

■ 원 저

가족주치의 시범사업의 효과

이혜리, 이덕철, 심재용, 문유선, 정의식

연세대학교 의과대학 가정의학교실

-요 약-

연구배경 : 한 국가에서 일차의료가 고유하고 독특한 제 기능과 역할을 다 할 때, 효과적이고 만족할만한 개인 의료서비스가 제공될 뿐만 아니라 국가 의료 보건 정책도 효율적이고 건전하게 발전할 수 있다. 본 연구는 국내 의료서비스 전달 시스템에 한 모델을 제시하기 위하여 일차의료의 기능을 강화한 가족주치의 시범사업을 실시하여 기간중 제공된 의료의 질적 성과를 평가함으로써 이 제도의 효용성을 검증하고자 실시되었다.

방법 : 홍보를 통하여 모집한 263가족 1057명을 대상으로 3명의 가정의학과 전문의가 가족주치의로 선정되어 일차의료의 특성중 접근성, 포괄성, 지속성, 인간성을 강화한 6개 항목의 의료서비스를 1년간 제공하였다. 사업기간후 의무기록과 주치의 수첩을 검토하여 제공된 의료내용에 대한 이용도를 평가하였고, 기간중 제공된 진료의 질을 평가하기 위해 자기 기입식 설문지(Continuity, Comprehensiveness, Personal relationship Questionnaire : CCPQ)를 등록가족 대표가 계약당시와 일년의 사업기간이 끝난후 2회 작성하도록 하여 두 설문지의 점수차이를 짹을 이론 t-검정으로 비교 분석하였으며, 사업 기간후 사업내용의 이용과 관련된 요인들은 분석하고 평가하기 위하여 등록가족에게 설문조사를 실시하였다.

결과 : 사업기간중 제공된 서비스 항목을 한 번이라도 이용한 가족은 70.6%이었으며, 외래방문이 695회로 가장 많은 빈도를 차지하였는데, 102가족(38.8%)에서 161명(15.2%)는 진료목적으로 한 번 이상 외래를 방문하였다. 기간중 호출기를 통한 전화상담 및 응급진료는 총 226회로 주치의당 평균 75.3회이었는데, 상담된 내용은 의학적 문제가 135회(59.7%)로 가장 많았고, 검사결과 확인이나 진료예약을 위한 경우가 각각 58회(25.9%), 31회(13.7%) 등이었다. 사업 전후 CCPQ 점수는 총점이 6.48 ± 1.48 에서 8.66 ± 1.76 으로 상승하여 사업기간중 제공되었던 진료의 질이 이전에 비해 향상되었음을 나타내었다. 사업기간중 프로그램을 충분히 이용하지 못한 이유는 문제가 없어서(52.9%)가 가장 많았으나, 이용방법이 익숙치 않아서(34.3%), 전화하기가 미안해서(20.6%) 등의 주치의 사업에 대한 이해 부족도 많은 빈도를 차지하였다. 등록가족의 76.4%가 사업기간중 한 번이상 타 의료기관을 이용한 적이 있으며 그 이유는 집에서 가깝기 때문에(56.7%), 이미 단골의사가 있어서(26.9%) 순이었다. 등록가족의 67.7%가 사업내용에 대해 만족한다고 응답했으며, 88.1%는 본사업에 계속하여 등록하겠다는 의사를 밝혔다.

결론 : 가족주치의 시범사업에 의해 양질의 의료가 제공되었으며, 대부분의 가족들이 이 사업을 만족스럽게 생각함으로써 우리의 의료 현실에 이 제도가 정착할 수 있는 가능성을 보여주었으나 가족주치의 제도에 대한 이해와 참여를 넓히기 위해 적절한 홍보등 의료계의 노력이 필요할 것으로 생각된다.(가정의학회지 1996; 17: ~)

중심단어 : 가족주치의 제도, 일차의료, 의료전달체계

* 본 연구는 1994년도 아산 사회복지사업재단 연구비로 이루어졌음

서 론

가정의학에서는 가족이 각 구성원들의 건강이나 질병의 발생과 예후 등에 밀접한 영향을 미친다는 것이 핵심적인 개념이기 때문에¹⁾ 가족을 의료의 기본단위로 생각하며 모든 가족 구성원에게 양질의 일차의료를 제공하는 것을 목표로 한다.^{2~4)} 질병은 가족의 기능을 저하시키는데 결정적인 역할을 할 수 있으며 또한 가족도 각 구성원들의 건강에 영향을 줄 수 있다는 것은 잘 알려져 있는 사실이다.^{5~6)} 예를 들어 가족은 각 구성원들의 건강행위나 삶의 방식에 영향을 줌으로써 심혈관계 위험요소를 증감시키고, 비만이나 고혈압 등의 발생 및 치료에 밀접한 관계가 있으며 가족의 기능은 천식과⁷⁾ 당뇨병의 치료경과에 결정적인 영향을 주어 인슐린 의존형 당뇨병을 앓고 있는 아이들에서 가족 치료 후에 케톤산혈증으로 입원하는 수가 감소된다⁸⁾는 보고가 있다. 따라서 한 사람의 가족주치의가 한 가족의 건강과 관련된 특성이나 위험요인들을 평가하고 상담, 교육하며 모든 가족 구성원에게 포괄적인 의료를 제공할 수 있는 가족주치의 제도가 우리의 의료 판행에 도입한다면 가장 효과적이고 만족할 만한 의료결과를 얻을 수 있을 것으로 기대해 볼 수 있다. 또한 이러한 시도는 의료전달체계 중 일차의료가 고유한 역할과 기능을 충분히 수행할 수 있도록 이를 제도화함으로써 왜곡된 국내의 의료체계를 효율적이고 건전하게 발전 시킬 수 있는 한 방법이 될 수 있을 것이다.^{9~12)} 실제로 의료이용의 만족도, 의료비용, 건강정도 등의 척도를 국가별로 비교한 연구에서 일차의료의 비중이 높은 나라일수록 더 좋은 의료 결과가 나타나는 것으로 밝혀졌다.¹³⁾ 그러나 현재 우리의 의료현실은 심각한 의사인력 구조의 불균형과 일차의료 기능의 왜곡현상이 나타나고 있으며, 이로 말미암아 환자들은 일차의료에서 요구되는 책임있고 종합적인 진료를 받지 못하고 전문과목의 선택을 스스로 하

여야 하기 때문에 의사 장보기(doctor shopping) 현상이 심해지며 의료자원의 오용 및 낭비를 초래하고 있다.¹⁴⁾ 따라서 국민들에게 사랑과 신뢰를 받을 수 있고, 또한 일차의료인들도 자신들의 분야에 대한 자긍심을 갖고 만족스럽게 일할 수 있는 의료체계의 모델들을 연구하고 개발하는 일이 시급한 설정이다.¹⁵⁾ 그러나 현재까지 일차의료의 효용성과 중요성에 관한 외국의 연구들은 많이 있었지만 국내 연구들은 부족하였고, 특히 모델사업을 통한 전향적인 연구로서 제공된 의료의 질적 성과를 평가한 연구는 없는 설정이다. 따라서 본 연구에는 일차의료의 기능을 강화한 가족주치의 시범사업을 시행하여 (1) 기간중 제공된 의료의 내용과 이용도를 분석하고 (2) 평가 설문을 통하여 사업 전후의 진료의 질을 비교하며 (3) 사업 내용과 이용에 관한 등록가족들의 의견을 수렴하여 우리의 의료현실에서 가족 주치의 제도에 대한 효과를 검증해 보고자 실시되었다.

연구방법 및 대상

1. 연구 대상

가족주치의 시범사업의 대상은 주로 영동세브란스 병원의 인근 주민을 원칙으로 하였으나 가족이 원하는 경우 거리에 관계없이 등록을 허용하였고 가족의 범위는 등록당시 함께 거주하는 친족으로 하였다. 연구대상은 한 달 동안의 등록기간중 3명의 주치의에게 각각 84가족, 91가족이 등록되어 총 263가족, 1,057명으로 가구 당 평균 인원수는 4.0명이었다.

2. 연구 방법

1) 가족주치의 시범사업

1994년 7월 1일부터 31일까지 사업의 배경, 목적, 방법 등을 홍보지와 대중매체를 통하여 홍보한 후 영동세브란스병원 가족주치의 시범사업에 등록을 희망하는 가족을 모집하여 1994

년 8월 1일부터 1995년 7월 30일까지 시범사업을 시행하였다.

일차의료의 특성중 접근성, 포괄성, 지속성, 인간성의 측면을 강화하기 위한 방법으로 등록가족들을 위한 의료서비스 항목을 선정하였는데 통상적인 질병 및 치료 이외에 (1) 컴퓨터 통신을 이용한 건강 상담 및 건강 기록의 조회, (2) 호출기를 통한 전화상담 서비스 및 응급 진료, (3) 월 1회 건강교육 강좌 및 건강교육 자료 우송, (4) 평생 건강관리 계획표에 따른 질병의 조기 발견 및 예방 진료, (5) 가족상담, (6) 진료이용 편의 등이 포함되었다.

등록비용은 1만원이었으며 가족주치의는 등록가족의 희망을 고려하여 3명의 가정의학과 전문의 중 1명이 선정되었다. 가족주치의는 작성된 각종 건강관련 설문지를 토대로 등록가족의 특성 및 가족 구성원들의 건강위험요인들을 파악하고 이들의 연령, 성별, 건강위험요인에 따라 필요한 건강검진 목록표를 만들어 우송하였으며, 필요시 전화를 통해 필요한 정보를 수시로 수집하였다. 등록가족의 의무기록지는 가족별로 작성되었으며 여기에 수집된 건강관련정보와 가족 및 개인별 문제목록표, 건강검진 목록표 등이 포함되어 있었다. 본 사업의 컴퓨터 통신을 위하여 영동세브란스 고유의 호스트 프로그램을 제작하여 운영하였으며 등록가족의 외래 진료후 검사결과 및 주치의 의견 등의 자료는 연구보조원을 통해 컴퓨터에 입력되었고 이 자료는 등록가족이 자신의 고유번호를 입력하여 언제든지 열람이 가능하였으며 주치의와 질문이나 의견교환이 가능하도록 설계되었다. 주치의와 호출에 의한 상담은 24시간 가능하였고 어떤 조건이나 제약을 주지 않았으며, 건강교육강좌는 일상 생활에서 흔히 겪는 건강상의 문제를 중심으로 토요일 오후 병원 강당에서 총 7회 시행하였다. 건강교육자료는 등록가족에게 정기적으로 우송하였으며 컴퓨터 통신으로 언제든지 그 자료를 열람할

수 있도록 하였다.

2) 제공된 의료내용에 대한 이용도 평가

사업기간 동안 제공되었던 각종 의료서비스 항목들에 대한 이용률과 내용 등을 알아보았다. 전화와 호출기를 통한 상담은 사업 후 상담내용과 조치 등이 기록되어 있는 주치의 수첩을 토대로 의학적 문제, 비의학적 문제, 검사결과 확인, 진료 예약 등의 4항목으로 분류하여 빈도를 조사하였다. 등록가족에 대한 외래 이용은 사업기간동안 가족구성원 중 적어도 한 명이 1회 이상 외래를 방문한 경험의 유무에 따라 이용가족(active family)과 비이용가족(inactive family)으로 분류하여 이들의 연령, 성별, 교육 수준, 종교, 병원방문 소요시간, 가족 수입, 건강에 대한 자기 평가 등의 특성을 비교하였고, 진료내용은 Schor 등의 연구¹⁰⁾에서 사용된 정의를 참고하여 급성질환, 만성질환, 심리상담, 건강검진 등의 항목으로 분류하여 분석하였다.

3) 제공된 진료의 질 평가

진료의 질 평가를 위하여 심재용 등¹¹⁾이 개발한 자기 기입식 설문지(Continuity, Comprehensiveness, Personal relationship Questionnaire ; CCPQ)를 사용하였는데, 이 설문지는 진료의 지속성, 포괄성, 인간적 관계성 등을 평가하기 위한 총 21개 문항으로 구성되어 있으며, 문항들은 Likert 4점 척도로 이루어져 있다.

이 설문지를 등록가족의 대표가 계약 당시와 일년의 사업기간이 끝난 후 작성하도록 하여, 두 설문지의 점수차이를 짹을 이론 t-검정으로 비교 분석함으로써 사업기간중 제공된 진료의 질을 측정하였다.

4) 시범사업 이용에 관한 등록가족의 의견 수렴

사업 내용의 이용과 관련된 요인들을 분석하고 평가하기 위하여 등록가족에게 설문조사를 실시하였다. 설문지는 서비스 항목에 대한 이용도, 이용이 적은 경우의 이유, 타 전문의 방문여부 및 이유, 시범사업에 대한 만족도,

각종 서비스 항목에 대한 선호도, 가족주치의를 가짐으로 해서 기대하는 이득, 시범사업 후 재등록 의사여부, 적정하다고 생각하는 가입비, 기타 전의사항들로 구성되었고 문항들은 예상되는 응답을 나열해 놓은 선택형과 그 밖의 의견들을 위한 기입형으로 이루어졌다. 이 설문지를 사업기간이 끝난 후 모든 등록가족들에게 발송하였고, 무응답 가족들은 2회까지 설문지를 발송한 후 전화 접촉을 하여 설문지의 회신을 독려하였다.

5) 통계분석

통계 프로그램은 SAS를 이용하였다. 등록가족의 특성 비교는 카이제곱 검정으로 하였고, 시범사업 전후의 CCPQ 점수의 비교는 짹을 이룬 t-검정으로 하였다. 사업후 외래 이용군과 외래 비이용군의 비교는 독립된 t-검정으로 하였으며, 만족 정도에 따른 CCPQ의 점수를 비교하기 위하여 분산분석을 시행하였다.

결 과

주치의제도 시범사업에 등록된 사람은 263가족 1,057명으로 성별은 남자 520명(49.2%), 여자 537명(50.8%)이었다. 연령은 1세에서 96세까지 분포하였으며 이중 20대가 208명(19.7%)으로 가장 많았으며 10대 미반이 적고 30대의 빈도가 적었다(table 1). 등록된 가족의 세대주의 교육수준은 대졸 이상이 78명(72.2%)으로 가장 많았고 종교는 개신교, 불교, 무종교, 가톨릭이 거의 고르게 분포하였으며 기타 종교는 1명뿐이었다(table 2). 가족의 총수입이 200만원 이상 되는 가족이 102가족으로 55.1%를 차지하였고 100만원 미만은 16가족 8.6%이었다(table 2). 집에서 병원까지 걸리는 시간은 30분 이내가 96가족(49.2%)으로 가장 많았고 90분 이상 걸리는 집은 10가족(5.1%)이었으며 자기 가족의 건강에 대한 평가는 보통이라고 한 가족이 113가족(61.1%)이었고 양호하다고 한 가족이 43가족(23.2%)이었다(table 2).

Table 1. Age and sex distribution of registered family members.

Characteristics	Active member*(%)	Inactive member(%)	Total
Age			
- 9	2 **(2.7)	71(97.3)	73(6.9)
10~19	17(8.7)	178(91.3)	195(18.4)
20~29	23(11.1)	185(88.9)	208(19.7)
30~39	12(9.4)	115(90.6)	127(12.0)
40~49	44(25.0)	132(75.0)	176(16.7)
50~59	38(25.9)	113(74.8)	151(14.3)
60~69	12(18.2)	54(81.8)	66(6.2)
70~79	13(21.3)	48(78.7)	61(5.8)
Sex			
Male	79(15.2)	441(84.8)	520(49.2)
Female	82(15.3)	455(84.7)	537(50.8)
Total	161(15.2)	896(84.8)	1,057(100.0)

* One who visited the family doctor at least once during the program

** Number of visit : 3

Table 2. Characteristics of the registered families.

Characteristics	Active family(%)	Inactive family(%)	Total
Education			
-middle school	2(50.0)	2(50.0)	4(3.7)
high school	10(38.5)	16(61.5)	26(24.1)
college-	49(38.6)	78(61.4)	78(72.2)
Religion			
protestant	23(40.4)	34(59.6)	57(27.1)
catholic	22(46.8)	25(53.2)	47(22.4)
buddhist	23(41.8)	32(58.2)	55(26.2)
none	22(44.0)	28(56.0)	50(23.8)
other	1(100.0)	0(0.0)	1(0.5)
Time spent for visiting(minutes)			
-29	44(45.9)	52(54.1)	96(49.2)
30~59	27(42.2)	37(57.8)	64(32.8)
60~89	14(56.0)	11(44.0)	25(12.8)
90+	3(30.0)	7(70.0)	10(5.1)
Family income(10,000 won)**			
- 99	3(18.8)	13(81.3)	16(8.6)
100~199	26(38.8)	41(61.2)	67(36.2)
200~299	28(50.0)	28(50.0)	56(30.3)
300+	27(58.7)	19(41.3)	46(24.5)
Health self-assessment			
good	19(44.2)	24(55.8)	43(23.2)
fair	55(48.7)	58(51.3)	113(61.1)
poor	11(37.9)	18(62.1)	29(15.7)

* One or more family members visited their family doctor at least once during the program

** P>0.05

주치의제도 시범사업 기간동안 등록시를 제외하고 진료의 목적으로 가정의학과를 한 번이라도 방문한 외래 이용군은 161명으로 전체 등록된 사람의 15.2%이었는데(table 1), 이는 가족중 한번이라도 외래를 방문한 외래 이용가족군으로 환산하면 102가족으로서 전체 등록가족의 38.8%이었다(table 3). 외래 이용은 남녀에서 차이가 없었으며 40대와 50대에서의 외래 이용군이 그 연령군의 25% 이상으로 가장 많이 차지하고 60대 이상에서도 그 연령군의 20% 가까이 차지하였다(table 1). 외래 이용가족군과 외래 비이용가족군의 차이는 가족수입을 제외하고는 사회학적인 특성의 차이가 없었으며 수입이 적은 군에서는 외래 비이용가족군이 많았고 수입이 많은 군에서는 외래 이용가족군이 유의하게($P<0.05$) 많았다(table 2).

주치의제도 시범사업에서 제공하는 서비스 항목을 한 번이라도 이용한 가족은 70.6%이었고 가정의학과 외래를 방문하여 진료를 받은 것이 695회로 가장 많았으며 그 외 전화, 호출기, 건강상좌, 컴퓨터 상담 순으로 이용하였다(table 3).

Table 3. Utilization of the service items of the program.

Service items	No. of frequency	No. of family (N=263)(%)
Medical service in outpatient department	695	102(38.8)
Telephone call	120	61(23.2)
Beeper call	106	45(17.1)
Health education	65	39(14.8)
Computer counselling	3	3(1.1)

* 70.6% of families utilized at least one service item

가정의학과 외래에서 진료한 의학적 문제는 고혈압, 당뇨 등을 포함한 만성질환이 320례(46.

0%)이었고 상기도 감염을 포함한 급성질환은 230례(33.1%)이었으며 건강검진을 위해서 방문한 경우도 136례(19.6%)가 있었다(table 4).

Table 4. Medical problems cared by family physicians at OPD*.

Problems	Number(%)
Acute illness	230(33.1)
Chronic illness	320(46.0)
Physical checkup	136(19.6)
Psychological counselling	9(1.3)
Total	695(100.0)

* Outpatient department

호출기를 이용한 경우에도 결국은 전화상담이 이루어졌는데 이중 의학적 문제가 상담되었던 경우는 135회(59.7%)이었고 단순히 검사 결과를 알기 원하는 경우나 진료예약이 가능한지 여부를 묻는 전화가 각각 58회(25.9%), 31회(13.7%)를 차지하였다(table 5).

Table 5. Content of the counselling made by beeper and telephone

Content	Number(%)
Medical problem	135(59.7)
Nonmedical problem	2(0.9)
Services to inform	58(25.9)
laboratory results	
Appointment for medical service	31(13.7)
Total	226(100.0)

이상과 같은 서비스의 제공으로 가정의학과 진료의 질이 얼마나 향상되었는지를 알아보는 지표로서 사용한 CCPQ 점수는 총점이 6.48 ± 1.48 에서 8.66 ± 1.76 으로 상승하였고 이는 지속성, 포괄성, 인간적 관계성 등의 모든 항목에서 유의하였다(table 6, $P<0.0001$). CCPQ 점수는 외

래 이용 가족군에서 더 올라간 것으로 나타났다 (table 7).

Table 6. The CCPQ* scores before and after program.

Items	Scores before	Scores after
	program	program
Continuity	2.05±0.65	2.79±0.75
Comprehensiveness	1.96±0.56	2.68±0.58
Personal relationship	2.47±0.49	3.20±0.57
Total	6.48±1.48	8.66±1.76

* Continuity, Comprehensiveness, Personal relationship Questionnaire

P<0.0001

Table 7. The CCPQ* scores of active* and inactive families.

Items	Active family (N=64)	Inactive family (N=77)	P value
Before program			
Continuity	2.07±0.66	2.11±0.59	NS
Comprehensiveness	2.01±0.49	2.01±0.52	NS
Personal relationship	2.53±0.40	2.50±0.53	NS
Total score	6.60±1.38	6.61±1.44	NS
After program	(N=62)	(N=31)	
Continuity	3.00±0.68	2.51±0.74	0.005
Comprehensiveness	2.78±0.54	2.53±0.51	0.03
Personal relationship	3.33±0.50	3.09±0.56	0.03
Total score	9.07±1.56	8.12±1.59	0.001

* Continuity, Comprehensiveness, Personal relationship Questionnaire

* * One or more family members visited their family doctor at least once during the program

주치의제도 시범사업 프로그램을 충분히 이용하지 못한 이유로는 마땅히 의사를 찾을 만한 문제가 없었던 것을 첫째로(52.9%) 꼽았다. 그 외 이용하는 방법이 익숙하지 않았던 것이 34.3%, 전화하기가 미안했다고 한 것이 20.6%, 의

사와 친숙하지 않았기 때문이 15.4%이었고, 병원과의 거리나 의사의 진료시간의 제한 등을 이유로 든 접근성의 문제가 각각 12.5%, 11.0% 이었다(table 8).

Table 8. Reasons for under-utilization of the program. (N=136)

Reasons	Number of families(%)
No health problem needed to be consulted	72(52.9)
Not familiar with how to utilize the program	44(34.3)
Felt sorry to call	28(20.6)
Not acquainted with the assigned family doctor	21(15.4)
Home distant from hospital	17(12.5)
Limit of office hours of the family doctor	15(11.0)
Lack of confidence in the medical competence of a family physician caring for a variety of problems	13(9.6)
Too busy to utilize the program	12(8.8)
The cumbersome processes of the university hospital	10(7.4)
Forgot the fact the family had been registered	7(5.1)
Others	7(5.1)

시범사업 기간동안 타 의료기관을 한 번이라도 이용한 가족이 104가족(76.4%)이나 되었는데 그 이유는 주로 집에서 가깝기 때문(59가족, 56.7%)이라고 응답하였으며 이미 단골의사가 있었던 경우도 28가족(26.9%)이 되었다 (table 9).

Table 9. The reasons for visiting other physicians' office during the program. (N=104)

Reasons	Number of families(%)
Near home	59(56.7)
Already have a private doctor	28(26.9)
Medical problems seemed appropriate for consultation by another specialist	20(19.2)
Limit of office hours of the family doctor	11(10.6)
Forgot the fact the family had been registered	11(10.6)
Referred by family doctor	8(7.7)
Others	8(7.7)

* 104 families(76.4%) had experience of visiting other physicians' office during the program.

시범사업에 대한 만족도는 대부분 만족하는 가족이 20.2%, 만족하는 편이 47.5%이었으며, 불만족한 편은 25.3%, 대부분 불만족한 가족은 7.1%이었다(table 10). 이들을 4군으로 나누어 분산분석을 시행한 결과 CCPQ 점수는 등록 당시에는 유의한 차이가 없었으나 시범사업 종결 후에는 유의한 차이를 보였다($P<0.0001$).

Table 10. Degree of satisfaction with the program and CCPQ*.

Degree	No. of family(%)	CCPQ(before)	CCPQ(after) **
Quite satisfied	20(20.2)	6.71 \pm 1.88	9.81 \pm 1.47
Sort of satisfied	47(47.5)	6.48 \pm 1.24	8.94 \pm 1.15
Sort of unsatisfied	25(25.3)	6.54 \pm 1.38	7.66 \pm 1.69
Quite unsatisfied	7(7.1)	5.29 \pm 1.29	6.34 \pm 0.36
Total	99(100.0)		

* Continuity, Comprehensiveness, Personal relationship Questionnaire

** $P<0.0001$ (ANOVA)

시범사업 프로그램 중 선호하는 서비스 항목은 전화로 진료를 예약할 수 있는 제도(39.7%)이었으며, 그외 전화상담, 진료실에서의 상담, 호출기를 통한 주치의와의 연결, 건강교육자료, 건강상좌 등의 순이었다(table 11). 또한 주치의를 가짐으로 해서 얻는 잇점은 급할 때 연락할 수 있는 의사를 갖게 된 점을 첫째로 선택하였고, 그 다음은 언제든지 연락이나 상담할 수 있는 의사를 갖게 된 점, 가족의 모든 건강 문제를 맡길 수 있는 의사를 갖게 된 점, 종합병원을 쉽게 이용하기 위해 종합병원 의사를 알게 된 점, 한 의사를 개인적으로 알게 된 점 순서로 선택하였다(table 12).

Table 11. Favored service items of the program. (N=136)

Service item	No. of family(%)
Appointment for medical service	54(39.7)
Counselling by telephone	46(33.8)
Counselling in the office	39(28.7)
Emergency call or counselling by beeper	32(23.5)
Information material on health maintenance	30(22.1)
Health education course	27(19.9)
Health maintenance program	10(7.4)
Computer counselling	1(0.7)

Table 12. The rank of expected benefit from having a family doctor.

Rank of expected benefit
1. Counselling for medical emergency
2. Counselling any problem at any time
3. Counselling medical problems for all family members
4. Easy access to the general hospital
5. A personal relationship

주치의제도의 본사업이 시작되었을 때 재등록하기를 원하는 사람은 88.1%이었고, 재등록하지 않겠다는 사람은 1.7%에 불과하였으며 나머지는 대답하지 않거나 모르겠다고 대답한 사람들이었다(table 13). 또 향후 재등록 프로그램에서의 등록비는 10,000원에서 50,000원 사이의 액수가 가장 적절하다고 한 가족이 78.2%로 가장 많았다.

Table 13. Willingness to participate in the re-registration program.

Participation	No. of family(%)
Yes	104(88.1)
No	2(1.7)
Equivocal	12(10.2)
Total	118(100.0)

고 칠

등록가족 구성원들의 성·연령별 분포를 우리나라의 성·연령별 인구구조¹⁸⁾와 비교할 때 10대 이하가 적고 15세부터 24세 사이와 45세부터 54세 사이의 빈도가 가장 많으며 30대의 빈도가 적었다. 이것으로 보아 가족주치의제도 시범사업에 남자는 50대 초반, 여자는 40대 후반인 부부가 자녀와 함께 등록한 경우가 많고 남자는 30대 후반, 여자는 30대 초반의 부부가 자녀와 함께 등록한 경우는 적었음을 알 수 있다. 시범사업에 참여한 가족의 유형은 263가족, 1,057명이 등록하여 가족당 평균 인원수가 4.0명으로 대부분이 핵가족이었다.

등록가족의 70.6%가 한 종목 이상의 서비스 항목을 이용한 경험이 있다고 응답한 것은 본 사업이 비교적 높은 호응률을 받았다는 것을 의미한다. 사업기간중 등록가족의 외래이용수는 102가족 중 161명이 총 695회 외래를 방문하였다. 이를 토대로 계산해 볼 때 등록가족 구성원수 1,057명중 695회 방문하여 1인당 평균 외래 방문(수진율)은 0.66건이고, 등록가족 263가족중 외래를 이용한 가족은 102가족으로 39.9%이었다. 또한 등록가족 구성원수 1,057명중 외래를 이용한 사람들은 161명으로 15.2%이었다. 의료보험 현황 분석의 자료¹⁹⁾에서 볼 때 95년도 상반기동안 의료보험관리공단 피보험자들의 평균 외래 수진율이 6개월 동안 한 사람 당 3.07건으로 본 연구의 1년간 수진율 0.66건 보다 월등히 높은 것은 의료 보험에 의한 자료는 외래 수진율에 약국 및 한방 의료보험 서비스도 포함되어 있기 때문이며, 등록가족의 특성이 상기 자료의 집단과 다를 가능성이 있으므로 구체적인 평가가 이루어져야 하겠지만 등록가족들이 가족 주치의 이외의 의사에게도 생각보다 많은 진료를 받았을 가능성을 시사해 준다. 실제로 등록가족에게 실시한 설문조사에서 응답자의 76.4%가 사업기간중 주치의 이외의 의

사에게 진료를 받은 경험이 ‘있다’고 하였다. 이러한 수치로 볼 때 등록가족에게 제공된 의료가 지속성, 혹은 포괄성의 측면에서 기대에 미치지 못한 것으로 생각할 수도 있다.

그러나 67.7%의 가족이 시범사업에 대해 만족하다고 하였고, 시범사업 전에 비하여 CCPQ 점수가 시범사업후 유의하게 높아졌으며, 88.1%의 가족이 재등록할 의사가 있다고 긍정적인 평가를 한 것을 볼 때 가족주치의제도 자체가 기대에 못미친 것은 아니었다고 생각된다.

이는 가족주치의 제도에서 지속적 진료의 목표를 의료제공자 입장에서 한 질병에 대한 연속적 진료를 의미하는 제공자 지속성에서부터 환자-의사 관계의 바탕에서 가족을 대상으로 의료를 제공하는 종적 지속성의 개념으로 바꾸어야 할 필요를 시사해 준다. 지속적 진료는 등록가족의 진료행위의 연속성보다 책임의 연속성이 더 중요한 개념이라고 생각할 수 있는데²⁰⁾, 즉 등록가족이 특정 가족주치의를 모든 가족 구성원의 건강상의 문제를 책임지고 있는 의사라고 인식하고 있는 것과 실제 의료이용 행태와는 차이를 보일 수도 있다는 것이다.⁴⁾

본 연구에서 다른 의사를 방문한 이유로는 ‘가까운 병원에 가는 것이 쉬웠다’가 56.7%, ‘이미 다니고 있는 단골의사가 있다가’가 26.9%, ‘다른 의사가 자신의 건강문제를 더 잘 해결해 줄 것 같았다’가 19.2%, ‘가족주치의를 만나기가 어려웠다’가 10.6%의 순으로 나타나 주로 접근성과 이미 확립된 인간적 관계성이 중요한 요인임을 시사하고 가족주치의의 역할에 대한 홍보의 필요성을 나타내 준다.

주치의 제도를 충분히 이용하지 못한 이유로 ‘이용방법을 몰랐다’가 34.3%, ‘가족주치의가 가족의 모든 문제를 다 해결해 줄 수 있을 것 같지 않았다’가 9.6%를 차지하여 이 제도가 많은 사람들에게 아직도 생소하게 느껴지고 상대적으로 홍보가 부족했음을 의미한다. 이용 부족에 대한 그 외의 이유로 ‘호출하기가 미

안했다' 20.6%, '주치의와 친숙하지 않았다' 15.4% 등 주치의와의 친밀성에 대한 문제가 많은 부분을 차지하고 있는 것은 시범사업을 통하여 갑자기 맺어진 관계가 아직도 바람직한 의사-환자의 관계에 도달되지 못했음을 나타낸다. '지리적으로 병원이 멀리 있다' 12.5%, '원할 때 주치의를 만날 수 없었다' 11.0%, '병원절차가 까다로워 이용하기 어려웠다' 7.4% 등도 접근성과 관련이 있다.

확립된 인간적 관계성과 주치의와의 친밀성의 문제는 가족주치의제도가 바람직한 의사-환자관계의 확립을 바탕으로 하므로 시간이 지남에 따라 개선될 것으로 생각된다. 접근성은 가족들이 가까운 곳에서 가족주치의를 선택할 수 있도록 가족주치의 제도를 국가적인 차원에서 시행함으로써 향상되리라고 본다.

연령에 따른 외래 이용률을 볼 때 40대와 50대에서 각각 25% 정도가 사업기간중 1회 이상 가족주치의의 진료를 받은 경험이 있었고, 60대 이상의 경우도 20% 정도가 외래를 이용한 것으로 나타나 40대 이상이 다른 연령층보다 비교적 높은 이용률을 보였다. 이러한 결과는 40대 이상의 연령층에서 성인병의 빈도가 증가하므로 건강에 대한 관심이 고조되고 건강 검진등 의료에 대한 수요가 높아지는 시기임을 시사해 준다고 할 수 있다. 그러나 10세미만의 소아 연령층의 경우 외래 이용군은 2.7%이었으며 총 73명의 외래 방문횟수가 3회로 수진율이 0.04건으로 가장 낮았는데 의료보험 현황 분석의 자료에서¹⁹⁾ 이 연령층의 평균 외래 수진율이 6.6 건으로 전 연령층에서 가장 높은 빈도를 나타낸 것과 큰 차이를 보였다. 또한 지역사회 일차 의료기관의 진료중 10대 미만의 연령층이 차지하는 빈도가 15~38%로 보고한 다른 연구들²⁰⁾과 비교할 때 본 사업에서 소아 연령층의 이용도가 상대적으로 낮았다는 것을 알 수 있다. 이것은 소아 연령의 경우 대개 지속적인 의료의 중요성이 적은 일시적인 질환이 많기 때문에

의료이용에 있어서 접근성이 중요한 요소가 되는 것으로 알려져 있으며²³⁾, 대학병원을 찾아오는 소아 질환은 드물거나 심각하다는 이유 등으로 소아과 전문의의 진료를 받아야 한다고 생각하는 경향 때문에 본 연구가 이루어진 대학병원의 가정의학과에서 소아 연령층의 이용도가 낮았다고 추측된다.

외래이용군과 비이용군에 대한 사회학적인 특성을 비교하면 이용군의 월 평균 수입이 비이용군에 비해 유의하게 더 높았지만 그 외의 변수들에서는 유의한 차이를 보이지 않았다. 특히 접근성을 결정하는 중요한 요인이 될 것으로 생각이 되었던 병원까지 걸리는 시간에서 두 군간에 유의한 차이를 보이지 않았는데, 이것은 3차의료기관의 경우 접근성을 저하시킬 수 있는 많은 요인들이 있음에도 불구하고 환자들이 집중되어 비정상적으로 팽창해가는 우리의 의료현실¹⁴⁾을 생각해 볼 때 거리는 3차의료기관의 이용도를 저하시키는 중요한 요인이 되지 않음을 알 수 있다.

외래 이용군 중에서 외래를 이용한 사람의 수는 102가족 중 161명으로 가족당 1.6명이었으며, 이용군은 사업기간중 102가족의 413명중 161명인 39.0%가 진료를 받은 것으로 나타났는데, 향후 가족들이 일정기간 동안 받았던 진료총수를 토대로 포괄적 진료율을 알아보는 연구가 필요할 것으로 생각된다. 포괄적 진료는 가족단위의 진료를 목표로 하는 가정의학에서 매우 중요한 부분이지만, 실제로 모든 가족이 한사람의 의사에게 진료를 받는 비율은 비교적 낮은 것으로 알려져 있으며,^{24, 25)} Murata 등⁴⁾은 3~5년 동안 일차의료에서 한 의사에게 모든 가족구성원이 진료를 받는 가족의 비율을 22.5%~40.2%로 보고하였다.

등록가족이 외래를 방문한 이유로는 당뇨병, 고혈압, 만성간염 등을 포함하는 만성질환이 46.0%로 급성질환 33.1%보다 많은 빈도를 차지하여 환자교육이나 상담의 필요가 높다고 할 수

있으며, 건강검진도 약 20%를 차지하여 주치의 제도에서 평생건강관리가 중요한 부분임을 시사한다. 따라서 가족주치의는 질병의 치료는 물론 효율적인 1차, 2차 예방 의료서비스를 제공하는 역할을 잘 수행할 수 있어야 할 것으로 생각된다.

호출기를 통한 상담은 263가족 중 45가족(17.1%)에서 이루어졌는데 1년간의 시범사업 기간 총 06회, 한 가족주치의당 평균 35회로 평균 10.3 일에 1회의 빈도이므로 사업계획시 예상되었던 업무량에 훨씬 미달하는 수준이었다. 그 이유로 전화상담이 보편적으로 이루어지고 있는 외국의 경우^{26)~28)}와는 달리 본 연구에서 의료를 주로 이용하는 연령층의 사람들이 아직까지 호출기 사용에 익숙하지 못한 점과 상당수의 가족들이 호출을 통하여 의사와 상담하는 일을 미안하게 생각하는 점이 관련된 것으로 생각된다. 따라서 호출기의 이용이 의사의 개인적인 시간을 침해할지도 모른다는 우려 때문에 가족 주치의 제도에서 호출기 사용을 주지할 필요는 없을 것으로 생각된다. 호출기 및 전화를 이용한 상담은 226회로 총진료수의 24.5%이었는데 이는 Barton 등³⁰⁾이 보고한 15~20%보다 많았다. 이는 본 시범사업에서는 접근성의 제한을 해결하려고 가능한 모든 호출 및 전화상담에 언제든지 응답하였는데 그 결과 환자와의 좋은 관계를 확립하고 발전시키는 면에서는 많은 기여를 했을 것으로 생각한다.

전화상담은 우리의 의료환경에서는 아직도 낯설은 방법에 속하지만 대개 비용이 들지 않고 시간이 절약되며, 편리하기 때문에 환자들이 선호하는 경향이 있고 의사들도 상담이나 환자상태에 대한 추적관찰 등이 필요할 때 적절히 이용할 수 있기 때문에 미래의 의료에서는 중요하게 다루어져야 할 부분이다. 전화상담의 내용으로는 의학적 문제의 상담이 59.7%, 검사 결과 확인 25.9%, 진료예약 13.7%이었는데 진료예약과 같은 불필요한 호출 및 전화가 바쁜

의사의 시간을 빼앗을 가능성이 있으므로 접수원의 활용이 필요하리라 생각된다. 또한 일반적으로 전화상담을 많이 이용하는 환자들은 다른 의료 이용도도 높고 정서적으로 불안정한 상태에 있으며 가족내 보살핌이 적은 사람들로 알려져 있어³¹⁾ 환자의 전화를 주치의에게 매개해 주는 대리기관과 같은 시스템을 도입하는 등 국내에서도 향후 이에 대한 구체적인 연구가 필요할 것으로 생각된다. 이 전화상담의 효율적인 활용을 위해서는 전화상담의 내용의 의무기록과 적정한 의료수가 등에 대한 연구가 필요하다고 생각된다.

건강 교육에 참석한 수는 연인원 65명으로 1회 당 평균 10명 정도가 참석하였는데, 이렇게 참석이 저조한 이유는 등록가족들이 건강강좌에 참석할 수 있는 시간적 제약이 문제가 됨은 물론 본 시범사업에서 제공하는 건강강좌가 여러 사람을 대상으로 한 일반적인 주제를 다루었기에 등록 가족이 필요로 하는 구체적인 정보를 제공하는데는 한계가 있었으며, 대중매체를 통해 다양한 건강정보를 쉽게 얻을 수 있기 때문이라 생각된다. 따라서 건강교육은 일반적인 강좌보다는 향후 평생건강관리에서의 개별적인 건강증진교육 등 다른 방법에 의한 교육이 개발되어야 하겠다.

또한 컴퓨터 통신에 의한 의료정보는 비록 이용한 가족이 거의 없었지만 연구 당시 컴퓨터의 제한된 보급과 의료에 대한 수요가 있는 연령층이 컴퓨터 통신에 익숙하지 않았기 때문에 있었던 것으로 추측할 수 있다. 그러나 미래에 컴퓨터를 이용한 정보교환이 폭증할 것으로 예상되는 바 가족주치의 제도에서도 컴퓨터를 폭넓게 활용해야 할 것이다.

시범사업 전후의 진료의 질 평가를 위하여 측정한 CCPQ 점수의 차이는 2.18 ± 0.26 으로 통계적으로 유의한 차이를 보였는데 시범사업 전의 CCPQ 점수는 등록가족이 등록하기 전까지 받아온 진료의 질을 평가한 점수이며 시

범사업 후의 CCPQ 점수는 본 가족주치의 시범사업 기간중 가정의학과에서 받은 진료의 질을 평가한 점수이므로 이러한 차이는 사업 기간을 통하여 지속성, 포괄성, 인간성의 측면에서 등록가족에게 양질의 진료가 제공되었음을 의미한다.

CCPQ는 Likert 4점 척도로 이루어져 있기 때문에 질 평가에 있어서 중간 성향의 점수는 7.5점인데 등록가족의 초기 평균 점수는 6.48 ± 1.48 로 부정적인 성향을 보였으나 사업후는 8.66 ± 1.76 으로 긍정적 성향으로 변화된 점이 주목할 만하다. 그리고 지속성은 환자의 만족도^{32~34)} 및 의사의 만족도^{35~36)}와 관련이 있고, 인간성과 함께 환자의 만족도 측정의 중요한 영역이 된다.^{37~38)} 또한 본 연구에서 시범사업에 대한 만족도를 묻는 문항과 CCPQ 점수와의 비교에서 만족도가 높은 군에서 평균점수가 유의하게 높게 나타나는 것을 볼 때, 사업 전후의 점수 차이는 등록가족의 만족도의 변화를 반영한다고 할 수 있다. 즉 시범사업 기간을 통하여 등록가족의 의료이용 만족도가 유의하게 높아졌다고 생각할 수 있다. 외래 이용군과 외래 비이용군의 CCPQ 점수의 비교에서 사업전 CCPQ 점수는 유의한 차이가 없었는데 반해 사업후 외래 이용군에서 CCPQ 점수가 비이용군에 비해 유의하게 높았던 것은 외래진료를 통해 등록가족이 만족할 만한 양질의 진료를 받았음을 의미한다.

시범사업의 서비스 항목 중 진료예약을 가장 선호하는 것으로 나타났으며 그밖에 전화문의 또는 상담, 가족주치의의 진료 및 상담, 호출기를 통한 응급진료 및 상담 등의 순을 보인 점은 환자들이 현행 의료제도를 불편하게 생각해 왔다는 것을 나타낸다고 생각되며 의료기관에 대한 국민들의 불만이 높아가고 있는 현실¹⁴⁾에서 중요하게 고려되어야 할 사항들이라고 할 수 있다. 이러한 환자들의 불만은 본 연구결과에서 나타난 바와 같이 양질의 가족

주치의 제도로써 다소나마 해결할 수 있을 것으로 기대된다.

등록가족이 가족주치의를 가짐으로써 기대하는 이득은 급할 때 연락할 수 있는 의사를 갖게 된 점과 언제든지 상담할 수 있는 의사를 갖게 된 점이 가족의 모든 건강 문제를 맡길 수 있는 의사를 갖게 된 점보다 우선 순위를 보인 것은 이들이 가정의학 진료의 여러 기능 중 접근성의 확보와 지속성을 포괄성보다 더 중요하게 생각하는 것을 의미한다. 이것은 거의 모든 환자들이 가족에 대한 포괄적 진료가 줄 수 있는 장점을 충분히 인식하지 못하고 있다는 Knishknowy 등³⁹⁾의 보고와 일치하는 결과이다. 따라서 환자의 필요에 따라 원할 때 언제든지 만족할 만한 진료와 상담을 제공하기 위한 현실 가능한 방법들을 개발하고 연구해야 하겠다.

가족주치의 제도를 정착시키기 위해 등록가족이 생각하는 가족당 등록비는 10,000~50,000 이 78.2%로 가장 많았다. 이 문항에 대한 응답률은 136명 중 55명으로 40.4%로서 다른 문항들에 비해 현저히 낮아서 많은 가족들이 이 문제에 대해 응답을 유보하고 있는 것으로 보이므로 향후 이 문제에 대하여 의료인의 의견을 포함한 보다 적극적인 의견수렴이 있어야 할 것으로 생각된다.

본 가족주치의 시범사업에 대한 만족도를 묻는 질문에서 67.7%가 만족한다고 대답하였고, 시범사업 전에 비하여 CCPQ 점수가 시범사업 후 유의하게 높아졌으며, 본격적인 가족주치의 제도가 실시될 경우 응답자의 88.1%가 재 등록을 할 의사가 있다고 한 것은 이 제도에 대한 등록가족들의 기대가 높다는 것을 의미하므로 향후 이 제도를 보완하여 접근성과 이용도를 높일 수 있도록 한다면 현대의료의 많은 문제 점을 해결하고 보다 양질의 의료 서비스를 효율적으로 제공할 수 있는 의료전달체계의 한 모델이 될 수 있으리라고 생각된다.

참 고 문 헌

- 방향 : 졸업후 의학교육제도 발전을 위한 심포지엄 - 전문의 제도 개선을 위한 정책과제 1994 : 7 - 15.
1. Geyman JP. The family as the object of care. in family practice J Fam Pract 1977 ; 5(40) : 571-575.
 2. Cohn H, Schmit WM. The practice of family health care descriptive study. AJPH 1975 ; 64(4) : 375-383.
 3. Wall EM, Shear CL. Characteristics of patients seeking family-oriented care. J Fam Pract 1983 ; 17 : 665-668.
 4. Murata PJ, Kane RL. Do families get family care ? JAMA 1987 ; 257 : 1912-1915.
 5. Campel TL. Family's impact on health : A Critical review. Fam Sys Med 1986 ; 4 : 135-200.
 6. Schmidt DD Family in family medicine. J Fam Pract 1989 ; 28 : 23-24.
 7. Purecell K The effects of asthma in children of experimental separation from the family Psychsom Med 1969 ; 31 : 144-163.
 8. Orr DP Characteristics of adolescents with poorly controlled diabetes referred to a tertiary care center. Diabetes Care 1983 ; 6 : 170-175.
 9. Newton WP, Goldstein AO, Curtis P. Generalist physician : A modest proposal. J Fam Pract 1994 ; 39(1) : 19-20.
 10. Budetti PP. Achieving a uniform federal primary care policy. JAMA 1993 ; 269(4) : 498-501.
 11. Starfield B, Simpson L. Primary care as part of US health services reform. JAMA 1993 ; 269(24) : 3137-3139.
 12. Franks P, Clancy CM, Nutting PA. Gatekeeping revisited-protecting patients from overtreatment. N Engl J Med 1992 ; 327(6) : 424-429.
 13. Starfield B Primary care and health. JAMA 1991 ; 266(16) : 2268-2271.
 14. 김용익. 1차진료기능 강화 방안 : 의료보장 개혁을 위한 의료정책방향. 의료관리연구원 1995 : 2 - 10.
 15. 이종구. 전문의제도 개선 논의의 필요성과 그
 16. Schor E, Starfield B, Stidley C. Family health-utilization and effects of family membership. Medical Care 1987 ; 25(7) : 616-626.
 17. 심재용, 이혜리, 정의식, 이덕철, 문유선. 가정의학 진료의 질을 평가하기 위한 설문지 개발에 관한 연구. 가정의학회지 1995 ; 16(10) : 674-683.
 18. 보건사회 통계연보 1992 ; 38 : 259.
 19. '95 상반기 의료보험 현황 분석 : 의료보험회보 1995 ; 240 : 20-23.
 20. Rakel RE. The Family Physician In : Rakel RE, Editor. Textbook of Mamily Practice. 5th ed. Philadelphia : W.B. Saunders company. 1995 : 3-19.
 21. 이현철, 박주성, 곽기우, 윤방부. ICPC 분류법에 의한 가정의학과 전공의의 외래환자 진료내용 분석. 가정의 1989 ; 10(7) : 10-17.
 22. 이영진, 윤방부. 수도권지역 개원의의 진료내용 분석. 가정의 1987 ; 8(4) : 1-13.
 23. Breslau N, Reeb KG. Continuity of care in a university-based practice. J Med Education 1975 ; 50 : 965-969.
 24. Fujikawa LS, Bass RA, Schneiderman LJ. Family care in a family practice group. J Fam Pract 1979 ; 8 : 1189-1194.
 25. McKenna MS, Wacker WEC. Do patients really want 'family doctors ? ' N Engl J Med 1976 ; 295 : 279-280.
 26. Solberg Li, Mayer TR, Seifert MH Jr, et al. Ofice telephone calls in family practice. J Fam Pract 1984 ; 18 : 609-616.
 27. Fosarelli PD. The telephone in pediatric medicine, a review. Clin Pediatr 1983 ; 22 : 293-296.
 28. Fischer PM, Smith SR. The nature and management of telephone utilization in a family practice setting. J Fam Pract 1979 ; 8 : 321-327.
 29. Curtis P, Talbot A. The telephone in primary care. J Community Health 1981 ; 6 : 194-203.
 30. Barton EL, Brown JL, Curtis P, Lichtenfeld L. Ma-

- king phone care good card. Patient Care 1992 ; 103 : 117.
31. Daugird AJ, Spencer DC. Characteristics of patients who highly utilize telephone medical care in a private practice. J Fam Pract 1989 ; 29 : 59–64.
 32. Breslau N, Mortimer EA. Seeing the same doctor : Determinants of satisfaction with specialty care for disabled children. Med Care 1981 ; 19 : 741–758.
 33. Shear CL, Gipe BT, Mattheis JK, Levy MR. Provider continuity and quality of medical care. Med Care 1983 ; 21 : 1204–1210.
 34. Marquis MS, Davies AR, Ware JE. Patient satisfaction and change in medical care provider : A longitudinal study. Med Care 1983 ; 21L : 821–829.
 35. Blankfield RP, Kelly RB, Alemagno SA, King CM. Continuity of care in a family practice residency program : Impact of physician satisfaction. J Fam Pract 1990 ; 31 : 69–73.
 36. Becker MH, Drachman RH, Kirscht JP. A field experiment to evaluate various outcomes of continuity of physician care. Am J Public Health 1974 ; 64 : 1062–1070.
 37. Murray JP. A comparison of patient satisfaction among prepaid and fee-for-service patients. J Fam Pract 1987 ; 24 : 203–207.
 38. Lehmann F, Fontaine D, Bourque A, Cote L. Measurement of patient satisfaction : The Smith-Falvo Patient-Doctor Interaction Scale. Can Fam Physician 1988 ; 34 : 2641–2645.
 39. Knishkowsky B, Furst A, Fassberg Y, Anor E, Matthew S, Paz Y. Multiple family member visits to family physicians. J Fam Pract 1991 ; 32 : 57–64.

- Abstract -

The Effect of Family Registration Program

Hye Ree Lee, Duk Chul Lee, Jae Yong Shim, Yoo Sun Moon, Eui Shik Chung

Department of Family Meaicne, Yonsei University College of Medicine

Background : The national health care system where primay care health service functions properly, provide better medical outcomes in individual health service as well as national health policy. This is quasi experimentally designed, prospective study for the purpose of developing a model of primary health service in Korea. We provided Family Registration Program reinforcing primary health care for 1 year in order to assess medical outcomes and verify the benefit of the program.

Methods : Three board certified family physician assigned to 263 families, 1057 people provide 6 items of medical service reinforcing accesibility, comprehensiveness, continuity, accountability for 1 year. After the program the use of the medical services was reviewed by the medical records, to assess the quality of care during the program two self reporting questionnaire surveys was performed by Continuity, Comprehensiveness, Personal relationship Questionnaire(CCPQ) before and after the program. Another self reporting questionnaire survey was also performed to assess the factors relating the use of the program.

Results : Over the seventy percents of families utilized at least one service item, most frequently using service item was medical service in outpatient department, total number of visit was 695 by 161 people in 102 families. The number of beeper call was 226, 75.3 per a family phsician. The reason of beeper call were medical problem(59.7%), services to inform laboratory result(25.9%), and appointment for medical service(13.7%). The scores of CCPQ before and after program were 6.48 ± 1.48 and 8.66 ± 1.76 , which meant that better quality of medical service was provided during the program. The reason for under-utilization of the program were 'No health problem' (52.9%), 'Not familiar with how to use the program' (34.3%), 'Felt sorry to call' (20.6%), which meant many families misunderstood the program. Over the seventy percents families had visited other physicians' offices during the program by the reasons of 'Near home' (56.7%), 'Already have a regular doctor' (26.9%). Sixty eighty percents families satisied the program and 88.1% of families willed to participate in the re-registraion program.

Conclusion : By the fact that most of families registered were satisfied with family registration program, we conclude that this program provided quality care and could be settled in our medical system, but still remains a lot of efforts to make to have such a program known to public and utilized by many people.

Key words : family registration program, primary care, health delivery system