

보건의료서비스 방향 재정립: 일차의료에서 건강증진 서비스

김영식[†]

울산의대 서울아산병원 가정의학과

Reorienting health services: Health promotion services in primary care

Young Sik Kim[†]

Department of Family Medicine, University of Ulsan College of Medicine, Asan Medical Center

<Abstract>

Objectives: Health screening in Korea is very active in both the public and private sector. However, primary prevention for health promotion has not been activated yet. Quaternary prevention is the prevention of unnecessary medical interventions or the prevention of overmedicalization. **Methods:** Data was collected after a search of the literature focusing on keyword. The curriculum guidelines for family medicine residents were collected from the homepage of the American Academy of Family Physicians. **Results:** This quaternary prevention is just beginning. The first step to enhance the health promotion services in the community is to identify the barriers pertaining to the delivering of health promotion activities. These barriers are related to the patient, the physician, attitudes, health promotion programs and the healthcare system. The second step is to establish new changes, such as expansion of insurance coverage, improvement of medical payment system, provision of consumer-oriented services, connection and integration of providers, and the service provider education and training. **Conclusions:** In order to enhance the health promotion services in the community we need to identify the barriers and to establish several changes to overcome them.

Key words: health promotion services, primary care, quaternary prevention

I. 서론

일차의료의 가장 중요한 특징으로는 병원의 치료중심진료에 추가하여 질병예방과 건강증진을 위한 임상예방서비스가 병행되는 것이다. 보건소나 의원에서는 예방접종, 체중관리, 금연 등의 건강증진 서비스와 더불어, 혈압, 체지방, 혈당, 지질 검사 등의 정기적인 심혈관 위험평가가 이루어지며, 국가검진에 참여하는 경우에는 일반건강검진과 생애전환기 건강진단 및 상담을 수행하고 있다.

이와 같이 건강증진 서비스 분야는 일차의료의 주요 진료영역일 뿐 만 아니라, 관련 연구와 국가 검진정책에도 적극적으로 참여하고 관여해야 하는 중요한 분야이다. 그러나 아직까지 건강증진 서비스가 일차의료 현장에서 제대로 자리잡지 못하고 있으며, 지역사회나 공공기관에서 담

당하는 보건의료 서비스와 연계되지도 못하는 실정이다. 이에 본 논문에서는 일차의료에서 수행되고 있는 건강증진 서비스의 실태를 파악하고, 일차의료에서 건강증진 서비스에 대한 장애요인 및 활성화 방안과 더불어 보건의료 서비스 방향의 재정립에 도움이 되도록 관련 문헌과 건강증진 수련과정을 중심으로 발전방안을 논하고자 한다.

II. 연구방법

검색엔진에서 질병예방, 건강증진이란 키워드 중심으로 문헌을 검색하여 자료를 수집하였으며, 건강증진 서비스에 대한 전공의 수련 교과과정은 미국, 유럽, 호주 등 해외학회 홈페이지에서 자료를 수집하였으며, 최종 미국가정의학

Corresponding author : Young Sik Kim

88, Olympic-ro, 43-gil, Songpa-gu, Seoul 05505, Korea

주소: (05505) 서울시 송파구 올림픽로 43길 88, 울산의대 서울아산병원 가정의학과

Tel: +82-2-3010-3811 Fax: +82-2-483-3290 E-mail: youngkim@amc.seoul.kr

• Received: August 17, 2015

• Revised: September 15, 2015

• Accepted: September 23, 2015

회 교과과정 자료를 제시하였다(American Academy of Family Physicians, 2014).

Ⅲ. 연구결과

1. 질병예방과 건강증진

환자의 증상 유무와 의사의 질병 진단 여부에 따라 질병 예방을 크게 네 가지로 분류하고 있다<Figure 1>(Jamouille & Roland, 1995). 1차 예방은 질병이 발병하기 이전에 원인의 폭로를 방지함으로써 발병 자체를 예방하는 것으로, 이론적으로는 가장 이상적인 차원의 예방이다. 환자와 의사 모두 질병이 없다고 판단하는 경우이다. B형 간염의 예방을 위해 예방접종을 받는다는 것, 고혈압 환자에서 뇌졸중을 예방하기 위해 혈압 조절을 열심히 하는 것이 이에 해당한다. 그러나 예방접종을 제외하고는 1차 예방이 상당한 효험을 거둘 수 있기는 힘든데, 그 이유는 만성퇴행성 질환의 대부분이 1차 원인이 완벽하게 알려져 있지 않기 때문에 그 폭로의 방지가 매우 힘들다는 것과 1차 원인 이외에도 여러 가지 복합적인 요인들이 어우러져 해당 질환을 발생시키기 때문이다. 1차 예방에 해당되는 것으로는 금연, 규칙적인 운동, 식습관 개선, 예방접종, 화학적 예방

요법 등이 있다.

2차 예방은 질병이 발생한 후 가능한 한 조기에 진단하고 조기에 치료 및 관리를 실시하여 조속사망, 불구, 심각한 합병증으로의 진행을 막는 것이다. 환자는 증상이 없어서 질병이 없다고 생각하지만 실제로는 무증상의 질병이 있는 경우이다. 따라서 선별검사(screening test) 항목의 대부분이 이에 속하며, 2차 예방의 주요 대상 분야가 암을 포함한 만성퇴행성 질환군이다.

3차 예방은 만성퇴행성질환이 발병하였을 때, 불능으로의 진행을 예방하며 재활치료를 통하여 정상생활 및 사회생활로의 복귀를 촉진시키는 것을 말한다. 환자와 의사 모두 질병이 있다고 판단하므로 전통적인 치료과정이 이에 해당된다.

4차 예방은 무분별한 건강진단과 이로 인해 불필요하거나 과잉의 의학적 처치를 받게 되는 것을 예방하는 것이다. 환자는 증상이 있어서 검사나 치료를 받기 원하지만 의사가 판단하였을 때 신체적인 질병이 없는 경우이다. 벨기에 Marc Jamouille이 제안한 개념으로 과의료화 위험에 처해 있는 사람들을 보호하기 위해 검사법의 정도관리와 의료윤리의 구현이 필요한 영역으로 제시되었다. 임상진료에서 과잉 진단과 과잉 치료를 예방하기 위해서는 서술기반(narrative based) 의학과 근거중심 의학적 접근이 필요하다(Jamouille & Roland, 1995).

<Table 1> Four fields of patient doctor encounter and four fields of prevention (Jamouille & Roland, 1995)

| Classification | | Doctor's knowledge of disease | |
|----------------|---------|-------------------------------|----------------------|
| | | Absent | Present |
| Patient's view | Healthy | Primary prevention | Secondary prevention |
| | Sick | Quaternary prevention | Tertiary prevention |

건강증진의 개념을 한 마디로 정의하기는 쉽지 않다. 하지만 건강증진 활동의 요체는 보건교육과 건강한 생활을 실천함으로써 질병을 예방하며, 건강의식을 고취하고 더욱 건강한 삶을 영위하는 것이다. 건강증진은 우리들 각자가 신체적 정서적으로 각기 다른 능력을 물려받고 태어났다는 데서 출발한다. 개인의 건강상태는 끊임없이 변화하며 그 변화는 유전, 환경, 건강관련 행위의 세 가지 요인에 의해서 결정된다. 이중 건강관련 행위가 개인의 건강에 가장

큰 영향을 미치는데, 이는 건강증진을 통해 의료인이 도와 줄 수 있는 부분이 되며 이 때 제공되는 것이 건강증진 서비스이다. 건강증진을 위한 보건의료 서비스는 크게 2차 예방(조기진단)과 1차 예방(건강증진)의 두 부분으로 나누어 볼 수 있다. 우리나라의 경우 2차 예방과 관련된 의료서비스는 국가에서 주관하는 암검진과 일반건강진단 뿐 아니라 병의원의 종합건강검진까지 OECD국가 중 가장 활발하게 이루어지고 있다. 이에 반해 1차 예방과 관련된 보

건의료서비스는 생애전환기 건강진단에 일부 반영되어 있을 뿐 민간건강검진에서 조차 활성화되지 못하고 있는 실정이다.

2. 건강증진 서비스 현황

지역사회 일차의료인은 진료 및 업무 수행과정에서 환자를 최초로 접촉하거나 만성질환을 지속적으로 관리하기 때문에 다양한 수준의 건강증진에 관여하게 된다. 고혈압이나 당뇨병 환자에게 약물처방으로 혈압과 혈당을 잘 조절하여 심뇌혈관질환에 의한 사망을 줄이려면 처방한 약을 잘 복용하도록 하는 것 외에도 금연, 운동, 식이요법, 절주, 스트레스 해소 등에 대한 건강증진 서비스가 함께 제공되어야 한다. 암에 대해서는 연령과 성별에 맞추어 적절한 암검진을 주기적으로 권고하고, 감염병에 대해서는 연령 및 위험요인에 따라 필요한 백신을 접종할 수 있다.

국내에서 일차의료를 주로 담당하는 내과 및 가정의학과 의사의 95%에서 건강증진 서비스를 본인의 업무라고 인지하고 있으며, 진료 업무의 25% 이상을 차지한다는 데 57%가 동의하였다(Cho, et al., 2003). 일차의료에 종사하는 의사들은 흡연(84%)이나 음주(73%)에 대해서는 비교적 관심을 가지고 환자로부터 정보를 구하였지만, 식이, 운동, 스트레스 등에 대해 물어보는 의사는 40% 이하라고 하였다(Cho, et al., 2003). 그러나 실제 환자들에게 조사한 결과, 의사들로부터 건강증진 상담을 받았다고 대답한 경우는 흡연 29%, 음주 18%, 운동 9%, 지방섭취 7% 등으로 매우 적었다(Shin, 2001). 조사방법에 차이가 있다는 것을 감안하더라도 환자와 의사간에 건강증진 서비스에 대한 인식 차이가 상당히 크다는 것을 알 수 있다. 이는 일차의료인에 의해 건강증진과 관련된 질문이 이루어졌더라도 실제 상담으로 발전하여 생활습관이 개선되기까지는 많은 장애물이 있다는 암시이기도 하다.

미국의 일차의료인에서 조사된 바에 의하면 일차의료인의 99%에서 건강증진 서비스를 본연의 업무로 인정하고 있으며, 흡연(91%), 건강생활습관(86%), 운동(83%), 식이(77%) 스트레스(43%) 순으로 제공되고 있는 것으로 나타나서, 전반적으로 우리나라 보다 활성화되었다고 판단된다(Luquis & Paz, 2015).

3. 건강증진 서비스 활성화의 장애요인

그동안 국가에서 수행해온 건강증진 서비스로 건강위험평가, 생애전환기 건강진단사업의 생활습관 개선 평가, 상담 및 처방, 만성질환 관리료 및 의원급 만성질환관리제 시행, 건강관리서비스 법안 발의 등이 있었으나 활성화되지 못하고 있는 실정이다. 이와 같이 건강증진 서비스가 활성화되는데 있어서 장애요인으로는 <Table 1>에 제시된 것 같이 1) 수요자 요인, 2) 공급자 요인, 3) 일차의료인의 태도, 4) 건강증진 프로그램의 미비, 5) 의료제도 등이 있다(Geense, et al., 2013).

첫째, 수요자 요인으로는 건강하지 못한 생활습관 개선에 대한 환자의 동기 부족, 과음 등 잘못된 생활습관을 용납하는 사회분위기, 잘못된 생활습관을 인지하지 못함, 생활습관 개선을 실천하는 데 장애를 경험, 주위환경이 개선되지 않은 상황에서 생활습관 개선의 어려움, 건강증진 비용에 대한 비용 부담이나 건강증진 시설에 대한 지리적 접근성 등이 있다.

둘째, 공급자 요인으로는 성과를 측정하기 어려운 점, 건강증진을 수행할 숙련된 의사, 간호사, 영양사, 상담사 등이 부족하고, 상담에 할애할 시간도 부족하며, 상담에 필요한 시설도 부족하고, 관련 전문가들의 통합적 접근은 물론이고 의사들이 건강증진을 위해 환자를 의뢰하지 않으며, 의사의 잘못된 생활습관 때문에 상담이 어렵고 심지어는 생활습관에 대해 질문하지 않는 경우 등이 있다.

셋째, 건강증진 서비스를 담당하는 일차의료인의 건강증진 상담에 대한 부적절한 인식이나 태도 또한 중요한 장애요인이다. 환자가 의사의 생활습관 상담에 대해 공감하지 못하는 경우, 건강증진 프로그램은 그룹으로 하는 것이 효과적이데 일차의료에서는 개인별로 수행하여 효과가 적고, 의사 자신이 건강증진 상담을 시간 낭비로 생각하고, 진료시간을 예방보다는 치료에 중점을 두고, 생활습관 상담에 대한 효과에 대해 회의적이고, 심지어 생활습관은 별로 중요하지 않다고 여기는 경우 등이 있다.

넷째, 건강증진 프로그램 측면에서는, 효과가 입증되거나 사업이 성공한 건강증진 프로그램이 거의 없으며, 장기간 수행되고 있는 프로그램도 드물고, 실제 유용한 프로그램의 경우는 참여의 문턱이 높은 실정이다. 보건소 등에서 금연, 운동상담 등이 일부 수행되고 있으나 전문인력 부족 등으로 활성화되지 못하고 있다.

<Table 2> Barriers for delivering health promotion (HP) activities (Geense, et al., 2013)

| Patient | Physician/Practice | Attitude of Physician | Health Promotion Program | Healthcare System |
|--|--|--|---|--|
| Lack of patients' motivation to change unhealthy behaviour | Results are difficult to measure | Patients do not appreciate it when physicians discuss their lifestyles | Lack of proven effectiveness of health promotion programs | Lack of reimbursements to start new health promotion programs |
| Unhealthy lifestyle is socially accepted, especially drinking alcohol | Lack of skills among physicians to discuss lifestyle & develop HP programs | Group sessions seems to be more effective compared with individual counselling | Lack of overview of health promotion programs | Physicians have to meet too many strict requirements, to receive reimbursement |
| Patients are unaware of their unhealthy lifestyles | Lack of time among physicians to discuss lifestyle & develop HP programs | Physicians state discussing lifestyles is a waste of time | Lack of continuity of HP programs, due to short-term reimbursements | Contradictory policy of government |
| Patients experience barriers to live a healthy lifestyle | Physicians do not give patients referrals and motivate their patients | Consultation hours are more focused on treatment instead of on prevention | Programs are not accessible, due to narrow inclusion criteria & affordability of programs | Lack of collaboration between hospital & primary care with regard to HP activities |
| Behavioral change is a complex process for patients, especially when the environment does not change | Due to unhealthy behaviour of Physicians it is difficult to discuss lifestyles with patients | Physicians are sceptical about the effects & results of discussing lifestyle | Lack of HP programs | HP activities are not rewarded |
| Letting patients pay contribution for HP programs does not work, especially not among low SES patients | Motivation of Physicians decrease due to disappointing results | Physicians think lifestyle is not important | Programs are not accessible for patients due to waiting lists | Contradictory information from insurance company towards patients |
| Patients do not go to HP programs due to geographical barriers | Lack of collaboration between disciplines | | | |

다섯째, 가장 중요한 장애요인으로 현행 의료제도를 들 수 있는데, 그 중에서 치료중심의 행위별 수가제도가 가장 큰 걸림돌이다. 병원과 보건소 등 지역사회 건강증진 프로그램과 상호 연계가 안되고, 건강증진 상담에 대한 시간을 보장해주거나 이에 대한 수가를 인정하지 않고, 비만 치료제나 금연보조제에 대해 보험급여를 인정하지 않는 것 등이다. 다행히 2015년부터 금연진료에 대한 수가가 개설

되고 금연보조제에 대한 경비지원이 이루어지는 금연상담 시범사업에 전국의 1만8천 병의원이 참여를 신청하였고, 금연에 대한 서비스가 급격히 증가하였다(Lee, 2015). 이는 건강증진서비스에 대한 인센티브가 건강증진 활성화에 매우 중요한 요인임을 입증하는 것이다.

IV. 논의

이상의 결과에서 국민이 체감하는 건강증진 서비스 현황은 7.29%로 매우 낮은 실정이었다고, 장애요인으로는 동기 부족 등의 수요자 요인, 숙련된 전문가 부족 등의 공급자 요인, 일차의료인의 부적절한 태도, 건강증진 프로그램의 미비, 치료중심의 의료제도 등 이었다.

국민의 생활수준 향상과 수명 연장으로 인한 노인인구 증가로 인하여 향후 건강증진 서비스에 대한 요구는 더욱 더 증가 할 전망이다. 변화하는 의료 환경에서 건강증진 서비스를 활성화하기 위한 방안으로는 건강증진 서비스의 급여화 및 보장성 확대, 건강증진 서비스에서 의료비 지불 체계 개선, 수요자 중심의 서비스 제공, 건강증진 서비스 제공자 연계 및 통합, 서비스 제공자 교육 및 훈련 등을 제안할 수 있다(Yoo, 2012).

첫째, 건강증진 서비스의 급여화 및 보장성 확대 방안에서는, 성인 예방접종 보장성 확대, 금연 상담 및 금연보조제 급여화, 절주 상담 및 항갈망제 급여화, 비만 상담, 치료 약제 및 수술 급여화, 건강위험평가에 대한 상담 급여화, SSRI 항우울제 일차의료 급여 제한 철폐 등이다.

둘째, 건강증진 서비스에서 의료비 지불체계 개선 방안에서는, 건강증진 서비스에 역행이 되는 행위별 수가제도 보완, 외국의 건강증진 서비스 사례 벤치마킹, 건강증진 서비스에 따른 성공 인센티브 제공 등이다.

셋째, 수요자 중심의 서비스 제공 방안에서는, 의사중심의 치료의학에서 환자중심의 예방의학으로 변화 유도, 연령이나 성별, 직장 등 수요자별 맞춤형 건강증진 서비스 제공 및 대상자의 상황에 따른 개별화된 접근 등이다. 또한 모바일시대에 맞추어 접근성을 높이는 원격 건강증진 서비스의 도입도 고려되어야 한다.

넷째, 건강증진 서비스 제공자 연계 및 통합 방안에서는, 1995년 국민건강증진법이 제정된 후 국가 및 지방자치단체에서는 다양한 건강증진사업을 진행하였다. 금연, 영양, 운동, 절주에 대한 보건소의 건강생활실천사업은 지역 특화 건강행태 개선사업, 맞춤형 방문건강관리사업으로 연계되어 제공되며, 국민건강보험공단에서도 건강증진센터 운영, 사례관리 서비스 등을 제공한다. 따라서 이미 존재하는 여러 건강관련 서비스를 연계하여 일차의료기관에서 이용할 수 있도록 하는 방안을 강구해야 한다. 예를 들어 일차

의료기관에서 치료 중인 고혈압이나 당뇨병 등 만성질환 환자에게 바우처를 제공하여 보건소에서 금연 클리닉을 이용하거나 영양 및 운동 상담을 받을 수 있게 한다면, 보건소의 영양사를 일차의료기관에 정기적으로 파견하여 영양 상담이나 교육을 제공한다면 수요자 중심의 건강관리의 효과와 효율을 높이는 통합적인 접근이 될 것이다. 장기적으로는 지역주민의 건강증진 서비스를 통합하여 제공할 수 있는 주치의제도를 도입하는 것도 고려해야 한다.

다섯째, 서비스 제공자 교육 및 훈련 방안에서는, 일차의료기관에서 건강증진 서비스를 제공할 때 의료인들이 생활습관 조절을 강조하고 효과적인 상담을 제공할 수 있게 하는 교육이 필요하다. 건강증진 서비스를 통합하여 제공할 수 있는 능력과 지역사회 건강증진사업 수행을 위한 리더십 교육도 필요하다. 이를 위해서는 건강증진 서비스에 대한 수련과 인증이 필요하며, 의료인 자신도 건강증진 서비스를 스스로 실천하는 자세가 선행되어야 한다. 미국가정의학회에서는 전공의 수련과정에서 건강증진 서비스와 관련된 교과과정에 건강증진에 대한 역량, 태도 및 지식에 대한 것을 규정하고 있으며, <Table 2>는 건강증진 교과과정 중 지식수준을 열거 한 것이다(American Academy of Family Physicians, 2014).

V. 결론

우리나라는 현재 건강검진에 대해서는 공공이나 민간에서 활성화되어있는데 반해 건강증진을 위한 1차예방은 아직 활성화되지 못한 실정이며, 무분별한 건강진단과 이로 인해 불필요하거나 과잉의 의학적 처치를 받게 되는 것을 예방하고자 하는 4차예방은 걸음마 단계이다. 건강증진 서비스를 지역사회에 활성화하기 위해서는 이에 대한 장애요인을 수요자 요인, 공급자 요인, 일차의료인의 태도, 건강증진 프로그램의 미비, 치료중심 의료제도 등에 따라 체계적으로 파악하는 것이 선행되어야 한다. 이를 바탕으로 변화하는 의료 환경에서 건강증진 서비스를 활성화하기 위한 방안으로, 건강증진 서비스의 급여화 및 보장성 확대, 의료비 지불체계 개선, 수요자 중심의 서비스 제공, 건강증진 서비스 제공자 연계 및 통합, 서비스 제공자 교육 및 훈련 등이 요구된다.

<Table 3> Health promotion curriculum guidelines for family medicine residents (American Academy of Family Physicians, 2014)

| Order | Curriculum guidelines |
|-------|--|
| 1 | Four categories of prevention: primary, secondary, tertiary, and quaternary |
| 2 | Current age-specific dietary recommendations for nutrition and weight management |
| 3 | Exercise guidelines for fitness, injury prevention and weight management |
| 4 | Influences on psychosocial well-being, including internal perceptions, external stressors and significant life events |
| 5 | Injury prevention at home, during recreation and while driving |
| 6 | Safe sexual practices regarding sexually transmitted infections and pregnancy planning |
| 7 | Pharmacologic prevention through the use of aspirin, folic acid, sunscreen, fluoride and other vitamin supplements as supported by scientific evidence |
| 8 | Environmental issues that influence personal health, such as secondhand smoke, sanitation, exposure to lead or other toxic substances, safe housing, and occupational exposures |
| 9 | Risk stratification based on age, gender, family history, socioeconomic status, lifestyle choices, environmental factors, and medical issues |
| 10 | Criteria used for screening tests, such as sensitivity, specificity, predictive values, bias, safety, cost and prevalence |
| 11 | Periodic health screening guidelines from the U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), the American Academy of Family Physicians (AAFP), the American Academy of Pediatrics (AAP), and the American College of Physicians (ACP) |
| 12 | Local, regional and national resources to assist patients and their families in the development and maintenance of healthy lifestyles and disease prevention |
| 13 | .Psychological determinants of patient behavior and action choices, including the concept of health literacy and its implications for communicating with local populations of patients |
| 14 | Fundamental understanding of the natural history of chronic disease in order to be able to educate patients on potential complications and outcomes |
| 15 | A family systems orientated approach that considers the influences such as support, relationship distress, intimate partner violence, caretaker fatigue, and critical transition points in family life upon health and happiness |
| 16 | Resources that promote the evaluation of the medical literature from an evidence-based medicine perspective |
| 17 | Understanding the basic clinical and preventive medicine guidelines and how they apply to a clinical practice |

References

- American Academy of Family Physicians. (2014). Recommended curriculum guidelines for family medicine residents: Health promotion and disease prevention. Retrieved from http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/medical_education_residency/program_directors/Reprint267_Health.pdf
- Cho, H. J., Sunwoo, S., & Song, Y. M. (2003). Attitudes and Reported Practices of Korean Primary Care Physicians for Health Promotion. *J Korean Med Sci*, 18, 783-90.
- Lee S. W. (2015). Smoking cessation counseling, participation in 18000 hospitals. Doctor's News. Retrieved from <http://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=102334>
- Geense, W. W., Glind, I. M., Visscher, T. L. S., & Achterberg, T. (2013). Barriers, facilitators and attitudes influencing health promotion activities in general practice: an explorative pilot study. *BMC Family Pract* 14, 20. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/20>
- Jamouille, M., & Roland, M. (1995). Quaternary prevention. WICC annual workshop [Internet]. Hong Kong: Hongkong, Wonca congress proceedings; 1995. Retrieved from <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000103/0000261.pdf>

Luquis, R. R., & Paz, H. L. (2015). Attitudes About and Practices of Health Promotion and Prevention Among Primary Care Providers. *Health Promot Pract, 16*(5), 745-55

Shin, H. C. (2001). Cardiovascular risk and lifestyle advice from

physician: rates recalled by patients and predicting factors. *J Korean Acad Fam Med, 22*, 1656-69

Yoo, S. M. (2012). Enforcement of health promotion and clinical preventive services. *Health Policy Forum, 10*(3).18-24