

상용치료원 유무와 의사-환자 커뮤니케이션: 한국의료패널 환자경험조사를 중심으로

오 종 목¹ | 황 종 남^{1*}

¹ 원광대학교

* 교신저자: 황종남 (jih34@wku.ac.kr)

초 록

환자 중심 의료 체계에서 환자는 더 이상 의사의 일방적 지시를 받는 존재가 아닌 상호협력적 의사소통을 할 수 있는 존재이다. 이 연구의 목적은 환자중심의료 체계를 실현할 수 있는 요인 중 하나인 상용치료원의 유무가 진료과정에서 환자가 경험하는 의사-환자 커뮤니케이션과 어떤 관계가 있는지 분석하고 이를 토대로 의사-환자 커뮤니케이션을 향상시킬 수 있는 정책적 방안을 제시하고자 한다. 한국의료패널조사 2017년 자료를 활용하였으며, 인구·사회학적 요인을 통제 후 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 연구 결과 상용치료원이 있는 집단과 비교하여 상용치료원이 없는 집단은 의사와의 대화 시간이 부족했으며(OR=1.65; p<.01), 의사의 설명을 쉽게 이해하지 못하였고(OR=1.51; p<.01), 궁금증이나 걱정스러운 점을 말할 기회가 부족했으며(OR=1.73; p<.01), 치료 결정에 본인의 의견이 반영이 불충분한 것으로 나타났다(OR=1.32; p=0.00). 이러한 결과는 의사-환자 커뮤니케이션 수준을 향상시키기 위해 진료시간을 충분히 확보할 수 있는 진료환경에 대한 제도적 보장이 필요하며, 상용치료원이 효과적인 커뮤니케이션 및 치료 결정 과정에서 환자의 참여를 증진시킬 수 있는 주요한 수단으로써 고려되어야 할 필요가 있다는 것을 시사한다.

주요 용어: 상용치료원, 의사-환자 커뮤니케이션, 환자 경험, 환자 중심 의료 체계

알기 쉬운 요약

이 연구는 왜 했을까? 현대 보건의료 체계에서 환자는 더 이상 의사에게 일방적 지시를 받는 존재가 아닌, 의사-환자 양방향 커뮤니케이션을 통해 모든 진료과정에서 개인의 가치를 존중받아야 하는 존재이다. 상용치료원은 환자가 건강과 관련된 문제로 조언 및 상담이 필요할 때 주로 방문하는 의사 등 전문의료인 또는 의원, 병원, 보건소 등 장소를 의미한다. 이 연구는 상용치료원이 있는지, 그렇지 않는지에 따라 환자가 경험하는 의사-환자 커뮤니케이션에 실제로 차이가 있는지를 살펴보았다.

새롭게 밝혀진 내용은? 한국의료패널조사에 참여한 성인 10,235명을 대상으로 분석을 한 결과, 상용치료원이 있다고 응답한 집단과 비교하여 상용치료원이 없다고 응답한 집단은 1. 의사와의 대화시간이 부족했으며, 2. 의사의 설명을 쉽게 이해하지 못하였다고 경험했고 3. 의사에게 궁금한 점이나 걱정스러운 점을 말할 기회가 부족했으며, 4. 치료 방법을 결정할 때 환자의 의견 반영이 충분이 이루어지지 못한 것으로 나타났다.

앞으로 무엇을 해야 하나? 의사-환자 양방향 커뮤니케이션 수준을 향상시키기 위해 충분한 진료시간을 확보할 수 있는 진료환경을 보장해야 한다. 또한 의사-환자 양방향 커뮤니케이션을 향상시킬 수 있는 주요한 수단으로써 상용치료원의 역할에 대한 고민이 필요하다.

본 논문은 2019년 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행되었으며(NRF-2019S1A5A2A03035246), 제1저자(오종목)의 석사학위 논문의 일부를 수정·보완한 것임.

IRB No. WKIRB-202009-SB-060, 원광대학교

- 투 고 일: 2020. 10. 30.
- 수 정 일: 2021. 01. 29.
- 게재확정일: 2021. 02. 04.

I. 서론

1. 연구의 배경 및 필요성

의료지식의 대중화, 소비자주의 발달, 환자의 권리신장 등으로 건강한 삶에 대한 국민의 관심이 증가하게 되었다. 이는 보건의료 서비스 영역의 패러다임이 전문성을 강조한 제공자 중심 의료에서, 제공자와 환자 사이의 상호존중과 협력을 바탕으로 한 환자 중심 의료 체계(Patient-Centered-Care, PCC)로 변화하게 되었음을 의미한다(Charles, Whelan & Gafni, 1999). 환자 중심 의료란 환자 고유 가치와 우선순위, 욕구 등을 존중하고, 의사소통을 통해 환자에게 필요한 정보와 교육을 제공하며 신체적·심리적 안정, 보건의료의 접근성, 의사-환자 관계 지속성 등을 보장해줄 수 있는 의료로 정의된다(Beach & Inui, 2006; Berenson et al., 2008). 다시 말해 환자 중심 의료 체계에서 환자는 더 이상 전문가인 의사로부터 일방적인 지시를 받는 존재가 아니라, 모든 진료과정에서 자신의 필요와 선호를 존중받고 임상적 의사결정에서 개인의 가치를 보장받아야 하는 존재이다(Wolfe, 2001).

건강 문제는 의사가 환자에 대한 배경지식을 가지고 있는 경우이거나, 환자가 의사를 신뢰할 수 있을 때 더욱 효과적으로 해결된다(신호성, 이수형, 박봉희, 2012). 따라서 보건의료의 지속성 측면에서 '상용치료원(Usual Source of Care, USC)'은 환자 중심 의료의 실현을 가능케 한다(Starfield, 1992). 상용치료원은 주치의제도의 넓은 개념으로, 환자가 건강문제로 조언 및 상담이 필요할 때 주로 방문하는 전문 의료인이나, 병원, 의원, 보건소 또는 기타 장소를 말한다(김두리, 2016; Medical Expenditure Panel Survey, MEPS).

상용치료원은 환자와 의사 사이의 지속적인 관계를 보장하는 '진료의 지속성'을 위한 필수 요인으로서의 역할과 환자와 의사 사이의 유대감 및 신뢰감 증진을 통해 환자가 건강 행동 수행에 있어 적극적으로 참여하게 하고, 의사로 하여금 환자에 대한 전인적 이해를 가능케 하는 요인으로 궁극적으로 환자의 건강 결과를 긍정적으로 변화시킬 수 있다는 점에서 주목받고 있다(Starfield, 1992; Ettner, 1999; Kerse et al., 2004). 진료의 지속성 이외에도 새로운 건강 문제에 대한 최초접촉(First contact), 치료, 예방, 연계 등을 포함하는 포괄성(Comprehensiveness), 건강 관련 정보 제공이나 교육을 제공하는 조정기능(coordination) 등 다양한 일차의료(Primary

care)를 수행할 수 있는 요인으로서 주로 일차의료의 기능이나 역할이 명확하거나 주치의제도가 시행되고 있는 미국 등의 국가에서 주로 연구되고 있다(김두리, 2016; Starfield, 1994). 그러나 우리나라는 주치의제도의 부재와 일차의료의 기능과 역할이 명확하지 않기 때문에 최초접촉이 일정하지 못하고, 보건의료 제공자가 전문 분야별 의원을 개설하고자 하는 양상으로 인해 포괄성이 담보되지 못하며, 환자 자신의 판단에 의해 의료기관을 선택하고 있기 때문에 조정기능이나 지속성 등이 담보되지 못하는 실정이다(이재호 등, 2019).

상용치료원과 관련된 선행연구는 주로 예방서비스 이용이나 임상적 결과, 의료비 지출 또는 만성질환을 가진 집단 등과 관련하여 진행되었다. 상용치료원을 보유한 집단은 그렇지 않은 집단에 비해서 낮은 입원율과 높은 예방서비스 이용률을 보이며(Weiss & Blustein, 1996; 김진현, 조홍준, 2007), 의료비 지출 감소 등의 효과가 있는 것으로 나타났다(Lee et al., 2017). 또한 당뇨병이나 고혈압 등 만성질환을 가진 집단을 대상으로 한 연구에서는 상용치료원이 임상적 결과나 적절한 치료에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다(Spatz et al., 2010; 이소담 등, 2017; 윤효정 등, 2017). 이 외에도 상용치료원을 보유한 집단에서는 미충족 의료경험이 유의미하게 감소하였다(김광묘, 김창엽, 2020).

보건의료 서비스는 환자와 의사 사이의 상담을 통해 제공되는 서비스이다(Shelton, 1992). 따라서 의사-환자 양방향 커뮤니케이션(physician-patient communication)은 환자의 가치존중과, 정보교환, 관계형성의 측면에 있어서 환자 중심 의료의 핵심요소이다(Scholl, Zill, Harter & Dirmaier, 2014; Ishikawa, Hashimoto & Kiuchi, 2013; 김용, 2013). 국내 조사에서 전문가 21인을 대상으로 의료서비스 구성 요소별 중요도를 살펴본 결과 의학적 지식과 기술을 적용하는 기술적 영역(45.5±8.9) 다음으로 중요한 것이 대인(interpersonal) 영역(36.9±5.8)으로 나타났으며, 그 중에서도 의사의 중요도(45.2±7.3)가 가장 높은 것으로 나타났다(도영경 등, 2015). 국외 연구에서도 의사에 대한 불만은 임상적 능력이 아니라 의사가 환자의 말을 들어주고 환자의 상황에 대해 부작용이나, 환자가 할 수 있는 행동들에 대해 자세하고 친절하게 설명해주길 바라는 기대에서 오는 커뮤니케이션의 문제임을 지적하기도 하였다(Meryn, 1998). 이는 환자의 보건의료 서비스에 대한 만족이나 경험은 의사와 환자 사이의 원활한 커뮤니케이션을 통해 환자 스스로가 가치를 인정받고 배려받고 있다

는 감정이 생길 때 향상될 수 있음을 시사한다(Beach et al., 2006).

선행연구 결과에 따르면 환자의 입장에서 의료기관 내 이루어지는 모든 커뮤니케이션 과정은 진료에 대한 환자의 만족도, 치료·진단에 대한 순응, 건강 및 의료정보에 대한 이해, 질병에 대한 극복, 건강상태 및 삶의 질 개선 등 환자의 전반적인 경험이나 행동 및 건강수준에 영향을 미칠 수 있다(Ong, De Haes, Hoos & Lammes, 1995). 마찬가지로 보건의료 제공자 측면에서도 양방향 커뮤니케이션을 통해 환자의 상황을 보다 쉽게 인지하여 질 높은 의료 서비스를 제공할 수 있으며, 의료기관 재방문 상승 등의 효과를 얻을 수 있다고 알려져 있다(Han, Lee & Im, 2010).

이처럼 환자 중심 의료, 의사-환자 커뮤니케이션의 중요성이 강조되면서 환자의 관점에서 보건의료의 질적 수준을 확인할 수 있는 주요한 지표로 환자 경험에 대한 평가가 주요한 지표로 주목받고 있다(Wolfe, 2001; Klazienga, 2010). 특히 보건의료 서비스가 의사와 환자 사이의 상담을 통해 제공되는 서비스라는 점을 고려한다면 진료 환경 내에서 이루어지는 커뮤니케이션에 대한 환자의 경험은 다양한 환자 경험 평가 항목 중에서도 환자중심의료 실천의 주요한 요소이다(Ishikawa, Hashimoto & Kiuchi, 2013). 그러나 다른 국가들에 비해 환자 경험이나 의사-환자 커뮤니케이션에 대한 관심의 역사가 상대적으로 짧아 관련 연구가 다수 진행되지는 못하였다(김경훈 등, 2018).

따라서 본 연구는 진료의 지속성을 바탕으로 의사와 환자 사이의 신뢰감 및 유대감을 형성할 수 있는 상용치료원이 환자가 경험하는 의사-환자 커뮤니케이션에 영향을 미칠 수 있을 것이라는 가설을 바탕으로 상용치료원 유무가 의사와의 대화 시간, 의사의 말을 이해하는 정도, 걱정스러운 점이나 궁금한 점을 말할 기회, 치료 결정 시 환자의 의견 반영 정도와 어떠한 관련성이 있는지 살펴보려고 한다.

2. 연구 목적

본 연구는 상용치료원 유무와 환자가 경험하는 의사-환자 커뮤니케이션의 네 가지 형태인 ‘의사와의 대화 시간’, ‘의사의 말을 이해하는 정도’, ‘걱정스러운 점이나 궁금한 점을 말할

기회’, ‘치료 결정 시 환자의 의견 반영 정도’의 관계를 분석하고, 이를 토대로 의사-환자 커뮤니케이션을 향상시킬 수 있는 정책적 방안을 제시하고자 한다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 지난 1년간 입원 또는 응급을 제외하고 외래 의료 서비스를 이용한 경험이 있는 만 18세 이상 성인을 대상으로 상용치료원 유무가 환자 경험에 미치는 영향을 살펴보기 위해 2017년 한국의료패널조사를 활용한 단면 조사연구(cross-sectional study)이다. 본 연구는 원광대학교 생명윤리위원회 심의 면제를 받았다(WKIRB-202009-SB-060).

2. 연구대상

본 연구의 연구 대상은 2017년 한국의료패널 조사에 참여한 17,184명 중 만 18세 이상 성인이며 환자 경험을 묻는 항목에서 ‘지난 1년간 응급/입원을 제외한 외래 진료를 위해 병원을 방문한 적이 있다고 응답한 11,136명에서 환자 경험의 하위 4문항에 ‘모르겠다’, ‘참여를 원하지 않는다’로 응답하였거나, 인구사회학적 특성에 대한 응답이 누락된 대상을 제외한 총 10,235명이다.

3. 자료수집방법

본 연구에서 활용하고자 하는 데이터인 ‘한국의료패널’ 조사는 ‘한국보건사회연구원과 ‘국민건강보험공단’이 공동으로 진행하는 정부 지정 통계자료로 2005년부터 인구주택총조사를 기반으로 매년 동일한 전국 7000~8000가구를 대상으로 의료이용 행태와 의료비 지출, 인구사회경제학적, 건강관련 특성 등과 관련된 조사를 진행하고 있다(정영호 등, 2008). 가장 최근에 공개된 자료는 2017년 자료이며, 2017년에 실시된 조사부터 본 연구의 종속변수인 환자 경험과 관련된 질문이 자기기입식으로 조사되어 포함되었다.

4. 연구변수

가. 종속변수

한국의료패널에서 환자 경험과 관련된 변수는 의사와의 대화 시간, 의사의 말을 이해하는 정도, 의사에게 걱정스러운 점이나 궁금한 점을 말할 수 있는 기회, 치료 결정에 있어서 본인 의사 반영 정도로 구성되어 있다. 이상 4가지 문항은 의사-환자 사이의 커뮤니케이션에 대한 내용을 묻고 있다. 따라서 본 연구에서는 이상 4가지 문항을 진료과정에서 환자가 경험하는 의사-환자 커뮤니케이션으로 정의하고자 한다. 의사와의 대화 시간은 외래 진료에서 “귀하가 의사와 대화한 시간은 충분했습니까?” 라는 질문에 ‘항상 그렇다’ 또는 ‘대체로 그렇다’ 고 응답한 경우 의사와의 대화 시간이 충분했던 것으로, ‘가끔 그렇다’ 또는 ‘전혀 그렇지 않다’고 응답한 경우 의사와의 대화 시간이 불충분했던 것으로 정의하였다. 이해 정도는 “의사는 귀하가 이해하기 쉽게 설명했습니까?”의 질문에 ‘항상 그렇다’ 또는 ‘대체로 그렇다’ 고 응답한 경우 의사의 설명을 이해하기 쉬웠던 것으로, ‘가끔 그렇다’ 또는 ‘전혀 그렇지 않다’고 응답한 경우 의사의 설명을 이해하기 어려웠던 것으로 정의하였다. 궁금증 해소를 위한 말할 기회는 ‘항상 그렇다’ 또는 ‘대체로 그렇다’ 고 응답한 경우 질문의 기회가 충분했던 것으로, ‘가끔 그렇다’ 또는 ‘전혀 그렇지 않다’고 응답한 경우 질문의 기회가 불충분했던 것으로 정의하였다. 마지막으로 치료 결정에 있어서 본인 의사 반영 정도에 ‘항상 그렇다’ 또는 ‘대체로 그렇다’ 고 응답한 경우 의사결정에 충분히 참여한 것으로, ‘가끔 그렇다’ 또는 ‘전혀 그렇지 않다’고 응답한 경우 의사결정에 충분히 참여하지 못하는 것으로 정의하였다. 이상 4가지 항목에서 긍정의 응답은 0, 부정의 응답은 1로 코딩하였다.

나. 독립변수

한국의료패널에서 상용치료 의사를 묻는 문항인 “귀하가 아플 때나 검사 또는 치료 상담을 하고자 할 때, 주로 방문하는 의사 선생님이 있습니까?”의 질문에 ‘예’ 로 응답한 경우 ‘상용치료원이 있는 집단’으로, ‘아니오’ 로 응답한 경우 ‘상용치료원이 없는 집단’으로 이항 범주화하여 살펴보았다.

다. 통제변수

통제변수로 포함된 연구 대상자들의 인구사회학적 특성은 응답자의 성별, 나이, 배우자 유무, 교육수준, 의료보장 형태, 가구소득, 주관적 건강상태, 7대 만성질환 수로 구성된다.

성별은 남성과 여성, 출생 연도는 조사 당시(2016년)를 기준으로 만 18세 이상 34세 이하, 만 35세 이상 49세 이하, 만50세 이상 64세 이하, 만 65세 이상으로 구분하였다. 배우자 유무는 “귀하의 혼인상태가 어떻게 되십니까?”의 질문에, 혼인 중(사실혼 포함)으로 답한 집단을 ‘배우자 유’ 로, 별거, 사별/실종, 이혼, 미혼으로 답한 집단을 ‘배우자 무’ 로 구분하였다. 교육수준은 졸업유무를 고려하여 ‘초등학교 졸업’, ‘중학교 졸업’, ‘고등학교 졸업’, ‘대학교 졸업’으로 구분하였다. 의료보장형태는 건강보험에 가입되어 있는 집단을 ‘건강보험’으로, 이 외의 의료급여수급자, 특례자, 국가유공자 등을 ‘의료급여 등’ 집단으로 구분하였다. 가구소득은 한국의료패널 조사에서 총 가구소득을 가구 내 실제 가구원수를 제공근으로 나누어 1분위(최소)~5분위(최대)로 구분한 변수를 활용하여 5개의 집단으로 구분하였다. 만성질환 수는 ‘만성질환이 없는 집단’, ‘만성질환을 1개 보유하고 있는 집단’, ‘만성질환을 2개 보유하고 있는 집단’, ‘만성질환을 3개 이상 보유하고 있는 집단’으로 구분하였다. 마지막으로 주관적 건강상태를 묻는 질문에 ‘매우 좋음’ 또는 ‘좋음’ 으로 응답한 집단을 ‘주관적 건강상태가 좋은 집단’, ‘보통이다’로 답한 집단을 ‘주관적 건강상태가 보통인 집단’, ‘나쁨’ 또는 ‘매우 나쁨’으로 답한 집단을 ‘주관적 건강상태가 나쁜 집단’으로 구분하였다.

5. 자료분석 방법

본 연구는 상용치료원 유무에 따른 연구 대상자의 일반적 특성을 파악하기 위해 빈도 분석 및 카이제곱 검정(chi-squared test)을 실시하였다. 또한 연구 대상자의 상용치료원 유무가 진료과정에서 환자가 경험하는 의사-환자 커뮤니케이션에 영향을 미치는지를 살펴보기 위해 로지스틱 회귀분석(logistic regression)을 실시하였다. 모든 통계적 유의성 검정은 5% 유의수준을 기준으로 살펴보았다. 통계분석은 SAS version 9.4 프로그램을 활용하였다.

III. 연구결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

연구대상자의 인구·사회학적 특성은 <표 1 - 일반적 특성>과 같다. 연구대상자는 총 10,235명으로 남자(42.3%) 보다 여자(57.7%) 응답자가 더 많았다. 연령에 따라서는 만 65세 이상 응답자(33.4%)가 가장 많았으며 이후 만 50~64세 이하(28.8%), 만 35~49세 이하(24.9%), 만 18~34세 이하(12.9%) 순으로 응답자의 평균 나이는 55.3세로 나타났다. 배우자가 있는 집단(71.9%)이 배우자가 없는 집단(28.1%)보다 많았으며, 교육 수준 별 분류에서는 고등학교 졸업(35.1%)이 가장 많았고, 대학교 졸업(30.4%), 초등학교 졸업(22.8%), 중학교 졸업(11.7%) 순으로 분포하였다. 의료보장 형태로 살펴보면 건강보험 가입자(94.8%)가 의료급여 등(5.2%) 보다 많았다. 가구소득에서는 5분위(23.1%)가 가장 많았고 이후 4분위(22.7%), 3분위(21.0%), 2분위(18.9%), 1분위(14.4%) 순서의 분포를 보였다. 만성질환이 없는 집단(53.4%)이 만성질환을 1개 보유하고 있는 집단(19.8%), 2개 보유하고 있는 집단(15.0%) 보다 많았으며 만성질환을 3개 이상 보유하고 있다고 응답한 집단(11.8%)은 가장 적었다. 주관적 건강상태는 보통이라고 응답한 집단(46.5%)이 가장 많았으며, 좋음(36.7%), 나쁨(16.8%) 순이었다. 의사와의 대화 시간이 충분하다고 보고한 응답자 72.6%, 의사의 말을 충분히 이해한 응답자 80.4%, 궁금한 점이나 걱정스러운 점을 질문할 기회가 충분히 있었다고 보고한 응답자 76.3%, 치료 결정에 본인의 의사결정이 충분히 반영되었다고 보고한 응답자가 74.5%로, 의사와의 대화 시간이 충분했던 집단, 의사의 말을 충분히 이해한 집단, 궁금증이나 걱정스러운 점을 질문할 기회가 충분했던 집단, 치료 결정에 있어서 본인의 의사가 충분히 반영되었다고 보고한 응답자가 그렇지 않은 집단보다 많았다.

2. 상용치료원 유무에 따른 연구대상자의 일반적 특성

연구대상자의 상용치료원 유무에 따른 분포를 살펴보면 <표 1 - 상용치료원 유무>와 같다. 상용치료원이 있는 집단 간 비교를 통해 살펴보면 남성(23.0%)보다 여성(25.5%)이 더 많았으며, 통계적으로 유의미한 차이를 보였다($p=0.00$). 연령에

서 상용치료원이 있다고 응답한 비율을 살펴봤을 때, 만 65세 이상 집단(34.8%)에서 비율이 가장 높았으며 만 50~64세 이하(24.4%), 만 35~49세 이하(17.5%), 만 19세~34세 이하(11.2%) 순으로 나타났으며 통계적으로 유의미한 차이를 보였다($p < .01$). 배우자가 있다고 응답한 집단에서 상용치료원을 보유하고 있다고 응답한 집단은 24.2%, 배우자가 없는 집단에서 상용치료원을 보유하고 있다고 응답한 집단은 25.0%로 배우자가 없는 집단이 상용치료원 보유 비율이 근소하게 많았으나, 통계적으로 유의미한 차이를 보이지 않았다($p=0.44$). 교육수준별로 상용치료원이 있다고 응답한 집단을 기준으로 살펴봤을 때 초등학교 졸업(31.6%), 중학교 졸업(30.0%), 고등학교 졸업(22.5%), 대학교 졸업(19.2%) 순으로 나타났으며 학력이 낮을수록 상용치료원을 보유하고 있다고 응답한 비율이 많은 것으로 나타났다($p < .01$). 의료보장 형태 별 분류로 상용치료원 유무를 살펴봤을 때 건강보험 가입자 중에서 상용치료원이 있다고 응답한 집단이 23.9%, 의료급여 등에 속하는 집단이 33.8%로 나타나 건강보험 가입자 보다 의료급여 등에 속한 집단이 상용치료원을 보유하고 있다고 응답한 비율이 높았으며 통계적으로 유의미하였다($p < .01$). 가구소득으로 살펴보면, 1분위 집단에서 상용치료원을 보유하고 있다고 응답한 비율이 가장 높았으며(34.5%), 가구소득이 높아질수록 상용치료원을 보유하고 있다고 응답한 비율이 줄어들어 5분위 집단에서는 상용치료원을 보유하고 있다고 응답한 비율이 21.0%로 나타났으며 통계적으로 유의미한 차이를 보였다($p < .01$). 만성질환이 없는 집단에서는 상용치료원을 보유하고 있다고 응답한 비율이 15.3%를 보여 다른 집단에 비해서 낮았다. 보유하고 있는 만성질환이 1개일 때는 28.9%, 2개일 때는 38.2%, 3개일 때는 40.9%를 보여 만성질환을 많이 보유하고 있을수록 상용치료원을 보유하고 있다고 응답한 비율이 높았다($p < .01$). 주관적 건강상태를 '좋음'으로 응답한 집단에서 상용치료원 보유 비율은 있다고 응답한 집단은 19.6%였으며, '보통', '나쁨'이라고 응답할수록 상용치료원 보유 비율이 높아져 '나쁨'이라고 응답한 집단에서 상용치료원을 보유하고 있는 비율이 33.9%로 나타나 주관적 건강상태가 안 좋다고 응답한 집단일수록 상용치료원을 보유하고 있는 비율이 높은 것으로 나타났다($p < .01$). 추가로 종속변수별 상용치료원 보유 여부에 따른 연구 대상자의 비율은 의사와의 대화 시간($p < .01$), 이해 정도($p < .01$), 궁금증 해소($p < .01$), 치료 결정($p=0.00$) 모두 긍정적으로 응답한 집단에서 상용치

표 1. 연구대상자의 인구·사회학적 특성과 상용치료원 유무에 따른 분포

(N= 10,235)

	일반적 특성		상용치료원 유무				p-value
	계		YES		NO		
	n	%	n	%	n	%	
성별							
남자	4328	42.3	2121	49.0	2207	51.0	0.18
여자	5907	57.7	2975	49.6	2932	50.4	
연령							
만 18~34세 이하	1319	12.9	448	34.0	871	66.0	< .01
만 35~49세 이하	2545	24.9	1000	39.3	1545	60.7	
만 50~64세 이하	2951	28.8	1696	50.7	1455	49.3	
만 65세 이상	3420	33.4	2152	62.9	1268	37.1	
배우자 유무							
배우자 유	7359	71.9	3681	50.0	3678	49.9	0.46
배우자 무	2876	28.1	1415	49.2	1461	50.8	
교육수준							
초등학교 졸업	2334	22.8	1430	61.3	904	38.7	< .01
중학교 졸업	1196	11.7	682	57.0	514	43.0	
고등학교 졸업	3592	35.1	1713	47.7	1879	52.3	
대학교 졸업	3113	30.4	1271	40.8	1842	59.2	
의료보장형태							
건강보험	9705	94.8	4751	49.0	4954	51.1	< .01
의료급여 등	530	5.2	345	65.1	185	34.9	
가구총소득							
1분위	1472	14.4	905	61.5	567	38.5	< .01
2분위	1935	18.9	1028	53.1	907	46.9	
3분위	2147	21.0	1021	47.6	1126	52.5	
4분위	2322	22.7	1079	46.5	1243	53.5	
5분위	2359	23.1	1063	45.1	1296	54.9	
만성질환 수							
없음	5466	53.4	2070	37.9	3396	62.1	< .01
1개	2023	19.8	1161	57.4	862	42.6	
2개	1538	15.0	1023	66.5	515	33.5	
3개 이상	1208	11.8	842	69.7	366	30.3	
주관적 건강상태							
좋음	3752	36.7	1601	42.7	2151	57.3	< .01
보통	4763	46.5	2413	50.7	2350	49.3	
나쁨	1720	16.8	1082	62.9	638	37.1	
의사와의 대화 시간							
충분함	7435	72.6	3829	51.5	3606	48.5	< .01
불충분함	2800	27.4	1267	45.3	1533	54.8	
이해정도							
이해하기 쉬움	8232	80.4	4192	50.9	4192	50.9	< .01
이해하기 어려움	2003	19.6	904	45.1	1099	54.9	
궁금증 해소							
충분함	7804	76.3	3997	51.2	3807	48.8	< .01
불충분함	2431	23.8	1099	45.2	1332	54.8	
치료 결정							
참여함	7627	74.5	3863	50.7	3764	49.4	0.00
참여하지 못함	2608	25.5	1233	47.3	1375	52.7	

료원을 보유하고 있다고 응답한 비율이 부정적으로 응답한 집단보다 많은 것으로 나타났다.

3. 상용치료원 유무에 따른 환자 경험 차이

가. 의사와의 대화 시간

상용치료원 유무에 따른 의사와의 대화 시간의 차이를 알아보기 위한 로지스틱 회귀분석 결과는 <표 2 - 대화 시간>과 같다. 인구·사회학적 요인을 모두 통제한 후에도 상용치료원 유무가 의사와의 대화 시간에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 상용치료원이 있는 집단에 비해 없는 집단은 의사와의 대화 시간이 불충분했던 것으로 나타났다(OR=1.51; $p < .01$).

상용치료원 이 외에 의사와의 대화 시간에 영향을 미칠 수 있는 요인은 교육수준, 만성질환 수, 주관적 건강상태로 나타났다. 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 집단에 비해서 주관적 건강상태가 보통인 집단(OR=1.20; $p = 0.00$)과 나쁨이라고 응답한 집단(OR=1.54; $p < .01$)은 의사와의 대화 시간이 불충분했던 것으로 나타났다. 반대로 대학교 졸업 집단에 비해 초등학교 졸업 집단의 의사와의 대화 시간이 충분했던 것으로 나타났으며(OR=0.84; $p=0.04$), 만성질환이 없는 집단에 비해서 만성질환이 3개 이상이라고 응답한 집단에서 또한 의사와의 대화 시간이 충분했던 것으로 나타났다(OR=0.84; $p = 0.04$).

나. 이해 정도

상용치료원 유무에 따른 이해 정도의 차이를 알아보기 위한 로지스틱 회귀분석 결과는 <표 2-이해 정도>와 같다. 인구·사회학적 요인을 통제한 후에도 상용치료원 유무가 의사의 설명에 대한 이해 정도에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 상용치료원이 있는 집단에 비해 없는 집단은 의사의 설명을 쉽게 이해하지 못한 것으로 나타났다(OR=1.51; $p = < .01$).

상용치료원 이외에 이해 정도에 영향을 미치는 요인은 배우자 유무, 교육수준, 가구소득, 만성질환 수, 주관적 건강상태로 나타났다. 배우자가 있는 집단에 비해서 배우자가 없는 집단은 의사의 설명을 쉽게 이해하지 못하는 것으로 나타났

며(OR=1.14; $p=0.04$). 대학교 졸업 집단에 비해서 초등학교 졸업 집단 또한 의사의 설명을 쉽게 이해하지 못하는 것으로 나타났다(OR=1.31; $p=0.00$). 가구소득 5분위에 비해서 가구소득 2분위는 의사의 설명을 쉽게 이해하지 못하는 것으로 나타났고(OR=1.20; $p=0.03$), 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 집단에 비해 보통이라고 응답한 집단(OR=1.18; $p=0.01$), 나쁨이라고 응답한 집단(OR=1.56; $p = < .01$)은 의사의 설명을 쉽게 이해하지 못한 것으로 나타났다. 반대로 만성질환이 없는 집단에 비해 만성질환이 1개인 집단(OR=0.85; $p=0.04$), 만성질환을 3개 이상 보유하고 있는 집단(OR=0.80; $p=0.03$)은 의사의 설명을 쉽게 이해하는 것으로 나타났다.

다. 궁금증 해소

상용치료원 유무에 따른 궁금증 해소의 차이를 알아보기 위한 로지스틱 회귀분석 결과는 <표 2- 궁금증 해소>와 같다. 인구·사회학적 요인을 통제한 후에도 상용치료원 유무가 궁금증 해소에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 상용치료원이 있는 집단에 비해 없는 집단은 치료에 대해 궁금한 점이나 걱정스러운 점을 말할 기회가 불충분한 것으로 나타났다(OR=1.73; $p < .01$).

상용치료원 이외에 궁금증 해소에 영향을 미칠 수 있는 요인은 배우자 유무, 주관적 건강상태로 나타났다. 배우자가 있는 집단에 비해 배우자가 없는 집단은 치료에 대해 궁금한 점이나 걱정스러운 점을 말할 기회가 불충분한 것으로 나타났다(OR=1.17; $p=0.01$). 마찬가지로 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 집단에 비해 주관적 건강상태가 보통이라고 응답한 집단(OR=1.26; $p < .01$), 나쁨이라고 응답한 집단(OR=1.36; $p < .01$)은 치료에 대해 궁금한 점이나 걱정스러운 점을 말할 기회가 불충분한 것으로 나타났다.

라. 치료 결정

상용치료원 유무에 따른 치료 결정 참여 차이를 알아보기 위한 로지스틱 회귀분석 결과는 <표 2 - 치료 결정>과 같다. 인구·사회학적 요인을 통제한 후에도 상용치료원 유무가 치료 결정에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 상용치료원이 있는 집단에 비해 없는 집단은 치료 결정을 내릴 때 본인 의견 반영이 불충분하였던 것으로 나타났다(OR=1.32; $p <$

.01).

이 외 환자의 치료 결정 참여에 영향을 미칠 수 있는 요인은 성별, 연령, 배우자 유무, 가구소득, 주관적 건강상태로 나타났다. 여자에 비해서 남자는 치료 결정 시 본인 의견 반영이

불충분한 것으로 나타났다(OR=1.11; $p < .01$). 만 18세 이상 34세 이하 집단에 비해서 만 35세 이상 49세 이하 집단(OR=1.28; $p=0.01$), 만 50세 이상 64세 이하 집단(OR=1.22; $p=0.04$)은 치료 결정 시 본인 의견 반영이 불충분한 것으로

표 2. 상용치료원 유무와 진료과정에서 환자가 경험하는 의사-환자 커뮤니케이션

변수	대화 시간		이해 정도		궁금증 해소		치료 결정	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
상용치료원								
있다(ref.)								
없다	1.65*	1.48-1.85	1.51*	1.33-1.71	1.73*	1.54-1.95	1.32*	1.18-1.48
성별								
여자(ref.)								
남자	0.99	0.90-1.09	1.07	0.96-1.18	1.08	0.98-1.19	1.11*	1.01-1.22
연령								
18~34세(ref.)								
35~49세	1.17	0.99-1.38	1.11	0.92-1.35	1.08	0.90-1.29	1.28*	1.07-1.52
50~64세	1.14	0.95-1.36	1.13	0.92-1.38	1.03	0.86-1.25	1.22*	1.01-1.46
65세 이상	1.06	0.86-1.31	0.99	0.79-1.26	0.93	0.75-1.16	0.99	0.80-1.23
배우자 유무								
있음(ref.)								
없음	1.03	0.91-1.15	1.14*	1.01-1.30	1.17*	1.04-1.32	1.16*	1.03-1.31
교육수준								
대학교 졸업(ref.)								
초등학교 졸업	0.84*	0.71-0.99	1.31*	1.09-1.58	1.09	0.92-1.31	1.11	0.94-1.32
중학교 졸업	0.89	0.75-1.05	1.19	0.98-1.45	1.16	0.97-1.39	1.15	0.97-1.37
고등학교 졸업	0.96	0.86-1.07	1.09	0.95-1.24	1.06	0.95-1.20	1.07	0.95-1.21
의료보장형태								
건강보험(ref.)								
의료급여 등	1.02	0.83-1.26	0.99	0.78-1.24	1.01	0.82-1.25	0.90	0.73-1.11
가구소득								
5분위(ref.)								
1분위	0.91	0.76-1.10	1.09	0.88-1.33	1.08	0.90-1.31	1.26*	1.05-1.52
2분위	0.99	0.86-1.15	1.20*	1.02-1.42	1.07	0.92-1.25	1.31*	1.13-1.53
3분위	0.91	0.80-1.04	0.98	0.84-1.14	0.86	0.75-1.00	1.09	0.95-1.26
4분위	0.93	0.82-1.06	1.12	0.97-1.30	1.00	0.87-1.14	1.05	0.92-1.20
만성질환 수								
없음(ref.)								
1개	0.98	0.86-1.12	0.85*	0.73-0.99	0.96	0.84-1.11	0.95	0.83-1.09
2개	0.88	0.75-1.03	0.85	0.71-1.01	0.93	0.79-1.10	0.91	0.77-1.06
3개 이상	0.84*	0.70-0.99	0.80*	0.66-0.98	0.89	0.74-1.07	0.93	0.78-1.11
주관적 건강상태								
좋음(ref.)								
보통	1.20*	1.09-1.33	1.18*	1.05-1.32	1.26*	1.14-1.40	1.16*	1.05-1.29
나쁨	1.54*	1.34-1.77	1.56*	1.33-1.82	1.36*	1.17-1.58	1.25*	1.08-1.44

나타났다. 배우자가 있는 집단에 비해서 배우자가 없는 집단은 치료 결정 시 본인 의견 반영이 불충분한 것으로 나타났다(OR=1.16; $p=0.01$). 가구소득 5분위인 집단에 비해서 가구소득 1분위에 해당하는 집단(OR=1.26; $p=0.02$), 2분위에 해당하는 집단(OR=1.31; $p=0.01$)은 치료 결정 시 본인 의견 반영이 불충분한 것으로 나타났다. 마지막으로 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 집단에 비해 보통이라고 응답한 집단(OR=1.16; $p=0.00$), 나쁨이라고 응답한 집단(OR=1.25; $p=0.00$)은 치료 결정 시 본인 의견 반영이 불충분한 것으로 나타났다.

IV. 고찰

본 연구는 2017년 한국의료패널 조사에 참여한 만 18세 이상 성인 중 지난 1년간 응급/입원을 제외한 외래 진료 경험이 있는 10,235명을 대상으로 상용치료원 유무가 환자가 경험하는 의사-환자 커뮤니케이션과 어떠한 관계가 있는지를 분석하고자 한 이차 자료 분석 단면 조사연구이다. 환자가 경험하는 의사-환자 커뮤니케이션은 4가지 하위 항목으로 구성되어 있으며 각 항목에 대해 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

주요 연구결과를 구체적으로 살펴보면 첫째, 상용치료원을 보유하고 있는 집단에 비해 상용치료원을 보유하고 있지 않은 집단은 의사와의 대화 시간이 불충분한 것으로 나타났다. 진료시간을 충분하게 부여받지 못했다고 생각하는 환자는 의사나 진단 결과에 대한 신뢰에 의구심을 가지게 될 가능성이 있으며 의사 등 보건의료 제공자는 제한된 시간 안에 많은 환자를 진료해야 하는 상황에서 환자의 이야기를 들을 시간이 없어 환자의 생명과 직결되는 의료과정에서의 과실이 발생할 가능성이 높아질 수 있으므로 진료 시간 확보는 매우 중요하다(Heritage & Maynard, 2006).

OECD 평균 외래 진료 시간은 12.6분이다(OECD health statistics, 2018). 이에 반해 이찬희 등의 연구에 따르면 우리나라의 외래 진료 시간은 비교적 진료시간이 길다는 초진 외래 환자 기준으로 6.2분인 것으로 나타났다(이찬희 등, 2017). 의사와의 대화 시간에 대한 국내 환자들의 평가 또한 외래진료에서 의사와의 대화 시간이 충분했다고 응답한 경우가 2018년 80.6%에서 2019년 74.7%로 하락하였으며 OECD 평균인 83.2%에도 못 미치는 것으로 나타났다(신정우

등, 2019). 이러한 조사 결과는 우리나라가 실제 진료 시간뿐 아니라 환자가 경험하는 진료 시간 모두 국제적인 수준에 비해 짧다는 것을 보여준다.

이러한 현상이 나타나고 있는 이유를 살펴보면 우리나라의 진료비 지불 제도의 근간이 보건의료제공자가 제공한 진료행위에 따라 가격을 책정하여 진료비를 지급하는 행위별수가 제 방식을 채택하고 있다는 점을 지적할 수 있다. 행위별수가제는 의사의 진료량에 비례해 수익이 증가하는 구조이기 때문에 짧은 시간 안에 최대한 많은 환자를 진료하도록 하는 구조적인 문제를 가지고 있다(이경희 등, 2020). 이는 의사로 하여금 예방 서비스 제공이나 상담 등 보다는 치료행위에 비중을 더 높게 만들어 의사와 환자가 대화나 상담을 할 진료 환경 자체가 제도적으로 보장되고 있지 못함을 의미한다.

본 연구의 상용치료원을 보유하고 있는 집단에 비해 상용치료원을 보유하고 있지 않은 집단이 의사와의 대화 시간이 불충분한 것으로 나타났다는 연구결과는 진료비 지불 체계의 제도적 개선에 있어서 직접적인 근거가 되기에는 무리가 있지만, 상용치료원을 보유 함으로써 환자가 경험하는 의사와의 대화 시간에 대한 반응이 달라질 수 있다는 점을 실증적으로 검증하여 진료 또는 진찰, 상담 등의 중요성과 정책 개선 시 전략적 방안 모색의 방향성이나 근거를 제시해 줄 수 있다는 점에서 의미가 있다고 사료된다.

둘째, 상용치료원이 있는 집단에 비해 상용치료원이 없는 집단은 의사가 설명을 쉽게 하지 못하였으며, 궁금한 점이나 걱정스러운 점을 질문할 기회가 불충분한 것으로 나타났다. 보건의료는 의사와 환자 사이의 상담 즉, 커뮤니케이션을 통해 제공되는 서비스이다(Shelton, 1992). 특히 현대의 환자 중심 의료 체계에서 효과적인 의사-환자 커뮤니케이션은 보건의료 서비스 제공의 핵심 요소 및 진료 수단 그 자체로 주목받고 있다(Ha & Longnecker, 2010; 서판수, 2002).

의사는 환자의 증상 표현을 바탕으로 추론하여 환자의 병을 진단해야 하기 때문에 환자의 설명에 의존적일 수밖에 없으며, 환자는 좋지 않은 건강상태에서 자신의 증상을 설명해야 하는 부담감과 전문직종인 의사에 대한 두려움과 경외심 때문에 의사의 판단에 의존하려는 모습을 보인다(이두원, 2000). 이처럼 의료 환경이라는 특수한 상황에서 커뮤니케이션이 올바르게 이루어지지 못하였을 때 환자는 의사에 대한 신뢰감 저하, 치료 만족도 저하 등을 경험하여 궁극적으로 건강상태 악화에 이를 수 있고, 의사는 의료사고 발생 가능성이

높아지는 등의 위험에 노출된다(Riedl & Schußler, 2017).

본 연구의 연구 결과는 진료의 지속성 향상 효과를 가지는 상용치료원이 '의사-환자 커뮤니케이션을 향상시킬 수 있는 수단으로써 고려될 필요가 있음'을 시사한다. 지속적인 접촉을 통해 환자는 의사에 대한 신뢰감 및 유대감 형성을 바탕으로 편안한 분위기에서 자신의 건강상태에 대한 설명이나, 이해가 안 되는 점, 궁금한 점이나 걱정스러운 점을 의사에게 질문할 수 있는 기회를 가질 수 있으며 의사는 환자에 대한 전인적 이해(Understanding the whole person)와 진단이나 치료에 필요한 배경지식을 보다 쉽게 얻을 수 있을 것으로 사료된다(Schofield, 1995; Stewart et al., 2013).

셋째, 치료 결정 과정에 있어 환자의 적극적인 참여는 환자로 하여금 협조적인 태도를 가지게 하여 예방활동 및 효과적인 치료를 가져올 수 있으며 치료의 적절성 재고 및 의료과실 예방 등을 통해 궁극적으로 건강에 긍정적 영향을 미치는 것으로 알려져 있다(Holman & Lorig, 2000). 본 연구의 결과는 상용치료원이 있는 집단에 비해 상용치료원이 없는 집단은 상대적으로 치료 결정 시 본인의 의견 반영이 이루어지고 있지 못하고 있는 것으로 나타났다.

이는 치료 결정 과정에서 환자의 의견이 반영되기 위해서는 환자와 의사 사이의 협력 관계(partnership)가 구축되어 있어야 하며 이를 위해서는 장기간의 진료의 지속성이 보장되어야 할 것이라는 연구 보고나(Say & Thomason, 2003), 환자의 치료 결정 참여에 있어서 의사와 환자 사이의 상호작용이 직접적인 영향을 미칠 수 있음을 밝혀낸 연구 결과와(Beisecker, 1990) 진료의 지속성, 의사-환자 사이의 관계 향상 효과를 가지는 상용치료원이 환자의 치료 결정에 유의미한 영향을 미칠 수 있다는 결과를 도출했다는 측면에서 그 맥락을 같이한다고 볼 수 있다. 국내 연구결과에서도 치료 의사결정 참여 과정에서 '환자와 의사 사이의 신뢰관계, '보건의료계 공자들의 환자에 대한 배경지식' 등이 환자의 치료 결정 과정 참여에 대한 접근성을 더 높일 수 있었을 것이라고 분석하여 본 연구의 결과를 지지하였다(윤난희, 2018). 본 연구를 포함하여 선행 연구 결과들은 상용치료원이 환자중심 의료체제에서 환자의 치료 결정을 증진시킬 수 있는 주요한 수단으로써 인식되어야 할 필요가 있음을 시사한다.

본 연구는 전국 단위 표본 조사 결과를 활용하여 상용치료원 유무가 환자가 경험하는 의사-환자 커뮤니케이션에 실증적으로 영향을 미칠 수 있음을 검증했다. 이를 통해 커뮤니케이

션과 관련된 환자 경험 수준 증진을 위한 전략적 방안 모색의 학술적 근거를 제시했다는 점에서 그 의의가 있다. 하지만 다음과 같은 제한점 및 한계점을 가지고 있다. 첫째, 패널자료(panel data)를 활용하였음에도 단면 조사연구로 진행되었다는 점이다. 그 이유는 본 연구에서 사용된 '환자 경험과 관련된 설문 항목이 추가된 시점이 2017년 조사부터였으며 현 시점에서 활용할 수 있는 가장 최신의 데이터이다. 상용치료원 유무와 환자 경험을 모두 설문했던 2017년도 1개년도 데이터(Version1.6)만을 활용하였다. 따라서 독립변수와 종속변수 사이의 시간적 선후관계나 인과관계를 명확히 설명할 수 없다는 한계를 가지고 있다. 후속 연구에서는 축적된 패널데이터를 활용한 시계열 분석 등 종단 분석을 통해 보다 명확한 인과관계를 살펴볼 수 있을 것으로 기대한다. 추가로 다수의 선행 연구에서 다양한 집단 중 특히 만성질환자의 상용치료원 이용과 관련된 임상적 효과나 예방서비스 효과를 보고하고 있다(정연, 변진옥, 2016; 윤효정 등, 2017; Spatz et al., 2010). 본 연구에서도 민감도 분석(sensitivity analysis)차원에서 만성질환을 가지고 있는 집단과 그렇지 않은 집단을 나누어 층화 분석을 실시하였다(별첨1, 별첨2). 층화분석 결과 OR값의 차이는 있었지만 두 집단 모두에서 상용치료원 유무는 진료과정에서 환자가 경험하는 커뮤니케이션에 영향을 미치는 것으로 나타났다.

둘째, 상용치료원의 정의에 대해서 유의하여 해석할 필요가 있다. 상용치료원은 상용치료 기관과 상용치료 의사를 모두 포괄하고 있는 용어이다(Chang, Chan & Han, 2014). 본 연구에서 활용된 한국의료패널조사에서도 상용치료원을 상용치료 기관과 상용치료 의사로 구분하여 살펴보고 있다. 본 연구의 종속변수로 활용한 설문 문항은 '의사와 '환자'사이 상호작용을 통해 나타나는 현상에 대한 환자 경험을 살펴본 것이다. 따라서 상용치료 기관보다는 상용치료 의사로 상용치료원을 정의하고 분석하는 것이 의미가 있을 것으로 판단하였다. 그러나 주치의 제도의 부재와 일차의료에 대한 개념이 명확하지 않은 우리나라의 상황에서 상용치료 기관을 상용치료원으로 고려할 수 있는 여지가 있다. 본 연구에서는 이러한 상용치료원의 정의에 대한 한계를 극복하고자 민감도 분석 차원에서 상용치료 기관 유무와 진료과정 내 환자가 경험하는 의사-환자 커뮤니케이션 사이의 관계를 추가로 살펴보았다(별첨3). 추가분석 결과는 본 연구의 주요 연구 결과와 OR값에서의 차이를 보였지만 같은 경향성을 보였으며, 통계적으로 유의미하

였다.

셋째, 본 연구의 활용 자료에서 조사된 환자 경험은 응급/입원 환자를 제외한 외래 진료 경험이 있는 응답자를 대상으로 진행되었다. 따라서 본 연구의 결과를 입원 진료나 응급 진료를 받았던 대상자의 경험으로 해석하기에는 부적절하다. 진료의 형태에 따라 환자에게 주어진 상황과 특성이 달라질 수 있기 때문에 이를 세분화하여 추가 연구를 진행하는 것 또한 의미가 있을 것으로 사료된다.

넷째, 환자 경험이 특정되지 않고 조사되었다는 한계가 있다. 해당 설문은 '지난 1년 간'이라는 기간을 명시했다. 이는 응답자의 회상 편견(recall bias) 등의 문제점이 있을 수 있을 뿐 아니라 지난 1년 간 의료기관을 한 번 이상 방문한 응답자가 여러 번의 경험 중 언제, 또는 어디서의 경험을 바탕으로 응답했는지 파악이 어렵다. 즉, 해당 응답이 상용치료원에서 경험이라고 명확하게 설명할 수 없기 때문에 연구 결과의 해석상 주의가 필요하다. 본 연구는 연구시점에 활용 가능한 전국 단위 표본조사 중 상용치료원과 환자 경험을 모두 설문한 유일한 자료인 한국의료패널 자료를 활용하였다. 하지만 관련 연구가 보다 활발하게 진행되기 위해서는 환자 경험을 묻는 한국의료패널 설문의 정교화 혹은 새로운 설문 도구의 개발이 필요할 것으로 사료된다.

V. 결론

본 연구는 2017 한국의료패널 조사를 활용하여 로지스틱 회귀분석을 통해 상용치료원 유무와 환자가 경험하는 의사-환

자 커뮤니케이션 사이의 관계를 연구하였다. 연구 결과, 상용치료원이 있는 집단에 비해 상용치료원이 없는 집단은 의사와의 대화 시간이 불충분했으며 의사의 설명을 쉽게 이해하지 못했던 것으로 나타났다. 또한 치료 과정 중 궁금한 점이나 걱정스러운 점을 말할 기회가 불충분했으며, 치료 결정 시 본인의 의견 반영이 불충분하게 이루어진 것으로 나타나 상용치료원 유무에 따라 환자가 경험하는 의사-환자 커뮤니케이션 4가지 하위 항목에 모두 통계적으로 유의미한 차이를 보이는 것으로 나타났다. 이는 의사-환자 커뮤니케이션 수준을 향상시키기 위해 충분한 진료시간 확보를 위한 제도적 보장이 필요하며, 상용치료원이 효과적인 커뮤니케이션 및 치료 결정 과정에서 환자의 참여를 증진시킬 수 있는 주요한 수단으로써 고려되어야 할 필요가 있다.

오종묵은 현재 원광대학교 일반대학원 보건행정학과 석사과정에 재학 중이다. 주요 관심분야는 건강 형평성, 정신건강, 헬스커뮤니케이션 등이다. (E-mail: skywhdanr@wku.ac.kr)

황중남은 서울대학교 보건대학원에서 보건정책관리학 전공으로 석사학위를 받았으며, 캐나다 University of Alberta에서 보건서비스 및 정책 전공 박사학위를 취득하였다. 현재 원광대학교 복지·보건학부 조교수로 재직 중이며, 주요 관심분야는 사회 및 보건정책, 건강불평등, 정책평가, 공공의료 등이다. (E-mail: jiho34@wku.ac.kr)

참고문헌

- 김광묘, 김창엽. (2020). 상용치료원 유형과 미충족의료 경험. *보건과 사회과학*, 53, pp.105-128.
- 김경훈, 박춘선, 유혜림, 김태완, 김지애, 권영근. (2018). *아태지역 의료의 질 향상 네트워크 현황과 과제-환자중심 질 평가 현황 조사*. OECD 대한민국 정책센터.
- 김두리. (2016). 상용치료원 보유가 의료기관 중별 선택에 미치는 영향. *대형병원 환자집중현상 완화방안을 중심으로 보건행정학회지*, 26(3), pp.195-206.
- 김용. (2013). 환자 중심의 의료서비스 변화: 의사와 환자의 커뮤니케이션 개선을 중심으로. *과학기술학연구*, 13(2), pp.71-110.
- 김진현, 조홍준. (2007). 상용 치료원 (Regular Source of Care) 보유가 예방서비스 제공 및 질병관리에 미치는 영향. *가정의학회지*, 28(4), pp.278-285.
- 도영경, 김정은, 이진용, 이희영, 조민우, 김은나, 옥민수. (2015). *환자 중심성 평가모형 개발 연구*. 원주: 건강보험심사평가원, 서울대학교 산학협력단
- 신정우, 조병희, 최보람, 천미경, 김태민, 신지영, 진재현. (2019). *2019년도 의료서비스경험조사*. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 신호성, 이수형, 박봉희. (2012). *건강형평성 강화를 위한 의료서비스 전달체계 개선방안*. 서울: 한국보건사회연구원
- 서편수. (2002). 의사의 커뮤니케이션 스타일이 환자 만족에 형성 영향에 관한 연구. *한국병원경영학회지*, 7(4), pp.57-101.
- 윤난희. (2018). 환자의 치료 의사결정 참여와 건강수준. *한국의료질 향상학회지*, 24(1), pp.40-52.
- 윤효정, 최재우, 이상아, 박은철. (2017). 상용치료원 보유 여부가 고혈압 환자의 외래이용횟수 및 외래의료비에 미치는 영향. *한국병원경영학회지*, 22(1), pp.1-9.
- 이경희, 위승범, 김석일, 최병용. (2020). 신포괄수기에 영향을 미치는 의료행태 요인 분석-내과 입원환자 중심으로. *한국병원경영학회지*, 25(2), pp.45-56.
- 이두원. (2000). 의사-환자간 커뮤니케이션 행위에 대한 대화분석 연구: 의사소통 문제의 유형과 해결방안을 중심으로. *한국언론학보*, 45(1), pp.232-265.
- 이소담, 신의철, 임재영, 이상규, 김지만. (2017). 당뇨병 환자의 상용치료원 보유가 의료이용 및 의료비에 미치는 영향. *한국병원경영학회지*, 22(3), pp.1-17.
- 이재호, 임형석, 성낙진, 김솔잎, 김경우. (2019). 주치의 보유가 입원에 미치는 효과. 제11회 *한국의료패널학술대회 자료집*, pp.125-140.
- 이찬희, 임현선, 김영남, 윤수진, 박양숙, 김선애, 박은철, 강중구. (2017). 외래 초진환자의 만족진료시간과 관련 추가비용 지불 의사. *보건행정학회지*, 27(1), pp.39-46.
- 정연, 변진옥. (2016). 만성질환자의 상용치료원 이용과 복약순응도 간의 관계. *한국임상약학회지*, 26(2), pp.128-136.
- 정영호, 고숙자, 이용갑, 서남규, 태윤희, 이원영, 이경용, 김범수, 강영호. (2008). *한국의료패널의 활용과 기대효과*. 서울: 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단.
- Beach, M. C., & Inui, T. (2006). Relationship-centered care. *Journal of general internal medicine*, 21(1), pp.3-8.
- Beisecker, A. E., & Beisecker, T. D. (1990). Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Medical care*, 28(1), pp.19-28.
- Berenson, R. A., Hammons, T., Gans, D. N., Zuckerman, S., Merrell, K., Underwood, W. S., & Williams, A. F. (2008). A house is not a home: keeping patients at the center of practice redesign. *Health Affairs*, 27(5), pp.1219-1230.
- Chang, E., Chan, K. S., & Han, H. R. (2014). Factors associated with having a usual source of care in an ethnically diverse sample of Asian American adults. *Medical Care*, 52(9), pp.833-841.
- Charles, C., Whelan, T., & Gafni, A. (1999). What do we mean by partnership in making decisions about treatment?. *BMJ*, 319(7212), pp.780-782.
- Ettner, S. L. (1999). The relationship between continuity of care and the health behaviors of patients: does having a usual physician make a difference?. *Medical care*, 37(6), pp.547-555.
- Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: a review. *Ochsner Journal*, 10(1), pp.38-43.
- Han, J. J., Lee, M. J., & Im, H. J. (2010). Comprehension of patient-physician interaction through analysis of relationships between domains in clinical performance examination. *Korean journal of medical education*, 22(3), pp.177-184.
- Heritage, J., & Maynard, D. W. (2006). Problems and prospects in the study of physician-patient interaction: 30 years of research. *Annu. Review. Sociol.*, 32, pp.351-374.
- Holman, H., & Lorig, K. (2000). Patients as partners in managing

- chronic disease: partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ*, 20(7234), pp.526-527.
- Ishikawa, H., Hashimoto, H., & Kiuchi, T. (2013). The evolving concept of “patient-centeredness” in patient - physician communication research. *Social Science & Medicine*, 96, pp.147-153.
- Kerse, N., Buetow, S., Mainous, A. G., Young, G., Coster, G., & Arroll, B. (2004). Physician-patient relationship and medication compliance: a primary care investigation. *Annals of Family Medicine*, 2(5), pp.455-461.
- Klazienga, N. (2010). Improving value in health care: measuring quality. Paris, France: Organisation for Economic Co-operation and Development. Retrieved November, 5, 2012.
- Lee, S. D., Shin, E., Lim, J. Y., Lee, S. G., & Kim, J. M. (2017). Effects of usual source of care by patients with diabetes on use of medical service and medical expenses. *Korean Society of Hospital Administration*, 22(3), pp.1-17.
- Medical Expenditure Panel Survey. (2009. 8. 26). *Survey Questionnaires*. <https://www.meps.ahrq.gov/mepsweb/에서> 2020. 10. 18 인출
- Meryn, S. (1998). Improving doctor-patient communication: not an option, but a necessity. *BMJ*, 316(7149), 1922.
- OECD. (2020. 7. 1). *health statistics 2020*. <https://www.oecd.org/health/health-data.htm/에서> 2020. 10. 29. 인출
- Ong, L. M., De Haes, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social science & medicine*, 40(7), pp.903-918.
- Riedl, D., & Schüssler, G. (2017). The influence of doctor-patient communication on health outcomes: a systematic review. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 63(2), pp.131-150.
- Say, R. E., & Thomson, R. (2003). The importance of patient preferences in treatment decisions—challenges for doctors. *BMJ*, 327(7414), pp.542-545.
- Scholl, I., Zill, J. M., Härter, M., & Dirmaier, J. (2014). An integrative model of patient-centeredness - a systematic review and concept analysis. *Public library of science*, 9(9), e107828.
- Shelton, P. J. (1992). Communication: A mirror of practice quality. *Podiatry Today*, 4(1), pp.19-20.
- Schofield, T. (1995). Patient-centered medicine: transforming the clinical method. *BMJ*, 311(7019), 1580.
- Spatz, E. S., Ross, J. S., Desai, M. M., Canavan, M. E., & Krumholz, H. M. (2010). Beyond insurance coverage: usual source of care in the treatment of hypertension and hypercholesterolemia. Data from the 2003-2006 National Health and Nutrition Examination Survey. *American heart journal*, 160(1), pp.115-121.
- Starfield, B. (1992). *Primary care: concept, evaluation, and policy*. Oxford University Press.
- Starfield, B. (1994). Is primary care essential?. *The lancet*, 344(8930), pp.1129-1133.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. (2013). *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. CRC press.
- Weiss, L. J., & Blustein, J. (1996). Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *American journal of public health*, 86(12), pp.1742-1747.
- Wolfe, A. (2001). Institute of Medicine report: crossing the quality chasm: a new health care system for the 21st century. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 2(3), pp.233-235.

부표 1. 만성질환이 있는 집단에서 상용치료원 유무에 따른 환자가 경험하는 의사-환자 커뮤니케이션 차이

변수	의사-환자 커뮤니케이션에서 환자경험								
	대화 시간		이해정도		궁금증 해소		치료 결정		
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	
상용치료기관									
있다(ref.)									
없다	1.27*	1.11-1.45	1.44*	1.24-1.67	1.26*	1.10-1.45	1.14	1.00-1.31	
성별									
여자(ref.)									
남자	1.02	0.89-1.18	1.07	0.91-1.26	1.14	0.98-1.32	1.19*	1.03-1.37	
연령									
18~34세(ref.)									
35~49세	0.74	0.28-1.94	1.33	0.3-4.73	0.47	0.18-1.20	0.61	0.23-1.59	
50~64세	0.73	0.28-1.87	1.36	0.39-4.76	0.50	0.20-1.25	0.70	0.27-1.80	
65세 이상	0.63	0.25-1.62	1.18	0.34-4.14	0.41	0.16-1.04	0.52	0.20-1.34	
배우자 유무									
있음(ref.)									
없음	1.01	0.85-1.19	1.25*	0.34-4.14	1.27*	1.07-1.50	1.22*	1.04-1.44	
교육수준									
대학교 졸업(ref.)									
초등학교 졸업	0.87	0.68-1.11	1.53*	1.15-2.05	1.16	0.89-1.50	1.30*	1.01-1.68	
중학교 졸업	0.86	0.67-1.11	1.16	0.85-1.57	1.17	0.89-1.53	1.24	0.95-1.61	
고등학교 졸업	1.01	0.81-1.25	1.37	1.05-1.79	1.15	0.91-1.45	1.25	0.99-1.58	
의료보장형태									
건강보험(ref.)									
의료급여 등	1.13	0.88-1.44	1.01	0.77-1.33	1.04	0.80-1.33	0.96	0.75-1.24	
가구소득									
5분위(ref.)									
1분위	1.08	0.83-1.40	1.02	0.76-1.36	1.17	0.90-1.53	1.16	0.89-1.15	
2분위	0.15	0.91-1.47	1.15	0.88-1.51	1.16	0.91-1.49	1.25	0.98-1.59	
3분위	1.15	0.90-1.46	0.96	0.73-1.26	0.95	0.74-1.22	1.03	0.81-1.32	
4분위	1.18	0.93-1.49	1.03	0.78-1.35	1.01	0.79-1.30	1.05	0.83-1.34	
주관적 건강상태									
좋음(ref.)									
보통	1.43*	1.20-1.70	1.33*	1.09-1.62	1.37*	1.14-1.64	1.28*	1.08-1.53	
나쁨	1.68*	1.37-2.05	1.62*	1.30-2.03	1.35*	1.10-1.66	1.32*	1.08-1.61	

부표 2. 만성질환이 없는 집단에서 상용치료원 유무에 따른 환자가 경험하는 의사-환자 커뮤니케이션 차이

변수	의사-환자 커뮤니케이션에서 환자경험							
	대화 시간		이해정도		궁금증 해소		치료 결정	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
상용치료기관								
있다(ref.)								
없다	1.25*	1.11-1.42	1.16*	1.01-1.34	1.30*	1.14-1.48	1.15*	1.01-1.30
성별								
여자(ref.)								
남자	1.98	0.87-1.11	1.12	0.98-1.29	1.08	0.95-1.22	1.08	0.95-1.22
연령								
18~34세(ref.)								
35~49세	1.17	0.97-1.42	0.99	0.80-1.24	1.01	0.83-1.24	1.27*	1.04-1.54
50~64세	1.12	0.90-1.38	0.99	0.78-1.26	0.94	0.75-1.17	1.12	0.90-1.40
65세 이상	1.06	0.78-1.43	0.82	0.59-1.15	0.87	0.64-1.20	1.06	0.78-1.44
배우자 유무								
있음(ref.)								
없음	1.02	0.86-1.21	0.98*	0.81-1.19	1.04	0.87-1.24	1.10	0.93-1.32
교육수준								
대학교 졸업(ref.)								
초등학교 졸업	0.87	0.65-1.17	1.19	0.86-1.64	1.12	0.83-1.52	1.01	0.75-1.35
중학교 졸업	0.97	0.75-1.26	1.58*	1.20-2.08	1.28	0.98-1.68	1.22	0.94-1.59
고등학교 졸업	0.95	0.83-1.08	1.02	0.88-1.18	1.06	0.92-1.21	1.03	0.90-1.18
의료보장형태								
건강보험(ref.)								
의료급여 등	0.77	0.51-1.16	0.93	0.60-1.43	0.94	0.62-1.41	0.74	0.49-1.12
가구소득								
5분위(ref.)								
1분위	0.84	0.60-1.18	1.12	0.78-1.61	0.96	0.68-1.35	1.41	1.02-1.96
2분위	0.98	0.80-1.19	1.23	0.99-1.53	1.04	0.85-1.28	1.37	1.12-1.67
3분위	0.81	0.69-0.96	0.97	0.80-1.18	0.81*	0.68-0.97	1.11	0.93-1.32
4분위	0.85	0.73-0.99	1.17	0.98-1.40	0.99	0.85-1.17	1.04	0.88-1.22
주관적 건강상태								
좋음(ref.)								
보통	1.10*	0.97-1.25	1.10	0.95-1.27	1.20*	1.06-1.37	1.10	0.97-1.25
나쁨	1.49*	1.20-1.87	1.59*	1.25-2.02	1.43*	1.13-1.81	1.24	0.99-1.57

부표 3. 상용치료 기관 유무에 따라 환자가 경험하는 의사-환자 커뮤니케이션 차이

변수	의사-환자 커뮤니케이션에서 환자경험							
	대화 시간		이해정도		궁금증 해소		치료 결정	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
상용치료기관								
있다(ref.)								
없다	1.25*	1.14-1.37	1.29*	1.16-1.43	1.28*	1.54-1.95	1.14*	1.18-1.48
성별								
여자(ref.)								
남자	0.99	0.91-1.10	1.07	0.97-1.19	1.09	0.98-1.19	1.12*	1.01-1.22
연령								
19~34세(ref.)								
35~49세	1.14	0.96-1.35	1.10	0.91-1.33	1.05	0.90-1.29	1.26*	1.07-1.52
50~64세	1.11	0.93-1.33	1.11	0.90-1.36	1.01	0.86-1.25	1.20	1.01-1.46
65세 이상	1.02	0.83-1.26	0.97	0.77-1.23	0.90	0.75-1.16	0.97	0.80-1.23
배우자 유무								
있음(ref.)								
없음	1.01	0.90-1.14	1.13	0.99-1.28	1.15	1.04-1.32	1.15*	1.03-1.31
교육수준								
대학교 졸업(ref.)								
초등학교 졸업	0.87	0.73-1.03	1.34*	1.11-1.62	1.13	0.92-1.31	1.13	0.94-1.32
중학교 졸업	0.90	0.76-1.07	1.21	0.99-1.46	1.18	0.97-1.39	1.16	0.97-1.37
고등학교 졸업	0.96	0.86-1.08	1.10	0.96-1.25	1.07	0.95-1.20	1.08	0.95-1.21
의료보장형태								
건강보험(ref.)								
의료급여 등	1.03	0.83-1.27	0.99	0.79-1.25	1.02	0.82-1.25	0.90	0.73-1.11
가구소득								
5분위(ref.)								
1분위	0.90	0.75-1.09	1.08	0.88-1.32	1.07	0.90-1.31	1.25*	1.05-1.52
2분위	0.99	0.86-1.15	1.21*	1.03-1.43	1.08	0.92-1.25	1.32*	1.13-1.53
3분위	0.91	0.79-1.04	0.97	0.83-1.14	0.86	0.75-1.00	1.09	0.95-1.26
4분위	0.93	0.82-1.06	1.13	0.97-1.30	0.99	0.87-1.14	1.05	0.92-1.20
만성질환 수								
없음(ref.)								
1개	0.96	0.84-1.10	0.85*	0.73-0.99	0.95	0.84-1.11	0.94	0.83-1.09
2개	0.85*	0.72-0.99	0.84*	0.70-0.99	0.90	0.79-1.10	0.89	0.77-1.06
3개 이상	0.80*	0.67-0.96	0.79*	0.65-0.96	0.85	0.74-1.07	0.91	0.78-1.11
주관적 건강상태								
좋음(ref.)								
보통	1.20*	1.09-1.33	1.18*	1.05-1.32	1.26*	1.14-1.40	1.16*	1.05-1.29
나쁨	1.53*	1.33-1.76	1.56*	1.33-1.82	1.35*	1.17-1.58	1.25*	1.08-1.44

Usual Source of Care and Communication Between Physician and Patients:

Patient Experiences in the Korea Health Panel Survey (KHPS)

Oh, Jongmuk¹ | Hwang, Jongnam¹

¹ Wonkwang University

Abstract

In a patient-centered-care system, patients no longer simply follow the instructions of physicians, but should be able to communicate with them in a cooperative manner. The purpose of this study is to analyze whether the usual source of care, one of the factors enabling the implementation of a patient-centered-care system, actually affects the physician-patient communication in terms of patient experience. Data from the 2017 KHPS were used, and a logistic regression analysis was conducted after controlling for demographic factors. The study found that groups without a usual source of care did not spend sufficient time talking to physicians (OR = 1.65; $p < .01$), had a hard time understanding the physician's explanations (OR = 1.51; $p < .01$), lacked the opportunity to ask questions or express concerns (OR = 1.73; $p < .01$), and had insufficient respect for their own opinion on the treatment decision (OR = 1.32; $p = 0.00$). These results indicate the need of a usual source of care for patients to better ensure sufficient treatment time so as to improve patients' experience in physician-patient communication, as the usual source of care should be considered the major means to increase patient participation in effective communication and treatment.

Keywords: Usual Source of Care, Physician-Patient Communication, Patient Experience, Patient-Centered-Care