



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

보건학석사 학위논문

의료협동조합 의원을 이용하는
환자의 ‘일차의료 경험’ 에
영향을 미치는 요인

2016년 2월

서울대학교 보건대학원
보건학과 보건정책관리학 전공
이 미 지

보건학석사 학위논문

의료협동조합 의원을 이용하는
환자의 ‘일차의료 경험’ 에
영향을 미치는 요인

2016년 2월

서울대학교 보건대학원
보건학과 보건정책관리학 전공
이 미 지

의료협동조합 의원을 이용하는
환자의 ‘일차의료 경험’ 에
영향을 미치는 요인

지도교수 김 창 엽

이 논문을 보건학석사 학위논문으로 제출함
2015년 10월

서울대학교 보건대학원
보건학과 보건정책관리학 전공
이 미 지

이미지의 석사 학위논문을 인준함
2015년 12월

위 원 장 _____ 조 병 희 _____ (인)

부위원장 _____ 조 홍 준 _____ (인)

위 원 _____ 김 창 엽 _____ (인)

국 문 초 록

일차의료는 보건의료체계의 효율성과 형평성에 크게 기여하여 한 사회의 건강 수준을 향상시킬 수 있다고 알려져 왔다. 그러나 한국에서는 왜곡된 의료전달 시스템과 치료 중심의 보수지불제도, 민간 우위의 의료공급체계와 환자의 제한되지 않은 의료기관 선택의 자유 등 여러 가지 제도적 요인으로 인해 일차의료는 점점 더 약해져가고 있다. 취약한 일차의료의 현실 속에서, 지역사회 중심 일차의료의 실현을 위하여 꾸준히 실천해오고 있는 의료협동조합은 바람직한 일차의료기관의 모델로 학계의 관심을 받아왔다. 의료협동조합은 조합원이 공동으로 소유하고 민주적으로 운영하는 사회적 협동조합으로, 지역사회 주민과 조합원, 의료인이 협동하여 그들의 건강과 의료 관련 문제를 해결하기 위해 노력하고 있으며, ‘교육 및 참여활동’은 의료협동조합을 민간개인의원과 구분하게 하는 가장 두드러지는 특징이다.

본 연구에서는 일개 의료협동조합의 일차의료 수행성을 환자의 관점에서 평가하고, 조합원 및 참여활동 여부에 따라 응답자들을 비조합원, 비참여조합원, 참여조합원으로 분류하여, 세 군 사이에 일차의료 경험의 차이가 있는지를 알아보려고 하였다. 또한 환자의 일차의료 경험에 영향을 미치는 요인들 중, 의료이용 요인이 조합원 및 참여활동 여부에 따른 환자의 일차의료 경험에 대하여 매개효과를 나타내는지 분석하였다.

이를 위하여 설립 4년차인 의료협동조합 일차의료기관을 이용하는 환자 및 보호자를 대상으로 설문조사를 실시하였다. 설문지는 연구자가 직접 작성하였고, 환자의 의료서비스 이용 경험을 측정하여 의료제공자의 일차의료 수행성을 평가하는 도구인 한국 일차의료 평가도구(K-PCAT)와, 환자의 일차의료 경험에 영향을 미치는 요인들을 측정하

기 위한 문항들을 포함하였다. 연구 참여자는 의원에 내원한 환자 및 보호자들 중 의사에게 진료를 받기 시작한 지 6개월 이상 경과하고, 6회 이상 방문한 환자를 대상으로 하였으며, 설문조사요원이 대기실에서 환자들에게 연구 목적을 설명하고 구두 동의를 얻은 후 자기 기입 방식으로 설문지에 응답하도록 하였다. 총 236부의 설문지에 대하여 통계분석을 진행하였고, chi-square 검정과 Kruskal-Wallis H 검정, 다중 로지스틱 회귀분석 방법을 사용하였다.

분석 결과, 비조합원은 74명, 비참여조합원은 76명, 참여조합원은 86명이었다. 환자 관점에서 평가한 연구대상 의료협동조합의 일차의료 수행성 총괄평균점수는 86.0 ± 11.50 점이었고, 참여조합원, 비참여조합원, 비조합원 순으로 평균의 중앙값이 높아서 세 군 사이에 통계적으로 유의한 차이가 있었다(92.9(88-97.8)점 vs. 87.5(79.65-95.35)점 vs. 81.6(73.45-89.75)점, $p < 0.001$). 환자의 일차의료 경험을 사회 인구학적 변수 및 내원 기간, 의원까지의 거리와 같은 변수들로 통제하여 분석했을 때에도, 조합원이 비조합원보다 더 좋은 일차의료 경험을 보고할 가능성이 더 높았고, 조합원 중에서도 참여활동의 여부에 따라 그 차이는 더 컸다. 이러한 결과는 총괄평균점수, 최초접촉 이용성 영역, 포괄성 영역에서 통계적으로 유의하게 나타났다. 조합원 및 참여활동 여부(모델 1), 통제변수(모델2), 의료이용 변수(모델 3,4,5)를 단계적으로 투입하여 로지스틱 회귀분석을 시행한 결과, 의료이용 변수에 따라 90점을 초과하는 좋은 일차의료경험을 할 승산은 의원 내원 기간이 2년 이상인 경우 3.088배, 진료 후 정기 건강검진 수검에 변화가 있는 경우 2.972배, 문자/전화 안내 및 상담을 받은 적이 있는 경우 1.936배 높았으며, 모델 3,4,5에서 의료이용 변수를 추가로 투입한 후에는 참여조합원이 비조합원보다 좋은 일차의료경험을 할 교차비를 모델 2에서의 교차비보다 감소시켰다.

이상의 결과를 바탕으로, 의료협동조합 의원을 상용치료원으로 이용하고 있는 환자들의 일차의료 경험은 조합원 여부 뿐 아니라 참여활동 여부에 따라서도 차이가 있음을 알 수 있었다. 또한 의료이용 변수는 조합원 및 참여활동 여부에 따른 환자의 전반적인 일차의료 경험에 대해 부분적인 매개효과를 보이는 것으로 분석되었고, 비참여조합원과 달리 참여조합원에서만 통계적으로 유의한 효과가 있는 것으로 나타났다.

본 연구는 일개 의료협동조합에 대한 연구로 일반화에 한계가 있고, 단면연구이므로 변수들 사이에 선후관계 및 인과관계가 있다고 결론을 내릴 수 없다는 제한점이 있다. 그럼에도 불구하고, 의료협동조합에서 이루어지는 ‘교육 및 참여활동’의 참여 여부와 환자의 일차의료 경험의 연관성을 밝힌 첫 연구로 의미가 있다고 하겠다. 향후 이러한 연관성을 반복적으로 확인하고, 변수들 사이의 인과관계를 설명하기 위한 추가적인 연구가 필요하다.

주요어 : 의료협동조합, 일차의료, 환자 경험, 조합원, 참여활동, 영향요인

학번 : 2008-22182

목 차

제1장 서론	1
제 1절 연구의 배경 및 필요성	1
제 2절 연구의 목적	3
제 2장 이론적 고찰과 선행연구	4
제 1절 의료협동조합과 교육 및 참여활동	4
1. 의료협동조합과 일차의료	4
2. 의료협동조합의 교육 및 참여활동	9
제 2절 환자의 일차의료 경험	17
1. 환자 중심성과 환자 경험 측정	17
2. 환자 경험 측정을 통한 일차의료의 질 평가	20
제 3절 조합원 및 참여활동 여부에 따른 의료이용과 환자의 일차 의료 경험에 관한 연구	23
1. 조합원 및 참여활동 여부와 환자의 일차의료 경험	23
2. 조합원 및 참여활동 여부와 의료이용	24
3. 의료이용과 환자의 일차의료 경험	25
4. 환자의 일차의료 경험에 영향을 미치는 기타 요인	26
제 3장 연구문제 및 연구방법	31
제 1절 연구모형 및 연구의 가설	31
1. 연구모형	31
2. 연구의 가설	32

제 2절 변수의 정의 및 조사 도구	33
1. 변수의 정의 및 측정방법	33
2. 조사 도구의 구성	37
제 3절 자료수집과 분석방법	38
1. 조사대상자의 선정과 자료수집	38
2. 자료의 분석방법	39
제 4장 연구결과	40
제 1절 연구대상자의 일반적 특성 및 내원 동기	40
제 2절 조합원 및 참여활동 여부와 환자의 일차의료 경험	44
제 3절 조합원 및 참여활동 여부와 의료이용	48
제 4절 의료이용과 환자의 일차의료 경험	50
제 5절 환자의 전반적인 일차의료 경험에 영향을 미치는 요인 ..	52
제 5장 고찰	57
제 1절 연구결과에 대한 고찰	57
제 2절 연구의 한계와 의의	61
제 6장 결론 및 제언	63
참고문헌	65
Abstract	70
설문지	74

표 목 차

[표 2-1] 한국의료협동조합연합회 소속 의료협동조합 현황	7
[표 4-1] 연구대상자의 일반적 특성	41
[표 4-2] 연구대상자의 심리적 요인 : 의원 내원 동기	43
[표 4-3] 일차의료 수행성 점수와 조합원 및 참여활동 여부에 따른 비교	46
[표 4-4] 조합원 및 참여활동 여부에 따른 일차의료 수행성	47
[표 4-5] 조합원 및 참여활동 여부와 의료이용의 연관성	49
[표 4-6] 의료이용에 따른 일차의료 경험의 차이	51
[표 4-7] 환자의 전반적인 일차의료 경험에 영향을 미치는 요인	56

그림 목 차

[그림 3-1] 연구모형	31
---------------	-------	----

제 1장 서론

제 1절 연구의 배경 및 필요성

“건강이란, 아픔을 중심에 두고 자기를 극복하는 힘이며, 몸, 마음, 세상의 안녕과 더불어 영적, 생태적으로 건강한 관계를 발현해가는 과정이다.”

이것은 한국 의료복지사회적협동조합의 구성원들이 함께 내린 건강정의이다. 의료협동조합에서 추구하는 건강은 ‘건강한 관계’이며, 조합원은 ‘건강의 주체로 성장하는 사람’이라는 의미가 담겨있는 말이다.

그러나, 한국의 의료 현실 속에서 건강을 추구하는 환자들의 모습은 이와는 정 반대이다. 환자들은 병원에 대한 의존도가 높아 스스로 건강을 관리하고 예방하기보다 진단을 위한 검사와 치료, 투약 중심의 진료를 받는 것에 더 많은 가치를 부여하고 있다. 의료 공급자들은 치열한 경쟁과 치료 중심의 행위별수가제로 인해 이러한 환자들의 의료이용을 방임하거나, 어떤 경우에는 오히려 환자들의 부적절하고 불필요한 의료이용을 장려하기도 한다. 환자들은 짧은 진료시간으로 인해 의사의 설명이 부족하다고 느끼고, 의료의 상업화로 인해 과잉검사나 과잉진료에 대한 불안을 가지고 있으며, 이러한 점들이 누적되어 의사-환자 사이에 신뢰관계가 제대로 형성되지 못하고 있다. 그 결과 환자들은 의료의 질에 대한 의구심으로 동네 병원을 믿지 못하고, 대형 병원의 기술의존적인 의료서비스를 선호하는 경향을 보이며, 비급여 진료가 점점 증가하면서 의료비에 대한 부담도 느끼고 있다.

한편, 한국은 노인 인구의 증가 속도가 점차 빨라지고, 만성 퇴행성질

환의 유병률이 빠르게 증가하고 있어, 질환의 조기발견과 예방, 건강 위해 요인에 대한 상담과 환자 교육의 중요성이 점점 더 커지고 있으며, 진료의 지속성과 조정기능에 대한 필요성이 더 부각되고 있다. 그러나 현재 한국의 의료시스템은 일차의료가 매우 취약하여, 의료 환경의 변화에 적절하게 대응할 수 있는 의료서비스를 제공하고 있지 못하다.

이러한 현실 속에서 점점 쌓여가는 의료에 대한 불만과 불신은, 1994년 이래 전국 곳곳에서 의료협동조합의 설립으로 이어지고 있다. 의료협동조합에서는 비영리 일차의료기관의 운영을 통해, 파편적인 치료서비스의 제공을 지양하고 지역사회 중심 일차의료를 충실히 수행하기 위하여 노력하고 있다. 특히 ‘지역사회 주민 스스로가 건강의 주인이 되는 것’을 강조한다. 건강자치능력을 키움으로써 지역 주민들이 건강의 주체로 성장하고, 점차 이웃과 지역사회 안에 건강한 관계를 확장시켜 건강한 공동체를 만들어가고자 하는 것이다(김중희, 2015).

한국의 취약한 일차의료 현실 속에서, 지역사회 중심 일차의료의 개념들을 상당 부분 구현해 나가고 있는 여러 가지 모습들 때문에, 의료협동조합은 바람직한 일차의료기관의 모델로 학계의 관심을 받아왔다(이재호, 2011). 그러나 지금까지 의료협동조합에 대한 선행연구들은 대부분 대안적인 운동 조직이나 참여, 경제학의 관점에서 이루어져 왔으며, 일차의료의 관점에서 이루어진 연구는 아직 세 편에 불과하다. 또한 국내 일차의료와 관련된 연구들도 대부분 일차의료의 활성화를 위한 개선방향 및 관련 제도에 대한 제언들이 대부분으로, 실제 일차의료가 제공되고 있는 환경 내에서 환자들의 일차의료 경험이나 일차의료 수행성에 대해 이루어진 연구는 아직 많이 부족한 것이 현실이다. 지역사회 내에서 일차의료를 꾸준히 제공해 오고 있는 의료협동조합의 일차의료에 대한 연구가, 다양한 대상과 관점에서 더 많이 이루어져야 할 필요가 여기에 있다.

제 2절 연구의 목적

본 연구는 일개 의료협동조합 의원을 이용하는 환자들의 일차의료 경험을 조사하는 실증적인 연구이다. 일차의료 서비스에 대한 환자의 경험을 측정하는 ‘한국 일차의료 평가도구(K-PCAT)’를 이용하여, 의료협동조합에서 환자 중심의 일차의료 서비스가 잘 제공되고 있는지를 평가해보고자 한다.

최윤구 등(2010)이 의료협동조합 일차의료기관 세 곳을 대상으로, K-PCAT를 사용하여 환자 관점에서 일차의료 수행성을 평가한 선행연구에서는, 조합원이 비조합원보다 더 좋은 일차의료 경험을 하고 있다고 보고한 바 있다. 본 연구에서는, 일개 신규 의료협동조합에서도 조합원 여부에 따라 환자들이 일차의료 경험을 다르게 보고하는지, 만약 그렇다면 조합원과 비조합원의 일차의료 경험을 다르게 하는 요인이 무엇인지 더 구체적으로 알아보려고 하였다. 특히 조합원 중에서 의료협동조합에서 제공하고 지원하는 ‘교육 및 참여활동’에 참여한 적이 있는지 여부에 따라, 환자의 일차의료 경험에 차이가 있는지에 대해 분석해보고자 한다. 이를 위해 설정한 연구문제는 다음과 같다.

첫째, 환자 관점에서 평가한 일개 신규 의료협동조합 의원의 일차의료 수행성은 어떠한가?

둘째, 조합원과 비조합원의 일차의료 경험은 다른가? 그리고 의료협동조합에서 제공하고 지원하는 ‘교육 및 참여활동’의 참여 여부에 따라, 환자의 일차의료 경험에 차이가 존재하는가?

셋째, 환자의 일차의료 경험이 다르다면, 이러한 차이를 나타내는 요인은 무엇인가?

제 2장 이론적 고찰과 선행연구

제 1절 의료협동조합과 교육 및 참여활동

1. 의료협동조합¹⁾과 일차의료

의료복지사회적협동조합은 조합원과 지역주민의 건강증진 및 사회복지 향상, 지역사회 발전이라는 ‘공익을 목적’으로 지역주민과 조합원, 의료인이 협동하여 의료기관을 운영하고, 건강증진 활동 등을 통해 건강한 공동체를 만들어가는 사회적 협동조합²⁾이다. 조합원이 공동으로 소유하고 함께 운영하는 협동조합 조직으로서, 건강, 의료, 생활과 관련된 문제들을 ‘자율적이고 개방적인 참여, 민주적 운영, 경제적 참여, 자율과 독립, 교육과 훈련 및 정보 제공, 협동조합 간의 협동과 지역사회 기여’

1) 본 연구에서 의료협동조합은 주민참여형 지역 건강공동체를 지향하는 한국 의료복지 사회적협동조합 연합회에 소속된 의료복지사회적협동조합과 의료생협을 통칭한다(김중희, 2015). 소비자생활협동조합법이 제정되어 지역에서 의료협동조합을 만들 수 있는 외부환경이 조성되자, 영리 추구를 위해 개설하거나, 의료법을 위반한 의료생협(유사 의료생협)의 수가 급증하게 되어, 이에 대한 대응이 필요하게 되었다. 의료생협 연대 소속의 주민참여형 의료생협들은 2012년 협동조합 기본법이 제정된 후 사회적 협동조합으로 전환하기 시작하였으며, 2015년 8월 기준, 21개의 회원 조합 중 16개의 의료협동조합이 사회적 협동조합으로 전환을 마친 상태이다.

2) '사회적 협동조합(social cooperatives)' : 20세기 말 완전 고용의 종결과 복지 재정의 축소로 다양한 영역에서 사회의 양극화와 배제의 문제가 야기되면서, 국가와 시장에 의해 충족되지 못하는 사회적 필요를 집합적으로 해결하고자 한 주체들이 생겨났다. 이탈리아의 '사회적 연대 협동조합(social solidarity cooperatives)'이 그 대표적인 사례이다. 1991년 '사회적 협동조합법'을 통해 공식적으로 정부에 의해 제도화된 후, 공식명칭을 '사회적 협동조합'으로 개정하였으며, 기존 협동조합들이 취해온 조합 구성원들의 이해에 기초한 조직의 목적 및 구조를, 지역사회 전체 이익과 시민들의 사회적 통합을 위한 활동으로 전환하였다(장원봉, 2008). 한국에서는 2012년에 협동조합 기본법에 따라 설립이 가능해졌으며, 사회적 협동조합은 다중이해관계자 협동조합으로 지역사회를 위한 공익(公益)을 지향하는 비영리법인이다(의료복지사회적협동조합 연합회 홈페이지).

라는 협동조합 7원칙에 따라 이웃과 함께 해결해 나가고자 노력한다. 의료협동조합의 임직원은 조합원과 지역 주민들의 요구를 발굴하여 그에 따른 사업을 만들고, 조합원은 건강과 질병의 주체로서 필요한 일들을 위한 사업에 출자하고, 스스로 이용하고, 운영 및 제반 활동에 자발적으로 참여하는 것이다(우세옥, 2008).

민간이 의료서비스 공급의 90% 이상을 차지하고 있는 우리나라에서는 의료의 지나친 상업화로 인해 과잉진료와 약물 남용, 의사 중심, 치료 중심의 의료 행위가 고착되어 있다. 또한 건강검진 외에는 건강증진을 위한 예방적 의료는 거의 존재하지 않는다. 이렇듯 보건의료 영역에서 발생한 정부의 실패와 시장의 실패로 국민들은 대안을 필요로 하게 되었으며, 의료협동조합은 제 3의 부문인 비영리조직으로서, 정부와 시장이 제공해주지 못하는 미충족 필요를 해결하기 위해 당사자가 이웃과 함께 자치적이고 협동적인 방식으로 활동에 참여하면서 방법을 찾아가고 있다(황인섭, 2004). 의료협동조합은 의료의 상업화와 의료전문가주의(medical professionalism)를 지양하고, 건강할 때 건강을 지키는 활동을 소중하게 생각하며, 건강과 나눔이 함께하는 ‘건강한 공동체’를 추구하고 있다. 이를 위해 지역사회 주민 스스로가 건강의 주체로 성장하고, 점차 이웃과 지역사회 안에 ‘건강한 관계’를 확장할 수 있도록 노력하고 있다. 건강한 관계 속에서 건강한 사회가 이루어진다고 믿기 때문이다(김종희, 2015).

의료협동조합은 의원, 한의원, 치과, 검진센터 등의 의료기관을 설립하고 운영하면서, 지역사회 주민들의 건강 요구에 기초한 양질의 일차의료 서비스를 제공하고자 한다. 또한 건강한 생활습관을 실천하고 전파할 수 있는 다양한 프로그램을 관심 있는 조합원들과 함께 기획하고 참여하여 만들어간다. 이렇게 형성된 의사와 환자의 신뢰관계를 바탕으로 예방과 치료를 통합해나가고자 노력하고 있다. 모든 의료협동조합들은 ‘환자권

리장전' 을 채택하여 자치병원 운영의 원칙으로 삼고 있는데, 그 내용은 다음과 같다.

“의료협동조합의 환자권리장전은 조합원 자신과 지역주민 모두의 생명을 아끼고 보살피며, 다 함께 힘을 모아 우리 사회의 의료 민주주의를 실천해나가기 위해 우리 스스로 만든 인권선언이다. 환자는 이윤추구나 지도의 대상이 아니라, 존엄한 인간으로 존중받는 가운데 치료받을 권리가 있다. 이에 우리는 모든 환자의 다음과 같은 권리를 존중한다. 첫째, 질병과 치료방법, 비용 등에 대해 알 권리, 둘째, 충분한 설명을 듣고 진료나 치료를 선택할 권리, 셋째, 개인의 비밀이 지켜지고 사적인 일에 간섭받지 않을 권리, 넷째, 질병과 치료방법, 예방 등에 대해 교육받을 권리, 다섯째, 언제나 필요 충분한 의료서비스를 요구하고 받을 권리, 여섯째, 환자의 권리를 지키고 발전시켜나가기 위해 참여하고 협동할 권리.”

환자권리장전은 의료협동조합을 필요로 했던 조합원들의 바람을 잘 담고 있는 선언으로써, 환자의 참여와 교육을 강조하고 있다. 이는 의료협동조합이 환자 중심의 일차의료를 지향하며 실천하고 있다는 것을 보여준다(황인섭, 2004).

한편, 급격히 노령화되어가는 사회에서 노인들을 위한 사회복지 및 의료 안전망을 갖추기 위해, 오랫동안 운영된 의료협동조합들에서는 재가 장기 요양센터, 가정간호 사업소, 요양원 등의 시설을 운영하고 있으며, 그 외에도 지역사회 안에서 여러 영역의 돌봄에 대한 요구를 충족하기 위한 다양한 시도를 하고 있다. 거동이 불편한 노인과 장애인 등을 위한 방문 진료, 단기보호 및 주간보호 등의 서비스도 제공하며, 그 외에도 취약 아동, 미등록 외국인 노동자, 성폭력 및 가정폭력 피해여성 등 다

양한 취약계층을 위해, 시설을 통한 서비스 및 의료비를 지원하고 있다. 또한, 다양한 이슈에 대해 지역사회 단체들과 연대 활동을 하고, 이를 통해 지역사회 전체를 건강하게 만들기 위한 노력을 지속하고 있다. 의과대학 학생들과 전공의들을 위해 지역사회 보건의료에 대한 교육과 수련의 기능도 담당하고 있다. 조합이 설립되어 운영된 기간과 지역사회의 특징에 따라 개별 의료협동조합이 운영하고 있는 사업소의 종류와 활동의 범위에는 차이가 있지만, 의료협동조합이 함께 지향하고 있는 가치와 이를 달성하기 위한 다양한 활동들을 통해 알 수 있는 것은 의료협동조합이 ‘지역사회 중심 일차의료³⁾’를 수행하고 있다는 것이다(이재호, 2011; 김명일, 2011).

[표 2-1] 한국의료협동조합연합회 소속 의료협동조합 현황(2015년 8월 기준)

의료협동조합	설립년도	운영사업소
안성 의료사협	1994	의원3, 한의원2, 치과, 검진센터, 재가요양기관, 요양보호사교육원
인천평화 의료사협	1996	의원, 한의원, 치과, 검진센터, 가정간호사업소, 재가요양기관
안산 의료사협	2000	의원2, 한의원, 치과, 검진센터, 가정간호사업소, 재가요양기관, 요양원
원주 의료사협	2002	의원, 한의원, 검진센터, 재가요양기관

3) ‘지역사회 중심 일차의료(Community Oriented Primary Care: COPC) : 환자 개인을 대상으로 한 일차의료서비스와 지역사회 수준의 건강증진을 계획적으로 통합하고자 하는 개념으로, 개개인 환자의 건강 문제의 해결 뿐 아니라, 환자들이 속한 특정 지역사회 전체의 건강문제와 그 문제에 영향을 주는 사회적, 문화적, 환경적 요인들을 파악하고, 지역사회 보건 프로그램을 실행함으로써 지역사회 건강 수준을 높이며, 지역사회 조직화를 통하여 지역사회 주민들의 참여를 권장하고자 하는 것이다(이재호, 2011; 김병욱 등, 2000). 여기에서 지역사회(communitiy)란 반드시 행정적, 지리적인 단위에 국한되지 않고, 정체성이나 관심사를 공유하는 공동체, 이해공동체, 그리고 온라인과 오프라인의 공동체를 포함하는 넓은 개념이다(유승현, 2012).

서울 의료사협	2002	한의원, 치과, 재가요양기관
민들레 의료사협	2002	의원, 한의원2, 치과2, 검진센터, 재가요양기관, 가정간호센터, 심리상담실
전주 의료사협	2004	한의원, 재가요양기관
함께걸음 의료사협	2005	한의원, 치과, 재가요양기관, 장애우주간보호센터(위탁)
해바라기 의료사협	2007	한의원
성남 의료생협	2008	한의원
수원 의료사협	2009	한의원
시흥희망 의료사협	2009	한의원, 치과, 재가요양기관, 장애인활동보조사업
살림 의료사협	2012	의원, 검진센터, 운동센터
대구시민 의료생협	2012	의원
마포 의료사협	2012	의원, 검진센터
수원한두레 의료생협	2012	한의원
행복한마을 의료사협	2012	한의원
순천 의료생협	2012	의원, 검진센터
느티나무 의료사협	2013	의원, 검진센터
건강한 의료사협	2013	치과
홍성우리마을 의료생협	2015	의원

2. 의료협동조합의 교육 및 참여활동

‘협동조합은 교육에서 시작하여 교육으로 끝난다.’는 말이 있을 정도로 의료협동조합에서 교육은 큰 중요성을 가진다. 또한, 의료협동조합이 다른 민간 병·의원과 구분되는 가장 큰 특징은 조합원들이 스스로 활동을 조직하고 운영하는 참여구조를 가지고 있다는 점이다(김선희, 2009; 김광묘, 2014). 따라서 의료협동조합의 특징을 더 잘 이해하기 위해서는 교육 활동과 조합원의 참여활동에 대하여 더 구체적으로 살펴볼 필요가 있다.

1) 교육

“안성 농민의원은 급성 상기도 감염 환자의 항생제 처방률이 5.7%, 주사제 처방률이 6.5%로 우리나라 의원 평균보다 매우 낮은 처방을 하고 있으나, 하루 평균 120명의 환자들이 찾아온다. 이는 교육을 통해 농민의원의 치료방식에 동의하는 환자들이 많아졌기 때문이며, 이런 환자들이 있는 한 농민의원은 지금과 같은 진료방식을 지켜갈 수 있을 것이다. 의료협동조합에서 하는 교육의 핵심은 건강을 개인의 문제로, 신체적, 정신적 문제로 협소하게 볼 것이 아니라, 개인을 둘러싸고 있는 삶을 지역사회 전체로 확장하여 보고, 이웃과 함께 만들어가는 데 있다.....의료협동조합에서 아무리 좋은 의료서비스를 제공한다고 해도 지역 주민들이 이를 좋은 것이라고 인정하고 충분히 이용해주지 않으면, 새로운 시도는 성공하지 못하게 된다. 건강문제를 해결하는 바람직한 방법에 대해 조합원 및 지역주민들과 함께 고민하고, 이러한 교육의 과정을 통해 조합원들의 의식이 변화될 때 의료협동조합의 의료기관은 설립 취지에 맞게 운영될 수 있다(김보라, 2011).”

위의 표현은 의료협동조합의 교육이 목표로 하는 바가 무엇인지를 잘 보여주고 있다. 협동조합의 7원칙 중 제 5원칙인 ‘교육 훈련 및 홍보’에서는, 교육 훈련의 실행을 매우 중요하다고 강조한다. 여기에서 교육은 단순히 정보를 전달하고 사업 이용을 장려하는 차원을 넘어, 조합원들이 협동조합의 미션과 활동이 무엇인지 깊게 이해할 수 있도록 하고, 그들의 마음을 얻는 것이라고 하였다. 개개인의 조합원들이 협동조합의 미션을 자신의 미래 비전과 연결시키며, 그것을 현실 속에서 구하기 위한 역량을 높이는데 교육이 핵심적인 역할을 한다는 것이다(정원각, 2014).

의료협동조합에서는 의료의 상업화를 지양하고, 예방활동을 중요시하며, 협동과 건강한 관계의 확장을 통해 건강한 지역사회를 만들고자 하는 미션을 공유하기 위하여, 다양한 주제에 대하여 다양한 방법으로 교육을 진행하고 있다. 크게 ‘건강’ 과 ‘운영’ 에 대한 주제로 나누어볼 수 있는데, ‘건강 교육’ 은 조합원 및 지역사회 주민들의 건강 역량 향상을 위하여 질병에 대한 정보나 예방 방법, 그리고 일상에서 건강과 관련하여 알고 싶어 하는 다양한 주제에 대해 이루어진다. ‘운영 교육’ 은 의료협동조합을 협동조합답게 잘 운영하기 위하여, 협동조합이나 의사소통 방법, 민주주의 등 여러 사람이 함께 협동하는 방법에 대한 교육을 말한다(김보라, 2011).

교육의 효과에 대하여 의료협동조합을 대상으로 이루어진 연구는 아직 없지만, 아이쿱 생활협동조합 조합원을 대상으로 한 연구 결과에서, 협동조합이나 분야별 운영 활동에 대한 교육은 조합원들에게 협동조합에 대한 이해를 깊게 하고, 조합에 대한 관심과 참여를 높이는 것으로 나타났다. 그리고 교육을 한 번이라도 받은 조합원과 그렇지 않은 조합원은 조직에 대한 이해와 충성도, 그리고 참여와 사회 인식 등에서 뚜렷한 차이가 있었다(정원각, 2014).

2) 참여

1970년대 알마아타 선언에서 일차보건의료에 도입되어 중요시되었던 주민참여(community participation)의 개념은 보건의료 환경이 변화함에 따라 강조되는 개념의 측면이 달라지고 있다. 진료 과정에서 의료정보의 비대칭으로 인해 나타나는 환자 및 일반인의 소외를 극복하고, 보건의료 정책과정에서 나타나는 일반인의 소외를 극복하기 위해, ‘주민들이 자신과 관련된 보건의료의 제반 의사결정 과정에 참여할 수 있어야 한다.’는 의미가 강조되고 있는 것이다. 이를 위해 지역주민들이 건강에 대한 가치관의 우선순위를 현재보다 높은 상태에 두게 하는 과정이나 작업이 필요하며, 개인, 가족, 지역사회 전체가 스스로 건강에 대한 권리와 의무를 지키기 위해 문제를 인식하고 대처하는 자조능력을 기르는 과정, 즉 주민의 역량강화(empowerment)가 필요하다고 하였다(김용익, 1992).

‘참여’는 건강증진의 핵심 전략으로, 참여 그 자체가 건강증진활동이라고 강조되기도 한다(Israel 등, 1994; Baker 등, 1998; 유승현, 2012 재인용). 선행연구에서는, 참여의 과정을 통해 구성원들 사이에 대화와 토론이 이루어지고, 그 과정 속에서 성취감을 느끼거나 정신적·정서적 유대, 자긍심, 소속감과 같은 공동체의식과 주인의식이 형성된다고 하였다. 또한 이러한 과정에서 구성원들은 건강문제에 대해 점차 발전된 인식을 갖게 되고, 보건의료체계와 건강정보에 대한 이해와 평가역량이 향상될 수 있으며, 이렇게 전환된 가치관이나 인식, 태도는 또 다시 참여의 기능에 변화를 줄 수도 있다는 것이다(유승현, 2012; 이현애, 2004). 그러한 면에서 주민들의 자발적인 참여 과정은 비형식적(nonformal), 무형식적(informal)인 학습과정이라고 할 수도 있다(Clark, 1984; Heimlich, 1993; 이현애, 2004 재인용).

협동조합은 개인적으로는 실현하기 어려운 공통의 경제적, 사회적, 문화적 필요와 요구를 함께 해결하기 위해 사업체를 만들어 운영하며, 이는 의료협동조합에도 적용된다. 협동조합의 조합원은 출자를 통해 사업체를 공동으로 소유하고, 사업체를 이용할 의무와 권리가 있으며, 경영에 참여하여 운영할 책임을 갖는다. 조합원의 참여는 출자, 이용, 운영에 속하는 다양한 활동들에서 다양한 정도로 이루어질 수 있다(김광묘, 2013).

의료협동조합에서 조합원의 참여에 대하여 김보라(2011), 김광묘(2013)의 설명을 참고하여 기술하면 다음과 같다. 모든 조합원은 처음 가입할 때 ‘출자’에 참여하며, 조합원의 출자금은 협동조합의 사업과 운동을 뒷받침하는 자본금이자 조합원 공동의 재산이 된다. 자발적인 의지에 따라 이후에도 생활출자, 정기출자 등의 증좌를 통해 의료협동조합의 활동에 경제적으로 참여할 수 있지만, 한 개인의 출자금이 전체 출자금에서 차지하는 비중이 많으면 안 된다. 그리고 전체 자본금 중 출자금이 차지하는 비중이 높아야 대출에 따른 이자부담이 적어 의료협동조합이 수익에 연연하지 않을 수 있다. ‘이용’은 협동조합 사업체의 다양한 사업과 서비스를 이용하는 것으로, 조합원이 열심히 사업체를 이용하는 것은 협동조합이 유지될 수 있고 발전할 수 있는 바탕이 된다. 의료협동조합 조합원은 의원, 한의원, 건강검진센터, 치과, 운동센터 등 개별 의료협동조합이 가지고 있는 사업소를 이용할 수 있으며, 조합 내의 각종 활동과 모임에 참여할 수 있다. ‘운영’은 협동조합의 운영에 관심을 가지고 의사결정과정에 참여하는 것으로, 협동조합의 조합원은 출자금액과 상관없이 1인 1표의 권한을 행사하여 모든 사람의 의견이 존중되는 민주적 방식으로 운영에 참여할 수 있다. 의료협동조합 경영의 목적은, 협동조합이 사명과 목적을 달성하면서 지속 가능한 조직이 되는 것이다. 이를 위해서는 많은 조합원들이 애정을 가지고 의사결정과정에

열심히 참여하는 것이 가장 중요하며, 의료협동조합이 조합원에 의해 민주적으로 운영되기 위해서는 조합원들이 더 많이 알고 스스로 결정하고 실천할 수 있어야 한다.

3) 의료협동조합의 구체적인 교육 및 참여 활동들

(1) 소식지

소식지는 조합원 간 의사소통을 촉진하고, 지역사회에 의료협동조합을 지속적으로 홍보하기 위해 발행되는 교육홍보매체이다. 조합 및 각 사업소의 현황과 소식을 전하거나 조합원을 소개하기도 하며, 지난 분기의 행사 후기를 공유하고, 다음 분기에 예정되어 있는 행사들과 계획을 안내한다. 관심 있는 조합원들이 모여 기획하고 발행하며, 발행된 소식지는 모든 조합원들에게 우편으로 발송된다. 의료협동조합의 각 사업소 및 지역사회의 여러 모임 공간에도 비치하여, 관심 있는 지역사회 주민들이 손쉽게 가져가서 읽어볼 수 있도록 하고 있다.

(2) 건강증진교육

가정의학과 주치의, 간호사, 운동처방사, 물리치료사, 한의사, 치과의사, 약사 등 의료 관련 조합원들이 질병에 대한 바른 정보나 예방 방법, 그리고 일상에서 건강과 관련되어 조합원 및 지역사회 주민들이 알고 싶어 하는 다양한 주제에 대해 강의를 진행한다. 또한 직접적으로 영향을 주는 의료정책 및 의료기관 이용에 대한 정보를 제공하여 이용에 도움을 주기도 한다(김보라, 2014). 정기적인 건강강좌의 형식으로 조합원 및 지역사회 지역주민들에게 교육을 제공하기도 하고, 지역모임을 할 때마다 짧은 강의를 이루어지기도 하며, 비슷한 고민과 질환을 가지고 있는 환자들이 모여 강의를 듣고 자신의 경험담을 공유하기도 한다. 이러한

교육들은 조합원들이 스스로 건강관리의 주체로 설 수 있게 하는 밑바탕이 된다.

(3) 건강소모임 및 건강실천단

‘건강소모임’은 갑상선질환, 당뇨, 대사증후군, 뇌졸중 등 다양한 건강 주제 대하여 비슷한 고민과 질환을 가지고 있는 환자들이 모여 이야기를 나누는 환자 자조모임이다. 환자와 의료인 뿐 아니라, 조합원을 중심으로 한 지역주민 자원봉사자들이 힘을 모아서 모임을 진행하고 있다(김보라, 2014).

‘건강실천단’은 의료협동조합의 대표적인 프로그램이다. 혼자 실천하기는 어려웠던 생활습관의 변화를, 참가자들이 서로가 서로를 꾸준히 돌보고 지지해주는 과정을 통해 6~8주 동안 함께 실천해 보는 것이다. 체계적이고 전문적인 건강 교육과 주치의 상담을 통해 성공적으로 생활습관을 변화시킬 수 있고, 참가자들에게는 상호 소통하는 훈련의 기회가 되며, 친목을 도모할 수도 있다. 근력을 키우기 위한 득근 건강실천단, 대사증후군 현미채식 건강실천단, 공원 건강실천단, 비폭력대화, 바른자세 건강실천단, 명상 건강실천단, 건강실천단 패자부활전 등 개별 의료협동조합마다 조합원들의 요구에 따라 특색 있는 프로그램들이 진행되고 있으며, 프로그램 종료 후에는 자조모임으로 정례화하여 좋은 생활습관을 지속적으로 유지하도록 서로 독려하고 있다(김보라, 2014).

건강소모임과 건강실천단은 주민들의 건강 문제를 전문가에게 의존하지 않고, 참여자 스스로 협동을 통해 해결해 보고자 하는 시도로(강봉심, 2005), 김용익(1992)이 언급한 과학화된 스스로돌보기(self-care)와 서로 돕기 모임(self-help group)의 형태라고 할 수 있다.

(4) 신입조합원 교육 및 환영회

신입조합원을 대상으로 의료협동조합에 대한 이해를 높일 수 있는 교육을 제공하고, 조합 활동에 참여할 수 있도록 활동을 안내하고 독려한다.

(5) 소모임

조합원 사이의 친목을 도모하고 다양한 취미활동을 장려하여, 일상의 즐거움을 통해 건강한 삶을 유지할 수 있도록 하기 위한 모임이다. 실생활에서 사람들은 대개 친목, 취미, 공동의 관심사 등을 매개로 참여하게 되므로(유승현, 2012), 소모임은 조합원들이 가장 쉽게 자발적으로 참여할 수 있는 모임이라고 할 수 있다. 소모임 참여를 통해 조합원들은 스스로 모임을 운영하고 의견을 수렴하는 민주적 운영과정에 대한 훈련을 할 수 있으며, 이러한 과정에서 자신감을 얻게 되기도 한다(최봉섭, 2002).

(6) 지역모임

지역단위에서 건강한 관계를 만들어 가기 위한 지역별 소모임으로, 가까운 지역에 사는 이웃들과 함께 건강 강좌를 듣고 생활습관 변화를 위해 노력하기도 하며, 조합 소식을 공유하고 친목을 다질 수 있다.

(7) 자원활동단

조합에 대한 주인의식으로 총회, 마을축제, 조합원의 날, 송년회와 같은 조합의 각종 행사, 사업소의 대청소, 소식지 발송 등의 업무에 함께 참여할 수 있다. 또한 개별 의료협동조합에 따라 지역의 장애인이나 노인 가정을 찾아가 가사, 간병, 목욕 서비스를 해 주기도 한다.

(8) 운영 교육

위원회 등의 활동을 하고 있는 조합원들이나 대의원들이 조합의 가치와 운영 구조를 보다 잘 이해하여, 조합에서 중추적인 역할을 수행할 수 있도록 하기 위한 목적으로, 협동조합에 대한 이해, 의료협동조합이 지향하고 있는 가치, 민주주의, 의사소통 방법 등 여러 사람이 함께 협동하는 방법에 대하여 다양한 형식으로 교육을 진행하고 있다.

(9) 운영 모임

조합원들은 총회, 이사회 및 각종 위원회에 참여함으로써 의료협동조합의 각종 의사결정과 활동에 참여할 수 있다. 전체 의사결정체계는 조합원을 기본 구성요소로 하며, 이들을 대표하는 대의원들이 1년에 한번씩 총회를 개최하여 한 해 동안의 활동보고 및 결산보고를 듣고, 다음해의 활동계획 및 예산승인을 하게 된다. 실제 의사결정에서 중요한 것은 매달 한 번씩 열리는 이사회에서 주로 결정되며, 이사회는 3년마다 한번씩, 대의원들이 선출한다. 한편, 일상적인 활동의 계획과 집행은 위원회에서 결정되는데, 위원회 활동은 자발적인 의사를 가진 조합원이라면 누구나 참여할 수 있다.

제 2절 환자의 일차의료 경험

1. 환자 중심성과 환자 경험 측정

국민의 생활수준이 향상되어 생활환경이 개선되고 의학기술이 발전하면서, 급성 질환보다 만성질환의 유병률이 더 높아지고, 이에 따라 보건 의료의 초점이 질병의 치료보다는 관리, 그리고 건강증진, 예방으로 옮겨가고 있다. 이로 인해 공급자 우위의 보건의료체계도 빠른 속도로 소비자 중심의 보건의료체계로 전환되어 가고 있다. 교육 수준이 향상되고 시민의식이 성장하면서 환자들은 자신의 질병과 치료 방법에 대하여 더 많은 정보를 알고 싶어 하며, 자신의 건강에 대해 스스로 결정하고 싶어 한다(김광묘, 2013). 이러한 변화의 흐름에 따라, 현대의 의료서비스가 환자들에게 더 많은 관심을 보여야 한다는 인식이 높아지고 있다. 많은 국가에서 의료의 지향해야 할 목표 및 가치인 질의 주요 구성요소로 환자 중심성을 포함하고 있다는 사실이 이를 반증한다.

‘환자 중심성(patient-centeredness)’이란, 개별 환자의 선호, 요구, 가치를 존중하고 이에 반응하는 것이며, 임상적 의사 결정에 환자의 참여를 보장하는 것을 말한다(IOM, 2001). 이를 위해서는 진료 과목이 다른 여러 의원 사이, 의원과 병원 사이, 의원과 지역사회 사이에 다양한 형태의 진료 연계와 통합(coordination and integration of care)이 이루어져야 하며, 환자들에게 진료 정보와 교육, 정서적 지지를 제공하고, 신체적 안위를 보장하는 등의 과제가 필요하다고 하였다. 환자 중심의 진료를 함으로써 진료에 대한 환자의 순응도가 더 좋아지고 의사소통 실패로 인한 오진의 위험이 감소될 수 있으므로, 전반적인 환자의 만족과 건강 결과가 더 향상될 수 있다. 또한 불필요한 검사와 의뢰를 감소시켜 의료비를 절감할 수 있으므로, 효율성 증진에도 기여할 수 있게

된다(IOM, 2001; OECD, 2010; AHRQ, 2013; 박춘선, 2014 재인용). Berwick(2002)은 미국의학원(IOM)이 제시한 질 향상의 6가지 목표를 달성하기 위해서는 보건의료 시스템의 재설계가 필요하다고 주장하였는데, 이를 위하여 가장 기본적으로 필요한 첫 번째 변화이자 궁극적인 목표는 ‘환자와 가족, 지역사회의 경험’ 이라고 하였다. 이는 환자와 지역사회의 만족도를 증가시키고, 포괄적이고 환자 중심적인 의료를 제공하는 것을 뜻하며, 전문가들의 의료 활동, 전달체계, 조직과 정책의 판단도 ‘환자의 경험’에 기반을 두고 이루어져야 한다고 하였다.

의료의 질 평가의 한 영역으로 ‘환자 중심성’을 측정한다는 것은 곧, 환자 관점에서 의료의 질을 측정한다는 것이다(박춘선, 2014). 환자 관점에서 의료의 질을 측정하는 방법으로 흔하게 떠올리는 것은 ‘환자 만족도’로, 이것은 환자들이 의료서비스에 대해 가지는 기대, 또는 가치와 실제의 이용경험 사이의 차이에 의존하여 생기는 감정적인 반응을 말한다. 그러나 환자 만족도의 측정은 신뢰성과 타당성이 낮고, 도구의 표준화가 부족하며, 이론과 개념의 발전이 거의 없다는 점이 문제로 제기되었고, 1990년대 후반부터 환자 중심성의 평가 수단은 ‘환자 만족도 측정’에서 ‘환자 경험을 보고’하는 것으로 점점 대체되었다. Salisbury(2010)의 연구에서는 환자 경험을 보고하는 질문이 환자 만족도를 측정하기 위한 질문보다 환자 요인의 차이에 의해 생기는 변이가 더 적게 발생하고, 진료 방식의 차이에 의한 변이를 더 많이 측정할 수 있었다는 결과를 보여주었다. 경험 조사는 만족도 조사보다 주관적인 기대(subjective expectation)의 영향을 덜 받는다고 생각되고 있으며, 구체적인 환자 경험의 측정은 천정효과(ceiling effect)가 덜한 경향이 있다. 또한 만족도 조사의 일반적인 점수화에 숨어 있던 문제 영역을 노출 시킴으로써, 환자들이 질 향상의 방법과 요인이 무엇인지에 대해 명확한 생각을 가지게 하는 교육적인 효과도 있게 된다(Bruster, 1994; Elwyn

등, 2007).

환자들에게 질 평가의 권한을 부여해 주는 것은 환자를 존중하고 그들의 존엄을 지켜주기 위한 방법으로, 의료의 질 향상에 필수적인 조건이다. 그러나 환자 관점에서 의료의 질을 측정하는 것에 대한 우려도 있다. 환자들은 의학적 지식이 부족하여 의료서비스의 기술적 측면에 대해서는 객관적인 평가를 할 수 없기 때문에, 환자의 선호도가 양질의 의료서비스와 항상 일치하는 것은 아닐 수 있다는 점, 그리고 측정도구와 평가 내용의 신뢰성과 타당성이 낮다는 점에서 비판적인 시각이 존재한다. 하지만, 의료서비스 영역의 상대적인 중요성에 대해 의료제공자와 환자들의 평가가 상당히 일치하였다는 연구 결과도 있으며(Donabedian, 1980; 신영수 등, 1991 재인용; Pascoe, 1983), 환자 관점에서 의료의 질을 평가하는 것은 환자들이 의료서비스에 대해 어떻게 느끼고 인식하고 있는지를 알아볼 수 있는 가장 좋은 방법으로, 다른 측정 방법으로는 의사와 환자의 상호작용을 평가하는 것이 어렵기 때문에 매우 의미가 있는 방법이라고 할 수 있다(Lebow, 1974).

미국 AHRQ⁴⁾의 CAHPS(Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) 프로그램과 영국의 the Picker Institute Europe, 네덜란드의 CQI-index, OECD HCQI(Health Care Quality Indicators) 프로젝트에서는 병원을 이용한 환자들의 실제 경험을 자세하게 모으는 데 중점을 둔 질문지를 개발하였고, 국가 단위에서 이를 주기적으로 측정하여, 의료제공자들에 대한 정보를 환자들에게 제공하거나 성과지불제의 기준으로 사용하는 등 다양한 목적으로 질 관리에 이용하고 있다.

4) The Agency for Healthcare Research and Quality

2. 환자 경험 측정을 통한 일차의료의 질 평가

한국 국민들은 일차의료의 질에 대해 어떻게 인식하고 있을까? 옥민수 등(2014)의 연구에서, 일차의료의 질에 대한 의사 그룹과 환자 그룹의 인식은 차이가 컸다. 의사들은 한국의 일차의료의 질이 다른 나라보다 높다고 인식하고 있었던 반면, 환자들은 질이 낮다고 인식하고 있었다. 이러한 인식의 차이는 판단 기준의 차이에서 비롯되었는데, 환자들은 일차의료의 질을 병원에서 받은 의료서비스와 비교하여 평가하였고, 의사들은 전문의 여부와 의료기관의 시설 및 장비를 기준으로 평가하고 있었다. 의사와 환자 그룹 모두 첫 접촉, 접근성, 조정기능, 포괄성, 지속성 등 좋은 일차의료의 특성을 가지고 있어야 할 속성들에 기반을 두고 일차의료의 질을 인식하고 있지 않았다. 이러한 결과는 어쩌면 당연한 것일지도 모른다. 일차의료의 취약한 한국의 의료 현실에서는, 일차의료의 속성이 잘 구현되고 있는 양질의 의료서비스를 경험해 본 국민들이 드물 것이기 때문이다.

일차의료기관의 질 평가는 2,3차 의료기관의 질 평가 전략과는 달라야 한다(Geboers 등, 1999; 정재욱 등, 2009). 일차의료는 의료 자체의 특성이 다르고, 진료의 생산품을 정의하거나 측정하기가 어렵기 때문이다(조홍준, 1994). 일차의료에서 만나게 되는 대부분의 환자들은 대체로 건강하거나 가벼운 질환을 앓고 있으며, 대개 질병의 초기에 내원하므로 애매하고 미분화되어 있는 건강 문제들이 많다. 따라서 일차의료에서는 진단이 아닌 증상을 주로 다루게 되며, 많은 증상들이 특별한 의학적 개입 없이 단순한 토론과 지지만으로 좋아질 수 있고, 시간이 지나면서 저절로 좋아지기도 한다(Geboers 등, 1999). 또한 일차의료에는 신체적, 정신적, 사회적 요소와 건강 증진의 요구 등 여러 가지 영역의 문제가 복잡하게 섞여 있고, 치료(cure) 뿐 아니라 환자를 편안하게 해

주고 기능을 유지시켜주는 돌봄(care)도 중요한 부분을 차지하기에, 주로 다루는 건강 문제의 범위가 넓고 진료의 양이 많다(조흥준, 1994). 직원이 적고, 업무 부담이 많은 점도 다른 점 중의 하나이다(Geboers 등, 1999). 따라서 의료 자체의 특성이 다른 만큼, 일차의료의 지향해야 하는 가치와 목표 또한 2,3차 병원과 달라진다. 관점에 따라 다양한 차원이 존재할 수 있지만, 무엇보다 일차의료 서비스가 최초접촉, 지속성, 포괄성, 조정기능 등의 일차의료 속성들을 잘 구현하면서 제공되고 있는지가 기준이 되어야 한다.

환자들이 의료기관을 자유롭게 선택할 수 있는 한국의 의료시스템에서는, 가까이에 있어 쉽게 찾아갈 수 있는 일차의료기관에서 의료제공자와 지속적인 관계를 유지하며, 가벼운 질환의 치료 뿐 아니라 질병 예방을 위한 건강 생활 상담이나 교육을 받고, 다른 도움이 필요한 건강 문제들에 대해 일차의료 의사가 조정자로서 역할을 하는 등 환자들에게 일차의료의 속성들이 잘 구현된 좋은 일차의료 경험을 제공하고, 이를 통해 환자들이 스스로 일차의료의 효용성과 효율성을 느낄 수 있도록 하는 것이 필요하다. 또한 일차의료 서비스의 제공 과정을 측정하기 위한 지표와 도구를 개발하고, 질 평가를 통해 일차의료에 대한 실증적인 근거들을 제시할 수 있어야 한다. 일차의료기관의 질 평가 결과는 국민들에게 양질의 일차의료 서비스를 제공하는 의료기관을 선별하는 정보를 제공해줄 수 있고, 점차 의료기관을 선택하는 환자들의 기준에도 영향을 미칠 수 있을 것이기 때문이다(민혜영, 2009; 이재호 등, 2013; 황나미, 2013). 한국 일차의료 평가도구(K-PCAT)는 환자가 일차의료 서비스를 이용한 경험을 바탕으로 각각의 일차의료 속성 영역에 대한 일차의료 서비스의 질을 평가하는 설문 도구로, 우리나라 일차의료 개념 정의⁵⁾를 바탕으로

5) 한국에서는 2007년에 이재호 등 일차의료 연구회의 연구로 일차의료에 대한 개념 정의가 이루어졌다. 우리나라에 맞는 일차의료 개념을 개념화하기 위한 방법으로, 일차의료 연구자 및 정책결정자, 일차의료제공자들을 다양한 의견을 취합할 수 있는 델파이법을 적용하였고, 그 결과 “일차의료(primary care)란, 건강을 위하여 가장 먼저 대

문항수집과 개발, 전문가 자문, 요인분석, 타당도 검증을 통해 개발되었다(이재호 등, 2009; 최윤구 등, 2010; 이재호 등, 2012).

본 연구에서는 일개 의료협동조합 의원에서 제공하고 있는 의료서비스가 일차의료의 속성을 잘 달성하고 있는지에 대해, 한국 일차의료 평가 도구(K-PCAT)를 이용하여 환자 관점에서 일차의료의 질을 평가해보고자 한다. 이를 통해 환자들이 의료협동조합 의원에서 어떤 일차의료 경험을 하고 있는지 살펴보고자 한다.

하는 보건의료를 말한다. 환자의 가족과 지역사회를 잘 알고 있는 주치의가 환자-의사 관계를 지속하면서, 보건의료 자원을 모으고 알맞게 조정하여 주민에게 흔한 건강 문제들을 해결하는 분야이다. 일차의료 기능을 효과적으로 수행하기 위해서는 여러 분야 보건의료인들의 협력과 주민의 참여가 필요하다.” 는 일차의료의 개념을 정의하였다. 연구에서 도출된 일차의료의 핵심 속성은 ‘최초접촉, 포괄성, 조정기능, 관계의 지속성’ 이며, 보완속성은 ‘전인적 돌봄, 가족 및 지역사회 맥락, 지역사회 기반’ 이었다(이재호 등, 2007). 일차의료의 정의에는 과거와 현재의 일차의료 환경을 반영한 정언적 의미가 담겨 있으며, 앞으로 발전해야 할 미래의 모습을 제시한다는 적극적인 의미와 함께, 앞으로 실제 진료에 적용하고 연구를 통해 검증해야 하는 부분이 함께 혼재되어 있다(김수영, 1996).

제 3절 조합원 및 참여활동 여부에 따른 의료이용과 환자의 일차의료 경험에 관한 연구

1. 조합원 및 참여활동 여부와 환자의 일차의료 경험

최윤구 등(2010)은 의료협동조합 일차의료기관 세 곳을 대상으로, K-PCAT를 이용하여 환자들이 경험한 일차의료서비스가 조합원 여부에 따라 다르게 평가되는지 대해 연구하였다. 연구 결과, 인구학적 요인과 의원 내원 기간을 보정한 후에도 조합원이 비조합원보다 더 좋은 일차의료 경험을 하고 있었고, 영역별로는 조정성($p=0.054$)과 포괄성($p=0.041$) 영역에서 두 군 사이에 차이가 있었다. 이러한 결과를 통해 연구자들은, 다른 의원급 의료기관의 이용방식과 동일하게 의료협동조합의 진료서비스만을 이용하는 비조합원과 달리, 조합원은 주치의 서비스를 제공받고, 보건활동 및 운영과정에 참여하게 되므로 보다 향상된 수준의 일차의료서비스를 받을 수 있고, 이는 주로 포괄성과 조정기능의 향상을 통해서 이루어지고 있음을 반영한다고 해석하였다.

신호성 등(2012)의 연구에서는, 의료협동조합 일차의료기관을 이용한 적이 있는 조합원과 비조합원의 의료서비스 이용 경험과 인식을, 통합의료(care coordination)의 관점에서 분석하였다. 접근성, 조정기능, 의사소통, 전인적 돌봄 영역의 속성에 해당되는 문항들에 대해 조합원이 비조합원보다 전반적으로 긍정적인 의료경험을 했다고 응답하였다. 주치의가 있다고 인식하고 있는 비율은 조합원이 48.56%, 비조합원이 34.83%였으며, 주치지에 대한 만족도 또한 조합원이 비조합원에 비해 더 높았다.

지금까지 수행된 선행연구에서는 모두 ‘조합원 여부’에 따른 환자

의 일차의료 경험이나 인식의 차이에 대해서 연구가 이루어졌고, 의료협동조합의 특징적인 활동인 ‘교육 및 참여활동 여부’에 따라 환자의 일차의료 경험에 차이가 있는지를 살펴본 연구는 없었다. 따라서 본 연구에서는, 의료협동조합의 교육 및 참여활동 여부를 기준으로 조합원을 ‘참여조합원’과 ‘비참여조합원’으로 나누어, 비조합원, 비참여조합원, 참여조합원의 일차의료경험에 대하여 분석해보고자 한다.

2. 조합원 및 참여활동 여부와 의료이용

앞에서 살펴본 최윤구 등(2010)의 연구 결과에 대한 연구자들의 해석을 환자를 주체로 하는 표현으로 바꾸어보면 다음과 같다. 조합원은 보건활동 및 기관운영의 참여를 통해 보다 향상된 의료이용을 하게 되고, 이것이 환자가 더 수준 높은 일차의료경험을 하게 하는 요인으로 작용할 수 있다⁶⁾. 본 연구에서는 이 점에 착안하여, 조합원 여부 및 참여활동 여부에 따라 환자의 의료이용에 차이가 있는지 확인해 보고, 이러한 의료이용 변수들이 조합원 및 참여활동 여부에 따른 환자의 일차의료 경험에 대해 매개효과를 나타내는지 분석해보고자 하였다.

최윤구 등(2010)의 연구에서 조합원 여부에 따른 의원 내원 기간의 분포를 살펴보면, 5년 이상 내원한 환자의 비율은 조합원이 66.7%, 비조합원이 50%였으며, 95% 신뢰구간에서 통계적으로 유의한 차이는 없었다($p=0.092$). 강봉심(2005)은 의료협동조합을 이용하는 55세 이상의 조합원 환자를 대상으로 연구를 수행하였고, 60.2%의 응답자가 건강검진을 받고 있었으며, 89.1%의 응답자들이 가족과 함께 의원을 이용하

6) 신규 의료협동조합에서는 조합원만을 대상으로 하는 주치의 서비스를 제공하고 있지 않으므로, ‘보건활동 및 기관운영의 참여’만을 언급하였다.

고 있다고 하였다.

의료협동조합 의원을 이용하는 환자들의 의료이용에 대한 연구는 아직 많이 이루어지지 않아, 다른 협동조합의 사업소 이용에 대한 연구를 참고하였다. 아이쿱 생활협동조합 조합원을 대상으로 한 선행연구에서는 교육 및 참여활동을 하고 있는 조합원이 출자 및 사업소 이용만 하고 있는 조합원에 비해 사업소의 이용 정도 및 조합의 사업과 활동에 대한 인지도가 더 높았다고 하였다(정원각, 2014).

3. 의료이용과 환자의 일차의료 경험

Shi 등(2009)은 미국 CHC(Community Health Center)와 HMO(Health Maintenance Organization)의 일차의료 속성의 달성도를 비교하기 위한 연구에서, 사회 인구학적 변수 외에도 의료이용 기간, 의사 선택, 전문의 방문, 의료비 부담의 어려움과 같은 의료이용 변수를 고려하였다. 상용치료원의 이용 기간이 5년 이상인 경우, 의사 선택이 가능한 경우, 전문의를 방문한 적이 있을 경우, 의료비 부담의 어려움이 없는 경우에 환자가 더 좋은 일차의료 경험을 하는 것으로 나타났다. 강혜경(2012)의 연구에서도 내원 기간은 전반적인 환자의 일차의료 경험 및 각 속성별 일차의료 경험과 연관성이 있는 변수인 것으로 나타났다. 강봉심(2005)의 연구에서는 건강검진 수검 및 가족이용 여부를 의료이용 행태 변수로 포함하였는데, 가족이 함께 의료협동조합 의원을 이용하는 경우 의원의 시설 및 이용에 대한 만족도가 감소하는 것으로 나타났다.

4. 환자의 일차의료 경험에 영향을 미치는 기타 요인

1) 의료 제공자 요인

(1) 진료과목 및 의료기관의 구조

정현진 등(2008)은 진료과목 및 주치의서비스 요소의 제공 여부에 따라 의원을 세 그룹으로 구분하여, 한국 일차의료 평가도구(K-PCAT)를 이용하여 일차의료 수행성을 조사하였다. A그룹은 주치의서비스 요소를 제공하는 의료협동조합 일차의료기관들이었고, B그룹은 내과, 소아과, 가정의학과, 일반외과를 표방하는 의원들이었으며, C그룹은 나머지 전문과 의원들이었다. 연구 결과, 진료과목과 주치의서비스 요소의 제공 여부에 따라 일차의료 수행성에 차이가 있었다. 전체 평균점수는 의료협동조합이 가장 높았고, 일차의료과목 표방의원, 나머지 전문과 의원의 순으로 나타났으며, 일차의료 속성별로는 포괄성과 조정기능 영역의 수행성이 세 그룹 모두 전반적으로 매우 낮았다. 최초접촉과 조정기능 영역에서는 의료협동조합과 일차의료과목 표방의원이 비슷하였고 전문과 의원은 낮은 수행성을 보였으며, 포괄성영역에서는 의료협동조합, 일차의료과목 표방의원, 나머지 전문과의원의 순이었다. 연구 대상 의료협동조합들은 모두 10년 이상 운영된 곳들이었다.

성낙진 등(2010)은 가정의학과 전문의가 근무하는 의료기관의 구조에 따라 일차의료 수행성의 차이가 있는지에 대해 의료협동조합 일차의료기관, 개인의원, 대학병원, 보건소로 나누어 연구하였다. 연구 결과, 의료기관의 구조에 따라 일차의료 수행성에 차이가 있었다. 전체 평균점수는 의료협동조합이 가장 높았고, 민간개인의원과 대학병원이 비슷하였으며, 보건소가 가장 낮았다. 일차의료의 각 속성별 영역에 대하여 분석하였을 때에도 네 그룹 간 점수의 분포에는 차이가 있었다. 의료협동조합의 일

차의료 수행성 점수는 모든 영역에서 가장 좋은 것으로 나타났으며, 특히 포괄성 영역과 가족·지역사회 지향성 영역에서 월등하게 더 높은 결과를 보였다. 한편, 개인의원도 포괄성을 제외한 다른 영역에서는 열등하지 않은 결과를 보여주었으며, 연구자들은 포괄성 영역에서 의료협동조합과 개인의원의 일차의료 수행성에 차이가 나타난 이유를 그룹진료와 단독진료의 차이로 해석하였다. 10년 이상 운영된 의료협동조합에는 모두 2명 이상의 의사들이 근무하고 있지만, 민간개인의원은 단독 개원이 많기 때문이다.

(2) 의사 및 진료 요인

Salisbury 등(2010)은 진료 요인, 의사 요인, 환자 요인이 일차의료에 대한 환자 경험과 환자 만족도의 측정치를 결정하는 정도에 대해 연구하였다. 진료 요인(practice level)으로는 등록된 환자 수, 의사 수, 전문의 여부, 예약 시스템 여부 등의 변수들을, 의사 요인(doctor level)으로는 의사의 성별, 진료경력, 인증 여부에 대한 변수들을 포함하여 분석하였다. 연구 결과, 등록 환자 수, 접근성 향상 서비스, 질과 산출 기준(QOF⁷⁾), 전일제 의사 수와 같은 진료 요인이 대기시간에 대한 환자 경험의 차이를 설명하고 있었고, QOF 점수가 높을수록, 근무를 더 오래한 의사일수록, 영국에서 인증을 받았을수록 의사소통에 대한 환자 만족도가 더 높았다. Rodrigez(2009)의 연구에서는, 의사 요인이 모든 영역에서 외래진료에 대한 환자 경험의 차이를 가장 많이 설명하였고, 특히 의사-환자 상호작용 영역에서의 변이에 가장 많이 기여한다고 하였다. Haggerty 등(2008)은 캐나다 퀘벡 주에 있는 의원들을 대상으로, 의원의 조직 요인과 의사의 진료 요인이 최초접촉 접근성, 관계 지속성, 조정 지속성에 대한 환자의 일차의료 경험을 설명할 수 있는지에

7) QOF : Quality and Outcomes Framework

대해 연구하였다. 의원의 조직 요인으로는 인적·물리적 자원, 관리구조, 진료협약이 되어 있는 의료기관 수 등의 변수들이, 의사의 진료 요인으로는 의사의 소속, 정보의 지속성을 유지하는 방법, 진료 문화, 시간당 환자 수와 같은 변수들이 포함되었다. 지속성에 더 가치를 두고, 지역사회에 더 많은 애착을 느끼고 있는 의사가 관계 지속성이 더 좋았던 반면, 예약 없이 진료를 볼 수 있는 환자의 비율이 높거나, 시간당 환자 수가 많은 경우처럼 접근성을 지향하는 진료방식은 관계 지속성을 방해하고 있었다. 또한 다른 의료시설과 진료협약이 더 많이 되어 있을수록, 지속적인 전화상담이 가능할수록, 그리고 의사가 더 많은 범위의 의학적 처치를 수행하고 있을수록, 환자들은 조정 지속성이 더 높다고 평가하였다. 연구자들은 8~10명의 의사와 간호사가 그룹진료를 제공하고, 진료 협력병원 시스템을 구축하는 것이 일차의료의 수행성을 향상시킬 수 있을 것이라고 제안하였고, 전화상담의 중요성을 강조하였다.

본 연구는 일개 의료협동조합 의원을 대상으로 하며, 의사 한 명의 일차의료 수행성에 대하여 분석하였으므로, 본 절에서 살펴본 진료과목과 의료기관의 구조 및 의사 요인에는 차이가 없다고 할 수 있다.

2) 환자 요인

(1) 개인특성요인

강혜경(2012)은 한국 일차의료 평가도구(K-PCAT)의 일부 항목을 이용하여 대전시 의원 4곳을 내원한 환자들의 특성과 일차의료 수행성과의 연관성에 대해 연구하였고, 주거형태, 민간의료보험 가입 여부, 월 평균 가구 총소득, 동거가족 수, 직업이 연관성이 있는 변수로 나타났다. Sofaer 등(2005)은 의료의 질에 대한 환자의 인식에 영향을 주는 요인에 대한 연구들을 고찰하였다. 나이는 가장 일관되게 영향을 주는 요인

으로, 의료공급체계나 의료기관의 성격과 관계없이 나이가 많은 환자들이 의료의 질을 더 긍정적으로 보고하였다. 또한, 환자의 건강 상태가 좋을수록 의료의 질을 더 높게 평가한다는 연구 결과가 많지만, 그 결과가 어떤 의미를 지니고 있는지에 대해서는 아직 분명하지 않다고 하였다. 성별에 따른 차이도 존재하는데, Cleary 등(2000)과 Weisman 등(2001)의 연구에서는 여성이 남성보다 의료의 질을 약간 더 긍정적으로 보고한다고 하였고, 여성은 전반적인 영역에 대하여 긍정적으로 보고하는 반면, 남성은 대기시간이나 의사소통의 영역에 대해서 더 긍정적으로 보고한다고 하였다. Aller(2013)의 연구에서는 일차의료의 정보 지속성(informational continuity), 관계 지속성(relational continuity), 관리 지속성(managerial continuity)에 대해 환자들이 가지는 인식이 의료제공자가 진료를 하는 방식, 환자의 사회인구학적 특징, 질병 상태에 따라 차이가 있는지에 대해 분석하였고, 환자가 속해 있는 지역과 환자의 나이, 교육수준, 질환의 개수에 따라 유의한 차이를 나타내었다. 나이가 많은 환자들이 일차의료의 지속성이 더 높다고 인식하는 이유에 대하여 연구자는, 나이가 많은 사람들이 그들이 받은 서비스에 대해 만족도가 더 높다고 표현하는 경향이 있으며, 나이가 많을수록 더 빈번하게 보건의료 서비스를 이용하게 되므로, 의뢰서비스가 더 친숙하고 시스템에 대해 더 잘 이해하기 때문일 것이라고 해석하였다. 또한, 교육수준이 높은 사람들이 일차의료의 지속성이 더 낮다고 인식하는 이유는, 이들이 의사로부터 더 많은 정보를 듣게 되고, 정보의 전달에 대한 차이를 더 쉽게 인지할 수 있으며, 의료의 질을 더 비판적으로 판단할 가능성이 있기 때문이라고 하였다. Salisbury 등(2010)의 연구에서는 환자의 나이, 성별, 주거상태, 고용상태와 같은 변수들이 일차의료의 접근성에 대한 환자 경험을 설명할 수 있다고 하였다.

(2) 심리적 요인

Sofaer(2005)는 의료의 질에 대한 환자의 인식이 형성되는 과정에 대해 개념적 모델을 제시하면서, 의료의 질에 대한 환자의 인식은 환자 경험에 대한 반응이며, 이러한 인식은 환자의 기대와 경험의 상호작용 결과로 형성된다고 하였다. 환자의 경험에 대한 인식(patient perceptions of the experience)은, 환자가 의료서비스를 찾거나 이용하면서 기대(expectation)하고 있었던 것과 비교하는 과정에서 형성되며, 한편으로는 환자가 이전에 한 경험이 기대를 형성하기도 한다는 것이다. 환자의 기대에 대해서는 아직 연구가 많이 되어 있지 않지만, 의료제공자의 명성, 환자의 의료요구(needs), 선택의 정도, 이전의 경험, 환자의 개인적 특성, 사회문화적 규범 및 환자가 기대하고 있는 지식 등이 영향을 미칠 수 있는 요인이라고 하였다. Heller(2009)는 환자가 진료에 참여할 수 있는 기술 및 동기부여와 환자 경험과의 연관성에 대한 연구를 수행하였고, 환자의 자신감이나 지식수준, 동기부여의 정도를 반영하는 문항들이 환자 경험의 측정에 중요한 영향을 미친다고 하였다.

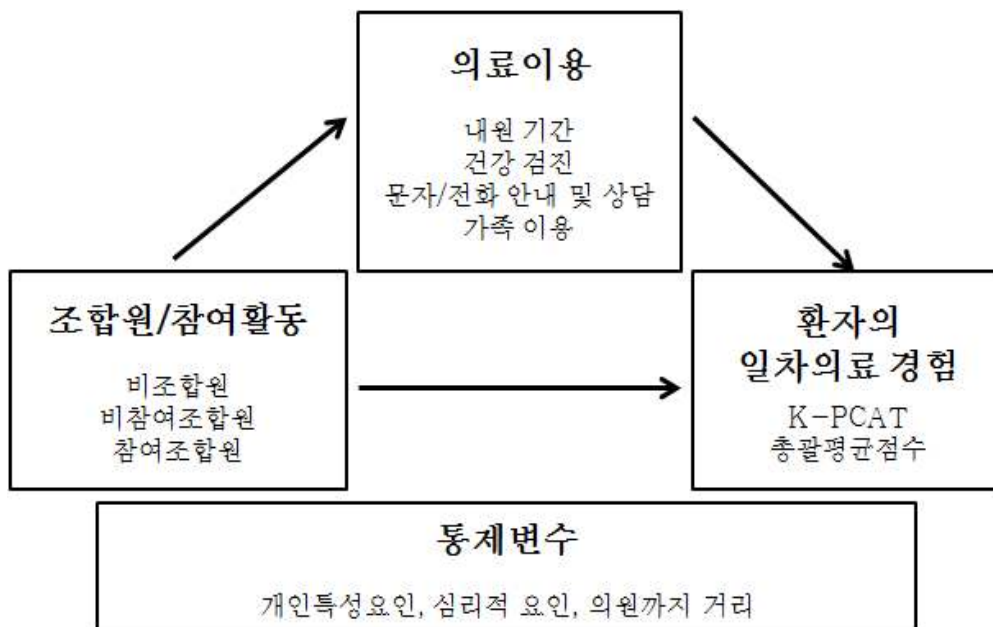
본 연구에서는 이러한 선행연구들을 바탕으로 ‘성별, 나이, 교육기간, 결혼상태, 직업, 월평균 가구 총소득, 주관적 건강상태, 동거가족 수, 민간의료보험 가입 여부’를 개인특성요인에 대한 변수로, ‘의원 내원 동기’를 환자의 기대(expectation)를 반영하는 심리적 요인에 대한 변수로 사용하여, 이들이 일차의료 경험에 미치는 영향을 보정한 후 분석을 진행하고자 한다.

제 3장 연구문제 및 연구방법

제 1절 연구모형 및 연구의 가설

1. 연구모형

본 연구는 설립 4년차인 서울시 내 일개 의료협동조합 의원을 상용치료원으로 이용하는 환자들의 일차의료 경험을 측정하여 의료협동조합 의원의 일차의료 수행성을 평가하고, 환자의 일차의료 경험이 조합원 및 참여활동 여부에 따라 차이가 있는지에 대하여 분석해보고자 한다. 또한 세 그룹의 일차의료 경험이 차이를 나타내는 데 영향을 미치는 요인들이 무엇인지, 그 중 의료이용 요인이 매개효과를 나타내는지에 대하여 분석해보고자 한다. 이를 위한 연구 모형은 다음과 같다.



[그림 3-1] 연구모형

2. 연구의 가설

선행 연구와 연구 질문을 토대로 하여 다음의 연구 가설을 설정하였다.

가설 1. 조합원 및 참여활동 여부에 따라 환자의 일차의료 경험이 다를 것이다.

가설 2. 조합원 및 참여활동 여부에 따라 의료이용이 다를 것이다.

가설 3. 조합원 및 참여활동 여부에 따라 의료이용이 달라지고, 이를 통해 환자의 일차의료 경험이 달라질 것이다.

제 2절 변수의 정의 및 조사 도구

1. 변수의 정의 및 측정방법

1) 종속변수

본 연구의 종속변수는 ‘환자의 일차의료 경험’으로, 의료제공자를 상용치료원으로 이용해 온 환자가 그 동안 자신이 받은 의료서비스의 경험을 일차의료의 각 속성인 최초접촉, 포괄성, 조정기능, 전인적 돌봄, 가족/지역사회 지향성에 비추어 보고한 것을 말한다. 상용치료원은 환자가 의료제공자를 방문한 지 6개월 이상 경과하고, 6회 이상 방문한 경우로 정의하였고, 종속변수를 측정하기 위하여 한국 일차의료 평가도구(K-PCAT)를 사용하였다. K-PCAT는 환자가 일차의료서비스를 이용한 경험을 바탕으로 각각의 일차의료 속성 영역에서 일차의료서비스의 질을 평가하는 설문 도구로, 최초접촉(5문항), 포괄성(4문항), 조정기능(3문항), 전인적 돌봄(5문항), 가족/지역사회 지향성(4문항) 등 5개 영역에 걸친 총 21개 문항으로 구성되어 있다⁸⁾. 최초접촉 영역을 제외한 4개의 영역들은 내적 일치도(Cronbach`s alpha) 값이 0.69~0.78의 분포를 보였고, 최초접촉 영역은 5개의 독립적인 하부 척도 문항들인 최초접촉 이용성, 물리적 접근성, 진료비 적절성, 인구학적 접근성, 기본처치와 시술로 구성된 합성 영역이므로, 하부 영역들에 대한 분석이 필요하다. 각 문항은 5점 likert 척도(5점-거의 그렇다/4점-대체로 그렇다/3점-그저 그렇다/2점-그렇지 않다/1점-거의 그렇지 않다) 및 ‘잘 모름/해당 없음’으로 구성되어 있으며, 최종 점수는 100점 척도로 환산하

8) 일차의료 속성 중 ‘지속성’에 대한 문항은 도구 개발의 과정에서 ‘포괄성’ 영역으로 포함되었다.

여 제시된다(이재호, 2009)⁹⁾. 모든 문항을 평균하여 일차의료 수행성 총괄평균점수를 산출하고, 최초접촉(5문항), 포괄성(4문항), 조정기능(3문항), 전인적 돌봄(5문항), 가족/지역사회 지향성(4문항) 영역에 대하여 영역별 평균점수를 산출할 수 있다.

설문 문항의 세부 내용은 다음과 같다. 최초접촉 영역은 각각 한 문항으로 구성된 독립적인 5개의 하부 영역들(sub-domains)로 구성되어 있다(이재호, 2012). ‘최초접촉 이용성’은 건강에 새로운 문제가 생기면 다른 의료기관보다 이곳을 먼저 방문하는지에 대한 질문으로 측정하였다. ‘물리적 접근성’은 의료기관을 쉽게 방문할 수 있는지에 대하여 물었고, ‘진료비 적정성’은 직접 내는 진료비(본인부담금)은 적절한지에 대한 질문으로, ‘인구학적 접근성’은 의사가 남녀노소 구분 없이 모든 환자를 진료하는지, 그리고 ‘기본처치 및 시술’은 간단하고 흔한 처치나 시술이 필요할 때, 이곳 의사에게 받는지, 또는 받을 의향이 있는지의 내용으로 질문하였다. ‘포괄성’은 진찰, 혈압 측정, 혈당 검사, 혈중 콜레스테롤 검사 등의 기본진료, 주요 암의 예방과 조기검진에 관한 상담, 자궁경부암 검사, 정기 건강검진을 해당 의료기관, 또는 의사에게 받는지에 대한 질문으로 구성되어 있다. ‘조정기능’은 의사가 건강관리에 필요한 보건의료 관련 시설들을 적절하게 소개해 주는지, 그리고 세부 전문의를 찾아간 적이 있다면, 이 곳 의사와 상의한 후 추천받은 의사였는지, 의뢰한 후 그 결과에 관심을 보였는지의 세 가지 질

9) 각 문항의 5점 likert 척도 점수에서 1을 빼고, 25를 곱하여 계산하며, 높은 점수일수록 더 좋은 수행성을 나타낸다. 이재호 등(2009) 및 K-PCAT를 사용한 다른 논문들에서는 ‘잘 모름/해당 없음’을 ‘그저 그렇다’와 비슷한 의미로 해석하여 중간 값인 3점으로 환산하여 계산하였으나, 도구 개발을 함께 한 연구팀에게 문의한 결과 연구자에 따른 결측치 처리 방법을 적용할 수 있다고 하였다. 본 연구는 ‘환자의 일차의료 경험과 연관성이 있는 요인’을 분석하는 것이 주 목적이므로, ‘잘 모름/해당 없음’에 대한 응답을 해당 의료서비스에 대한 경험이 없거나, 판단이 어려운 상태의 의미로 해석하였고, 연구 주제의 특성 상 이것을 결측치로 간주하여 점수를 산출하였다. 그리고 이렇게 산출한 총괄평균점수 및 각 영역별 점수를 종속변수로 하여 일차의료의 환자 경험과 연관성이 있는 요인을 분석하였다.

문으로 측정하였다. ‘전인적 돌봄’은 의사가 몸뿐만 아니라 마음의 건강까지 관심을 가지는지, 의사가 환자의 설명이나 질문을 잘 이해하는지, 의사가 검사결과와 질병에 대해서 이해하기 쉽게 설명해 주는지, 의사가 환자의 중요한 병력을 알고 있는지, 그리고 의사의 진단과 치료에 관한 판단을 신뢰하는지의 다섯 가지 문항이다. 마지막으로 ‘가족/지역 사회 지향성’은 환자와 함께 거주하는 사람들에 대해 의사가 관심을 보이는지, 의사가 이 지역의 보건과 복지 사정, 환경 문제 등을 잘 파악하고 있다고 생각하는지, 의사가 지역사회 활동에 적극적으로 참여하는지, 그리고 해당 의료기관이 서비스 개선을 위한 주민의 의견을 반영하고 있는지에 대한 질문으로 측정하였다(최윤구, 2010).

2) 독립변수

조합원 및 참여활동 여부에 따라 비조합원, 비참여조합원, 참여조합원으로 나누어 분석하였다. 비조합원은 조합원으로 가입하지 않고 의료협동조합의원을 이용하는 환자로 정의하였고, 참여조합원과 비참여조합원은 조합원으로 가입하여 의원을 이용하고 있는 환자 중, 이론적 고찰에서 기술한 ‘의료협동조합의 구체적인 교육 및 참여활동들’에 한 번 이상 참여한 적이 있는지의 여부에 따라 구분하였다.

3) 매개변수

‘의료이용’에 대한 변수로 내원 기간, 건강검진 수검 여부, 진료 후 건강검진 수검에 변화가 있었는지 여부, 문자/전화 안내 및 상담, 가족이용 여부를 사용하였다. 연구 대상 의료협동조합 의원은 운영된 지 만 3년이 된 곳으로, ‘내원 기간’ 변수는 의원에 처음 내원한 지 6개월 이

상 2년 미만, 2년 이상인 응답자로 나누어 분석하였다. ‘건강검진 여부’는 건강보험공단 검진 및 암 검진, 생애전환기 검진, 영유아 검진을 정기적으로 받고 있는지 여부로 정의하였고, ‘진료 후 건강검진 변화’ 변수는 연구대상 의료협동조합의원에서 진료를 받은 후 건강검진 수검 여부에 변화가 있었는지 여부로 정의하였다. 연구대상 의료협동조합의원에서는 건강검진을 받는 환자에게 검사예약 일정에 대한 안내문자 및 전화 연락이 제공되고, 일상적인 진료 과정에서 수행되는 검사결과 및 진료내용, 문의사항에 대해서도 필요한 환자들에게 전화로 안내를 제공하고 있다. 따라서 다양한 내용의 의료이용 및 의료이용량을 간접적으로 반영하는 변수로 ‘문자/전화 안내 및 상담 여부’를 사용하였다.

4) 통제변수

개인특성요인, 의원까지의 거리 및 심리적 요인을 통제변수로 사용하였다. 개인특성요인은 나이, 성별, 교육수준, 월평균 가구 총소득, 직업, 결혼상태, 동거가족 수 등의 인구사회학적 요인과 민간의료보험 가입 여부, 주관적 건강상태를 포함하였고, 의원까지의 거리는 주로 이용하는 교통수단으로 의원까지 오는 데 걸리는 시간으로 측정하였다. 심리적 요인은 환자 및 보호자의 기대(expectation)를 반영하기 위한 변수로, 의원 내원 동기에 대하여 질문하였다. 의원 내원 동기는 환자의 의료요구(needs)를 반영하여 다섯 가지의 동기로 분류하였다. ‘접근성’ 동기는 거리가 가깝거나 진료비 부담이 적기 때문에 의원을 내원하는 경우로 정의하였고, ‘특정 질환 진료’ 동기는 피부 질환, 성조숙증, 호르몬 치료 등 특정 질환에 대한 진료를 위해 내원하는 경우라고 정의하였다. ‘양질의 진료’ 서비스에 대한 동기는 충분한 진료상담, 낮은 항생제 처방률, 환자를 존중하는 의료 등 보다 나은 의료서비스를 받기 위해서 의원

을 내원하는 경우로 정의하였고, ‘주치의/예방활동’에 대한 동기는 주치의가 필요하거나 다양한 보건예방활동과 보건의료정보를 접할 수 있는 기회를 제공받을 수 있으므로 의원을 내원하는 것으로 정의하였다. 마지막으로 ‘의료협동조합’에 대한 동기는 조합원 소유의 병원이기 때문에, 운영에 참여하고 민주적이고 투명하게 운영되는 시스템을 갖추고 있으므로, 건강한 지역사회를 위한 다양한 공익적인 활동을 하는 병원이므로, 또는 치료위주의 상업화된 한국 의료의 문제점을 해결하는 데 기여할 수 있으므로 의원을 내원하는 것으로 정의하였다.

2. 조사 도구의 구성

본 연구는 일개 의료협동조합 의원에서 제공하는 일차의료 서비스에 대한 환자 경험을 통해 환자의 관점에서 일차의료 수행성을 평가하고, 환자의 일차의료 경험과 연관성이 있는 요인들을 알아보기 위하여, 자기 기입식 설문조사로 측정하고 분석하는 단면연구이다. 설문지는 종속변수와 독립변수, 매개변수, 통제변수의 세부 항목을 측정하기 위한 문항들로 구성하였다. 종속변수인 ‘의료제공자의 일차의료 서비스에 대한 환자 경험’은 신뢰도와 타당도가 검증된 한국 일차의료 평가도구(K-PCAT)를 그대로 사용하여 측정하였고, 독립변수와 매개변수, 통제변수에 대한 문항들은 선행연구를 참고하여 연구자가 직접 작성하였다.

설문지의 문항을 검토하고 내용을 점검하기 위하여, 2015년 8월 말에 사전 조사를 실시하였고, 결과를 참고하여 일부 문항을 수정·보완한 후, 설문지를 최종적으로 완성하였다.

제 3절 자료수집과 분석방법

1. 조사대상자의 선정과 자료수집

본 연구는 조합원 및 참여활동 여부에 따라 환자의 일차의료 경험에 차이가 있는지를 분석하기 위한 것으로, 서울시 내 일개 신규 의료협동조합을 이용하는 환자들을 대상으로 수행되었다. 본 연구에서 새롭게 주목하여 확인하고자 하는 의료협동조합의 ‘교육 및 참여활동’이 환자의 일차의료 경험에 미치는 단독효과를 분석하기 위해서는, 신규 의료협동조합이 10년 이상 운영된 의료협동조합보다 연구대상으로 더 적합하다고 생각하였다. 본 연구의 대상이 되는 의료기관은 설립된 지 4년차인 의료협동조합으로, 현재까지 신규 의료협동조합의 모범으로 관심을 받고 있는 곳이다.

연구대상 의료협동조합 의원을 상용치료원으로 이용하고 있는 환자들 중, 설문조사에 동의한 사람들이 연구에 참여하였다. 상용치료원의 기준은 의사에게 진료를 받기 시작한 지 6개월 이상 경과하고 6회 이상 방문한 경우로 K-PCAT를 개발하여 사용한 다른 연구들과 동일한 기준을 사용하였으며, 환자가 18세 미만이거나, 18세 이상이어도 읽고 쓰기 어려운 장애가 있는 경우에는 보호자가 응답하도록 하였다. 연구의 전체 개요, 설문 문항의 내용 및 설문조사의 방법에 대해 교육을 받은 설문조사요원이 의원의 대기실에서 환자 및 보호자에게 연구목적을 설명하고 구두 동의를 받았으며, 그 후 자기 기입 방식으로 설문지에 응답하도록 하였다.

본 연구의 분석에 필요한 최소 표본 수를 G power 프로그램을 이용하여 산출하였다. 환자의 일차의료 경험과 연관성이 있을 것으로 예측되

어 분석에 사용할 변수들은 총 14개로, 다중 회귀분석을 사용하여 유의 수준 0.05, 효과 크기 0.15, 검정력 0.95를 유지하는 데 필요한 최소 표본 수는 194명이었다.

설문조사는 2015년 9월 14일부터 10월 15일까지 시행하였으며, 대기 환자들의 대부분이 설문조사에 동의하고 응답하였다. 설문 참여를 거부한 이유는 참여의 기준을 충족하지 못하기 때문이 대다수였고, 바쁘기 때문에, 또는 유아의 보호자라서 아이를 돌봐야 하기 때문인 경우가 소수 존재하였다. 총 283명이 설문에 응답하였으며, 중간에 설문을 중단하였거나 일반적인 개인특성 항목을 작성하지 않은 15부와 특수한 호르몬 치료 목적을 위해 내원하는 트랜스젠더 응답자 32부를 제외한 총 236부의 설문지에 대하여 통계분석을 진행하였다.

2. 자료의 분석방법

비조합원과 비참여조합원, 참여조합원의 일반적인 특성과 심리적인 요인, 의료이용, 일차의료 경험을 파악하기 위하여 기술통계를 수행하였고, 세 집단 사이에 차이가 있는지 분석하기 위하여 chi-square 검정 및 Kruskal-Wallis H 검정을 사용하였다. 또한 조합원 및 참여활동 여부에 따른 환자의 일차의료 경험에 대해 의료이용 변수가 매개효과를 나타내는지 알아보기 위하여 단계적으로 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 본 연구의 종속변수는 데이터가 정규분포를 하지 않고, 왼쪽으로 꼬리가 긴 분포를 하고 있었기 때문에, 종속변수의 분포 모양을 고려하여 평균 90점을 기준으로 이분 변수로 변환하여 분석하였다. 통계 프로그램은 SPSS Version 16.0을 사용하였다.

제 4장 연구결과

제 1절 연구대상자의 일반적 특성 및 내원 동기

연구에 참여한 환자 및 보호자 236명의 일반적 특성은 [표 4-1]과 같다. 연구대상자의 59.3%가 환자 본인의 경험에 대하여 응답하였고, 40.7%가 보호자의 경험에 대하여 응답하였다. 보호자의 대부분은 18세 미만 환자의 경우였고, 읽고 쓰기 어려운 환자의 보호자는 1명이었다. 여성이 80.9%로 대부분을 차지하고 있었고, 40세 미만의 젊은 응답자들이 50.8%로 가장 많았으며, 65세 이상 노인 응답자는 4.7%였다. 교육수준은 대졸 이상이 78.0%를 차지하고 있어 고학력인 응답자들이 많았다. 78.0%가 기혼자였으며, 월평균 가구 총소득이 300만 원 이상인 응답자가 65.7%였다. 74.6%가 자신이 건강한 편이라고 응답하여, 일차 의료기관을 이용하는 환자들의 특성을 반영하고 있었다. 의원까지의 거리는 주로 이용하는 교통수단으로 의원까지 오는 데 걸리는 시간(분)으로 측정하였고, 85.6%의 응답자가 30분 이내의 거리에서 내원하는 환자들이었다. 민간의료보험을 가지고 있는 환자는 74.6%였다.

조합원 및 참여활동 여부에 따른 분포를 살펴보면, 비조합원은 18세 미만 환자의 보호자로 응답한 경우가 더 많았던 반면, 조합원은 본인이 응답한 경우가 더 많았고, 참여조합원일수록 본인의 경험에 대한 응답이 더 많았다. 성별은 비참여조합원의 남성 환자 비율이 다른 군에 비하여 더 높았으며(17.6% vs 30.3% vs 10.5%), 결혼상태 변수에서는 참여조합원의 비혼자 비율이 월등하게 높았다(0.0% vs 1.3% vs. 15.1%). 응답자 나이와 교육수준, 동거가족 수의 분포는 세 군에서 차이가 없었다. 직장인의 비율은 조합원이 비조합원보다 통계적으로 유의하게 더 높

았고, 참여조합원이 비참여조합원보다 더 높았다(36.5% vs. 55.3% vs. 67.4%). 월평균 가구 총소득은 300만 원 이상인 비율이 모든 군에서 더 높았으나, 비조합원 및 비참여조합원에서의 비율이 참여조합원에서의 비율보다 더 높았다(68.9% vs. 75.7% vs. 55.8%). 주관적인 건강상태에 대한 인식도 세 군 사이에 차이가 있었는데, 주관적으로 불건강하다고 인식하고 있는 비율이 비조합원보다 조합원에서 더 높았다(14.9% vs. 31.6% vs. 29.1%). 의원까지의 거리와 민간의료보험 가입 여부는 세 군 간에 분포의 차이가 없었다.

[표 4-1] 연구대상자의 일반적 특성(빈도(%))

변수	구분	전체	비조합원	비참여 조합원	참여 조합원
		236(100)	74(31.4)	76(32.2)	86(36.4)
응답자***	환자본인	140(59.3)	36(48.6)	42(55.3)	62(72.1)
	보호자	96(40.7)	38(51.4)	34(44.7)	24(27.9)
성별***	남자	45(19.1)	13(17.6)	23(30.3)	9(10.5)
	여자	191(80.9)	61(82.4)	53(69.7)	77(89.5)
응답자 나이	40세 미만	120(50.8)	41(55.4)	35(46.1)	44(51.2)
	40~65세	105(44.5)	28(37.8)	38(50.0)	39(45.3)
	65세 이상	11(4.7)	5(6.8)	3(3.9)	3(3.5)
교육수준	고졸이하	52(22.0)	23(31.1)	17(22.4)	12(14.0)
	대졸	157(66.5)	45(60.8)	50(65.8)	62(72.1)
	대학원졸	27(11.4)	6(8.1)	9(11.8)	12(14.0)
결혼 상태***	기혼	184(78.0)	60(81.1)	65(85.5)	59(68.6)
	미혼	31(13.1)	12(16.2)	8(10.5)	11(12.8)
	비혼	14(5.9)	0(0.0)	1(1.3)	13(15.1)
	이혼	7(3.0)	2(2.7)	2(2.6)	3(3.5)

동거가족 수	혼자	19(8.1)	5(6.8)	3(3.9)	11(12.8)
	2명	27(11.4)	6(8.1)	11(14.5)	10(11.6)
	3명	70(29.7)	22(29.7)	20(26.3)	28(32.6)
	4명	98(41.5)	33(44.6)	34(44.7)	31(36.0)
	5명 이상	22(9.3)	8(10.8)	8(10.5)	6(7.0)
직업***	가정주부/ 학생/무직	109(46.2)	47(63.5)	34(44.7)	28(32.6)
	직장인	127(53.8)	27(36.5)	42(55.3)	58(67.4)
월평균 가구 총소득**	<300만원	81(34.3)	23(31.1)	20(26.3)	38(44.2)
	≥300만원	155(65.7)	51(68.9)	56(73.7)	48(55.8)
주관적 건강상태**	불건강	60(25.4)	11(14.9)	24(31.6)	25(29.1)
	건강	176(74.6)	63(85.1)	52(68.4)	61(70.9)
의원까지 거리(분)	30분 이하	202(85.6)	64(86.5)	69(90.8)	69(80.2)
	30분 초과	34(14.4)	10(13.5)	7(9.2)	17(19.8)
민간보험 가입여부	예	176(74.6)	54(73.0)	53(69.7)	69(80.2)
	아니오	60(25.4)	20(27.0)	23(30.3)	17(19.8)

Chi-square test : *p<0.1, **p<0.05, ***p<0.01

응답자들이 의원에 내원하는 동기는 [표 4-2]와 같다. 거리가 가깝거나 진료비 부담이 적다는 ‘접근성’의 동기로 의원을 내원하는 응답자는 30.1%, 피부 질환, 성조숙증 치료 등 ‘특정 질환에 대한 진료’를 위해 내원하는 응답자는 4.7%에 불과하였다. 반면, 충분한 진료상담, 낮은 항생제 처방률, 환자를 존중하는 의료 등 보다 나은 의료서비스를 받기 위해서 의원을 내원한다고 응답한 비율이 93.2%로 대부분을 차지하고 있었으며, 양질의 진료에 대한 내원 동기는 조합원 및 참여활동 여부와 무관하였다. 한편, 주치의가 필요하거나 다양한 보건예방활동과 보건 의료정보를 접할 수 있는 기회를 제공받을 수 있기 때문에 의원을 내원

한다고 응답한 비율은 61.4%였다. ‘주치의/예방활동’에 대한 내원 동기의 비율은 조합원 여부에 따라 차이가 컸고, 참여조합원의 경우 ‘예’라고 응답한 비율이 더 높았다(25.7% vs. 71.1% vs. 83.7%). 마지막으로 조합원 소유의 병원이기 때문에, 운영에 참여하고 민주적이고 투명하게 운영되는 시스템을 갖추고 있으므로, 건강한 지역사회를 위한 다양한 공익적인 활동을 하는 병원이므로, 또는 치료위주의 상업화된 한국 의료의 문제점을 해결하는 데 기여할 수 있기 때문에 의원을 내원한다고 응답한 환자는 64.8%였고, 분포 양상은 주치의/예방활동 내원동기와 비슷하였다(27.0% vs. 73.7% vs. 89.5%).

[표 4-2] 연구 대상자의 심리적 요인 : 의원 내원 동기(빈도(%))

변수	구분	전체	비조합원	비참여 조합원	참여 조합원
		236(100)	74(31.4)	76(32.2)	86(36.4)
접근성	예	71(30.1)	22(29.7)	17(22.4)	32(37.2)
	아니오	165(69.9)	52(70.3)	59(77.6)	54(62.8)
특정질환 진료*	예	11(4.7)	7(9.5)	2(2.6)	2(2.3)
	아니오	225(95.3)	67(90.5)	74(97.4)	84(97.7)
양질의 진료	예	220(93.2)	69(93.2)	71(93.4)	80(93.0)
	아니오	16(6.8)	5(6.8)	5(6.6)	6(7.0)
주치의/예방활동***	예	145(61.4)	19(25.7)	54(71.1)	72(83.7)
	아니오	91(38.6)	55(74.3)	22(28.9)	14(16.3)
의료협동조합***	예	153(64.8)	20(27.0)	56(73.7)	77(89.5)
	아니오	83(35.2)	54(73.0)	20(26.3)	9(10.5)

Chi-square test : *p<0.1, **p<0.05, ***p<0.01

제 2절 조합원 및 참여활동 여부와 환자의 일차의 료 경험

연구대상 의료협동조합 의원을 상용치료원으로 이용하는 환자 및 보호자들이 일차의료 서비스 이용 경험을 바탕으로 평가한 일차의료 수행성 평균점수는 [표 4-3]과 같다. 총괄평균점수는 86.0점이었고, 최초접촉 영역은 89.8점, 포괄성 영역 73.6점, 조정기능 영역 78.7점, 전인적 돌봄 영역 94.8점, 가족/지역사회 지향성 영역 85.8점이었다. 최초접촉 영역의 하부 영역별 평균점수는 최초접촉 이용 영역은 89.3점, 물리적 접근 영역 81.2점, 진료비 걱정 영역 90.0점, 인구학적 접근 98.0점, 기본 처치 및 시술 영역은 91.2점이었다. 5개 영역 중에서 전인적 돌봄 영역의 평균점수가 가장 높았고, 최초접촉 영역, 가족/지역사회 지향성 영역의 순이었으며, 조정기능 영역과 포괄성 영역의 평균점수가 다른 영역들과 비교하여 상대적으로 낮은 편이었다. 최초접촉 영역의 하부 영역들 중에서는 의료기관을 쉽게 방문할 수 있는지를 묻는 물리적 접근 영역의 점수가 가장 낮았다.

K-PCAT 총괄평균점수와 각 영역별 평균점수가 조합원 및 참여활동 여부에 따라 차이가 있는지에 대하여 Kruskal-Wallis H 검정을 이용한 단변량 분석을 시행하였다. 그 결과, 총괄평균점수는 조합원 및 참여활동 여부에 따라 세 군에서 모두 차이가 있었다. 영역별로 나누어 살펴보면, 포괄성 영역의 평균점수는 비조합원과 조합원 사이에 차이가 있었고, 참여활동 여부와는 무관하였다. 조정기능 영역과 전인적 돌봄 영역의 평균점수는 비조합원과 참여조합원 사이에서만 차이가 있었고, 가족/지역사회 지향성 영역의 평균점수는 비조합원과 비참여조합원 사이에는 차이가 없었으며, 비조합원/비참여조합원과 참여조합원 사이에 차이가 존재하였다. 최초접촉 영역의 하부 영역별 분석에서는 최초접촉 이

용성 영역에서만 비조합원과 참여조합원 사이에서 통계적으로 유의한 평균점수의 차이가 존재하였다.

다음으로, 환자의 일차의료 경험에 영향을 주는 다른 변수들을 보정하기 위하여 다중 로지스틱 회귀분석을 시행하였고, 통제변수는 최윤구 등(2010)의 선행연구를 참고하여 성별, 나이, 교육수준, 결혼상태, 직업, 월평균 가구 총소득, 주관적인 건강상태, 의원 내원 기간, 의원까지의 거리를 사용하였다. 앞에서 기술하였듯이 종속변수의 분포가 왼쪽으로 꼬리가 긴 모양을 하고 있었기 때문에 평균 90점을 기준으로 이분 변수로 변환하여 분석하였고, 결과는 [표 4-4]와 같다. 총괄평균점수, 포괄성 영역, 최초접촉영역의 하부 척도 중 최초접촉 이용성 영역에서 조합원이 비조합원보다 일차의료 수행성 점수를 90점 초과로 높게 평가할 승산이 더 높았으며, 참여조합원의 교차비가 비참여조합원의 교차비보다 통계적으로 유의하게 더 높았다. 또한 조정기능 영역과 가족/지역사회 지향성 영역에서는 90점을 초과하는 좋은 일차의료 경험을 할 승산이 참여조합원의 경우에만 통계적으로 유의하게 더 높았다. 상세하게 기술하면, 조합원이 비조합원보다 전반적으로 더 좋은 일차의료 경험을 할 승산이 더 높았고, 비참여조합원은 비조합원보다 2.787배($p=0.012$), 참여조합원은 비조합원보다 5.105배($p<0.001$) 더 높았다. 또한 환자 본인이나 가족의 건강에 새로운 문제가 생겼을 때, 연구대상 의료협동조합 의원을 거의 언제나 먼저 방문한다고 응답할 승산은 조합원이 비조합원보다 더 높았고, 비참여조합원은 비조합원보다 2.335배($p=0.028$), 참여조합원은 비조합원보다 3.002배($p=0.009$) 더 높았다. 기본진료, 자궁경부암 검진을 비롯한 주요 암 검진, 정기 건강검진을 연구대상 의료협동조합 의원에서 거의 항상 받았거나 받을 의향이 있다고 응답할 승산도 조합원이 비조합원보다 더 높았으며, 비참여조합원이 비조합원보다 3.657배($p=0.003$), 참여조합원은 비조합원보다 4.453배($p=0.001$) 더 높았다.

[표 4-3] 일차의료 수행성 점수 및 조합원 및 참여활동 여부에 따른 비교

구분	N	K-PCAT 총괄 평균(Mean(SD))								
전체	236	86.0(11.50)								
비조합원	74	81.6(16.3)***								
비참여조합원	76	87.5(15.7)***								
참여조합원	86	92.9(9.8)***								

구분	K-PCAT 영역별 점수(평균(SD))									
	N	최초접촉	N	포괄성	N	조정기능	N	전인적돌봄	N	가족/지역사회
전체	236	89.8(11.96)	236	73.6(25.04)	225	78.7(25.83)	236	94.8(9.20)	231	85.8(17.31)
비조합원	74	90.0(37.5)*	74	62.5(43.2)***	68	75.0(50.0)***	74	95.0(10.0)***	71	75.0(31.2)
비참여조합원	76	95.0(56.2)	76	82.3(43.2)***	72	85.4(36.5)	76	100.0(5.0)	74	87.5(25.0)***
참여조합원	86	95.0(15.0)*	86	87.5(25.0)	85	91.7(25.0)***	86	100.0(5.0)***	86	100.0(12.5)***

구분	최초접촉 영역의 하위 영역별 점수(평균(SD))									
	N	최초접촉이용	N	물리적접근	N	진료비적정	N	인구학적접근	N	기본처치/기술
전체	235	89.3(20.90)	235	81.2(26.34)	234	90.0(15.56)	230	98.0(7.85)	236	91.2(19.28)
비조합원	74	100.0(25.0)***	74	100.0(25.0)	73	100.0(25.0)	73	100.0(0.0)	74	100.0(25.0)
비참여조합원	76	100.0(25.0)	75	75.0(25.0)	75	100.0(25.0)	74	100.0(0.0)	76	100.0(0.0)
참여조합원	86	100.0(0.0)***	86	100.0(25.0)	86	100.0(25.0)	83	100.0(0.0)	86	100.0(0.0)

전체는 평균(SD)으로 기술하였고, 조합원 및 참여활동 유무는 중앙값(inter-quartile range)으로 기술하였음.

Kruskal-Wallis H test : *p<0.1, **p<0.05, ***p<0.01

[표 4-4] 조합원 및 참여활동 여부에 따른 일차의료 수행성

	N	OR(95% C.I.)			모델 적합도 (p값)	설명력	분류 정확도(%)
		비조합원	비참여 조합원	참여 조합원			
총괄평균	236		2.787** (1.252-6.202)	5.105*** (2.253-11.568)	0.559	0.308	68.6
최초접촉	236		1.775 (0.863-3.650)	2.037* (0.963-4.311)	0.347	0.18	67.4
최초접촉 이용	235		2.335** (1.098-4.966)	3.002*** (1.318-6.835)	0.090	0.181	74.9
물리적 접근	235		0.838 (0.403-1.741)	1.168 (0.539-2.531)	0.184	0.222	65.5
진료비 걱정	234		0.832 (0.398-1.738)	0.756 (0.349-1.637)	0.540	0.137	67.9
인구학적 접근	230		1.118 (0.303-4.122)	1.131 (0.273-4.679)	0.311	0.139	93.0
기본처치/시술	236		1.304 (0.580-2.933)	1.348 (0.566-3.209)	0.714	0.117	77.5
포괄성	236		3.657*** (1.539-5.689)	4.453*** (1.881-10.539)	0.881	0.227	68.2
조정기능	236		1.523 (0.738-3.141)	2.399** (1.141-5.040)	0.181	0.136	64.9
전인적돌봄	236		1.800 (0.828-3.910)	1.715 (0.762-3.857)	0.226	0.137	75.0
가족/지역사회	231		1.848 (0.882-3.875)	5.245*** (2.394-11.493)	0.249	0.273	65.8

multiple logistic regression test : *p<0.1, **p<0.05, ***p<0.01

종속변수는 총괄평균점수 및 각 영역별 평균점수를 평균 90점을 기준으로 이분변수로 변환하여 분석하였으며, 성별, 만나이, 교육수준, 결혼상태, 직업, 월평균가구총소득, 의원내원기간, 의원까지의 거리(분), 주관적인 건강상태로 보정하였음.

제 3절 조합원 및 참여활동 여부와 의료이용

[표 4-5]는 조합원 및 참여활동 여부에 따른 응답자들의 의료이용 양상을 살펴본 것이다. 의원 내원 기간이 2년 이상인 응답자는 59.3%였으며, 조합원의 비율이 비조합원보다 더 높았다. 또한 참여조합원의 비율이 비참여조합원보다 훨씬 더 높았다(48.6% vs. 56.6% vs. 70.9%). 정기 건강검진을 받고 있다고 응답한 비율은 81.8%로 대부분의 응답자들이 정기 건강검진을 받고 있었고, 조합원의 비율이 비조합원의 비율보다 더 높았다. 그러나 참여활동 여부에 따른 차이는 거의 없었다(70.3% vs. 86.8% vs. 87.2%). 반면, 연구대상 의료협동조합 의원에서 진료를 받은 후 정기 건강검진 수검에 변화가 있었던 응답자의 비율은 조합원 및 참여활동 여부에 따라 차이가 있었으며, 조합원이 비조합원보다 더 높았고, 참여조합원이 비참여조합원보다 더 높았다(44.6% vs. 56.6% vs. 72.1%). ‘문자/전화 안내 및 상담’을 받은 적이 있다고 한 응답자의 비율은 50.4%였다. 비조합원과 조합원의 차이는 매우 컸으며, 참여조합원이 비참여조합원보다 서비스를 받은 비율이 더 높았다(29.7% vs. 53.9% vs. 65.1%). 이는 조합원이 비조합원보다 연구대상 의료협동조합 의원에서 검진을 비롯한 다양한 진료를 받고 있다는 것을 반영하며, 이러한 의료이용 양상은 참여조합원이 비참여조합원보다 더 두드러진다고 할 수 있다. 한편, 가족들이 함께 의원을 이용하는 응답자의 비율은 87.7%였으며, 조합원 및 참여활동 여부에 따라 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

[표 4-5] 조합원 및 참여활동 여부와 의료이용의 연관성(빈도(%))

변수	구분	전체	비조합원	비참여 조합원	참여 조합원
		236(100)	74(31.4)	76(32.2)	86(36.4)
의원 내원기간**	6개월~2년	96(40.7)	38(51.4)	33(43.4)	25(29.1)
	2년 이상	140(59.3)	36(48.6)	43(56.6)	61(70.9)
건강검진 여부***	건강검진 받음	193(81.8)	52(70.3)	66(86.8)	75(87.2)
	건강검진 받지 않음	43(18.2)	22(29.7)	10(13.2)	11(12.8)
진료후 건강검진 변화***	진료 후 건강검진 받음	138(58.5)	33(44.6)	43(56.6)	62(72.1)
	변화 없음	98(41.5)	41(55.4)	33(43.4)	24(27.9)
문자/전화 안내및상담***	받은 적 있음	119(50.4)	22(29.7)	41(53.9)	56(65.1)
	받은 적 없음	117(49.6)	52(70.3)	35(46.1)	30(34.9)
가족이용	예	207(87.7)	63(85.1)	69(90.8)	75(87.2)
	아니오	29(12.3)	11(14.9)	7(9.2)	11(12.8)

Chi-square test : *p<0.1, **p<0.05, ***p<0.01

제 4절 의료이용과 환자의 일차의료 경험

매개변수로 설정한 의료이용 변수들과 한국 일차의료 평가도구 (K-PCAT)의 총괄평균점수, 즉 환자의 전반적인 일차의료 경험과의 연관성을 분석한 결과를 [표 4-6]에 제시하였다. 일차의료 수행성 총괄평균점수를 90점 초과로 평가한 환자 및 보호자의 비율은, 의원 내원 기간이 6개월 이상 2년 미만인 응답자에서보다, 2년 이상인 응답자에서 통계적으로 유의하게 더 많았다(28.1% vs. 56.4%, $p < 0.001$). 정기적으로 건강검진을 받는지 여부와 환자의 전반적인 일차의료 경험과는 연관성이 없었으나($p = 0.656$), 진료 후 정기 건강검진을 하게 된 응답자들이 변화가 없었던 응답자들보다 일차의료 수행성 총괄평균점수를 90점 초과로 평가한 비율이 더 높았다(56.5% vs. 28.6%, $p < 0.001$). 그리고 문자 및 전화로 검사일정 또는 검사결과를 안내 받거나 진료상담을 받은 적이 있는 응답자가 그렇지 않은 경우보다 일차의료 수행성 총괄평균점수를 90점 초과로 평가한 비율이 더 높았다(56.3% vs 33.3%, $p < 0.001$). 가족들이 함께 연구대상 의료협동조합 의원을 이용하는지 여부와 환자의 전반적인 일차의료 경험은 통계적으로 유의한 연관성이 없었다.

[표 4-6] 의료이용에 따른 일차의료 경험의 차이(빈도(%))

변수	구분	K-PCAT 총괄평균점수		
		전체	90점이하	90점초과
		236(100)	130(55.1)	106(44.9)
의원 내원기간***	6개월~2년	96(40.7)	69(71.9)	27(28.1)
	2년 이상	140(59.3)	61(43.6)	79(56.4)
정기 건강검진 여부	정기건강검진 받음	193(81.8)	105(54.4)	88(45.6)
	정기건강검진 받지 않음	43(18.2)	25(58.1)	18(41.9)
진료 후 정기건강검진 변화***	진료 후 건강검진 받음	138(58.5)	60(43.5)	78(56.5)
	변화 없음	98(41.5)	70(71.4)	28(28.6)
문자/전화 안내및상담***	받은 적 있음	119(50.4)	52(43.7)	67(56.3)
	받은 적 없음	117(49.6)	78(66.7)	39(33.3)
가족이용	예	207(87.7)	110(53.1)	97(46.9)
	아니오	29(12.3)	20(69.0)	9(31.0)

Chi-square test : *p<0.1, **p<0.05, ***p<0.01

제 5절 환자의 전반적인 일차의료 경험에 영향을 미치는 요인

제 2절과 3절에서 조합원 및 참여활동 여부에 따라 환자의 일차의료 경험과 의료이용이 다르다는 결과를 확인하였다. 본 절에서는 조합원 및 참여활동 여부에 따른 환자의 전반적인 일차의료 경험에 대해 의료이용 변수들이 매개효과를 나타내는지 분석한 결과를 제시하고자 한다. 이를 위해 조합원 및 참여활동 여부, 통제변수, 의료이용 변수를 단계적으로 투입하여 분석하는 로지스틱 회귀분석 방법을 사용하였다. 통제변수로는 환자의 전반적인 일차의료 경험, 즉 K-PCAT 총괄평균점수와 연관성이 있거나 조합원 및 참여활동 여부에 따라 분포의 차이가 있었던 개인특성 요인과 심리적 요인 등을 사용하였다. 성별, 교육수준, 결혼상태, 직업, 월평균 가구 총소득, 의원까지의 거리(분), 주관적 건강상태, 주치의/예방활동 및 의료협동조합의 필요에 대한 내원 동기가 이에 해당되었다. 또한 의료이용 변수로는 환자의 일차의료 경험과 연관성이 있는 것으로 나타난 의원 내원 기간, 진료 후 정기 건강검진 변화, 문자/전화 안내 및 상담 여부를 사용하였다. 분석에 사용할 의료이용 변수들 사이에 다중공선성이 존재할 가능성을 배제할 수 없으므로, 각 변수별로 다른 회귀모델을 이용하여 분석하였고, 분석한 결과를 정리하여 [표 4-7]에 제시하였다.

모델 1은 종속변수인 K-PCAT 총괄평균점수에 대하여 조합원 및 참여활동 여부 변수만을 투입하여 분석한 것이다. 분석 결과, 조합원이 비조합원보다 평균 90점 초과 of 일차의료 경험을 할 승산이 더 높았으며, 조합원이라도 참여활동 여부에 따라 교차비에 차이가 있었다(비참여조합원 OR 2.573, $p=0.009$ vs. 참여조합원 OR 6.259, $p<0.001$).

모델 2는 앞에서 언급한 통제변수들을 추가로 투입하여 분석한 것이다. 분석 결과, 조합원은 비조합원보다 90점을 초과하는 좋은 일차의료 경험을 할 승산이 더 높았으나, 비참여조합원의 경우 교차비가 통계적으로 유의하지 않았고(OR 1.750, $p=0.195$), 참여조합원의 교차비는 통계적으로 유의하게 더 높았다(OR 3.357, $p=0.008$). 이러한 결과는 이후에 기술할 모든 회귀분석 모델에서 비슷한 경향성을 보였다. 따라서 의료협동조합의 ‘교육 및 참여활동’이 환자의 좋은 일차의료 경험과 연관성이 있다고 할 수 있다. 통제변수 중에서는 의원까지의 거리가 5분 더 가까울수록 90점을 초과하는 좋은 일차의료 경험을 할 승산이 통계적으로 유의하게 1.021배 더 높았다($p=0.041$). 또한 주치의나 예방활동에 대한 정보가 필요하여 의원을 내원하는 환자가 좋은 일차의료 경험을 할 승산이 1.922배 더 높았으나, 95% 신뢰구간에서 통계적으로 유의하지는 않았다($p=0.073$).

모델 3에서는 의료이용 변수 중 첫 번째로 ‘의원 내원 기간’을 추가로 투입하여 분석하였다. 연구대상 의료협동조합 의원에 2년 이상 내원한 환자들은 6개월 이상 2년 미만 동안 내원한 환자들보다 90점을 초과하는 좋은 일차의료 경험을 할 승산이 3.088배 더 높았고($p=0.001$), 의원 내원 기간 변수가 추가되면서 참여조합원이 좋은 일차의료 경험을 할 교차비를 3.357에서 3.335로 감소시켰다($p=0.008 \rightarrow 0.012$). 따라서 내원 기간 변수는 조합원 및 참여활동 여부가 환자의 일차의료 경험에 미치는 영향에 있어 부분적인 매개효과를 나타낸다는 것을 알 수 있었다. 통제변수 중에서는 의원까지의 거리가 5분 더 가까울수록 좋은 일차의료 경험을 할 승산이 통계적으로 유의하게 1.025배 더 높았다($p=0.030$).

모델 4는 조합원 및 참여활동 변수, 통제변수, 그리고 의료이용 변수 중 ‘진료 후 정기 건강검진 변화 여부’를 투입하여 분석한 것이다. 진

료 후에 정기적으로 건강검진을 하게 된 환자들은 변화가 없었던 환자들에 비해, 90점을 초과하는 좋은 일차의료 경험을 할 승산이 2.972배 더 높았다($p=0.001$). 또한 의료이용 변수가 추가되면서 참여조합원이 좋은 일차의료 경험을 할 교차비가 3.357에서 2.849로 감소하였다($p=0.008 \rightarrow 0.026$). 따라서 교육 및 참여활동 경험이 있는 조합원이 좋은 일차의료경험을 할 승산을 높이는 데 있어, 진료 후 정기 건강검진 변화는 부분적인 매개효과가 있다고 할 수 있다. 모델 4에서도 의원까지의 거리가 5분 더 가까울수록 좋은 일차의료 경험을 할 승산이 통계적으로 유의하게 높았다(OR 1.024, $p=0.027$).

모델 5에서는 조합원 및 참여활동 변수, 통제변수, 그리고 의료이용 변수 중 ‘문자/전화 안내 및 상담’ 변수를 투입하여 분석하였다. 분석 결과, 문자 및 전화로 검사일정이나 검사결과에 대해 안내를 받거나 진료에 대한 후속상담을 받은 적이 있는 응답자는 그렇지 않은 경우보다 좋은 일차의료 경험을 할 승산이 1.936배 더 높았다($p=0.036$). 그리고 모델 2의 분석결과와 비교하였을 때, 문자/전화 안내 및 상담 변수의 추가는 참여조합원이 좋은 일차의료 경험을 할 승산을 3.357에서 2.778배로 감소시켰다($p=0.008 \rightarrow 0.030$). 따라서 다양한 내용의 의료이용 및 의료이용량을 반영하는 ‘문자/전화 안내 및 상담’ 변수는, 조합원 및 참여활동 여부에 따른 환자의 일차의료 경험의 차이를 설명하는 데 부분적인 매개변수로 작용했음을 알 수 있었다. 또한 의원까지의 거리가 5분 더 가까울수록 좋은 일차의료 경험을 할 승산이 통계적으로 유의하게 1.021배 더 높았다($p=0.034$).

모델 3,4,5에서 의료이용 변수를 추가로 투입하여 분석한 후 모델 2의 분석결과와 비교하여, 참여조합원이 좋은 일차의료 경험을 할 교차비가 감소한 정도를 비교하면, ‘의원 내원 기간’ 보다는 ‘진료 후 정기 건강검진 변화 여부’와 ‘문자/전화 안내 및 상담’ 변수를 추가하여

분석하였을 때 감소 폭이 더 큰 것으로 나타났다. 따라서 ‘진료 후 정기 건강검진 변화 여부’와 ‘문자/전화 안내 및 상담’이 조합원 및 참여활동 여부와 전반적인 일차의료 경험의 연관성을 설명하는 데 부분적인 매개효과를 나타내는 변수로서 더 중요한 역할을 하고 있음을 알 수 있다.

[표 4-7] 환자의 전반적인 일차의료 경험에 영향을 미치는 요인

변수		전반적인 일차의료 경험 (K-PCAT 총괄평균 90점 초과/90점 이하) n=236				
		Model1	Model2	Model3	Model4	Model5
		(조합원/참여여부)	(통제변수)	(내원기간)	(건강검진 변화)	(문자전화 안내및상담)
		OR (95% C.I.)	OR (95% C.I.)	OR (95% C.I.)	OR (95% C.I.)	OR (95% C.I.)
비조합원						
조합원/ 참여활동 여부	비참여조합원	2.573*** (1.270-5.215)	1.750 (0.750-4.080)	1.990 (0.824-4.805)	1.674 (0.703-3.986)	1.497 (0.628-3.569)
	참여조합원	6.259*** (3.108-12.604)	3.357*** (1.370-8.229)	3.335** (1.309-8.496)	2.849** (1.136-7.145)	2.778** (1.106-6.975)
통제변수	의원까지 거리 (5분더가까울수록)	-	1.021** (1.001-1.043)	1.025** (1.002-1.048)	1.024** (1.003-1.045)	1.021** (1.002-1.043)
	내원동기 : 주치의/예방	-	1.922* (0.942-3.921)	1.712 (0.827-3.542)	1.987* (0.961-4.108)	1.952* (0.948-4.018)
의료이용	내원기간 : 2년 이상	-	-	3.088*** (1.631-5.850)	-	-
	진료 후 정기 건강검진	-	-	-	2.972*** (1.564-5.647)	-
	문자전화 안내및상담받음	-	-	-	-	1.936** (1.046-3.585)
Hosmer & Lemeshow test(p값)		1.000	0.698	0.888	0.645	0.710
Nagelkerke R ² /분류정확도 (%)		0.158/66.1	0.268/66.9	0.324/72.0	0.319/72.5	0.288/70.8

multiple logistic regression : *p<0.1, **p<0.05, ***p<0.01

통제변수는 성별, 교육수준, 결혼상태, 직업, 소득, 주관적 건강상태, 의원까지의 거리(분), 의원내원동기-주치의/예방활동, 의료협동조합 변수들을 투입하여 분석하였고, 이 중 90% 신뢰구간을 기준으로 통계적으로 유의한 변수만을 표시하였음.

제 5장 고찰

제 1절 연구결과에 대한 고찰

일차의료가 취약한 한국의 의료 현실에서, 의료협동조합은 지역사회 중심·환자 중심의 일차의료를 지향하고 있으며, 지역사회 주민들이 건강의 주체로 성장하고 나눔과 협동을 통해 지역사회 안에 건강한 관계를 확장해 감으로써 건강한 공동체를 만들어가고자 하는 비전을 가지고 있다. 이를 위해 의료협동조합에서는 조합원 및 지역사회 주민들의 교육과 참여를 강조하고 있다.

본 연구는 일개 신규 의료협동조합의 일차의료 수행성을 환자 관점에서 평가하고, 조합원 및 참여활동 여부에 따라 환자의 일차의료 경험에 차이가 있는지를 분석하였다. 특히 조합원을 ‘비참여조합원’과 ‘참여조합원’으로 나누어 연구함으로써, ‘의료협동조합의 교육 및 참여활동과 환자의 일차의료 경험의 연관성’에 대해 새롭게 주목하여 확인하고자 하였다. 마지막으로, 조합원 및 참여활동 여부와 환자의 일차의료 경험의 연관성에 대하여 의료이용 요인이 매개효과를 나타내는지를 분석하였다.

우선 한국 일차의료 평가도구(K-PCAT)를 사용하여, 본 연구대상 의료협동조합의 일차의료 수행성을 환자 관점에서 평가한 결과, 총괄평균 점수는 86.0점이었고, 최초접촉 영역은 89.8점, 포괄성 영역 73.6점, 조정기능 영역 78.7점, 전인적 돌봄 영역 94.8점, 가족/지역사회 지향성 영역은 85.8점인 것으로 나타났다. K-PCAT를 사용하여 국내 의료기관들의 일차의료 수행성을 평가한 정현진 등(2008), 성낙진 등(2010), 최윤구 등(2010), 이재호(2012)의 선행연구 결과를 참고하였을 때, 본

연구대상 의료협동조합은 우수한 일차의료 서비스를 제공하고 있다고 평가할 수 있다. 10년 이상 운영된 의료협동조합의 총괄평균점수를 참고하였을 때에도 열등하지 않은 결과를 보였다. 그러나 선행연구마다 연구대상자들의 특성이 다르고, K-PCAT 설문지의 ‘잘 모름/해당 없음’의 응답을 점수화하는 방법이 다를 수 있기 때문에, 다른 선행연구들의 결과를 참고할 때에는 절대적인 비교가 어렵다는 점을 고려해야 한다.

최초접촉 영역과 전인적 돌봄 영역에 대한 평가 점수가 높고, 포괄성 및 조정기능, 가족/지역사회 지향성 영역의 점수가 상대적으로 낮은 결과의 경향성은 성낙진 등(2010), 최윤구 등(2010), 이재호(2012)의 선행연구에서도 일관되게 관찰된다. 정현진 등(2008)은 이러한 영역별 점수의 경향성에 대하여, 접근성은 비용 측면과 시설 측면에서 모두 국가 보건의료시스템의 영향을 많이 받으므로 우리나라는 최초접촉 영역에서 다른 영역에 비해 상대적으로 양호한 평가를 받는다고 하였고, 포괄성과 조정기능도 서비스를 제공하는 의사와 공급받는 환자의 노력 뿐 아니라 체계적인 지원이 필요하기 때문에, 다른 영역에 비해 상대적으로 달성하기 어려운 과제라고 하였다.

한편, 본 연구결과에서는 일차의료의 여러 속성들 중 포괄성 영역의 평균점수가 가장 낮았으며, 조정기능과 가족/지역사회 영역의 점수보다 더 낮은 결과를 보였다. 포괄성 영역을 구성하고 있는 4개 문항의 평균 점수를 내용별로 살펴보면, 기본진료는 평균 79.9점, 암 예방 및 조기검진 59.9점, 자궁경부암 검사 67.6점, 정기 건강검진 82.4점으로, 암 예방 및 조기검진의 수행성이 가장 부족한 것으로 나타났다. 연구대상 의료협동조합이 운영 중인 일차의료기관에서는 국민건강보험공단 검진, 생애전환기 검진, 암 검진, 영유아 검진 등 국가에서 제공하는 다양한 건강검진을 시행하고 있기는 하지만, 시설의 여건 상 유방촬영검사(mammography) 및 대장내시경 검사를 제공하지 못하고 있다. 본 연구

결과에서 나타난 영역별 점수의 경향성은 10년 이상 운영된 의료협동조합들을 대상으로 한 최윤구 등(2010)의 연구결과와는 달랐는데, 10년 이상 운영된 의료협동조합들이 대부분 건강검진센터를 사업소로 운영하고 있다는 점을 고려해 보았을 때, 이러한 결과는 의료기관의 구조에 따른 수행성의 차이로 생각해볼 수도 있을 것이다.

연구대상 의료협동조합 의원의 일차의료 수행성 점수가 조합원 및 참여활동 여부에 따라 차이가 있는지에 대하여 통제변수들을 보정한 후 분석해 본 결과, 일차의료 수행성 점수를 90점 초과로 높게 평가할 승산은 총괄평균점수와 포괄성 영역, 최초접촉 영역의 하부 척도인 최초접촉 이용성 영역에서 조합원이 비조합원보다 통계적으로 유의하게 더 높았다. 이러한 결과는 총괄평균점수와 포괄성, 조정기능 영역에서 조합원과 비조합원 사이에 수행성 평가가 통계적으로 유의하게 달랐다는 최윤구 등(2010)의 연구결과와 일치하는 부분이 있다. 한편 본 연구의 결과에서, 총괄평균점수와 포괄성 영역, 최초접촉 이용성 영역에서는 참여조합원의 교차비가 비참여조합원의 교차비보다 통계적으로 유의하게 더 높았고, 조정기능 영역과 가족/지역사회 지향성 영역에서는 참여조합원에서만 통계적으로 유의하게 높은 교차비를 보였다. 따라서 본 연구에서 특히 주목하고자 했던 변수인 ‘의료협동조합의 교육 및 참여활동에 참여한 적이 있는지 여부’가 환자의 일차의료 경험과 연관성이 있음을 확인할 수 있었다.

본 연구결과에서는 비조합원, 비참여조합원, 참여조합원으로 갈수록 의원 내원 기간이 2년 이상인 환자의 비율이 더 높았고, 내원 기간이 길수록 좋은 일차의료 경험을 한 응답자의 비율이 더 높았다. 교차비 감소의 정도는 적었지만, 내원 기간은 참여조합원에서 조합원 및 참여활동 여부와 일차의료 경험의 연관성을 설명하는 데 부분적인 매개변수로 작용하는 것으로 나타났다. ‘내원 기간’은 진료 지속성 측정 지표 중에

서 가장 널리 사용되고 있는 것 중 하나로, Meyers(1969)는 지속성(continuity)을 좋은 의료의 속성(essentials of good medical care)의 하나로 지적하였다. 국내외의 여러 연구(이재호, 2012; 강혜경, 2012; Shi등, 2009)에서도 내원 기간은 공통적으로 환자의 일차의료 경험에 영향을 주는 것으로 밝혀진 요인이며, 본 연구결과에서도 진료의 지속성이 유지되는 것이 환자의 좋은 일차의료 경험과 연관성이 있다는 것을 다시 한 번 확인할 수 있었다. 진료의 지속성이 유지되면, 의료제공자는 환자를 질병의 객체가 아닌 가족과 지역사회 생활의 맥락 속에서 온전한 인간으로 볼 수 있게 되어, 환자의 총체적인 건강을 증진하고 유지하기 위한 '환자 중심 진료(patient-centered care)'의 방향성을 지닐 수 있게 된다(최용준, 2006).

한편, 본 연구에서는 비조합원, 비참여조합원, 참여조합원으로 갈수록 정기적인 건강검진을 받게 된 환자의 비율이 높았으며, 진료 후에 정기적으로 건강검진을 받게 되었다고 응답한 환자 및 보호자들이 더 많았다. 문자 및 전화로 검사일정이나 검사결과를 안내받고, 진료에 대한 후속상담을 받은 적이 있다고 응답한 환자의 비율도 더 높았다. 그리고 이러한 의료이용 양상은 참여조합원인 환자가 전반적으로 좋은 일차의료 경험을 하게 하는 데 부분적인 매개효과를 나타내었다. Ettner(1996, 1999)의 연구에서는 상용치료원이 있을 경우 의료이용이 증가하며, 상용치료원이 있는 중장년층의 경우 상용치료원이 없는 계층보다 예방서비스를 3배 이상 소비한다고 하였다. 이 외에도 상용치료원이 있으면 예방서비스가 지속적으로 전달되는 효과가 있다는 결과를 보여주는 선행연구들이 다수 존재한다(고숙자 등, 2011). 상용치료원의 유무는 진료의 지속성이 보장될 수 있는 중요한 조건으로(최용준, 2006), 진료의 지속성이 유지될 수 있을 때 환자의 의료이용이 더 많아지고 예방의료 서비스를 더 많이 받는다고 할 수 있다. 본 연구의 결과는 상용치료원의 유무

에 따른 의료이용을 살펴본 것은 아니지만, 선행연구의 결과를 참고해볼 때 비조합원, 비참여조합원, 참여조합원으로 갈수록 정기적인 건강검진을 비롯한 의료이용이 달라지는 이유가 진료의 지속성의 차이에서 비롯되었을 가능성을 유추해볼 수 있다.

제 2절 연구의 한계와 의의

본 연구는 일개 신규 의료협동조합에서 수행된 연구로, 연구의 결과를 모든 의료협동조합에 일반화하여 적용하기 어렵다는 제한점이 있다. 또한 단면연구로 설계되었기 때문에, 본 연구의 결과로는 각 변수들 사이의 연관성만을 알 수 있을 뿐, 선후관계 및 인과관계가 있다고 결론을 내릴 수 없다. 매개변수로 사용한 의료이용 변수들을 선정하기 위해 더 체계적이고 다양한 접근이 이루어지지 못한 점도 아쉽다.

본 연구에서는 이용자 설문 방식의 통째 환자의 일차의료 경험을 측정함으로써 환자 관점에서 의료의 질을 평가하였기에, 선택편향(selection bias)과 사회적 바람직성에 의한 편향(social desirability bias)이 발생할 가능성이 있다. 한국 일차의료 평가도구는 연구 대상 의료기관을 상용치료원으로 이용하는 환자들을 대상으로 사용하는데, 상용치료원을 가지고 있는 환자들은 공급자의 수행성을 우호적이거나 매우 높게 평가할 수 있다는 선행연구 결과들이 있다. 또한 의료협동조합은 대안적인 일차의료기관이기에, 이곳을 선택하여 이용하는 환자들은 바람직하다고 생각되는 방향으로 응답하는 경향이 더 많을 수도 있다. 본 연구에서는 종속변수의 분포가 오른쪽으로 치우쳐진 양상을 보이고 있어 이러한 편향이 발생했을 가능성을 배제할 수 없다.

의료기관의 일차의료 수행성에 대하여 의료의 질을 온전하게 평가하기 위해서는 대인관계의 질 뿐 아니라 기술적인 질, 결과에 대한 접근 등 다양한 차원에서의 평가가 필요하다. 이용자 관점에서 일차의료의 수행성을 평가하는 것은 공급자 관점에서의 평가와는 다른 양상을 보일 수도 있다. 본 연구는 ‘환자 관점’에서 ‘과정’의 일부를 평가한 것이므로, 향후 다른 차원에서 다양한 방식으로 접근하는 의료의 질 평가가 이루어져야 할 필요가 있다.

그럼에도 불구하고, 본 연구는 대안적 일차의료기관으로 주목을 받고 있는 의료협동조합 중 신규 의료협동조합의 일차의료 수행성을 조사한 첫 연구라는 의미를 가진다. 또한 의료협동조합이 지역주민들의 건강 역량 향상과 건강한 관계 형성을 위해 강조하고 있는 ‘교육 및 참여활동’에 주목하였고, 조합원 여부 외에도 조합원 중 ‘교육 및 참여활동’에 참여했는지의 여부가 환자의 일차의료경험과 연관성이 있다는 점을 새롭게 확인할 수 있었다는 데 의의가 있다고 할 수 있다.

제 6장 결론 및 제언

본 연구를 통해 첫째, 의료협동조합 의원을 상용치료원으로 이용하고 있는 환자들의 일차의료 경험은 조합원 여부 뿐 아니라 교육 및 참여활동 여부에 따라서도 차이가 있음을 알 수 있었다. 전반적인 일차의료 경험과 포괄성, 최초접촉 이용성 영역에 대하여, 조합원은 비조합원보다 더 좋은 일차의료경험을 보고할 가능성이 더 높았고, 조합원 중에서도 참여활동의 여부에 따라 그 차이는 더 컸다. 둘째, 환자의 일차의료 경험에 영향을 미치는 요인 중 의원 내원 기간, 정기 건강검진 수검 변화, 문자/전화 안내 및 상담 등의 의료이용 변수는 조합원 및 참여활동 여부에 따른 환자의 전반적인 일차의료 경험에 대해 부분적인 매개효과를 보이는 것으로 분석되었고, 의료이용 변수의 매개효과는 의원 내원 기간보다 정기 건강검진 수검 변화, 문자/전화 안내 및 상담 변수에서 더 컸다. 이러한 결과는 참여조합원에서만 통계적으로 유의하게 나타나, 참여조합원이 비조합원보다 더 좋은 일차의료경험을 보고하는 것은, 부분적으로 진료의 지속성이 더 잘 유지되거나 예방적인 의료 이용을 더 많이 하는 것을 통해서 이루어진다고 결론을 내릴 수 있다.

주민참여는 환자 중심, 지역사회 중심의 일차의료를 수행하기 위해 핵심적이고 가치 있는 전략으로 여겨져 왔으며, 변화하고 있는 의료 환경 속에서도 그 중요성과 가치가 인정되고 있다. 의료협동조합 의원은 조합원과 지역주민들이 참여할 수 있는 조직 구조를 가진 의료기관으로, 의료협동조합에서는 지역주민들의 건강역량을 향상시키고, 건강한 관계를 형성하기 위한 바탕이 되는 활동으로 ‘교육 및 참여활동’을 강조하고 있다. 한편, 환자들의 의료기관 선택이 자유로우며 일차의료가 취약한 한국의 의료 현실에서는, 환자들에게 좋은 일차의료 경험을 제공하고, 이를 통해 환자들이 일차의료의 효용성과 효율성을 직접 느낄 수 있도록

하는 것이 필요하다는 주장이 지속적으로 제기되고 있다. 본 연구는 의료협동조합에서 제공하고 지원하는 ‘교육 및 참여활동’이 환자가 좋은 일차의료 경험을 하는 데 영향을 미칠 수 있을 것이라는 연구 질문에서 출발하였다. 의료의 영역에서 이루어진 선행연구가 아직 없었기 때문에, 본 연구는 이러한 연구 질문에서 출발하여 시도한 초기단계의 연구로서, 연구를 통해 조합원 및 참여활동 여부와 의료이용, 환자의 일차의료 경험 사이의 연관성을 확인할 수 있었다. 그러나 단면연구가 가지는 한계점으로 인해, 연구결과에서 밝혀진 변수들 사이의 선후관계 및 인과관계에 대해서는 설명할 수 없다는 제한점이 있다. 본 연구에서는 밝히지 못했지만, 교육 및 참여활동을 통해 의료이용이 변화할 수 있는 경로를 ‘교육 및 참여’의 효과에 대한 다른 선행연구들(이현애, 2004; 유승현, 2012; 정원각, 2014)을 참고하여 추측해보면 다음과 같다. 의료협동조합에서 제공하고 지원하는 교육 및 참여활동을 통해 조합원과 지역사회 주민들의 건강 역량이 점점 향상되면, 이로 인해 조합원과 지역사회 주민들에게는 건강과 일차의료에 대한 인식의 변화가 생기고, 의료협동조합이 지향하는 가치에 대해 예전보다 더 깊이 이해하게 될 것이다. 그리고 이러한 과정을 통해 환자들의 의료이용이 변화하게 될 것이다. 다른 경로로는 교육 및 참여 활동의 과정 중에 형성된 유대감이나 소속감, 자부심이 환자들의 의료이용을 변화시킬 수도 있을 것이다. 이러한 경로들을 통해 의료협동조합에서 제공하고자 하는 양질의 일차의료환자들에게 잘 전달될 수 있을 것으로 생각해볼 수 있다.

향후 이러한 연관성을 반복적으로 확인하고, 변수들 사이의 인과관계를 설명하기 위한 추가적인 연구가 필요하다. 여러 의료협동조합을 대상으로 ‘교육 및 참여활동’이 환자의 일차의료 경험에 미치는 영향에 대한 다양한 연구들이 이루어지기를 기대한다.

참 고 문 헌

- 강봉심(2005). “의료생협 조합원의 조합참여와 의료기관 이용만족도와 의 관계”, 한림대학교 석사학위논문
- 강혜경(2012). “일부 도시지역 의원 이용자의 일차의료에 대한 평가와 관련 요인”, 충남대학교 석사학위논문
- 고숙자 등(2011). “상용치료원이 의료이용 및 의료비에 미치는 영향”, 제 3회 한국의료패널 학술대회 자료집:267-276
- 김광묘(2013). “의료생활협동조합 조합원의 참여에 영향을 미치는 요인”, 서울대학교 석사학위논문
- 김광묘 등(2014). “의료생활협동조합 조합원의 참여에 영향을 미치는 요인”, 보건행정학회지;24(4):330-341
- 김명일(2011). “시민들의 주치의, 의료생협”, 『가장 인간적인 의료』. 스토리플래너
- 김병욱 등(2000). “지역사회 중심 일차의료 : 미국의 미래지향적인 의학교육”, 한국의학교육:12(2):329-341
- 김보라(2011). “지역주민과 의료인이 함께 운영하는 병원은 가능한가”, 『가장 인간적인 의료』. 스토리플래너
- 김보라(2014). “건강권과 의료 공공성을 중심으로 바라본 한국의료협동조합 20년”, 『의료협동조합 20주년 기념행사 자료집』:33-54
- 김선희(2009). “주민자치 의료복지모델로서 의료생협에 대한 탐색적 평가: 안성의료생협 사례분석을 중심으로”, 지방행정연구;23(1):119-155
- 김수영(1996). “일차의료에 대한 새로운 정의”, J Korean Acad Fam Med;17(2):114-124

- 김용익(1992). “보건의료 주민참여의 정의와 전략에 대한 연구” , 보건행정학회지;2(2):90-111
- 김중희(2015). “환자의 건강을 지키기위한 의료협동조합의 활동들” , 대한가정의학회 추계학술대회 자료집
- 민혜영(2009). “우리나라 일차의료 활성화를 위한 모델 구축-이용자의 지속적인 건강관리를 위한 실천 전략” . 의료정책연구소 연구보고서 2009-1
- 박춘선(2014). “의료의 질 영역에서 OECD 회원국의 환자 경험 측정” , HIRA 정책동향;8(2):63-73
- 성낙진 등(2010). “Patient`s assessment of primary care of medical institutions in South Korea by structural type”, International Journal for Quality in Helath Care;22(6):493-499
- 신영수 등(1991). 『적정진료 보장을 위한 의료의 질 관리 연구』 , 서울대학교 의과대학 의료관리학교실.
- 신호성 등(2012). “건강형평성 강화를 위한 의료서비스 전달체계 개선 방안” , 한국보건사회연구원 연구보고서 2012-08
- 옥민수 등(2014). “Perceptions of primary care in Korea : a comparison of patient and physician focus group discussions” , BMC Family Practice;15:178-191
- 우세옥(2008). “건강하고 안전한 지역 만들기 ‘의료생협 길동무’ ” , 복지동향 6월호: 53-58
- 유승현(2012). “지역사회 건강증진을 위한 참여 : 이해와 적용” , 보건교육건강증진학회지;29(4):57-66
- 이재호 등(2007). “Defining the concept of primary care in south Korea using a delphi method” , International Family

Medicine;39(6):425-431

이재호 등(2009). “Developmetn of the Korean primary care assessment tool - measuring user experience : test of data quality and measurement performance” , International J for Quality in Health Care;21(2):103-111

이재호(2011). “시민참여와 일차의료의 미래” . 『가장 인간적인 의료』 . 스토리플래너

이재호 등(2012). “한국 일차의료 평가도구(K-PCAT)를 이용한 의료 급여 선택병의원제도 일차의료 질 평가:서울특별시 1개 구 : J Korean Med Assoc;55(2):187-197

이재호(2013). “한국 보건의료의 효율성과 형평성을 위한 일차의료 강화 전략” . J Korean Med Assoc;56(10):853-855

이현애(2004). “지역환경문제 참여를 통한 환경의식 변화와 지역 공동체 형성”, 환경교육;17(2):94-105

장원봉(2008). “사회적 경제와 동조합운동” . 녹색평론 통권 100호

정원각(2014). “교육을 통한 협동조합과 사회의 성장” , 생협평론;16호:21-38

정재욱 등(2009). “우리나라 일차의료 질평가 연구의 현황분석” . Korean J Fam Med;30:525-532

정현진 등(2008). “일차의료의 효과성 평가” , 국민건강보험공단 연구 보고서 2008-15

조홍준(1994). “일차의료에서의 QA의 전망” , J Korean Acad Fam Med;15(11) Nov:847-856

최봉섭(2002). “의료생활협동조합운동의 현황과 과제” , 도시와 빈곤; 통권 55호:85-103

- 최용준(2006). “우리나라 어린이 청소년 환자에서 일차의료의 지속성에 관한 연구”, 서울대학교 박사학위논문
- 최윤구 등(2010). “의료생활협동조합의원의 일차의료서비스 질 평가”. *Korean J Fam Med*;31;765-777
- 황나미(2013). “일차의료의 질 향상을 위한 접근 방향”, *보건복지포럼*;202:25-38
- 황인섭(2004). “의료생활협동조합의 비영리조직성 및 특징에 관한 연구”, *산업경제연구*;17(6):1569-1591
- Aller(2013). "A comprehensive analysis of patients` perceptions of continuity of care and their associated factors", *Int J for Qual Health Care*;25(3):291-299
- Berwick(2002). A user`s manual for the IOM`s `quality chasm` report, *Health Affairs*;21(3):80-90
- Bruster S(1994). National Surbey of hospital patients, *BMJ*;309(10):1542-5
- Elwyn et al(2007). Respecting the subjective : quality measurement from the patients` perspective, *BMJ*;335:1021-2
- Geboers H et al(1999). "A model for continuous quality improvement in small scale practices.", *Quality in Helath Care*;8:43-48
- Haggerty et al(2008). "Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care.", *Ann Fam Med*;6:116-123
- Heller et al(2009). "Patient activation status as predictor of

- patient experience among Medicare beneficiaries", *Medical Care*;47(8):850–857
- Institute on Medicine(2001). *Crossing the Quality Chasm : A New Health System for the 21st Century*; March 1, 2001
- Israel BA et al(1994). Health education and community empowerment : conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control; *Health Education Quarterly*;21(2):149–170
- Lebow J(1974), Consumer assessment of the quality of medical care, *Medical care*;12(4):328–337
- Pascoe G(1983). Patient satisfaction in primary health care : literature review and analysis, evaluation and program planning;6:185–210
- Rodriguez(2009). "Attributing source of variation on patients` experiences of ambulatory care", *Medical Care*;47(8):835–841
- Salisbury et al(2010). "Patients` experience and satisfaction in primary care : secondary analysis using multi–level modeling, *BMJ*;341:c5004
- Shi et al(2003). "Primary care quality : community health center and health maintenance organization", *Southern Medical Journal*;96(8):787–795
- Sofaer et al(2005). Patient perceptions of the quality of health services, *Annu. Rev. Public Health*;26:513–59

Abstract

Factors that Affect the Experience of Primary Care in Health Care Co-operatives' Patients

Background: There have been many evidences that primary care contributes to effectiveness and equity of health care system, thereby improving national health status. But the primary care system in South Korea has weakened over the past decade and now is in poorer condition, because of many systematic factors, including distorted healthcare delivery system, fee-for-service payment system, medical services mainly provided by private medical institutions, and patients' unlimited freedom of choice. Health Care Co-operatives(Health co-ops) are voluntarily established co-operative organizations that aim to solve the health, medical, and life problems in their communities through the cooperation of the community, the members and medical professionals. It is emphasized that the members are the owners of the health co-ops and they are democratically controlled.

Health co-ops aim 'Community Oriented Primary Care', and they have received attention from the academic world as a desirable model for primary care institutions. The education and participation activities are the prominent character of Health co-ops which differentiate them from private medical institutions.

Purpose: This study aims to assess the primary care performance of a single new Health co-op from the point of patients, by analyzing the difference of the experience of primary care among the three groups: non-members, non-participant members, and participant members. This study also aims to analyse the mediating effect of the medical care utilization factors on the experience of primary care among the three groups.

Method: The survey was conducted for the patients or guardians using the primary care institutions of a single new Health co-op which was founded in 2012. The questionnaire was made by the present writer, and it contained the Korean Primary Care Assessment Tool for assessing the primary care performance and questions for measuring the factors which affect the patients' experience of primary care. We included the patients who visited the doctor on six or more occasions over a period of more than 6 months. The survey was performed at the waiting room: first, a trained interviewer explained the purpose of the survey to the patients, and after they consented, they answered the questions. A total of 236 effective data sets were used for the analysis, and Chi-square test, Kruskal-Wallis test,

and multiple logistic regression were carried out.

Results: Among the respondents (N=236), non-members were 74, non-participant members 76, and participant members 86. First, the total average scores of 5 primary care domains of the K-PCAT were 86.0 ± 11.50 , and there were statistically significant differences among three groups (81.6 (73.45–89.75) in non-members vs. 87.5 (79.65–95.35) in non-participant members vs. 92.9 (88–97.8) in participant members). Even after the patients' experience of primary care was controlled with variables such as socio-geographic factors, duration since first visit and distance to the clinic, the odds ratio of rating more than 90 K-PCAT scores was over 1, for members compared with non-members, which was higher for participant members than non-participant members, in total average scores of 5 primary care domains of the K-PCAT, the first contact utilization domain and comprehensiveness domain.

Second, the variables of medical care utilization had the partial mediating effect on the experiences of primary care in Healthcare co-ops patients among three groups, which was statistically significant only in participant members.

Conclusion: The experience of primary care in the patients who are using the Healthcare co-ops clinic as a regular source of care had differences between members and non-members. It was also affected by the education and participation activities of Healthcare co-ops. This study has a limitation that it, being a cross-sectional study, couldn't explain the causality of the

variables, but its value as the first study of the correlation between the education and participation activities of Healthcare co-ops and the patients'` experience of primary care can be recognized. To confirm the correlation repeatedly and explain its causality, more study is needed.

Keywords : Health co-operatives, primary care, patient experience, members, participation

Student number : 2008-22182

의료협동조합 일차의료 서비스에 대한 환자 경험 설문지

설문지를 받은 날짜 : ____월 ____일,

설문지 번호 No. _____

안녕하십니까?

여러분의 소중한 시간을 내 주셔서 감사드립니다.

본 설문조사는 살림의료협동조합 살림의원에서 제공하는 일차의료 서비스에 대한 환자 및 보호자의 경험을 조사하기 위한 것입니다. **환자 및 보호자로 살림의원을 처음 방문한 지 6개월이 넘었고, 동시에 진료 목적으로 주치의(추혜인 선생님)를 방문한 횟수가 6회 이상인 경우,** 설문조사에 참여하실 수 있습니다.

설문 작성에는 약 10분 내외가 소요될 예정입니다. 본 설문 문항의 답변은 옳고 그름이 있는 것이 아니므로, 편안한 마음으로 모든 질문들에 대해 성실하고 솔직하게 응답해 주시면 됩니다. 응답에 빠진 내용이 있으면 여러분께서 애써 작성하신 설문지를 사용할 수 없게 되오니, 모든 설문에 빠짐 없이 응답해 주시고, 작성하신 설문지는 담당 설문조사원에게 제출해 주십시오. 여러분께서 답하여 주시는 모든 응답 내용은 통계법 제 33조에 의거하여 비밀이 보장되며, **학술적 연구를 위한 통계 목적 외에는 사용되지 않습니다.** 설문지에는 개인 식별이 가능한 정보를 기입하지 않으며, 작성하신 설문지의 내용을 설문조사원이 확인하지 않으므로, 안심하시고 솔직한 답변을 부탁드립니다. 여러분의 개별적 응답 내용은 담당 의료진에게도 비밀이 유지될 것입니다.

여러분의 설문 참여는, 현재 한국사회의 여러 보건의료문제에 대한 대안으로 점점 증가하고 있는 신규 의료협동조합의 일차의료 서비스 질 향상을 위해 큰 도움이 될 것입니다. 설문조사의 취지 및 연구의 내용이 궁금하신 분께서는 아래의 연락처로 연락하여 주시기 바랍니다.

2015년 9월

연구자 : 서울대학교 보건대학원 이미지

E-mail : myimage79@naver.com

다음 해당 사항에 √ 표를 해주시기 바랍니다.

(과거에 본인이 환자로 온 횟수가 더 많은 경우엔 본인으로, 보호자로 내원한 횟수가 더 많은 경우에는 보호자에 표시해 주십시오.)

응답자가 만 18세 이상의 환자인 경우

응답자가 만 18세 미만 환자의 보호자인 경우 - 같은 보호자가 6회 이상 내원

응답자가 읽고 쓰기 어려운 환자의 보호자인 경우 - 같은 보호자가 6회 이상 내원

1. 살림의료협동조합 살림의원에서 제공하는 일차의료서비스에 대한 환자 및 보호자(가족)의 경험을 묻는 문항입니다.

문항	① 거의 그렇지 않다	② 대체로 그렇지 않다	③ 그저 그렇다	④ 대체로 그렇다	⑤ 거의 그렇다	⑥ 해당 없음 필요없음
1. 귀하나 귀 가족의 건강에 새로운 문제가 생기면 다른 의료기관보다 이곳을 먼저 방문합니까?						
2. 귀하나 귀 가족이 이곳 의료기관을 쉽게 방문 할 수 있습니까?						
3. 이곳에서 진료를 받을 경우, 직접 내는 진료비(본인부담금) 은 적절합니까?						
4. 이곳 의사 선생님은 남녀노소 구분 없이 모든 환자를 진료합니까?						
5. 귀하나 귀 가족은 간단하고 흔한 처치나 시술 이 필요하다면, 이곳 의사 선생님으로부터 받으니까, 혹은 받을 의향이 있습니까? (예 : 상처 소독, 찢어진 피부의 상처 꿰매기 등)						
6. 귀하나 귀 가족은 진찰, 혈압 측정, 혈당 검사, 혈중 콜레스테롤 검사 등 기본적 진료 를 이곳에서 받으니까?						
7. 귀하나 귀 가족은 주요 암의 예방과 조기검진 에 관한 상담을 이곳에서 받으니까? (예 : 폐암, 위암, 간암, 대장암, 유방암 등)						
8. 귀하나 귀 가족은 정기적으로 자궁경부암 검사(pap smear) 를 이곳 의사 선생님에게 받으니까, 혹은 받을 의향이 있습니까?						
9. 귀하나 귀 가족은 정기 건강검진 을 이곳 의사 선생님에게 받으니까, 혹은 받을 의향이 있습니까?						
10. 이곳 의사 선생님은 건강관리에 필요한 보건의료 관련 시설 을 적절하게 소개해 줍니까? (예 : 특정 전문의/의료기관, 사회복지센터, 마을체육시설, 간병단체, 금연 상담전화 등)						
11. 이곳 의사 선생님은 몸뿐만 아니라 마음의 건강 까지 관심을 가집니까?						
12. 이곳 의사 선생님은 환자가 하는 설명이나 질문을 잘 이해 합니까?						
13. 이곳 의사 선생님은 검사 결과와 질병에 대해서 이해하기 쉽게 설명 해줍니까?						
14. 이곳 의사 선생님은 환자의 중요한 병력 을 알고 있습니까?						

문항	① 거의 그렇지 않다	② 대체로 그렇지 않다	③ 그저 그렇다	④ 대체로 그렇다	⑤ 거의 그렇다	⑥ 해당 없음 잘모름
15. 귀하나 귀 가족은 이곳 <u>의사 선생님의 진단과 치료에 관한 판단을 신뢰</u> 합니까?						
16. 이곳 의사 선생님은 환자(귀하나 귀 가족)와 <u>함께 거주하는 사</u> 람들이 누구인지 관심이 있습니까?						
17. 이곳 의사 선생님은 <u>이 지역의 보건과 복지 사정, 그리고 환경 문제</u> 등을 잘 파악하고 있다고 생각하십니까?						
18. 이곳 의사 선생님은 <u>주민 건강을 위한 지역사회 활동</u> 에 적극적으로 참여합니까? (예 : 지역사회 보건의료 관련 토론회, 주민 건강 강좌 등)						
19. 이곳 의료기관은 <u>서비스 개선을 위한 주민의 의견을 반영</u> 하고 있습니까?						

20. 귀하나 귀 가족은 이곳 의사 선생님에게 다니면서 다른 (세부) 전문의를 찾아간 적이 있습니까?
 ① 예 → 20-1번과 20-2번 질문으로 가십시오. ② 아니오 → 21번 질문으로 바로 가십시오.

20-1. 찾아가 (세부) 전문의는 이곳 의사 선생님과 <u>상의한 후, 추천받은</u> 의사였습니까? ① 거의 그렇지 않다 ② 대체로 그렇지 않다 ③ 그저 그렇다 ④ 대체로 그렇다 ⑤ 거의 그렇다 ⑥ 잘 모름
20-2. 이곳 의사 선생님은 다른 (세부) 전문의에게 <u>의뢰한 후, 그 결과</u> 에 관심을 보입니까? ① 거의 그렇지 않다 ② 대체로 그렇지 않다 ③ 그저 그렇다 ④ 대체로 그렇다 ⑤ 거의 그렇다 ⑥ 잘 모름

21. 이곳 의료기관의 진료 대기시간은 적절하다고 생각하십니까?
 ① 매우 길다 ② 대체로 길다 ③ 대체로 적절하다 ④ 매우 적절하다

22. 이곳 의사 선생님과 진료 시간은 충분하다고 생각하십니까?
 ① 매우 부족하다 ② 대체로 부족하다 ③ 대체로 충분하다 ④ 매우 충분하다

23. 귀하나 귀 가족은 살림의원 및 의료협동조합으로부터 안내 문자 또는 전화를 받으신 적이 있습니까?
 ① 문자나 전화를 받은 적이 없다 → 24번 질문으로 가십시오.
 ② 문자만 받은 적이 있다 ③ 전화만 받은 적이 있다 ④ 문자와 전화를 모두 받은 적이 있다

23-1. <u>안내 문자 및 전화의 내용</u> 은 무엇이었습니까? (모두 표시해 주십시오.) ① 개별 환자의 검사결과 및 예약 안내 ② 살림의원 소식 ③ 조합 소식 및 행사 안내
--

II. 살림의료협동조합의 활동에 대한 환자 및 보호자(가족)의 경험이나 의견을 묻는 문항입니다.

24. 귀하나 귀 가족은 살림의료협동조합에서 정기적으로 발행하는 소식지인 ‘건강마을 살림이’를 우편으로 받거나 진료실에서 보고, 읽은 적이 있습니까?

- ① 소식지를 받은 적도, 본 적도 없다. ② 소식지를 우편으로 받거나 진료실에서 보았지만, 읽은 적은 없다.
 ③ 소식지를 가끔 읽는다. ④ 소식지를 항상 읽는다.

25. 귀하나 귀 가족은 25-1번 문항의 살림의료협동조합의 모임에 한 번이라도 참여하신 적이 있습니까?

- ① 예 → 25-1, 25-2번 질문으로 가십시오. ② 아니오 → 26번 질문으로 바로 가십시오.

→ 25-1. 귀하나 귀 가족은 살림의료협동조합에서 주최한 아래 모임에 참여한 적이 있습니까?

모임 내용	참여 여부	
	예	아니오
1) 각종 질병/건강증진 및 운동 강좌 - 다이어터의 방, 중독, 건강보조식품, 대사증후군, 골다공증, 당뇨 등 - 운동클리닉, 복싱 서킷, 현머리 휘날리며, 여성주의 자기방어훈련, 비정기적 운동 강의 등		
2) 신입조합원 환영회		
3) 소모임 및 기타 친목 행사 - 소모임 : 풋풋, 주렁주렁, 오투, 밥앤찬, 아블곶에야, 심방, 교장놀이, 친구야 놀자, 토니카쿠, 꼬마놀이터, 코드 Am, May& 등 - 기타 친목 행사 : 송년회, 영화 감상 등		
4) 건강반상회/건강실천단		
5) 지역모임 (구산동, 신사/수색/증산동, 불광동, 진관동)		
6) 좋아랑 (살림 자원활동단)		
7) 총회 및 기타 운영/교육 모임 (개원애벌레, 총회안전설명회, 대의원수련회, 협동실무학교, 의사시험학교, 여성주의학교 등)		
8) 이사회 및 위원회(경영, 교육나눔, 이용홍보, 건강다짐, 건강마을)		

→ 25-2. 위의 모임에 참여하신 적이 있다면, 모임의 내용에 관계없이 얼마나 자주 참여하셨습니다?

- ① 1회 ② 매달 1회 미만 비정기적으로 ③ 매달 1회 이상 ④ 매주 1회 이상

26. 귀하나 귀 가족은 살림의료협동조합 및 살림의원이 민주적으로 운영되고 있다고 생각하십니까?

(민주적인 운영이란, 기관의 운영에 대한 정보가 투명하게 공개되고, 조합원의 의사가 잘 반영되어 운영되는 것을 말합니다.)

- ① 매우 비민주적으로 운영된다 ② 대체로 비민주적으로 운영된다
 ③ 대체로 민주적으로 운영된다 ④ 매우 민주적으로 운영된다 ⑤ 잘 모르겠다

III. 다음은 환자의 건강상태와 환자 및 보호자의 의료이용에 대한 문항입니다.

27. 귀하나 귀 가족이 이곳 의사 선생님을 처음 방문한 지 얼마나 되었습니까?

- ① 6개월 이상~1년 미만 ② 1년 이상~2년 미만 ③ 2년 이상

34. 귀하나 귀 가족(**현재 환자로 진료를 받고 있는 분**)에게는 **최근 6개월 동안** 어떠한 건강상의 문제들이 있습니까? (**모두 표시해 주십시오.**) 보기 외에 다른 질환이 있는 경우 빈 칸에 직접 적어 주십시오.

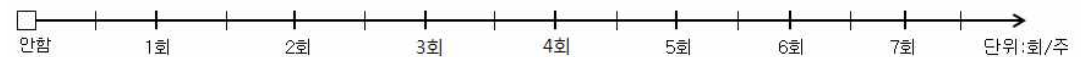
- ① 없음 ② 고혈압 ③ 당뇨 ④ 고지혈증 ⑤ 간질환
 ⑥ 골다공증 ⑦ 갑상선질환 ⑧ 호르몬치료 ⑨ 알레르기 ⑩ 두통
 ⑪ 근골격계 질환 ⑫ 피부질환 ⑬ 호흡기계 질환 ⑭ 소화기계 질환 ⑮ 불면
 ⑯ 불안/우울 ⑰ 부인과질환 ⑱ 비뇨기계 질환 ⑲ 기타 : _____

35. 귀하나 귀 가족이 **살림의료협동조합 살림의원을 이용하는 동기**는 무엇입니까? **모두 표시해 주십시오.**

- ① 가까운 병원이라서
 ② 충분한 진료 상담, 낮은 항생제 처방률, 환자를 존중하는 의료 등 보다 나은 의료서비스를 받기 위해
 ③ 다른 의료기관보다 진료비 부담이 적으므로
 ④ 특정 질환에 대한 진료를 위해 (예 : 피부 질환, 성조숙증, 호르몬치료 등)
 ⑤ '주치의'가 필요해서
 ⑥ 다양한 보건 예방 활동과 보건의료 정보를 접할 수 있는 기회를 제공받을 수 있으므로
 ⑦ 조합원 소유의 병원이므로
 ⑧ 조합원들이 운영에 참여하고, 민주적이고 투명하게 운영되는 시스템을 갖추고 있으므로
 ⑨ 건강한 지역사회를 위한 다양한 공익적인 활동을 하는 병원이므로
 ⑩ 치료 위주의 상업화된 한국 의료의 문제점을 해결하는 데 기여할 수 있으므로
 ⑪ 기타 : _____

36. 다음은 건강 관련 생활습관에 대한 질문입니다. **현재 환자로 진료를 받고 있는 분이 만 18세 미만 소아인 경우에는 37번 질문으로 바로 가시면 됩니다.**

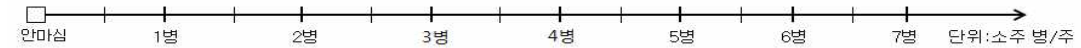
→ 36-1. 귀하나 귀 가족(**현재 환자로 진료를 받고 있는 분**)은 건강을 위하여 약간 숨이 찰 정도의 **유산소 운동(예 :속보, 조깅, 등산, 수영 등)을 20분 이상** 하는 경우가 일주일에 몇 회나 됩니까?



→ 36-2. **살림의원에서 진료를 받으신 후**, 운동습관의 변화가 있습니까?

- ① 예전보다 운동을 적게 한다 ② 변화 없다 ③ 예전보다 운동을 많이 한다

→ 36-3. 귀하나 귀 가족(**현재 환자로 진료를 받고 있는 분**)은 일주일동안 마시는 술의 양을 소로 환산하면 모두 얼마나 됩니까? (소주 1병 = 작은 캔 맥주 4캔 = 와인 4잔 = 양주 4잔)



→ 36-4. **살림의원에서 진료를 받으신 후**, 음주량의 변화가 있습니까?

- ① 예전보다 음주량이 늘었다 ② 변화 없다 ③ 예전보다 음주량이 줄었다

