

# 의료에 대한 환자들의 불만: 1990-2015년 신문기사에 대한 내용분석

이지수<sup>1</sup>, 김재원<sup>2,3</sup>, 신유경<sup>4</sup>, 김태재<sup>1</sup>, 도영경<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup>서울대학교 의과대학 의료관리학교실, <sup>2</sup>서울대학교병원 정신건강의학과, <sup>3</sup>서울대학교 의과대학 정신과학교실, <sup>4</sup>서울대학교병원, <sup>5</sup>서울대학교 의학연구원 의료관리학연구소

## Patient Dissatisfaction with Health Care: A Content Analysis of Newspaper Articles Between 1990 to 2015

Ji-Su Lee<sup>1</sup>, Jae-Won Kim<sup>2</sup>, Yu-Kyung Shin<sup>3</sup>, Tae-Jae Kim<sup>4</sup>, Young-Kyung Do<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Resident, Department of Health Policy and Management, Seoul National University College of Medicine, <sup>2</sup>Resident, Department of Neuropsychiatry, Seoul National University Hospital, <sup>3</sup>Intern, Seoul National University Hospital, <sup>4</sup>Resident, Department of Health Policy and Management, Seoul National University College of Medicine, <sup>5</sup>Professor, Department of Health Policy and Management, Seoul National University College of Medicine; Director, Institute of Health Policy and Management, Seoul National University Medical Research Center

**Purpose:** This study was conducted to identify patients' dissatisfaction with health care through a content analysis of newspaper articles published between 1990 and 2015. It focused on developing a systematic coding scheme for content analysis as well as exploring changes over time.

**Methods:** Among articles published by 8 major national newspapers, our content analysis used those that specifically covered the dissatisfaction of patients. Coding taxonomy was developed in two domains: (1) contents of dissatisfaction and (2) special circumstances and groups where complaints were filed. All articles were then coded according to this coding taxonomy to conduct descriptive analysis.

**Results:** A total of 794 complaints were discovered in 338 articles. Contents of dissatisfaction were classified into 7 categories and 50 subcategories. Complaints regarding accessibility, technical care, and administration were noticeable in special circumstances, including strikes and spread of epidemic diseases, whereas complaints on interpersonal care and cost were prominent in general population and circumstances. When comparing the proportion of articles covering patient dissatisfaction in general population/circumstances between 1990-2000 and 2001-2015, complaints on administration and physical environment diminished over time, whereas complaints on outcome of health care increased.

**Conclusion:** This study offers a rare window to view the responsiveness of the Korean health care system on a long time horizon.

**Keywords:** Health system responsiveness, Patient dissatisfaction, Content analysis

**Received:** May.14.2020    **Revised:** Jun.21.2020    **Accepted:** Jun.24.2020

**Correspondence:** Young-Kyung Do  
103, Daehak-ro, Jongno-gu, Seoul, 03080, Republic of Korea    **Tel:** +82-2-2072-3124    **E-mail:** ykdo89@snu.ac.kr

**Funding:** None    **Conflict of Interest:** None

Quality Improvement in Health Care vol.26 no.1

© The Author 2020. Published by Korean Society for Quality in Health Care; all rights reserved

## I. 서론

보건의료체계의 성과를 평가할 때 환자 또는 국민 대중의 관점을 반영하고자 하는 노력이 21세기 들어 확산되었다. 세계보건기구는 2000년 발표한 World Health Report에서 건강수준의 향상, 자원조달에 있어서의 공정성과 더불어 사회구성원의 기대에 대한 부응을 보건의료체계의 최종 목적의 하나로 제시하였다[1]. 실제로 World Health Survey에 반응성 설문문을 포함하여 다수 회원국에서 조사를 수행하기도 하였다. 경제협력개발기구(OECD)도 보건의료체계의 성과를 접근성, 비용, 질의 세 차원으로 나누고, 질을 평가함에 있어 효과성, 안전성과 함께 반응성/환자중심성(responsiveness/patient-centeredness)을 고려할 것을 제안하였다[2]. 또한 2013년부터는 OECD 보건통계를 통해 환자경험 관련 지표들을 수집해 제시하고 있다. 한국도 이러한 큰 흐름 속에서 보건의료체계의 반응성을 평가하려는 노력을 전개하고 있다. 2017년부터 매년 전 국민을 대상으로 의료서비스 이용 경험과 보건의료제도에 대한 의견을 묻는 의료서비스경험조사가 수행되고 있다[3]. 또한 2017년부터 퇴원한 환자들을 대상으로 입원 중 환자경험을 조사하여 그 결과를 대중적으로 공표하는 환자경험 평가가 이루어지고 있다[4]. 요컨대, 보건의료체계를 환자 또는 국민 대중의 눈으로도 보아야 할 필요성이 강조되면서, 국내외에서 다양한 조사를 통한 측정과 평가의 노력으로 구현되고 있다고 볼 수 있을 것이다.

보건의료체계의 성과는 그 규범적 표준을 선형적으로 설정하기가 어려우므로, 주로 국가 간 비교를 통해 평가하는 경우가 많다. 한 국가 내에서라면 단면 시점보다는 장기적 변화 추이가 보건의료체계의 성과 평가에 유용한 정보를 제공하는 경우가 많다. 가령 건강수준의 향상은 가장 대표적으로 기대여명, 영아사망률 등의 지표를 통해 살펴볼 수 있는데, 한국인의 기대여명은 1970년 62.3세에서 1990년 71.7세, 2017년 82.7세로 급격히 증가했으며[5], 영아사망률은 1970년 출생 천 명당 45명에서 1990년 12명, 2017년 2.8명으로 급격히 감소하였다[5]. 자원조달의 공

정성을 평가할 수 있는 지표 중 하나인 가계직접부담 의료비 비중의 경우 1970년 89.5%로 매우 높았으나 1990년 59.0%, 2017년 33.7%로 크게 감소하였다[5]. 이처럼 긴 시간 지평에서 본 건강수준과 자원조달의 공정성 변화 추이는 지난 50년 동안 역동적으로 발전한 한국 보건의료체계의 성과를 잘 드러내 준다. 그러나, 대표적인 건강수준(예: 기대여명, 영아사망률) 지표나 자원조달의 공정성(예: 가계직접부담 의료비 비중) 지표들은 대개 행정자료와 같은 이차자료를 통해 비교적 쉽게 산출할 수 있으며, 따라서 후향적으로 장기 추이를 비교하는 것도 어렵지 않다. 이와는 달리 보건의료체계의 반응성/환자중심성은 국민 대중이나 환자의 목소리가 유일하고도 최선의 자료원이라는 특성으로 인해, 장기 시간 지평에서의 후향적 연구는 불가능한 상황이다.

한국 보건의료체계의 급격한 변화 발전을 고려하면, 반응성/환자중심성 영역에서도 건강수준이나 자원조달 못지 않게 중요한 변화가 일어났을 가능성이 있다. 또한, 장기 시간 지평 위에서 보건의료체계의 반응성을 조망하는 작업은 보건의료체계의 현 상황에 대한 객관화와 상대화를 가능케 하고 현재 경과 지점의 성격을 더 잘 이해할 수 있도록 하는 의미가 있을 것이다. 예를 들어, 현재 환자들은 과거의 환자들에 비해 대체로 의료의 결과에 대해 더 많은 비중을 두는가 등의 질문은 의료의 질 평가에 대한 정책 방향 설정에 중요한 의미를 지닐 수 있다. 실제로, 개별 병원에서 수행한 환자만족도 조사연구의 경우에도 시간의 흐름에 따라 평가 항목에 변화가 나타났다는 점에서[6] 긴 시간의 지평에서 한국 보건의료체계의 반응성을 살펴볼 필요성이 존재한다. 이처럼 한국 보건의료체계의 발전이라는 맥락에서 반응성에 대한 긴 시간 지평 위에서의 검토가 중요하다는 인식에도 불구하고 엄연히 존재하는 자료의 한계를 어떻게 극복할 것인가라는 문제의식에서 이 연구는 출발하였다.

이 연구에서는 보건의료체계가 사회구성원의 기대에 부응하지 못할 경우 의료에 대한 환자들의 불만(patient dissatisfaction)이 언론을 통해 표출될 수 있다는 점에 착안하였다. 즉, 의료에 대한 환자들의 불만을 보도한 기사와 그 내용을 확인함으로써 연구 이전 시점에 대해서도 후

향적으로 보건의료체계의 반응성을 살펴볼 수 있다고 가정 한 것이다. 더욱이 언론은 단순한 의견 표출의 장이 아니라 공적 담론의 장이며, 보건의료 정책을 변화시킬 수 있는 영향력을 가지고[7], 의료분야는 여론의 형성과 발전이 정책 결정 과정에서 특히 중요한 역할을 하는 분야로 알려져 있다는 점에서[8] 보건의료체계에 대한 환자들의 불만을 살펴보는 의미는 작지 않다. 이에 이 연구에서는 전국민의료보험 달성 이후 지난 26년간 의료에 대한 환자들의 불만을 보도한 언론기사의 내용을 자료로 활용하여 환자들의 불만 내용을 체계적으로 분류할 수 있는 틀을 개발하였고, 한국 보건의료체계의 반응성을 긴 시간 지평에서 탐구하고자 하였다. 특히, 시간에 따른 기사의 내용 및 양을 분석해 지난 26년간 언론에서 보도한 의료에 대한 환자들의 불만이 어떻게 변화해 왔는지에 주목하였다.

## II. 연구방법

### 1. 기사 검색 및 선정

한국언론재단 온라인 데이터베이스 ‘카인즈(www.kinds.or.kr, 현재는 빅카인즈 www.bigkinds.or.kr)’에서 검색을 제공하는 8개 전국종합일간지(경향신문, 국민일보, 내일신문, 문화일보, 서울신문, 세계일보, 한겨레, 한국일보)에 보도된 기사 중 전국민건강보험 도입 이후 지난 26년간(1990년~2015년) ‘환자’와 불만이라는 단어가 포함된 기사를 검색하였다.

검색된 기사 중 ‘환자가 병원 및 보건소에서 제공하는 의료서비스를 필요할 할 때 원하는 건강상의 결과를 얻기까지의 전체 과정에서 생기는 모든 종류의 불만’에 대해 환자의 관점에서 보도한 기사를 한 연구자(제1저자)가 선정하였다. 이때 포함 여부의 판단이 불확실한 경우에는 다른 연구자(제2저자)와 합의를 통해 포함 여부를 결정하였다.

### 2. 분류 체계 개발

의료에 대한 환자들의 불만이나 불평 내용을 체계적으로

분류하려는 다양한 시도가 있었다[9-11]. 그러나 검색된 기사들을 기존의 분류 체계로 분류하는 데에는 한계가 있었다. 이는 기존 분류 체계가 다른 나라의 자료를 대상으로 개발되었다는 점과 언론에 보도된 환자들의 불만 내용을 대상으로 개발된 것이 아니라는 점 때문인 것으로 생각된다. 이에 검색된 기사의 내용을 바탕으로 귀납적 내용 분석을 수행해 분류 체계를 개발하였다.

귀납적 내용 분석은 크게 개방 코딩, 분류, 범주화, 추상화의 과정을 통해 이루어진다[12]. 이 연구에서는 불만의 내용을 분석의 단위로 하여 ‘불만의 내용’과 ‘불만을 느끼는 집단 및 상황’의 두 영역에서 위 과정이 이루어졌다. ‘불만의 내용’은 이 연구의 주 분석 영역으로 두 연구자(제1저자, 제2저자)가 각각 독립적으로 원 기사로부터 불만의 내용을 추출한 후 합의를 통해 일치시켰다. 이후 유사한 것들을 모아 범주화를 진행해 나갔으며, 적절한 하위 범주를 구성한 후에는 유사한 범주들을 묶어 상위 범주를 만들어 나갔다. 이 과정은 전체 기사에 대해 이루어졌으며, 두 연구자(제1저자, 제2저자)가 불만의 내용이나 범주화에 있어 합의를 이루지 못하는 경우에는 다른 연구자(제3저자, 교신저자)와의 토론을 통해 해결하였다.

‘불만을 느끼는 집단 및 상황’의 경우 일반적인 상황에서 일반 시민들이 의료를 이용하는 과정에서 느끼는 불만이 파업이나 재난 등의 특수 상황에서 발생하는 불만이나 군인, 외국인 등 특수 집단이 느끼는 불만과 다를 수 있다는 점에서 이를 구별하기 위해 도입한 영역이다. 이 영역의 분류 체계 개발 또한 ‘불만의 내용’에 대한 분류 체계 개발 방식과 같은 방식으로 이루어졌다.

### 3. 전체 기사에 대한 코딩 및 코딩의 신뢰도 확인

‘불만의 내용’과 ‘불만을 느끼는 집단 및 상황’에 대한 분류 체계를 개발한 이후에는 한 연구자(제1저자)가 모든 기사를 최종 개발된 분류 체계를 기반으로 다시 코딩하였다. 이 연구의 분석의 단위는 ‘불만의 내용’이라는 점에서 한 기사가 복수의 불만 내용을 포함한 경우에는 복수의 코딩이 이루어졌다.

전체 기사에 대한 코딩을 완료한 후에는 코딩의 신뢰도 확인을 위해 전체 기사 중 20%를 무작위로 추출하여 다른 연구자(제3저자)가 코딩을 진행한 후 두 연구자 간 코딩 결과의 일치도를 확인하였다. 일치도 확인은 ‘불만의 내용’과 ‘불만을 느끼는 집단 및 상황’ 각각의 분류 결과에 대해 Cohen's kappa 값을 계산하여 이루어졌다

#### 4. 결과 분석

불만의 내용을 일반 인구집단이 일반적인 상황에서 느끼는 불만, 특수 인구집단이 느끼는 불만, 특수 상황에서 발생하는 불만으로 나누어 살펴보았다. 이때 기사의 수가 많을수록 정책에 더 많은 영향을 미치는 것으로 알려져 있다는 점에서[7] 불만 내용별 기사의 수를 살펴보았다. 또한 시간에 따른 의료에 대한 불만의 변화를 살펴보기 위해 의약분업과 건강보험 조직통합이 이루어진 2000년을 기준으로 1990~2000년과 2001~2015년으로 나누어 전체 불만을 대상으로 한 경우와 일반 인구집단이 일반적인 상황에서 의료에 대해 느끼는 불만을 대상으로 한 경우로 나누어 불만 내용별 기사 수의 증감을 살펴보았다.

### III. 연구결과

#### 1. 기사 선정 및 분류 체계 개발 결과

카인즈를 통해 3,677개의 기사가 검색되었으며, 338개의 기사가 최종 분석에 포함되었다. 1년에 평균 13개의 기사가 있었으며, 2000년 의약분업으로 인해 48개의 기사가 보도되어 가장 높은 수치를 기록하였다. 전체 338개의 기사가 다룬 불만의 수는 794건이었으며, 일반 인구집단이 일반적인 상황에서 느끼는 불만을 다룬 기사는 228개, 불만은 542건이었다. 특수한 상황에서 발생하는 불만을 다룬 기사는 107개, 불만은 220건이었고, 특수 인구집단이 느끼는 불만을 다룬 기사는 9건, 불만은 32건이었다.

불만을 느끼는 집단 및 상황과 관련해 기사에 불만이 보고된 특수 인구집단에는 군인, 국가유공자, 소방관, 외국인

이 있었고, 특수 상황에는 파업, 새로운 제도 및 정책 시행, 경제 위기, 재난 발생, 전염병 유행이 있었다. 기사에 보도된 불만의 내용은 크게 ‘접근성’, ‘기술적 돌봄’, ‘대인적 돌봄’, ‘물리적 환경’, ‘행정’, ‘진료 결과’, ‘비용’의 7개 범주로 나눌 수 있었으며, 이는 다시 총 50개의 하위 범주로 구성되었다(Table 1).

전체 기사 중 20%에 해당하는 68개 기사를 무작위로 추출하여 개발한 분류 체계에 따라 다른 연구자(제3저자)가 분류를 진행한 후 일치도를 확인한 결과 ‘불만을 느끼는 집단 및 상황’에 대해서는 Cohen's kappa 값이 0.79로, ‘불만의 내용’에 대해서는 그 값이 0.61로 나왔다.

#### 2. 일반 인구집단이 일반적 상황에서 의료에 대해 느끼는 불만

일반 인구집단이 일반적 상황에서 의료에 대해 느끼는 불만은 ‘대인적 돌봄’, ‘비용’, ‘기술적 돌봄’, ‘접근성’, ‘행정’, ‘진료 결과’, ‘물리적 환경’ 순으로 많았다[Figure 1]. ‘대인적 돌봄’에 대한 불만은 139건으로 가장 많은 수를 차지했는데 세부적으로는 ‘의료진과의 의사소통’에 대한 불만이 35건으로 가장 많았고, ‘의료진의 태도’에 대한 불만이 24건, ‘일방적인 의사 또는 병원 중심의 진료 행태’에 대한 불만이 23건, ‘짧은 진료 및 회진 시간’에 대한 불만이 21건으로 그 뒤를 이었다. ‘비용’에 대한 불만은 124건으로 두번째로 많았는데 세부적으로는 ‘비급여 의료비용’에 대한 불만이 38건으로 가장 많았고, ‘의료기관의 비용 관련 행정’에 대한 불만이 23건, ‘국민건강보험’에 대한 불만이 22건으로 그 뒤를 이었다. ‘기술적 돌봄’에 대한 불만은 88건 있었는데 세부적으로는 ‘과잉 진료’에 대한 불만이 17건으로 가장 많았고, ‘무자격자 또는 자격미달자에 의한 진료’에 대한 불만이 16건으로 그 뒤를 이었다. ‘접근성’에 대한 불만은 74건 있었는데 이중 33건이 ‘긴 대기시간’에 대한 불만이었고, ‘지리적 접근성’에 대한 불만이 11건으로 그 뒤를 이었다. ‘행정’에 대한 불만은 55건 있었는데, 이중 14건이 진료기록 열람이나 복사 거부, 신용카드 사용 거부 등 ‘법적으로 보장된 행정 관련 사항이 지켜지



지 않는 것'에 대한 불만이었다. '진료 결과'에 대한 불만은 42건 있었는데 이중 14건이 '의료행위의 부작용'에 대한

불만이었다. 마지막으로 '물리적 환경'에 대한 불만은 20건으로 가장 적은 수를 기록하였다.

Table 1. Categorization of patient dissatisfaction

Categories and subcategories of patient dissatisfaction	
<p><b>Accessibility</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Geographical accessibility</li> <li>Time-dependent accessibility</li> <li>Disease-dependent accessibility</li> <li>Economic accessibility</li> <li>Lack of medical providers</li> <li>Lack of facilities, equipments or drugs</li> <li>Long waiting time</li> <li>Strikes</li> <li>Incidents in medical facilities</li> </ul> <p><b>Technical care</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Delayed diagnosis and treatment</li> <li>Erroneous diagnosis and treatment</li> <li>Overtreatment</li> <li>Insufficient treatment</li> <li>Variation in physician practice</li> <li>Increased risk of patient safety by medical practice</li> <li>Treatment by unqualified medical staff</li> <li>Usage of unqualified medical equipment or supplies</li> </ul> <p><b>Interpersonal care</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Short treatment sessions</li> <li>Poor communication by medical staff</li> <li>Inappropriate attitude of medical staff</li> <li>Lack of shared decision making</li> <li>Physician- or hospital-oriented practice behavior</li> <li>Invasion of privacy</li> <li>Verbal/physical/sexual abuse</li> <li>Fraud</li> <li>Discrimination</li> </ul>	<p><b>Physical environment</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Space and design of medical facilities</li> <li>Accommodation of medical facilities</li> <li>Hygiene of medical facilities</li> <li>Increased risk of patient safety due to physical environment</li> </ul> <p><b>Administration</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Inconvenient appointment, registration, admission, discharge procedure</li> <li>Delay in registration and payment procedure</li> <li>Poor communication by administrative staff</li> <li>Inappropriate attitude of administrative staff</li> <li>Forced administrative procedures without legal ground</li> <li>Violation of lawful administrative rules or patient rights</li> <li>Government policy regarding healthcare administration</li> <li>Inadequate compensation for medical accidents</li> <li>Unpreparedness of hospitals for disasters</li> </ul> <p><b>Outcome</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medical error</li> <li>Side effect of care</li> <li>Dissatisfaction with treatment effectiveness</li> <li>Disease progression due to delayed care</li> </ul> <p><b>Cost</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Public health insurance</li> <li>Private health insurance</li> <li>Non-reimbursable medical expenses</li> <li>Accessorial charges by medical facilities</li> <li>Unreasonable administrative procedures regarding medical cost</li> <li>Government policy regarding healthcare cost</li> <li>High cost, unspecified</li> </ul>

### 3. 특수 상황에서 발생하는 불만 및 특수 인구집단이 느끼는 불만

특수 상황에서 발생하는 불만은 주로 '접근성', '기술적 돌봄', '행정'에 대한 것이었다[Figure 1]. 구체적으로는 파업 상황에서 발생하는 불만을 보도한 기사가 71개, 불만이 131건으로 가장 많았으며, 이 중 62건이 '접근성'에 대

한 불만이었다. 정책 및 제도 변화에 따른 불만에 대한 기사는 14개, 불만은 38건이었고, 이 중 16건이 '행정'과 관련된 불만이었다. 전염병 유행의 상황에서 의료에 대한 불만을 다룬 기사가 13개(신종플루 7개, 메르스 6개), 불만은 30건이었는데 10건이 '접근성', 7건이 '기술적 돌봄'에 대한 것이었다. 재난상황에서 의료에 대한 불만을 보도한 기사는 7개, 불만은 11건이었는데 5건이 '행정'과 관련된 것

이었다. 경제 위기(IMF) 상황에서 의료에 대한 불만을 다룬 기사는 2개, 불만이 10건 있었는데 ‘기술적 돌봄’에 대한 것이 7건으로 다수를 차지하였다.

‘특수 인구집단’의 경우 국가유공자가 보훈병원을 이용할 때 느끼는 불만을 보도한 기사가 4개, 불만이 14건으로

가장 많았으며, 이 중 7건이 보훈병원의 ‘접근성’에 대한 불만이였다. 이어 군인들이 군 의료를 이용할 때 느끼는 불만을 보도한 기사가 3개, 불만이 13건으로 그 뒤를 이었는데 군 의료의 ‘기술적 돌봄’에 대한 불만이 5건으로 가장 많았다.

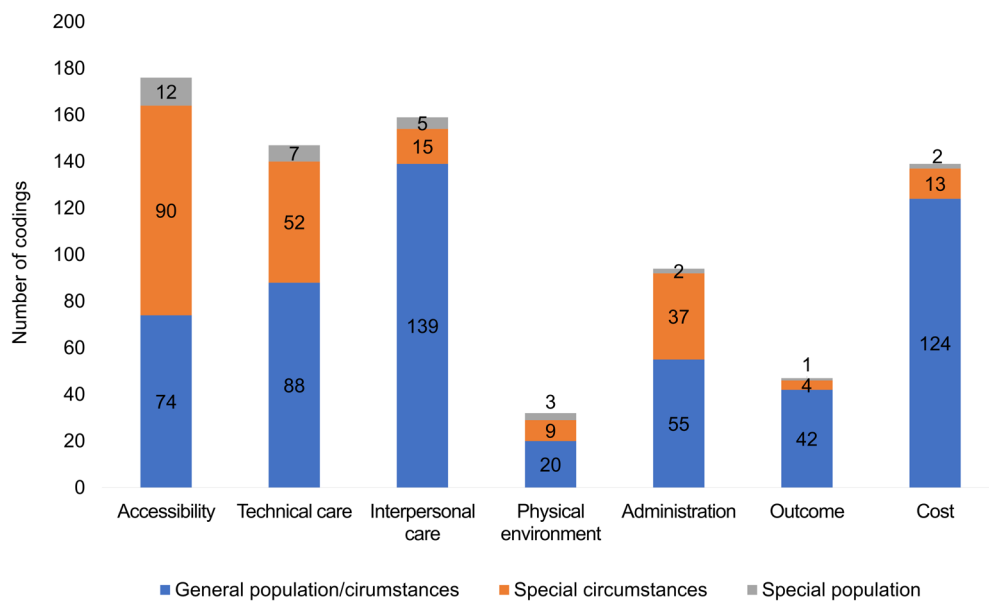


Figure 1. Number of codings according to population and circumstances

#### 4. 시간에 따른 변화

전기(1990~2000년)와 후기(2001~2015년)로 나누어 살펴봤을 때 전기에는 1년에 평균 약 11개의 기사와 30개의 불만이, 후기에는 1년에 평균 약 14개의 기사와, 31개의 불만이 보도되었다. ‘일반 인구집단이 일반적 상황에서 의료에 대해 느끼는 불만’만을 놓고 보면 전기에는 1년에 평균 6개의 기사와 18개의 불만이 보도되었으나 후기에는 1년에 평균 약 11개의 기사와 23개의 불만이 보도되어 큰 증가를 보였다. 이와 달리 ‘특수 상황에서 의료에 대해 발생하는 불만’을 다룬 기사의 경우 1년 평균 6개에서 3개로 감소하였다. ‘특수 인구집단이 의료에 대해 느끼는 불만’을 다룬 기사의 경우 전기에는 총 2개의 기사가 있었으나 후기에는 7개로 그 수가 증가하였다.

전기와 후기의 불만 건수가 다르다는 점에서 비율을 기준으로 비교했을 때 전체 불만을 대상으로 할 경우 ‘접근성’에 대한 불만의 비율이 26.1% (86건)에서 19.4% (90건)으로 6.7%p 감소하고, ‘진료 결과’에 대한 불만의 비율이 2.7% (9건)에서 8.2% (38건)으로 5.5%p 증가함이 관찰되었다. 그러나 ‘일반 인구집단이 일반적 상황에서 의료에 대해 느끼는 불만’만을 대상으로 할 경우 ‘진료 결과’와 관련된 불만의 증가는 여전히 관찰되나, ‘접근성’에 대한 불만의 비율은 오히려 1.1%p 증가하는 것으로 나타났다. 또한 ‘일반 인구집단이 일반적 상황에서 의료에 대해 느끼는 불만’만을 대상으로 할 경우 ‘행정’에 대한 불만의 비율이 13.9% (28건)에서 7.9% (27건)으로 6.0%p 감소하고, ‘물리적 환경’에 대한 불만의 비율이 6.5% (13건)에서 2.1% (7건)로 4.4%p 감소함이 관찰되었다(Table 2).

Table 2. Changes in the numbers of codings in categories of patient dissatisfaction

Categories of patient dissatisfaction	All population/circumstances			General population/circumstances		
	1990-2000 n (%)	2001-2015 n (%)	% points change	1990-2000 n (%)	2001-2015 n (%)	% points change
Accessibility	86 (26.1)	90 (19.4)	-6.7	26 (12.9)	48 (14.1)	1.1
Technical care	60 (18.2)	87 (18.8)	0.6	32 (15.9)	56 (16.4)	0.5
Interpersonal care	61 (18.5)	98 (21.1)	2.6	50 (24.9)	89 (26.1)	1.2
Physical environment	17 (5.2)	15 (3.2)	-1.9	13 (6.5)	7 (2.1)	-4.4
Administration	43 (13.0)	51 (11.0)	-2.0	28 (13.9)	27 (7.9)	-6.0
Outcome	9 (2.7)	38 (8.2)	5.5	6 (3.0)	36 (10.6)	7.6
Cost	54 (16.4)	85 (18.3)	2.0	46 (22.9)	78 (22.9)	0.0
Total	330 (100.0)	464 (100.0)		201 (100.0)	341 (100.0)	

일반 인구집단이 일반적 상황에서 의료에 대해 느끼는 불만을 대상으로 했을 때 ‘접근성’에 있어 1990~2000년의 주된 불만은 ‘긴 대기시간’이었다(Table 3). 그런데 2001~2015년으로 오면서 ‘긴 대기시간’에 대한 불만은 상대적으로 줄어드는 반면 환자의 거주 지역, 경제적 상황, 진료가 필요한 시간, 구체적 질병에 따른 접근성 문제에 대한 불만의 보도가 증가하였다. 접근성 문제가 제기된 진료를 구체적으로 살펴보면 분만을 비롯한 산부인과 진료, 영유아 건강검진을 비롯한 소아과 진료, 치매 환자의 진료, 재활 진료 등이 있었다.

일반 인구집단이 일반적 상황에서 의료에 대해 느끼는 불만을 대상으로 했을 때 ‘기술적 돌봄’에 있어 1990~2000년에는 ‘진단과 치료의 오류’에 대한 불만이 주로 보도되었으나 2001~2015년에는 ‘과잉 진료’와 ‘의료행위에 따른 환자 안전 문제’에 대한 불만이 많이 보도되었다(Table 3). 또한 ‘과잉 진료’와 ‘불충분한 진료’에 대한 불만이 동시에 증가했는데 ‘과잉 진료’는 불필요한 검사, 중복 검사, 과잉

검사 등 검사 행위에 대한 과잉이 주를 이루었고, ‘불충분한 진료’는 진찰, 간호, 통증 관리 부분에 대한 부족이 주를 이루었다. 즉, 주로 사람에 의해 이루어지는 서비스는 과소 제공되며 검사는 과잉 제공되는 상황에 대한 환자들의 불만이 존재하였다.

일반 인구집단이 일반적 상황에서 의료에 대해 느끼는 불만을 대상으로 했을 때 ‘비용’에 있어 주차비, 장례시작 비용과 같은 ‘의료기관의 부대 비용’에 대한 불만이나 과다 및 부당청구, 불합리 및 불투명한 비용 산정과 같은 ‘의료기관의 비용 관련 행정’에 대한 불만은 감소하였다(Table 3). 반면 비급여 의료비용의 반강제적 부과, 높은 가격, 병원에 따른 가격 차이 등 ‘의료기관의 비급여 비용’에 대한 불만과 낮은 보장 항목, 높은 본인 부담률, 불합리한 급여 기준 등 ‘국민건강보험’에 대한 불만 및 중앙 및 지방 정부의 의료비 지원 제도와 같은 ‘의료비용과 관련된 정부 정책’에 대한 불만은 증가하였다(Table 3).

**Table 3.** Changes in the number of codings ranked top 10 in each subcategory of patient dissatisfaction in case of general population and general circumstances

Subcategories of patient dissatisfaction	1990-2000		2001-2015	
	N (%)	Rank	N (%)	Rank
Dissatisfaction with non-reimbursable medical expenses	9 (4.5)	5	29 (8.5)	1
Poor communication by medical staff	13 (6.5)	3	22 (6.5)	2
Dissatisfaction with public health insurance	6 (3.0)	12	16 (4.7)	3
Side effect of care	2 (1.0)	24	16 (4.7)	3
Long waiting time	18 (9.0)	1	15 (4.4)	5
Physician- or hospital-oriented practice behavior	9 (4.5)	5	14 (4.1)	6
Inappropriate attitude of medical staff	12 (6.0)	4	12 (3.5)	7
Short treatment sessions	9 (4.5)	5	12 (3.5)	7
Overtreatment	5 (2.5)	16	12 (3.5)	7
Increased risk of patient safety by medical practice	2 (1.0)	24	11 (3.2)	10
Medical error	2 (1.0)	24	11 (3.2)	10
Dissatisfaction with government policy regarding healthcare cost	1 (0.5)	35	11 (3.2)	10
Dissatisfaction with unreasonable administrative procedures regarding medical cost	14 (7.0)	2	9 (2.6)	14
High cost, unspecified	8 (4.0)	9	7 (2.1)	19
Violation of lawful administrative rules or patient rights	9 (4.5)	5	5 (1.5)	28
Erroneous diagnosis and treatment	8 (4.0)	9	2 (0.6)	37
Dissatisfaction with accessorial charges by medical facilities	8 (4.0)	9	1 (0.3)	40

#### IV. 고찰

지난 26년간 환자들의 불만을 보도한 언론 기사를 확인한 결과 불만의 내용은 크게 ‘접근성’, ‘기술적 돌봄’, ‘대인적 돌봄’, ‘물리적 환경’, ‘행정’, ‘진료 결과’, ‘비용’의 7개 범주로 나눌 수 있었다. 특수 인구집단이 느끼는 불만이나 특수 상황에서 발생하는 불만을 제외할 경우 의료에 대한 불만은 ‘대인적 돌봄’, ‘비용’, ‘기술적 돌봄’, ‘접근성’ 순으로 많았으며, 1990~2000년 대비 2001~2015년에는 ‘행정’과 ‘물리적 환경’에 대한 불만은 감소한 반면 ‘진료 결

과’에 대한 불만은 증가한 것으로 파악되었다.

외국에서 수행된 유사 연구[9-11]와 비교해 우리나라 언론에 보도된 환자 불만의 독특한 점은 ‘진료의 지속성 (continuity of care)’에 대한 불만을 보도한 기사가 없었다는 점이다. 또한 외국에서 중요하게 부각되는 ‘공유된 의사결정(shared decision making)’에 대한 불만도 4건으로 상대적으로 적게 나타났다. 반응성은 환자들이 보건의료체계를 경험하는 과정에서 보건의료체계가 환자들의 기대를 얼마나 충족시키는 지의 관점에서 바라볼 수 있으며 [13], 이러한 관점에서 바라볼 때 위와 같은 현상은 ‘진료



의 지속성'이나 '공유된 의사결정'에 대한 환자들의 기대가 높지 않아 발생한 것으로 생각되었다. 따라서 이에 대한 불만은 없는 것이 아니라 아직 발현되지 않은 것으로 해석될 필요가 있다.

'접근성'에 있어 구체적 질환과 질병에 따른 접근성 문제가 부각된 현상도 의료 접근성에 대한 환자들의 기대가 시간의 흐름에 따라 그 수준이 높아질 뿐 아니라 세분화되고 있음을 의미하는 것으로 보인다. '진료 결과'에 대한 불만의 증가도 환자들의 의료에 대한 기대가 더 이상 진료를 받는 것만으로는 충족될 수 없으며, 결과에 대한 기대까지 확장되고 있는 것으로 해석할 수 있다. '대인적 돌봄'에 있어서도 2000년대에 들어 1990년대에 보고되지 않았던 '환자에 대한 언어적, 물리적, 성적 폭력', '환자에 대한 사기 및 기만 행위'에 대한 불만이 보도되기 시작하였는데 이러한 문제가 2000년대에 발생했다기보다는 문제는 지속적으로 존재해 왔으나 환자의 권리 상승과 더불어 그러한 문제에 대한 인식과 의료에 대한 기대수준이 높아져 표출된 것이라 해석하는 것이 더 적절할 것이다.

표출된 환자들의 불만들이 정부 대책으로 일정 정도 수렴되었다고 볼 수 있는 영역도 존재한다. 가령 '대인적 돌봄'에 대한 환자들의 강한 불만과 그에 대한 언론의 지속적 보도는 입원 중 환자경험을 측정하는 건강보험심사평가원의 환자경험 평가 시행의 배경을 형성한다. 또한 의료기관의 비급여 비용에 대한 불만과 건강보험의 낮은 보장성에 대한 불만은 지속적인 보장성 강화의 정치적 근거가 되었다. 이러한 관점에서 보았을 때 점차 증가하는 '진료 결과'에 대한 환자들의 불만을 다룬 정책적 수단에 대한 사회적 요구가 증가할 것이라 추측할 수 있다.

현재 많은 의료기관에서 '고객의 소리' 등을 통해 환자들의 불평(patient complaints)을 직접 수집하고 있다는 점에서 혹자들은 언론기사 분석이 그러한 조사에 비해 어떠한 가치가 있는지 의문을 제기할 수 있다. 그러나 환자들의 불만 중 실제 불평으로 표현되는 것은 일부에 불과하며, 특정한 종류의 불만은 불평으로 드러나지 않는 것으로 알려져 있다[14]. 특히, 한국의 경우 환자와 의료인 사이의 비대칭적 권력 관계로 인해 의료에 대해 불만이 있더라도 불

만을 제기하기 힘들다는 점에서[15-16] 표출된 환자들의 불평만을 보는 것은 환자들이 실제 가지고 있는 불만의 많은 부분을 놓칠 위험이 존재한다. 이러한 상황에서 언론은 환자들이 의료기관에 직접 표출하기 힘든 불만을 성토하는 통로로 작동할 가능성이 있다는 점에서 환자들의 불만을 다룬 언론기사 분석은 고유한 가치를 지닌다. 개별 의료기관에서 환자들의 불평을 조사하는 것의 또 다른 한계는 보건의료 시스템에 대한 불만을 포착할 수 없다는 점이다. 환자들이 의료에 대해 가지는 불만은 의사, 간호사와 같은 개인 수준에 대한 불만, 의원이나 병원 같은 기관 수준에 대한 불만, 보건의료 시스템 수준에 대한 불만으로 대별할 수 있다[17]. 그런데 개별 의료기관에서 시행하는 불평 조사는 개인과 기관 수준에 대한 불만을 대상으로 하여 전체 시스템에 대한 불만을 포착할 수 없다. 이와 달리 언론에 보도된 환자들의 불만은 보건의료 시스템에 대한 불만까지 포괄할 수 있다는 장점을 지닌다. 무엇보다도 언론에 보도된 불만은 단순한 의견의 반영이 아니라 공적 담론에 영향을 미칠 수 있는 힘을 지닌다는 점에서 개별 의료기관에서 수집된 불평과는 다른 성격을 지닌다.

이 연구는 다음과 같은 제한점이 있다. 첫째, 기사의 검색 시점에 카인즈에서는 조선일보, 중앙일보, 동아일보와 같은 신문에 대한 기사 검색을 지원하지 않아, 이들에 대한 기사가 누락되었다는 점이다. 그러나 8개 전국 종합일간지의 기사가 분석에 포함되었고, 일간지 간 보도 내용에 큰 차이가 없는 바 연구의 신뢰성에 큰 문제가 될 것이라 생각되지는 않는다. 둘째, 불만의 내용에 있어 두 연구자의 코딩의 초기 일치도가 아주 높지는 않았다는 점이다. 일치도가 낮은 기사들에 대한 분석 결과 대다수가 복수의 불만을 다룬 기사에 있어서의 코딩 누락이었다는 점에서 낮은 일치도가 연구의 신뢰성에 큰 문제가 될 것이라 생각하지 않았다. 셋째, 신문기사 분석은 미디어 의제로 드러난 불만을 포착할 수밖에 없으며, 그 과정에서 미디어의 관점이 개입될 수밖에 없다는 점이다. 즉, 환자들의 불만은 존재하나 미디어가 관심을 가지지 않는 문제들은 보도되지 않았을 가능성이 존재한다. 그러나 이 연구의 목적이 대중이 의료에 대해 갖고 있는 불만에 대한 대표성있는 조사에 있지는

않다. 오히려 대중의 불만이 담론 장으로 진입하는 단계에서 흔적(trace)을 남긴 텍스트라는 관점[18], 즉 그 자체로 의미있는 선별로 해석한다면 심각한 연구의 제한점으로 볼 수는 없다. 넷째, 2000년 전후의 두 시기로 구분하여 변화를 비교하는 것이 갖는 제한점이다. 각 시기 내에서 동질성을 가정하는 것은 분명 무리가 있으나, 자료의 한계로 인해 더 많은 시기로 구분하는 것은 무의미하다고 판단하였다. 따라서 2000년을 전후한 비교 결과는 경향성에 대한 하나의 자료 정도의 의미로 해석하는 것이 바람직할 것이다.

위와 같은 제한점이 있으나, 이 연구는 전국민건강보험 달성 이후 현재까지 긴 시간의 지평에서 한국 보건의료체계의 반응성을 엿볼 수 있는 창을 제공하였다는 점에서 의의를 지닌다. 그리고 연구 과정에서 환자들의 불만을 체계적으로 검토할 수 있는 분류 체계를 개발하였는데 이는 향후 다른 연구에서도 사용될 수 있다는 점에서 가치가 있다.

## V. 참고문헌

1. World Health Organization. The World Health Report: 2000: health systems: improving performance. World Health Organization; 2000.
2. Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *International Journal for Quality in Health Care*. 2006;18:5-13.
3. Ministry of Health and Welfare, Korea Institute for Health and Social Affairs. Enhancement of satisfaction with doctor nurse service experienced by patients.; [cited 2020 January 21]. Available from: [http://www.mohw.go.kr/react/modules/download.jsp?BOARD\\_ID=140&CONT\\_SEQ=352450&FILE\\_SEQ=282735](http://www.mohw.go.kr/react/modules/download.jsp?BOARD_ID=140&CONT_SEQ=352450&FILE_SEQ=282735)
4. Ministry of Health and Welfare, Health Insurance Review & Assessment Service. Patients directly participate in the evaluation of the medical service; [cited 2017 July 8]. Available from: [http://www.mohw.go.kr/react/modules/download.jsp?BOARD\\_ID=140&CONT\\_SEQ=340553&FILE\\_SEQ=209414](http://www.mohw.go.kr/react/modules/download.jsp?BOARD_ID=140&CONT_SEQ=340553&FILE_SEQ=209414)
5. Organization for Economic Co-operation and Development. OECD Health Statistics 2019 [cited 2020 May 11]. Available from: <https://stats.oecd.org>
6. Min HW, Lee MS, Kim EY, Kim CW, Na BJ, Bae SH. Trends in patient satisfaction studies in Korea, 1990-2015. *Health Service Management Review*. 2007;1(1):51-8.
7. Otten AL. The influence of the mass media on health policy. *Health Affairs*. 1992;11(4):111-8.
8. Sohn S, Lee G, Lee S. Comparative analysis of characteristics and frames of news articles on healthcare: differences from administration changes and medias ideological orientation. *Korean Journal of Journalism & Communication Studies*. 2014;58(1):306-30.
9. Montini T, Noble AA, Stelfox HT. Content analysis of patient complaints. *International Journal for Quality in Health Care*. 2008;20(6):412-20.
10. Reader TW, Gillespie A, Roberts J. Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. *BMJ Quality & Safety*. 2014;23(8):678-89.
11. Råberus A, Holmström IK, Galvin K, SUNDLER AJ. The nature of patient complaints: a resource for healthcare improvements. *International Journal for Quality in Health Care*. 2019;31(7):556-62.
12. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;62(1):107-15.
13. Mirzoev T, Kane S. What is health systems responsiveness? Review of existing knowledge and proposed conceptual framework. *BMJ Global Health*. 2017;2(4):e000486.
14. Mulcahy L, Tritter JQ. Pathways, pyramids and icebergs? Mapping the links between dissatisfac-

- tion and complaints. *Sociology of Health & Illness*. 1998;20(6):825-47.
15. Kim UN, Ock M, Shin Y, Jo MW, Lee JY, Do YK. Conceptual constructs of patient centeredness: perspective of patients and family members. *Quality Improvement in Health Care*. 2019;25(2):26-43.
  16. Ministry of Health and Welfare, Health Insurance Review & Assessment Service. Releasing results of first patient experience survey where patients directly participated; [cited 2018 August 9]. Available from: [http://www.mohw.go.kr/react/modules/down\load.jsp?BOARD\\_ID=140&CONT\\_SEQ=345664&\-FILE\\_SEQ=235488](http://www.mohw.go.kr/react/modules/down\load.jsp?BOARD_ID=140&CONT_SEQ=345664&\-FILE_SEQ=235488)
  17. Bankauskaite V, Saarelma O. Why are people dissatisfied with medical care services in Lithuania? A qualitative study using responses to open-ended questions. *International Journal for Quality in Health Care*. 2003;15(1):23-9.
  18. Phillips N, Lawrence TB, Hardy, C. Discourse and institutions. *Academy of Management Review*. 2004;29(4):635-52.