

의료소비자의 비급여 진료에 대한 자기결정권 행사와 관련 요인

김지은*, 함명일^{*,**†}, 이혜원^{**}, 김선정^{**}

^{*}순천향대학교 일반대학원 의료과학과,

^{**}순천향대학교 의료과학대학 보건행정경영학과, [†]교신저자

〈Abstract〉

Factors Associated with the Exercise of Right to Self-determination about non-benefit Medical Services

* Ji Eun Kim, ^{*}, ^{**†} Myung-il Hahm, ^{**} Hyewon Lee, ^{**} Sun Jung Kim

^{*}Department of Medical Science, Soonchunhyang University Graduate School,

^{**}Department of Health Administration and Management, Soonchunhyang University, College of Medical Science

Purposes: This study was to investigate intention to exercise the patient's right of self-determination on adopting the non-benefit medical services and was to identify factors associated with intention to self-determined decision.

Methodology: A total of 1,000 adult respondents aged 20 to 65 years were recruited using stratified random sampling and surveyed by online. Multivariate logistic regression analysis was performed to identify factors associated with intention to self-determined decision using SAS 9.4(SAS Institute Inc. Cary, NC, USA).

Findings: 61.9% of total participants(n=592) had intention to exercise patient's right of self-determination on adopting the non-benefit medical services. Significant differences were observed in the exercise of self-determination in relation to prior explanation and opportunity for self-determination.

Practical Implications: This study suggested that explanation duty of provider might influence on increasing intention to exercise the patient's right of self-determination. Considering appropriate use of non-benefit services, it is important to enhance explanation duty of provider.

Keywords: Non-benefit; Informed Consent; Patient Self-Determination; Patient autonomy

I. 서론 (Introduction)

의사와 환자의 관계는 전통적으로 정보 비대칭에 따른 위계적 관계로서 환자는 의료 과정에서 의사결정시 대부분 의료전문가에게 결정 권한을 위임하고 대리인 의견에 의존하는 수동적인 존재였다[1-3]. 대리인 이론이 의료

소비자 편익 극대화라는 목적을 달성하기 위해서는 의료 서비스 제공자인 의료전문직이 선의의 대리인으로 항상 환자의 이익을 위해 행동하여야 한다는 전제가 필요하다 [4]. 그러나 현실에서는 의료전문가가 항상 선의의 대리인 역할에 충실하기 쉽지 않으며, 특히 서비스 빈도가 격이 의료전문직의 수입에 큰 영향을 미치게 되는 행위별

* 투고일자 : 2022년 01월 27일, 수정일자 : 2022년 02월 22일, 게재확정일자 : 2022년 02월 23일

** 이 연구는 건강보험심사평가원 및 순천향대학교 학술연구비 지원으로 수행하였음

해당 논문은 2021년 연구자의 순천향대학교 일반대학원 의료과학과 석사학위 논문 중 일부 내용을 수정·보완한 것임

† Correspondence to: Myung-il Hahm, Department of Health Administration and Management, Soonchunhyang University, College of Medical Science, 22 Soonchunhyang-ro, Shinchang-myeon, Asan, 31538, Republic of Korea
Tel: +82-41-530-3035, Fax: +82-41-530-3085, Email: hmi@sch.ac.kr

수가제도나 비급여 의료행위에 있어서는 유인수요가 발생할 수 있다[3,5].

이후 자본주의 시장이 발달함에 따라 의사와 환자의 관계는 서로 간 법적 상호 계약관계로 보는 관점하에 환자는 의료 과정에서 의료행위를 단순히 수용하는 대상이 아니라 적극적인 의사결정 주체가 되었다[6-9]. 인터넷 발달에 따른 정보 전달 경로의 다변화 및 환자 권리 신장에 대한 목소리가 커지면서 환자 중심 의료에 대한 요구가 증가하였다[10]. 이에 환자들은 점차 의료 소비의 핵심 주체가 되어 권리를 적극적으로 행사하게 되었다.

대표적인 환자의 권리인 자기결정권은 무분별한 의료 서비스 수용이 아닌 환자의 신념, 가치, 치료 대안에 따라 의료서비스 수신 여부를 충분한 정보에 근거하여 의사결정 하는 것이다[7,11-12]. 해당 권리 행사를 위해 중요한 요소는 사전 동의(informed consent), 참여(participation) 및 권한 부여(empowerment)이다[8]. 의료서비스 시장에서의 정보 비대칭 해소 및 소비자의 자기결정권 보장을 위해 실용적인 정보 생산제공이 필요하며, 이에 의료제공자의 설명 의무 및 충분한 정보 제공 보장을 새롭게 법적으로 규정하고 있다[3,6,12]. 의료소비자는 자신이 받은 의료서비스에 대한 비용 지불 책임을 갖기 때문에 자기결정권을 행사하기 위한 적절한 정보의 제공과 활용이 필요하다[6-7,11]. 예를 들어 비급여 의료행위 수신 여부의 경우 대체 가능한 급여 진료 항목 여부, 비급여 진료의 필요성, 발생 가능한 신체적 위해 등의 부작용, 비급여 진료로 발생하는 의료비의 지불 가능성 등에 대해 의료진에게 충분한 설명과 상의를 할 수 있어야 한다.

초기 환자 자기결정권 관련 연구는 무의미한 연명치료의 중단과 관련하여 자연사 혹은 존엄사 관점에서의 법학적 논의가 주로 이루어졌다[13]. 이후 환자 중심 의료와 공유의사결정에 관한 연구가 진행되었고 환자가 적극적으로 의사결정 참여시 의료 과정에 대한 만족도 및 순응도를 높이고 궁극적으로는 환자들의 건강 수준과 삶의 질 향상에도 이바지할 수 있었다[14-15].

이 연구는 의료서비스 소비자가 의료 이용 과정에서 비급여 진료 전 충분한 설명을 듣고 치료 방법에 대한 의사결정에 스스로 참여 및 결정하는 자기결정권 행사 의향을 확인하고자 하였다. 또한 자기결정권 행사에 영향을 주는 관련 요인을 개인 특성 및 과거 비급여 진료 관련 경험 요인으로 나누어 세부적으로 확인하고자 하였다.

II. 연구 방법

1. 연구 대상 및 연구자료

이 연구는 최근 1년 이내에 의료경험이 있는 일반 대중을 대상으로 비급여 진료와 관련한 의료 이용 경험을 조사한 자료를 활용하여 비급여 진료 자기결정권에 대한 태도와 관련 요인을 확인하였다. 조사 대상자는 건강보험 통계 연보를 활용하여 17개 시도별, 5개 연령별, 성별 구성 비율에 맞춰 입원과 외래 경험자 각각 500명씩 비례 할당하였다. 조사는 전문 조사업체의 온라인 설문조사를 통해 2017년 12월 13일부터 2018년 1월 3일까지 22일간 진행되었다. 이 연구는 조사 완료된 1,000명 중 최종 연구대상자로 연구의 주요 질문에 대한 무응답자 43명을 제외한 957명을 선정하였다.

2. 연구변수

이 연구에서 활용된 변수는 다음과 같다.

1) 종속변수

이 연구의 종속변수는 비급여 진료 수신 여부의 자기결정권 행사 의향이다. ‘만약, 비급여 진료를 하기 전에 비급여 항목으로 규정된 이유에 대해 충분한 설명을 듣고 진료 여부를 스스로 결정하실 수 있다면, 그렇게 하시겠습니까?’라는 질문에 ‘설명을 듣고 스스로 선택하겠다’라고 응답한 경우는 ‘의향 있음’으로 ‘설명은 필요하나 치료에 필요한 것으로 생각해서 환자가 선택할 문제는 아니라고 생각한다’와 ‘설명도 결정권도 필요 없다’라고 응답한 경우는 ‘의향 없음’으로 정의하였다.

2) 독립변수

이 연구의 독립변수는 비급여 진료 수신 여부의 자기결정권 행사 의향에 영향을 미칠 수 있는 변수로 개인 특성 및 과거 비급여 진료 관련 경험 요인이다.

개인 특성 요인은 성별, 연령, 직업, 거주지역, 월평균 가구소득, 건강보험 종류, 민간의료보험 가입 여부, 의료비 부담 주체로 구분하였다. 연령은 조사 시점 기준 만 나이를 기준으로 ‘50세~65세’, ‘40~49세’, ‘30~39세’, ‘

20~29세)로 분류하였다. 직업은 ‘의회의원, 고위임직원 및 관리자’, ‘전문가’, ‘기술공 및 준전문가’, ‘사무종사자’는 ‘사무직’으로 ‘서비스 종사자’, ‘판매 종사자’, ‘농·임·어업 숙련자’, ‘기능원 및 관련 기능 종사자’, ‘장치·기계조작 및 조립 종사자’, ‘단순 노무 종사자’, ‘군인’은 ‘육체근로자’로 ‘학생’, ‘주부’, ‘무직’, ‘기타(정년퇴직, 취업준비생 등)’는 ‘비경제활동인구’로 재분류하였다[16-17]. 거주지역은 ‘서울’은 ‘서울’로 ‘부산, 대구, 인천, 광주, 대전, 울산’ 거주자면 ‘대도시(서울 제외)’로 ‘경기, 강원, 충북, 충남/세종, 전북, 전남, 경북, 경남, 제주’ 거주자면 ‘기타’로 재분류하였다. 월평균 가구소득은 ‘200만원 미만’, ‘200~300만원 미만’, ‘300~400만원 미만’, ‘400만원 이상’으로 재분류하였다. 건강보험 종류는 ‘의료급여’, ‘직장건강보험’, ‘지역건강보험’으로 분류하였다. 민간의료보험 가입 여부는 ‘귀하께서는 현재 의료비를 보조해주는 민간의료보험(실비보험, 압보험, 사고보장 보험 등)에 가입되어 있으십니까?’라는 질문에 ‘아니오’는 ‘없음’으로 ‘예’는 ‘있음’으로 분류하였다. 의료비 부담 주체는 ‘귀하께서 병원 이용 시 치료비는 주로 누가 내십니까?’라는 질문으로 측정하였으며 ‘가족’, ‘본인’으로 분류하였다.

비급여 진료 관련 과거 경험은 방문 의료기관의 비급여 진료비에 대한 사전 설명 경험, 비급여 진료 수진 여부에 대한 자기결정 경험이다. 방문 의료기관의 비급여 진료비에 대한 사전 설명 경험은 ‘비급여 진료비에 대해 귀하께서 물어보기 전에 병원 측에서 먼저 설명하거나 안내를 한 적이 있습니까?’라는 질문에 ‘설명을 들은 적이 없다’는 ‘설명이 없었음’으로 ‘설명은 했으나 충분하지 않았다’와 ‘충분히 설명했는데, 이해하기 어려웠다’는 ‘이해하기에는 불충분한 설명이 있었음’으로, ‘충분히 설명하였고, 이해하기 쉬웠다’는 ‘이해하기에 충분한 설명이 있었음’으로 분류하였다. 비급여 진료 수진 여부에 대한 자기결정 경험은 ‘비급여 항목에 대한 진료를 받기 전에, 귀하께서는 진료 여부를 스스로 결정할 수 있는 기회가 있었습니까?’라는 질문에 ‘물어보지 않아서 내 의견을 말할 수 없었다’는 ‘자기결정 기회가 없었음’으로, ‘의사나 병원이 먼저 나에게 물어보았으나, 해야만 한다고 해서 병원의 결정에 따랐다’는 ‘의견을 물어보았으나, 의사의 의견에 순응함’으로, ‘의사나 병원이 먼저 나에게 해당 진료를 받을지를 물어봐 주었고, 내 의견을 말할 수 있었다’는 ‘의견을 물어보았고 자기결정권을 행사함’으로 분류하였다.

3. 분석 방법

연구대상자의 비급여 진료 자기결정권에 대한 행사 의향에 따른 개인 특성 및 비급여 진료 관련 경험 요인의 특성 간 분포 차이를 확인하기 위해 기술 통계분석과 카이제곱 검정을 수행하였다. 비급여 진료 자기결정권 행사 의향의 관련 요인들을 확인하기 위해 단변량·다변량 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 이 연구에서 사용된 모든 통계 결과의 유의성 여부는 유의수준 5%에서 검정하였으며, 통계분석은 SAS ver. 9.4(SAS Institute Inc. Cary, NC, USA) 프로그램을 이용하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

전체 대상자 957명 중 61.9%(592명)가 향후 비급여 진료 수진 여부에 대한 자기결정권을 행사하고자 하는 의향이 있었다. 비급여 진료 자기결정권 행사 의향에 따라 민간의료보험 가입 여부, 과거 방문한 의료기관에서의 비급여 진료비에 대한 사전 설명 경험, 비급여 진료 수진 여부에 대한 자기결정 경험의 차이가 있었다(p -value < 0.05). 비급여 진료 자기결정권 행사 의향이 있는 경우는 민간의료보험이 있는 경우, 방문 의료기관의 비급여 진료비에 대한 사전 설명 경험이 없는 경우나 이해하기에 충분한 사전 설명을 들은 경험이 있는 경우, 비급여 진료 수진 여부에 대한 자기결정 경험이 있는 경우나 아예 자기 의견을 말할 기회가 없었던 경험이 있는 경우가 많았다.

2. 비급여 진료 자기결정권 행사 의향 관련 요인

단변량 로지스틱 회귀분석 결과, 비급여 진료 자기결정권에 대한 태도 관련 요인은 개인 특성에서 성별과 직업 유형, 거주지역, 월평균 가구소득, 의료비 부담 주체는 비급여 진료 자기결정권에 대한 태도와 통계적으로 유의한 관련성이 없었다. 연령의 경우 50~65세에 비해 40대(40~49세)에서 1.64배(95% CI=1.15-2.35) 높게 향후 비급여 진료 자기결정권 행사 의향이 있었다. 건강보험 종류에서는 의료급여 대상자보다 직장건강보험 대상자일

<표 1> 연구 대상자의 비급여 진료의 자기결정권 행사 의향에 따른 일반적 특성
(General characteristics of the sample by intention to exercise the patient's right to self determination related to Non-benefit)

Variables	Total (N=957)	intention to exercise the Patient's right to self determination related to Non-benefit		p-Value
	n(%)	Yes n(%)	No n(%)	
Total	957(100.0)	592(61.9)	365(38.1)	
Sex				
Men	484(50.6)	297(61.4)	187(38.6)	0.749
Women	473(49.4)	295(62.4)	178(37.6)	
Age (years)				
50~65	319(33.3)	181(56.7)	138(43.3)	0.055
40~49	224(23.4)	153(68.3)	71(31.7)	
30~39	228(23.8)	141(61.8)	87(38.2)	
20~29	186(19.5)	117(62.9)	69(37.1)	
Type of Occupation (Current)				
White color	554(57.9)	346(62.4)	208(37.6)	0.088
Blue color	181(18.9)	100(55.3)	81(44.8)	
Economically Inactive	222(23.2)	146(65.8)	76(34.2)	
Residential Area				
Seoul	161(16.8)	96(59.6)	65(40.4)	0.193
Metropolis(except Seoul)	399(41.7)	237(59.4)	162(40.6)	
OTHER	397(41.5)	259(65.2)	138(34.8)	
Monthly Household Income (10,000won)				
<200	159(16.6)	97(61.0)	62(39.0)	0.670
200~299	220(23.0)	129(58.6)	91(41.4)	
300~399	203(21.2)	128(63.1)	75(36.9)	
≥400	375(39.2)	238(63.5)	137(36.5)	
Type of national health insurance				
Employee insured	623(65.1)	400(64.2)	223(35.8)	0.056
Self-employed insured	258(27.0)	153(59.3)	105(40.7)	
Medical aid beneficiaries	76(7.9)	39(51.3)	37(48.7)	
Private insurance				
None	191(20.0)	105(55.0)	86(45.0)	0.028*
Yes	766(80.0)	487(63.6)	279(36.4)	
Main payer of medical expenses				
Family member	798(83.4)	501(62.8)	297(37.2)	0.188
By myself	159(16.6)	91(57.2)	68(42.8)	
Experience in prior explanation of non-benefit medical expenses at visiting medical institutions				
Insufficient explanation to understand	561(58.6)	283(50.5)	278(49.5)	<.0001***
No explanation	308(32.2)	237(77.0)	71(23.0)	
Enough explanation to understand	88(9.2)	72(81.8)	16(18.2)	
Experience in self-determination of whether to receive non-benefit care				
Asked, Compliance to doctor's decision	457(47.8)	227(49.7)	230(50.3)	<.0001***
No opportunity	319(33.3)	229(71.8)	90(28.2)	
Asked, Self-determination	181(18.9)	136(75.1)	45(24.9)	

* <0.05, ** <0.01, *** <0.001

때 1.70배(95% CI=1.05-2.75) 높게 향후 비급여 진료 자기결정권 행사 의향이 있었다. 민간의료보험이 없는 경우에 비해 있는 경우는 1.43배(95% CI=1.04-1.97) 높게 향후 비급여 진료 자기결정권 행사 의향이 있었다. 비급여 진료 관련 경험에서는 방문한 의료기관에서 비급여 진료비에 대해 이해하기에는 불충분한 설명을 들은 경우에 비해 아예 설명을 들은 적이 없는 경우는 3.28배(95% CI=2.40-4.48), 이해하기에 충분한 설명을 들은 경우는 4.42배(95% CI=2.51-7.79) 높게 향후 비급여 진료 자기결정권 행사 의향이 있었다. 비급여 진료 수진 여부에 대한 자기 의견을 말할 기회는 있었으나 의사의 결정에 순응한 경우에 비해 아예 자신의 의견을 말할 기회가 없었던 경우 2.58배(95% CI=1.90-3.50), 자신의 의견을 말하고 실제로 자기결정권을 행사한 경험이 있었던 경우 3.06배(95% CI=2.09-4.49) 높게 향후 비급여 진료 자기결정권 행사 의향이 있었다.

다변량 로지스틱 회귀분석 결과, 비급여 진료에 대한 자기결정권 행사 의향 관련 요인 중 개인 특성에서 성별, 직업 유형, 거주지역, 월평균 가구소득, 건강보험 종류, 민간의료보험 가입 여부, 의료비 부담 주체는 비급여 진료 자기결정권에 대한 태도와 통계적으로 유의한 관련성이 없었다. 연령은 50~65세에 비해 40대(40~49세)에서 1.78배(95% CI=1.21-2.63) 높게 향후 비급여 진료 자기결정권 행사 의향이 있었다. 비급여 진료 관련 경험에서는 방문한 의료기관에서 비급여 진료비에 대해 이해하기에 불충분한 사전 설명을 들어본 경험이 있는 대상자에 비해 아예 사전 설명을 들어본 적이 없는 경우 2.99배(95% CI=2.00-4.46), 이해하기에 충분한 설명을 들어본 경험이 있는 경우 3.01배(95% CI=1.63-5.55) 높게 향후 비급여 진료 자기결정권 행사 의향이 있었다. 비급여 진료 수진 여부에 대한 의견을 말할 기회가 있었으나 의사의 결정에 순응한 경우에 비해 자신의 의견을 말하고 자기결정권을 행사해 본 경험이 있는 경우 2.29배(95% CI=1.50-3.50) 높게 향후 비급여 진료 자기결정권 행사 의향이 있었다.

IV. 고 찰

최근 환자 중심성(Patient-Centeredness)이 중요해

짐에 따라, 과거 환자를 단순히 의료행위(치료)의 수동적인 수용 대상으로 보는 관점에서 환자-의사의 관계를 동등한 법적 상호 계약관계로 보아 환자는 의료 과정에 있어 적극적인 참여자 및 자원 일부로 받아들여지게 되었다 [6-8]. 이에 환자 스스로 의료서비스 수진 여부에 대해 충분한 정보를 근거로 한 자기결정권 행사를 할 수 있도록 필요한 바탕이 되는 의료제공자의 설명 의무 및 충분한 정보 제공 보장을 새롭게 법적으로 규정하고 있다. 우리나라에서도 비급여 진료비용 고지제도, 비급여 진료비용 공개제도, 비급여 진료에 대한 사전 설명 의무화, 의사의 설명 의무 부여 등의 법적 규정을 두고 있다 [11,18-19]. 의료서비스에 대한 대표적인 정보 공개 제도 중 하나가 ‘비급여 진료비용 공개제도’인데 이는 의료공급자뿐만 아니라 의료소비자에게 실질적인 효과가 있는지도 중요한 관심사이다. 이 제도가 효과적으로 작동하기 위해서는 제도를 통해 공개된 정보가 의료소비자의 의료기관 선택 및 의료서비스 수진 여부 결정과 같이 의료과정에서 합리적인 자기결정권 행사를 위해 활용되는 것이 중요하다. 그러나 의료소비자의 비급여 의료서비스 수진 여부에 대한 자기결정권 행사 의향 및 이에 영향을 주는 관련 요인에 관해 이루어진 연구는 부족한 실정이다.

이에 이 연구는 의료소비자를 대상으로 비급여 진료 수진 여부에 대한 자기결정권 행사 의향 및 관련 요인을 확인하였다. 연구 결과 연구대상자의 61.9%(592명)가 개인적 특성과는 무관하게 비급여 진료 수진 여부의 자기결정권 행사 의향이 있었다. 절반 이상의 대상자가 본인이 받게 될 의료서비스(의료행위)의 필요성, 발생할 수 있는 부작용, 대체 가능한 선택지, 부담하게 될 비용 수준 등에 대해 사전에 설명을 듣고 스스로 결정하기를 원한 것이다. 50~65세의 경우 다른 연령층에 비해 자기결정권 행사에 있어 부정적인 태도를 보였는데 이는 고령층의 경우 전통적인 의료 환경에서의 수동적인 수용자로서의 환자 역할에 익숙할 뿐만 아니라 상대적으로 낮은 교육 수준으로 인해 건강정보이해 능력이 부족하여 의사결정과정에서 참여하는 것에 대한 자기효능감이 떨어지기 때문으로 보인다 [8,19]. 민간의료보험 미가입자의 경우 의료급여 수급권자 및 의료비 주 부담주체가 가족 구성원인 경우와 같이 자기결정권 행사에 있어 부정적인 태도를 보이는데, 이는 의료서비스 이용에 대해 본인이 부담하는 부분이 적어 가격에 대한 비탄력성으로 인해 발생한 의료 이용 해

<표 2> 향후 비급여 진료의 자기결정권 행사 의향의 관련 요인

(Result of logistic analysis : factors affecting intention to exercise the patient's right to self determination related to Non-benefit)

Variables	intention to exercise the patient's right to self determination related to Non-benefit			
	Univariate logistic analysis		Multivariate logistic analysis	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Sex				
Women	1.00		1.00	
Men	0.96	0.74-1.24	1.11	0.83-1.48
Age (years)				
50~65	1.00		1.00	
40~49	1.64	1.15-2.35	1.78	1.21-2.63
30~39	1.24	0.87-1.75	1.30	0.89-1.92
20~29	1.29	0.89-1.87	1.47	0.96-2.24
Type of Occupation (Current)				
White color	1.00		1.00	
Blue color	0.74	0.53-1.04	0.87	0.59-1.27
Economically Inactive	1.16	0.83-1.60	1.40	0.93-2.11
Residential Area				
Seoul	1.00		1.00	
Metropolis(except Seoul)	0.99	0.68-1.44	1.02	0.68-1.53
OTHER	1.27	0.87-1.85	1.31	0.87-1.97
Monthly Household Income (10,000won)				
<200	1.00		1.00	
200~299	0.91	0.60-1.37	0.97	0.62-1.54
300~399	1.09	0.71-1.67	1.06	0.66-1.69
≥400	1.11	0.76-1.63	1.17	0.76-1.82
Type of national health insurance				
Medical aid beneficiaries	1.00		1.00	
Employee insured	1.70	1.05-2.75	1.75	0.99-3.07
Self-employed insured	1.38	0.83-2.31	1.56	0.89-2.74
Private insurance				
None	1.00		1.00	
Yes	1.43	1.04-1.97	1.37	0.96-1.96
Main payer of medical expenses				
Family member	1.00		1.00	
By myself	1.26	0.89-1.78	1.28	0.85-1.93
Experience in prior explanation of non-benefit medical expenses at visiting medical institutions				
Insufficient explanation to understand	1.00		1.00	
No explanation	3.28	2.40-4.48	2.99	2.00-4.46
Enough explanation to understand	4.42	2.51-7.79	3.01	1.63-5.55
Experience in self-determination of whether to receive non-benefit care				
Asked, Compliance to doctor's decision	1.00		1.00	
No opportunity	2.58	1.90-3.50	1.43	0.96-2.12
Asked, Self-determination	3.06	2.09-4.49	2.29	1.50-3.50

이(utilization hazard)의 일환으로 볼 수 있다[20].

다변량 로지스틱 분석 결과 비급여 의료서비스 수진 여부에 대한 자기결정권 행사 의향의 영향 요인은 연령, '방문 의료기관의 비급여 진료비에 대한 사전 설명 경험', '비급여 진료 수진 여부에 대한 자기결정 경험'이었다.

비급여 진료 자기결정권을 행사하기 위한 선행조건은 충분한 정보 및 설명, 정보원에 대한 수월한 접근, 해당 정보에 대한 활용 능력(건강정보이해 능력, Health Literacy)이다. 건강정보이해 능력이란 건강을 관리하기 위한 관련 정보 탐색, 이해, 활용을 통해 스스로 자신의 건강 문제에 대해 적절한 의사결정을 내리는 능력이다[21]. 이 연구 결과 50~65세에 비해 연령대가 낮은 집단에서 비급여 진료 자기결정권 행사 의향이 있었다. 일반적으로 연령대가 높고 사회경제적으로 취약한 경우 건강정보이해 능력이 더 낮으며, 고령층보다 연령층이 낮을수록 자신의 건강 문제에 대해 의료진과 소통하고 의사결정을 하는데 선호 및 참여도가 높기 때문으로 보인다[22-23].

비급여 진료 관련 경험에서는 과거 방문한 의료기관에서 본인이 문의하기 이전에 먼저 비급여 진료비에 대해 받은 사전 설명을 이해하기 불충분한 설명이라고 느낀 대상자에 비해 아예 사전 설명을 듣지 못한 경우 2.99배(95% CI=2.00-4.46), 이해하기에 충분한 설명이라고 느꼈을 때 3.01배(95% CI=1.63-5.55) 높게 비급여 진료의 자기결정권 행사 의향이 있었다. 의료서비스 제공 과정에서 의사의 전문성은 신뢰감 형성에 영향을 미치는 데[24], 환자와의 소통에 있어 공감대를 형성하고 많은 정보를 제공하는 것이 중요하다[25]. 사전 설명이 없었던 대상자의 경우에는 과거에 비급여 진료비에 대해 충분한 설명을 듣지 못하여 의료진에 대해 신뢰도가 낮고 의사결정 과정에 있어 소외된 경험이 있어 그에 대한 보상심리로 충분한 설명을 듣고 스스로 결정한 권리를 행사하고자 하는 요구가 높아지기 때문으로 보인다[19]. 반면에 이해하기에 충분한 설명을 들었다고 응답한 대상자의 경우 의료진이 제공하는 설명을 듣고 자신의 건강 문제에 대해 충분히 이해가 가능한 건강정보이해 능력이 높은 대상자이기에 의료서비스 과정에서의 의사결정에 적극적인 태도인 것으로 보인다. 비급여 진료 수진 여부에 대한 과거 경험에 있어 자신의 의견은 물어보았으나 의사의 결정에 따라야만 한다는 경우에 비해 자신의 의견을 말하고 자기결정

권을 행사해 본 경험이 있는 경우 2.29배(95% CI=1.50-3.50) 높게 향후 비급여 진료의 자기결정권 행사 의향이 있었다. 이는 과거에 비슷한 상황에서의 경험이 일종의 자기효능감으로 작용하여 앞으로 행동할 수 있게 하는 동기가 되기 때문으로 보인다.

이 연구는 일반 대중을 대상으로 비급여 진료 수진 여부에 대한 자기결정권 행사 의향을 확인하고 이에 영향을 주는 요인을 파악하기 위해 연구대상자 957명을 대상으로 설문조사 결과에 대해 분석을 시행하였다. 연구 결과 개인적 특성과는 무관하게 일반 대중은 대부분(61.9%) 비급여 진료에 대한 자기결정권 행사 의향이 있었다. 최근 환자의 자기결정권 행사를 위한 충분한 설명과 동의가 강조되고 있는 상황에서 당연하고 환영할만한 결과라고 할 수 있다. 또한 비급여에 대한 정보를 탐색, 이해, 활용할 수 있는 능력이 더 좋을 것으로 예상되는 젊은 연령층 및 사무직의 경우 실제로 비급여 진료 수진 여부에 대한 향후 자기결정권 행사 의향이 높았다. 경제적인 조건보다는 건강정보이해 능력이나 비급여 진료와 관련한 과거 경험이 더욱 비급여 진료 자기결정권 행사 의향과 관련이 있는 것이다. 의료서비스 과정에서의 환자는 의료진의 결정에 순응하는 수동적인 역할에서 의료진과 함께 상호협력적 소통과 의사결정을 하는 주체로 역할에 대한 인식이 변화하고 있다[26-27]. 환자 중심 의료 체계로 변화함에 따라 환자는 자신의 의학적 필요와 선호를 존중받아야 하며, 이는 단순히 환자만을 위한 것이 아니라 의료진과 환자 간의 관계 지속성 및 신뢰도 향상, 치료·진단에 대한 순응도 증가를 통해 효과적인 건강 문제 해결에 도움이 되며 의료기관 재방문 상승효과도 있다[28-29]. 아직 국내에서는 환자의 적극적인 자기결정권 행사를 통한 공동 의사결정에는 소극적인 태도를 보인다. 그러나 임상적으로나 건강보험 재정 측면에서도 긍정적인 만큼 의료진과 의료기관의 노력 및 관련 제도를 통해 더욱 적극적으로 환자의 자기결정권 행사를 활성화해야 할 것이다. 계획된 행동 이론에 따르면 의도는 행동에 선행하는 직접적인 결정인자로 규명하였다[30]. 이에 따르면 비급여 진료에 대한 자기결정권 행사 의향을 결정하는 요인은 자기결정권 행사 행위에 대한 태도, 주관적 규범, 지각된 통제이다. 환자들이 자기결정권을 행사하는 행위에 대해서 필요하다고 인식하고 이를 위해 노력하였을 때 실제 실천하기 쉽다고 여겨야 활성화가 될 수 있다. 이를 위해서는 환자들

이 접근하기 좋은 방식을 통해 이해하기 쉬운 정보를 제공·노출하는 것이 필요할 것이다.

이 연구는 비급여와 관련한 경험의 의료소비자에 대한 현황을 조사한 설문자료를 활용한 연구로 다음의 몇 가지 한계점을 지니고 있다. 첫째, 조사자료의 한계로 학력, 결혼 여부, 동거 가구원 수 및 개인의 건강 상태인 만성질환의 개수 및 중증도, 신체 활동 제한 정도 등에 대해 고려하지 못했다. 특히 사회경제적 수준에 따라 건강정보이해 능력이 연관이 있는데 이와 관련한 연구 결과 해석에 있어 학력에 대한 해석의 한계가 있었다. 둘째, 해당 연구는 설문조사 자료를 활용하여 기억 회귀 오류나 과거 관련 경험으로 발생한 태도 변화의 선후관계에 대해서는 명확히 구분할 수 없었다. 그런데도 이 연구는 의료소비자의 비급여 진료에 대한 자기결정권 행사 의향 및 과거 비급여 자기결정권 행사 경험률 등을 확인하고 관련 요인을 파악한 국내 최초의 연구로서 그 의미가 있다.

ORCID

Ji Eun Kim :

<https://orcid.org/0000-0002-8336-7064>

Myung-Il Hahm :

<https://orcid.org/0000-0002-4790-3739>

Hyewon Lee :

<https://orcid.org/0000-0002-6041-0840>

Sun Jung Kim :

<https://orcid.org/0000-0003-1756-1376>

Reference

- [1] Parsons, T. "The sick Role and the Role of the Physician Reconsidered" *Health and Society*. 1975;53(2):257-278
- [2] Fox, R. C. *The Sociology of Medicine: a Participant Observer's View*. 1989; Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- [3] Yoon KJ, Choi JH, Jo BH. *Consumer Rights in Healthcare Service*. 2013. Korea Institute for Health and Social Affairs.
- [4] Mooney G, Ryan M. Agency in health care: getting beyond first principals, *Journal of Health Economics*, 1993; 12(2):125-135.
- [5] Jang IS. Expanding the disclosure of non-covered services to enhance the public's right to know, *HIRA RESEARCH*, 2020;14(6): 30-38.
- [6] Kim KW. Constitutional Self-Determination, *Law Review* 2005;20: 161-179.
- [7] Jung YH. Compare Patient Right and Consumer Right in Medial field. *Health Policy and Management* 2017;27(1): 3-17.
- [8] Nordgren, S., & Fridlund, B. Patients' perceptions of self-determination as expressed in the context of care, *Journal of advanced nursing* 2001;35(1), 117-125.
- [9] Suh JH. Consumer Attitude towards Physicians' Duty to Provide Information and Patients' Self-determination Options and Related Variables, *Journal of the Korean Home Economics Association*, 1992; 30(3) : 193-204.
- [10] Kim Y. Changes in patient-centered medical services: focused on improvements on communication between doctors and patients, *Journal of Science & Technology Studies*, 2013;13(2) : 71-110.
- [11] Kim JH. Advance beneficiary notice of non-coverage, *HIRA RESEARCH* 2020;14(6): 47-55.
- [12] Rock, M. J., & Hoebeke, R. Informed consent: whose duty to inform?. *Medsurg Nursing* 2014;23(3), 189.
- [13] Dae Seog Heo. Patient Autonomy and Advance Directives in Korea, *Journal of the Korean Medical Association* 2009;52(9): 865-870. DOI: <https://doi.org/10.5124/jkma.2009.52.9.865>
- [14] Edwards, Adrian, & Elwyn, Glyn. Inside the black box of shared decision making: distinguishing between the process of involvement and who makes the decision. *Health Expectations*, 2006;9(4): 307-320.
- [15] Rimondini, Michela, Del Piccolo, Lidia, Goss, Claudia, Mazzi, Mariangela, Paccaloni, Monica, & Zimmermann, Christa *Communication Skills*

- in Psychiatry Residents—How Do They Handle Patient Concerns? *Psychotherapy and psychosomatics*, 2006;75(3):161–169.
- [16] Kim SA, Song IH, Wang JH, Kim YK, Park WS. The Prevalence of Chronic Diseases, Status of Health Behaviors and Medical Service Utilization – Focused on Female Blue–Collar Workers – *J Agr Med Commun Health*, 2010;35(3):239–248.
- [17] Noh HJ, Kim YT. The Major Characteristics and Impact Factors of NEET Youth in Korea: An analysis of population groups by level of education. *Journal of Public Society*, 2019;9(4): 73–105.
- [18] Kong IS. Policy on non–covered health services. *HIRA RESEARCH*, 2020;14(6): 7–22.
- [19] Kim JS. A Study on the Scope and Limitations of Doctors’ Responsibility to Obtain Informed Consent from Patients. *The Journal of Property Law* 2011;28(1): 341–361.
- [20] Oh HL, Moon SW. Effect of the coverage of fee–for–service medical insurance on the healthcare utilization. *Health and Social Science* 2019;51(1): 153–176.
- [21] Institute of Medicine Health literacy: A prescription to end confusion. Washington, DC: National Academies Press, 2004.
- [22] Aboumatar HJ, Carson KA, Beach MC, Roter DL, Cooper LA. The impact of health literacy on desire for participation in helathcare, medical visit communication, and patient reported outcomes among patient with hypertension. *J Gen Intern Med* 2013;28(11): 1469–1476.
- [23] A. Schneider, T. Körner, M. Mehring, M. Wensing, G. Elwyn & J. Szecsenyi. Impact of age, health locus of control and psychological co–morbidity on patients’ preferences for shared decision making in general practice. *Patient Education and Counseling* 2006;61(2), 292–298. DOI : 10.1016/j.pec.2005.04.008
- [24] Kang MS, Song CS, Shin JC. Service Employee Expertise and Relational Behavior and Relationship Consequences. *korean management review* 2006;6:961–985.
- [25] Jeong HS, Kim YS, Kim SH. A Study on the Effects of Patients’ Individual Factors, Medical Institute Factors, and Health Care Provider Factors on Trust, Role Clarity, and Compliance with Treatment. *KOREAN NPO REVIEW* 2015;14(1):45–59.
- [26] Jo KH & Kim GM Types of Shared Medical Decision Making for Terminally Ill Patients. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2014;17(4):278–288.
- [27] Kim Y. Changes in patient–centered medical services: focused on improvements on communication between doctors and patients. *Journal of Science and Technology Studies* 2013;13(2): 71–110.
- [28] Wolfe, A. Institute of Medicine report: crossing the quality chasm: a new health care system for the 21st century. *Policy, Politics, & Nursing Practice* 2001;2(3):233–235.
- [29] Han, J. J., Lee, M. J., & Im, H. J. Comprehension of patient–physician interaction through analysis of relationships between domains in clinical performance examination. *Korean journal of medical education* 2010;22(3):177–184.
- [30] Ajzen, I. Constructing a theory of planned behavior questionnaire [Internet]. Ireland: Measurement Instrument Database for the Social Sciences Ireland. 2013 [cited 2022 February 22]. Available from: <http://people.umass.edu/ajzen/pdf/tpb.measurement.pdf>