원 저

환자만족이 의료이용에 미치는 영향 – 환자 – 의사 커뮤니케이션 만족을 중심으로

윤혜정*, 유명순*,**†

*서울대학교 보건대학원 보건학과, **서울대학교 보건대학원 보건학과, 보건환경연구소

〈Abstract〉

The Effect of Patient-Physician Communication Satisfaction on Healthcare Utilization

Hyejung Yoon*. Myoungsoon You*,**†

** Department of Public Health Sciences, Graduate School of Public Health, Seoul National University*
*** Department of Public Health Sciences, Graduate School of Public Health, and Institute of Health and Environment, Seoul National University*

Purpose: Importance of patient satisfaction related to patient–centeredness has been emphasized, and it is known to have effect on various health outcomes including health resource utilization. However, the effect of patient satisfaction has been discussed mostly in terms of hospital marketing in Korea. This study aims to examine the effect of patient satisfaction in patient–physician communication on healthcare utilization in a nationally representative adult population of South Korea.

Method: Patient satisfaction with physician communication is assessed using 4 items in the 2011 Korea Health Panel Survey. Generalized linear regression analysis is conducted using 9,325 adults' healthcare utilization in 2012.

Findings: Adjusting for the socio–demographic, economic factors, individual health status, health behaviors and healthcare utilization in 2011, more satisfied individuals, more likely to utilize the outpatient service, especially in clinical setting.

Practical Implications: The study findings suggests that in context of South Korea healthcare system such as insufficient medical consultation time and the absence of health delivery system, patient satisfaction as a subjective healthcare quality indicator would have effect on the individual's outpatient visit. This study contributes to stimulate patient satisfaction research and discussion in South Korea to further explore its relationship with potential and various health related outcomes. Further implications of the study are discussed.

Key Words: patient satisfaction, healthcare utilization, outpatient visit, patient–physician communication

Ⅰ. 서 론

전 세계적으로 환자중심 의료서비스가 강조되고, 미국과 영국 등 일부 선진국에서 환자만족을 의료비 지불체계와 연계[1,2]하면서 환자만족에 대한 관심이 높아지고 있다. '의료서비스의 질적 수준에 대한 개인의 기대와 주관적 평가[3,4]'를 의미하는 환자만족은 개인의 건강수준에

* 투고일자 : 2019년 8월 9일, 수정일자 : 2019년 10월 25일, 게재확정일자 : 2019년 10월 25일
† 교신저자: 유명순, Tel: 02-880-2773, Fax: 02-762-9105 , E-mail: msyou@snu.ac.kr
이 논문은 정부재원(교육부 BK21플러스 사업비)으로 한국연구재단의 지원을 받아 연구되었음(No.21B20151213037)

영향을 주는 것으로 알려져 있다[2, 5-6]. '환자가 직접 평가하는 대표적인 의료서비스의 질 지표'라는 점은 예나 지금이나 동일하지만, 기존의 환자만족 조사가 개별 의료기관을 중심으로 환자가 이용한 전반적 의료서비스에 대하여 주관적 인식을 주로 단일문항으로 물었다면, 최근 환자경험 조사를 통한 환자만족은 의료서비스 이용 과정에 대한 객관적 경험을 측정함으로써 의료제공자와 환자 간 상호작용 과정도 함께 측정한다는 차이가 있다. 의료제공자, 특히 의사-환자 커뮤니케이션 만족도는 전반적인 환자만족 뿐 아니라, 환자의 건강수준 향상, 나아가 효과적이고 효율적인 의료자원 사용과 연관이 있는 것으로 보고되고 있다[5-9].

우리나라에서는 병원경영 차원에서 환자만족을 매우 중요한 조사항목으로 다루어왔다. Cho[10]에 따르면 1990년대 이미 우리나라 종합병원의 과반수가 자체적으로 환자만족도 조사를 진행하고 있었고, 정부 주도로 시행되었던 의료기관 평가에서 만족도 조사의 시행 등에 관한 내용이 포함되어 있었다. 하지만 조사가 진행된 시간과 규모를 고려할 경우, 환자만족의 측정내용과 결과는 제한적으로 활용된 것으로 보인다[12]. 국내 환자만족 관련 연구는 주로 환자만족 결정요인[10,11]을 중심으로 진행되었고, 환자만족의 결과로는 의료기관 재방문 또는 타인 추천 의향[12] 등 병원마케팅 차원의 전략적 차별화를 위한 연구주제로 다루어져 왔다. 정책적으로는 의료기관 평가, 환자조사 등에서 환자만족을 측정했음에도 불구하고, 평가 또는 측정을 위한 측정이었을 뿐, 결과 활용이 전무한 것으로 보인다. 이는 환자만족이 개별병원의 자체 서비스 평가를 목적으로 주로 사용되어 온 우리나라 보건의료 현실과 더불어 표준화된 측정도구의 부재, 개인의 주관적 평가라는 점, 따라서 비의료적 요인의 영향을 크게 받을 수 있다는 환자만족 조사의 제한점[6,13]에서 비롯된 것으로 보인다.

외국에서는 환자만족과 관련하여 다양한 주제의 연구가 오래전부터 많이 진행되었다. 환자만족과 의료이용 및 의료비 지출[2,7,9,14], 질병의 예방과 관리[8], 주관적 건강수준[7] 등 다양한 건강결과와의 연관성에 관한 연구가 보고되고 있다. 이 중 환자만족과 의료이용 간 관계는 개인의 의료이용 결정모형으로 가장 대표적으로 이용되고 있는 앤더슨 모형의 시초라고 할 수 있는 Aday & Andersen[15] 모형에서부터 시작되어, 최근에는 미국의 의료지출패널조사(Medical Expenditure Panel Survey, MEPS)에 포함되어 있는 환자경험 문항 중 환자-의사 커뮤니케이션 만족을 활용하여 연구가 활발하게 진행되고 있는 주제이다.

한편, 2017년부터 시작된 건강보험심사평가원의 환자경험조사와 보건복지부와 한국보건사회연구원이 주관하는 의료서비스경험조사는 형식적으로는 이제까지의 환자만족 조사가 갖고 있던 위와 같은 문제점을 보완, 개선 및 확대한 것[4]으로, 환자-의사 커뮤니케이션을 비롯하여 의료제공자와 환자의 상호관계와 관련한 조사문항을 포함하고 있다. 이보다 앞서 2011년 한국의료패널과 2015년 국민건강영양조사에서 의사-환자 커뮤니케이션 측면의 만족도를 측정한 사례가 있다. 2011년 한국의료패널에서는 미국 환자경험조사 문항 중 일부이자, 미국의 의료지출패널조사(Medical Expenditure Panel Survey, MEPS)에서 사용하고 있는 문항 중 일부를 활용하여 '미시적 차원의 만족도'를 측정한 바 있고[16], 2015년 국민건강영양조사에서는 경제개발협력기구(Oraganization for Economic Cooperation and Development, OECD)의 국가 보건의료 질 지표 보고를 위해 의료이용 영역에 의사-환자 커뮤니케이션 관련 5문항을 조사하였다.

환자-의사 커뮤니케이션은 환자중심성의 핵심요소로[5,17], 환자경험조사에 필수조사항목으로 자리매김하고 있다. 자료취득의 어려움으로 환자-의사 커뮤니케이션 연구가 부족했으나, 최근에는 앞서 언급한 대표성이 보장된 대규모 데이터를 사용하여 환자-의사 커뮤니케이션과 건강수준 간 관계를 분석한 연구들이 보고되기 시작되었다[6,18]. 하지만 아직까지 환자-의사 커뮤니케이션 만족과 개인의 의료이용 간 관계에 대한 연구는 부족한 실정이다. 이는 '환자중심성', '환자경험' 또는 '환자만족'의 효과에 관한 실증연구보다는, 개념적 중요성을 중심으로 '환자경험 조사'의 필요성에 관한 논의가 주로 이루어지고 있는 우리나라 보건의료 현실과 연결된다. 의료의 질-접근성-비용은 보건의료체계 안에서 상호영향을 주고받으며 유기적 관계를 맺고 있다[19,20]. 이에 본 연구에서는 2011-12년 한국의료패널 자료를 활용하여 환자-의사 커뮤니케이션 만족과 의료이용 간 연관성을 살펴봄으로써, 주로 의료의 '질' 차원에서 논의되어 온 환자만족 관련 논의의 범위를 확장하고, 우리나라 의료기관에서 환자만족이 갖는 중요성과 함의를 모색해보고자 한다.

Ⅱ. 선행연구 고찰

우리나라에서 대표성을 확보한 전국 단위 조사자료를 활용한 환자만족 관련 실증연구는 2000년대부터 보고되고 있다. 특히 단일문항으로 의료서비스에 대한 전반적 만족 수준을 측정하기보다 최근의 환자경험에서 강조하는 의료이용 과정에서의 객관적 경험, 또는 의사-환자 커뮤니케이션을 중심으로 한 환자만족을 활용한 연구는 2018년부터 보고되고 있다. Yoon[18]과 Lee & Choi[6]의 연구가 대표적인데, 두 연구 모두 2015년도 국민건강영양조사 자료를 활용하여 환자만족과 개인의 주관적 건강수준의 관련성을 분석하였다.

Yoon[18]의 연구는 환자만족과 환자의 치료 관련 의사결정 참여를 구분하여 사용하였다. 연구결과, 환자만족은 치료 의사결정 참여 뿐 아니라, 개인의 주관적 건강수준과 건강상태에 따른 삶의 질을 높이는 것으로 나타났다. Lee & Choi[6]의 연구는 의료 커뮤니케이션 관점에서 환자만족을 활용, 그 효과를 분석한 논문이다. 우리나라의 의사-환자 커뮤니케이션 연구가 대부분 연구대상 규모가 작고, 사례연구인 경우가 많은 점에 비추어 볼 때, 전국 단위의 표본조사자료를 활용하여 일반인의 의사-환자 커뮤니케이션의 수준과 그 효과를 실증적으로 보여준 연구였는데, 의사의 환자지향적 커뮤니케이션에 대한 환자만족은 만성질환자의 건강행태 개선을 촉진하고, 이를 통해 개인의 주관적 건강수준을 향상시킨다고 하였다.

환자만족과 관련한 외국의 실증연구는 특히 미국을 중심으로 활발히 이루어지고 있다. 대표성과 정확성이 검토된 MEPS 자료가 주로 이용되고 있었고, 의료이용, 의료비 지출, 건강수준 등 다양한 건강결과 지표와 환자만족 간 관계가 분석되고 있었다. 특히 외국의 경우, '환자경험'이라는 공식 명칭이 사용되기 이전인 1970년대부터 환자만족과 의료이용에 대한 실증적 연구가 진행되었고, 환자만족에서 환자-의사 간 상호관계의 중요성을 강조해 왔다는 점, 그리고 환자만족의 긍정적 효과와 더불어 부정적 효과 혹은 건강결과와의 관계가 통계적으로 유의하지 않은 결과도 보고되었다는 점에서 우리나라의 환자만족 연구와는 차별점을 보였다.

환자경험 개념과 용어 사용이 시작된 1990년대 이전 환자만족과 의료이용 간 관계를 분석한 Zastowny et al.[21], Mirowsky & Ross[22], Rochmann et al.[23]의 연구는 환자만족과 의료이용의 상호호혜적 양방향 관계를 실증적으로 분석한 논문들이다. 이들 논문은 환자만족에서 환자-의사 간 상호관계의 중요성을 강조했다는 공통점이 있다. Rochmann et al.[23]은 '만족'의 다차원적 속성을 고려하여 연구를 설계하였고, 분석결과 환자만족은 의료이용을 유의하게 설명하였으나, 의료이용은 환자만족을 설명하지 못하는 것으로 보고하고 있다. Mirowsky & Ross[22]의 연구에서는 소아과 방문 환자의 보호자와 연방정부 공무원을 대상으로 환자만족과 의료이용 간 관계를 분석한 결과, 두 집단 모두 의사에 대한 환자만족이 높을수록 더 많은 의료이용을 하게 되었으나, 증가한 의료이용이 환자만족을 높이지는 못하는 것으로 나타났다. 또한, Zastowny et al.[21]은 환자만족이 의료이용에 미치는 영향은 진료가 이루어지는 맥락적 요인에 따라 달라질 수 있다고 주장하였다. 이상 3편의 논문들은 공통적으로 환자만족-의료이용 간 양방향 관계를 분석하였고, 분석결과, 만족스러운 진료는 환자로 하여금 더 자주, 혹은 다시 의료를 이용하도록 유도하지만, 잦은 의료방문을 통해 환자의 기대수준이 더 높아짐에 따라 이전과 같은 만족을 경험하지 못한다는 결론을 내리고 있다.

Fenton et al.[2]의 연구는 본 연구와 연구설계 및 분석방법에서 가장 유사한 연구였다. 패널조사인 MEPS의 장점을 살려 환자만족이 조사 이후의 의료이용과 의료비 지출에 미치는 영향을 분석하였고, 환자만족은 환자-의사 커뮤니케이션과 관련한 '경청/쉬운 설명/환자존중/충분한 진료시간' 4개의 문항과 전반적 만족도 문항을 모두 합산한 뒤, 가중평균값을 산출하여 분석에 활용하였다. 연구결과, 환자만족이 낮은 집단 대비 높은 집단에서 응급실 방문은 줄었으나, 입원과 총의료비 지출 및 처방약 구매금액이 증가한 것으로 나타났다. 반면 2003년도 MEPS 자료를 활용한 Fu & Wang[24]의 연구에서는 양질의 의료서비스를 받기 위해 개인은 더 많은 의료비용을 감당할 것이라고 가정하였으나, 결과는 유의하지 않았다. 이 두 연구결과의 차이는 연구설계의 차이에서 비롯된 것으로 보인다. Fenton et al.[2]과 달리 Fu & Wang[24]은 횡단면 자료분석이었고, 환자경험을 10점 만점의 전반적 경험만족도를 묻는 단일문항으로만 측정, 활용하였다. Nasir & Okunrintemi [14]의 연구는 2010-2013년 MEPS 자료를 활용하였고, Fenton et al.[2]에서 활용한

4문항을 '의사-환자 커뮤니케이션' 변수로 사용, 분석하였다. 분석결과, 환자만족이 낮은 집단 대비 높은 집단에서 응급실 방문과 연간 의료비 지출이 감소한 것으로 나타났다. Jerant et al.[8]의 연구는 환자만족과 예방의료서비스 이용 간의 관계를 살펴본 연구이다. 환자만족이 높은 경우, 독감예방접종, 대장암, 자궁경부암, 유방암 및 전립샘암 검진과 같은 예방서비스 이용 가능성이 높아졌으나, 개인의 인구사회학적 특성, 건강수준 등을 보정할 경우 연관성의 크기가 변하거나, 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났다.

앞서 살펴본 4편의 외국논문이 의료이용 경험이 있는 전체 성인인구집단을 대상으로 하였다면, Okunrintemi et al.[7]은 심혈관질환 환자집단을 대상으로 의사-환자 커뮤니케이션 측면의 환자만족이 건강결과에 미치는 영향을 살펴본 논문이다. 분석결과 환자만족이 높은 집단은 낮은 집단과 비교할 때 주관적 건강수준이 높고, 근거중심의 양질의 의료서비스를 이용함에 따라 의료이용 및 의료비 지출이 감소하는 것으로 나타났다. 이들 연구에서 사용한 환자만족 변수의 구성방식이나 명칭은 조금씩 차이가 있었으나, 사용된 문항들은 모두 MEPS의 환자경험 영역에 포함된 환자-의사 커뮤니케이션 관련 문항이라는 공통점이 있다.

이상에서 살펴본 바와 같이 외국의 경우 전국 표본조사 자료를 활용하여 환자만족과 개인의 건강수준, 의료이용 및 의료비 지출 등 활용 가능한 다양한 건강 결과와의 관계를 분석하고, 전체 보건의료체계 내에서 환자-의사 커뮤니케이션 만족이 갖는 함의를 논하는 논문들이 많이 보고되고 있었다. 우리나라에서 환자-의사 커뮤니케이션과 관련하여 대표성이 보장된 대규모 자료로는 앞서 언급한 바와 같이 2011년 한국의료패널 자료와 2015년 국민건강영양조사, 건강보험심사평가원의 환자경험 조사, 그리고 보건복지부가 주관하고 한국보건사회연구원에서 수행하는 의료서비스경험조사 자료가 있다. 이 중 2011년 한국의료패널은 MEPS와 동일한 문항을 사용하고 있으며, 나머지 3개 조사자료는 내용은 조금씩 다르긴 하지만 환자-의사 커뮤니케이션을 한국의료패널과는 다른 5개 문항으로 측정하고 있었다. 한국의료패널을 제외한 나머지 자료들은 패널조사가 아닌 횡단면조사인 점, 그리고 의료이용 및 의료비 지출 자료가 한국의료패널과 비교하여 정교하게 구성되어 있지 못한 제한점이 있다. 이에 본 연구는 미국의 MEPS 자료를 활용한 선행연구들에서 사용한 문항과 동일한 문항을 포함하고 있는 2011년 한국의료패널 자료를 활용하여 환자-의사 커뮤니케이션 만족이 개인의 의료이용에 미치는 영향을 분석하고, 분석결과를 선행연구와 비교하여 논의해 보고자 한다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구 자료

본 연구에서 사용한 자료는 한국의료패널 2011-2012년 자료이다. 한국의료패널은 국내에서 진행되고 있는 보건의료 관련 패널조사 중 개인과 가구의 의료이용 및 의료비 지출 관련 정보를 매우 구체적으로 포함하고 있는 자료로, 현재 2016년 13차 조사자료까지 공개되어 있다.

본 연구의 관심변수인 환자-의사 커뮤니케이션 만족과 관련한 문항은 2011년에 단 한 차례 조사되었다. 이에 본 연구는 2011년 자료와 더불어 패널 자료의 특성을 살리기 위하여 2012년 의료이용 자료를 사용하였다. 환자만족은 부가조사에 포함된 부분으로 분석대상은 만 18세 이상 해당 문항에 응답한 11,762명 (대리응답 및 모름/무응답 제외) 중 2011년 응급, 입원 및 외래 이용경험이 모두 없는 경우(1,758명)와 2012년 조사 미참여자(678명) 등을 제외한 총 9,325명이다.

2. 변수

1) 독립변수 - 환자-의사 커뮤니케이션 만족

본 연구에서 사용한 2011년 한국의료패널 조사에서 환자-의사 커뮤니케이션 만족은 의사의 경청, 이해하기 쉬운 설명, 충분한 진료시간 및 환자존중 4개의 문항으로 구성되었고, 모든 문항은 '1. 매우 그렇다'에서 '4. 전혀 그렇지 않은 편이다' 4점 척도로 이루어져 있다. 해당 문항들은 의료서비스의 질적 수준 판단을 개인의 구체적인 경험에 근거하여 측정함으로써 주관적 부분을 최대한 줄이도록 고안된 미국의 H-CAHPS® 문항 중 일부이다[16]. 미국의 MEPS도 H-CAHPS® 문항 중 일부를 사용하여 환자-의사 커뮤니케이션 만족을 측정하고 있다.

MEPS 자료를 분석한 선행연구들의 경우 의사-환자 커뮤니케이션 만족과 관련한 4문항(경청, 쉬운 설명, 충분한 진료시간, 환자존중)만 사용하거나[7,14], 전반적 의료서비스 만족 문항을 포함하여 5개 문항을 사용하고 있었다[2,8]. 의사-환자 커뮤니케이션 만족은 선행연구[2,7,8,14]와 동일하게 4문항의 평균점수를 산출하여 사용하였고, 문항의 원출처인 H-CAHPS®의 권고와 선행연구[7,14]에 따라 '3. 그렇지 않은 편이다'와 '4.전혀 그렇지 않은 편이다'를 동일한 응답으로 간주하여 3점 척도로 재코딩하였다. 모든 문항은 역코딩 후 사용하였다.

2) 종속변수 - 의료이용

종속변수인 개인의 의료이용은 2012년 응급실 방문횟수, 입원횟수와 재원일수, 그리고 외래방문횟수로 구분하여 사용하였다. 외래서비스의 경우 의료기관 종별에 따라 환자의 자유로운 의료이용이 제한되므로, 분석 시 외래이용 전체와 더불어 의료기관 종별로 세분화하여 분석하였다. 종합전문병원과 종합병원은 '종합병원급 이상', 병원, 치과/한방병원 및 노인요양병원은 '병원급', 그리고 의원, 치과의원, 한의원 및 보건의료원은 '의원급'으로 구분하였다.

3) 통제변수

개인 의료이용 관련 요인, 특히 앤더슨 모형에 따라 의료이용 영향요인으로 알려진 성, 연령, 교육수준, 배우자 유무 (이상 소인성 요인), 경제활동, 가구소득, 의료보장 유형, 민간의료보험 유무 (이상 가능요인), 장애유무, 만성질환 유무, 만성질환 중증도, 주관적 건강상태 및 건강행태 (이상 질병요인)를 통제변수로 사용하였다.

연령은 '35세 미만/35-44세/45-54세/55-64세/65-74세/75세 이상' 총 6개 그룹으로 구분하였고, 교육수준은 최종학력을 기준으로 '초졸 이하/중졸/고졸/대졸 이상'으로 구분하였다. 경제활동은 '경제활동 참여 유/무'로 구분하였고, 가구소득은 총 가구소득을 가구원 수의 제곱근으로 나눈 동등화 가구소득으로 5분위로 구분하였고, 가중치는 적용하지 않았다. 의료보장 유형은 건강보험과 의료급여로 구분하여 사용하였다. 만성질환 중증도는 Charlson comorbidity index(이하 CCI 지수)를 활용하였다. Lim[25]의 연구에 근거하여 CCI 지수 17개 질환군에 해당하는 한국의료패널 자체 진단코드를 확인하였고, 각각의 질환군에 따라 가중치 점수를 주고, 가중치의 총합을 기준으로 '0점/1점/2점/3점 이상'으로 구분하여 분석하였다. 주관적 건강상태는 역코딩 후 '나쁨/보통/좋음'으로 구분하여 사용하였다. 건강행태는 건강위험요인으로 알려진 흡연과 음주 요인을 포함하였다. 선행연구[26,27]에 따라 흡연은 '안함/과거흡연/현재흡연'으로, 음주는 과음유무로 월 1회 이상 남성의 경우 소주 7잔(맥주 5캔), 여성의 경우 소주 6잔(맥주3캔) 이상 마신 경우 '과음'으로 재코딩하여 분석에 포함하였다.

선행연구[2]에 따라 달리 측정되지 않은 동반질환 혹은 개인의 의료서비스 이용 성향 등을 보정하기 위하여 2011년 응급, 입원 및 외래이용 횟수와 총의료비 지출액을 분석에 포함하였다.

3. 분석방법

본 연구에서는 음이항(Negative Binomial) 분포를 가정하고 로그 연결함수를 적용한 일반화선형회귀(Generanlized Linear Regression: GLM) 분석을 통해 환자-의사 커뮤니케이션 만족이 의료이용에 미치는 영향을 분석하였다. 의료이용 횟수와 같은 가산변수에 적합한 포아송 분포의 기본 가정 중 평균과 분산이 동일하다는 가정은 포아송 분포를 적용하고자 할 때 가장 큰 제한점이 될 수 있다. 실제 데이터에서는 종종 분산이 평균보다 큰 과대 산포(overdispersion)인 경우가 많으며, 과대산포에도 불구하고 포아성 분포를 적용할 경우 추정치의 신뢰성과 모형적합도에 문제가 발생하게 되기 때문이다[28,29]. 최근에는 과대산포가 있는 경우 음이항(negative binomial: NB) 분포의 사용이 권장되고 있다[2,30].

본 연구대상자의 의료이용 분포를 살펴보면 평균보다 분산이 매우 큰 과대산포가 관찰되고 있으므로(〈표 3〉 참고), 본 연구에서는 음이항 분포를 가정한 GLM 분석을 적용하였다. 또한, 분석결과는 해석의 용이함을 위해 지수화된 회귀계수를 사용하였고, Lee[30]과 Jeon et al.[31]의 연구를 따라 IRR(incidence rate ratio) 값으로 해석하였다. 모든 분석은 SAS version 9.4를 사용하였다.

$$\log(Y_i) = \beta_0 + \beta_1 PS_i + \beta_2 Sex_i + \beta_3 Age_i +$$

$$\beta_{4}Edu_i + \beta_{5}Marry_i + \beta_{6}H_Income_i + \beta_{7}Economic_i + \beta_{8}H_insuracne_i + \beta_{9}Pr_insurance_i + \beta_{10}Disable_i + \beta_{11}Chd_i + \beta_{12}CCI_i + \beta_{14}SH_i + \beta_{15}Smoke_i + \beta_{16}Alc_i + \beta_{17}ER_2011_i + \beta_{18}IN_2011_i + \beta_{19}OU_2011_i + \beta_{20D}Exp_2011_i + \varepsilon_i$$

(종속변수 : 의료이용(응급이용횟수, 입원이용횟수, 입원일수 및 외래방문횟수), 독립변수(순서대로) : 환자-의사 커뮤니케이션 만족, 성별, 연령, 교육수준, 배우자유무, 가구소득, 경제활동, 의료보장유형, 민간의료보험, 장애, 만성질환, CCI, 주관적 건강상태, 흡연, 과음, 2011년 응급실 방문횟수, 2011년 입원횟수, 2011년 외래방문횟수, 2011년 총의료비 지출액)

Ⅳ. 연구결과

1. 연구대상자 일반적 특성과 환자만족, 의료이용 현황

연구대상자의 일반적 특성과 이에 따른 환자-의사 커뮤니케이션 만족의 차이는 〈표 1〉과 같다. 여성이 남성보다 많았고, 연령계층별로는 비교적 고르게 분포된 가운데 35세 미만과 75세 이상 집단이 적었다. 최종학력이 고등학교 졸업인 경우가 약 35%로 가장 많았고, 미혼, 이혼 및 사별 등의 이유로 배우자가 없는 경우가 24%였다. 가구소득 분위는 최하위인 1분위 집단이 17%로 가장 적었고, 경제활동에 참여하는 사람이 58%였다. 건강보험 유형은 직장가입자가 가장 많았고, 민간의료보험을 보유하고 있는 사람이 68%였다. 만성질환을 가진 경우가 70%로 높았고, 만성질환 중증도의 경우 CCI 점수가 3점 이상인 경우는 3%였고, 주관적 건강상태는 '보통'이거나 '좋음'인 경우가 83%였다.

일반적 특성에 따른 환자-의사 커뮤니케이션 만족의 차이는 성별과 배우자 유무를 제외하고 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 연령대가 높거나, 교육수준이 낮거나, 가구소득이 적은 경우, 그렇지 않은 경우보다 상대적으로 환자만족이 높았다. 또한, 경제활동을 하고 있지 않거나, 의료급여인 경우, 또는 민간보험이 없는 경우에도 환자만족이 유의하게 높았다. 건강수준과 관련해서는 장애 또는 만성질환이 있거나 중증도가 높은 경우에 환자만족이 높게 나타났다. 연구대상자의 일반적 특성별 환자-의사 커뮤니케이션 만족의 차이를 살펴본 결과, 환자만족이 높은 집단은 의료이용 관련 선행연구에서 비교적 의료이용이 많은 집단으로 보고된 것과 유사한 결과를 보였다.

한편, 환자-의사 커뮤니케이션 만족을 세부문항으로 나누어 살펴본 결과, '충분한 진료시간'과 '존중'에 대한 만족이 낮았다. 진료시간의 경우 27.2%가 '전혀 충분하지 않았다'고 응답하였고, 평균점수 역시 3점 기준 1.8점으로 매우 낮았다. 환자만족이 가장 긍정적인 문항은 '진료시 의사의 쉬운 설명'으로, 12.4%가 "매우 그렇다"로 응답하였다(〈표 2〉 참고).

연구대상자의 2011년과 2012년 의료이용 현황을 살펴보았다. 2011년 응급/입원/외래 서비스 중 한 번이라도 이용을 한 9,325명 중 2012년에도 의료이용을 한 사람은 총 8,660명(92.9%)으로 다소 감소하였으나, 평균 의료이용 횟수와 의료비 지출은 증가한 것으로 나타났다(〈표 3〉 참고).

2. 환자-의사 커뮤니케이션 만족이 의료이용에 미치는 영향

분석결과, 환자-의사 커뮤니케이션 만족은 외래이용 횟수에만 유의하게 정(+)의 영향을 주고 있었다 (〈표 4〉 참고). 개인의 의료이용에 영향을 주는 다른 조건이 동일할 때, 환자만족도의 10% 증가는 외래이용량을 약 5.7% 증가시키는 것으로 나타났다. 외래이용을 의료기관 종별로 나누어 살펴보았을 때, 환자-의사 커뮤니케이션 만족은 의원급에서만 유의하였다. 환자만족이 높아질수록 의원급의 외래이용 횟수는 약 5.8% 증가하였다.

분석에 포함한 다른 변수 중 개인의 외래이용 횟수에 영향을 주는 변수로는 성별과 연령대, 교육수준, 의료보장 유형, 민간의료보험 보유, 만성질환 보유, 중증도 지수 및 주관적 건강상태와 현재 흡연인 것으로 나타났다. 남성보다는 여성이 외래이용을 더 많이 하였고, 35세 미만 연령집단 대비 45세 이상에서 연령층이 높아질수록 외래이용이 증가하였다. 건강보험가입자 대비 의료급여자인

<표 1> 연구대상자의 일반적 특성과 환자만족
(General Characteristics of Study Subjects and Patient Satisfaction)

구분			n	%	환자만족[1]	
					Mean ± SD	t / F
	전체		9,325	100.0	1.95±0.40	
인구 사회학적 특성	성별	남성	3,882	41.6	1.94±0.15	−1.36
		여성	5,443	58.4	1.95±0.16	
	연령계층	35세 미만(a)	1,247	13.4	1.91±0.15	25.36*** (a,b,c<d<e,f)
		35–44세(b)	1,812	19.4	1.91±0.16	
		45–54세(c)	1,817	19.5	1.91±0.16	
		55–64세(d)	1,745	18.7	1.96±0.15	
		65–74세(e)	1,758	18.9	2.00±0.16	
		75세 이상(f)	946	10.1	2.04±0.17	
	교육수준	초졸 이하(a)	2,448	26.3	2.00±0.15	23.35*** (a>b,c,d b>d)
		중졸(b)	1,226	13.2	1.96±0.17	
		고졸(c)	3,225	34.6	1.93±0.16	
		대졸 이상(d)	2,426	26.0	1.91±0.16	
	배우자	없음	2,270	24.3	1.96±0.17	1.42
		있음	7,055	75.7	1.95±0.16	
경제적 특성	가구소득	1분위(a)	1,594	17.1	1.99±0.17	10.27*** (a,b>c,d,e)
		2분위(b)	1,824	19.6	1.97±0.15	
		3분위(c)	1,935	20.8	1.93±0.16	
		4분위(d)	1,946	20.9	1.93±0.16	
		5분위(e)	2,026	21.7	1.93±0.15	
	경제활동	미참여	3,907	41.9	1.96±0.17	2.05*
		참여	5,418	58.1	1.94±0.15	
건강수준	의료보장 유형	건강보험	8,874	95.2	1.95±0.16	−3.63**
		의료급여	451	4.8	2.01±0.17	
	민간의료보험	없음	2,943	31.6	1.98±0.17	4.64***
		있음	6,382	68.4	1.94±0.15	
	장애	없음	8,629	92.5	1.95±0.16	−2.57*
		있음	696	7.5	1.99±0.18	
	만성질환	없음	2,786	29.9	1.90±0.15	−7.10***
		있음	6,539	70.1	1.97±0.16	
	CCI 지수	0점(a)	7,032	75.4	1.93±0.15	20.24*** (a>b,c,d)
		1점(b)	1,473	15.8	1.99±0.15	
		2점(c)	529	5.7	1.99±0.20	
		3점 이상(d)	291	3.1	2.06±0.22	
	주관적 건강상태	나쁨(a)	1,552	16.6	1.94±0.16	17.78*** (a,b<c)
		보통(b)	3,858	41.4	1.92±0.14	
		좋음(c)	3,915	42.0	1.98±0.17	
건강행태	흡연	비흡연(a)	6,084	65.2	1.95±0.16	5.19* (b>c)
		과거흡연(b)	1,552	16.6	1.97±0.17	
		흡연(c)	1,689	18.1	1.93±0.14	
	과음	없음	7,313	78.4	1.96±0.16	4.45***
		있음	2,012	21.6	1.91±0.16	

주: 1) 환자-의사 커뮤니케이션 만족도 : 경청/쉬운 설명/충분한 진료시간/존중 4문항 평균
2) * p<0.05, ** p<0.001, *** p<0.0001

<표 2> 환자-의사 커뮤니케이션 만족 응답분포(n=9,325)
(Distribution of Study Subjects' Patient Satisfaction on Communication with Physician)

	1. 그렇지 않다	2. 그런 편이다	3. 매우 그렇다	Mean± SD
경청	870 (9.3)	7,452 (79.9)	1,003 (10.8)	2.01±0.45
쉬운 설명	1,015 (10.9)	7,151 (76.7)	1,159 (12.4)	2.02±0.48
충분한 진료시간	2,539 (27.2)	6,146 (65.9)	640 (6.9)	1.80±0.55
존중	1,137 (12.2)	7,346 (78.8)	842 (9.0)	1.97±0.46

<표 3> 연구대상자의 의료이용
(Study Subjects' Healthcare Utilization)

		2011년(n=9,325)		2012년(n=8,660)	
		Mean	SD	Mean	SD
응급	응급이용(유)	798 (8.6)		171 (21.4)	
	응급이용 횟수[1)]	1.37	2.05	1.83	4.62
	응급의료비(원)[1)]	65,963.85	114,460.88	66,554.58	119,152.96
입원	입원이용(유)	1,275 (13.7)		345 (27.1)	
	입원이용 횟수(건)[2)]	1.51	1.65	2.08	2.05
	입원일수(일)[2)]	16.30	31.18	31.48	56.95
	입원의료비(원)[2)]	1,223,756.96	1,920,228.03	1,519,205.20	2,413,727.55
외래	외래이용(유)	9,291(99.6)		8,617(92.7)	
	외래이용 횟수(건)[3)]	19.92	26.07	22.82	27.89
	외래의료비(원)[3)]	468,987.80	765,166.78	526,656.84	810,546.07
총의료비(원)[4)]		640,246.10	1,210,230.13	738,643.34	1,314,759.28

주: 1) 2011년도 응급이용 경험자 798명 및 이 중 2012년도 응급의료 이용 경험자 171명에 한함
2) 2011년도 입원이용 경험자 1,275명 및 이 중 2012년도 입원이용 경험자 345명에 한함
3) 2011년도 외래이용 경험자 9,291명 및 이 중 2012년도 외래이용 경험자 8,617명에 한함
4) 총의료비 = 응급의료비+입원의료비+외래의료비, (응급의료비, 입원의료비 및 외래의료비는 병원 수납금액과 처방약 구매금액이 포함됨)
2012년도의 경우, 응급/입원/외래 중 한 번이라도 의료이용을 한 8,660명 대상

경우, 만성질환이 있는 경우, 중증도가 높아질수록, 주관적 건강상태가 '나쁜' 경우, 그리고 현재 흡연을 하는 경우 외래이용을 더 많이 하는 것으로 나타났다.

어떤 의료기관을 이용하는지, 즉 외래기관 종별에 따라 외래이용 횟수에 유의한 영향을 주는 변수들이 다르게 나타났다. 종합병원급 이상에서는 연령이 높아질수록, 총가구소득이 높을수록, 의료급여인 경우, 외래이용이 증가하는 것으로 나타났다. 초등학교 이하 저학력인 경우, 종합병원급 이상 외래이용은 약 13.7% 정도 낮았다. 건강수준 변수도 종합병원급 이상 외래이용과 관련이 있었는데, 건강이 안 좋을수록, 즉 장애가 있거나 만성질환이 있거나 중증도가 높을수록 종합병원급 이상 외래이용을 많이 하는 것으로 나타났다. 건강수준 중 주관적 건강상태가 '나쁨'인 경우에도 '좋음' 대비 종합병원급 이상 외래이용이 많았다. 개인의 건강행태에서는 비흡연자 대비 과거 흡연을 한 사람의 경우 종합병원급 이상 의료이용이 증가하였다.

의원급의 경우 종합병원급 이상의 외래이용을 설명하는 변수와 매우 유사하였지만, 관계의 방향이나 크기는 차이가 있었다. 연령이 높아질수록 외래이용이 증가하는 것은 종합병원급과 동일하지만, 35세 미만 젊은 연령층과 비교할 때 의원급에서 연령에 따른 의료이용량 증가가 더 적게 나타났다. 여성인 경우, 외래이용 시 의원급을 더 많이 이용하고 있어서 종합병원급 이상 의료이용과는 반대의 결과가 나타났다. 만성질환 중증도의 경우, 의원급 외래이용과 관련이 없거나, CCI 지수가 3점 이상으로 중증도가 매우 높은 고위험 집단에서는 의원급 외래이용이 감소하였다.

<표 4> 환자만족이 의료이용에 미치는 영향 - 의료서비스유형별
(Results of Generalized Linear Regression Analysis for Healthcare Utilization)

변수(reference)		응급이용횟수 exp(β)	입원이용횟수 exp(β)	입원일수 exp(β)	외래이용횟수 exp(β)
환자만족		1.172	0.959	0.921	1.057*
인구 사회학적 특성	여성 (남성)	1.004	1.069	0.811	1.203***
	연령계층 (35세 미만)				
	35-44세	0.789	0.853	0.950	1.074*
	45-54세	0.659*	0.780	0.724	1.253***
	55-64세	0.741	1.032	1.113	1.524***
	65-74세	0.755	1.300	1.400	1.879***
	75세 이상	0.961	1.452*	1.497	1.765***
	교육수준 (대졸 이상)				
	초졸 이하	1.053	1.131	1.440*	1.023
	중졸	1.025	0.978	1.045	1.052*
	고졸	1.021	0.953	0.931	0.963*
	배우자 있음 (없음)	1.093	1.269*	1.295	1.105***
경제적 특성	총 가구소득 (1분위)				
	2분위	1.081	0.943	0.832	1.025
	3분위	0.884	0.998	0.838	1.013
	4분위	0.923	0.886	0.811	1.043
	5분위	0.856	0.870	0.793	1.035
	경제활동 참여 (미참여)	1.006	0.971	0.931	1.016
	의료보장유형-의료급여 (건강보험)	1.077	1.163	1.247	1.319***
	민간의료보험 보유 (없음)	1.188	1.158	1.302	1.082**
건강수준	장애 보유 (없음)	1.471*	1.152	1.259	1.038
	만성질환 보유 (없음)	1.095	1.142	1.208	1.445***
	CCI (0점)				
	1점	1.360*	1.166	1.298	1.104***
	2점	1.186	1.717***	1.520	1.072
	3점 이상	1.675*	1.946***	2.185*	1.098
	주관적 건강상태 (좋음)				
	나쁨	1.342***	1.316	1.517***	1.079***
	보통	0.926	0.901*	0.838*	1.004
건강행태	흡연 (안함)				
	과거흡연	1.383*	1.280*	1.076	1.055
	흡연	1.466*	1.317*	1.221	0.916*
	과음 (안함)	0.973	0.906	0.868	1.014
의료이용 행태	2011년_응급이용횟수	1.528***	1.146*	1.377*	0.996
	2011년_입원이용횟수	0.047	0.052***	0.154***	0.012
	2011년_외래이용횟수	1.003*	1.003*	1.006*	1.018***
	2011년_총의료비지출	1.018	1.021*	0.992	1.035***

* p<0.05, ** p<0.001, *** p<0.0001, n=9,325

<표 5> 환자만족이 외래이용에 미치는 영향 – 의료기관 종별
(Results of Generalized Linear Regression Analysis for Frequency of Outpatient Visit by Types of Providers)

변수(reference)		종합병원급 이상 exp(β)	병원급 exp(β)	의원급 exp(β)
환자만족		1.000	1.046	1.058*
인구 사회학적 특성	여성 (남성)	0.971	1.082	1.280***
	연령계층 (35세 미만)			
	35–44세	1.056	0.669**	1.152**
	45–54세	1.501***	0.890	1.263***
	55–64세	1.775***	1.037	1.521***
	65–74세	2.012***	1.003	1.881***
	75세 이상	1.928***	0.763	1.746***
	교육수준 (대졸 이상)			
	초졸 이하	0.853*	1.054	1.034
	중졸	1.061	1.127	1.038
	고졸	1.005	0.877*	0.979
	배우자 있음 (없음)	1.103	1.356***	1.083*
경제적 특성	총 가구소득 (1분위)			
	2분위	1.052	0.875	1.036
	3분위	1.123	0.985	1.025
	4분위	1.158	1.141	1.046
	5분위	1.236*	1.092	1.033
	경제활동 참여 (미참여)	0.852*	1.079	1.012
	의료보장유형–의료급여 (건강보험)	1.395*	1.737**	1.298***
	민간의료보험 보유 (없음)	1.049	1.089	1.112**
건강수준	장애 보유 (없음)	1.297*	1.200	0.950
	만성질환 보유 (없음)	1.821***	1.146	1.416***
	CCI (0점)			
	1점	1.595***	1.224*	1.054
	2점	2.239***	1.066	0.936
	3점 이상	3.155***	1.054	0.790**
	주관적 건강상태 (좋음)			
	나쁨	1.334***	1.221**	1.030
	보통	0.963	0.969	1.021
건강행태	흡연 (안함)			
	과거흡연	1.193*	1.038	1.041
	흡연	1.025	0.831	0.913*
	과음 (안함)	0.857*	0.868	1.062*
의료이용 행태	2011년_응급이용횟수	1.230**	1.068	0.928***
	2011년_입원이용횟수	0.048***	0.065*	0.014
	2011년_외래이용횟수	1.007***	1.012***	1.021***
	2011년_총의료비지출	1.035***	1.028**	1.043***

* p<0.05, ** p<0.001, *** p<0.0001, n=9,325

Ⅴ. 논의 및 결론

환자경험 조사 시행과 OECD 질 지표 중 환자중심성 관련 지표의 산출 등과 관련하여 우리나라에서 환자만족의 중요성이 다시 주목받기 시작하였다. 우리나라는 개별 의료기관의 서비스평가 중심으로 진행된 환자만족도 조사의 영향으로 의료의 질 측면에서 환자중심성을 보여줄 수 있는 환자만족에 관한 논의가 외국과 비교하여 상대적으로 제한적이었다. 이에 본 연구에서는 기존 연구에서 사

용한 서비스평가 중심의 환자만족과는 차별을 두어, 환자중심성을 평가할 수 있는 환자-의사 커뮤니케이션 만족이 의료이용에 미치는 영향을 분석하였다. 이를 통해 환자만족과 관련한 논의의 범위를 확장하고, 우리나라 보건의료체계와 의료기관에서 환자만족이 갖는 중요성과 함의를 모색해보고자 하였다.

먼저, 우리나라 일반인의 환자-의사 커뮤니케이션 만족 수준을 살펴본 결과, 연령, 교육수준, 가구소득, 의료보장 유형과 건강수준에 따라 환자만족에 차이가 있음을 확인하였다. 연령이 높을수록, 낮은 교육수준, 가구소득이 적거나 의료급여자인 경우, 건강수준이 안 좋은 경우 환자만족이 더 높은 것으로 나타났다. 이러한 특성은 선행연구에서 비교적 의료이용이 많은 집단으로 보고되는 특성과 매우 유사한 결과로 환자-의사 커뮤니케이션 만족과 의료이용이 밀접한 관계가 있음을 유추할 수 있다.

환자-의사 커뮤니케이션 만족의 세부내용 중 만족도가 가장 낮은 항목은 '진료시간' ('충분하지 않았다' 27.2%, 평균 1.80점)이었으며, '존중' 과 관련한 만족도가 낮았다('존중하지 않았다' 12.2%, 평균 1.97점). 이러한 결과는 우리나라의 진료 현실이 그대로 반영된 것으로 보인다. 의료기관 종별에 상관없이 '긴 대기시간, 짧은 진료시간'은 우리나라 병원의 고질적인 특징으로, 충분한 진료를 받지 못했다고 생각하는 환자는 다른 의료기관을 방문함에 따라 의료자원의 사용을 증가시키는 것으로 알려져 있다[32,33]. 진료시간은 환자중심 의료서비스의 기본조건으로[2], 향후 환자-의사 커뮤니케이션 만족 개선을 위해서는 진료시간 확보가 우선적으로 진행되어야 할 것으로 보인다.

환자-의사 커뮤니케이션 만족은 개인의 자유로운 의료이용 선택이 가능한 외래이용을 유의하게 증가시키는 것으로 나타났다. 환자만족이 높을수록 외래이용이 약 5% 정도 증가하였고, 외래방문 의료기관을 종별로 나누어 분석한 경우, 환자만족이 높아질수록 의원급 외래이용이 약 5% 정도 많아졌다. 본 연구의 분석결과는 환자만족이 좋은 경우 응급실 방문이 감소하거나[2,7,14], 재원일수 또는 입원 횟수가 감소하거나[7,34] 또는 외래이용이 감소[35]했다는, 즉 전반적으로 의료이용을 감소시켰다는 선행연구들과는 조금 다른 결과를 보여준다.

응급실과 입원서비스 이용은 질병의 위급성과 중증도, 그리고 의사의 결정에 따라 이용이 결정될 가능성이 크다. 하지만 일차의료와 의료전달체계가 부재한 우리나라의 경우 외국과 달리 개인의 외래서비스 이용이 제한될 상황이 거의 발생하지 않는다. 즉, 외래서비스 의료기관 선택은 개인의 선택과 결정이 크게 작용한다는 점에서 환자만족은 응급 및 입원보다는 외래이용에서, 특히 의원급 외래이용과 밀접한 관련이 있을 수 있다.

환자만족은 개인의 의료이용에 상반된 영향을 줄 수 있다. 환자의 건강행태, 자가관리 개선 등을 통해 개인의 건강수준이 향상됨에 따라 의료이용이 감소하거나, 반대로 의료에 대한 기대감을 높임으로써 의료이용을 증가시킬 수 있다[2]. 환자-의사 커뮤니케이션이 전반적으로 의료이용 자체를 낮추는 것으로 보고한 선행연구[2,7,14,34,35]들은 환자중심적 커뮤니케이션을 통해 효과적, 효율적인 의료이용을 도모할 수 있다는 점을 강조한다. 이런 점에서 의료이용의 이유, 즉 어떤 의료를 이용했는지에 주목해야 한다. 환자-의사 커뮤니케이션 만족이 높은 경우 외래이용이 감소했다는 Bertakis & Azari[34]의 연구의 경우, 감소한 의료이용의 의학적 적절성과 관련하여 의사-환자 간 관계가 불확실하거나 신뢰가 낮은 경우 발생할 수 있는 방어적 진료, 즉 진단을 위한 중복검사와 다른 병원으로의 불필요한 회송 등 비효율적, 비효과적 의료이용을 감소시킨 것으로 해석하고 있다. 또한, 환자-의사 커뮤니케이션 만족이 높을수록 예방서비스 이용이 증가하거나[8], 질병의 추후관리(follow-up)가 용이하다는 연구결과가 있다[5,35]. 이러한 점을 고려한다면, 의원급 외래이용이 증가한 본 연구결과는 외래진료를 통한 질병관리 효율성 향상을 통해 개인의 의료이용이 불필요한 입원 혹은 응급서비스 이용으로 연결되지 않았다는 가정 하에, 환자-의사 커뮤니케이션이 효과적 의료이용을 가능하게 할 수 있다는 것으로 해석할 수 있다. 물론 본 연구에서 나타난 외래의료 이용의 증가가 의학적으로 필요한 혹은 불필요한 의료이용의 증가를 의미하는 것인지는 본 연구결과로 확인할 수 없다. 하지만 외래이용의 대부분이 방문사유가 질병치료 및 추후관리(연구대상자의 2012년 외래이용 중 방문이유가 사고나 중독/질병치료 및 추후관리, 사고 후유증인 경우가 98.1%로 나타남)였다는 점에서, 환자-의사 커뮤니케이션이 질병의 추후관리를 통해 효과적 의료자원의 사용에 긍정적 영향을 줄 수 있음을 확인한 결과로 볼 수 있겠다.

환자만족과 외래, 특히 의원급 외래이용과의 관계는 분석변수 중 CCI 점수에 따른 의료이용 차이와도 관련이 있을 수 있다. 본 연구에서 CCI 지수가 높은, 즉 중증도가 높은 경우, 전문적 치료가 필요함에 따라 의원보다는 종합병원급 이상의 의료이용이 더 많았다. 이는 병이 위중하거나, 혹은 응급 상황의 경우, 외래의료기관 선택 시 의료이용 과정 중에 발생한 의사-환자 간 커뮤니케이션을 중심으로 한 환자경험보다는 질병치료와 관련한 객관적 항목들, 예를 들어 병원 또는 의사의 명성, 의료기관 규모 및 각종 객관적, 임상적 질 지표 등이 더 중요한 선택요인이 된다는 점을 보여준다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 본 연구에서 활용한 문항의 출처인 CAHPS 문항은 입원환자를 대상으로 하고 있으나, 본 연구에서는 분석대상으로 입원뿐 아니라 응급, 외래서비스 중 한 번이라도 경험을 한 응답자들을 모두 포함하였다. 하지만 동일한 문항을 사용한 MEPS의 경우 입원환자로 응답자를 제한하지 않았고, MEPS를 활용한 선행연구들 역시 연구대상자를 입원환자로 제한하지 않았다. 한국의료패널에서도 문항에서 '귀하께서 방문한 의료기관'으로 환자가 경험한 의료를 특정 서비스로 한정하지는 않았다. 따라서 연구대상이 원도구의 측정대상보다 더 확대된 점이 분석결과에 큰 영향을 주지는 않았을 것으로 판단된다.

다음으로 어떤 의료이용 또는 어떤 의사와의 커뮤니케이션 만족을 조사한 것인지 불분명하다는 점이다. 국민건강영양조사에서는 '가장 최근에 진료받은 의사'로 조사 문항에 단서를 두었지만, 한국의료패널 조사에서는 환자가 어떤 의료경험을 염두고 응답했는지에 대하여 연구자가 추론할 정보가 전혀 없었다. 이 경우, 환자만족이 의료서비스 혹은 의사에 관한 것이라기보다는 환자 개인의 성격, 성향과 같은 속성이 반영된 것일 수 있으므로[35] 해석에 유의해야 할 필요가 있겠다.

또한 본 연구에서 활용한 환자만족 문항은 2011년 단 한 차례 한국의료패널 조사항목에 포함되었던 것으로, 전반적인 환자-의사 커뮤니케이션 만족의 추이와 의료이용 간 관계를 살펴보지 못한 점이다. 단면조사의 한계를 최대한 보정하기 위하여 의료이용 자료는 다음 해의 의료이용을 분석에 사용하긴 하였지만, 환자만족의 측정 자체가 정교하지 못한 상태에서 본 연구결과를 일반화하기에는 무리가 있다.

이와 같은 제한점에도 불구하고 본 연구는 대표성이 확보된 전국 단위의 대규모 패널조사 자료를 이용하여 환자-의사 커뮤니케이션 만족과 의료이용 간 관계를 살펴봄으로써 보건의료정책과 관련하여 환자-의사 커뮤니케이션 연구의 활용가능성을 확인했다는 점에서 의의가 있다. 한편 제2기 한국의료패널로의 개편에서 환자중심성 관련 조사영역 포함을 위한 논의가 이루어지고 있다[36]. 개인의 연간 의료이용 행태가 상세하게 조사, 구축되고 있는 한국의료패널의 장점을 고려할 때, 환자-의사 커뮤니케이션 만족 조사가 추후 지속적으로 이루어진다면 연구범위를 더 확장함으로써 환자-의사 커뮤니케이션과 관련한 다양한 실증연구결과가 축적되고, 이를 통해 환자경험, 나아가 환자중심성과 관련한 정책적 논의가 더 활발해지길 기대한다.

REFERENCES

[1] Hung M, Zhang W, Chen W, Bounsanga J, Cheng C, Franklin JD, et al. Patient-Reported Outcomes and Total Healthcare Expenditure in Prediction of Patient Satisfaction: Results from a National Study. JMIR Public Health and Surveillance 2015;1(2):e13.

[2] Fenton JJ, Jerant AF, Bertakis KD, Franks P. The Cost of Satisfaction: A National Study of Patient Satisfaction, Healthcare Utilization, Expenditures, and Mortality. Arch Intern Med 2012;172(5):405-411.

[3] Cho BH. Satisfaction on Healthcare System with Trust in Korea. Proceedings of the 2013 Fall Conference of the Korean Sociological Association; 2013 Dec 20;Seoul, South Korea. 295-301.

[4] Lee SK, Cho BH. A Qualitative Insight into Patient Satisfaction Survey in Korean Context: Focusing on Understanding and Searching Patient Experience. Health and Medical Sociology 2018;47:107-160.

[5] Street Jr RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking

clinician-patient communication to health outcomes. Patient Education and Counseling 2009;74(3):295-301.

[6] Lee JS, Choi MK. The Relationship Between Physicians' Patient-Centered Communication and the Quality of Life of Patients with Chronic Diseases. Health and Social Welfare Review 2018;38(3):279-302.

[7] Okunrintemi V, Spatz ES, Di Capua P, Salami JA, Valero-Elizondo J, Warraich H, et al. Patient-Provider Communication and Health outcomes among Individuals with Atherosclerotic Cardiovascular Disease in the United States: Medical Expenditure Panel Survey 2010 to 2013. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes 2017;10(4):e003635.

[8] Jerant A, Fenton JJ, Bertakis KD, Franks P. Satisfaction with Health Care Providers and Preventive Care Adherence: a national study. Medical Care 2014;52(1):78-85.

[9] Bertakis KD, Azari R. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. The Journal of the American Board of Family Medicine 2011;24(3):229-239.

[10] Cho SH. Inpatient Satsifaction and Dissatisfaction in Relation to Socio-demo-graphics and Utilization characteristics. J Korean Acd Nurs 2005;35(3):535-545.

[11] Kim EH. The Effects of Hospital Service Factors on Patient Satisfaction of the Medical Consumer. Health and Social Welfare Review 2015;17:101-115.

[12] Min HW, Lee MS, Kim EY, Kim CW, Na BJ, Bae SH. Trends in Patient Satisfaction Studies in Korea, 1990-2005. Health Service Management Review 2007;1(1):51-58.

[13] Yang JH, Song TK, Chang DM. Effects of Medical Service Quality on the Customer Satisfaction and Intention of Revisit in Cancer Patients. the Journal fo the Korea Contents Association 2012;12(12):269-281.

[14] Nasir K, Okunrintemi V. Association of Patient-Reported Experiences with Health Resource Utilization and Cost among US Adult Population, Medical Expenditure Panel Survey (MEPS), 2010-13. International Journal for Quality in Health Care 2018;10.1093/intqhc/mzy217.

[15] Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. Health Services Research 1974;9(3):208-220.

[16] Jung YH, Huh SI, Park S, Shin HS, Kang EJ, Shin KY, et al. Basic Research for Development of Korea Health Panel. Korea Institute for Health and Social Affairs 2007;Seou;South Korea. pp.247-264.

[17] Ishikawa H, Hashimoto H, Kiuchi T. The Evolving Concept of "Patient-Centeredness" in Patient-Physician Communication Research. Social Science & Medicine 2013;96:147-153.

[18] Yoon NH. Patients' Participation in Treatment Decision Making and Health Status. Qaulity Improvement in Health Care 2018;24(1):40-52.

[19] Do YK. Improvement of Patient-centeredness through Patient Experience Assessment. Health Insurance Review & Assessment Service Policy Trends 2017;11(3):7-24.

[20] Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The tri-ple aim: care, health, and cost. Health affairs 2008;27(3):759-769.

[21] Zastowny TR, Roghmann KJ, Cafferata GL. Patient Satisfaction and the Use of Health Services: Explorations in Causality. Medical Care 1989:705-723.

[22] Mirowsky J, Ross CE. Patient Satisfaction and Visiting the Doctor: a Self-regulating System. Social Science & Medicine 1983;17(18):1353-1361.

[23] Roghmann KJ, Hengst A, Zastowny TR. Satisfaction with Medical Care: Its Measurement and Relation to Utilization. Medical care 1979:461-479.

[24] Fu AZ, Wang N. Healthcare expenditures and patient satisfaction: cost and quality from the

consumer's perspective in the US. Current medical research and opinion 2008;24(5):1385-1394.

[25] Lim JH. Analysis of Unmet Medical Need Status based on the Korean Health Panel. Social and Welfare 2013;34:237-256.

[26] Hwang Y. Health Service Utilization and Expenditure of the Elderly based on KHP. Health and Social Welfare Review 2011;12:51-59.

[27] Park M, Choi S. The Effects of Health Behaviors and Health Status on Health-related Quality of Life in Older People: Gender Analysis by using the 2012 Korea Health Panel Data. J Korean Acad Community Health Nurs 2017;28(2):118-128.

[28] Azagba S, Sharaf MF. Psychosocial working conditions and the utilization of health care services. BMC Public Health 2011;11(1):642-648.

[29] Cox DR. Some remarks on overdispersion. Biometrika 1983;70(1):269-274.

[30] Lee HJ. Healthcare Utilization and Out-of-pocket Spending of Medical Aids Recipients in South Korea: a Propensity Score Matching with National Health Insurance Participants. The Korean Journal of Health Economics and Policy 2016;22(2):29-49.

[31] Jeon BY, Kwon SM, Lee HJ, Kim HS. Factors Associated with Health Service Utilization of the Disabled Elderly in Korea. Journal of the Korean Gerontological Society 2011;31(1):171-188.

[32] Hwang JI. Factors Influencing Consultation Time and Waiting Time of Ambulatory Patients in a Tertiary Teaching Hospital. Qaulity Improvement in Health Care. 2006;12(1):6-16.

[33] Lee KJ. On the Determination of Outpatient's Revisit using Data Mining. Korean Journal or Health Policy and Administration 2003;13(3):21-34.

[34] Bertakis KD, Azari R. Patient-Centered Care is Associated with Decreased Health Care Utilization. J American Board of Family Medicine 2011;24(3):229-239.

[35] Price RA, Elliott MN, Zaslavsky AM, Hays RD, Lehrman WG, Rybowski L et al. Examining the Role of Patient Experience Surveys in Measuring Health Care Quality. Medical Care Research and Review 2014;71(5):522-554.

[36] Seo JH. Experience and Development plan of Patient Experience Survey in Korea Health Panel. Proceedings of the 2018 Annual Conference of Korea Health Panel;2018 Dec: Seoul, South Korea. pp.49-71.