

의료생활협동조합 의원의 일차의료서비스 질 평가

Original
Article

최윤구, 김경우¹, 최용준², 성낙진³, 김재용², 박진하, 홍승권⁴, 이재호*, 일차의료연구회⁵

가톨릭대학교 의과대학 가정의학교실, ¹인제대학교 의과대학 서울백병원 가정의학교실, ²한림대학교 의과대학 사회의학교실 & 사회의학연구소, ³동국대학교 의과대학 일산병원 가정의학과, ⁴가톨릭대학교 인천성모병원 가정의학과, ⁵일차의료연구회

Patient Assessment of Primary Care of Health Cooperative Clinics in South Korea

Yoon Goo Choi, Kyoungwoo Kim¹, Yong-Jun Choi², Nak Jin Sung³, Jaiyong Kim², Jin Ha Park, Seung Kwon Hong⁴, Jae Ho Lee*, Korean Primary Care Research Group⁵

Department of Family Medicine, The Catholic University of Korea School of Medicine, Seoul, ¹Department of Family Medicine, Seoul Paik Hospital, Inje University College of Medicine, Seoul, ²Department of Social and Preventive Medicine, Hallym University College of Medicine & Health Services Research Center, Chuncheon, ³Department of Family Medicine, Ilsan Hospital, Dongguk University College of Medicine, Goyang, ⁴Department of Family Medicine, Incheon St. Mary's Hospital, The Catholic University of Korea School of Medicine, Incheon, ⁵Korean Primary Care Research Group, Seoul, Korea

Background: In South Korea, major health care problems have been occurred under the structural background that medical services are mainly provided by private medical institutions. Primary health care, which is very crucial in public health, has been overlooked, and is disorganized and fragmented. In the mean time, health cooperative movement was initiated by local residents and medical doctors to overcome health care problems in 1987. We conducted this study to evaluate the role of health cooperative clinics and obtain lessons for the future primary care policy.

Methods: During April to June in 2007, survey was performed by a trained interviewer at the waiting rooms of 3 health cooperative clinics, in the process of development of the Korean Primary Care Assessment Tool (KPCAT). The KPCAT consists of 5 domains (21 items): first contact (5), coordination function (3), comprehensiveness (4), family/community orientation (4), and personalized care (5). Subjects were patients (or guardians) who had visited their health cooperative clinics on six or more occasions over a period of more than 6 months. We compared primary care scores of each domain between members and non-members of health cooperative clinics by student t-test. Effect of having a membership on each primary care domains was examined by multiple regression analysis.

Results: Among the participants (N = 100), members of health cooperatives were 48, and non-members 52. Total average scores of 5 primary care domains of the KPCAT were 78.0 ± 13.5 on 100 point scale. (82.0 ± 13.1 in members, and 74.3 ± 13.0 in nonmembers; $P = 0.004$) Among primary care domains, personalized care was the highest (91.4 ± 11.0), and coordination function the lowest (61.0 ± 33.1) in score. Significant differences between members and nonmembers were noted in coordination function (68.9 vs. 53.7 , $P = 0.021$) and comprehensiveness (78.4 vs. 67.2 , $P = 0.008$). These differences were continued after adjusting by multiple regression analysis for socio-demographic variables including age, sex, income, education, number of disease, and duration since the first visit.

Conclusion: In the health cooperative clinics whose primary care performance has been considered exemplary in the context of health care in South Korea, primary care scores assessed by members were higher than those by non-members. The significant differences of scores in coordination function and comprehensiveness between members and non-members suggest that the future primary care policy should be focused to strengthen these two domains of primary care.

Keywords: Primary Health Care; Quality Assurance; Usual Source of Care; Health Cooperative

Received: September 16, 2008, Accepted: July 18, 2010

*Corresponding Author: Jae Ho Lee

Tel: 042-220-9247

E-mail: jaeholee@catholic.ac.kr

서론

국가의 일차의료 수준이 높을수록 적정 의료비를 지출하면서도 국가의 건강성과가 우수하게 나타난다는 상당한 근거

Korean Journal of Family Medicine
Copyright © 2010 by The Korean Academy of Family Medicine

들이 지난 30년간의 연구결과들을 통해서 축적되어 왔다.¹⁾ 그렇지만 경제협력개발기구(OECD) 선진 13개국 일차의료 수준과 비교한 연구에 의하면, 우리나라 일차의료는 최하위에 위치하는 것으로 평가된 바 있다.²⁾ 우리나라는 의료보장 측면에 있어서는 12년(1977-1989)만에 전 국민 의료보험제도를 완성하여 의료서비스 접근성은 크게 향상되었지만,³⁾ 보건의료체계의 기반이자 첫 진입지점인 일차보건의료는 지난 수십년 동안 구조 개혁을 이루지 못하였다. 의료의 상업화와 대기업의 의료계 진출, 병원 수요에 의한 의료인력 양성, 과잉 배출된 단과전문의들에 의한 분절화된 서비스 등은 일차보건의료난맥상을 더욱 심화시켜 왔다.⁴⁾

우리나라 보건의료 문제 해결을 위해서 “지역 중심의 일차보건의료 체계, 새로운 건강 운동, 건강 정보의 건전한 유통, 지역 사회 주민 참여가 필요하다”⁵⁾는 주장이 제기되어 왔다. 인구의 노령화, 경제수준의 향상과 생활양식의 변화로 인한, 고혈압, 당뇨병 등 만성병이 증가하고 있는 데 현재의 치료 중심적인 의료체계로는 이러한 문제들에 대응하기 어렵기 때문이다. 지역주민의 건강관리는 질병치료 보다는 지역 건강 환경과 연관되며, 결국 전반적인 생활체계와 연관될 수밖에 없다. 지역의 건강 문제를 지역주민들이 조직적으로 해결해야 한다는 고민 속에서 나온 대안이 바로 의료생활협동조합(의료생활협)이다.⁶⁾ 의료생활협은 협동조합의 원칙을 따르며, 그 기관에서 일하는 의료 전문가와 힘을 모아 건강과 관련된 문제를 해결하기 위하여 노력하는 주민자치조직이다.⁷⁾ 의료생활협은 대안적 일차의료기관으로서 보건의료 정책 입안자와 연구자들의 주목을 받아 왔다. 현재 의료생활협에서는 조합원 외에 일반 주민(비조합원)도 진료를 받을 수 있다. 조합원은 운영에 참여할 수 있으며, 경영이용위원회 등을 통하여 진료 과정을 점검할 수 있으며, 건강검진 서비스, 조합원에 대한 주치의 사업, 방문간호, 낮 병동 등의 혜택을 받을 수 있고 보건학교, 건강 마을, 환자 자조 모임 등의 활동에도 참여 할 수 있다. 비조합원은 다른 의원급 의료기관 진료와 동일한 방식으로 진료를 받을 수 있다.⁸⁾

한편, 대안적 일차의료기관으로서의 의료생활협의 의미와 그 관심은 적지 않음에도 불구하고, 의료생활협의 역할과 기능에 관한 연구는 그 수가 매우 부족한 상태이다. Sung 등에 의한 최근 연구에 의하면, 한국 일차의료 평가도구(the Korean Primary Care Assessment Tool, KPCAT)⁹⁾로 측정된 의료생활협의 일차의료 수행성(질)은 개인의원, 보건소 진료실, 병원 가정의학과 외래의 수행성보다 우수한 것으로 밝혀졌다.¹⁰⁾ 이와 같은 연구 결과는 조사에 응한 환자가 조합원이나 아니냐에 따라 달라질 수 있다. 본 연구는 조합원 여부에 따라 의료생활

서비스가 다르게 평가될지 모른다는 호기심에서 비롯되었다. 본 연구에서 저자들은 의료생활협을 상용치료원(usual source of care)으로 이용하는 주민들이, 의료생활협의 일차의료서비스를 평가한 자료를 분석하였다. 아울러 주치의 서비스 등 포괄적 서비스를 받고 있는 조합원들과, 기존의 의원급 의료기관 이용방식과 동일하게 의료생활협의 진료 서비스만을 이용하는 비조합원들이 평가한 결과를 비교함으로써, 향후 일차의료 정책 수립 시에 참고할 만한 교훈을 얻고자 하였다.

방법

본 연구에서의 자료 수집방법은 가톨릭대학교 강남성모병원 기관심의위원회(Institutional Review Board)의 승인을 받은 바 있다.

1. 연구 대상기관

연구수행 당시 전국에 의료생활협 설립을 준비 중이거나 운영 중인 기관은 6곳 이상이었으나, 진료업무 개시 후 3년 이상 운영 경험이 있는 의료생활협으로서 가정의가 근무하는 서울·경기 지역(인천광역시, 안산시, 안성시) 의료생활협의 3곳만을 일차의료서비스 평가 대상기관으로 하였다. 이렇게 평가 대상 기관을 제한한 것은 질적으로 더 나은 자료를 얻기 위해서였다. 이들 의료생활협은 단독 진료 형태의 기존의 개인의원들과는 다르게 2인 이상의 가정의가 공동 진료하는 형태를 취하고 있었다.

2. 일차의료서비스 평가의 주체

의료생활협을 상용치료원으로 이용하는 지역 주민을 평가자로 하였다. 의료생활협의 조합원과 일반 주민(비조합원)을 모두 포함시켰다. 본 연구에서 상용치료원이란, 환자 또는 주민이 의료기관을 방문한 지 6개월 이상 경과하고 방문한 횟수가 6회 이상인 경우, 그 해당 의료기관(제공자)을 호칭하는 것으로 정의하였다. 환자가 만 18세 미만이거나 환자가 만 18세 이상이어도 읽고 쓰기 어려운 경우는 보호자를 평가자로 하였고 그 외 만 18세 이상의 환자인 경우는 본인을 평가자로 하였다.

3. 자료 수집

KPCAT 개발을 위하여 2007년 4월부터 6월까지 일정한 교육을 받은 설문 조사 요원이 일차의료기관의 대기실에서 진료 목적으로 대기하는 환자 또는 그 보호자를 대상으로 자료

를 수집한 바 있다.⁹⁾ 이 연구는 그 중 인천광역시, 안산시, 안성시에 소재한 의료생활의원 3곳의 자료를 분석대상으로 하였다. 이 3곳에서는 자료 수집시 조합원 여부를 표시하도록 하였다.

4. KPCAT

KPCAT는 우리나라 일차의료 개념 정의¹⁰⁾를 바탕으로 문항 수집과 개발, 전문가자문, 요인 분석, 타당도 검증을 통하여 개발되었다.⁹⁾ 이것은 환자 등 서비스 이용자가 일차의료로 평가하는 설문 도구이다. 최초접촉(5문항), 포괄성(4문항), 조정기능(3문항), 전인적 의료(5문항), 가족/지역사회 지향성(4문항) 등 5개 영역, 21개 문항으로 구성된다. 각 문항은 5점 Likert 척도로 구성되며, 최종 점수는 100점 척도로 환산하여 제시된다. 설문의 내용에는 인구사회학적 질문(연령, 성별, 주관적 건강상태, 흡연, 음주, 운동, 월평균 가구 총소득 수준, 학력 수준, 현재 앓고 있는 질환 개수, 방문 기간) 10개 문항을 추가로 포함시켰다(Appendix).

5. 통계분석

통계 처리는 SAS ver. 8.11 (SAS Institute, Cary, NC, USA)을 이용하였으며 인구학적 변수의 분포를 비교하기 위해서 카이

제곱 검정을, 조합원과 비조합원의 일차의료 속성영역 점수 비교를 위해서 t-검정을, 그리고 교란변수를 통제된 상태에서 조합원과 비조합원의 일차의료서비스 평가결과를 비교하기 위해서 다중회귀분석을 이용하였다.

결과

조사 요원의 방문 시간 동안, 의료생활의원 3곳을 상용치료원으로 이용한 주민은 총 130명이었으며, 그중에서 일차의료서비스 평가 취지에 동의하고 연구에 참여한 주민은 100명(76.9%)이었다. 참여자와 불참자(30명, 23.1%) 사이의 연령과 성의 분포에 유의한 차이는 없었다. 불참 사유는 대부분 바쁜 일정 때문이었다.

1. 연구에 참가한 주민(서비스 이용자)의 인구사회학적 특성

연구에 참여한 주민은 의료생활 소재지 별로 인천 35명, 안산 30명, 안성 35명이었으며, 연령, 성, 소득, 교육수준, 그리고 조합원 유무에 있어서 각 소재지들 사이에 유의한 차이가 없었다(Table 1).

Table 1. Socio-demographic characteristics of subjects included in the study sample.

		Health cooperative clinic by location				P-value*
		Total 100 (100.0)	Incheon 35 (35.0)	Ahnsan 30 (30.0)	Ahnseong 35 (35.0)	
Age (y)	< 40	17 (100.0)	7 (41.2)	7 (41.2)	3 (17.7)	0.426
	40-64	57 (100.0)	18 (31.6)	15 (26.3)	24 (42.1)	
	≥ 65	26 (100.0)	10 (38.5)	8 (30.8)	8 (30.8)	
Sex	Male	31 (100.0)	11 (35.5)	7 (22.6)	13 (41.9)	0.486
	Female	69 (100.0)	24 (34.8)	23 (33.3)	22 (31.9)	
Income (won/mo/household)	< 150	44 (100.0)	15 (34.1)	14 (31.8)	15 (34.1)	0.564
	150-299	36 (100.0)	11 (30.6)	13 (36.1)	12 (33.3)	
	≥ 300	20 (100.0)	9 (45.0)	3 (15.0)	8 (40.0)	
Education (y)	< 10	61 (100.0)	19 (31.2)	19 (31.2)	23 (37.7)	0.889
	10-12	24 (100.0)	10 (41.7)	7 (29.2)	7 (29.2)	
	≥ 13	15 (100.0)	6 (40.0)	4 (26.7)	5 (33.3)	
Membership	Member	48 (100.0)	19 (39.6)	11 (22.9)	18 (37.5)	0.323
	Non-member	52 (100.0)	16 (30.8)	19 (36.5)	17 (32.7)	

Values are presented as number (%).

*P-value from χ^2 test for categorical variables, comparing a distribution difference among three subgroups.

Table 2. Comparison of socio-demographic characteristics by membership of health cooperative.

Characteristic	Total (N = 100)	Member (N = 48)	Non-member (N = 52)	P-value*	
Age (y)	< 40	17 (100.0)	7 (41.2)	10 (58.8)	0.411
	40–64	57 (100.0)	27 (47.4)	30 (52.6)	
	≥ 65	26 (100.0)	14 (53.9)	12 (46.2)	
Sex	Male	31 (100.0)	14 (45.2)	17 (54.8)	0.703
	Female	69 (100.0)	34 (29.3)	35 (50.7)	
Income (won/mo/household)	< 150	44 (100.0)	24 (56.8)	19 (43.2)	0.242
	150–299	36 (100.0)	22 (38.9)	22 (61.1)	
	≥ 300	20 (100.0)	9 (45.0)	11 (55.0)	
Education (y)	< 10	61 (100.0)	28 (45.9)	33 (54.1)	0.408
	10–12	24 (100.0)	11 (45.8)	13 (54.2)	
	≥ 13	15 (100.0)	9 (60.0)	6 (40.0)	
No. of diseases	0	24 (100.0)	10 (41.7)	14 (58.3)	0.116
	1	51 (100.0)	22 (43.1)	29 (56.9)	
	2 or more	25 (100.0)	16 (64.0)	9 (36.0)	
Duration since the first visit (y)	≤ 5	42 (100.0)	16 (38.1)	26 (61.9)	0.092
	> 5	58 (100.0)	32 (55.2)	26 (44.8)	

Values are presented as number (%).

*P-value from χ^2 test for categorical variables, comparing a distribution difference between two subgroups.

조합원은 총 48명이었고, 비조합원은 52명이었다. 40–64 세 연령군의 비중이 커서 57%였으며, 성별로는 여성이 69%로 다수를 이루었다. 월평균 가구 총소득 수준은 150만 원 미만이 44%였으며, 10년 미만의 학력수준이 61%로 가장 많았다. 조합원과 비조합원 사이에 인구사회학적 변수들에 있어서 통계적으로 유의한 차이는 없었다(Table 2).

2. KPCAT 5개 영역별 일차의료 점수

의료생활을 상용치료원으로 이용하는 주민들이 평가한 의료생활의 일차의료 평균 점수는 100점 척도로 환산하였을 때 78±13.5점이었다. KPCAT 5개 일차의료 속성 영역 중 가장 높은 점수를 받은 영역은 전인적 의료로서 91.4±11.0점이었으며, 가장 낮은 점수를 받은 영역은 조정기능으로서 61.0±33.1점이었다. 조합원과 비조합원이 평가한 의료생활의 KPCAT 일차의료 속성영역들 중, 조정기능(68.9±30.1 vs. 53.7±34.3; P=0.021)과 포괄성(78.4±19.9 vs. 67.2±21.6; P=0.008) 영역에서 유의한 점수 차이를 보였다(Table 3).

3. 의료생활 조합원 여부와 일차의료서비스 질(영역별 평가점수)과의 관련성

각 일차의료 영역별 점수를 반응(종속)변수로 하고 연령, 성, 가구 소득, 교육수준, 질병 수, 처음 방문 후 경과기간, 조합원 여부 등 인구 사회학적인 변수들을 설명변수로 하여 통제 한 상태에서, 다중회귀분석을 시행하였다. 그 결과 비조합원이 조합원이 되는 것은 의료생활의 일차의료서비스 조정 기능에서 13.3점(P=0.054), 포괄성에서 9.3점(P=0.041), 그리고 일차의료 평균 점수에서는 6.5점(P=0.017) 높은 점수로 평가 하는 것과 연관성이 있는 것으로 나타났다(Table 4).

고찰

일차의료는 기존의 일차진료가 일차보건의료의 이념적 목표 달성을 위하여 노력하는 과정에서 형성되는 개념이다.¹²⁾ 우리나라의 경우 일차의료의 개념이 오랫동안 정립되지 못해 왔지만, 2006년 델파이 연구를 통해 그 개념 정의가 이루어졌다. 이 연구에 의하면, 일차의료란, “환자의 가족과 지역 사회

Table 3. Primary care scores of 5 domains of the Korean Primary Care Assessment Tool, by membership of health cooperative.

Domains	No. of items	Total (N = 100)	Member (N = 48)	Non-member (N = 52)	P-value*
First contact [†]	5	89.3 ± 11.5	90.9 ± 11.0	87.8 ± 11.9	0.173
First contact-utilization		91.8 ± 17.5	92.7 ± 17.8	90.9 ± 17.2	0.600
Facility accessibility		88.8 ± 21.8	90.6 ± 19.7	87.0 ± 23.5	0.410
Cost appropriateness		84.0 ± 19.4	84.9 ± 20.5	83.2 ± 18.3	0.658
Demographic accessibility		96.5 ± 11.2	97.9 ± 8.7	95.2 ± 13.1	0.221
Basic health care		85.5 ± 24.9	88.5 ± 21.2	82.7 ± 27.8	0.243
Personalized care	5	91.4 ± 11.0	98.9 ± 10.0	86.7 ± 11.8	0.204
Coordination function	3	61.0 ± 33.1	68.9 ± 30.1	53.7 ± 34.3	0.021
Comprehensiveness	4	72.6 ± 21.4	78.4 ± 19.9	67.2 ± 21.6	0.008
Family/community orientation	4	75.7 ± 18.9	78.7 ± 17.9	72.8 ± 19.6	0.117
Total average score	21	78.0 ± 13.5	82.0 ± 13.1	74.3 ± 13.0	0.004

Values are presented as mean ± SD.

*P-value from the Student t-test for continuous variables, comparing a mean differences between two subgroups. [†]Score of this domain was calculated by averaging scores of the five subdomains.

Table 4. Association of having a membership of health cooperative with scores of the 5 primary care domains on the Korean Primary Care Assessment Tool.

	Parameter estimate	Standard error	P-value
First contact*	3.460	2.416	0.156
First contact-utilization	2.153	3.756	0.568
Facility accessibility	3.602	4.670	0.443
Cost appropriateness	2.875	3.946	0.468
Demographic accessibility	2.689	2.456	0.277
Basic health care	5.983	5.471	0.277
Personalized care	2.247	2.200	0.310
Coordination function	13.263	6.800	0.054
Comprehensiveness	9.262	4.471	0.041
Family/community orientation	4.461	4.001	0.269
Total average score	6.539	2.688	0.017

Multiple regression analysis adjusted for age, sex, household income, education years, number of diseases, and duration since the first visit. Membership was treated as a dummy variable. It is interpreted that those having a membership assessed primary care scores higher than those having not by each parameter estimate.

*Score of this domain was calculated by averaging scores of the five subdomains.

를 잘 알고 있는 주치의가 환자-의사 관계를 지속하면서, 보건 의료 자원을 모으고 알맞게 조정하여 주민에게 흔한 건강 문제들을 해결하는 분야이다. 일차의료 기능을 효과적으로 수행하기 위해서는 여러 분야 보건의료인들의 협력과 주민의 참여가 필요하다.” 일차의료는 최초접촉, 관계의 지속성, 포괄성, 조정기능이라는 4가지 핵심속성과 전인적 의료, 가족/지역사회 맥락, 지역사회 기반이라는 보완속성을 갖는 개념이다.¹¹⁾ 이러한 개념 정의는 바람직한 미래를 반영한 것이어서 우리의 현실과는 너무 격차가 크다. 그러나 이러한 현실 속에서도 의료생활은 예외적이다. 의료생활은 주민 참여, 지역사회 접근법, 조합원들에 대한 주치의 서비스 제공 등의 측면에서, 일차의료 속성에 가장 근접하고 있다. 특히, 의료생활은 공중보건 업무와 일차의료서비스를 계획적으로 통합하면서, 건강 요구에 기초하여 지역 사회에 일차의료를 지속적으로 제공하는 과정에서, 지역 사회와의 연대와 지역 사회의 참여를 특징으로 하는 점에서 지역사회중심 일차의료(Community Oriented Primary Care)¹³⁾의 개념과 일치한다. 이와 같은 특징들 때문에 의료생활은 국내에서 바람직한 일차의료기관의 본보기로 보건학자들과 정치인들의 관심을 받아왔다. 그렇지만 정작 국내에서 의료생활과 관련된 문헌은 매우 부족하다. 특히 의료생활이 제공하는 일차의료의 질에 관한 연구보고는 본 논문이 최초라는 점에서 본 연구의 의의를 찾을 수 있다.

본 연구는 KPCAT 개발과정에서 조사된 의료생활에 관한 부분을 분석한 것이다. 이 도구는 한국 일차의료 개념정의

연구(2005)에 참여했던 일차의료연구회 회원들이 주축이 되어 개발되었다. 연구자들은 기존의 국내외 연구에서 사용되어 왔던 일차의료 설문도구에서 190문항을 수집하고, 전문가 9인의 자문을 받으며 우리나라 일차의료 측정에 적합하게 보이는 30문항을 선정하여 예비조사를 하였으며, 25문항에 대해서 설문조사를 통하여 자료를 수집한 다음, 인자분석을 거쳐 최종 21문항의 한국 일차의료 평가도구를 완성하고, 그 타당도를 검증하여 그 결과를 문헌에 발표하였다.⁹⁾ 그렇지만 본 연구에서와 같이 KPCAT를 적용한 자료를 해석할 때에는 몇 가지 제한점을 기억해야 한다. 먼저, 이 도구 적용에 있어서 서비스 평가 주체는, 평가 대상 기관을 상용치료원으로 두고 있는 환자(이용자)라는 점이다. 이들은 상대적으로 양질의 서비스를 받게 된다. 상용치료원을 보유한 사람은 예방 진료를 받을 가능성이 높으며,^{14,15)} 높은 금연율과 관련이 있음이^{16,17)} 연구된 바 있다. 주치의제도나 의료전달체계가 부재한 우리나라에서 상용치료원을 두고 있는 국민의 비율은, 주요 선진국들(90% 이상)¹⁸⁾과 비교할 때, 매우 낮은 수준(약 30%)¹⁴⁾에 불과하므로, 그 평가 결과가 실제보다 긍정적인 방향으로 치우치게 될 가능성이 있다는 사실이다. 둘째, KPCAT 적용 결과는 환자(이용자) 입장의 일차의료 평가이므로 서비스 제공자나 제 3자가 평가한 결과와는 다르게 나타날 가능성이 존재한다는 사실이다. 셋째, KPCAT는 일차의료 수행성에 대한 전반적(general) 평가도구이므로 단과전문의에 의한 분절화된 1차 진료 또는 질병치료 효과를 평가하는 특이적(specific) 평가도구가 아니라는 사실이다.

본 연구 결과에서, 일차의료 평가에 참여한 환자(이용자)들은 의료기관 소재지나 조합원 여부별로 연령과 성별만 아니라 가구당 소득과 교육수준 등의 인구사회학적 변수들의 분포에 있어서도 유의한 차이를 나타내지 않았다. 이는 대부분의 의료생활은 도시 서민 거주 지역에 위치한다는 점과, 생활협동조합법에 의해 동일한 운영방식을 따르는 공통점에 기인하는 것으로 보인다. 조합원들은 일반주민(비조합원)들보다 높은 수준의 일차의료서비스 질을 경험하고 있었지만(P=0.004), 이러한 차이는 KPCAT 일차의료 속성영역들 중에서 조정기능(P=0.021)과 포괄성(P=0.008) 영역에서의 차이에 기인한 것으로 나타났다. 조정기능은 환자의 건강요구에 적합하게 건강 서비스와 정보를 통합하여 제공하는 것이다. 또한, 그러한 서비스들과 지역사회 자원들 사이의 유기적 연결 또는 그 합리적인 배열을 통해서 이루어진다. 포괄성이란 지역사회와 환자의 건강관련 요구사항들을 모두 파악하고, 이를 해결하는데 필요한 자원들을 관리하는 것을 말한다. 남녀 구분이 없이, 모든 연령에서, 모든 질병과 건강 스펙트럼에서

환자의 문제점을 발견하고 해결할 수 있어야 한다.¹⁹⁾ 조합원으로 가입하게 되면, 의료생활 의료진으로부터 주치의 서비스를 받게 되며 지역주민으로서 기관의 지역보건 활동과 기관 운영에 참여하게 되므로, 보다 향상된 수준의 일차의료서비스를 받을 것으로 기대할 수 있는데, 이는 주로 포괄성과 조정기능의 향상을 통해서 이루어질 것임을 알 수 있다. 이러한 결과는 각 분야의 전문의들에 의해 분절화된 서비스가 경쟁적으로 제공되고 있는 우리나라 보건의료체계에 시사하는 바가 크다. 우리나라와 유사하게 각 분야 전문의들의 개업이 허용되고 환자의 의료기관 선택이 자유로웠던 프랑스는 최근에 주치의제도를 도입(2005)하였는데, 제도도입의 가장 큰 목적은 바로 일차의료의 조정기능 강화였음을 참고할 필요가 있다.^{20,21)}

본 연구의 제한점으로는 우선, 연구대상인 의료생활 3개 기관으로부터 얻은 100건의 자료를 의료생활 전체 자료로 일반화시키기에는 기관의 수와 표본자료의 수가 부족하다는 점이다. 이 점을 감안하여 본 연구에서는 자료의 동질성과 조사의 편의성을 고려하여 진료업무를 개시하고 2년이 경과하고, 가정의가 근무하는 기관만을 선정하였다. 향후 보다 대표성 있는 자료를 얻기 위한 후속연구를 기대한다. 둘째, 의료생활을 상용치료원으로 이용하는 비조합원의 경우, 개인의원과 마찬가지로 진료를 받는다고는 하지만, 개인의원을 이용하는 주민과 동일하다고 간주할 수는 없으므로 결과 해석 시 주의를 요한다. 셋째, 본 연구는 단면연구로서, 조합원 가입 여부와 일차의료서비스의 질 사이에 인과관계를 입증하는 것은 어렵다는 점이다.

결론적으로, 우리나라 보건의료 맥락에서 모범적인 일차의료기관으로 평가되는 의료생활의원에서, 주치의 서비스를 받는 조합원이 평가한 의료생활의 일차의료서비스 질은 기존의 방식대로 외래진료를 받는 비조합원이 평가한 것보다 우수하였다. 특히 일차의료의 여러 속성들 중에서 조정기능과 포괄성 영역에서의 유의한 차이가 있다는 사실은, 향후 주치의제도 도입 등 일차의료 정책 수립 시에, 일차의료의 조정기능과 포괄성 영역을 강화시키는 데 역점을 두어야 한다는 점을 시사한다.

요약

연구배경: 우리나라 보건의료체계는 의료기관의 사적소유가 지배적이며 공공성이 결여되어 있는 문제를 안고 있다. 국민 건강증진과 질병예방에 기여하는 일차보건의료는 간과되어

왔고, 조직화되어 있지 못하고 분절화되어 제공되고 있다. 이러한 보건 의료 문제 상황을 극복하기 위하여 지역 주민과 의료인이 함께 운영하는 의료생활협동조합(의료생활협) 운동이 시작(1987)되었다. 의료생활협은 일차의료의 바람직한 대안으로 평가되기도 한다. 본 연구는 의료생활협이 수행하는 일차의료기관으로서의 역할에 대해 평가하여 향후 일차의료 정책을 위한 교훈을 얻고자 시행하였다.

방법: 한국 일차의료 평가 도구(the Korean Primary Care Assessment Tool, KPCAT) 개발을 위하여 2007년 4월부터 6월까지 수집된 자료 중에서, 인천시, 안산시, 안성시에 위치한 의료생활협 세 곳의 자료를 분석하였다. 의료생활협을 상용치료원으로 이용하는(방문한 지 6개월이 경과하고 6회 이상 방문한) 환자 또는 보호자가 평가 주체로 참여하였다. KPCAT의 5개 영역 즉, 최초 접촉, 포괄성, 조정 기능, 전인적 의료, 가족/지역사회 지향성에 대해서, 영역별 점수를 구하고 의료생활협 조합원 여부에 따라 영역별 점수를 비교하였으며, 인구사회학적인 변수를 통제한 후의 변화를 관찰하였다. 통계분석을 위해, 영역별 점수비교에는 t-검정을, 그리고 인구사회학적 변수의 통제에는 다중회귀분석을 이용하였다.

결과: 의료생활협을 상용치료원으로 이용하는 지역주민 100명이 본 연구에 참여하였다. 의료생활협 조합원은 48명, 비조합원은 52명이었다. KPCAT 일차의료 속성영역 5개 평균점수를 100점 척도로 나타내었을 때, 의료생활협위원의 일차의료 평균점수는 78.0±13.5 (조합원 82.0±13.1, 비조합원 74.3±13.0; P=0.004)이었다. 일차의료 영역들 중에서 점수가 높은 것은 전인적 의료(91.4±11.0), 최초접촉(89.3±11.5)이었으며, 점수가 낮은 것은 조정기능(61.0±33.1), 포괄성(72.6±21.4)이었다. 조합원 여부에 따라 유의한 차이를 보인 영역은 조정기능(68.9 vs. 53.7, P=0.021)과 포괄성(78.4 vs. 67.2, P=0.008)이었다. 이 같은 차이는 연령, 성, 소득, 교육수준, 질병의 수, 첫방문 후 경과 기간 등의 변수를 다중회귀분석으로 통제한 후에도 지속되었다.

결론: 우리나라 보건 의료 맥락에서 모범적인 일차의료기관으로 평가되는 의료생활협위원에서, 주치의 서비스를 받는 조합원이 평가한 의료생활협의 일차의료서비스 질은 기존 방식의 진료를 받는 비조합원이 평가한 것보다 우수하였다. 특히 조정기능과 포괄성 영역에서의 유의한 차이가 있는 점은, 향후 주치의제도 도입 등 일차의료 정책 수립 시에, 일차의료의 조정기능과 포괄성 영역을 강화시키는 데 역점을 두어야 한다는 점을 시사한다.

중심단어: 일차보건의료; 질 관리; 상용치료원; 의료생활협동

조합

REFERENCES

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83:457-502.
2. Ahn SH, H MP. Assessment of primary care level in Korea and comparison with the developed countries. *J Korean Acad Fam Med* 2001;22:483-97.
3. Lee JC. Health care reform in South Korea: success or failure? *Am J Public Health* 2003;93:48-51.
4. Kim CY. Primary care in Korea: mirage or reality. *Korean J Public Health* 2000;37:25-35.
5. Kim BR. Health cooperative movement in South Korea, 15 years [Internet]. Anseong: Anseong Medical Living Cooperative; [cited 2010 Jul 26]. Available from: <http://www.asmedcoop.or.kr/>
6. Choi BS. Current status and challenges of health cooperative movement. *Urbanity Poverty* 2002;55:85-103.
7. Lee ID. Experience of Ahnseong health cooperative. *J Korean Acad Fam Med* 1998;19:971-8.
8. Korean Health Cooperative Federation. [Internet]. Seoul: Korean Health Cooperative Federation; [cited 2010 Jul 26]. Available from: <http://medcoop.ewonju.com/>.
9. Lee JH, Choi YJ, Sung NJ, Kim SY, Chung SH, Kim J, et al. Development of the Korean primary care assessment tool--measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. *Int J Qual Health Care* 2009;21:103-11.
10. Sung NJ, Suh SY, Lee DW, Ahn HY, Choi YJ, Lee JH. Patient's assessment of primary care of medical institutions in South Korea by structural type. *Int J Qual Health Care*. Epub 2010 Oct 8. doi:10.1093/intqhc/mzq053.
11. Lee JH, Choi YJ, Volk RJ, Kim SY, Kim YS, Park HK, et al. Defining the concept of primary care in South Korea using a delphi method. *Fam Med* 2007;39:425-31.
12. Starfield B. Primary care: concept, evaluation, and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
13. Mullan F, Epstein L. Community-oriented primary care: new relevance in a changing world. *Am J Public Health* 2002;92:1748-55.

14. Kim JH, Cho HJ. Effects of having regular source of care on preventive services and disease control. *J Korean Acad Fam Med* 2007;28:278-85.
15. The importance of primary care physicians as the usual source of healthcare in the achievement of prevention goals. *Am Fam Physician* 2000;62:1968.
16. Ahluwalia JS, Dang KS, Choi WS, Harris KJ. Smoking behaviors and regular source of health care among African Americans. *Prev Med* 2002;34:393-6.
17. Kiefe CI, Williams OD, Greenlund KJ, Ulene V, Gardin JM, Raczynski JM. Health care access and seven-year change in cigarette smoking. The CARDIA Study. *Am J Prev Med* 1998;15:146-54.
18. Schoen C, Osborn R, Doty MM, Bishop M, Peugh J, Murukutla N. Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. *Health Aff (Millwood)* 2007;26:w717-34.
19. Donaldson JS, Yordy KD, Lohr KN, Vanselow NA, editors. *Primary care: America's health in a new era*. Washington, DC: National Academy Press; 1996. p. 13-51.
20. Com-Ruelle L, Dourgnon P, Paris V. Can physician gate-keeping and patient choice be reconciled in France? Analysis of recent reform. *Eurohealth* 2006;12:17-20.
21. Lee JH. Health care reform and preferred doctor scheme in France. *J Korean Acad Fam Med* 2007;28:329-38.

Comp3. 귀하나 귀 가족은 정기적으로 자궁암 검사(Pap smear)를 이곳 의사 선생님께서로부터 받으니까? 혹은 받을 의향이 있습니까?

- ① 거의 그렇다. ② 대체로 그렇다. ③ 그저 그렇다.
④ 대체로 그렇지 않다. ⑤ 거의 그렇지 않다. ⑥ 해당 없음 (잘 모름)

Comp4. 귀하나 귀 가족은 정기 건강검진을 이곳 의사 선생님에게 받으니까? 혹은 받을 의향이 있습니까?

- ① 거의 그렇다. ② 대체로 그렇다. ③ 그저 그렇다.
④ 대체로 그렇지 않다. ⑤ 거의 그렇지 않다. ⑥ 해당 없음 (잘 모름)

Coord1. 이곳 의사 선생님은 건강관리에 필요한 보건의료 관련시설들을 적절하게 소개해 주니까? (예: 특정 전문 의 / 의료기관, 사회복지센터, 마을체육시설, 간병단체, 금연상담전화 등)

- ① 거의 그렇다. ② 대체로 그렇다. ③ 그저 그렇다.
④ 대체로 그렇지 않다. ⑤ 거의 그렇지 않다. ⑥ 해당 없음 (잘 모름)

#. 귀하나 귀 가족은 이곳 의사 선생님께서 다니면서 다른 (세부) 전문의를 찾아간 적이 있습니까?

- ① 예. → 18-a번으로 가시오.
② 아니오. → 19번으로 가시오.

Coord2. 찾아간 (세부) 전문의는 이곳 의사 선생님과 상의한 후 추천받은 의사였습니까?

- ① 거의 그랬다. ② 대체로 그랬다. ③ 그저 그렇다.
④ 대체로 그렇지 않았다. ⑤ 거의 그렇지 않았다. ⑥ 해당 없음 (잘 모름)

Coord3. 이곳 의사 선생님은 다른 (세부) 전문의에게 의뢰한 후, 그 결과에 관심을 보입니까?

- ① 거의 그렇다. ② 대체로 그렇다. ③ 그저 그렇다.
④ 대체로 그렇지 않다. ⑤ 거의 그렇지 않다. ⑥ 해당 없음 (잘 모름)

PC1. 이곳 의사 선생님은 몸뿐만 아니라 마음의 건강까지 관심을 가집니까?

- ① 거의 그렇다. ② 대체로 그렇다. ③ 그저 그렇다.
④ 대체로 그렇지 않다. ⑤ 거의 그렇지 않다. ⑥ 해당 없음 (잘 모름)

PC2. 이곳 의사 선생님은 환자가 하는 설명이나 질문을 잘 이해합니까?

- ① 거의 그렇다. ② 대체로 그렇다. ③ 그저 그렇다.
④ 대체로 그렇지 않다. ⑤ 거의 그렇지 않다. ⑥ 해당 없음 (잘 모름)

일차의료서비스 평가 설문
참가자 선별 질문과 동의서

본 설문은 **의료진의 서비스**를 알아보기 위한 것입니다. 귀하(또는 환자)께서 이곳 의료기관에서 제공받는 서비스에 대해서 응답이 가능한 질문에 모두 **사실대로 응답해** 주시면 됩니다. 만일, **잘 모르시거나 해당사항이 없는 경우에는 반드시 ⑨ 해당 없음(잘 모름)**에 표시해 주시기 바랍니다(비워 두지는 말아 주십시오).

귀하의 답변 내용은, 일차의료서비스 연구 목적 이외에는 **사용되지 않을 것**이며, 귀하의 개인 정보나 응답 내용은 철저하게 보안을 유지할 것을 약속드립니다. 귀하의 개별적 응답내용은 **담당 의료진에게도 비밀이 유지될 것입니다**. 귀하께서 답변해 주신 답변은 일차의료서비스의 질 향상에 크게 기여할 것입니다.

참가 대상:

- a) 만 18세 이상의 환자인 경우, **본인**
- b) 환자가 만 18세 미만인 경우, **보호자**
- c) 환자가 읽고 쓰기 어려운 경우, **보호자**

위의 a, b, c 중 하나에 해당하는 분으로서, ① 이곳을 처음 방문하고 6개월이 넘어야 하며, 동시에 ② 진료 목적으로 이곳 가정의학 전문의 _____ 선생님을 방문한 횟수가 6회 이상인 경우, 참가하실 수 있습니다.

본 서비스 평가의 취지에 동의하며, 자발적으로 참여하시겠습니까?

① 예 ② 아니오

2007년 ____월 ____일

< 문의: 일차의료연구회 ○○○ (○○의대 ○○의학 교실)

이메일: _____, 전화 ____-____-____ >