

# 진료비 확인 민원신청 경험과 의사 및 의료기관에 대한 신뢰도와의 관련성

함명일 · 민인순

순천향대학교 의료과학대학 보건행정경영학과

## Relationship between Experience of Requesting Verification of Healthcare Benefit Coverage and Patients' Trust in Physicians and Hospitals

Myung-Il Hahm, Insoon Min

Department of Health Administration and Management, Soonchunhyang University College of Medical Science, Asan, Korea

**Background:** Patients' trust in their physicians or hospitals is important to guarantee the effectiveness of care and to encourage revisits. This study aimed to identify the relationship between the experience of requesting verification of healthcare benefit coverage via the Health Insurance Review Agency (HIRA) and patients' trust in their physicians or hospitals.

**Methods:** For this population-based study, 800 adult respondents aged 20 to 65 years were recruited using random sampling and telephone surveys. Respondents were divided into two groups: 1) 400 people had experience in requesting the HIRA verification service for the purpose of confirmation of whether the costs they paid were appropriate among metropolitan habitans, and 2) 400 people comprised members of the public who had no experience requesting the verification service.

**Results:** Experience with requesting verification services was likely to lower the patients' trust in medical institutions, but not in their physicians ( $p < 0.05$ ). In addition, patients who were satisfied with their physicians and hospitals were more likely to trust the physicians and hospitals than dissatisfied patients.

**Conclusion:** Patients' trust might be an important factor influencing hospital success. Patients' trust in medical suppliers, such as physicians and hospitals, encourages a positive relationship between medical suppliers and patients. Therefore, medical suppliers must provide appropriate care to patients to improve patients' trust in them.

**Keywords:** Trust; Patient satisfaction; National health insurance; Physician-patient relationships

### 서 론

환자와 의사의 관계(relationship)는 환자의 미충족 필요(unmet need)를 예방하는 데 중요한 요소이다[1]. 의사와 환자 간의 좋은 관계는 진료의 과정과 결과에서 의사들과 환자 사이에 발생할 수 있는 다양한 이해관계의 충돌을 피할 수 있을 뿐 아니라 의사의 치료 방식에 대한 환자의 순응도(compliance)를 높일 수 있다[2]. 따라서 환자와 의사 간의 관계는 진료현장에서는 필수불가결한 것이며 이

러한 관계를 형성하는 데 있어 신뢰(trust)는 핵심적 요소이다[3,4].

환자의 의사에 대한 신뢰는 의사가 어떤 특정한 방식으로 진료를 할 것이라는 기대와 믿음의 표현이며, 의사 및 의사의 의도에 대한 신뢰와 믿음을 확인하는 과정으로도 이해할 수 있다[4]. 환자는 본인의 건강문제를 해결하기 위한 목적으로 의사를 신뢰하며, 이에 따라 개인의 사적인 정보와 신체를 의사에게 맡긴다[5]. 의사에 대한 환자의 신뢰는 치료적 가치일 뿐 아니라 처방된 치료의 효능을 보장해 줄 수 있다[6]. 또한 의사에 대한 신뢰는 의사가 제공하는

Correspondence to: Insoon Min

Department of Health Administration and Management, Soonchunhyang University College of Medical Science, 22 Soonchunhyang-ro, Asan 336-885, Korea

Tel: +82-41-530-3045, Fax: +82-41-530-3085, E-mail: mis2519@sch.ac.kr

Received: August 13, 2013 / Accepted after revision: September 10, 2013

© Korean Academy of Health Policy and Management

치료과정에 대한 만족도를 높여줄 뿐 아니라 치료의 순응도를 높여줌으로써 궁극적으로 더 나은 치료효과를 기대할 수 있다[2,4,7]. 만약 의사와 환자 사이에 신뢰가 없다면 지속적인 경계와 걱정, 그리고 필수적인 자기방어가 필요하다. 따라서 신뢰는 효과적인 상호관계를 유지하기 위한 기본적 요건인 것이다[8].

의약분업 이후 이전까지의 의사와 환자 간의 좋은 관계가 많이 서먹해졌으며[9], 이는 환자의 의사에 대한 신뢰의 하락과 연관되어 설명될 수 있다. 만약 의사와 환자 간의 신뢰가 없다면, 일상적인 항생제 처방과 같이 사소한 질병의 치료의 경우에도 큰 수술에서나 필요한 환자동의서를 받아야 하는 상황이 올 수 있으며, 이는 환자 진료에 있어서의 비효율을 초래할 수 밖에 없다[6]. 따라서 의료현장에서 환자의 의사 혹은 의료기관에 대한 신뢰는 중요한 요소이다. 미국의 경우에도 환자의 의료기관 및 의사에 대한 신뢰가 지속적으로 하락하고 있는데, 이러한 원인은 환자들이 의료기관 및 보험자들이 환자의 건강보다는 재정지출 감소에 더 큰 관심을 갖고 있을 것이라는 우려에 의한 것이다[10].

정부는 2002년 국민건강보험법에 제43조의 2조항의 신설을 통해 환자가 부담한 진료비 중 비급여로 지불한 비용이 정당하게 요양급여대상에서 제외된 것인지 여부를 건강보험심사평가원에 확인 요청을 하는 제도를 신설하였다. 즉, 환자가 건강보험의 본인 일부 부담금 이외에 비급여 명목으로 지불한 의료행위가 사실은 급여대상임에도 불구하고 의료기관이 이를 임의로 비급여로 처리하여 그 비용을 환자에게 전부 부담시킨 것인지에 대한 여부를 건강보험심사평가원이 판단해 줄 것을 요구하는 민원을 신청하는 것이다[11]. 이러한 형태의 진료비 확인요청 민원 제기 건수는 2010년과 2011년에 연간 약 2만 4천여 건이었다[12].

진료비 확인요청을 제기한 환자 및 보호자는 본인이 부담한 비급여 진료비 내역에 대한 의구심에 의해 민원 신청을 할 수 있으며, 이는 의료기관이나 의사와 같은 의료공급자와 환자와의 관계에 부정적인 영향을 줄 수 있다. 민원을 제기한 환자 및 보호자는 의료기관 입장에서 의사와 환자 혹은 의료기관과 환자와의 관계를 악화시키고 다른 환자에게까지 좋지 않은 영향을 미치게 됨으로 인해 해당 의료기관의 장기적 지속가능성에 부정적 영향을 미칠 수 있다. 즉, 의사와 환자와의 긍정적인 관계는 효과적이고 타당한 의료 서비스를 제공함에 있어서 기본적인 것임을 고려할 때[13], 환자의 의료기관 및 의사에 대한 신뢰의 저하로 인한 관계악화는 진료과정에서의 효율성을 떨어뜨리고 환자에게도 좋지 않은 치료결과를 초래할 수 있다. 의료기관의 입장에서 의사에 대한 환자의 신뢰는 의료기관 선택의 가장 중요한 요소[8]라는 측면을 고려할 때, 환자의 신뢰확보는 의료기관의 지속가능성을 위해 반드시 관리해야 할 대상이다.

따라서 이 연구의 목적은 진료비 확인요청 경험이 의료기관 및 의사에 대한 신뢰도와 관련이 있는지를 실증적으로 확인하고자 하

였다. 세부적으로는 일반인과 진료비 확인 신청경험이 있는 민원인의 비교를 통해 두 집단 간의 의료기관 및 의사에 대한 신뢰도의 차이를 확인하고, 진료비 확인요청 경험의 유무가 이후 의료기관의 신뢰도에 영향을 미치는지를 확인하고자 하였다.

## 방 법

### 1. 연구대상

일반대중과 진료비 확인요청을 제기한 민원인 간의 의사 및 의료기관에 대한 신뢰도의 차이를 확인하기 위하여 20-65세 성인을 대상으로 설문조사를 수행하였다. 설문조사는 전문 조사업체에 의뢰하여 2012년 6월 4일부터 2주간 전화설문으로 진행하였다.

일반대중은 서울을 포함한 7개 광역시에 거주하고 있는 인구집단을 대상으로 KT 집전화번호 랜덤 다이얼링방식의 전화설문방법으로 조사하였다. 각 설문조사대상은 제한된 설문조사 가능인원을 이용하여 최대한 모집단을 대표할 수 있도록 지역과 성, 연령을 기준으로 무작위 층화 표본추출하였다. 전화조사는 랜덤으로 전화를 걸어 해당 설문조사에 대한 취지와 내용을 설명하고, 계속 진행 여부에 동의한 경우에만 설문조사를 진행하였다. 일반대중의 설문 응답률은 전체 전화가 성공한 5,732명 중 400명이 조사를 완료하여 7%의 응답률을 보였다. 이 조사는 당초 목표인 400명이 설문문에 완벽히 응답을 완료한 시점에서 설문을 종료하였다.

진료비 확인요청제도를 이용한 경험이 있는 민원인에 대한 조사는 2011년 1월 1일부터 2012년 3월 31일까지 진료비 확인 민원 신청을 제기하여 확인조사를 마친 대상인구 15,796명을 대상으로 하였다. 조사대상자는 건강보험심사평가원으로부터 전화번호, 성별(sex), 그리고 연령정보만이 있는 자료를 제공받아 성과 연령을 기준으로 무작위 표본추출하였다. 민원 신청인은 400명의 설문조사 목표인원을 완성한 시점에서 조사를 완료하였다. 전체 전화 연결이 성공한 1,633명 중 400명이 설문조사를 완료하여 19.6%의 응답률을 보였다. 최종 분석대상은 7대 광역시에 거주하는 일반대중 400명과 진료비 확인요청 경험이 있는 민원인 400명을 대상으로 하였다.

### 2. 설문문항의 구성 및 변수의 측정

의사 및 의료기관에 대한 환자의 신뢰도 측정도구는 기존의 의사, 의료기관, 의료제도에 대한 환자의 신뢰도를 측정하기 위한 문헌[3,4,14-17]의 측정문항들을 토대로 하여, Hall 등[14]이 구분한 신뢰도의 측정 영역이 포함되도록 개발하였다. 신뢰도 측정 영역은 충실성(fidelity), 정직성(honesty), 역량(competence), 비밀유지(confidentiality), 포괄적 신뢰성(global)이라는 5가지 영역으로 구분하여 환자가 인지하는 의사 및 의료기관의 신뢰도를 측정하고자 하였다. 이 연구의 의사에 대한 신뢰도 측정문항은 국내 암환자를 대상으로 한 의사의 신뢰도 관련 연구에서 그 실행가능성을 확인

하였다[18]. 각 영역별로 확정된 최종 설문문항의 내용은 Table 1과 같다.

의사에 대한 신뢰도의 측정 은 비밀유지 영역을 제외하고 의사가 환자를 대하는 충실성, 정직성, 역량과 포괄적 신뢰성 영역별로 각각 한 개의 설문문항을 이용하였다. 우선 의사의 충실성을 측정하기 위해서는 “나를 진료한 의사는 나의 치료에 필요한 모든 의료행위를 제공하였다”라는 질문을 하였으며, 정직성은 “나를 진료한 의사는 나의 상태를 고려하여 모든 이용 가능한 치료방법을 솔직하게 설명해 주었다”의 문항을 이용하여 측정하였다. 의사의 역량을 측정하기 위한 질문은 “나를 진료한 의사는 매우 철저하고 신중하다”이었고, 마지막으로 포괄적 신뢰도를 측정하기 위해 “나는 나를 진료한 의사를 전적으로 신뢰한다”라는 문항을 이용하였다. 각 질문에 대해서는 조사대상자가 5점 리커트 척도(1점 매우 그렇지 않다-5점 매우 그렇다)로 응답하도록 하였다.

의료기관의 신뢰도는 신뢰도의 다섯 가지 영역을 모두 포함하여 6개의 문항을 개발하여 적용하였다. 충실성 관련 문항은 “내가 진료받은 병원은 내가 필요로 하는 진료를 최우선적으로 고려하여 제공해 주는 것 같다”라는 문항을 이용하였으며, 의료기관의 역량과 관련해서는 “나는 내가 진료받은 병원에서 질 높은 치료를 받은

것 같다”라는 질문을 통해 측정하였다. 정직성과 관련해서는 두 개의 문항이 사용되었는데, “내가 진료받은 병원은 나를 치료하면서 실수를 했을 경우, 그 사실을 얘기해 줄 것이다”라는 문항과 “내가 진료받은 병원은 내가 궁금한 것에 대해 바로 해결해준다”라는 문항이었다. 포괄적 신뢰성은 의사에 대한 신뢰도 측정문항과 마찬가지로 “나는 내가 진료받은 병원을 전적으로 신뢰한다”의 질문을 이용하였다. 마지막으로 의료기관에 대한 신뢰도 측정에는 비밀유지와 관련한 속성을 측정하였는데, “나의 의무기록은 나를 진료하는 사람들 이외에는 보지 못하도록 보호되고 있는 것 같다”라는 문항을 이용하였다. 의사에 대한 신뢰도와 마찬가지로 의료기관에 대한 신뢰도도 5점 리커트(1점 매우 그렇지 않다-5점 매우 그렇다)로 응답하도록 하였다.

성, 연령, 월평균 가구소득, 직업, 교육수준, 결혼상태, 의료보장의 유형과 관련된 변수를 측정하였다. 월 평균 가구소득은 200만 원 이하와, 400만 원 이하, 그리고 400만 원 초과 3개의 범주로 구분하였다. 가구소득의 조사는 100만 원 이하, 101-200만 원, 201-400만 원, 401-600만 원, 600만 원 초과로 측정하였으며, 600만 원 이상은 전체 대상자의 7.8% 수준으로 구성비율이 낮아 400만 원 이상을 하나의 집단으로 구분하였다. 직업은 비육체 근로자, 육체 근로자, 무직, 주부, 기타로 구분하였다. 교육수준은 중졸 이하, 고졸, 전문대졸 이상으로 구분하였으며, 결혼상태는 기혼, 미혼, 이혼 혹은 사별을 기타로 구분하였다. 조사대상자가 인식하는 의사 및 의료기관에 대한 신뢰도를 측정하기 위해서는 의료기관의 이용이 전제되어야 한다. 따라서 이 연구에서는 최근 6개월 이내에 의료기관 이용경험 여부를 조사하였으며, 전체 조사대상자 800명 중 607명(75.9%)이 최근 6개월 이내 의료기관 이용경험이 있었다. 한편 조사대상자들이 이용한 의료기관 종별, 입원 및 외래 이용 여부에 따른 신뢰도의 차이를 확인하기 위해 해당 변수를 측정하였으며, 의료기관 이용에 따른 만족도는 5점 리커트 척도(1점 매우 불만족-5점 매우 만족)로 측정하였다. 최종 분석에는 만족도를 4-5점(만족, 매우 만족)만을 ‘만족’으로, 나머지는 ‘불만족’의 이분형으로 구분하여 분석하였다. 만족도는 최근 방문한 의료기관의 서비스에 대한 전반적인 만족도를 측정하였다.

**Table 1.** Questions measuring “trust in doctor and medical institutions”

Dimensions	Description	Scale endpoints*	
		Low	High
<b>Trust in physician</b>			
Fidelity	My doctor will do whatever it takes to get me all the care I need.	Strongly disagree	Strongly agree
Competence	My doctor is extremely thorough and careful.	Strongly disagree	Strongly agree
Honesty	My doctor is totally honest in telling me about all of the different treatment options available for my condition.	Strongly disagree	Strongly agree
Global	All in all, I trust my doctor completely.	Strongly disagree	Strongly agree
<b>Trust in hospital</b>			
Fidelity	My hospital puts my medical needs above all other considerations when treating my medical problems.	Strongly disagree	Strongly agree
Competence	I receive high-quality medical care from my hospital.	Strongly disagree	Strongly agree
Honesty	If a mistake were made in my health care, the hospital would try to hide it from me.	Strongly agree	Strongly disagree
	If I have a question, I think my hospital will give me a straight answer.	Strongly disagree	Strongly agree
Confidentiality	People can access my medical records without my approval.	Strongly agree	Strongly disagree
Global	All in all, I have complete trust in my hospital.	Strongly disagree	Strongly agree

\*Each question was rated on a 5-point scale (1-5).

**3. 분석방법**

이 연구에서는 일반대중과 진료비 확인요청 민원집단 간의 인구사회학적 특성의 차이와 의료기관 경험 내용의 차이를 분석하기 위하여 카이제곱분석을 이용하였다. 이후 각 일반대중과 민원집단의 인구사회학적 특성과 의료기관 경험에 따른 의사 및 의료기관 신뢰도의 차이를 분석하기 위해 t-검정과 분산분석을 실시하였다.

의사 및 의료기관에 대한 조사대상자들의 신뢰도를 측정하기 앞서 문항들 간의 내적 타당도(internal consistency)를 측정하기 위하여 Cronbach’ α값을 이용한 신뢰도 검정이 실시되었다. 분석을

위한 의사 및 의료기관의 신뢰도는 각 측정문항들의 평균값을 적용하였으며, 이 평균값은 단변량분석 및 다변량회귀분석에 이용되었다.

진료비 확인요청 경험을 기본 독립변수로 하여, 다변량회귀분석을 수행하였으며, 인구사회학적 변수와 의료기관 이용경험 변수들의 영향도 같이 고려하고자 하였다. 의사 및 의료기관의 신뢰도에 영향을 주는 변수들의 설명력을 확인하기 위해 단계별로 다변량회귀분석을 하였다. 첫 단계는 진료비 확인요청 경험 유무와 성, 연령의 인구학적 변수를 통해 설명력을 확인하였고, 두 번째 단계는 조사대상자의 사회경제적 요인, 그리고 마지막 단계는 의료기관 이용 경험 관련 변수들을 추가하였다. 모든 분석은 SAS ver. 9.3 (SAS In-

stitute Inc., Cary, NC, USA)을 이용하였다.

## 결 과

### 1. 조사대상자의 일반적 특성

일반대중과 진료비 확인요청 민원인으로 구분된 800명의 일반적 특성은 Table 2와 같다. 두 집단 간의 성과 연령의 분포가 대체적으로 유사한 분포를 보였다. 소득수준이나 교육수준 측면에서도 두 집단 간에 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 직업, 결혼상태, 의료보장의 유형에 있어서는 통계적으로 유의한 분포의 차이를 보였다. 비육체 근로자는 일반대중(24.7%)에 비해 민원인(30.7%)이 더 많았으며, 군인이나 학생과 같은 기타 직업군의 구성은 일반대중집단이 다소 많았다( $p < 0.05$ ). 일반대중(67.5%)에 비해 민원인들(72.5%)의 기혼율이 높았다( $p < 0.05$ ). 조사대상자의 95% 이상이 건강보험을 통한 의료보장을 받고 있었으나, 민원인 집단에 의료급여대상자가 보다 많았다( $p < 0.05$ ).

### 2. 조사대상 집단의 의료기관 이용경험의 분포

Table 3은 두 조사대상 집단의 조사시점을 기준으로 최근 6개월 이내의 의료기관 이용경험의 현황을 분석한 결과이다. 최근 6개월 이내의 의료기관 이용경험은 진료비 확인신청 민원인 중 82.5%인 330명이 이용경험이 있다고 응답하여 일반대중보다 통계적으로 유의하게 높은 이용경험을 보였다( $p < 0.05$ ). 방문한 의료기관의 유형도 일반대중은 의원급 의료기관의 방문경험이 53.4%로 가장 많은 반면, 민원 신청인 집단은 종합병원급의 이용경험이 44.5%로 가장 많아 두 집단 간 이용한 의료기관 유형의 유의한 차이를 보였다( $p < 0.05$ ). 입원과 외래로 구분했을 때, 일반대중은 의료기관 방문

**Table 2.** Sociodemographic characteristics of study subjects

Variable	Total	Public	People appealed*	p-value
<b>Sex</b>				
Male	397 (49.6)	200 (50.0)	197 (49.3)	0.832
Female	403 (50.4)	200 (50.0)	203 (50.7)	
<b>Age (yr)</b>				
20-29	148 (18.5)	79 (19.8)	69 (17.3)	0.926
30-39	188 (23.5)	93 (23.2)	95 (23.7)	
40-49	197 (24.6)	98 (24.5)	99 (24.7)	
50-59	171 (21.4)	83 (20.7)	88 (22.0)	
≥ 60	96 (12.0)	47 (11.8)	49 (12.3)	
<b>Monthly household income (1,000 won)</b>				
≤ 2,000	300 (37.8)	137 (34.8)	163 (40.7)	0.2037
2,000-4,000	283 (35.6)	145 (36.8)	138 (34.5)	
> 4,000	211 (26.6)	112 (28.4)	99 (24.8)	
<b>Job</b>				
Non-manual	222 (27.7)	99 (24.7)	123 (30.7)	
Manual	207 (25.9)	100 (25.0)	107 (26.8)	
Unemployed	82 (10.3)	36 (9.0)	46 (11.5)	0.0125
Housewives	177 (22.1)	94 (23.5)	83 (20.7)	
Others	112 (14.0)	71 (17.8)	41 (10.3)	
<b>Education</b>				
Middle school or less	104 (13.0)	50 (12.5)	54 (13.5)	0.9137
High school	311 (38.9)	156 (39.0)	155 (38.7)	
College or more	385 (48.1)	194 (48.5)	191 (47.8)	
<b>Marital status</b>				
Married	560 (70.0)	270 (67.5)	290 (72.5)	0.0048
Single	212 (26.5)	122 (30.5)	90 (22.5)	
Other†	28 (3.5)	8 (2.0)	20 (5.0)	
<b>Health insurance status</b>				
National health insurance	771 (97.1)	389 (98.7)	382 (95.5)	0.0066
Medical aid	23 (2.9)	5 (1.3)	18 (4.5)	

Values are presented as number (%).

\*Those who had experience with requesting verification of healthcare benefit coverage service to confirm whether the services provided were covered under the National Health Insurance Act. †Those who were divorced or whose spouse had died.

**Table 3.** Experience of using medical institutions of the study subjects

Variable	Total	Public	People appealed	p-value
<b>Experience with visiting medical institution</b>				
Yes	607 (75.9)	277 (69.2)	330 (82.5)	<0.0001
No	193 (24.1)	123 (30.8)	70 (17.5)	
<b>Type of medical institutions that subjects had visited</b>				
Clinic	270 (44.5)	148 (53.4)	122 (37.0)	<0.0001
Hospital	140 (23.1)	79 (28.5)	61 (18.5)	
General hospital	197 (32.4)	50 (18.1)	147 (44.5)	
<b>Type of care</b>				
Inpatient	95 (15.7)	19 (6.9)	76 (23.0)	<0.0001
Outpatient	512 (84.3)	258 (93.1)	254 (77.0)	
<b>Satisfaction with care</b>				
Dissatisfied	292 (48.1)	124 (44.8)	168 (50.9)	0.1313
Satisfied	315 (51.9)	153 (55.2)	162 (49.1)	

Values are presented as number (%).



의 93.1%가 외래를 이용하였으며, 민원인 집단은 77.0%로 두 집단 간 방문유형에 있어 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 두 집단 간 의료기관에서 받은 서비스에 대한 만족도의 유의한 차이는 없었다.

### 3. 의사 및 의료기관 신뢰도의 차이

분석에 앞서 신뢰도를 측정할 변수들의 내적 타당도를 Cronbach'  $\alpha$ 값을 통해 확인하였다. 의사에 대한 신뢰도를 측정하기 위해 사용된 4개 문항의 Cronbach'  $\alpha$ 값은 0.893였으며, 병원에 대한 신뢰도를 측정하기 위한 6문항의 Cronbach'  $\alpha$ 값은 0.862으로 매우 높은 내적 타당도 수준을 보였다. 신뢰도는 최근 6개월 이내에 의료기관을 이용한 조사대상자 607명만이 이용한 의료기관에서 느낀 의사 및 의료기관에 대한 신뢰도를 측정했기 때문에 신뢰도 분석의 최종 분석대상자 수는 607명이었다.

전체 607명을 대상으로 인구사회학적 특성에 따른 의사 및 의료기관에 대한 신뢰도의 차이를 분석하였다. 분석은 일반대중과 민원인으로 구분하여 분석하였다(Table 4). 분석결과 의사에 대한 신뢰도에 있어서는 일반대중과 민원인 집단의 유의한 차이는 없었으나 병원에 대한 신뢰도는 진료비 확인요청을 경험한 집단이 통계적으로 유의하게 낮았다(일반대중 3.48 vs. 민원집단 3.31). 의료기관에 대한 만족도 측면에서 보면 의료기관 이용 후 만족한 경우가 불만족한 경우에 비해 의사 및 의료기관에 대한 신뢰도가 통계적으로 유의하게 높았으며, 이러한 경향은 두 집단 모두에서 동일하였다.

사회경제적 요인에 따른 신뢰도의 차이를 볼 때 일반대중들은 소득계층에 따라 의사 및 병원에 대한 신뢰도의 차이가 있었다( $p < 0.05$ ). 특히 소득이 가장 낮은 집단이 가장 높은 집단에 비해 의사나 병원에 대한 신뢰도가 높았다( $p < 0.05$ ). 그러나 민원인 집단은 소득계층에 따른 신뢰도의 차이를 보이지 않았다. 직업에 따른 의사 및 의료기관에 대한 신뢰도는 일반대중과 민원인 집단에서 모두 통계적으로 유의하게 차이를 보였다. 특히 비육체 근로자 및 육체근로자들이 무직, 주부, 기타 집단에 비해 의사 및 의료기관에 대한 신뢰도가 낮았다( $p < 0.05$ ).

### 4. 의사 및 의료기관 신뢰도 관련 요인 분석결과

의사에 대한 신뢰도 및 의료기관에 대한 신뢰도와 관련된 요인을 확인하기 위해 인구사회학적 변수, 의료기관 이용경험 변수를 포함한 다변량회귀분석을 실시한 결과는 Table 5와 같다. 의사에 대한 신뢰도는 진료비 확인요청 경험과 유의한 관련성은 없었다. 소득의 경우 가구 월소득이 200만 원 미만인 집단에 비해 400만 원이 넘는 경우 의사에 대한 신뢰도가 낮았다( $p < 0.05$ ). 직업은 무직에 비해 육체근로자 및 비육체 근로자와 같이 생산활동에 종사하는 경우 의사에 대한 만족도가 낮았다( $p < 0.05$ ). 특히 비육체 근로자일수록 의사에 대한 신뢰도가 더 낮았다. 의사에 대한 신뢰도와

가장 강력한 연관성이 있는 변수는 이용한 의료기관에 대한 만족도였다. 의료기관에서 받은 의료서비스에 만족할수록 통계적으로 유의하게 신뢰도가 높았다.

의료기관에 대한 신뢰도에 영향을 미치는 변수는 진료비 확인요청 경험, 소득, 직업, 의료기관에 대한 만족도였다. 의사에 대한 신뢰도에는 통계적으로 유의하게 영향을 미치지 않았던 진료비 확인요청 경험이 있을수록 의료기관에 대한 신뢰도가 낮았다( $p < 0.05$ ). 이외에 의사에 대한 신뢰도와 통계적으로 유의하게 관련성이 있었던 요인들이 의료기관에 대한 신뢰도의 경우에도 주요 관련 요인이었다(Table 5).

마지막으로 회귀분석모형에서 독립변수의 추가에 따른 모형의 설명력( $R^2$ )을 살펴보았다. 의사 및 의료기관에 대한 신뢰도를 설명함에 있어서 병원종별, 의료기관 방문유형, 의료기관 이용만족도 등 의료기관의 이용경험과 관련된 독립변수가 포함된 경우 모형의 설명력이 매우 높아졌다. 의료기관 이용경험 독립변수들이 모형에 포함될 경우 모형의 설명력은 의사에 대한 신뢰도는 25.6%, 의료기관에 대한 신뢰도는 27.7%가 증가하였다.

## 고 찰

이 연구는 의사와 환자의 관계에 초점을 맞추고, 진료비 확인요청과 같은 부정적 경험이 의사나 의료기관에 대한 신뢰도에 어떤 영향을 미칠 수 있는지를 확인하고자 하였다. 신뢰도는 의사와 환자와의 관계에서 가장 중요한 요인이며[3,4], 둘 간의 신뢰는 치료의 효과를 높이기 위한 전제조건이다. 환자는 본인의 건강문제를 해결하기 위한 목적을 가지고 의사 및 의료기관을 신뢰하게 되며, 개인의 사적인 정보와 신체를 의사에게 공유하고 맡긴다[5]. 환자는 불확실한 상황 속에서도 치료의 효과를 높이기 위해 진료과정에서 의사에게 신뢰를 주고, 신뢰의 가치가 있는지를 지속적으로 평가한다[8]. 즉, 진료과정에서 발생한 여러 가지 경험을 토대로 환자는 의사 및 의료기관에 대한 평가를 하고 이를 토대로 기존에 주었던 신뢰도를 조정하게 된다.

최근 6개월 이내에 의료기관을 이용한 경험이 있는 인구집단을 대상으로 분석한 결과, 건강보험심사평가원을 통한 진료비 확인요청 경험이 의료기관에 대한 전반적인 신뢰도를 낮추는 주요 요인임을 확인할 수 있었다. 즉, 일반대중에 비해 진료비 확인요청이 있는 경우 의료기관에 대한 신뢰도가 0.149배 낮았다( $p < 0.05$ ). 그러나 진료비 확인요청 경험이 의사에 대한 신뢰도에는 부정적인 영향을 주지 않았다. 일반적으로 환자의 만족도는 의사와의 커뮤니케이션 정도에 영향을 받으며, 의사가 진료과정에서 발생하는 의사결정에 환자를 적극적으로 참여시키는 것은 환자의 만족도를 높여준다[19]. 또한 환자의 의료기관 재방문에 있어서 의사의 친절도가 가장 중요한 요인임을 고려할 때[20], 환자에게 있어서 의사의 역할은 강

**Table 4.** Trust in physicians and medical institutions by characteristics of study subjects

Variable	Total						The public						People appealed					
	Trust in physician			Trust in medical institution			Trust in physician			Trust in medical institution			Trust in physician			Trust in medical institution		
	N	Mean	SD	N	Mean	SD	N	Mean	SD	N	Mean	SD	N	Mean	SD	N	Mean	SD
Group																		
The public	277	3.67	0.79	277	3.48	0.72												
People appealed*	330	3.57	0.92	330	3.31	0.79												
p-value		0.1699			0.0061													
Sex																		
Male	298	3.53	0.90	298	3.31	0.80	142	3.5475	0.8197	142	3.3791	0.7752	156	3.5048	0.9695	156	3.2479	0.8253
Female	309	3.71	0.82	309	3.46	0.72	135	3.7963	0.7369	135	3.5864	0.6537	174	3.6351	0.87	174	3.3649	0.7517
p-value		0.0099			0.0146			0.0085			0.0166			0.1992			0.1784	
Age (yr)																		
20-29	106	3.67	0.83	106	3.46	0.70	54	3.57	0.73	54	3.52	0.61	52	3.78	0.92	52	3.40	0.78
30-39	132	3.61	0.92	132	3.37	0.79	59	3.67	0.73	59	3.45	0.71	73	3.57	1.05	73	3.30	0.85
40-49	144	3.53	0.84	144	3.35	0.76	61	3.53	0.82	61	3.34	0.72	83	3.54	0.85	83	3.36	0.78
50-59	141	3.57	0.85	141	3.34	0.76	62	3.69	0.83	62	3.40	0.81	79	3.48	0.86	79	3.29	0.72
≥60	84	3.77	0.86	84	3.47	0.83	41	3.98	0.77	41	3.80	0.68	43	3.57	0.90	43	3.16	0.84
p-value		0.3114			0.5673			0.0593			0.0209			0.4563			0.6284	
Monthly household income (1,000 won)																		
≤2,000	223	3.69	0.88	223	3.46	0.80	89	3.87	0.78	89	3.70	0.69	134	3.57	0.92	134	3.31	0.84
2,000-4,000	207	3.68	0.82	207	3.42	0.71	99	3.73	0.71	99	3.48	0.71	108	3.63	0.91	108	3.36	0.72
>4,000	174	3.44	0.87	174	3.24	0.76	86	3.38	0.81	86	3.24	0.72	88	3.50	0.93	88	3.25	0.80
p-value		0.006			0.0127			<.0001			0.0001			0.6212			0.6253	
Job																		
Non-manual	174	3.46	0.87	174	3.31	0.73	74	3.65	0.73	74	3.43	0.62	100	3.32	0.94	100	3.22	0.79
Manual	150	3.47	0.89	150	3.25	0.78	66	3.45	0.91	66	3.22	0.83	84	3.49	0.88	84	3.27	0.75
Unemployed	66	3.82	0.90	66	3.45	0.96	25	4.13	0.74	25	3.98	0.72	41	3.63	0.95	41	3.13	0.95
Housewives	137	3.82	0.81	137	3.51	0.73	64	3.83	0.78	64	3.60	0.72	73	3.80	0.84	73	3.44	0.73
Others	80	3.72	0.75	80	3.54	0.62	48	3.54	0.60	48	3.49	0.57	32	3.98	0.88	32	3.62	0.69
p-value		0.0002			0.0064			0.0011			0.0001			0.0005			0.0316	

(Continued to the next page)

Table 4. Continued

Variable	Total						The public						People appealed					
	Trust in physician			Trust in medical institution			Trust in physician			Trust in medical institution			Trust in physician			Trust in medical institution		
	N	Mean	SD	N	Mean	SD	N	Mean	SD	N	Mean	SD	N	Mean	SD	N	Mean	SD
<b>Education</b>																		
Middle school or less	84	3.71	0.90	84	3.49	0.73	37	3.86	0.88	37	3.64	0.71	47	3.60	0.90	47	3.37	0.73
High school	232	3.64	0.83	232	3.41	0.77	99	3.60	0.75	99	3.45	0.72	133	3.67	0.89	133	3.38	0.81
College or more	291	3.57	0.88	291	3.34	0.77	141	3.67	0.79	141	3.46	0.73	150	3.48	0.95	150	3.23	0.78
<i>p</i> -value	0.3621			0.26			0.2398			0.3773			0.2324			0.2565		
<b>Marital status</b>																		
Married	432	3.63	0.87	432	3.39	0.77	190	3.68	0.83	190	3.45	0.77	242	3.59	0.90	242	3.35	0.77
Single	149	3.58	0.84	149	3.38	0.72	79	3.59	0.68	79	3.51	0.58	70	3.57	0.99	70	3.24	0.84
Other <sup>†</sup>	26	3.66	0.93	26	3.36	0.91	8	4.28	0.41	8	3.92	0.91	18	3.39	0.97	18	3.11	0.82
<i>p</i> -value	0.7945			0.9726			0.0566			0.184			0.673			0.3233		
<b>Health insurance status</b>																		
National health insurance	585	3.61	0.86	585	3.38	0.76	269	3.67	0.78	269	3.48	0.72	316	3.57	0.92	316	3.30	0.78
Medical aid	18	3.69	0.95	18	3.48	0.79	4	3.69	0.99	4	3.54	0.25	14	3.70	0.97	14	3.46	0.89
<i>p</i> -value	0.6935			0.5862			0.9572			0.86			0.6098			0.4539		
<b>Type of institution</b>																		
Clinic	270	3.63	0.87	270	3.42	0.74	148	3.68	0.84	148	3.50	0.72	122	3.56	0.90	122	3.33	0.75
Hospital	140	3.60	0.75	140	3.33	0.74	79	3.66	0.66	79	3.41	0.69	61	3.52	0.86	61	3.22	0.80
General hospital	197	3.62	0.93	197	3.38	0.81	50	3.65	0.85	50	3.52	0.78	147	3.61	0.96	147	3.33	0.82
<i>p</i> -value	0.9467			0.4982			0.9532			0.6244			0.7965			0.6246		
<b>Type of service</b>																		
Inpatient	95	3.65	0.98	95	3.43	0.85	19	3.75	1.04	19	3.56	0.99	76	3.63	0.97	76	3.40	0.82
Outpatient	512	3.61	0.84	512	3.38	0.75	258	3.66	0.77	258	3.47	0.70	254	3.56	0.90	254	3.28	0.78
<i>p</i> -value	0.716			0.5564			0.7233			0.71			0.5784			0.2716		
<b>Satisfaction with care</b>																		
Dissatisfied	292	3.16	0.80	292	2.97	0.69	124	3.22	0.68	124	3.03	0.63	168	3.12	0.87	168	2.92	0.73
Satisfied	315	4.04	0.69	315	3.78	0.61	153	4.03	0.68	153	3.85	0.58	162	4.04	0.71	162	3.71	0.63
<i>p</i> -value	<0.0001			<0.0001			<0.0001			<0.0001			<0.0001			<0.0001		

<sup>†</sup>Those who had experience with requesting verification of healthcare benefit coverage service to confirm whether the services provided were covered under the National Health Insurance Act. <sup>‡</sup>Those who were divorced or whose spouse had died.

**Table 5. Factors associated with trust of physicians and medical institutions by multiple linear regression**

Variable	Trust of physician								
	Model 1: experience with appealing, sex, age		Model 2: model 1 + SEP		Model 3: model 2 + experience with using medical institution				
	Parameter estimate	SE	p-value	Parameter estimate	SE	p-value	Parameter estimate	SE	p-value
Group (reference: the public)									
People appealed*	-0.095	0.070	0.175	-0.095	0.071	0.179	-0.053	0.064	0.406
Sex (reference: male)									
Female	0.181	0.070	0.010	0.106	0.083	0.206	0.026	0.072	0.713
Age in years (reference: 20-29)									
30-39	-0.039	0.112	0.727	-0.046	0.131	0.725	0.003	0.113	0.980
40-49	-0.124	0.110	0.259	-0.141	0.141	0.320	-0.126	0.122	0.299
50-59	-0.086	0.110	0.439	-0.143	0.153	0.351	-0.090	0.132	0.496
≥ 60	0.101	0.125	0.419	-0.071	0.173	0.680	-0.107	0.148	0.471
Monthly household income (reference: <2,000)									
2,000-4,000				0.043	0.092	0.642	0.041	0.079	0.606
≥ 4,000				-0.171	0.099	0.084	-0.186	0.085	0.029
Job (reference: unemployment)									
Housewives				-0.063	0.149	0.579	-0.157	0.128	0.222
Others				-0.066	0.157	0.677	-0.122	0.136	0.372
Non-manual				-0.323	0.137	0.019	-0.421	0.118	0.000
Manual				-0.329	0.135	0.015	-0.368	0.117	0.002
Education (reference: middle school or less)									
High school				-0.007	0.120	0.955	-0.058	0.104	0.574
College or more				-0.004	0.132	0.976	0.010	0.114	0.933
Marital status (reference: married)									
Single				-0.140	0.117	0.230	-0.192	0.102	0.060
Other†				-0.051	0.178	0.773	0.012	0.153	0.940
Type of institution (reference: clinic)									
Hospital							-0.027	0.078	0.728
General hospital							0.030	0.074	0.691
Type of service (reference: inpatient)									
Outpatient							0.036	0.088	0.682
Satisfaction with care (reference: dissatisfied)									
Satisfied							0.884	0.060	< 0.0001
Adjusted R <sup>2</sup>		0.0116			0.0317			0.2879	

(Continued to the next page)



Table 5. Continued

Variable	Trust of medical institution					
	Model 1: experience with appealing, sex, age		Model 2: step 1 + SEP		Model 3: model 2 + experience with using medical institution	
	Parameter estimate	SE	p-value	Parameter estimate	SE	p-value
Group (reference: the public)						
People appealed*	-0.172	0.062	0.006	-0.174	0.063	0.006
Sex (reference: male)						
Female	0.155	0.062	0.012	0.122	0.074	0.098
Age in years (reference: 20-29)						
30-39	-0.067	0.099	0.498	-0.019	0.116	0.868
40-49	-0.083	0.097	0.392	-0.048	0.125	0.704
50-59	-0.098	0.098	0.315	-0.117	0.136	0.391
≥ 60	0.025	0.111	0.819	-0.082	0.153	0.594
Monthly household income (reference: <2,000)						
2,000-4,000				-0.035	0.082	0.671
≥ 4,000				-0.202	0.088	0.022
Job (reference: unemployment)						
Housewives				-0.014	0.132	0.915
Others				0.123	0.140	0.377
Non-manual				-0.066	0.121	0.586
Manual				-0.175	0.120	0.145
Education (reference: middle school or less)						
High school				-0.058	0.107	0.587
College or more				-0.099	0.117	0.397
Marital status (reference: married)						
Single				-0.105	0.103	0.309
Other†				-0.088	0.158	0.578
Type of institution (reference: clinic)						
Hospital				-0.113	0.068	0.098
General hospital				0.017	0.065	0.799
Type of service (reference: inpatient)						
Outpatient				-0.026	0.077	0.733
Satisfaction with care (reference: dissatisfied)						
Satisfied				0.806	0.053	<0.0001
Adjusted R <sup>2</sup>		0.0169		0.0294	0.306	

SEP, socio-economic position; SE, standard error.  
 \*Those who had experience with requesting verification of healthcare benefit coverage service to confirm whether the services provided were covered under the National Health Insurance Act. †Those who were divorced or whose spouse had died.

력하다. 그럼에도 불구하고 이 연구에서는 진료비 확인요청 경험이 의사에 대한 신뢰도 저하와는 유의미한 관련성이 보이지 않았는데 그 이유를 다음과 같은 측면에서 고려할 수 있다.

우선 사회학자인 파슨스(Talcott Parsons)가 구조기능론에 입각하여 제시한 병 역할(sick role)에 대한 이해가 필요하다. 즉, 병 역할에 따라 병에 걸린 개인은 일상생활의 책임을 면제받는 동시에 병에 대한 개인의 책임을 묻지 않을 권리가 있다고 보았다. 이러한 권리에 대한 의무로서 환자는 의사에게 최대한 협조하여 질병을 치료하도록 최선을 다하는 역할이 있다고 보았다[21]. 이러한 병 역할은 여러 한계적 상황과 많은 반론도 있었지만[22], 그 저변에는 의사와 환자의 관계에 있어서 환자는 의사에게 본인의 진료를 맡기며, 치료의 효과를 얻기 위해서 불확실하지만 신뢰를 부여해야 하는 상황이 존재할 수 밖에 없음을 제안하는 것이다[5]. 따라서 기본적으로 의사와 환자 간에는 오래된 신뢰가 존재하게 된다. 이러한 둘 간의 신뢰는 환자 본인이 의료기관 이용에 따른 진료비에 대한 불신이나 납득하지 못함으로 인해 발생한 진료비 확인요청 행위에 의해 훼손되지 않을 수 있음을 의미하는 것이다. 둘째, 의료기관 이용에 따른 진료비에 대한 청구를 받고 진료비를 지불하는 과정은 의사에 대한 신뢰를 형성하는 진료과정 이외에 이뤄진다는 것이다. 따라서 이 연구의 결과를 통해 볼 때 진료비 지불과정에서의 환자 본인이 부담해야 하는 비급여 진료비가 급여대상인지에 대한 의구심 및 그에 따른 민원신청의 경험은 의사의 신뢰도와 관련되기보다는 의료기관에 대한 신뢰도에 영향을 미칠 가능성이 높은 것으로 보인다.

Keating 등[23]은 진료현장에서의 좋지 않은 경험과 같은 불만족이 의사에 대한 신뢰도를 낮추며, 이는 환자가 본인의 의사나 의료기관을 바꾸는 주요 요인이 될 수 있음을 실증적으로 제시하였다. 이 연구에서도 진료비 확인요청 경험보다도 더 강력하게 의사의 신뢰도를 저하시키는 요인은 진료받은 의료기관의 서비스에 대한 전반적인 만족도였다. 즉, 본인이 받은 의료서비스에 불만족한 고객에 비해 만족한 고객이 의사에 대한 신뢰도는 0.884배, 의료기관에 대한 신뢰도는 0.806배 높았다. 이러한 결과는 의사나 병원에 대한 신뢰도라는 것이 의료기관의 이용경험에 의해 가장 크게 결정되는 것임을 다시 한 번 확인해 준 것이다.

한편 만족(satisfaction)과 신뢰와의 선후관계는 명확하지 않다. 경영학 분야에서 병원 방문 환자의 의사 및 병원에 대한 신뢰도, 만족도, 충성도의 관계를 확인하기 위해 수행된 한 단면연구의 결과, 의사에 대한 신뢰가 의사에 대한 만족의 선행요인으로 보았고, 병원에 대한 신뢰는 병원에 대한 만족도의 선행요인으로 고려하고 있었다[24]. 단면연구의 특성상 그 선후관계를 명확히 규정하기 어렵다. 다만 이 연구에서는 최근 6개월 이내에 의료기관을 이용한 경험이 있는 대상자에게 해당 의료기관이 제공한 의료서비스에 대한 전반적인 만족도를 물어보았고, 이후 의사 및 의료기관에 대한 신뢰도를 측정하였다. 따라서 의료서비스 이용과정에서 형성된 만족

도와 진료과정에서 지속적인 의사 및 의료기관에 대한 신뢰도에 대한 재평가가 이뤄진 측면을 고려한다면 선후관계를 명확히 규정하기는 어렵다.

Lee [24]는 의사에 대한 신뢰도는 의료기관에 대한 신뢰도의 선행요인이라는 가정하에 연구를 진행하였다. 즉, 의사에 대한 신뢰도는 병원에 대한 신뢰도에 영향을 미치고 궁극적으로는 병원에 대한 만족도 및 충성도에 영향을 미쳐 재이용 의도에 영향을 미친다는 것이다[24]. 반대로 Mechanic과 Schlesinger [25]는 환자가 의사에 대한 인간적인 신뢰관계의 형성이 의사를 만나는 의료기관이나 건강보험제도 등에 대한 환자의 신뢰에 영향을 받는다고 보았다. 의사에 대한 신뢰도는 의사와 진료실 및 입원실에서 만나는 과정에서 환자의 지속적인 평가를 통해 신뢰를 형성하는 데 반해, 의료기관에 대한 신뢰도는 의사의 진료과정뿐 아니라 방문 시점부터 진료비 납부 등 진료의 전 과정을 거치는 과정에서 평가가 진행되므로 두 신뢰도가 선후관계로만 규정되기는 어렵다. 이 연구는 의사에 대한 신뢰와 병원에 대한 신뢰를 별도의 차원으로 구분하여 측정하고자 하였다.

이 연구의 결과를 해석함에 있어 다음과 같은 연구의 제한점을 고려해야 한다. 우선 연구결과의 대표성이다. 이 연구는 전화설문 조사대상을 일반대중의 경우 7대 광역시에 한정하여 400명을 표본 추출하였다. 민원인 집단의 경우도 2011년 1월부터 1년 3개월간 진료비 확인요청 민원인 중 처리된 인원 400명만을 대상으로 하였다. 따라서 연구의 조사대상의 대표성을 고려하여 연구결과의 일반화에 주의를 기울여야 한다. 특히 일반인의 경우 전체 전화설문 응답률이 7%에 불과하여 결과해석에 주의가 필요하다. 응답을 거부한 집단과 응답한 집단 간의 설문응답의 차이를 비교할 수는 없지만 일반인과 민원인 간의 성, 연령, 소득의 분포에 있어 유의한 차이는 없었다. 둘째, 이 연구의 결과인 환자의 진료비 확인요청 경험과 신뢰도 간의 인과관계를 규정함에 있어서 주의가 필요하다. 이는 단면연구의 기본적인 제한요건으로 연구설계를 통해 분석한 독립변수와 종속변수 간의 인과관계를 규정하기보다는 관련성이 있음으로 해석하는 것이 타당하다. 그러나 이 연구는 진료비 확인요청 경험이 2011년 1월부터 2012년 3월까지 진료비 확인요청을 제기한 민원인들에게 최근 6개월의 의료기관 이용경험 및 신뢰도를 측정 한 것이다. 자료의 제약으로 진료비 확인요청을 제기한 민원인의 민원 신청일이나 진료비 발생일을 확인할 수는 없으나 설문조사의 시점보다는 민원 신청일이 앞서 있다. 따라서 제한적으로나마 인과관계에 대한 설명이 가능할 수 있다. 셋째, 이 연구에서는 진료비 확인 민원신청의 결과 변수를 확인할 수 없었다. 개별 민원인들의 진료비 확인요청결과가 '정당'으로 판정된 경우와 '환불'로 결정된 경우가 구분되지 못하였다. 이 변수는 민원 신청경험과 의사 및 의료기관에 대한 신뢰도의 인과관계에 혼란변수로 고려가 가능하기 때문에 결과해석에 있어 주의가 필요하다. 마지막으로 민원인이 진료비 확

인요청을 제기한 대상 의료기관이 최근 6개월 이내 방문한 의료기관과 반드시 일치하지 않는다는 것에 대한 고려가 필요하다. 조사 대상 민원신청인은 2011년 1월부터 2012년 3월까지 민원을 신청한 대상이기 때문에 해당 의료기관 방문시점은 최소한 그 이전에 해당한다. 따라서 이 연구의 주요 결과를 해석함에 있어, 민원신청 경험 이후 방문한 의료기관에 대한 전반적인 신뢰도를 낮추는 것으로 이해할 수 있다. 반면 평상시 의료기관에 대한 신뢰가 낮은 환자가 진료비 확인요청 가능성이 높은 역인과관계의 가능성도 고려해야 한다. 추후 인과관계를 설명할 수 있는 대규모연구가 필요할 것이다. 그러나 이러한 인과관계의 고려에도 불구하고 진료비 확인 신청 경험은 의사에 대한 신뢰도와는 관련성이 없으며 오직 의료기관에 대한 낮은 신뢰도와 관련되어 있음을 확인한 것으로도 그 의의가 있다.

결론적으로, 이 연구에서는 진료비 확인요청 경험이 이후 방문한 의료기관에 대한 신뢰도를 저하시키는 주요 요인으로 작용하고 있음을 확인할 수 있었다. 환자에게 급여진료비를 여러 가지 이유로 비급여로 청구하는 사례가 있다면, 이는 환자로 하여금 본인이 지불하는 의료비에 대한 의구심을 가지게 할 가능성이 있다. 실제 건강보험심사평가원의 진료비 확인요청 건 중 정당한 것으로 판정된 경우는 2009년 13.7%, 2010년 14.6%였다. 이외에 환불결정률은 2009년 42.4%, 2010년 45.4%였으며, 나머지는 취하 및 기타의 경우였다[12]. 이러한 현황은 진료비 확인요청 건 중 정당한 청구에 비해 환불에 해당하는 부적절한 비용의 청구가 더 많았다는 것을 알 수 있다. 이러한 진료비 확인 민원제도는 환자의 권리를 보호하기 위한 제도[11,12]로 민원을 제기한 환자는 의료기관에 대해 낮은 신뢰도를 보일 수 있다.

의료기관에 대한 낮은 신뢰도는 병원경영 측면과 의료사회학 측면을 같이 고려해 보아야 한다. 첫째, 환자의 의료기관에 대한 낮은 신뢰는 병원의 재방문과 병원에 대한 구전에 좋지 않은 영향을 미치게 된다[24]. 따라서 의료기관이 환자입장에서 진료비를 부적절(inappropriate)하게 청구하는 경우가 있다면 이는 경쟁이 치열한 병원경영 환경에게 궁극적으로는 병원에 부정적인 영향을 미치게 된다.

둘째, 더 거시적으로 검토해야 할 점은 전문적 권위의 상실이라는 측면이다. 환자가 의료기관이 청구하는 의료비를 적절하게 이해하지 못하고 부적절한 청구의 결과물로 인지하게 된다면, 이는 국민의 의사 및 의료기관에 대한 신뢰의 저하를 불러올 수 있으며, 궁극적으로는 의료의 전문적 권위를 저하시킬 수 있다[22,26]. 따라서 의료기관들은 환자들 본인이 부담하는 비급여 진료비가 적정한 수준임을 인식하고 지속적인 신뢰도를 향상시키기 위하여 환자가 부담하는 비용의 적정성을 제대로 이해할 수 있도록 적절한 정보 제공 및 설명을 할 수 있는 다양한 방안의 강구가 필요하다.

## 감사의 글

본 연구는 건강보험심사평가원 연구용역사업과 순천향대학교 학술연구비 지원으로 수행되었다.

## REFERENCES

- Mollborn S, Stepanikova I, Cook KS. Delayed care and unmet needs among health care system users: when does fiduciary trust in a physician matter? *Health Serv Res* 2005;40(6 Pt 1):1898-1917.
- Goold SD. Money and trust: relationships between patients, physicians, and health plans. *J Health Polit Policy Law* 1998;23(4):687-695.
- Thom DH, Bloch DA, Segal ES. An intervention to increase patients' trust in their physicians. Stanford Trust Study Physician Group. *Acad Med* 1999;74(2):195-198.
- Pearson SD, Rake LH. Patients' trust in physicians: many theories, few measures, and little data. *J Gen Intern Med* 2000;15(7):509-513.
- Rhodes R, Strain JJ. Trust and transforming medical institutions. *Camb Q Healthc Ethics* 2000;9(2):205-217.
- Goold SD. Trust, distrust and trustworthiness. *J Gen Intern Med* 2002;17(1):79-81.
- Fiscella K, Meldrum S, Franks P, Shields CG, Duberstein P, McDaniel SH, et al. Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Med Care* 2004;42(11):1049-1055.
- Mechanic D, Meyer S. Concepts of trust among patients with serious illness. *Soc Sci Med* 2000;51(5):657-668.
- Chi JG. Prospectives of research institute of healthcare policy, Korean Medical Association. *J Korean Med Assoc* 2003;46(3):172-173.
- Blendon RJ, Brodie M, Benson JM, Altman DE, Levitt L, Hoff T, et al. Understanding the managed care backlash. *Health Aff (Millwood)* 1998;17(4):80-94.
- Health Insurance Review & Assessment Services. Annual report 2008. Seoul: Health Insurance Review & Assessment Services; 2009.
- Min IS, Hahm MI, Hwang SY. Study on compulsory verification of healthcare benefit coverage by health insurance in Korea. Seoul: Health Insurance Review & Assessment Services; 2012.
- Mechanic D. Changing medical organization and the erosion of trust. *Milbank Q* 1996;74(2):171-189.
- Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK. Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? *Milbank Q* 2001;79(4):613-639, v.
- Kao AC, Green DC, Zaslavsky AM, Koplan JB, Cleary PD. The relationship between method of physician payment and patient trust. *JAMA* 1998;280(19):1708-1714.
- Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR, Rogers WH, Taira DH, Lieberman N, et al. The primary care assessment survey: tests of data quality and measurement performance. *Med Care* 1998;36(5):728-739.
- Thom DH, Campbell B. Patient-physician trust: an exploratory study. *J Fam Pract* 1997;44(2):169-176.
- Shin DW, Park JH, Shim EJ, Hahm MI, Park JH, Park EC. Predictors and outcomes of feeling of insufficient consultation time in cancer care in Korea: results of a nationwide multicenter survey. *Support Care Cancer* 2012;20(9):1965-1973.
- Suh WS, Lee CK. Impact of shared-decision making on patient satisfaction. *J Prev Med Public Health* 2010;43(1):26-34.
- Lee KJ. On the determination of outpatient's revisit using data mining. *Korean J Health Policy Admin* 2003;13(3):21-34.

21. Parsons T. The social system. Glencoe (IL): Free Press; 1951.
22. Cho BH. Sociology of health and disease. Seoul: Jipmoondang; 2006.
23. Keating NL, Green DC, Kao AC, Gazmararian JA, Wu VY, Cleary PD. How are patients' specific ambulatory care experiences related to trust, satisfaction, and considering changing physicians? *J Gen Intern Med* 2002;17(1):29-39.
24. Lee BW. A study on trust, satisfaction, and loyalty in triadic relationships among patient, doctor, and hospital [dissertation]. Seoul: Sejong University; 2009.
25. Mechanic D, Schlesinger M. The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. *JAMA* 1996;275(21):1693-1697.
26. Cho BH. Medical professionalism in Korea: a sociological view. *J Korean Med Assoc* 2011;54(11):1164-1171.