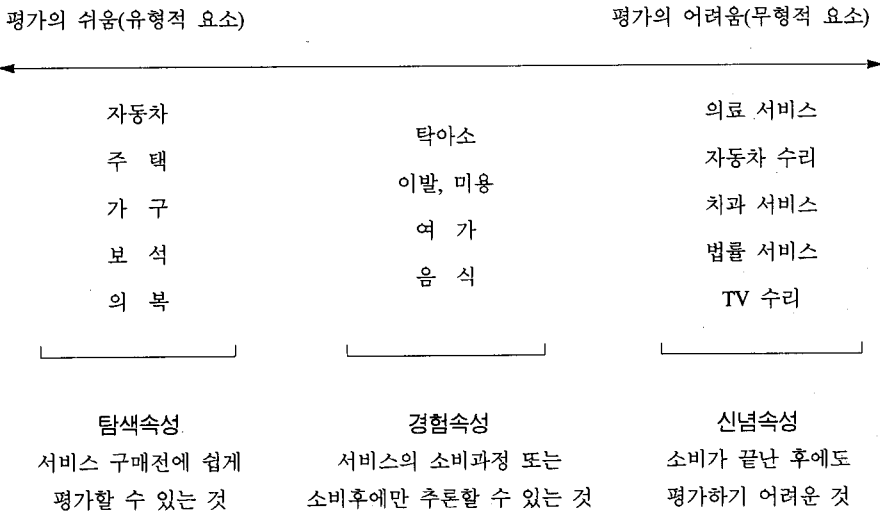
제조 중심적 접근방법에 있어서는 질을 '요구에 일치'로 인식한다. 여기서 말하는 요구는 제작을 위한 설계나 제조명세서를 의미하는 것으로, 이 설계나 명세서의 내용과 가장 잘 부합되는 것을 질이 높

다고 간주하는 것이다. 따라서 제조 중심적 접근방법에 있어서는 질을 결정할 때 소비자의 욕구보다도 제조측면에 더 많은 관심을 두게 된다.

가치 중심적 접근방법에서는 질의 개념을 '가격 또는 비용과 가치와 관련된 개념'으로 인식한다. 그래서 질은 가격(비용)과 가치가 만족스런 수준에서 일치될 때를 기준으로 하여 결정되고, 이때 비용에 비해 가치가 높게 인식될수록 보다 높은 질을 가진 것으로 간주하는 것이다.

이상에서 살펴본 바와 같이 질의 개념을 설정하는데 이용되는 여러 방법들은 서비스 질의 개념을 파악하는데 기초가 될 수 있는 함축된 의미를 제각기 지니고 있다. 그러나 의료 서비스 질의 개념을 정립하는 데는 '사용자 중심적 접근방법'이 가장 유용하리라 생각된다. 왜냐하면 의료서비스분야는 일반적인 서비스 분야와는 다른 독특한 관점을 갖기 때문에 다음과 같은 요인들을 고려해야만 한다. 우선, 환자들이 병원을 찾는 경우는 대부분 응급적인 상황으로 발생하는 경우가 많아 의료 서비스는 규칙적인 거래가 아닌, 일회의 혹은 불규칙적인 방문 또는 입

원으로 이루어지는 수가 많다(Vandamme & Lewis, 1993). 둘째, 인구통계학적, 사회·경제적 그리고 심리학적 배경과 함께 인간육체의 복잡성은 환자들 간에 그리고 심지어 기간경과에 따른 비교를 거의 불가능하게 하므로, 각 사례는 개별적으로 다루어진다. 셋째, 환자는 특정한 의료 서비스의 결과를 평가할 만큼 전문적인 지식이 없다. 그러므로 그들은 서비스 전달과정에서의 경험과 이용전 탐색에 의존하지만 이러한 경험과 탐색조차도 특정한 상황에 한정된다. 따라서 의료서비스의 품질은 환자가 병의 치료를 위해 병원 서비스를 이용하는 동안에 인지하는 유형적·무형적 요소에 대한 주관적 판단이라고 정의할 수 있다. 즉 의료 서비스의 질이란 의료 서비스의 결과 또는 질병의 회복이라는 산출물에만 제한되는 것이 아니라, 서비스를 제공받는 동안의 전달 과정 및 구매자와 판매자간의 상호작용 등 서비스 이용시의 모든 과정과 관련이 되는 것이다. 이러한 특성을 갖는 의료서비스는 소비자들이 그 품질을 평가하는 면에 있어서도 매우 어렵다. 다음 그림은 서비스를 품질 평가의 난이도와 속성의 차원에 따라서



〈그림 1〉 제품과 서비스의 평가

* 자료원 : Nelson P., "Information and Consumer Behavior," op. cit., p.314.

분류한 것인데 의료서비스는 다른 서비스와 달리 신념속성이 강하기 때문에 소비가 끝난 후에도 평가하기가 어렵다.

2.2.3. 의료서비스의 품질평가와 관련연구

제품을 구입할 때 소비자들은 품질을 평가하기 위해 많은 유형적인 단서를 갖게 된다. 그러나 서비스는 무형적이며 생산과 동시에 소비되는 성질을 지니고 있어 평가가 불가능하거나 측정이 매우 어려운 상태이다.

Gronroos(1983)는, 소비자들은 기대한 서비스와 그들이 제공받은 서비스의 인지를 비교하여 서비스 질을 평가한다고 주장하였다. 또한 Smith와 Houston(1982)도 서비스를 통한 만족은 기대에 대한 일치와 불일치에 관계된다고 하였다.

대부분의 학자들은 서비스 품질의 평가를 함에 있어서는 결과와 관련된 것으로만 구분하고 있다. 그러나 소비자의 관점에서 볼 때는 서비스가 전달되는 방법, 즉 서비스가 어떻게 전달되어 졌는가 하는 과정이 서비스의 가장 중요한 요소이다. 의료서비스는 대개 일회 방문으로 끝나는 것이 아니고 최종적인 산출물(건강의 회복)을 위해 지속적이고 장기적으로 관계를 맺기 때문에 제공되는 서비스의 이용과정에서 인지하고 경험하는 모든 것이 제공된 서비스의 질을 평가하는데 많은 영향을 주게 된다.

Gronroos의 연구를 기초로 Parasuraman, Zeithaml, Berry(1985)는 서비스 질의 구성요소를 다섯가지 형태의 서비스 범주로 나누어 고객들을 상대로 연구를 행하였다. 그 결과, 고객들이 제공받은 서비스의 형태가 제각기 다름에도 불구하고 서비스 질을 인식할 때 사용하는 일반적 기준이 존재하고 있음을 밝혀내었다. 이 기준들을 '서비스 질의 구성요소'라고 지칭하고 이것을 다음과 같은 10가지의 주요 차원으로 제시하였다.

이상에서 제시된 서비스 질의 구성요소들은 상호간에 다소 중복되는 내용을 지니고 있어서 명확하게 식별하기가 어려운 점이 있다. 또한 소비자들의 개인적인 욕구나 서비스 업종에 따라서 구성요소들 간의 상대적 중요성이 다를 수도 있다. 그러나 이 요

〈표 2-4〉 서비스 품질평가의 10가지 차원

차 원(Dimension)	정 의(Definition)
신용도(Credibility)	서비스 제공자의 진실성, 정직성
안전성(Security)	위험, 의심으로부터의 자유
접근가능성(Accessibility)	접근가능성과 쉬운 접촉
의사소통 (Communication)	고객의 말에 귀기울이고, 고객에게 쉬운말로 알림
고객을 이해 (Understanding the Customer)	고객과 그들의 욕구를 알려는 노력
유형성(Tangibles)	물적 시설, 장비, 사람, 의사소통 도구의 외형
신뢰성(Reliability)	약속된 서비스를 정확하게 수행하는 능력
응답성(Responsiveness)	고객을 돕고 즉각적인 서비스를 제공하려는 의지
능력(Competence)	서비스를 수행하는데 필요한 기술과 지식의 소유
예의바름(Courtesy)	고객과 접촉하는 종업원의 친절과 배려, 공손함

소들이 복합적으로 작용하여 서비스 질이 결정되는 점은 인정할 만한 것으로 평가되고 있다.

이에 반하여, 의료 분야 서비스의 질측정을 위한 연구는 많지 않다. 의료서비스의 경우, 품질을 평가하는 소비자들은 환자들로서 정신적, 육체적 능력과 사물에 대한 판단능력이 감소되어 있어 적절한 평가를 기대하기 어렵기 때문에 제공받은 서비스에 대한 기대치도 그 크기의 분산이 매우 클 것으로 보인다. 또한 서비스 품질의 평가는 산출 결과 뿐만 아니라 전달 과정과도 관련된다.

1975년 Ware와 Snyder는 20개의 태도 지표들에 기초를 둔 의료 서비스 질측정을 위한 탐험적 연구를 실행하였다. 이 연구에서는 내과 의사의 행동, 의료적 보살핌의 이용가능성, 접근체계, 그리고 의료적 보살핌의 계속성과 편리성의 4개 차원이 확인되었다.

1980년대에는 접근이라는 개념이 의료분야에서 매

우 중요하고 광범위하게 사용되었다. 접근이란 고객과 의료체계 간의 적합정도를 말하는 것으로, 이용가능성(availability), 접근가능성(accessibility), 편의성(accomodation), 지불가능성(affordability), 수용성(acceptability) 등 다섯가지 차원과 관련이 있다고 하였다.

Zastowny, Roghmann 및 Cafferatal(1989) 등은 9개의 문항으로 된 도구적 만족과 5개의 문항으로 된 정서적 만족의 두가지 차원으로 나누어 의사에 대한 태도를 측정하기 위한 척도를 구성하였다.

Singe(1989)는 환자만족은 그 만족의 대상이 다양하고 차원이 다양하다는 관점을 제시하였다. 환자가 만족을 느끼는 대상으로는 의사, 병원 및 의료보험 제공자가 있고, 환자가 만족을 느끼는 차원에는 정의적 차원, 도구적 차원, 접근가능성 차원이 있다고 하였다.

William과 Torrens(1980)는, 환자의 만족도는 진료의 결과, 과정, 구조를 반영할 수 있는 척도이며 진료의 비용, 진료의 용이성, 진료의 기술적이고 인간적인 면, 진찰성적을 포함한 다차원적인 개념으로 나타난다고 하였다.

Caff(1970)는 환자의 만족도가 의료사업의 질을 평가하는 중요한 결과의 하나가 된다고 하였다.

이러한 의료 분야에서 발견된 차원들은 SERVQUAL 척도에 의해 확인된 요소들과 중복되는 부분이 상당히 발견되고 있다.

우리나라에서도 이들 연구를 바탕으로 의료서비스에 대한 만족도와 질 측정을 위한 척도 개발과 관련된 연구가 진행되고 있다.

나기승(1994)은 의료 서비스의 질 측정을 위한 척도 개발에서 요인분석을 통하여 의료서비스의 평가 차원을 유형성, 신뢰성, 반응성, 확신, 감정 등 5개차원으로 분류하였고 각 차원에 속하는 28개 세부항목을 확정하였다.

서정희(1992)는 의료 서비스에 대한 소비자 만족을 19개의 항목으로 설정한 후 이를 요인분석하여 5개의 요인(의사와 간호원, 근접성, 검사와 환자교육, 시간과 관심, 병원 위치와 시설)으로 제시한 바 있다.

강대철(1994)과 최경옥(1991), 김광미(1993) 등은 의료서비스에 대한 소비자 행동 또는 만족도를 분석하여 병원의 마케팅 전략을 제시하였다.

김재일 등(1996)은 서비스 산업의 현황과 서비스 품질에서 의료 분야를 포함한 10개의 서비스 분야에 대한 품질평가를 위하여 Berry 등(1985)이 개발한 SERVQUAL 척도를 활용한 결과 유형성, 신뢰성, 응답성, 확신성, 공감성 등이 주요 평가 속성이 됨을 발견하였다.

이상의 선행연구결과들은 의료서비스의 질측정을 위한 척도가 안정된 단계에 와 있지 않음을 보여주고 있다. 이는 서비스재에 관한 연구가 극히 최근에 이루어졌고 그 가운데 의료서비스라는 고도의 전문성을 지닌 재화에 대한 연구는 그리 많지 않기 때문이다.

그 가운데서도 소비자 입장에서의 연구는 매우 부진한 편이다. 따라서 본 연구는 서비스 품질평가 연구에서 가장 많이 인용되고 있는 SERVQUAL 척도를 토대로 하되 의료서비스를 부문별로 구분하고 이를 중요도와 만족도로 나누어 측정하였다.

2.3 의료서비스에 대한 만족·불만족

Hulka와 그녀의 동료들이 “의료서비스에 대한 소비자만족”에 대한 개념정의를 처음으로 시도한 이래(Hulka, Zyzansky, Cassel 및 Thomson, 1970 ; Zyzansky, Hulka 및 Cassel, 1974) 몇몇의 학자들이 이 개념을 정의하였으나 명확한 개념정의를 현재까지는 이루어지지 않고 있는 실정이다.

환자의 만족에 관한 연구를 고찰한 Singe(1989)는 지금까지 이루어진 의료서비스에 대한 개념정의를의 관점을 크게 다음 4가지로 구분하였다.

첫째, Hulka 등(1970)의 정의는 만족을 의사와 진료에 대한 소비자태도로 정의하는 것이다. 보다 구체적으로 설명하면 의사, 간호사 및 기타 의료기관으로부터 받은 진료의 질에 관한 개인의 평가를 구성한 지표가 개인의 만족수준을 나타낸다고 가정하는 것인데 이 관점은 광범위하게 받아들여지고 있다.(Zyzansky, Hulka 및 Cassel 1974 : Wolinsky, 1976

: Hines 등 1977 : Doyle 과 Ware Ware, 1977 : Ware 등 1978 : Locker & Hunt, 1978)

둘째, 만족을 평가함에 있어서 중요한 변동의 원인은 상황이라고 보고 구체적인 진료상황에서 그 진료의 질에 관한 소비자의 평가로 정의된다.

셋째, 제품과 서비스의 사용상황에 대한 감정적 또는 정의적 반응이 만족이라고 보는 견해이다(Oliver, 1981). 이 관점에서는 소비자가 인지적 평가와 정의적 평가의 개념을 구분하여 인지적 평가는 기대이론의 틀 안에서 다루어지고, 정의적 평가는 선행하는 인지적 평가로부터 초래되는 것으로 봄으로써 두 개념을 구분한다.

넷째, Ross, Frommelt, Hzzelwood 및 Chang(1987)의 주장으로 환자의 만족을 건강의 질에 대한 지각으로 정의하는 것은 약점을 내포하고 있다고 보는 견해이다. 즉 의료서비스에 대한 지각뿐만 아니라 기다리는 시간과 비용 등의 추가요인들도 고려되어야 한다는 것이다.

Hulka, Zynanski(1982)도 이러한 견해를 받아들였고, 의료서비스에 대한 소비자 만족의 영역을 보다 확장해야 한다고 주장하였다.

본 연구에서는 네번째의 관점에 근거하여 실증분석을 하고자 한다. 왜냐하면 의료서비스는 의료인이 제공하는 의료행위 그 자체와 병원에서 제공하는 의료행위 이외의 각종 부가적 서비스로 구성되어 있기 때문이다. 또한 실제적으로 소비자들은 의료서비스 이용과정에서 비록 전문적인 의료성적을 판단할 수는 없을지라도 진료의 소홀이나 의료수준 등과 같은 부수적 서비스에 대한 의료불만을 제기함으로써 의료서비스를 평가하기 때문이다. 통계청의 의료서비스에 대한 만족도 및 불만이유에 대한 조사에서도 불친절, 비용과다로 인한 불만족이 가장 큰 것으로 나타났다(한국의 사회지표, 1995).

이러한 결과는 의료서비스의 고유한 내용인 의료 자체에 대한 불만보다 의료서비스의 부수적 내용인 의료인의 태도로 인한 불만족이 더 높다는 것을 보여주고 있다.

의료서비스는 일정규격의 생산품이 아닌 환자 개인에 대한 서비스로서 인간의 생명과 직접적으로

관련되기 때문에 서비스 질에 대한 관리가 필요하며 이를 생산하는 공급자(의료인)의 높은 책임의식이 요구된다.

Ⅲ. 연구방법

3.1 연구문제

앞의 이론적 배경과 선행연구를 토대로 다음과 같은 연구문제를 설정하였다.

연구문제 1 : 의료소비자들이 지각한 의료서비스의 부문별 중요도는 어떠하며, 이는 인구통계변수에 따라 차이를 보이는가?

연구문제 2 : 의료소비자들이 지각한 부문별 만족도는 어떠하며, 이는 인구통계변수에 따라 차이를 보이는가?

연구문제 3 : 의료소비자들이 지각한 의료서비스의 총만족도에 대한 각부문별 만족도의 상대적 영향력은 어떠한가?

연구문제 4 : 의료서비스에 대한 만족집단과 불만족 집단의 만족요인과 불만족요인은 의료서비스부문별로 어떠한가?

3.2 용어의 정의

(1) 의료서비스의 중요도

소비자가 의료서비스를 경험하기 전이나 경험한 후에 의료서비스의 각 속성에 대하여 주관적으로 중요성을 부여하는 정도를 말한다.

(2) 의료서비스의 만족도

본 연구에서는 의료서비스에 대한 소비자 만족도를 크게 두가지로 대별하여 측정하였다. 첫째로는 전반적인 평가를 나타내는 만족도와 둘째로는 소비자들이 특정한 서비스를 선택할 때 기본적으로 고려하는 표준들 또는 속성의 명세들에 대한 만족도이다. 이것은 서비스 만족의 요소는 분리된 속성의 분석을 통해 유용한 통찰이 가능하다는 가정하에 측정되었다(Bettman, 1979). 따라서 의료서비스의 전반적 만

족도는 소비자가 의료서비스를 구매하여 사용, 소비하는 과정에서 경험하게 되는 소비자들의 전반적인 평가의 좋고 나쁜 정도라고 정의 내릴 수 있다. 즉 서비스의 각 속성평가의 종합개념이라기 보다는 전반적인 평가개념이라고 할 수 있다. 의료서비스의 속성별 만족도는 의료서비스의 속성을 진료부문, 간호부문, 병원직원과 행정부문, 시설과 환경부문의 4분야로 나누고 각 부문에 대하여 소비자가 주관적으로 경험한 평가의 좋고 나쁜 정도라고 정의하였다.

3.3 측정도구의 구성

본 연구에서는 의료서비스의 각 구성요소에 따른 만족도를 알아보기 위하여 설문지를 구성하였다. 중요도에 관한 문항은 Parasuraman, Zeithaml, Berry (1985)가 개발한 SERVQUAL을 참고로 하였다.

의료서비스를 진료부문, 간호부문, 병원 직원 및 행정, 병원시설 및 환경 등 4분야로 대별한 후 각 부문별로 SERVQUAL의 10가지 속성 중 적용가능한 평가속성들이 모두 포함될 수 있도록 노력하였다.

진료, 간호, 행정직원 등 사람에 의해서 제공되는 서비스 부문은 유형성을 제외한 모든 속성이 포함되도록 하였고 행정과 병원시설 및 환경부문에는 신뢰성, 접근성, 신용성, 안전성, 유형성 등의 속성이 포함되도록 하여 총 32개 문항으로 작성되었다.

부문별 문항수와 내용은 <표 3-1>과 같다.

<표 3-1> 의료서비스 부문별 평가속성과 문항수

의료서비스 부문	평가속성	문항수
진료부문	접근성, 신뢰성, 능력, 신용, 안전성, 이해, 의사소통	7
간호부문	접근성, 능력 및 신뢰, 신용 및 안전, 이해, 예절	7
행정직원 및 경영	이해, 예절, 신용, 신뢰, 접근, 안전, 유형성	8
시설 및 환경부문	유형성(식사, 의료장비, 청결, 편의 시설)	9

이들에 대한 응답은 피조사자가 주관적으로 인지하는 정도로서 표시하도록 하였다. '전혀 중요하지

않다'이면 1번, '매우 중요하다'이면 5번으로 응답하도록 5점 likert척도로 구성하여 점수가 높을수록 중요도가 높은 것을 나타낸다.

만족도에 대한 문항은 중요도를 묻는 32개의 항목과 동일하되 응답자들이 의료서비스를 소비한 후 이에 대한 평가적 차원에서 주관적인 만족도로 응답할 수 있도록 구성하였다. 또 의료서비스를 진료부문, 간호부문, 행정부문과 병원시설부문으로 나누어 이들에 대하여 각각 전반적인 만족도를 평가하도록 하였고 이 4분야를 종합하여 의료서비스에 대한 총체적인 만족도를 나타내도록 하였다. 만족도를 나타내는 이들 문항에 대하여도 '매우 불만족했다'이면 1번, '매우 만족했다'이면 5번으로 응답하는 5점 likert 척도로 구성하였다.

그 외 성별, 연령, 학력, 소득 등 사회인구학적 변인에 대한 문항과 기타항목으로 해당 병원의 선택이유, 입원기간 등에 관한 문항이 추가되었다.

의료서비스의 품질평가에 대한 부문별 중요도와 만족도에 관한 문항들의 내적일치도에 관한 신뢰도 검증 결과를 제시하면 다음과 같다.

<표 3-2> 신뢰도계수

의료서비스의 부문	신뢰도 계수 (Cronbach's α)	
	중요도	만족도
진료부문	0.68	0.86
간호부문	0.80	0.88
직원 및 행정부문	0.71	0.80
시설 및 환경부문	0.84	0.82

3.4 자료수집 및 분석방법

의료서비스는 원칙적으로 환자가 경험하지만 실제로는 진료를 받는 환자 뿐 아니라 보호자에 의해서도 소비가 이루어진다고 할 수 있다. 그러나 의료서비스를 이용하는 과정에서 진료를 받는 환자와 간호부문을 주로 담당하는 보호자가 경험하는 의료서비스는 다르게 평가될 수 있다. 왜냐하면 환자는 주로 진료과정에서 의사 및 검사원 등의 의료진과 빈번하게 접촉하는 반면 보호자는 간호차원에서 시설의 편

리성이나 행정절차, 병원직원과 접촉하게 되는 횟수가 많기 때문이다. 따라서 환자와 보호자가 인지하는 의료서비스의 평가는 다소 차이가 있을 것으로 예상되어 환자와 보호자 각 60명씩 120명을 대상으로 1996년 3월 7일부터 1996년 3월 14일까지 예비조사를 먼저 실시하였다. 그러나 예비조사 결과 환자와 보호자가 인지하는 의료서비스에 대한 평가의 차이는 검증되지 않았다. 이는 우리나라의 병원체계상 입원환자의 경우 늘 보호자가 함께 기거하면서 모든 과정을 돌보아야 하는 형편이기 때문에 동일한 기준이 형성되었을 것으로 사료된다. 또한 환자가 의사결정능력이 없거나 아동인 경우 의료서비스의 모든 수요과정이 실제적으로 보호자를 통하여 이루어지게 된다. 따라서 본 조사에서는 의료소비자를 환자에만 국한시키지 않고 보호자도 포함시켜서 조사하였다.

본 조사의 대상은 최근 1년 이내에 종합병원³⁾에 입원한 경험이 있거나 현재 입원하고 있는 환자와 그의 보호자들이며 조사기간은 1996년 3월 28일부터

4월 12일까지 총 500부를 배부하여 414부가 회수되었다.

그 중에서 성실하게 응답하지 않은 것을 제외한 404부가 분석에 이용되었다.

분석방법은 조사대상자의 특성을 나타내기 위하여는 빈도와 백분율을, 의료속성에 대한 중요도와 만족도에 대한 분석을 위하여는 paired t-test와 일원변량분석을 이용하였고, 의료서비스에 대한 총체적 만족도의 각 부분별 상대적 영향력을 알아보기 위하여는 회귀분석을 실시하였다.

IV. 결과 및 논의

4.1. 조사대상자의 일반적 특성

본 연구에서 표집된 대상은 남자보다 여자의 비율이 많았는데, 이는 가족원 중의 한명이 입원을 하게 되면 일반적으로 주부 또는 시장 노동 가치가 상대적으로 적은 여자가족원(주로 딸)이 간호를 담당하

〈표 4-1〉 조사대상자의 성격

변수	구분영역	빈도(n)	백분율(%)	변수	구분영역	빈도(n)	백분율(%)
성 별	남	119	30.0	역할	환자	189	47.6
	여	277	69.8		보호자	203	51.1
	무응답	1	0.3		무응답	5	1.3
교육수준	국졸이하	5	1.3	입원기간	1-2일	88	22.2
	중졸	36	8.8		3-6일	190	47.9
	고졸	198	49.9		1주일-1개월	72	18.1
	대졸이상	157	39.5		1개월이상	41	10.3
	무응답	2	0.5		무응답	6	1.5
	연 령	20-29세미만	164		41.3	소득수준	100만원미만
30-39세		57	14.4	100-150미만	119		30.0
40-49		104	26.2	150-200	108		27.2
50-59		59	14.9	200-300	83		20.9
60세이상		12	3.0	300이상	38		9.5
무응답		1	0.3	무응답	5		1.3

3) 종합병원의 선택은 병원협회의 분류기준에 따른 것임.

게 되기 때문에 의료소비자의 많은 부문이 여성으로 나타난 것으로 보이며 환자와 보호자의 비율은 비슷한 것으로 나타났다. 소득수준은 100만원에서 200만원 사이가 57.2%를 차지하였고 교육수준을 보면 고졸이 약 50%로 나타났다. 연령분포는 20대가 41.3%, 30대가 14.4%, 40대가 26.2%, 50대가 14.9%, 60대 이상이 3%로서 20대와 40대가 많은 쪽으로 나타났다. 40-50대의 부모세대와 20대의 자녀세대가 비슷한 분포를 이루고 있어 이들이 협력하여 간호를 하고 있기 때문으로 풀이된다.

4.2. 의료소비자들이 지각한 의료서비스 부문별 중요도는 어떠하며, 이는 인구통계변수에 따라 차이를 보이는가?

위 연구문제를 알아보기 위하여 의료서비스의 평가속성에 대한 중요도를 진료부문, 간호부문, 직원 및 행정부문, 병원시설 및 환경부문의 4분야로 나누어 평균점수를 산출한 결과 의료서비스를 이용하는 소비자들은 의료서비스의 모든 구성요소들에 대하여 전반적으로 매우 높은 중요성을 부여하고 있었다. (표

4-2)

중요도의 순위는 <진료부문><간호부문><행정부문>시설 및 환경부문으로 인적 부문을 물적 부문보다 중요하게 인지하고는 있으나 그 차이는 극소하게 나타났다.

이는 의료서비스의 핵심요소인 진료부문도 중요하지만 이와 연계된 어떤 분야도 소홀히 될 수 없는 성격을 띠고 있음을 의미하고 있다.

인구통계변수와의 관계를 알아보기 위하여 연령, 교육수준, 소득수준과 의료서비스 각 부문별 중요도에 대한 일원변량분석을 실시한 결과 부분적인 차이만이 검증되었다.

연령은 어떠한 의료서비스 부문과도 중요도에 차이를 나타내지 않았다.

교육수준에 따라 차이를 보인 것은 간호부문인데 유의수준 0.05에서 통계적으로 유의하게 나타났다. 이는 교육수준이 높을수록 간호부문에 대하여 중요성을 더욱 인식하는 것으로 해석된다.

소득수준에 따라 차이를 보인 부문은 병원직원 및 행정부문인데 유의수준 0.05에서 통계적으로 유의하였는데 저소득층과 고소득층의 의료소비자들은 중간

<표 4-2> 인구통계변수별 의료서비스 각 부문에 대한 중요도

변수	의료서비스영역 변수범주	진료부문		간호부문		직원, 행정		시설, 환경	
		중요도	유의도	중요도	유의도	중요도	유의도	중요도	유의도
연령	20	36.1	F=1.69	30.8	F=1.29	21.4	F=0.25	49.5	F=1.05
	30	37.1		31.7		21.5		51.4	
	40	36.3		30.7		21.4		50.8	
	50이상	36.5		31.0		21.7		50.9	
교육	중졸이하	36.3	F=0.40	30.1	F=3.56 *	21.3	F=0.17	50.4	F=0.01
	고졸	36.2		30.6		21.4		50.3	
	대졸	36.6		31.5		21.6		50.3	
소득	저	36.5	F=0.36	31.0	F=0.50	21.8	F=4.05 *	50.9	F=2.8
	중	36.1		30.6		20.8		49.2	
	고	36.3		30.9		21.5		50.5	

*p<.05

소득층 소비자보다 병원직원 및 병원행정에 대한 중요성을 더 높게 평가하는 것으로 나타났다. 저소득층의 경우 상대적 박탈감이나 부족한 경제력에 대한 반작용으로서 병원직원과의 접촉이나 행정절차 과정에서 불이익을 받게 될지도 모른다는 불안감을 지니고 있다고 할 수 있으며 고소득층의 경우 병원직원에게 선물이나 뇌물공세로 좀 더 좋은 서비스를 기대한다고 할 수 있다. 이러한 해석은 병원직원이나 간호사에게 선물을 했거나 촌지를 준 경험이 있다는 의견을 밝힌 응답자가 다수 있었기 때문이다. 다시 말하면 고소득층 소비자들은 병원직원이나 행정상의 절차에 중요성을 인식함으로써 이들로부터 받게 될 대우도 차별적으로 될 것이라는 기대가 형성되어 있는 것으로 보인다. 이에 반하여 중간 소득층은 다소 객관적인 관점에서 의료서비스를 평가하고 있다고 할 수 있다.

4.3. 의료소비자들이 지각한 의료서비스부문별 만족도는 어떠하며, 이는 인구통계변수에 따라 차이를 보이는가?

위 연구문제를 알아보기 위하여 소비자들이 의료서비스를 경험한 후 평가한 의료서비스 평가속성의 각 부문별 만족도에 대한 평균점수를 산출한 결과 만족도는 의료서비스의 전 분야에 걸쳐 매우 낮게 나타났는데, 시설 및 환경부문, 행정부문, 간호부문, 진료부문의 순으로 낮았고 진료에 대한 만족도가 가장 높게 나타났다.

이는 가장 중요한 진료부문에서는 큰 오류가 발생하지 않았다고 볼 수도 있겠지만 높은 전문적 지식이 요구되는 부분이어서 평가가 어렵기 때문에 상대적으로 평가의 유형적 단서를 쉽게 찾을 수 있는 물리적 요인에 대한 평가를 좀 더 확실하게 할 수 있었기 때문으로 풀이할 수 있다.

인구통계변수와의 관계를 알아보기 위하여 일원변량분석을 실시한 결과 연령, 교육수준, 소득수준에 따라 의료서비스의 각 부문에 대한 만족도의 차이는 검증되지 않았다. 그러나 사회인구학적 변수에 따른 의료서비스에 대한 소비자 만족을 조사한 서정희

(1992)의 연구에서는 교육, 연령, 성별, 소득에 따라 의미있는 차이가 검증되었다. 그럼에도 불구하고 그는 사회인구학적 변수가 의료서비스에 대한 소비자 만족에 미치는 영향은 일정하지 않으며 의료서비스에 대한 소비자 만족을 구성하는 변수에 따라 그 영향력이 다르게 나타난다는 의견을 제시하고 있다. 이와같이 연구자에 따라서 결과가 다르게 나타나는 것은 서로 상이한 척도에서 기인한 것으로 추측해 볼 수 있으며, 일반적으로 대부분의 의료소비자들은 그들이 어떤 특징을 갖느냐에 관계없이 그들의 의료서비스에 대한 평가는 비교적 안정적이기 때문인 것으로 판단된다. 즉 대부분의 의료소비자들이 의료서비스를 경험한 후 이에 대한 평가는 낮은 것으로서 불만족하는 결과로 일관된다고 볼 수 있다. 의료서비스 전부문에서 만족도가 낮기 때문에 인구통계변수에 따라 특별한 차이가 없는 것으로 사료된다.

중요도와 만족도의 평가결과를 종합하여 볼 때, 병원시설 및 환경부문의 경우 보호자를 위한 시설이나 합리적인 병원운영의 행정절차 및 간호체계에 대하여 중요성을 높게 인식하고 있음에도 불구하고 이에 대한 불만족도가 높은 것으로 나타났다. 이는 병원직원들의 불친절과 의료소비자를 위한 상황적 배려의 부족이 불만족의 원인으로 작용한 것으로 사료된다.

중요도와 만족도의 차이를 보면 시설 및 환경부문이 가장 큰 차이를 보이고 있어 이러한 상황을 입증해 주고 있다.

소비자가 인지하는 중요도는 기대치 또는 요구도를 의미하고 있으며 만족도는 실제치이므로 이 차이(중요도-만족도)는 요구도와 실제 간의 gap을 의미하는데 그 차이가 가장 큰 부분이 물리적 시설부문이고 다음이 진료부문으로 나타나 만족도의 크기와 관계없이 진료의 중요성과 이에 대한 기대치가 높음에 비하여 만족은 상대적으로 적음을 의미하고 있다.

구체적으로 살펴보면 진료부문의 경우 의사의 지식과 기술, 진료의 정확성 등의 전문적인 측면은 중요도 평가와 만족도 평가에서 모두 높게 나타난 반면 의사의 환자에 대한 예의나 의견존중 등에 관해

서는 매우 만족도가 낮은 것으로 나타났다. 특히 의사와의 접근가능성, 의사의 환자에 대한 배려는 매우 불만족한 것으로 나타났다. 이같은 결과는 우리나라 의사의 1인당 담당 환자 수(2128명)가 워낙 많기 때문에 환자가 의사와 충분한 상담을 하고 싶어도 의사의 시간이 이를 허용하지 않기 때문이며 다른 하나는 의사들 스스로의 권위주의와 습관적 자세로 인하여 환자에 대한 배려가 부족한 것으로 사료된다. 의료보험증 비소지 또는 치료비 부족 등의 상황에 대한 병원직원의 배려나 대기시간을 최소화하기 위한 합리적인 운영, 보호자가 없어도 입원생활에 불편함이 없는 간호체제에도 중요도 점수는 높게 나타난 반면 만족도는 2.2, 2.3점으로서 상대적으로 낮게 나타났다. 따라서 위와 같은 결과를 바탕으로 병원은 의료소비자를 우선으로 하는 행정체계의 개편과 운영이 요청된다. 특히 보호자 없이도 입원생활이 가능한 간호체제에 대한 요구도가 매우 높은데 이에 대한 대책은 병원에서 임시 간호 직원의 증대를 통하여 원하는 소비자에게 수익자 부담원칙을 적용한다면 현재 보다 훨씬 적은 비용으로 효율적인 운영을 할 수 있을 것으로 기대된다. 실제로 사설 간병인을 환자가 개별적으로 고용할 경우 1일 4-5만원을 지불하고 있는데 이는 병원에 지불해야 하는 공식적인 치료비용을 능가할 경우가 많아서 개인적으로나 사회적으로 큰 손실이 아닐 수 없다.

〈표 4-3〉 소비자가 인지한 의료서비스 평가속성에 대한 중요도와 만족도

	진료부문	간호부문	행정부문	시설 및 환경부문
중요도	36.4(91)	30.9(88)	21.4(86)	50.5(84)
만족도	26.2(63)	21.7(62)	14.2(57)	33.1(55)

()의 점수는 100점 만점으로 환산한 점수임.

그 외에도 의료보험관리공단 등의 정부 또는 관계기관과의 협조를 통한 효율성 증대와 만족도를 높일 수 있는 부분이 많이 있다. 예를 들면 진료주기의 조정이나 의료전달체계에 있어서의 문제점이 그것이다.

특히 의료수요가 갑작스런 상황에서 발생한다는 것을 감안할 때 의료보험증의 비소지 또는 치료비 부족 등의 상황에 대한 병원측의 배려는 병원측 자체의 융통성도 필요하지만 진료 후의 의료보험증 제시로서도 의료보험혜택이 부여될 수 있도록 의료소비자 보호를 위하여 정부와 관계기관과의 협조방안이 모색되어야 할 것이다. 즉 의료서비스에 대한 개선은 어느 한 기관의 편의성 위주가 아닌 진정으로 소비자를 보호하는 차원에서 이루어져야 함을 시사하고 있다.

4.4. 의료서비스의 총 만족도에 대한 각 부문별 만족도의 상대적 영향력은 어떠한가?

위 연구문제를 알아보기 위하여 회귀분석을 실시한 결과 0.001의 유의수준에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다.(표 4-4)

각 부문별 영향력을 보면 병원시설과 환경에 대한 부문이 총체적 만족도에 가장 영향력이 크게 나타났고 그 다음이 병원직원 및 행정부문이었다. 이와 같은 결과로 의료소비자들이 경험하는 의료서비스의 만족도는 병원환경과 병원직원 및 행정부문에 의하여 평가되는 것으로 추측해 볼 수 있다. 즉 가장 중요한 진료부문에 대한 전문적인 지식의 부재로 인하여 의료소비자들은 병원시설이나 직원들의 친절 등으로 의료서비스의 결과를 평가하게 되는 모순을 보이고 있다.

앞의 연구문제에서 가장 중요하게 인식되는 부문이 진료부문으로 제시되었음에도 불구하고 사실상에 대한 실제적인 평가는 거의 못하고 있다고 할 수 있다. 그러므로 진료부문을 담당하는 의사의 능력과 기술은 법적, 전문적 차원에서 그 규제가 필요할 뿐 아니라 의료계의 발전을 위하여 의료계 내부의 자율규제를 활성화시켜 나가도록 유도해야 할 것이다. 동시에 의사들이 환자를 인격적으로 존중해 주고 치료에 대한 친절하고 충분한 설명 등을 해주어야 할 것으로 보인다. 이와 더불어 의료 소비자들의 만족도 평가에 가장 큰 영향력을 미치는 병원직원 및 환경부문에 속하는 직원들의 태도도 고객 지향적

인 방향으로 개선되어야 할 것이다.

예전에는 별다른 경영합리화나 특별한 계획없이도 병원은 많은 수익을 올릴 수 있었다. 그러나 병원의 양적증가와 밀집화에 따라 경쟁이 심화되고 시설, 장비의 확충에 따른 투자확대, 임금 및 물가상승에 따른 관리비의 급증, 전 국민 의료보험실시에 따른 의료수가 수준의 비현실성 등으로 병원경영이 압박을 받고 있는 한편 소비자들 또한 의료지식과 병원에 대한 인식 및 선택 능력의 향상으로 높은 질의 의료서비스를 요구하고 있다. 이와 같은 상황에서 병원은 행정체계의 탄력적 운영과 소비자들에 대한 친절한 태도 등 서비스 질을 차별화시킴으로써 의료소비자에게 보다 높은 서비스를 제공하지 않으면 안된다. 의료공급 시장의 경쟁이 심화되면 소비자들에게 만족을 주는 병원만이 경쟁에서 남을 수 있기 때문이다.

한편 의료소비자를 환자와 보호자로 대별할 때 이들 소비자들이 경험하는 의료서비스의 종류는 약간의 차이가 날 수 있을 것으로 보여 비교하였으나 큰 차이는 발견되지 않았다. 다만 의료서비스의 총체적 만족도에 대한 의료서비스 각 부문의 상대적 영향력에서 보호자, 환자 모두 병원시설 및 환경의 영향력이 가장 크게 나타났다. 그러나 보호자는 간호부분을 다음 순위로 중시한 반면 환자는 직원을 차순위로 보고 있다.

이같은 결과는 보호자의 입장에서는 병원시설이나 간호체계에 대한 개선이 절실하다는 것을 시사하는 것이다. 다시 말하면 의료서비스를 이용하는 소비자는 환자 뿐만 아니라 환자의 보호자도 환자를 간호하는 과정에 있어서 상당부분 의료서비스를 경험하며 또한 소비하게 된다. 그러므로 보호자를 위한 편의시설이나 보호자가 없어도 되는 간호체계 등이 병원차원에서 뿐만 아니라 사회복지 차원에서 정부가 노력해야 될 부분으로 사료된다. 병원시설 및 환경에 대한 것은 환자나 보호자 모두에게 있어서 만족도의 가장 큰 부분을 차지하고 있는데 이것은 앞에서 밝힌 바와 같이 진료부문이 매우 추상적이고 전문성을 띠고 있기 때문에 소비자들이 쉽게 평가할 수 없는 반면 시설이나 환경 등은 쉽게 인식하여 평

〈표 4-4〉 총만족도에 대한 서비스 부문별 만족도

독립변수	B	β
시설 및 환경	0.39	0.43
간호	0.17	0.16
진료	0.11	0.10
직원	0.24	0.22
상수	0.08	
F값	109.45***	
R ²	0.53	

〈표 4-5〉 환자, 보호자의 의료서비스 각 부문별 만족도

독립변수	역할	보호자		환자	
		B	β	B	β
시설 및 환경		0.46	0.49	0.39	0.45
간호		0.20	0.19	0.14	0.15
진료		0.15	0.14	0.07	0.07
직원		0.15	0.13	0.23	0.23
F값		67.12***		49.27***	
상수		0.12		0.35	
R ²		0.57		0.51	

가할 수 있기 때문인 것으로 보인다.

위의 만족도를 각 부문별로 어떠한 항목이 보다 큰 영향력을 미치는가를 부가적으로 알아보기 위하여 각 부문에 대한 전반적인 만족도를 묻는 문항과 부문별 세부적인 만족도 문항들과의 관계를 회귀분석하였다.

의료서비스 부문별로 회귀분석결과를 제시하고자 하였으나 32개 문항에 대한 B와 β 값의 나열이 너무 길어서 여기서는 β 값의 크기를 기준으로 영향력이 큰 문항과 각 부문에 대한 F값과 유의수준만 나타내기로 하였다.〈표 4-6〉

위 표에서 제시된 바와 같이 만족도에 영향력이 큰 항목들은 환자에 대한 친절과 배려, 요구에 대한

〈표 4-6〉 의료서비스 부문별 만족도에 영향을 미치는 항목

서비스부문	문항번호	문 항 내 용	F값
진료부문	7	의사는 환자를 친절하고 예의바른 태도로 대하였다.	18.4***
간호부문	14	간호사는 환자의 상황적 변화 또는 요구에 잘 응대해 주었다.	36.4***
	12	간호사는 치료와 간호에 관하여 환자에게 쉽고 친절하게 설명해 주었다.	
	9	간호사의 도움을 쉽게 청할 수 있었다.	
직원 및 경영 부문	19	각종 검사요원을 포함한 병원직원들은 예의바르고 성실하게 업무를 수행하였다.	35.9***
	20	직원들은 의료보험증을 잊어버렸거나 치료비가 부족하였을 때 등 환자의 상황적 요인에 대한 배려를 잘 해 주었다.	
	16	병원직원들은 내원환자에게 모든 절차를 친절하게 안내하였다.	
병원시설 및 환경부문	25	입원실은 깨끗하고 지내는 데 불편함이 없었다.	24.7***
	27	병원내부의 각종 시설물은 찾기 쉽게 표시되어 있었다.	
	26	보호자를 위한 시설이 잘 되어 있었다.	

***p<.01

응답 등의 인적 요인이 대부분이다. 따라서 의료진 뿐 아니라 병원 직원들의 친절한 태도와 환자에 대한 인격적 존중 등 병원측의 태도 개선은 소비자의 만족 증대와 더불어 병원의 시장경쟁력을 증대시킬 수 있을 것이다. 또한 깨끗하고 위생적인 병원 환경과 편리한 시설의 확충 등을 통한 조직적이고 합리적인 운영체계를 갖추어야 할 것이다.

4.5. 만족 집단과 불만족 집단의 만족요인과 불만족요인은 의료서비스 부문별로 어떠한가?

위 연구문제를 알아보기 위하여 의료서비스의 총체적 만족도에서 매우 불만족했다와 약간 불만족했다에 응답한 집단은 불만족 집단으로, 약간 만족했다와 매우 만족했다에 응답한 집단은 만족집단으로, 중간집단은 제거하여 두 집단만으로 분류한 후 각 집단의 의료서비스 부문별 만족도를 비교해 보았다. 그 결과 두 집단 간의 차이가 가장 크게 나는 부문은 시설 및 환경부문이었다. 불만족 집단은 병원시

설이나 병원직원과 행정부문에 불만족도가 아주 높았다.

〈표 4-7〉 만족, 불만족 집단별 의료 서비스 부문별 만족도

속성	집단	만족집단	불만족집단
	진 료		3.8
간 호		3.7	2.6
직 원		3.6	2.4
시 설		3.6	2.1

만족 집단은 의사와 관련된 진료부문에 대한 만족도 점수가 가장 높았다. 불만족 집단의 불만 요인이, 의료서비스의 핵심을 이루고 있는 진료 부문이 아니라는 사실은 이들 불만족 요인의 해소방안이 어렵지 않음을 보여주었다는 점에서 다행한 일이라 할 수 있다. 이는 진료부문의 본원적 서비스가 좋았기 때

문으로 볼 수도 있지만 대다수 소비자가 이에 대한 평가를 확실히 할 수 없었기 때문으로 보여진다.

만족 집단의 만족요인이 진료부문으로 나타났다는 것은 가장 중요한 부문의 만족이 높을 경우 여타의 불만이 불식될 수 있음을 보여주고 있다.

따라서 병원은 진료수준의 향상과 함께 친절한 태도, 행정체계의 합리적 운영 등 고객지향적 자세의 전환이 필요하며 이는 추가적인 자원의 투입을 크게 하지 않고서도 소비자 만족도를 상당한 정도로 높일 수 있을 것으로 사료된다.

V. 결론 및 제언

의료서비스에 있어서 과거의 이용자들은 의료의 전문성이나 특수성으로 인하여 수동적인 의료서비스의 수혜자였다. 그러나 건강에 대한 관심, 의료보험혜택의 기회확산, 소비자들의 가치변화 등으로 소비자들은 능동적이고 자율적인 의료서비스의 소비자로 변화하면서 보다 높은 질의 의료서비스를 요구하고 있다. 이러한 시점에서 인간의 건강과 생명에 직접적으로 관계가 있는 의료서비스의 품질평가와 소비자만족에 대한 연구는 소비자 복지를 확장시키는데 기여할 수 있다는 관점에서 중요한 의의를 갖는다고 볼 수 있다.

이에 본 연구에서는 소비자들이 의료서비스를 평가할 때 의료서비스의 각 속성에 대한 중요도를 어떻게 인지하고 있으며 의료서비스를 소비한 후 각 부문 별 만족도는 어느 정도인지를 알아보고자 하였다. 또한 이들 중요도와 만족도가 사회인구학적 변수에 따라 어떠한 차이를 보이는지를 규명하고 이에 따라 의료공급자측의 개선점과 정부의 의료정책 방향에 대한 중요한 단서를 제공할 뿐 아니라 소비자들에게는 전문서비스재의 평가에 대한 중요성을 인지할 수 있는 정보의 제공에 연구의 목적을 두었다.

본 연구의 분석결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 의료서비스에 대하여 소비자가 인지하는 중요도를 평가하도록 한 결과 4 가지 의료서비스 부문(진료, 간호, 행정, 시설)에 대하여 모두 중요하다고 평가함으로써 병원 경영상 어느 부문도 소홀히 할 수

없음을 보여주었다. 그러나 인구통계변수 별 차이는 검증되지 않았다.

둘째, 의료서비스 경험 후의 만족도는 전반적으로 모든 부문에서 낮게 나타났고 인구통계변수 별 차이는 교육수준과 소득수준만이 유의한 변수로 나타났는데 교육수준은 간호부문에서, 소득수준은 행정부문에서 차이를 보였다. 불만족이 큰 문항으로는, 진료부문에서는 의사와의 접근 가능성, 의사의 환자에 대한 응답성과 배려, 간호부문과 병원직원부문에 있어서는 환자에 대한 배려였고 병원시설과 병원운영 부문에 있어서는 의료장비, 주차시설, 대기시간, 비용 등이었다.

다시 말하면 환자들은 의사나 간호사 그리고 병원 직원들로부터는 좀 더 친절하고 따뜻한 인간적인 배려를 원하고 있었으며 진단에 필수적인 최신의 의료 장비와 편리하고 깨끗한 환경 그리고 대기시간의 단축 및 보호자가 필요없는 간호체계 등 병원시설과 운영에서의 합리성과 효율성을 높여주기를 갈망한다고 할 수 있다. 그러므로 의료서비스의 질을 높이기 위하여는 의료서비스 종사자들(의사, 간호사, 직원)의 고객지향적 태도 개선이 무엇보다 중요하며 이와 함께 운영체계의 재검토를 통하여 내부 전달체계의 개편과 편리하고 쾌적한 환경 구축을 위한 장·단기 계획의 수립 등이 요청된다.

셋째, 병원시설, 직원 및 병원행정에 대한 만족도가 의료서비스의 총체적 만족도에 영향력이 큰 것으로 나타났다. 이것은 가장 중요하게 인식되는 부문이 진료부문으로 제시되었음에도 불구하고 사실상 이에 대한 실제적인 평가는 매우 어려워 의료소비자들이 경험하는 의료서비스의 만족도는 병원환경과 병원직원 및 행정부문에 의하여 평가되는 것을 알 수 있다. 그러므로 소비자의 전문적 지식이 부족한 진료부문에 대하여는 법적, 정부적 차원에서 의사의 능력과 기술을 올바르게 평가하여야 할 뿐 아니라 의료계의 발전을 위하여 의료계 내부의 자율규제를 활성화시켜 나가도록 유도해야 할 것이다.

넷째, 만족 집단과 불만족 집단으로 나누어 각 문항에 대한 차이를 분석한 결과 두 집단 간의 차이가 가장 크게 나타나는 부문은 시설 및 환경 부문이었

다. 또한 각 집단 내의 부문별 만족도를 살펴본 결과 불만족 집단은 병원시설부문에 가장 불만족도가 높았고 다음은 직원 및 행정부문에 대한 불만족도가 높게 나타났다. 그리고 만족집단은 진료부문에 대한 만족도가 높게 나타났다. 만족집단의 경우 진료부문의 만족이 여타의 불만을 줄였다고 볼 수 있으며 불만족 집단의 경우는 시설의 불만족이 진료를 포함한 인적 요인의 불만족으로 이어졌는지, 진료의 불만족이 여타 부문에 대한 불만족을 확대시켰는지 판단하기는 어려우나 병원설비의 개선을 통하여 소비자의 만족을 상당한 정도로 높일 수 있다는 점을 시사하고 있다.

다섯째, 본 연구 문제와 함께 부가적으로 환자와 보호자를 분류하여 분석한 결과, 환자에 비하여 보호자가 다소 중시한 부문은 간호부문이었다. 보호자도 환자와 함께 의료서비스를 소비한다고 볼 때 이들이 환자를 간호하는 과정에서 필요로 하는 편의 시설이나 보호자가 없어도되는 간호체계 등이 병원 차원에서 뿐만 아니라 사회적 비용과 효용의 증대를 고려할 때 소비자복지차원에서 정부와 사회단체가 함께 해결의 방안을 모색해야 될 부분으로 사료된다.

본 연구는 표집과정에서 종합병원 이용자만을 대상으로 했기 때문에 일반 병원이나 의원들의 의료서비스 수준은 전혀 제시되지 않은 제한점이 있다. 또한 의료보험이나 의료전달체계 등의 문항을 포함시키지 않아 의료서비스의 모든 부문에 대한 포괄적인 연구가 진행되지 못했다고 볼 수 있다. 이와 함께 본 연구는 어떤 기준이 없는 상황에서 만족/불만족을 조사하였다는 한계점을 지니고 있다. 그럼에도 불구하고 의료서비스에 대한 만족도가 매우 낮은 수준이었음은 지적할 수 있었다. 그러므로 앞으로는 일반 종합병원 뿐만 아니라 대학의 종합병원과 일반병원 및 의원 이용자에 대한 조사를 시행하여 소비자 만족도를 서로 비교해 보고 의료체계의 전달과정이나 의료보험직용 등의 문제를 파악하고 그 해결책을 모색하여야 할 것이다. 나아가서 의료서비스에 대한 의료 소비자들의 불만족은 어떠한 불평행동으로 나타나고 있으며 이를 어떤 방법으로 수용하고 개선하여야 할

것인지에 관한 후속연구가 이루어지기를 기대하는 바이다.

【참고문헌】

- 1) 강대철(1994), 병원이용에 대한 소비자 행동 연구, 강원대 행정대학원 석사학위논문.
- 2) 김광미(1993), 의료서비스의 성과와 소비자 만족, 숙명여대 대학원 석사학위논문.
- 3) 김재일, 이유재, 김주영(1996), "서비스 산업의 현황과 서비스 품질", 96년 한국소비자학회 발표논문집, pp1-58
- 4) 나기승(1994), 의료서비스 질 측정을 위한 척도개발에 관한 연구, 건대석사학위논문.
- 5) 대한병원협회(1993), 병원진료 서비스에 대한 국민의식구조 조사 연구보고서.
- 6) 문옥륜, 김주환(1992), 현대의료경제론, 신광출판사.
- 7) 서정희(1992), "의사의 설명의무와 환자의 자기결정권에 대한 소비자태도에 관한 연구", 대한가정학회, 제30권, 제 3호, 193-204.
- 8) _____ (1993), "의료서비스에 관한 소비자만족 척도개발에 관한 연구", 소비생활연구, 제12호, 53-73.
- 9) 소비자보호원(1992), 병원의료서비스 실태조사.
- 10) 유승흠(1993), 양질의 의료관리, 수문사.
- 11) 이준엽(1994), 서비스 품질에 대한 소비자의 인식차이에 관한 연구 -서비스 유형별 비교와 서비스 경험에 따른 변화를 중심으로-, 서울대석사학위논문.
- 12) 최경옥(1991), 종합병원 입원환자의 서비스 만족도에 관한 연구, 한양대 행정대학원 석사 학위논문.
- 13) 통계청(1995), 한국의 사회지표.
- 14) A. Parasuraman, Valerie A. Zeithaml, and Leonard L. Berry, "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implication for Future Research," Journal of Marketing, Vol.49,Fall, 1985.
- 15) Bettman James R.(1979), An Information Process-

- ing Theory of Consumer Choice*, Addison- Wesley Publishing Company, Inc.
- 16) David A.Garvin, "What does Quality Mean?," Sloan Management Review, Vol.26,No.1,Fall,1984.
 - 17) Doyle B. & Ware J.E.(1977), "Physician Conduct and other factors that affect consumer satisfaction with Medical care", *Journal of Medical Education*, 52, 10, 793.
 - 18) G.A.Churchill and C.Suprenaut, "An Investigation into the Determinants of Customer Satisfaction," *Journal of Marketing Research*, Vol.19,Nov.,1982.
 - 19) Garvin David A.(1974), "What do Product Quality really mean", *Sloan Management Review*, 26, 1.
 - 20) Gronroos Christian(1983), *Innovative Marketing strategies and Organization Structures for Service Firms*, in *Emerging Perspectives in Services Marketing*, Leonard L. Berry,G. Lynn Shostack, and Gregory D. Upah eds., Chicago:American Marketing.
 - 21) Hulka B. & Zyzansky S.(1982), "Validation of Patient Satisfaction Scale", *Medical Care*, 20, 649-653.
 - 22) Hulka B., Zyzansky S., Cassel J., Thomson S. (1970), "Scale for the Measurement of attitudes toward Physicians and Medical Care", *Medical Care*, 8, 429-435.
 - 23) Locker D. & Hunt D.(1978), "Theoretical and Methodological issues in sociological studies of Consumer Satisfaction with Medical Care", *Social Science and Medicine*, 12, 283-292.
 - 24) Oliver R.(1981), "Measurement and Evaluation of Satisfaction Processes in retail Settings", *Journal of Retailing*, 57, 25-48.
 - 25) Ruth A. smith and Michael J.Houston, "Script-based Evaluations of Satisfaction With Services," *Perspectives of Service, Marketing*, 1982.
 - 26) Singe J.(1989), "The Patient satisfaction Concept : A review and reconceptualization", *Advances in Consumer Research*, 16, 176-179.
 - 27) Smith A. Ruth & Michael J. Houston(1982), "Cript-based Evaluations of Satisfaction With Services", *Emerging Perspectives on Service Marketing*, P.59
 - 28) Vandamme R. & J. Lewis(1993), "Development of a Muultiple-item Scale for Measuring Hospital Service Quality", *Intentional Journal of Service Industry Management*, 4, 3, 30-49.
 - 29) Ware J. E., Davis-Avery & Stewart A.(1978), "The Measurement and Meaning of Patient Satisfaction", *Health and Medical Care Service Review*, 1, 2-15.
 - 30) _____, Snyder M.K. & Wright W. R.(1976), "Development and Validation of Scale to Measure Patient Satisfaction with Health care services", Department of Health, *Education and Welfare*.
 - 31) Zastowny T.R. Roghmann K.J. and Cafferatal G. L.(1989), "Patient Satisfaction and the use of Health Services:Explorations in Casuality", *Medical Care*, 27, 706-723.