

# 한국 일차의료 평가도구(K-PCAT)를 이용한 의료 급여 선택병의원제도 일차의료 질 평가: 서울특별시 1개 구

이 재 호<sup>1\*</sup> · 최 용 준<sup>2</sup> · 최 지 숙<sup>3</sup> · 김 세 라<sup>3</sup> | <sup>1</sup>가톨릭대학교 의과대학 가정의학교실, <sup>2</sup>한림대학교 의과대학 사회의학교실, <sup>3</sup>건강보험  
심사평가원 연구조정실

## Patient assessment of primary care under the Designated Practice Scheme for Medical Aid beneficiaries, using the Korean Primary Care Assessment Tool (K-PCAT): a district of Seoul, South Korea

Jae-Ho Lee, MD<sup>1\*</sup> · Yong-Jun Choi, MD<sup>2</sup> · Ji-Sook Choi, PhD<sup>3</sup> · Sera Kim, PhD<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Family Medicine, The Catholic University of Korea School of Medicine, Seoul, <sup>2</sup>Department of Social and Preventive Medicine, Hallym University College of Medicine, Chuncheon, <sup>3</sup>Research Department, Health Insurance Review and Assessment Service, Seoul, Korea

\*Corresponding author: Jae-Ho Lee, E-mail: jaeholee@catholic.ac.kr

Received December 28, 2011 · Accepted January 10, 2012

To control excessive utilization of medical care services by Medical Aid beneficiaries (MABs), the Korean government has introduced the Designated Practice Scheme (DPS, July 2007). The purpose of this study was to assess the primary care quality of the DPS using the Korean Primary Care Assessment Tool (K-PCAT). Data were collected from the survey (2008-2009) of MABs who had to designate a community clinic as the first contact practice obligatorily in one district of Seoul. Among all eligible (n=164), we analyzed the data of 154 beneficiaries, excluding those who did not meet the K-PCAT criteria of a usual source of care. Primary care quality under the DPS was poor (58.1 points) on a 100-point scale, compared with those previously studied under the Korean health care system. More seriously it was very poor (48.9 points) in MABs without intention to continue participation in the DPS, who were 50% of all participants. Among 5 domains of the K-PCAT, comprehensiveness (44.7 points) and coordination (39.3 points) were lower in score than other domains, comparable to previous studies, representing the reality of primary care in South Korea. Primary care quality was better in MABs using primary care practices including general practice, family medicine, and internal medicine instead of other specialty practice groups (60.2 vs. 53.9 points,  $P=0.015$ ), and in MABs with longer duration ( $\geq 3$  vs.  $< 3$  years) since the first visit (59.7 vs. 51.9 points,  $P=0.010$ ). These patterns were maintained after multivariate analysis, controlling for confounding variables. This research suggests that a complete overhaul of the scheme itself, such as the introduction of pay-for-performance method, etc., is necessary to improve primary care quality of the DPS.

**Keywords:** Primary health care; Quality assurance; Medical aid; Republic of Korea

## 서 론

지난 30여 년 동안 우리나라는 의료급여와 건강보험을 통해 의료보장제도의 가치를 구현하고자 노력하였다.

의료급여는 1961년 생활보호법이 제정됨으로써 시작되었지만 법적 기초가 마련되었을 뿐 단순 구제의 차원을 넘어서지 못하였다. 1977년 ‘의료보호에 관한 규칙’이 제정되어 생활보호법과 분리된 의료보호 사업이 실시되었으나, 초기에는 의료보장 수준이 건강보험에 비해 낮은 수준이었다. 그 후 점차로 확대되어 왔으며, 특히 2000년 이후 급여범위, 급여일수, 보장성 수준이 크게 확대되어 의료급여 수급자의 의료이용이 크게 증가하였고, 이에 따르는 재정 증가도 컸다[1]. 예를 들면 건강보험 총 진료비는 2001-2010년 동안 약 145% 증가한 반면, 의료급여 총 진료비는 같은 기간 162.2% 증가하여 2010년에 약 5조 원에 이르렀다[2,3]. 보장성 강화 및 사각지대 축소 등 의료급여가 외형적으로는 성장해 왔지만 수급자들의 실질적 건강관리가 이루어지지 못하며, 특히 무분별한 외래 의료이용 등은 동일 질환에 이중, 삼중의 중복투약이 이루어지는 등 오히려 건강상태를 악화시키는 일을 초래하기도 하여, 수급자 건강을 지속적으로 관리하고 지원함으로써 삶의 질을 실질적으로 개선할 수 있도록 체계 개선이 필요하다[4].

이 같은 배경에서 정부는 2007년 7월 1일부터 의료급여 수급자 건강관리 개선 필요성과 의료급여 재정안정화 대책을 위해, ‘의료급여 1종 외래본인부담제도’ 도입과 함께 ‘선택병의원제도’를 시행하였다. 이 제도는 동일 질환으로 급여일수가 과다하게 발생하는 수급자가 본인이 선택한 의원급 의료기관을 이용하도록 한 것이다[1]. 예외적으로 희귀난치성 질환자(총 대상자의 3.8%) 등은 병원을 선택할 수 있었다. 의료급여 수급자 중 자발적인 참여자와, 만성 또는 희귀난치성 질환으로 연간 진료일수가 365+90일 초과하거나 기타 질환으로 365+180일을 초과한 수급자(당연적용자)가 제도의 대상이었다. 2010년 연도 말 기준 선택병의원 대상자는 당연적용자 24,432명(48.2%), 자발적 참여자 26,277명(51.8%)로 전국적으로 총 50,709명에 달했는데, 이는 전체 수급자의 3.0%에 해당하는 비중이었다[2,3]. 대상자는 진

료과목과 상관없이 1개 의원을 제 1선택 기관으로 지정해야 하지만, 필요시 심의를 거쳐 복수 지정이 가능하다. 병원진료가 필요한 경우 지정된 의원이 발급한 의뢰서가 필요하며 의뢰서 없이 병원을 방문하면 진료비 전액을 본인 부담해야 한다[1]. 제도 도입 당시, 의사의 전문적 관리를 통한 진료의 지속성 향상, 의료이용의 적정성 향상, 의료이용 위해요소 방지 등의 긍정적 효과를 기대하였으나, 의료급여 수급자 의료이용 통제수단으로 작용하여 오히려 건강을 위해할 가능성과 대상자 선정 및 운영에 있어서의 문제가 제기되기도 하였다[5].

의료급여 수급자들은 국민건강보험 가입자들에 비해서 고령인구가 많고, 건강수준이 저조하며, 관절염, 고혈압, 위장장애, 당뇨 등 만성질환의 유병률이 높다. 특히 의료급여 장기이용 수급자는 일반 수급자에 비해 유병률이 높다[6]. 또한 건강보험 가입자에 비해 365일 이상 장기 의료이용 수급자는 노인인구 비중(48.1%)이 6.3배이며, 무배우자 비중(56.5%)은 6.5배, 주관적 건강상태가 저조한 비중(80.1%)은 4.3배에 달했으며, 장애가 있는 경우도 31.7%로 건강보험 가입자의 10.2배에 달했고, 특히 복합 만성질환 환자의 비중이 높았다[7]. 한편, 복합 만성질환을 조기에 인식하고 관리하기 위하여, 포괄적이며, 조정기능을 갖추고 장기간 제공되는 의료서비스가 필수적이다. 복합 만성질환은 각각의 ‘질환’에 대한 개별적인 관리보다는 사람에 초점을 두는 일차의료 서비스를 더욱 필요로 한다[8].

의료급여 수급자 의료기관 이용현황을 살펴보면 전체 수급자의 85.1%가 일차의료기관인 의원을 이용한다는 보고가 있다[9]. 만일 선택병의원제도에 참여하는 의원이 수급자에게 제공하는 일차의료 서비스 질이 우수하다면, 이 제도는 의도한 목표를 달성한 것으로 판단할 수 있다. 그러나 국내 일차의료 영역에서 서비스 질 평가는 거의 이루어지지 않고 있어서 그러한 판단을 좀처럼 하기 어려웠다. 다행스럽게도 최근 국내에서, 환자가 자신의 서비스 경험에 근거하여 일차의료 질(속성)을 평가하는 한국 일차의료 평가도구(Korean Primary Care Assessment Tool, K-PCAT)가 개발되어 그 타당도가 검증된 바 있다[10]. K-PCAT는 국내에서 일차의료 서비스 질 평가에 여러 차례 적용된 바 있으며[11-15], 미국 보건부 산하 기구인 Agency for Healthcare Research

and Quality가 발행한 Care coordination measures atlas [16]에 소개되는 등 국제적으로 알려져 있는 설문도구이다. 연구자들은 K-PCAT를 이용하여 의료급여 수급자들이 선택병의원제도 하에서 지정된 의원으로부터 경험하는 일차 의료 서비스 질을 평가하여 제도 운영의 성과를 파악해 보고자 하였다.

## 방 법

본 연구의 자료조사 방법의 윤리성이나 개인정보 보호방안에 대해서는 건강보험심사평가원 기관 내 연구 심의과정에서 개인정보 이용내역 및 개인정보보호 계획을 심의하였음을 밝힌다. 또한 연구과제결과에 대한 중간 심의과정에서 설문조사에 대한 개인정보 이용내역 및 개인정보보호 계획에 대한 심의도 함께 받았다.

### 1. 연구대상자 선정

서울특별시 A구에 거주하는 의료급여 1종 수급자 중 2008년 1월부터 2009년 6월까지 선택병의원 대상자(당연적용자) 자격을 유지하고 있으며, 자신이 다니는 의원을 선택병의원으로 지정한 수급자 전수(164명)를 연구대상자로 하였다.

### 2. 연구자료 수집과정

2009년 6월 11일부터 6주간, 의료기관이 아닌 장소(구청 회의실, 수급자의 집 등)에서, 연구에 관한 소정의 교육을 받은 의료급여 사례관리사가 연구대상자들에게 동의를 구하고 K-PCAT 설문작성을 요청하였다.

### 3. 평가대상 의료기관

제도에 참여하는 의료급여 수급자는 선택병의원을 복수로 지정할 수 있기 때문에, 제1차로 지정한 의원을 평가대상으로 하여 K-PCAT 설문을 작성하도록 하였다. 의원급 의료기관들에 대해서는, 전진국과는 달리 모든 분야의 의사에게 개원을 허용해 온 우리나라 의료현실을 감안하여, 일반의원, 가정의학과 의원뿐만 아니라, 내과, 소아청소년과 의원을

‘일차의료 의원 군’으로, 그 밖의 진료과목을 표방한 의원을 ‘기타 의원 군’으로 구분하였다.

## 4. 설문내용의 구성

### 1) 한국 일차의료 평가도구

K-PCAT는 우리나라 일차의료 개념정의 연구결과를 바탕으로 문항 수집과 개발, 전문가 자문, 요인분석, 타당도 검증을 통해서 완성된 도구로서, 환자가 스스로의 일차의료 서비스 이용 경험을 바탕으로 각각의 일차의료 속성 영역에서 서비스 질을 평가하는 설문도구이다. 최초접촉(5문항), 포괄성(4문항), 조정 기능(3문항), 전인적 돌봄(5문항), 가족/지역 사회 지향성(4문항) 등 5개 영역에 걸쳐 총 21개 문항으로 구성된다. 최초접촉 영역을 제외한 4개 영역들은 내적 일치도 (Cronbach's alpha) 값이 0.69-0.78의 분포를 보인다. 최초접촉 영역은 5개의 독립적인 하부척도 문항들(최초접촉 이용성, 물리적 접근성, 진료비 적절성, 인구학적 접근성, 기본처치와 기술)로 구성된 합성(composite) 영역이다. 각 문항은 5점 Likert 척도로 구성되며, 최종 점수는 100점 척도로 환산하여 제시된다[10]. K-PCAT 설문 문항 전문은 국내 문헌 부록에 수록되어 있다[12].

### 2) 일반 문항

일차의료 서비스의 질과 연관이 있는 요인들을 분석하기 위해서, 연령, 성별, 첫 방문 후 경과기간, 교육기간, 제도 필요성, 향후 제도 참여의향 등 7개의 일반 문항들을 포함시켰다.

## 5. 통계분석

연구대상자의 연령군(65세 미만, 65-74세, 75세 이상)별 분포를 빈도분석과 카이제곱 검정을 통해 분석하였다. 그리고 K-PCAT의 5영역 점수와 독립변수들 사이에  $t$ -검정, 분산분석을 시행하였으며, 다중비교를 위하여 최소유의차(least significant difference) 검정을 이용하였다. 일차의료 서비스 질(총괄 평균 점수)과의 연관성이 있는 요인들을 알아보기 위해서 다중 로지스틱 회귀분석을 이용하여 환자의 연령, 성, 교육기간, 의료급여 자격유형(기초생활 수급자 vs. 국가유공자), 의원 유형(일차의료 의원군 vs. 기타 전문 의원군), 방문 지속기간(3년 이상 vs. 3년 미만)을 보정하고 통계적 유

**Table 1.** General and socio-demographic characteristics of study sample - participants in the DPS in a district of Seoul

		Age (yr)				P-value
		Frequency (%)	18-65	65-74	75 -	
Sex	Male	39 (25.3)	15 (35.7)	12 (19.3)	12 (24.0)	0.164
	Female	115 (74.7)	27 (65.3)	50 (80.7)	38 (76.0)	
Education (yr)	≤6	111 (72.1)	21 (50.0)	48 (77.4)	42 (84.0)	0.003
	6-9	21 (13.6)	12 (28.6)	6 (9.7)	3 (6.0)	
	>9	22 (14.3)	9 (21.4)	8 (12.9)	5 (10.0)	
Title as Medical Aid beneficiary	Beneficiary of NBLS	133 (86.4)	35 (83.3)	56 (90.3)	42 (84.0)	0.499
	Patriots & veterans	21 (13.6)	7 (16.7)	6 (9.7)	8 (16.0)	
Disease of participants	Rare & incurable	10 (6.5)	2 (4.8)	5 (8.1)	3 (6.0)	0.092
	Psychiatric	30 (19.5)	15 (35.7)	9 (14.5)	6 (12.0)	
	Chronic	90 (58.4)	18 (42.9)	39 (62.9)	33 (66.0)	
	Others	24 (15.6)	7 (16.7)	9 (14.5)	8 (16.0)	
Duration since the first visit to the practice (yr)	<3	31 (20.1)	11 (26.2)	10 (16.1)	10 (20.0)	0.632
	3-5	58 (37.7)	15 (35.7)	22 (35.5)	21 (42.0)	
	≥6	65 (42.2)	16 (38.1)	30 (48.4)	19 (38.0)	
Necessity of the DPS	Agree	66 (42.9)	18 (42.9)	26 (41.9)	22 (44.0)	0.286
	Neutral	25 (16.2)	3 (7.1)	14 (22.6)	8 (16.0)	
	Disagree	63 (40.9)	21 (50.0)	22 (35.5)	20 (40.0)	
Intention to continue participation in the DPS	Yes	77 (50.0)	16 (38.1)	35 (56.5)	26 (52.0)	0.174
	No	77 (50.0)	26 (61.9)	27 (43.5)	24 (48.0)	
Type of the designated practice	PCPs <sup>a)</sup>	103 (66.9)	26 (61.9)	43 (69.4)	34 (68.0)	0.716
	Others <sup>b)</sup>	51 (33.1)	16 (28.1)	19 (30.6)	16 (32.0)	
	Total	154 (100)	42 (100)	62 (100)	50 (100)	

Chi-square test.

DPS, Designated Practice Scheme; NBLS, National Basic Livelihood Security; PCP, primary care practice.

<sup>a)</sup> PCPs include general practice (50), family medicine (4), internal medicine (49), and pediatrics (0).

<sup>b)</sup> Others include speciality practices displaying anesthesia and pain (9), urology (2), ophthalmology (2), ear, nose, and throat (3), general surgery (12), rehabilitation medicine (5), psychiatry (7), and orthopedic surgery (11)

의성을 검증하였다. 통계분석은 SAS ver. 8.11 (SAS Institute, Cary, NC, USA) 통계 프로그램을 이용하였다.

## 결 과

수집된 164명의 자료 중, 해당 의원을 처음 방문한 지 6개

월이 경과하고 의사 방문 횟수가 6회 이상이어야 한다는 K-PCAT 상 용치료원(usual source of care) 조건[10]을 충족시키지 못한 10명의 자료를 제외하고, 154명의 자료에 대해 통계분석을 시행하였다.

### 1. 연구대상자와 지정의원의 일반적 특성

연구대상제도 참여자 중 남성은 39명(25.3%)이었고, 65세 미만은 42명(27.3%)에 불과하여 노인환자가 다수를 차지하는 것으로 나타났다. 평균연령은 69.2세(±11.0세)이었다. 교육기간으로 볼 때 초등학교 이하의 학력이 111명(72.1%)으로 다수를 차지하였는데, 이는 주로 65세 이상의 경우이고, 65세 미만의 경우에는 중학교 이상의 학력이 다수를 차지하였다( $P=0.003$ ). 급여유형별로는 기초생활수급자 133명(86.4%)과 국가 유공자 21명(13.6%)이 포함되었다. 질환군별로 만성질환자가 90명(58.4%)로 다수를 차지하였다. 향후 지속적으로 제도에 참여 의향에 있어서 긍정적 응답과 부정적 응답자가 동수(77명)를 이루었다. 제도 참여 수급자들의 일차 지정의원의 표방 진료과목에 따르면, 일반의원(50곳)과 가정의학과 의원(4곳), 내과의원 (49곳)으로 일차의료 의원군에 분류되는 의원이 103곳(66.9%)이었고, 기타 전문과의원이 51곳(33.1%)이었다(Table 1).

### 2. 지정의원에 대한 일차의료 서비스 질 평가

연구대상제도 참여자가 지정의원에 대해서 K-PCAT를

**Table 2.** Patient assessment of primary care using the K-PCAT under the DPS

		N	Primary care total average (SD)	Five domains of the K-PCAT, score (SD)				
				First contact	Comprehen- siveness	Coordina- tion	Personalized care	Family/ community orientation
Age (yr)	Total	154	58.1 (15.3)	73.9 (18.8)	44.7 (25.0)	39.3 (30.9)	72.5 (19.9)	60.3 (14.2)
	<65	42	58.2 (15.9)	76.7 (17.4)	42.6 (31.8)	44.4 (31.8)	70.2 (19.8)	57.1 (16.6)
	65-74	62	57.3 (15.1)	73.4 (19.0)	45.4 (23.8)	34.7 (29.3)	72.9 (21.8)	60.4 (13.6)
	≥75	50	59.1 (15.2)	72.1 (19.6)	45.6 (25.8)	40.8 (31.7)	74.0 (17.5)	62.8 (12.4)
Sex	Male	39	57.1 (14.9)	71.1 (20.5)	45.0 (20.2)	43.2 (29.7)	67.6 (22.1)	58.8 (12.7)
	Female	115	58.5 (15.5)	74.8 (18.1)	44.6 (26.5)	38.0 (31.3)	74.2 (18.8)	60.8 (14.7)
Education (yr)	<6	111	57.3 (15.0)	72.6 (18.8)	43.7 (24.9)	37.1 (31.3)	72.7 (19.1)	60.1 (12.5)
	6-8	21	58.9 (17.6)	73.6 (20.0)	45.5 (26.8)	42.9 (29.6)	71.4 (19.6)	61.0 (21.0)
	≥9	22	61.9 (14.7)	80.5 (16.5)	48.6 (24.2)	47.3 (29.6)	72.5 (24.5)	60.5 (15.1)
Title as Medical Aid beneficiary	Beneficiary of NBLS	133	57.2 (15.4)	72.7 (18.8)	43.7 (25.6)	37.3 (31.0) <sup>†</sup>	72.4 (20.3)	60.1 (14.8)
	Patriots & veterans	21	63.9 (13.2)	81.2 (16.9)	51.2 (20.3)	52.0 (27.5) <sup>†</sup>	73.6 (17.3)	61.6 (9.9)
Disease of participants	Rare & incurable	10	57.5 (12.8)	71.0 (20.4)	48.8 (12.4)	32.5 (29.0)	78.5 (13.7)	56.9 (18.5)
	Psychiatric	30	56.5 (11.7)	76.0 (13.9)	40.6 (24.3)	36.7 (26.2)	69.7 (21.0)	59.6 (12.5)
	Chronic	90	59.8 (15.6)	75.4 (19.5)	47.7 (25.0)	41.2 (31.9)	73.0 (19.1)	61.7 (13.3)
	Others	24	54.2 (18.5)	66.7 (19.7)	36.7 (28.5)	38.5 (33.9)	71.9 (23.5)	57.3 (17.5)
Duration since the first visit (yr)	<3	31	51.9 (18.0) <sup>†</sup>	68.9 (21.8) <sup>†</sup>	37.5 (24.0)	34.7 (33.7)	62.9 (19.1) <sup>†‡</sup>	55.4 (17.2) <sup>†</sup>
	3-5	58	57.9 (14.9)	70.4 (20.0) <sup>‡</sup>	46.0 (26.9)	39.9 (30.3)	73.1 (20.3) <sup>‡</sup>	59.9 (11.5)
	≥6	65	61.4 (13.3) <sup>†</sup>	79.3 (14.5) <sup>†‡</sup>	46.9 (23.4)	41.0 (30.2)	76.6 (18.5) <sup>†</sup>	62.9 (14.4) <sup>†</sup>
Intention to continue participation in the DPS	Yes	77	61.0 (11.8) <sup>†</sup>	74.7 (14.8) <sup>†</sup>	48.0 (20.3) <sup>†</sup>	39.7 (27.8) <sup>†</sup>	74.0 (15.3) <sup>†</sup>	60.9 (10.5) <sup>†</sup>
	No	77	48.9 (12.6) <sup>†</sup>	64.8 (16.6) <sup>†</sup>	30.7 (20.3) <sup>†</sup>	25.5 (23.8) <sup>†</sup>	62.4 (17.6) <sup>†</sup>	53.4 (13.2) <sup>†</sup>
Type of the designated practice	PCPs <sup>a)</sup>	103	60.2 (14.7) <sup>†</sup>	75.9 (17.5)	49.6 (22.5) <sup>†</sup>	42.1 (30.7)	72.4 (20.7)	61.2 (13.1)
	Others <sup>b)</sup>	51	53.9 (15.7) <sup>†</sup>	69.8 (20.8)	34.8 (27.1) <sup>†</sup>	33.8 (30.8)	72.7 (18.3)	58.3 (16.1)

Student *t*-test or ANOVA with multiple comparisons by least significant difference (<sup>†‡</sup>*P*<0.05).

K-PCAT, Korean Primary Care Assessment Tool; DPS, Designated Practice Scheme; SD, standard deviation; NBLS, National Basic Livelihood Security; PCP, primary care practice.

<sup>a)</sup> PCPs include general practice (50), family medicine (4), internal medicine (49), and pediatrics (0).

<sup>b)</sup> Others include speciality practices displaying anesthesia and pain (9), urology (2), ophthalmology (2), ear, nose, and throat (3), general surgery (12), rehabilitation medicine (5), psychiatry (7), and orthopedic surgery (11).

적용하여 일차의료 서비스의 5영역에 대해서 평가한 결과, 최초접촉 영역 73.9점, 전인적 돌봄 영역 72.5점, 가족/지역 사회 지향성 영역 60.3점이었으며, 포괄성 영역(44.7점)과 조정기능 영역(39.3점)은 상대적으로 낮은 점수를 받았다. 일차의료 총괄 평균 점수는 58.1점이었다. 지정의원 첫 방문 후 경과 기간이 6년 이상인 수급자들은 6년 미만인 경우보다 최초접촉 영역(79.3점)과 전인적 돌봄 영역(76.6점)을 상대

적으로 높게 평가했으며, 3년 미만인 수급자들은 포괄성 영역과 조정기능 영역을 제외한 모든 영역에 대해서 낮은 점수를 보였다(*P*<0.05). 향후 선택병의원제도 참여 의향이 있는 수급자는 참여 의향이 없는 수급자보다, K-PCAT 각 영역들에 대해서 높은 점수를 부여하였고 일차의료 총괄 평균 점수도 높았다(*P*<0.05). 그 점수 차이(14.2-20.9점)는 주로 조정기능 영역과 포괄성 영역에서 두드러졌다. 일차의료 의사



**Table 3.** Patient assessment of the first contact domain in primary care using the K-PCAT under the DPS

		N	First contact domain of the K-PCAT, score (SD)					
			Domain score (SD)	Five sub-scales of first contact domain				
				FCU	FA	CA	DA	BHC
Age (yr)	Total	154	73.9 (18.8)	70.1 (35.9)	77.4 (28.4)	79.7 (26.9)	86.5 (19.8)	55.5 (38.3)
	<65	42	76.7 (17.4)	75.0 (34.5)	84.5 (22.7) <sup>†</sup>	79.8 (29.9)	86.4 (23.6)	57.7 (39.2)
	65-74	62	73.4 (19.0)	69.0 (35.6)	72.2 (31.4) <sup>†</sup>	81.0 (24.2)	86.3 (21.1)	58.5 (35.3)
	≥75	50	72.1 (19.6)	67.5 (37.9)	78.0 (28.0)	78.0 (28.0)	87.0 (14.5)	50.0 (41.0)
Sex	Male	39	71.1 (20.5)	64.7 (37.5)	75.0 (32.4)	73.1 (29.5)	82.7 (23.1)	60.3 (35.7)
	Female	115	74.8 (18.1)	72.0 (35.4)	78.3 (27.0)	82.0 (25.8)	87.8 (18.5)	53.9 (39.1)
Education (yr)	<6	111	57.3 (15.0)	46.4 (36.3)	75.9 (27.6)	78.8 (25.9)	85.8 (18.7)	53.2 (27.7)
	6-8	21	58.9 (17.6)	66.7 (38.2)	84.5 (29.0)	72.6 (36.1) <sup>†</sup>	86.9 (21.8)	57.1 (40.4)
	≥9	22	61.9 (14.7)	77.3 (32.6)	78.4 (32.1)	90.9 (18.2) <sup>†</sup>	89.8 (24.0)	65.9 (39.0)
Title as Medical Aid beneficiary	Beneficiary of NBLS	133	72.7 (18.8)	67.7 (36.9) <sup>†</sup>	75.8 (29.2)	79.5 (26.4)	86.3 (20.3)	54.3 (38.5)
	Patriots & veterans	21	81.2 (16.9)	85.7 (24.5) <sup>†</sup>	88.1 (20.3)	81.0 (30.5)	88.1 (17.0)	63.1 (36.8)
Disease of participants	Rare & incurable	10	71.0 (20.4)	55.0 (35.0)	82.5 (23.7)	72.5 (24.9)	85.0 (17.5)	60.0 (37.6)
	Psychiatric	30	76.0 (13.9)	75.0 (33.5)	80.8 (20.4)	80.8 (27.6)	88.3 (17.0)	55.0 (33.7)
	Chronic	90	75.4 (19.5)	72.8 (34.3)	78.9 (28.8)	81.9 (24.3)	87.2 (18.5)	56.1 (39.4)
	Others	24	66.7 (19.7)	60.4 (43.6)	65.6 (35.2)	72.9 (35.3)	82.3 (28.1)	52.1 (41.6)
Duration since the first visit (yr)	<3	31	68.9 (21.8) <sup>†</sup>	51.6 (41.8) <sup>††</sup>	75.0 (28.9)	80.6 (23.0)	82.3 (24.3) <sup>†</sup>	54.8 (40.0)
	3-5	58	70.4 (20.0) <sup>‡</sup>	69.4 (35.1) <sup>†</sup>	72.0 (31.4) <sup>†</sup>	76.3 (30.9)	83.6 (21.7) <sup>‡</sup>	50.9 (37.7)
	≥6	65	79.3 (14.5) <sup>††</sup>	79.6 (18.5) <sup>‡</sup>	83.5 (24.3) <sup>†</sup>	82.3 (24.9)	91.2 (14.3) <sup>††</sup>	60.0 (38.0)
Intention to continue participation in the DPS	Yes	77	74.7 (14.8) <sup>†</sup>	73.8 (24.3) <sup>†</sup>	74.9 (21.5)	74.8 (21.8)	82.5 (18.4)	56.1 (31.2) <sup>†</sup>
	No	77	64.8 (16.6) <sup>†</sup>	51.0 (34.5) <sup>†</sup>	67.2 (27.1)	72.4 (24.8)	81.6 (15.8)	38.0 (33.3) <sup>†</sup>
Type of the designated practice	PCPs <sup>a)</sup>	103	75.9 (17.5)	75.5 (33.6) <sup>†</sup>	79.9 (26.7)	78.9 (28.4)	89.8 (15.0) <sup>†</sup>	55.3 (37.1)
	Others <sup>b)</sup>	51	69.8 (20.8)	59.3 (39.4) <sup>†</sup>	72.5 (31.3)	81.4 (23.9)	79.9 (26.0) <sup>†</sup>	55.9 (40.8)

Student *t*-test or ANOVA with multiple comparisons by least significant difference (<sup>†,††</sup>*P*<0.05).

K-PCAT, Korean Primary Care Assessment Tool; DPS, Designated Practice Scheme; SD, standard deviation; FCU, first contact utilization; FA, facility accessibility; CA, cost appropriateness; DA, demographic accessibility; BHC, basic health care; NBLS, National Basic Livelihood Security; PCP, primary care practices.

<sup>a)</sup> PCPs include general practice (50), family medicine (4), internal medicine (49), and pediatrics (0).

<sup>b)</sup> Others include speciality practices displaying anesthesia and pain (9), urology (2), ophthalmology (2), ear, nose, and throat (3), general surgery (12), rehabilitation medicine (5), psychiatry (7), and orthopedic surgery (11).

군 의원 수급자들은 기타 군 의원 수급자들보다 포괄성 영역 (49.6 vs. 34.8점, *P*<0.05)과 일차의료 총괄 평균 점수(60.2 vs. 53.9점, *P*<0.05)에서 높은 점수를 나타냈다. 연령군별, 성별, 그리고 교육 기간별로는 유의한 차이가 없었다. 다만 급여 유형별로는 기초생활수급자(37.3점)가 국가 유공자 (52.0점)보다 조정기능 영역에 대해서 낮은 점수를 부여했

다(*P*<0.05) (Table 2).

### 3. 지정의원에 대한 일차의료 서비스 '최초접촉' 영역 세부 평가

K-PCAT의 최초접촉 영역은 5개의 독립적인 하부척도로 구성되므로, 각각의 평가 결과를 Table 3에 제시하였다. 즉

**Table 4.** Factors associated with primary care quality (total average score of the K-PCAT) assessed by participants in the Designated Practice Scheme

	Model 1 (including 'type of practice')		Model 2 (including 'duration since the first visit')	
	Odds ratio (95% CI)	P-value	Odds ratio (95% CI)	P-value
Age	1.01 (0.98-1.05)	0.400	1.01 (0.98-1.05)	0.461
Sex (male vs. female)	0.80 (0.36-1.77)	0.584	0.76 (0.34-1.69)	0.500
Education (yr)	1.09 (1.01-1.19)	0.031	1.09 (1.00-1.18)	0.042
Title as a Medical Aid beneficiary (NBLS beneficiary vs. patriots & veterans)	0.72 (0.27-1.92)	0.514	0.62 (0.23-1.65)	0.336
Type of practice (primary care practices vs. other specialty practices)	2.13 (1.09-4.56)	0.028	-	-
Duration since the first visit ( $\geq 3$ yr vs. $< 3$ yr)	-	-	2.55 (1.05-6.19)	0.039

Multiple logistic regression analysis.

Response variable (total average score of primary care) categorized dichotomously as 'good' ( $\geq 58.1$ ) and 'poor' ( $< 58.1$ ). Adjusted by age, sex, education year, title as Medical Aid beneficiary, type of practice (in model 1), and duration since the first visit (in model 2). Because two important explanatory variables are closely associated ( $P=0.001$ , degree of freedom=1, chi-square test), two models are presented.

K-PCAT, Korean Primary Care Assessment Tool; CI, confidence interval; NBLS, National Basic Livelihood Security.

최초접촉 영역(73.9점)은 최초접촉 이용성(70.1점), 물리적 접근성(70.1점), 진료비 적절성(79.7점), 인구학적 접근성(86.5점), 기본처치와 시술(55.5점)의 5개의 하부 영역들(sub-domains)로 구성된다. 65세 미만 연령군은 65-74세 연령군보다 물리적 접근성 항목 점수를 높게 부여하였다(84.5 vs. 72.2점,  $P<0.05$ ). 급여 유형별로는 기초생활수급자가 국가유공자보다 최초접촉 이용성에 대해 낮은 점수를 부여하였다(67.7 vs. 85.7점,  $P<0.05$ ). 첫 방문 후 경과기간이 6년 이상인 수급자들은 최초접촉 이용성(79.6점), 물리적 접근성(83.5점), 인구학적 접근성(91.2점) 항목들에서 높은 점수를 부여하였다( $P<0.05$ ). 교육기간이 9년 이상인 수급자들은 진료비 적절성 항목에 대해서만 높은 점수(90.9점)를 부여하였다( $P<0.05$ ). 향후 이 제도에 참여하겠다는 수급자들은 불참하겠다는 수급자들에 비해서 최초접촉 이용성과 기본처치 및 시술 항목들에 대해서 높은 점수를 부여하여, 최초접촉 영역 점수가 상대적으로 높았다(74.7 vs. 64.8점,  $P<0.05$ ) 의원 범주별로는 일차의료 의원군의 수급자들은

은 기타 의원군의 수급자들에 비하여 최초접촉 이용성(75.5 vs. 59.3점,  $P<0.05$ )과 인구학적 접근성(89.8 vs. 79.9점,  $P<0.05$ ) 항목들에서 높게 평가하였지만, 최초접촉 영역 점수에서는 유의한 차이가 없었다(Table 3).

#### 4. 한국 일차의료 평가도구로 측정한 일차의료 서비스 질과 연관된 요인들

일차의료 서비스 질(총괄 평균) 관련 요인을 알아보기 위해, 반응 변수 범주를 일차의료 서비스 질 점수 평균 이상인 우수( $\geq 58.1$ ,  $n=72$ ), 평균 이하인 저조( $< 58.1$ ,  $n=82$ )로 구분하여 다중 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 설명변수로는 연령, 성, 교육기간, 의료급여 자격유형

(기초수급자 vs. 국가유공자), 의원 유형(일차의료 의원 vs. 기타 전문 의원), 방문 지속기간( $\geq 3$ 년 vs.  $< 3$ 년)을 포함시키었으나, 의원 유형과 방문 지속기간은 연관성( $P=0.001$ , degree of freedom=1, chi-square test)이 매우 높아서 2개의 회귀 모형을 제시하였다. 일차의료 서비스 질이 우수할 경우의 교차비(odds ratio)는 모형 1에서 일차의료 의원이 기타 의원군에 비해 2.13배( $P=0.028$ )였으며, 모형 2에서 지정의원을 다닌 지 3년 이상인 군은 3년 미만인 군에 비해 2.55배( $P=0.039$ )였다. 교육기간의 경우 두 모형 모두에서 유의한( $P=0.031$  및  $P=0.042$ ) 연관성이 있는 요인으로 나타났다. 수급자의 연령, 성, 교육기간, 의료급여 자격유형은 두 모형 모두에서 일차의료 서비스 질과 유의한 관련이 없었다(Table 4).

## 고 찰

지난 30년간 일차의료의 보건의료체계의 효율성과 형평

성에 기여한다는 과학적 근거들이 축적되어 왔다. 일차의료의 구조적 기반이 강한 국가들은 그 성과가 우수하며, 그 기반이 약한 국가들에 비해, 적정수준의 보건의료비 지출로도 국민 건강수준이 상대적으로 높아서, 효율적인 의료체계를 운영하고 있다[17]. 일차의료는 기존의 일차 진료(primary medical care)가 일차보건의료의 이념적 목표 달성을 위하여 노력하는 과정에서 형성되는 개념이다[18]. 일차의료란, 환자의 가족과 지역 사회를 잘 알고 있는 주치의가 환자-의사 관계를 지속하면서, 보건의료 자원을 모으고 알맞게 조정하여 주민에게 흔한 건강문제들을 해결하는 분야이다. 일차의료 기능을 효과적으로 수행하기 위해서는 여러 분야 보건의료인들의 협력과 주민의 참여가 필요하다. 일차의료는 최초접촉, 관계의 지속성, 포괄성, 조정기능이라는 4가지 핵심속성과 전인적 돌봄, 가족/지역사회 맥락, 지역사회 기반이라는 보완속성을 갖는 개념이다[19].

의료의 질이란, 건강문제와 관심사의 분포, 인식, 진단, 그리고 관리에 관한 지식을 바탕으로, 효과성과 형평성의 관점에서, 의료서비스가 현존하거나 잠재하는 건강 필요도를 적절하게 충족시키는 정도이다. 의료의 질에 관한 많은 문헌은 질병 중심적 임상 성과에 초점을 맞추고 있다. 그러나 사람에 대한 초점을 강조하는 일차의료에서는, 그 이상의 것을 포함시키는 것이 바람직하다. 일차의료 질 평가는 4가지 중요한 측면들: 자원 역량, 서비스 제공, 임상적 성과(performance), 그리고 건강 수준(결과) 측정을 포함한다. 보건의료의 효과성과 형평성은 일차의료체계 수준에 달려 있으므로, 서비스 제공의 질 평가에서 최초접촉, 관계의 지속성, 포괄성, 조정기능의 성취 정도를 다루는 것이 중요하다[18]. 일차 의료기관은 2, 3차 의료기관과 비교하여 의료 자체의 특성이 다르고 진료결과를 정의하거나 측정하기 어려운 점이 있기 때문에, 일차의료에서의 질은 달리 논의되어야 할 필요가 있다[20].

최근 선진국 일차의료 개혁 동향을 살펴보면, 일차의료 서비스 질을 평가하여 보상하는 성과연동지불제(pay for performance)를 도입하는 경우가 많다. 대표적인 예가 영국의 Quality and Outcomes Framework [21], 호주의 Practice Incentive Program [22], 미국의 Patient Cen-

tered Medical Home [23] 등인데, 환자의 경험을 일차의료 질 평가의 주요 부분으로 포함시키는 경향이 있다. 이 같은 동향을 참고할 때, 본 연구에서 환자의 경험을 바탕으로 일차의료의 질을 평가하는 방법으로서 K-PCAT을 적용시킨 것은 의미를 갖는다.

본 연구 결과, 연구대상자 중 제도의 필요성에 대해 동의하는 비율은 42.9% (66/154)로 과반을 넘지 못했고, 향후 선택병의원제도에 지속적으로 참여할 의향도 절반에 그치고 있어서, 선택병의원제도 당연적용자들에게 이 제도가 호응을 얻지 못하고 있음을 알 수 있다. 선택병의원제도 참여수급자는 자신이 지정한 의원에서 경험하는 서비스의 K-PCAT 일차의료 서비스 질(총괄 평균)이 58.1점에 불과했고, 특히 향후 제도 참여 의향이 없는 수급자는 한층 더 낮았는데(48.9점), 환자 질병 중증도 차이 등의 이유로 기존 연구들과 직접 비교는 어렵지만, 가정의가 근무하는 의원의 K-PCAT 일차의료 총괄 평균이 70.8점이었다는 연구결과[10]를 참고하면, 선택병의원제도 하에서의 일차의료 서비스 질의 수준을 가늠할 수 있다. 본 연구에서 K-PCAT 5영역 중 특히 조정기능(39.3점)과 포괄성(44.7점) 영역에서 낮은 점수를 받은 점은 국내의 기존 연구 결과들[10,12,13]과 일치한다. 이는 취약한 한국 일차의료의 단면을 보여주는 결과로 볼 수 있다. 본 연구에서 일차의료 서비스 질(총괄 평균) 점수는 연령, 성, 질환군, 교육기간, 급여유형별로 유의한 차이가 없었으나, 지정의원을 처음 방문 후 경과기간이 긴 경우( $\geq 6$ 년 61.4점 vs.  $< 3$ 년 51.9점) 우수했는데, 이는 기존의 연구에서 일차의료 의사(가정의)와의 관계 지속기간이 6년 이상인 군은 3년 미만인 군보다 일차의료 총괄 평균 점수가 높았다(75.0 vs. 69.2점)는 결과[10]와 부합한다. 일차의료 의원을 지정의원(상용치료원)으로 선택한 군이 기타 의원을 상용치료원으로 선택한 군보다 일차의료 서비스 질이 우수했는데(60.2 vs. 53.9점), 이 역시, 일차의료 의원군이 비일차의료 의원군보다 3영역(포괄성, 조정기능, 가족/지역사회 지향성) 평균 점수가 높았다는 기존의 연구결과[15]에 부합한다. 다변량분석으로 혼란변수들을 통제한 상태에서 지속기간과 의원의 유형은 일차의료 서비스 질과 유의한 연관성이 유지되어, 일차의료 서비스 질에 이 두 요인이



매우 중요함을 알 수 있다. 향후 제도 개편 시 일차의료 서비스 질 향상을 기대하기 위해서는 일차의료 의원을 중심으로 최소 3년 이상의 환자-의사 관계가 형성될 수 있도록 하는 정부 차원의 중장기적 지원과 계획을 필요로 함을 의미한다.

K-PCAT는 일차의료 질 평가에서 질병-특이적(disease-specific) 도구가 아니라 전반적(generic) 도구이며, 일차의료 핵심속성의 성취정도를 측정한다. 국내 의료여건에서 K-PCAT 적용할 때 다음 점들을 유의해야 한다. 첫째, 평가 주체는 해당 의원급 의료기관을 6개월 이상 6회 이상 방문한 적이 있는, 즉 상용치료원으로 이용하는 환자라는 점이다 [10]. 이들은 1회성 진료를 받는 환자(상용치료원 미보유자)에 비해 양질의 일차의료 서비스를 받을 가능성이 높고 [24], 권장되는 예방적 서비스를 받을 가능성도 높다 [25-27]. 국내 상용치료원 보유자 비율은, 주요 선진국들(80-90% 이상)과 비교할 때, 매우 낮은 수준(30-43%)이므로 [27-30], 우리나라 상용치료원 보유자에 의한 일차의료 평가는 그 결과가 긍정적 방향으로 치우칠 가능성이 있다. 둘째, 일차의료 평가 주체가 환자이므로, 서비스 제공자 또는 보험자에 의한 일차의료 평가와는 그 결과가 일치하지 않을 가능성이 있다는 점이다. 셋째, K-PCAT는 일차의료의 구조(structure)-과정(process)-결과(outcome)에서 구조-과정의 일부를 평가한 것이고, 결과에 해당하는 부분을 포함하지 않으므로 이 부분에 대한 질 평가는 별도로 고려해야 한다는 점이다.

본 연구의 제한점으로는, 첫째, 연구대상의 대표성 문제이다. 서울의 1개구 수급자 중 선택병의원제도 당연적용자만을 연구대상으로 하였다는 점이다. 자발적 참여자의 경우 언제든지 탈퇴가 가능하여 자격변동이 심하므로 제도시행 후 그 평가가 어려웠기 때문이었다. 향후 연구에서 보완할 것을 기대한다. 둘째, 일차의료 질이 가지는 다차원적 영역을 고려할 때, 질 전반을 파악하기 위해서는 K-PCAT를 적용한 평가 외에도 임상 지표 선정과 질병 특이적 평가, 결과(outcome) 평가 등이 동시에 이루어져야 한다는 것이다. 셋째, 본 연구에서의 자료 수집은 여건상 의료기관 외부에서 이루어졌기 때문에 의료기관 대기실에서 수집된 기존의 연구결과들과 비교할 때 주의가 필요하다는 점이다.

## 결론

선택병의원제도에 참여하는 서울특별시 1개구 의료급여 수급자(당연적용자)는 제도 필요성에 대해서 충분한 동의를 하지 못하는 상태에 있으며, 향후 지속적인 제도참여 의향을 가진 비율도 50%에 그치고 있어, 이 제도가 제도 참여자들로부터 호응을 받지 못하고 있음을 보여준다. 제도 참여자가 경험하는 일차의료 서비스 질은 저조했으며, 특히 기존의 연구결과들과서와 같이 포괄성 영역과 조정기능 영역에서 낮은 점수를 받았는데, 의료기관을 지정함으로써 합리적인 의료이용을 권장한다는 취지로 선택병의원제도가 도입된 점을 고려할 때, 제도 도입의 취지를 충족시키지 못하고 있음을 알 수 있다. 이 연구결과는 의료급여 수급자 일차의료 서비스 질 향상을 위하여, 선진국 일차의료 사례와 같은 성과연동지불제 도입, 정부차원의 중장기적 지원계획 수립 등, 선택병의원제도에 대한 전면적 재검토가 필요함을 시사한다.

**핵심용어:** 일차의료; 질 관리; 의료급여; 한국

## REFERENCES

1. Shin HW, Shin YS, Whang DK, You WS, Choi KC, Lim SJ. Monitoring the designated medical institution program for Medical Aid beneficiaries. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2008.
2. National Health Insurance Corporation; Health Insurance Review & Assessment Service. National health insurance statistics [Internet]. Seoul: National Health Insurance Corporation; Health Insurance Review & Assessment Service; 2001-2010. Available from: <http://www.bokjiro.go.kr/data/statusList.do>.
3. National Health Insurance Corporation. National medical aid statistics [Internet]. Seoul: National Health Insurance Corporation; 2001-2010 [cited 2012 Jan 17]. Available from: <http://www.nhic.or.kr/portal/site/main/menuitem.ca795eeeb35fa404bf15151062310a0>.
4. Shin HW, Shin YS, Yoon SJ, Kim S, Choi JS. Introduction plan of the designated medical institution program and co-payment system for Korean Medical Aid beneficiaries. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2007.
5. Kim S, Choi JS, Ju JS, Choi MY, Yang JH, Chae JM. Evaluation of the effect and the improvement plan of the designated medical institution system for Medical Aid beneficiaries. Seoul: Health Insurance Review & Assessment Service; 2010.

6. Lee WH. Development plan for medical service and health maintenance of Medical Aid beneficiaries [dissertation]. Seoul: Hanyang University; 2006.
7. Kim ES, Nam JJ, Kim MY, Ko IS, Lee DM, Kim KS, Choi JS, Park HJ, Shin SM, Lee SH, Yang IS. Status that long-term users of medical aid use medical service, and its improvement plan. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2007.
8. Samarasekera U. Margaret Chan's vision for WHO. *Lancet*. 2007;369:1915-1916.
9. Ko IS, Lee TW, Lee KJ, Lee JL, Choi JS, Lee SK, Kim JA, Lee MR. Case management networks for effective management of health care in the low income people. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2006.
10. Lee JH, Choi YJ, Sung NJ, Kim SY, Chung SH, Kim J, Jeon TH, Park HK; Korean Primary Care Research Group. Development of the Korean primary care assessment tool-measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. *Int J Qual Health Care* 2009;21:103-111.
11. National Health Insurance Corporation. Effectiveness assessment in primary care. Seoul: National Health Insurance Corporation; 2008.
12. Choi YG, Kim K, Choi YJ, Sung NJ, Kim J, Park JH, Hong SK, Lee JH; Korean Primary Care Research Group. Patient assessment of primary care of health cooperative clinics in South Korea. *Korean J Fam Med* 2010;31:765-777.
13. Sung NJ, Suh SY, Lee DW, Ahn HY, Choi YJ, Lee JH; Korean Primary Care Research Group. Patient's assessment of primary care of medical institutions in South Korea by structural type. *Int J Qual Health Care* 2010;22:493-499.
14. Park JH, Kim KW, Sung NJ, Choi YG, Lee JH; Korean Primary Care Research Group. Association between primary care quality and health behaviors in patients with essential hypertension who visit a family physician as a usual source of care. *Korean J Fam Med* 2011;32:104-111.
15. Jung JW, Sung NJ, Park KH, Kim SW, Lee JH. Patients' assessment of community primary and non-primary care physicians in Seoul city of South Korea. *Korean J Fam Med* 2011; 32:226-233.
16. Agency for Healthcare Research and Quality. Care coordination measures atlas [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2010 [cited 2011 Dec 10]. Available from: <http://www.ahrq.gov/qual/careatlas/careatlas.pdf>.
17. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83:457-502.
18. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
19. Lee JH, Choi YJ, Volk RJ, Kim SY, Kim YS, Park HK, Jeon TH, Hong SK, Spann SJ. Defining the concept of primary care in South Korea using a Delphi method. *Fam Med* 2007;39:425-431.
20. Cho HJ. The prospect of QA in primary care. *J Korean Acad Fam Med* 1994;15:847-856.
21. Quality and outcomes framework: online GP practice results database [Internet]. London: The Health and Social Care Information Centre; 2011 [cited 2011 Dec 13]. Available from: <http://www.qof.ic.nhs.uk/>.
22. Practice Incentives Program (PIP) [Internet]. Canberra: Department of Human Services, Australian Government; 2011 [cited 2011 Dec 13]. Available from: <http://www.medicareaustralia.gov.au/provider/incentives/pip/index.jsp>.
23. Patient-Centered Medical Home [Internet]. Washington, DC: National Committee for Quality Assurance; 2011 [cited 2011 Dec 13]. Available from: <http://www.ncqa.org/tabid/631/Default.aspx>.
24. DeVoe JE, Saultz JW, Krois L, Tillotson CJ. A medical home versus temporary housing: the importance of a stable usual source of care. *Pediatrics* 2009;124:1363-1371.
25. Blewett LA, Johnson PJ, Lee B, Scal PB. When a usual source of care and usual provider matter: adult prevention and screening services. *J Gen Intern Med* 2008;23:1354-1360.
26. O'Malley AS, Mandelblatt J, Gold K, Cagney KA, Kerner J. Continuity of care and the use of breast and cervical cancer screening services in a multiethnic community. *Arch Intern Med* 1997;157:1462-1470.
27. Kim JH, Cho HJ. Effects of having regular source of care on preventive services and disease control. *J Korean Acad Fam Med* 2007;28:278-285.
28. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Davis K, Zapert K, Peugh J. Primary care and health system performance: adults' experiences in five countries. *Health Aff (Millwood)* 2004;Suppl Web Exclusives:W4-487-503.
29. Osborn R. Comparing health care systems performance: opportunities for learning from abroad [Internet]. Washington, DC: Alliance for Health Reform; 2008 [cited 2011 Dec 13]. Available from: <http://www.allhealth.org/briefingmaterials/osborn-1189.ppt>.
30. Jung YH. A report on the Korea Health Panel Survey: health care utilizations and out-of-pocket spending. *Health Welf Policy Forum* 2011;179:64-82.



### Peer Reviewers' Commentary

선택의원제도가 정부에서 제안되어 한동안 논란이 되었다. 정부는 최근 이름과 내용을 수정하여 4월부터 시행한다고 발표하였다. 선택의원제가 환자에게 도움이 되고 만족도도 높을 것인가에 대하여는 시행주체마다 다른 예상을 하고 있다. 이 논문은 의료급여환자에게 이미 시행되고 있는 선택의원제에 대해 실증적으로 분석하였다. 연구결과 크게 만족스럽지 못하다는 내용이다. 정책에도 근거중심의 접근이 필요한 시점이다. 이 논문은 연구대상자와 지역의 제한점 등에도 불구하고 잘 짜여진 계획하에 조사된 것으로 앞으로 시행 예정인 만성질환 관리제도에 도움이 될 것이다.

[정리:편집위원회]