

입원환자의 사회인구학적 요인 및 의료이용 특성과 환자만족·불만족간의 관련성

조 성 현¹⁾

서 론

환자만족도는 보건의료 분야에서 새로운 이슈는 아니다. 1990년대 이후 소비자의 권리의식 고양, 보건의료정책의 변화, 의료기관간의 경쟁 심화 등으로 환자만족도에 대한 중요성은 점차 증가하였다. Lee, Kim, Cho와 Lee(1998)의 연구 결과, 1996년 당시 118개 종합병원 중 63%가 환자만족도 조사를 실시하고 있었다. 지난 2004년 종합전문요양기관과 500병상 이상의 병원을 대상으로 실시된 의료기관평가에서는 의료기관의 환자만족도 조사 시행 여부와 횟수, 담당인력 배치 여부, 설문문항(시설 및 환경, 의료인력의 기술수준과 전문성, 직원의 친절성), 조사결과의 활용 여부를 조사하였다(Ministry of Health & Welfare, 2004). 동시에 외래와 입원환자 각각 50명을 대상으로 현지에서 만족도조사를 실시하기도 하였다. 이러한 추세는 환자만족도의 중요성을 증가시킬 뿐만 아니라, 앞으로 의료기관이 환자만족도 조사를 정기적으로 실시하고, 조사 결과를 질 향상 활동에 반영하도록 유도하는 데 큰 영향을 미칠 것이다.

환자만족도는 이론적 배경에 따라 다르게 정의할 수 있으나, 일반적으로 의료서비스에 대한 신념, 태도, 행위, 평가 등으로 표현된다. Pascoe(1983)는 환자 자신이 제공받은 서비스에 대한 평가로 환자만족도를 정의하였다. 그에 따르면 환자는 과거의 경험 등을 통해 주관적인 표준(subjective standard)을 가지고 있으며, 이를 자신이 받은 서비스와 비교하는 과정을 거친다. 이 과정에서 환자의 경험과 주관적 표준이 불일치할 경우 불만족을, 경험이 표준을 충족시켰을 경우에 환자는

만족을 느끼게 된다. Linder-Pelz(1982)는 기대-가치(expectancy-value) 모델을 제시하고, 환자만족도를 의료에 대한 개인의 긍정적인 평가로 정의하였다. 이 모델에 따르면 환자만족은 환자의 지각, 평가, 비교로 구성되며, 지각과 가치가 어떻게 상호작용하여 환자만족을 결정하는가를 몇 가지 가설로 설명하였다.

환자만족도는 크게 질 평가와 마케팅의 목적으로 수행된다. 환자만족도는 Donabedian(2003)이 제시한 7가지 질의 구성요소에서 수용성(acceptability)을 반영한다. 수용성은 의료서비스가 환자와 그 가족이 원하는 기대에 얼마나 부합했는가를 말하며, 세부요소로는 접근성, 환자-의료인의 관계, 쾌적함(amenities), 환자의 선호도, 서비스의 공정성 등이 있다. 또한 Donabedian(1980)이 질평가 접근법으로 제시한 구조-과정-결과 모델에서 환자만족도는 결과적 측면을 평가하는 결과지표(outcome indicator)이기도 하다. 환자만족도는 마케팅에도 활용되는데, 의료기관의 강점과 환자의 불만족 원인, 선택동기, 재이용 의사, 충성도(loyalty), 주위사람들에게 이용 권유 등을 조사함으로써 의료기관의 경쟁력을 높이는 데 사용된다(Lee et al., 1998; Lee, Kim, & Back, 2003).

환자만족도는 다양한 요인에 의해 결정된다. 가장 중요하게는 환자에게 제공된 서비스의 질이 환자만족도에 영향을 미칠 것이다. 그러나 앞서 환자만족도 정의에서도 언급했듯이 환자의 기대와 경험에 대한 주관적인 평가가 개입되기 때문에, 환자의 사회인구학적 특성(성, 연령, 사회계층, 교육, 결혼 상태 등)과 건강상태, 의료기관, 의료비와 비용부담 등이 환자만족에 영향을 미치는 것으로 알려져 있다(Aharony &

주요어 : 환자만족, 환자불만족, 입원서비스

1) 한양대학교 의과대학 간호학과, 전임강사

투고일: 2004년 12월 10일 심사완료일: 2005년 4월 15일

Strasser, 1993; Hargraves et al., 2001; Nguyen Thi, Briancon, Empereur, & Guillemin, 2002; Perneger, 2004; Sofaer & Firminger, 2005). 환자만족도의 관련요인을 파악하는 것은 미래에 불만족을 경험할 수 있는 환자를 예측하고, 이들 환자를 만족시킬 수 있는 효과적인 방안을 모색하는 데 도움이 될 것이다. 또한 만족도 관련요인은 의료기관간 만족도 수준을 비교할 때 필요한 정보를 제공한다. 일반적으로 환자결과(patient outcomes)를 지역별, 의료기관별로 차이를 분석할 때 환자결과에 영향을 미치는 요인을 보정(risk adjustment)한다. 같은 맥락에서 의료기관간 환자만족도 차이를 비교할 때 서비스의 질 이외의 관련요인을 보정할 필요가 있다.

간호 분야를 포함한 다양한 영역에서 환자만족도 연구가 수행되었다. 선행연구에서는 입원환자와 외래환자, 특정 진료과 환자나 특정 시술을 받은 환자 등 연구 목적에 따라 다양한 환자군을 대상으로 실시되었다. 간호서비스에 대한 만족도 연구도 활발히 진행되었는데, 주로 입원환자를 대상으로 하였으며, 응급실 등과 같이 특정 간호단위의 환자를 대상으로 한 연구도 있다(Eom, 2001; Lee, 2002; Lee et al., 2003; Park, Moon, & Youn, 2000). 이들 선행연구는 환자만족도 수준과 관련 요인을 파악하는 데 유용한 정보를 제공하였으나 몇 가지 제한점을 안고 있다. 첫째, 조사대상이 일부 종합병원과 그 환자들로 국한되었다는 점이다. 종합병원은 환자 중증도가 높고 제공되는 서비스도 복잡하기 때문에 환자만족도가 매우 중요하다. 그러나 중소병원을 이용하는 환자의 비중도 높고, 선진외국과는 달리 우리나라는 의원에서도 입원서비스를 제공하기 때문에 병원과 의원급 의료기관을 이용한 환자의 만족도에도 관심을 가져야 한다. 이러한 소수 대학병원과 종합병원 환자 중심의 연구는 의료기관종별 만족도 수준을 비교하는 데 어려움을 낳는다. 둘째, 소수의 의료기관 환자를 포함하기 때문에 선행연구 결과를 가지고 우리나라 국민의 전반적인 만족도 수준을 파악하는 데, 즉 연구결과를 일반화(generalization)하는 데 제한점이 따른다. 셋째, 환자만족도에 영향을 미칠 수 있는 요인-특히 의료이용 특성(재원기간, 의료비 부담), 건강수준, 임상적 특성(질병종류)-을 포괄적으로 분석한 사례가 부족하다. 넷째, 기존 연구에서는 환자만족도에 영향을 미치는 요인에 초점이 맞춰졌다. 그러나 Herzberg의 동기-위생 이론에서 직무 만족과 불만족의 영향 요인이 다르게 작용하는 것처럼, 환자만족과 불만족의 관련요인도 다를 수 있다. 따라서 환자의 사회인구학적 요인과 의료이용 특성이 환자만족과 불만족에 각각 어떻게 관련성을 가지는가를 검토할 필요가 있다.

이 연구는 선행연구의 제한점을 보완하는 방안으로, 보다 대표성 있는 전국단위의 조사자료(representative sample)를 사용하여 환자의 사회인구학적 요인과 의료이용 특성이 환자만

족과 불만족간에 어떠한 관련성을 가지는가를 파악하고자 하였다.

연구 방법

연구설계

이 연구는 2001년 보건복지부와 한국보건사회연구원, 한국보건산업진흥원이 실시한 『2001 국민건강·영양조사』의 원자료(raw data)를 분석한 단면연구(cross-sectional study)이다. 『국민건강·영양조사』는 국민건강증진법에 의거하여 정부가 3년마다 실시하는 표본인구조사이다(Choi et al., 2002a). 이 조사의 목적은 국가차원의 국민건강증진 계획을 수립하는데 필요한 국민의 전반적인 건강·영양상태에 관한 기초자료를 제공하는 데 있다. 조사의 원 자료는 개인 연구자가 한국보건사회연구원에 자료이용을 위한 연구계획서와 서약서를 제출한 후 구입할 수 있다. 『국민건강·영양조사』는 크게 건강부문과 영양부문으로 구성되어 있으며, 건강부문에는 건강면접조사, 보건의식행태조사, 검진조사가 포함되어 있다. 건강면접조사에는 가구일반사항, 질병이환, 의료이용, 사고중독에 관한 조사항목이 포함되어 있는데, 이 연구에 사용한 환자만족도는 의료이용 영역에서 조사되었다. 사회인구학적 특성과 주관적 건강상태는 가구일반사항에 포함되어 있다.

연구 대상

건강면접조사는 총 13,200 표본가구 중에서 12,183가구(92.3%)가 완료하여 37,769명의 가구원이 포함되었다(Choi et al., 2002b). 이들 가구원 중에서 의료이용조사(입원 또는 외래이용)를 완료한 가구원은 8,576명이었으며, 그중 1,185명이 조사시점을 기준으로 지난 1년 동안 한 번 이상 입원한 경험이 있었다. 1,185명의 입원환자 중에서 20세 미만의 아동 142명을 제외한 1,043명이 연구 대상에 포함되었다. 1,043명의 환자 중에는 1년 동안 2회 이상 입원(중복입원)한 환자가 156명으로 대부분의 환자는 한 번 입원하였다.

변수

분석에 사용한 변수는 사회인구학적 요인과 의료이용 특성으로 구분하였다. 각 변수의 정의와 범주는 『2001 국민건강·영양조사 데이터 사용지침서』를 따랐다(Ministry of Health & Welfare, 2002). 사회인구학적 변수에는 연령, 성, 결혼상태, 교육, 월 가구소득, 거주지역이 포함되었다. 교육수준에서 재학생은 현 학력으로, 중퇴는 전 학력으로 기입되었다.

월 가구소득은 100만원 간격으로 4개 범주- 하(low), 중하(middle low), 중상(middle high), 상(high)-로 구분하였다. 거주 지역은 서울, 6개 광역시, 서울과 광역시를 제외한 중소도시(non-metropolitan urban area), ‘읍·면’지역(rural area)으로 분류하였다.

의료이용 특성으로는 이용한 의료기관, 재원기간(length of stay, LOS), 의료비 지불형태, 의료비 부담정도, 주관적 건강 수준, 질병 유형을 포함하였다. 의료기관 유형에서 종합전문 요양기관은 이전의 3차 의료기관을 말하며, 조사원 지침서에 42개 지역별 종합전문요양기관 목록이 수록되어 조사자가 확인할 수 있었다(Choi, Nam, Kim, & Go, 2002). 재원기간은 1일에서 365일까지 넓은 범위를 보였을 뿐만 아니라 양의 방향으로 치우친 분포(positively skewed distribution)를 나타내어, 4개 범주(1-6일, 7-13일, 14-29일, 30일 이상)로 분석하였다. 의료비 부담은 3점 척도(전혀 부담없음, 조금 부담, 매우 부담)와 ‘의료비 없음’으로 측정되었는데, ‘의료비 없음’은 본인 부담(out-of-pocket payment)이 없음을 의미한다(Choi et al., 2002). 주관적 건강수준은 5점 척도(매우 좋음 - 매우 나쁨)로 측정되었고, 자료 분석에서는 3가지 범주, 즉 좋음(매우 좋음 + 좋음), 보통, 나쁨(나쁨 + 매우 나쁨)으로 재분류하였다. 질병 유형에서 만성질환과 급성질환의 구분은 『2001 국민건강·영양조사』가 사용한 정의를 그대로 적용하였다. 이 조사에서는 만성질환을 ① 발생 후 현재까지 3개월 이상 경과된 질병(임신과 관련한 합병증 제외), ② 발생시기에 관계없이 질병의 자연사적 특성에 근거하여 분류된 만성질환으로 정의하였다(Choi et al., 2002b). 급성질환은 만성질환의 기준에 해당하지 않은 질병과 사고중독(injuries and poisoning)을 말한다(Choi et al., 2002a). 급·만성질환의 세부 분류도 『2001 국민건강·영양조사』의 질병분류를 적용하였다.

마지막으로 종속변수인 환자만족도는 한 가지 질문(single item), “이곳에서 받은 서비스 전반에 대하여 어느 정도 만족합니까?”, 으로 측정되었고, 대상자는 5점 척도(매우 만족 - 매우 불만족)로 답하였다. 통계 분석에서는 3가지 범주- 만족(매우 만족 + 만족한 편), 보통, 불만족(불만족 + 매우 불만족)-로 구분하였다.

자료분석

이 연구에서 환자만족도는 서열척도(ordinal scale)로 간주하였다. 서열척도를 연속변수로 처리하여 분석할 경우, 개념적 또는 방법론적 문제점이 따른다. 더욱 중요하게는, 여러 항목(multiple items)에서 얻은 5점 척도 값의 합계나 평균을 계산하여 연속변수로 분석한 선행연구와는 달리, 이 연구에서는 한 가지 질문으로 환자만족도를 측정했기 때문에 연속변수로

취급하기는 더더욱 어려웠다.

각각의 독립변수별 환자만족도 분포(univariate comparison)는 chi-square test로 분석하였다. 독립변수와 환자만족도와와의 관련성을 파악하기 위한 다변량 분석에서는 로지스틱 회귀분석을 사용하였다. 통계분석에서는 중복입원을 제외한 첫 번째 입원(first admissions)만을 포함시켰다. 여기서 첫 번째 입원은 대상자가 조사시점을 기준으로 지난 1년간 2회 이상 입원했을 경우, 원 자료 파일에 첫 번째로 입력된 입원을 말한다. 중복입원을 제외시킨 이유는 통계분석에서 관찰값이 독립적(independent observations)이어야 한다는 가정을 충족시키기 위해서다. 또한 <Table 1>에서 볼 수 있듯이, 전체 입원과 첫 번째 입원에서 만족도 분포가 크게 다르지 않았기 때문이다.

<Table 1> Distribution of patient satisfaction among all admissions (N=1,287) and first admissions (N=1,043)

	All Admissions		First Admissions	
	n	%	n	%
Very satisfied	123	9.6	106	10.2
Satisfied	622	48.3	492	47.2
Neutral	340	26.4	289	27.7
Dissatisfied	116	9.0	99	9.5
Very dissatisfied	21	1.6	14	1.3
Missing	65	5.1	43	4.1

연구 결과

지난 1년간 1회 이상 입원한 경험이 있는 1,043명 대상자 중에서 입원횟수가 1회인 사람은 887명이었다. 두 번 입원한 환자는 114명이었으며, 최대 8회까지 입원한 환자가 3명 있었다. 2회 이상 입원한 환자의 입원(중복입원)을 모두 합한 전체 입원(all admissions)은 1,287건이었다. 이들 중 입원 중에서 환자가 만족한(매우 만족 + 만족한 편) 경우는 57.9%이었으며, 반면 10.6%는 불만족했다고 답하였다(<Table 1>). 중복입원을 포함한 총 입원건수 중에서 첫 번째로 입력된 입원(first admissions)만을 추출하여 만족도를 비교한 결과, 거의 유사한 분포를 보였다. 57.3%가 만족했다고 응답하였으며, 27.7%는 ‘보통’이라고 답하였다. ‘매우 만족’과 ‘매우 불만족’의 극단값에 답한 환자의 비중은 상대적으로 낮았다. 만족도 분포가 전체 입원과 첫 번째 입원에서 유사하게 나타났고, 앞서 자료분석에서 언급한 대로 관찰값의 독립성을 위하여, 이후의 자료 분석에서는 첫 번째 입원만을 포함시켰다. 환자만족도에 응답하지 않은 43명도 제외하여 최종 1,000명이 포함되었다.

대상자 특성에 따른 분포는 <Table 2>에 제시되어 있다. 평균 연령은 51세(표준편차 16세)이었으며, 223명(22%)이 65세 이상의 노인이었다. 대학교육(전문대 이상)을 받은 대상자는

<Table 2> Patient satisfaction by sociodemographics and utilization characteristics

(N=1,000)

Variable	Category	n	Satisfied (%)	Neutral (%)	Dissatisfied (%)	P value
Sociodemographic Characteristics						
Age (year)	Young adult (20-44)	385	57.1	28.8	14.0	.249
	Middle age (45-64)	392	62.2	28.8	8.9	
	Elderly (65+)	223	60.1	29.1	10.8	
Gender	Male	514	60.5	28.2	11.3	.877
	Female	486	59.1	29.6	11.3	
Marital status	Single	82	47.6	40.2	12.2	.004
	Married	746	63.0	25.7	11.3	
	Other	172	51.7	37.2	11.0	
Education	No formal education	142	50.0	38.7	11.3	.055
	Elementary school	223	65.0	26.9	8.1	
	Middle - high school	451	59.6	27.9	12.4	
	College+	182	62.1	25.3	12.6	
Monthly household income (10,000 won)	Low (< 100)	302	58.3	32.5	9.3	.138
	Middle low (< 200)	297	64.3	24.6	11.1	
	Middle high (< 300)	207	57.0	31.9	11.1	
	High (300+)	121	53.7	28.9	17.4	
	Do not know	73	65.8	23.3	11.0	
Residence area	Seoul metropolitan city	231	59.3	32.9	7.8	.011
	Other 6 metropolitan cities	252	56.7	33.7	9.5	
	Non-metropolitan urban area	280	58.2	26.1	15.7	
	Rural area	237	65.4	23.2	11.4	
Utilization Characteristics						
Institution	Tertiary hospitals	229	69.4	20.5	10.0	.066
	General hospitals	298	57.7	31.9	10.4	
	Hospitals	249	57.8	30.5	11.6	
	Clinics	205	54.1	32.7	13.2	
	Oriental medical hospitals/clinics	18	61.1	22.2	16.7	
LOS (days)	1-6	236	64.4	20.8	14.8	.008
	7-13	316	64.2	26.9	8.9	
	14-29	244	54.5	34.8	10.7	
	30+	171	52.6	35.1	12.3	
	Being admitted	31	61.3	32.3	6.5	
Payer	Health insurance	640	65.8	23.3	10.9	<.001
	Auto insurance	200	49.0	40.5	10.5	
	Industrial accident insurance	51	45.1	33.3	21.6	
	Medical Aid	68	57.4	36.8	5.9	
	Other	39	43.6	38.5	17.9	
Burden for medical expenses	Not burdensome	110	67.3	24.5	8.2	.011
	Somewhat burdensome	206	63.1	26.7	10.2	
	Very burdensome	462	61.7	26.6	11.7	
	No out-of-pocket payment	167	46.1	41.3	12.6	
	Do not know	55	58.2	27.3	14.5	
Self rated health	Good	249	66.7	20.5	12.9	.007
	Fair	267	56.2	34.8	9.0	
	Poor	484	58.3	30.0	11.8	
Condition	Acute disease	392	52.0	34.7	13.3	<.001
	Chronic disease	608	64.8	25.2	10.0	

<Table 2> Patient satisfaction by sociodemographics and utilization characteristics(continued)

(N=1,000)

Variable	Category	n	Satisfied (%)	Neutral (%)	Dissatisfied (%)	P value
Acute disease	Injury: fracture and dislocation	153	46.4	37.3	16.3	.260
	Injury: sprain and strain	110	50.9	35.5	13.6	
	Injury: contusion	66	57.6	34.8	7.6	
	Open wound, laceration and other injury	47	55.3	31.9	12.8	
	Other acute disease	16	81.3	12.5	6.3	
Chronic disease	Circulatory system	145	64.8	26.2	9.0	.014
	Musculoskeletal system	112	50.0	33.9	16.1	
	Neoplasm	89	78.7	19.1	2.2	
	Digestive system	63	58.7	30.2	11.1	
	Endocrine, metabolic, blood & immune system	45	66.7	22.2	11.1	
	Respiratory system	43	65.1	27.9	7.0	
	Skin and genitourinary system	39	82.1	10.3	7.7	
	Eye and ear	38	68.4	15.8	15.8	
	Other chronic disease	34	61.8	26.5	11.8	

18%이었다. 30%의 대상자가 100만원 미만의 월 가구소득을 얻고 있었으며, 300만원 이상의 고소득 환자는 12%이었다. 거의 절반에 가까운 환자가 서울특별시와 6개 광역시에, 28%가 서울과 광역시를 제외한 중소도시에 거주하고 있었다. 이 용한 의료기관은 종합전문요양기관 23%, 종합병원 30%, 병원 25%, 의원 21%로 나타났다. 재원기간에서는 1주일 미만이 236명(24%)이었으며, 30일 이상 입원한 환자도 17%를 차지하였고, 31명은 조사당시 입원 중이었다. 의료비 지불형태로는 64%가 건강보험, 나머지 대상자는 자동차보험, 산재보험(industrial accident compensation insurance), 의료급여로부터 혜택을 받았다. 응답자의 11%만이 의료비가 ‘전혀 부담없다’고 답한 반면, 46%는 매우 부담스럽다고 답하였다. 건강이 ‘매우 좋다’고 답한 사람은 2%에 지나지 않았으며, ‘나쁨’ 35%, ‘매우 나쁨’이 13%를 차지하였다. 질병 분포에서는 만성 질환으로 인한 입원이 61%로 급성질환보다 높았다. 급성질환과 만성질환을 질병 대분류로 구분했을 때, 급성질환에서는 사고로 인한 골절, 탈구, 염좌, 좌상 등의 손상(injuries)이 대부분을 차지하였다. 만성질환으로는 순환기계, 근골격계, 신생물, 소화기계 순으로 높은 빈도를 보였다.

각각의 독립변수별 만족도 비교에서 ‘매우 만족’ 또는 ‘만족’으로 답한 응답자의 비율(만족률)은 대상자의 특성에 따라 차이를 보였다<Table 2>. 사회인구학적 특성에서는 기혼자와 읍면부 거주자에게서 만족률이 높았다. 반면 중소도시에 거주하는 사람들의 불만족률이 높았다. 의료기관종별 비교에서는 종합전문병원을 이용한 대상자의 만족률이 높았고, 반대로 의원에 입원한 환자의 만족률이 낮은 경향을 보였다(P=0.066). 재원일수가 일주일 미만인 환자가 만족률도 높은 동시에 불만족률도 높았다. 건강보험 환자의 만족도가 가장 높은 반면 자동차보험과 산재보험 환자의 만족도는 낮았다. 특히 산재보험

환자의 경우 5명 중 한 명꼴로 불만족한 것으로 나타나, 단변량 비교에서는 가장 높은 불만족률을 보였다. 의료비 부담정도에서는 ‘전혀 부담없음’이라고 답한 대상자가 가장 높은 만족률을 보였다. 건강상태가 좋다고 답한 대상자의 만족률이 높았으며, 급성질환자보다는 만성질환자의 만족률이 높았다. 급성질환을 세분하여 다빈도 질환별로 만족도의 분포를 비교했을 때, 골절과 탈구 환자가 가장 낮은 만족률을 보였으나 유의한 차이를 보이지는 않았다. 만성질환에서는 신생물과 피부 및 비뇨생식기계 환자의 만족도가 높았다. 반면 근골격계 환자는 절반만이 만족하였으며, 불만족 비중도 16%로 높았다.

<Table 3>은 두 개의 로지스틱 회귀분석에서 산출한 교차비(odds ratio, OR)를 제시한 것이다. 독립변수에서 무응답을 가진 7명의 환자가 제외되어 회귀분석에는 993명이 포함되었다. ‘Satisfaction’ 열(column)에 제시된 값은 [보통+불만족]과 대조했을 때 만족한 교차비를 말한다. ‘Dissatisfaction’ 아래의 교차비는 [만족 + 보통]과 대조했을 때 환자가 불만족할 가능성을 의미한다. 먼저 환자의 만족과 관련성을 보인 변수는 연령, 교육수준, 의료기관, 보험자, 의료비 부담정도, 주관적 건강상태, 질병 유형이었다. 45-64세 환자가 45세 미만의 환자보다 만족하는 경향을 보였으며, 정규교육을 받지 않은 사람보다는 초등교육 이상을 받은 사람이 만족할 가능성이 높았다(P = 0.045 ~ 0.144). 종합전문요양기관 환자가 종합병원 환자보다 만족도가 높았고, 건강보험 환자가 자동차보험이나 산재보험 환자보다 만족도가 높았다. 또한 의료비 부담을 전혀 느끼지 않은 환자가 나머지 환자군에 비해 만족도가 높았다. 건강상태가 좋다고 느끼는 사람일수록 의료서비스에 만족할 가능성도 높았다. <Table 2>에서 가장 낮은 만족률을 보인 근골격계 질환을 준거집단(reference group)으로 했을 때, 신생물과 기타 만성질환자의 만족도가 높았다.

<Table 3> Odds ratios of patients satisfied (vs. neutral or dissatisfied) and dissatisfied (vs. satisfied or neutral) (N=993)

Variable	Category	Satisfaction		Dissatisfaction	
		OR (95% CI)	P value	OR (95% CI)	P value
Sociodemographic Characteristics					
Age (vs. young adult)	Middle age	1.47 (1.01-2.14)	.042	0.57 (0.32-1.01)	.054
	Elderly	1.38 (0.84-2.27)	.203	0.83 (0.39-1.76)	.622
Gender (vs. male)	Female	0.94 (0.70-1.27)	.702	1.12 (0.72-1.75)	.620
Marital status (vs. single)	Married	1.48 (0.88-2.51)	.142	1.02 (0.46-2.24)	.961
	Other	1.12 (0.59-2.14)	.733	1.16 (0.43-3.13)	.770
Education (vs. no formal education)	Elementary school	1.67 (1.01-2.76)	.045	0.84 (0.37-1.90)	.671
	Middle-high school	1.48 (0.88-2.50)	.144	1.32 (0.57-3.01)	.517
	College+	1.85 (0.99-3.45)	.055	1.19 (0.45-3.11)	.727
Monthly household income (vs. low)	Middle low	1.12 (0.76-1.64)	.575	1.20 (0.66-2.20)	.550
	Middle high	0.90 (0.59-1.39)	.639	1.19 (0.60-2.36)	.612
	High	0.64 (0.38-1.07)	.087	2.13 (1.00-4.53)	.051
	Do not know	1.39 (0.75-2.56)	.297	0.79 (0.30-2.10)	.634
Residence area (vs. Seoul)	Other metropolitan	1.04 (0.70-1.55)	.837	1.31 (0.66-2.59)	.447
	Non-metropolitan urban	1.12 (0.76-1.66)	.567	2.27 (1.21-4.25)	.010
	Rural	1.40 (0.92-2.13)	.119	1.93 (0.97-3.86)	.062
Utilization Characteristics					
Institution (vs. tertiary)	General hospitals	0.64 (0.43-0.96)	.029	0.89 (0.48-1.65)	.717
	Hospitals	0.88 (0.57-1.36)	.567	0.88 (0.46-1.69)	.706
	Clinics	0.79 (0.49-1.26)	.315	0.88 (0.44-1.75)	.717
	Oriental medical facilities	1.40 (0.46-4.32)	.555	0.93 (0.18-4.83)	.930
LOS (vs. 1-6 days)	7-13	1.15 (0.78-1.69)	.481	0.49 (0.28-0.87)	.015
	14-29	0.89 (0.59-1.34)	.575	0.51 (0.28-0.93)	.028
	30+	0.87 (0.55-1.37)	.540	0.65 (0.34-1.25)	.196
	Being admitted	1.35 (0.51-3.59)	.547	0.16 (0.03-0.90)	.037
Payer (vs. health insurance)	Auto insurance	0.54 (0.31-0.96)	.037	0.80 (0.34-1.90)	.613
	Industrial accident insurance	0.44 (0.21-0.91)	.028	2.28 (0.84-6.15)	.105
	Medical Aid	0.98 (0.55-1.77)	.956	0.50 (0.16-1.55)	.231
	Other	0.43 (0.21-0.90)	.024	1.50 (0.58-3.91)	.404
Medical expenses (vs. not burdensome)	Somewhat burdensome	0.56 (0.33-0.97)	.039	1.38 (0.58-3.28)	.473
	Very burdensome	0.52 (0.31-0.87)	.013	1.85 (0.82-4.17)	.140
	No out-of-pocket payment	0.54 (0.30-0.96)	.035	1.42 (0.56-3.58)	.459
	Do not know	0.51 (0.23-1.13)	.096	2.93 (0.93-9.29)	.068
Self rated health (vs. good)	Fair	0.48 (0.33-0.72)	<.001	0.97 (0.53-1.79)	.931
	Poor	0.42 (0.28-0.64)	<.001	1.73 (0.95-3.15)	.072
Disease (vs. musculoskeletal)	Circulatory system	1.65 (0.95-2.84)	.073	0.41 (0.18-0.94)	.035
	Neoplasm	3.91 (2.01-7.63)	<.001	0.10 (0.02-0.46)	.003
	Digestive system	1.43 (0.74-2.78)	.287	0.68 (0.25-1.82)	.438
	Other chronic disease	2.19 (1.31-3.63)	.003	0.54 (0.26-1.11)	.091
	Acute disease	1.45 (0.87-2.43)	.158	0.81 (0.40-1.63)	.556

환자의 불만족과 통계적으로 유의한 관련성을 보인 변수는 거주지역, 재원기간, 질병 유형이었다<Table 3>. 45세 미만의 성인 환자($P=0.054$)와 월 가구소득 300만원 이상의 고소득자($P=0.051$)에서 불만족 경향이 나타났다. 서울 거주자에 비해 중소도시 거주자가 불만족할 가능성이 높았으며, 읍면부(rural area) 거주자도 불만족도가 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다($P=0.062$). 재원기간에서는 일주일 미만의 단기 입원환자가 7~13일, 14~29일 동안 입원한 환자, 조사기간 당시 입

원 중인 환자보다 불만족도가 높았다. 30일 이상의 장기 입원 환자도 상대적으로 낮은 불만족 수준($OR=0.65$)을 보였으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 질병 종류에서는 근골격계 환자가 순환기계와 신생물 환자에 비해 불만족을 경험하는 경향이 높았다.

마지막으로 <Table 4>에서는 의료기관종별에 따른 환자만족의 관련요인을 제시하였다. 종합전문요양기관에서는 읍면부 주민과 의료비 부담이 높은 환자에서 만족도가 낮았다. 중

〈Table 4〉 Odds ratios (95% CI) of patients satisfied by institutions

Variable	Category	Tertiary hospital	General hospital	Hospital	Clinic
Sociodemographic Characteristics					
Age (vs. young adult)	Middle age	1.38 (0.51-3.71)	1.66 (0.76-3.59)	1.48 (0.67-3.28)	1.75 (0.72-4.29)
	Elderly	0.67 (0.22-2.01)	2.11 (0.79-5.66)	1.47 (0.46-4.64)	2.29 (0.50-10.6)
Gender (vs. male)	Female	0.58 (0.27-1.26)	0.96 (0.54-1.71)	0.62 (0.32-1.21)	1.40 (0.68-2.90)
Marital status (vs. single)	Married	2.79 (0.51-15.1)	0.46 (0.14-1.56)	1.43 (0.52-3.93)	1.46 (0.46-4.61)
	Other	1.47 (0.21-10.4)	0.56 (0.14-2.25)	0.81 (0.23-2.90)	0.67 (0.14-3.17)
Education (vs. no formal education)	Elementary school	2.06 (0.61-6.94)	2.71 (1.05-6.98)	1.11 (0.37-3.38)	2.73 (0.56-13.3)
	Middle-high school	1.03 (0.28-3.77)	2.87 (1.05-7.83)	0.78 (0.24-2.49)	3.68 (0.66-20.5)
	College+	0.53 (0.12-2.42)	5.68 (1.50-21.5)	0.45 (0.11-1.85)	10.3 (1.59-66.4)
Monthly household income (vs. low)	Middle low	1.47 (0.54-3.98)	1.75 (0.83-3.68)	0.62 (0.27-1.47)	0.75 (0.26-2.18)
	Middle high	0.46 (0.16-1.32)	1.48 (0.63-3.47)	0.82 (0.31-2.13)	0.63 (0.21-1.90)
	High	0.32 (0.09-1.19)	0.48 (0.17-1.33)	0.84 (0.26-2.69)	0.51 (0.15-1.75)
	Do not know	1.81 (0.37-8.80)	1.78 (0.49-6.45)	2.42 (0.38-15.4)	0.89 (0.23-3.42)
Residence area (vs. Seoul)	Other metropolitan	0.43 (0.17-1.10)	1.05 (0.45-2.44)	0.74 (0.31-1.80)	3.85 (1.33-11.2)
	Non-metropolitan urban	0.60 (0.23-1.60)	1.59 (0.70-3.63)	0.98 (0.41-2.33)	3.01 (1.04-8.73)
	Rural	0.33 (0.11-0.93)	2.51 (1.05-6.03)	0.78 (0.32-1.93)	2.82 (0.83-9.66)
Utilization Characteristics					
LOS (vs. 1-6 days)	7-13	0.81 (0.33-1.97)	1.56 (0.75-3.26)	1.25 (0.51-3.06)	1.09 (0.40-2.92)
	14-29	1.72 (0.60-4.95)	0.64 (0.29-1.45)	0.69 (0.29-1.64)	0.98 (0.34-2.83)
	30+	1.67 (0.49-5.63)	0.75 (0.29-1.92)	0.67 (0.25-1.79)	1.38 (0.47-4.07)
	Being admitted	-	1.29 (0.19-8.70)	3.34 (0.47-23.9)	-
Payer (vs. health insurance)	Auto insurance	0.25 (0.02-2.79)	0.61 (0.19-1.96)	0.48 (0.15-1.59)	0.28 (0.06-1.26)
	Industrial accident insurance	0.14 (0.01-1.82)	1.00 (0.24-4.14)	0.27 (0.05-1.43)	0.16 (0.03-0.97)
	Medical Aid	0.38 (0.09-1.56)	1.87 (0.66-5.26)	0.52 (0.15-1.81)	1.20 (0.04-37.3)
	Other	0.25 (0.04-1.61)	0.23 (0.04-1.21)	0.45 (0.11-1.94)	0.49 (0.08-2.96)
Medical expenses (vs. not burdensome)	Somewhat burdensome	0.14 (0.02-0.81)	0.92 (0.33-2.52)	0.47 (0.15-1.45)	0.35 (0.09-1.46)
	Very burdensome	0.16 (0.03-0.92)	0.73 (0.29-1.83)	0.53 (0.19-1.48)	0.17 (0.04-0.86)
	No out-of-pocket payment	0.29 (0.02-4.41)	0.70 (0.21-2.41)	0.45 (0.15-1.33)	0.49 (0.15-1.64)
	Do not know	0.35 (0.03-4.64)	0.50 (0.09-2.81)	0.37 (0.08-1.67)	0.32 (0.04-2.52)
Self rated health (vs. good)	Fair	0.49 (0.15-1.58)	0.76 (0.32-1.82)	0.43 (0.19-0.96)	0.39 (0.17-0.87)
	Poor	0.33 (0.11-1.00)	0.73 (0.30-1.75)	0.42 (0.18-0.99)	0.42 (0.16-1.10)
Disease (vs. musculoskeletal)	Circulatory system	3.15 (0.97-10.3)	1.08 (0.38-3.09)	1.45 (0.26-7.95)	1.98 (0.41-9.60)
	Neoplasm	5.84 (1.65-20.7)	3.48 (1.11-10.9)	-	-
	Digestive system	3.72 (0.68-20.3)	0.46 (0.13-1.57)	1.12 (0.30-4.21)	-
	Other chronic disease	4.39 (1.39-13.8)	2.31 (0.86-6.23)	1.02 (0.33-3.17)	2.24 (0.40-12.4)
	Acute disease	5.20 (0.93-29.0)	1.34 (0.49-3.66)	0.93 (0.33-2.65)	1.88 (0.52-6.85)

합병원 이용자 중에서는 읍면부 거주자의 만족도가 오히려 높았으며, 정규교육을 받은 사람에게서 만족도가 높았다. 병원급에서는 건강수준만이 환자만족과 유의한 관련성을 보였다. 의원 이용자는 교육수준, 거주지역, 보험자, 의료비 부담 정도, 건강수준에 따라 만족도에 차이를 보였다. 서울시민에 비해 광역시와 중소도시 주민의 만족도가 높았으며, 산재보험 환자의 만족도가 낮게 나타났다.

논 의

이 연구의 핵심변수인 환자만족도 수준에서는 조사 대상자의 과반수가 입원서비스에 만족하였으며 약 11%만이 불만족

한 것으로 나타났다. 이 만족도 분포는 『1998 국민건강·영양조사』(Nam et al., 1999) 결과와도 대체로 비슷한 양상을 보였다. 본 연구에서는 20세 미만의 환자를 제외시켰기 때문에 1998년 결과와 직접 비교할 수는 없지만, 만족한 환자의 비율은 1998년 61.6%에서 2001년에는 61.0%(무응답을 제외한 백분율, Table 1)로 큰 변화가 없다. ‘보통’으로 응답한 환자는 1998년 24.8%에서 2001년에는 27.8%로 증가하였다. 네 명 중 한 명꼴로 나타나는 ‘보통’ 응답자를 어떻게 처리하는가가 자료분석과 결과해석 과정에서 문제점으로 대두되었다. 높은 빈도뿐만 아니라 응답자가 5점 척도에서 중앙값에 몰리는 경향(central tendency)을 고려한 분석접근이 필요했다. 결국 이 연구에서는 ‘만족’과 ‘불만족’의 관련요인을 분리하여 분석함으로

써 이 문제점을 극복하고자 하였다.

단변량 비교에서 연구자가 관심을 가진 것은 의료기관별 만족도의 차이였다. 왜냐하면 다른 요인을 통제하지 않고 그 분포 자체로서 의미가 있기 때문이다. <Table 2>에서 소수의 한방병의원 환자(n=18)를 제외했을 때 4개 중별(종합전문요양기관, 종합병원, 병원, 의원) 환자만족도는 유의하게 다른 분포를 보였다($P=0.031$). 종합전문요양기관을 이용한 환자의 만족률이 가장 높았으며, 반대로 의원을 이용한 환자는 54%만이 입원서비스에 만족하고 있었다. 의원급 환자는 불만족률(13%)도 높았다.

로지스틱 회귀분석에서 흥미로운 결과는 환자만족과 환자불만족의 관련요인이 다르다는 점이다. 환자만족과 유의한 관련성을 보인 변수는 연령, 교육수준, 의료기관, 보험자, 의료비 부담정도, 주관적 건강상태, 질병 종류이었다. 반면 환자불만족의 관련요인은 거주지역, 재원기간, 질병종류이었다. 즉, 질병종류를 제외하고는 서로 다른 변수가 환자만족과 불만족에 영향을 미치는 것을 알 수 있었다. 다변량 분석결과에서 또 하나의 특징은 의료기관종별에 따라 환자만족에 미치는 변수가 약간씩 다르고, 같은 변수라 하더라도 관련성의 방향이 다르다는 점이었다(<Table 4>).

사회인구학적 특성에서는 연령과 교육수준이 환자만족에, 거주지역이 환자불만족에 연관되어 있었다. Hall과 Dornan (1990)이 수행한 환자의 사회인구학적 특성과 만족도관계에 관한 메타분석에서는 연령이 높고 교육수준이 낮고 사회적 지위가 높고 기혼자일수록 만족도가 높았으며, 성과 소득은 만족도와 관련성을 보이지 않았다. 그러나 다른 연구에서는 교육수준이 높을수록 만족도가 높거나, 성, 소득에 따라 만족도에 차이를 보이는 등 일관된 관계를 찾기 어려웠다(Aharony & Strasser, 1993; Lee, 2002; Sofaer & Firminger, 2005). 이 연구에서는 연령과 교육수준이 만족도와 관련성을 보였다. 단변량 비교에서는 결혼상태에 따라 만족도에 차이가 있었으나, 다른 변수의 영향을 통제한 회귀분석에서는 오히려 연령이 만족도와 유의한 관계를 보였다. 45-64세 환자가 45세 미만의 환자보다 만족하는 경향을 보였다. 그러나 노인환자의 만족도가 다른 연령군에 비해 유의하게 높지는 않았다. 교육수준에서는 정규교육을 받지 않은 '무학'을 비교집단으로 했을 때 초등학교 졸업자가 만족도가 높았다. 대졸(대학 재학 포함)자를 비교집단으로 했을 때에는 '무학' 환자의 만족도가 낮았고($P=0.055$), 대졸자와 초·중·고 졸업자와는 유의한 차이를 보이지 않았다. 종합병원 이용자에서는 교육수준과 환자만족간에 유의한 관련성을 보였다. 또한 관심을 끄는 결과는 거주지역과 불만족의 관계였다. 거주지역에 따른 환자만족에는 차이가 없었으나, 환자불만족에서는 중소도시 주민이 서울시민에 비해 불만족이 높았다. 이 결과는 이 연구에 사용한 데이

터로는 설명이 어렵다. 다만 이들 주민의 기대, 즉 의료서비스에 대한 기대수준은 서울과 광역시 주민과 유사하나, 실제 이들이 이용하는 의료서비스는 만족스럽지 못한 것으로 추측해볼 수 있다.

의료이용 특성에서는 의료기관, 보험자, 의료비부담이 환자만족과 관련성을 보였으며, 재원기간은 환자불만족과 관련을 보였다. 종합전문요양기관 환자가 종합병원 환자보다 만족할 가능성이 더 높았다. 단변량 분석에서는 의원급 환자의 만족도가 가장 낮았으나, 회귀분석에서는 다른 기관과 유의한 차이를 보이지는 않았다. 자동차보험과 산재보험 환자의 만족도가 낮은 것, 특히 의료기관종별 분석에서 의원에 입원한 산재환자의 만족도가 낮게 나타난 것은 정책적 시사점이 있다. 민간보험인 자동차보험과 사회보험인 산재보험이 어떤 점에서 대상자의 만족도를 떨어뜨리는지, 향후 연구에서는 그 원인을 구체적으로 파악할 필요가 있다. 예상했던 대로 의료비부담이 높을수록 만족도는 낮았다. 전체 의료비에서 환자의 본인부담이 41%를 차지하는 우리나라 상황(OECD, 2003)에서 의료비 부담이 환자만족에 부정적인 영향을 끼치는 것은 충분히 예측가능하다. 2003년 통계청의 사회통계조사에서도 의료서비스의 불만이유로 '의료비가 비싸다'가 32%(치료결과 미흡 22%, 긴 대기시간 18%, 불친절 14%)로 가장 높은 빈도를 보였다(Korea National Statistical Office, 2004). 재원기간 7일 미만의 단기입원 환자에서 불만족이 높은 것은 '기대-경험' 이론에 근거하여 설명할 수 있다. 즉 재원기간이 길수록 환자가 낯선 환경에 적응할 수 있는 기간이 길어지고, 자신이 전에 가졌던 기대를 경험과 비교하면서 자신의 기대수준을 수정 또는 절충하는 과정을 거치게 된다. 반면 단기입원 환자는 짧은 기간 동안 입원과 퇴원을 경험하면서 이러한 절충 또는 동화과정이 이루어지지 않을 수 있다.

건강수준은 환자만족의 주요 결정요인으로 알려져 있다(Cohen, 1996; Hargraves et al., 2001; Lee, 1994; Perneger, 2004; Westaway, Rheeder, Van Zyl, & Seager, 2003). Kocher 등(2002)은 환자의 사회인구학적 변수보다는 시술 후 증상의 완화가 만족도와 상관성이 높다고 보고하였다. 건강수준은 의료서비스를 이용하기 전 건강상태, 환자가 인식한 치료결과(outcome), 건강수준의 향상(perceived improvement in health) 또는 치료 후 건강상태 등으로 구분할 수 있다. 『2001 국민건강·영양조사』에서는 자료수집 당시의 건강상태를 조사하였으므로, 의료이용 후의 건강상태를 반영한다고 볼 수 있다. 본 연구 결과에서는, 건강이 나쁘다고 느끼는 환자가 건강한 환자에 비해 만족할 교차비(odds ratio)가 절반 이하로 감소하였다($OR=0.42$; 95% CI, 0.28~0.64). 이러한 결과는 선행연구결과와 일치하나, 의료이용과 자료수집 시점이 많이 떨어져 있을 경우 두 변수간의 관련성을 해석하는 데 제한점이 따른다.

질병종류별 만족도에서는 근골격계 환자가 만족도도 낮고 불만족도 높은 것으로 나타났다. 반면 중양환자는 근골격계 환자에 비해 만족도는 높고 불만족은 낮았다. 질병의 중증도(severity of illness)가 높은 중양환자가 오히려 만족도가 낮을 것으로 예상되었으나 이 연구에서는 다른 양상을 보였다. Eom(2001)은 일반외과 환자가 내과 환자보다 만족도가 높다고 보고하였으나, 질환별 환자만족도를 비교한 선행연구가 드물어 이 연구에서 나온 결과를 해석하는 데 어려움이 있다. 질환별 환자만족도의 차이가 질병자체의 특성에서 오는지, 아니면 질병에 따른 의료이용의 특성, 기타 요인(예를 들어 질병에 대한 수용, 의료서비스에 대한 기대)이 작용하는지, 보다 명확한 관계를 파악하기 위해서는 후속연구가 필요하다.

이 연구는 분석에 사용한 데이터가 갖는 속성으로 인해 몇 가지 제한점을 가지고 있다. 첫째, 『2001 국민건강·영양조사』는 가구(household) 단위로 실시되었기 때문에 의료이용조사(환자만족도 문항 포함)에서 환자 본인이 아닌 환자 가족이 대신 응답할 수 있었다. 가족이 대리응답 했을 경우 환자 본인이 평가하는 만족도와 일치하지 않을 수 있다. 그러나 의료기관 단위에서 실시하는 만족도 조사에서도 환자상태에 따라 환자 보호자 또는 가족이 응답하는 경우가 많다. 또한 가족구성원이 응답한 만족도는 환자와 가족이 공유한 경험(shared experience)과 그것에 대한 집합적 평가로 바라볼 수 있다. 둘째, 조사시점을 기준으로 지난 1년간의 입원을 대상으로 했기 때문에, 경우에 따라서는 퇴원과 조사시점이 몇 개월 차이가 날 수 있다. 의료이용 시점과 만족도조사 시점이 불일치할 경우, 환자와 환자 가족이 기억에 의존하거나 경험을 재해석하는 과정을 거침으로써 입원 당시 또는 퇴원 직후의 만족도 수준을 반영하지 않을 수 있다.

결론

이 연구는 전국규모의 표본인구조사인 『2001 국민건강·영양조사』의 원 자료를 사용하여 환자만족도의 수준과 관련요인을 파악하였다. 소수 의료기관 환자를 대상으로 한 선행연구와는 달리 전국단위의 데이터를 사용함으로써 국민의 전반적인 입원서비스 만족도를 파악할 수 있는 장점이 있었다. 이 연구에서 만족도가 낮게 나타난 환자군(예를 들어 교육수준이 낮거나 재원일수가 짧은 환자)에 대한 관심이 필요하다. 간호사를 포함한 의료제공자는 이들 환자를 교육하거나 간호 및 의료서비스를 제공할 때 환자가 이해할 수 있고 만족할 수 있는 방식으로 접근해야 하겠다.

환자의 사회인구학적 요인과 의료이용 특성이 환자만족도와 유의한 관계를 보인 것은, 의료기관간 환자만족도를 비교·평가할 때 이들 요인의 영향을 고려해야 함을 시사한다. 즉, 환

자결과(patient outcomes)를 비교할 때 위험요인(risk factors)을 보정하는 것과 마찬가지로, 환자결과의 하나인 환자만족도에 대해서도 관련요인을 통제할 필요가 있음을 의미한다. 이는 최근 연구에서 환자만족도가 질 지표(quality indicator)로 활용되기 위해서는 환자의 사회인구학적 특성과 건강수준을 보정해야 한다는 지적과 일치한다(Hargraves et al., 2001; Perneger, 2004). 최근 실시한 의료기관평가에서도 환자만족도와 함께 성, 연령, 학력, 진료과, 재원기간(3~6일)을 조사항목에 포함시켰다(Ministry of Health & Welfare, 2004). 본 연구에서 도출된 환자특성과 환자만족도와의 관련성은 앞으로 의료기관별 만족도를 표준화하고 비교하는데 경험적 근거로 활용될 수 있다.

또한 의료기관별 만족도의 차이는 의료서비스 질 향상을 위한 정책수립에서 우선순위를 결정하는 데 활용될 수 있다. 질 향상 활동이 결국 의료기관간 변이(variation)를 감소시키는 것이라 한다면, 이 연구에서 입원환자 만족도가 낮게 나타난 의원급 의료기관에 대한 관심이 요구된다. 물론, 환자의 주관적 평가인 환자만족도를 근거로 의원서비스의 질적 수준을 판단할 수 없다고 반론을 제기할 수 있다. 그러나 설사 환자만족도와 실제 임상적 의미에서의 질적 수준간에 상관관계가 약하더라도, 환자만족도는 환자 입장에서 경험하고 평가한 의료서비스 질을 의미하기 때문에 그 자체로서 중요하다. 우리나라 보건의료체계의 문제점 중에 하나인 의원과 병원의 기능 중복(즉 의원의 입원서비스 제공과 병원의 외래서비스 제공)을 고려할 때, 앞으로 의원의 입원서비스에 대한 질 평가가 필요하다. 현재 의료기관평가가 대형병원을 중심으로 진행되고 있는 것을 감안할 때, 실제 질 평가가 절실히 요구되는 의료기관이 어느 곳인지, 어느 의료기관에 우선순위를 두어야 하는지 재검토가 필요하다.

마지막으로 자동차보험과 산재보험 환자, 의료비를 부담스럽게 느끼는 환자에서 환자만족도가 낮은 것은, 환자만족도 수준이 단지 일개 의료기관의 질적 수준뿐만 아니라 우리나라 사회보험제도에도 관련되어 있음을 말해준다. 따라서 환자만족도를 향상시키기 위해서는 민간보험인 자동차보험과 사회보험인 건강보험과 산재보험의 문제점을 파악하고, 환자의 본인부담을 감소시키는 정책이 병행되어야 할 것이다. 이러한 정부차원의 노력 없이 개별 의료기관의 질 향상 활동에 의존할 경우, 환자만족도의 향상은 제한적일 수밖에 없다.

References

- Aharony, L., & Strasser, S. (1993). Patient Satisfaction: What we know about and what we still need to explore. *Med Care Rev*, 50, 49-79.
- Choi, J. S., Kim, J. H., Nam, J. J., Go, M. J., Jo, J. G., &

- Lee, Y. H. (2002a). *2001 National Health and Nutrition Survey: Acute Diseases, Injuries & Poisoning*. Ministry of Health & Welfare.
- Choi, J. S., Kim, J. H., Nam, J. J., Go, M. J., Jo, J. G., & Lee, Y. H. (2002b). *2001 National Health and Nutrition Survey: Chronic Diseases*. Ministry of Health & Welfare.
- Choi, J. S., Nam, J. J., Kim, J. H., & Go, M. J. (2002). *2001 National Health and Nutrition Survey Progress Report*. Ministry of Health & Welfare, & Korea Institute for Health & Social Affairs.
- Cohen, G. (1996). Age and health status in a patient satisfaction survey. *Soc Sci Med*, 42, 1085-1093.
- Donabedian, A. (1980). *Exploration in Quality Assessment and Monitoring (Volume I): The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York: Oxford University Press.
- Eom, A. Y. (2001). Patients' perception and satisfaction with nursing care in Korea. *J Korean Acad Soc Adult Nurs*, 13, 581-590.
- Hall, J. A., & Dornan, M. C. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. *Soc Sci Med*, 30, 811-818.
- Hargraves J. L., Wilson, I. B., Zaslavsky, A., James, C., Walker, J. D., Rogers, G., & Cleary, P. D. (2001). Adjusting for patient characteristics when analyzing reports from patients about hospital care. *Med Care*, 39, 635-641.
- Kocher, M. S., Steadman, J. R., Briggs, K., Zurakowski, D., Strerett, W. I., & Hawkins, R. J. (2002). Determinants of patient satisfaction with outcome after anterior cruciate ligament reconstruction. *J Bone Joint Surg*, 84, 1560-1572.
- Korea National Statistical Office (2004). *2003 Report on the Social Statistics Survey*. Korea National Statistical Office.
- Lee, M. A. (2002). A study of the nursing service quality and satisfaction that admitted patients perceived: being used SERVQUAL. *J Korean Acad Nurs*, 32, 506-518.
- Lee, M. A., Kim, I. H., & Baek, S. H. (2003). Perceived consumers satisfaction with nursing and medical service and hospital revisiting intent. *J Korean Acad Nurs Adm*, 9, 403-414.
- Lee, S. I. (1994). Measurement of ambulatory patients' satisfaction and its influencing factors in a tertiary hospital. *Korean J Prev Med*, 27, 366-376.
- Lee, S., Kim, J. I., Cho, W., & Lee, J. (1998). A Study on the patient satisfaction survey at the general hospitals in Korea. *J Korean Soc Qual Assur Health Care*, 5(1), 42-57.
- Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med*, 16, 577-582.
- Ministry of Health & Welfare (2002). *Users Guide for 2001 National Health and Nutrition Survey Data*. Ministry of Health & Welfare.
- Ministry of Health & Welfare (2004). *2004 Guidelines for Hospital Evaluation Programme*. Ministry of Health & Welfare.
- Nam, J. J., Kim, H. R., Lee, S. H., Choi, E. Y., Yoon, K. J., Park, I. H., & Kwon, S. H. (1999). *1998 National Health and Nutrition Survey: Health Interview Survey*. Ministry of Health & Welfare.
- Nguyen Thi, P. L., Briancon, S., Empereur, F., & Guillemin, F. (2002). Factors determining inpatient satisfaction with care. *Soc Sci Med*, 54, 493-504.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2003). *OECD Health Data 2003*, OECD.
- Park, H. R., Moon, J. S., & Youn, S. J. (2000). Satisfaction regarding the usage of emergency treatment service. *J Korea Community Health Nurs Acad Soc*, 14, 293-303.
- Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Eval Program Plann*, 6, 185-210.
- Perneger, T. V. (2004). Adjustment for patient characteristics in satisfaction surveys. *Int J Qual Health Care*, 16, 433-435.
- Sofaer, S., & Firminger, K. (2005). Patient perceptions of the quality of health services. *Annu Rev Public Health*, 26, 513-559.
- Westaway, M. S., Rheeder, P., Van Zyl, D. G., & Seager, J. R. (2003). Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status. *Int J Qual Health Care*, 15, 337-344.

Inpatient Satisfaction and Dissatisfaction in Relation to Socio-demographics and Utilization Characteristics

Cho, Sung-Hyun¹⁾

1) Lecturer, Department of Nursing, College of Medicine, Hanyang University

Purpose: This paper reports a study exploring factors related to patient satisfaction and dissatisfaction with inpatient care. **Method:** A cross-sectional study design was used, employing data from the National Health and Nutrition Survey conducted in 2001. Socio-demographic factors, utilization, self-rated health status, and disease characteristics were assessed by employing univariate comparisons and multivariate logistic regression analyses. **Result:** Out of 37,769 respondents, 1,043 aged 20 years and over had been admitted to a hospital or clinic at least once during the past year. About a quarter of the respondents were discharged from tertiary hospitals and 21% from clinics. The majority of patients (58%) were satisfied with inpatient care received, whereas 11% were dissatisfied. Greater satisfaction was found in patients aged 45-64 years and those having formal education, discharge from tertiary hospitals, national health insurance as a payer, medical expenses not being burdensome, good self-rated health status, and neoplasm. Living in non-metropolitan urban areas, shorter length of stay, and musculoskeletal diseases were associated with greater dissatisfaction. **Conclusion:** Different factors were related to patient satisfaction and dissatisfaction with care. Those factors need to be taken into account when evaluating and comparing satisfaction levels between health care institutions.

Key words : Patient satisfaction, Dissatisfaction, Inpatient care

• Address reprint requests to : Cho, Sung-Hyun

Lecturer, Department of Nursing, College of Medicine, Hanyang University

17 Haengdang-dong, Seongdong-gu, Seoul 133-791, Korea

Tel: +82-2-2220-0798 Fax: +82-2-2295-2074 Email: sunghcho@hanyang.ac.kr